http://jcp.khu.ac.ir

فصلنامه روانشناسی شناختی دوره ۲، شماره ۱، بهار ۱۳۹۳

مقایسه‌ی عزت نفس ضمنی در افراد افسرده و سالم

* **سامیه پناهنده:** (نویسنده مسئول) کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، panahandeh.samiyeh@gmail.com

جواد صالحی فدردی: دانشیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.

علی مشهدی: استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱/۱۶ پذیرش اولیه: ۱۳۹۳/۳/۵ پذیرش نهایی: ۱۳۹۳/۳/۲۰

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی پردازش منفی اطلاعات ضمنی مرتبط با خود با استفاده از آزمون تداعی ضمنی عزت‌نفس، در دانشجویان دارای افسردگی و بدون افسردگی انجام شد. تعداد ۱۷ شرکت کننده‌ی دارای افسردگی و ۱۷ نفر دانشجوی بدون افسردگی، به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. تشخیص افسردگی با استفاده از پرسشنامه‌ی افسردگی بک و مصاحبه‌ی بالینی صورت گرفت. با هدف کنترل اضطراب آزمودنی‌ها، از پرسشنامه‌ی اضطراب بک استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیره انجام شد. نتایج نمایانگر آن بود که گروه افسرده از گروه عادی، دارای نمره‌ی افسردگی بالاتری در پرسشنامه‌ی افسردگی بک بودند. همچنین عزت‌نفس ضمنی گروه افسرده با گروه آزمودنی‌های بهنجار، به طور معناداری متفاوت بود. از یافته‌های این پژوهش می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که افراد افسرده در آزمون تداعی ضمنی عزت‌نفس(IAT) ، نمره‌ی عزت‌نفس ضمنی کمتری از افراد بدون افسردگی دارند.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، عزت‌نفس، عزت‌نفس ضمنی، آزمون تداعی ضمنی عزت‌نفس (IAT).

Journal of Cognitive Psychology, Vol. 2, No. 1, Spring 2014

A Comparison of Implicit Self-esteem in Depressed and Non-depressed Individuals

***Panahandeh, S.** (Corresponding author) MA in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. panahandeh.samiyeh@gmail.com

Salehi Fadardi, J. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

Mashhadi, A. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

Abstract

The aim of the current study was to investigate the negative processing of implicit information related to self by self-esteem implicit association test in depressed and non-depressed students. 17 depressed students and 17 non-depressed students were selected through convenience sampling method. Beck depression inventory (BDI-II) and clinical interviews were employed to diagnose depressed individuals. The Beck anxiety inventory (BAI) was conducted to control participant's anxiety. The data were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA). Results revealed that the depressed individuals had higher scores in Beck depression inventory (BDI-II) than non-depressed. There was also a significant difference between depressed and non-depressed individuals in terms of the implicit self-esteem. According to the results of this study, it can be concluded that depressed students have lower implicit self-esteem scores than non-depressed in self-esteem implicit association test (IAT).

Keywords: Depression, Self-esteem, Implicit Self-esteem, Self-esteem Implicit Association Test (IAT).

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1393.2.1.3.6]

مقدمه

افراد افسرده در حوزه‌ی عملکرد شناختی و پردازش اطلاعات، دارای نقص‌هایی هستند که این نقص‌ها در جهت سوگیری منفی به خود است (کلارک[1]، بک[2]، و آلفورد[3]، ۱۹۹۹). براساس نظریه‌های شناختی افسردگی، تغییرات شناختی منفی مشاهده شده در افراد افسرده، نشأت گرفته از فعال‌سازی ساختارهای معنایی ناکارآمد، یعنی طرحواره است. طرحواره‌های شناختی از تجارب اولیه‌ی زندگی ایجاد شده‌اند و ساختارهای شناختی ثابتی هستند که خارج از آگاهی، عمل کرده و متشکل از دانش سازمان یافته‌ای در مورد جهان است که هدایت‌کننده‌ی ادراک، ارزیابی، نگهداری و بازیابی اطلاعات است (آبرامسون[4]، الوی[5]، هانکین[6]، هافل[7]، و گیب[8]، ۲۰۰۲). فرض این نظریه آن است که طرحواره‌های خود منفی، شامل شناخت‌های ناکارآمد درباره‌ی خود بوده که بر تمام جوانب پردازش اطلاعات مرتبط با خود تأثیر می‌گذارد و در شروع و تداوم افسردگی نقش مهمی ایفا می‌کند.

پژوهش‌های تجربی نشان داده‌اند که طرحواره‌های منفی مرتبط با خود در افراد آسیب‌پذیر به افسردگی، نهفته باقی مانده و برای ظهور، نیازمند فعال شدن است (کلوین[9]، گودیر[10]، تیزدیل[11]، و برچین[12]، ۱۹۹۹). همان‌طور که تیزدیل و راسل[13] (۱۹۸۳) بیان کرده‌اند، طرحواره‌های فعال شده متمایل به تسلط در سیستم پردازش اطلاعات است که به افسردگی منجر می‌شود. این مفهوم فعال سازی در نظریه‌ی شناختی، تنها در طول دوره‌ی افسردگی اساسی است (اینگرام[14]، میراندا[15]، و سگال[16]، ۱۹۹۸؛ کلارک و همکاران، ۱۹۹۹). از نقطه نظر این دیدگاه، بین اعمال و پردازش شناختی از طریق عمل این سیستم، شکافی ایجاد شده‌است (به عنوان مثال، رمزگردانی، بازیابی، جای‌گیری اطلاعات و فعال‌سازی طرحواره) که موجب دوری از استدلال منطقی و تفکر می‌شود (اینگرام و ویسنیکی[17]، ۱۹۹۱).

علی‌رغم این‌که عزت نفس پایین به تنهایی به عنوان یک اختلال در نظر گرفته نمی‌شود، بسیاری آن را به عنوان نشانه‌ای دارای مشکل، در مداخله و درمان بهبود اختلالات گوناگون در نظر می‌گیرند (کورل بوم[18]، ماریسن[19]، و ون آسندلفت[20]، ۲۰۱۱). به منظور بهبود یک اختلال، لازم است تمامی نشانه‌ها و علائم آن به خوبی شناخته شده و تحت درمان یا مداخله قرار گیرند.

