

مقایسه سبک‌های اسنادی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های ناکارآمد (سه بعد

از شناخت اجتماعی) در افراد افسرده و عادی

فاطمه معین الغربائی^۱، *اعظم نوفرستی^۲، سمیرا کرملو^۳، نیما گنجی^۴

۱. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، جهاد دانشگاهی البرز

۲. دکتری روان شناسی بالینی، جهاد دانشگاهی البرز

۳. دکتری روان شناسی، جهاد دانشگاهی البرز

۴. کارشناس ارشد علوم شناختی، جهاد دانشگاهی البرز

(تاریخ وصول: ۹۵/۱۰/۲۵ - تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۵/۱۲)

Comparing Attribution Styles, Maladaptive Schemata, and Dysfunctional Attitudes (Three Aspects of Social Cognition) in Depressed and Normal People

Fatemeh Moeinolghorabayi¹, *Azam Noforesti², Samira Karamlu³, Nima Ganji⁴

1. M.A in Clinical Psychology, Academic Center of Education, Culture and Research, Alborz Branch

2. PhD in Clinical Psychology, Academic Center of Education, Culture and Research, Alborz Branch

3. PhD in Clinical Psychology, Academic Center of Education, Culture and Research, Alborz Branch

4. M.A in Cognitive Science, Academic Center of Education, Culture and Research, Alborz Branch

(Received: Jan. 14, 2017 - Accepted: Aug. 03, 2017)

Abstract

Introduction: Social cognition with components such as stereotypical thought and basic schemata has a critical role in social encryption and encoding. It also influences response and behavior in persons. The aim of the present study was assessing the three components of social cognition in depressed and healthy persons. Method: By using comparative method in the statistical society of depressed students in Tehran, a sample of 60 visitors to the counseling center of the University with eligibility to participate in research was selected by using purposive sampling. Another 60 subjects were selected for the healthy group. Data was collected using Attribution Style Scale, Maladaptive Schemata, Dysfunctional Attitudes Questionnaires and Beck Depression Scale. Results: Analysis of covariance revealed significant differences in attribution style, maladaptive schemata and dysfunctional attitudes between healthy and depressed groups. Conclusion: Disrupted social cognition components are clear in depressed people; therefore, it seems necessary to consider them for therapy process.

Keywords: Social Cognition, Attribution Style, Maladaptive Schemata, Dysfunctional Attitudes, Depression.

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت شناخت اجتماعی در رمزگذاری و رمزگردانی دنیای اجتماعی و تأثیرات مستقیم و نقش اساسی اجزاء تشکیل‌دهنده شناخت اجتماعی، مثل تفکرات قالبی و طرح‌واره‌های بنیادین حمایت‌کننده آن‌ها یا نگرش‌ها و سبک اسنادها که بر چگونگی رفتار و پاسخ‌دهی فرد، تأثیر بلا واسطه دارند؛ هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی سه جزء از اجزاء مختلف شناخت اجتماعی یعنی سبک‌های اسنادی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های ناکارآمد در افراد افسرده و عادی است. روش: این پژوهش از نوع علی - مقایسه‌ای است. جامعه پژوهش حاضر متشکل از دانشجویان مبتلا به افسردگی شهر تهران بود که از این میان ۶۰ نفر از بین مراجعه‌کنندگان به کلینیک آزاد روان‌شناسی دانشگاه به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و ۶۰ نفر از افراد سالم نیز که هیچ‌گونه مشکل روان‌شناختی نداشتند در گروه عادی قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده شامل پرسشنامه سبک اسناد، فرم کوتاه پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، مقیاس نگرش‌های ناکارآمد و پرسشنامه افسردگی بک بود. یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس چند راهه نشان‌دهنده تفاوت معنادار بین دو گروه سالم و افسرده در تمامی سبک‌های اسنادی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های ناکارآمد بود. نتیجه‌گیری: مؤلفه‌های شناخت اجتماعی آسیب-دیده، نمود واضحی در مبتلایان به افسردگی دارند و توجه به اصلاح آن‌ها در فرایند درمان افسردگی بایستی مدنظر متخصصین روان‌درمانی قرار گیرد. واژگان کلیدی: شناخت اجتماعی، سبک‌های اسنادی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، نگرش‌های ناکارآمد، افسردگی.

مقدمه

صورتی و کی یک رفتار خاص را نشان خواهند داد و می‌توانیم بر آن رفتار تأثیر بگذاریم. اسنادهای علی همچنین برای دنبال کردن اهداف مهم هستند؛ ما باید بدانیم هر چیزی چگونه اتفاق می‌افتد تا بتوانیم شرایط به وقوع پیوستن آن‌ها را فراهم کنیم (بلک و وود^۲، بنتال^۳، فیتچ^۴، سیمونز^۵، مورای^۶ و هوارد^۷، ۲۰۰۳). اسنادهای علی ممکن است درونی (ما علت اتفاقات را به عوامل ذاتی و گرایشی در درون خودمان نسبت می‌دهیم) یا بیرونی (وقایع به دلیل عوامل ذاتی یا گرایشی در درون افراد دیگر یا موقعیت‌های محیطی اتفاق افتاده‌اند) باشند (بلک و وود و همکاران، ۲۰۰۳).

از طرفی تئوری‌های شناختی افسردگی تأکید می‌کنند که خودپنداره تخریب شده، علت اصلی شروع و ادامه اختلالات افسردگی است (بک، ۱۹۶۷، به نقل از لوتی، جویس، مولدر، سالیوان و مکزی، ۱۹۹۹)؛ و این خودپنداره بخشی از مفهوم طرح‌واره است که بخش مرکزی نظریه شناختی بک را تشکیل می‌دهد. بک در مورد افسردگی معتقد است که طرح‌واره‌های افسرده‌ساز نوعاً در مجموعه‌ای از نگرش‌ها به نام نگرش‌های ناکارآمد، موجودند و چنین طرح‌واره‌هایی در پس اتفاقات منفی زندگی فعال می‌شوند. زمانی که یکی از این طرح‌واره‌های افسرده‌ساز فعال شد، الگویی از پردازش اطلاعات

شناخت اجتماعی به انسان در رابطه با محیط اجتماعی و قراردادهای بین فردی انسان‌ها با یکدیگر می‌پردازد و عموماً شامل فرآیندهای شناختی مورد استفاده برای رمزگذاری و رمزگردانی دنیای اجتماعی است و توسط برخی از سوگیری‌های انگیزشی تحت تأثیر قرار خواهد گرفت (بیرو اشتر، ۲۰۰۶؛ زکی و اشتر، ۲۰۱۱). سوگیری‌های انگیزشی و شناختی به‌عنوان یکی از عوامل اصلی در سبب‌شناسی بسیاری از بیماری‌های روانی از جمله اختلالات روان‌نزدی و شایع‌ترین آن‌ها یعنی اختلالات خلقی و افسردگی، مطرح هستند (سادوک و سادوک، ۱۳۸۵).

