ORIGINAL ARTICLE

Predicting Depression Symptoms Following Childhood Psychological Maltreatment: The Mediating Role of Early Maladaptive Schemas and Difficulties in Emotion Regulation

Samaneh Mohamadpour[1],
Hedayat Nazari[2],
Ali Farhadi[3]

[1]MA in Clinical Phycology, Research Center on Social Determinants of Health, Faculty of Medicine, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran
[2]Associate Professor, Department of Psychiatry, Research Center on Social Determinants of Health, Faculty of Medicine, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran
[3] Associate Professor, Department of Social Medicine, Research Center on Social Determinants of Health, Faculty of Medicine, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

(Received June 7, 2015 ; Accepted January 26, 2016)

Abstract

Background and purpose: Attending to maltreatment is very important since it could have strong influence on different dimensions of personal and social life. The aim of this study was to predict major depression disorder based on childhood psychological maltreatment caused by maladaptive schemas and difficulties in emotion regulation.

Materials and methods: A cross-sectional descriptive study was performed in 300 patients with major depression disorder attending Sediq Psychiatry Center in Lorestan Province. They were selected by convenience sampling in November 2014 to February 2015. Data Data was collected using a demographic questionnaire, Psychological maltreatment Inventory (AMI-24), Young Schema Questionnaire (YSQ-75), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-36), and Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D-24).

Results: A positive significant relationship was found between psychological maltreatment and maladaptive schemas (a=0.01) (r=0.41, P<0.01) and difficulties in emotion regulation (a=0.05) (r=0.13, P<0.05). But there was no significant relationship between depression and psychological maltreatment (a=0.05) (r=0.11, P>0.05). Path analysis indicated that psychological maltreatment by the mediating role of maladaptive schemas and difficulties in emotion regulation could predict depression (P<0.01). Also, path of the psychological maltreatment to depression was not found to be significant (P>0. 05).

Conclusion: Considering the significant role of childhood psychological maltreatment by the mediating role of maladaptive schemas and difficulties in emotion regulation on predicting depression, clinical specialists are recommended to design appropriate clinical trials or modify current interventions.

Keywords: Depression, Psychological Maltreatment, Maladaptive Schemas, Difficulties in Emotion Regulation

J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26(136): 85-98 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-28]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و ششم شماره ۱۳۶ اردیبهشت سال ۱۳۹۵ (۹۸-۸۵)

پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی به دنبال بدرفتاری روان شناختی دوران کودکی: نقش واسطه‌ای طرحواره‌های ناسازگار اولیه و دشواری در تنظیم هیجان

سمانه محمدپور[۱]
هدایت نظری[۲]
علی فرهادی[۳]

چکیده

سابقه و هدف: توجه به بد رفتاری به دلیل این که بر ابعاد گوناگون زندگی شخصی و اجتماعی تاثیر می‌گذارد، بسیار مهم است. مطالعه حاضر با هدف پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی به دنبال بدرفتاری روان شناختی دوران کودکی به واسطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و دشواری در تنظیم هیجان انجام شده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی- مقطعی بود. در این مطالعه ۳۰۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مراجعه کننده به درمانگاه اعصاب و روان صدیق شهرستان خرم‌آباد از آبان تا اسفند ماه سال ۱۳۹۳ به روش در دسترس انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی، مقیاس بدرفتاری روان‌شناختی (AMI-24)، پرسش نامه طرحواره یانگ (YSQ-75)، مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی (DERS-36) و مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون (HAM-D-24) بود.

یافته‌ها: بین بدرفتاری روان شناختی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه در سطح (a=۰/۰۱) (p<۰/۰۱ ، r=۰/۴۱) و با دشواری در تنظیم هیجان در سطح (a=۰/۰۵) (p<۰/۰۵ ، r=۰/۱۳) رابطه مثبت معنادار وجود داشت. اما بین بدرفتاری روان شناختی با افسردگی در سطح (a=۰/۰۵) (p>۰/۰۵، r=۰/۱۱) رابطه معنی‌داری وجود نداشت. نتایج تحلیل مسیر نیز نشان داد که بدرفتاری روان شناختی به واسطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و دشواری در تنظیم هیجانی، افسردگی را پیش‌بینی می‌کند (p<۰/۰۱). هم‌چنین، مسیر مستقیم بدرفتاری روان شناختی به افسردگی معنی‌دار نبود (p>۰/۰۵).

استنتاج: با توجه به نقش معنادار بدرفتاری‌های روان شناختی دوران کودکی با نقش واسطه‌ای طرحواره‌های ناسازگار اولیه و دشواری در تنظیم هیجانی در پیش‌بینی اختلال افسردگی اساسی می‌توان پیشنهاد داد که متخصصین بالینی براساس نتایج چنین مطالعاتی به طراحی کارآزمایی‌های بالینی مناسب و یا اصلاح مداخله‌های موجود اقدام نمایند.

واژه های کلیدی: افسردگی، بدرفتاری روان شناختی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، دشواری در تنظیم هیجان

مقدمه

سوءرفتار با کودکان (Child Maltreatment) عبارت است از انجام هر عملی در مورد کودک و یا غفلت از وی که منجر به صدمه قابل ملاحظه جسمانی یا روان‌شناختی گردد و یا آسیب جدی کودک را تهدید

مولف مسئول: سمانه محمدپور- خرم آباد: دانشگاه علوم پزشکی لرستان، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت E-Mail: Mohamadpour_s@yahoo.com
۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران
۲. دانشیار، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران
۳. دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.
تاریخ دریافت : ۱۳۹۴/۳/۱۷ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۳۹۴/۴/۶ تاریخ تصویب : ۱۳۹۴/۱۱/۶

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-28]

کند(۱). سوءرفتار می‌تواند در هر سنی از قبل از تولد تا نوجوانی و هر جنس و نژادی را دربرگیرد(۲) و شامل چهار نوع آزار جسمی (Physical abuse)، جنسی (Sexual abuse)، هیجانی (Emotional abuse) و مسامحه در مورد کودک (Neglect Child) می‌باشد(۳). از بین انواع سوءرفتارهای دوران کودکی بدرفتاری‌های روان شناختی رایج‌تر می‌باشد(۴) و با وجود این که برخی از پژوهشگران معتقدند که در بین انواع سوءرفتارها، بدرفتاری‌های روان شناختی اثرات منفی بیش تر و بلندمدت‌تری را به دنبال دارند(۵) در مقایسه با سوءرفتارهای جنسی یا جسمانی ، دانش موجود درباره تاثیرات بلند مدت آن در دوران کودکی بسیار کم‌تر است(۶). تعریف بدرفتاری‌های روان شناختی بسیار دشوار است و شامل استفاده بیش از حد تهدیدهای کلامی، ریشخند کردن، عبارت‌های تحقیرآمیز، نکوهش و تهدید علیه کودک می‌باشد تا جایی که سلامت روانی وی به خطر افتد(۴). برخی از پژوهشگران معتقدند که بدرفتاری‌های روان شناختی بیش‌ترین ارتباط را با افسردگی در بزرگسالی دارند(۷-۵). به عنوان مثال Alloy و همکاران (۲۰۰۶) در مرور پیشینه مطالعات انجام گرفته در رابطه با سوءاستفاده‌های کودکی نتیجه گرفتند که بدرفتاری‌های روان شناختی کودکی در مقایسه با سوءاستفاده‌های جسمانی و جنسی بیش‌ترین ارتباط را با افسردگی دارند(۸). به عبارت دیگر، از انواع مختلف بدرفتاری کودکی سوءاستفاده جسمانی کم‌ترین ارتباط را با علایم افسردگی دربزرگسالی داشته(۹) و سوءرفتارهای جنسی یک عامل خطر برای آسیب‌شناسی روانی به‌طور کلی محسوب می‌شود نه افسردگی به تنهایی(۴).

