رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره ۶، شماره پیاپی۹۹، شهریور۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(6), 2024

مقایسه سبک‌های اسناد، نگرش‌های ناکارآمد و طرحواره‌های ناسازگار اولیه بین افراد سالم و افراد مبتلا به افسردگی اساسی با عود مکرر

Comparing Attribution Styles, Dysfunctional Attitudes and Early Maladaptive Schemas in Normal People and People with Recurrent Major Depression

محمدحسین وزیریان
دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه شهید بهشتی تهران، ایران
وحید عبدالمنافی (نویسنده مسئول)
دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
مهسا عباسی
دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
سعید پایدارفرد
دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

Mohammad Hosain Vazirian
Master's student in general psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
Vahid Abdolmanafi*
Master's student in clinical psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
vahidabdolmanafi@gmail.com
Mahsa Abbasi
Master's student in clinical psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
Saeed Paidarfard
Master's student in clinical psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه سبک‌های اسنادی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های ناکارآمد بین افراد سالم و افراد مبتلا به افسردگی اساسی با عود مکرر بود. این مطالعه از نوع علی- مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه‌های شهر تهران بوده است. روش نمونه‌گیری در این پژوهش از نوع غیرتصادفی و هدفمند بود که برای هر گروه ۵۰ نفر در نظرگرفته‌شد. برای سنجش متغیرهای مدنظر از پرسشنامه افسردگی گلدبرگ(۱۹۷۲)، مقیاس سبک‌های اسنادی (۱۹۸۴)، طرحواره‌های یانگ (۱۹۹۸) و پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد(۱۹۷۸) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری یک‌راهه تجزیه و تحلیل شد. افراد افسرده با عود مکرر در قیاس با افراد سالم در سطح نگرش ناکارآمد و در همه طرحواره‌ها به طرز معناداری نمرات بالاتری کسب کردند. همچنین در سبک اسناد، افراد سالم به طرز معناداری بیشتر از اسنادهای پایدار و درونی بر وقایع مثبت و افراد افسرده با عود مکرر به طرز معناداری از اسنادهای پایدار، درونی و کلی برای وقایع منفی استفاده می‌کنند. بنابراین به هدف پیشگیری از عود در افسردگی، پیشنهاد می‌شود به کارگیری مداخلاتی که ساختارهای آسیب‌زای یادشده را هدف قرار می‌دهند، در اولویت قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: *سبک‌های اسنادی، نگرش‌های ناکارآمد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، عود افسردگی.*

Abstract

The present study aimed to compare attributional styles, early maladaptive schemas, and dysfunctional attitudes between normal people and people with recurrent major depression. The research design was causal-comparative. The statistical population of this research was postgraduate students of Tehran universities. The sampling method was the Convenience judgmental Sampling method. 50 people were considered for each group. Goldberg Depression Questionnaire (1972), Attributional Styles Scale (1984), Young Schema Questionnaire (1998), and Dysfunctional Attitudes Questionnaire (1978) were used to measure the considered variables. Data were analyzed using a one-way multivariate analysis of variance. Compared to normal people, depressed people with frequent relapse scored significantly higher on the dysfunctional attitude level and in all of the early maladaptive schemas. Also, in the style of attributions, normal people significantly use stable and internal attributions for positive events, while depressed people with frequent relapse significantly use stable, internal, and global attributions for negative events. Therefore, to prevent relapse in depression, it is suggested to prioritize the use of interventions that target these cognitive structures.

Keywords: *Attributional Styles, Dysfunctional Attitudes, Early Maladaptive Schemas, Depression Relapse.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : اردیبهشت ۱۴۰۲** **پذیرش: اردیبهشت ۱۴۰۲** **ویرایش نهایی: شهریور ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

مقدمه

اختلال افسردگی اساسی دومین علت اصلی ناتوانی در سراسر جهان است (یان[1] و همکاران، ۲۰۱۹). این اختلال، هرساله بار اقتصادی هنگفتی بر فرد و جامعه تحمیل می‌کند که شامل هزینه‌های مستقیم پزشکی و هزینه‌های غیرمستقیم مانند غیبت‌های شغلی و تحصیلی و خودکشی می‌شود که بیشتر عوارض افسردگی بر زندگی فرد بیمار را دربرمی‌گیرد (گوتاییر، موچا، شی و گویرن[2]، ۲۰۱۹). در بسیاری از موارد، دوره افسردگی در طول زندگی عود می‌کند. بنابراین پیشگیری موفقیت‌آمیز از بازگشت افسردگی کلید کاهش بار فردی و اجتماعی اختلالات افسردگی است. از بین کسانی که در حال بهبودی هستند، ۳۰ تا ۵۰ درصد افراد علائم باقیمانده را در پایان دوره درمان تجربه می‌کنند که نرخ بالایی از عود را به همراه دارد (رابرتز[3] و همکاران، ۲۰۲۱). پس از اولین اپیزود، ۴۰ تا ۶۰ درصد خطر عود در فرد وجود دارد و این خطر پس از هر بار ۱۶ درصد افزایش می‌یابد (بریدولت[4] و همکاران، ۲۰۲۱). وایناروفسکی[5] و همکاران (۲۰۱۹) در فراتحلیل خود قوی‌ترین پیش‌بینی کننده‌های عود افسردگی پس از دریافت روان‌درمانی شناختی-رفتاری را دو عامل تعداد دوره‌های قبلی افسردگی و وجود علائم افسردگی باقی‌مانده در پایان درمان دانستند. نگرود-گالاس[6] و همکاران (۲۰۲۰) شدت دوره‌های افسردگی اساسی، تعداد اپیزودهای افسردگی تجربه‌شده، سن اولیه شروع اولین، همبودی با محور I و آسیب‌شناسی روانی محور II، تغییر در اندازه نواحی خاص مغز، سابقه اقدام به خودکشی، سابقه خانوادگی افسردگی، مشکلات سلامت جسمانی و مشکلات روانی اجتماعی هم‌زمان، رویدادهای استرس‌زا، جنسیت زن و سن بالاتر را به‌عنوان پیش‌بینی کننده‌های عود در افسردگی برشمردند. موریارتی[7] و همکاران (۲۰۲۱) در مرور نظام‌مند خود تعداد دوره‌های افسردگی قبلی، علائم افسردگی باقی‌مانده و شدت آخرین دوره افسردگی را به‌عنوان پیش‌بینی کننده‌های عود در افسردگی مطرح کردند. تجارب بدرفتاری در کودکی (اوپل[8] و همکاران، ۲۰۲۰) و اختلال خواب (بولند[9] و همکاران، ۲۰۲۰) دیگر عوامل خطر در عود افسردگی عنوان‌شده‌اند.

