



ایزانلو، هادی؛ شهابی زاده، فاطمه؛ حجت، سید کاوه؛ سید عبدالمجید، بحرینیان (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم خلقی / اضطرابی و اندیشناکی نوجوانان افسرده اقدام کننده به خودکشی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۰ (۲)، ۸۸-۶۵. DOI: 10.22067/tpccp.2021.67390.1001

اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم خلقی / اضطرابی و اندیشناکی نوجوانان افسرده اقدام کننده به خودکشی

هادی ایزانلو^۱، فاطمه شهابی زاده^۲، سید کاوه حجت^۳، سید عبدالمجید بحرینیان^۴
تاریخ دریافت: ۹۹/۱۱/۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۳/۲۳ نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: افسردگی در بین نوجوانان در حال افزایش است و می‌تواند به صورت چشمگیری عملکردها را مختل کند؛ لذا، هدف از این پژوهش بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اندیشناکی در مقابل درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم خلقی / اضطرابی و اندیشناکی نوجوانان افسرده اقدام کننده به خودکشی است.

روش: سی 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 ملاک‌های شمول وارد پژوهش شدند و پرسشنامه‌ها تکمیل شدند. شرکت کنندگان پس از انتخاب به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل (۱۰ نفری) تقسیم شدند. یک گروه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اندیشناکی و گروه دیگر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در ده جلسه انفرادی دریافت کردند. ابزارهای پژوهش مقیاس افسردگی بک-۲، مقیاس پاسخ نشخواری، مقیاس تشخیصی علائم خلقی و اضطرابی و پرسشنامه اضطراب بک بودند. جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس تک و چند متغیره با اندازه گیری مکرر و نسخه ۲۵ نرم افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها: هر دو مداخله اثر معنی داری بر کاهش نشانه‌های خلقی / اضطراب و اندیشناکی داشته است و در طول دوره پیگیری دو ماهه نیز پایدار بوده است.

واژه‌های کلیدی: شناختی رفتاری، اندیشناکی، شناخت درمانی، ذهن آگاهی، افسردگی، علائم خلقی و اضطرابی، بلا تکلیفی، تحمل ابهام

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی. بیرجند، ایران، izanloo.hadi@yahoo.com
۲. دانشیار گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران. (نویسنده مسئول)، f_shahabizadeh@yahoo.com
۳. دانشیار روانپزشکی گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران و مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، شاخه پزشکی خواب، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۴. استاد تمام روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

مقدمه

نوجوانی مرحله مهمی از رشد است که با آشفتگی‌های روان‌شناختی از جمله افسردگی همراه است (Van Droogenbroeck, Spruyt, & Keppens, 2018). افسردگی به ویژه در دختران (Kuringe et al., 2019; Thapar, Spruyt, & Keppens, 2018) و در میان نوجوانان در حال افزایش است (Collishaw, Pine, & Thapar, 2012). در این راستا سازمان بهداشت جهانی^۱ میزان ابتلا به افسردگی را در سال ۲۰۱۵ حدود ۴/۴ درصد بیان کرده است (Lim et al., 2018). افسردگی می‌تواند به صورت چشمگیری عملکردها را مختل کند و مسیر رشد روانی را منحرف سازد (Mullarkey, Marchetti, & Beevers, 2019) و از سوی دیگر از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های اقدام به خودکشی است (Carballo et al., 2019) و در بین نوجوانان ۱۵ تا ۲۹ ساله دومین علت اصلی مرگ و میر است (Lim et al., 2018). یکی از اصلی‌ترین علائم افسردگی در نوجوانان، علائم خلقی چون غمگینی (Mullarkey et al., 2019) و کاهش عاطفه مثبت (از جمله فقدان علاقه و لذت) (Uhl, Halpern, Tam, Fox, & Ryan, 2019) است، افزون بر آن افکار خودکشی^۲ به عنوان عامل اختصاصی افسردگی با کاهش عاطفه مثبت، به ویژه در دختران نوجوان همراه است (Heininga et al., 2019)؛ لذا، با توجه به مطالب فوق و و اینکه افسردگی دارای ابعاد شناختی و هیجانی است، در مطالعه حاضر جهت مطالعه نوجوانان افسرده، شاخص‌های هیجانی (برانگیختگی اضطرابی و فقدان لذت) و شناختی (اندیشناکی^۳) افسردگی هدف قرار گرفت.