عزت نفس ضمنی، یکی از مواردی است که در میان افراد افسرده دچار مشکل بوده و نیازمند مداخله‌ی مناسب برای بهبود آن است. چندین پژوهشگر رابطه‌ی معکوس و معناداری بین عزت نفس ضمنی و درجه‌ی افسردگی یافته‌اند (فرانک[21]، دی رادت[22]، درئو[23]، و ون دن آبیل[24]، ۲۰۰۷؛ ریچ[25] و همکاران، ۲۰۱۰؛ سگال، تروچان[26]، گمار[27]، گیرگس[28]، و هوروویتز[29]، ۱۹۹۵؛ هافل[30] و همکاران، ۲۰۰۷). در سال‌های اخیر برنامه‌های جدیدی برای اندازه‌گیری فرایندهای طرحواره‌ی خود به روش غیر مستقیم طراحی شده‌است. این نوع جدید مقیاس‌ها مبتنی بر این فرض هستند که عزت‌نفس ضمنی و آشکار، دو سازه‌ی متفاوت هستند و به نتایج رفتاری مختلف و راهبردهای اندازه‌گیری گوناگون منجر شده‌اند (بوسون[31]، سوان[32]، و پنبیکر[33]، ۲۰۰۰). این ابزارها، مقیاس‌های عزت‌نفس ضمنی نامیده شده‌اند که مشکلات مقیاس‌های آشکار همچون وانمود خوب را نداشته (بوسون و همکاران، ۲۰۰۰؛ گرین والد[34] و فارنهام[35]، ۲۰۰۰)

1. Clark
2. Beck
3. Alford
4. Abramson
5. Alloy
6. Hankin
7. Haeffel
8. Gibb
9. Kelvin
10. Goodyer
11. Teasdale
12. Brechin
13. Russell
14. Ingram
15. Miranda
16. Segal
17. Wisnicki
18. Korrelboom
19. Marissen
20. Van Assendelft
21. Franck
22. De Raedt
23. Dereu
24. Van den Abbeele
25. Risch
26. Truchon
27. Gemar
28. Guirguis
29. Horowitz
30. Haeffel
31. Bosson
32. Swann
33. Pennebaker
34. Greenwald

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1393.2.1.3.6]

و شاخصی از نگرش یا شناخت‌های ناآگاه (ناخودآگاه، ناهشیار) و غیر قابل کنترل فرد را فراهم می‌کند (دی هائر[۳۶]، ۲۰۰۶). عزت‌نفس ضمنی، نگرش فرد به خود است که با درون‌نگری غیر قابل تشخیص است (یا اشتباه تشخیص داده می‌شود) و با ارزیابی خود توصیف می‌شود (گرین‌والد و باناجی[۳۷]، ۱۹۹۵). آزمون تداعی ضمنی[۳۸] (IAT) یکی از ابزارهای مورد استفاده برای اندازه‌گیری و سنجش عزت‌نفس ضمنی است (گرین والد، مک هی[۳۹]، و شوارتز[۴۰]، ۱۹۹۸) که می‌تواند منعکس کننده‌ی طرحواره‌های فعال شده‌ی «خود» باشد (گرین والد و فارنهام، ۲۰۰۰).

تاکنون پژوهش‌های کمی به منظور بررسی عزت‌نفس ضمنی در افسردگی انجام شده‌است و هنوز حمایت‌های تجربی کافی، به منظور ارائه‌ی یک نتیجه‌ی کلی درباره‌ی عزت‌نفس ضمنی در افراد افسرده و بهنجار و مقایسه‌ی آن‌ها، وجود ندارد (فرانک و همکاران، ۲۰۰۷). با وجود نتایج پژوهش‌هایی مبنی بر وجود رابطه‌ی منفی بین افسردگی و عزت نفس (فرانک و همکاران، ۲۰۰۷؛ ریچ و همکاران، ۲۰۱۰؛ سگال و همکاران، ۱۹۹۵؛ هافل و همکاران، ۲۰۰۷)، پژوهش‌های دیگری موفق به یافتن چنین رابطه‌ای نشده‌اند (ون توجیل[۴۱]، دی یونگ[۴۲]، استر اسپورتل[۴۳]، هولو[۴۴]، و ناتا[۴۵]، ۲۰۱۴).

هدف پژوهش حاضر، ارزیابی عزت نفس ضمنی افراد افسرده و مقایسه‌ی آن با عزت نفس ضمنی افراد بدون افسردگی، در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی بود. فرضیه‌ی پژوهش عبارت بود از این‌که افراد افسرده در آزمون تداعی ضمنی عزت‌نفس، دارای نمره‌ی کمتری از افراد عادی هستند. لازم به یادآوری است که بررسی عزت‌نفس ضمنی افراد افسرده می‌تواند کاربردهای مهمی در سبب‌شناسی نظری این اختلال داشته باشد و به شناخت بیشتر و کامل‌تر ویژگی‌های افسردگی کمک کند.

روش

این پژوهش، از نوع عِلّی- مقایسه‌ای است. جامعه‌ی آماری پژوهش، دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد بودند. تحلیل توان[۴۶] برای تعیین حجم نمونه‌ی مورد نیاز انجام شد. اندازه‌ی اثر[۴۷] (ES) در حد f^2= ۰/۸۵ در نظر گرفته شد. با استفاده از برنامه‌ی G*Power (فائول[۴۸]، اردفلر[۴۹]، لنگ[۵۰]، و بوچنر[۵۱]، ۲۰۰۷)، سطح معناداری p=۰/۰۵، Power= ۰/۹۵ و تعداد متغیرها ۲ =k، تعداد ۱۶ نفر به عنوان حجم نمونه برای پژوهش محاسبه شد. با استفاده از نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس، شرکت‌کنندگانی که در پرسشنامه‌ی افسردگی بک، نمرات بالا و در پرسشنامه‌ی اضطراب بک، نمرات پایینی به‌دست آوردند، در گروه افسرده قرار گرفتند. همچنین، آزمودنی‌های گروه غیر افسرده نیز در مقیاس افسردگی بک و اضطراب بک نمرات پایینی کسب کردند و به روش در دسترس از میان دانشجویان دانشگاه فردوسی انتخاب شدند. بدین ترتیب، نمرات عزت‌نفس ضمنی در ۱۷ آزمودنی افسرده، با ۱۷ فرد سالم مقایسه شد.

