

Diagnosis and Treatment of Psychological Disorders of Child and adolescent

Edited by
Mohammad Khodayarifard, (Ph.D.) & Mohsen Shokoohi-Yekta, (Ph.D.)



نشر یسترون
Yastoroon Publication
Tehran, Iran
Telefax: 98 21 66415002
www.yastoroon.com
info@yastoroon.com

ISBN 964-7819-16-1



تشخیص و درمان اختلالات روان شناختی کودک و نوجوان

تدوین:

دکتر محمد خدایاری فرد دکتر محسن شکوهی یکتا

استاد باز دانشگاه تهران

دانشیار دانشگاه تهران



اسامی نویسندگان به ترتیب حروف الفبا

دکتر مهرداد افتخاری اردبیلی دکتر سیمین فردوسی

دکتر محمد خدایاری فرد دکتر علی نقی افجهبی

دکتر فرامرز سهرابی دکتر رضا کریمی نوری

دکتر محسن شکوهی یکتا دکتر محمود کتازی

دکتر ناصر خدایاری بداب دکتر علیرضا مرادی

دکتر لادن فتی دکتر رحمت الله نورانی پور

دکتر کیانوش هاشمیان

تشخیص و درمان اختلالات روان‌شناختی کودک و نوجوان / نویسندگان مهرداد افتخار اردبیلی ... [و دیگران]: تدوین محمد خدایاری فرد، محسن شکوهی یکتا، -- تهران: یسטרئون، ۱۳۸۴. ۴۴۸ ص.

ISBN 964-7819-16-1

فهرست‌نویسی براساس اطلاعات فیبا.

مقالات کتاب حاضر براساس مقالات ارائه شده در سمینار بررسی مسائل کودک و نوجوان (۱۳۸۲: تهران) است.

۱. کودکان -- آسیب‌شناسی روانی، ۲. نوجوانان -- آسیب‌شناسی روانی. الف. افتخار اردبیلی، مهرداد، ب. خدایاری فرد، محمد، ۱۳۲۹-. ج. شکوهی یکتا، محسن. د. سمینار بررسی مسائل کودک و نوجوان (۱۳۸۲: تهران). ه. عنوان.

۶۱۸/۹۲۸۹

RJ ۴۹۹ / ت ۳

م ۸۴-۳۵۷۱۱

کتابخانه ملی ایران

نام کتاب: تشخیص و درمان اختلالات روان‌شناختی کودک و نوجوان

مؤلفان: جمعی از نویسندگان

تدوین‌کنندگان: دکتر محمد خدایاری فرد و دکتر محسن شکوهی یکتا

ناشر: انتشارات یسטרئون

صفحه‌آرا: سمیه اسدزاده

لیتوگرافی: برنا

چاپ و صحافی: صنایع چاپ

نوبت چاپ: اول ۱۳۸۵

تیراژ: ۳۰۰۰ جلد

قیمت: ۴۰۰۰ تومان

کلیه حقوق طبع و نشر محفوظ است.

ISBN: 964 - 7819 - 16 - 1

شابک: ۹۶۴ - ۷۸۱۹ - ۱۶ - ۱

تهران - خیابان لبافی نژاد - بین خیابان فخردازی و خیابان دانشگاه - پلاک ۱۵۰

تلفن و دورنگار: ۶۶۴۱۵۰۰۲ - ۶۶۹۵۰۴۰۹

www.yastoroon.com

info@yastoroon.com

تشخیص و درمان مشکلات روان‌شناختی کودکان و نوجوانان

تدوین:

دکتر محمد خدایاری فرد	دکتر محسن شکوهی یکتا
دانشیار دانشگاه تهران	استادیار دانشگاه تهران

اسامی نویسندگان به ترتیب حروف الفبا:

دکتر افتخاراردبیلی	دکتر رضا کرمی‌نوری
دکتر محمد خدایاری فرد	دکتر محمود گلزاری
دکتر فرامرز سهرابی	دکتر عیلا رضا مرادی
دکتر محسن شکوهی یکتا	دکتر علی‌نقی فقیهی
دکتر باقر غباری بناب	دکتر رحمة‌الله نورانی‌پور
دکتر لادن فتی	دکتر کیانوش هاشمیان
دکتر سیما فردوسی	

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
أ	پیشگفتار
۱	مقدمه

بخش اول: شناخت و فراشناخت

۲۳	فصل اول: ابعاد شناختی اختلالات هیجانی (دکتر علیرضا مرادی)
۵۸	فصل دوم: کاربرد روش‌های شناختی و فراشناختی در مدرسه (دکتر باقر غباری‌بناب)
۷۸	فصل سوم: تشخیص اختلالات یادگیری با رویکرد شناختی (۱) (دکتر رضا کرمی‌نوری)
۹۹	فصل چهارم: تشخیص اختلالات یادگیری با رویکرد شناختی (۲) (دکتر رضا کرمی‌نوری)
۱۲۰	فصل پنجم: کاربرد شناخت - رفتاردرمانگری در درمان اختلالات روانی دوران کودکی و نوجوانی (دکتر محمد خدایاری‌فرد)

بخش دوم: اختلالات رایج دوران کودکی و نوجوانی

۱۵۹	فصل ششم: ارزیابی و درمان غیردارویی اختلال وسواس فکری - عملی کودکان و نوجوانان (دکتر لادن فتی)
۲۰۷	فصل هفتم: اضطراب و وسواس در کودکان و نوجوانان (دکتر سیما فردوسی)
۲۱۸	فصل هشتم: استرس و شیوه‌های مقابله با آن در نوجوانان (دکتر فرامرز سهرابی)
۲۳۱	فصل نهم: افسردگی در کودکان و نوجوانان (دکتر محمود گلزاری)

بخش سوم: مسایل جنسی در دوران کودکی و نوجوانی

۲۶۸	فصل دهم: آموزش مسائل جنسی کودکان و نوجوانان: گذری بر پژوهشهای انجام شده (دکتر محسن شکوهی‌یکتا)
۲۹۵	فصل یازدهم: تربیت جنسی در دوره‌های کودکی، نوجوانی و جوانی از دیدگاه اسلام (حجة الاسلام دکتر علی نقی فقیهی)

بخش چهارم: مشاوره و درمان کودکان و نوجوانان

۳۲۶	فصل دوازدهم: نقش تشریک مساعی در سازگاری کودک و نوجوان (دکتر کیانوش هاشمیان)
۳۴۵	فصل سیزدهم: فرایند مشاوره در درمان اختلالات کودکان و نوجوانان (دکتر رحمة الله نورانی‌پور)
۳۶۱	فصل چهاردهم: درمان‌های دارویی روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان (دکتر افتخار اردبیلی)

پیش گفتار

جمعی از دست‌اندرکاران تعلیم و تربیت، با توجه به مشکلات موجود در محیط‌های آموزشی، پیشنهاد برگزاری سخنرانی‌هایی کارشناسانه در موضوع "مشکلات دوره‌ی نوجوانی" را مطرح ساختند. بر اساس این پیشنهاد پژوهشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی استاد روزبه پس از بحث و تبادل نظر، تصمیم به برگزاری سمیناری تحت عنوان "بررسی مسائل کودکان و نوجوانان" گرفت. مدعوین این سمینار اساتیدی بودند که از نظر علمی و نیز تجربی، با تازه‌های موضوع فوق، آشنایی داشتند. در ضمن سرپرستی علمی سمینار مزبور را آقایان دکتر محمد خدایاری فرد و دکتر محسن شکوهی یکتا به عهده گرفتند.

پس از اتمام سمینار، با توجه به ضرورت وجود منابعی که به طور اجمال به بررسی مشکلات و مسائل مختلف در این زمینه پرداخته باشد، پیشنهاد گردید که متن سخنرانی‌های ارائه شده، چاپ و منتشر گردد. به همین منظور نوارهای صوتی مربوطه پیاده شده و به اساتید محترم ارائه شدند، تا قالب مطالب را با هدف انتشار تغییر دهند. پس از دریافت نظرات اساتید، متن‌ها ویرایش شدند. مقالات مختلف، با توجه به فرصت اساتید محترم، از نظر ادبی و در برخی موارد علمی، بسیار متفاوت بودند. به همین دلیل بعضی از متن‌ها، در مرحله‌ی ویرایش، تغییر اساسی نمودند.

در مرحله‌ی بعد، متن‌های ویرایش شده به همراه نظرات کمیته‌ی علمی سمینار، مجدداً برای اساتید ارسال شدند تا مؤلفین محترم، با توجه به قالب جدید، آخرین نظرات خود را اعمال کنند. مجدداً نظرات مؤلفین به کار گرفته شد و پس از تصحیح نهایی متن‌های آماده شده برای چاپ ارائه گردید. در این جا، پژوهشکده بر خود لازم می‌داند، از مؤسسات و افرادی که به نوعی در آماده شدن این مجموعه نقش داشته‌اند سپاس و امتنان خویش را اعلام نماید:

۱- مؤسسه‌ی فرهنگی احسان و کانون فرهنگی انصار به دلیل حمایت‌های بی‌شائبه‌ی مادی و معنوی و نیز تأمین فضا و امکانات مناسب برای برگزاری سمینار.

۲- آقایان دکتر محسن شکوهی یکتا و دکتر محمد خدایاری فرد، به دلیل سرپرستی و نظارت علمی

سمینار و مجموعه‌ی حاضر.

۳- آقای نادر بلوچ نژاد مجرد به دلیل ویرایش متون و اعمال نظرات مؤلفین در متن‌ها.

۴- آقای مسعود شکوهی که زحمت فراوانی برای تایپ و آماده شدن مجموعه‌ی حاضر متحمل شدند.

تشخیص و درمان مشکلات روان‌شناختی کودکان و نوجوانان

ب

در پایان از همه‌ی عزیزانی که با حضور در سمینار و نیز بیان نظرات خود در برگزاری سمینار و انتشار مقالات همکاری نمودند، تشکر نموده، توفیق و سلامتی ایشان را از درگاه ایزد مَنان خواستاریم.

پژوهشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی استاد روزبه^(ره)

زمستان ۱۳۸۳

مقدمه

برای درک هر چه بیشتر مسائل دوران کودکی و نوجوانی، مطالعه‌ی تحول بهنجار شاید بهترین راهنما است، زیرا کودک پیوسته در حال تحول است. شناخت مراحل تحول بهنجار به درک بیشتر و بهتر مفهوم نابهنجاری کمک شایانی می‌کند. کودکان با افزایش سن دچار تغییرات جسمانی و روانی می‌شوند. اگر چه در بین صاحب‌نظران از نظر چگونگی طی مراحل مختلف رشد اختلاف نظرهایی وجود دارد ولی اغلب نظریه‌های مطرح شده در زمینه‌ی رشد کودک بر سر مواردی که در پی می‌آیند توافق دارند.

- رشد به تغییر در طول زندگی اشاره دارد. این تغییر ممکن است کیفی و یا کمی باشد.

- رشد شامل رشد جسمانی، هیجانی، شناختی و اجتماعی می‌شود.

- رشد نتیجه‌ی تعامل بین متغیرهای بیولوژیکی، روان‌شناختی و اجتماعی - فرهنگی است (نلسون و ایزرائیل^۱، ۲۰۰۰).

دوران کودکی

دوره‌ی کودکی را از نظر ویژگی‌های روان‌شناختی می‌توان به سه مرحله تقسیم کرد:

۱) کودکی اوّلیه^۲:

از تولّد تا حدود دو سالگی.

۲) کودکی میانه^۳:

از دو تا هفت سالگی.

۳) کودکی پایانی^۴:

از هفت تا یازده یا دوازده سالگی.

۱. کودکی اوّلیه

از بدو تولّد، نوزاد سر خود را به طرف صدا و هر چیزی که صورت او را لمس کند بر می‌گرداند. با

1. Nelson & Israel
2. Early infancy
3. Middle infancy
4. Late infancy

صداهاى بلند از جا مى‌پرد و رفتارهاى بازتابى (رفلکسى) مانند جستجوی نوک پستان، از خود نشان مى‌دهد. در این مرحله، رشد حرکتی نوزاد به طور کامل به رشد مغز و دستگاه عصبی او وابسته است. ویژگی اولین سال زندگی، رشد جسمانی سریع کودک است. یک کودک سالم - در صورت تغذیه سالم - از تولد تا یک سالگی تقریباً "دویست درصد به وزنش اضافه می‌شود. میزان رشد جسمانی در شش ماه اول سریع‌تر از بقیه‌ی سالهای زندگی است، ولی همه‌ی قسمت‌های بدن به یک میزان رشد نمی‌کنند و لزوماً رابطه‌ای بین رشد اندازه‌ی سر و ماهیچه‌ها نیست. در این مرحله چگونگی رابطه‌ی مادر و کودک حائز اهمیت است. تغذیه به وسیله‌ی شیر مادر، عاملی برای تسهیل و تعمیق رابطه‌ی عاطفی بین مادر و کودک است.

به نظر پیازه^۱ (۱۹۵۰ به نقل از برک^۲، ۱۹۹۳) اولین ساخت‌های ذهن کودک از طریق دخل و تصرف فعالانه در اشیاء ایجاد می‌شود. کودک در چهارچوب روان‌بندها و به کمک درون‌سازی و برون‌سازی، از فعالیت‌های بازتابی کلی به سطح ابداع و ارائه‌ی راه‌حل‌های خلاق نایل می‌آید.

با توجه به دیدگاه‌ها و نظریه‌های روان‌شناسان و نیز تأمل در نتایج پژوهش‌های انجام شده در موضوع "تحول کودک"، می‌توان نتیجه گرفت که مهم‌ترین مسأله‌ی دو سال اول زندگی رشد شناختی کودک است. این رشد عبارت است از: چگونگی انطباق فردی کودک با شرایط تقاضاهای دنیای واقعی، چگونگی جمع‌آوری اطلاعات، یادگیری مهارت‌های منطبق با سطح سنی و چگونگی حل مسأله. در این فرایندها توجه، حافظه، یادگیری، ادراک و توانایی تعمیم نقش به سزایی دارند. رشد شناختی بر سایر جنبه‌های رشد نیز تأثیر بسیار زیادی دارد. این تأثیر به حدی است که در صورت وجود مشکلات شناختی و عدم درمان آن، بروز مشکلات عاطفی و رفتاری و نیز احتمال ایجاد مشکلات تحصیلی برای کودک را به دنبال خواهد داشت.

در مطالعه‌ی رشد شناختی باید به چند نکته توجه کرد: ۱) عوامل رشد، "چندگانه"، "تعاملی" و "ناآشکار" هستند. تحول رفتاری، فارغ از تحول ذهنی ممکن نیست. ۲) شکل‌گیری فرآیند تحول مستلزم طی دوره‌هایی است که این گذار همواره با بروز تغییراتی در تفکر و رفتار همراه است. در هر دوره از رشد، کودک تجهیزات حسّی - حرکتی و شناختی خود را مجدداً سازماندهی می‌کند.

1-Piaget

2- Berk

۳) تحوّل در یک بافت و زمینه‌ی اجتماعی ایجاد می‌شود به طوری که حتّی مدّت زمان هر دوره در زمینه‌های اجتماعی متفاوت، با یکدیگر تفاوت دارند.

باید توجّه داشت که کودک تنها یک پاسخ دهنده‌ی منفعل به محرک‌ها نیست، بلکه شیوه‌های خاصی را برای ارائه‌ی پاسخ‌ها برمی‌گزیند، به طوری که به نظر می‌رسد پاسخ‌های او با هدف شکل‌گیری یک یادگیری مناسب طراحی شده‌اند. نتایج پژوهش‌های گوناگون بر روی نوزادان نشان داده‌اند که آنها در مقایسه با محرک‌های آشنا مدت زمان طولانی‌تری به محرک‌های جدید نگاه می‌کنند و علاقه‌ی خاصی به جنبه‌های مختلف محیطی نشان می‌دهند (گرای^۱، ۱۹۹۹). تغییر در خصوصیت‌های فیزیکی محیط توجّه کودک را به خود جلب می‌کند. بنابراین حرکت اشیاء، تضاد بین دو رنگ، نور و صداهاى مختلف موجب جلب توجّه او می‌شوند. کودکان می‌توانند ارتباط موجود بین تجربه‌ی فعلی و طرح‌واره‌های قبلی خود را تشخیص دهند. این توانایی، "حافظه‌ی بازشناسی" نامیده می‌شود. برای مثال اگر امروز اسباب‌بازی را به کودک بدهیم فردا آن را باز می‌شناسد. از شش ماهگی به بعد دو جنبه‌ی دیگر حافظه بروز می‌کند: "حافظه‌ی یادآوری" و "حافظه‌ی فعال". "حافظه‌ی یادآوری" توانایی به یاد آوردن یک طرح‌واره در غیاب محرک مربوط است. "حافظه‌ی فعال" نیز عبارت است از توانایی نگهداری اطلاعات وارد شده به ذهن و برقراری ارتباط بین اطلاعات جدید و اطلاعات قبلی (برک، ۱۹۹۳).

۲) کودکی میانی

در این مرحله سرعت رشد جسمانی کودک کاهش می‌یابد. سخن گفتن جانشین صداهاى بی‌معنی و کلمات منقطع می‌گردد. کودک از راه سخن گفتن خواسته‌ها و سؤال‌های خود را مطرح می‌کند. بازی مبتنی بر انگیزه‌های درونی می‌گردد. در بازی‌ها از زندگی واقعی، پدر و مادر و سایر کودکان تقلید می‌کند. در این مرحله کودک برای اشیای اطراف خود کاربردهای جدیدی ابداع می‌کند. نقّاشی‌های این مرحله بیشتر جنبه‌ی نمادین دارند. آنها اشکالی را ترسیم می‌کنند که شبیه انسان و یا حیوان هستند (ماسن و همکاران^۲، ترجمه‌ی یاسایی، ۱۳۷۳).

تحوّل عاطفی در این مرحله به دلیل وجود کنش‌های رمزی، تجسّم و به کارگیری زبان در قالب احساسات اجتماعی و اخلاقی متجلّی می‌گردد. نخستین احساسات اخلاقی غالباً "در درون خانواده شکل می‌گیرند. در این مرحله درک اخلاقی کودکان از درست و نادرست با ارزیابی اعمال و تقسیم آن‌ها به خوب

1.Gray

2.Mussen et al.

و بد آغاز می‌گردد. از نظر مناسبات اجتماعی در اوایل این دوره، ارتباط با گروه هم‌سن با هدف تصاحب مایملک آن‌ها شکل می‌گیرد. در حالی که در پایان این مرحله - در حدود هفت سالگی - تمایل به سازماندهی فعالیت‌های دسته جمعی در کودک نمایان می‌گردد. به بیان دیگر از اوایل این دوره، رفتارهای اجتماعی کودک به سوی تعامل‌های اجتماعی فعال سمت‌گیری می‌نمایند. در نتیجه ضرورت ایجاد زمینه برای "بازی‌های مشارکتی" در این سنین کاملاً محسوس است. در این نوع بازی‌ها کودکان یکدیگر را جست و جو می‌کنند و از بازی‌های دو نفره لذت می‌برند. البته در این مرحله وجود تعارض‌ها و مناقشات بسیار چشم‌گیر است که با افزایش سن، از میزان آن‌ها کاسته می‌شود. از سن چهار سالگی رقابت بین کودکان شکل عینی‌تری یافته و اغلب از جانب خانواده و مربیان به این امر ترغیب می‌شوند. این در حالی است که کودکان بیشتر به آموزش "همکاری" و "تعاون" و "همزیستی مسالمت‌آمیز" با همسالان خود نیاز دارند. چرا که از خلال همکاری، تعاون و تعامل مناسب به تحول اجتماعی و فکری دست می‌یابند (منصور، ۱۳۷۸).