با وجود این که در مطالعات متعددی نشان داده شده است که بدرفتاری‌های روان شناختی کودکی با تجربیات منفی و به طور ویژه با افسردگی در بزرگسالی ارتباط معنی‌داری دارد؛ هنوز درباره مکانیسم توجیه کننده این رابطه هیچ اتفاق نظری وجود ندارد. برخی مطالعات پیشنهاد می‌دهند که دو مکانیسم، تمرکز بر طرحواره‌های شناختی و اختلال در تنظیم هیجان‌ها می‌تواند مسیرهای نوید دهنده‌ای برای مطالعه در زمینه ارتباط بین افسردگی و بدرفتاری‌های روان شناختی در دوران کودکی باشد(۴).

در رابطه با مکانیسم‌های شناختی اعتقاد بر این است که بدرفتاری روان شناختی در کودکی ممکن است منجر به پیام‌های منفی درونی درباره خود و حوادث زندگی گردد(۱۰). به‌طوری‌که در طول زمان این کودکان خود را سزاوار بدرفتاری دانسته و در صورت مزمن شدن بدرفتاری‌ها، ممکن است نتیجه بگیرند که تجربه آن‌ها اجتناب ناپذیر است یا به دلیل وجود چیزی منفی در وجود آن‌هاست(۴). با گذشت زمان این نتیجه‌گیری‌های منفی درباره بدرفتاری‌ها به دیگر اتفاقات و حوادث زندگی تعمیم می‌یابند و باعث این باور می‌شوند که حوادث منفی اجتناب‌ناپذیر و گسترده هستند. این سبک اسناد منفی کلی و تعمیم‌یافته منجر به آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی می‌گردد(۴). Gibb و همکاران معتقد هستند که درونی کردن پیام‌های منفی و رشد اسنادهای منفی در همه انواع بدرفتاری‌ها اتفاق می‌افتد اما برای کودکانی که از لحاظ روان شناختی مورد بدرفتاری قرار گرفته‌اند بسیار برجسته‌تر می‌باشد زیرا به صورت صریح به آن‌ها گفته می‌شود که بی‌ارزش هستند، دوست داشتنی نیستند و یا آشکارا مورد تمسخر و تحقیر قرار می‌گیرند(۱۱).

Gibb و همکاران در مطالعه خود نشان می‌دهند که از بین انواع بدرفتاری‌های روان شناختی، جسمانی و جنسی؛ بدرفتاری‌های روان شناختی ارتباط ویژه با گسترش سبک عقاید منفی و آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی در بزرگسالان دارند(۱۲).

در کنار مکانیسم‌های شناختی، مکانیسم‌های هیجانی نیز می‌توانند به دنبال بدرفتاری‌های روان شناختی از راه‌های گوناگونی که مهم‌ترین آن‌ها اختلال در رشد مهارت تنظیم هیجان‌هاست منجر به ایجاد علایم روان‌شناختی به ویژه افسردگی در بزرگسالی گردد(۴).

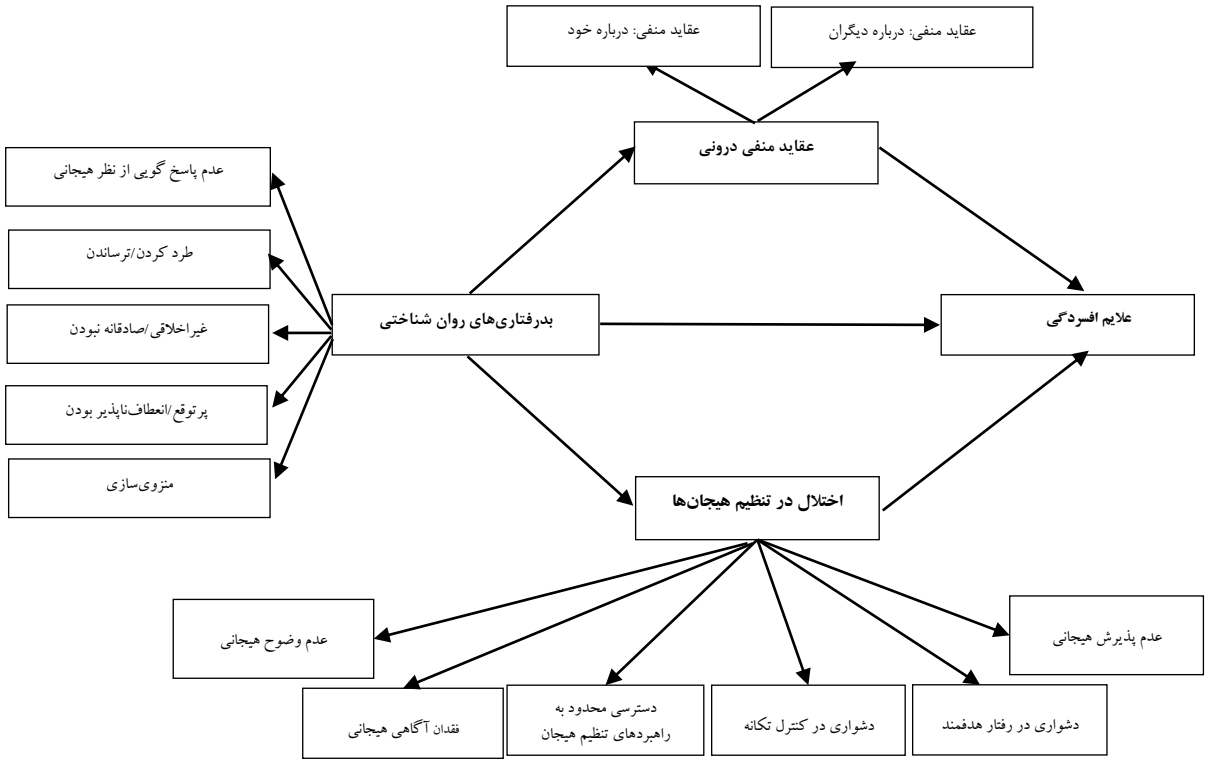
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-28]

در واقع رشد توانایی‌های کودک برای درک و مدیریت هیجان‌های خود، به شدت به حمایت مراقبت‌کننده و پاسخ‌گویی وی به نیازهای کودک مرتبط است(۱۳). مراقبت‌کننده پاسخ‌گو به کودک کمک می‌کند که یاد بگیرد ناکامی را تحمل نماید و هم‌چنین به رشد راهبردهای مناسب برای مقابله با موقعیت‌های پریشان‌کننده کمک می‌کند(۴). از سوی دیگر، بی‌توجهی مراقبت‌کننده یا تجربه بدرفتاری از سوی وی تاثیرات منفی قابل توجهی بر رشد تنظیم هیجان‌ها دارد که می‌تواند زمینه آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی را ایجاد کند(۱۳). به عبارت دیگر، ممکن است افسردگی به دلیل عدم تنظیم هیجانات منفی مانند غمگینی و ناامیدی یا شاید به دلیل استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه مانند اجتناب هیجانی ایجاد گردد(۴).

