

## اثربخشی آموزش اختصاصی کردن خاطرات بر کاهش آسیب های شناختی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه

### *Effectiveness of memory specificity training on reduction of cognitive vulnerability in post-traumatic Stress disorder patients*

تاریخ پذیرش: ۹۲/۶/۲۰

تاریخ دریافت: ۹۲/۲/۲۳

moshirpanahi S<sup>✉</sup> . MSc, Moradi A. PhD. , hatami M.  
MSc, parhoon H. MSc, mirzai J. MSc

شیوا مشیر پناهی<sup>✉</sup>، علیرضا مرادی، محمد حاتمی،  
هادی پرهون، جعفر میرزایی

#### Abstract

**Introduction:** The present study is a newly developed group-based intervention program to increase specificity of memory retrieval and decrease cognitive vulnerability in patients with PTSD.

**Method:** The design was a semi-experimental with pre-test and post-test and control group. Sampling method was access sampling by which 24 male subjects were evaluated by the psychiatrist on the basis of DSM-IV-TR. Then subjects were put in one of two groups; experimental and control. The Memory Specificity Training was administered on a weekly basis for 4 consecutive weeks. Pre-experimental group, BDI-II, IES-R, AMT, SPSI-R were given to the subjects before and after the treatment as well as 1 month follow up period. The results were analyzed using multi-variable covariance analysis, Tukey post hoc test, and T-test.

**Results:** Results showed that the training program brought about considerable changes in reducing some cognitive problems in the subjects. Results confirmed that the effect of the memory specificity training in reducing cognitive problems in functional avoidance and intrusive memory. The consistency of this effect was also confirmed at the follow-up stage.

**Discussion:** Memory specificity Training is effective in reducing some cognitive problems in Post-traumatic Stress Disorder.

**Key word:** post traumatic stress disorder, auto biographical memory, Memory Specificity Training

#### چکیده

**مقدمه:** مطالعه حاضر یک برنامه گروه-محور جدید با هدف بررسی اثربخشی آموزش اختصاصی کردن خاطرات بر کاهش آسیب‌های شناختی در بیماران دارای اختلال استرس پس از سانحه است.

**روش:** در یک طرح شبه آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون توأم با گروه کنترل و با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۲۴ نفر آزمودنی مرد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه که براساس ملاک‌های DSM-IV-TR توسط روانپزشک ارزیابی شده، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. برنامه آموزش اختصاصی کردن خاطرات (MEST)، طی چهار جلسه در چهار هفته متوالی در گروه‌های ۳ نفری انجام گرفت و نمرات، (BDI-II)، (AMT)، (IES-R)، (SPSI-R) قبل و بعد از مداخله و در مرحله پیگیری یک ماهه در هر دو گروه جمع‌آوری گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره، آزمون تعقیبی توکی و آزمون T وابسته مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** یافته‌ها موید اثر بخشی آموزش اختصاصی کردن خاطرات در کاهش مشکلات شناختی در حوزه اجتناب عملکردی و خاطرات ناخواسته در بیماران PTSD بود. پایداری آموزش در مرحله پیگیری نیز تأیید شد. اما حل مسئله آسیب دیده این بیماران پس از مداخله تغییر معناداری نداشت.

**بحث:** این آموزش را می‌توان به عنوان یک روش انتخابی جهت کاهش برخی آسیب‌های شناختی در بیماران PTSD به کار برد.  
**کلید واژه‌ها:** اختلال استرس پس از سانحه، حافظه شرح حال، آموزش اختصاصی کردن خاطرات

<sup>✉</sup>Corresponding Author: Department of psychology, Kharazmi University, Institute of Cognitive Science Tehran, Iran  
E-mail: Moradi90@yahoo.com

<sup>✉</sup> گروه روانشناسی دانشگاه خوارزمی، پژوهشکده علوم شناختی، تهران، ایران  
۱- گروه روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران  
۲- بیمارستان روانپزشکی شهید صدر، تهران، ایران

## مقدمه

اختلال استرس پس از سانحه<sup>۱</sup> یکی از شایع ترین اختلالات روانپزشکی است و شیوع آن در طول زندگی ۷ تا ۱۲ درصد جمعیت عمومی است (کسلر<sup>۲</sup>، سونگا، برومت، هگز و نلسون، ۱۹۹۵؛ به نقل از الف و گرسونز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). مهمتر آنکه، ۵ تا ۶ درصد مردان و ۱۰ تا ۱۲ درصد زنان در زندگی خود از PTSD رنج می‌برند. همین موضوع باعث شده تا PTSD چهارمین اختلال شایع روانپزشکی محسوب شود (الف و گرسونز، ۲۰۰۷). در طول دو دهه گذشته، تحقیقات فراوانی در مورد ابعاد شناختی PTSD انجام گرفته است.

گزارش‌های مربوط به میزان و ماهیت مشکلات شناختی در بیماران متفاوت و متنوع است و شامل دامنه وسیعی از نواقص شناختی کلی تا اختلالات اختصاصی حافظه است (برای مثال، برمنر<sup>۴</sup>، راندال، اسکوت، برونن، سیبیل و همکاران، ۱۹۹۵). مطالعات نشان می‌دهند که افراد مبتلا به PTSD از مشکلات مربوط به حافظه (بروین و اسمارت، ۲۰۰۲)؛ توجه (برایانت و هاروی، ۱۹۹۷) و نشانگان تجزیه‌ای (مورگان و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱) ... رنج می‌برند. این مشکلات اغلب به وقایع آسیب‌زایی مربوط می‌شود که برایشان اتفاق افتاده است (انجمن روانپزشکی آمریکا [DSM-IV-TR]<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰). در سال‌های اخیر مشکلات مربوط به حافظه، خصوصا حافظه شرح حال<sup>۷</sup> در مورد اختلال استرس پس از سانحه به یک موضوع مهم در تحقیقات تبدیل شده است (جابسون و اوکارنی<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹). برخی‌ها براین اعتقادند که اختلال PTSD پاسخی به خاطرات مربوط به تروما است و نه خود رویداد تروماتیک (روبین و همکاران، ۲۰۰۸)؛ و اغلب این بیماری به عنوان اختلال حافظه شرح حال توصیف می‌شود (بروین، ۲۰۰۷). حافظه شرح حال یک زیر سیستم از حافظه رویدادی است که با ظرفیت افراد برای یادآوری اتفاقات و حقایق شخصی از زندگی‌شان ارتباط پیدا می‌کند (کانویو پلی دل پیرس<sup>۹</sup>، ۲۰۰۰).

مطالعات اولیه حافظه شرح حال در چهارچوب کلی مدل‌های شبکه‌ای حافظه صورت گرفت. این مدل‌ها

بیان می‌کنند که هیجان‌ها به عنوان بخشی از یک شبکه تداعی کلی‌تر در حافظه بازنمایی می‌شوند. تا زمانی که تحقیقات، واکنش و سرعت بازیابی سریع به مواد همسان با خلق در زمان رمزگذاری و بازیابی را بررسی می‌کردند؛ مدل شبکه‌ای کارآمد می‌نمود. اما به مرور، تبیین یافته‌ها از این طریق نابسندیده نشان داده شد. بتدریج چارچوب تاکید بر ابعاد کیفی یادآوری‌ها تغییر یافت. بازیابی خاطرات شخصی یک فرآیند پیچیده است که در آن ردهای ذهنی از اتفاقات گذشته و دانش معنایی وجود دارد، که در بازنمایی‌های ذهنی شکل گرفته‌اند. این بازنمایی‌های ذهنی می‌توانند از لحاظ کیفیت بسیار با هم متفاوت باشند. برای مثال؛ بازیابی‌ها از لحاظ محتوی، تصویرسازی و شدت هیجان می‌توانند با هم متفاوت باشند. اما یکی از ابعاد اساسی در بازیابی خاطرات شخصی میزان جزئیات آن است (کانوی، ۲۰۰۵).

