http://jcp.khu.ac.ir

فصلنامه روانشناسی شناختی دوره ۵، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۶ مقاله علمی- پژوهشی

بازیابی خاطرات از حافظه سرگذشتی و ارتباط آن با حل مسئله در افراد افسرده و مضطرب

حسین زارع: استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

* **معصومه اسماعیلی**: (نویسنده مسئول)، مربی، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. esmailimasomeh@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۳/۳۰ پذیرش اولیه: ۱۳۹۶/۰۱/۲۷ پذیرش نهایی: ۱۳۹۶/۰۱/۲۷

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی بازیابی خاطرات از حافظه سرگذشتی و ارتباط آن با حل مسئله در افراد افسرده و مضطرب صورت گرفت. بدین منظور۴۵ نفر نمونه(۱۵ فرد افسرده، ۱۵ فرد مضطرب و ۱۵ فرد سالم) به روش نمونه گیری زمانی در دسترس از بین مراجعه کنندگان به مرکز مشاوره دانشگاه پیام نور انتخاب شدند. جهت گردآوری داده ها ، پس از تکمیل پرسشنامه افسردگی و اضطراب بک، از آزمون حافظه شرح حال (سرگذشتی) و آزمون حل مسئله وسیله-غایت استفاده شد. جهت تحلیل داده‌های پژوهش، تحلیل واریانس یک متغیره برای مقایسه بیش‌کلی‌گرایی ومسئله گشایی در ۳ گروه افسرده، مضطرب وسالم وآزمون توکی برای مقایسه دو به دو به کار برده شد. برای محاسبه ضریب‌های همبستگی بین‌بیش‌کلی‌گرایی وکارایی مسئله‌گشایی، روش همبستگی پیرسون به کار رفت. نتایج پژوهش نشان داد که بیش‌کلی‌گرایی در حافظه سرگذشتی افراد افسرده بیشتر از افراد مضطرب و سالم است. افراد افسرده در حل مسائل راه‌حل‌های ناکارآمدی را نسبت به افراد مضطرب و سالم به کار می‌گیرند و بین بیش‌کلی‌گرایی در حافظه سرگذشتی و مسئله‌گشایی ناکارآمد در افراد افسرده رابطه معنادار وجود دارد. بنابراین طبق مدل ویلیامز افراد افسرده به دلیل خلق منفی و سوگیری در پردازش اطلاعات نه تنها در بازیابی خاطرات سرگذشتی به طور اختصاصی دچار مشکل می شوند بلکه این مشکل در بازیابی، حل مسائل و مشکلات آنها را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد و باعث می‌شود که راه حل‌های کمتر موثری را تولید کنند.

کلیدواژه‌ها: حافظه سرگذشتی، مسئله‌گشایی، افسردگی، اضطراب.

Journal of Cognitive Psychology, Vol. 5, No. 3, Autumn 2017

The Retrieval of Memories from Autobiographical Memory and its Relationship with Problem- Solving in Depressed and Anxious Individuals

Zare, H. Professor, Payame-Noor University, Tehran, Iran.

*** Esmaeili, M.** (Corresponding author) MA, Payame-Noor University, Tehran, Iran. esmailimasomeh@yahoo.com

Abstract

The present study attempts to investigate the retrieval of memories from autobiographical memory and its relationship with problem- solving in depressed and anxious individuals. For this reason, 45 samples: 15 depressed, 15 anxious, and 15 normal individuals were chosen among the students of Estahban Payam Noor university, that were the clients of the counseling clinic. In this study, after completing the Beck Anxiety Inventory (BAI) and Beck Depression Inventory (BDI), Autobiographical Memory Test and Means-ends Problem- solving test were used. To analyze the data, the Analysis of Variance (ANOVA) was used to compare the overgeneralized and problem-solving in 3 groups of depressed, anxious, and normal individuals and the Tukeys test was used for comparing two by two. The results revealed that overgeneralized in autobiographical memory of depressed individuals is more than anxious and normal ones. Depressed individuals used more inefficient problem solving solution in compare with distressed and healthy people. And there is a meaningful relationship between the overgeneralized in autobiographical memory and inefficient problem-solving in depressed people. Therefore, according to Williams models, depressed people because of their negative mood and bias in processing information not only would have problem in retrieving the autobiographical memories exclusively but also, this difficulty in retrieving affects their problem solving thereby lead to the production of less effective solutions.

Keywords: Autobiographical memory, Problem- solving, Depression, Anxiety.

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1396.5.3.1.9]

مقدمه

انسان موجودی دارای هیجانات و عواطف گوناگون است و این هیجانات و عواطف با بعد شناختی او ارتباط دارد. امروزه اکثر پژوهش‌ها به این موضوع می‌پردازند که چرا افراد محرک‌های هیجانی را به شیوه‌های متفاوتی پردازش می‌کنند. نظر رایج این است که افراد ترجیحاً محرک‌های هیجانی‌ای را پردازش می‌کنند که در آهنگ هیجانی با حالت خلقی رایج آن‌ها، همخوان باشد. بنابراین افراد مستعد حالت‌های هیجانی منفی، مانند اضطراب و افسردگی، احتمال بیشتری دارد که اطلاعات هماهنگ با خلق منفی را برگزینند و آن‌ها را به یاد آورند(کلارک و فربون، ۱۹۹۸؛ ترجمه کاویانی، ۱۳۸۵). ویلیامز، واتز، مک لود و متیوز (۱۹۹۷،۱۹۸۸؛ به نقل از می کاا،۲۰۰۷)روی این مسئله که چگونه سوگیری های شناختی، مختص اختلالات هیجانی خاص است، متمرکز شدند. مبنای تئوریکی مدل افتراقی[1] ویلیامز و همکاران از گراف و ماندلرز[2](۱۹۸۴) گرفته شد. گراف و ماندلرز بین پردازش تلفیقی[3] و بسط یافته[4] تمایز قایل شدند. پردازش تلفیقی اشاره به فرایند خودکاری دارد که در مرحله اولیه پردازش اطلاعات روی می دهد. در طی ادغام و تلفیق، تحکیم ساختار درونی بازنمایی ذهنی، منجر به دسترسی بیشتر به آن بازنمایی می شود و فعال سازی هر قسمتی کل آن را فعال می سازد. در حالیکه پردازش بسط یافته، یک فرایند راهبردی و وقت گیر است که در مراحل بعدی پردازش اطلاعات روی می دهد. در این فرایند، یک پیوند جدید بین اطلاعات ورودی و اطلاعات مرتبط که آماده بازنمایی در حافظه هستند، ایجاد می شود و باعث تحکیم این پیوندها و دیگر بازنمایی های موجود در حافظه می شوند.

