

بررسی ارتباط میزان افسردگی و مهارت در شطرنج اعضای دارای درجه بین المللی بازی در فدراسیون شطرنج جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۸۹

دکتر روح الله صدیق: رزیدنت روانپزشکی مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. ruhallahseddigh@yahoo.com

*دکتر سید وحید شریعت: دانشیار روانپزشکی، مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. (*نویسنده مسئول). vshariat@tums.ac.ir

دکتر بنفشه غرایبی: استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. b.gharraee@gmail.com
سمیه آذرنیک: دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اصفهان، اصفهان، ایران. azarniks@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۰/۱۲/۹ تاریخ پذیرش: ۹۱/۳/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: هدف ما در این تحقیق بررسی ارتباط بین مهارت در بازی شطرنج و شدت افسردگی، اضطراب و ده خطای شناختی در اعضای دارای درجه بین المللی فدراسیون شطرنج ایران و همین طور بررسی شیوع افسردگی و اضطراب بود.

روش کار: ۹۶ نفر از اعضای دارای درجه بین المللی به صورت نمونه گیری در دسترس وارد یک مطالعه توصیفی مقطعی شدند. کلیه نمونه‌ها ویرایش دوم پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه اضطراب بک و آزمون خطاهای شناختی را تکمیل کردند؛ سپس داده‌ها با کمک نرم افزار SPSS تحلیل شد.

یافته‌ها: بین درجه بین المللی شطرنج و چهار خطای شناختی تعمیم بیش از اندازه، بزرگنمایی، تصمیم گیری عجولانه و عبارات بایدی ارتباط معنی دار معکوس وجود داشت. ضمناً با افزایش تعداد ساعت بازی شطرنج در روز شدت افسردگی کاهش یافت. همچنین ارتباط معنی دار معکوسی بین مهارت در بازی شطرنج و شدت افسردگی موجود بود اما بین مهارت در بازی شطرنج و شدت اضطراب رابطه معنی داری وجود نداشت. در نمونه مورد مطالعه، شیوع افسردگی خفیف و متوسط ۱۶/۷٪ بود و هیچ موردی از افسردگی شدید دیده نشد. شیوع اضطراب خفیف و متوسط ۲۷/۱٪ بود و شیوع اضطراب شدید در حدود ۵/۲٪ بود.

نتیجه گیری: طبق مطالعه حاضر، افزایش مهارت در بازی شطرنج با کاهش شدت افسردگی ارتباط دارد که به نظر می‌رسد که ارتباط معکوس بین مهارت در بازی شطرنج با شدت افسردگی را می‌توان با کاهش خطاهای شناختی در افرادی که مهارت بالاتری در بازی شطرنج دارند و همچنین بیشتر بودن تعداد ساعات بازی شطرنج در این افراد توجیه کرد. این یافته‌ها منطبق با تئوری شناختی بک و تئوری فعال سازی رفتاری می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: درجه بین المللی شطرنج، افسردگی، اضطراب، خطای شناختی.

مقدمه

درمان مناسب می‌گیرند ولی اگر افسردگی به خوبی تشخیص داده شود، به طور موثر در کلینیک‌های مراقبت اولیه قابل درمان است (۴). در مورد علت افسردگی تئوری‌های مختلفی مطرح شده است، که یک تئوری مهم مدل شناختی بک در افسردگی می‌باشد. او معتقد است که تفکر با دید منفی مشخصه مهم افسردگی است و افسردگی حاصل اختلال و خطا در مراحل شناختی می‌باشد (۵).

در روش درمانی شناخت درمانی بک این خطاها و افکار، شناسایی و مورد چالش قرار می‌گیرند و مطالعات متعدد نشان دهنده موثر بودن این روش در درمان افسردگی بوده اند (۶). اثربخشی روش شناخت درمانی در درمان علائم

