

## Research Article

# The Mediating Role of Maladaptive Intrapersonal-Interpersonal Schemas and Avoidance Between Perception of Childhood Traumas and Depression Symptoms

M. Rezaei<sup>1\*</sup>, M. Shariat Bagheri<sup>2</sup> & A. Mokhber Dezfuli<sup>3</sup>

1. Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Birjand, Birjand, Iran. Email: Mehdi.rezaei15@birjand.ac.ir.
2. Department of Clinical-Educational Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. Email: dr.mahdi706@yahoo.com
3. Ph. D in psychology, Lorestan University, Khoramabad, Iran. Email: amdezfuli@yahoo.com

## Abstract

**Aim:** The aim of this study was to determine the mediating role of maladaptive intrapersonal-interpersonal schemas and avoidance between the perception of childhood traumas and depression. **Methods:** The research method was a descriptive correlational study using correlation. The statistical population was the students of Islamic Azad University (Shahryar and Quds branches) who were studying in the academic year of 2020-2021. 489 students were selected using the available sampling method from this population. Data were collected using Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), the Early Maladaptive Schemas Questionnaire (SQ-SF), the Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ), the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II), and the Beck Depression Inventory-II (BDI-II). The data were analyzed by Pearson correlation and structural equation analysis (SEM) with SPSS<sub>26</sub> and AMOS<sub>22</sub> software, respectively. **Results:** The results showed that intrapersonal schemas play a mediating role between childhood traumas (neglect and abuse) and depression ( $p < 0.05$ ). Also, childhood neglect and abuse predicted depression through the mediation of two schema (intrapersonal and interpersonal) and avoidance variables ( $p < 0.05$ ). In this study, the mediation of interpersonal schemas between childhood traumas and depression was not significant ( $p > 0.05$ ) and only predict depression through avoidance ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** In this study, the mediating role of intrapersonal schemas between childhood traumas and depression was confirmed, while the interpersonal schema only predicted depression through avoidance. Therefore, in order to treatment of depression, it seems necessary to focus on schemas especially intrapersonal schemas and cognitive-behavioral manipulation such as cognitive and behavioral avoidance.

**Key words:** Avoidance, Childhood trauma, Depression, Intrapersonal schemas, Interpersonal Schemas

**Citation:** Rezaei, M., Shariat Bagheri, M., & Mokhber Dezfuli, A. (2023). The Mediating Role of Maladaptive Intrapersonal-Interpersonal Schemas and Avoidance Between Perception of Childhood Traumas and Depression Symptoms. *Quarterly of Applied Psychology*, 17 (3):221-243.

## نقش میانجی طرحواره‌های ناسازگار درون‌فردی - بین‌فردی و اجتناب بین ادراک تروماهای دوران کودکی و نشانه‌های افسردگی

مهدی رضایی<sup>۱\*</sup>، محمدمهدی شریعت‌باقری<sup>۲</sup> و علیرضا مخبردزفولی<sup>۳</sup>

۱. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه بیرجند، بیرجند، ایران. ایمیل: mehdi.rezaei15@birjand.ac.ir

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی-تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. ایمیل: dr.mahdi706@yahoo.com

۳. دکترای روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران. ایمیل: amdezfuli@yahoo.com

### چکیده

**هدف:** هدف این مطالعه، تعیین نقش میانجی طرحواره‌های ناسازگار درون‌فردی - بین‌فردی و اجتناب بین ادراک تروماهای دوران کودکی و افسردگی بود. **روش:** روش این پژوهش توصیفی، از نوع همبستگی بود. جامعه آماری، دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی (واحدهای شهریار و شهر قدس) بودند که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ مشغول تحصیل بودند. از این جامعه ۴۸۹ نفر از با روش نمونه‌گیری در دسترس از انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌های ترومای کودکی (CTQ)، طرحواره‌های ناسازگار اولیه (SQ-SF)، پذیرش و عمل (AAQ-II)، تفکر ارجاعی (PTQ) و افسردگی بک-دو (BDI-II) استفاده شد. داده‌ها بوسیله آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون و تحلیل معادلات ساختاری (SEM) به ترتیب با نرم افزار SPSS<sup>26</sup> و AMOS<sup>22</sup> مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که طرحواره‌های درون‌فردی، بین تروماهای کودکی (غفلت و سواستفاده) و افسردگی نقش میانجی دارد ( $p < 0/05$ ). همچنین غفلت و سواستفاده کودکی با میانجی‌گری دو متغیر طرحواره‌ها (درون‌فردی و بین‌فردی) و اجتناب، افسردگی را پیش‌بینی می‌کردند ( $p < 0/05$ ). در این مطالعه، میانجی‌گری طرحواره‌های بین‌فردی بین تروماهای کودکی و افسردگی معنادار نبود ( $p > 0/05$ ) و فقط از طریق اجتناب می‌توانست افسردگی را پیش‌بینی کند ( $p < 0/05$ ). نتیجه‌گیری: در این مطالعه نقش میانجی طرحواره‌های درون‌فردی بین تروماهای کودکی و افسردگی مورد تأیید قرار گرفت. ولی طرحواره بین فردی فقط از طریق اجتناب افسردگی را پیش‌بینی می‌کرد. بنابراین، در درمان افراد افسرده تمرکز بر طرحواره‌ها بویژه طرحواره‌های درون‌فردی و دستکاری رفتاری-شناختی از قبیل اجتناب رفتاری و شناختی ضروری به نظر می‌رسد.

**کلید واژه‌ها:** اجتناب، افسردگی، تروماهای کودکی، طرحواره‌های درون‌فردی، طرحواره‌های بین‌فردی

## مقدمه

افسردگی شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی است (نوح‌ای ونگ و همکاران، ۲۰۲۱) که با پیامدهای منفی اجتماعی-اقتصادی از قبیل از قبیل بیکاری، کاهش درآمد، افت تحصیلی، کاهش حمایت اجتماعی، پرخاشگری و خودکشی همایند است (الواهی و الهاوایی، ۲۰۲۰). میزان شیوع افسردگی خفیف، متوسط و شدید در دانشجویان ایرانی به ترتیب ۲۶/۱٪، ۱۵/۵٪ و ۶/۴٪ برآورد شده است (جعفری و همکاران، ۲۰۲۱). با توجه میزان شیوع نسبتاً بالا و پیامدهای منفی افسردگی، شناسایی عوامل زمینه‌ساز و مرتبط با آن ضروری به نظر می‌رسد. یکی از متغیرهایی که با طیف وسیعی از اختلال‌های روان‌شناختی از جمله افسردگی ارتباط دارد، تجارب ناخوشایند یا تروماهای دوران کودکی (CT) است (دوی و همکاران، ۲۰۱۹).

تروماهای دوران کودکی به عنوان سوءاستفاده و غفلت از کودکان زیر ۱۸ سال تعریف می‌شود که مشتمل بر سوءاستفاده فیزیکی، هیجانی (روان‌شناختی)، جنسی و غفلت فیزیکی و هیجانی است (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳). تروماهای دوران کودکی یک پدیده جهانی است که شیوع نسبتاً بالایی دارد. برای مثال، ۶۳ درصد از افراد مبتلا به اختلال‌های خلقی، تروماهای دوران کودکی را تجربه کرده‌اند (دوی و همکاران، ۲۰۱۹). اما یک سؤال اساسی وجود دارد که تروماهای کودکی چگونه با افسردگی ارتباط دارند؟ بنابراین، تعیین مسیرها و میانجی‌هایی که تروماهای کودکی از آن طریق با افسردگی رابطه دارند ضروری به نظر می‌رسد. در این راستا، نظریات متعددی بر اهمیت تجارب اولیه در سلامت روان تاکید کرده‌اند. برای مثال طبق نظریه دلبستگی بالبی، امنیت دلبستگی و به تبع آن سلامت روان، ناشی از تأمین اعتماد، محبت، آسایش، غذا و گرما توسط مراقب یا مراقبین است. از سوی دیگر، تهدیدات محیطی و بدرفتاری‌ها (از قبیل، بی‌تفاوتی، غفلت، بی‌ثباتی) زمینه‌ساز دلبستگی‌های ناایمن و بروز اختلال‌های روانی خواهد بود (کاپلادو و پرلدا، ۲۰۱۸). بنابراین، در این نظریه تروماهای کودکی از طریق دلبستگی ناایمن زمینه‌ساز اختلال‌های روانی مثل افسردگی می‌شود. همچنین نظریات شناختی نشان داده‌اند که تجارب آسیب‌زا ریشه طحاره‌های منفی و افکار بنیادین بوده و فرد را مستعد افسردگی می‌کنند (مثل، لی‌هی، ۲۰۱۸). بعلاوه، نظریه اجتماعی زیستی لینهان (۱۹۹۳) بیان می‌کند که محیط سوءاستفاده‌گر و نامعتبر از طریق اعتبارزدایی هیجان‌ات و تجربیات، افراد را مستعد اختلال‌های روانی می‌کند. درنهایت، طبق نظریه شناختی یانگ، کلو سو و ویشار (۲۰۰۶) تجارب ناخوشایند دوران کودکی، با ایجاد طحاره‌های ناسازگار اولیه (EMS) ناهنجاری‌های روانی را تسهیل می‌کند. به عبارت دیگر، تجارب ناخوشایند دوران کودکی با سرشت دشوار افراد ترکیب شده و زمینه‌ساز رشد طحاره‌های ناسازگار اولیه می‌شود. طحاره‌های ناسازگار نیز از طریق گسترش

