


Comparison of the Effectiveness of the Package Therapy Based on Psychological Factors Associated with Parkinson's Disease and the Memory Specificity Training (MEST) on the Mood of these Patients

Farzaneh Khaleghi Dehnavi 

Ph.D. Candidate in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Hamid Taher Neshat Doost *

Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Hooshang Talebi 

Professor, Department of Statistics, Faculty of Mathematics and Statistics, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Ahmad Chitsaz 

Professor, Department of Neurology, School of Medicine, Isfahan Neurosciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Abstract

Parkinson's disease is a progressive neurodegenerative disorder that causes motor and non-motor symptoms. Non-motor symptoms such as mood disorders severely affect patients' quality of life. The interrelationship of multiple non-motor symptoms with each other makes comprehensive therapies necessary to simultaneously address different psychological aspects of patients. The present study was performed to compare the effectiveness of the treatment package based on psychological factors related to Parkinson's disease and memory specificity training (MEST) on the mood of these patients. The study was a quasi-experimental with a pre-test-post-test design along with a control group. 18 Parkinson's patients were eligible

* Corresponding Author: h.neshat@edu.ui.ac.ir

How to Cite: Khaleghi Dehnavi, F., Taher Neshat Doost, H., Talebi, H., Chitsaz, A. (2023). Comparison of the Effectiveness of the Package Therapy Based on Psychological Factors Associated with Parkinson's Disease and the Memory Specificity Training (MEST) on the Mood of these Patients, *Journal of Clinical Psychology Studies*, 13(50), 127-160.

to participate in the study, so the selection of sample subjects was nonprobability and they were randomly assigned to three groups. Due to the possible discrepancies between the groups and to adjust it, the method of analysis of covariance was used and pre-test scores were taken. Groups were matched by gender. Data collection measures were the autobiographical memory test (AMT) and Beck's Depression Inventory- second edition (BDI-II). Data were analyzed by the covariance method and SPSS v.25 software. Data analysis showed that the mean level of depression increased in the control group, while in the package therapy and MEST groups the level of depression decreased. Data analysis showed that the mean mood scores in the post-test only in the MEST group were significantly different from the control group ($P < 0.05$). There was no significant difference in the mean mood scores of the package therapy and control groups in the post-test; however, the mean mood scores in the two groups of package therapy and MEST were not significant. According to the research findings, MEST can be effective as a multidisciplinary intervention in improving the mood of Parkinson's patients. Supporting the effect of the treatment package based on psychological factors on mood requires further research.

Keywords: Parkinson's Disease, Psychological Factors, Biographical Memory, Overgeneral, Memory Specificity Training, Mood.

1. Introduction

Depression is a prevalent psychiatric feature in patients with Parkinson's disease (PD). Early detection and requisite treatment may provide substantial improvement in PD patients (Ray & Agarwal, 2020). In PD, psychological symptoms are often intercorrelated, depression is also associated with other psychological disorders, including cognitive disorders. Therefore, the appropriate adequate treatment for patients is a treatment that considers and covers a wide range of patient's needs.

In the present study, it is assumed that a treatment package based on psychological factors related to PD and memory specificity training (MEST) as multidimensional interventions with simultaneous targeting of cognition and mood of PD patients can effectively improve their mood. Therefore, the present study was performed to compare the effectiveness of the treatment package based on psychological factors related to PD and MEST on the mood of these patients.

2. Literature Review

Multidisciplinary rehabilitative training represents an optimal strategy to improve disease management (Buono et al., 2021), so that various psychological problems of patients can be covered simultaneously. In this regard, the study of Buono et al. (2021) showed improvement in motor performance of PD patients and non-motor symptoms such as mood by using multidisciplinary rehabilitative. Scherbaum et al.'s (2020) study also showed the effect of multidisciplinary treatment of PD on motor and non-motor symptoms and improved emotional well-being.

Studies show that autobiographical memory training positively affects autobiographical memory and depression (Bahk & Choi, 2018). MEST is designed to reduce overgeneralization, improve specific autobiographical memory, and treat depression. The study by Ricarte et al. (2011) shows the role of retrieval of specific memories as a protective factor for depression in the elderly. In the study of Neshat-Doost et al. (2013) on Afghan teenagers, the MEST group recovered

more specific memories after the training and had a lower level of depression. The results of their study showed that MEST can improve autobiographical memory performance and reduce depression symptoms. The research of Emsaki, Neshat-Doost, Tavakoli & Barekatin (2017) with the aim of investigating the effect of MEST on the mood of people with mild cognitive impairment, did not show a significant difference in the mood of patients in the pre and post-test. However, the effect of MEST on PD patients has not been investigated yet.

3. Methodology

The present study is quasi-experimental and pre-test-post-test design with a control group. The research population was all PD patients referred to the neurology clinic in Isfahan city in 2019-2020. The conditions for entering the research were: diagnosis of PD by a neurologist, based on the Hoehn and Yahr Scale; being in the HY-I or HY-II stage of the disease; age of at least 50 and at most 80 years, and having minimum literacy at the level of reading and writing. The criteria for exiting the research were: the presence of dementia according to the DSM-5 definition, the presence of other neurological diseases or damage (brain damage or MS), the presence of mental retardation, unstable psychiatric disorders such as schizophrenia, and the presence of hallucinations.

A non-probability sample was selected; that is, among the PD patients referred to a specialist, 18 patients who met the conditions to enter the research and agreed to cooperate were selected, then they were divided into three equal groups by random assignment. After the pre-test, the participants of the treatment package group based on psychological factors were trained during 8 90-minute sessions and the participants of the MEST group were trained during 7 90-minute sessions. The control group did not receive any intervention. Then the effect of the interventions was measured in the post-test in comparison with each other and with the control group. Data collection measures were the autobiographical memory test (AMT) and Beck's Depression

Inventory- second edition (BDI-II). Data were analyzed using SPSS-25 software and utilizing the analysis of covariance method.

4. Results

The age of the subjects was in the range of 50 to 77 years, and the average age of the subjects in the three groups was not significantly different from each other. All subjects were married. It was used a balanced number of males and females in groups to control the effect of gender. Each of the intervention groups that attended the meetings included 5 men and 1 woman. Considering the heterogeneity between the groups and to adjust it the covariance analysis method was used.

The results showed the average level of depression increased in the control group, while in the treatment package and MEST group, we observed a decrease in the level of depression. The rate of reduction of depression level in the treatment package group is lower than that of the MEST group.

According to Levene's Test and the Shapiro-Wilk Test, the assumption of homogeneity of variance and normality distribution of Beck's depression index was not rejected at the significant level of 0.05. The effect of belonging to a group on Beck's depression index is significant at the significant level of 0.05. Therefore, the average adjusted scores of the Beck Depression Scale are not equal in the three groups of control, treatment package, and MEST. The results of the pre hoc LSD test showed the average scores of the adjusted Beck depression scale in the MEST group were significantly lower than the control group. The difference in the average scores of the adjusted Beck depression scale in the two groups of treatment package and MEST is not meaningful.

5. Discussion

The results of the present study showed that the mood of the MEST group has significantly increased compared to the treatment package and the control group. Increasing autobiographical memory may be helpful in the treatment of depression. This effect can be caused by a relative decrease in rumination, avoidance, hopelessness, and a

relative increase in problem-solving skills (Raes, Williams, & Hermans, 2009).


The mood scores of the treatment package group do not show any significant difference compared to the control group. Also, the mood scores of the treatment package group are not far from the MEST group. In other words, in the post-test, the mood scores of the treatment package group are placed between the scores of the control group and the MEST, which is not far from both groups, and it raises the possibility that the treatment package, with some modifications and more focus on mood, can be like MEST has a significant effect on increasing the mood of PD patients.

6. Conclusion


From the present study, we can conclude that MEST has positive effects on the mood of PD patients. The results related to the effect of the treatment package based on psychological factors on the mood should be interpreted with caution.

مقایسه اثربخشی بسته درمانی مبتنی بر عوامل روان‌شناختی مرتبط با بیماری پارکینسون و آموزش اختصاصی سازی حافظه (MEST) بر خلق این بیماران


دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

فرزانه خالقی دهنوی 


استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

حمید طاهر نشاط دوست  *

استاد، گروه آمار، دانشکده ریاضی و آمار، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

هوشنگ طالبی 

استاد، گروه نورولوژی، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات علوم اعصاب اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

احمد چیت‌ساز 

چکیده

علائم غیر حرکتی همچون اختلالات خلقی کیفیت زندگی بیماران پارکینسون را تحت تأثیر قرار می‌دهند. به دلیل ارتباط متقابل و چندگانه علائم غیر حرکتی با یکدیگر درمان‌هایی جامع لازم است تا هم‌زمان به جنبه‌های مختلف روان‌شناختی بیماران بپردازد. پژوهش حاضر به منظور مقایسه اثربخشی بسته درمانی مبتنی بر عوامل روان‌شناختی مرتبط با بیماری پارکینسون و آموزش اختصاصی سازی حافظه (MEST) بر خلق این بیماران انجام شد. مطالعه از نوع نیمه تجربی و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. پژوهش در سال ۱۳۹۹-۱۳۹۸ بر روی بیماران مبتلا به بیماری پارکینسون انجام گرفت. ۱۸ بیمار پارکینسون با دارا بودن شرایط ورود به پژوهش حاضر به همکاری شدند، بنابراین انتخاب افراد نمونه به صورت غیراحتمالی بود که با انتساب تصادفی در سه گروه جای گرفتند. با توجه به ناهمبندی احتمالی بین گروه‌ها و برای تعدیل آن از روش آنالیز کواریانس استفاده شد و نمرات پیش‌آزمون کواریانس گرفته شدند. گروه‌ها

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری رشته روان‌شناسی دانشگاه اصفهان است.

