

اثربخشی آموزش مدیریت خودگویی در کاهش میزان افسردگی دانش آموزان دبیرستانی

عاطفه احمدی^۱

فرامرز سهرابی^۲

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۲/۵

تاریخ وصول: ۹۱/۷/۲۱

چکیده

هدف این پژوهش بررسی تأثیر آموزش مدیریت خودگویی در کاهش میزان افسردگی دانش آموزان بود. نمونه این پژوهش متشکل از ۳۰ نفر از دانش آموزان دختر افسرده دبیرستانی بود که به شیوه نمونه برداری تصادفی خوشه‌ای از جامعه آماری دبیرستان‌های شهر اراک انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه گمارده شدند. یک گروه ۱۵ نفره به عنوان گروه آزمایش که به مدت ۱۰ جلسه تحت آموزش مدیریت خودگویی قرار گرفتند و یک گروه ۱۵ نفره به عنوان گروه کنترل که آموزشی را دریافت نکردند. ابزار گردآوری اطلاعات در این تحقیق عبارت بود از پرسشنامه افسردگی بک (فرم بلند) که نمونه پژوهش حاضر در آن نمره بیشتر از ۱۰ (نمره برش) را کسب کرده بودند که به عنوان پیش آزمون و پس آزمون از این پرسشنامه استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون t مستقل برای تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه‌ها استفاده شد. نتایج پژوهش حاضر فرضیه اساسی پژوهش مبنی بر «آموزش مدیریت خودگویی در کاهش افسردگی دانش آموزان مؤثر است» را تأیید کرد و تأثیر متغیر مستقل تفاوت آشکاری در نمرات میانگین دو گروه ایجاد کرد.

واژگان کلیدی: مدیریت، خودگویی، افسردگی.

مقدمه

افسردگی^۱ بیماری شایع عصر ماست و در تمامی جهان روندی فزاینده دارد. این بیماری یکی از رایج‌ترین انواع ناراحتی‌های روانی است که باعث مراجعه به روان پزشکان، روان شناسان و دیگر متخصصان بهداشت روانی می‌گردد. از این لحاظ افسردگی با سرماخوردگی روانی در میان ناراحتی‌های جسمی قابل ملاحظه است (سلیگمن، ۱۹۷۵).

افسردگی عمده‌ترین اختلال روان‌پزشکی در جمعیت عمومی است و نه فقط تعداد بیماران در دهه‌های اخیر افزایش یافته است، بلکه ترکیب سنی بیماران نیز تغییر نموده است. سابقاً افراد بالای پنجاه سال در معرض این بیماری قرار داشتند ولی امروزه این بیماری جوانان و نوجوانان را نیز تهدید می‌کند (بلازر^۲، کسلر^۳، اسوارتز^۴ ۱۹۹۴، به نقل از بیورز^۵ و رایان و میلر، ۲۰۰۳). تحقیقاتی که در سال‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ انجام شد بیشتر بر این مسأله تمرکز داشت که مشکلات روانی نوجوانان غالباً منجر به اختلالات روان‌پزشکی مهمی در بزرگسالی می‌شود. این مطالعات این باور را که مشکلاتی همانند افسردگی در نوجوانان طبیعی و بهنجار است را نادرست می‌داند و تشخیص، ارزیابی و درمان این اختلال‌ها را ضروری می‌شمارد (پترسن، گرانت، استملر^۶، ۲۰۰۶).

یکی از شیوه‌های درمانی افسردگی، درمان شناختی است که مبتنی بر نظریه بک (۱۹۷۶) - (۱۹۶۷) است. بک معتقد است بسیاری از اختلال‌ها، به ویژه افسردگی، در نتیجه باورهای منفی که افراد نسبت به خود، دنیا و آینده دارند شکل می‌گیرد (نیکخو، ۱۳۸۴). بیشترین زمان تغییرات و تحولات باورها از لحاظ شکل‌گیری و انعطاف‌پذیری دوران کودکی و نوجوانی

-
1. depression
 2. Blazer
 3. Kessler
 4. Swartz
 5. Beevers
 6. Petersen & Grant & Stemmler

است. نوجوان باید به تدریج عقاید و باورهای خود را منطبق با فرهنگ و شرایط اجتماعی و مذهبی جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند، شکل دهد. بخشی از این باورها به صورت خودگویی^۱ است، یعنی چیزهایی که ما در مورد خود به خودمان می‌گوییم (کوثری، ۱۳۸۰). نحوه فکر ما می‌تواند به طور عمدی و نسبتاً مستقیم بر چگونگی احساس تأثیر بگذارد و هر یک از ما به وسیله نوعی خودگویی درونی بر افکارمان تأثیر می‌گذاریم و به خود می‌گوییم باید راجع به چه فکر کنیم و به چه چیزی اعتقاد داشته باشیم و حتی چطور رفتار کنیم (مایکنام، به نقل از مبینی، ۱۳۷۶).

