

## Autobiographical episodic memory-based training interventions in patients with major depression

Maryam VatanKhah 

Master Degree of Clinical Psychology,  
Department of Psychology, Literature and  
Humanities Faculty, Shahid Bahonar  
University of Kerman, Kerman, Iran.

S. M. Hossein Mousavi  
Nasab 

Associate Professor of Health Psychology,  
Department of Psychology, Literature and  
Humanities Faculty, Shahid Bahonar  
University of Kerman, Kerman, Iran.

### Abstract

People with depression have impaired cognitive functions and psychological symptoms of depression. Depression is characterized by negative biases in different aspects of information processing that is related to vulnerability for the development, higher levels of depressive symptoms, maintenance and even recurrence of depression. Psychologists believe that memory is the foundation of cognitive psychology. Memory is one of the most important cognitive impairments in patients with depression, and its impairment exacerbates their inability to perform daily functions. autobiographical memory is part of the memory. Research has shown that there is a strong link between psychological symptoms and autobiographical memory bias. Depression can lead to impaired memory so that depressed individuals have difficulty retrieving specific memories. In other words, overgeneralization of autobiographical memory occurs. Considering the importance of this issue in the last two decades, extensive research has been done on the relationship between depression and memory, and memory-based depression treatments, which have sometimes yielded contradictory results. Despite these extensive pharmacological and psychological treatments for depression, there are limitations in comprehensiveness and efficacy of these treatments that leads

\* Corresponding Author: hossein.mousavi-nasab@uk.ac.ir

**How to Cite:** VatanKhah, M., Mousavi Nasab, S. M. H. (2022). Autobiographical episodic memory-based training interventions in patients with major depression, *Journal of Clinical Psychology Studies*, 12(45), 33-76.


to the need for more research on depression-related interventions. The present study is a systematic review article that has been collected through a complete study of 45 articles in the field of each of the interventions proposed during the article, history of memory and major depression. The aim of this study was to review autobiographical episodic memory-based training interventions for patients with depression to provide a sketch for more extensive research on each of these interventions. Overall, the studies conducted in this study indicated that episodic autobiographical- based memory training interventions have significant effects on the improvement and depressive symptoms in patients with depression.

**Keywords:** depression, autobiographical memory, competitive memory training, working memory training.



## مداخلات آموزش محور حافظه شرح حال رویدادی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران.

مریم وطن خواه 

دانشیار روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران.

سید محمدحسین موسوی

نسب  \*

### چکیده

افراد مبتلا به افسردگی در کارکردهای شناختی و علائم روان‌شناختی افسردگی دچار اختلال هستند. افسردگی با سوگیری منفی در جنبه‌های مختلف پردازش اطلاعات مشخص می‌شود که با آسیب‌پذیری در گسترش، سطوح بالاتر علائم افسردگی، ماندگاری و حتی عود افسردگی مرتبط است. روان‌شناسان بر این باور هستند که حافظه شالوده روان‌شناسی شناختی است. حافظه از مهم‌ترین مشکلات شناختی در بیماران مبتلا به افسردگی محسوب می‌شود که اختلال در آن باعث تشدید ناتوانی آنان در انجام عملکردهای روزانه می‌شود. حافظه شرح حال بخشی از حافظه است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که رابطه‌ای قوی بین علائم روان‌شناختی و سوگیری در حافظه شرح حال وجود دارد. افسردگی باعث اختلال در این حافظه می‌شود به نحوی که افراد افسرده دچار دشواری در بازیابی خاطرات اختصاصی می‌شوند؛ به عبارت دیگر بیش‌کلی‌گرایی حافظه شرح حال در آن‌ها رخ می‌دهد. با توجه به اهمیت این موضوع در دو دهه گذشته، تحقیقات گسترده‌ای در راستای ارتباط بین افسردگی و حافظه و درمان‌های افسردگی مبتنی بر حافظه انجام شده است که بعضاً نتایج متناقضی به همراه داشته‌اند. با وجود درمان‌های گسترده دارویی و روانی برای افسردگی در جامعیت و کارایی این درمان‌ها محدودیت وجود دارد که این امر حاکی از نیاز به تحقیقات بیش‌تر در مورد مداخلات مرتبط با افسردگی است. پژوهش حاضر از نوع مقالات مروری سیستماتیک است که از

طریق مطالعه کامل ۴۵ مقاله در زمینه هر یک از مداخلات مطرح‌شده در طول مقاله، حافظه‌شرح حال و افسردگی اساسی گردآوری شده است. هدف از این مطالعه مروری بر مداخلات آموزش محور مبتنی بر حافظه شرح حال رویدادی برای بیماران مبتلا به افسردگی است تا بستری برای پژوهش‌های گسترده‌تری در رابطه با هر یک از این مداخلات فراهم شود. در مجموع بررسی‌های انجام شده در این مطالعه حاکی از این امر بودند که مداخلات آموزش محور حافظه شرح حال رویدادی بر روند بهبودی و علائم افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی تأثیرات چشمگیری دارند.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، حافظه شرح حال، آموزش حافظه‌رقابتی، آموزش حافظه‌کاری.



## مقدمه

افسردگی یک اختلال روان‌پزشکی بسیار شایع در زندگی است (بک‌من<sup>۱</sup>، کاپلان<sup>۲</sup>، پرنس<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹) که با هزینه‌های قابل توجه و مسئولیت برای جامعه (مورای<sup>۴</sup>، لویز<sup>۵</sup>، ۱۹۹۷)، و مرگ و میر بیش از حد (کوپر<sup>۶</sup>، اسمیت<sup>۷</sup>، ۲۰۰۲) همراه است. انتظار می‌رود شیوع افسردگی خصوصاً در سالمندان افزایش یابد (هیو<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۲). در افسردگی علاوه بر اختلالات خلقی، گاهی اوقات کاهش سرعت عملکرد اجرایی و توجه مختل نیز مشاهده می‌شود (زاکنانیک<sup>۹</sup>، لیخ<sup>۱</sup>، کاپلان<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۸؛ درمات<sup>۱۲</sup> و امیر<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۹). با این وجود یکی از رایج‌ترین اختلالات شناختی، حافظه مختل است (زاکنانیک، لیخ، کاپلان، ۱۹۹۸؛ ریس<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۵؛ بک<sup>۱۵</sup>، ۱۹۶۷؛ هیچکاک<sup>۱۶</sup>، ورنر-سیدلر<sup>۱۷</sup>، بلک وول<sup>۱۸</sup>، دالگیش<sup>۱۹</sup>، ۲۰۱۷) اثرات افسردگی بر حافظه معنایی، حافظه کوتاه مدت و حافظه کاری کوچک و محدود هستند، درحالی که دارای اثرات بزرگ بر حافظه شرح حال<sup>۲۰</sup> است (زاکنانیک، لیخ، کاپلان، ۱۹۹۸؛ درمات و امیر، ۲۰۰۹؛ کرین<sup>۲۱</sup>، هرون<sup>۲۲</sup>، گونل<sup>۱</sup>، لوئیس<sup>۲</sup>،

1. Beekman
2. Copeland
3. Prince
4. Murray
5. Lopez
6. Cuijpers
7. Smit
8. Heo
9. Zakzanis
10. Leach
11. Kaplan
12. McDermott
13. Ebmeier
14. Rice
15. Beck
16. Hitchcock
17. Werner-Seidler
18. Blackwell
19. Dalgleish
20. autobiographical memory
21. Crane
22. Heron

لوئیس<sup>۲</sup>، ایوانس<sup>۳</sup>، ویلیامز<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴). اثرات زیان‌باری که افسردگی بر جامعه و افراد می‌گذارد و از سوی دیگر روند افزایشی نرخ ابتلا و عود افراد به افسردگی اساسی نشانگر اهمیت و نیاز روزافزون به روش‌ها و مداخلات نوین و جامع در این حیطه است. بررسی مروری مداخلات و حیطه اثرگذاری آن‌ها بر افسردگی و علائم آن یک مسئله بسیار مهم در این راستا است چرا که می‌تواند اطلاعات بسیار جامعی از روش‌ها و مداخلات موجود، نقاط قوت و ضعف هر یک از این روش‌ها، و از همه مهم‌تر حیطه اثرگذاری آن‌ها بر افسردگی و علائم را مشخص سازد و به انتخاب هوشمندانه مداخلات متناسب با شرایط و علائم افسردگی افراد مبتلا به افسردگی کمک شایان کند. حافظه شرح حال بر اساس تعریف نلسون و فیوش (۲۰۱۹)، حافظه رویدادها، و به‌طور کلی جنبه‌هایی از حافظه است که به تجدید خاطرات، تجارب، موضوعات و رویدادهای شخصی گذشته فرد مربوط می‌شود. این حافظه دارای زمان و مکان معینی است که برای هر فرد به صورت اختصاصی است. اختلال در حافظه شرح حال باعث می‌شود افراد افسرده دچار دشواری در بازیابی خاطرات اختصاصی شوند؛ به عبارت دیگر بیش‌کلی‌گرایی حافظه شرح حال در آن‌ها رخ می‌دهد. فرایند بازیابی خاطرات شخصی از حافظه به صورت خودکار انجام می‌شود. این بازیابی خودکار اطلاعات به صورت سلسله‌مراتبی از اطلاعات گسترده، عمومی و کلی به سمت اطلاعات اختصاصی و جزئی‌تر مربوط به رویداد انجام می‌شود (کوپر و اسمیت، ۲۰۰۲). در اختلالات خلقی همچون افسردگی فرایند بازیابی خودکار خاطرات شخصی مختل می‌شود. این امر باعث ایجاد سوگیری در پردازش خودکار اطلاعات و در نتیجه سوگیری در احساسات ایجاد شده از اطلاعات بازیابی شده می‌شود. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مکانیسم‌های مختلفی باعث ایجاد چنین اختلالی می‌شوند که در ادامه به بررسی آن‌ها می‌پردازیم:

- 
1. Gunnell
  2. Lewis
  3. Evans
  4. Williams

۱- بیش‌کلی‌گرایی<sup>۱</sup>: اختلال در حافظه شرح‌حال باعث می‌شود افراد افسرده دچار دشواری در بازیابی خاطرات اختصاصی شوند (سودرلوند<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). اگر جست‌وجوی سلسله‌مراتبی اطلاعات قبل از دستیابی به جزئیات خاص آن رویداد قطع شود در این صورت خلاصه‌های کلی و عمومی بر بازیابی غلبه می‌یابند و فرایند بازیابی مختل می‌شود. این امر می‌تواند هم به صورت مستقیم بر افسردگی تأثیر بگذارد و همچنین می‌تواند باعث تداوم علائم افسردگی شود (نولن-هوکسما<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰؛ استار<sup>۴</sup> و داویلا<sup>۵</sup>، ۲۰۱۲). عموماً بازیابی آن دسته از خاطرات که ماهیت طرح‌واره‌ای و آسیب‌زا دارند دچار بیش‌کلی‌گرایی می‌شوند (سودرلوند و همکاران، ۲۰۱۴). کاهش جنبه‌های اختصاصی حافظه شرح‌حال به عنوان یک نشانه و پیش‌بین برای افسردگی به شمار می‌آید (سامر<sup>۶</sup> و گریفیس<sup>۷</sup>، مینکا<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰). بیش‌کلی‌گرایی حافظه و کاهش خاطرات اختصاصی باعث افزایش ناتوانی افراد در انجام عملکردهای اجتماعی می‌شود (جینگ<sup>۹</sup>، مادور<sup>۱۰</sup>، شاکتر<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۶). بیش‌کلی‌گرایی نه تنها بر خاطرات شخصی گذشته تأثیر می‌گذارد بلکه می‌تواند با تداوم حالت افسردگی نیز مرتبط باشد (اسکات<sup>۱۲</sup>، ویلیامز، بریتل بنک<sup>۱۳</sup>، فریر<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۵) و باعث دشواری در تصور رویدادهای خاص آینده شود (بریتل بنک، اسکات، ویلیامز، فریر، ۱۹۹۵؛ ویلیامز و همکاران، ۱۹۹۶؛ ادیس، وانگ، شاکتر، ۲۰۰۷؛ ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷).

