

تاریخ دریافت مقاله: ۹۶/۰۷/۱۹  
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۷/۰۱/۲۹

مجله دست آوردهای روان‌شناختی  
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)  
دانشگاه شهید چمران اهواز، بهار و تابستان ۱۳۹۷  
دوره‌ی چهارم، سال ۲۵، شماره‌ی ۱  
صص: ۷۵-۹۲

## نقش میانجی اعتبارزدایی هیجانی در رابطه‌ی بین سوءاستفاده جنسی - هیجانی و نشانه‌های افسردگی در دانشجویان دختر

مهدی رضایی\*

عزت‌اله قدم‌پور\*\*

رضا کاظمی\*\*\*

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش میانجی اعتبارزدایی هیجانی بین سوءاستفاده جنسی-هیجانی و نشانه‌های افسردگی در میان دانشجویان دختر دانشگاه‌های پیام‌نور تهران صورت گرفت. نمونه‌ی این پژوهش ۴۳۹ دانشجوی زن (۹۲ نفر دارای افسردگی اساسی فعلی، ۳۴۷ نفر دارای سابقه افسردگی اساسی در ۱۲ ماه گذشته) از ۶ واحد دانشگاهی پیام نور استان تهران بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در این پژوهش توصیفی-مقطعی، مصاحبه‌ی ساختاریافته، مقیاس طرحواره‌های هیجانی لیهی (LESS)، پرسشنامه ترومای کودکی (CTQ) و پرسشنامه افسردگی بک-دو (BDI-II) مورد استفاده قرار گرفت. ارزیابی مدل پیشنهادی با استفاده تحلیل مسیر ساده و آزمون سوپل انجام گرفت. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که اعتبارزدایی هیجانی به صورت جزئی بین سوءاستفاده جنسی با نشانه‌های افسردگی ( $CI=0.75-0.20$ ) و سوءاستفاده هیجانی با نشانه‌های افسردگی ( $CI=0.65-0.33$ ) میانجی‌گری می‌کند. در این مطالعه داده‌ها از نقش میانجی اعتبارزدایی هیجانی بین تجارب اعتبارزدا و نشانه‌های افسردگی حمایت کرد و نتایج ضرایب مسیرهای غیرمستقیم نشان داد فرضیه‌های غیرمستقیم معنی‌دار می‌باشند.

واژه‌های کلیدی: اعتبارزدایی هیجانی، افسردگی، سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده هیجانی

\* دکترای تخصصی روان‌شناسی، دانشگاه لرستان خرم آباد، ایران (نویسنده مسئول)

rezaee.mehdi15@yahoo.com

\*\* دانشیار، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

\*\*\* دانشجوی دکترای روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

## مقدمه

موضوع سلامت روانی دانشجویان به ویژه افسردگی مسأله‌ای است حیاتی که امروزه پژوهش‌های زیادی را برانگیخته است. وقوع اختلال‌های روانی در میان دانشجویان در حال افزایش می‌باشد. این مسأله دغدغه‌ای مهم برای محیط‌های دانشگاه به حساب می‌آید. مطالعات نشان می‌دهند که امروزه دانشجویان نسبت به قبل به میزان بیشتری به مراکز مشاوره دانشگاهی مراجعه می‌کنند و اغلب مشکلات آن‌ها به افسردگی، اضطراب و استرس مربوط می‌باشد (Kessler & Bromet, 2013). اختلال افسردگی اساسی<sup>۱</sup> (MDD) یک اختلال خلقی<sup>۲</sup> شایع تلقی می‌گردد که شیوع آن در کشورهای اروپایی و آفریقایی از ۴/۲ درصد تا ۲۱ درصد (Fatiregun & Kumapayi, 2014) در کشورهای آسیایی ۲/۴ درصد تا ۱۵/۲ درصد (Sathyadas et al., 2014) و در ایالات متحده ۷/۴ تا ۱۹/۲ درصد (Bromet et al., 2011) برآورد گردیده است. به طور کلی، میزان شیوع افسردگی در جمعیت عمومی ۶/۷ درصد گزارش شده است (Rancans, Vrublevska, Snikere, & Trapencieris, 2014). در حالی که میزان شیوع آن در ایران از آمار گزارش شده در سطح جهانی بیشتر می‌باشد (Azizi et al., 2016). از سوی دیگر، افسردگی دومین عامل ناتوانی انسان‌ها در سراسر جهان تلقی می‌شود (Vos et al., 2015). یکی دیگر از ضرورت‌های پژوهش درباره‌ی افسردگی اساسی به بار اقتصادی آن مربوط می‌شود. برای مثال میزان هزینه‌های مسقیم و غیرمستقیم صرف شده برای هر فرد افسرده در سال ۱۹۹۰ از ۱۲/۴ میلیارد دلار به ۸۳ میلیارد دلار در سال ۲۰۱۰ رسیده است (Lepine, Moreno, Campos, & Couttolenc, 2012; Luppá, Heinrich, Angermeyer, 2003). روان‌شناختی مدل‌های مختلفی ارائه شده است که یکی از آن‌ها بر اهمیت محیط‌های اعتبارزدا<sup>۳</sup> تأکید می‌کند (Linehan, 1993). ویژگی اساسی محیط اعتبارزدا، عبارت است از گرایش به واکنش آشفته و نامناسب به تجربه‌ی شخصی (مانند باورها، افکار، هیجان‌ها و احساسات) و به ویژه عدم حساسیت نسبت به تجربه‌های شخصی‌ای که همبسته‌های عمومی<sup>۴</sup> (تجاریبی که از سوی عموم قابل درک هستند) ندارند. محیط‌های اعتبارزدا تمایل به واکنش کرانه‌ای (بیش از

