

اثربخشی درمان ترکیبی فعال سازی رفتاری کوتاه مدت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نشخوار فکری □

The Effectiveness of Combined of Brief Behavioral Activation Therapy and Mindfulness -Based Cognitive Therapy in Reduction Rumination □

Elmira Ariana Kia, MSc ✉

Ali Reza Moradi, PhD

Mohammad Hatami, PhD

المیرا آریانا کیا *

دکتر علیرضا مرادی *

دکتر محمد حاتمی *

Abstract

The aim of the present study was to examine the effectiveness of combined effects of brief behavioral activation therapy (BATD) and mindfulness -based cognitive therapy (MBCT) in reduction of rumination. This research was administrated by a single subject design framework. Four patients (1 male, 3 female, ages 26-38) who met criteria for major depressive disorder participated in the study. The participants were randomly assigned to four treatments. One of the patients received MBCT and another on BATD and other two patients received combinations of BATD and MBCT to reverse sequence. To collect data Ruminative Responses Subscale (RRS), were administered on pretreatment, during treatment at Sessions 2, 4 and 6, at end of treatment [Session 8], and at 1-month follow-up. The visual inspection of charts and effect size indicated significant decrease in rumination of participants. These preliminary findings provided support for the role of Combined of BATD and MBCT in reducing rumination patients with major depressive disorder.

Keywords: brief behavioral activation therapy, mindfulness-based cognitive therapy, major depressive disorder, rumination

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان ترکیبی فعال سازی رفتاری کوتاه مدت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نشخوار فکری صورت گرفت. این پژوهش در قالب یک طرح تک آزمودنی اجرا شد. نمونه این پژوهش شامل چهار بیمار (۱ مرد، ۳ زن، بین ۲۶ تا ۳۸ ساله) مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود که در چهار روش درمانی به صورت تصادفی جایگزین شدند (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، فعال سازی رفتاری کوتاه مدت، درمان های ترکیبی فعال سازی رفتاری کوتاه مدت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با ترتیب معکوس). برای جمع آوری داده ها، از پرسش نامه نشخوار فکری (SRR) در جلسات پیش آزمون، ۲، ۴، ۶، ۸ و پیگیری ۱ ماهه استفاده شد. بازبینی دیداری نمودارها و اندازه ضریب تاثیر کاهش معناداری را در نمرات نشخوار شرکت کنندگان نشان داد. این یافته های مقدماتی از نقش درمان ترکیبی فعال سازی رفتاری کوتاه مدت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی حمایت می کند.

کلید واژه ها: فعال سازی رفتاری کوتاه مدت، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، اختلال افسردگی اساسی، نشخوار فکری

□ Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, I.R. Iran.

✉ elmira.ariana@gmail.com

□ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۷/۱۲ تصویب نهایی: ۱۳۹۴/۴/۲۱
* گروه روان شناسی بالینی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

● مقدمه

نشخوار فکری که به عنوان افکاری مقاوم و عود کننده تعریف می شود که گرد یک موضوع معمول دور می زند و به طریق غیر ارادی، وارد آگاهی می شود و توجه را از موضوعات مورد نظر و اهداف فعلی منحرف می سازد. اخیراً علاقه تجربی قابل توجهی در زمینه افسردگی کسب کرده است و به عنوان یک عامل خطر شناختی مهم برای افسردگی شناخته شده است (لو، هو، و هولن، ۲۰۰۸). مطالعات بسیاری از رابطه تنگاتنگ بین افکار نشخواری و انواع مختلف اختلال های هیجانی حکایت می کند (نولن هوکسما، ۱۹۹۱). با وجود این، رابطه افکار نشخواری با افسردگی نقطه شروع مهمی برای پرداختن به مفهوم نشخوار فکری بوده است (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۴). نولن-هوکسما (لو، هو، و هولن، ۲۰۰۸) معتقد بود افرادی که در پاسخ به خلق افسرده در نشخوار درگیر می شوند دوره های پایدارتر و شدیدتر افسردگی را تجربه خواهند کرد. یافته های تجربی نشان داده اند که نشخوار ممکن است فرایند شناختی اصلی در افسردگی باشد (واتکینز و مولدز، ۲۰۰۵) و براساس دیدگاه سبک پاسخ نشخوار فکری، روی این حقیقت که فرد افسرده است، نشانه های افسردگی و روی علل معنا و نتایج افسردگی استوار است (نولن هوکسما، ۱۹۹۱؛ به نقل از یوسفی و همکاران، ۱۳۸۸).

یافته های تجربی نشان می دهد که از میان درمان های روانشناختی برای درمان افسردگی اساسی، «درمان شناختی- رفتاری»^۱ به دلیل کارآمدی و اثربخشی اش، به عنوان گزینه درمانی خط اول افسردگی، قلمداد شده است اما اثرات پیشگیرانه آن مورد تردید می باشد. تأکیدی که این درمان بر تغییر افکار و شناخت ها دارد در مواردی باعث گردیده که مراجعین در چالش با افکار دچار شکست شوند. همچنین، این رویکرد باعث ایجاد فراشناخت در بیماران نمی گردد (فینوکین و مرسر، ۲۰۰۶).