- 
1. overgeneralization
  2. Soderlund
  3. Nolen-Hoeksema
  4. Starr
  5. Davila
  6. Sumner
  7. Griffith
  8. Mineka
  9. Jing
  10. Madore
  11. Schacter
  12. Scott
  13. Brittlebank
  14. Brittlebank

۲- کاهش مثبت‌گرایی<sup>۱</sup>: افسردگی اختلالی است که در آن تنظیم احساسات مختل می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افسردگی مرتبط با دشواری در کنترل شناختی و به ویژه دشواری در بازداری پردازش اطلاعات منفی می‌باشد. در افراد افسرده کاهش بازداری موارد منفی با نشخوار ذهنی<sup>۲</sup> بیش‌تر، استفاده کم‌تر از ارزیابی مجدد، و استفاده بیش‌تر از سرکوب رخ می‌دهد. احساسات منفی پایدار و کاهش پایدار احساسات مثبت از ویژگی‌های مهم تشخیص افسردگی هستند. در واقع، نظریه پردازان پیشنهاد کرده‌اند که پاسخ اولیه افراد آسیب‌پذیر و غیر آسیب‌پذیر در ارتباط با افسردگی به طور عمده نسبت به یک رویداد منفی متفاوت نیست بلکه توانایی آن‌ها در بازیابی احساسات منفی ایجاد شده متفاوت است. در افراد افسرده سوگیری‌های عاطفی در اطلاعات بازیابی شده به ویژه کاهش دسترسی به خاطرات شخصی مثبت رخ می‌دهد (جوermann و گاتلیب<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). کاهش مثبت‌گرایی حافظه نه تنها منعکس‌کننده کاهش معنادار بودن معانی مثبت است بلکه می‌تواند اثرات مثبتی که از خاطرات حاصل می‌شود را نیز کاهش دهد (هولمز، بلکول، هیس<sup>۴</sup>، رنر<sup>۵</sup>، ریس، ۲۰۱۶). دستورالعمل‌های بین‌المللی برای توسعه مداخلات روان‌شناختی جدید بر مداخلات پیچیده جدید مشتق‌شده از نظریه و علم تجربی تأکید دارند (شورای تحقیقات پزشکی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰؛ شورای تحقیقات پزشکی، ۲۰۰۸). الگوهای آموزشی مبتنی بر حافظه شرح حال رویدادی نمونه‌ای از نمونه اولیه مداخلات توسعه یافته هستند. این پروتکل‌های آموزشی نه تنها بازیابی<sup>۷</sup> خاطرات و حافظه شرح حال را هدف قرار می‌دهند بلکه فرافکنی‌های مرتبط به رویدادهای آینده را نیز دربر می‌گیرند و هدف آن‌ها بهبود سوگیری‌های پردازشی است.

1. Reduced Positivity
2. Rumination
3. Joermann & Gotlib
4. Heyes
5. Renner
6. Medical Research Council
7. Retrieve



مداخلات آموزش محور مبتنی بر حافظه شرح حال (AET)<sup>۱</sup> تمرکزش بر بازسازی ارزیابی‌های اختصاصی یک رویداد (مانند آنچه در بازسازی‌های شناختی است) یا کاهش پریشانی‌های حاصل از خاطرات آن رویداد نیست، بلکه تمرکزش بر اصلاح اختلالات پردازشی است تا یک فرد این خاطرات را به صورت اولیه به یاد آورد (کوپر، اسمیت، ۲۰۰۲). پژوهش‌های انجام‌شده در هریک از زمینه‌های مداخلات آموزش محور حافظه شرح‌حال رویدادی در بیماران مبتلا به افسردگی همچون مطالعه هالفورد<sup>۲</sup>، کارمیکال<sup>۳</sup>، آستین<sup>۴</sup>، ریس، تکانو<sup>۵</sup>، فولر<sup>۶</sup> (۲۰۲۰) و باری<sup>۷</sup>، هیچکاک<sup>۸</sup>، تکانو، ریس، هالفورد (۲۰۲۱)، دالگلیش و همکاران (۲۰۱۷)، جرمان و همکاران (۲۰۱۶)، هیچکاک و همکاران (۲۰۲۱)، واتکینز (۲۰۱۷)، کرلبوم<sup>۹</sup> و همکاران (۲۰۱۶) بیانگر این امر هستند که این برنامه‌های آموزشی بر علائم افسردگی تأثیرگذار و نوید بخش هستند. این مطالعه به خلاصه سازی پژوهش‌های مرتبط با برنامه‌های AET جهت بهبود و درمان افسردگی اساسی می‌پردازد که این نتایج خود بیانگر اهمیت تحقیقات گسترده‌تر در این زمینه‌ها جهت یافتن مداخلات جامع، متناسب با مشکلات بالینی و شناختی ایجاد شده با هر یک از افراد مبتلا به افسردگی و مؤثر بر کاهش روند عود افسردگی می‌باشد.

#### ۱- آموزش اختصاصی سازی حافظه<sup>۱۰</sup> (MEST):

افراد افسرده در زمینه‌های زیر دارای مشکل هستند: ۱- توانایی حل مشکلات ۲- عدم توانایی استفاده از تجارب گذشته به عنوان راهنما برای فعالیت‌های آینده ۳- کاهش مثبت‌گرایی ۴- بیش‌کلی‌گرایی ۵- عزت‌نفس پایین ۶- بیش‌تر به صورت انتزاعی فکر

1. Autobiographical Episodic Memory Training
2. Hallford
3. Carmichael
4. Austin
5. Takano
6. Fuller
7. Barry
8. Hitchcock
9. Korrelboom
10. Memory Specificity Training

می‌کنند و ارتباط دادن این تفکرات با مسائل عینی برای آن‌ها دشوار است. چندین فرایند، به تنهایی و یا همراه باهم منجر به بازیابی خاطرات بیش‌ازحد تعمیم‌یافته در میان افراد افسرده می‌شود (دالگیش و همکاران، ۲۰۱۴، هالفورد و همکاران، ۲۰۲۰). به‌طور خاص، ویلیامز و همکارانش (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷) نشان دادند که سه مکانیسم زیربنای بیش‌کلی‌گرایی حافظه هستند: دریافت و نشخوار<sup>۱</sup>، اجتناب عملکردی<sup>۲</sup> و اختلال در مدیریت اجرایی<sup>۳</sup>. تجزیه و تحلیل جامع این مدل فراتر از محدوده این تحقیق است اما به‌طور خلاصه هر کدام از این سه مکانیسم را در اینجا توضیح می‌دهیم. مکانیزم دریافت و نشخوار با این احتمال مرتبط هستند که فرایند بیش‌کلی‌گرایی حافظه توسط اطلاعات حفظی وابسته به قوه حافظه<sup>۴</sup> تسهیل می‌شود، که این امر نشخوار ذهنی را در طول بازیابی خاطرات فعال می‌کند. در این راستا، مطالعات انجام شده نشان‌دهنده این امر هستند که پردازش نشخواری القا شده<sup>۵</sup> به‌صورت تجربی<sup>۶</sup> منجر به بازیابی اطلاعات بیش‌از حد عمومی می‌شود درحالی‌که تفکرات بدون ماهیت نشخواری منجر به چنین فرایندی نمی‌شوند. دومین عامل، اجتناب عملکردی، شبیه به مفهوم سازی اولیه بیش‌کلی‌گرایی حافظه به عنوان یک مکانیسم اجتناب است که به موجب آن به یاد آوردن رویدادهای شخصی به‌صورت بیش‌از حد تعمیم یافته منجر به کاهش تأثیر عاطفی خاطرات دارای بار احساسی می‌شود.

یافته‌های مطابق با این طرح نشان می‌دهند که اجتناب از یادآوری خاطرات خاص که بلافاصله بعد از تجارب ناگوار رخ می‌دهد منجر به کاهش پریشانی‌های احساسی می‌شود. سوم، مدل ادعا می‌کند که کنترل اجرایی مختل توانایی تمرکز فرد را برای بازیابی خاطرات اختصاصی محدود می‌کند. جهت حمایت از این مدل، تعداد زیادی از مطالعات

- 
1. Capture And Rumination
  2. Functional Avoidance
  3. Executive Management
  4. Mnemonic Information
  5. Induced
  6. Experimentally

نشان داده‌اند که بازیابی بیش از حد عمومی حافظه در طیف وسیعی از نتایج که شامل روش‌های کلامی، فضایی و حافظه می‌شود؛ با کنترل اجرایی مختل مرتبط است. تحقیقات بیش‌تری در این زمینه جهت توصیف کامل این مکانیسم‌ها و تعاملات بین آن‌ها باید انجام شود (سامر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). کمک به حل هر یک از سه مشکل بالا و افزایش دسترسی به خاطرات خاص دارای مزایای درمانی است. این فرض ظریف و ساده، ابتدا به صورت تجربی توسط رییس، ویلیامز و هرمانس (ریس، ویلیامز، هرمانس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹) مطرح شد. آن‌ها آموزش اختصاصی‌سازی حافظه را توسعه دادند. در این روش درمانی از محرک‌واژه‌ها<sup>۳</sup> استفاده می‌شود. خاطرات بازیابی شده توسط این محرک‌واژه‌ها را می‌توان در سه گروه ۱-خاطرات خاص<sup>۴</sup> (خاطراتی که به یک رویداد مشخص دارای زمان و مکان خاص اشاره دارد) ۲-خاطرات عام<sup>۵</sup> (خاطرات مربوط به رویدادهایی که تکرار شده‌اند) ۳-خاطرات طولانی<sup>۶</sup> (خاطرات مربوط به رویدادهایی که بیش از یک روز طول کشیده‌اند) طبقه‌بندی نمود (رنجبرکهن<sup>۷</sup>، نشاط دوست<sup>۸</sup>، مولوی<sup>۹</sup>، معروفی<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۲). این روش درمانی شامل چهار جلسه یک ساعته به صورت گروهی در چهار هفته متوالی است که هر گروه شامل سه تا چهار شرکت‌کننده می‌باشد. این جلسات توسط یک آموزشگر اداره می‌شود (عموماً روان‌شناس بالینی). هدف این روش درمانی معکوس کردن مشکل نسبی در بازیابی خاطرات خاص حافظه شرح حال در شرکت‌کنندگان است (ریس، ویلیامز، هرمانس، ۲۰۰۹؛ نشاط دوست و همکاران، ۲۰۱۴؛ باری و همکاران، ۲۰۲۱).

جلسه اول غالباً شامل آموزش روانی در مورد عملکرد حافظه در ارتباط با افسردگی

1. Sumner
2. Hermans
3. Cue-Words
4. Specific Memories
5. General Memories
6. Extended Memories
7. Ranjbarkohan
8. Neshatdoost
9. Molavi
10. Maeroofi

است. مباحثی که در این جلسه مورد بحث قرار می‌گیرند: ۱- دشواری در حافظه ناشی از تمرکز مختل ۲- رمزگردانی متضاد خلق و بازیابی ۳- کاهش اختصاصیت حافظه شرح حال است. لازم به ذکر است که درمانجو دارای یک دفتر تمرین است. از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود که یک خاطره خاص درباره محرک واژه‌های داده شده (به‌عنوان مثال برای کلمه خنثی دوچرخه و کلمه مثبت شادی) در دفتر کارش بنویسد. از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود تا حد امکان خاطراتی را که بازیابی می‌کنند دارای جزئیات باشد تا فرد بتواند بر بیش‌کلی‌گرایی حافظه غلبه کند. در این روش توجه ویژه‌ای به جزئیات مربوط به فاصله زمانی<sup>۱</sup>، جزئیات مربوط به بافت<sup>۲</sup> و جزئیات ادراکی احساسی<sup>۳</sup> می‌شود. سپس پاسخ‌های شرکت‌کنندگان در گروه مورد بحث قرار می‌گیرد. در پایان جلسه تکالیف منزل برای هفته آینده توضیح داده می‌شود. جلسه دوم با یک خلاصه کوتاه از جلسه اول شروع می‌شود. سپس تکالیف منزل هفته قبل در گروه مورد بحث قرار می‌گیرد. در ادامه شرکت‌کنندگان با چهار محرک‌واژه که دو تا مثبت و دو تا خنثی هستند مواجه می‌شوند که برای هر کدام باید دو خاطره خاص و متفاوت بگویند. دوباره همان فرایند جلسه اول رخ می‌دهد یعنی به شرکت‌کنندگان توضیح داده می‌شود که جزئیات را تا آنجا که می‌توانند در بازیابی و فراخوانی خاطرات خود بگنجانند. هدف از بیان دو خاطره متفاوت برای هر محرک‌واژه ثابت این است که شرکت‌کننده‌ها جهت کاهش بیش‌کلی‌گرایی ترغیب و آماده شوند. ادامه جلسه درمان مشابه جلسه اول است. همچنین از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود که دو خاطره خاص و متفاوت در مورد بعد از ظهر هر روز هفته جاری بنویسند.

در جلسه سوم شرکت‌کنندگان با محرک‌واژه‌های منفی مواجه می‌شوند. از هر فرد

- 
1. Spatiotemporal
  2. Context
  3. Sensory Perceptual Details

خواسته می‌شود که دو خاطره خاص برای هر محرک‌واژه منفی بگوید (به‌عنوان مثال: ناراحت، استرس). به دنبال هر محرک‌واژه منفی از هر فرد خواسته می‌شود که همین فرایند را برای یک محرک‌واژه هم‌تا مثبت انجام دهد (به‌عنوان مثال: خوشحال، آرامش). هدف این جلسه کاهش دادن تمایلات شرکت‌کنندگان به بیش‌کلی‌گرایی و ویژگی‌های منفی و افزایش مثبت‌گرایی است. تکالیف مشابه جلسه دوم است با این تفاوت که در این جلسه محرک‌واژه‌های منفی نیز اضافه شده‌اند. در جلسه چهارم از محرک‌واژه‌های منفی و محرک‌واژه‌های هم‌تا مثبت بیشتر و متفاوت با جلسات قبلی استفاده می‌شود. همچنین به شرکت‌کنندگان توضیح داده می‌شود که تفکرات بیش‌کلی‌گرایانه ممکن است به دنبال یک تجربه واحد نمایان شوند. به‌عنوان مثال: چهارشنبه هفته قبل من شام مهمانی را سوزاندم، هر زمانی که من یک کاری را انجام می‌دهم آن حتماً خراب می‌شود. برای اینکه شرکت‌کنندگان از لحاظ شناختی به این آگاهی برسند که چه هنگام آن‌ها شروع به بیش‌کلی‌گرایی در بازیابی خاطرات می‌کنند مثال‌های متعدد این چنینی برای شرکت‌کنندگان مطرح می‌شود (دالگیش و همکاران، ۲۰۱۴؛ ریس، ویلیامز، هرمانس، ۲۰۰۹؛ ایگن‌هویز<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۷؛ لیهی<sup>۲</sup>، ریدات<sup>۳</sup>، مشتاق<sup>۴</sup>، هولاند<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷؛ شریفی، نشاط‌دوست، توکلی، شایگان‌نژاد، ۱۳۹۳، هالفورد، استین، تکانو و ریس، ۲۰۱۹).

