The Comparison of the Effect of Memory Specificity Training, Behavioral Activation Treatment, and Cognitive Behavioral Therapy on Treatment-Resistant Depression

Rezvan Sadr Mohammadi, Simin Gholamrezaie*, Ezatolah Ghadampour

Department of Psychology, Lorestan University, Khoram Abad, Iran

Article Info:

Received: **20 Jul 2019** ***Revised:*** **8 Sep 2019** ***Accepted*****: 15 Sep 2019**

ABSTRACT

Introduction: Treatment-resistant depression is a severe form of major depression that often fails with multiple treatments with standard antidepressants and has a poor long-term prognosis. The aim of this study was to compare the effect of memory specificity training, behavioral activation treatment, and cognitive behavioral therapy on treatment-resistant depression. ***Materials and Methods:*** This is a semi-experimental research with pre-test, post-test and follow-up with a control group. The participants are all patients with treatment-resistant depression in Rafsanjan, Iran. Sixty patients with treatment-resistant depression who referred to a psychiatrist and two psychologists in 2017 were selected. They were randomly divided into four groups of 15 persons; three experimental and one control groups. Data were collected by Beck depression, rumination and dysfunctional attitude questionnaire. ***Results:*** The results have shown a significant difference in the post-test depression of all three treatment groups compared to the control group. This difference was also evident in the follow-up phase. Furthermore, there was a significant difference in the rumination variable between the memory specificity training and behavioral activation in the post-test and follow-up stages. In addition, there was a significant difference in the attitude level between the memory specificity training and behavioral activation in the post-test phase and between the memory specificity training and cognitive-behavioral therapy and behavioral activation in the follow-up phase. ***Conclusion:*** According to the results, the use of psychotherapy, especially memory specificity training, is suggested as an effective psychological intervention in the management of treatment-resistant depression.

Key words:

1. Depression
2. Cognitive Behavioral Therapy
3. Psychotherapy

***Corresponding Author:** Simin Gholamrezaie

E-mail: *gholamrezaei_s@yahoo.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.29252/shefa.8.1.31]

مقایسهٔ اثربخشی آموزش اختصاصی‌سازی خاطرات، درمان فعالسازی رفتاری و درمان شناختی -رفتاری بر افسردگی مقاوم به درمان

رضوان صدرمحمدی، سیمین غلامرضایی*، عزت اله قدم پور

گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران

اطلاعات مقاله:

دریافت: ۲۹ تیر ۱۳۹۸ **اصلاحیه:** ۱۷ شهریور ۱۳۹۸ **پذیرش:** ۲۴ شهریور ۱۳۹۸

چـــــکیده

مقدمه: افسردگی مقاوم به درمان یک شکل شدید از افسردگی عمده است که اغلب در درمان‌های متعدد با استانداردهای داروهای ضد افسردگی شکست می‌خوردند و یک پیش‌آگهی نامطلوب درازمدت دارند. هدف از این مطالعه مقایسهٔ اثربخشی آموزش اختصاصی‌سازی خاطرات، درمان فعالسازی رفتاری و درمان شناختی -رفتاری بر افسردگی مقاوم به درمان بود. ***مواد و روش‌ها:*** این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون -پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل می‌باشد. شرکت‌کنندگان همهٔ بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان در شهر رفسنجان، ایران می‌باشند. ۶۰ بیمار مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان که به روانپزشک و دو روانشناس در سال ۹۶ مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند. آن‌ها به صورت تصادفی به ۴ گروه ۱۵ نفره، ۳ گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم شدند. اطلاعات توسط پرسشنامهٔ افسردگی بک، نشخوار فکری و نارسایی کنش نگرش جمع‌آوری شد. ***یافته‌ها:*** نتایج نشان داد در میزان افسردگی بین سه گروه درمانی با گروه کنترل در سطح پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این تفاوت در مرحلهٔ پیگیری نیز مشهود بود. علاوه بر این در متغیر نشخوار فکری بین آموزش اختصاصی‌سازی خاطرات و فعالسازی رفتاری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به‌علاوه در سطح نگرش در مرحلهٔ پس‌آزمون بین آموزش اختصاصی‌سازی خاطرات و فعالسازی رفتاری و در مرحلهٔ پیگیری بین آموزش اختصاصی‌سازی خاطرات و درمان شناختی -رفتاری و فعالسازی رفتاری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. ***نتیجه‌گیری:*** با توجه به نتایج، استفاده از روان‌درمانی به‌خصوص آموزش اختصاصی‌سازی خاطرات به‌عنوان یک مداخلهٔ روانشناختی مؤثر در مدیریت افسردگی مقاوم به درمان پیشنهاد می‌گردد.

کلید واژه‌ها:

۱. افسردگی
۲. درمان شناختی -رفتاری
۳. روان‌درمانی

* **نویسنده مسئول:** سیمین غلامرضایی

آدرس الکترونیکی: *gholamrezaei_s@yahoo.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.29252/shefa.8.1.31]

مقدمه

افسردگی در بین ۵ بیماری ناتوان‌کننده قرار گرفته است و تا سال ۲۰۳۰ پیش‌بینی می‌شود که یکی از معضلات کشورهای توسعه‌یافته شود (۱). دارو اولین خط درمان پیشنهادی برای این بیماری است و طی سال‌های اخیر شمار مصرف‌کننده‌های داروهای ضد افسردگی در آمریکا و کشورهای اروپایی رشد فزاینده‌ای داشته است. نتایج مطالعهٔ STARD[1] نشان داده که تنها یک سوم مصرف‌کننده‌های دارو، نتیجهٔ کامل دریافت کرده‌اند و نیمی از آن‌ها تنها ۵۰ درصد کاهش نشانه‌های افسردگی را بعد از ۱۲ تا ۱۴ هفته پیگیری گزارش داده‌اند. دلایل عدم پاسخ‌دهی به دارو پیچیده است، اما یکی از این عوامل، افسردگی مقاوم به درمان (TRD)[2] است (۲).

افسردگی مقاوم به درمان، یک شکل شدید از افسردگی عمده است (۳) و اصطلاحی است که تعریف یکسان و جامعی از آن ارائه نشده است. بعضی پژوهشگران افسردگی مقاوم به درمان را شکست بعد از یک دورهٔ درمان دارویی دانستند (۴) و دیگران آن را به‌عنوان شکست بعد از دو دوره درمان دارویی کامل، تعریف کرده‌اند (۵). بیشتر تعاریف به شکست در درمان دارویی نسبت به روان‌درمانی و سایر مداخلات اشاره دارد (۴).