این موضوع به وسیله‌ی ویلیامز و برودنت (۱۹۸۶)، بر روی بیمارانی که خودکشی کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفت. هنگامی که از بیماران خواسته شد تا در پاسخ به کلمات سرخ، خاطراتی را بیان کنند، این افراد در بازخوانی خاطرات کمتر اختصاصی عمل می‌کردند. آنها به جای اینکه اتفاق خاصی که برای آنها در یک زمان یا یک مکان به خصوص رخ داده است را به صورت اختصاصی بیان کنند؛ اغلب خاطره را به صورت کلی و خلاصه بیان می‌کردند (ویلیامز و برودنت، ۱۹۸۶؛ به نقل از سامنر<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۲). براساس تحقیقات انجام شده در سال‌های اخیر، پدیده بیش‌کلی‌گرایی حافظه (OGM)<sup>۱۱</sup> یا بازیابی خاطرات به شکل غیراختصاصی<sup>۱۲</sup>، همبستگی بالایی با افسردگی و اختلالات اضطرابی تروما محور مانند اختلال استرس پس از سانحه دارد (ویلیامز، بارنهوفر، کرین، رایس، هرمانز<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۷).

بیش کلی‌گرایی حافظه، در اغلب افراد با سابقه تروما (دالگلیش و همکاران، ۲۰۰۳) و نجات یافتگان از تروما که مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و اختلال استرس حاد هستند، مشاهده شده است (هاروی، بریانت و دانگ، ۱۹۹۸؛ به نقل از اسکانفلد<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). برعکس، بیمارانی که مبتلا به

بازیابی خاطرات داشتند، راه حل های موثر کمتری تولید می کردند (پلات و اسپیواک<sup>۷</sup>، ۱۹۷۵؛ به نقل از رایس و همکاران، ۲۰۰۹). علاوه بر این، از میان فرآیندهای مختلف، شیوه دیگری که حافظه بیش کلی گرا تحت تاثیر آن است، ترکیب بسیاری از تشخیص های مختلف است که با هم رخ می دهند<sup>۸</sup>، همبندی<sup>۹</sup> حالت های افسردگی همراه با تشخیص هایی مانند PTSD و اختلال استرس حاد بسیار عادی و رایج است (بروین، دالگلیش و جوزف، ۱۹۹۶). حتی اگر اختلال افسردگی به عنوان اختلال همبود وجود نداشته باشد، نشانه های معناداری از افسردگی، با تجربه تروما همراه و مرتبط است (برای مثال، نولن- هوکسما و مورو<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۱). این همپوشی ها در نشانه شناسی ممکن است به این معنا باشند که ریشه دیگری برای بیش کلی گرای حافظه در نجات یافتگان از تروما، از طریق خلق افسرده به وجود می آید (رایس، ویلیامز و هرمانز<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۹). به نظر می رسد که میان بیماران افسرده و افسرده هایی که درمان شده اند، از لحاظ سطح اختصاصی کردن خاطرات تفاوتی وجود ندارد و سطح بالایی از بیش کلی گرای در این دو گروه نسبت به افرادی که هرگز افسرده نبوده اند دیده شده است. این یافته ها نشان می دهد که OGM یک پدیده وابسته به حالت های خلقی نیست بلکه ممکن است یک صفت یا یک نشانه آسیب پذیری برای شروع یا عود افسردگی باشد (پارک، گودیر و تیزدل<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۲).

تحقیقات گذشته در حوزه کاهش خاطرات اختصاصی، اساسا بر روی همبستگی ها و مکانیزم های این عامل آسیب پذیری تمرکز داشته اند (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷). به نظر می رسد که درمان یا کاهش بازیابی خاطرات بیش کلی گرایانه یک هدف درمانی بسیار مهم باشد. با وجود اینکه متون علمی به طور واضحی بر اهمیت بالینی کاهش اختصاصی کردن خاطرات تاکید کرده اند؛ اما تاکنون حرکتی اساسی برای مداخلات بالینی در این رابطه صورت نگرفته است.

تحقیقات انجام شده نشان می دهد که اختصاصی کردن خاطرات در درمان هایی که رایج و متداول هستند، بهبود نمی یابد (رایس و همکاران، ۲۰۰۹).

سایر اختلالات اضطرابی هستند، بیش کلی گرای حافظه را نشان نمی دهند (ونزل، جکسون، برنل و پینیا، ۲۰۰۳). مسلماً بیش کلی گرای حافظه فقط نتیجه مواجهه با تروما نیست (اسکانفلد و همکاران، ۲۰۰۷). به طور کلی OGM بر مکانیسم های پایه ای مهمی دلالت دارد که در بیماری زایی PTSD نقش دارند. این مکانیسم ها می توانند در بقای این اختلال سهیم باشند (بریانت، ساثرلند و گوسری<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۷).

بیش کلی گرای حافظه به چند طریق می تواند بر بعضی رفتارها و آسیب های شناختی بیماران PTSD اثر داشته باشد. یکی از تاثیرات کاهش خاطرات اختصاصی در این بیماران، اجتناب عملکردی است؛ که مربوط به فقدان نسبی مواجهه تجربی با خاطرات و هیجان های منفی است. از آنجا که در فرآیند جستجو در اطلاعات اختصاصی مربوط به تروما، سطحی از بیش کلی گرای در خاطرات، به عنوان شکلی از اجتناب هیجانی به وجود می آید، عقیده بر این است که این راهبرد، توسط افرادی که با تروما مواجه شده اند؛ یاد گرفته می شود و دلیلش تقویت منفی است که با اجتناب از هیجان های ناراحت کننده، به دست می آورند (اسکانفلد و همکاران، ۲۰۰۷). یکی دیگر از پیامد های اختصاصی کردن خاطرات شخصی، این است که از بازیابی ناخواسته خاطرات جلوگیری می کند. پژوهش ها، حاکی از آن است که رابطه معناداری میان بیش کلی گرای حافظه و خاطرات ناخواسته در نمونه های بالینی افسرده و افرادی با سابقه تروما، وجود دارد (مانند؛ کوپکن و بروین، ۱۹۹۵؛ اسکانفلد و اهلرز، ۲۰۰۶). به طوری که اختصاصی کردن ناکافی موجب می شود که ردهای حافظه نسبت به فعال شدن توسط نشانه های حسی، آسیب پذیر شوند. این حالت موجب افزایش نشانه های PTSD مانند افکار ناخواسته و برانگیختگی می شود (اهلرز و کلارک<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۰). همچنین کاهش اختصاصی کردن خاطرات، مانع حل مسئله اجتماعی و بین فردی موثر می شود. برخی پژوهش ها، رابطه میان حل مسئله موثر پایین و کاهش خاطرات اختصاصی را نشان داده اند. مطالعات نشان داده اند که بیماران افسرده ای که اختصاصی کردن پایینی در

تاکنون فقط دو مطالعه مداخلات درمانی به صورت مستقیم در مورد افزایش خاطرات اختصاصی افراد بوده است.