سبک اسناد[10] به تمایل افراد در نحوه تبیین علل رویدادهای مثبت و منفی اشاره دارد. سبک اسناد هر فرد تبیین‌هایی را دربرمی‌گیرد که وی بر اساس آنها علل رویدادها اعم از مثبت و منفی را از حیث ثبات، جهان‌شمول بودن و درونی‌بودن توضیح می‌دهند (تیان و وانگ[11]، ۲۰۲۰). سبک اسناد افسرده که نخستین بار توسط سلیگمن، آبرامسون، سمل و ون بویر[12] (۱۹۷۹) در چهارچوب نظریه درماندگی آموخته‌شده مطرح شد بیان می‌کند که افراد افسرده برخلاف افراد سالم عموما شکست‌های خود را به علل درونی، پایدار و کلی اسناد می‌دهند. مطالعات اخیر نشان داده اند سبک‌های اسناد در شروع و تشدید علائم افسردگی بعد از وقوع رویدادهای مختلف نقشی به سزا دارند (دانایی[13] و همکاران، ۲۰۲۲).

نظریه شناختی در توضیح پدیده افسردگی بیان می‌دارد که افراد افسرده خود، دیگران و جهان را از طریق یک چارچوب شماتیک با سوگیری منفی درک می‌کنند. نظریه شناختی افسردگی از سه سطح متمایز تشکیل‌شده است: افکار خودکار منفی که در طول زندگی روزمره تکرار می‌شوند، باورها، قوانین و مفروضات و درنهایت، باورهای مرکزی بسیار ناکارآمد و منفی که چارچوبی را برای فرد فراهم می‌کند تا نگرش خود را نسبت به رویدادهای روزانه سازمان‌دهی کند (لمولت و گوتلیب[14]، ۲۰۱۹). به‌عنوان نمونه، جو[15] و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند نگرش‌های ناکارآمد[16] واسطه اثر ترومای کودکی بر شکل‌گیری افسردگی است. بااین‌حال تأثیر این نظریه به تبیین شروع و شکل‌گیری افسردگی محدود نیست و یکی از مهمترین عوامل خطر در عود افسردگی به شمار می‌آید. بروور[17] و همکاران (۲۰۱۹) روان‌رنجورخویی را در سطح شخصیتی و نگرش‌های ناکارآمد و سبک اسناد را در سطح عوامل شناختی به‌عنوان مهمترین انعکاس‌دهنده احساسات و دیدگاه منفی فرد نسبت به خود، دیگران و آینده که عود افسردگی را پیش‌بینی می‌کنند، طرح کردند. شانچه[18] و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند خود انتقادگری با افزایش خطر ابتلا به دوره‌های افسردگی مکرر همراه است. رویدادهای منفی زندگی سال گذشته، شدت افسردگی پایه و نگرش‌های ناکارآمد به‌طور قابل‌توجهی

1 Yan
2 Gauthier, Mucha, Shi & Guerin
3 Roberts
4 Breedvelt
5 Wojnarowski
6 Nuggerud-Galeas
7 Moriarty
8 Opel
9 Boland
10 Attributional Style
11 Tian & Wang
12 Seligman, Abramson, Semmel & Von Baeyer
13 Daneii
14 LeMoult & Gotlib
15 Ju
16 Dysfunctional Attitude
17 Brouwer
18 Schanche

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

شدت دوره افسردگی بعدی را نیز پیش‌بینی می‌کنند (پرز و روهان[1]، ۲۰۲۱). علائم و نگرش‌های ناکارآمد باقی‌مانده فرد در پایان درمان شناختی احتمال عود افسردگی را افزایش می‌دهند (بروور و همکاران، ۲۰۱۹).

یانگ، کولسکو و ویشار[2] (۲۰۰۶) با هدف گسترش شناخت درمانی کلاسیک برای درمان افرادی که به درمان شناختی سنتی پاسخ نمی‌دهند طرحواره درمانی را طرح کردند. این نظریه که متعلق به موج سوم درمان شناختی- رفتاری است بر اهمیت تجربیات اولیه دوران کودکی در شکل‌گیری اختلالات روانی و همچنین نیاز به مراجعه در درمان به تاریخچه رشد و زندگی فرد تأکید می‌کند. بر طبق این دیدگاه، فرد بر اساس تجربیاتی که در مراحل اولیه رشد خود به دست می‌آورد، الگوهای نسبتاً پایداری از عملکرد و باورها در مورد خود، افراد دیگر و دنیا را شکل می‌دهد. در مواجهه با چالش‌ها، انواع مختلفی از طرحواره‌ها را می‌توان برای مقابله مؤثر با موقعیت دشوار و احساسات ناشی از آن فعال کرد. پاسخ به فعال‌سازی این طرحواره‌ها معمولاً بخشی از مکانیسم نگهداری آن‌ها است که امکان تغییر را کاهش داده و به تقویت الگوی پاسخ‌دهی فرد می‌انجامد. درنتیجه این امر، با تثبیت و تقویت طرحواره‌های ناسازگار، مشکلات فرد در تنظیم هیجانی افزایش می‌یابد که به‌نوبه خود احتمال ابتلا به اختلالات روانی مختلف را افزایش می‌دهد (فاوستینو و واسکو[3]، ۲۰۲۰). نمرات به‌دست‌آمده در پرسشنامه طرحواره ناسازگار اولیه، نشانگری قابل‌اعتماد و نسبتاً پایدار برای اختلال افسردگی اساسی گزارش شده‌اند(چادکویکس، ویدرزنسکی و تالاروسکا[4]، ۲۰۲۲). در افسردگی مداوم نیز شاهد الگوی مشابهی از طرحواره‌ها هستیم (چن، تام و چنگ[5]، ۲۰۱۹). به‌طور خاص، طرحواره انزوای اجتماعی/بیگانگی اصلی‌ترین پیش‌بینی‌کننده خطر ابتلا به افسردگی به شمار می‌آید. افراد مبتلا بیشتر درگیر اجتناب اجتماعی بوده و سبک بین‌فردی منفعلی دارند که به‌نوبه خود طرحواره آن‌ها را تداوم می‌بخشد و می‌تواند توضیح‌دهنده احتمالی عودهای مکرر افسردگی در این افراد باشد. فراتحلیل تریک، رید و چان[6] (۲۰۲۱) از ۲۴ مطالعه نشان داد که دو حوزه طرحواره، انزوای اجتماعی/ بیگانگی و وابستگی/ بی‌کفایتی عمدتاً به‌عنوان نشانگرهای آسیب‌پذیری اصلی در جهت ایجاد و حفظ افسردگی عمل می‌کنند. طرحواره‌های انزوای اجتماعی/بیگانگی معمولاً شامل باورهای مربوط به پذیرش و امنیت ناکافی در روابط و فقدان ارتباط پایدار با افراد مهم است. طرحواره‌های وابستگی/ بی‌کفایتی باورهای مرتبط با ناتوانی در بقا و کنار آمدن با موقعیت‌های استرس‌زا و بحرانی را در بر می‌گیرد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶). افرادی که احساس تعلق پایدار نداشته، یا خود را ناقص، بد یا غیر دوست‌داشتنی می‌دانند، سطوح بالاتر افسردگی را گزارش می‌کنند (بیشاپ[7] و همکاران، ۲۰۲۲).

