

October-November 2021, Volume 9, Issue 4

Effectiveness of Rumination-Focused Cognitive Behavioral Therapy and Mindfulness-based Cognitive Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Negative Beliefs of Depressed Adolescents Attempting Suicide

Hadi Izanloo¹, Fatemeh Shahabizadeh^{2*}, Seyed Kaveh Hojjat³,
Seyed Abdolmajid Bahrainian⁴

1- PhD Student of Clinical Psychology, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

3- Associate Professor, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Sleep Medicine Division, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

4- Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

Corresponding Author: Fatemeh Shahabizadeh, Associate Professor, Department of Psychology, Birjand branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

Email: f_shahabizadeh@yahoo.com

Received: 26 Dec 2020

Accepted: 28 Aug 2021

Abstract

Introduction: Depression in adolescence under the influence of negative cognitions and maladaptive emotion regulation strategies can significantly impair performance and lead to harmful behaviors such as suicide attempts; Therefore, the aim of this study was to investigate the effectiveness of Rumination-Focused Cognitive Behavioral Therapy (RFCBT) versus Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on cognitive emotion regulation and negative depression-related beliefs among depressed girls who attempted suicide.

Methods: This study was quasi-experimental with a control group and two-month follow-up period. Thirty-three depressed adolescent girls who had referred to the emergency department with suicide attempting from October 23, 2019 to March 5, 2020, after having the inclusion criteria, were selected with targeted sampling method. Then, participants were randomly divided into three groups (two experimental groups of 10 and a control group of 13). One group received RFCBT and the other group received MBCT in ten individual sessions. The Beck Depression Inventory-II, Depression-Related Beliefs Scale and Cognitive Emotion Regulation Questionnaire were employed as research instrument. Analyses of the data were made using SPSS version 16 software followed by analysis of variance with repeated measures.

Results: The finding showed that both methods had a significant effect on reducing depression, depression-related beliefs, maladaptive strategies of cognitive emotion regulation and increasing adaptive strategies at the time of post-test ($p < 0.001$) and follow-up ($p < 0.05$) compared to pre-test. The results were stable during the two-month follow-up period in each intervention group compared to the post-test period ($p > 0.05$).

Conclusions: The results support the effectiveness of two methods of rumination-focused cognitive behavioral therapy and mindfulness-based cognitive therapy without superiority over each other, in better use of cognitive emotion regulation strategies, and decreasing the negative depression-related beliefs. Therefore, planning for the use of both methods by therapists to improve the psychological health of adolescents with depression is suggested; However, strong conclusions about rumination-focused cognitive behavioral therapy require further research in the future and a larger statistical population.

Keywords: Depression, Cognitive Behavioral Therapy, Rumination, Cognitive, Mindfulness, Emotional Regulation.

اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی و شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی بر باورهای منفی و نظم جویی شناختی هیجان نوجوانان افسرده اقدام کننده به خودکشی

هادی ایزانلو^۱، فاطمه شهبابی زاده^{۲*}، سید کاوه حجت^۳، عبدالمجید بحرینیان^۴

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

۲- دانشیار گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

۳- دانشیار روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، شاخه پزشکی خواب، مشهد، ایران.

۴- استاد تمام روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

نویسنده مسئول: فاطمه شهبابی زاده، دانشیار گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

ایمیل: f_shahabizadeh@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۶/۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۵

چکیده

مقدمه: افسردگی در نوجوانی تحت تاثیر شناخت های منفی و راهبردهای ناسازگار هیجانی می تواند به صورت چشمگیری عملکردها را مختل کند و زمینه رفتارهای آسیب رسان از جمله اقدام به خودکشی را فراهم نماید؛ لذا، هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اندیشناکی در مقابل شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان و باورهای منفی مربوط به افسردگی در میان دختران افسرده اقدام کننده به خودکشی بود.

روش کار: روش پژوهش نیمه تجربی با گروه کنترل همراه با دوره پیگیری دو ماهه است. ۳۳ نوجوان دختر نوجوان افسرده که با مشکل اقدام به خودکشی به واحد اورژانس از اول آبان تا ۱۵ اسفند ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند به روش هدفمند و پس از داشتن ملاک های شمول وارد پژوهش شدند. شرکت کننده گان پس از انتخاب به صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش ۱۰ نفر و گروه کنترل ۱۳ نفر) تقسیم شدند. یک گروه RFCBT و گروه دیگر MBCT در ده جلسه انفرادی دریافت کردند. ابزارها شامل مقیاس افسردگی بک-۲، باورهای مربوط به افسردگی و نظم جویی شناختی هیجان بود. آنالیز داده ها با روش تحلیل واریانس همراه با اندازه گیری مکرر و با استفاده از نسخه ۲۵ نرم افزار SPSS انجام شد.

یافته ها: نتایج نشان داد هر دو روش اثر معناداری بر کاهش افسردگی، باورهای مربوط به افسردگی، راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان و افزایش راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان در زمان پس آزمون ($p < 0/001$) و پیگیری ($p < 0/05$) نسبت به پیش آزمون داشته است. این نتایج در طول دوره پیگیری دو ماهه در هر دو گروه مداخله نسبت به دوره پس آزمون نیز پایدار بوده است ($p > 0/05$).

نتیجه گیری: نتایج از تأثیر هر دو روش شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی و درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اندیشناکی بدون برتری نسبت به یکدیگر، بر افزایش راهبردهای تنظیم هیجانی سازگار و کاهش راهبردهای ناسازگار و باورهای منفی مربوط به افسردگی حمایت می کند. بنابراین، برنامه ریزی برای استفاده از هر دو روش توسط درمانگران برای بهبود سلامت روانشناختی نوجوانان مبتلا به افسردگی پیشنهاد می شود، هر چند نتیجه گیری قوی در این زمینه به تحقیقات بیشتر در آینده و جامعه آماری بزرگتر نیاز دارد.

کلیدواژه ها: افسردگی، درمان شناختی رفتاری، توجه آگاهی، اندیشناکی، تنظیم هیجانی.

نوجوانی مرحله مهمی از رشد است و افسردگی در مواجهه با وقایع استرس زا در میان نوجوانان (۱) بویژه در دختران (۲، ۳) در حال افزایش است. افسردگی می تواند به صورت چشمگیری عملکرد نوجوان را مختل کند و مسیر رشد روانی را منحرف سازد (۴). همچنین افسردگی از قوی ترین پیش بینی کننده های اقدام به خودکشی و ایده پردازی خودکشی است (۵، ۶). مشخص شده است در بین نوجوانان ۱۵ تا ۲۹ ساله دومین علت اصلی مرگ و میر، خودکشی است (۳). شواهد موجود نیز حضور بیش از حد زنان و نوجوانان در میان اقدام کننده گان به خودکشی را در بین اختلالات خلقی کاملاً اثبات کرده است (۷).

نتایج خود گزارشی به طور قوی ارتباط بین اختلال در تنظیم هیجان و افسردگی را در میان نوجوانان مشخص کرده است (۸). تنظیم شناختی هیجان منعکس کننده بخش شناختی مقابله در مواجهه با شرایط برانگیزاننده هیجان است و مشخص شده است در نوجوانان با همبودی اضطراب و افسردگی پس از کنترل علائم اضطراب همراه، شاخص های اندیشناکی، سرزنش خود (فقط در دختران)، ارزیابی مجدد مثبت و تمرکز مثبت (هر دو به طور معکوس) به طور قابل توجهی با علائم افسردگی همراه بوده است (۹). همچنین بارها نشان داده شده است عوامل منفی تنظیم شناختی هیجانی (چون سرزنش خود، فاجعه سازی، و اندیشناکی) روابط قوی و معنادار با علائم افسردگی (۱۰) در زنان (۱۱) و بویژه در نوجوانان (۱۲) دارد. در مجموع به نظر می رسد علاوه بر اینکه نقص در تنظیم شناختی هیجانی با گستره ای از اختلالات روان شناختی از جمله افسردگی (۹) در ارتباط است، می تواند پیشرفت و تداوم افسردگی را نیز موجب شود و باعث افزایش آسیب پذیری شخص نسبت به خودکشی و افزایش افکار و رفتار خودکشی (۱۳) گردد. افزون بر آن مشکل در پردازش شناختی هیجانات منفی، در ایجاد و حفظ باورهای مربوط به افسردگی؛ هنگام مواجهه با وقایع تنش زا؛ می تواند نقش داشته باشد (۱۴).