سرانو و همکاران (۲۰۰۴) یک درمان با نام "بازنگری در زندگی جدید" در مورد افراد افسرده بزرگسال انجام دادند. تمرکز اصلی بر روی کمک به افراد مسن در بازیابی خاطرات اختصاصی مثبت بود. مطالعه دیگر، که توسط رایس و همکاران (۲۰۰۹) انجام شد؛ از برنامه MEST (آموزش اختصاصی کردن خاطرات) جهت مداخله مستقیم در کاهش بیش‌کلی‌گرایی حافظه در بیماران افسرده استفاده شد. با توجه به اینکه نتایج پژوهش‌های متعدد حاکی از آن است که کاهش خاطرات اختصاصی در افراد، با میزان آسیب‌شناسی روانی همبستگی بالایی دارد (پیولینو و همکاران<sup>۳۳</sup>، ۲۰۱۰)؛ همچنین کاهش اختصاصی کردن خاطرات در افراد PTSD کاملاً ثابت شده است (هاروی، بریانت و دانگ، ۱۹۹۸، به نقل از ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷)، اما تاکنون مداخلات درمانی خاصی بر روی بیماران PTSD جهت افزایش اختصاصی کردن خاطرات در آنها صورت نگرفته است. بنابراین اجرای یک برنامه مداخله درمانی جهت افزایش اختصاصی کردن خاطرات در این گروه از بیماران ضروری به نظر می‌رسد.

با توجه به مطالب ذکر شده، هدف پژوهش حاضر این است که آموزش اختصاصی کردن خاطرات (MEST) که یک برنامه مداخله‌ای گروه محور جدید است، چه اندازه در بالا بردن میزان اختصاصی کردن خاطرات بیماران PTSD تاثیر دارد؛ و همچنین آیا افزایش اختصاصی کردن خاطرات، با بهبود برخی متغیرهای کلیدی آسیب‌شناختی مانند اجتناب عملکردی، خاطرات ناخواسته و حل مسئله اجتماعی آسیب دیده در این بیماران همراه خواهد بود؟

## روش

پژوهش حاضر در قالب یک طرح شبه تجربی که پیش‌آزمون، پس‌آزمون توأم با گروه کنترل نامیده می‌شود انجام شده است. جامعه آماری پژوهش کلیه

جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه جنگ تحمیلی مراجعه کننده به بیمارستان روانپزشکی صدر در نیمه دوم سال ۱۳۹۱، که حداقل یکبار تشخیص اختلال استرس پس از سانحه را توسط روانپزشک دریافت کرده بودند، تشکیل دادند. ۲۴ نفر بیمار مرد مبتلا به PTSD، با روش نمونه‌گیری در دسترس از میان مراجعه کنندگان به بیمارستان انتخاب شدند. ملاک‌های ورودی شرکت کنندگان، داشتن حداقل تحصیلات ابتدایی و عدم ابتلا به اختلالات روان پریشی و مصرف مواد بود. دامنه سنی بیماران بین ۳۹ تا ۵۲ سال می‌باشد که نمونه انتخاب شده به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل:

### مصاحبه بالینی ساختار یافته، برای اختلالات

**محور I (SCID-I):** مصاحبه مذکور ابزاری انعطاف پذیر می‌باشد که توسط فرست و همکاران (۱۹۹۶) تهیه شد. دوزوا و دابسون (۲۰۰۱) ضریب توافق کامل دو ارزیاب (با استفاده از نوار صوتی برای ارزیابی دوم) در مورد SCID گزارش نموده‌اند. در بررسی که توسط بختیاری (۱۳۷۹) در ایران انجام شد؛ روایی محتوایی و صوری نسخه ایرانی توسط سه تن از اساتید روانشناسی بالینی تایید شد و پایایی آن با آزمون-آزمون مجدد در طی یک هفته ۰/۹۵ گزارش شد. شریفی و همکاران (۱۳۸۳) این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند، توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی و کلی متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد).

**آزمون حافظه شرح حال:** یک تکلیف مربوط به حافظه رویدادی است که در آن آزمودنی در پاسخ به نشانه لغات دارای بار هیجانی به تولید خاطرات شرح حال رویدادی اختصاصی می‌پردازد. این آزمون توسط ویلیامز و برودبنت (۱۹۸۶) طراحی و تدوین شده و در کار با بیماران متمایل به خودکشی به کار برده می‌شود. از شرکت کنندگان خواسته شد که به هر لغت، با خاطره‌ای که به واسطه لغت یادآوری می‌شود، پاسخ دهند. به آنها گفته شد که خاطره

ضریب آلفای آن بین ۰/۶۹ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. روایی سازه این پرسشنامه نیز با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و همبستگی با دیگر مقیاس های حل مسئله و سازه های روان شناختی همپوش، تایید شده است.

#### پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II):

این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. این پرسشنامه با مقیاس درجه بندی هامیلتون، همبستگی ۰/۷۱ دارد و پایایی بازآزمایی یک هفته ای آن ۰/۹۱ است. همسانی درونی این پرسشنامه نیز ۰/۹۱ گزارش شده است (بک، استر و براون، ۱۹۹۶). مشخصات روانسنجی این پرسشنامه در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران بدین شرح گزارش شده است: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه، ۰/۸۹، ضریب باز آزمایی به فاصله یک هفته، ۰/۹۴ بوده است (فتی و همکاران، ۱۳۸۴).

روش اجرا: پس از نمونه گیری و انتخاب بیماران داوطلب برای اجرای برنامه درمانی و انتخاب تصادفی بیماران در دو گروه آزمایش و کنترل، طی یک جلسه قبل از شروع جلسات آموزشی برای بیماران گروه آزمایش در مورد برنامه آموزشی به طور کامل توضیحاتی داده شد. سپس رضایت نامه هایی که در آن قوانین مربوط به جلسات نوشته شده به بیماران داده و پس از امضای موافقت نامه اولین سری پرسشنامه ها توسط هر دو گروه کنترل و آزمایش تکمیل شدند (پیش آزمون). سپس یک برنامه زمان بندی از جلسات به بیماران گروه آزمایش داده شد. بعد از جلسه پیش از شروع درمان، اولین جلسه آموزشی با این بیماران، اجرا و سه جلسه بعدی به صورت هفتگی، به دنبال اولین جلسه برگزار شد. بعد از چهارمین (آخرین) جلسه، شرکت کنندگان در جلسات آموزشی و گروه کنترل، دوباره همان پرسشنامه ها را که در اولین جلسه تکمیل کرده بودند؛ پر کردند (رایس و همکاران، ۲۰۰۹). برنامه MEST، شامل چهار جلسه یک ساعته است. که برای گروه هایی حدود ۳ تا ۸ شرکت کننده، در

یادآوری شده می تواند مهم یا کم اهمیت، مربوط به دوران گذشته یا اخیر باشد. نکته مهم این است که باید یک رویداد اختصاصی را بیان کنند. حادثه ای که در یک زمان و مکان خاص رخ داده و دارای یک مدت زمان محدود (یک روز یا کمتر) باشد. خاطره بازبایی شده (اختصاصی یا غیراختصاصی) توسط دو نفر کدگذاری شده و در صورت عدم پاسخ دهی، امتیاز صفر به عنوان "حذف" نمره گذاری می شود. همبستگی درون طبقه ای (توافق ارزیاب ها) نمره گذاری برای خاطرات اختصاصی بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۴ در نوسان بود.

