

پیش بینی افسردگی بر اساس تروماهای اوایل زندگی و طرحواره های ناسازگار اولیه در کودکان ۷ تا ۱۲ سال

دیانا حبیبی^۱، مجتبی امیری مجد^۲، علیرضا کریمی^۳

^۱ دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز (نویسنده مسئول)

^۲ دانشیار گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر

^۳ دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز

چکیده

با توجه به این که کودکان با عزت نفس پایین مستعد ابتلا به افسردگی هستند و از طرفی علائم افسردگی بر کیفیت زندگی، عملکرد تحصیلی و کارکرد اجتماعی آن‌ها تأثیرگذار است. هدف پژوهش حاضر بررسی ارتباط بین تروماهای اوایل زندگی و طرحواره های ناسازگار اولیه به عنوان پیش بین ابعاد افسردگی در نمونه ای از دانش آموزان ۷-۱۱ ساله بود که به روش نمونه گیری تصادفی از نوع خوشه ای چندمرحله ای انتخاب شدند. از همه شرکت کنندگان خواسته شد به پرسشنامه ی افسردگی کودکان و نوجوانان، پرسشنامه ی تروماهای دوران کودکی و پرسشنامه ی طرحواره های ناسازگار اولیه برای کودکان پاسخ دهند. به طور کلی، یافته ها نشانگر این هستند ترکیب خطی از متغیرهای پیش بین با افسردگی همبستگی چندگانه معنی دارد ($F=5/21$ و $P=0/01$) بر این اساس می توان بیان داشت که سؤال پژوهش حاضر تأیید می شود. با ملاحظه ی نتایج دریافت که از بین متغیرهای پیش بین، تروماهای اوایل زندگی $p=0/01$ و $\beta=-0/16$ و طرحواره های ناسازگار اولیه $p=0/05$ و $\beta=-0/07$ نقش معنی داری در پیش بینی افسردگی دارد.

واژه های کلیدی: افسردگی، تروما، طرحواره، کودکان

۱. مقدمه

اختلالات رفتاری شامل طیف وسیعی از اختلالات کودکان و نوجوانان است که از رفتارهای پرخاشگرانه و تکانشی تا رفتارهای افسرده گونه و گوشه گیری در تغییر است. اختلالات رفتاری کودکان، اختلالات شایع و ناتوان کننده ای هستند که برای معلمان، خانواده و خود کودکان مشکلات بسیاری را ایجاد می کنند و با شیوع بالایی از مشکلات و پیامدهای منفی اجتماعی همراه هستند. پژوهشگران دریافته اند که اختلالات رفتاری معمولاً نخستین بار در مهر و موم های آغازین دوره ابتدایی مشاهده می شود و بین ۸-۱۵ سالگی به اوج خود می رسد (شکوهی و پرنده، ۱۳۹۴).

در حال حاضر افسردگی چهارمین بیماری شایع در جهان محسوب می شود و بر اساس آمار اعلام شده از سوی سازمان بهداشت جهانی، ۳۴۰ میلیون نفر در جهان از افسردگی رنج می برند و طبق برآوردهای انجام شده، پیش بینی می شود تا سال ۲۰۲۰ این بیماری به دومین بیماری شایع در جهان مبدل شود (قایم محمدی، ۱۳۸۳) افسردگی در کودک باعث ایجاد اختلال در کنش وری اجتماعی، تحصیلی، حرفه ای و ... می شود (ابراهیمی، ۱۳۹۲).

از جمله نشانه های افسردگی در خلال دوره های دوم و سوم کودکی می توان به انزوا و بازداری حرکتی، ناارزنده سازی خود، مشکلات تمرکز، بی اشتها، اختلالات خواب، شکست تحصیلی یا بی علاقه ای نسبت به تحصیل، مدرسه هراسی، افکار خودکشی، تضاد ورزشی، بدخلقی، پرخاشگری، رفتارهای بزه کارانه، بی اختیاری ادرار، نفس تنگی، فریبهی و بی اشتها، اشاره نمود. به طور کلی افسردگی بر بهزیستی جسمی، شناختی، هیجانی و انگیزشی تأثیر می گذارد. در حالی که نرخ شیوع نشان می دهد تعداد قابل توجهی از کودکان علائم افسردگی را تجربه می کنند، اغلب توسط کسانی که در اطراف آنها هستند (معلمان و والدین) مورد توجه قرار نمی گیرند و به این دلیل است که علائم رفتاری افسردگی نسبت به علائم سایر اختلالات رفتاری مخمل، کمتر قابل مشاهده هستند. افسردگی بدون درمان می تواند تأثیر قابل توجهی بر رشد فردی، تحصیلی و اجتماعی داشته باشد. به افسردگی درمان نشده به عنوان علت اصلی خودکشی اشاره شده است (گانتز، ۲۰۱۰).^۱

شواهد حاکی از آن است که در بسیاری از موارد هر چند حالت های کودک و نوجوان به طور دقیق با ضوابط افسردگی، در معنای بزرگ سالی آن مطابقت ندارند اما بین سطوح زیر آستانه ای مشکلات خلقی هستند که سرآغاز، افسردگی در سال های آتی به حساب می آیند (دادستان، ۱۳۸۶).

