Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 4/ No. 4/ Winter 2018
Page: 44-56

Comparison the specificity and over generality Autobiographical memory in women with depression, anxiety and healthy

Hajmohammadi, F[1*], Neshat Doost H.T[2]

1- M.A. of Psychology Science and Research branch Islamic Azad University, Isfahan, Iran (Corresponding Author) hajmohammadif@ymail.com
2- Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education Sceince, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Abstract

Introduction: The autobiographical memory of personal memory and personal life expriences is affected by negative emotional states.

Goal: The research compared the autobiographical memory of three groups of women with depression, with anxiety and normal control.

Method: the subjects were consisted of 30 women with depression, 30 women with anxiety and 30 women without the history of psychiatric disorders. These individuls were selected from different consulting centers of Isfahan in year 2015. Then Autobiographical memory test were performed on the sample**.**

Results: the results of multivariate analysis of variance showed that over generality and low specificity in depressed women was significantly more than anxious women and healthy, but there was not any significant difference between anxious women and healthy women in these variables ($p<0.005$). Also retrieval of specific memories in response to positive words in depressed group was significantly less than two other groups ($p< 0.002$).

Conclusion: these results showed that amount of over generality autobiographical memories reminder in depressed women is more than the groups of anxious women and healthy. Therefor, over generality memory of the characteristics of the mood is depressed. While there was not significant difference between over generality autobiographical memories reminder in anxious women and healthy.

Keywords: Autobiographical memory, specificity and Over general, Positive stimulus words, Depression, Anxiety

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.4.5.7]

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال چهارم، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۶
صفحات: ۵۶-۴۴

مقایسه حافظه سرگذشتی خاص و بیش کلی گرا در زنان افسرده، مضطرب و سالم

فرشته حاج‌محمدی[1*]، حمیدطاهر نشاط‌دوست[2]
۱- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد علوم وتحقیقات اصفهان، اصفهان، ایران (مولف مسئول)
hajmohammadif@ymail.com
۲- استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

چکیده

مقدمه: حافظه سرگذشتی که حافظه شخصی و تجارب زندگی فرد است، تحت تأثیر حالتهای هیجانی منفی قرار می‌گیرد و بازیابی خاطرات سرگذشتی را به طور اختصاصی دچار مشکل می‌کند.

هدف: هدف پژوهش مقایسه حافظه سرگذشتی خاص و بیش کلی‌گرا در زنان افسرده، مضطرب و سالم بود.

روش: روش پژوهش پس رویدادی از نوع علی- مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به افسردگی، اضطراب و بهنجار بود. بدین منظور ۳۰ زن افسرده و ۳۰ زن مضطرب که در سال ۱۳۹۳ به مراکز مشاوره روانشناختی شهر اصفهان مراجعه کرده بودند، با تشخیص روانپزشک و روانشناس به پژوهشگر ارجاع داده شدند؛ همچنین ۳۰ زن سالم که سابقه هیچ گونه اختلال روانپزشکی نداشتند، انتخاب شدند. سپس آزمون بازیابی خاطرات سرگذشتی (AMT) بر روی نمونه اجرا گردید.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) نشان داد که بیش کلی‌گرایی و کم اختصاصی سازی در زنان افسرده بیش‌تر از گروه مضطرب و سالم است ولی بین زنان مضطرب و سالم تفاوتی دیده نشد ($P <$ ۰/۰۰۵). همچنین میزان یادآوری خاطرات خاص در پاسخ به محرک واژه‌های مثبت در گروه افسرده به طور معناداری کمتر از دو گروه دیگر بود ($P <$ ۰/۰۰۲).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که میزان یادآوری خاطرات سرگذشتی بیش کلی‌گرا در زنان افسرده نسبت به دو گروه مضطرب و سالم بیشتر است. بنابراین کلی‌گویی حافظه از ویژگی‌های خلق افسرده است. در حالی که بین یادآوری خاطرات سرگذشتی بیش کلی‌گرا در افراد مضطرب و سالم تفاوت معناداری مشاهده نشد که نشان دهنده مرتبط نبودن حافظه سرگذشتی بیش کلی‌گرا و اضطراب است.

کلید واژه‌ها: حافظه سرگذشتی، خاص و بیش کلی‌گرا، محرک واژه‌های مثبت، افسردگی، اضطراب

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.4.5.7]

مقدمه

رشد و گسترش روانشناسی شناختی و پژوهش‌های مربوط به آن در طی چند دهه گذشته حوزه‌های مختلف روانشناسی را تحت تأثیر قرار داده است. روانشناسی بالینی نیز از این قاعده مستثنی نبوده است، برای مثال مطالعه در مورد ابعاد شناختی اختلالات هیجانی یکی از موضوعاتی است که در سال‌های اخیر مورد توجه روانشناسان قرار گرفته است.

یک بخش اختصاصی در روانشناسی شناختی، مربوط به حافظه و فرآیندهای آن است. مطالعه‌ی رابطه بین خلق و حافظه، از سال ۱۹۷۰ به بعد پیشرفت چشمگیری داشته است. از همان زمان روانشناسان شناختی همگام با روانشناسان بالینی و اجتماعی به تأثیر حالات عاطفی و هیجانی بر حافظه و اهمیت آن پی بردند (لازاروس[1]، ۱۹۹۹). در این میان حافظه‌ی سرگذشتی[2] سرآمد است.

بر طبق نظریه ویلیامز و اسکوت (۱۹۸۸) مبتلا شدن به هر یک از اختلالات اضطراب و افسردگی موجب می‌گردد که در مراحل مختلفی از پردازش شناختی اختلال به وجود آید.

