

فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز

سال سوم شماره ۱۲ زمستان ۱۳۸۷

بررسی حافظه خودسرگذشتی بیش‌کلی‌گرا و تأخیر زمانی در بازیابی خاطرات در افراد افسرده و مضطرب

دکتر تورج هاشمی - عضو هیئت علمی گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

دکتر مجید محمودعلیلو - دانشیار دانشگاه تبریز

دکتر منصور بیرامی - عضو هیئت علمی گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

معصومه اسماعیلی - فارغ التحصیل کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی

اکرم ارجی - فارغ التحصیل کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

چکیده

پژوهش حاضر به بررسی حافظه سرگذشتی بیش‌کلی‌گرا و تأخیر زمانی در بازیابی خاطرات، در افراد افسرده و مضطرب، می‌پردازد. بدین منظور ۱۰ فرد افسرده، ۱۰ فرد مضطرب و ۱۰ فرد سالم از بین دانشجویان دانشگاه تبریز که به مرکز مشاوره دانشگاه مراجعه کرده بودند انتخاب شدند. جهت گردآوری داده‌ها، پس از تکمیل پرسشنامه افسردگی و اضطراب بک، از آزمون بازخوانی از حافظه سرگذشتی، استفاده شد. برای تحلیل داده‌های پژوهش، تحلیل واریانس یک متغیره (ANOVA)، برای مقایسهٔ بیش‌کلی‌گرایی و تأخیر زمانی در ۳ گروه افسرده، مضطرب و سالم و آزمون توکی برای مقایسه دویه‌دو به کار برده شد. همچنین از تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) برای بررسی میزان یادآوری خاطرات مثبت و منفی در ۳ گروه استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که بیش‌کلی‌گرایی در حافظه سرگذشتی افراد افسرده بیشتر از افراد مضطرب و سالم است. همچنین تأخیر زمانی در بازیابی خاطرات در افراد افسرده بیشتر از افراد مضطرب و سالم است. و افراد افسرده و مضطرب خاطرات منفی بیشتر و خاطرات مثبت کمتری را نسبت به افراد سالم یادآوری می‌نمایند.

واژه‌های کلیدی: حافظهٔ سرگذشتی، تأخیر زمانی، افسردگی، اضطراب.

از دیرباز حافظه انسان، همواره کانون توجه بسیاری از فعالیت‌های پژوهشی و نظری در زمینه‌های بهنجار و بالینی بوده است. توجه زیاد به این حیطه، تا حدی، به تاثیر قوی و فراگیر حافظه بر زندگی و تجربه آدمی برمی‌گردد. در این میان حافظه سرگذشتی^۱ سرآمد است (وان و رسوجیک و ویلد، ۲۰۰۴).

برور^۲ (۱۹۸۶؛ به نقل از کاویانی، ۱۳۸۲)، حافظه سرگذشتی را حافظه اطلاعات مرتبط با خویشتن که دارای عناصر عاطفی، معانی شخصی و مؤلفه‌های خودارجاع است می‌داند که ادراک فرد را از خویشتن و زندگی شکل می‌دهد. مطالعات تجربی بسیاری تاکنون روی بیماران افسرده انجام شده است که نتیجه آن، اثرات خلق افسرده بر حافظه سرگذشتی را نشان می‌دهد. اما در مورد افراد مضطرب نتایج پژوهش‌ها ضد و نقیض می‌باشد. خلق افسرده از چند طریق، بازیابی خاطرات از حافظه سرگذشتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد: ۱- در سرعت بازیابی خاطرات هیجانی متفاوت (تاخیر زمانی) و همچنین یادآوری خاطرات مثبت و منفی در افراد افسرده سوگیری وجود دارد. ۲- افراد افسرده خاطرات بیش‌کلی‌گرای بیشتری را از حافظه سرگذشتی بازیابی می‌کنند. وقتی از افراد سالم خواسته می‌شود که یک خاطره خاص را از گذشته‌اشان به خاطر آورند، آن‌ها به سادگی قادر به جستجو در سلسله مراتب ساختارهای حافظه هستند و از سطوح بالاتر، جایی که خاطرات کلی ذخیره شده است شروع می‌کنند و سپس به سطوح پایین‌تر حافظه که خاطرات اختصاصی در دسترس هستند می‌روند تا یک خاطره متناسب را بیابند (ویلیامز، تیزدل، سگال و سولسبای^۳، ۲۰۰۰). برای مثال، در پاسخ به محرک «خوشحال» افراد یک توصیف واسطه‌مبتنی بر این سؤال ناآشکار را فراهم می‌آورند: «چه نوع افراد، فعالیت‌ها یا مکان‌هایی مرا خوشحال می‌سازند». توصیف سطوح بالاتر حافظه ممکن است چیزهایی نظیر این باشند «باغبانی» یا «دوستم» یا «با دوستان به کافه رفتن» (کلارک و فریورن، ۱۹۹۸؛ ترجمه کاویانی، ۱۳۸۵).