در این میان سبک‌های اسنادی که یکی از مؤلفه‌های شناخت اجتماعی به شمار می‌روند همیشه مورد توجه محققان بوده است (آکر^۱، ۲۰۱۰). چراکه برای ایجاد درک متقابل، افراد باید بتوانند علت رفتار دیگری را حدس بزنند و بر اساس اطلاعاتی که در مورد او یا آن رفتار خاص دارند دست به استنباط بزنند. به همین دلیل است که انسان‌ها غالباً مایل به حدس زدن یا استنباط علت اتفاقات دنیای اجتماعی‌شان هستند و بر همین اساس ما برای فهمیدن اینکه چرا افراد به شیوه خاصی رفتار می‌کنند، اسنادهای علی را به کار می‌گیریم. درواقع اسنادهای علی اساس قدرتمندی برای پیش‌بینی و کنترل هستند. اگر ما بفهمیم که چه عواملی باعث رفتار دیگران شده است، می‌توانیم پیش‌بینی کنیم که آن‌ها در چه

2. Blackwood
3. Bentall
4. Fytche
5. Simmons
6. Murray
7. Howard

1. Aakre

فاطمه معین‌الغربائی و همکاران: مقایسه سبک‌های اسنادی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های ناکارآمد (سه بعد از ...

همواره آمادگی آن را دارند تا در شرایط پراسترس، باعث عود افسردگی گردند (یانگ، ۱۳۸۴).

طبق مدل نظری بک در مورد افسردگی، افراد افسرده علاوه بر نگرش‌های ناکارآمد، یک سری طرح‌واره‌های افسردگی‌زا دارند که در خلال سالیان به وجود آمده‌اند و همواره آمادگی آن را دارند تا در شرایط پراسترس، باعث عود افسردگی گردند (یانگ، ۱۳۸۴). بر اساس نظرات و پژوهش‌های انجام شده توسط روان‌شناسان نظریه‌پرداز در شاخه‌های جدید روان‌شناسی شناختی و روان‌درمانی نظیر یانگ و همکارانش، هر نوع مشکل روان‌شناختی و شخصیتی و یا بیماری روانی در چگونگی شناخت فرد از خود و محیط اطرافش بر اساس طرح‌واره‌های اولیه که در ذهن او شکل گرفته‌اند، قرار دارد. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب‌رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته‌اند و در سیر زندگی تکرار می‌شوند و خود تداوم بخش‌اند؛ بنابراین در برابر تغییر مقاومت می‌کنند. از آنجایی که طرح‌واره‌ها در ابتدای زندگی به وجود می‌آیند، اغلب بنیاد و پایه مرکزی خود پنداره فرد و ادراک او از محیط محسوب می‌شوند. این طرح‌واره‌ها کار خود را از روی عادت و به راحتی انجام می‌دهند و هنگامی که با چالش روبرو شوند، فرد برای اینکه صحت و درستی این طرح‌واره‌ها را حفظ کند، اطلاعات را تحریف می‌نماید (یانگ و همکاران، ۱۳۸۶).

مربوط به خود با سوگیری منفی فعال می‌شود که مشخصه آن خطاهای منفی در تفکر است (مثل تعبیرات سودار منفی از اتفاقات منفی زندگی نظیر بیش تعمیم‌دهی و فاجعه‌آفرینی). خطاهای منفی در تفکر احتمال اینکه فرد مثلث شناختی منفی را گسترش دهد، افزایش می‌دهد (آبلا و اسکچیچ، ۲۰۰۷). به اعتقاد بک زمانی که چنین مثلث شناختی در فرد شکل می‌گیرد، علائم افسرده ساز در او به وجود خواهد آمد (آبلا و اسکچیچ، ۲۰۰۷؛ زکی و اشتر، ۲۰۱۱).

به‌عنوان مثال بارنز^۱ و اسپنگلر^۲، (۲۰۰۱)، در پژوهشی به بررسی تأثیر تغییرات نگرش‌های ناکارآمد بر میزان افسردگی و اضطراب در خلال درمان شناختی - رفتاری پرداختند. نتایج مطالعه بیانگر ارتباط معنی‌دار بین تغییرات نمرات نگرش‌های ناکارآمد و میزان افسردگی و اضطراب در خلال درمان بود، اما درعین‌حال بین تغییرات نمرات این متغیرها، رابطه علی مستقیمی یافت نشد و به‌جای آن تحلیل‌ها نشان دهنده وجود یک متغیر ناشناخته با تأثیر علی بر نگرش‌های ناکارآمد، افسردگی و اضطراب بود. از طرفی کالوت، ویلاردون و استوز (۲۰۰۸)، در پژوهش دیگری به ارزیابی جنبه‌های مختلف سبک‌های اسنادی در نوجوانان پرداختند. نتایج نشان دادند که فقط اسناد علل ثابت و کلی، تأثیر حوادث منفی بر افزایش افسردگی را تعدیل می‌کنند. از طرفی طبق مدل نظری بک در مورد افسردگی، افراد افسرده یک سری طرح‌واره‌های افسردگی‌زا دارند که در خلال سالیان به وجود آمده‌اند و

نگرش‌های ناکارآمد) را در افراد افسرده و عادی بررسی نماید.

روش

(الف). شرکت‌کنندگان: جامعه پژوهش حاضر متشکل از دانشجویان مبتلا به افسردگی شهر تهران بود. جمعیت مورد نظر را مراجعه‌کنندگان به کلینیک روان‌شناسی دانشگاه صنعتی شریف تشکیل می‌دادند و گروه نمونه از بین این مراجعه‌کنندگان که واجد شرایط شرکت در پژوهش بودند، انتخاب شد. از آنجا که پژوهش حاضر بر روی گروه خاصی از افراد اجرا می‌شد که باید دارای ویژگی‌های منحصر به فردی می‌بودند (در این طرح منظور خصوصیات افسردگی است) و از طرفی لازم بود که از طریق افراد انتخاب شده درک عمیق‌تری از موضوع به دست آید، از شیوه نمونه‌گیری «هدفمند» استفاده شد (گال، بورگ و گال، ۱۳۸۲).

