

## تأثیر آموزش اختصاصی سازی خاطرات (MEST) بر مکانیسم‌های زیربنایی کلیت‌گرایی افراطی حافظه‌ی سرگذشتی در بیماران افسرده‌ی دارای تجربه‌ی ترومای کودکی

دکتر علی‌اکبر ارجمندنیا<sup>۱</sup>، سارا نامجو<sup>۲</sup>

### مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** کلیت‌گرایی افراطی حافظه‌ی سرگذشتی یک عامل آسیب‌زای پایدار در افسردگی است که با تفکر نشخواری، اجتناب کارکردی و کنترل اجرایی پاتولوژیک همبسته است. افسردگی، از جمله مشکلات ناتوان‌کننده‌ی حیطه‌ی بهداشت روان است که تمایل به مزمن شدن و عود دارد. در این مسیر، مطالعه‌ی تاریخچه‌ی زندگی افراد از مهم‌ترین نکاتی است که در پژوهش‌های پیشین نادیده گرفته شده است. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثر درمان آموزش اختصاصی سازی خاطرات (MEST یا Memory specificity training) بر کلیت‌گرایی افراطی حافظه‌ی سرگذشتی و ارتقای جنبه‌های روان‌شناختی مرتبط با بهبود افسردگی با در نظر گرفتن تاریخچه‌ی کودکی افراد بود.

**روش‌ها:** در این مطالعه، که در سال‌های ۹۳-۱۳۹۲ در مرکز شبانه‌روزی حمایت از نوجوانان محروم، وابسته به اداره‌ی بهزیستی استان کرمانشاه انجام شد، از بین ۶۴ فرد افسرده، دارای تجارب تروماتیک دوره‌ی کودکی، ۲۴ نفر با استفاده از مصاحبه‌ی تشخیصی مبتنی بر DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV) و نتایج مقیاس افسردگی Beck، انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه اختصاص داده شدند. گروه آزمایش ۵ جلسه‌ی هفتگی تحت مداخله قرار گرفتند. گروه شاهد نیز در لیست انتظار قرار گرفته، در ۵ جلسه‌ی ملاقات گروهی شرکت کردند. پرسش‌نامه‌های روان‌شناختی (Autobiographical memory test) AMT، (Ruminative responses scale) RRS، (Acceptance and Action questionnaire-II) AAQ-II و (Social problem-solving inventory-revised) SPSI-R اجرا شد. آزمون‌های اندازه‌گیری مکرر، همبستگی Pearson و همبستگی پاره‌ای به کار بسته شدند.

**یافته‌ها:** قبل از اجرای مداخله، میانگین نمرات افسردگی  $4/82 \pm 27/83$  بود که پس از مداخله، به  $6/07 \pm 17/00$  و در پیگیری، به  $4/18 \pm 12/91$  تقلیل یافت و تغییرات معنی‌دار بود ( $P = 0/01$ ). میانگین حافظه‌ی سرگذشتی اختصاصی، قبل از مداخله  $3/5$  بود که پس از مداخله، به  $5/5$  و در پیگیری، به  $7/0$  ارتقا یافت و تغییرات در هر مرحله، معنی‌دار بود ( $P = 0/01$  برای همه). نتایج، کاهش معنی‌دار اجتناب و نشخوار را نیز نسبت به گروه شاهد نشان داد.

**نتیجه‌گیری:** درمان آموزش اختصاصی سازی خاطرات قادر است کلیت‌گرایی افراطی حافظه‌ی سرگذشتی را کاهش داده، با افزایش حافظه‌ی اختصاصی، به بهبود افسردگی و متغیرهای روان‌شناختی مرتبط با آن، مانند نشخوار فکری، اجتناب و حل مسأله‌ی اجتنابی بینجامد.

**واژگان کلیدی:** درمان اختصاصی سازی خاطرات، حافظه‌ی سرگذشتی، افسردگی، ترومای دوره‌ی کودکی

**ارجاع:** ارجمندنیا علی‌اکبر، نامجو سارا. تأثیر آموزش اختصاصی سازی خاطرات (MEST) بر مکانیسم‌های زیربنایی کلیت‌گرایی افراطی حافظه‌ی سرگذشتی در بیماران افسرده‌ی دارای تجربه‌ی ترومای کودکی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۴؛ ۳۳ (۳۲۹):

۴۴۲-۴۵۶

۱- دانشیار، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده‌ی روان‌شناسی، دانشگاه تهران، ایران

۲- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

## مقدمه

بخش اعظم ترومای دوران کودکی دربر گیرنده‌ی موارد سوء رفتار با کودکان است که یک مشکل گسترده‌ی بین‌المللی محسوب می‌شود (۱) و عبارت است از هرگونه اقدام یا فروگذاری عمدی و یا غیر عمدی توسط والدین یا افراد دیگر که منجر به آسیب، آسیب بالقوه و یا تهدید به آسیب کودک قبل از ۱۸ سالگی گردد و در یک توصیف کلی، برای تمام اشکال جسمی، جنسی، عاطفی و خشونت خانوادگی به کار می‌رود (۲-۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که قرار گرفتن در معرض سوء استفاده‌های فیزیکی، جنسی و یا خشونت خانگی در دوران کودکی باعث افزایش ۱۶ تا ۵۰ درصدی افکار، رفتار و اقدام به خودکشی (۴)، افسردگی و رفتارهای پرخطر و ناراحتی‌های جسمی با علت‌های ناشناخته می‌شود (۵). در تحقیقی عنوان شد که اگر کودکان در محیط‌های دشوار رشد کنند، ممکن است از یادآوری رویدادهایی که ماهیت تنبیهی دارند، اجتناب کنند و خاطرات سرگذشتی بیش‌کلی‌گرا را به عنوان راهبردی دفاعی علیه رویدادهای خاص و دارای بار هیجانی منفی به کار ببرند (۶).

تحقیقات در زمینه‌ی حافظه‌ی سرگذشتی بیان کرده‌اند که افراد دارای سابقه‌ی ترومای دوران کودکی (Childhood trauma) در مقایسه با افراد بدون سابقه‌ی ترومای دوران کودکی، خاطرات سرگذشتی را به صورت بیش‌کلی‌گرا بازبایی می‌کنند که به نوعی تمایل به گزارش خاطرات با توصیف‌های عمومی و کلی گفته می‌شود (۷-۹).

بر اساس یافته‌های مطالعات اولیه در مورد افراد دارای سابقه‌ی ترومای دوران کودکی، اجتناب کارکردی

با مهار آسفتگی هیجانی ناشی از تروما در مرحله‌ی ذخیره‌ی خاطره (Storage phase of memory)، پردازش و حل و فصل تروما را محدود می‌سازد (۱۰). عناصر سه‌گانه‌ی مدل نظری Williams، بیش‌کلیت بازبایی حافظه‌ی سرگذشتی در افراد آسیب‌دیده را حول سه عنصر نشخوار (Rumination) و اشتغال (Capture)، اجتناب کارکردی و کنترل اجرایی پاتولوژیک شکل می‌دهد که مشخص می‌کنند چگونه افکار مداخله‌کننده‌ی مربوط به تروما و تلاش برای اجتناب و کنترل چنین تداخل‌هایی منجر به کاهش منابع اجرایی و اطلاعاتی و در نتیجه کاهش خاطرات اختصاصی مربوط به شرح حال خود در افراد مبتلا به اختلالات روانی (مانند افسردگی) و یا قربانیان تروما می‌شود (۹).