اندیشناکی به عنوان یک مؤلفه فراتشخیصی (Garnefski & Kraaij, 2018) و عامل زیربنایی اضطراب و افسردگی (Yapan, Türkçapar, & Boysan, 2020) از مهمترین مؤلفه‌های سبب‌شناسی و نگهدارنده افسردگی است. هر چند در مجموع تعامل بین اضطراب و افسردگی بیش از نقش هر کدام به تنهایی با افکار خودکشی مرتبط است (Khansa et al., 2019) و نوجوانانی که در پاسخ به خلق افسرده و عاطفه منفی از اندیشناکی استفاده می‌کنند، دوره‌های شدیدتری از حالت خلق غمگین (Zuzama, Fiol, Veny, Roman-Juan, & Balle, 2020)، اضطراب (Chen, Pu, Shi, & Zhou, 2020)، افکار و تمایلات خودکشی (Rogers & Joiner, 2017) و اقدام به خودکشی (Sharaf, Lachine, & Thompson, 2018) را تجربه می‌کنند. علاوه بر این، یافته‌ها تأیید می‌کنند که اندیشناکی منجر به حفظ و افزایش عاطفه منفی^۴ در بین نوجوانان می‌شود (Volkaert, Wante, Van Beveren, Vervoort, & Braet, 2019)؛ لذا، با توجه به

1. World Health Organization
 2. Suicidal Thoughts
 3. Rumination
 4. Negative Emotion

اهمیت اندیشناکی در آسیب‌شناسی افسردگی، به نظر می‌رسد یکی از راه‌های بالقوه برای افزایش اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری، پرداختن به علائم باقی مانده چون اندیشناکی است که خطر بالقوه برای عود افسردگی محسوب می‌شود (Bessette et al., 2020).

درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی^۱ (RFCBT) درمانی است که با اصلاح نحوه و فرآیند تفکر (تحلیل کارکردی و راهبردهای رفتاری)، به جای تمرکز بر محتوای فکر و چالش با آن، به طور اختصاصی به اندیشناکی می‌پردازد (Watkins, 2016) و افراد را از سبک تفکر غیر سازنده (فکر کردن کلی، ارزشی و انتزاعی) به سمت سبک فکری سازنده (افکار خاص، عینی و توصیفی و توجه به تمامی جزئیات ابعاد یک رویداد) سوق می‌دهد. گرچه به نظر می‌رسد مطالعه‌ای تاکنون برای کاربرد این درمان در افراد افسرده‌ای که اقدام به خودکشی کرده‌اند، انجام نشده است؛ لیکن تأثیر آن بر افسردگی (Hvenegaard et al., 2020) و مؤلفه‌های آن به خصوص اندیشناکی (Cook & Watkins, 2016; Topper, Emmelkamp, Watkins, & Ehring, 2017) و نیز نشانه‌های اضطرابی (Feldhaus et al., 2020)، مورد تأیید واقع شده است؛ بنابراین، با در نظر گرفتن شواهد مذکور و اینکه در افراد افسرده، میزان افکار منفی تکراری و اندیشناکی نسبت به گروه غیر افسرده، در سطح بالاتری است، و یک عامل خطر مهم و بالقوه برای رفتارهای آسیب رسان است (Law & Tucker, 2018; Rogers & Joiner, 2017)؛ لذا، می‌توان انتظار داشت درمان متمرکز اندیشناکی بتواند در میان نوجوانان افسرده اقدام‌کننده به خودکشی مؤثر باشد. به هر حال در پژوهش حاضر، جهت مشخص شدن اثربخشی و کارآمدی RFCBT، این مداخله با گروه فعال کنترل^۲ (ACC) (درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی^۳؛ MBCT) در یک کارآزمایی بالینی در دوره پیگیری مقایسه شد که در ادامه به چرایی انتخاب مداخله دوم و چگونگی آن پرداخته می‌شود.

