

Relation between perceived childhood neglect and depression symptoms: investigation of the mediating role of emotional schemas

Rezaee, *M., Salehi, J., Ahmady, S.

رابطه بین غفلت ادراک شده کودکی و نشانه‌های افسردگی: بررسی نقش واسطه‌ای طرحواره‌های هیجانی

مه‌دی رضایی^۱، جواد صالحی^۲، سمیه احمدی^۳

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۴/۱۸ تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۰/۰۷

Abstract

Introduction: The aim of this study was to investigate the mediating role of emotional schemas (adaptive-maladaptive) between childhood trauma and depression symptoms.

Method: In a descriptive-cross-sectional research 439 female college students (whit current MDD=92, whit history of MDD in last 12 month=374) from six different branches of Payam-e-Noor University in Tehran were selected via convenience sampling method. The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I & II (SCID), Leahy Emotional Schemas Scale (LESS) and the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) were used in present study. The data were analyzed by path analysis, bootstrap and Sobel test.

Results: Results indicated that neglect trauma could significantly predict depression symptoms. The adaptive emotional schemas and adaptive emotional schemas mediated the relationship between neglect trauma and depressive symptoms as well.

Conclusion: Our data supports the directive role of neglect trauma, as well as, mediating role of the emotional schemas on depression symptoms. More emphasize on the emotional schemas and history of neglect trauma is recommended to clinicians in the treatment of depression.

Keywords: neglect, maladaptive emotional schemas, adaptive emotional schemas, depression.

چکیده

مقدمه: هدف این مطالعه، بررسی نقش واسطه‌ای طرحواره‌های هیجانی (انطباقی-غیرانطباقی) در رابطه بین غفلت و نشانه‌های افسردگی بود.

روش: در یک پژوهش توصیفی-مقطعی، 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 به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در مطالعه‌ی حاضر، مصاحبه‌ی ساختاریافته برای اختلالات محور یک و دو (SCID)، مقیاس طرحواره‌های هیجانی لیپهی (LESS)، پرسشنامه ترومای کودکی (CTQ) و پرسشنامه افسردگی بک-دو (BDI-II) مورد استفاده قرار گرفت. داده‌ها بوسیله‌ی روش‌های آماری تحلیل مسیر، بوت استرپ و آزمون سوپل تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌های این مطالعه نشان داد که ترومای غفلت به طور معناداری نشانه‌های افسردگی را پیش‌بینی می‌کند. همچنین، طرحواره‌های هیجانی انطباقی و طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی به صورت معناداری بین ترومای غفلت و نشانه‌های افسردگی واسطه‌گری می‌کنند.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه داده‌ها از نقش مستقیم ترومای غفلت و نقش واسطه‌ای طرحواره‌های هیجانی را در نشانه‌های افسردگی حمایت می‌کند. پیشنهاد می‌شود که در درمان افسردگی علاوه بر تاریخچه‌ی ترومای غفلت، طرحواره‌های هیجانی نیز مورد توجه متخصصان بالینی قرار بگیرد.

واژه‌های کلیدی: غفلت، طرحواره‌های هیجانی انطباقی، طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی، افسردگی.

مقدمه

برآورده کردن انتظارات و نیازهای دیگران بستگی دارد. سوءاستفاده جنسی از کودک نیز 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. غفلت فیزیکی نیز به اعمال حذفی اشاره دارد که طی آن کودک از امکاناتی از قبیل امنیت، تغذیه، پوشاک، سرپناه، مراقبت‌های پزشکی و... محروم می‌شود و به عبارتی نیازهای اساسی او برآورده نمی‌شود. غفلت هیجانی نیز به اعمال حذفی اشاره دارد که در آن کودک مراقبت و حمایت عاطفی مناسبی را دریافت نمی‌کند، مانند نشان ندادن توجه، عشق، محبت و علاقه به کودک (۹). مطالعه‌ی حاضر بر بعد غفلت (هیجانی و فیزیکی) تروماهای کودکی تمرکز کرده است.

بررسی نقش بدرفتاری^۱ و تروماهای کودکی در افسردگی موضوع جدیدی نیست. مطالعات زیادی نشان داده‌اند که چنین تجاربی، فرد را در بزرگسالی مستعد افسردگی می‌کند (۱۴-۱۶). با بروز تروماهای کودکی احتمال بروز افکار خودکشی، برنامه‌ریزی برای خودکشی و اقدام به خودکشی به ترتیب ۶۱، ۵۷ و ۳۴ درصد افزایش می‌یابد (۱۷). کامیجس و همکاران (۱۴) نشان دادند که تجربه تروماهای کودکی (بویژه غفلت) افسردگی را در دوران کودکی، میانسالی و اواخر بزرگسالی پیش‌بینی می‌کند. همسو با آن، اینفورا و همکاران (۱۸) با فراتحلیل ۴۴ مطالعه گزارش کردند که از بین تروماهای چندگانه، غفلت روان-شناختی بیشترین ارتباط را با افسردگی دارد. همچنین اخیراً نولو و همکاران (۱۹) گزارش کردند که بدرفتاری دوران کودکی (سوءاستفاده و غفلت) احتمال ابتلا افسردگی شدید در اواخر بزرگسالی را بیشتر می‌کند. درحالی‌که در بعضی از مطالعات، ترومای غفلت (هیجانی و فیزیکی) نتوانسته‌اند افسردگی را به طور معناداری پیش‌بینی کنند (۲۰). براساس

اختلالات روانی یکی از عوامل ناتوان‌ساز در سطح جهانی هستند که سازمان بهداشت جهانی (۱، ۲) ۴۰/۵ درصد از این ناتوانی را به اختلال افسردگی اساسی^۱ نسبت داده است. یکی از این دلایل ناتوانی به خاطر شیوع بالای افسردگی می‌باشد که در سطح جهانی شیوع کلی آن از ۳ درصد تا ۱۶/۹ درصد برآورد شده است (۳، ۴). همچنین بیش از ۵۰ درصد افراد مبتلا به افسردگی دارای افکار خودکشی هستند و بیش از ۱۰ درصد از آنها اقدام به خودکشی می‌کنند (۵). علاوه، افسردگی با اختلال در عملکرد تحصیلی (۶)، سردردهای میگرنی، سوء مصرف الکل و مواد، استرس زیاد و حمایت اجتماعی پایین، احساس حقارت در مدرسه و دانشگاه، احساس پوچی و بی‌ارزشی، نشانه‌های جسمانی و کشمکش با والدین (۷) همراه می‌شود. همچنین از دیگر ضرورت‌های مطالعه و پژوهش درباره‌ی افسردگی به بار اقتصادی آن مربوط می‌شود. برای مثال هزینه‌هایی (مستقیم و غیرمستقیم) که یک فرد افسرده در طی دو سال برای جامعه تحمیل می‌کند ۴۵۸ یورو برآورد گردیده است (۸). بنابراین، پژوهش درباره افسردگی و آزمون مدل‌های تبیینی ضروری به نظر می‌رسد. در این راستا، مدل‌های مختلفی برای تبیین افسردگی ارائه گردیده‌است که در بعضی از آن‌ها بر نقش تروماهای کودکی^۲ (۹) و طرحواره‌های هیجانی^۳ (۱۰، ۱۱) تأکید می‌کنند.

