

جهت خرید فایل word به سایت www.kandooen.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

فصل اول

مقدمه

مقدمه:

از میان اختلالات روانی شاید بتوان گفت که افسردگی یکی از شایعترین اختلالات جوامع امروزی می باشد که انسانهای زیادی از آن رنج می برند هر انسانی ممکن است در دوره ای از زندگی خود آن را تجربه کند طوری که امروزه آن را سرماخوردگی روانی می نامند. اختلالاتی که این بیماری در زندگی روزمره ایجاد می کند بر کسی پوشیده نیست. گستره بیماری طوری می باشد که تمام حیطه های کارکردی شغلی، خانوادگی و اجتماعی را مختل می کند. تا اواسط قرن حاضر اطلاعات اندکی در رابطه با افسردگی در دسترس بود و تحقیقات محدودی در جهت شناسایی آن به عمل آمده بود و تبیین و توصیف آن همواره در چهارچوب پزشکی و مدل تک عاملی صورت می گرفت. اما امروزه شاهد تغییراتی در نحوه نگرش به این بیماری از لحاظ سبب شناسی، سیر شکل گیری و درمان آن هستیم نتیجه این تغییرات دگرگونیهای مختلفی بود که عمدتاً در عرصه روان شناسی مرضی، روان شناسی تجربی و روان شناسی شناختی پدید آمد و به دنبال همین دگرگونی ها بود که نظریه پردازان به بررسی ابعاد این بیماری پرداختند و مکاتب مختلف و درمان های متعددی شکل گرفت. از بین این مکاتب روانشناسی شاید بتوان گفت که مکتب شناختی پیشرفت قابل ملاحظه ای را در سبب شناسی و درمان اختلالات خلقی داشته است اخیراً افسردگی به عنوان یک اختلال شناختی مطرح شده است همچنین برخی از نظریه پردازان اعتقاد دارند که بهتر است علایم مرضی افسردگی را به حساب اسنادهای علی که درباره حوادث زندگی توسط بیماران افسرده ارائه می شود، گذاشته شود. نظریه درماندگی آموخته شده یکی از نظریات نسبتاً جدیدی است که در این زمینه به تحقیقات روان شناختی وسیعی میدان داده است این نظریه حوزه رفتاری - شناختی را به هم ربط می دهد به عقیده سلیگمن درماندگی آموخته شده در انسان ها می تواند به صورت افسردگی تجربه شود و این هنگامی است که شخص بر این باور باشد که کنترلی بر مسیر رویدادهای زندگی ندارد. در همین راستا تحقیقات نشان داد که انسان ها در ارتباط با نتایج پاسخ هایشان دارای سبک اسنادی می شوند و این شیوه تبیین در پیش بینی های آنها از حوادث آتی موثر است. سلیگمن و همکارانش اسنادها را در سه بعد بیرونی - درونی، کلی - اختصاصی و پایدار - ناپایدار

طبقه بندی کردند و معتقدند که سبک اسناد چهار اصل دارد و فرض بر این است که برای وقوع افسردگی وجود هر چهار اصل لازم است، که عبارتند از:

- ۱- انتظار شیوع حوادث بسیار ناگوار یا انتظار وقوع حوادث بسیار مطلوب.

- ۲- ناتوانی در کنترل نتایج مرتبط با این حوادث

- ۳- برخورداری از یک سبک اسنادی ناچور (نسبت دادن رویدادهای منفی به علل درونی، پایدار و کلی و رویدادهای مثبت به علل بیرونی، ناپایدار و اختصاصی).

- ۴- هر قدر اطمینان درباره حالت ناگوار مورد انتظار و غیر قابل کنترل بودن رویداد بیشتر باشد نارسایی های شناختی، انگیزشی، نیرومندتر خواهند بود و هر قدر رویداد غیر قابل کنترل برای فرد اهمیت بیشتری داشته باشد، اختلال عاطفی و کاهش عزت نفس بیشتر خواهد بود.

علايق محققان بیشتر بر روی اصل سوم متمرکز شده است . طبق این اصل برخورداری از یک سبک اسنادی ناچور فرد را مستعد می سازد تا در برابر رویدادهای ناخوشایند یا عدم وقوع رویدادهای خوشایند افسردگی نشان دهد (نظری، ۱۳۷۲).

بیان مسئله

امروزه اندیشمندان سبک های یادگیری را مترادف با سبک های تفکر یا سبک های شناختی می دانند . معتقدند سبک های شناختی آن دسته از ویژگی های فردی را شامل می شود که در نحوه پاسخ دهی و عملکرد در موقعیت های مختلف اثر می گذارد و به نوعی قالب فکری ضروری فرد را مشخص می کند . این مفهوم روان شناختی روی جنبه های درونی و شخصیت تمرکز می یابد سبک های شناختی درون همه تجارب انسان از جمله فرایندهای شناختی ، اجتماعی و عملکرد بین فردی جای گرفته است همچنین سبک های شناختی با تفاوت اساسی در انتظارات شخص از زندگی، ارتباط با یکدیگر و روشی که در حل مسائل بکار می گیرد ارتباط دارد. کلب چهار الگوی شناختی تفکر را مشخص می کند . همگرایی، واگرایی، انطباق دهنده و جذب کننده هر فردی در زندگی روزمره خود از یکی از این چهار روش بیشتر استفاده می کند . شکل گیری این الگوهای فکری در هر فردی بستگی کامل به نحوه تجارب فردی او در زمان رشدش دارد. هنگامی که محیط کودکی فرد سرشار از محرک های مختلف باشد، فرد هر روزه برای مقابله با آنها احتیاج به ارزیابی های مختلف دارد. این فرد باید اطلاعات زیادی را از محیط بگیرد و محیط هم اطلاعات زیادی از او می خواهد بنابراین این گونه محیط فرد را وامی دارد که بیشتر رویدادها را مورد تجسس قرار دهد و جنبه های مختلف یک پدیده را ببیند . این افراد به نسبت کسانی که در یک محیط کم محرکی زندگی کرده اند به آشکارا دارای تفاوت در الگوی فکری خودشان می شوند فردی که تجارب زیادی داشته به تدریج دارای یک الگوی فکری واگرا می شود فرد یاد می گیرد که حوادث را از جنبه ها و موقعیت های مختلف مورد بررسی قرار دهد. و به جای قانع شدن به یک علت به چندین علت در مورد یک رویداد بیندیشد پس چنین فردی دامنه فعالیت های خودش را گسترش می دهد. رویدادهای مختلفی را تجربه می کند سعی می کند با همه آنها کنارآید و از هر کدام استفاده های خاص خودش را بیورد. درمقابل کسی

که در یک محیط کم محرک زندگی کرده است یا در جریان رشد خود شکست های مختلفی داشته است به تدریج از الگوهای فکری همگرا استفاده می کند این

افراد در برابر یادگیری های جدید غیر هیجانی می شوند . کمتر دوست دارند که با تجربه های جدید روبرو شوند و معمولاً برای هر حادثه یک یا دو دلیل را بیشتر بیان نمی کنند علاقه های محدودی دارند بیشتر از استدلال های قیاسی استفاده می کنند در مواقعی که تنها یک پاسخ درست وجود دارد خوب عمل می کنند. بنابراین این گونه افراد خیلی زود تر امکان دارد منفعل و درمانده شوند. این افراد هنگامی که در یک موقعیت شکست می خورند به جای اندیشیدن درباره جنبه های مختلف یک حادثه به یک بعد آن بیشتر توجه نمی کنند و آن را معمولاً درونی تر و پایدار می یابند کمتر از خلاقیت خود استفاده می کنند و معمولاً پاسخ های کمتری هم برای رهایی از واقعه یا حوادث بد که در زندگی شان رخ می دهد دارند (البته باید توجه داشت که این الگو لزوماً جنبه منفی ندارد. افراد با این الگو می توانند در جنبه های مختلف اجتماعی افرادی خلاق و کارآمد باشند و همچنان که امروز آن را شاهدیم) هنگامی که فرد شکست های پی در پی را تجربه کند بعد از مدتی فرد به جای تفکر خلاقانه در مورد شکست ها به یک ارزیابی منفی از خود و موقعیت و یا حتی جهان پیرامون می رسد و حتی چنان درمانده می شود که از دست زدن به هر عملی به علت احتمال شکست می هراسد. الگوی درماندگی آموخته شده نیز برای اولین بار از این تفکر نشات گرفت.

در حالیکه امروزه این مفهوم چنان گسترش پیدا کرده است که به بررسی پیچیده ترین عملکردهای انسان یعنی شناخت می پردازد. به عقیده سلیگمن درماندگی آموخته شده در انسانها به صورت افسردگی تجربه می شود و این هنگامی است که شخص بر این باور باشد که کنترلی بر مسیر رویدادهای زندگی ندارد.

این رویکرد بعد از تجدید نظر شدن توسط سلیگمن و همکارانش عامل مهم در افسردگی افراد را نحوه تبیین های افراد از حوادث می دانند.

حال سوال این است که آیا سبک تبیین خاص می تواند منجر به بروز اختلال شود؟ یا چگونگی تبیین وقایع و حوادث توسط انسان در سوق دادن او به سمت اختلال افسردگی نقش دارد یا خیر؟

آنها اعتقاد دارند هنگامی که فردی با یک رویداد مواجه می‌شود سبک‌های اسنادی او در سه بعد درونی- بیرونی، کلی- اختصاصی و پایدار- ناپایدار شکل می‌گیرد و اشخاص افسرده معمولاً برای حوادث بد از تبیین‌های درونی- کلی و پایدار استفاده می‌کنند. این عامل باعث می‌شود که اشخاص به این احساس برسند که کنترلی بر محیط ندارند و پاسخ‌هایشان مستقل از حوادث است و بعدها به ناتوانی تصویری از این که کاری از آنها ساخته نیست برسند و این عامل مهمی در کاهش عزت نفس و به تبع آن شکل‌گیری افسردگی می‌باشد. پژوهش حاضر می‌خواهد به این پرسش پاسخ دهد که آیا برداشتی که دانشجویان افسرده از وقایع دارند و به تبع آن پیش‌بینی و انتظارات آنها با دانشجویان عادی متفاوت است؟ آیا سبک اسنادی ناجور در دانشجویان با افسردگی در ارتباط است یا نه؟ نهایتاً این که چه تفاوتی بین سبک اسنادی و سبک‌های تفکر دانشجویان وجود دارد.

اهمیت و ضرورت تحقیق

امروزه پیشرفت‌های چشمگیری در زمینه سبب‌شناسی و درمان اختلالات روانی صورت گرفته است یکی از این پیشرفت‌ها مورد توجه واقع شدن فرایند‌های شناختی- رفتاری و از میان آن پدیده درماندگی آموخته شده و سبک تبیین در سبب‌شناسی افسردگی می‌باشد. آشکار شدن سبک تبیین فرد به منظور پیش‌بینی وضعیت او در پیوستار آسیب‌پذیری- حائز اهمیت فراوان است. از اینرو آماده‌سازی محیط و آموزش‌های لازم می‌تواند به افرادی که به قطب آسیب‌پذیری گرایش بیشتری دارند کمک کنند بنابر شواهد و مدارک پژوهشی سبک تبیین در پیش‌بینی رفتار و عواطف منفی نقش مهمی ایفا می‌کند سبک تبیین بدبینانه ریسک مهمی برای بروز افسردگی محسوب می‌شود اگر واقعاً سبک تبیین بدبینانه یکی از عوامل پیامدهای رفتاری- عاطفی بعدی باشد. چه به ریشه‌های تحولی سبک تبیین در دوران رشد ضروری است. در صورتی که حوادث و تجارب ناخوشایند در سال اولیه زندگی به وقوع پیوسته باشد، سبک تبیین احتمالاً نیاز به دگرگونی و بازسازی دارد. بنابراین نقش خانواده و آموزش و پرورش حائز اهمیت است، خانواده و آموزش و پرورش باید زمینه‌هایی را فراهم کنند که تا حد امکان موفقیت را در کودکان افزایش

شکست را کاهش دهند تا به نحوی از آموختن درماندگی و ناتوانی جلوگیری کنند. همچنین سبک تبیین در فرایند روان درمانی نیز می‌تواند مورد توجه قرار گیرد. شناسایی تبیین بدبینانه و بازسازی اسنادها می‌تواند در تسریع روند بهبودی بیماران افسرده موثر باشد.

آشکار شدن سبک تبیین دانشجویان در برخورد با شکست‌ها و موقعیت‌های یادگیری به منظور پیش‌بینی طبیعت او در پیوستار آسیب‌پذیری - عدم آسیب‌پذیری اهمیت موضوع را تا حدودی روشن مینماید.

اهداف طرح

۱- اهداف کلی: هر چند که نظریه اسناد در آغاز اختصاص به افسردگی داشت اما دامنه آن روز به روز گسترده‌تر شده و موضوعات بیشتری را در بر گرفته است، به گونه‌ای که بعد از گذشت سه دهه از عمر آن موضوعات دیگری از قبیل موقعیت‌های شغلی زوجین، تندرستی و حتی مرگ نیز در این زمینه مورد تحقیق و بررسی قرار گرفته است تحقیق حاضر می‌تواند گامی مقدماتی در جهت گسترش زمینه‌های تحقیق در این موقعیت‌ها باشد.

هدف کلی طرح: آزمون نظریه درماندگی آموخته شده در بین دانشجویان می‌باشد بدین معنی که آیا دانشجویان افسرده از الگوی درماندگی آموخته شده در برخورد با رویدادها تبعیت می‌کنند یا نه؟

۲- اهداف جزئی و کاربردی

مشخص کردن سبک اسناد دانشجویان افسرده و کمک به روان‌درمانی این اختلال از طریق فرایند بازآموزی سبک اسناد نمی‌تواند یکی از اهداف این طرح باشد نتایج می‌تواند در رابطه با تعلیم و تربیت و آموزش خانواده موثر باشد با توجه به این امر که شکست مداوم می‌تواند در رشد سبک اسنادی ناجور و متعاقب آن بروز رفتارها و عواطف ناخوشایند موثر باشند می‌توان فرزندان و دانش‌آموزان را به نحوی تربیت کرد که پیامدهای رفتاری خود را به نوعی تبیین کنند که در جهت رشد و سلامت رفتاری و عاطفی خود گام بردارند و از اسنادهای ناجور اجتناب کنند. اگر چه دانشجویان در مقطعی از سن خود قرار دارند که ممکن است سبک‌های اسنادی در آن شکل گرفته باشد اما هر فردی

می تواند با آگاهی از نحوه اسنادی خویش در جهت تغییر اسنادهای نامطلوب
خود، اقدام کند.

سوالات و فرضیات تحقیق

سوالات:

- ۱- آیا تفاوتی بین اسناد دانشجویان افسرده و اسناد دانشجویان عادی برای
رویدادهای منفی و مثبت وجود دارد؟
- ۲- آیا دانشجویان افسرده بیشتر از سبک های تفکر همگرا برای یادگیری های
خود استفاده می کنند؟
- ۳- آیا دانشجویانی که تفکر همگرا دارند در مقایسه با دانشجویانی که تفکر
واگرا دارند از اسنادهای درونی پایدار و کلی برای حوادث بد بیشتر استفاده
می کنند؟

فرضیات :

- ۱- اسناد دانشجویان افسرده در مقایسه با اسناد دانشجویان عادی برای
رویدادهای منفی به طور معنی داری درونی تر است.
- ۲- اسناد دانشجویان افسرده در مقایسه با اسناد دانشجویان عادی برای
رویدادهای منفی به طور معنی داری کلی تر است.
- ۳- اسناد دانشجویان افسرده در مقایسه با اسناد دانشجویان عادی برای
رویدادهای منفی به طور معنی داری پایدار تر است.
- ۴- اسناد دانشجویان افسرده در مقایسه با اسناد دانشجویان عادی برای
رویدادهای مثبت به طور معنی داری بیرونی تر است.

- ۵- اسناد دانشجویان افسرده در مقایسه با اسناد دانشجویان عادی برای رویدادهای مثبت به طور معنی داری اختصاصی تر است.
- ۶- اسناد دانشجویان افسرده در مقایسه با اسناد دانشجویان عادی برای رویدادهای مثبت به طور معنی داری ناپایدارتر است.
- ۷- دانشجویان افسرده در مقایسه با دانشجویان عادی بیشتر از تفکر همگرا استفاده می کنند.
- ۸- دانشجویان عادی در مقایسه با دانشجویان افسرده بیشتر از تفکر واگرا استفاده می کنند.
- ۹- دانشجویان دارای تفکر همگرا در مقایسه با دانشجویان دارای تفکر واگرا از اسنادهای درونی، پایدار و کلی برای حوادث بد استفاده میکنند.

تعریف نظری متغیرها

- **سبک های تفکر:** شیوه های نسبتاً ثابتی هستند که افراد با استفاده از آنها اطلاعات را دریافت و سازماندهی و مفهوم می بخشند. سبک های تفکر انواع مختلفی دارد. افرادی که دارای سبک تفکر واگرا هستند موقعیت های عینی را از زوایای مختلف می بینند و رویکرد آنان نسبت به موقعیت ها مشاهده کردن تا عمل کردن است. این گونه افراد تخیل و احساس قوی دارند. اما افرادی که دارای تفکر همگرا هستند غیر هیجانی هستند، علاقه های محدودی دارند در کاربرد عملی اندیشه ها قوی هستند تا خلق اندیشه های جدید.
- **سبک اسنادی:** دارای سه بعد درونی - بیرونی یعنی نسبت دادن علل پیامدها به عوامل خارج از شخص مانند محیط یا موقعیت، کلی و اختصاصی یعنی نسبت دادن علل یک پیامد بر تمامی موقعیت ها در برابر نسبت دادن آن علل به یک موقعیت خاص و پایدار، ناپایدار یعنی تعمیم دادن علل پیامدها به مدت زمانی طولانی و همیشگی در برابر نسبت دادن علل پیامدها به زمان حال و کوتاه مدت.

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoo.cn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

- افسردگی: امروزه افسردگی جزء اختلالات خلقی شناخته می‌شود. که در آن از دست دادن کارمایه (انرژی)، علاقه، احساس گناه و دشوار شدن تمرکز و افکار مرگ و خودکشی از نشانه های بارز آن می‌باشد. در این بیماری خلق افسرده بر فرد غالب می‌شود که بر اساس بیان لفظی یا غیر لفظی عواطف غمگین، اضطرابی و یا حالت‌های برانگیختگی نشان داده می‌شود.

- دانشجویان: کسانی هستند که بعد از گذراندن مقطع دیپلم، در حال حاضر در مقطع کارشناسی در حال تحصیل هستند.

تعریف عملیاتی متغیرها

تفکر واگرا: کسانی هستند که در پرسشنامه سبک یادگیری کلب در دو ربع مختصات شیوه یادگیری تجربه عینی (CE) و مشاهده تاملی (RO) نمره کسب کرده اند.

تفکر همگرا: کسانی هستند که در پرسشنامه سبک یادگیری در دو ربع محور مختصات شیوه یادگیری آزمایشگری فعال (AE) و مفهوم سازی انتزاعی (AC) نمره کسب کرده اند.

دانشجویان افسرده: کسانی هستند که در تست افسردگی بک نمرهای بیشتر از ۲۱ را کسب کرده اند.

سبک اسنادی

درونی - بیرونی:

کسانیکه در پرسشنامه سبک اسنادی در سوال ۲ نمره بیشتر از ۴/۳۹ را کسب کرده اند. دارای سبک اسنادی درونی هستند و کسانیکه نمرات کمتر از ۴/۳۹ را کسب کرده اند دارای سبک اسنادی بیرونی هستند.

پایدار - ناپایدار:

کسانیکه در پرسشنامه سبک اسنادی در سوال ۳ نمره کمتر از ۴/۳۱ کسب کرده اند دارای سبک اسنادی ناپایدار و کسانی که نمرات بیشتر از ۴/۳۱ را کسب کرده اند دارای سبک اسنادی پایدار هستند.

کلی - اختصاصی:

کسانی که در پرسشنامه سبک در میانگین مجموع نمرات سوال ۴ نمره کمتر از ۴/۰۹ کسب کرده اند دارای سبک اسنادی اختصاصی و کسانیکه نمرات بیشتر از ۴/۰۹ را کسب کرده اند دارای سبک اسنادی کلی هستند.

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoo.cn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

فصل دوم

گستره نظری موضوع و

سوابق تحقیق

مقدمه:

انسان از بدو تولد در کنش متقابل با محیط می‌باشد که این کنش دارای یک سری درون داد و برون داد می‌باشد و حاصل این درون دادها و برون دادها شکل‌گیری شناخت ها و یا سبک های مختلف تفکر در او می‌باشد. بنابراین به گفته اندیشمندان زندگی یک تعامل خلاق است که بدون وقفه بین جاندار و محیط زندگی او جریان می‌یابد. نوزاد انسان به تدریج یاد می‌گیرد که برای بقای خود باید یک سری تغییرات را در محیط اطرافش ایجاد کند، یک سری قوانین و بدیهات زندگی را بپذیرد و بتواند از این بدیهات، قوانین تازه تری را برای بقا مطلوب‌تر خود درست کند. بنابراین فرد برای سازگار کردن خود با محیط از یک سو واقعیات های بیرونی را در ساخت های شناختی خود جذب می‌کند و از سوی دیگر ساخت های شناختی خود را برای فشارهای محیط تغییر می‌دهد و به تدریج سبک های تفکر مختلفی در او شکل می‌گیرد. هر فردی بر اساس سبک خود یاد می‌گیرد، ارزیابی می‌کند و برداشت‌های مختلفی از حوادث می‌کند و اعتقادات و نگرش های مختلفی نسبت به خود و جهان آینده پیدا می‌کند و به نوعی به یک قالب فکری دست پیدا می‌کند. پس انسان هر چه تجربه اش فراوان تر باشد دامنه یادگیری‌هایش نیز می‌تواند بیشتر باشد. آدمی با رشد خود دامنه تجربه اش را افزایش می‌دهد و با یادگیری‌های قبلی رویداد های زندگی اش را تبیین و علت یابی می‌کند و بر اساس این تبیین خود به پاسخ دهی دست می‌زند اما همیشه تجربه های انسانی از نوع تجربه‌های خوشایند نیستند. انسان در فرایند تحول خود به رویدادها و حوادثی بر می‌خورد که او را ناامید و درمانده می‌کنند. رویداد های که فرد فکر می‌کند در کنترل او نیستند و نمی‌تواند در حذف و تعدیل آنها کار کند و در هر صورت به دلیل ناتوانی هایش دوباره رخ خواهند داد. پس در چنین مواقعی فرد منفعل و ناامید می‌شود، دیگر سعی نمی‌کند رویدادهای جدیدی تجربه کند و به نوعی نا امید و افسرده می‌شود. و فکر می‌کند که تمام حوادث آتی زندگی اش نیز دیگر در کنترل او نیستند و پاسخ های که او به متغیرهای محیطی می‌دهد مستقل از

رفتار او هستند. این تجارب و شکست ها اگر به طور مکرر رخ دهد، منجر به کاهش انگیزه در فرد می شود و در نهایت به افسردگی فرد منجر می شود. انسان ها بر اساس سبک های فکری خود به گونه های متفاوت شکست ها و موفقیت های خود را تبیین و علت یابی می کنند. افرادی که در نهایت افسرده می شوند معمولاً ارزیابی نادرستی از رویدادها و توانایی های خود دارند. آنها هنگام برخورد با رویدادها و حوادث بد، در ارزیابی علت آن حوادث بیشتر به ابعاد درونی بودن علت ها و مزمن بودن رویدادها می اندیشند در عوض کسانی که دارای سبک های تفکر خلاقانه می باشند حوادث بد را به رویدادهای بیرونی و گذرا نسبت می دهند. و سعی می کنند با نادیده گرفتن شکست ها به زندگی سابق خود باز گردند. الگوی درماندگی آموخته شده که یک الگوی شناختی - رفتاری می باشد از این فکر نشأت گرفته، الگوی درماندگی معتقد است که نه تنها تجربه های ناگوار بلکه ناتوانی یا ناتوانی تصویری خود در این باره که کاری از او ساخته نیست می تواند باعث ایجاد درماندگی و نهایتاً افسردگی در فرد شود.

