پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
سال هجدهم، شماره ۵، پی در پی ۹۵، صفحات ۲۳۲ تا ۲۴۱
آذر و دی ۱۳۹۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۷/۳۰
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۴

اثر آموزش مدیریت حافظه هیجانی بر افسردگی

زهرا ولی تبار[۱]، فریده حسین ثابت[۲]، محمد بهشتیان[۳]*

۱. کارشناس ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبایی
۲. عضو هیأت علمی دانشگاه علامه طباطبایی
۳. عضو هیأت علمی پژوهشگاه علوم انسانی

چکیده

سابقه و هدف: بازیابی ارادی و غیر ارادی خاطرات ناخوشایند ذخیره شده در حافظه‌ی هیجانی، با وقوع و عود افسردگی همبستگی بالایی دارد. این پژوهش، با هدف تعیین اثر برنامه‌ی آموزشی مدیریت حافظه‌ی هیجانی (EMMP) بر افسردگی، افکار خودآیند منفی و نگرش منفی درباره‌ی خود، دنیا و آینده انجام گرفته است.

مواد و روشها: ۱۱۲ نفر از زنان ۲۵ تا ۳۵ ساله در فرهنگسرای معرفت، پرسشنامه‌ی افسردگی بک، افکار خودآیند منفی، مثلث شناختی و پاسخ به خاطرات فرورونده را تکمیل کردند. افرادی که ملاک‌های ورود به پژوهش شامل افسردگی خفیف و حداقل یک خاطره‌ی فرورونده در هفته‌ی گذشته را دارا بودند، به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایشی به مدت ۹ جلسه تحت آموزش EMMP قرار گرفتند. روش پژوهش، از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون، به همراه یک پیگیری یک ماهه بوده است.

یافته‌ها: EMMP بر کاهش افسردگی (α=۰/۰۲)، افکار خودآیند منفی (α=۰/۰۵) و نگرش منفی درباره‌ی خود، دنیا و آینده (α=۰/۰۰۸) تأثیر داشته و این تأثیر در یک پیگیری یک ماهه، پایدار بوده است.

نتیجه‌گیری: EMMP، از طریق افزایش آگاهی و آموزش تکنیک‌هایی برای مدیریت حافظه‌ی هیجانی، افسردگی را کاهش می‌دهد. بنابراین می‌توان با یک آموزش چند جلسه‌ای، EMMP را در برابر افسردگی مقاوم کرد.

واژگان کلیدی: حافظه‌ی هیجانی، مدیریت حافظه‌ی هیجانی، افسردگی، خاطرات فرورونده

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:
Valitabar Z, Hosseinsabet F, Beheshtiyan M. The effect of emotional memory management on depression. Pejouhandeh 2013;18(5):232-241.

مقدمه

احساسات شدید و طولانی مدت یأس (دلسردی، despondensy) و دلمردگی (dejection) را افسردگی می‌گویند (۱). فروید افسردگی را خشمی که به درون برگشته است، توصیف کرد. این خشم بعد از فقدان موضوع، برانگیخته می‌شود. این فقدان می‌تواند واقعی یا خیالی باشد. موضوع، به معنی هر چیزی است که فرد از لحاظ هیجانی به آن وابسته است (۲). نظریه‌های شناختی، افکار خودکار منفی (negative automatic thoughts) و دید منفی نسبت به خود، دنیا و آینده را دلیل افسردگی، دوام و عود آن می‌دانند (۳). مثلث شناختی (cognitive triads) به محتوی افکار مربوط می‌شود. در افسردگی، محتوی افکار اغلب منفی است و در مورد مثلث خود، دنیا و آینده می‌باشد (۴). بررسی‌های جدیدتر تخریب افکار مثبت را نیز به عنوان ویژگی افسردگی مطرح کرده‌اند (۵). این کاستی‌های شناختی از همایندهای افسردگی به شمار رفته و در بسیاری از پژوهش‌ها برای بررسی اثربخشی درمان، کاهش آنها به عنوان معیار و ملاک قرار می‌گیرد. با این حال، پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند افراد افسرده، بیشتر درگیر خاطرات ناگوار گذشته هستند تا رویداد ناخوشایندی که به تازگی اتفاق افتاده است. افرادی که در شش ماه گذشته با رویداد ناخوشایندی روبه‌رو شده‌اند که به نظر می‌رسد عامل افسردگی آنان می‌باشد، بیشتر از آنکه به رویداد مذکور فکر کنند، درگیر رویدادهای ناگواری هستند که در گذشته‌ی دورتری اتفاق افتاده است (۶).

*نویسنده مسؤول مکاتبات: **زهرا ولی تبار**؛ دانشگاه علامه طباطبایی، تلفن همراه: ۰۹۱۹۴۶۹۲۰۰۹؛ **پست الکترونیک:** valitabar.zahra@gmail.com

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

خاطرات مربوط به رویدادهای هیجانی بـه خـوبی در حافظـه ذخیره می‌شوند. حافظه برای محرک‌های هیجانی برانگیزاننده، مانند تصاویر خشونت‌آمیز، بهتر از حافظه برای محـرک خنثـی می‌باشد (۷). در افراد سالم، آمیگدال مسـؤول تقویـت حافظـه برای اتفاقات هیجانی از طریق تسـهیل فراینـدهای حافظـه در دیگر مناطق مغـز مـی‌باشـد (۸ و ۹). یـادآوری خـاطرات، هـم می‌تواند فرد را غمگین کند، هم خلق را بهبود بخشد، تا جـایی که بسیاری از افراد از یادآوری خاطرات مثبت برای بهبود خلق خود استفاده می‌کنند و این راهبرد از فـرد در برابـر افسـردگی دفاع می‌کند (۱۰). خاطرات ناخوشایند گذشـته، مخصوصـاً در مورد افرادی که یـک دوره‌ی افسـردگی داشـته‌انـد (خـاطرات مربوط به دوره‌ی قبلی)، می‌تواند فـرد را در یـک دور باطـل از تداعی‌های منفی گرفتار کند. ایـن خـاطرات گـاهی اوقـات بـه صورت غیر ارادی بازیابی می‌شوند که به آن خاطرات فرورونده (intrusive memories) گفته می‌شود (۱۱).

خاطرات فرورونده، رفتارهای اجتنابی فرد را برای رها شدن از هیجان منفی همراه با آن، فرا می‌خواننـد کـه در نتیجـه‌ی آن، دفعـات وقـوع و شـدت پریشـان‌کننـده بـودن آن را افـزایش می‌دهند و یا از نشخوار کردن استفاده مـی‌کننـد، کـه هـم بـا افسردگی و هم با پریشانی ناشی از بازیابی خاطرات فرورونـده، همبستگی مثبت دارد. همچنین طبق نتایج پژوهش‌ها، ارزیابی منفی از خاطرات فرورونده، با شـدت پریشـان‌کننـدگی آنهـا و افسردگی، همبستگی مثبت دارد (۱۲ و ۱۳).