بر اساس یافته‌های پژوهشی، حافظه سرگذشتی (حافظه ی رویدادها و به طور کلی جنبه ای از حافظه که به تجدید خاطرات، تجارب، موضوعات و رویدادهای شخصی گذشته فرد مربوط می‌شود) بخشی از حافظه است که به شدت تحت تأثیر افسردگی افراد قرار می‌گیرد، به نحوی که افراد افسرده در مقایسه با افراد غیر افسرده به دشواری خاطرات اختصاصی حافظه سرگذشتی خود را بازیابی و بیشتر خاطرات کلی[3] را یادآوری می‌کنند (ویلیامز، بارن هوفر، کرین، هرمنز،ریس، واتکینز و دالگلیش[4]، ۲۰۰۷، ساترلند و بریانت[5]، ۲۰۰۷).

تمایز مهم بین خاطرات اختصاصی و بیش کلی‌گرا (مقوله‌ای) از این جهت حائز اهمیت می‌باشد که خاطرات اختصاصی، اشاره به حوادث و تجاربی دارند که از یک روز خاص اتفاق افتاده‌اند و در واقع به لحاظ زمانی کمتر از یک روز طول کشیده‌اند. اما خاطرات بیش کلی‌گرا، تجارب و حوادث مشابه را به طور خلاصه‌وار تلفیق، و بدون اختصاصی کردن یک موقعیت مجزا، به مقوله‌ای از فعالیت‌ها اشاره می‌کند (ریس، هرمنز، ویلیامز، دمیتنیاره، ساب، پیترز و ایلن[6]، ۲۰۰۵). این سبک بازیابی، که هم در مورد خاطرات مثبت و هم در مورد خاطرات منفی اتفاق می‌افتد، مشکلاتی را حتی در درمان شناختی - رفتاری موجب می‌گردد. اما در مورد افراد مضطرب نتایج ضد و نقیض می‌باشد.

ویلیامز و همکاران (۲۰۰۷، به نقل از ریس[7]، واتکینز، ویلیامز وهرمانز، ۲۰۰۸) یک مکانیزم درگیر در حافظه بیش کلی گرا را فرآیند اجتناب کارکردی[8]، می‌دانند. آنها مطرح می‌کنند که در طول بازیابی اطلاعات، فرآیند جستجو از تداعی‌های معنایی به خاطرات خلاصه شده و طبقه بندی شده و از آن جا به خاطرات خاص ادامه می‌یابد. افراد افسرده در سطح طبقه بندی شده بیش کلی‌گرا برای اجتناب از هیجان مرتبط با خاطرات خاص گیر می‌کنند. ویلیامز معتقد است این راهبرد در بافتی از بدبختی اولیه، کاملاً آموخته می‌شود، زیرا دور کردن هیجان ناخوشایند

1-Lazarus
2-Autobiographical Memory
3-Over general memories

4-Williams, Barnhofer, Crane, Hermans, Raes, Watkins, Dalgleish
5-Sutherland and Brayant
6-Demyttenaere, Sabbe, Pieters, Eelen
7-Raes
8-Functional avoidance

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.4.5.7]

برای فرد اثر تقویت کنندگی دارد (کیوکین و هوول[1]، ۲۰۰۶).

بنابراین مقایسه نحوه پردازش شناختی در افراد دچار آسیب شناسی روانی و افراد بهنجار دارای اهمیت زیادی است، زیرا در برخی از آسیب شناسی‌های روانی مولفه‌هایی از پردازش شناختی دچار نقص شده و به دنبال آن توانایی بیمار برای انجام عملکردهای سازگارانه مختل می‌شود.

ویلیامز و برودبنت[2] (۱۹۸۶) در پژوهش خود متوجه شدند که افراد دارای اختلالات هیجانی خاطرات شرح حال را به صورت کلی بازیابی کرده و در تولید خاطرات دقیق و روشن از گذشته با مشکلاتی مواجه هستند.اما این مورد در آزمودنی های مضطرب یافت نشده است (واتکینز، تیزدل و ویلیامز، ۲۰۰۰).

همچنین پژوهش کلارک و تیزدل[3] (۱۹۸۵)، بلانی[4] (۱۹۸۶) بر روی افراد افسرده و پژوهش‌های کولیز و هیمبرگ[5] (۲۰۰۲) و وینزل، پین نا، روبین[6] (۲۰۰۴) بر روی افرد مضطرب نشان داد افراد افسرده و مضطرب خاطرات منفی بیشتر و خاطرات مثبت کمتری را نسبت به افراد سالم یادآوری می‌نمایند. اما افراد سالم میزان یکسانی از خاطرات مثبت و منفی را یادآوری می‌کنند.

ایوانز[7]، ویلیامز، الوگلین و هوولز[8] (۱۹۹۲) در تحقیقی نشان دادند که بین میزان اختصاصی بودن محتوای بازخوانی سرگذشتی و میزان ناامیدی فرد، همبستگی منفی وجود دارد.

بورکی و میتوز[9] (۱۹۹۲) در تحقیقی بازیابی از حافظه سرگذشتی را در افراد مضطرب مورد بررسی قرار داده‌اند ولی شواهدی از بیش کلی گرایی این حافظه یافت نشده است. در این مطالعه خلق افراد مضطرب روی زمان بازیابی خاطرات از حافظه سرگذشتی تأثیر می‌گذاشت و زمان زیادی طول می‌کشید تا خاطرات را به یاد آورند.

بنابراین حافظه سرگذشتی که حافظه شخصی و تجارب زندگی فرد است، تحت تأثیر حالتهای هیجانی منفی قرار می‌گیرد و بازیابی خاطرات سرگذشتی را به طور اختصاصی دچار مشکل می‌کند. از طرفی دیگر این مشکل در بازیابی، حل مؤثر مسائل فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد چون بازیابی بیش کلی‌گرا، جستجو در بانک اطلاعاتی را محدود می کند و این افراد از حافظه بیش کلی‌گرای خود به عنوان پایگاه اطلاعاتی جهت فراهم آوردن راه حل‌های مؤثر برای مسائل جاری استفاده می‌کنند. این حافظه به دلیل انبوه اطلاعات کلی، شدیداً محدود است. بنابراین افراد افسرده راه حل‌های مؤثر کمتری را برای مسائل خود خلق می‌کنند. در حیطه درمانی نیز پیشرفت درمانی را کند می‌سازد.

