

نقش خود- طرحواره، منفی در شکل گیری و تداوم

افسردگی دوران کودکی و نوجوانی

دکتر زهره خسروی

دانشگاه الزهرا (س)

چکیده:

آزمایش حاضر به بررسی نقش خود- طرحواره منفی در شکل گیری و تداوم افسردگی در پسران ۱۶- ۹ ساله تهرانی با استفاده از کلمات خود ارجاعی و معنایی مثبت و منفی پرداخته است. نتایج آزمایش حاضر حاکی از آن است که:

- ۱- خود، به عنوان سازمان دهنده اطلاعات هم در کودکان و هم در نوجوانان عمل می نماید.
- ۲- ارزیابی آزمودنیهای افسرده (کودکان و نوجوانان) از خودشان در مقایسه با گروه غیر افسرده کمتر مثبت است.
- ۳- فقط نوجوانان افسرده در مقایسه با گروه غیر افسرده، خود را منفی تر ارزیابی می کنند.
- ۲- تمامی آزمودنیها، جز نوجوانان افسرده، بیشتر لغات خود ارجاعی مثبت را در مقایسه با لغات خود ارجاعی منفی به خاطر می آورند.

برخی از دیدگاهها بروز علایم افسردگی در دوران کودکی را مشابه با نحوه بروز آن در بزرگسال می دانند. بر اساس این دیدگاهها، علایم افسردگی دوران کودکی، مشابه با علایم آن در بزرگسالی است. این علایم شامل تظاهرات خلقی (Affective)، شناختی (Cognitive)، انگیزشی (Motivational)، و روانی- حرکتی (Psychomotor) است. البته برخی علایم ویژه سنی (Age Specific Criteria) چون افت تحصیلی، و اضطراب جدایی در نظر گرفته شده است (e.g. Cantwell, etal, 1991; Puig Antich, etal,

. (1987)

در سالهای اخیر این دیدگاه مورد توجه قرار گرفته است و محققان اهمیت نقش عوامل شناختی در شکل گیری افسردگی دوران کودکی را همچون دوران بزرگسالی مورد توجه قرار داده اند. آنان معتقدند، کودکان افسرده همچون بزرگسالان افسرده به ارزیابی منفی خود، آینده، و تجارب می پردازند (Beck, et al., 1975, Rehm, et al, 1987).

با توجه به اینکه کار در زمینه آسیب شناسی کودکان عموماً و در زمینه افسردگی کودکان خصوصاً بموازات کار در زمینه بزرگسالان انجام شده است و همچنان برای تشخیص و درمان از همان روشهای معمول استفاده می شود، و با توجه به اینکه بی توجهی به تفاوت های رشدی، منجر به سوء فهم ماهیت بیماریهای روانی در کودکان می شود، تحقیقات وسیعتر در این راستا ضروری است. به منظور دستیابی به هدف فوق، آزمایش حاضر به بررسی نقش خود طرحواره منفی در افسردگی دوران کودکی می پردازد.

نظریه شناختی افسردگی بر اساس مدل پردازش اطلاعات (Information Processing) بنا شده است. بر اساس این مدل، توجه (Attention) و سیستم حافظه به عنوان یک سیستم منفعل در ارتباط با اطلاعات اخذ شده از محیط نیست. گزارش افراد در باره محیط شان معمولاً کامل نیست و حتی تحریف شده و جهت دار است. آنچه که باعث این تحریف ها و جهت گیریها در مراحل مختلف پردازش اطلاعات (یعنی مرحله رمزگردانی، ذخیره سازی و بازیابی) می شود وجود طرحواره های شناختی (Cognitive Schemata) است. استفاده از داده های حافظه ای در مطالعه طرحواره ها بشکل تشویریک با کارهای بارتلت (Bartillet, ۱۹۵۲) و پیاژه (Piaget, ۱۹۵۲) شروع شد. میتوان گفت پیاژه یکی از پیشقدمان در مطالعه ماهیت طرحواره ها از تولد تا بلوغ است (به نقل از دری و کوپر، ۱۹۸۱).

از حدود دو دهه پیش مباحث بسیاری در باره نقش بالقوه طرحواره ها در اشکال مختلف پردازش اطلاعات بوجود آمده است. به موازات رشد نظریه های مربوط به طرحواره، تعاریف متعددی برای آن بکار رفته است. برای مثال «تعاریفی چون چگونگی سازماندهی فرد به جهان روانشناختی خود». اما به طور خلاصه می توان گفت طرحواره، عبارت است از بدنه سازمان یافته ای از اطلاعات که در حافظه ذخیره شده و قادر به سازماندهی و دسته بندی اطلاعات محیطی جدیدی که وارد حافظه می شود می باشد. (دیویس و آنرو، ۱۹۵۱). (Davis & Anruh, ۱۹۵۱).