یادگیری راهبردهای مناسب برای مقابله با ایـن بازیـابی‌هـای غیر ارادی می‌تواند به درمـان افسـردگی و یـا پـیش‌گیـری آن کمک کند. روش‌هایی که افراد برای تنظیم هیجان خود به کار می‌برند، نتایج متفاوتی در بـر داشـته (۱۴) و البتـه فـرد بـرای سازگاری نیاز دارد در موقعیت‌های مختلف بـه انـدازه‌ی کـافی انعطاف‌پذیر باشدکه بتواند راهبرد مناسب را انتخاب کند (۱۵). چنین مهارتی نیاز به آموزش و یادگیری دارد.

بررسی‌های آزمایشگاهی نشان می‌دهد افـراد افسـرده‌ای کـه بهبود یافته‌اند، در استفاده‌ی اختیاری از راهبردهای مقابلـه‌ای، از راهبردهای ناسازگارانه مانند سرکوبی استفاده می‌کننـد، امـا وقتی به آنها گفته می‌شود که از چه راهبردی اسـتفاده کننـد، تفاوتی بین آنها و گروه کنترل وجـود نـدارد (۱۶). ایـن نتـایج نشان می‌دهد که بـا آمـوزش مـی‌تـوان تـأثیر تنظـیم هیجـان ناکارآمد را کاهش داد. به همـین علـت اسـت کـه برنامـه‌هـای آموزشی مختلفی برای همه‌ی گروه‌های سنی برای رسیدن بـه این هدف طراحی شده و بررسـی‌هـا، اثربخشـی آنهـا را تأییـد کرده‌اند (۲۲-۱۷).

با وجود تأکید فراوان پژوهش‌های رفتاری و آزمایشـگاهی در نقـش بازیـابی خـاطرات ناخوشـایند گذشـته و تـأثیر آن بـر افسردگی، برنامه‌ای آموزشی با تمرکـز بـر « بازیـابی خـاطرات ناخوشایند، تفسیرهای فرد از این بازیابی‌ها و راه‌هـای مقابلـه‌ی فرد با این بازیابی‌هـا » در محـدوده‌ی جسـتجوهای پژوهشـگر یافت نشد. در پژوهش حاضر، برنامه‌ای آموزشـی بـا تمرکـز بـر حافظه‌ی هیجانی گسترش یافت و اثـر بخشـی آن بـر کـاهش افسردگی، مورد بررسی قرار گرفت. منظور از مدیریت حافظه‌ی هیجانی، آگاهی نسبت به تأثیر اطلاعات هیجانی ذخیـره شـده در حافظه و استفاده از راهبردهایی به منظور کنترل و مدیریت آن است. این راهبردها شـامل کنتـرل توجـه، ارزیـابی مجـدد شناختی، روش‌های مناسب کنار آمدن بـا خـاطرات فرورونـده، بازسازی ذهنی و مدیریت حافظه‌ی هیجانی در روابط می‌باشد.

مواد و روشها

کلیه زنان بین ۲۵ تا ۳۵ سال که از کـلاس‌هـای آموزشـی و هنری فرهنگسرای معرفـت واقـع در شـهران (منطقـه ۵ شـهر تهران) استفاده می‌کنند، جامعه‌ی پـژوهش را تشـکیل دادنـد. ملاکهای ورود به پژوهش شـامل محـدوده‌ی سـنی ۲۵ تـا ۳۵ سال، نمره‌ی افسردگی بک بین ۱۰ تا ۱۸ و داشتن حداقل یک خاطره‌ی فرورنده در طول هفتـه‌ی گذشـته بـود. در مرحلـه‌ی اول، از طریق نمونه‌گیری در دسترس، پرسشنامه‌ها در اختیـار افراد قرار گرفت. از بین ۱۱۲ پرسشـنامه‌ی تکمیـل شـده، ۲۸ نفر ملاک‌های ورود به پژوهش را دارا بودند. از آنهـا دعـوت بـه همکاری شد که ۲۴ نفر با شرکت در پژوهش موافقـت کردنـد. در مرحله‌ی دوم، این ۲۴ نفـر بـه طـور تصـادفی در دو گـروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند.

ابزارهای اندازه‌گیری شامل موارد زیر بود:

۱. پرسشنامه‌ی افسـردگی بـک (ویـرایش دوم)- BDI (Beck depression inventory-second edition): ایـن پرسشنامه در سال ۱۹۹۶ توسط بک، استیر و برون تهیه شد و هدف از آن ارزیابی شدت نشانه‌های افسردگی مـی‌باشـد. ایـن پرسشنامه، برای جمعیت سـنی ۱۳ سـال بـه بـالا قابـل اجـرا می‌باشد. این آزمون، یک مقیاس خود گزارشـی ۲۱ مـاده‌ای از نشانه‌های افسردگی اسـت (۲۳) و دارای ۴ نمـره بـرش اسـت. نمره‌ی کمتر از ۱۰، نشانه‌ی فقدان افسردگی یا کمتـرین حـد افسردگی است؛ از ۱۰ تا ۱۸ نشان دهنده‌ی افسـردگی خفیـف تا متوسط؛ از ۱۹ تا ۲۹ افسردگی متوسط تا شـدید و از ۳۰ تـا ۶۳ نشانه‌ی افسـردگی شـدید اسـت (۲۴). ضـریب آلفـا بـرای همسانی درونی برای یـک نمونـه از بیمـاران سـرپایی ۰/۹۲ و

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

برای دانشجویان ۰/۹۳ و مقدار پایایی بازآزمایی بر روی یک نمونه‌ی ۲۶ نفره از بیماران سرپایی که در فاصله‌ی یک هفته پرسشنامه را پر کردند، ۰/۹۳ بدست آمده است (۲۳). با اجرای این پرسشنامه روی یک نمونه‌ی ایرانی، ضریب آلفا برای همسانی درونی ۰/۷۸ و ضریب پایایی بازآزمایی ۸۶/ ۰با سطح معناداری ۰/۰۰۱ به دست آمد (۲۵).