سازگاری کودکان با علائم افسردگی در مدرسه از اهمیت زیادی برخوردار است، چراکه این متغیر دربرگیرنده ای ابعادی همچون عملکرد تحصیلی، انطباق رفتاری در مدرسه، نگرش های منفی نسبت به معلم و نسبت به مدرسه است. مطالعات اخیر اظهارات معلمان مدرسه را در ارتباط با سازگاری ضعیف تر کودکان با علائم افسردگی گزارش می کنند. از این جهت که رفتارهای آنها در مدرسه ضعیف تر است، کمتر تلاش می کنند و کمتر یاد می گیرند، عملکرد تحصیلی آنها ضعیف تر است و به کلاس های تقویتی نیاز دارند (برناراس، ۲۰۱۱).^۲ سابقه ای تروما شامل غفلت، سوءاستفاده ای جنسی، سوءاستفاده ای جسمی و سوءاستفاده ای هیجانی (کلامی) می شود (ایگاراشی^۳ و همکاران). باینکه در نتیجه ای تروما، فرد هم مشکلات درونی و هم مشکلات بیرونی را تجربه خواهد کرد، این

۱ - Ganter

۲ - Bernaras

۳ - Igarashi

رفتارهای بیرونی است که ممکن است در محیط مدرسه مشکل ساز باشد. تروماهای اوایل زندگی می تواند بر توانایی کودکان برای تنظیم برانگیختگی فیزیولوژیکی و از دست دادن خودتنظیمی تأثیر بگذارد و به رفتارهای خود جرحی، مشکلات سلوک و سوءمصرف مواد مخدر منجر می شود (ون در کولک و فیلسر، ۲۰۰۶).^۱

در سه دهه ی اخیر، پژوهشگران به اهمیت هیجان های منفی مربوط به تروماهای دوران کودکی پی بردند. پژوهشگران چالش های منحصر به فردی را مطرح کرده اند که بالینگرانی که تلاش می کنند ارزیابی های حساس فرهنگی را هنگام حادث شدن یک واقعه ی تروماتیک یا پس از آن برای نوجوانان و خانواده های آن ها انجام دهند، با آن روبرو می شوند (کار، ۲۰۰۹).^۲ به موازات هماهنگ شدن با تفاوت های فرهنگی، متخصصین، سلامت و بهداشت روان که با جامعه ی روان پزشکان کار می کنند و مراحل رشدی و ظرفیت شناختی افراد را نیز مورد بررسی و توجه قرار می دهند، در راستای انجام ارزیابی ها و در جریان درمان، توانایی کلامی محدود و سطوح رشدی شناختی را به عنوان موانعی شناسایی کرده اند که بالینگران با آن روبرو هستند. با توجه به تأثیر رشد علائم بالینی، راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی معیارهای خاص دیگری را برای کودکان و نوجوانان مطرح کرده است که در تشخیص اختلالات روان پزشکی مفید هستند. به دنبال حادث شدن وقایع تروماتیک، اکثر نوجوانان هم علائم اضطرابی و هم علائم خلقی را تجربه خواهند کرد (هاکینز و رادکلیف، ۲۰۱۶).^۳

علاوه بر مطالب ارائه شده در فوق، پژوهشگران دریافته اند که عوامل دیگری نیز در بروز افسردگی کودکان دخیل هستند. از جمله پیازه و بالبی معتقدند که عملکرد والدین سبب ایجاد و گسترش مدل هایی در درون سازمان شناختی فرد به نام طرحواره می شود. این طرحواره ها در زندگی فرد به عنوان عدسی هایی عمل می کنند که تفسیر، انتخاب و ارزیابی فرد از تجارب وی را شکل می دهد (شهامت، ثابتی و رضوانی، ۱۳۹۰). طرحواره های ناسازگار اولیه به عنوان الگوی فراگیر و گسترده ای از خاطرات، هیجانان، شناخته و احساسات بدنی تعریف می شوند که در ارتباط با روابط میان فردی شکل گرفته اند، این طرحواره ها ریشه در دوران کودکی و نوجوانی دارند و در جریان زندگی فرد توسعه می یابد و به میزان قابل توجهی معیوب هستند. عدم تطابق میان رفتارهای تربیتی والدین و خلق ذاتی کودک نیز ممکن است موجب شکل گیری طرحواره های نابهنجار اولیه شود با توجه به مطالب بیان شده در زمینه ی بررسی تروماهای اوایل زندگی و طرحواره های ناسازگار اولیه به عنوان پیش بین افسردگی در کودکان ۵ تا ۹ سال، در پژوهش حاضر این مسئله مورد بررسی قرار خواهد گرفت که آیا تروماهای اوایل زندگی و طرحواره های ناسازگار اولیه قادر به پیش بینی افسردگی در کودکان می باشند؟

۱ - van der Kolk

۲ - Kar

۳ - Hawkins, Radcliffe

۲. ادبیات تحقیق

۲-۱. افسردگی

از نوشته‌های تاریخی و وصیت‌نامه‌های قدیمی چنین برمی‌آید که افسردگی حداقل تا جایی که اسناد مکتوب موجود هست، با ما همراه بوده است افسردگی یکی از قدیمی‌ترین اختلال‌های شناخته‌شده است که از عصر بقراط تاکنون در رشته‌ی پزشکی از جایگاه ویژه‌ای برخوردار بوده است و به آن توجه خاصی شده است (چامپون و پاور^۱، ۲۰۱۱). افسردگی به‌گونه‌ای رایج‌ترین اختلال روانی است و تقریباً ۳۳۰ میلیون نفر در جهان از افسردگی رنج می‌برند و سالانه ۸۰۰ هزار خودکشی ناشی از افسردگی اتفاق می‌افتد (کوئینگ، مک کالو و لارسون، ۲۰۱۱)^۲.

