

تأثیر اختصاصی‌سازی حافظه سرگذشتی بر اجتناب تجربی و تحمل پریشانی مردان ندامتگاه مبتلا به افسردگی اساسی

رضا عسگری^۱ و شهناز خالقی‌پور^{۲*}

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر اختصاصی‌سازی حافظه سرگذشتی بر اجتناب تجربی و تحمل پریشانی مردان مبتلا به افسردگی تحت‌نظر در ندامتگاه انجام شد. طرح پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با پیگیری یک ماهه و گروه کنترل بود. جامعه آماری را مردان مبتلا به افسردگی در یکی از ندامتگاه‌ها در شش ماهه اول سال ۱۳۹۷ تشکیل داده بودند. پس از ارزیابی اولیه با مقیاس افسردگی بک، ۳۰ نفر به روش در دسترس با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. اختصاصی‌سازی حافظه سرگذشتی در ۷ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (در هر هفته یک جلسه) بر روی گروه آزمایش اجرا شد. به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات مقیاس پذیرش و عمل و تحمل پریشانی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توسط هر دو گروه تکمیل شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکراری استفاده شد. یافته‌ها نشان داد بین دو گروه آزمایش و کنترل، در میانگین نمرات اجتناب و تحمل پریشانی از جلسه پیش‌آزمون تا پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت و این تأثیر تا مرحله پیگیری پایدار بود. در مجموع با توجه به نتایج می‌توان گفت که درمان اختصاصی‌سازی حافظه می‌تواند بر اجتناب و تحمل پریشانی مردان ندامتگاه مبتلا به افسردگی مؤثر باشد.

کلید واژه‌ها: اجتناب تجربی، اختصاصی‌سازی حافظه سرگذشتی، تحمل پریشانی، ندامتگاه

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد ناین، دانشگاه آزاد اسلامی، ناین، اصفهان، ایران.

shkhaleghipour@yahoo.com

۲. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد ناین، دانشگاه آزاد اسلامی، ناین، اصفهان، ایران

rezaasgari137@gmail.com

DOI: 10.22051/psy.2020.29069.2070

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/

مقدمه

افسردگی نوعی اختلال روانی است که با غم و اندوه، از دست دادن علاقه یا لذت، احساس گناه یا کم ارزش بودن، خواب آشفته، احساس خستگی، پایین آمدن خلق و خو و تمرکز ضعیف مشخص می‌شود (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

افسردگی شدید می‌تواند به خودکشی منجر شود و این عامل مرگ بیش از ۸۰۰۰۰۰ نفر در هر سال در سراسر جهان است. در سطح جهان، حدود ۳۰۰ میلیون نفر از افسردگی رنج می‌برند اگر روند فعلی ادامه یابد، بار افسردگی با افزایش ۷/۵ درصدی از کل بار بیماری‌ها، در چند سال آتی به دومین عامل اصلی ناتوانی تبدیل خواهد شد. براساس اعلام سازمان بهداشت جهانی در سراسر جهان از هر ۹ نفر در ندامتگاه، یک نفر اختلال روانی دارد که اکثر آن‌ها از افسردگی و اضطراب رنج می‌برند. میزان بالای اختلالات روانی در این جمعیت ناشی از عواملی مانند ازدحام، خشونت، انزوای اجباری، عدم حفظ حریم خصوصی و نداشتن فعالیت مؤثر، ناامنی درباره آینده و خدمات ناکافی بهداشت روان در ندامتگاه است و پایش نظام سلامت روانی سازمان جهانی بهداشت، زندانیان را آسیب‌پذیر و به عنوان گروه‌هایی مطرح کرده که نیاز به خدمات ویژه بهداشت روان دارند (المایو، امبائو و گوتیما، ۲۰۱۹).

حافظه سرگذشتی یکی از سازوکارهای شناختی در افراد افسرده در ندامتگاه که به عنوان هدف درمانی تعیین شده است. خاطرات اتوبیوگرافیک مجموعه‌ای از خاطرات طولانی مدت متشکل از جزئیات حافظه رویدادی و معنایی است که به عنوان داستان اصلی در زندگی یک فرد مهم است (هاریس و برن سن، ۲۰۱۹).

طبق تحقیقات اولیه حافظه سرگذشتی^۴ یک پدیده قابل مطالعه در رابطه با خلق است (رشینرو پلازا، اوچلدی لوجامبیا، پیچپورت، ای لو، ۲۰۱۸). براساس مدل حافظه هماهنگ با خلق برادلی، موگ و میلر^۶ (۱۹۹۶) حافظه می‌تواند به وسیله حالت خلقی موجود، مورد

1. American psychiatric association
2. Alemayehu, Ambaw and Gutema
3. Harris and Berntsen
4. autobiographical memory
5. Racionero-Plaza, Ugalde-Lujambio, Puigvert and Aiello
6. Bradley, Mogo and Miller

سوگیری واقع شود که به شروع یا تداوم اختلال عاطفی منجر شود و افراد رویدادهای منفی را سریع‌تر از رویدادهای مثبت به یاد آورده و علاوه بر کندی پاسخ به نشانه‌های مثبت، در ارائه پاسخ‌های اختصاصی به نشانه‌های مثبت و منفی ناتوان هستند.

