

## حافظه تاریخیچه شخصی و طرحواره‌های اولیه در کودکان آزاردیده: پیش‌بینی کیفیت زندگی

### Autobiographical Memory and Early Schemas of Abused Children: Prediction of Quality of Life

Tahere Mohammadi  
MA in Child Clinical  
Psychology

Mohammad Ali Mazaheri, PhD  
Shahid Beheshti University

محمدعلی مظاهری  
استاد دانشگاه شهید بهشتی

طاهره محمدی  
کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی  
کودک و نوجوان

Mahmood Heidari, PhD  
Shahid Beheshti University

محمود حیدری  
استادیار دانشگاه شهید بهشتی

#### چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه کودکان آزاردیده و آزارندیده در حافظه تاریخیچه شخصی، طرحواره‌های کودکی، کیفیت زندگی و پیش‌بینی کیفیت زندگی آنها بود. ۵۰ کودک ۸ تا ۱۲ سال دختر و پسر که به گزارش معلمان به عنوان کودکانی معرفی شدند که توسط اعضای خانواده مورد سوء رفتار جسمی واقع می‌شدند و ۵۰ کودک آزارندیده به روش نمونه‌برداری دردسترس از منطقه ۱۶ شهر تهران انتخاب شدند و به دو گروه ۲۵ نفری ایرانی و افغانی تقسیم شدند و به تکلیف حافظه تاریخیچه شخصی (ویلیامز و برادبنت، ۱۹۸۶)، سیاهه طرحواره کودکان (ریجکبوور و دبو، ۲۰۰۹) و پرسشنامه غربالگری کودکان (طرح سلامت اروپا، ۲۰۰۴) پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از خی‌دو چندمتغیری، t مستقل و رگرسیون چندمتغیری استفاده شد. نتایج نشان دادند آزاردیدی به طور کلی با نوع خاطره‌های مطرح‌شده توسط کودکان مرتبط نیست، هرچند با تعداد بیشتر خاطره‌های عام در واژه‌های مثبت و خنثی همراه بود. همچنین، نتایج نشان‌دهنده تفاوت معنادار دو گروه در طرحواره‌ها و کیفیت زندگی و نیز امکان پیش‌بینی کیفیت زندگی از طریق طرحواره‌ها بود. بر مبنای نتایج به دست آمده، می‌توان با بررسی طرحواره‌ها، در جهت شناسایی کودکان در معرض خطر و کنترل شرایط زندگی آنها اقدام کرد.

**واژه‌های کلیدی:** کودک آزاری، حافظه تاریخیچه شخصی، طرحواره‌های اولیه، کیفیت زندگی

#### Abstract

The purposes of this study were to compare autobiographical memory, early schemas and the quality of life between abused and non-abused children and to predict their quality of life. Fifty boys and girls aged between 8 and 12 who according to school authorities reports were physically abused by their family members, and 50 children without history of abuse were selected using convenience sampling from 16th district of Tehran. Each group consisted of 25 Iranian and 25 Afghan children. The participants completed the Autobiographical Memory Task (AMT, Williams & Broadbent, 1986), the Schema Inventory for Children (Rijkeboer & deBoo, 2009), and the Kidscreen-27 (European Public Health Perspective, 2004). The data were analyzed by multivariate chi-square, t-test and multiple regression. The results indicated that 1) child abuse was not related to the type of memories by children, though it was associated with more nonspecific memories in positive and neutral words, 2) there were significant differences between two groups in schemas and quality of life, and 3) schemas could predict quality of life. The findings suggested the role of schemas in identifying at-risk children and controlling their conditions of life.

**Keywords:** child abuse, autobiographical memory, early schemas, quality of life

received: 7 January 2014

accepted: 10 May 2014

Contact information: [Mohammadii.tahereh@gmail.com](mailto:Mohammadii.tahereh@gmail.com)

دریافت: ۹۲/۱۰/۱۷

پذیرش: ۹۳/۲/۲۰

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی است.

## مقدمه

تعریف الکساندر<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) نقل از خوشابی، حبیبی‌عسگرآبادی، فرزادفرد و محمدخانی، (۱۳۸۷) از کودک‌آزاری هرگونه آسیب جسمانی یا روانی، سوء رفتار جنسی و رفتارهای اهمال‌گرایانه یا خشونت‌آمیز نسبت به کودک است که توسط فردی که مسئولیت آسایش و رفاه او را بر عهده دارد، صورت گرفته، به‌گونه‌ای که سلامت و آسایش کودک را به خطر انداخته است.

کودک‌آزاری می‌تواند تحول بهنجار را مختل سازد و بر تحول کودک در تمامی حوزه‌ها اعم از شناختی و عاطفی، تأثیر گذارد. حافظه تاریخیچه شخصی<sup>۲</sup> یکی از حیطه‌های شناختی و یکی از جنبه‌های اصلی عملکرد سالم در سراسر زندگی فرد است (کانوی، ۲۰۰۵؛ سینگر، بلاگو، بری و اوست، ۲۰۱۳). تجربه سوء رفتارها در حافظه کودک به عنوان حافظه تاریخیچه شخصی ثبت می‌شود. حافظه تاریخیچه شخصی، حافظه درازمدت و دارای ترتیب زمانی برای وقایع مهم زندگی فرد است (نلسون و فویش، ۲۰۰۴)، که سلامت روان‌شناختی و مسائل مهم حل‌نشده در زندگی وی را نشان می‌دهد (برون<sup>۳</sup>، ۱۹۸۱، ۱۹۸۵، ۱۹۹۰ نقل از تیلر، ۲۰۰۵). مؤلفه‌هایی که در پدیدایی حافظه تاریخیچه شخصی نقش دارند شامل نظام‌های اولیه حافظه، دستیابی به زبان، فهم و ایجاد داستان، صحبت در مورد خاطره‌ها با والدین و دیگران، سبک گفت‌وگوی والدین، درک زمانی، بازنمایی خود<sup>۴</sup>، دیدگاه شخص و درک روان‌شناختی (مانند نظریه ذهن<sup>۵</sup>) است (نلسون و فویش، ۲۰۰۴). حوادث آسیب‌زا تأثیر عمیقی بر حافظه تاریخیچه شخصی دارند و باعث اختلال در عملکرد آن مانند اختلال در بازیابی خاطره‌های تاریخیچه شخصی نیز می‌شود. شاید گسترده‌ترین نظریه مطرح‌شده در مورد اثر عمومیت حافظه<sup>۶</sup>، نظریه ویلیامز (۱۹۹۶) است. به اعتقاد وی کودکانی که آسیبی را تجربه می‌کنند یک سبک عمومی در بازیابی خاطره‌های تاریخیچه شخصی، به عنوان یک راهبرد

نظم‌دهی عاطفه اتخاذ می‌کنند. با گذشت زمان، نقص بازیابی<sup>۷</sup> به انواع دیگر خاطره تعمیم می‌یابد (به عنوان مثال خاطره‌های مثبت و خنثی) و منجر به سبک بازیابی عام فراگیر<sup>۸</sup> می‌شود.

