

به نام خدا

# استرس و اضطراب در بزرگسالان

مؤلف :

ناهید بارانی

انتشارات ارسطو

(سازمان چاپ و نشر ایران - ۱۴۰۲)

نسخه الکترونیکی این اثر در سایت سازمان چاپ و نشر ایران و اپلیکیشن کتاب رسان موجود می باشد

chaponashr.ir

سرشناسه: بارانی، ناهید، ۱۳۴۴-  
عنوان و نام پدیدآور: استرس و اضطراب در بزرگسالان/ نویسنده ناهید بارانی.  
مشخصات نشر: ارسطو (سامانه اطلاع رسانی چاپ و نشر ایران)، ۱۴۰۲.  
مشخصات ظاهری: ۱۱۱ ص.  
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۳۳۹-۵۸۱-۹  
وضعیت فهرست نویسی: فیبا  
یادداشت: کتابنامه: ص. ۹۸-۱۰۹.  
موضوع: افسردگی -- ایران -- نمونه پژوهی  
Depression, Mental -- Iran -- Case studies  
اضطراب -- ایران -- نمونه پژوهی  
Anxiety -- Iran -- Case studies  
فشار روانی -- ایران -- نمونه پژوهی  
Stress (Psychology) -- Iran -- Case studies  
رده بندی کنگره: RC۵۳۷  
رده بندی دیویی: ۶۱۶/۸۵۲۷  
شماره کتابشناسی ملی: ۹۴۸۳۵۹۴  
اطلاعات رکورد کتابشناسی: فیبا

نام کتاب: استرس و اضطراب در بزرگسالان  
مؤلف: ناهید بارانی  
ناشر: ارسطو (سامانه اطلاع رسانی چاپ و نشر ایران)  
صفحه آرای، تنظیم و طرح جلد: پروانه مهاجر  
تیراژ: ۱۰۰۰ جلد  
نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۲  
چاپ: زبرجد  
قیمت: ۱۰۰۰۰۰ تومان  
فروش نسخه الکترونیکی - کتاب رسان:  
<https://chaponashr.ir/ketabresan>  
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۳۳۹-۵۸۱-۹  
تلفن مرکز پخش: ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵  
[www.chaponashr.ir](http://www.chaponashr.ir)



## چکیده:

بسیاری از انسان ها قادر به حل مساله و برطرف کردن ، به حداقل رساندن و یا تحمل استرس نمی باشند و معمولاً از مقابله های ناکارآمد، ناسازگار و مضر استفاده می کنند که باعث بروز استرس های بیشتری می گردد که اثرات آنها وخیم تر و عظیم تر از استرس اولیه است.

افراد افسرده نسبت به آینده دید انعطاف پذیری ندارند. آنها احتمالاً بیشتر از افراد غیر افسرده آینده خود را منفی می بینند و به نظرشان احتمال دستیابی به تجارب خوشایند کمتر است به همین دلیل افراد افسرده به جای تلاش برای دستیابی به موفقیت های با ارزش در آینده تمام نیروی خود را صرف اجتناب از موقعیت های ناخوشایند موجود می کنند ( ورتهایم<sup>۱</sup> ، ۱۹۸۳).

افراد افسرده احساس غمگینی می کنند چون مشکلات خود را پایدار<sup>۲</sup> ، کلی<sup>۳</sup> و درونی<sup>۴</sup> تلقی می کنند ( هایمبرگ ، ورمیلیا، دوج<sup>۵</sup> ، بیگر . و پارلو ۱۹۸۷؛ پترسون و سلیگمن ، ۱۹۸۷؛ رپس<sup>۶</sup> ، پترسون ، رینمارد، ابرامسون<sup>۷</sup> و سلیگمن<sup>۸</sup> ۱۹۸۲؛ سوینی<sup>۹</sup> و همکاران ۱۹۸۶) :

**پایداری :** افراد افسرده رویدادهای منفی زندگی شان را همیشگی و پایدار تلقی می کنند، یعنی تغییر دادن آنها را بعید می دانند. افراد غیر افسرده تجارب منفی را به عنوان موانع موقتی که زیاد هم طول نمی کشد در نظر می گیرند.

**کلی نگری :** افراد افسرده غرق در مشکلات خود می شوند و آنها را به همه چیز تعمیم می دهند. افراد غیر افسرده می توانند مسایل را از خود دور کنند . آنها قادرند بین رویدادهای منفی و مثبت زندگی خود تعامل ایجاد کنند.

**درونی بودن :** افراد افسرده خودشان را مسئول مشکلات خود می دانند. غیر افسرده ها مسئولیت چیزهایی را که می توانند تغییر دهند می پذیرند اما خود را مسئول کامل نبودن خود نمی دانند.

1 - Werlheim

2 - Stable

3 - global

4 - internal

5 - Dodge

6 - RaPs

7 - Abramson

8 - seligman

9 - sweeng

به نظر جروم فرانک ( ۱۹۷۳ ) یکی از بهترین کارهایی که روان درمانگرها می توانند برای مراجعان خود انجام دهند کمک به آنها برای غلبه بر یأس و ناامیدی شان است . در هر مقطع معینی از زمان ۲۰-۱۵ درصد بزرگسالان در سطح قابل توجهی از نشانه های افسردگی رنج می برند و حدس زده می شو دکه حدود ۷۵ درصد بیماران بستری در بیمارستان های روانی را موارد افسردگی تشکیل می دهند ( فنل<sup>۱۱</sup> ۱۹۸۹).

در مورد اختلال افسردگی اساسی ، مطالعات کلی در ممالک مختلف انجام شده است که میزان شیوع آن را در زنان دو برابر مردان نشان می دهد. دلیل چنین اختلافی ممکن است استرسهای متفاوت ، زایمان ، درماندگی آموخته شده<sup>۲</sup> و اثرات هورمونی باشد ( کاپلان<sup>۳</sup> و سادوک<sup>۴</sup> ، ۱۹۸۸).

افسردگی در مفهوم بالینی پنج یا بیش از پنج مورد از موارد زیر را در بر می گیرد :

- خلق افسرده
- کاهش بارز علاقه یا احساس لذت در اکثر فعالیت ها
- کاهش قابل ملاحظه وزن یا افزایش وزن
- بی خوابی<sup>۵</sup> یا پر خوابی<sup>۶</sup>
- تحریک یا کندی روانی حرکتی
- خستگی یا فقدان انرژی
- احساس بی ارزشی یا احساس گناه بیجا
- کاهش توانایی تمرکز یا بلا تصمیمی<sup>۷</sup>
- افکار تکرار شونده مرگ یا فکر خودکشی .

(DSM-IV , ۱۹۹۴ / به نقل از فرایدنبرگ<sup>۸</sup>).