#### مقیاس تجدید نظر شده تاثیر رویداد: به وسیله

وایس و مامر (۱۹۹۷)، هماهنگ با مقیاس های DSM-IV برای تشخیص PTSD تدوین گشت. مقیاس IES اصلی (هوروویتز و همکاران، ۱۹۸۷). پرسشنامه IES-R. در بر گیرنده ۲۲ ماده است. مجموع نمره های ۲۲ ماده، نمره کلی آزمون را تشکیل می دهد. در ایران این مقیاس توسط مرادی و همکاران ترجمه شده است. اعتبار این آزمون با ضریب آلفا برای افکار ناخواسته بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۲، و برای اجتناب بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ در نوسان بوده است. همچنین روایی خرده مقیاس های افکار ناخواسته و اجتناب که مواد اصلی می باشند، تا ۰/۸۵ حمایت شدند.

#### فرم کوتاه تجدید نظر شده پرسشنامه توانایی

حل مسئله اجتماعی (SPSI-R): یک مقیاس خود گزارش دهی برای اندازه گیری مهارت های حل مسئله اجتماعی است. این مقیاس مبتنی بر کار قبلی مولفان است که بر روی گروهی از نوجوانان اجرا شد (دزوریلا، نزو، مید، اولیورز، ۱۹۹۶)، که مولفه های عمده مدل نظری حل مسئله اجتماعی را بررسی و اندازه گیری می کند. فرم کوتاه این مقیاس ۲۵ سوال است و روی مقیاس ۵ درجه لیکرت از کاملا نادرست تا کاملا درست نمره گذاری می شود. نمره بالا در (SPSI) نشان دهنده حل آسان، کارا و سازنده مسئله است. در حالی که نمره پایین نشان دهنده حل ناقص، ناکارآمد و بدکارکردی حل مسئله است. پایایی آزمون مجدد این پرسشنامه بین ۰/۶۸ تا ۰/۹۱ و

خاطره اختصاصی بیان کنند. از کلمات مثبت و منفی که در یک زمینه مشابه قرار دارند (نا آزمودگی و مهارت، استرس زا و آرام کننده، ناراحت و خوشحال)، هدف این است که تمایل شرکت کنندگان به بیش‌کلی‌گرایی کاهش تکالیف خانگی شبیه تکالیفی است که در طول جلسه دوم بیان شدند؛ با این تفاوت که این بار با کلمات منفی هم کار خواهد شد.

در جلسه چهارم، در تمرین‌ها از کلمات منفی (و همتای مثبت آنها) استفاده شد. همچنین برای شرکت کنندگان توضیح داده شد که تفکر بیش‌کلی‌گرا می‌تواند توسط تنها یک تجربه هم فعال شود و ادامه یابد مثل: "چهارشنبه گذشته وقتی خانواده من پیش من آمدند"، "من شام را خراب کردم"، "وقتی آشپزی می‌کنم همه چیز خراب می‌شود"، "هر وقت کاری می‌کنم"، "حتما خراب می‌شود"، "من کاملا به درد نخورم". پس از به بحث گذاشتن چند نمونه از این مثال‌ها، باعث شد که شرکت کنندگان آگاهی فراشناختی پیدا کرده که چه وقت تغییر می‌کنند و خاطراتشان را به صورت کلی بیان می‌کنند و تفکر غیر اختصاصی دارند.

تحلیل داده‌های این پژوهش بر اساس نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در مورد ارزیابی‌های به عمل آمده از برخی متغیرهای شناختی اختلال استرس پس از سانحه و میزان اختصاصی کردن خاطرات صورت گرفت. در این پژوهش از محاسبه شاخص آمار توصیفی همچون میانگین و انحراف معیار برای اطلاعات توصیفی استفاده شد و برای پاسخ به سوالات پژوهش و تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره، آزمون تعقیبی توکی و آزمون T وابسته استفاده شد.

### یافته‌ها

همان‌طور که جدول مشخصات توصیفی مربوط به گروه‌های آزمایش و کنترل نشان می‌دهد هم در بعد مراحل (بین مراحل، پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری) و هم در بعد گروه، در هر مرحله

چهار هفته متوالی پیشنهاد شده است. برگزاری گروه‌ها توسط یک آموزش دهنده اجرا می‌شود (روانشناس بالینی). مهمترین هدف اجرای برنامه این است که شرکت کنندگان هنگامی که اتفاقات شخصی را از حافظه شرح حالشان (حافظه شخصی) باز خوانی می‌کنند، آنها را اختصاصی کنند.

به طور کلی جلسه اول شامل آموزش روانی در مورد عملکرد حافظه در ارتباط با اختلال استرس پس از سانحه و مشکلات مربوط به آن است. عنوان‌هایی که توضیح داده می‌شوند شامل: (a) مشکلات حافظه که موجب آسیب تمرکز خواهد شد. (b) رمز گذاری و بازخوانی هماهنگ با خلق. (c) کاهش اختصاصی کردن خاطرات شخصی. (رایس و همکاران، ۲۰۰۹).

جلسه دوم با ارائه خلاصه‌ای از جلسه اول آغاز و سپس تکالیف خانگی در گروه به بحث گذاشته شد. در ادامه جلسه، شرکت کنندگان باید برای هر کدام از ۴ کلمه سرنخ (۲ کلمه مثبت و ۲ کلمه منفی) که به آنها ارائه شده بود خاطرات اختصاصی بیان کنند. دوباره شرکت کنندگان تشویق می‌شوند که تا آنجا که امکان دارد جزئیات (زمانی-فضایی، بافتی، مفهومی-حسی) بیشتری تولید کنند (رایس و همکاران، ۲۰۰۹). در آخر جلسه دوم، تکالیف خانگی مربوط به هفته آینده توضیح داده خواهد شد. برای هر کدام از ۱۰ کلمه سرنخ (مثبت و خنثی) که به آنها ارائه می‌شود، دو خاطره متفاوت از هم بنویسند (جمعا ۲۰ خاطره).

جلسه سوم از لحاظ انجام تمریناتی که از شرکت کنندگان درخواست می‌شود، بسیار شبیه جلسه دوم است (بیان دو خاطره اختصاصی متفاوت برای یک کلمه). در این جلسه شرکت کنندگان باید بیشتر با کلمات منفی خاطره بیان کنند. دستورالعملی که به آنها داده می‌شود این است که برای هر کدام از کلمات منفی که به آنها ارائه می‌شود (زمخت و ناآزموده، استرس زا و ناراحت کننده)، دو خاطره اختصاصی متفاوت بیان کنند. بعد از بیان خاطره برای هر کلمه منفی، از آنها خواسته می‌شود تا با کلمه همتای مثبت آن (با مهارت، آرام، خوشحال)

چندین متغیر وابسته، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) استفاده شده است. در ادامه به منظور آزمون مولفه همگنی واریانس ها که مفروضه تحلیل کوواریانس تلقی می شود از آزمون همگنی واریانس ها استفاده شده که نتایج آن در جداول زیر گزارش شده است.