ویلیامز (۱۹۸۸)بین فرایندهای منفعل/خودکار (پردازش تلفیقی اطلاعات) و فعال/راهبردی (پردازش بسط یافته اطلاعات تمایز قایل شدند. آن ها پیشنهاد کردند که اثرات هماهنگی خلقی مشاهده شده در افراد مضطرب مربوط به سوگیری هایی است در فرایند تلفیق ایجاد شده است. بنابراین، بازنمایی اطلاعات مربوط به تهدید در افراد مضطرب در یک حالت بالای تلفیق صورت می گیرد. در نتیجه این اطلاعات به طور فزاینده ای در دسترس قرار می گیرند و افراد مضطرب با وارسی سریع اطلاعات مربوط به تهدید، توجه زیادی به آنها می کنند بنابراین در یادآوری اطلاعات اثری نمی گذارد. آنها همچنین در ارتباط با افسردگی پیشنهاد کردند که سوگیری پردازش اطلاعات هماهنگ با خلق در افراد افسرده مربوط به پردازش بسط یلفته اطلاعات است. بنابراین اطلاعات هماهنگ با خلق در افراد افسرده به طور گسترده پردازش می شود. بازنمایی اطلاعات موجب برقراری پیوندهای زیادی با بازنمایی های موجود در حافظه می شود. در نتیجه، توانایی عملکرد برای بررسی دقیق و سنجیده این اطلاعات افزایش می یابد و موجب عملکرد بهتر در بازشناسی و یادآوری اطلاعات هماهنگ با خلق افسرده و یادآوری کلی و خلاصه شده دیگر اطلاعات می شود(می کاا،۲۰۰۷)از طرفی حافظه سرگذشتی که حافظه شخصی و تجارب زندگی فرد است، نیز تحت تاثیر حالت‌های هیجانی منفی آن‌ها قرار می‌گیرد و در بازیابی خاطرات سرگذشتی به‌طور اختصاصی یا کلی دچار مشکل می‌شوند. مطالعات تجربی بسیاری تاکنون روی بیماران افسرده انجام شده است که نتیجه آن تمایل این افراد به بازیابی خاطرات کلی (بیش‌کلی‌گرا) به جای خاطرات اختصاصی می‌باشد(واتکینز و همکاران، ۲۰۰۰؛ وان ورسوجیک و ویلد، ۲۰۰۴؛ رایس و همکاران، ۲۰۰۵؛ کیوکین و همکاران، ۲۰۰۶، ویلیامز و همکاران،۲۰۰۷؛ راچر، گدارد و پاول،۲۰۰۹؛ سامنر و همکاران،۲۰۱۰)حافظه سرگذشتی در سلسه مراتبی سازماندهی شده است که در آن، اطلاعات در سطوح متفاوتی از حافظه ذخیره شده‌اند. کان وی[5] (۱۹۹۶؛ به نقل از زارع،۱۳۸۸)، این ساختارهای سلسه مراتبی حافظه سرگذشتی را در ۳ سطح متمایز می‌کنند:

۱- رویدادهای گستره زندگی[6]، این نوع از خاطرات به دوره های اساسی عمر هر فرد با موقعیتهای مهم تعریف می شود. مثلا خاطرات مربوط به زندگی مشترک و یا اشتغال در جایی به مدت طولانی.

۲- رویدادهای کلی[7]، که اشاره به رخدادهای تکراری یا فراگیر(مثل خاطرات مربوط به ایام تعطیلات) که دوره زمانی آن روزها تا ماه ها به طول می انجامد، دارد. این رویدادهای کلی، اطلاعات اختصاصی‌تری را نسبت به رویدادهای طول عمر در بر می‌گیرند.

۳- دانش رویدادی-خاص، که شامل تصاویر ذهنی، احساسات و جزئیات مربوط به رویدادهای کلی، با دوره های زمانی از چند ثانیه تا چند ساعت است. خاطرات در این سطح

[1] Dissociations modelling
[2] Graf & Mandlers
[3] Integrative
[4] Elaborative
[5] Conway
[6] Lifetime
[7] General

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1396.5.3.1.9]

به وسیله اطلاعات حسی و ادراکی تشخیص داده می‌شوند و می‌توانند به شکل تصاویر، بازنمایی شوند. وقتی از افراد سالم خواسته می‌شود که یک خاطره خاص را 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[1]، ۲۰۰۰). اما افراد افسرده قادر نیستند از توصیف‌های کلی که فراهم می‌آورند برای کمک به بازیابی نمونه‌های خاص سود ببرند. نتایج پژوهش‌های متعدد نشان داده است که افزایش یادآوری خاطرات سرگذشتی بیش‌کلی‌گرا علاوه بر افسردگی در PTSD نیز مشاهده شده است(مک‌نالی و همکاران، ۱۹۹۴ و ۱۹۹۵؛ ادام و همکاران،۲۰۱۳؛ براون و همکاران،۲۰۱۳). اما در آزمودنی‌های مضطرب،GAD و فوبیای اجتماعی یافت نشده است(واتکینز و همکاران، ۲۰۰۰). پژوهش‌های انجام گرفته توسط بورکی و متیوز(۱۹۹۲) و ریچارد و ویتاکر(۱۹۹۰)، که بازیابی خاطرات از حافظه سرگذشتی را در افراد مضطرب مورد بررسی قرار دادند، شواهدی از بیش‌کلی‌گرایی حافظه سرگذشتی در آن‌ها نیافتند. اگرچه خلق آن‌ها روی زمان بازیابی خاطرات از حافظه سرگذشتی تاثیر می‌گذاشت و زمان زیادی طول می‌کشید تا خاطرات را به یاد آورند(ویلیامز و همکاران،۲۰۰۷). ویزل [2] و همکاران(۲۰۰۱)، نیز در پژوهشی با عنوان همبسته‌های حافظه سرگذشتی اختصاصی 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.

