Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 4/ No. 1/ Spring 2017
Page: 66-75

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Autobiographical Memory in Sub-Clinical Depressed Individuals

Elham Ghalkhani[1], Parviz Sabahi[2*], Mousa Taba-tabaee[3], Eshagh Rahimian[4], Ali Shahbazi [5]
1- MS in Cognitive Psychology, Semnan University, Semnan, Iran.
2- Assistant professor in Psychology, Semnan University, Semnan, Iran. (Corresponding author)
3- Assistant professor in Educational Psychology, Semnan University, Semnan, Iran.
4- Associate professor in Psychology, Semnan University, Semnan, Iran.
5- Assistant professor of cognitive neuroscience, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: According to the World Health Organization, depression is one of the most common psychological problems. Many cognitive factors play a role in vulnerability to depression, one of the factors that has attracted the attention of many researchers, is autobiographical memory. Autobiographical memory is a personal representation of a person from his past.

Object: Over generalization in autobiographical memories is one of the cognitive problems that depressed people are facing and makes continuation and recurrence of symptoms of depression. The aim of this study was to examine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on the autobiographical memory.

Method: The research design was quasi-experimental, pretest and posttest with control group. From universities of Tehran were randomly selected three universities. Based on inclusion and exclusion criteria, 20 patients were selected and randomly divided into control (2 people dropped) and experimental groups. The experimental group received 8 sessions of 2 hours of group intervention. Tools used in this research include Beck Depression Inventory and the autobiographical memory test. Data from the study were analyzed using multivariate analysis of covariance.

Results: The results of data analysis showed that specification scores of autobiographical memory had increased and reaction time was significantly increased in experimental group.

Conclusion: According to the findings of this study, theoretical explanations and relevant research, acceptance and commitment group therapy as an effective treatment for autobiographical memory in depressed patients is recommended.

Keywords: depression, autobiographical memory, group therapy, acceptance and commitment.

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال چهارم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۶
صفحات: ۷۵-۶۶

اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حافظه سرگذشتی افراد افسرده غیر بالینی

الهام قلخانی[۱]، پرویز صباحی[۲*]، سید موسی طباطبایی[۳]، اسحق رحیمیان بوگر[۴]، علی شهبازی[۵]

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی شناختی دانشگاه سمنان

۲- استادیار گروه روانشناسی دانشگاه سمنان (نویسنده مسئول) p_sabahi@semnan.ac.ir

۳- استادیار گروه روانشناسی دانشگاه سمنان

۴- دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه سمنان

۵- استادیار گروه علوم اعصاب دانشگاه علوم پزشکی ایران

چکیده

مقدمه: طبق اعلام سازمان بهداشت جهانی افسردگی یکی از مشکلات روانشناختی شایع است. عوامل شناختی متعددی در آسیب‌پذیری افسردگی نقش دارند، یکی از این عوامل که توجه پژوهشگران زیادی را به خود جلب کرده است، حافظه سرگذشتی است. حافظه سرگذشتی در واقع بازنمایی شخصی یک فرد از گذشته‌ی خود است.

هدف: یکی از مشکلات شناختی‌ای که افراد افسرده با آن مواجهه هستند و باعث تداوم و عود نشانه‌های افسردگی می‌شود، بیش کلی‌گرایی خاطرات سرگذشتی است. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حافظه سرگذشتی بود.

روش: طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی پیش آزمون-پس آزمون همراه با گروه کنترل بود. از بین دانشگاههای شهر تهران سه دانشگاه به تصادف انتخاب شدند. بر اساس ملاکهای ورود و خروج ۲۰ نفر انتخاب شد و به صورت تصادفی به دو گروه کنترل (۲ نفر ریزش داشت) و آزمایش گمارده شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه‌ی ۲ ساعته تحت مداخله گروهی قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه افسردگی بک و آزمون حافظه سرگذشتی بود. داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌های حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که در گروه آزمایش نمره اختصاصی حافظه سرگذشتی افزایش داشته و زمان واکنش کاهش معنادار داشته.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و ارائه تبیین‌های نظری و پژوهشی مرتبط، گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک روش درمانی اثر بخش در زمینه حافظه سرگذشتی افراد افسرده توصیه می‌گردد.