---

1- major depressive disorder

2- affective

3- invalidation

4- public accompaniment

حد یا کمتر از انتظار) به آن دسته از تجارب شخصی دارند که فاقد همبسته‌های عمومی هستند (Linehan, 1993; Leahy, Tirch, & Napolitano, 2011). مؤلفه‌های شناختی، فیزیولوژیکی و هیجانی، نمونه‌های مهمی از تجارب شخصی هستند که توسط این محیط‌ها بی‌اعتبار می‌شوند. اعضای خانواده‌ی محیط‌های اعتبارزدا به انتقال اولویت‌ها، افکار و به ویژه هیجان‌های ناهماهنگ با پاسخ، با عدم پاسخ‌گویی یا پاسخ‌گویی شدید (نسبت به محیط‌های اجتماعی اعتباربخش) واکنش نشان می‌دهند. این عمل منجر به تشدید تفاوت‌ها میان تجربه‌ی هیجانی کودک آسیب‌پذیر می‌شود چون که محیط اجتماعی بیرون خانواده از آن حمایت می‌کند و نسبت به آن پاسخ‌گو می‌باشد. تفاوت‌های پایدار میان تجارب شخصی کودک و آنچه که دیگران در محیط به عنوان تجربه‌ی او توصیف می‌کنند یا به آن پاسخ می‌دهند، محیط یادگیری بنیادی لازم برای بسیار از مشکلات روان‌شناختی را فراهم می‌کند (Linehan, 1993). دو نوع از این تجربیات اعتبارزدا سوءاستفاده‌های جنسی<sup>۱</sup> و هیجانی<sup>۲</sup> هستند. سوءاستفاده جنسی کودک مربوط می‌شود به رابطه جنسی میان یک کودک و یک بزرگسال یا دو کودک، زمانی که یکی از آنها به طور مشخص بزرگتر بوده یا از زور و اجبار استفاده کرده است. سوءاستفاده هیجانی زمانی ایجاد می‌شود که به کودک القا شود موجودی بی‌ارزش، معیوب، منفور، ناخواسته و مخاطره‌انگیز می‌باشد و ارزش وجودی او تنها به برآورده کردن انتظارات و نیازهای دیگران بستگی دارد (Bernstein et al., 2003). در مطالعات مختلف این تجربیات اعتبارزدا (سوءاستفاده جنسی و هیجانی) توانستند به صورت مستقیم افسردگی را پیش‌بینی کنند (Infurna et al., 2016; Jascheka, Carter-Pokras, Hea, Leea & Canino, 2016; Hopnger, Berking, Bockting & Ebert, 2016). یکی از مهم‌ترین مسیرهایی که تجربیات اعتبارزدا منجر به افسردگی می‌شود اعتبارزدایی هیجانی<sup>۳</sup> است (Leahy et al., 2011). فردی که به لحاظ هیجانی اعتبارزدایی می‌شود به نتایجی از این دست می‌رسد که "دیگران به احساسات من اهمیتی نمی‌دهند"، "احساسات من عجیب و غریب هستند". از سوی دیگر، خلق و تنظیم هیجانی فرد نیز تحت تأثیر این ادراک قرار داد که به وی اعتبار بخشیده شده است یا نه. در صورتی که فرد به اعتباربخشی نرسد زمینه برای بروز اختلالات روان‌شناختی از قبیل اختلال افسردگی، شخصیت مرزی<sup>۴</sup> و

---

1- sexual abuse

2- emotional abuse

3- emotional invalidation

4- borderline personality

سوء‌مصرف مواد مهیا می‌گردد. درحالی‌که کاهش اعتبارزدایی هیجانی با بهبودی نشانه‌های اختلال‌های خلقی همراه است (Leahy, 2015). همچنین این عقیده وجود دارد که تجارب اعتبارزدای دوران کودکی به ویژه سوءاستفاده جنسی و هیجانی به صورت تلویحی و آشکار به کودک القا می‌کند تجارب هیجانی و درونی کودک مهم نیستند. به علاوه، وقتی مراقبین<sup>۱</sup> سوءاستفاده‌گر، کودک را به لحاظ هیجانی تنبیه می‌کنند، به او این مفهوم را انتقال می‌دهند که هیجان‌های منفی قابل پذیرش و درک نیستند و در این راستا کودک در جریان تحول این دیدگاه مراقبین را به سایر افراد جامعه تعمیم می‌دهد و به این باور می‌رسد که هیجان‌هایش نه قابل پذیرش هستند نه قابل تأیید (Leahy, 2015). درحالی‌که در خانواده‌های اعتباربخش عقاید و افکار کودک استخراج شده و با جدیت پاسخ داده می‌شود و هیجان‌های کودک ابزارهای ارتباطی مهمی در نظر گرفته می‌شود. پاسخ‌گویی والدینی هماهنگ، باعث می‌شود کودکان توانایی بهتری برای اعتباریابی هیجانی کسب کنند (Linehan, 1993). به علاوه، این عقیده وجود دارد که انتقال احساسات کودک به فرد مراقب، نه تنها به فرصتی برای بیان احساسات کودک تبدیل می‌شود، بلکه به فرصتی برای فرد مراقب تبدیل می‌شود که حالات هیجانی را به آن دسته از رویدادهای بیرونی پیوند دهد که سبب ایجاد آن احساس می‌شوند. این تلاش برای درک علت ایجاد احساسات و سهیم شدن در آن با فرد مراقب، می‌تواند به افتراق دادن این احساسات از یکدیگر کمک کند. در صورتی که فرد در محیط اعتبارزدا رشد پیدا کند این فرصت‌ها را از دست می‌دهد و استنباط می‌کند که احساساتش منشأ روشنی ندارد و همچنین نمی‌تواند به روشنی بین هیجان‌ها تمییز قائل شود و همه‌ی این عوامل وی را مستعد آسیب‌های روان‌شناختی می‌کند (Leahy et al., 2011).

در این زمینه Westpha et al. (2016) با ۳۲۶ نمونه بالینی سرپایی نشان دادند که تجارب اعتبارزدا (سوءاستفاده دوران کودکی) و تبعیض والدین از طریق اعتبارزدایی هیجانی و خوددلسوزی<sup>۲</sup> منجر به ایجاد اختلال‌های افسردگی، شخصیت مرزی و استرس پس‌از آسیب می‌شود. همچنین Hong and Lishner (2016) با ۲۴۸ دانشجوی کارشناسی نشان دادند که سوءاستفاده جنسی از طریق اعتبارزدایی عمومی منجر به اختلال‌های افسردگی، اضطرابی و

---

1- caregivers

2- self-compassion

شخصیت مرزی می‌گردد. در مطالعه Aliloo et al. (2014) و Besharat (2013) تروماهای کودکی (فقدان، بدرفتاری و جدایی از اعضای خانواده) و سبک‌های دلبستگی ناایمن از طریق بدتنظیمی هیجانی منجر به اختلال شخصیت مرزی و ناگویی هیجانی می‌شد. به علاوه در مطالعه‌ای دیگر Tanaka et al., (2011) در نمونه‌ی غیربالینی با نوجوانان نشان دادند که تجارب اعتبارزدا از طریق کاهش خود اعتباریابی و خوددلسوزی موجب افسردگی می‌شود. در نهایت، مطالعات مختلفی نشان داده‌اند که تجارب اعتبارزدا از طریق اعتبارزدایی هیجانی زمینه اختلال‌های روان‌شناختی را مهیا می‌سازد (Mohamadzadeh, Neissi, Arshadi, Shehni Yailagh, & Mehrabizadeh Honarmand, 2016; Vettese et al., 2011; & Lynch, 2003; Krause, Mendelson, Leong, Cano, & Johansen, 2011).