۳) کودکی پایانی

از آنجایی که آغاز این مرحله با ورود کودک به مدرسه همراه است، مطالعه‌ی رشد شناختی وی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. چرا که با شناخت دقیق فرآیندهای یادگیری، امکان بهبود سیستم آموزشی برای دانش‌آموزان فراهم می‌گردد. به نظر پیازه (۱۹۶۹ به نقل از آیزنک^۱، ۲۰۰۰) کودکان در این سنین، روابط منطقی را درک می‌کنند و می‌توانند با استفاده از شیوه‌هایی چون "طبقه‌بندی"، به طور منطقی استدلال نمایند. در این مرحله، آنها توانایی نگاه به مسائل از دیدگاه‌های مختلف و نیز توانایی توجه هم‌زمان به جوانب مختلف یک شی، یا پدیده و برقراری و درک ارتباط بین ابعاد مختلف آن را می‌یابند. در این مرحله کودکان به توانایی "نگهداری ذهنی" و انجام عملیات ذهنی برگشت‌پذیر دست می‌یابند. آنها دو اصل مهم "هم‌سان‌سازی" و "تساوی" را درک کرده و قادر به طبقه‌بندی اشیاء بر اساس خصوصیات چون "وزن" یا "اندازه" هستند. البته باید توجه داشت که منطق حاکم بر این مرحله، "منطق عینی" است، یعنی به حضور مادی اشیاء وابسته است.

در این مرحله بازی و تعامل با دیگران، امکان شنیدن نقطه نظرهای دیگران و اندیشیدن درباره‌ی آن‌ها را فراهم می‌آورد. همین امر بروز تغییرات رفتاری در فرد را موجب می‌گردد. کودک تثبیت در نقش

"جنسی" خویش را آغاز کرده و ترجیح می‌دهد با همسالان هم‌جنس خود بازی کند. او قادر به برقراری روابط عاطفی و اجتماعی شده و مفاهیم خوب و بد را با توجه به هنجارهای اخلاقی مورد ارزیابی قرار می‌دهد.

در جریان رشد اخلاقی، افکار و احساسات کودک در مورد مسائل اخلاقی، انعطاف‌پذیر و پیچیده‌تر می‌شوند. او در این مرحله در صورت عدم رعایت اصول اخلاقی، دچار احساس گناه می‌شود. پیازه (۱۹۶۳) و کلبِرگ (۱۹۶۳) به نقل از منصور، (۱۳۷۸) رشد اخلاقی را به منزله‌ی فرایندی می‌دانند که با رشد شناختی به صورت همزمان حرکت می‌کند. بدین معنا که رشد اخلاقی تابع سطوح رشد شناختی است. همچنین رشد عاطفی نیز به موازات رشد شناختی صورت می‌گیرد، به طوری که اگر کودک از نظر شناختی به "بازگشت‌پذیری"، "نگهداری ذهنی" و "روابط بین پدیده‌ها" به خوبی دست یافته باشد، "نگهداری احساسات" و "دوام‌پذیری ارزش‌ها" را نیز درک خواهد کرد.

دوران نوجوانی

بلوغ یکی از دوره‌های مهم زندگی است. در این دوره تغییرات فیزیولوژیکی و روانی موجب بروز تحولات عمیق در فرد می‌گردد. همزمانی این تغییرات، بر هم خوردن تعادل روانی و جسمانی را موجب می‌شوند. نوجوان در این دوره با رشد سریع جسمانی مواجه است. او از لحاظ عاطفی نارس، از نظر تجربه محدود و از جنبه‌ی فرهنگی شکننده و آسیب‌پذیر است. وجود تعارض‌های شدید درونی، لزوم توجه بسیار به نوجوان را یادآوری می‌نمایند. شناخت این تحولات از بروز مشکلات رفتاری و عاطفی جلوگیری می‌نماید. در مقابل عدم اطلاع کافی از خصوصیات این دوره، احتمال بروز مناقشات خانوادگی و اجتماعی و نیز گرایش به بسیاری از انحرافات اخلاقی و اجتماعی را افزایش می‌دهد (میلانی‌فر، ۱۳۷۴). خوشبختانه امروزه، در سطح جهان به دوره‌ی نوجوانی توجه خاصی مبذول می‌گردد. تا قبل از قرن بیستم، نوجوانی به عنوان دوره‌ای مستقل از تحول مورد توجه نبود و کودکان با رسیدن به بلوغ جسمانی به عنوان کارآموز وارد دنیای بزرگسالان می‌شدند (منصور، ۱۳۷۸). به نظر پیترسون^۱ (۱۹۸۸) به نقل از لرنر^۲، (۱۹۹۸) نوجوانی مرحله‌ای از زندگی است که آغاز آن "بیولوژیکی" و پایان آن "فرهنگی" است. در این دوره ویژگی‌های

1. Peterson

2. Lerner

اجتماعی، روان‌شناختی و بیولوژیکی فرد از حالت کودکی خارج شده و به بزرگسالی شبیه می‌گردد (لرنر و اسپانیر^۱، ۱۹۸۰ به نقل از لرنر، ۱۹۹۸).

در این دوره فرد با چالش‌های بسیاری مواجه است؛ از یک سو باید با تغییرات درونی خود و از سوی دیگر با خانواده و گروه همسالان سازگار گردد. در نوجوانی اولیه از دبستان به راهنمایی، در نوجوانی میانی از راهنمایی به دبیرستان و بالاخره در پایان نوجوانی از دبیرستان به دنیای کار و یا دانشگاه منتقل می‌شود. او باید انطباق لازم با تمامی این تغییرات را حاصل نماید. نوجوانی زمان برانگیختگی و اضطراب، رضایتمندی و نارضایتی، اکتشاف و اغتشاش است. امیدها، چالش‌ها، ترس‌ها و موفقیت‌های نوجوان با خیالبافی و مبالغه همراه است (لرنر، ۱۹۹۸).

به نظر فروید^۲ نوجوانی مرحله‌ای جنسی است که سائق‌های غریزی بیدار شده و نواحی جنسی تغییر می‌کنند. تکانه‌های جنسی موجب برهم خوردن تعادل بین "نهاد"، "من" و "فرامن" می‌شوند و احتمال بروز رفتارهای غیر قابل پیش‌بینی را افزایش می‌دهند (برک، ۱۹۹۳).

از نظر اریکسون (۱۹۶۸ به نقل از برک، ۱۹۹۳) نوجوانی سنّ شناخت "هویت" است. عبور از این مرحله به طور مناسب باعث می‌شود که نوجوان به بزرگسالی مولد و خوشحال تبدیل گردد. در این دوره نوجوان دائم با سؤال "من کیستم؟" مواجه است. این کنکاش در خود، موجب ایجاد ایده‌هایی در زمینه‌ی مذهب، فرهنگ، اخلاق، سیاست، روابط اجتماعی و روابط جنسی می‌گردد. اگر در این دوره نوجوان، قادر به ساختن هویتی مثبت و مستقل نباشد دچار بحران هویت می‌شود و سر در گمی را تجربه می‌کند.

از نظر اریکسون نوجوان در حین ساختن هویت خود به طور همزمان باید هم با تغییرات درونی خود و هم با ساختار اجتماعی سازگار شود و از خلال این کشمکش‌ها هویت خود را بسازد و از سلطه‌ی بزرگسالان خارج شده و شخصیتی مستقل کسب کند (احدی و محسنی، ۱۳۷۲).

والون^۳ نیز مانند اریکسون به توجیه شخصیت با توجه به جنبه‌های بدنی، عاطفی و اجتماعی تأکید دارد. به نظر او در این دوره نوجوان نسبت به خویش هشیار می‌شود. او برای شناخت خود باید راهی پر تلاطم را طی کند. اشتغال ذهنی نوجوان بیشتر با مسائلی چون وجود خدا، هستی و نیستی و مرگ و زندگی است (منصور، ۱۳۷۸).

مسأله‌ی دیگری که در مورد دوره‌ی نوجوانی مطرح است، محدوده‌ی سنی این دوره است. مدت زمان نوجوانی در جوامع مختلف متفاوت است. به نظر مید^۱ (۱۹۲۸ به نقل از برک، ۱۹۹۳) در جوامع ساده طول دوره‌ی نوجوانی کوتاه‌تر از جوامع پیچیده است. در جوامعی که موفقیت و زندگی اقتصادی به آموزش طولانی‌تری نیاز دارد، زمان دروه‌ی نوجوانی طولانی می‌شود. در این جوامع افراد جوان، از نظر اقتصادی، مدت زمان طولانی‌تری به خانواده وابسته‌اند، همچنین باید ارضای نیازهای جنسی خود را به تعویق انداخته و دیرتر ازدواج کنند.

تقسیم‌بندی دوره‌ی نوجوانی، با توجه به ملاک‌های متفاوت صورت می‌گیرد. به نظر آیزنک (۲۰۰۰) تقسیم‌بندی دوره‌ی نوجوانی با توجه به ویژگی‌های روان‌شناختی مناسب‌تر از تقسیم‌بندی آن با توجه به سن است. این تقسیم‌بندی می‌تواند با تکیه بر بحران‌هایی که در هر مرحله، نوجوان با آن مواجه است صورت گیرد. این مراحل نشان دهنده‌ی نوسان‌ها و استقرار بحران‌های مربوطه هستند:

مرحله‌ی پیش‌نوجوانی: این مرحله سر آغاز بحران‌ها است. شیوه‌های سازش‌یافتگی عقلی و عاطفی هنوز به طور کامل از شیوه‌های دوران کودکی جدا نشده‌اند ولی گسستن خود را آغاز کرده‌اند.

مرحله‌ی در خود فرورفتن: در این مرحله نوجوان در برابر محیط خویش، وضع مشخصی به خود گرفته و روش‌هایی را در بروز رفتارهای خود در نظر می‌گیرد. به دلیل در خود فرورفتن بیشترین نگرانی را برای والدین ایجاد می‌کند زیرا آنها روابط خود را با فرزند گسسته می‌پندارند.

مرحله‌ی از خود بیرون آمدن: در این مرحله توجه و تمرکز نوجوان از درون متوجه بیرون می‌گردد. فرد فعال شده و با دیگران ارتباط برقرار می‌کند که به منزله‌ی پایان یافتن بحران است (منصور، ۱۳۷۸).

برک (۱۹۹۳) از دوره‌ی نوجوانی تقسیم‌بندی دیگری را بر اساس سن ارائه داده است:

مرحله‌ی نوجوانی اوّلیه^۲: از ۱۱، ۱۲ تا ۱۴ سالگی، در این دوره تغییرات بلوغ جنسی خیلی سریع صورت می‌گیرد.

مرحله‌ی نوجوانی میانی^۳: از ۱۴ تا ۱۸ سالگی، در این دوره تغییرات جنسی تقریباً کامل می‌شوند.

مرحله‌ی نوجوانی پایانی^۴: از ۱۸ تا ۲۱ سالگی که اغلب به عنوان جوانی تلقی می‌شود. در این دوره فرد یک بزرگسال به نظر می‌رسد و نقش افراد بزرگسال را می‌پذیرد.

1.Mead

1- Early Adolescence

2.Middle Adolescence

3.Late Adolescence

لازم به یادآوری است که نوجوانی را نمی‌توان مستقل از دوره‌های دیگر تحول مورد بررسی قرار داد چرا که در تداوم دوره‌های قبلی است. در این دوره است که جنگ بین نیروهای درونی یعنی "نهاد"، "من" و "فرامن" آغاز می‌شود. فرد باید خود را به سوی سازشی جدید سوق دهد. نوجوان در صورتی که نتواند بر "برانگیختگی‌ها" و "کشانده‌های درونی" تسلط یابد، ممکن است به فردی غیراخلاقی، ناسازگار یا بزهکار تبدیل شود و اگر به طور افراطی تابع فرامن شود به مرحله‌ی "روان‌آزردگی" کشیده خواهد شد (منصور، ۱۳۷۸).

از نظر اخلاقی گاهی رفتار نوجوانان در دو نقطه‌ی متضاد قرار می‌گیرد. نوجوانان گاهی بسیار پرخاشگر و آزاردهنده و گاهی دارای احساسات انسانی عالی هستند. آنها در برخی موارد برای ساختن دنیایی آرمانی دست به تلاش‌های سخت می‌زنند. به نظر کلبرگ^۱ (۱۹۸۴ به نقل از گرای، ۱۹۹۹) رشد اخلاقی فرد از دوره‌ی کودکی آغاز می‌شود ولی رشد اخلاقی کودک با نوجوان متفاوت است. به نظر او نوجوانی دارای دو ویژگی "کشف خویشتن" و "تعالی اجتماعی" است. در مرحله‌ی نوجوانی اولیّه، "خوبی" در رابطه با انگیزه‌ها و احساسات تعریف می‌شود و "اخلاق قراردادی" موجب می‌شود که نوجوان فکر کند که همه‌ی افراد جامعه باید در نقطه نظرهای خود اشتراک داشته باشند. در مرحله‌ی نوجوانی میانی، فرد "تأیید اجتماعی" را مد نظر قرار می‌دهد. از نظر او رفتاری خوب و پسندیده است که نظم اجتماعی را مختل نکند. در این مرحله نوجوان نسبت به قانون و نظم به گونه‌ای انعطاف‌ناپذیر می‌اندیشد ولی به تدریج نگرش او به قوانین اجتماعی انعطاف بیشتری می‌یابد. در اواخر مرحله‌ی نوجوانی میانی، نوجوان قوانین را به عنوان وسایل و ابزاری می‌داند که افراد جامعه در مورد آن توافق دارند تا بتوانند راحت‌تر زندگی کنند. اگر مردم احساس کنند که قوانین منطبق بر نیازهای آنان نیست همیشه می‌توانند قوانین را از طریق توافق مشترک تغییر دهند. در این مرحله نوجوان از ارزش‌هایی مانند "آزادی" و "عدالت" درک مختصری دارد. در مرحله‌ی نوجوانی پایانی فرد درک روشن‌تری از برخی اصول مجرّد و جهانی که مافوق قوانین هستند، پیدا می‌کند. این اصول شامل "عدالت"، "احترام به حقوق مردم" و "آزادی" هستند. نوجوان اهمیت نظم اجتماعی را درک می‌کند و در عین حال می‌داند که همه‌ی جوامع منظم قادر به اجرای اصول مهم نیستند (گرای، ۱۹۹۹).

از نظر شناختی دروه‌ی نوجوانی با مراحل (عملیات صوری) پیاژه، مطابقت دارد. در این دوره ظرفیت تفکر انتزاعی برای نوجوان ایجاد می‌شود. این توانایی موجب انعطاف‌پذیری در برابر مسائل و استدلال بر

پایه‌ی فرض و استنتاج می‌گردد و نوجوانان قادر به ارزشیابی فرضیه‌های خود می‌گردند. در این برهه محیط بیش از هر دوره‌ی دیگر تأثیر دارد. توجّه مفرط به خود و اعتقاد به یگه و خاص بودن بیانگر "خود میان‌بینی" در دوره‌ی نوجوانی است. او خود را تابع قوانین حاکم بر سایرین نمی‌داند و در جستجوی هویتی مستقل است. نوجوان با تعارض بین "استقلال‌خواهی" و "وابستگی" به والدین مواجه است (منصور، ۱۳۷۸).

در نظریه‌ی اریکسون نوجوانی به عنوان مرحله‌ی "بحران هویت" تلقی شده است. نتیجه‌ی گذر از این دوره ایجاد شکل‌گیری هویتی جدید و مستقل است. این هویت در برگیرنده‌ی هدفمندی، جهت‌گیری شغلی، کسب مجموعه‌ای از ارزش‌ها و آمادگی برای ورود به بزرگسالی است. امروزه بسیاری از روان‌شناسان اصطلاح بحران را در نظریه‌ی اریکسون مورد بحث قرار داده‌اند. از نظر آنها تلاش نوجوان را برای کسب هویتی مستقل نمی‌توان به منزله‌ی بحران تلقی کرد. با وجود این تقریباً همه‌ی روان‌شناسان با این که "در دوره‌ی نوجوانی فرد به طور هشیار و یا ناهشیار در جهت حرکت از کودکی به جانب بزرگسالی تلاش می‌کند، موافقت (گرای، ۱۹۹۹). در دوره‌ی نوجوانی به جای این که اعمال و رفتار فرد متوجه دنیای بیرونی باشد، با توجّه به نیازهای "من" صورت می‌گیرد. او از تجهیزات ذهنی لازم، برای کسب و استقرار شخصیت برخوردار می‌شود؛ در نتیجه علی‌رغم وجود تعارض‌ها، گرایش‌های دوسویه، سردرگمی‌های هویتی، از دست رفتن تعادل پیشین و ایجاد اضطراب، سرانجام نوعی تعادل در شخصیت وی ایجاد می‌شود. بی‌ثباتی عاطفی، خود میان‌بینی و واکنش‌های غیر منطقی نوجوان نسبت به اطرافیان جای خود را به رفتارهای متعادل و تفکر منطقی می‌دهد. به طوری که در پایان نوجوانی، نوجوان جهان اطراف خود را با دید واقع بینانه‌تری می‌نگرد و قادر است با شیوه‌های مناسب‌تری با محیط و افراد جامعه سازگار شود (آیزنک، ۲۰۰۰).

موضوع دیگری که در بررسی تحوّل کودکان و نوجوانان باید مورد توجّه قرار گیرد، "زمینه" یا "اکولوژی تحوّل" آنان از جمله جنبه‌های بیولوژیکی، روان‌شناختی، اجتماعی، مؤسسه‌ای، فرهنگی و تاریخی است. این زمینه‌ها در تحوّل کودکان و به ویژه نوجوانان تأثیر دارند. البته این عوامل با هم در تعامل هستند و به تنهایی عمل نمی‌کنند. برای مثال تغییرات هورمونی بر ویژگی‌هایی مانند قد، وزن و تناسب اندام تأثیر دارند. ولی هورمون‌ها به تنهایی مسؤول این تحوّل نیستند. کیفیت و زمان شروع تغییرات هورمونی و بیولوژیکی با زمینه‌های فرهنگی، اجتماعی و روان‌شناختی ارتباط دارند. هنگامی که تغییرات بیولوژیکی، روان‌شناختی و اجتماعی به طور همزمان واقع می‌شوند؛ بیشترین احتمال وقوع مشکلات دوران تحوّل به وجود می‌آید. هم‌چنین در نوجوانی در مقایسه با کودکی، بروز مشکلات مدرسه، مشکلات جنسی و مصرف

مواد مخدر پیامدهای منفی‌تری را به دنبال دارند. طی مسیرهای تحول در این دوره مستلزم سازگاری مناسب در هر مرحله است. سازگاری بهینه در شرایطی ایجاد می‌شود که پدر و مادر و سایر بزرگسالان که به نوعی با نوجوانان در تماس هستند، او را به کسب خودمختاری متناسب با سن تشویق کنند و در عین حال در حفظ پیوند عمیق بین نوجوان و خانواده کوشا باشند. بنابر این چگونگی طی مراحل تحول در دوره‌ی نوجوانی ارتباط نزدیکی با شیوه‌ی زندگی و فرهنگ جامعه و خانواده دارد (لرنر، ۱۹۹۸). در صورتی که شرایط مناسب تحول وجود داشته باشد علی‌رغم تغییرات سریع و فشارهای گوناگون که نوجوان از درون و محیط بیرونی متحمل می‌شود، دوره‌ی نوجوانی با حداقل استرس به پایان می‌رسد (آیزنک، ۲۰۰۰).

برحسب آن که نوجوان تابع محیطی باشد که هدف نهایی زندگی در آن تابع مفاهیمی چون "اصلاح محیط اجتماعی" و یا "کسب لذت" است، رفتارهایی متفاوت از خود نشان می‌دهد. در برخی از جوامع به علت ناسازگار بودن هدف جامعه با هدف‌های نوجوان، مشکلات و ناسازگاری‌ها به میزان زیادتری مشاهده می‌شود. زیرا ارزش‌های حاکم بر آن جامعه قادر به حل تعارض‌های روانی و اجتماعی فرد نیستند (منصور، ۱۳۷۸). بنابراین با توجه به اینکه ارزش‌های حاکم بر جوامع با هم متفاوت هستند و در برخی از جوامع ارزش‌های معنوی و در برخی دیگر مادی و یا سیاسی حاکمند، آشنا کردن نوجوانان با ارزش‌های حاکم بر جامعه به شناخت آنها نسبت به فرهنگ، تمدن و قوانین جاری کمک می‌کند و همین امر موجب سازگاری بیشتر آنها با اجتماع شده و به احیای شخصیت آنان کمک می‌کند. در صورتی که شرایط و ارزش‌های جامعه با نیازهای نوجوان تناسب داشته باشند، فرایند ارزش‌پذیری به شکل مناسبی طی خواهد شد و فرد به سازگاری بیشتر نایل می‌آید (خدایاری، ۱۳۸۳).