آیا می‌توان ارتباط شطرنج با کاهش شدت افسردگی و خطاهای شناختی را نشان داد؟ می‌دانیم که افسردگی، شایع ترین اختلال روانپزشکی در کلینیک‌های سرپائی و بیمارستان‌های بستری بوده، یک زن از هر ۵ زن، یک مرد از هر ۱۰ مرد را مبتلا می‌کند و به تنهایی مسئول ۱۱/۸٪ بار ناشی از بیماری‌ها در جهان می‌باشد (۱ و ۲). شیوع کل اختلالات افسردگی در تمام عمر در جمعیت عمومی ۲۰ - ۲۵٪، شیوع یک ساله آن در جمعیت عمومی ۱۰ - ۱۵٪ و شیوع لحظه ای آن ۵ - ۱۰٪ است (۳). با این وجود نیمی از بیماران با مشکل خلقی به دنبال درمان می‌گردند و از این تعداد هم تنها یک سوم

بوده و هر سوال چهار گزینه دارد و به صورت روبرو نمره گذاری می شود، استفاده شد. افسردگی خیلی کم (یا بدون افسردگی) ۰-۱۳، افسردگی خفیف ۱۴-۱۹، افسردگی متوسط ۲۰-۲۸ و افسردگی شدید ۲۹-۶۳ (مشخصات روان سنجی این پرسشنامه در ایران:، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰,۸۹، و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰,۹۴ بود (۱۴). برای بررسی شدت اضطراب از پرسشنامه اضطراب بک که شامل ۲۱ سوال بوده و هر سوال چهار گزینه دارد، استفاده شد که به صورت زیر نمره گذاری می شود: اضطراب خیلی کم ۰-۷، اضطراب خفیف ۸-۱۵، اضطراب متوسط ۱۶-۲۵، اضطراب شدید ۲۳-۶۳ (۱۵). پایایی محاسبه شده بین دوبار اجرای آزمون در حد قابل ملاحظه (۰,۷) می باشد و جهت بررسی خطاهای شناختی از تست خطاهای شناختی استفاده شد که در سال ۱۳۸۰ آن را طراحی کرده اند و در زیر مشخصات آن آمده است: این آزمون دارای ۵۰ سوال چند گزینه ای است که ۱۰ خطای شناختی عمده را بررسی می کند (۱۶). این خطاها عبارتند از:

۱- تفکر همه یا هیچ ۲- فیلتر ذهنی (منفی بینی) ۳- تعمیم افراطی ۴- نتیجه گیری عجولانه ۵- برچسب زدن به دیگران ۶- بی توجهی به امر مثبت ۷- فاجعه سازی (بزرگ نمایی) ۸- عبارات بایدها (الزامات) ۹- استدلال احساسی ۱۰- شخصی سازی (خودمقصر بینی). برای هر یک از خطاهای شناختی ده گانه، پنج گزینه مناسب تدوین شده است و از آزمودنی خواسته می شود با تصور ذهنی و قراردادن خود در فضای ترسیم شده به شکل خیالی، از بین ۵ حالت یکی را به دلخواه انتخاب نماید. نمره دهی به صورت زیر انجام می شود: پاسخ کاملاً موافق ۴ نمره، موافق ۳ نمره، بی نظر ۲ نمره، مخالف ۱ نمره و کاملاً مخالف صفر نمره تعلق می گیرد. نمرات بالا در گزینه های کاملاً موافق و موافق در مقایسه با هنجار آزمون، دلالت بر وجود خطای مذکور دارند. میانگین ضریب همبستگی کلی بین پاسخ های نوبت اول و نوبت دوم به فاصله دو هفته و از هر جنس ۲۰ نفر برای خانم ها ۰/۶۱ و برای آقایان ۰/۶۷ و میانگین

افسردگی در بسیاری مطالعات، همسان و مساوی درمان دارویی گزارش شده است، ولی عمده مشکل این روش درمان نیاز به مهارت نسبتاً بالا و کادر آموزش دیده می باشد که منجر به این شده است که این روش در دسترس اکثریت جامعه قرار نداشته باشد، لذا یافتن روشی قابل استفاده، راحت و در دسترس که بتواند به بهبود مراحل شناختی کمک کند، می تواند بسیار حائز اهمیت باشد. در این راستا استفاده از شطرنج که همراه با تفکر استراتژیک و حل مسئله است، مورد توجه قرار گرفته است و برخی پیشنهاد کرده اند که شطرنج می تواند بر جنبه های مختلف شناختی اثر مثبتی داشته باشد، ولی مطالعه ای که اثر بخشی شطرنج را بر شدت افسردگی یا شدت اضطراب و یا خطاهای شناختی را ارزیابی کرده باشد، یافت نشد (۷-۱۲).