افزون بر آن، تعامل‌های اولیه با مراقبان و به ویژه والدین عامل اصلی به وجود آمدن طرحواره<sup>۹</sup> است که تفسیر، انتخاب و ارزیابی فرد از تجارب را شکل می‌دهد (یانگ<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۴، بالبی<sup>۱۱</sup>، ۱۹۸۸ نقل از هریس و کرتن، ۲۰۰۲). به گفته بک<sup>۱۲</sup> (۱۹۷۶) نقل از لوملی و هارکس، (۲۰۰۷) تجربه والدگری منفی و سوء رفتار منجر به رشد مجموعه‌ای انعطاف‌ناپذیر و پیچیده از طرحواره‌های منفی درباره خود، جهان و آینده می‌شود که در برابر تغییر پایدار و مقاوم است.

یانگ آن دسته از طرحواره‌ها را که منجر به شکل‌گیری مشکلات روان‌شناختی می‌شوند طرحواره‌های سازش‌نیافته اولیه<sup>۱۳</sup> می‌نامد (یانگ، کلاسکو و ویشار، ۲۰۰۳).

منشاء این طرحواره‌ها، نیازهای هیجانی اصلی<sup>۱۴</sup> (دل‌بستگی ایمن به دیگران، استقلال عمل، رقابت و احساس هویت، آزادی بیان نیازها و هیجان‌ها، بازی و خودانگیخته بودن و محدودیت‌های معقول و خودمهارگری)، تجارب اولیه زندگی (ناکامی در ارضای نیازهای اولیه، ارضای بیش از حد و همسان‌سازی با رفتار نادرست والدین) و مزاج هیجانی کودک (مجموعه ویژگی‌های خلقی ذاتی و متمایزکننده شخصیت اولیه کودک) است. این طرحواره‌ها که در پنج مقوله قرار می‌گیرند (یانگ و دیگران، ۲۰۰۳) عبارتند از:

۱) قطع ارتباط و طرد (رهاشدگی/بی‌ثباتی<sup>۱۵</sup>، بی‌اعتمادی/بدرفتاری<sup>۱۶</sup>، محرومیت هیجانی<sup>۱۷</sup>، شرم<sup>۱۸</sup>، انزوای اجتماعی/بیگانگی<sup>۱۹</sup>)، ۲) عملکرد و استقلال عمل آسیب‌دیده<sup>۲۰</sup> (وابستگی/بی‌کفایتی<sup>۲۱</sup>، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری<sup>۲۲</sup>، خودتحول‌نیافته/گرفتار و شکست<sup>۲۳</sup>)، ۳) محدودیت‌های آسیب‌دیده (استحقاق/بزرگ‌منشی<sup>۲۴</sup>، خویشنداری ناکافی<sup>۲۵</sup>)، ۴) دیگر جهت‌مندی<sup>۲۶</sup> (اطاعت<sup>۲۷</sup>، فداکاری و تأییدجویی/توجه‌طلبی<sup>۲۸</sup>)،

- |                                          |                                 |                                          |
|------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|
| 1. Alexander, R. C.                      | 11. Bowlby, J.                  | 21. dependent/incompetent                |
| 2. autobiographical memory               | 12. Beck, A. T.                 | 22. vulnerability to illness             |
| 3. Bruhn, A. R.                          | 13. early maladaptive schemas   | 23. enmeshment/undeveloped self          |
| 4. representation of self                | 14. core emotional needs        | 24. entitlement/grandiosity              |
| 5. theory of mind                        | 15. abandonment/instability     | 25. insufficient self control            |
| 6. overgeneral memory                    | 16. mistrust/abuse              | 26. other directedness                   |
| 7. truncate retrieval                    | 17. emotional deprivation       | 27. subjugation                          |
| 8. pervasive overgeneral retrieval style | 18. shame                       | 28. approval seeking/recognition seeking |
| 9. schema                                | 19. social isolation/alienation |                                          |
| 10. Young, J. E.                         | 20. impaired autonomy           |                                          |

طاهره محمدی، محمدعلی مظاهری، محمود حیدری

پيامدهای آسیب‌زا در درازمدت فراهم می‌کند. از آنجا که بررسی حافظه تاریخچه شخصی و طرحواره‌های سازش‌نا یافته اولیه در گروه‌های بالینی، اطلاعات سودمندی را در اختیار متخصصان قرار می‌دهد، پژوهش حاضر به بررسی رابطه سوء رفتارها با خاطره‌های کودکی و طرحواره‌ها اختصاص یافته است. همچنین این سوء رفتارها به طور گسترده‌ای سلامت و کیفیت زندگی افراد قربانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. با توجه به اینکه کیفیت زندگی یک مفهوم پویاست که با تغییر ارزش‌ها، نیازها و بازخوردهای فردی و اجتماعی طی زمان دگرگون می‌شود، به منظور برنامه‌ریزی مناسب برای اقدام‌های پیشگیرانه و درمانگری، سنجش آن در کودکی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بنابراین پیش‌بینی تأثیر اعمال خشونت‌آمیز بر کیفیت زندگی کودکان از طریق خاطره‌های کودکی و طرحواره‌های سازش‌نا یافته اولیه، پژوهش جدیدی است که در زمینه بالینی می‌تواند مؤثر واقع شود.

## روش

روش پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بود. در این پژوهش، دو گروه از کودکان به عنوان جامعه آماری انتخاب شدند. یک گروه، تمامی کودکان ۸ تا ۱۲ سال دختر و پسر شهر تهران بودند که از طرف مسئولان مدارس و مؤسسه حمایت از حقوق کودکان به عنوان کودکان مورد سوء رفتار جسمی، شناسایی شده بودند. گروه دوم شامل کودکانی بود که تجربه سوء رفتار نداشتند. این گروه توسط معلمان که بیشترین شناخت را نسبت به کودکان داشتند، شناسایی شدند. از کل این جامعه آماری، با استفاده از شیوه نمونه‌برداری در دسترس، ۵۰ کودک آزرده و ۵۰ کودک آزرندیده انتخاب شدند و در هر گروه ۲۵ کودک ایرانی و ۲۵ کودک افغانی قرار گرفتند. به این دلیل که انجمن حمایت از حقوق کودکان، نخستین مرکزی بود که برای انتخاب گروه نمونه به آن مراجعه شد و تمام کودکان معرفی‌شده از سوی این انجمن را کودکان افغانی تشکیل می‌دادند، در ابتدا ۵۰ نفر از کودکان افغانی از این مرکز و یک مدرسه خودگردان مورد بررسی قرار گرفتند. سپس به

