



The Effectiveness of Self-Review Method on Dysfunctional Attitudes and Depression in Depressed Women

Tayebeh Salar^{1*}, Reza Pourhosein²

1. MA in psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.
2. Associate Professor of psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

Citation: Salar, T. and Pourhosein, R. (2024). The Effectiveness of Self-Review Method on Dysfunctional Attitudes and Depression in Depressed Women. *Clinical Psychology Achievements*, 10(2), 54-68

Abstract

Considering that is one of the most common psychological disorders, and also the role of cognitive processes in the etiology and incidence of this disorder. this research investigated the effect of self-review method as a cognitive technique on ineffective attitudes and symptoms of depression in Women with depressive disorders. . This research is a therapeutic intervention that follows a quasi-experimental design using a pre-test and post-test with a control group. Among women suffering from depression referring to one of the clinics in Tehran, 26 people were selected using available sampling and were randomly assigned to two experimental and control groups. The dysfunctional attitudes Scale (DAS) and Depression, anxiety and stress scale (DASS 21) were used as evaluation tools. People in the experimental group participated in self-review therapy sessions; While the people in the control group did not receive any treatment during this period. The data was analyzed using the analysis of covariance (MANCOVA) test. The results showed a significant decrease in the scores of dysfunctional attitudes and depression of the experimental group compared to the scores of the control group in the post-test. The results of this study indicate the effectiveness of the self-review method in reducing ineffective attitudes and depressive symptoms of the subjects.

Keywords: dysfunctional attitudes, self- review method, depression.

* **Corresponding Author:** Reza Pourhosein

E-mail: prhosein@ut.ac.ir





اثربخشی "روش مرور خویشتن" بر نگرش‌های ناکارآمد و افسردگی در زنان مبتلا به افسردگی

طیبه سالار^۱، رضا پورحسین^{۲*}

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

چکیده

با توجه به این که اختلال افسردگی یکی از رایج‌ترین اختلالات روانی است و نیز نقش فرایندهای شناختی در سبب‌شناسی و بروز این اختلال، این پژوهش به بررسی تأثیر روش مرور خویشتن به‌عنوان یک فن شناختی بر نگرش‌های ناکارآمد و علائم افسردگی، در زنان دارای اختلال افسردگی می‌پردازد. این پژوهش یک مداخله درمانی است که پیرو طرحی شبه آزمایشی با استفاده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. از میان زنان مبتلا به افسردگی مراجعه‌کننده به یکی از کلینیک‌های شهر تهران، ۲۶ نفر با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای گرفتند. از مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS ۲۱) به عنوان ابزار ارزشیابی استفاده گردید. افراد گروه آزمایش در جلسات درمانی مرور خویشتن شرکت کردند؛ درحالی‌که افراد گروه کنترل در این مدت هیچ درمانی دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس (مانکوا) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج کاهش معنی‌دار نمرات نگرش‌های ناکارآمد و افسردگی گروه آزمایش را در مقایسه با نمرات گروه کنترل در پس‌آزمون نشان داد. نتایج این پژوهش نشان‌دهنده اثربخشی روش مرور خویشتن در کاهش نگرش‌های ناکارآمد و علائم افسردگی آزمودنی‌ها بود.

کلید واژه‌ها: نگرش‌های ناکارآمد، روش مرور خویشتن، افسردگی.

مقدمه

افسردگی، غم‌انگیزترین بیماری است و تشخیص زود هنگام آن از مهم‌ترین اولویت‌های بهداشت در سطح جهانی می‌باشد. (Gundela et al., 2018) این اختلال یک مشکل جدی در سطح جهانی است، به ترتیبی که تخمین جهانی نشان می‌دهد که بیش از ۲۶۴ میلیون نفر در جهان، افسردگی را تجربه می‌کنند (Kingston et al., 2020; Eaton et al., 2008). افسردگی اختلال عاطفی جدی و شایعی است که تنها سوء مصرف مواد و فوبیا بر آن پیشی گرفته‌اند. بیشتر رویکردهای نظری به افسردگی توافق دارند که دیدگاه منفی نسبت به خود نقش مهمی در افسردگی بازی می‌کند (Phillips et al., 2010). افراد مستعد افسردگی خودشان را از یک دیدگاه منفی و انتقادآمیز می‌نگرند و افراد افسرده احساس بی‌ارزشی می‌کنند (Riemann et al., 2020). دیدگاه منفی نسبت به خود یکی از ویژگی‌های مشخص افسردگی است که در چهارمین و پنجمین مجموعه بازنگری شده تشخیصی - آماری اختلالات روانی (DSM-5)، (DSM-IV-TR)، (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) تحت عنوان "احساس بی‌ارزشی" گنجانده شده است (American Psychiatric Association, 2000 & 2013). افراد افسرده در پردازش اطلاعات دارای نواقصی هستند که منجر به شیوه‌های منفی تفکر و تمایل به ایجاد و حفظ افسردگی، در مواجهه با تجارب و وقایع تنش‌زای زندگی می‌شود. آن‌ها اطلاعات درباره‌ی خود و تجاربشان را به صورت منفی پردازش می‌کنند (Kalu et al., 2012). پیش‌بینی‌های منفی‌تری درباره آینده خود دارند و با تفکر و خلق منفی‌تری به انعکاس خود می‌پردازند (Wisco, 2009). افراد افسرده ارزش خود پایین‌تری دارند (Prosen et al., 1983; Metalsky et al., 1993; Roberts & Kendler, 1999) و برای توصیف خود بیشتر از واژگان منفی استفاده می‌کنند (Bradly & Mathews, 1988; Rude, Krantz, & Rsenhan, 1988).

پژوهش‌ها بر نقش شناخت‌های منفی در آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی تأکید دارند (Lau et al., 2012). نگرش‌های ناکارآمد بخشی از فرایندهای شناختی بوده و شامل فرضیات و باورهای کلی و منفی می‌باشند. این باورهای کلی و منفی به موقعیت خاص اختصاص ندارند و به عنوان نگرش‌های ناکارآمد یا عقاید غیرمنطقی شناخته می‌شوند (جباری و همکاران، ۲۰۱۴). مفهوم نگرش‌های ناکارآمد اولین بار توسط بک (۱۹۷۵) در توصیف افکار بیماران افسرده و به عنوان مفهوم محوری ایجاد و پایایی افسردگی مطرح شد (Ninan & Dryden, 1950). مطالعات نشان می‌دهند که نگرش‌های ناکارآمد با شیوع افسردگی ارتباط دارد (Brouwer et al., 2019) و پیش‌بینی کننده شدت افسردگی، اولین حمله، بازگشت و عود دوباره افسردگی است (Alloy et al., 2006; Iacoviello et al., 2006; Jarret et al., 2012). مطابق با نظریه بک نگرش‌های ناکارآمد ویژگی‌های شخصیتی پایداری می‌باشند که افراد را نسبت به افسردگی آسیب‌پذیر می‌سازند. نگرش‌های ناکارآمد از طرح‌واره‌های منفی در مورد خود، دنیا و آینده تشکیل شده‌اند و اشاره به مثلث شناختی منفی دارد (Fresco et al., 2005). افرادی که نسبت به افسردگی آسیب‌پذیر می‌باشند، طرح‌واره‌های ناسازگاری دارند که تا هنگامی که به‌وسیله حوادث زندگی فعال نشوند، پنهان باقی می‌مانند و باورهای ناکارآمد در محتوای این طرح‌واره‌های نسبتاً پایدار منعکس می‌شوند (DeGraaf, Roelofs & Huibers, 2009).