لذا مطالعه در زمینه مکانیسم‌های مستعدساز بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی نسبت به سطوح بالاتر پریشانی و افسردگی ضرورت می‌یابد. طی بررسی پیشینه مطالعات انجام گرفته در ایران مطالعه‌ای یافت نشد که مستقیماً به بررسی مکانیسم‌های زیربنایی موثر در ایجاد یا تشدید علایم افسردگی به دنبال بدرفتاری روان شناختی دوران کودکی پرداخته باشد. در حالی‌که، شناسایی این مکانیسم‌ها می‌توانند اطلاعات سودمندی در جهت پیشگیری و یا طراحی مداخله‌ها و کارآزمایی‌های بالینی سودمند فراهم نماید. با توجه به آن چه که گفته شد هدف مطالعه حاضر ارائه یک مدل ساختاری از مکانیسم‌های پیش‌بینی کننده نشانه‌های افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی به دنبال بدرفتاری روان شناختی دوران کودکی با مدل فرضی زیر (تصویر شماره ۱) می‌باشد.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر به روش توصیفی- مقطعی بود. جامعه آماری این مطالعه شامل بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مراجعه کننده به درمانگاه اعصاب و روان صدیق



تصویر شماره ۱: مدل فرضی مکانیسم‌های پیش‌بینی‌کننده نشانه‌های افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی به دنبال بدرفتاری روان‌شناختی دوران کودکی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-28]

در شهرستان خرم آباد از آبان تا اسفند ماه سال ۱۳۹۳ بودند. نمونه‌گیری به شیوه در دسترس انجام گرفت. برای محاسبه حجم نمونه با توجه به این که حداقل حجم نمونه مناسب در مدل معادلات ساختاری بر اساس پارامترها محاسبه می‌شود(۱۴)، لذا با توجه به تعداد پارامترهای این مدل و نیز به منظور افزایش توان آماری و مدیریت افت احتمالی شرکت‌کنندگان اندازه نمونه ۳۰۰ نفر انتخاب شد. به دلیل دقت زیاد در جمع‌آوری اطلاعات و حذف پرسش‌نامه‌هایی که با عجله پر می‌شد و یا پرسش‌نامه‌هایی که بیماران به دلیل خستگی از ادامه ارائه اطلاعات امتناع می‌ورزیدند؛ نمونه‌های مطالعه حاضر دچار افت نشد. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن تشخیص اختلال افسردگی اساسی براساس نظر روان‌پزشک و مطابق ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR، رضایت و تمایل آگاهانه برای شرکت در مطالعه، تمایل به همکاری در تکمیل ابزارها، برخورداری از تعادل روان‌شناختی مناسب (بیمار مطابق نظر روان پزشک و روان شناس بالینی از هوشیاری لازم جهت پاسخ گویی به سوالات برخوردار باشد) و هم‌چنین دارای ثبات جسمی بودن (نداشتن علائم شدید جسمانی از جمله نداشتن کندی روانی- رکتی) هنگام شرکت در مطالعه و دامنه سنی بین ۱۸ تا ۴۵ سال بود. هم‌چنین، در صورتی که بیمار مبتلا به اختلالات شدید روان شناختی دیگر (مانند اختلالات سایکوتیک، سوءمصرف مواد، سایر اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی یا هر اختلال روان پزشکی دیگری که می‌توانند در نتیجه آزمون و مصاحبه تداخل کنند)، اختلال‌های شناختی، مشکل ذهنی، ضعف در کارکرد شناختی یا یک بیماری طبی بود یا تحت درمان‌های دیگری بود و یا در صورت وجود علایم حاد و شدید بیماری به گونه‌ای که مشارکت بیمار در مطالعه حاضر را دشوار یا تقریباً غیرممکن سازد، بیمار از مطالعه حذف می‌شد. ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه شامل پرسش نامه جمعیت‌شناختی، مقیاس بدرفتاری روان شناختی (AMI-24)، پرسش نامه طرح‌واره یانگ (Young Schema Questionnaire-short form)(YSQ-75)، مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی (DERS-36) و مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون (Hamilton rating scale for depression) (HAM-D) بود.

مقیاس بدرفتاری روان شناختی (AMI-24)

یک ابزار خودگزارشی ۲۴ آیتمی گذشته‌نگر از حوادث مربوط به بدرفتاری‌های استرس‌زای گذشته می‌باشد(۱۵). در ابتدا این مقیاس دارای ۵۷ سوال بوده است اما بعد به ۵ عامل اصلی تقلیل یافته است. پنج زیر مقیاس شامل عدم پاسخ گویی از نظر هیجانی، طرد کردن/ ترساندن، غیراخلاقی/صادقانه نبودن، پرتوقع/ انعطاف‌ناپذیر بودن و منزوی‌سازی مورد سنجش قرار خواهد گرفت. پاسخ دهندگان در یک طیف ۵ نمره‌ای کاملاً مخالف=۱ و کاملاً موافق= ۵ به آن پاسخ خواهند داد (۴). آلفای همسانی درونی برای مقیاس حاضر در بین دانشجویان بین ۹۰ تا ۹۶ درصد بوده است(۴). در پژوهش Coates و همکاران آلفای همسانی درونی برای مقیاس عدم پاسخ گویی از نظر هیجانی ۹۱ درصد، برای مقیاس طرد کردن/ترساندن ۸۰ درصد، برای مقیاس غیراخلاقی/صادقانه نبودن ۵۸ و برای مقیاس پر توقع/ انعطاف‌ناپذیر ۷۰ درصد بود(۴). آلفای کرونباخ این پرسش نامه در مطالعه حاضر ۸۹ درصد بود.

پرسش نامه طرح‌واره یانگ (YSQ-75)

پرسش‌نامه طرح‌واره یانگ- فرم کوتاه، پرسش‌نامه خودگزارشی ۷۵ سوالی است که جهت ارزیابی ۱۵ خرده مقیاس تهیه شده است(۱۷). این ۱۵ خرده مقیاس عبارتند از: ۱- محرومیت هیجانی ۲- رها شدگی، ۳- بی‌اعتمادی/ بد رفتاری ۴- انزوای اجتماعی/ بیگانگی ۵- نقص/ شرم ۶- شکست ۷- وابستگی/ بی‌کفایتی ۸- آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-28]

۹- گرفتار ۱۰- اطاعت ۱۱- ایثار ۱۲- بازداری هیجانی ۱۳- معیارهای سرسختانه ۱۴- استحقاق ۱۵- خویشتن داری/ خود انضباطی ناکافی. هر آیتم روی مقیاس ۶ گزینه‌ای درجه‌بندی خواهد شد (۱= کاملاً غلط تا ۶- کاملاً درست). چنان چه نمره هر خرده مقیاس بالاتر از ۳ باشد آن طرحواره در فرد ناکارآمد خواهد بود(۱۷). پایایی این مقیاس با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۹۴ درصد گزارش شده است. هم‌چنین، پایایی پرسش نامه طرحواره یانگ با ۷۵ گویه در مطالعات متعدد در مقیاس کلی بین ۹۴ تا ۹۶ درصد و در زیر مقیاس‌ها به طور کلی بین ۶۲ تا ۹۳ درصد بوده است(۱۶).

مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی (DERS-36)

مقیاس اولیه دشواری در تنظیم هیجان یک ابزار سنجش ۴۱ آیتمی خود گزارشی بود که برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجانی از لحاظ بالینی تدوین شد. ratz و همکاران بیان می‌کنند که آیتم‌های این مقیاس بر اساس گفتگوهای متعدد با همکاران آشنا با متون تنظیم هیجان تدوین و انتخاب شد(۱۸). مقیاس انتظار تعمیم یافته تنظیم هیجانی منفی(۱۸) به عنوان الگویی در تدوین این مقیاس به کار گرفته شده است. البته ۵ آیتم این مقیاس به دلیل همبستگی پایین و هم‌چنین بار عاملی پایین حذف شدند. بنابراین تعداد آیتم‌های این پرسش‌نامه به ۳۶ آیتم کاهش یافت. گستره پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ قرار می‌گیرد. به این نحو که ۱= تقریباً هرگز، ۲= گاهی اوقات، ۳= نیمی از مواقع، ۴= اکثر اوقات و ۵= تقریباً همیشه می‌باشد(۱۹). در مطالعه Gratz و همکاران روایی این ابزار مطلوب و پایایی آن ۹۳ درصد گزارش شده است(۱۸). در ایران در مطالعه میکائیلی منیع پایایی کل پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ ۸۶ درصد و برای خرده مقیاس‌ها بین ۸۸ تا ۷۹ درصد گزارش شده است(۱۹).

مقیاس درجه بندی افسردگیهمیلتون (HAM-D): این آزمون در طی سال‌های ۱۹۶۰ تا ۱۹۷۰ توسط ماکس هامیلتون تدوین شده است(۲۰). از این آزمون برای اندازه‌گیری شدت افسردگی در کسانی که بیماری افسردگی دارند استفاده می‌شود و دارای ۱۷ علامت افسردگی است که در یک طیف ۳ یا ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. ۸ علامت مربوط به شکایات جسمانی، ۵ علامت مربوط به مشکلات رفتاری، ۲ علامت مربوط به شکایات شناختی و در نهایت ۲ علامت هم مربوط به تغییرات عاطفه بیماران می‌باشد(۲۱). اعتبار آزمون بر اساس آلفای کرونباخ و در مطالعه‌ای که در رم و اوهارا در سال ۱۹۸۵ انجام دادند، ۷۸درصد گزارش شده است؛ هم چنین اعتبار آزمون در بین نمره‌گذاران مختلف نیز حدود ۰/۹۰ برآورد شده است(۲۰). این آزمون به خوبی توانسته است گروه بیمار را از گروه سالم متمایز سازد. Snaith و همکاران اختلاف معناداری را در نمره‌های آزمون بیماران و افراد سالم گزارش کردند(۲۲). این اختلاف در مطالعات دیگری نیز به اثبات رسیده است که حاکی از روایی مناسب آزمون است. همبستگی این آزمون با اندازه‌گیری کلی بالینی Global Clinical Rating ۰/۸۴-۰/۹۸ گزارش شده است(۲۲). در مطالعات ایرانی نیز از این آزمون استفاده شده است و دارای اعتبار و روایی مناسب می‌باشد(۲۱).

روش اجرای مطالعه حاضر این‌گونه بود که شرکت‌کنندگان از بین بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی که تحت درمان دارویی بوده و یا برای دریافت درمان دارویی به درمانگاه اعصاب و روان صدیق شهر خرم آباد مراجعه نموده و دارای ملاک‌های ورود به مطالعه بودند، انتخاب شدند. به طوری‌که به بیماران مورد نظر مراجعه نموده، ابتدا درباره این مطالعه و پرسش نامه‌هاتوضیحاتی به آن‌ها ارائه شد، سپس در صورت موافقت بیمار به شرکت در مطالعه، اقدام به گردآوری اطلاعات گردید. با توجه به طولانی بودن پرسش نامه‌ها، پژوهش گر به بیماران در خواندن پرسش‌نامه‌ها کمک می‌کرد. هم‌چنین، برای کنترل اثر

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-28]

خستگی از روش متوازن‌سازی متقابل استفاده شد که طی آن سوالات پرسش‌نامه‌ها و مقیاس‌ها عوض می‌شد. به این صورت که چهار پرسش‌نامه اصلی این مطالعه به ترتیب جابه جا می‌شدند. برای افرادی که به دلیل سواد پایین احتمال درک پرسش نامه‌ها ضعیف بود، پژوهش‌گر به ترتیب سوال‌ها و گزینه‌های موجود در هر پرسش نامه را می‌خواند و در صورت لزوم برای آن‌ها توضیح داده می‌شد و شرکت‌کننده براساس شناخت از خودش، جواب می‌داد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، ابتدا از طریق آگاه ساختن بیماران از هدف مطالعه و تاثیر انجام چنینمطالعاتی در شناسایی و بهبود وضعیت این بیماران، اقدام به اخذ رضایت آگاهانه از تمامی بیماران شد. سپس کلیه اطلاعات شرکت‌کنندگان در مطالعه توسط پژوهش گر جمع‌آوری گردید و به آن‌ها اطمینان داده شد که این داده‌ها نزد پژوهش گر محرمانه باقی می‌ماند. در نهایت در تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ به منظور محاسبه شاخص‌های آمار توصیفی از جمله میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد فراوانی و به منظور تجزیه و تحلیل یافته‌ها از مدل معادلات ساختاری (تحلیل مسیر) به وسیله نرم‌افزار AMOS استفاده گردید. p به عنوان سطح معنی دار درنظر گرفته شد.

یافته ها

نمونه‌های مطالعه حاضر شامل ۳۰۰ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، با میانگین سنی ۷/۴۵ ±۳۲/۶۱ سال بود. اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه‌ها شامل گروه‌های سنی، جنس، میزان تحصیلات، شغل، وضعیت تاهل و وضعیت اقتصادی در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

همان‌طورکه در جدول شماره ۲ نشان داده شده است، بین بدرفتاری روان شناختی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه در سطح (a=۰/۰۱) (r=۰/۴۰, p<۰/۰۱) و با دشواری در تنظیم هیجان در سطح (a=۰/۰۱) (r=۰/۱۹, p<۰/۰۱) رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد. اما بین بدرفتاری روان‌شناختی با افسردگی (a=۰/۰۵) (r=۰/۱۰, p>۰/۰۵) رابطه معنی‌داری وجود ندارد. در ادامه جهت کنترل اثر متغیرهای جمعیت‌شناختی بر میزان

جدول شماره ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه‌های مطالعه حاضر