برخی پژوهش‌ها (ریس، ویلیامز، هرمانس، ۲۰۰۹؛ نشاط‌دوست و همکاران، ۲۰۱۴؛ هالفورد و همکاران، ۲۰۱۹؛ ریس، هالفورد، استین، فولر، تکانو، ۲۰۲۰؛ هالفورد و همکاران، ۲۰۲۰) نشان دادند که روش درمانی MEST بر بهبود افراد افسرده بسیار اثر بخش است. پژوهش‌های انجام شده توسط تیم دالگیش و همکاران (دالگیش و همکاران،

---

1. Eigenhuis  
2. Leahy  
3. Ridout  
4. Mushtaq  
5. Holland

۲۰۱۴) بر بیماران مبتلا به افسردگی راجعه نشان داد که روش درمانی MEST دارای اثر- بخشی زیاد بر درمان افسردگی است. همچنین سایر پژوهش‌های انجام شده برای بررسی اثربخش بودن یا نبودن (کوپر و اسمیت، ۲۰۰۲؛ ریس و همکاران، ۲۰۱۵) نیز نشان دادند که این روش درمانی دارای اثربخشی بالایی بر افسردگی است. آموزش اختصاصی سازی حافظه در بیماران مبتلا به افسردگی در تمامی پژوهش‌های انجام شده دارای اثرات طولانی مدت بر علائم افسردگی و افسردگی داشته است که خود منجر به کاهش عود در افسردگی می‌شدند. از طرفی دیگر تکالیف منزل که در این روش به مراجعین و آزمودنی‌ها ارائه می‌شود منجر به خودکفایی بیش‌تر آزمودنی‌ها و در نتیجه تثبیت مهارت‌های کسب شده و استفاده از آن‌ها در شرایط افسرده ساز آینده که تمرین نشده‌اند، می‌شود. از نقاط ضعف این روش می‌توان به این مسئله اشاره کرد که این روش قلم کاغذی است و اجرا و استفاده از آن حتماً نیاز به حضور فیزیکی در جلسات مشاوره است. در عصر جدید به دلیل مشغله‌های کاری و اجتماعی بسیاری از اوقات افراد زمان کافی برای حضور در جلسات مشاوره را ندارند و جویای روش‌های مدرن درمانی از راه دور هستند. این درحالی است در روش اصلاح سوگیری‌های شناختی تصویری مثبت که در ادامه به اختصار شرح می‌دهیم امکان ادامه روند درمانی به صورت اینترنتی و از راه دور فراهم شده است. یکی دیگر از مشکلات این روش این است که در افراد افسرده اغلب شاهد کاهش عزت‌نفس آن‌ها هستیم که در این روش مستقیماً هدف قرار نمی‌گردد. این درحالی است که در روش آموزش حافظه رقابتی در افراد افسرده عزت‌نفس مستقیماً هدف قرار می‌گیرد و نتایج چشمگیری بر افزایش عزت‌نفس افراد افسرده دارد. با توجه به نتایج حاصل شده از پژوهش‌های انجام شده در داخل یا خارج از ایران می‌توان به این نتیجه رسید که استفاده از این روش درمانی برای بهبود و درمان افسردگی و علائم آن بسیار کارآمد است.

## ۲- درمان خاطره‌پردازی<sup>۱</sup> (LRT):

خاطره‌پردازی مداخله‌ای روان‌شناختی است که برای کاهش افسردگی در سالمندان به کار می‌رود. درمان خاطره‌پردازی برگرفته از نظریه یکپارچگی<sup>۲</sup> اریکسون (وات<sup>۳</sup> و کاپلز<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰؛ مؤمنی، ۱۳۹۰) و مفهوم مرور زندگی<sup>۵</sup> باتلر (رایف<sup>۶</sup> و هینک<sup>۷</sup>، ۱۹۸۳) است. پژوهش‌های وات و وانگ (به نقل از اریکسون<sup>۸</sup>، ۱۹۶۳) مشخص ساخت که خاطره‌پردازی یک امر چند بعدی است که تنها ابعادی از آن ویژگی درمانی دارند. وات و وانگ بیان داشتند که خاطره‌پردازی دارای شش نوع مختلف است: ۱- خاطره‌پردازی روایتی ۲- خاطره‌پردازی ابزاری ۳- خاطره‌پردازی وسواسی ۴- خاطره‌پردازی گریزی ۵- خاطره‌پردازی انسجامی ۶- خاطره‌پردازی انتقالی. تنها خاطره‌پردازی ابزاری، انسجامی و روایتی دارای ارزش درمانی هستند. در مرور زندگی تمرکز هم بر خاطرات مثبت و هم بر خاطرات منفی در کل دوران زندگی است. هدف از انجام این روش انجام تحلیل انتقادی از تاریخچه زندگی فرد جهت دستیابی فرد به انسجام شخصیت است. درمان خاطره‌پردازی برای افراد مسنی به کار می‌رود که از مشکلات روانی همچون افسردگی رنج می‌برند. در این روش به بیماران کمک می‌شود تا خاطرات منفی را در غالب خاطرات مثبت بازیابی کنند.

آموزش خاطره‌پردازی به دنبال ارتقا و بهبود معنادار تجارب خاص در طول زندگی است. این هدف بر این اساس است که افسردگی همراه با شکست فرد در ادغام تجارب زندگی‌اش است (کوپر و اسمیت، ۲۰۰۲). این نکته حائز اهمیت است که ساختار

- 
1. Life Reminiscence Therapy /Life Review Therapy (LRT)
  2. Integrity
  3. Watt
  4. Cappeliez
  5. Life Review
  6. Ryff
  7. Heincke
  8. Erikson

مداخلات خاطره پردازي در مطالعات مختلف بسيار گسترده و متفاوت است. طبق دفترچه راهنمای مداخلات وات و کپلیز (باتلر<sup>۱</sup>، ۱۹۶۳) برنامه مداخله خاطره پردازي شامل شش جلسه ۹۰ دقیقه‌ای است که هفته‌ای یک جلسه انجام می‌شود. این جلسات می‌تواند به صورت فردی یا به صورت گروهی انجام شوند. برنامه مداخله توسط یک درمانگر واحد انجام می‌شود. موضوعات هر جلسه به ترتیب به شرح زیر است: جلسه اول: حوادث سرنوشت‌ساز زندگی (یک حادثه سرنوشت‌ساز در زندگی شما تجربه‌ای است که شما در طی زندگی داشته‌اید و تغییر مهمی را در زندگی شما به همراه داشته است). جلسه دوم: تاریخچه خانوادگی (افراد خانواده شما چه کسانی بودند، چه کسی در شکل دادن زندگی شما تأثیر مثبت یا منفی زیادی داشته است، چه کسی در پیشرفت شما بیشتر سهیم بوده است). جلسه سوم: حرفه یا کار عمده زندگی (یک حرفه یا کار در زندگی می‌تواند اشکال متفاوتی داشته باشد. کار بیرون از منزل یا نقش‌های فرد در خانه و جامعه بررسی می‌شود).

جلسه چهارم: تاریخچه عشق‌ها و نفرت‌ها (عشق تعلق عاطفی عمیق به یک شخص یا مکان یا چیز ویژه است. عشق‌های عمده زندگی شما چه بوده‌اند؟ در طول زندگی عاشق شده‌اید یا از کسی نفرت پیدا کرده‌اید؟). جلسه پنجم: تجارب همراه با استرس (آیا می‌توانید لحظه‌ای استرس‌زا در زندگی خود تصور کنید و اینکه نحوه مواجهه با آن چگونه بوده است؟). جلسه ششم: معنی و هدف زندگی (هدف‌هایی که در طول زندگی داشته‌اید و به آن‌ها رسیده‌اید و هدف‌هایی که به آن‌ها نرسیده‌اید ولی برای آن‌ها تلاش کرده‌اید). مراجعان باید قبل از هر جلسه خلاصه‌ای از خاطرات خود را تهیه کنند. در روش انسجامی فرد با کمک درمانگر بعد از پایان هر بحث به تفسیر و ارزیابی از مطالب می‌پردازد و سعی در یافتن و معنی دادن به آنچه که فرد گذرانده است، پذیرش تجارب منفی گذشته و تلفیق آن‌ها با زندگی حال دارد. این در صورتی است که در روش روایتی هیچ‌گونه تفسیر یا ارزشیابی از خاطرات گذشته به عمل نمی‌آید و بیشتر جنبه توصیفی لحاظ می‌شود



(سهرابی، کریمی، ۱۳۸۹). چانگک و همکاران (۲۰۱۰) نشان دادند که درمان خاطره‌پردازی بر افراد مسن افسرده دارای اثر درمانی کوتاه مدت ۳ ماهه است. همچنین نشان دادند که این درمان، اجتماعی شدن را بهبود می‌بخشد، احساسات حاصل از موفقیت در شرکت‌کنندگان را تقویت می‌کند و به کاهش افسردگی کمک می‌کند. شلمن و همکاران (۲۰۰۹) به بررسی اثرات خاطره‌پردازی انسجامی در بین سالمندان افسرده پرداختند. نتایج نشان داد که نشانگان افسردگی افراد سالمند به‌طور معناداری کاهش یافت. همچنین پژوهش‌های انجام شده توسط کریمی و همکاران (۱۳۸۹)، و بولمایر و همکاران (۲۰۰۷) همگی بیانگر این امر بودند که استفاده از مداخله خاطره‌پردازی باعث کاهش و بهبود علائم افسردگی می‌شود؛ اما پژوهش سرانو و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند که اختلاف بین گروهی در تغییر علائم افسردگی قبل از درمان با پس از درمان، پیگیری شش هفته یا پیگیری ۶ ماهه وجود نداشت؛ بنابراین شواهدی وجود ندارد که اثربخشی این نوع آموزش در یک برنامه روان‌شناختی فعال در درمان علائم افسردگی را تأیید کند. دالگیش و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهش مروری خود نشان دادند که نتایج حاصل از خاطره‌پردازی در پژوهش‌های مختلف منجر به نتایج مختلفی شده است که البته شاید دلیل این باشد که هنوز پژوهش‌های لازم در این زمینه به حد کافی انجام نشده است. مداخله آموزش‌محور خاطره‌پردازی در افراد افسرده طبق مطالعات انجام شده دارای اثرات و نتایج متناقضی است. یکی دیگر از نقاط ضعف این روش اثرات کوتاه مدت آن بر افسردگی و علائم آن است که در نتیجه افراد مبتلا به افسردگی علی‌رغم اینکه مداخلات درمانی دریافت کرده‌اند دوره‌های عود افسردگی را مجدداً تجربه می‌کنند. از سوی دیگر این مداخله بیش‌تر بر حوزه‌های روان‌شناختی ناشی از افسردگی اثر می‌گذارد و بر علائم بالینی آن تأثیرگذاری چندانی ندارد و روشی گذشته‌نگر است و کمتر بر آینده مثبت متمرکز می‌شود؛ اما از نقاط قوت آن می‌توان به این امر اشاره کرد که قشر آسیب‌پذیر اما به شدت مهم کهنسال را هدف قرار می‌دهد و دارای تأثیرات چشم‌گیر هرچند کوتاه مدت بر این افراد است که منجر به بهبودی افسردگی در این افراد و در نتیجه افزایش امید به زندگی می‌شود.