---

1. Fennell

2 Learned helplessness

3 Kaplan

4 Sadock

5 insomnia

6 Hypersomnia

7 indeciveness

8 Frydenberg

مطالعات اخیر در حوزه افسردگی حاکی از وجود چندین عنصر متفاوت در سبب شناسی و نشانه شناسی افسردگی است. یک عنصر شناختی فعال در سبب شناسی و نشانه شناسی افسردگی در ادبیات به نام نگرانی<sup>۱</sup> یا افکار مزاحم منفی<sup>۲</sup> ذکر شده است.

تعدادی از مطالعات نشان داده اند که نگرانی قویاً با افسردگی ارتباط دارد ( می یر<sup>۳</sup> و همکاران ۱۹۹۰؛ متزگر<sup>۴</sup> و همکاران همکاران ، ۱۹۹۰) هنگامی که افکار منفی ناخواسته به خودآگاهی فرد می آیند فشارزا و ناراحت کننده هستند. آنها تردیدهایی در مورد ارزش خویشتن<sup>۵</sup>، دلواپسی هایی<sup>۶</sup> در مورد آینده یا توهماتی در مورد گذشته تشکیل می دهند. چنین افکاری حس سلامت فرد را تحلیل می برند و خلق منفی را افزایش می دهند. خوشبختانه به نظر می رسد که اکثر مردم قادر هستند که چنین افکار ناخواسته ای را با افکار مطلوبتری جانشین نمایند. اما به نظر می رسد که همه افراد قادر به چنین کنترل ذهنی نیستند ، به گونه ای که تعدادی از افراد برای یک دوره طولانی دچار افسردگی می شوند و افکار منفی نافذ<sup>۷</sup> و پایداری را تجربه می کنند و ممکن است افسردگی آنها ناشی از شکست ویژه در توانایی شان برای کنترل افکار منفی باشد ( ونزولاف<sup>۸</sup>، وگنر<sup>۹</sup> و روپر<sup>۱۰</sup>، ۱۹۸۸). از سوی دیگر وجود وجود افکار منفی ممکن است با توانایی فرد در ایجاد راه حل های سودمند برای حل مشکلاتش تداخل کند ( نولن - هوکسما<sup>۱۱</sup>، پارکر<sup>۱۲</sup> و لارسون<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۴).

#### مقدمه:

افراد با وقایع تنش زای زندگی ، ناکامی ها و ناامیدی ها روبرو می شوند؛ بعضی افراد قادرند از تجربه های ناخوشایند زندگی استفاده کنند، در حالی که دیگران در افسردگی خود باقی می مانند؛ کسانی که خود را از افسردگی نجات می

---

<sup>۱</sup> worry

<sup>۲</sup> Negative intrusive thoughts

<sup>۳</sup> Meyer

<sup>۴</sup> Metzger

<sup>۵</sup> Self- worth

Concerns <sup>۶</sup>

<sup>۷</sup> Pervasive

<sup>۸</sup> Wenzlaff

<sup>۹</sup> Wegner

<sup>۱۰</sup> Ropper

<sup>۱۱</sup> Nolen- Hoeksema

<sup>۱۲</sup> Parker

<sup>۱۳</sup> Larson

دهند واجد نوعی تفکر زیر بنایی هستند بنحویکه از تدابیر و راهبردهای موثرتری سود می جویند. تعدادی از کتابگران عوامل مشترکی را در افرادی که به احتمال زیاد افسرده می شوند و هم چنین نوع مداخله آنان در حل مسائل و مشکلات زندگیشان را شناسایی کرده اند و دریافتند که از طریق سنجش همبستگی بین پاسخ های رویارویی ترجیح داده شده افراد افسرده و مقایسه راه حل های آنان با افراد غیر افسرده می توان راهبردهای مؤثر مقابله با افسردگی را شناسایی کرد. هم چنین افرادی که مهارت مسأله گشای خوبی دارند در مقایسه با افرادی که فاقد این مهارت هستند کمتر احتمال دارد افسرده شوند. عدم توانایی در اتخاذ تصمیم یکی از مشخصات عمده افراد افسرده است این ناتوانی را می توان نوعی بی کفایتی در استفاده از مهارت های موثر در تصمیم گیری یا حل مسأله به شمار آورد. دزوریلا و گلدفرید<sup>۱</sup> (۱۹۷۱) حل مسأله را بعنوان فرایندی رفتاری شناختی تعریف کرده اند که می تواند انواعی از پاسخ های متناوب بالقوه سودمند را جهت مقابله با موقعیت های دشوار در اختیار افراد قرار دهد. بدین جهت از اهداف آموزش به مراجعان در مهارت های حل مسأله این می باشد که یک راهبرد جهت سازگاری کلی در اختیار آنان قرار دهد.

بررسی نزو<sup>۲</sup> و پری<sup>۳</sup> (۱۹۸۹) نشان داد که حل مسأله یک رویکرد درمانی شناختی - رفتاری است که در درمان افسردگی موثر و مفید می باشد. افراد افسرده بر اساس مدل های شناختی دارای ساختارها و فرایندهای شناختی افسردگی زا می باشند (مبینی ۱۳۷۲).

تفکر افسردگی زای بیماران ، آنها را از حل مسائل باز می دارد، هدف اصلی درمان پیدا کردن راه حل هایی برای مسائل بیمار با استفاده از راهبردهای شناختی - رفتاری است نه اینکه صرفاً به بیمار کمک شود، دارای تفکر منطقی گردد . لذا درمان شناختی - رفتاری را می توان نوعی حل مسأله در نظر گرفت که هدف کوتاه مدت آن تسکین نشانه های افسردگی و هدف دراز مدت آن استفاده از راهبردهای حل مسائل برای حل مشکلات زندگی و کاهش برهه های<sup>۴</sup> افسردگی در آینده است فنل ( ۱۹۸۹).

لذا با مطالعه دقیق و بررسی علمی سبک های حل مسأله در افراد افسرده و مقایسه آن با افراد غیر افسرده می توان سبک های مقابله ای متفاوت را شناسایی و ارزیابی کرد ، و هم چنین پی برد که فرایندهای حل مسأله در راهبردهای

---

<sup>۱</sup> D Zurrilla & Goldfried

<sup>۲</sup> Nezu

<sup>۳</sup> Perri

<sup>۴</sup> episodes

مقابله ای چگونه در ساخت های شناختی افسردگی نقش داشته تا درمانگران آگاهی و توانایی بیشتری در خصوص این فرآیند، چگونگی کنترل و کاهش آن کسب نمایند.

