

## ارزیابی تأثیر آموزش اختصاصی‌سازی خاطرات بر نارسایی شناختی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی

کامران یزدانبخش\*، فرناز رادمهر\*\*

### چکیده

هدف پژوهش حاضر، ارزیابی تأثیر آموزش اختصاصی‌سازی خاطرات بر نارسایی شناختی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی بود. روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند، تعداد ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) پس از تشخیص اختلال افسردگی اساسی و سپس مصاحبه بالینی، به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش، پرسشنامه‌های افسردگی بک-ویرایش دوم و نارسایی شناختی برادبنت و همکاران بود. گروه آزمایش طی ۴ جلسه، یک ساعت و نیم، تحت آموزش اختصاصی‌سازی خاطرات قرار گرفت. بعد از اتمام جلسات آموزشی، از هر دو گروه آزمایش و کنترل، پس‌آزمون و مجدداً یک ماه بعد، پیگیری به عمل آمد. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که آموزش اختصاصی‌سازی خاطرات بر نارسایی شناختی و مؤلفه‌های آن (حواس‌پرتی، مشکلات مربوط به حافظه، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری اسامی) تأثیر معناداری داشت. این نتایج در مرحله پیگیری حفظ شد. با توجه به تأثیر آموزش اختصاصی‌سازی خاطرات بر کاهش میزان نارسایی شناختی مبتلایان و تداوم اثر آن، به‌کارگیری این آموزش به‌منظور پیشگیری و درمان بیماران مبتلا به افسردگی اساسی ضروری به نظر می‌رسد.

**کلید واژه‌ها:** اختصاصی‌سازی خاطرات، افسردگی اساسی، نارسایی شناختی

\* استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی و تربیتی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران  
\*\* دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی و تربیتی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران  
radmehr.f12@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۲۸-۰۸-۱۳۹۷

تاریخ دریافت: ۱۹-۰۵-۱۳۹۷

## مقدمه

اختلال افسردگی اساسی، شایع‌ترین بیماری روانی است که بیش از ۳۵۰ میلیون نفر در جهان از آن رنج می‌برند و یکی از عوامل مهم ناتوانی در زندگی فرد است (رایس، ریگلین، لومکس، سوتر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). این اختلال در حال حاضر چهارمین بیماری شایع در جهان محسوب می‌شود و طبق برآوردهای انجام شده پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ این بیماری به دومین بیماری شایع در جهان بدل شود (جاد، ۱۹۹۷؛ به نقل از اون‌ولی، اسوندسن، بورستین و مریکانگس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵)، افسردگی اساسی، به عنوان یک اختلال شدید روان‌پزشکی، هزینه‌های زیادی را بر سلامت عمومی تحمیل می‌کند، که بر زندگی زنان بیشتر از مردان تأثیر می‌گذارد (لوکیس، چوکانو-بدویا، اسچولز، میرزایی، اورلی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). مطابق دیدگاه شناختی، اختلال افسردگی اساسی می‌تواند ناشی از فرایندهای شناختی منفی باشد که در ایجاد و پایداری این اختلال نقش مهمی ایفا کند. اختلال در کارکردهای شناختی، مشخصه مهم اختلال افسردگی اساسی محسوب می‌شود (بورا، یوسل، پانتلیس و برک<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱ به نقل از روسو، ماهون و بردیک<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵). نارسایی شناختی<sup>۶</sup> یکی از مؤلفه‌های مهم عملکرد شناختی است که بر نقش این عملکردها در اختلالات افسردگی اساسی تأکید شده است (عطادخت و مجدی، ۱۳۹۶) به طوری که در بین زنان بیشتر از مردان گزارش شده است (کیرنی، سیمپسون، مالته، فلمان<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). برادبنت، کوپر، فیتزگرالد و پارکز (۱۹۸۲) اولین کسانی بودند که اصطلاح نارسایی شناختی را شناسایی و مطرح کردند. نارسایی شناختی به عنوان ناتوانی در انجام تکالیفی تعریف می‌شود که فرد به‌طور معمول، قادر به انجام آن‌ها باشد و خطاهایی که به‌طور روزانه در ادراک، حافظه و توجه رخ می‌دهد (شاو<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۵ به نقل از

- 
1. Rice, Riglin, Lomax and Souter
  2. Avenevoli, Swendsen, Burstein and Merikangas
  3. Lucas, Chocano-Bedoya, Schulze, Mirzaei and Oreilly
  4. Bora, Yucel, Pantelis and Berk
  5. Russo, Mahon and Burdick
  6. cognitive failure
  7. Kearney, Simpson, Malte and Felleman
  8. Shaw

وینتراب، براون و تیمپانو<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸ و کاریگان و بارکوس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶). تحقیقات نشان می‌دهد که نارسایی شناختی شامل مؤلفه‌های حواس پرتی، مشکلات مربوط به حافظه، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری است (فنگ، لی، زیو، جیو و کیو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷). مکوین و ممدوایچ<sup>۴</sup> (۲۰۱۷) معتقدند که ساختارهای مغزی درگیر در اختلال افسردگی اساسی بیشتر با شناخت مرتبط هستند، لذا؛ نارسایی شناختی یک ویژگی شناخته شده در این اختلال است. در واقع، این اختلال؛ به تمرکز آسیب می‌زند و کارایی حافظه را کاهش می‌دهد (کریمیان، نشاط‌دوست، عسگری، عریضی و نجفی، ۱۳۹۶). تحقیقات نشان می‌دهد - کلیت‌گرای افراطی حافظه سرگذشتی، یک عامل منفی و آسیب‌زای پایدار در ایجاد و تداوم اختلال افسردگی اساسی است، به طوری که در این اختلال، بازیابی خاطرات اختصاصی کم‌تر و تعداد خاطرات کلی بیش‌تری مشاهده می‌شود (لاپیدو و براون<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵؛ به نقل از ارتن و براون<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸). آموزش اختصاص‌سازی خاطرات<sup>۷</sup> درمان جدیدی است که با هدف کمک به بیماران مبتلا به افسردگی اساسی برای یادآوری خاطرات اختصاصی شخصی و کاهش تمایل به بیش‌کلی‌گرایی است (ارتن و براون، ۲۰۱۸). آموزش اختصاص‌سازی خاطرات بر این اصل استوار است که تمرین‌های ارائه شده موجب می‌شود، تا فرد وادار شود جستجو در حافظه رویدادی را ادامه دهد تا آن‌جا که بتواند جزئیات را به یاد بیاورد و خاطره را به صورت اختصاصی بیان کند. این آموزش، روشی برای سامان‌دهی حافظه شخصی و در عین حال، آموزشی رضایت‌بخش برای رویارویی و مقابله با فرآیندهای شناختی اصلی درگیر در افسردگی است و در واقع، هدف اصلی این آموزش در درمان بیماران افسرده، تغییر الگوی یادآوری در حافظه شرح‌حال (از کلی به جزئی و اختصاصی) است (رایس، ویلیامز و هرمان<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹). به طوری که ورنرسیدلر، هیتچوک، بوان، مک‌کینون و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه خود نشان دادند که آموزش اختصاص‌سازی خاطرات