۵) گوش به زنگی بیش از حد و بازداری<sup>۱</sup> (منفی‌گرایی/بدبینی<sup>۲</sup>، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه/بیش‌انتقادی<sup>۳</sup> و تنبیه‌گرایی<sup>۴</sup>). سوء رفتار با کودک، افزون بر ایجاد خاطره‌های آزردهنده و شکل‌گیری طرحواره‌های سازش‌نا یافته، تأثیری اساسی بر انتظارات زندگی افراد قربانی و کیفیت زندگی آنها در درازمدت دارد. در واقع ادراک فرد از بهزیستی و شرایط محیطی است که بهزیستی و رفاه فردی، خانوادگی و اجتماعی او را ایجاد می‌کند و در صورت نابسامان بودن شرایط زندگی و مواجهه با سوء رفتار، ادراک کودک از رفاه و سلامتی تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

نخستین تلاش برای تعریف کیفیت زندگی، در سال ۱۹۴۸ توسط سازمان جهانی بهداشت انجام شد که سلامتی را نه فقط فقدان بیماری بلکه وجود سلامتی و رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی دانست (گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶). کیفیت زندگی عبارت است از احساس بهزیستی که از رضایت یا ناراضی‌ت فرد از حوزه‌های مهم زندگی سرچشمه می‌گیرد (بروکس<sup>۵</sup>، ۱۹۹۶ نقل از مجذوبی، مومنی، امانی و حجت‌خواه، ۱۳۹۱). این مفهوم سلامت جسمانی، حالت روان‌شناختی، استقلال عمل، روابط اجتماعی و باورهای شخصی و معنوی را دربر می‌گیرد (سوسا<sup>۶</sup> و کوک<sup>۷</sup>، ۲۰۰۶ نقل از شفیعی‌تبار، خدائپناهی و حیدری، ۱۳۹۲). مجموعه تلاش‌های پژوهشگران در زمینه کیفیت زندگی را می‌توان در چند نکته خلاصه کرد:

اول آنکه، کیفیت زندگی را فقط می‌توان از دیدگاه فرد در نظر گرفت، زیرا زندگی در اختیار اوست. بنابراین مفهوم کیفیت زندگی ذهنی است. دوم، کیفیت زندگی را می‌توان به صورت خوشحالی کمی یا رضایت‌مندی از زندگی تعریف کرد. این احساس کمی تحت تأثیر بُعد یا ابعادی از زندگی قرار می‌گیرد. سوم، بین نیازها و انتظاراتی مورد نظر فرد و آنچه واقعاً در زندگی به دست آورده است، تفاوت وجود دارد (اندرسون و بوکهارت، ۱۹۹۹) و آخر آنکه، کیفیت زندگی یک مفهوم پویاست (کیبرت<sup>۸</sup>، ۱۹۹۷ نقل از یوسفی، نوری و کامکار، ۱۳۸۵). همانگونه که ذکر شد تأثیر سوء رفتار و غفلت، بیش از دردهای جسمانی و ترس‌های موقتی و است‌زمینه را برای

1. overvigilance and inhibition

2. negativity/pessimism

3. unrelenting standards/hypercriticalness

4. punitiveness

5. Brooks, R.

6. Kwok, O.

7. Sousa, K. H.

8. Kiebert, G. M.

(سه ماده)، فداکاری (سه ماده)، معیارهای سرسختانه (سه ماده)، استحقاق/بزرگ‌منشی (سه ماده) و خویشتنداری ناکافی (سه ماده). ماده‌ها برای کودکان سنین ۸ تا ۱۳ سال طراحی شده‌اند. هر ماده توسط مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از کاملاً غلط (نمره یک) تا کاملاً درست (نمره چهار) نمره‌گذاری می‌شود. بدین ترتیب، حداقل و حداکثر نمره برای هر خرده‌مقیاس به دلیل متفاوت بودن تعداد سؤالات آنها تفاوت خواهد داشت. لذا در طراحی این سیاهه نمره لازم برای تشخیص هر طرحواره مشخص نشده است، ولی نمره‌های بالا نشان‌دهنده قوی بودن طرحواره است.

در پژوهش ریجکبوار و دبو (۲۰۰۹) اعتبار به روش بازآزمایی محاسبه شد و دامنه آن بین ۰/۵۳ تا ۰/۷۹ با متوسط همبستگی ۰/۶۷ برای تمام خرده‌مقیاس‌ها به دست آمد. به استثنای خرده‌مقیاس نقص با همبستگی ۰/۵۳، ضریب بازآزمایی برای دیگر خرده‌مقیاس‌ها بالاتر از ۰/۶۰ بود. خرده‌مقیاس‌های طرحواره طی چهار هفته نیز اعتبار<sup>۷</sup> داشتند. روایی این سیاهه در پژوهش مذکور از طریق روش روایی همزمان با پرسشنامه تجدید نظر شده خلق و خوی اولیه نوجوانان<sup>۸</sup> (الیس و روئبارت، ۲۰۰۱) محاسبه شد و ارتباط معناداری بین متغیرهای درونی دو پرسشنامه (به استثنای خرده‌مقیاس‌های فداکاری و خودتجول‌نیافته) به دست آمد. برآورد همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای سیاهه طرحواره کودکان در پژوهش حاضر برابر با ۰/۸۳ بود. پرسشنامه غربالگری کودکان<sup>۹</sup> (طرح اروپایی غربالگری و ارتقای کیفیت زندگی سلامت‌مدار در کودکان و نوجوانان<sup>۱۰</sup> ۲۰۰۴). تحقیقات راونس-سایبر و دیگران (۲۰۰۵، ۲۰۰۷، ۲۰۱۰، ۲۰۱۱، ۲۰۱۳)، ارهارت و دیگران (۲۰۰۹)، نشان داده‌اند در حال حاضر پرسشنامه غربالگری کودکان یک مقیاس معتبر و از لحاظ مفهومی برای سنجش کیفیت زندگی سلامت‌مدار در کودکان و نوجوانان مناسب است.

پرسشنامه غربالگری کودکان (۲۷ ماده‌ای) خلاصه‌شده پرسشنامه غربالگری کودکان (۵۲ ماده‌ای) است که برای ارزیابی کیفیت زندگی سلامت‌مدار در پنج بُعد بهزیستی

منظور هم‌تا کردن گروه‌ها از نظر طبقه اقتصادی با مراجعه به مدارس همان محدوده جغرافیایی (منطقه ۱۶ شهر تهران) ۵۰ کودک ایرانی نیز از طرف مسئولان معرفی و بررسی شدند. از نظر سن و جنس نیز گروه سنی ۸ تا ۱۲ سال، از هر دو جنس در دو گروه آزار دیده و آزار ندیده قرار داده شدند.

**تکلیف حافظه تاریخیچه شخصی<sup>۱</sup>** (ویلیامز و برادنت، ۱۹۸۶). این تکلیف یک آزمون استاندارد برای حافظه اختصاصی است. در مطالعه حاضر ۱۸ واژه فارسی که شامل واژه‌های مثبت (مانند مهمانی)، واژه‌های منفی (مانند تصادف) و واژه‌های خنثی (مانند کلاس) است به شرکت‌کنندگان ارائه می‌شود و برای هر واژه به آزمودنی‌ها ۳۰ ثانیه زمان داده می‌شود (نشاط‌دوست و دیگران، ۲۰۱۲).

