

## Autobiographical Memory in Non-Depressed and Depressed Adolescent Boys, with versus without Substance Abuse Disorder

Alireza Moradi, PhD., Elahe Bigham, MA.,  
Valiolah Ramezani, MA, Fereydoon Yaryari,  
PhD

پذیرش نهایی: ۸۹/۱۰/۱۹

تاریخ بازنگری: ۸۹/۹/۱۵

تاریخ دریافت: ۸۹/۴/۱۳

## وضعیت حافظه شرح حال در نوجوانان پسر افسرده، افسرده دارای سوء مصرف مواد و سالم

علیرضا مرادی<sup>۱</sup>، الهه بی غم<sup>۲</sup>، ولی... رمضانی<sup>۳</sup>،  
فریدون یاریاری<sup>۴</sup>

### Abstract

The main aim of this study was to investigate the Overgenerality of Autobiographical Memory among the adolescent boys in Kermanshah, Iran. A sample of 76 Kermanshahian adolescents (25 non-depressed and 50 depressed adolescent boys, 25 with substance abuse disorder and 25 without substance abuse disorder) were investigated. To evaluate autobiographical memory specificity, a standard AMT (Autobiographical Memory Test), developed by Williams and Broadbent (1986), was used. To analyze the data, the Mann-Whitney U test was used. The results indicated that depressed adolescent boys without substance abuse disorder had high scores in overgenerality of autobiographical memory than non-depressed group; depressed adolescents with substance abuse disorder had high scores in overgenerality of autobiographical memory than non-depressed group; and depressed adolescents without substance abuse disorder had high scores in Over generality of autobiographical memory than depressed adolescents with substance abuse disorder.

### Keywords

Depression, autobiographical memory, substance abuse disorder, adolescent.

### چکیده

هدف این پژوهش بررسی کلی‌گویی حافظه شرح حال در نوجوانان پسر افسرده، افسرده دارای سوء مصرف مواد و سالم بود. نمونه مورد بررسی ۷۶ نفر (۲۵ نفر با تشخیص افسردگی، ۲۵ نفر افسرده دارای اختلال سوء مصرف مواد و ۲۶ نفر سالم عادی) از نوجوانان کرمانشاه بودند. هر سه گروه در متغیرهای سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، همتا شدند. برای ارزیابی حافظه شرح حال از آزمون حافظه شرح حال (AMT) ویلیامز و برادبنت (۱۹۸۶) بهره گرفته شد. در تجزیه و تحلیل داده‌ها، از شاخص آماری مان‌ویتنی استفاده گردید. یافته‌های پژوهش نشان داد که: نوجوانان افسرده، در مقایسه با گروه کنترل (افراد سالم) در بازیابی حافظه شرح حال، میزان کلی‌گویی بیشتری دارند. نوجوانان افسرده دارای سوء مصرف مواد، نسبت به نوجوانان سالم، از لحاظ میزان کلی‌گویی حافظه شرح نمرات بیشتری کسب کردند. میزان کلی‌گویی حافظه شرح حال نوجوانان و جوانان افسرده بالاتر از نوجوانان افسرده دارای سوء مصرف مواد است.

### کلیدواژه‌ها

افسردگی، حافظه شرح حال، سوء مصرف مواد، نوجوان

۱- (نویسنده پاسخگو) استاد روان شناسی بالینی دانشگاه تربیت معلم ، Moradi90@yahoo.com

۲- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه تربیت معلم تهران

۳- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه بین المللی امام خمینی(ره) قزوین

۴- استادیار روانشناسی بالینی دانشگاه تربیت معلم تهران



## مقدمه

رشد و گسترش روان‌شناسی شناختی و روشمند شدن مطالعات 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، برای مثال مطالعه در مورد ابعاد شناختی اختلالات هیجانی یکی از موضوعاتی است که در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است. رشد فزاینده دیدگاه‌های شناختی در خصوص تبیین تحولات شناختی افراد مبتلا به این اختلالات از یک سو، و توسعه روش‌های درمانی جدید به ویژه شناخت درمانی و دست‌یابی به روش‌های ارزیابی و تشخیصی جدید از سوی دیگر، موجب گردیده است تا پژوهشگران بیش از پیش این مطالعات را انجام دهند.

یک بخش اختصاصی در روان‌شناسی شناختی، مربوط به حافظه و فرایندهای آن است. در این راستا، پژوهشگران شناختی طرح و توصیف‌هایی در خصوص، مفاهیم ساخت حافظه، طرحواره‌ها، پردازش اطلاعات و ارتباط آنها با هم در تبیین اختلال‌های هیجانی، خصوصاً در بررسی رابطه میان افسردگی و نحوه بازیابی اطلاعات از حافظه شرح‌حال<sup>۱</sup>، بیان داشته‌اند. طی چند دهه گذشته پژوهشگران شناختی و بالینی با هدف ارائه یک شرح منطقی متکی بر زیر بنای نظری-علمی، به نظریه‌های مختلفی دست یافته‌اند، که دست‌آورد مهم آنها، ایجاد حداقل سه مدل حافظه (مدل شبکه‌ای تداعی<sup>۲</sup>، مدل پردازش راهبردی<sup>۳</sup> و مدل‌های طرحواره<sup>۴</sup>) در هیجان است؛ که به کمک این مدل‌ها می‌توان به درک تأثیر هیجان‌ها بر حافظه و چگونگی فرایند تأثیرپذیری حافظه از هیجان به خصوص در فهم پدیده افسردگی پرداخت (فیلیپ‌پوت، شی‌فر<sup>۵</sup> و هربت<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳).