از میان درمان های جدید به کار رفته برای افسردگی اساسی، «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی»^۲ و «فعال سازی رفتاری کوتاه مدت»^۳ از جمله درمان های موسوم به «موج سوم» رفتار درمانی اند که تحول نوینی در عرصه روان درمانگری در قرن حاضر به شمار می روند، و در عین حال که تأکید کمتری بر تغییر شناختی می کنند (کانتر، مانوس، بوش، و راش، ۲۰۰۸) درمان های مقرون به صرفه ای نیز هستند. «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن

آگاهی» که در ابتدا به منظور پیشگیری از عود افسردگی (سگال، ویلیامز، و تیزدیل، ۲۰۰۲) معرفی شد، جنبه‌هایی از شناخت درمانی را با تکنیک‌های مراقبه ترکیب می‌کند و هدفش آموزش کنترل توجه به بیماران است تا بتوانند تغییرات خلقی جزئی خود را شناسایی و از شروع دوره مجدد بیماری جلوگیری کنند. تاکنون اثربخشی این درمان در زمینه بهبود علائم افسردگی در اختلال افسردگی اساسی و پیشگیری از عود به اثبات رسیده است (فینوکین و مرسر، ۲۰۰۶؛ تیزدیل و همکاران، ۲۰۰۰؛ ما و تیزدیل، ۲۰۰۴؛ کینگستون و همکاران، ۲۰۰۷؛ گشوند و همکاران، ۲۰۱۲؛ ویلیامز و همکاران، ۲۰۱۳؛ چیسو و همکاران، ۲۰۱۵). از آنجا که یکی از مولفه‌های اساسی آسیب‌پذیری شناختی به افسردگی «نشخوار فکری»^۴ است. برای پیشگیری از عود افسردگی، یافتن راه‌های موثری برای تغییر الگوهای تفکر منفی و کاهش نشخوار که به عنوان عوامل کلیدی عود افسردگی اساسی شناسایی شده‌اند الزامی است. «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی» (MBCT) این کار را مستقیماً به روش‌های منحصر به فردی با اشاره به الگوهای شناختی در عود یا بازگشت افسردگی انجام می‌دهد (کرین، ۲۰۰۹). آموزش ذهن آگاهی مستلزم یادگیری فراشناختی و راهبردهای رفتاری جدید برای متمرکز شدن روی توجه، جلوگیری از نشخوارهای فکری و گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده است (کری جی، ۲۰۰۴؛ به نقل از آذرگون و کجباف، ۱۳۸۹). از سوی دیگر، «فعال سازی رفتاری»^۵ (BA) که در اصل به عنوان درمانی برای افسردگی ابداع شد (مارتل، آدیس، و جیکوبسن، ۲۰۰۱). حمایت تجربی زیادی به عنوان درمان مستقلی برای افسردگی دریافت کرده است (مازاکلا، کین، و ریس، ۲۰۰۹؛ استورمی، ۲۰۰۹؛ کلادو و همکاران، ۲۰۱۴؛ میر و همکاران، ۲۰۱۵؛ کانتر و همکاران، ۲۰۱۵). جیکوبسن و همکاران در پژوهش مقدماتی‌شان، نشان دادند که مولفه فعال سازی «رفتاری درمان شناختی رفتاری»^۶ (CBT) به اندازه بسته کامل CBT در درمان افسردگی موثر است (جیکوبسن و همکاران، ۱۹۹۶). فعال سازی رفتاری (جیکوبسن، مارتل، و دیمیچیان، ۲۰۰۱؛ مارتل و همکاران، ۲۰۰۱) شامل تحلیل کارکردی رفتار افراد افسرده است. اصول مسلم در برگزیده فعال سازی رفتاری، افسردگی را به عنوان پیامد تغییر در شرایط زندگی شخص در نظر می‌گیرد که منجر به کاهش تقویت برای آن فرد می‌شود (لویسون^۷، ۱۹۷۴؛ به نقل از مولیک و ناگل، ۲۰۰۴). با وجود داده‌های حمایت‌کننده از کاربرد فعال سازی رفتاری در درمان افسردگی، منابع

چاپ شده و دردسترس اندکی وجود دارد که برنامه گام به گام مشخصی برای تدارک یک درمان فعال سازی رفتاری محض فراهم کند. بنابراین، برای اشاره به این شکاف در ادبیات، درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت برای افسردگی ابداع شد «درمان فعال سازی رفتاری»^۸ (لیجز، هاپکو، و هاپکو، ۲۰۰۱). هر چند اصول و فرآیندهای زیربنایی «درمان فعال سازی رفتاری» متمرکز بر فعال سازی رفتاری است، فرآیندهای شناختی و هیجانی نیز نادیده گرفته نمی شوند. علاوه بر این، فرض بر این است که هر چند جنبه های شناختی افسردگی به طور مستقیم به منظور تغییر مورد هدف قرار نمی گیرند، پس از فرآیندهای فعال سازی رفتاری سازگاران تر می شوند و در طی جلسات مکرراً به عنوان شاخص منافع درمانی ارزیابی می شوند. بنابراین، فعال سازی رفتاری با تمرکز بر «پیشایندها»^۹ و پیامدهای تفکر منفی و بافتی که در آن این موارد رخ داده اند، بر فرایندی تاکید دارد، که به وسیله آن بیماران در تفکر منفی از جمله نشخوار فکری درگیر می شوند (هیس، بارنس- هولمز و راهه، ۲۰۰۱؛ به نقل از مارتل، دیمیجیان، و هرمان-دان، ۲۰۱۰). فعال سازی رفتاری یک رویکرد ساختاریافته کوتاه مدت برای افسردگی حاد است که به وسیله ایجاد تماس یک فرد با منابع پاداش دهنده از طریق افزایش فعالیت، بهبود حل مساله، و کاهش اجتناب و موانع دیگر به منظور فعال سازی، درصدد تسکین افسردگی است. در حالی که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یک مداخله گروهی کوتاه مدت است که به عنوان درمانی برای پیشگیری از عود افسرده ساز در میان افراد مبتلا به افسردگی بازگشتی ابداع شده است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به وسیله ایجاد آگاهی فکری، پذیرش، و عمل ماهرانه تلاش می کند تا به منظور پیشگیری از عود به افراد کمک کند الگوهای همیشگی مرتبط با خطر عود را متوقف سازند. فعال سازی رفتاری و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی رویکردهای متمایزی هستند که برای جمعیت های مختلفی طراحی شده اند (افسردگی حاد در مقابل افسردگی بهبودیافته)؛ با این حال، آنها به وسیله فاصله گرفتن از تاکیدی که در CT سنتی بر اصلاح مستقیم تفکر ناکارآمد می شود با هم مشترکند (دیمیجیان و دیویس، ۲۰۰۹).