تروماهای کودکی برای ۳ تا ۳۲ درصد جمعیت عمومی (۱۲، ۱۳) و برای ۵۳ درصد از افراد افسرده (۱۴) رخ می‌دهد. این پدیده علاوه بر این که تأثیرات زیان‌باری در حیطه‌ی رشدی، شناختی، هیجانی و رفتاری کودک دارد، سلامت روان او را در بزرگسالی نیز تهدید می‌کند (۱۴). تروماهای کودکی دارای ابعاد مختلفی است که مهمترین آنها عبارت-اند از سوءاستفاده^۴ (هیجانی^۵، جنسی^۶ و فیزیکی^۷) و غفلت^۸ (هیجانی و فیزیکی). سوءاستفاده فیزیکی عبارت است از ایجاد جراحت عمدی یا وارد کردن ضربه‌های جسمانی به کودک کمتر از ۱۸ سال توسط یک بزرگسال که احتمال خطر مرگ، آسیب دیدن، از دست دادن عضو بدن یا سلامتی وجود داشته باشد. سوءاستفاده هیجانی زمانی ایجاد می‌شود که به کودک القاء شود موجودی بی‌ارزش، معیوب، منفور، ناخواسته و مخاطره‌انگیز می‌باشد و ارزش وجودی او تنها به

1- major depressive disorder

2- childhood trauma

3- emotional schemas

4- abuse

5- emotional

6- sexual

7- physical

8- neglect

9- maltreatment

نگرانی)، حمایت اجتماعی (راهبردهای اعتباریابی انطباقی یا غیر انطباقی) و یا راهبردهای دیگر، بکوشند با هیجان‌های خود مقابله کنند. در واقع این مدل بر موارد زیر تأکید می‌کند: افراد چگونه تجربه هیجانی خود را مفهوم‌بندی می‌کنند، چه انتظاراتی دارند، چگونه درباره هیجان‌های خود قضاوت می‌کنند و چه راهبردهای رفتاری و بین‌فردی را در پاسخ به تجربه هیجانی خود بکار می‌گیرند. لیهی این الگو را الگوی فراشناختی^{۱۲} یا فراهیجانی^{۱۳} می‌نامد که در آن هیجان مورد شناخت اجتماعی^{۱۴} قرار می‌گیرند (۱۰، ۱۱). لیهی (۲۵) معتقد است که ابعاد خاصی از طرحواره‌های هیجانی به دو صورت موجب ایجاد افسردگی و اضطراب می‌گردد: ۱) از طریق ارزیابی‌های افسرده‌زا^{۱۵} و اضطراب‌زا^{۱۶} از هیجان؛ ۲) به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار مثل نگرانی، نشخوار فکری و اجتناب که منجر به تداوم تجربه بیمارگون^{۱۷} می‌گردد. در همین راستا، پژوهش‌های بسیاری از نقش مسقیم آن در پیش‌بینی اختلال در افسردگی (۱۰، ۲۶-۳۰) حمایت می‌کنند. همچنین پژوهش‌های مختلفی نشان داده‌اند که تروماهای کودکی (غفلت هیجانی و فیزیکی) از طریق طرحواره‌های ناسازگار منجر به افسردگی می‌گردد (۳۱-۳۳) ولی در این مطالعات از طرحواره‌های شناختی مثل طرحواره‌ی شکست، بی‌کفایتی و... به عنوان متغیر واسطه‌ای استفاده شده‌اند. بنابراین، این سؤال پژوهشی پیش می‌آید که آیا طرحواره‌های هیجانی نیز بین تروماهای کودکی (غفلت هیجانی و فیزیکی) و نشانه‌های افسردگی نقش واسطه‌ای دارند؟ به همین دلیل پژوهش حاضر برای پوشش شکاف پژوهشی، بر طرحواره‌های

نظریه‌ی دلبستگی^۱ (۲۱) و طرحواره درمانی^۲ (۲۲) این تناقض‌ها و ناهمخوانی‌ها در یافته‌های پژوهشی ناشی از میزان تأثیرپذیری افراد از تروماهای کودکی است. براین اساس، این عقیده وجود دارد که تروماهای کودکی از طریق گسترش طرحواره‌های هیجانی منجر به پریشانی‌های روانی نظیر افسردگی می‌شوند (۱۱، ۲۲، ۲۳) حال آن که مطالعات پیشین این موضوع را مورد اغماض قرار داده‌اند.

طبق نظریه طرحواره‌درمانی (۲۲) دو نوع از تجارب اولیه از طریق گسترش طرحواره‌های غیرانطباقی منجر به اختلالات روانی می‌شوند: اولین نوع این تجربه ناکامی ناگوار نیازها^۳ است که طی آن کودک از تجارب خوشایند محروم می‌ماند. در این صورت احتمال گسترش طرحواره‌های رهاشدگی و محرومیت هیجانی افزایش می‌یابد. نوع دوم تجارب ناسازگار، آسیب دیدن^۴ و قربانی شدن^۵ است. در چنین وضعیتی کودک آسیب می‌بیند یا قربانی می‌شود که احتمال گسترش طرحواره‌های بی‌اعتمادی / بدرفتاری، نقص / شرم و آسیب‌پذیری به ضرر و زیان افزایش می‌یابد. همچنین طبق نظریه دلبستگی^۶، شکل‌گیری دلبستگی نایمن به عنوان یک عامل زمینه‌ساز آسیب‌شناسی روانی عمل کرده و باعث رشد هیجانی نابهنجار می‌شود درحالی‌که شکل‌گیری دلبستگی ایمن مثل یک لنگرگاه امن در مقابل آسیب‌شناسی روانی عمل کرده و رشد هیجانی بهنجار را فراهم می‌کند (۲۱). به همین دلیل است که تجارب آسیب‌زا، بویژه تجاربی که توسط مراقب ایجاد می‌شوند، اثر تعیین‌کننده‌ای بر سیستم فکری، هیجانی و رفتاری فرد نسبت به خود^۷ و دیگران دارد و می‌تواند منجر به شکل‌گیری طرحواره‌های هیجانی-شناختی انطباقی^۸ یا غیرانطباقی^۹ گردد (۲۴).