محدودیت درمان‌های بالینی در کشورهای بریتانیا و کشورهای دیگر منجر به استفاده از درمان شناختی -رفتاری (CBT)[3] در درمان افرادی شده است که به درمان‌های دارویی جواب نداده‌اند. درمان شناختی -رفتاری کاهش برگشت دوره‌های افسردگی و حذف نشانه‌های باقیمانده را نشان داده است. شواهد خوب، گسترده و ساختاری از اثربخشی درمان شناختی -رفتاری برای افسردگی مخصوصاً برای دوره‌های درمان‌نشده وجود دارد. در رویکرد شناختی این عقیده وجود دارد که باور و فرایندهای شناختی افراد تعیین می‌کند که آن‌ها در موقعیت‌های مختلف چه احساس و یا حالتی را تجربه کنند. ادراک، افکار، تصورات ذهنی و خاطرات تداعی شده پیامدهای شناختی هستند که پس از تغییر شکل محرک‌ها از طریق فرایندهای شناختی حاصل می‌شوند (۶).

نارسایی کنش نگرش[4] متشکل از مجموعه‌ای از اعتقادات نامناسب در مورد خود و جهان پیرامون می‌باشد که گاهی توام با استانداردهای کمال‌گرایانه برای ارزیابی خود می‌باشد و می‌تواند نتیجهٔ برخی تجارب اولیه در زندگی باشد و در افسردگی به‌عنوان یک خصیصه مطرح می‌شود (۷).

شواهد نشان می‌دهند که فرایندهای شناختی معیوب یک عامل نگهدارندهٔ افسردگی است وآسیب‌پذیری را در برابر برگشت دوره‌های بعدی افزایش می‌دهد. یکی از این فرایندها، نشخوارهای فکری[5] افسرده‌زا هستند (۸).

نشخوار فکری به‌عنوان افکار مقاوم و عودکننده تعریف می‌شود که حول محور یک موضوع معمول دور می‌زنند. این افکار غیر ارادی وارد آگاهی می‌شوند و توجه را از موضوعات موردنظر و اهداف فعلی منحرف می‌سازند (۹). افکار آمیخته با نشخوار، مانع بازیابی اختصاصی خاطرات در افراد مبتلا به افسردگی می‌شود (۱۰).

آسیب در یادآوری خاطرات خوشایند منجر به افسردگی یا عدم بهبود افسردگی می‌شود. مطابق با مدل نظری ویلیامز[6]، کاهش خاطرات اختصاصی و عدم توانایی در استفاده از تجارب قبلی، موجب ناکارآمدی در فرایند حل مسئله می‌شود و این ناتوانی منجر به تشدید افسردگی و ایجاد یک دور باطل می‌شود. اختلال عملکرد اجرایی در سیستم حافظه به واسطهٔ اجتناب از یادآوری و سرکوب کردن بازیابی خاطرات دارای بار هیجانی منفی در درازمدت موجب تشدید و ماندگاری اختلالات خلقی از جمله افسردگی می‌شود (۱۰).

یک ویژگی مهم در افسردگی، از دست دادن توانایی به دست آوردن تجربه‌های مثبت و عدم احساس لذت از تجارب خوشایند قبلی است. شواهدی وجود دارد که خاطرات مثبت در افراد افسرده نسبت به افراد غیر افسرده کمتر وجود دارد یا به‌شدت سرکوب شده است (۱۱). این ویژگی می‌تواند منجر به آسیب زدن به توانایی فرد در اصلاح خلق پایین باشد (۹) همچنین توانایی تنظیم هیجانی خاطرات مثبت خاص را کاهش می‌دهد (۱۲).

در مطالعه‌ای که توسط رایس[7] و همکاران انجام شد، از برنامهٔ آموزش اختصاصی کردن خاطرات (MEST)[8] جهت مداخلهٔ مستقیم در کاهش بیش کلی گرایی حافظه[9] در بیماران افسرده استفاده شد (۱۳). نتایج نشان دادند که برنامهٔ آموزش اختصاصی کردن خاطرات در کاهش این عامل شناخته شده آسیب‌پذیری و درمان افسردگی موفق بوده است.

افسردگی اغلب به‌عنوان مجموعه‌ای از علایم و نشانه‌های منفی مانند خلق منفی، شناخت منفی و رفتارهای اجتنابی مفهوم‌سازی شده است (۴). بر این اساس، درمان‌های روانشناختی کارآمد برای افسردگی مثل درمان شناختی -رفتاری، فعالسازی رفتاری[10] و درمان‌های بین فردی نیز بر روی کاهش یا بهبود این جنبه‌های منفی مثل تغییر باورهای ناکارآمد، شناسایی رفتارهای

[1] Sequenced treatment alternatives to relieve depression
[2] Treatment resistant depression
[3] Cognitive-behavioral therapy
[4] Dysfunctional attitude
[5] Rumination
[6] Williams
[7] Raec
[8] Memory specificity training
[9] Over general memory
[10] Behavioral activation

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-12]
[DOI: 10.29252/shefa.8.1.31]

اجتنابی و رفع مشکلات بین فردی متمرکز شده‌اند. امروزه درمان‌های روانشناختی متعددی برای افسردگی وجود دارند، اما تعداد کمی از آن‌ها توانسته‌اند در کارآزمایی‌های تصادفی بالینی، اثرمندی خود را به اثبات برسانند. درمان فعالسازی رفتاری نوعی رفتاردرمانی محدود است که مبتنی بر تحلیل تابعی رفتار است و از نظریهٔ رفتاری افسردگی ریشه گرفته است (۱۴). درمان فعالسازی رفتاری فرایند درمانی ساختار یافته‌ای است که در این مدل درمانی، اجتناب رفتاری کانون درمان است. رفتارهای اجتنابی موجب راحتی و آرامش سریع و کوتاه بیمار شده، در حالی که در بلندمدت فرد از منابع تقویتی محیطی محروم می‌شود. برنامه‌ریزی فعالیت یک درمان رفتاری برای افسردگی است که در آن بیماران با بازبینی خلق و فعالیت‌های روزانه و افزایش تدریجی و نظام‌دار فعالیت‌های لذت‌بخش و تعامل با محیط به ایفای نقش سالم خود می‌پردازد و از طرف دیگر منجر به حذف بی‌نظم و ترتیبی از فعالیت‌های روزانه که خود یک عامل نگهدارندهٔ افسردگی بود، می‌شود (۱۵).