مطالعات اخیر بر روی پردازش اطلاعات و طرحواره های شناختی منجر به حمایت این نظر شده است، که «خود» (Self) به عنوان سازمان دهنده طرحواره در مراحل مختلف پردازش اطلاعات دخیل است. بر این اساس خود، یک فاعل کاملاً فعال و قدرتمند در سازماندهی جهان فرد است. یکی از عملکردهای خود کمک به فرد در پردازش اطلاعات شخصی است. زمانیکه فرد با محرکی که شامل اطلاعات شخصی است روبرو می شود. این ساختار فعال میشود و به عنوان جزئی از سیستم اطلاعاتی قابل پردازش در دسترس قرار می گیرد. یکی از بزرگترین پیشگامان در توسعه نظریه های شناختی در روانشناسی بالینی بخصوص استعمال مفهوم خود طرحواره (Self- Schema) آرون تی بلد (Beck, etal, 1985; Beck, 1963-1991) است.

بر اساس نظریه در افراد افسرده یک طرحواره شناختی منفی (Negative Self- Schema) وجود دارد که منجر به تحریف و سوء تفسیر اطلاعات مربوط به خود، آینده و جهان میشود (Beck, 1976; Beck, etal, 1985). یعنی در فرد افسرده یک مثلث منفی (Negative Triad) ایجاد میشود، دید منفی نسبت به خویش، آینده و اطراف بوجود می آید. خود طرحواره منفی نقش عمده ای را در ایجاد و ابقاء افسردگی ایفا می کنند.

مطالعات دیویس و آنرو (Davis, etal, 1981) اوتاوایانی و بک (ottaviani & beck, 1988)، تیسدیل (Teasdel, 1983) دری و کویپر (Dery & Kuiper, 1981)، بلاتی (Blany, 1986) در باره بزرگسالان نشان داده است که در بیشتر موارد افراد افسرده در پردازش اطلاعات مثبت در باره خود مشکل دارند و در برخی موارد علاوه بر این مشکل، اطلاعات منفی بیشتری را به خود نسبت می دهند.

هامن وزوپان (Hammen & Zupan, 1984) با مطالعاتی که بر روی کودکان ۱۲-۸ ساله انجام دادند، نشان دادند که آنها دارای مفهوم خویششن هستند و این خود موجب تسهیل در یادآوری لغات خود ارجاعی میشود همچنین همانطور که قابل پیش بینی بود کودکان غیر افسرده در مقایسه با کودکان افسرده لغات خودارجاعی مثبت بیشتری را بخاطر می آوردند.

همچنین در مطالعه ای که هامن (Hammen, 1991) بر روی گروهی از کودکان که در خطر افسردگی قرار داشتند (مثلاً متعلق به مادرانی که دچار بیماریهای خلقی و یا مبتلا به بیماریهای مزمن جسمی بودند) و گروهی از کودکان نرمال انجام دادند، این نتیجه به دست آمد که کودکانی که در خطر افسردگی قرار داشتند نسبت به کودکان گروه نرمال، صفات خودارجاعی مثبت کمتری را نسبت به خود به خاطر می آورند.

مطالعه حاضر به بررسی نقش خود طرحواره در شکل گیری و تداوم افسردگی می پردازد. در واقع آزمایش حاضر به بررسی تاثیر افسردگی کودکان بر روی ارزیابی صفات خودارجاعی و یادآوری این صفات در دوران کودکی و بلوغ می پردازد.

فرضیات مورد بررسی:

- ۱- تمامی آزمودنیها کلمات خود ارجاعی را بیشتر از کلمات غیر خود ارجاعی به یاد می آورند.
- ۲- کودکان افسرده کلمات خود ارجاعی منفی بیشتری را در مقایسه با کودکان غیر افسرده به یاد می آورند.
- ۳- کودکان غیر افسرده در مقایسه با کودکان افسرده کلمات خود ارجاعی مثبت بیشتری را در مقایسه با کلمات خود ارجاعی منفی به یاد می آورند.

آزمودنی ها:

۹۵ دانش آموز پسر ایرانی از بین ۳۲۰ دانش آموز پسر ایرانی مدارس ابتدایی کلاسهای چهارم، پنجم و اول راهنمایی بر اساس نمرات خود و مادرانشان در تست (CDS) انتخاب شدند. میانگین سنی آنها ۲۰-۱۳ بود.

ابزار و روش ها:

ابزار:

۱- **مقیاس افسردگی کودکان (CDS):** از مقیاس افسردگی کودکان (Children's Depression) جهت طبقه بندی آزمودنیها به دو گروه افسرده و غیر افسرده استفاده شد. مقیاس افسردگی کودکان که توسط لانگ و تیشر (Lang and Tisher, 1978) تهیه شده است دارای دو زیر مجموعه عمده است: یکی زیر مجموعه افسردگی و دیگری لذت و خوشی. همچنین مقیاس دارای فرم والدین و کودک است. تحقیقات تیشر و همکاران (Tisher, etal. 1994) بیانگر آنند که مقیاس از انجم درونی برخوردار است و قدرت تمیز کودکان افسرده از غیر افسرده را دارد. همچنین بر اساس گزارش کزدین (Kazdin, etal., 1987)، ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مجموعه افسردگی ۰/۹۴ و برای زیر مجموعه لذت و خوشی ۰/۸۵ بوده است. مقیاس برای کودکان ایرانی نیز اعتباریابی شده است (هم فرم کودک و هم فرم والدین) نتایج تحقیق بیانگر آرا است که مقیاس دارای اعتبار کافی است (آلفای کرونباخ بدست آمده برای زیر مجموعه افسردگی فرم کودک برابر ۰/۹۱، برای زیر مجموعه لذت و خوشی فرم کودک ۰/۶۷؛ و زیر مجموعه افسردگی فرم والدین برابر

۰۰/۷۵ و زیر مجموعه لذت و خوشی فرم والدین ۰/۶۵ است) که نتایج حاضر بیانگر آن است که ابزار دارای انسجام درون است (برای اطلاع بیشتر رجوع شود به Khosravi, 1994).