روی آورده‌های روان درمانگری مختلفی برای پیشگیری و درمان اختلال افسردگی معرفی شده‌اند. در پژوهش‌های گسترده در ارتباط با اختلالات افسردگی و خودکشی، روی آورده‌های شناختی به "استانداردهای طلایی" در مداخلات روان‌شناختی شهرت یافته‌اند (Segal, Teasdale & Williams, 2002). امروزه درمان شناختی به عنوان یک درمان حمایت شده از نظر تجربی برای اختلالات زیادی از جمله افسردگی اساسی و اضطراب در نظر گرفته می‌شود (Butler et al., 2006; Epp, Dobson, & Cottraux, 2009). و قویاً به عنوان اولین خط درمان انتخابی برای این اختلالات در الگوی روال عمومی توصیه می‌شود (American Psychiatric Association, 2009). شناخت درمانگری، درمانی است که به دنبال کاهش نشانه‌ها از طریق اصلاح فکرها، ارزش‌ها، اسنادها و نگرش‌های ناسازگار و باورها و سوگیری‌های پردازش اطلاعات معیوب، که منجر به آشفتگی‌های هیجانی می‌گردند و افسردگی و اضطراب را پی‌ریزی می‌کنند، می‌باشد (Clark, 2010; DeRubeis et al., 2010). و مکانیزم اولیه کار آن تغییر در پردازش اطلاعات سوگیری شده می‌باشد. امروزه شواهد قابل ذکری وجود دارد که شناخت درمانگری با تغییر در شناخت‌های منفی، پیش‌بینی‌کننده کاهش علائم افسردگی و اضطراب می‌باشد (Whisman, 1993; Garrett et al., 2007). تحقیقات بیشتر نشان داده‌اند که

شناخت درمانگری موجب کاهش‌های معنی‌داری در تفکر منفی و افزایش در تأیید شناخت‌های مثبت می‌گردد (Garrett et al., 2007; Dozois et al., 2009). و از ریسک عود افسردگی می‌کاهد (Vittengl et al., 2007).

با وجود اینکه درمان‌های شناختی و شناختی- رفتاری درمان‌هایی بسیار مؤثر برای اختلال افسردگی می‌باشند (DeRubeis et al., 2005; Butler, 2006)؛ به دلیل محدودیت‌های رویکرد شناختی- رفتاری، بر موارد خاص آسیب‌شناختی (مانند افکار خود آیند منفی) و طولانی بودن مدت درمان‌های اخیر و در نتیجه افزایش احتمال خطر خودکشی (Pettit & Jonier, 2007) این مهم وجود دارد که به راهبردهای درمانی جایگزین متوسل شویم (Toneatto, Vettesse & Nauyen, 2007).

از منظر شناختی، فکر نامعقول ریشه در ساخت شناختی عمیقی دارد که به صورت خطاهای منطقی سطحی آشکار می‌شود. این خطاها، تفسیر بدبینانه از دنیای درون و بیرون فرد را بوجود می‌آورند. به عبارت دیگر هر اندازه خطاهای منطقی، افکار خودکار و منفی‌نگری، بیشتر متشکل شوند؛ نگاه انسان نسبت به خود بدبینانه‌تر خواهد بود. بر این اساس اگر بخواهیم روش درمانگری مناسب را در جهت اعتلای سطح خویشتن سامان دهیم، بهتر است راهبرد درمانگری در جهت تصحیح تصورات منفی طراحی شود. در چنین مواردی درمانگر به مراجع کمک می‌کند تا به بازنگری نقش خود پردازد و نسبت به خویشتن هشیار شود (Pourhossein, 2009).

روش مرور خویشتن (Self-Review)، که توسط Pourhossein (2009) تدوین و معرفی شده است، به‌طور مبنایی یک روش بازسازی شناختی است، که به فرد کمک می‌کند تا با باورهای منفی نسبت خود و جنبه‌های ناتوانی خویشتن، آشنا شود و افکار منفی خود را با افکار مثبت جا به جا کند. این جا به جایی، منجر به تغییر افکار شخص درباره خود، و پدیده‌ها می‌شود و نتیجتاً موجب تغییر هیجانی و عاطفی و کاهش علائم افسردگی و افزایش اعتماد به نفس خواهد گردید. بر اساس مبانی روان‌شناختی، که از نظریات روان‌شناسان عمدتاً شناختی، به‌ویژه بک و آلیس و همچنین مبانی تعلیم و تربیت اسلامی و نیز نظریه خودی علامه اقبال لاهوری به دست آمده است؛ مشخص می‌شود ارجاع افراد به خویشتن، و هوشیار نمودن آن‌ها نسبت به خود موجب خودآگاهی، و افزایش سطح خود پنداشت آنان می‌شود. ارتقاء سطح خود پنداشت، به افزایش سطح اعتماد به نفس می‌انجامد، که می‌تواند نقش انگیزشی و درمانی ایفا نماید. روش مرور خویشتن، تدوینی از مبانی نظری مذکور است که بر اساس اصل همبستگی خود هوشیاری و بهینه‌سازی پاسخ‌های عاطفی هیجانی، در چند گام اجرا می‌شود. نتیجه گام‌های روش مرور خویشتن، وصول به نوعی خود هوشیاری است، که به تدریج پاسخ‌های عاطفی او را تصحیح می‌کند (Pourhossein, 2009).

نتایج پژوهش‌های صورت گرفته توسط Faramarzinia (2005) و صمیمی و ترکان (۱۳۸۵)؛ به نقل از Pourhossein, 2009 و یک مطالعه موردی توسط پورحسین و صابری (به نقل از همان منبع)، گویای اثربخشی روش مرور خویشتن بر کاهش علائم افسردگی می‌باشد. در پژوهش Safaei Firoozabadi (2012) نیز اثربخشی روش مرور خویشتن بر علائم استرس و افسردگی بیماران قلبی تأیید گردید. همچنین در پژوهش دیگری اثربخشی روش مرور خویشتن بر افکار خودآیند منفی در زنان افسرده مورد تأیید قرار گرفت (Salar et al., 2005).