از طرف دیگر، بازیابی بیش‌کلی‌گرا دارای کارکردهایی برای مسئله‌گشایی است. دی‌زوریلا و همکاران،۲۰۰۴؛ به نقل از می‌کاا، ۲۰۰۷)،مطرح کردند که در فرایند حل مسئله، ۳ مولفه اصلی وجود دارد: ۱- حل مسئله ۲- مسئله ۳- راه‌حل. به اعتقاد آن‌ها حل‌مسئله و به کار بردن راه‌حل، ۲ فرایند متفاوت هستند که مهارت‌های متفاوتی برای هر کدام مورد نیاز است. حل‌مسئله اشاره به فرایندی دارد که راه‌حل‌های بالقوه برای موقعیت مشکل فراهم می‌شود، در حالیکه کاربرد راه‌حل، انتخاب موثرترین پاسخ از بین پاسخ‌های متعدد را در بر می‌گیرد. مارکس، ویلیامز و کلاریدگ (۱۹۹۲)،نشان دادند که بیماران افسرده و مضطرب، در مراحل مختلف فرایند حل‌مسئله دچار مشکل هستند. آن‌ها مطرح کردند که بیماران افسرده، مشکلاتی در مراحل اولیه، یعنی در ایجاد راه‌حل‌های موثر دارند، در حالیکه افراد مضطرب قادر هستند راه‌حل‌های موثر را برای موقعیت مشکل‌زا پیدا کنند اما در انجام رفتارهای ضروری برای حل مشکل(به کار بردن راه‌حل) شکست می‌خورند. یک علت احتمالی برای نقص در راهبردهای مسئله‌گشایی در افراد افسرده، ناتوانی این افراد در بازیابی خاطرات سرگذشتی اختصاصی است. بازیابی بیش‌کلی‌گرا، جستجو در بانک اطلاعاتی را محدود می‌کند و آن‌ها از حافظه بیش‌کلی‌گرای خود به عنوان پایگاه اطلاعاتی جهت فراهم آوردن راه حل‌های موثر برای مسائل جاری استفاده می‌کنند. اما این حافظه به دلیل انبوه اطلاعات اختصاصی شدیداً محدود است. بنابراین افراد افسرده راه‌حل‌های موثر کمتری را برای مسائل خود خلق می‌کنند(کلارک و فربون، ۱۹۹۸؛ ترجمه کاویانی، ۱۳۸۵). ایوانز و همکاران(۱۹۹۲)، بیش‌کلی‌گرایی از حافظه سرگذشتی و موثر بودن راه‌حل‌های ارئه شده در یک گروه از اقدام‌کنندگان به خودکشی را مورد بررسی قرار دادند. آن‌ها دریافتند که بین این دو جنبه همبستگی بسیار بالایی وجود دارد. کسانیکه بیشترین مشکل را در ارائه اطلاعات اختصاصی داشتند، کم اثرترین راه‌حل‌ها را برای مسائل فراهم می‌آوردند. گدارد و همکاران(۱۹۹۶)،نیز در پژوهشی، نشان دادند که بیماران افسرده در مقایسه با گروه کنترل به طور فراوانی در مسئله‌گشایی دچار مشکل هستند و علت این مشکل را ناتوانی در بازیابی خاطرات سرگذشتی اختصاصی دانستند. در پژوهشی که در ایران توسط کاویانی(۱۳۸۵)، انجام گرفت، نیز نتایج یافته پژوهش‌های پیش را تائید کرد. اگرچه کریمرز و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که مسئله گشایی ناکارآمد در افراد افسرده به دلیل مشکلات آنها در تنظیم هیجاناتشان است نه عدم دسترسی به خاطرات خاص. به اعتقاد آنها دوره های افسردگی را می توان به عنوان زنجیره هایی از تنظیم هیجان ناسازگار مفهوم سازی کرد . با اینحال به رغم شواهد بسیار مبنی بر ارتباط بین مهارت‌های مسئله‌گشایی و حافظه سرگذشتی در افراد افسرده، در مورد افراد مضطرب پژوهشی صورت نگرفته است. از طرف دیگر، مشکلات حافظه سرگذشتی نه تنها حل موثر مسائل فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد بلکه در حیطه درمانی نیز پیشرفت درمانی را کند

[1] Soulsby
[2] Wessel

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1396.5.3.1.9]

می‌سازد. بنابراین در مورد افسردگی، مشکلات حافظه نه فقط استمرار افسردگی، بلکه همچنین احتمال عود و بازگشت بیماری را پیش‌بینی می‌کند. از اینرو پرداختن به فرایند حافظه خصوصاً حافظه سرگذشتی و سازوکارهای آن یک امر ضروری در حیطه پژوهش است و از آنجا که در این حیطه چژوهش های اندکی صورت گرفته است، در پژوهش حاضر سعی شد بیش‌کلی‌گرایی از حافظه سرگذشتی را در افراد افسرده و مضطرب در مقایسه با افراد سالم مور د بررسی قرار داده و ضمن بررسی کارآمدی حل مسئله در ۳ گروه، ارتباط حافظه سرگذشتی را با کارآمدی در مسئله‌گشایی در افراد افسرده و مضطرب بررسی کنیم.

روش

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

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری این پژوهش را کلیه مراجعه کنندگان به مرکز مشاوره دانشگاه پیام نور استهبان تشکیل می‌دهند. نمونه پژوهش، شامل ۴۵ آزمودنی(۱۵فرد افسرده، ۱۵ فرد مضطرب و ۱۵ فرد سالم) که به روش نمونه گیری زمانی در دسترس در فاصله زمانی آبان ۹۴ تا دی ۹۴ به مرکز مشاوره دانشگاه مراجعه کرده بودند انتخاب شدند. ملاک های ورود عبارت بود از: سن بین ۱۸ تا ۲۸ سال، دارا بودن تحصیلات در سطح کارشناسی، عدم وجود بیماری جسمانی و عدم ابتلا گروه غیر بیمار به اختلالات روانی.