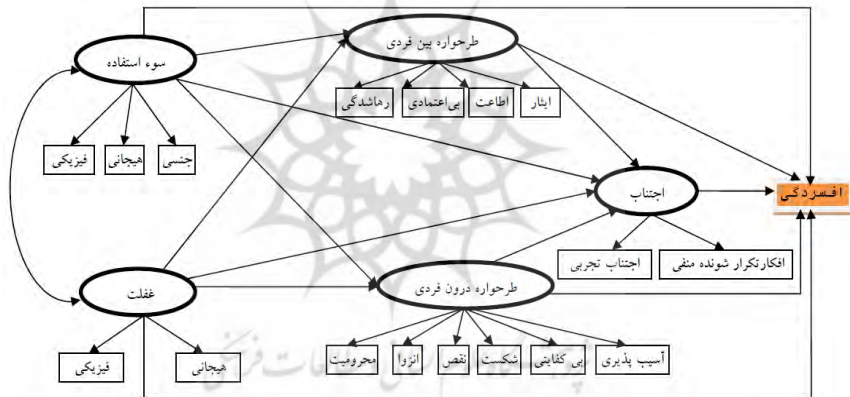
راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار از قبیل اجتناب، بروز اختلالات روانی را تسهیل می‌کنند. به صورت کلی، این نظریات بیان می‌کنند که تجارب اولیه کودک، اثر تعیین‌کننده‌ای بر سیستم فکری، هیجانی و رفتاری فرد نسبت به خود و دیگران دارد. بدین ترتیب می‌توان گفت تجارب اولیه منجر به شکل‌گیری الگوهای کارکرد درونی و طرحواره‌های ناسازگار بین‌فردی و درون‌فردی می‌شود (کوریك، ویر، مارتین و کریستین، ۲۰۱۵). طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهای عمیق هستند که در دوران کودکی از طریق تجارب ناخوشایند شکل گرفته و به رابطه فرد با خود و دیگران (درون‌فردی و بین‌فردی) مربوط می‌شوند و به شدت ناکارآمد هستند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶). مطالعات زیادی بر نقش تروماهای کودکی را در اختلال‌های روان‌شناختی تاکید کرده‌اند. در این راستا، مطالعات فراتحلیل نشان داده‌اند که تروماهای کودکی به صورت مستقیم و غیرمستقیم از طریق EMS با افسردگی بزرگسالی ارتباط دارند (شی و همکاران، ۲۰۲۰؛ هومفریز و همکاران، ۲۰۲۰). برای مثال در فراتحلیل لی، اویتن و میدگلی (۲۰۲۰) و مطالعه رضایی، غضنفری و رضایی (۲۰۱۶) تروماهای کودکی از طریق طرحواره‌های حوزه بریدگی و طرد (رهاشده‌گی، بی-اعتمادی، نقص، محرومیت هیجانی و انزوای اجتماعی) افسردگی دانشجویان را پیش‌بینی کرد. همچنین در مطالعه یجیت و کلیک (۲۰۲۱) تروماهای کودکی از طریق طرحواره‌های دو حوزه بریدگی و طرد و خودمختاری و عملکرد مختل با اختلالات درون‌سازی از قبیل افسردگی ارتباط داشت. در نهایت، در مطالعه گانگ و چان (۲۰۱۸) نیز تروماهای کودکی از طریق EMS با افسردگی ارتباط داشت. اما این مطالعات طرحواره‌ها را به صورت کلی بررسی کرده‌اند درحالی که طرحواره‌ها به دو دسته درون‌فردی (درباره خود) و بین‌فردی (درباره دیگران) تقسیم می‌شوند. از سوی دیگر، بعضی از تروماهای کودکی مثل غفلت جنبه بین‌فردی آشکاری ندارند درحالی که بعضی از آن‌ها مثل سوءاستفاده فیزیکی و جنسی، جنبه بین‌فردی و اثرات تهاجمی بالایی دارند. بنابراین، سؤال ایجاد می‌شود که آیا هر دو دسته طرحواره‌ها (درون‌فردی و بین‌فردی) بین تروماهای مبتنی بر غفلت و سوءاستفاده با افسردگی میانجی‌گری می‌کنند؟ به همین دلیل در مطالعه حاضر به جای مطالعه کلی تروماها، آن‌ها نیز به دو دسته غفلت و سوءاستفاده تقسیم شدند. در این راستا، علاوه بر بررسی نقش مستقیم غفلت و سوءاستفاده در افسردگی، یکی دیگر از اهداف اساسی این مطالعه، تعیین نقش میانجی طرحواره‌های درون‌فردی و بین‌فردی در رابطه بین غفلت و سوءاستفاده با نشانه‌های افسردگی بود.

لازم به ذکر است، برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که وجود EMS به خودی خود، منجر به افسردگی نمی‌شود (پوزل و کناف، ۲۰۱۱). بعد از شکل‌گیری EMS و فعال شدن آن‌ها، افراد از راهبردهای کنارآمدن ناسازگار استفاده می‌کنند. در نظریه شناختی یانگ و همکاران (۲۰۰۶)،

اجتناب (در کنار تسلیم و جبران افراطی) یکی از راهبردهای اساسی مقابله‌ای ولی ناسازگار معرفی شده است. در واقع، طبق نظر یانگ و همکاران (۲۰۰۶) اجتناب یک رفتار غیرانطباقی تلقی می‌شود (مثل مصرف الکل). نظریات مختلف، نگاه متفاوتی به راهبرد اجتناب دارند. برای مثال، در نظریه سبک‌های پاسخ‌دهی نالن‌هاکسما (۱۹۹۱) افکار تکرارشونده منفی (تفکر تکراری و منفعل درباره مشکلات اخیر، رویدادهای ناخوشایند گذشته و نگرانی رویدادها منفی آینده) نیز به عنوان یک راهبرد اجتنابی تلقی می‌شود و پژوهش‌ها نیز از این عقیده حمایت می‌کنند (استروبی و همکاران، ۲۰۰۷). طبق این رویکرد، با فعال شدن افکار تکرارشونده منفی (که خود می‌تواند ناشی از فعال شدن طرحواره‌ها باشد)، افراد درگیر یک فرایند عملیاتی می‌شوند تا این افکار منفی را سرکوبی کند. تلاش برای سرکوبی باعث می‌شود که فرد اجتناب تجربی (EA) را نیز تجربه کند (هایز و اوستیس، ۲۰۲۰). اجتناب تجربی به ارزیابی‌های منفی افراطی از حس‌ها، احساسات، افکار خصوصی ناخواسته و عدم تمایل به تجربه کردن این رویدادها و تلاش‌های فردی برای کنترل یا فرار از آن‌ها اطلاق می‌شود (هایز و اوستیس، ۲۰۲۰). بنابراین، اجتناب می‌تواند به شکل شناختی (افکار تکرارشونده منفی) و تجربی رخ دهد. در این راستا، رضایی و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که EMS از طریق اجتناب تجربی افسردگی را پیش‌بینی می‌کند. همچنین، در پژوهش مجدآرا و همکاران (۱۳۹۶) اجتناب شناختی (افکار تکرارشونده منفی) بین EMS و نشانه‌های افسردگی نقش میانجی داشت. بعلاوه، کاستا، توماس، پساوا، میاندا و گالدینو (۲۰۲۰) نشان دادند که EMS و اجتناب بین تجارب ناخوشایند اوایل زندگی و اختلالات روان‌پزشکی میانجی‌گری می‌کند. بنابراین، هدف دیگر مطالعه حاضر تعیین نقش میانجی اجتناب (شناختی و تجربی) بین تروماهای کودکی (غفلت و سوءاستفاده) و افسردگی بود.