توماس داود در تعریف خودگویی آورده است: جمله‌های آشکار یا نهانی هستند که افراد در مورد یک رویداد با معنای آن به خود می‌گویند. این عبارت‌ها به موقعیت خاصی مربوطند و شکلی از افکار خودکار می‌باشند (هرسن، به نقل از ماهر و ایزدی، ۱۳۷۸). خودگویی مجموعه عبارات گفتاری است که به عنوان یک واسطه شناختی تأثیر زیادی در نظم بخشی به رفتار دارد (ویگوتسکی، ۱۹۶۲؛ به نقل از کلب^۲ و ویلیام اندرو^۳؛ ۲۰۰۷).

مایکنام، خودگویی را پیامد اصلی کارکردهای شناختی می‌داند که در زمینه حل مسأله و پاسخ به موقعیت‌های استرس‌زا و واکنش‌های فیزیولوژیک و به طور کلی ایجاد رفتارهای سازگارانه نقش اساسی دارد (مایکنام، ۱۹۷۷).

کلمات و افکار تکراری، غالباً قدرتمند می‌شوند، به ژرفای ذهن نیمه هشیار راه یافته و رفتار، عملکرد و واکنش‌های فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. ذهن ناخودآگاه این کلمات و افکار را به صورتی که نشان دهنده یک موقعیت واقعی است در نظر می‌گیرد و بنابراین، تلاش می‌کند آن‌ها را با واقعیت در هم آمیزد. بلک برن و انسون (۱۹۸۸) با تجزیه و تحلیل دو است نوع فکر که در جریان درمان از پنجاه بیمار افسرده جمع آوری شده بود، دریافتند خطاهای منظم معمولاً در جریان آن چه که افکار ناخواسته یا زمزمه با خود نامیده می‌شود، اتفاق

1. Self-talk

2. Kolb

3. William Andrew

می‌افتند، این‌ها افکاری هستند که به صورت واکنش‌های بازتابی بروز می‌کنند و تفسیرهای لحظه‌ای می‌باشند که ما از موقعیت‌ها به عمل می‌آوریم (بلک برن، دیویدسون، به نقل از تونزنده جانی، ۱۳۷۴).

یکی از عوامل مؤثر بر نگرش و شخصیت ما چیزهایی است که در مورد خود به خودمان می‌گوییم. این گفتگوهای درونی چگونگی پاسخی است که ما به طور درونی به آنچه برایمان رخ می‌دهد، می‌دهیم و آن تفکر، احساسات و عمل ما را تعیین می‌کند. با کنترل گفتگوی درونی خود می‌توانیم شروع به اثبات کنترل در تمام بخش‌های زندگی خود کنیم. خودگویی ما اهمیت زندگی احساسی ما را تعیین می‌کند. کلماتی که ما برای توصیف آنچه برایمان رخ می‌دهد به کار می‌بریم و اینکه چگونه در مورد رویدادهای بیرونی احساس می‌کنیم همگی می‌تواند احساسات خوب و یا بدی که در زندگی تجربه می‌کنیم را ایجاد نمایند (لاو، ۲۰۰۴).

مایکنام (۱۹۷۷) براساس تحقیقاتش که نشان می‌دادند بیماران می‌توانند برای اصلاح رفتارشان به گفتگو با خود و خودآموزی متوسل شوند و درمانگرها می‌توانند به بیماران یاد بدهند گفتگوهایشان با خویش را عوض کنند، آموزش مایه کوبی علیه استرس را مطرح کرد. هدف این آموزش آن است که با مایه کوبی افراد در برابر فشارهای روانی فعلی و آتی، جلوی بروز مشکلات گرفته شود (فیرس، به نقل از فیروز بخت، ۱۳۸۲).