* نویسنده مسئول: h.neshat@edu.ui.ac.ir

به لحاظ جنسیت نیز هم‌تا سازی شدند. ابزار گردآوری داده‌ها آزمون حافظه سرگذشتی (AMT) و ویرایش دوم پرسشنامه‌ی افسردگی بک (BDI-II) بود. داده‌ها با روش کوواریانس و با نرم‌افزار SPSS-25 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها نشان داد میانگین سطح افسردگی در گروه کنترل افزایش یافته است، درحالی‌که در گروه بسته درمانی و آموزش اختصاصی سازی حافظه سطح افسردگی کاهش یافته است. میانگین نمرات خلق پس‌آزمون تنها در گروه آموزش اختصاصی سازی حافظه تفاوت معنی‌داری با گروه کنترل داشت ($P < 0.05$). اختلاف معنی‌داری در میانگین نمرات خلق گروه بسته درمانی و کنترل در پس‌آزمون مشاهده نشد، باین‌حال میانگین نمرات خلق در دو گروه بسته درمانی و آموزش اختصاصی سازی حافظه نیز معنی‌دار نبود. آموزش اختصاصی سازی حافظه می‌تواند به‌عنوان مداخله چندبعدی در بهبود خلق بیماران پارکینسون مؤثر باشد. حمایت از تأثیر بسته درمانی مبتنی بر عوامل روان‌شناختی بر خلق نیاز به تحقیقات بیشتر دارد.

کلیدواژه‌ها: بیماری پارکینسون، عوامل روان‌شناختی، حافظه زندگینامه‌ای، بیش کلی‌گرایی، آموزش اختصاصی سازی حافظه، خلق.

مقدمه

بیماری پارکینسون^۱ نوعی اختلال تخریب عصبی پیش‌رونده است که با علائم حرکتی شامل لرزش به هنگام استراحت^۲، کندی حرکت^۳، سفتی^۴ و بی‌ثباتی وضعیتی^۵ مشخص می‌شود، با این حال علائم غیر حرکتی^۶ مانند افسردگی می‌توانند مقدم بر علائم حرکتی باشند یا در طول بیماری ایجاد شوند (الباز، کارکایلون، کاب و مويسان^۷، ۲۰۱۶). افسردگی از ویژگی‌های روان‌پزشکی شایع در بیماران پارکینسون است و تشخیص به‌موقع و درمان مناسب ممکن است منجر به بهبودی قابل توجهی در بیماران مبتلا به بیماری پارکینسون شود (ری و آگاروال^۸، ۲۰۲۰)، زیرا افسردگی به‌نوبه خود با علائم حرکتی بیشتر، استرس و استفاده غلط از راهبردهای مقابله‌ای همراه است؛ و بنابراین پیامدهای ناخوشایند مختلفی همچون انزوای اجتماعی، کاهش درگیری در فعالیت‌های روزمره، شرم و کاهش کیفیت زندگی را به دنبال دارد (ساگنا، گالو و پونتون^۹، ۲۰۱۴).

تاکنون جهت درمان افسردگی بیماران پارکینسون درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌کاررفته‌اند. تعدادی از مطالعات نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری یک درمان امیدوارکننده برای افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری پارکینسون است (چاریدیمو، سیمنز، سلای و شراگ^{۱۰}، ۲۰۱۱). با این حال بیماران پارکینسون افسرده غالباً با بیماران افسرده بدون بیماری پارکینسون تفاوت دارند، زیرا برای بیماران پارکینسون افسرده معمولاً تشخیص‌های روان‌پزشکی هم‌زمان داده می‌شود، بنابراین ممکن است در ارائه علائم افسردگی متفاوت باشند و به‌طور معمول مراقبانی دارند که در درمان آن‌ها بسیار

1. parkinson's disease
2. resting tremor
3. bradykinesia
4. rigidity
5. postural instability
6. non-motor symptoms
7. Elbaz, Carcaillon, Kab & Moisan
8. Ray & Agarwal
9. Sagna, Gallo & Pontone
10. Charidimou, Seamons, Selai & Schrag

نقش دارند. از این رو، نمی‌توان نتیجه گرفت که درمان‌های معتبر تأییدشده در افراد افسرده، قابلیت تعمیم به بیماران پارکینسون را دارد. برای به حداکثر رساندن پاسخ درمانی در بیماران پارکینسون افسرده، ممکن است لازم باشد اصلاحات منحصربه‌فردی انجام شود (دوبکین، منزا و بینفایت^۱، ۲۰۰۸).

یک راهبرد بهینه برای بهبود مدیریت بیماری پارکینسون آموزش توان‌بخشی چندبعدی^۲ است (بونو و همکاران^۳، ۲۰۲۱) تا بدین طریق مشکلات روان‌شناختی گوناگون بیماران به‌طور هم‌زمان پوشش داده شود. در همین راستا، مطالعه بونو و همکاران (۲۰۲۱) با به‌کارگیری توان‌بخشی چندبعدی، بهبود وضعیت عملکرد حرکتی بیماران پارکینسون و علائم غیر حرکتی همچون خلق را نشان داد. مطالعه شریاوم و همکاران^۴ (۲۰۲۰) نیز اثر درمان چندبعدی بیماری پارکینسون را بر علائم حرکتی و غیر حرکتی نشان داد و موجب پیشرفت بهزیستی عاطفی گردید.

از طرفی افسردگی با تغییر در سیستم حافظه زندگینامه‌ای^۵ همراه است (والی، راگ و بروین^۶، ۲۰۱۲)، همچنین نشان داده شده است که افراد مسن تعداد خاطرات زندگینامه‌ای اختصاصی کمتری را بازیابی می‌کنند (راس، لاتورره و سرانو^۷، ۲۰۰۹)؛ بنابراین بیماران پارکینسون نیز که اغلب بزرگ‌سالان مسن مبتلا به افسردگی هستند از این قاعده مستثنا نبوده، کمتر رویدادهای شخصی اختصاصی را بازیابی کرده و بازیابی آن‌ها معمولاً کلی و عمومی است (اسمیت، سوچای و کانوی^۸، ۲۰۱۰؛ سوچای و اسمیت^۹، ۲۰۱۳)؛ مشکلی که از آن با عنوان بیش کلی‌گرایی^{۱۰} یاد می‌شود. بیش کلی‌گرایی به مشکل در بازیابی

-
1. Dobkin, Menza & Bienfait
 2. multidisciplinary rehabilitation
 2. Bueno et al
 3. Scherbaum et al
 5. Autobiographical Memory
 6. Whalley, Rugg & Brewin
 7. Ros, Latorre & Serrano
 8. Smith, Souchay & Conway
 9. Souchay & Smith
 10. overgeneral

مقایسه اثربخشی بسته درمانی مبتنی بر عوامل روان‌شناختی مرتبط...؛ خالقی دهنوی و همکاران | ۱۳۷

خاطرات زندگینامه‌ای اختصاصی اشاره دارد که در ایجاد و حفظ افسردگی نقش دارد (هیچکاک، نیکسون و وبر^۱، ۲۰۱۴؛ والتینو^۲، ۲۰۱۱).

طبق مدل CaR-FA-X، ضبط و نشخوار (CaR)^۳، عملکرد اجتنابی (FA)^۴ و اختلال در توانایی و کنترل اجرایی (X)^۵ سه فرآیند ایجادکننده حافظه بیش کلی‌گرایی هستند که هر کدام به‌نوبه خود می‌توانند بر شناخت، رفتار و عواطف تأثیر بگذارند (ویلیامز و همکاران^۶، ۲۰۰۷).

مطالعات نشان می‌دهند که آموزش حافظه زندگینامه‌ای بر حافظه زندگینامه‌ای و افسردگی تأثیر مثبت دارد (باک و چوی^۷، ۲۰۱۸). آموزش اختصاصی سازی حافظه^۸ به‌منظور کاهش بیش کلی‌گرایی، بهبود حافظه زندگینامه‌ای اختصاصی و درمان افسردگی طراحی شده است. مطالعه‌ی ریکارت و همکاران^۹ (۲۰۱۱) نقش بازیابی خاطرات اختصاصی را به‌عنوان یک عامل محافظ برای افسردگی افراد مسن نشان می‌دهد. در مطالعه‌ی نشاط دوست و همکاران^{۱۰} (۲۰۱۳) بر روی نوجوانان افغان، گروه آموزش اختصاصی سازی حافظه بعد از آموزش، خاطرات اختصاصی بیشتری را بازیابی کردند و میزان افسردگی کمتری داشتند. نتایج مطالعه آنان نشان داد که آموزش اختصاصی سازی حافظه می‌تواند عملکرد حافظه زندگینامه‌ای را بهبود بخشد و باعث کاهش علائم افسردگی شود. پژوهش امساک، نشاط دوست، توکلی و برکتین^{۱۱} (۲۰۱۷) باهدف بررسی تأثیر آموزش اختصاصی سازی حافظه بر خلق افراد دارای اختلال شناختی خفیف، تفاوت معناداری را در خلق بیماران در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان نداد. باین‌حال تاکنون اثر آموزش

-
1. Hitchcock, Nixon, & Weber
 2. Valentino
 3. capture and rumination
 4. functional avoidance
 5. executive capacity and control
 6. Williams et al
 7. Bahk & Choi
 8. memory specificity training
 9. Ricarte et al
 10. Neshat-Doost et al
 11. Emsaki, NeshatDoost, Tavakoli & Barekatian

اختصاصی سازی حافظه بر روی بیماران پارکینسون بررسی نشده است. بنابراین با توجه به اینکه درمان به موقع افسردگی در بیمار مبتلا به بیماری پارکینسون ممکن است به کاهش خطر ابتلا به ناتوانی بیش‌ازحد و در نتیجه به حفظ کیفیت زندگی بهتر کمک کند (فایفر، بودیس ولنر و فایفر^۱، ۲۰۰۵)، همچنین با توجه به هزینه‌های جسمی و عاطفی افسردگی در بیماری پارکینسون و عدم تحمل و تأثیر درمان‌های دارویی، نیاز به یک رویکرد غیر دارویی کارآمد، از اهمیت بالایی برخوردار است (دوبکین و همکاران، ۲۰۰۸)؛ اما همچنین از آنجا که علائم روان‌شناختی اغلب با یکدیگر ارتباط داشته و از هم تأثیر می‌پذیرند، درمان مناسب برای بیماران درمانی است که طیف وسیعی از نیازهای بیماران را در نظر گرفته و پوشش دهد. در پژوهش حاضر فرض می‌شود بسته درمانی مبتنی بر عوامل روان‌شناختی مرتبط با بیماری پارکینسون و آموزش اختصاصی سازی حافظه به‌عنوان مداخله‌هایی چندبعدی باهدف قرار دادن هم‌زمان شناخت و خلق بیماران پارکینسون می‌توانند بر بهبود خلق بیماران مؤثر باشند. همچنین فرض می‌شود بین اثربخشی بسته درمانی مبتنی بر عوامل روان‌شناختی و آموزش اختصاصی سازی حافظه بر بهبود خلق بیماران تفاوت وجود داشته باشد؛ بنابراین هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی بسته درمانی مبتنی بر عوامل روان‌شناختی و آموزش اختصاصی سازی حافظه بر بهبود خلق این بیماران و مقایسه اثربخشی این دو مداخله می‌باشد.