1- autobiographical memory
3- Soulsby

2- Brewer

بیماران افسرده در این سطح واسطه، گیر می‌کنند و قادر نیستند از توصیف‌های کلی که فراهم می‌آورند برای کمک به بازیابی نمونه‌های خاص سود ببرند. در ابتدا ویلیامز و برودبنت (۱۹۸۶)، در یک تحقیق بر روی افرادی که اقدام به خودکشی نموده بودند، از آزمودنی‌ها خواستند در قبال نشانه‌های کلامی ارائه شده، حافظه‌های مربوط به زندگی شخصی خود را بیان نمایند. در مقایسه با افراد کنترل، آزمودنی‌هایی که اقدام به خودکشی نموده بودند، در تولید حافظه‌های شخصی در مقابل نشانه‌های مثبت ناتوان بودند و زمان زیادی را جهت پاسخگویی لازم داشتند، از طرف دیگر خاطرات سرگذشتی خاص در بین آن‌ها کمتر بود. ویلیامز و برودبنت، خاطره خاص^۱ را رویدادی که در زمان و مکان مشخص و خاصی اتفاق افتاده است و بیشتر از یک روز طول نمی‌کشد، تعریف می‌کنند. آن‌ها دریافتند که افرادی که اقدام به خودکشی کرده بودند در خاطراتشان بیش کلی‌گرا بودند. از سال ۱۹۸۶، پژوهش‌های متعددی صورت گرفت که نتایج ویلیامز و برودبنت را در مورد بازیابی خاطرات سرگذشتی بیش کلی‌گرا در بیماران افسرده تکرار کردند (واتکینز^۲ و همکاران، ۲۰۰۰؛ رایس^۳ و واتکینز، ویلیامز، هرمانز، ۲۰۰۵؛ وان ورسوجیک و ویلد^۴، ۲۰۰۴؛ کیوکین^۵ و هاول، ۲۰۰۶).

ویلیامز و همکاران (۲۰۰۷) به نقل از رایس و واتکینز، ویلیامز، هرمانز، ۲۰۰۸) یک مکانیزم درگیر در حافظه بیش کلی‌گرا را فرایند اجتناب کارکردی^۶، می‌دانند. آن‌ها مطرح می‌کنند که در طول بازیابی اطلاعات، فرایند جستجو از تداعی‌های معنایی به خاطرات خلاصه شده و طبقه‌بندی شده و از آن‌جا به خاطرات خاص ادامه می‌یابد. افراد افسرده در سطح طبقه‌بندی شده بیش کلی‌گرا برای اجتناب از هیجان مرتبط با خاطرات خاص گیر می‌کنند. ویلیامز، معتقد است این راهبرد در بافتی از بدبختی^۷ اولیه، کاملاً آموخته می‌شود، زیرا دور کردن هیجان ناخوشایند برای فرد اثر تقویت‌کنندگی دارد

1- specific memory
3- Raes
5- Kuyken
7- adversity

2- Watkins
4- Vanreeswijk & Wild
6- functional avoidance

(کیوکین و همکاران، ۲۰۰۶). نتایج پژوهش‌های متعدد نشان داده است که افزایش یادآوری خاطرات سرگذشتی بیش‌کلی‌گرا علاوه بر افسردگی در PTSD نیز مشاهده شده است (مکنالی^۱ و همکاران، ۱۹۹۴ و ۱۹۹۵). اما در آزمودنی‌های مضطرب، اختلال اضطراب فراگیر و فوبیای اجتماعی یافت نشده است (واتکینز و همکاران، ۲۰۰۰).