سبک بازبایی بیش‌کلی‌گرا و مقوله‌ای، نمونه‌ای عادی در افراد دارای سابقه‌ی ترومای دوران کودکی است (۱۱) که تا بزرگسالی طول می‌کشد. این سبک بازبایی صرف‌نظر از محتوای آن، منجر به کاهش حافظه‌ی سرگذشتی اختصاصی و تعمیم بیش‌کلیتی حافظه به سطوح غیر تروماتیک خواهد شد (۱۲). بدین ترتیب بیش‌کلی‌گرایی افراطی حافظه‌ی سرگذشتی نه تنها با تروما بلکه با طیف وسیعی از اختلالات روانی و از جمله افسردگی در ارتباط است (۱۳)؛ تا جایی که پژوهشگران تأثیر رویدادهای تروماتیک دوره‌ی کودکی را بر بازبایی بیش‌کلی‌گرایی دوره‌های بعدی زندگی فرد به عنوان یک متغیر روان‌شناختی پیش‌بینی‌کننده‌ی افسردگی بالینی در بزرگسالی برشمردند (۱۴).

طبق گزارش‌های به دست آمده از پژوهش‌های انجام شده، چندین عامل در زمینه‌ی حافظه‌ی

فرهنگی شرق که فضای خصوصی و شخصی تعریف مبهمی دارد، احساس می‌گردد. مطالعه‌ی حاضر با هدف به کارگیری اثربخشی درمان MEST بر علایم افسردگی و نشانه‌های شناختی ناشی از اختلال افسردگی با محوریت مدل نظری Williams انجام شد و همچنین قصد داشت برای اولین بار تأثیر این روش را در نمونه‌ی ایرانی افراد مبتلا به افسردگی دارای سابقه‌ی ترومای کودکی مورد بررسی قرار دهد. این پژوهش برای یافتن پاسخ سه سؤال انجام شد: نخست این که آیا MEST موجب بهبود افسردگی و افزایش حافظه‌ی اختصاصی در افراد دارای ترومای دوران کودکی می‌شود؟، دوم این که آیا این بهبود تا درازمدت دوام خواهد داشت؟ و سوم این که هر کدام از مکانیسم‌های واسطه‌ای این مدل نظری چه سهمی در بهبود یافتگی دارند؟

### روش‌ها

پژوهش حاضر در مقوله‌ی طرح‌های شبه تجربی (Quasi-experimental design) قرار داشت که اصول بیانیه‌ی Helsinki در آن رعایت گردید. قبل از انجام پژوهش و به منظور حفظ حقوق انسانی، آزمودنی‌ها طبق قرارداد و رضایت‌نامه‌ی کتبی وارد مطالعه شدند و سپس محقق با استفاده از روش جای‌گماری تصادفی، نیمی از آزمودنی‌ها را در گروه آموزش خاطره‌ی اختصاصی (گروه مداخله) و نیمی دیگر را در گروه شاهد طبقه‌بندی نمود. هر یک از گروه‌ها سه بار مورد آزمون قرار گرفتند. اولین اندازه‌گیری با اجرای پیش‌آزمون‌ها پیش از درمان‌گری و دومین اندازه‌گیری با اجرای پس‌آزمون‌ها بعد از درمان‌گری و سومین اندازه‌گیری سه ماه پس از اجرای

سرگذشتی مرتبط با افسردگی دخالت دارد که برخی از این عوامل با عناصر مدل نظری Williams همخوانی دارد. کاهش خاطرات اختصاصی منفی موجب ناکارآمدی انسان در فرایند حل مؤثر مسایل اجتماعی می‌شود (۱۵). از طرف دیگر، افکار آمیخته با نشخوار مانع بازیابی اختصاصی خاطرات در افراد مبتلا به افسردگی می‌گردد (۱۶) و به این دور باطل دامن می‌زند. اختلال عملکرد اجرایی در سیستم حافظه به واسطه‌ی اجتناب از یادآوری و سرکوب کردن بازیابی خاطرات دارای بار هیجانی منفی در درازمدت (۱۷)، موجب تشدید مشکلات عاطفی مانند افسردگی خواهد شد.

در راستای پژوهش‌های صورت گرفته در حوزه‌ی حافظه‌ی سرگذشتی، تحقیقی این سازه را در فضای جلسات درمان مبتنی بر این متغیر استفاده و در نهایت منشور درمانی آموزش خاطره‌ی اختصاصی را مطرح کرد (۱۸). از دیدگاه سلامت عمومی، آموزش اختصاصی‌سازی خاطرات (MEST یا Memory specificity training) با هدف دسترسی مداخلات مقرون به صرفه‌ی روانی-اجتماعی برنامه‌ریزی شده است. مزیت دیگر MEST آن است که نشانه‌های شناختی افسردگی را مورد هدف‌گیری قرار می‌دهد (۱۹). علاوه بر این، مطالعاتی که تاکنون حافظه‌ی سرگذشتی را هدف قرار داده‌اند (۲۰-۲۱)، بهبود در افسردگی را به واسطه‌ی بهبود در بازیابی اختصاصی خاطرات نشان دادند.

از آن‌جا که مداخله بر کلیت‌گرایی افراطی حافظه‌ی سرگذشتی اقدام تازه‌ای در روان‌شناسی است، ضرورت انجام پژوهش‌های بیشتر برای بررسی کارایی این سبک درمانی به خصوص در بافت

مداخله‌ی پیگیری صورت گرفت.

متغیرهای وابسته شامل نتایج آزمون‌های افسردگی Beck (Beck depression inventory-II با BDI-II)، حافظه‌ی سرگذشتی (Autobiographical memory test) یا (AMT)، نشخوار ذهنی (Ruminative responses scale) یا (RRS)، دومین نسخه‌ی تجدیدنظر شده‌ی پرسش‌نامه‌ی پذیرش و عمل (Acceptance and action questionnaire-II) و نسخه‌ی تجدیدنظر شده‌ی آزمون حل مسأله‌ی اجتماعی (Social problem-solving inventory-revised) یا (SPSI-R) برای هر دو گروه در شرایط مشابه و به صورت یک سوکور انجام شد. گروه مداخله با روش روان‌درمانگری آموزش اختصاصی‌سازی خاطره (MEST) در ۵ جلسه (مدت زمان هر جلسه ۶۰ دقیقه) و گروه شاهد فقط با بهره‌گیری از گفتگوی گروهی به مدت ۵ هفته تحت درمان قرار گرفتند.

جامعه‌ی پژوهش را مردانی که از کودکی تحت پوشش بهزیستی بودند، سابقه‌ی ترومای دوران کودکی داشتند و یا به واسطه‌ی داشتن خانواده‌های بد سرپرست و یا والدین معتاد از کودکی به این مراکز انتقال یافته بودند و واجد ضوابط تشخیصی اختلال افسردگی بودند، تشکیل می‌دادند. از میان ۶۴ نفر واجد شرایط شرکت در پژوهش که دارای پرونده‌ی کفالت در مراکز دولتی و نیمه دولتی وابسته به سازمان بهزیستی شهر کرمانشاه (مستقر در همان مرکز و یا مستقل شده به کمک سازمان بهزیستی) بودند، ۲۴ مرد در رده‌ی سنی ۱۸-۲۹ سال (میانگین و انحراف معیار  $22/31 \pm 3/11$  سال) و با متوسط سطح تحصیلات دیپلم وارد مطالعه شدند. غربالگری اولیه پس از اجرای پرسش‌نامه‌های ترومای دوره‌ی

کودکی (Childhood trauma questionnaire) یا (CTQ) و افسردگی Beck انجام گرفت. سپس با ارزیابی ثانویه توسط متخصص روان‌شناسی بالینی و کاربرد Structured clinical interview for DSM-IV (SCID-II)، مثبت‌های کاذب حذف شدند و افراد مایل به شرکت در پژوهش به طور تصادفی ۱۲ نفر به گروه مداخله و ۱۲ نفر به گروه شاهد اختصاص داده شدند.