مدل طرحواره‌های هیجانی^{۱۰} (۱۰، ۱۱) بیان‌گر این موضوع است که افراد دیدگاه‌های شناختی متفاوتی درباره هیجان‌های خود داشته و در چگونگی مفهوم‌پردازی هیجان‌های خود باهم تفاوت دارند. به عبارت دیگر، در الگوی طرحواره هیجانی (ESM)، افراد از نظر تفسیر و ارزیابی‌هایی که از تجربه هیجانی خود به عمل می‌آورند با یکدیگر تفاوت داشته و ممکن است با راهبردهای مختلف مثل، اجتناب تجربی^{۱۱} (مانند سرکوبی، گریز و اجتناب)، راهبردهای شناختی بی‌ثمر (تکیه بیش از حد بر اندیشناکی و

- 1- attachment
- 2- Schema Therapy
- 3- Toxic frustration needs
- 4- traumatization
- 5- victimization
- 6- attachment
- 7- self
- 8- adaptive
- 9- maladaptive
- 10- Emotional Schema Model
- 11- Experimental avoidance
- 12- Meta-cognitive
- 13- Meta-emotional
- 14- Social cognition
- 15- depressogenic
- 16- Anxiety-provoking
- 17- pathological

جنوب، شهریار) بوند 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 میانگین سنی $22/81 \pm 5/86$ به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. ملاک‌های ورود عبارت بود از پُرکردن فرم رضایت آگاهانه، دریافت نمره حداقل ۱۰ (افسردگی خفیف) در نسخه 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 محور یک (SCID-I). ملاک‌های خروج نیز عبارت بود از دریافت تشخیص اختلال شخصیت مرزی، ضداجتماعی و اسکیزوتایپال بر اساس مصاحبه ساختار یافته برای اختلالات محور دو (SCID-II)، 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 محور یک (SCID-I) و وجود آسیب مغزی یا سایر بیماری‌های جسمانی حاد.

ابزار

۱- مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک و دو: مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک (SCID-I) برای سنجش اختلالات محور یک کاربرد دارد و دارای دو نسخه بالینگر (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 (۳۶). شریفی به نقل از حسنی و همکاران (۳۶) توافق تشخیصی متوسط تا خوب (ضریب کاپای بالای ۰/۶۰)

هیجانی به عنوان متغیر واسطه‌ای تمرکز کرده است. در این زمینه مطالعات بسیار محدودی صورت گرفته است. برای مثال، وستپا و همکاران (۳۴) با ۳۲۶ نمونه بالینی سرپایی نشان دادند که تروماهای کودکی (سوءاستفاده دوران کودکی) و تبعیض والدین از طریق طرحواره‌های هیجانی و خودشفقتی^۱ منجر به ایجاد اختلال‌های افسردگی، شخصیت مرزی و استرس پس از آسیب می‌شود، در حالی که بعد دیگر تروماهای کودکی یعنی غفلت هیجانی و فیزیکی مورد بررسی قرار نگرفته است. بنابراین، نیاز به بررسی‌های بیشتر در این حوزه است. درحالی‌که، اخیراً آرنیک و همکاران (۳۵) گزارش کردند که غفلت هیجانی بر خلاف سوءاستفاده هیجانی و فیزیکی در افراد مبتلا به افسردگی اساسی و افراد بهنجار منجر به عملکرد بهتر در تکالیف ذهن‌خوانی می‌شود. بنابراین، این سؤال ایجاد می‌شود که آیا غفلت می‌تواند از طریق طرحواره‌های هیجانی (انطباقی و غیرانطباقی) افسردگی را پیش‌بینی کند؟ چرا که لیهی (۶) معتقد است طرحواره‌های هیجانی نوعی از ذهن‌خوانی (شناخت اجتماعی) هستند. به صورت کلی هدف پژوهش حاضر عبارت است از بررسی و تعیین نقش واسطه‌ای طرحواره‌های هیجانی (انطباقی و غیرانطباقی) بین ترومای غفلت دوران کودکی و نشانه‌های افسردگی. در این راستا، این مطالعه درصدد آزمون فرضیه‌های زیر است:

- ترومای غفلت دوران کودکی به طور مستقیم نشانه‌های افسردگی را پیش‌بینی می‌کند.
- طرحواره‌های هیجانی (انطباقی و غیرانطباقی) رابطه بین ترومای غفلت دوران کودکی و نشانه‌های افسردگی واسطه‌گری می‌کنند.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر به لحاظ جمع‌آوری داده‌ها از مطالعات توصیفی-مقطعی (همبستگی) و به لحاظ هدف بنیادی بود. در این مطالعه غفلت به عنوان متغیر برونزاد، طرحواره‌های هیجانی انطباقی و غیرانطباقی به عنوان متغیرهای واسطه‌ای و افسردگی نیز به عنوان متغیر درونزا تعریف شدند.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دختر (۲۱۰۰۰ نفر) دانشگاه‌های پیام نور استان تهران (واحدهای دانشگاهی اسلامشهر، بهارستان، رباط کریم، ورامین، تهران

1- self-compassion

برای تشخیص‌های کلی و خاص بدست 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 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 (۳۷). همچنین ضریب همسانی درونی آن از ۰/۷۱ تا ۰/۹۴ گزارش گردیده است (۳۷).

۲- فرم کوتاه پرسشنامه ترومای کودکی (CTQ): این مقیاس 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، سوء استفاده جنسی، سوء استفاده هیجانی، غفلت فیزیکی و غفلت هیجانی. در پژوهش حاضر صرفاً از دو خرده مقیاس غفلت هیجانی و فیزیکی به منظور سنجش غفلت ادراک شده افراد نمونه استفاده شده است. این مقیاس در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (هرگز = ۱، همیشه = ۵) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه‌ی نمرات برای هر کدام از زیرمقیاس‌ها از ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۲۵ تا ۱۲۵ می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس‌های غفلت فیزیکی و هیجانی به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۹۱ گزارش شده است. همچنین روایی همزمان مقیاس‌های غفلت فیزیکی و هیجانی با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی به ترتیب ۰/۵۰ و ۰/۳۶ گزارش شده است (۹). در ایران نیز ابراهیمی و همکاران (۳۸) آلفای کرونباخ را برای مقیاس‌های غفلت فیزیکی و هیجانی به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۸۹ برآورد کرده‌اند. در این مطالعه فقط دو زیرمقیاس غفلت هیجانی و غفلت فیزیکی نمره‌گذاری شد.