افسردگی امروزه آنقدر شایع است که به آن سرماخوردگی روانی می گویند هر کس ممکن است در مرحله ای از زندگی خود آن را تجربه کرده باشد به طوری که امروزه سن شیوع آن از میانسالی به دوره جوانی و نوجوانی کشیده شده است. محققان رویکردهای مختلفی برای سبب شناسی افسردگی ارائه می کنند و به تبع آن درمان خاصی را هم ارائه می دهند از الگوهای زیستی - شیمیایی گرفته تا الگوهای رفتاری، روان تحلیل گری و شناختی. گرچه هر کدام از این رویکردها برای سبب شناسی افسردگی علتی را بیان می کنند اما هیچکدام از رویکردها نمی تواند به تنهایی تمام علت های افسردگی را پوشش دهد. رویکرد رفتاری - شناختی، در الگوی درماندگی آموخته شده، یکی از رویکردهای متداول می باشد. این گروه از محققان معتقدند که بهتر است علایم مرضی افسردگی را به حساب اسناد های علی که درباره حوادث زندگی توسط بیماران افسرده ارائه می شود، گذاشته شود و در درمان باید در باز آموزی سبک های

اسنادی این بیماران کار شود تا اسنادهای نامطلوب خود را تغییر دهند و بتوانند درک واقع بینانه ای از توانایی های خود داشته باشند، بازآموزی باعث پذیرش مسئولیت و پشتکار در جهت حل معضلات زندگی در فرد می شود و فرد یاد می گیرد به جای اینکه منفعل با حوادث برخورد کنند می تواند با تکیه بر توانایی هایش به راحتی از مشکلات بگذرد.

یادگیری^۱:

یادگیری را می توان به صورت های گوناگون تعریف کرد. از کسب اطلاعات و اندیشه های مختلف و تازه گرفته تا راههای گوناگون برای حل مسائل. یادگیری تمام حوزه های زندگی را شامل می شود و بسیار گسترده و پیچیده است بنابراین تعریف های مختلفی برای یادگیری شده است اما معروف ترین آن عبارت است از اینکه: یادگیری به فرایند ایجاد تغییر نسبتاً پایدار در رفتار و توان رفتاری^۲ که حاصل تجربه^۳ است گفته می شود و نمی توان آن را به حالت های موقتی بدن مانند آنچه بر اثر بیماری، خستگی، یا داروها پدید می آید نسبت داد (سیف، ۱۳۸۰).

در این تعریف چهار واژه وجود دارد:

۱- تغییر، ۲- پایدار، ۳- توان رفتاری، ۴- تجربه

بر اساس تعریف داده شده یادگیری باعث تغییر می شود البته باید توجه داشت که همه تغییرات به یادگیری منجر نمی شود مثلاً کسی که تصادف کرده پایش شکسته است پس می لنگد تغییر کرده اما این تغییر را نمی توان یادگیری نامید تغییر یعنی اینکه یادگیرنده پس از کسب مهارت یا اطلاعات تازه در نحوه بر خوردش با رویدادها در مقایسه با زمان پیش از یادگیری، تغییر می کند. آن

1. Learning

2. Behavioral Potentiality

3. experience

چیزی که بیش از هر عاملی دیگر سبب دگرگونی افراد در طول زندگی می‌شود همین تجارب یادگیری است به همین دلیل افرادی که فرصت های یادگیری و کسب تجربه های بیشتری دارند از کسانی که دارای فرصت های کم یادگیری هستند و زندگی یکنواختی را می‌گذرانند بیشتر تغییر می‌کنند (همان منبع).

عامل بعدی اینکه این تغییر باید نسبتاً پایدار باشد یعنی تغییراتی که بر اساس مصرف دارو یا بیماری ایجاد می‌شود و بعد از مدتی نیز از بین می‌روند را نمی‌توان یادگیری نامید. ثانیاً باید تغییر در توان رفتاری ما باشد یعنی اینکه در یادگیرنده نوعی توانایی ایجاد کند که این توانایی صرفاً در رفتار ظاهری فرد نیست می‌تواند بعدها آشکار شود. و عامل آخر نیز تجربه است. منظور از تجربه تاثیر محرک های بیرونی و درونی بر یادگیرنده است.

سبک های تفکر:

سبک های تفکر به چگونگی یادگیری یادگیرنده اشاره می‌کند. بنابراین باید با تواناییهای یادگیری تمایز قایل شد. توانایی یادگیری یعنی اینکه فرد از عهده یادگیری بر می‌آید یا نه. امروزه سبک های یادگیری را مترادف سبک های تفکر و سبک های شناختی می‌دانند.

در مورد سبک های یادگیری تعاریف مختلفی شده هوهن^۱ (۱۹۹۵) گفته است: «اصطلاح سبک یادگیری به باورها، رجحانها و رفتارهایی که به وسیله افراد به کار می‌روند تا به یادگیری آنان در یک موقعیت معین کمک کنندگفته می‌شود» (هرگنهان ، ۱۳۸۲).

سبک های یادگیری دارای انواع مختلفی هستند به طور کلی می‌توان آنها در سه دسته شناختی ، عاطفی و فیزیولوژیکی دسته بندی کرد. سبک های یادگیری شناختی بنا به طریقی که شخص موضوعها را ادراک می‌کند، اطلاعات را به خاطر می‌سپارد و درباره مطالب می‌اندیشد و مسائل را حل می‌کند تعریف

¹. Hohn

². cognitive

می‌شوند، سبک های یادگیری عاطفی^۱ در بر گیرنده شخصیت و ویژگیهای هیجانی یاد گیرنده مانند پشتکار تنها کارکردن یا با دیگران کارکردن و پذیرش یا رد تقویت کننده‌های بیرونی است.

سبک های یادگیری فیزیولوژیکی^۲ جنبه زیست شناختی دارند و در برگیرنده واکنش فرد به محیط فیزیکی موثر بر یادگیری او هستند مانند ترجیح دادن مطالعه کردن در شب یا روز یا ترجیح دادن مطالعه کردن در محیطهای گرم یا در محیطهای سرد. از میان این سه دسته سبک یادگیری، سبک های شناختی فراوان تر از همه مورد بحث و بررسی قرار گرفته اند و از اهمیت بیشتری برخوردار هستند. (سیف، ۱۳۸۰).

در تعریف سبک یادگیری باید توجه داشت که سبک شناختی، سبک یادگیری و سبک های فکری^۳ اصطلاحات مترادفی هستند که به ویژگی های فردی افراد اطلاق می‌شوند که شیوه های برای سازماندهی و پردازش اطلاعات در هر فرد می‌باشند.

سبک های شناختی تفکر

سبک شناختی به صورت راههای که شخص می‌اندیشد و به جهان می‌نگرد تعریف شده است (سیف، ۱۳۸۰). سبک های شناختی شیوه های هستند نسبتاً ثابت که افراد با استفاده از آنها اطلاعات را دریافت سازماندهی و مفهوم می‌بخشند.

فرد همانطور که در محیط کلاس یاد می‌گیرد و اطلاعات را پردازش می‌کند. در موقعیت های طبیعی و هنگام برخورد با رویدادهای زندگی نیز همان گونه اطلاعات را ارزیابی می‌کند و بر اساس آن رفتار می‌کند بنابراین سبک شناختی یادگیری فرد سبک فکری او در همه موقعیتها می‌شود.

1. affective

2. Physiologica

3. conceptual style

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoo.cn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

فهرست انواع سبک های شناختی که افراد استفاده می کنند. در جدول (۱-۲) آمده است هر کدام از این سبک ها دارای ویژگی های خاص خود می باشد و در گروهی از افراد بیشتر استفاده می شود اما باید توجه داشت که معمولاً افراد از یک یا چند سبک شناختی برای یادگیری بیشتر استفاده نمی کنند افراد در موقعیت ها و مسایل مختلف ممکن است از سبک های گوناگونی استفاده کنند اما معمولاً یک یا چند سبک از بقیه بیشتر استفاده می شود (یار محمدی، ۱۳۷۹).

سبکهای همگرا، واگرا، جذب کننده و انطباق یابنده
این سبک ها با الگوی زیر مطابق است.



شکل (۲-۱) الگوی یادگیری تجربی و اقتباس از سیف، (۱۳۸۰)
در این الگو، یادگیری در یک چرخه چهار مرحله ای تصور شده است :
۱ - تجربه عینی فوری، ۲ - مشاهده و تفکر درباره آن تجربه ۳- تدوین فرضیه
یا نوعی نظریه درباره آن ۴ - آزمون آن فرضیه یا نظریه در موقعیت های
عملی. یعنی یادگیرنده ابتدا عملی را انجام می دهد (تجربه عینی) بعد درباره آن
عمل به تفکر می پردازد (مشاهده تاملی) به دنبال آن نظریه می سازد(مفهوم
سازی انتزاعی) و سرانجام درباره آن به انجام آزمایش می پردازد. بر اساس
این الگوی یادگیری چهار شیوه یادگیری به وجود می آید دو شیوه یادگیری
تجربه عینی در مقابل مفهوم سازی انتزاعی و شیوه یادگیری آزمایشگری فعال
در مقابل مشاهده تاملی (یارمحمدی، ۱۳۷۹)

بنا به گفته کلب و فرای (نقل از سیف ، ۱۳۸۰) یادگیرنده ای که شیوه یادگیری تجربه عینی دارد از تجارب خاص می آموزد ، با دیگران ارتباط برقرار می نماید و نسبت به احساس خود و افراد دیگر حساس است. شخص دارای شیوه مفهوم سازی انتزاعی بر تحلیل منطقی از اندیشه ها تاکید می ورزد درکارهای خود طرح ریزی نظامدار را به کار می بندد و با توجه به درک و فهم اندیشه مندانه از امور عمل می کند، شیوه آزمایشگری فعال شامل توانایی انجام دادن امور، خطر کردن و تاثیر گذاشتن بر دیگران از راه عمل کردن است و سرانجام اینکه شیوه مشاهده تاملی بر مشاهده دقیق پیش از داوری دیدن امور از زوایای مختلف و جستجو برای کسب معانی امور استوار است. تفکر همگرا از دو شیوه یا دومرحله یادگیری مفهوم سازی انتزاعی و آزمایشگری فعال تشکیل می شود. افراد دارای این سبک یادگیری در یافتن موارد استفاده عملی برای اندیشه ها و نظریه ها کارآمدند و به سخن دیگر کسانی که از این سبک یادگیری بهره مندند در حل مسائل و تصمیم گیری بر اساس راه حل هایی که برای مسائل می یابند توانا هستند سبک یادگیری واگرا از ترکیب تجربه عینی و مشاهده تاملی حاصل می شود و افراد دارای این سبک یادگیری موقعیت های عینی را از زوایای مختلف می بینند. رویکرد آنان نسبت به موقعیت مشاهده کردن است تا عمل کردن این گونه افراد از قدرت تخیل و احساس برخوردارند سبک یادگیری جذب کننده از ترکیب مفهوم سازی انتزاعی و مشاهده تاملی به دست می آید افراد دارای این سبک یادگیری در کسب و درک اطلاعات گسترده و تبدیل آن صورتی خلاصه ، دقیق و منطقی توانا هستند سبک انطباق یابنده از اجتماع دو شیوه یادگیری تجربه عینی و آزمایشگری فعالی به دست می آید افراد دارای این سبک از تجارب دست اول می آموزند و از اجرای نقشه و درگیر شدن با اعمال چالش انگیز لذت می برند. این افراد بیشتر از آنکه به تحلیل های منطقی بپردازند. امور محسوس ترجیحی می دهند.

افسردگی

در زندگی همه ما روزهای وجود دارند که همه چیز را سیاه می بینیم، هیچ امیدی به موفقیت نداریم و احساس غمگینی، تنهایی، خلاء، ناامیدی و گهنگاری بر ما چیره می شود و اضطراب و هراس تمام وجود ما را فرا می گیرد. نومیدی در عشق، مرگ، سانحه، شکست در شغل و احساس گناه و بسیاری از علل دیگر اکثر مردم را غمگین و ما تمزده می کند. در بیماران افسرده نیز افسردگی بهمین علل ایجاد می شود ولی در اینجا چون شخص قبلاً به سبب احساس حقارت و عدم کفایت مستعد بیماریست معمولاً حساسیت زیادی به کوچکترین نوسانات خلقی دارد. شخص تسلیم افسردگی غیر عادی می شود. افسردگی طبیعی و متعادل در انسان واکنشی است نسبت به یک عامل بیرونی که فرد از آن آگاه نیست ولی محرومیت آن را آگاهانه درک می کند. همه ما در طول دوران تحول خود با پیشامدها حوادث، فقدان های متعددی روبرو می شویم. هر کسی با چند نشانه از افسردگی با این ضایعه و فقدان بر خورد می کند. نشانه هایی از قبیل غمگینی، یاس، بی علاقی، منفعل بودن، آینده را تیره و تار دیدن، از دست دادن شور و شوق.

این واکنش ها در برابر مصیبت ها و حوادث، طبیعی است ماماتم می گیریم ولی بازهم به آینده امیدواریم و بعد از مدتی به تدریج این نشانه ها محو می شوند و زندگی عادی و روزمره جایگزین می شود اما به گفته دادستان (۱۳۷۹) «آنچه موجب می شود تا چنین احساساتی به صورت اختلالهای روانی در آیند، نوع، تعداد نشانه ها، شدت و طول مدت و همچنین حدی است که به جریان بهنجار زندگی روزمره آسیب می رساند».

بنابراین واکنش افراد در برابر این رویدادها از دو جهت با عکس العمل طبیعی افسردگی متفاوت است یکی اینکه حالت افسردگی در فرد نوروتیک از لحاظ شدت وحدت با محرک بیرونی نامتناسب است و دیگر اینکه در افرادی بیشتر دیده می شود که به علت خصوصیات خاص شخصیتی و شناختی خود آمادگی و زمینه ابتلا به افسردگی را دارند.

تاریخچه افسردگی:

از عهد باستان مواردی از افسردگی مردم ثبت شده است. توضیحاتی در مورد آنچه امروزه اختلافات خلقی نامیده می‌شود در بسیاری از متون کهن یافت می‌شود. داستان «پادشاه شائول» در «عهد عقیق» و نیز داستان خودکشی «آژاکس» در «ایلیاد همر» توضیحاتی از نشانگان افسردگی است (سادوک، ب، سادوک، و، ۱۳۸۲).

بقراط نخستین نظریه علت شناختی افسردگی را به عنوان عارضه سودا^۱، ارائه کرد فرضیه های متعددی درباره مبنای افسردگی مطرح شده اند و کوششهای فراوانی برای درمانگری آن انجام گرفته است (دادستان، ۱۳۷۹)

معادل اصطلاح سودا در زبان یونانی، اصطلاح مالیخولیاست^۲ که امروزه نوع خاصی از افسردگی را مشخص می‌کند. به رغم پایدار ماندن مفهوم مالیخولیا در خلال قرون، همواره معانی مبهم و متفاوتی به آن نسبت داده شده است که با معنای کنونی مالیخولیا که عبارت است از اختلال عمیق خلقی که بر اساس غمگینی مرضی مشخص می‌شود متفاوت بوده است (همان منبع).

حدود سال سی ام میلادی یک پزشک رومی به نام سلسوس در کتابش به نام درباره طب^۳ مالیخولیا را به عنوان نوعی افسردگی ناشی از غلبه صفرا ذکر کرده است. (سادوک، ب، سادوک، و، ۱۳۸۲).

¹. black bile

². Melicholia

³. De re medicina

در قرن نوزدهم ، مولفان در گروه هذیانهای که تک جنونی^۱ نامیده می‌شدند «هذیان جزئی غمگینی» یا «مالیخولیای هذیانی»^۲ را متمایز کردند و در وهله بعد مفاهیم جنون ادواری (فالره)^۳ و جنون دو شکلی (بایارژه)^۴ به منظور متمایز کردن افسردگی های راجعه که در تناوب با حالات شادی نا آرام بودند ظاهر شدند و سپس بیماری اخیر توسط کرپلین^۵ روان گسستگی آشفته^۶ - افسردگی^۷ نامیده شد. (دادستان، ۱۳۷۹)

تعریف افسردگی

ارائه تعریف افسردگی آسان نیست. طبقه بندی آن باز هم مشکل تر است و پیشنهاد تعریفی علت شناختی که بتواند مورد پذیرش همه متخصصان و پژوهشگران قرار گیرد غیر ممکن به نظر می‌رسد. اما افسردگی آنقدر در زندگی روزمره انسانها رسوخ کرده است و شیوع آن افزایش پیدا کرده است. که امروزه محققان آن را سرماخوردگی بیماری روانی می‌نامند. و تقریباً همه حداقل به صورت خفیف احساس افسردگی کرده‌اند امروزه تعاریف و شناخت‌های متعددی از افسردگی شده است رویکرد های مختلفی برای سبب شناسی^۷ و درمان این بیماری بر اساس تعاریف مختلف به وجود آمده است.

1. mono mania

2. Lypemania

3. Folyet. J

4. Barillarger, j, c, p

5. Keraplen

6. Manie _ depressive Psychosis

7. etiology

افسردگی جزء اختلالات خلقی یا اختلالات عاطفی^۱ شناخته می‌شود، ولی امروزه اصطلاح اختلالات خلقی ترجیح داده می‌شود. چون این اصطلاح حالت‌های هیجانی مداوم و پایدار را مد نظر قرار می‌دهد و فقط به تظاهر بیرونی (عاطفی)، حالات گذرای هیجانی توجه نمی‌کند. خلق هر کسی می‌تواند طبیعی^۲، بالا^۳، یا افسرده^۴ باشد. در بیماران که خلق افسرده ای دارند (یعنی در افسردگی)، از دست دادن کارمایه (انرژی) و علاقه و احساس گناه، دشوار شدن تمرکز از دست دادن اشتها و افکار مرگ یا خودکشی وجود دارد. دیگر نشانه‌ها و علایم اختلالات خلقی عبارت است از: تغییراتی در سطح فعالیت، توانایی‌های شناختی، تکلم و کارکردهای نباتی (از قبیل خواب، فعالیت جنسی، و سایر نظم‌های زیستی) این تغییرات همیشه موجب مختل شدن کارکردهای بین فردی، اجتماعی و شغلی بیمار می‌شود (سادوک، ب، سادوک، و، ۱۳۸۲).

خلق افسرده و بی‌علاقگی یا بی‌لذتی علایم کلیدی افسردگی است. شخص در دوره افسردگی عمده خلق خود را اغلب به صورت افسرده، غمگین، درمانده، دلسرد و یا مغموم توصیف می‌کند. برخی از افراد بیشتر به شکایات جسمانی تاکید می‌کنند (مانند ناراحتی‌ها و دردهای بدنی) تا گزارش احساسهای غمگینی. بی‌علاقگی، یا فقدان احساس لذت تقریباً همیشه و دست کم تا اندازه‌ی وجود دارد. افراد ممکن است گزارش کنند که به سرگرمی‌ها علاقه اندکی دارند و هیچ چیز توجه آنان را جلب نمی‌کند. در برخی از افراد کاهش قابل ملاحظه‌ای در علاقه و میل جنسی در مقایسه با سطح پیشین دیده می‌شود. اشتها کاهش پیدا می‌کند یا ممکن است افزایش یابد. تغییر اشتها در دو جهت ممکن است کاهش یا افزایش قابل ملاحظه‌ای در وزن پدید آورد. (DSM_IV-IR)

1. affective disorder

2. normal

3. elevated

4. depressed

شایع ترین اختلال خواب در دوره افسردگی عمده بیخوابی است. افراد معمولاً بیخوابی میانی (یعنی بیدار شدن در ضمن شب و اشکال در به خواب رفتن دوباره) یا بیخوابی پایانی (یعنی بیدار شدن بسیار زود و عدم توانایی در به خواب رفتن) دارند، بیخوابی اولیه یعنی اشکال در به خواب رفتن نیز ممکن است روی دهد (همان منبع).

تغییرات روانی - حرکتی شامل حالت بیقراری مانند ناتوانی در آرام نشستن، این طرف و آن طرف رفتن، مالیدن دست به هم و یا کندی روانی حرکتی مانند کندی گفتار، تفکر، حرکات بدن مکت های طولانی قبل از پاسخ دادن، کاهش در حجم انعطاف پذیری مقدار یا تنوع محتوای گفتار یا خاموش ماندن است (همان منبع).

بسیاری از افراد اختلال در توانایی تفکر و تمرکز یا تصمیم گیری را گزارش می کنند. احتمال دارد به آسانی دچار حواس پرتی شوند، یا از مشکلات حافظه شکایت کنند.

این پریشانی باید باعث اختلال قابل ملاحظه ای بالینی در زمینه های اجتماعی شغلی و سایر زمینه های کارکردی فرد شود.

برخی از تعاریف عمده افسردگی

- در معنای محدود پزشکی افسردگی به منزله یک بیماری خلق و خو، اختلال کنش خلق و خواست (لو^۱ و لو^۲، ۱۹۹۱، نقل از دادستان).

- در سطح معمول بالینی: افسردگی نشانگی است که تحت تسلط خلقی افسرده است و بر اساس بیان لفظی یا غیر لفظی عواطف غمگین، اضطرابی و یا حالت‌های برانگیختگی نشان داده می‌شود (بلاک برن^۳ و کوتر^۴، ۱۹۹۰، نقل از همان منبع).

- افت گذرا یا دوام دار تنود عصبی - روانی که به صورت یک مؤلفهٔ بدنی سر دردها، خستگی پذیری، بی‌اشتهایی، بیخوابی، بیبوست کاهش فشار خون و جزء آن) و یک مولفه روانی (احساس به پایان رسیدن نیرو، کهتری، ناتوانمندی، غمگینی و جزء آن) نمایان می‌شود (دافون، ۱۹۷۳، به نقل از همان منبع)

- سقوط غیرقابل توجیه تنود حیاتی: این حالت در قلمرو بدنی با خستگی دائم، آشکار می‌شود در قلمرو شناختی به صورت پراکندگی دقت و مشکل کوشش فکری و در قلمرو عاطفی به شکل مایخولیایی که با هوشیاری فرد نسبت به ناتوانمندی واکنش همراه است، متجلی می‌شود.

تعاریف مختلفی از افسردگی شده است اما همه تعاریف اذعان می‌دارد که افسردگی با نشانه های بدنی، شناختی، روانی همراه می‌باشد.

غمگینی معادل افسردگی نیست. اما بی تردید افسردگی شامل حالت غمگینی است که بر زندگی روزمره، فعالیت، ارزشیابی خود، قضاوت و کنشهای ابتدایی مانند خواب و اشتها اثر می‌گذارد. (سلیگمن، م، روزنهان، د، ۱۳۸۲).

