

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

**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](mailto: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.

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.

**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.

**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 نظر گرفته شد. 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.

اختلال افسردگی اساسی دومین علت اصلی ناتوانی در سراسر جهان است (یان<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). این اختلال، هر ساله 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 (گوتایبر، موجا، شی و گویرن<sup>۲</sup>، 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<sup>۳</sup> 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<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). وایناروفسکی<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۱۹) در فراتحلیل خود قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های 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<sup>۶</sup> 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 سلامتی جسمانی و مشکلات روانی اجتماعی هم‌زمان، رویدادهای استرس‌زا، جنسیت زن و سن بالاتر را به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های عود در افسردگی برشمردند. موریارتی<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۲۱) در مرور نظام‌مند خود تعداد دوره‌های افسردگی قبلی، علائم افسردگی باقی‌مانده و شدت آخرین دوره افسردگی را به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های عود در افسردگی مطرح کردند. تجارب بدرفتاری در کودکی (اوپل<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۰) و اختلال خواب (بولند<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۰) دیگر عوامل خطر در عود افسردگی عنوان شده‌اند.

سبک اسناد<sup>۱۰</sup> 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 درونی بودن توضیح می‌دهند (تیان و وانگ<sup>۱۱</sup>، ۲۰۲۰). سبک اسناد افسرده که نخستین بار توسط سلیگمن، أبرامسون، سمل و ون بویر<sup>۱۲</sup> (۱۹۷۹) در چهارچوب نظریه درماندگی آموخته‌شده مطرح شد بیان می‌کند که افراد افسرده برخلاف افراد سالم عموماً شکست‌های خود را به علل درونی، پایدار و کلی اسناد می‌دهند. مطالعات اخیر نشان داده‌اند سبک‌های اسناد در شروع و تشدید علائم افسردگی بعد از وقوع رویدادهای مختلف نقشی به سزا دارند (دانایی<sup>۱۳</sup> 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 تشکیل شده 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<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۹). به‌عنوان نمونه، جو<sup>۱۵</sup> و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند نگرش‌های ناکارآمد<sup>۱۶</sup> 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<sup>۱۷</sup> 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<sup>۱۸</sup> 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 Wójnarowski  
6 Nuggerud-Galeas  
7 Moriarty  
8 Opel  
9 Boland  
10 Attributional Style  
11 Tian & Wang  
12 Seligman, Abramson, Semmel & Von Baeyer  
13 Daneci  
14 LeMoult & Gotlib  
15 Ju  
16 Dysfunctional Attitude  
17 Brouwer  
18 Schanche

شدت دوره افسردگی بعدی را نیز پیش‌بینی می‌کنند (پرز و روهان<sup>۱</sup>، 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<sup>۲</sup> (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. در نتیجه 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<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰). نمرات به‌دست‌آمده در پرسشنامه طرحواره ناسازگار اولیه، نشانگری قابل‌اعتماد و نسبتاً پایدار برای اختلال افسردگی اساسی گزارش شده‌اند (چادکویکس، ویدرزنسکی و تالاروسکا<sup>۴</sup>، ۲۰۲۲). در افسردگی مداوم نیز شاهد الگوی مشابهی از طرحواره‌ها هستیم (چن، تام و چنگ<sup>۵</sup>، ۲۰۱۹). به‌طور خاص، طرحواره انزوای اجتماعی/ایگانی 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<sup>۶</sup> (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<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۲).

تا به امروز پژوهش‌های فراوانی افسردگی را موضوع بررسی خود قرار داده‌اند، با این حال 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 در نظر 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 هر یک از عوامل یادشده در بازگشت دوره‌های افسردگی تعیین کرده و از این 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 در گذشته داشتند. افراد گروه گواه از نظر 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 از نظر جنسیت (۲۸ زن و ۲۲ مرد) و از نظر 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

بستر پرسلاين در اختيار شرکت کنندگان 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 استاندارد به عنوان شاخص پراکندگی گزارش شدند. در سطح آمار استنباطی 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<sup>۱</sup> (GDS):** این پرسش‌نامه به منظور 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. مانگناویتا<sup>۲</sup> (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<sup>۳</sup> (ASQ):** پرسشنامه سبک‌های اسناد، ابزاری مبتنی بر خود گزارش‌دهی است که توسط پیترسون<sup>۴</sup> و همکاران (۱۹۸۲) و به هدف سنجش الگو اسنادی افراد در سه بعد درونی‌بودن، ثبات و جهان‌شمولی برای موقعیت‌های 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 موفقیت کلی ۰/۷۶ محاسبه و گزارش کرده است.