از آنجا که نتایج مطالعات ذکر شده نشان‌دهنده اثربخشی روش مرور خود بر کاهش علائم افسردگی است و با توجه به نقش نگرش‌های ناکارآمد به‌عنوان مفهوم مرکزی ایجاد و پایایی اختلال افسردگی (Beck, 1975) و مطالعاتی که نشان می‌دهند که نگرش‌های ناکارآمد باعث افسردگی می‌شوند (Musarezaie et al., 2015; Shabsavari & Foroghi, 2015);

(Ebrahimi et al., 2008) و با تغییر نگرش‌های ناکارآمد و بازسازی شناختی می‌توان افسردگی را کاهش داد (Salehzadeh et al., 2011) و بعلاوه با توجه به تأثیر روش مرور خویشتن در افزایش خود پنداشت و کاهش علائم افسردگی، در پژوهش‌ها، و نظر به سرعت بالای این روش که منجر به احساس مثبت در آزمودنی و حتی محقق، برای تداوم درمان می‌گردد (Faramarzinia, 2005)، و با عنایت به اینکه در علت‌شناسی و درمان افسردگی، شرایط محیطی و فرهنگی لحاظ می‌شود و خلأ استفاده از درمان‌هایی که شرایط فرهنگی و ارزشی جامعه‌ی ما را لحاظ کند احساس می‌شود؛ این

پژوهش با هدف اثربخشی روش مرور خویشتن بر نگرش‌های ناکارآمد و افسردگی زنان افسرده انجام گرفت. علت انتخاب جنس مؤنث برای این پژوهش این بود پژوهش‌ها و شواهد بالینی نشان داده‌اند که شیوع افسردگی و نشانه‌های آن در زنان بیشتر از مردان است (Albert, 2015).

پژوهش حاضر در صدد پاسخ به این سؤال می‌باشد که آیا روش مرور خود در کاهش نگرش‌های ناکارآمد و علائم افسردگی زنان افسرده مؤثر است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری در این پژوهش، شامل کلیه زنان مبتلا به افسردگی است که در سال ۱۴۰۳ به یکی از مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر تهران مراجعه نموده‌اند. شرکت‌کنندگان با انجام مصاحبه بالینی و بر پایه معیارهای تشخیصی، تشخیص اختلال افسردگی دریافت کرده بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس، از میان این زنان ۳۰ نفر انتخاب و به تعداد مساوی و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل جای گرفتند ولی در فرایند جلسات درمانی ۴ نفر از جلسات منصرف شدند و پژوهش با ۲۶ نفر ادامه پیدا کرد.

ابزار پژوهش

مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS) (Dysfunctional Attitude Scale): مقیاس نگرش‌های ناکارآمد توسط ویسمن و بک (Weissman & Beck, 1987) برای سنجش مفروضه‌های ناکارآمد بیماران طراحی شد (Bellack & Hersen, 1988)؛ که مشخص‌کننده محتوای شناختی بر مبنای نظریه بک است. DAS اصلی، مقیاسی ۱۰۰گزینه‌ای بود که به دو فرم موازی ۴۰ گزینه‌ای A و B تقسیم شد. فرم A به صورت گسترده در پژوهش‌های افسردگی، به‌ویژه در درمان شناختی افسردگی مورد استفاده قرار گرفته است (Whisman, 1993). این مقیاس دارای ۴۰ سؤال است که فرض‌های زیربنایی حاکم بر افسردگی را اندازه می‌گیرد. طیف نمرات این مقیاس ۴۰ تا ۲۸۰ می‌باشد. نسخه انگلیسی آن قابلیت اعتماد کافی دارد و می‌تواند برای جداسازی گروه‌های افسرده از غیر افسرده بکار رود. پژوهش‌های بیشتر قابلیت اعتماد و ثبات درونی بیشتری را تأیید کرده‌اند (Weissman & Beck, 1978; Weissman, 1980; Dobson, & Breiter, 1983; Sahin & Sahin, 1992; Brown et al., 2005; Fresco et al., 2005; Hankin et al., 2004; Haefel et al., 2005; et al., 1995). در یک پژوهش در ایران با استفاده از روش باز آزمایی روی یک گروه ۳۰ نفری، پایایی مقیاس نگرش‌های ناکارآمد ۰/۷۲ به دست آمد. آلفای کرونباخ برای نمرات این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۸۲ به دست آمد.

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS -21) (Depression Anxiety Stress Scale): مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس توسط لویبوند و لویبوند (Lovibond & Lovibond, 1995) تهیه شد. این مقیاس دارای دو فرم است. فرم کوتاه دارای ۲۱ عبارت است که هریک از سازه‌های روانی «افسردگی»، «اضطراب» و «استرس» را در مقیاس چهار درجه‌ای از نمره ۰ تا ۳ توسط ۷ عبارت متفاوت، مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این مقیاس یکی از ابزارهای معتبر برای سنجش نشانه‌های عواطف منفی محسوب می‌شود و اعتبار و روایی آن در پژوهش‌های متعدد تأیید شده است (Lovibond & Lovibond, 1995; Brown et al., 1997; Antony et al., 1998; Daza et al., 2002; Norton, 2007). در یک نمونه بزرگ ۷۱۷ نفری از دانشجویان، با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس DASS همبستگی بالایی رانشان دادند. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ به شرح زیر به دست آمده است: افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۳ و استرس ۰/۸۱. این مقیاس توسط (Sahebi et al., 2005)، برای جمعیت ایرانی اعتباریابی شده است. برای محاسبه روایی از روش ملاکی استفاده شده است به این صورت که ضریب همبستگی پرسشنامه BI، مقیاس استرس ادراک شده و مقیاس اضطراب زونک با خرده مقیاس‌های آزمون مذکور به ترتیب برای افسردگی ۰/۷۰، استرس ۰/۴۹ و اضطراب ۰/۶۷ به دست آمده است. (Besharat, 2005)

ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس را در مورد نمره نمونه‌هایی از جمعیت عمومی ($n=278$) برای افسردگی ۰/۸۷، برای اضطراب ۰/۸۵، برای استرس ۰/۸۹ و برای کل مقیاس ۰/۹۱ گزارش کرده است. این ضرایب در خصوص نمره نمونه‌های بالینی ($n=194$) برای افسردگی ۰/۸۹، برای اضطراب ۰/۹۱، برای استرس ۰/۸۷ و برای کل مقیاس ۰/۹۳ گزارش شده است. این ضرایب همسانی درونی مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس را در حد خوبی تأیید می‌نماید. ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس افسردگی در پژوهش حاضر ۰/۸۸ به دست آمد.

روش اجرای پژوهش

به منظور اجرای این پژوهش، پس از نمونه‌گیری از بیماران به شیوه در دسترس، ۳۰ نفر به صورت تصادفی به تعداد مساوی در دو گروه آزمایشی و کنترل طبقه‌بندی شدند که در فرایند درمان این تعداد به ۱۳ نفر گروه کنترل و ۱۳ نفر گروه آزمایش کاهش یافتند. افراد گروه کنترل فقط به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند ولی افراد گروه آزمایش در جلسات مرور خویشتن نیز شرکت کردند. این جلسات بر مبنای پروتکل درمانی "مرور خویشتن" (Pourhossein, 2009) به صورت فردی برای هر بیمار بین ۵ تا ۸ جلسه برحسب نیاز هر آزمودنی، برای رسیدن به دیدی کامل و بدون افراط و تفریط از خود اجرا شد. در این مرحله هریک از افراد گروه آزمایش مجدداً به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. افراد گروه کنترل نیز برای مرتبه دوم و بدون شرکت در جلسات درمان، به تکمیل پرسشنامه‌ها پرداختند.