۲-۲. آسیب روانی و افسردگی در کودکان

اکثر کودکان در جریان بزرگ شدن مشکلات هیجانی و رفتاری خاصی پیدا می‌کنند که معلول فشارهای رشد و انطباق با انتظارات خانواده و اجتماع است. وظیفه اصلی والدین این است که به فرزندان خود کمک کنند رویدادهای عادی رشد را پشت سر بگذارند و بر رشد فرزندانشان بیفزایند. کودکان از جهت رشد و نمو سریع، جمعیت منحصربه‌فردی هستند. قبلاً اهمیت تغییرات رشدی به دیدگاه نظری روان‌شناسان بستگی داشت. به‌عنوان مثال، نظریه روان‌کاوی بر مستقل شدن و رشد روانی جنسی تأکید می‌کرد، درحالی‌که نظریه‌ی یادگیری اجتماعی، بر خودگردانی و خود اثرگذاری تأکید داشت. ولی درماندگی نظریه‌ها از تبیین کامل رشد در سنین مختلف و در حوزه‌های مختلف، منجر به پذیرش دیدگاه تبادل‌ی یا بوم‌شناختی شد؛ دیدگاهی که عوامل درون، کودک، خانواده و اجتماع را که تأثیرات مستقیم و غیرمستقیمی بر کودک دارند، در نظر می‌گیرد (فیروزبخت، ۱۳۹۸). اصطلاح افسردگی در کودک و بزرگسال دارای معنای مشابهی نیست. افسردگی کودکان نیز محتوای مشابهی ندارد و برحسب سنین مختلف، نشان‌دهنده‌ی تجربه‌های متفاوتی است؛ درحالی‌که پاره‌ای از مؤلفان افسردگی را به‌منزله وهله‌ی بهنجاری از تحول دانسته‌اند، پاره‌ای دیگر، آن را به‌عنوان پدیده‌ای مرضی تلقی کرده‌اند و گروهی نیز اعتقادی به واقعیت بالینی آن نداشته‌اند. نکته‌ای که بر اساس بررسی فرایند تحول مفهوم افسردگی در کودک آشکار می‌شود این است که حتی پیش از بازشناسی و پذیرش واقعیت بالینی این مفهوم، نظریه‌های متعددی درباره‌ی آن ارائه‌شده است و در نتیجه با کمیابی وافر جدول بالینی، حداقل به شکلی که برای بزرگسالان تدارک می‌شود و فراوانی چشمگیر مرجع‌های نظری در این قلمرو مواجه هستیم. بدین ترتیب، به‌رغم آن‌که در حال حاضر، مفهوم افسردگی در کودک پذیرفته‌شده است اما معنا و نشانه‌شناسی آن از دیدگاه مؤلفان مختلف بسیار متفاوت است و حتی در مورد مسئله ساده‌ای مانند درجه فراوانی افسردگی، اختلاف نظرهای گسترده‌ای وجود دارد (دادستان، ۱۳۹۰).