بر اساس یافته‌های پژوهشی، حافظه شرح‌حال (حافظه‌ی رویدادها و به‌طور کلی جنبه‌ای از حافظه که

به تجدید خاطرات، تجارب، موضوع‌ها 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 شرح حال خود را بازیابی و بیشتر خاطرات کلی<sup>۷</sup> را یادآوری می‌کنند (ویلیامز<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ پارک<sup>۹</sup> و همکاران ۲۰۰۴؛ کای‌کن<sup>۱۰</sup> و همکاران ۲۰۰۰، ۲۰۰۶؛ ریس<sup>۱۱</sup> و همکاران ۲۰۰۵؛ هرمانز<sup>۱۲</sup> و همکاران، زیر چاپ، ریس و همکاران، زیر چاپ؛ الیورا<sup>۱۳</sup>، اسپویر<sup>۱۴</sup>، اسیولیتو<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۷؛ وری لینچ<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ ساترلند و بریانت<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۷؛ کاویانی، رحیمی و نقوی، ۱۳۷۸؛ کاویانی، ۱۳۸۳).

بنابر نظریه هماهنگی خلقی<sup>۱۸</sup>، مواد و اطلاعات مربوط به رویدادها و حوادث، به دلیل اینکه بار عاطفی دارند، هماهنگ با حالت خلقی و عاطفی جاری شخص، کدگذاری و ثبت می‌گردند و به هنگام یادآوری نیز اطلاعاتی مورد بازخوانی حافظه قرار می‌گیرند که با حالت عاطفی مسلط فرد بیشترین هماهنگی را دارند (باری<sup>۱۹</sup>، ناس<sup>۲۰</sup> و ریهم<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۶). در این راستا، عده‌ای از پژوهشگران به مطالعه و بررسی اثر پردازشی رابطه میان خلق و حافظه در افراد و نمونه‌های افسرده پرداختند. برای مثال، "تیزدل"<sup>۲۲</sup> و "بارنارد"<sup>۲۳</sup> (۱۹۹۳)، طی مطالعه‌ای نشان دادند، افراد افسرده تجارب ناخوشایند را سریع‌تر از تجارب خوشایند به خاطر می‌آورند و تجاربی که توسط آزمودنی‌ها در زمان تجربه مثبت گزارش شده بودند وقتی آزمودنی خلق شاد داشت، بازیابی می‌شدند و بر عکس، تجاربی که

7. over general memories

8. Williams

9. Park

10. Kuyken

11. Race

12. Hermans

13. Oliveira

14. Scheuer

15. Scivoletto

16. Vrielynck

17. Sutherland and Bryant

18. mood-congruency

19. Barry

20. Naus

21. Rehm

22. Teasdale

23. Barnard

1. autobiographical memory

2. Associative network model

3. strategic processing model

4. schema

5. Schaefer

6. Herbette



می‌دهد، افراد دارای اختلالات روانشناختی مانند اختلال استرس حاد<sup>۷</sup> و اختلال استرس پس از سانحه<sup>۸</sup>، سانحه<sup>۹</sup>، اختلال سوءمصرف مواد و ... که نشانه‌های افسردگی داشتند، در مقایسه با گروه کنترل بهنجار و افرادی که تنها دارای اختلال روانشناختی بوده و علائم افسردگی نداشتند، در بازیابی حافظه شرح حال به طور عمیقی تفاوت داشتند. به طوری که، بازیابی کلی حافظه شرح حال در میان افرادی که نشانه‌های افسردگی داشتند در مقایسه با گروه کنترل به طور گسترده‌ای بالا بود (پیترز<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۲؛ وان ورس و بیچیک و دی ویلد<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۴؛ مکینگر<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۴).

به موازات پژوهش‌هایی که طی دهه گذشته به بررسی حافظه شرح حال در افراد و نمونه‌های مختلف پرداخته شده بود، مطالعات مختلفی نیز به بررسی حافظه شرح حال در میان افرادی که دارای اختلال سوء مصرف مواد بودند، پرداختند و نشان دادند افرادی که از اختلال سوء مصرف مواد رنج می‌برند در مقایسه با گروه کنترل به دشواری خاطرات اختصاصی شرح حال خود را بازیابی می‌کنند (فیتزگرالد<sup>۱۳</sup> و شیفلی-گرو<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۴؛ الیورا، اسچوپر، اسیولیتو، ۲۰۰۷). گروه دیگری از محققین (مکینگر و همکاران، ۲۰۰۴، اوکونلی و لاولور<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۵) نیز در مطالعات خویش به بررسی رابطه میان افسردگی و حافظه شرح حال در میان افراد بزرگسال، دارای سوء مصرف مواد پرداختند. نتایج نشان داد که افراد افسرده‌ی دارای سوء مصرف مواد، در مقایسه با گروه کنترل، در بازیابی حافظه شرح حال خود مشکل دارند و به دشواری خاطرات اختصاصی خود را به یاد می‌آورند.