ذهن آگاهی^۴ نقطه مقابل اندیشناکی (Jury & Jose, 2019) است و می‌تواند با کاهش اندیشناکی، کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی را موجب شود (Parmentier et al., 2019)؛ لذا، در پژوهش حاضر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با RFCBT مورد بررسی قرار گرفت. اثر بخشی MBCT بر افسردگی (Farb et al., 2018) تأیید شده است، هدف MBCT همانند RFCBT تغییر محتوای افکار نیست بلکه هدف، ایجاد رابطه‌ای متفاوت با افکار، احساسات و عواطف می‌باشد که مشتمل بر توجه کامل به لحظه حال و نگرش همراه با پذیرش و بدون قضاوت است و کمک می‌کند، فعالیت‌های خودکار از فرآیندهای

1. Rumination-Focused Cognitive Behavioral Therapy
 2. Active-Control Conditions
 3. Mindfulness-Based Cognitive Therapy
 4. Mindfulness

شناختی ناکارآمد نظیر اندیشناکی تشخیص داده شود و با رهایی از این فرآیندهای ناکارآمد (Segal et al., 2020)، کاهش علائم اضطراب (Gallego, Aguilar-Parra, Cangas, Langer, & Mañas, 2014; Sado et al., 2018)، افسردگی (Assumpcao, Pena, Neufeld, & Teodoro, 2019) و سبب کاهش خطر عود افسردگی (Zhang, Zhang, Zhang, Jin, & Zheng, 2018) گردد.

در مجموع با توجه به مطالب مذکور به نظر می‌رسد RFCBT به طور مستقیم و MBCT به طور غیرمستقیم البته با مکانیسم‌های متفاوتی اندیشناکی را آماج قرار می‌دهد، به گونه‌ای که RFCBT از طریق ایجاد سبک‌های تفکر کارآمد، اندیشناکی را کاهش می‌دهد و MBCT با توجه کامل به لحظه حال و ایجاد رابطه‌ای متفاوت با افکار، احساسات و عواطف و تقویت ذهن آگاهی، کاهش اندیشناکی را موجب می‌شود؛ لذا، پژوهش حاضر به دنبال این مسئله است که کدام شیوه می‌تواند علاوه بر علائم خلقی/اضطرابی، اندیشناکی را در گروه دختران نوجوان گرفتار در بحران اقدام به خودکشی کاهش دهد؟ چرا که اهمیت اندیشناکی نوجوانان افسرده که می‌تواند به صورت ایده پردازی خودکشی به ویژه در دختران که نسبت به افسردگی و پیامدهای آن آسیب پذیرتر هستند (Van Droogenbroeck, Spruyt, & Keppens, 2018)، غیر قابل اجتناب است. به هر حال بررسی اثربخشی هر یک از مداخلات MBCT و RFCBT در مقایسه با یکدیگر بر کاهش متغیرهای هیجانی و شناختی افسردگی دختران نوجوان افسرده می‌تواند از رفتارهای تهاجمی از جمله اقدام به خودکشی حتی در مراحل دیگر زندگی از جمله بحران‌های آتی در زندگی زناشویی جلوگیری کند.