مراحل اجرایی مرور خویشتن: (۱) مرحله توصیف خود؛ (۲) مرحله مرور جملات؛ (۳) مرحله تکمیل جملات منفی با جملات مثبت؛ (۴) مرحله مرور دوباره جملات؛ (۵) مرحله توصیف دوباره خود.

مرحله توصیف خود مبتنی بر تست بیست جمله‌ای می‌باشد که توسط کوهن و مک پارتلند (۱۹۵۴) ایجاد و توسط هارتلی تجدید نظر شد (cited in Pourhossein, 2009). در مرحله مرور جملات، جملات مطرح شده توسط آزمودنی، یک به یک توسط روان‌شناس مرور می‌گردند و از تکنیک انعکاس برای تخفیف میزان انرژی سرمایه‌گذاری شده بر افکار منفی و غیرعقلانی استفاده می‌شود. در مرحله تکمیل جملات منفی با جملات مثبت، جملات با واژه "در عوض" ادامه می‌یابند در مرحله چهارم که مرحله مرور دوباره جملات است؛ بتدریج جای جملات منفی و مثبت عوض شده و آزمودنی می‌آموزد که ابتدا جمله مثبت و سپس جمله منفی خود را بنویسد و در مرحله آخر که مرحله پیگیری است؛ اگر در توصیف فرد رگه‌هایی از باورهای منفی وجود داشته باشد، مراحل ۲ و ۳ تکرار می‌شود تا جایی که احساس شود آزمودنی نسبت به خود، به خوبی هشیار شده است.

| اهداف و فرایند درمان | جلسات |
|--|-----------------------------------|
| معاینه روانی و اجرای تست‌های لازم، مثل تست افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد و توضیح روانشناس از چگونگی توصیف خود در یک دفترچه | جلسه اول |
| مرحله اول اجرا می‌شود و آزمودنی خود را توصیف می‌کند درمانگر یک به یک جملات را با او تکرار و مرور می‌کند و توسط فن انعکاس، میزان انرژی سرمایه‌گذاری شده بر افکار منفی فرد، تخفیف می‌یابد. در مورد جملات مثبت از روش انعکاس احساسات مثبت و منعکس کردن توانایی‌ها به فرد استفاده می‌شود. در پایان جلسه اول از فرد خواسته می‌شود که چند کار را برای جلسه بعد انجام دهد: ۱- نوشتن جملات را ادامه دهد. ۲- جملات منفی را مشخص نماید. ۳- جملات منفی را با واژه "در عوض" ادامه دهد. ۴- بار دیگر جملات مثبت خود را مرور کند. | جلسه اول درمانی |
| مرور جملات نوشته شده به تریبی که گفته شد، و دادن تکلیف برای جلسه بعدی بر اساس مرحله دو می‌باشد | جلسه دوم درمانی |
| این جلسات شامل مرور مجدد خود و پیگیری تداوم نوشتن جملات و تکمیل آن توسط آزمودنی، و ارزیابی کاهش جملات منفی و افزایش جملات مثبت می‌باشند | جلسات بعدی (جلسات سوم تا هشتم) |

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و مراحل پیش و پس از شرکت در جلسات درمان در جدول ۱ ارائه شده است. همان‌طور که در جدول شماره ۱ مشخص گردیده است میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش در نگرش‌های ناکارآمد نسبت به میانگین نمرات پیش‌آزمون این گروه کاهش یافته است. ولی نمرات پس‌آزمون در گروه کنترل نسبت به نمرات پیش‌آزمون این گروه کاهش ناچیزی را نشان می‌دهد. همچنین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش در افسردگی نسبت به میانگین نمرات پیش‌آزمون این گروه کاهش چشمگیری را نشان می‌دهد؛ در حالی که در نمرات پس‌آزمون در گروه کنترل نسبت به نمرات پیش‌آزمون کاهش ناچیزی گزارش شده است.

جدول ۱. مقایسه میانگین نمرات نگرش‌های ناکارآمد و افسردگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل

| پس‌آزمون | | پیش‌آزمون | | | |
|--------------|---------|--------------|---------|-------------|----------|
| انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | | |
| ۱۱/۹۱ | ۱۲۲/۰۰ | ۱۶/۴۴ | ۱۸۳/۶۱ | گروه آزمایش | نگرش‌های |
| ۱۷/۲۸ | ۱۸۲/۶۹ | ۱۵/۷۵ | ۱۸۶/۶۹ | گروه کنترل | ناکارآمد |
| ۳۴/۱۹ | ۱۵۲/۳۴ | ۱۵/۸۵ | ۱۸۵/۱۵ | کل | |
| ۱/۰۵ | ۸/۵۳ | ۲/۰۲ | ۱۸/۵۳ | گروه آزمایش | افسردگی |
| ۲/۲۸ | ۱۷/۹۲ | ۲/۵۰ | ۱۸/۶۱ | گروه کنترل | |
| ۵/۰۹ | ۱۳/۲۳ | ۲/۲۳ | ۱۸/۵۷ | کل | |

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی، انحراف استاندارد و نیز روش‌های آمار استنباطی مانند تحلیل کوواریانس استفاده شد. به منظور تحلیل داده‌ها و برای حذف اثر پیش‌آزمون در طرح‌هایی که از پیش‌آزمون استفاده می‌کنند، مناسب‌ترین کار استفاده از تحلیل کوواریانس می‌باشد ولی لازم است مفروضه‌های نرمالیت، همگنی واریانس، همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس و همگنی شیب خط رگرسیون مورد توجه قرار گیرند.

برای بررسی مفروضه نرمال بودن با توجه به حجم نمونه از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیر نگرش‌های ناکارآمد و افسردگی تأیید گردید. یعنی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش‌آزمون و در هر دو گروه آزمایش و گواه تأیید گردید. برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد.

جدول شماره ۲. نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض همگنی واریانس نمره‌های دو متغیر نگرش‌های ناکارآمد و افسردگی

| متغیر | F | Df1 | Df2 | sg |
|-------------------|-------|-----|-----|-------|
| نگرش‌های ناکارآمد | ۰/۸۴۲ | ۱ | ۲۴ | ۰/۳۶۸ |
| افسردگی | ۱/۰۸۳ | ۱ | ۲۴ | ۰/۳۰۸ |

همان‌گونه که در جدول شماره ۲ ملاحظه می‌شود، فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمره‌های دو گروه در کلیه متغیرهای تحقیق تأیید می‌گردد. یعنی پیش فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها در دو گروه آزمایش و گواه تأیید گردید. با

این حال وقتی که حجم نمونه‌ها مساوی باشد معنی‌دار شدن آزمون لوین تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر سطح آلفای اسمی نخواهد داشت.