ابزار

۱- *آزمون کامپیوتری تداعی ضمنی عزت‌نفس* (IAT): این ابزار کامپیوتری یک آزمون طبقه‌بندی است که توسط گرین والد و همکارانش (۱۹۹۸) ساخته شد. این ابزار برای اندازه‌گیری تفاوت‌های فردی در شناخت ضمنی، ایجاد و در سنجش خودپنداره و عزت‌نفس (گرین‌والد و فارنهام، ۲۰۰۰)، تداعی‌ها در بیماران افسرده (گمار[۵۲]، سگال، ساگراتی[۵۳]، و کندی[۵۴]، ۲۰۰۱) و موارد دیگر از آن استفاده شده‌است. اساس IAT این است، که در صورت ارتباط بالای دو مفهوم به یکدیگر، زمان واکنش به IAT در زمان تعریف یک کلید پاسخ برای آن دو مفهوم، سریع‌تر است. نتیجه‌ی آزمون به‌دست آوردن زمان واکنش در پاسخگویی به محرک‌های گوناگون است. پژوهش‌های گوناگون، روایی ۰/۶۹ و پایایی

35. Farnham
36. De Houwer
37. Banaji
38. Implicit association test
39. McGhee
40. Schwartz
41. Van Tuijl
42. De Jong
43. Esther Sportel
44. Hullu
45. Nauto

46. Power analysis
47. Effect size
48. Faul
49. Erdfelder
50. Lang
51. Buchner
52. Gemar
53. Sagrati
54. Kennedy

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1393.2.1.3.6]

مناسبی را برای این ابزار گزارش کرده‌اند (بوسون و همکاران، ۲۰۰۰؛ گرین‌والد و نوزک[55]، ۲۰۰۱). در پژوهش حاضر با روش دو نیمه کردن، روایی آزمون تداعی ضمنی عزت‌نفس ۰/۸۷ محاسبه شد.

آزمون تداعی ضمنی دارای هفت بلوک[56] است، که پنج بلوک از آن تمرین و دو بلوک، آزمون است. بلوک‌های یک، دو و پنج، دارای ۲۴ کوشش[57]، و بلوک‌های سه، چهار، شش و هفت، دارای ۴۸ کوشش است. آزمون تداعی ضمنی دارای دو بُعد است: بُعد هدف[58] و بُعد نسبت[59]. بُعد هدف شامل کلمات مرتبط با «من» و «دیگران» و بُعد نسبت، شامل «صفات مثبت» و «صفات منفی» است. فرض زیربنایی آزمون تداعی ضمنی این است که هر قدر تداعی‌ها قوی‌تر باشند، زمان واکنش به محرک‌ها سریع‌تر خواهد بود. در آزمون مورد استفاده در این پژوهش، چهار دسته کلمه مورد استفاده قرار گرفته‌است: الف) کلمات مرتبط با «من» (من، خود و خودم)؛ ب) کلمات مرتبط با «دیگران» (او، آن‌ها و دیگری)؛ ج) صفات مثبت (مفید، بااستعداد، موفق، توانمند، باهوش و لایق)؛ و د) صفات منفی (احمق، حقیر، منفور، بازنده، تنها و بی‌ارزش). صفات مثبت و منفی از میان صفات استفاده شده در چندین مقاله‌ی پژوهشی که از این ابزار استفاده کرده‌اند، استخراج و فهرست شده و به ۲۰ نفر برای نمره گذاری از ۱۰- تا ۱۰+ ارائه شد. واژه‌های انتخاب شده‌ی نهایی، از نظر آزمودنی‌ها دارای بالاترین درجه بود. جدول ۱ ارائه‌کننده‌ی کلمات دسته‌های مختلف این آزمون است. کلیدهای پاسخگویی به این آزمون، دو کلید است: «م» کلید راست و «د» کلید چپ. برای هر کلید، پاسخی در نظر گرفته می‌شود. گاهی برای یک کلید، دو دسته واژه‌ی صحیح تعیین می‌شود. پاسخ‌های صحیح در بلوک‌های مختلف آزمون به این صورت است: **بلوک اول:** واژه‌های مرتبط با «من» و «دیگران»؛ از آزمودنی خواسته شده در صورت مشاهده‌ی کلمات مرتبط با «من»، کلید راست و در صورت مشاهده‌ی کلمات مرتبط با «دیگران»، کلید چپ را فشار دهد. **بلوک دوم:** صفات «مثبت» و «منفی»؛ از آزمودنی خواسته شده که در صورت مشاهده‌ی صفات «مثبت»، کلید راست و در صورت مشاهده‌ی صفات «منفی»، کلید چپ را فشار دهد. **بلوک سوم:** کلمات مرتبط با «من» و «دیگران»، «مثبت» و «منفی»؛ آزمودنی باید در صورت مشاهده‌ی کلمات مرتبط با «من» و «مثبت»، کلید راست و کلمات مرتبط با «دیگران» و «منفی»، کلید چپ را فشار دهد. **بلوک چهارم:** همانند بلوک سوم است، با این تفاوت که بلوک چهار، آزمون بوده و پاسخ‌های آزمودنی ذخیره می‌شود. **بلوک پنجم:** واژه‌های مرتبط با «من» و «دیگران»؛ از آزمودنی خواسته شده در صورت مشاهده‌ی کلمات مرتبط با «دیگران»، کلید راست و در صورت مشاهده‌ی کلمات مرتبط با «من»، کلید چپ را فشار دهد. در واقع این بلوک، عکس بلوک یک است. **بلوک ششم:** کلمات مرتبط با «من» و «دیگران»، «مثبت» و «منفی»؛ آزمودنی در صورت مشاهده‌ی کلمات مرتبط با «دیگران» و «مثبت»، کلید راست و کلمات مرتبط با «من» و «منفی»، کلید چپ را فشار می‌دهد. این بلوک عکس بلوک سوم و چهارم است. **بلوک هفتم:** همانند بلوک شش بوده، با این تفاوت که بلوک هفت، آزمون بوده و پاسخ‌های آزمودنی ذخیره می‌شود. در جدول ۲ اطلاعات کلی مرتبط با این آزمون ارائه شده‌است. در این آزمون بلوک چهارم، بلوک همخوان[60] و بلوک هفتم، بلوک ناهمخوان[61] است. نمرات عزت‌نفس ضمنی فرد از کسر میانگین نمرات بلوک هفت از چهار به‌دست می‌آید.

برای نمره‌گذاری آزمون تداعی ضمنی، همان‌طور که در بالا ذکر شد، به اطلاعات بلوک چهار و هفت نیاز است. در مرحله‌ی اول، نمرات بسیار بالا و بسیار پایین حذف می‌شوند. براساس دستورالعمل آزمون، قبل از هرگونه تجزیه و تحلیل، داده‌ها باید هنجار شوند. بدین منظور، از روش نرمال سازی سطح Area Transformation با فرمول Rankit در SPSS استفاده شد. نمرات نُرم شده و در مرحله‌ی بعدی پس از گرفتن میانگین برای نمرات هر دو بلوک، نمرات بلوک هفت که بلوک ناهمخوان بوده از بلوک چهار که همخوان است، کسر شدند و نمره‌ی تداخل عزت‌نفس ضمنی فرد محاسبه می‌شود. این نمره همان نمره‌ی عزت‌نفس ضمنی فرد است (گرین والد، نوزک، و باناجی، ۲۰۰۳).