پژوهش با اخذ مجوز از اداره‌ی بهزیستی استان کرمانشاه در سال ۱۳۹۳ و برگزاری جلسات درمانی در مرکز شبانه‌روزی حمایت از نوجوانان محروم انجام شد. به لحاظ پایبندی به ضوابط اخلاقی کارآزمایی بالینی، افراد مورد مطالعه طبق قرارداد و رضایت‌نامه‌ای که از ابتدای ورود به طرح امضا کرده بودند، اجازه داشتند تا در صورت وقوع هر گونه ناراحتی ناشی از روان‌درمانی از پژوهش خارج شوند. به همین ترتیب پژوهشگران خود را ملزم به اجرای برنامه‌ی مداخله‌ای بر روی گروه شاهد که در لیست انتظار قرار گرفته بودند، دانستند تا در اولین فرصت آن را به صورت اجرای یک مداخله‌ی فشرده به انجام رسانند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل تشخیص اختلال افسردگی (راجعه) با توجه به معیارهای DSM-IV-TR (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4<sup>th</sup> Edition, Text revision) و داشتن یک اپیزود افسردگی اخیر، حضور متوسط علایم (بر اساس پرسش‌نامه‌ی افسردگی Beck و نمرات بیشتر از ۱۳)، داشتن حافظه‌ی اختصاصی کمتر از ۰/۰۷۰ (ارزیابی به وسیله‌ی پرسش‌نامه‌ی AMT) و داشتن نمرات متوسط تا شدید پرسش‌نامه‌ی CTQ و معیارهای خروج نیز عبارت از سطوح بالای احتمال

خودکشی [ارزیابی به وسیله‌ی مصاحبه‌ی تشخیصی و خروج با استفاده از قضاوت بالینی (Clinical judgment)]، تشخیص ثانویه از طیف اختلالات خلقی و یا داشتن سایر اختلالات دیگر محور I، مصرف مواد و الکل (ارزیابی به وسیله‌ی مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I)، ابتلا به اختلالات محور II (تشخیص با استفاده از گزارش‌های فرد در طی مصاحبه)، داشتن ضربه‌ی سر (Head trauma) و یا وجود سندرم‌های فراموشی به علت آسیب‌های ارگانیک مغزی (Organic brain damage) (تشخیص به وسیله‌ی گزارش شرکت کننده) بود.

داده‌ها به وسیله‌ی نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. جهت تعیین نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون Kolmogorov-Smirnov برای مقایسه‌ی تفاوت بین پیش‌آزمون‌ها، پس‌آزمون‌ها و پیگیری در هر دو گروه به طور مجزا در همه‌ی مقیاس‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و برای اندازه‌گیری خالص تغییرات و کنترل تأثیر متغیر افسردگی بر حافظه از همبستگی جزئی استفاده گردید.

ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر در ادامه به تفصیل آمده است.

۱- مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I (SCID-I): این ابزار انعطاف‌پذیر توسط First و همکاران تهیه شد (۱۹) و ضریب Kappa برابر با ۶۰ درصد به عنوان ضریب اعتبار بین ارزیاب‌ها برای آن گزارش گردید.

۲- آزمون حافظه‌ی سرگذشتی (AMT): این

آزمون برای سنجش حافظه‌ی سرگذشتی پیش‌کلی‌گرا و حافظه‌ی سرگذشتی اختصاصی به کار می‌رود. لازم به ذکر است که در پژوهش حاضر آزمون AMT با همکاری یک ارزیاب (متخصص روان‌شناسی بالینی) صورت گرفت و لغات به صورت شنیداری به شرکت کنندگان ارائه و پاسخ‌ها با ضبط صوت ضبط گردید. همچنین لغات مثبت و منفی به صورت آمیخته با هم ارائه می‌شد. به شرکت کنندگان آموزش داده شد که در این تکلیف ۱۰ لغت به آن‌ها داده می‌شود و در پاسخ به هر کدام از آن‌ها باید یک خاطره‌ی اختصاصی ارائه دهند. برای هر بیمار مثال‌هایی از تعریف اختصاصی گفته شد و برای اطمینان، ابتدا آن‌ها با لغات دارای بار هیجانی خنثی (مانند ماشین، گردش، گفت‌و شنود) تمرین داده شدند و در چند کوشش اطمینان حاصل شد که آموزش‌ها را درست فهمیده‌اند. همچنین به آن‌ها تذکر داده شد که خاطره می‌تواند مربوط به هر دوره‌ای از زندگی و مهم و یا کم‌اهمیت باشد، اما باید اختصاصی باشد. زمان اختصاص داده شده برای پاسخ‌ها ۳۰ ثانیه در نظر گرفته شد. خاطرات توسط ارزیاب از شرکت کنندگان پرسیده شد. خاطرات غیر اختصاصی بر حسب انواع طبقه‌ای، بیش‌تعمیم یافته، حذف و بدون خاطره کدگذاری گردید. پایایی این ابزار به روش بازآزمایی دارای دامنه‌ای بین ۰/۷۸-۰/۷۳ برای حافظه‌ی مقوله‌ای و ۰/۸۰-۰/۷۵ برای حافظه‌ی بیش‌تعمیم‌گرا به دست آمد (۱۶).

۳- پرسش‌نامه‌ی ترومای دوران کودکی (CTQ): یک پرسش‌نامه‌ی خودگزارش‌دهی مشتمل بر ۲۸ سؤال در پنج حیطه‌ی سوء استفاده‌ی عاطفی، فیزیکی، جنسی، غفلت عاطفی و غفلت فیزیکی

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌باشد، به وسیله‌ی Bond و همکاران طراحی شد و نسبت به نسخه‌ی اول آن از ثبات روان‌سنجی بالاتری برخوردار است. در سنجش قابلیت کاربرد نسخه‌ی فارسی این پرسش‌نامه در جمعیت عمومی ایران، کیفیت روان‌شناسی آن در سطح رضایت‌بخش، همسانی درونی بین  $0/89-0/71$  و ضریب Cronbach's alpha آن برابر با  $0/86$  گزارش گردید (۲۵).

۷- پرسش‌نامه‌ی توانایی حل مسأله‌ی اجتماعی (SPSI): این پرسش‌نامه برای اندازه‌گیری مهارت حل مسأله استفاده می‌شود. فرم کوتاه پرسش‌نامه‌ی تجدیدنظر شده، یک ابزار خودگزارش دهی از نوع لیکرت و دارای ۲۵ سؤال می‌باشد. این مقیاس مبتنی بر کار قبلی مؤلفان است که پنج خرده مقیاس اصلی دارد و پنج بعد مختلف مدل حل مسأله‌ی اجتماعی D'Zurilla و Nezu را اندازه‌گیری می‌کند. پایایی آزمون مجدد برای این پرسش‌نامه بین  $0/91-0/68$  و ضریب Cronbach's alpha آن بین  $0/95-0/69$  گزارش شده است. روایی سازه‌ی این پرسش‌نامه نیز با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و همبستگی با دیگر مقیاس‌های حل مسأله و سازه‌های روان‌شناختی همپوش تأیید گردید. در ایران مخبری و همکاران ضریب Cronbach's alpha این ابزار را  $0/85$  برای پنج عامل و ضریب پایایی بازآزمایی را برای پرسش‌نامه‌ی حل مسأله‌ی اجتماعی کوتاه شده،  $0/88$  گزارش کردند (۲۶). محتوای منشور درمانی گروه مداخله (۵ جلسه‌ی ۶۰ دقیقه‌ای برای گروه‌های هشت تا دوازده نفره) در ادامه آمده است.