1. Loo, H

2. Loo, P

3. Black born, j , m

4. cottrau X, j.

آمار و ارقام نیز از وجود چنین نشانه های در افراد افسرده حکایت می کند. همه بیماران افسرده در حدود ۹۷ درصد از آنها از کم شدن کارمایه انرژی خود که موجب می شود نتوانند وظایف خود را به راحتی انجام دهند که این از نظر تحصیلی و شغلی اختلال ایجاد می کند و انگیزه شان را برای قبول طرحهای جدید کم می کند، شکایت می کنند. حدود ۸۰ درصد از بیماران از اشکال در خواب به ویژه سحرخیزی یعنی بی خوابی انتهایی^۱ و بیدار شدن مکرر در طول شب که در طی آن دایم به مشکلات خود فکر می کنند. شکایت دارند. اضطراب از علایم شایع افسردگی است که بسیاری از بیماران یعنی حدود ۹۰ درصد از آنها را گرفتار می کند. انواع و اقسام تغییراتی که در مصرف غذا و میزان استراحت این بیماران پیدا می شود می تواند بیماری های طبی نظیر دیابت، افزایش فشار خون، بیماری انسداد مزمن ریه، بیماری قلبی همراه با افسردگی را شدید کند. حدود ۵ درصد از بیماران ذکر می کنند که علایمشان در طول روز تغییر می کند به این شکل که شدت آنها در صبح بیشتر است و هر چه رو به غروب می رویم کمتر می شود (سادوک، ب، سادوک، و، ۱۳۸۲).

افسردگی را می توان به سه دسته تقسیم کرد ۱- افسردگی ساده^۲، ۲- افسردگی حاد^۳، ۳- افسردگی عمده^۴ در افسردگی ساده فرد تا حدی غمگین و مضطرب است و نسبت به مسائل زندگی، بی علاقی و بی تفاوتی نشان می دهد همواره احساس گناه و بی حوصلگی می کند، حرفهایش یکنواخت و خسته کننده است اما قوای عقلانی او ماند هوش، حافظه، شناخت زمان و مکان دست نخورده است در افسردگی حاد حالاتی مانند استیصال، به بن بست رسیدن در زندگی، غم سنگین، احساس درماندگی بسیار شدید (تا آنجایی که هر محرکی کوچکی

1. terminal insomnia

2. simple Depression

3. Acute Depression

4. major Depression

می‌تواند این حالات را در او تحریک یا تشدید کند) وجود دارد. بیقراری یا کندی روانی - حرکتی در این گونه از بیماران دیده می‌شود بیمار کم حرف می‌زند و یا با جواب های یکنواخت و کوتاه و صدای خسته و گرفته پاسخ می‌دهد. اما افسردگی عمده ، شدیدترین درجه افسردگی است در حالت افسردگی فرد احساس غم، افسردگی و ناراحتی می‌کند گاه این حالات با بی میلی نسبت به لذات زندگی ممکن است به طور نسبی تداوم یابد یا متناسب باشد فرد افکار خودکشی دارد پرش فکر، حواس پرتی، اختلال در توجه و تمرکز از ویژگی های بارز این گونه بیماران است (شاملو ، ۱۳۸۲)

نوع دیگری از افسردگی مالیخولیا است که گاهی اوقات آن را افسردگی درونزا و یا نوعی از افسردگی می‌خوانند که در غیاب عوامل خارجی استرسزا یا تسریع کننده رخ می‌دهد. از نشانه های شایع آن: بی‌ارزشی شدید، سحر خیزی کاهش وزن و احساس گناه عمیق است (که اغلب نسبت به رویدادهای جزئی و بی اهمیت نیز رخ می‌دهد). افکار خودکشی در میان بیماران مالیخولیایی شایع است (سادوک، ب. سادوک ، و ، ۱۳۸۲).

میزان بروز شیوع افسردگی

مطالعات مربوط به اختلال افسردگی عمده نشان داده است که بخش گسترده ای از جمعیت بزرگسالان به این اختلال دچار می‌شوند. خطر کلی ابتلا به اختلال افسردگی عمده در نمونه های اجتماعی از ۱۰ تا ۱۵ درصد و برای زنان از ۵ تا ۱۲ درصد و برای مردان متغیر است. میزان شیوع افسردگی عمده با ظاهر یا نژاد، سطح تحصیلات، در آمد یا وضعیت زناشویی رابطه ندارد (DSM-IV-TR).

سن و افسردگی:

اختلال افسردگی عمده ممکن است در هر سنی آغاز شود ولی متوسط سن شروع آن در اواسط دهه سوم عمر است (DSM-IV-TR)

هیچ گروه سنی از افسردگی معاف نیست. حتی در نوباوگان نیز دیده می‌شود. رنه اسپیتز^۱ آن را افسردگی اتکایی یا انگل واره^۲ خواند. اسپیتز مشاهده کرد که حتی در نوباوگان ۶ و ۸ ماهه که به مدت طولانی از مادرشان جدا می‌شوند حالتی از بی احساسی، بی حالی کاهش وزن، آمادگی بیشتر برای بیماری های جدی کودکی و حتی مرگ رخ می‌دهد. اما با مراجعت مادر، یا جانشین کردن مادری دیگر و همنشین این آثار تغییر می‌کند. نشانه های افسردگی در کودکان ممکن است به صورت شکل‌های بیش فعالی، پرخاشگری و بزهکاری خود را نشان دهد (سلیگمن، م. روزنهان، د، ۱۳۸۲).

متوسط سن شروع اختلال افسردگی عمده حدود چهل سالگی است و حدود پنجاه درصد از کل افراد بیماریشان در سنین بیست تا پنجاه سالگی شروع

¹. Rene spitz

². anaclitic depression

می‌شود. برخی داده‌های جدید همه‌گیر شناختی حاکی از آن است که میزان بروز اختلال افسردگی عمده ممکن است در میان افراد زیر بیست سال در حال افزایش باشد (سادوک، ب، سادوک، و، ۱۳۸۲).

در نوجوانان افسردگی دارای کلیه نشانه‌های است که آنها را در افسردگی بزرگسالان دیدیم علاوه بر نشانه‌های اصلی افسردگی، نوجوانان افسرده به ویژه پسرها، عموماً نفی‌گرا و حتی ضد اجتماعی‌اند. بیقراری، بد خلقی، پرخاشگری و میل زیاد به ترک کردن خانه نیز نشانه‌های رایج هستند و ترش رویی، نداشتن حس همکاری در فعالیتهای خانوادگی مشکلات تحصیلی، الکل و سوء مصرف دارو نیز می‌توانند نشانه‌های افسردگی نوجوان باشند. (سلیگمن، م، روزنهان، د، ۱۳۸۲).

جنسیت و افسردگی :

تقریباً در سراسر جهان و همه کشورهای فرهنگ‌ها دیده شده که شیوع اختلال افسردگی عمده در زنان دو برابر مردان آنست (سادوک، ب، سادوک، و، ۱۳۸۲)

برای توجیه این تفاوت جنسیتی، در افسردگی چندین فرضیه ارائه شده است: اول اینکه ممکن است در جامعه زنان بیشتر از مردان به ابراز نشانه‌های افسردگی تمایل داشته باشند وقتی زنان با ضایعه روبرو می‌شوند برای عدم تحرک و گریه بیشتر تقویت می‌شوند در حالی که مردان برای خشم و بی تفاوتی بیشتر تقویت می‌شوند دوم اینکه فرضیه‌های زیستی می‌گوید فعالیت آنزیم شیمیایی، استعداد ژنتیکی و دوره ماهیانه، افسردگی پیش از قاعده‌گی بر آسیب پذیری زنان تاثیر دارد. سوم اینکه طبق نظریه درماندگی آموخته شده افسردگی به درماندگی مربوط می‌شود. پس چنانچه زنان یاد بگیرند که درمانده تر از مردان باشند. افسردگی در زنان فراوان تر از مردان آشکار خواهد شد. جامعه ای که زنان را برای فکر و خیال نا فعال شده هنگام مواجهه با ضایعه

تقویت می‌کند در حالی که مردان را برای اقدامات کنار آمدن تقویت می‌کند
ممکن است هزینه گزافی برای افسردگی بعدی زنان پردازد (سیلگمن، م، روز
نهان، د، ۱۳۸۲).

طبقه اجتماعی:

بین طبقات اجتماعی، تفاوت زیادی در افسردگی دیده نمی‌شود بر خلاف
اسکیزوفرنی که در بین طبقه متوسط و بالا کمتر شایع است. افسردگی همه گیر
است اما احتمال دارد که افسردگی مطابق با طبقه اجتماعی بیمار جلوه های
متفاوتی داشته باشد. بیماران طبقه پایین ممکن است احساسهای عجز و نا
امیدی بیشتری نشان دهند. بیماران طبقه متوسط احساسهای نیرومند تر،
تنهایی و طرد و بیماران طبقه بالا بد بینی و کناره‌گیری اجتماعی بیشتر
(سیلگمن، م، روز بهان، د، ۱۳۸۲).

افسردگی در نواحی روستایی شایع تر از نواحی شهری است. همچنین میزان
شیوع اختلالات خلقی در میان نژادهای مختلف یکسان است (سادوک، ب،
سادوک، و، ۱۳۸۲)

طبقه بندی افسردگی بر اساس DSM – IV-TR

اختلال های خلقی شامل اختلالهای است که ویژگی اصلی یا بارز آنها اختلال
در خلق است. اختلالهای خلقی به اختلالهای افسردگی (افسردگی یک قطبی)،
اختلالهای دو قطبی و دو اختلال بر پایه سبب شناسی یعنی اختلال خلقی ناشی
از بیماری جسمانی و اختلال خلقی ناشی از مواد تقسیم می‌شوند (DSM- IV-
TR، ص ۵۲۵)

- اختلال افسردگی عمده^۱: بر حسب یک یا چند دوره افسردگی عمده مشخص می‌شود (یعنی وجود خلق افسرده به مدت حداقل ۲ هفته یا از دست دادن علاقه همراه با حداقل چهار نشانه اضافی افسردگی).

- اختلال افسرده خویی^۲: بر حسب وجود خلق افسرده به مدت حداقل ۲ سال در قسمت اعظم روز، همراه با نشانه های اضافی افسردگی که با ملاک‌های تشخیصی دوره افسردگی عمده مطابقت ندارد، مشخص می‌شود.

- اختلال افسردگی که به گونه ای دیگر مشخص نشده اند^۳: اختلالهای همراه با ویژگی های افسردگی است که با ملاک های تشخیصی اختلال افسردگی عمده اختلال افسرده خوبی اختلال سازگاری همراه با خلق افسرده یا اختلال سازگاری همراه با ترکیبی از اضطراب و خلق افسرده مطابقت ندارد. (یا برای نشانه های افسردگی است که در مورد آنها اطلاعات ناکافی یا متقاضی وجود دارد).

1. major depressive disorder

2. dysthymic disorder

3. derpressive disorderwos

- اختلال دو قطبی نوع I^۱: بر حسب یک یا چند دوره منیک^{*} یا مختلط که معمولاً همراه با دوره های افسردگی عمده است مشخص می شود.

- اختلال دو قطبی نوع II^۲: بر حسب یک یا چند دوره افسردگی عمده همراه با حداقل یک دوره هیپومانیک مشخص می شود.

- اختلال ادواری خوئی^۳: بر حسب وجود دوره های متعدد نشانه های هیپومانیک به مدت حداقل دو سال که با ملاکهای تشخیصی دوره منیک مطابقت ندارد و وجود دوره های متعدد نشانه های افسردگی که با ملاک های تشخیصی دوره های افسردگی مطابقت ندارد، مشخص می شود.

- اختلال دو قطبی که به گونه ای دیگر مشخص نشده است^۴: همراه با ویژگیهای دو قطبی که با ملاکهای تشخیصی هیچ کدام از اختلالهای دو قطبی خاص ذکر شده مطابقت ندارد (یا برای نشانه های دو قطبی است که در مورد آنها اطلاعات ناکافی یا متناقضی وجود دارد).

^۱ . bipolar I disorder

*

^۲ . bipolar II disorder

^۳ . Cyclothymic disorder

^۴ . bipolar disorder NOS

- اختلال خلقی ناشی از بیماری جسمانی^۱: بر حسب اختلال بارز و مستمر در خلق که ارتباط آن با پیامد فیزیولوژیایی مستقیم ناشی از بیماری جسمانی قابل اثبات است مشخص می‌شود.

- اختلال خلقی ناشی از مواد^۲: بر حسب اختلال بارز و مستمر در خلق که ارتباط آن با پیامد فیزیولوژیایی مستقیم ناشی از سو مصرف دارو، دارو درمانی، سایر درمانهای جسمانی افسردگی، یا قرار گرفتن در معرض مواد زهرآگین قابل اثبات است، مشخص می‌شود.

- اختلال خلقی که به گونه ای دیگر مشخص نشد است^۳: آن دسته از اختلالهای همراه با نشانه های خلقی که با ملاک های تشخیصی هیچکدام از اختلالهای خلقی خاص مطابقت ندارد و یا مواردی که انتخاب بین اختلال افسردگی که به گونه ای دیگر مشخص شده اند و اختلال دو قطبی که به گونه ای دیگر مشخص شده است (مانند بیقراری حاد) دشوار باشد.

¹. mood disorder due to ageneral medical candition

². substance- induced mood disorder

³. mood disorder NOS

ملاک های تشخیصی DSM-IV-TR برای افسردگی:

الف - وجود پنج مورد (یا بیشتر) از نشانه های زیر در طی یک دوره ۲ هفته ای که نشان دهنده تغییر در کارکرد قبلی است همراه با حداقل یکی از نشانه های (۱) خلق افسرده یا (۲) فقدان علاقه یا لذت.

(۱) وجود خلق افسرده در بخش عمده روز و تقریباً همه روزه، به طوری که گزارش بیمار (مانند احساس غمگینی یا پوچی می‌کنم) با مشاهدات سایرین (مانند گریان به نظر می‌رسد) نشان می‌دهد. تذکر: در مورد کودکان و نوجوانان، خلق ممکن است تحریک پذیر باشد.

(۲) کاهش قابل ملاحظه علاقه یا لذت نسبت به همه یا تقریباً همه فعالیتها در بخش عمده روز تقریباً همه روزه (به طوری که گزارش بیمار یا مشاهدات سایرین نشان می‌دهد).

(۳) کاهش قابل ملاحظه وزن بدون پرهیز یا رژیم غذایی خاص یا افزایش قابل ملاحظه وزن (برای مثال، تغییر بیش از ۵ درصد وزن در عرض یک ماه) یا کاهش یا افزایش اشتها تقریباً هر روز،

تذکر: در مورد کودکان این مسئله را که وزن آنان در حد مورد انتظار افزایش نمی‌یابد مورد توجه قرار دهید.

(۴) بیخوابی یا خواب زدگی تقریباً همه روزه

(۵) بیقراری یا کندی روانی - حرکتی تقریباً همه روزه که صرفاً به صورت احساس ذهنی بیقراری یا کندی نبوده و از سوی دیگران قابل مشاهده است.

(۶) خستگی یا از دست دادن انرژی تقریباً همه روزه

(۷) احساس بی ارزشی یا احساس گناه افراطی یا بی مورد که ممکن است هذیانی باشد تقریباً همه روزه (که صرفاً شامل خود ملامتگری یا احساس گناه درباره بیمار بودن نمی شود)

(۸) کاهش توانایی تفکر یا تمرکز یا بی تصمیمی، تقریباً همه روزه (که یا به صورت گزارش بیمار یا مشاهده از سوی دیگران است).

(۹) افکار عود کننده راجع به مرگ (نه به صورت ترس از مرگ) اندیشه پردازی خودکشی مکرر بدون نقشه خاص یا اقدام به خودکشی یا طرح نقشه خاصی برای خودکشی.

ب - این نشانه ها با ملاک های تشخیصی دوره مختلط مطابقت ندارد.

ج - نشانه ها موجب پریشانی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در زمینه های کارکرد اجتماعی شغلی، یا سایر زمینه های مهم می شوند.

د - نشانه ها ناشی از اثرات فیزیولوژیایی مستقیم مواد (مانند سوء مصرف دارو، دارو درمانی) یا یک بیماری جسمانی (مانند کم کاری تیروئید) نیستند.

ه - نشانه ها بر حسب داغدیدگی توجیه بهتری ندارند، یعنی در پی از دست دادن یک فرد مورد علاقه نشانه ها بیش از ۲ ماه دوام می یابند، یا بر حسب اختلال آشکار در کارکرد، یا اشتغال ذهنی بیمارگون با احساس بی ارزشی، اندیشه پردازی درباره خودکشی، نشانه های روان پریشی یا کندی روانی - حرکتی مشخص می شوند.

سبب شناسی^۱ افسردگی

هیچ کدام از نظریه های افسردگی نه نظریه زیستی و نه روان تحلیل گری و نه شناختی تنهایی تمام پدیده های افسردگی را تبیین نمی کنند اما هر یک از آنها گوشه ای از واقعیت را بیان می کنند و از آن مهمتر این نظریه ها به طور کلی با هم در تضاد نیستند. (سیلگمن، م، روز نهان، د، ۱۳۸۲).

الگوهای زیست شناختی افسردگی

تعداد فزاینده ای از مشاهدات بالینی و تجربی در انسان و حیوان - در سالهای پایانی دهه ۱۹۵۰ وجود روابط کم و بیش معنا دار بین مواد و کنشهای زیست - شیمیایی و عصب- زیست شناختی را با اختلالات افسردگی تایید کردند و احتمال تاثیر نابهنجاریهای زیست - شیمیایی، الکتروفیزیولوژیکی و غدد درون ریز را در بروز اختلالات افسردگی یا آمادگی نسبت به آن، بیش از پیش افزایش داده اند (دادستان، ۱۳۷۹).

به اعتقاد الگوی زیستی، افسردگی اختلال بدن است. افسردگی در اثر اختلال در مغز به ویژه در اثر کاهش نوعی مواد آمینهای بیولوژیک^۲ متمرکز شده است که به انتقال تکانه های عصبی در طول فواصل (سیناپسها) موجود بین سلولهای عصبی (نورون ها) کمک می کنند (سیلگمن، م، روز نهان، د، ۱۳۸۲).

نوراپی نفرین سروتونین دونوروتر انسمیتر از نوع آمین های زیستی هستند که بیشترین دخالت را در پاتوفیزیولوژی اختلالات خلقی دارند.

1. etiology

2. biogenic amines

پایین آمدن مقدار نوراپی نفرین^۱ باعث افسردگی می شود: همچنین ازدیاد آن باعث می شود که فرد دچار مانیا شود (شاملو، ۱۳۸۲)

نظریه ای دیگر دال بر دخالت دوپامین بر شیوع افسردگی است: داده های، حاکی است که فعالیت دو پامین ممکن است در افسردگی کاهش و درمانی افزایش یافته باشد (سادوک، ب، سادوک، و، ۱۳۸۲).

نوروترانسمیترهای^۲ اسید آمینه ای به ویژه - آمینوبوتیرک اسید GABA و پپتیدهای عصب گردان (نورواکتیو) به ویژه وازوپرسین وافیونهای درونزاد در پاتوفیزیولوژی اختلالات خلقی دخیل هستند (همان منبع). در نظریه ای دیگر پایین آمدن سروتونین^۳ باعث افسردگی می شود. همه این نظریه ها بر اساس فعل و انفعالات بعضی از داروهای ضد افسردگی مطرح شده اند به ویژه دو دسته از دارو به نام تری سیکلیک ها^۴ و باز دارنده های مونوآمین اکسیداز^۵ که در جلوگیری از افسردگی موثر بوده اند. این داروها در عین کاستن از افسردگی مقدار سروتونین و نوراپی نفرین مغز را افزایش می دهند (همان منبع).

آمینهای بیولوژیک مواد نورو شیمیایی هستند که انتقال عصبی را تسهیل می کنند آنها به دو گروه با دو ساختار شیمیایی مختلف تقسیم می شوند. ایندول

1. Norepinephrine

2. Neuroatransmitters

3. serotonin

4. Tricyclics

5. Monoamine Oxidase

آمینها^۱ که سروتونین و هیستامین^۲ را شامل می شود کاتهکولامینها^۳ که نوراپی نفرین، اپی نفرین و دوپامین را شامل می شوند. آمینهای بیولوژیک نقش مهمی در انتقال عصبی در دسته پیش مغز میانی MFB^۴ و دستگاه دور بطنی PVS^۵ ایفا می کند MFB و PVS دو گذرگاه اصلی هستند که در مراکز پایین مغز مغز امتداد دارند، MFB ممکن است به صورت یک دستگاه راه انداز عمل کند که رفتار فعال را تسهیل می نماید. در حالی که PVS ممکن است به صورت یک دستگاه باز دارنده عمل کند. زمانی که آمینهای بیولوژیک کاهش می یابد. عملکرد این دستگاه کاهش یافته و افسردگی با از دست دادن انگیزش ممکن است به دنبال آن روی دهد گمانه زنی درباره مبنای نور شیمیایی افسردگی عمدتاً پیرامون کاهش موجودی یکی از کاتهکولامینها به نام نوراپی نفرین و یکی از ایندولیامینها به نام سروتونین قرار دارد (سیلیگمن، م، روز نهان، د، ۱۳۸۲).

به رغم این یافته ها پاره ای از محققان سطوح پایین نوراپی نفرین و سروتونین را علت اصلی افسردگیها تلقی نمی کنند و توجه انحصاری به این انتقال دهندگان در سطح ذخیره سازی یا در سطح دریافت کنندگان را درست نمی پندارند و برای تایید دیدگاه خود به تحقیقاتی استناد می کنند که وجود سطوح استیل کولین (یک انتقال دهنده عصبی دیگر) را در خلال افسردگی آشکار ساخته اند (دادستان، ۱۳۷۹).

در هر صورت نمی توان در حال حاضر یافته های زیست شناختی را به عنوان تنها علت اختلالهای افسردگی در نظر گرفت و باید این احتمال را پذیرفت که

1. indoleamines

2. histamin

3. catecholamines

4. medial forebrain bundle

5. peri ventricular system

شرایط و عوامل نا متجانس دیگری مانند عوامل ژنتیکی، روانی - اجتماعی، تحولی، روانی - فیزیولوژیکی و جز آن با ایجاد تغییرات مشابه با زیست - شیمیایی (مانند سوخت و ساز اسیدهای آمینه، سیستمهای انتقال دهندگان عصبی، دریافت کنندگان) و نورونی (برای مثال تاثیر بر ساختهای حاشیه ای لوکوس کرلئوس و جز آن) می توانند به افسردگی منجر شوند و مفهوم تحول چند عاملی و وقوع زنجیره وقایع متوالی در افسردگیها را به میان آورند (همان منبع).