اندازه گیری تفاوت هایی وجود دارد که معناداری این تفاوت ها بر ما مشخص نیست. به منظور پاسخگویی به سوال پژوهش مینی بر تفاوت میانگین ها، با توجه به وجود یک منبع بیگانه پراش با مقیاس حداقل فاصله ای که امکان کنترل تجربی مستقیم آنها وجود ندارد (پیش آزمون) و همچنین با توجه به وجود

جدول ۱- مشخصات توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش در سه سطح اندازه گیری گروه آزمایش و کنترل

| گروه   | مقیاس           | پیش آزمون |       | پس آزمون |       | پیگیری |       |
|--------|-----------------|-----------|-------|----------|-------|--------|-------|
|        |                 | SD        | M     | SD       | M     | SD     | M     |
| آزمایش | بیش کلی گرایی   | ۱/۲۴      | ۱۷/۴۲ | ۱/۴۴     | ۱۰/۵۸ | ۱/۷۱   | ۱۱/۲۵ |
|        | حل مسئله        | ۴/۹۹      | ۵۴/۵۰ | ۵/۲۵     | ۶۰    | ۷/۲۶   | ۵۹/۷۵ |
|        | افسردگی         | ۹/۰۶      | ۱۹/۰۸ | ۴/۰۲     | ۱۵/۲۵ | ۳/۱۴   | ۱۵/۰۸ |
|        | خاطرات ناخواسته | ۱/۹۴      | ۲۷/۸۳ | ۴/۰۷     | ۱۲/۵۸ | ۳/۸۸   | ۱۲/۳۳ |
|        | اجتناب- عملکرد  | ۲/۳۱      | ۲۸/۷۵ | ۲/۳۰     | ۱۲/۷۵ | ۲/۶۱   | ۱۳/۴۲ |
| کنترل  | بیش کلی گرایی   | ۳/۵۲      | ۱۷/۳۳ | ۱/۰۷     | ۱۶/۴۲ | ۱/۵۰   | ۱۶/۵۸ |
|        | حل مسئله        | ۵/۴۴      | ۵۵/۲۵ | ۸/۵۸     | ۵۷/۱۷ | ۸/۳۵   | ۵۷/۲۳ |
|        | افسردگی         | ۱۰/۰۶     | ۲۰/۴۲ | ۸/۲۶     | ۲۰/۱۷ | ۸/۰۸   | ۲۰/۶۷ |
|        | خاطرات ناخواسته | ۳/۲۶      | ۲۶/۰۸ | ۳/۷۵     | ۲۴/۹۲ | ۳/۰۰   | ۲۴/۵۰ |
|        | اجتناب- عملکرد  | ۶/۱۴      | ۲۷/۴۲ | ۵/۸۰     | ۲۵/۱۷ | ۷/۱۲   | ۲۵/۶۷ |

جدول ۲- نتایج آزمون ام باکس به منظور همگنی ماتریس کوواریانس ها

| M Box | F   | Df1 | Df2     | sig |
|-------|-----|-----|---------|-----|
| ۱۵/۲۱ | ۲۲۱ | ۱۰  | ۲۳۱۳/۹۴ | .۲۷ |

ادامه به منظور مقایسه نمرات دو گروه در پس آزمون و در نظر داشتن تفاوت آنها در پیش آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده شده است.

همان طور که نتایج مربوط به آزمون M باکس نشان می دهد مفروضه مربوط به یکسانی ماتریس کوواریانس ها برقرار می باشد، بنابراین با توجه به برقراری مفروضه های آزمون تحلیل کوواریانس در

جدول ۳- خلاصه نتایج آزمون چند متغیری

| آزمون         | Value | F      | Df | Sig   | اندازه اثر |
|---------------|-------|--------|----|-------|------------|
| لامبدای ویلکز | ۰/۰۳  | ۱۳۹/۵۹ | ۴  | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۷       |

از اثر بخشی برنامه درمانی حداقل در یکی از متغیرهای وابسته دارد. به منظور دست یافتن به جزئیات بیشتر در مورد تک تک متغیرهای وابسته، نتایج مربوط به هر متغیر به طور جداگانه در ادامه آورده شده است.

بر اساس جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان می‌دهد که در گروه درمانی حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد. بدین معنی که با در نظر داشتن پیش آزمون، بین پس آزمون گروه‌ها تفاوت وجود دارد که نشان

جدول ۴- نتایج تفاوت های بین گروهی برای متغیرهای پژوهش

| آزمون          | منبع پراش | SS     | Df | MS     | F      | Sig   | اندازه اثر |
|----------------|-----------|--------|----|--------|--------|-------|------------|
| بیش کلی گرای   | پیش آزمون | ۳/۵۵   | ۱  | ۳/۵    | ۲/۸۳   | ۰/۱۱  | ۰/۱۱       |
|                | گروه      | ۲۸۳/۳۳ | ۱  | ۲۸۳/۳۳ | ۲۳۹/۹۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۳       |
|                | خطا       | ۲۱/۲۵  | ۱۸ | ۱/۸۱   |        |       |            |
| اجتناب کارکردی | پیش آزمون | ۲۵/۰۸  | ۱  | ۲۵/۰۸  | ۴/۱۷   | ۰/۰۶  | ۰/۱۷       |
|                | گروه      | ۸۶۹/۴۹ | ۱  | ۸۶۹/۴۹ | ۱۳۸/۱۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۸       |
|                | خطا       | ۱۲۶/۹۷ | ۱۸ | ۷/۴۷   |        |       |            |
| افکار ناخواسته | پیش آزمون | ۱۱۳/۶۵ | ۱  | ۱۱۳/۶۵ | ۵/۳۴   | ۰/۰۷  | ۰/۱۸       |
|                | گروه      | ۹۶۹/۴۳ | ۱  | ۹۶۹/۴۳ | ۹۵/۱۱  | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۴       |
|                | خطا       | ۱۸۳/۴۶ | ۱۸ | ۱۰/۱۹  |        |       |            |
| حل مسئله       | پیش آزمون | ۲/۴۷   | ۱  | ۲/۴۷   | ۲/۰۹   | ۰/۱۶  | ۰/۱۰       |
|                | گروه      | ۱۳/۶۵  | ۱  | ۱۳/۶۵  | ۰/۳۴   | ۰/۵۶  | ۰/۰۳       |
|                | خطا       | ۲۵۲/۸۳ | ۱۸ | ۱۴/۸۷  |        |       |            |

کاهش اجتناب کارکردی ( $F=۱۳۸/۱۷$ ،  $P<۰/۰۱$ ) در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شده اما در متغیر حل مسئله ( $F=۰/۳۴$ ،  $P>۰/۰۵$ ) در پس آزمون نیز تغییر معناداری حاصل نشد و آموزش اختصاصی کردن خاطرات تاثیر معناداری بر توانایی حل مسئله این بیماران نداشت.

همچنین برای پی بردن به پایایی و ماندگاری نتایج در مرحله پیگیری در هر گروه، از دو گروه آزمایش و کنترل نمرات پس آزمون با نمرات پیگیری بایکدیگر مقایسه شدند.