متأسفانه علی‌رغم اهمیت تحول شناختی، عاطفی و اجتماعی کودکان و نوجوانان، اکثر والدین، پزشکان و حتی معلمان، تنها به رشد جسمانی و پیشرفت تحصیلی آنان توجه دارند و رفتارها، واکنش‌ها و مشکلات روانی آنان اغلب مورد غفلت واقع می‌شوند. در حالی که مراقبت از حالات روانی کودکان و نوجوانان امری ضروری است و از بروز بسیاری از مشکلات جلوگیری می‌کند. والدین و کلیه‌ی افرادی که به نوعی با کودکان و نوجوانان سرو کار دارند باید با چگونگی رشد جسمانی، شناختی، عاطفی، اجتماعی و ویژگی‌های رفتاری آنان آشنایی کافی داشته باشند و آرزوها و امیال آنها و طرح‌هایی را که برای آینده‌ی خود پی‌ریزی می‌کنند، مورد توجه قرار دهند (میلانی‌فر، ۱۳۷۴).

طبقه‌بندی و تشخیص

طبقه‌بندی و تشخیص مسائل و مشکلات کودکان و نوجوانان امری دشوار است زیرا این مسائل تحت تأثیر عوامل فرهنگی قرار دارند و گاهی از نظر ملاک‌های تشخیصی با یکدیگر هم‌پوشی دارند، دارای ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر هستند و بر هم تأثیر می‌گذارند. علی‌رغم تمامی این مشکلات طبقه‌بندی‌های گوناگونی از اختلالات دوران کودکی و نوجوانی صورت گرفته است. یکی از مهم‌ترین نظام‌های طبقه‌بندی چهارمین مجموعه تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱، DSM-IV-TR (۲۰۰۰) است که توسط انجمن روان‌پزشکی ایالات متحده آمریکا^۲ ارائه شده است. طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها^۳ (ICD) نیز نظام دیگری است که توسط سازمان بهداشت جهانی^۴ توسعه یافته است. در نظام‌های یاد شده طبقه‌بندی‌هایی در مورد اختلالات کودکان نیز مطرح شده است. در زمینه اختلالات روانی، طبقه‌بندی DSM کاربرد بیشتری داشته است. در طبقه‌بندی DSM-I که در سال ۱۹۵۲ منتشر شد اختلالات کودکان در دو طبقه مطرح شده بود: واکنش سازگاری^۵ و اسکیزوفرنی کودکی^۶. در DSM-II در سال ۱۹۶۸ طبقه‌ی دیگری تحت عنوان اختلالات رفتار کودکان و نوجوانان مطرح شد. در نسخه‌های تجدیدنظر شده‌ی بعدی نیز تعداد طبقات خاص کودکان و نوجوانان افزایش یافت و تغییراتی در سازماندهی طبقات صورت گرفت. نظام طبقه‌بندی چهارمین مجموعه تشخیصی و آماری انجمن روان‌پزشکی آمریکا DSM-IV چندمحوری است و شامل سنجش براساس محورهای گوناگون است. در این طبقه‌بندی پنج محور مطرح شده است:

محور ۱ (I): شامل اختلالات بالینی و سایر اختلالاتی است که ممکن است مورد توجه بالینی قرار گیرند.

محور ۲ (II): شامل اختلالات شخصیت و عقب‌ماندگی ذهنی است.

محور ۳ (III): شامل بیماری‌های جسمانی است.

محور ۴ (IV): شامل مشکلات روانی - اجتماعی و محیطی است.

محور ۵ (V): شامل سنجش کلی کارکردهای فرد است (نلسون و ایزرائیل، ۲۰۰۰).

در DSM-IV-TR اختلالات کودکان و نوجوانان در طبقه اختلالاتی که معمولاً نخستین بار در دوره‌ی نوزادی، کودکی یا نوجوانی تشخیص داده می‌شوند، مطرح شده است. باید در نظر داشت که ارائه‌ی یک

1.Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision.

2.American Psychiatric Association

3.International classification of Diseases

4.World Health Organization

5.Reaction Adjustment

6.Childhood Schizophrenia

بخش مستقل برای اختلالات کودکان و نوجوانان تنها به منظور سهولت کار درمان‌گران است و به معنای تمایز قطعی بین اختلالات دوران کودکی و بزرگسالی نیست. بنابراین در ارزیابی مشکلات کودکان و نوجوانان می‌توان، به طبقات دیگر نیز توجه کرد. در این طبقه اختلالاتی که در پی می‌آیند قرار می‌گیرد:

۱- **عقب‌ماندگی ذهنی**^۱: ویژگی این اختلال کارکرد ذهنی است که به طور معنی‌داری پایین‌تر از حد متوسط بوده (بهره‌ی هوشی پایین‌تر از ۷۰) و شروع آن پیش از ۱۸ سالگی است و با اختلال در رفتار سازشی همراه است.

۲- **اختلالات یادگیری**^۲: ویژگی این اختلال کارکرد تحصیلی پایین است به طوری که با سن تقویمی و هوشی هر فرد هماهنگی نداشته و به طور معنی‌داری پایین‌تر از حد انتظار باشد. اختلال در خواندن، اختلال در ریاضی، اختلال در بیان نوشتاری از انواع اختلالات یادگیری به شمار می‌آیند.

۳ **اختلال در مهارت‌های حرکتی**^۳: در این طبقه اختلال در هماهنگی‌های حرکتی مربوط به رشد قرار می‌گیرد که ویژگی آن هماهنگی حرکتی ضعیف‌تر از حد مورد انتظار با توجه به سن تقویمی و هوشی هر فرد است.

۴ **اختلالات ارتباطی**^۴: ویژگی این اختلالات، وجود مشکل در گفتار یا زبان است. اختلال در زبان بیانی، اختلال مختلط در زبان دریافتی - بیانی، اختلال واژه‌شناسی و لکنت زبان در این طبقه قرار می‌گیرند.

۵ **اختلالات نافذ رشد**^۵: ویژگی این اختلالات وجود کاستی شدید و اختلال فراگیر چندگانه در رشد است که شامل اختلال در تعامل اجتماعی و ارتباطی و وجود علایق و رفتارهای قالبی می‌گردد. اختلالات اوتیستیک^۶، رت^۷، از هم پاشیدگی کودکی و آسپرگر^۸ از اختلالات اصلی این طبقه محسوب می‌شوند.

۶ **اختلالات کاستی توجه و رفتار ایزدایی**^۹: این طبقه شامل اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی است که ویژگی اصلی آن فقدان توجه و یا بیش‌فعالی - تکانش‌گری است. این طبقه هم چنین شامل اختلالات رفتاری ایزدایی است که عبارتند از: اختلال سلوک که ویژگی آن نادیده گرفتن حقوق دیگران یا تخلف از

1.Mental Retardation

2.Learning Disorders

3.Motor skills

4.Communication Disorders

5.Pervasive Developmental Disorders

6.Autistic

7.Rett

8.Asperger

9.Attention Deficit and Disruptive Behavior Disorders

هنجارها و قواعد اجتماعی متناسب با سن فرد است. اختلال لجبازی و نافرمانی نیز زیرگروه اختلالات رفتاری ایدایی است که ویژگی آن رفتارهای منفی گرایانه، خصمانه و خودسرانه است.

(۷) **اختلالات تغذیه و خوردن در نوزادی و یا اوایل کودکی**^۱: ویژگی این اختلالات، مشکل مداوم در تغذیه و خوردن است. هرزه‌خواری و نشخوار از اختلالاتی هستند که در این طبقه جای می‌گیرند.

(۸) **اختلالات تیک**^۲: تیک‌های صوتی یا حرکتی از عمده‌ترین ویژگی‌های اختلالات تیک محسوب می‌شوند. اختلال تور^۳، تیک مزمن حرکتی یا صوتی، و تیک گذرا از اختلالات تیک به شمار می‌آیند.

(۹) **اختلالات دفع**^۴: این طبقه شامل بی‌اختیاری دفع یعنی دفع مکرر مدفوع در مکان‌های نامناسب و بی‌اختیاری ادرار یعنی دفع مکرر ادرار در مکان‌های نامناسب است.

(۱۰) **سایر اختلالات نوزادی، کودکی یا نوجوانی**: این طبقه شامل اختلالاتی است که در سایر طبقات جای نمی‌گیرند و عبارتند از: اختلال اضطراب جدایی که ویژگی آن اضطراب شدید و نامتناسب در مواجهه با دوری از خانه و یا جدایی از افرادی است که کودک به آنان وابستگی دارد. گنگی انتخابی که ویژگی آن ناتوانی مداوم برای صحبت کردن در موقعیت‌های اجتماعی است در حالی که توانایی سخن گفتن در سایر موقعیت‌ها وجود دارد. اختلال دلبستگی واکنش نوزادی یا اوایل کودکی است که ویژگی آن روابط اجتماعی نامتناسب با سطح رشد است و در بیشتر موقعیت‌ها رخ می‌دهد. اختلال حرکت کلیشه‌ای که ویژگی آن رفتارهای حرکتی تکراری و به ظاهر اجباری است. این رفتارها به طور قابل ملاحظه‌ای در فعالیت‌های عادی تداخل کرده یا باعث آسیب‌های بدنی می‌شود (DSM-IV-TR، ۲۰۰۰).

اگر چه طبقه‌بندی DSM-IV-TR در سطح بسیار گسترده‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرد ولی همواره مسائلی در مورد آن مطرح بوده است. یکی از این مسائل بحث پایایی^۵ و روایی^۶ ملاک‌های مطرح شده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند پایایی تشخیص اختلالات کودکان در موارد مختلف، متغیر است. برای مثال پایایی تشخیص اختلالات اضطرابی کودکان بالاست (وری^۷، ۱۹۹۴). با وجود این در مورد اختلالات اضطرابی، نوع اختلال، منبع جمع‌آوری اطلاعات، سن و جنسیت کودک در میزان پایایی تأثیر دارد. هم چنین

-
1. Feeding and Eating Disorders of Infancy or Early childhood
 2. Tic Disorders
 3. Tourette
 4. Elimination Disorders
 5. Reliability
 6. Validity
 7. Werry

هنگامی که ملاک‌های تشخیصی توسط افراد کارآزموده به کار گرفته می‌شوند پایایی افزایش می‌یابد (سونگا - بارک^۱، ۱۹۹۸).

لاهی و دیگران^۲ (۱۹۹۴) روایی اختلالات نقص توجه همراه با بیش‌فعالی را مورد مطالعه قرار دادند. نتایج بررسی آنان نشان داد کودکانی که در طبقات فرعی نظیر ADHD قرار گرفته‌اند رفتارهای متفاوتی از یکدیگر داشته‌اند. آنها علاوه بر ملاک‌های مطرح شده در DSM-IV-TR از نظر مقبولیت اجتماعی و افت تحصیلی نیز تفاوت‌هایی را نشان داده‌اند.

مسئله‌ی دیگری که در مورد طبقه‌بندی DSM-IV وجود دارد وقوع همزمان چند اختلال با یکدیگر در مورد یک فرد است. برای مثال ممکن است اضطراب و افسردگی هر دو به طور همزمان در یک فرد وجود داشته باشد. وقوع همزمان اختلالات را می‌توان به عوامل متعددی نسبت داد. گاهی عوامل خطر ساز مشترک موجب ایجاد اختلالات روانی به صورت همزمان می‌شوند. گاهی نیز ممکن است یک اختلال خطر ابتلا به سایر اختلالات را افزایش دهد.

پژوهش‌هایی که در مورد اختلالات چندگانه صورت گرفته‌اند بر وجود شیوع بالای آن دلالت دارند (ناتلمن و جنسن^۱، ۱۹۹۵). سؤالی که مطرح است این است که کودکان و نوجوانان با اختلالات چندگانه را در کدام طبقه باید قرار داد.

روش دیگر طبقه‌بندی، استفاده از رویکرد تجربی است. در این رویکرد از روش‌های آماری به منظور طبقه‌بندی استفاده می‌شود. روش‌های آماری برای مشخص کردن رفتارهایی که گرایش به وقوع همزمان دارند، به کار برده می‌شوند. تحلیل عاملی^۲ و تحلیل خوشه‌ای^۳ از روش‌های آماری هستند که به منظور طبقه‌بندی اختلالات روانی مورد استفاده قرار می‌گیرند. این روش‌ها بر همبستگی سؤالات مبتنی هستند. همبستگی هر سؤال با سایر سؤالات محاسبه می‌شود. سپس سؤالاتی که با یکدیگر همبستگی بالا دارند تحت یک عامل یا خوشه قرار می‌گیرند. اصطلاح سندرم^۴ به منظور توصیف رفتارهایی که به وقوع در کنار یکدیگر گرایش دارند، اطلاق می‌شود (آخن باخ^۵، ۱۹۹۸).

1.Sonuga-Barke

2.Lahey

1.Nottelmann & Jensen

2.Factor analysis

3.Cluster analysis

4.Syndrome

5.Achenbach

کرشاو و سونگا بارک^۶ (۱۹۹۸ به نقل از کوانینگ هونگ^۷، ۲۰۰۱) با استفاده از روش تحلیل خوشه‌ای مشکلات پسران مدرسه‌ای با اختلالات هیجانی - رفتاری را در پنج خوشه طبقه‌بندی کردند: (۱) مشکلات رفتاری (۲) مشکلات هیجانی (۳) مشکلات مربوط به توجه (۴) ترکیبی از مشکلات هیجانی - رفتاری و توجه (۵) مشکلات نامشخص.

اختلال‌های دوران کودکی و نوجوانی

(۱) **اختلال‌های یادگیری:** اختلال در خواندن، اختلال در ریاضی و اختلال در بیان نوشتاری از انواع اختلالات یادگیری به شمار می‌آیند. البته این به شرطی است که فرد دارای نقیصه‌ی حسّی و یا مبتلا به بیماریهای جسمانی چون فلج مغزی نباشد. در اغلب موارد اختلال‌های یادگیری با عزّت نفس پایین و کمبودهایی در مهارت‌های اجتماعی همراه هستند. بین ۱۰ تا ۲۵ درصد از افرادی که "اختلال سلوک"، "لجبازی" و "نافرمانی"، "اختلال نقص توجه" همراه با "بیش فعلی"، "افسردگی عمده" و یا "اختلال افسرده‌خویی" دارند، دچار "اختلال یادگیری" هم هستند. هم‌چنین افراد با اختلال‌های یادگیری گاهی در پردازش اطلاعات نابهنجاری‌های اساسی دارند. اختلال‌های مربوط به حافظه، توجه، فرایندهای زبانی و ادراک و بینایی نیز اغلب مقدم بر اختلال‌های یادگیری و یا همراه با آنها هستند (DSM-IV-TR, ۲۰۰۰).

(۲) **اضطراب:** اضطراب احساس رنج‌آوری است که به موقعیتی در زمان حال و یا انتظار خطری نامعین در آینده وابسته است. مفهوم اضطراب با ترس متفاوت است. اضطراب معنایی وسیع‌تر از ترس دارد و مستلزم احساس ناامنی و تهدید است بدون آنکه فرد منبع آن را درک کند. در حالی که ترس احساسی است که در مقابل یک شیء یا حادثه‌ی خطرناک به وجود می‌آید. اضطراب در کودکان و نوجوانان به گونه‌های متفاوتی تظاهر می‌کند که عبارتند از:

- (۱) عدم وجود نشانه‌های اضطرابی در رفتارهای ظاهری و به کارگیری مکانیزم‌های اجتناب و گریز.
- (۲) وجود نشانه‌های اضطرابی در حالی که فرد هیچ گونه دلیلی برای بروز این نشانه‌ها ندارد.
- (۳) وجود رفتارهایی که بیانگر اضطراب در فرد است و ارائه‌ی دلایلی برای وجود اضطراب با استفاده از تخیلات.

احساس گناه، احساس عدم کفایت در انجام کارها، احساس تأیید نشدن از جانب بزرگسالان و احساس ناامنی، از نشانه‌های معمول اضطراب در کودکان و نوجوانان هستند (دادستان، ۱۳۷۶).

6.Kershaw & Songa Barke

7.Qing Hong

به نظر سیلورمن^۱ (۱۹۹۵) نگرانی‌های کودکان و نوجوانان با بروز اختلال‌های اضطرابی در آنان رابطه دارد. سیلورمن طی مصاحبه‌هایی با نوجوانان، نگرانی‌های آنها را مورد بررسی قرار داد. نتایج مطالعات او بیانگر این است که از نظر نوع، بیشترین نگرانی نوجوانان در گروه مورد مطالعه به سلامتی، مدرسه و آسیب‌های شخصی مربوط بودند. از نظر شدت، بیشترین نگرانی آنها به خانواده، جنگ، وضعیت مالی و فجایع طبیعی ارتباط داشت و از نظر فراوانی بیشترین نگرانی آنها در مورد خانواده، همکلاسی‌ها و دوستان بود. در این مطالعه اغلب نوجوانانی که سطح بالایی از نگرانی را بروز داده بودند، به علت ابتلا به یکی از انواع اضطراب به کلینیک‌های روانی مراجعه داشته‌اند (سیلورمن، ۱۹۹۵).

۳) **افسردگی:** افسردگی در کودکان و نوجوانان بر حسب سنین مختلف دارای نشانه‌های متفاوتی است. به طور کلی می‌توان گفت افسردگی نشانگانی است که تحت سلطه‌ی خلق افسرده قرار دارد و به صورت بیان لفظی یا غیرلفظی، احساس غم و اندوه، اضطراب و یا حالت‌های برانگیختگی نمایان می‌شود (بلاک‌برن^۲ و کوترو^۳، ۱۹۹۰ به نقل از دادستان، ۱۳۷۶).

افسردگی در دوران کودکی و نوجوانی اهمیت بسیار زیادی دارد، چرا که بر عملکرد فرد تأثیر گذاشته و عدم توجه به آن منجر به بروز مشکلات و مسائل پیچیده‌تری می‌گردد. افسردگی در کودکی و نوجوانی موجب افت تحصیلی، اختلال در روابط بین‌فردی و خانوادگی، سوء مصرف مواد مخدر، اختلال در خوردن و خودکشی می‌شود (سیمون^۴ و فرگوسن^۵، ۱۹۹۰).

به نظر جانسون^۶ (۱۹۹۸) افسردگی با مشکلات رفتاری ارتباط دارد. عده‌ای از نوجوانان افسرده به سوء مصرف مواد مخدر و الکل، بزهکاری و فعالیت جنسی نامناسب روی می‌آورند. به نظر می‌رسد که عوامل نگهدارنده‌ی همه‌ی این رفتارهای مشکل‌ساز مشترک باشد. اخیراً "عده‌ای از پژوهشگران در تبیین رابطه‌ی بین افسردگی و سوء مصرف مواد مخدر و الکل فرضیه "خوددرمانی" را مطرح کرده‌اند. بر اساس مطالعات آنان نوجوانان به منظور کاهش احساس یأس و نومییدی و انطباق با افسردگی خود، به مصرف مواد مخدر مبادرت می‌ورزند.

-
1. Silverman
 1. Blackburn
 2. Cottrau
 3. Simeon
 4. Ferguson
 5. Johnson

۴) **اختلال‌های سازگاری:** اختلال سازگاری عبارت است از وجود نشانه‌های بالینی آشکار به صورت رفتاری یا هیجانی در پاسخ به یک عامل یا عوامل فشارزای روانی - اجتماعی. پریشانی ذهنی و اختلال در کارکرد غالباً به صورت کارکرد پایین شغلی، اجتماعی و تحصیلی نمایان می‌گردد. عامل ایجاد فشار ممکن است یک رویداد منفرد، و یا ناشی از چند عامل چون مشکلات تحصیلی و خانوادگی باشد. اختلال‌های سازگاری گاهی همراه با خلق افسرده، اضطراب، و یا با اختلال‌های سلوک مشاهده می‌شوند. به هر حال با توجه به همراهی اختلال‌های سازگاری با موارد یاد شده، امکان ایجاد احساس‌های یأس و نوبیدی، نگرانی و دلواپسی و یا مدرسه گریزی، تخریب اموال و مشاجره و تخطی از قانون تشدید می‌شود.