- 
1. Weintraub, Brown and Timpano
  2. Carrigan and Barkus
  3. Feng, Li, Xu. Ju and Qiu
  4. MacQueen and Memedovich
  5. Lapidow and Brown
  6. Erten and Brown
  7. memory specificity training
  8. Raes, Williams and Hermans

نقش مهمی در اختصاصی کردن حافظه و کاهش علائم افسردگی دارد. همچنین مشیرپناهی، مرادی، حاتمی، پرهون و میرزایی (۱۳۹۲) در پژوهش خود نشان دادند که آموزش اختصاصی کردن خاطرات موجب کاهش آسیب‌های شناختی می‌شود. لذا، با توجه به اینکه اختلال افسردگی اساسی یکی از بیماری‌های رایج روانی است که تأثیرات مخربی بر جامعه دارد و در رأس علل مهم ناتوانی و از کار افتادگی در جهان محسوب می‌شود و از سویی دیگر، وجود علائم شناختی؛ که یک عامل پیش‌گویی‌کننده قوی برای اختلال افسردگی اساسی است، همچنین با عنایت به اینکه در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، از یک سو مشکلاتی در بازیابی اختصاصی خاطرات شرح حال وجود دارد و از طرفی دیگر، مشکلاتی که بازیابی غیراختصاصی و بیش کلی‌گرا در بهبود علائم بیماران ایجاد می‌کند، این مطالعه با هدف ارزیابی تأثیر آموزش اختصاصی‌سازی خاطرات بر نارسایی شناختی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی انجام شد.

فرضیه پژوهش عبارت است از:

۱. آموزش اختصاصی‌سازی خاطرات بر نارسایی شناختی (حواس‌پرتی، مشکلات مربوط به حافظه، اشتباهات سهوی، عدم یادآوری اسامی) در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی تأثیر دارد.

## روش

روش پژوهش حاضر به شیوه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی هستند که در سال ۱۳۹۶ به درمانگاه امام خمینی (ره) و کلینیک تخصصی بیمارستان شهید چمران در شهر کنگاور مراجعه کرده‌اند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند با موضوع پژوهش تعداد ۳۰ نفر پس از تشخیص اختلال افسردگی اساسی و سپس مصاحبه بالینی ساختار یافته بر اساس DSM-IV و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. ملاک‌های ورود شامل زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، توانایی شرکت در جلسات، دامنه سنی ۱۸ - ۵۰ ساله با مدرک سیکل و بالاتر؛ و ملاک‌های خروج شامل عدم رضایت برای شرکت در

پژوهش، همبودی اختلال‌های وسواس فکری- عملی، افسردگی-شیدایی، شخصیت مرزی، ریسک بالای خودکشی، سطح سواد کم‌تر از سیکل است.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها عبارت بودند از:

۱- مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک (SCID-I): SCID-I برای سنجش اختلالات محور یک کاربرد دارد که فرست، اسپیتزر، گیون، ویلامز (۱۹۹۶) تهیه کرده‌اند و دارای دو نسخه، بالینگر (SCID-CV) و پژوهشی است که در پژوهش حاضر از نسخه بالینگر استفاده شد. این نسخه، اختلال‌هایی را پوشش می‌دهد که در کلینیک‌ها شایع‌تر هستند و نسبت به نسخه پژوهشی کوتاه‌تر است و با یک مصاحبه باز درباره بیماری فعلی و دوره‌های قبلی بیماری آغاز می‌شود، در این نسخه هر کدام از ماده‌ها به سه صورت؟ (اطلاعات ناکافی درباره نشانه)، - (عدم وجود نشانه) و + (وجود نشانه) علامت‌گذاری می‌شوند و شش حوزه اختلالات (دوره‌های خلقی، نشانگان روان‌پریشی، اختلال‌های روان‌پریشی، اختلال‌های خلقی، اختلال‌های مصرف مواد و اضطراب) را پوشش می‌دهد (محمدخانی، ۱۳۸۹). شریفی، اسعدی، محمدی، امینی، کاویان و سممانی (۱۳۸۳) توافق تشخیصی متوسط تا خوب (ضریب کاپای بالای ۰/۶۰) برای تشخیص‌های کلی و خاص به دست آورده‌اند. آن‌ها همچنین کاپای کل تشخیص‌های فعلی را ۰/۵۲ و کاپای کل تشخیص‌های طول عمر را ۰/۵۵ برآورد کرده‌اند.

۲- پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم<sup>۲</sup> (۱۹۶۶): این پرسشنامه شکل بازنگری شده نسخه اول پرسشنامه افسردگی بک است (بک، استیر و براون، ۱۹۹۶؛ به نقل از هاشمی، محمودعلیلو، هاشمی نصرت‌آباد، ۱۳۸۹). این پرسشنامه ۲۱ گویه دارد که بر روی یک پیوستار ۴ درجه‌ای، از «صفر» (فقدان افسردگی یا افسردگی خفیف) تا «۳» (افسردگی شدید) درجه‌بندی می‌شود و نمره کلی بین «۰» - «۶۳» متغیر است. نمرات برش این پرسشنامه در غیر افسرده‌ها: «۰» - «۱۳»؛ افسردگی خفیف: «۱۹» - «۱۴»؛ افسردگی متوسط: «۲۸» - «۲۰»؛ افسردگی شدید: «۶۳» - «۲۹» است. نتایج پژوهش بک، استیر و براون (۱۹۹۶) نشان داد که این پرسشنامه، ثبات درونی بالایی دارد، همچنین، مطالعه دیگری همبستگی درونی این مقیاس را با آلفای کرونباخ، ۰/۹۳ و اعتبار بازآزمایی آن را، ۰/۹۳

- 
1. Structured Clinical Interview for DSM-IV
  2. Beck Depression Inventory-II

گزارش داد(دابسون و محمدخانی، ۱۳۸۵؛ به نقل از هاشمی و همکاران، ۱۳۸۹). در پژوهش فتی، بیرشک، عاطف وحید و استفان دابسون(۱۳۸۴) مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه در یک نمونه ۹۴ نفری، ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۹ به دست آمد.