55. Nosek
56. Block
57. Trial
58. Target
59. Attribute
60. Congruent
61. Incongruent

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1393.2.1.3.6]

جدول ۱. محرک‌های آزمون تداعی ضمنی عزت‌نفس (Self-esteem IAT)

بُعد هدف		بُعد نسبت	
خود	دیگران	مثبت	منفی
من	او	مفید	احمق
خود	آن‌ها	با استعداد	حقیر
خودم	دیگری	موفق	منفور
		توانمند	بازنده
		باهوش	تنها
		لایق	بی ارزش

جدول ۲. مراحل و اطلاعات کلی مرتبط با آزمون تداعی ضمنی عزت‌نفس (Self-esteem IAT)

بلوک	تعداد کوشش‌ها	کارکرد	گروه‌های هدف	کلید راست	کلید چپ
۱	۲۴	تمرین	من / دیگران	من	دیگران
۲	۲۴	تمرین	مثبت / منفی	مثبت	منفی
۳	۴۸	تمرین	من / دیگران	من	دیگران
			مثبت / منفی	مثبت	منفی
۴	۴۸	آزمون	من / دیگران	من	دیگران
			مثبت / منفی	مثبت	منفی
۵	۲۴	تمرین	دیگران / من	دیگران	من
۶	۴۸	تمرین	دیگران / من	دیگران	من
			مثبت / منفی	مثبت	منفی
۷	۴۸	آزمون	دیگران / من	دیگران	من
			مثبت / منفی	مثبت	منفی

۲- *پرسشنامه‌ی افسردگی بک*[62] *ویرایش دوم* (BDI-II): این مقیاس شکل بازنگری شده‌ی پرسشنامه‌ی افسردگی بک (BDI) است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده‌است (بک، استیر[63]، و براون[64]، ۲۰۰۰). ویرایش دوم پرسشنامه‌ی افسردگی بک، در مقایسه با ویرایش اول، بیشتر با DSM-IV همخوانی دارد. به‌علاوه، ویرایش دوم این پرسشنامه تمامی عناصر افسردگی، براساس نظریه‌ی شناختی افسردگی را نیز پوشش می‌دهد. این پرسشنامه نیز همانند ویرایش نخست از ۲۱ ماده تشکیل شده‌است که از پاسخ دهندگان خواسته می‌شود، شدت نشانه‌ها را روی یک مقیاس از صفر تا سه درجه‌بندی کنند. بنابراین، نمره‌ی کل پرسشنامه دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ دارد. این پرسشنامه قابل استفاده در جمعیت ۱۳ سال به بالا بوده و نقاط برشی به شرح زیر برای آن در نظر گرفته شده‌است: هیچ یا کم‌ترین افسردگی: نمره صفر تا ۱۳؛ افسردگی خفیف، ۱۹-۱۴؛ افسردگی متوسط، ۲۸-۲۰؛ و افسردگی شدید، ۶۳-۲۹ (گراث-مارنات[65]، ۱۳۸۶). این پرسشنامه به صورت یک پرسشنامه‌ی خودگزارشی است. در این پرسشنامه چندین گروه سؤال وجود دارد و در هر سؤال گزینه‌ای انتخاب می‌شود که بهتر از همه احساس فرد را نشان می‌دهد، یعنی آنچه درست در زمان اجرای پرسشنامه احساس می‌کند. روایی و اعتبار مناسبی برای ویرایش اول پرسشنامه‌ی افسردگی بک گزارش شده‌است (گراث-مارنات، ۱۳۸۶). مطالعات انجام شده بر روی پرسشنامه‌ی افسردگی بک ویرایش دوم، اعتبار، پایایی و ساخت عاملی مطلوبی را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند و به طور کلی این پرسشنامه جانشین خوبی برای ویرایش اول پرسشنامه‌ی افسردگی بک محسوب می‌شود (فتی، ۱۳۸۲).

در یک نمونه‌ی بالینی، ضریب آلفای ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله‌ی

62. Beck Depression Inventory
63. Steer
64. Brown
65. Groth-Marnat

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1393.2.1.3.6]

یک هفته، ۰/۹۴ و همبستگی آن با پرسشنامه‌ی بک ویرایش اول، ۰/۹۳ گزارش شده‌است (فتی، ۱۳۸۲). مطالعه‌ی وهاب زاده (۱۳۵۲) در ایران به منظور چگونگی ارزش تشخیص این پرسشنامه، در تفکیک بیماران افسرده و افراد سالم از یکدیگر، نشان داد که این پرسشنامه دارای ارزش تشخیصی است و قادر به تمیز افراد سالم از بیمار می‌باشد (وهاب زاده، ۱۳۵۲؛ به نقل از چگینی، نیکپور، و باقری یزدی، ۱۳۸۱). در پژوهش‌های دیگر، از جمله پژوهش پرتو (۱۳۵۴) و پژوهش چگینی و همکاران (۱۳۸۱)، پایایی قابل قبول این پرسشنامه با گستره‌ی بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده‌است. بک و همکاران (۲۰۰۰) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶، ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. همچنین دابسون[66] و محمد خانی (۱۳۸۶)، ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب باز آزمایی به فاصله‌ی یک هفته را ۰/۹۳ به‌دست آورده‌اند. به علاوه در یک بررسی بر روی ۱۲۵ دانشجوی دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبایی که جهت بررسی اعتبار و روایی BDI-II بر روی جمعیت ایرانی انجام گرفت، نتایج بیانگر آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و اعتبار بازآزمایی به فاصله‌ی دو هفته، ۰/۷۳ بود (غرایی، ۱۳۸۲). در مطالعه‌ی حاضر، این پرسشنامه به منظور تعیین شدت افسردگی مورد استفاده قرار گرفت.