در مورد حجم گروه‌های نمونه و گواه با توجه به اینکه پژوهش حاضر از نوع علی - مقایسه‌ای بود و حداقل حجم نمونه در پژوهش‌های علی - مقایسه‌ای ۳۰ نفر و در پژوهش‌های همبستگی ۶۰ نفر است - با توجه به بالینی بودن نمونه - (دلاور، ۱۳۸۵)، در این پژوهش برای هر یک از گروه‌های نمونه و گواه، حجم نمونه‌ای برابر ۶۰ نفر انتخاب شد. همچنین تأثیر متغیرهای سن، جنس و سطح تحصیلات از طریق تحلیل کوواریانس سنجیده شد.

سن افراد گروه نمونه بین ۱۸ تا ۳۶ سال بود و میانگین کلی سن آن‌ها ۲۴/۷۸، (۳/۹۱) بود. نتایج به دست آمده از تحلیل کوواریانس نشان داد

حال، با توجه به اینکه شناخت و درک عواطف، هیجانات و دیدگاه‌های خود و دیگران یکی از مسائل قابل توجه در شناخت اجتماعی به شمار می‌رود، شناسایی چگونگی تعامل جنبه‌های مختلف شناخت اجتماعی (در این پژوهش سبک‌های اسنادی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های ناکارآمد) در اختلال افسردگی به‌عنوان شایع‌ترین و پرهزینه‌ترین اختلال نوروپسیک، از اهمیت بسزایی برخوردار است. لذا با توجه به بحث همیشگی پرهزینه بودن ابتلا برخی از افراد یک جامعه به بیماری و از آن جمله افسردگی و کم‌هزینه‌تر بودن پیشگیری نسبت به درمان؛ و همچنین با در نظر گرفتن اینکه علی‌رغم توفیق پژوهشگران و متخصصین بالینی رویکرد شناختی - رفتاری در تدوین درمان‌های اثربخش برای اختلالات محور I از جمله افسردگی، بسیاری از بیماران به این نوع درمان جواب نمی‌دهند و حدود ۳۰٪ از کسانی که بلافاصله پس از درمان احساس بهبود داشته‌اند بعد از یک سال دچار عود مجدد افسردگی می‌شوند؛ لازم به نظر می‌رسد با در نظر گرفتن پژوهش‌های پیشین و کنونی در مورد علل و عوامل افسردگی، با دیدی جامع‌تر در مورد علل و عوامل دیگر دخیل در پیدایش، ثبات و عود افسردگی به‌عنوان بیماری که فرد را از حیطه فعالیت‌های اجتماعی دور می‌کند و میل به انزوا و سوءتعبیر از روابط اجتماعی را افزایش می‌دهد، پژوهش‌های بیشتری صورت گیرد. پژوهش حاضر نیز در همین راستا بر آن است تا تفاوت هر یک از متغیرهای یاد شده (طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های اسنادی و

فاطمه معین‌الغربائی و همکاران: مقایسه سبک‌های اسنادی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های ناکارآمد (سه بعد از ...

موفقیت درونی ۰/۷۴، موفقیت موفقیت پایدار ۰/۵۶ و موفقیت موفقیت کلی ۰/۷۶ به دست آمده است. پایایی باز آزمایی این پرسشنامه نیز در فاصله دوهفته‌ای ۰/۶۸ است (به نقل از معتمدی شارک و افروز، ۱۳۸۶).

۲- پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (فرم کوتاه): فرم کوتاه پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (یانگ و همکاران، ۱۳۸۶)، یک فرم خودگزارش‌دهی با ۷۵ جمله است که آزمودنی باید هر یک از جملات را بخواند و برحسب میزان درست بودن آن توصیف در مورد خودش در یک مقیاس درجه‌بندی لیکرت، نمراتی بین ۱ (کاملاً غلط) تا ۶ (کاملاً درست)، به آن بدهد. این ۷۵ جمله در ۱۵ مقیاس قرار گرفته‌اند که هرکدام از آن‌ها یکی از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را مورد بررسی قرار می‌دهد. نتایج مطالعه اسمیت، جوینز، یانگ و تلچ (۱۹۹۵) نشان داد که برای هر طرح‌واره ناسازگار اولیه، ضریب آلفایی از ۰/۸۳ تا (برای طرح‌واره خود تحول نیافته/ گرفتار) تا ۰/۹۶ (برای طرح‌واره نقص/ شرم) به دست آمد و ضریب آزمون بازآزمون در جمعیت غیربالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ بود. خرده مقیاس‌های اولیه، پایایی آزمون - بازآزمون و ثبات درونی بالایی نشان دادند.

۳- مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS): این مقیاس توسط وایسمنوبک در سال ۱۹۷۸ طراحی شد. این پرسشنامه ۴۰ آیتمی از افراد می‌خواهد تا سطح موافقت خود را با هر یک از جملات که بیان‌کننده احساسات مثبت و منفی به صورت کلی درباره خود است، در یک مقیاس هفت‌درجه‌ای

که گروه‌ها به لحاظ همگنی واریانس‌ها در متغیر سن همگن هستند ($F=۰/۰۰۴$, $df=۱/۱۱۸$, $sig=۰/۹۵۲$) و نتایج مربوط به تحلیل کوواریانس متغیرهای جنس و تحصیلات نیز نشان داد که این متغیرها تأثیر معناداری بر متغیرهای مربوط به شناخت اجتماعی ندارند.