۵) **وسواس:** وسواس عبارت از اعمال، افکار یا عقاید تکرار شونده‌ای هستند، که فرد تسلطی بر آن ندارد. احتمال دارد که کودک یا نوجوان علیرغم تشخیص این که عقاید یا رفتارهایی که با آن درگیر است، منطقی نیستند، نیاز به تکرار آن داشته باشد (نلسون و ایزرائل، ۲۰۰۰). کودکان و نوجوانانی که در خانواده‌های سخت‌گیر و بسیار مراقب زندگی می‌کنند، اغلب رفتارهای وسواسی از خود نشان می‌دهند، یعنی قدرت تصمیم‌گیری ندارند، دائم دچار شک و تردید می‌شوند و به افکار و اعمال غیرمنطقی و تکرار شونده اشتغال دارند. آنها دارای نظم و ترتیب افراطی و دقت و باریک‌بینی خاص هستند. کمال طلبند و در مورد نتیجه‌ی مطلوب کارهای خود شک و تردید دارند. کودکان و نوجوانان وسواسی غالباً "اضطراب خود را با افکار یا اعمال تکراری کنترل می‌کنند (خدایاری، ۱۳۸۳).

بهداشت روانی کودکان و نوجوانان

شخصیت آدمی در دوران کودکی و نوجوانی پیریزی می‌شود. میزان مفید بودن او، به چگونگی شکل‌گیری شخصیت وی و حل مسائل و مشکلات او در دوران کودکی و نوجوانی بستگی دارد. به منظور رشد و پیشرفت جامعه، همه‌ی افراد و نیز مؤسسات بهداشت روانی موظف به توجه به مسائل کودکان و نوجوانان و مهیا کردن زمینه برای فرایند تشخیص و درمان مشکلات آنان هستند. در کشورهایی که مؤسسات بهداشت روانی برنامه‌های حمایتی گسترده‌ای برای کودکان و نوجوانان و خانواده‌های آنان تدارک دیده‌اند پیشرفت‌های همه جانبه‌ای روی داده است. در این کشورها کودکان و نوجوانانی که دارای مشکلات شدید هستند به طور دائم تحت نظر قرار می‌گیرند و تا سالها شیوه‌ی زندگی آنان توسط مؤسسات مربوط تحت کنترل قرار می‌گیرد (فاستر^۱، ۲۰۰۱).

امروزه خدمات مربوط به بهداشت روانی در مجموعه‌های گوناگون ارائه می‌شود. کلینیک‌های بهداشت روانی، بیمارستان‌های روانی، مراکز راهنمایی کودکان و نوجوانان، مراکز خصوصی تخصصی و مدارس از جمله مجموعه‌هایی هستند که این خدمات را ارائه می‌دهند (ویست^۱، ۱۹۹۷).

از آنجایی که اختلالات کودکان و نوجوانان اغلب دارای علت‌های متفاوتی است، خدمات ارائه شده به آنان نیز باید دارای مؤلفه‌های گوناگونی باشد و توسط گروهی از متخصصان ارائه شود. بدین منظور متخصص روان‌شناس برنامه‌های اصلاح رفتار و کار با والدین را طراحی می‌کند و کارکنان مدرسه را در زمینه‌ی مسائل تحصیلی کودک یا نوجوان راهنمایی می‌نماید. روان‌پزشک نیز مسئول دارو درمانی است و مددکار اجتماعی به بررسی محیط زندگی و شیوه‌ی تعامل فرد در مکان‌های مختلف می‌پردازد. در این مؤسسه‌ها حمایت از کودکان با استفاده از الگوهای جامعی صورت می‌گیرد که در آن نیازهای کودکان، خانواده و سایر مکان‌های اجتماعی نیز در نظر گرفته می‌شوند (پاماریگا و گلاور^۲، ۱۹۹۸). سایر جنبه‌هایی که در نظر گرفته می‌شوند عبارتند از درمان در محیط با حداقل محدودیت، شناخت اولیه‌ی مشکلات فرد، تعیین روش‌های پیشگیری و انتقال به سیستم‌های حمایتی بزرگسالان در صورت نیاز (بیکمن^۳، ۱۹۹۷؛ ساکس و کراس^۴، ۱۹۹۷).

برخی از متخصصان معتقدند که مدرسه می‌تواند نقش مهمی را در ارائه خدمات بهداشت روانی به دانش‌آموزان و خانواده‌ها ایفا کند. خدمات مربوط به بهداشت روانی جنبه‌ی پیشگیرانه دارد. با آموزش مهارت‌های اجتماعی، روش‌های حل مسأله و به کارگیری راهبردهای شناختی و فراشناختی می‌توان از بروز اختلالات کودکان و نوجوانان پیشگیری کرد (هولتزمن^۵، ۱۹۹۷).

وینسون^۶ (۲۰۰۱) شیوه‌های ارائه‌ی خدمات مؤسسات بهداشت روانی را مورد بررسی قرار داده و نشان داد مؤسساتی که همکاری خانواده‌ها را در حل مسائل و مشکلات فرزندان‌شان به خوبی جلب کرده‌اند، بسیار موفق بوده‌اند. هم‌چنین مقدار هزینه‌ی مراجعه به مؤسسات نیز با میزان موفقیت آنها در حل مسائل کودکان و نوجوانان همبستگی منفی نشان داده است. مؤسساتی که مراجعه به آنها هزینه‌ی کمتری برای

-
1. Weist
 2. Pumariega & Glover
 3. Bickman
 4. Saxe & Cross
 5. Holtzman
 6. Vinson

خانواده‌ها داشته‌اند، در فرآیند درمان موفق‌تر بوده‌اند، زیرا مراجعه به این مؤسسات تداوم بیشتری داشته است.

منابع فارسی

- احدی، حسن و محسنی، نیک‌چهره (۱۳۷۲). روان‌شناسی رشد: مفاهیم بنیادی در روان‌شناسی نوجوانی و جوانی. تهران: چاپ بنیاد.
- دادستان، پریرخ (۱۳۷۶). روان‌شناسی رشد تحولی از کودکی تا بزرگسالی (جلد اول). تهران: انتشارات سمت.
- خدایاری فرد، محمد (۱۳۸۳). مسائل نوجوانان و جوانان. تهران: انتشارات انجمن اولیاء و مربیان.
- ماسن، پاول هنری؛ کیگان، جرم؛ هوستون، آلتا کارول؛ ووی کانجر، جان جین. رشد و شخصیت کودک. ترجمه‌ی مهشید یاسایی (۱۳۷۳). تهران: نشر مرکز.
- منصور، محمود (۱۳۷۸). روان‌شناسی ژنتیک. تهران: انتشارات سمت.
- میلانی‌فر، بهروز (۱۳۷۴). بهداشت روانی. تهران: نشر قومس.

منابع انگلیسی

- Achenbach, T.M. (1998). Diagnosis, assessment, taxonomy and case formulations. In T.H. Ollendick & Hersen, M. (Eds.), *Handbook of Child Psychopathology* (3rd ed). New York: Plenum Press.
- Berk, L.E. (1993). *Infants, children and adolescents*. U.S.A.: Allyn & Bacon.
- Bickman, L. (1997). Resolving issues raised by the Fort Braggy evaluation: New directions for mental health services research. *American Psychologist*, 52, 562-565.

DSM-IV-TR (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition – Text Revision. A.P.A.

Eysenck, M.W. (2000). *Psychology: A student's handbook*. UK: Psychology Press Ltd.

Foster, E.M (2001). Expenditures and sustain ability in seystems of care. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 9(1), 53-62.

Gray, P. (1999). *Psychology*. U.S.A: Worth Publisher INC.

Holtzman, W.H. (1997). Community psychology in full service schools in different cultures. *American Psychologist*, 52, 381-389.

Johnson, S.M. (1998). Comorbidity of conduct and depressive problems at sixth grade: substance use outcomes across adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(3): 221-232.

Lerner, R.M. (1998). Adolescent development: Challenges and opportunities for research, programs and policies. *Annual Review of Psychology*, 49, 413-446.

Lahey, B.B.; Applegate, B.; McBurnett, K.; Biderman, J.; Greenhill, L.; Hynd, G.W.; Barkley, R.A.; Newcorn, J.; Jensen, P.; Richters, J.; Garfinkel, B.; Kerdyk, L.; Frick, P.J.; Ollendick, T.; Perez, D.; Hart, E.L.; Waldman, I.; & Shaffer, D. (1994). DSM-IV Field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *American Journal of Learning Disabilities*, 24, 110-120.

Nottelmann, E.D.; & Jensen, P.S. (1995). Comorbidity of disorders in children and

adolescents: Developmental perspectives. In T.H. Ollendick, & R.J. Prinz (Eds.), *Advances in Clinical Child psychology* (Vol. 17). New York: Plenum Press.

Nelson, R.w.; & Israel, A.c. (2000). *Behavior disorders of childhood*. Fourth Edition. New Jersey: prentice- Hall.

Pumariaga, A.J.; Glover, S. (1998). New developments in service delivery research for children, adolescents, and their families. In T.H. Ollendick & R.J. Prinz (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology* (Vol. 20). New York: Plenum Press.

Qing hong, L; Mantevfell, B.; pavlic, C.; & sondheimer, D. (2001). Describing the population of adolescents served in system of care. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 9(1): 13-29.

Silverman, W.K.; Weems, C.F; & Lagreca, A.M. (2000). What do youth referred for anxiety problems worry about? Worry and its relation to axiety and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 63-73.

Simeon, J.G.; & Ferguson, H.B. (1990). *Treatment strategies in child and adolescent psychiatry*. New york: plenum press.

Sake, L.; & Cross, T.P. (1997). Interpreting the Fort Bragg Children's Mental Health Demonstration Project: The cup is half full. *American Psychologist*, 52, 553-556.

Sonuga- Barke, E.J.S. (1998). Categorical models of childhood disorder: A conceptual and empirical analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 115-133.

Vinson, N.; Brannan, A.M.; Bavghman, L.N.; wilce, M.; & Gawron, T. (2001). The system of care model: Implementation in Twenty seven communities. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 9(1), 30-42.

Werry, J.S. (1994). Diagnostic and classification issues. In T.H. Ollendick, N.J. King, & W. Yule (Eds.), *International handbook of phobia and anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Plenum.

Weist, M.D. (1997). Expanded school mental health services: A national movement in progress. In T.H. Ollendick & R.J. Prinz (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology* (Vol. 19). New York: Plenum Press.

بخش اول

شناخت و فراشناخت

فصل اول

ابعاد شناختی اختلالات هیجانی

دکتر علیرضا مرادی
دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تربیت معلم

چکیده

هدف این مقاله بررسی رابطه‌ای میان شناخت و هیجان است. تعاریف نظری در مورد چگونگی شکل‌گیری شناخت و نحوه‌ی پردازش اطلاعات در افراد مبتلا به اختلالات هیجانی نظیر دیدگاه بک، باور، لنگ و ویلیامز و همکاران بصورت فشرده مورد بحث قرار گرفته است. علاوه بر این برخی جنبه‌های شناختی نظیر توجه و حافظه با ذکر شیوه‌های مطالعه، مطرح و تفاوت عملکرد افراد مبتلا به اختلالات هیجانی نظیر اضطراب و افسردگی در مقایسه با افراد عادی بحث شده است. در بخش دیگر این مقاله، تحقیقات انجام شده در خصوص ابعاد شناختی کودکان و نوجوانان و مقایسه‌ی آن با یافته‌های مطالعات در مورد بزرگسالان مطرح گردیده است.

کلید واژگان: پردازش اطلاعات^۱، توجه، حافظه.

مقدمه

رشد و گسترش "روانشناسی شناختی" و روش‌مند شدن مطالعات و تحقیقات مربوط به آن در طی چند دهه‌ی گذشته، حوزه‌های مختلف روان‌شناسی را تحت تأثیر قرار داده است. در این میان، آسیب‌شناسی روانی نیز از این قاعده مستثنی نبوده و بیشترین اثربخشی را داشته است، به طوری که در سبب‌شناسی، شکل‌گیری و تکوین، مداخله و درمان اختلالات روانی - به ویژه اختلالات هیجانی - تغییرات اساسی و ساختاری به وجود آمده است. در چند دهه‌ی گذشته مدل‌های مختلف شناختی، با هدف ارائه‌ی یک تبیین منطقی متکی بر زیر بنای نظری علمی استوار، مطرح گردیده است که از میان آن‌ها می‌توان به مدل شناختی بک^۱ (بک ۱۹۷۶، بک و همکاران ۱۹۸۵)، و مدل زیست‌شناختی لنگ^۲ (۱۹۷۹، ۱۹۸۵) اشاره کرد. علیرغم وجود تفاوت در مبانی و روش‌شناسی این دیدگاه‌ها، فصل مشترک همه‌ی، تأکید بر ابعاد عاطفی و هیجانی اختلالات در وهله‌ی نخست می‌باشد. در کنار مدل‌های شناختی نظام‌دار - که با هدف تبیین نظری و ارائه‌ی شیوه‌های مداخله که بر اساس ضرورت‌های بالینی صورت گرفته - روان‌شناسان و محققان دیگری نیز به مطالعه‌ی تجربی و آزمایشگاهی رابطه‌ی میان اختلالات هیجانی و ابعاد شناختی پرداخته‌اند. از آن جمله می‌توان به مدل شبکه‌ای باور^۳ (۱۹۸۱) و مدل پردازش اطلاعاتی، ویلیامز و همکاران^۴ (۱۹۸۷، ۱۹۹۹) اشاره کرد. تقریباً تمامی مطالعات انجام شده در زمینه‌ی بررسی رابطه‌ی اختلالات هیجانی (نظیر افسردگی و اضطراب) با جنبه‌های شناختی، در مورد بزرگسالان صورت گرفته و کمتر به کودکان و نوجوانان پرداخته شده است. مطالعه در مورد ابعاد شناختی اختلالات هیجانی کودکان و نوجوانان از اوایل دهه‌ی آخر قرن بیستم شروع شده است. آنچه در صفحات آینده خواهد آمد، ضمن بیان این نظریات، تحقیقات و مطالعات صورت گرفته در خصوص کودکان و نوجوانان نیز مطرح خواهد شد.

شناخت و هیجان

در آغاز دهه‌ی هشتاد بحثی جدی در مورد رابطه‌ی میان شناخت و هیجان^۵ مطرح گردید. از یک سو افرادی نظیر زایونک^۶ (۱۹۸۰) هیجان را به طور کامل مستقل از شناخت دانسته. و بر این اساس مطرح کردند

1- Beck
2- Lang
3- Bower
4- Williams et al.
5- Cognition & Emotion
6- Zajonc

که برخی واکنش‌های هیجانی نظیر ترس^۱ می‌تواند به طور ناگهانی و سریع، به محض مواجهه با محرک ترسناک (نظیر حیوانات) رخ دهد. درواقع واکنش هیجانی ترس، قبل از به وجود آمدن تحلیل شناختی در مورد محرک، کامل می‌شود. دیدگاه دیگر بر این اعتقاد است که تحلیل شناختی نه تنها در تولید هیجانات نقش دارد، بلکه به عنوان عامل اصلی نیز قلمداد می‌گردد (لازاروس^۲ ۱۹۸۲). نکته‌ی کلیدی این دیدگاه این است که واکنش هیجانی، به این دلیل به سرعت بروز پیدا می‌کند، که پردازش محرک‌ها به صورت خودکار، داوطلبانه و ناخودآگاه و با سرعت زیاد رخ می‌دهد. اگرچه برخی مخالفت‌ها با این نظریه در مورد بیان چگونگی ارتباط میان شناخت و هیجان همچنان وجود دارد، اما در مورد وجود رابطه میان شناخت و هیجان، اتفاق نظر وجود دارد (ایزارد^۳ ۱۹۹۳). "روانشناسی شناختی" در بیان "پردازش اطلاعات"^۴ به دو نوع پردازش "راهبردی"^۵ و پردازش "خودکار"^۶ اشاره می‌کند. پردازش خودکار، تا حد نسبتاً زیادی مستقل از آگاهی می‌باشد، در حالی که پردازش راهبردی وابسته به آگاهی است (متیوز^۷ و مک‌لئود^۸ ۱۹۹۴). هر چند که برخی از پردازش‌های اساسی در هیجان از نوع خودکار می‌باشند، اما درک و فهم صحیح از رابطه‌ی میان شناخت و هیجان، مستلزم ملاحظه و در نظر گرفتن هر دو وجه پردازش است.

اختلالات هیجانی و مدل‌های شناختی

در دو دهه‌ی گذشته، رویکردهای شناختی مختلف، تلاش کرده‌اند تا رابطه‌ی میان اختلالات هیجانی و شناخت را تبیین نمایند. علیرغم تمرکز برخی از این رویکردها بر یک یا چند نوع اختلال هیجانی خاص، انجام مطالعات مربوطه، بر رشد و گسترش سایر نظریات تأثیر بسزائی گذاشته است. بعنوان مثال نظریه‌ی فوا^۹ (۱۹۸۹) در مورد PTSD از نظریه‌ی لنگ^{۱۰} متأثر می‌باشد. در این جا به برخی از مدل‌های عمده که به تبیین رابطه‌ی میان شناخت و هیجان پرداخته‌اند اشاره می‌شود:

-
- 1- Fear
 - 2- Lazarus
 - 3- Azard
 - 4- Information processing
 - 5- Strategic
 - 6- Automatic
 - 7- Matnews
 - 8- Macleod
 - 9- Foa
 - 10- Lang

نظریه‌ی طرح‌واره‌ای بک

بک و همکاران (بک، ۱۹۷۶، بک، امری^۱ و گرین‌برگ^۲ ۱۹۸۵، بک و کلارک^۳ ۱۹۹۸)، مدل شناختی خاصی مبتنی بر پردازش اطلاعات مطرح کرده‌اند. این مدل سعی در توصیف رابطه‌ی میان شناخت و هیجان و نیز کاربرد آن در درمان اختلالات هیجانی دارد. مدل شناختی درمانی بک با کار روی افراد افسرده آغاز و سپس به سایر اختلالات نظیر اضطراب، اختلالات شخصیتی و اعتیاد نیز گسترش یافت. این مدل مبتنی بر بررسی‌های بالینی و برخی مطالعات تجربی می‌باشد که از دو بخش تشکیل شده است: "ساختار شناختی"^۴ یا "طرح‌واره"^۵ و "پردازش اطلاعات"^۶.

ساختار شناختی یا طرح‌واره، عبارت است از مجموعه‌ی مفاهیم تحت عنوان "دانش عمومی" درباره‌ی حوادث، اعمال یا اشیاء، که حاصل تجربیات گذشته است (آیزنک^۷ ۱۹۹۴). ساختار شناختی نقش اصلی را در "غریب کردن"^۸، "رمزگذاری"^۹، "سازماندهی و ذخیره‌سازی"^{۱۰} و "بازخوانی"^{۱۱} اطلاعات دارد. اطلاعاتی که با طرح‌واره‌های موجود سازگار باشند، به دقت رمزگذاری می‌شوند، در حالی که اطلاعات ناسازگار یا مغایر با طرح‌واره‌ها فراموش می‌گردند (بک و کلارک، ۱۹۸۸). هنگامی که فردی با موقعیت خاصی رو به رو می‌شود، طرح‌واره‌ی مربوط به محرک، فعال می‌گردد. تفاوت‌های فردی در الگوهای پردازش، به تفاوت در طرح‌واره‌های فعال در نظام شناختی مربوط می‌شوند. برای مثال بک بیان می‌دارد که بیماران افسرده دارای طرح‌واره‌ی "افسرده‌گون"^{۱۲} هستند که با پردازش اطلاعات در ابعاد منفی که مربوط به شکست و از دست دادن است، مشخص می‌شوند. این در حالی است که بیماران مضطرب با طرح‌واره‌ی "خطر"^{۱۳} توصیف می‌گردند که با پردازش اطلاعات در یک فضای حاکی از تهدید و خطر مشخص می‌گردند.

