

The Effectiveness of Autobiographical Memory Specificity Training (MEST) on Depression in Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder in Isfahan

Rasool Moein Farsani¹, Zohreh Ranjbar Kohan^{2*}

¹ MA in clinical psychology, Islamic Azad University Isfahan (Khorasgan) Branch, Faculty of education, Department of clinical psychology, Isfahan, Iran

² Assistant professor, Institute Amin, Department of clinical psychology, Isfahan (Foolad City), Iran

Received: 25 November 2016 Accepted: 27 February 2017

Abstract

Background and Aim: Due to their special conditions, veterans with post-traumatic stress disorder are exposed to psychological disorders including depression. Overgeneral autobiographical memory is a persistent factor in depression. Consequently, the aim of this study was to evaluate the effectiveness of autobiographical memory specificity training on depression in veterans with post-traumatic stress disorder in Isfahan.

Methods: This study is a quasi-experimental with pre-test and post-test and follow up along with a control group. The study population included the veterans with PTSD in the Shahid Rajaei hospital of Isfahan in 2016. To do so, 30 patients were selected through convenience sampling method and assigned to two groups (experimental=15), (control=15) randomly. The research instrument of this study was the Beck Depression Inventory second edition (BDI-II). At first, the pre-tests and post-test was administered into two groups and the experimental group were trained 7 sessions of 2 hours twice a week while the control group continued ordinarily (medication). Data were analyzed by covariance method using the SPSS 16 software.

Results: The average score of the experimental group was calculated 46.46 ± 4.91 (in pre-test) before any intervention, 34.46 ± 4.74 (in post-test) after the intervention and 36.20 ± 4.57 in follow-up. Findings showed that the difference of means in two groups was significant in post-test and follow up ($P < 0.05$). Consequently, MEST decreased the severity of depression in the experimental group.

Conclusion: By reducing the overgeneral autobiographical memory and enhancing the memory specificity, the memory specificity training treatment can help improve depression.

Keywords: Autobiographical Memory Specificity, Depression, Post-Traumatic Stress Disorder, Veterans

اثر بخشی آموزش اختصاص سازی حافظه سرگذشتی (MEST) بر افسردگی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شهر اصفهان

رسول معین فارسانی^۱، زهره رنجبر کهن^{۲*}

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشکده علوم تربیتی، گروه روانشناسی بالینی، اصفهان، ایران

^۲ استادیار، موسسه عالی امین، گروه روانشناسی بالینی، اصفهان (فولاد شهر)، ایران

چکیده

زمینه و هدف: جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه به واسطه شرایط خاص، ممکن است بیش از دیگران در معرض ابتلا به اختلالات روانی از جمله افسردگی باشند. کلیت گرایی حافظه سرگذشتی یک عامل آسیب زای پایدار در افسردگی است. بنابراین، هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثر بخشی آموزش اختصاص سازی حافظه سرگذشتی بر افسردگی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شهر اصفهان بود.

روش‌ها: این پژوهش یک پژوهش نیمه تجربی و طرح آن از نوع پیش آزمون پس آزمون- پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش جانبازان بستری در بیمارستان شهید رجایی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۵ بودند که از بین آن‌ها ۳۰ نفر مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ابزار پژوهش پرسش نامه افسردگی بک-ویرایش دوم (BDI-II) بود. ابتدا از افراد هر دو گروه پیش آزمون به عمل آمد و سپس گروه آزمایش (n=۱۵ نفر) به مدت ۷ جلسه گروهی ۲ ساعته تحت آموزش قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل به درمان رایج خود (دارو درمانی)، ادامه دادند. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم افزار (SPSS 16) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین نمره کل گروه آزمایش قبل از هرگونه مداخله $46/46 \pm 4/91$ ، پس از مداخله $34/46 \pm 4/74$ و در پیگیری $36/20 \pm 4/57$ محاسبه شد. یافته‌ها نشان داد که اختلاف معناداری در دو گروه، در پس آزمون و پیگیری قابل توجه بود ($P < 0/05$). بنابراین آموزش اختصاص سازی حافظه سرگذشتی شدت افسردگی را در گروه آزمایش کاهش داد.

نتیجه گیری: آموزش اختصاص سازی خاطرات قادر است کلیت گرایی افراطی حافظه سرگذشتی را کاهش داده و با افزایش حافظه اختصاصی، به بهبود افسردگی بینجامد.

کلیدواژه‌ها: اختصاص سازی حافظه سرگذشتی، افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه، جانبازان

مقدمه

جنگ عوارض جسمانی، روانی، اجتماعی، خانوادگی، شغلی متعددی برای رزمندگان در حین جنگ و حتی سال‌های دور بعد از اتمام دوره جنگ به همراه دارد (۱). از آنجایی که جنگ ایران و عراق ۸ سال به طول انجامید این امر فشارها و آسیب‌های روان شناختی غیر قابل جبرانی همچون اختلال استرس پس از سانحه (Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)) را به رزمندگان تحمیل کرد. اختلال استرس پس از سانحه اختلالی است که در آخرین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان شناسی (Diagnostic and Statistical Manual of (DSM-5)) (Mental Disorders, Forth Edition, Third Revised) تغییرات عمده‌ای را نسبت به ویرایش‌های قبلی متحمل شده و در طبقه‌ای جدید به نام اختلال‌های ضربه‌های روانی و فشارزاهای مرتبط، طبقه بندی شده است. در تعریف این اختلال آورده شده است که اختلال استرس پس از سانحه اختلال شدیدی در سلامت روان است که به وسیله‌ی تجربه مجدد مداوم، اجتناب، بیش‌انگیزگی و نشانه‌های شناختی و عاطفی در پاسخ مستقیم یا غیرمستقیم مواجه شدن با حادثه‌ای آسیب‌زا، مشخص می‌شود (۲). تحقیقات نیز نشان می‌دهد که میزان زیادی از افراد مهاجر و همچنین تحت تأثیر جنگ، از اختلال استرس پس از سانحه رنج می‌برند (۳). بیشتر افرادی که وقایع آسیب‌زا را تجربه می‌کنند نشانگان این اختلال را به سرعت بعد از واقعه نشان می‌دهند اما فقط ۳۰٪ از آن‌ها این نشانگان را تا یک ماه بعد از واقعه دارا هستند. میزان شیوع بیماری‌های همراه با اختلال استرس پس از سانحه زیاد است، به شکلی که حدود دو سوم این بیماران لاقبل به دو اختلال دیگر نیز مبتلا هستند (۲).