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی و طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه پژوهش کلیه بیماران پارکینسون مراجعه‌کننده به درمانگاه تخصصی مغز و اعصاب شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹-۱۳۹۸ بود. شرایط ورود به پژوهش عبارت بود از: تشخیص بیماری پارکینسون توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب، بر اساس مقیاس هوهن و یاهر^۲ قرار داشتن در مرحله HY-I و یا HY-II بیماری، سن حداقل ۵۰ و حداکثر ۸۰ سال و

1. Pfeiffer, Bodis-Wollner & Pfeiffer
2. Yahr and Hoehn

داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز بدین قرار است: وجود زوال عقل بر اساس تعریف DSM-5، وجود سایر بیماری‌های عصبی یا آسیب (آسیب مغزی یا MS)، وجود عقب‌ماندگی ذهنی، اختلال روان‌پزشکی ناپایدار مثل اسکیزوفرنی، وجود توهم؛ بنابراین با توجه به ملاک‌های ورود و خروج همان ابتدا بیمارانی که ممکن بود به علت مدت بیماری یا مصرف دارو درگیر مشکلات حرکتی شدید و اختلالات روان‌پزشکی همچون توهم باشند تحت غربالگری قرار گرفتند.

انتخاب افراد نمونه به صورت غیراحتمالی بود به این صورت که از بین بیماران مراجعه‌کننده به پزشک متخصص، ۱۸ بیمار پارکینسون با دارا بودن شرایط ورود به پژوهش حاضر به همکاری شدند، سپس با انتساب تصادفی به سه گروه مساوی تقسیم شدند. پس از اجرای پیش‌آزمون، شرکت‌کنندگان گروه بسته درمانی مبتنی بر عوامل روان‌شناختی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و شرکت‌کنندگان گروه آموزش اختصاصی سازی حافظه طی ۷ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان گروه‌های مداخله در دو گروه ۳ نفره در جلسات حضور یافتند. گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. سپس اثر مداخله‌ها در پس‌آزمون در مقایسه با یکدیگر و با گروه کنترل سنجیده شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ و با استفاده از روش کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش رضایت‌نامه کتبی دریافت شد. شناسه اخلاقی مربوط به پژوهش حاضر که بخشی از رساله‌ی دکترای روان‌شناسی دانشگاه اصفهان می‌باشد، IR.UI.REC.1397.154 است.

جهت تدوین بسته درمانی مبتنی بر عوامل روان‌شناختی ابتدا داده‌ها از طریق جستجوی متون و ادبیات پژوهشی و مصاحبه با ۱۲ نفر از بیماران جمع‌آوری شد. جمع‌آوری داده‌ها طبق اصل اشباع انجام شد. سپس برای رسیدن به عوامل، نظم دادن به آن‌ها، طبقه‌بندی و تجزیه و تحلیل داده‌ها از مراحل هفت‌گانه روش پدیدار شناختی توصیفی کلایزی^۱ استفاده شد. بر این اساس محقق در مرحله اول با خواندن و بررسی چندباره

اظهارات شرکت‌کنندگان، با داده‌های آن‌ها آشنا شد، در مرحله شناسایی اظهارات معنادار، تمامی اظهارات که رابطه‌ی مستقیمی باهدف پژوهش داشتند مشخص شد. در سومین مرحله معانی و مفاهیم مهم در اظهارات شرکت‌کنندگان مشخص و استخراج شد و در مرحله چهارم معانی مشخص‌شده از موضوعات که در میان همه گزارش‌ها مشترک بودند دسته‌بندی‌شده، سپس با پیوند برقرار کردن میان مضامین و توصیف کامل و فراگیر از پدیده، دسته‌های کلی‌تری ایجاد شد. در مرحله ششم، متون جامع به شرحی کوتاه خلاصه‌شده، توضیحات غیرضروری حذف گردید تا فقط آن جنبه‌هایی که برای ساختار پدیده لازم است را در بر بگیرد، سپس در مرحله نهایی بعد از شناسایی عوامل جهت تأیید و اعتبار بخشی به آن‌ها، عوامل به نمونه بزرگ‌تر برگردانده شد؛ به این صورت که درصد و فراوانی موافقت و مخالفت ۴۴ نفر از بیماران مبتلا به پارکینسون در رابطه با هر یک از عوامل، به دست آمد و عواملی که مورد تأیید شرکت‌کنندگان قرار نگرفت، اصلاح یا حذف گردید. در نهایت مضامین به‌دست‌آمده از منظر ۴ نفر از متخصصان مغز و اعصاب و ۲ روان‌شناس بررسی شد. برای بررسی نسبت روایی محتوایی (CVR)، هر یک از متخصصین در خصوص مضامین ارائه‌شده یکی از گزینه‌های «ضروری است»، «مفید است ولی ضروری نیست» و «ضروری نیست» را انتخاب کردند. برای بررسی شاخص روایی محتوایی (CVI) نیز متخصصان در مورد معیار مرتبط بودن مضمون به بیماری و بیماران پارکینسون با انتخاب گزینه‌های «غیر مرتبط»، «نیاز به بازبینی اساسی»، «مرتبط اما نیاز به بازبینی» و «کاملاً مرتبط» اظهار نظر کردند. ۷ مضمون اصلی به‌دست‌آمده و نسبت روایی محتوایی و شاخص روایی محتوایی برای هر مضمون در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. نسبت روایی محتوایی و شاخص روایی محتوایی مضامین به‌دست‌آمده اصلی

| مضمون اصلی | CVR | CVI |
|--------------------------|-----|-----|
| استرس و نگرانی | ۱ | ۱ |
| خلق پایین | ۱ | ۱ |
| محدودیت در روابط اجتماعی | ۱ | ۱ |
| مشکلات شناختی | ۱ | ۱ |

| CVI | CVR | مضمون اصلی |
|------|------|---|
| ۱ | ۱ | نگرش نسبت به بیماری |
| ۰/۶۶ | ۰/۳۳ | پذیرش مرگ |
| ۰/۸۳ | ۰/۶۶ | تلاش برای بهبود خلق و ارتقاء کیفیت زندگی به صورت خودجوش |

بنابراین مضامین استرس و نگرانی، خلق پایین، محدودیت در روابط اجتماعی، مشکلات شناختی و نگرش نسبت به بیماری که بالاترین ارتباط را با بیماری پارکینسون به دست آوردند در تدوین بسته درمانی مدنظر قرار گرفتند. بسته درمانی تدوین شده مبتنی بر مدل جامع‌نگر است. برنامه شناختی (توجه و حافظه) بر پایه راهبردهای حافظه و با استفاده از تکنیک‌های التقاطی مبتنی بر یادیارهای درونی و بیرونی و کلامی و دیداری تدوین شد. سایر برنامه‌های مربوط به خلق و خو و استرس نیز با توجه به مضامین اصلی و فرعی به دست آمده تلفیقی از تکنیک‌های شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی می‌باشد. خلاصه جلسات بسته درمانی مبتنی بر عوامل روان‌شناختی مرتبط با بیماری پارکینسون در جدول ۲ و خلاصه جلسات آموزش اختصاصی سازی حافظه در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۲. خلاصه‌ای از محتوای جلسات بسته درمانی مبتنی بر عوامل روان‌شناختی مرتبط با بیماری