بنابراین برای پاسخ به این سوال که آیا بازی شطرنج می تواند با کاهش خطاهای شناختی و در نتیجه کاهش افسردگی و اضطراب ارتباط داشته باشد، مطالعه حاضر را طراحی کردیم. اگر پاسخ به این سوال مثبت باشد و این یافته در مطالعات دیگر مورد تایید و بررسی بیشتر قرار گیرد، آن گاه می توان از آن به عنوان یک روش کمکی در دسترس، ارزان و با آموزش نسبتاً ساده کمک گرفت و اگر این گونه باشد، از تبعات مثبت اقتصادی و بهداشتی حاصل می توان بهره برد.

روش بررسی

مطالعه انجام شده به روش میدانی و از نوع توصیفی مقطعی می باشد. تحقیق در محل فدراسیون شطرنج جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۸۹ انجام شد. جامعه مورد مطالعه شامل ۹۶ نفر بود که از طریق هماهنگی با روابط عمومی فدراسیون شطرنج جمهوری اسلامی ایران از بین اعضای دارای درجه بین المللی شطرنج انتخاب شدند، ولی با توجه به اینکه تعداد اعضای دارای درجه بین المللی شطرنج زیاد نبودند، از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. جهت بررسی شدت افسردگی از ویرایش دوم پرسشنامه های افسردگی بک که شامل ۲۱ سوال

جدول ۱- فراوانی شدت افسردگی

میزان شدت افسردگی *	تعداد	فراوانی %
بدون افسردگی (یا خیلی کم)	۸۰	۸۳/۳
خفیف	۱۱	۱۱/۵
متوسط	۵	۵/۲
شدید	۰	۰
کل	۹۶	۱۰۰

* این تقسیم بندی بر اساس نمرات پرسشنامه افسردگی بک ۲ که به صورت روبرو می‌باشد: افسردگی جزئی ۰-۱۳، افسردگی خفیف ۱۴-۱۹، افسردگی متوسط ۲۰-۲۸ و افسردگی شدید ۲۹-۶۳

جدول ۲- فراوانی شدت اضطراب

میزان شدت اضطراب *	تعداد	فراوانی %
فاقد اضطراب (ناچیز)	۶۵	۶۷/۷
خفیف	۱۴	۱۴/۶
متوسط	۱۲	۱۲/۵
شدید	۵	۵/۲
کل	۹۶	۱۰۰

این تقسیم بندی بر اساس پرسشنامه اضطراب بک است که به صورت روبرو می‌باشد: اضطراب جزئی ۰-۷، اضطراب خفیف ۸-۱۵، اضطراب متوسط ۱۶-۲۵، اضطراب شدید ۲۶-۶۳

شرکت کننده‌ها (در هر یک ۱۴ نفر) قرار داشتند. ۱۶/۷٪ از شرکت کننده‌ها افسردگی در حد خفیف تا متوسط داشتند و هیچ موردی از افسردگی شدید دیده نشد و ۲۷/۱٪ از شرکت کننده‌ها علائم اضطراب خفیف تا متوسط داشتند و ۵/۲٪ علائم اضطراب شدید را داشتند (جدول ۱ و ۲).

شیوع خطاهای شناختی در جدول (۳) آمده است و همان طور که می‌بینید بیشترین شیوع مربوط به خطای بی توجهی به امر مثبت و برچسب زدن به دیگران (هر کدام با ۱۸/۸٪) می‌باشد.

رابطه مهارت در بازی شطرنج با شدت افسردگی (p = ۰/۰۲۳ و r = -۰/۲۳۳) معنی دار بود و با افزایش مهارت در بازی شطرنج، شدت افسردگی کاهش می‌یافت ولی مهارت در بازی شطرنج با

ضریب همبستگی کل نمرات هر دو جنس ۰/۶۴ تعیین گردید (۱۶).