۲. پرسشنامه‌ی مثلث شناختی (CTI): این پرسشنامه، توسط بکهام، لبر، واتکینز، بایر و کوک، در سال ۱۹۸۶ تهیه شده است. هدف از آن، ارزیابی ویژگی‌های مثلث شناختی بر اساس مدل شناختی می‌باشد که توسط بک، راش، شاو و امری درسال ۱۹۷۹ ارایه گردیده است (۲۳). این پرسشنامه، دارای ۳۶ سؤال و سه خرده مقیاس برای سنجش نگرش منفی فرد نسبت به خود، دنیا و آینده می‌باشد (۲۴). این پرسشنامه از ثبات درونی خوبی با آلفای ۰/۹۱ برای نگرش نسبت به خود، ۸۱/ ۰برای نگرش نسبت به جهان و ۰/۹۳ برای نگرش نسبت به آینده برخوردار است (۲۶). کیمیایی و گرجیان، این آزمون را روی یک نمونه‌ی ۴۱۲ نفری از دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد (۱۵۷ نفر مرد و ۲۵۵ نفر زن) اجرا کردند و ضریب پایای آلفای کرونباخ آن را برای کل مقیاس، ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس‌های نگرش نسبت به خود ۰/۸۰، نگرش نسبت به دنیا ۰/۷۳ و نگرش نسبت به آینده، ۰/۸۱ به دست آوردند (۲۷).

۳. پرسشنامه‌ی افکار خودآیند (ATQ): این پرسشنامه، توسط هالان و کندال در سال ۱۹۸۰ ساخته شد و شامل ۳۰ عبارت برای ارزیابی فراوانی اظهارات منفی خودکار در مورد خود، به کار می‌رود. این اظهارنظرهای منفی ناآشکار، نقش مهمی در ایجاد، دوام و درمان آسیب‌های روان‌شناختی مختلف، از جمله افسردگی، ایفا می‌کند. این آزمون، ۴ جنبه از افکار خودآیند شامل ناسازگاری شخصی و تمایل به تغییر (PMDC: personal maladjustment and desire for change)، خودپنداشت منفی و انتظارات منفی (NSNE: negative self-concepts and negative expectations)، اعتماد به نفس پایین (LSE: low self-esteem) و ناامیدی (helplessness) را می‌سنجد. این پرسشنامه به خصوص از آن جهت ارزشمند است که برای سنجش تغییر شناخت‌های مربوط به مداخله‌های بالینی، طراحی شده است (۲۸). این پرسشنامه روی نمونه‌ای مرکب از ۳۱۲ دانشجوی دانشگاه، هنجار شده است. میانگین سنی این نمونه، ۲۰ تا ۲۲ سال با انحراف معیار ۴/۳۴ سال بوده است. این نمونه از آزمودنی‌ها، به صورت افسرده یا غیر افسرده، بر اساس نمرات پرسشنامه‌ی افسردگی بک و MMPI طبقه‌بندی شده بودند. نمره‌ی میانگین پرسشنامه‌ی افکار خودآیند در نمونه‌ی افسرده، ۷۹/۶۴ با انحراف معیار ۲۲/۲۹ بود. نمره‌ی میانگین در نمونه‌ی غیر افسرده، ۵۷/۴۸ با انحراف معیار ۱۰/۸۹ بود (۲۸). کیمیایی، آزمون ATQ را به فارسی ترجمه کرده و روایی صوری آن، مورد تأیید صاحب‌نظران حوزه‌ی روان‌شناسی و مشاوره قرار گرفت. سپس آن را روی ۳۰ دانشجوی سال دوم رشته‌ی روان‌شناسی متشکل از ۱۳ پسر و ۱۷ دختر با میانگین سنی ۲۱/۲ سال اجرا کرد. نتایج نشان داد که ATQ از ثبات درونی بسیار خوبی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ برخوردار بوده و دارای انحراف استاندارد ۱۱/۶۷ با میانگین ۴۶/۲۸ می‌باشد (۲۹).

۴. پرسشنامه‌ی پاسخ به فرورونده‌ها (RIQ: Response to Intrusions Questionnaire): این پرسشنامه در سال ۱۹۹۹ توسط Clohessy و Ehler ساخته شد. این پرسشنامه، یک مقیاس خود گزارش‌دهی است که ۱) فراوانی خاطرات فرورونده، ۲) پریشانی همراه با آن، ۳) معنای نسبت داده شده به خاطرات فرورونده و ۴) گستره‌ای که در آن افراد از راهبردهای تجزیه، نشخوار کردن و سرکوبی برای کنترل خاطراتشان استفاده می‌کنند را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (۳۰). برای ارزیابی فراوانی خاطرات فرورونده در طول هفته گذشته، به عنوان یکی از ملاک‌های ورود به آزمایش، از این پرسشنامه استفاده شده است. ثبات درونی برای سؤال‌های تفسیر منفی α=۰/۸۴، برای سؤال‌های نشخوار ذهنی α=۰/۵۹، برای سؤال‌های سرکوبی بدون در نظر گرفتن سؤال مربوط به نوشیدن الکل و سیگار کشیدن α=۰/۷۹ و برای سؤال تجزیه کردن، α=۰/۶۶ به دست آمده است (۳۰). این پرسشنامه، توسط پژوهشگر ترجمه و روایی صوری آن در اجرای آزمایشی مورد بررسی قرار گرفت که در نتیجه، شیوه‌ی بیان برخی سؤالات بدون تغییر محتوا، برای فهم بهتر آن، تغییر یافت و در اجرای آزمایشی روایی صوری آن تأیید شد. روایی محتوای آن نیز توسط چند از صاحب‌نظران رشته‌ی روانشناسی تأیید شده است.

برنامه‌ی آموزشی مدیریت حافظه‌ی هیجانی (EMMP: Emotional Memory Management Program): با استفاده از پژوهش‌های رفتاری و آزمایشگاهی در زمینه‌ی ارتباط بین حافظه‌ی هیجانی و افسردگی، برنامه‌ای آموزشی (جدول۱) با هدف آگاهی نسبت به اثرات ضمنی حافظه‌ی هیجانی بر خلق، تداخل آن با فعالیت روزمره، تأثیر خاطرات فرورونده و روش‌های سازگار و ناسازگار مقابله با پریشانی ناشی از بازیابی آنها بر خلق فرد، اثرات ضمنی خاطرات نا خوشایند

