

مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و حافظه سرگذشتی بیماران مبتلا به افسرده‌خویی

تاریخ دریافت: ۱۳/۱۰/۹۹- تاریخ پذیرش: ۰۷/۱۰/۱۴۰۰

خلاصه

مقدمه: مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و حافظه سرگذشتی بیماران مبتلا به افسرده‌خویی انجام شد. این مطالعه از نوع شبه آزمایشی بود. جامعه آماری این پژوهش، افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهرستان‌های نوشهر و چالوس در سال ۱۳۹۸ بودند.

روش کار: با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، ۴۵ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها آزمون بازیابی خاطرات سرگذشتی ویلیامز و برودبنت (۱۹۸۶) و مقیاس پاسخ‌های نشخواری نولن-هوکسما و مورور (۱۹۹۱) بود که پیش از اجرای مداخله از گروه‌های آزمایش و کنترل به عمل آمد. سپس مداخله طرحواره‌درمانی و درمان پذیرش و تعهد برای گروه‌های آزمایش اعمال شد و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان مداخلات، از گروه‌های آزمایش و کنترل پس‌آزمون گرفته شد.

نتایج: تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس نشان داد بین اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری بیماران مبتلا به افسرده‌خویی، تفاوت وجود ندارد ($P < 0/05$) اما طرحواره‌درمانی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در حافظه سرگذشتی اثربخشی بیشتری داشت ($P < 0/05$). همچنین هر دو مداخله بر نشخوار فکری و حافظه سرگذشتی بیماران مبتلا به افسرده‌خویی در مرحله پیگیری مؤثر بودند.

نتیجه‌گیری: در نتیجه می‌توان از مداخله طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مورد بیماران مبتلا به افسرده‌خویی سود برد.

کلمات کلیدی: طرحواره‌درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نشخوار فکری، اصلاح حافظه سرگذشتی

سارا نظر انداز کورنده^۱

شهنام ابوالقاسمی^{۲*}

حمیدرضا وطن خواه^۳

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

^۲ دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران. (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار، دانشکده علوم انسانی، گروه روانشناسی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

Email: sh.abolghasemi@toniau.ac.ir

مقدمه

افسردگی^۱ به عنوان بزرگ‌ترین عامل ناتوانی در جهان معرفی شده است (۱) که از شیوع بالایی در همه سنین برخوردار است (۲،۳). بر اساس پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)^۲، افسرده‌خویی^۳ در بزرگ‌سالان با نشانه‌هایی همچون غمگینی، اختلال در خواب یا اشتها، احساس خستگی، عزت‌نفس پایین، کاهش تمرکز، کاهش علاقه یا لذت و احساس ناامیدی مشخص می‌شود که به‌طور مداوم (و حداقل دو سال) دوام داشته باشد (۴). از آنجا که افسردگی بیماری ناتوان‌کننده‌ای است، تأثیرات منفی آن بر حالات ذهنی، رفتار و دامنه گستره‌ای از تغییرات همچون احساس ارزشمندی، امیدواری، رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی را شامل می‌شود (۵). شناخت عوامل سبب‌ساز این اختلال، گامی در راستای پیشگیری، کنترل و یا درمان آن محسوب می‌شود. بر اساس دیدگاه شناختی که رویکرد اصلی تبیین اختلال افسردگی به شمار می‌رود، افسرده‌خویی می‌تواند ناشی از فرآیندهای شناختی منفی باشد که در ایجاد و پایداری این اختلال نقش مهمی ایفا می‌کنند (۶). مرور مطالعات نیز نشان می‌دهد، افرادی که دچار افسردگی هستند، از راهکارهای ناسازگارانه همچون نشخوارگری بیشتر استفاده می‌کنند (۷). همچنین دیدگاه فراشناختی اختلالات هیجانی، نشخوار فکری^۴ را یکی از مؤلفه‌های اصلی در شروع و تداوم افسردگی می‌داند (۸). نشخوار افسرده‌ساز، شامل مرور مکرر ناامیدی‌ها و اشتباه‌های شخصی، تمرکز بر احساسات افسردگی و انزوا، سؤال درباره کیفیت زندگی و فکر کردن به بی‌کفایتی‌های شخصی است (۹). نتیجه نشخوار فکری ملال‌آور، خلق منفی است و افرادی

که عادت کرده‌اند به خلق منفی خود به‌طور منفعلانه و با نشخوار فکری پاسخ دهند، دوره‌های طولانی‌تری و شدیدتری از علائم افسردگی را گزارش می‌کنند (۱۰) و کمتر حل مسئله فعال و هدفمند را برای مقابله با حوادث منفی زندگی به کار می‌گیرند (۱۱). یکی دیگر از عواملی که در آسیب‌پذیری، ماندگاری و عود افسردگی نقش دارد، حافظه سرگذشتی است (۱۲). حافظه سرگذشتی^۵ بازنمایی شخصی یک فرد از گذشته خود است (۱۳) که از طریق آن به تجدید خاطرات، تجارب و رویدادهای شخصی زندگی می‌پردازد و به دو صورت اختصاصی^۶ و بیش کلی‌گرا^۷ بازیابی می‌شود (۱۴). مطالعات تجربی نشان داده‌اند بیماران افسرده به بازیابی خاطرات بیش کلی‌گرا نسبت به خاطرات اختصاصی تمایل بیشتری دارند (۱۵) اما در بازیابی خاطرات سرگذشتی اختصاصی مشکل دارند (۱۶). همچنین، بیش کلی‌گرایی، با تأخیر بهبود دوره‌های افسردگی ارتباط دارد (۱۷) و عدم بهبود حافظه سرگذشتی در درمان افسردگی خطر عود آن را افزایش خواهد داد (۱۸). تلاش و کوشش روان‌شناسان برای فهم اختلالات خلقی و نحوه شکل‌گیری و درمان آن منجر به شکل‌گیری نظریات و روش‌های درمانی مختلفی در حوزه‌های زیستی و روانی-اجتماعی گردیده است. دو رویکرد درمانی که در مطالعه حاضر مورد بحث قرار دارند، طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. طرحواره‌درمانی^۸ برنامه منسجمی برای ارزیابی و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۹ است که طی فرایند سنجش و آموزش به شناسایی طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای فرد و ریشه‌های تحولی این طرحواره‌ها در دوران کودکی پرداخته و مدل طرحواره‌ای به فرد آموزش داده می‌شود؛ سپس، طی فرایند تغییر با استفاده از تکنیک‌های شناختی (آزمون واقعیت

5 Autobiographical memory

6 Specific

7 Overgeneral

8 Schema therapy

9 Early maladaptive schemas

1 Depression

2 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)