در این راستا طبق نظریه شناختی بک تجربه افسردگی، خود می تواند با باورهایی در مورد افسردگی همراه باشد که چهار باور شناختی «عدم کنترل بر افسردگی»، «فاجعه سازی»، «بی ارزشی»، و «ناتوانی» در ارتباط با افسردگی بیشترین نقش را در عود مجدد ایفا می کنند (۱۵). اخیراً مطالعه ای نیز نشان داد نوجوانان افسرده بیشتر کلمات «بی

ارزش» بودن و «بی فایده» بودن را در مورد خود توصیف می کنند (۱۶). این تحریف های شناختی و باورهای نادرست در مورد خویشتن به علاوه فقدان لذت، اختلال در تمرکز و انتظارات ناخوشایند آینده می توانند منجر به آرزو و افکار مرگ شوند (۱۷). بویژه اگر این باورها با احساس عدم کنترل بر شرایط و عدم تغییر مشکلات همراه باشند، فرد را به سمت ناامیدی سوق می دهد (۱۸). حال اگر افسردگی و ناامیدی درمان نشوند و همچنان رویدادهای منفی زندگی نوجوان (درون خانواده، مدرسه و بین همسالان) باقی باشند (۱۹)، و از سوی دیگر شخص در مواجهه با رویدادهای منفی و برانگیزاننده از راهبردهای انطباقی و کارآمد تنظیم هیجان استفاده نکند، زمینه برای رفتارهای خود آسیب رسان، از جمله رفتارهای مرتبط با خودکشی فراهم می گردد (۱۰). در مجموع با توجه به اهمیت نقش مسایل شناختی در بروز افسردگی، اگر چه نظریه و درمان شناختی توانسته است به تبیین و درمان این اختلال با نظم خاصی پردازد (۲۰)، لیکن به عنوان مثال، نتایج یک فراتحلیل (۲۱) نشان داد که در حدود یک سوم بیماران افسرده یا کمتر از آن در پایان درمان، جواب رضایت بخشی به درمان شناختی رفتاری نداده اند و یا پس از قطع درمان، دچار عود افسردگی شده اند. این میزان از عود-بازگشت نقش عوامل واسطه ای از جمله اندیشناکی، و توجه آگاهی (۲۲) را در سبب سازی، پایداری و عود افسردگی پر رنگ تر می سازد. لذا؛ در پژوهش حاضر به بررسی دو مداخله شناختی که یکی مبتنی بر توجه آگاهی و دیگری مبتنی بر اندیشناکی است، پرداخته می شود.

درمان شناختی مبتنی بر توجه آگاهی (Mindfulness-MBCT) (based cognitive therapy) با تکیه بر توجه آگاهی (۲۳) باعث تمیز فعالیت های خودکار از فرآیندهای شناختی ناکارآمد نظیر اندیشناکی و در نتیجه کاهش علائم افسردگی و نیز کاهش خطر عود افسردگی می گردد (۲۲). بنابراین انتظار می رود آموزش توجه آگاهی و بازسازی شناختی مورد استفاده در فنون توجه آگاهی (۲۵) از جمله MBCT بتواند منجر به بهبود مهارت های سازگارانۀ تنظیم هیجان شود. از طرفی توجه آگاهی بالا، با کاهش اندیشناکی (نقطه مقابل توجه آگاهی) در ارتباط است (۲۶)، به همین جهت در پژوهش حاضر در کنار درمان شناختی مبتنی بر توجه آگاهی، درمان مبتنی بر اندیشناکی مورد بررسی قرار گرفت. درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اندیشناکی

بر افسردگی، باورهای مربوط به افسردگی و تنظیم شناختی هیجان تفاوتی وجود دارد؟.

روش کار

این پژوهش در زمره تحقیقات کمی است که هدفش ارزیابی و مقایسه اثربخشی دو مداخله درمانی می باشد. طرح این پژوهش نیمه آزمایشی همراه با گروه کنترل با پیگیری دو ماهه است. جامعه آماری پژوهش حاضر ۹۷ نوجوان دختر ۱۴ تا ۱۹ ساله ساکن شهر بجنورد می باشند که با مشکل اقدام به خودکشی به واحد اورژانس دو بیمارستان ثامن الائمه و امام حسن (ع) بجنورد در پاییز و زمستان سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند. پس از انجام مداخلات درمانی بیمارستانی و پایداری وضعیت جسمانی، نمونه گیری به صورت هدفمند (داشتن ملاک های شمول) و مصاحبه بالینی انجام گرفت و در صورتیکه نمره افسردگی (BDI-II) Beck Depression Inventory-II آزمودنی بالاتر از چهارده بود به روانپزشک ارجاع می شدند و اگر به مداخله دارویی بنا بر نظر روانپزشک نیاز نبود، روان درمانی آغاز می شد. مداخلات دو گروه بصورت فردی اجرا شد و برای گروه کنترل مداخله ای (جهت رعایت اصول اخلاقی دو جلسه مداخله آموزشی پس از دوره پیگیری اجرا شد) صورت نگرفت.

بعد از کسب مجوز و اخذ کد اخلاق با مراجعه به دو مرکز بیمارستانی (بیمارستان امام حسن (ع) و بیمارستان ثامن الائمه در شهر بجنورد) از بین افرادی که ملاک های شمول در مورد آنها صدق می کرد ۳۳ نفر به صورت هدفمند در طول زمان انتخاب گردیدند. طبق جدول استیونس سرمد، بازرگان و حجازی (۳۳) جهت بررسی و مقایسه سه گروه و با در نظر گرفتن حداقل توان آزمون لازم (۵۰ درصد) و اندازه اثر بالاتر از متوسط و احتمال خطای ۰/۰۵/۳۳ نفر برای سه گروه در نظر گرفته شد و گمارش در گروه ها و همچنین اجرای کاربندی به صورت تصادفی صورت گرفت. در این پژوهش بخاطر محدودیت های تعداد مراجعین و کم کردن تاثیر گذشت زمان در سیر اختلال، تمام آزمودنی ها، همزمان انتخاب نشدند، بلکه پس از اولین آزمودنی و داشتن ملاک های ورود، به بصورت تصادفی در یکی از گروه ها قرار می گرفت. اولین جلسه با حضور والدین و توضیحات لازم در مورد اهداف پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات، اخذ رضایت آگاهانه و بستر سازی در محیط خانواده انجام شد.

(Rumination-focused cognitive behavioral therapy)) به محتوای تفکر کمتر توجه دارد لیکن سعی دارد افراد را از سبک تفکر غیر سازنده به سمت سبک فکری کمک کننده و سازنده سوق دهد و این موارد را با جهت دادن شخص از نحوه فکر کردن کلی، ارزشی و انتزاعی به سوی افکار خاص، عینی و توصیفی امکان پذیر می سازد (۲۷). گرچه به نظر می رسد مطالعه ای تا کنون برای کاربرد این درمان در افراد افسرده ای که اقدام به خودکشی کرده اند، انجام نشده است؛ لیکن تاثیر آن بر افسردگی مورد تایید واقع شده است (۲۸، ۲۹).

با اینکه پژوهش های زیادی درباره اثربخشی MBCT انجام شده است، اما بیشتر مطالعات در این زمینه نشان داده اند که این درمان در پیشگیری از عود در کسانی که تاریخچه افسردگی قبلی دارند، موثر است (۲۲، ۲۴). ولی در مورد اثر آن در بیمارانی که در حال حاضر علائم افسردگی دارند مطالعات محدودی انجام شده است (۳۰). همچنین اکثر مداخلات MBCT یا با گروه انتظار و یا به مقایسه با درمان متداول (Treatment as usual) پرداخته اند، اما پژوهش های محدودی با گروه فعال کنترل (Active-control conditions) و یا مقایسه با درمانی دیگر پرداخته اند (۲۲، ۳۰)، همچنین در جامعه آماری نوجوانان افسرده خودکشی گرا مطالعه ای صورت نگرفته است. از سوی دیگر کارآمدی بالینی RFCBT جز در چند مطالعه محدود و آن هم در مورد افسردگی باقیه ای مورد بررسی قرار نگرفته است (۲۸، ۳۱). و تنها یک مطالعه (۳۲) به مقایسه تاثیر RFCBT و درمانی دیگر (درمان شناختی رفتاری) بر گروه افراد افسرده پرداخته است.

بنابراین شناختواره های منفی مانند عدم کنترل شناختی هیجان در افسردگی، و رفتارهای آسیب رسان متعاقب آن مانند اقدام به خودکشی از یک سو، و از سوی دیگر اختصاصی نمودن درمان های روانشناختی با هدف کارآمدی بیشتر، از جمله درمان شناختی رفتاری، لزوم پژوهش هایی از نوع مطالعه حاضر را ضرورت می بخشد. فلذا این پژوهش قصد دارد به اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر توجه آگاهی و درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اندیشناکی بر افسردگی، باورهای مربوط به افسردگی و تنظیم شناختی هیجان بپردازد. در راستای تحقق هدف پژوهش حاضر، این سوال مطرح است که آیا بین درمان شناختی مبتنی بر توجه آگاهی و درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اندیشناکی

هادی ایزانلو و همکاران

گذشته (داروهای ضد افسردگی برای بیمار به صلاحدید روانپزشک تیم تجویز نشده باشد، لیکن سایر داروهای گوارشی جهت تثبیت وضعیت بیمار منعی ندارد). (۵) عدم سابقه قبلی اقدام به خودکشی (بجز مورد اخیر که برای آن مراجعه کرده است). (۶) عدم غیبت بیش از دو جلسه. (۷) داشتن حداقل تحصیلات ابتدایی و گویش به زبان فارسی. (۸) مجرد بودن. ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل اخذ رضایت آگاهانه، حفظ رازداری و محرمانگی اطلاعات، مشارکت کنندگان، آگاهی از هدف و سودمندی پژوهش، نداشتن هزینه مالی برای آزمودنی ها، و در نهایت ارائه نتایج پژوهش به صورت داده های آماری و کلی بود. محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی ترکیبی از شناخت درمانی بک (Beck) و درمان کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی (Mindfulness based stress reduction) کابات زین (Kabat-zinn) است. شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی در ده جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه ای به صورت فردی از راهنمای Segal, Williams & Teasdale (۲۳) نسخه ۲۰۰۹/۱۰/۰۵ با برخی تغییرات جهت کار در این مطالعه استفاده شد.