ب). ابزار: ابزار مورد استفاده در پژوهش حاضر به شرح زیرند:

۱- پرسشنامه سبک اسناد: پرسشنامه سبک اسناد که یک وسیله خودسنجی است، اولین بار جهت اندازه‌گیری تبیین‌ها و اسنادهای افراد برای وقایع غیرقابل کنترل توسط پیترسون و سلیگمن (۱۹۸۴) ساخته شد. این وسیله اندازه‌گیری نمراتی را برای تفاوت‌های فردی در زمینه گرایش به اسناد علل وقایع خوشایند و ناخوشایند به عوامل درونی (در برابر بیرونی) پایدار (در برابر ناپایدار) و همه شمول (در برابر خاص) به دست می‌دهد (بیگدلی و هاشمیان، ۱۳۷۶؛ شولتز، ۱۳۷۹). روایی و اعتبار پرسشنامه در مطالعات بسیاری در حد بسیار مطلوب گزارش شده است (بیگدلی و هاشمیان، ۱۳۷۶؛ شولتز، ۱۳۷۹). در مطالعه پیترسون و سلیگمن (۱۹۸۴) ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۹۳، ۰/۸۹ و ۰/۹۰ برای ASQ برآورد شد. اسلامی شهربابکی در سال ۱۳۶۹ طی پژوهشی ده موفقیت فرضی را از پرسشنامه اصلی اقتباس کرده و آن را با شرایط اجتماعی و فرهنگی ایران منطبق کرده است. پایایی این پرسشنامه بر اساس مقیاس ضریب آلفای کرونباخ برای موفقیت شکست درونی ۰/۷۵، موفقیت شکست پایدار ۰/۴۳، موفقیت شکست کلی ۰/۷۳ و در موفقیت

ج). شیوه اجرا: برای اجرای پژوهش حاضر از بین افراد مراجعه کننده به کلینیک روان‌شناسی دانشگاه صنعتی شریف، افرادی که بر اساس تشخیص روان‌پزشک و تست افسردگی بک، تشخیص افسردگی گرفتند به‌عنوان گروه افسرده انتخاب شدند و پرسشنامه‌های مربوط به طرح پژوهش به آن‌ها داده شد تا آن‌ها را تکمیل نمایند. همچنین پرسشنامه‌ها بر روی گروه گواه که بر اساس تست افسردگی بک مبتلا به افسردگی نبودند، اجرا شد. این افراد خصوصیات زیر را داشتند:

الف) قبلاً هیچ گونه درمان روان‌شناختی دریافت نکرده بودند.

ب) در محور II طبقه‌بندی اختلالات روانی، تشخیص نداشتند (بدون اختلال شخصیت).

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان‌دهنده تفاوت معنادار بین دو گروه سالم و افسرده در تمامی سبک‌های اسنادی است (جدول ۲). بر این اساس، سبک اسناد افراد افسرده نسبت به افراد سالم در پیشامدهای منفی، بیشتر درونی و شخصی است (جدول ۱). اثرات منفی آن پایدار و فراگیر است و می‌تواند بر سایر جنبه‌های زندگی تأثیر بگذارد. در مقابل به هنگام پیشامدهای مثبت سبک اسناد این افراد بیشتر بیرونی است. اثرات مثبت آن ناپایدار و خاص است و بر سایر جنبه‌های زندگی تأثیر به‌سزایی ندارد. نمرات بالاتر سبک‌های اسنادی در موقعیت‌های منفی نشان‌دهنده اسنادهای درونی، پایدار و کلی است و هر چه این نمرات کمتر باشند سبک اسناد در موقعیت منفی به سمت

مشخص نمایند. روش نمره‌گذاری DAS به این شکل است که هر پاسخ، نمره‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۷ (کاملاً موافق) می‌گیرد؛ بنابراین نمره آزمودنی، از حداقل ۴۰ تا حداکثر ۲۸۰ خواهد بود. مطابق تحقیقات مختلف، میانگین نمرات به دست آمده برای افراد سالم از ۱۱۹ تا ۱۲۸ گزارش شده است و نمرات بالاتر، آسیب‌پذیری در برابر افسردگی و داشتن تحریف‌های شناختی را نشان می‌دهد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که همسانی درونی این مقیاس ۰/۹۰ و ثبات آن $r=0/73$ است (حمیدپور، صاحبی و طباطبایی ۱۳۸۴). یزدان دوست، رضوان طلب و پیروی (۱۳۸۰) به روش بازآزمایی، برای این مقیاس در ایران پایایی برابر ۰/۷۲ گزارش نمودند.

۴- پرسشنامه افسردگی بک (BDI, II): این آزمون به‌وسیله بک در سال ۱۹۷۶ ساخته شد. پرسشنامه مذکور از زمان تدوین تاکنون مورد ارزیابی روان‌سنجی گسترده‌ای قرار گرفته است و نتایج یک پژوهش فراتحلیلی نشان می‌دهد که ضریب همسانی درونی آن بین ۰/۷۳ یا ۰/۹۲ و با میانگین ۰/۸۶ بوده است (مارنات، ۱۳۸۴). ثبات درونی این آزمون برای دانشجویان ایرانی با آلفای ۰/۸۷ و پایایی آزمون بازآزمون آن $N=0/73$ به دست آمد (قاسم‌زاده، مجتبابی، کرم‌قدیری و ابراهیم‌خانی، ۲۰۰۵). واریس‌های روان‌سنجی BDI نشانگر وضعیت روان‌سنجی مناسب (روایی و پایایی قابل‌قبول) پرسشنامه یاد شده در نمونه‌های ایرانی است (صحراگرد، ۱۳۸۳).

فاطمه معین‌الغربائی و همکاران: مقایسه سبک‌های اسنادی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های ناکارآمد (سه بعد از ... بیرونی، ناپایدار و خاص گرایش پیدا خواهد کرد. و هر چه نمرات پایین‌تر باشند نشان‌دهنده همچنین نمرات بالا در موقعیت‌های مثبت نشانگر سبک‌های اسنادی بیرونی، ناپایدار و خاص است بود.

جدول ۱. تفاوت‌های گروهی دو گروه سالم و افسرده بر اساس سبک‌های اسناد در موقعیت‌های منفی و مثبت (N=60)