پژوهش‌های دیگر نیز بازبایی از حافظه سرگذشتی را در افراد مضطرب مورد بررسی قرار داده‌اند ولی شواهدی از بیش‌کلی‌گرایی این حافظه در آن‌ها یافت نشده است. در این مطالعات خلق افراد مضطرب روی زمان بازبایی خاطرات از حافظه سرگذشتی تاثیر می‌گذاشت و زمان زیادی طول می‌کشید تا خاطرات را به یاد آورند (بورکی و متیوز^۲، ۱۹۹۲ و ریچاردز و اما وینزل و جوردن^۳ (۲۰۰۵) در پژوهشی، هیچ تفاوت معناداری را بین افراد مضطرب، خشمگین و گروه کنترل در تاخیر در بازبایی اختصاصی یا بیش‌کلی‌گرایی بودن خاطرات و هیجانی بودن آن‌ها نیافتند. از طرف دیگر ویزل^۴ و میرن، پیترز، و مرکل بانچ (۲۰۰۱)، در پژوهشی با عنوان همبسته‌های اختصاصی بودن حافظه سرگذشتی و نقش افسردگی، اضطراب و ترومای کودکی، نشان دادند که آزمودنی‌های دچار اختلال اضطرابی خاطرات سرگذشتی اختصاصی بیشتری را نسبت به افراد افسرده به یاد می‌آورند. بنابراین حافظه سرگذشتی که حافظه شخصی و تجارب زندگی فرد است، تحت تاثیر حالت‌های هیجانی منفی قرار می‌گیرد و بازبایی خاطرات سرگذشتی به‌طور اختصاصی و سرعت بازبایی را دچار مشکل می‌کند. از طرفی دیگر این مشکل در بازبایی، حل موثر مسائل فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد چون بازبایی بیش‌کلی‌گرا، جستجو در بانک اطلاعاتی^۵ را محدود می‌کند و این افراد از حافظه بیش‌کلی‌گرای خود به‌عنوان پایگاه اطلاعاتی جهت فراهم آوردن راه‌حل‌های مؤثر برای مسائل جاری استفاده می‌کنند. اما این حافظه به‌دلیل انبوه اطلاعات کلی، شدیداً

1- McNally
3- Wenzel & Jordan
5- Database

2- Burke & Mathews
4- Wessel

محدود است. بنابراین افراد افسرده راه‌حل‌های موثر کمتری را برای مسائل خود خلق می‌کنند. در حیطه درمانی نیز پیشرفت درمانی را کند می‌سازد. بنابراین پرداختن به فرایند حافظه و سازوکارهای آن یک امر ضروری در حیطه پژوهش می‌باشد. در راستای مبانی نظری و شواهد پژوهشی بیان شده، فرضیه‌هایی تدوین شدند که عبارتند از: ۱- بیش‌کلی‌گرایی در حافظه سرگذشتی افراد افسرده بیشتر از افراد مضطرب و سالم است. ۲- تاخیر زمانی در بازیابی خاطرات سرگذشتی در افراد افسرده و مضطرب بیشتر از افراد سالم است. ۳- افراد افسرده و مضطرب خاطرات منفی بیشتری را نسبت به افراد سالم یادآوری می‌کنند. ۴- افراد افسرده و مضطرب خاطرات مثبت کمتری را نسبت به افراد سالم یادآوری می‌کنند.

روش

طرح پژوهش

طرح پژوهش حاضر با توجه به ماهیت موضوع، از نوع تحقیقات توصیفی - مقایسه‌ای است.

جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری مورد مطالعه در پژوهش عبارت بودند از دانشجویان دانشگاه تبریز که به مرکز مشاوره دانشگاه مراجعه کرده بودند. نمونه پژوهش، شامل ۳۰ آزمودنی (۱۰ فرد افسرده، ۱۰ فرد مضطرب و ۱۰ فرد سالم) در محدوده سنی ۱۸-۲۸ سال بودند و از بین مراجعین مرکز مشاوره دانشگاه تبریز غربال و انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش

آزمون حافظه سرگذشتی (AMT)^۱: این آزمون دارای ۱۵ محرک - واژه با بار هیجانی

1- Autobiographical Memory Test (AMT)