۲- لیست صفات خودارجاعی و معنایی مثبت و منفی:

در مطالعه پردازش اطلاعات افراد افسرده، مجموعه های متفاوتی از کلمات محرک به افراد افسرده داده شده و سپس از آنها خواسته شده هر کلمه را درجه بندی کنند. در آزمایش حاضر دو نوع تکلیف برای آزمودنیها داده شده است. یکدسته تکالیف خود ارجاعی و یکدسته تکالیف معنایی در انجام تکالیف خود ارجاعی ۱۲ صفت مثبت و ۱۲ صفت منفی به آزمودنیها داده شد و از آنها برای هر صفت سوال شد که آیا این صفت شبیه به شماست؟ در انجام تکالیف معنایی نیز ۱۲ صفت مثبت و ۱۲ صفت منفی به آزمودنیها داده شد ولی این بار از آنها برای هر صفت سوال شد آیا معنای این صفت را می دانید؟ استفاده از لیست صفات خودارجاعی مثبت و منفی به این منظور بود که روشن شود آیا صفاتی که مربوط به خود است به شیوه ای متفاوت از سایر صفات به خاطر سپرده و یا همچنین یادآوری می شوند؟

روش:

در پژوهش حاضر ابتدا مقیاس CDS به ۳۲۰ آزمودنی و مادران آنها داده شد تا آنها را تکمیل کنند. سپس بر اساس نمرات آنها در تست CDS دو گروه افسرده و غیر افسرده انتخاب شدند (تعداد ۹۵ نفر) در مرحله بعد بدلیل اینکه الگوی پردازش اطلاعات در مطالعه اثرات خلق افسرده بر موارد خود ارجاعی مورد قبول محققان شناختی است (Rogers, et al. 1979)، به آزمودنیها لیستی از صفات خودارجاعی و معنایی مثبت و منفی داده شد.

انتخاب آزمودنی های افسرده:

پسرهایی که نمره ۱۶۵ یا بالاتر در تست (CDS) آورده بودند بعنوان گروه افسرده طبقه بندی شدند (تعداد = ۳۳، میانگین نمرات افسردگی = ۱۸۰.۳۰، انحراف استاندارد = ۹۰.۶ و میانگین نمرات لذت و خوشی (P) = ۵۲.۸، انحراف استاندارد = ۴.۲)، نمرات مادرانشان ۱۴۴ یا بالاتر در CDS بود (میانگین نمرات افسردگی مادران = ۱۶۸.۲، انحراف استاندارد = ۷.۹، میانگین نمرات P = ۵۱.۴ و انحراف

استاندارد = ۲.۵). ۵۷ پسر که نمره ۱۲۴ یا کمتر در CDS کسب کرده بودند بعنوان گروه کنترل یا غیر افسرده طبقه بندی شدند (میانگین CDS = ۱۱۸.۵، انحراف استاندارد = ۶.۵). نمرات مادرانشان ۱۱۰ یا کمتر در CDS بود (میانگین نمرات افسردگی مادران = ۱۰۸.۷، انحراف استاندارد = ۵.۶، میانگین نمرات P = ۶۹.۶ و انحراف استاندارد = ۱.۹).

