

## وضعیت حافظه شرح حال در سه گروه از پسران؛ افسرده، افسرده دارای سوء مصرف مواد و سالم

الهه بی‌غم لعل‌آبادی<sup>۱</sup>، علیرضا مرادی<sup>۲</sup>،  
فریدون یاریاری<sup>۳</sup>، ولی‌ا...<sup>۴</sup> رضانی

### چکیده

**مقدمه:** هدف این پژوهش بررسی کلی‌گویی حافظه شرح حال در نوجوانان پسر افسرده دارای سوء مصرف مواد، افسرده و سالم بود. **روش:** نمونه مورد بررسی ۷۶ نفر (۲۵ نفر با تشخیص افسردگی، ۲۵ نفر افسرده دارای اختلال سوء مصرف مواد و ۲۶ نفر عادی) از نوجوانان کرمانشاه بودند که گروه‌ها از لحاظ سن، جنس، میزان تحصیلات و وضعیت تاهل هم‌تاسازی شدند. برای ارزیابی حافظه شرح حال از آزمون حافظه شرح حال ویلیامز و برادبنت (۱۹۸۶) بهره گرفته شد. در تجزیه و تحلیل داده‌ها، از شاخص آماری مان‌ویتنی استفاده گردید. **یافته‌ها:** نتایج 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 بود. **نتیجه‌گیری:** نتایج حاکی از آن است که کلی‌گویی حافظه شرح حال یک خصیصه مهم برای افسردگی، تداوم و عود مجدد آن محسوب می‌شود.

**کلید واژه‌ها:** افسردگی، حافظه شرح حال، سوء مصرف مواد، نوجوان.

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه تربیت معلم، پست الکترونیکی: elahebigam@yahoo.com

۲. استاد دانشگاه تربیت معلم تهران

۳. استادیار دانشگاه تربیت معلم

۴. کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره) قزوین

## مقدمه

رشد و گسترش روان شناسی شناختی و پژوهش‌های مربوط به آن در طی چند دهه گذشته حوزه‌های مختلف روان شناسی 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 روانشناسان بالینی 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 بویژه 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 روان شناسی 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 شرح حال<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 دستاورد 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 بخصوص در فهم پدیده افسردگی پرداخت (فیلیپ پوت<sup>۵</sup>، شی فر<sup>۶</sup> و هربت<sup>۷</sup>، ۲۰۰۳).

بر اساس یافته‌های پژوهشی، حافظه شرح حال (حافظه‌ی رویدادها و به طور کلی جنبه‌ای از حافظه که به تجدید خاطرات، تجارب، موضوعات و رویدادهای شخصی گذشته فرد مربوط

- 
1. autobiographical memory
  2. associative network model
  3. strategic processing model
  4. schema
  5. Philippot
  6. Schaefer
  7. Herbette

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>۱</sup> را یاد آوری می‌کنند (ویلیامز<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ پارک<sup>۳</sup> و همکاران ۲۰۰۴؛ کای کن و هاوول<sup>۴</sup> و همکاران ۲۰۰۰، کای کن و همکاران ۲۰۰۶؛ هرمانز<sup>۵</sup> و همکاران، زیر چاپ، ریس و همکاران، زیر چاپ؛ الیورا<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ وری لینچ<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ ساترلند و بریانت<sup>۸</sup>، ۲۰۰۷؛ کاویانی و همکاران، ۱۳۷۸؛ کاویانی، ۱۳۸۳).

بنا بر نظریه هماهنگی خلقی<sup>۹</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>۱۰</sup> و همکاران، 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>۱۱</sup> و بارنارد<sup>۱۲</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 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 و همکاران، ۱۹۸۰).

1. over general memories
2. Williams
3. Park
4. Kuyken & Howell
5. Hermans
6. Oliveira
7. Vrielynck
8. Sutherland and Bryant
9. mood-congruency
10. Barry
11. Teasdale
12. Barnard

ویلیامز و برادبنت<sup>۱</sup> (۱۹۸۶) شواهدی را مبنی بر کمبودها و نقایصی در کیفیت خاطرات بازیابی شده توسط بیماران خودکشی گرا<sup>۲</sup> در مقایسه با گروه کنترل (غیر خودکشی گرا) کشف کردند. آنها آنها مشاهده کردند که بیماران خودکشی گرای حاد علی رغم ارائه دستورالعمل‌های روشن به آنها قادر به خاطرات مربوط به رویدادهای خاص گذشته نبودند. ویلیامز و برادبنت (۱۹۸۶) دریافتند، زمانی که از واژه راهنمای مثبت و منفی<sup>۳</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 سرنخ «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 به طور قابل توجهی به سوی بازیابی خاطرات کلی است. این پدیده خاص حافظه در افراد افسرده، کلی‌گویی<sup>۴</sup> حافظه 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 بر آن داشت تا به بررسی حافظه شرح حال در افراد و نمونه‌های مختلف دارای اختلالات روانشناختی متفاوت بپردازند. نتایج این مطالعات نشان می‌دهد که افراد دارای اختلالات روانشناختی مانند اختلال استرس حاد<sup>۵</sup> و اختلال استرس پس از سانحه<sup>۶</sup>، اختلال سوء مصرف 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