با توجه به موارد ذکر شده، مشخص می‌شود که اغلب مطالعات در زمینه‌ی کلی‌گویی حافظه شرح حال، بر روی بزرگسالان انجام گرفته و کمتر به نوجوانان و جوانان پرداخته شده است. از آنجایی که، نوجوانی بر

توسط آزمودنی‌ها منفی گزارش شده بودند وقتی آزمودنی دارای خلق افسرده است، بازیابی می‌شدند. آنها همچنین دریافتند، تأثیرات خلق افسرده، زمان بازیابی خاطرات خوشایند را افزایش می‌دهد (تیزدل، تیلور<sup>۱</sup> و فوگارتی<sup>۲</sup>، ۱۹۸۰).

ویلیامز و برادبنت<sup>۳</sup> (۱۹۸۶) شواهدی را مبنی بر کمبودها و نقایصی در کیفیت خاطرات بازیابی شده توسط بیماران خودکشی‌گرا<sup>۴</sup> در مقایسه با گروه کنترل کنترل (غیر خودکشی‌گرا) کشف کردند. آنها مشاهده کردند که بیماران خودکشی‌گرای حاد علی‌رغم ارائه دستورالعمل‌های روشن به آنها قادر به یادآوری خاطراتی از رویدادهای خاصی که در گذشته اتفاق افتاده است، نبودند. "ویلیامز و برادبنت" (۱۹۸۶) دریافتند، زمانی که از واژه راهنمای مثبت و منفی<sup>۵</sup> به قصد فراخواندن خاطره‌ای خاص استفاده می‌شود، افراد طبقه و خلاصه‌ای کلی از خاطرات را یادآوری کردند (وری لینچ و همکاران، ۲۰۰۷). به عنوان مثال یک فرد افسرده در پاسخ به سرخ "خوشحالی" ممکن است اینگونه پاسخ دهد: "در تعطیلات خوشحال بودم" یا "در سه هفته سفر به کانادا خوشحال بودم" به جای اینکه بگوید "روزی که آبشار نیاگارا را از نزدیک دیدم خوشحال شدم". به این ترتیب، از مشخصات افراد افسرده، مشکل در بازیابی خاطرات شرح حال اختصاصی است، گرایش این افراد بطور قابل توجهی به سوی بازیابی خاطرات کلی است. این پدیده خاص حافظه در افراد افسرده، کلی‌گویی<sup>۶</sup> حافظه نامیده نامیده شده است. به نظر "ویلیامز" (۱۹۹۶)، کلی‌گویی حافظه شرح حال، یک ویژگی در سبک شناختی است، که در طول دوران رشد ظاهر شده و از این طریق بر احساسات نظارت می‌کند (ریس و همکاران، ۲۰۰۵).

همزمان با مشخص شدن نقش و اهمیت چگونگی بازیابی حافظه شرح حال، چالش به وجود آمده محققین مختلفی را برآن داشت تا به بررسی حافظه شرح حال در افراد و نمونه‌های مختلف دارای اختلالات روانشناختی متفاوت بپردازند. نتایج این مطالعات نشان

7. acute stress disorder

8. post-traumatic stress disorder

9. Peeters

10. Van Vreeswijk & de Wilde

11. Mackinger

12. Fitzgerald

13. Shifley-Grove

14. O'Connell & Lawlor

1. Taylor

2. Fogarty

3. Broadbent

4. Suicidal patients

5. Positive & negative cue words

6. Overgenerality



درمانی، تشخیص افسردگی را دریافت کرده بودند، انتخاب شدند؛ سپس با توجه به اینکه افسردگی، به عنوان متغیر اساسی در این پژوهش مورد نظر بوده، یک مصاحبه ساختار یافته بر اساس ملاکهای افسردگی در DSM-IV-TR، توسط پژوهشگر انجام گرفت. سپس، فرم اطلاعات جمعیت شناختی، تکمیل گردید، و از میان آنها افرادی که معیارهای این آزمون را برای تشخیص برآورده نمی‌کردند، از نمونه کنار گذاشته شدند.

### گروه دوم

**افراد افسرده دارای اختلال سوء مصرف مواد:** جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران افسرده دارای اختلال سوء مصرف مواد، کلینیک ترک اعتیاد حیات نو و بیمارستان روانپزشکی فارابی در شهر کرمانشاه؛ مرکز ترک اعتیاد بهزیستی، مرکز ترک اعتیاد بیمارستان امام خمینی و کلینیک ترک اعتیاد پرواز شهرستان اسلام آباد غرب؛ کلینیک ترک اعتیاد راه روشن، شهرستان سرپل ذهاب؛ در مقطع زمانی، تیر تا آبان سال ۱۳۸۷ می‌باشد؛ حجم نمونه شامل ۲۵ نفر بیمار، که توسط متخصص بالینی قبل از مداخلات درمانی، تشخیص افسردگی و سوء مصرف را دریافت نموده بودند، انتخاب شدند؛ سپس با توجه به اینکه افسردگی، به عنوان متغیر اساسی در این پژوهش مورد نظر بوده، یک مصاحبه ساختار یافته بر اساس ملاکهای افسردگی در DSM-IV-TR، توسط پژوهشگر انجام گرفت. سپس، فرم اطلاعات جمعیت شناختی، تکمیل گردید، و از میان آنها افرادی که معیارهای این آزمون را برای تشخیص برآورده نمی‌کردند، از نمونه کنار گذاشته شدند.