پارکینسون

| جلسه | تکنیک | هدف جلسه | شرح محتوای جلسه | تکلیف |
|----------|--|--|---|---|
| جلسه اول | آموزش انجام تمرینات توجهی شامل: توجه پایدار، توجه تقسیم شده و توجه انتخابی | آگاهی از اهمیت پرداختن به افکار و احساسات، آگاهی از تأثیر شناخت بر خلق، بهبود توجه | ارائه منطق درمان و فرآیند آن؛ توضیح در مورد مشکلات خلقی، همچنین توجه و حافظه و تأثیر آن بر خلق. ارائه تمرینات توجهی شامل: توجه پایدار: خواندن متن ارائه شده و خط کشیدن دور حروف مشخص شده. توجه تقسیم شده: پیدا کردن اختلاف تصاویر | تفکر و یادداشت برداری از مشکلات حافظه و توجه؛ یک مکان را در خانه تعیین کنند و ۲ دقیقه به آن نگاه کرده و هر چه می‌بینند را یادداشت کرده و مجدداً چک کنند؛ ثبت رویدادها، افکار و احساسات و نحوه برخورد با آنها در طول |

| جلسه | تکنیک | هدف جلسه | شرح محتوای جلسه | تکلیف |
|----------|--|---|---|---|
| | | | ارائه‌شده و هم‌زمان گوش دادن به داستان خوانده‌شده توسط آزمونگر و سپس ارائه خلاصه داستان. توجه انتخابی: هم‌زمان با پخش یک برنامه، صحبت و پاسخ به سؤالات آزمونگر. اشاره به اهمیت پرداختن به افکار و احساسات؛ سپس معرفی دفترچه یادداشت به‌عنوان یک کمک‌کننده بیرونی حافظه و همچنین وسیله‌ای برای ثبت افکار و احساسات. | روز. |
| جلسه دوم | تکنیک تصویرسازی ذهنی، تنفس آگاهانه | بهبود حافظه از طریق تصویرسازی ذهنی، آگاهی از راهبردهای اولیه برای رسیدن به آرامش و کاهش استرس | آموزش تصویرسازی ذهنی، بررسی و به بحث گذاشتن افکار و احساسات افراد و نحوه برخورد با آن‌ها در طول هفته گذشته بر اساس یادداشت‌های افراد؛ توضیح در مورد نقش مسائل روان‌شناختی از جمله استرس در بهبود وضعیت جسمی، حافظه و کیفیت زندگی با ذکر مثال؛ سپس آموزش تنفس ذهن آگاهانه به‌عنوان راهبردی برای آرام‌سازی جسم و ذهن. | به محیط ناآشنا به مدت ۱ دقیقه نگاه و توجه کرده، سپس به میزان توجه و دقت خود درصد دهند و به تفاوت آن با میزان توجه به محیط آشنا توجه کنند. ۱۰ کلمه را فقط تصویرسازی ذهنی کرده و سعی کنند با چشم ذهن ببینند. انجام روزانه ۱۰ دقیقه تنفس ذهن آگاهانه؛ ادامه ثبت افکار و احساسات. |
| جلسه سوم | تکنیک تداعی ذهنی، آموزش شناسایی هیجان‌های خود و دیگران | بهبود حافظه از طریق تداعی ذهنی، شناسایی احساسات | آموزش تکنیک تداعی ذهنی، ایجاد توانایی شناسایی هیجان‌های خود و دیگران با تمرین نشان دادن چهره‌ها و خواندن داستان‌هایی برای اعضا و سپس درخواست جهت بیان احساسات شخصیت‌ها در تصویر و داستان. | ایجاد تداعی میان ۱۰ کلمه لیست. ادامه ثبت افکار و احساسات؛ انجام روزانه ۱۰ دقیقه تنفس ذهن آگاهانه. |

| جلسه | تکنیک | هدف جلسه | شرح محتوای جلسه | تکلیف |
|------------|--|---|---|---|
| جلسه چهارم | ذهن آگاهی، بازسازی و مدیریت افکار و احساسات از طریق یادداشت‌برداری | آگاهی در لحظه حال، آگاهی از افکار و احساسات و رابطه آن‌ها با یکدیگر | تمرینات ذهن آگاهی: خوردن کشمش و توجه به شکل، رنگ و مزه آن؛ تمرین دیدن، شنیدن و حس کردن (در لحظه حال بودن): حین خواندن یک متن ارائه شده از پاهایتان ذهن آگاه باشید؛ توجه به تنفس، بدن، صداها، افکار، احساسات و هیجانات؛ طرح پرسش‌هایی همچون هم‌اکنون به چه چیزی فکر می‌کنید؟ سعی کنید افکاری را که در ذهنتان جریان دارد یادداشت کنید. چه احساسی دارید؟ آن را یادداشت کنید. توضیح رابطه افکار و احساسات و تمرین توجه به افکار و احساسات از طریق یادداشت‌برداری از آن‌ها در جدول تنظیم‌شده در این خصوص؛ سپس آموزش بازسازی افکار. | نوشیدن چای و خوردن غذا با ذهن آگاهی؛ پر کردن کاربرگ ثبت رویدادها، افکار و احساسات روزانه؛ انجام روزانه ۱۰ دقیقه تنفس ذهن آگاهانه. |
| جلسه پنجم | تکنیک مواجهه با ترس‌ها و نگرانی‌های اجتماعی | ارتباط با دیگران و کاهش انزوای اجتماعی | معرفی تکنیک مواجهه با ترس‌ها و نگرانی‌ها از جمله سعی در مواجهه با نگرانی از حضور در جمع؛ اشاره به اهمیت و تأثیر درد دل، مشورت و صحبت با دوست و اطرافیان در بهبود خلق و کیفیت زندگی؛ توضیح در مورد درخواست کمک از دیگران در مواقع ناتوانی به‌عنوان یک راهبرد روان‌شناختی مؤثر. | حضور در یک جمع تا هفته آینده؛ صحبت با یک دوست تا هفته آینده؛ پر کردن کاربرگ ثبت رویدادها، افکار و احساسات روزانه؛ انجام روزانه ۱۰ دقیقه تنفس ذهن آگاهانه. |
| جلسه | درگیری حواس و | بهبود یادآوری | به کارگیری حواس و احساسات و | ساخت داستان برای لیست |

| جلسه | تکنیک | هدف جلسه | شرح محتوای جلسه | تکلیف |
|-----------|---------------------------------------|--|--|---|
| ششم | احساسات در شناخت، تکنیک اصلاح نگرش‌ها | با درگیر ساختن احساسات، بهبود خلق از طریق اصلاح نگرش‌ها | هیجان‌ات (توجه به قدرت احساسات) در تقویت حافظه و یادآوری: از طریق افزودن شوخ‌طبعی (تصویرسازی بامزه، بسط کلمات و داستان‌سازی همراه با شوخ‌طبعی)؛ آموزش فن اصلاح نگرش‌ها با ذکر مثال، درخواست از اعضا جهت یافتن معنا از خلال یکی از رنج‌هایشان. | ده کلمه‌ای ارائه شده؛ هر فردی تا جلسه آینده یک معنا از خلال بیماری و رنج خود یافته، یادداشت کرده و در جلسه آتی بیان کند. پر کردن کاربرگ ثبت رویدادها، افکار و احساسات روزانه؛ انجام روزانه ۱۰ دقیقه تنفس ذهن آگاهانه. |
| جلسه هفتم | معرفی چند یادیار بیرونی | بهبود یادآوری با شناخت یادیارهای بیرونی، اطلاع یافتن از اعتبار افکار و احساسات از منظر دیگران با به بحث گذاشتن آن‌ها | معرفی چند یادیار بیرونی شامل: چسباندن برچسب، دفتر یادداشت (سیستم‌های یادداشت‌برداری)، دفتر خاطرات، تقویم، ساعت‌های زنگ‌دار و تایمرها (به‌عنوان یادآور کارهای آینده). ادامه آموزش توجه به رابطه افکار و احساسات، ثبت و بازسازی آن‌ها از طریق به بحث گذاشتن آن‌ها در گروه. | پر کردن کاربرگ ثبت رویدادها، افکار و احساسات روزانه؛ انجام روزانه ۱۰ دقیقه تنفس ذهن آگاهانه. |
| جلسه هشتم | تمرین و تکرار تکنیک‌ها | مهارت یافتن در به کارگیری تکنیک‌ها و تعمیم آن‌ها به زندگی واقعی | تمرین و تکرار تکنیک‌ها و تمرینات جلسه قبل (تأکید بر مهارت یافتن در استفاده از تکنیک‌ها) و تعمیم به زندگی واقعی. | تمرین و تکرار تکنیک‌ها و تمرینات جلسه قبل. |

مقایسه اثربخشی بسته درمانی مبتنی بر عوامل روان‌شناختی مرتبط ...؛ خالقی دهنوی و همکاران | ۱۴۵

جدول ۳. ساختار جلسات آموزش اختصاصی سازی حافظه و شرح محتوای جلسات برگرفته شده از راهنمای درمانگر ماکسول و کالاهان (ماکسول و کالاهان، ۲۰۱۳).

| جلسه | شرح محتوای جلسه | تکلیف |
|------------|--|--|
| جلسه اول | توضیح در خصوص حافظه سرگذشتی، بیش کلی‌گرایی در مقابل حافظه اختصاصی و ارتباط آن با افسردگی، ارائه منطق درمان و فرآیند آن، بیان نمونه‌ای از هر دو نوع خاطرات بیش کلی‌گرایی و اختصاصی در ارتباط با دو کلمه خنثی و به بحث گذاشتن آن در جلسه | یادآوری خاطرات خاص برای ۱۰ کلمه خنثی در ۱۰ روز |
| جلسه دوم | معرفی کلمات مثبت و به‌خاطر آوردن دو خاطره خاص از دوران کودکی و نوجوانی در ارتباط با ۴ کلمه (دو مثبت و دو خنثی) | یادآوری دو خاطره خاص برای هر ۱۰ کلمه مثبت و خنثی |
| جلسه سوم | یادآوری دو خاطره خاص از جوانی و بزرگسالی برای هر کلمه مثبت، انگیزه دادن به شرکت‌کنندگان جهت فراخوانی، بررسی و ارزیابی این خاطرات و مقایسه آن با خاطرات بیش کلی‌گرایی و عمومی، تمرین اختصاصی سازی خاطرات بیش کلی‌گرا با ذکر مثال | یادآوری دو خاطره خاص برای هر ۱۰ کلمه مثبت |
| جلسه چهارم | معرفی کلمات منفی و یادآوری خاطره خاص از کودکی و نوجوانی برای هر کلمه منفی (غم)، یادآوری خاطره خاص از کودکی و نوجوانی برای کلمه مثبت همتای کلمه منفی (شادی) | یادآوری خاطره خاص برای هر ۱۰ کلمه منفی و همتای مثبت آن‌ها |
| جلسه پنجم | یادآوری خاطره خاص از جوانی و بزرگسالی برای هر کلمه مثبت و هم‌تراز منفی آن‌ها، تشویق دیگر اعضای گروه برای بیان احساسات و عواطف خود از شنیدن خاطرات گفته‌شده و بحث و گفتگو در مورد آن | یادآوری خاطره خاص برای کلمات منفی و همتای مثبت آن‌ها |
| جلسه ششم | تمرین بیشتر با کلمات مثبت، منفی و خنثی از کودکی، نوجوانی، جوانی و بزرگسالی | یادآوری خاطره خاص برای کلمات مثبت، منفی و خنثی |
| جلسه هفتم | مرور و بررسی و ارائه خلاصه‌ای از کلیه جلسات، بحث در مورد نمونه‌هایی از خاطرات به‌منظور ترویج آگاهی فراشناختی، تأکید بر اهمیت تداوم در بازیابی خاطرات خاص و تشویق و ترغیب برای تعمیم آن به زندگی روزمره | سعی در تداوم بازیابی خاطرات خاص و تعمیم آن به زندگی روزمره |

ابزار اندازه‌گیری

پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی: این پرسش‌نامه محقق ساخته به جمع‌آوری اطلاعات جمعیت شناختی موردنیاز از جمله جنسیت، سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، سابقه بیماری جسمی و روانی، مدت بیماری، سابقه وراثت و داروهای در حال مصرف می‌پردازد.

