



Evaluation of the effectiveness of integrated schema therapy method with memory specificity training on the severity of depression, anxiety and rumination of students with early maladaptive schemas: A single subject study

Marzeih Amini¹ , Hamid Taher Neshat Doost² 

1. M.A in Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. E-mail: amini.marzei@gmail.com
2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. E-mail: h.neshat@edu.ui.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received 29 April 2023
Received in revised form
27 May 2023
Accepted 01 July 2023
Published Online 22
November 2023

Keywords:
Schema therapy, Memory
specificity Training,
Depression,
Anxiety,
Rumination

ABSTRACT

Background: Individuals with major depression and anxiety generally have multiple early maladaptive schemas and memory over generality in retrieving memories. On the other hand, memory overgeneral recall facilitates the transmission of early maladaptive schemas from mother to child. There is a research gap regarding the efficacy of the combined method of schema therapy and memory specificity training on depression, anxiety and rumination of students with early maladaptive schemas.

Aims: The aim of the present study was to investigate the efficacy of the combined method of schema therapy with memory specificity training on depression, anxiety and rumination of students with early maladaptive schemas.

Methods: In this research, a single subject method with ABA design was used. The statistical population of the research included all students who referred to the Counseling Center of University of Isfahan in 2022. The research sample included four students suffering from major depression with high scores in the level of anxiety and rumination. The tools used in the research include semi-structured clinical interview based on DSM5, Young schema questionnaire-short Form of 90 questions (Young, 1999), Beck Depression Inventory-II (Beck, 1996), Nolen Hoxma and Murrow Rumination Questionnaire (Nolen-Houseman & Morrow, 1991), Beck Anxiety Inventory (1998) and Autobiographical memory test (Williams & Broadben, 1986). Trend graph, percentage of non-overlapping data and recovery percentage were used for data analysis.

Results: The findings of the research showed that the combined method of schema therapy with memory specificity training is effective on participants' depression with an average recovery percentage of 55.30 after the intervention and anxiety with an average recovery percentage of 65.30 after the intervention, but the intervention on accompany rumination with an average recovery percentage of 1.39 is not effective. Also, this method is effective in reducing overgeneral recall of participants' memory.

Conclusion: Considering the effectiveness of the present integrated intervention on depression and anxiety and reducing over general recall of, the use of memory specificity training during schema therapy sessions is suggested as a technique along with other experimental, emotional, cognitive and behavioral techniques.

Citation: Amini, M., & Neshat Doost, H.T. (2023). Evaluation of the effectiveness of integrated schema therapy method with memory specificity training on the severity of depression, anxiety and rumination of students with early maladaptive schemas: A single subject study. *Journal of Psychological Science*, 22(129), 1821-1840. [10.52547/JPS.22.129.1821](https://doi.org/10.52547/JPS.22.129.1821)

Journal of Psychological Science, Vol. 22, No. 129, 2023
© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.22.129.1821](https://doi.org/10.52547/JPS.22.129.1821)



✉ **Corresponding Author:** Hamid Taher Neshat Doost, Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

E-mail: h.neshat@edu.ui.ac.ir, Tel: (+98) 9133105922

Extended Abstract

Introduction

Depression and anxiety are common problems that can have destructive effects on the academic process and performance of students. Surveys show that the prevalence of depression and anxiety in students is high (Khesht-Masjedi et al., 2019). According to Zamanian et al., research (2016), 45.25% of students of Shiraz University of Medical Sciences suffered from various degrees of depression. So far, a large number of vulnerability factors to depression have been identified. Many researches have named rumination as an important risk factor for depression (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Another concept related to major depressive disorder is anxiety. Depression and anxiety disorders are among the most common psychiatric disorders. According to statistics, 45.7% of people who have experienced major depressive disorder in their lifetime also suffer from one or more anxiety disorders (Kalin, 2020). On the other hand, Autobiographical memory is strongly affected by people's depression, so that compared to non-depressed people, depressed people find it difficult to retrieve specific autobiographical memories and remember most of the memories in a general and broad way (Williams et al., 2007). Also, more anxiety symptoms, independently of depression symptoms, are associated with reduced memory specificity through increased rumination (Hallford & Mellor, 2017). To reduce the over general recall of autobiographical memory, the memory specificity training (MEST) has been introduced by Raes et al (2009). The characteristic of memory can be changed with the MEST method and this change improves the symptoms of mood disorders such as depression and other mood processes such as (Rumination) (Neshat-Doost et al., 2013; Werner-Seidler et al., 2018). On the other hand, people who suffer from depression and anxiety have high levels of schemas (Hawke & Provencher, 2011). Schema therapy is one of the most effective treatments for depression (Körük, S., & Özabacı, 2018). Schema therapy is also effective in treating anxiety (Peeters et al., 2021) and rumination (Ghasemi & Movahedi, 2022). In schema therapy, it

is tried to improve the early maladaptive schemas in order to reduce cognitive and psychological behavioral problems (Young, 1999). Several factors, including traumatic childhood experiences, play a role in the formation of early maladaptive schemas (Nicol et al., 2020). Also, over generality of memory facilitates the intergenerational transmission of initial incompatible disconnection/rejection schemas from mother to child. The association between adverse childhood experiences and early maladaptive schemas will be stronger when the level of memory over generality is higher (Alaftar & Uzer, 2022). Therefore, it seems that one of the ways to improve early maladaptive schemas is to use memory specificity training techniques in schema therapy in order to work on trauma-related memories, reduce over generality when retrieving unpleasant childhood memories, and reduce cognitive problems caused by memory over generality. Therefore, the combination of schema therapy with memory specificity training has been implemented in order to eliminate the void caused by over generality of memory in the recovery of negative memories that facilitate the intergenerational transfer of early maladaptive schemas, and because over generality memory is also seen in depression, anxiety and rumination (Williams et al., 2007; Hallford & Mellor, 2017), The present research was conducted on these three variables, so the question of the research is whether the combined method of schema therapy with memory specificity training can be effective on depression, anxiety and rumination of students with early maladaptive schemas?

Method

The current study is a single case study with ABA design. A is the baseline or non-manipulated stage, (B) is the treatment or intervention stage and (A) is the follow-up stage. The statistical population of this research was all students who referred to the counseling center of University of Isfahan in 2022. The studied sample included four people and the sampling method in this research was targeted sampling of the available type. The criteria for entering the research include having a depressive disorder with high scores in anxiety and rumination according to the clinical interview based on DSM5,

rumination questionnaire (cutoff point 33), anxiety questionnaires (cutoff point 13) and Beck's depression (cutoff point 18), Not having a diagnosis of other severe mental disorders according to the clinical interview was based on DSM5 and not having a diagnosis of personality disorders according to the clinical interview based on DSM5. The criterion for withdrawal from the study was the subject's non-participation in at least three treatment sessions. Before the intervention, all 4 participants responded to Beck's depression and anxiety questionnaires and rumination questionnaire three times. After three baseline sessions, 14 sessions of integrated schema therapy with memory specificity training were held twice a week for one hour. The intervention sessions were held based on the schema therapy approach, and the memory specificity training technique was used during the schema therapy sessions. In this way, in the evaluation and training phase of memory allocation and the difference between specific, broad and categorical memories, the participants were taught and asked to create specific memories of their lives based on the unmet infrastructure needs of their schemas. To choose, definition and also in the phase of cognitive interventions recalling conflicting memories of maladaptive schema was provided to clients as an exercise, the description of which is given in the table of therapy sessions. The tools used in the research include semi-structured clinical interview based on DSM5, Young schema questionnaire-short Form of 90 questions, Beck Depression Inventory-II, Nolen Hoxma and Murrow Rumination Questionnaire, Beck Anxiety Inventory and Autobiographical memory test.

Results

According to table number one, the percentage of non-overlapping data for all four participants in the intervention phase is 100. The percentage of improvement for all four participants from the baseline phase to the intervention shows a significant increase. Therefore, all four participants show significant improvement in the variable of depression. Regarding the anxiety variable, according to Table 1, the percentage of non-overlapping data for all four participants in the intervention phase is 100. The percentage of recovery for all four participants shows a significant increase from baseline stage to intervention. Thus, the intervention reduced anxiety scores for all four participants. Regarding the rumination variable, according to table number 1, the improvement percentage index and the percentage of data non-overlapping in the case of participant number three, the intervention has somewhat reduced the rumination scores of participant number three, but in relation to participant number one, two and fourth, the intervention did not have an effect on reducing rumination scores. Also, in order to check the reduction of memory over generality of the participants, the AMT test was conducted once at the beginning of the research and once at the end of the research, For the first to fourth participant, the scores of the first test were 8-7-8-5 specific memories out of 18 answers, and in the second test, there were 10-13-11-13 specific memories out of 18 answers, which indicates reduce in over general recall and increase in specific recall of the participants.

Table 1. Indicators of the percentage of non-overlapping data and the percentage of improvement for each participant in the research variables

Variable	Participant	intervention		Follow-up	
		PND	Recovery percentage	PND	Recovery percentage
Depression	First	100	39.72	100	46.51
	Second	100	44.04	100	60.94
	Third	100	71.88	100	83.03
	Fourth	100	34.53	100	30.74
Anxiety	First	100	45.66	100	54.66
	Second	75	27.12	100	60.42
	Third	100	79.96	100	87.85
	Fourth	100	52.56	100	58.30
Rumination	First	50	-1.70	50	2.13
	Second	0	-4.46	0	-3.57
	Third	100	6.68	100	7.63
	Fourth	0	0	25	-0.63

Conclusion

This research was conducted with the aim of determining the effectiveness of combined schema therapy with memory specificity training on the symptoms of depression, anxiety and rumination in students with primary maladaptive schemas. The results of the research showed that the intervention led to the improvement of depression and anxiety symptoms, but it was not effective in reducing rumination symptoms. Regarding the effect of the intervention in reducing the symptoms of depression, research shows that schema therapy (Pile et al., 2021) and MEST (Körük & Özabacı, 2018) are both effective in reducing the symptoms of major depression. And on the other hand, since depressed people have over generality memory, combining schema therapy with memory specificity training can help participants to remember their memories in a specific way and avoid generalizing their unpleasant memories to other situations and can find evidence against their schemas from past experiences.

Regarding the effect of intervention in reducing anxiety symptoms, research shows that schema therapy (Hawke & Provencher, 2011) and MEST (Pile, 2021) are both effective in reducing anxiety symptoms. In connection with the effect of the intervention in reducing anxiety symptoms, since over general recall during the transformation happens because the person avoids the negative and intense emotions related to that event (Alaftar &

Uzer, 2022). Combining the MEST method with schema therapy helps people to first look at their unfortunate childhood memories in the form of special events, and emotional processing of those memories takes place using experimental and emotional techniques. Processing one's own emotions leads to a reduction in negative emotions and anxiety (Wale Dale et al., 2013). Secondly, by using this method, it is possible to deal more effectively and specifically with the root of the problems that lead to the creation of schemas and the subsequent high level of anxiety in a person.