تا به امروز پژوهش‌های فراوانی افسردگی را موضوع بررسی خود قرار داده‌اند، با این‌حال علی‌رغم مطالعات انجام‌شده، عوامل شناختی دخیل در عود افسردگی کمتر مدنظر واقع شده است. با توجه به شیوع گسترده و عود مکرر اختلال افسردگی اساسی و هزینه‌هایی که به‌تبع آن بر فرد و جامعه تحمیل می‌شود، لازم است تا عوامل خطر در عود این اختلال شناخته و در هدف مداخلات درمانی قرار گیرند. این مطالعه با درنظر گرفتن سبک‌های اسناد، طرحواره‌های ناسازگار و نگرش ناکارآمد به عنوان لایه‌های عمیق و ریشه‌دار شخصیت و شناخت که تداوم زمانی و بازتولید نشانه‌های افسردگی را توضیح می‌دهند، در صدد آن است تا با نقش هریک از عوامل یادشده در بازگشت دوره‌های افسردگی تعیین کرده و ازین طریق بینش‌هایی را با هدف پیشگیری از عود افسردگی در اختیار مداخلات روانشناختی قرار دهد.

روش

پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه هدف دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه‌های شهر تهران بود و با توجه به اینکه ملاک ورود به این پژوهش ابتلا به افسردگی در زمان حال و سابقه عود مکرر افسردگی بود، نمونه‌گیری به شیوه هدفمند انتخاب شد. با توجه به علی-مقایسه‌ای بودن این مطالعه و اجرای آن در چهارچوب بالینی نمونه ۱۰۰ نفری در قالب دو گروه ۵۰ تایی در نظر گرفته شد. پس از غربال اعضای جامعه در مرحله اول، آن دسته از شرکت‌کنندگان که واجد نمرات بالا در پرسشنامه افسردگی گلدبرگ بودند انتخاب شدند و درگام دوم به بررسی نشانه‌ها و سابقه عود مکرر نشانه‌های افسردگی پرداخته شد. آزمودنی‌هایی در این مرحله باقی ماندند که هم واجد نشانه‌های افسردگی در زمان حال بودند و هم سابقه عود درگذشته داشتند. افراد گروه گواه ازنظر ابتلا به افسردگی، ارزیابی شده و سالم بودند. بازه سنی آزمودنی‌ها ۲۲ تا ۳۳ سال و میانگین سنی دو گروه ۲۳/۹ (با انحراف معیار ۲/۶۱) بود. شرکت‌کنندگان ازنظر جنسیت (۲۸ زن و ۲۲ مرد) و ازنظر سطح تحصیلات (۱۱ نفر دکتری و ۳۹ نفر کارشناسی ارشد) همتا شدند. در صورت تمایل و رضایت به مشارکت در پژوهش، پرسشنامه‌ها به‌صورت الکترونیکی و در

1 Perez & Rohan
2 Young, Klosko & Weishaar
3 Faustino & Vasco
4 Chodkiewicz, Wydrzyński & Talarowska
5 Chen, Tam & Chang
6 Tariq, Reid & Chan
7 Bishop

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

بستر پرسلاین در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. گروه افراد سالم و گواه در حال حاضر تحت هیچ درمان روان‌شناختی یا دارویی نبودند و گروه گواه سابقه درمان قبلی هم نداشتند. در گروه افراد واجد نشانه‌های افسردگی با عود مکرر، ۳۸ نفر با تجربه دریافت درمان و ۱۲ نفر بدون تجربه دریافت درمان قبلی قرار داشتند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نسخه SPSS-25 به تحلیل آماری در دو سطح توصیفی و استنباطی گذاشته شد. در سطح توصیفی میانگین به عنوان شاخص گرایش به مرکز و انحراف استندارد به عنوان شاخص پراکندگی گزارش شدند. در سطح آمار استباطی داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری ضمن رعایت و گزارش پیشفرض‌ها (توزیع بهنجار و همگنی واریانس‌ها) تحلیل و گزارش شدند.

ابزار سنجش

پرسشنامه افسردگی گلدبرگ[1](GDS): این پرسش‌نامه به‌منظور غربالگری اختلال افسردگی توسط گلدبرگ (۱۹۷۲) ارائه شد. نمرات به‌دست‌آمده از این مقیاس نشان‌دهنده شدت افسردگی است و احتمال دریافت تشخیص اختلال افسردگی اساسی از نمرات بالای ۲۱ در افراد مطرح می‌شود. ماگناویتا[2] (۲۰۰۷) به بررسی پایایی درونی این مقیاس پرداخت و آلفای کرونباخ ۰/۷۸ را گزارش کرد که بیانگر پایایی خوب این ابزار است. طی بررسی روایی و پایایی این آزمون در نمونه ایرانی ضرایب آلفا و پایایی بازآزمایی به ترتیب ۰/۹ و ۰/۵۸ گزارش شدند(ملکوتی و همکاران، ۲۰۰۶).

پرسشنامه سبک‌های اسنادی[3](ASQ): پرسشنامه سبک‌های اسناد، ابزاری مبتنی بر خود گزارش‌دهی است که توسط پیترسون[4] و همکاران(۱۹۸۲) و به هدف سنجش الگو اسنادهی افراد در سه بعد درونی‌بودن، ثبات و جهان‌شمولی برای موقعیت های مثبت و منفی طراحی شد. در مطالعه اولیه آلفا کرونباخ این پرسشنامه، در سه بعد یادشده به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۸۹ و ۰/۹۰ برآورد شده است (پیترسون و همکاران، ۱۹۸۲). شهربابکی (۱۳۹۶) با اقتباس ده موقعیت فرضی از پرسشنامه اصلی و انطباق آن با شرایط اجتماعی و فرهنگی ایران، پایایی این پرسشنامه را بر اساس ضریب آلفای کرونباخ برای شکست درونی ۰/۷۵، شکست پایدار ۰/۴۳، شکست کلی ۰/۷۳ و موفقیت درونی ۰/۷۴، موفقیت پایدار ۰/۵۶ و موقعیت موفقیت کلی ۰/۷۶ محاسبه و گزارش کرده است.