کلید واژه‌ها: افسردگی، حافظه سرگذشتی، گروه درمانی، پذیرش و تعهد.

[دریافت مقاله: پذیرش مقاله:]

مقدمه

افسردگی یکی از مشکلات شایع در سراسر جهان است که حدوداً ۳۵۰ میلیون نفر از مردم جهان با آن درگیر هستند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۵). عوامل شناختی متعددی در آسیب پذیری، ماندگاری و عود افسردگی نقش دارند، یکی از این عوامل که توجه پژوهشگران زیادی را به خود جلب کرده است، حافظه سرگذشتی[1] است (هیچاک[2] و همکاران، ۲۰۱۶). حافظه سرگذشتی در واقع بازنمایی شخصی یک فرد از گذشته‌ی خود است (سمکوسکا[3]، نون[4]، کارتن[5] و مک لاگلین[6]، ۲۰۱۲) که از طریق آن به تجدید خاطرات، تجارب و رویدادهای شخصی زندگی خود می‌پردازد (مولایی و همکاران، ۱۳۸۷) و به دو صورت اختصاصی[7] و بیش کلی‌گرا[8] بازیابی می‌شود (اکبری دهقی، اصغرنژاد و غرایی، ۱۳۸۸)، یک خاطرهٔ خاص به وقایع یک روز خاص بر می‌گردد (برای مثال سه ماه پیش، دوشنبه ظهر دوستم را در نمایشگاه اتومبیل دیدم) و حافظهٔ بیش کلی‌گرا به وقایع تکراری (مانند هر وقت با همسرم به سینما می‌رفتم...) یا وقایعی که به یک دورهٔ طولانی مربوط می‌شود (مانند زمانی که من در شمال زندگی می‌کردم...) اشاره دارد (دی دکر[9]، هرمنس[10]، ریز[11] و ایلن[12]، ۲۰۰۳). کاهش بازیابی خاطرات اختصاصی، در کوتاه مدت ممکن است یک راهبرد سازگارانه باشد، چون از مواجهه با خاطرات رنج‌آور و منفی جلوگیری می‌کند (مور[13] و زولنر[14]، ۲۰۰۷)، اما در طولانی مدت تأثیر منفی روی رشد و شدت مشکلات روانشناختی دارد (لنرت[15] و همکاران، ۲۰۱۲) همانطور که پژوهشهای زیادی حاکی از این است که افراد افسرده در بازیابی خاطرات سرگذشتی اختصاصی مشکل دارند و در بازیابی این خاطرات الگوی بیش کلی‌گرایی را نشان می‌دهند (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷ و دالگلیش و سیدلر، ۲۰۱۴). بیش کلی‌گرایی خاطرات سرگذشتی علاوه بر اینکه از عوامل آسیب‌پذیری نسبت به وقوع افسردگی به شمار می‌آید (ون‌مینن[16]، وسل[17]، ورهاک[18] و اسمینک[19]، ۲۰۰۵) با تاخیر بهبود دوره‌های افسردگی نیز ارتباط دارد (ویلیامز، تیزدل[20]، سگال[21] و سولبی[22]، ۲۰۰۰). بنابراین در درمان این اختلال توجه به چگونگی تغییر این متغیر شناختی اهمیت ویژه‌ای دارد چرا که پژوهشها نیز حاکی از این است که عدم بهبود حافظه سرگذشتی در درمان افسردگی خطر عود آن را افزایش خواهد داد (امیدی، محمد خانی، دولتشاهی و پور شهباز، ۱۳۸۸). از معدود پژوهشهایی که در این حیطه انجام شده است نشان داده‌اند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بازیابی حافظه‌های سرگذشتی اختصاصی را افزایش و بازیابی حافظه‌های بیش کلی را کاهش می‌دهد (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۰؛ هرن[23]، ون‌بروک[24] و فیلیپات[25]، ۲۰۰۹). امیدی و همکاران (۱۳۸۸) نیز به بررسی اثربخشی درمان ترکیبی حضور ذهن مبتنی بر شناخت درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر کاهش بیش کلی-گرایی حافظه سرگذشتی مبتلایان به افسردگی پرداختند