پژوهش های بسیاری کارآمدی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را در کاهش نشخوار فکری نشان داده است (سگال و همکاران، ۲۰۰۲؛ تیزدیل و همکاران، ۲۰۰۰؛ کینگستون و همکاران، ۲۰۰۷؛ آزرگون، کجیاف، مولوی و عابدی، ۱۳۸۸). چندین پژوهش

نیز کارآمدی فعال سازی رفتاری را در کاهش نشخوار فکری نشان داده است (مارتل و همکاران، ۲۰۱۰؛ کانتر و همکاران، ۲۰۱۰؛ واتکینز و همکاران، ۲۰۰۷، ۲۰۱۱). علیرغم شباهت ها و تفاوت هایی که بین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و فعال سازی رفتاری وجود دارد، از آنجا که کارآمدی این دو درمان در درمان افسردگی حاد در پژوهش های متعددی به اثبات رسیده است (فینوکین و مرسر، ۲۰۰۶؛ لیجز و همکاران، ۲۰۰۱؛ بارنهایف و همکاران، ۲۰۰۹؛ هاپکو و همکاران، ۲۰۰۳) و به علت تاثیرات بهداشتی و اقتصادی این بیماری (کاسانو و فاوا، ۲۰۰۲؛ ولج، زرونسکی، کیمیره، و برتسیماس، ۲۰۰۹)، به درمان های سریع، موثر، و شواهد محوری نیاز است که بتواند به آسانی در دسترس افرادی با هر شدتی از افسردگی قرار گیرد. بنابراین، لازم است تا روش های کارآمد و مقرون به صرفه ارائه این مداخلات کشف و کمترین مولفه های کافی لازم برای اینکه چنین مداخلاتی اثربخش باشند ایجاد شوند. از طرف دیگر از آنجا که طبق پژوهش پیشین این احتمال وجود دارد که مهارت های ذهن آگاهی منافع به دست آمده از فعال سازی رفتاری را افزایش دهد، همچنین از آنجا که یکی از محدودیت های پژوهش پیشین عدم به کارگیری از ترتیب معکوس این دو درمان و عدم امکان نتیجه گیری از تبیین های احتمالی بوده است (برای مثال، این احتمال وجود دارد که پس از ارائه ترکیبی ذهن آگاهی و فعال سازی (۴ جلسه فعال سازی رفتاری و سپس ۴ جلسه ذهن آگاهی) مولفه ذهن آگاهی چیزی را افزایش نداده و تاثیرات به دست آمده به دلیل منافع انباشته شده در طول زمان و ناشی از مولفه فعال سازی رفتاری بوده باشد یا نتایج سودمند پس از ذهن آگاهی به تنهایی ناشی از مولفه ذهن آگاهی باشد) در پژوهش حاضر روش ترتیب معکوس نیز به کار گرفته شده است (مازاکلای و همکاران، ۲۰۰۹). از سوی دیگر، طبق محدودیت پژوهش پیشین مبنی بر احتمال مطابقت یافتن مولفه های مختلف درمان ترکیبی با تفاوت های فردی و اهمیت فرمول بندی های انفرادی، یکی از دلایل اهمیت رایج ترکیبی این درمان را می توان این طور توجیه کرد که امکان بهره گیری بیماران از مولفه های هر دو درمان فراهم خواهد شد و در صورت عدم کارایی مولفه های یکی از درمان ها برای یک بیمار، احتمال دارد مولفه های درمانی مداخله دیگر اثربخش واقع شود (مازاکلای و همکاران، ۲۰۰۹). بنابراین، در این پژوهش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی که جهت مرحله فعال افسردگی طراحی نگردیده است با «درمان فعال سازی رفتاری»

ترکیب شده اند، و این درمان ترکیبی می تواند درمان کارآمدی را در مرحله فعال بیماری افسردگی مطرح سازد، یعنی معرفی روش ترکیبی در مرحله فعال بیماری، ضمن حفظ اثرات پیشگیرانه آن در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی که می تواند روش کارآمدتر و مقرون به صرفه تری را فراهم کند، و یکی از سوالات مهم این پژوهش آن است که آیا این درمان ترکیبی به اندازه ارایه جداگانه درمان های «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی» و «درمان فعال سازی رفتاری» در کاهش نشخوار فکری اثربخش خواهد بود؟

● روش

پژوهش حاضر، در چارچوب یک طرح آزمایشی تک آزمودنی بود. جامعه پژوهش را کلیه مراجعہ کنندگان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی که در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۱ به بیمارستان/امام حسین (ع) مراجعه کردند تشکیل دادند. نمونه این پژوهش به روش نمونه گیری در دسترس از بین افراد مراجعه کننده به بیمارستان/امام حسین (ع) با تشخیص افسردگی اساسی بر اساس نظر روانپزشک و تایید آن با مصاحبه بالینی ساختاریافته در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۱ صورت گرفت. از بین بیماران مراجعه کننده، تعداد ۴ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی انتخاب و تحت چهار مداخله درمانی توسط پژوهشگر، قرار داده شدند.

● ابزار

□ الف: مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال های محور I^۱ (SCID-I): مصاحبه مزبور ابزاری انعطاف پذیر است که توسط فرست و همکاران تهیه شد (فرست، اسپیتزر، گیون، ویلیامز، ۱۹۹۶). شریفی و همکاران (۱۳۸۳) این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیص های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص های طول عمر ۵۵ درصد) به دست آمده نیز رضایت بخش است.