Regarding rumination variable, in general, the results of this research indicate that the combined intervention of schema therapy with memory specificity training was slightly effective in reducing rumination symptoms only in the case of the third participant and had no effect on other participants. During schema therapy sessions, the client's life is reviewed, some of the client's unfortunate childhood memories are recalled. Also, the unfortunate memories and recurring patterns of the client's life are related to the current problems of his life, and the client is aware of their role in the formation of early maladaptive schemas in the training phase. This issue in schema therapy can lead to mental preoccupation with the past and rumination to be providers. In the treatment technique of memory specificity training, the main focus is on increasing details and making memories specific, and this can lead to more involvement with negative memories and intensifying rumination. In this way, it seems that the combination of the mentioned cases in the combined intervention of autobiographical memory specificity training and schema therapy has made the implementation of this treatment ineffective for reducing rumination.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: Ethical permission for this article has been issued by University of Isfahan. This article is taken from the clinical psychology master's thesis of University of Isfahan. The permission to carry out this research was issued by the University of Isfahan with the code of ethics IR.UI.REC.1401,091 and it can also be seen on the website of the National System of Ethics in Biomedical Research.

Funding: This research is in the form of a master's thesis without financial support.

Authors' contribution: The first author of this article was the main researcher, the second author was the supervisor in this research.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: Hereby, we express our gratitude to all the participants in the research and other people who cooperated in this research.



اثربخشی روش تلفیقی طرحواره درمانی با آموزش اختصاصی سازی حافظه بر افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری دانشجویان دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه: پژوهش مورد منفرد

مرضیه امینی^۱، حمیدطاهر نشاط دوست^{۲*}

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

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

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۰۹

بازنگری: ۱۴۰۲/۰۳/۰۶

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۴/۱۰

انتشار برخط: ۱۴۰۲/۰۹/۰۱

کلیدواژه‌ها:

طرحواره درمانی، آموزش اختصاصی سازی حافظه، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری

زمینه: افراد دچار افسردگی اساسی و اضطراب عموماً دچار طرحواره‌های ناسازگار اولیه متعدد و بیش‌کلی‌گرایی حافظه در بازیابی خاطرات هستند. از سوی دیگر بیش‌کلی‌گرایی حافظه، انتقال طرحواره‌های ناسازگار اولیه را از مادر به کودک تسهیل می‌کند. در مورد اثربخشی روش تلفیقی طرحواره درمانی و آموزش اختصاصی سازی حافظه بر افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری دانشجویان دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه، شکاف پژوهشی وجود دارد.

هدف: هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی روش تلفیقی طرحواره درمانی با آموزش اختصاصی سازی حافظه بر افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری دانشجویان دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه بود.

روش: روش پژوهش حاضر از نوع مورد منفرد با طرح ABA بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانشجویان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دانشگاه اصفهان در سال ۱۴۰۱ بود. نمونه‌ی پژوهش نیز شامل چهار دانشجوی مبتلا به افسردگی اساسی با نمرات بالا در سطح اضطراب و نشخوار فکری بود. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته بر اساس DSM5، پرسشنامه طرحواره یانگ - فرم کوتاه ۹۰ سؤالی (یانگ، ۱۹۹۹)، پرسشنامه افسردگی بک-II (بک، ۱۹۹۶)، پرسشنامه نشخوار فکری (نولن - هوکسما و مارو، ۱۹۹۱)، پرسشنامه اضطراب بک (بک، ۱۹۹۸) و آزمون حافظه سرگذشتی (ویلیام و برودبنت، ۱۹۸۶) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نمودار روند، درصد داده‌های ناهمپوش، درصد بهبودی استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد، روش تلفیقی طرحواره درمانی با آموزش اختصاصی سازی حافظه بر افسردگی شرکت‌کنندگان با میانگین درصد بهبودی ۵۵/۳۰ پس از مداخله و اضطراب با میانگین درصد بهبودی ۶۵/۳۰ پس از مداخله مؤثر است، اما مداخله بر روی نشخوار فکری شرکت‌کنندگان با میانگین درصد بهبودی ۱/۳۹ مؤثر نیست. همچنین این روش در کاهش بیش‌کلی‌گرایی حافظه شرکت‌کنندگان مؤثر است.

نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخشی مداخله تلفیقی حاضر بر افسردگی و اضطراب و کاهش بیش‌کلی‌گرایی حافظه، استفاده از آموزش اختصاصی سازی حافظه در خلال جلسات طرحواره درمانی به عنوان یک تکنیک در کنار سایر تکنیک‌های تجربی، هیجانی، شناختی و رفتاری پیشنهاد می‌شود.

استناد: امینی، مرضیه؛ و نشاط دوست، حمیدطاهر (۱۴۰۲). اثربخشی روش تلفیقی طرحواره درمانی با آموزش اختصاصی سازی حافظه بر افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری دانشجویان دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه: پژوهش مورد منفرد. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۲۹، ۱۴۰۲. DOI: 10.52547/JPS.22.129.1821

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۲۹، ۱۴۰۲. DOI: 10.52547/JPS.22.129.1821



مقدمه

افسردگی اساسی^۱ و اضطراب^۲ از مشکلات رایجی هستند که می‌توانند تأثیرات مخربی روی روند تحصیلی و عملکرد دانشجویان داشته باشند. بررسی‌ها نشان می‌دهد که شیوع افسردگی و اضطراب در دانشجویان بالاست (خشت مسجیدی و همکاران، ۲۰۱۹). بر اساس پژوهش‌های زمانیان و همکاران (۱۳۹۴) ۴۵/۲۵ درصد دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز به درجات مختلفی از افسردگی دچار بودند. همچنین در پژوهشی دیگر شیوع اضطراب در دانشجویان پرستاری آبادان ۲۱/۴۳ و شیوع افسردگی ۶۱/۴۳ ذکر شده است (برزو و همکاران، ۱۳۹۹). افسردگی برای بیان غم و اندوه شدید به کار می‌رود. تقریباً همه افراد در زمان‌های دچار غم و اندوه می‌شوند در بروز افسردگی عوامل مختلف زیستی، روانی و اجتماعی نقش دارد (کرینگ و جانسون، ۲۰۱۸). افسردگی اساسی با علائمی مانند خلق افسرده یا از دست دادن علاقه و لذت، کاهش یا افزایش وزن، بی‌خوابی یا پرخوابی، پر تحرکی روانی حرکتی یا کم تحرکی روانی حرکتی، کمبود انرژی، احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه بی‌دلیل، تمرکز حواس ضعیف یا اشکال در تصمیم‌گیری و فکر خودکشی یا مرگ همراه است که حداقل به مدت دو هفته طول می‌کشد (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه پنجم^۳، ۲۰۲۲). تاکنون تعداد زیادی از عوامل آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی مشخص شده‌اند. تعداد بسیاری از تحقیقات از نشخوار فکری^۴ به عنوان یک عامل خطر ساز مهم برای ایجاد اختلال افسردگی نام برده‌اند و نشخوار فکری را یک عامل پیش‌بین برای شروع، طول مدت و تعداد دوره‌های افسردگی تجربه شده می‌دانند (نولن هوکسما و همکاران، ۲۰۰۸). نشخوار فکری به عنوان افکار تکراری و بازگشتی نسبت به خلق منفی یا رویدادهای زندگی تعریف می‌شود (ریپر، ۱۹۷۷). نشخوار فکری موجب تکرار شدن افکار افسرده‌وار می‌شود و فرد افسرده به علت غرق شدن در این افکار دچار غم بیشتر و در نهایت باقی ماندن در حالت افسردگی می‌شود بنابراین کاهش نشخوار فکری می‌تواند هدف بسیار مهمی در کاهش علائم افسردگی باشد (واتکینز، ۲۰۱۸).

مفهوم دیگری که با اختلال افسردگی اساسی در ارتباط می‌باشد اضطراب است. اختلال افسردگی و اختلالات اضطرابی جز شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی هستند بر اساس آمار ۴۵/۷ افرادی که در طول عمر خود اختلال افسردگی اساسی را تجربه کرده‌اند به یک یا چند اختلال اضطرابی نیز دچار شده‌اند (کالین، ۲۰۲۰). اضطراب یک احساس پیچیده از ترس، تنش یا بی‌تابی و بی‌قراری است که دلیل آن این است که فرد احساس خطر می‌کند یا یک رویداد خطرناک را پیش‌بینی می‌کند و انتظار آن را دارد این انتظار خطر می‌تواند درونی یا بیرونی باشد (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه پنجم، ۲۰۲۲).

از سوی دیگر حافظه سرگذشتی^۵ (جنبه‌ای از حافظه که شامل حوادث و تجارب رخ داده در زندگی شخصی گذشته فرد می‌باشد) به شدت تحت تأثیر افسردگی افراد قرار می‌گیرد به نحوی که افراد افسرده در مقایسه با افراد غیر افسرده به دشواری خاطرات اختصاصی حافظه سرگذشتی خود را بازبازی می‌کنند و بیشتر خاطرات را به صورت کلی و گسترده به یاد می‌آورند (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین شانه‌های بیشتر اضطراب، مستقل از نشانه‌های افسردگی با کاهش اختصاصی سازی حافظه از طریق افزایش نشخوار فکری ارتباط دارد (هالفورد و ملور، ۲۰۱۷).

برای کاهش کلی‌گرایی حافظه سرگذشتی درمان آموزش اختصاصی سازی حافظه سرگذشتی^۶ توسط ریس و همکاران (۲۰۰۹) معرفی شده است. این روش درمانی به وسیله یک روان‌درمان‌گر متخصص انجام می‌شود و بر اساس نظریه بیش‌کلی‌گرایی در مورد یادآوری حافظه و خاطره‌ها می‌باشد. در این برنامه درمانی صرفاً افراد در پاسخ به کلمات راهنمای مختلف داده شده، سعی می‌کنند خاطره‌ای خاص را به یاد آورند. هدف این درمان بهتر شدن اختصاصی سازی حافظه سرگذشتی در اشخاص است (ریس و همکاران، ۲۰۰۹). اختصاصی سازی حافظه با روش آموزش اختصاصی سازی حافظه قابل تغییر است و این تغییر موجب بهبود علائم اختلالات خلقی مانند افسردگی و سایر فرآیندهای خلقی مانند (نشخوار فکری) که رابط بین کاهش اختصاصی سازی حافظه و اختلالات خلقی

4. Rumination

5. Autobiographical memory

6. memory specificity training

1. Major Depression

2. Anxiety

3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition Text Revision—DSM-5-TR

است می شود (نشاط دوست و همکاران، ۲۰۱۳؛ ورنرسیدلر و همکاران، ۲۰۱۸).