یکی از مشکلات همراه با اختلال استرس پس از سانحه، اختلال افسردگی اساسی (Major depression disorder (MDD)) است. اختلال افسردگی چنین تعریف می‌شود: از بین رفتن علاقه و تمایل نسبت به انجام فعالیت‌های معمولی و تفریحات و سرگرمی‌ها، کاهش اشتها، بی‌خوابی و یا خواب زیاد، از دست دادن انرژی، خستگی و بی‌زاری، اضطراب و تشویش، کندی در انجام فعالیت‌ها، از دست دادن علاقه و یا فقدان احساس خشنودی رضایت و لذت نسبت به فعالیت‌های معمولی و همیشگی، ابراز شکایت و سرزنش خود و یا محکوم کردن بی‌مورد خویش، گله و شکایت از کاهش قابلیت تفکر و تمرکز گرفتن و تصمیماتی در مورد خودکشی که اغلب اوقات این موارد منجر به کاهش میل به غذا و بی‌اشتهایی می‌شود. همچنین این مورد شامل خستگی‌های جسمی نیز هست که موجب عدم در خواست غذا از طرف فرد خواهد شد (۵). تقریباً اکثر مطالعات، سطوح بالایی از افسردگی را با اختلال استرس پس از سانحه نشان داده‌اند. مطالعه درباره‌ی کهنه‌سربازان (Veterans) جنگ ویتنام، در یکی ۴۰٪ (۶) و دیگری ۴۴٪ (۷) از این سربازان همراه با اختلال استرس پس از سانحه، تشخیص

اختلال افسردگی اساسی را دریافت کرده‌اند. گزارش‌ها در مورد میزان و ماهیت تغییرات شناختی بیماران اختلال استرس پس از سانحه متفاوت و بسیار متنوع بوده و شامل دامنه‌ی وسیعی از نواقص شناختی کلی تا مشکلات اختصاصی حافظه می‌شود (۸). سازه شناختی که اخیراً توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده است، حافظه‌ی سرگذشتی (Autobiographical memory) و به ویژه، حافظه‌ی سرگذشتی بیش‌کلی گرا (Overgeneral) است. در اختلال استرس پس از آسیب، مشکلات مربوط به حافظه به ویژه حافظه شرح حال یک نقش محوری در ایجاد، تداوم و درمان اختلال دارد (۹). حافظه شرح حال، نوع خاصی از حافظه رویدادی است که داستان زندگی یا گذشته‌ی شخصی فرد را شامل می‌شود (۱۰). این شکل از حافظه شرح حال، «حافظه‌ی سرگذشتی» (اختصاصی) نام دارد که نظریه‌پردازان آن را به عنوان توانایی یادآوری دوره‌های مهم و رویدادهای مربوط به زمان گذشته که با «خود» (Self) فرد در ارتباط هستند تعریف می‌کنند. در حقیقت توانایی فرد در یادآوری جزئیات معنایی درباره‌ی گذشته شخصی خود می‌باشد (۱۱). افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه گرایش به یادآوری بیشتر مواد مربوط به آسیب و همچنین دشواری در بازیابی خاطرات شرح حال از وقایع خاص دارند (۱۲). Ridout و همکاران در پژوهشی نشان دادند بیماران مبتلا به افسردگی به طور قابل توجهی بازیابی خاطرات اختصاصی کمتر و تعداد خاطرات مقوله‌ای بیش‌تری نسبت به گروه کنترل داشتند. همچنین گروه کنترل نسبت به تصاویر، بازیابی اختصاصی بیش‌تری در مقایسه با نشانه‌های کلامی داشتند، در حالی که افراد افسرده اختصاص سازی مشابهی نسبت به نشانه‌های کلامی و تصویری داشتند (۱۳). Crane و همکاران طی تحقیق طولی که روی نوجوانان انجام شد نشان دادند، یک تجربه‌ی شدید در دوران کودکی تقریباً ۶۰٪ احتمال سقوط یک نوجوان در سن ۱۳ سالگی در زمینه‌ی حافظه‌ی شرح حال افزایش می‌دهد (۱۴). Whalley و همکاران در تحقیقی به بررسی حافظه‌ی شرح حال در افراد افسرده پرداختند. مطالعات نشان داد، بین حافظه‌ی بیش‌کلی گرا و نشخوار فکری در اختلال استرس پس از سانحه با افسردگی رابطه وجود دارد (۱۵). Sumner و همکاران در فرا تحلیل خود به روی داده‌های ۱۵ مطالعه نتیجه گرفتند که بیش‌کلی گرای حافظه، نشانه‌های افسرده ساز بیشتری را در مرحله‌ی پیگیری پیش‌بینی می‌کند (نشانه‌های بسیار بیشتر از نشانه‌های اولیه) (۱۶). ارجمندینا و نامجو در پژوهشی با عنوان «تأثیر آموزش اختصاص سازی خاطرات بر مکانیسم‌های زیربنایی کلیت‌گرایی افراطی حافظه‌ی سرگذشتی در بیماران افسرده‌ی دارای تجربه‌ی آسیب‌زا کودکی» نشان دادند، قبل از اجرای مداخله، میانگین نمرات افسردگی $27/83 \pm 4/82$ بود که پس از مداخله، به $17/00 \pm 6/07$ و در پیگیری، به $12/91 \pm 4/18$ تقلیل یافت و تغییرها معنادار بود. میانگین حافظه‌ی اختصاصی سرگذشتی، قبل از مداخله $3/5$ بود که پس از مداخله، به $5/5$ و در