df	t	تفاوت میانگین‌ها	انحراف استاندارد	میانگین	گروه	سبک اسناد	موقعیت	
۱۱۹	-۶/۹۹*	-۰/۷۱	۰/۶۰۳	۳/۱۵	سالم	بیرونی / درونی	منفی (پیشامد ناخوشایند)	
			۰/۵۱۰	۳/۸۶	افسرده			
۱۱۹	-۱۵/۷۳*	-۱/۴۸	۰/۶۴۴	۲/۲۷	سالم	ناپایدار / پایدار		
			۰/۳۴۶	۳/۷۵	افسرده			
۱۱۹	-۱۰/۶۰*	-۰/۹۲	۰/۵۳۹	۲/۹۶	سالم	خاص / کلی		
			۰/۴۰۵	۳/۸۹	افسرده			
۱۱۹	-۱۲/۵۱*	-۱/۲۶	۰/۵۲۴	۲/۴۱	سالم	خاص / کلی		مثبت (پیشامد خوشایند)
			۰/۵۷۳	۳/۶۷	افسرده			
۱۱۹	-۱۴/۷۶*	-۱/۴۹	۰/۵۷۱	۲/۱۵	سالم	ناپایدار / پایدار		
			۰/۵۳۱	۳/۶۴	افسرده			
۱۱۹	-۱۲/۶۹*	-۱/۱۷	۰/۴۲۶	۲/۴۷	سالم	بیرونی / درونی		
			۰/۵۷۲	۳/۶۵	افسرده			
۱۱۹	-۱۵/۷۵*	-۱/۳۱	۰/۴۰۷	۲/۳۴	سالم	نمره کلی		
			۰/۴۹۳	۳/۶۶	افسرده			
۱۱۹	-۱۶/۳۳*	-۱/۰۴	۰/۳۵۷	۲/۷۹	سالم	نمره کلی	منفی (پیشامد ناخوشایند)	
			۰/۳۳۸	۳/۸۳	افسرده			

*P<۰/۰۰۰۱

علاوه بر این دو گروه در تمامی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه باهم تفاوت معناداری داشتند (جدول ۲). به این صورت که میانگین نمرات افراد افسرده در تمامی طرح‌واره‌های ناسازگار به طور کلی بیشتر از نمرات افراد سالم بود. از میان تمام طرح‌واره‌ها، میانگین نمره افراد افسرده در طرح‌واره‌های محرومیت هیجانی، انزوای اجتماعی، نقص و شرم، شکست، وابستگی و بازداری هیجانی تفاوت بیشتری (بیش از ده نمره) نسبت به سایر طرح‌واره‌ها در افراد عادی داشت. همچنین تفاوت میانگین نمره دو گروه در طرح‌واره‌های آسیب‌پذیری در برابر ضرر و ایثار از سایر طرح‌واره‌ها کمتر (کمتر از پنج واحد) بود (جدول ۱).

پیش‌شرط همگنی واریانس‌ها بر اساس آزمون لوین در مورد مقیاس‌ها و زیرمقیاس‌ها رعایت شده میان هیچ‌یک از واریانس‌ها تفاوت معناداری مشاهده نشد. لذا برای مقایسه گروه‌ها در خصوص مقیاس‌ها در دو گروه افسرده و سالم از آزمون تحلیل واریانس چندراهه استفاده شد.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چندراهه بر اساس سبک‌های اسناد، افکار ناکارآمد و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (N=۶۰)

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
افکار ناکارآمد	۱۰۳۹۵۷/۸۶	۱	۱۰۳۹۵۵۷/۸۶	۱۷۵/۹۹	۰/۰۰۱
افسردگی	۷۲۴۷/۵۱	۱	۷۲۴۷/۵۱	۲۸۸/۳۲	۰/۰۰۱
خویشن‌داری	۱۴۰۵/۷۰	۱	۱۴۰۵/۷۰	۱۰۴/۲۲	۰/۰۰۱
استحقاق	۱۴۳۶/۵۴	۱	۱۴۳۶/۵۴	۶۷/۷۹	۰/۰۰۱
معیارهای سخت‌گیرانه	۱۴۵۴/۲۶	۱	۱۴۵۴/۲۶	۷۰/۵۶	۰/۰۰۱
بازداری	۳۱۴۲/۵۸	۱	۳۱۴۲/۵۸	۱۶۰/۵۱	۰/۰۰۱
ایثار	۱۶۴/۰	۱	۱۶۴/۰	۷/۲۲۸	۰/۰۰۱
محرومیت	۳۸۹۶/۱۵۰	۱	۳۸۹۶/۱۵۰	۲۰۱/۳۱۵	۰/۰۰۱
رهاشستگی	۹۲۳/۵۵۸	۱	۹۲۳/۵۵۸	۳۷/۰۳۱	۰/۰۰۱
بی‌اعتمادی	۱۱۲۹/۷۹۳	۱	۱۱۲۹/۷۹۳	۴۹/۴۹۷	۰/۰۰۱
انزوای اجتماعی	۲۷۰۸/۲۳۴	۱	۲۷۰۸/۲۳۴	۱۶۰/۵۴۳	۰/۰۰۱
نقص و شرم	۳۴۰۳/۱۶۴	۱	۳۴۰۳/۱۶۴	۲۵۵/۱۲۰	۰/۰۰۱
شکست	۵۳۳۹/۱۸۴	۱	۵۳۳۹/۱۸۴	۳۱۴/۵۱۹	۰/۰۰۱
وابستگی	۲۰۷۱/۹۳	۱	۲۰۷۱/۹۳	۱۳۰/۱۰۸	۰/۰۰۱
آسیب‌پذیری	۲۶۳/۸۷۲	۱	۲۶۳/۸۷۲	۱۱/۷۱۴	۰/۰۰۱
گرفتار	۱۶۵۵/۷۰۹	۱	۱۶۵۵/۷۰۹	۶۵/۵۹۵	۰/۰۰۱
اطاعت	۲۱۶۰/۴۴۲	۱	۲۱۶۰/۴۴۲	۱۴۲/۵۰۹	۰/۰۰۱
موقعیت مثبت	۳۲/۱۵۱	۱	۳۲/۱۵۱	۱۵۳/۲۷۵	۰/۰۰۱
موقعیت منفی	۲۳/۲۳۷	۱	۲۳/۲۳۷	۱۹۰/۸۳۹	۰/۰۰۱

در مقیاس نگرش‌های ناکارآمد نیز میانگین نمره افراد دو گروه تفاوت معناداری باهم داشت. به این صورت که گروه افسرده با شدت بیشتری این نگرش‌های ناکارآمد را گزارش کردند (جدول ۱ و ۲).

نتیجه‌گیری و بحث

یافته‌های پژوهش از فرضیه‌های اصلی طرح درباره تفاوت معنی‌دار افراد افسرده و عادی در ابعاد سه‌گانه شناخت اجتماعی حمایت کردند. یافته‌ها نشان دهنده تفاوت معنادار بین دو گروه

در مقیاس نگرش‌های ناکارآمد نیز میانگین نمره افراد دو گروه تفاوت معناداری باهم داشت. به این صورت که گروه افسرده با شدت بیشتری این نگرش‌های ناکارآمد را گزارش کردند (جدول ۱ و ۲).