برای کدگذاری خاطره‌ها، آن دسته از خاطره‌هایی که مربوط به حادثه خاصی هستند که یک روز یا کمتر از یک روز طول کشیده است، جزء خاطره‌های خاص<sup>۲</sup> طبقه‌بندی می‌شوند؛ خاطره‌های طولانی<sup>۳</sup> شامل خاطره‌هایی هستند که در یک دوره زمانی رخ داده‌اند و خاطره‌های مقوله‌ای<sup>۴</sup> نیز شامل رویدادهایی هستند که طی یک دوره زمانی به صورت مکرر به وقوع می‌پیوندند. دو خاطره آخر در مقوله خاطره‌های عام<sup>۵</sup> طبقه‌بندی می‌شوند. اگر آزمودنی‌ها قادر به یادآوری خاطره‌ها در محدودیت زمانی نباشند، یا در مورد مسائلی صحبت کنند که خاطره نیست (مانند عقیده‌ای که مربوط به واژه است) پاسخ آنها در مقوله عدم بیان خاطره طبقه‌بندی می‌شود (نشاط‌دوست و دیگران، ۲۰۰۸).

اعتبار، ارزیاب‌ها برای خاص و عام بودن حافظه مطلوب گزارش شده است (K=۰/۹۲) و نمرات AMT در طول زمان واجد اعتبار بود (نشاط‌دوست و دیگران، ۲۰۱۲).

**سیاهه طرحواره کودکان<sup>۶</sup>** (ریجکبوار و دبو، ۲۰۰۹). این سیاهه شامل ۴۰ ماده است و ۱۱ طرحواره را می‌سنجد و با انجام اصلاحاتی در فرم کوتاه پرسشنامه یانگ تهیه شده است. خرده‌مقیاس‌های آن عبارتند از رهاشدگی (پنج ماده)، سلطه‌پذیری (پنج ماده)، بی‌اعتمادی/بدرفتاری (سه ماده)، نقص (سه ماده)، شکست (سه ماده)، آسیب‌پذیری (شش ماده)،

1. Autobiographical Memory Task (AMT)  
2. specific memories  
3. extended memories  
4. categoric memories  
5. nonspecific memories  
6. Schema Inventory for Children (SIC)

7. stability  
8. Early Adolescent Temperament Questionnaire-Revised  
9. Kidscreen-27 Questionnaire  
10. Screening and Promotion for Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents

خودتجول‌نیافته

۲۰۰۲)، پرسشنامه نیرومندی و دشواری‌ها<sup>۲</sup> (گودمن، فورد، سیمونز، گاتوارد و ملترز، ۲۰۰۰) ارزیابی شد و همبستگی در حد متوسط به بالا (۰/۳۰) به دست آمد (راونس-سایبر، ۲۰۰۷). اعتبار پرسشنامه غربالگری کودکان در پژوهش حاضر برابر با ۰/۸۳ بود.

اجرای آزمون‌ها به صورت انفرادی صورت پذیرفت. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری، رگرسیون چندمتغیری و خی‌دو چندمتغیری استفاده شد.

### یافته‌ها

نتایج آزمون خی‌دو به منظور بررسی حافظه تاریخچه در دو گروه آزرندیده و آزرندیده در خاطره‌های مطرح‌شده در جدول ۱ ارائه شده است.

جسمانی، بهزیستی روانی، روابط والدین و خودگردانی، حمایت اجتماعی و همسالان و محیط مدرسه مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این پرسشنامه نمره‌های بالاتر نشانگر کیفیت زندگی و بهزیستی بهتر است (راونس-سایبر و دیگران، ۲۰۰۷).

اعتبار از طریق آلفای کرونباخ برای ابعاد پرسشنامه غربالگری کودکان-۲۷ محاسبه شد و دامنه آن بین ۰/۷۹ (رفاه جسمانی)، ۰/۸۴- (رفاه روان‌شناختی) به دست آمد. همبستگی بین ابعاد پرسشنامه غربالگری کودکان با فراوانی شکایات جسمانی همبستگی بالاتر از ۰/۵۵ به دست آمد (راهنمای توصیفی غربالگری کودکان، ۲۰۰۴). روایی همگرا با مقایسه ابعاد پرسشنامه غربالگری کودکان-۲۷ با پرسشنامه‌های شناخته‌شده و معتبر که مفاهیم مشابهی را اندازه‌گیری می‌کند از جمله غربالگری کودکان با نیازهای ویژه<sup>۱</sup> (بتل و دیگران،

جدول ۱

نتایج آزمون خی‌دو در مورد خاطره‌های حافظه تاریخچه شخصی به تفکیک گروه

χ <sup>۲</sup>	فراوانی			مشاهده‌شده	گروه
	مجموع خاطره‌ها	خاطره‌های عام	خاطره‌های خاص		
	۴۶	۱۵	۳۱	مشاهده‌شده	آزرندیده
	۴۶	۱۱/۵	۳۴/۵	مورد انتظار	
۲/۸۴*	۴۶	۸	۳۸	مشاهده‌شده	آزرندیده
	۴۶	۱۱/۵	۳۴/۵	مورد انتظار	
	۹۲	۲۳	۶۹	مشاهده‌شده	مجموع
	۹۲	۲۳	۶۹	مورد انتظار	

\*P<۰/۰۵

خاطره‌های خاص و عام در واژه‌های مثبت و خنثی تفاوت معنادار وجود دارد. برای واژه‌های مثبت خاطره‌های خاص مطرح‌شده توسط کودکان آزرندیده کمتر و خاطره‌های عام مطرح‌شده توسط آنها بیشتر از کودکان آزرندیده است. در واژه‌های خنثی خاطره‌های عام مطرح‌شده توسط گروه آزرندیده بیشتر و خاطره‌های خاص مطرح‌شده توسط آنها کمتر از گروه آزرندیده است اما بین فراوانی‌های مورد انتظار و مشاهده‌شده در کودکان آزرندیده و آزرندیده در دو گروه خاطره‌های خاص و عام در واژه‌های منفی تفاوت معنادار وجود ندارد و در هر دو گروه خاطره‌های خاص بیشتر است.

بر مبنای نتایج جدول ۱ بین آزرندیدگی و نوع خاطره‌های مطرح‌شده توسط کودکان ارتباط معنادار وجود ندارد. به عبارت دیگر بین فراوانی‌های مورد انتظار و مشاهده‌شده در کودکان آزرندیده و آزرندیده در دو گروه خاطره‌های خاص و عام، تفاوت معناداری مشاهده نشد.

با استفاده از آزمون خی‌دو، طبقات حافظه تاریخچه شخصی، خاطره‌های خاص و عام برای واژه‌های مثبت، منفی و خنثی مورد بررسی قرار گرفت (جدول ۲).