### ۳-۱ اهمیت نظری و عملی کتاب

به لحاظ ماهیت پیچیده و تغییر یابنده جامعه ما، مردم پیوسته خود را رویاروی با مشکلات متنوع می یابند. بسته به پیچیدگی موقعیت و پیامدهای این مشکلات مقابله ها ممکن است، مهم و یا قابل توجه نباشد. انسان ها از نظر نحوه کنترل و تحمل مشکلات به رغم میزان دشواری آن با هم متفاوتند. بسیاری از مسائل را، که از نظر بالینی رفتار نابهنجار یا آشفتگی هیجانی خوانده می شود، می توان به مثابه رفتار غیر کارآمد همراه با پیامدهای منفی آن از جمله اضطراب، افسردگی و ایجاد مشکلات ثانوی دانست. در این راستا، رویکرد حل مسأله می تواند در حکم ابزار مهمی برای مواجهه با بسیاری از مشکلات موقعیتی و حل آن ها مورد استفاده قرار گیرد. حل مسأله بر یک فرایند رفتاری شناختی یا آشکار دلالت دارد که: (۱) پاسخ های بالقوه موثر برای موقعیت مشکل را فراهم می کند و (۲) احتمال انتخاب موثرترین پاسخ را از بیان پاسخ های متعدد، افزایش می دهد.

ربط سبک حل مسأله با درمان بر این فرض استوار است که سبک حل مسأله نوعی تفکر زیر بنایی است که فرد در خصوص مشکلات و موقعیت های استرس زا اتخاذ می کند و ناتوانی در شناخت و ارزیابی صحیح از مشکلات موجب ناکارآمدی تلاش فرد در حل مسأله بطور موثر می گردد بنحویکه پیامدهای آن در ایجاد و ابقا اختلالات عاطفی در مطالعات روان شناختی بتازگی مطرح شده است بطوریکه بوربوک (۱۹۹۵) بر لزوم بکارگیری روش های شناختی رفتاری از جمله تصمیم درمانی جهت تدلوم بهبودی و کنترل افسردگی تاکید می کند.

طبق نظریه شناختی افسردگی، هسته مرکزی افسردگی اختلال شناختی است و تغییرات عاطفی و جسمی و سایر خصوصیات افسردگی نتیجه اختلالات شناختی است (کاپلان - سادوک ۲۰۰۳).

اهمیت عوامل شناختی در افسردگی و سایر اختلالات روانی آنقدر مهم است که یک (۱۹۷۶)، می گوید: شناخت های منفی در ذات افسردگی است نه علامت یا نتیجه آن. افراد افسرده خود را ناتوان و درمانده می کنند. زیرا محیط خود را ناخوشایند می یابند، نسبت به آینده دید انعطاف پذیری ندارند و به نظرشان احتمال دستیابی به تجارب خوشایند کمتر

است ( آندرسون , ۱۹۹۰ ؛ پیرنسکی , هولت و گرینبرگ , ۱۹۸۷ ). افراد افسرده چون مشکلات خود را پایدار <sup>۱</sup> , کلی <sup>۲</sup> و درونی <sup>۳</sup> تلقی می کنند به جای تلاش برای دستیابی به موفقیت در حل مسائل تمام نیروی خود را صرف اجتناب از موقعیت های ناخوشایند موجود می کنند ( کلینکه , ترجمه : محمد خانی , ۱۳۸۲ ). طبق آمار سازمان بهداشت جهانی ( ۲۰۰۱ ) افسردگی تک قطبی سومین رتبه را بین کل بیماری ها دارد, به طوریکه پیش از ۱۵۰ میلیون نفر از مردم دنیا در هر برهه از زمان از افسردگی رنج می برند و حدود یک میلیون خودکشی موفق هر سال در جهان وجود دارد. شیوع افسردگی اساسی در جمعیت به طور کل بین ۳ تا ۱۰ درصد است و در افرادی که دچار بیماری های مزمن هستند این میزان بیشتر است ( امین اسماعیلی , ۱۳۸۳ ). سنگینی بار اقتصادی این بیماری بر جامعه و خانواده ها و کاهش کارآیی و ناتوانی در تحصیل و شغل یابی و حفظ شغل برای افراد مبتلا به افسردگی , ضرورت انجام کتاب های متعددی را در این زمینه می طلبد به خصوص در جامعه ما به دلیل ویژگی های خاص هم چون جمعیت جوان و تحصیل کرده , مشکلات اشتغال , مهاجرت و پی آمدهای آن , تغییرات سریع فرهنگی همراه با رشد روز افزون آسیب هایی مانند: اعتیاد , طلاق , فرار جوانان از خانه , ترک تحصیل رفتارهای پر خطر و غیر ایمن و دیگر آسیب های روانی , اجتماعی که وجود دارند.

شواهد علمی کتابگران بین سبک حل مسأله با درماندگی و سطح استرس ارتباط پیوسته ای یافته اند که پیش بینی کننده خودکشی در دانشجویان دانشگاه است. هم چنین نتایج دو مطالعه سبک حل مسأله کسیدی و لانگ ( ۱۹۶ ) شواهدی را فراهم ساخت مبنی بر اینکه سبک حل مسأله متغیر بسیار مهمی در تفسیر بیماری روانی و درک فرایند استرس است.

این کتاب به منظور استفاده از نظریه ها و یافته ها منتج از مطالعات کتابگران تلاش دارد مدل های نظری و کاربردی سبک های حل مسأله را در میان دانشجویان کشور بررسی نموده و احتمالاً موجب توسعه و گسترش آن شود و در این راستا نسبت به رفع نقایص یا پیشنهاد وجهی بدیل کمک کننده باشد.

#### ۴-۱ اهداف کتاب

---

<sup>۱</sup> Stable

<sup>۲</sup> global

<sup>۳</sup> internal

توانایی های روانی - اجتماعی فرد را قادر می سازد تا در ارتباط با سایر انسان ها ، جامعه ، فرهنگ و محیط خود مثبت و سازگارانه عمل کرده و سلامت روانی خود را تأمین کند .

نظریه های آسیب شناسی روانی افسردگی بیشتر بر محتوای<sup>۱</sup> شناخته و باورها و نگرش ها متمرکز بوده اند و کمتر به فرم<sup>۲</sup> شناخت در افسردگی و دیگر اختلالات بالینی توجه کرده اند از این لحاظ نظریات دقیق و مبسوطی را ارائه کرده اند ( الیس ، ۱۹۶۲ ، بک ۱۹۶۷) . به لحاظ اینکه حل مسأله فرایندی شناختی - رفتاری است که به واسطه آن فرد راه های موثر سازگاری با موقعیت های مشکل زا را کشف می کند. یکی از اهداف این کتاب بررسی سبک های مقابله ای بزرگسالان در مقابل مشکلات و مسائل است. از طرف دیگر بر اساس مدل های شناختی چنین فرض می شود که شناخت افراد افسرده دارای عناصری منفی است که از ساختارها و فرایندهای شناختی ، افسردگی زا ناشی می شوند. و اصطلاح آسیب پذیری شناختی<sup>۳</sup> جهت توصیف شیوه تفکری به کار می رود که بعضی افراد را بیشتر در معرض واکنش نشان دادن به محیطشان با رفتار خلق افسرده می کند ( بلک بورن و اسمایت ، ۱۹۸۵) .