3 Dysthymia

4 Rumination

و باز تعبير)، تکنیک‌های تجربی (تصویرسازی، گفتگو با والدین)، تکنیک‌های بین فردی (رابطه درمانی برای میسر ساختن باز والدینی حدودمرزدار) و شکستن الگوهای رفتاری (برای تغییر الگوهای رفتاری) انجام می‌شود (۱۹،۲۰). بر اساس برخی پژوهش‌های صورت گرفته، طرحواره‌درمانی بر کاهش نشانه‌های اختلالات روانی تأثیر دارد (۲۱،۲۲). رضایی و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه‌ای بر روی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی نشان دادند طرحواره‌درمانی هیجانی می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر برای کاهش افسردگی و نشخوار فکری افراد مبتلا به افسردگی اساسی مورد استفاده قرار بگیرد (۲۳). محمدی و همکاران (۱۳۹۸) در مطالعه خود نشان دادند طرحواره‌درمانی هیجانی می‌تواند روش مناسب و مؤثری در کاهش نشخوار فکری زنان مطلقه باشد (۲۴). مطالعه حقانی و همکاران (۱۳۹۸) بر روی دانشجویان دختر رشته روان‌شناسی بالینی دانشگاه تهران غرب نشان داد طرحواره‌درمانی بر نگرش ناکارآمد و نشخوار فکری دانشجویان مؤثر است (۲۵). مالوگیانیس^۱ و همکاران (۲۰۱۴) اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی را در حیطه افسردگی مورد بررسی قرار داده و به این نتیجه دست یافتند که این رویکرد درمانی می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر برای کاهش نشخوار فکری افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مورد استفاده قرار گیرد (۲۶). مطالعه بر روی حافظه سرگذشتی نیز نشان داد حوزه‌های طرحواره به‌واسطه سبک‌های مقابله‌ای با حافظه سرگذشتی رابطه دارند (۲۷). از سویی دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ ترکیبی از استراتژی‌های پذیرش و خودآگاهی برای تغییر رفتار آشکار است که برای بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تلاش می‌کند (۲۸). پذیرش^۲ گسلش^۳ خود به‌عنوان زمینه^۴

تماس با لحظه حال، ارزش‌ها^۵ و اقدام متعهدانه^۶ اش فرايند مورد استفاده در روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد هستند (۲۹). مطالعات مرتبط پیرامون اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری دانشجویان افسرده تأثیر دارد (۳۰). اجرای مداخله مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌تواند باعث کاهش معنادار نشخوار فکری در زنان مبتلا به سرطان سینه شود (۳۱). مطالعه قلخانی (۱۳۹۵) نشان داد گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یک روش درمانی اثربخش در زمینه بهبود حافظه هیجانی و حافظه سرگذشتی افراد مبتلا به افسردگی اساسی است (۳۲). زیتل^۷ و همکاران (۲۰۱۱) نیز نشان دادند درمان پذیرش و تعهد با استفاده از تجزیه و تحلیل هدف درمان، در میزان افسردگی کاهش داشته است (۳۳). چنانچه مطالعات نشان داده‌اند طرحواره‌درمانی و درمان پذیرش و تعهد دو مداخله مؤثر و توانمند در زمینه نشخوار فکری به شمار می‌روند. با این حال، مطالعه بر روی حافظه سرگذشتی بسیار محدود بوده است. همچنین مقایسه طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نتایج متناقضی به همراه داشته است. چنانکه برخی مطالعات نشان داده‌اند بین اثربخشی این دو رویکرد درمانی تفاوتی وجود ندارد (۳۴،۳۵)، اما برخی دیگر از مطالعات، بیانگر اثربخشی بیشتر طرحواره‌درمانی بوده‌اند (۳۶،۳۷). با توجه به افزایش رو به رشد افسردگی و پیامدهای مخرب آن در زندگی افراد ضرورت دارد که کارآمدترین درمان، شناسایی و مورد استفاده قرار گیرد و زمانی این امر امکان‌پذیر است که اثربخشی درمان‌های مختلف مورد مقایسه قرار گیرند. از این رو، این مطالعه به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا بین میزان اثربخشی طرحواره‌درمانی و

1 Self as context 4
1 Values 5
1 Commitment 6
1 Zettle, R. D. 7

1 Malogiannis, I. A. 0
1 Acceptance and Commitment Therapy (ACT) 1
1 Acceptance 2
1 Defusion 3

ابزار پژوهش

مقیاس پاسخ‌های نشخواری: مقیاس پاسخ‌های

نشخواری (RRS)^{۱۸} به وسیله نولن-هوکسما و مورور^{۱۹} (۱۹۹۱) ساخته شد و ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود هر کدام را در مقیاسی از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) درجه‌بندی کنند. نمره کلی مقیاس با جمع امتیازات هر آیت‌م به دست می‌آید. این مقیاس واکنش‌های خلقی منفی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و از دو خرده مقیاس پاسخ‌های نشخواری و پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس تشکیل شده است که هر کدام ۱۱ عبارت را شامل می‌شوند. بر پایه شواهد تجربی، مقیاس پاسخ‌های نشخواری، پایایی درونی بالایی دارد. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند همبستگی بازآزمایی برای مقیاس پاسخ‌های نشخواری ۰/۶۷ است (لومینت،^۲ ۲۰۰۴). این مقیاس به وسیله باقری و همکاران (۱۳۸۹) ترجمه شد و ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و برای ابعاد آن ۰/۹۲ و ۰/۸۹ به دست آمد (۳۸). همچنین روایی پرسشنامه از طریق همبسته کردن با پرسشنامه باورهای فراشناختی ۰/۶۵ به دست آمد که نشان‌دهنده روایی بالای این پرسشنامه است. در مطالعه شاه نظری و حائری (۱۳۹۵) ضریب پایایی این مقیاس، با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد (۳۹).