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

جدول ۱. برنامه‌ی آموزشی مدیریت حافظه‌ی هیجانی

موضوع جلسه	اهداف
معرفی	• آشنایی با تأثیر ضمنی حافظه‌ی هیجانی • معرفی برنامه آموزشی و فرایند اجرای آن • پردازش عمیق‌تر خاطرات هیجانی مثبت • خلق یک تصویر ذهنی آرامش‌بخش
آگاهی هیجانی	• تعریف هیجان • معرفی هیجان به عنوان یک پیام • آشنایی با هیجان‌های اصلی • آشنایی با تأثیر ارزیابی موقعیت بر هیجان • تشخیص تفاوت بین درک هیجان و واکنش به آن • توانایی تشخیص نشانه‌های فیزیکی هیجان (زبان بدنی)
تشخیص هیجان	• توانایی تشخیص هیجان‌ها در خود و دیگران • توانایی تشخیص هیجان‌های اولیه و ثانویه
تنظیم هیجان	• درک ضرورت به کارگیری مهارت‌های تنظیم هیجان • یادگیری مهارت‌های تنظیم هیجان
خاطرات آزاردهنده در حافظه‌ی هیجانی	• درک تأثیر ضمنی خاطرات آزاردهنده‌ی گذشته و نحوه فراخوانی آنها • آگاهی نسبت به تداخل تصاویر فرورونده در فعالیت جاری و واکنش فرد برای کنار آمدن با آنها • به چالش کشیدن عقاید منفی در مورد تصاویر فرورونده
روش‌های کنارآمدن با تصاویر فرورونده	• بررسی روش‌های سازگار و ناسازگار کنار آمدن با تصاویر فرورونده
تغییر تصاویر آزاردهنده در حافظه‌ی هیجانی	• ارزیابی دوباره تصاویر آزاردهنده • تغییر تصاویر آزاردهنده با استفاده از تصویرسازی خلاق
مدیریت حافظه‌ی هیجانی در روابط	• توانایی تشخیص موقعیت‌هایی که فرد تحت تأثیر ضمنی حافظه‌ی هیجانی رفتاری نامتناسب دارد (هیجان مشاهده شده نامتناسب است، حرفهای بی‌ربط و ...). • بررسی عکس‌العمل‌های مناسب در چنین موقعیت‌هایی
بررسی تغییرات	• بررسی نتایج از طریق بازخوردهای افراد • ترغیب افراد به ادامه انجام تکالیف

گذشته بر روابط بین‌فردی و آموزش راهبردهایی برای مدیریت تأثیرات ضمنی حافظه‌ی هیجانی و روش‌هایی جهت بازسازی خاطرات ناخوشایند، به طوری که کمتر برای فرد آزار دهنده باشد، تهیه و تنظیم گردید.

در این برنامه، از فعالیت‌های مختلفی برای درون‌سازی مفاهیم استفاده شده است که به عنوان نمونه می توان به موارد ذیل اشاره کرد:

الف) تماشای فیلم.

ب) تقلید جلوه‌های هیجانی چهره‌ای.

ج) تمرین سیب خوردن (برای یادگیری توجه بر تجربه‌ی مثبت جاری و پردازش عمیق‌تر آن).

د) تمرین تکمیل پازل: در ابتدا شرکت کننده ها تصاویری از جنگ جهانی دوم را تماشا می‌کنند، سپس پازلی را تکمیل می‌کنند که تعدادی از قطعات آن تداعی‌کننده صحنه‌هایی از فیلم می‌باشد. پژوهشگر از این تجربه و نحوه‌ی برخورد افراد با این قطعات اضافی برای توضیح مفهوم خاطرات فرورونده و مکانیسم‌های مقابله با آن استفاده می‌کند.

ه) برای آگاهی از تأثیرات خاطرات ناخوشایند گذشته در روابط بین فردی، صحنه‌هایی از بحث‌های زن و شوهری که علت آنها، نه رویداد جاری، بلکه دلخوری‌های گذشته است، نمایش

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

داده‌ها می‌شود و افراد سعی می‌کنند نشانه‌های تأثیر ضمنی حافظه‌ی هیجانی را شناسایی کنند.

برنامه‌ی آموزشی در مرحله‌ی اول، به طور آزمایشی برای دریافت پسخوراند اجرا شد. دلیل اجرای آزمایشی، اصلاح و تکمیل برنامه بود. سپس، برنامه‌ی آموزشی توسط چند تن از استادان روانشناسی و علوم تربیتی مورد بررسی قرار گرفت و روایی محتوی آن تأیید شد.

طرح پژوهشی حاضر، از نوع نیمه آزمایشی (پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل) می‌باشد. آزمودنی‌های گروه آزمایش هفته‌ای دوبار به مدت ۹ جلسه، در جلسات آموزشی شرکت کردند. به گروه کنترل هیچ آموزشی داده نشد. قبل و بعد از اجرای پژوهش، هر دو گروه به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند و بعد از دوره‌ی پیگیری یک ماهه، گروه آزمایشی بار دیگر به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. با توجه به ملاحظات اخلاقی، شرح جلسات به گونه‌ای که قابلیت خودآموزی داشته باشد، در اختیار آزمودنی‌های گروه کنترل قرار گرفت.

برای توصیف داده‌ها از میانگین و انحراف استاندارد و برای آزمون معناداری میانگین‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و در دوره‌ی پیگیری از تحلیل کوواریانس، با در نظر گرفتن پیش‌فرض‌های آن (نرمال بودن توزیع، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب رگرسیون) و آزمون t استفاده شد. $P<۰/۰۵$ سطح معنی‌داری اختلاف ها در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین نمرات افسردگی، افکار خودآیند منفی و مثلث شناختی در گروه آزمایشی در پس‌آزمون کاهش داشته است (جدول ۲).

بر اساس تحلیل کوواریانس، با توجه به $P<۰/۰۵$ در تمام موارد، می‌توان گفت برنامه‌ی آموزشی بر کاهش افسردگی، افکار خودآیند منفی و مثلث شناختی، اثرگذار بوده است (جدول ۳).

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرها در گروه آزمایشی و کنترل.

گروه	آزمون	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش (افسردگی)	پیش آزمون	۱۴/۱۶	۲/۲۸
	پس‌آزمون	۹/۳۳	۲/۳۸
	پیگیری	۱۰/۳۳	۲/۱۸
کنترل (افسردگی)	پیش‌آزمون	۱۳/۲۵	۲/۹۲
	پس‌آزمون	۱۱/۶۶	۲/۹۰
	پیگیری	۱۱/۰۰	۳/۳۳
آزمایش (افکار خودآیند منفی)	پیش آزمون	۵۹/۹۱	۵/۱۹
	پس‌آزمون	۵۳/۸۳	۴/۵۲
	پیگیری	۵۶/۲۵	۳/۵۱
کنترل (افکار خودآیند منفی)	پیش‌آزمون	۵۹/۵۸	۵/۱۸
	پس‌آزمون	۵۷/۷۵	۴/۹۳
	پیگیری	۵۹/۴۱	۵/۵۰
آزمایش (مثلث شناختی)	پیش آزمون	۵۲/۲۵	۵/۲۵
	پس‌آزمون	۴۸/۰۰	۵/۵۱
	پیگیری	۴۹/۴۱	۵/۹۷
کنترل (مثلث شناختی)	پیش‌آزمون	۵۰/۷۵	۶/۱۵
	پس‌آزمون	۵۴/۲۵	۵/۵۷
	پیگیری	۴۹/۶۶	۵/۳۳

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

جدول ۳. تحلیل کوواریانس متغیرها.