کلارک و فربورن^۱ (۱۹۹۷) مطرح می‌کنند که حافظه به صورت سلسله مراتبی سازمان‌بندی شده، لایه‌های فراتر حاوی اطلاعات کلی است که می‌توانند نسبت به لایه‌های فروتر که اختصاصی و جزئی‌تر هستند به مثابه شاخص عمل کنند؛ زمانی که فرد می‌کوشد تا یک رخداد را بازیابی کند نخست یک توصیف کلی را در لایه فراتر فراهم می‌آورد، این توصیف سپس برای جستجو در بانک اطلاعاتی حافظه لایه فروتر به کار گرفته می‌شود تا یک خاطره متناسب احتمالی یافت شود. برای مثال در پاسخ به محرک شاد افراد یک توصیف واسط مبتنی بر این سؤال ناآشکار را فراهم می‌آورند: چه نوع افراد، فعالیت‌ها و مکان‌هایی مرا خوشحال می‌کنند. توصیف لایه فراتر ممکن است چیزهایی نظیر باغبانی یا گردش رفتن با دوستان باشد. به نظر می‌رسد افراد افسرده در سطح وسط‌گیر می‌کنند و قادر نیستند از توصیف‌های کلی که فراهم می‌آورند برای کمک به بازیابی نمونه‌های خاص سود ببرند. اجتناب یکی از سازوکارهایی که در حافظه سرگذشتی بیش کلی‌گرا درگیر است (اسماعیلی، زارع، علی‌پور و اورکی، ۱۳۹۷).

اجتناب تجربی^۲ سازه‌ای است که به منظور اجتناب از تجارب دردناک و وقایعی استفاده می‌شود که باعث فراخواندن این تجارب می‌شوند. همچنین بی‌میلی نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی شامل ارزیابی منفی افراطی از حس‌ها، احساسات و افکار خصوصی ناخواسته و فقدان تمایل به تجربه کردن این رویدادهای خصوصی و تلاش‌های عمدی برای کنترل یا فرار از آن‌ها می‌شود. این شکل از اجتناب شامل فرونشانی فکر و هیجان، مقابله اجتنابی و ارزیابی مجدد می‌شود (هرشنبرگ، موندادی، ورایت و تاس،^۳ ۲۰۱۷).

در مدل ویلیامز، لو و گریشمن^۴ (۲۰۰۷) حافظه بیش کلی‌گرا یک سبک عادت‌ی و فراگیر است و به عنوان بخشی از یک راهبرد اجتنابی در مقابل یادآوری حوادث نگران‌کننده عمل می‌کند. این سبک اجتنابی ممکن است در کوتاه مدت اثر سودمندی داشته باشد و از بروز مجدد هیجان‌های

1. Clark and Fairburn
2. experiential avoidance
3. Hershberg, Mavandadi, Wright and Thase
4. Williams, Lau and Grisham

منفی یا دردناک همراه با یادآوری حوادث به طور اختصاصی پیشگیری کند، اما در بلند مدت مضر است. اجتناب تجربی باعث حفظ و تداوم هیجانات منفی و به دنبال آن بروز دوره‌های مکرر افسردگی می‌شود.

ریشه افسردگی در نگاه منفی به خود و گریز از تجارب درونی و بیرونی است. براین اساس بین افسردگی و اجتناب تجربی رابطه وجود دارد. علاوه بر این، افراد افسرده در بیان هیجانات منفی تدافعی عمل کرده، آن‌ها را بروز نمی‌دهند و از مکانیسم دفاعی سرکوب عواطف سود می‌برند (هرشبرگ، میوندادی، رایت و تاس^۱، ۲۰۱۷). پژوهش‌ها نشان داده است افرادی که اجتناب بالایی دارند، آشفتگی روان‌شناختی بیش‌تری را تجربه می‌کنند. اجتناب تجربی با پریشانی غیرقابل پذیرش، انکار و سرکوبی به شکل فاصله گرفتن از پریشانی همراه است (بولی یون^۲، ۲۰۱۵).

در پریشانی هیجانی^۳ فرد ناتوان از تسلط کامل بر تجربه هیجان آزارنده است و در حفظ تعادل روان‌شناختی و فیزیولوژیک برای فرایندهای انطباقی و مقابله‌ای با شکست مواجه می‌شود (اسپینوون، دروست، دی روجی، وان همرت و پننیکس^۴، ۲۰۱۴).

سیمونز و گاهر^۵ (۲۰۰۵) تحمل پریشانی را ظرفیت فرد برای تجربه یا توانایی در تحمل حالت‌های هیجانی منفی، مداومت بر رفتار معطوف به هدف در زمان تجربه پریشانی عاطفی تعریف می‌کنند. همچنین از بعد جسمانی، تحمل پریشانی^۶ به عنوان توانایی برای تحمل حالت‌های فیزیولوژیکی آزارنده تعریف می‌شود. به طوری که افرادی که تحمل پریشانی بالایی دارند، کم‌تر توسط فشارهای عاطفی برانگیخته شده، رویدادهای منفی را واقع‌بینانه و انعطاف‌پذیرتر در نظر می‌گیرند و شرایط تنش‌زا را اغلب گذرا می‌پندارند (لیرو، زولنسکی و برنشتاین^۷، ۲۰۱۶ و رضاپور میرصالح، اسماعیل بیگی، ۱۳۹۶). برنشتاین،

1. Hershenberg, Mavandadi, Wright and Thase
2. Boullion
3. emotional distress
4. Spinhoven, Drost, De Rooij, Van Hemert and Penninx
5. Simons and Gaher
6. distress tolerance
7. Leyro, Zvolensky and Bernstein

زاوولنسکی، ویوجانویک و موس^۱ (۲۰۰۹) مطرح می‌کنند تحمل پریشانی بر فرایندهای مربوط به خودتنظیمی شامل توجه، ارزیابی شناختی وضعیت‌های هیجانی یا جسمانی پریشانی‌آور اثر گذاشته یا تحت تأثیر آن‌ها قرار می‌گیرد (فروزانفر، ۱۳۹۶).