روش استفاده شده در این آزمایش شبیه روش هامن وزین (Hammen & Zupan, 1984) می باشد. آنها لیستی از ۴۸ کلمه خود توصیفی را که ۲۴ کلمه شامل محتوای منفی و ۲۴ کلمه شامل محتوای مثبت بود مورد استفاده قرار دادند. از آزمودنی ها خواسته می شد تا به دو نوع سئوالات پاسخ گویند. الف = سنوات معنایی که مربوط به تعریف کلمات بود (آیا می توانید این کلمه را تعریف کنید؟) و سئوالات خودارجاعی، که در آن از آزمودنیها سوال میشد آیا این صفت شبیه به شماست؟ یعنی آیا این صفت شما را توصیف می کند یا نه؟). بنابراین چهارلیست تشکیل شد و هر لیست شامل ۱۲ کلمه بود که عبارت بودند از کلمات معنایی مثبت، کلمات معنایی منفی، کلمات خودارجاعی مثبت و کلمات خودارجاعی منفی. یک کلمه در هر لیست بعنوان کلمه پرکننده انتخاب شده بود. به منظور به حداقل رساندن اثرات تقدم و تاخر حافظه، دو کلم پرکننده، (یکی از معنایی و دیگری از خودارجاعی) در شروع لیست و دو کلمه در پایان لیست ارائه می شد. برای رمزگردانی، اوراقی که کلمات «مانند من» و «تعریف کنید» روی آن نوشته شده بود یکی یکی بعد از دیگری توزیع می شد. در ابتدا، از آزمودنیها خواسته می شد که هر کلمه مثبت و منفی معنایی و خود ارجاعی را که بر روی کارتهای ۸/۵۵ سانتیمتری نوشته شده بود درجه بندی کنند. کارتهای شامل لغات خودارجاعی و لغات معنایی یکی بعد از دیگری به آزمودنیها داده می شد. آزمایشگر کلماتی را که شامل کلمات معنایی یا خودارجاعی بود با صدای بلند می خواند و پرسش مربوطه را مطرح می کرد. کلمات توسط آزمودنی ها در برگه هایشان تحت عنوان «شبیه من» یا «تعریف کنید» بعنوان کلماتی که بصورت بله درجه بندی شده بکار می رفت. بعد از اینکه همه ۴۸ کلمه به این طریق کدگذاری شد، کارتها و برگه های پاسخ نامه جمع آوری شد. مجدداً برگه هایی در بین آزمودنیها توزیع شد و از آنها خواسته شد تا کلماتی را که به خاطر می آورند، بدون در نظر گرفتن ترتیب و املاء آن بر روی برگه ها بنویسند.

نتایج:

نتایج این آزمایش شامل دو قسمت می باشد: یک قسمت مربوط به اثر حالت افسردگی بر روی تکلیف

درجه بندی و قسمت دوم مربوط به اثر حالت افسردگی بر تکلیف یادآوری است.

اثر حالت افسردگی بر تکلیف درجه بندی:

میانگین و انحراف استاندارد تعداد کلماتی که با (بله) درجه بندی شده است در جدول ۱ آمده است. ابتدا تحلیل واریانس چهارطرفه (حالت افسردگی، بار عاطفی مثبت و منفی کلمات، نوع تکلیف و سن) با سنجش بار عاطفی مثبت و منفی کلمات تکرار شده و نوع تکلیف مورد بررسی قرار گرفت. سپس آزمون درون گروهی تحلیل واریانس بصورت جداگانه در مورد بار عاطفی مثبت و منفی کلمات و آزمون درون گروهی تحلیل واریانس بصورت جداگانه در مورد بار عاطفی مثبت و منفی کلمات و سطوح نوع تکلیف انجام شد. وقتی نتایج بدست آمده از تحلیل واریانس معنادار شد از آزمون تعقیبی استیوونت نیومن کلز (SNK) جهت بررسی معنادار بدون تفاوت بین میانگین های گروهها (با توجه به عامل سن و میزان افسردگی آزمودنیها) استفاده شد.

درکل، تحلیل ها نشان دادند که اثر اصلی نوع تکلیف معنادار بود $[F(1,93)= 9.13, P<.003]$. اثر اصلی بار عاطفی کلمات نیز معنادار بود $[F(1,93)= 108,22, P<.0001]$. تعامل (یا کنش متقابل) بین حالت افسردگی بار عاطفی مثبت و منفی کلمات $[F(1,93)= 44.38, P<.0001]$ و حالت افسردگی نوع تکلیف در بار عاطفی مثبت و منفی کلمات $[F(1,93)= 28,68, P<.0001]$ نیز معنادار بود.

نتایج نشان داد که آزمودنیها لغات خود ارجاعی را بیشتر از لغات معنایی با جواب مثبت (بله) درجه بندی کرده بودند و همچنین بین گروههایی که به آنها گفته شده بود که کلمات را از نظر معنایی و یا از نظر بار عاطفی مثبت و منفی درجه بندی کنند تفاوت وجود داشت.

به منظور بررسی تفاوت های حالت افسردگی (افسرده و غیرافسرده) بر بار عاطفی مثبت و منفی کلمات (مثبت یا منفی) و تکلیف درجه بندی شده با بله (خود ارجاعی یا معنایی)، تحلیل واریانس جداگانه در مورد پاسخهای درجه بندی شده با بله در مورد تکالیف خودارجاعی یا معنایی مثبت و منفی کودکان انجام شد. نتایج نشان داد که حالت افسردگی (افسرده و غیرافسرده) اثر اصلی بر روی کلمات خودارجاعی مثبت $[F(1,93)= 57.17, P<.0001]$ و کلمات خودارجاعی منفی $[F(1,93)= 38.73, P<.0001]$ دارد و نتایج نشان داد که گروه افسرده نسبت به گروه غیر افسرده خودشان را کمتر به طور مثبت و بیشتر به صورت منفی

ارزیابی می کنند.

تحلیل واریانس جداگانه در مورد تکلیف درجه بندی شده معنایی، تاثیر معناداری بر روی تکلیف معنایی مثبت $[F(1,93)=.025, P<.87]$ و تکلیف معنایی منفی $[F(1,93)=.097, P<.75]$ نشان نداد. این مساله نمایانگر این امر است که در مورد تکلیف درجه بندی شده معنایی (غیر خودارجاعی) تفاوتی بین گروههای افسرده و غیر افسرده وجود ندارد.