متغیر	گروه	تعداد	(درصد)
سن (سال)	۱۸ تا ۲۵	۶۵	۲۱/۷
	۲۶ تا ۳۰	۶۴	۲۱/۳
	۳۱ تا ۳۵	۷۰	۲۳/۳
	۳۶ تا ۴۰	۵۱	۱۷
	۴۱ تا ۴۵	۵۰	۱۶/۷
جنسیت	مرد	۱۳۳	۴۴/۳
	زن	۱۶۷	۵۵/۷
میزان تحصیلات	بی‌سواد	۲۵	۸/۳
	ابتدایی	۳۳	۱۱
	سیکل	۴۱	۱۳/۶
	دیپلم	۹۲	۳۰/۷
	فوق دیپلم	۵۹	۱۹/۷
	لیسانس	۴۰	۱۳/۳
	فوق‌لیسانس	۱۰	۳/۳
	دکتری	۰	۰
شغل	کارمند	۵۹	۱۹/۷
	آزاد	۷۴	۲۴/۷
	خانه‌دار	۱۲۲	۴۰/۷
	شاغل به تحصیل	۱۹	۶/۳
	بیکار	۲۶	۸/۷
وضعیت تاهل	مجرد	۷۶	۲۵/۳
	متاهل	۲۱۵	۷۱/۷
	مطلقه	۶	۲
	همسر فوت شده	۳	۱
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۱۰۴	۳۴/۷
	متوسط	۹۹	۳۳
	خوب	۸۶	۲۸/۷
	خیلی خوب	۱۱	۳/۷

جدول شماره ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای پیش‌بین و ملاک و همبستگی پیرسون

ردیف	متغیر	میانگین	انحراف معیار کل	۱	۲	۳
۱	افسردگی	۳۸/۶۳	۷/۶۲			
۲	طرحواره‌های ناسازگار اولیه	۲۶۱/۳۱	۴۰/۳۸	۰/۳۲*		
۳	دشواری در تنظیم هیجان	۱۲۴/۲۸	۱۳/۹۳	۰/۳۷*	۰/۳۰*	
۴	بدرفتاری روان شناختی	۷۲/۶۶	۱۴/۲۳	۰/۱۰	۰/۴۰*	۰/۱۹**

* p <۰/۰۱

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-28]

همبستگی متغیرهای مطالعه از همبستگی تفکیکی (Partial) استفاده شد که نتایج آن درجدول شماره ۳ ارائه شده است.

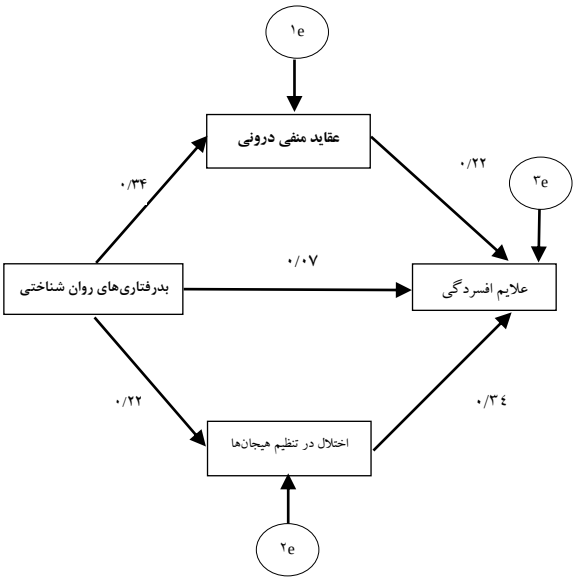
جدول شماره ۳: نتایج حاصل از همبستگی تفکیکی متغیرهای پیش‌بین و ملاک

متغیرهای جمعیت‌شناختی کنترل شده	متغیر	۱	۲	۳
جنسیت،	افسردگی	۱		
سن،	طرحواره های ناسازگار اولیه	۰/۳۲**		
وضعیت تاهل،	دشواری در تنظیم هیجان	۰/۳۸**	۰/۳۷**	
میزان تحصیلات،	بدرفتاری روان شناختی	۰/۱۱	۰/۴۱**	۰/۱۳*
وضعیت شغلی و میزان درآمد				

*p<۰/۰۵ **p<۰/۰۱

همان‌طورکه در جدول شماره ۳ نشان داده شده است، با استفاده از همبستگی تفکیکی و کنترل متغیرهای سن، جنسیت، میزان تحصیلات، شغل، وضعیت تاهل و وضعیت اقتصادی، بین بدرفتاری روان شناختی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه در سطح (a=۰/۰۱) (r=۰/۴۱ ، p<۰/۰۱)، با دشواری در تنظیم هیجان در سطح (a=۰/۰۵) (r=۰/۱۳ ، p<۰/۰۵) رابطه مثبت معنادار وجود دارد. اما بین بدرفتاری روان شناختی با افسردگی در سطح (a=۰/۰۵) (r=۰/۱۱ ، p>۰/۰۵) رابطه معنی‌داری وجود ندارد. پیش از استفاده از تحلیل مسیر در ابتدا وجود داده‌های پرت تک متغیری با استفاده از نمودار مستطیلی (Boxplot) مورد بررسی قرار گرفت و داده‌های پرت با نزدیک‌ترین داده قبلی جایگزین شد. علاوه بر آن یکسانی شکل توزیع متغیرها نیز با استفاده از نمودار مستطیلی بررسی شد. نتایج نشان داد نمودارهای شکل توزیع متغیرها به هم شبیه می‌باشد.

با توجه به ضرایب مسیر که در تصویر شماره ۲ نشان داده شده است، در مدل اولیه شاخص‌های برازش نشان داد که مدل اولیه از برازش لازم برخوردار نیست. با توجه به عدم معنی‌داری اثر مستقیم بدرفتاری روان شناختی روی افسردگی این مسیر حذف و مدل اصلاح شده مورد بررسی قرار گرفت و شاخص‌های برازش برای ماتریس بازتولید شده محاسبه گردید. جدول شماره ۴ شاخص‌های برازش برای مدل نهایی را نشان می‌دهد.



تصویر شماره ۲: مدل فرضی اولیه از مکانیسم های پیش‌بینی کننده نشانه‌های افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی به دنبال بدرفتاری روان شناختی دوران کودکی با ضرایب مسیر

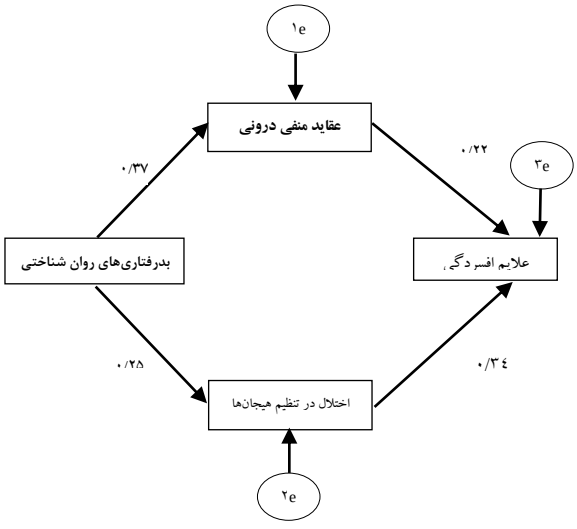
جدول شماره ۴: شاخص‌های برازش برای مدل نهایی اصلاح شده

نام شاخص	مقدار به دست آمده	حدمجاز
شاخص نسبی کای-دو (کای دو بر درجه آزادی)	۰/۱۹	کم تر از۳
GFI (نیکویی برازش)	۰/۹۶	بالاتر از ۰/۹
RMSEA (ریشه میانگین مربعات خطای برآورد)	۰/۰۴	کم تر از۰/۰۹
CFI (برازندگی تعدیل یافته)	۰/۹۹	کم تر از۳
AGFI (نیکویی برازش تعدیل شده)	۰/۹۶	بالاتر از ۰/۸
NFI (برازندگی نرم شده)	۰/۹۹	بالاتر از۰/۹