۳- پرسشنامه نارسایی شناختی<sup>۱</sup>: این پرسشنامه را برادنت، کوپر، فیتزجرالد و پارکز در سال ۱۹۸۲ ساخته است. شامل ۲۵ گویه و ۴ خرده مؤلفه حواس‌پرتی<sup>۲</sup>، مشکلات مربوط حافظه<sup>۳</sup>، اشتباهات سهوی<sup>۴</sup> و عدم یادآوری اسامی(فراموشی)<sup>۵</sup> است با یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (خیلی کم تا خیلی زیاد) و هر ماده دارای ارزشی بین «۱»-«۵» است. نمره بین «۲۵»-«۴۱» میزان نارسایی شناختی در حد پایین، نمره بین «۴۱»-«۸۲» میزان نارسایی شناختی در حد متوسط و نمره بالاتر از ۸۲ میزان نارسایی شناختی در حد بالایی است. والاس(۲۰۰۴) در بررسی خود ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برابر ۰/۹۱ و ضریب همسانی درونی ۰/۹۴ و مقدار اعتبار بازآزمایی را برابر ۰/۸۲ گزارش کرد. پرسشنامه نارسایی شناختی را مؤلفان ترجمه کردند و روایی صوری آن نیز، توسط چندین متخصص روان‌شناس و زبان‌شناس تأیید شد و سپس اعتبار مقدماتی آن محاسبه شد. ضریب همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ در نمونه ۵۰ نفری از دانشجویان برای هر یک از خرده مؤلفه‌های پرسشنامه نارسایی شناختی به ترتیب عبارت بودند از حواس‌پرتی ۰/۸۳، مشکلات مربوط به حافظه ۰/۸۱، اشتباهات سهوی ۰/۷۴ و عدم یادآوری اسامی ۰/۷۰ و برای نمره کل پرسشنامه ۰/۸۳ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی با فاصله زمانی یک ماه در میان ۴۲ نفر از دانشجویان ۰/۷۷ به دست آمد(یزدی، درویشه و شیخی، ۱۳۹۴). در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ به ترتیب عبارت بودند از حواس‌پرتی ۰/۷۹، مشکلات مربوط به حافظه ۰/۸۵، اشتباهات سهوی ۰/۷۱ و عدم یادآوری اسامی ۰/۷۶ و برای نمره کل پرسشنامه ۰/۸۶ به دست آمد.

- 
1. cognitive failures question
  2. distractibility
  3. memory problems
  4. blunders
  5. not reminder names

**فرآیند اجرای پژوهش:** در شرایط یکسان و همزمان، از هر دو گروه آزمایش و کنترل، پیش‌آزمون مربوط به پرسشنامه نارسایی شناختی توسط پژوهشگر به عمل آمد. سپس گروه آزمایش تحت آموزش اختصاصی سازی خاطرات قرار گرفت، که این آموزش طی چهار جلسه یک ساعت و نیم، هفته‌ای یک جلسه به صورت گروهی بود. در این زمان گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد و در نهایت بعد از اتمام جلسات، از هر دو گروه آزمایش و کنترل، پس‌آزمون و مجدداً یک ماه بعد از پس‌آزمون، پیگیری به عمل آمد. برای رعایت اصول اخلاقی، بعد از مرحله پیگیری، گروه کنترل نیز به مدت سه جلسه فشرده تحت آموزش اختصاصی سازی خاطرات قرار گرفت. بعد از پایان مداخله و جمع‌آوری داده‌های آماری، با استفاده از نرم‌افزار SPSS-21 داده‌ها در دو سطح توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر) تجزیه و تحلیل شد.

خلاصه محتوای جلسات آموزش اختصاصی سازی خاطرات در جدول ۱ ارائه شده است.

**جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش اختصاصی سازی خاطرات**

جلسه	اهداف	محتوا	تغییر رفتار	تکلیف
اول	یادآوری خاطرات همسان با خلق و اختصاصی نمودن آن‌ها	آشنایی با مراجع و ارائه توضیحاتی درباره اختلال افسردگی اساسی و تأثیرات آن بر آسیب‌پذیری‌های شناختی، توضیح و تبیین عملکرد حافظه در افسردگی اساسی، بیان خاطره اختصاصی با کلمات خنثی، رمزگذاری و بازخوانی هماهنگ با خلق، تکالیف خانگی	آگاهی از ارتباط‌ساز و کارهای حافظه با اختلال افسردگی اساسی	بیان خاطرات اختصاصی برای هر کدام از ۴ کلمه سرنخ (۲ کلمه مثبت و ۲ کلمه منفی) و تلاش در یادآوری خاطرات و یادداشت آن‌ها
دوم	پیروی از سبک جلسه اول با تمرینات بیشتر	مرور جلسه اول و تکالیف خانگی، ارائه جزئیات بیشتر خاطرات، تمرین با کلمات مثبت و منفی و یادآوری دو خاطره متفاوت برای هر کلمه با جزئیات مفهومی، بافتی و حسی، فضایی بیشتر، تکالیف خانگی	اختصاصی کردن خاطرات شخصی	شناسایی خاطرات اختصاصی در پاسخ به ۱۰ کلمه (مثبت و خنثی) و دو خاطره اختصاصی روزانه با تمرکز و توجه بر جنبه‌ها و عناصر خاطره اختصاصی

جلسه	اهداف	محتوا	تغییر رفتار	تکلیف
سوم	بازیابی خاطرات اختصاصی در پاسخ به لغات منفی و تأکید بر تغییر سبک بازیابی	مرور جلسه دوم، تمرین در به یادآوری دو خاطره برای هر کلمه صورت گرفت، اما در این جلسه تأکید بیشتر بر کلمات منفی ارائه شد و آزمودنی پس از دو خاطره منفی متفاوت باید در مورد کلمه متضاد آن نیز دو خاطره اختصاصی را یادآوری می‌کرد، تکلیف خانگی	کاهش تمایل به بیش‌کلی‌گرایی	شناسایی خاطرات اختصاصی در پاسخ به ۱۰ کلمه (مثبت، منفی و خنثی) و نوشتن دو خاطره متفاوت از هم (جمعاً ۲۰ خاطره)
چهارم	آگاهی فراشناختی	مرور جلسه سوم، یادآوری خاطرات اختصاصی در پاسخ به لغات مثبت، منفی و خنثی و توضیح تفکر بیش‌تعمیم‌یافته با ارائه مثال.	آگاهی فراشناختی در باره زمان تغییر و بیان خاطرات به صورت جزئی و داشتن تفکر اختصاصی	ادامه تمرین‌های اصلی در زندگی روزانه و تأکید بر اهمیت تداوم بازیابی اختصاصی در زندگی