آزمون بازیابی خاطرات سرگذشتی: این

آزمون که در سال ۱۹۸۶ توسط ویلیامز و برودبنت^۲ ساخته شد. از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود که به هر لغت، با رویدادی (خاطره‌ای) که به واسطه لغت یادآوری می‌شود، پاسخ دهند. به آن‌ها گفته می‌شود که رویداد یادآوری شده می‌تواند مهم یا کم‌اهمیت، مربوط به دوران گذشته یا اخیر باشد، اما باید یک رویداد اختصاصی باشد. چیزی که در یک‌زمان و مکان

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و حافظه سرگذشتی بیماران مبتلا به افسرده‌خویی، تفاوت وجود دارد؟

روش کار

پژوهش حاضر شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهرستان‌های نوشهر و چالوس در سال ۱۳۹۸ بودند که در ارزیابی بالینی توسط روان‌شناس، تشخیص افسرده‌خویی دریافت کردند. ۴۵ نفر از افراد جامعه با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و سپس به شیوه تصادفی به سه گروه ۱۵ نفره تقسیم شده و این سه گروه به تصادف در گروه‌های آزمایش طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل جایگزین شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل سن زیر ۶۰ سال، سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر، تشخیص ابتلا به اختلال افسردگی بر اساس ملاک‌های DSM-5 و با تشخیص روان‌شناس بالینی، عدم ابتلا به اختلال شخصیت و رضایت افراد برای شرکت در جلسات درمانی بود. همچنین، ایده پردازشی برای خودکشی یا اقدام به خودکشی، سوء مصرف مواد و مصرف داروهای ضدافسردگی، از جمله معیارهای خروج از پژوهش بودند. قبل از اجرای مطالعه، هدف از انجام پژوهش و سایر شرایط برای بیماران مبتلا به افسرده‌خویی تشریح شد؛ مانند اینکه شرکت در پژوهش کاملاً اختیاری است و عدم مشارکت، تأثیری بر روند مراقبت بهداشتی آن‌ها نخواهد داشت و همچنین اطلاعات نیز نزد پژوهشگر محرمانه باقی خواهد ماند. سپس آزمودنی‌ها فرم رضایت کتبی را تکمیل کرده و به سؤالات پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها دو پرسشنامه استاندارد به شرح زیر بودند.

2 Luminet, O. 0
2 Williams, J. M., & Broadbent, K. 1

1 Rominative Response Scale (RRS) 8
1 Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. 9

کرده‌اند. در مطالعه یوسفی ساکوچه و همکاران (۱۳۹۹) ضریب آلفای کرونباخ این آزمون ۰/۸۳ به دست آمد (۴۱). پیش از اجرای مداخله از گروه‌های آزمایش و کنترل با استفاده از پرسشنامه‌های مذکور، پیش‌آزمون گرفته شد. سپس گروه‌های طرحواره‌درمانی و درمان پذیرش و تعهد در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی و در طول دو ماه و نیم شرکت کردند. همچنین، یک روان‌شناس بر اجرای مداخلات نظارت داشت. پس از اجرای مداخلات درمانی، از گروه‌های آزمایش و کنترل پس‌آزمون گرفته شد. محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برگرفته از پروتکل ارائه شده توسط مک‌کی^۲ و همکاران (۲۰۱۲)؛ ترجمه روغنجی و همکاران، (۱۳۹۵) در جدول ۱ ارائه شده است (۴۲).

خاص رخ داده و دارای یک زمان محدود (یک روز یا کمتر) است. در این تکلیف، ۱۸ لغت به آزمودنی‌ها ارائه می‌گردد و در پاسخ به هر کدام، آن‌ها باید یک خاطره اختصاصی ارائه دهند. لغات مثبت مورد استفاده شامل: بهار، خنده، عشق، گل و پرواز و فهرست لغات منفی نیز شامل: مرگ، ویروس، عفونت، آزمایش خون و آلودگی می‌باشند. لازم به ذکر است که لغات مثبت و منفی به صورت درهم ارائه می‌شوند. آزمودنی‌ها برای بازیابی هر خاطره، ۳۰ ثانیه زمان در اختیار دارند. بررسی شاخص‌های روان‌سنجی این آزمون توسط کاویانی و همکاران (۲۰۰۵) نشانگر روایی آزمون برای بررسی حافظه سرگذشتی می‌باشد (۴۰). آن‌ها همچنین با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، اعتبار درونی ۰/۸۶ برآورد

جدول ۱. محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنا کردن اعضای گروه، تبیین قوانین اساسی گروه، آشنایی با طرحواره و رفتارهای مقابله‌ای ناشی از طرحواره
جلسه دوم	تمرین ذهن آگاهی، درک ناامیدی سازنده، بررسی نمونه‌هایی از رفتارهای مقابله‌ای
جلسه سوم	بررسی تکالیف و دادن بازخورد، تمرین ذهن آگاهی، بررسی پیامدهای رفتار مقابله‌ای گذشته و گفتگو درباره نشخوار فکری و حافظه سرگذشتی و به‌کارگیری تمثیل‌هایی همچون ریگ‌های روان و کندن چاه
جلسه چهارم	بررسی تکالیف و دادن بازخورد، تمرین ذهن آگاهی، تمرکز روی ارزش‌ها، شناسایی موانع عمل ارزشمند و ایفای نقش بر اساس تمرین هیولا در اتوبوس
جلسه پنجم	بررسی تکالیف جلسه قبل و دادن بازخورد، تمرین ذهن آگاهی به‌منظور پیوستگی در رشد این مهارت، تمرکز روی گسلش شناختی و تمثیل‌های مربوط به آن
جلسه ششم	بررسی تکالیف و دادن بازخورد، پیگیری اعمال متعهدانه، تمرکز روی گسلش و ارزیابی برچسب‌زنی‌های منفی
جلسه هفتم	بررسی تکالیف و دادن بازخورد، بررسی چگونگی انجام تکالیف درباره هدف ارزشمند در طول هفته گذشته، ایجاد هدف جدید برای هفته پیشرو و تمرکز بر خشم به‌عنوان یک رفتار مقابله‌ای
جلسه هشتم	رویارویی با رنج اولیه وابسته به طرحواره‌ها، تصویرسازی ذهنی و تمرین‌های عملی با تمرکز بر رهاسازی از راهبردهای قدیمی کنترل

بازبینی بسیاری از موضوعات و مهارت‌های جلسه پیشین به‌عنوان فرصتی برای تمرین و پایبندی به رفتارهای جدید
 جلسه نهم و آموزش مهارت‌هایی جهت کاهش نشخوار فکری و اصلاح حافظه سرگذشتی
 آغاز جلسه با یک تمرین ذهن آگاهی گسترده، تمرین پاسخ‌های جایگزین مبتنی بر ارزش‌ها، بررسی موانع بالقوه
 جلسه دهم و راهبردهای برنامه‌ریزی به‌منظور دنبال اعمال متعهدانه و ارزیابی پس از درمان

محتوای جلسات طرحواره‌درمانی برگرفته از پروتکل ارائه شده توسط یانگ و همکاران (۲۰۰۳)؛ ترجمه حمیدپور و اندوز،
 (۱۳۹۸) در جدول ۲ ارائه شده است (۴۳).