با توجه به این که در مدل مورد بررسی شاخص‌های برازشی مانند مقدار کای-دو (۰/۱۹) و ریشه میانگین مربعات خطا (۰/۰۴) نشان از برازش مطلوب مدل دارند، می‌توان مدل مورد نظر را به عنوان یک مدل مطلوب برای برازش داده‌ها در نظر گرفت و بر اساس آن روابط بین متغیرها را تبیین کرد. تصویر شماره ۳ مدل اصلاح شده به همراه ضرایب مسیر را نشان می‌دهد. همان‌طور که در تصویر شماره ۳ نشان داده شده است، ضریب مسیر مربوط به نقش متغیر بدرفتاری روان شناختی در پیش‌بینی عقاید منفی درونی (β=۰/۳۷) و عقاید منفی درونی در پیش‌بینی افسردگی (β=۰/۲۲) بود. هم‌چنین، ضریب مسیر مربوط به نقش متغیر بدرفتاری روان‌شناختی در پیش‌بینی اختلال در تنظیم هیجان‌ها

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-28]

(β=۰/۲۵) و اختلال در تنظیم هیجان‌ها در پیش‌بینی افسردگی (β=۰/۳۴) بود. هم‌چنین نتایج تصویر مذکور نشان می‌دهد که مسیر بدرفتاری روان شناختی به افسردگی معنی‌دار نمی‌باشد (p<۰/۰۵). لازم به ذکر است که حذف شدن مسیر مستقیم بدرفتاری روان‌شناختی در پیش‌بینی افسردگی در مدل نهایی به معنی عدم پیش‌بینی افسردگی توسط بدرفتاری روان شناختی نیست، بلکه با توجه به این که مسیرهای غیرمستقیم از قدرت پیش‌بینی کنندگی بیش‌تری برخوردار هستند، در مدل نهایی به منظور رعایت اقتصاد مدل، مسیر کم اثرتر حذف می‌گردد. به عبارت دیگر، در مدل‌های تحلیل مسیر چنان چه مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم هر دو معنی‌دار باشند، شاهد یک میانجی‌گری نسبی (Partial) خواهیم بود و چنان چه صرفاً مسیرهای غیرمستقیم معنادار باشند، شاهد میانجی‌گری کامل (Full) خواهیم بود. فرض اساسی مدل مورد بررسی وجود مسیر غیرمستقیم و واسطه‌ای بود که با استفاده از روش بوت استراپ بررسی شد. نتایج به دست آمده از بوت استراپ برای مسیرهای واسطه‌ای در جدول شماره ۵ نشان داده شده است. با توجه به نتیجه به دست آمده از آزمون بوت استراپ می‌توان گفت نقش میانجی گرانه اختلال در تنظیم هیجانی و عقاید منفی در رابطه بین بدرفتاری و افسردگی معنی‌دار است.



تصویر شماره ۳: مدل فرضی اصلاح شده

جدول شماره ۵: نتایج به دست آمده از بوت استراپ برای مسیرهای واسطه‌ای

مسیر	بوت استراپ		سطح
	حد پائین	حد بالا	معنی داری
بدرفتاری...> اختلال در تنظیم هیجانی ...> افسردگی	-۰/۴۷۲	-۰/۱۴۴	۰/۰۱
بدرفتاری...> عقاید منفی...> افسردگی	-۰/۳۲۴	-۰/۲۲۱	۰/۰۱

بحث

براساس هدف مطالعه حاضر مبنی بر پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی به دنبال بدرفتاری روان شناختی دوران کودکی با نقش واسطه‌ای طرحواره‌های ناسازگار اولیه و دشواری در تنظیم هیجان، یافته‌های حاصل از تحلیل مسیر در مطالعه حاضر نشان داد که بدرفتاری روان‌شناختی به‌طور مستقیم در پیش‌بینی افسردگی نقش ندارد که با پژوهش Coates و همکاران(۴) ناهم‌خوان است. ناهم‌خوان شدن یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعه Coates و همکاران(۴) می‌تواند به دلایل متفاوتی باشد از جمله تفاوت جامعه مورد مطالعه که در مطالعه ذکر شده جامعه شامل دختران دانشجوی شاغل به تحصیل و در مطالعه حاضر جامعه شامل بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بودند که ویژگی‌های شخصیتی، مشکلات، علائم و نشانه‌های متفاوت مربوط به بیماری این افراد نسبت به سایر نمونه‌های مورد مطالعه می‌تواند تفاوت یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعه ذکر شده را تبیین نماید(۲۳). هم‌چنین، تفاوت در ابزار اندازه‌گیری می‌تواند تبیین‌کننده ناهم خوان شدن مطالعه حاضر با مطالعه ذکر شده باشد. در مطالعه حاضر برای سنجش افسردگی بیماران از مقیاس افسردگی همیلتون (مقیاس اختصاصی برای سنجش میزان افسردگی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی) استفاده شداما در مطالعه ذکر شده از مقیاس علائم ضربه روحی (Trauma Symptom Inventory) استفاده شده است. علاوه بر این‌ها در تبیین ناهم‌خوان شدن دو مالعه می‌توان به تفاوت‌های فرهنگی موجود(۲۴) بین جامعه مورد مطالعه در ایران و آمریکا اشاره نمود. با این حال حذف شدن مسیر مستقیم

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-28]

بدرفتاری روان شناختی در پیش‌بینی افسردگی در مدل نهایی به معنی عدم پیش‌بینی افسردگی توسط بدرفتاری روان شناختی نیست بلکه با توجه به این که مسیرهای غیرمستقیم از قدرت پیش‌بینی کنندگی بیش تری برخوردار هستند، در مدل نهایی به منظور رعایت اقتصاد مدل، مسیر کم اثرتر حذف می‌گردد. به عبارت دیگر در مدل‌های تحلیل مسیر چنان چه مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم هر دو معنادار باشند، شاهد یک میانجی‌گری نسبی (Partial) خواهیم بود و چنان چه صرفاً مسیرهای غیرمستقیم معنی‌دار باشند، شاهد میانجی گری کامل (Full) خواهیم بود(۲۵).

مطالعه حاضر نیز نشان داد که بدرفتاری در دوران کودکی به صورت غیرمستقیم افسردگی در بزرگسالی را پیش‌بینی می‌کند که با مطالعات Wright و همکاران(۶)، Allen و همکاران(۲۵) و Alloy و همکاران(۸) مبنی بر این که بدرفتاری با افسردگی رابطه دارد و تا حدی آن را پیش‌بینی می‌کند، هم‌خوان است. عابدی و همکاران نیز در مطالعه خود بیان می‌کنند که بین افسردگی و تجربه انواع بدرفتاری نسبت به افراد عادی همبستگی بیش‌تری وجود دارد و میانگین افسردگی در افراد دارای سابقه انواع بدرفتاری بالاتر از جمعیت عمومی است اما به معنی وجود رابطه قطعی و مستقیم بین این دو متغیر یا قدرت پیش‌بینی کنندگی قطعی نیست(۲۶). بنابراین با وجود این که در مطالعات بسیاری نشان داده شده است که بین بدرفتاری روان‌شناختی و افسردگی رابطه معناداری وجود دارد، این یافته به معنی وجود رابطه صد در صد یا قدرت پیش‌بینی‌کنندگی قطعی و مستقیم بدرفتاری برای افسردگی نیست.