### گروه سوم

**افراد سالم:** جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد سالم (آزمودنی غیر بالینی) شهرستان های کرمانشاه، اسلام آباد غرب و سرپل ذهاب در مقطع زمانی آذر تا دی ۱۳۸۷ مراجعه‌کننده به باشگاه‌های ورزشی و داوطلبانی که از طریق اطلاع رسانی توسط پژوهشگر با پژوهش آشنا شده بودند می‌باشد. حجم نمونه شامل ۲۶ نفر، و شرط شرکت افراد گروه سالم در پژوهش، علاوه بر معیارهای هم‌سازی، این بود که

حسب سبب شناسی<sup>۱</sup> و آغاز<sup>۲</sup> افسردگی یک دوره رشدی تعیین کننده است، و شروع اولیه افسردگی، بیشتر در این دوره، تشخیص داده می‌شود (کای‌کن و همکاران، ۲۰۰۶)، هم چنین با توجه به این نکته که وجود افسردگی در نوجوانی علاوه بر ایجاد خلق منفی، بر روی توانایی‌های شناختی مانند تفکر، حافظه، هیجانات و چگونگی رفتار نیز تأثیر می‌گذارد، به طوری که پی آمد این مشکلات، سوق دادن فرد به سوی شکست در زمینه‌های مختلف نظیر، شکست تحصیلی، سوء مصرف مواد، و در پاره‌ای موارد خودکشی می‌باشد. از سوی دیگر علی‌رغم اهمیت موضوع، پژوهش‌های معدودی در داخل ایران صورت گرفته است. بر این اساس پژوهش حاضر در صدد است تا موضوع "کلی- گویی حافظه شرح حال" را در میان نوجوانانی که دارای اختلال افسردگی خالص و یا بیماران دارای اختلال سوء مصرف مواد که بیماری آنها با اختلال افسردگی همبودی دارد، در سنین، ۱۶ تا ۲۱ سال، یعنی بین نوجوانی و تراز بزرگسالی را بررسی کند. به صورت جزئی‌تر این پژوهش در پی ۱- مقایسه کلی‌گویی حافظه شرح حال نوجوانان افسرده و عادی؛ ۲- مقایسه کلی‌گویی حافظه شرح حال نوجوانان افسرده دارای سوء مصرف مواد و عادی؛ ۳- مقایسه کلی‌گویی حافظه شرح حال نوجوانان افسرده و نوجوانان افسرده دارای سوء مصرف مواد، می‌باشد.

### روش

این پژوهش از حیث هدف یک پژوهش بنیادی و از نظر روش یک پژوهش علی‌مقایسه‌ای<sup>۳</sup> است.

### جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه

#### گیری

#### گروه اول

**افراد افسرده:** جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران افسرده، بیمارستان فارابی کرمانشاه، و مرکز درمانی توحید کرمانشاه، در مقطع زمانی، تیر تا آبان سال ۱۳۸۷ می‌باشد؛ حجم نمونه شامل ۲۵ نفر بیمار، که توسط متخصص بالینی قبل از مداخلات

۱. Etiology

۲. Onset

۳. Causal- Comparative



کد گذاری گردید:

- (S) اختصاصی، شامل خاطره‌ای بود که یک یا کمتر از یک روز و در مکان و زمان مشخصی اتفاق افتاده بود (برای مثال برای لغت، شاد، پاسخ؛ "سه شنبه شب گذشته که به دیدن مادر بزرگم رفتم، شاد بودم").

- (G) کلی<sup>۴</sup>، اگر آنها خلاصه ای از رویدادهای تکراری را بازبایی کنند (برای مثال در پاسخ به کلمه نشانه شاد، "زمانی که به پارک می‌روم شاد هستم").

- (E) گسترده<sup>۵</sup>، اگر آنها خاطراتی را بازبایی کنند که بیش از یک روز اتفاق افتاده است (برای مثال در پاسخ به کلمه نشانه شاد، در سه هفته اقامتی که در خانه پدر بزرگم داشتم، شاد بودم).

### روش‌های آماری

در تجزیه و تحلیل داده‌ها، پس از انجام مقدمات توصیفی داده‌ها (میانگین، انحراف معیار) از آزمون مان‌ویتنی<sup>۶</sup> استفاده شد. داده‌های پژوهش به وسیله نرم افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل گردید.

### یافته‌های پژوهش

در این بخش اطلاعات گروه‌های نمونه در زمینه سن و میزان تحصیلات و متغیرهای مورد مطالعه در سطح سه گروه ارائه شده است.

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
افسرده	۲۵	۱۸/۹	۱/۵۸
معتاد افسرده	۲۵	۱۹	۱/۷
سالم	۲۶	۱۸/۸۵	۱/۹
جمع	۷۶	۱۸/۹۳	۱/۷۰

نتایج تحلیل واریانس یکراهه نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها وجود نداشته و می‌توان گروه‌ها را از نظر سنی هم‌تا دانست (جدول ۲).