جدول ۲. محتوای جلسات طرحواره‌درمانی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	معرفی و آشنایی افراد با یک‌دیگر، برقراری ارتباط اولیه بین اعضای گروه، فراهم‌سازی زمینه اعتماد، مطرح کردن قوانین گروه و مسئله مهم رازداری، بیان اهداف، آموزش مفهوم طرح‌واره و طرحواره‌درمانی
جلسه دوم	بررسی پرسش‌نامه‌های اجرا شده، سنجش طرح‌واره از طریق تصویرسازی ذهنی (ارائه منطق تکنیک و پاسخ به سوال‌های افراد، انجام تکنیک و بحث و تبادل نظر در مورد آنچه حین تکنیک افتاده است)، شناخت و برانگیختن طرح‌واره‌های اعضا، تصاویر ذهنی با افراد مهم زندگی از جمله والدین، همسالان و سایر کسانی که در شکل-گیری طرح‌واره نقش داشته‌اند، کمک به اعضا برای تجربه کردن هیجان‌های مرتبط با طرح‌واره‌ها
جلسه سوم	آشنا کردن اعضا با نشخوار فکری و حافظه سرگذشتی و بررسی آن‌ها در چند نفر از اعضای گروه، بیان مثال‌هایی در مورد آن‌ها
جلسه چهارم	آزمون اعتبار طرح‌واره‌ها، جمع‌آوری شواهد عینی تأییدکننده طرح‌واره، جمع‌آوری شواهد عینی ردکننده طرح‌واره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرح‌واره
جلسه پنجم	ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای اعضا، تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی طرح‌واره، معرفی و تکمیل فرم ثبت طرح‌واره
جلسه ششم	بررسی فرم ثبت طرح‌واره و کارت‌های آموزشی، به کار بردن تکنیک گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرح‌واره
جلسه هفتم	تصویرسازی ذهنی، تصویرسازی از دوران کودکی، ربط دادن تصویر ذهنی گذشته به زمان حال، مفهوم‌سازی تصویر ذهنی در قالب طرح‌واره
جلسه هشتم	برقراری گفت‌وگو خیالی با والدین در جلسه از طریق روش صندلی خالی، تصویرسازی ذهنی به‌منظور الگو شکنی، نوشتن نامه به والدین به‌عنوان تکلیف خانگی
جلسه نهم	مرور و بررسی تکلیف خانگی، بازنگری مفهوم‌سازی مشکل اعضا، بررسی بیشتر حوزه بریدگی و طرد، تعیین رفتارهای خاص به‌عنوان آماج‌های احتمالی تغییر

افزایش انگیزه برای تغییر رفتار، ارتباط دادن رفتار آماج با ریشه‌های تحولی آن در دوران کودکی، بازنگری جلسه دهم مزایا و معایب ادامه رفتار، تهیه کارت‌های آموزشی، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش، جمع‌بندی و مرور کلی بحث‌های جلسه‌های گذشته، ارزیابی اعضا از محتوای جلسات و گرفتن بازخورد

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل کواریانس انجام شد.

نتایج

پس از بررسی مفروضه‌های آزمون تحلیل کواریانس یعنی رابطه خطی، توزیع نرمال و همگنی شیب خط رگرسیون برای متغیرهای نشخوار فکری و حافظه سرگذشتی، از این آزمون برای تجزیه و تحلیل نتایج استفاده شد. بررسی میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون و تعدیل شده متغیرهای نشخوار فکری و حافظه سرگذشتی در گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول‌های ۳ و ۴ ارائه شده است.

جدول ۳. مشخصه‌های آماری متغیرهای نشخوار فکری و حافظه سرگذشتی

گروه کنترل		گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد				گروه طرحواره‌درمانی				مؤلفه‌ها	
پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون	پس آزمون
SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
۲/۳۷	۵۹/۲۰	۲/۲۸	۶۰/۰۷	۳/۰۶	۵۴/۰۷	۲/۴۷	۵۹/۸۷	۱/۹۲	۵۳/۴۰	۱/۷۵	۵۹/۰۷
											نشخوار فکری
											حافظه سرگذشتی
۱/۱۶	۱۹/۰۷	۱/۴۶	۱۸/۰۹	۲/۲۹	۲۰/۶۷	۱/۷۷	۱۷/۵۳	۱/۳۹	۲۷/۲۷	۱/۲۴	۱۸/۴۷

متغیرهای وابسته نشخوار فکری و حافظه سرگذشتی تفاوت وجود دارد.

از ملاحظه ارقام جدول فوق مشخص می‌شود که بین میانگین گروه کنترل و میانگین گروه‌های آزمایش در

جدول ۴. مشخصه‌های آماری متغیرهای نشخوار فکری و حافظه سرگذشتی در شرایط میانگین تعدیل شده

گروه کنترل		گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		گروه طرحواره‌درمانی		مؤلفه‌ها
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۰/۳۶۵	۵۸/۸۲	۰/۳۶۳	۵۳/۸۸	۰/۳۶۷	۵۳/۹۷	نشخوار فکری
۰/۳۲۲	۱۸/۹۲	۰/۳۲۹	۲۱/۱۱	۰/۳۲۵	۲۶/۹۶	حافظه سرگذشتی

فکری و حافظه سرگذشتی بیماران مبتلا به افسرده‌خویی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد.

پژوهش حاضر با این هدف بود که آیا بین اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل بر نشخوار فکری و حافظه سرگذشتی بیماران مبتلا به افسرده‌خویی

منبع پراش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
نشخوار فکری	۲۳۶/۱۵۵	۲	۱۱۸/۰۷۷	۵۹/۸۷۲	۰/۰۰۰۵	۰/۷۴۵
خطا	۸۰/۸۵۹	۴۱	۱/۹۷۲			
حافظه سرگذشتی	۵۱۰/۲۰۱	۲	۲۵۵/۱۰۱	۱۶۵/۳۸۶	۰/۰۰۰۵	۰/۸۹۰
خطا	۶۳/۲۴۱	۴۱	۱/۵۴۲			

دارند. با توجه به معنادار شدن F محاسبه شده برای مقایسه تفاوت میانگین‌های دو گروه طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از آزمون تعقیبی لامتریکس برای متغیر نشخوار فکری و حافظه سرگذشتی استفاده شد که نتایج در جدول ۶ نشان داده شده است.