ابتدا با مطالعه و ترجمه متون و کتاب‌های موجود در این زمینه، به ویژه پیشینه پژوهش‌های موجود، ساختار و مفاد جلسه‌های درمانی آماده شد و سپس با مراجعه به بیمارستان شهید رجایی و بررسی پرونده‌های افرادی که توسط همکاران روانشناس و روان‌پزشک معاینه شده و دارای ملاک‌های تشخیصی (PTSD) ناشی از جنگ و همزمان دچار اختلال افسردگی بودند از نظر ملاک‌های ورود به پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند. به دلیل احتمال ریزش افراد در فرایند گروه، تعداد نمونه مورد پژوهش ۳۶ نفر (۱۸ نفر گروه آزمایش و ۱۸ نفر گروه کنترل) انتخاب شد که در طول دوره درمان تعدادی از گروه کنترل به علت مرخص شدن از بیمارستان و همچنین برخی دیگر از جانبازانی که مایل به ادامه درمان نبودند از گروه خارج شدند که در نهایت تعداد ۳۰ نفر (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر کنترل) به درمان ادامه دادند. گروه آزمایش که ۷ جلسه (۲ جلسه در هفته و هر جلسه ۲ ساعت بود) مداخله‌ای حافظه سرگذشتی دریافت کردند و گروه کنترل که این گروه به درمان رایج خود بدون هیچ مداخله‌ای ادامه دادند (فقط داروهایی که توسط روان‌پزشک تجویز شده بود را مصرف کردند). در انتهای جلسه هفتم از هر دو گروه پس از آزمون به عمل آمد و ۱ ماه پس از اجرای پس آزمون هر دو گروه در مرحله پیگیری مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. نکته دیگر اینکه گروه کنترل تا پایان دوره پیگیری، تحت دارو درمانی بود و مداخلات روانشناختی دریافت نکرد، و بنا به رعایت اصول اخلاقی، هفت جلسه آموزش اختصاص سازی حافظه سرگذشتی نیز بعد از اتمام پژوهش برای آن‌ها تشکیل شد. معیارهای ورود به پژوهش عبارت است از دامنه سنی ۴۰ تا ۶۰ سال، داشتن نمره بالاتر از ۲۹ در پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک-ویرایش دوم (BDI-II)، داشتن حداقل مدرک سوم راهنمایی، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش و معیارهای خروج نیز شامل ابتلا به بیماری شدید جسمی، بیماری فعال سایکوتیک، عقب ماندگی ذهنی، ابتلا به اختلال دو قطبی و اختلالات شخصیت ضد اجتماعی و مرزی، رفتارهای فعال خودکشی و دیگرکشی، داشتن وابستگی یا سوء مصرف مواد مخدر در سه ماه گذشته و همچنین عدم تمایل بیمار به ادامه درمان. بعد از پایان مداخلات آموزشی و جمع‌آوری داده‌های آماری، تجزیه و تحلیل آماری مورد نیاز انجام شد.

ابزار پژوهش: پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم (BDI-II) پرسش‌نامه افسردگی بک، ویرایش دوم، بک و همکاران (۱۹۹۶)، شکل بازنگری شده پرسشنامه بک است که جهت سنجش علایم و شدت افسردگی تدوین شده است. به علاوه اینکه ویرایش دوم این پرسشنامه، تمامی عناصر افسردگی بر اساس نظریه شناختی افسردگی را نیز پرسش می‌دهد. این نسخه نیز شبیه ویرایش اول از ۲۱ ماده تشکیل شده است که افراد برای هر ماده یکی از چهار گزینه را که نشان دهنده شدت آن علامت در مورد خودش است، برمی‌گزینند. هر ماده نمره‌ای بین صفر تا سه

پیگیری، به ۷/۰ ارتقا یافت و تغییرات در هر مرحله معنادار بود. نتایج، کاهش معنادار اجتناب و نشخوار را نیز نسبت به گروه شاهد نشان داد (۱۷). آمینی و همکاران در پژوهشی نشان دادند که آموزش یادآوری خاص به طور قابل ملاحظه‌ای باعث کاهش نمرات افسردگی و اضطراب می‌شود (۱۸). احدی و همکاران در پژوهشی نشان دادند که افراد با اختلال استرس پس از سانحه به طور معناداری در عملکرد حافظه‌ی شرح حال ضعیف‌تر از افراد عادی هستند در حالی که در افسردگی و اضطراب تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد (۱۹). رادفر و همکاران در پژوهشی نشان دادند، بین شدت علایم اختلال استرس پس از سانحه، مدت ابتلا به آن و تأثیرشان بر حافظه ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. فقط بین اطلاعات شخصی و عمومی با تجربه مجدد خاطرات همبستگی منفی وجود داشت. هر چه سن بالاتر از ۴۵ سال، سطح تحصیلات پایین‌تر از دیپلم، افسردگی شدیدتر و مدت زمان حضور در جبهه بیشتر باشد تأثیر آن بر اختلالات حافظه نیز بیش‌تر خواهد بود (۲۰). نشاط دوست و همکاران در پژوهشی نشان دادند آموزش اختصاصی سازی حافظه و درمان شناختی-رفتاری به طور برابر موجب کاهش افسردگی و نشخوار شده است، اما آموزش اختصاصی سازی در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری به طور معناداری موجب کاهش بیشتر سرکوب و افزایش خاطرات اختصاصی شده است (۲۱). با توجه به اینکه در افراد مبتلا به (PTSD)، از یک سو مشکلاتی در بازیابی اختصاصی خاطرات سرگذشتی و همچنین اختلالاتی مانند افسردگی وجود دارد و از سوی دیگر، دشواری‌هایی که بازیابی غیراختصاصی و بیش‌کلی‌گرا در بهبود علائم و نشانه‌های افراد مبتلا ایجاد می‌کند، پژوهش حاضر بر آن شد تا آموزش بازیابی اختصاصی خاطرات سرگذشتی را در جانبازان مبتلا به (PTSD) جنگ تحمیلی مورد بررسی قرار دهد؛ لذا پژوهش حاضر در صدد بررسی این است که آیا آموزش اختصاصی سازی حافظه سرگذشتی بر افسردگی جانبازان مبتلا به (PTSD) ناشی از جنگ تحمیلی موثر است؟

روش‌ها

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی و طرح آن از نوع پیش آزمون پس آزمون- پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه جانبازان جنگ عراق علیه ایران در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۵ بود که تشخیص اختلال استرس پس از سانحه دریافت کرده بودند. با عنایت به اینکه طرح پژوهش حاضر نیمه تجربی است و با توجه به اینکه حجم نمونه ۳۰ نفر در دو گروه آزمایش و گواه توصیه می‌شود (۲۲)، نمونه مورد نیاز برای این پژوهش شامل ۳۰ نفر جانباز مرد بود. در این پژوهش از روش در دسترس که احتمال دستیابی به جانبازان مبتلا به اختلال افسردگی بیشتر بود، به این شرح انتخاب شدند.