نتایج آزمون خی<sup>۲</sup> نشان داد که تفاوت معنی‌داری در بین گروه‌ها از نظر میزان تحصیلات وجود نداشته و

میتلا به بیماری‌های روانپزشکی خاص نباشد، همچنین نداشتن سابقه مصرف سیگار یا مواد مخدر بود.

لازم به ذکر است تمام آزمودنی‌ها در گروه‌های ذکر شده، از لحاظ سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، همتاسازی شده‌اند.

### ابزار

**آزمون حافظه شرح حال:** آزمون حافظه شرح حال (AMT) آزمونی برای بررسی حافظه شرح حال رویدادی می‌باشد که اولین بار توسط "ویلیامز و برادبنت" (۱۹۸۶) و در کار با بیماران متمایل به خودکشی به کار برده شد. این روش شامل ارائه نشانه لغت‌های دارای بار هیجانی متفاوت می‌باشد. به آنها گفته می‌شود که به هر لغت، با رویدادی (خاطره ای) که بواسطه لغت یادآوری می‌شود، به آنها گفته می‌شود که رویداد یادآوری شده می‌تواند مهم یا کم اهمیت، مربوط به دوران گذشته یا اخیر باشد، اما باید یک رویداد اختصاصی باشد. چیزی که در یک زمان و مکان خاص رخ داده و دارای یک مدت زمان محدود (یک روز یا کمتر) است. به شرکت کنندگان مثالی از آنچه "اختصاصی"<sup>۱</sup> می‌گوییم ارائه می‌شود (برای مثال برای لغت "لذت"، پاسخ؛ "من معمولاً از مهمانی لذت می‌برم" درست نیست. زیرا به زمان یا مکان خاصی اشاره ندارد. ولی پاسخ؛ "مهمانی علی در جمعه گذشته" صحیح می‌باشد).

در چند کوشش آزمایشی مطمئن می‌شویم که افراد آموزش‌ها را درست فهمیده‌اند. "ویلیامز و برادبنت" (۱۹۸۶) برای هر لغت یک دقیقه به شرکت کنندگان به منظور ارائه پاسخ فرصت دادند. در مطالعات بعدی زمان لازم برای ارائه پاسخ ۳۰ ثانیه در نظر گرفته شد. شکست در پاسخدهی در زمان مقرر بعنوان "حذف"<sup>۲</sup> نمره گذاری می‌گردد. اگر پاسخ‌ها معیار اختصاصی بودن را تامین کنند، به عنوان "اختصاصی" کد گذاری می‌شوند و در غیر اینصورت بعنوان "غیر اختصاصی"<sup>۳</sup> یا بیش‌کلی کدگذاری می‌شوند. کدگذاری پاسخ‌ها در راستای مطالعات موجود در این زمینه (برای مثال؛ ریس و همکاران، زیر چاپ) در سه طبقه به شرح زیر

۴ . general  
۵ . elaborated  
۶ . Mann-Whitney

۱ . Specific  
۲ . omission  
۳ . non-specific



جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه برای مقایسه گروه‌ها از نظر سن

منبع	مجموع	درجات	F	سطح
واریانس	مجذورات	آزادی	معناداری	
بین گروهی	۰/۴۷	۲	۰/۰۸	۰/۹۲
درون گروهی	۲۱۸/۱۸۵	۷۳		

جدول ۴- اطلاعات مربوط به توزیع فراوانی پاسخ‌های کلی گرا در گروه‌ها

گروه	تعداد پاسخ‌های کلی	میانگین
افسرده	۱۷۸	۷/۱
معتاد افسرده	۱۷۳	۶/۹۲
سالم	۶	۰/۲۳

جدول ۳- توزیع افراد گروه‌های نمونه بر اساس تحصیلات

گروه / تحصیلات	ابتدایی	راهنمایی	دیپلم	ف دیپلم
افسرده	۲	۱۷	۶	۰
معتاد افسرده	۳	۱۸	۳	۱
سالم	۱	۱۵	۶	۲
جمع	۶	۵۰	۱۵	۳

جدول ۵- مقایسه کلی‌گویی حافظه شرح حال نوجوانان افسرده و سالم

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	Z	معنی‌داری
			رتبه		
	افسرده	۲۵	۳۹		
کلی‌گویی	سالم	۲۶	۱۳/۵	-۶/۴۲	۰/۰۰۰
جمع		۵۱			

می‌توان آنها را از این نظر هم‌تا دانست.

جهت مقایسه گروه‌ها از نظر میزان پاسخ‌های کلی‌گرا، با توجه به نوع داده‌ها، از شاخص آماری U مان‌ویتنی استفاده گردید که نتایج به دست آمده به شرح ذیل ارائه می‌شود.

نتایج جدول ۵ حاکی از این است که تفاوت میزان کلی‌گویی حافظه شرح حال دو گروه نوجوانان افسرده و نوجوانان سالم در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است.

جدول ۶ نشان می‌دهد که دو گروه نوجوانان افسرده دارای اختلال سوء مصرف مواد و نوجوانان سالم در میزان کلی‌گویی حافظه شرح حال از همدیگر متفاوت بوده و این تفاوت در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است.