موضوع این پژوهش، مقایسه حافظه‌ی سرگذشتی در دو گروه سالم و بیمار است که می تواند به عنوان پیش‌بینی‌کننده یا ادامه دهنده اضطراب و افسردگی عمل کند. هیجان و شناخت دو بعد اساسی ساختار روانشناختی انسان را تشکیل می‌دهند. تبیین عملکرد افراد فقط در صورت توجه تعادل این دو بعد امکان پذیر است (باور[10]، ۱۹۸۱).

در راستای مبانی نظری و شواهد پژوهشی بیان شده، فرضیه های تدوین شده عبارتند از:

۱- بین میزان یادآوری خاطرات سرگذشتی خاص به طور کلی و پاسخ به محرک واژه‌های مثبت بیماران

9-Kuyken & Howell
1-Broadbent
2-Clark & Teasdale
3-Blany
4-Close & Heimberg
5-Wensel, Pinna, Rubin
6-Evans
7-Olouglin, Howells
8-Burke & Mathews

9-Bower

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.4.5.7]

مبتلا به افسردگی، اضطراب و افراد سالم تفاوت معنادار وجود دارد.

۲- بین میزان یادآوری خاطرات سرگذشتی بیش کلی گرا به طور کلی و پاسخ به محرک واژه‌های مثبت بیماران مبتلا به افسردگی، اضطراب و افراد سالم تفاوت معنادار وجود دارد.

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع پژوهش های علی- مقایسه‌ای (پس- رویدادی) وتوصیفی است که محقق در نظر دارد حافظه سرگذشتی خاص و بیش کلی گرا را در زنان افسرده و مضطرب با گروه بهنجار مقایسه کند. در این پژوهش متغیرهای جمعیت شناختی (سن، تحصیلات، شغل) گروهها همتاسازی شدند. جامعه آماری گروه اول عبارت بودند از کلیه زنان مبتلا به افسردگی اساسی و جامعه آماری گروه دوم را کلیه زنان مبتلا به اضطراب فراگیر تشکیل می‌داد. این بیماران از بهمن ماه سال ۱۳۹۳ تا فروردین ماه سال ۱۳۹۴ به مراکز مشاوره روانشناختی شهر اصفهان مراجعه داشتند و توسط روانشناس و روانپزشک آن مراکز تشخیص افسردگی اساسی و اضطراب فراگیر را دریافت کرده بودند. جامعه آماری گروه سوم، کلیه زنان سالم (آزمودنی غیر بالینی) سال ۱۳۹۴ در شهر اصفهان بودند که ضمن گرفتن آزمون بالینی هیچ‌گونه اختلال روانپزشکی نداشتند. با در نظر گرفتن این مطلب که حجم نمونه پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای برای هر گروه باید حداقل ۱۵ نفر باشد (گال، بورگ و گال،۱۳۹۰)، بنابراین حجم نمونه در این پژوهش برای هر گروه ۳۰ نفر انتخاب شد. نمونه پژوهش حاضر شامل ۹۰ نفر آزمودنی زن بین سنین ۵۰-۲۰ (۳۰ نفرافسرده، ۳۰ نفرمضطرب، ۳۰ نفرسالم) بودند. نمونه-گیری این پژوهش، به شیوه‌ی در دسترس بود که احتمال دست‌یابی به زنان افسرده و مضطرب را بیشتر می‌کرد. پس از انجام مراحل اولیه نمونه‌گیری، افرادی که توسط روانشناسان به پژوهشگر ارجاع داده می‌شدند، به لحاظ ملاک‌های ورود مطالعه مورد بررسی قرار می‌گرفتند و مراحل سرند اولیه را که شامل تکمیل پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب بک توسط آزمودنی‌ها بود، می‌گذراندند. آزمودنی‌هایی که نمرات افسردگی و اضطراب آنها به ترتیب ۲۱و ۱۷ به بالا بود، آزمون حافظه سرگذشتی، بر روی آنها اجرا گردید. در آزمودنی‌های سالم نیز پس از تکمیل پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب بک و پایین بودن نمرات این دو آزمون، آزمون حافظه سرگذشتی ، بر روی آنها اجرا شد.

ابزار پژوهش

۱-برگه اطلاعات جمعیت شناختی

برای گردآوری اطلاعات فردی و جمعیت شناختی افراد شرکت‌کننده در پژوهش، برگه‌ای طراحی شد که در آن سن، جنسیت، میزان تحصیلات، شاغل بودن، سابقه بیماری جسمی و روانپزشکی مشخص گردید.

۲-پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-II) [1]

این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه بک است که جهت سنجش علایم و شدت افسردگی تدوین شده است. این نسخه نیز شبیه ویرایش اول از ۲۱ ماده تشکیل شده است که افراد برای هر ماده یکی از چهار گزینه را که نشان دهنده شدت آن علامت در مورد خودش است، بر می‌گزینند. هر ماده نمره‌ای بین صفر تا سه می‌گیرد و محدوده نمرات بین ۰ تا ۶۳ است. BDI-II چهار ماده از ویرایش قبلی را ندارد و به جای آنها ماده‌های دیگری به پرسشنامه افزوده شده است. در این پرسشنامه دو ماده به گونه‌ای ویرایش

1-Beck depression Inventory-II

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.4.5.7]

شده‌اند که به شدت افسردگی بیشتر حساس باشند (بک، استیر و براون[1]، ۱۹۹۶). بک و همکاران (۲۰۰۰) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کردند. 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 فاصله دو هفته، ۰/۷۳ بود (غرایی، ۱۳۸۲).