۳- مقیاس طرحواره‌های هیجانی لیهی (LESS): فرم اصلی مقیاس طرحواره‌های هیجانی دارای ۵۰ سؤال است که در مقیاس ۶ درجه‌ای (۱ = درباره من کاملاً اشتباه است، ۶ = درباره من درست است) نمره‌گذاری می‌شود (۱۰). این مقیاس دارای ابعاد زیر می‌باشد: اعتباربخشی، قابل درک بودن، احساس گناه، دیدگاه ساده‌انگارانه درباره هیجان،

ارزش‌های برتر، کنترل‌ناپذیری، بی‌حسی هیجانی (در نسخه فارسی حذف شده است)، خردگرایی، تداوم (در نسخه فارسی حذف شده است)، توافق، پذیرش، ابراز هیجانی، سرزنش و نشخوار فکری (۱۰). همچنین در نسخه فارسی عاملی به عنوان خودآگاهی هیجانی نیز اضافه گردیده است. از این مقیاس علاوه بر هر عامل، دو نمره کلی یعنی طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی (مجموع نمرات طرحواره‌های احساس گناه، دیدگاه ساده‌انگارانه، کنترل‌ناپذیری، بی‌حسی هیجانی، خردگرایی، تداوم و سرزنش) و طرحواره‌های هیجانی انطباقی (مجموع نمرات طرحواره‌های اعتباربخشی، قابل درک بودن، ارزش‌های برتر، کنترل، ابراز هیجانی توافق و پذیرش) به دست می‌آید (۳۹). لیهی (۱۰) همسانی درونی آن را ۰/۸۱ گزارش کرده است. در ایران نیز خانزاده و همکاران (۲۸) 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 گزارش کرده‌اند. همچنین آنها ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۸۲ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۳ به دست آورده‌اند. بعلاوه رضایی و همکاران (۲۹) روایی همگرای آن را با مقیاس محرومیت هیجانی^۲ پرسشنامه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه ۰/۴۳ گزارش کرده‌اند.

۴- نسخه‌ی دوم پرسشنامه افسردگی بک (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 ۰-۹ نشانه فقدان افسردگی، ۱۰-۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰-۲۹ افسردگی متوسط، ۳۰-۶۳ افسردگی شدید است. ماده‌های این مقیاس نشانه‌های اصلی افسردگی را می‌سنجد. بک و همکاران (۴۰) ثبات درونی این پرسشنامه (۴۱) را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا را برای گروه بالینی ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. در ایران نیز دابسون و محمدخانی (۳۶) ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را

1- Childhood Trauma Questionnaire

2- emotional deprivation

تحلیل مسیر، بوت استراپ^۱ و آزمون سوبل^۲ (برای بررسی معناداری اثرات غیرمستقیم و واسطه‌گری) از طریق نرم-افزارهای SPSS، Amos و برنامه‌ی ماکرو پریچر و هایز(۴۳) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این پژوهش، برای برآورد برازش مدل از شاخص‌های زیر استفاده شد: مجذور خی (X2)، شاخص نیکویی برازش^۳ (GFI) و ریشه میانگین مجذورات خطای تقریب^۴ (RMSEA)، برازش مقایسه‌ای^۵ (CFI)، شاخص توکر-لوپس^۶ (TLI)، برازندگی هنجار شده بنتلر-بانن^۷ (NFI) استفاده شد.

یافته‌ها

قبل از گزارش یافته‌ها مفروضه توزیع بهنجار تک‌متغیری نمرات مورد بررسی قرار گرفت. برای این منظور آماره‌های چولگی^۸ و کشیدگی^۹ محاسبه شدند. طبق پیشنهاد کلاین (۲۰۱۱) قدرمطلق ضریب چولگی کمتر از ۳ و ضریب کشیدگی کمتر از ۱۰ نشان دهنده توزیع بهنجار متغیرها است. همانطوری که جدول ۱ نشان می‌دهد متغیرها دارای توزیع بهنجاری هستند.

همانطوری که جدول ۱ نشان می‌دهد متغیرها دارای توزیع بهنجاری هستند.

همچنین جدول ۲ شاخص‌های توصیفی و ضریب همبستگی بین غفلت هیجانی، غفلت فیزیکی، طرحواره‌های هیجانی انطباقی، طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی و نشانه‌های افسردگی را نشان می‌دهد.

همانطوری که جدول ۲ نشان می‌دهد ارتباط بین تمامی متغیرها معنادار می‌باشد (در سطح $p < 0/01$) و بیشترین میزان همبستگی به ارتباط بین طرحواره‌های هیجانی انطباقی و افسردگی مربوط می‌شود ($r = -0/65$). همچنین، همانطوری که میانگین افراد در پرسشنامه افسردگی بک-دو ($M = 16/55$) نشان می‌دهد، شرکت‌کنندگان دارای افسردگی خفیف می‌باشند. سپس برای بررسی اثرات مستقیم و غیرمستقیم در قالب تحلیل مسیر ابتدا

برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ به دست آورده‌اند. همچنین رجبی و همکاران(۴۲) ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را ۰/۸۷ و ضریب بازآزمایی به فاصله سه هفته را ۰/۴۹ گزارش کرده‌اند.

روند اجرای پژوهش: فرآیند اجرای پژوهش نیز بدین شرح بود: در مرحله اول طی اعلامیه‌ای که در واحدهای دانشگاهی پیام نور (واحدهای دانشگاهی اسلامشهر، بهارستان، رباط‌کریم، ورامین، تهران جنوب، شهریار) نصب شد از دانشجویان دعوت گردید در صوتی که حداقل چهار مورد از نشانه‌های زیر را در یک دوره‌ی دو هفته‌ای دارند یا داشتند برای شرکت در پژوهش روانشناسی و دریافت خدمات رایگان به مراکز مشاوره واحدهای دانشگاهی مراجعه نمایند. نشانه‌ها عبارت بودند از: مشکلات تمرکز، حافظه و تصمیم‌گیری، ناامیدی، احساس گناه، افکار خودکشی، کاهش یا افزایش خواب، کاهش یا افزایش اشتها، بی‌انگیزگی، بی‌لذتی از انجام فعالیت‌های لذت‌بخش و غمگینی. سپس براساس مصاحبه ساختاریافته برای اختلالات محور یک (SCID-I) که در هر واحد دانشگاهی توسط یک دانشجوی دکتری روانشناسی اجرا می‌شد، افرادی که سابقه دوره افسردگی داشتند یا در حال حاضر تشخیص افسردگی را دریافت می‌کردند به صورت در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. در این مرحله از میان ۲۱۰۰۰ نفر ۸۷۹ نفر به مراکز مشاوره مراجعه کردند ولی براساس مصاحبه SCID-I ۵۰۰ نفر ملاک‌های ورود و خروج را برآورده کردند که ۱۰۸ نفر ملاک‌های فعلی افسردگی و ۳۹۲ نفر ملاک‌های یک دوره افسردگی را داشتند.

