

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

Hajmohammadi, F^{1*}, Neshat Doost H.T²

- 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

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

فرشته حاج محمدی^{*}، حمید طاهر نشاط دوست^۲

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد علوم و تحقیقات اصفهان، اصفهان، ایران (مؤلف 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 کلی گرا در زنان افسرده، مضطرب و سالم بود.

روش: روش پژوهش پس رویدادی از نوع علی- مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به افسرده‌گی، 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 کلی گرایی و کم اختصاصی سازی در زنان افسرده بیش تراز گروه مضطرب و سالم است ولی بین زنان مضطرب و سالم تفاوتی دیده نشد ($P > 0.005$). همچنین میزان یادآوری خاطرات خاص در پاسخ به محرك واژه‌های مثبت در گروه افسرده به طور معناداری کمتر از دو گروه دیگر بود ($P < 0.002$).

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

کلید واژه‌ها: حافظه سرگذشتی، خاص و بیش کلی گرا، محرك واژه‌های مثبت، افسرده‌گی، اضطراب

مقدمه

هرمنز، ریس، واتکینز و دالگلیش^۴، ۲۰۰۷، ساترلند و بریانت^۵. (۲۰۰۷).

تمایز مهم بین خاطرات اختصاصی و بیش کلی گرا (مفهومهای) از این جهت حائز اهمیت می‌باشد که خاطرات اختصاصی، اشاره به حوادث و تجاری دارند که از یک روز خاص اتفاق افتاده‌اند و در واقع به لحاظ زمانی کمتر از یک روز طول کشیده‌اند. اما خاطرات بیش کلی گرا، تجارت و حوادث مشابه را به طور خلاصه‌وار تلفیق، و بدون اختصاصی کردن یک موقعیت مجزاء، به مقوله‌ای از فعالیت‌ها اشاره می‌کند (ریس، هرمنز، ویلیامز، دمیتیاره، ساب، پیترز و ایلن^۶، 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^۷، واتکینز، ویلیامز و هرمنز، (۲۰۰۸) یک مکانیزم درگیر در حافظه بیش کلی گرا را فرآیند اجتناب کارکردی^۸، می‌دانند. آنها مطرح می‌کنند که در طول بازیابی اطلاعات، فرآیند جستجو از تداعی‌های معنایی به خاطرات خلاصه شده و طبقه‌بندی شده و از آن جا به خاطرات خاص ادامه می‌یابد. افراد افسرده در سطح طبقه‌بندی شده بیش کلی گرا برای اجتناب از هیجان مرتبط با خاطرات خاص گیر می‌کنند. ویلیامز معتقد است این راهبرد در بافتی از بدبهختی اولیه، کاملاً آموخته می‌شود، زیرا دور کردن هیجان ناخوشایند

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 برداشت (لازاروس^۱، ۱۹۹۹). در این میان حافظه‌ی سرگذشتی^۲ 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 (حافظه‌ی رویدادها و به طور کلی جنبه‌ای از حافظه که به تجدید خاطرات، تجارت، 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^۳ را یادآوری می‌کنند (ویلیامز، بارن هوفر، کرین،

4-Williams, Barnhofer, Crane, Hermans, Raes, Watkins, Dagleish

5-Sutherland and Brayant

6-Demeytenaere, Sabbe, Pieters, Eelen

7-Raes

8-Functional avoidance

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

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 تجارت زندگی فرد است، تحت تأثیر حالتهای هیجانی منفی قرار می‌گیرد و بازیابی خاطرات سرگذشتی را به طور اختصاصی چار مشکل می‌کند. از طرفی دیگر این مشکل در بازیابی، حل مؤثر مسائل فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد چون بازیابی بیش کلی گرا، جستجو در بانک اطلاعاتی را محدود می‌کند و این افراد از حافظه بیش کلی گرای 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 حافظه سرگذشتی در دو گروه سالم و بیمار است که می‌تواند به عنوان پیش‌بینی کننده 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^{۱۰}، ۱۹۸۱).

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

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

برای فرد اثر تقویت کننده‌گی دارد (کیوکین و هوول^۱، 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^۲ (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 آزمودنی‌های مضطرب یافته شده است (واتکینز، تیزدل و ویلیامز، ۲۰۰۰).

همچنین پژوهش کلارک و تیزدل^۳ (۱۹۸۵)، بلانی^۴ (۱۹۸۶) بر روی افراد افسرده و پژوهش‌های کولیز و هیمبرگ^۵ (۲۰۰۲) و وینزل، پین نا، روین^۶ (۲۰۰۴) بر روی افراد 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^۷، ویلیامز، الوگلین و هوولز^۸ (۱۹۹۲) در تحقیقی نشان دادند که بین میزان اختصاصی بودن محتواهای بازخوانی سرگذشتی و میزان نامیدی فرد، همبستگی منفی وجود دارد.