هم‌چنین یافته‌های حاصل از تحلیل مسیر نشان داد که بدرفتاری روان شناختی دوران کودکی به صورت غیرمستقیم و به واسطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، افسردگی در بزرگسالی را پیش‌بینی می‌کند. یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعه Coates و همکاران(۴)، Gibb و همکاران(۱۱)، Gibb و همکاران(۱۲)، Krause و همکاران (۲۷)، Reddy و همکاران(۲۸) و Sachs-Ericsson و همکاران(۲۹) هم خوان است.

Coates و همکاران در تبیین یافته‌های خود بیان می‌کنند که تجربه بدرفتاری‌های اوایل کودکی در طول زمان منجر به عقاید منفی درونی شده نسبت به خود، دنیای اطراف فرد و آینده شده و در نتیجه شکل‌گیری نشانه‌های افسردگی را به دنبال دارد. به عبارت دیگر، با توجه به این که سوء رفتارهای روان شناختی در کودکی دارای یک ساختار چندبعدی شامل جنبه‌های مختلف سوء استفاده‌های روانی (به عنوان مثال فساد) و غفلت روان شناختی (به عنوان مثال عدم پاسخ گویی هیجانی و عاطفی) است که به وسیله والدین یا مراقبت کننده نزدیک فرد اتفاق می‌افتد، ممکن است منجر به درونی کردن پیام‌های منفی گسترده‌ای درباره خودشان و حوادث زندگی‌شان گردد که این بدرفتاری‌ها را به دلیل وجود چیزی منفی در وجود خود دانسته و در نتیجه این باورها، خود را سزاوار آن بدرفتاری‌ها می‌دانند(۴). هم‌چنین، Gibb و همکاران (۱۱) در تبیین این که بدرفتاری‌های روان شناختی در دوران کودکی با تغییرات منفی در سبک‌های اسنادی مرتبط است و به این ترتیب علایم افسردگی را به دنبال دارد، بیان می‌کنند که تجربه بدرفتاری‌های روان شناختی در دوران کودکی نوعی آسیب‌پذیری شناختی کلی نسبت به افسردگی را از طریق باورهای خودکار افسرده‌وار مانند من دوست نداشتنی و ناامیدکننده هستم، ایجاد می‌کند.

Reddy و همکاران(۲۸) نیز در تبیین یافته مشابه خود بیان می‌کنند که تجربه طولانی‌مدت و مداوم بدرفتاری‌های کودکی ممکن است از طریق تشکیل یک باور هسته‌ایی مبنی بر این که تجربه بدرفتاری‌ها اجتناب‌ناپذیر و غیرقابل کنترل هستند، زمینه بدبینی فرد نسبت به دنیای اطراف را فراهم آورده و در آینده دیگر فرد در جهت تغییر شرایط نامناسب تلاش نکند و با ماندن در محیط آزار دهنده و پذیرش شرایط، زمینه ابتلا به افسردگی را ایجاد کند.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-28]

Gibb و همکاران نیز برای تبیین یافته‌های مشابه خود بیان می‌کنند که وجود بدرفتاری‌های روان شناختی مزمن در دوران کودکی منجر به ایجاد و رشد سبک عقاید منفی کلی (به عنوان مثال ایجاد باورهای ناکارآمد درباره خود و دیگران) در فرد گشته و زمینه ابتلا به افسردگی را در فرد ایجاد می‌کند(۱۲).

Sachs-Ericsson و همکاران نیز چنین بیان می‌کنند که باورهای خودانتقادی مهم مانند باور به همیشگی بودن اشتباهات با بدرفتاری روان شناختی در کودکی مرتبط است. به طوری که این افراد باور نموده‌اند که فردی فاقد قابلیت و کارآمدی هستند که مدام در حال اشتباه کردن می‌باشند(۲۹).

Messman-Moore و همکاران نیز بیان می‌کنند که بزرگسالان جوان با سابقه بدرفتاری روان شناختی در دوران کودکی نه تنها باورهای منفی درباره خود بلکه درباره دیگران نیز دارند. به‌طوری‌که ضمن این که دیگران را حمایت‌کننده نمی‌دانند، آن‌ها را سوءاستفاده کننده یا رهاکننده نیز می‌دانند. این عقاید منفی می‌تواند به بسیاری از حیطه‌های زندگی فردی که در کودکی مورد بدرفتاری روان شناختی قرار گرفته است تعمیم یابد و بر انتظارات از خود و دیگران در جهت افزایش خطر ابتلا به افسردگی تاثیر بگذارد(۳۰).

هم‌چنین یافته‌های حاصل از تحلیل مسیر نشان داد که بدرفتاری روان شناختی دوران کودکی به صورت غیرمستقیم و به واسطه اختلال در تنظیم هیجان افسردگی در بزرگسالی را پیش‌بینی می‌کنند. یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعه Coates و همکاران(۴)، Gotlib و همکاران(۳۱)، Frewen و همکاران(۳۲) و Krause و همکاران(۲۷) هم خوان است.

Coates و همکاران در تبیین یافته‌های خود بیان می‌کنند افرادی که دارای سابقه بدرفتاری روان شناختی در دوران کودکی هستند، نسبت به توانایی خود برای کنترل، دخالت یا مدیریت هیجان‌های منفی خود تردید دارند و همین موضوع منجر به از دست دادن احساس عزت‌نفس و کارآیی در آن‌ها می‌گردد. در واقع انتظار این که نمی‌توانند از نظر هیجانی رویدادهای چالش برانگیز را مدیریت نمایند، مانع به کارگیری راهبردهای موثر تنظیم هیجانی می‌گردد. علاوه بر این بدرفتاری‌های روان شناختی در دوران کودکی با تاثیر منفی بر درک روشن و واضح فرد از هیجانات خود و تجربه آن‌ها منجر بر عدم تنظیم هیجانی می‌گردد(۴). هم‌چنین Krause و همکاران بیان می‌کنند که بدرفتاری‌های دوران کودکی با ایجاد راهبردهای نامناسب تنظیم هیجان مانند بازداری عاطفی یا اجتناب برای مقابله با تجارب هیجانی منفی زمینه را برای اختلال در تنظیم هیجانات فرد فراهم می‌سازد. با این وجود علاوه بر راهبردهای مقابله‌ای فرد، فقدان جنبه‌های تنظیم هیجان مانند ادراک حسی نیز در عدم مدیریت هیجانات موثر می‌باشد(۲۷). محدودیت‌های مطالعه حاضر عبارت بودند از عدم کنترل شدت بیماری، به کارگیری روش نمونه‌گیری در دسترس، طولانی بودن سوالات ابزارهای مطالعه و محدود بودن جامعه آماری مطالعه حاضر به بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی استان لرستان که در تعمیم یافته‌ها به بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی سایر شهرها باید احتیاط شود. بنابراین پیشنهاد می‌گردد نقش بدرفتاری روان شناختی در نمونه‌های مبتلا به اختلال افسردگی اساسی سایر شهرها مورد مطالعه قرار گیرد. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی از روش‌های کمی و کیفی و طرح‌های طولی با در نظر گرفتن نقش واسطه‌ای سایر متغیرها در نشانه‌های افسردگی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی استفاده گردد.