از سوی دیگر افراد دچار افسردگی و اضطراب، سطح بالایی از بسیاری از طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۱ را دارند (نیکل و همکاران، ۲۰۲۰). طرحواره درمانی^۲ در درمان بسیاری از اختلالات روانشناختی مانند اختلال پرخوری (نوری زاده و همکاران، ۱۴۰۱) و اختلال شخصیت وسواسی اجباری (بخشی پور و همکاران، ۱۴۰۱) کاربرد دارد و از جمله درمان‌های مؤثر بر افسردگی، طرحواره درمانی است (کروک و اوزاباسی، ۲۰۱۸). همچنین طرحواره درمانی در درمان اضطراب (پیترز و همکاران، ۲۰۲۱) و نشخوار فکری (قاسمی و موحدی، ۱۴۰۱) نیز مؤثر است. از جمله نقاط قوت این رویکرد در نظر گرفتن احتمال آسیب‌شناسی در لایه‌های عمیق شخصیتی و شناختی با استفاده از مفهوم طرحواره‌ها است (آقایی و همکاران، ۱۳۹۸). در طرحواره درمانی سعی می‌شود طرحواره‌های ناسازگار اولیه بهبود یابد تا از این طریق مشکلات منش شناختی و روانشناختی کاهش یابد (یانگ، ۱۹۹۹). در شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه عوامل متعدد از جمله تجارب آسیب‌زای دوران کودکی نقش دارند (پیلکینگتون و همکاران، ۲۰۲۱). برخی از مطالعات همچنین ارتباط مستقیم بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه مادران و کودکان را مطرح کردند. به عنوان مثال تکرار تجربیات نامطلوب در کودکی منجر به انتقال طرحواره‌های ناسازگار اولیه از مادر به کودک می‌شود (زینال و اوزر، ۲۰۲۰). برای کشف مکانیسم شناختی زیر بنایی ارتباط انتقال بین نسلی طرحواره‌های ناسازگار اولیه بین مادر و کودک برخی از محققان بر توضیحات احتمالی این رابطه تأکید کرده‌اند. از جمله این که کودکان به منظور کنترل احساسات خود و اجتناب از جنبه‌های دردناک این تجربیات منفی، رویدادهای نامطلوب زندگی را به صورت کلی و کمتر اختصاصی به یاد می‌آورند (ویلیامز و همکاران، ۱۹۹۶). بیش کلی‌گرایی حافظه یک آسیب‌پذیری شناختی ایجاد می‌کند که احتمال وقوع باورهای ناسازگار در مورد خود و دیگران را پس از تجارب نامطلوب دوران کودکی افزایش می‌دهد. از آنجا که افراد قادر به یادآوری اطلاعات خاص پیرامون رویدادهای آسیب‌زا نیستند ممکن است تجارب نامطلوب خود را به اندازه کافی بازسازی نکنند، که به نوبه خود

ایجاد و رشد طرحواره‌های ناسازگار اولیه را تسهیل می‌کند (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷). در مطالعه دیگر نشان داده شده است که بیش کلی‌گرایی حافظه انتقال بین نسلی طرحواره‌های ناسازگار اولیه حوزه طرد و بریدگی را از مادر به کودک آسان می‌کند. همچنین ارتباط بین تجربیات نامطلوب دوران کودکی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه زمانی قوی‌تر خواهد بود که سطح بیش کلی‌گرایی حافظه بالاتر باشد (الفت و اوزر، ۲۰۲۲). بنابراین به نظر می‌رسد یکی از راه‌های بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه استفاده از تکنیک آموزش اختصاصی سازی حافظه در طرحواره درمانی به منظور کار بر روی خاطرات مربوط به تروما و کاهش بیش کلی‌گرایی در هنگام بازیابی خاطرات ناگوار کودکی و کاهش آسیب‌های شناختی ناشی از بیش کلی‌گرایی حافظه است.

از آنجا که مؤثر بودن ترکیب آموزش اختصاصی سازی حافظه با سایر رویکردهای درمانی مانند درمان شناختی رفتاری (ساباتلی، ۲۰۱۶) و درمان مرور زندگی (کلیجن و همکاران، ۲۰۱۹) تأیید شده است. همچنین طرحواره درمانی خود اصول و مبانی مکتب‌های شناختی رفتاری، دلبستگی گشتالت، روابط شی، سازنده‌گرایی و روان‌کاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است (یانگ، ۱۹۹۹). از آنجا که روش آموزش اختصاصی سازی حافظه و طرحواره درمانی با رویکردهای دیگر تلفیق شده‌اند و نتایج مثبتی در برداشته است و همان‌طور که اشاره شد حافظه بیش کلی‌گرا پیشرفت طرحواره‌ها را تسهیل می‌کند (الفت و اوزر، ۲۰۲۲). لذا تلفیق طرحواره درمانی با آموزش اختصاصی سازی حافظه سرگذشتی به منظور برطرف کردن خلا ناشی از بیش کلی‌گرایی حافظه در بازیابی خاطرات منفی که انتقال بین نسلی طرحواره‌های ناسازگار اولیه را آسان می‌کند اجرا شده است و به این دلیل که حافظه بیش کلی‌گرا در افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷؛ هالفورد و ملور، ۲۰۱۷) هم دیده می‌شود پژوهش حاضر روی این سه متغیر اجرا شد. لذا سؤال پژوهش این است که آیا روش تلفیقی طرحواره درمانی با آموزش اختصاصی سازی حافظه می‌تواند بر افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری دانشجویان دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه مؤثر باشد؟

1. Early Maladaptive Schemas

2. Schema Therapy

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: پژوهش حاضر، پژوهش مورد منفرد با طرح ABA بود. A یعنی خط پایه یا مرحله بدون دست کاری، (B) مرحله درمان یا مداخله و (A) مرحله پیگیری است. جامعه آماری این پژوهش تمامی دانشجویان مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانشگاه اصفهان در سال ۱۴۰۱ بود. نمونه مورد مطالعه شامل چهار نفر و روش نمونه گیری در این پژوهش نمونه گیری هدفمند از نوع در دسترس بود. نمونه گیری در دو مرحله اجرا شد در مرحله اول از بین دانشجویان مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانشگاه اصفهان بطور کلی ده نفر انتخاب شدند و پرسشنامه اضطراب و افسردگی بک همچنین پرسشنامه نشخوار فکری و آزمون حافظه خود سرگذشتی و پرسشنامه ۹۰ سؤالی طرحواره درمانی یانگ به منظور انتخاب افرادی که دارای طرحواره های ناسازگار اولیه بودند اجرا شد. سپس از بین این افراد چهار نفر از دانشجویان دارای ملاک های ورود به پژوهش انتخاب شدند. ملاک های ورود به پژوهش شامل داشتن اختلال افسردگی با نمرات بالا در اضطراب و نشخوار فکری با توجه به مصاحبه بالینی بر اساس DSM5، پرسشنامه نشخوار فکری (نقطه برش ۳۳)، پرسشنامه های اضطراب (نقطه برش ۱۳) و افسردگی بک (نقطه برش ۱۸)، نداشتن تشخیص سایر اختلالات روانی شدید با توجه به مصاحبه بالینی بر اساس DSM5 و نداشتن تشخیص اختلالات شخصیت با توجه به مصاحبه بالینی بر اساس DSM5، پرسشنامه نشخوار فکری (نقطه برش ۳۳)، پرسشنامه های اضطراب (نقطه برش ۱۳) و افسردگی بک (نقطه برش ۱۸)، نداشتن تشخیص سایر اختلالات روانی شدید با توجه به مصاحبه بالینی بر اساس DSM5 و نداشتن تشخیص اختلالات شخصیت با توجه به مصاحبه بالینی بر اساس DSM5 بود. ملاک خروج از پژوهش عدم شرکت آزمودنی در حداقل سه جلسه از جلسات درمان بود. پیش از آغاز مداخله هر ۴ شرکت کننده سه مرتبه به پرسشنامه های افسردگی بک، اضطراب بک و پرسشنامه نشخوار فکری پاسخ دادند. پس از سه جلسه خط پایه، ۱۴ جلسه روش تلفیقی طرحواره درمانی با آموزش اختصاصی سازی حافظه هر هفته دو جلسه به مدت یک ساعت برگزار شد و در طی جلسات پس از مرحله سنجش و آموزش، پس از مداخلات شناختی، پس از مداخلات تجربی و

پس از الگوشکنی رفتاری شرکت کنندگان پرسشنامه های نشخوار فکری، افسردگی و اضطراب بک را پر کردند. پس از اجرای جلسات مداخله شرکت کنندگان یک مرتبه آزمون حافظه خود سرگذشتی را به منظور بررسی تأثیر مداخله بر کاهش بیش کلی گرای حافظه انجام دادند و همچنین به منظور پیگیری ماندگاری اثرات مداخله به فاصله دو و چهار هفته شرکت کنندگان پژوهش پرسشنامه های نشخوار فکری، افسردگی و اضطراب بک را پر کردند. جلسات مداخله بر اساس رویکرد طرحواره درمانی برگزار شد و تکنیک آموزش اختصاصی سازی حافظه به عنوان یک تکنیک در خلال جلسات طرحواره درمانی استفاده شد. به این ترتیب که در مرحله سنجش و آموزش اختصاصی سازی حافظه و تفاوت بین خاطره خاص، گسترده و مقوله ای به شرکت کنندگان آموزش داده شد و از شرکت کنندگان درخواست شد که برخی خاطرات خاص زندگی خود را بر اساس نیازهای زیر بنایی ارضا نشده طرحواره ای که دارند تعریف کنند و همچنین در مرحله مداخلات شناختی یادآوری خاطرات متضاد طرحواره ناسازگار به عنوان تمرین به مراجعان داده شد که شرح آن در جدول جلسات درمانی آمده است. برای تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل دیداری^۱ نمودارها با شاخص های ثبات، روند، درصد داده های غیرهمپوش^۲ و درصد بهبودی^۳ استفاده گردید (نوفروستی و حسن آبادی، ۱۳۹۷).

ب) ابزار

مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته بر اساس DSM5: بر اساس ملاک های پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (DSM5) برای انتخاب افرادی که ملاک های ورود به پژوهش را داشتند مصاحبه تشخیصی نیمه ساختار یافته توسط پژوهشگر اول انجام شد. پرسشنامه طرحواره یانگ فرم کوتاه ۹۰ سؤالی^۴ (YSQ-SF): این پرسشنامه ۹۰ ماده دارد که توسط یانگ ۱۹۹۶ ساخته شده است. هر ماده مقیاس ۶ درجه ای لیکرت (کاملاً نادرست = ۱ تا کاملاً درست = ۶) دارد و ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه را ارزیابی می کند. هر پنج عبارت این پرسشنامه یک طرحواره ناسازگار را می سنجد دریافت حداقل دو نمره بالا (۵ یا ۶) در هر یک از جملات مربوط به یک طرحواره نشان دهنده وجود آن

3. Improvement Percentage

4. Young schema questionnaire-Short Form

1. Visual analysis

2. Percentage of non-overlapping data(PND)

طرحواره ناسازگار در بیمار است (یانگ، ۱۹۹۹). والر و همکاران (۲۰۰۱) متوجه شدند اعتبار این پرسشنامه به شیوهی آلفای کرونباخ برای کل آزمون، ۰/۹۶ و برای کل خرده مقیاس‌های آن بزرگ‌تر از ۰/۸۰ است. آهی نیز دریافت که قابلیت اعتماد تمام خرده مقیاس‌های این پرسشنامه به شیوهی آلفای کرونباخ بزرگ‌تر از ۰/۷۲ و به شیوه بازآزمایی بزرگ‌تر از ۰/۷۶ است. در پژوهش صدوقی نیز اعتبار تمام خرده مقیاس‌های این پرسشنامه به شیوه آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۲-۰/۹۰ قرار گرفته است (یوسف‌زاده و همکاران، ۱۳۹۶). آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای تمام ماده‌های پرسشنامه ۰/۷۱ به درست آمده است.