تمامی جلسات درمانی در بیمارستان ثامن الائمه و در اتاق درمان به صورت انفرادی برگزار شد. اولین مرحله (پیش آزمون) با هدف اندازه گیری متغیرهای وابسته اجرا گردید. بعد از این مرحله با آزمودنی های گروه های آزمایشی به منظور شرکت منظم در جلسات درمانی قرارداد بسته شد. جلسات درمانی یک بار در هفته و هر جلسه به مدت ۴۵ تا ۶۰ دقیقه توسط پژوهشگر اجرا شد. پس از اتمام جلسات درمانی آزمودنی ها در هر سه گروه از لحاظ متغیرهای وابسته به عنوان پس آزمون مورد بررسی قرار گرفتند. در نهایت دوره پیگیری دو ماهه انجام و به آزمودنی های گروه های آزمایشی، یک بسته آموزشی با همکاری مسئول محترم آموزش بالینی بیمارستان ثامن الائمه داده شد. ملاک های شمول به این شرح است: (۱) دامنه سنی بین ۴۱ تا ۱۹ سال. (۲) تشخیص اختلال افسردگی اساسی بر اساس BDI-II و مصاحبه ساختار یافته بالینی (Structured Clinical Interview for DSM-5-CV) (SCID-5-CV). (۳) عدم همبودی اختلالات شخصیت بر اساس مصاحبه تشخیصی (SCID-5-PD) Personality Disorders Version. (۴) عدم استفاده از دارو در حال حاضر و شش ماه گذشته و عدم استفاده از مداخلات روانشناختی حداقل در یک سال

ساختار جلسات شناخت درمانی مبتنی توجه آگاهی (۲۳)

جلسه ۱	ارزیابی اختصاصی بیمار، مروری بر افسردگی، هدایت خودکار و نقش آن در افکار و فعالیتهای روزانه به همراه معرفی شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی
جلسه ۲	آموزش توجه آگاهی: آموزش تمایز بین احساس و افکار، آگاه شدن کامل از افکار و احساسات، آگاهی از اینکه احساس منفی پایدار نیستند
جلسه ۳	سروکار داشتن با موانع: ارتباط میان افکار و احساسات (با تاکید بر افکار مربوط به ناامیدی و درماندگی)، تنفس ذهن آگاهانه و آموزش توجه و آگاهی با محوریت افکار مربوط به افسردگی و خودکشی
جلسه ۴	توجه آگاهی تنفس: پی بردن به ذهن سرگردان، آموزش فن واری بدن، مروری بر افکار خودآیند منفی و افکار منفی مربوط به خودکشی
جلسه ۵	باقی ماندن در لحظه حال: توجه آگاهی مشاهده کردن یا شنیدن، راه رفتن با توجه آگاهی، محدود و گسترش دادن توجه، تاکید بر پی بردن به ذهن سرگردان و نقش آن در ایجاد افکار منفی
جلسه ۶	پذیرش و اجازه دادن: آگاهی از تنفس و بدن، مراقبه نشستن، بررسی افکار و تحریف های شناختی، ایجاد یک رابطه متفاوت با تجربه و بیان نقش مهم پذیرش در مواجهه با رویدادها و تفاوت آن با تسلیم
جلسه ۷	افکار واقعیت نیستند: تمایز فکر از واقعیت، تجربه و مرور یک رویداد از نظر فکری و از نظر واقعی، تمرین خلق ها، افکار و دیدگاه های جایگزین
جلسه ۸	چگونه می توانم از خودم مراقبت بهتر مراقبت کنم؟: تمرین آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و هیجان ها، تمرین ارتباط بین فعالیت و خلق
جلسه ۹	استفاده از آموخته ها برای بکار گیری در آینده: تمرین واری بدن، چگونگی استفاده از آموخته ها در موقعیت های بیرونی، چگونگی پی بردن به نشانه های عود، استفاده از آنچه یاد گرفته شده در جلسات پیشین برای رویارویی با افکار خودآیند منفی و افکار خودکشی
جلسه ۱۰	مروری بر جلسات گذشته و خلاصه بندی: کمک به بیمار جهت استفاده از برنامه ریزی فعالیت ها برای رویارویی با خطر عود

و تجسمی، به همراه آزمایش های رفتاری در قالب ده جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه ای بر اساس راهنمای درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی برای افسردگی (۲۷) اجرا شد.

محتوای جلسات شناختی رفتاری مبتنی بر اندیشناکی (RFCBT) توسط Watkins و بر اساس اصول درمان شناختی رفتاری و با تمرکز ویژه بر اندیشناکی بوجود آمد که با تکیه بر اصول تحلیل کارکردی، تمرین های تجربی

ساختار جلسات درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اندیشناکی (۲۷)

جلسه ۱	ارزیابی اختصاصی بیمار و بررسی مختصر تاریخچه رشدی به همراه مروری بر افسردگی و معرفی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اندیشناکی
جلسه ۲	تمرین و آموزش شناسایی اندیشناکی، اجتناب و علایم هشدار دهنده این موارد در قالب تکالیف خانه
جلسه ۳	اجرای تحلیل کارکردی به منظور بررسی بافت، زمینه و کارکرد اندیشناکی و اجتناب
جلسه ۴	طرح های اگر-آن گاه که شامل تمرین پاسخ های سازگارانه تر و مفید در مقابل نشانه های هشدار دهنده به جای اندیشناکی هستند (مانند رفتارهای آشکار و یا استفاده از تمرین تصویر سازی و تجسم)
جلسه ۵	آموزش حرکت از سوی سبک فکر کردن انتزاعی و ناکارآمد به سبک تفکر خاص و سازگارانه و عینی
جلسه ۶	آزمایش کردن با هدف کارایی اندیشناکی، و ارزیابی اثر بخشی راه کارهای جایگزین مانند آزمایش «چرا-چگونه» که در آن بیمار به مقایسه سبک تفکر انتزاعی (مانند «چرا این برای من اتفاق افتاد؟») با سبک تفکر عینی (برسیدن این که «چطور این اتفاق افتاد؟») می پردازد
جلسه ۷	افزایش فعالیت و کاهش اجتناب، شامل ایجاد برنامه های عملی (فعالیت ها تا جایی که ممکن است باید روشن و صریح باشند و تغییرات رفتاری ایجاد کنند) و آموزش و تمرین هایی برای جرات مندی و حل مسئله
جلسه ۸	استفاده از آزمایش های رفتاری و تصویر سازی با هدف آزمودن اثربخشی مدیریت توجه به جای اندیشناکی. این تمرین ها شامل خاطرات مثبت «جذب-تمرکز» و تمرین شفقت می باشند.
جلسه ۹	تمرکز بر ارزش های بیمار به منظور کاهش اندیشناکی در مورد حوزه های بی ارزش و تشویق وی به فعالیت در زمینه های منطبق بر ارزش های شخصی بدون گیر افتادن در افکار ناسازگارانه
جلسه ۱۰	مقاوم سازی با هدف آموزش پیشگیری از عود، شناسایی نشانه های عود و چگونگی رو به رو شدن با افکار خود آیند منفی جهت غلبه بر اندیشناکی و خطرات مربوط به افکار خودکشی

نیز نشان داد که مقیاس های شدت علایم، اعتبار افزایشی قابل توجهی را نسبت به تشخیص های طبقه ای به همراه دارد. Lobbestael و همکاران (۳۶) به قابلیت اطمینان و روایی "مصاحبه ساختار یافته بالینی" برای اختلالات محور یک و اختلالات محور دو پرداختند. روایی به شیوه کیفی تایید شد و نتایج پایایی توافق تشخیصی اختلالات محور یک متوسط (کاپای بین ۰/۶۱ تا ۰/۸۳ با میانگین کاپای ۰/۷۱) برای این ابزار به دست آمد.

در ایران در مطالعه شریفی و همکاران (۳۷) جهت بررسی ثبات "مصاحبه ساختار یافته بالینی" از میزان توافق آزمون بازآزمون در دو مصاحبه مستقل با فاصله ۳ تا ۷ روز برای ۱۰۴ بیمار ۱۸ تا ۶۵ ساله مراجعه کننده به درمانگاه های سرپایی و بخش های بستری ۳ مرکز روانپزشکی استفاده شد و عدد کاپا برای تمام تشخیص ها (جز اختلالات اضطرابی) بین ۰/۴۴ تا ۰/۷۶ و توافق کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص های طول عمر ۰/۵۵ به دست آمد که نشان دهنده ثبات مطلوب "مصاحبه ساختار یافته بالینی" است. امینی و همکاران (۳۸) در بررسی ثبات "مصاحبه ساختار یافته

در این پژوهش برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه جمعیت شناختی شامل میزان تحصیلات و سن و ابزارهای زیر استفاده شد.