بر اساس پیشینه نظری و پژوهشی می‌توان گفت که تروماهای کودکی (غفلت و سوءاستفاده) علاوه بر اثر مستقیم، از طریق EMS و اجتناب با افسردگی ارتباط دارند. در سطح نظری، به نظر می‌رسد که EMS و اجتناب تجربی تأثیرات مشترکی بر ویژگی‌های روان‌شناختی دارند. همانطوری که برخی از سبک‌های والدینی و تجارب دوران کودکی با توسعه طرحواره‌های خاص مرتبط هستند، تجربه‌های اولیه نیز بر تحول اجتناب تجربی تأثیر می‌گذارند. به طوری که والدین مستبد (سرد، دور از دسترس، مزاحم) آن را توسعه می‌بخشند، ولی والدین گرم و دموکراتیک انعطاف‌پذیری (متضاد اجتناب تجربی) را ارتقا می‌دهند (فیشر، اسماوت و دیفابرو، ۲۰۱۶). به عبارت دیگر، به نظر می‌رسد ترکیب مفاهیم نظریه‌های طرحواره‌درمانی، سبک پاسخ‌دهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در تبیین افسردگی نقش بیشتری داشته باشد (فیشر و همکاران، ۲۰۱۶). در این راستا، چو و همکاران (۲۰۲۲) و یین و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند

که تروماهای کودکی علاوه بر اثر مستقیم، از طریق اجتناب شناختی (از قبیل افکار تکرارشونده منفی) نیز با افسردگی دارد. در مطالعه، دیگر غضنفری و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند که تروماهای کودکی به صورت مستقیم و غیرمستقیم از طریق افکار تکرارشونده منفی و اجتناب تجربی افسردگی دانشجویان را پیش‌بینی می‌کند. در نهایت در مطالعه ماو و همکاران (۲۰۲۳) نیز افکار تکرارشونده منفی بین تروماهای کودکی و افسردگی نقش میانجی‌گری داشت. در نهایت، هدف کلی این پژوهش تعیین نقش میانجی‌گری طرحواره‌ها ناسازگار (درون‌فردی و بین‌فردی) و اجتناب (شناختی و تجربی) بین تروماهای کودکی (غفلت و سوءاستفاده) و نشانه‌های افسردگی دانشجویان بود. لذا، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به سؤال‌های زیر است: الف) آیا مدل مفهومی پژوهش (شکل ۱) از برازش مطلوبی برخوردار است یا نه؟ ب) آیا طرحواره‌های ناسازگار (درون‌فردی و بین‌فردی) و اجتناب (شناختی و تجربی) بین تروماهای کودکی (غفلت و سوءاستفاده) و نشانه‌های افسردگی دانشجویان نقش میانجی دارد؟



شکل ۱. مدل مفهومی افسردگی

## روش

روش مطالعه توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل دانشجویان دانشگاه آزاد واحد شهریار و شهر قدس بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ مشغول تحصیل بودند. از این جامعه تعداد ۴۸۹ نفر (۴۴=پسر، ۴۴۵=دختر؛ با میانگین سنی  $22/74 \pm 6$ ) به صورت در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بود از رضایت آگاهانه و انگیزه کافی برای تکمیل

پرسش‌نامه‌ها. ملاک‌های خروج نیز عبارت بود از تکمیل ناقص پرسش‌نامه و داشتن اختلال حاد روان‌پزشکی یا جسمی.

بعد از انتخاب نمونه، ۴۸۹ پرسش‌نامه با حضور در کلاس بین شرکت‌کنندگان پخش شد. قبل از شروع پاسخ‌دهی، هدف پژوهش و نحوه تکمیل پرسش‌نامه‌ها به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. برای افزایش دقت پاسخ‌دهی، قبل از شروع کلاس با اساتید کلاس‌های مربوطه هماهنگی‌های لازم به عمل می‌آمد و در حین کلاس با حضور پژوهش‌گر پرسش‌نامه‌ها پخش و تکمیل می‌شدند. البته برای جلوگیری از اثر ترتیب اجرای پرسش‌نامه، آن‌ها در ترکیب‌های متفاوتی اجرا شدند و فقط پرسشنامه ترومای کودکی به علت داشتن گویه‌های حساس مربوط به سوءاستفاده جنسی به عنوان آخرین پرسش‌نامه اجرا گردید. همچنین درباره محرمانه بودن اطلاعات اطمینان کافی به شرکت‌کنندگان داده شد و به همین دلیل از نوشتن اطلاعات هویتی خودداری گردید. ۲۷ نفر از شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌ها را به صورت ناقص پر کرده بودند و از نمونه حذف شدند و تعداد نمونه به ۴۶۲ نفر کاهش یافت. حین غربال‌گری نیز، ۲۳ نفر دارای داده‌های پرت بودند که آن‌ها نیز از فرایند تجزیه و تحلیل حذف شدند و نمونه نهایی به ۴۳۹ نفر کاهش یافت. برای تجزیه تحلیل داده‌ها از همبستگی پیرسون و تحلیل معادلات ساختاری استفاده گردید. داده‌ها بوسیله نسخه ۲۶ نرم افزار SPSS و نسخه ۲۴ نرم افزار ایموس (AMOS) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## (ب) ابزار

۱. پرسش‌نامه تروماهای کودکی (CTQ-SF): این پرسش‌نامه توسط برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) ساخته شده و ادراک فرد از تروماهای دوران کودکی را در ۵ حیطه سوءاستفاده جنسی، فیزیکی، هیجانی و غفلت فیزیکی و هیجانی اندازه‌گیری می‌کند. این پرسش‌نامه ۲۸ گویه دارد (۳ گویه اعتباری و ۲۵ گویه بالینی) و در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (هرگز برای من رخ نداده=۱، اکثر اوقات برای من رخ داده=۵) نمره‌گذاری می‌شود. گویه‌های ۳، ۵، ۶، ۷، ۱۴، ۱۵، ۱۸ و ۲۵ به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل نمرات ۲۵ و حداکثر نمرات ۱۲۵ می‌باشد. روایی سازه‌ای، ساختار ۵ عاملی ( $RMSEA=0/06$ ) و روایی تمییز (تفکیک معنادار افراد بهنجار از افراد بالینی) آن در نسخه اصلی تایید شده است. پایایی آن نیز به روش آلفای کرونباخ برای افراد بهنجار برای مقیاس‌های سوءاستفاده جنسی، فیزیکی، هیجانی و غفلت فیزیکی و هیجانی به ترتیب، ۰/۹۲، ۰/۸۳، ۰/۸۷، ۰/۶۱ و ۰/۹۱ محاسبه شده است (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران نیز نوبخت، اجاقی و دالی (۲۰۲۱) با تایید ساختار ۵ عاملی، روایی

همزمان آن را با مقیاس مواجه با تروما (TESS) ۰/۷۱ بدست آوردند و پایایی نمره کل پرسش‌نامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ و به روش آزمون بازآزمون (با فاصله دو ماه) ۰/۸۵ محاسبه نمودند. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسش‌نامه ۰/۸۶ و برای خرده مقیاس‌های سوءاستفاده هیجانی ۰/۷۳، سوء استفاده فیزیکی ۰/۶۸، سوءاستفاده جنسی ۰/۴۹، غفلت هیجانی ۰/۷۶ و برای غفلت جسمانی ۰/۶۰ بدست آمد.

**۲. فرم کوتاه پرسش‌نامه طرحواره یانگ (YSQ-SF):** این پرسش‌نامه توسط یانگ و همکاران در سال ۲۰۰۳ ساخته شده و ۱۵ طرحواره ناسازگار را در ۵ حوزه زیر اندازه‌گیری می‌کند: حوزه بریدگی و طرد (رهاشدگی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نقص و شرم، انزوای اجتماعی/بیگانگی)، حوزه خودگردانی و عملکرد مختل (وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و زیان، خود تحول‌نیافته/گرفتار، شکست)، حوزه محدودیت‌های مختل (استحقاق/بزرگ منشی، خویشتن داری و خود انطباطی ناکافی)، حوزه دیگر جهت‌مندی (اطاعت و ایثار) و حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (بازداری هیجانی و معیارهای سرسختانه). این پرسش‌نامه ۷۵ گویه دارد که در یک مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای (کاملاً در مورد من غلط است = ۱، کاملاً در مورد من درست = ۶) نمره‌گذاری می‌شود. در این مطالعه، گویه‌های مربوط به ۱۰ طرحواره (از ۱۵ طرحواره) یعنی رهاشدگی/بی‌ثباتی، بدرفتاری/بی‌اعتمادی، طاعت و ایثار (طرحواره‌های بین‌فردی) و محرومیت هیجانی، نقص و شرم، انزوا و بیگانگی، شکست، آسیب‌پذیری به ضرر و زیان و بی‌کفایتی نمره‌گذاری شد. روایی سازه‌ای (RMSEA=۰/۰۶) و تمیز (تفکیک معنادار افراد بهنجار از افراد افسرده) نسخه فارسی آن تایید شده و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسش‌نامه ۰/۷۶ و برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۷۰ (اطاعت) تا ۰/۸۷ (محرومیت هیجانی) محاسبه شده است (خسروانی، نجفی و محمدزاده، ۲۰۲۰). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای نمره کل طرحواره‌های درون‌فردی ۰/۹۰ و برای بین‌فردی ۰/۸۲ بدست آمد و برای خرده مقیاس‌های طرحواره‌های درون‌فردی محرومیت هیجانی، نقص/شرم، انزوا/بیگانگی، شکست، آسیب‌پذیری به ضرر و بی‌کفایتی به ترتیب، ۰/۶۶، ۰/۷۷، ۰/۷۵، ۰/۸۳، ۰/۸۱، ۰/۶۸ بدست آمد. همچنین برای خرده مقیاس‌های طرحواره‌های بین‌فردی رهاشدگی، بدرفتاری/بی‌اعتمادی، اطاعت و ایثار به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۱، ۰/۷۶ و ۰/۵۷ برآورد شد.