پرسشنامه اضطراب بک^۱ (BAI): پرسشنامه اضطراب بک یک ابزار خودگزارش دهی می‌باشد که به منظور اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان توسط بک و همکارانش در سال ۱۹۸۸ تهیه شده است. این پرسشنامه ۲۱ ماده دارد و هر ماده چهار گزینه دارد که شدت اضطراب را نشان می‌دهد و از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری شده است. هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی و هراس) که خرده مقیاس‌های این آزمون می‌باشند را توصیف می‌کند. بنابراین نمره کل این پرسشنامه در دامنه‌ای از ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد. نقطه برش این آزمون ۱۳ می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ضریب ثبات درونی ۰/۸۶ در جمعیت آمریکایی و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و ضریب پایایی ۰/۸۶ در نمونه ایرانی به دست آمده است (فتحی‌آشتیانی، ۱۳۹۹). آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۵ به دست آمده است.

پرسشنامه افسردگی بک - نسخه دوم (BDI-II): پرسشنامه افسردگی بک توسط آرون ت. بک و همکارانش در سال ۱۹۶۱ طراحی شده و در سال ۱۹۹۶ نسخه دوم آن منتشر شد. نسخه جدید مقیاس افسردگی بک، یک ابزار خودگزارش دهی ۲۱ گویه‌ای است. که برای سنجش شدت افسردگی و نشانه‌های آن طراحی شده است. ماده‌های این پرسشنامه با استفاده از یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شوند. پایین‌ترین نمره قابل اخذ صفر و بالاترین نمره ۶۳ است. نمرات صفر تا ۱۳ نشان دهنده هیچ یا کمترین افسردگی، ۱۴ تا ۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط، ۲۹ تا ۶۳ افسردگی شدید می‌باشد و نقطه برش این

پرسشنامه ۱۸ است (بک و همکاران، ۱۹۹۶). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۹ و پایایی بازآزمایی با فاصله دو هفته ۰/۹۴ بدست آمده است (اولیور و همکاران، ۲۰۰۷). فتی و همکاران (۱۳۸۴) این پرسشنامه را روی ۹۴ نفر از جمعیت ایرانی اجرا کرده‌اند و ضریب آلفا را ۰/۹۱ و در فاصله یک هفته ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر از این پرسشنامه برای سنجیدن نشانه‌های افسردگی استفاده شده است. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۱ به دست آمده است.

پرسشنامه نشخوار فکری نولن هوکسما^۳: نولن هوکسما و مارو (۱۹۹۱) پرسشنامه‌ای خودآزمای تدوین کردند ۲۲ ماده دارد و به دو زیر مقیاس پاسخ‌های نشخواری و پاسخ‌های پرت کننده حواس تقسیم می‌شود و در یک طیف لیکرت چهار درجه‌ای از هرگز تا همیشه قرار می‌گیرد. نمره کل نشخوار فکری از طریق جمع ماده‌ها محاسبه می‌شود دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۲ تا ۸۸ متغیر می‌باشد نمره ۲۲ نشان دهنده نبود نشخوار فکری و ۸۸ نشان دهنده نشخوار فکری بسیار زیاد است لازم به ذکر است که نقطه برش پرسشنامه ۳۳ می‌باشد (ترینر و همکاران، ۲۰۰۳). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در دامنه ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ است و همبستگی بازآزمایی آن ۰/۶۷ می‌باشد (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۴). آلفای کرونباخ در جمعیت ایرانی در پژوهش باقری نژاد و همکاران (۱۳۸۹) در دامنه ۰/۷۷ تا ۰/۹۹ به دست آمده همچنین همسانی درونی مقیاس‌های بهزیستی را بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۰ گزارش داده‌اند. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۹۱ به دست آمده است.

آزمون حافظه سرگذشتی^۴ (AMT): ویلیامز و برودبنت در سال ۱۹۸۶ این آزمون را ارائه دادند. این آزمون ۱۸ محرک دارد که دارای بار هیجانی مثبت، منفی و خنثی می‌باشند. برای اجرای آزمون در ابتدا دستورالعمل آزمون به آزمودنی آموزش داده می‌شود به این ترتیب که پس از مشاهده هر لغت و خواندن آن اولین رویدادی را که به ذهنش می‌رسد بیان کند. همچنین به او گفته می‌شود که این رویداد باید خاص باشد اما می‌تواند مهم یا معمولی و مربوط به زمان‌های گذشته یا اخیر باشد. به رویدادی خاص می‌گویند که بیشتر از یک روز طول نکشیده در یک زمان و مکان خاص روی داده است. سپس سه لغت به عنوان تمرین به آزمودنی ارائه می‌شود تا

3. Nolan Hoxma and Murrow Rumination Questionnaire

4. Autobiographical Memory Test

1. Beck Anxiety Inventory

2. Beck Depression Inventory-II

یکبار در ابتدای پژوهش به منظور انتخاب افرادی که حافظه بیش کلی گرا داشتند و یکبار در انتهای پژوهش به منظور بررسی کاهش بیش کلی گرایی حافظه شرکت کنندگان اجرا شد. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۷ به دست آمده است.

ج) معرفی برنامه مداخله

جلسات مداخله شامل ۱۴ جلسه طرحواره درمانی طبق پروتکل طرحواره درمانی است که در خلال جلسات طرحواره درمانی تکنیک آموزش اختصاصی سازی حافظه به شرکت کنندگان آموزش داده شد و از تکنیک درمان آموزش اختصاصی سازی حافظه در خلال جلسات طرحواره درمانی استفاده شد.

اطمینان حاصل شود که آزمودنی شیوه اجرای آزمون را فرا گرفته است. سپس لغات اصلی به صورت در هم به آزمودنی ارائه می شود و آزمودنی برای یادآوری هر خاطره ۳۰ ثانیه زمان دارد. در صورتی که خاطره اول خاص نباشد آزمودنی برای یادآوری خاطره خاص تشویق می شود. هر یک از پاسخ ها به عنوان پاسخ خاص، پاسخ عام، پاسخ طولانی و پاسخ بدون یادآوری کدگذاری می شوند همچنین در صورتی که آزمودنی در پاسخگویی تأخیر داشته باشد ثبت می گردد. روایی آزمون ۰/۹۲ تا ۰/۹۹ و پایایی آزمون ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ محاسبه گردیده است (ریس و همکاران، ۲۰۰۳). کاویانی و دیگران (۱۹۹۹) شاخص های روانسنجی این آزمون را بررسی نموده که نشان دهنده روایی آزمون حافظه سرگذشتی است. آن ها همچنین با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، ثبات درونی این آزمون را ۰/۸۶ گزارش نموده اند (هاشمی و دیگران، ۱۳۸۷). آزمون AMT در این پژوهش

جدول ۱. محتوی جلسات روش تلفیقی طرحواره درمانی با آموزش اختصاصی سازی حافظه سرگذشتی

جلسه	هدف	محتوی	تکالیف
اول و دوم	ارزیابی و سنجش	سنجش مشکلات شرکت کنندگان، بررسی پرسشنامه طرحواره، ارزیابی سبک های مقابله ای و پرسش در ارتباط با سرگذشت زندگی.	-
سوم	فرمول بندی	در میان گذاشتن فرمول بندی طرحواره با مراجع، آشنا کردن مراجع با طرحواره ها و سبک های مقابله ای مربوط به خودش.	-
چهارم	آموزش و اجرای تکنیک اختصاصی سازی حافظه	آشنا ساختن شرکت کننده با تکنیک اختصاصی سازی حافظه و تمرین در جلسه.	از شرکت کننده خواسته شد برای هر کدام از نیازهای ابراز نشده براساس آنچه که در پرسشنامه طرحواره مشخص شد یک خاطره خاص به عنوان تکلیف خانگی بیاورد.
پنجم	ادامه تکنیک اختصاصی سازی حافظه	شنیدن خاطرات ناگوار کودکی مراجع که در جلسه قبل به عنوان تکلیف خانگی آورده شد و در صورتی که خاطرات اختصاصی نبودند راهنمایی درمانگر برای پیدا کردن خاطرات اختصاصی.	یافتن مکان امن به عنوان تکلیف خانگی.
ششم	تکنیک های تجربی	ارائه منطقی تکنیک های تجربی به بیمار. اجرای تکنیک های تجربی از بین خاطرات آسیب زای بیان شده در جلسه قبل یک خاطره تصویرسازی ذهنی شد و باز والدینی صورت گرفت.	-
هفتم	ادامه تکنیک های تجربی	ادامه اجرای تکنیک های تجربی. از بین خاطرات آسیب زایی که به صورت اختصاصی بیان شد یک خاطره تصویرسازی شد.	-
هشتم	ادامه تکنیک های تجربی	از بین خاطرات آسیب زایی که به صورت اختصاصی بیان شده یک خاطره تصویرسازی شد و تکنیک گفتگوی خیالی اجرا شد.	نوشتن نامه به والدین یا افراد مهم زندگی مراجع که بیشترین آسیب را به مراجع رسانده اند.
نهم	اجرای تکنیک های شناختی	اجرای تکنیک های شناختی برای چالش با طرحواره های تشخیص داده شده و آزمون اعتبار طرحواره ها. در این قسمت از تکنیک آموزش اختصاصی سازی حافظه استفاده شد به این صورت که از مراجع خواسته شد دو خاطره خاص تأیید کننده طرحواره، دو خاطره رد کننده طرحواره و دو خاطره خنثی به خاطر بیاورد. ارائه تفسیر دیگری از وقایع توسط درمانگر صورت گرفت.	در مواردی که مراجع خاطره ای به یاد نیامد یادآوری خاطرات به عنوان تکلیف خانگی داده شد.