مصاحبه ساختار یافته بالینی (Structured Clinical Interview for DSM-5-CV): این پرسشنامه بر اساس ملاکهای تشخیصی DSM-5 توسط First و همکاران در سال ۲۰۱۶ به وجود آمد و برای تشخیص گذاری بالینی اختلالات روانی و شخصیت مورد استفاده قرار می گیرد. به این معنا که هر ملاک به صورت پرسش پرسیده می شود و سوالات هر اختلال بر گرفته از تک تک ملاک های تشخیصی اختلال روانی نسخه ۵ است، به این صورت که هر ملاک با پرسش مورد نظر مطرح می شود و در صورت تیک خوردن آن پرسش، به معنای وجود آن ملاک تشخیصی در اختلال مورد نظر است که اگر ملاک ها کامل در بیمار برآورد شود، تشخیص تایید می شود (۳۴). Shankman و همکاران (۳۵) به بررسی روایی و پایایی شدت ابعاد آسیب شناسی روانی "مصاحبه ساختار یافته بالینی" پرداختند، روایی به شیوه کیفی تایید شد و پایایی نیز از طریق آلفای کرونباخ بیشتر از ۰/۸۰ گزارش شد. این مطالعه

تحلیل مولفه های اصلی و چرخش واریماکس دو عامل عاطفی/شناختی و افکار منفی بدست آمد. پاپایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ کل ابزار بر روی ۱۵۰ تن از دانشجویان دانشگاه های شهید چمران و علوم پزشکی اهواز ۰/۸۶ گزارش شد.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire): این پرسشنامه توسط (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven (۲۰۰۱) جهت شناسایی راهبردهای مقابله ای شناختی افراد پس از مواجهه شدن با موقعیت های استرس زا و تجربه کردن شرایط تهدید کننده و منفی به وجود آمد. درواقع این پرسشنامه به بررسی افکار فرد پس از روبرو شدن با یک موقعیت دردناک و یا یک تجربه منفی می پردازد. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان از ۳۶ گویه تشکیل شده است که ۹ زیر مقیاس در آن سنجیده می شود. این زیر مقیاس ها عبارتند از: اندیشناکی، فاجعه نمایی، خود سرزنش گری، دیگر سرزنش گری، پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت و کم اهمیت شماری. هر مقیاس چهار گویه دارد که نمره کل از جمع کردن نمرات در گویه ها به دست می آید. بنابراین، دامنه نمرات هر زیرمقیاس بین ۴ تا ۲۰ خواهد بود (۴۲). در این مطالعه خرده مقیاس های فاجعه نمایی، خود سرزنش گری و دیگر سرزنش گری تحت عنوان راهبردهای ناکارآمد و خرده مقیاس های تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت و کم اهمیت شماری تحت عنوان راهبردهای کارآمد مورد سنجش قرار گرفتند. بشارت و بزازیان (۱۳۹۳) در ایران برای بررسی اعتبار این پرسشنامه از ۴۷۸ شرکت کننده استفاده کردند که تعداد ۲۲۶ نفر آنان مرد و تعداد ۲۵۲ نفر بودند. ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس های پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان برای کل شرکت کنندگان بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۳ محاسبه شد. برای پاپایی بازآزمایی نیز ۱۰۸ نفر از شرکت کنندگان در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته مورد سنجش قرار گرفتند که نتایج آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۳ گزارش شد (۴۳).

مقیاس باورهای مربوط به افسردگی (Depression-Related Beliefs Scale): این مقیاس توسط موتابی و همکاران (۱۳۹۰) جهت سنجش باورهای شخص نسبت به افسردگی تدوین شد. این مقیاس از ۲۷ ماده

بالینی، توافق تشخیصی بین مصاحبه گر آموزش دیده از طریق "مصاحبه ساختار یافته بالینی" و معاینه بالینی روانپزشک با توجه به اطلاعات موجود، در ۲۹۹ بیمار ۱۸ تا ۶۵ ساله مراجعه کننده به درمانگاه های سرپایی و بخش های بستری ۳ مرکز روانپزشکی در فاصله ۳ الی ۷ روز انجام دادند و توافق تشخیصی بین ۰/۴۸ تا ۰/۶۷ برای اختلالات روانی در این ابزار بدست آمد و توافق کلی برای کل تشخیص های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص ها در طول عمر ۰/۵۵ نشان داده شد، نتایج شاخص ویژگی بین ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ بدست آمد که نشان دهنده روایی انطباقی بین تشخیص های گذاشته شده از طریق "مصاحبه ساختار یافته بالینی" و تشخیص بر مبنای مطالعه پرونده بیمار و معیارهای تشخیص اختلالات روانی نسخ ۴ است.

افسردگی بک (Beck Depression Inventory-II): این ابزار توسط Beck, Steer, & Brown در سال ۱۹۹۳ ساخته شد و دارای ۲۱ ماده خودگزارشی برای سنجش شدت افسردگی می باشد. هر گویه آن بر اساس ۴ گزینه (از صفر: هرگز تا ۳: همیشه) گزارش می شود که دامنه نمره بین صفر تا ۶۳ قرار دارد (۳۹). بک و همکاران ویژگی های روانسنجی این ابزار را روی ۵۵ بیمار دارای اختلال خلقی در مراکز درمانی سرپایی بررسی کردند، روایی ابزار از طریق اجرای روایی همزمان "مقیاس افسردگی بک" با ابزار "مقیاس ناامیدی بک" برابر ۰/۶۲ و پاپایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی ۵۰ تن بیمار دارای اختلال خلقی، ۰/۵۹ و از طریق پاپایی دو نیمه کردن برابر ۰/۶۶ و ثبات از طریق باز آزمایی به فاصله ۲ هفته برابر ۰/۷۱ گزارش نمودند (۳۹). در مطالعه دابسون و محمدخانی (۴۰) که بر روی ۳۵۴ تن از بیماران با افسردگی اساسی که در مرحله بهبودی بودند، روایی سازه "سیاهه افسردگی بک" را از طریق روایی همگرا و اجرای همزمان آن با "مقیاس ناامیدی بک" (Beck Hopeless Scale)، "مقیاس افکار خودکشی" (Scale for Suicide Ideation) و "مقیاس اضطراب بک" (Beck Anxiety scale) سنجیده شد که رابطه آن به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۵۷ و ۰/۶ و گزارش شد. پاپایی به روش همسانی درونی نیز با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ را بر روی ۵۰ بیمار افسرده ۰/۶۵ گزارش شد. در ایران رجبی و کارجو (۴۱) بر روی یک نمونه ۴۶۸ تن از دانشجویان دانشگاه شهید چمران و علوم پزشکی اهواز، روایی سازه "سیاهه افسردگی بک" با روش تحلیل عاملی

به دست آمد (۱۵). در پژوهش حاضر نمره کلی تحت عنوان باورهای منفی نسبت به افسردگی بررسی شد. در این پژوهش برای توصیف داده ها از شاخص های آماری مانند میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی، از آزمون های تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ استفاده شد.

یافته ها

میانگین سنی نمونه مطالعه حاضر به ترتیب برای گروه درمان شناختی مبتنی بر توجه آگاهی، درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اندیشناکی و گروه کنترل به ترتیب برابر ۱۶/۶، ۱۷/۳، ۱۶/۸ و ۱۶/۹ سال و میانگین سنی کل افراد برابر ۱۶/۹ بدست آمد. لازم به ذکر است اکثر افراد ۱۰ و ۱۱ در حال تحصیل بودند. شاخص های توصیفی باورهای منفی افسردگی، افسردگی، تنظیم شناختی هیجان در (جدول ۱) آمده است.

تشکیل شده است و نمره گذاری در آن به صورت لیکرتی و در یک درجه بندی هشت گزینه ای می باشد. آزمودنی می تواند در هر گویه نمره بین صفر برای "کاملاً موافقم" و هفت برای "کاملاً مخالفم" را دریافت کند. این ابزار می تواند افراد افسرده را از افراد بهنجار متمایز کند. این پرسشنامه چهار خرده مقیاس دارد که عبارتند از: عدم کنترل بر افسردگی، فاجعه سازی، بی ارزشی و ناتوانی. از بین این عوامل خرده مقیاس عدم کنترل بر افسردگی می تواند افراد دارای سابقه عود افسردگی را از افراد افسرده بار نخست متمایز نماید. ضریب آلفای کل مقیاس برابر ۰/۹۲ و برای خرده مقیاس های عدم کنترل بر افسردگی، فاجعه سازی، بی ارزشی و ناتوانی به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۹، ۰/۷۴ و ۰/۷۴ به دست آمد. ضریب پایایی کل مقیاس به روش باز آزمایی ۰/۷۵ و به روش دو نیمه سازی ۰/۸۱ است. همچنین ضریب باز آزمایی برای خرده مقیاس ها به همان ترتیب بالا ۰/۸۷، ۰/۶۶، ۰/۶۶ و ۰/۶۱.