بورکی و میتوز^۹ (۱۹۹۲) در تحقیقی بازیابی از حافظه سرگذشتی را در افراد مضطرب مورد بررسی

9-Kuyken & Howell

1-Broadbent

2-Clark & Teasdale

3-Blany

4-Close & Heimberg

5-Wensel, Pinna, Rubin

6-Evans

7-Olouglan, Howells

8-Burke & Mathews

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 افسرده‌گی و اضطراب بک توسط آزمودنی‌ها بود، می‌گذراندند. آزمودنی‌هایی که نمرات افسرده‌گی و اضطراب آنها به ترتیب ۲۱ و ۱۷ به بالا بود، آزمون حافظه سرگذشتی، بر روی آنها اجرا گردید. در آزمودنی‌های سالم نیز پس از تکمیل پرسشنامه‌های افسرده‌گی و اضطراب بک و پایین بودن نمرات این دو آزمون، آزمون حافظه سرگذشتی، بر روی آنها اجرا شد.

متلا به افسرده‌گی، اضطراب و افراد سالم تفاوت معنادار وجود دارد.

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

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای (پس-رویدادی) و توصیفی 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 متلا به افسرده‌گی اساسی و جامعه آماری گروه دوم را کلیه زنان متلا به اضطراب فراگیر تشکیل می‌داد. این بیماران از بهمن ماه سال ۱۳۹۳ تا فروردین ماه سال ۱۳۹۴ به مراکز مشاوره روانشنختی شهر اصفهان مراجعه داشتند و توسط روانشناس و روانپژوه شک این مراکز تشخیص افسرده‌گی 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 هیچ گونه اختلال روانپژوهی 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 ۲۰-۵۰ (۳۰ نفر افسرده، ۳۰ نفر مضطرب، ۳۰ نفر سالم) بودند. نمونه-گیری این پژوهش، به شیوه‌ی در دسترس بود که

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 روانپژوهی مشخص گردید.

۲- پرسشنامه افسرده‌گی بک- ویرایش دوم (BDI-II)^۱ این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه بک است که جهت سنجش علایم و شدت افسرده‌گی 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

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)^۳
 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 خاطره‌ای به

شده‌اند که به شدت افسردگی بیشتر حساس باشند (بک، استیر و براون^۱، ۱۹۹۶). بک و همکاران (۲۰۰۰) ثبات درونی این ابزار را ۰/۹۲ تا ۰/۷۳ 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 طباطبائی که جهت بررسی اعتبار و روایی BDI-II بر روی جمعیت ایرانی انجام گرفت، نتایج یانگر آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و اعتبار بازآزمایی به فاصله دو هفته، ۰/۷۳ بود (غرایی، ۱۳۸۲).

۳-پرسشنامه اضطراب بک (BAI)^۲

پرسشنامه اضطراب بک، یک پرسشنامه خود گزارشی است که شدت اضطراب را با مقیاسی ۲۱ ماده‌ای اندازه گیری 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)، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶، متغیر است. کاویانی و موسوی (۱۳۷۸)، در بررسی ویژگی‌های روان سنجی

1-Beck, Steer & Brown

2-Beck anxiety Inventory

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

یاد نیاورده، یا درباره‌ی چیزهایی غیر از خاطرات صحبت می گرد، کدگذاری به صورت «عدم پاسخ» صورت می گرفت.

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

یافته‌ها

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد میزان یادآوری خاطرات سرگذشتی خاص، خاطرات سرگذشتی بیش کلی گرا به طور کلی و پاسخ به حرکت واژه های مثبت در سه گروه مورد مطالعه

میانگین	افسرده		مضطرب		سالم		میانگین
	کل	مثبت	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
خاطرات سرگذشتی	۲/۳۶	۱/۴۷	۴/۷۶	۳/۱۲	۴/۵	۲/۵۷	
خاص	۰/۷۶	۰/۸۵	۱/۹۳	۱/۴۱	۱/۵۳	۱/۵۴	
خاطرات سرگذشتی	۲/۷۰	۱/۷۴	۱/۷۶	۱/۳۸	۱/۷۰	۱/۵۷	
بیش کلی گرا	۰/۷۶	۰/۹۳	۰/۶۰	۰/۶۲	۰/۸۳	۱/۱۰۵	

خاطرات خاص به طور کلی و نیز پاسخ به حرکت واژه های مثبت از نظر آماری معنادار می باشد ($P<0/005$). نتایج مربوط به توان آماری نشان می دهد که حجم نمونه برای این نتیجه گیری کافی بوده است.

جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس چند متغیره یادآوری خاطرات سرگذشتی خاص به طور کلی و پاسخ به حرکت واژه های مثبت در سه گروه مورد بررسی را نشان می دهد. همانطور که مشاهده می شود تفاوت بین سه گروه افسرده، مضطرب و سالم در میزان یاد آوری

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

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

نیز پاسخ به محرک واژه‌های مثبت در گروه افسرده به طور معناداری ($P < 0.02$) کمتر از دو گروه دیگر می‌باشد، در حالی که تفاوت بین دو گروه مضطرب و سالم معنادار نیست.

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

جدول ۳: نتایج مقایسه زوجی یادآوری خاطرات خاص و پاسخ به محرک واژه‌های مثبت در سه گروه مورد مطالعه

گروه مبنای	گروه موردن مقایسه	اختلاف میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
خاطرات خاص	مضطرب	-۲/۴۰	۰/۷۴	۰/۰۰۲
	سالم	-۲/۱۳	۰/۷۴	۰/۰۰۵
خاطرات خاص واژه‌های مثبت	مضطرب	۰/۲۶	۰/۷۴	۰/۷۲۰
	سالم	-۱/۱۶	۰/۳۳	۰/۰۰۱
خاطرات خاص واژه‌های مثبت	مضطرب	-۰/۷۶	۰/۳۳	۰/۰۲۶
	سالم	۰/۴۰	۰/۳۳	۰/۲۳۹

افسرده، مضطرب و سالم در میزان یادآوری خاطرات بیش کلی گرا به طور کلی و نیز میزان یاداوری خاطرات بیش کلی گرا در پاسخ به محرک واژه‌های منفی تفاوت معنادار ($P < 0.02$) وجود دارد.

جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس چند متغیره یادآوری خاطرات سرگذشتی بیش کلی گرا و پاسخ به محرک واژه‌های مثبت در سه گروه مورد بررسی را نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود بین سه گروه افراد

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

خاطرات بیش کلی گرا	خاطرات بیش کلی گرا و واژه‌های مثبت					
مجموع مجذورات آزادی درجه	۱۸/۷۵	۲	۹/۳۷	۳/۷۷	۰/۰۲۷	۰/۰۸
میزان تأثیر معناداری سطح	توان آزمون	میانگین مجذورات آزادی درجه	میانگین مجذورات آزادی درجه	F	میزان تأثیر معناداری سطح	میزان تأثیر معناداری سطح

یادآوری خاطرات بیش کلی گرا در پاسخ به محرک واژه‌های مثبت بین سه گروه، معنادار نمی‌باشد ($P < 0.02$).

جدول ۵ نتایج مربوط به مقایسه زوجی گروه‌ها در متغیر یادآوری خاطرات بیش کلی گرا و پاسخ به محرک واژه‌های مثبت در سه گروه مورد بررسی را نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود میزان میزان

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

گروه مورد مقایسه	گروه موردنی	سطح معناداری	خطای معیار	اختلاف میانگین	
افسرده	مضطرب	۰/۹۳	۰/۴۰	۰/۰۲۴	
	سالم	۱/۰۰	۰/۴۰	۰/۰۱۶	
افسرده	مضطرب	۰/۰۶	۰/۴۰	۰/۸۷۰	
	سالم	۰/۱۶	۰/۲۲	۰/۴۷۰	
خاطرات بیش کلی گرا	مضطرب	-۰/۰۶۷	۰/۲۲	۰/۷۷۲	
	سالم	-۰/۲۳	۰/۲۲	۰/۳۱۲	

تشريح این فرضيه چنین مطرح شده است؛ تولید موقفیت آمیز 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 موقفیت آمیز 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

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^۱ و ویلیامز، ۲۰۰۱؛ کاویانی و همکاران، ۲۰۰۵؛ کاویانی و همکاران، ۱۳۷۸؛ دالگلیش، ویلیامز، گلدن، برانارد، آیویونگ و همکاران^۲؛ 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^۳، ۲۰۰۱؛ بورکی و میتوز، ۱۹۹۲؛ می‌باشد. همچنین نتایج نشان داد میزان یادآوری خاطرات سرگذشتی خاص برای پاسخ به محرك 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 محرك واژه‌های مثبت تفاوت معناداری دیده نشد. طبق فرضیه کنترل اجرایی کاهش یافتنگی اختصاصی بودن حافظه در نمونه‌های دارای اختلال هیجانی، به عنوان نمونه‌ای از عملکرد ضعیف در تکالیف شناختی، ناشی از کنترل اجرایی تقلیل یافته می‌باشد (dalgliesh و همکاران، ۲۰۰۷؛ ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷). در