بررسی نزو ( ۱۹۸۶) نشان داد که حل مسأله درمانی موجب کاهش افسردگی و هم زمان با افزایش اعتماد و توانایی فرد در حل مشکلات واتخاذ یک جهت یابی کنترل درونی می شود. هم چنین فنل ( ۱۹۸۹) رفتار درمانی شناختی را نوعی حل مسأله در نظر گرفت و بیان کرد ، مراجعان با تعدادی مشکل و از آن جمله خود افسردگی به درمانگر مراجعه می کنند ، تفکرافسردگی زا آنها را از حل مشکلاتشان باز می دارد. بنابراین پرداختن به افکار خودآیند<sup>۴</sup> منفی وسیله ای است برای رسیدن به هدف و نه خود هدف ، هدف درمان عبارت از پیدا کردن راه حل هایی برای مسائل بیمار با استفاده از راهبردهای شناختی - رفتاری و بررسی شیوه های حل مساله راهی جهت دست یابی به ساخت های شناختی افراد افسرده می باشد .

افراد در همه مراحل زندگی خود می بایستی نسبت به تصمیم های موثر برای حل مشکلات زندگی که مبتنی بر ارزیابی های صحیح از مسائل باشد اقدام نمایند؛ و جوانان در خطیر ترین مراحل زندگی خود قرار دارند لذا ؛ فهم و آگاهی در نحوه به کار گیری عوامل سبک حل مساله بزرگسالان افسرده از اهداف این کتاب قرار گرفته است تا قابلیت در توضیح رابطه فرایند و ارزیابی استرس و چگونگی پاسخ بیماران افسرده به مشکلات توسعه یابد. این امر احتمالاً می تواند

---

1 Content

2 Form

3 Cognitive Vulnerability

4 automatic

درمانگران را قادر سازد تا در توصیف و تصحیح شیوه های روش حل مسأله و تصمیم گیری افراد افسرده مطابق روش نظریه تصمیم درمانی و الگوی حل مسأله دزروپلا و گلد فرید (۱۹۹۴) موفق تر عمل بنمایند.

### **سئوال ها و فرضیه های کتاب**

این کتاب با توجه به شواهد و مطالعاتی که مورد بررسی قرار می دهد، با بیان طیفی از یافته های نظری و تجربی ارزشمند کتابگران درباره نحوه مقابله افراد با مشکلات و با تاکید بر اهداف کتاب ، تلاش خود را بر پاسخ دادن به پرسش های ذیل معطوف نموده است.

### **۶-۱ متغیرهای کتاب**

کتاب حاضر به بررسی سبک حل مساله بزرگسالان افسرده و بهنجار دانشگاه علوم پزشکی تهران می پردازد. بنابراین متغیرهای کتاب عبارتند از :

**متغیر مستقل : افسردگی**

**متغیر مستقل دوم : جنس**

**متغیر وابسته : سبک حل مساله**

**متغیر کنترل : سن**

### **۷-۱ تعریف متغیرها و اصطلاحات**

**تعریف نظری و عملیاتی افسردگی:**

انجمن روانپزشکی امریکا ( ۱۹۹۴) اظهار می دارد که افراد دچار افسردگی بالینی به مدت ۲ هفته یا بیشتر علایم زیر را تجربه می کنند:

- تغییر در اشتها: آنها یا کم اشتها می شوند و وزن از دست می دهند یا برعکس.
- بی خوابی یا خوابی بیش از حد معمول .
- کاهش انرژی و احساس خستگی .
- از دست دادن علاقه و احساس لذت نسبت به فعالیت های لذتبخش گذشته .
- احساس بی ارزشی ، خود سرزنشی یا گناه زیاد .
- کاهش توانایی تفکر یا تمرکز.

در این کتاب ، افسردگی افزون بر نشانه های بالینی آن عبارت خواهد بود از میزان نمره یا کمیتی است که از پاسخ هایش به آزمون ۲۱ سوالی افسردگی بک ، (  $18 \geq$  نمره بک ) کسب می کند که شاخص عددی برای اندازه گیری میزان و شدت افسردگی آزمودنی خواهد بود.

### **تعریف نظری و عملیاتی افسردگی**

بهنجار عبارت است از عدم ابتلاء به اختلالات روانی بر اساس سابقه اخذ شده از پرسشنامه های اطلاعات کلی و نمره آزمون (  $9 \leq$  نمره بک ) شاخص عددی برای بهنجار بودن آزمودنی قرار گرفته است.

### **تعاریف نظری و عملیاتی سبک حل مساله**

سبک حل مساله وسیله ای مفید برای مقابله با مشکلات موقعیتی است و بصورت فرایندی رفتاری تعریف شده است که بصورت رفتاری یا شناختی انواع پاسخ های بالقوه موثر به موقعیت مشکل آفرین را ارائه می کند و احتمال انتخاب موثرترین پاسخ را از میان این راه حل های مختلف افزایش می دهد ( هاگا و همکاران ۱۹۹۵ ).

حل مساله فرایندی شناختی - رفتاری است که افراد بواسطه آن راهبردهای موثر برای مقابله با موقعیت مساله زا را در زندگی ، شناسایی و کشف می کنند ( کسیدی و لانگ ، ۱۹۹۶ ). سبک حل مساله ، فرایندی شناختی - رفتاری است که فرد برای شناسایی و کشف موثر راه های سازگاری با موقعیت های دشواری که در جریان زندگی روزمره با آنها روبرو می شود ، به کار می برد. بر اساس این تعریف، حل مساله یک فرایند سازگاری هوشیارانه ، منطقی و هدفمند است که می تواند ، توانمندی های شخص را برای برخورد موثر با دامنه گسترده ای از موقعیت های پرفشار روانی به کار گیرد ( دزوریلا و نزو ، ۱۹۸۲ ).

شیوه حل مساله فرایندی رفتاری است ، خواه آشکار باشد و خواه شناختی ، که (۱) انواع پاسخ های بالقوه موثر به موقعیت شکل آفرین را ارائه می کند و (۲) احتمال انتخاب موثرترین پاسخ را از میان این راه حل ها افزایش می دهد ( دیویسون و گلدفرید ، ۱۹۷۶ ).