- 
1. Broadbent
  2. suicidal patients
  3. positive & negative cue words
  4. overgenerality
  5. acute stress disorder
  6. post-traumatic stress disorder
-

افسردگی داشتند در مقایسه با گروه کنترل به طور گسترده‌ای بالا بود (پیترز<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۲؛ وان ورس و یجیک و دی ویلد<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴؛ مکینگر<sup>۳</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 حافظه شرح حال را در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد، بررسی کرده و نشان داده‌اند که افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد در مقایسه با گروه کنترل به دشواری خاطرات اختصاصی شرح حال خود را بازیابی می‌کنند (فیتزگرالد<sup>۴</sup> و شیفلی شیفلی - گرو<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴؛ الیورا و همکاران، ۲۰۰۷). گروه دیگری از محققین (مکینگر و همکاران، ۲۰۰۴؛ اوکونلی و لاولور<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵) نیز در مطالعات خود به این نتیجه دست یافته‌اند 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 فوق‌الذکر مشخص می‌شود که اغلب مطالعات در زمینه‌ی کلی‌گویی حافظه شرح حال، روی بزرگسالان انجام گرفته و کمتر به نوجوانان و جوانان پرداخته شده است. نوجوانی بر حسب سبب‌شناسی<sup>۷</sup> و آغاز<sup>۸</sup> افسردگی یک دوره رشدی تعیین‌کننده است، و شروع اولیه افسردگی، بیشتر در این دوره، تشخیص داده می‌شود (کایکن و همکاران، ۲۰۰۶). وجود افسردگی در نوجوانی علاوه بر ایجاد خلق منفی، روی توانایی‌های شناختی مانند تفکر، حافظه، هیجانات و چگونگی رفتار نیز تأثیر می‌گذارد، به طوری که پی‌آمد این مشکلات، سوق دادن فرد به سوی شکست در زمینه‌های مختلف نظیر، شکست تحصیلی، سوء مصرف مواد، و در پاره‌ای موارد خودکشی می‌باشد. لذا با توجه به اهمیت موضوع، پژوهش‌های معدودی در داخل ایران صورت گرفته است. بر این اساس پژوهش حاضر در صدد است تا موضوع «کلی‌گویی حافظه شرح حال» را

1. Peeters
2. Van Vreeswijk & de Wilde
3. Mackinger
4. Fitzgerald
5. Shifley-Grove
6. O'Connell & Lawlor
7. etiology
8. onset

در نوجوانان 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، بررسی کند. به صورت جزئی تر این پژوهش در پی ۱- مقایسه کلی گویی حافظه شرح حال نوجوانان افسرده و عادی؛ ۲- مقایسه کلی گویی حافظه شرح حال نوجوانان افسرده دارای سوء مصرف مواد و عادی؛ ۳- مقایسه کلی گویی حافظه شرح حال نوجوانان افسرده و نوجوانان افسرده دارای سوء مصرف مواد، می باشد.

## روش

این پژوهش از حیث هدف یک پژوهش بنیادی و از نظر روش یک پژوهش علی - مقایسه‌ای<sup>۱</sup> است.

### جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری

#### گروه اول

**افراد افسرده:** جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران افسرده‌ی بیمارستان فارابی کرمانشاه و مرکز درمانی توحید کرمانشاه در مقطع زمانی تیر تا آبان سال ۱۳۸۷ می باشد؛ حجم نمونه شامل ۲۵ نفر بیمار بود که توسط متخصص بالینی قبل از مداخلات درمانی، تشخیص افسردگی را دریافت نموده بودند. 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 بین آنها افرادی که معیارهای این آزمون را برای تشخیص برآورده نمی کردند، از نمونه کنار گذاشته شدند.

#### گروه دوم

**افراد افسرده‌ی 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

1. causal- comparative

وضعیت حافظه شرح حال در نوجوانان پسر افسرده، ...

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 بود که توسط متخصص بالینی قبل از مداخلات درمانی، تشخیص افسردگی و سوء مصرف را دریافت نموده بودند. در نهایت 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 بین 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) شهرستان‌های کرمانشاه، اسلام آباد غرب و سرپل ذهاب در مقطع زمانی آذر تا دی ماه ۱۳۸۷ مراجعه کننده 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 همتا سازی، این بود که مبتلا به بیماریهای روانپزشکی خاص نباشد، همچنین سابقه مصرف سیگار یا مواد مخدر هم نداشته باشند.