از آنجا که افسردگی یکی از رایج‌ترین انواع اختلالات روانی است که باعث مراجعهٔ بیماران به روان‌شناسان و روان‌پزشکان و دیگر متخصصان حوزهٔ بهداشت روانی می‌شود یکی از پر هزینه‌ترین بیماری‌های نیروی کار نیز می‌باشد (۲). از اهداف درمانگران می‌تواند پیدا کردن بهترین و مقرون به‌صرفه‌ترین درمان برای کاهش نرخ بیماری و درمان مناسب باشد. هدف از این مطالعه مقایسهٔ اثربخشی آموزش اختصاصی‌سازی خاطرات، فعالسازی رفتاری و درمان شناختی -رفتاری بر درمان بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون -پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه کنترل می‌باشد. جامعهٔ آماری شامل تمام بیماران افسردهٔ مقاوم به درمانی بود که در سال ۱۳۹۶ به مطب یک روان‌پزشک و دو روان‌شناس، از دو مرکز مشاوره تحت نظارت بهزیستی که تصادفی انتخاب شدند، در شهر رفسنجان مراجعه کرده بودند و تشخیص افسردگی مقاوم به درمان داده شدند. نمونهٔ پژوهش ۶۰ نفر از بیماران با تشخیص افسردگی مقاوم به درمان بودند که تمایل آزادانه برای شرکت در مطالعه را داشتند و به صورت تصادفی انتخاب شدند. برای تعیین حجم نمونه در مطالعات آزمایشی حداقل برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته می‌شود که به صورت تصادفی از گزینه‌های مورد نظر انتخاب و به صورت تصادفی در چهار گروه ۱۵ نفری جایگزین شدند. قبل از شروع پژوهش، فرم رضایت آگاهانه به وسیلهٔ افراد نمونه تکمیل شد و ملاحظات اخلاقی لازم در طی انجام پژوهش از جمله رازداری و محرمانه نگه داشتن اطلاعات بیماران رعایت گردید. ملاک‌های ورود در این پژوهش عبارت بود از: دامنهٔ سنی ۱۸ تا ۵۵ سال که حداقل ۱۰ هفته دارو مصرف کرده و دستورات دارویی خود را رعایت کرده بودند، کسب نمرهٔ حداقل ۱۴ در پرسشنامهٔ افسردگی بک و ملاک‌های خروج شامل: افرادی با تشخیص اختلال دو قطبی، سایکوز، وسواس فکری -عملی، سوءمصرف مواد، سطح سواد کمتر از سیکل و افرادی که حداقل در سال گذشته درمان روانشناختی دریافت کرده بودند.

ابزار پژوهش

پرسشنامهٔ افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II)

پرسشنامهٔ افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II)[11]، شکل بازنگری شدهٔ پرسشنامهٔ افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است که شامل ۲۱ سؤال است و از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود، شدت نشانه‌ها را روی یک مقیاس از صفر تا سه درجه‌بندی کنند. ضریب همبستگی درون طبقه‌ای پرسشنامه ۰/۸۱ محاسبه شده است. ثبات داخلی آزمون از روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۹۳و ۰/۶۴ به دست آمده است (۱۶).

مقیاس پاسخ‌های نشخوار فکری

نولن –هوکسما، پرسشنامه‌ای خودآزما در مقیاس لیکرت چهار گزینه‌ای تدوین کردند که چهار نوع متفاوت از واکنش به خلق منفی را مورد ارزیابی قرار می‌داد. پرسشنامهٔ سبک‌های پاسخ از دو مقیاس پاسخ‌های نشخواری و مقیاس منحرف‌کنندهٔ حواس تشکیل شده است. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد (۱۷).

مقیاس نارسایی کنش نگرش

این مقیاس توسط بک و ویزمن[12] بر اساس رویکرد شناختی تهیه و طراحی شده است که شامل ۴۰ گویه در مقیاس ۷ نمره‌ای می‌باشد. این مقیاس برای اولین بار توسط سهرابی به فارسی ترجمه و برگردان شده است و ضریب آلفا برای مقیاس در دامنهٔ ۰/۷۳ تا ۰/۸۸ و ضریب دو نیمه‌سازی ۰/۷۹۱ محاسبه شده است (۷). طرح کلی جلسات آموزشی در جدول ۱ ارائه شده است.

درمان فعالسازی رفتاری کوتاه‌مدت

درمان فعالسازی رفتاری نوعی شیوهٔ مداخله‌ای کوتاه‌مدت است که شامل جلسات درمانی مبتنی بر راهنمای عملی نسخهٔ تجدید نظر شدهٔ لیجوز[13] و همکاران (۱۵) می‌باشد و در ۵ جلسه اجرا گردید. خلاصهٔ جلسات درمان در جدول ۲ ارائه شده است.

درمان شناختی -رفتاری، بر اساس راهنمای درمانی بارلو (۱۸) طی شش جلسهٔ گروهی اجرا شد (جدول ۳ و ۴).

[11] Beck depression inventory-II
[12] Weissman and Beck
[13] Lejuez

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-12]
[DOI: 10.29252/shefa.8.1.31]

جدول ۱- پروتکل درمان آموزش اختصاصی‌سازی خاطرات.

جلسات	محتوای جلسات آموزشی
جلسهٔ اول	دادن اطلاعات دربارهٔ افسردگی، توضیح عملکرد حافظه در افسردگی، بیان خاطرهٔ اختصاصی با کلمات خنثی، تکالیف
جلسهٔ دوم	ارائهٔ خلاصهٔ جلسهٔ اول، مرور تکالیف خانگی، ارائهٔ جزئیات بیشتر خاطرات، تکلیف هفتهٔ آینده (دو خاطرهٔ متفاوت برای ۱۰ کلمه)
جلسهٔ سوم	ارائهٔ خلاصهٔ جلسهٔ دوم، تأکید بیشتر بر کلمات منفی، تکلیف خانگی
جلسهٔ چهارم	مرور جلسهٔ قبل، تکالیف خانگی، آگاهی فراشناختی، پس‌آزمون و اتمام

جدول ۲- درمان فعالسازی رفتاری کوتاه‌مدت.