علاوه بر مطالب مذکور بررسی این نکات نیز در مطالعه حاضر قابل تأمل است؛ کارآمدی بالینی RFCBT جز در چند مطالعه محدود، صرفاً در مورد افسردگی مقاوم مورد بررسی قرار گرفته است (Watkins, 2016) و با توجه به بررسی‌های انجام شده به نظر می‌رسد، صرفاً یک مطالعه به مقایسه درمان RFCBT با گروه مداخله دیگری و نه به شیوه اجرای فردی پرداخته است (Hvenegaard et al., 2020)، از طرفی آنچه تاکنون در مورد MBCT آشکار شده است، این است که این درمان در پیشگیری از عود در کسانی که تاریخچه افسردگی قبلی دارند و در حال حاضر افسردگی ندارند، مؤثر است (Kuyken et al., 2016; Zhang et al., 2018) ولی در مورد اثر آن در بیماران که در حال حاضر علائم افسردگی دارند مطالعات محدودی انجام شده است (Goldberg et al., 2019). افزون بر آن بیشتر مداخلات به مقایسه MBCT با گروه انتظار یا مقایسه با درمان دارویی پرداخته‌اند و مطالعات محدودی با گروه‌های مداخله دیگر

(Goldberg et al, 2019) انجام شده است؛ بنابراین، این پژوهش با ویژگی‌هایی که دارد نظیر: الف) درمان انفرادی جهت ارزیابی اختصاصی و کنترل اثرات گروه، ب) جامعه آماری نوجوانان دختر اقدام کننده به خودکشی، ج) افسرده بودن مشارکت کنندگان در حال حاضر، د) جایگزینی تصادفی شرکت کنندگان، درصد بررسی فرضیه‌های ذیل است: ۱) درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های خلقی/اضطرابی دختران نوجوان افسرده اقدام کننده به خودکشی مؤثر است. ۲) درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اندیشناکی دختران نوجوان افسرده اقدام کننده به خودکشی مؤثر است.

روش پژوهش

این پژوهش در زمره تحقیقات کمی است که هدفش ارزیابی و مقایسه اثربخشی دو مداخله درمانی می‌باشد. طرح این پژوهش نیمه آزمایشی همراه با گروه کنترل با پیگیری دو ماهه است. جامعه آماری پژوهش حاضر دختران نوجوان افسرده ۱۴ تا ۱۹ ساله پایه ۹ تا ۱۲ ساکن شهر بجنورد می‌باشد که با مشکل اقدام به خودکشی به واحد اورژانس دو بیمارستان ثامن الائمه و امام حسن (ع) بجنورد از اول آبان تا ۱۵ اسفند ۱۳۹۸ مراجعه نموده‌اند. طبق جدول استیونس (Sarmad, Bazargan, & Hejazi, 2014) جهت بررسی و مقایسه سه گروه و با در نظر گرفتن توان آزمون لازم (۶۴ درصد) و اندازه اثر برابر ۰/۵۰ و احتمال خطای ۰/۰۵، ۳۰ نفر برای سه گروه به روش هدفمند و تأیید ملاک‌های شمول در نظر گرفته شد و گمارش در گروه‌ها و همچنین اجرای کاربندی به صورت تصادفی صورت گرفت.

بعد از کسب مجوز و اخذ کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی استان خراسان شمالی با شماره و مشخصه IR.NKUMS.REC.1398.099 و اخذ کد کارآزمایی بالینی با شماره IRCT20191012045068N1 با مراجعه به دو مرکز بیمارستانی مذکور از بین افراد واجد ملاک‌های شمول، ۳۰ نفر به صورت هدفمند در طول زمان انتخاب گردیدند. در این پژوهش به خاطر محدودیت‌های تعداد مراجعین و کم کردن تأثیر گذشت زمان در سیر اختلال، تمام آزمودنی‌ها، همزمان انتخاب نشدند، بلکه پس از اولین آزمودنی و داشتن ملاک‌های ورود، به صورت تصادفی در یکی از گروه‌ها قرار می‌گرفت، و مداخله آغاز می‌شد. لازم به ذکر است مداخلات دو گروه در جلسه بصورت فردی اجرا شد و برای گروه کنترل مداخله‌ای (جهت رعایت اصول اخلاقی مداخله رایگان پس از دوره پیگیری اجرا شد) صورت نگرفت (دوره پس‌آزمون اجرای آزمون‌های مطالعه حاضر در یک جلسه مجزا بعد از اتمام جلسه مداخله روان‌شناختی