یافته‌های مطالعه حاضر نیاز به برنامه‌های مداخله و مدیریت هیجان‌ها به منظور تعدیل طرحواره‌های ناسازگار و دشواری در تنظیم هیجان را برجسته می‌سازند. برخورداری از مداخله‌های مناسب برای بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی نیازمند توجه متخصصین بالینی به طراحی مداخله‌هایی است که می‌تواند در تعدیل عوامل زمینه‌ای و ویژگی‌های شخصیتی تاثیرگذار بر علایم

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-28]

افسردگی بیماران اختلال افسردگی اساسی موثر باشند.

سپاسگزاری

بدین وسیله نویسندگان از مساعدت‌های مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی استان لرستان و درمانگاه اعصاب و روان صدیق و هم‌چنین، تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارند.

References

1. Power RA, Lecky-Thompson L, Fisher HL, Cohen-Woods S, Hosang GM, Uher C, et al. The interaction between child maltreatment, adult stressful life events and the 5-HTTLPR in major depression. J Psychiat Res 2013; 47(8): 1032-1035.
2. Min MO, Minnes S, Kim H, Singer LT. Pathways linking childhood maltreatment and adult physical health. Child Abuse Neglect 2013; 37(6): 361-373.
3. Hager AD, Runtz MG. Physical and psychological maltreatment in childhood and later health problems in women: An exploratory investigation of the roles of perceived stress and coping strategies. Child Abuse Negl 2012; 36(5): 393-403.
4. Coates AA, Messman-Moore TL. A structural model of mechanisms predicting depressive symptoms in women following childhood psychological maltreatment. Child Abuse Negl 2014; 38(1): 103-113.
5. Teicher MH, Samson JA, Polcari A, McGreenery CE. Sticks, stones, and hurtful words: Relative effects of various forms of childhood maltreatment. Am J Psychiatry 2006; 163(6): 993-1000.
6. Wright MO, Crawford E, Del Castillo D. Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: Themediating role of maladaptive schemas. Child Abuse Negl 2009: 33(1): 59-68.
7. Taussig HN, Culhane SE. Emotional maltreatment and psychosocial functioning in preadolescent youth placed in out-of-home care. J Aggress Maltreat Trauma 2010; 19(1): 52-74.
8. Alloy LB, Abramson LY, Smith JM, Gibb BE, Neeren AM. Role of parenting and maltreatment histories in unipolar and bipolar mooddisorders: Mediation by cognitive vulnerability to depression. Clin Child Fam Psychol Rev 2006; 9(1): 23-64.
9. Liu R T, Jager-Hyman S, Wagner C A, Alloy L B, Gibb B E. Number of childhood abuse perpetrators and the occurrence of depressive episodesin adulthood. Child Abuse Negl 2012; 36(4): 323-332.
10. Gibb BE, Alloy LB. A prospective test of the hopelessness theory of depression in children. J Clin Child Adolesc Psychol 2006; 35(2): 264-274.
11. Gibb B E, Abela J R Z. Emotional abuse, verbal victimization, and the development of children's negative inferential styles and depressivesymptoms. Cognitive Ther Res 2008; 32(2): 161-176.
12. Gibb BE, Alloy LB, Abramson LY, Marx B P. Childhood maltreatment and maltreatment specific inferences: A test of Rose and Abramson's (1992) extension of the hopelessness theory. Cognition Emotion 2003; 17(6): 917-931.
13. Vilhena-Churchill N, Goldstein AL. Child maltreatment and marijuana problems in young adults: Examining the role of motives and emotion dysregulation. Child Abuse Negl 2014; 38(5): 962-972.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-28]

14. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 3th ed. New York: Guilford Press; 2010.
15. DiLillo D, DeGue S, Kras A, Di Loreto-Colgan AR, Nash CL. Participant responses to retrospective surveys of child maltreatment: Does modeof assessment matter? Violence Vict 2006; 21(4): 410-424.
16. Ghyasi M, Molavi H, Neshat doost HD, Salavati M. Factor structure of the Schema Questionnaire in Tehran. Journal of Psychological Achievements 2011; 18(1): 93-118 (Persian).
17. Lotfi R, Donyavi V, Khosravi Z. Comparison of early maladaptive schemas between personality disorder (cluster B) and Normal Subjects. Journal of Army University (JAUMS) 2007; 5(2): 1261-1266 (Persian).
18. Gratz KL, Roemer E. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. J Psychopathol Behav 2004; 62(1): 11-41.
19. Michaeli Manee, F. Emotion Dysregulation in Individuals with Risky Sexual Behaviors and Normal People. J Mazandaran Univ Med Sci 2014; 23(109): 206-214 (Persian).
20. Rehm LP, O'Hara MW. Item characteristics of the Hamilton Rating Scale for Depression. J Psychiatr Res 1985; 19(1): 31-41.
21. Mokhber N, AzarPajooh MR and Asgharipour N. Effect of citalopram on depression and cognitive functions of stroke patients. Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences 2013; 20(1): 14-16.
22. Snaith RP, Ahmed SN, Mehta S, Hamilton M. Assessment of the severity of primary depressive illness. Wakefield self-assessment depression inventory. Psychol Med 1971; 1 (2): 143-49.
23. Kachooei M, Parsa V, Soveizi R. Comparison of defense styles and personality traits in non-depressed and depressed individuals referred to associated clinics of University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. Medical Sciences 2014; 24 (3):182-188.
24. Karasz A. Cultural differences in conceptual model of depression. Soc Sci Med 2005; 60(7): 1625-1635.
25. Allen B. An analysis of the impact of diverse forms of childhood psychological maltreatment on emotional adjustment in early adulthood. Child Maltreatment 2008; 13(3): 307-312.
26. Laali M, Abedi A. A study of the relationship between child abuse and depression among out-patients at counseling center in Isfahan. Psychological Studies 2008; 4(4): 81-94 (Persian).
27. Krause ED, Mendelson T, Lynch TR. Childhood emotional invalidation and adult psychological distress: The mediating role of emotionalinhibition. Child Abuse Negl 2003; 27(2): 199-213.
28. Reddy MK, Pickett SM, Orcutt HK. Experiential avoidance as a mediator in the relationship between childhood psychological abuse andcurrent mental health symptoms in college students. J Emotional Abuse 2006; 6(1): 67-84.
29. Sachs-Ericsson N, Verona E, Joiner T, Preacher KJ. Parental verbal abuse and the mediating role of self-criticism in adult internalizing disorders. J Affect Disord 2006; 93: 71-78.
30. Messman-Moore TL, Coates AA. The impact of childhood psychological abuse on adult interpersonal conflict: The role of early maladaptiveschemas and patterns of interpersonal behavior. J Emotional Abuse 2007; 7(2): 75-92.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-28]

31. Gotlib IH, Hammen CL. Handbook of depression. 3thed. New York: Guilford Press; 2009.

32. Frewen PA, Evans EM, Maraj N, Dozois DJA, Partridge K. Letting go: Mindfulness and negative automatic thinking. Cognitive Ther Res 2008; 32(6): 758-774.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-28]