### یافته‌ها

در رابطه با مشخصات جمعیت‌شناختی بیماران، همه آن‌ها در دامنه سنی ۵۰-۱۸ سال قرار داشتند، میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش  $33/93 \pm 8/68$  و گروه کنترل  $34/60 \pm 8/43$  بود و همچنین در هر دو گروه آزمایش و کنترل از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی هم‌تا شده بودند. جدول ۲، نتایج مربوط به میانگین و انحراف معیار نارسایی شناختی و خرد مؤلفه‌های آن را دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی



جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نارسایی شناختی و خرده مؤلفه‌های آن در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	موقعیت	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سن		۳۴/۶۰	۸/۴۳	۳۳/۹۳	۸/۶۸
پیش‌آزمون		۲۵/۰۳	۳/۲۵	۲۵/۴۸	۳/۳۴
پس‌آزمون	حواس‌پرتی	۲۱/۱۷	۳/۱۰	۲۵/۱۱	۲/۳۲
پیگیری		۱۹/۸۲	۲/۸۰	۲۴/۵۱	۲/۳۶
پیش‌آزمون		۱۸/۴۸	۳/۰۲	۱۷/۷۱	۲/۹۰
پس‌آزمون	مشکلات مربوط به حافظه	۱۵/۰۱	۲/۹۶	۱۷/۸۷	۱/۶۵
پیگیری		۱۴/۳۰	۲/۶۶	۱۷/۲۰	۱/۹۸
پیش‌آزمون		۱۷/۲۹	۳/۲۵	۱۹/۱۸	۱/۶۴
پس‌آزمون	اشتباهات سهوی	۱۵/۷۴	۲/۳۰	۱۸/۵۱	۲/۰۹
پیگیری		۱۵/۲۷	۲/۲۰	۱۸/۴۴	۲/۱۴
پیش‌آزمون		۵/۴۶	۱/۰۷	۴/۸۳	۱/۲۷
پس‌آزمون	عدم یادآوری اسامی	۳/۷۶	۱/۳۳	۴/۷۶	۱/۰۱
پیگیری		۳/۹۶	۱/۲۴	۴/۹۶	۱/۰۱
پیش‌آزمون		۷۲/۷۳	۷/۴۸	۷۳/۵۹	۵/۲۹
پس‌آزمون	نارسایی شناختی	۶۱/۵۱	۶/۱۸	۷۳/۲۴	۴/۰۱
پیگیری		۵۹/۱۰	۵/۱۶	۷۱/۵۸	۳/۴۴

به منظور آزمون فرضیه پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از انجام تحلیل‌های آماری، مفروضه‌های مدل آماری بررسی و از درستی مدل؛ اطمینان حاصل شد.

آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که مفروضه نرمال بودن متغیرها رعایت شده است. همچنین بررسی نتایج آزمون ام‌باکس برای حواس‌پرتی (۰/۹۱)، مشکلات مربوط به حافظه (۰/۵۲)، اشتباهات سهوی (۰/۰۷)، عدم یادآوری اسامی (۰/۴۷)، و نارسایی شناختی (۰/۴۴) درباره تساوی ماتریس‌های کوواریانس نیز حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس برقرار است و ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده نارسایی شناختی و خرده مؤلفه‌های آن، در تمامی گروه‌ها مساوی است، حواس‌پرتی (P=۰/۰۵)،

( $F=3/67$ )، مشکلات مربوط به حافظه ( $F=4/25$ ,  $P=0/05$ )، اشتباهات سهوی ( $P=0/05$ )،  $F=2/03$ )، عدم یادآوری اسامی ( $F=4/02$ ,  $P=0/05$ ) و نارسایی شناختی ( $F=11/99$ ,  $P=0/001$ ). همچنین، با بررسی آزمون لوین درباره تساوی واریانس‌های خطا، فرض تساوی واریانس‌ها رعایت شد و واریانس خطای نارسایی شناختی و خرده‌مؤلفه‌های آن، در تمام گروه‌ها مساوی بود. بنابراین، مفروضه استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است. لذا برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با عامل درون‌موردی اندازه‌گیری نمره نارسایی شناختی و خرده‌مؤلفه‌های آن، در سه مرحله متوالی و عامل بین‌موردی گروه، انجام شد.

همان‌طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، مفروضه برابری واریانس خطای متغیر نارسایی شناختی و خرده‌مؤلفه‌های آن، رعایت شده است، لذا می‌توان نتیجه گرفت که برابری واریانس‌ها درباره متغیرهای مورد بررسی برقرار است.

جدول ۳. آزمون برابری واریانس‌ها بر اساس آزمون لوین برای متغیر نارسایی شناختی و خرده‌مؤلفه‌های آن

متغیر وابسته	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
پیش‌آزمون حواس‌پرتی	0/04	1	28	0/83
پس‌آزمون حواس‌پرتی	0/91	1	28	0/34
پیگیری حواس‌پرتی	0/33	1	28	0/56
پیش‌آزمون مشکلات مربوط به حافظه	0/01	1	28	0/91
پس‌آزمون مشکلات مربوط به حافظه	4/01	1	28	0/06
پیگیری مشکلات مربوط به حافظه	0/86	1	28	0/36
پیش‌آزمون اشتباهات سهوی	3/96	1	28	0/07
پس‌آزمون اشتباهات سهوی	0/11	1	28	0/74
پیگیری اشتباهات سهوی	0/05	1	28	0/94
پیش‌آزمون عدم یادآوری اسامی	1/03	1	28	0/31
پس‌آزمون عدم یادآوری اسامی	0/87	1	28	0/35
پیگیری عدم یادآوری اسامی	0/32	1	28	0/57
پیش‌آزمون نارسایی شناختی	1/46	1	28	0/23
پس‌آزمون نارسایی شناختی	2/09	1	28	0/15
پیگیری نارسایی شناختی	1/73	1	28	0/19

همان‌طور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، اندازه‌گیری‌های نمرات حواس‌پرتی و عدم یادآوری اسامی ( $p < 0/01$ )، مشکلات مربوط به حافظه و نارسایی شناختی ( $p < 0/001$ )، اشتباهات سهوی ( $p < 0/05$ ) در سه زمان، تفاوت معناداری با هم دارند. به عبارتی، بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در نارسایی شناختی و خرده‌مؤلفه‌های آن، تعامل معناداری مشاهده شد. همچنین، بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و گروه‌ها در حواس‌پرتی، مشکلات مربوط به حافظه، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری اسامی ( $p < 0/05$ )، و نارسایی شناختی ( $p < 0/001$ ) تعامل معناداری ملاحظه شد. این نتایج بیان‌کننده تأثیر آموزش اختصاصی سازی خاطرات بر نارسایی شناختی و خرده‌مؤلفه‌های آن است. بنابراین، آزمون چندمقیاسه‌ای نشان داد که در پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون، میزان نارسایی شناختی و خرده‌مؤلفه‌های آن، در گروه آزمایش به‌طور معناداری تغییر کردند.