به جز مطالعه‌ی Westpha et al. (2016) مطالعات صورت گرفته، با نمونه‌های غیربالینی انجام پذیرفته است که انجام پژوهش بالینی بیشتری را در این حیطه می‌طلبد. به علاوه، نه تنها در ایران هیچ مطالعه‌ای به بررسی نقش (میانجی یا مستقیم) اعتبارزدایی هیجانی در افسردگی پرداخته است بلکه مطالعات فقط به بررسی نقش مستقیم تجارب اعتبارزدا بر افسردگی پرداخته‌اند (Ebrahimi, Dejkam & Seghatoleslam, 2012; Rezaei, Ghazanfari & Rezaee, 2016). بنابراین، هدف پژوهش حاضر تعیین نقش میانجی اعتبارزدایی هیجانی بین دو نوع تجارب اعتبارزدایی سوءاستفاده جنسی و هیجانی در دانشجویان دختر دانشگاه‌های پیام‌نور استان تهران می‌باشد.

## روش پژوهش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف کاربردی و به لحاظ جمع‌آوری داده‌ها از جمله مطالعات توصیفی-مقطعی (همبستگی) می‌باشد.

## جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دختر (۲۱۰۰۰ نفر) دانشگاه‌های پیام‌نور استان تهران (واحدهای دانشگاهی اسلامشهر، بهارستان، رباط‌کریم، ورامین، تهران جنوب، شهریار) بودند که در سال تحصیلی ۹۵-۹۴ در حال تحصیل بودند. از میان آن‌ها تعداد ۴۳۹ نفر (۹۲ نفر دارای اختلال افسردگی اساسی فعلی و ۳۴۷ نفر دارای سابقه دوره افسردگی در ۱۲ ماه

گذشته) با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل موارد زیر بودند: پُرکردن فرم رضایت آگاهانه، دریافت نمره حداقل ۱۰ (افسردگی خفیف) در نسخه‌ی دوم پرسشنامه افسردگی بک، دریافت تشخیص فعلی اختلال افسردگی اساسی یا وجود اختلال افسردگی اساسی در ۱۲ ماه گذشته بر اساس مصاحبه تشخیصی ساختاریافته برای اختلالات روانی. ملاک‌های خروج نیز عبارت بود از: دریافت تشخیص اختلال شخصیت مرزی، ضداجتماعی و اسکیزوتایپال بر اساس مصاحبه ساختار یافته، وجود نشانه‌های روان‌پریشی، اعتیاد به مواد، وجود خطر بالای خودکشی، ابتلا یا سابقه وجود دوره‌های خلقی شیدایی بر اساس مصاحبه تشخیصی ساختاریافته برای اختلالات روانی و وجود آسیب مغزی یا سایر بیماری‌های جسمانی حاد.

فرایند اجرای پژوهش بدین شرح بود: در مرحله اول طی اعلامیه‌ای که در واحدهای دانشگاهی نصب شد از دانشجویان دارای نشانه‌های افسردگی دعوت به عمل آمد. سپس براساس مصاحبه ساختاریافته افرادی که سابقه دوره افسردگی داشتند یا در حال حاضر تشخیص افسردگی را دریافت می‌کردند به عنوان نمونه انتخاب شدند. در این مرحله از میان ۲۱۰۰۰ نفر ۸۷۹ نفر به مراکز مشاوره مراجعه کردند ولی براساس مصاحبه ۵۰۰ نفر ملاک‌های ورود و خروج را برآورده کردند که ۱۰۸ نفر ملاک‌های فعلی افسردگی و ۳۹۲ نفر ملاک‌های یک دوره افسردگی را داشتند.

۵۰۰ نفر انتخاب شده پرسشنامه‌ها را به صورت انفرادی تکمیل کردند. ولی ۳۷ نفر از آنها پرسشنامه‌ها را به صورت ناقص پر کرده بودند و از نمونه حذف شدند و تعداد نمونه به ۴۶۳ نفر کاهش یافت. از این میان در مرحله تجزیه و تحلیل، با حذف داده‌های پرت (۲۴ نفر) تعداد نمونه به ۴۳۹ نفر (۹۲ نفر دارای اختلال افسردگی اساسی فعلی و ۳۴۷ نفر دارای سابقه دوره افسردگی در ۱۲ ماه گذشته) تقلیل یافت. داده‌ها نیز با روش همبستگی پیرسون، تحلیل میانجی‌گری ساده<sup>۱</sup> با رویکرد Baron and Kenny (1986)، بوت استرپ<sup>۲</sup> و آزمون سوبل<sup>۳</sup> (برای بررسی معنی‌داری اثرات غیرمستقیم و میانجی‌گری جزئی/کامل) از طریق نسخه‌ی ۲۱ نرم‌افزار SPSS و برنامه‌ی ماکرو Preacher and Hayes (2008) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

- 
- 1- simple mediation
  - 2- bootstrap
  - 3- sobel

## ابزارهای پژوهش

**الف: نسخه‌ی دوم پرسشنامه افسردگی بک<sup>۱</sup> (BDI-II):** این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی و تشخیص آن از ۲۱ ماده تشکیل شده است که برای سنین بالاتر ۱۳ سال قابل اجراست. هر ماده نمره‌ای بین صفر (نشانه سلامت روان) تا ۳ (نشانه حاد و عمیق بودن افسردگی) دارد و هر فرد می‌تواند نمره بین صفر تا ۶۳ را بگیرد. نمره ۹-۰ نشانه فقدان افسردگی، ۱۹-۱۰ افسردگی خفیف، ۲۹-۲۰ افسردگی متوسط، ۶۳-۳۰ افسردگی شدید است. ماده‌های این مقیاس نشانه‌های اصلی افسردگی را می‌سنجد. (Beck, Steer and Brown (2000) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا را برای گروه بالینی ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. در ایران نیز (Dabson and Mohammadkhani (2007 ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ به دست آورده‌اند. همچنین (Rajabi, Atari and Haghghi (2001 ضریب آلفای کرونباخ را برای کل پرسشنامه ۰/۸۷ و ضریب بازآزمایی به فاصله سه هفته را ۰/۴۹ گزارش کرده‌اند.

