

Research Paper



Evaluation of Rumination-Focused Cognitive Behavior Therapy efficacy on reducing rumination, depressive symptoms and improving problem solving strategies



Elham Eshtad¹, Masoud Gholamali Lavasani²,
Hassan Hamidpour³, Seyed Saieed Pournaghash Tehrani²

1. Ph. D Student of Psychology, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.
2. Associate Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.
3. Ph.D in Clinical Psychology.



DOI: 10.22034/JMPR.2022.15300

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.67.9.1](https://doi.org/10.22034/JMPR.2022.15300)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15300.html



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Rumination-focused cognitive behavior therapy, Rumination, Depressive symptoms, problem solving.

Received: 2022/02/01
Accepted: 2022/03/19
Available: 2022/12/21

Objectives: Rumination is a common residual symptom of depression which plays an important role in onset and permanence of depressive episodes. The aim of this study was to evaluate the efficacy of Rumination-Focused cognitive behavior therapy on decreasing rumination habit, depressive symptoms and improving problem solving strategies. **Methods:** The research method was single-subject with multiple baseline and repetitive evaluation design. Seven participants (4 women and 3 men-one woman as pilot participant) meeting the including criteria, took part in 11-20, 60 minutes therapy sessions. Depression, rumination and problem solving strategies were measured by BDI-II, Response Style Questionnaire (RSQ) and Cassidy and Long's problem-solving Scale, before first session, during therapy sessions and after last one. In order to evaluate the efficacy of the treatment, indexes of magnitude of change (Improvement percentage and Reliable change index), Universality of change, Generality of change, Acceptability, Safety and Stability were calculated. **Results:** Treatment produced significant improvements in depressive symptoms and rumination: 5 out of 7 participants showed % 50/6 reduction in RSQ and % 51/6 reduction in BDI-II. The improvement was sustained in one month follow up. The sample's scores in orienting strategy of Cassidy and Long's problem-solving Scale showed some improvement. After treatment, participants did not fulfill criteria for Major Depressive Disorder. **Conclusion:** Treating depressive rumination appears to yield generalized improvement in depression and comorbidity. This study provides preliminary evidence that rumination-focused CBT may be an efficacious treatment for medication-refractory residual depression.



* Corresponding Author: Masoud Gholamali Lavasani

E-mail: lavasani@ut.ac.ir

مقاله پژوهشی



اثربخشی رفتار درمانی شناختی متمرکز بر اندیشناکی در کاهش میزان اندیشناکی، علایم افسردگی و بهبود راهبردهای حل مساله



الهام اشتاد^۱، مسعود غلامعلی لواسانی^{۲*}، حسن حمیدپور^۳، سید سعید پورنقاش^۲

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۳- دکترای تخصصی روان شناسی بالینی



DOI: 10.22034/JMPR.2022.15300

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.67.9.1](https://doi.org/10.22034/JMPR.2022.15300)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15300.html



چکیده

مشخصات مقاله

اهداف: اندیشناکی در دهه‌های اخیر به عنوان یک مولفه فراتشخیصی در سبب‌شناسی و تداوم اختلال افسردگی، اختلالات اضطرابی و انواع دیگر اختلالات روانی و جسمی دخیل شناخته شده است. در تازه‌ترین رویکرد مرتبط، اندیشناکی به عنوان یک عادت ذهنی فرمول‌بندی شده و هدف اصلی درمان قرار می‌گیرد. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی رفتار درمانی شناختی متمرکز بر اندیشناکی در کاهش میزان اندیشناکی، علایم افسردگی و بهبود راهبردهای حل مساله، انجام شد. مواد و روش‌ها: طرح پژوهش شامل طرح تجربی تک آزمودنی با خط پایه چندگانه و اندازه‌گیری مکرر است. هفت نفر از طریق نمونه‌گیری هدفمند، یک نفر به عنوان شرکت‌کننده آزمایشی (زن) و شش نفر گروه نمونه (سه زن و سه مرد) در یازده الی بیست جلسه هفتگی ۶۰ دقیقه‌ای شرکت کردند. ابزارهای پژوهش شامل مصاحبه ساختاریافته تشخیصی برای DSM-IV (SCID)، مقیاس سبک پاسخ (RSQ)، مقیاس افسردگی بک-ویراست دوم و مقیاس حل مساله کسیدی و لانگ بودند. برای سنجش عملیاتی میزان کارایی نتایج پژوهش، ملاک‌های اندازه‌گیری تغییر (درصد بهبود و شاخص تغییر پایا)، کلیت تغییر، عمومیت تغییر، میزان پذیرش، ایمنی و ثبات مورد بررسی قرار گرفتند. یافته‌ها: ۵۰/۶ درصد کاهش در نمرات RSQ و ۵۱/۶ درصد کاهش در نمرات BDI-II به صورت میانگین در پنج نفر از شرکت‌کنندگان مشاهده شد. این میزان بهبود در پیگیری یک ماهه حفظ شد. هم‌چنین، تغییرات نسبی در راهبردهای حل مساله افراد به وجود آمد. نمرات افراد در شاخص گرایش از مقیاس حل مساله کسیدی و لانگ بهبود نسبی نشان داد. در شش نفر، تشخیص اختلال افسردگی اساسی برطرف شد. نتیجه‌گیری: با توجه به نقش برجسته اندیشناکی در بروز و تداوم و افزایش احتمال عود/بازگشت اختلال افسردگی و نقش آن در سبب‌شناسی و تشدید سایر اختلالات روان شناختی و جسمی، درمانگران می‌توانند از رویکرد مذکور، به تنهایی یا به همراه سایر رویکردهای درمانی برای تضعیف عادت اندیشناکی و تسهیل فرآیند روان درمانی و کاهش احتمال عود/بازگشت علایم استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها:

رفتار درمانی شناختی متمرکز بر اندیشناکی؛ اندیشناکی؛ افسردگی؛ راهبردهای حل مساله.

دریافت شده: ۱۴۰۰/۱۱/۱۲

پذیرفته شده: ۱۴۰۰/۱۲/۲۸

منتشر شده: ۱۴۰۱/۰۹/۳۰

* نویسنده مسئول: مسعود غلامعلی لواسانی

رایانامه: lavasani@ut.ac.ir

مقدمه

در چند دهه گذشته، مفهوم اندیشناکی (نشخوار فکری) در قالب رویکردها و تعاریف مختلف، در صدها مقاله مورد پژوهش قرار گرفته و ارتباط این مفهوم با شروع و تداوم افسردگی تایید و مسجل شده است (اسمیت و الوی، ۲۰۰۹). هر چند که تعریف متفق‌القولی برای اندیشناکی به دست نیامد و دیدگاه‌ها در مورد ماهیت، مولفه‌ها و کارکرد این مفهوم متنوع هستند، در مورد آثار و پیامدهای آن، اطمینان و اشتراک نظر دیده می‌شود. اندیشناکی موجب شروع، تداوم، اِزمان و تعمیق افسردگی و تاخیر در فرآیند بهبود در جریان رفتار درمانی شناختی و یا کاهش پاسخ بیمار به داروهای ضدافسردگی می‌شود (اینتروزی و همکاران، ۲۰۱۶؛ وات کینز، ۱۳۹۶؛ نولن-هوکسما و همکاران، ۲۰۰۸؛ پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۳). نقش اندیشناکی در ایجاد و تداوم اختلال‌های اضطرابی، اختلالات خوردن، سومصرف الکل و مواد و نیز انواع مشکلات جسمانی هم بررسی و تایید شده است (هیلت و همکاران، ۲۰۱۵؛ وات کینز و نولن-هوکسما، ۲۰۱۴؛ مک لافلین و نول-هوکسما، ۲۰۱۱؛ بروشات و همکاران، ۲۰۱۰). اندیشناکی، تمایل به شرکت در فعالیت‌های خوشایند و منحرف‌کننده حواس و احساس تسلط بر زندگی را کاهش می‌دهد. تعبیر تحریف شده از رویدادهای زندگی، بدبینی نسبت به آینده و مهارت‌های ضعیف حل مساله هم، از پیامدهای اندیشناکی هستند (نولن-هوکسما و همکاران، ۲۰۰۸؛ پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۳).