بررسی نتایج آزمون کرویت موخلی (Mauchlys Test) برای حواس‌پرتی ( $P = 0/001$ )، مشکلات مربوط به حافظه ( $P = 0/001$ )، اشتباهات سهوی ( $P = 0/001$ )، عدم یادآوری اسامی ( $P = 0/001$ ) و نارسایی شناختی ( $P = 0/001$ )، همان‌گونه که آماره‌های چندمتغیره نیازمند رعایت کرویت نیستند، برقراری شرط کرویت را رد می‌کند. و لذا با عدم فرض کرویت، از تصحیح آزمون گرین هاس-گیشر (Greenhouse-Geisser) برای انجام آزمون عامل نمرات نارسایی شناختی و خرده‌مؤلفه‌های آن در سه بار اندازه‌گیری و درمورد اثرات درون‌آزمودنی‌ها استفاده شد.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات بین گروهی و تعامل

متغیرها	تأثیرات بین گروهی	ارزش F	درجه آزادی فرض شده	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
حواس پرتی	زمان لامبدای ویلکز	۸/۷۸	۲	۲۷	۰/۰۱	۰/۳۹	۰/۹۵
	زمان*گروه لامبدای ویلکز	۳/۶۷	۲	۲۷	۰/۰۵	۰/۲۱	۰/۶۲
مشکلات مربوط به حافظه	زمان لامبدای ویلکز	۱۱/۵۹	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۰/۹۸
	زمان*گروه لامبدای ویلکز	۴/۲۵	۲	۲۷	۰/۰۵	۰/۲۴	۰/۶۹
اشتباهات سهوی	زمان لامبدای ویلکز	۳/۴۱	۲	۲۷	۰/۰۵	۰/۲۱	۰/۵۹
	زمان*گروه لامبدای ویلکز	۲/۰۳	۲	۲۷	۰/۰۵	۰/۱۶	۰/۲۸
عدم یادآوری اسامی	زمان لامبدای ویلکز	۵/۷۳	۲	۲۷	۰/۰۱	۰/۳۰	۰/۸۳
	زمان*گروه لامبدای ویلکز	۴/۰۲	۲	۲۷	۰/۰۵	۰/۲۳	۰/۶۷
نارسایی شناختی	زمان لامبدای ویلکز	۳۳/۲۸	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱
	زمان*گروه لامبدای ویلکز	۱۱/۹۹	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۹

همان‌طور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، تأثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات نارسایی شناختی و خرده‌مؤلفه‌های آن، معنادار است، به طوری که می‌توان بیان کرد، بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در متغیرهای حواس‌پرتی ( $F=13/09, P=0/001$ )، مشکلات مربوط به حافظه ( $F=9/43, P=0/001$ )، اشتباهات سهوی ( $F=5/54, P=0/001$ )، عدم یادآوری اسامی ( $F=7/46, P=0/001$ ) و نارسایی شناختی ( $F=30/76, P=0/001$ ) تفاوت معناداری به دست آمد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه، نیز معنادار است؛ به طوری که تفاوت میانگین نمرات حواس‌پرتی ( $F=6/68, P=0/005$ )، مشکلات مربوط به حافظه ( $P=0/001$ )، اشتباهات سهوی ( $F=7/24, P=0/005$ )، اشتباهات سهوی ( $F=3/37, P=0/005$ )، عدم یادآوری اسامی ( $F=7/73, P=0/001$ ) و نارسایی شناختی ( $F=19/77, P=0/001$ ) در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیرهای گروه متفاوت است. از سویی دیگر، تأثیر گروه نیز بر نمرات حواس‌پرتی ( $F=15/03, P=0/001$ )، مشکلات مربوط به حافظه ( $F=5/75, P=0/005$ )، اشتباهات سهوی ( $F=14/57, P=0/001$ )، عدم یادآوری اسامی ( $F=15/78, P=0/001$ ) و نارسایی شناختی ( $F=27/83, P=0/001$ ) معنادار است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که صرف‌نظر از زمان اندازه‌گیری، بین میانگین نمرات نارسایی شناختی و خرده‌مؤلفه‌های آن، در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. لذا تأثیر آموزش اختصاصی سازی خاطرات، بر نارسایی شناختی و خرده‌مؤلفه‌های آن هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری، تأیید شد.

برای مشخص کردن تفاوت بین میانگین نمرات نارسایی شناختی و خرده‌مؤلفه‌های آن، در گروه‌های آزمایش و کنترل، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری بین میانگین نمرات نارسایی شناختی و خرده‌مؤلفه‌های آن، گروه‌های آزمایش و کنترل وجود نداشت. اما در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، میانگین نمرات اشتباهات سهوی و عدم یادآوری ( $p < 0/001$ )، حواس‌پرتی و مشکلات مربوط به حافظه ( $p < 0/005$ ) و نارسایی شناختی ( $p < 0/001$ ) به طور معناداری کم‌تر از گروه کنترل است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر آموزش اختصاصی‌سازی خاطرات بر نارسایی شناختی و خرده‌مؤلفه‌های آن