دیدگاه‌ها درباره تحمل پریشانی پیشنهاد می‌دهد که افراد با تحمل پریشانی کم‌تر ممکن است در حال یا در آینده به پاسخ ناسازگارانه مثل واکنش‌پذیری رفتاری یا عاطفی، مقابله اجتناب‌مدار، پریشانی و شرایط پریشانی‌آور متمایل باشند، در نتیجه برای اجتناب از احساسات منفی یا حالت‌های آزارنده تلاش کنند و برای پیگیری فرصت‌های تقویت منفی (گریز-اجتناب) وقتی برانگیخته شوند که در دسترس است (فروزانفر، ۱۳۹۶). زاوولنسکی، برنشتاین و ویوجانویک^۲ (۲۰۱۱) مدلی پیشنهاد کردند که تحمل پریشانی یک رفتار پاداش محور است و اینکه فرد تصمیم بگیرد از فرصت‌ها در محیط با چه سرعت و نیرویی پاسخ دهد به ارزش مورد انتظار پاداش، در دسترس بودن موقعیت‌های پاداش در تجربه فرد و توانایی مهار پاسخ فوری بستگی دارد که هریک از این عوامل به سیستم‌های خاص مغز مربوط می‌شود. از دیدگاه دیگر تحمل پریشانی در ماهیت سلسله مراتبی متشکل از یک سازه یکپارچه تحمل یا عدم تحمل تجربی و تعدادی ابعاد مرتبه پایین‌تر است و عدم تحمل نگرانی تا حدودی به سازه اجتناب تجربی مرتبط می‌شود.

نتایج تحقیق ماتنز، باری، تاکانو و ریس^۳ (۲۰۱۹) نشان می‌دهد بیماران مبتلا به افسردگی به‌طور قابل توجهی بازیابی خاطرات اختصاصی کم‌تر و خاطرات مقوله‌ای بیشتری داشته‌اند و درمان اختصاصی سازی حافظه سرگذشتی با جلسات درمانی کوتاه مدت (۴ جلسه) همراه با مراقبت بالینی روزانه در بیماران افسرده سرپایی و بستری در بیمارستان‌های مناطق هفت‌گانه بلژیک اثرات مثبتی بر بهبود حافظه سرگذشتی داشته است.

افراد افسرده اختصاصی سازی کم‌تری نسبت به نشانه‌های کلامی و تصویری داشته‌اند (رایدوت، دریتسچل، ماتیبوز و کارول^۴، ۲۰۱۶). همچنین کم‌ترین بازیابی خاطرات خاص، بیشترین بازیابی خاطرات عام و بیشترین تأخیر زمانی برای بازیابی خاطرات را داشته‌اند (شریفی،

1. Bernstein, Zvolensky, Vujanovic and Moos
2. Zvolensky, Bernstein and Vujanovic,
3. Martens, Barry, Takano and Raes
4. Ridout, Dritsche, Matthews and Ocarroll

نشاط دوست، توکلی و شایگان نژاد، ۱۳۹۳).

پژوهش‌های دیگر نشان داد آموزش اختصاصی‌سازی حافظه سرگذشتی برافسردگی بزرگسالان (ارتن و براون، ۲۰۱۸) و افسردگی و بهبود کیفیت زندگی جانبازان (معینی فارسانی و رنجبرکهن، ۱۳۹۵) اثربخش بوده است.

اگرچه پیشرفت‌های چشمگیری در درمان اختلال افسردگی حاصل شده است، ولی این پژوهش با استفاده از دانش بنیادی عصبی شناختی اختصاصی‌سازی حافظه سرگذشتی قصد داشته اجتناب و پریشانی هیجانی افراد افسرده را کاهش دهد. لذا برای پیشگیری از آسیب‌های ناشی از افسردگی که در زندانیان به چشم می‌خورد و برتری این درمان نسبت به درمان‌های بالینی دیگر، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی اختصاصی‌سازی حافظه سرگذشتی بر اجتناب تجربی و تحمل پریشانی مردان افسرده تحت نظر در ندامتگاه انجام شد.

فرضیه‌ها عبارتند از :

اختصاصی‌سازی حافظه سرگذشتی بر اجتناب تجربی مردان ندامتگاه مبتلا به افسردگی اساسی تأثیر دارد.

اختصاصی‌سازی حافظه سرگذشتی بر تحمل پریشانی مردان ندامتگاه مبتلا به افسردگی اساسی تأثیر دارد.