جلسات	محتوای جلسات آموزشی
جلسهٔ اول	معرفی/مقدمه، تشریح افسردگی، معرفی منطق درمان، اهمیت حضور در جلسات درمان، معرفی فرم بازبینی روزانه، درجه‌بندی لذت و اهمیت
جلسهٔ دوم	بازبینی روزانه، بررسی تکلیف، رفع اشکال، نکات مهم در مورد ساختار درمان، بررسی تکلیف، اجرای سیاههٔ حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها، تکالیف -بررسی سیاههٔ حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها
جلسهٔ سوم	بازبینی روزانه: بررسی تکلیف، انتخاب و رتبه‌بندی تکالیف، ادامهٔ بررسی و تغییر سیاههٔ حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها
جلسهٔ چهارم	بازبینی فعالیت، بررسی تکالیف، بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت‌ها، تکلیف، بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفتهٔ آینده
جلسهٔ پنجم	بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت، قراردادها، بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفتهٔ آینده، تداوم افزودن/اصلاح قراردادها/پس‌آزمون

جدول ۳- پروتکل درمان شناختی -رفتاری.

جلسات	محتوای جلسات آموزشی
جلسهٔ اول	اجرای پیش‌آزمون، معرفی و آشنایی با اعضای گروه، برقراری ارتباط، تنظیم دستور کار جلسه، بررسی و درجه‌بندی خلق به صورت عینی، بازنگری مختصر مشکل فعلی، شناسایی مشکلات و تعیین اهداف، ارائهٔ منطق درمان و آموزش مدل شناختی -رفتاری، استخراج انتظارات بیماران از درمان، آموزش و آشناسازی بیماران با افسردگی، استخراج خلاصهٔ نهایی و دریافت بازخورد و ارائهٔ تکلیف
جلسهٔ دوم	به‌روزرسانی و بررسی خلق، ایجاد ارتباط با جلسهٔ گذشته، تنظیم دستور کار، مرور تکلیف منزل، بحث در خصوص موارد مندرج در دستور کار، تعیین تکالیف جدید، تهیهٔ خلاصه ادواری و تهیهٔ خلاصه نهایی و بازخورد و ارائهٔ تکلیف
جلسهٔ سوم	معرفی، توضیح و آشنا ساختن بیماران با افکار خودآیند و آموزش شناسایی افکار خودآیند، بررسی افکار خودآیند در طول جلسه نسبت به افسردگی، شناسایی موقعیت‌های مشکل‌آفرین در صورت ناتوانی در شناسایی افکار خودآیند، آموزش آرام‌سازی روانی و ارائهٔ تکلیف
جلسهٔ چهارم	آموزش زمان‌بندی و بازبینی فعالیت‌ها با استفاده از جدول فعالیت، شناسایی هیجانات، افتراق نهادن میان افکار خودآیند و هیجانات و ارائهٔ تکلیف
جلسهٔ پنجم	آشنایی و شناسایی خطاهای شناختی رایج، ارزیابی افکار خودآیند و آموزش پاسخ‌دهی به افکار خودآیند با استفاده از برگهٔ ثبت افکار ناکارآمد و آزمایش رفتاری و ارائهٔ تکلیف
جلسهٔ ششم	شناسایی و اصلاح باورهای میانی با استفاده از روش پرسشگری سقراطی، ارزیابی مزایا و معایب یک باور و آزمایش رفتاری، مفهوم‌سازی شناختی و ارائهٔ تکلیف و پس‌آزمون

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-12]
[DOI: 10.29252/shefa.8.1.31]

جدول ۴- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه.

متغیر	وضعیت تاهل			جنسیت		وضعیت اقتصادی				سطح تحصیلات		
فراوانی	مجرد	متاهل	مطلقه	زن	مرد	ضعیف	متوسط	خوب	عالی	زیردیپلم	دیپلم	بالای دیپلم
آموزش اختصاصی کردن خاطرات	۴	۱۰	۱	۱۳	۲	۰	۹	۵	۱	۱	۸	۶
فعالسازی رفتاری	۳	۱۲	۰	۱۲	۳	۱	۸	۶	۰	۰	۵	۱۰
درمانی شناختی - رفتاری	۲	۱۳	۰	۱۱	۴	۰	۱۰	۴	۱	۱	۵	۹
کنترل	۳	۱۱	۱	۱۲	۳	۲	۹	۴	۰	۲	۴	۹

تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی نظیر فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد و از روش‌های آمار استنباطی شامل تحلیل کواریانس چند متغیره، تحلیل کواریانس تک متغیره و آزمون‌های تعقیبی استفاده شد. داده‌ها به وسیلهٔ نرم‌افزار تحلیل آماری SPSS ویرایش ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

جدول ۵ میانگین و انحراف معیار نمره‌های افسردگی، نشخوار فکری و نارسایی نگرش را در ۴ گروه پژوهشی در مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۵- میانگین و انحراف معیار گروه‌ها در متغیرهای افسردگی، نشخوار فکری و نارسایی نگرش.

متغیر		افسردگی		نشخوار فکری		نارسایی نگرش	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آموزش اختصاصی کردن خاطرات	پیش‌آزمون	۴۸/۰۰	۷/۳۰	۵۱/۵۳	۹/۱۲	۹۱/۲۷	۳/۵۸
	پس‌آزمون	۱۰/۸۰	۴/۵	۲۰/۸۶	۷/۱۸	۴۹/۴۶	۶/۴۰
	پیگیری	۱۰/۰۰	۳/۵۰	۱۸/۲۶	۴/۸۹	۱۶/۴۶	۳/۱۵
فعالسازی رفتاری	پیش‌آزمون	۵۱/۸۶	۵/۳۳	۴۶/۰۰	۸/۴۵	۹۸/۰۹	۵/۳۹
	پس‌آزمون	۱۲/۱۳	۶/۳۹	۳۴/۲۰	۱۰/۸۹	۵۲/۳۳	۶/۷۳
	پیگیری	۱۴/۲۰	۳/۵۶	۲۷/۲۰	۳/۶۸	۲۷/۵۳	۳/۵۲
درمانی شناختی -رفتاری	پیش‌آزمون	۴۷/۲۶	۲/۱۸	۴۶/۰۰	۸/۴۵	۵۹/۰۰	۷/۶۰
	پس‌آزمون	۲۰/۰۰	۶/۴۱	۲۳/۸۰	۶/۱۳	۳۱/۲۸۷	۲۱/۴۱
	پیگیری	۱۷/۸۰۰	۶/۲۷	۲۲/۸۶	۵/۹۹	۲۱/۰۶	۵/۵۳
کنترل	پیش‌آزمون	۵۴/۹۳	۴/۹۷۵	۵۰/۴۰	۹/۰۵	۷۵/۰۰	۳۱/۴۵
	پس‌آزمون	۳۷/۹۳	۱۳/۵۶	۴۸/۶۰	۴/۲۷	۵۲/۹۳	۵/۵۰
	پیگیری	۳۶/۸۰	۱۱/۰۲	۵۱/۶۰	۶/۷۸۰	۴۴/۴۶	۴/۶۲

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-12]
[DOI: 10.29252/shefa.8.1.31]

برای تحلیل داده‌های ارائه شده در جدول ۶ از روش تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج نشان داد که در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری بین ۴ گروه مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P<۰/۰۵$).