1- autobiographical memory
2- Hitchcock
3-Semkovska
4- Noone
5- Carton
6- McLoughlin
7-Specific
8- Overgeneral
9- de Decker
10- Hermans
11- Raes
12- Eelen
13-Moore
14-Zoellner
15-Lenaert
16-Van Minnen
17-Wessel
18-Verhaak
19-Smeenk
20-Teasdale
21- Segal
22-Soulsby
23-Heeren
24-Van Broeck
25-Philippot

که نتایج حاکی از اثربخشی معنی‌دار درمان ترکیبی بر کاهش بیش کلی‌گرایی حافظه سرگذشتی و افزایش حافظه سرگذشتی اختصاصی بود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که از رفتار درمانی‌های موج سومی است و اثربخشی آن بر بسیاری از اختلالات روانی از جمله افسردگی مورد مطالعه و تایید قرار گرفته است، همچنین تاثیر آن بر تعدادی از متغیرهای شناختی، از جمله تنظیم شناختی هیجان (کیانی، قاسمی، پور عباس، ۱۳۹۱) و توجه متمرکز بر خود (مهر دوست، نشاط دوست و عابدی، ۱۳۹۲) نیز مورد مطالعه قرار گرفته است. از آنجایی که تا کنون پژوهشی صورت نگرفته است که تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر این متغیر بسنجد هدف از مطالعه حاضر بررسی اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش تعمیم-پذیری حافظه سرگذشتی در افسرده‌های غیر بالینی است.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با دو گروه کنترل و مداخله بود که به صورت پیش آزمون و پس آزمون صورت گرفت.

آزمودنیها: جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانشجویان دختر تهران بودند. سه دانشگاه الزهرا، خوارزمی و دانشگاه غیرانتفاعی علم و فرهنگ از بین تمامی دانشگاههای تهران به تصادف انتخاب شد. روش نمونه‌گیری از نوع هدفمند بود. ۲۰نفر از دانشجویان دختری که نمرات افسردگی بک آنها بین ۱۷ تا ۲۹ بود انتخاب شد و به صورت تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایش گمارده شدند.

ملاکهای ورود در پژوهش حاضر شامل: محدوده-ی سنی بین ۱۸ تا ۲۵ سال، نمره افسردگی بک ۱۷ تا ۲۹ و مقطع تحصیلی کارشناسی. همچنین ملاکهای خروج نیز شامل: بیش از یک جلسه غیبت، به وجود آمدن شرایط ویژه (مثل ازدواج، سانحه) در طول دوره مطالعه، ابتلا به سایر اختلالات روانشناختی و مشکلات و نواقص جسمی بود.

ابزار پژوهش:

پرسشنامه‌ی افسردگی بک[1] (ویرایش دوم): این پرسشنامه در سال ۱۹۹۶ توسط بک، استیر[2]و برون[3] ساخته شد که یک مقیاس خود گزارشی ۲۱ ماده‌ای از نشانه‌های افسردگی است و هماهنگ با معیارهای تشخیصی DSM-IV برای اختلالات خلقی طراحی شده است. هر ماده نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد و بالاترین نمره در این پرسشنامه ۶۳ است (نزو[4]، رونان[5]، میدوز[6]، و مک‌کلور[7]، ۲۰۰۲). بک پایایی آزمون را با روش اسپیرمن- براوان در حدود ۰/۹۳ گزارش شده است (پیرمرادی و همکاران، ۱۳۹۱). این پرسشنامه به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن بررسی شده است. ثبات درونی آزمون بر روی یک نمونه ایرانی ۰/۷۸ و ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۸۶ با سطح معناداری ۰/۰۰۱ به دست آمده است (ولی تبار، حسین ثابت، بهشتیان، ۱۳۹۲).