درجه بندی شطرنج بازان (Chess rating scale): این یک معیار بین‌المللی برای سطح بندی مهارت شطرنج بازان بوده که با در نظر گرفتن فاکتورهای متعددی شامل: امتیازات حاصل از بازی در سال گذشته، تعداد برد، مساوی و باخت‌ها، تعداد مسابقات، سطح مسابقات و عوامل دیگر در یک فرمول پیچیده ریاضی قرار می‌گیرد، از ۱۲۰۰ تا بیش از ۲۷۰۰ امتیاز دهی می‌شود و سپس نتیجه آن در فواصل ۱۰۰ تایی به صورت ۱۲۰۰-۱۲۹۹، ۱۳۰۰-۱۳۹۹ و درجه بندی می‌شود. این درجه بندی توسط فدراسیون جهانی شطرنج به هر بازیکن شطرنج اعطا می‌شود و در سرتاسر جهان از اصول یکسانی برخوردار می‌باشد.

برای اجرای طرح در زمان مسابقات قهرمانی کشور و لیگ برتر و دسته دوم به فدراسیون مراجعه شد و در سالن مسابقات افراد دارای درجه بین‌المللی به روش نمونه‌گیری در دسترس مشخص شدند، پرسشنامه‌ها تحویل آنها شد و پس از پرکردن در محل جمع‌آوری و سپس اطلاعات به دست آمده از نمونه‌های جامعه مورد مطالعه با ابزار SPSS نسخه ۱۷ مورد آنالیز قرار گرفتند. در این مطالعه علاوه بر روش‌های توصیفی از آزمون‌های آماری Chi-Square، همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شد. از لحاظ رعایت اصول اخلاقی به نکات زیر دقت شد: آزمون‌ها بدون ذکر نام بوده تا شرکت کننده‌ها احساس امنیت و رازداری داشته باشند، شرکت در آزمون‌ها اختیاری بود و اجباری وجود نداشت.

یافته‌ها

از ۹۶ شرکت کننده ۵۲ نفر مرد بودند و سطح تحصیلات از زیر دیپلم تا دکتری متفاوت بود. ۲۸/۱٪ از شرکت کننده‌ها متاهل و ۸۲/۳٪ شاغل بودند. میزان مهارت در بازی شطرنج شرکت کننده‌ها بر اساس درجه بین‌المللی شطرنج در طیف ۱۲۰۰ تا ۲۷۰۰ قرار داشت که در محدوده درجه ۱۹۰۰-۱۹۹۹ و ۲۰۰۰-۲۰۹۹ بیشترین تعداد

معنادار خطاهای شناختی تعمیم بیش از اندازه، بزرگنمایی، تعجیل در تصمیم گیری، عبارات بایدی، همراه بود و با سایر خطاها ارتباط نداشت (جدول ۴).

در ادامه مطالعه، احتمال تاثیر سایر متغیرها در میانجی گری ارتباط معنی دار افزایش مهارت در بازی شطرنج با کاهش شدت افسردگی مطرح شد و دیده شد که تعداد سال هایی که فرد شطرنج بازی کرده است (سن فعلی منهای سن شروع) با شدت افسردگی و شدت اضطراب ارتباط معنی داری نداشت ($p = 0/062$).

تعداد ساعات بازی شطرنج در روز با شدت افسردگی رابطه معنی داری داشت ($p = 0/05$ و $r = -0/685$) و باز به علت اینکه اکثریت شرکت کنندگان فاقد افسردگی بودند ($83/3\%$)، متغیر افسردگی در دو گروه بر اساس نمره بک قرار گرفته، مجدد ارتباط آنها با تعداد ساعات بازی شطرنج در روز بررسی شد و نتایج زیر به دست آمد:

الف) در گروه شرکت کنندگان با نمره افسردگی بین ۰-۱۳ که معادل افسردگی خیلی کم یا عدم وجود افسردگی است، بین تعداد ساعات بازی شطرنج در روز با شدت افسردگی ارتباط معنی دار مشاهده نشد ($p = 0/927$ و $r = -0/010$).

ب) در گروه شرکت کنندگان با نمره افسردگی < 14 که معادل افسردگی خفیف و متوسط می شد، رابطه معنی دار بود و با افزایش تعداد ساعات بازی در روز از شدت افسردگی کاسته می شد ($p = 0/002$ و $r = -0/685$).

ولی تعداد ساعت بازی در روز با شدت اضطراب ارتباط معنی داری نداشت.

در بررسی گروه بیماران دارای اضطراب، دیده شد که افزایش مهارت در بازی شطرنج با کاهش معنادار همان چهار خطای مطرح شده در گروه افسرده همراه بود.