□ ب: مقیاس پاسخ های نشخواری^{۱۱} (RRS): این ابزار یک مقیاس ۲۲ ماده ای است که گرایش افراد را به نشخوار فکری در پاسخ به خلق افسرده می سنجد. از آزمودنی ها خواسته می شود تا با یک مقیاس ۴ نمره ای لیکرتی (۱= تقریباً هرگز تا ۴= تقریباً همیشه) به

ماده ها پاسخ دهند. دامنه نمره ها از ۲۲ تا ۸۸ قرار میگیرد. این مقیاس بر پایه شواهد تجربی، اعتبار درونی بالایی دارد. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد و همبستگی بازآزمایی آن، ۰/۶۷ است (باقری نژاد، صالحی فدردی، طباطبایی، ۲۰۱۰).

○ در این پژوهش پس از اینکه تشخیص افسردگی، بر اساس نظر درمان گر محرز شد و پس از کسب رضایت بیماران و تشریح طرح برای آنان، بیماران بر حسب زمان مراجعه جهت دریافت درمان، تحت چهار مداخله درمانی ۱. درمان درمان فعال سازی رفتاری (۸ جلسه) ۲. درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۸ جلسه ۳. درمان ترکیبی درمان فعال سازی رفتاری و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۴ جلسه اول و ۴ جلسه بعد) ۴. درمان ترکیبی درمان فعال سازی رفتاری و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۴ جلسه اول و ۴ جلسه بعد) قرار داده شدند. شرکت کنندگان در مداخله به مدت ۸ جلسه ۴۵-۶۰ دقیقه ای تحت درمان قرار گرفتند. در آغاز مطالعه، کلیه بیماران نسبت به تکمیل ابزارهای پژوهش اقدام کردند. سپس شرکت کنندگان تحت مداخلات تعیین شده قرار گرفتند و در جلسات دوم، چهارم، ششم و در پایان مداخله از همه آنها پس آزمون و نیز ۱ ماه پس از پایان درمان پیگیری به عمل آمد. برخی از ملاک های ورود نمونه به تحقیق عبارت بودند از: ۱) تشخیص افسردگی اساسی بر اساس نظر روان پزشک و تایید آن با مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCDI، ۲) محدوده سنی بین ۲۶ تا ۳۸ سال، ۳) تحصیلات حداقل دیپلم، ۴) ثابت ماندن دوز دارویی برای ۸ هفته (۵) نداشتن سابقه دریافت مداخله های روان درمانی دیگر (۶) رضایت آگاهانه از روش درمانی و فرآیند پژوهش. برخی از معیارهای خروج نمونه از تحقیق عبارت بودند از: ۱. دارا بودن اختلال های حاد روانپزشکی بنا به نظر روانپزشک، ۲. وجود بیماری پزشکی جدی و محدود کننده های که موجب بروز افسردگی در بیمار شود، ۳. سابقه سوء مصرف مواد و ۴. دارا بودن اختلال های جسمانی مزمن مانند سرطان، بیماری های کلیوی ۵. داشتن اختلال محور I

○ در پژوهش حاضر برای تحلیل نتایج از روش شاخص تغییر پایا Reliable Change Index (RCI) با فرمول اصلاح شده برای محاسبه تغییر آماری معنادار نمرات استفاده شد (باکوبسن و تراکس، ۱۹۹۸). برای محاسبه شاخص تغییر پایا نمره پس از درمان یا پیگیری از نمره پیش از درمان تفریق می شد و حاصل آن بر خطای استاندارد تفاوت ها

تقسیم می گردد. در این پژوهش اگر نتیجه به دست آمده بزرگتر از سطح معناداری نمره Z یعنی $1/96$ ($p < 0/05$) باشد، می توان با ۹۵ درصد اطمینان تغییر یا بهبودی به دست آمده را به اثر مداخله نسبت داد. برای بررسی بهبودی یا تغییر بالینی معنادار یا سنجش پیشرفت مراجعان در تغییر متغیرهای آماجی علاوه بر در نظر گرفتن نقطه برش ابزارها از روش درصد بهبودی نیز استفاده گردید. در این روش با توجه به فرمول درصد بهبودی نمره پس آزمون فرد از نمره پیش آزمون تفریق و حاصل آن را بر نمره پیش آزمون تقسیم می شود (اوگلز، لونر و بونستیل، ۲۰۰۱).

○ درمان های به کار رفته در این پژوهش به صورت انفرادی به کار گرفته شده است. برنامه های درمان در ۸ جلسه ارائه شدند و برای سرفصل ها، موضوعات، تمرین ها و تکالیف هر جلسه از درمان های مربوطه از راهنمای عملی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (سگال، ویلیامز و تیزدیل، ۲۰۰۲ و راهنمای درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت برای افسردگی نوشته لیچرز و همکاران (۲۰۰۱) استفاده شده است. همچنین پروتکل درمان ترکیبی شکل تعدیل شده این دو پرتکل بود که شامل جلسات ۱، ۲، ۳، ۴ درمان فعال سازی رفتاری و جلسات ۱، ۲، ۷، و ۸ شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بود و براساس نظر خود پژوهشگر و مبنی بر کنار گذاشتن برخی جلسات مشابه انتخاب شده بود. خلاصه ای از دستورالعمل اجرایی جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در قالب ۸ جلسه:

○ *اهداف جلسات:* ۱. آگاهی بیشتر از احساسات، افکار و حس های بدنی لحظه به لحظه و تجربه بودن در لحظه. ۲. توجه به احساسات و افکار، و گسترش و پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند. ۳. مهارت های پاسخگویی به فکر یا احساس ناخوشایند. ۴. جلوگیری از ایجاد تثبیت افکار منفی. ۵. تغییر عادات قدیمی فکر کردن مانند شناخت امور روزمره خودکار، بی انگیزه بودن در کارها، بی نتیجه دانستن فعالیت ها، فرار یا اجتناب از افسردگی یا موقعیت های سخت زندگی، آرزوهای بزرگ داشتن، مقایسه همیشگی وضع موجود خود با وضعیت دلخواه. ۶. آگاه شدن از علایم هشداردهنده افسردگی. ۷. آگاهی از تغییرات جزئی خلق.