تحلیل کوواریانس		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
افسردگی	شرایط آزمایشی	۴۰/۹۴	۱	۴۰/۹۴	۶/۲۹	۰/۰۲
	خطا	۱۳۶/۶۱	۲۱	۶/۵۰		
افکار خودآیند منفی	شرایط آزمایشی	۹۳/۰۸	۱	۹۳/۰۸	۴/۳۲	۰/۰۵
	خطا	۴۵۱/۶۱	۲۱	۲۱/۵۰		
مثلث شناختی	شرایط آزمایشی	۲۵۹/۰۹	۱	۲۵۹/۰۹	۸/۶۴	۰/۰۰۸
	خطا	۶۲۹/۳۸	۲۱	۲۹/۹۷		

در گروه تجربی، اختلاف میانگین پس‌آزمون و دوره‌ی پی‌گیری برای افسردگی (P=۰/۸۹)، افکار خودآیند منفی (P=۰/۲۱) و مثلث شناختی (P=۰/۰۶)، معنی‌دار نبود. بنابراین می‌توان گفت تأثیر برنامه‌ی آموزشی پایدار بوده است. در گروه گواه نیز اختلاف میانگین پس‌آزمون و دوره‌ی پی‌گیری برای افسردگی (P=۰/۶۳)، افکار خودآیند منفی (P=۰/۴۵) و مثلث شناختی (P=۰/۰۶) معنی‌دار نبود (جدول۲).

بحث

یافته‌های آماری، اثربخشی برنامه‌ی آموزشی مدیریت حافظه‌ی هیجانی بر کاهش افسردگی را تأیید می‌کند. در برنامه‌ی آموزشی مدیریت حافظه‌ی هیجانی، عوامل ایجادکننده‌ی حالت افسردگی مطرح می‌شود. افراد نسبت به تأثیرات متقابل این عوامل و دور باطلی که می‌توانند آنها را در یک خلق منفی گرفتار کند، آگاهی پیدا می‌کنند. این آگاهی در شناسایی نقاط قابل کنترل و مسیرهایی که با قطع آنها می‌توان از یک دور باطل جلوگیری کرد، کمک می‌کند. مدیریت به معنی رسیدگی کردن و کنترل است. آگاهی، به فرد، امکان بررسی مناسب شرایط را می‌دهد.

از ویژگی‌های افراد افسرده، سوگیری آنها در به یادآوری خاطرات منفی است (۳). البته پژوهش‌های بیشتر نشان داده است که تفاوتی بین افراد افسرده و افراد عادی در به یادآوری خاطرات منفی وجود ندارد و این تفاوت تنها در بازیابی موارد مثبت تأیید شده است (۵). پژوهش‌های آزمایشگاهی نیز افزایش فعالیت مناطق پیش‌پیشانی در افراد افسرده به هنگام بازیابی تصاویر مثبت را نشان می‌دهند (۳۱). به این معنی که افراد افسرده به تلاش عمدی بیشتری برای یادآوری موارد مثبت نیاز دارند. پردازش عمیق‌تر، بازیابی آسان‌تر را پیش‌بینی می‌کند. اگر اطلاعات به اندازه‌ی کافی پردازش شوند، احتمال بازیابی آنها بیشتر می‌شود. در EMMP، افراد می‌آموزند که به رویدادهای مثبت توجه بیشتری نشان دهند و ترغیب می‌شوند تا خاطرات مثبت خود را با جزئیات بیشتری یادآوری کنند. به طور مثال در تمرین سیب خوردن می‌آموزند چطور می‌توان با توجه کافی به رویدادهای خوشایند از آنها لذت برد. با خلق یک تصویر ذهنی آرامش‌بخش و تداعی آن با آرام‌سازی فیزیکی، تصاویر مثبتی را در ذهن ذخیره می‌کنند که به هنگام مواجهه با تصاویر ناخوشایند می‌توانند آن را جایگزین کنند.

ناکارآمدی راهبردهای تنظیم هیجانی یکی دیگر از عوامل آسیب‌شناسی افسردگی است. این راهبردها، فراوانی، شدت و مدت هیجان‌های منفی به ویژه غم را افزایش داده و هیجان‌های مثبت مانند علاقه و لذت را کاهش می‌دهند (۳۲). قبل از اینکه راهبردهای تنظیم هیجان آموزش داده شود، نیاز به افزایش آگاهی هیجانی است. علاوه بر این آگاهی هیجانی به خودی خود در کاهش افسردگی مؤثر است (۳۳).

افرادی که در مورد هیجان‌های خود آگاهی دارند، در حل مشکلات هیجانی مهارت بیشتری دارند، و در مقایسه با افرادی که این مهارت در آنها کمتر است، سلامت هیجانی بیشتری را تجربه می‌کنند. علاوه بر این افرادی که به آسانی یک هیجان به خصوص را در طول موقعیت‌های استرس‌زا تشخیص می‌دهند، زمان کمتری را صرف واکنش‌های هیجانی خود می‌کنند، به این معنی که منابع شناختی خود را کمتر به واکنش هیجانی اختصاص می‌دهند که در نتیجه، امکان بیشتری برای بررسی واکنش‌های جایگزین دارند، به این ترتیب که افکار خود را متوجه تکالیف دیگر کرده و بیشتر از راهبردهای کنار آمدن سازگارانه استفاده می‌کنند (۳۴).

هیجان‌ها درEMMP به عنوان بازخوردی از شرایط درونی و

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

بیرونی تعریف می‌شوند که فرد می‌تواند با استفاده از آن نیازهای خود را برطرف سازد و سازگاری مناسب با محیط را حفظ کند. البته هیجان‌های ثانویه، ناسازگار بوده و اطلاعات مفیدی برای هدایت رفتار فراهم نمی‌کنند (۶).

هیجان‌های ثانویه در افسردگی، پاسخ‌هایی هستند که نسبت به دیگر فرایندهای درونی اولیه، ثانویه به حساب می‌آیند و ممکن است حمایت‌هایی (دفاع‌هایی) در برابر آنها باشند، مانند احساس نا امیدی به هنگام مواجهه با یک مانع و احساس خشم به هنگام فقدان. اغلب نشانه‌های افسردگی مانند ناامیدی، درماندگی و احساس بیچارگی، از هیجان‌های ثانویه هستند (۶). وقتی فرد نمی‌داند در حال تجربه‌ی چه هیجانی است، نمی‌تواند پاسخ درستی نشان بدهد. گاهی اوقات ناتوانی در ابراز خشم، احساس درماندگی و به تبع آن غمگینی و ناامیدی را ایجاد می‌کند که از ویژگی‌های اصلی افسردگی است (۶).