جدول ۶- تحلیل واریانس چند متغیرهٔ یک راهه برای دوره‌های پس‌آزمون و پیگیری.

منبع	متغیرها		مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
گروه‌ها	پس‌آزمون	افسردگی	۵۵۹۸/۹۷	۳	۱۹۰۲/۶۶	۲۳/۵۷	۰/۰۰
		نشخوار فکری	۳۹۳۱/۰۷	۳	۱۳۰۴/۰۹	۲۴/۲۸	۰/۰۰
		نارسایی نگرش	۸۱۳۰۷/۱۲	۳	۲۷۵۹۹/۳۲	۱۹/۳۸	۰/۰۰
	پیگیری	افسردگی	۵۵۱۲/۴۰	۳	۱۸۴۳/۶۵	۴۰/۰۳	۰/۰۰
		نشخوار فکری	۷۰۲۱/۳۱	۳	۲۳۱۵/۹۳	۸۱/۹۴	۰/۰۰
		نارسایی نگرش	۳۸۷۰/۸۸	۳	۱۴۶۱/۸۶	۷۳/۸۷	۰/۰۰
خطا	پس‌آزمون	افسردگی	۳۵۸۶/۸۵	۴۹	۷۹/۱۷	–	–
		نشخوار فکری	۱۵۱۲/۰۴	۴۹	۵۳/۹۶	–	–
		نارسایی نگرش	۶۸۷۸۸/۹۴	۴۹	۱۳۹۸/۲۱	–	–
	پیگیری	افسردگی	۲۲۵۷/۱۷	۴۹	۴۵/۹۱	–	–
		نشخوار فکری	۱۵۱۲/۰۴	۴۹	۲۸/۵۶	–	–
		نارسایی نگرش	۹۲۰/۳۰	۴۹	۱۷/۴۶	–	–

جدول ۷- مقایسهٔ میانگین گروه‌های مداخله و کنترل در سه متغیر (افسردگی، نشخوارفکری و نارسایی کنش نگرش) در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری.

گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
پس‌آزمون افسردگی			
اختصاصی‌سازی خاطرات -فعالسازی رفتاری	-۱/۳۳	۳/۰۹	۰/۹۷
اختصاصی‌سازی خاطرات -درمان شناختی -رفتاری	-۹/۲۰	۳/۱۹	۰/۰۲
اختصاصی‌سازی خاطرات -گروه کنترل	-۲۷/۱۳	۳/۰۹	۰/۰۰
فعالسازی رفتاری -درمان شناختی -رفتاری	-۷/۸۶	۳/۲۹	۰/۰۶
فعالسازی رفتاری -گروه کنترل	-۲۵/۸۰	۳/۱۶	۰/۰۰
درمان شناختی -رفتاری -گروه کنترل	-۱۷/۹۳	۳/۰۸	۰/۰۰
پیگیری افسردگی			
اختصاصی‌سازی خاطرات -فعالسازی رفتاری	-۴/۲۰	۲/۴۸	۰/۳۴
اختصاصی‌سازی خاطرات -درمان شناختی -رفتاری	-۷/۸۵	۲/۴۸	۰/۰۱
اختصاصی‌سازی خاطرات -گروه کنترل	-۲۶/۸۰	۲/۴۸	۰/۰۰
فعالسازی رفتاری -درمان شناختی -رفتاری	-۳/۶۰	۲/۴۸	۰/۴۷
فعالسازی رفتاری -گروه کنترل	-۲۲/۶۰	۲/۴۸	۰/۰۰
درمان شناختی -رفتاری -گروه کنترل	-۱۹/۰۶	۲/۴۸	۰/۰۰

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-12]
[DOI: 10.29252/shefa.8.1.31]

جدول ۷- مقایسهٔ میانگین گروه‌های مداخله و کنترل در سه متغیر (افسردگی، نشخوارفکری و نارسایی کنش نگرش) در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری.

پس‌آزمون نشخوار فکری			
اختصاصی‌سازی خاطرات -فعالسازی رفتاری	-۱۳/۳۳	۲/۷۶	۰/۰۰
اختصاصی‌سازی خاطرات -درمان شناختی -رفتاری	-۲/۹۳	۲/۶۶	۰/۷۱
اختصاصی‌سازی خاطرات -گروه کنترل	-۲۷/۷۳	۲/۵۶	۰/۰۰
فعالسازی رفتاری -درمان شناختی -رفتاری	۱۰/۴۰	۲/۴۵	۰/۰۲
فعالسازی رفتاری -گروه کنترل	-۱۴/۴۰	۲/۷۶	۰/۰۰
درمان شناختی -رفتاری -گروه کنترل	-۲۴/۸۰	۲/۷۵	۰/۰۰
پیگیری نشخوار فکری			
اختصاصی‌سازی خاطرات -فعالسازی رفتاری	-۸/۹۳	۱/۹۹	۰/۰۰
اختصاصی‌سازی خاطرات -درمان شناختی -رفتاری	-۴/۶۰	۱/۹۸	۰/۱۰
اختصاصی‌سازی خاطرات -گروه کنترل	-۳۳/۳۳	۱/۸۷	۰/۰۰
فعالسازی رفتاری -درمان شناختی -رفتاری	۴/۳۳	۱/۹۹	۰/۱۴
فعالسازی رفتاری -گروه کنترل	-۲۴/۴۰	۱/۸۶	۰/۰۰
درمان شناختی -رفتاری -گروه کنترل	-۲۸/۷۳	۱/۹۷	۰/۰۰
پس‌آزمون نارسایی نگرش			
اختصاصی‌سازی خاطرات -فعالسازی رفتاری	-۳۴/۵۳	۱۳/۲۵	۰/۰۵
اختصاصی‌سازی خاطرات -درمان شناختی -رفتاری	-۴۴/۴۶	۱۳/۲۴	۰/۰۸
اختصاصی‌سازی خاطرات -گروه کنترل	۶۶/۲۶	۱۳/۲۱	۰/۰۰
فعالسازی رفتاری -درمان شناختی -رفتاری	-۹/۹۳	۱۳/۲۵	۰/۸۷
فعالسازی رفتاری -گروه کنترل	۱۵/۸۰	۱۳/۱۹	۰/۰۰
درمان شناختی -رفتاری -گروه کنترل	۱۹/۷۳	۱۳/۲۵	۰/۰۰
پیگیری نارسایی نگرش			
اختصاصی‌سازی خاطرات -فعالسازی رفتاری	-۱۱/۰۶	۱/۵۲	۰/۰۰
اختصاصی‌سازی خاطرات -درمان شناختی -رفتاری	-۱۴/۶۰	۱/۳۴	۰/۰۰
اختصاصی‌سازی خاطرات -گروه کنترل	-۲۸/۰۰	۱/۵۳	۰/۰۰
فعالسازی رفتاری -درمان شناختی -رفتاری	-۳/۵۳	۱/۴۷	۰/۱۲
فعالسازی رفتاری -گروه کنترل	-۱۶/۹۳	۱/۵۲	۰/۰۰
درمان شناختی -رفتاری -گروه کنترل	-۱۳/۴۰	۱/۵۸	۰/۰۰