۳- *پرسشنامه‌ی اضطراب بک*[67] (BAI): بک و استیر (۱۹۸۹) با در نظر گرفتن اهمیت سنجش دو بعد اصلی اضطراب، یعنی علائم شناختی و فیزیولوژیکی، پرسشنامه‌ی اضطراب بک را تدوین کردند. این پرسشنامه خودگزارشی است و از ۲۱ گزینه تشکیل شده‌است. فراوانی علائم اضطراب در مقیاسی از صفر تا سه در طول یک هفته‌ی گذشته سنجیده می‌شود (هویت[68] و نورتن[69]، ۱۹۹۳). هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی، و هراس) را توصیف می‌کند. بنابراین، نمره‌ی کل این پرسشنامه در دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ قرار می‌گیرد. نقاط برش پیشنهاد شده برای این پرسشنامه، به این ترتیب می‌باشد: اضطراب جزئی، صفر تا ۷؛ اضطراب خفیف، ۱۵-۸؛ اضطراب متوسط، ۲۵-۱۶؛ و اضطراب شدید، ۶۳-۲۶ (فتی، ۱۳۸۲). هویت و نورتن (۱۹۹۳) پژوهش‌هایی را (برای نمونه بک، براون، اپستین[70]، و استیر، ۱۹۸۸؛ بک و استیر، ۱۹۹۱) آورده‌اند که همسانی درونی مناسبی را برای این پرسشنامه گزارش می‌کنند. همچنین پایایی آزمون ـ پس آزمون و روایی همگرا و افتراقی آن نیز مناسب گزارش شده‌است. در پژوهش هویت و نورتن (۱۹۹۳) ضریب آلفا برای BAI، ۰/۹۲ گزارش شده‌است. همچنین آلفای همبستگی برای مؤلفه‌ی شناختی ۰/۸۷ و برای مؤلفه‌ی جسمانی ۰/۸۵ و ضریب همبستگی دو مؤلفه، ۷۱ درصد گزارش شده‌است. در نمونه‌ی ایرانی، ضریب آلفا ۰/۹۲، ضریب پایایی بین دو نیمه ۹۱ درصد، ضریب بازآزمایی به فاصله‌ی یک هفته ۸۱ درصد و ضریب همبستگی پرسشنامه‌ی اضطراب بک با BDI-II ۶۲ درصد گزارش شده‌است (فتی، ۱۳۸۲). برخی تحقیقات در ایران در مورد خصوصیات روان‌سنجی این آزمون انجام گرفته‌است. به عنوان مثال، غرایی (۱۳۸۲) ضریب اعتبار آن را با روش بازآزمایی و به فاصله‌ی دو هفته ۰/۸۰ گزارش کرده‌است. همچنین کاویانی و موسوی (۱۳۷۸)، در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این آزمون در جمعیت ایرانی، ضریب روایی در حدود ۰/۷۲ و ضریب اعتبار بازآزمایی به فاصله‌ی یک ماه را ۰/۸۳ و آلفای کرونباخ را ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر، این پرسشنامه به منظور تعیین شدت اضطراب مورد استفاده قرار گرفت.

روش اجرا

آزمون تداعی ضمنی برنامه‌ی نرم‌افزاری محقق-ساخته‌ای است که با استفاده از نرم افزار سوپرلب[71] طراحی شده‌است. برای اجرای آزمون تداعی ضمنی، از یک دستگاه لپ تاپ ام. اس. آی[72] با مانیتور ۱۵/۴ اینچ استفاده شد که روی میز جلوی شرکت‌کنندگان قرار داده شد، به طوری‌که فاصله‌ی چشم آن‌ها با دستگاه حدود ۴۰-۳۶ سانتیمتر بود. شرکت‌کنندگان در یک وضعیت راحت روی صندلی نشسته و آزمون را اجرا کردند. به منظور ایجاد آمادگی، آزمودنی‌ها ابتدا تمرین کرده تا جای کلیدهای پاسخ بر روی صفحه کلید را به

66. Dobson
67. Beck Anxiety Inventory
68. Hewitt
69. Norton
70. Epstein
71. Super lab 0.4 pro
72. Msi

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1393.2.1.3.6]

خوبی یاد بگیرند. قبل از اجرای تکلیف تداعی ضمنی رایانه‌ای، از آن‌ها خواسته شد تا کلیدهای راست و چپ را که با برچسبی بر روی صفحه کلید مشخص شده، فشار دهند. ترتیب کلیدها بر روی صفحه کلید به صورت زیر بود: «م» کلید راست، «د» کلید چپ. در مرحله‌ی تمرین، رایانه در مورد پاسخ درست، غلط و با تأخیر، به فرد بازخورد نوشتاری می‌داد. مرحله‌ی تمرین آن‌قدر تکرار شد تا آزمودنی‌ها محل کلیدها را یاد بگیرند. در مرحله‌ی آزمون، به آزمودنی بازخوردی درباره‌ی درست یا غلط بودن پاسخ ارائه نمی‌شد. مراحل گوناگون تکلیف تداعی ضمنی در جدول ۲ نشان داده شده‌است.

برای دست‌یابی به نمونه‌ی مورد نظر، اطلاعیه‌های پژوهشی برای شرکت در این پژوهش تدوین شد و در مراکز پُر رفت و آمد دانشگاه قرار گرفت. شرکت در پژوهش به صورت داوطلبانه بود و در زمان مراجعه‌ی افراد، ارتباط لازم از سوی پژوهشگر با آن‌ها برقرار و پرسشنامه‌ها برای پاسخگویی به آن‌ها ارائه می‌شد. افراد گروه افسرده، از میان افراد داوطلب مراجعه‌کننده که دارای نمرات متوسط به بالا در پرسشنامه‌ی افسردگی بک و نمرات خفیف و جزئی در پرسشنامه‌ی اضطراب بک بودند، غربال و افراد گروه غیر افسرده نیز از میان دانشجویان دارای هیچ یا کم‌ترین افسردگی در پرسشنامه‌ی افسردگی بک و اضطراب جزئی و خفیف در پرسشنامه‌ی اضطراب بک انتخاب شدند. پس از آن با انجام مصاحبه‌ای تشخیصی بر اساس ملاک‌های DSM-IV-TR برای افسردگی، توسط پژوهشگر بررسی‌های بیشتر انجام شد. محیط اجرا، یکی از اتاق‌های کلینیک روانشناسی بالینی دانشگاه فردوسی مشهد به دور از صداهای مزاحم اطراف بود. مراجعه‌کنندگان توسط آزمونگر، مورد ارزیابی اولیه قرار گرفتند، افرادی که تشخیص اولیه‌ی آن‌ها، اختلالات روان‌شناختی دیگری بود، یا تشخیص اختلال بالینی ثانویه‌ای داشتند، در این مطالعه شرکت داده نشدند. تشخیص‌های افتراقی از قبیل اختلال دو قطبی، اسکیزوافکتیو، اختلال مختلط اضطراب و افسردگی، سایر اختلالات خلقی نظیر علائم فصلی و تند چرخی بررسی شد. به عنوان مثال علائم مانیا و هیپومانیا برای اختلال دو قطبی، بررسی رویداد خاص در آغاز علائم برای اختلال انطباقی، علائم سایکوتیک و دو قطبی برای اسکیزو افکتیو، و علائم اضطرابی برای اختلال مختلط اضطراب و افسردگی، ارزیابی شد. پرسشنامه‌ها به صورت انفرادی تکمیل شد و پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، هر دو گروه، در آزمون تداعی ضمنی شرکت کردند.