-
- 1- Emery
 - 2- Greenberg
 - 3- Clark
 - 4- Cognitive structure
 - 5- Schema
 - 6- Information
 - 7- Eysenck
 - 8- Screening
 - 9- Encoding
 - 10- Stoning
 - 11- Retrining
 - 12- Depressogenic schema
 - 13- Danger schema

جزء دوم نظریه‌ی شناخت درمانی بک، پردازش شناختی است. هنگامی که نظام شناختی با یک موقعیت یا محرک رو به رو می‌شود، پردازش اطلاعات برای انتخاب، تفسیر و ارزیابی محرک به کار می‌افتد. بک و امري (۱۹۸۵) تأکید دارند، عمده‌ترین مشخصه‌ی اختلالاتی نظیر اضطراب و افسردگی، ماهیت پردازش شناختی است. به عبارت دیگر پردازش اطلاعات خاصی تفکرات خودکار منفی را سبب می‌شوند. کواکس و بک (۱۹۷۷) ساختار شناختی سه بعدی منفی را در افسرده‌ها مطرح می‌کنند، که با یک نگرش منفی نسبت به "خود"، "جهان خارج" و "آینده" تعریف می‌شود.

ساختار شناختی منفی در افراد افسرده آن‌ها را به یک ارزیابی ناقص و ناکارآمد و یا بی‌ارزش از خود هدایت می‌کند. آن‌ها جهان را به عنوان مانعی که منجر به شکست و محرومیت و یا بی‌اعتباری آن‌ها می‌شود تفسیر می‌کنند. در ارتباط با آینده، الگوهای شناختی منفی افراد افسرده این باور را در آن‌ها به وجود می‌آورد که مشکلات یا رنج‌های جاری به طور قطع در آینده ادامه خواهد داشت و هیچ گونه پایانی برای محرومیت‌ها و ناکامی‌ها متصور نیست. بنابراین چنین طرح‌واره‌ای، به طور بنیادی، یک نگرش مایوس‌کننده‌ی ناکارآمدی را در پی خواهد داشت. بر این اساس مشخصه‌ی بارز تفکر سه بعدی منفی افراد افسرده وجود ارزیابی‌های منفی غیرواقعی، منحرف و تفکرات غیر منطقی است که هیچ گونه ارتباطی با واقعیت ندارد.

بر اساس نظریه‌ی بک تشابهات عمده در پردازش اطلاعات میان افراد مضطرب و افسرده وجود طرح‌واره‌های ناسازگار است که به طور منظم پردازش‌ها و مراحل ادراک، ذخیره‌سازی و ارزیابی اطلاعات را منحرف می‌کند.

در رابطه با تفاوت‌های میان اضطراب و افسردگی، بک و کلارک (۱۹۸۸) فرضیه‌ی "محتوی اختصاصی"^۱ را مطرح می‌کنند. بر اساس این فرضیه اشخاص مضطرب، دارای یک حس بسیار بالای آسیب‌پذیری که مربوط به تهدیدات فیزیکی و روان‌شناختی است می‌باشند. تفکرات افراد مضطرب بر حوادث منفی آتی و ارزیابی منفی در مورد مردم و حوادثی که تا حدی ویژه هستند متمرکز است. در مقابل همان طور که ذکر شد، سازمان شناختی اشخاص افسرده به خسارات و ضایعات و نگرش‌های منفی نسبت به خویش، جهان و آینده که ریشه در گذشته دارد مربوط می‌شود. از این رو تفکر آن‌ها بسیار کلی و عمومی و فراگیرتر از افراد مضطرب است.

علیرغم نتایج فراوان و مفید مدل شناخت درمانی بک این دیدگاه دارای محدودیت‌هایی است. از جمله این که مفاهیم اساسی به طور روشن و واضح تعریف نشده و در مواردی نیز به طور متناقض به کار گرفته شده است.

مدل شبکه‌ای باور

"باور" (۱۹۸۱)، "باور و کوهن"^۲ (۱۹۸۲) رابطه‌ی میان شناخت و هیجان را در قالب مدل شبکه‌ای توصیف کرده‌اند. بر اساس این مدل تمام اطلاعات (مفاهیم، حوادث و هیجانات) در حافظه‌ی بلندمدت به صورت تعداد قابل توجهی از "گره‌ها"^۳ در یک شبکه ذخیره می‌شوند. این نظریه مدل‌های ارتباطی شبکه‌های حافظه را با به کارگیری ایده "گزاره"^۴ به عنوان اساس حافظه مطرح می‌کند (اندرسن^۵ و باور^{۱۹۷۳}). گره‌ها به یکدیگر متصل می‌باشند، لذا به صورت یک ساختار، شبکه را به وجود می‌آورند. فعالیت گره‌های مناسب در حافظه‌ی بلندمدت، دسترسی به اطلاعات را موجب می‌شود. زمانی که گره‌ها تحریک یا فعال می‌گردند، انرژی حاصل از طریق حلقه‌های رابط به سایر گره‌های مربوط منتقل می‌شود. نشانه‌های کلامی یا فیزیولوژیک از طریق منابع داخلی یا خارجی می‌تواند به فعال شدن گره‌ها کمک نماید. همچنین فعالیت گره‌ها انتخابی بوده و از یک گره می‌تواند با درجات متفاوت به سایر گره‌ها منتقل شود.

انتقال و گسترش فعالیت گره‌ها به عواملی نظیر "نزدیکی" و "مجاورت"^۶ گره‌ها، قدرت فعالیت درونی و زمان سپری شده از فعالیت گره‌ها بستگی دارد. برای مثال گره‌های مربوط به یکدیگر، با احتمال بالاتری نسبت به سایر گره‌های غیرمرتبط فعال می‌گردند. "باور" بیان می‌دارد که هر حادثه‌ی هیجانی، به وسیله‌ی یک گره اختصاصی در شبکه‌ی حافظه‌ی بلندمدت که به عنوان "نقطه‌ی تمرکز"^۷ برای همه‌ی جنبه‌های مربوطه به هیجان عمل می‌کند ارائه می‌گردد. گره هیجانی دارای روابط نیرومندی با گره‌های حامل اطلاعات مربوط به یک حادثه و یا یک حالت خلقی خاص است. دامنه‌ی وسیعی از اعمال شناختی (نظیر حافظه و توجه) که مستلزم دسترسی به اطلاعات از حافظه‌ی بلندمدت است - در صورتی که اطلاعات مورد نظر با حالت خلقی حاضر هم‌خوانی داشته باشد، تسهیل می‌گردد. علاوه بر این، زمانی که یک شخص در یک

-
- 1- Bower
 - 2- Cohen
 - 3- Nodes
 - 4- Preposition
 - 5- Anderson
 - 6- Proximity
 - 7- Focussing point

حالت هیجانی (نظیر اضطراب) قرار دارد، گره هیجانی مربوط توسط محرک‌های داخلی یا خارجی هم‌خوان فعال می‌شود. سپس این فعالیت به گره‌های مرتبط تسری پیدا می‌کند.

بر اساس نظریه‌ی "باور" وجود سوگیرهای متجانس خلق بر طیف گسترده‌ای از اعمال شناختی اثر دارد، به طوری که دسترسی به اطلاعات را تسهیل می‌کند. در بیان این امر "باور" بر یادآوری انتخابی و شدت هیجان تأکید دارد. برای مثال هنگامی که فردی غمگین است، یک حادثه‌ی غمناک در یک داستان، بیش از هر حادثه‌ی خوشحال‌کننده، یکی از حوادث مشابه زندگی فرد را یادآوری می‌کند. این امر "یادآوری انتخابی"^۱ نامیده می‌شود. همچنین هم‌خوانی خلق به عنوان شدت هیجانی بر عملکرد حافظه اثر می‌نماید. علیرغم این که نظریه‌ی باور به تبیین رابطه‌ی شناخت و هیجان پرداخته، اما دارای اشکالاتی است. اول آن که همان طور که نظریه پیش‌بینی می‌کند، هر حالت خلقی به دامنه‌ی وسیعی از سوگیری‌ها نظیر توجه، ادراک و حافظه مربوط می‌شود. اما نتایج آزمایشات و تجربیات متعددی که در مورد بررسی اثرات خلق بر ادراک صورت گرفته است، این نظریه را به طور محکم و قابل قبول تأیید نمی‌کند. دوم آن که "باور"، توجه اندکی به محتوای گره‌های هیجانی و انتقال انرژی در طول اتصالات میان‌گره‌ها نموده است.

به طور خلاصه نظریه‌ی "باور" حاصل پژوهش‌های تجربی با آزمودنی‌های طبیعی و بررسی هیجان و اثرات آن بر ادراک انتخابی، به صورت تفکر و به طور خاص اثرات حالات هیجانی بر حافظه است. در حالی که نظریه‌ی شناختی - درمانی یک محصول مطالعات گسترده در حوزه‌ی بالینی است.

نظریه‌ی لنگ

"لنگ"^۲ (۱۹۷۹ و ۱۹۸۵) رویکرد شبکه‌ای دیگری در ارتباط با هیجان ارائه داده است. به عقیده‌ی او اطلاعات هیجانی در ساختار حافظه به صورت گزاره‌ها رمزگذاری شده و این گزاره‌ها، شبکه مربوطه را تشکیل می‌دهند. فعالیت هر جزء در سرتاسر اجزاء شبکه گسترش می‌یابد. "لنگ" مطرح می‌کند که ساختار حافظه‌ی هیجانی از سه نوع اطلاعات تشکیل شده است:

۱. اطلاعات درباره‌ی محرک‌های بیرونی و زمینه‌ی رخداد آن‌ها.
۲. اطلاعات درباره‌ی پاسخ‌های فیزیولوژیک، رفتاری و شناختی به این محرک‌ها.
۳. اطلاعات درباره‌ی تفسیر محرک‌ها و پاسخ‌ها.

1- Selective remembering

2- Lang

"لنگ" تأکید می‌کند که اطلاعات شبکه‌ی هیجان، به صورت طرح‌واره است. زمانی که یک سری از گزاره‌ها توسط محرک‌های بیرونی یا درونی و یا هر دو در دسترس باشند، به عنوان یک واحد پردازش می‌شوند. همچنین شبکه‌ی طرح‌واره با یک نظام تولیدی مشخص می‌شود. این نظام مشتمل بر دو جزء است که در فعال‌سازی نظام شناختی تظاهرات هیجانی به طور هم‌زمان عمل می‌کنند.

نظریه‌ی لنگ بر پایه‌ی مطالعات وی از ترس به ویژه تظاهرات آسیب شناختی در انواع ترس بنا گردیده است. شبکه به عنوان "دانش آشکار" و "دانش حرکتی"^۱ (برنامه‌ی آزمون و طرح حرکتی) در نظام تولیدی عمل می‌کند. علائم هراس زمانی ایجاد می‌شود که یک سری از مفاهیم درون‌داد در شبکه به صورت یکسان درآیند. در این نظریه احتمال ایجاد هراس توسط تعدادی از گزاره‌های هم‌تا شده که در حافظه‌ی کوتاه‌مدت ارائه می‌شوند تعیین می‌گردد. فعالیت شبکه زمانی رخ می‌دهد که شخص دارای اختلال هراس، با یک شیء هراسناک واقعی - که تصور می‌شود یک محرک هم‌تا است - رو به رو شود. "لنگ" هم چنین بیان می‌دارد که اکثر محرک‌هایی که مربوط به عامل هراس واقعی نظیر تصاویر، توضیحات کلامی و غیره هستند، می‌توانند هیجان هراس را "فراخوانی" کنند. هر طرح‌واره ممکن است به عنوان یک واحد به وسیله‌ی واسطه‌ها، درون‌دادهای آموزشی یا حسی - که شامل اطلاعات (در شکل مفهومی) هم‌تا شده در شبکه می‌باشند - فعال گردد.

مدل شناختی ویلیامز^۲ و همکاران (مدل چند سطحی^۳)

نظریات شبکه‌ای و طرح‌واره‌ای، بر وجود سوگیری کلی در پردازش اطلاعات مربوط به اختلالات هیجانی تأکید می‌نمایند. اما به این نکته که هیجانات مختلف ممکن است در پردازش اطلاعات اثرات متفاوت داشته باشند توجه ندارند. ویلیامز و همکاران (۱۹۸۸، ۱۹۹۹)، با مطالعه‌ی شواهد تجربی بیان می‌دارند که سوگیری به سمت "محرک‌های موافق خلق"^۴ در همه‌ی اختلالات هیجانی به صورت یکسان مشاهده نمی‌شود.

آن‌ها در یک نتیجه‌گیری از تحقیقات مختلف انجام شده در خصوص پردازش اطلاعات هیجانی موارد زیر را مطرح می‌کنند:

-
- 1- Procedural
 - 2- Williams
 - 3- Multiple level model
 - 4- Mood congruent

۱. هیچ دلیل و یا یافته‌ی قابل توجهی وجود ندارد که حکایت از سوگیری در "حافظه‌ی ضمنی"^۵ در افراد افسرده باشد. در حالی که از هر ده مطالعه‌ی انجام شده در این زمینه، هشت مطالعه وجود سوگیری در افراد مضطرب (افراد اضطرابی صفت بالا، اضطراب تعمیم یافته، اختلال اضطراب استرس پس از سانحه، یا بیماران مبتلا به آسمیگی) را نشان می‌دهد.

۲. تمامی تحقیقات مطالعات انجام شده نمایانگر سوگیری در "حافظه‌ی آشکار"^۱ در افراد افسرده هستند. در حالی که تنها از مطالعات انجام شده با آزمودنی‌های دارای اضطراب صفت و یا اضطراب تعمیم یافته بیانگر وجود این سوگیری در این گروه از اختلالات هیجانی هستند.

۳. سوگیری مربوط به توجه، توسط آزمون‌هایی نظیر آزمون "استروپ" و یا آزمون "بینایی کشف نقطه" که بر روی بیماران مضطرب انجام شده است مورد تأیید قرار گرفته در حالی که چنین یافته‌هایی در بیماران افسرده گزارش نشده است (ویلیامز و همکاران ۱۹۹۹، صفحه‌ی ۲۸۸).

این یافته بیان می‌دارد که اختلالات هیجانی در پردازش اطلاعات مختلف هیجانی به صورت یکسان عمل نمی‌کنند. بلکه تفاوت‌های اساسی در پردازش آن‌ها وجود دارد، که حکایت از وجود تفاوت ماهوی در اختلالات دارد.

به منظور ارائه‌ی تفسیر منطقی و روشن از این مدل، ویلیامز و همکاران نظریه‌ی "شفرین"^۲ و "اشنایدر"^۳ (۱۹۷۷) در خصوص تمایز میان پردازش‌های خودکار و راهبردی را مد نظر قرار دادند. پردازش خودکار بدون دخالت عامل "آگاهی"^۴ عمل کرده و از سرعت بالایی برخوردار است. هم چنین دارای ظرفیت بالا بوده و به طور هم‌زمان یا "موازی"^۵ رخ می‌دهد. در حالی که پردازش راهبردی دارای ظرفیت محدود بوده، نسبتاً "آهسته و معمولاً" به صورت زنجیره‌ای در ماهیت خود می‌کند. چنین تمایزی در بسیاری از حوزه‌های بالینی، تجربی و شناختی ملاحظه می‌شود.

ویلیامز و همکاران با بررسی پژوهش‌های انجام شده بیان می‌کنند که پردازش اطلاعات هیجانی افراد مضطرب، به صورت پردازش‌های خودکار و "آغازین"^۶ بوده و دارای یک سوگیری نسبت به کشف محرک‌های مربوط به اضطراب هستند. به عبارت دیگر، سوگیری نتیجه‌ی یک پردازش انتخابی ابتدایی

5- Implicit memory

1- Explicit memory

2- Shiffrin

3- Schneider

4- Awareness

5- Parallel

6- Priming

اطلاعات هیجانی است که دارای ماهیت "خودکار" می‌باشد. در مرحله‌ی "پیش‌توجهی" آن‌ها چنین بیان می‌دارند که یک مکانیسم تصمیم‌گیری برای ارزیابی تهدید ناشی از یک محرک وجود دارد. سوگیری به این دلیل به وجود می‌آید که برتری و تقدّم برای پردازش‌های آتی در این مرحله تعیین می‌شود و در نتیجه‌ی منابع مربوطه در ارتباط با منبع مورد نظر (محرک) جهت داده می‌شود. افراد عادی تمایل به جهت دادن به منابع پردازش دارند، در حالی که افراد مضطرب به سمت منبع تهدید گرایش دارند.

در مقابل افراد افسرده در تکالیف مربوط به توجه و مجموعه تکالیفی که به حافظه‌ی ضمنی مربوط می‌شوند، سوگیری قابل توجهی نشان ندادند. در حالی که در تکالیف مربوط به حافظه‌ی آشکار به طور قابل ملاحظه‌ای سوگیری نسبت به محرک‌های منفی دیده می‌شد. در تفسیر این یافته‌ها بیان می‌دارند که اطلاعات هیجانی در افراد افسرده در مرحله‌ی رمزگزاری با مشکل پردازش مواجه می‌شود. در مرحله‌ی رمزگزاری اطلاعات به صورت آگاهانه پردازش شده و ماهیت راهبردی دارد. به عبارت دیگر سوگیری در افراد مضطرب به طور عمده وابسته به یک موقعیت تهدیدآمیز و خاص می‌باشد، در حالی که نتایج مطالعات اخیر، وجود سوگیری حافظه را در افراد افسرده تأیید می‌کنند.

در یک جمع‌بندی از مباحث مطرح شده در مورد رابطه میان اختلالات هیجانی و شناخت می‌توان چنین بیان داشت که مدل‌های "بک" و "باور" هر چند به طور مجزاً مطرح شده‌اند، اما پیش‌بینی مشابهی در مورد اثرات اضطراب در پردازش اطلاعات هیجانی دارند. هر دو نظریه مطرح می‌کنند که همه‌ی فرایندهای شناختی که با اطلاعات مربوط به تهدید درگیر هستند، سوگیری‌هایی را به سمت اطلاعات مربوط به موضوعات اضطرابی نشان می‌دهند. مدل "ویلیامز" و همکاران تمایز میان پردازش‌های مربوط به توجه و حافظه را مطرح کرد. بدین معنا که آزمودنی‌ها دارای حالت اضطرابی، سوگیری در توجه را نسبت به اطلاعات تهدید کننده از خود نشان می‌دهند، در حالی که در مورد حافظه نتایج تا حد قابل ملاحظه‌ای به گونه‌ای دیگر است. یعنی اینکه در بیماران افسرده سوگیری بسیار روشن و آشکار در حافظه قابل مشاهده است.

توجه

هر کسی به طور پیوسته با دامنه‌ی وسیعی از انتخاب‌ها رو به رو است و باید تصمیم بگیرد که به کدام محرک و یا محرک‌ها توجه خود را معطوف نماید. توجه^۱ و پردازش‌های بالاتر، حوزه‌های تکمیلی و متمم

شناخت هستند. گرچه گاهی توجه را می‌توان به تمرکز مربوط دانست، اما به طور کلی به حسن انتخاب پردازش ربط پیدا می‌کند (آیزنک ۱۹۹۴). اکثر صاحب نظران تعریف "ویلیام جیمز" از "توجه" را به عنوان محور مد نظر قرار داده‌اند. "جیمز" در تعریف "توجه" بیان می‌کند که:

"توجه عبارت است از اشتغال ذهن فرد به صورت روشن و واضح نسبت به یک مورد از موارد متعدد که به طور همزمان در میدان توجه و یا تفکر او قرار می‌گیرد" (جیمز ۱۸۹۰-۱۹۵۲، صفحه‌ی ۲۶۱).

"دیوید مار" ۱۹۸۲ (به نقل از دالگلیش^۲ ۱۹۹۴) به سه سطح تحلیل در پردازش شناختی قائل است:

۱. "سطح تجریدی"^۳: که به صورت انتزاعی بوده و به توصیف یک سیستم به صورت یک کل

می‌پردازد.