**۳. پرسش‌نامه تفکر ارجاعی (PTQ):** این پرسش‌نامه توسط اهرینگ و همکاران (۲۰۱۱) ساخته شده و سه حوزه افکار تکرارشونده منفی زیر را شامل می‌شود: تکراری و ناخوانده بودن، بی‌اثر بودن و تسخیر فضای ذهن. گویه‌های این پرسش‌نامه در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (=۰ هرگز، =۴ تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. روایی همزمان این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه



سبک پاسخ‌دهی ( $r=0/72$ ) و پرسشنامه نگرانی پنیسلوانیا ( $r=0/70$ ) در حد مطلوب بدست آمده است (اهرینگ و همکاران، ۲۰۱۱). میزان ضرایب آزمون-بازآزمون در طول ۴ هفته برای نمره کل پرسش‌نامه و زیرمقیاس‌های افکار تکراری/ناخوانده بودن، بی‌اثر بودن و تسخیر فضای ذهنی به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۶۶، ۰/۶۸، ۰/۶۹ و ۰/۶۹ گزارش گردیده است. همچنین آلفای کرونباخ آن به ترتیب برای مقیاس‌های بالا ۰/۹۵، ۰/۹۲، ۰/۷۷ و ۰/۸۲ بدست آمده است (اهرینگ و همکاران، ۲۰۱۱). در ایران نیز روایی همزمان با پرسش‌نامه افسردگی بک ۰/۶۰ محاسبه شده است (غضنفری و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل و زیرمقیاس‌های افکار تکراری/ناخوانده بودن، بی‌اثر بودن و تسخیر فضای ذهنی ۰/۸۷، ۰/۸۳، ۰/۶۸ و ۰/۷۲ گزارش شده است (قدم‌پور، بزرگ‌بفرویی و حیدریانی، ۱۳۹۸). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ ۰/۹۳ برای نمره کل بدست آمد.

**۴. ویرایش دوم پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ-II):** این پرسشنامه که توسط باند و همکاران (۲۰۱۱) طراحی شده است و ۱۰ گویه دارد که دو عامل اجتناب از تجارب هیجانی (۷ گویه) و کنترل روی زندگی (۳ گویه) را شامل می‌شود. روایی همزمان آن در نسخه اصلی با پرسش‌نامه افسردگی بک و مقیاس SCL-90-R به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۶۵ گزارش شده و ضریب آزمون بازآزمون برای کل پرسش‌نامه در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ برآورده شده است (باند و همکاران، ۲۰۱۱). روایی همزمان نسخه فارسی آن با پرسش‌نامه سلامت روان عمومی ۰/۳۶- و با مقیاس افسردگی و اضطراب بک به ترتیب ۰/۵۷ و ۰/۵۱ گزارش شده است. پایایی آن نیز به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و به روش آزمون بازآزمون (با فاصله ۳ هفته) ۰/۷۱ بدست آمده است (ایمانی، ۱۳۹۵). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ ۰/۹۰ بدست آمد.

**۵. پرسشنامه افسردگی بک-نسخه دو (BDI-II):** این پرسش‌نامه توسط بکف ستیر و براون (۱۹۹۶) برای سنجش شدت افسردگی طراحی شده است. هر گویه نمره‌ای بین صفر (نشانه سلامت روان) تا ۳ (نشانه حاد بودن افسردگی) دارد و پاسخ‌دهندگان در یک طیف ۴ درجه‌ای درباره حضور نشانه‌ها در دو هفته اخیر پاسخ می‌دهند. گویه‌های این پرسش‌نامه، نشانه‌های اصلی افسردگی را می‌سنجد. بک و همکاران (۹۹۶) پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ برای گروه بالینی ۰/۸۶ و برای غیربالینی ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. در ایران نیز قاسم‌زاده، مجتبابی، کرم‌قادری و ابراهیم‌خانی (۲۰۰۵) روایی همزمان آن را با مقیاس افکار خودکار منفی ۰/۷۷ محاسبه کردند. همچنین پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ، ۰/۸۷ و از طریق آزمون بازآزمون ۰/۷۴ گزارش گردید (قاسم‌زاده و همکاران، ۲۰۰۵). در مطالعه حاضر نیز آلفای کرونباخ ۰/۸۸ بدست آمد.

یافته‌ها

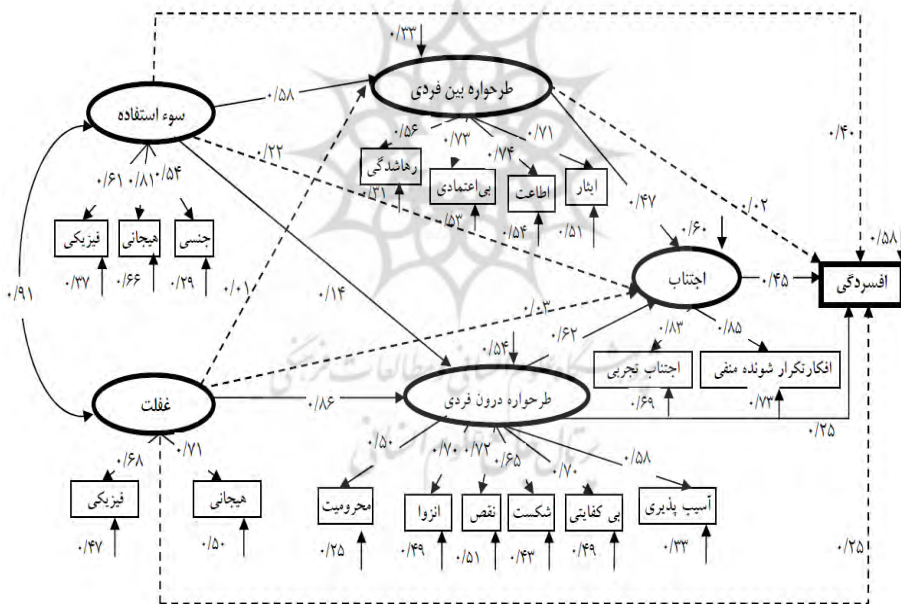
جدول شماره ۱ شاخص‌های توصیفی و ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی و همبستگی بین متغیرهای پژوهش (n=۴۳۹)

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	
۱- سرنخ‌نقشه میزبانی	-																		
۲- سرنخ‌نقشه فرزندگی	**	-																	
۳- سرنخ‌نقشه جنسی	**	**	-																
۴- عقاید میزبانی	**	**	**	-															
۵- عقاید فرزندگی	**	**	**	**	-														
۶- محرمیت میزبانی	**	**	**	**	**	-													
۷- فرزند	**	**	**	**	**	**	-												
۸- سرزمین	**	**	**	**	**	**	**	-											
۹- نخبند	**	**	**	**	**	**	**	**	-										
۱۰- میزبانی	**	**	**	**	**	**	**	**	**	-									
۱۱- آسینولتری	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	-								
۱۲- آزار عبادگی	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	-							
۱۳- آسینولتری	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	-						
۱۴- انعطاف	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	-					
۱۵- آسینولتری	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	-				
۱۶- آسینولتری	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	-			
۱۷- آسینولتری	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	-		
۱۸- آسینولتری	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	-	
میانگین	۵۱۸	۵۱۸	۵۱۸	۵۱۸	۵۱۸	۵۱۸	۵۱۸	۵۱۸	۵۱۸	۵۱۸	۵۱۸	۵۱۸	۵۱۸	۵۱۸	۵۱۸	۵۱۸	۵۱۸	۵۱۸	۵۱۸
انحراف معیار	۱۱۶	۱۱۶	۱۱۶	۱۱۶	۱۱۶	۱۱۶	۱۱۶	۱۱۶	۱۱۶	۱۱۶	۱۱۶	۱۱۶	۱۱۶	۱۱۶	۱۱۶	۱۱۶	۱۱۶	۱۱۶	۱۱۶