پرسشنامه طرحواره‌های یانگ[5](YSQ): پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه ابزاری مبتنی بر خودگزارش‌دهی است که با هدف اندازه گیری باورهای ناسازگار اولیه توسط یانگ (۱۹۹۸) طراحی شد. مطالعه حاضر از نسخه کوتاه این پرسشنامه که شامل ۷۵ گویه است، بهره جست. شرکت کنندگان برحسب میزان تطابق هر گویه درباره خود، طی مقیاس درجه‌بندی لیکرت، نمراتی بین ۱(کاملاً غلط) تا ۶ (کاملاً درست) به سوالات پاسخ می‌دهند. نتایج مطالعه اسمیت، جوینر، یانگ و تلچ[6] (۱۹۹۵) به هدف محاسبه همسانی درونی این پرسشنامه نشان داد که ضریب آلفا کرونباخ برای طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بالاترین حالت برای طرحواره خود تحول نیافته/گرفتار ۰/۹۶ و در پایین‌ترین حالت برای طرحواره نقص/شرم ۰/۸۱ حاصل‌شده است که نشان از همسانی درونی بالای آن دارد. همسانی درونی برای ۱۵ طرحواره در نمونه ایرانی به وسیله آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۹ بدست آمده‌است(دیوانداری، ۱۳۸۸).

پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد[7](DAS): پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد، ابزار خودگزارشی ۲۶ سوالی است که توسط وایزمن و بک[8] (۱۹۷۸) و از طریق خلاصه‌سازی نسخه ۴۰ گزاره‌ای ارائه‌شده و افراد میزان موافقت خود با هر یک از گویه‌ها را در یک مقیاس ۷ درجه‌ای مشخص می‌کند. نمرات شرکت‌کنندگان در بازه‌ای از ۲۶ تا ۱۸۲ قرار می‌گیرند. میانگین نمرات به‌دست‌آمده برای افراد سالم از ۱۱۹ تا ۱۲۸ گزارش‌شده و نمرات بالاتر با افزایش احتمال آسیب‌پذیری در برابر افسردگی و تحریف شناختی همراه است. وازیمن و بک (۱۹۷۸) ضریب پایایی ۰/۸ را برای ابزار گزارش کردند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در جامعه ایرانی، برای این پرسشنامه ۰/۹۲ برآورد شده است(ابراهیمی و موسوی، ۱۳۹۱).

1 Goldberg Depression Scale
2 Magnavita
3 Attributional Style Questionnaire
4 Peterson
5 Young Schema Questionnaire
6 Schmidt, Joiner, Young & Telch
7 Dysfunctional Attitude Scale
8 Weissman & Beck

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

یافته ها

آماره های توصیفی برای طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های اسناد و نگرش‌های ناکارآمد به ترتیب در جدول‌های یک تا سه گزارش شده‌است.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی حوزه‌های پنجگانه طرحواره‌های ناسازگار به تفکیک در افراد سالم و افراد مبتلا به افسردگی با عودهای مکرر

		تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
۱.بدون نشانه‌های افسردگی	محرومیت هیجانی	۵۰	۷/۱۵	۲/۸۹
	رهاشدگی/ بی‌ثباتی	۵۰	۷/۵۱	۲/۶۵
	بی‌اعتمادی/ بدرفتاری	۵۰	۹/۳۱	۳/۱۹
	انزوای اجتماعی / بیگانگی	۵۰	۷/۶۱	۲/۸۳
	نقص / شرم	۵۰	۵/۸۴	۱/۷۱
	شکست	۵۰	۶/۸۵	۳/۴۳
	وابستگی / بی‌کفایتی	۵۰	۶/۱۵	۱/۵۶
	آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری	۵۰	۸/۳۴	۳/۰۴
	گرفتار/ خویشتن تحول‌یافته	۵۰	۶/۴۸	۱/۸۰
	اطاعت	۵۰	۸/۰۸	۲/۳۹
	ایثارگری	۵۰	۸/۰۲	۲/۶۵
	بازداری هیجانی	۵۰	۸/۹۲	۴/۰۴
	معیارهای سرسختانه	۵۰	۱۱/۵۷	۳/۰۵
	استحقاق / بزرگ‌منشی	۵۰	۹/۶۰	۲/۳۲
	خویشتن‌داری/ خود انطباقی ناکافی	۵۰	۷/۴۵	۱/۴۷
۲. با نشانه‌های افسردگی و عود قبلی	محرومیت هیجانی	۵۰	۱۲/۵۲	۴/۰۸
	رهاشدگی/ بی‌ثباتی	۵۰	۱۳/۹۰	۴/۹۴
	بی‌اعتمادی/ بدرفتاری	۵۰	۱۲/۹۶	۳/۴۷
	انزوای اجتماعی / بیگانگی	۵۰	۱۲/۷۲	۳/۸۸
	نقص / شرم	۵۰	۹/۹۸	۳/۸۰
	شکست	۵۰	۱۱/۱۲	۴۴/۴
	وابستگی / بی‌کفایتی	۵۰	۹/۵۰	۳/۴۲
	آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری	۵۰	۱۲/۶۸	۴/۸۸
	گرفتار/ خویشتن تحول‌یافته	۵۰	۱۰/۱۸	۴/۲۰
	اطاعت	۵۰	۱۳/۷۶	۴/۲۶
	ایثارگری	۵۰	۱۴/۰۶	۴/۷۳
	بازداری هیجانی	۵۰	۱۲/۵۰	۴/۵۵
	معیارهای سرسختانه	۵۰	۱۲/۳۴	۴/۴۵
	استحقاق / بزرگ‌منشی	۵۰	۱۲/۹۰	۴/۶۵
	خویشتن‌داری/ خود انطباقی ناکافی	۵۰	۱۳/۴۸	۴/۱۵

جدول ۲. آماره‌های توصیفی سبک اسناد به تفکیک در افراد سالم و افراد مبتلا به افسردگی با عودهای مکرر

		تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
۱.افراد بدون نشانه افسردگی	اسناد مثبت	۵۰	۱۵/۴۰	۲/۰۶
	اسناد پایدار مثبت	۵۰	۲۶/۴۱	۳/۶۶
	اسناد درونی مثبت	۵۰	۳۰/۶۷	۲/۹۲

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

	اسناد کلی مثبت	۵۰	۲۴/۷۴	۶/۹۵
	اسناد منفی	۵۰	۱۷/۳۷	۲/۸۰
	اسناد پایدار منفی	۵۰	۲۰/۴۸	۴/۱۲
	اسناد درونی منفی	۵۰	۲۳/۳۷	۵/۰۸
	اسناد کلی منفی	۵۰	۱۴/۸۰	۶/۵۳
۲.افراد با نشانه‌های افسردگی و سابقه عود مکرر	اسناد مثبت	۵۰	۱۴/۵۲	۱/۹۹
	اسناد پایدار مثبت	۵۰	۲۳/۳۱	۴/۶۷
	اسناد درونی مثبت	۵۰	۲۶/۸۹	۳/۵۳
	اسناد کلی مثبت	۵۰	۲۸/۰۶	۵/۱۹
	اسناد منفی	۵۰	۱۸/۴۷	۳/۷۹
	اسناد پایدار منفی	۵۰	۲۸/۲۳	۳/۰۵
	اسناد درونی منفی	۵۰	۱۸/۲۵	۴/۸۵
	اسناد کلی منفی	۵۰	۲۲/۰۶	۵/۳۷