بحث و نتیجه گیری

بین درجه بین المللی شطرنج و چهار خطاهای شناختی، در گروه شرکت کنندگان افسرده، ارتباط معنی داری وجود داشت و با افزایش تعداد ساعت

جدول ۳- فراوانی خطاهای شناختی ده گانه در جمعیت مورد مطالعه

نوع خطای شناختی	تعداد افراد دارای خطا	فراوانی %
تعمیم بیش از اندازه	۱۲	۱۲/۵
بزرگ نمایی	۱۰	۱۰/۴
شخصی سازی	۸	۸/۳
بی توجهی به امور مثبت	۱۸	۱۸/۸
نتیجه گیری عجولانه	۸	۸/۳
استدلال احساسی	۹	۹/۴
عبارات باید	۴	۴/۲
برچسب زدن به دیگران	۱۸	۱۸/۸
فیلتر ذهنی	۱۶	۱۶/۷
همه یا هیچ	۲	۲/۱

جدول ۴- ارتباط مهارت در بازی شطرنج با خطاهای شناختی در گروه افسرده

خطای شناختی	p	beta
تعمیم بیش از اندازه	0/05	-0/278
بزرگ نمایی	0/001	-0/455
نتیجه گیری عجولانه	0/03	-0/279
عبارات باید	0/004	-0/400

شدت اضطراب ($p = 0/109$ و $r = -0/165$) ارتباط معنی داری نداشت.

در بررسی رابطه مهارت در بازی شطرنج بر اساس درجه بین المللی با هر کدام از خطاهای شناختی از رگرسیون خطی استفاده شد. با توجه به اینکه $83/3\%$ شرکت کنندگان فاقد افسردگی بودند، لذا مطالعه در دو گروه زیر صورت گرفت:

الف- تمام اعضا: در تحلیل رگرسیون خطی دیده شد که مهارت در بازی شطرنج در این گروه تنها با دو خطا ارتباط معنی دار داشت: خطای شناختی برچسب زدن به دیگران و فیلتر ذهنی، به این صورت که با افزایش مهارت در بازی شطرنج خطای شناختی برچسب زدن به دیگران کاهش می یافت ($p = 0/023$ و $\beta = -0/277$) و خطای شناختی فیلتر ذهنی افزایش می یافت ($p = 0/024$ و $\beta = 0/273$) و با سایر خطاها ارتباط معنی دار نداشت.

ب- دارای افسردگی خفیف و متوسط: در این گروه افزایش مهارت در بازی شطرنج با کاهش

مجموعه خطاهای شناختی را به عنوان علت افسردگی مطرح کرده اند، همخوانی دارد (۵، ۶ و ۱۷-۱۹).

از سویی نتایج مطالعه ما بیانگر ارتباط معنی دار بین تعداد ساعت های بازی شطرنج در روز و افسردگی با نمره پرسشنامه < 14 (معادل افسردگی خفیف و متوسط) می باشد و با افزایش تعداد ساعات بازی در روز از شدت افسردگی کاسته می شد، که به نظر می رسد با نظریه فعال سازی رفتاری هماهنگی دارد (۲۰ و ۲۱). در پژوهش ها دیده شد که فعال سازی رفتاری در درمان بیماران افسرده سرپایی مثل درمان شناختی و بین فردی موثر است (۲۲). به نظر می رسد که در شطرنج هم طبق نتایج مطالعه ما، یکی از فاکتورهای دخیل در کاهش افسردگی، تعداد ساعات بازی شطرنج در روز می باشد که مطابقت با تئوری فعال سازی رفتاری و مطالعات مربوطه دارد. از طرفی می دانیم که بر اساس مطالعه مقطعی نمی توان رابطه علی متغیرها را تبیین کرد و لذا ممکن است نتایج را این گونه تفسیر کرد که هرچه افسردگی کمتر باشد، تعداد ساعت بازی شطرنج در روز بیشتر می شود ولی با توجه به اینکه تعداد ساعت های بازی شطرنج در روز تنها با افسردگی خفیف و متوسط ارتباط داشت و با افسردگی خیلی کم (یا بدون افسردگی) ارتباط نداشت، بنابر این نتایج بازی بیشتر با فعال سازی رفتاری منطبق می باشد چرا که در غیر این صورت باید تعداد ساعت بازی در افسردگی اندکی بیشتر می بود که این نتیجه به دست نیامد.