۳-پرسشنامه اضطراب بک(BAI)[2]

پرسشنامه اضطراب بک، یک پرسشنامه خود گزارشی است که شدت اضطراب را با مقیاسی ۲۱ ماده‌ای اندازه‌گیری می‌کند. در این پرسشنامه، آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه‌ای را که نشان دهنده‌ی شدت اضطراب اوست، انتخاب می‌کند. چهار گزینه‌ی هر سؤال در یک طیف چهار بخشی از صفر تا ۳ نمره گذاری شده است. 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 بین صفر تا ۶۳ قرار می‌گیرد. این پرسشنامه طوری تدوین یافته که علائم افسردگی را شامل نشود (بک و همکاران، ۱۹۸۸).

مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰/۹۲، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰تا ۰/۷۶ متغیر است. کاویانی و موسوی (۱۳۷۸)، در بررسی ویژگی‌های روان سنجی این آزمون در جمعیت ایرانی، ضریب روایی در حدود ۰/۷۲ و ضریب اعتبار آزمون - آزمون مجدد به فاصله یک ماه را ۰/۸۳ و آلفای کرونباخ ۰/۹۲ را گزارش کرده‌اند.

۴-آزمون بازیابی خاطرات سرگذشتی (AMT)[3]

این آزمون که در سال ۱۹۸۶ توسط ویلیامز و برودبنت ساخته شده است، دارای ۱۸ محرک- واژه با بار هیجانی مثبت، منفی و خنثی می‌باشد. ابتدا دستورالعمل به آزمودنی ارائه می‌شود. این دستورالعمل به آزمودنی آموزش می‌دهد که پس از دیدن هر لغت و خواندن آن از روی کارت، نخستین رویدادی را که به ذهنش می‌رسد بیان کند. همچنین به او گفته می‌شود که این رویداد می‌تواند مهم یا معمولی، مربوط به زمان‌های گذشته یا اخیر باشد، اما باید یک رویداد خاص باشد. سپس با کمک سه کوشش تمرینی اطمینان حاصل می‌شود که آزمودنی شیوه اجرا را یاد گرفته است. پس از آن ۱۸ لغت اصلی به صورت ترتیبی به آزمودنی ارائه می‌شود و برای یادآوری هر خاطره به او ۳۰ ثانیه فرصت داده می‌شود، چنانچه اولین خاطره یادآوری شده خاص نباشد، آزمودنی تشویق می‌شود تا یک خاطره خاص به یاد آورد. هر یک از پاسخ‌های آزمودنی، به عنوان خاطره خاص، خاطره عام، خاطره طولانی و یا بدون یادآوری کدگذاری می‌شود. خاطرات خاص همانطور که قبلاً اشاره شد، خاطراتی هستند که به یک رویداد مشخص و دارای زمان و مکان خاص اشاره دارند. خاطرات عام، خاطرات مربوط به رویدادهایی است که تکرار شده‌اند و خاطرات طولانی نیز خاطرات مربوط به رویدادهایی هستند که بیش از یک روز طول کشیده‌اند. و در نهایت اگر آزمودنی در مدت زمان ۳۰ ثانیه هیچ خاطره ای به

1-Beck, Steer & Brown
2-Beck anxiety Inventory
3-Autobiographical memory test

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.4.5.7]

یاد نیاورد، یا درباره‌ی چیزهایی غیر از خاطرات صحبت می‌گرد، کدگذاری به صورت «عدم پاسخ» صورت می‌گرفت.

بررسی شاخص‌های روانسنجی این آزمون توسط کاویانی، رحیمی و نقوی (۱۳۷۸)، نشانگر روایی آزمون برای بررسی حافظه سرگذشتی می‌باشد. آنها همچنین با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، ثبات درونی را ۰/۸۶ گزارش نموده‌اند.

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد میزان یادآوری خاطرات سرگذشتی خاص و بیش کلی‌گرا به طور کلی و پاسخ به محرک واژه های مثبت را در سه گروه افسرده، مضطرب و سالم نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود بین میانگین میزان یادآوری خاطرات سرگذشتی خاص و بیش کلی‌گرا و پاسخ به محرک واژه های مثبت در سه گروه تفاوت وجود دارد.

یافته‌ها

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد میزان یادآوری خاطرات سرگذشتی خاص، خاطرات سرگذشتی بیش کلی‌گرا به طور کلی و پاسخ به محرک واژه‌های مثبت در سه گروه مورد مطالعه

		افسرده		مضطرب		سالم	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خاطرات سرگذشتی خاص	کل	۲/۳۶	۱/۴۷	۴/۷۶	۳/۱۲	۴/۵	۳/۵۷
	مثبت	۰/۷۶	۰/۸۵	۱/۹۳	۱/۴۱	۱/۵۳	۱/۵۴
خاطرات سرگذشتی بیش کلی‌گرا	کل	۲/۷۰	۱/۷۴	۱/۷۶	۱/۳۸	۱/۷۰	۱/۵۷
	مثبت	۰/۷۶	۰/۹۳	۰/۶۰	۰/۶۲	۰/۸۳	۱/۰۵

جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس چند متغیره یادآوری خاطرات سرگذشتی خاص به طور کلی و پاسخ به محرک واژه‌های مثبت در سه گروه مورد بررسی را نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود تفاوت بین سه گروه افسرده، مضطرب و سالم در میزان یاد آوری خاطرات خاص به طور کلی و نیز پاسخ به محرک واژه‌های مثبت از نظر آماری معنادار می‌باشد ($P<۰/۰۰۵$).