جدول شماره ۴ نشان می‌دهد تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون از نظر آماری معنادار نمی‌باشد. بدین معنی که این دو گروه در متغیرهای بیش کلی گرای ( $F=۲/۸۳$ ،  $P>۰/۰۵$ )، اجتناب کارکردی ( $F=۴/۱۷$ ،  $P>۰/۰۵$ )، افکار ناخواسته ( $F=۵/۶۴$ ،  $P>۰/۰۵$ ) و حل مسئله ( $F=۲/۰۹$ ،  $P>۰/۰۵$ ) از قبل هیچ تفاوت معناداری با هم ندارند. اما در پس آزمون نتایج نشان می‌دهد که آموزش اختصاصی کردن خاطرات موجب کاهش بیش کلی گرای ( $F=۲۳۹/۳۳$ ،  $P<۰/۰۱$ )، خاطرات ناخواسته ( $F=۹۵/۱۱$ ،  $P<۰/۰۱$ ) و همچنین موجب



جدول ۵- نتایج آزمون t برای مقایسه پس آزمون و پیگیری برای گروه آزمایش

| Sig  | T     | SD   | M     | مرحله    | گروه            |
|------|-------|------|-------|----------|-----------------|
| ۰/۵۹ | -۰/۵۵ | ۱/۴۴ | ۸/۹۲  | پس آزمون | بیش کلی گرایبی  |
|      |       | ۱/۷۱ | ۹/۲۵  | پیگیری   |                 |
| ۰/۹۳ | -۰/۰۹ | ۵/۲۶ | ۶۰/۰۰ | پس آزمون | حل مسئله        |
|      |       | ۷/۶۳ | ۵۹/۷۵ | پیگیری   |                 |
| ۰/۴۸ | -۰/۷۳ | ۲/۳۰ | ۱۲/۷۵ | پس آزمون | اجتناب کارکردی  |
|      |       | ۲/۶۱ | ۱۳/۴۲ | پیگیری   |                 |
| ۰/۸۸ | -۰/۱۵ | ۴/۰۸ | ۱۲/۵۸ | پس آزمون | خاطرات ناخواسته |
|      |       | ۳/۸۸ | ۱۲/۸۳ | پیگیری   |                 |

همان طور که نتایج جدول ۵ نشان می دهد در گروه آزمایش در تمامی متغیرهای بیش کلی گرایبی ( $P < ۰/۰۵, t = -۰/۷۳$ )، اجتناب کارکردی ( $P < ۰/۰۵, t = -۰/۷۳$ )، خاطرات ناخواسته ( $P < ۰/۰۵, t = -۰/۱۵$ )، تفاوت میانگین در مرحله پس آزمون و پیگیری معنادار نبوده است یعنی تغییرات بوجود آمده از حد شانس و تصادف بالاتر و نتیجه درمان از ثبات خوبی برخوردار است.

همان طور که نتایج جدول ۵ نشان می دهد در گروه آزمایش در تمامی متغیرهای بیش کلی گرایبی ( $P < ۰/۰۵, t = -۰/۷۳$ )، اجتناب کارکردی ( $P < ۰/۰۵, t = -۰/۷۳$ )، خاطرات ناخواسته ( $P < ۰/۰۵, t = -۰/۱۵$ )، تفاوت میانگین در مرحله پس آزمون و پیگیری معنادار نبوده است یعنی تغییرات بوجود آمده از حد شانس و تصادف بالاتر و نتیجه درمان از ثبات خوبی برخوردار است.

پژوهش حاضر، ارزیابی یک برنامه مداخله ای گروه-محور جدید است که هدف آن افزایش اختصاصی کردن خاطرات شرح حال و بررسی تاثیر این مداخله بر اجتناب کارکردی و خاطرات ناخواسته در بیماران دارای اختلال استرس پس از سانحه بود. یافته های پژوهش حاکی از آن است که پس از مداخله، میزان بیش کلی گرایبی بیماران PTSD به صورت معناداری کاهش یافته و سبک بازیابی خاطرات شرکت کنندگان به صورت معناداری اختصاصی تر شد. یافته ها نشان می دهند که افزایش اختصاصی کردن خاطرات در بیماران PTSD با بهبود در متغیرهای میانجی در آسیب به اختصاصی کردن خاطرات، همراه است. پس از اجرای برنامه مداخله، میزان اجتناب عملکردی و

خاطرات ناخواسته در شرکت کنندگان به صورت معناداری کاهش یافت. همان طور که مطالعات نشان می دهند؛ رابطه بین عاطفه منفی و بازیابی "به شکل اختصاصی" می تواند اجتناب منفعلانه از خاطرات رویدادی آزارنده را گسترش دهد. اجتناب از جزئیات حسی و دریافتی یک رویداد که اگر فعال شود، ممکن است آشفتگی های خلقی بزرگ و فاجعه باری تولید کند. راهبرد "قطع جستجو" قبل از دستیابی به بازنمایی های اختصاصی به منظور اجتناب از پیامدهای آزارنده، نوعی تقویت منفی برای افراد است. نتیجه این عمل اجتناب شناختی خواهد بود؛ یعنی فرد انتظار دارد اگر آنها را قطع نکند، پیامدهای آزارنده ای برای او خواهد داشت (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷). تمرینات ارائه شده در MEST موجب می شود تا فرد وادار شود جستجو در حافظه رویدادی را ادامه دهد تا آنجا که بتواند جزئیات را به یاد بیاورد و خاطره را بصورت اختصاصی بیان کند. به همین ترتیب، بیمار هنگام ارائه کلمات منفی، درمورد خاطرات ناراحت کننده خود بیشتر به جستجو می پردازد. همچنین طی انجام تکالیف جلسات سوم و چهارم که از کلمات سرخ منفی استفاده می شود، نوعی مواجهه با خاطرات ناراحت کننده نیز رخ می دهد. زیرا تقویت منفی ناشی از اجتناب از بازیابی خاطرات حذف می شود و فرد طی

پژوهش حاضر، ارزیابی یک برنامه مداخله ای گروه-محور جدید است که هدف آن افزایش اختصاصی کردن خاطرات شرح حال و بررسی تاثیر این مداخله بر اجتناب کارکردی و خاطرات ناخواسته در بیماران دارای اختلال استرس پس از سانحه بود. یافته های پژوهش حاکی از آن است که پس از مداخله، میزان بیش کلی گرایبی بیماران PTSD به صورت معناداری کاهش یافته و سبک بازیابی خاطرات شرکت کنندگان به صورت معناداری اختصاصی تر شد. یافته ها نشان می دهند که افزایش اختصاصی کردن خاطرات در بیماران PTSD با بهبود در متغیرهای میانجی در آسیب به اختصاصی کردن خاطرات، همراه است. پس از اجرای برنامه مداخله، میزان اجتناب عملکردی و

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر، ارزیابی یک برنامه مداخله ای گروه-محور جدید است که هدف آن افزایش اختصاصی کردن خاطرات شرح حال و بررسی تاثیر این مداخله بر اجتناب کارکردی و خاطرات ناخواسته در بیماران دارای اختلال استرس پس از سانحه بود. یافته های پژوهش حاکی از آن است که پس از مداخله، میزان بیش کلی گرایبی بیماران PTSD به صورت معناداری کاهش یافته و سبک بازیابی خاطرات شرکت کنندگان به صورت معناداری اختصاصی تر شد. یافته ها نشان می دهند که افزایش اختصاصی کردن خاطرات در بیماران PTSD با بهبود در متغیرهای میانجی در آسیب به اختصاصی کردن خاطرات، همراه است. پس از اجرای برنامه مداخله، میزان اجتناب عملکردی و

می‌توان حل مسئله اجتماعی در این بیماران را افزایش داد. همان طور که ملاحظه می‌شود آموزش اختصاصی کردن خاطرات در بیماران PTSD، با نتیجه این مطالعات همسو نمی‌باشد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت ممکن است یکی از دلایل بهبود نیافتن حل مسئله در این بیماران این باشد که بیماری PTSD، اختلال نسبتاً پیچیده‌تری نسبت به افسردگی ساده است.