اما نتایج نشان می دهد که مهارت در شطرنج ارتباط معنی داری با شدت اضطراب ندارد، در حالی که در گروه شرکت کنندگان که علائم اضطرابی داشتند، افزایش مهارت در بازی با کاهش چهار خطای شناختی مشابه گروه افسرده همراه بود ولی این کاهش با کم شدن شدت اضطراب همراه نبود و این یافته که با وجود کاهش خطاهای شناختی در این مطالعه شدت اضطراب تغییر نمی کرد، با تحقیقاتی در این زمینه که بیانگر اهمیت تغییر خطاهای شناختی در کاهش علائم اضطرابی هستند، همخوانی زیادی ندارد، چرا که

بازی شطرنج در روز مقدار این خطاها کاهش می یافت. همچنین ارتباط معنی دار معکوسی بین مهارت در بازی شطرنج و شدت افسردگی موجود بود، اما بین مهارت در بازی شطرنج و شدت اضطراب رابطه معنی داری وجود نداشت. شیوع افسردگی خفیف و متوسط $16/7\%$ بود و هیچ موردی از افسردگی شدید دیده نشد. شیوع اضطراب خفیف و متوسط $27/1\%$ بود و شیوع اضطراب شدید در حدود $5/2\%$ بود.

در بررسی رابطه مهارت در بازی شطرنج با خطاهای شناختی نشان داده شد که این مورد در گروه شرکت کنندگان افسرده با چهار خطای تصمیم بیش از اندازه، بزرگنمایی، تصمیم گیری عجولانه، عبارات بایدی ارتباط مستقیم معنی دار داشت و با سایر خطاهای شناختی ارتباط معنی داری نداشت. مهارت در شطرنج در گروه شرکت کنندگان غیر افسرده با خطای برچسب زدن به دیگران ارتباط معکوس و با خطای شناختی فیلتر ذهنی ارتباط مستقیم داشت.

در مجموع می توان گفت رابطه افزایش مهارت در شطرنج و کاهش شدت افسردگی، در گروه شرکت کنندگان افسرده می تواند حاصل تاثیر آن در کاهش چهار خطای شناختی ذکر شده باشد، که با مقالات مرتبط در این زمینه همخوانی دارد ولی مهارت در شطرنج در گروه غیر افسرده با اکثریت خطاهای شناختی ارتباط نداشت و تنها با افزایش مهارت در بازی شطرنج خطای شناختی برچسب زدن به دیگران کاهش می یافت که می توان آن را با پائین تر بودن خطاهای شناختی در این گروه به نسبت گروه افسرده توجیه کرد. اما یافته این مطالعه مبنی بر اینکه افزایش مهارت در شطرنج با افزایش خطای شناختی فیلتر ذهنی در این گروه همراه است، با نتیجه گیری فوق همسانی ندارد و با توجه به عدم وجود مطالعات در این حیطه، همانطور که در پیشینه تحقیق ذکر شد، توجیه آن مشکل می باشد، نیازمند مطالعات بیشتر است و تنها به عنوان یک فرضیه این احتمال وجود دارد که این خطا عملکرد انطباقی برای شطرنج بازان داشته باشد و نیازمند مطالعات بیشتر است و به نظر می رسد نتایج حاصله با سایر مطالعات که

اضطراب ارتباط معنی دار نداشت و آن را می توان به علت عدم ارتباط مهارت در شطرنج با شش خطاهای شناختی از ده خطای شناختی دانست، که باز منطبق با تئوری شناختی بک می باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل پایان نامه آقای روح الله صدیق در مقطع تخصص روانپزشکی به راهنمایی آقای دکتر سید وحید شریعت و مشاوره خانم دکتر بنفشه غزایی می باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی تهران و کد ۱۱۲۱۳ در سال ۱۳۹۱ اجرا شده است. به این وسیله از آقای دکتر امیر عباس کشاورز به خاطر هم فکری و کمک در نگارش مقاله تقدیر می شود.