مایکنام معتقد است، خودگویی‌هایی کاملاً مفید هستند که به مراجع در جهت تمرکز به زمان حال کمک کنند و بیشتر به وقایع از دید آنچه پیش می‌آید نگاه کنند، تا توجه به پیامدهای منفی آینده (مایکنام، ۱۹۹۹).

خودگویی از دوران کودکی شروع می‌شود و مهارت‌های زبانی به آرامی در یک زنجیره از پیش تعیین شده گسترش می‌یابد. بچه‌ها هنگام بازی و هنگام یادگیری با خود صحبت می‌کنند و تک‌گویی^۱ آن‌ها با تکرار لغات و عباراتی که هنگام حل مسئله به کار می‌برند شروع می‌شود و دامنه‌ای از توانایی‌های زبانی را به وجود می‌آورد. یک بچه دوساله بدون این

1. monologues

که شنونده‌ای داشته باشد لغات و عبارات ساده‌ای را تکرار می‌کند و در ۴ سالگی بچه‌ها می‌توانند عبارات طولانی‌تری را هنگام بازی (مثلاً هنگام بازی با عروسک خود) به کار برند. هنگامی که بچه‌ها شروع به یادگیری مهارت‌های جدید می‌کنند و هنگامی که مشغول حل مسأله‌ای جدید هستند اغلب با صدای بلند با خودشان صحبت می‌کنند ولی هنگامی که بچه‌ها بالغ می‌شوند، این خودگویی‌ها خصوصی و بی‌صدا می‌شود. تحقیقاتی که لورا برک در مورد خودگویی بچه‌ها انجام داد نشان می‌دهد: بچه‌ها هنگام حل مسائلی که مشکل و گیج کننده هستند بیشتر از خودگویی استفاده می‌کنند تا در مورد مسائلی که قبلاً با آن روبرو شده‌اند (گیسلاسن^۱، ۲۰۰۶).

اخیراً نظریه پردازان بسیاری به بررسی تأثیر و کارکرد مداخله‌گرانه خودگویی‌ها در اختلالات هیجانی و رفتاری پرداخته‌اند. همانند تحقیقاتی که نشان می‌دهند خودگویی‌های منفی منجر به اضطراب، افسردگی، عزت نفس پایین و فرسودگی می‌شود. همچنین این خودگویی‌ها تبدیل به عادت شده و می‌تواند رفتار و دیدگاه ما را نسبت به محیط اطراف تحت تأثیر قرار دهد (شانیا رابرتز^۲، ۲۰۰۷).

کندال (۱۹۸۴) عقیده داشت یکی از مهم‌ترین تفاوت‌های بین افسرده و غیر افسرده وجود عبارات منفی و خودگویی‌های خود شکن در کلام افراد افسرده است. در مقابل اسچوارتز^۳ و گارامونی^۴ (۱۹۸۹) بر این عقیده بودند که سازگاری هیجانی بهینه^۵ بر اساس خودگویی‌های مثبت و بد کارکردی^۶ بر پایه خودگویی منفی رخ می‌دهد (به نقل از ایستر کالوت و جنیفر اسمیت، ۲۰۰۵).

-
1. Gislason
 2. Shavna Roberts
 3. schwarts
 4. Garamoni
 5. Optimal emotional adjustment
 6. dysfunction

بنابراین، این پژوهش با هدف آموزش خودگویی‌های مثبت به دانش‌آموزان افسرده دبیرستانی، میزان اثربخشی این روش را بر کاهش میزان افسردگی آن‌ها مورد بررسی قرار می‌دهد.

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی است که از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. طرح از دو گروه آزمودنی تشکیل شده است و هر دو گروه دوبار مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند. اولین اندازه‌گیری با اجرای یک پیش‌آزمون و دومین اندازه‌گیری با اجرای یک پس‌آزمون انجام گرفت.

جامعه آماری

جامعه آماری این پژوهش کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستان شهر اراک بودند که در سال ۸۸-۸۷ مشغول به تحصیل بوده و در دامنه سنی ۱۷-۱۵ سال قرار داشتند.