آزمون حافظه سرگذشتی (AMT): این آزمون که در سال ۱۹۸۶ توسط ویلیامز و برود بنت ساخته شده است، دارای ۱۸ محرک واژه با بار هیجانی مثبت، منفی و خنثی می‌باشد. در این آزمون، ابتدا دستورالعمل به آزمودنی ارائه می‌شود. این دستورالعمل به آزمودنی آموزش می‌دهد که پس از دیدن هر لغت و خواندن آن، نخستین رویدادی را که به ذهنش می‌رسد بیان کند. هم‌چنین به او گفته می‌شود که این رویداد می‌تواند مهم یا معمولی باشد، مربوط به زمان‌های گذشته یا اخیر باشد اما باید یک رویداد خاص باشد. رویداد خاص رویدادی است که در یک زمان و مکان خاص روی داده و طول زمان رویداد موردنظر نمی‌بایست بیشتر از یک روز باشد. سپس با کمک سه کوشش تمرینی اطمینان حاصل می‌شود که آزمودنی شیوه اجرا را یاد گرفته است. پس از آن ۱۸ لغت اصلی به‌صورت در هم به آزمودنی ارائه می‌شود و او برای بازیابی هر خاطره ۳۱ ثانیه فرصت دارد، چنان چه اولین خاطره خاص نباشد، آزمودنی تشویق می‌شود تا یک خاطره خاص به یاد آورد. تأخیر زمانی^۱ آزمودنی در هنگام پاسخگویی ثبت می‌گردد و هر یک از پاسخ‌ها، به‌عنوان پاسخ خاص، عام، طولانی، بدون یادآوری کدگذاری می‌شود (شریفی، نشاط دوست، توکلی و شایگان نژاد^۲، ۲۰۱۵). بررسی شاخص‌های روان‌سنجی این آزمون توسط کاویانی، رحیمی و نقوی (۱۳۷۸) نشانگر روایی آزمون برای بررسی حافظه سرگذشتی می‌باشد. آن‌ها هم‌چنین با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، ثبات درونی این آزمون را ۸۶٪ گزارش نموده‌اند.

1. timelateness

2. Sharifi, Neshat Doost, Tavakoli & Shaygannejad

ویرایش دوم پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI-II): ویرایش دوم پرسش‌نامه افسردگی بک، شکل بازنگری شده پرسش‌نامه افسردگی بک است که در سال ۱۹۷۴ برای سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. این پرسش‌نامه، همانند ویرایش نخست، از ۲۱ ماده تشکیل شده که آزمودنی برای هر ماده یکی از چهارگزینه‌ای را که شدت علامت افسردگی او را نشان می‌دهد، برمی‌گزیند. هر ماده نمره‌ای بین صفر تا سه را به خود اختصاص می‌دهد و بنابراین نمره کل پرسش‌نامه، دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ دارد (شریفی و همکاران، ۲۰۱۵). روایی و پایایی پرسشنامه افسردگی بک، طی پژوهشی بر روی سالمندان ایرانی ارزیابی شده است. ضریب همبستگی درون طبقه‌ای ۰/۸۱ و ثبات داخلی آزمون نیز از روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۶۴ به دست آمد. در بررسی روایی همگرا، پرسشنامه بک نیز از طریق سنجش همبستگی آن با نمره کل پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) و نیز با چهار سازه آن تعیین شد که همبستگی پرسشنامه بک با کل نمره پرسشنامه سلامت عمومی، ۰/۸ به دست آمد (حمیدی و همکاران، ۲۰۱۵).

یافته‌ها

آزمودنی‌ها به لحاظ سن در دامنه ۵۰ تا ۷۷ سال بودند، میانگین سن آزمودنی‌ها در سه گروه اختلاف معنی‌داری با یکدیگر نداشتند ($F=1,027$, $df_1=2$, $df_2=15$, $Sig=0,382$). تمام آزمودنی‌ها متأهل بودند. به‌منظور کنترل اثر جنسیت از روش هم‌تاسازی استفاده شد به این صورت که در هر گروه پنج آزمودنی مرد و یک آزمودنی زن شرکت داده شدند. با توجه به ناهم‌تابی بین گروه‌ها و برای تعدیل آن از روش آنالیز کواریانس استفاده شد و پیش‌آزمون کوواریت گرفته شد.

جدول ۴. میانگین (و انحراف معیار) بازیابی خاطرات اختصاصی

| آموزش اختصاصی سازی حافظه | | بسته درمانی | | کنترل | | بازیابی خاطرات اختصاصی |
|--------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------------|
| پس‌آزمون | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیش‌آزمون | |
| ۱۱/۳۳ (۳/۶۷) | ۴/۳۳ (۱/۸۶) | ۹/۸۳ (۳/۶۶) | ۷/۵۰ (۲/۹۵) | ۹/۳۳ (۵/۰۱) | ۷/۵۰ (۵/۳۶) | |

جدول ۴ میانگین و انحراف معیار بازیابی خاطرات اختصاصی را به تفکیک گروه و زمان اندازه‌گیری نشان می‌دهد.

به‌منظور آزمون معنی‌داری اثر تعلق گروهی و همچنین مقایسه گروه‌ها با یکدیگر از مدل تحلیل کواریانس استفاده گردید. جدول ۵ نتیجه آزمون پیش‌فرض‌های نرمالیتی و همگونی واریانس را برای بازیابی خاطرات اختصاصی نمایش می‌دهد.

جدول ۵. آزمون فرض همگونی واریانس و نرمالیتی بازیابی خاطرات اختصاصی

| آزمون نرمالیتی | | | آزمون همسانی واریانس - لوین | | | | بازیابی خاطرات اختصاصی | | |
|----------------|----|-----------------|-----------------------------|----|-----------|-------|------------------------|-----|-------|
| شاپرو-ویلک | | کلموگرف-اسمیرنف | .Sig | | df2 | df1 | | F | |
| .Sig | df | Statistic | .Sig | df | Statistic | .Sig | df2 | df1 | F |
| ۰/۶۵۳ | ۱۸ | ۰/۹۶۳ | ۰/۲۰۰< | ۱۸ | ۰/۱۴۹ | ۰/۹۸۶ | ۱۴ | ۳ | ۰/۰۴۶ |

باتوجه به جدول ۵ فرض همگونی واریانس و نرمالیتی توزیع شرطی متغیر پاسخ در سطح آزمون ۰/۰۵ رد نمی‌شود. نتیجه آزمون معنی‌داری اثر تعلق گروهی برای بازیابی خاطرات اختصاصی در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. تحلیل واریانس متغیر بازیابی خاطرات اختصاصی

| عامل | مجموع مربعات | df | میانگین مربعات | F | .Sig | توان آزمون | R2 |
|-----------|--------------|----|----------------|--------|-------|------------|-------|
| پیش‌آزمون | ۱۷۴/۵۰۹ | ۱ | ۱۷۴/۵۰۹ | ۲۸/۷۴۶ | ۰/۰۰۰ | ۰/۹۹۹ | |
| گروه | ۷۳/۸۷۳ | ۲ | ۳۶/۹۳۶ | ۶/۰۸۴ | ۰/۰۱۳ | ۰/۸۰۵ | ۰/۶۸۸ |
| خطا | ۸۴/۹۹۱ | ۱۴ | ۶/۰۷۱ | | | | |

باتوجه به جدول ۶ اثر تعلق گروهی بر متغیر بازیابی خاطرات اختصاصی، در سطح کمتر از

مقایسه اثربخشی بسته درمانی مبتنی بر عوامل روان‌شناختی مرتبط...؛ خالقی دهنوی و همکاران | ۱۴۹

۰/۰۵ معنی‌دار است؛ بنابراین میانگین نمرات تعدیل‌یافته در سه گروه کنترل، بسته درمانی و آموزش اختصاصی سازی حافظه برابر نیستند. برای مشخص نمودن این تفاوت و مقایسه دوبه‌دوی میانگین تعدیل‌یافته این متغیر در بین گروه‌ها از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. نتیجه در جدول ۷ نمایش داده شده است.