جدول ۱: شاخص های توصیفی باورهای منفی افسردگی، تنظیم شناختی هیجان

گروه	مولفه شناختی	شاخص	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	تنظیم شناختی	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
کنترل		میانگین	۱۰۷/۲۰	۱۰۸/۶۷	۱۱۴/۴۲		۲۸/۶۰	۳۰/۲۲	۲۸/۳۳
		انحراف معیار	۱۲/۶۶	۱۱/۲۹	۱۲/۳۴		۳/۲۴	۲/۷۸	۲/۳۱
MBCT	باورهای منفی افسردگی	میانگین	۱۰۰/۵۰	۵۶/۶۷	۵۲/۵۵	تنظیم شناختی کارآمد	۲۶/۲۰	۵۲/۵۶	۵۲/۲۲
		انحراف معیار	۱۲/۲۶	۱۰/۵۹	۸/۹۲		۴/۳۴	۶/۴۸	۶/۸۱
RFCBT		میانگین	۱۰۱/۸۰	۶۱/۴۴	۰/۵۹		۲۷/۹۰	۵۳/۱۱	۵۱/۶۷
		انحراف معیار	۷/۵۴	۱۰/۱۴	۸/۹۴		۳/۵۷	۶/۵۲	۶/۶۵
کنترل		میانگین	۳۱/۹۰	۲۷/۷۸	۲۹/۲۲		۳۸/۸۰	۳۸/۷۸	۳۹/۲۲
		انحراف معیار	۵/۲۸	۴/۴۲	۳/۱۹		۳/۵۵	۴/۹۶	۳/۲۹
MBCT	افسردگی	میانگین	۳۱/۹۰	۱۷/۲۲	۱۶/۵۴	تنظیم شناختی ناکارآمد	۳۶/۱۰	۲۲/۳۳	۲۱/۲۲
		انحراف معیار	۴/۲۵	۱/۹۹	۱/۷۱		۵/۴۹	۴/۷۴	۳/۹۹
RFCBT		میانگین	۳۲/۳۰	۱۷/۴۴	۱۶/۸۹		۳۹/۲۰	۲۷/۱۱	۲۰/۶۷
		انحراف معیار	۳/۷۴	۱/۶۴	۱/۷۳		۴/۶۱	۸/۷۱	۲/۴۹

از ۰/۸۹ و بین رنج ۰/۸۹ تا ۰/۹۸ سطح خطا نیز بالاتر از ۰/۰۵ (بین رنج ۰/۱۷ تا ۰/۹۶) بدست آمد، لذا مفروضه نرمال بودن برای تمام متغیرها در هر سه گروه تایید شد که از ذکر نتایج صرف نظر می شود. جهت بررسی برابری ماتریس های کواریانس برای هر یک از متغیرها از آزمون ام باکس استفاده شد. با توجه به نتایج آزمون، آماره ام باکس در ارتباط با متغیر باورهای منفی مربوط به افسردگی ($F(12, 3522/84) = 0/68, P=0/77$)، برابر ۹/۷۵۶؛ افسردگی ($F(12, 3522/84) = 0/92, P=0/52$)، برابر ۱۲/۲۰۳ بدست

جهت تحلیل داده های باورهای منفی مربوط به افسردگی و افسردگی از دو تحلیل واریانس تک متغیره اندازه گیری مکرر و جهت بررسی تنظیم شناختی هیجان از تحلیل واریانس چند متغیره اندازه گیری مکرر بهره گرفته شد که در ادامه مفروضه های آن بررسی می شود. به منظور اطمینان از نرمال بودن، آزمون شاپیرو-ویلک به تفکیک گروه و در هر سه مرحله زمانی انجام شد، با توجه به اینکه آماره آزمون شاپیروویلک، در باورهای منفی به افسردگی، افسردگی و نظم جویی شناختی هیجان بالاتر

هادی ایزانلو و همکاران

آمد که حاکی از تایید مفروضه مذکور است. افزون بر آن در ارتباط با تنظیم شناختی هیجان نیز آماره ام باکس

تأیید شد. اثر درون آزمودنی ها در (جدول ۲)، با توجه به سطح معنی داری برای زمان و زمان در مقابل گروه برای هر متغیر، نتیجه می شود علاوه بر اینکه متغیرهای مذکور در طول زمان متفاوت بوده است در طول زمان در گروه های مختلف نیز متفاوت می باشد.

در بررسی اثر بین آزمودنی ها، مفروضه برابری واریانس های خطا، از طریق آزمون لون برای متغیر باورهای منفی، افسردگی و در ارتباط با تنظیم شناختی هیجان کارآمد و ناکارآمد در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری غیر معنادار بدست آمد ($p > 0.05$) که حاکی از تایید مفروضه مذکور است. در بررسی اثر بین آزمودنی ها، نتایج (جدول ۲) نشان داد اثر گروه در هر سه متغیر معنادار است.

آمد که حاکی از تایید مفروضه مذکور است. افزون بر آن در ارتباط با تنظیم شناختی هیجان نیز آماره ام باکس $(F_{(32, 2164/237)} = 1/20.1, P = 0.17)$ ، برابر $75/647$ ، بدست آمد که موید مفروضه مذکور است. در بررسی فرض کرویت مبنی بر اینکه ماتریس کوواریانس خطای مربوط به متغیر وابسته تبدیل شده نرمال، یک ماتریس همانی است، از آزمون کرویت موشلی استفاده شد. نتایج آزمون موشلی برای باورهای منفی ($X^2(2) = 21/14, p < 0.01$)، برابر $0/44$ و افسردگی ($X^2(2) = 23/93, p < 0.01$)، برابر $0/38$ بدست آمد که فرض کرویت رد شد؛ لذا، جهت بررسی اثر درون آزمودنی ها از شاخص اپسیلون گرین هاویس $0/63$ و $0/64$ به ترتیب برای باورهای منفی و افسردگی استفاده شد. نتایج آزمون موشلی برای تنظیم شناختی کارآمدی ($p = 0/31$)، $X^2(2) = 2/32$ ، برابر $0/91$ و تنظیم شناختی ناکارآمد ($p = 0/06$)،

جدول ۲: آزمون اثر درون آزمودنی ها و بین آزمودنی ها در تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر

متغیر	اثر	منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	P	اثر
باورهای منفی اثر بین آزمودنی ها	اثر درون آزمودنی ها	زمان	۱۵۳۵۶/۱۲	۱/۶۵۸	۱۱۹۵۱/۲۹	۹۹/۶۷	۰/۰۰	۰/۷۸
		زمان*گروه	۱۰۶۱۴/۹۴	۳/۳۱	۴۱۳۰/۶۷	۳۴/۴۵	۰/۰۰	۰/۷۱
		خطا	۴۱۵۹/۴۹	۴۴/۷۷	۱۱۹/۸۹			
	اثر بین آزمودنی ها	عرض از مبدا	۶۴۵۵۸۳/۴۰۳	۱	۶۴۵۵۸۳/۴۰۳	۳۴۵۷/۸۴۰	۰/۰۰۰	۰/۹۹۲
		گروه	۲۹۲۹۸/۵۳۱	۲	۱۴۶۴۹/۲۶۵	۷۸/۴۶۴	۰/۰۰۰	۰/۸۵۳
		خطا	۵۰۴۰/۹۳۶	۲۷	۱۸۶/۷۰۱			
افسردگی اثر بین آزمودنی ها	اثر درون آزمودنی ها	زمان	۲۵۰۲/۱۵	۱/۲۴	۱۹۵۳/۹۸	۲۱۷/۶۶	۰/۰۰	۰/۸۹
		زمان*گروه	۶۲۰/۲۲	۲/۴۹	۴۹/۸۴	۲۶/۹۷	۰/۰۰	۰/۶۶
		خطا	۳۱۰/۳۸	۳۳/۷۰	۷/۶۱			
	اثر بین آزمودنی ها	عرض از مبدا	۵۴۳۶۱/۱۲۹	۱	۵۴۳۶۱/۱۲۹	۲۴۰۷/۹۵۸	۰/۰۰۰	۰/۹۸۹
		گروه	۱۱۵۲/۲۱۳	۲	۵۷۶/۱۰۶	۲۵/۵۱۹	۰/۰۰۰	۰/۶۵۴
		خطا	۶۰۹/۵۴۲	۲۷	۲۲/۵۷۶			
کارآمد	اثر درون آزمودنی ها	زمان	۵۸۸۳/۱۹	۲	۲۹۴۱/۵۹	۱۹۶/۰۳	۰/۰۰	۰/۸۷
		زمان*گروه	۲۷۱۹/۸۲	۴	۶۷۹/۹۵	۴۵/۳۱	۰/۰۰	۰/۷۷
		خطا	۸۱۰/۳۰	۵۴	۱۵/۰۶			
	اثر بین آزمودنی ها	عرض از مبدا	۱۳۶۷۴۱/۸۴۰	۱	۱۳۶۷۴۱/۸۴۰	۲۹۲۳/۶۲۶	۰/۰۰۰	۰/۹۹۱
		گروه	۴۴۴۱/۰۴۴	۲	۲۲۲۰/۵۲۲	۴۷/۴۷۶	۰/۰۰۰	۰/۷۷۹
		خطا	۱۲۶۲/۸۲۶	۲۷	۴۶/۷۷۱			
تنظیم شناختی	اثر درون آزمودنی ها	زمان	۲۴۰۲/۵۱	۲	۱۲۰۱/۲۵	۱۷۳/۸۴	۰/۰۰	۰/۸۶
		زمان*گروه	۱۲۰۵/۷۹	۴	۳۰۱/۴۵	۴۳/۶۲	۰/۰۰	۰/۷۶
		خطا	۳۷۳/۱۴	۵۴	۶/۹۱			
	اثر بین آزمودنی ها	عرض از مبدا	۸۴۹۷۱/۵۲۴	۱	۸۴۹۷۱/۵۲۴	۲۳۱۹/۳۱۵	۰/۰۰۰	۰/۹۸۸
		گروه	۲۷۹۲/۹۷۸	۲	۱۳۹۶/۴۸۹	۳۸/۱۱۷	۰/۰۰۰	۰/۷۳۸
		خطا	۹۸۹/۱۸۵	۲۷	۳۶/۶۳۶			

به منظور تعیین اثر گروه و یافتن محل اختلاف بین میانگین ها در سه گروه مورد نظر از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج نشان داد بین دو گروه MBCT با RFCBT برای افسردگی (تفاوت میانگین = $-۰/۳۲$ ، $p=۰/۹۹$)، تفاوت معناداری بدست نیامد. اما بین میانگین نمرات RFCBT و MBCT با گروه کنترل برای افسردگی (به ترتیب؛ تفاوت میانگین = $-۱۱/۵۷$ ، $p<۰/۰۰۱$)، و مولفه نظم جویی شناختی ناکارآمد (به ترتیب؛ تفاوت میانگین = $-۱۲/۰۵$ ، $p<۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری بدست آمد که حاکی از اثربخشی هر دو مداخله بوده است.