○ *موضوع جلسات اول تا چهارم:* الف- توضیح درباره اهمیت حضور در لحظه حال و بودن در اینجا و اکنون، و بازکردن مفهوم ذهن آگاهی برای مراجع با استفاده از چند فن، و

یاد گرفتن انجام امور روزمره، همراه با توجه کردن به آن‌ها/ب- پی بردن به ذهن سرگردان و تمرین توجه به بدن، احساس جسمی و فیزیکی و توجه به تنفس/ج- آرام گرفتن ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن، مراقبه نشسته و انجام تمرین‌هایی که توجه را به لحظه حال می‌آورند/د- یاد گرفتن اینکه بدون فرار و دوری کردن از افراد، در لحظه حاضر باقی بمانیم و تلاطم افکار را نظاره کنیم.

○ موضوع جلسات پنجم تا هشتم: الف- آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آنها بدون قضاوت و دخالت مستقیم/ب- تغییر خلق و افکار از طریق تلقی افکار به عنوان فقط فکر و نه واقعیت/ج- هشیار بودن از نشانه‌های افسردگی و تنظیم برنامه برای رو به رو شدن احتمالی با نشانه‌های افسردگی/د- برنامه ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در حال برای ادامه زندگی و تعمیم آنها به کل جریان زندگی.

خلاصه‌ای از دستورالعمل اجرایی جلسات درمان فعال سازی رفتاری در قالب ۸ جلسه:

○ جلسه اول: ۱. معرفی / مقدمه. ۲. تشریح افسردگی. ۳. معرفی منطق درمان. ۴. معرفی بازیابی روزانه. ۵. نکات مهم در مورد ساختار این درمان. جلسه دوم: ۱. بازیابی روزانه: بررسی تکلیف. ۲. منطق درمان: بررسی تکلیف. ۳. نکات مهم در مورد ساختار درمان: بررسی تکلیف. ۴. اجرای سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها. جلسه سوم: ۱. بازیابی روزانه: بررسی تکلیف. ۲. سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها: بررسی تکلیف. ۳. انتخاب و رتبه بندی فعالیت‌ها. جلسه چهارم: ۱. بازیابی روزانه: بررسی تکلیف. ۲. بازیابی روزانه با برنامه ریزی فعالیت‌ها. جلسه پنجم: ۱. بازیابی روزانه با برنامه ریزی فعالیت: بررسی تکلیف. ۲. قراردادها. ۳. بازیابی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده. جلسه ششم: ۱. بازیابی روزانه با برنامه ریزی فعالیت: بررسی تکلیف. ۲. قراردادها: بررسی تکلیف. ۳. بازیابی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده. ۴. تداوم افزودن/تغییر قراردادها. جلسه هفتم: ۱. بازیابی روزانه با برنامه ریزی فعالیت: بررسی تکلیف. ۲. سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها: مرور و بازنگری مفاهیم. جلسه هشتم: ۱. بازیابی روزانه با برنامه ریزی فعالیت: بررسی تکلیف. ۲. انتخاب و رتبه بندی فعالیت‌ها: مرور و بازنگری مفاهیم. ۳. بازیابی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده. ۴. آمادگی برای خاتمه.

□ گزارش موردی بیماران

○ **بیمار اول:** مردی ۳۵ ساله، متاهل، دیپلمه و دارای دو فرزند که قبلاً هم چنین علائمی داشته است و این بار اول نیست که دچار بی انگیزگی و دلسردی از زندگی شده است ولی این اولین بار است که برای درمان اقدام می کند. از لحاظ سابقه بیماری های روان پزشکی، مادر بیمار نیز دچار افسردگی است. **بیمار دوم:** خانمی ۳۴ ساله، کارشناس ادبیات، متاهل، و دارای یک پسر ۱/۵ ساله که سابقه مراجعه به روان پزشک و مصرف دارو را نیز داشته است و دو تا از خواهران بیمار هم دچار افسردگی هستند و در حال حاضر دارو مصرف می کنند. **بیمار سوم:** خانمی ۳۸ ساله، دیپلمه، متاهل و صاحب دو فرزند که سابقه مراجعه به روان پزشک و مصرف دارو را نیز داشته است. مادر بیمار نیز سابقه وسواس و افسردگی دارد. **بیمار چهارم:** دختری ۲۶ ساله، دیپلمه، مجرد که سابقه مراجعه به روان پزشک و مصرف دارو را نیز داشته است.

● یافته ها

نتایج به دست آمده به شرح زیر می باشد: در مقیاس نشخوار فکری نمره آزمودنی اول از ۳۷، آزمودنی دوم از ۵۵، آزمودنی سوم از ۶۹، و آزمودنی چهارم از ۳۹ در مرحله پیش از مداخله به ترتیب به ۳۵، ۳۴، ۳۳، و ۲۵ در مرحله پس از مداخله کاهش یافت. همچنین از آزمودنی ها در جلسات دوم، چهارم، ششم، هشتم و در پیگیری یک ماهه آزمون به عمل آمد. نمره های هر چهار آزمودنی در مراحل پیش از درمان، در طی درمان، و دوره پیگیری برای نشخوار فکری در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. نمرات هر چهار آزمودنی در مراحل پیش از درمان، در طی درمان، و دوره پیگیری برای نشخوار فکری