**تعریف عملیاتی سبک حل مساله :** میزان نمره یا کمیتی که دانشجوی پاسخ هایش به مقیاس حل مساله کسیدی و

لانگ کسب می کند که شاخص عددی برای اندازه گیری سبک های کارآمد و ناکارآمد و اجتنابی آزمودنی خواهد بود.

رشد مطالعات درباره نقش واسطه ای و ارزیابی و سبک شناختی در سال های اخیر موجب گسترش، توسعه دانش و کاربرد این نقش در عرصه سلامت روان گردیده است. یکی از برجسته ترین کتاب ها در این زمینه نظریه سبک اسنادی سلیگمن و تیزدیل (۱۹۸۷) است، که بعنوان نظریه درماندگی افسردگی توسط آلوی و همکاران (۱۹۸۸) مورد تجدید نظر قرار گرفت. این نظریه در ابتدا برای فهم و درمان افسردگی مطرح شد؛ اما بخاطر کاربرد زیاد آن در توضیح فرایند استرس توسعه و گسترش فراوان یافته است. یکی از جنبه های ارزیابی شناختی تاکید بر کاربرد بسیار وسیع الگوی سبک حل مسأله در مورد فرایند استرس و مقابله می باشد، که در ادبیات روان شناسی پیشنهاد شده است (نزو، نزو و پری ۱۹۸۹، کسیدی و لانگ ۱۹۹۶). شواهدی که از بررسی های همه جانبه سبک حل مسأله به دست آمده ثابت گردید، که این ساخت یک مفهوم واحد نیست و متغیرهایی همچون *سبک اسنادی*، *واکنش های عاطفی*، *درماندگی*، *اعتماد بنفس*، *منبع کنترل*، *سبک گرایش* - *اجتناب*، *ابداع و خلاقیت* در آن دخیل می باشند. این عوامل که مشترکاً در سبک حل مسأله و فرایند استرس مداخله می کنند بعنوان *واکنش های مقابله ای* نامیده شده اند. برای نمونه دیکسون، هینرو اندرسون (۱۹۹۱) رابطه ای بین سبک حل مسأله با درماندگی و سطح استرس وارده پیدا نموده اند، که پیش بینی کننده خودکشی در بزرگسالان دانشگاه است. نزو (۱۹۸۷) سبک حل مسأله را بعنوان فرایندی شناختی - رفتاری معرفی می کند که توسط آن افراد راهبردهای موثری برای مقابله با مشکلات زندگی شناسایی و کشف می کنند. سبک حل مسأله بعنوان متغیر مهم در ایجاد و ابقا اختلالات عاطفی در روان شناسی به تازگی مطرح شده است. بنا به مطالعات کسیدی و لانگ (۱۹۹۶) طبیعت سازه سبک حل مسأله که با تاکید بر نظریه سبک اسنادی افسردگی ابداع گردیده چند عاملی است، و می تواند به طور گسترده ای در مورد فرایند استرس به کار رود.

لذا در فصل دوم، ادبیات و پیشینه متغیرهای کتاب در دو بخش مورد مطالعه قرار می گیرد: بخش اول، به نظریه های شناختی - رفتاری افسردگی، ساختار سبک حل مسأله، ماهیت و فرایند استرس و مقابله پرداخته می شود و در بخش دوم، ارتباط متغیرهای کتاب با یکدیگر مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

### **علایم افسردگی و سبک های آن**

برای درک اصطلاح بالینی افسردگی انجمن روان پزشکی امریکا (۱۹۹۴) اظهار می دارد که افراد دچار افسردگی بالینی به مدت ۲ هفته یا بیشتر علایم زیر را تجربه می کنند:

♦ تغییر در اشتها، آنها یا کم اشتها می شوند و وزن را از دست می دهند و یا پراشتها می شوند و وزنشان زیاد می شود.

♦ بی خوابی یا خواب بیش از حد معمول .

♦ کاهش انرژی و احساس خستگی .

♦ از دست دادن علاقه و احساس لذت نسبت به فعالیتهای لذت بخش گذشته.

♦ احساس بی ارزشی ، خود سرزنشی یا گناه زیاد.

♦ کاهش توانایی تفکر یا تمرکز.

♦ افکار تکراری درباره مرگ ، افکار خودکشی .

افرادی که از افسردگی رنج می برند سبک های زیر در آن ها به صورت عادت در می آیند . آنها باید یاد بگیرند

به خاطر حفظ سلامت خود از این سبک ها دست بردارند ( هادلاند ورود ، ۱۹۹۵).

**وابستگی غیر واقع بینانه به دیگران<sup>۱</sup>** : افراد افسرده عزت نفس خود را به شدت وابسته به تأیید دیگران می دانند.

**فقدان سیستم حمایت اجتماعی** : افراد مستعد افسردگی بیشتر درونگرا و منزوی هستند . آنها از مهارت های لازم برای حفظ روابط اجتماعی جهت حمایت خود استفاده نمی کنند.

**استرس در روابط نزدیک** : احساس افسردگی اغلب هنگامی که در روابط بین فردی ناهمگنی وجود دارد افزایش می یابد.

**سبک تمرکز بر خود افسرده ساز** : افراد افسرده ذهن خود را با افکار منفی مشغول می کنند آنها زمان زیادی را صرف یادآوری موارد منفی زندگی خود کرده و هرگز مهارت های رویارویی خود را به کار نمی برند.

**آسیب پذیری کمال گرایانه** : افراد افسرده اصرار دارند که کامل باشند و چون کامل نیستند خود را بی ارزش و زندگی شان را بیهوده تلقی می کنند.