یافته‌ها

به منظور تحلیل نتایج، ابتدا میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای سن، تحصیلات، افسردگی، اضطراب و عزت‌نفس ضمنی دو گروه افسرده و سالم محاسبه شد. در بخش تحلیل داده‌های استنباطی، دو گروه از نظر میزان افسردگی با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره مقایسه شدند، که افسردگی بیشتر گروه افسرده در مقایسه با گروه بهنجار

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی و میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای سن، تحصیلات، افسردگی، اضطراب و عزت‌نفس ضمنی

متغیرها	گروه افسرده		گروه غیر افسرده	
	M	SD	M	SD
سن	۲۱/۷۱	۳/۰۷	۲۱/۱۸	۱/۱۸
تحصیلات	۱۴/۷۶	۱/۴۳	۱۵/۰۶	۱/۱۹
نمره‌ی پرسشنامه‌ی افسردگی بک	۲۴/۱۲	۸/۰۶	۶/۱۸	۳/۵۵
نمره‌ی پرسشنامه‌ی اضطراب بک	۹/۶۵	۳/۶۵	۳/۷۱	۲/۲۵
نمره‌ی تداخل عزت‌نفس ضمنی	۰/۴۰	۰/۳۹	۰/۵۵	۰/۴۵

جدول ۴. آماره‌های استنباطی تحلیل کوواریانس تک متغیره عزت‌نفس ضمنی و افسردگی، در دو گروه افسرده و غیر افسرده

متغیر پژوهش	مجموع مجذورات[1]	درجه آزادی	میانگین مجذورات[1]	F	p	ضریب اِتا[1]	d[1]
عزت‌نفس ضمنی	۱/۵۲	۱	۱/۵۲	۱۰/۰۷	۰/۰۰۳**	۰/۲۵	۱/۱۵
افسردگی	۶۴۸/۲۱	۱	۶۴۸/۲۱	۲۰/۵۶	۰/۰۰۱**	۰/۴۱	۱/۶۸

** p < ۰/۰۱، * p < ۰/۰۵

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1393.2.1.3.6]

نشان داده شد. با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره مقایسه‌ی دو گروه در نمرات عزت‌نفس ضمنی انجام شد.

جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد دو گروه افسرده و غیر افسرده را در متغیرهای جمعیت شناختی، پرسشنامه‌ی افسردگی بک، پرسشنامه‌ی اضطراب بک و نمره‌ی تداخل عزت‌نفس ضمنی، نشان می‌دهد. ۷۰/۶ درصد از جمعیت مورد مطالعه، دختر و ۲۹/۴ درصد، پسر بودند.

برای بررسی فرضیه‌ی پژوهش (یعنی، افراد افسرده در آزمون تداعی ضمنی عزت‌نفس، نمره‌ی کمتری از افراد عادی خواهند داشت)، از مدل تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) استفاده شد. به منظور کنترل اثر مداخله‌گر متغیرهای سن و تحصیلات، این متغیرها در مدل وارد شدند. برای انجام تحلیل کوواریانس تک متغیره، ابتدا نرمال بودن و یکسانی واریانس متغیر وابسته از طریق آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به این‌که سطح معناداری مقدار محاسبه شده‌ی لوین (۰/۶) از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است، داده‌ها مفروضه‌ی تساوی خطای واریانس‌ها را زیر سؤال نبرده‌اند و می‌توان از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده کرد. در مدل، نمره‌ی تداخل عزت‌نفس ضمنی به عنوان متغیر وابسته، گروه به عنوان متغیر مستقل و سن به عنوان متغیر همراه[۷۳] (کوواریت) وارد شد. نتایج متغیر همراه نشان داد که متغیر سن معنادار نبود. همچنین نتایج نشان داد که اثر گروه معنادار بود، به طوری‌که گروه افسرده از گروه عادی، دارای نمره‌ی عزت‌نفس ضمنی پایین‌تری در آزمون تداعی ضمنی عزت‌نفس بودند.

همچنین به منظور بررسی تمایز دو گروه از نظر میزان نمره‌ی افسردگی در پرسشنامه‌ی افسردگی بک، از مدل تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) استفاده شد. به منظور کنترل اثر مداخله‌گر متغیرهای سن و تحصیلات، این متغیرها در مدل وارد شدند. برای انجام تحلیل کوواریانس تک متغیره، ابتدا نرمال بودن و یکسانی واریانس متغیر وابسته از طریق آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به این‌که سطح معناداری مقدار محاسبه شده‌ی لوین (۰/۷) از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است، داده‌ها مفروضه‌ی تساوی خطای واریانس‌ها را زیر سؤال نبرده‌اند و می‌توان از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده کرد. در مدل، نمره‌ی افسردگی به عنوان متغیر وابسته، گروه به عنوان متغیر مستقل، و سن به عنوان متغیر همراه (کوواریت) وارد شد. نتایج متغیر همراه نشان داد که سن معنادار نبود. همچنین نتایج نمایانگر آن بود که اثر گروه معنادار بود، به طوری‌که گروه افسرده از گروه عادی، دارای نمره‌ی افسردگی بالاتری در پرسشنامه‌ی افسردگی بک بودند. نمرات این تحلیل‌ها به طور کلی در جدول استنباطی ۴ نشان داده شده‌است.

بحث

با در نظر گرفتن نظریه‌ی شناختی بک و فرض تأثیرگذاری دیدگاه‌های منفی به خود بر سوگیری پردازش اطلاعات شناختی به روشی غیر قابل کنترل و خودکار، می‌توان گفت که مقیاس‌های ضمنی در اندازه‌گیری فرآیندهای خودکار در مقایسه با مقیاس‌های آشکار مؤثرتر عمل می‌کند (فرانک، دی‌رادت، و دی‌هائر، ۲۰۰۸). علاوه بر این فرض شده‌است که حداقل برخی از دیدگاه‌های منفی به خود که برانگیزاننده‌ی افسردگی هستند، در طی دوره‌ی کودکی ایجاد شده (کلارک و همکاران، ۱۹۹۹) و بسیاری از ارزیابی‌های ضمنی نیز در این دوره شکل گرفته‌اند (دی‌هارت[۷۴]، پلهام[۷۵]، و تنن[۷۶]، ۲۰۰۶؛ کول[۷۷]، دیجکسترهویس[۷۸]، و ون نیپنبرگ[۷۹]، ۲۰۰۱؛ گرین‌والد و باناجی، ۱۹۹۵). بنابراین همسو با تاریخچه‌ی طولانی پژوهش‌های ارتباط افسردگی با عزت‌نفس آشکار، عزت‌نفس ضمنی نیز باید مرتبط با سطوح بالاتری از نشانه‌های افسردگی باشد. به‌علاوه، افرادی که در حال حاضر از افسردگی رنج برده و آن‌هایی که تاریخچه‌ی قبلی افسردگی داشته‌اند در مقایسه با اشخاصی که هرگز افسرده نبوده‌اند، احتمالاً عزت‌نفس ضمنی پایین‌تری را تجربه می‌کنند (بوهرمستر و همکاران، ۲۰۱۱).