روش اجرای پژوهش: روش اجرای پژوهش به این صورت بود که 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 افرادی که نمره آن ها دو انحراف استاندارد بالاتر از نقطه برش بود انتخاب و آزمون بازخوانی از حافظه سرگذشتی و آزمون حل‌مسئله اجرا شد. پیش از آغاز هر کدام از آزمون‌ها، مثالی زده می‌شد و پس از کسب اطمینان از آمادگی آزمودنی، آزمون‌های اصلی اجرا می‌شد. آزمودنی‌های سالم نیز پس از تکمیل پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب بک و پایین بودن نمره در این دو آزمون، آزمون‌های حافظه سرگذشتی و حل‌مسئله روی آن‌ها اجرا شد. برای تحلیل داده‌های پژوهش، از تحلیل واریانس یک متغیره(ANOVA) برای مقایسه بیش‌کلی‌گرایی و مسئله‌گشایی در ۳ گروه افسرده، مضطرب و سالم و آزمون توکی برای مقایسه دو به دو به کار برده شد. و برای محاسبه ضریب‌های همبستگی بین بیش‌کلی‌گرایی و کارایی در مسئله‌گشایی، روش همبستگی پیرسون به کار رفت.

ابزارهای پژوهش

آزمون حافظه شرح حال(سرگذشتی): این آزمون برای اولین بار توسط ویلیامز و برودبنت به کار برده شد. از شرکت کننده ها خواسته می شود که به هر لغت، با رویدادی(خاطره ای) که به واسطه لغت یادآوری می شود، پاسخ دهند. به آنها گفته می شود که رویداد یادآوری شده می تواند 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 زمان محدود(یک روز یا کمتر) است. در این تکلیف، ۱۰ لغت به آنها ارائه می گردد و در پاسخ به هر کدام، آنها باید یک خاطره اختصاصی ارائه دهند. لغات مثبت مورد استفاده در هر دو گروه تک زبانه و دو زبانه شامل: بهار، خنده، عشق، گل و پرواز و فهرست لغات منفی نیز شامل: مرگ، ویروس، عفونت، آزمایش خون و آلودگی می باشند. لازم به ذکر است که لغات مثبت و منفی به صورت در هم ارائه گردید.آزمودنی ها برای بازیابی هر خاطره، ۳۰ ثانیه زمان در اختیار داشتند. چنانچه اولین خاطره اختصاصی نبود، راهنمایی استاندارد ارائه می شد: آیا می توانید یک رویداد اختصاصی را به یاد آورید؟مرادی، عبدی و اکرمیان(۱۳۸۹]) گزارش کردند که همبستگی درون طبقه ای بین نمره گذاری دو ارزیاب برای خاطرات اختصاصی بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۴ در نوسان بود(زارع و عبدالله زاده،۱۳۹۳).

آزمون حل مساله وسیله- غایت(MEDS): این آزمون اولین بار توسط اسپیوک و لوین(۱۹۶۳؛ به نقل از کاویانی، ۱۳۸۲) طراحی شد.این آزمون در اصل حاوی ۱۰ موقعیت مسئله‌ساز است که به آزمودنی عرضه می‌شود. برای هر موقعیت یک پایان خوش نیز ذکر می‌گردد و از آزمودنی خواسته می‌شود تا با ساختن داستانی به کمک قوه تخیل خود، موقعیت ذکر شده را ادامه دهد و به پایان مورد نظر دست یابد. برای ساخت داستان‌ها محدودیت زمانی وجود دارد. این آزمون دارای دو ویرایش است، یکی برای مردان و دیگری برای زنان و برای اندازه‌گیری و ارزیابی قسمت مهمی از اختلال در حل مساله در زندگی واقعی طراحی شده است. آزمون فوق برای اولین بار توسط رحیمی و کاویانی به فارسی برگردانده شد و موقعیت‌های آن با توجه به شرایط سنتی و آداب اجتماعی جامعه ایرانی تغییر داده شد به نحوی که مشابهت آن با داستان اولیه حفظ شد. بررسی‌ها نشان داد که

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1396.5.3.1.9]

برای کسب نتایج معنی دار، به‌کارگیری هر ده موقعیت آزمون اصلی ضروری نمی‌باشد و استفاده از پنج موقعیت نیز می‌تواند همان نتایج را در اختیار ما بگذارد.(کاویانی، ۱۳۸۲). به همین دلیل در این پژوهش نیز از ۵ موقعیت استفاده شد.کارایی راه‌حل‌های ارائه شده برای هر راه‌حل امتیاز ۰-۲ بر اساس معیارهای مارکس(۱۹۸۷؛ به نقل از کاویانی، ۱۳۸۲) در نظر گرفته شده است(۰=ناکارآمد، ۱=کارآمد، ۲=خیلی کارآمد) و در مجموع کارایی برای هر آزمودنی با جمع کردن امتیازهای بدست آمده برای هر راه‌حل محاسبه شد(۰-۱۰)

آزمون افسردگی بک(BDI): این آزمون رایج‌ترین شیوه خود گزارشی افسردگی است. در این آزمون نمره ۱۳ برای جداسازی و ۲۱ برای بررسی‌های بالینی تعیین شده است. بلاک و هرسن(۱۹۸۸؛ به نقل از صلواتی، ۱۳۸۱)، پایایی سیاهه افسردگی بک را با روش کودر-ریچاردسون۷۸/ و با روش بازآزمایی۷۵/ 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.

آزمون اضطراب بک(BAI): 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؛ به نقل از صلواتی، ۱۳۸۱) همسانی دونی آن را برابر با ۹۳/ گزارش کرده‌اند. همچنین بازآزمایی یک هفته‌ای، پایایی آزمون اضطراب بک را 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.

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات بازیابی از حافظه سرگذشتی و مسئله گشایی را در ۳ گروه افسرده، مضطرب و سالم نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود بین میانگین بازیابی خاطرات و مسئله‌گشایی در ۳ گروه تفاوت وجود دارد.

جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس یک متغیره و آزمون توکی (تفاوت بین میانگین‌ها) را برای میزان بازیابی خاطرات 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=۲۴/۲۳، درجه آزادی ۲ و ۲۷ و P<۰/۰۵، 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<۰/۰۵) در بازیابی خاطرات از حافظه سرگذشتی، تفاوت معناداری وجود دارد. در حالیکه بین افراد مضطرب و سالم تفاوتی مشاهده نشد. نتیجه این‌که با توجه به میانگین افراد افسرده خاطرات بیش‌کلی گرای بیشتری را از حافظه سرگذشتی، نسبت به افراد مضطرب و سالم بازخوانی می‌کنند.