درEMMP برای افزایش آگاهی هیجانی، از فرم‌هایی استفاده می‌شود که در آنها هیجان‌ها، پیام آنها، نشانه‌های بدنی آنها، رویدادهای درونی و بیرونی ایجاد کننده و خاطراتی که به هنگام تجربه‌ی آن هیجان‌ها یادآوری می‌شوند، توضیح داده می‌شود. این فرم‌ها به آگاهی فرد به هنگام تجربه‌ی هیجان و واکنش مناسب نسبت به آن کمک می‌کنند. علاوه بر این فرد از طریق جلوه‌های هیجانی چهره می‌تواند تشخیص دهد که دیگران در حال تجربه‌ی چه هیجانی هستند و واکنش مناسب نشان دهد. تشخیص هیجان‌های دیگران یکی از عوامل تأثیرگذار در کیفیت روابط بین‌فردی است. درEMMP، برای آموزش تشخیص جلوه‌های هیجانی از فیلم و کارت‌های هیجان استفاده می‌شود.

همان‌طور که گفته شد راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجان با افسردگی همبستگی مثبت دارد (۳۲). در EMMP، مهارت‌های مناسب در چند مرحله آموزش داده می‌شود. از آنجایی که بسیاری از افسردگی‌ها یا خستگی‌های روانی می‌تواند منشأ فیزیکی داشته باشد، در سطح اول عوامل مرتبط با سلامت عمومی مانند تغذیه، ورزش و خواب مناسب مطرح می‌شود.

افراد در EMMP ترغیب می‌شوند تا علاقه‌های خود را شناسایی کرده و برای دستیابی به آنها برنامه‌ریزی کنند. از آنجا که هیجان، حاصل ارزیابی از شرایط درونی و بیرونی است (۳۵)، افراد در مورد تأثیر ارزیابی‌های نادرست بر حالت خلقی بحث می‌کنند و می‌آموزند چگونه با ارزیابی مجدد و دقیق‌تر شرایط، می‌توان از هیجان‌های منفی بی‌دلیل جلوگیری کرد.

همچنین درEMMP افراد می‌آموزند چگونه با استفاده از عملکرد مخالف، می‌توانند با حالت‌های روحی ناخوشایند مبارزه کنند. وقتی احساس غمگینی می‌کنید، بخندید و هنگامی که احساس کسالت می‌کنید، کار جدیدی شروع کنید.

سبک‌های اسنادی ناسازگارانه یکی دیگر از عوامل آسیب‌شناسی افسردگی است. نسبت دادن رویدادها به عوامل درونی، پایدار و کلی با نشانه‌های افسردگی همبستگی دارد (۳۶). در EMMP افراد از طریق دو سؤال پرسشنامه‌ی سبک‌های اسنادی سلیگمن، با مفهوم اسناد آشنا شده و نسبت به رابطه‌ی بین سبک‌های اسنادی و هیجان تجربه شده‌ی بعدی، آگاهی پیدا می‌کنند. سپس می‌آموزند چگونه یک علت‌یابی نادرست و ناکارآمد می‌تواند آنها را درگیر یک خلق منفی کند.

خاطرات بیش‌کلی (Over generalized memories) با افسردگی، همبستگی مثبت دارد (۳۷). افرادی که خاطرات شرح‌حالی بیش‌کلی را تجربه می‌کنند، کمتر احتمال دارد از هیجان منفی همراه با یک رویداد منفی رهایی یابند، چون کمتر در معرض مواجهه با آن رویداد از طریق خاطرات اختصاصی قرار می‌گیرند (۳۸). هر روشی که بازیابی حافظه‌های شرح‌حالی اختصاصی را افزایش دهد، می‌تواند به بهبود خلق منفی در افراد افسرده کمک کند. در EMMP، از طریق مواجهه‌ی ذهنی و تمرین یادآوری دقیق خاطرات و ثبت آنها، بازیابی خاطرات شرح‌حالی اختصاصی افزایش می‌یابد. همچنین، تکنیک‌های بازسازی ذهنی با تسهیل پردازش خاطرات فرورونده از طریق مواجهه‌ی ذهنی طولانی به کاهش فراوانی وقوع خاطره‌های فرورونده کمک می‌کند (۳۰).

در واقع مکانیسم اثرگذاری این روش‌ها در کاهش خاطرات فرورونده و کاهش خاطرات شرح‌حالی بیش‌کلی، به توانایی آنها در انتقال اطلاعات از سیستم حافظه‌ای با دسترسی موقعیتی به سیستم حافظه‌ای با دسترسی کلامی، مربوط می‌شود.

بسیاری از نظریه‌ها، ارضا کننده نبودن روابط بین فردی را دلیل اصلی افسردگی می‌دانند (۳۹). تا جایی که به پژوهش حاضر مربوط می‌شود، یکی از دلایل این نابسامانی در روابط بین‌فردی، می‌تواند تأثیرات تجربیات ناخوشایند قبلی باشد. گاهی مسایل حل‌نشده‌ی قبلی می‌تواند یک گفتگوی ساده را تبدیل به یک بحث طولانی کند. این تأثیرات، قابل شناسایی است. به طور مثال وقتی که هیجان فرد متناسب با موقعیت نیست، یا زمانی که فرد طوری رفتار می‌کند که بی‌ربط به نظر می‌آید، می‌تواند ناشی از فراخوانی هیجانات مربوط به

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

رویدادهای گذشته باشد. در EMMP، با استفاده از تماشای فیلم و تحلیل روابط، تشخیص نشانه‌های ناشی از تأثیر ضمنی حافظه‌ی هیجانی، آموزش داده می‌شود و افراد در مورد عکس‌العمل مناسب در چنین شرایطی، بحث می‌کنند. همچنین می‌آموزند که نیاز است، مسایل حل نشده‌ی قبلی را شناسایی کنند. سپس با مهارت‌های حل مسأله آشنا می‌شوند.

یکی دیگر از دلایل اثرگذاری EMMP، اجرای آن به صورت گروهی است. آموزش گروهی به افراد این امکان را می‌دهد که انزوای همراه با افسردگی را از طریق حمایت یک شبکه‌ی اجتماعی کاهش دهند، از طریق بحث‌های گروهی عوامل مؤثر بر افسردگی را شناسایی کرده و راهکارهای مناسب برای مقابله با آن را بیاموزند.

همچنین مشاهدات پژوهشگر حاکی از این است که آزمودنی‌هایی که دارای انگیزه‌ی بیشتر بوده و تکالیف را به طور منظم‌تر و دقیق‌تر انجام می‌دادند، نتایج بهتری نیز می‌گرفتند. از آنجا که بار اصلی این آموزش بر دوش خود آزمودنی‌هاست و در واقع یک نوع اکتشاف درونی است، لذا واضح است که انگیزه‌ی آزمودنی تأثیر زیادی در نتایج دارد.

داده‌ها، اثربخشی EMMP بر کاهش افکار خودآیند منفی در افراد افسرده را تأیید کرده‌اند. افکار منفی خودکار، برداشت منفی، بدبینانه و بدون منطق درباره‌ی خود است که به صورت غیر عمدی و خارج از اراده‌ی فرد به ذهن خطور می‌کند. این افکار گذرا هستند و طول آنها فقط تا زمانی هست که فرد نسبت به آنها هوشیار است (۴). انحراف توجه به افراد کمک می‌کند از هیجان منفی ناشی از تمرکز بر روی این افکار گذرا رهایی یابند.