**ب: مصاحبه بالینی ساختاریافته:** سنجش اختلالات محور یک کاربرد دارد و دارای دو نسخه بالینگر<sup>۲</sup> (SCID-CV) و نسخه پژوهشی می‌باشد که در پژوهش حاضر از نسخه بالینگر استفاده گردید. این نسخه، اختلال‌هایی که در کلینیک‌ها شایع‌تر هستند را پوشش می‌دهد و نسبت به نسخه پژوهشی کوتاه‌تر است و با یک مصاحبه باز درباره‌ی بیماری فعلی و دوره‌های قبلی بیماری آغاز می‌گردد. در این نسخه هر کدام از ماده‌ها به سه صورت؟ (اطلاعات ناکافی درباره نشانه)، - (عدم وجود نشانه) و + (وجود نشانه) علامت‌گذاری می‌گردند و شش حوزه اختلالات (دوره‌های خلقی، نشانگان روان‌پریشی، اختلال‌های روان‌پریشی، اختلال‌های خلقی، اختلال‌های مصرف مواد و اضطراب) را پوشش می‌دهد (Mohammadkhani, 2010). شریفی و همکاران (به نقل از Hasani et al., 2014) توافق تشخیصی متوسط تا خوب (ضریب کاپای بالای ۰/۶۰) برای تشخیص‌های کلی و خاص به دست آورده‌اند. آنها همچنین کاپای کل تشخیص‌های فعلی را ۰/۵۲ و کاپای کل تشخیص‌های طول عمر را ۰/۵۵ برآورد کرده‌اند. SCID-II نیز برای سنجش اختلالات شخصیت (محور دو) بکار می‌رود و تمامی اختلالات را

1- Beck Depression Inventory

2- Clinical version

مربوطه پوشش می‌دهد. در این ابزار نشانه‌ها با چهار علامت ؟ (اطلاعات ناکافی درباره نشانه)، ۱ (عدم وجود نشانه)، ۲ (پایین‌تر از حد آستانه)، ۳ (در حد آستانه) علامت‌گذاری می‌شوند. شاخص توافق کاپا برای تشخیص‌های مقوله‌ای از ۰/۴۸ تا ۰/۹۸ و برای تشخیص‌های درون طبقه‌ای از ۰/۹۰ تا ۰/۹۸ برآورد گردیده است (Maffei et al., 1997). همچنین ضریب همسانی درونی آن از ۰/۷۱ تا ۰/۹۴ گزارش گردیده است (Maffei et al., 1997).

**پ: فرم کوتاه پرسشنامه ترومای کودکی<sup>۱</sup> (CTQ):** این پرسشنامه ۲۵ ماده دارد که برای دامنه سنی ۱۲ و بالاتر قابل اجراست و پنج حوزه‌ی تجارب آسیب‌زا را به ترتیب زیر پوشش می‌دهد: سوء استفاده فیزیکی (ماده‌های ۲، ۹، ۱۰، ۱۲ و ۱۳)، سوء استفاده جنسی (ماده‌های ۱۶، ۲۲، ۲۳، ۲۴ و ۱۷)، سوء استفاده هیجانی (ماده‌های ۴، ۱۱، ۱۹، ۲۰ و ۲۱)، غفلت فیزیکی (ماده‌های ۱، ۳، ۵، ۸ و ۱۵) و غفلت هیجانی (ماده‌های ۶، ۷، ۱۴، ۱۸ و ۲۵). این مقیاس در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (هرگز = ۱، همیشه = ۵) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه‌ی نمرات برای هرکدام از زیرمقیاس‌ها از ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۲۵ تا ۱۲۵ می‌باشد. پایایی این آزمون به دو روش آزمون-بازآزمون و آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ قرار دارد. همچنین روایی همزمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (Bernstein et al., 2003) در ایران نیز (Ebrahimi et al., 2012) آلفای کرونباخ را برای فرم کوتاه از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برآورد کرده‌اند و (Rezaei 2016) روایی سازه‌ی آن را تأیید کرده است. در این مطالعه فقط دو زیرمقیاس سوء استفاده جنسی (ماده‌های ۱۶، ۲۲، ۲۳، ۲۴ و ۱۷)، سوء استفاده هیجانی نمره‌گذاری شد.

**ج: مقیاس طرحواره‌های هیجانی لیهی<sup>۲</sup> (LESS):** نسخه‌ی اصلی این پرسشنامه دارای ۵۰ سؤال است که در مقیاس ۶ درجه‌ای (۱ = درباره من کاملاً اشتباه است، ۶ = درباره من درست است) نمره‌گذاری می‌شود (Leahy, 2002). این مقیاس دارای ۱۴ بعد زیر می‌باشد: اعتباربخشی<sup>۳</sup> (سؤالات ۷ و ۱۲)، قابل درک بودن<sup>۴</sup> (سؤالات ۸، ۳۴ و ۲۳)، احساس گناه<sup>۵</sup>

1- Childhood Trauma Questionnaire

2- Leahy Emotional Schemas Scale

3- validation

4- Comprehensibility

5- guilt



(سؤالات ۳، ۱۱ و ۲۲)، دیدگاه ساده‌انگارانه درباره هیجان<sup>۱</sup> (سؤالات ۱۴ و ۲۷)، ارزش‌های برتر<sup>۲</sup> (سؤالات ۵، ۱۸ و ۳۱)، کنترل ناپذیری<sup>۳</sup> (سؤالات ۶، ۱۹ و ۳۳)، بی‌حسی هیجانی<sup>۴</sup> (در نسخه فارسی حذف شده)، خردگرایی<sup>۵</sup> (سؤالات ۱۳، ۲۱، ۲۵ و ۳۶)، تداوم<sup>۶</sup> (در نسخه فارسی حذف شده)، توافق<sup>۷</sup> (سؤالات ۲۸ و ۳۰)، پذیرش<sup>۸</sup> (سؤالات ۲۰، ۲۹ و ۳۷)، ابراز هیجانی<sup>۹</sup> (سؤالات ۵ و ۱۶)، سرزنش<sup>۱۰</sup> (سؤالات ۹ و ۱۴) و اندیشناکی (سؤالات ۱، ۱۷، ۲۵ و ۲۶).. لیهی (۲۰۰۲) همسانی درونی آن را ۰/۸۱ گزارش کرده است. در ایران نیز Khanzadeh et al. (2013) با کاهش دادن گویه به ۳۷ ماده پایایی این مقیاس از طریق روش بازآزمایی در فاصله دو هفته برای کل مقیاس ۰/۷۸ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه بین ۰/۵۶ تا ۰/۷۱ برآورد کرده‌اند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۳ به دست آمده است (Khanzadeh et al., 2013). به علاوه (Rezaei et al., 2016) روایی همزمان آن را با مقیاس محرومیت هیجانی<sup>۱۱</sup> پرسشنامه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه ۰/۴۳ گزارش کرده‌اند. در مطالعه حاضر با توجه به پیشینه پژوهشی (Batmaz, Kaymak, Kocbiyik, & Turkcapar, 2014; Westpha et al., 2016) نمرات معکوس دو مقیاس اعتباربخشی هیجانی و قابل درک بودن هیجان به عنوان ملاک اعتبارزدایی هیجانی در نظر گرفته شد.