به منظور آزمون تفاوت‌های سنی (گروه افسرده و غیر افسرده قبل از بلوغ و گروه افسرده و غیر افسرده بالغ) تحلیل واریانس در مورد نمرات تکلیف درجه بندی خودارجاعی مثبت انجام شد $[F(3,94)=24.07, P<.0001]$ و به دنبال معنادار بودن نتایج، از آزمون تعقیبی SNK استفاده شد که نتایج آن در سطح 05. نشان داد که گروه بالغ افسرده نسبت به گروه قبل از بلوغ افسرده کمتر خود را به طور مثبت ارزیابی می کنند. تحلیل واریانس در مورد نمرات تکلیف درجه بندی خود ارجاعی منفی نیز انجام شد $[F(3,94)=28.78, P<.0001]$ و به دنبال معنادار بودن نتایج از آزمون تعقیبی SNK استفاده شد که نتایج آن در سطح 05. نشان داد که گروه بالغ افسرده و گروه بالغ غیر افسرده نسبت به گروه قبل از بلوغ خود را بیشتر به طور منفی ارزیابی می کنند.

اثر حالت افسردگی بر تکلیف یادآوری:

روشهای تحلیل به شرح زیر به کار گرفته شد. ابتدا تحلیل واریانس چهارطرفه (حالت افسردگی، بار عاطفی مثبت و منفی کلمات، نوع تکلیف، سن) با سنجش عوامل نوع تکلیف و بار عاطفی مثبت و منفی لغات تکرار شده مورد بررسی قرار گرفت. سپس آزمون درون گروهی تحلیل واریانس در مورد بار عاطفی مثبت و منفی کلمات و سطوح نوع تکلیف انجام شد. وقتی نتایج به دست آمده از تحلیل واریانس معنادار شد، از آزمون پس از تجربه استیودنت نیومن کلز جهت بررسی معنادار بودن تفاوت بین میانگینهای حالت افسردگی استفاده شد.

در آزمایش حاضر، تعداد لغات مثبت و منفی یادآوری شده که با (بله) درجه بندی شده بود (خود ارجاعی یا معنایی) بر تعداد نهایی لغات درجه بندی شده (مثبت و منفی) تقسیم شد. علت اینکه تعداد لغات یادآوری شده بر تعداد کل لغات درجه بندی شده مثبت و منفی تقسیم شد به دلیل این فرض است که اساساً

افراد افسرده به لغات مثبت کمتر توجه دارند.

میانگین نسبت‌های تعداد لغات یادآوری شده و گروه سنی (افسرده و غیر افسرده) در جدول ۲ آورده شده است.

به منظور آزمون تعاملات ممکن، تحلیل واریانس چهارطرفه با یک عامل بین آزمودنیها (حالت افسردگی در دو سطح) سه عامل درون آزمودنیها {تکلیف یادآوری (نسبت میزان شده میانگین یادآوری در دو سطح)، بار عاطفی مثبت و منفی لغات در دو سطح و سن در دو سطح} انجام شد. تحلیلها هیچ اثر اصلی معناداری برای حالت افسردگی نشان نداد [F(1,93)= 1.60, P<.21] و، اما اثر اصلی معناداری در مورد تکلیف یادآوری [F(1,93)= 59.11, P<0/0001] و بار عاطفی مثبت و منفی لغات [F(1,93)= 51.65, P<0/0001] بدست آمد. تعامل معناداری بین حالت افسردگی در تکلیف یادآوری [F(1,93)= 30.40, P<.0001]، حالت افسردگی بار عاطفی مثبت و منفی لغات [F(1,93)= 20.17, P<0/000]، تکلیف یادآوری در بار عاطفی مثبت و منفی کلمات [F(1,93)= 3.93, P<.05] و حالت افسردگی در تکلیف یادآوری در بار عاطفی مثبت و منفی کلمات [F(1,93)= 10.80, P<.001] بدست آمد. تفاوت بین دو گروه در تکلیف یادآوری مورد بدسی قرار گرفت. تحلیل های واریانس بطور جداگانه نشان داد که گروه غیر افسرده بیشتر از گروه افسرده کلمات خودارجاعی مثبت را یاد آوری کردند [F(1,93)= 80.30, P<0/00001] و تفاوت معناداری بین گروهها در یادآوری کلمات خودارجاعی منفی نبود [F(1,93)= 3.58, P<.11]. هم چنین تفاوت معناداری بین گروههای حالت افسردگی در یادآوری تکالیف معنایی مثبت [F(1,93)= .182, P<.67] و تکالیف معنایی منفی [F(1,93)= .92, P<.56] به منظور آزمون تاثیر تفاوت‌های سنی در تکلیف یادآوری، تحلیل واریانس در مورد لغات خود-ارجاعی مثبت انجام شد که به [F(3,94)= 27.18, P<0/00001] منتج شد. نتایج آزمون تعقیبی (آزمون استیودنت نیومن کلز) نشان داد که در مورد کلمات خودارجاعی مثبت تفاوت بین آزمودنیهای افسرده قبل از بلوغ و آزمودنی های غیرافسرده و هم چنین تفاوت بین آزمودنی های افسرده بالغ و آزمودنی های غیر افسرده در سطح .5/. معنا دار است (گروههای افسرده قبل از بلوغ و بالغ از گروههای غیر افسرده قبل از بلوغ و بالغ کلمات خودارجاعی مثبت کمتری را یادآوری کردند).