^۱ - Champion, Power^۲ - Koeing, McCullough, Larson

۲-۳. تروماهای دوران کودکی

عوامل محیطی متفاوتی، همچون بیماری، جدایی، مرگ، حضور والدین، جنگ و فقر یا ثروت زیاد، همه و همه بر روند رشد کودک و توانایی مراقبان برای ایفای نقش والدینی مؤثر است. شاید به همین اندازه، شیوه‌های که والدین وقایع نامساعد زندگی را مدیریت می‌کنند و همچنین توانایی آن‌ها برای حفاظت از فرزندان خود در مقابل آسیب نیز مهم باشد (جود و مک‌گلاشان، ۲۰۱۳)^۱ تروماهای اوایل زندگی بر رشد فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی تأثیر گذار است و می‌تواند دستاوردهای یادگیری و آموزشی را مختل کند. محققین حوزه‌ی علوم اعصاب و بیولوژی رشدی، چارچوب تازه‌ای برای فهمیدن تفاوت‌های بهداشت روانی و جسمانی در نتیجه‌ی وقایع استرس‌زای دوران کودکی ارائه داده‌اند که اگر در دوره‌های حساس رشد ترومایی روی دهد، این چارچوب تأثیرات مضاعف یا بالقوه‌ی آن را برآورد می‌کند. پیامد رویدادهای ناگوار، مثل تروماهای دوران کودکی که با عنوان رویدادهای سمی توصیف می‌شوند، پیامدهایی چندبعدی هستند و می‌توانند بر جنبه‌های مختلف رشد و عملکرد تأثیر بگذارد، چراکه تروما ساختار مغزی را به هم می‌ریزد و بر سیستم‌های ارگانیکی دیگر تأثیر می‌گذارد و در نهایت منجر به ایجاد اشکال در سیستم‌های مدیریت استرس می‌شود و این سیستم‌ها موجب می‌شوند آستانه‌ی پاسخگویی پایین‌تر بیاید و این وضعیت در طول زندگی ادامه دارد، بدین‌وسیله خطر ابتلا به بیماری‌های ناشی از فشار روانی و خطر نقص‌های شناختی در سنین بزرگسالی افزایش می‌یابد (شونکوف، بویس و مک‌ایون، ۲۰۰۹)^۲ فشار روانی ناشی از وقایع، تروماتیک در پردازش اطلاعات ایجاد اختلال می‌کند که این می‌تواند منجر به پیامدهای نامطلوب روان‌پزشکی و رفتاری شود که خود مانع از داشتن عملکردهای موفقیت‌آمیز تحصیلی می‌شود (پروچ و همکاران، ۲۰۱۲) با اینکه در نتیجه‌ی تروما، فرد هم مشکلات درونی و هم مشکلات بیرونی را تجربه خواهد کرد، این رفتارهای بیرونی است که ممکن است در محیط مدرسه مشکل‌ساز باشد. تروماهای اوایل زندگی می‌تواند بر توانایی کودکان برای تنظیم برانگیختگی فیزیولوژیکی و از دست دادن خودتنظیمی تأثیر بگذارد و به رفتارهای خود جرحی، مشکلات سلوک و سوءمصرف مواد مخدر منجر می‌شود مشکل در خودتنظیمی و پردازش توجه به دلیل تجربه‌ی تروما و علائم رفتارهای سازمان نیافته و آشوبناک مربوط به تروما اغلب توسط معلمان به‌عنوان رفتارهای مخرب کلاسی تعبیر می‌شوند. تلاش این افراد برای کاهش نگرانی‌هایشان اغلب از طریق مصرف یا سوءمصرف مواد مخدر آشکار می‌شود که نوجوانان را در معرض خطر ترومایی دیگر قرار می‌دهد پاسخ‌های افراد به تروما متفاوت خواهد بود و آن افرادی که سطوح بالایی از فشارهای روانی را تجربه می‌کنند در خطر بیشتری برای ترک مدرسه هستند (پروچ و همکاران، ۲۰۱۲).

۲-۴. پیامدهای رفتاری تروما

از میان همه‌ی گزینه‌ها، پیامدهای رفتاری تروما به بهترین نحو توصیف شده است که شامل فعالیت‌های مخرب، همچون سوءمصرف و سوءاستفاده از مواد مخدر (تنباکو، الکل و مواد مخدر غیرمجاز)؛ اختلالات خوردن؛ رفتارهای خود جرحی؛ افکار و ژست‌های خودکشی؛ رفتارهای جنسی پرخطر؛ و کیفیت ضعیف خواب است. این رفتارهای مضر اغلب منجر به اختلالات پزشکی و روان‌پزشکی می‌شود. در ارزیابی‌های اولیه و ارزیابی‌های بعدی، جوانانی که سابقه‌ی تروما داشته‌اند باید به لحاظ ایمنی فردی (خودکشی؛ رفتارهای خود جرحی؛ مسمومیت / پسرفت به دلیل سوءمصرف مواد؛ رفتارهای جنسی پرخطر؛ و ابراز و اعمال خشونت نسبت به

۱ - Judd

۲ - Shonkoff, Boyce, McEwen

دیگران، نسبت به دارایی‌هایش و مواد این‌چنینی)، به لحاظ ایمنی خانوادگی خشونت خانگی، سوءاستفاده‌ی جسمی، جنسی و روان‌شناختی توسط مراقبین و به لحاظ ایمنی اجتماعی (خشونت اجتماعی) مورد مراقبت قرار گیرند (هریس و همکاران، ۲۰۱۰).

۲-۵. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و افسردگی

بر اساس نظریه شناختی افسردگی، افسردگی در نتیجه‌ی تحریف‌های شناختی خاصی به وجود می‌آید که در افراد مستعد افسردگی وجود دارد. این تحریف‌ها، طرح‌واره‌های افسردگی را نامیده می‌شوند و الگوهای شناختی هستند که باعث می‌شوند فرد داده‌های درونی و بیرونی را تحت تأثیر تجارب اولیه، به گونه‌ای تغییر یافته درک کند. بک، مثلث شناختی برای افسردگی فرض کرد که عبارت است: (۱) دیدگاه‌های مربوط به خود دید منفی نسبت به خود؛ (۲) مربوط به محیط تمایل به تجربه‌ی جهان به گونه متخاصم و پرتوقع؛ (۳) درباره‌ی آینده انتظار رنج و ناکامی (سادوک، ۲۰۰۷) بر اساس توصیف اولیه بک از آسیب‌شناسی روانی، هر یک از اختلالات روانی با طرح‌واره‌ها و الگوهای تفکر عادت‌ی بسیار عمومی و فراگیری همراه هستند که نوع آسیب‌پذیری مربوط به آن اختلال را مشخص می‌کند. طرح‌واره‌های افسردگی، بازتاب اشتغال فکری با فقدان، شکست، طرد و خلأ هستند (منتظری، فارسانی، مهرابی و شکیبا، ۱۳۹۱) یانگ و همکاران بر این باورند که طرح‌واره‌های ناسازگار به دلیل ارضاء نشدن پنج نیاز هیجانی اساسی دوران کودکی به وجود آمده‌اند و این پنج نیاز را شامل دل‌بستگی ایمن به دیگران، خودگردانی، کفایت و هویت، آزادی در بیان نیازها و هیجان‌های سالم، خودانگیختگی و تفریح، محدودیت‌های واقع‌بینانه و خویش‌داری برشمرده (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳) وجود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در افراد بزرگسال مبتلا به افسردگی مورد تأیید قرار گرفته است (رنر و هوبرز، ۲۰۱۲). در یک مطالعه طولی ۹ ساله پایایی نگرش‌های کژکار و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را در افراد افسرده بررسی کردند. نتایج این مطالعه نشان داد که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های کژکار در طول زمان پایا هستند و می‌توانند عامل آسیب‌پذیری برای افسردگی باشند (منتظری و همکاران، ۱۳۹۱).