جدول ۳. آماره‌های توصیفی برای مقیاس نگرش‌های سازگار و ناسازگار در افراد سالم و افراد دارای نشانه‌های افسردگی با عود مکرر

	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
بدون نشانه‌های افسردگی	۵۰	۷۳/۹۶	۱۶/۶۷
با نشانه‌های افسردگی و عود مکرر	۵۰	۱۰۱/۱۶	۱۷/۱۸

در سطح آمار استنباطی و به‌منظور آزمون معناداری تفاوت‌ها در ابعاد مختلف از تحلیل واریانس چند متغیری یک‌راهه استفاده شد. قبل از استفاده از تحلیل واریانس مفروضه‌های آن در نمونه موردنظر پرداخته شد. به‌منظور بررسی نرمال بودن توزیع از آزمون کولموگروف- اسمیرنف استفاده شد و نتایج حاکی از عدم معناداری این آزمون برای نمونه‌ها بود و فرض نرمال بودن داده‌ها تأیید شد. به‌منظور بررسی پیش‌شرط همگنی واریانس دو گروه از آزمون F لوین استفاده شد و نتایج حاکی از عدم معناداری آزمون لوین بود و همگنی گروه‌ها تأیید شد. سپس آزمون تحلیل واریانس چند متغیری یک‌راهه برای تحلیل داده‌ها اجرا و نتایج معناداری به همراه مجذور اتا گزارش شد.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری یک‌راهه برای مقایسه دو گروه سالم و افسرده با عود مکرر از حیث طرحواره‌های ناسازگار، سبک اسناد و نگرش ناکارآمد

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذور اتا
محرومیت هیجانی	۷۶۱/۷۶	۱	۷۶۱/۷۶	۷۷/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۳۹۸
رهاشدگی/ بی‌ثباتی	۸۷۶/۱۶	۱	۸۷۶/۱۶	۵۳/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۳۵۵
بی‌اعتمادی/ بدرفتاری	۲۵۲/۸۱	۱	۲۵۲/۸۱	۲۵/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۲۰۳
انزوای اجتماعی / بیگانگی	۶۴۵/۱۶	۱	۶۴۵/۱۶	۶۲/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۳۸۸
نقص / شرم	۳۹۴/۰۴	۱	۳۹۴/۰۴	۴۳/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۳۰۷
شکست	۴۴۱/۰۰	۱	۴۴۱/۰۰	۳۴/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۲۶۰
وابستگی / بی‌کفایتی	۲۶۸/۹۶	۱	۲۶۸/۹۶	۳۷/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۲۷۸
آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری	۴۱۶/۱۶	۱	۴۱۶/۱۶	۲۵/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۲۰۵
گرفتار/ خویشتن تحول‌یافته	۳۱۳/۲۹	۱	۳۱۳/۲۹	۲۹/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۲۳۲
اطاعت	۶۷۶/۰۰	۱	۶۷۶/۰۰	۵۶/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۳۶۷
ایثارگری	۵۸۰/۸۱	۱	۵۸۰/۸۱	۲۳/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۲۴۷

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

بازداری هیجانی	۴۵۷/۹۶	۱	۴۵۷/۹۶	۲۲/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۱۸۷
معیارهای سرسختانه	۳۰۹/۷۶	۱	۳۰۹/۷۶	۲۱/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۱۸۱
استحقاق / بزرگ‌منشی	۲۴۳/۳۶	۱	۲۴۳/۳۶	۱۴/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۱۳۰
خویشتن‌داری/ خود انطباقی ناکافی	۶۱۰/۰۹	۱	۶۱۰/۰۹	۴۳/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۳۰۸
اسناد مثبت	۱۶/۰۶	۱	۳/۷۳	۱۶/۰۶	۰/۰۵۶	۰/۰۳۷
اسناد پایدار مثبت	۲۱۵/۱۱	۱	۳۲/۱۲	۲۱۵/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۲۴۷
اسناد درونی مثبت	۳۴۱/۶۳	۱	۱۱/۶۵	۳۴۱/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۱۰۶
اسناد کلی مثبت	۱۷۶/۸۹	۱	۴/۵۰	۱۷۶/۸۹	۰/۳۲۰	۰/۰۴۴
اسناد منفی	۲۰/۵۵	۱	۱/۹۰	۲۰/۵۵	۰/۱۷۱	۰/۰۱۹
اسناد پایدار منفی	۳۹۸/۶۶	۱	۱۶/۳۱	۳۹۸/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۱۲۶
اسناد درونی منفی	۱۹۳/۲۱	۱	۱۴/۰۸	۱۹۳/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۱۴۳
اسناد کلی منفی	۹۷۹/۶۹	۱	۲۲/۹۶	۹۷۹/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۱۹۰
نگرش کارآمد و ناکارآمد	۱۷۷۴۲/۲۴	۱	۱۷۷۴۲/۲۴	۱۷۷۴۲/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۳۸۱

نتایج جدول ۴) نشان می‌دهد که افراد افسرده با عود مکرر در سطح نگرش کارآمد و ناکارآمد و همچنین میانگین تمامی طرحواره های ناسازگار اولیه به طرز معناداری(۰/۰۰۱) با افراد سالم تفاوت دارند. در سبک‌های اسنادی، در اسنادهای مثبت(۰/۵۶) و منفی (۰/۱۷۱) تفاوت معناداری میان دو گروه مشاهده نشد. با این حال در وقایع منفی، اسنادهای پایدار، درونی و کلی تفاوت میان گروه معنادار بود (۰/۰۰۱) که در افراد افسرده با عود مکرر به طرز معناداری بالاتر است. در مقابل افراد سالم به طرز معناداری(۰/۰۰۱) در وقایع مثبت، اسنادهای پایدار و درونی را بیشتر استفاده می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه سبک‌های اسناد، نگرش‌های ناکارآمد و طرحواره‌های ناسازگار اولیه بین افراد سالم و افراد مبتلا به افسردگی اساسی با عود مکرر انجام پذیرفت. نتایج نشان داد افراد افسرده در تمامی طرحواره های ناسازگار اولیه به طرز معناداری نمراتی بالاتر دارند. یافته‌های پژوهش حاضر همخوان با یافته‌های پیشین تریک، رید و چان(۲۰۲۱) مبنی بر معناداری همه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد دارای عود افسردگی است و همچنین با برجستگی طرحواره‌های انزوای اجتماعی / بیگانگی همراه است. این طرحواره‌ها با تحمیل سبک میان‌فردی منفعلانه به فرد افسرده او را در موقعیت اجتناب مکرر از تعاملات اجتماعی قرار می‌دهند که در چرخه‌ای معیوب به تداوم و بازتولید افسردگی این افراد می‌انجامد و می‌تواند توضیح‌دهنده دلیل بازگشت‌پذیری فراوان افسردگی باشد. همچنین این طرحواره با برجسته ساختن خودانگاره‌ای دوست‌نداشتنی مطابق با پژوهش‌های پیشن خطر عود در افسردگی را افزایش می‌دهد. تمرکز درمان بر روی طرحواره انزوای اجتماعی و نقص/ شرم می‌تواند به تسکین علائم افسردگی و پیشگیری از عود آن کمک کند (بیشاپ و همکاران، ۲۰۲۲). به صورت کلی تمامی طرحواره‌ها از آنجا که علاوه بر ساختارهای شناختی از ساختارهای هیجانی و تحولی عمیق ریشه می‌گیرند، می‌توانند توضیح‌دهنده الگوهای تکرارشونده در شخصیت و آسیب‌شناسی باشند چرا که هر طرحواره با بازتعبیر و تفسیر تجارب جدید در چهارچوب‌های کهنه می‌تواند به بازتولید آسیب و تکرار آن منجر شود.