فاطمه معین‌الغربائی و همکاران: مقایسه سبک‌های اسنادی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های ناکارآمد (سه بعد از ...

۱۹۸۴) معتقدند زمانی که افراد دارای چنین شیوه اسناد آسیب‌پذیر هستند دچار ناکامی و شکست می‌شوند، آن‌ها به‌احتمال‌زیاد اسنادهای درونی، پایدار و کلی را به عمل آورده و از واکنش شدید افسردگی رنج خواهند برد.

در مورد تفاوت یا عدم متفاوت بین دو گروه در طرح‌واره‌های اولیه نتایج نشان دادند که دو گروه در تمامی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه باهم تفاوت معناداری دارند. به این صورت که میانگین نمرات افراد افسرده در تمامی طرح‌واره‌های ناسازگار به طور کلی بیشتر از نمرات افراد سالم بود. از میان تمام طرح‌واره‌ها، میانگین نمره افراد افسرده در طرح‌واره‌های محرومیت هیجانی، انزوای اجتماعی، نقص و شرم، شکست، وابستگی و بازداری هیجانی تفاوت بیشتری (بیش از ده نمره) نسبت به سایر طرح‌واره‌ها در افراد عادی داشت. همچنین تفاوت میانگین نمره دو گروه در طرح‌واره‌های آسیب‌پذیری در برابر ضرر و ایثار از سایر طرح‌واره‌ها کمتر (کمتر از پنج واحد) بود. همچنین نتایج به دست آمده درباره سومین سؤال پژوهشی مبنی بر تفاوت دو گروه افسرده و سالم در نگرش‌های ناکارآمد نشان داد که میانگین نمره افراد دو گروه در کل مقیاس نگرش‌های ناکارآمد تفاوت معناداری باهم دارد. به این صورت که گروه افسرده با شدت بیشتری این نگرش‌های ناکارآمد را تجربه می‌کنند.

این نتایج با نتایج پژوهش‌های اخیر که براین عقیده‌اند که شناخت‌های منفی به‌عنوان یک عامل خطر ساز جهت شروع افسردگی عمل می‌کنند، همخوان‌اند. به‌عنوان مثال، لوینسون،

همخوان است. در این مطالعات معلوم شد دانشجویانی که وقایع ناخوش آیند را به‌صورت درونی، پایدار و کلی تبیین می‌کنند در موقعیت‌های غیرقابل‌کنترل، درماندگی بیشتری را تجربه می‌نمایند. در تبیین این نتایج می‌توان به پژوهش آبرامسون، سلیگمن و تیسدل (۱۹۸۷) اشاره کرد. آن‌ها فرض کردند بجای اینکه درماندگی به‌طور خودکار نتیجه یک تجربه غیرقابل‌کنترل باشد، پاسخ شخص وابسته به ادراکش از این است که چرا تجربه غیرقابل‌کنترل به وقوع می‌پیوندد. اگر علت به‌صورت پایدار بجای ناپایدار درک شود، در این صورت تأثیرات درماندگی در موقعیت‌های ویژه به‌احتمال‌زیاد طولانی‌مدت خواهد شد. اگر علت به این صورت درک شود که بجای یک موقعیت، موقعیت‌های زیادی را شامل شود (در اصطلاح آبرامسون و همکاران «کلی» در مقابل «ویژه») در این صورت اثرات درماندگی به سایر موقعیت‌ها تعمیم پیدا خواهد کرد. نهایتاً اگر علت درونی درک شود (درماندگی شخصی) در مقابل بیرونی (درماندگی جهانی)، در این صورت شخص از فقدان عزت‌نفس رنج خواهد برد. پترسون و سلیگمن (۱۹۸۴)، پیشنهاد کرده‌اند که برخی افراد «شیوه اسناد آسیب‌پذیر» دارند، به‌عبارت‌دیگر مجموعه‌ای از باورهای علی مستدل و دائمی باعث می‌شود که آن‌ها تجارب مثبت خود را به عوامل بیرونی، ناپایدار و ویژه از قبیل خوش‌شانسی نسبت بدهند، درحالی‌که تجارب منفی خود را به عوامل درونی، پایدار و کلی از قبیل ناشایستگی و یا فقدان هوش نسبت می‌دهند. پترسون و سلیگمن

گردید. تحلیل نتایج این پژوهش بیانگر رابطه معنادار طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و علائم سه‌گانه جسمانی سازی، اضطراب و افسردگی بود. در این میان طرح‌واره نقص/ شرم به طرز معناداری ($p < 0/01$) هر سه علامت را پیش‌بینی کرد. از طرفی بخشی از واریانس هر اختلال توسط طرح‌واره‌های خاصی به‌صورت معنادار پیش‌بینی شد. در تحلیل تشخیصی انجام شده، افسرده بودن یا سلامت روانی به‌عنوان متغیر وابسته و متغیرهای مربوط به سبک اسناد، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های ناکارآمد به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین در نظر گرفته شدند. همبستگی بین متغیرهای پیش‌بین و تابع تشخیص پیشنهاد می‌کند که طرح‌واره ناسازگار شکست بهترین پیش‌بینی کننده ابتلا به افسردگی است و پس‌از آن طرح‌واره‌های نقص و شرم، محرومیت هیجانی، نگرش‌های ناکارآمد و سبک اسناد مبنی بر پایداری موقعیت‌های منفی به ترتیب قوی‌ترین متغیرهای پیش‌بینی کننده ابتلا به افسردگی بعد از طرح‌واره شکست، بودند. متغیرهای فوق همبستگی مثبت با تابع تشخیص داشتند به این معنا که هر چه نمره فرد در هر یک از متغیرها افزایش یابد احتمال افسردگی نیز بالاتر می‌رود. در تبیین این نتایج می‌توان به این موضوع اشاره کرد که طرح‌واره‌های شکست، نقص و شرم و محرومیت هیجانی، هر سه جزء طرح‌واره‌های غیرشرطی هستند. به‌طورکلی طرح‌واره‌هایی که در اوایل سیر تحول انسان شکل می‌گیرند و اغلب در محور ساختار شناختی انسان قرار دارند، باورهای غیرشرطی درباره خود و دیگران

جوینر و رود در پژوهشی که سال ۲۰۰۱ انجام دادند، دریافتند که نوجوانانی که نگرش‌های ناکارآمد بیشتری در زمان اول داشتند، به علاوه اتفاقات استرس‌زای بیشتر در یک فاصله زمانی، در زمان دوم احتمال بیشتری داشت که یک دوره افسردگی را تجربه کنند (بارکاسا و آیگونو، ۲۰۰۷).