۲. "سطح بازنمایی"^۴: که یک سطح اختصاصی بوده و چگونگی اجرا و انجام یک کار را مشخص

می‌کند.

۳. "سطح سخت‌افزاری"^۵: که حیطه‌ی مکانیکی داشته و چگونگی عملکرد سطح بازنمایی را بیان

می‌دارد.

در مورد انسان مرحله‌ی سوّم همان نظام "عصب مرکزی" است. "دالگلیش" (۱۹۹۴)، این چهارچوب نظری را در مورد توجه به کار برده و بیان می‌دارد که در سطح تجریدی، پردازش توجه در دو بخش متفاوت رخ می‌دهد، "خودکار" و "کنترل شده" یا "آگاهانه". در "پردازش خودکار" که خارج از دسترس آگاهی است، سرعت پردازش و ظرفیت آن بالاست. در حالی که "پردازش کنترل شده" به صورت آهسته، با ظرفیت محدود، انعطاف‌پذیر و آگاهانه صورت می‌گیرد.

بر اساس نظریه‌ی "کینز بورن"^۶ (۱۹۹۴) برخی از انتخاب‌ها قبل از تولّد در سیستم عصبی طراحی شده است (به عنوان مثال پاسخ "از جا پریدن"^۷ به یک محرک غیرمنتظره و هراسناک در اولین برخورد). در حالی که برخی موارد - اگر چه آرام و با مشکلاتی آموخته شده‌اند - خودکار می‌باشند (برای مثال در آزمون استروپ هنگامی که آزمودنی کلمه را می‌خواند، می‌داند که یکی از عوامل، بی‌ربط و مزاحم می‌باشد). توجه

1- David Marr

2- Dalgeleish

3- Computational level

4- Representational level

5- Hardward level

6- Kinsbourne

7- Startle response

به دو صورت می‌تواند رخ دهد، "توجه متمرکز"^۸ و توجه "تقسیم شده"^۹. در "توجه متمرکز"، آزمودنی یاد می‌گیرد که تنها بر یک محرک، از چند محرک ارائه شده در محیط متمرکز شده و نسبت به سایر محرک‌ها بی‌تفاوت باشد. برای مثال در تکلیف "شنود دو گوشی"^{۱۰}، دو سری کلمه به طور همزمان از طریق گوشی به دو گوش ارائه می‌شود و از آزمودنی خواسته می‌شود که تنها به پیام ارائه شده از یک گوش توجه کرده و پاسخ دهد و نسبت به اطلاعات وارده به گوش دیگر بی‌اعتنا باشد.

در تکلیف "توجه تقسیم شده" آزمودنی آموزش می‌بیند که توجه خود را در میان محرک‌هایی که هم‌زمان ارائه شده‌اند تقسیم نماید. به عنوان مثال از آزمودنی خواسته می‌شود که توجه خود را بین دو گروه از کلمات که به طور همزمان از طریق شنود و دو گوشی ارائه می‌شود معطوف نماید (ایزنک، ۱۹۹۲، ۱۹۹۴). تکالیف "استروپ"^۲ و "کشف نقطه"^۳ در صفحه‌ی رایانه دو شیوه مطالعه توجه است. این دو تکلیف سوگیری توجه را که به صورت خودکار و غیر داوطلبانه رخ می‌دهد اندازه‌گیری می‌نماید. تکلیف "استروپ" تغییر یافته^۴ به عنوان یک "پارادایم تجربی" در تحقیقات زیادی به کار رفته است. "استروپ" (۱۹۳۵) دریافت که سرعت خواندن رنگ در شرایطی که کلمات (قرمز، سبز و . . .) نیز چاپ شده‌اند با تأخیر صورت می‌گیرد (برای مثال هنگامی که کلمه‌ی قرمز با رنگ سبز چاپ شده باشد). این پارادایم در آغاز دهه‌ی هشتاد به صورت تغییر یافته در اختلالات هیجانی برای مطالعه‌ی اثرات محرک‌های تهدید کننده در پردازش شناختی به کار رفت. در مورد تکلیف "کشف نقطه" یک جفت محرک (کلمه) تهدید کننده و غیر تهدید کننده به طور هم‌زمان ارائه می‌شوند. در این روش مکان منابع پردازش دو محرک اندازه‌گیری و زمان واکنش به یک محرک خنثی که به سرعت به جای جفت کلمات در صفحه‌ی رایانه ظاهر می‌شود ارزیابی می‌گردد. معمولاً بیماران مضطرب یک سوگیری توجه انتخابی را نسبت به محرک‌های مربوط به تهدید نشان می‌دهند.

حافظه

-
- 8- Focused attention
 - 9- Divided attention
 - 1- Dichotic listening-task
 - 2- Stroop
 - 3- Probe dot
 - 4- Modified stroop task

هر نظام "حافظه"^۵ برای ذخیره‌ی اطلاعات نیازمند رمزگردانی، ذخیره‌سازی و بازیابی اطلاعات است. این سه مرحله به یکدیگر متصل بوده و در عین حال تصوّر این که هر سه در یک مرحله‌ی واحد رخ دهند، مشکل است. به علاوه چنین تقسیم‌بندی سبب درک بهتر نظام‌های حافظه نیز می‌باشد.

رمزگردانی

رمزگردانی^۱ اولین مرحله‌ی پردازش اطلاعات و دربرگیرنده‌ی یادگیری و یادسپاری است. به طور کلی حافظه‌ی فوری متکی بر رمزگردانی بر حسب مشخصات آواشناختی است. برای مثال احتمال این که کلمات با صدای تقریباً یکسان را (برای مثال "رود" و "روم") بتوان بطور صحیح بازخوانی کرد بسیار کمتر از کلماتی است که دارای صدای‌های متفاوت هستند (برای مثال شب و سحر). این امر به این دلیل است که نظام حافظه، کلمات را بر حسب صداها رمزگذاری می‌کند.

چنین موردی را در ارتباط با کلمات هم‌معنی نمی‌توان دید (برای مثال بزرگ و عظیم)، (بدلی^۲ ۱۹۹۶). انواع متفاوتی از رمزگردانی را توسط آموزش، دست‌کاری یا به وسیله‌ی ترکیب این دو عامل در شرایط تجربی می‌توان ایجاد کرد.

ذخیره‌سازی^۳

فراموشی^۴ بازتاب از دست دادن اطلاعات یا پایین آمدن عملکرد حافظه در پی گذر زمان تعریف می‌شود (پارکین^۵ ۱۹۸۷، بدلی ۱۹۹۵). این مسأله را می‌توان به دلیل فساد اطلاعات ذخیره شده در حافظه در اثر مرور زمان یا به وسیله‌ی جایگزینی اطلاعات ذخیره شده مازاد بر ظرفیت حافظه تلقی کرد. نظریه‌ی "تداخلی"^۶ بیان می‌دارد که فراموشی ناشی از فساد توسط سایر اطلاعات ذخیره شده هم در خلال یادگیری‌های جدید و هم در اثر یادگیری قبلی می‌باشد.

بازگردانی

5- Memory
1- Encoding
2- Baddeley
3- Storage
4- Forgetling
5- Parkin
6- Interference

در رابطه با حافظه‌ی بلند مدت، بازگردانی^۷ به عنوان یک تعدیل کننده‌ی حافظه عمل می‌کند به طوری که اطلاعات بازیابی شده از حافظه‌ی بلندمدت در حافظه‌ی فعال قرار گرفته، مجدداً پردازش و سپس ذخیره می‌گردد (سیگل^۸ ۱۹۹۳). بازیابی به صورت مستقیم در قالب "بازخوانی"^۹ و به صورت غیر مستقیم در قالب "تأثیرات آغازین"^{۱۰} و کامل کردن ریشه‌ی کلمات صورت می‌گیرد. اصل اختصاصی رمزگردانی بر این نکته تأکید دارد که بازیابی تنها در صورتی با موفقیت انجام می‌گیرد که یک "نشانه"^{۱۱} به طور مستقیم با اطلاعات اصلی ذخیره شده هم‌سان باشد (تولینگ^{۱۲} ۱۹۷۲ و تامسون^{۱۳} ۱۹۷۳).

طبقه‌بندی حافظه

اسکوئر^۴ (۱۹۹۲) طبقه‌بندی زیر را برای حافظه پیشنهاد می‌کند.

۱. حافظه‌ی آشکار، کوهن^۵ و اسکوئر (۱۹۸۰) معتقدند که حافظه‌ی آشکار عبارتند از بازخوانی آگاهانه‌ی حقایق و حوادث که در زبان رایج به نام حافظه و یادآوری نامیده می‌شود. حافظه‌ی حقایق و حوادث به حافظه‌ی کلمات، صحنه‌ها، چهره‌ها و داستان‌هایی که با آزمون‌های معمولی بازخوانی و بازشناسی ارزیابی می‌شوند، مربوط است. واژه‌های معادل دیگر برای حافظه‌ی آشکار، "حافظه‌ی صریح"^۶ (شاختر^۷ ۱۹۹۴) می‌باشد. حافظه‌ی آشکار متشکل از دو زیرسیستم است، "حافظه‌ی رویدادی"^{۱۱} یا "حوادث"^{۱۱} و "حافظه‌ی معنایی"^{۱۲} یا "حقایق"^{۱۳} (تولینگ ۱۹۷۲). حافظه‌ی رویدادی یا حوادث عبارت است از نظام بازخوانی تجربیات شخصی یا حوادث و رویدادهای مربوط به گذشته (برای مثال یادآوری تاریخ تولد). حافظه‌ی معنایی به دانش عمومی و کلی مربوط است (برای مثال دانستن پایتخت ایران). حافظه‌ی رویدادی به شدت تحت تأثیر درجه توجه و سازمان‌دهی است. هم چنان که ذکر شد، حافظه‌ی معنایی فراگیری و

7- Retrieval

8- Siegel

9- Recall

10- Prime effects

1- Cue

2- Tulving

3- Tamson

4- Squer

5- Cohen

6- Declarative

7- Explicit

8- Schater

9- Episodic

11. Even

12. Semantic

13- Facts

نگهداری اطلاعات حقیقی در مورد جهان به صورت وسیع و گسترده را شامل می‌شود. دانش و عقایدی که در مورد جهان به دست آمده و به صورت اختصاصی یا کلی در شکل عینی یا انتزاعی به کار می‌رود به حافظه‌ی معنایی مربوط است. حافظه‌ی معنایی به عنوان یک منبع اصلی برای تفکر و بازخوانی تلقی شده و فراتر از آن چیزی است که بتوان به صورت فوری درک نمود (نیلسون^{۱۴} ۱۹۹۳).

با این حال کاربرد اطلاعات در حافظه‌ی معنایی، مستلزم بازخوانی آگاهانه از موقعیت و شرایط اطلاعات فراگرفته شده نیست. مکان عصب روان‌شناختی حافظه‌ی رویدادی و حافظه‌ی معنایی کاملاً^{۱۵} مشخص نیست، اما به نظر می‌رسد که منطقه‌ی پیش‌بینایی "کرتکس"^{۱۶} در حافظه‌ی رویدادی دخالت داشته، در حالی که مناطق "لب گیجگاهی میانی"^{۱۷} در نظام حافظه‌ی معنایی درگیر می‌باشد (شاختر و تولوینگ ۱۹۹۴).

یادآوری و بازشناسی

یادآوری و بازشناسی دو روش ارزیابی حافظه آشکار است. از نظر کارکردی یادآوری و بازشناسی به یکدیگر مربوط می‌باشند. تحقیقات انجام شده با بیماران "آمنزیا"^{۱۸} با استفاده از روش‌های مذکور نقایص یکسانی را نشان داده‌اند. از طرف دیگر مطالعات انجام شده با بیماران عادی نشان می‌دهد که حداقل بخشی از بازشناسی نظیر پردازش آغازین به طور خودکار عمل می‌کند (جاکوبی^{۱۹} ۱۹۸۳). بر این اساس یادآوری وابسته به حافظه صریح و آشکار می‌باشد، در حالی که بازشناسی هم به حافظه آشکار و هم به حافظه نهان مربوط است. برخی یافته‌ها نیز مؤید این نکته است که یادآوری و بازشناسی چندان هم به یکدیگر مربوط نبوده و در بیماران آمنزیا نقایص یکسانی را نشان نداده‌اند (هیست^{۲۰}، شی‌مامورا^{۲۱} و اسکوتر ۱۹۹۲). به عقیده‌ی اسکوتر (۱۹۹۲) یادآوری و بازشناسی از نظر کارکردی به حافظه‌ی آشکار مربوط بوده، در حالی که پردازش آن‌ها متفاوت می‌باشد.

در آزمون یادآوری از آزمودنی خواسته می‌شود که با یادآوری اطلاعات، تجربیات گذشته را از طریق یادآوری آزاد و یا یادآوری نشانه‌ای مجدداً^{۲۲} تولید نماید. یادآوری آزاد به بازیابی اطلاعات یا حوادث گذشته بر حسب گستردگی و پیشرفت دامنه‌ی راهبردهای شناختی گفته می‌شود. این نوع یادآوری به طرق مختلف قابل ارائه هستند،

14- Nilson

1- Prefrontal cortex

2- Medel temporal lobe

3- Amnesia

4- Jacoby

5- Hirst

6- Shimamura

نظیر کلمات، اعمال، تصورات، گزاره‌های انتزاعی^۱. یادآوری آزاد بنیاد و پایه‌ای برای بازسازی و تولید اطلاعات ذخیره شده است. به عنوان مثال از آزمودنی خواسته می‌شود تا حد امکان کلماتی را که قبلاً "بصورت یک مجموعه به او ارائه شده است بر روی ورقه‌ی کاغذ بازنویسی نماید. در این تکلیف آزمودنی باید تلاش کند تا کلمات را بدون کمک هیچ گونه اطلاعات خارجی یادآوری نماید (پارکین^۲ ۱۹۸۷).

عملکرد کودکان در یادآوری آزاد از بزرگسالان به مراتب ضعیف‌تر است. این موضوع به پایین بودن سطح دقت کودکان در یادآوری مربوط نمی‌شود، بلکه به این دلیل است که بازنمایی‌های مشتمل بر اطلاعات اندک است (فاندودیز^۱ ۱۹۸۹). به عنوان مثال (سی‌ویتز^۲ ۱۹۸۷) دریافت که کودکان زیر ده سال مواد کمتری را در یادآوری آزاد نسبت به نوجوانان تولید می‌کنند. اما هنگامی که به آزمودنی‌ها امکان استفاده از نشانه‌های بازشناسی داده می‌شود، کودکان قادر به یادآوری حوادث می‌گردند.

در تکلیف بازشناسی، به آزمودنی اطلاعات بی‌ارتباط همراه محرک اصلی ارائه شده و او باید تصمیم بگیرد که کدام یک از اطلاعات قبلاً "به او ارائه شده است؟ (آیزینک و کین ۱۹۹۰) یکی از موارد بسیار روشن در مورد حافظه این است که معمولاً "یادآوری حوادث با تجربیات قبلی به شکل "بازشناسی" بسیار ساده‌تر از "یادآوری آزاد" صورت می‌گیرد (پارکین ۱۹۸۷). کودکان نیز در تکلیف بازشناسی بسیار موفق‌تر از یادآوری آزاد عمل می‌کنند.

۲. حافظه‌ی نهان^۳، افراد موارد مربوط به حافظه را تنها در قالب یادآوری و بازشناسی اطلاعات، آن هم به صورت آگاهانه، ارائه نمی‌دهند. بخش دیگری از اطلاعات به صورت پردازش روان‌تر و نیز به شکلی ناآگاهانه تولید می‌شوند. چنین حافظه‌ای از طریق ارائه‌ی تکالیف غیر مستقیم حافظه قابل شناخت است. برای مثال به آزمودنی لیستی از کلمات ارائه می‌شود. پس از مدتی با ارائه‌ی لیست دیگری که شامل دو یا سه حرف اول کلمات است، از او خواسته می‌شود با ملاحظه‌ی حروف، اولین کلمه‌ای که به ذهن او خطور می‌کند را بنویسند.

7- Abstract propositions

8- Parkin

1- Fundudis

2- Saywitz

3- Non-declarative memory

حافظه‌ی نهان مشتمل بر دامنه‌ی وسیعی از انواع "مهارت‌های" یادگرفته است. نظیر "مهارت‌های حرکتی"^۴، "مهارت‌های ادراکی"^۵ و "مهارت‌های شناختی"، اشکال مختلف "عادت‌ها"^۶ یادگیری‌های شرطی کلاسیک ساده^۷ (نظیر برخی از انواع یادگیری‌های هیجانی).

به منظور مطالعه‌ی رابطه‌ی میان هیجان و حافظه، محققین انواع متفاوتی از تکالیف حافظه، نظیر "یادآوری" و "بازشناسی" (برای مطالعه‌ی حافظه‌ی آشکار) و یادآوری "نشانه‌ای"^۸ (برای مطالعه‌ی حافظه‌ی نهان) را در افراد مبتلا به اختلالات هیجانی به کار برده‌اند. از نظر دیدگاه‌های شناختی ماهیت تکالیف حافظه یکسان نمی‌باشد. تکالیف حافظه‌ی آشکار، به ارزیابی اطلاعات هیجانی به طور مستقیم می‌پردازد، لذا پردازش اطلاعات توأم با آگاهی و از این جهت "راهِبردی"^۱ می‌باشد. در حالی که مکانیسم تکالیف حافظه‌ی نهان خودکار بوده و اطلاعات هیجانی به صورت غیر مستقیم ارزیابی می‌شود (متیوز^۲، ۱۹۹۳).

۳. تکلیف استروپ، در دو دهه‌ی گذشته، تحقیقات قابل ملاحظه‌ای در خصوص جنبه‌های شناختی اختلالات هیجانی، نظیر اضطراب و افسردگی انجام گرفته است. مفاهیم پردازش اطلاعات به عنوان یک چهارچوب اساسی برای درک هر چه بهتر اختلالات هیجانی پیشنهاد گردید (بک و امری^۳، ۱۹۸۵، فوا و همکاران^۴، ۱۹۸۹). اختلالات هیجانی طولانی مدّت موجب ایجاد ساختارهای شناختی (ساختارهای ترس) می‌گردد که در خلال برانگیختگی هیجانی فعال می‌شوند (ویلیامز^۵، واتز^۶، مک‌لئود و متیوز^۷، ۱۹۸۸، ۱۹۹۹). به نظر می‌رسد که بیماران دارای اختلالات اضطرابی ساختارهای ترس را گسترش داده و ارائه‌ی اطلاعات در قالب ساختار ترس باعث فعال‌تر شدن ساختار و تداوم پاسخ‌های ترس می‌شود (لنگ، ۱۹۷۷). محققین انواع متفاوتی از روشهای تجربی نظیر استروپ (تکلیف نامیدن رنگ)، تکلیف کشف نقطه و تکالیف متعدد حافظه را برای مطالعه‌ی پردازش اطلاعات هیجانی به کار برده‌اند.

-
- 4- Motor skills
 - 5- Perceptual skills
 - 6- Habites
 - 7- Simple classical conditioning learning
 - 8- Cuedrelad
 - 1- Strategy
 - 2- Mathews
 - 3- Emery
 - 4- Foa
 - 5- Williams
 - 6- Watts

سابقه‌ی تحقیقات مربوط به استروپ به پنجاه سال قبل از وی برمی‌گردد. کاتل^۱ (۱۸۸۶) دریافت که آزمودنی‌ها می‌توانند کلمات اصلی را سریع‌تر از زمانی که از آن‌ها خواسته می‌شود رنگ کلمات را بیان کنند بخوانند.