افراد با عود مکرر افسردگی به طرزی معنادار نگرش‌های ناکارآمد بیشتری نسبت به افراد سالم داشتند. همچنین در مواجهه با وقایع مثبت و منفی به خودی خود تفاوت معناداری میان افراد افسرده با عود مکرر و افراد سالم مشاهده نشد اما در مواجهه با رویدادهای منفی افراد افسرده با عود مکرر به طرز معناداری از اسنادهای پایدار، درونی و کلی بیشتر از افراد سالم استفاده می‌کنند در حالی‌که افراد سالم در پاسخ به رویدادهای مثبت به طرز معناداری بیشتر از اسنادهای پایدار و درونی بهره می‌جویند. این یافته ها با دو فراتحلیل که عوامل خطر روانی و عوامل محافظتی در بین نوجوانان را برشمردند همخوان است که افکار خودکار، نگرش‌های ناکارآمد و سبک پاسخ نشخوارکننده به‌طور قابل‌توجهی با علائم افسردگی

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

با بیشترین اندازه اثر مرتبط است (لئو[1] و همکاران، ۲۰۱۹؛ تانگ[2] و همکاران، ۲۰۲۰). رونالد، جورمان و هامارد[3] (۲۰۲۰) نیز نشان دادند که نشخوارهای فکری پیش‌بینی کننده احتمال عود افسردگی به‌حساب می‌آیند. همچنین با کاربستهای بالینی پیشین در جهت پیشگیری از عود افسردگی از طریق هدف قرار دادن نگرش‌های ناکارآمد، سبک اسنادی و روان‌رنجورخویی شخصیتی مطابقت دارد (برووور و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین با یافته‌هایی که حاکی از اثربخشی آموزش روانی در درمان شناختی-رفتاری برای کاهش استفاده از افکار خودکار منفی، تحریف‌های شناختی بین فردی و نگرش‌های ناکارآمد و به تبع آن کاهش عود در بیماران مبتلابه افسردگی است همخوان است (کرملوگلگیل و تنریوردی[4]، ۲۰۲۲).

تا به امروز بیشترین شواهدپژوهشی از اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با هدف پیشگیری از عود افسردگی حمایت کرده است. این مسئله از آن رو شایان توجه است که بسیاری از مداخلات درمانی در این رویکرد ناظر به ساخت‌های شناختی عمیق و ریشه‌داری است که طی مطالعه حاضر مورد بررسی قرار گرفتند و به تولید چرخه‌های معیوب افسردگی و عود آن می‌انجامند. هر چند استاندارد مراقبت فعلی مبتنی بر داروهای ضدافسردگی است، اما شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی چه به‌عنوان جایگزینی برای داروهای ضدافسردگی و چه به‌عنوان مکمل آن پذیرفته‌شده است. این روش به بیماران می‌آموزد که چگونه از الگوهای شناختی ناکارآمد خودکار مانند الگوهای فکری نشخوارکننده مرتبط با افسردگی رها شوند. یافته‌ها از مقرون به صرفه بودن این درمان برای پیشگیری از عود در بیماران باسابقه قبلی افسردگی حکایت دارند(پهلوان، اونگ و سگال[5]، ۲۰۲۰؛ بریدولت و همکاران، ۲۰۲۱؛ کوهن[6] و همکاران، ۲۰۲۳). شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با کاهش نگرش‌های ناکارآمد، موفق شده است از عود مجدد دوقطبی نوع یک پیشگیری کند و این نشان می‌دهد نگرش‌های ناسازگار می‌توانند به‌عنوان هدف درمانی در نظر گرفته شوند (دکتیور[7] و همکاران، ۲۰۲۰). شانچه و همکاران (۲۰۲۱) تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پیشگیری از عود افسردگی را به‌واسطه مداخله در احساس بی‌کفایتی، نفرت از خود و توانایی اطمینان دادن به خود بررسی کردند. شرکت‌کنندگان، بهبود قابل‌توجهی در اطمینان به خود و کاهش قابل‌توجهی در احساس بی‌کفایتی نشان دادند. بهبود اطمینان به خود در طول مداخله، عدم وقوع عود افسردگی را در مدت دو سال پس از مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی پیش‌بینی کرد. آشکار است که ساختار اثربخشی این درمان تا چه اندازه معطوف به طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ای همچون وابستگی / بی‌کفایتی و نقص/شرم است. تیکل[8] و همکاران (۲۰۲۰) در یک مطالعه کیفی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را از حیث پنج مؤلفه باورها در مورد علل افسردگی، احساس عاملیت شخصی، پذیرش، کیفیت زندگی و کاهش یا قطع داروهای ضدافسردگی نشان دادند.

پژوهش حاضر با استفاده از روش مقطعی افراد افسرده با عود مکرر را در طی دوره افسردگی با افراد سالم مقایسه کرده است. پژوهش‌های آتی می‌توانند با بهره‌گیری از روش‌های طولی افراد افسرده را در طی دوره‌های مختلف افسردگی و در بین دوره‌های عود، مقایسه کرده و از این طریق احتمال عودهای فرد را با استفاده از نمرات فرد در سبک اسناد، نگرش ناکارآمد و طرحواره‌های ناسازگار اولیه بررسی کنند. همچنین با مقایسه تأثیر مداخلات درمانی متفاوت بر سه متغیر محل بحث، نقش میانجی متغیرهای سه‌گانه مذکور را در میزان پیشگیری رویکردهای درمانی مختلف از عود افسردگی مقایسه کنند. به‌علاوه درنظرگرفتن شواهد تجربی دقیق برای تعریف بهبودی و عود (دی‌زوارت، جرونیموس و دیونگ[9]، ۲۰۱۹) برای تشخیص افتراقی دقیق‌تر از عود در افسردگی اساسی و ابتلا به اختلال افسردگی اساسی بسیار ضروری هست.