روش

این پژوهش از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی با مدل پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را مردان مبتلا به افسردگی در ندامتگاه شه‌کمر در شش ماهه اول سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. به‌منظور انتخاب نمونه پژوهش آزمون افسردگی بک ویرایش دوم (BDII-II) بر روی افراد ندامتگاه اجرا شد و آن‌هایی که نمره بالاتر از (۲۹) کسب کردند، انتخاب و پس از ارزیابی‌های اولیه بر اساس مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختار یافته توسط روان‌شناس با نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر از افرادی که ملاک‌های تشخیص اختلال افسردگی را داشتند، انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش تشخیص اختلال افسردگی، عدم ابتلا به هرگونه اختلال روان‌پریشی و اختلال شخصیت (به تشخیص روان‌شناس)، دامنه سنی ۴۵-

۳۰ با توجه به شدت علائم در بالغین جوان، مدت حضور در ندامتگاه ۶ ماه تا ۳ سال، عدم شرکت همزمان در هرگونه مداخله درمانی دیگر، رضایت آگاهانه، توانایی شرکت در جلسات مداخله گروهی بود. ملاک‌های عدم ورود عبارت بودند از: معلولیت ذهنی و جسمی، داشتن سابقه بیش از یک بار در ندامتگاه، داشتن رفتارهای پرخطر و جرائم عمدی، ملاک‌های خروج عدم تمایل به ادامه درمان بود. برای رعایت مسائل اخلاقی به کلیه شرکت‌کنندگان اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات محرمانه خواهند ماند. بر اساس معیارهای تدوین شده اطلاعاتی در باره هدف، مراحل اجرا، طرح آزمایشی، نوع مداخله و سودمندی بالقوه پژوهش برای آزمودنی‌ها مطرح شد. om

ابزار پژوهش عبارت بودند از:

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II)^۱: این مقیاس را بک، استیر و براون (۱۹۹۶) ساخته‌اند که بازنگری شده پرسشنامه بک است که برای سنجش علائم و شدت افسردگی تدوین شده است. این مقیاس حاوی ۲۱ گویه است که با مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از ۰ (هرگز) تا ۳ (خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمره از ۰ تا ۶۳ است. نمره ۲۹-۶۳ نشانه افسردگی شدید است. ضریب آلفای کرونباخ خارجی مقیاس را بک و همکاران ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ و ضریب همبستگی در روایی همگرا با آزمون اضطراب حالتی ۰/۶۹ و افسردگی حالتی ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند. پایایی نسخه هنجاریابی ایرانی با آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و با روایی سازه با روش تحلیل عاملی و چرخش واریماکس دو عامل شناختی-عاطفی و بدنی استخراج شده است (رجبی و کسمایی، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر پایایی آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسشنامه پذیرش و عمل نسخه دوم (AAQ-II)^۳: این پرسشنامه را بوند، هیز، بیر، کارپنتر و زتلی (۲۰۱۱) ساخته و بازنگری کرده‌اند. یک پرسشنامه ۷ گویه‌ای است که اجتناب رفتاری را می‌سنجد. این پرسشنامه که با مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۷ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمره بین ۷-۴۹ است. نمره بالا نشان‌دهنده اجتناب بیشتر است. ضریب آلفای

1. Beck Depression Inventory
2. Beck, Steer and Brown
3. Acceptance and Action Questionnaire

کرونیخ خارجی پرسشنامه ۰/۸۴ گزارش شده است. پایایی نسخه هنجاریابی ایرانی آن توسط عباسی، فتی، مولودی و ضرابی (۱۳۹۱) با تحلیل اکتشافی روایی افتراقی دو عامل اجتناب از تجارب هیجانی^۱ و کنترل روی زندگی^۲ ۰/۸۹ گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایایی آزمون با آلفای کرونیخ ۰/۷۳ به دست آمد.

مقیاس تحمل پریشانی هیجانی (DTS)^۳: این پرسشنامه را عسگری و خالقی (۱۳۹۷) ساخته‌اند. یک پرسشنامه ۱۱ گویه‌ای است که گویه‌ها بر اساس مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت از ۶ (کاملاً موافقم) تا ۱ (کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین ۱۱ تا ۶۶ متغیر است. کسب نمره بالا نشان‌دهنده تحمل پریشانی بالاتر است. پایایی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونیخ برای تحمل پریشانی ۰/۹۳ و ضریب همبستگی در روایی همگرا با آزمون تحمل پریشانی سیمونز^۴ ۰/۸۳ به دست آمد.

روش اجرا: بعد از اجرای پیش‌آزمون آموزش اختصاصی‌سازی حافظه سرگذشتی در ۷ هفته به مدت ۹۰ دقیقه براساس پروتکل مکس ول^۵ (۲۰۱۱) به صورت گروهی برای گروه آزمایش طبق جدول (۱) اجرا شد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

1. avoidance of emotional experiences
2. control of life
3. Distress Tolerance Scale
4. Simons
5. Maxwell

جدول ۱: جلسات اختصاصی سازی سازی حافظه سرگذشتی بر اساس مدل مکس ول (۲۰۱۱)

جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار	تکالیف خانگی
اول	آشنایی با هدف درمان	ایجاد جو اعتماد، اهمیت رویدادها و اختصاصی نبودن آن در افسردگی، تأکید بر اهمیت خاطرات منفی، اجتناب از آن ها و تداوم افسردگی	یاد آوری خاطرات	یادآوری خاطره های ویژه با کلمه های مثبت و خشتی
دوم	یادآوری خاطرات مثبت و شناسایی سبک بازیابی خاطرات	طرح خاطرات مثبت از دوران کودکی، ارزیابی و شناسایی سبک بازیابی خاطرات	بازیابی اختصاصی رویدادهای کودکی	یادآوری دو خاطره خاص برای نشانه های مثبت و خشتی
سوم	رفع موانع و چالش ها تغییر سبک بازیابی	طرح خاطرات مثبت نوجوانی و جوانی، ارائه مثال های درمانجویان و تحلیل اختصاصی و تأکید بر تغییر سبک بازیابی، یادآوری بیشتر خاطرات مثبت	اصلاح یادآوری غیر اختصاصی،	یادآوری دو خاطره خاص برای نشانه های مثبت
چهارم	بازیابی رویدادهای زندگی	ترغیب به یادآوری خاطرات مثبت بزرگسالی، طرح خاطرات منفی کودکی و اهمیت آن ها در رابطه با افسردگی	بازیابی خاطرات مثبت و منفی	یادآوری دو خاطره خاص برای نشانه های منفی و مثبت
پنجم	بازیابی اختصاصی خاطرات منفی	طرح خاطرات منفی از دوران نوجوانی و بحث درباره اهمیت آن ها در افسردگی، طرح مسأله بازگشت بیماری با تأکید بر حوادث	بازیابی اختصاصی خاطرات منفی نوجوانی	یادآوری دو خاطره خاص برای نشانه منفی
ششم	تحکیم سبک جدید بازیابی	طرح خاطرات منفی بزرگسالی، طرح مثال های درمانجویان، طرح موانع در تحکیم سبک جدید بازیابی	بازیابی اختصاصی خاطرات منفی بزرگسالی	تمرین سبک بازیابی اختصاصی خاطرات مثبت، منفی و خشتی
هفتم	تداوم بازیابی اختصاصی در موقعیت های پیش رو	مرور مطالب قبل، تأکید بر اهمیت تداوم بازیابی اختصاصی در موقعیت های پیش رو، ترغیب به تعمیم روش های آموخته شده به موقعیت های واقعی زندگی، جمع بندی، بازخورد، اجرای پس آزمون و خاتمه درمان	یادگیری تعمیم روش های آموخته شده به موقعیت های واقعی	انجام تمرین های مکرر با کلمات مثبت و منفی

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان می‌دهد که افراد گروه نمونه در گروه آزمایش ۱۵ نفر و در گروه کنترل ۱۵ نفر مرد بوده‌اند. رده سنی گروه آزمایش $2/07 \pm 36/87$ و در گروه کنترل $2/57 \pm 39/73$ بوده است. در جدول (۲)، آماره‌های توصیفی نمرات اجتناب تجربی و تحمل پریشانی هر دو گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است. برای بررسی فرضیه‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکراری استفاده شد؛ نتایج آزمون لوین برای بررسی تساوی واریانس گروه‌ها در متغیر اجتناب تجربی و تحمل پریشانی نشان داد سطح معناداری برای هر دو گروه در متغیر وابسته پژوهش بزرگ‌تر از $0/05$ است. بنابراین، با $0/95$ اطمینان هر دو گروه از نظر پراکندگی نمرات در پیش‌آزمون یکسان هستند. نتایج آزمون شاپیروویلک نشان داد، شرط نرمال بودن توزیع نمرات در مرحله پس‌آزمون رعایت شده است ($P > 0/05$). همچنین از آزمون کرویت ماچلی به عنوان پیش فرض استفاده از تحلیل واریانس برای اندازه‌گیری‌های تکرار شونده استفاده شد و چون داده‌ها از مفروضه کرویت تخطی نکرد، نیاز به تصحیح نبود و با توجه به نتایج آزمون ماچلی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی اجتناب تجربی و تحمل پریشانی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	شاپیرو ویلک P value	لوین Pvalue
		انحراف میانگین معیار	انحراف معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار			
اجتناب تجربی	آزمایش	۳۱/۲۷	۱/۰۵	۲۲/۵۳	۱/۱۰	۲۱/۶۱	۱/۱۳	۰/۴۲
	کنترل	۳۰/۹۱	۱/۲۵	۳۱/۸۴	۱/۲۷	۳۱/۵۰	۱/۶۹	۰/۴۸
تحمل پریشانی	آزمایش	۲۹/۵۴	۵/۱۸	۴۰/۲۱	۵/۰۶	۴۱/۳۲	۵/۴۴	۰/۷۱
	کنترل	۳۰/۹۴	۵/۳۲	۳۱/۴۲	۵/۳۹	۳۱/۷۰	۶/۴۰	۰/۷۴

به منظور تأثیر اختصاصی سازی حافظه سرگذشتی بر اجتناب تجربی و تحمل پریشانی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری تکراری استفاده شد که نتایج آن در جدول (۳) ارائه شده است. در این آزمون زمان اندازه گیری به عنوان عامل درون آزمودنی و گروه به عنوان عامل بین آزمودنی وارد مدل شدند. با توجه به نتایج جدول (۳) در متغیر اجتناب تجربی اثر زمان به لحاظ آماری معنادار است ($p \leq 0/01$) و اجتناب تجربی از جلسه پیش آزمون تا جلسه پیگیری کاهش معنادار داشته است. اثر تعامل زمان با گروه در اجتناب تجربی معنادار است. یعنی اثر متغیر مستقل بر اجتناب تجربی گروه آزمایش معنادار است و این اثر در مرحله پیگیری تداوم دارد. مجذور سهمی اتا نشان می دهد ۴۸ درصد از اجتناب تجربی در مردان افسرده ندامتگاه مربوط به عضویت در گروه آزمایش بوده است ($p \leq 0/01$)