صورت گرفت). لازم به ذکر است آزمون‌ها توسط روانشناس بالینی (دانشجوی دکتری بالینی) و مصاحبه‌های تشخیصی توسط روان‌پزشک، عضو تیم پژوهشی این مطالعه، انجام شد. هر دو درمان چون از مداخلات موج سوم بود و پژوهشگر در این زمینه آموزش دیده بود توسط روانشناس بالینی این پژوهش انجام شد. پژوهشگر دوره تخصصی کارورزی را در بیمارستان و کارگاه مربوطه را گذارنده بود و این مطالعه سوپروایزر روانشناس بالینی (استاد تمام و دانشیار؛ اعضای تیم پژوهشی این مطالعه) را نیز داشت و در هر هفته با هر آزمودنی، گزارش‌ها توسط دکتری روانشناس بالینی ارزیابی و بحث شد، البته لازم به ذکر است چگونگی ارائه مداخلات، زمان و شرایط آزمودنی‌ها نیز زیر نظر روان‌پزشک پیش رفت و در تمام زمان‌ها ارتباط با روان‌پزشک برقرار بود.

در خصوص ملاحظات اخلاقی؛ اولین جلسه با حضور والدین و توضیحات لازم در مورد اهداف پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات، اخذ رضایت آگاهانه و بسترسازی در محیط خانواده انجام شد. تمامی جلسات درمانی در بیمارستان ثامن الائمه و در اتاق درمان به صورت انفرادی برگزار شد. اولین مرحله (پیش‌آزمون) با هدف اندازه‌گیری متغیرهای وابسته اجرا گردید. جلسات درمانی یک بار در هفته و هر جلسه به مدت ۴۵ تا ۶۰ دقیقه توسط پژوهشگر اجرا شد. پس از اتمام جلسات درمانی آزمودنی‌ها در هر سه گروه از لحاظ متغیرهای وابسته به عنوان پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفتند. در نهایت دوره پیگیری دو ماهه انجام و به آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش، یک بسته آموزشی داده شد.

در خصوص نحوه انتخاب آزمودنی‌ها قابل ذکر است؛ پس از انجام مداخلات درمانی بیمارستانی و پایداری وضعیت جسمانی، نمونه‌گیری به صورت هدفمند (داشتن ملاک‌های شمول) و مصاحبه بالینی انجام گرفت و در صورتی که نمره افسردگی BDI-2 آزمودنی بالاتر از چهارده بود به روان‌پزشک ارجاع می‌شدند و اگر به مداخله دارویی بنا بر نظر روان‌پزشک نیاز نبود، روان‌درمانی آغاز می‌شد، لازم به ذکر است در گروه‌های مورد مطالعه، مداخله دارویی صورت نگرفت. تمامی بیماران با اقدام به خودکشی پس از ویزیت متخصص داخلی و اقداماتی از قبیل شست‌شوی معده و تجویز داروهای تثبیت‌کننده معده و آنتی‌دوت ماده^۱ مصرفی، بر اساس الزام بیمارستانی به روان‌پزشک ارجاع می‌شدند. در صورتی که روان‌پزشک نیاز به بستری در بخش روان (چه به خاطر افسردگی بالا و چه به خاطر احتمال مجدد خودکشی) و یا تجویز داروهای ضد افسردگی^۲ می‌نمود از نمونه هدف خارج می‌شدند. اما در صورتی که روان‌پزشک بیمار را از سرویس خود بدون دارو ترخیص می‌نمود، این افراد بعد از بررسی ملاک‌های ورود و خروج در فرآیند مطالعه حاضر به

1. Antidote

2. Antidepressant Drugs

طور تصادفی در سه گروه قرار می‌گرفتند، افزون بر آن جهت کاهش مدت زمان انتظار گروه کنترل، نمونه‌های انتخابی بلافاصله در گروه مورد نظر قرار می‌گرفتند و درمان آغاز می‌شد. در ضمن با کسب رضایت آگاهانه و اطلاع‌رسانی به آزمودنی‌های گروه کنترل، آن‌ها در لیست انتظار خدمات روان‌شناسی بیمارستان قرار گرفتند.