همانطور که مشاهده می‌شود، بین فراوانی‌های مورد انتظار و مشاهده‌شده در کودکان آزرندیده و آزرندیده در دو گروه

جدول ۲

نتایج آزمون خی دو در خاطره‌های مطرح‌شده برای واژه‌های مثبت، منفی و خنثی در دو گروه

$\chi^2$	فراوانی			گروه	
	مجموع خاطره‌ها	خاطره‌های عام	خاطره‌های خاص		
۵/۸۶*	۴۰	۱۴	۲۶	مشاهده‌شده	آزرده
	۴۰	۹/۴	۳۰/۶	مورد انتظار	
	۴۱	۵	۳۶	مشاهده‌شده	آزارنده
	۴۱	۹/۶	۳۱/۴	مورد انتظار	
	۸۱	۱۹	۶۲	مشاهده‌شده	مجموع
	۸۱	۱۹	۶۲	مورد انتظار	
۰/۰۰۸	۴۵	۷	۳۸	مشاهده‌شده	آزرده
	۴۵	۶/۸	۳۸/۲	مورد انتظار	
	۴۷	۷	۴۰	مشاهده‌شده	آزارنده
	۴۷	۷/۲	۳۹/۸	مورد انتظار	
	۹۲	۱۴	۷۸	مشاهده‌شده	مجموع
	۹۲	۱۴	۷۸	مورد انتظار	
۳/۶۹*	۴۴	۲۵	۱۹	مشاهده‌شده	آزرده
	۴۴	۲۰/۵	۲۳/۵	مورد انتظار	
	۴۴	۱۶	۲۸	مشاهده‌شده	آزارنده
	۴۴	۲۰/۵	۲۳/۵	مورد انتظار	
	۸۸	۴۱	۴۷	مشاهده‌شده	مجموع
	۸۸	۴۱	۴۷	مورد انتظار	

\*P<۰/۰۵

معیارهای سرسختانه کمتر بود. همچنین این داده‌ها نشان‌دهنده آن است که تفاوت گروه آزرده و آزارنده در طرحواره‌های رهاشدگی، آسیب‌پذیری، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، نقص/شرم، سلطه‌پذیری، فداکاری و استحقاق/بزرگ‌منشی معنادار است و این طرحواره‌ها در کودکان آزرده بارزتر است.

نتایج آزمون t مستقل در جدول ۳ نشان دادند گروه آزرده نسبت به گروه آزارنده در طرحواره‌های رهاشدگی، آسیب‌پذیری، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، نقص/شرم، شکست، سلطه‌پذیری، فداکاری، خودتحوّل‌نیافته، استحقاق/بزرگ‌منشی و خویش‌ستنداری ناکافی، نمره بالاتری کسب کردند و نمره آنها تنها در طرحواره

جدول ۳

میانگین و انحراف استاندارد و نتایج t مستقل برای متغیرهای مورد بررسی

متغیر	آزرده		آزارنده	
	SD	M	SD	M
رهاشدگی	۳/۱۷	۹/۱۴	۴/۱۶	۱۲/۰۸
آسیب‌پذیری	۳/۷۸	۱۲/۴۱	۳/۸۳	۱۵/۵۱
بی‌اعتمادی/بدرفتاری	۱/۹۳	۷/۹	۲/۰۵	۹/۶۷
نقص	۲/۳۹	۵/۸۲	۲/۶۷	۷
شکست	۲/۰۵	۵/۷	۲/۲۶	۶/۳۲
سلطه‌پذیری	۳/۰۹	۱۱/۳۶	۳/۳۶	۱۴/۴۱
معیارهای سرسختانه	۲/۱۹	۸/۹	۲/۱۶	۸/۸
فداکاری	۱/۷۳	۱۰/۵۸	۱/۳۲	۱۱/۱۸
خودتحوّل‌نیافته	۱/۲۲	۸/۰۶	۱/۵۳	۸/۵۲
استحقاق/بزرگ‌منشی	۲/۳۶	۵/۸	۲/۵۲	۶/۹۸
خویش‌ستنداری ناکافی	۲/۲۷	۷/۰۲	۲/۳۱	۷/۷۱
کیفیت زندگی	۸/۳۲	۵۳/۲۳	۱۰/۵۶	۴۶/۶۴

\*P<۰/۰۵

۴ نشان می‌دهند حافظه تاریخچه شخصی کیفیت زندگی را پیش‌بینی نمی‌کند. از بین خرده‌مقیاس‌های مختلف طرحواره‌های کودکی نیز، تنها طرحواره‌های خویش‌اندازی ناکافی و بی‌اعتمادی/بدرفتاری ۲۵ درصد از تغییرات نمره کیفیت زندگی را تبیین کرد.

همانگونه که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهند تفاوت دو گروه آزرانیده و آزارنده در نمره کیفیت زندگی معنادار است و گروه آزرانیده نمره پایین‌تری در کیفیت زندگی کسب است. نتایج تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس حافظه تاریخچه شخصی و طرحواره‌های اولیه در جدول

جدول ۴

نتایج رگرسیون برای پیش‌بینی کیفیت زندگی از طریق حافظه تاریخچه شخصی و ابعاد طرحواره‌های کودکی

متغیر	R <sup>۲</sup>	F	β	t
خاطرها	۰/۰۰۹	۰/۷۷	۰/۰۹	۰/۸۸
بی‌اعتمادی/بدرفتاری	۰/۲۵	۱۵/۳۵*	-۰/۳۶	-۳/۹۲
خویش‌اندازی ناکافی			-۰/۲۹	-۳/۲۱

\*P<۰/۰۵

به وجود یک منبع حمایت‌گر در خانواده (سوء رفتار توسط یک والد و حمایت‌گر بودن والد دیگر)، خلق (افزایش خاطره‌های عام بر اثر افسردگی)، وجود فرد دیگری در خانواده که او نیز مورد سوء رفتار واقع می‌شود (برای مثال خواهر یا برادر)، سن آزمودنی‌ها، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی، سطح تحصیلات، هوش آزمودنی‌ها و... اشاره کرد. اما به دلیل برخی از محدودیت‌ها، در پژوهش حاضر این عوامل مورد بررسی قرار نگرفتند.

بررسی دقیق‌تر حافظه تاریخچه شخصی در خاطره‌های مطرح‌شده برای واژه‌های مثبت، منفی و خنثی نشان داد کودکان آزرانیده خاطره‌های منفی خود را بیش از خاطره‌های مثبت و خنثی به طور خاص به یاد می‌آورند. این امر می‌تواند به دلیل تأثیر درازمدت خاطره‌های منفی باشد. مسئله دیگری که حائز اهمیت است آن است که در کودکان آزرانیده برای واژه‌های مثبت و منفی، تعداد خاطره‌های خاص و برای واژه‌های خنثی، تعداد خاطره‌های عام بیشتر است. عوامل بسیاری بر وضوح یادآوری خاطره‌ها تأثیر دارند. برای مثال هیجان تجربه‌شده در زمان یک حادثه یکی از عوامل مهم به حساب می‌آید. برانگیختگی فیزیولوژیک، وضوح یادآوری حوادث گذشته را افزایش می‌دهد. نتایج بسیاری از پژوهش‌ها (برون<sup>۱</sup> و کولیک<sup>۲</sup>، ۱۹۷۷، نیسر<sup>۳</sup> و هارش<sup>۴</sup>، ۱۹۹۲، روبین<sup>۵</sup> و کوزین<sup>۶</sup>، ۱۹۸۴ نقل از کنزینگر و کورکین، ۲۰۰۳) حاکی از آن است که تجربه‌های هیجانی با وضوح بیشتری به یاد آورده می‌شوند. به عبارت دیگر، این امر که کودکان آزرانیده از نظر هیجانی برانگیخته‌تر از سایر کودکان