استروپ^۲ (۱۹۳۵) بیان کرد هنگامی که کلمه و رنگ در این تکلیف به صورت هم‌زمان ارائه گردد موجب تداخل می‌شود (به عنوان مثال کلمه قرمز به رنگ سبز چاپ شده و از آزمودنی خواسته می‌شود که تنها رنگ کلمه را با صدای بلند خوانده و به کلمه یا مفهوم کلمه اعتنا نکند). چنین مکانیسمی به عنوان روش مطالعه پردازش‌های شناختی خودکار مورد استفاده واقع شده است. این تکلیف در ماهیت خود از دو جزء "کلمه" و یک مشخصه‌ی فیزیکی نظیر "رنگ" یا "شکل" تشکیل می‌شود. آزمودنی باید ضمن توجه به یک جزء، از جزء دیگر غافل شود. زمان واکنش به تکلیف اصلی‌ترین معیار مقایسه میان عملکرد افراد و گروه‌ها است. نتایج حاصل از آزمون استروپ بیان‌گر یک جنبه‌ی اساسی توجه است که افراد با عنایت به یک جنبه از توجه به سایر مشخصات اجتناب می‌کنند. سؤال اصلی این است که چگونه می‌توان چنین پدیده‌ای را توصیف کرد؟ ساده‌ترین تفسیر در این خصوص این است که تفاوت میان نامیدن رنگ و خواندن کلمه در سرعت پردازش است. آزمودنی‌ها به طور معمول در خواندن کلمات سریع‌تر هستند تا گفتن رنگ، به همین جهت این امکان وجود دارد که کلمات سریع‌تر پردازش شوند تا اطلاعات مربوط به رنگ. بنابراین اگر کلمه با رنگ هم‌سان نوشته شود، آزمودنی در پاسخ نامیدن رنگ سریع‌تر عمل خواهد کرد. در مقابل اگر تضادی میان کلمه و رنگ وجود داشته باشد، پاسخ مدت زمان بیشتری طول خواهد کشید زیرا تداخل در بیان رنگ به واسطه کلمه موجب تأخیر خواهد شد.

از اواسط دهه‌ی ۹۰ به بعد تکلیف استروپ تغییر پیدا کرد. در شکل تغییر یافته‌ی استروپ از کلمات با بار هیجانی مختلف استفاده شد تا از این طریق مطالعاتی در مورد پردازش شناختی آزمودنی‌ها با اختلالات هیجانی مختلف انجام گیرد (متیوز و مک‌لئود، ۱۹۸۵). در این تکلیف کلمات با بار هیجانی خاصی بر روی کارت در رنگ‌های مختلف چاپ می‌شد. (تعداد کلمات ممکن بود تا یکصد کلمه برسد). نسخه‌ی رایانه‌ای استروپ نیز از آغاز دهه‌ی هشتاد تهیه و مورد استفاده قرار گرفته است (مکنالی و ری مارم^۳، ۱۹۹۰) که دارای مزایای بیشتری نسبت به نسخه‌ی چاپی است.

7- Stroop

8- Cattell

1- Macnally & Riemarm

عملکرد افراد بزرگسال مبتلا به اختلالات اضطرابی، به منظور مطالعه‌ی سوگیری توجه در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی آزمون استروپ به طور گسترده مورد استفاده قرار گرفته است. نتایج تحقیقات بیانگر وجود تأخیر در فرآیند پاسخ نسبت به اطلاعات مربوط به ترس است. این یافته‌ها در مورد بیماران مبتلا به "اضطراب تعمیم یافته" (GAD)^۱ (برای مثال متیوز و مک‌لثود، ۱۹۸۶)، "هراس ساده"^۲ (واتز و همکاران، ۱۹۸۶)، "اختلال آسیمگی"^۳ (برای مثال اهلرز^۴ و همکاران، ۱۹۸۸، مک‌نالی و همکاران، ۱۹۹۴)، "هراس اجتماعی"^۵ (برای مثال هوپ^۶ و همکاران)، "اختلال وسواس اجبار"^۷ (برای مثال مک‌کارتی^۸ و همکاران، ۱۹۹۰) و اختلال اضطراب استرس پس از ضربه (PTSD)^۹ (برای مثال ترشر^{۱۰} و همکاران، ۱۹۹۴) مورد تأیید قرار گرفته است.

در اغلب تحقیقات مذکور افراد مضطرب بالینی^{۱۱} و غیر بالینی^{۱۲} مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج حاکی از آن است که این قبیل افراد در واکنش به محرک‌های تهدید کننده و منفی در مقایسه با محرک‌های خنثی زمان بیشتری را جهت ارائه‌ی پاسخ صرف می‌کنند، هر چند که یافته‌های حاصل از به کارگیری نسخه‌ی رایانه‌ای با نسخه‌های معمولی تا حدی متفاوت است. ولی در مجموع، یافته‌ها نشان می‌دهند که بیماران مضطرب دارای یک سوگیری در توجه نسبت به محرک‌های مربوط به تهدید در مقایسه با گروه کنترل و محرک‌های خنثی هستند.

تکلیف اصلاح شده استروپ همچنین برای بررسی سوگیری توجه در افراد افسرده به کار رفته است. در اغلب این تحقیقات محرک‌های هدف عبارتند از کلمات منفی مربوط به افسردگی که همراه با کلمات مثبت و یا خنثی مقایسه گردیده‌اند. یافته‌های حاصل از این مطالعات متناقض بوده و از اعتبار کم‌تری نسبت به یافته‌های حاصل از مطالعه‌ی بیماران اضطرابی برخوردار هستند. هر چند که برخی یافته‌ها تا حدی سوگیری نسبت به محرک‌های منفی (به ویژه محرک‌هایی که بیانگر خود توصیفی^{۱۳} در افراد افسرده است) را

2- Generalized anxiety disorder

3- Simple phobia

4- Panic

5- Ehlers

6- Social phobia

7- Hope

8- Obsessive Compulsive disorder

9- Mccarthy

10- Post - Traumatic Stress Disorder

11- Thrasher

1- Clinical

2- Non-clinical

3- Self-descriptive

نشان می‌دهند (برای مثال ویلیام و نولتی^۱ ۱۹۸۶)، اما این سوگیری را احتمالاً می‌توان به وجود سطحی از اضطراب که در افراد افسرده وجود دارد نسبت داد. هم چنان که اشاره شد در موارد متعدّد دیگر چنین نتایجی حاصل نشد (برای مثال گاتلیب^۲ ۱۹۸۷).

سوگیری توجه در کودکان و نوجوانان، مطالعه در خصوص ابعاد شناختی، به ویژه آسیب‌شناسی شناختی در کودکان و نوجوانان ظرف چند سال گذشته مورد توجه قرار گرفته است. مارتین^۳ و همکاران (۱۹۹۲) عملکرد شناختی کودکان را در سنین متفاوت با تکلیف استروپ استاندارد و نیز تکلیف استروپ تغییر یافته مورد مطالعه قرار دادند. آزمودنی‌ها شامل ۴۸ کودک در سه گروه سنی (۶ و ۷ ساله، ۹ و ۱۰ ساله و ۱۲ و ۱۳ ساله) بودند. هر گروه با توجه به پاسخ‌های ارائه شده، به دو سؤال (الف: آیا عنکبوت را دوست دارند و ب: آیا مایل هستند که به عنکبوت دست بزنند)، به دو زیر گروه دارای اختلال هراس و غیر مبتلا به اختلال هراس تقسیم شدند. ۵ گروه کلمه شامل کلمات بی‌معنا، کلمات مربوط به رنگ، کلمات مربوط به عنکبوت، کلمات کنترل و کلمات برای تمرین بعنوان محرک انتخاب شدند. از آزمودنی‌ها به صورت انفرادی خواسته شد که یک کلمه را هر چه سریع‌تر با صدای بلند بخوانند، در حالی که باید نسبت به معنای آن‌ها بی‌اعتنا باشد. تحلیل نتایج نشان داد که کودکان ۶ و ۷ ساله دارای سوگیری در پردازش محرک‌های مربوط به عنکبوت هستند. نکته‌ی جالب این که در حالی که هر دو گروه دارای اختلال هراس و غیر مبتلا به اختلال هراس، در استروپ استاندارد سوگیری از خود نشان دادند (مدّت نامیدن رنگ به طور معناداری طولانی‌تر از نامیدن کلمه بود). تنها گروه دارای اختلال هراس سوگیری در آزمون استروپ تغییر یافته از خود نشان دادند (یعنی بطور معناداری کلمات مربوط به عنکبوت را در مقایسه با کلمات کنترل به کندی نام بردند). تقوی و همکاران (۲۰۰۰) در یک مطالعه، تکلیف استروپ تغییر یافته‌ی ویژه کودکان و نوجوانان را برای بررسی پردازش شناختی در کودکان و نوجوانان ۱۰ تا ۱۸ ساله مبتلا به اختلال اضطرابی بکار بردند. در این آزمایش گروه‌های کلمات با بار هیجانی مختلف به عنوان محرک به کار گرفته شدند. نتایج نشان دادند که کودکان مضطرب، سوگیری معناداری را نسبت به محرک‌های تهدید کننده در مقایسه با گروه کنترل و نیز سایر محرک‌ها دارا هستند. در مطالعه‌ی مشابهی کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب استرس پس از سانحه (PTSD) و فرزندان والدینی که دچار این اختلال بودند مورد بررسی قرار گرفتند. آن‌ها در تکلیف استروپ تغییر یافته، سوگیری قابل توجهی را نسبت به محرک‌های مربوط به حادثه - در مقایسه با

4- Nulty

5- Gotlib

6- Martin, Hoodes, Jones

افراد عادی و سایر محرک‌های منفی بی‌ارتباط به حادثه و حتی خشتی - نشان دادند (مرادی و همکاران ۱۹۹۹). یافته‌های مذکور حکایت از وجود سوگیری نسبت به اطلاعات موافق ساختار تهدید در بیماران اضطرابی و نیز اطلاعات همسان با سانحه در اختلال PTSD است. همچنین یافته‌های این مطالعات، هم سویی لازم را با یافته‌های حاصل از مطالعات در بزرگسالان نشان می‌دهند. به منظور اجتناب از تأثیرپذیری نتایج از محدودیت‌ها و ایراداتی که از دیدگاه روش شناختی به آزمون تکلیف استروپ تغییر یافته وارد است، مطالعاتی با استفاده از روش‌های دیگر نیز صورت گرفته که به آن اشاره می‌شود.

در بخشی از این مطالعات از تکلیف "کشف نقطه" استفاده شده است. این شیوه توسط "مکلئود"^۱ و همکاران (۱۹۸۶) به کار گرفته شد. در این ابزار توجه بینایی به طور مستقیم مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. در این تکلیف، کلمات به صورت جفت بر صفحه‌ی رایانه ظاهر می‌شوند (یکی در بالا و دیگری در پایین). از آزمودنی خواسته می‌شود که ضمن خواندن کلمه‌ی بالا، نسبت به کلمه‌ی پایین بی‌اعتنا باشد. جفت کلمات با فاصله‌ی زمانی معین از صفحه‌ی رایانه حذف و جفت کلمه دیگری به جای آن ظاهر می‌شود. گاهی پس از ناپدید شدن جفت کلمه، یک نقطه‌ی کوچک تقریباً "در نقطه‌ای نزدیک به محل یکی از کلمات پدیدار می‌شود. به آزمودنی آموزش داده می‌شود که به محض دیدن نقطه، با فشار دادن یک کلید آن را از صفحه‌ی رایانه حذف نماید. فاصله‌ی زمانی میان ظاهر شدن نقطه، تا کشف آن توسط آزمودنی، مقیاس حسّاس و قابل اطمینان برای ارزیابی توجه بینایی است. این زمان به طور خودکار توسط رایانه ضبط می‌شود. نکته‌ی جالب این است که در برخی موارد، یکی از کلمات هر جفت تهدید کننده بود و به جای کلمه‌ی خشتی در صفحه ظاهر می‌شد. بیماران اضطرابی، در مقایسه با افراد عادی، به دلیل توجه به محرک‌های تهدید کننده، سریع‌تر نقطه را که به جای کلمه‌ی تهدید کننده آمده است، کشف می‌کنند. اما زمانی که محرک (کلمه) غیرتهدیدکننده است، کندتر عمل می‌کنند (مکلئود ۱۹۸۶). این شیوه دارای دو ویژگی است، اول این که فاقد محدودیت‌های شیوه‌های خود گزارشی (که به علت سوگیری، پاسخ‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهند) است. به علاوه روش‌های خود گزارشی تنها آن بخش از جنبه‌های شناختی را در بر می‌گیرند که به صورت کلامی بیان می‌شوند. ویژگی دوم این است که این روش فرصتی را برای ارزیابی مستقیم توجه بینایی (دیداری)، فراهم می‌کند. چرا که آزمون به گونه‌ای طراحی شده که واکنش به محرک خشتی (کشف نقطه)، مستلزم ارائه‌ی پاسخ خشتی (فشار دکمه) است. در حالی که در آزمون استروپ، پاسخ به محرک هیجانی و منفی معیار ارزیابی می‌باشد که احتمال تحت تأثیر را افزایش می‌دهد.

با استفاده از این ابزار، سوگیری توجّه در بزرگسالان مضطرب مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان دادند که افراد مضطرب، یک توجّه انتخابی نسبت به محرک‌های تهدید کننده در مقایسه با محرک‌های خنثی دارند (مک‌لئود و متیوز ۱۹۸۸، مک‌لئود و همکاران ۱۹۸۶). در مقابل، افراد افسرده هیچ گونه سوگیری نسبت به محرک‌های مربوط به افسردگی از خود نشان ندادند. یافته‌های مذکور هم سویی کامل با یافته‌های حاصل از استروپ دارند. نتیجه‌ی حاصل از تحقیقات بیان می‌دارد که تفاوت اختلالات هیجانی در بزرگسالان، به تفاوت در الگوی پردازش اطلاعات هیجانی مربوط است که منجر به سوگیری می‌گردند.

موگ^۱ و همکاران (۱۹۹۲) دریافتند که کشف نقطه در بیماران مضطرب به طور نسبی سریع‌تر است. نکته‌ی جالب این که بیماران مضطرب اجتماعی نقطه را هنگامی که با واژه‌های تهدید کننده‌ی اجتماعی جا به جا شده‌اند، سریع‌تر کشف می‌کنند. این در حالی است که افراد مضطرب بهبود^۲ یافته هیچ گونه سوگیری نسبت به محرک‌های تهدید کننده نشان نمی‌دهند.

یافته‌های حاصل از مطالعات حاکی از این است که بیماران افسرده هیچ گونه سوگیری نسبت به محرک‌های مربوط به افسردگی نشان نمی‌دهند (برای مثال کاتلب و همکاران ۱۹۸۸). چند مطالعه با استفاده از تکلیف کشف نقطه در مورد سوگیری توجّه در کودکان و نوجوانان انجام گرفته، که نتایج آن‌ها مشابهت زیادی با یافته‌های حاصل از بررسی بزرگسالان دارد. وزی^۳ و همکاران (۱۹۹۴) مطالعه‌ای با کودکان و نوجوانان با اضطراب بالا و پایین با استفاده از این روش انجام دادند. تفاوت شیوه‌ی آن‌ها با روش مک‌لئود و همکاران، یکی در مدت زمان ارائه‌ی محرک‌ها و دیگری در تعداد محرک‌های ارائه شده بود (زمان ارائه‌ی محرک‌ها ۱۲۵۰ میلی ثانیه و تعداد کلمات ۱۶۰ عدد بود) نتایج نشان داد که کودکان با اضطراب بالا، نسبت به محرک‌های تهدید کننده، دارای سوگیری هستند. در مطالعه‌ی دیگر وزی و همکاران (۱۹۹۵) طیف گسترده‌ای از اختلالات اضطرابی کودکان و نوجوان نظیر "اضطراب جدایی"^۴، "اضطراب مفروط"^۵، "هراس اجتماعی"^۶، اختلال اجتنابی^۷، "هراس ساده"^۸، PTSD را انتخاب و در مطالعه‌ای با استفاده از تکلیف کشف نقطه شرکت دادند. نتایج بدست آمده یافته‌های مطالعه‌ی قبل را تأیید نمود.

1- Mogg

2- Recover

1- Vasey

2- Separation Anxiety disorder

3- Overanxious

4- Social Phobia

5- Avoidant disorder

6- Simple Phobia

سوگیری حافظه، نظیر مطالعات مربوط به سوگیری توجه، اغلب مطالعات انجام گرفته در خصوص سوگیری حافظه با افراد بزرگسال مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی صورت گرفته است. دو تفاوت عمده در مطالعات مربوط به سوگیری حافظه میان افراد مضطرب و افسرده وجود دارد. نخستین تفاوت به مسأله‌ی روش شناختی مربوط می‌شود. در بسیاری از بررسی‌های انجام شده با افراد مضطرب، از شیوه‌ی همبستگی استفاده شده است. در حالی که در مطالعات انجام شده با افراد افسرده، از طرح‌های شبه تجربی (استفاده از گروه آزمایشی) استفاده شده است. اگر چه دو روش مذکور از نظر آماری قابل قبول هستند، اما شیوه‌ی همبستگی نسبت به سایر روش‌ها از حساسیت کم‌تری برخوردار است. دومین تفاوت مربوط به آزمودنی‌ها است. در اغلب مطالعات انجام شده با بیماران مضطرب از آزمودنی‌های عادی و دانشجویان استفاده شده، در حالی که در مطالعات انجام شده در مورد افسردگی از بیماران و افرادی که از نظر بالینی افسرده بودند، استفاده شده است. بدیهی است که چنین تفاوت‌هایی در تفسیر نتایج بی‌تأثیر نخواهد بود (واتز، ۱۹۹۵).

نتایج پژوهش‌های انجام شده با افراد مضطرب، به طور قابل ملاحظه‌ای متناقض و ناهمسان می‌باشند. برخی از یافته‌ها بیانگر وجود سوگیری نسبت به محرک‌های تهدید کننده، به ویژه در حافظه‌ی نهان بودند. در حالی که نتایج تعداد دیگری از مطالعات چنین سوگیری را نشان ندادند. یافته‌های مطالعات انجام شده با آزمودنی‌های افسرده حکایت از وجود سوگیری بسیار قوی در حافظه، به ویژه حافظه‌ی آشکار داشتند. در یک بررسی، "آیزنک" و "بیرن" (۱۹۹۴)، ۴۰ دانشجوی ۱۸ تا ۳۵ ساله را انتخاب و آن‌ها را بر اساس نمرات مقیاس اضطراب حالت - صفت به سه گروه تقسیم کردند. تکلیف مربوطه متشکل از ۱۶۰ کلمه بود که نیمی دارای بار هیجانی تهدید کننده و نیم دیگر خنثی بودند. همه‌ی کلمات از نظر بار هیجانی توسط یک گروه از دانشجویان، کارکنان و اساتید درجه‌بندی شدند. لغات محرک از نظر فراوانی هم‌تا شده، و هر کلمه دارای یک ریشه‌ی سه حرفی مشترک با کلمه یا کلمات دیگر (با فراوانی مشابه) بود. سه تکلیف مربوط به حافظه شامل "تکمیل کلمات"، "بازخوانی با استفاده از نشانه" و "بازخوانی آزاد" بودند که توسط کامپیوتر به آزمودنی‌ها ارائه گردید. نتایج مطالعه مؤید وجود سوگیری در حافظه‌ی نهان در

-
- 1- Byrne
 - 2- Word completion
 - 3- Cued Recall
 - 4- Free recall

آزمودنی‌های با اضطراب بالا بود. اما در حافظه آشکار چنین پردازشی مشاهده نگردید. مشابه این یافته‌ها توسط مک‌لئود و مک‌لوقلین^۱ (۱۹۹۵) در یک مطالعه جامع به دست آمد.

پژوهش‌های قابل توجهی حکایت از این دارند شکایت‌هایی که افراد افسرده در مورد عملکرد حافظه دارند، به حالت هیجانی آن‌ها مربوط بوده و ارتباطی به عملکرد آن‌ها در آزمون‌های حافظه ندارند (برای مثال، واتز و شاروک^۲ ۱۹۸۷). به علاوه مجموعه یافته‌های حاصل از مطالعات انجام شده با افراد افسرده نشان می‌دهند که آن‌ها یک سوگیری نسبت به محرک‌های منفی در تکالیف حافظه‌ی آشکار دارند (برای مثال واتکینز^۳ و همکاران ۱۹۹۲).