### یافته‌های پژوهش

جدول ۱ شاخص‌های توصیفی و ضریب همبستگی بین اعتبارزدایی هیجانی، سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده هیجانی و افسردگی را نشان می‌دهد. همان طور که جدول ۱ نشان می‌دهد ارتباط بین تمامی متغیرها معنی‌دار می‌باشد ( $p < 0/01$ ) و بیشترین میزان همبستگی به ارتباط بین اعتبارزدایی هیجانی و افسردگی مربوط

- 1- Simplistic views of emotion
- 2- higher values
- 3- Uncontrollability
- 4- numbness
- 5- rationality
- 6- Duration
- 7- Consensus
- 8- acceptance
- 9- expression
- 10- blame
- 11- Emotional deprivation

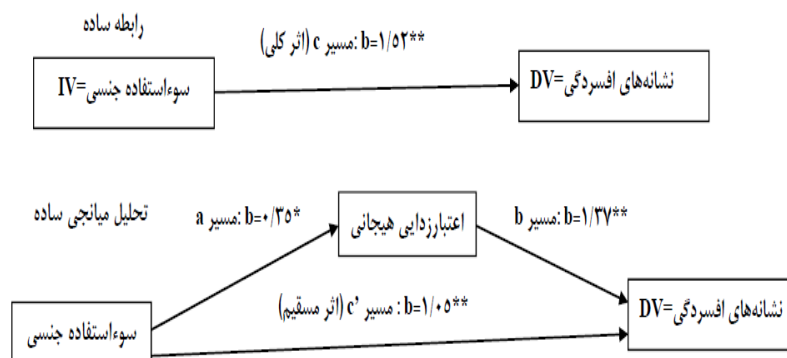
جدول ۱.

شاخص‌های توصیفی و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش ( $n=439$ )

| متغیرها               | ۱    | ۲     | ۳     | ۴     |
|-----------------------|------|-------|-------|-------|
| ۱. سوءاستفاده جنسی    | -    | ۰/۴۹* | ۰/۱۸* | ۰/۲۹* |
| ۲. سوءاستفاده هیجانی  |      | -     | ۰/۳۲* | ۰/۴۶* |
| ۳. اعتبارزدایی هیجانی |      |       | -     | ۰/۵۱* |
| ۴. افسردگی            |      |       |       | -     |
| میانگین               | ۵/۹۳ | ۷/۴۱  | ۱۷/۹۰ | ۱۶/۵۵ |
| انحراف معیار          | ۱/۹۵ | ۳/۱۱  | ۳/۸۸  | ۱۰/۴۲ |

\*  $p < 0.01$ 

می‌شود ( $r=0.51$ ). همچنین، همان‌طوری که میانگین افراد در پرسشنامه افسردگی بک-دو ( $M=16.55$ ) نشان می‌دهد، شرکت کنندگان دارای افسردگی خفیف می‌باشند. سپس برای بررسی اثرات مستقیم و غیرمستقیم در قالب تحلیل میانجی ساده ابتدا پیش‌فرض‌های روابط خطی میان متغیرها (از طریق نمودار پراکندگی)، عدم هم‌خطی چندگانه ( $1/29$ =بیشترین مقدار VIF،  $0.90$ =بیشترین مقدار عامل تحمل) و بهنجاری چند متغیری رعایت گردید. شکل ۱ ضرایب مسیرها در مدل اول را نشان می‌دهد.



شکل ۱. میانجی‌گری اعتبارزدایی هیجانی بین سوءاستفاده جنسی و افسردگی (مدل ۱):  $(p < 0.001)$ \*

\*\*  $(p < 0.001)$ 

همان‌طور که شکل ۱ نشان می‌دهد تمامی شرایط میانجی (Baron and Kenny (1986) در مدل ۱ رعایت گردیده است و از آنجا که سه مسیر اول معنی‌دار هستند و مسیر  $c$  نیز به معنی‌داری رسیده است اعتبارزدایی هیجانی به عنوان میانجی جزئی بین سوءاستفاده جنسی و

نشانه‌های افسردگی عمل می‌کند. بررسی جدول خلاصه‌ی آن‌ها نشان داد که مدل حاضر (مدل ۱) از برازش مطلوبی برخوردار است ( $R=0/33$ ,  $p=0/00001$ ,  $F_{2,33}=110/29$ ) و ۳۳ درصد از نشانه‌های افسردگی بوسیله‌ی این مدل تبیین می‌شود. جدول ۲ نیز معنی‌داری ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مدل ۱ و ۲ را نشان می‌دهد.

جدول ۲.

معنی‌داری ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مسیرها

| معنی‌داری                     | t     | خطای معیار | b    | $\beta$ | مسیر    |
|-------------------------------|-------|------------|------|---------|---------|
| مدل ۱ (مدل سوءاستفاده جنسی)   |       |            |      |         |         |
| 0/00001                       | 6/26  | 0/24       | 1/52 | 0/29    | مسیر c  |
| 0/0002                        | 3/73  | 0/09       | 0/35 | 0/18    | مسیر a  |
| 0/00001                       | 12/90 | 0/11       | 1/37 | 0/51    | مسیر b  |
| 0/00001                       | 4/96  | 0/21       | 1/05 | 0/20    | مسیر c' |
| مدل ۲ (مدل سوءاستفاده هیجانی) |       |            |      |         |         |
| 0/00001                       | 10/74 | 0/14       | 1/53 | 0/46    | مسیر c  |
| 0/00001                       | 6/97  | 0/06       | 0/39 | 0/32    | مسیر a  |
| 0/00001                       | 11/30 | 0/08       | 1/20 | 0/47    | مسیر b  |
| 0/00001                       | 7/99  | 0/13       | 1/06 | 0/32    | مسیر c' |

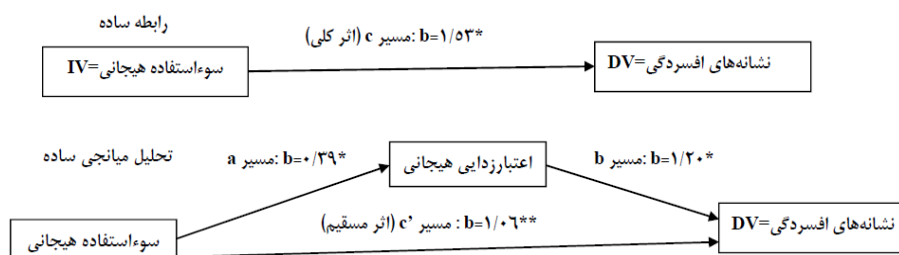
در بررسی معنی‌داری مسیرهای غیرمستقیم (ab) روش بوت استراپ و آزمون سوئل نشان داد در مدل ۱ اعتبارزدایی هیجانی بین سوءاستفاده جنسی و نشانه‌های افسردگی به طور معناداری میانجی‌گری می‌کند. چون حد پایین (0/20) و بالای (0/75) بوت استراپ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد (CI 95%) صفر را شامل نمی‌شود و آماره سوئل نیز معنی‌داری است ( $p=0/0002$ ). جدول شماره ۳ معناداری مسیرهای غیرمستقیم در مدل ۱ و ۲ با روش‌های بوت استراپ و آزمون سوئل را نشان می‌دهد.