روش نمونه‌گیری در این پژوهش، به صورت خوشه‌ای تصادفی بود. به این صورت که از دو ناحیه شهر اراک، یک ناحیه به صورت تصادفی انتخاب شد و از بین مدارس موجود در این ناحیه، یک مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس پرسشنامه افسردگی بک بر روی کل دانش‌آموزان مقطع اول و دوم و سوم دبیرستان اجرا شد و از بین آن‌ها، ۳۰ نفر از کسانی را که نمره افسردگی بالا (نمره بیشتر از ۱۰) کسب کرده بودند، انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. یک گروه ۱۵ نفره به عنوان گروه آزمایش که دارای علائم افسردگی بودند و متغیر مستقل بر روی آن‌ها انجام شد و یک گروه ۱۵ نفره به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد که آن‌ها هم دارای همان شرایط گروه آزمایش بودند ولی آموزشی را دریافت نکردند.

ابزار تحقیق

در این پژوهش به منظور دستیابی به اهداف پژوهش از پرسشنامه افسردگی بک استفاده شد: پرسشنامه افسردگی بک، این پرسشنامه در دهه ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ توسط بک و به منظور سنجش و ارزیابی وجود و عدم وجود و شدت افسردگی نوجوان و بزرگسالان تهیه شد. در سال ۱۹۹۶ هم دومین نسخه این پرسشنامه که نسخه اصلاح شده آن بود، منتشر گردید. پرسشنامه اصلاح شده با ملاک‌های چهارمین راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی همسویی بیشتری دارد (بلاک و هرسن، ۱۹۸۸).

پرسشنامه افسردگی بک شامل ۲۱ گروه چهار جمله‌ای که نشانه‌های افسردگی را از خفیف تا شدید توصیف می‌کند. گروه سؤالات به ارزیابی غمگینی، بدبینی، شکست‌های قبلی، هیجان زدگی، بیقراری، احساس بی‌ارزشی، بی‌حوصلگی، عدم تمرکز و حواس، لذت نبردن از علائق، احساس گناه، گریه و سایر نشانه‌های افسردگی اختصاص دارند (تاد و بوهارت^۱، ۱۹۹۲).

این پرسشنامه از هنگام تدوین تاکنون مورد ارزیابی روانی‌سنجی گسترده‌ای قرار گرفته است. در یک فراتحلیلی از کوشش‌های مختلف برای تعیین همسانی درونی، ضریب به دست آمده از ۷۳٪ تا ۹۲٪ با میانگین ۸۶٪ گزارش شده است (مارنات، به نقل از پاشا شریفی و نیکخو، ۱۳۷۳).

روش اجرای تحقیق

روش اجرا بدین صورت بود که در ابتدای برگزاری دوره آموزشی از هر دو گروه آزمایش و کنترل با پرسشنامه بک یک پیش‌آزمون به عمل آمد و نمره‌های حاصل ثبت گردید و جلسات آموزشی با گروه آزمایش برگزار شد. بدین صورت که آموزش به مدت یک ماه و نیم و هر هفته دو جلسه (هر جلسه به مدت یک ساعت) انجام شد.

روش کار در هر جلسه به صورت بحث و گفتگو، شرکت داشتن تمام اعضا در مباحث و انجام دادن تکالیف خانگی بود. بعد از اتمام جلسات آموزشی گروه آزمایش، از افراد هر دو گروه پس از آزمون به عمل آمد و نمرات حاصل ثبت گردید.

نتایج

نتایج توصیفی پژوهش حاضر به تفکیک گروه میانگین، انحراف معیار، واریانس پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۱ و ۲ ارائه شده است.

در جدول زیر مقادیر حجم داده‌های هر گروه، میانگین، انحراف معیار، واریانس، بیشینه و کمینه مشاهدات ارائه شده است. با توجه به مقادیر مندرج در جدول میانگین نمره میزان افسردگی در گروه کنترل در مرحله پس آزمون برابر با ۲۱ می‌باشد که از مقدار نمره افسردگی محاسبه شده برای مرحله پیش آزمون (۱۹/۶) بیشتر می‌باشد در مرحله پس آزمون مقدار واریانس و انحراف معیار و دامنه تغییرات مشاهدات کوچکتر از مقدار مشابه خود در مرحله پیش آزمون است.