دیدگاه‌های مختلفی برای تبیین فرآیند و محتوای اندیشناکی وجود دارند. نولن-هوکسما در دیدگاه سبک پاسخ، اندیشناکی را به عنوان نوعی سبک یا عادت واکنش به خلق آشفته و صفت یا بُعد شخصیتی پایدار در نظر می‌گیرد. فرد در پاسخ به آشفتگی روحی، به شکلی تکرارشونده و منفعل، در مورد علایم و نشانه‌های خلق منفی و علل و پیامدهای احتمالی این علایم، می‌اندیشد. چون با وجود بازسازی خطاهای شناختی، سبک پاسخ اندیشناکی هنوز به قوت خود باقی می‌ماند، در بسیاری از بیماران افسرده، پس از رفتار درمانی شناختی، بخشی از علایم افسردگی همچنان ادامه پیدا می‌کنند (علایم باقی‌مانده^۱) و میزان عود/بازگشت علایم بالاست (نولن-هوکسما و همکاران، ۲۰۰۸). مارتین و تسر (۱۹۹۶) اندیشناکی را به عنوان یک حالت یا کارکرد اجرایی عالی و مجموعه‌ای از افکار هشیارانه در نظر گرفته‌اند که حول یک درون‌مایه (تم) ابزاری می‌چرخند و در غیاب الزام محیطی، بارها و بارها تکرار می‌شوند. در شرایطی که ناهم‌آهنگی بین وضعیت فعلی فرد و شرایطی که قصد دست‌یافتن به آن دارد (هدف ابزاری) ادراک شود، سازوکار اندیشناکی فعال می‌شود تا از طریق درک علل فاصله با هدف و رفع این علل، ناهم‌آهنگی از میان برداشته شود. در این صورت، اگر اندیشناکی به صورت صحیح و کارآمد پیش برود، ناهم‌آهنگی حل می‌شود و فرد دوباره در مسیر پیشروی به سمت هدف قرار می‌گیرد. اما اگر اندیشناکی به شکل ناکارآمد اجرا شود، ناهم‌آهنگی از بین نمی‌رود و چه بسا تشدید می‌شود و به علت تداوم ناهم‌آهنگی هدف، فرد در زنجیره‌ای بی‌پایان از افکار متمرکز بر خود و هدف، گرفتار می‌شود.

وات کینز و نولن-هوکسما (۲۰۱۴)، به بررسی تفاوت‌های اندیشناکی کارآمد و ناکارآمد پرداختند و دریافتند که اندیشناکی با محتوای منفی و سبک انتزاعی و غیراختصاصی (شامل سوال‌های "چرا؟" همراه با قضاوت و تعمیم و کلی‌گویی)، موجب بروز پیامدهای ناخوشایند می‌شود. وات کینز با تلفیق دو دیدگاه سبک پاسخ و ناهم‌آهنگی هدف، و هم چنین با استناد به دیدگاه وود و نیل (۲۰۰۷) در مورد عادت‌ها، چارچوب عادت-هدف^۲ را برای اندیشناکی توصیف کرده و معتقد است که این نگرش، راهکارهای کارآمدتری را برای درمان اندیشناکی افسرده‌ساز، در اختیار بالینگران قرار می‌دهد (وات کینز، ۱۳۹۶؛ وات کینز و نولن-هوکسما، ۲۰۱۴). او اندیشناکی را به عنوان یک عادت ذهنی^۳ در نظر می‌گیرد (وات کینز و نولن-هوکسما، ۲۰۱۴ و وات کینز و رابرتز، ۲۰۲۰) و از فنون شناسایی وابسته‌های محیطی (زنجیره‌های شرطی) اندیشناکی، شناسایی کارکردهای اندیشناکی، آموزش سبک عینی تفکر، مواجهه‌سازی با نشانه‌های بافتی و شرطی‌سازی متقابل، تقویت عادت‌های جایگزین (حل مساله، تفکر عینی، جذب شدن در فعالیت، شفقت‌ورزی و غیره) به عنوان جایگزینی مناسب‌تر برای درمان آن استفاده می‌کند. روش درمان به این شرح است که ابتدا به فرد آموزش داده می‌شود که رفتار اندیشناکی، پیش‌آیندها، پیامدها، کارکردها و تغییرات آن را پیش کند. سپس رفتارهای مناسب‌تر از قبیل تفسیر عینی مساله، جذب شدن در فعالیت کارآمد یا شفقت‌ورزی به جای سرزنش و انتقاد را در زنجیره رفتاری، جایگزین رفتار اندیشناکی بکند. در واقع هدف رویکرد درمانی وات کینز، تضعیف پیوندهای محرک-پاسخ (S-R) قدیمی و ایجاد و تقویت پیوندهای جدید با هدف تضعیف اندیشناکی مخرب، و تقویت نوع سازنده‌تر آن است (وات کینز و همکاران، ۲۰۰۷؛ وات کینز، ۲۰۰۸؛ وات کینز و نولن-هوکسما، ۲۰۱۴؛ وات کینز، ۱۳۹۶).

در پژوهش حاضر، منظور از افسردگی، وجود علایم افسردگی براساس ملاک‌های پذیرفته‌شده‌ای مانند کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی - نسخه پنجم (DSM-V)، انجمن روان‌پزشکی آمریکا) است. ملاک‌های عمده افسردگی اساسی عبارتند از: اختلال خلق جدی (خلق افسرده یا فقدان لذت، علاقه و انگیزه که به مدت دو هفته یا بیشتر، به طور مداوم وجود دارد)؛ علایم جسمی و فیزیولوژیک از قبیل کاهش یا افزایش انرژی، کاهش یا افزایش میزان تحرک، کاهش یا افزایش خواب و اشتها؛ علایم شناختی از قبیل فقدان تمرکز و اختلال در تصمیم‌گیری، احساس‌ها و افکار مرتبط با تقصیر و عذاب وجدان و افکار خودکشی (راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی-ویرایش پنجم؛ ۱۳۹۳). تغییرات علایم افسردگی با استفاده از مقیاس افسردگی بک-ویراست دوم ارزیابی شدند.