جلسه	هدف	محتوی	تکالیف
دهم	ادامه اجرای تکنیک‌های شناختی	تکنیک اجرا شده در جلسه نهم برای طرحواره دیگر تکرار شد. همچنین مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای بیمار بررسی شد.	تمرین به یاد آوردن خاطره متضاد با طرحواره به عنوان تکلیف خانگی داده شد.
یازدهم	ادامه اجرای تکنیک‌های شناختی	تکنیک جلسه نهم برای طرحواره دیگر تکرار شد و تکنیک تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی اجرا شد.	تمرین به یاد آوردن خاطره متضاد با طرحواره به عنوان تکلیف خانگی داده شد.
دوازدهم	اجرای تکنیک‌های رفتاری	بررسی سبک‌های مقابله‌ای مراجع و تهیه فهرستی از رفتارهای خاص که باید آماج تغییر قرار گیرند به کمک مراجع، اولویت‌بندی رفتارها برای الگوشکنی، شروع با مشکل‌سازترین رفتار، ایجاد انگیزه برای تغییر رفتار.	-
سیزدهم	ادامه تکنیک‌های رفتاری	ادامه تکنیک‌های رفتاری، تمرین رفتار سالم از طریق ایفای نقش و تصویرسازی ذهنی	انجام رفتار سالم در موقعیت‌های مختلف زندگی روزمره
چهاردهم	جمع‌بندی نهایی و جلوگیری از عود	بررسی تکالیف، جمع‌بندی نهایی، گرفتن بازخورد در ارتباط با جلسات، صحبت در ارتباط با عود مشکلات بیمار.	-

د) شرکت‌کنندگان

شرکت‌کننده اول زن ۲۳ ساله دانشجوی کارشناسی، فرزند دوم خانواده از دو فرزند. مراجع با مشکل ناتوانی در مطالعه و شرکت در کلاس‌ها و همچنین تمام کردن دوره کارشناسی مراجعه کرد و در حال حاضر دو ترم مشروطی داشته و در صورت مشروط شدن مجدد اخراج می‌شود. طرحواره‌های شرکت‌کننده با توجه به پرسشنامه طرحواره یانگ محرومیت هیجانی، شکست، اطاعت، خود انضباطی ناکافی، انزوای اجتماعی بود. نمره آزمون AMT این شرکت‌کننده در ابتدای پژوهش ۸ پاسخ خاطره خاص از بین ۱۸ پاسخ بود و پس از پایان مداخلات ۱۳ پاسخ خاطره خاص از بین ۱۸ پاسخ بود و به این ترتیب مداخله موجب کاهش بیش‌کلی‌گرایی حافظه شرکت‌کننده شده است.

شرکت‌کننده دوم: زن ۲۱ ساله دانشجوی کارشناسی فرزند اول خانواده از دو فرزند و سطح مالی خانواده متوسط مراجع مشکل خود را بی‌انگیزگی، احساس ناامیدی، کمبود اعتماد بنفس، زودرنجی و این احساس که از تلاشش نتیجه نمی‌گیرد عنوان کرد. طرحواره‌های شرکت‌کننده با توجه به پرسشنامه طرحواره یانگ نقص شرم، محرومیت هیجانی، معیارهای سرسختانه، تنبیه و استحقاق بود. نمره آزمون AMT این شرکت‌کننده ۸ پاسخ خاطره خاص از بین ۱۸ پاسخ بود و پس از پایان مداخلات ۱۱ پاسخ خاطره خاص از بین ۱۸ پاسخ بود. به این ترتیب مداخله موجب کاهش بیش‌کلی‌گرایی حافظه شرکت‌کننده شده است.

شرکت‌کننده سوم: خانم ۲۴ ساله دانشجوی سال آخر کارشناسی بود وی مشکل خود را احساس تنهایی، ترس از تنهایی و عدم توانایی در قطع یک

رابطه نادرست و همین‌طور تجربه استرس زیاد در موقعیت‌های اجتماعی عنوان کرد. وی در هنگام مراجع علائم افسردگی و اضطراب اجتماعی داشته و مشکل افسردگی خود را بعد از فوت همسر سابقش اعلام می‌کند. طرحواره‌های شرکت‌کننده با توجه به پرسشنامه طرحواره یانگ رها شدگی، محرومیت هیجانی، ایثارگری و آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و خطر بود. نمره آزمون AMT این شرکت‌کننده قبل از مداخله ۵ پاسخ خاطره خاص از بین ۱۸ پاسخ بود و پس از پایان مداخلات ۱۰ پاسخ خاطره خاص از بین ۱۸ پاسخ بود و به این ترتیب مداخله موجب کاهش بیش‌کلی‌گرایی حافظه شرکت‌کننده شده است.

شرکت‌کننده چهارم: آقا ۲۸ ساله دانشجوی سال آخر بود. وی مشکل خود را عدم توانایی در تصمیم‌گیری به خصوص در ارتباط برای تمام کردن یا رها کردن مقطع کارشناسی، سردرگمی، بی‌هدفی، اهمال‌کاری، احساس تنهایی و نگرانی در مورد آینده عنوان کرد. وی در هنگام مراجعه مشکل افسردگی و اضطراب داشته و مشکل افسردگی خود را مربوط به سال‌های اخیر می‌دانست. طرحواره‌های شرکت‌کننده با توجه به پرسشنامه طرحواره یانگ بی‌اعتمادی بد رفتاری، شکست، معیارهای سرسختانه، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و خطر و اطاعت بود. نمره آزمون AMT این شرکت‌کننده قبل از مداخله ۷ پاسخ خاطره خاص از بین ۱۸ پاسخ خاطره خاص بود و پس از پایان مداخلات ۱۳ پاسخ خاطره خاص از بین ۱۸ پاسخ بود و به این ترتیب مداخله موجب کاهش بیش‌کلی‌گرایی حافظه شرکت‌کننده شده است.

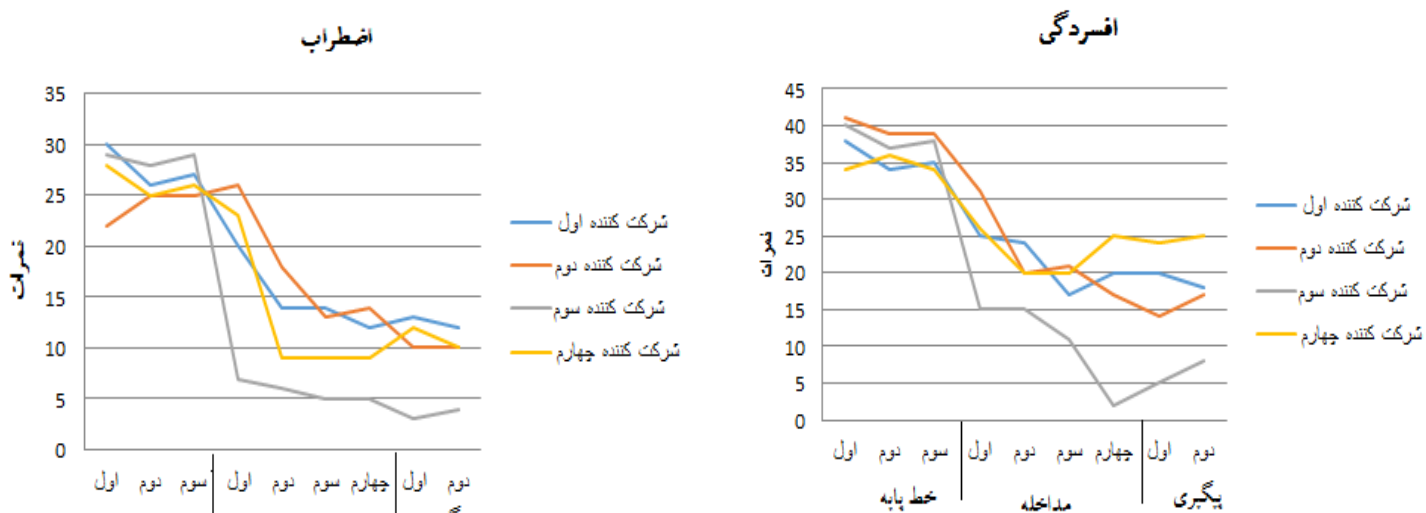
یافته‌ها

با توجه به نمرات مربوط به افسردگی در جدول ۲ و تغییرات روند نمرات افسردگی در شکل ۱ می‌توان مشاهده کرد که سیر نمرات مربوط به افسردگی از مرحله خط پایه به پیگیری نزولی بوده و این روند در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است و با توجه به جدول ۳ که شامل شاخص‌های درصد بهبودی و درصد داده‌های ناهمپوش است هر چهار شرکت کننده در متغیر افسردگی میزان قابل توجهی بهبودی نشان می‌دهند. در ارتباط با متغیر اضطراب نیز با توجه به جدول ۲ و شکل ۲ مداخله موجب کاهش نمرات

اضطراب هر چهار شرکت کننده شده است و این سیر نزولی در مرحله پیگیری حفظ شده است. همچنین با توجه به جدول ۳ شاخص‌های درصد بهبودی و درصد داده‌های ناهمپوش نشان می‌دهد که مداخله برای هر چهار شرکت کننده موجب کاهش نمرات اضطراب شده است. در ارتباط با متغیر نشخوار فکری با توجه به جدول ۲ و شکل ۳ و شاخص درصد بهبودی و درصد داده‌های ناهمپوش در مورد شرکت کننده شماره سه مداخله به میزان کم موجب کاهش نمرات نشخوار فکری شده است اما در ارتباط با شرکت کننده شماره یک، دو و چهار مداخله تأثیری در کاهش نمرات نشخوار فکری نداشته است.

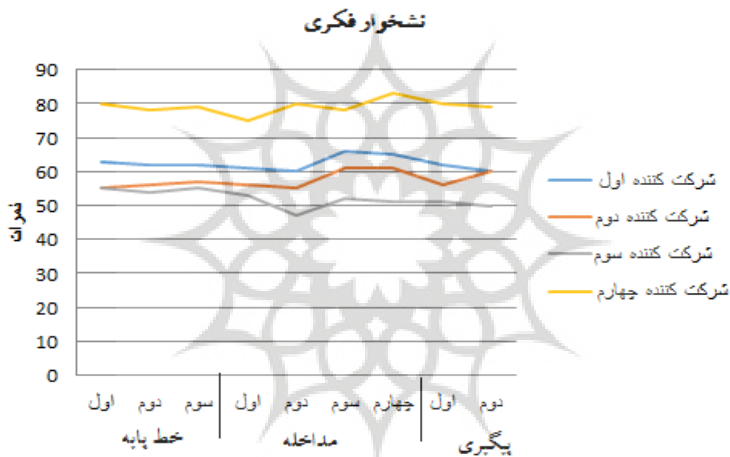
جدول ۲. نمرات مربوط به افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری شرکت کنندگان در طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری

متغیر	شرکت کننده	خط پایه			مداخله			پیگیری	
		اول	دوم	سوم	اول	دوم	سوم	اول	دوم
افسردگی	اول	۳۸	۳۴	۳۵	۲۵	۲۴	۱۷	۲۰	۱۸
	دوم	۴۱	۳۹	۳۹	۳۱	۲۰	۲۱	۱۴	۱۷
	سوم	۴۰	۳۷	۳۸	۱۵	۱۵	۱۱	۵	۸
	چهارم	۳۴	۳۶	۳۴	۲۶	۲۰	۲۰	۲۴	۲۵
اضطراب	اول	۳۰	۲۶	۲۷	۲۰	۱۴	۱۴	۱۳	۱۲
	دوم	۲۲	۲۵	۲۵	۲۶	۱۸	۱۳	۱۰	۱۰
	سوم	۲۹	۲۸	۲۹	۷	۶	۵	۳	۴
	چهارم	۲۸	۲۵	۲۶	۲۳	۹	۹	۱۲	۱۰
نشخوار فکری (نمرات کل)	اول	۶۳	۶۲	۶۲	۶۱	۶۰	۶۶	۶۲	۶۰
	دوم	۵۵	۵۶	۵۷	۵۶	۵۵	۶۱	۵۶	۶۰
	سوم	۵۵	۵۴	۵۵	۵۳	۴۷	۵۲	۵۱	۵۰
	چهارم	۸۰	۷۸	۷۹	۷۵	۸۰	۷۸	۸۳	۷۹
خرده مقیاس پاسخ‌های نشخواری	اول	۳۴	۳۲	۳۴	۳۲	۳۰	۳۵	۳۲	۲۹
	دوم	۲۸	۳۱	۲۹	۳۰	۲۹	۳۰	۲۸	۲۹
	سوم	۲۷	۲۸	۲۷	۲۷	۲۴	۲۸	۲۴	۲۴
	چهارم	۴۲	۴۳	۴۵	۴۲	۴۵	۴۲	۴۱	۴۰
خرده مقیاس پاسخ‌های منحرف کننده حواس	اول	۲۹	۳۰	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	۳۰	۳۱
	دوم	۲۷	۲۵	۲۸	۲۶	۲۶	۳۱	۲۸	۳۱
	سوم	۲۸	۲۶	۲۸	۲۶	۲۳	۲۴	۲۷	۲۶
	چهارم	۳۸	۳۵	۳۴	۳۳	۳۵	۳۶	۳۹	۳۹