۱- تحلیل توصیفی نمرات آزمودنی‌های گروه کنترل

| آماره‌های توصیفی | | | | | | |
|--|---------------|-------|--------|---------|--------------|---------|
| تعداد | دامنه تغییرات | کمینه | بیشینه | میانگین | انحراف معیار | واریانس |
| ۱۵ | ۲۵.۰۰ | ۲.۰۰ | ۲۷.۰۰ | ۱۹.۶۶ | ۶.۱۰۲ | ۳۷.۲۳ |
| میزان افسردگی در گروه کنترل پیش آزمون | | | | | | |
| ۱۵ | ۱۰.۰۰ | ۱۶.۰۰ | ۲۶.۰۰ | ۲۱.۰۶ | ۳.۲۳ | ۱۰.۴۹ |
| میزان افسردگی در گروه کنترل - پس آزمون | | | | | | |

- تحلیل توصیفی متغیر میزان افسردگی دانش آموزان قبل و بعد از اعمال مداخله آزمایشی (آموزش مدیریت خود گویی در گروه آزمایش)

در جدول زیر مقادیر حجم داده‌های هر گروه، میانگین، انحراف معیار، و واریانس، بیشینه و کمینه مشاهدات ارائه شده است. با توجه به مقادیر مندرج در جدول میانگین امتیاز میزان افسردگی در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون برابر با ۱۰/۹ می‌باشد که از مقدار نمره افسردگی محاسبه شده برای مرحله پیش آزمون (۲۱/۷) کوچکتر می‌باشد. در مرحله پس آزمون مقدار واریانس و انحراف معیار مشاهدات کوچکتر از مقدار مشابه خود در مرحله پیش آزمون است. سایر آماره‌های توصیفی در جدول به تفکیک هر مرحله (پیش آزمون، پس آزمون) موجود می‌باشد.

۲- تحلیل توصیفی نمرات افسردگی گروه آزمایش

| آماره‌های توصیفی | | | | | | |
|--|-------|-------|--------|---------|--------------|---------|
| تعداد | دامنه | کمینه | بیشینه | میانگین | انحراف معیار | واریانس |
| ۱۵ | ۸.۰۰ | ۱۸.۰۰ | ۲۶.۰۰ | ۲۱.۷۳ | ۲.۵۲ | ۶.۳۵ |
| میزان افسردگی در گروه آزمایش - پیش آزمون | | | | | | |
| ۱۵ | ۸.۰۰ | ۸.۰۰ | ۱۶.۰۰ | ۱۰.۹۳ | ۲.۳۷ | ۵.۶۳ |
| میزان افسردگی در گروه آزمایش - پس آزمون | | | | | | |

در این پژوهش برای تحلیل استنباطی نتایج از آزمون t مستقل استفاده شده است که در جدول ۳ نتایج این آزمون ارائه شده است.

نتایج آزمون t مستقل برای تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل

در جدول زیر مقادیر میانگین، انحراف استاندارد، t محاسبه شده، میانگین تفاضل مشاهدات و انحراف معیار تفاضل مشاهدات ارائه شده است.

۳- نتایج آزمون t مستقل برای تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه‌ها

| شاخص | آزمون مقایسه میانگین دو نمونه مستقل | | | | | |
|---------|-------------------------------------|---------|--------------|---------------|---------------|-----------------------|
| | میانگین | انحراف | t محاسبه شده | درجه آزادی | سطح معنی داری | میانگین تفاضل مشاهدات |
| گروه‌ها | انحراف استاندارد | میانگین | تفاضل معیار | تفاضل مشاهدات | مشاهدات | |
| آزمایش | ۴/۵۱ | ۱/۴۰ | ۹/۵۶ | ۲۸ | ۰/۰۱ | ۱۲/۲ |
| کنترل | ۲/۰۰ | ۱۰/۸۰ | | | | ۱/۲۷ |

با توجه به مندرجات جدول ۳ میانگین تفاضل پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش ۱/۴۰ با انحراف استاندارد ۴/۵۱ و در گروه کنترل ۱۰/۸ با انحراف استاندارد ۲ به دست آمده است. از آن جا که t محاسبه شده در درجه آزادی ۲۸ برابر با ۹/۵۶ است و از t جدول برابر با ۲/۴۶ بزرگتر می‌باشد با اطمینان ۹۹٪ می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه پژوهش مبنی بر «آموزش مدیریت خودگویی در کاهش افسردگی دانش آموزان دبیرستانی مؤثر است» تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

فرضیه اساسی تحقیق حاضر این بود که آموزش مدیریت خودگویی در کاهش میزان افسردگی مؤثر است. نتایج تحلیل‌های آماری نشان داد که گروه آزمایش پس از مداخله بهبود معناداری از نظر آماری نسبت به گروه کنترل در پرسشنامه افسردگی بک نشان داده است. لذا می‌توان