۳. روش

جهت اجرای پژوهش حاضر، پس از انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولین آموزش و پرورش کل استان اهواز و مسئولین آموزش و پرورش چهار ناحیه‌ی شهر اهواز و هماهنگی با مدیران مدارس بیرون آمده از قرعه و کسب مجوز اجرای پژوهش، پرسشنامه‌ها در کلاس‌های انتخابی اجرا شد. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل کلیه‌ی دانش آموزان ۷-۱۱ ساله مدارس شهر اهواز بود که در سال - تحصیل ۹۹-۹۸ مشغول به تحصیل بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، شهر اهواز به‌طور تصادفی، دو ناحیه‌ی دو و چهار انتخاب شد. از بین مدارس ابتدایی دو مدرسه دخترانه و دو مدرسه پسرانه به‌طور تصادفی انتخاب شدند. از بین کلاس‌های چهارم و ششم آن مدارس به‌تصادف از هر مدرسه یک کلاس انتخاب شد. تمامی دانش آموزان آن کلاس‌ها پرسشنامه را تکمیل نمودند و به پرسشنامه‌های افسردگی کودکان و نوجوانان، تروماهای دوران کودکی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه برای کودکان پاسخ دادند. به کلیه دانش‌آموزانی که در کلاس حضور داشتند پرسشنامه داده شد. پس از اجرای پژوهش از میان ۳۲۰ پرسشنامه‌ی توزیع شده ۳۱۷ پرسشنامه برگشت داده شد که از این میان ۳۱۰ پرسشنامه معتبر شناخته‌شده و وارد تحلیل شدند. برای

تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و روش‌های آمار توصیفی استفاده شده است. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری همبستگی ساده، تحلیل رگرسیون چندگانه و تحلیل همبستگی متعارف استفاده شد. به علاوه سطح معنی‌داری برای آزمون فرضیه‌ها برابر ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

به منظور اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش از سه پرسشنامه‌ی زیر استفاده شد:

۱- پرسشنامه‌ی افسردگی کودکان و نوجوانان^۱ (CDI)

۲- پرسشنامه‌ی تروماهای دوران کودکی^۲ (CTQ)

۳- پرسشنامه‌ی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه برای کودکان^۳

۳-۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های پژوهش

نمونه پژوهش حاضر متشکل از ۱۸۰ نفر دانش‌آموز دختر و ۱۳۰ نفر دانش‌آموز پسر مشغول به تحصیل در کلاس‌های چهارم و ششم بودند دامنه‌ی سنی کل نمونه مورد بررسی ۷ تا ۱۱ سال با میانگین ۱۰/۶۵ و انحراف استاندارد ۰/۵۲ بود. ۴۸٪ درصد آزمودنی‌ها در پایه چهارم و ۵۲٪ درصد از آن‌ها در پایه‌ی ششم مشغول به تحصیل بودند.

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار سنی دانش‌آموزان

نمونه	ناحیه ۲	ناحیه ۴	مجموع دو ناحیه	میانگین سنی	انحراف معیار
پسر	۶۸	۶۲	۱۳۰	۱۰/۳۲	۰/۸۴
دختر	۹۲	۸۸	۱۸۰	۱۰/۵۶	۰/۵۵
کل	۱۶۰	۱۵۰	۳۱۰	۱۰/۷۷	۰/۴۶

۴. یافته‌های پژوهش

۴-۱. یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

در این قسمت یافته‌های توصیفی مربوط به میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره‌های آزمودنی‌ها روی متغیرهای ملاک (افسردگی و خرده مقیاس‌های آن) و متغیرهای پیش‌بین (تروماهای دوران کودکی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه) در جدول ۲ نشان داده شده‌اند.