## بحث

مطالعه حاضر با هدف مقایسه کودکان آزرانیده و آزارنده در بُعد شناختی از جمله حافظه تاریخچه شخصی، طرحواره‌های کودکی و کیفیت زندگی و همچنین پیش‌بینی کیفیت زندگی کودکان هر دو گروه بر اساس حافظه تاریخچه شخصی و طرحواره‌ها صورت گرفت. براساس نتایج پژوهش حاضر آزرانیدگی به طور کلی با نوع خاطره‌های مطرح‌شده توسط کودکان مرتبط نبود. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های وسل، میرن، پیترز، ارنتر و رکلچ (۲۰۰۱) و همچنین ارباچ، لامب، استرنبرگ، ویلیامز و داودنوریس (۲۰۰۱) همسو اما با یافته‌های پژوهش‌ها در زمینه تأثیر سوء رفتار بر حافظه تاریخچه شخصی متناقض است. پژوهش‌های بسیاری (برای مثال کوکن و بروین، ۱۹۹۵؛ هندرسون، هارگریوس، گریگوری و ویلیامز، ۲۰۰۲؛ داگلیش و دیگران، ۲۰۰۳؛ بورنساید و دیگران، ۲۰۰۴؛ والتینو، توت و کیکنه، ۲۰۰۹) نشان داده‌اند سوء رفتار باعث افزایش خاطره‌های عام می‌شود و آن را راهی در جهت نظم‌دهی به هیجان و خلق در نظر می‌گیرند که گسترش نظریه عمومیت حافظه ویلیامز (۱۹۹۶) را در پی داشت. همچنین، بنابه نظر کوکن، هول و داگلیش (۲۰۰۶) سوء رفتار باعث کاهش خاطره‌های عام می‌شود. متغیرهای متعددی از جمله شدت سوء رفتار اعمال‌شده بر کودکان و نمونه‌برداری از محیط‌های متفاوتی مانند مدارس یا مراکز پزشک قانونی و بیمارستان‌ها در ایجاد این تناقض می‌توانند دخیل باشند. از عوامل دیگر می‌توان

1. Brown, R.  
2. Kulik, J.

3. Neisser, U.  
4. Harsch, N.

5. Rubin, D. C.  
6. Kozin, M.

به عبارتی با کاهش رضایت کودکان از زندگی خود مرتبط است. این یافته با پژوهش‌های نیکل و دیگران (۲۰۰۴)، آدیودیت، کاروالهوردل‌اس، دی‌سیکواریا و دی‌متوس‌سوزا (۲۰۰۵)، کورسو، ادوارد، فانگ و مرسی (۲۰۰۸)، ریکی و دیگران (۲۰۰۸)، سیمون و دیگران (۲۰۰۹)، فاگوندس، لیندگن، شاپیرو و کیکت-گلامسر (۲۰۱۲) همسو است. لازم به ذکر است که پژوهش‌های ذکر شده در مورد بزرگسالانی صورت گرفته‌اند که در کودکی مورد سوء رفتار واقع شده بودند، درحالی که در پژوهش حاضر کودکان مورد بررسی قرار گرفتند. بنابراین همسانی نتایج پژوهش‌های پیشین با پژوهش حاضر حاکی از تداوم تأثیر سوء رفتار است.

از آنجا که این طرحواره‌ها حاصل تعامل‌های اولیه‌اند (یانگ، ۱۹۹۴، بالی، ۱۹۸۸ نقل از هریس و کرتن، ۲۰۰۲) آسیب‌زا بودن آنها منجر به شکل‌گیری طرحواره‌های سازش‌نا یافته‌ای می‌شوند که به تفسیر و ارزیابی تجربه‌های کودک شکل می‌دهد (پروسر و کورسو، ۲۰۰۷؛ برون، همیلتون و وتور، ۲۰۰۷؛ شاه و والر، ۲۰۰۰؛ هریس و کرتن، ۲۰۰۲؛ ویلیورن، کریستین، داگ، پانتفرکت و جردن، ۲۰۰۲؛ آلفاسوس، ۲۰۰۹) و کیفیت زندگی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در این پژوهش به‌رغم تفاوت کیفیت زندگی دو گروه، در حافظه تاریخیچه شخصی تفاوت معنادار مشاهده نشد. به طور کلی می‌توان بیان کرد که خاص یا عام بودن خاطره‌های کودکان در مقایسه با عوامل مهم‌تری مانند سبک‌های مقابله، دریافت حمایت اجتماعی، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، خلق و... سهم عمده‌ای در پیش‌بینی کیفیت زندگی ندارند. در حیطه طرحواره‌ها نیز، صرفاً طرحواره‌های خویش‌انداری ناکافی و بی‌اعتمادی/ بدرفتاری کیفیت زندگی را پیش‌بینی کردند. در واقع ناتوانی در تحمل ناکامی و ادراک دیگران به عنوان افرادی آسیب‌زننده، متقلب و دروغگو با کاهش کیفیت زندگی کودکان مرتبط است.

به طور کلی نتایج نشان می‌دهند، سوء رفتار رویدادی نیست که در کودکی رخ دهد و پس از مدتی پیامدهای آن نیز برطرف شود، بلکه با ایجاد اثرات منفی و تغییر در روند طبیعی زندگی، به تدریج کودک را از مسیر تحول به‌نحار منحرف می‌سازد. بنابراین در مرحله اول باید با پیگیری مستمر، کودکان آزار دیده را شناسایی

هستند، می‌تواند یکی دیگر از دلایل تناقض در پیشینه‌های مربوط به حافظه تاریخیچه شخصی باشد.