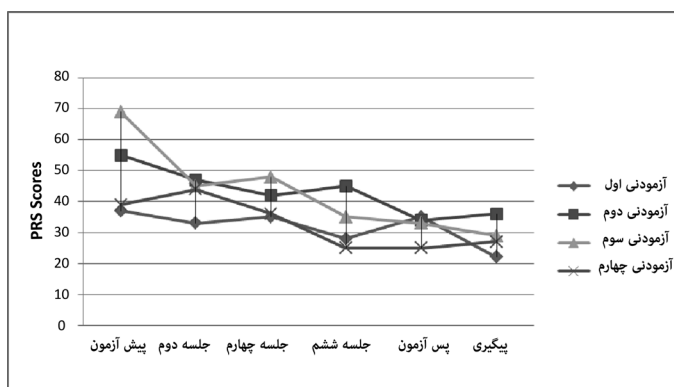
متغیرها	پیش آزمون	جلسه دوم	جلسه چهارم	جلسه ششم	جلسه هشتم	پیگیری
نشخوار آزمودنی اول	۳۷	۳۳	۳۵	۲۸	۳۵	۲۲
نشخوار آزمودنی دوم	۵۵	۴۷	۴۲	۴۵	۳۴	۳۶
نشخوار آزمودنی سوم	۶۹	۴۵	۴۸	۳۵	۳۳	۳۷
نشخوار آزمودنی چهارم	۳۹	۴۴	۳۶	۲۵	۲۵	۲۷

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود، در آزمودنی اول، درصد بهبودی (تغییرات روند)، در مقیاس نشخوار فکری ۵، در آزمودنی دوم ۳۸، در آزمودنی سوم ۵۲، و در آزمودنی چهارم ۳۶ می باشد. درصد کاهش نمرات (شیب) در مقیاس نشخوار فکری در آزمودنی اول

۵/۷۱، در آزمودنی دوم ۶۱/۷۶، در آزمودنی سوم ۱۰۹/۰۹، و در آزمودنی چهارم ۵۶ می باشد، همچنین میتوان میزان تغییرپذیری در نشخوار فکری را در آزمودنی اول ۱/۰۲، در آزمودنی دوم ۱/۲۴، در آزمودنی سوم ۱/۳۵، و در آزمودنی چهارم ۱/۰۷ مطرح نمود.

جدول ۲. نمرات آزمودنی ها در مقیاس نشخوار فکری

مقیاس	درصد بهبودی [MPI]	درصد کاهش نمرات [MPR]	میزان تغییرپذیری [Cohen's d]	انحراف معیار σ_1	انحراف معیار σ_2	پیش آزمون خط پایه [M1]	میلگین مداخلة [M2]
نشخوار آزمودنی اول	۵	۵/۷۱	۱/۰۲	۵/۱۲	۲/۸۶	۳۷	۳۲/۷۵
نشخوار آزمودنی دوم	۳۸	۶۱/۷۶	۱/۲۴	۱۳/۹۱	۴/۹۴	۵۵	۴۲
نشخوار آزمودنی سوم	۵۲	۱۰۹/۰۹	۱/۳۵	۲۹/۴۴	۶/۳۷	۶۹	۴۰/۲۵
نشخوار آزمودنی چهارم	۳۶	۵۶	۱/۰۷	۳	۸/۰۱	۳۹	۳۲/۵



نمودار ۱. نمرات آزمودنی ها براساس میزان نشخوار فکری براساس RRS

● بحث و نتیجه گیری

○ نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان فعال سازی رفتاری منجر به کاهش نشخوار فکری می شود. پژوهش حاضر همسو با مطالعات قبلی (ریتسل، رامیرز، و کراگد، ۲۰۱۱؛ مزاکالای، کین، و ریس، ۲۰۰۹) نشان داد که درمان فعال سازی رفتاری بر کاهش نشخوار فکری افسرده ساز تاثیر دارد. علاوه براین پژوهش نشان می دهد که هدف قرار دادن نشخوار به وسیله راهبردهای فعال سازی رفتاری اثربخش تر از درمان شناختی رفتاری استاندارد است و منجر به کاهش سطوح نشخوار می گردد (واتکینز و همکاران، ۲۰۰۷، ۲۰۱۱). در

فعال سازی رفتاری تاکید بر کار کردن روی فرایند افکار نشخواری است تا محتوای چنین افکاری و روایی افکار نشخواری مورد آزمون قرار نمی‌گیرد و از بیمار خواسته نمی‌شود تا درستی باورهایش را (مارتل و همکاران، ۲۰۱۰) محک بزند، بلکه به جای آن، فرایند تفکر نشخواری را، به وسیله نگاه به بافتی که افکار نشخواری در آن رخ داده و پیشایندها و پیامدهای این افکار، هدف قرار می‌دهند و با ارزیابی دقیق و هدف قرار دادن نشخوار فکری با طیفی از راهبردهای رفتاری، بر روی این شیوهی تفکر کار می‌شود که منجر به کاهش سطوح نشخوار فکری می‌گردد.

○ همچنین نتایج نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نشخوار فکری بیماران موثر است. نتایج این پژوهش همسو با یافته کینگستون و همکاران (۲۰۰۷) و ون و وگ و همکاران (۲۰۱۲) مبنی بر کارایی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نشخوار فکری بود. با این روش درمانی افکار فرد به عنوان حوادث ذهنی، تجربه شده و از تمرکز و توجه روی تنفس به عنوان ابزاری برای زندگی در زمان حال استفاده می‌شود. با این روش بیماران آموزش می‌بینند تا چرخه نشخوار فکری را متوقف کرده و از افکار منفی خود فاصله گیرند. آموزش انعطاف پذیر روی توجه، غنی سازی ذهنی و توقف نشخوار فکری، منجر به کاهش افسردگی و نشخوار فکری می‌شود (تیزدیل و همکاران، ۲۰۰۰). همچنین در تبیین اثر شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش نشانه‌های افسردگی می‌توان گفت: در این روش به افراد افسرده آموزش داده می‌شود که افکار و احساس‌های خود را بدون قضاوت، مشاهده کنند و آنها را وقایع ذهنی ساده ای ببینند که می‌آیند و می‌روند، به جای آن که آنها را به عنوان قسمتی از خودشان یا انعکاسی از واقعیت در نظر بگیرند.