لازم به ذکر است به این افراد اطلاع‌رسانی شد که هر زمان تمایل داشتند می‌توانند از این مطالعه خارج شده و اقدام به دریافت خدمات روان‌شناختی کنند. ضمناً روان‌شناس این مطالعه، شماره‌ای را در اختیار آزمودنی‌های گروه کنترل که تمایل به حضور در مطالعه را داشتند قرار داد که در صورت لزوم می‌توانند با روان‌شناس حاضر در این مطالعه گفتگو کنند، بر اساس تماس ۵ نفر، توصیه‌های حمایتی و آموزشی، در اختیار آنان قرار گرفت. لازم به ذکر است چون در گروه کنترل ۳ نفر بیشتر حضور داشتند (تعداد ۱۳ نفر)، بعد از درخواست خدمات روان‌شناسی ۳ نفر، این افراد از گروه کنترل خارج شدند و درمان این سه نفر به صورت رایگان آغاز شد. دیگر آزمودنی‌ها بعد از خاتمه مطالعه، به طور رایگان مداخله روان‌شناختی روان‌شناس بالینی بیمارستان را دریافت کردند و همچنین در صورت نیاز به صورت رایگان از خدمات روان‌پزشک بهره گرفتند.

ملاک‌های شمول به این شرح است: (۱) دامنه سنی بین ۱۴ تا ۱۹ سال. (۲) تشخیص اختلال افسردگی اساسی بر اساس BDI-II و مصاحبه ساختار یافته بالینی (SCID-5-CV). (۳) عدم همبودی اختلالاتی مانند اعتیاد، شیدایی، سایکوز و اختلالات شخصیت بر اساس مصاحبه تشخیصی (SCID-5-PD). (۴) عدم استفاده از دارو در حال حاضر و شش ماه گذشته و عدم استفاده از مداخلات روان‌شناختی حداقل در یک سال 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 (به جز مورد اخیر که برای آن مراجعه کرده است). (۶) عدم غیبت بیش از دو جلسه. (۷) داشتن حداقل تحصیلات ابتدایی. (۸) مجرد بودن.

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در ده جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای به صورت فردی از کتابچه راهنمای اقتباس از سگال، ویلیامز و تیزدل (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) نسخه ۲۰۰۹/۱۰/۰۵ با برخی تغییرات جهت کار در این مطالعه استفاده شد.