**پرسشنامه طرحواره‌های یانگ<sup>۵</sup> (YSQ):** پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه ابزاری مبتنی بر خودگزارش‌دهی است که با هدف اندازه‌گیری 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 تلج<sup>۶</sup> (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 حاصل شده 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 آمده است (دیوانداری، ۱۳۸۸).

**پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد<sup>۷</sup> (DAS):** پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد، ابزار خودگزارشی ۲۶ سوالی است که توسط وایزمن و بک<sup>۸</sup> (۱۹۷۸) و از طریق خلاصه‌سازی نسخه ۴۰ گزاره‌ای ارائه شده 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 گزارش شده و نمرات بالاتر با افزایش احتمال آسیب‌پذیری در برابر افسردگی و تحریف شناختی همراه است. وایزمن 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

## یافته‌ها

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

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

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

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

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

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 ...

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

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

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

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-اسمیرنوف 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
رهاشده‌گی / 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

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

نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد که افراد افسرده با عود مکرر در سطح نگرش کارآمد و ناکارآمد و همچنین میانگین تمامی طرحواره‌های 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 طرحواره‌های 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 پیشین 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 طرز 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 حالی که افراد سالم در پاسخ به رویدادهای مثبت به طرز معناداری بیشتر از اسنادهای پایدار و درونی بهره می‌جویند. این یافته‌ها 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 قابل توجهی با علائم افسردگی

با بیشترین اندازه اثر مرتبط است (لئو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۹؛ تانگ<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). رونالد، جورمان و هامارد<sup>۳</sup> (۲۰۲۰) نیز نشان دادند که نشخوارهای فکری پیش‌بینی کننده احتمال عود افسردگی به حساب می‌آیند. همچنین با کاربسته‌های بالینی پیشین در جهت پیشگیری از عود افسردگی از طریق هدف قرار دادن نگرش‌های ناکارآمد، سبک اسنادی و روان‌رنجورخویی شخصیتی مطابقت دارد (بروور 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 مبتلا به افسردگی است همخوان است (کرمولوگلگیل و تنریوردی<sup>۴</sup>، ۲۰۲۲).

تا به امروز بیشترین شواهد پژوهشی 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 پذیرفته شده 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 با سابقه قبلی افسردگی حکایت دارند (پهلوان، اونگ و سگال<sup>۵</sup>، ۲۰۲۰؛ بریدولت و همکاران، ۲۰۲۱؛ کوهن<sup>۶</sup> 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<sup>۷</sup> 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 قابل توجهی در اطمینان به خود و کاهش قابل توجهی در احساس بی‌کفایتی نشان دادند. بهبود اطمینان به خود در طول مداخله، عدم وقوع عود افسردگی را در مدت دو سال پس از مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی پیش‌بینی کرد. آشکار است که ساختار اثربخشی این درمان تا چه اندازه معطوف به طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ای همچون وابستگی / بی‌کفایتی و نقص‌اشرم است. تیکل<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۲۰) در یک مطالعه کیفی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی 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 در نظر گرفتن شواهد تجربی دقیق برای تعریف بهبودی و عود (دی‌زوارت، جرونیموس و دیونگ<sup>۹</sup>، ۲۰۱۹) برای تشخیص افتراقی دقیق‌تر از عود در افسردگی اساسی و ابتلا به اختلال افسردگی اساسی بسیار ضروری هست.

## منابع

- ابراهیمی، ام‌اله؛ موسوی، سیدغفور. (۱۳۹۱). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس نگرش‌های 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.
- شهریابیکی اسلامی، ح. (۱۳۶۹). بررسی رابطه بین سبک تبیین و افسردگی در بیماران افسرده تک قطبی و دوقطبی و مقایسه آن با افراد عادی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. موسسه روان‌پزشکی تهران.

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



- Arntz, A., Gerslma, 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., Semkowska, 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/jhss.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>

## Comparing Attribution Styles, Dysfunctional Attitudes and Early Maladaptive Schemas in Normal People and ...

- 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](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>