همچنین در متغیر تحمل پریشانی اثر زمان به لحاظ آماری معنادار است و تحمل پریشانی از جلسه پیش آزمون تا جلسه پیگیری افزایش معنادار داشته است ($p \leq 0/01$). اثر تعامل زمان با گروه در تحمل پریشانی معنادار است. یعنی اثر متغیر مستقل بر تحمل پریشانی گروه آزمایش معنادار است و این اثر در مرحله پیگیری تداوم دارد ($P \leq 0/01$). مجذور سهمی اتا نشان می دهد که ۳۴ درصد از تحمل پریشانی در مردان افسرده ندامتگاه مربوط به عضویت در گروه آزمایش بوده است.

جدول ۳: یافته های مربوط به آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری تکراری برای هر یک از متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مقدار F	سطح معنی داری	مجذور سهمی اتا
اجتناب	زمان	۳۸۹/۷۷۵	۱	۲۵/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۴۸
تجربی	زمان * گروه	۴۲۷/۱۷۶	۱	۱۷/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۲۹
تحمل	زمان	۶۸۲/۱۳۸	۱	۳۹/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۴۱
پریشانی	زمان * گروه	۴۷۰/۱۳۰	۱	۱۵/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۳۴

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد اختصاصی سازی حافظه سرگذشتی براجتناب تجربی و تحمل پریشانی مردان افسرده ندامتگاه تأثیر دارد. در بحث همسویی این یافته می توان به نتایج مطالعات ارتسن و همکاران (۲۰۱۸)، ماننز و همکاران (۲۰۱۹) و معینی فارسانی و همکاران (۱۳۹۵) اشاره کرد.

در تبیین این یافته براساس دیدگاه کلارک و فربورن (۱۹۹۷) می توان گفت حافظه سرگذشتی افراد افسرده سوگیرانه و یادآوری خاطرات آنها بیش کلی گراست که به جهت خلاصه کردن رخدادها در سطح میانی حافظه قادر نیستند از توصیف های کلی برای بازیابی نمونه های خاص سود ببرند و از حافظه لایه فراتر جهت حل مسائل استفاده می کنند که این پایگاه اطلاعاتی به دلیل نبود اطلاعات اختصاصی شدیداً محدود است.

بنابراین، حافظه سرگذشتی بیش کلی گرا که با سه فرایند اجتناب، نقص در عملکرد اجرایی و نشخوار ذهنی همراه است، علت پایداری افسردگی می باشد (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷). بنابراین، افراد افسرده در طول بازیابی اطلاعات در سطح بیش کلی گرا با اجتناب از هیجان مرتبط با خاطرات ناخوشایند متوقف شده که این حالت برای فرد تقویت کننده بوده و راهبردهایی را محدود می کند که برای بازیابی خاطرات از حافظه سرگذشتی مورد نیاز بوده است. شخص افسرده تحت تأثیر حافظه بیش کلی گرا بیشتر درگیر نشخوار ذهنی می شود و با افکار منفی راجع به حوادث و تحمل کمتر برای پذیرش تجارب هیجانی و اجتناب از آن رویدادها شرایط پریشانی هیجانی را فراهم می آورد، همان گونه که دیدگاه ویلیامز (۲۰۰۷) نیز ارتباط نشخوار ذهنی و بازیابی خاطرات به صورت کلی از حافظه سرگذشتی را تصدیق کرده است. توجه احتمال کاهش یادآوری رویدادهای آزارنده دور به دلیل مرور ذهنی کم تر، سرکوب فکر و اجتناب است که کاهش دسترسی به خاطرات شخصی بلندمدت را در افراد افسرده در پی دارد. کاهش اختصاصی بودن حافظه در فرد افسرده یک راهبرد شناختی برای اجتناب از دسترسی به جزئیات حوادث شرح حال رنج آور بوده و طبق فرضیه کنترل اجرایی کاهش یافتگی اختصاصی حافظه به جهت نقص در کارکرد اجرایی و پردازش اطلاعات در لایه های فراتر و سطحی است که این تبیین دیدگاه کلارک و فربورن (۱۹۹۷) را تأیید می کند.

شخص افسرده در ندامتگاه برای بازداری از یادآوری تجارب رنج‌آور آموخته است که قبل از یادآوری حافظه منفی، بازیابی حافظه شرح حال را متوقف کنند که عامل قفل درونی حافظه یادآور است که این وضعیت در بلندمدت علاوه بر یادآوری کلی خاطرات منفی باعث پریشانی ناسازگار می‌شود. بنابراین، بازیابی اختصاصی حافظه سرگذشتی موجب می‌شود نقش عملکرد اجرایی در نظام توجه و حافظه بهبود یافته و فرد جستجوی خاطره‌های اختصاصی و رویدادهای سرکوب شده را با توجه و هشیاری بیشتر مشاهده کند و به جستجو در بانک اطلاعاتی حافظه لایه فروتر و عمقی حرکت کند. بنابراین، با یادآوری خاص خاطرات رنج‌آور و تغییر سبک بازیابی از بیش کلی‌گرا به اختصاصی برای خاطرات، نقش اجرایی تجسم و تصویرسازی فعال شده، ظرفیت فرد برای پذیرش تجارب هیجانی افزایش می‌یابد که هرچند این حالت نگرانی و پریشانی اولیه را در پی دارد، ولی فرونشانی، سرکوبی و انکار را در فرد کاهش داده، آمادگی در مواجهه با تجارب آزاردهنده تسهیل شده، انطباق فرد با پریشانی را بهبود می‌بخشد و در پی آن ظرفیت فرد را برای تحمل پریشانی گسترش می‌دهد.