پانصد دانشجوی 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،

1- bootstrap

2- sobel

3- Goodness of Fit Index

4- Root Mean Squared Error of Approximation

5- Comparative Fit Index

6- Tucker-Lewis

7- Bentler-Bonett normed fit index

8- skewness

9- kurtosis

همانطوری که شکل ۱ نشان می‌دهد تمامی ضرایب معنادار هستند. همچنین بررسی شاخص‌های برازش نشان داد که مدل حاضر از برازش مطلوبی برخوردار است ($p=0/077$ ، $NFI=0/99$ ، $CFI=0/99$ ، $GFI=0/99$ ، $X^2_{(1)}=3/12$ ، $RMSEA=0/07$ ، $TLI=0/98$) و ۲۵ درصد از نشانه‌های افسردگی بوسیله‌ی این مدل تبیین می‌شود. جدول ۳ نیز معناداری ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مدل را نشان می‌دهد.

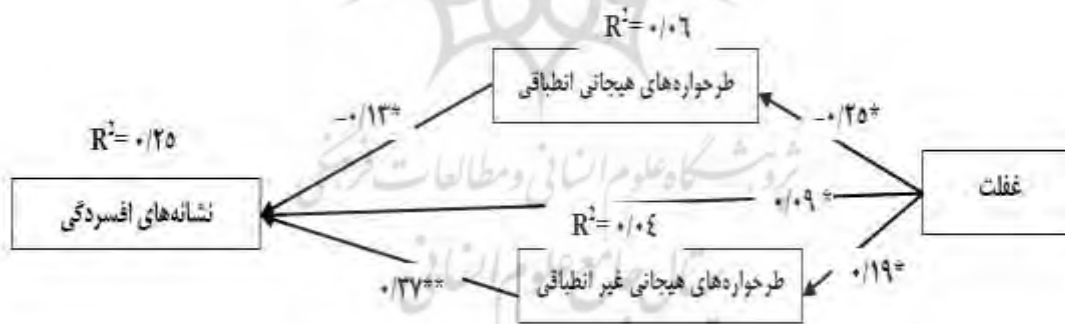
پیش‌فرض‌های روابط خطی میان متغیرها (از طریق نمودار پراکندگی) و عدم هم‌خطی چندگانه ($1/64$ =بیشترین مقدار VIF، $0/89$ =بیشترین مقدار عامل تحمل) رعایت گردید. ارزش‌های تحمل کمتر از $0/10$ ارزش‌های بزرگتر از 10 برای عامل تورم واریانس (VIF) نشان دهنده هم‌خطی چندگانه می‌باشد (۴۴). شکل ۱ ضرایب استاندارد مسیرهای مدل را نشان می‌دهد.

جدول (۱) شاخص‌های چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	چولگی		کشیدگی	
	شاخص	خطای معیار	شاخص	خطای معیار
غفلت	۰/۱۹۷	۰/۱۱	۰/۶۵	۰/۲۳
طرحواره‌های هیجانی انطباقی	۰/۰۹	۰/۱۱	۰/۴۲	۰/۲۳
طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی	۰/۳۶	۰/۱۱	۰/۱۳	۰/۲۳
افسردگی	۰/۵۸	۰/۱۱	۰/۳۳	۰/۲۳

جدول (۲) شاخص‌های توصیفی و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش ($n=439$)

متغیرها	۱	۲	۳	۴	میانگین	انحراف معیار
۱. غفلت	۱	-۰/۳۳*	۰/۱۹*	۰/۳۵*	۱۸/۴۱	۶/۴۷
۲. طرحواره‌های هیجانی انطباقی		۱	-۰/۵۸*	-۰/۶۵*	۷۰/۹۳	۱۰/۲۳
۳. طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی			۱	۰/۵۲*	۴۹/۵۲	۷/۵۶
۴. افسردگی				۱	۱۶/۵۵	۱۰/۴۲



شکل (۱) ضرایب استاندارد متغیرهای برونزا و واسطه‌ای ($p < 0/05$; $p < 0/001$)

جدول (۳) معناداری ضرایب استاندارد و غیراستاندارد متغیرهای برونزا و واسطه‌ای در پیش‌بینی افسردگی

مسیر	بتای استاندارد	بتای غیراستاندارد	خطای معیار	نسبت بحرانی	معناداری
غفلت <--- طرحواره هیجانی انطباقی	-۰/۲۵	-۱/۷۶	۰/۲۳	-۷/۶۱	۰/۰۰۰۱
غفلت <--- طرحواره هیجانی غیرانطباقی	۰/۱۹	۱/۴۳	۰/۲۵	۵/۸۲	۰/۰۰۰۱
غفلت <--- افسردگی	-۰/۰۹	۰/۴۸	۰/۲۲	۲/۱۹	۰/۰۲۹
طرحواره هیجانی انطباقی <--- افسردگی	-۰/۱۳	-۰/۰۹	۰/۰۳	-۲/۹۳	۰/۰۰۳
طرحواره هیجانی غیرانطباقی <--- افسردگی	۰/۳۷	۰/۳۸	۰/۰۴	۹/۸۵	۰/۰۰۰۱

پایین و بالای بوت استرپ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد (CI ۰/۰۱) صفر را شامل نمی‌شود و آماره سوئل نیز معنادار است ($P < ۰/۰۵$). جدول شماره ۴ معناداری مسیرهای غیرمستقیم در مدل حاضر را نشان می‌دهد.

در بررسی معناداری مسیرهای غیرمستقیم، روش بوت استرپ و آزمون سوئل نشان داد در مدل حاضر طرحواره‌های هیجانی بین غفلت دوران کودکی و نشانه‌های افسردگی به طور معناداری واسطه‌گری می‌کند. چون حد

جدول ۴) معناداری مسیرهای غیرمستقیم در مدل بحث

معناداری	اثر غیرمستقیم	آماره سوئل	بوت استرپ CI ۹۵٪		مسیرهای غیرمستقیم
			حد بالا	حد پایین	
۰/۰۱	۰/۰۳	۶/۳۵	۰/۴۹۵	۰/۳۶۹	غفلت <---> طرحواره هیجانی انطباقی <---> افسردگی
۰/۰۰۱	۰/۰۷	۳/۱۶	۰/۶۵۷	۰/۵۳۳	غفلت <---> طرحواره هیجانی غیرانطباقی <---> افسردگی

همچنین در این مطالعه فقط از زنان استفاده شد در حالی که در پژوهش مذکور از هر دو جنس استفاده شده است درحالی که میزان شیوع افسردگی و تروماهای کودکی در زنان بیشتر رخ می‌دهد (۹). از سوی دیگر در مطالعه‌ی توکی و همکاران از نمونه‌ی نوجوانان استفاده شده است در حالی که نمونه مطالعه‌ی حاضر از قشر بزرگسال بودند.