متغیر دیگر پژوهش، فرآیند حل مساله، رویکردی شناختی-رفتاری است که فرد به واسطه آن تلاش می‌کند مشکلات روزمره را به شکلی موثر و سازگارانه، حل و فصل کند. حل مساله، مستلزم اتخاذ راهبردهای ویژه و هدفمندی است که فرد طی آن‌ها، ابتدا به تعریف و توصیف مساله می‌پردازد، راه‌حل‌ها را اتخاذ می‌کند، آن‌ها را ارزیابی و اجرا می‌کند و بر اجرا و اثربخشی

1. Residual
2. Habit-Goal

بسته کامل رفتار درمانی شناختی متمرکز بر اندیشناکی (وات کینز، ۱۳۹۶) و صرفاً با تاکید بر آموزش عینیت و تحلیل کارکردی انجام گرفت و در مطالعات پیشینه، پژوهشگران پژوهش تجربی تک آزمودنی دیگری را نیافتند. نمونه مورد مطالعه در این پژوهش هم شامل افرادی بود که تشخیص افسردگی اساسی نداشتند بلکه براساس ملاک‌های تعریف شده در DSM-IV و کتب مرجع، واجد علیم باقیه‌ای افسردگی بودند. در پژوهش ما، اثربخشی بسته کامل درمانی وات کینز (۱۳۹۶) بر روی افراد دارای تشخیص افسردگی اساسی بررسی شد. هم چنین، بررسی پیشینه پژوهشی در حوزه اندیشناکی، حاکی از این بود که احتمالاً این درمان هنوز در ایران مورد استفاده قرار نگرفته است. با توجه به موارد فوق، هدف پژوهش حاضر، بررسی جزئیات فرآیند تغییر در نمونه بیماران افسرده ایرانی با استفاده از روش تک آزمودنی بود.

روش

پژوهش در قالب طرح تجربی تک آزمودنی^۷ با خط پایه چندگانه و ارزیابی مکرر انجام گرفت. جامعه پژوهش شامل تمام افراد مراجعه کننده به دو کلینیک روانشناسی و روان پزشکی در شهر تهران در بهار و تابستان ۱۴۰۰ بود. یک زن (شرکت کننده آزمایشی) و سه مرد و سه زن به عنوان اعضای گروه نمونه، به روش نمونه‌گیری هدفمند و از میان افراد واجد ملاک‌های ورود پژوهش انتخاب شدند. ملاک‌ها عبارت بودند از (۱) تشخیص اختلال افسردگی اساسی براساس اجرای پرسشنامه SCID توسط همکار روان پزشکی؛ (۲) نمره بالای ۱۰ در مقیاس افسردگی بک-ویراست دوم؛ (۳) نمره بالای ۲۲ در مقیاس سبک پاسخ؛ (۴) فقدان سابقه شرکت در جلسات روان درمانی و (۵) فقدان سابقه تشخیص اختلالات سایکوتیک، دوقطبی و انواع سومصرف مواد. افراد نمونه از میان افراد واجد هر پنج ملاک فوق انتخاب شدند. نمونه اولیه شامل ۹ نفر بود که دو نفر پس از اجرای جلسات ارزیابی، از شرکت در پژوهش انصراف دادند. به افراد اعلام شده بود که هر زمان تمایل داشته باشند، می‌توانند از مسیر درمان انصراف بدهند. هفت نفر دیگر، جلسات درمانی را کامل کردند و نتایج پرسشنامه‌های تکمیل شده توسط آنان، مورد تحلیل قرار گرفتند. با توجه به این که هدف اساسی درمان، مولفه فراشناختی اندیشناکی بود، وجود سایر تشخیص‌ها (اعم از محور یک یا دو) در ملاک‌های ورود و خروج مورد توجه قرار نگرفت (با استناد به وات کینز و همکاران، ۲۰۰۷).

ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان و اختلالات تشخیص داده شده افراد، در جدول ۱ نشان داده شده‌اند.

آنها نظارت دارد. توانایی حل مساله، یک راهبرد مقابله‌ای بسیار مهم است که فرد را قادر می‌سازد مسایل مشکل‌آفرین روزمره را حل و فصل کند و تاثیر هیجانی آن‌ها را مهار کند و به این ترتیب، تنش و فشار روانی را به حداقل برساند یا از آن پیشگیری کند (دزوریل^۱ و شیدی^۲، ۱۹۹۲). در پژوهش حاضر، رویکردهای حل مساله افراد با استفاده از مقیاس حل مساله کسیدی و لانگ ارزیابی شدند.

در ادبیات روان درمانی، از رویکردهای متنوعی برای هدف قرار دادن افسردگی و اندیشناکی استفاده شده است. پژوهشگران گاه از رفتاردرمانی (مارتل و همکاران، ۱۳۹۴؛ رهبران و همکاران، ۱۳۹۸)، گاه روان درمانی فراشناختی (گشویند و همکاران، ۲۰۱۱؛ کرسرت و کراپلی، ۲۰۱۳؛ عباسی و خادم‌لو، ۱۳۹۷؛ برمال و همکاران، ۱۳۹۷) و یا از آموزش روش‌های کنترل توجه و شناخت (وات کینز و رابرتز، ۲۰۲۰) برای درمان اندیشناکی استفاده کرده‌اند. نکته این جاست که در هیچ یک از این رویکردها، اندیشناکی هدف اصلی درمان نبوده و عمدتاً بر علایم افسردگی مانند خلق منفی یا افکار ناکارآمد منفی تمرکز شده است. وات کینز (۱۳۹۶) تاکید می‌کند که اثربخشی روش‌های کنترل توجه و شناخت از قبیل درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش اندیشناکی قابل توجه است اما کارایی آن‌ها در فاز فعال افسردگی و در مورد جریان‌های شدیدتر اندیشناکی، کاهش می‌یابد و در این شرایط افراد چندان قادر به کنترل مسیر توجه خود نیستند. از سوی دیگر، پژوهش‌های تجربی متعدده، اثربخشی رفتار درمانی شناختی متمرکز بر اندیشناکی را در کاهش علایم افسردگی و تضعیف عادت اندیشناکی افراد، تایید کرده‌اند (کوک^۳ و همکاران، ۲۰۱۹؛ جیکوبز^۴ و همکاران، ۲۰۱۶؛ تیسمن^۵ و همکاران، ۲۰۱۴؛ تاپر و همکاران، ۲۰۱۴؛ وات کینز و همکاران، ۲۰۱۱؛ وات کینز و همکاران، ۲۰۰۷). این رویکرد اندیشناکی را هدف اصلی درمان قرار می‌دهد و از طریق تغییر سبک پردازش اطلاعات، سعی در تضعیف عادت اندیشناکی دارد. پژوهش‌های انجام شده در مورد اثربخشی این رویکرد، همه از نوع کارآزمایی بالینی کنترل شده هستند که در آن نمرات پس از درمان افراد با نمرات پیش از آزمون مقایسه شده و معناداری /عدم معناداری اثر درمان پس از مقایسه با گروه کنترل استخراج می‌شود. داتیلیو و همکاران (۲۰۱۰) معتقدند که علاوه بر این روش، مطالعات موردی سازمان یافته^۶ نیز، نقش بسیار مهمی در زمینه درک جزئیات و پیچیدگی‌های فرآیند تغییر در روان‌درمانی ایفا خواهند کرد چرا که امکان مطالعه جزئیات دقیق فرآیند تغییر درمانی در یک فرد مشخص را فراهم می‌کنند.