افراد PTSD دامنه وسیعتری از مشکلات شناختی را دارا هستند؛ به خصوص مشکلات مربوط به حافظه در این بیماران بسیار شدیدتر از بیماران افسرده است. بنابراین ممکن است حل مسئله آسیب دیده آنها فقط نتیجه بیش‌کلی‌گرایی حافظه نباشد و مکانیزم‌های دیگری که در این پژوهش تحت کنترل یا دستکاری نبوده‌اند نیز روی این مولفه تاثیر بیشتری داشته باشند. از طرفی ممکن است به علت اینکه بیماران شرکت کننده در این پژوهش جانبازان مبتلا به PTSD جنگ بوده و اختلال آنها مزمن شده است، حل مسئله آسیب دیده در آنها عمیق‌تر شده و میزان بیش‌کلی‌گرایی در خاطرات آنها نیز بسیار بالا باشد. در نتیجه شاید لازم است برای بهبود این مشکل، جلسات بیشتری از این نوع آموزش همراه با در نظر گرفتن جنبه‌های دیگر موثر بر این مولفه، به این بیماران ارائه شود. این یافته را می‌توان چنین تبیین کرد که در روند آموزش اختصاصی کردن خاطرات، به افراد یاد داده می‌شود که فکر کردن به صورت کلی (بیش‌کلی‌گرایانه) می‌تواند از یک خاطره خاص شروع شود و به این افراد آموزش داده می‌شود که چگونه بر روی خاطره خاصی که از طریق یک کلمه سرخ برای آنها تداعی می‌شود، تمرکز کنند و سعی کنند تا جزئیات بیشتری از آن خاطره را بازیابی و بیان کنند.

در تکالیف خانگی نیز که به صورت هفتگی انجام می‌شود افراد باید با استفاده از کلمات سرخ به اختصاصی کردن خاطرات خود بپردازند. همچنین بیماران باید در تکالیف خانگی هفتگی خود خاطرات روزانه خود را نیز بیان کنند این عمل موجب می‌شود بیش‌کلی‌گرایی در مورد رویدادهای اخیر نیز کاهش

روند درمان مجبور است برای یادآوری جزئیات بیشتر، جستجو در حافظه رویدادی را قطع نکند و خاطرات را زنده به تصویر بکشد تا بتواند آنها را به شکلی اختصاصی بنویسد. در نتیجه انجام این مداخلات، اجتناب عملکردی فرد در مورد بیان، تصور و جستجوی خاطرات کاهش پیدا می‌کند. یافته‌های این بخش از پژوهش با مطالعه رایس و همکاران (۲۰۰۹) همسو می‌باشد در این مطالعه اجرای برنامه MEST<sup>۲۴</sup> (آموزش اختصاصی کردن خاطرات) در کاهش اجتناب عملکردی بیماران افسرده موثر بوده است.

افزون بر این، یافته‌ها حاکی از آن است که خاطرات ناخواسته پس از مداخله در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری داشته است. در طی آموزش اختصاصی کردن، فرد وادار به تمرکز بر روی این خاطرات ناخواسته می‌شود؛ تا بتواند به جزئیات آن دست یابد. زمانی که این خاطرات وارد هشیاری فرد می‌شوند، توجه را بسیار بالا می‌برند (کانون توجه را به خود اختصاص می‌دهند). به افراد گفته می‌شود که هنگام ورود خاطرات ناخواسته به هشیاری، سعی نکنند که آن را سرکوب کنند؛ چون یادآوری ناقص و سرکوب موجب می‌شود تا این خاطرات به شکل ناخواسته، مکرراً به ذهن آنها بیاید و برای آنها آزار دهنده باشد. با انجام این تکلیف نوعی مواجهه ذهنی با خاطرات ناخواسته مربوط به تروما اتفاق می‌افتد. همان طور که ویلیامز و همکاران (۲۰۰۷) نیز در پژوهشی نشان دادند، خاطرات منفی تروما ظرفیت خود را برای برانگیخته کردن عواطف منفی از دست می‌دهند (اثر محو شدگی) و خاطرات ناخواسته کمتر فرد را آزار خواهند داد.

همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد میزان توانایی حل مسئله گروه دریافت کننده مداخله، نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری نداشته است. ویلیامز و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای بر بیماران افسرده نشان دادند که دستکاری روی اختصاصی کردن خاطرات، موجب تغییراتی در توانایی حل مسئله افراد خواهد شد. همچنین رایس و همکاران (۲۰۰۹)، با اجرای برنامه MEST، بر روی ۱۰ بیمار زن افسرده، دریافتند که با آموزش اختصاصی کردن خاطرات،

گاتز و مونتائز (۲۰۰۴) و مطالعه بعدی توسط رایس و همکاران (۲۰۰۹) انجام گرفته است. نتایج نشان داد که این افراد بعد از مداخله سبک بازیابی خاطراتشان نسبت به گذشته اختصاصی تر شده اند.

این برنامه مداخله به دلیل اینکه اختصاصا برای کاهش بیش کلی گرایي حافظه طراحی شده است، تاثیر زیادی بر کاهش بیش کلی گرایي در بیماران PTSD دارد و می توان آن را به عنوان درمانی انتخابی جهت کاهش بیش کلی گرایي این بیماران به کار برد زیرا در روند درمان های دیگر مانند CBT توجه کمی به این نقص و کاهش آن شده است. باقی ماندن مشکل بیش کلی گرایي حافظه در این بیماران، ممکن است در بقا و عود مشکلات آنها دخیل باشد. در پایان قابل ذکر است مشکل بودن دستیابی به نمونه و انتخاب نمونه ها به شیوه در دسترس از میان بیماران PTSD ناشی از جنگ که اختلالشان مزمن شده بود، از محدودیت های پژوهش حاضر بود که جا دارد پژوهشگران در آینده به این امر توجه کنند و همچنین پیشنهاد می شود که این مداخله بر روی نمونه های دیگری از افراد مبتلا به PTSD از نظر ماهیت نیز صورت گیرد.

یابد. در این تکالیف فرد وادار می شود زمانی را برای این موضوع اختصاص بدهد و خاطره را آن چنان تجسم کند که انگار در آن موقعیت قرار دارد. به فرد آموزش داده می شود تصورش را تا آنجا که ممکن است آنچنان زنده به یاد بیاورد که قادر باشد کاملا آن موقعیت به تصویر بکشد. در روند آموزش اختصاصی کردن خاطرات، بیمار یاد می گیرد به موقعیت هایی که به صورت کلی فکر می کند برگردد و روی آنها تمرکز کند. تمرینات متوالی و آوردن مثال های زیاد در جلسات توسط خود بیماران و درمانگر، موجب می شود که توجه فرد نسبت به جزئیات اطرافش بالا برود و با ملاحظه بیشتری خاطرات را بازیابی کند. این امر در مورد رمز گذاری خاطرات جدید نیز می تواند اتفاق بیفتد. همچنین در طی جلسات از افراد خواسته می شود تا با یک کلمه سرخ دو خاطره متفاوت را بیان کنند؛ در پژوهش رایس و همکاران (۲۰۰۹)، هدف از این کار تمرکز بیشتر بر رویدادهای دوران گذشته و کاهش بیش کلی گرایي در بیماران بیان شده است. یافته های این پژوهش با دو مطالعه ای که منحصرا در جهت کاهش اختصاصی کردن خاطرات انجام شده است، همسو می باشد. مطالعه اول توسط سرانو، لاتوره،