جلسه‌ی اول، آموزش‌های روان‌شناختی در زمینه‌ی چگونگی ارتباط ساز و کارهای حافظه در ارتباط با

می‌باشد که هر سؤال با مقیاس پنج درجه‌ای سنجیده می‌شود. جمع امتیازها بر اساس نقطه‌ی برش برای هر یک از حیطه‌ها از متوسط تا شدید تعیین گردید. بدین ترتیب که سوء استفاده‌ی عاطفی ۱۳ و بالاتر، سوء استفاده‌ی فیزیکی ۱۰ و بالاتر، سوء استفاده‌ی جنسی ۸ و بالاتر، غفلت عاطفی ۱۰ و بالاتر و غفلت فیزیکی ۱۰ و بالاتر را شامل می‌شود (۲۲). پایایی و روایی این پرسش‌نامه به زبان فارسی تأیید شده است (۲۳).

۴- ویرایش دوم پرسش‌نامه‌ی افسردگی Beck (BDI-II): این پرسش‌نامه شکل بازنگری شده‌ی پرسش‌نامه‌ی افسردگی Beck می‌باشد که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. این ویرایش در مقایسه با ویرایش اول بیشتر با DSM-IV مشابهت دارد و مانند BDI و BDI-II از ۲۱ سؤال تشکیل شده است و تمام عناصر افسردگی بر اساس نظریه‌ی شناختی را پوشش می‌دهد. ثبات درونی آزمون برای جمعیت دانشجویان ایرانی برابر با  $0/92$  و پایایی بازآزمایی  $r = 0/83$  به دست آمد (۲۲).

۵- مقیاس پاسخ‌های نشخواری (RRS): مقیاسی ۲۲ بخشی است که به صورت چهار درجه‌ای (۴-۱) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس با استفاده از ضریب Cronbach's alpha دامنه‌ای از  $0/88-0/92$  دارد که نشان دهنده‌ی همسانی درونی بالای آن می‌باشد. همبستگی درون طبقه‌ای پس از پنج بار اندازه‌گیری برابر با  $0/75$  گزارش شد. ضریب Cronbach's alpha به دست آمده در نمونه‌ی ایرانی  $0/90$  گزارش شده است (۲۲).

۶- ویرایش دوم پرسش‌نامه‌ی پذیرش و عمل (AAQ-II): این پرسش‌نامه که در ارتباط با سازه‌های مربوط به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربی و

(جدول ۱). در بررسی آزمون Levene فرض تساوی واریانس‌ها رعایت شد و واریانس‌های خطای متغیرهای وابسته در هر دو گروه مساوی بود. غفلت عاطفی، سوء استفاده‌ی عاطفی و سوء استفاده‌ی فیزیکی به ترتیب بیشترین میانگین را در گروه‌های مداخله و شاهد نسبت به سایر موارد به خود اختصاص داد. سه نمره‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه از لحاظ عوامل درون‌گروهی مورد بررسی قرار گرفت. از حیث عوامل بین‌گروهی نیز گروه مداخله با میانگین سنی  $(21/91 \pm 3/42)$  (سال) و گروه شاهد با میانگین سنی  $(23/25 \pm 3/01)$  (سال) بررسی گردید.

میانگین نمرات متغیرهای مورد مطالعه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه مداخله به طور معنی‌داری تغییر کرد (جدول ۲)؛ در حالی که میانگین‌های گروه شاهد در سه مرحله تغییر معنی‌داری را نشان نداد. آزمون Kolmogorov-Smirnov نشان داد که نمرات متغیرهای مورد سنجش در هر دو گروه و در هر سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه از شرط نرمال بودن برخوردار بودند ( $P < 0/05$ ).

بررسی نتایج آزمون کرویت Mauchly در مورد متغیرهای ناامیدی، نشخوار فکری، پذیرش و عمل، جهت‌گیری مثبت به مسأله و نگرش منطقی به مسأله، برقراری شرط کرویت را (همان‌گونه که آماره‌های چند متغیره نیازمند رعایت این شرط نیستند) رد کرد. بنابراین با عدم فرض کرویت، از ضرایب تصحیح برای اصلاح درجه‌ی آزادی این متغیرها استفاده شد. نتایج آزمون وجود تفاوت معنی‌دار آماری بین سه بار اندازه‌گیری را تأیید کرد ( $P < 0/05$ ) (جدول ۳).

افسردگی ارایه شد. عناوین تحت پوشش شامل مشکلات حافظه‌ی ناشی از اختلال در کارکردهای توجه و تمرکز، بازیابی خاطرات همسان با خلق و کاهش یافتگی خاطرات سرگذشتی اختصاصی بود. در تکالیف بازیابی خاطرات سرگذشتی از شرکت‌کنندگان درخواست گردید تا حد امکان وارد جزئیات شوند. تکلیف منزل در جلسه‌ی اول آن بود که خاطرات خاص خود را در مورد ۱۰ کلمه‌ی مثبت و خنثی بازیابی کنند و همچنین هر روز یک خاطره‌ی خاص را با ذکر جزئیات یادآوری نمایند.

جلسه‌ی دوم، با تمرینات بیشتر از سبک جلسه‌ی اول پیروی می‌کرد. تکلیف منزل شامل شناسایی خاطرات اختصاصی در پاسخ به ۱۰ کلمه و شناسایی دو خاطره‌ی اختصاصی روزانه با تمرکز و توجه بر جنبه‌ها و عناصر خاطره‌ی اختصاصی بود.

جلسه‌ی سوم، تمرین و بازیابی خاطرات اختصاصی در پاسخ به لغات منفی و تکلیف منزل نیز مانند دو جلسه‌ی پیش بود.

جلسه‌ی چهارم، یادآوری خاطرات اختصاصی در پاسخ به لغات مثبت، منفی و خنثی و همچنین توضیح تفکر بیش‌تعمیم‌یافته با ارایه‌ی مثال بود. تکلیف منزل شرکت‌کنندگان مانند جلسات پیشین و علاوه بر آن، بازیابی یک مثال روزانه از زمانی که آن‌ها تفکرشان دارای یک طیف بیش‌تعمیم‌گرا بود.

جلسه‌ی پنجم، تمرین بیشتر و بازنگری مواد بازیابی شده در طول درمان تحت پوشش بود.

### یافته‌ها

از نظر میانگین سنی و شدت ترومای دوران کودکی بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت



جدول ۱. میانگین و انحراف معیار دو گروه از نظر متغیر سن و ترومای دوران کودکی

| متغیر                | گروه مداخله            |                        | گروه شاهد              |                        |
|----------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
|                      | میانگین ± انحراف معیار | میانگین ± انحراف معیار | میانگین ± انحراف معیار | میانگین ± انحراف معیار |
| سن (سال)             | ۲۱/۹۱ ± ۳/۴۲           | ۲۳/۲۵ ± ۳/۰۱           | -۱/۰۱                  | ۰/۳۲۰                  |
| سن جدایی از خانواده  | ۳/۹۱ ± ۱/۹۲            | ۴/۱۶ ± ۱/۸۰            | -۰/۳۲                  | ۰/۷۴۰                  |
| سوء استفاده‌ی فیزیکی | ۱۰/۳۳ ± ۴/۰۹           | ۷/۷۵ ± ۲/۸۹            | ۱/۸۷                   | ۰/۰۸۰                  |
| سوء استفاده‌ی عاطفی  | ۱۲/۵۰ ± ۱/۷۹           | ۱۱/۵۰ ± ۳/۴۷           | ۰/۳۰                   | ۰/۳۴۰                  |
| سوء استفاده‌ی جنسی   | ۶/۳۳ ± ۳/۲۰            | ۵/۶۶ ± ۲/۶۷            | ۰/۵۵                   | ۰/۵۸۰                  |
| غفلت فیزیکی          | ۹/۸۳ ± ۲/۹۴            | ۹/۳۳ ± ۴/۰۰            | ۰/۳۴                   | ۰/۷۳۰                  |
| غفلت عاطفی           | ۱۳/۱۶ ± ۳/۸۸           | ۱۲/۳۳ ± ۲/۷۷           | ۰/۶۰                   | ۰/۵۵۰                  |