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که تفاوت میانگین رتبه کلی‌گویی حافظه شرح حال نوجوانان افسرده دارای اختلال مصرف مواد و نوجوانان افسرده معنی‌دار است، به این ترتیب که میزان کلی‌گویی در گروه افسرده بالاتر است.

### بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج بدست آمده از تحلیل داده‌های

آزمون حافظه شرح حال (AMT)، تفاوت کلی‌گویی حافظه نوجوانان افسرده و نوجوانان افسرده دارای سوء مصرف مواد در مقایسه با گروه کنترل (نوجوانان سالم) معنادار بود. بنابراین فرضیات پژوهش حاضر بر اساس ادبیات پژوهشی تأیید گردید. در این بخش به بررسی کامل تر یافته‌های پژوهش پرداخته می‌شود.

**مقایسه کلی‌گویی حافظه شرح حال نوجوانان افسرده و عادی:** نتیجه بررسی‌های حاضر در خصوص فرضیه اول نشان داد که نوجوانان افسرده، در مقایسه با گروه کنترل (افراد سالم) در بازیابی حافظه شرح حال، میزان کلی‌گویی بیشتری داشتند. و تفاوت بین دو گروه معنادار بود. بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید گردید.

این نتایج با اغلب یافته‌های پژوهشی این حوزه (به عنوان مثال؛ ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷؛ پارک و همکاران ۲۰۰۴؛ کای‌کن و همکاران ۲۰۰۰، ۲۰۰۶؛ ریس و همکاران ۲۰۰۶؛ هرمانز و همکاران، زیر چاپ، ریس و همکاران، زیر چاپ؛ البورا، وری لینچ و همکاران، ۲۰۰۷؛ ساترلند و بریانت، ۲۰۰۷؛ کاویانی،

جدول ۶-مقایسه کلی‌گویی حافظه شرح حال نوجوانان افسرده دارای اختلال مصرف مواد و نوجوانان سالم

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	Z	معنی‌داری
			رتبه		
	افسرده دارای اختلال مصرف مواد	۲۵	۳۹		
کلی‌گویی	سالم	۲۶	۱۳/۵	-۶/۴۲	۰/۰۰۰
جمع		۵۱			



جدول ۷- مقایسه کلی گویی حافظه شرح حال نوجوانان افسرده دارای اختلال مصرف مواد و نوجوانان افسرده

متغیر	گروه	تعداد	میانگین رتبه	Z	معنی‌داری
کلی گویی	افسرده	۲۵	۲۰/۸	-۲/۸۶	۰/۰۰۴
	جمع	۵۰	۳۰/۲		

تفاوت معنادار بود، به عبارت دیگر، گروه آزمایش، در پاسخ به نشانه لغات دارای بار هیجانی متفاوت، قادر به بازیابی جزئیات رویدادی اختصاصی کمتری از حافظه شرح حال می‌باشند و بیشتر خاطرات کلی و متداولی را یادآوری کردند، که رجوعی به مقاطع خاص زمانی و مکانی نداشت. بنابراین فرضیه دوم پژوهش تأیید گردید.

این نتایج با ادبیات موجود در این زمینه همسو بوده و نشان داد که کلی گویی حافظه شرح حال (فقدان حافظه اختصاصی) مختص افراد افسرده خالص نبوده و در اختلالاتی که با افسردگی همبودی دارند نیز نمایان است. نتایج این پژوهش با نتایج مطالعات مکینگر و همکاران (۲۰۰۴)؛ اوکونلی و لاولور (۲۰۰۵) درباره بزرگسالان افسرده دارای سوء مصرف مواد همسو می‌باشد. همچنین این یافته‌ها با نتایج مطالعات، فیتزگرالد و شیفلی-گرو (۲۰۰۴) و الیورا و همکاران (۲۰۰۷) مبنی بر اینکه نوجوانان دارای سوء مصرف مواد در بازیابی حافظه شرح حال خود مشکل دارند و به دشواری خاطرات اختصاصی خود را بیاد می‌آورند هماهنگ است. هر چند که به منظور روشن شدن و ارائه یک تبیین متقن نیاز به داشتن داده‌ها و اطلاعات بیشتری است که در سایه انجام پژوهش‌های بیشتر در آینده قابل حصول است. لکن سئوالی که در این جا مطرح است این است که آیا کلی گویی حافظه مختص به اختلال افسردگی است و افراد افسرده مبتلا به سوء مصرف مواد به دلیل همبودی این اختلال با افسردگی دارای چنین ویژگی هستند و یا اینکه در غیاب افسردگی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد هم دارای ویژگی کلی گویی در حافظه شرح حال هستند؟

چندین تبیین محتمل را می‌توان در مورد نتایج حاضر ارائه کرد.

رحیمی و نقوی، (۱۳۷۸؛ کاویانی، ۱۳۸۳). همسو شده است.

بر این اساس به نظر می‌رسد همان طور که ویلیامز و همکاران (۲۰۰۷) بیان کرده اند 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 ویژگی مهم برای افسردگی و تداوم و عود دوباره آن اهمیت دارد و تحقیق حاضر نیز به نوعی در تأیید یافته‌های فوق نشان داد که در نوجوانان افسرده کلی گویی حتی پس از درمان وجود دارد همچنین ارتباط منفی و معنادار مابین افسردگی و کاهش بازیابی خاطرات اختصاصی، گویای این است که کاهش بازیابی خاطرات اختصاصی (کلی گویی) در ایجاد و ماندگاری افسردگی به عنوان عامل خطر ساز نقش بسزایی دارد.