آزمون حافظه سرگذشتی: این آزمون را که دارای ۱۵ محرک واژه با بار هیجانی خوشایند، خنثی، ناخوشایند است، ویلیامز برودبنت (۱۹۸۶) ساخته‌اند. ترتیب ارائه واژه‌های خوشایند، خنثی و ناخوشایند به صورت متوازن است. آزمودنی پس از شنیدن هر واژه می‌بایست نخستین رویدادی را که به ذهنش می‌رسد را بگوید. طول زمان رویداد مورد نظر نمی‌بایست بیش از یک روز باشد. اندازه‌گیری تاخیر زمانی در

1-Beck depression inventory-second edition (BDI)
2-Steer
3-Brown
4-Nezu
5-Ronan
6-Meadows
7-McClure

پاسخگویی، درجه‌بندی کمی و میزان اختصاصی – بیش کلی بودن محتوای پاسخها بر پایه مقیاس ۰- ۱۰ (۰ برای بیش کلی‌گرایی کامل و ۱۰ برای اختصاصی بودن کامل) انجام می‌شود. برای کمی سازی محتوای سخن دو ارزیاب به صورت جداگانه از فهرست وارسی[1] دارای معیارهای زمان (تاریخ، روز، ماه، فاصله زمانی و مدت زمان)، مکان (نام و جزییات مکان)، اشخاص (جنس نام، نسبت و سن) ، اشیا (نام شی، شکل و رنگ) و موقعیت (جشن، عزا و عید) استفاده می کنند و نمره پایانی از میانگین نمرات ارزیابی می‌شود. این آزمون را کاویانی و همکاران (۱۳۷۸) اعتبار یابی کرده‌اند (دهقی، اصغرنژاد و غرایی، ۱۳۸۸).

روند اجرای پژوهش: فرایند اجرای پژوهش حاضر به این صورت بود که ابتدا ۲۴۰ پرسشنامه افسردگی بک در سه دانشگاه الزهرا، خوارزمی و علم و فرهنگ به صورت تصادفی پر شد سپس از بین کسانی که نمره آنها بین ۱۷ تا ۱۹ بود ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شد و با آنها تماس گرفته شد توضیح مختصری مبنی بر اینکه نیمی از افراد به صورت تصادفی برای دوره درمان انتخاب خواهند شد و از بقیه افراد هم دو مرحله تست گرفته خواهد شد. از بین این تعداد ۸ نفر از دانشجویان شرایط شرکت در مطالعه را نداشتند و ۲۲ نفر دیگر به صورت تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایش گمارده شدند. که در نهایت یک نفر از گروه آزمایش به دلیل دو جلسه غیبت و ۳ نفر از گروه کنترل به دلیل شرکت نکردن در پس آزمون، از مطالعه حذف شدند. مداخله ACT به مدت ۸ جلسه‌ی ۲ ساعته، هر هفته یک جلسه در روزهای ۵ شنبه، در موسسه‌ای واقع در تهران، روی گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند و پس از پایان دوره پرسشنامه افسردگی بک مجدداً بر روی هر دو گروه اجرا شد و همین طور پیش و پس از مداخله از تمامی شرکت‌کنندگان دو گروه آزمایش و کنترل آزمون حافظه سرگذشتی گرفته شد.

یافته‌ها

به منظور محاسبه میانگین و انحراف معیار از آمار توصیفی و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس استفاده شد.

جدول ۲ داده‌های توصیفی حافظه سرگذشتی اختصاصی، شامل میانگین و انحراف معیار دو گروه ، را در مرحله پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد که در هر سه مورد خوشایند، خنثی و ناخوشایند میانگین نمرات گروه آزمایش افزایش یافته است.

جدول ۳ داده‌های توصیفی زمان واکنش به حافظه سرگذشتی، شامل میانگین و انحراف معیار دو گروه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون، را نشان می‌دهد که در هر سه مورد خوشایند، خنثی و ناخوشایند میانگین نمرات گروه آزمایش کاهش یافته است. پس از بررسی پیش فرضهای آزمون کوواریانس چند متغیره، این آزمون برای بررسی تفاوت بین دو گروه در حافظه سرگذشتی مورد استفاده قرار گرفت. یکی از پیش فرض‌های مهم تحلیل کواریانس، همگنی ماتریس‌های کواریانس است. نتایج آزمون باکس ($F=2/38$ ، $P<0/05$) نشان داد که مفروضه فوق فراهم نمی‌باشد. نتایج حاصل از آزمون کواریانس چند متغیره در جدول ۳ ارائه شه است.