نتایج مربوط به توان آماری نشان می‌دهد که حجم نمونه برای این نتیجه‌گیری کافی بوده است.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره مقایسه میزان یادآوری خاطرات سرگذشتی خاص به طور کلی و پاسخ به محرک واژه‌های مثبت در سه گروه مورد مطالعه

	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر	توان آزمون
خاطرات خاص	۱۰۳/۸۲	۲	۵۱/۹۱	۶/۲۹	۰/۰۰۳	۰/۱۲	۰/۸۸
خاطرات خاص واژه های	۲۱/۰۸	۲	۱۰/۵۴	۶/۱۶	۰/۰۰۳	۰/۱۲	۰/۸۸

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.4.5.7]

مثبت

جدول ۳ نتایج مربوط به مقایسه زوجی گروه‌ها در متغیر یادآوری خاطرات خاص و پاسخ به محرک واژه‌های مثبت را نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود میزان یادآوری خاطرات خاص به طور کلی و نیز پاسخ به محرک واژه‌های مثبت در گروه افسرده به طور معناداری (P<۰/۰۲) کمتر از دو گروه دیگر می‌باشد، در حالی که تفاوت بین دو گروه مضطرب و سالم معنادار نیست.

جدول ۳: نتایج مقایسه زوجی یادآوری خاطرات خاص وپاسخ به محرک واژه های مثبت در سه گروه مورد مطالعه

	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	اختلاف میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
خاطرات خاص	افسرده	مضطرب	-۲/۴۰	۰/۷۴	۰/۰۰۲
		سالم	-۲/۱۳	۰/۷۴	۰/۰۰۵
	مضطرب	سالم	۰/۲۶	۰/۷۴	۰/۷۲۰
خاطرات خاص واژه های مثبت	افسرده	مضطرب	-۱/۱۶	۰/۳۳	۰/۰۰۱
		سالم	-۰/۷۶	۰/۳۳	۰/۰۲۶
	مضطرب	سالم	۰/۴۰	۰/۳۳	۰/۲۳۹

جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس چند متغیره یادآوری خاطرات سرگذشتی بیش کلی‌گرا و پاسخ به محرک واژه‌های مثبت در سه گروه مورد بررسی را نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود بین سه گروه افراد افسرده، مضطرب و سالم در میزان یادآوری خاطرات بیش کلی‌گرا به طور کلی و نیز میزان یاداوری خاطرات بیش کلی‌گرا در پاسخ به محرک واژه‌های منفی تفاوت معنادار (P <۰/۰۲) وجود دارد.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره مقایسه میزان یادآوری خاطرات سرگذشتی بیش کلی گرا به طور کلی و پاسخ به محرک واژه‌های مثبت در سه گروه مورد مطالعه

	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر	توان آزمون
خاطرات بیش کلی‌گرا	۱۸/۷۵	۲	۹/۳۷	۳/۷۷	۰/۰۲۷	۰/۰۸	۰/۶۷
خاطرات بیش کلی‌گرا واژه‌های مثبت	۰/۸۶	۲	۰/۴۳	۰/۵۴	۰/۵۸۰	۰/۰۱	۰/۱۳

جدول ۵ نتایج مربوط به مقایسه زوجی گروهها در متغیر یادآوری خاطرات بیش کلی‌گرا و پاسخ به محرک واژه‌های مثبت در سه گروه مورد بررسی را نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود میزان یادآوری خاطرات بیش کلی‌گرا در پاسخ به محرک واژه‌های مثبت بین سه گروه، معنادار نمی‌باشد (P<۰/۰۲).

جدول ۵: نتایج مقایسه زوجی یادآوری خاطرات سرگذشتی بیش کلی‌گرا و پاسخ به محرک واژه‌های مثبت در سه گروه مورد مطالعه

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.4.5.7]

	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	اختلاف میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
خاطرات بیش کلی گرا	افسرده	مضطرب	۰/۹۳	۰/۴۰	۰/۰۲۴
		سالم	۱/۰۰	۰/۴۰	۰/۰۱۶
	مضطرب	سالم	۰/۰۶	۰/۴۰	۰/۸۷۰
خاطرات بیش کلی گرا واژه های مثبت	افسرده	مضطرب	۰/۱۶	۰/۲۲	۰/۴۷۰
		سالم	-۰/۶۷	۰/۲۲	۰/۷۷۲
	مضطرب	سالم	-۰/۲۳	۰/۲۲	۰/۳۱۲

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهند که میزان یادآوری خاطرات سرگذشتی خاص زنان افسرده کمتر از زنان مضطرب و سالم است. این یافته با نتایج بررسیهای پولوک[1] و ویلیامز، ۲۰۰۱؛ کاویانی و همکاران، ۲۰۰۵؛ کاویانی و همکاران، ۱۳۷۸؛ دالگلیش، ویلیامز، گلدن، برانارد، آیویونگ وهمکاران[2]، ۲۰۰۷؛ ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷؛ ایوانز و همکاران، ۱۹۹۲؛ همسو می‌باشد. در حالی که بین میزان یادآوری خاطرات سرگذشتی خاص زنان مضطرب و سالم تفاوت معناداری دیده نشد. این نیز هماهنگ با یافته‌های قبلی ویزل، میرن، پیترز، آرنتز و مرکل باخ[3]، ۲۰۰۱؛ بورکی و میتوز، ۱۹۹۲؛ می‌باشد. همچنین نتایج نشان داد میزان یاد آوری خاطرات سرگذشتی خاص برای پاسخ به محرک واژه‌های مثبت در زنان افسرده نسبت به زنان مضطرب و سالم به طور معناداری کمتر می‌باشد. اما بین دو گروه مضطرب و سالم در پاسخ به محرک واژه‌های مثبت تفاوت معناداری دیده نشد. طبق فرضیه کنترل اجرایی کاهش یافتگی اختصاصی بودن حافظه در نمونه‌های دارای اختلال هیجانی، به عنوان نمونه‌ای از عملکرد ضعیف در تکالیف شناختی، ناشی از کنترل اجرایی تقلیل یافته می‌باشد (دالگلیش و همکاران، ۲۰۰۷؛ ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷). در تشریح این فرضیه چنین مطرح شده است؛ تولید موفقیت‌آمیز خاطره نیازمند دو مؤلفه است:

۱)کنترل اجرایی خواستار جستجوی خاطره‌ی اختصاصی از میان پایگاه داده‌های حافظه‌ی شرح حال می‌باشد. در طول این جستجو، خاطراتی به ذهن می‌آیند که به طور متناسبی اختصاصی نیستند (بیش کلی‌اند) و بنابراین باید کنار گذاشته شوند. در طول این تحلیل، کنترل اجرایی ضعیف باعث افزایش این احتمال می‌گردد که خاطرات نامتناسب کنار گذاشته نشده و به طور اشتباه به عنوان پاسخ تکلیف ارائه شوند.