لازم به ذکر است تمام آزمودنی‌ها در گروه‌های ذکر شده، از لحاظ سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، همتا سازی 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 آزمودنی‌ها گفته می‌شود که به هر لغت، با رویدادی (خاطره‌ای) که به واسطه لغت یادآوری

می‌شود، پاسخ دهند. همچنین اینکه 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 به عنوان «حذف<sup>۲</sup>» نمره گذاری می‌گردد. اگر پاسخ‌ها معیار اختصاصی بودن را تأمین کنند، به عنوان «اختصاصی» کد گذاری می‌شوند و در غیر این صورت به عنوان طغیر اختصاصی<sup>۳</sup> یا بیش کلی کد گذاری می‌شوند. کد گذاری پاسخها در راستای مطالعات موجود در این زمینه (برای مثال؛ ریس و همکاران، زیر چاپ) در سه طبقه به شرح زیر کد گذاری گردید:

- اختصاصی (S)، 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»).

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

- گسترده (E)<sup>۵</sup>، اگر آنها خاطراتی را بازیابی 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).

- 
1. specific
  2. omission
  3. non-specific
  4. general
  5. elaborated



### یافته‌ها

در این بخش اطلاعات گروه‌های نمونه در زمینه سن، مدرک تحصیلی و متغیرهای مورد مطالعه ارائه شده است.

جدول ۱: اطلاعات گروه‌های نمونه مورد مطالعه بر اساس سن

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

لازم به ذکر است که نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها وجود نداشته و می‌توان گروه‌ها را از نظر سنی هم‌تادانست (جدول ۲).

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

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

جدول ۳: توزیع افراد گروه‌های نمونه بر اساس تحصیلات

گروه / تحصیلات	ابتدایی	راهنمایی	دیپلم	فوق دیپلم
افسرده	۲	۱۷	۶	۰
معتاد افسرده	۳	۱۸	۳	۱
سالم	۱	۱۵	۶	۲
جمع	۶	۵۰	۱۵	۳۷۴

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

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

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

متغیر	گروه	تعداد	میانگین رتبه	Z	معنی‌داری
کلی‌گویی	افسرده	۲۵	۳۹	-۶/۴۲	۰/۰۰۱
	سالم	۲۶	۱۳/۵		
	جمع	۵۱			

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: مقایسه کلی‌گویی حافظه شرح حال نوجوانان افسرده دارای اختلال مصرف مواد و نوجوانان سالم

متغیر	گروه	تعداد	میانگین رتبه	Z	معنی‌داری
کلی‌گویی	افسرده دارای اختلال مصرف مواد	۲۵	۳۷	-۶/۲۲	۰/۰۰۱
	سالم	۲۶	۱۳/۵		
	جمع	۵۱			

وضعیت حافظه شرح حال در نوجوانان پسر افسرده، ...

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

جدول ۷: مقایسه کلی‌گویی حافظه شرح حال نوجوانان افسرده دارای اختلال مصرف مواد و نوجوانان افسرده

متغیر	گروه	تعداد	میانگین رتبه	Z	معنی‌داری
کلی‌گویی	افسرده دارای اختلال مصرف مواد	۲۵	۲۰/۸	-۲/۸۶	۰/۰۰۴
	افسرده	۲۵	۳۰/۲		
	جمع	۵۰			

یافته‌های پژوهش در این بخش 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.

نتیجه بررسی‌های حاضر 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. 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؛ الیورا و همکاران، ۲۰۰۷؛ وری لینچ و همکاران، ۲۰۰۷؛ ساترلند

و بریانت، ۲۰۰۷؛ کاویانی و همکاران، ۱۳۷۸؛ کاویانی، ۱۳۸۳) همسو است. بر این اساس به نظر می‌رسد همانطور که ویلیامز و همکاران (۲۰۰۷) بیان کرده اند کلی‌گویی حافظه از ویژگی‌های خلق افسرده است. فراوانی پژوهش‌های انجام گرفته در این زمینه گویای این مطلب است که کلی‌گویی حافظه شرح حال تا چه اندازه به عنوان یک خصیصه مهم برای افسردگی و تداوم و عود دوباره آن اهمیت دارد و تحقیق حاضر نیز به نوعی در تایید یافته‌های فوق نشان داد که در نوجوانان افسرده کلی‌گویی حتی پس از درمان وجود دارد، همچنین ارتباط منفی و معنادار بین افسردگی و کاهش بازیابی خاطرات اختصاصی، گویای این مطلب است که کاهش بازیابی خاطرات اختصاصی (کلی‌گویی) 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 کلی‌گویی حافظه شرح حال در 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 کلی‌گویی حافظه شرح حال (افزایش بازیابی خاطرات اختصاصی) باشد.