تنها پژوهش تجربی تک موردی که در این زمینه یافت شد، پژوهش وات کینز و همکاران (۲۰۰۷) است. این پژوهشگران، اثر آموزش عینیت را بر چهارده فرد افسرده دارای علایم باقیه‌ای افسردگی، ارزیابی کردند. نتایج نشان داد که درمان اثر رضایت‌بخشی بر کاهش اندیشناکی، سایر علایم افسردگی، و سایر اختلالات هم‌بود داشت. ۷۱ درصد بیماران، به درمان پاسخ خوب نشان دادند و پنجاه درصد به بهبود کامل رسیدند. این پژوهش قبل از ارائه

5 . Teismann
6 . Systematic Case Studies
7 . Single Subject

1 . D'zurilla
2 . Sheedy
3 . Cook
4 . Jacobes

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی و تشخیص‌های بالینی اعضای نمونه

سن	جنسیت	تحصیلات	تشخیص
۵۵	زن	کارشناس ارشد	افسردگی اساسی؛ اختلال اضطراب منتشر؛ اختلال وسواسی اجباری
۳۵	زن	کارشناس ارشد	افسردگی اساسی
۳۸	مرد	کارشناس ارشد	افسردگی اساسی؛ اختلال وسواسی اجباری؛ اختلال اضطراب اجتماعی
۴۲	زن	کارشناس ارشد	افسردگی اساسی
۳۲	مرد	کارشناس ارشد	افسردگی اساسی؛ اختلال اضطراب اجتماعی
۳۲	زن	دپلم	فاقد تشخیص
۳۸	مرد	کارشناس ارشد	افسردگی اساسی

جدول ۲: پروتکل رفتار درمانی شناختی متمرکز بر اندیشناکی

شماره جلسات	محتوا
۱	مصاحبه اولیه؛ تشخیص مشکلات اساسی بیمار؛ شناسایی اندیشناکی به عنوان مشکل درجه اول بیمار؛ ارزیابی تاریخچه اندیشناکی و عوامل مرتبط؛ ارزیابی اجتناب بیمار؛ اجرای پرسش‌نامه‌ها؛ توضیح مختصر در مورد درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر اندیشناکی؛ بررسی یک یا دو مثال اخیر اندیشناکی؛ ارزیابی دقیق محتوا و کارکرد اندیشناکی؛ پیش‌بینیها و بافت رفتار اندیشناکی، پیامدها؛ بررسی نقش اجتناب؛ بررسی راهکارهای جایگزین
۲ و ۳	برنامه‌ریزی برای تغییر دادن زنجیره‌های وابستگی؛ انتخاب فنون درمانی مناسب
۴	آموزش سبک‌های انتزاعی و عینی تفکر و بررسی مزایا و معایب هر کدام؛ ارزیابی مثال‌هایی از سبک تفکر بیمار؛ جایگزینی سبک تفکر عینی به جای تفکر انتزاعی؛ برنامه ریزی طرح‌های اگر-آنگاه
۵ و ۶	طرح پیش‌تر سوال‌های کاربردی به جای سوال‌های معناگرا؛ ارزیابی مزایای حل مساله به جای تلاش برای درک معنای مشکل؛ آموزش مفهوم جذب در فعالیت‌ها
۷	بررسی ارزش‌های درونی بیمار؛
۸	ارزیابی مسیر فعلی بیمار در جهت دست یافتن به ارزش‌ها
۹ و ۱۰	آماده سازی بیمار برای ختم درمان؛ پیش بینی مشکلات احتمالی که در آینده منجر به بازگشت علائم بیمار خواهند شد؛ پیش بینی راهکارها و برنامه‌های مناسب برای جلوگیری از عود علائم
۱۱ و ۱۲	

پس از انتخاب نمونه، افراد وارد مسیر ارزیابی و درمان شدند. همه اعضای نمونه، قبل از شروع جلسات، توسط همکار روان پزشک مورد ارزیابی تشخیصی با استفاده از پرسشنامه SCID قرار گرفتند. شرکت‌کننده آزمایشی، در اولین جلسه، مقیاس‌های BDI-II، RSQ و مقیاس حل مساله کسیدی و لانگ را تکمیل کرد. سه مقیاس فوق در جلسات چهارم، هشتم، دوازدهم و شانزدهم، توسط این فرد مجدداً تکمیل شدند. به علت وخامت شرایط شرکت‌کننده آزمایشی، تعداد جلسات اجرا شده برای ایشان، طولانی‌تر از شرکت‌کنندگان اصلی پژوهش شد.

در هفته سوم کار با شرکت‌کننده آزمایشی، اولین شرکت‌کننده اصلی وارد جلسات درمان شد. در هفته دوم کار با شرکت‌کننده اصلی دوم و هفته چهارم شرکت‌کننده آزمایشی، جلسات شرکت‌کننده سوم شروع شدند و به این ترتیب با فاصله یک هفته در میان، شرکت‌کنندگان دیگر جلسات درمان خود را شروع کردند (خط پایه چندگانه). یکی از اصول بنیادین در طرح‌های تجربی تک موردی، سنجش مکرر است (بارلو و هرسن، ۱۹۸۴). بنابراین، تمام شرکت‌کنندگان، در جلسات اول، سوم، ششم، نهم، جلسه آخر و یک ماه پس از آخرین جلسه درمان، سه مقیاس کمی پژوهش را تکمیل کرده‌اند. پس از جلسه آخر درمان، هر سه شرکت‌کننده به همکار روان‌پزشک ارجاع داده شدند تا SCID مجدداً بر روی آنان اجرا شود. همکار روان‌پزشک، اطلاعاتی از مسیر پژوهش نداشت.

وات‌کینز (۱۳۹۶) برنامه رفتار درمانی شناختی متمرکز بر اندیشناکی را شامل دوازده جلسه درمان انفرادی به مدت شصت دقیقه، ارائه کرده است. در پژوهش حاضر، تعداد جلسات شرکت‌کننده آزمایشی، به علت نیاز بیش‌تر فرد، شامل بیست جلسه بود. در مورد سایر شرکت‌کنندگان، جلسات بین یازده تا شانزده جلسه طول کشیدند. پروتکل درمان در جدول شماره دو ارائه شده است.

ابزار پژوهش

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات محور یک (SCID): مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات محور یک، شامل مجموعه سوالاتی است که توسط فیروست^۱ و همکاران، براساس ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) و در سه نسخه بالینی، پژوهشی، و نسخه اختلالات شخصیت تهیه شده است (سگال، ۱۹۹۱؛ محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۴). این مصاحبه وجود یا عدم وجود تشخیص‌های محور یک را براساس ملاک‌های DSM-IV در افراد بالای ۱۸ سال مشخص می‌کند (محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۴). ترن^۲ و اسمیت (۲۰۰۴)، ضریب کاپای ۰/۶۰ را به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID گزارش کرده‌اند. شریفی و همکاران (۱۳۸۴) این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، بر روی نمونه‌ای ۲۲۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی به‌دست آمده نیز خوب بود (کاپای مجموع برای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد). نتایج این پژوهش نشان داد که پایایی قابل‌قبول به‌دست آمده از نسخه فارسی و قابلیت اجرای مطلوب آن، اطمینان کافی برای پژوهشگران و متخصصان بالینی در زمینه اجرای پرسش‌نامه را فراهم می‌کند.

مقیاس افسردگی بک-ویراست دوم (BDI-II): هدف این پرسش‌نامه ارزیابی شدت علائم افسردگی است. شامل ۲۱ آیتم مرتبط با نشانه‌های افسردگی است که در مقیاس لیکرت ۰ تا ۳، درجه‌بندی می‌شوند. این مقیاس برای ارزیابی علائم افسردگی مطابق با ملاک‌های نسخه چهارم راهنمای

نتایج

جداول ۳ و ۴ شامل تغییرات نمرات افراد در مقیاس سبک پاسخ در خلال جلسات درمان است. در جدول ۳، هر ستون و در جدول چهارم هر سطر، نماینده جلسات هستند که ارزیابی در آن انجام گرفته است.