در پژوهش دیگری که با هدف بررسی رابطه بین نگرش‌های ناکارآمد و راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روانی در دانش‌آموزان دوره متوسطه انجام شد؛ آزمودنی‌ها (۷۶ پسر و ۷۴ دختر) به سؤالات «مقیاس نگرش‌های ناکارآمد» (DAS)، «فهرست واریسی راهبردهای مقابله‌ای» (CCL) و «پرسشنامه سلامت عمومی» (GHQ) پاسخ دادند. یافته‌ها نشان داد که رابطه معناداری بین نگرش‌های ناکارآمد و سلامت روانی وجود دارد. همچنین بین راهبردهای مقابله‌ای و مؤلفه اختلال در عملکرد اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که عملکرد و تأیید اجتماعی (مؤلفه‌های نگرش‌های ناکارآمد) با همدیگر ۱۶ درصد از واریانس سلامت روانی را تبیین می‌کنند ($0/01 < P$). همچنین یافته‌ها نشان دادند که نمرات دختران نسبت به نمرات پسران در نگرش‌های ناکارآمد به‌طور معناداری بالاتر و در راهبردهای مقابله‌ای پایین‌تر است (ربیعی و همکاران، ۱۳۸۸). در پژوهش دیگری که توسط شهامت (۱۳۸۹) انجام شد دو پرسشنامه فرم کوتاه طرح‌واره یانگ (SQ) و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) بر ۱۵۹ دانشجوی دانشگاه فردوسی مشهد اجرا

فاطمه معین‌الغربائی و همکاران: مقایسه سبک‌های اسنادی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های ناکارآمد (سه بعد از ...

پژوهش حاضر اولین پژوهشی است که در ایران رابطه بین سه مؤلفه از مؤلفه‌های شناخت اجتماعی و افسردگی را مورد بررسی قرار داده است. بین این پژوهش با پژوهش‌های قبلی انجام شده در حیطه شناخت اجتماعی سه تفاوت عمده وجود دارد: اول اینکه، در مطالعه‌های قبلی بیشتر از آزمون‌های شناختی متمرکز بر توانمندی‌های شناختی مثل زیرمقیاس‌های آزمون هوش و کسلر استفاده شده است و به سایر جنبه‌های شناخت اجتماعی پرداخته نشده است. دوم اینکه، اغلب پژوهش‌های انجام شده به صورت تجربی یا شبه تجربی بوده‌اند و فرد را در محیط طبیعی‌اش بررسی نکرده‌اند. در نتیجه تعمیم نتایج آن‌ها باید با احتیاط بیشتری صورت گیرد. همچنین در هیچ‌کدام از آن‌ها امکان پیش‌بینی بیماری روانی بر اساس مؤلفه‌های شناخت اجتماعی، بررسی نشده است. سوم اینکه، مطالعات قبلی انجام شده در زمینه شناخت اجتماعی بیشتر بر روی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن روانی نظیر اسکیزوفرنی که به صورت آشکار از فعالیت‌های اجتماعی دور شده‌اند و تخریب شناخت‌های اجتماعی در آن‌ها مشهود است، انجام شده است و توجه چندانی به بیماری‌های نوروتیک که از فراوانی بالاتری برخوردارند؛ نشده است.

نهایتاً آنچه در این پژوهش به دست آمده، در عین همسویی با دیگر یافته‌ها در خارج از ایران، بیانگر تمایزهایی نیز بوده است. واقعی بودن یا نبودن این تمایزها، و درست یا نادرست بودن حدس‌ها و فرض‌های مربوط به این تمایزها و تشابهات، امری عینی نیست بلکه نوعی گمانه‌زنی

هستند. طرح‌واره‌هایی که بعداً در سیر تحول شکل می‌گیرند، شرطی‌اند. طرح‌واره‌های غیرشرطی، هیچ راه‌گزینی برای فرد باقی نمی‌گذارند. مهم نیست که فرد چه کاری انجام می‌دهد، زیرا در هر صورت نتیجه یکی است: فرد، بی‌لیاقت، نالایق، دوست‌نداشتنی، بدبخت، در معرض خطر و بد خواهد بود و هیچ‌چیز نمی‌تواند آن را تغییر دهد. از همین کسانی که طرح‌واره‌های غیرشرطی در آن‌ها از قوت بیشتری برخوردار است، بیشتر احتمال دارد که دچار کمبود عزت‌نفس و افسردگی شوند (یانگ و همکاران، ۱۳۸۶). همچنین نگرش‌های ناکارآمد (خشنود کردن، تأثیر گذاشتن، متأثر شدن، آسیب‌پذیری و کمال‌گرایی) در افراد افسرده فراوانی بیشتری دارند که این یافته با پژوهش‌های متعددی همخوان است (سیلیا و همکاران، ۱۹۹۵؛ به نقل از اسماعیلی و همکاران، ۱۳۸۸).

نگرش‌های ناکارآمد معیارهای انعطاف‌ناپذیر و کمال‌گرایانه‌ای هستند که فرد از آن برای قضاوت درباره خود و دیگران استفاده می‌کند. از طرفی زمانی که این نگرش‌های ناکارآمد با سبک اسناد مبتنی بر تداوم و پایداری موقعیت‌های منفی همراه شود باعث شکل‌گیری شناخت‌هایی در فرد در مورد خود و محیط اطرافش می‌شود که همه اتفاقات را بد و آسیب‌زا تلقی می‌کند و همین باعث می‌شود که علاوه بر افسردگی، سبکی از زندگی اجتماعی را انتخاب کند که کمترین آسیب را از طرف دیگران و اجتماع ببیند و نوعی از شناخت‌های منفی اجتماعی در فرد گسترش یابد.

بازآزمایی‌های مکرر می‌تواند زدااینده ابهام‌ها و تردیدها باشد، وگرنه ما از عینیت‌ها فاصله می‌گیریم پس آنچه به دست آمده، همخوانی یا ناهمخوانی یافته‌ها، تنها دریچه‌ای است و نه بیشتر.