بنابراین، این ویژگی روانشناختی در افراد افسرده به عنوان یکی از عوامل مهم افسردگی تلقی می‌شود و حائز اهمیت ویژه‌ای است. پس، با توجه به ارتباط منفی و معنادار افسردگی و کلی گویی حافظه شرح حال در میان نوجوانان افسرده می‌توان چنین نتیجه گرفت که اولاً افزایش خاطرات اختصاصی نقش مهمی در کاهش افسردگی ایفا می‌کند. پس جهت گیری مداخلات روانشناختی برای بیماران افسرده باید به سمت کاهش کلی گویی حافظه شرح حال (افزایش بازیابی خاطرات اختصاصی) باشد.

**بررسی کلی گویی حافظه شرح حال نوجوانان افسرده دارای سوء مصرف مواد و عادی:** تحلیل نتایج آزمون حافظه شرح حال، نشان داد که نوجوانان افسرده دارای سوء مصرف مواد، نسبت به نوجوانان سالم، از لحاظ میزان کلی گویی حافظه شرح حال



فرضیه تعدیل عاطفی<sup>۱</sup> (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷) بیان می‌کند، بازیابی بیش کلی حافظه بیانگر یک راهبرد شناختی برای ممانعت از دسترسی به جزئیات حوادث شرح حال فشار آور است. از آنجایی که افسردگی اغلب توسط رویدادهای استرس‌زای زندگی راه اندازی می‌شود (کلیم<sup>۲</sup> و اهلرس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸)، این فرضیه تبیین قابل قبولی در این مورد فراهم می‌کند که رویدادهای استرس‌زای زندگی در توسعه بازیابی بیش کلی‌گرایی حافظه شرح حال (OGM) 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 می‌کند، افراد دارای سابقه تجربه آسیب‌زا یا استرس‌های شدید، برای ممانعت از تحریک یادآوری هیجانات رنج آور<sup>۴</sup> 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 کلی‌گرایی را در بازیابی خاطرات شرح حال ایجاد می‌کند.

فرضیه کنترل اجرایی، پیش بینی کننده عملکرد کلی ضعیف‌تر در تکالیف شناختی که مستلزم تلاش هستند، می‌باشد. این فرضیه بیان می‌کند که کلی‌گویی و 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 (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷).

ویلیامز (۱۹۹۶) بیان می‌دارد، بهترین شکل تلاش برای پاسخ به نشانه موجود احتمالاً، بدین 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 تصویر سازی و تجسم نشانه موجود مهم ترین عامل در یک شخص است و در واقع دسترسی به خاطرات ویژه را رهبری می‌کند، در حالی که، توانایی کم، تصویر سازی نشانه‌ها منجر به

گرایش یادآوری خاطرات کلی می‌باشد. در تشریح این فرضیه چنین مطرح شده است: به منظور پیمودن سلسله مراتب فرضی حافظه شرح حال، از خاطرات کلی که در سطح قرار دارند به سمت خاطرات اختصاصی عمقی، منابع اجرایی متعددی مورد نیاز است.

تجسم حافظه شرح حال، اشاره به خلاصه اطلاعات در حافظه شرح حال دارند و می‌توانند برای هدایت و رهبری، جستجوهای حافظه به کار گرفته شوند. تصویرسازی وافر نشانه‌ها حاوی اطلاعاتی است که بیشترین اطلاعات مفید را درباره رویدادی که می‌خواهد بازیابی شود در بر دارد که این اطلاعات نیز بیشترین پیوستگی را با دیگر رویدادها و موضوعات مربوط به خود را دارد. بنابراین، اطلاعات موجود در یک تصویر، ممکن است به عنوان یک منبع قوی ردیاد، برای جستجوی نشانه‌ها در حافظه باشد. در افراد افسرده توانایی کم تصویر سازی نشانه، ممکن است به علت تشخوار ذهنی و اشتغالات مداوم محدود شده باشد. بخصوص اینکه نشانه‌هایی بیشتر، قابلیت تصور ذهنی دارند، که دارای ویژگی‌های معنایی غنی باشد و این امر، دسترسی به خاطرات ویژه را تسهیل می‌بخشد. باز در اینجا، ممکن است کنترل اجرایی نسبتاً ضعیف تر باعث شود فرآیند جستجو بطور موفقیت آمیز تکمیل نگشته و این افراد در بکارگیری مکانیزم‌های میانی مانند تولید تصویر ذهنی، بافت دسترسی پذیری، و دسترسی پذیری به اطلاعات معنایی، ناتوانی نشان دهند. در نتیجه 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 (کلی‌گویی) منجر شود.

**مقایسه کلی‌گویی حافظه شرح حال نوجوانان افسرده و نوجوانان افسرده دارای سوء مصرف مواد:** یافته‌های پژوهش در این بخش نشان می‌دهد که تفاوت میانگین رتبه کلی‌گویی حافظه شرح حال نوجوانان و جوانان افسرده و نوجوانان و جوانان افسرده دارای اختلال مصرف مواد معنی دار است، به این ترتیب که میزان کلی‌گویی در گروه افسرده بالاتر است.