به منظور بررسی پایدار بودن اثر بخشی و تغییرات در هریک از گروه های آزمایش در طول سه دوره زمانی (پیش آزمون، پس آزمون و مرحله پیگیری) به کمک آزمون بونفرونی به مقایسه دو به دو میانگین متغیرها به تفکیک گروه های مورد نظر در این سه مرحله پرداخته شد. در (جدول ۳) ملاحظه می شود در دو گروه مداخله ای MBCT و RFCBT میانگین نمرات در مراحل پس آزمون و پیگیری به طور معنی داری کمتر از پیش آزمون است اما میانگین نمره مراحل پیگیری و پس آزمون تفاوت معنی داری با هم ندارند.

به منظور تعیین اثر گروه و یافتن محل اختلاف بین میانگین ها در سه گروه مورد نظر از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج نشان داد بین دو گروه MBCT با RFCBT برای افسردگی (تفاوت میانگین = $-۰/۳۲$ ، $p=۰/۹۹$)، تفاوت معناداری بدست نیامد. اما بین میانگین نمرات RFCBT و MBCT با گروه کنترل برای افسردگی (به ترتیب؛ تفاوت میانگین = $-۷/۷۵$ ، $p<۰/۰۰۱$)، تفاوت معناداری بدست آمد که حاکی از اثربخشی هر دو مداخله بوده است. همچنین نتایج نشان داد بین دو گروه MBCT و RFCBT برای باورهای منفی افسردگی (تفاوت میانگین = $-۴/۱۷$ ، $p=۰/۷۱$)، تفاوت معناداری بدست نیامد. اما بین میانگین نمرات MBCT و RFCBT با گروه کنترل برای باورهای منفی (به ترتیب؛ تفاوت میانگین = $-۴۰/۱۹$ ، $p<۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری بدست آمد که حاکی از اثربخشی هر دو مداخله بوده است. افزون بر آن نتایج نشان داد بین دو گروه MBCT و RFCBT برای تنظیم شناختی هیجان در مولفه کارآمد (تفاوت میانگین = $-۰/۵۷$ ، $p=۰/۹۹$)، و ناکارآمد (تفاوت میانگین = $-۰/۴۸$)

جدول ۳: آزمون بونفرونی برای مقایسه تفکیکی گروه های مورد مطالعه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	تفاوت میانگین	زمان		کنترل		MBCT		RFCBT	
		پیش آزمون	پس آزمون	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	p	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	p
باورهای منفی		پیش آزمون	پس آزمون	-۱/۴۷	۵/۶۰	۰/۹۹	۴۳/۸۳*	۳/۸۳	۰/۰۰۰
		پیگیری		۵/۴۵	۰/۶۵	۴۷/۹۵*	۴/۶۲	۳/۸۵	۰/۰۰۰
		پیگیری		۲/۱۱	۰/۰۷	۴/۱۲	۲/۰۱	۱/۸۲۶	۰/۶۴۳
افسردگی		پیش آزمون	پس آزمون	۴/۱۲	۱/۳۹	۰/۰۵	۱۴/۶۸*	۰/۷۹	۰/۰۰۰
		پیگیری		۱/۵۸	۰/۳۷	۱۵/۳۶*	۱/۱۳	۱/۱۴	۰/۰۰۰
		پیگیری		۰/۶۵	۰/۱۶	-۰/۶۸	۰/۴۲	۰/۴۵	۰/۷۵
کارآمد		پیش آزمون	پس آزمون	-۱/۶۲	۱/۵۴	۰/۹۶	-۲۶/۳۶*	۱/۲۲	۰/۰۰۰
		پیگیری		-۰/۲۷	۱/۳۶	۰/۹۹	-۲۶/۰۲*	۱/۸۱	۰/۰۰۰
		پیگیری		-۰/۴۵	۱/۸	۰/۹۸	۰/۳۴	۱/۱۸	۰/۹۹
تنظیم شناختی هیجان		پس آزمون	پس آزمون	-۱/۰۵	۱/۰۲	۱/۲۰	۱۳/۷۷*	۱/۲۶	۰/۰۰۰
		پیش آزمون	پیش آزمون	-۱/۵۰	-۰/۴۲	۰/۹۰	۱۴/۸۸*	۱/۶۵	۰/۰۰۰
		پیگیری		-۰/۴۵	-۱/۴۴	۱/۰۲	۱/۱۱	۱/۰۸	۰/۹۹
ناکارآمد		پس آزمون	پیگیری	-۰/۴۵	-۱/۴۴	۱/۰۲	۱/۱۱	۱/۰۸	۰/۹۹

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که هر دو درمان باعث کاهش افسردگی می شوند و این کاهش در دوره پیگیری دو ماهه پایدار است. آن چه طبق یافته ها می توان گفت این است که نوجوانان توانسته اند از این مهارت ها در دوره های بعدی استفاده کنند و در دوره پیگیری دوماهه افزایشی در میزان نمرات افسردگی و علایم آن وجود نداشت. این یافته ها با مطالعات متعددی (۳۱، ۳۲) در جهت اثربخشی RFCBT در کاهش و بهبود افسردگی منطبق است. در تبیین این یافته ها می توان گفت RFCBT درمانی است که با تکیه بر اصول CBT و تمرکز ویژه بر اندیشناکی می تواند به تغییر سبک تفکر شخص کمک کند و با تغییر مداوم و تدریجی چگونگی تفکر به جای چالش با افکار، که در مواقعی به گفته Watkins (۲۷) باعث افتادن در تله اندیشناکی می گردد، باعث رهایی و افزایش سلامت گردد. عمده اثر RFCBT بر افسردگی به نظر می رسد از طریق کاهش اندیشناکی باشد زیرا هسته اصلی این رویکرد تمرکز بر اندیشناکی است. علاوه بر آن نتایج حاضر موید مطالعات متعددی (۴۴، ۴۵) در اثربخشی MBCT بر افسردگی است. آنچه تا کنون در مورد MBCT مشخص شده است، این است که این درمان در پیشگیری از عود در کسانی که تاریخچه افسردگی قبلی را دارند، موثر است (۲۲، ۲۴). ولی در مورد اثر آن در بیمارانی که در حال حاضر علایم افسردگی دارند مطالعات محدودی انجام شده است (۳۰، ۴۶)، چراکه ممکن است تلاش برای توجه آگاهی در حالی که افسردگی یا اندیشناکی در اوج هستند، بسیار دشوار باشد (۲۷). به هر حال بر خلاف اینکه MBCT به تازگی به عنوان یک درمان اصلی برای جلوگیری از عود اختلال افسردگی توصیف شده است، لیکن پژوهش حاضر تأثیر آن را در درمان فاز حاد نشان داد. همخوان با این نتیجه مطالعه دیگری (۴۷) نیز اثر بخشی MBCT را بر علایم افسردگی فعلی، البته در نمونه های غیر بالینی و در مقایسه با گروه شاهد منتظر نشان داد.

افزون بر نتایج مذکور، مطالعه حاضر نشان داد مداخلات MCBT و RFCBT به طور معناداری باورهای منفی مربوط به افسردگی را کاهش داده است و این کاهش در دوره پیگیری پایدار مانده است. مطالعات حضور بیشتر صفات منفی در مورد خود را در افراد افسرده تایید کرده است (۱۶). همخوان با یافته حاضر، مطالعه (۴۸) دیگری

نیز نشان داد توجه آگاهی می تواند نفوذ افکار منفی را کاهش دهد، بنابراین MCBT با تأثیر بیشتر بر افکار منفی، کاهش باورهای منفی مربوط به افسردگی را نیز موجب می شود. افزون بر آن به نظر می رسد درمان RFCBT نیز با تغییر در سبک پردازش باعث کاهش باورهای منفی درباره افسردگی می گردد. این رویکرد با الگوی فکری عینی و اختصاصی، جذب و غرق در یک فعالیت شدن و نیز آموزش شفقت، تغییر سبک پردازش فرد را موجب می شود (۲۷)، از سوی دیگر کاهش در باورهای منفی در درجه اول مربوط به کاهش اندیشناکی می شود (۴۹)، که هسته تمرکزی درمان RFCBT است.