### ۳- آموزش اصلاح سوگیری‌های شناختی تصویری مثبت<sup>۱</sup> (CBM):

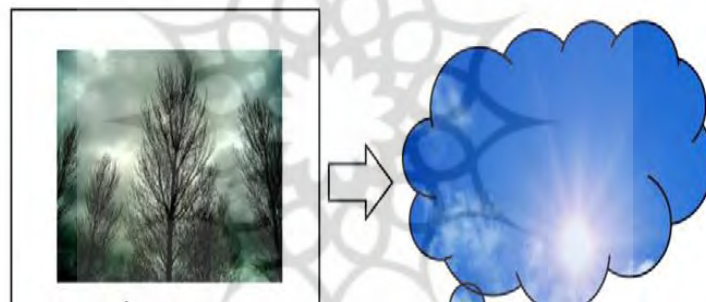
همان‌طور که قبلاً مطرح شد ممکن است اختلال در بازیابی خاطرات شرح‌حال مرتبط به آینده نیز رخ دهد. در افراد افسرده توانایی تصویرسازی ذهنی مثبت کاهش می‌یابد و همچنین سوگیری منفی در تفسیر رویدادهای مبهم در آن‌ها افزایش می‌یابد. ممکن است تمرین و تکرار در تصور رویدادهای سرگذشتی آینده در درمان افسردگی مفید باشد (بلک‌ول و همکاران، ۲۰۱۲). روش درمانی اصلاح سوگیری‌های شناختی تصویری روش مداخله‌ای است که در مداخلات درمانی مربوط به افراد افسرده به‌صورت گسترده استفاده می‌شود و روش درمانی شناختی کامپیوتری است که در بردارنده تمرین‌های مکرر در زمینه توسعه‌سازی تصاویر مثبت ذهنی در پاسخ به داستان‌ها و رویدادهای مبهم و مجهول است. این امر دارای تأثیرات مثبتی بر احساسات مثبت و انتظارات بیمار در آینده و رفتار او دارد. در نتیجه ممکن است باعث کاهش نشانه «ناتوانی در احساس لذت»<sup>۲</sup> در افراد افسرده شود (بلک‌ول و هولمز، ۲۰۱۷). هدف این روش درمانی اصلاح سوگیری‌های شناختی مثبت است که شرکت‌کنندگان مکرراً تمرین می‌کنند تا برای رویدادهای مبهم زندگی روزمره تصاویر ذهنی مثبت واضحی را تصور کنند. این مداخله درمانی شامل ۱۳ جلسه است.

در جلسه مقدماتی درمانگر ابتدا مداخله اصلاح سوگیری‌های شناختی تصویری مثبت را توضیح می‌دهد. همچنین در این جلسه مجموعه‌ای از تمرین‌های مشابه با محرک‌های آموزشی در طول مداخله ارائه می‌شود تا شرکت‌کنندگان با نحوه تولید تصاویر ذهنی در پاسخ با این محرک‌ها آشنا شوند. این تمرین‌ها با صدای بلند توسط درمانگر خوانده می‌شود. ۱۲ جلسه بعدی به‌صورت از راه دور در منزل و از طریق اینترنت انجام می‌شود. در ۶ جلسه از محرک‌های آموزشی صوتی استفاده می‌شود. در این ۶ جلسه شرکت‌کنندگان به یک داستان توصیفی کوتاه در مورد حوادث زندگی روزمره گوش می‌کنند. این داستان

---

1. Positive Imagery Cognitive Bias Modification  
2. Anhedonia

با حالتی مبهم آغاز می‌شود، اما پایان آن به صورت مثبت است. بدین جهت که شرکت کنندگان بتوانند به وضوح بالقوه مورد نظر در مورد حوادث آینده برسند. به عنوان مثال: به هنگام صبح همان طور که شما لباس می‌پوشید به روزی که در پیش‌رو دارید فکر می‌کنید، شما با خود فکر می‌کنید که این روز لذت‌بخش و پراز انرژی خواهد بود (تفکرات مثبت باید به صورت ایتالیک نوشته شوند). شرکت کنندگان آموزش می‌بینند که خود را در هر یک از سناریوها به صورت فعال تصور کنند و به پیامدهای داستان فکر کنند. در ۶ جلسه دیگر محرک‌های آموزشی تصاویر مبهمی هستند که با یک مجموعه لغات مثبت جفت شده‌اند و غالباً مربوط به زندگی روزمره هستند. شرکت کنندگان آموزش می‌بینند برای تصویر مبهم و عناوین مثبت جفت شده با آن، تصاویر مثبت ذهنی بسازند (سامر، ۲۰۱۲). یک مثال در اینباره در شکل ۱ ارائه شده است.



#### روشن شدن

شکل ۱. تصویر مثالی از یک محرک آموزشی است

(برگرفته از تکالیف آموزشی مثبت تصویری کامپیوتری بلک‌ول و هولمز (۲۰۱۷))

برنامه آموزشی به گونه‌ای است که جلسات محرک‌های شنیداری و جلسات محرک‌های لغتی تصویری به صورت متناوب انجام می‌شوند. در این برنامه آموزشی ۶ جلسه اول هر روز و در یک هفته اول انجام می‌شوند؛ اما ۶ جلسه بعدی در سه هفته بعدی به صورت دوبرار در هفته (یکی از هر نوع) انجام می‌شوند. هر جلسه شامل ۶۴ محرک آموزشی است که به صورت ۸ بلوک با ۸ داستان طراحی شده‌اند. شرکت کنندگان می‌توانند دارای زمان

استراحت در بین این داستان‌ها باشند؛ اما حداکثر زمان استراحت در هر جلسه ۲۰ دقیقه و نحوه استفاده از آن به عهده خود شرکت‌کنندگان می‌باشد. باید این نکته در نظر گرفته شود که هیچ محرک آموزشی نباید در طول مداخله تکراری باشد (بلک و همکاران، ۲۰۱۵). پژوهش‌های بلک و هولمز (۲۰۱۷)، لانگ و همکاران (۲۰۱۲)، دالگلیش و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند که مداخله اصلاح سوگیری‌های شناختی تصویری مثبت دارای اثر بخشی بالایی بر افسردگی است. ویلیامز و همکاران (۲۰۱۶) نیز به بررسی اثربخش بودن این مداخله پرداختند. نتایج آن‌ها نشان داد که این مداخله دارای اثر معناداری بر کاهش علائم افسردگی است. دالگلیش و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهش خود نشان دادند که نتایج حاصل از مداخله اصلاح سوگیری‌های شناختی تصویری مثبت دارای اثر معناداری بر کاهش علائم افسردگی است. جنبه تقویتی و خوب این درمان این است که تصویرسازی مثبت به صورت خودکار در بافت‌های مختلف قابل سازگاری و تطابق است. پژوهش‌ها نشان دادند آزمودنی‌ها در این مداخله تصویرسازی مثبت را تمرین می‌کنند که ممکن است به کاهش نشخوار ذهنی و بهبود عزت‌نفس در آنان منجر شود که بررسی این امر نیاز به پژوهش‌های بیش‌تر در این زمینه است. یکی از محدودیت‌های این پژوهش تعداد مطالعات کمی است که در این راستا صورت گرفته است.

#### ۴ - آموزش حافظه رقابتی<sup>۱</sup> (COMET):

عزت‌نفس پایین و نشخوار ذهنی نشانه‌های اختلالات افسردگی هستند و به عنوان پیش‌بینی‌کننده عود در افسردگی مطرح می‌شوند در حالی که عزت‌نفس بالا به نظر می‌رسد عاملی بهبودبخش در برابر افسردگی باشد. از دیدگاه نظری، سوگیری‌های منفی در پردازش اطلاعات مرتبط با خود به عنوان عامل مهمی در توسعه و پایداری افسردگی در نظر گرفته می‌شود (فنل<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴؛ هاگا<sup>۳</sup>، ارنست<sup>۴</sup>، دایک<sup>۱</sup>، ۱۹۹۱) در واقع، به‌طور تجربی نشان داده

1. Competitive Memory Training
2. Fennell
3. Haaga
4. Ernst

شده است که عزت‌نفس پایین یک عامل خطر برای افزایش افسردگی (شرینگتون<sup>۲</sup> و همکاران؛ ۲۰۰۱؛ اورث<sup>۳</sup> و همکاران؛ ۲۰۰۹) و افکار خودکشی (مان<sup>۴</sup> و بسریل-گاترز<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲؛ باتول و اسکات<sup>۶</sup>، ۱۹۹۷) است. همچنین خودارزیابی مثبت از بهبود افسردگی حمایت می‌کند (کلی<sup>۷</sup>، بوتانری<sup>۸</sup>، رابرتز<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷). گرچه در مورد نقش دقیق عزت‌نفس هنوز بحث است، اما بیشتر درمانگران و محققان معتقدند که عزت‌نفس پدیده مهمی در افسردگی است. با توجه به تحقیقات بریوین (۲۰۰۶)، درمان شناختی به‌طور مستقیم اطلاعات منفی در حافظه را تغییر نمی‌دهد بلکه بر بازیابی نسبی معانی مختلف که با محتوای عاطفی مرتبط هستند، تأثیر می‌گذارد. تقویت قابلیت بازیابی بازنمودهای عملکردی که در بازیابی رقابتی با بازنمودهای منفی ناکارآمد است به عنوان فعالیت اصلی تمامی درمان‌های روان‌شناختی مؤثر شناخته می‌شود. آموزش فرا تشخیصی برای نگرانی و نشخوار ذهنی به‌عنوان آموزش حافظه رقابتی توصیف می‌شود (کورلبوم<sup>۱۰</sup>، ویسر<sup>۱۱</sup>، تنبروک<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۴).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آموزش حافظه رقابتی در افزایش عزت‌نفس مؤثر است (کورلبوم، مارسینگ، هیوبرتس<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۲). پروتکل درمانی آموزش حافظه رقابتی بر اساس کار لنگ جهت تقویت شبکه‌های عاطفی شناختی (لانگ، ۱۹۹۴؛ لانگ، ۱۹۸۵) ساخته شده است. هدف آموزش حافظه رقابتی ایجاد یک تعادل مناسب در بازیابی و

- 
1. Dyck
  2. Sherrington
  3. Orth
  4. Man
  5. Becerril-Gutti Erez
  6. Bothwell & Scott
  7. Kelly
  8. Bottonari
  9. Roberts
  10. Korrelboom
  11. Visser
  12. Ten Broeke
  13. Huijbrechts

دسترسی به تصورات مثبت و منفی از خود است (کورلبوم، ماریسن<sup>۱</sup>، ون اسندلف، ۲۰۱۱). در این روش درمانی جلسات توسط دو درمانگر آموزش دیده اداره می‌شوند که حداقل یکی از آن‌ها باید درمانگر شناختی رفتاری باشد (اکرز<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). این روش درمانی شامل ۸ جلسه دو ساعته است که هر کدام در بردارنده مراحل متعددی هستند. هدف همه این مراحل تقویت دیدگاه مثبت فرد از خود است. تمام مراحل به صورت تکراری در طول جلسات درمان و تکالیف منزل انجام می‌شوند (کورلبوم، ویسر، تمبروک، ۲۰۰۴). به هر بیمار یک پروتکل درمانی کامل و جامع چاپ شده ارائه می‌شود که شامل منطق درمان، برنامه درمان و تکالیف منزل است که به طور کامل در آغاز آموزش حافظه رقابتی شرح داده شده است.

پروتکل آموزش حافظه رقابتی خود شامل ۶ مرحله است. ۱- ایجاد انگیزه از طریق بحث درباره مزایا و معایب نشخوار ذهنی و نقش آن در افسردگی ۲- منطق درمان مورد بحث قرار می‌گیرد و بیماران می‌دانند که توانایی آن‌ها برای رها کردن نشخوارهای ذهنی باید تقویت شود. آن‌ها می‌توانند این کار را از طریق دو استراتژی انجام دهند: الف) پذیرش (پذیرش امور به همان صورت که آن‌ها هستند) یا ب) بی‌تفاوت بودن (درباره چیزهای بی‌ارزش نگران نشوند). ۳- برای تغییر روند تقریباً اتوماتیک نشخوار، بیماران باید از موضوع نشخوارهای ذهنی، زمان و شدت نشخوار ذهنی آگاهی بدست آورند. آن‌ها همچنین از طریق ثبت روزانه به بررسی اثربخشی استراتژی خود در مورد نشخوار می‌پردازند. ۴- بیماران به تشخیص موفقیت‌های اولیه خود در رها کردن نشخوارها می‌پردازند (از طریق پذیرفتن تجارب و بی‌تفاوتی نسبت به حوادث). این موفقیت‌ها با تصور خود در صحنه‌های موفق گذشته<sup>۳</sup>، دستکاری هدفمند وضعیت بدن<sup>۴</sup> و بیان چهره<sup>۵</sup>، و بیان

- 
1. Maarsing
  2. Ekkers
  3. past successful scenes
  4. body posture
  5. facial expression

خودگفتارهای مثبت<sup>۱</sup> مطابق با شرایط تصور شده، تقویت می‌شوند (اکرز و همکاران، ۲۰۱۱).