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) حاکی از این است که مقدار F چند متغیری معنادار است. بنابرین حداقل در سطح یکی از زیرمقیاسها تفاوت معناداری وجود دارد.

1- Checklist

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که اکت موجب اختلاف معنادار در خاطرات سرگذشتی خنثی و منفی شده است. رجوع به جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین خاطرات خنثی از ۱/۳ به ۲/۱ و درمورد واژگان منفی ۲/۱به ۳/۱ در مورد گروه آزمایش افزایش یافته است.

جدول۱: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	عنوان	هدف	مداخلات
۱	نا امیدی خلاق	رسیدن مراجع به این بینش که کارهایی که تاکنون برای درمان افسردگی انجام داده است نتیجه بخش نبوده و ایجاد تمایل برای ترک راه حل‌های ناکارآمد	استعاره جنگ با هیولا، استعاره انسان در چاه، ارائه تکلیف
۲	پذیرش	کنترل مشکل است نه راه حل و اجتناب تجربه‌ای منجر به پیامدهای ناکارآمد می‌شود. تمایل و پذیرش تجارب درونی جایگزین کنترل است.	شناسایی راهبردهای کنترل درمان جو، استعاره کیک شکلاتی، استعاره دروغ سنج، تمرین اعداد، ارائه تکلیف
۳	گسلش شناختی	به مراجع کمک شود ویژگیهای پنهانی زبان را که موجب آمیختگی می‌شود بشناسد و بتواند مشاهده‌گر بدون قضاوت افکار و احساسات باشد.	استعاره مسافران در اتوبوس، تمرین تکرار واژه "شیر"، تمرین آواز خواندن افکار، ذهن آگاهی، تمرین انتقال افکار روی برگها
۴	تماس با لحظه اکنون	به مراجع کمک شود با زندگی‌ای که هم اکنون و اینجا در حال اتفاق است ارتباط برقرار کند خواه پر از شادمانی خواه پر از رنج	ذهن آگاهی در موقعیتهای مختلف، تمرین تجربه آزاد، تکلیف خانگی افکار- احساسات
۵	خود به عنوان زمینه	به مراجع کمک شود خود مفهومی را از خود زمینه‌ای تمایز دهد و به این بینش برسد که مساوی با افکار و احساساتش نیست.	استعاره خانه با مبلمان، استعاره صفحه شطرنج، استعاره خیاطی، تمرین مرور خاطرات
۶	شناسایی ارزشها	به مراجع کمک شود ارزشهای واقعی زندگی خود را شناسایی کند	شناسایی افراد مورد تحسین درمانجو، تمرین مراسم تدفین، تکلیف خانگی کار برگ ارزشها
۷	عمل متعهدانه	توسعه خزانه رفتاری مراجع همسو با ارزشها	استعاره ساختن خانه، استعاره درختکاری، استعاره حباب، استعاره گدای دم در
۸	خلاصه	کمک به مراجع که از مهارتهای آموخته شده بعد از اتمام دوره استفاده کند.	توضیح الگوریتم FEAR و ACT

جدول۲: داده‌های توصیفی حافظه سرگذشتی اختصاصی

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
خوشایند	پیش آزمون	کنترل	۲/۲۲	۰/۴۵
		آزمایش	۲/۱	۰/۴۷
	پس آزمون	کنترل	۲/۰۲	۰/۲۴
		آزمایش	۲/۸۴	۱/۱۲
خنثی	پیش آزمون	کنترل	۱/۶۷	۰/۳۵
		آزمایش	۱/۳	۰/۵۳
	پس آزمون	کنترل	۱/۷۵	۰/۴۳
		آزمایش	۲/۱	۰/۷۶
ناخوشایند	پیش آزمون	کنترل	۲/۱۷	۰/۳۹
		آزمایش	۲/۱	۰/۷۱
	پس آزمون	کنترل	۲/۲۲	۰/۶۸
		آزمایش	۳/۱	۰/۷۴