جدول ۱: ساختار جلسات شناخت درمانی مبتنی ذهن آگاهی

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 ذهن آگاهی. تکلیف منزل: آگاهی از یک فعالیت روزانه، غذا خوردن با توجه آگاهی، تهیه لیستی از مشکلات
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. تکلیف منزل: آگاهی بیشتر از یک فعالیت روتین، قدم زدن با توجه آگاهی، ایجاد لیستی از وقایع و تعیین ارتباط بین فکر، احساس و حس‌های بدنی
جلسه ۳	سروکار داشتن با موانع: ارتباط میان افکار و احساسات، تنفس ذهن آگاهانه و آموزش توجه و آگاهی با محوریت افکار مربوط به افسردگی و خودکشی. تکلیف منزل: هوشیاری ۱۰-۱۵ دقیقه در تنفس به مدت ۶ روز؛ واری بدن ۶ روز از ۷ روز هفته؛ تهیه فهرستی از وقایع خوشایند؛ آگاهی از یک فعالیت روتین جدید
جلسه ۴	ذهن آگاهی تنفس: پی بردن به ذهن سرگردان، آموزش فن واری بدن، مروری بر افکار خودآیند منفی و افکار منفی مربوط به خودکشی. تکلیف منزل: اسکن بدن در روزهای زوج هفته؛ دراز کشیدن و توجه به تنفس در روزهای فرد هفته؛ تهیه فهرست رویدادهای ناخوشایند (روزانه)؛ سه دقیقه تنفس، هر روز و روزی سه بار
جلسه ۵	باقی ماندن در لحظه حال: ذهن آگاهی مشاهده کردن یا شنیدن، راه رفتن با توجه آگاهی، تأکید بر پی بردن به ذهن سرگردان و نقش آن در ایجاد افکار منفی. تکلیف منزل: مراقبه نشستن در روزهای زوج؛ سه دقیقه تنفس - منظم (سه بار در روز)؛ سه دقیقه تنفس - برای کنار آمدن
جلسه ۶	پذیرش و اجازه دادن: آگاهی از تنفس و بدن، مراقبه نشستن، بررسی افکار و تحریف‌های شناختی، ایجاد یک رابطه متفاوت با تجربه و بیان نقش مهم پذیرش در مواجهه با رویدادها. تکلیف منزل: مراقبه نشستن ۶ روز از ۷ روز هفته؛ سه دقیقه فضای تنفس - منظم (۳ بار در روز)؛ سه دقیقه فضای تنفس - کنار آمدن
جلسه ۷	افکار واقعیت نیستند: تمایز فکر از واقعیت، تجربه و مرور یک رویداد از نظر فکری و از نظر واقعی، تمرین خلق‌ها، افکار و دیدگاه‌های جایگزین. تکلیف منزل: انجام اسکن بدن حداقل ۳۰ تا ۴۰ دقیقه در روز؛ سه دقیقه فضای تنفس - منظم (۳ بار در روز)؛ سه دقیقه فضای تنفس - کنار آمدن؛ تمرین ارتباط بین خلق و فعالیت از طریق نوشتن
جلسه ۸	چگونه می‌توانم از خودم مراقبت کنم؟: تمرین آگاهی از تجارب درون، تمرین ارتباط بین فعالیت و خلق. تکلیف منزل: از بین انواع مختلف تمرین‌ها الگویی را که قصد استفاده منظم آن را دارید، انتخاب کنید؛ سه دقیقه فضای تنفس - منظم (۳ بار در روز)؛ سه دقیقه فضای تنفس - کنار آمدن (هر زمان که احساسات ناخوشایند را مشاهده کردید)؛ توسعه سیستم هشدار سریع برای تشخیص عود و ادامه بیماری و طرح پاسخ جایگزین برای مقابله با کاهش خلق.
جلسه ۹	استفاده از آموخته‌ها برای به کارگیری در آینده: تمرین واری بدن، چگونگی استفاده از آموخته‌ها در موقعیت‌های بیرونی، چگونگی پی بردن به نشانه‌های عود. تکلیف منزل: در خانه برای «بقیه زندگی خود» تمرین کنید؛ واری بدن؛ سه دقیقه فضای تنفس - منظم (۳ بار در روز)؛ سه دقیقه فضای تنفس - کنار آمدن؛ توسعه سیستم هشدار سریع برای تشخیص عود و ادامه بیماری از جمله افکار خودکشی و طرح پاسخ جایگزین برای مقابله با کاهش خلق و چگونگی برخورد با افکار خودآیند در رابطه با افکار خودکشی
جلسه ۱۰	مروری بر جلسات گذشته و خلاصه‌بندی و کمک به بیمار برای رویارویی با خطر عود

درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اندیشناکی (RFCBT)

این درمان در قالب ده جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای بر اساس راهنمای کتاب درمان شناختی رفتاری

متمرکز بر اندیشناکی برای افسردگی (Watkins, 2016) اجرا شد.

جدول ۲: ساختار جلسات درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اندیشناکی