با توجه به نظریه‌های شناختی و مطالب مطرح شده، در این پژوهش سعی بر آن بود که تفاوت دو گروه افسرده و غیر افسرده در عزت‌نفس ضمنی بررسی شود. از طریق غربال و مصاحبه با افراد و انتخاب و اختصاص آن‌ها به دو گروه

[73]. Covariate

[74]. DeHart
[75]. Pelham
[76]. Tennen
[77]. Koole
[78]. Dijksterhuis
[79]. Van Knippenberg

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1393.2.1.3.6]

افسرده و غیر افسرده، اثبات آن با روش‌های آماری انجام شد. نتایج تحلیل‌های آماری نیز تفاوت دو گروه در نمرات افسردگی پرسشنامه‌ی افسردگی بک را تأیید کرد، که به عنوان گام مقدماتی برای ورود به فرضیه‌ی این مطالعه یعنی تفاوت دو گروه افسرده و سالم در نمرات عزت‌نفس ضمنی محسوب می‌شد. برخلاف برخی از پژوهش‌های انجام شده‌ی گذشته (دی‌رادت، اسککت[80]، فرانک، و دی هائر، ۲۰۰۶؛ فرانک و همکاران، ۲۰۰۷؛ ۲۰۰۸) که رابطه‌ی مثبت و معناداری برای عزت‌نفس ضمنی و افسردگی یافته‌اند، همسو با نتایج چند پژوهش (دی رادت و همکاران، ۲۰۰۷؛ ریچ و همکاران، ۲۰۱۰؛ سگال و همکاران، ۱۹۹۵؛ هافل و همکاران، ۲۰۰۷)، نتایج این پژوهش نشان‌دهنده‌ی عزت‌نفس ضمنی پایین‌تر آزمودنی‌های افسرده نسبت به افراد عادی بود. لازم به یادآوری است در پژوهش حاضر با انجام یک مصاحبه‌ی بالینی سایر اختلالات همپوش با افسردگی، تشخیص و از پژوهش کنار گذاشته شدند؛ موردی که در بسیاری از پژوهش‌های دیگر بررسی کننده‌ی این رابطه در نظر گرفته نشده‌است و می‌تواند یکی از علل به‌دست آمدن نتیجه‌ای متفاوت با این پژوهش باشد.

یافته‌ی این پژوهش با مفروضه‌های نظریه‌های شناختی کاملاً همسو است. مطابق فرض این نظریه‌ها، افراد آسیب‌پذیر به افسردگی از نظر شناختی، متمایل به پردازش اطلاعات منفی درباره‌ی خود هستند (بک، ۱۹۸۷؛ ۱۹۶۷). همچنین مطرح شده که افراد افسرده دارای نگرش‌هایی در ارتباط با خود بوده که فقدان، شکست، بی ارزشی، طرد و درماندگی، موضوع اصلی آن‌ها را تشکیل می‌دهد (آبرامسون، متالسکی[81]، و الوی، ۱۹۸۹؛ اینگرام و همکاران، ۱۹۹۸؛ بک، ۱۹۶۷). نمرات مقیاس‌های عزت‌نفس ضمنی پیش‌بینی کننده‌ی نیرومندی از حالات هیجانی نسبتاً ثابت بوده و بنابراین فرض است که عزت‌نفس ضمنی پایین، افسردگی را پیش‌بینی کند. حمایت آشکار برای رابطه‌ی بین عزت‌نفس ضمنی و افسردگی از این موضوع منتج می‌شود که آزمودنی‌های دارای عزت‌نفس ضمنی پایین که تجربه‌ی فشار روانی بالایی داشته‌اند در معرض افسردگی بعدی خواهند بود (هافل و همکاران، ۲۰۰۷). پژوهشی نشان داد که القای خلق منفی در افرادی که قبلاً افسرده بوده‌اند منجر به گزارش نمرات عزت‌نفس پایین در مقیاس (IAT) شد (ریچ و همکاران، ۲۰۱۰؛ فرانک و همکاران، ۲۰۰۷). بنابراین خلق افسرده پیش‌بین خوبی برای عزت‌نفس ضمنی پایین محسوب می‌شود.

در این پژوهش، اضطراب افراد افسرده کنترل شد، و افرادی انتخاب شدند که میزان اضطراب پایینی داشته، و همزمان میزان افسردگی بالایی داشته باشند. با توجه به همپوشی افسردگی و اضطراب در ۹۰ درصد موارد (سادوک[82]، سادوک[83]، و رویز[84]، ۲۰۰۹)، انتخاب این گونه افراد، از میان تعداد کثیری از دانشجویان، یکی از مشکلات عدیده‌ی کار غربالِ این آزمودنی‌ها بود. همچنین یکی از علائم افراد افسرده، کندی روانی- حرکتی آن‌ها بود که باعث صرفِ زمان زیاد در پاسخگویی به پرسشنامه‌ها از سوی آن‌ها می‌شد، که این موضوع، سبب طولانی‌تر شدن فرایند آزمون‌گیری شد.

با عنایت به محدودیت زمان در این پژوهش، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مرحله‌ی اختلال افسردگی فرد نیز در جمع آوری داده‌ها مدّ نظر قرار گیرد و تحلیل نتایج و مقایسه‌ی آن‌ها با یکدیگر و گروه افراد سالم انجام شود. این‌که فرد افسرده‌ای در مراحل ابتدایی بیماری باشد یا سال‌های متمادی از آن رنج برده باشد، امکان تغییر نتایج در میزان عزت‌نفس ضمنی او را محتمل می‌کند.

منابع

Abramson, L.Y., Alloy, L.B., Hankin, B.L., Haeffel, D.G., & Gibb, B.E. (2002). Cognitive vulnerability-stress models of depression in a self-regulatory and psychobiological context. In I. H. Gotlib, & C.J. Hammen (Eds.), Handbook of depression (pp. 268–294). New York, London: The Guilford Press.

Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., & Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: A theory based subtype of depression. Psychological Review, 96, 358−372.

Beck, A.T. (1967). Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York:

[80]. Schacht
[81]. Metalsky
[82]. Sadock
[83]. Sadock
[84]. Ruiz

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1393.2.1.3.6]

Persian]

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods, 39, 175-191.

Franck, E., De Raedt, R., & De Houwer, J. (2007). Implicit but not explicit self-esteem predicts future depressive symptomatology. Behaviour Research and Therapy, 45, 2448–2455.