خوشایند، خنثی و ناخوشایند است. این واژه‌های هیجانی از میان واژه‌هایی برگزیده شدند که در یک بررسی مقدماتی برای فرهنگ ایرانی اعتباریابی نسبی شده بودند (کاویانی و همکاران، ۱۳۷۸). ترتیب ارایه خوشایند - خنثی - ناخوشایند واژه‌ها به صورت متوازن بود. آزمودنی پس از شنیدن هر واژه بایستی نخستین رویدادی را که به ذهنش می‌رسد بگوید؛ طول زمانی رخداد مورد نظر نبایستی بیشتر از یک روز می‌شد. تاخیر زمانی^۱ در پاسخ‌گویی، اندازه‌گیری شد. همچنین میزان اختصاصی بودن/ بیش‌کلی‌گرایی^۲ محتوای پاسخ‌ها بر پایه مقیاس ۰-۱۰ (صفر برابر با بیش‌کلی‌گرایی تام و ۱۰ برابر با اختصاصی بودن تام) درجه‌بندی کمی شد. ارزیاب برای کمی‌سازی محتوای سخن از یک فهرست وارسی دارای معیارهای زمان (تاریخ، روز، ماه، فاصله زمانی، مدت زمان)، مکان (نام مکان، جزئیات مکان)، اشخاص (جنس، نام، نسبت، سن)، اشیاء (نام شی، شکل، رنگ) و موقعیت (جشن، عزا، عید) سود برد. در راستای بررسی شاخص‌های روانسنجی این آزمون مطالعه مقدماتی و پیگیر توسط کاویانی و همکاران (۱۳۷۸) انجام گرفته است که نشانگر روایی این آزمون برای بررسی حافظه سرگذشتی می‌باشد. در این مطالعه اعتبار محتوا و صوری آزمون به تایید متخصصان امر رسیده است. از طرفی کاویانی و همکاران (۱۳۷۸) با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ثبات درونی سوالات این آزمون را ۰/۸۶ گزارش نموده است.

آزمون افسردگی بک (BDI)^۳ این آزمون رایج‌ترین شیوه خودگزارشی افسردگی است. در این آزمون نمره ۱۳ برای جداسازی و ۲۱ برای بررسی‌های بالینی تعیین شده است (صلواتی، ۱۳۸۱). بلاک و هرسن (۱۹۸۸)، پایایی سیاهه افسردگی بک را با روش کودر-ریچاردسون ۷۸/ و با روش بازآزمایی ۷۵/ گزارش کرده‌اند. در ایران، پورشهناز (۱۳۷۲)، ضریب همبستگی دو بخش با نمره کل آزمون را بین ۲۳/ تا ۶۸/ و همسانی درونی آن را ۸۵/ برآورد کرده است.

1- latency
3- over general

2- specificity
4- Beck Depression Inventory

آزمون اضطراب بک (BAI)^۱: این آزمون نیز مانند آزمون افسردگی بک دارای ۲۱ گزینه بوده و شدت اضطراب را در آزمودنی‌ها می‌سنجد و بر پایه مقیاسی از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و بالاترین نمره‌ای که در آن به دست می‌آید ۶۳ است. بک و همکاران (۱۹۹۸) همسانی دونی آن را برابر با ۹۳/۹۳ گزارش کرده‌اند. همچنین بازآزمایی یک هفته‌ای، پایایی آزمون اضطراب بک را ۷۵/۷۵ برآورد کرده است. بک و استیر (صلواتی، ۱۳۸۱)، روایی محتوا، هم‌زمان، سازه تشخیصی و عاملی را برای این آزمون بررسی کرده و کارایی بالای این ابزار را در اندازه‌گیری شدت اضطراب مورد تایید قرار داده‌اند. در ایران نیز بخشی پور (۱۳۸۲) ثبات درونی این آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آورده است.

روش اجرای پژوهش

پس از معرفی آزمودنی‌های افسرده و مضطرب توسط روانشناس و اطمینان از رضایت آزمودنی برای شرکت در آزمایش، پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب بک به آن‌ها داده شد تا تکمیل نمایند. سپس آزمون بازخوانی از حافظه سرگذشتی اجرا شد. پیش از آغاز این آزمون، مثالی زده می‌شد و پس از کسب اطمینان از آمادگی آزمودنی، آزمون اصلی اجرا می‌شد در آزمودنی‌های سالم نیز پس از تکمیل پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب بک و پایین بودن نمره در این دو آزمون، آزمون حافظه سرگذشتی روی آن‌ها اجرا شد.

یافته‌ها

جدول (۱) میانگین و انحراف معیار نمرات بیش‌کلی‌گرایی و تاخیر زمانی از حافظه سرگذشتی را در ۳ گروه افسرده، مضطرب و سالم نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود بین میانگین بیش‌کلی‌گرایی و تاخیر زمانی از حافظه سرگذشتی در ۳ گروه تفاوت وجود دارد.