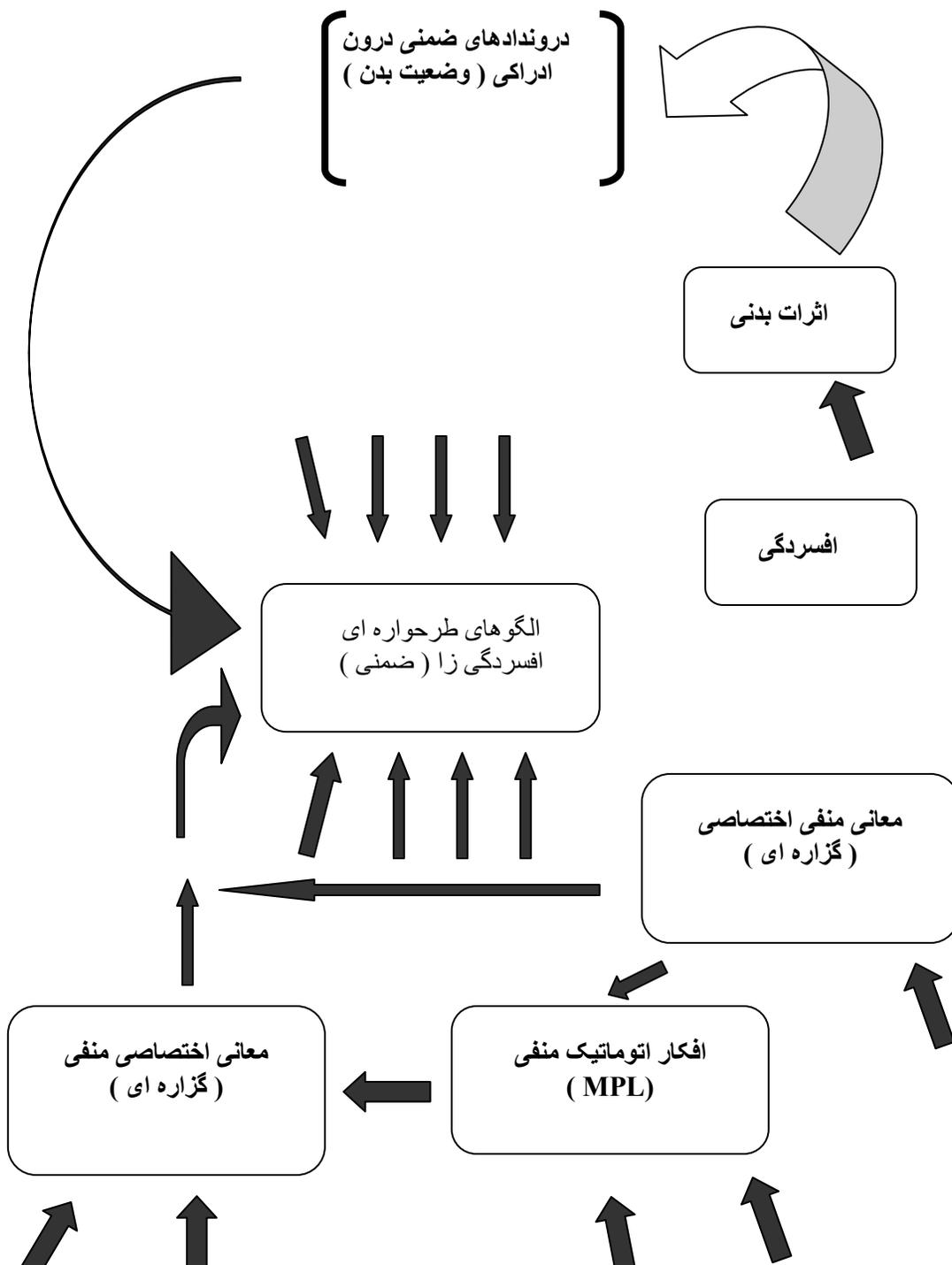
**کنترل بیرونی** : افراد افسرده احساس می کنند که وقایع مهم زندگی شان خارج از کنترل آنها است.

الف - نظریه های شناختی افسردگی :

---

<sup>1</sup> Unrealistic dependency

افسردگی از تغییرات نظام شناختی ناشی می شود ، فرد افسرده تحت تاثیر برخی از عوامل شناختی خود تجربه ها و آینده اش را با دید « منفی » نگاه می کند نگرش منفی در همه ابعاد وجود او مانند احساس ، تفکر و رفتارش دیده می شود ؛ با خود برخوردی منفی دارد به همین دلیل به تعیین هدف و پیگیری آن بی علاقه می شود و آینده را تیره و تاریک می بیند و احساس می کند انسانی حقیر . بی ارزش و از لحاظ اجتماعی به عنصری بدرد نخور تبدیل شده است . تفکر منفی به سایر نشانه های افسردگی ، مانند ، اندوه ، رفتار انفعالی ، خودخوری ، بی نشاطی و میل به خودکشی ، کمک می کند؛ در نتیجه دایره بسته ای ایجاد می شود ( تصویر ۱-۲) و تفکر منفی ، روحیه ناخوشایند و انگیزه های منفی یکدیگر را تقویت می کند ( به نقل از قراچه داغی ، ترجمه ۱۳۸۲). در توجیه نظام شناختی افسردگی به نظریه های شناخته شده مرتبط با بنیادهای شناختی افسردگی پرداخته می شود.



تصویر ۱-۲: دور افسردگی : آماج درمان می تواند افکار اتوماتیک منفی و معانی اختصاصی منفی ، وضعیت بدنی افسرده باشند. آماج غیر مستقیم مداخلات با پیکان های ضخیم نشان داده شده است. آماج اصلی ، خود الگوی طرحواره ای می باشد که با حلقه ای از پیکان های ضخیم احاطه شده است. برگرفته از تیزویل و برنارد ، ۱۹۹۳

مفصل ترین و جامع ترین توجیه شناختی افسردگی توسط بک، در سال ۱۹۷۶ مطرح شده است (مهريار ، ۱۳۷۳). مدل شناختی بک ( بک ، ۱۹۶۷ ، ۱۹۷۶) بطور طرحواره ای در تصویر ۲-۲ نشان داده شده است. در این مدل نظر بر آن است که تجربه در افراد به تشکیل فرض ها درباره خویشتن و جهان می انجامد و این فرضها یا طرحواره ها ، خود، در سازمان بندی ادراک و در کنترل و ارزیابی رفتار مورد استفاده قرار می گیرند( فنل ، ۱۹۸۹).