جدول ۳.

معنی‌داری مسیرهای غیرمستقیم در مدل ۱ و ۲

| معنی‌داری | آماره سوئل | حد بالا | حد پایین | بوت  | خطای معیار | مسیرهای ab   |
|-----------|------------|---------|----------|------|------------|--|
| 0/0002    | 3/71       | 0/75    | 0/20     | 0/48 | 0/14       | سوءاستفاده جنسی --- اعتبارزدایی هیجانی --- افسردگی (مدل ۱)   |
| 0/0001    | 5/96       | 0/65    | 0/33     | 0/47 | 0/08       | سوءاستفاده هیجانی --- اعتبارزدایی هیجانی --- افسردگی (مدل ۲) |

برای بررسی معنی‌داری و ضرایب مسیرها در مدل ۲ یک تحلیل جداگانه صورت گرفت. شکل ۲ ضرایب مسیرها در مدل دوم را نشان می‌دهد.



شکل ۲. میانجی‌گری اعتبارزدایی هیجانی بین سوءاستفاده هیجانی و افسردگی (مدل ۲)؛  $(p < 0/00001)$  \*

در شکل ۲ نیز تمامی شرایط میانجی مدل ۲ رعایت گردیده است و اعتبارزدایی هیجانی به عنوان میانجی جزئی بین سوءاستفاده هیجانی و نشانه‌های افسردگی عمل می‌کند. همچنین بررسی جدول خلاصه‌ی آنووا نشان داد که مدل ۲ نیز از برازش مطلوبی برخوردار است  $(R^2 = 0/38, F_{2, 36} = 138/26, p = 0/00001)$  و ۳۳ درصد از نشانه‌های افسردگی بوسیله‌ی مدل دوم تبیین می‌شود. همچنین بررسی معنی‌داری مسیرهای غیرمستقیم (جدول شماره ۳) با روش بوت استرپ و آزمون سوپل نشان می‌دهد در مدل ۲ نیز اعتبارزدایی هیجانی بین سوءاستفاده هیجانی و نشانه‌های افسردگی به طور معنی‌داری میانجی‌گری می‌کند. چون حد پایین  $(0/33)$  و بالای  $(0/65)$  بوت استرپ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد صفر را شامل نمی‌شود و آماره سوپل نیز معنی‌دار است  $(P = 0/00001)$ .

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش میانجی اعتبارزدایی هیجانی بین سوءاستفاده جنسی-هیجانی و نشانه‌های افسردگی در نمونه‌ای از دانشجویان دختر دارای افسردگی اساسی و سابقه‌ی افسردگی صورت گرفت. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که اعتبارزدایی هیجانی بین سوءاستفاده جنسی-هیجانی و نشانه‌های افسردگی به صورت جزئی میانجی‌گری می‌کند (مدل ۱ و ۲). به عبارت دیگر، با اضافه شدن اعتبارزدایی هیجانی به مدل‌ها نقش سوءاستفاده جنسی و هیجانی در بروز نشانه‌های کمتر می‌شود ولی بی‌اثر نمی‌گردد. بنابراین، تجارب اعتبارزدا علاوه بر اثر مستقیم به صورت غیرمستقیم از طریق اعتبارزدایی هیجانی نیز منجر به

بروز نشانه‌های افسردگی می‌گردد. این یافته با بسیاری از مطالعات از قبیل پژوهش‌های Rezaei et al. (2016); Westpha et al. (2016); Hong and Lishner (2016); Tanaka et al. (2003); Krause et al. (2003); Vettese et al. (2011); Leong et al. (2011); همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان به توضیح Leahy (2015) اشاره کرد. وی معتقد است اعتباریابی بیانگر مسائل دلبستگی است. در طول فرایند شکل‌گیری دلبستگی و حفظ آن در اوایل دوران کودکی، اصول اولیه اعتباریابی، انعکاس هیجان‌ات و همدلی، شامل پاسخ‌دهی مراقب نسبت به آشفتگی کودک هستند، که خود سبب تقویت بازنمود ذهنی کودک می‌شود «احساسات من برای دیگران دارای معنی و مفهوم است». اگر مراقب به این آشفتگی‌های پاسخ مناسب ندهد یا خود مسبب آشفتگی شود (محیط اعتبارزدا) سبب ایجاد و تقویت نوعی از بازنمایی ذهنی کودک می‌شود که در آن کودک استنباط می‌کند «احساسات من برای دیگران دارای مهم نیستند». به علاوه، Leahy et al. (2011) بر این باور هستند که تسکین‌بخشی مسئولانه احساسات کودک توسط مراقب، کودک را تشویق می‌کند تا باور داشته باشد که «احساسات آشفتگی من قابل آرامش بخشیدن هستند». در صورتی که فرد مراقب احساسات آشفتگی کودک را تسکین نبخشد یا از طریق سوءاستفاده منجر به آشفتگی بیشتر کودک گردد و یا واکنش کرانه‌ای (بیش از حد یا کمتر از انتظار) به احساسات ارائه دهد، کودک به این نتیجه می‌رسد، که «احساسات آشفتگی من قابل آرامش بخشیدن نیستند»، «احساسات من عجیب و غریب هستند»، «احساساتی را که من دارم دیگران ندارند» و در نهایت درگیری با اعتبارزدایی هیجانی آن‌ها را مستعد افسردگی می‌کند.