علاوه بر آن نتایج نشان داد مداخلات MCBT و RFCBT به طور معناداری نظم جویی شناختی سازگار و کارآمد را افزایش و راهبردهای ناکارآمد را کاهش داده است و این تغییر در دوره پیگیری پایدار مانده است. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعات (۵۰، ۵۱) منطبق است. از آنجا که نوجوانان در آغاز مرحله تفکر صوری هستند و در کنترل شناختی مشکل دارند، لذا نقص آشکار در بازداری شناختی ممکن است بطور محسوسی استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی موثر را کاهش و با تأثیر این راهبردها را کمتر نماید (۵۲). از طرفی وقایع استرس زا در این دوره رشدی می توانند باعث اشکال در استفاده از این راهبردهای انطباقی شوند، چرا که تنظیم هیجانات واسطه بالقوه علایم افسردگی پس از وقوع وقایع استرس زا است (۵۳)، و تنظیم شناختی ناکارآمد هیجانی روابط قوی و معناداری با علایم افسردگی در نوجوانان دارد (۱۲). به هر حال درمان RFCBT با کنترل اندیشناکی می تواند در تنظیم هیجانات موثر باشد. هر چند مطالعه ای به طور مستقیم به این مورد نپرداخته است و بیشتر مطالعات به افسردگی و مولفه اندیشناکی پرداخته اند، لیکن استنباط می شود با کاهش اندیشناکی و افزایش استفاده از سبک تفکر کارآمد، می توان به تنظیم هیجان و راهبردهای مقابله ای سازگار رسید، چرا که برخی مطالعات نشان دادند اندیشناکی بالا با افسردگی و راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان مرتبط است (۱۰). همخوان با این نتیجه در پژوهش حاضر نیز RFCBT تأثیر قوی تری بر عوامل ناسازگار تنظیم شناختی هیجان در مقایسه با MBCT داشت، هر چند این تفاوت معنادار نبود اما می تواند به خاط هدف قرار دادن مستقیم اندیشناکی توسط RFCBT باشد. از سوی دیگر، MBCT نیز با کمک

مهارت های فراشناختی می تواند به تنظیم افکار و هیجانات پریشان کننده کمک کند (۲۳). مطالعات اثر بخشی توجه آگاهی را بر کاهش هیجانات منفی نشان داده اند که موید بهبود تنظیم هیجانات بعد از این مداخله درمانی است (۵۴)، چرا که در سطح بالای هوشیاری، فرد با مشاهده، درک و پذیرش هیجانات منفی به جای اجتناب و فرار از آنها، باعث کاهش شدت هیجانات مذکور می شود (۵۵). همچنین ثابت شده است که مکانیسم اصلی آموزش توجه آگاهی، افزایش و گسترش جهت گیری پذیرش نسبت به تجربیات فعلی است (۵۶). بنابراین در افراد افسرده اقدام کننده به خودکشی، می توان با آموزش توجه آگاهی (۲۵) در MBCT میزان استفاده از راهبردهای کارآمد و سازگار را بالا برد و از سویی چرخه افکار منفی (اندیشناکی) را کاهش داد (۴۸، ۵۰). همانند MBCT اما با مکانیسمی مجزا، RFCBT نیز به چالش با افکار نمی پردازد، لیکن به نحوه فکر کردن و بررسی رویداد از زوایای مختلف توجه دارد و با تاکید بر تفکر عینی و آموزش هایی نظیر حل مسئله و تمرین های رفتاری از گیر افتادن در تله اندیشناکی و پاسخ هیجانی نامناسب جلوگیری به عمل می آورد (۲۷). در مجموع اثرات MCBT و RFCBT در کاهش افسردگی و باورهای منفی و همچنین تنظیم شناختی هیجان ممکن است به علت تغییر فرآیند پردازش، تغییرات مغزی (کاهش فعالیت آمیگدال و افزایش فعالیت در نواحی مغز مرتبط با رشد توجه) و همچنین تغییر در مناطق تنظیم هیجان باشد (۲۷، ۵۱).

نتیجه گیری

در مطالعه حاضر با توجه به مطالعات گذشته مبنی بر اینکه نوجوانان افسرده ای که اقدام به خودکشی می کنند در مولفه های شناختی و بدتنظیمی شناختی هیجان نمرات بالاتری دارند، لذا، ارزیابی مولفه های شناختی برای جلوگیری از اقدام مجدد به خودکشی در بیماران مبتلا به افسردگی مد نظر قرار گرفت. نتایج مطالعه حاضر نشان داد مداخلات درمانی MBCT و RFCBT می توانند در کنار کاهش علائم افسردگی، به پایین آمدن باورهای منفی مربوط به افسردگی منجر شوند. همچنین این مداخلات نه تنها به کاهش راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی

هیجان بلکه به ارتقای استفاده از راهبردهای سازگانه تنظیم شناختی هیجان نیز کمک می کنند و البته بین این دو مداخله برتری بدست نیامد، هر چند تاثیر RFCBT در عوامل ناسازگار تنظیم شناختی هیجان قوی تر بود. بر این اساس پیشنهاد می شود با توجه به کثرت مراجعان افسرده و خودکشی گرا به اورژانس ها و نیاز به ارزیابی دقیق آنها (۵۷) درمانگران به ارزیابی مولفه های شناختی افسردگی و بویژه چگونگی تنظیم هیجان در نوجوانان اهمیت داده تا بدین گونه از رفتارهای خود آسیب رسان شدیدتر از جمله اقدام به خودکشی جلوگیری شود. همچنین برنامه ریزی برای استفاده از هر دو روش توسط درمانگران برای بهبود سلامت روانشناختی نوجوانان مبتلا به افسردگی که با مشکل اقدام به خودکشی به بیمارستان مراجعه کرده اند، پیشنهاد می شود، هر چند نتیجه گیری قوی در مورد درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اندیشناکی به تحقیقات بیشتر در آینده نیاز دارد. مهم ترین محدودیت های پژوهش حاضر کوتاه بودن دوره پیگیری، عدم دسترسی به تمام آزمودنی ها در یک زمان و استفاده از پرسشنامه های خود گزارشی است.

سیاسگزار

این مقاله برگرفته از رساله دکتری در رشته روانشناسی بالینی با مجوز و اخذ کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی استان خراسان شمالی با شماره IR.NKUMS. REC.1398.099 و اخذ کد کارآزمایی بالینی با شماره IRCT20191012045068N1 می باشد. نویسندگان این مقاله از مشارکت کنندگان در پژوهش، پرستاران محترم در دو بخش اورژانس بیمارستان های ثامن الائمه و امام حسن (ع) بجنورد و همچنین مسئول محترم واحد آموزش بالینی بیمارستان ثامن الائمه نهایت تشکر و قدردانی می نمایند.

تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منافی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

References

- Thapar A, Collishaw S, Pine DS, & Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet* (London, England). 2012; 379(9820): 1056–1067. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60871-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60871-4)
- Van Droogenbroeck F, Spruyt B, Keppens G. Gender differences in mental health problems among adolescents and the role of social support: results from the Belgian health interview surveys 2008 and 2013. *BMC Psychiatry*. 2018; 18(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1591-4>
- Lim GY, Tam WW, Lu Y, Ho CS, Zhang MW, Ho RC. Prevalence of Depression in the community from 30 Countries between 1994 and 2014. *Scientific Reports*. 2018; 8(1), 2861. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-21243-x>
- Mullarkey MC, Marchetti I, Beevers CG. Using Network Analysis to Identify Central Symptoms of Adolescent Depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2019; 48(4): 656-668. [doi:10.1080/15374416.2018.1437735](https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1437735)
- Ribeiro JD, Huang X, Fox KR, Franklin JC. Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. *The British Journal of Psychiatry*. 2018 May; 212(5): 279-86. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.27>
- Carballo JJ, Llorente C, Kehrmann L, Flamarique I, Zuddas A, Purper-Ouakil D, et al. Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *European child & Adolescent Psychiatry*. 2020; 29(6): 759–776. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-01270-9>
- Uddin R, Burton NW, Maple M, Khan SR, Khan A. Suicidal ideation, suicide planning, and suicide attempts among adolescents in 59 low-income and middle-income countries: a population-based study. *The Lancet. Child & Adolescent Health*. 2019; 3 (4): 223-233. [doi:10.1016/S2352-4642\(18\)30403-6](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30403-6).
- Young KS, Sandman CF, Craske MG. Positive and Negative Emotion Regulation in Adolescence: Links to Anxiety and Depression. *Brain Sci*. 2019; 9(4), 76. [doi: 10.3390/brainsci9040076](https://doi.org/10.3390/brainsci9040076)
- Garnefski N, Kraaij V. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. *Cognition and Emotion*. 2018; 32(7): 1401-1408. [doi: 10.1080/02699931.2016.1232698](https://doi.org/10.1080/02699931.2016.1232698)
- Ong E, Thompson C. The Importance of Coping and Emotion Regulation in the Occurrence of Suicidal Behavior. *Psychological Reports*. 2019; 122(4): 1192-1210. <https://doi.org/10.1177/0033294118781855>
- Lasa-Arista A, Delgado-Egido B, Holgado-Tello FP, Amor PJ, Dominguez-Sanchez FJ. Profiles of cognitive emotion regulation and their association with emotional traits. *Clinica y Salud*. 2019; 30: 33-39. <https://doi.org/10.5093/clysa2019a6>
- Kraaij V, Garnefski N. Cognitive, behavioral and goal adjustment coping and depressive symptoms in young people with diabetes: A search for intervention targets for coping skills training. *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*. 2015; 22: 45–53. <https://doi.org/10.1007/s10880-015-9417-8>
- Rajappa K, Gallagher M, Miranda R. Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ideation and attempts. *Cognitive Therapy and Research*. 2012; 36(6): 833–839. <https://doi.org/10.1007/s10608-011-9419-2>
- Goeleven E, De Raedt R, Baert S, Koeter EH. Deficient inhibition of emotional information in depression. *Journal of affective disorders*. 2006; 93(1-3): 149–157. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.03.007>
- Motabi F, Fata L, Moloodi R, Ziai K, Jafari H. Development and Validation of Depression-Related Beliefs Scale. *Iran. J. Psychiatry Clin. Psychol*. 2011; 17(3): 208-217. URL: <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1416-en.html>
- Orchard F, Pass L, Reynolds S. 'I Am Worthless and Kind'; the specificity of positive and negative self-evaluation in adolescent depression. *The British journal of clinical psychology*. 2019; 58(3): 260–273. <https://doi.org/10.1111/bjc.12215>
- Fazakas-DeHoog LL, Rnic K, Dozois D. A Cognitive Distortions and Deficits Model of Suicide Ideation. *Europe's journal of psychology*. 2017; 13(2): 178–193. <https://doi.org/10.5964/ejop.v13i2.1238>
- Marchetti I, Loeys T, Alloy LB, Koeter EHW. Unveiling the structure of cognitive vulnerability for depression: specificity and overlap. *PLoS One*. 2016; 11(12): e0168612. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168612>
- Jordan JT, Samuelson KW, Tiet QQ. Impulsivity, Painful and Provocative Events, and Suicide Intent: Testing the Interpersonal Theory of Suicide. *Suicide & Life-threatening Behavior*. 2019 Aug; 49(4): 1187-1195. <https://doi.org/10.1111/sltb.12518>
- Hankin BL. Future directions in vulnerability to depression among youth: Integrating risk factors and processes across multiple levels of analysis. *Journal of Clinical Child and*