نتایج تحلیل واریانس در مورد یادآوری کلمات خودارجاعی منفی به [F(3,94)= 8.64, P<0/00001]

منتج شد. تحلیل استفاده از آزمون تعقیبی (آزمون استیودنت نیومن کلز) نشان داد که در مورد مذکور تفاوت معناداری بین گروه افسرده قبل از بلوغ و گروه غیرافسرده وجود ندارد اما تفاوت بین گروه افسرده بالغ و گروه غیر افسرده، گروه غیر افسرده بالغ و گروه غیرافسرده قبل از بلوغ، و گروه افسرده بالغ و گروه افسرده قبل از بلوغ در یادآوری لغات خودارجاعی منفی در سطح $0/05$ معنادار است. این نتایج نشان داد که تنها گروه افسرده بالغ نسبت به گروه غیرافسرده لغات خودارجاعی منفی بیشتری را یادآوری کردند. بعلاوه، گروه بالغ (هم گروه بهنجار و هم گروه افسرده) نسبت به گروه قبل از بلوغ لغات خودارجاعی منفی بیشتری را یادآوری کردند. پسرانی که در دوره قبل از بلوغ قرار داشتند (هم گروه افسرده و هم گروه غیر افسرده) لغات خودارجاعی مثبتی را که با بله درجه بندی شده بود را بیشتر از لغات خودارجاعی منفی به یاد آوردند.

[دو دامنه) $t(33)= 18/22, P<0/00001$, $t(29)= 3,46, P<0/003$]. اما تنها پسران غیرافسرده بالغ لغات خودارجاعی مثبتی را که با بله درجه بندی شده بود را بیشتر از لغات خودارجاعی منفی به یاد آوردند. $t(22)= 9,90, P<0/0001$]. آزمودنی های بالغ افسرده لغات خود ارجاعی منفی را که با بله درجه بندی شده بود را بیشتر از لغات خودارجاعی مثبتی که با بله درجه بندی شده را یادآوری کردند $t(17)= [2/91, P<0/005]$ (دو دامنه)].

بحث:

نتایج حاصله موارد زیر را حمایت می کنند. اول اینکه « خود » بعنوان سازمان دهنده (ترکیب کننده) اطلاعات در کودکان عمل می کند. دوم اینکه، کودکان افسرده در مقایسه با کودکان غیرافسرده خودشان را کمتر بطور مثبت درجه بندی می کنند. سوم اینکه، کودکان افسرده چه در دوره قبل از بلوغ و چه در دوره بلوغ نسبت به کودکان غیر افسرده لغات خودارجاعی مثبت کمتری را یادآوری می کنند. امانوجوانان در مقایسه با کودکان غیرافسرده لغات خودارجاعی منفی بیشتری را یادآوری می کنند. بعلاوه، کودکانی که در دوره بلوغ قرار دارند (هم افسرده و هم غیر افسرده) نسبت به کودکان افسرده و غیرافسرده ای که در دوره قبل از بلوغ قرار دارند لغات منفی بیشتری را به یاد آوردند. و نهایتاً اینکه همه آزمودنیها، به جز پسران بالغ افسرده لغات خودسنجی مثبت را بیشتر از لغات خودسنجی منفی به یاد آوردند. در واقع يك عدم تعادل منفی بین یادآوری لغات خودارجاعی مثبت و یادآوری لغات خودارجاعی منفی در کودکان افسرده بزرگتر وجود دارد.

در اینجا این سوال مطرح می شود که چرا کودکان لغات خودارجاعی را بیشتر از لغات معنایی به یاد آوردند؟ به دوگونه می توان به این سوال پاسخ داد. اول اینکه بر اساس تئوری هیجان، پرسش هایی (ماده هایی) که مربوط به شخص است در مقایسه با پرسش های غیر شخصی منجر به حالات هیجانی قوی تر در افراد می شود. بدین معنی که حالات هیجانی قوی تر، موجب می شود که پرسش های خودارجاعی آسان تر از پرسش هایی که ربطی به شخص ندارد به خاطر آورده شود (بك ۱۹۸۷). دوم اینکه، همانگونه که در نظریه طرحواره خود مطرح شده است، اطلاعات خودارجاعی در مقایسه با اطلاعات غیر خودارجاعی بسط بیشتری می یابند در هر دو صورت یا به دلیل اینکه این پرسش ها باعث ایجاد حالت هیجانی بیشتری شده یا به دلیل اینکه آنها موجب بسط بیشتری می شوند، آزمودنیها پرسش های خودارجاعی را آسانتر به یاد می آورند.