جدول ۳، نتایج تحلیل واریانس یک متغیره و آزمون توکی برای مسئله‌گشایی در ۳ گروه افسرده، مضطرب و سالم نشان می‌دهد. همانطوری‌که مشاهده می‌شود، بین ۳ گروه در

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات بازیابی از حافظه سرگذشتی و مسئله‌گشایی در ۳ گروه افسرده، مضطرب و سالم

	افسرده	مضطرب	سالم
ویژگی	میانگین(انحراف معیار)	میانگین(انحراف معیار)	میانگین(انحراف معیار)
بازیابی خاطرات	(/۴۸)۲/۳	(/۹۲)۵/۲	(۱/۵۸)۵/۹
مسئله‌گشایی	(۱/۷۸)۲/۵	(۱/۴۵)۵/۹	(۱/۷۰)۶/۳

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 آزادی	میانگین مجذورات		سطح معناداری	توکی-تفاوت میانگین		
منابع واریانس	مجذورات			F				
بین گروه‌ها	۷۲/۸۷	۲	۳۶/۴۳	۲۴/۲۳	۰/۰۵	افسرده-مضطرب	افسرده-سالم	مضطرب-سالم
درون گروه‌ها	۴۰/۶	۲۷	۱/۵۰			۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۲
کل	۱۱۳/۴۷	۲۹						

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1396.5.3.1.9]

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس یک متغیره و آزمون توکی برای مسئله‌گشایی در ۳ گروه افسرده، مضطرب و سالم

شاخص‌ها / منابع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	توکی-تفاوت میانگین		
						افسرده-مضطرب	افسرده-سالم	مضطرب-سالم
بین گروه‌ها	۸۷/۲	۲	۴۳/۶	۱۶/۰۲	۰/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۸۵
درون گروه‌ها	۷۳/۵	۲۷	۲/۷۲					
کل	۱۶۰/۷	۲۹						

مسئله‌گشایی با F=۱۶/۰۲، درجه آزادی ۲ و ۲۷ و P<۰/۰۵، تفاوت معنادار وجود دارد. سپس برای مقایسه تفاوت بین میانگین گروه‌ها از آزمون توکی استفاده شد. همانطوری‌که در جدول۳، مشاهده می‌شود، نتایج آزمون توکی نشان می‌دهد که بین افراد افسرده و مضطرب و افراد افسرده و سالم تفاوت وجود دارد. اما بین افراد مضطرب و سالم تفاوتی مشاهده نشد. نتیجه این‌که مسئله‌گشایی افراد افسرده ناکارآمدتر از افراد سالم است. اما بین مسئله‌گشایی افراد مضطرب و سالم تفاوتی وجود ندارد.

در نهایت برای بررسی ارتباط بین بازیابی خاطرات از حافظه سرگذشتی و مسئله‌گشایی ناکارآمد در افراد افسرده از روش همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج نشان داد که بین بیش‌کلی‌گرایی از حافظه سرگذشتی و مسئله‌گشایی ناکارآمد در افراد افسرده با مقدار r=۰/۵۹، ارتباط وجود دارد. اما در افراد مضطرب چون در حافظه سرگذشتی با افراد سالم تفاوتی نداشتند و در یادآوری به صورت اختصاصی مشکلی نداشتند و همچنین بین مسئله‌گشایی آن‌ها با افراد سالم تفاوتی وجود نداشت، لزومی برای بررسی این ارتباط دیده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهند که میزان بیش‌کلی‌گرایی درحافظه سرگذشتی افراد افسرده بیشتر از افراد مضطرب و سالم است. یعنی افرد افسرده خاطرات بیش‌کلی‌گرای 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 ؛ راچر و همکاران،۲۰۰۹؛ سامنر و همکاران،۲۰۱۰ و در ایران پژوهش دکتر کاویانی، ۱۳۸۲، همسویی دارد. در حالیکه بین بیش‌کلی‌گرایی در حافظه سرگذشتی افراد مضطرب و سالم تفاوتی مشاهده نشد. که هماهنگ با یافته‌های قبلی(ریچاردز و ویتاکر، ۱۹۹۰؛ بورکی و متیوز، ۱۹۹۲؛ ویزل و همکاران، ۲۰۰۱؛ وان ورسوجیک و ویلد، ۲۰۰۴) می‌باشد.اگرچه چندین بررسی نشان داده اند که افرادی که دارای اختلال PTSD هستند تمایل به یادآوری خاطرات سرگذشتی با جزئیات کمتری دارند و اعتقاد بر این است که ساختاری که در یادآوری خاطرات سرگذشتی درگیر است به طور قابل توجهی با ساختاری که درگیر در تصویر سازی از آینده است، مشترک است(براون و همکاران،۲۰۱۳) . در تبیین این یافته، مرور نظریه ها و تبیین های صورت گرفته درباره رابطه بین افسردگی و کاهش اختصاصی بودن حافظه نشان می دهد که حداقل ۴ مسیر بالقوه وجود دارد:۱) مسیراول که از طریق آن کاهش اختصاصی بودن حافظه می تواند منجر به افسردگی شود، مربوط به فقدان نسبی مواجهه عملی با خاطرات منفی و هیجان های همراه آنها می باشد(هرمنس و همکاران، ۲۰۰۵).۲)مسیر دیگری که از طریق آن کاهش اختصاصی بودن حافظه می تواند موجب تداوم افسردگی و یا آسیب پذیری نسبت به عود افسردگی شود، این است که اختصاصی بودن ممکن است احساسات ناامیدی را به واسطه اثرش بر توانایی تصور آینده افزایش دهد (دکر، ۲۰۰۱) ۳) مسیر سومی که در آن کاهش اختصاصی بودن حافظه ممکن است افراد را نسبت به افسردگی آسیب پذیر و یا بهبود آن را با مشکل مواجه سازد، به واسطه یک رابطه دو سویه مارپیچی است که با نشخوار افسرده ساز دارد (ویلیامز،۲۰۰۴؛ ویلیامز و همکاران ،۲۰۰۷)مسیر چهارمی که از طریق آن کاهش اختصاصی بودن حافظه به طور منفی بر افسردگی اثر می گذارد، این است که این کاهش، مانع از حل مؤثر مسائل اجتماعی یا بین فردی می شود(ویلیامز و همکاران،۲۰۰۶ ؛ بیامن و همکاران،۲۰۰۷).