○ بر اساس نتایج به نظر می‌رسد درمان ترکیبی درمان فعال سازی رفتاری و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، منجر به کاهش نشخوار فکری می‌شود. کاهش نشخوار فکری در درمان ترکیبی درمان فعال سازی رفتاری و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی همسو با پژوهش *مارتل* و همکاران (۲۰۱۰) می‌باشد مبنی بر اینکه یکپارچه کردن راهبردهای ذهن آگاهی در درمان می‌تواند کارآمدی درمان فعال سازی را در مورد برخی از بیماران دچار نشخوار فکری شدید، تقویت کند. در تبیین اثربخشی این درمان ترکیبی می‌توان گفت به کارگیری از رویکردهایی چون شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی که به ویژه فرآیندهایی

چون نشخوار فکری و اجتناب از حالت های خلقی منفی را هدف قرار می دهد (سگال و همکاران، ۲۰۰۲) منجر به کاهش نشخوار فکری می گردد زیرا توجه تقسیم نشده تمرکز عمدی روی افکار، هیجان ها، و احساسات به این روش، مقدار زیادی از توانایی فرد را برای پردازش توجهی به کار می گیرد و بنابراین توانایی اندکی برای نشخوار باقی می ماند. از طرف دیگر، در رویکردهایی چون فعال سازی رفتاری نیز نشخوار فکری به عنوان شکلی از رفتار اجتنابی در نظر گرفته می شود، که توسط تقویت منفی همانند کاهش های موقت در اضطراب یا رخداد های شخصی مرتبط حفظ شده است (مارتل و همکاران، ۲۰۰۱) و بنابراین شناسایی راه انداز های خاص برای نشخوار هنگام اجتناب، و تقویت کننده های منفی که آن را حفظ می کند در کاهش نشخوار فکری نقش دارد و این درمان ترکیبی منجر به کاهش هرچه بیشتر نشخوار فکری می شود.

○ در مجموع، می توان گفت همه درمان های ارائه شده در این پژوهش، در کاهش نشخوار فکری موثر بوده اند، و علاوه بر این، ارائه ترکیبی درمان های درمان فعال سازی رفتاری و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۴ جلسه اول درمان فعال سازی رفتاری و ۴ جلسه بعد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) در مقایسه با ارائه منفرد این درمان ها اثربخشی بیشتری نشان داده است. در تبیین این اثربخشی می توان گفت که مراجعان اغلب درمان را با احساس دلسردی و ناامیدی درباره تسکین افسردگی شان آغاز می کنند. فعال سازی رفتاری با تشویق افراد به شروع کردن فعالیت از «بیرون به درون» از افراد می خواهد که به جای عمل کردن بر اساس خلق، با فعالیت بر اساس یک هدف، آزمایشی را انجام دهند. بخش مرکزی فعال سازی رفتاری آغاز کردن انجام فعالیت، حتی زمانی است که خلق و انگیزش پایین هستند (مارتل و همکاران، ۲۰۱۰). با درگیر شدن بیشتر فرد با فعالیت های شخصی و اجتماعی، روابط اجتماعی گسترده تر از قبل می شوند و به احتمال بیشتری در معرض تجارب مثبت و لذت بخش قرار خواهند گرفت و این امر موجب احساس لذت و پیشرفت بیماران در زندگی می گردد و احتمال احساس افسردگی، تنهایی، و عزت نفس پایین خیلی کم می شود. در نتیجه فرد افسرده زمان زیادی برای غرق شدن در افکار و خاطرات منفی و نشخوار های فکری منفی نخواهد داشت و فعال شدن مراجع خود می تواند مقدمه ای برای به کارگیری از روش های ذهن آگاهی باشد و افزایش اثربخشی راهبردهای

موجود در این درمان گردد.



یادداشت ها

- | | |
|---|---|
| 1. cognitive behavior therapy | 2. mindfulness-based cognitive therapy |
| 3. behavioral activation treatment for depression | 4. rumination |
| 5. behavioral activation (BA) | 6. cognitive behavior therapy (CBT) |
| 7. Levinson | 8. behavioral activation therapy |
| 9. antecedents | 10. Structured Clinical Interview for DSM I |
| 11. Ruminative Response Scale (RRS) | |

● منابع

- آذرگون، حسن؛ کجباف، محمد باسقر؛ مولوی، حسین؛ عابدی، محمدرضا (۱۳۸۸). اثربخشی ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی دانشجویان دانشگاه اصفهان. *دانشور رفتار*، ۱۶، ۲۱-۱۳.
- آذرگون، حسن؛ کجباف، محمداقبر (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند دانشجویان افسرده دانشگاه اصفهان. *مجله روانشناسی*، ۱۴ (۱)، ۹۴-۷۹.
- باقری نژاد، مینا؛ صالحی فدردی، جواد؛ طباطبایی، محمود. (۱۳۸۹). رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه ای از دانشجویان ایرانی. *مطالعات تربیتی و روانشناسی*، ۱۱ (۱)، ۳۸-۲۱.
- شریفی، ونداد؛ اسعدی، سید محمد؛ محمدی، محمدرضا؛ امینی، همایون؛ کاویانی، حسین؛ سمنانی، یوسف؛ شعبانی، امیر؛ شهریور، زهرا؛ داوری آشتیانی، رزینا؛ حکیم شوشتری، میترا (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای DSM-IV (SCID) *فصلنامه تازه های علوم شناختی*، ۶، ۲۲-۱۰.
- یوسفی، زهرا؛ عابدی، محمدرضا؛ بهرامی، فاطمه؛ محرابی، حسین علی (۱۳۸۸). ساخت و هنجاریابی سیاهه نشخوار فکری افسرده ساز. *مجله روانشناسی*، ۱۳ (۱)، ۶۸-۵۴.
- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., et al. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: *A preliminary study. Behavior Research and Therapy*, 47, 366-373.
- Cassano, P., & Fava, M., (2002). Depression and public health: An overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 849-857.
- Chiesa, A., Castagner, V., Andrisano, C., Serretti, A., Mandelli, L., Porcelli S., et al. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy vs. psycho-education for patients with major depression who did not achieve remission following antidepressant treatment. *Psychiatry Research*, 226, 474-483.