^۱-Children's depression inventory (CDI)

^۲-Childhood trauma questionnaire (CTQ)

^۳-Schema inventory for children

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمره‌های دانش آموزان در متغیرهای پژوهش

متغیر	پسر		دختر		کل	
	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
افسردگی	۳۸/۶	۱۸/۱۸	۴۲/۳۸	۱۹/۳۴	۴۰/۵۰	۱۸/۵۶
خلق منفی	۱۰/۱۶	۵/۳۶	۱۰/۳۲	۶/۶	۱۰/۲۴	۱۱/۱۶
مشکلات بین فردی	۶/۵۶	۴/۲	۷/۱	۵/۵۸	۱۳/۶۶	۶/۹۸
ناکارآمدی	۸/۱۲	۴/۸۲	۹/۶۵	۵/۷۲	۱۷/۷۷	۸/۵۵
بی لذتی	۱۱/۵۶	۶/۸۶	۱۱/۸۶	۷/۶۶	۱۱/۷۱	۱۲/۱
عزت نفس منفی	۶/۶۲	۳/۹۲	۶/۷۴	۴/۲۲	۶/۶۹	۶/۹۸
تروماهای کودکی	۶۲/۵۵	۱۳/۲۰	۵۹/۵۱	۱۲/۳۵	۶۱/۰۳	۶۳/۳۲
طرح‌واره‌های ناسازگار	۱۱۵/۱۲	۲۲/۳۲	۱۱۳/۱۱	۲۱/۸۸	۱۱۴/۱۱	۱۱۶/۱۴

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین (انحراف معیار) نمره‌های دانش آموزان پسر در افسردگی برابر ۳۸/۶ (۱۸/۱۸) و در دانش آموزان دختر ۴۲/۳۸ (۱۹/۳۴) می‌باشد. میانگین (انحراف معیار) نمره‌های دانش آموزان پسر در تروماهای دوران کودکی برابر ۶۲/۵۵ (۱۳/۲۰) می‌باشد میانگین نمره‌های دانش آموزان پسر در طرح‌واره‌های ناسازگار برابر ۱۱۵/۱۲ (۲۲/۳۲) و در دانش آموزان دختر ۱۱۳/۱۱ (۲۱/۸۸) می‌باشد.

همان‌گونه که جدول بالا نشان می‌دهد نتایج مربوط به نمره کل پرسشنامه افسردگی در ۳۱۰ دانش‌آموز شرکت‌کننده بیان‌گر (انحراف معیار) ۴۰/۵۰ (۱۸/۵۶) است و نتایج مربوط به خرده مقیاس‌های این متغیر به شرح زیر است. میانگین و انحراف معیار خلق منفی برای کل نمونه برابر است ۱۰/۲۴ (۱۱/۱۶)، ناکارآمدی ۱۷/۷۷ (۸/۵۵) بی‌لذتی ۱۱/۷۱ (۱۲/۱)، عزت‌نفس منفی ۹/۶۹ (۶/۹۸). نتایج مربوط به مقیاس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نشان می‌دهد که میانگین انحراف معیار این متغیر برابر است ۱۱۴/۱۱ (۱۱۶/۱۴)

۴-۲. یافته‌های مربوط به آزمون سؤال پژوهشی

آیا تروماهای اوایل زندگی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه پیش‌بینی‌کننده‌ی افسردگی در کودکان می‌باشد؟

در ارتباط با سؤال پژوهشی به بررسی تحلیل رگرسیون چندگانه به روش ورود تروماهای اوایل زندگی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با افسردگی پرداخته می‌شود. جدول ۳ نتایج این تحلیل را نشان می‌دهد.

جدول ۳ تحلیل رگرسیون چندگانه به روش ورود تروماهای اوایل زندگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه با افسردگی

ضرایب رگرسیون			E P	R ^۲	R	شاخص هار متغیر پیش‌بین	متغیرهای ملاک
P	t	β					
۰/۰۱	-۲/۵۶	-۰/۱۹	۵/۲۱	۰/۰۳	۰/۱۹	تروماهای اوایل زندگی	افسردگی
۰/۰۵	۲/۱	۰/۰۸	-۰/۰۱			طرحواره‌های ناسازگار	

همان‌گونه که جدول بالا نشان می‌دهد ترکیب خطی از متغیرهای پیش‌بین با افسردگی همبستگی چندگانه معنی دارد ($F=۵/۲۱$) و ($P=۰/۰۱$) بر این اساس می‌توان بیان داشت که سؤال پژوهش حاضر تأیید می‌شود. با ملاحظه‌ی این جدول می‌توان دریافت که از بین متغیرهای پیش‌بین، تروماهای اوایل زندگی $p=۰/۰۱$ و $\beta=-۰/۱۶$ و طرحواره‌های ناسازگار اولیه $p=۰/۰۵$ و $\beta=-۰/۰۷$ نقش معنی‌داری در پیش‌بینی افسردگی دارد.