جدول۳: داده‌های توصیفی زمان واکنش به حافظه سرگذشتی

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
خوشایند	پیش آزمون	کنترل	۲۲/۴۵	۵/۵
		آزمایش	۲۰/۸۶	۹/۱
	پس آزمون	کنترل	۲۰/۲۵	۳/۹
		آزمایش	۱۳/۳۲	۶/۵۸
خنثی	پیش آزمون	کنترل	۲۰/۹۵	۶/۸۱
		آزمایش	۳۲/۱۶	۱۳/۳۴
	پس آزمون	کنترل	۲۵/۵۲	۱۱/۴۲
		آزمایش	۱۹/۸۴	۸/۵۵
ناخوشایند	پیش آزمون	کنترل	۱۸/۲۷	۸/۹۷
		آزمایش	۲۰/۴۲	۱۱/۷۳
	پس آزمون	کنترل	۲۱/۹۵	۵/۶۷
		آزمایش	۱۹/۸۴	۸/۵۵

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره برای مولفه حافظه سرگذشتی

نوع اثر	نام آزمون	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	F	معناداری
گروه	اثر پیلایی	۰/۶۲۱	۳	۱۱	۶/۰۰۳	۰/۰۱۱
	لامبدای ویلکز	۰/۳۷۹	۳	۱۱	۶/۰۰۳	۰/۰۱۱
	اثر هتلینگ	۱/۶۳۷	۳	۱۱	۶/۰۰۳	۰/۰۱۱
	بزرگترین ریشه ری روی	۱/۶۳۷	۳	۱۱	۶/۰۰۳	۰/۰۱۱

جدول ۵: تحلیل کوواریانس یک راهه برای بررسی اثربخشی اکت بر حافظه سرگذشتی اختصاصی

منبع تغییرات	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
گروه	خاطرات مثبت	۰/۹۷	۱	۰/۹۷	۱/۴۲	۰/۲۵۵
	خاطرات خنثی	۱/۸۹	۱	۱/۸۹	۱۵/۰۸	۰/۰۰۲
	خاطرات منفی	۲/۳۱	۱	۲/۳۱	۴/۸	۰/۰۴۷

جدول ۶: نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره برای مولفه زمان واکنش به آزمون حافظه سرگذشتی

نوع اثر	نام آزمون	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	F	معناداری
گروه	اثر پیلایی	۰/۶۹	۳	۱۱	۸/۴	۰/۰۰۳
	لامبدای ویلکز	۰/۳	۳	۱۱	۸/۴	۰/۰۰۳
	اثر هتلینگ	۲/۲۹	۳	۱۱	۸/۴	۰/۰۰۳
	بزرگترین ریشه ی	۲/۲۹	۳	۱۱	۸/۴	۰/۰۰۳

همانطور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) حاکی از این است که مقدار F چند متغیری معنادار است. بنابرین حد اقل در سطح یکی از زیرمقیاسها تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول۷: تحلیل کوواریانس یک راهه برای بررسی اثربخشی اکت بر زمان واکنش

منبع تغییرات	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
گروه	زمان واکنش مثبت	۱۷۹/۷۲۱	۱	۱۷۹/۷۲۱	۶/۷۶۵	۰/۰۲۲
	زمان واکنش خنثی	۳۰۷/۰۵	۱	۳۰۷/۰۵	۵/۶۰۳	۰/۰۳۴
	زمان واکنش منفی	۴۲۴/۲۹۳	۱	۴۲۴/۲۹۳	۹/۳۷۳	۰/۰۰۹

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که اکت موجب اختلاف معنادار در نمرات زمان واکنش هر سه مولف شده است. یافته‌های جدول ۲ حاکی از آنست که زمان واکنش به واژگان مثبت در گروه آزمایش از ۲۰/۸۶ به ۱۳/۳۲ کاهش یافته است. زمان واکنش به واژگان خنثی در گروه آزمایش از ۳۲/۱۶ به ۱۹/۸۴ کاهش یافته است و در مورد گروه کنترل که هیچ مداخله‌ای دریافت نکرده‌اند زمان واکنش به واژگان خنثی از ۲۰/۹۵ به ۲۵/۵۲ افزایش یافته است. و در مورد واژگان منفی زمان واکنش از ۲۰/۴۲ به ۱۹/۸۴ کاهش یافته و در گروه کنترل از ۱۸/۲۷ به ۲۱/۹۵ افزایش یافته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش ها حاکی از این است که افراد افسرده در بازیابی خاطرات سرگذشتی دچار بیش کلی گرایی هستند از جمله پژوهش هایی که این موضوع را مورد بررسی قرار داده اند می توان به پژوهش های ویلیامز و همکاران (۲۰۰۷)، کاویانی و همکاران (۱۳۷۸)، بی غم لعل آبادی و همکاران، کاویانی (۱۳۸۲) اشاره کرد. بیش کلی‌گرایی خاطرات سرگذشتی در فراد افسرده یک خصیصه مهم است که در تداوم و عود افسردگی موثر است پس بررسی این نکته که مداخلات مورد استفاده در درمان افسردگی آیا موجب برطرف ساختن این مسئله خواهند شد یا خیر حائز اهمیت است.