در EMMP، با یادداشت کردن افکار و هیجان‌های ناشی از آنها، علت خلق پایین و عوامل تداعی‌کننده‌ی آنها شناسایی می‌شود. در بسیاری از موارد، این علت همان ارزیابی‌ها و اعتقادات نادرست است که در جلسات EMMP به چالش کشیده می‌شود. البته در برخی از موارد هم شکست‌های پیاپی و عدم تسلط بر محیط عامل اصلی است. در EMMP، افراد ترغیب می‌شوند با قدم‌های کوچک به سمت اهداف حرکت کنند و موفقیت‌های جزئی را هم ببینند و از آنها به عنوان منبع هیجانی برای ایجاد انگیزه استفاده کنند.

اثر بخشی EMMP برکاهش نگرش منفی نسبت به خود، دنیا و آینده تأیید شده است. نگرش منفی، محتوی افکار خودکار منفی در مورد خود، دنیا و آینده است. فرد افسرده درباره‌ی خود، محیط اطراف و آینده‌اش برداشتی منفی و مشخص دارد. این بد بینی بر روحیه و انگیزه و روابط فرد تأثیر می‌گذارد (۴).

البته لازم است بار دیگر به این نکته اشاره شود که پژوهش‌های اخیر، سوگیری‌های منفی در افراد افسرده را تأیید نکرده است، بلکه آنها کاستی‌هایی در بازیابی موارد مثبت، نشان می‌دهند. لذا اصلاح نگرش منفی آنها نیاز به کمی خوش‌بینی دارد تا بتوانند نیمه‌ی پر لیوان را ببینند و نگرش‌های منفی ناکارآمد را برای داشتن احساسی بهتر، رها کنند. نمی‌توان همزمان به چیزی چسبید و به دنبال رها شدن از آن بود، بنابراین بهتر است جایگزین مثبتی برای آن بیابند.

در EMMP، با استفاده از شیوه‌های مختلف عقاید منفی ناسازگار به چالش کشیده می‌شود و افراد با استفاده از تکالیف مختلف، توجه بیشتر به موارد مثبت و بازیابی آنها را تمرین می‌کنند (تمرین سیب خوردن، بازیابی خاطره‌ی مثبت با جزئیات و ...).

بنابراین با یک آموزش ۹ جلسه‌ای می‌توان مهارت‌هایی را به افراد آموزش داد که به آنها کمک کند بر افسردگی خود چیره شوند. بازخورد آزمودنی‌ها حاکی از این بود که این آموزش توانسته است به آنها کمک کند، نسبت به هیجان‌های خود آگاهی پیدا کنند، تأثیر خاطرات گذشته را از مشکلات فعلی تشخیص دهند و بتوانند هیجان‌های ناشی از رویدادهای گذشته را، که در حافظه‌ی هیجانی آنها انبار شده است، رها کنند. تمام این مهارت‌ها در نهایت در سطح بالینی، آسیب‌پذیری فرد نسبت به افسردگی را کاهش می‌دهد و می‌تواند به عنوان عامل نگهدارنده برای پیش‌گیری از عود افسردگی به کار گرفته شود.

محدودیت‌های این پژوهش عبارت بودند از: ۱) عدم استفاده از نمونه‌گیری تصادفی و ناتوانی در تعمیم نتایج، ۲) در نظر نگرفتن اختلال‌های همایند با افسردگی مانند اضطراب و اختلالات شخصیت در آزمودنی‌ها، ۳) در نظر نگرفتن وضعیت سلامت جسمی آزمودنی‌ها، ۴) کنترل نکردن هوش، تحصیلات و طبقه‌ی اجتماعی- اقتصادی آزمودنی‌ها و ۵) در نظر نگرفتن وضعیت فرهنگی آزمودنی‌ها.

پیشنهادها:

۱) در جلسات تنظیم هیجان مباحثی در مورد انتخاب راهبرد مناسب برای تنظیم هیجان در موقعیت‌های مختلف اضافه شود (برای مطالعه در این زمینه مراجعه شود به منابع شماره ۱۵ و ۴۰ الی ۴۶).

۲) به دلیل روش نمونه‌گیری در دسترس، یافته‌های این پژوهش قابل تعمیم نیستند، و نیاز است که یافته‌ها در نمونه‌های بزرگتر که به صورت تصادفی انتخاب شده‌اند، تکرار

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

شوند.

۳) اجرای دوباره‌ی پژوهش با کنترل اختلال‌های همایند با افسردگی مانند اختلال‌های اضطرابی و اختلالات شخصیت.

۴) بررسی تأثیر برنامه‌ی آموزشی مدیریت حافظه‌ی هیجانی بر افزایش افکار خودکار مثبت.

۵) بررسی تأثیر برنامه‌ی آموزشی مدیریت حافظه‌ی هیجانی بر افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه.

۶) بررسی تأثیر برنامه‌ی آموزشی مدیریت حافظه‌ی هیجانی بر کاهش افسردگی متوسط تا شدید.

۷) بررسی تأثیر برنامه‌ی آموزشی مدیریت حافظه‌ی هیجانی بر بهبود روابط بین‌فردی.

۸) بررسی تأثیر برنامه‌ی آموزشی مدیریت حافظه‌ی هیجانی بر افزایش هوش هیجانی.

REFERENCES

1. Available at: http://oxforddictionaries.com/definition/english/depression?q=depressionAccessed 2013/25/03.

2. Beidel DC, Bulik CM, Stanley MA. Abnormal Psychology. 2nd ed. NJ: Pearson; 2011.

3. Beck AT. Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. New York: Hoeber; 1967.

4. Free ML. Cognitive Therapy in Groups: Guidelines and Resources for Practice. 2nd ed. John Wiley & Sons; 2007.

5. Zahmatkesh V, Zamani R. The relation of positive and negative automatic thoughts withdepression. Psychol Educ Sci 1386;3:21–40. (Full Text in Persian)

6. Greenberg LS, Watson JC. Emotion-focused therapy for depression. American Psychological Association; 2005.

7. Labar KS, Cabeza R. Cognitive neuroscience of emotional memory. Nat Rev Neurosci 2006;7:54–64.

8. McGaugh JL. The amygdala modulates the consolidation of memories of emotionally arousing experiences. Ann Rev Neurosci 2004;27:1–28.

9. Murty VP, Ritchey M, Adcock RA, LaBar KS. fMRI studies of successful emotional memory encoding: A quantitative metaanalysis. Neuropsychologia 2010;48(12):3459–69.

10. Joormann J, Siemer M. Memory accessibility, mood regulation, and dysphoria: Difficulties in repairing sad mood with happy memories? J Abnormal Psychol 2004;113:179–88.