بنابراین، درمان اختصاصی سازی حافظه سرگذشتی بر اجتناب تجربی و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به افسردگی که در ندامتگاه به سر می‌برند، به عنوان یک درمان عصبی شناختی مورد توجه است.

این پژوهش با محدودیت‌هایی رو به رو بوده است که می‌توان گفت با توجه به اینکه جامعه مورد مطالعه مردان مبتلا به افسردگی در ندامتگاه با مدت کم‌تر از ۳ سال بوده است، پیشنهاد می‌شود برای پژوهش‌های آتی مدت زمان بیشتر و دفعات حضور در ندامتگاه در نظر گرفته شود. علاوه بر این، در این پژوهش به مقایسه اثرات درمان مورد نظر با سایر درمان‌ها اقدام نشده که پیشنهاد می‌شود درمان حاضر با سایر درمان‌ها بر زنان ندامتگاه مقایسه شود. در مجموع با توجه به نتایج حاصل از پژوهش، پیشنهاد می‌شود که درمان اختصاصی حافظه سرگذشتی به عنوان مداخله‌ای مؤثر در کاهش اجتناب و بهبود تحمل پریشانی در ندامتگاه‌ها توسط روان‌درمانگران در نظر گرفته شود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند تا از شرکت‌کنندگان و کارشناسان محترم ندامتگاه

که با مشارکت و همکاری خود ما را در اجرای این پژوهش یاری رساندند، کمال قدردانی را به عمل آورند.

منابع

اسماعیلی، معصومه، زارع، حسین، علی پور، احمد و اورکی، محمد (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای حافظه سرگذشتی بیش کلی‌گرا در رابطه بین نشخوار ذهنی و نقص در کارکردهای اجرایی با حل مسأله ناکارآمد در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۲(۸۳): ۸۳-۹۴.

رجبی، غلامرضا و کارجو کسمایی، سونا (۱۳۹۱). کفایت شاخص‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم (BDI-II). *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۳(۱۰): ۱۳۹-۱۵۸.

رضاپور، میر صالح یاسر و اسماعیل بیگی، منیره (۱۳۹۶). رابطه بین انعطاف‌پذیری و تحمل پریشانی با میانجی‌گری جهت‌گیری منفی به مشکل نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست، *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۶(۳): ۲۲-۳۱.

شریفی، مریم، نشاط دوست، حمید طاهر، توکلی، ماهگل و شایگان‌نژاد، وحید (۱۳۹۳). بررسی عملکرد حافظه سرگذشتی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس افسرده و غیرافسرده در مقایسه با افراد سالم. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۲(۳): ۵۴۷-۵۵۷.

عباسی، ایمانه، فتی، لادن، مولودی، رضا و ضرابی، حمید (۱۳۹۱). کفایت روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم. *فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۱(۱): ۶۵-۸۰.

فروزانفر، آزاده (۱۳۹۶). تحمل پریشانی: نظریه، مکانیسم و رابطه با آسیب‌شناسی روانی. *رویش روان‌شناسی*، ۲(۱۹): ۴۳۹-۴۶۲.

معینی فارسانی، رسول و رنجبرکهن، زهره (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش اختصاص‌سازی حافظه سرگذشتی بر افسردگی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شهر اصفهان. *مجله طب نظامی*، ۱۹(۱): ۴۰-۴۸.

Alemayehu, E. Ambaw, F. and Gutema, H. (2019). Depression and associated factors among prisoners in Bahir Dar Prison, Ethiopia. *BMC*