۵. بحث نتیجه‌گیری

افسردگی یکی از قدیمی‌ترین اختلال‌های شناخته‌شده است که از عصر بقراط تاکنون در رشته‌ی پزشکی از جایگاه ویژه‌ی برخوردار بوده است و به آن توجه خاصی شده است و افسردگی در کودکان اثرات وسیع و عمیقی در جنبه‌های مختلف زندگی بر جای می‌گذارد. هدف از انجام پژوهش حاضر پیش‌بینی ابعاد افسردگی (خلق منفی، مشکلات بین فردی، ناکارآمدی، بی‌لذتی و عزت‌نفس منفی) بر اساس تروماهای دوران کودکی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دانش آموزان سنین ۷-۱۱ سال می‌باشد. پژوهش حاضر- یکی از معدود مطالعات صورت گرفته در زمینه‌ی افسردگی کودکان و نوجوانان و از اولین پژوهش‌هایی است که این سازه را بر اساس دو متغیر تروماهای دوران کودکی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه سنجیده است. تابع پیشنهادی پژوهش حاضر خلاصه‌ای از پیشینه‌ی پژوهشی مربوطه را فراهم آورده است که می‌تواند به‌عنوان ابزار مناسبی برای تحقیقات آتی مورد استفاده قرار گیرد بر اساس یافته‌ها، این سؤال مورد تأیید واقع شد؛ که آیا تروماهای اوایل زندگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه قادر به پیش‌بینی افسردگی در کودکان می‌باشند؟

کازلو، استارک، لیوینگستون و تیسایی (۱۹۹۲)، آزارنو، تامپسون، جورمن و گوتلیب (۲۰۱۴) هریس و کورتین (۲۰۰۲) نیز نتایج همسانی را در ارتباط با همبستگی بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و افسردگی گزارش کردند. همچنین یافته‌های پژوهش در رابطه با همبستگی بین تروماهای اوایل زندگی و علائم افسردگی با پژوهش‌های اسکولز، بکر، اوورا، بارنو، اپل و همکاران (۲۰۱۴) هییم و همکاران (۲۰۰۸)، فولر و همکاران همسوست. چراکه این پژوهشگران دریافتند که تروماهای اوایل زندگی شامل سوءاستفاده‌ی جنسی، سوءاستفاده‌ی جسمی، سوءاستفاده‌ی هیجانی، غفلت هیجانی هر کدام واریانس قابل توجهی از افسردگی در دوران بزرگسالی را تبیین می‌کنند.

همچنین بر اساس نظریه‌ی ترومای رشدی تروماهای اوایل زندگی بر رشد عصب‌شناختی کودکان تأثیر می‌گذارد و این افراد ممکن است قادر نباشند ساختارهای نورونی لازم برای پردازش اطلاعات، تنظیم هیجان و دسته‌بندی تجارب خود را رشد دهند. این مسئله می‌تواند منجر به عدم کنترل تکانه‌های ضعیف، خشونت، دشواری در روابط بین فردی و عملکرد تحصیلی ضعیف به دلیل ناتوانی این افراد در تمرکز شود. چنین کودکانی در مراحل بعدی رشد خود، به‌منظور تلاش برای تنظیم تحریک هیجانی و به دلیل دشواری در خودکنترلی و تنظیم عاطفه، ممکن است اختلالات سوءمصرف مواد و خود جرحی را در خود رشد دهند که همه‌ی ویژگی‌های آورده شده می‌تواند بخشی از افسردگی باشد یا در نهایت منجر به یک افسردگی کامل شود. در واقع می‌توان این‌چنین گفت که تروما زمینه‌ی زیستی موجود برای ابتلا به این اختلال را می‌تواند تشدید یا مهار کند و یا اینکه این تروماها در قالب شکلی پیچیده از اختلال استرس پس از سانحه منجر به بروز علائم افسردگی می‌شوند (ون در کولک، ۲۰۰۵) علاوه بر این سوءاستفاده و غفلت (که هر دو از زیرشاخه‌های تروماهای دوران کودکی به شمار می‌روند) نیز منجر به ناتوانی‌های مزمن در مقابله با نوسان هیجانی و در نتیجه افزایش اختلالات هیجانی، از جمله افسردگی می‌شود. برای مثال سوءاستفاده‌ی هیجانی می‌تواند بر شناخت افراد تأثیر بگذارد، بین شکل‌گیری تحریف‌ها و خطاهای شناختی منجر شود و این تحریف‌های شناختی در نهایت منجر به بروز افسردگی می‌شوند (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۲).

تروماهای شدید دوران کودکی بیماران افسرده موجب می‌شود تا این افراد قادر نباشند درباره‌ی افکار و احساسات خود و همچنین به افکار و احساسات دیگران بیندیشند و ناتوانی در درک احساسات دیگران خود منجر به بروز مشکلات بین فردی می‌شود که از علائم افسردگی است. این یافته‌ها همسو با یافته‌های پژوهش‌هایی که به بررسی کودکان ناسازگار پرداخته‌اند، تصدیق می‌کند که این کودکان در بیان احساسات مثبت و منفی خود مشکل دارند. همچنین در ارتباط با مشکلاتی که این افراد در روابط بین فردی خود تجربه می‌کنند، می‌توان اضافه کرد که عدم توانایی این افراد برای فکر کردن درباره‌ی احساساتشان به علاوه‌ی ضعف در تنظیم عاطفه، منجر به خلق منفی و ناکارآمدی می‌شود که این خود از مشخصه‌های اصلی افسردگی است.