شده شامل بی‌قراری، بی‌ارزشی، مشکلات تمرکز و از دست دادن انرژی است. مطالعات تحلیل عاملی در مورد این پرسشنامه سه عامل اساسی را استخراج نموده که شامل موارد زیر است:

عامل اول: نگرش منفی نسبت به خود

عامل دوم: مشکلات مربوط به عملکرد

عامل سوم: شکایات جسمانی (۲۴).

مطالعات انجام شده روی ویرایش دوم، پایایی، روایی و ساخت عاملی مطلوبی برای آن گزارش می‌کنند و به طور کلی جان‌نشین خوبی برای ویرایش اول بوده، به ویژه به منظور ارزیابی نتایج درمان‌های روان‌شناختی و شناختی، به جای ویرایش اول توصیه شده است (۲۵). بک و همکاران ثبات درونی این ابزار را ۷۳٪ تا ۹۲٪ با میانگین ۸۶٪ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۸۶٪ و غیر بیمار ۸۱٪ گزارش کردند (۲۶). همچنین محمدخانی ضریب آلفای ۹۲٪ را برای بیماران سرپایی و ۹۳٪ را برای دانشجویان و ضریب باز آزمایی به فاصله یک هفته را ۹۳٪ به دست آورده‌اند (۲۷). پایایی پرسش‌نامه حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۹۲٪ محاسبه شد. پروتکل درمانی مورد استفاده در این پژوهش نسخه توسعه یافته‌ای است که توسط ریس و همکاران به طور مقدماتی اجرا و بررسی شده بود (۲۸). شرح جلسات درمان مبتنی بر آموزش اختصاصی سازی حافظه سرگذشتی (MEST) در جدول ۱- بیان شده است.

می‌گیرد و محدوده نمرات بین ۰ تا ۶۳ است. پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) چهار ماده از ویرایش قبلی را ندارد و به جای آن‌ها ماده‌های دیگری به پرسشنامه افزوده شده است. در این پرسشنامه دو ماده به گونه‌ای ویرایش شده‌اند که به شدت افسردگی بیشتر حساس باشند (۲۳). این پرسشنامه قابل استفاده در جمعیت ۱۳ سال به بالا با حداقل ۶ کلاس سواد است و نقاط برش آن به گونه‌ای است که نمره ۱۳-۰ نشانه عدم افسردگی یا افسردگی جزئی و ۲۹-۶۳ نشانه افسردگی شدید است و بقیه موارد بین آن‌ها قرار دارند. در آزمون بک، ۲ آیتم به عاطفه، ۱۱ آیتم به مشکلات شناختی، ۲ آیتم به رفتارهای آشکار، ۵ آیتم به علایم جسمانی و یک آیتم به علایم درونی اختصاص داده شده است که تمامی این آیتم‌ها مربوط به علایم افسردگی اساسی است. محتوای این ۲۱ گویه افسردگی عبارتند از: ۱- خلق، ۲- بدبینی، ۳- احساس شکست، ۴- نارضایتی، ۵- احساس گناه، ۶- احساس تنبیه، ۷- دوست داشتن خود، ۸- اتهام به خود، ۹- تمایلات خودکشی، ۱۰- گریه کردن، ۱۱- زود رنجی، ۱۲- کناره‌گیری از اجتماع، ۱۳- بی‌تصمیمی، ۱۴- تحریف تصویر خود، ۱۵- امتناع از کار، ۱۶- اختلال خواب، ۱۷- خستگی پذیری، ۱۸- تغییر اشتها، ۱۹- تغییر وزن، ۲۰- اشتغالات ذهنی درباره مسایل جسمی، ۲۱- کاهش میل جنسی. اگرچه (BDI-II) مانند (BDI) شامل ۲۱ آیتم نشاط مرضی است ولی چهار نشانه جدید در آن قرار گرفته است. این چهار آیتم اصلاح