یافته‌های تحقیق حاضر همچنین نشان داد که طرحواره‌های هیجانی (انطباقی و غیرانطباقی) بین ترومای غفلت ادراک شده و نشانه‌های افسردگی به طور معناداری واسطه‌گری می‌کنند. این یافته‌ی پژوهشی با مطالعات مشابه (۳۱-۳۳) در این زمینه همخوانی دارد. برای مثال وستپا و همکاران (۳۴) نیز نشان دادند که طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی بین ترومای سوءاستفاده کودکی و افسردگی واسطه‌گری می‌کند. همچنین براون و همکاران (۴۵) گزارش کردند که غفلت از طرق ناآگاهی هیجانی منجر به افسردگی می‌گردد. در تبیین این یافته می‌توان گفت یک مؤلفه‌ی مهم اجتماعی شدن، شامل دیدگاه فلسفی والدین درباره‌ی هیجان‌ها است که گاتمن و همکاران (۴۶) آن را فلسفه‌ی فرا-هیجانی می‌نامند. به طور خاص، برخی از والدین تجربیات هیجانی کودک و ابراز هیجانی کودک (مانند خشم، اضطراب، غم) را نوعی رویداد منفی قلمداد می‌کنند که باید از آن اجتناب کرد. در این صورت، والد نسبت به هیجان‌های کودک بی‌اعتنا می‌شود یا از آن‌ها انتقاد می‌کند یا تحمل خود را در برابر آن‌ها از دست می‌دهد. این دیدگاه هیجانی منفی، در تعاملات والدین به دیگران نیز منتقل می‌شوند. این سبک از مربی‌گری هیجانی باعث می‌شود که فرد طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی از قبیل کنترل‌ناپذیری، احساس گناه،

بحث

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که ترومای غفلت ادراک شده به صورت مستقیم نشانه‌های افسردگی را پیش‌بینی می‌کند. این یافته با مطالعات کامیجس و همکاران (۱۴)، فلور و همکاران (۱۵)، سیت و همکاران (۱۶)، پومپلی و همکاران (۱۷) و اینفورا و همکاران (۱۸) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت در خانواده‌هایی که سرد، منزوی و طردکننده هستند، نیازهای شخص برای مراقبت، امنیت، محبت، همدلی، بیان احساسات، پذیرش و احترام در دوره کودکی توسط والدین (یا مراقب) ارضاء نمی‌شود. در این راستا، این افراد نمی‌توانند دلبستگی‌های ایمن و رضایت‌بخشی برقرار نمایند. به طور دقیق‌تر، خانواده‌های سرد و بی‌عاطفه از طریق عدم ارضای همدلی، محبت و حمایت منجر به شکل‌گیری پریشانی روانی می‌گردند. بعلاوه، در خانواده‌هایی که عواطف و نیازهای فیزیکی فرد نادیده گرفته می‌شود فرد احساس می‌کند ناقص، بد، حقیر یا بی‌ارزش است و مستعد افسردگی می‌گردد (۲۲). به صورت کلی، پویایی‌های خانواده، بازتاب دقیق پویایی‌های جهان ذهنی کودک هستند. وقتی بیماران در موقعیت‌هایی از زندگی بزرگسالی، طرحواره‌های اولیه‌شان فعال می‌شوند، معمولاً خاطره‌ای هیجان‌انگیز از دوران کودکی خود تجربه می‌کنند (۴۵).

از سوی دیگر پیش‌بینی مستقیم نشانه‌های افسردگی بوسیله‌ی ترومای غفلت با مطالعه توکی و همکاران (۲۰) ناهمخوان است. شاید علت این ناهمخوانی به‌کارگیری نمونه‌های متفاوت باشد، چراکه در پژوهش حاضر از نمونه بالینی استفاده شده است در حالی که در پژوهش یاد شده از نمونه‌های ناهمگن بالینی-غیربالینی استفاده شده است.

بی‌حسی هیجانی، نشخوار فکری درباره هیجان منفی، خردگرایی و... را گسترش دهد (۴۶). گاتمن و همکاران (۴۶) در مقابل این سبک اجتماعی شدن هیجانی مشکل‌آفرین، نوعی دیگری از سبک مربی‌گری هیجانی را شناسایی کرده‌اند که شامل موارد زیر است: توانایی تشخیص شدت هیجانی حتی در سطوح پایین، قلمداد کردن هیجان‌های ناخوشایند برای ایجاد فرصت صمیمیت و انجام حمایت، کمک به کودک در راستای برچسب‌زنی به هیجان‌ها و افتراق دادن آن‌ها از یکدیگر و پرداختن به حل مسأله همراه با کودک. فرزندان والدینی که این سبک مربی‌گری هیجانی را در پیش می‌گیرند، به احتمال بیشتر قادر هستند هیجان‌های خویش را خودشان تسکین ببخشند؛ به عبارت دیگر مربی‌گری هیجانی به تنظیم هیجانی کمک می‌کند و فرد به این دیدگاه می‌رسد که هیجان‌هایش اعتبار دارد، دارای ارزش است، برای دیگران قابل درک است، از نظر هیجانی با دیگران هماهنگ است و به راحتی می‌تواند هیجان‌هایش را ابراز کند (طرحواره‌های هیجانی انطباقی). اما در خانواده‌های سرد و غفلت‌کننده این سبک مربی‌گری هیجانی مورد غفلت واقع می‌شود و فرد قادر نیست طرحواره‌های هیجانی انطباقی را گسترش دهد. به عبارت دیگر، فرزندان والدینی که از مربی‌گری هیجانی مشکل‌آفرین استفاده می‌کنند، دارای هوش هیجانی کمتری بوده، و نمی‌دانند که در چه هنگام باید هیجان را ابراز کرد و در چه هنگام باید آن را مهار کرد، و نمی‌دانند که هیجان‌های خود را چگونه پردازش و تنظیم کنند (۴۶). به صورت کلی، مربی‌گری هیجانی مثبت صرفاً نوعی سبک پالایشی را در کودکان تقویت نمی‌کند؛ بلکه با آن‌ها اجازه می‌یابد تا هیجان‌ها را شناسایی کرده، افتراق گذارده، اعتباریابی کرده، به خود تسکین‌بخشی متوسل شده، و به حل مسأله بپردازد.