نتایج پژوهش حاکی از این است که گروه درمانی مبتنی بر پژوهش و تعهد موجب اختصاصی‌ترشدن خاطرات منفی و خنثی شده است. پژوهش مشابهی امیدی و همکاران (۱۳۸۸) انجام دادند نتایج گواه بر اثربخش بودن درمان ترکیبی در افزایش حافظه اختصاصی داشت. در سال ۲۰۱۶ نیز هیچاک و همکاران برنامه شناختی "اموزش انعطاف‌پذیری حافظه سرگذشتی"[1] را تدوین کردند که موجب کاهش بیش کلی‌گرایی خاطرات سرگذشتی بزرگسالان مبتلا به افسردگی اساسی شد. پژوهشی که کاویانی (۱۳۸۱) اجرا کرد گواه بر این بود که بین میزان ناامیدی و اختصاصی بودن خاطرات سرگذشتی مثبت همبستگی منفی وجود دارد درواقع بیماران افسرده‌ی ناامیدتر هنگام بازخوانی اطلاعات خوشایند دچار بیش کلی-گرایی می شوند با توجه به این یافته انتظار می‌رود که افراد افسرده پس از درمان و رفع ناامیدی خاطرات سرگذشتی مثبت را با جزییات بیشتری بازگو کنند اما نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب اختصاصی‌تر شدن خاطرات

1- autobiographical memory flexibility (MemFlex) training

منفی و خنثی شده‌اند دلیل این یافته احتمالاً نتیجه‌ی تاکید این روش درمانی بر پذیرش است. پذیرش از عناصر اصلی این روش درمانی است که فرد توانایی این را کسب می‌کند هرآنچه مربوط به زندگی شخصی و تجارب درونی اوست را از جمله احساسات و حالات هیجانی ناخوشایند، خاطرات و وقایع تلخ گذشته و شرایط نامطلوب و تغییر ناپذیر فعلی را بدون قضاوت و مقابله به عنوان بخشی از خود بپذیرند. پذیرش خاطرات منفی و خنثی موجب کاهش بیش کلی‌گرایی خاطرات در این دو مقوله شده است.

مطالعه حاضر همچنین به بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر زمان واکنش به آزمون حافظه سرگذشتی پرداخت که نتایج نشان داد در هر سه مورد خوشایند، ناخوشایند و خنثی، زمان واکنش کاهش یافته است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرد را به زندگی در لحظه حال سوق می‌دهد و از اصول این درمان ذهن آگاهی است که در خلال روند درمان، درمان گر بارها از مراجع می‌خواهد به حالات بدنی و محتویات ذهن خود تمرکز کند. مراجع یاد می-گیرد هر لحظه از خود بپرسد: "هم اکنون در ذهن من چه می‌گذرد؟" به مرور زمان و با طرح این سوال در موقعیتهای مختلف، زمانی مراجع خوشحال است، زمانی که مراجع غمگین است، زمانی که مراجع مضطرب است، زمانی که ناامید است، کم‌کم فرد از محتویات ذهن خود آگاه می‌شود؛ از خاطراتی که موجب ناراحتی او می‌شوند، از خاطراتی که خوشحالی و رضایتش را موجب می‌شوند، از افکاری که حالتهای مختلف هیجانی را برای او رقم می‌زنند. در نتیجه نشخوار فکری که از اصلی‌ترین ویژگیهای افسردگی است کاسته خواهد شد و با افزایش ذهن آگاهی، فرد با صرف زمان کمتری می‌تواند خاطرات را از ذهن خود بیرون بکشد که نتیجه‌ی اکتساب این مهارت همانطور که یافته‌ها نشان می‌دهد کاهش زمان واکنش به حافظه ی سرگذشتی است.