نتایج جدول بالا نشان می‌دهد که در متغیر افسردگی هر سه گروه درمانی (آموزش اختصاصی‌سازی خاطرات، درمان شناختی -رفتاری و فعالسازی رفتاری) با گروه کنترل مرحلهٔ پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری را نشان داده‌اند و این تفاوت در مرحلهٔ پیگیری نیز مشهود است ($P<0/05$). در متغیر نشخوار فکری و در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری نیز هر سه گروه درمانی (آموزش اختصاصی‌سازی خاطرات، درمان شناختی -رفتاری و فعالسازی رفتاری) با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری را نشان داده‌اند ($P<0/05$). البته در متغیر نشخوار فکری بین آموزش اختصاصی‌سازی خاطرات و فعالسازی رفتاری نیز در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد و در مرحلهٔ پس‌آزمون بین فعالسازی رفتاری و درمان شناختی -رفتاری نیز تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در متغیر افسردگی بین آموزش اختصاصی‌سازی خاطرات و درمان شناختی -رفتاری نیز در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در مقیاس نارسایی نگرش در سطح پس‌آزمون و پیگیری سه گروه درمانی تفاوت معنی‌داری با گروه کنترل دارند و در مرحلهٔ پس‌آزمون بین آموزش اختصاصی‌سازی خاطرات و فعالسازی رفتاری و در مرحلهٔ پیگیری بین آموزش اختصاصی‌سازی خاطرات و درمان

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-12]
[DOI: 10.29252/shefa.8.1.31]

شناختی -رفتاری و فعالسازی رفتاری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P<۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی مطالعهٔ حاضر، مقایسهٔ اثربخشی آموزش اختصاصی‌سازی خاطرات، فعالسازی رفتاری و درمان شناختی -رفتاری بر درمان افسردگی مقاوم به درمان بود. تجزیه و تحلیل یافته‌ها نشان داد که هر سه درمان نسبت به گروه کنترل در متغیرهای افسردگی، نشخوار فکری و نارسایی نگرش کارآمد بودند که این نتایج همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین است. به طور مثال سامانتا، مشیر و اتو[14] و زمستانی و همکاران نشان دادند که رفتاردرمانی می‌تواند بر بهبود افسردگی و کاهش نشخوار فکری مؤثر باشد (۲۰، ۱۹) و همچنین هیتچکاک[15] و همکاران و نه‌روزبان و فروزنده نشان دادند که آموزش اختصاصی‌سازی خاطرات بر کاهش علایم افسردگی و نشخوار فکری مؤثرتر از گروه کنترل است (۲۲، ۲۱) و لانس[16] و همکاران نشان دادند که درمان شناختی -رفتاری روشی مؤثر بر درمان افسردگی و تغییر نگرش‌های ناکارآمد و کاهش نشخوار فکری است (۲۳).

مقایسهٔ بین گروه‌های درمانی در متغیرهای مورد پژوهش از عملکرد بهتر معنی‌دار آموزش اختصاصی‌سازی خاطرات نسبت به فعالسازی رفتاری در متغیر نشخوار فکری و نارسایی نگرش در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری اشاره دارد. ارجمندنیا و نامجو در پژوهشی با هدف بررسی تأثیر آموزش اختصاصی‌سازی خاطرات بر مکانیسم زیربنایی کلیت‌گرایی افراطی حافظهٔ سرگذشتی در بیماران افسردهٔ دارای تجربهٔ ترومای کودکی، به این نتیجه رسیدند که این درمان قادر است کلیت‌گرایی افراطی حافظه را کاهش داده و با افزایش حافظهٔ اختصاصی، به بهبود افسردگی و متغیرهای روانشناختی مرتبط با آن مانند نشخوار فکری، حافظهٔ سرگذشتی، افسردگی، اجتناب و حل مسئلهٔ اجتنابی بینجامد (۲۴).

در پژوهشی با عنوان آموزش حافظهٔ سرگذشتی خاص بر سبک اسناد و سرکوب تفکر و افکار اتوماتیک افراد افسرده نتایج نشان داد که بهبود حافظهٔ خاص سرگذشتی نه تنها به بهبود علایم افسردگی کمک می‌کند، بلکه متغیرهای دخیل در افسردگی همچون سبک اسناد، سرکوب تفکر و افکار اتوماتیک را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۵).

تاکنون پژوهشی برای مقایسهٔ اثربخشی آموزش اختصاصی‌سازی خاطرات و فعالسازی رفتاری برای افراد مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان انجام نشده است. اما می‌توان به یافته‌ها و نتایج استناد کرد که اگرچه هر دو درمان در کاهش افسردگی تأثیرگذار بودند اما میانگین نمره‌های متغیرهای افسردگی، نشخوار فکری و نارسایی نگرش در گروه آموزش اختصاصی‌سازی خاطرات از فعالسازی رفتاری کمتر است.