Franck, E., De Raedt, R., & De Houwer, J. (2008). Activation of latent negative self-schemas as a cognitive vulnerability factor in depression: The potential role of implicit self-esteem. Cognition and Emotion, 22, 1588-1599.

Franck, E., De Raedt, R., Dereu, M., & Van den Abbeele, D. (2007). Implicit and explicit self-esteem in currently depressed individuals with and without suicidal ideation. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 38, 75−85.

Gemar, M. C., Segal, Z. V., Sagrati, S., & Kennedy, S. J. (2001). Mood-induced changes on the implicit association test in recovered depressed patients. Journal of Abnormal Psychology, 110, 282-289.

Gharaaei, B. (2004). The determination of identity statuses and its relationship to identity styles and depression in adolescents. [dissertation]. Tehran Psychiatric Institute: Iran university of Medical sciences. [In Persian]

Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. Psychological Review, 102(1), 4-27.

Greenwald, A. G., & Farnham, S. D. (2000). Using the implicit association test to measure self-esteem and self-concept. Journal of Personality and Social Psychology, 79(6), 1022-1038.

Greenwald, A. G., & Nosek, B. A. (2001). Health of the Implicit Association Test at age 3. Zeitschrift für Experimentelle Psychologie, 48, 85-93.

Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. K. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The implicit association test. Journal of Personality and Social Psychology, 74(6), 1464-1480.

Greenwald, A. G., Nosek, B. A., & Banaji, M. R. (2003). Understanding and Using the Implicit Association Test: I. an Improved Scoring Algorithm. Journal of Personality and Social Psychology, 85, 197-216.

Haeffel, G. J., Abramson, L. A., Brazy, P. C., Shah, J. Y., Teachman, B. A., & Nosek, B. A. (2007). Explicit and implicit cognition: a preliminary test of a dual-process theory of cognitive vulnerability to depression. Behaviour Research and Therapy, 45, 1155–1167.

Hewitt, P. L., & Norton, G. R. (1993). The Beck Anxiety Inventory: A psychometric analysis. Psychological Assessment, 5, 408-412.

Ingram, R. E., & Wisnicki, K. (1991). Cognition Harper & Row.

Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 1, 5–37.

Beck, A.T., & Steer, R.A. (1989). Manual for the Beck Hopelessness Scale. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Beck, A.T., & Steer, R.A. (1991). Relationships between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Rating Scale with anxious outpatients. Journal of Anxiety Disorders, 5, 213-223.

Beck, A.T., Brown, G., Epstein, N., & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 893-897.

Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (2000). BDI-Fast Screen for medical patients manual. San Antonio: Psychological Corporation.

Bosson, J.K., & Swann, W.B. (2009). Self-esteem: Nature, origins, and consequences. Chapter prepared for R. Hoyle & M. Leary (Eds.), Handbook of individual differences in social behavior (pp. 527-546). New York: Guilford.

Bosson, J.K., Swann, W.B., & Pennebaker, J.W. (2000). Stalking the perfect measure of implicit self-esteem: The blind men and the elephant revisited? Journal of Personality and Social Psychology, 79, 631–643.

Chegini, S., Nikpoor, B., & Bagheri Yazdi, E. (2003). Mental disorders epidemiology, Journal of Babol University of Medical Sciences, 3, 44-51. [In Persian]

Clark, D.A., Beck, A.T., & Alford, B.A. (1999). Scientific foundations of cognitive theory and therapy for depression. New York: Wiley.

De Houwer, J. (2006). What are implicit measures and why are we using them. In R. W. Wiers & A. W. Stacy (Eds.), The handbook of implicit cognition and addiction (pp. 11-28). Thousand Oaks, CA: Sage Publishers.

De Raedt, R., Schacht, R., Franck, E., & De Houwer, J. (2006). Self-esteem and depression revisited: Implicit positive self-esteem in depressed patients? Behaviour Research and Therapy, 44, 1017−1028.

DeHart, T., Pelham, B. W., & Tennen, H. (2006). What lies beneath: Parenting style and implicit self-esteem. Journal of Experimental Social Psychology, 42, 1–17.

Dobson, K., Mohammad khani, P. (2008). Psychometric characteristics of Beck depression inventory-2 in a large sample of patients with major depressive disorder, Rehabilitation of mental disorders, 29, 82-88. [In Persian]

Fata, L. (2004). Meaning structures / schemas, state of emotional and cognitive processing of emotional information: A comparison of two conceptual frameworks, [Dissertation]. Tehran Psychiatric Institute: Iran university of Medical sciences. [In

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1393.2.1.3.6]

and depression. In: Magaro, P. A. (Ed.). Annual Review of Psychopathology, 1, 187–230.

Ingram, R. E., Miranda, J., Segal, Z. V. (1998). Cognitive vulnerability to depression. New York, NY, US: Guilford Press.

Kaviani, H., & Moosavi, A. (2000). Psychometric properties of the Beck Anxiety Inventory in an Iranian population age and classes, Journal of Tehran University of Medical Sciences, 2(86), 136-141. [In Persian]

Kelvin, R. G., Goodyer, I. M., Teasdale, J. D., & Brechin, D. (1999). Latent negative self-schema and high emotionality in well adolescents at risk for psychopathology. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 40, 959–968.

Koole, S. L., Dijksterhuis, A., & Van Knippenberg, A. (2001). What's in a name: Implicit self-esteem and the automatic self? Journal of Personality and Social Psychology, 80, 669–685.

Korrelboom, K., Marissen, M., & Van Assendelft, T. (2011). Competitive Memory Training (COMET) for Low Self-Esteem in Patients with Personality Disorders A Randomize Effectiveness Study. Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 39, 1–19.

Marnat, G. (2003). Psychological Assessment: Clinical psychologists, counselors and psychiatrists, Tehran: Sokhan press. [In Persian]

Parto, D. (1975). Explaining Beck inventory, Psychology journal of Tehran University, 2, 75-105. [In Persian]

Risch, A. K., Buba, A., Birk, U., Morina, N., Steffens, M. C., & Stangier, U. (2010). Implicit self-esteem in recurrently depressed patients. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 41, 199-206.

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2009). Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. Tehran: Arjmand. [In Persian].

Teasdale, J. D., & Russell, M. L. (1983). Differential-effects of induced mood on the recall of positive, negative and neutral words. British Journal of Clinical Psychology, 22, 163–171.

Van Tuijl, L. A., de Jong, P, J., Esther Sportel, B., Hullu, E, D., & Nauto, M. H. (2014). Implicit and explicit self-esteem and their reciprocal relationship with symptoms of depression and social anxiety: A longitudinal study in adolescents. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 45(1), 113_121.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1393.2.1.3.6]