این تمرینات در طول هفته‌های ۲ و ۵ در گروه‌های درمان و همچنین در تکالیف تکمیلی تمرین می‌شوند. تمام تمرینات بر اساس یافته‌های روان‌شناسی تجربی مربوط به تأثیر عاطفی تصورات و تصاویر ذهنی (هولمز، لانگ، شاه<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹)، خودگفتار (کمراس<sup>۳</sup>، هولاند، پترسون<sup>۴</sup>، ۱۹۹۳) و حالت چهره است (کرکاف<sup>۵</sup>، ون استینوگنز<sup>۶</sup>، باینز<sup>۷</sup>، هرمانس<sup>۸</sup>، ۲۰۱۱). ۵- در ۳ جلسه آخر آموزش حافظه رقابتی شبکه‌های عاطفی موضوعات تقابلی<sup>۹</sup> اجرا می‌شوند که در این مرحله موضوعات نشخوار ذهنی ناکارآمد به صورت غیرمستقیم تقویت می‌شوند. بیماران آموزش داده می‌شوند تا موفقیت‌های قبلی خود در رهاکردن (پذیرش یا بی‌تفاوت بودن) را با موضوعات نشخوار ذهنی ترکیب کنند. بیمار باید دستاوردهای قبلی خود را با کمک تخیل، حالت، بیان چهره<sup>۱۰</sup>، و خودبیانی مثبت فعال کند. سپس او تصویر موفقیت پیشین را با تصویری از وضعیتی که در مورد سرخوردگی دارد جایگزین می‌کند. با این حال، شرکت‌کننده با کمک حالت بدنی، بیان چهره و خودبیانی<sup>۱۱</sup> به حفظ احساسات موفقیت قبلی می‌پردازد و تلاش می‌کند از طریق بی‌تفاوتی یا پذیرش، احساسات خود را به هنگام تصور از موضوعات نشخوار مجزا سازد. این فرایند چندین بار تکرار شده و در تکالیف تکمیلی نیز تمرین می‌شود. ۶- به این امر توجه می‌شود که توانایی رهاکردن موضوعات نشخوار باید قابل‌تعمیم به موضوعات

---

1. Vocalizing Positive Self-Statements

2. Shah

3. Camras,

4. Patterson

5. Kerkhof

6. 6. Vansteenwegen

7. Baeyens

8. Hermans

9. Counter-Theme

10. Facial Exoretion

11. Self -Verbalization

احتمالی آینده باشد (اکرز و همکاران، ۲۰۱۱). تمام مراحل به‌صورت تکراری در طول جلسات درمان و تکالیف منزل انجام می‌شوند.

در جلسه اول به‌عنوان شروع درمان آموزش حافظه رقابتی یک ویژگی منفی مانند «غیر قابل قبول بودن فرد» توسط شرکت‌کننده تصور می‌شود. سپس شرکت‌کننده و درمانگر ویژگی‌هایی از فرد را شناسایی می‌کنند که با این دیدگاه در تقابل هستند. به‌عنوان یک تکلیف تکمیلی در منزل از شرکت‌کننده خواسته می‌شود که چند مثال واقعی از این ویژگی بنویسد. در جلسه دوم از شرکت‌کننده خواسته می‌شود تا این مثال‌ها را از طریق نوشتن داستان‌های کوتاه خودارجاعی<sup>۱</sup> توضیح دهند. متقاعدکننده‌ترین این داستان‌ها در جلسات بعدی و تکالیف منزل استفاده می‌شوند تا از این طریق تشخیص این احساسات بهتر و واضح‌تر شود. در جلسه سوم، چهارم، پنجم از تصویر ذهنی<sup>۲</sup>، بیان چهره‌ای و خودبازگویی استفاده می‌شود تا بیمار بتواند آنچه را که از قبل می‌داند، احساس کند (به‌عنوان مثال: او یک فرد قابل پذیرش و با ارزش است). سپس شرکت‌کننده باید مکرراً این داستان‌ها را تصور کند تا بتواند به عزت نفس و حالت چهره مطمئن برسد. در حین تصور مکرر این داستان‌ها، شرکت‌کننده با خودش ویژگی مثبت مورد نظر را تکرار می‌کند (او فردی قابل قبول است). سرانجام، به‌عنوان آخرین گام در آموزش حافظه رقابتی، شرکت‌کننده دوباره از طریق تخیل، حالت، خودبیانی و موسیقی احساسات مربوط به عزت نفس مثبت را فعال می‌کند. در دو جلسه بعدی (ششم و هفتم) شرایط مقابله‌ای جهت ایجاد روابط جدید از یک سو با محرک‌هایی که قبلاً عزت نفس پایین را فعال می‌کردند و از سوی دیگر با عزت نفس مثبتی که به تازگی افزایش یافته است، ایجاد می‌شود (کرکاف، ون استینوگنز، باینز، هرمانس، ۲۰۱۱) سپس شرکت‌کننده احساسات منفی و مشکل‌زایی را که فرد در آن‌ها احساس ناامنی می‌کند را با احساسات مثبت ایجاد شده جایگزین می‌کند. شرکت‌کننده این کار را بارها و بارها تمرین می‌کند تا زمانی که او بتواند در شرایط دشوار اعتماد به نفس خود را داشته باشد. در جلسه هشتم پس از بحث در مورد آخرین تکالیف،

1. Self-Referential
2. Imagery



روش آموزش حافظه رقابتی جهت بررسی انسجام درمانی در این روش ارزیابی می‌شود. این ارزیابی بدین صورت است که دو ارزیاب مطلع از روش اما مستقل از یکدیگر بررسی می‌کنند که آیا این درمان‌ها بر اساس کتابچه راهنما انجام شده‌اند یا خیر.

در طول مشاهدات زنده از جلسات درمانی نمونه، هر دو ارزیاب (مستقل از یکدیگر) در فرم اختصاص داده شده ثبت می‌کنند که آیا عناصر مورد نظر بررسی شده‌اند یا نه و همچنین بررسی می‌کنند که آیا موارد خارج از دفترچه راهنما مطرح شده است یا نه (کورلبوم، ماریسن، ون اسندلف، ۲۰۱۱). وندرگاگ و همکاران (وندراگاگ و همکاران، ۲۰۱۶)، در مطالعه خود به بررسی اینکه آیا افسردگی را می‌توان با تضعیف ارتباط بین توهم‌های شنوایی کلامی و شبکه‌هایی که به راحتی با خودارزیابی منفی فعال می‌شوند، با تقویت دسترسی به خاطرات رقابتی از عزت‌نفس مثبت بهبود بخشید یا نه می‌پردازد. نتایج حاکی از آن بود که این روش مداخله دارای اثر بخشی معناداری بر افسردگی است. پژوهش‌های انجام شده توسط کورلبوم (کورلبوم، ماریسن، ون اسندلف، ۲۰۱۱؛ کورلبوم، ویسر، تنبروک، ۲۰۰۴) نیز همین نتیجه را تأیید کردند.

بنا بر نتایج حاصل از پژوهش‌های انجام شده در این راستا می‌توان گفت که از نقاط قوت این روش هدف قرار دادن مستقیم و تأثیرگذاری چشمگیر بر عزت‌نفس و نشخوارذهنی است. چراکه عزت‌نفس پایین و نشخوارذهنی از عوامل مؤثر بر عود و شدت افسردگی هستند. این مداخله دارای اثرات طولانی مدت بر افسردگی و افزایش فواصل بین دوره‌های عود و کاهش تعداد این دوره‌ها می‌شود. آموزش حافظه رقابتی در تمام پژوهش‌های انجام شده به همراه یکی دیگر از درمان‌های رایج افسردگی انجام شده است که گاهی انجام دو مداخله به صورت همزمان دارای هزینه‌های درمانی سنگین و نیازمند وقت بسیار است که این دو مسئله ممکن است این درمان را برای افراد مبتلا به افسردگی که خود دچار کاهش علائق و بی‌حوصلگی می‌شوند غیر ممکن سازد و یا حتی منجر به ریزش آزمودنی‌ها در طول مداخله شود (وطن‌خواه موسوی نسب، ۱۳۹۸، صفحه ۹۵).

## ۵- آموزش عینی سازی<sup>۱</sup> (CNT):

مدل‌های شناختی پیشنهاد می‌کنند که سوگیری در پردازش شناختی، مانند توجه، حافظه، ممکن است شروع و حفظ اختلالات عاطفی را در پی داشته باشد. مطابق با چنین مدل‌هایی، سوگیری‌های شناختی مانند توجه انتخابی به اطلاعات منفی، پردازش انتزاعی، پردازش بیش از حد عمومی و تفسیر منفی از چیزهای مبهم، در بیماران افسرده بارها و بارها دیده شده است (هاروی<sup>۲</sup>، واتکینز<sup>۳</sup>، مانسل<sup>۴</sup>، شفران<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴؛ ویلامز، واتز، مک‌لئود<sup>۶</sup>، متیوز<sup>۷</sup>، ۱۹۹۷). علاوه بر این، نشخوار احتمالاً شدت و مدت زمان افسردگی و علائم افسردگی را پیش‌بینی می‌کند (اسپاسوویچ<sup>۸</sup>، الوی<sup>۹</sup>، ۲۰۰۱؛ نولن-هوکسما، ۲۰۰۰). نشخوارها در افسردگی از طریق ارزیابی نوع پردازش انتزاعی در گیر در تفکرات تکراری در مورد علل، معانی پیامدهای مربوط به نشانه‌های افسردگی مشخص می‌شوند (نولن-هوکسما، ۲۰۰۰). مطالعات تجربی نشان داده‌اند که این نشخوارها نقش علی در حفظ پردازش بیش از حد عمومی و آسیب‌زا دارند و این امر می‌تواند در هر یک از موارد بیش‌کلی‌گرایی حافظه شرح‌حال، (واتکینز، ویلامز، تیزدال<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۰؛ واتکینز، تیزدال، ۲۰۰۴؛ واتکینز، تیزدال، ۲۰۰۱) و یا تلاش‌های بیش‌تعمیم‌یافته در حل مسئله رخ دهد (واتکینز و مولدز<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۵). بدین ترتیب، نشخوار افسردگی در توسعه بیش‌کلی‌گرایی حافظه دخیل است. علاوه بر این، شواهدی وجود دارد که بیان می‌کنند فرایند پردازش انتزاعی و بیش‌از حد تعمیم‌یافته به عنوان بعدی مهم تأثیر منفی در بروز نشخوار دارد (واتکینز، ۲۰۰۸).

1. Concreteness Training
2. Harvey
3. Watkins
4. Mansell
5. Shafran
6. Macleod
7. Matthews
8. Spasojevic
9. Alloy
10. Teasdale
11. Moulds

روش مداخله‌ای آموزش عینی‌سازی شامل عناصر متعددی می‌شود که همه آن‌ها برای تشویق بیش‌تر پردازش عینی در زمینه‌های تمرکز حسی، تصاویر ذهنی، یادآوری خاطرات شرح حال خاص و دستورالعمل‌های صریح برای تمرکز و توجه بر تجربه، جزئیات متمایز، نحوه وقوع رویدادها و نحوه ادامه رویدادها طراحی شده‌اند (تمرکز بر «چگونگی» یک عنصر کلیدی در مفهوم سازی‌های نظری پردازش عینی است؛ تروپ و لیبرمان<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳؛ والاگر و وگنر<sup>۲</sup>، ۱۹۸۷). بر خلاف اشکال قبلی CBM، این مداخله برای جابجایی تعادل در پردازش طراحی نشده است. در این روش میزان تمرکز بر مواد منفی با میزان تمرکز بر مواد مثبت یکی است تا این اطمینان حاصل شود که آموزش عینی‌سازی حافظه باعث ایجاد سوگیری شناختی مثبت یا کاهش تعارض شناختی منفی نمی‌شود، بلکه تنها پردازش عینی را افزایش می‌دهد. آموزش عینی‌سازی حافظه بر خلاف بعضی از روش‌های قبلی اصلاح سوگیری‌های شناختی است که در آن‌ها تلاش می‌شد سوگیری‌های مثبت در تفسیرها افزایش یابند (هولمز و متیوز، ۲۰۰۵؛ هولمز، متیوز، دالگیش، مکینتاش<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶).

جلسات آموزشی توسط دو روان‌شناس فارغ‌التحصیل، دو روان‌شناس دارای مدرک دکتری و یک روان‌شناس بالینی طراحی می‌شوند که برای هر یک از درمان‌ها آن‌ها از دستورالعمل‌های چاپ شده استفاده می‌کنند. جهت اطمینان از پیروی فرایند درمانی از دستورالعمل‌های مورد نظر، به صورت هفتگی بر کار مربیان نظارت می‌شود. شرایط آموزشی شامل یک جلسه اولیه شخصی رودررو ۱،۵ تا ۲ ساعته، CD محتوی تمرین‌های منزل و سه جلسه ۳۰ دقیقه‌ای تلفنی است. جلسه اولیه که توسط یک آزمایشگر اداره می‌شود شامل توضیح منطق درمان، آموزش روانی برای افسردگی، بیش‌کلی‌گرایی، نشخوار ذهنی و تکرار و تمرین تکالیف آموزشی و در ادامه ۳۰ دقیقه تمرین روزانه برای هفته آینده است (واتکینز و همکاران، ۲۰۱۲).