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرها در دو گروه پژوهش در سه مرحله

| متغیر   | گروه مداخله                         |                                    | گروه شاهد                           |                                    |
|---------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
|         | پیش آزمون<br>میانگین ± انحراف معیار | پس آزمون<br>میانگین ± انحراف معیار | پیش آزمون<br>میانگین ± انحراف معیار | پس آزمون<br>میانگین ± انحراف معیار |
| اختصاصی | ۳/۵۰ ± ۱/۳۸                         | ۵/۵۰ ± ۱/۸۳                        | ۷/۰۰ ± ۱/۱۲                         | ۳/۲۵ ± ۱/۲۸                        |
| AMT     | ۳/۳۳ ± ۱/۴۳                         | ۲/۵۸ ± ۱/۴۴                        | ۱/۷۵ ± ۱/۲۱                         | ۴/۰۸ ± ۱/۸۳                        |
| BDI-II  | ۲۷/۸۳ ± ۴/۸۲                        | ۱۷/۰۰ ± ۶/۰۷                       | ۱۲/۹۱ ± ۴/۱۸                        | ۲۴/۹۱ ± ۴/۶۶                       |
| RRS     | ۴۱/۶۶ ± ۶/۲۱                        | ۲۹/۲۵ ± ۷/۸۵                       | ۲۶/۴۱ ± ۶/۷۳                        | ۵۳/۷۵ ± ۱۰/۷۴                      |
| AAQ-II  | ۳/۰۸ ± ۱/۸۳                         | ۶/۷۵ ± ۱/۰۵                        | ۷/۰۰ ± ۱/۱۲                         | ۳/۱۶ ± ۱/۷۴                        |
| SPSI-R  | ۶/۵۰ ± ۱/۷۳                         | ۱۰/۰۰ ± ۲/۹۲                       | ۱۰/۵۰ ± ۲/۵۷                        | ۷/۹۱ ± ۲/۱۹                        |
|         | ۸/۵۰ ± ۱/۵۶                         | ۶/۱۶ ± ۱/۵۲                        | ۵/۳۳ ± ۱/۴۹                         | ۸/۱۶ ± ۱/۳۳                        |
|         | ۶/۸۳ ± ۱/۳۳                         | ۴/۶۶ ± ۱/۵۵                        | ۳/۵۸ ± ۱/۱۶                         | ۵/۰۸ ± ۱/۹۲                        |
|         | ۱۱/۲۵ ± ۱/۵۴                        | ۹/۲۵ ± ۲/۱۳                        | ۷/۰۸ ± ۱/۶۲                         | ۱۱/۱۶ ± ۱/۶۴                       |

AMT: Autobiographical memory test; BDI-II: Beck depression inventory-II; RRS: Ruminative responses scale; AAQ-II: Acceptance and action questionnaire-II; SPSI-R: Social problem-solving inventory-revised

جدول ۳ نشان می‌دهد که بین نمرات عامل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در متغیرهای مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). همچنین بین نمرات عامل و گروه‌ها در متغیرهای مورد مطالعه تعامل معنی‌داری مشاهده شد

( $P < 0/05$ ). این نتایج بیانگر آن است که درمان MEST در افزایش بازیابی خاطرات سرگذشتی خاص، بهبود افسردگی، ناامیدی، اجتناب تجربی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، حل مسأله و نشخوار فکری مؤثر بوده است. علاوه بر این، آزمون چند

جدول ۳ نشان می‌دهد که بین نمرات عامل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در متغیرهای مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). همچنین بین نمرات عامل و گروه‌ها در متغیرهای مورد مطالعه تعامل معنی‌داری مشاهده شد



و نتایج پیگیری در همه‌ی متغیرها و در نتیجه نرمال بودن نتایج بود. آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر در متغیر AMS در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش کرد که حافظه‌ی اختصاصی به طور معنی‌داری از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است. مجذور اتای (ETA) حاصل شده نیز حاکی از میزان بالای تأثیر مداخله می‌باشد.

مقایسه‌ای نشان داد که در پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون، بازیابی خاطرات خاص سرگذشتی به طور معنی‌داری افزایش و افسردگی، ناامیدی نسبت به آینده، نشخوار فکری، اجتناب تجربی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و حل مسأله بهبود یافت. نتایج حاصل از آزمون Kolmogorov-Smirnov نشان دهنده‌ی نرمال بودن پیش‌آزمون‌ها، پس‌آزمون‌ها

جدول ۳. تحلیل واریانس بین آزمودنی‌ها و درون آزمودنی‌ها در اندازه‌گیری‌های مکرر تمام متغیرهای پژوهش در دو گروه

| متغیر           | منبع تغییرات | SS           | MS          | P       | ETA     |       |
|-----------------|--------------|--------------|-------------|---------|---------|-------|
| خاطره‌ی اختصاصی | AMS          | بین آزمودنی  | گروه        | ۹۱/۱۲   | ۹۱/۱۲   | ۰/۵۴۹ |
|                 |              | خطا          | خطا         | ۳/۳۹    | ۷۴/۷۵   | -     |
|                 |              | عامل         | عامل        | ۱۰/۶۵   | ۱۷/۳۳   | ۰/۳۷۱ |
| افسردگی         | BDI-II       | درون آزمودنی | عامل و گروه | ۴۰/۱۳   | ۶۵/۳۳   | ۰/۶۹۰ |
|                 |              | خطا (عامل)   | خطا (عامل)  | ۰/۸۲    | ۲۹/۳۳   | -     |
|                 |              | گروه         | گروه        | ۶۴۸/۰۰  | ۶۴۸/۰۰  | ۰/۳۵۴ |
| نشخوار فکری     | RRS          | بین آزمودنی  | خطا         | ۵۳/۷۳   | ۱۱۸۲/۱۶ | -     |
|                 |              | درون آزمودنی | عامل        | ۴۱۰/۰۴  | ۸۲۰/۰۸  | ۰/۸۱۹ |
|                 |              | عامل و گروه  | عامل و گروه | ۳۰۷/۰۴  | ۶۱۴/۰۸  | ۰/۷۷۲ |
| پذیرش و عمل     | AAQ-II       | خطا (عامل)   | خطا (عامل)  | ۴/۱۱    | ۱۸۱/۱۶  | -     |
|                 |              | گروه         | گروه        | ۱۸۷۰/۶۸ | ۱۸۷۰/۶۸ | ۰/۳۵۳ |
|                 |              | خطا          | خطا         | ۱۵۶/۰۹  | ۳۴۳۳/۹۷ | -     |
| حل مسأله        | PPO          | درون آزمودنی | عامل        | ۵۵۲/۴۸  | ۸۱۷/۵۲  | ۰/۴۱۴ |
|                 |              | درون آزمودنی | عامل و گروه | ۲۰۰۶/۴۸ | ۲۹۶۹/۱۹ | ۰/۷۱۹ |
|                 |              | خطا (عامل)   | خطا (عامل)  | ۳۵/۵۶   | ۱۱۵۷/۹۴ | -     |
| RPS             |              | بین آزمودنی  | گروه        | ۱۵۱۲/۵۰ | ۱۵۱۲/۵۰ | ۰/۴۷۵ |
|                 |              | خطا          | خطا         | ۷۶/۰۰   | ۱۶۷۲/۱۱ | -     |
|                 |              | عامل         | عامل        | ۱۲۴/۱۱  | ۲۱۱/۳۶  | ۰/۷۵۷ |
|                 | درون آزمودنی | عامل و گروه  | ۸۰/۷۹       | ۱۳۷/۵۸  | ۰/۶۷۰   |       |
|                 | خطا (عامل)   | خطا (عامل)   | ۱/۸۰        | ۶۷/۷۲   | -       |       |
|                 | بین آزمودنی  | گروه         | ۱۱۵/۰۱      | ۱۱۵/۰۱  | ۰/۴۳۰   |       |
|                 | خطا          | خطا          | ۶/۹۳        | ۱۵۲/۶۳  | -       |       |
|                 | درون آزمودنی | عامل         | ۴۵/۶۸       | ۵۲/۶۹   | ۰/۷۲۷   |       |
|                 | درون آزمودنی | عامل و گروه  | ۳۰/۹۰       | ۴۷/۰۲   | ۰/۶۴۳   |       |
|                 | خطا (عامل)   | خطا (عامل)   | ۰/۷۸        | ۲۶/۱۱   | -       |       |
|                 | بین آزمودنی  | گروه         | ۴۳/۵۵       | ۴۳/۵۵   | ۰/۱۴۵   |       |
|                 | خطا          | خطا          | ۱۱/۶۹       | ۲۵۷/۲۷  | -       |       |
|                 | درون آزمودنی | عامل         | ۵۸/۳۹       | ۸۶/۰۸   | ۰/۶۱۰   |       |