جدول-۱. ساختار جلسات برنامه آموزش اختصاصی سازی حافظه و شرح محتوای جلسات

جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	معرفه: قواعد گروه، آشنایی اولیه و ایجاد جو توأم با اعتماد و تعامل با هدف درمانی، اجرای پیش‌آزمون، توضیح درباره اهمیت رویدادهای شخصی و کاهش اختصاصی بودن آن در افسردگی، ارائه منطق درمان و تاکید بر اهمیت خاطرات منفی در شکل‌گیری و تداوم افسردگی و تاثیرهای آن بر استرس پس از سانحه، جمع بندی، باز خورد و تکالیف خانگی: تلاش در یادآوری خاطرات و یادداشت آن‌ها
جلسه دوم	مرور جلسه قبل: باز خورد درمانجویان و بررسی تکالیف خانگی، طرح خاطرات و مثال‌های توسط درمانجویان، تشویق و ترغیب همه درمانجویان برای یادآوری و طرح خاطرات مثبت از دوران کودکی، ارزیابی و شناسایی سبک‌های خاطرات درمانجویان، توضیح درباره نحوه بازبازی اختصاصی با ذکر مثال، جمع بندی مطالب، باز خورد درمانجویان و ارائه تکالیف خانگی درباره تمرین بازبازی اختصاصی
جلسه سوم	مرور جلسه قبل: بازخورد درمانجویان، مرور تکالیف و رفع موانع و چالش‌ها، تشویق و ترغیب همه درمانجویان برای یادآوری و طرح خاطرات مثبت از دوران نوجوانی و جوانی، ارائه مثال‌های درمانجویان و تحلیل آن‌ها به لحاظ اختصاصی بودن و اصلاح یادآوری غیر اختصاصی، بحث درباره خاطرات درمانجویان و تاکید بر تغییر سبک بازبازی آن‌ها، جمع بندی، باز خورد درمانجویان، ارائه تکالیف خانگی و یادآوری بیشتر خاطرات مثبت و تمرین سبک بازبازی اختصاصی
جلسه چهارم	مرور جلسه قبل: بازخورد درمانجویان، مرور تکالیف و رفع موانع و مشکلات، تشویق و ترغیب همه درمانجویان برای یادآوری و طرح خاطرات مثبت از دوران بزرگسالی، طرح خاطرات منفی از دوران کودکی و بحث درباره اهمیت آن‌ها بخصوص در رابطه با افسردگی، استرس پس از سانحه، جمع بندی، بازخورد درمانجویان، ارائه تکالیف خانگی: ادامه تمرین بازبازی اختصاصی با تاکید بر خاطرات منفی
جلسه پنجم	مرور جلسه قبل، دریافت بازخورد درمانجویان، مرور تکالیف، طرح خاطرات منفی از دوران نوجوانی و جوانی و بحث درباره اهمیت آن‌ها بخصوص در رابطه با افسردگی، استرس پس از سانحه، طرح مسأله بازگشت و عود بیماری با تاکید بر حوادث و اتفاقات، جمع بندی، بازخورد درمانجویان، ارائه تکالیف خانگی: ادامه تمرین بازبازی اختصاصی با تاکید بر خاطرات منفی
جلسه ششم	مرور جلسه قبل، دریافت بازخورد درمانجویان، مرور تکالیف، طرح خاطرات منفی از دوران بزرگسالی و بحث درباره اهمیت آن‌ها بخصوص در رابطه با افسردگی، استرس پس از سانحه، طرح مثال‌های درمانجویان و تمرین بازبازی اختصاصی خاطرات مثبت، منفی و خنثی، طرح مشکلات و موانع درمانجویان در تحکیم سبک جدید بازبازی و رفع مشکلات موجود، آمادگی برای توسعه و تمرین سبک بازبازی و خاتمه درمان، ارائه تکالیف خانگی و تمرین بازبازی اختصاصی خاطرات مثبت، منفی و خنثی
جلسه هفتم	مرور جلسه قبل، دریافت بازخورد درمانجویان، مرور تکالیف، جمع بندی و مرور مطالب همه جلسات، تاکید بر اهمیت تداوم بازبازی اختصاصی در زندگی روزمره و موقعیت‌های پیش‌رو، ترغیب و تشویق به تمهیم روش‌های آموخته شده به موقعیت‌های واقعی زندگی، جمع بندی، بازخورد کلی درمانجویان و اجرای پس‌آزمون، آمادگی برای اتمام جلسات و خاتمه درمان
	جلسه پیگیری بعد از گذشت یک ماه

افسردگی به عنوان متغیر وابسته و پیش آزمون افسردگی به عنوان متغیر کنترل تحلیل شد. همان طور که نتایج جدول-۴ نشان داد، بین نمرات افسردگی در پس آزمون تفاوت معنادار وجود داشت ($p=0/001$). لذا فرضیه تفاوت بین میانگین نمرات افسردگی تایید شد ($p<0/05$). بررسی اندازه اثر (ضریب اتا= $0/88$) نیز نشان داد که میزان اثر نوع درمان بر افسردگی 88% بود. به عبارت دیگر 88% درصد تفاوت های فردی در نمرات افسردگی مربوط به تفاوت بین گروه ها (نوع درمان) بود. بررسی توان آماری نیز حاکی از کفایت حجم نمونه در آزمون فرضیه بود.

همان طور که نتایج جدول-۵ نشان داد، بین نمرات افسردگی در مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ($p=0/001$). به عبارت دیگر اثر نوع درمان بر افسردگی در مرحله پیگیری باقی ماند. لذا فرضیه اصلی در مورد تفاوت بین میانگین نمرات افسردگی تایید شد. بررسی اندازه اثر (ضریب اتا= $0/86$) نیز نشان داد که میزان اثر نوع درمان بر افسردگی 86% درصد بود. به عبارت دیگر 86% درصد از تفاوت های فردی در نمرات افسردگی مربوط به تفاوت بین گروه ها (نوع درمان) است. بررسی توان آماری نیز حاکی از کفایت حجم نمونه در آزمون فرضیه بود.

جدول-۲. ویژگی های جمعیت شناختی افراد شرکت کننده در پژوهش

ویژگی جمعیت شناختی	گروه آزمایش	گروه کنترل
تعداد	۱۵	۱۵
سن: میانگین (انحراف معیار)	۴۸/۶۰ (۲/۷۷)	۵۱/۰۰ (۴/۵۵)
جنس: مذکر (درصد)	۱۵ (۱۰۰)	۱۵ (۱۰۰)
وضعیت تاهل: متاهل: درصد	۱۵ (۱۰۰)	۱۵ (۱۰۰)
تحصیلات: تعداد (درصد)		
زیر دیپلم	۴ (۲۶/۷)	۵ (۳۳/۳)
دیپلم	۴ (۲۶/۷)	۴ (۲۶/۷)
کارشناسی	۶ (۴۰)	۵ (۳۳/۳)
کارشناسی ارشد	۱ (۶/۷)	۱ (۶/۷)
شغل: تعداد (درصد)		
بیکار	۳ (۲۰)	۱ (۶/۷)
آزاد	۴ (۲۶/۷)	۴ (۲۶/۷)
کارمند	۴ (۲۶/۷)	۲ (۱۳/۳)
بازنشسته	۴ (۲۶/۷)	۸ (۵۳/۳)

جدول-۳. میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی گروه های آزمایش و کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