طبق تحقیقات انجام شده افراد افسرده دچار بیش کلی گرایی حافظه هستند که می‌تواند نتیجهٔ بازیابی غیر ارادی خاطرات ناراحت‌کننده باشد. افراد افسرده به خاطر اجتناب از ناراحتی‌های ناشی از یادآوری خاطرات، از مکانیسم سرکوب استفاده می‌کنند اما باز هم خاطرات تلخ تکرار می‌شوند. فرد برای کاهش این افکار ناخواسته، توجه و تمرکز خود را نسبت به جزئیات این خاطرات کم می‌کند و در درازمدت، شیوهٔ بازیابی تغییر کرده و منجر به بیش کلی گرایی بازیابی می‌شود (۲۶).

در طی آموزش اختصاصی کردن، فرد وادار به تمرکز بر روی خاطرات ناخواسته می‌شود تا جزئیات را به یاد آورد و منجر به افزایش توجه می‌شود و در واقع از نوعی مواجهه‌سازی استفاده کرده و ظرفیت کاری حافظه بالا می‌رود. با انجام این عمل و تمرکز بر روی یکی از این خاطرات، جستجو در حافظهٔ رویدادی ادامه می‌یابد. تا جایی که جزئیات خاطره هرچه بیشتر بازخوانی شود و خاطرات منفی، ظرفیت خود را برای برانگیخته کردن عواطف منفی از دست می‌دهند و خاطرات ناخواسته کمتر فرد را آزار می‌دهد.

همچنین نتایج نشان می‌دهد که در مقیاس نارسایی نگرش مرحلهٔ پیگیری بین آموزش اختصاصی‌سازی خاطرات و درمان شناختی -رفتاری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P<۰/۰۵$).

در پژوهشی با عنوان بررسی مقایسهٔ اثربخشی آموزش اختصاصی‌سازی حافظهٔ سرگذشتی با درمان شناختی -رفتاری و درمان دارویی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، نتایج نشان داد در مقایسه با گروه و درمان کنترل، دو گروه آموزش اختصاصی‌سازی حافظه شناختی -رفتاری به طور برابر موجب کاهش افسردگی و نشخوار فکری شده است، اما آموزش اختصاصی‌سازی خاطرات در مقایسه با درمان شناختی -رفتاری به طور معنی‌داری موجب کاهش بیشتر سرکوب خاطرات و افزایش خاطرات اختصاصی شده است (۲۷).

بیش کلی گرایی خاطرات می‌تواند منجر به دشوار شدن فرایند شناختی افراد شود که منجر به اجتناب عملکردی می‌شود. کاهش اختصاصی‌سازی خاطرات، در طی زمان، موجب می‌شود تا سبک بازیابی و رمزگذاری افراد تغییر کند و حافظه و فرایندهای آن به‌عنوان شالودهٔ شناخت، با عوامل هیجانی پیوند ناگسستنی

[14] Samantha, Moshier and Otto
[15] Hitchcock
[16] Lance

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-12]
[DOI: 10.29252/shefa.8.1.31]

دارد. در جهت تبیین این تغییرات در عملکرد حافظهٔ سرگذشتی بر اثر افسردگی، فرضیه‌های متعددی مطرح شده است. ویلیامز در تئوری خود، سه فرضیهٔ؛ مکانیزم اجتناب کارکردی[17]، نشخوار ذهنی و نقص در منابع اجرایی[18] را معرفی کرده است. فرضیهٔ اجتناب کارکردی بیان می‌کند که افراد برای بازیابی خاطرات خاص گذشتهٔ خود، جستجو را از سطوح بالای حافظه که محل ذخیرهٔ خاطرات کلی است آغاز می‌کنند و در نهایت به سطوح پایین‌تر حافظه که خاطرات خاص در دسترس هستند دست می‌یابند. اما افراد افسرده و نیز افرادی که استرس‌های شدیدی را تجربه کرده‌اند، به‌منظور اجتناب از بازیابی هیجانات ناراحت کننده، در سطح خاطرات کلی می‌مانند. دور ماندن از تجربهٔ مجدد هیجانات رنج‌آور، این رفتار را تقویت می‌کند و آن‌ها تمایل پیدا می‌کنند پیش از بازیابی خاطرات خاص منفی، بازیابی را متوقف کنند و منجر به یک سبک خاص بازیابی خاطرات می‌شود (۱۳).

مکانیسم دیگری که از نظر پژوهشگران در عام شدن خاطرات بازیابی شده توسط فرد افسرده دخالت دارد نشخوار فکری می‌باشد. نشخوار فکری به تفکر تکراری و منفعلانه در مورد افسردگی و دلایل و پیامدهای احتمالی نشانه‌های آن گفته می‌شود. طبق فرضیهٔ سوم، نقص در عملکردهای اجرایی در بیماران افسرده می‌تواند سبب افزایش تعداد خاطرات عام و کاهش تعداد خاطرات خاص بازیابی بشود. عملکردهای اجرایی فعالیت‌هایی شناختی هستند که می‌توانند سایر عملکردهای شناختی را کنترل و یکپارچه کنند. از این رو نقص در این عملکردها می‌تواند منجر به نقص در عملکرد حافظه[19] و یا مشکل در متمرکز شدن بر روی هدف که از عوامل مهم بازیابی خاطرات خاص هستند، بشود. همچنین کاهش منابع شناختی در افسردگی می‌تواند راهبردهایی را که برای بازیابی خاطرات از حافظهٔ سرگذشتی مورد نیاز است محدود کند و نیز بازیابی اطلاعات را کندتر نماید و به همین دلیل است که افراد افسرده برای بازیابی خاطرات خاص به زمان بیشتری نیاز دارند (۱۳).

نتایج نشان داد که بین درمان فعالسازی رفتاری و درمان شناختی -رفتاری در اثرگذاری بر متغیرهای مورد پژوهش در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد که همسو با نتایج تحقیق سامانتا، مشیر و اتو با هدف مقایسهٔ اثربخشی فعالسازی رفتاری و درمان شناختی -رفتاری برای بیماران افسرده، نتایج نشان داد که دو درمان از لحاظ اثربخشی تفاوت معنی‌دار ندارند و هر دو منجر به کاهش معنی‌دار نشانه‌های افسردگی و نشخوار می‌شوند (۱۹).