۲) به منظور پیمودن سلسله مراتب فرضی حافظه‌ی شرح حال، از خاطرات کلی که در سطح قرار دارند به سمت خاطرات اختصاصی عمقی، منابع اجرایی متعددی مورد نیاز می‌باشد. باز در اینجا، ممکن است کنترل اجرایی نسبتاً ضعیف‌تر باعث شود فرآیند جستجو به طور موفقیت‌آمیز تکمیل نگشته، خاطرات کلی و غیر اختصاصی که در سطوح بالای سلسله مراتب قرار دارند، به عنوان پاسخ تکلیف ارائه شوند. و در نتیجه به کاهش اختصاصی بودن حافظه منجر می‌شود.

طبق نظریه‌های حافظه، حافظه سرگذشتی به صورت سلسله مراتبی شامل سطوح بالا، حاوی اطلاعات کلی و سطوح پایین که شامل اطلاعات اختصاصی و جزئی‌تر هستند، می‌باشند. زمانی که از فرد خواسته می‌شود تا یک رویداد اختصاصی را از

1- Pollock
2- Golden, Barnard, Au-Yeung &et al
3- Wessel, meeren, Peeters, Arntz, Merckelbach

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.4.5.7]

گذشته‌اش یادآوری کند، نخست یک توصیف کلی در سطوح بالای حافظه فراهم می‌آورد، این توصیف سپس برای جستجو در بانک اطلاعاتی حافظه سطوح پایین‌تر به کار گرفته می‌شود تا خاطره متناسب یافت شود. بیماران افسرده در این سطح واسط، گیر می‌کنند و قادر نیستند به سهولت از توصیف‌های کلی برای کمک به بازیابی نمونه‌های خاص سود ببرند. ویلیامز و همکاران (۲۰۰۷؛ به نقل از ریس و همکاران، ۲۰۰۸) یک مکانیسم درگیر دیگر در این بیش کلی‌گرایی را اجتناب فعال می‌دانند. آنها معتقدند که افراد افسرده برای اجتناب از هیجان مرتبط با خاطرات خاص در سطح بیش کلی‌گرا می‌مانند. مکانیسم درگیر دیگر در حافظه بیش کلی گرا از نظر آنها، نشخوار ذهنی است. نولن – هوکسما[1] (۱۹۹۱؛ به نقل از ریس و همکاران، ۲۰۰۵) نشخوار ذهنی را مشخصه‌ی افسردگی می‌داند که شامل افکار و رفتارهای تکراری هستند که روی نشانه‌های افسردگی شخص و همچنین علت‌ها و پیامدهای این نشانه‌ها متمرکز شده‌اند. پژوهش‌های زیادی بر نقش نشخوار ذهنی در افسردگی و ارتباط آن با بیش کلی‌گرایی تأکید کرده‌اند (ساترلند و بریانت، ۲۰۰۷؛ کرانی، بارن هوفر، ویسر، نیگتینگل[2] و ویلیامز، ۲۰۰۷).

از یافته‌های دیگر این پژوهش این است که میزان یادآوری خاطرات سرگذشتی بیش کلی‌گرا در زنان افسرده نسبت به دو گروه مضطرب و سالم بیشتر است. این یافته با پژوهشهای واتکینز و همکاران، ۲۰۰۰؛ ریس و همکاران ۲۰۰۵؛ وان ورسوجیک و ویلد[3]، ۲۰۰۴؛ ساترلند و بریانت، ۲۰۰۷؛ الیورا، مورفی، فرلند، روس[4]، ۲۰۰۷ ؛ همسویی دارد. در حالی که بین یادآوری خاطرات سرگذشتی بیش کلی‌گرا در افراد مضطرب و سالم تفاوت معناداری مشاهده نشد. این نیز هماهنگ با یافته‌های قبلی ریچاردز و ویتاکر[5]، ۱۹۹۰؛ بورکی و متیوز، ۱۹۹۲، ویزل و همکاران، ۲۰۰۱؛ وان ورسوجیک و ویلد، ۲۰۰۴؛ می‌باشد که نشان دهنده مرتبط نبودن حافظه سرگذشتی بیش کلی گرا و اضطراب است. بنابر فرضیه تعدیل عاطفی[6] (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷) بازیابی بیش کلی‌گرا حافظه بیانگر یک راهبرد شناختی برای ممانعت از دسترسی به جزئیات حوادث شرح حال فشارآور است. از آنجایی که افسردگی اغلب توسط رویدادهای استرس‌زای زندگی راه اندازی می‌شود (کلیم و اهلرس[7]، ۲۰۰۸). این فرضیه تبینی قابل قبولی در این مورد فراهم می‌کند که رویدادهای استرس‌زای زندگی در توسعه بازیابی بیش کلی‌گرایی حافظه شرح حال چه نقشی دارد؟ ویلیامز (۱۹۹۶) پیشنهاد می‌کند، سبک بازیابی بیش کلی‌گرایی، بیانگر یک راهبرد برای تعدیل عاطفی، پس از تجربه رویدادهای استرس‌زا است، وی بیان می‌کنند، افراد دارای سابقه‌ی تجربه‌ی آسیب‌زا یا استرس‌های شدید، برای ممانعت از تحریک یادآوری هیجانات رنج‌آور[8] این تجارب منفی، ممکن است آموخته باشند، پیش از یادآوری حافظه ویژه (منفی)، بازیابی حافظه شرح حال را متوقف کنند (عامل قفل درونی حافظه یادآور). در بلند مدت، قفل درونی در حافظه یادآور به بازیابی دیگر خاطرات، حتی خاطرات مثبت تعمیم می‌یابد و یک سبک بیش کلی گرایی را در بازیابی خاطرات شرح حال ایجاد می‌کند.