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
حواس پرتی	درون گروهی	۱۵۰/۲۲۸	۲	۷۵/۱۱۴	۱۳/۰۹۲	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۹
	خطا	۳۲۱/۲۸۳	۵۶	۹/۱۳۵	۶/۶۸۵	۰/۰۵	۰/۱۹	۰/۷۷
مشکلات مربوط به حافظه	بین گروهی	۲۰۶/۱۸۳	۱	۲۰۶/۱۸۳	۱۵/۰۳۳	۰/۰۱	۰/۳۵	۰/۹۶
	خطا	۳۸۴/۰۳۴	۲۸	۱۳/۷۱۶	۹/۴۳۲	۰/۰۱	۰/۲۵	۰/۸۸
اشتباهات سهوی	درون گروهی	۶۶/۸۷۹	۲	۵۶/۰۱۳	۷/۲۴۶	۰/۰۱	۰/۲۱	۰/۷۹
	خطا	۲۵۸/۴۲۲	۵۶	۷/۷۳۰	۵/۷۵۲	۰/۰۵	۰/۱۷	۰/۶۴
عدم یادآوری اسامی	بین گروهی	۳۰۴/۲۲۶	۲۸	۱۰/۸۶۵	۵/۵۴۴	۰/۰۱	۰/۱۶	۰/۸۳
	خطا	۳۱/۹۶۱	۲	۱۵/۹۸۰	۳/۳۷۱	۰/۰۵	۰/۱۱	۰/۶۰
نارسایی شناختی	درون گروهی	۱۱/۷۴۹	۲	۵/۸۷۳	۱/۷۳۹	۰/۰۱	۰/۳۴	۰/۹۶
	خطا	۹۶/۵۰۴	۵۶	۱/۷۳۹	۱۴/۵۷۴	۰/۰۱	۰/۳۴	۰/۹۶
حواس پرتی	درون گروهی	۲۹۴/۳۵۶	۲۸	۱۰/۵۱۳	۱۱/۱۹۳	۰/۰۱	۰/۲۱	۰/۷۹
	خطا	۱۲/۸۷۲	۲	۱۱/۱۹۳	۷/۴۶۴	۰/۰۱	۰/۲۱	۰/۸۱
مشکلات مربوط به حافظه	بین گروهی	۴۸/۲۸۹	۵۶	۱/۵۰۲	۱۱/۵۹۹	۰/۰۱	۰/۲۲	۰/۸۱
	خطا	۸۹/۵۲۱	۱	۸۹/۵۲۱	۱۵/۷۸۳	۰/۰۱	۰/۲۹	۰/۹۵
نارسایی شناختی	درون گروهی	۹۹/۳۴۸	۲۸	۶/۳۶۴	۸۹/۵۲۱	۰/۰۱	۰/۲۹	۰/۹۵
	خطا	۹۸۷/۶۸۷	۲	۴۹۳/۳۴۳	۳۰/۷۶۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۱
حواس پرتی	درون گروهی	۶۳۴/۸۱۳	۲	۳۱۷/۴۰۶	۱۹/۷۷۲	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۹۹
	خطا	۸۹۹/۰۰۱	۵۶	۲۷/۵۲۲	۵۴۴/۱۶۲	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۹۹
مشکلات مربوط به حافظه	بین گروهی	۱۵۷۰/۸۴۴	۱	۱۵۷۰/۸۴۴	۲۷/۸۳۸	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۰/۹۹
	خطا	۱۵۷۹/۹۹۱	۲۸	۵۶/۴۲۸	۵۶/۴۲۸	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۰/۹۹

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف ارزیابی تأثیر آموزش اختصاصی‌سازی خاطرات بر نارسایی شناختی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی انجام شد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که آموزش اختصاصی‌سازی خاطرات، توانسته است از میزان نارسایی شناختی و خرده‌مؤلفه‌های آن (حواس پرتی، مشکلات مربوط به حافظه، اشتباهات سهوی، عدم یادآوری اسامی) در بیماران

در دوره مداخله به طور جالب توجهی بکاهد، به گونه‌ای که این کاهش را در دو مقطع زمانی پس از آموزش و یک ماه بعد از پایان آموزش می‌توان مشاهده کرد، که نشان‌دهنده تداوم تأثیر این آموزش است. این یافته با نتایج پژوهش‌های ورنرسیدلر و همکاران (۲۰۱۸)، معین‌فارسانی و رنجبرکهن (۱۳۹۶)، امرالهی، مرادی و حسنی (۱۳۹۵)، مشیرپناهی و همکاران (۱۳۹۲)، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، با انجام تمرین‌های اختصاصی کردن خاطرات، فرد می‌آموزد که خاطرات خود را با تمرکز و دقت بیشتر همراه با جزئیات بیان کند و نقضی که در بازیابی خاطرات در نتیجه اجتناب زیاد از یادآوری آن‌ها وجود دارد، به سمت بهبودی می‌رود و با افزایش هشجاری فرد نسبت به جزئیات رویداد، می‌تواند به وضوح هیجان‌ات مرتبط را تجزیه کند و آنچه را سعی در سرکوب کردن و اجتناب داشته است، در هشجاری پردازش می‌کند و این مسأله می‌تواند میزان اجتناب کارکردی و افکار مزاحم را کاهش دهد و فرد به یک پیوستگی در تجارب، هیجان و حافظه برسد (امرالهی و همکاران، ۱۳۹۵)، به طوری که هدف اصلی آموزش اختصاصی سازی خاطرات در درمان بیماران افسرده، تغییر الگوی یادآوری در حافظه سرگذشتی (از کلی به جزئی و اختصاصی) است، چرا که این حافظه در بیماران افسرده، بیش‌کلی‌گراست (رایس و همکاران، ۲۰۰۹). لذا، با اختصاصی شدن حافظه سرگذشتی، می‌توان انتظار داشت میزان نارسایی شناختی کاهش یابد که به دنبال آن نشانه‌های اختلال افسردگی اساسی نیز کاهش یابد، چرا که جهت‌گیری مداخله آموزش اختصاصی سازی خاطرات باید به سمت کاهش کلی‌گرایی حافظه اختصاصی (افزایش بازیابی خاطرات اختصاصی) باشد. در آموزش اختصاصی سازی خاطرات، تمرین‌های ارائه شده موجب می‌شود تا فرد وادار شود، جستجو در حافظه رویدادی را ادامه دهد تا آن‌جا که بتواند جزئیات را به یاد بیاورد و خاطره را به صورت اختصاصی بیان کند. به همین دلیل فرد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی هنگام ارائه کلمات منفی، درباره خاطرات ناراحت‌کننده خود بیش‌تر جستجو می‌کند. چرا که افراد افسرده به دلیل نشخوارهای ذهنی فراوان و درگیر شده با افکار ناکارآمد، قادر نیستند به طور دقیق روی مسائل تمرکز کنند و بیشتر توجه آن‌ها به گذشته و آینده بوده و نمی‌توانند خود را درگیر در مسائل کنند (صادق‌زاده‌نوبر و همکاران، ۱۳۹۳). لذا، در روند آموزش اختصاصی سازی خاطرات در افراد افسرده دارای نارسایی شناختی، به آن‌ها 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 روی خاطره خاصی تمرکز کنند، که از طریق یک کلمه سرنخ برای آن‌ها تداعی می‌شود، و سعی کنند تا جزئیات بیش‌تری از آن خاطره را بازیابی و بیان کنند به طوری که طبق پژوهش‌های انجام شده، کاهش اختصاصی سازی خاطرات سرگذشتی نقش مهمی در ایجاد و تداوم افسردگی دارد (ارتن و براون<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸).

محدودیت‌هایی که در مطالعه حاضر وجود داشت شامل: ۱- نبود دو گروه جنسی متفاوت؛ ۲- تعمیم‌ناپذیری نتایج به افراد خارج از پژوهش و سایر بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و جنس مذکر؛ ۳- به‌کارگیری نگرش یک شیوه مداخله روان‌شناختی دیگر در کنار آموزش اختصاصی سازی خاطرات بود.