تحلیل نتایج آزمون حافظه شرح حال نشان داد که تفاوت نوجوانان افسرده دارای سوء مصرف مواد، نسبت به نوجوانان سالم، از لحاظ میزان کلی‌گویی حافظه شرح حال 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. این نتایج با ادبیات موجود در این زمینه همسو بوده و نشان داد که کلی‌گویی 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، فیتز‌گارد 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 به یاد می آورند 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 کلی‌گویی 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 هم دارای ویژگی کلی‌گویی در حافظه شرح حال هستند؟

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

فرضیه تعدیل عاطفی<sup>۱</sup> (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷) بیان می‌کند، که بازیابی بیش کلی حافظه بیانگر یک راهبرد شناختی برای ممانعت از دسترسی به جزئیات حوادث شرح حال فشار آور است. از آنجائی 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 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، افرادی 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

1. affect-regulation hypothesis

2. Kleim

3. Ehlers

4. painful emotions

خاطرات، حتی خاطرات مثبت تعمیم می‌یابد و یک سبک بیش کلی‌گرایی را در بازیابی خاطرات شرح حال ایجاد می‌کند.

فرضیه کنترل اجرایی، پیش‌بینی‌کننده 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 تصویرسازی و تجسم نشانه موجود مهم‌ترین 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.

در تشریح این فرضیه می‌توان گفت 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 تصویرسازی نشانه، ممکن است به علت نشخوار 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

وضعیت حافظه شرح حال در نوجوانان پسر افسرده، ...

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.

یافته‌ی دیگر پژوهش حاضر این بود که تفاوت میانگین رتبه کلی‌گویی حافظه شرح حال نوجوانان و جوانان افسرده و نوجوانان و جوانان افسرده دارای اختلال مصرف مواد معنی‌دار بود، به این ترتیب که میزان کلی‌گویی در گروه افسرده بالاتر بود.

از محدودیت‌های این پژوهش این بود که تعداد گروه نمونه‌ی نسبتاً کم است و ممکن است تعمیم پذیری نتایج را با مشکل رو به رو کند. بنابراین انجام پژوهش با نمونه بزرگتر و مقایسه نتایج می‌تواند مفید باشد. همچنین با توجه به اینکه نمونه مورد مطالعه نوجوانان پسر بود، در نتیجه تعمیم این نتایج به دختران نوجوان باید با احتیاط انجام پذیرد.

با توجه به اینکه این پژوهش تنها به وجود کلی‌گویی در نوجوانان افسرده پرداخته است و به بررسی تاثیر مکانیزم‌های روانی که موجب این خصیصه در افراد افسرده می‌شوند، مانند تجارب آسیب‌زا و نشخوار ذهنی پرداخته است، توصیه می‌شود که در پژوهش‌های بعدی سایر ابعاد شناختی مد نظر قرار گیرد. تحقیقات آینده باید بررسی کنند که آیا فراهم آوردن درمان مناسب در بیش کلی کردن خاطرات شرح حال برای گروه‌های افسرده در معرض خطر سوء مصرف مواد می‌تواند موجب کاهش گرایش به سمت مواد مخدر شود.

یافته‌های این پژوهش می‌تواند این ایده را به مهد کودک‌ها و سایر مسئولین آموزش و پرورش بدهد که بیان جزئیات رویدادها و خاطره نویسی ممکن است نقش موثر و مهمی در پیشگیری از افسردگی داشته باشد و نیز با بررسی مناسب و دقیق و انجام آزمون‌های بالینی بتوان افراد در معرض خطر را تشخیص داد و به درمان و در نهایت پیشگیری از افسردگی و سپس سوء مصرف مواد همت گذاشت.

**تقدیر و تشکر**

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

**منابع**

کاویانی، حسین؛ رحیمی، پرینا و نقوی فامه، حمیدرضا. (۱۳۷۸). بررسی کمبودها در بازخوانی از حافظه شخصی در اقدام کنندگان به خودکشی. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۲ و ۳، ۲۳-۱۶.

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

- Barry, E. S., Naus, M.J., and Rehm, L. P. (2006). Depression, implicit memory, and self: A revised model of emotion, *Clinical Psychology Review*, Vol. 26, PP 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., Deber., 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. and 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*, Vol. 76, No. 2, 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.
- 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.
- Philippot, P., Schaefer, A., and Herbette, G. (2003). *Consequences of specific processing of emotional information: Impact of general versus specific autobiographical memory priming on emotion elicitation*, *Emotion* 3, pp. 270–283.
- Raes, F., Watkins, E. R., Williams, J. M. G., and 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.
- Teasdale, J. D., & Barnard, P. (1993). *Affect, cognition and change*. East Sussex, UK: Lawrence Erlbaum Associates.
- Teasdale, J. D. Lloyd, C. A. and 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. *Behavior Research and Therapy*. 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., and 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. and 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: Guilfor.