ویلیامز (۱۹۹۶) بیان می‌دارد، بهترین شکل تلاش برای پاسخ به محرک – واژه‌های موجود، احتمالاً بدین

1- Nolen-Hoeksema
2- Crane, Barnhofer, Visser, Nightingale
3- Van Vreeswijk & Wilde
4- Oliveir, Morphy, Ferlandm, Ross

1- Richards & Whittaker
2- Affect-regulation hypothesis
3- Kleim & Ehlers
4- Painful emotions

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.4.5.7]

صورت است که فرد بتواند بدون کمترین تلاش یک حافظه شرح حال را مجسم و به راحتی آن را پردازش و شرح دهد، وی بیان می‌کند، توانایی تصویرسازی و تجسم نشانه موجود بهترین فاکتور در یک شخص است و در واقع دسترسی به خاطرات ویژه را رهبری می‌کند، در حالیکه، توانایی کم تصویرسازی نشانه‌ها منجر به گرایش یادآوری خاطرات کلی می‌باشد.

از سوی دیگر، به نظر ویلیامز، ایلز، تیرز، هیالی، روس، مک لوئید[1] (۱۹۹۶)، نقایص حافظه‌ی شرح حال نتیجه‌ی قفل حافظه‌ی یادآور و کاهش حافظه‌ی کاری و عملکردهای نظامی توجهی است. عامل قفل درونی حافظه‌ی یادآور در حافظه‌ی انسان ساختار سلسله مراتبی دارد. از این رو یادآوری خاطرات وقتی که نشانه‌های یادآور در قسمت‌هایی از خاطرات منفی خاص فعال شوند، متوقف می‌شود. در این زمان، فرد برای بازیابی تلاش بیشتری می‌کند که پیامد آن فعال شدن مجدد فرآیندهای بازیابی در سطح توصیفات بیش‌کلی‌گرای رویدادها برای یادآوری خاطرات است.

از طرف دیگر ویلیامز و همکاران (۱۹۸۸، ۱۹۷۷؛ به نقل از می کا آ[2]، ۲۰۰۷) پیشنهاد کردند که سوگیری پردازش اطلاعات هماهنگ با خلق در افراد افسرده مربوط به پردازش بسط یافته‌ی اطلاعات است. بنابراین، اطلاعات هماهنگ با خلق در افراد افسرده به طور گسترده پردازش می‌شود. بازنمایی اطلاعات، موجب برقراری پیوندهای زیادی با بازنمایی‌های موجود در حافظه می‌شود. در نتیجه، توانایی عملکرد برای بررسی دقیق و سنجیده این اطلاعات افزایش می‌یابد و موجب عملکرد بهتر در بازشناسی و یادآوری اطلاعات هماهنگ با خلق می‌شود. از طرف دیگر اثرات هماهنگی خلقی مشاهده شده در افراد مضطرب مربوط به سوگیری‌هایی است که در اثر فرایند تلفیق ایجاد شده است. بنابراین، بازنمایی اطلاعات مربوط به تهدید در افراد مضطرب در یک حالت بالای تلفیق صورت می‌گیرد. در نتیجه این اطلاعات به طور فزاینده‌ای در دسترس قرار می‌گیرند و افراد مضطرب با وارسی سریع اطلاعات مربوط به تهدید، توجه زیادی به آنها می‌کنند بنابراین، آنها بین فرآیندهای منفعل/ خودکار (پردازش تلفیقی اطلاعات) و فعال/ راهبردی (پردازش بسط یافته اطلاعات) تمایز قائل شدند.

بر این اساس به نظر می‌رسد همانطورکه ویلیامز و همکاران (۲۰۰۷) بیان کرده‌اند کلی گویی حافظه از ویژگی‌های خلق افسرده است. فراوانی پژوهشهای انجام گرفته در این زمینه گویای این مطلب است که کلی گویی حافظه شرح حال تا چه اندازه به عنوان یک خصیصه مهم برای افسردگی و تداوم و عود دوباره آن اهمیت دارد و تحقیق حاضر این مطلب را نیز نشان داد، همچنین ارتباط منفی و معنادار بین افسردگی و کاهش بازیابی خاطرات اختصاصی، گویای این مطلب است که کاهش بازیابی خاطرات اختصاصی (کلی گویی) در ایجاد و ماندگاری افسردگی به عنوان عامل خطرساز نقش به سزایی دارد. بنابراین، این ویژگی روانشناختی در افراد افسرده به عنوان یکی از عوامل مهم افسردگی تلقی می‌شود. سپس با توجه به مطالب فوق می‌توان نتیجه گرفت که افزایش خاطرات اختصاصی نقش مهمی در کاهش افسردگی ایفا می‌کند. پس جهت-گیری در مداخلات روانشناختی برای بیماران افسرده باید به سمت کاهش کلی گویی حافظه سرگذشتی (افزایش بازیابی خاطرات اختصاصی) باشد.

از آنجا که نمونه پژوهش مورد مطالعه فقط شامل زنان بود، بنابراین بهتر است در پژوهش‌های آتی، حافظه‌ی سرگذشتی هر دو نمونه ی زنان و مردان مورد مقایسه قرار گیرند.

5- Ellis, Tyers, Healy, Rose, Macleod
6- Meikao

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.4.5.7]

با توجه به نتایج حاصل، امید است تأثیرات حافظه سرگذشتی، در ایجاد، پیشگیری، تداوم و درمان مد نظر درمانگران بالینی واقع شود.