رویدادهای دردناک ثبت‌شده در حافظه، از طریق ایجاد طرحواره‌های سازش‌نا یافته باعث ایجاد اختلال‌های روان‌شناختی شده و در نهایت کیفیت زندگی کودکان را کاهش می‌دهند. در خصوصی طرحواره‌های سازش‌نا یافته اولیه، تفاوت بین دو گروه در طرحواره‌های رهاشدگی، آسیب‌پذیری، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، نقص/ شرم، سلطه‌پذیری، فداکاری و استحقاق/ بزرگ‌منشی معنادار بود و این طرحواره‌ها در کودکان آزار دیده بارزتر بودند. این یافته با پژوهش‌های نریمانی، محمودی‌ا قدم و ابوالقاسمی (۲۰۱۲)، سیسیرو، نلسون و گیلی (۲۰۰۴)، لوملی و هارکینس (۲۰۰۷)، هاردینگ، بورنز و جکسون (۲۰۱۱) همسو است. به نظر می‌رسد عدم دریافت عشق، امنیت و همدلی از سوی والدین منجر به احساس محرومیت، رهاشدگی و عدم اعتماد در کودک می‌شود. این کودکان برای جلب توجه و پذیرش والدین حتی نیازها و خواسته‌های خود را نادیده می‌گیرند. شکل‌گیری طرحواره استحقاق/ بزرگ‌منشی را نیز می‌توان به سبک مقابله افراد نسبت داد. افرادی که به منظور انطباق با طرحواره و اجتناب از هیجان‌های منفی، سبک مقابله جبران افراطی را به کار می‌برند، از طریق فکر، احساس، رفتار و روابط بین فردی به گونه‌ای با طرحواره می‌جنگند که انگار طرحواره متضادی دارند. در بسیاری از موارد این طرحواره برای جبران طرحواره نقص/ شرم شکل می‌گیرد (یانگ و دیگران، ۲۰۰۳). این یافته همسو با پژوهش کوکور و مک‌گین (۲۰۰۶) بود. البته باید توجه داشت که بنا به نظر یانگ و دیگران (۲۰۰۳) خلق و خو از عوامل اصلی تعیین‌کننده سبک مقابله‌ای فرد است که برای بررسی دقیق‌تر باید مورد توجه و بررسی بالینی قرار گیرد. در نتیجه همان‌گونه که برخی از مؤلفان (یانگ، ۱۹۹۴؛ بالی، ۱۹۸۸ نقل از هریس و کرتن، ۲۰۰۲) و یانگ و دیگران (۲۰۰۳) اشاره کردند تجربه‌های منفی کودکی خاستگاه ابتدایی طرحواره‌های سازش‌نا یافته اولیه هستند و می‌توان بر اساس طرحواره‌ها، کودکان آزار دیده و آزارنیده را شناسایی کرد.

مقایسه کیفیت زندگی در دو گروه آزار دیده و آزارنیده نشان داد، مورد آزار و سوء رفتار واقع شدن با کاهش کیفیت زندگی و



- partners. *Revista de Saúde Pública*, 39 (1), 108-113.
- Alfasfos, L. (2009).** *The early maladaptive schemas and their correlations with the psychiatric symptoms and the personality accentuations for Palestinian students.* PhD thesis, Psychology Faculty of Hamburg University.
- Anderson, K. L., & Burckhardt, C. S. (1999).** Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. *Journal of Advanced nursing*, 29, 298-306.
- Bethell, C., Read, D., Neff, J., & et al. (2002).** Comparison of the children with special health care needs screener to the questionnaire for identifying children with chronic conditions. *Ambulatory Pediatrics*, 2, 49-57.
- Browne, K., Hamilton, C., & Vettor, S. (2007).** *The cycles of violence: The relationship between childhood maltreatment and the risk of later becoming a victim or perpetrator of violence.* Violence and Injury Prevention Programme (WHO Regional Office for Europe).
- Burnside, E., Startup, M., Byatt, M., Rollinson, L., & Hill, J. (2004).** The role of overgeneral autobiographical memory in the development of adult depression following childhood trauma. *The British Journal of Clinical Psychology*, 43 (4), 365-376.
- Cecero, J. J., Nelson, J. D., & Gillie, J. M. (2004).** Tools and tenets of schema therapy: Toward the construct validity of the Early Maladaptive Schema Questionnaire-Research version (EMSQ-R). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 344-357.
- Conway, M. (2005).** Memory and the self. *Journal of Memory and Language*, 53, 594-628.
- Corso, P. S., Edwards, V. J., Fang, X., & Mercy, J.**

و در مرحله دوم در جهت بهبود شرایط زندگی آنها اقدام کرد. به دلیل نقش حافظه تاریخیچه شخصی و طرحوارهها در زندگی و تأثیر همه‌جانبه آنها بر سلامت و کیفیت زندگی، توجه به کودکانی که مورد سوء رفتار واقع شده‌اند و جنبه‌های مختلف زندگی آنها تحت تأثیر قرار گرفته است، می‌تواند اطلاعات سودمندی را برای تشخیص، پیشگیری و درمانگری در اختیار متخصصان قرار دهد. در این پژوهش به دلیل عدم برخورداری از یک ابزار خودگزارش‌دهی برای کودکان آزرده‌سین ۸ تا ۱۲ سال، شناسایی کودکان از سوی گزارش‌مسلولان و معلمان مدارس و مراکز مربوطه انجام گرفت. همچنین به دلیل عدم امکان سنجش شدت سوء رفتار امکان ناهمگونی نمونه پژوهش حاضر وجود دارد. بنابراین، با طراحی و تدوین ابزاری مناسب برای سنجش کودک‌آزاری در سنین مختلف می‌توان گامی اساسی در جهت شناسایی کودکان در معرض خطر برداشت.

## منابع

- خوشابی، ک.، حبیبی‌عسگرآبادی، م.، فرزادفرد، ز. و محمدخانی، پ. (۱۳۸۷).** میزان شیوع کودک‌آزاری در دانش‌آموزان دوره راهنمایی شهر تهران. *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۷(۲۷)، ۱۱۵-۱۳۶.
- شفیعی‌تبار، م.، خداپناهی، م. و حیدری، م. (۱۳۹۲).** اثربخشی مداخله آموزشی روان‌شناختی در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۳۶، ۳۶۱-۳۵۱.
- مجذوبی، م.، مومنی، خ.، امانی، ر. و حجت‌خواه، م. (۱۳۹۱).** اثربخشی خاطره‌پردازی ساختارمند گروهی بر ارتقای کیفیت زندگی و شادکامی سالمندان. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۳۴، ۳۰۲-۱۸۹.
- یوسفی، ع.، نوری، ا. و کامکار، ن. (۱۳۸۵).** بررسی کیفیت زندگی بیماران تالاسمی و خانواده‌آنها در استان اصفهان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی*، ۲۷ و ۲۸، ۱۶۶-۱۴۹.
- Adeodato, V. G., CarvalhoRdos, R., de Siqueira, V. R., & de Matos e Souza, F. G. (2005).** Quality of life and depression in women abused by their