۶. پیشنهادهای پژوهش

به بالینگران و مسئولین پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی درمانی پیشگیرانه برای مادران ترتیب دهند- تا بدین‌وسیله سلامت روان و نحوه‌ی شکل‌گیری طرحواره‌ی کودکان به آن‌ها آموزش داده شود، چراکه از این طریق می‌توان راهبردهای تربیتی سالم را به مادران آموزش داد و در نهایت آن‌ها فرزندان با طرحواره‌های سالم‌تری تربیت خواهند کرد.

همچنین پیشنهاد می‌شود با توجه به اینکه تاکنون در کشور پژوهش‌های اندکی در زمینه‌ی افسردگی کودکان و نوجوانان صورت گرفته است، متغیرهای روان‌شناختی دیگری در ارتباط با سبب‌شناسی و پیامدهای افسردگی، به‌صورت یک مدل در رده‌ی سنی زیر ۱۸ سال موردبررسی قرار گیرد.

پیشنهاد می‌شود پژوهشی طولی باهدف مقایسه‌ی نمونه‌ی تروماتیک و غیر آروماتیک و بررسی تأثیر تروما بر رضایتمندی از فرد از زندگی انجام شود.

منابع

۱. ابراهیمی، حجت‌الله، دژکام، محمود و ثقه‌الاسلام، طاهره (۱۳۹۲) تروماهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی. مجله‌ی روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال نوزدهم، شماره
۲. دادستان پریخ، روان‌شناسی مرضی تحولی، تهران (۱۳۹۰) انتشارات رشد، چاپ دوم
۳. سادوک، بنجامین جیمز، سادوک، ویرجینا آلکوت (۲۰۰۷) خلاصه‌ی روان‌پزشکی: علوم رفتاری / روان‌پزشکی بالینی. ترجمه‌ی فرزین رضاعی (۱۳۸۷) تهران انتشارات ارجمند
۴. شکوهی یکتا، محسن، پرند اکرم (۱۳۹۴) اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان، نشر تیمور زاده
۵. شهامت، فاطمه، ثابتی، علیرضا و رضوانی، سمانه (۱۳۸۹) بررسی رابطه سبک‌های فرزند پروری و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه. مجله‌ی مطالعات تربیتی و روانشناسی، دوره ۱۱، شماره ۲
۶. فیروز بخت، مهرداد (۱۳۹۰) آسیب‌شناسی روانی کودک و نوجوان، نشر دانژه، چاپ اول
۷. قائم محمدی، وجیهه السادات (۱۳۸۳) طراحی برنامه آموزشی جهت پیشگیری از ابتلا به افسردگی در معلمان شهرستان یزد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد بهداشت، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس
۸. منتظری، محمدصادق، نشاط روست، حمید طاهر، عابدی، محمدرضا و عابدی، احمد (۱۳۹۲) اثربخشی طرح‌واره درمانی بر کاهش شدت علائم افسردگی و اختلال شخصیت وسواسی جبری: پژوهش مورد- منفرد. روانشناسی بالینی، دور ۵، شماره ۱
۹. Bernaras, E. Jaureguizar, J. Soroa, M. Ibabe, I. & Cuevas, C. (۲۰۱۱). Child depression in the school context. *Social and Behavioral Sciences*, ۲۹, ۱۹۸-۲۰۷.
۱۰. Gunter, R. W. & Whittal, M. L. (۲۰۱۰). Dissemination of cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders: Overcoming barriers and improving patient access. *Clinical Psychology Review*, ۳۰, ۱۹۴-۲۰۲.
۱۱. Harris, A. E. & Curtin, L. (۲۰۰۲). Parental perception, early maladaptive schemas and depressive symptoms in young Adult. *Cognitive Therapy and Research*, ۲۶(۳): ۴۰۵-۴۱۶.
۱۲. Hawkins, S. S. & Radcliffe, J. (۲۰۰۶). Current measures of PTSD for children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, ۳۱(۴), ۴۲۰-۳۰.
۱۳. Judd, P. H. & McGlashan, T. H. (۲۰۱۳). A developmental model of borderline personality disorder. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.
۱۴. Keller, M. B. (۲۰۰۵). Issues in treatment-resistant depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, ۱۳, ۹, ۵-۱۲.
۱۵. Koenig, G. H. McCullough, E. M. & Larson, B. D. (۲۰۱۱). Handbook of religion and health, ۱st ed. USA: Oxford University, ۱۱۱۸-۲۰.
۱۶. Proche, M. V, Fortuna, L. R. Lin, J. & Alegria, M. (۲۰۱۲). Childhood Trauma and Psychiatric Disorders as Correlates of School Dropout in a National Sample of Young Adults. *Child Development*, ۸۲(۳), ۹۸۲-۹۹۸.

۱۷. Renner, F. Lobbetael, J. Peeters, F. Arntz, A. & Huibers, M. (۲۰۱۲). Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective disorders*, ۱۳۶ (۳), ۵۸۱-۵۹۰.
۱۸. van der Kolk, B. A. & Fisler, R.E. (۱۹۹۴). Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, ۵۸, ۱۴۵-۱۶۸.
۱۹. van der Kolk, B. A. Weisaeth, L. & van der Hart, O. (۱۹۹۶). History of trauma in psychiatry. In B. A. van der Kolk, A. McFarlane, & L. Weisaeth
۲۰. Young, J. E. Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (۲۰۰۳). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press