جدول ۵ نشان می‌دهد از بین گروه آزمایش که تحت تأثیر طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده‌اند و گروه کنترل که تحت هیچ‌گونه مداخله‌ای قرار نگرفت، حداقل دو گروه در میزان واریانس متغیر نشخوار فکری و حافظه سرگذشتی با یکدیگر تفاوت معناداری

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیر نشخوار فکری و حافظه سرگذشتی بیماران مبتلا به افسرده‌خویی

منبع پراش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها
نشخوار فکری	۰/۰۵۹	۱	۰/۰۵۹	۰/۰۳۰	۰/۸۴۶	۰/۰۸۹
خطا	۸۰/۸۵۹	۴۱	۱/۹۷۲			
حافظه سرگذشتی	۲۳۸/۵۳۲	۱	۲۳۸/۵۳۲	۱۵۴/۶۴۴	۰/۰۰۰۵	۵/۸۴۹
خطا	۸۰/۸۵۹	۴۱	۱/۹۷۲			

نشخوار فکری وجود ندارد. با توجه به مقایسه تفاوت میانگین‌های دو گروه طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در میزان نشخوار فکری (۰/۰۸۹)، افرادی که

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد بین گروه‌های آزمایش که تحت تأثیر طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند در پس‌آزمون، تفاوت معناداری در متغیر

پذیرش و تعهد قرار گرفتند در پس‌آزمون، تفاوت معناداری در متغیر حافظه سرگذشتی وجود دارد. با توجه به مقایسه تفاوت میانگین‌های دو گروه طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در میزان حافظه سرگذشتی (۵/۸۴۹)، طرحواره‌درمانی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در میزان متغیر حافظه سرگذشتی در پس‌آزمون اثربخشی بیشتری داشته است. بنابراین، با ۰/۹۵ احتمال می‌توان گفت بین اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حافظه سرگذشتی بیماران مبتلا به افسرده‌خویی، تفاوت وجود دارد.

تحت تأثیر طرحواره‌درمانی قرار گرفته‌اند نسبت به افرادی که تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفته‌اند، در میزان متغیر نشخوار فکری در پس‌آزمون اثربخشی مساوی دارند. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از تجزیه‌وتحلیل اطلاعات بر اساس آزمون آماری تحلیل کوواریانس با ۰/۹۵ احتمال می‌توان گفت بین اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری بیماران مبتلا به افسرده‌خویی، تفاوت وجود ندارد.

نتایج جدول ۶ همچنین نشان می‌دهد بین گروه‌های آزمایش که تحت تأثیر طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس طرحواره‌درمانی و گروه کنترل بر نشخوار فکری و حافظه سرگذشتی بیماران مبتلا به

افسرده‌خویی در پیگیری

منبع پراش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها
نشخوار فکری	۲۷۷/۰۵۳	۱	۲۷۷/۰۵۳	۱۳۷/۱۵۱	۰/۰۰۰۵	-۶/۱۹۰
خطا	۸۲/۸۲۲	۴۱	۲/۰۲۰			
حافظه سرگذشتی	۶۷۳/۹۱۹	۱	۶۷۳/۹۱۹	۳۷۳/۱۴۳	۰/۰۰۰۵	۹/۴۹۶
خطا	۷۴/۰۴۹	۴۱	۱/۸۰۶			

معناداری دارند. به عبارتی تأثیر طرحواره‌درمانی در مرحله پیگیری ثابت یا پایدار است. بنابراین با ۰/۹۹ احتمال می‌توان گفت تأثیر طرحواره‌درمانی بر نشخوار فکری و حافظه سرگذشتی بیماران مبتلا به افسرده‌خویی در مرحله پیگیری ثابت می‌ماند.

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد بین گروه آزمایش که تحت تأثیر طرحواره‌درمانی و گروه کنترل که تحت هیچ‌گونه مداخله‌ای قرار نگرفت، در واریانس متغیرهای نشخوار فکری و حافظه سرگذشتی در پیگیری تفاوت

جدول ۸. نتایج تحلیل کوواریانس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل بر نشخوار فکری و حافظه سرگذشتی بیماران

مبتلا به افسرده‌خویی در پیگیری

منبع پراش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها
نشخوار فکری	۲۹۵/۱۵۸	۱	۲۹۵/۱۵۸	۱۴۶/۱۱۴	۰/۰۰۰۵	-۶/۲۷۸

			۲/۰۲۰	۴۱	۸۲/۸۲۲	خطا
۳/۶۲۷	۰/۰۰۰۵	۵۲/۱۹۱	۹۴/۲۶۱	۱	۹۴/۲۶۱	حافظه سرگذشتی
			۱/۸۰۶	۴۱	۷۴/۰۴۹	خطا

شناختی، رفتاری، بین فردی، دلبستگی و تجربی در قالب یک مدل درمانی یکپارچه است که با استفاده از چهار تکنیک اصلی شناختی، رفتاری، رابطه‌ای و تجربی در افراد علاوه بر زیر سؤال بردن طرحواره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی است، از نظر هیجانی باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون شده مثل خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیزگی و دلبستگی ایمن به دیگران در سال‌های کودکی می‌شود که می‌تواند سبب کسب آرامش و کاهش نشخوار فکری منفی اندک، در نتیجه تجربیات انگیزختگی جسمانی کمتر می‌گردد که می‌تواند تعیین‌کننده مفیدی برای سلامت باشد. این یافته همسو با مطالعه رضایی و همکاران (۱۳۹۵)، محمدی و همکاران (۱۳۹۸)، حقانی و همکاران (۱۳۹۸) و مالوگیانیس و همکاران (۲۰۱۴) بود که نشان دادند طرحواره‌درمانی می‌تواند مداخله‌ای مؤثر برای کاهش نشخوار فکری باشد (۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶).

همچنین، روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد این امکان را می‌دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی‌شان، کاهش نشخوار فکری بیماران مبتلا به افسرده‌خویی و افزایش انعطاف‌پذیری و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند بپردازند. تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است. به علاوه بر تقویت یک رابطه غیر قضاوتی و مشفقانه با تجارب تأکید می‌شود. اصلاح و تقویت خوددلسوزی، یک جنبه مهم این درمان محسوب می‌شود؛ به گونه‌ای که واکنش‌پذیری، ترس و قضاوت‌های بی‌جا کاهش یابد؛ چراکه نشان داده شده است

نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد بین گروه آزمایش که تحت تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل که تحت هیچ‌گونه مداخله‌ای قرار نگرفت، در واریانس متغیرهای نشخوار فکری و حافظه سرگذشتی در پیگیری تفاوت معناداری دارند. به عبارتی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پیگیری ثابت یا پایدار است. بنابراین با ۰/۹۹ احتمال می‌توان گفت تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و حافظه سرگذشتی بیماران مبتلا به افسرده‌خویی در مرحله پیگیری ثابت می‌ماند.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و حافظه سرگذشتی بیماران مبتلا به افسرده‌خویی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری انجام شد. یافته‌ها نشان داد طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری اثربخشی مساوی دارند. این یافته همسو با مطالعه مختاری نژاد و همکاران (۱۳۹۹) (۳۴) است که نشان دادند تفاوت معناداری در اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نگرانی و ادراک بیماری مبتلایان به اختلال اضطراب بیماری وجود ندارد. همچنین در راستای مطالعه حاجیپور و همکاران (۱۳۹۹) (۳۵) است مبنی بر اینکه بین طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در راهبردهای سازگار تنظیم هیجانی بیماران سوء مصرف‌کننده مواد تفاوت وجود ندارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت رویکرد طرحواره‌درمانی، رویکردی متشکل از رویکردهای

این حالت‌ها ناراحتی و تنش را در افراد افزایش داده و انگیزه اجتناب تجربی را فراهم می‌کند. در نهایت هدف این آموزش، تجربه افکار، احساسات و حس‌ها همان‌گونه که به‌طور طبیعی اتفاق می‌افتد، می‌باشد. بنابراین به‌کارگیری روش‌های درمانی مانند درمان پذیرش و تعهد به دلیل سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده گری بدون داوری و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند در تلفیق با فنون رفتاردرمانی شناختی، اثربخشی درمان‌ها را افزایش دهد. بنابراین، افزایش انعطاف‌پذیری روانی در روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایجاد تفکر مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند توانایی مقابله بیمار را در کنار آمدن با نشخوار فکری بهبود دهد. این یافته همسو با مطالعه رستمی و همکاران (۱۳۹۸) و شیروانی و مهدی‌زاده (۱۳۹۷) است که نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشخوار فکری مؤثر است (۳۱، ۳۰).

یافته‌های این مطالعه همچنین نشان داد طرحواره‌درمانی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در میزان متغیر حافظه سرگذشتی در پس‌آزمون اثربخشی بیشتری دارد. این یافته با نتایج مطالعه اعلمی و همکاران (۱۳۹۹)، حکم‌آبادی و همکاران (۱۳۹۹) همخوانی دارد (۳۶، ۳۷) مبنی بر اینکه طرحواره‌درمانی در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تعارضات زناشویی زوجین متقاضی طلاق، علائم اختلال شخصیت ضداجتماعی در معتادان ساکن در کمپ، نشانگان تیپ شخصیتی نوع D و پیروی از درمان در بیماران کرونر قلبی و علائم اختلال شخصیت مرزی مبتلایان به سوءمصرف مواد مخدر، درمان مؤثرتری است. در تبیین این یافته می‌توان گفت افزایش خاطرات اختصاصی نقش مهمی در کاهش افسردگی ایفا می‌کند. پس جهت‌گیری مداخلات روان‌شناختی برای بیماران افسرده باید به سمت کاهش کلی‌گویی حافظه شرح‌حال (افزایش بازیابی خاطرات اختصاصی) باشد که نتایج این پژوهش نشان داد، آموزش

طرحواره‌درمانی بر حافظه سرگذشتی در کاهش افسردگی تأثیرگذار بوده است. این یافته همسو با مطالعه کاینار و کومارکو (۲۰۱۹) (۲۷) است مبنی بر اینکه حوزه‌های طرحواره به‌واسطه سبک‌های مقابله‌ای با حافظه سرگذشتی رابطه دارند. همچنین یکی از دلایل اثربخشی بیشتر طرحواره‌درمانی بر حافظه سرگذشتی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تکنیک‌های اصلی این رویکرد درمانی است. مثلاً هدف تکنیک‌های شناختی به محک گذاشتن صحت و سقم طرحواره‌ها است. برای این منظور از راهبردهایی مثل آزمون از راهبردهایی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدیدی از شواهد تأییدکننده طرحواره‌ها و برقراری گفت‌وگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره استفاده می‌شود. عواملی راه را برای حافظه سرگذشتی بیماران مبتلا به افسرده‌خوبی هموار می‌کند. برای مثال در راهبرد گفت‌وگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، هدف این است که ذهن مراجع از حالت یک‌صدایی به حالت چندصدایی تغییر کند و جنبه سالم او تقویت شود. با این تکنیک، مراجع متوجه می‌شود که غیر از صدای طرحواره می‌تواند در ذهنش صدای سالمی ایجاد کند. همچنین تکنیک‌های تجربی در سطح عاطفی با طرحواره‌های ناسازگار مبارزه می‌کنند و با استفاده از تصویرسازی ذهنی ناراحتی خود را نسبت به حوادث دوران کودکی ابراز می‌نمایند. هنگامی که این تکنیک‌ها فراگرفته شوند، در طول زندگی مورد استفاده قرار می‌گیرند و وقتی فرد نتیجه آن را می‌بیند، به خود بازخورد مثبت می‌دهد و در نهایت این امر باعث بهبود حافظه سرگذشتی می‌گردد. درحالی‌که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر بر پذیرش تأکید می‌گردد و مزایا و معایب حافظه سرگذشتی به‌صورت کلامی و رفتاری مورد آزمون قرار نمی‌گیرند و در واقع به‌صورت غیرمستقیم حافظه سرگذشتی را هدف قرار می‌دهد. چنانکه مطالعه قلخانی (۱۳۹۵) (۳۲) نیز نشان داد گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یک روش درمانی اثربخش در

تقدیر و تشکر

"این مقاله مستخرج از رساله دکترای تخصصی نویسنده اول در واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران می- باشد." و دارای کد اخلاق IR.IAU.TON.REC.1400.007 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن می‌باشد.

در پایان از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود.

زمینه بهبود حافظه هیجانی و حافظه سرگذشتی افراد مبتلا به افسردگی اساسی به شمار می‌رود.

پژوهش حاضر، همانند هر پژوهش دیگر محدودیت‌هایی داشته است که بیان آن‌ها می‌تواند یافته‌ها و پیشنهادها را تصریح کرده و پژوهشگران بعدی را در اتخاذ تدابیر مؤثر برای مقابله با تهدید روایی درونی و بیرونی طرح‌های پژوهشی یاری دهد. یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های مطالعه حاضر این است که عوامل محیطی و خانوادگی مانند شرایط خانوادگی، وضعیت والدین، وضعیت اقتصادی و اجتماعی در این پژوهش کنترل نشده است. همچنین پیشنهاد می‌شود رویکرد تلفیقی طرحواره‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش علائم بیماران مبتلا به اختلالات هیجانی، پس از انجام مطالعاتی در این زمینه، مورد توجه درمانگران قرار گیرد.