1- Beck Anxiety Inventory

جدول (۱) میانگین و انحراف معیار نمرات بیش‌کلی‌گرایی و تاخیر زمانی از حافظه سرگذشتی در ۳ گروه افسرده، مضطرب و سالم

گروه	افسرده	مضطرب	سالم
ویژگی	میانگین(انحراف معیار)	میانگین(انحراف معیار)	میانگین(انحراف معیار)
بیش‌کلی‌گرایی	۱۲/۳(۴۸/)	۵/۲(۹۲/)	۵/۹(۵۸/۱)
تأخیر زمانی	۱۷۴/۸(۵۵/۳۲)	۱۴۸/۱(۵۰/۶۶)	۱۲۱/۶(۳۳/۳۴)

جدول (۲) نتایج تحلیل واریانس یک متغیره و آزمون توکی (تفاوت بین میانگین‌ها) را برای میزان بیش‌کلی‌گرایی در بازخوانی از حافظه سرگذشتی در ۳ گروه افسرده، مضطرب و سالم نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود بین ۳ گروه در میزان بیش‌کلی‌گرایی در حافظه سرگذشتی با مقدار $F=24/23$ ، درجه آزادی ۲ و ۲۷ و $P<0/001$ ، تفاوت معنادار است. پس از معناداری تفاوت‌ها برای مقایسه تفاوت بین گروه‌ها از آزمون توکی استفاده شد. همان‌طور که در جدول (۲) مشاهده می‌شود، نتایج آزمون توکی نشان داد که بین افراد افسرده و مضطرب و افراد افسرده و سالم ($P<0/001$) در بیش‌کلی‌گرایی در حافظه سرگذشتی، تفاوت معناداری وجود دارد. در حالیکه بین افراد مضطرب و سالم تفاوتی مشاهده نشد. نتیجه این‌که افراد افسرده خاطرات بیش‌کلی‌گرای بیشتری را از حافظه سرگذشتی، نسبت به افراد مضطرب و سالم بازخوانی می‌کنند.

جدول (۲) نتایج تحلیل واریانس یک متغیره و آزمون توکی (تفاوت بین میانگین‌ها) برای میزان بیش‌کلی‌گرایی در بازخوانی از حافظه سرگذشتی در ۳ گروه افسرده، مضطرب و سالم

شاخص‌ها	مجموع	درجه	میانگین	F	سطح	توکی - تفاوت میانگین
منابع واریانس	مجذورات آزادی	آزادی	مجذورات		معناداری	
بین گروه‌ها	۷۲/۸۷	۲	۳۶/۴۳	۲۴/۲۳	۰/۰۰۰	افسرده - افسرده - مضطرب - سالم
درون گروه‌ها	۴۰/۶	۲۷	۱/۵۰		۰/۰۰۰	مضطرب - سالم
کل	۱۱۳/۴۷	۲۹				

جدول (۳) نتایج تحلیل واریانس یک متغیره و آزمون توکی (تفاوت بین میانگین‌ها) را برای تاخیر زمانی در بازیابی خاطرات سرگذشتی در ۳ گروه افسرده، مضطرب و سالم نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود بین ۳ گروه در تاخیر زمانی در بازیابی خاطرات با مقدار $F=3/15$ ، درجه آزادی ۲ و ۲۷ و $P<0/05$ ، تفاوت معنادار است. برای مقایسه تفاوت میانگین گروه‌ها، آزمون توکی نشان داد که بین افراد افسرده و سالم تفاوت معنادار در تاخیر زمانی در بازیابی خاطرات از حافظه سرگذشتی وجود دارد. نتیجه این که افراد افسرده، زمان بیشتری طول می‌کشد تا خاطرات را از حافظه سرگذشتی بازیابی کنند.

جدول (۳) نتایج تحلیل واریانس یک متغیره و آزمون توکی برای تاخیر زمانی در بازیابی خاطرات سرگذشتی در ۳ گروه افسرده، مضطرب و سالم

منابع واریانس	مجموع درجه میانگین F		توکی - تفاوت میانگین
	مجدورات آزادی	مجدورات	
بین گروه‌ها	۲۱۴۱۵۱/۲۷	۷۰۷۵/۶۳	افسرده - افسرده - مضطرب - مضطرب سالم - سالم
درون گروه‌ها	۲۷۶۰۶۵۲/۹۰	۲۲۴۶/۴۰	۰/۴۳ ۰/۰۴۷ ۰/۴۴
کل	۲۹۷۴۸۰۴/۱۷		

جدول (۴) میانگین و انحراف معیار نمره‌های مربوط به یادآوری خاطرات مثبت و منفی را از حافظه سرگذشتی در ۳ گروه افسرده، مضطرب و سالم نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، در یادآوری خاطرات مثبت و منفی بین ۳ گروه تفاوت وجود دارد.