در تبیین دیگر لیهی (۱۱) معتقد است که غفلت از کودکان باعث می‌شود راهبردهای تنظیم هیجانی زیر را فراموش کنند: درک هیجان و برچسب‌زنی به آنها، توانایی استفاده از هیجان برای تصمیم‌گیری و تبیین ارزش‌ها و اهداف، فهمیدن ماهیت هیجان‌ها از طریق برطرف کردن تفسیرهای منفی هیجان و روش اداره کردن هیجان‌ها و مهار کردن آنها. در نتیجه زمینه برای یادگیری طرحواره‌های هیجانی

غیرانطباقی فراهم می‌شود و بالعکس شرایط یادگیری طرحواره‌های هیجانی انطباقی بوجود نمی‌آید و در نهایت طرحواره‌ها از طریق ارزیابی‌های افسرده‌زا و اضطراب‌زا از هیجان و به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار مثل نگرانی، نشخوار فکری، اجتناب، فرد را مستعد اختلالات روانشناختی می‌کنند. به عبارت دقیق‌تر غفلت‌ها باعث می‌شود فرد دیدگاه‌های هیجانی زیر را گسترش بدهد که زمینه‌ی افسردگی را فراهم می‌کنند: داشتن برخی احساسات، اشتباه است (عدم پذیرش هیجان)، اگر به خود اجازه تجربه‌ی برخی از احساسات را بدهم، کنترل را از دست خواهم داد (کنترل‌ناپذیری هیجان)، دیگران احساسات مرا درک نمی‌کنند (عدم درک)، به خاطر احساساتم، باید احساس شرمندگی کنم (احساس گناه)، داشتن احساسات متناقض غیرقابل تحمل است (ساده‌انگاری هیجان)، احساسات منفی همیشه تداوم خواهد داشت (تداوم هیجانی). همچنین بالبی (۲۱) بر این عقیده است که مؤلفه‌ی اساسی دلبستگی ایمن، قابلیت پیش‌بینی و پاسخ‌دهی است که کودک از والدین خود انتظار دارد. مختل شدن دلبستگی کودک-والد در اثر تروماهای کودکی منجر به رشد طرحواره‌های ناسازگار می‌گردد که فرد را در برابر اضطراب، خشم، غم و سایر مشکلات هیجانی آسیب‌پذیر 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 به تو توجه نکرده 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 غمگین و آزرده خاطر هستی». در صورتی که فرد در محیط غفلت‌آمیز 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 (۲۳).

- 3- Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, Graaf RD, Vollebergh W, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int Methods Psychiatr Res*. 2003; 12(1): 3-21.
- 4- Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, De Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*. 2011; 9(1): 90.
- 5- Indu PS, Anilkumar TV, Pisharody R, Russell PSS, Raju D, Sarma PS, et al. Prevalence of depression and past suicide attempt in primary care. *Asian J Psychiatr*. 2017; 27: 48-52.
- 6- Fröjd SA, Nissinen ES, Pelkonen MU, Marttunen MJ, Koivisto A-M, Kaltiala-Heino R. Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. *Journal of adolescence*. 2008; 31(4): 485-98.
- 7- Toros F, Bilgin NG, Bugdayci R, Sasmaz T, Kurt O, Camdeviren H. Prevalence of depression as measured by the CBDI in a predominantly adolescent school population in Turkey. *Eur Psychiatry*. 2004; 19(5): 264-71.
- 8- Kleine-Budde K, Müller R, Kawohl W, Bramesfeld A, Moock J, Rössler W. The cost of depression—a cost analysis from a large database. *J affect Disord*. 2013; 147(1-3): 137-43.
- 9- Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abus Negl*. 2003; 27(2): 169-90.
- 10- Leahy RL. A model of emotional schemas. *Cogn Behav Pract*. 2002; 9(3): 177-90.
- 11- Leahy RL. Emotional schema therapy: Guilford Publications. 2015.
- 12- Bynum L, Griffin T, Riding D, Wynkoop K, Anda R, Edwards V, et al. Adverse childhood experiences reported by adults—five states, 2009. *MMWR*. 2010; 59(49): 1609-13.
- 13- Briere J, Elliott DM. Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abus Negl*. 2003; 27(10): 1205-22.
- 14- Comijs HC, van Exel E, van der Mast RC, Paaauw A, Voshaar RO, Stek ML. Childhood abuse in late-life depression. *J Affect Disord*. 2013; 147(1-3): 241-6.
- 15- Fowler JC, Allen JG, Oldham JM, Frueh BC. Exposure to interpersonal trauma, attachment insecurity, and depression severity. *J Affect Disord*. 2013; 149(1-3): 313-8.
- 16- Sit D, Luther J, Buysse D, Dills JL, Eng H, Okun M, et al. Suicidal ideation in depressed postpartum women: associations with childhood trauma, sleep disturbance and anxiety. *Psychiatr Res*. 2015; 66: 95-104.

با توجه به این که غفلت هیجانی و فیزیکی دوران کودکی توانست نشانه‌های افسردگی را به صورت مستقیم پیش‌بینی کند توجه و دستکاری آن در پروتکل‌های درمانی می‌تواند در بهبودی نشانه‌های افسردگی مفید واقع شود. بعلاوه، از آن جا که طرحواره‌های هیجانی انطباقی و غیرانطباقی به صورت معناداری بین ترومای غفلت دوران کودکی و نشانه‌های افسردگی واسطه‌گری کردند در درمان افسردگی می‌توان از پروتکل درمانی طرحواره‌های هیجانی (۴۷) استفاده کرد.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی به شرح زیر بود روش نمونه‌گیری در دسترس و استفاده از نمونه بالینی زنان در این مطالعه، تعمیم‌پذیری به جامعه را با محدودیت مواجهه می‌سازد، لذا پیشنهاد می‌شود با استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و با نمونه‌هایی از مردان و زنان نیز تکرار شود، به علت مقطعی بودن نمی‌توان نتایج علی- معلولی استنتاج کرد به همین دلیل پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی در قالب طرح‌های طولی انجام گردد، در این مطالعه، فقط افسردگی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد درحالی که مطالعات نشان می‌دهد ترومای غفلت و طرحواره‌های هیجانی با سایر اختلال‌های روانشناختی بویژه با اختلال‌های شخصیت مرزی و استرس پس از آسیب همبستگی بالایی دارند، بنابراین پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی با اختلال‌های مذکور نیز انجام گیرد، 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 غفلت دوران کودکی بیشتر دچار مشکل شوند به همین دلیل پیشنهاد می‌شود از نمونه‌های همگن استفاده گردد، در نهایت استفاده از ابزارهای خودسنجی اعتبار داده‌ها را کاهش می‌دهد و در این راستا بهتر است پژوهش بعدی از ابزارهای آزمایشی استفاده کنند.