منابع

ابراهیمی، امراله؛ موسوی، سیدغفور. (۱۳۹۱). ویژگی های روان سنجی مقیاس نگرش های ناکارآمد (DAS-26) در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۱(۵): ۲۰-۲۸.

دیوانداری. (۱۳۸۸). فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ :(SQ-SF) بررسی ویژگی‌های روانسنجی و ساختار عاملی بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد کاشمر سال تحصیلی ۸۶-۱۳۸۵. *فصلنامه علمی پژوهشنامه تربیتی دانشگاه آزاد واحد بجنورد*، ۵(۲۰): ۲۹-۱.

شهربابکی اسلامی، ح. (۱۳۶۹). بررسی رابطه بین سبک تبیین و افسردگی در بیماران افسرده تک قطبی و دوقطبی و مقایسه آن با افراد عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. موسسه روان‌پزشکی تهران.

1 Liu
2 Tang
3 Ronold, Joormann & Hammar
4 Kürümlüoğlugil & Tanrıverdi
5 Pahlevan, Ung & Segal
6 Cohen
7 Docteur
8 Tickell
9 de Zwart, Jeronimus & de Jonge

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

Arntz, A., Gerlsma, C., & Albersnagel, F. A. (1985). Attributional style questioned: Psychometric evaluation of the ASQ in Dutch adolescents. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, *7*(1-2), 55-89. https://doi.org/10.1016/0146-6402%2885%2990011-6

Bishop, A., Younan, R., Low, J., & Pilkington, P. D. (2022). Early maladaptive schemas and depression in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *29*(1), 111-130. https://doi.org/10.1002/cpp.2630

Boland, E. M., Vittengl, J. R., Clark, L. A., Thase, M. E., & Jarrett, R. B. (2020). Is sleep disturbance linked to short-and long-term outcomes following treatments for recurrent depression?. *Journal of affective disorders*, *262*, 323-332. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.033

Breedvelt, J. J. F., Brouwer, M. E., Harrer, M., Semkovska, M., Ebert, D. D., Cuijpers, P., & Bockting, C. L. H. (2021). Psychological interventions as an alternative and add-on to antidepressant medication to prevent depressive relapse: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *219*(4), 538-545. https://doi.org/10.1192/bjp.2020.198

Brouwer, M. E., Williams, A. D., Forand, N. R., DeRubeis, R. J., & Bockting, C. L. (2019). Dysfunctional attitudes or extreme response style as predictors of depressive relapse and recurrence after mobile cognitive therapy for recurrent depression. *Journal of affective disorders*, *243*, 48-54. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.002

Brouwer, M. E., Williams, A. D., Kennis, M., Fu, Z., Klein, N. S., Cuijpers, P., & Bockting, C. L. (2019). Psychological theories of depressive relapse and recurrence: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Clinical psychology review*, *74*, 101773. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101773

Chen, K. H., Tam, C. W. C., & Chang, K. (2019). Early maladaptive schemas, depression severity, and risk factors for persistent depressive disorder: A cross-sectional study. *East Asian Archives of Psychiatry*, *29*(4), 112-117. https://doi.org/10.1177/0706743720904613

Chodkiewicz, J., Wydrzyński, M., & Talarowska, M. (2022). J. Young's Early Maladaptive Schemas and Symptoms of Male Depression. *Life*, *12*(2), 167. https://doi.org/10.3390/life12020167

Cohen, Z. D., DeRubeis, R. J., Hayes, R., Watkins, E. R., Lewis, G., Byng, R., ... & Schweizer, S. (2023). The development and internal evaluation of a predictive model to identify for whom mindfulness-based cognitive therapy offers superior relapse prevention for recurrent depression versus maintenance antidepressant medication. *Clinical Psychological Science*, *11*(1), 59-76. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.008

Daneii, P., Sarmadi, V., Mahmoudi, N., Moaveni, A. K., Mohammad Alizadeh, F., Neshat, S., & Shahsanaee, A. (2022). Assessment of the attributional styles of high-and low-grade point medical students at Isfahan University of Medical Sciences: a cross-sectional and descriptive study. *Journal of Health Sciences & Surveillance System*, *10*(2), 229-232. https://doi.org/10.30476/jhsss.2021.91891.1249

Docteur, A., Mirabel-Sarron, C., Lefèvre, H. K., Sala, L., Husky, M., Swendsen, J., & Gorwood, P. (2020). Role of autobiographical memory in the impact of MBCT on dysfunctional attitudes, depressive symptoms and anxiety in bipolar I patients. *Journal of Affective Disorders*, *276*, 907-913. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.072

Faustino, B., & Vasco, A. B. (2020). Relationships between emotional processing difficulties and early maladaptive schemas on the regulation of psychological needs. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *27*(6), 804-813. https://doi.org/10.1002/cpp.2464

Gauthier, G., Mucha, L., Shi, S., & Guerin, A. (2019). Economic burden of relapse/recurrence in patients with major depressive disorder. *Journal of drug assessment*, *8*(1), 97-103. https://doi.org/10.1080/21556660.2019.1612410

Goldberg, D.P. (**1972**). The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press. https://doi.org/10.1017/S0033291700048613

Ju, Y., Wang, M., Lu, X., Sun, J., Dong, Q., Zhang, L., ... & Li, L. (2020). The effects of childhood trauma on the onset, severity and improvement of depression: The role of dysfunctional attitudes and cortisol levels. *Journal of affective disorders*, *276*, 402-410. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.023

Kürümlüoğlugil, R., & Tanrıverdi, D. (2022). The effects of the psychoeducation on cognitive distortions, negative automatic thoughts and dysfunctional attitudes of patients diagnosed with depression. *Psychology, Health & Medicine*, *27*(10), 2085-2095. https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1944654

LeMoult, J., & Gotlib, I. H. (2019). Depression: A cognitive perspective. *Clinical Psychology Review*, *69*, 51-66. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.008

Liu, Y., Zhang, N., Bao, G., Huang, Y., Ji, B., Wu, Y., ... & Li, G. (2019). Predictors of depressive symptoms in college students: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Journal of Affective Disorders*, *244*, 196-208. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.084

Peterson, C., Semmel, A., Baeyer, C., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Seligman, M. E. P. (1982). The Attributional Style Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, *6*(3), 287–300. https://doi.org/10.1007/BF01173577

Magnavita, N. (2007). Anxiety and depression at work. The A/D Goldberg Questionnaire. Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia, 29(3 Suppl), 670-671. https://doi.org/10.21500/20112084.3745