نظریه افسردگی بک مشابه نظریه او درمورد اضطراب می باشد. حوادث منفی قبلی بنا به فرض، در شکل طرحواره هایی در حافظه رمز گذاری می گردند و به موقع وقوع حوادث مشابه ، فعال شده و تعبیر و تفسیر اطلاعات جدید را تحت تأثیر خود قرار می دهند. طرحواره های افسردگی شامل اطلاعات گزاره ای ( فرضیه های اساسی ) هستند مبنی بر اینکه « خود» ناتوان ، دنیای بیرون پر از مشکلات ، و آینده ناامید کننده است. فعال شدن این طرحواره ها دارای دو اثر عمده است : نخست ، بخشی از این اطلاعات در شکل افکار منفی خودکار به صورت غیر ارادی وارد هشیاری می گردد از قبیل « هیچ کس مرا دوست ندارد» یا « امیدي به آینده نیست ». تأثیر دوم تفکر طرحواره ای آن طوری که بک می گوید ، به خطاهای منطقی که افراد افسرده در ارزیابی موقعیت مرتکب می شوند، مربوط می گردد : آنها بر اساس شواهد محدود و یا حتی متناقض استنباط های اختیاری به عمل می آورند، به جای توجه به کل موقعیت ، انتزاع های انتخابی از جزئیات می کنند ، یک حادثه بی اهمیت و مجزا را به همه موارد تعمیم می دهند، اهمیت حوادث را به شیوه ای غیر واقع گرایانه بیش از اندازه کوچک یا بزرگ می نمایند. ، حوادث را به شیوه ای نا مناسب شخصی کرده و آنها را در مقوله های افراطی و متضاد قطبی می کنند. بر طبق نظر بک محتوای ویژه افکار هشیار<sup>۱</sup> منجر به یک پاسخ هیجانی ویژه می شود ( کراندل و چامبلس ، ۱۹۸۱)<sup>۲</sup> . همسو با این نقطه نظر وی اعتقاد دارد که مراجعان افسرده عقاید تحریف شده و منفی در مورد خودشان ، دنیای پیرامون و آینده می سازند ( فولکمن و لازاروس ، ۱۹۸۴). بسیاری از مردم در فرایند اجتماعی شدن خود، مجموعه ای از نظرات یا نگرش هایی را پرورش می دهند، که درواقع غیر منطقی هستند، این فرضیات از آن جهت غیر منطقی هستند که مورد حمایت محیط قرار نمی گیرند؛ تحریف های شناختی خطاهای منطقی منظمی هستند که باعث بازنمایی های نادرستی از واقعیتها می گردند ( مبینی ، ۱۳۷۶). این تحریف های شناختی شامل موارد زیر است :

<sup>1</sup> conscious

<sup>2</sup> Grandell & chambless

۱. انتزاع انتخابی : <sup>۱</sup> شخص شواهد برجسته تر و تناقضات را نادیده می گیرد و در مورد یک رخداد بر اساس یک چیز جزئی منفی نتیجه می گیرد.
۲. استنباط دلبخواه <sup>۲</sup> : که در آن ارزیابی منفی در غیاب شواهد صورت می گیرد.
۳. تعمیم بیش از اندازه <sup>۳</sup> : یک نتیجه کلی منفی از تنها یک رخداد گرفته می شود و به طریقی غیر قابل قبول در موقعیت های غیر مشابه به کار برده می شود.
۴. بزرگتر جلوه دادن <sup>۴</sup> ( بعضی وقت ها فاجعه آمیز جلوه دادن <sup>۵</sup> نامیده می شود) : که در آن اهمیت یک رخداد منفی بیش از حد برآورده می شود یا بزرگ جلوه داده می شود.
۵. تفکر همه یا هیچ <sup>۶</sup> : تمایل به فکر کردن به مطلق ها ( هر چیزی یا خوب است یا بد و اغلب بد است ) .

افکار خودکارو خطاهای منظم منطقی منجر به ارزیابی های منفی خود، دنیا و آینده شده و محتوای هشیارى آگاه فرد تیره و خود - ملامتگر <sup>۷</sup> می گردد . در نتیجه خلق شخص افسرده تر می گردد. زمانی که شخص دچار افسردگی خفیف است ، افکار منفی با درجاتی از عینیت ارزیابی می گردد، اما در افسردگی های شدید بیماران احساس می کنند که کنترل خود را بر فرآیندهای فکری شان از دست داده اند ، ذهن آنها جولانگاه افکار خودکار منفی می گردد و شروع به پردازش طرحواره ای اطلاعات جدید می نماید. ( بروین ۱۹۸۹).

در حالی که نظریه های اضطراب به اکتساب اطلاعات جدید درباره موقعیت های خطرناک تأکید می کنند ، نظریه های افسردگی مکررآبه مفهوم . « خود پنداره » به عنوان نظامی از دانش یا باورها در مورد خود شخص توجه می کنند. به عنوان مثال در نظریه شناختی - اجتماعی اوتلی <sup>۸</sup> و بولتون ( ۱۹۸۵ ) در مورد افسردگی، فرض بر این است که حوادث معینی از زندگی بدین دلیل فشارزا قلمداد می شوند، که برای « خود » فرد تهدید کننده هستند، در موقعیت هایی که « خود » در نقش یک سری از نقش ها هویت می یابد . یک نقش ، از قبیل « مادر خوب » یا یک « نان آور » هویت ویژه ای را فراهم می کند و با اهداف ، نقشه ها ، و انتظارات شخصی ارتباط برقرار می کند ( ص ۱۳۷۷ ). اوتلی و

<sup>1</sup> Selective abstraction

<sup>2</sup> arbitrary inferences

<sup>3</sup> Overgeneralization

<sup>4</sup> magnification

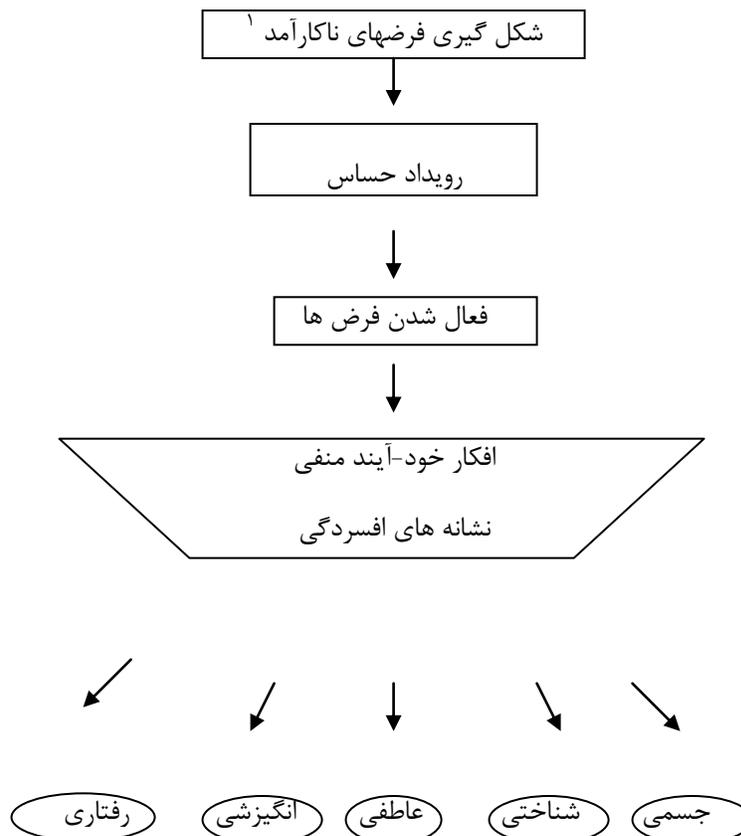
<sup>5</sup> catastrophication

<sup>6</sup> all - or - none thinking

<sup>7</sup> self - critical

<sup>8</sup> oatley

بولتون پیشنهاد می‌کند که شروع افسردگی به ارتباط بین انتظارات نقش شخصی و تصدیق این انتظارات توسط کسانی که نقش مهمی را در این روابط بازی می‌کنند، بستگی دارد. فقدان یکی از اینها، یا هر موقعیت دیگری که جلوی ایفای نقش مهم برای هویت فرد را بگیرد، ایجاد افسردگی می‌کند. از سوی دیگر، آسیب پذیری از دیدگاه آنها به عنوان فقدان نقش‌های مکمل یا بالقوه‌ای است که در موارد مربوط به یک فقدان بواسطه آنها می‌توان اهداف خود تعریفی را دنبال نمود.