1- Pollock

2- Golden, Barnard, Au-Yeung & et al

3- Wessel, meerens, Peeters, Arntz, Merckelbach

خاطرات سرگذشتی بیش کلی گرا در افراد مضطرب و سالم تفاوت معناداری مشاهده نشد. این نیز هماهنگ با یافته‌های قبلی ریچاردز و ویتاکر^۱، ۱۹۹۰؛ بورکی و متیوز، ۱۹۹۲، ویزل و همکاران، ۲۰۰۱؛ وان ورسوجیک و ویلد، ۲۰۰۴ می‌باشد که نشان دهنده مرتبط بودن حافظه سرگذشتی بیش کلی گرا و اضطراب است. بنابر فرضیه تعدیل عاطفی^۲ (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷) بازیابی بیش کلی گرا حافظه بیانگر یک راهبرد شناختی برای ممانعت از دسترسی به جزئیات حوادث شرح حال فشارآور است. از آنجایی که افسردگی اغلب توسط رویدادهای استرس‌زا زندگی راه اندازی می‌شود (کلیم و اهلرس^۳، ۲۰۰۸). این فرضیه تبیین قابل قبولی در این مورد فراهم می‌کند که رویدادهای استرس‌زا زندگی در توسعه بازیابی بیش کلی گرایی حافظه شرح حال چه نقشی دارد؟ ویلیامز (۱۹۹۶) پیشنهاد می‌کند، سبک بازیابی بیش کلی گرایی، بیانگر یک راهبرد برای تعدیل عاطفی، پس از تجربه رویدادهای استرس‌زا است، وی بیان می‌کند، افراد دارای سابقه تجربه‌ی آسیب‌زا یا استرس‌های شدید، برای ممانعت از تحریک یادآوری هیجانات رنج‌آور^۴ این تجربه 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

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 واسطه، 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 در گیر دیگر در این بیش کلی گرایی را اجتناب فعال می‌دانند. آنها معتقدند که افراد افسرده برای اجتناب از هیجان مرتبط با خاطرات خاص در سطح بیش کلی گرا می‌مانند. مکانیسم در گیر دیگر در حافظه بیش کلی گرا از نظر آنها، نشخوار ذهنی است. نولن - هوکسما^۱ (۱۹۹۱؛ به نقل از ریس و همکاران، ۲۰۰۵) نشخوار ذهنی را مشخصه 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 کلی گرایی تأکید کرده‌اند (ساترلند و بریانت، ۲۰۰۷؛ کرانی، بارن هوفر، ویسر، نیگتینگل^۲ و ویلیامز، ۲۰۰۷).

از یافته‌های دیگر این پژوهش این است که میزان یادآوری خاطرات سرگذشتی بیش کلی گرا 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^۳، ۲۰۰۴؛ ساترلند و بریانت، ۲۰۰۷؛ الیورا، مورفی، فرلند، روس^۴، ۲۰۰۷؛ همسویی دارد. در حالی که بین یادآوری

1- Richards & Whittaker

2- Affect-regulation hypothesis

3- Kleim & Ehlers

4- Painful emotions

1- Nolen-Hoeksema

2- Crane, Barnhofer, Visser, Nightingale

3- Van Vreeswijk & Wilde

4- Oliveira, Morphy, Ferlandm, Ross

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 فعل / راهبردی (پردازش بسط یافته اطلاعات) تمایز قائل شدند.

بر این اساس به نظر می‌رسد همانطور که ویلیامز و همکاران (۲۰۰۷) بیان کردند کلی گوبی حافظه از ویژگی‌های خلق افسرده است. فراوانی پژوهش‌های انجام گرفته در این زمینه گویای این مطلب است که کلی گوبی 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 گوبی) 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 گوبی 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 نمونه‌ی زنان و مردان مورد مقایسه قرار گیرند.

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 لونید^۱ (۱۹۹۶)، نتایج 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 سلسه مراتبی دارد. از این رو یادآوری خاطرات وقتی که نشانه‌های یادآور در قسمت‌هایی از خاطرات منفی خاص فعل شوند، متوقف می‌شود. در این زمان، فرد برای بازیابی تلاش بیشتری می‌کند که پیامد آن فعل شدن مجدد فرآیندهای بازیابی در سطح توصیفات بیش کلی گرای رویدادها برای یادآوری خاطرات است. از طرف دیگر ویلیامز و همکاران (۱۹۸۸، ۱۹۷۷؛ به نقل از می کا آ^۲، 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

5- Ellis, Tyers, Healy, Rose, Macleod

6- Meikao

از همه بیماران شرکت کننده 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 می‌شد.

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

symptom remission. Journal of Abnormal Psychology: 110, 335-340.

Evans, J., Williams, J. M. G., O'Loughlin, 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.

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

- 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 overgeneral autobiographical 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., Peeters, 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