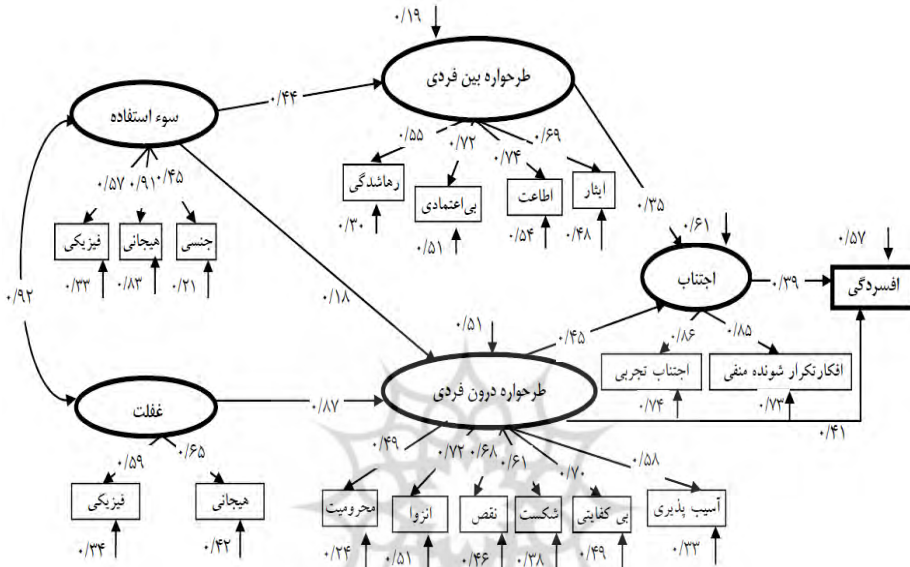
\* p<./۰۵ \*\* p<./۰۱

همانطوری که جدول شماره ۱ نشان می‌دهد دامنه همبستگی میان متغیرها از ۰/۰۷ (بین غفلت فیزیکی و طرحواره رهاشدگی) تا ۰/۷۵ (بین افکار تکرارشونده منفی و اجتناب تجربی) متغیر است. در این میان فقط، ضریب همبستگی بین غفلت فیزیکی و طرحواره رهاشدگی معنادار نیستند ( $P > ۰/۰۵$ ). سپس مفروضه‌های معادله ساختاری بررسی شد. در این راستا، بعد از حذف داده‌های پرت تک متغیری (۱۷ نفر) و چندمتغیری (۶ نفر) با استفاده از نمودار جعبه‌ای و فاصله مهالانویس، مفروضه بهنجاری چندمتغیری رعایت گردید (قرار گرفتن ضریب چولگی و کشیدگی متغیرها در دامنه ۲- تا ۲+). مفروضه عدم هم خطی چندگانه نیز با استفاده آماره تحمل ( $> ۰/۱۰$ ) و تورم واریانس ( $< ۱۰$ ) بررسی و تایید شد (آماره تحمل متغیرها بین ۰/۳۵ تا ۰/۸۵ و آماره تورم واریانس بین ۱/۱۷ تا ۲/۸۵ بود). همچنین مفروضه رابطه خطی متغیرها از طریق نمودارهای پراکنندگی مورد تایید قرار گرفت. در نهایت، برازش مدل مفهومی پژوهش مورد آزمون قرار گرفت که در شکل شماره ۲ نشان داده شده است.



شکل ۲. ضرایب استاندارد مسیرها در مدل مفهومی. خطوط منقطع مسیرهایی که معنادار نبودند را نشان می‌دهد.

بررسی شاخص‌های برازش نشان می‌دهد که مدل اولیه با مقدار  $X^2$  برابر ۷۱۴/۲۷ ( $p < 0.05$ ) از برازش لازم برخوردار نیست و نیاز به اصلاح دارد ( $RMSEA = 0.104$ ,  $X^2/DF = 5/76$ ). بنابراین، مدل اولیه با حذف مسیرهایی که معنادار نبودند اصلاح شد. شکل شماره ۳ مدل اصلاح شده را نشان می‌دهد.



شکل ۳. ضرایب استاندارد مسیره‌ها در مدل اصلاح شده

همانطوری که شکل شماره ۳ نشان می‌دهد ۱۹ درصد از واریانس طرحواره‌های ناسازگار بین فردی، ۵۱ درصد از واریانس طرحواره‌های ناسازگار درون فردی، ۶۱ درصد از واریانس اجتناب و ۵۷ درصد از واریانس افسردگی بوسیله مدل اصلاح شده تبیین گردید. شاخص‌های برازش جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که مدل اصلاح شده از برازش مطلوبی برخوردار است ( $NFI = 0.90$ ,  $TLI = 0.92$ ,  $CFI = 0.93$ ,  $GFI = 0.91$ ,  $RMSEA = 0.065$ ,  $X^2/DF = 2/87$ ). ( $PNF = 0.74$ )

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل اصلاح شده

شاخص‌ها	مقادیر	دامنه‌ی مورد قبول	نتیجه
مجذور خی ( $X^2$ )	۳۶۲/۲۰	$> ۰/۰۵$	
سطح معناداری (P .value)	۰/۰۰۰۱		نامطلوب
مجذور خی بر درجه آزادی ( $X^2/DF$ )	۲/۸۷	$< ۳$	مطلوب
شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۱	$> ۰/۹۰$	مطلوب
ریشه میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA)	۰/۰۶۵	$< ۰/۱$	مطلوب
شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)	۰/۹۳	$> ۰/۹۰$	مطلوب
شاخص توکر-لویس (TLI)	۰/۹۲	$> ۰/۹۰$	مطلوب
برازندگی هنجار شده بنتلر-بانت (NFI)	۰/۹۰	$> ۰/۹۰$	مطلوب
شاخص برازش هنجاری شده ایجاز (PNFI)	۰/۷۴	$> ۰/۵۰$	مطلوب

جدول شماره ۳ نیز پارامترهای اندازه‌گیری روابط مستقیم متغیرها را نشان می‌دهد. همانطوری که جدول ۳ نشان می‌دهد تمامی مسیرهای مستقیم در مدل اصلاح شده معنادار می‌باشند ( $p < ۰/۰۵$ ) که در آن بیشترین ضریب استاندارد به مسیر غفلت کودکی به طرحواره‌های درون فردی ( $\beta = ۰/۸۷$ ) و کمترین ضریب استاندارد به مسیر سوءاستفاده کودکی به طرحواره‌های درون فردی ( $\beta = ۰/۱۸$ ) مربوط می‌شود.

جدول ۳. آماره‌های اندازه‌گیری روابط مستقیم متغیرها در مدل اصلاح شده

مسیرها	SE	B	( $\beta$ )	CR	Sig
غفلت به طرحواره درون فردی	۰/۰۹	۰/۶۳	۰/۸۷	۱	۰/۰۰۰۱
سوءاستفاده به طرحواره بین فردی	۰/۰۸	۰/۱۹	۰/۴۴	۶/۹۵	۰/۰۰۰۱
سوءاستفاده به طرحواره درون فردی	۰/۰۸	۰/۱۹	۰/۱۸	۲/۴۰	۰/۰۱۶
طرحواره بین فردی به اجتناب	۰/۲۹	۰/۷۳	۰/۳۵	۲/۴۸	۰/۰۱۳
طرحواره درون فردی به افسردگی	۰/۲۴	۱/۴۶	۰/۴۱	۵/۹۵	۰/۰۰۰۱
طرحواره درون فردی به اجتناب	۰/۴۰	۱/۳۱	۰/۴۵	۳/۳۰	۰/۰۰۰۱
اجتناب به افسردگی	۰/۰۸	۰/۴۷	۰/۳۹	۵/۲۷	۰/۰۰۰۱

برای بررسی اثرات غیرمستقیم از روش بوت استراپ استفاده شد که در جدول شماره ۴ نشان داده شده است. از آنجا که حد و پایین و بالا برای همه مسیرها هم‌علامت است (شامل صفر نمی‌شود)، می‌توان گفت که تمامی مسیرهای غیرمستقیم در مدل اصلاح شده معنادار است ( $p < .05$ ).