جدول (۴)، میانگین و انحراف معیار میزان یادآوری خاطرات مثبت و منفی در ۳ گروه افسرده، مضطرب و سالم

ویژگی	افسرده میانگین (انحراف معیار)	مضطرب میانگین (انحراف معیار)	سالم میانگین (انحراف معیار)
مثبت	(۱/۱۶)۴/۳	(۱/۳۵)۴/۵	(۱/۰۶)۵/۷
منفی	(۰/۷۹)۷/۲	(۱/۷۱)۸/۴	(۱/۰۷)۴/۶

جدول (۳) نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره را برای میزان یادآوری خاطرات مثبت و منفی از حافظه سرگذشتی در ۳ گروه افسرده، مضطرب و سالم نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود بین ۳ گروه در میزان یادآوری خاطرات مثبت با $F=4$ ، درجه آزادی ۲ و ۲۷ و $P<0/05$ و میزان یادآوری خاطرات منفی با $F=24/03$ ، درجه آزادی ۲ و ۲۷ و $P<0/001$ ، تفاوت معنادار است. سپس برای مقایسه بین میانگین گروه‌ها از آزمون توکی استفاده شد.

جدول (۵) نتایج تحلیل واریانس چند متغیره برای میزان یادآوری خاطرات مثبت و منفی در ۳ گروه افسرده، مضطرب و سالم

منبع	مقیاس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه	مثبت	۱۱/۴۷	۲	۵/۷۳	۴	۰/۰۳
	منفی	۷۵/۴۷	۲	۳۷/۷۳	۲۴/۰۳	۰/۰۰۰
خطا	مثبت	۳۸/۷	۲۷	۱/۴۳		
	منفی	۴۲/۴	۲۷	۱/۵۷		

همان‌طور که در جدول (۴) مشاهده می‌شود، نتایج آزمون توکی نشان داد که بین افراد افسرده و سالم و همچنین افراد مضطرب و سالم در یادآوری خاطرات مثبت و منفی، تفاوت معنادار است. نتیجه این‌که افراد افسرده و مضطرب خاطرات منفی بیشتری را نسبت به افراد سالم یادآوری می‌کنند در حالی که خاطرات مثبت کمتری را نسبت به افراد سالم به یاد می‌آورند.

جدول (۶) نتایج آزمون توکی (تفاوت بین میانگین‌ها) برای میزان یادآوری خاطرات مثبت و منفی در ۳ گروه افسرده، مضطرب و سالم

ویژگی	توکی (تفاوت بین میانگین‌ها)		
	افسرده - مضطرب	افسرده - سالم	مضطرب - سالم
مثبت	۰/۹۳	۰/۰۳۷	۰/۰۸۲
منفی	۰/۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهند که میزان بیش‌کلی‌گرایی در حافظه سرگذشتی افراد افسرده بیشتر از افراد مضطرب و سالم است. یعنی افراد افسرده خاطرات بیش‌کلی‌گرایی بیشتری را نسبت به افراد مضطرب و سالم یادآوری می‌کنند. این یافته با نتایج بررسی‌های واتکینز و همکاران، ۲۰۰۰؛ رایس و همکاران، ۲۰۰۵؛ وان ورسوجیک و همکاران، ۲۰۰۴؛ کیوکین و همکاران، ۲۰۰۶؛ همسویی دارد. در حالی‌که بین بیش‌کلی‌گرایی در حافظه سرگذشتی افراد مضطرب و سالم تفاوتی مشاهده نشد. که هماهنگ با یافته‌های قبلی (ریچاردز و ویتاگر، ۱۹۹۰؛ بورکی و متیوز، ۱۹۹۲؛ ویزل و همکاران، ۲۰۰۱؛ وان ورسوجیک و ویلد، ۲۰۰۴) می‌باشد. 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 خاصی را از 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 واسطه‌گیر می‌کنند و قادر نیستند به سهولت از توصیف‌های کلی برای کمک به بازیابی نمونه‌های خاص سود ببرند. ویلیامز و همکاران (۲۰۰۷)؛ به نقل از رایس و همکاران، ۲۰۰۸) یک مکانیسم درگیر در این بیش‌کلی‌گرایی را اجتناب فعال می‌دانند. آن‌ها معتقدند که افراد افسرده برای اجتناب از هیجان مرتبط با خاطرات خاص در سطح بیش‌کلی‌گرا می‌مانند. مکانیسم درگیر دیگر در حافظه بیش‌کلی‌گرا از نظر آن‌ها، نشخوار ذهنی است. نولن هوکسیما (۱۹۹۱)؛ به نقل از رایس 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 بیش‌کلی‌گرایی تأکید کرده‌اند (سوچرلند و بریانت، ۲۰۰۷)؛