منابع

1. Seo, H., Lee, G. J., Shon, H. C., Kong, H. H., Oh, M., Cho, H., & Lee, C. J. (2020). Factors Affecting compliance with weight-bearing restriction and the amount of weight-bearing in the elderly with femur or pelvic fractures. *Annals of rehabilitation medicine*, 44(2), 109.
2. Otte, C., Gold, S. M., Penninx, B. W., Pariante, C. M., Etkin, A., Fava, M., ... & Schatzberg, A. F. (2016). Major depressive disorder. *Nature reviews Disease primers*, 2(1), 1-20.
3. Abdi Sarkami, Fatima; Mirzaeian, Bahram; Abbasi, The Power of God (۱۳۹۹). Comparison of the effectiveness of metacognitive therapy and emotion-based therapy on depression and self-care in non-clinical depressed elderly. *Psychology of aging*. ۶(۳). ۲۶۹-۲۸۳. (in persian)
4. Halgin, Richard P.; Whitburn, Susan Cross (۲۰۱۴). *Psychopathology based on DSM-۵*. Translated by Yahya Seyed Mohammadi (۱۳۹۹). Tehran: Ravan Publishing. (in persian)
5. Banjongrewadee, M., Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., Pipanmekaporn, T., Punjasawadwong, Y., & Mueankwan, S. (2020). The role of perceived stress and cognitive function on the relationship between neuroticism and depression among the elderly: a structural equation model approach. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-8.
6. Russo, M., Mahon, K., & Burdick, K. E. (2015). Measuring cognitive function in MDD: emerging assessment tools. *Depression and anxiety*, 32(4), 262-269.
7. Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J., & Whiteford, H. A. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS med*, 10(11), e1001547.

8. Szabo, Y. Z., Warnecke, A. J., Newton, T. L., & Valentine, J. C. (2017). Rumination and posttraumatic stress symptoms in trauma-exposed adults: a systematic review and meta-analysis. *Anxiety, Stress, & Coping, 30*(4), 396-414.
9. Takano, K., Mori, M., Nishiguchi, Y., Moriya, J., & Raes, F. (2017). Psychometric properties of the written version of the autobiographical memory test in a Japanese community sample. *Psychiatry Research, 248*, 56-63.
10. Hoptman, M., Respino, M., Victoria, L., Pollari, C., Blau, C., Alexopoulos, G., & Gunning, F. (2017). 482. Reduced Medial Prefrontal Functional Connectivity with Dorsal Anterior Cingulate Predicts Rumination and Negativity Bias in Late-Life Depression. *Biological Psychiatry, 81*(10), S196.
11. Kuhn, S., Berna, F., Ludtke, T., Gallinat, J., & Moritz, S. (2018). Fighting depression: action video game play may reduce rumination and increase subjective and objective cognition in depressed patients. *Frontiers in psychology, 9*, 129.
12. 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*, 92-98.
13. Semkowska, M., Noone, M., Carton, M., & McLoughlin, D. M. (2012). Measuring consistency of autobiographical memory recall in depression. *Psychiatry research, 197*(1-2), 41-48.
14. Pile, V., Robinson, S., Roberts, E., Topor, M., Hedderly, T., & Lau, J. Y. (2018). Reduced specificity of autobiographical memories in young people with tic disorders. *Comprehensive psychiatry, 83*, 31-37.
15. Harris, C. B., Rasmussen, A. S., & Berntsen, D. (2014). The functions of autobiographical memory: An integrative approach. *Memory, 22*(5), 559-581.
16. Dalgleish, T., & Werner-Seidler, A. (2014). Disruptions in autobiographical memory processing in depression and the emergence of memory therapeutics. *Trends in cognitive sciences, 18*(11), 596-604.
17. Amiri, Zahra; Yazdanbakhsh, Kamran (۱۳۹۴). The role of autobiographical memory and problem solving in suicidal ideation in depressed people referring to psychiatric centers in Kermanshah. Second National Conference on Sustainable Development in Educational Sciences and Psychology, Social and Cultural Studies. (in persian)
18. Staniloiu, A., Woermann, F. G., & Markowitsch, H. J. (2014). Impairments in episodic-autobiographical memory and emotional and social information processing in CADASIL during mid-adulthood. *Frontiers in behavioral neuroscience, 8*, 227.
19. Jafari, Asghar; Pooyamanesh, Jafar; Victims, Nasser; Kabiri, Mahsa (۱۳۹۲). The effectiveness of schema therapy in modulating early maladaptive schemas and reducing anxiety sensitivity in students. Education and evaluation (educational sciences). ۶(۲۴). ۷۹-۹۱. (in persian)
20. Ashuri, Razia; Aghaei, Hakimeh; Nouhi, Shahnaz (۱۳۹۹). The effectiveness of schema-based group training on anxiety sensitivity in married women. Journal of Disability Studies. ۱۰(۱۰۵). ۱-۷. (in persian)
21. Taylor, S. (Ed.). (2014). *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety*. Routledge.
22. Noel, V. A., Lewis, K., Francis, S. E., & Mezo, P. G. (2013). Relationships between the multiple dimensions of anxiety sensitivity and symptoms of anxiety and depression in men and women. *Journal of Cognitive & Behavioral Psychotherapies, 13*(2).
23. Rezaei, Mehdi; Ghazanfari, Turquoise; Rezaei, Fatemeh (۱۳۹۵). The effectiveness of emotional therapy schema on the severity of depression and rumination in people with major depression. Scientific Research Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd. ۲۴(۱). ۴۱-۵۴. (in persian)
24. Mohammadi, Haniyeh; Sepehri Shamloo, Zohreh; Asghari Ebrahimabad, Mohammad Javad (۱۳۹۸). The effectiveness of group emotional therapy schema on reducing loneliness and rumination in divorced women. Women and Family Studies. ۷(۲). ۱۱۵-۱۳۶. (in persian)
25. Haqqani, inspiration; Benisi, Prinaz; Bazazian, Saeedeh (۱۳۹۸). The effectiveness of schema therapy on dysfunctional attitude and rumination of anxious female students of clinical psychology, University of South Tehran. A new approach in educational sciences. ۱(۱). ۵۴-۶۷. (in persian)
26. Malogiannis, I. A., Arntz, A., Spyropoulou, A., Tsartsara, E., Aggeli, A., Karveli, S., ... & Zervas, I. (2014). Schema therapy for patients with chronic depression: a single case series study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 45*(3), 319-329.