جدول ۴. پارامترهای اندازه‌گیری روابط غیرمستقیم متغیرها در مدل اصلاح شده

جهت مسیرهای غیرمستقیم	SE	بوت	حد پایین	حد بالا
سوءاستفاده ← طرحواره درون فردی ← اجتناب	۰/۳۹	۰/۳۱	۱/۱۸	۲/۳۸
غفلت ← طرحواره درون فردی ← افسردگی	۰/۵۴	۰/۴۶	۱/۲۹	۱/۰۸
سوءاستفاده ← طرحواره درون فردی ← افسردگی	۰/۴۲	۰/۳۳	۲/۴۱	۵/۷۵
طرحواره درون فردی ← اجتناب ← افسردگی	۰/۳۲	۰/۲۴	۱/۵۸	۲/۶۹
طرحواره بین فردی ← اجتناب ← افسردگی	۰/۴۴	۰/۲۹	۱/۱۲	۲/۰۸
غفلت ← طرحواره درون فردی ← اجتناب ← افسردگی	۰/۴۸	۰/۳۹	۰/۷۶	۱/۳۱
سوءاستفاده ← طرحواره درون فردی ← اجتناب ← افسردگی	۰/۶۱	۰/۵۵	۰/۷۹	۱/۵۰
سوءاستفاده ← طرحواره‌های بین فردی ← اجتناب ← افسردگی	۰/۳۱	۰/۱۹	۰/۹۹	۱/۷۰

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین برآزش مدل مفهومی افسردگی با نقش میانجی طرحواره‌های درون فردی - بین فردی و اجتناب بین تروما‌های کودکی و افسردگی در دانشجویان انجام شد. نتایج حاصل از آن نشان داد که مدل اولیه نیاز به اصلاح دارد و با اصلاح آن مدل پیشنهادی به برآزش مطلوب رسید. این مطالعه نتایج چندگانه داشت که نیاز به بحث و تبیین دارد.

یکی از نتایج مطالعه حاضر این بود که سوءاستفاده‌های دوران کودکی از طریق طرحواره‌های ناسازگار اولیه بین فردی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه بین فردی از طریق اجتناب، افسردگی را پیش‌بینی می‌کند. در واقع مسیر مستقیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه بین فردی به افسردگی معنادار نبود و فقط از طریق اجتناب می‌توانست افسردگی را پیش‌بینی کند. همخوان با این مطالعه، مطالعات زیادی نشان دادند که سوءاستفاده‌های دوران کودکی طرحواره‌های ناسازگار اولیه بین فردی را پیش‌بینی می‌کند (رضایی و همکاران، ۲۰۱۶؛ یجیت و همکاران، ۲۰۲۱؛ گانگ و چان، ۲۰۱۸). در این مطالعات سوءاستفاده‌های دوران کودکی، طرحواره‌های بین فردی (رهاشدگی، بی‌اعتمادی، نقص توجه‌طلبی، ایثار، اطاعت) و افسردگی دانشجویان را پیش‌بینی

کرد. بعلاوه، هم‌راستا با این پژوهش، مطالعاتی هم نشان دادند طرحواره‌های ناسازگار اولیه بین-فردی، اجتناب را پیش‌بینی می‌کند. برای مثال، کاستا و همکاران (۲۰۲۰) و مجدآرا و همکاران (۱۳۹۶) نشان دادند که طرحواره‌های بین‌فردی از قبیل رهاشدگی، بدرفتاری و بی‌اعتمادی از طریق اجتناب شناختی و تجربی، افسردگی را پیش‌بینی می‌کند.

در تبیین اثر سوءاستفاده بر طرحواره‌های بین‌فردی می‌توان گفت که در اکثر خانواده‌های متجاوز و بدرفتار، درک شدن یا عشق وجود ندارد، آسیب‌دیدن و قربانی شدن رایج است و والدین به جای توجه و اهمیت قائل شدن به نیازهای کودک، بیشتر نیازهای هیجانی یا منزلت اجتماعی خود را راضا می‌کنند. به عبارت دیگر، والدین (یا افراد مهم) بیشتر در راستای ارضای نیاز خودشان رفتار می‌کنند و به صورت هیجانی، جسمانی و حتی جنسی از او سوءاستفاده می‌کنند. در نتیجه کودک به این استنباط می‌رسد که در دنیا رها شده است (طرحواره رهاشدگی)، دیگران قابل اعتماد نیستند (طرحواره بی‌اعتمادی) و باید همواره نیازهای دیگران را ارضا کند (طرحواره ایثارگری و اطاعت) (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶). در تبیین میانجی‌گری طرحواره بین‌فردی و اجتناب بین سوءاستفاده و افسردگی نیز می‌توان گفت، بعد از شکل‌گیری طرحواره‌ها، آن‌ها همواره برای بقای خود تلاش می‌کنند و رفتارهای غیرانطباقی (نوعی راهبردهای مقابله‌ای) را فعال می‌سازند. یکی از این راهبردهای مقابله‌ای، اجتناب است. افراد به‌هنگام استفاده از راهبرد مقابله‌ای اجتناب، سعی می‌کنند طرحواره هیچ وقت فعال نگردد. از فکر کردن به طرحواره اجتناب می‌کنند و یا ممکن است به طور افراطی دارو مصرف کنند یا پرخوری کنند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین آن‌ها برای اجتناب از طرحواره، تلاش می‌کنند با ناآگاهی زندگی کنند، وجود طرحواره را انکار می‌کنند، حواس خود را پرت می‌کنند یا تلاش می‌کنند طرحواره‌ها را از ذهن خود بیرون کنند. در واقع، افراد نمی‌خواهند طرحواره را احساس کنند و هنگامی که احساس و هیجان ناشی از طرحواره به سطح آگاهی می‌رسد، خیلی سریع و به شیوه‌های متفاوت (بوژه به صورت افکار تکرارشونده منفی) از آن پرهیز می‌کنند (لی‌هی، ۲۰۱۸).

یکی دیگر از یافته‌های اصلی پژوهش حاضر این بود که سوءاستفاده‌های دوران کودکی از طریق طرحواره‌های ناسازگار اولیه درون‌فردی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه درون‌فردی از طریق اجتناب افسردگی را پیش‌بینی می‌کند. ارتباط مستقیم سوءاستفاده‌های دوران کودکی با طرحواره‌های ناسازگار درون‌فردی در پژوهش‌های پیشین نیز نشان داده شده است. برای مثال در مطالعه رضایی و همکاران (۲۰۱۶)، گانگ و چان (۲۰۱۸) و مطالعه یجیت و همکاران (۲۰۲۱) سوءاستفاده‌های دوران کودکی، طرحواره‌های نقص/شرم، محرومیت هیجانی، شکست، پذیری به ضرر و زیان، بی‌کفایتی و اختلالات درون‌سازی را پیش‌بینی می‌کرد. همچنین غضنفری و همکاران

(۲۰۱۸)، چو و همکاران (۲۰۲۲) و بین و همکاران (۲۰۲۲) همسو با این مطالعه نشان دادند که طرحواره‌های ناسازگار درون فردی از طریق اجتناب افسردگی را پیش‌بینی می‌کنند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که ناکامی ناگوار نیازها احتمال توسعه طرحواره‌های درون فردی (بوژه طرحواره رهاشدگی) را نیز را افزایش می‌دهد. وقتی کودک تجارب خوشایندی را تجربه نمی‌کند طرحواره‌هایی مانند محرومیت هیجانی به دلیل نقص حمایتی، همدلی و محبت بوجود می‌آیند. از سوی دیگر، در محیط‌های بهره‌کش، کودک مدام در حال آسیب دیدن یا قربانی شدن قرار دارد. در چنین وضعیتی طرحواره‌هایی مثل، نقص/شرم یا آسیب‌پذیری نسبت به ضرر شکل می‌گیرد. همچنین، وقتی والدین (یا مراقب) به لحاظ روان‌شناختی بدرفتاری می‌کنند و یا مراقبت‌های لازم را به عمل نمی‌آورند کودک شرایط لازم (یا کافی) برای یادگیری عملکرد مستقل و خودمختار را تجربه نمی‌کند و مستعد شکل‌دهی طرحواره شکست و بی‌کفایتی می‌شود. به عبارت دیگر، کودک پیام‌هایی را که از طریق سوءاستفاده‌ها به او ارسال می‌شود (مستقیم یا تلویحی) درونی کرده و یک دیدگاه منفی نسبت به خود کسب می‌کند و در نهایت خود را مستحق بدرفتاری می‌داند (لی‌هی، ۲۰۱۸، لینهان، ۱۹۹۳). بعد از شکل‌گیری طرحواره درون فردی، تلاش برای کنترل یا بیرون راندن افکار یا احساسات ناشی از طرحواره شکل می‌گیرد که دو فرایند دارد. نخست، یک فرایند بازبینی خودکار که هشدار می‌دهد افکار منفی (مثل من شکست خورده هستم) مزاحمت ایجاد خواهند کرد. وقتی چنین اندیشه‌هایی در فرایند اول کشف شدند فرایند دوم، یعنی فرایند عملیاتی که کنترل شده‌تر است، شروع می‌شود. فرایند عملیاتی شامل تلاش-های ارادی و هشیارانه برای منحرف کردن توجه فرد است (اجتناب شناختی و تجربی). به عبارت دیگر، فرایند بازبینی خودکار یک نظام هشداردهنده اولیه است که به شخص هشدار می‌دهد افکار منفی و طرحواره‌ها حضور دارند. فرایند دوم، یک نظام پیش‌گیری فعال می‌باشد که از طریق منحرف کردن توجه فرد، طرحواره‌ها را از هشیاری دور نگه می‌دارد. تحت شرایط عادی، شاید این فرایند اجتناب به خوبی انجام می‌گیرد ولی در افرادی که طرحواره‌های ناسازگار دارند، بازبینی خودکار همچنان به مشخص کردن افکار منفی ادامه می‌دهد، اما فرایند عملیاتی دیگر نمی‌تواند مانع ورود افکار ناشی از طرحواره به هشیاری شوند. به عبارت دیگری سرکوبی ناشی از فرایند عملیاتی دیگر پاسخ‌گو نخواهد بود. در نتیجه، افکار تکرار شونده منفی (اجتناب شناختی) حتی با شدت و میزان بیشتری وارد هشیاری می‌شوند (لی‌هی، ۲۰۱۸).