Malakouti, S. K., Fatollahi, P., Mirabzadeh, A., Salavati, M., & Zandi, T. (2006). Reliability, validity and factor structure of the GDS-15 in Iranian elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, *21*(6), 588-593. https://doi.org/10.1002/gps.1533

Moriarty, A. S., Meader, N., Snell, K. I., Riley, R. D., Paton, L. W., Chew-Graham, C. A., ... & McMillan, D. (2021). Prognostic models for predicting relapse or recurrence of major depressive disorder in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5). https://doi.org/10.1002/14651858.CD013491.pub2

Nuggerud-Galeas, S., Sáez-Benito Suescun, L., Berenguer Torrijo, N., Sáez-Benito Suescun, A., Aguilar-Latorre, A., Magallón Botaya, R., & Oliván Blázquez, B. (2020). Analysis of depressive episodes, their recurrence and pharmacologic treatment in primary care patients: A retrospective descriptive study. *Plos one*, *15*(5), e0233454. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233454

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

Oliver, J., & Baumgart, E. P. (1985). The Dysfunctional Attitude Scale: Psychometric properties and relation to depression in an unselected adult population. *Cognitive therapy and research*, *9*, 161-167. https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/BF01204847

Opel, N., Redlich, R., Dohm, K., Zaremba, D., Goltermann, J., Repple, J., ... & Dannlowski, U. (2019). Mediation of the influence of childhood maltreatment on depression relapse by cortical structure: a 2-year longitudinal observational study. *The Lancet Psychiatry*, *6*(4), 318-326. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30044-6

Pahlevan, T., Ung, C., & Segal, Z. (2020). Cost–Utility Analysis of Mindfulness-Based Cognitive Therapy Versus Antidepressant Pharmacotherapy for Prevention of Depressive Relapse in a Canadian Context: Analyse coût-utilité de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience contre la pharmacothérapie antidépressive pour prévenir la rechute de la dépression en contexte canadien. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *65*(8), 568-576. https://doi.org/10.1177/0706743720904613

Perez, J., & Rohan, K. J. (2021). Cognitive predictors of depressive symptoms: Cognitive reactivity, mood reactivity, and dysfunctional attitudes. *Cognitive Therapy and Research*, *45*, 123-135. https://doi.org/10.1023/A:1023914416469

Pössel, P., Mitchell, A. M., Harbison, B., & Fernandez-Botran, G. R. (2022). Association of cancer caregiver stress and negative attribution style with depressive symptoms and cortisol: a cross-sectional study. *Supportive Care in Cancer*, *30*(6), 4945-4952. https://doi.org/10.1007/s00520-022-06866-1

Reivan-Ortiz, G., Pineda-Garcia, G., & León Parias, B. D. (2019). Psychometric properties of the Goldberg Anxiety and Depression Scale (GADS) in Ecuadorian population. *International Journal of Psychological Research*, *12*(1), 41-48. https://doi.org/10.21500/20112084.3745

Roberts, H., Jacobs, R. H., Bessette, K. L., Crowell, S. E., Westlund-Schreiner, M., Thomas, L., ... & Watkins, E. R. (2021). Mechanisms of rumination change in adolescent depression (RuMeChange): study protocol for a randomised controlled trial of rumination-focused cognitive behavioural therapy to reduce ruminative habit and risk of depressive relapse in high-ruminating adolescents. *BMC psychiatry*, *21*(1), 1-14. https://sci-hub.se/10.1186/s12888-021-03193-3

Ronold, E. H., Joormann, J., & Hammar, Å. (2020). Facing recovery: Emotional bias in working memory, rumination, relapse, and recurrence of major depression; an experimental paradigm conducted five years after first episode of major depression. *Applied Neuropsychology: Adult*, *27*(4), 299-310. https://doi.org/10.1080/23279095.2018.1550406

Schanche, E., Vøllestad, J., Visted, E., Lillebostad Svendsen, J., Binder, P. E., Osnes, B., ... & Sørensen, L. (2021). Self-criticism and self-reassurance in individuals with recurrent depression: Effects of mindfulness-based cognitive therapy and relationship to relapse. *Counselling and Psychotherapy Research*, *21*(3), 621-632. https://doi.org/10.1002/capr.12381

Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive therapy and research*, *19*, 295-321. https://psycnet.apa.org/record/2018-56959-001

Seligman, M. E., Abramson, L. Y., Semmel, A., & Von Baeyer, C. (1979). Depressive attributional style. *Journal of abnormal psychology*, *88*(3), 242. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-843X.88.3.242

Tang, X., Tang, S., Ren, Z., & Wong, D. F. K. (2020). Psychological risk and protective factors associated with depressive symptoms among adolescents in secondary schools in China: A systematic review and meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, *108*, 104680. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104680

Tariq, A., Reid, C., & Chan, S. W. (2021). A meta-analysis of the relationship between early maladaptive schemas and depression in adolescence and young adulthood. *Psychological Medicine*, *51*(8), 1233-1248. https://doi.org/10.3390/life12020167

Tian, H., & Wang, P. (2020). Development of the Attributional Style of Doctor Questionnaire. *Psychology Research and Behavior Management*, 1079-1088. https://doi.org/10.2147%2FPRBM.S267141

Tickell, A., Byng, R., Crane, C., Gradinger, F., Hayes, R., Robson, J., ... & Kuyken, W. (2020). Recovery from recurrent depression with mindfulness-based cognitive therapy and antidepressants: a qualitative study with illustrative case studies. *BMJ open*, *10*(2), e033892. http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033892

Vittengl, J. R., Jha, M. K., Minhajuddin, A., Thase, M. E., & Jarrett, R. B. (2021). Quality of life after response to acute-phase cognitive therapy for recurrent depression. *Journal of affective disorders*, *278*, 218-225. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.059

Wojnarowski, C., Firth, N., Finegan, M., & Delgadillo, J. (2019). Predictors of depression relapse and recurrence after cognitive behavioural therapy: a systematic review and meta-analysis. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, *47*(5), 514-529. https://doi.org/10.1017/S1352465819000080

Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: a preliminary investigation. https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10608-009-9229-y

Yan, C. G., Chen, X., Li, L., Castellanos, F. X., Bai, T. J., Bo, Q. J., ... & Zang, Y. F. (2019). Reduced default mode network functional connectivity in patients with recurrent major depressive disorder. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *116*(18), 9078-9083. https://doi.org/10.1073/pnas.1900390116

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. guilford press. https://psycnet.apa.org/record/2003-00629-000

de Zwart, P. L., Jeronimus, B. F., & de Jonge, P. (2019). Empirical evidence for definitions of episode, remission, recovery, relapse and recurrence in depression: a systematic review. *Epidemiology and psychiatric sciences*, *28*(5), 544-562. https://doi.org/10.1017/S2045796018000227

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]