## پی نوشت ها

- 19- Comorbidity
- 20- Nolen-Hoeksema & Morrow
- 21- Raes, Williams & Hermans
- 22- Park, Goodyer & Teasdale
- 23- Piolino
- 24- Memory specificity training

- 1- post traumatic stress disorder
- 2- kessler
- 3- Olff & Gersons
- 4- Bremner, Randall, Scott, Bronen, Seibyl and etal
- 5- Morgan, Hazlett, Wang, Richardson, Schnur & Southwick
- 6- Diagnostic and statistical manual of mental disorder, DSM IV, 4th ed. Fourth edition.
- 7- Autobiographical memory
- 8- Jobson & Okearney
- 9- Conway & Play Dell-pearce
- 10- Sumner
- 11- Over general memory
- 12- Unspecific
- 13- Williams, Barnhofer, Cran., Hermans, Raes
- 14- Schonfeld, Ehlers, Bollinghaus, Reif
- 15- Guthrie
- 16- Ehlers & Clark
- 17- Pillat & Spivak
- 18- co-occur

## منابع

- ۱- فتی، لادن، بیرشک، بهروز، عاطف وحید، محمد کاظم و استفان دابسون، کیت. (۱۳۸۴). ساختار های معنا گذاری طرحواره ها، حالت های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال یازدهم، شماره ۲، ۲۵-۳۲.
- ۲- بختیاری، مریم. (۱۳۷۹). بررسی اختلال روانی در مبتلایان به اختلال بد شکلی بدن، پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. تهران: دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- ۳- شریفی ونداد، اسعدی سید محمد، محمدی محمدرضا و همکاران، (۱۳۸۳)، پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیص برای SCID بر اساس DSM IV. فصلنامه تازه های علوم شناختی. شماره ۳، ۸-۲۲.

- Psychiatry, 158, pp. 1239-1247.
- 21- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- 22- Park, R. J., Goodyer, I. M., & Teasdale, J. D. (2002). Categorical overgeneral autobiographical memory in adolescents with major depressive disorder. *Psychological Medicine*, 32, 267e276.
- 23- Olff, M., Laneland, W., Gersons, B. P., (2005). The psychology of PTSD: Coping with trauma. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 974-982.
- 24- Piolino, P., Coste, C., Martinelli, P., Mace, A. L., Quinette, P., Guillery- Girard, B., et al. (2010). Reduced specificity of autobiographical memory and aging: Do the executive and feature binding function of working memory have a role? *Neuropsychologia*, 48, 429-440.
- 25- Raes, F., Williams, G. M., Hermans, D. (2009). Reducing cognitive vulnerability to depression: A preliminary investigation of Memory Specificity Training (MEST) in inpatients with depressive symptomatology. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 24-38.
- 26- Rubin, D. C., Bernsten, D., & Bohni, M. K. (2008). A memory-based model of post traumatic stress disorder: evaluating basic assumption underlying the PTSD diagnosis. *Psychological Review*, 115, 985-1011.
- 27- Schonfeld, S., & Ehlers, A. (2006). Overgeneral memory extends to pictorial retrieval cues and correlates with cognitive features in posttraumatic stress disorder. *Journal of Emotion*, 6, 611-621.
- 28- Sconfeld, S., Ehlers, A., Bollinghaus, L., Reif, W. (2007). Overgeneral memory and suppression of trauma memories in post traumatic stress disorder. *MEMORY*, 15 (3), 339-352.
- 29- Serrano, J. P., Latorre, J. M., Gatz, M., & Montanes, J. (2004). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology. *Psychology and Aging*, 19, 272-277.
- 30- Sumner, J. (2012). The mechanism underlying overgeneral autobiographical memory: An evaluative review of evidence for CAR- FA-X model. *Clinical Psychology Review*, 32, 34-48.
- 31- Wenzel, A., Jackson, L. C., Brendle, J. R., & Pinna. (2003). Autobiographical memories associated with feared stimuli in fearful and nonfearful individuals. *Anxiety, Stress and Coping*, 16, 1-15.
- 32- Williams, J. M. G., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory insuicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 144-149.
- 33- Williams, J. M. G., Chan, S., Crane, C., Barnhofer, T., Eade, J., & Healy, H. (2006). Retrieval of autobiographical memories: the mechanisms and consequences of truncated search. *Cognition & Emotion*, 20, 351e382.
- 34- Williams, J. M., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., & Watkins, E., et al. (2007). Autobiographical Memory Specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133, 122- 148.
- 4- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th text Revisional)*. Washington, DC: Author. and Life-Threatening Behavior, 31, 386-396.
- 5- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686.
- 6- Brewin, C. R. (2007). Autobiographical memory for trauma : Update on four controversies. *Memory*, 15(3), 227-248.
- 7- Brewin, C.R., Smart, L. (2002). Working memory capacity and suppression of obsessional thoughts (submitted for publication)
- 8- Bryant, R. A., & Harvey, A. H. (1997). Attentional bias in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10, pp. 635-644.
- 9- Bryant, R. A., Sutherland, K. G., Guthrie, R.M. (2007). Impaired specific autobiographical memory as a risk factor for posttraumatic stress after trauma. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 837-841.
- 10- Beck AT, Steer RA, Brown GK. (1996). Beck Depression Inventory for measuring depression. *Arch Gen psychol.*; 4, 561-571.
- 11- Bremner, J., Randall, R., Scott, T., Bronen, R., Seibyl, J., Southwick, S., Delaney, R., McCarthy, G., Charney, D., Innis, R. (1995). MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152:973-981
- 12- Conway, M. A. (2005). Memory and the self. *Journal of memory and language*, 53, 594-628.
- 13- Conway, M. A., & Play Dell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107, 261-288.
- 14- Dalgleish, T., Tchanturia, K., Serpell, L., Hems, S., Yiend, J., De Silva, P., et al. (2003). Self reported parental abuse relates to autobiographical memory style in patient with eating disorders. *Emotion*, 3, 211-222.
- 15- D'Zurilla, T.J., A.M. Nezu and A. Maydeu-Olivares: (1996), *Manual for the Social Problem-Solving Inventory - Revised (SPSI-R)* (Multi-Health Systems, Tonawanda, NY).
- 16- Ehlers, A., & Clark, D.M. (2000). *A Cognitive Model of PTSD*. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 38. Issue, 4. Pages 319 - 345.
- 17- Jobson, L. & O'Keary, R. (2009). Impact of Cultural Differences in Self on Cognitive Appraisals in Posttraumatic Stress Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 249 - 266.
- 18- Kuyken, W., & Brewin, C. R. (1995). Autobiographical memory functioning in depression and reports of early abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 585-591.
- 19- Moberly, N. J., & Watkins, E. R. (2006). Processing mode influences the relationship between trait rumination and emotional vulnerability. *Behavior Therapy*, 37, 281e291.
- 20- Morgan, C. A., Hazlett, M. G., Wang, S., Richardson, E. G., Schnurr, P., & Southwick, S. M. (2001). Symptoms of dissociation in humans experiencing acute, uncontrollable stress: a prospective investigation. *American Journal of*