به‌منظور بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون در این پژوهش باید تعامل بین متغیر مزاحم (پیش‌آزمون) و متغیر مستقل (گروه) بررسی گردد.

جدول شماره ۳. نتایج آزمون بررسی پیش فرض همگنی شیب‌های خط رگرسیون متغیرهای تحقیق دو گروه در جامعه

| پیش‌آزمون - پس‌آزمون | | متغیر | منبع تغییرات |
|----------------------|-----------|-------------------|------------------------|
| معنی‌داری | F (تعامل) | | |
| ۰/۵۴۸ | ۰/۹۵۴ | نگرش‌های ناکارآمد | تعامل گروه * پیش‌آزمون |
| ۰/۱۲۱ | ۲/۳۲۹ | افسردگی | |

همان‌گونه که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، مقدار F تعامل برای یکسان بودن شیب خط رگرسیون برای کلیه متغیرهای تحقیق غیر معنی‌دار می‌باشد. به عبارت دیگر، همگنی شیب خط رگرسیون پذیرفته شده است. برای بررسی همگنی کوواریانس از آزمون باکس استفاده شد. نتایج ($F=۲/۱۴۳$, $sig=۰/۰۹۲$, $M=۷/۰۶۹$) نشان داد آزمون باکس معنادار نیست و مفروضه‌ی یکسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس برقرار است. لذا با توجه به تأیید پیش فرض‌های لازم، استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس بلا مانع است. نتایج آزمون لامبدا ویلکز در مرحله پس‌آزمون نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل با کنترل اثر پیش‌آزمون در مرحله پس‌آزمون حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/05$) و ($F=۷۸۷/۲۰۰$ و $Wilks\ Lambda=۰/۰۵۰$). و این بدین معنا است که اثربخشی روش مرور خویشتن بر حداقل یکی از متغیرهای وابسته موفق بوده است.

جدول شماره ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت بررسی معناداری تفاوت میانگین‌های متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| منبع | متغیرهای وابسته | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | مجذور اتای تفکیکی | توان آماری |
|-----------|-------------------|-----------------|---------|--------------|-------------------|------------|
| پیش‌آزمون | نگرش‌های ناکارآمد | ۱۷۲/۲۹۱ | ۱/۹۷۳ | ۰/۱۷۴ | ۰/۰۸۲ | ۰/۲۶۹ |
| | افسردگی | ۱۵/۲۴۱ | ۱۱/۱۰۸ | ۰/۰۰۳ | ۰/۳۳۶ | ۰/۸۹۰ |
| گروه | نگرش‌های ناکارآمد | ۲۲۱۴۴/۳۹۸ | ۲۵۳/۶۱۷ | ۰/۰۰۰ | ۰/۹۲۰ | ۱/۰۰۰ |
| | افسردگی | ۵۵۶/۱۹۸ | ۴۰۵/۳۷۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۹۴۹ | ۱/۰۰۰ |
| خطا | نگرش‌های ناکارآمد | ۸۷/۳۱۴ | | | | |
| | افسردگی | ۱/۳۷۲ | | | | |

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است با کنترل پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پس‌آزمون نگرش‌های ناکارآمد ($F=۲۵۳/۶۱۷$, $P < ۰/۰۰۰۱$) و افسردگی ($F=۴۵۰/۳۷۰$, $P < ۰/۰۰۰۱$) در دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد. لذا روش مرور خود در کاهش نگرش‌های ناکارآمد و علائم افسردگی در زنان افسرده مؤثر بوده است.

حال برای بررسی اثر روش مرور خود بر هریک از متغیرها از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده می‌شود.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در نگرش‌های ناکارآمد

| منبع | میانگین مجذورات | dF | F | سطح معناداری | مجذور اتای تفکیکی | توان آماری |
|-------------|-----------------|----|---------|--------------|-------------------|------------|
| عضویت گروهی | ۲۲۰۲۳/۹۸۰ | ۱ | ۲۳۹/۰۵۵ | ۰/۰۰۰ | ۰/۹۱۲ | ۱/۰۰۰ |

مندرجات جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین‌های تعدیل شده پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل از نظر آماری در سطح کوچکتر از ۰/۰۱ معنادار است. ($F=۲۳۹/۰۵۵$, $P<۰/۰۰۰۱$). بنابراین روش مرور خود بر نگرش‌های ناکارآمد زنان افسرده تأثیر دارد. میزان تفاوت نمرات گروه آزمایش و کنترل یا اندازه تأثیر روش مرور خود حدود ۰/۹۱ است؛ یعنی ۹۱ درصد واریانس نمرات کل باقی مانده مربوط به تأثیر روش مرور خود (عضویت گروهی) می‌باشد. توان آماری برابر با ۱۰۰ نشان می‌دهد امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در افسردگی

| منبع | میانگین مجذورات | dF | F | سطح معناداری | مجذور اتای تفکیکی | توان آماری |
|-------------|-----------------|----|---------|--------------|-------------------|------------|
| عضویت گروهی | ۵۶۶/۶۵۰ | ۱ | ۴۱۹/۲۱۸ | ۰/۰۰۰ | ۰/۹۴۸ | ۱/۰۰۰ |

مندرجات جدول ۶ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین‌های تعدیل شده پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل از نظر آماری در سطح کوچکتر از ۰/۰۱ معنادار است ($F=۴۱۹/۲۱۸$, $P<۰/۰۰۰۱$). بنابراین روش مرور خود بر افسردگی زنان افسرده تأثیر دارد. میزان تفاوت نمرات گروه آزمایش و کنترل یا اندازه تأثیر روش مرور خود حدود ۰/۹۴ است؛ یعنی ۹۴ درصد واریانس نمرات کل باقی مانده مربوط به تأثیر روش مرور خود (عضویت گروهی) می‌باشد. توان آماری برابر با ۱۰۰ نشان می‌دهد امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روش مرور خویشتن بر نگرش‌های ناکارآمد و علائم افسردگی در زنان افسرده صورت گرفت. در این مطالعه روش مرور خویشتن موجب کاهش معنی‌دار نگرش‌های ناکارآمد در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل گردید. با اینکه چند پژوهش تأثیر این روش را بر افسردگی تأیید کرده‌اند ولی تاکنون اثربخشی این روش بر نگرش ناکارآمد مورد بررسی قرار نگرفته است با این حال یافته‌های حاصل از پژوهش‌های دیگری که از فنون شناختی در پروتکل درمانی بهره برده‌اند؛ همسو با پژوهش حاضر-که روش مورد استفاده در آن مبنای شناختی دارد- می‌باشد به‌طور مثال در کاپیانی، حاتمی و جواهری (۲۰۰۸، ۲۰۱۱ و ۲۰۱۲)، نشان داد که شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی، نگرش‌های ناکارآمد را در دانشجویان (کاپیانی و همکاران، ۲۰۰۸) و در جمعیت غیر بالینی (کاپیانی و همکاران، ۲۰۱۱) و بالینی (کاپیانی و همکاران، ۲۰۱۲) کاهش می‌دهد. بعلاوه در پژوهش کاون و اوی (۲۰۰۳) و Lotfi Kashani (2008) نیز تأثیر گروه درمانگری مبتنی بر روی آورد رفتاری- شناختی بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد مورد تأیید قرار گرفت. نگرش‌های ناکارآمد (مفروضه‌های ناسازگارانه) در واقع جزئی از باورهای واسطه‌ای ناکارآمد است که در کنار افکار خودکار در نظام شناختی فرد بر رفتار او تأثیر می‌گذارد (Liu, 2004) و در قالب فرض‌های زیربنایی و قواعد رفتار را هدایت، استانداردها را تعیین و قواعدی که باید از آن‌ها تبعیت گردد مشخص می‌کنند (Ninan & Dryden, 1950). به اعتقاد Beck (1985) نگرش‌های ناکارآمد اغلب حول سه محور عمده متمرکز هستند:

الف) پذیرش (مثلاً "من هیچ چیزی نیستم، مگر اینکه دوست داشته شوم").

ب) کفایت (مثلاً "من همان چیزی هستم که انجام می‌دهم").
ج) کنترل (مثلاً "من نمی‌توانم تقاضای کمک کنم").

نظریه بک (۱۹۸۷) روی طرح‌واره‌های خود منفی محتوی نگرش‌های ناکارآمد تمرکز دارد. افرادی که طرح‌واره خود منفی یا ناکارآمد دارند و ارزش خود را روی تأیید دیگران و یا ایده‌های کمال‌گرایی بنا می‌کنند، زمانی که با یک رویداد منفی زندگی مواجه می‌شوند، بیشتر مستعد افسردگی هستند. نگرش‌های ناکارآمد (فرض‌ها و قواعد) همان ابزارهایی هستند که افراد امیدوارند به‌وسیله آن‌ها از رویارویی با باورهای اصلی منفی خود اجتناب کنند (Ninan & Dryden, 1950). در جلسات مرور خود فرد در قالب جملات متفاوتی خود را آزادانه توصیف می‌کند. با عمیق‌تر شدن توصیف‌ها در جلسات بعدی و افزایش خودپنداشت، فرد به تدریج باورهای منفی در مورد خود را که در قالب جملات متفاوت بیان می‌گردد تبدیل به باورهای مثبت می‌کند. پیگیری مرور جملات، و انعکاس احساسات و نگرش‌های مثبت به فرد در گام‌های بعدی ادامه می‌یابد تا جایی که فرد نسبت به خود، توانمندی‌ها و ارزش‌های خودآگاهی پیدا می‌کند و با پی بردن به توانمندی‌های شخصی و ارزش خود نگرش‌های شخص در سه حوزه پذیرش، کفایت و توانمندی تعدیل‌شده و در نتیجه اعتقاد به مفروضه‌ها و بایدهای ذهنی فرد کاهش می‌یابد.

در ارتباط با اثربخشی روش مرور خویشتن بر علائم افسردگی زنان افسرده، نتایج پژوهش نشان داد که روش مرور خویشتن در کاهش علائم افسردگی زنان افسرده مؤثر بوده است. این نتیجه همسو با نتایج پژوهش Faramarzinia (2005) می‌باشد که با هدف بررسی اثر روش مرور خود در کاهش علائم افسردگی بر روی دانشجویان دختر و پسر انجام شد. در پژوهش ذکر شده نیز مشخص گردید که روش مرور خود در کاهش علائم افسردگی مؤثر می‌باشد. همچنین این پژوهش همسو با پژوهش صمیمی و ترکان (۱۳۸۵؛ cited in Pourhossein, 2009)، تأثیر این روش را بر کاهش علائم افسردگی در دو گروه عادی و بزهدار نشان داد. پژوهش حاضر هم‌جهت با مطالعه Safaei Firoozabadi (2012) است که در پژوهش مذکور اثربخشی روش مرور خویشتن بر کاهش افسردگی بیماران قلبی مورد تأیید قرار گرفت.

بر اساس مدل شناختی افسردگی، اشخاص افسرده گرفتار بازنمایی‌های اطلاعات معطوف به خود منفی شامل نقصان، شکست، بی‌ارزشی و ناامیدی می‌باشند (Beck, 1967; Abramson, Metalsky & Alloy, 1989 & Ingram, Miranda & Segal, 1998). (Roberts et al., 2001, cited in Faramarzi, 2006) در پژوهشی نشان داد باور دوباره خود و توانایی‌های آن و ارائه تعریفی مناسب‌تر از خویشتن، باعث بهبود اختلالاتی چون اضطراب و افسردگی می‌شود. در روش مرور خود دید شخص نسبت به خود مورد اصلاح و بازبینی قرار می‌گیرد، لذا با توجه به نقش باورهای بنیادین مربوط به "خود" در افسردگی، با اصلاح محتوای مربوط به "خود"، عواطف و پاسخ‌های هیجانی او بهبود می‌یابد. از آن جا که فکر افسرده در ساخت شناختی عمیقی ریشه دارد و به صورت خطاهای منطقی آشکار می‌شود می‌توان گفت در جلسات درمانی مرور خویشتن به تدریج افکار منفی و باورهای غیرمنطقی بیمار به چالش کشیده شده، در مرحله بعدی با توصیفات و نکات مثبت جایگزین می‌گردد. ادامه این کار منجر به واقع‌بینی و توقف چرخه افکار خودآیند منفی شده و با بهبود وضعیت روان‌شناختی و ارتقای روحیه و ارزش‌گذاری فرد افسرده برای خود، باعث افزایش اعتماد به نفس و کاهش علائم افسردگی می‌گردد.

نتایج این پژوهش نشان داد که روش مرور خویشتن در کاهش نگرش‌های ناکارآمد و علائم افسردگی در زنان افسرده تأثیرگذار بوده است. کاهش هم‌زمان این دو متغیر مورد انتظار محقق بود چرا که بین نگرش‌های ناکارآمد با افسردگی رابطه معنی‌داری وجود دارد (Musarezaie et al., 2015). بعلاوه چندین تحقیق نشان می‌دهند که نگرش‌های ناکارآمد پیش‌بینی کننده شدت افسردگی، اولین حمله، بازگشت و عود دوباره افسردگی اساسی است (به‌طور مثال). (Hankin et al., 2004; Iacoviello et al., 2006; Jarrett et al., 2012) نقش نگرش‌های ناکارآمد در اختلال افسردگی تا جایی پررنگ است که یک سری از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که نمرات نگرش‌های ناکارآمد بیمارانی که تا به

حال افسردگی نداشته‌اند در مقایسه با بیماران با سابقه افسردگی که بهبود یافته‌اند، حتی بعد از کنترل افسردگی باقی‌مانده، تفاوت دارند (Zuroff et al., 1999; Beevers & Miller, 2004)

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر عدم بررسی اثر جنس، سن و تحصیلات به دلیل تعداد کم افراد نمونه می‌باشد که بر این اساس پیشنهاد می‌شود پژوهشگران آینده اثر این متغیرها را در پژوهش‌های آتی لحاظ نمایند. نداشتن دوره پیگیری از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر است که پیشنهاد می‌گردد برای بررسی میزان پایداری اثربخشی درمان تا چند ماه پس از اتمام جلسات درمانی آزمون پیگیری نتایج نیز به عمل آید. همچنین در دسترس بودن نمونه پژوهش و محلی بودن جامعه پژوهش از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود که در هنگام استنباط از یافته‌های این مطالعه، توجه به آن‌ها اهمیت دارد.