ویلیامز و همکاران (۲۰۰۲؛ به نقل از می‌کا، ۲۰۰۷) نیز معتقدند، افسردگی از چند طریق، بازیابی خاطرات از حافظه سرگذشتی را تحت تاثیر قرار می‌دهد: اول اینکه در سرعت بازیابی خاطرات هیجانی متفاوت (تاخیر زمانی) و همچنین یادآوری خاطرات مثبت و منفی در افراد افسرده سوگیری وجود دارد. دوم، در بازیابی از حافظه سرگذشتی در سطح اختصاصی بودن خاطرات نیز در افراد افسرده سوگیری وجود

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1396.5.3.1.9]

دارد و خاطرات بیش‌کلی‌گرای بیشتری را بازیابی می‌کنند. اخیراً، محققان به بررسی مکانیسم‌های درگیر در حافظه بیش‌کلی‌گرا پرداخته‌اند. یک مدل نظری جدید برای حافظه بیش‌کلی‌گرا، مدل CaR-FA-X است که توسط ویلیامز و همکاران(۲۰۰۷؛ به نقل از رایس و همکاران، ۲۰۰۸ ؛ سامنر،۲۰۱۲) معرفی شد. این مدل ۳ فرایند متفاوت را برای حافظه بیش‌کلی‌گرا توصیف می‌کند:

۱- اجتناب فعال[1](تنظیم عاطفه) ۲- کاهش ظرفیت اجرایی[2]
۳- نشخوار ذهنی[3]

فرایند اجتناب فعال، مطرح می‌کند که در طول بازیابی اطلاعات، فرایند جستجو از تداعی‌های معنایی به خاطرات خلاصه‌شده و طبقه‌بندی‌شده و از آن‌جا به خاطرات خاص ادامه می‌یابد. افراد افسرده در سطح طبقه‌بندی شده بیش‌کلی‌گرا برای اجتناب از هیجان مرتبط با خاطرات خاص گیر می‌کنند. ویلیامز، معتقد است این راهبرد در بافتی از بدبختی[4] اولیه، کاملاً آموخته می‌شود، زیرا دور کردن هیجان ناخوشایند برای فرد اثر تقویت‌کنندگی دارد(کیوکین، ۲۰۰۶). از طرف دیگر افسردگی با دامنه‌ای از نقص‌های شناختی (مشکل در توجه، تمرکز و تصمیم‌گیری) که با کارکرد اجرایی 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. چون مراحل نهایی بازیابی به تلاش زیاد و منابع شناختی بیشتر و اطلاعات ادراکی و احساسی سطوح بالاتر نیازمند است(کیوکین، ۲۰۰۶). این فرضیه در چندین بررسی بر روی افراد افسرده، افرادی که دچار آسیب مغزی لوب فرونتال شده‌اند(کارکرد اجرایی را بر عهده دارد) و افراد PTSD که در بازیابی افکار و احساسات و تصاویر مداخله‌گر بیش‌کلی‌گرایی می‌کنند، مشاهده شده است. اما بیشتر پژوهش‌ها بر نقش نشخوار ذهنی در افسردگی و ارتباط آن با بیش‌کلی‌گرایی پرداخته‌اند. نولن هوکسیما(۱۹۹۱؛ به نقل از رایس و همکاران، ۲۰۰۵)، نشخوار ذهنی را افکار و رفتارهای تکراری می‌داند که روی نشانه‌های افسردگی شخص و همچنین علت‌ها و پیامدهای این نشانه‌ها متمرکز شده‌اند. در پژوهشی که توسط سوچرلند و بریانت[5](۲۰۰۷)، با عنوان نشخوار ذهنی و حافظه سرگذشتی بیش‌کلی‌گرا صورت گرفت به این نتیجه رسیدند که نشخوار ذهنی یک مکانیسم واسطه‌ای[6] در بازیابی خاطرات بیش‌کلی‌گرا است.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که بین ۳ گروه افسرده، مضطرب و سالم در راهبردهای مسئله‌گشایی تفاوت وجود دارد. به اینصورت که مسئله‌گشایی افراد افسرده ناکارآمدتر از افراد مضطرب و سالم است. اما بین مسئله‌گشایی افراد مضطرب و سالم تفاوتی وجود ندارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های مارکس و همکاران(۱۹۹۲، سیلی و همکاران، ۱۹۹۷؛ کاویانی و همکاران،۲۰۱۱؛ بیامن و همکاران،۲۰۰۷؛ ماورکس و همکاران،۲۰۱۰)همسو است. به لحاظ ماهیت پیچیده و تغییر یابنده جامعه ما، نه تنها افراد عادی بلکه بیماران نیز پیوسته خود را در مبارزه با مشکلات می‌یابند. اما آن‌ها از نظر نحوه کنترل و حل مشکلات با هم متفاوتند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد افسرده به طور فراوانی دچار نقص در راهبردهای مسئله‌گشایی هستند اما مشکلات این بیماران در مراحل اولیه، یعنی در ایجاد راه‌حل‌های موثر برای مسئله است. تولید راه‌حل‌های بدیل نوعا به منزله مرکز ثقل حل مساله در نظر گرفته می‌شود. در این مرحله، کار اصلی تعیین طیفی از پاسخ‌های محتمل است که از بین آن‌ها امکان انتخاب موثرترین پاسخ‌ها وجود دارد(گلدفرید و دیویسون، ۱۹۸۱، ترجمه ماهر، ۱۳۷۲). درحالیکه افراد مضطرب قادر هستند راه‌حل‌های موثر را برای موقعیت مشکل‌زا پیدا کنند اما در انجام رفتارهای ضروری برای حل مشکل یعنی به کار بردن راه‌حل‌ها شکست می‌خوردند. دزوریلا و شیدی (۱۹۹۵) نیز معتقدند مفهوم حل مسئله دارای دو مولفه جهت گیری به مسئله و مهارت- های حل مسئله است .جهت گیری به مسئله مولفه انگیزشی توانایی حل مسئله را شکل می بخشد .به عبارت دیگر، جهت گیری به مسئله مجموعه پاسخ های شناختی عاطفی (هیجانی) رفتاری تعمیم یافته ای است که فرد آن را به موقعیت مشکل دار کنونی منتقل می کند .به طور کلی، این مولفه از تجارب مربوط به حل مسئله در گذشته ناشی می شود .جنبه شناختی این مجموعه پاسخ ها، دربرگیرنده متغیرهایی مانند ارزیابی مسئله، اسنادهای علی و انتظارات کنترل شخصی است، جنبه هیجانی بر حالات عاطفی مانند اضطراب، خشم و افسردگی متمرکز است و بخش رفتاری به تمایلات گرایش اجتناب اشاره می کند .بر اساس دیدگاه حل مسئله، جهت گیری مثبت به مسئله با تجارب منفی پایین و هیجان پذیری مثبت