در تبیین احتمالی دیگر می‌توان گفت که، انتقال احساسات کودک به فرد مراقب، نه تنها به فرصتی برای بیان احساسات کودک تبدیل می‌شود، بلکه به فرصتی برای فرد مراقب تبدیل می‌شود که حالات هیجانی را به آن دسته از رویدادهای بیرونی پیوند دهد که سبب ایجاد آن احساس می‌شوند «تو به این دلیل ناراحت هستی که خواهرت تو را کتک زده است». این تلاش برای درک علت ایجاد احساسات و سهیم شدن در آن با فرد مراقب، می‌تواند به افتراق دادن این احساسات از یکدیگر کمک کند «به نظر می‌رسد تو خشمگین و آزردده خاطر هستی». در صورتی که فرد در محیط اعتبارزدا رشد پیدا کند این فرصت‌ها را از دست می‌دهد و استنباط

می‌کند که احساساتش منشأ روشنی ندارد و همچنین نمی‌تواند به روشنی بین هیجان‌ها تمییز قائل شود و همه‌ی این عوامل وی را مستعد آسیب‌های روانشناختی می‌کند (Leahy et al., 2011).

همچنین Linehan (1993) معتقد است در خانواده‌هایی از کودک سوءاستفاده (جنسی یا هیجانی) می‌شود، معمولاً اعتبار عمومی تجربه‌ی شخصی ارائه نمی‌شود. برای مثال زمانی که کودک می‌گوید گرسنه است، والدین به جای آنکه او را تغذیه کنند، اظهار می‌کنند تو گرسنه نیستی، فقط خوراکی می‌خواهی. زمانی که کودک گریه می‌کند به جای آنکه او را تسکین ببخشند، می‌گویند اینقدر نق نزن! زمانی که کودک عصبانی و خشمگین است به جای آنکه اعضای خانواده به آن با جدیت پاسخ دهند، آن را نادیده می‌گیرند و بی‌اهمیت تلقی می‌کنند. به طور کلی، در خانواده‌هایی که اعتبارزدا هستند ترجیح‌های کودک (مثل، رنگ اتاق، لباس، فعالیت‌ها و ...) مد نظر قرار نمی‌گیرد، عقاید و افکار کودک استخراج نشده و با جدیت به آن‌ها پاسخ داده نمی‌شود و همچنین هیجان‌ها و عواطف کودک ابزارهای ارتباطی بی‌اهمیتی در نظر گرفته می‌شود. در واقع می‌توان گفت، علاوه بر شکست‌های ابتدایی در پاسخ‌گویی مطلوب، محیط اعتبارزدا بر کنترل ابراز هیجان‌ها، به ویژه هیجان‌های منفی تأکید می‌کند. تجربیات دردناک ناچیز شمرده و به ویژگی‌های منفی نظیر بی‌انگیزگی، بی‌نظمی و عدم موفقیت در اتخاذ یک نگرش مثبت نسبت داده می‌شوند. هیجان‌های مثبت قوی و اولویت‌های مرتبط با آن ممکن است به خصلت‌هایی نظیر فقدان قضاوت و تفکر یا تکانشوری نسبت داده شوند. از سوی دیگر، در این محیط‌ها کودک آموزش لازم را نمی‌بیند تا به واکنش هیجانی‌اش به عنوان تفسیر معتبر وقایع اعتماد کند. همچنین، با الزامی ساختن بررسی محیط برای یافتن نشانه‌هایی راجع به نحوه‌ی عمل کردن و احساس کردن، به طور فعال کودک می‌آموزد که تجارب شخصی‌اش را اعتبارزدایی کند. در نهایت، عملکرد ارتباطی هیجان‌های عادی از بین می‌رود و فرد آسیب‌پذیر می‌شود.

همچنین در این مطالعه مدل ۲ در مقایسه با مدل ۱ واریانس بیشتری از نشانه‌های افسردگی را تبیین کرد در توضیح این یافته می‌توان گفت که سوءاستفاده جنسی هیجان‌های فرد را کمتر به صورت مستقیم مورد هدف قرار می‌دهد. درحالی‌که در سوءاستفاده هیجانی، هیجان‌های فرد مورد تمسخر قرار می‌گیرد، بعضی از هیجان‌ها دچار نادیده‌انگاری می‌شوند، به هیجان‌های فرد

پاسخ کرانه‌ای ارائه می‌شود و یا هیجان‌های فرد غیرقابل پذیرش معرفی می‌گردند به همین دلیل بیشتر منجر به اعتبارزدایی هیجانی می‌شود (Westpha et al., 2016).

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی به شرح زیر بود: نخست این‌که به علت مقطعی بودن نمی‌توان نتایج علی-معلولی استنتاج کرد. دوم این‌که، در دسترس بودن روش نمونه‌گیری و استفاده از زنان در این مطالعه، تعمیم‌پذیری به جامعه را با محدودیت مواجهه می‌سازد. سوم این‌که، در نمونه حاضر افرادی که دارای افسردگی اساسی فعلی بودند نسبت به افرادی که سابقه‌ی افسردگی داشتند، ممکن است به علت مشکلات حافظه‌ای در یادآوری سوءاستفاده‌های جنسی و هیجانی بیشتر دچار مشکل شوند. محدودیت چهارم عبارت است از استفاده از ابزارهای خودسنجی که اعتبار داده‌ها را کاهش می‌دهد. در مورد پیشنهادها پژوهشی می‌توان عنوان کرد که پژوهش‌های آتی در قالب طرح‌های طولی انجام گردد تا به استخراج نتایج علی-معلولی پرداخته شود. پیشنهاد می‌شود از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و با نمونه‌هایی از مردان و زنان نیز پژوهش شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد از نمونه‌های همگن استفاده گردد و در نهایت بهتر است پژوهش بعدی از ابزارهای آزمایشی استفاده کرده و برازندگی مدل را بر روی سایر اختلالات روانی نیز آزمایش کنند.

## References

- Aliloo, M., Hashemi, T., Bayrami, M., Bakhshipoor, A., & Sharifi, M., A. (2014). Investigating the Relationship Between Childhood trauma, Losses and Primary isolation and Emotional dysregulation with Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychology Achievements*, 21 (2), 65-88. [Persian].
- Azizi, S., Ebrahimi, M. T., Shamshirian, A., Houshmand, S., Ebrahimi, M., & Seyyed Esmaeeli, F. (2016). Evaluation of the Level of Depression in Students of School of Paramedic Sciences. *Mazandaran University of Medical Sciences*, 1 (3), 41-48. [Persian].
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51 (6), 1173-1182.
- Batmaz, S., Kaymak, S. U., Kocbiyik, S., & Turkcapar, M. H. (2014). Metacognitions and emotional schemas: A new cognitive perspective for the distinction between unipolar and bipolar depression. *Comprehensive Psychiatry*, 55 (77), 546-1555.