دیدگاه روان تحلیل گری:

نخستین نظریه افسردگی در چهار چوب روان تحلیل گری توسط فروید و آبراهام^۱ ارائه شد. هر دو افسردگی را واکنش پیچیده در قبال از دست دادن چیزی توصیف کرده اند. وجود مشابهت بین افسردگی بالینی و واکنش عزا به دلیل از دست دادن فردی محبوب، نقطه آغاز این نظریه بود. چون در هر دو مورد نشانه هایی مانند کاهش اشتها، اختلال خواب، ناتوانی در اخذ لذت از زندگی، گوشه گیری، خمودگی و جز آن مشاهده می شد. فروید و آبراهام براین باور بودند که مرگ یک فرد، محبوب یا جدایی از وی به ردیفی از فرایندهای ناهشیار منجر می شود: نخست آنکه فرد عزادار به علت ناتوانی در پذیرش این فقدان به مرحله دهانی، مرحله تمایز نایافتگی کودک والد واپس روی می کند و در نتیجه هویت وی با هویت شخص از دست رفته همسان شده و دستیابی به فرد اخیر، امکان پذیر می شود. به عبارت دیگر، افراد عزادار برای یافتن موضوع از دست رفته بر اساس یک واپس روی در سطح «فرامن» و «من» موضوعهای محبوب را درون فکنی می کنند. و همه احساساتی را که نسبت به وی داشته اند به منزله احساساتی که نسبت به خود دارند تجربه می نمایند (دادستان، ۱۳۷۹).

1. Abraham, K.

در وهله دوم، این درون فکنی که به از هم پاشیدگی و پراکندگی کشاننده ها وابسته است به تعارض بین دو پایگاه من و فرامن منجر می شود و احساس کینه و خشم نسبت به فرد محبوب از دست رفته - برای حفظ تمامیت موضوع- به صورت کینه فرامن نسبت به من در می آید و در عمل شخص افسرده با ابراز رنج خود می کوشد تا عشق از دست رفته را باز یابد و همچنین در این افراد احساس نفرت نسبت به خود به وجود می آید: احساسی که خلق منفی، خود متهم سازی و کناره گیری یعنی در واقع افسردگی را در پی دارد در بیشتر افراد عزادار، این فرایندهای ناهشیار موقتی هستند و پس از مدتی هویت آنها از نو متمایز شده و روابط اجتماعی شان از سر گرفته می شود اما در پاره ای دیگر از افراد واکنش نسبت به فقدان بسیار شدید تر است آنها احساس خلاء می کنند، از روابط اجتماعی دوری می گزینند و دلمشغولی آنها نسبت به احساس فقدان بیش از پیش افزایش می یابد (همان منبع).

به نظر فروید، اگر کودکی در مرحله دهانی دچار محرومیت شد و در همان مرحله تثبیت گشت ممکن است به اتکای به دیگران گرایش پیدا کند و اعتماد به نفس و عزت نفس خود را در گروه تایید و توجه آنان بداند. حال اگر یکی از این افراد که فرد به او متکی شده است از دست برود، فرد به سبب این فقدان عاطفی دچار افسردگی می شود (شاملو، ۱۳۸۲).

اما افرادی که بدون از دست دادن کسی دچار افسردگی می شوند چه توجیهی دارد؟ برای پاسخ دادن به این پرسش نظریه فقدان سمبولیک^۱ مطرح می شود بر اساس این نظریه انسان ممکن است به طور نا خود آگاه هر نوع طرد شدن از سوی دیگری را به عنوان نوعی فقدان و از دست دادن عشق و معبود و یا عزیزی تلقی کند. (شاملو، ۱۳۸۲).

¹. Symbolic Loss

از دست دادن فرد محبوب با پدیده های انتزاعی جانشین شونده آن (مانند وطن، آزادی، آرمان و...) درپاره ای از افراد واکنش عزا و درپاره ای دیگر حالت افسردگی را ایجاد می کند. برای مثال فردی که شغلش را از دست داده است می تواند نا هشیارانه چنین تجربه ای را به منزله از دست دادن همسرش تفسیر کند چون بر این باور است که تداوم شکست حرفه ای وی به کاهش علاقه همسرش منجر خواهد شد (دادستان، ۱۳۷۹).

بنابراین در خطوط کلی باید گفت که اول بین افسردگی و عزا در افراد در اثر از دست دادن یک موضوع تفاوت وجود دارد در عزا فرد بعد از مدتی روال طبیعی زندگی اش را پی می گیرد. و عزا همراه با کاهش عزت نفس در فرد نیست. در صورتی که در افراد افسرده هر گونه فقدان باعث اندوه نا متناسب با زمان و کاهش شدید عزت نفس می شود. عامل دوم واپس روی در افراد در اثر از دست دادن یک موضوع عشق به مرحله دهانی تحولی خود، و عامل سوم درون فکنی کردن این احساس گناه و اندوه از دست دادن فرد به درون خود و متوجه کردن آن به ego فرد که باعث کاهش عزت نفس و در نهایت افسردگی فرد می شود عامل بعدی که باید توجه کرد وابستگی است. در دوران کودکی هر نوع فقدان وابستگی به طور طبیعی باعث ایجاد افسردگی می شود اما فرد افسرده این فقدان را رها نکرده و در دوره بزرگسالی خود آن را بر روی موضوع های مختلف واقعی و یا حتی خیالی خود نیز می بیند این فقدان که در دوره بزرگسالی دوباره فعال شده است باعث می شود که خشم فرد افسرده متوجه شخص خیانتکار اصلی شود که اکنون در «من»^۱ او ادغام شده است نظریه بعدی در سبب شناسی افسردگی در نظریه روان تحلیل گری توسط ادوارد بیبرینگ^۲ (نقل از شاملو، ۱۳۸۲) بیان شده است. او معتقد است که افسردگی

1. Ego

2. Edward Bibring

زمانی ایجاد می شود که من در برابر آرزوهایش احساس درماندگی می کند. احساس درماندگی در دستیابی به اهداف عالی موجب از دست دادن عزت نفس می شود که ویژگی اصلی افسردگی است. فردی که مستعد افسردگی است معیارهای بسیار بالایی دارد. همین باعث می شود که آسیب پذیری او نسبت به درماندگی هنگام مواجه شدن با اهدافش بیشتر شود. از نظر بیبرینگ ترکیب اهدافی که قویاً با ارزش انگاشته می شوند، آگاهی عمیق من از درماندگی و ناتوانی اش در رسیدن به این اهداف مکانیزم افسردگی است (ص ۴۵).

به طور خلاصه این نظریه چهار رکن کلیدی را در بر می گیرد:

۱- آشفتگی ارتباط نوزاد - مادر در خلال مرحله دهانی (از تولد تا ۱۸ ماهگی) که زمینه ساز آسیب پذیری بعدی به افسردگی است. ۲- افسردگی را می توان با فقدان ابژه (موضوع عشق) حقیقی یا خیالی مرتبط دانست ۳- درونی سازی ابژه های از دست رفته، مکانیسمی دفاعی است که برای مقابله با رنج و ناراحتی همراه با فقدان ابژه به کار می رود. ۴- از آن جا که ابژه از دست رفته با دیدی آمیخته از عشق و نفرت نگریسته می شود احساسات خشم متوجه به خود و معطوف به داخل می گردند

عوامل روانی - اجتماعی

مشاهده بالینی که مدتهاست که تکرار شده این است که وقایع پر استرس زندگی پیش از نخستین حملات اختلالات خلقی، بیشتر از حملات بعدیشان وجود دارد. نظریه ای که برای توضیح این مشاهده گزارش شده این است که استرسی که به حمله اول می انجامد تغییراتی دیرپا در وضعیت زیستی مغز ایجاد می کند. این تغییرات دیرپا نیز ممکن است موجب تغییراتی در حالات کارکردی انواع و اقسام دستگاههای پیام دهنده نوروترانسمیتری و داخل نورونی گردد. که شامل از بین رفتن نورونها و کاهش مفرط تماسهای سیناپسی هم می شود. نتیجه نهایی این تغییرات این است که فرد را در معرض

خطر بیشتری برای ابتلا به حملات بعدی آن اختلال خلقی حتی در غیاب استرس خارجی قرار می‌دهد (سادوک، ب ، سادوک ، و ، ۱۳۸۲).

برخی از بالینیگران معتقدند که وقایع زندگی نقش اصلی یا درجه اول را در افسردگی ایفا می‌کند اما برخی دیگر این طور مطرح می‌کنند که وقایع زندگی نقش محدودی در افسردگی دارد. که آنهم فقط از این نظر که چه موقع شروع شود و هر حمله در چه زمانی روی دهد. قانع کننده ترین داده ها حاکی از آن است که مرتبط ترین واقعه با پیدایش بعدی افسردگی، از دست دادن یکی از والدین پیش از ۱۱ سالگی است. استرسورهای دیگر که می‌تواند با شروع افسردگی رابطه داشته باشد از دست دادن همسر و بیکاری میباشد (همان منبع).

نظریه یادگیری

نظریه پردازان یادگیری معتقدند که اختلالات روانی به طور کلی بر اثر آموختن پاسخ های ناکافی برای روبرو شدن با مسائل زندگی و نیاموختن پاسخ های لازم برای حل مشکلات زندگی به وجود می‌آیند. علت اصلی بیماری افسردگی در انسان، کاهش تقویت^۱ و فعالیت فرد است. (شاملو، ۱۳۸۲).

این نظریه پردازان معتقدند که انسان هنگامی که دچار اختلالات عاطفی به ویژه افسردگی می‌شود که در زمان یادگیری مراحل زیر طی شود:

۱- وقتی که رفتار فرد از جانب محیط تقویت و تشویق نمی‌شود.

۲- به علت این عدم تشویق و تقویت کمیت رفتار و فعالیت فرد به نحو چشمگیری کاهش می‌یابد و این امر خود را باز هم از تقویت و تشویق می‌کاهد.

¹. Reinforcement

۳- مقدار تقویت و تشویقی که فرد در برابر پاسخ های خود دریافت می کند تابع عوامل زیر هستند:

الف - خصوصیات فرد (مانند سن، جنس، زیبایی، زشتی و مانند آن از نظر دیگران).

ب - نوع محیطی که در حال حاضر، شخص در آن زندگی می کند مانند خانه، زندان بیمارستان و مانند آن

ت - استعداد ها و امکانات فردی برای به دست آوردن، تقویت و تأیید محیط، مانند هوش شغل، سواد، قدرت جسمی امکانات مالی، قدرت سازگاری و مانند آن (شاملو، ۱۳۸۲).

گرچه پاره ای از افراد می توانند با کمبود تقویت به خوبی مقابله کنند و خلاء ناشی از این دگرگونیها را با انواع پاداش ها یا ارضاهای دیگر جبران نمایند اما گروهی دیگر که این توانایی را ندارند دچار دلسردی و یاس می شوند و در اتخاذ رفتارهای سازنده ناتوانند. بر اثر کاهش سطح فعالیت تقویتهای مثبت نیز بیشتر کاهش می یابند و همین امر باز هم رفتارهای مثبت کمتری را در پی دارد و بدین ترتیب فرد به سوی افسردگی گام بر می داد

به منظور بررسی تاثیر تقویت های اجتماعی در ایجاد افسردگی تحقیقات متعددی انجام شده و نشان داده اند که از یکسو فراوانی تقویتهای رفتاری در افراد افسرده کمتر از گروه کنترل یعنی افراد غیر افسرده است و از سوی دیگر فراوانی تقویتهای مثبت به موازات بهبود بالینی، افزایش می یابد (دادستان، ۱۳۷۹).

بسیاری از نظریه پردازان یادگیری بطور وسیعی تحت تاثیر مطالعات ب. ف. اسکینر در مورد شرطی کردن عامل (کنش گر) بوده اند. اما پیترو لویسنسون و همکارانش در زمره پیشگامان تحقیق روی افسردگی از نقطه نظر رفتاری

بوده‌اند بطور کلی آنها تاکید می‌کنند که میزان پایین بازده رفتار و احساس غم یا ناراحتی همراه با افسردگی ناشی از میزان پایین تقویت مثبت است بر طبق این دیدگاه نقض واقعی در مهارت‌های اجتماعی یکی از علل عمده میزان پایین تقویت مثبت به شمار می‌آید بعلاوه به محض اینکه افراد افسرده می‌شوند رفتارشان آنها را کمتر دوست داشتنی می‌سازد بنابراین نوعی چرخه معیوب به وجود می‌آید (شاملو، ۱۳۸۲).

تبیین‌های شناختی

نظریه های شناختی ریشه، در نظریه های فلسفی روایان دو قرن اول و دوم میلادی مخصوصاً اپیکتوس^۱ و امپراتور مارکوس اورلیوس^۲ دارد، اورلیوس می‌گوید: انسان به وسیله اشیاء دچار اختلال نمی‌شود بلکه نگرشی که نسبت به آنها دارد سبب اختلال در او می‌شود. مارکوس اورلیوس نوشته است: «اگر شی یا موضوعی خارجی شما را ناراحت می‌کند این شی یا موضوع خارجی نیست که سبب ناراحتی شما می‌شود بلکه قضاوت شما درباره آن است که موجب ناراحتی شما می‌شود شما باید قضاوت خود را تغییر دهید». هر دو این فیلسوف بر اهمیت تعبیر و تفسیر حوادث و توانایی ما برای تغییر آنها تاکید می‌کنند با این حال از بین متفکران اخیر، «کانت» فیلسوف قرن هیجدهم را می‌توان نام برد که به دقت دیدگاه «معرفت شناختی»، نظریه های شناختی جدید را بیان می‌کند کانت بین اشیا فی نفسه و (چیزهای در خود) که غیر قابل شناخت هستند و تجربه های ذهنی (پدیدهها) که از صافی ساخت های معرفت قبلی مان می‌گذرند تفکیکی قائل شد مادر واقع قادر به شناخت اشیا فی نفسه نیستیم بلکه تنها تغییر و تفسیرهای حوادث و خودمان را می‌شناسیم. تصور می‌شود که این تغییر و تفسیرها تحت تاثیر تجربه های قبلی، زمینه های ارثی

¹. Epictus

². Marcus Aurelius

و اجتماعی - فرهنگی و وضعیت روانی مان قرار دارد (دیویدسون، ک، ا، بلک برن، ۱۳۷۴).

احتمالاً با نفوذترین نظریه های روانشناختی افسردگی امروزه از دیدگاه شناختی مشتق می شود اساس این نظریه ها این عقیده است که تجربه واحد ممکن است بطرز بسیار متفاوتی دو نفر را متاثر سازد. چندین نظریه شناختی در مورد افسردگی وجود دارد این نظریات مشتق اند بر: الگوی تحریف شناختی بک، نظریه های اسنادی از قبیل درماندگی آموخته شده (نظریه سلیگمن و همکارانش) نظریه های که بر جنبه های شناختی فشار روانی تاکید دارند و نظریه های پردازش اطلاعات (ساراسون، ا، ساراسون، ب، ۱۳۸۲).

الگوی تحریف شناختی افسردگی بک اساسی ترین و با نفوذترین دیدگاه شناختی افسردگی است. بک می گوید افسردگی اساساً اختلال تفکراست تا اختلال خلق این مولف بر این باور است که «روان بنه های شناختی منفی» که به خصوص بر اثر بازخورد منفی نسبت به خود، جهان و آینده بروز می کنند در مبنای افسردگیها قرار دارند. ترکیبی از بازخوردهای سفارش نیافته به ایجاد منفی نگری فراگیر منتهی می شود. از دیدگاه او پدید آیی افسردگی مشروط به ساخت ها (روان بنه های شناختی) و فرایندهای (شیوه های تفکر) است که به ایجاد تغییرات کم و بیش مهمی در واقعیت منجر می شود (دادستان، ۱۳۷۹).

از دیدگاه بک دو مکانیزم موجب افسردگی می شود:

۱- سه گانان شناختی: این سه گانه از افکار منفی درباره خود، تجربه های جاری و آینده تشکیل می شود که بک آن را مثلث شناختی افکار منفی می نامد. افکار منفی درباره خود عبارت است از اعتقاد فرد افسرده به این که او معیوب به درد نخور و بی کفایت است ناشی می شود فرد افسرده هرگونه بدبختی را به نقایض خودش نسبت می دهد و هر گونه موقعیت مبهم را به عنوان گواهی از

وجود نقص تعبیر می‌گردد. بک معتقد است که افراد افسرده معمولاً خود را با دیگران مقایسه می‌کنند این امر عزت نفسشان را ضعیف تر می‌کند، افکار منفی فرد افسرده درباره تجربه شامل تعبیر اوست که آنچه برای وی اتفاق می‌افتد ناگوار است او موانع جزئی را به صورت موانع غیر قابل گذر سوء تعبیر می‌کند و حتی زمانی که دیدگاههای مثبت معقول تری درباره تجربه او وجود دارند او به منفی ترین تعبیر ممکن در مورد آنچه برای او رخ داده است گرایش دارد. با لایحه اینکه نگرش منفی فرد افسرده آینده نگرش درماندگی است. زمانی که او به آینده فکر می‌کند باور دارد. وقایع منفی که اکنون برای او اتفاق می‌افتد به خاطر نقایص شخصی او در آینده نیز ادامه خواهند یافت (سلیگمن، م. روز نهان، د، ۱۳۸۲).

خطاهای منطقی: بک باور دارد که خطاهای منظم در منطق دومین مکانیزم افسردگی است از دید بک فرد افسرده مرتکب پنج خطای منطقی متفاوت در تفکر می‌شود و هر یک از آنها تجربیات او را تیره و تار می‌کنند: استنباط دلخواه، انتزاع‌گزینشی، تعمیم مفرط بزرگ‌نمایی و کوچک‌نمایی و شخصی‌سازی استنباط دلخواه: به نتیجه‌گیری اشاره دارد که شواهد ناچیزی برای حمایت آن وجود دارد یا اصلاً شواهدی وجود ندارد. انتزاع‌گزینشی: عبارت است از تمرکز در یک امر جزئی بی اهمیت در عین حال نادیده گرفتن ویژگیهای مهمتر موقعیت. منظور از تعمیم مفرط نتیجه‌گیری‌های کلی درباره ارزش، توانایی و یا عملکرد بر اساس یک واقعیت بزرگ‌نمایی و کوچک‌نمایی عبارت است از: خطاهای فاحش ارزیابی، که طی آن رویداد‌های ناگوار جزئی بزرگ‌نمای و رویداد‌های خوب بزرگ، کوچک‌نمایی می‌شوند. و شخصی‌سازی این است: که فرد به غلط خود را مسئول رویدادهای ناگوار در دنیا می‌داند (همان منبع).

این روان‌بنه‌های شناختی و خطاهای فکری که در تجربه‌های نا مساعد دوره‌کودکی ریشه دارند، می‌توانند در خلال سالهای که فاقد اختلالهای اساسی

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

یا سرخوردگیها هستند پنهان یا غنی بمانند اما اگر یک موقعیت ضربه آمیز -
بخصوص موقعیتی که شکست ها یا فقدان های زودرس را به یاد می آورد - به
وقوع بپیوندد. افکار منفی فراگیر بروز می کنند و تجربه ها در حکم موانع یا
ضربه هایی تفسیر می شوند که به طور دائم شکست ، محرومیت و ناتوانی را
در پی دارند. افراد افسرده خود را بی ارزش ، بی جاذبه و ناتوان می پندارند،
هیچ امیدی به آینده بهتر ندارند و مطمئن هستند که هرگز برای بدبختیها و
مشکلاتشان پایانی وجود ندارد. (دادستان، ۱۳۷۹).

به نظر بک علت اصلی ایجاد افسردگی طرز تفکر افراد است. بنابراین طرز
استدلال و تفکر افراد، تعیین کننده حالات عاطفی آنهاست و نه بر عکس آن و به
شیوه ای که فروید معتقد است. فرد افسرده محکوم طرز فکر غیر منطقی و
قضاوت نا صحیح درباره خود است. (شاملو، ۱۳۸۲)

درماندگی آموخته شده

این الگو شناختی است زیرا معتقد است علت افسردگی انتظار است فرد انتظار دارد که رویداد های ناگواری برای او اتفاق خواهند افتاد و او برای جلوگیری از وقوع آنها هیچ کاری نمی تواند انجام دهد. از سوی دیگر رفتاری است زیرا بر مبنای نظریه های اسکینر درباره نقش تقویت در حفظ یک رفتار، پژوهشگران در وهله اول نخست بر این نکته تاکید کردند که فقدان رویدادهای مطبوع در محیط، انگیزه فرد را کاهش می دهد وی را بتدریج فعل پذیر و غمگین می سازد: در نهایت رفتاری که فاقد پیامدهای مثبت باشد خاموش می شود از سوی دیگر، رویدادهای منفی نیز به نتیجه مشابهی می رسند: وقتی پیامدهای یک رفتار به طور منظم منفی باشند در نهایت این رفتار نیز از چهار چوب رفتارهای فرد حذف می شود، پس این یک الگوی تجربی از افسردگی می باشد (دادستان، ۱۳۷۹).

پس با این حال تفسیر پدیده درماندگی آموخته شده از الگوی محض رفتاری فراتر می رود و با یک بعد شناختی در هم تنیده می شود چرا که حیوانات در خلال آزمایش مفهوم جدیدی از علیت را می آموزند و در می یابند که محیط می تواند بر آنها اثر کند، بدون آنکه آنها بتوانند بر آن موثر باشند و عمل کردن یا نکردن آنها به نتیجه مشابهی منجر می شود.

کشف آزمایشی درماندگی آموخته شده:

درماندگی آموخته شده کاملاً به صورت تصادفی کشف شده در جریان آزمایشهایی که درباره آثار شرطی پاولفی قبلی بر یادگیری وسیله ای بعدی انجام می شدند، استیون مایر^۱، بروس اوورمایر^۲ و مارتین سلیگمن پی بردند سگهایی که ابتدا با شوک غیر قابل گریز شرطی سازی پاولفی شده بودند بعداً زمانی که در معرض شوک قابل گریز قرار می گرفتند عمیقاً نا فعال می شدند، در موقعیت دوم، با اینکه آنها فرصت گریختن از شوک را داشتند، حتی برای گریختن تلاش نمی کردند. این رفتار با رفتار دو گروه سگ دیگری که ابتدا شوک قابل گریز دریافت کرده یا شوک دریافت نکرده بودند کاملاً فرق داشت. این سگها بعداً به راحتی پاسخ دادن و یاد گرفتند از شوک بگریزند و از آن اجتناب کنند. به کارگیری این سه گروه (طرح سه گانی) به ما می گوید که این صرفاً شوک نیست بلکه کنترل ناپذیر بودن شوک است که موجب کاستیهای انگیزش می شود (سلیگمن ، م. روزنهان، د، ۱۳۸۲).

سلیگمن، بازداری سگهای ، «ضربه دیده» را «استیصال اکتسابی» نامید و آن را در حکم مشابه تجربی افسردگی انسانی تلقی کرد و به این نتیجه رسید که حیوانات نیز مانند افراد افسرده پس از یک تجربه ضربه آمیز یا ضربه های مستمر پاسخهای مثبت خود را از دست می دهند، ضمن آنکه این رفتار توأم با بازداری با تغییرات زیست شناختی مانند کاهش نورآدرنالین در سطح سیستم عصبی مرکزی نیز همراه است. (دادستان، ۱۳۷۹).

بر اساس نظریه درماندگی آموخته شده افرادی که با وقایع غیر قابل کنترل مواجه می شوند یاد می گیرند که پاسخ هایشان و پیامدها از یکدیگر مستقل

¹. Steven maier

². Bruce oremier

هستند این یادگیری می تواند به انتظار اینکه پاسخ ها بیهوده خواهند بود منجر شده و به موقعیت های جدید نیز تعمیم یابد و باعث مداخله در یادگیری آتی فرد گردد.