گروه	متغیرهای وابسته مرحله	میانگین	انحراف معیار
آزمایش N=۱۵	پیش آزمون	۴۶,۴۶	۴,۹۱
	پس آزمون	۳۴,۴۶	۴,۷۴
	پیگیری	۳۶,۲۰	۴,۵۷
گواه N=۱۵	پیش آزمون	۴۶,۴۰	۵,۶۵
	پس آزمون	۴۳,۲۶	۶,۴۱
	پیگیری	۴۵,۰۶	۵,۱۴

تجزیه و تحلیل داده ها: پس از جمع آوری اطلاعات، با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ داده ها در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای توصیف داده ها از جداول و شاخص های آمار توصیفی مثل میانگین، انحراف معیار و برای تحلیل آماری داده ها، از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی: قابل ذکر است که در این پژوهش ملاحظات اخلاقی توسط پژوهشگران رعایت شده است یکی از این ملاحظات اخلاقی در نظر گرفته شده رضایت شرکت کنندگان جهت حضور در پژوهش مورد نظر بود و همچنین در صورت عدم تمایل، شرکت کنندگان قادر بودند که از ادامه همکاری صرف نظر کنند. دادن اطمینان به شرکت کنندگان که اطلاعات آنها محرمانه خواهد بود و بدون اجازه از آن ها این اطلاعات انتشار نخواهد شد یکی دیگر از این ملاحظات اخلاقی بود و در نهایت، نتایج پژوهش مورد نظر به صورت کلی ارائه خواهد شد.

نتایج

میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش به ترتیب $48/60$ و $2/77$ و در گروه کنترل $51/00$ و $4/55$ بود. هر دو گروه آزمایش و کنترل، مذکر و متاهل بودند. از نظر سطح تحصیلات در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب 4 نفر ($26/7\%$) و 5 نفر ($33/3\%$) درصد زیر دیپلم، 4 نفر ($26/7\%$) و 4 نفر ($26/7\%$) درصد دیپلم، 6 نفر (40%) و 5 نفر ($33/3\%$) درصد کارشناسی، 1 نفر ($6/7\%$) درصد و 1 نفر ($6/7\%$) درصد کارشناسی ارشد بودند. همچنین از نظر اشتغال در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب 3 نفر (20%) و 1 نفر ($6/7\%$) درصد بیکار، 4 نفر ($26/7\%$) و 4 نفر ($26/7\%$) درصد شغل آزاد، 4 نفر ($26/7\%$) و 2 نفر ($13/3\%$) درصد کارمند، 4 نفر ($26/7\%$) و 8 نفر ($53/3\%$) درصد کارمند بودند. یافته های توصیفی و جمعیت شناختی در جدول-۲ خلاصه شده است. همچنین شاخص های میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای دو گروه آزمایش و کنترل در جدول-۳ ارائه شده است.

همان طور که در جدول-۳ نشان داده شده است، میانگین و انحراف معیار افسردگی گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به ترتیب برابر با $46/46$ ($4/91$)، $34/46$ ($4/74$)، $36/20$ ($4/57$) و در گروه کنترل $46/40$ ($5/65$)، $43/26$ ($6/41$)، $45/06$ ($5/14$) بود.

طبق نتایج آزمون شاپیرو-ویلک (Shapiro-Wilk) فرض مبنی بر اینکه تفاوت بین توزیع نمرات نمونه و توزیع بهنجار جامعه صفر است رد نشد. همچنین با استفاده از آزمون لوین، تساوی واریانس نمرات گروه ها در مورد متغیر افسردگی، باقی ماند. در این تحلیل عضویت گروهی به عنوان متغیر مستقل، پس آزمون

جدول-۴. نتایج تحلیل کوواریانس تاثیر عضویت گروهی بر پس آزمون نمرات افسردگی

متغیر	شاخص آماری	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
پیش آزمون افسردگی	۱	۱	۸۱۵/۲۱۲	۸۱۵/۲۱۲	۲۸۴/۱۷۷	/۰۰۰	/۹۱	۱/۰۰
عضویت گروهی	۱	۱	۵۸۹/۷۷۵	۵۸۹/۷۷۵	۲۰۵/۵۹۱	/۰۰۰	/۸۸	۱/۰۰
خطا	۲۷	۲۷	۷۷/۴۵۴	۲/۸۶۹				
کل	۳۰							

جدول-۵. نتایج تحلیل کوواریانس تاثیر عضویت گروهی بر افسردگی در مرحله پیگیری

متغیر	شاخص آماری	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
پیش آزمون افسردگی	۱	۱	۵۶۸/۵۳۷	۵۶۸/۵۳۷	۱۶۱/۹۳۲	/۰۰۰	/۸۵	۱/۰۰
عضویت گروهی	۱	۱	۵۹۷/۱۷۶	۵۹۷/۱۷۶	۱۷۰/۰۸۹	/۰۰۰	/۸۶	۱/۰۰
خطا	۲۷	۲۷	۹۴/۷۹۶	۳/۵۱۱				

بحث

حافظه که محل ذخیره خاطرات کلی است آغاز می کنند و در نهایت به سطوح پایین تر حافظه که خاطرات خاص در دسترس هستند دست می یابند. اما افراد افسرده و نیز افرادی که استرس های شدیدی را تجربه کرده اند، به منظور اجتناب از بازیابی هیجانات رنج آور مرتبط با تجربیات منفی، در سطح خاطرات کلی می مانند. دور ماندن از تجربه مجدد هیجانات رنج آور، این رفتار را تقویت می کند و آن ها می آموزند پیش از بازیابی خاطرات خاص منفی، بازیابی را متوقف کنند. این عمل در بلند مدت به سایر خاطرات، حتی خاطرات مثبت نیز تعمیم می یابد و یک سبک بازیابی عام را در بازیابی خاطرات سرگذشتی ایجاد می کند (۴۵). بنابراین، این ویژگی روانشناختی در افراد افسرده به عنوان یکی از عوامل مهم افسردگی تلقی می شود و حائز اهمیت ویژه ای است. پس، با توجه به ارتباط معنادار افسردگی و کلی گویی حافظه شرح حال در جانبازان افسرده می توان چنین نتیجه گرفت که اولاً، افزایش خاطرات اختصاصی نقش مهمی در کاهش افسردگی ایفا می کند. پس جهت گیری مداخلات روانشناختی برای بیماران افسرده باید به سمت کاهش کلی گویی حافظه شرح حال (افزایش بازیابی خاطرات اختصاصی) باشد که نتایج این پژوهش نشان داد، آموزش اختصاص سازی حافظه سرگذشتی در کاهش افسردگی تاثیر گذار بوده است.