جدول ۳: تغییرات نمرات شرکت‌کننده آزمایشی در مقیاس سبک پاسخ

مراحل ارزیابی	خط پایه	چهارم	هشتم	دوازدهم	شانزدهم	آخر	درصد بهبود	پیگیری درصد	شاخص تغییر
نمرات	۷۰	۵۵	۴۴	۴۲	۴۵	۲۲	%۵۴	۳۰	%۵۷
	۶/۱۲								پایا

جدول ۴: تغییرات نمرات شرکت‌کنندگان در مقیاس سبک پاسخ

ششم	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	شاخص تغییر
ارزیابی اول	۷۲	۷۱	۶۷	۷۵	۶۹	۷۰
ارزیابی جلسه سوم	۵۴	۶۸	۵۴	۶۰	۶۸	۶۰
ارزیابی جلسه ششم	۴۷	۶۵	۵۴	۳۹	۵۴	۶۵
ارزیابی جلسه نهم	۴۰	۵۴	۴۵	۴۴	۵۵	۶۲
ارزیابی آخر	۲۵	۴۰	۳۵	۳۲	۴۷	۶۰
درصد بهبودی	%۵۱	%۴۴	%۴۷	%۵۷	%۳۱	%۲۵
پیگیری یک ماه بعد	۳۲	۳۸	۳۵	۳۰	۵۵	۶۰
درصد بهبودی	%۵۵	%۴۶	%۴۷	%۶۰	%۲۰	%۲۵
درصد بهبود کلی	%۴۲/۵					
شاخص تغییر پایا	۵/۹۷	۵	۵/۱۶	۶/۹۳	۳/۵۴	۱/۶۱

براساس نتایج جدول ۳، شرکت‌کننده آزمایشی به ۵۴ درصد بهبود در پایان دوره دست یافت. روند رو به رشد در مورد ایشان در پیگیری یک ماهه ادامه پیدا کرد و ۳ درصد افزایش نشان داد. طبق نتایج جدول ۴، شرکت‌کنندگان اول، دوم سوم و چهارم در میزان اندیشناکی، به ترتیب ۵۱، ۴۴، ۴۷ و ۵۷ درصد بهبود نشان دادند. در پیگیری یک ماهه، رشد فزاینده درصد بهبود نمرات اول، دوم و چهارم ثبات نشان داد و درصد بهبود نفر سوم پایدار بود. میانگین درصد بهبود در پایان جلسات و برای شش نفری که تغییر معنادار نشان داده‌اند، ۴۷/۳۳ درصد بوده و در پیگیری یک ماهه علیرغم کاهش بهبود در نفر پنجم، به ۴۷/۵ درصد افزایش یافته است. شاخص تغییر پایا در شش نفر از شرکت‌کنندگان بالاتر از ۱/۹۶ و معنادار است. ۸۵/۷۱ درصد افراد، این تغییر معنادار را نشان داده‌اند.

جداول ۵ و ۶ شامل تغییرات نمرات افراد در مقیاس افسردگی بک- ویراست دوم هستند.

تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV) تهیه شده است (بک و همکاران، ۱۹۹۶). ویژگی‌های این مقیاس در ایران، توسط دابسون و محمدخانی (۱۳۸۶) ارزیابی شده و نتایج حاصل از تحلیل عاملی، سنجش اعتبار و روایی پرسش‌نامه، حکایت از کارایی آن داشت. در این پژوهش، ضریب آلفای ۰/۹۲ برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ برای دانشجویان، به دست آمد.

پرسش‌نامه سبک پاسخ (RSQ): این مقیاس، توسط نولن-هوکسما و ماروو (۱۹۹۱) برای ارزیابی سبک پاسخ افراد در مقابل خلق آشفته، تهیه شده است. مقیاس، شامل ۲۲ ماده چهارگزینه‌ای لیکرت و سه خرده مقیاس حواس‌پرتهی، تعمق و در فکر فرو رفتن است (عباسی و خادم‌لو، ۱۳۹۷) و به بررسی پاسخ‌ها در مقابل خلق افسرده می‌پردازد. پاسخ‌دهندگان هر یک از آیتم‌ها را در مقیاسی از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) درجه‌بندی می‌کنند. دامنه نمرات ۲۲ تا ۸۸ به عنوان نشخوارفکری بالا در نظر گرفته می‌شود (وات کینز و مولدز، ۲۰۰۷). نولن-هوکسما و ماروو (۱۹۹۱)، انسجام درونی (آلفای کرونباخ) این پرسش‌نامه را ۰/۸۹ گزارش کردند. ضریب آلفای پرسش‌نامه در پژوهش‌های مختلف بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ به دست آمد. این پرسش‌نامه توسط باقری نژاد، صالحی فدردی و طباطبائی (۱۳۸۹) به فارسی ترجمه شده و آلفای کرونباخ ۰/۸۸ برای آن گزارش شد. هم‌چنین، منصوروی و همکاران (۱۳۹۰) ضریب آلفای ۰/۹۰ و همبستگی درون طبقه‌ای ۰/۷۵ را برای این پرسش‌نامه در نمونه ایرانی گزارش کردند.

مقیاس حل مسئله کسیدی و لانگ: این مقیاس شش عامل را می‌سنجد که شامل این موارد هستند: بی‌یاوری یا درماندگی؛ مهارگری حل مسئله؛ سبک خلاقیت؛ اعتماد به نفس در حل مسئله؛ سبک اجتناب؛ سبک روی‌آوری (برمال و همکاران، ۱۳۹۷). مقیاس شامل ۲۴ آیتم است و هر یک از عوامل دربرگیرنده ۴ ماده تست هستند. بی‌یاوری بیانگر بی‌یاوری کلی فرد در موقعیت‌های مسئله‌زاست. مهارگری حل مسئله، بُعد مهارگری بیرونی-درونی را در موقعیت‌های تنش‌زا منعکس می‌کند. سبک خلاقیت، نشان‌دهنده برنامه ریزی و در نظر گرفتن راه‌حل‌های متنوع برحسب شرایط و حاکی از اعتقاد فرد به توانایی خود در حل مشکلات است. سبک اجتناب، تمایل به عبور کردن از مشکلات به جای تلاش برای حل آن‌ها را منعکس می‌کند. سبک روی‌آوری، بازخورد مثبت نسبت به مشکلات و تمایل به مقابله رودررو با آن‌ها را نشان می‌دهد (محمدی و صاحبی، ۱۳۸۰). زیرمقیاس‌های درماندگی یا بی‌یاوری، مهارگری و اجتناب، از عوامل ناکارآمد حل مسئله و زیرمقیاس‌های خلاقیت، اعتماد به نفس و روی‌آوری از عوامل کارآمد حل مسئله هستند (برمال و همکاران، ۱۳۹۷). محمدی و صاحبی (۱۳۸۰) ضرایب آلفای ۰/۶۹، ۰/۶۶، ۰/۶۳، ۰/۷۲، ۰/۵۳، ۰/۳۷ را برای عامل‌های مختلف این مقیاس گزارش کرده‌اند. ضریب آلفای کل مقیاس، در پژوهش برمال و همکاران، ۰/۷۶ به دست آمد.