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2000). *Manual of the Beck Inventory-II*. The psychological corporation, SanAntonio TX.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, 27 (2), 169-190.
- Besharat, M., A. (2013). The role mediator of self-regulating in the relationship between attachment styles and alexithymia. *Journal of Psychology Achievements*, 20 (2), 19-38.
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., Girolamo, G. D., & Kaur, J. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9, 90-109.
- Dabson, E., & Mohammadhkani, P. (2007). Psychometric features of depression inventory-II in depressive disorders in partial remission. *Journal of Rehabilitation*. 29 (8), 80-6. [Persian].
- Ebrahimi, H., Dejkam, M., & Seghatoleslam, T. (2012). Childhood Traumas and Suicide Attempt in adulthood. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 19 (4), 275- 282. [Persian].
- Fatiregun, A. A., & Kumapayi, T. E. (2014). Prevalence and correlates of depressive symptoms among in-school adolescents in a rural district in southwest Nigeria. *Journal of Adolescence*, 37 (2), 197-203.
- Greenberg, P. A., Kessler, R. C., Brinbaum, H. G., Leong, S. A., Lowe, S. W., Berglund, P. A., & Corey-Lisle, P. K. (2003). The economic burden of depression in the United States: How did it change between 1990 and 2000? *Journal of Clinical Psychiatry*, 64 (12), 1465-1475.
- Hasani, J., Tajodini, E., Ghaedniyaie-Jahromi, A., & Farmani-Shahreza, S. H. (2014). The assessments of cognitive emotion regulation strategies and emotional schemas in spouses of people with substance abuse and spouses of normal people. *Journal of Clinical Psychology*, 6 (1), 91-101. [Persian].
- Hong, P. Y., & Lishner, D. A. (2016). General invalidation and trauma-specific invalidation as predictors of personality and subclinical psychopathology. *Personality and Individual Differences*, 89, 211-216.
- Hopnger, L., Berking, M., Bockting, C. L. H., & Ebert, D. D. (2016). Emotion regulation mediates the effect of childhood trauma on depression. *Journal of Affective Disorders*, 198 (1), 189-197.
- Infurna, M. R., Reichl, C., Parze, P., Schimmentd, A., Bifulco, A., & Kaess, M. (2016). Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 190 (5), 47-55.



- Jascheka, C., Carter-Pokrasa, O., Hea, X., Leea, S., & Canino, G. (2016). Association of child maltreat among Puerto Rican youth. *Child Abuse & Neglect*, 58, 63-71.
- Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, 34 (1), 119-138.
- Khanzadeh, M., Edrisi, F., Mohammadkani, S., & Saidian, M. (2013). Factor analysis and psychometric features of Emotional Schemas Scale in students. *Journal of Clinical Psychology*, 11 (3), 92-119. [Persian].
- Krause, E. D., Mendelson, T., & Lynch, T. R. (2003). Childhood emotional invalidation and adult psychological distress: the mediating role of emotional inhibition. *Child Abuse & Neglect*, 27 (2), 199-213.
- Leahy, R. L. (2002). Model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9 (3), 177-190.
- Leahy, R. L., (2015). Emotional Schema Therapy. Guilford Press, New York.
- Leahy, R. L., Tirsch, D., & Napolitano, L. A. (2011). *Emotion Regulation in Psychotherapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford press.
- Leong, L. E. M., Cano, A., & Johansen, A. B. (2011). Sequential and Base Rate Analysis of Emotional Validation and Invalidation in Chronic Pain Couples: Patient Gender Matters. *Journal of Pain*, 12 (11), 1140-1148.
- Lepine, B. A., Moreno, R. A. Campos, R. N., & Couttolenc, B. F. (2012). Treatment-resistant depression increases health costs and resource utilization. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 34 (4), 379-388.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Luppa, M., Heinrich, S., Angermeyer, M. C., Konig, H. H., & Riedel-Heller, S. G. (2007). Cost-of-illness studies of depression A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 98 (1-2), 29-43.
- Maffei, C., Fossati, A., Agostoni, I., Donati, D., Namia, C., Novella, L., & Petrachi, M. (1997). Inter-rater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV Axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0. *Journal of Personality Disorders*, 11 (13), 279 -84.
- Mohamadzadeh, A., Neissi, A., Arshadi, N., Shehni Yailagh, M., & Mehrabizadeh Honarmand, M. Designing and testing a model of the casual relationships between personality traits of sociotropy/autonomy, perception of stressful events and depression symptoms in Shahid Chamran University students. *Journal of Psychology Achievements*, 23 (1), 43-73. [Persian].
- Mohammadkani, P. (2010). *Structured clinical interview for DSM-IV-TR disorder*. Tehran, Danzhe, P. 2. [Persian].

- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40 (3), 879-891.
- Rajabi, G., Atari, Y., & Haghghi, J. (2001). Factor analysis of Beck depression inventory in boy students of Shahid Chamran university. *Journal of Educational Psychology*, 8 (3), 49-66. [Persian].
- Rancans, E., Vrublevska, J., Snikere, S., Koroleva, I., & Trapencieris, M. (2014). The point prevalence of depression and associated sociodemographic correlates in the general population of Latvia. *Journal of Affective Disorders*, 156, 104-110.
- Rezaei, M. (2016). Developing cognitive-behavioral model for major depressive disorder: Comparing effectiveness of training based this model and emotional schema therapy (EST) on depression severity and rumination of patients with major depressive disorder. Ph.D thesis, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan university. [Persian].
- Rezaei, M., Ghazanfari, F., & Rezaee, F. (2016). The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experiential avoidance on depression: A structural equation modeling. *Psychiatry Research*, 246, 407-414.
- Rogers, C. (1965). *Client centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Sathyadas, P., Anilkumar, T. V., Pisharody, R., Russell, P. S. S., Raju, D., Sarma, P. S., & Remadevi, S. (2017). Prevalence of depression and past suicide attempt in primary care. *Asian Journal of Psychiatry*, 27, 48-52.
- Tanaka, M., Wekerle, C., Schmuck, M. L., & Paglia-Boak, A. (2011). The linkages among childhood maltreatment, adolescent mental health, and self-compassion in child welfare adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 35 (10), 887-898.
- Vettese, L., Dyer, C., Li, W., & Wekerle, C. (2011). Does Self-Compassion Mitigate the Association Between Childhood Maltreatment and Later Emotion Regulation Difficulties? A Preliminary Investigation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9 (5), 480-491.
- Vos, T., Barber, R. M., Bell, B., Bertozzi-Villa, A., Biryukov, S., Bolliger, I., & Duan, L. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 386 (95), 743-800.
- Westpha, M., Leahy, R. L., Pala, A. N., & Wupperman, P. (2016). Self-compassion and emotional invalidation mediate the effect of parental difference on psychopathology. *Psychiatry Research*, 241, 186-191.