بعد از کشف درماندگی آموخته شده در حیوانات پژوهشگران علاقه مند شدند بدانند که آیا درماندگی آموخته شده در انسانهای بهنجار نیز روی می دهد یا نه؟ آزمایشات نشان دادند که در انسانها نیز این گونه می باشد در شیوه درماندگی آموخته شده در انسانها، با استفاده از طرح سه گانی، داوطلبان غیر افسرده را در معرض صوت بلندی قرار می دهند که از طریق گوشی وارد می شود برای گروه اول صوت غیر قابل گریز است، این صورت طوری برنامه ریزی می شود که مستقل از پاسخ آزمودنیها قطع و وصل می شود. گروه دوم می توانند با فشار دادن یک سری تکه که در مقابل آنها قرار دارد، از صوت بگریزد، گروه سوم هیچ صوتی دریافت نمی کند بعد هر سه گروه را به جعبه دو سره مخصوص انسان منتقل می کنند و صوت وارد می شود اگر آنها دست خود را از یک طرف جعبه به طرف دیگر آن حرکت دهند، صوت قطع می شود نتایج برابر است با نتایجی که از حیوانات به دست می آیند. افرادی که صوت غیر قابل گریز دریافت کرده اند به صورت نا فعال در آنجا می نشینند و نمی توانند بگریزند، ولی آنهایی که قبلاً گریختن از صوت را یاد گرفته اند بی درنگ از آن می گریزند (سلیگمن ، م. روزنهان، د، ۱۳۸۲).

کاستی هایی که در اثر درماندگی آموخته شده در انسانها ایجاد می شود کاملاً فراگیر است. لازم نیست رویدادهای ایجاد کننده درماندگی در انسان آزاردهنده باشند، نه تنها صوت و شوک غیر قابل گریز، بلکه مسائل شناختی حل نشدنی نیز این پدیده را ایجاد می کنند (همان منبع).

مفاهیمی که با درماندگی آموخته شده معادل هستند عبارت اند از بی میلی برای انجام هر عملی به منظور کسب تقویت یا گریز از تنبیه، منفعل بودن به طور

کلی گوشه گیری ترس، افسردگی و پذیرا بودن هر آنچه اتفاق می افتد، درماندگی معرف منفی ترین حالت مفهوم خود است. درماندگی آموخته شده در انسانها به صورت افسردگی دیده شود و این ویژگی افرادی است که در کوششهایشان در زندگی چنان سرخورده شده اند که نا امید و گوشه گیرند و در نهایت سر به تسلیم می نهند. (سیف، ۱۳۸۰)

توضیح سلیگمن از پدیده درماندگی آموخته شده این است که حیوان یا انسان می آموزد که رویدادها از کنترل وی خارج است. سپس این باور که رویدادها از واکنش ارگانیسم مستقل است پی آمدهای عاطفی و شناختی و هیجانی به شرح زیر خواهد داشت:

۱- رویدادهای غیر قابل کنترل انگیز ارگانیسم را بروز پاسخهایی که ممکن است موقعیت را تحت کنترل در آورد تضعیف می کند.

۲- موجود زنده به دلیل غیر قابل کنترل بودن رویدادهای قبلی به سختی یاد می گیرد که واکنش او می تواند بر رویداد های دیگر تاثیر داشته باشد.

۳- تکرار تجاربی از نوع رویداد های غیر قابل کنترل سرانجام به حالتی عاطفی منجر می شود که شبیه افسردگی در انسان است.

نظریه درماندگی آموخته شده معتقد است که علت اصلی تمام کاستیهای مشاهده شده در حیوانات و انسانهای درمانده بعد از رویدادهای غیر قابل کنترل، انتظار عدم وابستگی بین پاسخ دهی و پیامد هاست این انتظار که پاسخ های آتی بیهوده خواهد بود موجب دو نوع کاستی درماندگی می شود:

(۱) با تضعیف انگیزش پاسخ دادن، کاستی هایی را در پاسخدهی ایجاد می کند

(۲) باعث می‌شود که بعداً آزمودنی در پی بردن به این موضوع که پیامد‌ها بستگی به پاسخدهی دارند دچار مشکل شود (سلیگمن، هم، روزنهان، د، ۱۳۸۲).

بنابراین تصور غیر قابل متحمل بودن و غیر قابل کنترل بودن سبب به وجود آمدن نقایص در سه جنبه عمده انگیزشی شناختی و هیجانی خواهد شد. چیزی که سلیگمن و همکارانش (۱۹۷۶) در طی آزمایش‌های متعددی در انسان و انواع گوناگونی از حیوانات نشان دادند. و نظریه درماندگی آموخته شد را پی ریزی کردند با این حال این نظریه در ابتدا نقایص زیادی داشت.

نقایص مدل اولیه درماندگی آموخته شده:

۱- اولین عامل ارزیابی خود شخص از یک موقعیت که اغلب مهم تر از ماهیت عینی آن موقعیت می‌باشد. چیزی که سلیگمن در ابتدا به آن توجه نداشت. تعبیرات ذهنی فرد از موقعیت‌هایی که وی قادر به کنترل آنها نیست و اینکه پاسخ‌هایش پیامد‌های مطلوب را در آن موقعیت ایجاد نمی‌کند کاملاً فردی است و در هر کسی میتواند به شکلی باشد لزوماً همه افراد در یک رویداد یک ارزیابی از موقعیت را ندارند. پس میزان درماندگی شخص را نه اینکه پیامدهای غیر قابل کنترل، بلکه تبیین‌های علی خود آن شخص تعیین می‌کند که آیا درمانده شود یا نه؟!

۲- گاهی اوقات درماندگی بوجود آمده در آزمایشگاه به موقعیت‌های دیگر نیز تعمیم می‌یابد ولی گاهی اوقات هم منحصر به همان موقعیت است گاهی اوقات وقایع غیر قابل کنترل و ناگوار تسریع‌کننده واکنشهای افسردگی است (گاهی موقت و گاهی دراز مدت) و گاهی هم این چنین نیست (کول و کدین، ۱۹۷۰، نقل از هیبت الهی، ۱۳۷۳).

۳- عامل مهم بعدی مربوط به تفاوت های فردی و این نوع موقعیت است که بیش از یک نوع درماندگی در انسان می تواند وجود داشته باشد فرضیه مدل اولیه درماندگی آموخته شده به تفاوت های فردی در مورد پاسخ به غیر قابل کنترل بودن و توجهی نداشت و اثرات متمایز چنین تفاوت هایی را بر عزت نفس نادیده می گرفت. چرا آزمودنیهای که به نحو یکسان با صداهای غیر قابل اجتناب مواجه می شوند برای مثال پس از کوشش های همراه با شکست در قطع صدا بعضی از آزمودنی ها ابتدا ممکن است به این نتیجه برسند که تکالیف غیرقابل حل است یعنی اینکه نه او و نه هیچ آزمودنی دیگر قادر به قطع صدا نیست در حالیکه آزمودنیهای دیگر قادرند با موفقیت این کار را انجام دهند؛ باندورا (۱۹۷۷) نیز به چنین نقصی اشاره میکند و تمایز مفهومی میان سودمندی و انتظار پیامد قایل است باندورا بیان می کند افراد می توانند از تلاش به دلیل اینکه فاقد توانایی اثر بخشی در دستیابی به رفتار مورد نیاز هستند، دست بکشند یا آنها ممکن است به توانایی هایشان اطمینان داشته باشند لیکن به دلیل اینکه انتظار دارند رفتارشان اثری در محیط نداشته باشد از تلاش دست بکشند.

۴- جنبه دیگری از این نقص هنگامی آشکار می شود که رابطه میان درماندگی آموخته شده و منبع کنترل مورد بررسی قرار میگیرد دیدگاههای قبلی درماندگی آموخته شده هیروتو ۱۹۷۴، میلروسلیگمن ۱۹۷۳، سلیگمن و مایر وگبر ۱۹۶۷، (جواهری، ۱۳۷۹) به شباهت آشکار میان درماندگی آموخته شده (یادگیری غیر قابل کنترل بودن پیامدها) و مفهوم منبع کنترل بیرونی راتر، (۱۹۹۶)، تاکید داشتند. بر اساس نظریه راتر دیدگاه افراد درباره علیت می تواند در کنار ابعاد منبع کنترل نشان داده شود. درون نگرها معتقدند که پیامدها بواسطه پاسخهای خودشان بوجود می آید. و برون نگرها معتقدند که پیامدها بواسطه پاسخ های خودشان بوجود نمی آید. بلکه عواملی چون شانس اقبال و تقدیر سبب به وجود آمدن آنهاست. روش مورد استفاده در ارزیابی چنین

عقایدی توسط راتر و همکارانش ابداع شده است و آنها نشان دادند که انتظار بیان شده برای موقعیت های آتی هنگامی که تقویت کننده منبعث از مهارت تصور می شود (وابستگی پاسخ) تفسیر بیشتری می کند تا زمانی که تقویت کننده ناشی از شانس تصور می شود. (استقلال پاسخ)، (جیمز، ۱۳۵۷، فارینز، ۱۹۵۷ جیمز وارتر ۱۹۵۸، راتر لیورانت و کرون ۱۹۶۱، نظری، ۱۳۷۳).

۴- تعمیم و مزمن بودن: نقص، بعدی الگوی اولیه درماندگی آموخته شده متوجه به تعمیم درماندگی به موقعیت های دیگر و پایداری آن در طول زمان است. برخی از محققان برای مثال کول و کوین ۱۹۷۷، هانوسا و وشولتز، ۱۹۷۷ روت و بوتزین، ۱۹۷۴، تنن والر، ۱۹۷۷ و رتمن و برم، ۱۹۷۵، هیبت الهی، ۱۳۷۳. معتقدند که پدیده درماندگی آموخته شده فقط هنگامی که فرد به صورت نامناسب انتظار نامحتمل بودن را به موقعیت قابل کنترل جدید تعمیم می دهد ظاهر می شود.

با وجود الگوی قبلی نیازی به تعمیم نامناسب برای تظاهر درماندگی آموخته دیده نمی شد. در الگوی قبلی تنها لازم بود که شخص نقایص انگیزشی و شناختی را به عنوان پیامد انتظار غیر قابل کنترل بودن نشان دهد. معهذاً الگوی قبلی در مورد تعمیم و مزمن بودن درماندگی مبهم بود (آبرامسون و سلیگمن و تیس دل، ۱۹۷۸ به نقل از هیبت الهی ۱۳۷۳).

افراد درمانده در یک موقعیت خاص یاد می گرفتند که پاسخها و پیامدها مستقل از یکدیگر هستند. اگر در موقعیت بعدی پاسخهای لازم و پیامد مطلوب شبیه پاسخها و پیامدهای موقعیت قبلی باشد، ممکن است نقایص درماندگی بوجود آید درماندگی همچنین هنگامی که پاسخ بسیار بی شباهت به پاسخهای اصلی است یا هنگامی که محرک بسیار بی شباهت به محرک به وجود آورنده درماندگی در موقعیت اصلی است، تعمیم می یابد. در نظریه اولیه مشخص نبود

که چرا درماندگی گاهی اوقات فراگیر گاهی اوقات منحصر به یک موقعیت معنی که درماندگی ممکن است به دلیل یادگیری مهارت هایی در آینده از بین برود و یا ممکن است فرد بدلیل یادگیری های قبلی نسبت به درماندگی ایمن باشد.

متاسفانه چنین تبیین هایی از نوع پس از وقوع است بدین ترتیب دومین نقض متوجه این پرسش است، که درماندگی آموخته شده در یک موقعیت چه هنگام و در چه مکانهایی تعمیم می یابد. سلیگمن چند سال تلاش کرد تا مدارکی مبتنی بر ارتباط بین درماندگی و افسردگی جمع آوری کند بعدها درست همان موقعی که تلاش او به نتیجه رسید چند نفر از جمله آبرامسون و لوری الوی^۱ وجودی گاربر^۲ عقاید دیگری ابراز داشتند سلیگمن درست یکسال پس از اینکه در موسسه روان پزشکی بیمارستان مادسلی در لندن کارآموزی کرد اعلام نمود که نظریه او درباره درماندگی در چندین مورد اشتباه از آب در آمده است.

مدل تجدید نظر شده درماندگی آموخته شده

شکل اصلی مدل اولیه درماندگی که برای درماندگی انسان در آزمایشگاه افسردگی بکار می رفت، شکست آن در توضیح شرایط محدود بود. گاهی اوقات حوادث بد باعث واکنشهای افسردگی می شوند و گاهی نیز واکنشهای افسردگی بوجود نمی آید. چه چیز مزمن بودن و تعمیم درماندگی و افسردگی را تعیین می کند؟! تظاهرات و حالات ناشی از حوادث ناخوشایند غیر قابل کنترل، همیشه به احساس درماندگی و افسردگی منجر نمی شود از سوی دیگر افراد در مقابل وقایعی که بر آن هیچ کنترلی ندارند خود را سرزنش نمیکنند. سلیگمن و

¹. Alloy

². Garber

همکارانش سالها برای اصلاح نظریه خود تلاش کردند تا بتوانند

پاسخگویی این پرسش ها باشند پیترسون و سلیگمن در نظریه اصلاح شده بر چیزی که سبک اسناد نامیده می شود، تاکید می کنند. دلیل اینکه وقایع ناگوار غیر قابل کنترل همیشه به درماندگی و افسردگی منجر نمی شود این است که مردم به سختی این وقایع را بحرانی تلقی می کنند هنگامی که افراد باحوادث بد غیر قابل کنترل مواجه می شوند آنها از خودشان سوال خواهند کرد چرا؟ پاسخ به تفسیری که از واقعه می شود، به نحوه واکنش به حوادث، انتظار از آینده و میزان درماندگی و افسردگی تاثیر می گذارد بعضی از وقایع حقیقتاً غیر قابل کنترل هستند. مثلاً «خانه در اثر اصائب صاعقه سوخت و خاکستر شد» در این موقع توجیه های شخصی از چنین حادثه ای شامل اظهارات ساده ای از واقعیت است اما در برخی موارد حقیقت مبهم می ماند. الگوی تجدید نظر یافته درماندگی بیان می کند وقتی حقیقت مبهم باشند مردم برای توجیه و تبیین وقایع ناگوار از یک سبک شخصیتی ویژه استفاده می کنند. بنابراین انتساب علت و معلولی انتظار که انسان می کند عامل مهمی است برای این که چه وقت و در کجا انتظاراتی شکست آتی تکرار خواهند شد. اینکه چه وقت و در کجا کاستیهای درماندگی آشکار خواهد شد به سه بعد انتسابی بستگی دارد.

سنگ بنای اصلی سازمان بندی جدید نظریه را، این فرض اساسی تشکیل می دهد که تصور غیر متحمل بودن در انسان بوجود آورنده انتظار غیر محتمل بودن در اوست که این انتظار سبب یادگیری عدم وابستگی بین پاسخ های فرد، و پیامدها خواهد بود. از اینرو تبیین فرد در مورد چنین موقعیت هایی، هسته اساسی به وجود آورنده چنین انتظاری است، در واقع انسان در مواجهه با هر واقعه ای علل به وجود آورنده واقعه را به عوامل مختلفی اسناد می دهد نحوه و شکل اسناد فرد است که در مرحله بعدی تعیین کننده این خواهد بود که آیا

درماندگی آموخته شده در موقعیت اصلی به موقعیت های دیگر نیز تعمیم^۱ خواهد یافت یا منحصر به همان موقعیت خاص^۲ خواهد بود. آیا درماندگی و تصور غیر متحمل بودن از پایداری^۳ برخوردار است. در طول زمان ادامه خواهد داشت و یا موقت و ناپایدار^۴ است و بالاخره آیا علت واقعه به عوامل بیرونی^۵ اسناد داده می شود یا به عوامل درونی^۶. این اسناد ها به عنوان یک متغیر شخصیتی که افراد در طی تجارب گوناگون در خود شکل می بخشند از اهمیت خاصی برخوردار است (شاملو، ۱۳۸۲)

در اسنادها اولین بعد درونی - بیرونی است فردی را در نظر بگیرید که در یک آزمایش مسائل حل نشدنی را دریافت کرده است زمانی که او پی می برد پاسخ دهی بی نتیجه است، ممکن است فکر کند که کودن است و مساله حل شدنی است. یا مساله ها طوری دستکاری شده اند که حل نشدنی می باشند. و او کودن نیست. تبیین اول برای شکست، درونی است (کودن بودن) تبیین دوم، بیرونی، است. (مساله حل نشدنی) احتمال زیادی وجود دارد که اگر شخص موقعیت را به ناتوانی شخص خود در تسلط بر پدیده های امور نسبت دهد افسرده شود یا تصور ذهنی پایینی از خود داشته باشد. چنین کسی خود را به عنوان تنها فردی می بیند که نمی تواند از پس مسائل بر آید این موضوع کاملاً با این که شخص احساس کند هر کسی دیگر نیز در آن موقعیت حال و روز سختی خواهد داشت فرق می کند. (سلیگمن، م. روزنهان، د. ۱۳۸۲).

1. Generalization

2. Circumscribes

3. Stable

4. Unstable

5. external

6. internal

فردی که شکست خورده علاوه بر اینکه مشخص می‌کند علت شکست وی درونی یا بیرونی است، بعد پایدار - ناپایدار را نیز در نظر می‌گیرد آیا شکست من چیزی همیشگی است یا موقتی؟! فردی که شکست خورده ممکن است فکر کند که علت شکست او پایدار است از این رو در آینده هم ادامه خواهد داشت. مواردی از این گونه عوامل پایدار بودن (درونی - پایدار) و دشواری تکلیف (بیرونی - پایدار) است. در مقابل ممکن است باور داشته باشد که علت آن خواب بد شب قبل بوده است یعنی علتی ناپایدار که درونی است یا ممکن است فکر کند چون روز امتحان روز بد شانس بوده شکست خورده است که در این و صورت علت ناپایدار و بیرونی است نظریه در ماندگی فرض میکند که وقتی علت شکست به عاملی پایدار نسبت داده شده باشد کاستیهای درماندگی در طول زمان ادامه خواهد یافت بر عکس اگر فرد باور داشته باشد که علت شکست او ناپایدار است، وقتی که چند ماه بعد با آن تکلیف مواجه شود، لزوماً دوباره شکست نخواهد خورد بنابر الگوی انتسابی درماندگی آموخته شده، تنبیهای پایدار به کاستیهای دائمی منجر می‌شوند و تبیینهای ناپایدار موجب کاستیهای گذرا می‌شوند. (همان منبع)

سومین و آخرین بعد کلی - اختصاصی است وقتی که فردی متوجه می‌شود که شکست خورده است، باید از خودش بپرسد که آیا علت شکست او کلی است عاملی که در موقعیت های مشابه باعث شکست می‌شود برای مثال فردی که نتوانسته است یک مساله آزمایشگاهی را حل کند ممکن است به این نتیجه برسد که او در حل کردن مسائل آزمایشگاهی و احتمالاً در تکالیف دیگر، مهارت ندارد. در این مورد ماهر نبودن کلی است و انتظار شکست در انواع موقعیتهای دیگر تکرار خواهد شد. از طرف دیگر ممکن است او به این نتیجه برسد که این مسائل آزمایشگاهی بخصوص، بسیار دشوار هستند. دشواری مسائل آزمایشگاهی یک عامل اختصاصی است زیرا فقط موجب این انتظار می‌شود که پاسخدهی آتی در مسائل آزمایشگاهی دیگر و نه در زندگی واقعی

بی نتیجه است این عامل علاوه بر این که اختصاصی است، پایدار و بیرونی نیز هست. الگوی انتسابی درماندگی معتقد است که وقتی افراد برای شکست خود تبیینهای کلی می‌کنند کاستیهای درماندگی در بسیاری از موقعیتهای مختلف رخ می‌دهند. وقتی که افراد باور داشته باشند که عوامل اختصاصی موجب شکست آنها شده اند. انتظار بی نتیجه بودن پاسخ محدود خواهد شد و فقط موقعیتهای محدودی موجب درماندگی می‌شود. مدل تجدید نظر شده نقش ویژه ای به هر یک از این سه بعد داده است. درونی بودن باورهای علی منجر به فقدان عزت نفس بعد از تجربه وقایع بد می‌شود اگر شخص وقایع بد را با یک عامل درونی تبیین کند احتمالی بیشتری وجود دارد که اعتماد نفس را از دست بدهد. اگر شخص دیگری همین واقعه با عامل بیرونی تبیین کند احتمال کمتری وجود دارد که با از دست دادن عزت نفس مواجه شود. پایدار بودن باورهای علی بر مزمن بودن درماندگی و افسردگی - به دنبال وقایع حاصل از رخدادهای بد - موثر است. اگر واقعه ناگواری به وسیله علتی که ماندگار است تبیین شود واکنشهای افسردگی متعاقب آن گرایش به تداوم دارد. اگر حادثه با یک عامل زود گذر توضیح داده شود واکنشهای افسردگی کوتاه مدت خواهد بود سرانجام کلی بودن باورهای علی بر فراگیری نقایصی که به دنبال حوادث بد می‌آیند تأثیر می‌گذارد. اگر شخصی معتقد باشد که یک عامل کلی، حادثه بد را به وجود آورده است. در نتیجه نقایص درماندگی در موقعیتهای متعددی روی خواهد داد. اگر فردی معتقد باشد که یک عامل مشخص تر علت حادثه است نواقص و نارسائیهای محدود خواهد بود (همان منبع).

گرچه آبرامسون و همکارانش قبول می‌کنند که افسردگی ممکن است مجموعه‌ای از علل داشته باشد (مثلاً بیوشیمیایی) آنها پیشنهاد می‌کنند که زیر مجموعه ای اساسی از افسردگی های «درمانده» وجود دارد که انتظار کنترل ناپذیری نقش مهمی را بازی می‌کند، آنها افسردگی را اختلالی بغرنج می‌دانند که حداقل توسط چهار طبقه از نقص ها ایجاد می‌شود: انگیزشی) و (کاهش در

آغازگری رفتارهای اختباری) شناختی (نقص در یادگیری ارتباط بین اعمال شخص و رویدادهای همبسته)، عزت نفس، عاطفی (غمگینی). عاطفه افسرده زمانی شروع می‌شود که مشخص می‌شود که شخص یک چیز به شدت مطلوب را از دست می‌دهد و یا یک چیز بسیار ناخوشایند را تجربه می‌کند. اهمیت این حادثه شدت هیجان آنها را همانند قدرت و درجه یقین فرد بر باور خود مبنی بر غیر قابل کنترل بودن حادثه تحت تاثیر قرار می‌دهد. هر قدر اسناد آنها در مورد رویداد پایدارتر باشد به همان اندازه نقایص افسردگی دراز مدت شده و هر قدر اسناد کلی تر باشد به همان اندازه نقایص تعمیم خواهند یافت.

شکل ۲-۲ تعدادی از روابط اسناد - افسردگی را نشان می‌دهند پیترسون و سلیگمن (۱۹۸۴) پیشسناهاد کرده اند که افراد خاصی شیوه اسناد اسیب پذیر دارند به عبارت دیگر مجموعه ای از باورهای علی مستدل و دائمی باعث می‌شود که آنها تجارب مثبت خود را به عوامل بیرونی، ناپایدار و ویژه از قبیل خوش شانسی نسبت بدهند در حالیکه تجارب منفی خود را به عوامل درونی، پایدار، کلی از قبیل ناشایستگی و فقدان هوش نسبت می‌دهند (نظری، ۱۳۷۲).