نتیجه گرفت که آموزش مدیریت خودگویی در کاهش علائم افسردگی نوجوانان افسرده مؤثر است. اهمیت این یافته در این است که تحقیقات نشان داده‌اند کاهش میزان خودگویی‌های منفی در سلامت روان شناختی افراد بسیار مؤثر است. همانند تحقیقات کندال، و کورجسکی^۱ (۱۹۷۹) (کندال، ۱۹۸۴) که نتایج تحقیقات شان بر روی افراد افسرده نشان داد که سلامت روان ارتباط معنی داری با کاهش میزان خودگویی‌های منفی دارد.

پژوهش حاضر همسو با تحقیقاتی همانند تحقیقات فیلیپ کندال و تریدول (۲۰۰۷) است که از فن خودگویی برای درمان نوجوانان با اختلالات اضطرابی استفاده کردند و نتایج تحقیق آن‌ها نشان داد که تغییر در خودگویی‌های منفی و جایگزین کردن خودگویی‌های مثبت تأثیر زیادی بر سازگاری و درمان نوجوانان داشت. همچنین این تحقیق همسو با نتایج پژوهش فیلیپوت و بامبرگ (۱۹۹۶) است که نتایج تحقیقاتشان بر روی دانشجویانی که از حیث عزت نفس در سطح پایینی قرار داشتند و افسرده بودند، نشان داد پس از این که این دانشجویان به مدت دو هفته تحت آموزش تکنیک خودگویی قرار گرفتند، به طور معنی داری عزت نفس شان افزایش و افسردگی آن‌ها کاهش پیدا کرد.

تحقیق بارنت (۱۹۹۵) نیز همسو با پژوهش حاضر است که نشان داد دانش آموزان افسرده دارای خودگویی‌های منفی هستند و بعد از چندین جلسه آموزش خودگویی‌های مثبت بر روی دانش آموزان افسرده، نتایج نشان داد خودگویی‌های مثبت با افسردگی ارتباط معکوس دارد. همچنین نتایج این پژوهش با پژوهش هاینز و زیجاکوسکی (۱۹۹۰) نیز همسو است. این محققان در یک ارتباط بایک برنامه مداخله درمانی کنترل استرس خودگویی‌های منفی و مثبت پسران ۱۶-۱۸ ساله را ارزیابی کردند و نتایج نشان داد پسرانی که در برنامه کنترل استرس شرکت کرده بودند، در مقایسه با گروه کنترل، خودگویی‌های مثبت بیشتری و حالت‌های اضطرابی کمتری را گزارش دادند. مطالعات پیگیری نیز حاکی از دوام تغییر جهت گفتگوهای منفی به سمت گفتگوهای مثبت بوده است.

نظریه‌های شناختی معتقدند افرادی که از خودگویی منفی رنج می‌برند، جنبه‌های منفی رفتار خود را زیاد بر آورد می‌کنند و جنبه‌های مثبت رفتارشان را اندک ارزیابی می‌کنند و عموماً عملکرد اجتماعی شان را پایین‌تر از دیگران می‌بینند (بک، ۱۹۸۴). بک در تحقیقات خود در سال ۱۹۶۷ نتیجه گرفت که اشخاص خطاهای ویژه‌ای از لحاظ فکری دارند (افکارمنفی راجع به خود، جهان و آینده). فرضیه بک این بود که این افراد به خاطر تجارب گوناگون شخصی و بین فردی ناخوشایندی که در زندگی گذشته خود داشته‌اند، یک طرحواره منفی یا مجموعه‌ای منفی از باورهای هسته‌ای را کسب کرده‌اند. وقتی موقعیت جدیدی پیش می‌آید که با تجارب قبل مشابهت دارد (همان موقعیت‌هایی که طرحواره مزبور تحت آن شرایط آموخته شده است) این طرحواره مجدداً در افکار آنان فعال می‌شود. به دنبال آن، تحریف‌های شناختی پیش می‌آید و به تفسیر نادرست واقعیت می‌انجامد (گلدنبرگ، به نقل از حسین شاهی و نقشبندی، ۱۳۸۲).