جدول ۳. تحلیل واریانس بین آزمودنی‌ها و درون آزمودنی‌ها در اندازه‌گیری‌های مکرر تمام متغیرهای پژوهش در دو گروه (ادامه)

| متغیر        | منبع تغییرات | SS     | MS    | P     | ETA   |
|--------------|--------------|--------|-------|-------|-------|
| حل مسأله     | میان آزمودنی | ۳۵/۵۲  | ۲۴/۱۰ | ۰/۰۱۰ | ۰/۳۹۲ |
|              | خطا (عامل)   | ۵۵/۰۵  | ۱/۶۹  | -     | -     |
| NPO          | میان آزمودنی | ۴۲/۰۱  | ۴۲/۰۱ | ۰/۰۱۰ | ۰/۲۲۵ |
|              | خطا          | ۱۴۴/۹۷ | ۶/۵۹  | -     | -     |
| درون آزمودنی | عامل         | ۴۲/۱۹  | ۲۱/۰۹ | ۰/۰۱۰ | ۰/۶۷۹ |
|              | عامل و گروه  | ۲۴/۵۲  | ۱۲/۲۶ | ۰/۰۱۰ | ۰/۵۵۲ |
| میان آزمودنی | خطا (عامل)   | ۱۹/۹۴  | ۰/۴۵۳ | -     | -     |
|              | گروه         | ۴/۰۱   | ۴/۰۱  | ۰/۵۱۱ | ۰/۰۲۰ |
| ICS          | خطا          | ۱۹۷/۹۷ | ۸/۹۷  | -     | -     |
|              | عامل         | ۴۸/۶۹  | ۲۴/۳۴ | ۰/۰۱۰ | ۰/۶۲۹ |
| درون آزمودنی | عامل و گروه  | ۲۰/۵۲  | ۱۰/۲۶ | ۰/۰۱۰ | ۰/۴۱۶ |
|              | خطا (عامل)   | ۲۸/۷۷  | ۰/۶۵۴ | -     | -     |
| میان آزمودنی | گروه         | ۹۸/۰۰  | ۹۸/۰۰ | ۰/۰۱۰ | ۰/۴۳۵ |
|              | خطا          | ۱۲۷/۲۷ | ۵/۷۸  | -     | -     |
| AS           | عامل         | ۶۲/۵۲  | ۴۵/۷۰ | ۰/۰۱۰ | ۰/۵۲۰ |
|              | عامل و گروه  | ۴۵/۰۸  | ۳۲/۹۵ | ۰/۰۱۰ | ۰/۴۳۹ |
|              | خطا (عامل)   | ۵۷/۷۲  | ۱/۹۱  | -     | -     |

AMS: Autobiographical memory specificity; RPS: Rational problem solving; PPO: Positive problem orientation; NPO: Negative problem orientation; ICS: Impulsivity carelessness style; AS: Avoidance style; BDI-II: Beck depression inventory-II; RRS: Ruminative responses scale; AAQ-II: Acceptance and action questionnaire-II; SS: Sum of squares; MS: Mean square

حل مسأله وجود داشت. نتایج همبستگی پاره‌ای در مورد متغیرهای ناامیدی نسبت به آینده، جهت‌گیری مثبت و منفی حل مسأله و سبک تکانشی در حل مسائل معنی‌دار نبود و به نظر می‌رسد کاهش میزان افسردگی (به عنوان متغیر واسطه) بر نتایج حاصل از این متغیرها بی‌تأثیر نیست.

### بحث

سازمان بهداشت جهانی افسردگی را در ردیف چهارم فهرست حادترین مشکلات بهداشت عمومی در سراسر جهان قرار داده است و پیش‌بینی می‌شود که این اختلال از لحاظ فراوانی در سال ۲۰۲۰ در رتبه‌ی

به منظور به دست آوردن نتایج خالص‌تر، از آزمون همبستگی پاره‌ای (Correlation partial) استفاده شد؛ بدین ترتیب که از تغییرات افسردگی کوواریت گرفته شد و بین تغییرات حافظه‌ی اختصاصی با سایر متغیرها (نشخوار فکری، حل مسأله، ناامیدی نسبت به آینده، اجتناب و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی) همبستگی به دست آمد. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که با کنترل تغییرات افسردگی، همبستگی منفی و معنی‌داری بین تغییرات حافظه‌ی سرگذشتی اختصاصی و متغیرهای نشخوار فکری، اجتناب تجربی و سبک اجتنابی حل مسأله و همچنین همبستگی مثبت و معنی‌داری بین افزایش حافظه‌ی اختصاصی و تغییرات سبک منطقی به

دوم بیماری‌های وخیم قرار گیرد (۲۷). از طرف دیگر، روان‌درمانی‌هایی مانند درمان شناختی رفتاری به علت هزینه‌های درمانی، گره‌گشای نیاز جمعیت عمومی نیست. همچنین بدون در نظر گرفتن کاهش افسردگی بر اثر درمان‌های معمول، با احتمال زیاد با عود بیماری در آینده روبه‌رو هستیم. هم‌اکنون تمرکز جامعه‌ی جهانی بر مداخلات مقرون به صرفه با هدف رفع نیازمندی قشر متوسط و کوتاه کردن مسیر درمانی است.

در پژوهش‌های انجام شده MEST به عنوان یک مداخله‌ی کوتاه، مقرون به صرفه در بهبود افسردگی (۱۷، ۴) و اختلال استرس پس از آسیب (۱۴) شواهدی را به نفع خود نشان می‌دهد. این مطالعات (۱۷، ۱۴، ۴) گزارش کرده‌اند که MEST به عنوان یک درمان مستقل در بهبود افسردگی مؤثر است. نتایج حاصل از مطالعه‌ی حاضر (متکی بر ابزار خودگزارش) شواهدی در راستای پژوهش‌های انجام شده (۱۷، ۱۴، ۴) درباره‌ی حافظه‌ی سرگذشتی بر اثر درمان MEST فراهم کرد و نشان داد که MEST قادر است حافظه‌ی سرگذشتی را بدون دخالت تغییرات

افسردگی بهبود دهد و تغییرات حافظه، به واسطه‌ی پایین آمدن بار هیجانات و عواطف منفی افراد افسرده نیست و در نهایت، بهبود حافظه منجر به بهبود متغیرهای نشخوار فکری و اجتناب و حل مسأله‌ی اجتنابی می‌شود (سؤال اول پژوهش). این نتایج در پژوهش‌های قبلی (۲۸، ۱۶، ۴) نیز گزارش شده است. Raes و همکاران در مطالعه‌ی خود بیان کردند که MEST بر کاهش علائم افسردگی و افزایش AMS مؤثر است (۴).