الگوی نشانه حادثه	→	شروع افسردگی	→ اسنادهای افسرده
الگوی شروع حادثه	→	اسنادهای افسردگی	→ شروع افسردگی
حادثه الگوی اسنادی افسرده	→	اسناد های افسرده	→ شروع افسردگی
حادثه شروع افسردگی	→	الگوهای افسرده اسناد برای حوادث نشانه های یا سبک اسناد افسرده	→ ابقاء افسردگی
شروع افسردگی	→	شروع یا ابقاء افسردگی	

شکل ۲-۲ رویداد احتمالی اسناد - افسردگی (بروین ، ۱۹۸۵، اقتباس از هیبت الهی ۱۳۷۳).

نظریه اول درماندگی همه علایم افسردگی را به عنوان علایم حاصل از استقلال پاسخ - نتیجه درک شده در نظر می‌گرفت بدون توجه به این که آیا این نتایج خوب باشند یا بد و بدون توجه به چگونگی احتمال روی دادن آنها در حالی که در فرمول بندی مجدد اسنادی نظریه درماندگی (آبرامسون و دیگران، ۱۹۷۸)

فرض می‌شود که فقط یک زیر گروهی از موارد فقدان کنترل منتظره، که شامل انتظارات منفی مربوط به رویداد وقایع مهم یا ارزشمند می‌باشد منجر به افسردگی خواهد شد. انتظار نمی‌رود افرادی که در جلوگیری از وقایع ناخوشایند خودشان را درمانده احساس نمی‌کنند، افسرده شوند و انتظار نمی‌رود که این افراد امیدوار باشند که سایرین یا سرنوشت در کار آنها دخالت کنند، اگر چه شخصاً در اجتناب از یک نتیجه منفی درمانده باشند، این تجدید - نظر مدل درماندگی اکتسابی را در صف نظریه هایی همچون نظریه بک که تاکید بر روی اهمیت اولیه ناامیدی دارند قرار می‌دهد (هیبت الهی، ۱۳۷۳).

ایا تبیین های علی شرط کافی یا عامل خطرزا افسردگی است؟

گفته می شود که تبیین درونی برای حادثه ناخوشایند به احتمال زیاد باعث تنزل نفس می شوند نه اینکه فقدان عزت نفس را به وجود بیاورد و مهم است که بدانیم تبیین ها و سبک تبیین ها برای ایجاد نقایص افسردگی کافی نیستند ولی عامل خطرزا هستند.

آبرامسون و همکاران (۱۹۷۸)، ارتباط بین متغیرهای نظریه درماندگی را به صورت زیر بیان می کنند فرایند کلی ایجاد علایم درماندگی عبارت است فعل پذیری^۱، نقایص شناختی^۲، نقایص هیجانی^۳، که شامل غمگینی - اضطراب و خصومت - کاهش پرخاشگری، کاهش کشاننده اصلی - نقایص عصبی شیمیایی و افزایش استعداد بیماری به علاوه فقدان نفس که یک نشانه درماندگی است. علایم ذکر شده با همدیگر علائم مرضی افسردگی را نشان می دهند. (نظری، ۱۳۷۲).

در نظریه درماندگی آموخته شده، این انتظار که هیچ عملی پیامدها را در آینده کنترل نخواهد کرد، یک شرط کافی برای ایجاد همه این علایم به استثناء فقدان عزت نفس است این انتظار در مرکز شکل ۳-۲ نشان داده شده است. در هر زمان و مکان که این انتظار اتفاق بیفتد علایم مرضی آشکار می شوند، بنابراین مشکل اصلی این است که چگونه سایر فرایندها و حوادث متفقاً باعث وقوع این انتظار خواهند بود. بطوریکه منجر به علایم درماندگی می شود. این انتظار هنگامی که بر انگیخته خواهد شد که حوادث بد، بگونه ای غیر قابل کنترل ادراک شوند، واقعیت حوادث بد و کنترل ناپذیر بر محتوای انتظار تاثیر می گذارد، مثلاً اگر حادثه بد کوری باشد و شغل فرد تصحیح نمونه های چاپی باشد، دامنه پیامدهای مربوط به نقش انتظار در اینجا حادث خواهد داشت.

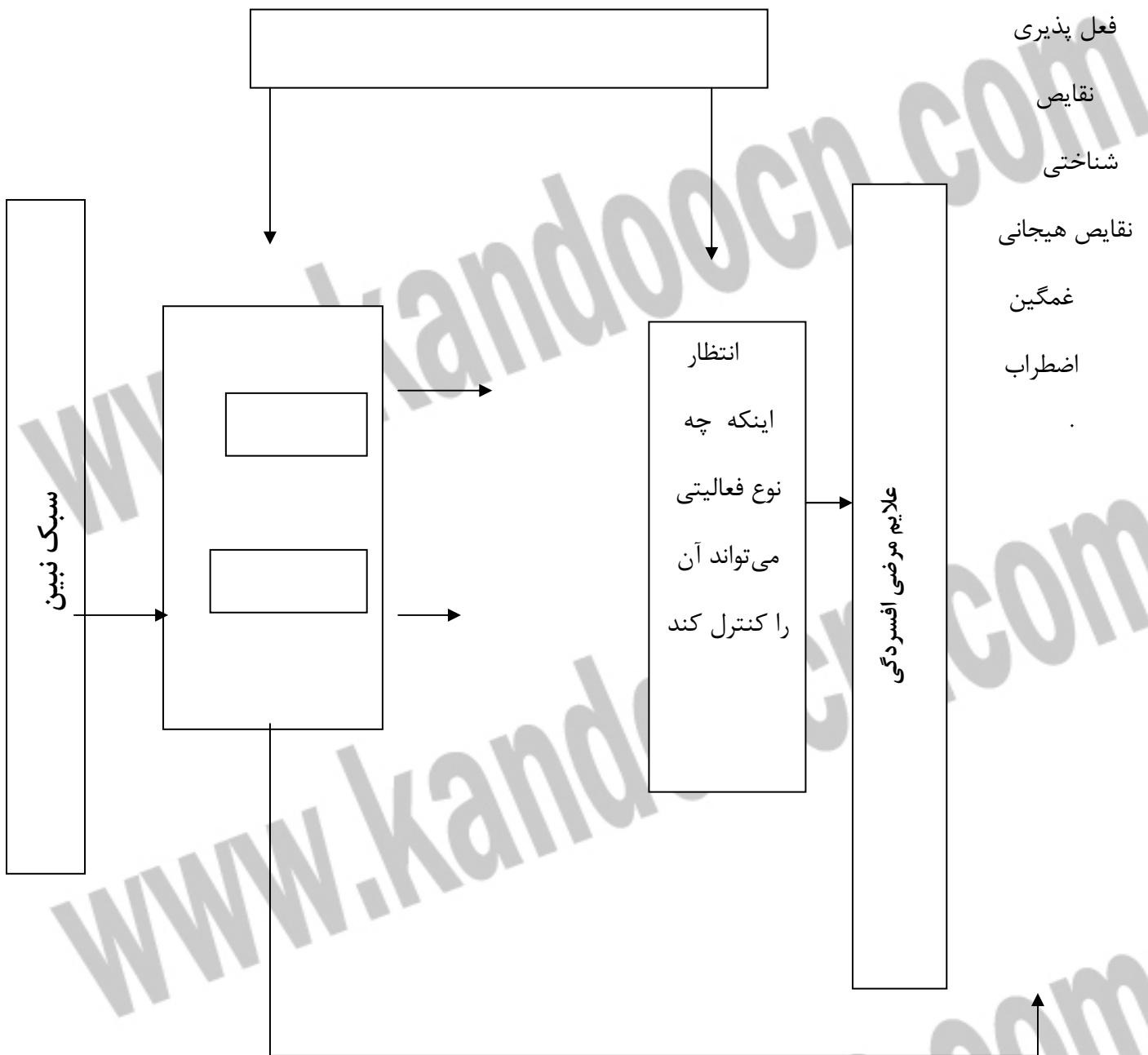
¹ .Passivism

² . motivation deficiency

³ . emotion deficiency

همچنین تبیین ها و سبک تبیین بر این انتظار که هیچ عملی پیامدهای بعدی را کنترل نخواهد کرد تاثیر می‌گذارد (شکل ۲-۳) تبیین های مربوط به علل کلی این انتظار را به وجود می‌آورد که رفتار، بسیاری از پیامدها را کنترل نخواهد کرد. این خود باعث می‌شود که علایم درماندگی در دامنه وسیعی از موقعیت ها رخ می‌دهد. اگر علت یک حادثه بد با عوامل پایدار تبیین شود. انتظار برای مدت طولانی در آینده باقی می‌ماند و علایم مرضی افسردگی پایدار خواهند شد. اگر تبیین برای حادثه بد درونی باشد، علایم مرضی کاهش عزت نفس آشکار خواهد شد. بنابراین تبیین ویژه ای که فرد برای حادثه بد می‌سازد. بر عمومیت و زمان علایم درماندگی و فقدان عزت نفس تاثیر می‌گذارد (پیترسون و همکاران، ۱۹۸۴، نقل از هیبت الهی، ۱۳۷۳).

جهت خرید فایل word به سایت www.kandooon.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید



شکل ۲-۳ فرایندهای درماندگی آموخته شده و (منبع پیترسون و سلیگمن، ۱۹۸۴ نقل از هیبت الهی)

در مدل موجود دو تاثیر، بر انتخاب تبیین وجود دارد، تاثیر اول واقعیت فرد و حوادث بد است اگر حادثه بد که انتظار درماندگی را تعیین می‌کند، مثلاً مرگ همسر شخص باشد، این حادثه یک فقدان پایدار کلی است. همسر بر نخواهد گشت و بسیاری از فعالیت هایی که در آن شخص عادتاً با آنها برخورد می‌کند دچار تحلیل خواهد شد. تاثیر دوم عبارت است از تمایل عادتاً به انتخاب خاص تبیین ها برای حوادث بد در مقابل حوادث خوب البته لازم به ذکر است که شناسایی الگوهای فردی در انتخاب علل حوادث، امکان پذیر است. این الگوهای فردی، سبک تبیین فرد خوانده می‌شود و در اینجا سبک ویژه ای که بیشتر مورد نظر است سبک تبیین افسرده وار^۱ DES است که در آن شخص گرایش دارد برای حوادث تبیین های درونی، پایدار و کلی ارائه دهد (پیترسون و سلیگمن، ۱۹۸۴، نقل از هیبت اللهی، ۱۳۷۳).

اکنون باید روشن شود که چرا سبک تبیین خاص برای بروز علایم درماندگی کافی نیست، معمولاً تبیین های علی مربوط به یک حادثه بد و انتظارهای مربوط به پیامدهای یک حادثه بد خواصی یکسان دارند. از آنجا که بین تبیین های علی و انتظار پیامدها تشابه وجود دارد، آگاهی از سبک تبیین فرد معمولاً نقایص درماندگی را پیش بینی میکند. گاهی اوقات ممکن است تشابه وجود نداشته باشد. لذا تبیین و سبک تبیین نقایص را ایجاد نخواهد کرد. بنابراین از این متغیرها به عنوان عامل خطر (مانند سیگار که یک عامل خطر برای سرطان است) پیش از شرایط کافی برای درماندگی و افسردگی صحبت می‌کنیم.

^۱ .Depression Explanatory Style

تبیین های علی و سبک تبیین^۱: سازه های فرضی

واژه اسناد در موارد فراوانی بکار رفته است. برخی نظریه پردازان، اسنادها را به عنوان باورهای بیان شده ای می دانند که روان شناسی عامیانه فرد را تشکیل می دهد. اسنادها یک سازه فرضی بود و هیچ تعریف واحدی را به عنوان یک سازه فرضی ندارد. اما این سازه فرضی با یک متغیر مداخله گر از طریق معنا بخشیدن به آن از طریق یک دسته عملیات درون داد و یک دسته عملیات برون داد، جامع و کامل می شود دیدگاهی که در اینجا درباره اسناد عنوان شده است با دیدگاه پدیدار شناختی هایدر^۲ (۱۹۵۸) که در آن توانایی درون نگری و گزارش کلامی باورهای علی، شرایط لازم و کافی برای آنها باشد، متفاوت است. هایدر (۱۹۵۸) اسنادها را متغیرهای مداخله گر می داند. از سوی دیگر برای مایک اسناد، یک تفکر واقعی به مثابه یک میکروفن یا یک ماشین تحریر نیست، بیشتر شبیه مفاهیمی چون انتخاب طبیعی، زندگی، پاداش، ترجیح، یا شاید - اتم است. اینها همه برای آگاهی از تبیین علی فرد مناسب هستند که تنوعی از مشاهدات رفتاری نیز هستند (پیترسون و همکاران، ۱۹۸۴، هییت الهی، ۱۳۷۳، نظری، ۱۳۷۳).

سبک تبیین در مقابل واقعیت:

تبیین ها توسط عوامل موقعیتی^۳ و زمینه ساز^۴ تعیین می شود و واقعیت یک حادثه که می تواند تبیین ها را تعیین کند، غیر قابل انکار است. همچنین، تبیین^۵ به اسناد ترجیح داده می شود. چون اسناد تقریباً به فرافکنی نیز اشاره دارد وقتی گفته می شود واقعیت بطور نسبی تبیین ها را تعیین

1 . Hypothetical Construts

2 . Hayder

3 . Situational Factors

4 . Dispositional

5 . Explanation

می‌کند به این معنا نیست که تبیین‌های علی دقیق هستند. (لنجر، ۱۹۷۸، نسبت^۱ و ویلسون^۲ ۱۹۷۷). در عوض گفته می‌شود که باورهای علی در یک خلاء پذیرفته نمی‌شوند (بیگ) وند (بیگ) دلی، (۱۳۷۲).

زمینه سازی فردی توضیح می‌دهد که چرا افراد مختلف به حوادث یکسان واکنش متفاوت می‌دهند؟ چرا بعضی از افراد به دنبال مشکلات غیر قابل حل درمانده می‌شوند و سایر افراد درمانده نمی‌شوند؟ چرا بعضی از افراد به دنبال حوادث ناگوار افسرده می‌شوند و دیگران افسرده نمی‌شوند. فرمولبندی جدید ادعا می‌کند که افراد مستعد افسردگی و درماندگی حوادث بد را به دانش واژه درونی، پایدار و کلی تغییر می‌کنند (پیترسون و سلیگمن، ۱۹۸۶).

اگر واقعیت به اندازه کافی مبهم باشد شخص ممکن است تبیین‌های عادت‌ی را برون فکند و طبق فرمولبندی جدید، افراد سبک ویژه ای برای تبیین حوادث دارند. آنها در شیوه حوادث بد که علل درونی، پایدار و کلی بکار می‌برند ثابت هستند. بنابراین هنگامی که واقعیت مبهم است پرسشنامه سبک اسنادی بصورت یک آزمون فرافکن عمل می‌کند و می‌تواند برای اندازه گیری سبک تبیین ویژه بکار رود و اگر این سبک علل درونی، پایدار و کلی را فرا خواند. در نتیجه شخص به دنبال بروز حوادث بد گرایش به افسردگی خواهد داشت. این پیش بینی اصلی فرمول بندی جدید است.

شکل گیری و تکامل سبک تبیین :

¹ . Nisbett

² . Wilson

سلیگمن و جان گیرگاس^۱ و نوان^۲ و هوگسما^۳ عاملهایی را که ممکن است بر تکامل سبک تبیین تاثیر بگذارد توضیح داده اند. به عنوان مثال ضربه اولیه کودک در اوایل کودکی یا فقدانهای وخیم می تواند اثر عمده ای بر سبک تبیین بعدی کودک داشته باشد به طور طبیعی کودک انسان زندگی خود را با درماندگی بیشتری نسبت به سایر انواع شروع می کند در طول سال های اولیه رشد بعضی از افراد احساس می کنند به محیط خود تسلط دارند در حالیکه برخی دیگر ممکن است شدیداً احساس درماندگی کنند اگر کودک مکرراً درمانده شود و تجارب او ناچیز باشد با فشارروانی مختصر باور می کند که در موقعیتهای تازه نیز درمانده خواهد بود کودک دیگری که داری تجارب تسلط باشد با استفاده از همین علائم ممکن است اعتقاد داشته باشد که قادر به کنترل رویدادها است. هر قدر تجارب زودتر آغاز شود و شدت بیشتری داشته باشد در شدت این ضعف انگیزش تعیین کننده تر خواهد بود (نظری، ۱۳۷۲).

به عقیده سلیگمن نگرشهای فرد نسبت به تسلط یا درماندگی در رشد کودکان ریشه دارد. زمانیکه محیط کودک سرشار از همانندی بین اعمال و پیامدها است احساس تسلط بوجود خواهد آمد و از سوی دیگر اگر کودکی تجربه کند که پاسخهای داوطلبانه او مستقل از پیامدها است درماندگی در وی ریشه خواهد گرفت و وی مستعد افسردگی خواهد شد و این تصور که افسردگی به دنبال اسنادهای درونی و پایدار به وجود می آید تصور درستی می باشد.

برای آزمون این نظریه سلیگمن و همکارانش اولین ابزار اندازه گیری را با نام پرسشنامه اسناد (ASQ)^۴ ابداع نمودند. پرسشنامه شامل شش واقعه فرضی بد

1. Girus

2. Nolen

3. Hock Sema

4. Attutrubation Style Question

و شش واقعه فرضی خوب است. و از افراد خواسته می‌شود که خود را در آن موقعیت‌ها فرض کنند و سپس علت‌های خود را با توجه به مقیاس یک تا هفت‌رتبه بندی کند.

در اولین آزمون سلیگمن و همکارانش پرسشنامه را بر روی ۱۴۳ دانشجوی کالج پیاده کردند و به آنها فرم کوتاه آزمون افسردگی بک^۱ را ارائه دادند. این پرسشنامه با اعتبار بالایی تدوین شده و علایم مرضی افسردگی را نشان داد.

پژوهشهای اخیر سلیگمن فراتر از افسردگی پیش می‌رود او معتقد است که یک اسناد قادر است همانگونه که پیشرفت را پیش بینی می‌نماید در امر پیش بینی مرگ نیز موفق باشد منطقی به نظر می‌رسد، افرادی که عادتاً تفسیرهای پایدار، کلی و درونی از شکست‌هایشان دارند در مقایسه با افرادی که شکست را ناپایدار، اختصاصی و بیرونی تفسیر می‌کنند نسبت به افراد موفق پشتکار کمتری داشته باشند و کمتر شانس خود را امتحان کنند و در نتیجه کمتر توانایی‌هایشان را پرورش دهند (نظری، ۱۳۷۲).

سبک تبیین اغلب نقش مهمی در سلامت جسمی ایفا می‌کند وقایع استرس‌زای زندگی مانند طلاق، تعویض مدرسه، تغییر در خانواده به افزایش بیماری و ناخوشی منجر می‌شود اما همه افراد به یک روش در مقابل این حوادث واکنش نشان نمی‌دهند بعضی‌ها در مقابل حوادث بد، شکست می‌خورند و از پا در می‌آیند. سلیگمن در مورد تندرستی بر این باور است که بین نحوه تبیین حوادث و بیماری در آینده هم در کوتاه مدت و هم در دراز مدت همبستگی وجود دارد. چنانکه از شواهد موجود بر می‌آید. نظام مصونیت و ایمنی بدبینها یا افراد دارای سبک تبیین بدبینانه احتمالاً مقاومت کمتری در مقابل بیماری‌ها

¹. Beck

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

دارد در حالیکه خوش بینها از نظامی یکپارچه برخوردارند که در برابر بیماری
مقابله می کنند.

www.kandoocn.com
www.kandoocn.com
www.kandoocn.com

جدول ۲-۲ شباهت درماندگی آموخته شده و افسردگی

افسردگی	درماندگی آموخته شده	نشانه ها
<p>نا فعالی سه گانان شناختی منفی عزت نفس کم خصوصیت، اضطراب بی اشتهایی فقدان پرخاشگری بیخوابی کاهش نورا پی نفرین و سروتونین</p>	<p>نا فعالی کاستیهای شناختی کاستیهای عزت نفس خصوصیت، اضطراب بی اشتهایی فقدان پرخاشگری بی خوابی کاهش نورا پی نفرین و سروتونین</p>	
<p>باور فراگیر به اینکه پاسخدهی بی نتیجه خواهد بود.</p>	<p>باور آموخته شده به اینکه پاسخدهی از پیامدهای مهم مستقل است (به علاوه اکتسابهای انجام شده به علت های درونی، کلی، پایدار</p>	علت
<p>درمان ضد افسردگی شناختی و رفتاری MaaI- ECT، داروهای سه حلقه ای، فلوکستین. محرومیت از REM زمان</p>	<p>تغیر دادن باور از بیهوده بودن پاسخ به موثر بودن آن MAO-I، ECT، داروهای سه حلقه ای، فلوکستین محرومیت از REM</p>	درمان
<p>آموزش خوشبختی</p>	<p>ایمن سازی</p>	پیشگیری
<p>سبک تبیینی موزیانه</p>	<p>سبک تبیینی موزیانه</p>	آمادگی

سوابق پژوهشی طرح در خارج از کشور :

در اولین بررسی فرم تجدید نظر شده درماندگی آموخته شده ، سلیمگن، آبرامسون و وان بایر (۱۹۷۹) ASQ را بر روی یک نمونه ۱۴۳ نفری از دانشجویان کالج در دانشگاه پنسیلوانیا همراه با فرم کوتاه (BDL) بک (۱۹۷۳) اجرا کردند . همچنانکه فرمولبندی جدید پیش بینی می‌کرد افسردگی در بین دانشجویان دوره لیسانس با درونی بودن ($r=0/41$ ، $R< 0/001$) پایداری ($r=0/41$ ، $R< 0/001$) و کلی بودن ($r=0/41$ ، $R< 0/001$) برای حوادث بد همبستگی دارد .

در یک مطالعه دیگر بیماران افسرده یک قطبی پرسشنامه سبک اسناد را تکمیل کردند . نمرات این گروه با دو گروه از بیماران دیگر مقایسه شد. گروه مقایسه اول بیماران جراحی پزشکی بودند و گروه مقایسه دوم اسکیزوفرنیکهای غیرافسرده بودند . همانطور که پیش بینی می‌کردند افسرده‌ها حوادث بد را به علل درونی ، پایدار و کلی تبیین می‌کردند . این نتایج فرض های نظریه را تایید کردند . مشخص شده که این سبک یک ویژگی عمومی سایکوپاتولوژی نیست . چون بیماران اسکیزوفرن آن را نشان ندادند . مطالعه دیگری بر روی بیماران افسرده تک قطبی توسط پرسونزوراند در سال ۱۹۸۱ انجام شده است ۵۱ بیمار افسرده پرسشنامه سبک اسناد و سایر میزانه را تکمیل نمودند . نمره درونی بودن حوادث بد همبستگی ۰/۶۰ با افسردگی بک داشت نمره کلی بودن همبستگی ۰/۵۳ داشت ولی نمره پایدار بودن همبستگی معنی داری با پرسشنامه افسردگی بک نداشت ۳۴ نفر از آن بیماران تعقیب شدند و تغییرات سبک تبیین و نمرات پرسشنامه افسردگی ارزیابی شد. تغییر سبک تبیین در طول زمان با تغییر در افسردگی همراه بود .