جدول ۷. آزمون فرض برابری میانگین نمرات تعدیل‌یافته بازیابی خاطرات اختصاصی در بین گروه‌های مختلف

| بسته درمانی - آموزش اختصاصی سازی حافظه | | | آموزش اختصاصی سازی حافظه - کنترل | | | بسته درمانی - کنترل | | | |
|---|-------------------|---------------------------|-------------------------------------|-------------------|---------------------------|---------------------|-------------------|---------------------------|------------------------------|
| مقدار احتمال | خطای استاندارد | پژ آورد اختلاف میانگین | مقدار احتمال | خطای استاندارد | پژ آورد اختلاف میانگین | مقدار احتمال | خطای استاندارد | پژ آورد اختلاف میانگین | |
| ۰/۰۱۲ | ۱/۵۲۴ | -۴/۴۲۶ | ۰/۰۰۶ | ۱/۵۲۴ | ۴/۹۲۶ | ۰/۷۳۰ | ۱/۴۲۳ | ۰/۵۰۰ | بازیابی خاطرات اختصاصی |

باتوجه به جدول ۷ میانگین نمرات تعدیل‌یافته بازیابی خاطرات اختصاصی در گروه آموزش اختصاصی سازی حافظه به‌طور معنی‌داری بیش‌تر از گروه کنترل است ولی اختلاف میانگین نمرات تعدیل‌یافته این متغیر در دو گروه بسته درمانی و کنترل معنی‌دار نیست. میانگین تعدیل‌یافته این متغیر در گروه بسته درمانی به‌طور معنی‌داری کم‌تر از گروه آموزش اختصاصی سازی حافظه است.

متغیر اصلی مورد مطالعه در این پژوهش عبارت است از مقیاس افسردگی بک که میانگین و انحراف معیار مقدار کل آن در جدول ۸ به تفکیک گروه و زمان اندازه‌گیری نمایش داده شده است.

جدول ۸. میانگین (و انحراف معیار) افسردگی به تفکیک گروه و زمان اندازه‌گیری

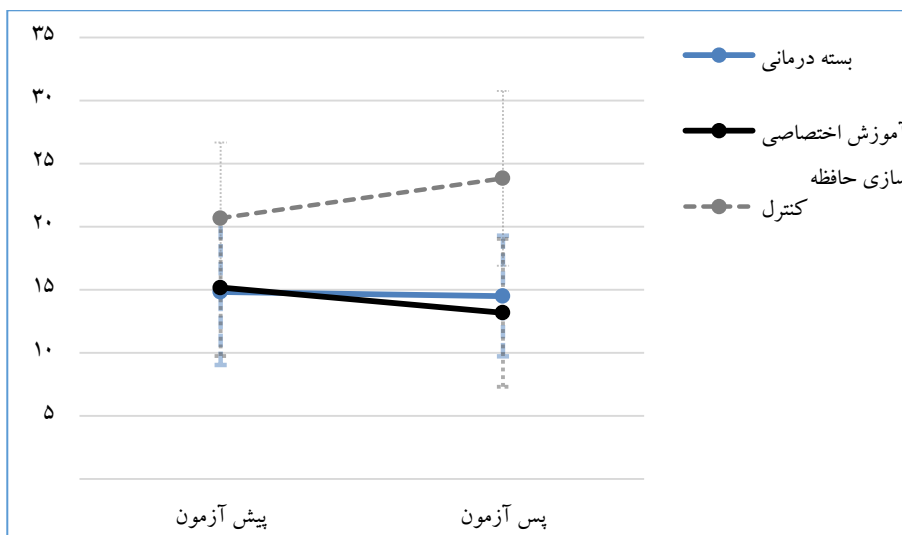
| افسردگی | کنترل | | بسته درمانی | | آموزش اختصاصی سازی حافظه | |
|---------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------------------|-----------------|
| | پیش آزمون | پس آزمون | پیش آزمون | پس آزمون | پیش آزمون | پس آزمون |
| | ۲۰/۶۷ (۷/۵۰) | ۲۳/۸۳ (۸/۶۶) | ۱۴/۸۳ (۷/۲۵) | ۱۴/۵۰ (۵/۹۹) | ۱۵/۱۷ (۶/۷۹) | ۱۳/۱۷ (۷/۳۳) |

با توجه به جدول ۸ میانگین سطح افسردگی در گروه کنترل افزایش یافته است، در حالی که در گروه بسته درمانی و آموزش اختصاصی سازی حافظه کاهش سطح افسردگی را مشاهده می‌کنیم. میزان کاهش سطح افسردگی در گروه بسته درمانی کم‌تر از گروه آموزش اختصاصی سازی حافظه است.

برآورد و فاصله اطمینان ۹۵ درصد میانگین مقیاس افسردگی بک در شکل ۱ نمایش داده شده است که نشان می‌دهد میانگین سطح افسردگی پس از دوره مطالعه در گروه کنترل افزایش یافته است، در حالی که در دو گروه بسته درمانی و آموزش اختصاصی سازی حافظه با کاهش نسبی سطح افسردگی مواجه هستیم.

شکل ۱. میانگین نمونه و فاصله اطمینان ۹۵ درصد میانگین شاخص افسردگی به تفکیک گروه

و زمان اندازه‌گیری



مقایسه اثربخشی بسته درمانی مبتنی بر عوامل روان‌شناختی مرتبط...؛ خالق دهنوی و همکاران | ۱۵۱

به منظور بررسی اثر تعلق گروهی بر شاخص افسردگی از مدل تحلیل کواریانس استفاده شد. در جدول ۹ نتیجه آزمون پیش‌فرض‌های اصلی این مدل شامل نرمالیتی و همگونی واریانس توزیع شرطی متغیر پاسخ ارائه شده است.

جدول ۹. آزمون فرض همگونی واریانس و نرمالیتی شاخص افسردگی بک

| آزمون نرمالیتی | | | | | | آزمون همسانی واریانس- لوین | | | |
|----------------|----|-----------|-----------------|----|-----------|----------------------------|-----|-----|-------|
| شاپیرو-ویلک | | | کلموگرف-اسمیرنف | | | .Sig | df2 | df1 | F |
| .Sig | df | Statistic | .Sig | Df | Statistic | | | | |
| ۰/۹۵۲ | ۱۸ | ۰/۹۷۹ | ۰/۲۰۰< | ۱۸ | ۰/۱۰۷ | ۰/۲۲۲ | ۱۴ | ۳ | ۱/۶۵۶ |

با توجه به جدول ۹ فرض همگونی واریانس و نرمالیتی توزیع شرطی شاخص افسردگی بک در سطح آزمون ۰/۰۵ رد نمی‌شود. نتیجه آزمون اثر تعلق گروهی در جدول ۱۰ با فرض همگونی واریانس ارائه شده است.

جدول ۱۰. تحلیل کواریانس شاخص افسردگی بک

| عامل | مجموع مربعات | df | میانگین مربعات | F | .Sig | توان آزمون | R2 |
|-----------|--------------|----|----------------|--------|-------|------------|-------|
| پیش‌آزمون | ۶۶۳/۳۴۱ | ۱ | ۶۶۳/۳۴۱ | ۵۸/۱۰۵ | ۰/۰۰۰ | ۱/۰۰۰ | ۰/۸۲۵ |
| گروه | ۸۶/۱۴۰ | ۲ | ۴۳/۰۷۰ | ۳/۷۷۳ | ۰/۰۴۸ | ۰/۵۸۹ | |
| خطا | ۱۵۹/۸۲۶ | ۱۴ | ۱۱/۴۱۶ | | | | |

با توجه به جدول ۱۰ اثر تعلق گروهی بر شاخص افسردگی بک در سطح آزمون ۰/۰۵ معنی‌دار است؛ بنابراین میانگین نمرات تعدیل‌یافته مقیاس افسردگی بک در سه گروه کنترل، بسته درمانی و آموزش اختصاصی سازی حافظه برابر نیستند. برای مشخص نمودن این تفاوت و مقایسه دوه‌دوی میانگین تعدیل‌یافته این متغیر در بین گروه‌ها از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. نتیجه این آزمون‌ها در جدول ۱۱ نمایش داده شده است.

جدول ۱۱. آزمون فرض برابری میانگین نمرات تعدیل‌یافته شاخص افسردگی بک در بین گروه‌های مختلف

| بسته درمانی - آموزش اختصاصی سازی حافظه | | | آموزش اختصاصی سازی حافظه - کنترل | | | بسته درمانی - کنترل | | |
|--|----------------|-----------------------|----------------------------------|----------------|-----------------------|---------------------|----------------|-----------------------|
| مقدار احتمال | خطای استاندارد | برآورد اختلاف میانگین | مقدار احتمال | خطای استاندارد | برآورد اختلاف میانگین | مقدار احتمال | خطای استاندارد | برآورد اختلاف میانگین |
| ۰/۳۵۳ | ۱/۷۰۷ | ۱/۶۲۴ | ۰/۰۴۶ | ۲/۵۵۱ | -۵/۵۷۸ | ۰/۱۹۰ | ۲/۸۵۸ | -۳/۹۳۷ |

با توجه به جدول ۱۱ میانگین نمرات تعدیل‌یافته مقیاس افسردگی بک در گروه بسته درمانی و آموزش اختصاصی سازی حافظه به‌طور معنی‌داری کم‌تر از گروه کنترل است ولی اختلاف میانگین نمرات تعدیل‌یافته افسردگی بک در دو گروه بسته درمانی و آموزش اختصاصی سازی حافظه معنی‌دار نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی بسته درمانی مبتنی بر عوامل روان‌شناختی مرتبط با بیماری پارکینسون و آموزش اختصاصی سازی حافظه بر خلق این بیماران انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد خلق اعضای گروه آموزش اختصاصی سازی حافظه به گروه بسته درمانی و کنترل افزایش معناداری داشته است. تأثیرگذاری آموزش اختصاصی سازی حافظه بر خلق هم‌راستا با پژوهش انجام‌شده توسط نشاط دوست و همکاران (۲۰۱۳) است که نشان می‌دهد آموزش اختصاصی سازی حافظه می‌تواند افسردگی را در نوجوانان کاهش دهد. پژوهش حاضر با مطالعه‌ی ریکارت و همکاران (۲۰۱۱) که نقش بازیابی خاطرات اختصاصی را به‌عنوان یک عامل محافظ برای افسردگی افراد مسن نشان می‌دهد نیز همخوان است. همچنین این پژوهش هم‌راستا با فراتحلیل باری، سزه و ریس^۱ (۲۰۱۹) است که نشان داد آموزش اختصاصی سازی حافظه در ارزیابی پس از مداخله با بهبود قابل توجهی در حافظه اختصاصی و علائم افسردگی همراه بوده است. مطالعه ریس، ویلیامز