نتایج آزمایش حاضر نشان داد که پسران افسرده چه در دوره بلوغ و چه در دوره قبل از بلوغ در مقایسه با گروه به هنجار خودشان را کمتر بطور مثبت ارزیابی می کنند. بعلاوه، کودکان افسرده نیز چه در دوره بلوغ و چه در دوره قبل از بلوغ نسبت به گروه کنترل لغات خودارجاعی مثبت کمتری را یادآوری کردند. این نتایج نشان می دهد که پسران افسرده در هر دو گروه (خودسنجی و خودارجاعی) در مقایسه با پسران غیر افسرده خودشان را کمتر بطور مثبت ارزیابی میکنند و موضوعات خودارجاعی مثبت کمتری را به یاد می آورند. کودکان افسرده در ارزیابی کردن خودشان بطور مثبت و هم چنین در یادآوری موارد خودارجاعی مثبت، مشکل دارند. این یافته ها شبیه یافته های به دست آمده در ارتباط با بزرگسالان و بعضی یافته ها در مورد کودکان می باشد (Derry & Kuitper 1981, Hammen & Zupan 1984).

چرا کودکان بالغ نسبت به گروه غیرافسرده صفات خودارجاعی مثبت را کمتر و صفات خود ارجاعی منفی را بیشتر به یاد می آورند؟ نکته مهم در این توضیح مربوط به فرایندهای تحولی و نقش آنها در شکل دهی خوداست. تفاوت تحولات شناختی بین کودکان بالغ و کودکانی که در دوره قبل از بلوغ قرار دارند، تعیین کننده است. و بعبارت دیگر، کودکان قبل از بلوغ آرزو دارند خود را کامل ببینند و نگرشی افراطی در ارتباط با توانایی شان دارند بعلاوه توانایی شناختی کافی برای دستیابی به ویژگی های واقعی را نیز ندارند. از طرف دیگر، زمانی که در دوره بلوغ تحول شناختی موجب تصحیح تحریف های شناختی موجود در رابطه با خود می شود، تحولات شناختی جدید نیز به نوبه خود باعث ایجاد بعضی تعارضات میشود. یکی از منابع این تعارضات مربوط به افزایش خودانتقادی است که این امر منجر می شود تا نوجوانان در معرض خطر قرار

گیرند (هارتر 193,1988). به دلیل افزایش خودانتقادی، کودکان در دوره بلوغ تمایل دارند خودشان را بیشتر بطور منفی ارزیابی کنند.

در آزمایش حاضر، کودکان افسرده واقع در دوره قبل از بلوغ، صفات خود ارجاعی مثبت را بیشتر از صفات خودارجاعی منفی به یاد می آورند. در اینجادر گروه بهنجار يك عدم تعادل مثبت در یادآوری صفات خودارجاعی وجود دارد. اما در کودکان افسرده ای که در دوره بلوغ قرار دارند يك عدم تعادل منفی در یادآوری صفات خودارجاعی وجود دارد. شاید این تفاوت به این دلیل باشد که مفهوم «خود» در کودکان از استحکام کافی برخوردار نیست. بر اساس تئوریهای طرحواره تداعی و شبکه تداعی، ایجاد طرحواره های خود، نیاز به تجربیات کافی دارد. در کودکان افسرده، تکرار تجربیات منفی کم است و نتیجتاً خود- طرحواره منفی بطور کامل شکل نگرفته است. بنابراین در کودکان افسرده خود- طرحواره منفی از استحکام کافی برخوردار نیست.

شواهدی جهت حمایت از این مسئله که ایجاد خود طرحواره منفی به مدت تجربیات منفی وابسته است، وجود دارد. دیویس و آن رو (Davis & Unruh 1981) پیشنهاد کردند که عامل زمان در افسردگی بسیار اهمیت دارد. بر اساس نظر آنان، در افسردگی کوتاه مدت، طرحواره - خود برای شکل دهی اطلاعات شخصی به اندازه کافی قوی نیست، در صورتیکه در افسردگی طولانی مدت، طرحواره - خود قادر به شکل دهی اطلاعات است. پرایتو (Prieto) و همکاران در سال ۱۹۹۳ نشان دادند که قدرت خود- طرحواره منفی بستگی به شدت افسردگی دارد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد تعداد کلماتی که با هله درجه بندی شده است

گروهها	معنایی								
	خودارجاعی				معنایی				
	مثبت		منفی		مثبت		منفی		
تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
به هنجار قبل از بلوغ	۳۴	۵/۸	۰/۹۸	۲/۲	۱/۱	۴/۴	۱/۲	۵/۴	۱/۷
افسرده قبل از بلوغ	۲۰	۶/۹	۱/۳	۴/۰	۰/۹۹	۴/۸	۱/۳	۵/۵	۱/۳
به هنجار بالغ	۲۳	۸/۰	۱/۱	۳/۷	۱/۰	۴/۶	۱/۴	۵/۰	۰/۹۵
افسرده بالغ	۱۸	۵/۹	۱/۲	۴/۸	۱/۲	۴/۷	۰/۹۹	۵/۳	۱/۶