جدول ۵: تغییرات نمرات شرکت‌کننده آزمایشی در مقیاس افسردگی بک - ویراست دوم

مرحله خط	چهارم	هشتم	دوازدهم	شانزدهم	آخر	درصد پیگیری	درصد شاخص
ارزیابی پایه	۲۰	۲۳	۱۹	۱۰	۱۲	۱۰	۴/۱۵
تغییر پایه						۶۰٪	۸
نمرات							۵۰٪

جدول ۶: تغییرات نمرات شرکت‌کنندگان در مقیاس افسردگی بک - ویراست دوم

مرحله خط	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم
ارزیابی اول	۲۳	۱۸	۱۷	۲۶	۱۸	۲۴
ارزیابی جلسه سوم	۱۷	۱۷	۱۵	۲۴	۱۵	۱۸
ارزیابی جلسه ششم	۱۱	۱۷	۱۳	۱۳	۱۵	۱۸
ارزیابی جلسه نهم	۹	۱۳	۱۰	۱۲	۱۳	۱۷
ارزیابی آخر	۱۰	۱۰	۹	۱۰	۱۱	۱۵
درصد بهبودی	۵۶٪	۴۴٪	۴۷٪	۶۱٪	۳۸٪	۳۷/۵٪
پیگیری یک ماه بعد	۹	۱۰	۱۰	۱۰	۱۵	۱۵
درصد بهبودی	۶۰٪	۴۴٪	۴۱٪	۶۱٪	۱۶٪	۳۷/۵٪
درصد بهبود کلی				۴۷/۲۵٪		
شاخص تغییر پایا	۵/۳۹	۳/۳۲	۳/۳۲	۶/۶۴	۲/۹۰	۳/۷۳

جدول ۷: تغییرات نمرات شرکت‌کننده آزمایشی در راهبرد گرایش از مقیاس حل مساله کسیدی و لانگ

مرحله خط	چهارم	هشتم	دوازدهم	شانزدهم	آخر	پیگیری
ارزیابی پایه	۲	۳	۳	۴	۴	۴
نمرات						

جدول ۸: تغییرات نمرات افراد در راهبرد گرایش از مقیاس حل مساله کسیدی و لانگ

مرحله خط	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم
ارزیابی اول	۰	۳	۳	۱	۳	۱
ارزیابی جلسه سوم	۱	۳	۳	۱	۳	۱
ارزیابی جلسه ششم	۱	۳	۳	۱	۴	۱
ارزیابی جلسه نهم	۲	۳	۳	۲	۴	۲
ارزیابی آخر	۳	۳	۳	۱	۴	۱
پیگیری یک ماه بعد	۳	۳	۳	۲	۲	۱

نمرات راهبرد گرایش به حل مساله، در نفرات آزمایشی و اول افزایش قابل توجه داشته، در نفرات دوم و سوم از ابتدا بالا بوده و در نفر چهارم، تغییر جزئی نشان داده است.

اجرای مجدد SCID در پایان جلسات، حاکی از این بود که تشخیص اختلال افسردگی اساسی در تمام افراد به جز نفر ششم، برطرف شده است. اختلال اضطراب فراگیر در شرکت‌کننده آزمایشی هم در پایان قابل تشخیص نبود. البته علایم این اختلالات کم و بیش توسط افراد گزارش می‌شدند. تشخیص‌های اضطراب اجتماعی و وسواسی اجباری در افراد، هم چنان قابل تشخیص بودند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی رفتار درمانی شناختی متمرکز بر اندیشناکی در کاهش میزان اندیشناکی، کاهش علایم افسردگی و بهبود راهبردهای حل مساله در هفت زن و مرد واجد تشخیص افسردگی و عادت نیرومند اندیشناکی بود. برای سنجش عملیاتی میزان کارایی نتایج، از شش ملاکی که اینگرم، هیس و اسکات (۲۰۰۰) ارائه کرده‌اند، استفاده می‌کنیم: اندازه تغییر (چه قدر کاهش در اهداف اصلی درمان رخ داده است؟): نتایج حاکی از این است که این رویکرد در تضعیف عادت اندیشناکی و علایم افسردگی شرکت‌کنندگان موثر بوده است. این یافته مطابق با پژوهش‌های تجربی متعددی است که اثربخشی رفتار درمانی شناختی متمرکز بر اندیشناکی را در کاهش علایم افسردگی و تضعیف عادت اندیشناکی افراد، تایید کرده‌اند (کوک^۱ و همکاران، ۲۰۱۹؛ جیکوبز^۲ و همکاران، ۲۰۱۶؛

براساس نتایج جداول ۵ و ۶، همه شرکت‌کنندگان بهبود معنادار در مقیاس افسردگی بک نشان داده‌اند و میانگین درصد بهبود برای افراد در پایان جلسات، ۴۷/۶۴ بود که در پیگیری یک ماهه با وجود کاهش در نمرات نفر دوم و پنجم، ثابت باقی ماند. نفر پنجم در پیگیری یک ماهه، افت شدید در میزان بهبود نشان داده است. بررسی مشخص کرد که ایشان در فاصله یک ماه تا ارزیابی پیگیری شغل خود را از دست داده و نگرانی در مورد مسایل مالی، موجب افزایش نمره ایشان در مقیاس بک بوده است. از میان راهبردهای حل مساله، تنها نمرات راهبرد ششم (گرایش) تغییرات نسبی در افراد نشان داده است که این نوسانات در جداول شماره ۷ و ۸ ارائه می‌شود.

کلیت تغییر (چند درصد از افراد، تغییر معنادار داشته‌اند؟): ۸۵/۷۱ درصد افراد در مقیاس سبک پاسخ و صد در صد در مقیاس افسردگی بک، تغییر معنادار نشان دادند. البته تغییرات در افراد پنجم و ششم جزئی بود. در پژوهش وات کینز و همکاران (۲۰۰۷)، تعداد افرادی که تغییر معنادار نشان دادند، ۷۰ درصد اعضای نمونه بود.

عمومیت تغییر (تغییرات در حوزه‌های مختلف زندگی افراد به چه شکل بوده است؟): علاوه بر کاهش حجم افکار، افراد تغییراتی را در نگرش خود به مسایل و مشکلات کاری و خانوادگی گزارش کردند. هم چنین، افزایش فعالیت در زمینه کار، تحصیلات و پیگیری علایق گزارش شد.

میزان پذیرش (میزان مشارکت افراد در فرآیند درمان): در این پژوهش افت آزمودنی نداشتیم و تمام افراد تا انتها در جلسات شرکت کردند. پنج نفر، پس از پایان پژوهش، جلسات خود را ادامه دادند.

ایمنی (آیا شرکت‌کنندگان به سلامت روانی و جسمی بیشتر دست پیدا کردند؟): نمرات افراد در مقیاس‌های سبک پاسخ و افسردگی بک، بهبود متوسط نشان داده است. از طرف دیگر، تشخیص اختلال افسردگی اساسی در پنج نفر، و اختلال اضطراب منتشر در یک نفر برطرف شد. افراد اعلام کردند که آسیبی از جانب درمان یا درمانگر به ایشان وارد نشده است.

ثبات دستاوردها: نتایج پژوهش، در پیگیری یک ماهه ثبات نشان داد. البته نتایج یک نفر به دلیل از دست دادن شغل و نگرانی در مورد آینده، با افت مواجه شد.