است، بدین خاطر هر نوع فرض یا حدسی خود نیازمند بازکاوی مسئله و ازسرگیری آن در جلوه‌ای دیگر است. چه به زمینه‌های فرهنگی نزدیک شویم، چه ابزار ارزیابی را نقادانه بنگریم و چه محدود بودن شرایط آزمایش کنونی را بهانه کنیم، راهی جز این نیست که اشاره کنیم که تنها

منابع

- Aakre, J. M. (2010). Attributional style in schizophrenia: Associations with suspiciousness and depressed mood (Doctorate dissertstion). Retrived from [http:// www.ohiolink.edu](http://www.ohiolink.edu)
- Abramson, L. Y.; Seligman, M. E. & Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation . *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Abela John, R. Z. & Skitch, Steven A. (2007). Dysfunctional attitudes, self-esteem, and hassles: cognitive vulneraility to depression in children of affectively ill parents . *Behavior Research and therapy*, 45: 1127-1140.
- Burcusa, S. L. & Iacono, W. G. (2007). Risk for recurrence in depression . *Clinical psychology review*, Article in press.
- Beer, J. S. & Ochsner, K. N. (2006). Social cognition: A multi-level analysis . *Brain Research*, 1079: 98-105.
- Bervin, C. (2007). *Cognitive foundation of clinical psychology*. Translate by Mahmoud Alilu, M.; Bakhshipour, A. & Saburi moghadam, H. Tabriz, Ravan Pouya publication. (Persian)
- Bigdeli, I. & Hashemiyan, K. (1997). Experimental assessment of influencing attribution style in learned helplessness . *Psychological Research*, 4, Vol: 3 & 4: 60-71. (Persian)
- Burns D. D. & Spangler, D. L. (2001). Do changes in dysfunctional attitudes mediate changes in depression and anxiety in cognitive behavioral therapy ? *Behavior therapy*. 32, 2: 337-369.
- Blackwood, N. J.; Bentall, R. P.; Fytche, D. H; Simmons, A.; Murray. R. M. & Howard. R. J. (2003). Self-responsibility and the self-serving bias: an fMRI investigation of causal attributions . *Neuro Image*, 20: 1076-1085.
- Calvete, E.; Villardon, L. & Estevez, A. (2008). Attributional style and depressive symptoms in adolescents: An examination of the role of various indicators of cognitive vulnerability . *Behaviour Research and Therapy*, 46 (8): 944-953.
- Delavar, A. (2007). *Theoretical and scientific foundations in humanities and Social Sciences*. Tehran: Roshd.
- Esmaeili, M.; Mahmod Aliloo, M.; Bakhshipoor Rodsari, A. & Sharifi, M. A. (2009). A survey of dysfunctional attitudes and coping strategies in primary hypertension . 2; 5(2):117-32.

- Ghassemzadeh, H.; Mojtabai, R.; Karamghadiri, N. & Ebrahimkhani, N. (2005). Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory second edition: BDI-Persian. *Depression and Anxiety*, 21, 185° 192.
- Gal, M.; Bourg, V. & Gal, G. (2003). *Qualitative and quantitative research method in psychology*. Translated by Nasr, A. & et al. Tehran, Samt Publication. (Persian)
- Hamidpour, H.; Sahebi, A. & Tabatabaei, M. (2005). Comparing effectiveness of Beck cognitive therapy and Teazdel cognitive therapy in dysthymia. *Behavior and Thought Journal*, 11, No. 2: 150-163. (Persian)
- Luty, S. E.; Joyce, P. R.; Mulder, R. T.; Sullivan, P. E. & Mc Kenzie, M. (1999). The relationship of dysfunctional attitudes to personality in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*. 54 (1-2): 75-80.
- Marnat, G. (2006). *Handbook of Psychological Assessment For clinical psychologists, counselors and psychiatrists*. Translated by Pasha Sharifi & Nikkhou. Tehran: Sokhan Publication
- Mohseni, N. (2004). *Theories in developmental psychology: social cognition and emotion*. Tehran, Pardis publication. (Persian)
- Moitamedi, F. & Afruz, GH. (2007). Relationship between attribution style and mental health in intelligent students. *Behavior and Thought Journal*, 13, No.2: 173-181. (Persian)
- Nshon, P. M.; Joiner, T. E. & Rhode, P. (2001). Evaluation of cognitive diathesis stress models in predicting major depressive disorder in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 203° 215
- Olsson, A. & Ochsner, K. N. (2007). The role of social cognition in emotion. *Trends in cognitive sciences*, 12 (2): 65-71.
- Peterson, C. & Seligman, M. E. P. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression. *Psychological Review*, 91 (3): 347-374.
- Rabie, M.; Molavi, H.; Kalantari M. & Azimi, H. The relationship between dysfunctional attitudes and coping strategies and mental health. *Journal of Educational and Psychological Studies*, Year IV, No. II, Serial No. 10, Fall -Winter 1, 21-30 P
- Sahragard, M. (2005). *Evaluate the psychometric properties Beck Depression Inventory*. Thesis. Tehran: Shahed University.
- Sadock, B. & Sadock, V. (2007). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry*. Translated by Rafiei & Sobhaniyan. Tehran: Nasl Farda & Arjmand Publication.
- Schulz, D. & Schulz, S. (2001). *Personality theories*. Translated by Yahya SeyedMohamadi. Tehran: Nashr Virayesh institute.
- 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 schemata. *Cognitive therapy and Research*, 19 (3): 295-321.
- Shahamat, F. (2011). Predicting the public health symptoms (somatization, anxiety and depression) based on the early maladaptive schemas. *Modern psychological research Psychology*, No. 20(5):103-124

- Weissman, A. N. & Beck, A. T. (1978). Development and validation of the dysfunctional attitude scale. Paper presented at the annual meeting of the association for the advancement of behavior therapy. Chicago: IL.
- Yang, J. (2005). *Cognitive therapy of personality disorder: Schema therapy*. Translated by Sahebi, A. & Hamidpour, H. Tehran, Arjmand Publication. (Persian)
- Yang, J.; Klosko, J. & Vishar, M. (2007). *Schema therapy: guideline for clinician*. Translated by Hamidpour, H. & Anduz, Z. Tehran, Arjmand Publication. (Persian)
- Yazdandoust, R.; Rezvan Talab, H. M. & Peiravi, A. (2001). Investigating unhealthy attitudes, Depression and Coronary Heart Disease of CCU inpatients . *Behavior and Thought Journal*, 6, No. 4: 24-44. (Persian)
- Zaki, J. & Ochsner, K. N. (2011). Reintegrating the Study of Accuracy into Social Cognition Research . (Target Article) *Psychological Inquiry*, 22:3, 159-182.