مطالعهٔ حاضر دارای محدودیت‌هایی است که در نتیجه‌گیری و تعمیم نتایج باید به آن توجه شود. یکی از محدودیت‌های مطالعهٔ حاضر عدم پیگیری بلندمدت درمان بعد از آموزش روانشناختی بود. همچنین در این مطالعه نیز مانند پژوهش‌های انسانی دیگر، محیط خانوادگی و شرایط اجتماعی و اقتصادی افراد از موارد تأثیرگذار بر نتایج مطالعه است، لذا تعمیم نتایج آن به کل جامعه باید با احتیاط و دانش کافی صورت بگیرد. همچنین از آنجایی که بیماری‌های مزمن معمولاً چند وجهی بوده و نه تنها خود بیمار، بلکه خانوادهٔ بیمار را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد، پیشنهاد می‌گردد به درمان‌های روانشناختی در خانواده‌های این بیماران به‌منظور مؤثرتر شدن درمان بر بیماران توجه شود.

با توجه به نتایج به دست آمده، به نظر می‌رسد آموزش اختصاصی‌سازی خاطرات در مقایسه با درمان‌های دیگر (درمان شناختی -رفتاری و فعالسازی رفتاری) بر بهبود افسردگی و نشخوار فکری و نارسایی نگرش بیماران افسردهٔ مقاوم به درمان مؤثرتر می‌باشد. علی‌رغم محدودیت‌های ذکر شده، به نظر می‌رسد که یافته‌های مطالعهٔ حاضر بتواند گام مفیدی در زمینهٔ درمان روانشناختی بیماران افسردهٔ مقاوم به درمان باشد و امید است با همراه نمودن مداخلات روانشناختی در کنار درمان‌های دارویی و پزشکی، نرخ بهبود افراد افسردهٔ مقاوم به درمان را ارتقاء داد.

تشکر و قدردانی

مقالهٔ حاضر بخشی از رسالهٔ دکتری تخصصی روانشناسی مؤلف اول می‌باشد. بدینوسیله از تمامی عزیزانی که به نوعی در اجرای این پژوهش نقش داشته و روند آن را تسهیل کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. World Health Organization. Mental and neurological disorders. http://www.who.int/mediacentre/factsheets / fs265/en/. 2001.

2. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. Annu Rev Public Health. 2013; 34: 119-38.

3. Belmaker RH, Agam G. Major depressive disorder. N Engl J Med. 2008; 358(1): 55-68.

4. Fava M. Diagnosis and definition of treatment-resistant depression. Biol Psychiatry. 2003; 53(8): 649-59.

5. Wijeratne C, Sachdev P. Treatment-resistant depression: critique of current approaches. Aust N Z J Psychiatry. 2008; 42(9): 751-62.

[17] Functional avoidance
[18] Executive resource
[19] Memory function

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-12]
[DOI: 10.29252/shefa.8.1.31]

6. Emery G. Overcoming depression: a cognitive behavior protocol for the treatment of depression. USA: New Harbinger Publication. 2000; p. 145-89.

7. Sohrabi N. Psychometric indexes of attitude-deficit scale. Journal Psychological Methods and Models. 2016; 19(6).

8. Watkins ED, Baracaia S. Why do people ruminate in dysphoric moods? Per Indiv Differ. 2001; 30(5): 723-34.

9. Joormann J. Differentioal effect of rumination and dysphoria on the inhibitionof irrelevant emotional material: Evidance from a negative priming task. Cognitive Therapy and Research. 2006; 30(4): 149-60.

10. Neshat-Doost HT, Dalgleish T, Golden A-MJ. Reduced specificity of emotional autobiographical memories following self-regulation depletion. Emotion. 2008; 8(5): 731-6.

11. Werner-Seidler A, Moulds ML. Autobiographical memory characteristics in depression vulnerability: formerly depressed individualsrecall less vivid positive memories. Cogn Emot. 2011; 25(6): 1087-103.

12. Conway KP, Compton W, Stinson FS, Grant BF. Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. J Clin Psychiatry. 2006; 67(2): 247-57.

13. Williams JM, Barnhofer T, Crane C, Hermans D, Raes F, Watkins E, et al. Autobiographical memory specificity and emotional disorder. Psychological Bulletin. 2007; 133(2): 122-48.

14. Raes F, Williams GM, Hermans D. Reducing cognitive vulnerability to depression: A preliminary investigation of Memory Specificity Training (MEST) in inpatients withdepressive symptomology. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2009; 40: 24-38.

15. Lejuez CW, Hopko DR, Hopko SD. Ten-year revision of the brief behavioral activation treatment for depression (BATD): revised treatment15- manual (BATD-R). Behavior Modification. 2011; 35: 111-61.

16. Dobson KS, Mohammad Khani P. Psychometric characteristics of beck depression inventory-II in patients with major depressive disorder. J Rehab. 2007; 121(29): 82-9.

17. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. J Abnorm Psychol. 2000; 109(4): 504-11.

18. Barlow DH. Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-steptreatment manual. New York: Guilford publications. 2014.

19. Samantha SJ, Otto MW. Behavioral activation treatment for major depression: A randomized trial of the efficacy of augmentation with cognitive control training. J Affect Disord. 2017; 210)1): 265-8.

20. Zemestani M, Davvodi I, MehrabiZade M, Zargar Y. The effectiveness of group behavioral activation therapy on depression, anxiety, and ruminating symptoms in patients with depression and anxiety. Clincal Psychology Journal. 2012; 4(5): 17-23.

21. Hitchcock C, Hammond E, Rees C, Panesar I, Watson P, Werner-Seidler A, et al. Memory flexibility training to enhance memory specificity and reducedepressive symptomatology in individuals with major depressive disorder:study protocol for a randomised controlled trial. Trials. 2015; 16: 494. doi: 10.1186/s13063-015-1029-y.

22. Nerozbehan M, Forozande E. Investigating the effect of specific memory training on depression and depression of depressed girls. Health Journal. 2016; 5(12): 287-96.

23. Hawley LL, Padesky CA, Hollon SD, Mancuso E, Laposa JM, Brozina K, et al. Cognitive behavior therapy for Depression Using Mind Over Mood: CBT Skill Use and Differential Symptom Alleviation. Behav Ther. 2017; 48(1): 29-44.

24. Arjmandnia A, Namjo S. The effect of memorizing specialized education (meat) on the influential mechanisms of the extreme clinicalism of story memory in depressed patients with childhood traumatic experience. Journal of Isfahan Medical School. 2016; 33(329).

25. Forozande E, Ranjbarkohen Z. Special events memory and depression: a preliminary study. Quarterly Journal of Psychology and Educational Sciences. 2015; 2(8).

26. Hermans D, Defranc A, Raes F, Williams JMG, Eelen P. Reduced autobiographical memory specificity as an avoidant coping style. British Journal of Clinical Psychology. 2005; 44(4): 583-9.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.29252/shefa.8.1.31]