منابع

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358–372.
- Albert, P. R. Why is depression more prevalent in women? *Journal of Psychiatry and Neuroscience*. 2015; 40(4): 219-221.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Whitehouse, W. G., Hogan, M. E., Panzarella, C., & Rose, D. T. (2006). Prospective incidence of first onsets and recurrences of depression in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 145–156.
- American Psychiatric Association (2009). *Treatment of patients with panic disorder*, (2nd edn), APA Practice Guidelines.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington. (DSM-4). DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. (DSM-5). Washington, DC: Author.
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W. & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item versions of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS) in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10, 176- 181.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1, 5–37.
- Beck, A. T., Hollon, S. D., Young, J. E., Bedrosian, R. C., & Budenz, D. (1985). Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline. *Archives of General Psychiatry*, 42, 142-148.
- Bellack, A. Hersen, M. (1988). *Behavioral Assessment Techniques*, New York, Pergamon
- Besharat, M. A. (2005). *Investigating the psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) in clinical samples and the general population*. Research report, University of Tehran. (Persian)
- Bradly, B. P., & Mathews, A. (1988). Memory bias in recovered clinical depressives. *Cognition and Emotion*, 2, 235-245.
- Brouwer ME, Williams AD, Forand NR, DeRubeis RJ, Bockting CL (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(6):48-54.

- Brown, T. A., Chorpita, B. F., Korotitsch, W., & Barlow, D. H. (1997). Psychometric properties of the 42-item versions of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS) in clinical samples. *Behavior Research and Therapy*, 35, 79- 89.
- Brown, G. P., Hammen, C. L., Craske, M. G., & Wickens, T. D. (1995). Dimensions of dysfunctional attitudes as vulnerabilities to depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 431-435.
- Butler, A.C., Chapman, J. E., Forman, E. M., Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology*, 26, 17-31.
- Clark, D.A. and Beck, A.T. (2010) *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*, Guilford Press.
- Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A. & Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale- 21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 195- 205.
- DeGraaf, L. E., Roelofs, J., & Huibers, M. J. (2009). Attitudes in the general population: The dysfunctional attitudes scale (form A) Revised. *Cognitive Therapy and Research*, 33(4), 345-355.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., et al. (2005). Cognitive therapy vs. medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409-416.
- DeRubeis, R. J., Webb, CH., Tang, Tong Z., Beck, A. T. (2010) *Cognitive therapy*, In *Handbook of cognitive-behavioral therapies*, (3rd ed) (Dobson, K.S., ed.), pp. 277- 316, Guilford Press.
- Dobson, K. S., & Breiter, H. J. (1983). Cognitive assessment of depression: Reliability and validity of three measures. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 107-109.
- Dozois, D.J.A., Bieling P.J., Patelis- Siotis I., Hoar L., Chudzik S., McCabe K., Westra H. A. (2009). Changes in self-schema structure in cognitive therapy for major depressive disorder: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 77, 1078-1088.
- Eaton, W W; Martins, SS., Nestadt, G., Bienvenu, OJ., Clarke, D., Alexandre, P. (2008). The burden of mental disorders. *Epidemiologic Reviews*, 30(1):1-14.
- Ebrahimi, A., Neshatdoost, H., Kalantari, M., Molavi ,H., Asadollahi, G.(2008). Contributions of dysfunctional attitude scale and general health subscales to prediction and odds ratio of depression. *Journal of Shahrekord University Med Sci*; 9(4): 52-8.
- Epp, A.M., Dobson, K. S., & Cottraux, J. (2009). Applications of individual cognitive-behavioral therapy to specific disorders: Efficacy and indications. In *Textbook of psychotherapeutic treatments* (Gabbard, G.O., ed.), pp. 239-262, American Psychiatric Publishing
- Faramarzinia, E. (2005). *The effect of self-knowledge on reducing depressive symptoms*. Master's Thesis, Roudehen Islamic Azad University. (Persian)
- Fresco, D. M., Heimberg, R. G., Abramowitz, A., & Bertram, T. L. (2005). The effect of a negative mood priming challenge on dysfunctional attitudes, explanatory style, and explanatory flexibility. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(2), 167-183.
- Garrett, G., Ingram, Rick E., Rand, Kevin L., & Sawalani, G. (2007). Cognitive processes in cognitive therapy: Evaluation of the mechanisms of change in the treatment of depression. *Clinical Psychology*. 14, 224-239.
- Gundela, L. K., Pedersen, C. B., Munk-Olsen, T., & Dalsgaard, S. (2018). Longitudinal association between mental disorders in childhood and subsequent depression – A nationwide prospective cohort study; *Journal of Affective Disorders*, 227, 56-64. DOI: [10.1016/j.jad.2017.10.023](https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.10.023)
- Haefel, G. J., Abramson, L.Y., Voelz, Z. R., Metalsky, G. I., Halberstadt, L. Dykman, B. M. and et al. (2005). Negative cognitive styles, Dysfunctional attitudes, and the remitted depression paradigm: A search for the elusive cognitive vulnerability to depression factor among remitted depressives. *Emotion*, 5(3), 343-348. DOI: [10.1037/1528-3542.5.3.343](https://doi.org/10.1037/1528-3542.5.3.343)

- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Miller, N., & Haeffel, G. J. (2004). Cognitive vulnerability-stress theories of depression: Examining affective specificity in the prediction of depression versus anxiety in three prospective studies. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 309–345.
- Iacoviello, B. M., Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Whitehouse, W. G., & Hogan, M. E. (2006). The course of depression in individuals at high and low cognitive risk for depression: a prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 93, 61-69.
- Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New York: Guilford Press.
- Jabbari, Mahsa, Shahidi, Shahriyar, Mootabi, Fereshteh. (2014). Effectiveness of Group Intervention Based on Positive Therapy on Dysfunctional Attitudes and Happiness in Adolescent Girls. *Journal of Clinical Psychology*. 6 (2), 65 –74.
- Jarrett, R.B., Vittengl, Jeffrey R., Doyle, K., and Clark, Lee Anna. (2007) Changes in cognitive content during and following cognitive therapy for recurrent depression: Substantial and enduring, but not predictive of change in depressive symptoms. *Journal of Consulting Clinical Psychology*. 75, 432–446.
- Jarrett, Robin B., Minhajuddin, Abu., Borman, Patricia D., Dunlap, L., Segal, Zindel V., Kidner, Cindy L., Friedman, Edward S., Thase, Michael E. (2012). *Behaviour Research and Therapy*, 50, 280-286.
- Kalu, U., Sexton, C., Loo, C., & Ebmeier, K. (2012). Transcranial direct current stimulation in the treatment of major depression: A metaanalysis. *Psychol Med*, 42 (09), 800-1791.
- Kaviani H., Hatami, N., Javahery, F. (2008). Mindfulness based cognitive therapy (MBCT) decreases automatic thoughts and dysfunctional attitudes. *Research in Psychological Health*, 2(2):5- 14.
- Kaviani H., Hatami, N., Javahery, F. (2011). Mindfulness based cognitive therapy (MBCT) reduces depression and anxiety induced by real stressfull setting in non- clinical population. *International Journal of Psycology and Psychological Therapy*, 11,285- 296.
- Kaviani H., Hatami, N., Javahery, F. (2012). The impact of Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) on mental health and quality of life in a sub-clinically depressed population. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1: 21–28.
- Kingston, J. Becker, L., Woenginger, J., Ellett, L. A randomized trial comparing a brief online delivery of mindfulness-plas-values versus values only for symptoms of depression: Does aseline severity matter? *Journal of Affective Disorders*. 2020; 76;936-944. Doi. 10.1016/j.jad.2020.07.087
- Kwon, Seok-Man. & Oei, Tian P.S. (2003). Cognitive change processes in a group cognitive behavior therapy of depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 73-85.
- Lau, Mark A., Haigh, Emily A.P., Christensen, Bruce K., Segal, Zindel V., Taube-Schiff, Marlene. (2012). Evaluating the Mood State Dependence of Automatic Thoughts and Dysfunctional Attitudes in Remitted Versus Never-Depressed Individuals. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26,381-389.
- Liu, YL. (2004). The role of perceived social support and dysfunctional attitudes in predicting Taiwanese adolescents depressive tendency. *Adolescence*, 37: 823- 34.
- Lotfi Kashani, F.. (2008). The effect of group counseling with regard to cognitive- behavioral approach on the decrease of dysfunctional attitude. *Journal of Thought & Behavior In Clinical Psychology*, 2(8), 67-78. (Persian)
- Lovibond, P. F. (1998). Long- term stability of depression anxiety, and stress syndromes. *Journal of Abnormal psychology*, 107, 520- 526.
- Lovibond, S. H. & Lovibond, P. F. M. (1995). *Manual for depression anxiety-stress scale*. Australia: Psychology foundation of Australia Inc.
- Metalsky, G. I., Joiner, T. E., Jr., Hardin, T. S., & Abramson, L. Y. (1993). Depressive reactions to failure in a naturalistic setting: A test of the hopelessness and selfesteem theories of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 101–109.
- Musarezaie A, Khaledi F, Kabbazi-fard M, Momeni-GhaleGhasemi T, Keshavarz M, Khodae M. Investigation the dysfunctional attitudes and its' relationship with stress, anxiety and depression in breast cancer patients. *Journal of Health System Reserch*. 2015; 11(1): 68-76.

- Ninan, M., & Dryden, W. (1950). *Cognitive therapy*. Translated by H. Yaghoubi & M. Karimi (2010). Arjomand Publications. (Persian)
- Norton, P. J. (2007). Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21): Psychometric analysis across four racial groups. *Anxiety, Stress Copping*, 20, 253-262.
- Peselow, E. D., Robins, C. R., Block, P., Barouche, F., & Five, R. R. (1990). Dysfunctional attitudes in depressed patients before and after clinical treatment and in normal control subjects. *American Journal of Psychiatry*, 147, 439-444.
- Pettit, J. W. & Jonier, T. E. (2007). *Chronic depression: Interpersonal Sources, Therapeutic Solutions*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Phillips, Wendy J., Hine, Donald W., Thorsteinsson, Einar B. (2010). Implicit cognition and depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 30, 691-709.
- Pourhossein, R. (2009). *Reducing depressive symptoms using the self-review method*. Tehran: Laklak Publications. (Persian)
- Prosen, M., Clark, D. C., Harrow, M., & Fawcett, J. (1983). Guilt and conscience in major depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 140, 839-844.
- Riemann, D., Krone, L. B., Wulff, K., & Nissen, C. (2020). Sleep, insomnia, and depression. *Neuropsychopharmacology*, 45(1), 74-89.
- Roberts, S., & Kendler, K. (1999). Neuroticism and self-esteem as indices of the vulnerability to major depression in women. *Psychological Medicine*, 29, 1101-1109.
- Rude, S. S., Krantz, S. E., & Rsenhan, D. L. (1988). Distinguishing the dimensions of valence and belief consistency in depressive and nondepressive information processing. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 391-407.
- Safaei Firoozabadi, S. (2012). *Investigating the effect of self-review method on stress, anxiety, and depression symptoms in cardiac patients*. Master's thesis, University of Tehran. (Persian)
- Sahebi, A., Asghari, M. J., & Salari, R. S. (2005). Validation of the Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS) for the Iranian population. *Iranian Psychologists Quarterly*, 1(4), 299-312. (Persian)
- Sahin, N. H. & Sahin, N. (1992). How dysfunctional are the dysfunctional attitudes in another culture? *British Journal of Medical Psychology*, 65, 17-26.
- Salar, T., Pourhossein, R., Basharati, M. A., & Gholamali Lavasani, M. (2013). Effectiveness of self-review method on negative automatic thoughts in depressed women. *Journal of Psychological Sciences*, 12(48), 528-541. (Persian)
- Salehzadeh M, Kalantari M, Molavi H, Najafi, M. (2011). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on dysfunctional attitudes in epileptic patients. *International Journal of Behavioral Science*, 4 (14): 255-260. URL: <http://icssjournal.ir/article-1-108-en.html>
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D. & Williams, J. M. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford press.
- Shahsavari A, Foroghi S. Effectiveness of cognitive therapy on depression in epileptic patients. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 2015; 3(1): 37-46. 11.
- Toneatto, T. & Vettesse, L. & Nauyen, L. (2007). The role of mindfulness in the cognitive-behavioral treatment of problem gambling. *Journal of Gambling Issues*: 19,91-100.
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., Dunn, T. W., & Jarrett, R. B. (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive behavioral therapy's effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3), 475-488.
- Weissman, A. N. (1980). Assessing Depressionogenic Attitudes: A validation study. *Paper presented at 51st Annual Meeting of the Eastern Psychological Association*, Hartford, CT.

- Weissman, A. N., Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the dysfunctional attitude scale. Paper presented at the annual meeting of the association for the advancement of behavior therapy. Chicago: IL.*
- Whisman, M. A. (1993). Mediators and moderators of change in cognitive therapy of depression. *Psychological Bulletin*, 114, 248-265.
- Wisco, B. E. (2009). Depressive cognition: Self-reference and depth of processing. *Clinical Psychology Review*, 29, 382-392.