در مطالعه دیگر آهرنز^۱ و هاگا^۲ رابطه سبک اسناد و انتظارات را با کارکرد مثبت و منقی و افسردگی و اضطراب را بررسی می‌کردند. در این بررسی ۹۲ آزمودنی مقیاسهای کارایی مثبت و منقی، اضطراب افسردگی، خوشبینی، ناامیدی و سبک اسناد را تکمیل کردند، نتایج نشانگر آن بود که کارایی مثبت همبسته بود با سبک اسنادی وقایع مثبت. کارائی منفی همبسته بود با سبک اسناد برای وقایع منفی. سبک اسناد وقایع منفی همبسته بود با اضطراب اثرات سبک اسناد بر روی خلق انکار ناپذیر بود. کسانی که افسرده بودند در عاطفه مثبت^۳ ضعیف بودند در حالی که هیچ ارتباطی با اضطراب نداشت در مطالعه دیگری هال و مندولیا ۷۴ مرد و ۲۰ زن را در دانشگاه بررسی کردند و از ابزارهای متفاوتی استفاده کردند. برای اندازه گیری عاطفه از جدول عاطفه مثبت و منفی استفاده کردند. و افسردگی را با تست افسردگی بک BDI^۴ و اضطراب (BAI) ۵ اندازه گیری شد و سبک اسناد برای وقایع منفی با EASQ پرسشنامه اسناد گسترده و سبک اسناد برای وقایع مثبت با استفاده از ASQ اندازه گیری شد برای ارزیابی خوشبینی از (LOT) و برای انتظارات منفی آینده از مقیاس نا امیدي (HS) استفاده شد و از پرسشنامه کار آمدی خود SEQ^۵، برای ارزیابی میزان کارآمدی خود استفاده شد. نتایج نشان داد که سبک اسناد برای وقایع منفی همبسته بود با عاطفه منفی (NA) اما با عاطفه مثبت (PA) همبستگی نداشت. و سبک اسناد برای وقایع مثبت همبسته بود با عاطفه مثبت و اما با عاطفه منفی NA همبستگی نداشت. و سبک اسناد برای وقایع مثبت همبسته بود با عاطفه مثبت (PA) و اما با عاطفه منفی (NA) همبستگی نداشت.

1. Ahrens

2. Hoaga

3. positive affectivit

4. Beck Depression inventory

5. Self efficacy questionnair

سبک اسناد برای وقایع منفی همبسته بود هم با اضطراب و هم با افسردگی اما سبک اسناد برای وقایع مثبت فقط با افسردگی همبسته بود.

سوابق پژوهشی طرح در داخل کشور

- بررسی سبکهای اسناد (نظریه تجدیدنظر شده درماندگی آموخته شده) در زنان افسرده و مضطرب و مقایسه آن با زنان عادی در سال ۷۲-۷۳ در شهر تهران؛ علی محمد نظری، تربیت معلم تهران ۱۳۷۳
این پژوهش بر روی زنان افسرده و مضطرب و عادی انجام گرفته و به دنبال دست یابی به هدف های زیر بوده:

۱- بررسی و مقایسه سبک اسناد در زنان افسرده و زنان عادی

۲- بررسی و مقایسه سبک اسناد در زنان مضطرب و زنان عادی

این پژوهش از روش علی استفاده شده و داده ها با استفاده از پرسش نامه سبک اسناد ASQ جمع آوری شده است. آزمودنیها ۳۰ نفر زن افسرده و ۳۰ نفر زن مضطرب و ۱۰ نفر زن عادی می باشد. زنان افسرده از مراجعین به درمانگاههای روانپزشکی روزبه، شهید اسماعیل و انستیتو روانپزشکی انتخاب شده بودند. نتایج این تحقیق نشان داده که سبک اسناد زنان افسرده در همه ابعاد تفاوت معنی داری با زنان عادی دارد. همچنین سبک اسناد زنان مضطرب نیز در بعضی ابعاد با زنان عادی تفاوت دارد و نتایج پژوهش نشان داده که اسناد زنان افسرده در مقایسه با زنان عادی برای حوادث بد درونی $\alpha = 5\% Z = -5/41$ و برای حوادث بد کلی $\alpha = 5\% Z = -4/71$ است و همچنین برای حوادث خوب بیرونی $\alpha = 5\% Z = -3/54$ برای حوادث خوب ناپایدار $\alpha = 5\% Z = 4$ و برای حوادث خوب اختصاصی $\alpha = 5\% Z = -3/34$ است

- بررسی سبک اسناد دانش آموزان با توجه به موفقیت و شکست

تحصیلی و جنسیت بر اساس مدل اسنادی درماندگی آموخته شده در کلاسهای دوم راهنمایی شهرستان سنندج در سال تحصیلی ۷۳-۷۲. محمد

هیبت اللہی . به راهنمایی ولی الله فرزند، دانشگاه تربیت معلم تهران ۱۳۷۳ در این پژوهش دو دسته از دانش آموزان موفق و شکست خورده با هم مقایسه شدند سبک تبیین افسرده‌وار که محور اصلی مدل اسنادی درماندگی آموخته شده در توجیه افسردگی و برخی عقب‌ماندگی‌های تحصیلی است به عنوان مبنای فرض‌های پژوهش قرار گرفته اند و جمعا هشت فرضیه ارائه شده است . که متغیرهای آن توسط پرسشنامه سبک اسناد مورد اندازه گیری قرار گرفته است . و برای آزمون فرضیه های پژوهش از میان جامعه دانش آموزان دختر و پسر سال دوم مدارس راهنمایی شهرستان سنندج نمونه ای ۱۳۴ نفره با استفاده از روشهای نمونه گیری خوشه ای و تصادفی انتخاب شده است. این دانش آموزان با توجه به سوابق تحصیلی‌شان در دو گروه موفق و شکست خورده قرار داده شده اند و پرسشنامه سبک اسناد بر روی نمونه مذکور اجرا و نتایج نشان داده است که درماندگی آموخته شده در دانش آموزان شکست خورده بیشتر از دانش آموزان موفق بود و اسناد دانش آموزان شکست خورده بیشتر از دانش آموزان موفق بود $P,0/001$, $T=3/19$ و اسناد دانش آموزان شکست خورده و موفق برای حوادث بد در بعد درونی تفاوت معنی داری را نشان نداد و اسناد دانش آموزان شکست خورده در مقایسه با دانش آموزان موفق برای حوادث بد پایدارتر $P,0/05$, $T=1/93$ است و همچنین اسناد دانش آموزان شکست خورده در مقایسه با دانش آموزان موفق برای حوادث خوب بیرونی‌تر $P,0/005$, $T=1/75$ ، ناپایدار تر $T=1\78$, $P=0/05$ و اختصاصی‌تر $T=2\41$, $P=0\01$ بود در ضمن این تحقیق نشان داده است که درمانگی آموخته شده در دانش آموزان دختر شکست خورده بیشتر از دانش آموزان پسر شکست خورده است

- بررسی آزمایشی سبک اسناد در الگوی درماندگی آموخته شده
ایمان الله بیگدلی، به راهنمایی کیانوش هاشمیان ، دانشگاه تربیت
مدرس ۱۳۷۲

در این پژوهش جهت بررسی سبک اسناد در الگوی درماندگی آموخته شده سبک اسناد تعداد ۶۰ نفر دانشجوی کارشناسی ارشد پسر (دامنه سنی - ۲۳ - ۳۱) توسط پرسشنامه سبک اسناد برای وقایع خوشایند و ناخوشایند اندازه گیری شدند. سپس آزمودنی ها بر اساس تقسیم تصادفی در یک طرح تجربی پیش آزمون - پس آزمون سه گروهی جایگزین شدند. آزمودنی های گروه آزمایشی در شرایط اجرای متغیر مستقل کاربندی آزمایشی تحت تاثیر موقعیت غیر قابل کنترل کلمات بهم ریخته بدون رمز یا آناگرام بدون رمز، آزمودنیهای گروه کنترل تحت تاثیر موقعیت قابل کنترل (کلمات بهم ریخته رمزدار) و آزمودنی های گروه سوم تحت تاثیر شرایط اجرای متغیر مستقل قرار نگرفتند و به دلیل اینکه حل آناگرام ها یکی از تکالیف عمده در حوزه شناختی حل مسئله است جهت تعدیل هوش، بهره هوشی آزمودنی ها در پیش آزمون مورد اندازه گیری قرار گرفت. در مرحله پس آزمون هر سه گروه در موقعیت قابل کنترل قرار داده شدند. عملکرد آزمودنی ها در پس آزمون بر اساس زمان صرف شده برای حل هر آناگرام اندازه گیری شد. نتایج نشان داد که : ۱- آزمودنی های گروه آزمایش نسبت به دو گروه دیگر عملکرد ضعیف تری در موقعیت قابل کنترل داشتند ۲- آزمودنی های گروه آزمایش نسبت به دو گروه دیگر عملکرد ضعیف تری در موقعیت قابل کنترل داشتند. ۳- آزمودنی های گروه آزمایش که در مورد تبیین علل وقایع خوشایند و ناخوشایند سبک اسناد منفی داشتند - اسناد علل وقایع خوشایند در امتداد ابعاد علی بیرونی - خاص و ناپایدار و اسناد علل وقایع ناخوشایند در امتداد ابعاد علی درونی، هم شمول و پایدار - در موقعیت قابل کنترل نسبت به دو گروه کنترل و بدون کاربندی آزمایشی و افراد همتای خود که سبک اسناد مثبت داشتند - اسناد علل وقایع خوشایند در امتداد ابعاد علی درونی، هم شمول و پایدار و اسناد علل وقایع ناخوشایند در امتداد ابعاد علی بیرونی، خاص و ناپایدار - عملکرد ضعیف تری نشان دادند. ۴- بالاخره یافته ها حکایت از رابطه میان بهره هوشی و سبک اسناد (تبیین علل وقایع) دارد.

خلاصه و نتیجه گیری

بدون شک همه پیشرفت‌های شگفت‌انگیز دنیای کنونی زاده یادگیری انسان است و محیط و آن چه در آن است پیوسته در معرض تغییر قرار دارد و انسان نیز برای هماهنگ شدن با آن تغییرات و یا برای مقابله و مبارزه با آنها برای درک چگونگی تغییرات و ارائه راه حل‌های مناسب، برای سازگاری و ادامه زندگی پیوسته در کوشش و تلاش برای یادگیری و افزودن بر دانش خویش است. هر کسی به شیوه ای این تجارب را فرا می‌گیرد و حیطه یادگیری خویش را افزایش می‌دهد. از اواخر دهه های سال ۱۹۷۰ بحث در مورد سبک‌های یادگیری رونق پیدا کرد، سبک‌های یادگیری بر یادگیری هر فردی اثر می‌گذارد سبک های یادگیری شامل باورها، اعتقادات، رجحانها و رفتارهایی است که افراد به کار می‌برند تا در یک موقعیت معین به یادگیری خود کمک کنند. سبک‌ها تعیین می‌کنند که در برخورد با یک موقعیت فرد چه مدت، به چه چیز و به چه میزان توجه می‌کند. تمام سبک‌ها کمک کننده نخواهند بود و حتی ممکن است در برخورد موثر با موقعیت اخلاص ایجاد کنند. سبک های یادگیری را به سه دسته سبک های یادگیری فیزیولوژیک، عاطفی و شناختی طبقه بندی می‌کنند. سبک‌های فیزیولوژیک جنبه زیست شناختی دارد، عاطفی در برگیرنده شخصیت و ویژگیهای هیجانی یادگیرنده است و شناختی به طریقی که شخص موضوعها را ادراک می‌کند، اطلاعات را به خاطر می‌سپارد، درباره مطالب می‌اندیشد و مسایل را حل می‌کند تعریف می‌شوند از بین سبک ها، سبک‌شناختی از اهمیت بالاتری برخوردار می‌باشد. فهرست سی و یک سبک‌شناختی در فصل دوم آورده شده است. هر کدام از این سبک ها دارای ویژگی خاص خود می‌باشند و در گروهی از افراد بیشتر استفاده می‌شود اما چهار سبک از همه مهمتر هستند. همگرا، واگرا، انطباق دهنده و جذب کننده. همگراها: در کاربرد عملی اندیشه‌ها قوی هستند و می‌توانند استدلال فرضی - قیاسی داشته باشند اما واگراها در تخیل قوی هستند. به مردم علاقمند هستند و در امور هنری مشخص هستند. جذب کننده‌ها در ابداع الگوی نظری بسیار

قوی هستند و در استدلال استقرایی بسیار قوی هستند و در مقابل انطباق یابندها بیشتر توانایی در انجام کارها را دارند و مسائل را به طور شهودی حل می کنند.

افسردگی جزء اختلالات خلقی امروزه شناخته می شود و در ویژگی آن نشانه های از قبیل: از دست دادن انرژی، بی علاقه گی و احساس گناه و دشوار شدن تمرکز و از دست دادن اشتها و افکار مرگ و خودکشی دیده می شود. این گونه افراد خلق پائینی دارند اغلب گرفته و کسل هستند و تمایل چندانی برای فعالیت ندارند از دیگر نشانه های افسردگی: تغییراتی در سطح تواناییهای شناختی، تکلم و کارکردهای نباتی از قبیل خواب و فعالیت جنسی می باشد. رویکردهای مختلفی برای سبب شناسی افسردگی وجود دارد یکی از این رویکردها که توسط فردی به نام سلیمگن و همکارانش در سال ۱۹۶۷ ابداع شد الگوی درماندگی آموخته شده است که بیان می دارد افراد در اثر رویدادهای ناخوشایندی که در زندگی به خصوص در اوایل کودکی تجربه می کنند دچار سوء تعبیر در برداشتهای خود از توانایی و موقعیت می شوند و به تدریج در اینگونه افراد یک سبک تبیین شکل می گیرد که سلیمگن آنرا سبک تبیین افسرده وار می خواند که افراد افسرده آن را به تمام موقعیت های زندگی شان گسترش می دهند این تبیین دارای سه بعد درونی - بیرونی، کلی - اختصاصی و پایدار - ناپایدار می باشد.

این محققان دریافتند که افرادی که افسرده هستند در برخورد با حوادث بیشتر از اسنادهای درونی، کلی و پایدار استفاده می کنند و در مقابل در برخورد با حوادث خوب از اسنادهای بیرونی، اختصاصی و ناپایدار استفاده می کنند. در حقیقت تجربه شکست موجب این باور می شود که آنها همیشه شکست می خورند و توانایی لازم را برای موفق شدن و غلبه کردن بر شرایط را ندارند. این الگوی اسناد در آنها باعث کاهش انگیزه و بالطبع عدم تلاش برای تجربه رویدادهای جدید می شود و به نوعی دچار درماندگی آموخته شده می شوند.

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoo.cn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

این درماندگی باعث تنزل نفس در فرد می‌شود و در فرد فعل پذیری، نقایص شناختی، نقایص هیجانی که شامل غمگینی - اضطراب و خصومت - کاهش پرخاشگری و نقایص عصبی - شیمیایی و افزایش استعداد بیماری را به وجود می‌آورند. الگوی درماندگی می‌تواند در تمام حوزه های عملکردی فرد اختلال ایجاد کند و فرد را به سوی افسردگی سوق دهد.

جهت خرید فایل word به سایت www.kandooon.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

فصل سوم روش تحقیق

در این فصل، روش تحقیق بکار گرفته شده در پژوهش حاضر و چگونگی انجام آن مورد بررسی قرار می‌گیرد.

در این زمینه ابتدا نوع طرح، جامعه و نمونه آماری، روش نمونه گیری، حجم نمونه و طرح تحقیق مورد بررسی قرار خواهد گرفت، سپس به متغیرهای پژوهش و ابزارهای به کار گرفته شده در تحقیق که شامل پرسشنامه سبک های شناختی کلب و پرسشنامه ASQ و تست افسردگی بک است همراه با روایی و پایایی آنها پرداخته می‌شود، و در پایان، چگونگی جمع آوری داده ها و روش های آماری تجزیه و تحلیل اطلاعات مورد بحث قرار خواهد گرفت.

نوع طرح:

اصولاً سه نوع طرح تحقیقاتی وجود دارد بنیادی^۱، کاربردی^۲، توسعه‌ای^۳، پژوهش بنیادی از آن دسته پژوهش های است که عمدتاً در جهت گسترش مرزهای دانش بدون در نظر گرفتن استفاده علمی خاص برای کاربرد آن انجام می‌گیرد. کاربردی پژوهشی است به منظور کسب دانش جدید، که استفاده علمی خاص برای نتایج حاصل از آن در نظر گرفته شده و در جهت حصول هدف کاربردی خاصی انجام می‌گیرد و توسعه ای عمدتاً متوجه نوآوری در فرایندها، ابزارها و محصولات است. با توجه به متغیرهای این پژوهش و از آنجایی که این پژوهش به دنبال آزمودن یک نظریه پذیرفته شده در زمینه افسردگی در بین گروهی خاص است و یافته ها در جهت کمک و باز آموزی و درمان می‌تواند کاملاً جنبه کاربردی داشته باشد تحقیق از نوع تحقیق کاربردی است.

1. Basic

2. Applied

3. Developmental

جامعه آماری و نمونه آماری

جامعه شامل گروهی از افراد است که یک یا چند صفت مشترک دارند که این صفات مورد توجه محقق می‌باشند. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانشجویان شهر تهران در سال تحصیلی ۸۴ - ۱۳۸۳ در مقطع کارشناسی تشکیل می‌دهد.

نمونه گروه کوچکتری از جامعه است که برای مشاهده و تجزیه و تحلیل انتخاب شده است که در پژوهش حاضر ۱۷۰ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد تهران شمال را تشکیل می‌دهد.

روش نمونه گیری:

روش نمونه گیری از نوع در دسترس می‌باشد که از میان دانشگاهها، دانشگاه آزاد تهران شمال انتخاب گردید و از میان دانشجویان این دانشگاه ۱۷۰ نفر از دانشجویان به روش تصادفی انتخاب شده و آزمون بر روی آنها اجرا گردید.

روش اجرا پژوهش:

برای اجراء این پژوهش بعد از مشخص شدن حجم نمونه، ابتدا سه پرسشنامه (سبک های یادگیری کلب، افسردگی بک و سبک اسنادی سلینگمن) همراه با یک صفحه مشخصات فردی به صورت یک مجموعه مشخص، درآمد و سپس به دانشگاه آزاد تهران شمال مراجعه و مجموعه پرسش نامه ها بین دانشجویان پخش شد. دستورالعمل هر کدام از پرسش نامه ها در ابتدای آنها آمده بود و از دانشجویان خواسته شد بعد از پر کردن برگه مشخصات فردی به هر سه پرسشنامه بدون توجه به محدودیت زمانی با دقت پاسخ دهند.. انتخاب دانشجویان بدون توجه به سن و رشته تحصیلی بود. بعد از بین دانشجویان ۱۷۰ نفر که پرسشنامه ها به طور کامل تکمیل کرده بودند انتخاب شدند . در ضمن نقاط برش تست افسردگی بک و تست سبک های اسنادی براساس محاسبه میانگین نمرات به دست آمد.

طرح تحقیق

هدف از روش تحقیق علی - مقایسه ای یافتن علت‌های احتمالی یک الگوی رفتاری است بدین منظور، آزمودنی‌های که دارای رفتار مورد مطالعه هستند با آزمودنی‌هایی که این رفتار در آنها مشاهده نمی‌شود، مقایسه می‌شوند. این روش را غالباً پژوهش پس رویداد می‌نامند.

در پژوهش حاضر ما نمی‌توانیم یک گروه کنترل داشته باشیم چون متغیرها قبل از اجرای تحقیق در آزمودنی‌ها وجود داشته است و پژوهشگر هیچ دخالتی در اتفاق افتادن آنها ندارد صرفاً تاثیر آنها را بر روی یکدیگر اندازه گیری می‌کند و مورد مقایسه قرار می‌دهد. در این پژوهش ما به دنبال بررسی و مطالعه اثر یک علت (درماندگی آموخته شده) در یک معلول از قبل اتفاق افتاده (افسردگی) در یک گروه و سپس مقایسه آن با گروهی که فاقد آن ویژگی هستند می‌باشیم پس تحقیق از نوع علی مقایسه ای یا پس رویدادی می‌باشد.

معرفی پرسشنامه:

تست افسردگی بک:

از بین تست ها و پرسشنامه هایی که برای سنجش افسردگی تهیه شده است. پرسشنامه افسردگی بک (BDI)^۱ به عنوان مناسب ترین معیار برای اینکه بتواند منعکس کننده حالات افسردگی در افراد باشد انتخاب شده است این پرسشنامه برای سنجش وجود و شدت نشانه های افسردگی بر حسب ملاک های DSM – IV-IR طراحی شده است که دارای ۲۱ ماده است که علایم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه گیری می کند و هر ماده دارای ۴ گزینه است که بر مبنای صفر تا ۴ نمره گذاری می شود و درجات مختلفی از افسردگی را می سنجد. حداکثر نمره در این تست ۶۳ و حداقل آن صفر است. ۲۱ ماده پرسشنامه افسردگی بک بشرح زیر می باشد، غمگین، بدبینی، احساس شکست، نارضایتی، گناه، تنبیه، بیزاری از خود، اتهام به خود، عقاید خودکشی، گریستن، زود رنجی، کناره گیری از اجتماع، بی تصمیمی، تصور تغییرات بدنی، دشواری در کار، بی خوابی، خستگی، بی اشتها، کاهش وزن بدن، اشتغالات ذهنی، کاهش نیروی جسمی.

¹. Beck Depression inventory

اعتبار^۱ و پایایی^۲ آزمون افسردگی بک

بر اساس بررسیهای، میلر و سلیگمن، ضریب همبستگی نمرات هر بخش با نمره کل آزمون بین ۰/۳۱ تا ۰/۶۱ می باشد (هرسن و بالاک، ۱۹۹۸). در تحقیقی که توسط، بک و روبروت استر و جورج براون در بین دانشجویان صورت گرفته ضریب آلفا/۰/۸ برای اعتبار سازه مشخص شده این محققان آزمون باز آزمون را با مطالعه ۲۶ بیمار بستری در یک هفته بعد از جلسه دوم و سوم درمان مشخص کردند. بک و براون برای به دست آوردن اعتبار همگرا و اعتبار سازه این تست را بر روی ۱۹۱ نفر از بیماران افسرده بستری شده در بیمارستان اجرا کردند و ضریب $P < 0/001 > 0/93$ را به دست آوردند میلور و سلیگمن ضریب پایایی ودونیمه را با تصحیح اسپیرمن - براون ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی را برابر با ۰/۷۵ به دست آوردند. در ایران تشکری، بارفوت و مهریار (۱۹۸۹) ضریب پایایی ۰/۷۸ را در ۱۰ آزمودنی دانشجوی به دست آوردند. کرکر و همکاران ۱۹۸۸ نیز پایایی درونی پرسشنامه را ۰/۹۰ ذکر کرده اند و آنرا برای تشخیص علائم افسردگی و شدت آنها در هر دو گروه جمعیت عمومی و دانشجویان معتبر می دانند.

روش اجرا

این مقیاس به صورت یک پرسشنامه است، در این پرسشنامه چندین گروه سوال وجود دارد و هر سوال بیان کننده حالتی در فرد است. آزمودنی باید سوال های هر گروه را به ترتیب و با دقت بخواند، سپس سوالی را انتخاب کند که بهتر از همه طرز احساس کنونی او را بیان می کند یعنی آنچه درست در زمان اجرای تست حس می کند، سپس دور عدد مقابل آن سوال یک دایره بکشد و اگر در یک گروه چند سوال را وصف حال خود می داند باید عدد مقابل هر کدام از آنها را در یک دایره قرار دهد.