- Psychiatry*.10.1186/s12888-019-2071.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed)*. Washington, DC: Author.
- Beak, A.T., steer, R.A. and Brown, G. k. (1996). Beck depression inventory for measuring depression. *of General psychiatry*, 4(1):561-571.
- Bernstein, A., Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A. and Moos, R. (2009). Integrating anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance: A hierarchical model of affect sensitivity and tolerance. *Behavior Therapy*.40(3): 291-301.
- Boullion,G.Q. (2015).*The relationships among anxiety, experiential avoidance, and valuing in daily experiences*. Thesis February. University of Mississippi.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K, M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T. and Zettle, R., D. (2011). Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*. 10.1016/j.beth.2011.03.007.
- Bradley, B. P, Mogg, K. and Miller, N. (1996). Implicit memory bias in clinical and non-clinical depression. *Behavior Research and Therapy*.34(1): 865-879.
- Clark, D. M. E. and Fairburn, C. G. (1997). *Science and practice of cognitive behavior therapy*. Oxford University Press.
- Erten,M. N. and Brown, A. D. (2018). Memory specificity training for depression and posttraumatic stress disorder: A promising therapeutic intervention. *Opinion*,9(1).10.3389/fpsyg.2018.00419.
- Esmaceli, M., Zare, H., Alipoor, A. and Oraki, M. (2020). Mediating role of over general autobiographical memory in relationship of rumination and defective executive functions by dysfunctional problem solving in major depression disorder patients. *Journal of Clinical Psychology*.2(83).83-94. (Text in Persian).
- Forouzanfar, A. (2018). Distress tolerance: theory, mechanism and relation to psychopathology. *Rooyesh. Journal Psychology*.2(19).40-48 (Text in Persian).
- Gamez, W., Chmielewski, M. Kotov, R. Ruggero. C, and Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: the multidimensional experiential avoidance questionnaire. *Psychological Assessment*. 23(1):692-713.
- Harris, D. and Berntsen, D. (2019). Direct and generative autobiographical memory retrieval: How different are they. *Cognition*.74(1). 10.1016/j.concog.2019.102793.
- Hershenberg, R., Mavandadi, S., Wright, E. and Thase, M. E. (2016). Anhedonia in the daily lives of depressed Veterans: A pilot report on experiential avoidance as a moderator of emotional reactivity. *Journal of Affective Disorders*.10.1016/j.jad.2016.10.011.
- Leyro, T. M., Zvolensky, M. J. and Bernstein, A. (2016). Distress tolerance and psychopathological symptoms and Disorders: A Review of the Empirical

- Literature among Adults". *Psychological Bulletin*. 136 (4): 576–600.
- Martens, K. Barry, T. J, Takano, K. and Raes, F. (2019). The transportability of memory specificity training (MEST): Adapting an intervention derived from experimental psychology to routine clinical practices. *BMC Psychology*.7(5): 10.1186/s40359-019-0279-y.
- Moein Farsani, R. and Ranjbar Kohan, Z. (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.
- Racionero-Plaza, S. Ugalde-Lujambio, L. Puigvert, L. and Aiello, E. (2018). Reconstruction of auto-biographical memories of violent sexual-affective relationships through scientific reading on love: A psycho-educational intervention to prevent gender violence. *Frontiers in Psychology*. 10.3389/fpsyg.2018.01996.
- Rajabi, G. h. and Karju kasmai, S. (2010). Psychometric properties of a Persian language version of the Beck depression inventory second edition. *Educational Measurement*.3(10):139-158.
- Rezapour Mirsaleh, Y. & Esmacelbeigi Mahani, M. (2020). The relationship between cognitive flexibility and distress tolerance by the mediating role of negative Problem orientation in orphans and abandoned adolescent. *Quarterly journal of social work*.6 (3): 22-31.
- Ridout, N. Dritschel, B. Matthews, K. and O'Carroll, R. (2016). Autobiographical memory specificity in response to verbal and pictorial cues in clinical depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 51(1): 109-115.
- Simons, J. S. and Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*. 29 (2): 83–102.
- Sharif, M. Neshatdoost, H. T, Tavakoli, M. and Shaygannejad, V. (2014). Investigation of autobiographical memory performance in depressed and non-depressed patients with multiple sclerosis versus health. *Journal of Research in Behavioral Science*.12(4):547-557 (Text in Persian).
- Spinhoven, P. Drost, J. de Rooij, M. van Hemert, A. M. and Penninx, B.W. (2014). A longitudinal study of experiential avoidance in emotional disorder. *Behavior Therapy*.45(1): 840- 850.
- Williams, J. M. G., Barnhoffer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E. and Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133, (1): 122-148.doi: 10.1037/0033-2909.133.1.122
- Zvolensky, M. J., Bernstein, A. and Vujanovic, A. A. (2011). *Distress tolerance: Theory, Research, and Clinical Application*. New York: Guilford Press.

**The Effect of Autobiographical Memory Specificity Training on
Experiential Avoidance and Distress Tolerance in Imprisoned
Men Suffering from Major Depressive Disorder**

Reza Asgari¹ and Shahnaz Khaleghipour*²

Abstract

The present study aimed to investigate the effectiveness of autobiographical memory specificity training on experiential avoidance and distress Tolerance in imprisoned men suffering from major depressive disorder. This is a semi experimental design with pretest and posttest with one-month follow-up and control group. Thirty participants were chosen by available sampling from the statistical population of the study which consisted of imprisoned men suffering from major depressive disorder during the first half of 2018. participants were randomly put into two groups, control (n=15) and experimental(n=15). The experimental group received autobiographical memory training in 7 sessions of 90 minutes. Acceptance and action questionnaire and distress tolerance scale were completed in stages of pre-test, post-test and follow up. Data were analyzed using Repeated measurements ANOVA. Results showed that there were significant differences in mean scores on experiential avoidance, distress tolerance and this effect was stable until the follow-up stage a month later. Result showed, it can be claimed that autobiographical memory specificity training has an effect on avoidance and distress tolerance in imprisoned men suffering from major depressive disorder.

Keywords: *Autobiographical memory, distress tolerance, experiential avoidance, major depressive disorder, penitentiary.*

1. MSC, Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. rezaasgari137@gmail.com

2.* Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. khaleghipour@naeiniau.ac.ir

DOI: 10.22051/psy.2020.29069.2070

<https://psychstudies.alzahra.ac.ir/>