1. affect-regulation hypothesis

2. Kleim

3. Ehlers

4. painful emotions





Kuyken, W. & Howell, R. (2000). Facets of autobiographical memory in Adolescents with major depressive disorder and never-depressed controls. *Cognition and Emotion*, 20 (3/4), 466-487.

Mackinger, H.F., Leibetseder, M.F., Kunz-Dorfer, A.A.; Fartacek, R.R., Whitworth, A.B., Feldinger, F.F., (2004). Autobiographical memory predicts the course of depression during detoxification therapy in alcohol dependent men. *Journal of Affect Disorder*, 78(1): 61-65.

O'Connell, H., & Lawlor, B.A., (2005), Recent alcohol intake and suicidality a neuropsychological perspective. *J Med Sci.*; 174(4): 51-54.

Oliveira, C.C.C., Scheuer, C. I., & Scivoletto. S., (2007). Autobiographical and semantic memory of adolescent drug users. *BJCP*, 34 (6); 260-265.

Park, R. J., Goodyer, I. M., & Teasdale, J. D., (2004). Effects of induced rumination and distraction on mood and over general autobiographical memory in adolescent major depressive disorder and controls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 996-1006.

Peeters, F., Wessel, I., Merckelbach, H., & Boon-Vermeeren, M., (2002). Autobiographical memory specificity and the course of major depressive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 344-350.

Raes, F., Watkins, E. R., Williams, J. M. G., & Hermans, D., (In Press), Non-ruminative processing reduces over general autobiographical memory retrieval in students. *Behavior Research and Therapy*.

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

Raes, F., Hermans, D., de Decker, A., Eelen, P., & Williams, J. M. G., (2003). Autobiographical memory specificity and affect regulation: An experimental approach. *Emotion*, 3, 201-206.

Sutherland, K., & Bryant, R. A. (2007). Rumination and over general autobiographical memory. *Behavior Research and Therapy*, 45, 2407-2416.

به منظور دست یابی به تبیین دقیق تر لازم است پژوهش های بیشتری در زمینه حافظه شرح حال نوجوانان و جوانان انجام پذیرد، زیرا که پژوهش ها در این حوزه در آغاز راه می باشد و همچنین بررسی تفاوت های میان حافظه شرح حال بزرگسالان و کودکان و نوجوانان نیز می تواند در این مسیر اثرگذار باشد.

## منابع فارسی

کویانی، حسین؛ رحیمی، پرینا؛ نقوی، حمیدرضا. (۱۳۷۸). بررسی کمبودها در بازخوانی از حافظه شخصی در اقدام کنندگان به خودکشی. فصلنامه تازه های علوم شناختی، ۳و۲، ۱۶-۲۳.

کویانی، حسین. (۱۳۸۳). عملکرد حافظه سرگذشتی و مساله گشایی در پیوستار زندگی- مرگ: پژوهشی در بیماران افسرده. اندیشه و رفتار، ۱، ۴۳-۵۱.

## References

Barry, E.S., Naus, M.J., & Rehm, L.P., (2006). Depression, implicit memory, and self: A revised model of emotion, *Clinical Psychology Review*, 26, 719-745.

Fitzgerald, J. M. and Shifley -Grove. S, (2004). Memory and Affect: Autobiographical Memory Distribution and Availability in Normal Adults and Recently Detoxified Alcoholics, *Journal of Adult Development*, 1573-3440.

Hermans, D., Vandromme, H., Debe.er, E., Raes, F., Demyttenaere, K., Brunfaut, E., & Williams, J. M. G., (in press). Overgeneral autobiographical memory predicts diagnostic status in depression. *Behavior Research and Therapy*.

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, 231-242.

Kuyken, W., Howell, R., & Dalgleish, T., (2006). Over general autobiographical memory in depressed adolescents with versus without a reported history of trauma. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 387-396.



Teasdale, J. D., & Barnard, P. J., (1993). *Affect, cognition and change*. East Sussex, UK: Lawrence Erlbaum Associates.

Teasdale, J.D. Lloyd, C.A. & Hutton, J.M., (1998). Depressive thinking and dysfunctional schematic mental models. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, pp. 247–257.

Teasdale, J.D., Taylor, R. and Fogarty, S.J., (1980). Effects of induced elation-depression on the accessibility of memories of happy and unhappy experiences. *Behav. Res. Ther.* **18**, pp. 339–346.

Van Vreeswijk, M. F., & de Wilde, E. J., (2004). Autobiographical memory specificity, psychopathology, depressed mood and the use of the Autobiographical Memory Test: A meta-analysis. *Behavior Research and Therapy*, 42, 731–743.

Vrielynck, N., Deplus, S., & Philippot, P., (2007). Over general Autobiographical Memory and Depressive Disorder in Children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, Vol. 36, No. 1, 95–105.

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.

Williams, J.M.G. & Broadbent, K., (1986). Autobiographical memory in attempted suicide patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, pp. 144–149.

Williams, J.M.G.(1996). Memory processes in psychotherapy. In P. Salkovskis (Ed), *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford.