منابع

1. Kessler RC, Berglund p, Demler O, Jin R, Merikangas KR. lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM IV disorder in united state. Arch Gen Psychiatry 2005; 62(6): 593- 602.
2. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med 2006; 3(11):e442.
3. Murphy JM, Larid NM, Monson RR, Sobol AM, Leighton AH. A 40 - year perspective on the prevalence of depression: the stirling county study. Arch Gen Psychiatry 2000;57(3):209-15.
4. Young AS, Klap R, Sherbourne CD, Wells KB. The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. Arch Gen psychiatry 2001;58(1):55-61
5. Beck AT. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford press; 1979.
6. Rush AJ, Beck AT, Kovacs M, Hollon S. Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. Cognitive therapy and Research 1977; 1:17-37
7. Groot N. Thought and choice in chess. The Hague, The Netherland: Mouton & co publisher; ISBN 90 - 2797914 - 6 1978.
8. Groot AD. Perception and memory versus thought: some old ideas and recent findings. Problem solving: research, method and theory (ed. B. Kleinmuntz), New York: John Wiley; 1966; pp. 19-50.
9. Christiaen J. Chess & cognitive development. Unpublished paper available from U.S chess

بعد از وارد شدن مفاهیم شناخت درمانی در کار بالینی، شواهد عالی از اثر بخشی آن در اختلالات اضطرابی به خصوص در مورد اختلال پانیک (Panic) به دست آمده است (۲۳-۲۶). این موضوع را می توان این گونه توجیه کرد که یا شش خطاهای شناختی که ارتباط با مهارت نداشتند، از تاثیر بالاتری در اضطراب برخوردار بودند، فضای مسابقه بر شدت اضطراب شرکت کنندگان اثر گذاشته بود و یا اینکه مکانیسم اثر گذاری شطرنج بر افسردگی با تاثیر آن بر اضطراب متفاوت می باشد، که هر یک نیازمند انجام مطالعات بیشتر است و از طرف دیگر بر خلاف تئوری فعال سازی رفتاری که در افسردگی مطرح شد، در اضطراب این تئوری مطرح نمی باشد و این نظریه برای اختلالات افسردگی مطرح شده و در اضطراب به کار نمی رود.

با توجه به اینکه نمونه گیری ما به صورت در دسترس انجام شد، ممکن است نمونه مورد مطالعه به خوبی نتوانسته باشد بیانگر مناسبی برای جمعیت شطرنج بازان کشور باشد. بنابراین باید در تعمیم نتایج احتیاط کرد، اگرچه اکثریت شطرنج بازان دارای درجه بین المللی فعال در ایران، در این مطالعه حضور داشتند. ضمناً اعتباریابی آزمون خطاهای شناختی در مطالعات متعدد و روی جمعیت های مختلف بررسی نشده است و در آخر اینکه مطالعه مقطعی بود و قدرت بررسی علی را نداشت، لذا توصیه می شود تحقیقات دیگر با نمونه گیری تصادفی و ترجیحاً به صورت کارآزمایی بالینی، در اثربخشی شطرنج بر روی افراد افسرده مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه کلی مطالعه نشان می دهد که احتمالاً افزایش مهارت در بازی شطرنج با کاهش شدت افسردگی همراه بوده و این رابطه با توجه به ارتباط مهارت در شطرنج با کاهش چهار خطای شناختی و ارتباط معنی دار افزایش تعداد ساعات بازی شطرنج در روز با کاهش شدت افسردگی خفیف و متوسط، توسط این دو متغیر میانجی گری می شود که این نتیجه گیری منطبق و هماهنگ با تئوری شناختی بک و تئوری فعال سازی رفتاری می باشد. از سوی دیگر مهارت در بازی شطرنج با شدت

panic disorder. AABT Conference. New York: November 1991.

25. Smith JA, Berry AC, Tart CD, Powers MB. The efficacy of cognitive-behavioral therapy for reducing anxiety sensitivity: a meta-analytic review. *Behavioral research and therapy*. 2008; 46(9):1047-54.

26. Stewart RE, Cambless DL. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorder in clinical practice: meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of consulting and clinical psychology* 2009; 595-606

federation 1974-1976.

10. Thamson MJ. The Australian school science competition: a rasch analysis of recent data. Unpublished paper, the Flinders University of South Australia 1998.

11. Weiss D J, Yoes M E. Item response theory. In Hambleton, R. K. & Zaal, J. N. (eds) *Advances in educational and psychological testing* Boston: Kluwer; 1991. pp. 69- 95.