بعلاوه، نتایج این مطالعه این نشان داد که غفلت دوران کودکی از طریق دو مسیر طرحواره‌های ناسازگار درون فردی و اجتناب افسردگی را پیش‌بینی می‌کند. در مطالعه یجیت و همکاران (۲۰۲۱) نیز تروماهای کودکی از طریق طرحواره‌های دو حوزه‌ی بریدگی و طرد و خودمختاری و



عملکرد مختل به طور غیرمستقیم با اختلالات درون‌سازی از قبیل افسردگی ارتباط داشت. بعلاوه این نتیجه با یافته‌های غضنفری و همکاران (۲۰۱۸) همسو است که در آن بدرفتاری‌ها و تروماها به طور غیرمستقیم از طریق اجتناب بر افسردگی اثر معنادار داشت. در تبیین میانجی‌گری طرحواره‌های درون‌فردی می‌توان گفت خانواده‌های سرد و غفلت‌کننده، به‌ندرت از کودک مراقبت می‌کنند و نیازهای فرد برای مراقبت، امنیت، محبت، همدلی، پذیرش و احترام مورد اغماض قرار می‌گیرد. افراد طردشده نیز این نواقص محیطی را به نقص (خیالی یا ناچیز) خودشان نسبت می‌دهند و طرحواره‌های ناسازگار درون‌فردی توسعه می‌یابند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶). در واقع رشد در محیط‌های غفلت‌کننده باعث می‌شود فرد در طول زندگی به این نتایج دست یابد: "کسی مرا دوست ندارد و درکم نمی‌کند" (محرومیت هیجانی)، "من فردی بی‌ارزش، بد، حقیر ناقص هستم" (نقص/شرم)، جایی در این جامعه ندارم (انزوایی‌گانگی)، "بدون کمک دیگران نمی‌توانم مسئولیت‌هایم را در حد قابل قبولی انجام دهم" (بی‌کفایتی)، "هر لحظه احتمال وقوع حادثه وجود دارد، چون کسی از من حمایت نمی‌کند" (آسیب‌پذیری به ضرر)، "من فردی شکست خورده هستم یا در آینده شکست خواهم خورد" (شکست). در نهایت، فرد یک دید منفی نسبت به خود (بویژه در حیطه شکست، نقص، بی‌کفایتی) پیدا می‌کند که او را مستعد افسردگی می‌کند. بعلاوه، زمانی که طرحواره‌های درون‌فردی فعال می‌شوند، افراد سطوح بالایی از احساسات منفی مانند رنجش شدید، اضطراب، پریشانی یا احساس گناه را تجربه می‌کنند که ناخوشایند است. بنابراین، افراد از رفتارهای مقابله‌ای اجتناب مانند سوء‌مصرف، پرخوری، ایجاد حواس‌پرتی، سرکوبی افکار و هیجان) استفاده می‌کنند تا از طرحواره‌های درون‌فردی فعال‌شده و احساسات مرتبط با این طرحواره‌ها اجتناب کنند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶).

در تبیین اثر اجتناب بر افسردگی نیز می‌توان گفت که اجتناب می‌تواند بر قضاوت‌ها و واکنش‌های ما نسبت به آگاهی درونی تاثیر بگذارد. درواقع، تلاش‌های مکرر برای حذف افکار، هیجان‌ات و حس‌های بدنی ناشی از طرحواره، احتمالاً منجر به بروز هیجان‌ات منفی می‌شود و فرد درگیر یک دور باطل می‌گردد که در آن واکنش به تجارب درونی منجر به تلاش‌های کنترلی می‌شود. به عبارت دیگر، تلاش برای کاهش ناراحتی و اجتناب از آن احتمالاً با گرایش به دور کردن توجه از تجربه درونی همراه است. این فقدان توجه می‌تواند وضوح آگاهی درونی را کاهش دهد و پاسخ‌دهی موثر را مشکل‌تر سازد (هایز و اوستیس، ۲۰۲۰). همچنین رویکرد رفتاری برای تبیین اثر اجتناب بر افسردگی، بر نقصان تقویت مثبت (در اثر اجتناب) تاکید می‌کند. این رویکرد افسردگی را، پیامد نبود یا کمبود تقویت مثبت، البته از نوع "پاسخ-وابسته" قلمداد می‌کند. تقویت پاسخ-وابسته به معنی تقویتی است که به کنش‌های فرد وابسته است. طبق رویکرد

رفتاری، وقتی رفتارهایی که زمانی به پاداش منتهی می‌شد، تقویت نگردند، ممکن است منجر به تداوم خلق غمگین شود. این فرایند بوسیله اجتناب رخ می‌دهد (مارتل، دیمیدجان و هرمان-دون، ۲۰۲۱).

پاسخ‌های هیجانی به فرد کمک می‌کند تا بسته به نیازهایش با دیگران به سرعت و به طور خودآیند تعامل برقرار کند. اجتناب از پاسخ‌های هیجانی، احتمالاً درک فرد را از تعاملات، نیازها و تمایلاتش مختل می‌کند. برای مثال، فردی که با پرت کردن حواس خود از طریق مصرف الکل از احساسات مزمن غم و ناراحتی ناشی از رهاشدگی اجتناب می‌کند، اطلاعاتی را که این احساسات می‌توانند برای وی فراهم کنند از دست می‌دهد؛ اطلاعاتی مثل ناراضی‌تی وی از شغل فعلی و نیاز به جستجوی راه‌هایی برای بهبود این موقعیت (لی‌هی، ۲۰۱۸). در نهایت می‌توان گفت، اجتناب واکنش‌های سرزنش‌گرایانه نسبت به تجارب درونی را افزایش می‌دهد، چون مانع اعتباریابی می‌شود. راهبرد متداول برای اجتناب از ناراحتی، پنهان کردن پاسخ‌های هیجانی است. این رویکرد می‌تواند برانگیختگی فیزیولوژیکی را هم افزایش دهد (لینهان، ۱۹۹۳). با پنهان کردن پاسخ‌های هیجانی مثل غم این امکان از دیگران سلب می‌شود که با هیجانات فرد همدلی کنند (لی‌هی، ۲۰۱۸).

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی به شرح زیر بود. اول اینکه، پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی است. بنابراین، نمی‌توان رابطه علی بین متغیرهای پیش‌بینی‌کننده و افسردگی ترسیم کرد. پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده برای استخراج روابط علی-معلولی از طرح طولی استفاده کنند. ثانیاً، این مطالعه فقط شامل طرحواره‌های درون‌فردی و بین‌فردی بود که در مطالعات قبلی بیشتر با علائم افسردگی مرتبط بودند. پیشنهاد می‌گردد که مطالعات آینده از سایر حوزه‌های طرحواره استفاده کنند. ثالثاً، در این مطالعه از ابزارهای خودسنجی استفاده شد که در معرض سوگیری هستند. چهارمین محدودیت به نمونه این مطالعه مربوط می‌شود که اکثراً از دانشجویان دختر تشکیل شده است و ممکن است نتایج در مردان قابل تکرار نباشد. با توجه به ترکیب مفاهیم نظریه‌های طرحواره‌درمانی، سبک پاسخ‌دهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و سهم معنادار متغیرهای میانجی در پیش‌بینی افسردگی، پیشنهاد می‌شود در درمان افسردگی از ترکیب این رویکردهای درمانی استفاده گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود نقش تعدیل‌کنندگی انعطاف-پذیری روان‌شناختی (متضاد اجتناب تجربی) بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نشانه‌های افسردگی مورد بررسی قرار گیرد.

## موازن اخلاقی

ملاحظات اخلاقی پژوهش، شامل بیان اصل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی و توجه به اصل گمنام بودن شرکت‌کنندگان، آزاد بودن شرکت‌کنندگان جهت شرکت در پژوهش و تحلیل داده‌ها به صورت کلی و دریافت آدرس پست الکترونیکی شرکت‌کنندگان در صورت تمایل برای دریافت نتیجه پژوهش بود.