- Adolescent Psychology. 2012; 41(5): 695–718. pmid:22900513
21. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive therapy and research*. 2012; 36(5): 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
22. MacKenzie MB, Abbott KA, Kocovski NL. Mindfulness-based cognitive therapy in patients with depression: current perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2018; 14: 1599–1605. <https://doi.org/10.2147/NDT.S160761>
23. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse. New York, NY: Guilford press; 2002.
24. Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, Hayes R, et al. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials. *JAMA Psychiatry*. 2016; 73(6): 565–574. [doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.0076](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0076)
25. Fortuna LR, Porche MV, Padilla A. treatment development study of a cognitive and mindfulness-based therapy for adolescents with co-occurring post-traumatic stress and substance use disorder. *Psychology and Psychotherapy*. 2018; 91(1): 42–62. <https://doi.org/10.1111/papt.12143>
26. 26.Jury TK, Jose PE. Does Rumination Function as a Longitudinal Mediator Between Mindfulness and Depression? *Mindfulness*. 2019; 10: 1091–1104. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1031-z>
27. Watkins ER. Rumination-Focused cognitive-behavior therapy for depression. New York: Guilford Press; 2016. Translated by: Elham Eshtad.
28. Jacobs RH, Watkins ER, Peters AT, Feldhaus CG, Barba A, Carbray J, Langenecker SA. Targeting Ruminative Thinking in Adolescents at Risk for Depressive Relapse: Rumination-Focused Cognitive Behavior Therapy in a Pilot Randomized Controlled Trial with Resting State fMRI. *PloS one*. 2016; 11(11), e0163952.
29. Topper M, Emmelkamp PM, Watkins E, Ehring T. Prevention of anxiety disorders and depression by targeting excessive worry and rumination in adolescents and young adults: A randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*. 2017; 90: 123–136. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.12.015>
30. Goldberg SB, Tucker RP, Greene PA, Davidson RJ, Kearney DJ, Simpson TL. Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of current depressive symptoms: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2019; 48(6): 445–462. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1556330>
31. Teismann T, von Brachel R, Hanning S, Grillenberger M, Hebermehl L, Hornstein I, Willutzki U. A randomized controlled trial on the effectiveness of a rumination-focused group treatment for residual depression. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*. 2014; 24(1): 80–90. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.821636>
32. Hvenegaard M, Moeller S, Poulsen S, Gonda M, Grafton B, Austin S, et al. Group rumination-focused cognitive-behavioural therapy (CBT) v. group CBT for depression: Phase II trial. *Psychological Medicine*. 2020; 50 (1): 11-19. [doi:10.1017/S0033291718003835](https://doi.org/10.1017/S0033291718003835)
33. Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi E. Research methods in behavioral science. Tehran: Agah Publication; 2014.
34. First MB, Williams JW, Benjamin LS, Spitzer RL. Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, clinical version (Scid-5-CV). Arlington, VA; American Psychiatric Association; 2016. Translated by: V Sharifi, B Shadloo, & Z Shahrivar. Tehran: Ebnesina
35. Shankman SA, Funkhouser CJ, Klein DN, Davila J, Lerner D, Hee D. Reliability and validity of severity dimensions of psychopathology assessed using the Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2018; 27(1): 1-12. <https://doi.org/10.1002/mpr.1590>
36. Lobbestael J, Leurgans M, Arntz A. Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID I) and Axis II disorders (SCID II). *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2011; 18(1): 75-79.
37. Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. Reliability and Feasibility of the Persian Version of the Structured Diagnostic Interview for DSM-IV (SCID). *Advances in Cognitive Sciences*. 2004; 6 (1 and 2): 10-22.
38. Amini H, Sharifi V, Asaadi S.M, Mohammadi MR, Kaviani H, Semnani Y, Shabani A, Shahrivar Z, Hakim Shooshtari M, Seddigh A, Jalali-Roodsari M. Validity of the Iranian version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I) in the diagnosis of psychiatric disorders. *Payesh*. 2008; 7 (1): 49-57. <http://payeshjournal.ir/article-1-675-fa.html>

39. Beck AT, Steer RA, Brown G.K. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
40. Dabson KS, & Mohammad Khani P. Psychometric Characteristics of Beck Depression Inventory-II in Patients with Major Depressive Disorder. *Journal of Rehabilitation* 82-88, (8)29; 2007 .. <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-135-fa.html>
41. Rajabi G, Karjo KS. Psychometric properties of a Persian language version of the Beck Depression Inventory- Second edition. *Educational Measurement*. 2013; 3(10): 139-58. https://jem.atu.ac.ir/article_5657.html?lang=en
42. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*. 2001; 30(8): 1311-1327.
43. Besharat MA, Bazzazian S. Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in a sample of Iranian population. *Advances in Nursing & Midwifery*. 2014; 24 (84): 61.
44. Segal ZV, Dimidjian S, Beck A, Boggs JM, Vanderkruik R, Metcalf CA, et al. Outcomes of Online Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Patients With Residual Depressive Symptoms: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2020; 77(6): 563–573. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.4693
45. Farb N, Anderson A, Ravindran A, Hawley L, Irving J, Mancuso E, Gulamani T, Williams G, Ferguson A, Segal ZV. Prevention of relapse/ recurrence in major depressive disorder with either mindfulness-based cognitive therapy or cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2018; 86(2): 200-204.
46. Raj S, Sachdeva SA, Jha R, Sharad S, Singh T, Arya YK, Verm SK. Effectiveness of mindfulness based cognitive behavior therapy on life satisfaction, and life orientation of adolescents with depression and suicidal ideation. *Asian Journal of Psychiatry*. 2019; 39: 58-62. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.12.001>
47. Assumpcao AA, Pena CS, Neufeld CB, Teodoro MM. Mindfulness-based cognitive therapy for University students with depression, anxiety, and stress symptoms: a randomized controlled trial. *Asia Pac J Clin Trials Nerv Syst Dis*. 2019; 4:51-9.
48. Cladder-Micus MB, Becker ES, Spijker J, Speckens AEM, Vrijnsen JN. Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Behavioural Measure of Rumination in Patients with Chronic, Treatment-Resistant Depression. *Cognitive Therapy and Research*. 2019; 43: 666-678. <https://doi.org/10.1007/s10608-019-09997-8>.
49. Ramell W, Goldin PR, Carmona PE, McQuaid JR. The Effects of mindfulness Meditation on Cognitive Processes and Affect in Patient with Past Depression. *Cognitive Therapy and Research*. 2004; 28: 433-455. <https://doi.org/10.1023/B:COTR.0000045557.15923.96>
50. Ramezani S, Afkhamzadeh AR, Qorbani H, Naimi S, Rahmani S. Effect of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Substance Dependence Intensity and Cognitive Emotion Regulation in Patients Under Methadone Maintenance Treatment. *PCP*. 2019; 7(3): 225-234. <http://jpcp.uswr.ac.ir/article-1-657-en.html>
51. Goldin PR, Gross JJ. Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*. 2010; 10(1): 83–91. <https://doi.org/10.1037/a0018441>
52. Joormann J, Gotlib IH. Emotion regulation in depression: relation to cognitive inhibition. *Cognition & emotion*. 2010; 24 (2): 281–298. <https://doi.org/10.1080/02699930903407948>
53. Stikkelbroek Y, Bodden DHM, Kleinjan M, Reijnders M, van Baar AL. Correction: Adolescent Depression and Negative Life Events, the Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation. *PLOS ONE*. 2018; 13(1): e0192300. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192300>
54. Crosswell AD, Moreno PI, Raposa EB, Motivala SJ, Stanton AL, Ganz PA, Bower JE. Effects of mindfulness training on emotional and physiologic recovery from induced negative affect. *Psychoneuroendocrinology*. 2017; 86: 78–86. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.08.003>
55. Cheung RY, Ng MC. Mindfulness and symptoms of depression and anxiety: the underlying roles of awareness, acceptance, impulse control, and emotion regulation. *Mindfulness*. 2019; 10: 1124–1135. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1069-y>
56. Lindsay EK, Chin B, Greco CM, Young S, Brown KW, Wright A, et al. How mindfulness training promotes positive emotions: Dismantling acceptance skills training in two randomized controlled trials. *Journal of personality and social psychology*. 2018; 115(6): 944–973. <https://doi.org/10.1037/pspa0000134>
57. Chang BP, Tezanos K, Gratch I, Cha C. Depressed and suicidal patients in the emergency department: an evidence-based approach. *Emergency medicine practice*. 2019; 21(5): 1–24.