1. Trope & Liberman
2. Vallacher & Wegner
3. Mackintosh

در جلسه آموزشی اولیه، شرکت‌کنندگان در ابتدا از روش آرام‌سازی هدایت‌شده<sup>۱</sup> ۱۰ دقیقه‌ای استفاده می‌کنند. این قسمت طراحی شده است تا تمرکز و توجه به تجربه مستقیم حسی و بهبود تمرکز برای تمرینات بعدی افزایش یابد. سپس، برای ۶۰-۸۰ دقیقه باقی‌مانده از جلسه تمرین، شرکت‌کنندگان عناصر کلیدی پردازش عینی را از طریق دستورالعمل‌های مستقیم، سؤالات راهنما و استفاده از تصاویر ذهنی تمرین می‌کنند. هر یک از شرکت‌کنندگان تمام این عناصر پردازش عینی را برای ۶ سناریوی استاندارد (۳ منفی، به عنوان مثال توسط همکاران به مهمانی بعد از کار دعوت نمی‌شود؛ ۳ مثبت، مثلاً دوستان جدیدی را در یک مهمانی می‌بینند) و سه خاطره سرگذشتی خاص مرتبط تمرین می‌کنند. این خاطرات باید دارای مکان و زمان مشخص باشند و کمتر از یک روز طول کشیده باشند. این خاطرات شامل یک خاطره منفی، یک خاطره مثبت و یک خاطره متعلق به موقعیتی که شرکت‌کننده به هنگام انجام یک فعالیت به شدت مشغول و غرق آن کار بوده است (واتکینز، باینز، رید، ۲۰۰۹)، زیرا چنین تجربیات جاری به وسیله پردازش عینی متمرکز بر جزئیات خاصی از کار مشخص می‌شوند.

در پایان جلسه تمرینی، به شرکت‌کنندگان یک CD حاوی تکالیف منزل، به همراه یک دفتر خاطرات برای نوشتن تمرینات روزانه و یک کتابچه که نحوه آموزش را توضیح می‌دهد (هولمز و متیوز، ۲۰۰۵) داده می‌شود. بیمار آموزش می‌بیند که چگونه تمرینهای ضبط شده روی CD را که توسط یک کتاب کار دقیق حمایت می‌شوند را انجام دهد و توصیه می‌شود این تکالیف به طور منظم ۱۵ تا ۳۰ دقیقه روزانه و حداقل ۶ هفته تمرین شوند (واتکینز و همکاران، ۲۰۱۲). تمرین‌ها باعث می‌شوند که شرکت‌کنندگان هر بار حین انجام آن‌ها به خاطرات مختلفی فکر کنند. از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود جهت انجام این تکالیف به صورت روزانه و به مدت یک هفته در زمان مناسب به CD گوش کنند. هر بخش از CD باید به صورت متناوب در هر روز انجام شود (واتکینز، باینز، رید، ۲۰۰۹). بعد از اولین جلسه، بیمار باید سه جلسه ۳۰ دقیقه‌ای تلفنی را بگذراند. این جلسات تلفنی به

1. Guided Relaxation Procedure
2. Read

گونه‌ای برنامه‌ریزی شده‌اند که به ترتیب، یک هفته پس از اولین جلسه آموزش و سپس در فواصل دو هفته‌ای انجام می‌شوند. در طول جلسات تلفنی، مربی جهت کسب اطمینان از استفاده صحیح و دقیق تمارین به بیمار بازخورد، تشویق و راهنمایی‌های لازم ارائه می‌دهد. واتکینز و همکاران (۲۰۱۲)، واتکینز (۲۰۱۷) در پژوهش خود مبتنی بر آموزش عینی‌سازی حافظه نشان دادند که این مداخله باعث کاهش چشمگیر نشخوار افسردگی می‌شود. پژوهش دیگر واتکینز و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که این مداخله دارای اثر معناداری بر افسردگی است. تیم دالگیش و همکاران (۲۰۱۷) در بررسی‌های خود نشان دادند که این مداخله دارای اثر معناداری بر پردازش شناختی ناسازگار که باعث ادامه یافتن افسردگی می‌شود، است؛ اما از حیث اثر مستقیم بر علائم افسردگی با آموزش آرام‌سازی تفاوت معناداری ندارد. یکی از محدودیت‌های این مداخله پژوهش‌های اندکی است که در راستای این مداخله انجام شده است و نیاز است که پژوهش‌های بیشتری در راستای اثربخش بودن و حیطه‌های اثرگذاری این مداخله بر افسردگی در ایران انجام شود. از نقاط قوت آموزش عینی‌سازی حافظه می‌توان بر اثرگذاری مستقیم و شایان این مداخله بر نشخوار ذهنی اشاره کرد. یکی از مشکلات این مداخله این است که میزان موفقیت و اثرگذاری آن بر افسردگی و علائم آن به‌طور چشمگیری به میزان و نحوه تکمیل تکالیف منزل توسط آزمودنی بستگی دارد. هرچه آزمودنی بیشتر تمرین کند میزان موفقیت او در این مداخله بیش‌تر می‌شود.

#### ۶- آموزش انعطاف‌پذیری حافظه (MEMFLEX)<sup>۱</sup>:

پردازش شناختی مختل یکی از ویژگی‌های کلیدی افسردگی است. سوگیری در بازیابی حافظه‌ی شرح‌حال (به نفع خاطرات منفی و بیش‌کلی‌گرایی خاطرات) نه تنها به‌طور مستقیم بر علائم افسردگی تأثیر می‌گذارد، بلکه بر عوامل شناختی مؤثر بر شروع و حفظ اختلال

افسردگی نیز مؤثر است. آموزش انعطاف‌پذیری حافظه یک مداخله شناختی است که هدف آن بهبود این سوگیری‌ها در بازیابی حافظه است که در نتیجه باعث اصلاح سوگیری‌های شناختی و عوامل نگهداری اختلال همچون نشخوار، نقص در حل مسئله و اجتناب شناختی می‌شود. این مداخله ترکیبی از آموزش اختصاصی‌سازی حافظه شرح‌حال و روش اصلاح سوگیری شناختی (CBM) است (کیسزنتمیهای<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). آموزش انعطاف-پذیری حافظه عمدتاً یک برنامه خود‌هدایتی است که شامل یک جلسه جهت‌گیری ۴۵ دقیقه‌ای است که توسط شش جلسه تمرین خود تکمیلی در طول یک ماه دنبال می‌شود. این روش ترکیبی از یک کتاب کار دقیق و آموزش حافظه شرح‌حال<sup>۲</sup> (AMT) است. در طول جلسه جهت‌گیری، اطلاعاتی در مورد سوگیری‌های منفی و بیش‌کلی‌گرایی حافظه شرح‌حال که مرتبط با افسردگی هستند، مطرح می‌شوند.

افراد جهت مطرح‌سازی تجربیات شخصی خود در مورد این سوگیری‌ها مورد تشویق قرار می‌گیرند. شرکت‌کنندگان همچنین در مورد نقش حافظه‌ی سرگذشتی در زندگی روزمره (مثلاً نحوه استفاده از خاطرات برای هدایت حل مسئله، ایجاد برنامه‌های آینده و نیز ایجاد روابط از طریق به اشتراک گذاشتن تجربیات با دیگران) و روش‌های مختلفی که خاطرات سرگذشتی بازیابی و استفاده می‌شوند، آموزش می‌بینند (به‌عنوان مثال خاطرات خاص یا خاطرات عمومی). سرانجام، ساختار کتاب کار مرور می‌شود و تکالیف تمرینی با کمک مربی تکمیل می‌شود. سپس به شرکت‌کننده جهت تنظیم برنامه برای تکمیل کتاب کار کمک می‌شود. دستورالعمل این گونه است که تکالیف مربوط به این سه هفته به‌صورت دو جلسه در هر هفته تکمیل می‌شود.

هر یک از شش جلسه کتاب کار آموزش انعطاف‌پذیری حافظه یک شیوه یکسان را دنبال می‌کنند. ابتدا نظریه مربوط به هر یک از مهارت‌های مورد نظر در کتاب کار، و به

---

1. Csikszentmihalyi  
2. Autobiographical Memory Test

دنبال آن مثال‌هایی در مورد آن‌ها مطرح می‌شوند، و سرانجام، تمرین‌هایی جهت تکمیل کردن ارائه می‌شوند. این کتاب کار سه مهارت کلیدی حافظه شرح حال را ارائه می‌دهد: تعادل<sup>۱</sup>، تشریح و انعطاف‌پذیری<sup>۲</sup>. تعادل به معنای بازگرداندن تعادل به حالت سهولت در بازیابی انواع مختلف خاطرات شخصی است، چنین سهولتی در یادآوری خاطرات مثبت و منفی، خاص و کلی، قابل مقایسه است. به علت اینکه افسردگی مرتبط با استعداد زمینه‌ای برای بازیابی منفی و بیش از اندازه کلی است، این برنامه شامل هیچ تمرینی در بازیابی منفی و عمومی نیست. پس از اینکه شرکت‌کنندگان مهارت‌های خود را در دسترسی به خاطرات خاص مثبت توسعه دادند، این برنامه بیان جزئیات دقیق و عینی خاطرات مثبت را تشویق می‌کند. از افراد خواسته می‌شود تا تجربیات درونی، مانند حس‌های بدنی و احساسات، و جزئیات وضعیتی مانند حضور دیگران و محل رویداد را توصیف کنند. هدف از این کار حل مشکل افراد افسرده در بازیابی مثبت است (ورنر سیدلر<sup>۳</sup>، مولدز، ۲۰۱۱).

در نهایت، این برنامه باعث انعطاف‌پذیری تناوب بین بازیابی انواع مختلف خاطرات می‌شود. این امر از این طریق میسر می‌شود که فرد با یک خاطره عمومی آغاز می‌کند و وقایع رویداد خاص مربوطه را بازیابی می‌کند و برعکس. فرد جهت شناسایی بافتی که یادآوری یک خاطره خاص محتمل‌تر است (به‌عنوان مثال: حل مسئله، و یا بافتی که بازیابی یک خاطره عمومی محتمل‌تر است (به‌عنوان مثال، هنگام ارزیابی استحکام یک رابطه دوستی) آموزش می‌بینند. به هر فرد تمرین‌های تکراری داده می‌شود. این تمرین‌ها هر یک از این سه مهارت کلیدی را هدف قرار می‌دهند. ارزیاب، کتاب کار را جهت اطمینان از این امر که تمام جلسات تکمیل شده باشند در ارزیابی بعد از مداخله بررسی می‌کند. روش (ویلیامز و برودبنت<sup>۴</sup>، ۱۹۸۶) AMT بررسی بازیابی محرک‌واژه‌های مربوط به سوگیری

1. Balancing
2. Flexibility
3. Werner-Seidler
4. Broadbent

بیش کلی‌گرایی حافظه (یا کاهش اختصاصیت) است. در این روش از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود یک خاطره خاص (یک رویداد دارای زمان و مکان مشخص با مدت کمتر از یک روز) برای هر یک از محرک‌واژه‌ها را بازبایی کنند. بیش کلی‌گرایی حافظه از طریق تعداد خاطرات خاص در طول تمرین‌ها مشخص می‌شود (دالگیش، اسپینکر<sup>۱</sup>، یاند<sup>۲</sup>، کیوکن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱؛ ریس و همکاران، ۲۰۱۵؛ ریس، ویلیامز، هرمانس، ۲۰۰۹). در این روش از مجموعه موازی محرک‌واژه‌ها که توسط برایتلبنک، اسکات، ویلیامز و فریر (۱۹۹۵) ارائه شده‌اند؛ استفاده می‌شود. مجموعه محرک‌واژه‌ها بین ارزیابی‌های قبل و بعد از مداخله تعادل‌سازی شده‌اند. در هر ارزیابی، از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود که خاطره خاص در پاسخ به هر یک از شش محرک‌واژه مثبت و شش محرک‌واژه منفی بیان کنند. محرک‌واژه‌ها هم به صورت شفاهی و هم به صورت کتبی ارائه می‌شوند (هیچکاک<sup>۴</sup>، هاموند<sup>۵</sup>، مولر<sup>۶</sup>، ورنرسیدلر، دالگیش، ریس، ۲۰۱۶). از نقاط قوت آموزش انعطاف‌پذیری حافظه می‌توان به اثرات بلندمدت آن بر بهبود توانایی‌های یادآوری خاطرات بدون سوگیری، نبود دوره‌های عود حتی با فاصله زمانی شش ماهه و یکساله پس از انجام این مداخله اشاره کرد. در جدول ۱ خلاصه‌ای از مشخصات و ویژگی‌های ۶ روش مداخله‌ی آموزش محور AET در درمان بیماران مبتلا به افسردگی اساسی ارائه شده است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی

1. Spinks
2. Yiend
3. Kuyken
4. Hitchcock
5. Hammond
6. Mueller



جدول ۱. مشخصات روش‌های مداخله‌ای آموزش محور AET در درمان بیماران مبتلا به

افسردگی اساسی

MEMFLEX	CNT	COMET	Imagery CBM	LRT	MEST	
قلم کاغذی	کامپیوتری	قلم کاغذی	کامپیوتری	قلم کاغذی	قلم کاغذی	کامپیوتری/قلم کاغذی (ق ک)
فردی	فردی	فردی/گروهی	فردی	فردی/گروهی	گروهی	گروهی/فردی
دارد+کتاب کار	دارد+کتاب- کار+CD	دارد	دارد+CD	ندارد	دارد+کتاب- کار	تکلیف منزل/کتاب کار
حضور	تلفنی	حضور	اینترنتی	حضور	حضور	حضور/راه- دور
۷ جلسه	۴ جلسه	۸ جلسه	۱۳ جلسه	۶ جلسه	۴ جلسه	تعداد جلسات
+	-	+	+	-	+	کاهش دوره- های عود
نبود دوره‌های عود حتی بافاصله زمانی یک ساله	اثرگذاری قوی بر نشخوار ذهنی	اثرگذاری طولانی مدت بر افسردگی و عزت نفس	تصویرسازی مثبت متناسب با شرایط به صورت خودکار	جامعه هدف قشر سالمند	اثرگذاری طولانی مدت بر افسردگی	نقاط قوت
تحقیقات کم در این حوزه	وابستگی اثرگذاری آن به تمرین تکالیف منزل	همزمانی با درمان دیگر	عدم تأثیر بر عزت نفس	اثرگذاری کوتاه مدت	نیاز به حضور حتمی فیزیکی	نقاط ضعف