فقدان مرحله‌ی پیگیری نتایج، عدم سنجش ابعاد مختلف حل مسأله، تعداد کم افراد نمونه و عدم شرح و بسط تاریخچه‌ی بیماران به عنوان خاطرات ماشه‌چکان اختلال افسردگی از نقایص تحقیق Raes و همکاران (۴) بود. عدم تغییر سبک تکانشی نسبت به حل مسایل، کاهش نیافتن رویکرد منفی به حل مسأله و افزایش نیافتن رویکرد مثبت به حل مسأله بعد از کنترل متغیر افسردگی از دیگر تفاوت‌های مطالعه‌ی حاضر با مطالعه‌ی Raes و همکاران (۴) می‌باشد و نتایج حاصل شده با یافته‌های مطالعات امید و همکاران (۱۶) و Williams و همکاران (۲۸) همسو است.

جدول ۴. همبستگی بین تفاضل نمره‌ی خاطره‌ی اختصاصی و سایر متغیرها و نتایج همبستگی پاره‌ای با کنترل نمره‌ی افسردگی

| متغیر                                     | تفاضل نمره‌ی AMS (همبستگی Pearson) | P     | همبستگی پاره‌ای با کنترل تفاضل BDI-II | P     |
|---|------------------------------------|-------|---------------------------------------|-------|
| شدت ترومای دوران کودکی                    | -۰/۳۸۲                             | ۰/۰۶۶ | -                                     | -     |
| تفاضل نمرات نشخوار فکری                   | -۰/۶۸۳                             | ۰/۰۰۱ | -۰/۵۰۱                                | ۰/۰۱۵ |
| تفاضل نمرات پذیرش و عمل                   | -۰/۴۲۳                             | ۰/۰۳۹ | -۰/۳۸۵                                | ۰/۰۷۰ |
| تفاضل نمرات جهت‌گیری مثبت نسب به حل مسأله | ۰/۵۵۸                              | ۰/۰۰۵ | -۰/۱۶۳                                | ۰/۴۵۷ |
| تفاضل نمرات سبک منطقی حل مسأله            | ۰/۶۸۳                              | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۱۰                                 | ۰/۰۱۳ |
| تفاضل نمرات جهت‌گیری منفی نسب به حل مسأله | -۰/۴۶۲                             | ۰/۰۲۳ | -۰/۱۴۵                                | ۰/۵۱۱ |
| تفاضل نمرات سبک اجتنابی                   | -۰/۷۷۸                             | ۰/۰۰۱ | -۰/۶۰۴                                | ۰/۰۰۲ |
| تفاضل نمرات سبک تکانشی                    | -۰/۵۲۳                             | ۰/۰۰۹ | -۰/۲۶۶                                | ۰/۲۱۹ |

AMS: Active memory sharing; BDI-II: Beck depression inventory-II

از یافته‌ها چنین برداشت می‌شود که بهبودیافتگی اختلال افسردگی در افراد مطالعه‌ی حاضر منجر به بهبود ابعاد مختلف حل مسأله شده است، اما به نظر می‌رسد استفاده از این درمان بر این ابعاد (سبک تکانشی حل مسأله، جهت‌گیری مثبت و جهت‌گیری منفی به حل مسأله) بدون در نظر گرفتن بهبود افسردگی مؤثر نیست. هدف مطالعه‌ی حاضر نفی مطالعات قبلی نبود، بلکه هدف آن بود که تاریخچه‌ی زندگی بیماران به عنوان یک واقعیت در زندگی آنان و یک متغیر مهم در شکل‌گیری بیماری و کنترل آن و در نهایت به عنوان یک متغیر مداخله‌گر مطرح شود.

نتایج پژوهش نشاط‌دوست و همکاران حاکی از آن بود که درمان MEST علایم افسردگی، اجتناب، نشخوار و بیش‌کلی‌گویی حافظه‌ی سرگذشتی را در زنان مبتلا به اختلال سوگ کاهش می‌دهد (۱۷). نمونه‌های مورد مطالعه‌ی آنان دختران افغان مبتلا به اختلال سوگ بودند و مطالعه‌ی حاضر بر روی مردان دارای سابقه‌ی ترومای دوران کودکی انجام شد و نتایج حاصل از MEST در جامعه را سنجید. نشاط‌دوست و همکاران این نتایج را در جامعه‌ی غیر ایرانی و فقط شامل دختران به دست آوردند (۱۷). احراز این مداخله در هر دو جنس و در فرهنگی مانند فرهنگ مشرق زمین که فضای خصوصی تعریف ویژه و تأیید شده‌ای برای هر فرد ندارد، از نیازهایی بود که پژوهشگران تحقیق حاضر بر آن تأکید داشتند.

بر اساس نتایج حاصل شده، عوارض روان‌شناختی منفی پس از گذشت سه ماه از انجام روان‌درمانگری کاسته شد و بین نتایج پیگیری سه ماهه و پس‌آزمون کاهش معنی‌داری وجود داشت (سؤال دوم پژوهش).

این نتایج با مطالعه‌ی مرادی و همکاران (۱۸) همخوانی دارد. آنان یک بسته‌ی مداخله‌ای MEST را در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس‌آسیبی سنجیدند. مکانیسم عمل این درمان به طور دقیق معلوم نیست، اما آنچه واضح است، با تغییر مکانیسم‌های مؤثر در کاهش اختصاصی بودن خاطرات سرگذشتی مطرح شده در مدل نظری Williams، امکان کاهش نشخوار فکری و اجتناب شناختی فراهم آمده است و می‌توان شاهد بهبود کارکرد کنترل اجرایی در کاهش سبک اجتنابی نسبت به حل مسایل و افزایش استفاده از راهبردهای منطقی بود. نقش اجزای مطرح شده‌ی این پیامدها در مدل در جهت کاهش خاطرات اختصاصی واضح بود و جنبه‌های عینی‌تری از این مدل را در راستای یک مداخله‌ی مؤثر به ثبت رساند (سؤال سوم پژوهش).

مطالعه‌ی حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود. معیارهای خاص ورود به پژوهش، تعمیم نتایج به افراد خارج از پژوهش و سایر بیماران را با مشکل مواجه می‌سازد. همچنین استفاده از پرسش‌نامه‌های خودگزارش‌دهی برای سنجش شدت و نوع علایم نوعی محدودیت به شمار می‌رود. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از طرح‌های آمیخته‌ی کمی و کیفی استفاده شود تا نتایج پربارتری حاصل گردد. همچنین رویکردهای درمانی دیگری نیز در مقایسه با درمان MEST مورد بررسی قرار گیرد. شاید در مورد بازیابی خاطرات اختصاصی، کاربرد روان‌درمانی فردی که به میزان بیشتری با ابعاد شناختی و تاریخچه‌ی هر بیمار قواره‌بندی می‌شود، نسبت به اجرای آن در موقعیت‌های گروهی مزیت داشته باشد.

## تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر با مشارکت بیماران مبتلا به افسردگی که تجربه‌ی رویدادهای تروماتیک در کودکی را داشتند و از کودکی تحت حمایت اداره‌ی بهزیستی و مردم خیر در

مراکز خیریه‌ی دولتی و نیمه دولتی قرار گرفته بودند، انجام شد. از مسؤولین، مربیان و اعضای محترم مراکز مربوط، همکاران اجرایی و سایر بیماران مشارکت کننده در پژوهش تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

## References

1. Afifi TO, Boman J, Fleisher W, Sareen J. The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child Abuse Negl* 2009; 33(3): 139-47.
2. Yen CF, Yang MS, Chen CC, Yang MJ, Su YC, Wang MH, et al. Effects of childhood physical abuse on depression, problem drinking and perceived poor health status in adolescents living in rural Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 62(5): 575-83.
3. Moradi AR, Herlihy J, Yasseri G, Shahraray M, Turner S, Dalgleish T. Specificity of episodic and semantic aspects of autobiographical memory in relation to symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD). *Acta Psychol (Amst)* 2008; 127(3): 645-53.
4. Raes F, Williams JM, Hermans D. Reducing cognitive vulnerability to depression: a preliminary investigation of MEMory Specificity Training (MEST) in inpatients with depressive symptomatology. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2009; 40(1): 24-38.
5. Damasio A. *The feeling of what happens: body and emotion in the making of consciousness*. New York, NY: Mariner Books; 2000.
6. Kaviani H, Rahimi M, Rahimi-Darabad P, Naghavi HR. Overgeneral memory retrieval and ineffective problem-solving in depressed patients with suicidal ideation: implications for therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2011; 11(3): 413-23.
7. Brennen T, Hasanovic M, Zotovic M, Blix I, Skar AM, Prelic NK, et al. Trauma exposure in childhood impairs the ability to recall specific autobiographical memories in late adolescence. *J Trauma Stress* 2010; 23(2): 240-7.
8. Ogle CM, Block SD, Harris LS, Goodman GS, Pineda A, Timmer S, et al. Autobiographical memory specificity in child sexual abuse victims. *Dev Psychopathol* 2013; 25(2): 321-32.
9. Crane C, Heron J, Gunnell D, Lewis G, Evans J, Williams JM. Childhood traumatic events and adolescent overgeneral autobiographical memory: findings in a U.K. cohort. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2014; 45(3): 330-8.
10. Goodman GS, Quas JA, Ogle CM. Child maltreatment and memory. *Annu Rev Psychol* 2010; 61: 325-51.
11. Burnside E, Startup M, Byatt M, Rollinson L, Hill J. The role of overgeneral autobiographical memory in the development of adult depression following childhood trauma. *Br J Clin Psychol* 2004; 43(Pt 4): 365-76.
12. Hipwell AE, Sapotichne B, Klostermann S, Battista D, Keenan K. Autobiographical memory as a predictor of depression vulnerability in girls. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2011; 40(2): 254-65.
13. Heron J, Crane C, Gunnell D, Lewis G, Evans J, Williams JM. 40,000 memories in young teenagers: psychometric properties of the Autobiographical Memory Test in a UK cohort study. *Memory* 2012; 20(3): 300-20.
14. Muenks K. *Overgeneral memory as an emotion regulation strategy [Thesis]*. Columbus, OH: Department of Psychology Honors, The Ohio State University; 2010.
15. Dalgleish T, Bevan A, McKinnon A, Breakwell L, Mueller V, Chadwick I, et al. A comparison of MEMory Specificity Training (MEST) to education and support (ES) in the treatment of recurrent depression: study protocol for a cluster randomised controlled trial. *Trials* 2014; 15: 293.
16. Omidi A, Mohammad Khani P, Dolatshahi B, Poorshahbaz A. Efficacy of mindfulness based cognitive therapy and traditional cognitive behavior therapy in reduction of memory over generalization inpatients with major depressive disorder in 2007. *J Res Behav Sci* 2009; 7(2): 107-17. [In Persian].
17. Neshat-Doost HT, Dalgleish T, Yule W, Kalantari M, Ahmadi SJ, Dyregrov A, et al. Enhancing Autobiographical Memory Specificity Through Cognitive Training: An Intervention for Depression Translated From Basic Science. *Clinical Psychological Science* 2012.
18. Moradi AR, Moshirpanahi S, Parhon H, Mirzaei J, Dalgleish T, Jobson L. A pilot randomized

- controlled trial investigating the efficacy of Memory Specificity Training in improving symptoms of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther* 2014; 56: 68-74.
19. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB. Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders, Patient Edition, January 1995 FINAL. SCID-I/P Version 2.0.). New York, NY: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute; 1995.
  20. Hauer BJ, Wessel I, Geraerts E, Merckelbach H, Dalgleish T. Autobiographical memory specificity after manipulating retrieval cues in adults reporting childhood sexual abuse. *J Abnorm Psychol* 2008; 117(2): 444-53.
  21. Naghavi MR, Mohammadi M, Bahramnezhad A, Yabandeh MR, Zare I, Nakhaee N. Comparing frequency of different types of childhood abuse and neglect between drug-dependent and control groups. *J Fundam Ment Health* 2011; 13(3): 242-9. [In Persian].
  22. Mansouri A, Bakhshipour Roodsari A, Mahmoud Alilou M, Farnam A, Fakhari A. The comparison of worry, obsession and rumination in individual with generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, major depression disorder and normal individual. *Psychological Study* 2012; 7(4): 55-74. [In Persian].
  23. Garrusi B, Nakhaee N. Validity and reliability of a Persian version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Psychol Rep* 2009; 104(2): 509-16.
  24. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory--Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depress Anxiety* 2005; 21(4): 185-92.
  25. Abasi E, Fti L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric properties of Persian Version of Acceptance and Action Questionnaire –II. *Journal of Psychological Models and Methods* 2012; 2(10): 65-80. [In Persian].
  26. Mokhberi A, Dortaj F, Darekordi A. Questionnaire, psychometrics, and standardization of indicators of social problem solving ability. *Educational measure* 2011; 1(4): 55-72. [In Persian].
  27. Sampson SM. Treating depression with selective serotonin reuptake inhibitors: a practical approach. *Mayo Clin Proc* 2001; 76(7): 739-44.
  28. Williams JM, Teasdale JD, Segal ZV, Soulsby J. Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *J Abnorm Psychol* 2000; 109(1): 150-5.

## Efficacy of Memory Specificity Training (MEST) on Underlying Mechanisms of Overgeneral Autobiographical Memory (OGM) in People with Major Depression and Childhood Traumatic Experience

Aliakbar Arjmandnia PhD<sup>1</sup>, Sara Namjoo MSc<sup>2</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Background:** Overgeneral autobiographical memory (OGM) is a persistent factor in depression that correlates with ruminative thinking, functional avoiding and pathological executive control. Depression is one of mental health problems that tend to be chronic and recurrent. In this way, the study of the history of life is the most important point that is forgotten in previous researches. The aim of this study was to measure the effectiveness of efficacy of memory specificity training (MEST) on overgeneral autobiographical memory changing and to improve the psychological aspects associated with depression regarding to childhood history.

**Methods:** Among 64 patients with major depression and childhood traumatic experience, 24 patients were selected and randomly assigned to two groups. The intervention group received five weekly sessions and control group remained in the waiting list. At baseline, both groups completed Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Persian version of Autobiographical Memory Test (AMT), Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Brief Hospice Inventory (BHI), Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II), Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R) and Ruminative Response Scale (RRS). Repeated measures and partial correlation tests were implemented.

**Findings:** Depression scores reduced from  $27.83 \pm 4.82$  (in pre-test) to  $17.00 \pm 6.07$  in post-test and  $12.91 \pm 4.18$  in follow-up ( $P = 0.01$ ). Specific memory means was elevated from 3.5 in pre-test to 5.5 in post-test and 7.0 in follow-up ( $P = 0.01$  for all).

**Conclusion:** Memory specificity training treatment can, with reducing the overgeneral autobiographical memory and enhancing the memory specificity, rebound to improvement of depression and associated psychological variables as instance rumination, avoidance and avoidance-based problem-solving.

**Keywords:** Memory specificity training, Autobiographical memory, Depression, Childhood trauma

**Citation:** Arjmandnia A, Namjoo S. Efficacy of Memory Specificity Training (MEST) on Underlying Mechanisms of Overgeneral Autobiographical Memory (OGM) in People with Major Depression and Childhood Traumatic Experience. J Isfahan Med Sch 2015; 33(329): 442-56

1- Associate Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, School of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

2- Department of Psychology, Islamic Azad University, Kermanshah Branch, Kermanshah, Iran

**Corresponding Author:** Aliakbar Arjmandnia PhD, Email: arjmandnia@ut.ac.ir