- Harding, H. G., Burns, E. E., & Jackson, J. L. (2011).** Identification of child sexual abuse survivor subgroups based on early maladaptive schemas: Implications for understanding differences in post-traumatic stress disorder symptom severity. *Cognitive Therapy and Research, 36*, 560-575.
- Harris, A., & Curtin, L. (2002).** Parental perception, early maladaptive schemas and depressive symptoms in young adult. *Cognitive Therapy and Research, 26* (3), 405-416.
- Henderson, D., Hargreaves, I., Gregory, S., & Williams, J. M. (2002).** Autobiographical memory and emotion in a non-clinical sample of women with and without a reported history of childhood sexual abuse. *British Journal of Clinical Psychology, 41* (2), 129-141.
- Kensinger, E. A., & Corkin, S. (2003).** Memory enhancement for emotional words: Are emotional words more vividly remembered than neutral words? *Memory & Cognition, 31* (8), 1169-1180.
- Kuyken, W., & Brewin, C. R. (1995).** Autobiographical memory functioning in depression and reports of early abuse. *Journal of Abnormal Psychology, 104* (4), 585-591.
- Kuyken, W., Howell, R., & Dalgleish, T. (2006).** Overgeneral autobiographical memory in depressed adolescents with, versus without, a reported history of trauma. *Journal of Abnormal Psychology, 115*, 387-396.
- Lumley, M., & Harkness, K. (2007).** Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. *Cognitive Therapy Research, 31*, 639-657.
- A. (2008).** Health-related quality of life among adults who experienced maltreatment during childhood. *American Journal of Public Health, 98* (6), 1094-1100.
- Cukor, D., & McGinn, L. K. (2006).** History of child abuse and severity of adult depression: The mediating role of cognitive schema. *Journal of Child Sexual Abuse, 15*, 19-34.
- Dalgleish, T., Tchanturia, K., Serpell, L., Hems, S., Yiend, J., deSilva, P., & Treasure, J. (2003).** Self-reported parental abuse relates to autobiographical memory style in patients with eating disorders. *Emotion, 3*(3), 211-222 .
- Ellis, L. K., & Rothbart, M. K. (2001).** *Revision of the Early Adolescent Temperament Questionnaire.* Poster presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Minneapolis, MN.
- Erhart, M., Ottova, V., Gaspar, T., Jericek, H., Schnohr, C., Alikasifoglu, M., & et al. (2009).** Measuring mental health and wellbeing of schoolchildren in 15 European countries using the Kid-screen-10 Index. *International Journal of Public Health, 54*, 160-166.
- Fagundes, C. P., Lindgren, M. E., Shapiro, C. L., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2012).** Child maltreatment and breast cancer survivors: Social support makes a difference for quality of life, fatigue and cancer stress. *European Journal of Cancer, 48* (5), 728-736.
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000).** Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry, 177*, 534-539.

- Bcuil, J., Duer, W., & et al. (2005).** Kidscreen-52 Quality of life Measure for Children and Adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 5 (3), 353-364.
- Ravens-Sieberer, U., Auquier, P., Erhart, M., Gosh, A., Rajmil, L., Bruil, J. & et al. (2007).** The Kidscreen-27 Quality of Life Measure for Children and Adolescents: Psychometric results from a cross-cultural survey in 13 european countries. *Quality of Life Research*, 16, 1347-1356.
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Rajmil, L., Herdman, M., Auquier, P., Bruil, J., & et al. (2010).** Reliability, construct and criterion validity of the Kidscreen-10 score: A short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 19, 1487-1500.
- Ravens-Sieberer, U., Herdman, M., Devine, J., Otto, C., Bullinger, M., Rose, M., & Klasen, F. (2013).** The European Kidscreen approach to measure quality of life and well-being in children: Development, current application, and future advances. *Quality of Life Research*, 32, 791-803.
- Rijkeboer, M., & De Boo, G. (2009).** Early maladaptive schemas in children: Development and validation of the schema inventory for children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41 (2), 102-109.
- Rikhye, K., Tyrka, A. R., Kelly, M. M., Gagne, G. G., Mello, A. F., Price, L. H., & et al. (2008).** Interplay between childhood maltreatment, parental bonding, and gender effects: Impact on quality of life. *Child Abuse & Neglect*, 32 (1), 19-34.
- Shah, R., & Waller, G. (2000).** Parental style and
- Narimani, M., Mahmoodi-Aghdam, M., & Abolghasemi, A. (2012).** The role of child abuse and neglect in predicting the early maladaptive schemas domain. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 14 (10), 28-32.
- Nelson, K., & Fivush, R. (2004).** The emergence of autobiographical memory: A social cultural developmental theory. *Psychological Review*, 111 (2), 486-511.
- Neshat-Doost, H. T., Dalgleish, T., & Golden, A. M. (2008).** Reduced specificity of emotional autobiographical memories following self-regulation depletion. *Emotion*, 8 (5), 731-736.
- Neshat-Doost, H. T., Dalgleish, T., Yule, W., Kalantari, M., Ahmadi, S. J., Dyregrou, A., & et al. (2012).** Enhancing autobiographical memory specificity through cognitive training: An intervention for depression translated from basic science. *Clinical Psychological Science*, 1 (1), 84-92.
- Nickel, M. K., Tritt, K., Mitterlehner, F. O., Leibrich, P., Nickel, C., Lahmann, C. & et al. (2004).** Sexual abuse in childhood and youth as psychopathologically relevant life occurrence: Cross-sectional survey. *Croatian Medical Journal*, 45 (4), 483-489.
- Orbach, Y., Lamb, M. E., Sternberg, K. J., Williams, J. M., & Dawud-Noursi, S. (2001).** The effect of being a victim or witness of family violence on the retrieval of autobiographical memories. *Child Abuse & Neglect*, 25 (11), 1427-1437.
- Prosser, L. A., & Corso, P. S. (2007).** Measuring health-related quality of life for child maltreatment: A systematic literature review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5 (42).
- Ravens-Sieberer, U., Gosh, A., Rajmil, L., Erhart, M.,**

- graphical memory specificity: The role of depression, anxiety and childhood trauma. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 409-421.
- Williams, J. M. G. (1996).** Depression and the specificity of autobiographical memory. In D. C. Rubin (Ed.), *Remembering our past: Studies in autobiographical memory* (pp.244-267). New York: Cambridge University Press.
- Williams, J. M., & Broadbent, K. (1986).** Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology*, 95 (2), 144-149.
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., & Jordan, S. (2002).** The Schema Questionnaire-Short form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 519-530.
- World Health Organization Quality of Life (1996).** Programming on Mental Health: WHOQOL measuring quality of life. Retrieved June 7, 2014 from [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf).
- Young, J., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003).** *Schema therapy: A practitioners' guide*. New York: Guilford Press.
- vulnerability to depression: The role of core beliefs. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 19-25.
- Simon, N. M., Herlands, N. N., Marks, E. H., Mancini, C., Letamendi, A., Li, Z., & et al. (2009).** Childhood maltreatment linked to greater symptom severity and poorer quality of life and function in social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 26 (11), 1027-1032.
- Singer, J., Blagov, P., Berry, M., & Oost, K. (2013).** Self-defining memories, scripts, and the life story: Narrative identity in personality and psychotherapy. *Journal of Personality*, 81 (6), 569-582.
- Theiler, S. (2005).** *The efficacy of early childhood memories as indicators of current maladaptive schemas and psychological health*. PhD thesis, Hawthorn, Victoria, Australia.
- Valentino, K., Toth, S., & Cicchetti, D. (2009).** Autobiographical memory functioning among abused, neglected, and nonmaltreated children: The overgeneral memory effect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50 (8), 1029-1038.
- Wessel, I., Meeren, M., Peeters, F., Arntz, A., & Merckelbach, H. (2001).** Correlates of autobio-