شکل ۱. روند تغییرات نمرات شرکت کنندگان در متغیر افسردگی

شکل ۲. روند تغییرات نمرات شرکت کنندگان در متغیر اضطراب



شکل ۳. روند تغییرات نمرات شرکت کنندگان در متغیر نشخوار فکری

جدول ۳. شاخص‌های درصد داده‌های ناهمپوش و درصد بهبودی برای هر شرکت کننده در متغیرهای پژوهش

متغیر	شرکت کننده	مداخله		پیگیری	
		درصد داده‌های ناهمپوش	درصد بهبودی	درصد داده‌های ناهمپوش	درصد بهبودی
افسردگی	اول	۱۰۰	۳۹/۷۲	۱۰۰	۴۶/۵۱
	دوم	۱۰۰	۴۴/۰۴	۱۰۰	۶۰/۹۴
	سوم	۱۰۰	۷۱/۸۸	۱۰۰	۸۳/۰۳
	چهارم	۱۰۰	۳۴/۵۳	۱۰۰	۳۰/۷۴
اضطراب	اول	۱۰۰	۴۵/۶۶	۱۰۰	۵۴/۶۶
	دوم	۷۵	۲۷/۱۲	۱۰۰	۶۰/۴۲
	سوم	۱۰۰	۷۹/۹۶	۱۰۰	۸۷/۸۵
	چهارم	۱۰۰	۵۲/۵۶	۱۰۰	۵۸/۳
نشخوار فکری	اول	۵۰	-۱/۰۷	۵۰	۲/۱۳
	دوم	۰	-۴/۴۶	۰	-۳/۵۷
	سوم	۱۰۰	۶/۶۸	۱۰۰	۷/۶۳
	چهارم	۲۵	۰	۰	-۰/۶۳

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان تلفیقی طرحواره درمانی با آموزش اختصاصی‌سازی حافظه بر روی علائم افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری دانشجویان دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه انجام شد. در ارتباط با متغیر افسردگی روند تغییرات نمرات و درصد بهبودی شرکت‌کنندگان نشان‌دهنده بهبودی معنادار نمرات افسردگی در هر چهار شرکت‌کننده است. نتایج این پژوهش از منظر طرحواره درمانی برای افسردگی با نتایج پایل و همکاران (۲۰۲۱) و همین‌طور فراتحلیل صورت گرفته توسط کروک و اوزاباکی (۲۰۱۸) در ارتباط با اثربخشی طرحواره درمانی در درمان اختلال افسردگی اساسی همسو است. نتایج این پژوهش از منظر درمان آموزش اختصاصی‌سازی حافظه با پژوهش نشاط دوست و همکاران (۲۰۱۲) نیز همسو است. در تبیین تأثیر مداخله روش تلفیقی طرحواره درمانی با آموزش اختصاصی‌سازی حافظه بر روی علائم افسردگی می‌توان به این نکته اشاره کرد که آسیب‌های کودکی در افراد مبتلا به افسردگی اهمیت ویژه‌ای دارند و طرحواره درمانی روشی است که بر باورهای ناکارآمد ایجاد شده در دوران تحول از کودکی تا بزرگسالی تأکید دارد. در این روش اصول و فنون مختلف تجربی، شناختی، هیجانی و رابطه‌ای به کار گرفته می‌شود تا باورهای ناکارآمد بازسازی شود و تغییر کند. از سوی دیگر طرحواره درمانی منجر به ارضای نسبی نیازهای ارضا نشده دوران رشد می‌شود لذا می‌توان انتظار داشت که موجب کاهش علائم افسردگی شود (یانگ، ۱۹۹۹). در ارتباط با تأثیر آموزش اختصاصی‌سازی حافظه بر افسردگی می‌توان اشاره کرد که عدم دسترسی به خاطرات اختصاصی مربوط به موقعیت‌های مشابه گذشته و عدم موفقیت در حل مسئله باعث شدت گرفتن افسردگی می‌شود. آموزش اختصاصی‌سازی حافظه از طریق افزایش دسترسی افراد به خزانه اطلاعاتی موجب بالا بردن توانایی حل مسئله به اقتضای موقعیت می‌شود و به بهبود کارکردهای شناختی بیماران کمک می‌کند (ریس و همکاران، ۲۰۰۹). لذا به کار بردن تکنیک‌های درمان آموزش اختصاصی‌سازی حافظه در پژوهش منجر به کاهش افسردگی شده است. از سوی دیگر از آنجا که افراد افسرده حافظه بیش‌کلی‌گرا دارند تلفیق طرحواره درمانی با آموزش اختصاصی‌سازی حافظه می‌تواند به شرکت‌کنندگان کمک کند تا خاطرات خود را به صورت خاص به یاد آورند و از تعمیم خاطرات ناگوار خود به موقعیت‌های

دیگر خودداری کنند و بتوانند شواهدی بر علیه طرحواره‌های خود از بین تجارب گذشته بیابند. ضمن این‌که به کار بردن تکنیک‌های درمان آموزش اختصاصی‌سازی حافظه در طرحواره درمانی، به خصوص برای افرادی که طرحواره آن‌ها ناشی از همانندسازی با افراد مهم زندگی است و درخواست از مراجع برای تعریف کردن خاطرات خاص مغایر با طرحواره به بهبود سریع‌تر طرحواره‌های مراجعان کمک می‌کند و این موضوع می‌تواند در کاهش علائم افسردگی و همین‌طور اضطراب مراجعان مؤثر باشد.

یافته‌های دیگر پژوهش نشان داد که مداخله روش تلفیقی طرحواره درمانی با آموزش اختصاصی‌سازی حافظه باعث کاهش علائم اضطراب می‌شود و همچنین جلسات پیگیری که با فاصله دو هفته و یک ماه پس از جلسات مداخله انجام شد نشان می‌دهد بهبودی ایجاد شده (کاهش علائم) حفظ شده است. نتایج این پژوهش از منظر طرحواره درمانی با پژوهش هاواکی و پراونچر (۲۰۱۱) همسو است. همچنین از منظر آموزش اختصاصی‌سازی حافظه با پژوهش پایل (۲۰۲۱) همسو است.

در تفسیر اثربخشی مداخله بر اضطراب می‌توان به موارد زیر اشاره کرد بنا بر نظر یانگ طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان زیر ساخت‌های شناختی منجر به تشکیل باورهای غیرمنطقی و ادراک بد از دنیا می‌شود. طرحواره‌های ناسازگار می‌تواند نگرش ناکارآمد، استرس، سبک تبیینی بدبینانه، ناامیدی و درماندگی را در رویدادها و موقعیت‌های مختلف زندگی فعال نماید. در هنگام فعال شدن طرحواره‌های ناسازگار اولیه سطوحی از هیجان منتشر می‌شود و مستقیم یا غیر مستقیم باعث به وجود آمدن شکل‌های مختلف آشفتگی‌های روانشناختی مانند اضطراب، افسردگی، عدم توانایی شغلی، سو مصرف مواد، تعارضات بین فردی و... می‌شوند (یانگ، ۱۹۹۹). بنابراین طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد را نسبت به اضطراب و افسردگی در حضور عامل استرس‌زا آسیب‌پذیر می‌کند. طرحواره‌های همچون وابستگی، رها شدگی و آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و خطر نقش عامل تعدیل‌کننده را در نشانه‌های اضطراب بازی می‌کنند (کامرا و کلمت، ۲۰۱۲). در طرحواره درمانی سعی بر این است که با استفاده از تکنیک‌های هیجانی و تجربی فرد نسبت به هیجان‌ات خود آگاهی یافته، آن‌ها را بپذیرد و بهتر بتواند هیجان‌ات خود را در موقعیت‌های مختلف تنظیم کند. از سوی دیگر تکنیک‌های شناختی و رفتاری با تأکید بر جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتر به جای

راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد فرصتی برای بهبود علائمی چون ترس از ارزیابی منفی، اجتناب، نگرانی نسبت به آینده ایجاد می‌کند. همچنین طرحواره درمانی با آماج قرار دادن ریشه‌های رشدی اضطراب و کمک به بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند به کاهش علائم اضطراب در شرکت‌کنندگان کمک کند.

در ارتباط با تأثیر آموزش اختصاصی سازی حافظه در کاهش علائم اضطراب می‌توان به این موضوع اشاره کرد که در افراد دچار اضطراب بالا اختصاصی بودن حافظه سرگذشتی کاهش پیدا می‌کند (هالفورد و همکاران، ۲۰۱۹) و کاهش خاطرات خاص راهبردهای حل مسأله کارآمد را مسدود می‌کند به این دلیل که زمانی که افراد با مشکلی مواجه می‌شوند از دانش قبلی خود برای پیدا کردن راه حل استفاده می‌کنند بیش کلی‌گرایی دسترسی به این خاطرات را ممکن نمی‌سازد و لذا فرد در حل مسأله دچار مشکل می‌شود (ریس و همکاران، ۲۰۰۹). همچنین کاهش خاطرات خاص منجر به پردازش هیجانی ضعیف می‌شود لذا بعد از روبرو شدن با یک حادثه منفی تفکر و گفتار به شیوه خاص درباره چنین تجربه‌ای یک راه آسان برای روبرو شدن با آن و پردازش هیجانی آن تجربه منفی است (ون دایل و همکاران، ۲۰۱۳). بنابراین اختصاصی سازی حافظه سرگذشتی می‌تواند منجر به بالا بردن هیجان‌ات مثبت مانند آسودگی، رضایت و کاهش هیجان‌ات منفی مثل اضطراب شود. لذا مداخله بر روی طرحواره‌های ناسازگار افرادی که دچار اضطراب بالا هستند و کار بر روی اختصاصی سازی حافظه این افراد می‌تواند به کاهش علائم اضطراب کمک کند.