تشکر و قدردانی

از همه بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش و همچنین از مسئولین محترم در بخش‌ها و مراکز مشاوره مختلف، که صبورانه در اجرای مراحل آزمون همکاری لازم را مبذول داشتند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

References

Beck, A. T., Clark, D. A. (1988). Anxiety and depression, An information processing perspective. Anxiety Research: 3, 13-36.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Maual of BDI-II. San Anonio, TX: The Psychological Corporation.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2000). Manual for the Beck Depression Inventory-II.san Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Blany, P. H. (1986). Affect and memory: Areview Psychological Bulletin: 229-249.

Bower, G. H. (1981). Mood and memory. American Psychological: 36(2), 129-148.

Burke, M., & Mathews, A. (1992). Autobiographical memory and clinical anxiety. Cognition & Emotion: 6, 23-35.

Clark, D. M., Teasdale, J. D. (1985). Constraints on the effects or mood on memory. Journal of Personality and Social Psychology: 7. 1595-1608.

Coles, M. E., & Heimberg, R. G. (2002). Memory biases in anxiety disorder: current status. Clinical Psychology Review: 2, 587-627.

Crane, C., Barnhofer, T., Visser, C., Nightingale, H.,Williams, J. M. G. (2007). The effects of analytical and experiential rumination on autobiographical memory specificity in individual with a history of major depression. Behavior Research and Therapy: 8, 3077-3087.

Dalglesih, T., Spink, H., Yiend, J., & Kuyken, W. (2001). Autobiographical memory style in seasonal affective disorder and its relationship to future symptom remission. Journal of Abnormal Psychology: 110, 335-340.

Evans, J., Williams, J. M. G., O'Louglin, S., & Howells, K. (1992). Autobiographical memory and problem-solving strategies of parasuicide patients. Psychological Medicine: 22, 399-405.

Gal, M., Borg, W., Gal, J. (1996). Educational research. Translators Ahmad reza Nasr & ed. Tehran: Publishing Samt. [Persian].

Gharaee B. Determining identity status and its association with identity styles and depression in adolescents. Ph. D Thesis Clinical Psychology, Iran University Medical Science. 2003. [Persian].

Kaviani, H., Rehimi, P., & Naghavi, H. R. (2005). Autobiographical retrieval and problem-solving deficits of iranian depressed patints attempting suicide. Journal of Psychopathology and Behavior Assessment: 27(1), 39-44.

Kaviani H, Mousavi A. Psychometric properties of the persion version of Beck anxiety inventory. Tehran University Medical Journal. 2008; 65(2): 136-140. [Persian].

Kleim, B., & Ehlers, A. (2008). Reduced autobiographical memory specificity predicts depression and posttraumatic stress disorder after recent trauma. Journal of Consulting and Clinical Psychology American Psychological Association: 76(2), 231-242.

Kuyken, W., Howell, R. (2006). Overgeneral autobiographical memory in depressed adolscents with, versus without a reported history of trauma. Journal of Abnormal Psychology: 6, 387-396.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.4.5.7]

autobiographical memory. Behavior Research and Therapy: 11, 2407-2416.

Vanvor eeswjik, M. F., Wild, E. J. (2004). Autobiographical memory specificity, psychopathology, depressed mood and the use of the autobiographical memory test: A Meta-Analysis Behaviour Research and Therapy: 3, 731-743.

Watkins, E., Teasdale, J. D., Williams, R. M. (2000). Decentring and distraction reduce overgenral autotiographical memory in depression. Psychological Medicine: 30, 211-920.

Wensel, A., Pinna, K., Rubin, D, C. (2004). Autobiographical memories of Anxiety-related experiences. Behaviour Research and Therapy: 3, 329-341.

Wessel, I., Meeren, M., Pecters, F., Arntz, A., & Merckelbach, H. (2001). Correlates of autobiographical memory specificity: The role of depression, anxiety and childhood trauma. Behaviour Research and Therapy; 39, 409-421.

Williams, J. M. G., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. Journal of Abnormal Psychology: 95, 144-149.

Williams, J. M. G., & Scott, J. (1988). Autobiographical memory in depression. Psychological Medicine: 18(3), 689-695.

Williams, J. M. G. (1996). Depression and specificity of autobiographical memory. In D C Rubin (Ed), Remembering our past: Studies in autobiographical: 244-267. Cambridge, England: Cambridge University Press.

Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E., & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. Psychological Bulletin: 133, 122-148.

Lazarus, R. S. (1999). The cognition-emotion debate:A bit of history. In T Dalgleish & M Power (Eds). Handbook of Cognition and Emotion: NewYork, wiley, 3-19.

Meikao, C. (2007). The effect of rumination on social problem-salving and autobiographical memory retrieval in depression: A cross-cultural perspective. Ph.D. Thesis University of St. Andrews. Scotland, U.K.

Oliver, J .M, Morphy, S. L. T., ferland, D. R., & Ross, M. J. (2007). Contribution of the cognitive style questionnaire and dysfunctional attitude scale to measure cognitive vulnerability to depression. Cognitive Therapy and Research: 31(3), 51-69.

Pollock, L. R., & Williams, J. M. G. (2001). Effective problem solving insuicide attempters depends on specific autobiographical recall. Suicide and Life Threatening Behavior: 31(4), 386-395.

Raes, F., Hermans, D., Williams, J. M., Demyttenaere, K., Sabbe, B., Pieters, G., & Eelen, p. (2005). Reduced specificity of autobiographical memories: A mediator between rumination and in effective problem solving in major depression? Journal of Affective Disorders: 87,331-335.

Raes, F., Watkins, E. R., Williams, J. M. G., Hermans. (2008). Non rumination processing reduces overgeneral autobiographical memory retrieval in students. Behaviour Research and Therapy: 11, 748-756.

Richards, A., whittaker, T. M. (1990). Effects of anxiety and mood manipulation in autobiographical memory. Journal of Clinical Psychology: 2, 145-153.

Sutherland, K., Bryant, A. B. (2007). Rumination and overgeneral

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.4.5.7]