[1] Functional avoidance
[2] Reduced executive capacity
[3] Rumination
[4] Adversity
[5] Sutherland & Bryant

[1] Mediating

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1396.5.3.1.9]

بالا ارتباط مستمر دارد و جهت گیری منفی به مسئله تلاش برای حل مسئله به صورت موثر را بازداری می کند و سبب پیامدهای نامناسب می شود که آن هم به نوبه خود جهت گیری منفی و احساسات منفی مداوم و مزمن را تقویت می کند. مطالعات بسیاری نشان داده اند که باقی ماندن در خلق پایین در نمونه های بالینی، باعث تداوم غمگینی و افت توانایی حل مسئله در افراد افسرده میشود و در افراد مضطرب به نگرانی دامن زده و منجر به ضعف جهت گیری در حل مسئله می گردد (دونالدسون و لم، ۲۰۰۴) مطالعات در اختلالات اضطرابی با کنترل کردن اضطراب نشان داده اند که میان اعتماد مبتنی بر حل مسئله و نگرانی رابطه منفی معناداری وجود دارد (پارکینسون و کرسول، ۲۰۱۱)این یافته ها با نظریه دوگاس مبنی بر اینکه عقاید منفی در مورد مشکل و توانایی فرد برای حل مسئله منجر به افزایش نگرانی می شود، همخوانی دارد .پژوهش های گسترده دزوریلا و نزو، ۱۹۹۹درخصوص اثربخشی آموزش حل مسئله در رفع علائم افسردگی و اضطرابی افراد مبتلا به اختلالات هیجانی، دلیلی بر نقص حل مسئله در این افراد میباشد. اما از نظر هیالی و ویلیامز(۱۹۹۸)، یک علت احتمالی برای نقص در راهبردهای مسئله‌گشایی در افراد افسرده، ناتوانی آن‌ها در بازیابی خاطرات سرگذشتی اختصاصی است. یافته دیگر پژوهش حاضر نیز نشان داد که بین بیش‌کلی‌گرایی از حافظه سرگذشتی و مسئله‌گشایی ناکارآمد در افراد افسرده رابطه وجود دارد. نتایج این یافته با پژوهش‌های ایوانز و همکاران(۱۹۹۲)، گدارد و همکاران(۱۹۹۶)، ویلیامز و همکاران(۲۰۰۶)، آری و همکاران(۲۰۰۸) و کاویانی و همکاران(۲۰۰۵)، همسو است. از آنجا که بسیاری از بیماران افسرده، مشکلات خود را در یک سطح انتزاعی شرح می‌دهند، در ارائه راه‌حل برای مشکل خود به جزئیات وارد نمی‌شوند. این بیش‌کلی‌گرایی، جستجو در بانک اطلاعاتی را محدود می‌کند و آن‌ها از حافظه بیش‌کلی‌گرای خود به عنوان پایگاه اطلاعاتی جهت فراهم آوردن راه‌حل برای مسائل جاری استفاده می‌کنند اما این حافظه به دلیل انبوه اطلاعات اختصاصی، شدیدا محدود است. بنابراین افراد افسرده راه‌حل‌های موثر کمتری را برای مسائل خود خلق می‌کنند. به طوری کلی رایس، ویلیامز و هرمانس(۲۰۰۹) معتقدند که چندین دلیل را می توان برای کاهش خاطرات اختصاصی و ارتباط آن با گستره زیادی از اختلالات مرتبط با سلامت روان ذکر کرد: اول اینکه کاهش خاطرات خاص، راهبردهای حل مسئله کارآمد را مسدود می کند. استفاده از حافظه اختصاصی از شرایط و موقعیتهای گذشته، به عنوان یک چارچوب و راهنما برای حل مسائل کنونی استفاده می شود . وقتی که افراد با یک مشکل رو به رو می شوند تمایل دارند که به شرایط مشابه قبلی برگشته و از دانش خود برای پیدا کردن راه حل استفاده کنند. بیش کلی گرایی دسترسی به این خاطرات خاص را ممکن نمی سازد از این رو فرد در حل مسئله دچار مشکل می شود. دوم اینکه افرادی که در رابطه با گذشته بیش کلی گرا هستند در رابطه با آینده اشان نیز بیش کلی گرا هستند. ویلیامز و همکاران(۱۹۹۶، به نقل از دایل و همکاران ۲۰۱۱) گزارش دادند که درجه ای از مشکل در خلق تصاویر خاص از آینده با ناتوانی در بازیابی خاطرات سرگذشتی خاص از گذشته مرتبط است و سوم اینکه کاهش خاطرات خاص منجر به پردازش هیجانی ضعیف می شود .بعد از روبه رو شدن با یک حادثه منفی، تفکر و گفتار به یک شیوه خاص درباره چنین تجربه ای، یک راه آسان برای روبه رو شدن با آن و پردازش هیجانی آن تجربه منفی است. با توجه به نتایج پژوهش حاضر به درمانگران پیشنهاد می شود که از طریق مداخلات روانشناختی از جمله(پرسش های نامتمرکز، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، یاداشت برداری های روزانه، توجه برگردانی و..)بازیابی خاطرات بیش کلی گرا را در این افراد کاهش داده و بازخوانی آن ها را به طور اختصاصی تری ممکن سازند و از طریق مسئله گشایی آن‌ها را بهبود بخشند.

منابع

Adam, D.B, Root, J.C. William, H. (2013). Overgeneralized autobiographical memory and future thinking in combat veterans with posttraumatic stress disorder. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry. 44(1):129-134.

Arie, M., Apter, A., Orbach, I., Yefet, Y., Zalzman, G. (2008). Autobiographical memory interpersonal problem solving, and suicidal bbehavior in adolescent inpatient. Comprehensive Psychiatry. 22-29.

Beaman, A., Pushkar, D., Etezadi, D., Bye, D., Conway, M. (2007). Autobiographical memory specificity predicts social problem-solving ability in old and young adults. The Quarterly Journal of Experimental Psychology. 60(9). 1275-1288.