کرانی و همکاران، ۲۰۰۷). یافته دیگر پژوهش حاضر نشان می‌دهد که افراد افسرده نسبت به افراد مضطرب و سالم زمان بیشتری را برای بازیابی خاطرات از حافظه سرگذشتی صرف می‌کنند. از نظر ویلیامز (۲۰۰۷)، به نقل از رایس و همکاران، (۲۰۰۸)، افسردگی با دامنه‌ای از نقص‌های شناختی (مشکل در توجه، تمرکز و تصمیم‌گیری) که با ظرفیت اجرایی^۱ مرتبط است، همراه است. این کاهش منابع شناختی در افسردگی می‌تواند راهبردهایی را که برای بازیابی خاطرات از حافظه سرگذشتی مورد نیاز است محدود کند. از طرفی مراحل نهایی بازیابی به تلاش زیاد و منابع شناختی بیشتر و اطلاعات ادراکی و احساسی سطوح بالاتر نیازمند است (کیوکین و همکاران، ۲۰۰۶). بنابراین افراد افسرده در بازیابی خاطرات از حافظه سرگذشتی کند عمل می‌کنند. در آخر، یافته‌های این پژوهش نشان داد که 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. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های کلارک و تیزدل، ۱۹۸۵؛ بلانی، ۱۹۸۶ بر روی افراد افسرده و پژوهش‌های کولیز و همبرگ، ۲۰۰۲ و وینزل و همکاران، ۲۰۰۴ بر روی افراد مضطرب همسوئی دارد. در تبیین یادآوری بیشتر خاطرات منفی توسط افراد افسرده و مضطرب می‌توان به مدل شناختی بک (۱۹۷۶) و نظریه افتراقی ویلیامز و همکاران (۱۹۸۸، ۱۹۹۷؛ به نقل از می‌کا، ۲۰۰۷) اشاره کرد. طبق مدل شناختی بک (۱۹۷۶)؛ به نقل از بک و کلارک، (۱۹۸۸)، افراد بزرگسال در معرض ابتلا به افسردگی در دوران کودکی از راه تجارب منفی خود، طرحواره‌های ناکارآمد از جمله: دیدگاه‌های منفی نسبت به خود، جهان اطراف و آینده کسب می‌کنند و در آینده توجه آنان به رویدادهایی معطوف می‌شود که با طرحواره آنان هماهنگ باشد و ادراک، تفکر و حافظه تحت تاثیر موارد منفی مرتبط با طرحواره قرار می‌گیرند. آن‌ها همچنین نظریه مشابهی را برای اضطراب بالینی ذکر نموده‌اند. این نظریه بیان می‌دارد که افرادی که دچار اضطراب بالینی می‌شوند به

1- executive capacity

وسیله طرحواره‌های مرتبط با خطر آسیب‌پذیری مشخصی تشخیص داده می‌شوند. وقتی که این طرحواره‌ها به وسیله حوادث استرس‌آور فعال می‌شوند پردازش اطلاعات مرتبط با تهدید را متاثر می‌سازند. بنابراین موارد تهدید جلب توجه نموده و به آسانی ادراک و بازیابی می‌شوند. از طرف دیگر ویلیامز و همکاران (۱۹۸۸، ۱۹۹۷؛ به نقل از می‌کا، ۲۰۰۷)، بین فرایندهای منفعل/خودکار (پردازش تلفیقی اطلاعات) و فعال/راهبردی (پردازش بسط یافته اطلاعات) تمایز قائل شدند. آن‌ها پیشنهاد کردند که سوگیری پردازش اطلاعات هماهنگ با خلق در افراد افسرده مربوط به پردازش بسط‌یافته‌ی اطلاعات است. بنابراین، اطلاعات هماهنگ با خلق در افراد افسرده به‌طور 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 به‌طور فزاینده‌ای در دسترس قرار می‌گیرند و افراد مضطرب با واریسی سریع اطلاعات مربوط به تهدید، توجه زیادی به آن‌ها می‌کنند. با همین این تفاسیر لازم به توضیح است که محدود بودن تعداد نمونه ممکن است تصمیم‌نتایج به‌دست آمده یا با محدودیت مواجه کند که جا دارد این نتایج با احتیاط ویژه مورد تفسیر قرار گیرد. از طرفی جهت استنباط نتایج مطمئن زمینه بررسی‌های پیگیر در موقعیت‌های پژوهشی آتی مهیا گردد.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله : ۸۷/۰۵/۲۸