بحث و نتیجه‌گیری

اختلال افسردگی طی سال‌های اخیر مورد توجه زیادی قرار گرفته است و به نظر می‌رسد با توجه به نرخ شیوع روزافزون و عودهای مکرر افسردگی و یا عدم موفقیت درمان‌ها در

رفع جامع علائم افسردگی همچنان پژوهش‌های بیش‌تری در زمینه شناخت عوامل مؤثر در درمان این اختلال مورد نیاز است. نتایج حاصل از مطالعات مرور شده نشان دادند که حافظه شرح‌حال در افراد افسرده مختل می‌شود و این امر بر سیر درمان بیماری و شدت بخشیدن عوارض بیماری تأثیر می‌گذارد. استفاده از روش‌های درمانی آموزش مبتنی بر حافظه شرح‌حال (AET) به‌منظور رفع و بهبود این اختلال می‌تواند سودمند و مفید باشد. بررسی مروری پژوهش‌های انجام شده در ارتباط با کارآیی و اثربخشی روش‌های درمانی AET در ایران و خارج از ایران نوید بخش بودند. این پژوهش‌ها نشان دادند که برخی از این روش‌ها مثل خاطره‌پردازی نتایج متفاوتی در پژوهش‌های مختلفی دارند. در نتیجه به‌منظور بررسی شرایط لازم برای اثربخش بودن این مداخله به تحقیقات بیش‌تری در این زمینه احتیاج است.

با توجه به کم بودن یا انجام نشدن مطالعه پیرامون بعضی از موضوعات مرتبط با مداخلات AET در ایران این نیاز احساس می‌شود که به پژوهش‌ها و کار بالینی بیشتری در این زمینه احتیاج است. همچنین توصیه می‌شود این مداخلات همراه با سایر درمان‌ها چون درمان‌های دارویی و مداخلات مبتنی بر آموزش حافظه‌کاری به‌منظور افزایش حوزه تأثیرگذاری بر علائم روان‌شناختی، کارکردهای شناختی، و علائم بالینی افسردگی انجام شوند. از سوی دیگر بسیاری از افراد به دلیل دشواری در دسترسی و مراجعه مداوم به مراکز روان‌درمانی سیر درمانی خود را تکمیل نمی‌کنند و یا حتی از مراجعه اولیه به این مراکز خودداری می‌کنند.

مداخلاتی چون آموزش اصلاح سوگیری‌های شناختی تصویری مثبت شرایطی را به وجود می‌آورند که از طریق آن‌ها افراد می‌توانند از راه دور از طریق سی‌دی‌های آموزشی مربوطه و یا از طریق اینترنت از این مداخلات بهره‌مند شوند. از سوی دیگر تمام این شش مداخله دارای اثرات بلند مدت بر بهبود یادآوری خاطرات بدون سوگیری و در نتیجه کاهش نشخوار ذهنی و سوگیری‌های عاطفی می‌شوند که خود باعث بهبود افسردگی و کاهش دوره‌های عود آن می‌شوند. اگر بخواهیم به مقایسه این شش مداخله آموزش‌محور

بپردازیم می‌توان گفت در این بین تنها مداخله خاطره پردازي قشر کهنسال را هدف قرار می‌دهد چرا که سایر مداخلات به دلیل داشتن ماهیت انتزاعی و مفاهیم شناختی مدرن، تکالیف کامپیوتری و یا قلم کاغذی در منزل نیازمند سطح تحصیلی متوسط و گاه بالا هستند که مناسب قشر سالمند جامعه ایرانی نیست. پس در شرایطی که اعضای نمونه افراد مسن باشند مداخله خاطره پردازي می‌تواند بهترین گزینه باشد.

از سوی دیگر مداخله اصلاح سوگیری‌های شناختی تصویری مثبت به علت قابلیت ادامه روند درمان به صورت اینترنتی و تلفنی و در کل به صورت از راه دور گزینه‌ای مناسب برای جامعه آماری است که امکان حضور در کلینیک‌های تخصصی درمانی را ندارند می‌باشد؛ اما مداخله آموزش حافظه رقابتی در شرایطی که عزت‌نفس پایین فرد مبتلا به افسردگی پررنگ و دارای تأثیرات فلج‌کننده بر روابط اجتماعی او دارد می‌تواند بهترین راهکار باشد، اما تا کنون در تمامی تحقیقات انجام شده به همراه یک درمان رایج دیگر صورت گرفته است که این درمان را از لحاظ مالی و زمانی برای درمانجو پرهزینه می‌سازد. مداخلات آموزش عینی سازی حافظه، اختصاصی سازی حافظه، انعطاف‌پذیری حافظه به دلیل داشتن کتاب کارهای دقیق و تکالیف منزل جامع دارای اثرات طولانی مدت بر خودکفایی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی در کنترل و یادآوری خاطرات بدون سوگیری و در نتیجه کاهش نشخوارذهنی و نبود دوره‌های عود افسردگی در این افراد می‌شود. به‌طورکلی می‌توان گفت مطالعه دقیق و جامع این مداخلات کمک‌کننده به انتخاب مداخله مناسب با جامعه آماری، اعضای نمونه، شرایط مالی، زمانی و تحصیلات درمانجویان، حیطه‌ای که می‌خواهیم مداخله بیش‌ترین تأثیرگذاری را داشته باشد (عزت‌نفس، سوگیری در به یادآوردن خاطرات، منفی‌نگری در مورد آینده و...) است. همچنین این پژوهش‌ها این سؤال را برمی‌انگیزانند که آیا ترکیب این درمان‌ها با یکدیگر به صورت همزمانی دوه‌دو با یکدیگر نتایج بهتر و افزایش حوزه تأثیرگذاری آن‌ها را در برخواهد داشت؟ به‌عنوان مثال همزمانی مداخله Comet با مداخلات Imagery CBM باعث افزایش گستره حوزه تأثیرگذاری این مداخلات بر نشانه‌ها و علائم روان‌شناختی و

کارکردهای شناختی افراد افسرده می‌شود؟ آیا ترکیب مداخله خاطره پردازي با تکالیف خانگی مداخلات Imagery CBM منجر به افزایش جامعیت این روش در نتیجه افزایش مدت زمان اثرگذاری این روش و در نتیجه کاهش دوره‌های عود نمی‌شود؟ چرا که یکی از مشکلات اساسی مداخله خاطره پردازي عدم اثرگذاری این روش به صورت طولانی مدت بر افسردگی و علائم آن و دوره‌های راجعه افسردگی حتی بعد از این درمان است. آیا مداخله آموزش حافظه رقابتی به‌تنهایی نیز دارای اثرات موفقیت‌آمیز است؟ چرا که یکی از مشکلات این روش همزمانی این مداخله با درمان رایج دیگر افسردگی است چرا که این امر منجر به زمانگیر شدن و افزایش هزینه‌های درمانی برای درمانجو و در نتیجه ریزش آن‌ها در طول مداخله می‌شود. بررسی این مسائل در پژوهش‌های بعدی به‌نظر می‌رسد امری مهم باشد چرا که تا کنون یکی از مشکلاتی که افراد افسرده و درمانگران با آن‌ها روبه‌رو هستند عدم کفایت و گستردگی این مداخلات بر حوزه‌های مختلف علائم و نشانه‌های افسردگی، به ویژه مشکلات شناختی افراد مبتلا به افسردگی است. از این رو ما در این مطالعه تلاش کردیم تا بستر اولیه و مناسبی برای پژوهشگران محترم در این حوزه فراهم سازیم.

## منابع

سهرابی، فرامرزی، کریمی، حسن. (۱۳۸۹). اثربخشی درمان خاطره پردازي انسجامی و ابزاری بر کاهش نشانه‌های افسردگی زنان سالمند مقیم سرای سالمندان. *فصلنامه مشاوره و روان-درمانی خانواده؛* ۱(۳):۳۶۶-۳۸۱

شریفی، مریم؛ نشاط‌دوست، حمید طاهر؛ توکلی، ماه‌گل؛ شایگان‌نژاد، وحید. (۱۳۹۳). بررسی عملکرد حافظه سرگذشتی در بیماران مبتلا به مالیل اسکروزیس افسرده و غیر افسرده در مقایسه با افراد سالم. *مجله تحقیقات علوم رفتاری؛* ۱۲(۴): ۱۰۱-۱۵

مونی، خدامراد. (۱۳۹۰). اثر بخشی خاطره‌پردازي انسجامی و روایتی بر کاهش نشانه‌های افسردگی زنان سالمند مقیم سرای سالمندان. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده؛* ۱(۳): ۳۶۶-۳۸۱

وطن‌خواه مریم؛ موسوی نسب، سید محمد حسین. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی آموزش حافظه‌فعال با آموزش حافظه‌رقابتی بر علائم روان‌شناختی و کارکردهای شناختی افراد مبتلا به افسردگی اساسی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد

- Addis DR, Wong AT, Schacter DL (2007). Remembering the past and imagining the future: common and distinct neural substrates during event construction and elaboration. *Neuropsychologia*;45(7):1363-77.
- Alishia D. Williamsa, Kathleen O'Moore, Simon E. Blackwellc, Jessica Smith, Emily A. Holmes, Gavin Andrew (2016). Positive imagery cognitive bias modification (CBM) and internet-based cognitive behavioural therapy (iCBT): A randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*;190:896.
- Barry, T. J., Hallford, D. J., Hitchcock, C., Takano, K., & Raes, F. (2021). The current state of Memory Specificity Training (MeST) for emotional disorders. *Current Opinion in Psychology*.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*: Hoeber medical division. *Harper & Row*.
- Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*;174:307-11.
- Blackwell SE, Browning M, Mathews A, Pictet A, Welch J, Davies J, et al (2015). Positive Imagery-Based Cognitive Bias Modification as a Web-Based Treatment Tool for Depressed Adults: A Randomized

- Controlled Trial. *Clinical psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*;3(1):91-111.
- Blackwell SE, Holmes EA (2017). Brightening the Day With Flashes of Positive Mental Imagery: A Case Study of an Individual With Depression. *Journal of clinical psychology*;73(5):579-89.
- Bohlmeijer E, Roemer M, Cuijpers P, Smit F (2007). The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: a meta-analysis. *Aging & mental health*;11(3):291-300.
- Bothwell R, Scott J (1997). The influence of cognitive variables on recovery in depressed inpatients. *J Affect Disorders*;43:207-212.
- Brewin CR (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account. *Behaviour research and therapy*;44(6):765-84.
- Brittlebank AD, Scott J, Williams JM, Ferrier IN (1993). Autobiographical memory in depression: state or trait marker?. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*;162:118-21.
- Butler, R. N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *psychiatry*, 26(1), 65-76.
- Camras, L. A., Holland, E. A., & Patterson, M. J. (1993). Facial expression. In M. Lewis, & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 199e209). *New York: The Guilford Press*
- Chiang KJ, Chu H, Chang HJ, Chung MH, Chen CH, Chiou HY, et al (2010). The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *International journal of geriatric psychiatry*;25(4):380-8.
- Crane C, Heron J, Gunnell D, Lewis G, Evans J, Williams JM (2014). Childhood traumatic events and adolescent overgeneral autobiographical memory: findings in a U.K. cohort. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*; 8-330: (3)45.
- Csikszentmihalyi, M. (2002). *Flow*. London: Rider
- Cuijpers P, Smit F (2002). Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *Journal of affective disorders*;7.۶۶-۷۷۷:(۳)۲
- Dalgeish T, Spinks H, Yiend J, Kuyken W (2001). Autobiographical memory style in seasonal affective disorder and its relationship to future symptom remission. *Journal of abnormal psychology*;110(2):335-40.
- Dalgeish T, Bevan A, McKinnon A, Breakwell L, Mueller V, Chadwick I, et al (2014). A comparison of Memory Specificity Training (MEST) to education and support (ES) in the treatment of recurrent depression: study protocol for a cluster randomised controlled trial. *Trials*;15:293.
- Eigenhuis E, Seldenrijk A, van Schaik A, Raes F, van Oppen P (2017). Feasibility and Effectiveness of Memory Specificity Training in

- Depressed Outpatients: A Pilot Study. *Clinical psychology & psychotherapy*;24(1):269-77.
- Ekkers W, Korrelboom K, Huijbrechts I, Smits N, Cuijpers P, van der Gaag M (2011). Competitive Memory Training for treating depression and rumination in depressed older adults: a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*;49(10):588-96.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: W.W. Norton.
- Fennell MJ (2004). Depression, low self-esteem and mindfulness. *Behaviour research and therapy*;42(9):1053-67.+
- Haaga DAF, Dyck JD, Ernst D (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychol Bull*;110:215-236
- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). Cognitive behavioural processes across psychological disorders. *Oxford: Oxford University Press*.
- Hallford, D. J., Austin, D. W., Takano, K., Fuller-Tyszkiewicz, M., & Raes, F. (2021). Computerized Memory Specificity Training (c-MeST) for major depression: A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 136, 103783.
- Hallford, D. J., Carmichael, A. M., Austin, D. W., Takano, K., Raes, F., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2020). A study protocol for a randomised trial of adjunct computerised memory specificity training (c-MeST) for major depression in youth: targeting cognitive mechanisms to enhance usual care outcomes in mental health settings. *Trials*, 21(1), 1-7.
- Hitchcock, C., Smith, A. J., Elliott, R., O'Leary, C., Gormley, S., Parker, J., ... & Dalgleish, T. (2021). A randomized, controlled proof-of-concept trial evaluating durable effects of memory flexibility training (MemFlex) on autobiographical memory distortions and on relapse of recurrent major depressive disorder over 12 months. *Behaviour research and therapy*, 140, 103835
- Heo M, Murphy CF, Fontaine KR, Bruce ML, Alexopoulos GS (2008). Population projection of US adults with lifetime experience of depressive disorder by age and sex from year 2005 to 2050. *International journal of geriatric psychiatry*;23(12):1.۷۰-۲۶۶
- Hitchcock C, Mueller V, Hammond E, Rees C, Werner-Seidler A, Dalgleish T (2016). The effects of autobiographical memory flexibility (MemFlex) training: An uncontrolled trial in individuals in remission from depression. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*;52:92-8.