از آنجا که بیش کلی‌گرایی حافظه در دوران تحول به این دلیل اتفاق می‌افتد که فرد از هیجان‌ات منفی و شدید مربوط به آن رویداد اجتناب کند (الفتر و اوزر، ۲۰۲۲). تلفیق درمان آموزش اختصاصی سازی حافظه با طرحواره درمانی کمک می‌کند تا اولاً افراد به خاطرات ناگوار کودکی خود به شکل اتفاقات خاص نگاه کنند و پردازش هیجانی آن خاطرات با استفاده از تکنیک‌های تجربی و هیجانی صورت گیرد. پردازش هیجان‌ات خود منجر به کاهش احساسات منفی و اضطراب می‌شود (ویل دایل و همکاران، ۲۰۱۳). ثانیاً با استفاده از این روش می‌توان به طریق مؤثرتر و اختصاصی به ریشه مشکلاتی که منجر به ایجاد طرحواره‌ها و متعاقب آن سطح اضطراب بالا در فرد می‌شود پرداخت.

در ارتباط با متغیر نشخوار فکری بطور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که مداخله روش تلفیقی طرحواره درمانی با آموزش اختصاصی سازی حافظه بر کاهش علائم نشخوار فکری فقط در مورد شرکت‌کننده سوم اندکی مؤثر بود و برای سایر شرکت‌کنندگان تأثیری نداشت. نتایج این پژوهش با پژوهش قاسمی و موحدی (۱۴۰۱) از منظر تأثیر طرحواره درمانی بر نشخوار فکری همسو نیست و با پژوهش پورسعید و همکاران (۱۳۹۹) در خصوص عدم تأثیر معنادار آموزش اختصاصی سازی حافظه بر نشخوار فکری همسو است.

در تبیین عدم تأثیر درمان تلفیقی طرحواره درمانی با آموزش اختصاصی سازی حافظه بر نشخوار فکری می‌توان به این موضوع اشاره کرد که تغییر دادن نشخوار فکری با توجه به در نظر گرفتن آن به عنوان یک عادت رفتاری، بسیار دشوار است (نولن-هوکسما، ۱۹۹۱). واضح است که تغییر دادن عادت‌ها با تکیه صرف بر تغییر باورهای فرد، امکان‌پذیر نیست. در مورد بیماران مستعد نشخوار فکری، هر شکلی از بحث و گفتگو می‌تواند منجر به تفکر در مورد چه اتفاقی افتاد و چه معنایی برای بیمار داشت شود. بیماران دچار اندیشناکی تمایل زیادی به صحبت کردن در مورد علل، معانی و پیامدهای علائم و مشکلات خود دارند (واتکینز، ۲۰۱۸). در طول جلسات طرحواره درمانی زندگی مراجع بررسی می‌شود، برخی از خاطرات ناگوار کودکی مراجع یادآوری می‌شود. همچنین خاطرات ناگوار و الگوهای تکرارشونده زندگی مراجع به مشکلات کنونی زندگی وی ارتباط داده می‌شود و مراجع از نقش آن‌ها در شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مرحله آموزش آگاه می‌شود این موضوع در طرحواره درمانی می‌تواند منجر به مشغولیت ذهنی در مورد گذشته و نشخوار فکری در شرکت‌کنندگان شود و همچنین چالش شناختی با طرحواره‌های مراجع که در بخش تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی انجام می‌شود می‌تواند موجب افزایش نشخوار فکری فرد شود. ضمن این که از دیگر کارکردهای اندیشناکی برای افرادی که دچار نشخوار فکری هستند این است که معمولاً نشخوار فکری بر تلاش برای درک علل و معانی رویدادها، احساس‌ها و رفتارهای دشوار است و به همین دلیل با طرح سؤال‌های چرا در مورد رویدادها همراه می‌شود. فرد اندیشناک، آنقدر بر تجزیه و تحلیل جزئیات آن رویداد متمرکز خواهد شد تا علل وقوع آن را بیابد. این تفکر تحلیلی احتمالاً یک راه کار برای پیشگیری از تکرار رویدادهای ناخوشایند و کسب

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: مجوز اخلاقی این مقاله توسط دانشگاه اصفهان صادر شده است. این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه اصفهان است. مجوز اجرای این پژوهش با کد اخلاق IR.UI.REC.1401.091 توسط دانشگاه اصفهان صادر شده است و در وبگاه سامانه ملی اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی نیز قابل مشاهده است.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله کارشناسی ارشد و بدون حمایت مالی می باشد. **نقش هر یک از نویسندگان:** نویسنده اول کارشناس ارشد روانشناسی بالینی و محقق اصلی پژوهش، نویسنده دوم استاد راهنما می باشد.

تضاد منافع: نویسندگان اعلام می دارند که در نتایج پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش و سایر افرادی که در انجام این پژوهش همکاری داشتند، نهایت تقدیر و تشکر را داریم.

احساس امنیت و کنترل است (واتکینز، ۲۰۱۸). در تکنیک درمان آموزش اختصاصی سازی حافظه نیز تمرکز اصلی بر افزایش جزئیات و اختصاصی کردن خاطرات است و این می تواند منجر به درگیر شدن بیشتر با خاطرات منفی و تشدید نشخوار فکری شود. به این ترتیب به نظر می رسد ترکیب مواردی که اشاره شد یعنی بازگشت به گذشته، نگاه کردن به رویدادهای زندگی به صورت خاص و با جزئیات و چالش های شناختی که می تواند منجر به اندیشناکی شود در مداخله تلفیقی آموزش اختصاصی سازی حافظه سرگذشتی و طرحواره درمانی، اجرای این درمان را برای کاهش نشخوار فکری بی ثمر ساخته است.

در این پژوهش دوره پیگیری یک ماه پس از درمان ادامه یافت که کوتاه بودن دوره پیگیری یکی از محدودیت های این پژوهش است. همچنین به دلیل وقت گیر بودن اجرای آزمون AMT و نبود فرم های موازی کافی برای اجرای آزمون در فواصل زمانی کوتاه، آزمون AMT یکبار در ابتدای پژوهش و یکبار در انتهای پژوهش صرفاً جهت بررسی تأثیر مداخله بر کاهش بیش کلی گرای حافظه انجام شد که در اجرای پژوهش های آینده این موضوع باید در نظر گرفته شود.

با توجه به نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر پیشنهاد می شود که تکنیک درمان آموزش اختصاصی سازی حافظه به عنوان یک تکنیک در بازیابی خاطرات خاص مرتبط با طرحواره، اجرای تکنیک های تجربی بر روی این خاطرات و به عنوان بخشی از تکنیک های شناختی در طرحواره درمانی به کار گرفته شود. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که درمان تلفیقی طرحواره درمانی با آموزش اختصاصی سازی حافظه در درمان افسردگی و اضطراب مؤثر است لذا می توان از این مداخله در درمان افسردگی، اضطراب و به منظور کاهش بیش کلی گرای حافظه استفاده کرد و از آنجا که افراد دچار اختلال شخصیت مرزی حافظه بیش کلی گرا دارند (برن و همکاران، ۲۰۱۹) و طرحواره درمانی برای افراد دچار اختلال شخصیت مرزی مؤثر واقع شده است (سمپرتگیو و همکاران، ۲۰۱۳). اجرای این پژوهش بر روی این افراد با تعداد جلسات بیشتر توصیه می شود.

منابع

آقایی، احمد، کهرزهی، فرهاد، و فرنام، علی. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانگری و زوج‌درمانگری هیجان‌مدار به صورت گروهی بر رضایت از زندگی و طرحواره‌های سازش‌نا یافته زوجین. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۸ (۷۳)، ۱۳۳-۱۴۲.

<http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1398.18.73.1.6>

باقری نژاد، مینا، صالحی فدردی، جواد، و طباطبایی، سید محمود. (۱۳۸۹). رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی. *پژوهش نامه مبانی تعلیم و تربیت*، ۱۱ (۱)، ۲۱-۳۸.

<https://doi.org/10.22067/fe.v11i1.2246>

بخشی‌پور رودسری، عباس، محمود علیلو، مجید، و فهیمی، صمد. (۱۴۰۱). طرحواره درمانگری برای بیماران با نشانگان اختلال شخصیت سواسی اجباری (OCPD): یک مطالعه تک آزمودنی، *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱ (۱۱۲)، ۶۷۷-۶۹۲.

<http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.112.677>

برزو، تارا، تفضلی، مهسا، مقصودی، فاطمه، اسدی حویزیان، شهلا. (۱۴۰۱). شیوع اضطراب و افسردگی دانشجویان پرستاری آبادان طی همه‌گیری کووید-۱۹. *طب پیشگیری*، ۱۹ (۱)، ۲۷-۳۸.

<http://dx.doi.org/10.32598/JPM.9.1.2>

پورسعید اصفهانی، مهرنوش، توکلی، ماه گل، نشاط دوست، حمیدطاهر. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش اختصاصی سازی حافظه سرگذشتی بر افسردگی و نشخوار فکری اشتراکی در دانشجویان افسرده. *تازه‌های علوم شناختی*، ۲۲ (۱)، ۲۵-۳۵.

<http://dx.doi.org/10.30699/icss.22.1.25>

زمانیان، زهرا، ریاعی، شهرزاد، کاوه، نجمه، خسروانی، امینه، دانشمندی، هادی، و صیادی، مهرباب. (۱۳۹۵). بررسی شیوع افسردگی و تعیین همبسته‌های آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز. *مجله تحقیقات نظام سلامت*، ۱۲ (۱)، ۳۸-۴۳.

<http://hsr.mui.ac.ir/article-1-841-fa.html>

فتحی‌آشتیانی، علی، و داستانی، محبوبه. (۱۳۹۹). *آزمون‌های روانشناختی (ارزشیابی شخصیت و سلامت روان)*. انتشارات بعثت.

فتی، لادن، بیرشک، بهروز، عاطف وحید، محمد کاظم، و استفان دابینسون، کیت. (۱۳۸۴). ساختارهای معناگذاری، طرحواره‌ها، حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی، مقایسه دو چهارچوب مفهومی. *روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۱ (۳)، ۳۲۶-۳۱۲.

<http://eprints.bpums.ac.ir/id/eprint/2250>

قاسمی، فاطمه، و موحدی، یزدان. (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره درمانی بر نشخوار فکری، آمیختگی شناختی، اجتناب شناختی و پردازش عصب شناختی در زوجین متقاضی طلاق. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۹ (۱)، ۶۴-۷۴.

<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.22034/IJRN.9.1.64>

نوفروستی، اعظم، و حسن آبادی، حمید رضا. (۱۳۹۷). تحلیل داده‌ها در طرح‌های آزمایشی تک آزمودنی. *نشریه علمی رویش روانشناسی*، ۷ (۱۲)، ۲۹۱-۳۰۶.

<http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1397.7.12.26.7>

نوری‌زاده میرآبادی، مریم، حسین‌زاده تقوایی، مرجان، مولودی، رضا، سوداگر، شیدا، و بهرامی هیدجی، مریم. (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره درمانی بر سبک‌های مقابله‌ای و نگرانی‌های تصویر بدنی در افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری: مطالعه تک آزمودنی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱ (۱۲۰)، ۲۵۰۱-۲۵۱۸.

<http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.120.2501>

واتکینز، اد، (۲۰۱۸). *درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی (نشخوار ذهنی)*. ترجمه استاد الف. (۱۳۹۶). انتشارات ابن سینا.