12. Mohandas R. Test equating, problem and solution: equating English test for Indonesian junior secondary school final examinations administered in 1994. Unpublished master thesis, The Flinders University of South Australia. 1998.

13. Tehran psychiatric Institute (TPI) and excellent center of clinical psychology. Founded in 1977 in Tehran.

14. Fata L, Birashk B, Atef-vahid, K. Dobson K. Validation of the Farsi version of the depression Beck questionnaire. *Iranian Journal of psychiatry and clinical psychology*, 2003; 42, 312-326. [Persian]

15. Bakhshani N, Zolfaghari F, Bolhari J, Baraheni M. Validation of the farsi version of the anxiety Beck questionnaire. *Iranian Journal of psychiatry and clinical psychology*, 2000;40,82,88

16. Karbalaeei Mohammad Meigouni A. Study of correlation between cluster of personality disorder and cognitive errors. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 1999; 30-34

17. DeRubeis RJ, Hollon SD, Amsterdam JD, Shelton RC, Young PR. Cognitive therapy vs medication in the treatment of moderate to severe depression. *Arch General psychiatry* 2005; 62(4):409-16.

18. Sadock BJ, Sadock VA, Pedro Ruiz. *Comprehensive text book of psychiatry* .9th .New York, Lippincott Williams & Wilkins 2009; 1635-1640.

19. Segal Z, Vincent P, Levit A. Efficacy of combined, sequential and crossover psychotherapy and pharmacotherapy in improving outcome in depression. *J Psychiatry Neurosci*. 2002; 27:281.

20. Skinner BF. Science and human behavior. *Journal of the experimental analysis of behavior*. 2003; 80(3):313-320

21. Lewinsohn PM, Antonuccio DO, Breckenridge JS, Teri L. The "Coping with Depression course", Castalia, Eugene. 1984; 28-40.

22. Zeiss AM, Lewinsohn PM, Munoz RF. Nonspecific improvement effects in depression using interpersonal cognitive and pleasant events focused treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1979; 427-439.

23. Margraft J, Barlow D, Clark D, Telch M. Psychological treatment of panic. *Behavioral Research & Therapy* .1993 1993; 31, 1-8.

24. Margraft J, Schneider S. Outcome and active ingredient of cognitive-behavioral treatment for

Evaluation of relationship between severity of depression and chess skill in members with international rating scale in Chess Federation of Islamic Republic of Iran in 1389

Ruhallah Seddigh, MD. Resident of Psychiatry, Mental Health Research Center, Tehran Institute of Psychiatry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. ruhallahseddigh@yahoo.com

***Seyed Vahid Shariat**, MD. Associate professor of Psychiatry, Mental Health Research Center, Tehran Institute of Psychiatry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (*Corresponding author) vshariat@tums.ac.ir

Banafsheh Gharraee, PhD. Assistant Professor of Psychology, Mental Health Research Center, Tehran Institute of Psychiatry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. b.gharraee@gmail.com

Somayeh Azarnik, BSc. Clinical Psychology, Isfahan Azad University, Isfahan, Iran. azarniks@gmail.com

Abstract

Background: Our purpose in this research was to evaluate the correlation between skill in chess (international chess rating scale) and severity of depression and anxiety and ten cognitive errors in members of Iranian Chess Federation that have international chess rating scale as well as to study the prevalence of depression and anxiety in the sample.

Methods: 96 persons that had an international chess rating scale were sampled with convenient method and took part in this cross sectional study. All samples completed the second version of Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory and Cognitive Error Test. Data were analyzed with SPSS software.

Results: There was a significant reverse correlation between chess rating scale and four cognitive errors including over generalization, magnification, jumping to conclusion and must statement. The depression severity decreased by increasing the numbers of hours of game playing in the day. Also there was a reverse significant correlation between chess skill and depression severity, but chess skill had no significant correlation with severity of anxiety. The prevalence of mild moderate depression was 16.7%. There was no case with severe depression. The prevalence of mild and moderate anxiety was 27.1% and severe anxiety was 5.2%.

Conclusion: We conclude that this significant reverse correlation between chess rating scales and depression severity is mediated by decrease of cognitive errors and the number of the hours of game playing in the day, which is in accordance with Beck's Cognitive Theory and Behavioral Activation Theory.

Keywords: Chess rating scale, Depression, Anxiety, Cognitive error.