از جمله محدودیت های این پژوهش شامل:

- ۱- از آنجا که نمونه مورد مطالعه فقط شامل مردان بود، بنابراین اثربخشی درمان اختصاصی سازی حافظه صرفاً در مورد مردان مورد بررسی قرار گرفته است.
- ۲- از آنجا که طول مدت پیگیری اثرات درمانی محدود (۱ ماهه) بود لذا به نظر می رسد که پیگیری در بلند مدت جهت بررسی تداوم اثرات درمانی ضروری باشد.
- ۳- از دیگر محدودیت های این پژوهش در نحوه نمونه گیری است که به صورت در دسترس بود.

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش حافظه سرگذشتی بر افسردگی مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شهر اصفهان بود و فرضیه پژوهش مبنی بر تفاوت نمرات پس آزمون افسردگی گروه های آزمایش و کنترل در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه تایید شد (جدول-۴). در واقع، نتایج نشان داد که آموزش اختصاصی سازی در کاهش علائم افسردگی موثر است. این یافته هماهنگ با نتایج پژوهش هایی است که اثر بخشی مداخله مبتنی بر خاطرات را بررسی نموده اند. برای مثال Serrano و همکاران درمان مرور زندگی مبتنی بر بازیابی سرگذشتی اختصاصی را در مورد سالمندان دارای نشانه های افسردگی به کار بردند. نتایج درمان بعد از ۴ هفته، نشان داد که گروه آزمایش دارای نشانه های افسرده ساز کمتر، ناامیدی کمتر، رضایت بیشتر از زندگی و بازیابی اختصاصی تری نسبت به گروه کنترل است (۲۹). در مطالعه Raes و همکاران نیز مشخص گردید که درمان آموزش اختصاصی سازی حافظه (MEST) پس از ۴ هفته به کاهش نشانه های افسردگی منجر گردید (۳۰). بالاخره اینک، نشاط دوست و همکاران نیز در مطالعه خود به بررسی تاثیر آموزش اختصاصی سازی حافظه در نوجوانان افغان پرداختند. نتایج پژوهش آنها نشان داد افسردگی در گروه آزمایش که به مدت ۵ هفته آموزش گروهی اختصاصی سازی را دریافت کرده بود، کاهش یافت (۳۱). نتایج پژوهش های مختلف در حیطه حافظه سرگذشتی حاکی از آن است که این حافظه در بیماران افسرده، بیش کلی گراست. یعنی به جای آن که یادآوری خاطره ای در زمان و مکانی مشخص را در پی داشته باشد، به مقوله ای از رویدادها و فعالیت ها اشاره می کند که بیشتر معنایی و انتزاعی است تا حسی و مفهومی، و دربرگیرنده اطلاعات کلی است تا اجزای اختصاصی یک رویداد معین (۲۱). در جهت تبیین این تغییرات در عملکرد حافظه سرگذشتی بر اثر افسردگی، فرضیه اجتناب کارکردی (۳۲) بیان می کند که افراد برای بازیابی خاطرات خاص گذشته خود، جستجو را از سطوح بالای

نتیجه گیری

با توجه به یافته های پژوهش حاضر می توان گفت که آموزش مبتنی بر بهبود و اصلاح حافظه سرگذشتی بیش کلی گرا می تواند کلیت گرایی افراطی حافظه سرگذشتی را کاهش دهد و با افزایش حافظه اختصاصی، به بهبود افسردگی بینجامد.

تشکر و قدردانی: در پایان از مساعدت های تمامی

عوامل به ویژه مسئولین محترم دانشگاه، مسولین محترم بنیاد شهید اصفهان و تمامی جانبازان عزیز که بی دریغ در روند این پژوهش ما را یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری می گردد. لازم به ذکر است این مقاله مستخرج از پایان نامه دانشجویی کارشناسی ارشد می باشد که در تاریخ ۱۳۹۴/۱۲/۱۲ در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) تصویب شد.

تضاد منافع: بدین وسیله نویسندگان تصریح می

نمایند، که تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Jakupcak M, Verra EM. Treating Iraq and Afghanistan war veterans with PTSD who are at high risk for suicide. *Cogn Behav Pract.* 2011;18(1):85-97.
2. Sadock BC, Ruiz C. *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry.* 2015, Translation F. Rezaie, 2015, Volume I, Tehran: the venerable, 848 pages.
3. Momartin S, Silove D, Manicavasagar V, Steel Z. Comorbidity of PTSD and depression: associations with trauma exposure, symptom severity and functional impairment in Bosnian refugees resettled in Australia. *Journal of affective disorders.* 2004, 80(2), 231-238.
4. Cohen JA, Bukstein O, Walter H, Benson RS, Chrisman A, Farchione TR, Medicus J. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2010, 49(4) : 414-430.
5. Shaamloo Gh. What's aging and why do we get old. *Tehran: Chehr Pub.* 2005, p: 100-52.
6. Amdur RL, Larsen R, Liberzon I. Emotional Processing in combat related post-traumatic stress disorder: a comparison with traumatized and normal controls. *Journal of Anxiety Disorder.* 2000,14,219-238.
7. Litz B, Orsillo S, Kaloupek D, Weathers F. Emotional Processing in posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology.* 2000, 109,26-39.
8. Abdi A, Moradi AR, Akrmayan F. A comparison of the performance of people with post-traumatic stress disorder caused by the war and the normal