هاشمی نصرت‌آباد، تورج، محمودعلیلو، مجید، بیرامی، منصور، اسماعیلی، معصومه، و ارجی، اکرم. (۱۳۸۷). بررسی حافظه خودسرگذشتی بیش‌کلی‌گرا و تأخیر زمانی در بازیابی خاطرات در افراد افسرده و مضطرب. *پژوهش‌های نوین روانشناختی (روانشناسی دانشگاه تبریز)*، ۳ (۱۲)، ۱۲۳-۱۳۸.

<https://sid.ir/paper/120322/fa>

یانگ، جفری، (۱۹۹۴). *طرحواره درمانی*. ترجمه حمیدپور، حسن، و اندوز، زهرا. (۱۴۰۰). انتشارات ارجمند.

یوسف‌زاده، مهدیه، طالبی، هوشنگ، و نشاط دوست، حمید طاهر. (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار در بیماران مبتلا به کم‌درد مزمن شهر تهران: پیگیری دو ماهه. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۷ (۲)، ۶۹-۸۲.

<https://doi.org/10.22108/cbs.2017.100397.0>

References

- Aghayi, A., Kahrazeni, F., & Farnam, A. (2019). The comparison of the effectiveness of group schema therapy and group emotional-based couple therapy on couples' maladaptive schemas and life satisfaction. *Psychological science*, 18(73), 133-142. (Persian). <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1398.18.73.1.6>
- Alaftar, I., & Uzer, T. (2022). Understanding intergenerational transmission of early maladaptive schemas from a memory perspective: Moderating role of overgeneral memory on adverse experiences. *Child abuse & neglect*, 127, 105539. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105539>
- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition Text Revision—DSM-5-TR. *American Psychiatric Association: Washington, DC, USA*.
- Bagherinezhad, M., Salehi Fardadi, J., & Tabatabayi, S. M. (2010). The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian student. *Foundations of Education*, 11(1), 21-38. <https://doi.org/10.22067/fe.v11i1.2246>
- Bakhshpour, A., & Mahmoud Aliloo, M. (2022). Schema therapy for patients with Symptoms Obsessive-compulsive personality disorder (OCPD): A single case series study. *Psychological science*, 21(112), 677-692. <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.112.677>
- Beck, A. T. (1967). Steer, RA, & Brown, GK (1996). *Manual for the Beck depression inventory- II*.
- Beran, E., Richman, M. J., & Unoka, Z. (2019). Autobiographical memory impairment in borderline personality disorder: a quantitative meta-analysis Interpreted in terms of the CaR- FA-X model, *personality disorders*, 33(6), 818-831. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_368
- Borzoi, T., Tafazoli, M., Maghsoudi, F., Assadi Hovyzian, S. (2022). Prevalence of Anxiety and Depression in Abadan Nursing Students During the COVID-19 Epidemic. *J Prevent Med*, 9 (1), 28-37. (Persian). <http://dx.doi.org/10.32598/JPM.9.1.2>
- Cámara, M., & Calvete, E. (2012). Early maladaptive schemas as moderators of the impact of stressful events on anxiety and depression in university students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(1), 58-68. <https://doi.org/10.1007/s10862-011-9261-6>
- Esfahani, M. P., Tavakoli, M., & Neshatdost, H. T. (2020). The effectiveness of autobiographical memory specificity training on depression and co-rumination in depressed students. *Advances in Cognitive Science*, 22(1), 25-35. (Persian). <https://bit.ly/2XMiTeo>
- Fata L, Birashk B, Atefvahid M K, Dabson K S. (2005). Meaning Assignment Structures/ Schema, Emotional States and Cognitive Processing of Emotional Information: Comparing Two Conceptual Frameworks. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*, 11 (3), 312-326. (Persian). <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-62-en.html>
- Fathi-Ashtiani, A., & Dastani, M. (2009). Psychological tests: Personality and mental health. *Tehran: besat*, 46. (Persian).
- Ghasemi, F., & Movahedi, Y. (2022) The Effectiveness of Schema Therapy on Rumination, Cognitive Fusion, Cognitive Avoidance and Neurocognitive Processing in Couples Applying for Divorce. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*, 9 (1), 64-74. (Persian). <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.22034/IJRN.9.1.64>
- Hallford, D. J., Mellor, D., Bafit, L., Devenish, B., Bogeski, T., Austin, D. W., & Kaplan, R. (2019). The effect of increasing state anxiety on autobiographical memory specificity and future thinking. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 65, 101488. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2019.101488>
- Hallford, D. J., & Mellor, D. (2017). Autobiographical memory specificity and general symptoms of anxiety: Indirect associations through rumination. *International Journal of Mental Health*, 46(2), 74-88. <https://doi.org/10.1080/00207411.2017.1294968>
- Hashemi, T., Mahmoud Aliloo, M., Bayrami, M., Esmaeeli, M., & Arji, A. (2009). Survey of overgeneral autobiographical memory and latency in memories retrieval in depressive and anxious individuals. *Journal of Modern Psychological Researches*, 3(12), 123-138. (persian). https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4326.html?lang=en
- Kalin, N. H. (2020). The critical relationship between anxiety and depression. *American Journal of Psychiatry*, 177(5), 365-367. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20030305>

- Khesht-Masjedi, M. F., Shokrgozar, S., Abdollahi, E., Habibi, B., Asghari, T., Ofoghi, R. S., & Pazhooman, S. (2019). The relationship between gender, age, anxiety, depression, and academic achievement among teenagers. *Journal of family medicine and primary care*, 8(3), 799. https://doi.org/10.4103%2Fjfmprc.jfmprc_103_18
- Kleijn, G., van Uden-Kraan, C. F., Bohlmeijer, E. T., Becker-Commissaris, A., Pronk, M., Willemsen, V., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2019). Patients' experiences of life review therapy combined with memory specificity training (LRT-MST) targeting cancer patients in palliative care. *Supportive care in cancer*, 27(9), 3311-3319. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4613-3>
- Kring, A. M., & Johnson, S. L. (2018). Abnormal psychology: The science and treatment of psychological disorders. *John Wiley & Sons*.
- Körük, S., & Özabacı, N. (2018). Effectiveness of Schema Therapy on the Treatment of Depressive Disorders: A Meta-Analysis. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimler*, 10(4). <https://doi.org/10.18863/pgy.361790>
- 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. <https://doi.org/10.1177/2167702612454613>
- Nicol, A., Mak, A. S., Murray, K., Walker, I., & Buckmaster, D. (2020). The relationships between early maladaptive schemas and youth mental health: A systematic review. *Cognitive Therapy and Research*, 44, 715-751. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10092-6>
- Noforesti A. Hassanabadi, H. R. (2019). Data analysis in single case experimental design studies. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 7(12), 291-306. (Persian). <http://frooyesh.ir/article-1-1567-en.html>
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(1), 20-28. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-843X.102.1.20>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking ruminarion. *perspective on psychological science*, 3(5), 400-424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Nourizadeh Mirabadi, M., Hosseinzadeh Taghvaei, M., Moloodi, R., Sodagar, S., & Bahrami Hidaji, M. (2023). The efficacy of schema therapy on coping styles and body image concerns in obese binge-eating disorder: A single-subject study. *Psychological Science*, 21(120), 2501-2518. (Persian). <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.120.2501>
- Oliver, J. M., Murphy, S. L., Ferland, D. R., & Ross, M. J. (2007). Contributions of the cognitive style questionnaire and the dysfunctional attitude scale to measuring cognitive vulnerability to depression. *Cognitive therapy and research*, 31, 51-69. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9067-0>
- Raes, F., Hermans, D., de Decker, A., Eelen, P., & Williams, J. M. G. (2003). Autobiographical memory specificity and affect regulation: an experimental approach. *Emotion*, 3(2), 201. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.3.2.201>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2008.03.001>
- Rippere V. (1977). What is the thing to do when you 're feeling depressed: a pilot study. *Behaviour Research and Therapy*. 15(2),91-185. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0005-7967\(77\)90104-8](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0005-7967(77)90104-8)
- Sabatelli, P. J. (2016). Effectiveness of group cbt with memory specificity training and self-distancing in moderately depressed adults. *South American Journal of Psychology*, 1(1),1-9. <https://doi.org/10.21522/TIJPY.2016.01.02.Art001>
- Sempértegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., & Bekker, M. H. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical psychology review*, 33(3), 426-447. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.11.006>
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (Eds.). (2004). Depressive rumination: Nature, theory and treatment. *John Wiley & Sons*.
- Peeters, N., van Passel, B., & Krans, J. (2021). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*, 1-19. <https://doi.org/10.1111/bjc.12324>

- Pilkington, P. D., Bishop, A., & Younan, R. (2021). Adverse childhood experiences and early maladaptive schemas in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(3), 569-584. <https://doi.org/10.1002/cpp.2533>
- Pile, V., Smith, P., Leamy, M., Oliver, A., Blackwell, S. E., Meiser-Stedman, R., ... & Lau, J. Y. (2021). Harnessing mental imagery and enhancing memory specificity: developing a brief early intervention for depressive symptoms in adolescence. *Cognitive Therapy and Research*, 45(5), 885-901. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10130-3>
- Van Daele, T., Van den Bergh, O., Van Audenhove, C., Raes, F., & Hermans, D. (2013). Reduced memory specificity predicts the acquisition of problem solving skills in psychoeducation. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 44(1), 135-140. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.12.005>
- Waller, G., Meyer, C., & Ohanian, V. (2001). Psychometric properties of the long and short versions of the Young Schema Questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparison women. *Cognitive Therapy and Research*, 25(2), 137-147. <https://doi.org/10.1023/A:1026487018110>
- Watkins, E. R. (2018). *Rumination-focused cognitive-behavioral therapy for depression*. Guilford Publications.
- Werner-Seidler, A., Hitchcock, C., Bevan, A., McKinnon, A., Gillard, J., Dahm, T., ... & Dalgleish, T. (2018). A cluster randomized controlled platform trial comparing group memory specificity training (MEST) to group psychoeducation and supportive counselling (PSC) in the treatment of recurrent depression. *Behaviour Research and Therapy*, 105, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.03.004>
- 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. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.122>
- Williams, J. M. G., Ellis, N. C., Tyers, C., Healy, H., Rose, G., & Macleod, A. K. (1996). The specificity of autobiographical memory and malleability of the future. 24(1), 116-125. <https://doi.org/10.3758/BF03197278>
- YousefZadeh, M., Talebi, H., & NeshatDoost, H. (2018). The effect of schema therapy on maladaptive schemas in Tehranian patients with chronic low back pain: a two months follow-up. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, 7(2), 69-82. (Persian). <https://doi.org/10.22108/cbs.2017.100397.0>
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Zamanian, Z., Riaei, S., Kaveh, N., Khosravani, A., Daneshmandi, H., & M, Sayyadi. (2016). Determining the Prevalence of Depression and its Associated Factors in Students of Shiraz University of Medical Sciences, Iran. *Journal of Health System Research*, 12(1), 34-38. (Persian). <http://hsr.mui.ac.ir/article-1-841-en.html>
- Zeynel, Z., & Uzer, T. (2020). Adverse childhood experiences lead to trans-generational transmission of early maladaptive schemas. *Child abuse & neglect*, 99, 104235. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104235>