به نظر می‌رسد که مشکلات حافظه‌ی افراد افسرده به حافظه‌ی طولانی مدت مربوط می‌شوند، در حالی که عملکرد آن‌ها در تکالیف مربوط به حافظه‌ی کوتاه مدت، دست نخورده و سالم هستند. کوهن و همکاران (۱۹۸۷) دریافتند که بیماران افسرده تنها در تکالیف بازخوانی تأخیری (طولانی مدت) دچار مشکل هستند و همان طور که بیان شد، این افراد نظیر بیماران "آمنزیا"^۴ سوگیری نسبت به محرک‌های منفی در تکالیف حافظه‌ی آشکار، به ویژه موارد مربوط به خود ارجاعی^۵ نشان می‌دهند.

سوگیری حافظه در کودکان و نوجوانان، در سال‌های اخیر، چند مطالعه در خصوص سوگیری در کودکان و نوجوانان با اختلالات هیجانی صورت گرفته است (برای مثال "هامن"^۶ و "زوپان"^۷ ۱۹۸۴؛ "هوگوز"^۸ و همکاران ۱۹۹۰؛ "نشاط دوست" و "همکاران" ۱۹۹۶).

هامن و زوپان (۱۹۸۴) مطالعه‌ای در مورد عملکرد حافظه‌ی کودکان ۸ تا ۱۲ ساله انجام دادند. آزمودنی‌ها بر مبنای نمرات به دست آمده از مقیاس افسردگی (سیاهه افسردگی کودکان CDI کوکس ۱۹۸۲)، به دو گروه افسرده و غیر افسرده تقسیم شدند. ۲۲ واژه‌ی صفت مثبت و ۲۲ واژه‌ی صفت منفی به عنوان مواد اصلی تکلیف انتخاب شدند. هر کلمه در دو موقعیت تکلیفی ارائه شد: الف) ساختاری (آیا این یک کلمه بلند است؟) ب) خودارجاعی (آیا کلمه به شما مربوط می‌شود؟). آزمودنی‌ها بایستی پاسخ بلی یا خیر می‌دادند. تکلیف نهایی شامل لیستی از ۴ گروه لغات بود (الف) ساختاری مثبت (ب) خودارجاعی

5- McLaughlin
6- Sharrock
7- Watkins
8- Amnesia
9- Self-reference
1- Hammen
2- Zupan
3- Hughes

مثبت (ج) ساختاری منفی و (د) خودارجاعی منفی. آزمایش‌گر هر کلمه را با صدای بلند می‌خواند و آزمودنی باید پاسخ می‌داد. بعد از ارائه لغات به طور غیر منتظره، از آزمودنی‌ها خواسته شد در مدت ۵ دقیقه تا حد امکان به یادآوری بپردازند. نتایج نشان داد که کودکان به شکل معناداری لغات خودارجاعی را بیشتر یادآوری کردند تا لغات ساختاری. آن‌ها هم چنین به طور معنادار لغات خودارجاعی که آن‌ها را توصیف می‌کرد بیشتر یادآوری کردند تا صفاتی که با پاسخ نه مشخص شده بودند. سرانجام کودکان افسرده لغات صفت منفی بیشتری را یادآوری کردند تا گروه غیر افسرده.

نشاط دوست و همکاران (۱۹۹۷) در یک بررسی دو تکلیف حافظه که شامل تکلیف خودتوصیفی (متشکل از سه گروه کلمه مثبت، منفی و خنثی) و تکلیف کلمات غیر مربوط (مشمول بر ۵ گروه کلمات مثبت، منفی، خنثی، تهدید کننده و وابسته به حادثه) را در مورد کودکان افسرده به کار بردند. تکلیف به دو صورت، مورد یادآوری و بازشناسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که در تکلیف اول، آزمودنی‌های افسرده سوگیری نسبت به کلمات منفی نشان دادند (خودارجاعی) در حالی که در تکلیف دوم هیچ گونه تفاوتی میان گروه افسرده و گروه کنترل مشاهده نگردید.

در خصوص کودکان مضطرب تحقیقات اندکی صورت گرفته است. تقوی و همکاران (۱۹۹۵) در یک مطالعه در مورد سوگیری حافظه‌ی کودکان مضطرب با آزمون‌های یادآوری و بازشناسی، دریافتند که این کودکان در آزمون یادآوری هیچ گونه سوگیری نسبت به کلمات منفی یا تهدید کننده از خود نشان ندادند. اما در آزمون بازشناسی، سوگیری نسبت به محرک‌های تهدید کننده مشاهده گردید. در تفسیر یافته‌ی مذکور، این نکته قابل ذکر است که تکلیف بازشناسی متشکل از دو بخش "آشنایی"^۱ و "تولید"^۲ می‌باشد (مندلر^۳ ۱۹۸۰). به نظر می‌رسد که بخش اول خودکار و "غیرآگاهانه"^۴ و بخش دوم "آگاهانه"^۵ صورت می‌گیرد. لذا سوگیری نسبت به تکلیف بازشناسی احتمالاً^۶ به دلیل تأثیر جنبه‌ی خودکار و ناآگاهانه‌ی تکلیف است.

در مطالعه دیگری مرادی و همکاران (۲۰۰۰) سه گروه از کودکان مبتلا به PTSD و فرزندان والدین مبتلا به PTSD و کودکان عادی را انتخاب کرده و آزمون‌های یادآوری و بازشناسی را که از ۵ گروه کلمات مثبت، خنثی، تهدید کننده، افسرده و وابسته به حادثه تشکیل شده بودند را با آن‌ها انجام دادند. هیچ یک از گروه‌های PTSD و فرزندان والدین مبتلا به PTSD، سوگیری به سمت هیچ یک از محرک‌ها نشان ندادند.

1- Familiarity
2- Generation
3- Mandler
4- Integsative
5- Elaborative

به طور خلاصه، نتایج چند مطالعه‌ی اخیر نشان می‌دهند که عملکرد کودکان و نوجوانان با اختلالات اضطرابی و افسردگی در حافظه، کم و بیش شبیه بزرگسالان می‌باشد.

نتیجه‌گیری

در این مقاله به بیان اجمالی برخی مطالعات در خصوص دو بُعد از ابعاد شناختی یعنی توجه و حافظه پرداخته شد. نتایج تحقیقات انجام شده با آزمون استروپ و تکلیف کشف نقطه در مورد کودکان مضطرب (برای مثال PTSD، GAD و افسرده) نشان می‌دهند که کودکان مضطرب یک سوگیری انتخابی به سمت اطلاعات تهدید کننده در مقایسه با کودکان عادی و سایر محرک‌های غیرمربوط (مثبت، خنثی، . . .) از خود نشان می‌دهند. در حالی که بیماران افسرده هیچگونه سوگیری انتخابی نسبت به محرک‌های افسرده یا انواع دیگر محرک‌ها از خود نشان ندادند. در مورد کودکان افسرده نتیجه کاملاً^۱ متفاوت است. در آن‌ها هیچ گونه سوگیری در تکلیف مربوط به توجه مشاهده نگردید.

در ارتباط با سوگیری حافظه، یافته‌های حاصل از به کارگیری دو تکلیف یادآوری و بازشناسی نشان می‌دهد که کودکان مضطرب هیچ گونه سوگیری در حافظه‌ی بازخوانی از خود نشان نمی‌دهند، اما در برخی مطالعات یک سوگیری در تکلیف بازشناسی از خود نشان دادند. این در حالی است که افراد افسرده تا حد قابل ملاحظه‌ای در تکلیف بازخوانی سوگیری نشان داده‌اند. تقوی و همکاران (۱۹۹۹) در پژوهشی در مورد کودکان و نوجوانان مضطرب، ۴ گروه از کلمات هیجانی شامل کلمات مربوط به تهدید فیزیکی، محرک‌های مربوط به تهدید اجتماعی و محرک‌های مربوط به افسردگی و محرک‌های خنثی را به دو گروه از آزمودنی‌های اضطرابی و گروه کنترل ارائه کردند. نتایج نشان داد که تنها کودکان مضطرب به طور مشخص سوگیری توجه نسبت به محرک‌های تهدیدکننده فیزیکی و اجتماعی را نشان دادند. اما در مورد سایر محرک‌ها، نظیر گروه گواه عمل کردند. در مجموع نتایج حاصل از مطالعات انجام شده با کودکان و نوجوانان نشان می‌دهد که الگوی پردازش اطلاعات هیجانی کودکان و نوجوانان شبیه الگوی پردازش اطلاعات هیجانی بزرگسالان است. این در حالی است که کودکان و نوجوانان افسرده نیز شبیه بزرگسالان افسرده در تکلیف مربوط به توجه عمل کرده‌اند. یافته‌های مذکور مؤید نظریه‌ی ویلیامز و همکاران (۱۹۸۸ و ۱۹۹۹) می‌باشد که پیشنهاد می‌کند ماهیت آسیب‌شناختی اختلالات هیجانی با یکدیگر تفاوت دارد. در حالی که افسردگی دارای نظام چند جزئی، که به مواردی نظیر از دست دادن^۱، شکست^۲ و . . . مربوط می‌شود، پردازش اطلاعات به صورت پردازش مفهومی^۳ درونی انجام می‌گیرد، در حالی که نحوه‌ی پردازش اطلاعات

1- Loss

2- Failur

3- Conceptual

در افراد مضطرب به صورت ادراکی^۱ بوده که با حساسیت نسبت به محرک‌های تهدید کننده شکل می‌گیرد (ویلیامز و همکاران ۱۹۹۹).

منابع

- Anderson, J., & Bower, G.H. (1973). *Human associative memory*. Washington, D.C.: Winston.
- Baddeley, A. (1966). Short-term memory for word sequences as a function of acoustic, semantic and formal similarity. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 18, 362-365.
- Baddeley, A. (1994). Working memory: Interface between memory and cognition. In D. L. Schacter, & E. Tulving (Eds.), *Memory Systems*, Boston, MA: Massachusetts Institute of Technology.
- Baddeley, A. (1995). The Psychology of Memory. In A. Baddeley, B. Wilson, & F. Watts (Eds.), *Handbook of Memory Disorders*, Chichester John Wiley & Sons Ltd.
- Bartlett, F. C. (1932). *Remembering: A Study in Experimental and Social Psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Beck, A.T. & Clark, D.A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective, *Anxiety Research*, 1, 520, 526.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy of Emotional Disorders*. New York: New American Library.
- Beck, A.T., Emery, G., & Greenberg, L. (1985). *Anxiety Disorders and phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.

- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Bower, G. H. & Coheri, P.R. (1982). In M.S., Clark & S.T., Fiske, (eds). *Affect and Cognition*. London: Lowrence Erlbaum Associations.
- Cattell, J.M. (1886). The time it takes to see and name objects. *Mind*, 11, 63-65.
- Cohen, N. J. (1984). Preserved learning capacity in amnesia: Evidence for multiple memory systems. In L. R. Squire & N. Butters (Eds.), *Neuropsychology of Memory*. New York: Guilford Press.
- Dalgleish, T. (1994). The relationship between anxiety and memory biases for material that has been selectively processed in a prior task. *Behaviour, Research and Therapy*, 32, 227-231.
- Ehlers, A., Margraf, J., Davies, S., & Roth, W.T. (1988). Selective processing of threat cues in subjects with panic attacks. *Cognition & Emotion*, 2, 201-209.
- Eysenck, M.W. (1992). *Anxiety: The Cognitive Perspective*. London: Lawrence Erlbaum.
- Eysenck, M.W., & Bume, A (1994). Implicit memory bias, explicit memory bias, and anxiety. *Cognition and Emotion*, 8, 415-431.
- Eysenck, M.W. & Keane, M.T. (1990). *Cognitive psychology: A Student's Handbook*. London: Lawrence Erlbaum Associates Ltd.
- Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioural/cognitive conceptualization of Post-Traumatic Stress Disorder. *Behaviour Therapy*, 20, 155-176.

- Fundudis, T. (1989). Annotation: Children's memory and the assessment of possible child sex abuse. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 337-346.
- Gotlib, I.H., Melachlan, A.L., & Katz, A.N. (1988). Biases in visual attention in depressed and non-depressed individuals. *Cognition and Emotion*, 2, 185-200.
- Gotlib, I.H. & Cane, D.B. (1987). Construct accessibility and clinical depression: A longitudinal investigation. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 199-204.
- Hamman C. & Zupan B.A (1984). Self-schemas, depression, and processing of personal information in children. *Journal of Experimental Child Psychology*, 37, 598-608.
- Haist, F., Shinamura, A. P., & Squire, L. R. (1992). On the relationship between recall and recognition memory. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 18, 691-702.
- Hope D.A, Rapee R.M., Heimberg R.G., & Dambeck M.J. (1990). Representations of the self in social phobia: Vulnerability to social threat. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 177-189.
- Hughes, J., Worchel, F., Stanton, S., Stanton, H., & Hall, B. (1990). Selective memory for positive and negative story content in children with high- and peer-rating of symptoms of depression. *School Psychology Quarterly*, 5, 265-279.
- Jacoby, L. L. (1983). Remembering the data: Analyzing interactive processes in reading. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behaviour*, 22, 485-508.
- James, W. (1890). *Principles of psychology*. New York: Holt

- Kinsbourne. M., (1994). Development of attention and metacognition. In S. J. Segalowitz & I., Rapin, (Eds.). *Handbook of Neuropsychology, VoL. 7: Child Ncuropsychology*; F. Boller and J. Grafman (Series Eds).
- Kovacs, M. & Beck, A.T. (1977). An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. In J.G. Schulterbrandt & A Raskin (Eds), *Depression in Children: Diagnosis, Treatment, and Conceptual Models*. New York: Raven Press.
- Kovacs, M. (1982). *The children's Depression Inventory*. Unpublished manuscript, University of Pittsburgh
- Lang,P.J. (1977). *Imagery in therapy: An information processing analysis of fear, Behaviour Therapy*, 8, 862-886.
- Lang, P.J. (1979). A Bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16, 495-512.
- Lang, P.J. (1985). *The cognitive psychophysiology of emotion: Fear and anxiety*. In A.H.
- MacLeod, C., & MeLaughlin, K. (1995). Implicit and explicit memory bias in anxiety: A conceptual replication. *Behaviour, Research and Therapy*, 33, 1-14.
- MacLeod, C., Mathews, A., & Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 15-20.
- MacLcod, C., & Mathews, A. (1988). Anxiety and the allocation of attention to threat. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 40, 653-670.

- Mandler, G. (1980). Recognizing: The judgment of Previous occurrence. *Psychological Review*, 87, 252-271
- Martin, M., Horder, P., & Jones, G.V. (1992). Integral bias naming of phobia-related words. *Cognition & Emotion*, 6, 479-486.
- Mathews, A., & MacLeod, C. (1986). Discrimination of threat cues without awareness in anxiety states. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 131-138.
- Mathews, A. (1993). Biases in processing emotional information. *The Psychologist: Bulletin of the British Psychological Society*, 6, 493-499.
- Mathews, A., & MacLeod, C. (1985). Selective processing of threat cues in anxiety sides. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 563-569.
- McNally, R.J., Riemann, B.C., & Kim, E. (1990). Selective processing of threat cues in panic disorder. *Behaviour Research & Therapy*, 28, 407-412.
- Mogg, K., Mathews, A., & Eysenck, M.W. (1992). Attentional bias to threat in clinical anxiety states. *Cognition & Emotion*, 6, 149-159.
- Moradi, A., Taghavi, R., Neshat-Doost, H., Yule, W. & Dalgleish, T. (1999). Performance of children and adolescents with PTSD on the Stroop colour naming task. *Psychological Medicine*. 29, 415-419.
- Moradi, A., Neshat-Doos H., Taghavi, R., Yule, W., & Dalgleish T. (1999). Performance of children of adults with PTSD on the Stroop colour-naming task. *Journal of Traumatic Stress*. 12, (4), 663-671.

- Moradi, A., Neshat-Doos H., Taghavi, R., Yule, W., & Dalglish T. (2000). Memory Bias for Emotional Information in children and adolescent with posttraumatic stress Disorder: A Preliminary study. *Journal of Anxiety Disorders*, Vol.14, No, 5, PP.521-534.
- Neshat-Doost, H., Taghavi, R., Moradi, A., Yule, W., & Dalglish, T. (1998). Memory for emotional trait adjectives in clinically depressed youth. *Journal of Abnormal Psychology*, 107 (4), 642-650.
- Neshat-Doost, H., Taghavi, R., Moradi, A., Yule, W., Daigleish, T. (1997). The performance of clinically depressed children and adolescents on the modified Stroop paradigm *Personality and Individual Differences*, 23, 753-759.
- Neshat-Doost, H., Moradi, A., Taghavi, R., Yule, W. & Dagleish T. (1999). The development of a corpus of emotional words produced by children and adolescents. *Personality and Individual Differences*. 27, 433-451.
- Nilsson L.G. (1993). Memory functions across the adult life span. Paper presented in *III European Congress of Psychology*, July 4-9, 1993, Tampere, Finland
- Parkin A.J. (1987). *Memory and Amnesia*, Oxford: Basil Blackwell Ine, 30-37.
- Schacter, D.L. (1994). Priming and Multiple Memory Systems: Perceptual Mechanisms of Implicit memory. In D.L. Schacter & E. Tulving (Eds.), *Memory Systems*, Massachusetts Institute of Technology.
- Saywitz, K.J. (1987). Children's testimony: age-related patterns of memory errors. In S.J. Ceci, M. P. Toglia & D.F. Ross (Eds), *Children's eyewitness memory*. New York: Springer-Veriag.

- Shiffrin, R.M., & Schneider, W. (1977). Controlled and automatic human information processing: Perceptual learning, automatic attending and a general theory. *Psychological Review*, 84, 127-190.
- Squire, L.R. (1992). Declarative and nondeclarative memory: Multiple brain systems supporting learning and memory. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 99, 195-231.
- Squire, L.R. (1992). Declarative and nondeciarative memory: Multiple brain systems supporting learning and memory. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 99, 195-231.
- Stroop, J.R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18, 643-662.
- Tagliavi, R., Neshat-Doost, H. T., Moradi, AR., Yule, W., & Dalglish, T. (1999). Biases in visual attention in children and adolescents with clinical anxiety and mixed Anxiety-Depression disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 27 (3),215-223.
- Thrasher, S.M., Dalglish T., & Yule, W. (1994). Information processing in Post-traumatic stress disorder. *Behavioural Research & Therapy*, 32, 247-254.
- Tulving, E. (1972). Episodic and semantic memory. In E. Tulving & W. Donaldson (Eds.), *Organization of memory*, New York: academic Press.
- Vasey, M.W., Elbag, N., & Dalciden, E.L. (1996). Anxiety and the processing of emotionally-threatening stimuli: Distinctive patterns of selective attention among high- and low-anxious children. *Child Developmental*, 67, 1171-1185.

- Vasey, M.W., Daicideri, E.L., Williams, L.L., & Brown, L.M. (1995). Biased attention in childhood anxiety disorders: A preliminary study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 267-279.
- Watkins, P.C., Mathews, A., Willimmon, D.A., & Fuller, R.D. (1992). Mood-congruent memory in depression: emotional priming or elaboration? *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 581-586.
- Watts, F.N., (1995). Depression and Anxiety. In A.D. Baddeley, B.A. Wilson, and N. Watts (Eds.), *Handbook of Memory Disorders*. John Wiley & Sons Ltd.UK.
- Watts, F.N., McKenna, F.P., Sharrock, R., & Trezise, L. (1986). Colour naming of phobia-related words. *British Journal of psychology*, 77, 97-108.
- Watts, F.N., & Sharrock, R. (1987). Cued recall in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 149-150.
- Williams, J.M.G. & Nulty, D.D. (1986). Construct accessibility, depression and the emotional Stroop task: Transient mood or stable structure? *Personality Individual Differences*, 7, 485-491.
- Williams, J.M.G., Watts, P.N., Macleod, C., & Mathews, A. (1988). *Cognitive Psychology and Emotional Disorders*. New York: Wiley.
- Williams, J.M.G., Watts, P.N., Macleod, C., & Mathews, A. (1999). *Cognitive Psychology and Emotional Disorders*. New York: Wiley.