1. Barry, Sze & Raes

مقایسه اثربخشی بسته درمانی مبتنی بر عوامل روان‌شناختی مرتبط...؛ خالقی دهنوی و همکاران | ۱۵۳

و هرمانز^۱ (۲۰۰۹)، باهدف کاهش آسیب‌پذیری شناختی نسبت به افسردگی از طریق آموزش اختصاصی سازی حافظه در بیماران مبتلا به علائم افسردگی نتایج قابل توجهی به دنبال داشت: اختصاصی شدن شیوه بازیابی شرکت‌کنندگان به‌طور چشمگیر به دنبال آموزش اختصاصی سازی حافظه و کاهش افسردگی. در پژوهش ریکارت، هرماندز-ویادل، لاتور و راس^۲ (۲۰۱۲) تأثیر آموزش حافظه اختصاصی بر بازیابی حافظه سرگذشتی و علائم افسردگی بررسی شد، نتایج، افزایش بازیابی اختصاصی برای خاطرات سرگذشتی، سطح آگاهی بیشتر نسبت به خاطرات خود و کاهش نمرات افسردگی را نشان داد؛ بنابراین افزایش حافظه زندگینامه‌ای ممکن است در درمان اختلال افسردگی کمک‌کننده باشد. این تأثیر می‌تواند به دلیل کاهش نسبی نشخوار فکری، اجتناب، ناامیدی و افزایش نسبی در مهارت حل مسئله باشد (ریس و همکاران، ۲۰۰۹). به عبارتی آموزش اختصاصی سازی حافظه به بیماران می‌آموزد در عین مواجهه با خاطرات و عدم اجتناب از یادآوری آن‌ها بر روی یک خاطره باقی نمانند و از خاطره‌ای به خاطره دیگر گذر کنند، همچنین آن‌ها با یادآوری جزئیات خاطرات نکات مثبتی می‌یابند، از جمله راهبردهای حل مسئله‌ای که در گذشته استفاده می‌کرده‌اند اما ممکن است به دلیل اجتناب از یادآوری خاطرات به فراموشی سپرده شده باشند. باین‌حال در تأثیرگذاری آموزش اختصاصی سازی حافظه مخصوصاً بر روی جمعیت سالمند، چندین مسئله وجود دارد که اگر به آن‌ها توجه شود می‌تواند اثربخشی این روش را افزایش دهد. ممکن است برای برخی از بیماران، به‌ویژه افراد مسن مبتلا به افسردگی یادآوری خاطرات دور زندگینامه‌ای اختصاصی دشوار باشد و دوم اینکه برخی از افراد مبتلا به افسردگی ممکن است از آموزش اختصاصی سازی حافظه بهره‌مند نشوند زیرا هدف آن‌ها جلوگیری از خاطرات منفی یا آسیب‌زا است (ارتن و براون^۳، ۲۰۱۸).

از طرفی نمرات خلق گروه بسته درمانی در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معناداری

-
1. Raes, Williams & Hermans
 2. Ricarte, Hernández-Viadel, Latorre & Ros
 3. Erten & Brown

نشان نمی‌دهد. این نتیجه با مطالعه بونو و همکاران (۲۰۲۱) که با به‌کارگیری توان‌بخشی چندبعدی، بهبود خلق را نشان داد و همچنین مطالعه شرباوم و همکاران (۲۰۲۰) که اثر درمان چندبعدی بیماری پارکینسون را بر علائم غیر حرکتی نشان داد و موجب پیشرفت بهزیستی عاطفی گردید همسو نیست. با توجه به این مطالعات انتظار می‌رفت بسته درمانی به‌عنوان یک مداخله چندبعدی بر خلق بیماران تأثیر مثبت داشته باشد. با این حال نکته‌ای که باید به آن توجه داشت این است که نمرات خلق گروه بسته درمانی با گروه آموزش اختصاصی سازی حافظه نیز فاصله زیادی ندارد. به عبارتی در پس‌آزمون نمرات خلق گروه بسته درمانی بین نمرات گروه کنترل و آموزش اختصاصی سازی حافظه قرار می‌گیرد که فاصله آن با هر دو گروه کم است و این احتمال را مطرح می‌کند که بسته درمانی با کمی اصلاحات و تمرکز بیشتر بر خلق، می‌تواند همچون آموزش اختصاصی سازی حافظه تأثیر معناداری در افزایش خلق بیماران پارکینسون داشته باشد.

همچنین در تفسیر نتایج مربوط به خلق بیماران پارکینسون باید به این نکته توجه داشت که به‌طور کلی تشخیص افسردگی در این بیماران به دلیل همپوشانی چندگانه با علائم حرکتی مشکل است. تعدادی از علائم بیماران پارکینسون از جمله چهره ماسک دار، کندی حرکت، بی‌خوابی، اختلالات دستگاه گوارش، اختلال عملکرد جنسی و مشکلات تمرکز با علائم افسردگی همپوشانی دارد (فکتور و وینر^۱، ۲۰۰۷)، به‌طوری‌که میزان شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری پارکینسون در منابع مختلف بسیار متفاوت گزارش شده است، از ۲/۷٪ تا ۹۰٪. این اختلاف در مطالعات مختلف نشان‌دهنده دشواری ذاتی در ارزیابی اختلالات خلقی در بیماری پارکینسون است و علاوه بر همپوشانی علائم، به جنبه‌های روش‌شناختی، مانند تفاوت در جمعیت ثبت‌شده و معیارهای مورداستفاده برای تشخیص افسردگی در هر مطالعه نیز مرتبط است (چاودوری، تولوسا، شاپیرا و پووه^۲، ۲۰۰۹)؛ بنابراین ارزیابی و نتایج مربوط به خلق پژوهش حاضر نیز به دلیل همپوشانی علائم و حجم نمونه کم باید با احتیاط تفسیر شود.

1. Factor & Weiner

2. Chaudhuri, Tolosa, Schapira & Poewe

از مزایای آموزش اختصاصی سازی حافظه برای سالمندان این است که نیاز به تحصیلات زیاد ندارد و افراد مسن با تحصیلات پایین نیز می‌توانند از آن بهره ببرند، با این حال منطق و فرآیند درمان باید به‌روشنی برای بیماران تشریح شود، زیرا بیماران راهبردهای مستقیم برای بهبود خلق و مواجهه با مشکلات را ترجیح می‌دهند تا سریع‌تر به نتیجه برسند، با این وجود پس از چند جلسه بیماران در گروه آموزش اختصاصی سازی حافظه بیان می‌کردند که نگرش آن‌ها مثبت‌تر شده است. آن‌ها با اعضای گروه به‌خوبی تعامل می‌کردند و از به اشتراک گذاشتن خاطرات و شنیدن خاطرات سایر اعضا لذت می‌بردند. یادآوری خاطرات غمگین حس همدردی و یادآوری خاطرات مثبت شادی و نشاط گروه را به همراه داشت. این نتیجه همسو با ارزیابی کیفی مطالعه امساکی و همکاران (۲۰۱۷) است که بیان داشت بیماران مبتلا به اختلال شناختی خفیف به‌خوبی تمایل به برقراری ارتباط دارند زیرا درگیر خاطرات شخصی خود هستند. همچنین همسو با نتایج کیفی مطالعه لیهی، ریدوت، مشتاق و هلند^۱ (۲۰۱۸) است که مزیت اصلی آموزش اختصاصی سازی حافظه در جمعیت سالمند را جنبه اجتماعی عضویت در یک گروه عنوان کرد. تعدادی از شرکت‌کنندگان به‌ویژه از جنبه اجتماعی آموزش اختصاصی سازی حافظه لذت می‌بردند. آن‌ها در مورد مزیت داشتن فرصت ملاقات با افراد جدید اظهار نظر کردند و از عنصر تعامل برنامه لذت می‌بردند. آن‌ها همچنین شنیدن پاسخ دیگران به کلمات نشانه و به اشتراک گذاشتن تجربیات مشابه برایشان جالب بود.

از پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که آموزش اختصاصی سازی حافظه دارای تأثیرات مثبتی بر خلق بیماران پارکینسون است، بنابراین درمانگران می‌توانند حتی برای تأثیرگذاری بیشتر درمان‌های جسمی بیماری پارکینسون درمان‌های چندبعدی روان‌شناختی را نیز مدنظر قرار دهند، درمان‌هایی که برقراری ارتباط همدلانه با بیماران را در اولویت قرار می‌دهد. نتایج مربوط به تأثیر بسته درمانی مبتنی بر عوامل روان‌شناختی بر خلق باید با احتیاط تفسیر شود، با اینکه بیماران در هر جلسه راهبردهای مستقیم دریافت می‌کردند و به

1. Leahy, Ridout, Mushtaq & Holland

نظر می‌رسید رضایت سریع و موقت آنان را به دنبال دارد اما در بلندمدت و در یافته‌های پس‌آزمون تغییری در خلق نشان داده نشد.