1. Validity

2. Reliability

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

روش نمره گذاری

برای محاسبه نتایج، روانشناس باید نمراتی را که آزمودنی با کشیدن دایره مشخص کرده است (یعنی فقط یک پاسخ از هر مقوله) را با یکدیگر جمع کند چنانچه مراجع یا بیماری در یکی یا چند مقوله بیش از یک سوال را با دایره مشخص کرده باشد، فقط یک سوال از آن مقوله و آن هم سوالی که بالاترین نمره را دارد به حساب می آید از آن جایی که در هر مقوله بالاترین نمره سه است بنابراین حداکثر نمره مقیاس ۶۳ خواهد بود.

جدول ۱-۳ درجات افسردگی بر اساس پرسشنامه افسردگی بک

میزان افسردگی	جمع امتیازات
طبیعی	۱-۱۰
کمی افسرده	۱۱-۱۶
نیازمند مشورت با روان پزشک	۱۷-۲۰
به نسبت افسرده	۲۱-۳۰
افسرده شدید	۳۱-۴۰
افسردگی شدید	بیشتر از ۴۰

پرسشنامه سبک های شناختی کلب

معرفی پرسشنامه

این پرسش نامه شامل یک دستور العمل است که نحوه نمره گذاری و تکمیل پرسش نامه را نشان می دهد. این پرسشنامه شامل ۱۲ سوال اصلی در متن پرسشنامه است. در واقع این پرسشنامه دارای ۱۲ جمله است هر جمله شامل چهار قسمت است با نامهای تجربه عینی، مشاهده تاملی و مفهوم سازی انتزاعی و آزمایشگری فعال، در این پرسشنامه روشهای مختلف یادگیری، هیچ کدام بر دیگری ارجعیت ندارند و باهم برابر هستند. هدف این پرسشنامه این است که چگونه یادگیری یادگیرنده را شرح دهد، نه اینکه بر ارزیابی توانایی یادگیری، یادگیرنده بپردازد، در این پرسشنامه پاسخ درست و اشتباهی وجود ندارد و همه گزینه ها به طور مساوی قابل پذیرش هستند. پرسش نامه سبک یادگیری کلب یک آزمون خود سنجی ساده ای است که مبتنی بر نظریه یادگیری تجربه ای که به منظور اندازه گیری نقاط قوت و ضعف یادگیرنده در چهار مرحله از فرایند یادگیری (تجربه عینی، مشاهده معمولی، مفهوم سازی انتزاعی) و آزمایشگری فعال ساخته شده است.

پایایی^۱

کلب^۲ (۱۹۸۵) پژوهش را با ۱۴۴۶ نفر دانشجوی مرد و زن که حداقل دو سال تحصیلات دانشگاهی داشتند انجام داد و ضریب پایایی پرسشنامه سبک شناختی LSI^۳ را به شرح زیر گزارش نموده اند.

$$r_a = \frac{j}{j-1} \left(1 - \frac{\delta J^2}{\delta}\right) \text{ ضریب آلفای کرنباخ}$$

(CE) تجربه عینی	۰/۸۲
(RO) مشاهده تاملی	۰/۷۳
(AC) مفهوم سازی انتزاعی	۰/۸۳
(AE) آزمایشگری فعال	۰/۷۸
(AC-CE) تجربه عینی - مفهوم سازی انتزاعی	۰/۸۸
(AE-RO) مشاهده تاملی - آزمایشگری فعال	۰/۸۱

$$r_{tt} = \frac{K_{r_{tt}}}{1 + (K-1)r_{tt}} \text{ ضریب دو نیمه اسپیرمن براون}$$

همبستگی دو نیمه	اسپیرمن براون
(CE)	۰/۸۱
(RO)	۰/۷۸
(AC)	۰/۸۴
(AE)	۰/۸۳
(AC-CE)	۰/۸۵

¹ Reliability

² Kelb

³ Learning Style Inventory

تحقیق رحمانی شمش (۱۳۷۹) و یار محمدی (۱۳۷۸) مورد استفاده قرار گرفته است.

روش نمره گذاری

چون هر یک از سبک های یادگیری ترکیبی است از چهار شیوه یادگیری به نام تجربه عینی (CE)^۱، مشاهده تاملی (RO)^۲ و مفهوم سازی انتزاعی (AC)^۳ و آزمایشگری فعال (AE)^۴ که برای تعیین نوع سبک یادگیری مفید می باشند از جمع این چهار قسمت در دوازده سوال پرسش نامه چهار نمره بدست می آید که این چهار نمره نشانگر چهار شیوه یادگیری است که سبک یادگیری و تفکر فرد را مشخص می کند. از تفریق دوه دوی این شیوه ها یعنی تفریق مفهوم سازی انتزاعی از تجربه عینی و آزمایشگری فعال از مشاهده تاملی دو نمره بدست می آید این دو نمره بر روی محور مختصات قرار می گیرند یکی محور عمودی یعنی AC-CE (تجربه عینی مفهوم سازی انتزاعی) دیگری محور AE-RO (مشاهده تاملی - آزمایشگری فعال) این دو محور مختصات چهار ربع یک مربع را تشکیل می دهند که این چهار ربع محور مختصات نوع سبک یادگیری را نشان می دهد. بعد از اینکه نمره خام فرد را با این روش بدست آوردیم . با علامت زدن نمره خام فرد بر روی محور مختصات ما چهار نوع سبک در چهار قسمت این محور مختصات بدست می آوریم. این چهار نوع سبک، سبک واگرا، همگرا، جذب کننده و انطباق دهنده نامیده می شود

1. Concrete experience

2. reflective observation

3. abstract conceptualization

4. active experimentation

۱- اگر نمره فردی در AC-CE منفی و AE-RO مثبت باشد (یعنی نمره فرد در ربع چهارم محور مختصات قرار بگیرد) سبک شناختی آن فرد انطباق یابنده است.

۲- اگر نمره فردی در AC-CE مثبت و در AE-RO نیز مثبت باشد (یعنی نمره فرد در ربع اول محور مختصات قرار بگیرد) و سبک شناختی همگرا می باشد.

۳- اگر نمره فردی در AC-CE منفی و AE-RO منفی باشد (یعنی نمره فرد در ربع سوم قرار بگیرد) سبک شناختی فرد واگرا است.

۴- اگر نمره فردی در AC-CE مثبت و در AE-RO منفی باشد (یعنی نمره فرد در ربع دوم محور مختصات قرار بگیرد) سبک شناختی فرد جذب کننده معرفی می شود.

اگر نمره فراگیر نزدیک محور مختصات باشد سبک یادگیری فرد بیشتر متعادل است یعنی به هر چهار سبک بطور مساوی گرایش دارد. اما اگر نمره فراگیر در چهار گوشه محور مختصات باشد نشان دهنده این است که سبک یادگیری فرد به یک سبک خاص گرایش دارد.

نمودار (۳-۱) محور مختصات نشان دهنده سبک های شناختی کلب

پرسشنامه سبک اسناد (ASQ)^۱

معرفی پرسشنامه

این پرسشنامه به وسیله سلیگمن و همکارانش (۱۹۷۹) به دنبال تجدیدنظر در نظریه درماندگی آموخته شده تهیه شده . این آزمون اسنادهای علی افراد را برای پیامدهای مثبت و منفی در طول ابعاد درونی - بیرونی ، پایدار - ناپایدار ، کلی - اختصاصی متناسب با اهمیتی که افراد به آن پیامدها می دهند اندازه گیری می کند. این پرسشنامه دارای دوازده موقعیت فرضی است که شش موقعیت در برگیرنده پیامد های مثبت و شش موقعیت در برگیرنده پیامدهای منفی است. این موقعیتها شامل موارد مهم زندگی فرد از قبیل شکست یا موفقیت در شغل، ازدواج و روابط با دیگران است.

¹. Attribution Style Inventory

روش اجراء:

بعد از اینکه پرسش نامه به آزمودنی داده شده از آزمودنی خواسته می‌شود. تا تصور کند که هر یک از موقعیت ها برای او اتفاق افتاده است و خود را در آن شرایط فرض کند و به سوالات در مورد هر یک از موقعیت ها جواب دهد. سپس از آزمودنیها خواسته می‌شود که برای هر یک از دوازده رویداد فرضی، علتی را ذکر کنند و سپس آن علت را در مقیاسهای که با سه تبیین مورد نظر متناسب است درجه بندی کنند. شش مورد از این رویدادها، شامل اتفاقاتی خوشایند و شش مورد دیگر، شامل رویدادهایی ناخوشایند می‌شوند، هر یک از این رویدادها شامل ۴ سوال بوده و سوالهای مطرح شده برای کلیه رویدادها یکسان می‌باشد. به اولین سوال هر رویداد نمره ای تعلق نمی‌گیرند. اما به سه سوال دیگر هر رویداد - مثلاً اینکه رویداد، درونی است یا بیرونی، پایدار است یا ناپایدار، کلی است یا اختصاصی نمره تعلق می‌گیرد، برای هر یک از این سه بعد، هفت پاسخ در قالب ۷ شماره از یک تا هفت، اختصاص داده شده است. آزمودنی موظف است دور یکی از این پاسخ ها دایره بکشد. نمرات کل برای حوادث خوب و بد از طریق جمع مواد مناسب (حاصل جمع پاسخهای آزمودنیها به رویدادهای مثبت به طور جداگانه و سپس حاصل جمع رویدادهای منفی نیز به طور جداگانه) و تقسیم حاصل جمع رویدادهای مثبت و منفی به طور جداگانه بر عدد ۶ بدست می‌آید که در این پژوهش نقطه برش از میانگین مجموعه نمرات آزمودنی ها در هر سوال به دست آمده است.

جدول پایین ثبات درونی، همبستگی درونی و پایائی های آزمون - آزمون مجدد این مقیاس ها را برای یک نمونه از دانشجویان دانشگاه ایالات نیویورک در استونی بروک نشان می‌دهد (پیترسون و سلیگمن، ۱۹۸۴، نقل از نظری، ۱۳۷۲).

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoo.cn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

بعد	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
حوادث خوب								
۱- درونی	(۰/۵۰)							
۲- پایدار	۰/۶۲*	(۰/۵۸)						
۳- کلی	۰/۳۸*	۰/۵۹*	(۰/۴۴)					
۴- ترکیب				۰/۷۵				
حوادث بد								
۵- درونی	۰/۱۱	۰/۱	-۰/۳		(۰/۴۶)			
۶- پایدار	۰/۱۷	-۰/۷*	-۰/۳		۰/۱۸	۰/۵۹		
۷- کلی	-۰/۱۵	-۰/۴*	۰/۲۴		۰/۲۸*	۰/۴۵*	۰/۶۹	
۸- ترکیب				۰/۰۲				۰/۷۲
میانگین	۵/۳۶	۵/۳۶	۵/۱۱	۵/۲۵	۴/۲۹	۱۴	۶/۰۷	۴/۱۲
انحراف استاندارد	۰/۷۹	۰/۶۸	۰/۸۰	۰/۶۲	۰/۸۴	۰/۷۱	۶/۰۷	۰/۶۶
همبستگی های آزمون	۰/۵۸	۰/۶۵	۰/۵۹	۰/۷۰	۰/۶۴	۰/۶۹	۰/۵۷	۰/۶۴

جدول (۲-۳) اعداد داخل پرانتز پایایی هستند که با ضریب آلفای کرونباخ
(۱۹۵۱) تخمین زده شده اند همبستگی های آزمون - باز آزمون برای فاصله ۵
هفته بعد $P < 0/5$

اعتبار :

مطالعات اخیر از روائی معیار^۱ ASQ صحبت می‌کند. برای آزمون این موضوع از ۶۲ بزرگسال خواسته شد با استفاده از ۲۵۰ تا ۳۰۰ کلمه دو تا از بدترین حوادثی را که در طول سال گذشته با آن مواجه بوده اند را توصیف کنند. ابتدا تبیین های خود به خودی - نوشتاری استخراج شده در جهت درونی پایدار و کلی بودن نمره گذاری شدند. پژوهشگر پس از مطالعه مواد به توضیحات مربوط به حوادث بد توجه کرد که برای آنها یک تبیین علی ساخته شده بود. سپس توصیف هر حادثه به همراه تبیین آن لفظ به لفظ نسخه برداری شده و جداگانه در ارتباط با درجه بندی تبیین روی مقیاس های ۷ نقطه ای نشان داده شده . سرانجام درجه بندی های که به وسیله قضاوت های مختلف صورت گرفته بود به نیمرخ فردی تبدیل شد. برای این مطالعه چهار قضاوت وجود داشت. پایایی هایی که با آلفای کرون باخ ارزیابی شدند رضایت بخش بودند. ۰/۹۴، ۰/۸۹، ۰/۹۰ در چه بندی های اولیه تبیین با درجه بندی دومین تبیین همبستگی معنی دار داشتند ترکیب این درجه بندی ها همبستگی قابل توجهی با ابعاد ASQ داشتند . مطالعات دیگر روایی همگرا - تمیزی^۲، ASQ را نشان می‌دهند.

بلینی^۳ و بهان^۴ (۱۹۸۰) ارتباط بین یک میزان شناختی - افسردگی و نمرات ASQ را آزمایش نمودند و به همبستگی متوسط دست پیدا کردند. در ایران این پرسشنامه توسط اسلامی و قاسم زاده (۱۳۶۹) از پرسشنامه اصلی اقتباس شده و تغییراتی در آن داده شده است تا با شرایط اجتماعی و فرهنگی کشور متناسب باشد. در تحقیقی که توسط اسلامی و قاسم زاده (۱۳۶۹) به عمل آمد،

1. Criterion Validity

2. Convergent- discriminability

3. Blaney

4. Behan

میزان همبستگی بین نمرات این مقیاس و نمرات پرسشنامه افسردگی بک در بیماران افسرده یک قطبی ۰/۳۷ و در بیماران افسرده دوقطبی ۰/۴۱ بوده. همچنین روائی ASQ با دو مطالعه ای که توسط تمنانی فرد (۱۳۷۵) و شهر بابکی (۱۳۷۰) انجام گرفته نیز تایید شد. تمنانی فر همبستگی مثبت را بین درماندگی آموخته شده و افسردگی گزارش کرده و شهر بابکی بین سبک اسناد افراد افسرده یک قطبی و دو قطبی با افراد سالم تفاوت معنی داری گزارش کرده است.

پایایی^۱

مطالعات متعدد ثبات درونی ASQ را یافته اند در مطالعه ای که بر روی یک گروه ۱۳۰ نفری از دانشجویان انجام شد ۵ هفته بعد مجدداً پرسشنامه توسط ۱۰۰ نفر از آنان تکمیل شد و نتایج در جدول (۲-۳) آمده است. پایایی برای هر مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرون باخ محاسبه شد. ضریب آلفای ۰/۷۵ و ۰/۷۲ برای هر مقیاس سبک اسناد مربوط به حوادث خوب بدست آمد ضرایب کامل، در جدول ۲ - ۳ آمده است. این یافته ها نشان می دهد که نمره بالا در بعد درونی حوادث خوب لزوماً دال بر نمره بالا در درونی حوادث بد نیست (پیترسون و همکاران، ۱۹۸۲). بین ابعاد درونی، پایدار، کلی حوادث خوب تمیز کمتری وجود دارد و این شاید به این دلیل باشد که حوادث بد نشخوار ذهنی بیشتری را به دنبال دارد (همان منبع) تنن هرزبرگ برای مقیاسهای ASQ ثبات درونی متوسط گزارش می کنند.

همچنین آلفای کرون باخ برای اندازه پایدار ۰/۵۶ و برای اندازه کلی بودن ۰/۶۶ ولی برای اندازه های مربوط به منبع درونی - بیرونی ۰/۲۱ بود (تنن و هرزبرگ ۱۹۸۵). در کشورما نیز پایایی محاسبه شده برای ابعاد اسناد از روش آلفای کرون باخ به قرار زیر است:

¹. reliability

نمرات ۰/۷۵ برای حوادث بد درونی و ۰/۷۴ برای حوادث خوب درونی و ۰/۴۳ برای حوادث بد پایدار و ۰/۵۶ برای حوادث خوب پایدار و ۰/۷۲ برای حوادث بد کلی و ۰/۷۶ برای حوادث خوب کلی (شهر بابکی، ۱۳۷۲) که ضرایب به دست آمده نسبتاً مناسب هستند.

- روش جمع آوری اطلاعات:

آزمودنی ها ابتدا توسط پرسشنامه افسردگی بک در دو گروه افسرده و عادی جایگزین شدند و سپس سبک های تفکر هر دو گروه با هم مقایسه شدند و در نهایت سبک های اسنادی دو گروه، در هر سه بعد برای حوادث منفی و مثبت با هم مقایسه شدند.

- روش تجزیه و تحلیل آماری:

با توجه به نوع پژوهش که علی مقایسه ای می باشد و متغیرهایی که پرسشنامه ها می سنجند از آمار توصیفی و استنباطی برای تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده شده است. برای این منظور، و با توجه به داده های پرسشنامه ASQ از آزمون غیر پارامتریک من ویتنی U برای بررسی داده ها استفاده شده است.

آزمون یومن ویتنی یکی از آزمونهای غیر پارامتریک است که برای مقایسه بین گروهها به جای آزمون t به کار گرفته می شود. در این پژوهش برای اجرای عملیات آماری در مورد داده ها از نرم افزار SPSS استفاده شده است.

منابع

- ۱- آزاد، حسین؛ (۱۳۷۸). *آسیب شناسی روانی (جلد اول)*. تهران: بعثت.
- ۲- اتکینسون، ریتال و دیگران؛ (۱۳۷۹). *زمینه روان شناسی هیلگارد* (جلد اول) ترجمه: محمدنقی براهنی و دیگران، تهران: انتشارات سمت، چاپ چهاردهم.
- ۳- انجمن روانپزشکی امریکا؛ (۱۳۸۱). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی (DSM-IV-TR)*. ترجمه: محمدرضا نیکخو و دیگران، تهران: انتشارات سخن.
- ۴- بروین، کریس ر؛ (۱۳۷۶). *بنیادهای شناختی روانشناسی بالینی*؛ ترجمه: مجید محمود علیلو و دیگران؛ تهران: نشر روان پویا.
- ۵- بیگدلی، ایمان؛ (۱۳۷۳). *بررسی آزمایشی سبک اسناد در الگوی درماندگی آموخته شده*؛ پایان نامه کارشناسی ارشد، راهنما: کیانوش هاشمیان؛ دانشگاه تربیت مدرس، تهران.
- ۶- جواهری، شادی؛ (۱۳۷۹). *بررسی ارتباط بین درماندگی آموخته شده و استرس پذیری (انطباق پذیری) زنان دانشجو و شاغل*؛ پایان نامه کارشناسی ارشد، راهنما: حسین آزاد، علوم و تحقیقات، تهران.
- ۷- دادستان، پریرخ؛ (۱۳۷۹). *روان شناسی مرضی تحولی (جلد دوم)*. تهران: سمت.
- ۸- دلاور، علی؛ (۱۳۸۲). *احتمالات و آمار کاربردی در روان شناسی و علوم تربیتی*؛ تهران: رشد، چاپ نهم.
- ۹- دیویدسون، کیت ام و ماری بلک برن، ایوی؛ (۱۳۷۴). *شناخت درمانی افسردگی و اضطراب*؛ ترجمه: حسن توزنده جانی؛ تهران: آستان قدس رضوی.
- ۱۰- سادوک، بنجامین جیمز و دیگران؛ (۱۳۸۲). *خلاصه روانپزشکی (جلد اول)*. ترجمه: حسین رفیعی و دیگران؛ تهران: انتشارات ارجمند.
- ۱۱- ساراسون، ایرون. جی و دیگران؛ (۱۳۸۲). *روان شناسی مرضی (جلد دوم)*. ترجمه: بهمن نجاریان و دیگران؛ تهران: رشد.

- ۱۲- سلیگمن ، مارتین ای. پی و دیگران؛ (۱۳۸۲). *آسیب شناسی روانی* (جلد دوم) . ترجمه: یحیی سیدمحمدی؛ تهران: ارسباران، چاپ هفتم.
- ۱۳- سیف، علی اکبر؛ (۱۳۸۰). *روانشناسی پرورشی*؛ تهران: آگاه، چاپ نهم.
- ۱۴- شاملو، سعید؛ (۱۳۸۲). *آسیب شناسی روانی*. تهران: رشد، چاپ هفتم.
- ۱۵- نظری، علی محمد؛ (۱۳۷۲). *بررسی سبک‌های اسناد (نظریه تجدید نظر شده درماندگی آموخته شده) در زنان افسرده و مضطرب و مقایسه آن با زنان عادی*؛ پایان نامه کارشناسی ارشد، راهنما: ولی الله فرزاد و شکوه نوابی نژاد، دانشگاه تربیت معلم، تهران.
- ۱۶- واتر، ث. ا. ه.؛ (۲۵۳۵). *افسردگی روانی* ، ترجمه: سیاوش آگاه؛ تهران: بنگاه ترجمه و نشر کتاب.
- ۱۷- هرگنهان، بی آر؛ (۱۳۸۲). *مقدمه‌ای بر نظریه‌های یادگیری* ، ترجمه : علی اکبر سیف؛ تهران: انتشارات دوران ، چاپ ششم.
- ۱۸- هیبت اللهی ، سید محمد؛ (۱۳۷۳). *بررسی سبک اسناد دانش‌آموزان با توجه به موفقیت و شکست تحصیلی و جنسیت بر اساس مدل اسنادی درماندگی آموخته شده در کلاس های دوم راهنمای شهرستان سنندج*: پایان نامه کارشناسی ارشد، راهنما: ولی الله فرزاد و علی اکبر سیف، دانشگاه تربیت معلم، تهران.
- ۱۹- یارمحمدی، مسیب؛ (۱۳۷۹). *مقایسه سبک‌های شناختی (همگرا، واگرا، جذب کننده، انطباق یابند) استادان و دانشجویان مرد و زن رشته‌های علوم انسانی، پزشکی، فنی مهندسی و هنر*؛ پایان نامه کارشناسی ارشد، راهنما: فرخنده مفیدی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoo.cn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

Reference:

1. Jenkins, J.A. & others. (2001); *"The influence of gender and the estrous cycle on learned helplessness in the rat"*. Biological Psychol 58(2): 147-58.
2. Uhlenhuth, E. H & others. (1999); *"Agenral anxiety- prone cognitive style in anxiety disorders"* Affect disorder; 10(3): 241-9.
3. Vollmayr; B, & Others. (2001); *"Learned helplessness in rat"*, Brain research protoc; 8(1):1-7.
4. www.alliant.edu/sandiego/comps/personality.
5. www.seligman.com.

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

Filename: Document1
Directory:
Template: C:\Documents and Settings\hadi tahaghoghi\Application
Data\Microsoft\Templates\Normal.dotm
Title: :
Subject:
Author: layla
Keywords:
Comments:
Creation Date: 4/11/2012 8:52:00 PM
Change Number: 1
Last Saved On:
Last Saved By: hadi tahaghoghi
Total Editing Time: 0 Minutes
Last Printed On: 4/11/2012 8:52:00 PM
As of Last Complete Printing
Number of Pages: 102
Number of Words: 17,556 (approx.)
Number of Characters: 100,072 (approx.)