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۸۷/۰۷/۲۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۷/۰۹/۰۴

References

منابع

- پورشهناز، عباس (۱۳۷۲). رابطه بین ارزیابی میزان استرس، رویدادهای زندگی و تیپ شخصیتی در بیماران مبتلا به سرطان خون. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی*. انستیتوی روانپزشکی تهران.
- کاویانی، حسین (۱۳۸۲). عملکرد حافظه سرگذشتی و مسأله‌گشایی در پیوستار زندگی مرگ: پژوهشی در بیماران افسرده. *فصلنامه اندیشه و رفتار*. سال ۵، شماره ۲.
- کلارک، دیوید. م؛ فریون، کریستو فرج (۱۹۹۸). *درمان‌های شناختی - رفتاری، دانش و روش‌های کاربردی رفتار درمانی شناختی*. ترجمه حسین کاویانی (۱۳۸۵). تهران: انتشارات مهر کاویان.
- کاویانی، حسین؛ رحیمی، پریسا؛ نقوی، حمیدرضا (۱۳۷۸). بررسی کمبودها در بازخوانی از حافظه شخصی در اقدام‌کنندگان به خودکشی. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*. شماره ۲ و ۳ ص ۱۶-۲۵.
- صلواتی، مژگان (۱۳۸۱). بررسی نگرش مسئولیت در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی*. انستیتوی روانپزشکی تهران.
- Beck, A.T., Clark, D.A. (1988). Anxiety and Depression, An Information Processing Perspective. *Anxiety Research*. 3,13-36.
- Blany, P.H. (1986). Affect and Memory: A Review. *Psychological Bulletin*. 229-24.9.
- Burke, M., Mathews, A. (1992). Autobiographical Memory and Clinical Anxiety. *Cognition and Emotion*. 10, 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.
- Kuyken, W., Howell, R. (2006). Overgeneral Autobiographical Memory in Depressed Adolescents with, Versus without, A Reported History of Trauma. *Journal of Abnormal Psychology*. 6, 387-396
- McNally, R.J., Lasko, N.B., Macklin, M.L., Pitman, R.K. (1995). Autobiographical Memory Disturbance in Combat-related Posttraumatic Stress Disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 8, 619-663
- McNally, R.J., Litz, B.T., Prassas, A., Shin, L.M., Weathers, F.W. (1994). Emotional Priming of Autobiographical Memory in Post Traumatic Stress Disorder. *Cognitive and Emotion*. 10, 351-367.
- Meikao, C. (2007). The Effect of Rumination on Social Problem-solving and Autobiographical Memory Retrieval in Depression: A cross-cultural Perspective. *Ph.D. Thesis*. University of St. Andrews. Scotland, U. K.
- Raes, F., Watkins, E.R., Williams, J.M.G., Hermans, D. (2008). Non-rumination Processing Reduces Overgeneral Autobiographical Memory Retrieval in Students. *Behaviour Research and Therapy*. 11, 748-756.
- Raes, F. & Rubin, D., & PITMAN, R.K. (2005). Reduced Specificity of Autobiographical Memory: A Mediator between Rumination and Ineffective Social Problem-solving in Major Depression? *Journal of Affective Disorder*. 4, 331-335
- 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 Autobiographical Memory. *Behavior Research and Therapy*. 11, 2407-2416.
- Vanvreeswijk, 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*. 7, 911-920.
- Wensel, A., Pinna, K., Rubin, D.C. (2004). Autobiographical Memories of Anxiety-related Experiences. *Behaviour Research and Therapy*. 3, 329-341.
- Wenzel, A., Jordan, J. (2005). Autobiographical Memory in Angry and Anxious Individuals. *Behaviour Research and Therapy*. 9, 1099-1109.
- Wessel, I., Meeren, M., Peeters, F.A., Merkelbanch, H. (2001). Correlates of Autobiographical Memory Specificity: The Role of Depression, Anxiety and Childhood Trauma. *Behaviour Research and Therapy*. 3, 409-421.
- Williams, J.M.G., Broadbent, K. (1986). Autobiographical Memory in Suicide Attempters. *Journal of Abnormal Psychology*. 2, 144-149.
- Williams, J.M.G., Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based Cognitive Therapy Reduces Overgeneral Autobiographical Memory in Formerly Depressed Patients. *Journal of Abnormal Psychology*. 2, 150-155.