27. Kaynar, G., & Komurcu, B. (2019). Autobiographical memories and emotions: an investigation from the perspective of the schema model. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 32(2), 129.
28. Sianturi, R., Keliat, B. A., & Wardani, I. Y. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety in clients with stroke. *Enfermeria clinica*, 28, 94-97.
29. Flujas-Contreras, J. M., & Gómez, I. (2018). Improving flexible parenting with acceptance and commitment therapy: A case study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 8, 29-35.
30. Rostami, Samarra; Akbrantaj Bishe, Kolsoom; Hassanzadeh, Ramadan (۱۳۹۸). The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on the rumination of depressed students. ۲nd International Congress of Innovation and Research in Humanities and Islamic Sciences. (in persian)
31. Shirvani, Iran; Mehdizadeh, Ali (۱۳۹۷). The effectiveness of acceptance and commitment based treatment on rumination in women with breast cancer referred to Kerman Oncology Center. The Third National Conference on Psychology and Educational Sciences of Iran. (in persian)
32. Qalkhani, Elham (۱۳۹۵). The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on emotional memory and autobiographical memory in nonclinical depression. Government - Ministry of Science, Research, and Technology - Semnan University - Faculty of Top Sciences and Technologies. (in persian)
33. Zettle, R. D., Rains, J. C., & Hayes, S. C. (2011). Processes of change in acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for depression: A mediation reanalysis of Zettle and Rains. *Behavior modification*, 35(3), 265-283.
34. Mokhtari Nejad, Olduz; Mirzaeian, Bahram; Hassanzadeh, Ramadan (۱۳۹۹). Comparison of the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment-based therapy on disease perception and anxiety in patients with anxiety disorder. *Cognitive Science News*. ۲۲(۳). ۵۸-۶۷. (in persian)
35. Hajipour, Hassan; Bayazi, Mohammad Hussein; Nejat, Hamid (۱۳۹۹). Comparison of the effectiveness of schema therapy and group-based acceptance and commitment therapy on emotional regulation strategies of substance abuse patients. *Journal of Principles of Mental Health*. ۲۲(۴). ۳۲۴-۳۳۹. (in persian)
36. Alami, Mehdi; Teymouri, Saeed; Oh, Qasim; Bayazi, Mohammad Hussein (۱۳۹۹). Comparison of the effect of acceptance and commitment therapy and the integrated approach of acceptance and commitment schematic therapy on reducing marital conflicts of divorced couples. *Excellence in Counseling and Psychotherapy*. ۹(۳۳). ۵۸-۷۱. (in persian)
37. Hakmabadi, Mohammad Ibrahim; Bigdeli, Iman Allah; Asghari Ebrahimabad, Mohammad Javad; Asadi, Javanshir (۱۳۹۹). Comparison of the effectiveness of schema-therapy with acceptance and commitment-based therapy on type D personality syndrome and adherence to treatment in coronary heart disease patients. *Clinical Psychology*. ۱۲(۱). ۲۵-۳۶. (in persian)
38. Bagheri Nejad, Mina; Salehi Fedredi, Javad; Tabatabai, Seyed Mahmoud (۱۳۸۹). The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian students. *Educational and psychological studies*. ۱۱(۱). ۲۱-۳۸. (in persian)
39. Shah Nazari, Mehdi; Haeri, Hayedeh (۲۰۱۵). The effect of cognitive-behavioral group therapy on rumination and anxiety in patients with multiple sclerosis. *Applied psychological research (psychology and educational sciences)*. ۷(۱). ۱۶۷-۱۵۵. (in persian)
40. Kaviani, H., Rahimi-Darabad, P., & Naghavi, H. R. (2005). Autobiographical memory retrieval and problem-solving deficits of Iranian depressed patients attempting suicide. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27(1), 39-44.
41. Yousefi Siakocheh, Adeleh; Kafi Masouleh, Seyed Musa; Abolghasemi, Abbas (۱۳۹۹). The effect of mindfulness self-compassion training on pleasure seeking, autobiographical memory and sleep quality of depressed students. *Psychological sciences*. ۱۹(۹۱). ۸۴۵-۸۵۶. (in persian)
42. McKee, Matthew; Leaf, Avigil; Skin, Michael (۲۰۱۲). Acceptance and commitment based therapy for interpersonal problems. Translated by Mahmoud Roghanchi, Rezvaneh Sadat Jazayeri, Azara Etemadi, Maryam Fatehizadeh, Khodamrad Momeni and Seyed Mohsen Hojjatkah (۲۰۱۶). Kermanshah: Razi University. (in persian)
43. Young, Jeffrey; Closco, Janet; Vishar, Marjorie (۲۰۰۳). Schema therapy (practical guide for clinicians). Translated by Hassan Hamidpour and Zahra Andouz (۱۳۹۸). Tehran: Arjmand.

Original Article

Comparison of the effectiveness of schema-therapy and treatment based on acceptance and commitment on rumination and autobiographical memory of patients with depression

Received: 02/01/2021 - Accepted: 28/12/2021

Sara Nazarandaz Korandeh¹
Shahnam Abolghasemi^{2*}
Hamidreza Vatan Khah³

¹ PhD student General Psychology ,
Department of Psychology , Tonekabon
Branch , Islamic Azad University,
Tonekabon , Iran.

² Associate Professor ,Department of
Psychology , Tonekabon Branch ,
Islamic Azad University, Tonekabon ,
Iran.)Corresponding author(

³ Assistant Professor, Department of
Psychology , Faculty of Humanities ,
West Tehran Branch , Islamic Azad
University , Tehran , Iran.

Email:
sh.abolghasemi@toniau.ac.ir

Abstract

Introduction: The aim of this study was to compare the effectiveness of schema-therapy and treatment based on acceptance and commitment on rumination and autobiographical memory of patients with depression. This study was quasi-experimental. The statistical population of this study was the people who referred to counseling centers and psychological services in Nowshahr and Chalous in 2019.

Methods: Using purposive sampling method, 45 people were selected as a sample and randomly assigned to experimental and control groups. Data collection tools were Williams and Broadbent (2007) history retrieval test and Nolen-Hoxma and Moore (2002) ruminant response scale, which were performed by experimental and control groups before the intervention. Schema therapy intervention and acceptance and commitment treatment were applied for the experimental groups and the control group did not receive any intervention. At the end of the interventions, post-test was performed from experimental and control groups.

Results: Analysis of data using analysis of covariance showed that there was no difference between the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment-based therapy on rumination in patients with depression ($P < 0/05$), but schema therapy compared to acceptance-commitment therapy in memory History was more effective ($P < 0/05$). Both interventions were effective on rumination and autobiographical memory of patients with depression in the follow-up phase.

Conclusion: As a result, it is possible to benefit from schema-based therapy and acceptance and commitment-based therapy for patients with depression.

Keywords: Schema therapy, acceptance and commitment based therapy, rumination, autobiographical memory correction