- Collado, A., Castillo, S. D., Maero, F., Lejuez, C. W., & Macpherson, L. (2015). Pilot of the brief behavioral activation treatment for depression in latinos with limited english proficiency: Preliminary evaluation of efficacy and acceptability. *Behavior Therapy, 45*, 102–115.
- Crane, R. (2009). *Mindfulness- based cognitive therapy*. New York. Routledge Press.
- Dimidjian, S., & Davis, K. J. (2009). Newer Variations of Cognitive-Behavioral Therapy: Behavioral Activation and Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Current Psychiatry Reports, 11*, 453–458.
- Finucane, A., & Mercer, S. (2006). An exploratory mixed method study of the acceptability and effectiveness of MBCT for patient with active depression and anxiety. *BMC Psychiatry, 6*, 50-61.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, B. W. (1996). *Structural clinical interview for DSM-IV-TR axis I disorder, clinical version, patient edition. (SCID-CV)*. Washington (DC): American Psychiatric Press.
- Geschwind, N., Peeters, F., Huibers, M., van Os, J., & Wichers, M. (2012). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in relation to prior history of depression: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 201*, 320-325.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., LePage, J. P., Hopko, S. D., & McNeil, D. W. (2003). A brief behavioral activation treatment for depression—a randomized pilot trial within an inpatient psychiatric hospital. *Behavioral Modification, 27*, 458–469.
- Jacobson, N. S., Dobson, K., Traux, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioural treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 295-304.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation therapy for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*, 255–270.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1998). Clinical significance: A statical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. In: Kazdin, A.E, (Editor) *Methodological issues and strategies in clinical research*. 2nd ed. Washington DC: American Psychological Association, 521-38.
- Joormann J. (2006). Differential effect of rumination and dysphoria on the inhibition of irrelevant emotional material: Evidance from a negative priming task. *Cognitive Therapy & Research, 30*, 149- 160.
- Kanter, J. W., Manos, R. C., Bowe, W. M., Baruch, D. E., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2010). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review, 30*, 608–620.

- Kanter, J. W., Manos, R. C., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2008). Making behavioral activation more behavioral. *Behavior Modification, 32*, 780-803.
- Kanter, J. W., Santiago-Rivera, A. L., Santos, M. M., Nagy, G., López, M., Hurtado, G. D. et al. (2015). A randomized hybrid efficacy and effectiveness trial of behavioral activation for latinos with depression. *Behavior Therapy, 46*, 177-192.
- Kingston, T., Bates, A., Dooley, B., Lawlor, E., & Malone, K. (2007). Mindfulness- based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychology and Psychotherapy- Theory Research and Practice, 80*, 193-203.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., & Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. *Behavioral Modification, 25*, 255-286.
- Lo, C. S., Ho, S. M., & Hollon, S. D. (2008). The effects of rumination and negative cognitive styles on depression: A mediation analysis. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 487-495.
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness based cognitive therapy for depression: replication and exploration of deferential relapse prevention effects. *Consulting and Clinical Psychology, 72*, 31-40.
- Manicavasagar, V., Parker, G., & Perich, T. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy versus cognitive behaviour therapy as a treatment for nonmelancholic depression. *Journal of Affective Disorders, 130*(1-2), 138-44.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression Context: Strategies for Guided Action*. New York: W.W. Norton.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dann, R. (2010). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*. New York. The Guilford Press.
- Mazzucchelli, T. G., Kane, R. T., & Rees, C. S. (2009). Behavioral activation treatments for adults: A meta-analysis and review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 16*, 383-411.
- Mazzucchelli, T. G., Rees, C. S., & Kane, R. T. (2009). Group behavioural activation and mindfulness therapy for the well-being of non-clinical adults: A preliminary open trial. *The Cognitive Behaviour Therapist, 2*, 256-271.
- Mir, G., Meer, S., Cottrell, D., McMillan, D., House, A., & Kanter, J. W. (2015). Adapted behavioural activation for the treatment of depression in Muslims. *Journal of Affective Disorders, 180*, 190-199.
- Mulick, P. S., & Naugle, A. E. (2004). Behavioral activation for comorbid PTSD and major depression: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice, 11*, 378-387.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of

- depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569–582.
- Ogels, B. M., Lunnen, K. M. Q., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application and current practice. *Clinical Psychological Review*, 21, 3, 421- 446.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (Eds.). (2004). *Depressive rumination: Nature, theory, and treatment*. New York: Wiley.
- Ritschel, L. A., Ramirez, C., & Crughead, W. E. (2011). Behavioral activation for depressed teens: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 281–299.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York. Guilford Press.
- Sturme, P. (2009). Behavioral activation is an evidence-based treatment for depression. *Behavior Modification*, 33, 818-829.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615–623.
- VanVugt, M. K., Hitchcock, P., Shahar, B., & Britton W. (2012). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on affective memory recall dynamics in depression: a mechanistic model of rumination. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6(257), 1-13.
- Watkins, E. R., & Moulds, M. (2005). Positive beliefs about rumination in depression: application and extension. *Personality and Individual Differences*, 39, 73–82.
- Watkins, E. R., Mullan, E., Wingrove, J., Rimes, K. A., Steiner, H., Bathurst, N., et al. (2011). Rumination-focused cognitive behaviour therapy for residual depression: Phase II randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 10, 1–6.
- Watkins, E. R., Scott, J., Wingrove, J., Rimes, K. A., Bathurst, N., Steiner, H., et al. (2007). Rumination-focused cognitive behaviour therapy for residual depression: A case series. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2144–2154.
- Welch, C. A., Czerwinski, D., Ghimire, B., & Bertsimas, D. (2009). Depression and costs of health care. *Psychosomatics*, 50, 392–401.
- Williams, J. M., Crane, C., Barnhofer, T., Brennan, K., Duggan, D. S., Fennell, M. J. et al. (2013). Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: A randomized dismantling trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 275–286.