با افزایش خودگویی‌های مثبت در فرد و تغییر باورها، افکار و اندیشه‌ها عوض می‌شوند، تحت تأثیر افکار و اندیشه‌های جدید، احساسات دگرگون شده، رفتار و کردار تغییر می‌یابند. از این طریق می‌توان افکار مثبت و سازنده را جایگزین اندیشه‌های منفی و مخرب نموده و نشاط و شادمانی را به جای افسردگی و درماندگی جایگزین کرد. همچنین استفاده از فن خودگویی به افراد آموزش می‌دهد تا خودشان، رفتارشان را اصلاح کنند و آن‌ها را وامی‌دارد تا نجوهای درونی خود را تغییر دهند، به عملکرد خود فکر کنند و خود را برای عمل و اقدام و مقابله تقویت کنند و با کمک این روش افراد از تفکرات منفی و غیرمنطقی خود آگاه می‌گردند و با تغییر آن‌ها از طریق جایگزین خودگویی‌های مناسب افسردگی خویش را کاهش می‌دهند. از نتایج این تحقیق می‌توان چنین نتیجه گرفت که اجرای عمل آزمایشی و شرکت در جلسات آموزش مدیریت خودگویی توانسته است با دخالت در افکار و اندیشه و تصحیح خودگویی افراد در ایجاد باورهای منطقی و مقابله با موقعیت‌های آشفته ساز و رهایی از افکار و بیانات مخرب مؤثر باشد که نتیجه آن کاهش افسردگی می‌باشد.

منابع فارسی

- فیرس. تیموتی جی، جرال. (۱۳۸۲). *روان‌شناسی بالینی*. مفاهیم، روش‌ها و حرفه. ترجمه مهرداد، فیروزبخت. تهران: انتشارات رشد.
- دونالد، مایکنبام. (۱۳۷۶). *آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس*. ترجمه سیروس، مبینی. تهران: انتشارات رشد.
- کیت، لم. دیویدسون. ماری بلک برن. (۱۳۷۴). *شناخت درمانی افسردگی و اضطراب*. ترجمه حسن، توزنده جانی. انتشارات آستان قدس رضوی.
- گری گراث. مارنات. (۱۳۷۳). *راهنمای سنجش روانی*. ترجمه حسن پاشا، شریفی و محمدرضا، نیکخو. تهران انتشارات رشد.
- گلدنبرگ، ایرنه. (۱۳۸۲). *خانواده درمانی*. ترجمه حمیدرضا، حسین شاهی برواتی و سیامک، نقشبندی. تهران: انتشارات روان.
- هرسن، مایکل. بلک، آلن. (۱۳۷۸). *فرهنگ شیوه‌های رفتار درمانی*. ترجمه فرهاد، ماهر و سیروس، ایزدی. تهران: انتشارات رشد.
- مهریار، امیرهوشنگ. (۱۳۷۳). *برداشت‌ها و درمان شناختی*. تهران: انتشارات رشد.
- نیکخو، محمدرضا. (۱۳۸۴). *رویکردهای درمانی در روان‌پزشکی و روان‌شناسی*. انتشارات گلرنگ.

منابع لاتین

- Andrew, W., Kolb. (2007). How high school students respond to learning a technique for intervening in to self-talk.
- Beevers, R., Miller. (2003). Cognitive predictors of symptom return following depression treatment. *Journal of Abnormal psychology*, Vol.112, No 3. 488-496.
- Esther, C., and Smith, J. (2003). Automatic Thoughts and psychological symptoms: cognitive therapy and research, vol. 29. pp. 201-217.
- Gislason, S. J. (2006). Self-talk is thinking. Philosophy & Psychology Books.
- Hains & Szyjakowski, M. (1990). A cognition stress reduction intervention program for adolescents. *Journal of counseling psychology*, 37, 79-84.
- Kendall, Ph., Kimberli. (2007). The role self-talk as a mediator in Treatment for youth with Anxiety Disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, Vol. 75.

- Kendal, P. C. Ingram, R. (1984). *The future for cognitive assessment of anxiety and stress disorder*. Cognitive behavior assessment and treatment, 89-104.
- Love, J., (2007). *Positive self-talk*. Psychology today. PP. 19-21.
- Petersen, Grant, Stemmler. (2006). *Depression in adolescence*. Cognitive behavior assessment and treatment.
- Shauna, S Roberts. (2007). *Improve your life with positive self-talk*.