لذا پیشنهاد می‌شود؛ ۱- در پژوهش‌های آتی، مداخله آموزش اختصاصی سازی خاطرات بر روی هر دو جنس زن و مرد و در سایر مناطق جغرافیایی انجام شود که می‌تواند زمینه‌ساز بستری مناسب برای مقایسه بهتر و افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج شود؛ ۲- به‌کارگیری یک شیوه مداخله روان‌شناختی دیگر در کنار آموزش اختصاصی سازی خاطرات، به منظور مقایسه اثربخشی دو روش و در نهایت توصیه به انتخاب و اولویت‌بندی شیوه مداخله. بنابراین، با توجه به مؤثر بودن آموزش اختصاصی سازی خاطرات بر نارسایی شناختی در بیماران افسرده، پیشنهاد می‌شود چنین آموزش‌هایی برای کاهش نشانه‌های افسردگی توسط مسئولان، دست‌اندرکاران بهداشتی و درمانی ارائه شود و زمینه ارائه خدمات اساسی بهداشت روان به این بیماران فراهم و برنامه‌ریزی‌های اصولی در راستای پیشگیری و درمان این اختلال صورت گیرد.

## تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کلیه عوامل و به‌ویژه بیماران عزیزی که صمیمانه همکاری کردند، تقدیر و تشکر به عمل آورند.



## منابع

- امراهی، سارا، مرادی، علیرضا و حسینی، جعفر (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش اختصاصی کردن خاطرات در آسیب‌های شناختی و تجارب تجزیه‌ای بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، *روان‌شناسی شناختی*، ۴(۳): ۳۶-۴۴.
- شریفی، ونداد، اسعدی، سیدمحمد، محمدی، محمدرضا، امینی، همایون، کاویانی، حسین، سمناهی، یوسف، شعبانی، امیر، شهریور، زهرا، داوری‌آشتیانی، رزیتا، حکیم‌شوشتری، میترا، صدیق، ارشیا، جلالی‌رودسری، محسن (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای (SCDI DSMIV)، *تازه‌های علوم شناختی*، ۶(۱-۲): ۱۰-۲۲.
- صادق‌زاده‌نوبر، ساناز، احمدی، عزت‌اله و باباپورخیرالدین، جلیل (۱۳۹۳). بررسی مقایسه‌ای نارسایی‌های شناختی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری با افراد افسرده، *روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۱(۱): ۶۷-۷۰.
- عطادخت، اکبر و مجدلی، هادی (۱۳۹۶). مقایسه سیستم‌های مغزی رفتاری، تنظیم شناختی هیجان و نارسایی‌های شناختی در بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی، اختلال افسردگی اساسی و افراد بهنجار، *نشریه روان پرستاری*، ۵(۴): ۸-۱۸.
- فتی، لادن، بیرشک، بهروز، عاطف‌وحید، محمدکاظم و استغفان‌دبسون، کیت (۱۳۸۴). ساختارهای معناگذاری طرحواره‌ها، حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی، *اندیشه و رفتار*، ۱۱(۲): ۲۵-۳۲.
- کریمیان، نگار، نشاط‌دوست، حمیدطاهر، عسگری، کریم، عریضی، حمیدرضا و نجفی، محمدرضا (۱۳۹۶). مقایسه تأثیر دو روش آموزش ذهن‌آگاهی و آموزش یادآوری خاص بر حافظه بیماران دچار سکنه مغزی ایسکمیک، *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۳۵(۴۴۱): ۹۶۸-۹۶۱.
- محمدخانی، پروانه (۱۳۸۹). مصاحبه بالینی ساختار یافته برای ارزیابی اختلال‌ها DSM-IV-TR، تهران: دانه.
- مشیرپناهی، شیوا، مرادی، علیرضا، حاتمی، محمد، پرهون، هادی و میرزایی، جعفر (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش اختصاصی کردن خاطرات بر کاهش آسیب‌های شناختی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، *روان‌شناسی نظامی*، ۴(۱۵): ۲۸-۱۷.
- معین‌فارسانی، رسول و رنجبرکهن، زهره (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش اختصاص سازی حافظه سرگذشتی (MEST) بر افسردگی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شهر اصفهان. *طب/نظامی*، ۱۹(۱): ۴۸-۴۰.
- هاشمی، زهره، محمودعلیلو، مجید و هاشمی‌نصرت‌آباد، تورج (۱۳۸۹). اثربخشی درمان فراشناختی بر اختلال افسردگی اساسی: گزارش موردی، *روان‌شناسی بالینی*، ۲(۳): ۸۵-۹۷.
- یزدی، سیده‌منور، درویشه، زهرا و شیخی، زهرا (۱۳۹۴). مقایسه نارسایی‌های شناختی و شیوه‌های مقابله با استرس در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر و همبود، *مطالعات روان شناختی*، ۱۱(۳): ۷-۳۰.
- Amrollahi, S., Moradi, A.R. and Hasani, J. (2016). Effectiveness of memory specificity training for cognitive vulnerability and dissociative experiences in patients with post-traumatic stress disorder, *Journal of Cognitive Psychology*.

4(3):36-44(Text in Persian).