تصویر ۲-۲ - مدل شناختی افسردگی (به نقل از فنل)

<sup>1</sup> dysfunctional

## ۲ - فرضیه اسنادی درماندگی آموخته شده

سلیگمن<sup>۱</sup> (۱۹۷۵) درماندگی را حالتی روانی دانسته که در شرایط کنترل ناپذیر ایجاد می شود شرایطی که در آن پیامد حاصل از واقعه مستقل از پاسخ های موجود است. او در توضیح مصونیت در برابر درماندگی می گوید: در صورتی که فرد قبل از قرار گرفتن در موقعیت درماندگی تجربه کنترل پذیر داشته باشد اثرات درماندگی در امر کاهش می یابد. آبرامسون<sup>۲</sup>، سلیگمن و تیسدیل<sup>۳</sup> (۱۹۷۸). فرضیه درماندگی در انسان را با در نظر گرفتن چهار چوب اسنادی مورد تجدید نظر قرار دادند. آنها فرض کردند، اسنادهای عمومی، پایدار و درونی درباره علل رویدادهای منفی در تعمیم و مزمن بودن درماندگی و ایجاد نقایص شناختی و هیجانی تاثیر دارند. آبرامسون و همکاران (۱۹۷۸) اشاره کردند، که فرضیه درماندگی در چهار چوب اسنادی بهتر می تواند اثرات مصونیت و درمان را توضیح دهد.

سلیگمن (۱۹۸۱) طی یک مقاله خلاصه ای از مدل اصلاح شده اسنادی را ارائه نمود. طبق اظهارات وی در این مدل جدید برای وقوع افسردگی چهار فرض کافی است (ویلیامز<sup>۴</sup>، ۱۹۹۲):

۱. فرد انتظار دارد که احتمالاً یک حالت آزارنده<sup>۵</sup> شدید پس از پیش آمدها رخ دهد (یا یک حالت

دلخواه پیش آمدها غیر ممکن است)

۲. فرد در مقابل این حالات آزارنده خود را بی دفاع تصور می کند.

۳. فرد سبک اسنادی غیر انطباقی<sup>۶</sup> دارد بطوریکه رویدادهای منفی را به علل درونی، پایدار و کلی و

رویدادهای مثبت را به علل بیرونی، ناپایدار و اختصاصی نسبت می دهد.

۴. هر قدر احتمال پیش آمدن، حالت آزارنده و احساس کنترل ناپذیری آن شدیدتر باشد، همانقدر شدت

نارسایی های انگیزشی و شناختی بیشتر خواهد بود. به بیان دیگر هر اندازه اهمیت رویداد کنترل

ناپذیر برای فرد بیشتر باشد، بهمان میزان شدت نابسامانی عاطفی و کاهش عزت نفس در فرد،

بیشتر خواهد بود.

---

<sup>1</sup> Seligman

<sup>2</sup> Abramson

<sup>3</sup> Teasdale

<sup>4</sup> Williams

<sup>5</sup> aversive

<sup>6</sup> maladaptive attributional

به دلایلی مبهم اغلب کتابهای بعدی روی فرض سوم تکیه کردند، به این معنی که اصرار دارند سبک اسنادی غیر انطباقی فرد را برای واکنش افسردگی وار در مقابل وقوع رویداد های آزارنده یا عدم وقوع رویدادهای مثبت آماده می کند ( مبینی ، ۱۳۷۶ ) .

افراد افسرده از روی عادت پیامدهای منفی را به علل درونی ، پایدار و کلی نسبت می دهند و رویدادهای مثبت را به علل بیرونی ، ناپایدار و اختصاصی . به عبارت دیگر به دنبال شکست، بیمار افسرده خود را سرزنش می کند و چنین می انگارد ، که علت شکست ، عمومی و مستمر است؛ و نیز به دنبال موفقیت ، اهمیتی برای آن قائل نیست؛ زیرا می پندارد این موفقیت هیچ تاثیر مثبتی در آینده اش ندارد. ماهیت و نوع اسناد برای تجربه آزارنده خاص طبیعت افسردگی را تعیین می کند. اسناد درونی تعیین می کند که عزت نفس فرد تحت تاثیر قرار گرفته است. اسناد پایدار مزمن بودن افسردگی و اسناد کلی عمومیت احساسات افسردگی را تعیین می کند و نیز شدت افسردگی نه تنها به وسیله آزارنده بودن رویداد بلکه توسط اسنادهای شخص نسبت به آن تعیین می شود. در یکی از تجدید نظرهای اخیر از این مدل چنین فرض می شود که سبک اسنادی نه علت لازم و نه علت کافی افسردگی ، بلکه یک علت مؤثر یا عامل خطر ابتلاء به افسردگی در کنار بسیاری دیگر از عوامل قرار دارد ( مبینی ، ۱۳۷۶ ) .

### ۳- نظریه ناامیدی<sup>۱</sup> افسردگی

آلوی و ابرامسون ( ۱۹۸۸ ) نظریه درماندگی آموخته شده را به شکل جدیدتری مطرح کردند که در آن ناامیدی به جای درماندگی بعنوان عامل اصلی در بروز افسردگی تبیین شده است. ( مبینی ۱۳۷۶ ) .

در نظریه ناامیدی افسردگی علل بر طبق روابط ترتیبی آنها در ارتباط با شروع علائم بیماری از همدیگر تفکیک می شوند. علل دور از وقوع و علل نزدیک به وقوع، علل دور از وقوع<sup>۲</sup> که در ردیف سبب شناختی افسردگی جلوتر عمل می کنند، در این نقطه از ترتیب علی هیچ تظاهری از علائم افسردگی دیده نمی شود. از طرف دیگر علل نزدیک به وقوع<sup>۳</sup> که نسبتاً دیرتر عمل کرده و کمی قبل یا همراه علائم این بیماری رخ می دهند. نظریه ناامیدی افسردگی صریحاً تأکید

<sup>1</sup> hopelessness theory

<sup>2</sup> proximal

<sup>3</sup> distal