جدول ۲: میانگین شبه‌های تعداد لغات یادآوری شده

گروهها	معنایی								
	خودارجاعی				معنایی				
	مثبت		منفی		مثبت		منفی		
تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
به هنجار قبل از بلوغ	۳۴	۰/۶۶	۰/۱۵	۰/۱۰	۰/۱۱	۰/۱۷	۰/۲۳	۰/۲۳	۰/۲۹
افسرده قبل از بلوغ	۲۰	۰/۳۰	۰/۱۶	۰/۱۵	۰/۱۰	۰/۱۸	۰/۱۶	۰/۲۸	۰/۲۳
به هنجار بالغ	۲۳	۰/۶۳	۰/۱۱	۰/۲۲	۰/۱۶	۰/۱۸	۰/۱۴	۰/۱۶	۰/۱۸
افسرده بالغ	۱۸	۰/۳۲	۰/۱۴	۰/۴۶	۰/۱۴	۰/۱۴	۰/۱۲	۰/۲۱	۰/۱۶

فهرست منابع:

- Bartlett, F. C. (1932). *Remembering*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561- 571.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1975). Hoplessness and suicidal behavior: an overview. *Journal of American Medical Association*, 234, 1146-1149.
- Beck, A. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychology*, 1, 5-37.
- Blaney, P.H. (1986). Affect and memory: a review. *Psychological Bulletin*, 99,2,229-246.
- Cantor, N., & Mischel, W. (1977). Traits as prototypes: effects on recognition memory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 38-48.
- Cantwell, D.P. (1983). Depression in childhood: clinical picture and diagnostic criteria. In D.P. Cantwell & G. A. Carlson (Eds.), *Affective Disorders in Childhood and Adolescence: and Update*. Jamaica, N.Y.: Spectrum Publications.
- Cantwell, D.P., & Baker, L. (1991). Manifestation of affect in adolescence. *Journal*

of Youth and Adolescence, 20,2, 121-133.

- Hammen, C., & Zupan, B.A. (1984). Self- schemas, depression, and the processing of personal information in children. *Journal of Experimental Child Psychology*, 37, 598-608.
- Davis, H. & Unruh, W.R. (1981). The development of the self- schema in adult depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 125-133.
- Derry, P.A. & Kuiper, N.A.(1981). Schematic Processing and self- reference in clinical depression .*Journal of Abnormal Psychology*,90, 286-297.
- Harter,S. (1983). Developmental perspectives on the self system. In P.H. Mussen (Ed.), *Handbook of Child Psychology, Volume IV: Socialization, Personality, and Social Development*. New York: Wiley.
- Harter, S.(1988). Development and dynamic changes in the nature of the self- concept: implication for child psychotherapy. In S . Shirk (Ed.) *Cognitive development and Child Psychology*, New York: Plenum Press.
- Kazdin, A.E. (1981). Assessment technique for childhood depression- acritical appraisal. *Journal of the Amrian Academy of Child Psychiatry*, 20 , 358-375.
- Kazdin, A.E. (1989). Childhood depression. In E.J. Mash & R.A. Barkley (Eds.) , *Childhood Disorders*. New York: Guilford Press.
- Kazdin, A.E., Esveldt- Dawson, K., Sherick, R. B., & Colbus, D. (1985). Assessment of overt behaviour and childhood depression among psychiatrically disturbed children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 201-210.
- Kazdin, A.E., COLbus, D., & Rodgers, A. (1987).Assessment of depression and diagnosis of depressine disorders among psychiatrycally disturbed children. *Journal of Abnormal child Psychology*, 28, 29-41.
- Khosravi, Z. (1996). The role of Cognitive bian in encoding and recalling

information by depressed and happy children. Unpublished thesis.

- Long, M. and Tisher, M.(1978). Childrens depression scale. Melbourne: The Australian council for Educational Research.
- Ottaviani, R. and Beck, A.T. (1988). Cognitive theory of depression. In K. Fiedler and J. Forgas (Eds.), *Affect, Cognition, and social Behaviour*. Toronto: Hogrefe.
- Parrott, W.G. and schukin, J.(1993), *Neuropsychology and the cognitive nation of emotion, cognition and Emotion*. 7(1), 43-49.
- Prieto, S.L., Cloe. D.A. and Tageson, C.W. (1992). Depressive self- schemata in Clinic and nonchnic children.cognitive The rapy and Researd. 16,5,521-534.
- Puig- Antich, J., Perel, J.,Lopatkin, W. Chambers , w.J., and Tabrizi, M.A. (1987). Imiprimine in prepubertal major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 44,81-89.
- Rehm, L.P., Leventon, B. G. and Luens, C. (1987). Depression. In C.L. Frame and J.L.Matson (Eds.) *Handbook of assessment in childhood psychopathology*. New York: Plenum Press.
- Rogers, T.B., Rogers, P.J. and Kuiper, N.A. (1979). Evidence for the self as a cognitive prototgpe. *Personality and social Psychology*, 5,53-56.
- Teasdale, J.D. (1983). Negative thinking in depression: Causes, effect, or recidrcal velation ship? *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 5,3-25.
- Tisher, M., Tonge, and Horne. (1994). Childhood depression, stressors and parental depression. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* . 28, 635-643.