به طور کلی، نتایج این پژوهش حاکی از این است که رفتار درمانی شناختی متمرکز بر اندیشناکی در تضعیف عادت اندیشناکی و کاهش نشانه‌های افسردگی اثربخش بوده و گرایش افراد به درگیر شدن در حل مسایل خود را افزایش داده است.

در انتها، این پژوهش مانند هر پژوهش دیگر با محدودیت‌هایی مواجه بود. هم اجرای درمان و هم ارزیابی‌ها توسط یک نفر انجام شدند. در پژوهش‌های آتی، بهتر است این موارد توسط افراد مختلف انجام بگیرد. وات کینز در رویکرد خود، از فنون مختلف تحلیل کارکردی رفتار، آموزش عینیت، جذب و شفقت ورزی برای تغییر سبک تفکر افراد بهره گرفته است (۱۳۹۶). در مطالعات آتی می‌توان اثربخشی این رویکرد را با رویکردهای دیگر مانند رویکرد فعالسازی رفتاری، رویکرد مبتنی بر شفقت ورزی، و درمان فراشناختی مقایسه کرد. هم چنین با مطالعه تحلیل مولفه‌ای، می‌توان مشخص کرد که اثربخشی درمان عمدتاً مربوط به کدام یک از فنون درمانی است.

تقدیر و تشکر

از اساتید محترم که بر اجرای کار نظارت داشتند و هم چنین، شرکت‌کنندگان در پژوهش که در جهت بهبود خدمات بهداشت روان با پژوهشگران همکاری کردند، نهایت سپاس و قدردانی را داریم.

تیسمن^۱ و همکاران، ۲۰۱۴؛ تاپر و همکاران، ۲۰۱۴؛ وات کینز و همکاران، ۲۰۱۱؛ وات کینز و همکاران، ۲۰۰۷). شرکت کنندگان به مفید بودن آموزش منطبق درمان و ماهیت اندیشناکی به عنوان یکی از مولفه‌های مفید درمان اشاره کردند. آگاهی از این که اندیشناکی پدیده‌ای رایج است و کارکرد دارد و خارج از حیطه ناهشیار رخ می‌دهد، با کاهش میزان سرزنش خود به افراد کمک کرد که بهتر از پس کنترل این فرآیند بر بیایند. هم چنین آموزش تفکر عینی، نگرش افراد را به مشکلاتی که در واقع تا پایان درمان هم چنان وجود داشتند، تغییر داد و به آنان کمک کرد که راهکارهای بهتری را برای مدیریت زندگی روزانه خود برگزینند. آموزش شفقت ورزی، در کاهش میزان قضاوت و سرزنش خود و دیگران، موثر بود و تمرین فرآیند جذب شدن در فعالیت‌ها، به شرکت‌کنندگان کمک کرد که لذت بیشتری را در مورد فعالیت‌های روزانه را تجربه کنند. وات کینز در پژوهش موردی خود گزارش کرده که میزان اثربخشی این رویکرد، شامل حدود پنجاه درصد بهبود پس از دوازده جلسه درمان، قابل مقایسه با اثر بیست جلسه درمان شناختی رفتاری است (وات کینز و همکاران، ۲۰۰۷). در پژوهش وات کینز و همکاران (همان منبع)، ۷۱ درصد افراد شرکت‌کننده به نتیجه معنادار از نظر بالینی دست یافتند که این نتیجه مشابه یافته‌های پژوهش حاضر است. درصد بهبود سبک پاسخ و افسردگی در شرکت‌کننده پنجم، در پیگیری یک ماهه کاهش پیدا کرد. بررسی علت حاکی از دست دادن شغل ایشان در فاصله جلسه پایانی تا جلسه پیگیری یک ماهه بود. دیسمیت و همکاران (۲۰۲۰) با بررسی تجارب ذهنی بیماران از فرآیند درمان، تاکید کردند که استرس‌ها و وقایعی که خارج از جلسات درمان برای فرد رخ می‌دهند، بر میزان اثربخشی درمان، اثر می‌گذارند. کزدین و واسل (۲۰۰۰) نیز به شدت بالای آشفتگی تجربه شده توسط مراجع‌کنندگان و عدم رضایت از زندگی، به عنوان موانعی در برابر اثربخشی درمان اشاره می‌کنند. آن‌ها معتقدند که هر چه میزان استرس در زندگی بیمار بالاتر و میزان رضایت از زندگی او پایین‌تر باشد، اثربخشی روان درمانی به میزان بیشتری کاهش می‌یابد. تغییرات شرکت‌کننده ششم در مقیاس سبک پاسخ، از نظر بالینی معنادار نبود. لمبرت (۲۰۰۷) تاکید می‌کند که گاهی رویکردهای درمانی تایید شده، بر برخی از مراجع‌کنندگان اثر مثبتی ندارند و یا حتی در مواردی به آنان آسیب بیشتر وارد می‌کنند. بررسی‌ها حاکی از این هستند که رویکردهای کارآمد درمانی، در مورد ۳۵ الی ۴۰ درصد از افراد اثربخش نیستند و در مورد درصد کوچکی (۵ الی ۱۰ درصد) حتی آسیب‌زننده‌اند (کزدین و وسل، ۲۰۰۰).

بر اساس ارزیابی‌های انجام شده، تغییر نمرات در مقیاس حل مساله کسیدی و لانگ قابل توجه نبود. تنها تغییرات نسبی در راهبرد گرایش به حل مساله مشاهده شد. وات کینز (۱۳۹۶) اندیشناکی را به عنوان رفتاری اجتنابی برای گریز از مواجهه با مشکل و پذیرش مسئولیت اجرای راه حل‌ها در نظر گرفته است. او تاکید می‌کند که رفتار درمانی شناختی متمرکز بر اندیشناکی، این اجتناب را کاهش داده و رفتار گرایش به حل مساله را تقویت می‌کند.