با توجه به محدودیت های یاد شده، پیشنهاد می گردد در پژوهش های آینده انتخاب نمونه از هر دو گروه زنان و مردان در گروه های مختلف مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و افسردگی صورت گیرد تا ضمن بررسی اثر درمان بر زنان، امکان مقایسه نتایج مربوط به دو گروه نیز فراهم گردد. با توجه به نقش حافظه سرگذشتی در پیش بینی سیر افسردگی و استرس پس از سانحه، پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی اثر اختصاصی سازی حافظه بر میزان عود بیماران بررسی شود. پیشنهاد می گردد پژوهش های دیگری با پیگیری های طولانی مدت صورت گیرد. پیشنهاد می شود پژوهش هایی جهت بررسی مدل (مدل یابی) حافظه بیش کلی گرا در (PTSD) انجام شود. پیشنهاد می شود روش درمان اختصاصی سازی در مراکز مشاوره بنیاد شهید و در جهت اقدامات پیشگیرانه ثانویه جزء مباحث و موضوعات آموزشی مورد توجه قرار گیرد. همچنین به دلیل سادگی و سهولت اجرای روش درمان اختصاصی سازی، پیشنهاد می شود که سبک بازبایی اختصاصی به عنوان یک مهارت در نحوه بازبایی خاطرات، در گروه های غیربالینی و در کنار سایر مهارت ها آموزش داده شود.

- meaning in autobiographical memory. *Journal of Clinical Psychology.* 2009, First Year, Issue III, pp 62-53.
9. Conway M. A. Memory and the self. *Journal of memory and language.* 2005,53, 594-628.
10. Leventon JS, Stevens JS, Bauer PJ. Development in the neurophysiology of emotion processing and memory in school-age children. *Developmental cognitive neuroscience.* 2014
11. Jabson AF, & Okarni SW. Autobiographical memory and trauma in adolescents. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.* 2009, 31, 29-39.
12. Buckley TC, Blanchard EB, Neill WT. Information processing and PTSD: A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review.* 2002,20:1041-1065.
13. Ridout N, Dritschel B, Matthews K, O'Carroll R. Autobiographical memory specificity in response to verbal and pictorial cues in clinical depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.* 2016, *Psychiat*, 51, p109-115.
14. Crane C, Heron J, Gunnell D, Lewis G, Evans J, Williams J. M. G. Childhood traumatic events and adolescent overgeneral autobiographical memory: Findings in a UK cohort. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry.* 2014,45(3): 330-338.
15. Whalley M, Rugg M, Brewin C. Autobiographical memory in depression: An fMRI study. *Psychiatry Research: Neuroimaging.* 2012, 201(2):98-106.
16. Sumner J, Griffith JW, Mineka S. Over general autobiographical memory as a predictor of the

course of depression: A metaanalysis. *Behavior Research and Therapy*.2010, 48, 614-625.

17. Arjmandnia A, Namjoo C. The impact of education on the mechanisms underlying the memories of extreme generality of autobiographical memory in depressed patients with a traumatic childhood experience. *Journal of Medical Faculty*. 2015, the thirty-third year, No. 329, pp. 456-442.

18. Amini K, Neshat doost HT, Mazaheri MA, Nadi MA. Efficacy reminded based specifically on depression and anxiety in children 7 to 11 years post-traumatic stress disorder caused by sexual abuse. *Journal of Arak University of Medical Sciences*.2016. 12 (serial number 105):10-11.

19. Ahadi M, Moradi A, Hosni J. Study of autobiographical memory in immigrant adolescents with posttraumatic stress disorder (PTSD).*Journal of thought and behavior*.2014, ninth period, No 34.

20. Radfar SH, Jazayeri C.T, Haqqani, Habibi M, Anvari C.A. A Comparative Study of Memory in veterans with post-traumatic stress disorder and depression associated with non-veteran patients with depression. *Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences*.2013;69,792-787.

21. Neshat-DoostH T, Molavi H, Maroofi M, Ranjbar kohan Z. The effect of suppressing the negative memories specificity of autobiographical memory, rumination, negative memories of harassment and compare the effectiveness of specific autobiographical memory with cognitive-behavioral therapy and drug therapy in patients with major depressive disorder. *Doctoral thesis Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan*.2012.

22. Delavar A. *Research Methods in Psychology and Educational Sciences*. Edit Publishing. 2007, 312 pages.

23. Ebrahimi A. Compare the effectiveness of integrated treatment of religious, cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy on the attitudes of patients with depression and dysthymia.

Dissertations, Isfahan, Isfahan University, Faculty of Education. 2007.

24. Herson M, Bellack A. *Behavioral assessment: a practical handbook*, 1988. London: Pergamon Press.

25. Dozois D.J.A, Dobson K.S. Apsychometric evaluation of the Beck depression inventoryII. *Psychological Assessment*.1998, 10, 83-89.

26. Beck A.T, Steer R.A, Brown G.K. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation. 2000.

27. Mohammadkhani M, Bina M, Yasami M, Fakour Y, Naderi F. Behavioral group therapy effect on bam earthquake related PTSD symptoms in children: A randomized clinical trial. *Iranian J Pediatrics*.2006, 16(1) :25-33.

28. Raes F, Williams JM, Hermans D.Reducing cognitive vulnerability to depression: a preliminary investigation of Memory Specificity Training (MEST) in inpatients with depressive symptomatology. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2009; 40(1): 24-38.

29. Serrano JP, Lattore JM, Gatz M, Montanes J. Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology. *Psychology and Aging*.2004, 9(2), 272-277.

30. Raes F, Hermans D, Williams JMG, Beyers W, Brunfaut E, Eelen P. Reduced autobiographical memory specificity and rumination in predicting the course of depression. *Journal of Abnormal Psychology*. 2009, 115, 699-704.

31. Neshatdoost HT, Yule W, Kalantari M, Ahmadi SJ, Dyregrov A, Jobson L. Enhancing autobiographical memory specificity through cognitive training: an intervention for depression translated from basic science. *Clinical Psychological Science*.2013, 1(1), 84-92.

32. Williams JMG, Barnhofer T, Crane C, Beck A. T. Problem solving deteriorates following mood challenge in formerly depressed patients with a history of suicidal ideation. *Journal of Abnormal Psychology*.2005, 114, 421-431.