- Atadokht, A. and Majdy, H. (2017). Comparison of brain/behavioral systems, cognitive emotion regulation and cognitive failures in patients with schizophrenia disorder, major depression disorder and normal individuals. *Iranian Journal of Nursing*, 5(4): 8-18(Text in Persian).
- Avenevoli, S., Swendsen, J.P., Burstein M. and Merikangas, K.R. (2015). Major depression in the national comorbidity survey adolescent supplement: prevalence, correlates and treatment, *Journal American Academic Children Adolescent Psychiatry*. 1,54(1): 37-44.
- Broadbent, D.E., Cooper, P.J., Fitzgerald, P.F. and Parkes, K.R. (1982). The cognitive failures questionnaire(CFQ) and its correlate Br. *Journal Clinical Psychology*, 21(1): 1-16.
- Carrigan, N. and Barkus E. (2016). A systematic review of cognitive failures in daily life: healthy populations. *Neuroscience & Bio-behavioral Reviews*, 63(2): 29-42
- Erten, M.N. and Brown, A.D. (2018). Memory specificity training for depression and posttraumatic stress disorder: a promising therapeutic intervention. *Journal Frontiers in Psychology*, 9(4): 1-4.
- Fati, L., Birashk, B., AtefVahid, M.K. and StephanDobson, K. (2005). Structural Meaning Schemata, Emotional Modes and Cognitive Processing of Emotional Information: Comparing Two Conceptual Concepts. *Journal Thoughts and Behavior*, 11 (2): 25-32(Text in Persian).
- Feng, H., Li, G., Xu. C., Ju. and Qiu, X. (2017). Training rehabilitation as an effective treatment for patients with vascular cognitive impairment with no dementia. *Journal Rehabilitation Nursing*, 42(5): 290-297.
- Hashemi, Z., Mahmood-Aliloo, M. and Hashemi-Nosratabad, T. (2011). The effectiveness of meta-cognitive therapy on major depression disorder: A case report. *Journal of Clinical Psychology*, 2(3): 85-97(Text in Persian).
- Karimian, N., Neshat-Doost, H.T., Asgari, K., Ariati, Orayzi, H.R., and Najafi, M.R. (2017). Comparison of the effectiveness of mindfulness training and memory specificity training on the aspects of memory in patients with ischemic stroke. *Isfahan of Journal Medical School*,35(441): 961-968(Text in Persian).
- Kearney, D.J., Simpson, T.L., Malte, C.A., Felleman, B., Martinez, M.E. and Hunt, S.C. (2016). Mindfulness-based stress reduction in addition to usual care is associated with improvements in pain, fatigue, and cognitive failures among veterans with gulf war illness. *The American Journal of Medicine*;129(2): 204-214.
- Lucas, M., Chocano-Bedoya, P., Schulze, M.B., Mirzaei, F., Oreilly E.J., Okereke, O.I., Hu, F.B., Willett, W.C. and Ascherio, A.(2014). Inflammatory dietary pattern and risk of depression among women. *Brain, Behavior, and Immunity*.

36: 46-53.

- MacQueen, G.M. and Memedovich, K.A. (2017). Cognitive dysfunction in major depression and bipolar disorder: assessment and treatment option. *Journal Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 71(1): 18-27.
- MoeinFarsani M. and RanjbarKohan. (2017). The effectiveness of autobiographical memory specificity training(MEST) on depression in veterans with post-traumatic stress disorder in Isfahan. *Journal of Military Medicine*, 19(1): 40-48(Text in Persian).
- MohammadKhani, P. (2010). Structured Clinical Interview for Disorders Evaluation DSM-IV-TR, Tehran: Dengue (Text in Persian).
- Moshirpanahi, S., Moradi, A., Hatami, M., Parhoon, H. and Mirzaei, J. (2013). Effectiveness of memory specificity training on reduction of cognitive vulnerability in post-traumatic stress disorder patients. *Journal of Military Psychology*, 4(15):17-28(Text in Persian).
- Raes, F., Williams J.M. and 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(1): 24- 38.
- Rice, F., Riglin, L., Lomax, T., Souter, E., Potter, R., Smith, D.J., Thapar, A.K. and Thapar, A. (2019). Adolescent and adult differences in major depression symptom profiles. *Journal of Affective Disorders*, 243(15): 175-181.
- Russo, M., Mahon, K. and Burdick, K.E. (2015). Measuring cognitive function in MDD: emerging assessment tools. *Journal Depression and Anxiety*. 32(4):262-269.
- Sharifi, V., Asadi, S.M., Mohammadi, M.R., Amini, H., Kavian, H., Semnani, U., Shabani, A., Shahryvar, Z., DavariAshtiani, R., HakimShooshtari, M., Sedigh, A. and JalaliRoodsari, M.(2004). Reliability and feasibility of the persian version of the structured diagnostic interview for SCDI (DSMIV), *Journal of Cognitive Science Fresh*,. 6(1&2): 10-22(Text in Persian).
- SsdeghzadehNobar, S., Ahmadi, E. and BabapurKheyredin, J., (2014). Comparative survey of cognitive failures in OCD and depressed patients. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 1(1): 62-70(Text in Persian).
- Wallace, J.C. (2004). Confirmatory factor analysis of the cognitive failures questionnaire: evidence for dimensionality and construct validity. *Journal Personality and individual Differences*, 37(2): 307-324.
- Weintraub, M.J., Brown, C.A. and Timpano, K.R. (2018). The relationship between schizotypal traits and hoarding symptoms: An examination of symptom specificity and the role of perceived cognitive failures. *Journal of Affective Disorders*, 237(13): 10-17.
- Werner-Seidler, A., Hitchcock, C., Bevan, A., McKinnon, A., Gillard, J., Dahm, T.,

- Chadwick, I., Mueller, V., Rodrigues, E., Rees, C., Gormley, S., Schweizer, S., Watson, P., Raes, F., Jobson, L. and Dalgleish, T. (2018). A cluster randomized controlled platform trial comparing group memory specificity training (MEST) to group psychoeducation and supportive counseling (PSC) in the treatment of recurrent depression. *Journal Behaviour Research and Therapy*, 105(6): 1-9.
- Yazdi, S.M., Darvizeh, Z. and Sheikhi, Z. (2015). A comparative study on cognitive failures and coping strategies in people with major depression disorder(MDD), generalized anxiety disorder(GAD), and comorbidity. *Journal Psychological Studies*, 11(3): 7-30(Text in Persian).



---

**Evaluating the Effect of Memory Specificity Training on  
Cognitive Failure in Patients with Major Depression**

---

Kamran Yazdanbakhsh \* and Farnaz Radmehr \*\*

**Abstract**

The aim of the present study was to evaluate the effect of memory specificity training on cognitive failure in patients with major depression. The method of study was the semi-experimental, pretest-posttest design with follow-up stage and the control group. Using available sampling method and targeted with research topic, 30 individuals (15 individuals the experimental group and 15 individuals the control group) after diagnosed their major depressive disorder and then clinical interviews, were selected as the sample. The instrument in this study were Beck Depression Inventory-Second Edition and cognitive failures questionnaire by Broadbent et al. The experimental group received 4 sessions, one hour and half, under the memory specificity training. After completing the training sessions, both the experimental and control groups were imposed to post-test and again one month later both groups were follow-up. Data were analyzed using analysis of variance with repeated measures. The results showed that memory specificity training had significant effects on cognitive impairment and distraction components (distractibility, memory problems, blunders, not reminder names), memory problems, inaccurate errors, and lack of reminder. These results were maintained at the follow-up stage. Considering the effect of memory specificity training on the reduction of cognitive deficits in patients and the continuation of their effects, it is necessary to use this training to prevent and treat patients with major depression.

**Keywords:**

*Cognitive failure, major depression, memory specification*

---

\* Assistant Professor Department of Psychology, Faculty of Social Sciences and Education, razi university, Kermanshah, Iran

\*\* Ph.D Student psychology, Faculty of Social Sciences and Education, razi university, kermanshah, Iran

received: 2018-08-10

accepted: 2018-11-19

DOI: 10.22051/psy.2018.21632.1706