11. Newby JM, Moulds ML. Negative intrusive memories in depression: the role of maladaptive appraisals and safety behaviours. J Affect Disord 2010;126(1–2):147–54.

12. Moulds ML, Kandris E, Williams AD, Lang TJ. The use of safety behaviours to manage intrusive memories in depression. Behav Res Ther 2008;46:573–80.

13. Newby JM, Moulds ML. Intrusive memories of negative events in depression: is the centrality of the event important? J Behav Ther Exp Psychiatry 2011;42(3):277–83.

14. English T, John OP. Understanding the social effects of emotion regulation: The mediating role of authenticity for individual differences in suppression. Emotion 2013;13(2):314–29.

15. Sheppes G, Scheibe S, Suri G, Radu P, Blechert J, Gross JJ. Emotion regulation choice: a conceptual framework and supporting evidence. J Exp Psychol Gen 2013. doi:10.1037/a0030831.

16. Ehring T, Tuschen-Caffier B, Schnülle J, Fischer S, Gross JJ. Emotion regulation and vulnerability to depression: spontaneous versus instructed use of emotion suppression and reappraisal. Emotion 2010;10(4):563–72.

17. Noorbala AA, Alipor AA, Shaghaghi F, Najimi A, AgahHeris M. The effect of emotional disclosure by writing on depression severity and defense mechanisms among depressed patients. Daneshvar 1390;18(93):1–11. (Full Text in Persian).

18. Salehi Fadardi J, Bagherinejad M. Rumination and depression: The effects of a depression attention control training program on reducing rumination and depression. Paper presented at the 27th International Congress of Applied Psychology, Melbourne Australia. 2010, July 11–16. Abstract retrieved march 16, 2013 from http://icap2010.eproceedings.com.au/icap2010.pdf.

19. Bemana S. The effect of pain rehabilitation program in reducing depression.World Appl Sci J 2013;21(5):774–7.

20. Yoo YS, Kang HY. Effects of a bereavement intervention program on depression and life satisfaction in middle aged widows in Korea. J Korean Acad Nurs 2006;36(8):1367–73.

21. Al Shobaki NH, Samawi FS. The effectiveness of a group training program in reducing depression and improving adjustment of the elderlies in Amman City. J Educ Pract 2013;4(5). ISSN 2222-288X (Online). Retrieved 2013/16/03 from www.iiste.org.

22. Shochet IM, Dadds MR, Holland D, Whitefield K, Harnett PH, Osgarby SM. The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. J Clin Child Adolesc Psychol 2001;30(3):303–15.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

23. Nezu AM, Ronan GF, Meadows EA, McClure KS. Practitioner's guide to empirically based measures of depression. New York: Kluwer Academic; 2002.

24. Greening L, Stoppelbein L, Dhossche D, Martin W. Psychometric evaluation of a measure of Beck's negative cognitive triad for youth: Applications for African-American and Caucasian adolescents. Depress Anxiety 2005; 21(4):161–9.

25. Sardoie GH. Introduction to the revised beck depression inventory standardization (dissertantion): Allameh Tabatabaie University; 1374. (Full Text in Persian).

26. Wong SS. The relations of cognitive triad, dysfunctional attitudes, automatic thoughts, and irrational beliefs with test anxiety. Curr Psychol 2008;27(3):177–91.

27. Kimiaee SA, Mahlabani HG. Validating of cognitive triad inventory in students of Ferdowsi University of Mashhad. Fundam Ment Health 2011;13(3):230–41.

28. Fischer J, Corcoran K. Measures for clinical practice. A Source Book. The Free Press United State; 1994.

29. Kimiaee SA, Shafiabadi A, Delavar A, Sahebi A.The comparison of effectiveness of Beck and Tisdale cognitive therapy and Yuga exercise in the treatment major depression. J Stud Educ Psychol 2005;7(2):87–113. (Full Text in Persian)

30. Starr S, Moulds ML. The role of negative interpretations of intrusive memories in depression. J Affect Disord 2006; 93(1–3):125–32.

31. Wingen GAV, Eijndhoven PV, Cremers HR, Tendolkar I, Verkes RJ, Buitelaar JK, et al. Neural state and trait bases of mood incongruent memory formation and retrieval in first-episode major depression. J Psychiatr Res 2010;44:527–34.

32. Gross JJ, Munos RF. Emotion regulation and mental health. Clin Psychol Sci Pract 1995;2(2):151–67.

33. Thompson RJ, Mata J, Jaeggi SM, Buschkuehl M, Jonides J, Gotlib IH. The role of attention to emotion in recovery from major depressive disorder. Depress Res Treat 2013. doi:10.1155/2013/540726. Epub 2013 Jun 18. Retrieved 2013/19/07 from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23853719.

34. Fernández-Berrocal P, Salovey P, Vera A, Extremera N, Ramos N. Cultural influences on the relation between perceived emotional intelligence and depression. Int Rev Soc Psychol 2005;18:91–107.

35. Scherer KR. Toward a dynamic theory of emotion: The component process model of affective states. Geneva Stud Emotion Commun 1987;1(1):1–98.

36. Peterson C, Seligman ME. Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. Psychol Rev 1984;91(3):347–74.

37. Williams JMG, Barnhofer T, Crane C, Hermans D, Raes F, Watkins E, et al. Autobiographical memory specificity and emotional disorder. Psychol Bull 2007;133:122–48.

38. Hermans D, de Decker A, de Peuter S, Raes F, Eelen P, Williams JMG. Autobiographical memory specificity and affect regulation: coping with a negative life event. Depress Anxiety 2008;25:787–92.

39. Zlotnick C, Kohn R, Keitner G, Della Grotta SA.The relationship between quality of interpersonal relationships and major depressive disorder: findings from the National Comorbidity Survey. J Affec Disord 2000;59(3):205–15.

40. Kashdan TB, Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. Clin Psychol Rev 2010;30: 865–78.

41. Sheppes G, Gross JJ. Is timing everything? Temporal considerations in emotion regulation. Pers Soc Psychol Rev 2011;15:319–31.

42. Sheppes G, Scheibe S, Suri G, Gross JJ. Emotion-regulation choice. Psychol Sci 2011;22:1391–6.

43. Sheppes G, Levin Z. Emotion regulation choice: selecting between cognitive regulationstrategies to control emotion. Front Hum Neurosci 2013;7:179. doi:10.3389/fnhum.2013.00179.

44. Sheppes G, Catran E, Meiran N. Reappraisal (but not distraction) is going to make you seat: physiological evidence for self control effort. Int J Psychophysiol 2009;71:91–6.

45. Wilson TD, Gilbert DT. Explaining away: a model of affective adaptation. Perspect Psychol Sci 2008;3:370–86.

46. Genet JJ, Siemer M. Rumination moderates the effects of daily events on negative mood: Results from a diary study. Emotion 2012;12(6):1329–39.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]