پژوهش حاضر از محدود پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه مسائل روان‌شناختی بیماری پارکینسون در ایران است که بر ضرورت پرداختن به مشکلات بیماران پارکینسون بیش‌ازپیش تأکید دارد و می‌تواند مقدمه‌ای بر پژوهش‌های روان‌شناختی در زمینه این بیماری باشد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به دسترسی به نمونه کم به دلایل مختلف اشاره کرد. بیماری پارکینسون هنوز آن‌طور که باید در جامعه شناخته‌شده نیست و از طرف نهادها نیز مکان‌گردهمایی و امکانات خاصی به بیماران پارکینسون تعلق نمی‌گیرد؛ بنابراین بسیاری از بیماران پارکینسون در اجتماع به‌صورت ناشناخته با بیماری خود دست‌وپنجه نرم می‌کنند و دسترسی به آن‌ها نیز مشکل است. شرکت در این جلسات نیاز به حداقل سواد خواندن و نوشتن داشت و بسیاری از بیماران به دلیل نداشتن سواد و نیز سن بالا، مرحله پیشرفته بیماری و مشکلات حرکتی کنار گذاشته شدند. همچنین کاهش انگیزه و بی‌تفاوتی که از علائم غیر حرکتی بیماری پارکینسون است میزان همکاری بیماران پارکینسون را به‌شدت پایین می‌آورد. از طرفی بیماران برای مشکلات غیر حرکتی به‌اندازه مشکلات جسمی و حرکتی اهمیت قائل نبوده و برای آن زمان صرف نمی‌کنند. آن‌ها دغدغه‌های مهمی همچون تهیه داروها دارند که ذهن آنان را به خود مشغول کرده است. محل جلسات باید نزدیک به محل زندگی بیماران می‌بود که بیماران برای رفت‌وآمد دچار مشکل نشوند و این مسئله برگزاری جلسات را در یک مکان واحد مشکل می‌ساخت؛ بنابراین هر گروه باوجود اعضای کم در دو گروه سه نفره در زمان‌ها و مکان‌های مختلف تحت آموزش قرار گرفتند. همچنین برای اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون که زمان تقریباً طولانی صرف می‌شد به دلیل مشکلات حرکتی و کاهش انرژی سریع بیماران گاه به منزل آن‌ها مراجعه می‌شد. از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر این بود که به دلیل شروع بیماری COVID-19 امکان پیگیری میسر نشد. به پژوهشگران در این زمینه توصیه می‌شود با در نظر گرفتن محدودیت‌های پژوهش با نمونه‌ای بزرگ‌تر و در

مقایسه اثربخشی بسته درمانی مبتنی بر عوامل روان‌شناختی مرتبط...؛ خالقی دهنوی و همکاران | ۱۵۷

بلندمدت به انجام تحقیقات در این زمینه پردازند، همچنین پیشنهاد می‌شود جهت تأثیرگذاری بیشتر مداخله‌ها به صورت روزانه انجام تکالیف پیگیری شود. به درمانگران و پژوهشگران پیشنهاد می‌شود جهت تأثیرگذاری بیشتر بسته درمانی با چند تیم متخصص از حوزه‌های مربوطه همکاری کرده و خانواده بیماران را نیز در فرآیند درمان مشارکت دهند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

سپاسگزاری

صمیمانه از یکایک بیمارانی که با وجود تمامی مشکلات ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند تشکر می‌کنیم. امید است که پژوهش حاضر توانسته باشد گامی در پیشرفت آگاهی در زمینه مشکلات روان‌شناختی بیماران پارکینسون بردارد.

ORCID

Farzaneh Khaleghi

Dehnavi

Hamid Taher Neshat Doost

Hooshang Talebi

Ahmad Chitsaz



<https://orcid.org/0000-0001-7591-2408>



<https://orcid.org/0000-0001-6368-0769>



<https://orcid.org/0000-0002-9681-517X>



<https://orcid.org/0000-0001-7983-2122>

References

- Bahk, Y.C. & Choi, K.H. (2018). The relationship between autobiographical memory, cognition, and emotion in older adults: A review. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 25(6), 874-892.
- Barry, T. J. Sze, W. Y. & Raes, F. (2019). A meta-analysis and systematic review of Memory Specificity Training (MeST) in the treatment of emotional disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 116, 36-51.
- Buono, V. L. Palmeri, R. De Salvo, S. Berenati, M. Greco, A. Ciurleo, R. Bramanti, P. (2021). Anxiety, depression, and quality of life in Parkinson's disease: the implications of multidisciplinary treatment. *Neural Regeneration Research*, 16(3), 587.
- Charidimou, A. Seamons, J. Selai, C. & Schrag, A. (2011). The role of cognitive-behavioural therapy for patients with depression in Parkinson's disease. *Parkinson's Disease*, 2011.
- Chaudhuri, K. R. Tolosa, E. Schapira, A. & Poewe, W. (2009). *The Non-Motor Symptoms Complex of Parkinson's Disease*: Oxford University Press.
- Dobkin, R. D. Menza, M. & Bienfait, K. L. (2008). CBT for the treatment of depression in Parkinson's disease: a promising nonpharmacological approach. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 8(1), 27-35.
- Elbaz, A. Carcaillon, L. Kab, S. & Moisan, F. (2016). Epidemiology of Parkinson's disease. *Revue neurologique*, 172(1), 14-26.
- Emsaki, G. NeshatDoost, H. T. Tavakoli, M. & Barekatian, M. (2017). Memory specificity training can improve working and prospective memory in amnesic mild cognitive impairment. *Dementia & neuropsychologia*, 11, 255-261. [In Persian]
- Erten, M. N. & Brown, A. D. (2018). Memory specificity training for depression and posttraumatic stress disorder: a promising therapeutic intervention. *Frontiers in psychology*, 9, 419.
- Factor, S. A. & Weiner, W. J. (2007). Parkinson's disease: diagnosis and clinical management.
- Hamidi, R. Fekrizadeh, Z. Azadbakht, M. Garmaroudi, G. Taheri Tanjani, P. Fathizadeh, S. & Ghisvandi, E. (2015). Validity and reliability Beck depression inventory-II among the Iranian elderly population. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 22(1), 189-198. [In Persian]
- Hitchcock, C. Nixon, R. D. & Weber, N. (2014). A review of overgeneral memory in child psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(2), 170-193.
- Kaviani, H. Rahimi, P. & Naghavi, H. (1999). Review of Shortages in Retrieval of Personal Memory in Suicide Attempters. *Advances in Cognitive Science*, 2, 16-23. [In Persian]

- Leahy, F. Ridout, N. Mushtaq, F. & Holland, C. (2018). Improving specific autobiographical memory in older adults: impacts on mood, social problem solving, and functional limitations. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 25(5), 695-723.
- Maxwell, K. L. & Callahan, J. (2013). MEMory Specificity Training (MEST) for Group Treatment of Posttraumatic Stress Disorder Therapist's Manual.
- Neshat-Doost, H. T. Dalgleish, T. Yule, W. Kalantari, M. Ahmadi, S. J. Dyregrov, A. & Jobson, L. (2013). Enhancing autobiographical memory specificity through cognitive training: An intervention for depression translated from basic science. *Clinical Psychological Science*, 1(1), 84-92.
- Pfeiffer, R. F. Bodis-Wollner, I. & Pfeiffer, R. (2005). *Parkinson's disease and nonmotor dysfunction* (Vol. 3): Springer.
- Raes, F. Williams, J. M. G. & 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.
- Ray, S. & Agarwal, P. (2020). Depression and anxiety in Parkinson disease. *Clinics in geriatric medicine*, 36(1), 93-104.
- Ricarte, J. Hernández-Viadel, J. Latorre, J. & Ros, L. (2012). Effects of event-specific memory training on autobiographical memory retrieval and depressive symptoms in schizophrenic patients. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 43, S12-S20.
- Ricarte, J. J. Latorre, J. M. Ros, L. Navarro, B. Aguilar, M. J. & Serrano, J. P. (2011). Overgeneral autobiographical memory effect in older depressed adults. *Aging & Mental Health*, 15(8), 1028-1037.
- Ros, L. Latorre, J. M. & Serrano, J. P. (2009). Working memory capacity and overgeneral autobiographical memory in young and older adults. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 17(1), 89-107.
- Sagna, A. Gallo, J. J. & Pontone, G. M. (2014). Systematic review of factors associated with depression and anxiety disorders among older adults with Parkinson's disease. *Parkinsonism & related disorders*, 20(7), 708-715.
- Scherbaum, R. Hartelt, E. Kinkel, M. Gold, R. Muhlack, S. & Tönges, L. (2020). Parkinson's Disease Multimodal Complex Treatment improves motor symptoms, depression and quality of life. *Journal of neurology*, 267(4), 954-965.
- Sharifi, M. Neshat Doost, H. T. Tavakoli, M. & Shaygannejad, V. (2015). Investigation of Autobiographical Memory Performance in Depressed and Non-depressed Patients with Multiple Sclerosis

- versus healthy controls. [In Persian]
- Smith, S. J. Souchay, C. & Conway, M. A. (2010). Overgeneral autobiographical memory in Parkinson's disease. *Cortex*, 46(6), 787-793.
- Souchay, C. & Smith, S. J. (2013). Autobiographical memory in Parkinson's disease: a retrieval deficit. *Journal of neuropsychology*, 7(2), 164-178.
- Valentino, K. (2011). A developmental psychopathology model of overgeneral autobiographical memory. *Developmental Review*, 31(1), 32-54.
- Whalley, M. G. Rugg, M. D. & Brewin, C. R. (2012). Autobiographical memory in depression: an fMRI study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 201(2), 98-106.
- Williams, J. M. G. Barnhofer, T. Crane, C. Herman, D. Raes, F. Watkins, E. & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological bulletin*, 133(1), 122.

استناد به این مقاله: خالقی دهنوی، فرزانه، طاهر نشاط دوست، حمید، طالبی، هوشنگ، چیت‌ساز، احمد. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی بسته درمانی مبتنی بر عوامل روان‌شناختی مرتبط با بیماری پارکینسون و آموزش اختصاصی سازی حافظه (MEST) بر خلق این بیماران، *مطالعات روان شناسی بالینی*، ۱۳(۵۰)، ۱۲۷-۱۶۰.

DOI: 10.22054/jcps.2023.67617.2743



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