- Barlow, D. H., Hersen, M. (1984). *Single Case Experimental Designs*. Boston: Allyn and Bacon.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. The Psychological Corporation: Harcourt Brace & Company, San Antonio.
- Brosschot, J. F., Verkuil, B., & Thayer, J. F. (2010). Conscious and unconscious perseverative cognition: Is a large part of prolonged physiological activity due to unconscious stress? *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 407-416.
- Cook, L., Mostazir, M., & Watkins, E. (2019). Reducing stress and preventing depression (RESPOND): Randomized controlled trial of web-based rumination-focused cognitive behavioral therapy for high-ruminating university students. *Journal of Medical Internet Research*, 21(5), 18.
- Desmet, M. M., Meganck, R., Truijens, F., De Geest, R., Cornelis, S., Norman, U. A., Desmet, M. (2020). Change processes underlying "good outcome": A qualitative study on recovered and improved patients' experiences in psychotherapy for major depression. *Psychotherapy Research*, 30(7), 948-964.
- D'zurilla, T. J., Sheedy, C. F. (1992). The relation between social problem-solving ability and subsequent level of academic competence in college students. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 589-599.
- Engram, A. E., Hayes, A., Scott, W. (2000). Empirically supported treatments: A critical analysis. In C. R. Snyder and Engram's (eds.) *Handbook of Psychological Change*. New York: John Wiley & Sons Inc.
- Geschwind, N., Peeters, F., Drukker, M., van Os, J., & Wichers, M. (2011). Mindfulness training increases momentary positive emotions and reward experience in adults vulnerable to depression: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 618-628.
- Hilt, L. M., Aldao, A., Fischer, K (2015). Rumination and multimodal emotional reactivity. *Cognition and emotion*, 29 (8), 1486-1495.
- Introzzi, I., Andres, M. L., Canet-Juric, L., Stelzer, F., Richards, M. M. (2016). The Relationship Between the Rumination Style and Perceptual, Cognitive, and Behavioral Inhibition. *Psychology and Neuroscience*, 9 (4), 444-456.
- Jacobs, R. H., Watkins, E. R., Peters, A. T., Feldhaus, C. G., Barba, A., Carbray, J., et al. (2016). 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*, 11(11), 17.
- Jacobson, N. S., Truax, P. (1991). Clinical Significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Abnormal Psychology*, 59, 12-19.
- Kazdin, A. E., Wassell, G. (2000). Predictors of barriers to treatment and therapeutic change in outpatient therapy for antisocial children and their families. *Mental Health Services Research*, 2(1), 27-40.
- Lambert, M. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, 17 (1), 1-14.
- Martin, L. L., Tesser, A. (1996). Some ruminative thoughts. In R. S. Wyer (Ed), *Ruminative Thoughts: Advances in social cognition* (Vol 9, pp1-47). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- انجمن روان پزشکی آمریکا (۲۰۱۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی*. ترجمه فرزین رضاعی، علی فخرایی، آتوسا فرمند، علی نیلوفری، ژانت هاشمی آذر، فرهاد شاملو، انتشارات ارجمند: تهران، ۱۳۹۳.
- باقری نژاد، م؛ صالحی فدردی، ج؛ طباطبائی، م (۱۳۸۹). رابطه بین اندیشناکی و افسردگی در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی. *مجله مطالعات تربیتی و روان شناسی*، ۱۱ (۱)، ۲۱-۳۸.
- برمال، ف؛ صالحی فدردی، ج؛ طبیبی ز (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر نشخوار ذهنی، شیوه حل مساله و تنظیم شناختی هیجان افراد مبتلا به افسردگی. *مطالعات روان شناختی*، ۱۴ (۲)، ۹۱-۱۰۷.
- دایسون، ک ا؛ محمدخانی، پ (۱۳۸۶). مختصات روانسنجی پرسش‌نامه افسردگی بک-۲ در یک نمونه بزرگ مبتلایان به افسردگی اساسی. *ویژه‌نامه توان‌بخشی در بیماری‌ها و اختلالات روانی*، ۸، ۸۰-۸۶.
- رهران، ر؛ کرمی، ر؛ شاه محمدی، م (۱۳۹۸). اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی در نوجوانان. *اندیشه و رفتار*، ۱۳ (۵۲)، ۱۷-۲۶.
- شرفی، و؛ اسعدی، س م؛ محمدی، م؛ امینی، ه؛ کاویانی، ح؛ سمنانی، ی؛ شعبانی، ا؛ شهریور، ز؛ داوری آشتیانی، ر؛ حکیم شوشتری، م؛ صدیق، ا؛ جلالی رودسری، م (۱۳۸۴). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختاریافته تشخیصی برای SCID براساس DSM-IV. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۸ (۱)، ۱۰-۲۲.
- عباسی، ر؛ خادم‌لو، م (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر طرحواره نقص اشرم، نشخوار ذهنی و انزوای اجتماعی زنان کمالگرا. *مطالعات روانشناختی دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه الزهراء*، ۱۴ (۱)، ۱۲۷-۱۴۵.
- محمدخانی، پ؛ جهانی تابش، ع؛ نمائنی فر، ش (۱۳۸۴). *مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات DSM-IV*. تهران: نشر فرادید.
- محمدی، ف؛ صاحبی، ع (۱۳۸۰). بررسی سبک حل مساله در افراد افسرده و مقایسه آن با افراد عادی. *مجله علوم روان شناختی*، ۱ (۱)، ۲۴-۴۲.
- مارتل، س. ر؛ دیمیدجیان، س؛ هرمان-دون، ر (۱۳۹۴). درمان افسردگی با فعال سازی رفتاری: راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی (چاپ دوم). ترجمه سامان نونهال و سید علی محمد موسوی. تهران: انتشارات ارجمند.
- منصوری، ا؛ بخشی‌پور رودسری، ع؛ محمودعلیلو، م؛ فرنام، ع؛ فخاری، ع (۱۳۹۰). مقایسه نگرانی، وسواس فکری و اندیشناکی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس-اجبار، اختلال افسردگی عمده و افراد بهنجار. *مطالعات روان شناختی*، ۷ (۴)، ۷۴-۵۵.
- وات کینز، ادوارد ر. (۱۳۹۶). *درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر اندیشناکی*. ترجمه الهام اشتاد. تهران: انتشارات این سینا.

- McLaughlin, K. A., Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 49, 186-193.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (1), 115-121.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., Lybomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3 (5), 400-424.
- Papageorgiou, C., Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27 (3), 261-273.
- Querret, D., Corpley, M. (2013). Assessing treatments used to reduce rumination and/or worry: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33 (8), 996-1009.
- Segal, D. L. (1991). Structured interviewing and DSM classification. In S. M. Turner and M. Hersen (Eds.) *Adult Psychotherapy and Diagnosis*. New York: John Wiley and Sons.
- Smith, J. M., Alloy, L. B. (2009). A roadmap to rumination: A review of definition, assessment and conceptualization of this multifaceted construct. *Clin Psychol Rev*, 29 (2), 116-128.
- Teismann, T., Von Brachel, R., Hanning, S., Grillenberger, M., Hebermehl, L., Hornstein, I., et al. (2014). A randomized controlled trial on the effectiveness of a rumination focused group treatment for residual depression. *Psychotherapy Research*, 24(1), 80-90.
- Topper, M., Emmelkamp, P. M., Watkins, E., & Ehring, T. (2014). Development and assessment of brief versions of the Penn State Worry Questionnaire and the Ruminative Response Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(4), 402-421.
- Tran, G. Q., Smith, G. P. (2004). Behavioral assessment in measurement of treatment outcome. In S. N. Haynes, and E. M. Heiby, (Eds.) *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment*. New York: John Wiley and Sons.
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134 (2), 163-206.
- Watkins, E. (2011). Dysregulation in level of goal and action identification across psychological disorders. *Clinical Psychology Review*, 31 (2), 260-278.
- Watkins, E. R., & Moulds, M. L. (2007). Reduced concreteness of rumination in depression: A pilot study. *Personality and Individual Differences*, 43(6), 1386-1395.
- Watkins, E. D., Nolen-Hoeksema, S. (2014). A Habit-Goal framework of depressive rumination. *Journal of Abnormal Psychology*, 123 (1), 24-34.
- Watkins, E. D., Roberts, H. (2020). Reflecting on rumination: Consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination. *Behavior Research and Therapy*, 127, 1-28.
- Watkins, E. D., Scott, J., Wingrove, J., Rimes, K., Buthurst, N., Steiner, H., Kennell-Webb, S., Moulds, M., Malliaris, Y. (2007). Rumination-focused cognitive behaviour therapy for residual depression: A case series. *Behavior Research and Therapy*, 45, 2144-2154.
- Wood, W., Neal, D. T. (2007). A new look at habits and habit-goal interface. *Psychological Review*, 114, 843-868.