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

Brown, A. D., Root, J. C., Romano T.A., Richard L. J A,. Hirst, W. (2013). Overgeneralized autobiographical memory and future thinking in

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1396.5.3.1.9]

disorder and a history of suicide attempts British Journal of Clinical Psychology, 49, 327–342.

McNally, R.J., Lasko, N.B., Macklin, M.L., Pitman, R.K. (1995). Autobiographical memory disturbance in combat-related posttrumatic stress disorder. Behaviour Research and Therapy 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. 351-367.

Meikao, C. (2007). The effect of Rumination on social problem-solving and Autobiogrphical Memory Retrieval in Depression: A cross-cultural perspective. Ph.D.Thesis. University of st. Andrews. Scotland, U.K.

Poorshahnaz, A. (1372). Evaluate the relationship between stress, life events and personality type in patients with leukemia. MA in Clinical Psychology dissertation. Tehran Psychiatric Institute. [Persian]

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

Raes, F., Williams, J. M. G., & Hermans, D. (2009). Reducing cognitive vulnerability to depression: A preliminary evaluation of MEmory Specificity Training (MEST) in inpatients with depressive complaints. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 40, 24-38.

Rachel, J.A, Goddard, L., Powell, J.H. (2009). Reduced specificity of autobiographical memory as a moderator of the relationship between daily hassles and depression. Cognition and emotion. 24(4): 702-709.

Raes, F. (2005). Reduced specificity of autobiographical memory: A mediator between rumination and ineffective social problem-solving in major depression? Journal of Affective Disorder. 331-335.

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

Sidley, G.L., Whitaker, K., Calam, R.M., Wells, A. (1997). The relationship between problem- solving and autobiographical memory in parasuicide patients. Behavioural and Cognitive Psychology. 25,195-202.

Salvati, M. (1381). The attitude of responsibility in patients with obsessive-compulsive disorder. Master's thesis in clinical psychology. Tehran Psychiatric Institute.[Persian]

Sumner, J.A., Griffith, J.W., Mineka, S. (2010). Overgeneral Autobiographical memory as a predictor of the course of depression: A Meta-analysis. Behaviour Research and therapy. 48(7)614-625.

Sumner, J.A. (2012). The mechanism underlying Overgeneral Autobiographical memory: An evaluative review of evidence for the CAR-FA-X model. Clinical psychology Review. 32(1)34-48.

Sutherland, K., Bryant, A.B. (2007). Rumination combat veterans with posttraumatic stress disorder. J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat. 44 : 129-134.

Clark, D.M., Ferbon, K.F. (1998). Cognitive-behavioral therapy, cognitive behavioral therapy applied knowledge and methods. Translated by Hussein Kaviyani (1385). Tehran: mehr kaviyan.[Persian]

Daele, TV., Bergh, OV., Audenhove, CV., Raes, F., Hermans, D. (2011). Reduced Memory Specificity Predicts the Acquisition of Problem Solving Skills in Psychoeducation. The original publication is available on http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep. 2011.12.005.

DZurilla, T. J., & Maydeu-Olivares, A. (1995). Conceptual and methodological issues in social problem-solving assessment. Behavior Therapy, 26, 409-432.

Evans, J., Williams, J.M.G., Oloughlin, S., Howells, K. (1992). Autobiographical memory and problem solving strategies of individual who parasuicide. Psychological Medicine. 399-405.

Ghasem Zadeh, H. (1378), Cognition and Emotion: Clinical and Social aspects. Tehran: Farhangiyan.[Persian]

Goddard, L., Dritschel, B., Burton, A. (1996). Role of autobiographical memory in social problem-solving and depression. Journal of Abnormal Psychology. 609-616.

Healy, H., Willias, J.M.G. (1998). Autoiographical memory. Emotion and Cognition. 229-242.

Goldfrid, M. R., Dyvidsun, J.C. (1981). Clinical Behavior Therapy. Translation F. Maher (1372). Mashhad: Astan Quds Razavi.[Persian]

Kaviani, H., Rahimi-Darabad, P., Naghavi, H.R. (2005). Autobiographical memory retrieval and problem solving deficits of Iranian depressed patients attempting suicide. Journal of Psychopathology and Behaviour Assessmnt. 39-44.

Kaviyani, H. (1382). autobiographical memory performance and problem solving in the continuum of life and death: a study in depressed patients. Cognitive Science News. Volume 5, Number 2. [Persian].

Kaviyani, H., Rahimi, C., Naqvi, H. (1378). Shortage in retrieving personal memory in suicide attempters. New Journal of Cognitive Science. Number 2 and 3. S16-25.[Persian]

Marx, E.M., Williams, J.M.G., Claridge, G.C. (1992). Depression and social problem-solving. Journal of Abnormal Psychology. 78-86.

Kremers, I.P. Spinhoven, PH. Does, AJ. Dyck, RV. (2006). Social Problem Solving,Autobiographical Memory and Future Specificity in Outpatients with Borderline Personality Disorder. Clinical Psychology and Psychotherapy. 13, 131–137.

Maurex, L., Lekander, M., Nilsonne, A., Anderson, E., Asberg, M., Ohman, A. (2010). Social problem solving, autobiographical memory, trauma, and depression in women with borderline personality

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1396.5.3.1.9]

and overgeneral autobiographical memory. Behavior Research and Therapy. 2407-2416.

Vanvreeswjik, 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. 731-743.

Watkins, E., Teasdale, J.D., Williams, R.M. (2000). Decentring and distraction reduce overgeneral autobiographical memory in depression. Psychological Medicine. 911-920.

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. 409-421.

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.150-155.

Williams, J.M.G., Chan, S., Barnhofer, T., Eade, J., Healy, H. (2006). Retrieval of autobiographical memories: The mechanisms and consequence of truncated search. Cognition and Emotion. 351-382.

Williams JM, BarnhoferT, Hermans D, Raes F, Watkins, E., Dalgleish T.(2007) Autobiographical Memory Specificity and Emotional Disorder. Psychological Bulletin; 133(1): 122–48.

Zare, H. (1388) learning Psychology. tehran: University of Payam Noor.[Persian]

Zare, H. Abdullah Zadeh, H. (1393). Applying the test in cognitive psychology. Tehran: University of Payam Noor.[Persian]

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1396.5.3.1.9]