## سپاسگزاری

نویسندگان، مراتب تشکر خود را از دانشجویان محترم دانشگاه آزاد اسلامی واحدهای شهریار و شهر قدس که در جمع‌آوری اطلاعات نقش داشته‌اند، اعلام می‌دارند.

## مشارکت نویسندگان

نویسنده اول مقاله وظیفه طراحی و نگارش مقاله را بر عهده داشت و نویسنده دوم مسئولیت تحلیل و اعتبارسنجی داده‌ها را بر عهده داشت. نویسنده سوم نیز مسئولیت ویرایش و گردآوری پیشینه پژوهش را بر عهده داشت.

## تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

## منابع

ایمانی، مهدی. (۱۳۹۵). بررسی ساختار عاملی پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در دانشجویان. *مجله مطالعات آموزش و یادگیری*، ۸(۱)، ۱۶۲-۱۸۱. [پیوند]

قدم‌پور، عزت‌اله، برزگر بفریوی، مهدی، و حیدریانی، لیلیا. (۱۳۹۸). رابطه بین ابعاد چشم‌انداز زمان و فرسودگی تحصیلی: نقش واسطه‌ای تفکر ارجاعی. *شناخت اجتماعی*، ۸(۱)، ۱۲۵-۱۴۰. [پیوند]

مجدد آراق الهه، مکوند حسینی، شاه‌رخ، ماریه، عرب‌قائنی، و اسبقی، الهام. (۱۳۹۶). نقش میانجی نشخوار فکری در رابطه بین اضطراب اجتماعی و افسردگی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۲(۴۷)، ۱۸۱-۲۰۳. [پیوند]

Alwhaibi, M., & Alhawassi, T. M. (2020). Humanistic and economic burden of depression and anxiety among adults with migraine: A systematic review. *Depression and Anxiety*, 37(11), 1146-11. [Link]

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck depression inventory-II. *Psychological assessment*. [\[Link\]](#).
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., . . . Desmond, D. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 27(2), 169-190. [\[Link\]](#).
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., . . . Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676-688. [\[Link\]](#).
- Capaldo, M., & Perrella, R. (2018). Child maltreatment: an attachment theory perspective. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 6(1), 14-28. [\[Link\]](#).
- Chu, Q., Wang, X., Yao, R., Fan, J., Li, Y., Nie, F., . . . Tang, Q. (2022). Childhood trauma and current depression among Chinese university students: a moderated mediation model of cognitive emotion regulation strategies and neuroticism. *BMC psychiatry*, 22(1), 1-13. [\[Link\]](#).
- Costa, I. F. d., Tomaz, M. P., Pessoa, G. d. N., Miranda, H. d. S., & Galdino, M. K. (2020). Early maladaptive schemas and harm avoidance as mediating factors between early life stress and psychiatric symptoms in adults. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42, 489-495. [\[Link\]](#).
- Devi, F., Shahwan, S., Teh, W. L., Sambasivam, R., Zhang, Y. J., Lau, Y. W., . . . Chong, S. A. (2019). The prevalence of childhood trauma in psychiatric outpatients. *Annals of General Psychiatry*, 18(1), 1-8. [\[Link\]](#).
- Dimidjian, S., Martell, C. R., Herman-Dunn, R., & Hubble, S. (2014). Behavioral activation for depression. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 353-393). Guilford Press. [\[Link\]](#).
- Ehring, T., Zetsche, U., Weidacker, K., Wahl, K., Schönfeld, S., & Ehlers, A. (2011). The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 42(2), 225-232. [\[Link\]](#).
- Fischer, T. D., Smout, M. F., & Delfabbro, P. H. (2016). The relationship between psychological flexibility, early maladaptive schemas, perceived parenting and psychopathology. *Journal of contextual behavioral science*, 5(3), 169-177. [\[Link\]](#).
- Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhani, N. (2005). Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck

- Depression Inventory-Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depression and Anxiety*, 21(4), 185-192. [[Link](#)].
- Ghazanfari, F., Rezaei, M., & Rezaei, F. (2018). The mediating role of repetitive negative thinking and experiential avoidance on the relationship between childhood trauma and depression. *Archives of psychiatric nursing*, 32(3), 432-438. [[Link](#)].
- Gong, J., & Chan, R. C. K. (2018). Early maladaptive schemas as mediators between childhood maltreatment and later psychological distress among Chinese college students. *Psychiatry Research*, 259, 493-500. [[Link](#)].
- Hayes, S. A., & Eustis, E. H. (2020). Experiential avoidance. In J. S. Abramowitz & S. M. Blakey (Eds.), *Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms* (pp. 115–131). American Psychological Association. [[Link](#)].
- Humphreys, K. L., LeMoult, J., Wear, J. G., Piersiak, H. A., Lee, A., & Gotlib, I. H. (2020). Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 102, 104361. [[Link](#)].
- Jaafari, Z., Farhadi, A., Lari, F. A., Mousavi, F. S., Moltafet, H., Dashti, E., & Marzban, M. (2021). Prevalence of depression in Iranian college students: A systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 15(1), e101524. [[Link](#)].
- Khosravani, V., Najafi, M., & Mohammadzadeh, A. (2020). The Young Schema questionnaire-short form: A Persian version among a large sample of psychiatric patients. *International journal of mental health and addiction*, 18, 949-967. [[Link](#)].
- Leahy, R. L. (2018). *Emotional schema therapy: Distinctive features*: Routledge. [[Link](#)].
- Li, E. T., Luyten, P., & Midgley, N. (2020). Psychological mediators of the association between childhood emotional abuse and depression: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 559213. [[Link](#)].
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*: Guilford press. [[Link](#)].
- Mao, L., Wu, Y., Hong, X., Li, P., Yuan, X., & Hu, M. (2023). The influence of childhood maltreatment on trait depression in patients with major depressive disorder: a moderated mediation model of rumination and mindful attention awareness. *Journal of affective disorders*, 331, 130-138. [[Link](#)].
- Nobakht, H. N., Ojagh, F. S & Dale, K. Y. (2021). Validity, Reliability and Internal Consistency of Persian Versions of the Childhood Trauma

- Questionnaire, the Traumatic Exposure Severity Scale and the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. *Journal of Trauma & Dissociation*, 22(3), 332-348. [[Link](#)].
- Nochaiwong, S., Ruengorn, C., Thavorn, K., Hutton, B., Awiphan, R., Phosuya, C., . . . Wongpakaran, T. (2021). Global prevalence of mental health issues among the general population during the coronavirus disease-2019 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Scientific reports*, 11(1), 1-18. [[Link](#)].
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of abnormal psychology*, 100(4), 569-582. [[Link](#)].
- Oei, T. P., & Baranoff, J. (2007). Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. *Australian Journal of Psychology*, 59(2), 78-86. [[Link](#)].
- Pössel, P., & Knopf, K. (2011). Bridging the gaps: An attempt to integrate three major cognitive depression models. *Cognitive Therapy and Research*, 35, 342-358. [[Link](#)].
- Quirk, S. W., Wier, D., Martin, S. M., & Christian, A. (2015). The influence of parental rejection on the development of maladaptive schemas, rumination, and motivations for self-injury. *Journal of psychopathology and Behavioral Assessment*, 37, 283-295. [[Link](#)].
- Rezaei, M., & Ghazanfari, F., Rezaee. F. (2016). The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experimental avoidance on depression: A structural equation modeling. *Psychiatry research*, 246, 407-414. [[Link](#)].
- Shi, L., Wang, Y., Yu, H., Wilson, A., Cook, S., Duan, Z., . . . Duan, S. (2020). The relationship between childhood trauma and Internet gaming disorder among college students: A structural equation model. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(1), 175-180. [[Link](#)].
- Stroebe, M., Boelen, P. A., Van Den Hout, M., Stroebe, W., Salemink, E., & Van Den Bout, J. (2007). Ruminative coping as avoidance: A reinterpretation of its function in adjustment to bereavement. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 257, 462-472. [[Link](#)].
- Yiğit, İ., Kılıç, H., Guzey Yiğit, M., & Celik, C. (2021). Emotional and physical maltreatment, early maladaptive schemas, and internalizing disorders in adolescents: A multi-group path model of clinical and non-clinical samples. *Current Psychology*, 40, 1356-1366. [[Link](#)].
- Yin, W., Pan, Y., Zhou, L., Wei, Q., Zhang, S., Hu, H., . . . Wu, J. (2022). The relationship between childhood trauma and depression among Zhuang

adolescents: Mediating and moderating effects of cognitive emotion regulation strategies. *Frontiers in Psychiatry*, 994065. [[Link](#)].  
Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*: guilford press. [[Link](#)].