منابع

- 1- Avenevoli S, Swendsen J, He J-P, Burstein M, Merikangas KR. Major depression in the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement: prevalence, correlates, and treatment. *Child adolescent psychiatry*. 2015; 54(1): 37-44. 2.
- 2- Naicker K, Galambos NL, Zeng Y, Senthilselvan A, Colman I. Social, demographic, and health outcomes in the 10 years following adolescent depression. *J Adolesc Health*. 2013; 52(5): 533-8.

- 31- Lumley MN, Harkness KL. Childhood maltreatment and depressotypic cognitive organization. *Cogn Ther Res*. 2009; 33(5): 511-22.
- 32- Calvete E. Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child Abus & Negl*. 2014; 38(4): 735-46.
- 33- Calvete E, Orue I, Hankin BL. Transactional relationships among cognitive vulnerabilities, stressors, and depressive symptoms in adolescence. *J Abnorm Child Psychol*. 2013; 41(3): 399-410.
- 34- Westphal M, Leahy RL, Pala AN, Wupperman P. Self-compassion and emotional invalidation mediate the effects of parental indifference on psychopathology. *Psychiat Res*. 2016; 242: 186-91.
- 35- Rnic K, Sabbagh MA, Washburn D, Bagby RM, Ravindran A, Kennedy JL, et al. Childhood emotional abuse, physical abuse, and neglect are associated with theory of mind decoding accuracy in young adults with depression. *Psychiat Res*. 2018; 268: 501-7.
- 36- Hasani J, Tajodini E, Ghaedniyaie-Jahromi A, Farmani-Shahreza Sh. The assessments of cognitive emotion regulation strategies and emotional schemas in spouses of people with substance abuse and spouses of normal people. *J Clin Psychol*. 2014; 6(1): 91-101. [In Persian].
- 37- Maffei C, Fossati A, Agostoni I, Barraco A, Bagnato M, Deborah D, et al. Interrater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0. *J Personal Disord*. 1997; 11(3): 279-84.
- 38- Ebrahimi H, Dejkam D, Seghatoleslam T. Childhood Traumas and Suicide Attempt in adulthood. *Iranian J Psychiat Clin Psychol*. 2014; 19(4): 275-82. [In Persian].
- 39- Batmaz S, Kaymak SU, Kocbiyik S, Turkcapar MH. Metacognitions and emotional schemas: a new cognitive perspective for the distinction between unipolar and bipolar depression. *Compr Psychiatry*. 2014; 55(7): 1546-55.
- 40- Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck depression inventory-II. San Antonio. 1996; 78(2): 490-8.
- 41- Dabson E, Mohammadkhani P. Psychometric features of depression inventory-II in depressive disorders in partial remission. *J Rehabil*. 2007; 29(8): 80-6. [In Persian].
- 42- Rajabi G, Atari Y, Haghighi J. Factor analysis of Beck depression inventory in boy students of Shahid Chamran university. *J Educat Psycholo*. 2001; 8: 49-66. [In Persian].
- 43- Preacher KJ, Hayes AF. Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behav Res Methods*. 2008; 40(3): 879-91.
- 17- Pompili M, Innamorati M, Lamis DA, Erbutto D, Venturini P, Ricci F, et al. The associations among childhood maltreatment, "male depression" and suicide risk in psychiatric patients. *Psychiat Res*. 2014; 220(1-2): 571-8.
- 18- Infurna MR, Reichl C, Parzer P, Schimmenti A, Bifulco A, Kaess M. Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: a meta-analysis. *J Affect Disord*. 2016; 190: 47-55.
- 19- Novelo M, von Gunten A, Gomes Jardim GB, Spanemberg L, Argimon IIdL, Nogueira EL. Effects of childhood multiple maltreatment experiences on depression of socioeconomic disadvantaged elderly in Brazil. *Child Abus & Negl*. 2018; 79: 350-7.
- 20- Tucci AM, Kerr-Corrêa F, Souza-Formigoni MLO. Childhood trauma in substance use disorder and depression: an analysis by gender among a Brazilian clinical sample. *Child Abus & Negl*. 2010; 34(2): 95-104.
- 21- Bowlby J. *Loss: Sadness and depression*: Random House. 1998.
- 22- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide*: Guilford Press; 2003.
- 23- Leahy RL, Tirsch D, Napolitano LA. *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*: Guilford Press. 2011.
- 24- Hkzadeh M, Edrisi F, Mohammadkhani S, saidian M. Factor analysis and psychometric features of Emotional Schemas Scale in students. *J Clin Psychol*. 2013; 11(3): 92-119. [In Persian].
- 25- Leahy RL. Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cogn Behav Pract*. 2007; 14(1): 36-45.
- 26- Rice SM, Kealy D, Oliffe JL, Seidler ZE, Ogrodniczuk JS. Childhood maltreatment and age effects on depression and suicide risk among Canadian men. *Psychiat Res*. 2018; 270: 887-9.
- 27- Shapero BG, Farabaugh A, Terechina O, DeCross S, Cheung JC, Fava M, et al. Understanding the effects of emotional reactivity on depression and suicidal thoughts and behaviors: Moderating effects of childhood adversity and resilience. *J Affect Disord*. 2019; 245: 419-27.
- 28- Hkzadeh M, Edrisi F, Mohammadkhani S, saidian M. Factor analysis and psychometric features of Emotional Schemas Scale in students. *J Clin Psychol*. 2013; 11(3): 92-119. [In Persian].
- 29- Rezaei M, Ghazanfari F. The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experimental avoidance on depression: A structural equation modeling. *Psychiat Res*. 2016; 246: 407-14.
- 30- Leahy RL, Tirsch DD, Melwani PS. Processes underlying depression: Risk aversion, emotional schemas, and psychological flexibility. *Int Cog The*. 2012; 5(4): 362-79.

- 44- Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics: Allyn & Bacon/Pearson Education. 2007.
- 45- Brown S, Fite PJ, Stone K, Bortolato M. Accounting for the associations between child maltreatment and internalizing problems: the role of alexithymia. . Child Abus & Negl. 2016; 52: 20-8.
- 46- Gottman JM, Katz LF, Hooven C. Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: Theoretical models and preliminary data. J Family Psychol. 1996; 10(3): 243.
- 47- Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling: Guilford publications. 2015.