از محدودیتهای مطالعه‌ی حاضر بررسی نکردن ماندگاری این آثار بود که پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی با آزمون پیگیری میزان ماندگاری این اثربخشی و همین طور بررسی رابطه آن با میزان عود نشانه‌های افسردگی را مورد مطالعه قرار گیرد.

References

Akbari dehaghi, A., Asgharnezhad, A. A., & Gharaei, B. (2009). The Function of Autobiographical Memory in Patients with Borderline Personality Disorder. *Advances in Cognitive Science*, 11(1). 30-39.

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.

De Decker, A. D., Hermans, D., Raes, F., & Eelen, P. (2003). Autobiographical Memory specificity and trauma in inpatient adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 22-31.

Heeren, A., Van Broeck, N., & Philippot, P., (2009). The effects of mindfulness on executive processes and autobiographical memory specificity. *Behavior Research and Therapy* 47, 403–409.

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.

Kiani, A, R., Ghasemi, N, & Pour Abbas, A. (2012). The Comparison of the Efficacy of Group Psychotherapy Based on Acceptance and Commitment Therapy, and Mindfulness on Craving and Cognitive Emotion Regulation in Methamphetamine Addicts. *Journal of research on addiction*. 6(24), 27-36

Lenaert, B., Claes, S., Raes, F., Boddez, Y., Joos, E., Vervliet, B., & Hermans, D. (2012). Generalization of conditioned responding: effects of autobiographical memory specificity. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 43, 60- 66.

Mehrdoost, Z., Neshat dust, H., & Abedi, A. (2013). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the Decrease of Self-Focused Attention and Improving Self-efficacy. *Psychological Models and Methods*. 3(11). 67-82

Molaei, M., Moradi, A, R., Gharaei, B., & Afzali, M. H. (2008 Autobiographical memory performance and neuropsychological evidence among OCD and GAD. *Advances in Cognitive Science*.10 (3). 1-12

Moore, S.A., & Zoellner, L. A. (2007). Over general autobiographical memory and traumatic events: an evaluative review. *Psychological Bulletin*, 133, 419-437.

Nezu, A.M., Ronan, G.F., Meadows, E.A., & McClure, K.S. (2002). *Practitioner's guide to empirically based measures of depression*. New York: Kluwer Academic.

Omidi, A., Mohhamadkhani, P., Dolatshahi, P., & Pourshahbaz, A. (2008). Effectiveness of combined Mindfulness Based Cognitive Therapy and Cognitive Behavioral Therapy in Patients with Major Depressive Disorder. *Feyz*. 12(2). 9-15

Pirmoradi, M, R. Dolatshahi, B., Rostami, R., Mohammadkhani, P., & Dadkhah, A. (2012). The Effect of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) in Clinical Improvement and the Signs Reduction Process of Depression in Patients with Recurrent Major Depression Disorder. *Clinical psychology*. 4(4). 51-62.

Semkovska, M., Noone, M., Carton, M., & McLaughlin, D. M. (2012). Measuring consistency of autobiographical memory recall in depression. *Psychiatry research*, 197(1), 41-48.

Van Minnen, A., Wessel, I., Verhaak, C., & Smeenk, J. (2005). The relationship between autobiographical memory specificity and depressed mood following a stressful life event: a prospective study. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 405–415.

Valitabar و Z., Hosseinsabet, F., & Beheshtiyan, M. (2014). The effect of emotional memory management on depression. *Pejouhandeh*, 18(5):232-241.

Williams, J. M., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E., et al. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133, 122–148.

Williams, J, M., Teasdale, J, D., Segal, Z, V., & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces over general autobiographical memory in formerly depressed patients. *Abnormal Psychology*, 2000; 109(1): 150-5.

World Health Organization. (2015). *Global tuberculosis report*. World Health Organization.