- Hitchcock C, Werner-Seidler A, Blackwell SE, Dalgleish T (2017). Autobiographical episodic memory-based training for the treatment of mood, anxiety and stress-related disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*;52:92-107.
- Holmes EA, Blackwell SE, Burnett Heyes S, Renner F, Raes F (2016). Mental Imagery in Depression: Phenomenology, Potential Mechanisms, and Treatment Implications. *Annual review of clinical psychology*;12:249-80.
- Holmes EA, Lang TJ, Shah DM (2009). Developing interpretation bias modification as a "cognitive vaccine" for depressed mood: imagining positive events makes you feel better than thinking about them verbally. *Journal of abnormal psychology*;118(1):76-88.
- Holmes EA, Mathews A (2005). Mental imagery and emotion: a special relationship. *Cognition & Emotion* (Washington, DC);5(4):489-9
- Holmes EA, Mathews A, Dalgleish T, Mackintosh B (2006). Positive interpretation training: effects of mental imagery versus verbal training on positive mood. *Behavior therapy*;37(3):237-47.
- Jing HG, Madore KP, Schacter DL (2016). Worrying about the future: An episodic specificity induction impacts problem solving, reappraisal, and well-being. *Journal of experimental psychology General*; 18-40294)145
- Joormann J, Gotlib IH (2010). Emotion regulation in depression: relation to cognitive inhibition. *Cognition & emotion*;24(2):281-98.
- Kelly, M. A., Roberts, J. E., & Bottonari, K. A. (2007). Non-treatment-related sudden gains in depression: The role of self-evaluation. *Behaviour research and therapy*, 45(4), 737-747.
- Kerkhof I, Vansteenwegen D, Baeyens F, Hermans D (2011). Counterconditioning: an effective technique for changing conditioned preferences. *Experimental psychology*;58(1):31-8.
- Korrelboom K, Maarsingh M, Huijbrechts I (2012). Competitive memory training (COMET) for treating low self-esteem in patients with depressive disorders: a randomized clinical trial. *Depression and anxiety*;29(2):102-10.
- Korrelboom K, Marissen M, van Assendelft T (2011). Competitive Memory Training (COMET) for low self-esteem in patients with personality disorders: a randomized effectiveness study. *Behavioural and cognitive psychotherapy*;39(1):1-19.
- Korrelboom, C. W., Visser, S., & Ten Broeke, E. (2004). Gegeneraliseerde angststoornis; wat is het en wat kun je er tegen doen. [[Nature and efficacy of psychological treatments for generalized anxiety disorder]] *Directieve Therapie*, 24, 276e294.



- Lang TJ, Blackwell SE, Harmer CJ, Davison P, Holmes EA (2012). Cognitive Bias Modification Using Mental Imagery for Depression: Developing a Novel Computerized Intervention to Change Negative Thinking Styles. *European journal of personality*;26(2):145-57.
- Lang, P. J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: fear and anxiety. In A. H. Tuma, & J. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp.131e171). Hillsdale, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers
- Lang, P. J. (1994). The motivational organization of emotions. In S. Van Goozen, N. E. Van de Poll, & J. A. Sergeant (Eds.), *Emotions: Essays on emotion theory* (pp.61e94). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Leahy F, Ridout N, Mushtaq F, Holland C (2017). Improving specific autobiographical memory in older adults: impacts on mood, social problem solving, and functional limitations. *Neuropsychology, development, and cognition Section B, Aging, neuropsychology and cognition*;12-1(4):1-29.
- Man AF de, Becerril-Gutiérrez BI (2002). The relationship between level of self-esteem and suicidal ideation with stability of self-esteem as moderator. *Can J Behav Sci*;34:235–238
- McDermott LM, Ebmeier KP (2009). A meta-analysis of depression severity and cognitive function. *Journal of affective disorders*;119(1-3):1-8.
- Medical Research Council (2000). A framework for development and evaluation of RCTs for complex interventions to improve health. London: Medical Research Council.
- Medical Research Council (2008). Developing and evaluating complex evaluations: New guidance. London: Medical Research Council.
- Moscovitch DA, Gavric DL, Merrifield C, Bielak T, Moscovitch M (2011). Retrieval properties of negative vs. positive mental images and autobiographical memories in social anxiety: outcomes with a new measure. *Behaviour research and therapy*;49(8):505-17.
- Murray CJ, Lopez AD (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* (London, England);349(9064):1498-504.
- Nelson, K., & Fivush, R. (2019). The development of autobiographical memory, autobiographical narratives, and autobiographical consciousness.. *Psychological reports*, 123(1), 71-96.
- Neshat Doost HT, Yule W, Kalantari M, Rezvani SR, Dyregrov A, Jobson L (2014). Reduced autobiographical memory specificity in bereaved Afghan adolescents. *Memory* (Hove, England);22(6):700-9.

- Nolen-Hoeksema S (2014). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of abnormal psychology*;109(3):504-11.
- Orth U, Robins RW, Trzesniewski KH, Maes J, Schmitt M (2009). Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. *Journal of abnormal psychology*;118(3):472-8.
- Raes F, Hermans D, Williams JM, Demyttenaere K, Sabbe B, Pieters G, et al (2005). Reduced specificity of autobiographical memory: a mediator between rumination and ineffective social problem-solving in major depression? *Journal of affective disorders*;87(2-3):331-5.
- Raes F, Williams JM, 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.
- Ranjbarkohan Z, Neshatdoost HT, Molavi H, Maeroofi M (2012). A comparison of autobiographical memory specificity changes following cognitive behavioral therapy and memory specificity training (MEST) in patients with major depression. *Journal of Contemporary Research in Business*; 4(3):450-5.
- Rice F, Rawal A, Riglin L, Lewis G, Lewis G, Dunsmuir S (2015). Examining reward-seeking, negative self-beliefs and over-general autobiographical memory as mechanisms of change in classroom prevention programs for adolescent depression. *Journal of affective disorders*;186:320-7.
- Ryff, C. D., & Heincke, S. G. (1983). Subjective organization of personality in adulthood and aging. *Journal of Personality and social Psychology*, 44(4), 807-816.
- Scott J, Williams JM, Brittlebank A, Ferrier IN (1995). The relationship between premorbid neuroticism, cognitive dysfunction and persistence of depression: a 1-year follow-up. *Journal of affective disorders*; 33(3):167-72.
- Serrano Selva JP, Latorre Postigo JM, Ros Segura L, Navarro Bravo B, Aguilar Corcoles MJ, Nieto Lopez M, et al (2012). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with clinical depression. *Psicothema*;24(2):224-9.
- Shellman JM, Mokel M, Hewitt N (2009). The effects of integrative reminiscence on depressive symptoms in older African Americans. *Western journal of nursing research*;31(6):772-86.
- Sherrington JM, Hawton K, Fagg J, Andrew B, Smith D (2001). Outcome of women admitted to hospital for depressive illness: factors in the prognosis of severe depression. *Psychological medicine*;31(1):115-25.

- Soderlund H, Moscovitch M, Kumar N, Daskalakis ZJ, Flint A, Herrmann N, et al (2014). Autobiographical episodic memory in major depressive disorder. *Journal of abnormal psychology*;123(1):51-60.
- Spasojevic J, Alloy LB (2001). Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Cognition & Emotion* (Washington, DC);1(1):25-37.
- Starr LR, Davila J (2012). Responding to Anxiety with Rumination and Hopelessness: Mechanism of Anxiety-Depression Symptom Co-Occurrence. *Cognitive therapy and research*;36(4):321-37.
- Sumner JA (2012). The mechanisms underlying overgeneral autobiographical memory: an evaluative review of evidence for the CaR-FA-X model. *Clinical psychology review*;32(1):34-48.
- Sumner JA, Griffith JW, Mineka S (2010). Overgeneral autobiographical memory as a predictor of the course of depression: a meta-analysis. *Behaviour research and therapy*;48(7):614-25.
- Trope Y, Liberman N (2003). Temporal construal. *Psychological review*;110(3):403-21.
- Vallacher, R. R. & Wegner, D. M. (1987). What do people think they're doing? Action identification and human behavior. *Psychological Review*, 94, 3-15
- van der Gaag M, van Oosterhout B, Daalman K, Sommer IE, Korrelboom K (2012). Initial evaluation of the effects of competitive memory training (COMET) on depression in schizophrenia-spectrum patients with persistent auditory verbal hallucinations: a randomized controlled trial. *The British journal of clinical psychology*;51(2):158-71.
- Watkins E, Moulds M (2005). Distinct modes of ruminative self-focus: impact of abstract versus concrete rumination on problem solving in depression. *Cognition & Emotion* (Washington, DC);5(3):319-28.
- Watkins E, Teasdale JD (2001). Rumination and overgeneral memory in depression: effects of self-focus and analytic thinking. *Journal of abnormal psychology*;110(2):353-7.
- Watkins E, Teasdale JD (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of affective disorders*;82(1):1-8.
- Watkins E, Teasdale JD, Williams RM (2000). Decentring and distraction reduce overgeneral autobiographical memory in depression. *Psychological medicine*;30(4):911-20.
- Watkins ER (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological bulletin*;134(2):163-206.
- Watkins ER, Baeyens CB, Read R (2009). Concreteness training reduces dysphoria: proof-of-principle for repeated cognitive bias modification in depression. *Journal of abnormal psychology*;118(1):55-64.

- Watkins ER, Taylor RS, Byng R, Baeyens C, Read R, Pearson K, et al (2012). Guided self-help concreteness training as an intervention for major depression in primary care: a Phase II randomized controlled trial. *Psychological medicine*;42(7):1359-71.
- Watt L.M & Cappeliez P (2000). integrative and instrumental reminiscence therapies for depression in older adults: intervention strategies and treatment effectiveness. *journal of Aging & Mental Health*; 4(2): 166 ±177
- Werner-Seidler A, Moulds ML (2011). Autobiographical memory characteristics in depression vulnerability: formerly depressed individuals recall less vivid positive memories. *Cognition & emotion*;25(6):1087-103.
- Williams JM, Barnhofer T, Crane C, Herman D, Raes F, Watkins E, et al (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological bulletin*;133(1):122-48.
- Williams JM, Broadbent K (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of abnormal psychology*;95(2):144-9.
- Williams JM, Ellis NC, Tyers C, Healy H, Rose G, MacLeod AK (1996). The specificity of autobiographical memory and imageability of the future. *Memory & cognition*;24(1):116-25.
- Williams, J. M. G., Watts, F. N., MacLeod, C., & Matthews, A. (1997). *Cognitive psychology and the emotional disorders*. (2<sup>nd</sup> ed. ed.) Chichester, England: Wiley
- Zakzanis KK, Leach L, Kaplan E (1998). On the nature and pattern of neurocognitive function in major depressive disorder. *neuropsychology, and behavioral neurology*;11(3):111-9.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

استناد به این مقاله: وطن خواه، مریم، موسوی نسب، سید محمدحسین. (۱۴۰۰). مداخلات آموزش محور حافظه شرح حال رویدادی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، مطالعات روان شناسی بالینی، ۱۲(۴۵)، ۳۳-۷۶.

DOI: 10.22054/JCPS.2022.60375.2562



Clinical Psychology Studies is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.