جلسه ۱	ارزیابی اختصاصی بیمار و بررسی مختصر تاریخچه رشدی به همراه مروری بر افسردگی و معرفی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اندیشناکی تکلیف: انجام یک مثال از دوره اندیشناکی اخیر
جلسه ۲	تمرین و آموزش شناسایی اندیشناکی، اجتناب و علائم هشدار دهنده این موارد در قالب تکالیف خانه. تکلیف منزل: ثبت یک گزارش روزانه در مورد اندیشناکی با جزئیات کامل، مرور مجدد اهداف درمان، خواندن برگه شناسایی اندیشناکی و اجتناب، ثبت یک رویداد هفته اخیر و نوشتن احساس، فکر و رفتار در رابطه با آن
جلسه ۳	اجرای تحلیل کارکردی به منظور بررسی بافت، زمینه و کارکرد اندیشناکی و اجتناب. تکلیف منزل: به یاد آوردن مثالی از اندیشناکی اخیر و موقعیتی دیگر مانند آن که اندیشناک نبوده است. مقایسه این دو حالت و اینکه چرا در مواقعی مراجع خوب عمل کرده است جهت شناسایی نقاط قوت و مقابله با اندیشناکی
جلسه ۴	طرح‌های اگر-آن‌گاه شامل تمرین پاسخ‌های سازگارانه‌تر در مقابل نشانه‌های هشدار دهنده. تکلیف منزل: نوشتن یک مثال از افکار انتزاعی و افکار عینی، مطرح کردن یک طرح اگر-آن‌گاه برای یک مشکل
جلسه ۵	آموزش حرکت از سوی سبک فکر کردن انتزاعی و ناکارآمد به سبک تفکر خاص و سازگارانه و عینی. تکلیف منزل: ارزیابی پیش‌آمدهایی که در هفته آینده ممکن است به وجود آیند، انجام یک طرح اگر-آن‌گاه با تاکید بر رفتار جایگزینی که بیشترین تضاد را با اندیشناکی دارد
جلسه ۶	آزمایش کردن با هدف کارآیی اندیشناکی، و ارزیابی اثر بخشی راه کارهای جایگزین مانند آزمایش «چرا-چگونه» و مقایسه سبک تفکر انتزاعی (مانند «چرا اتفاق افتاد؟») با سبک تفکر عینی (چطور این اتفاق افتاد). تکلیف منزل: تغییر برخی عوامل محیطی که در توان مراجع است و باعث اندیشناکی می‌گردد مانند گوش دادن به موسیقی غمگین، تنها ماندن در خانه، ارائه راهکاری برای برخورد عملی با اندیشناکی و دست زدن به عمل در موقع اندیشناکی و حل مسئله پس از نهایت ۱۵ دقیقه فکر کردن
جلسه ۷	افزایش فعالیت و کاهش اجتناب، شامل برنامه‌های عملی و تمرین‌هایی برای جرأت‌مندی و حل مسئله. تکلیف منزل: انجام تمرین‌های تنفسی و تجسم ذهنی و آرمیدگی دو بار در روز و در پاسخ به علائم هشداردهنده اندیشناکی
جلسه ۸	استفاده از آزمایش‌های رفتاری و تصویرسازی (شامل خاطرات مثبت «جذب-تمرکز» و تمرین شفقت) با هدف آزمون اثربخشی مدیریت توجه به جای اندیشناکی. تکلیف منزل: تصویر مناظر لذت بخش و تجسم در مواجهه با علائم اندیشناکی، انجام تمرین شفقت و جذب
جلسه ۹	تمرکز بر ارزش‌های بیمار به منظور کاهش اندیشناکی در مورد حوزه‌های بی ارزش و تشویق وی به فعالیت در زمینه‌های منطبق بر ارزش‌های شخصی بدون گیر افتادن در افکار ناسازگارانه. تکلیف منزل: تهیه لیستی مجدد از ارزش‌های شخصی و اولویت‌بندی آنها، پیدا کردن ارزش‌های متعارض در زندگی شخصی خود، انجام تمرین شفقت و جذب
جلسه ۱۰	مقاوم سازی با هدف آموزش پیشگیری از عود، شناسایی نشانه‌های عود و چگونگی رو به رو شدن با افکار خودآیند منفی جهت غلبه بر اندیشناکی و خطرات مربوط به افکار خودکشی

در پژوهش حاضر مصاحبه ساختار یافته اختلالات روانی و افسردگی بک برای غربالگری بیماران استفاده شد و سپس از مقیاس اضطراب بک، مقیاس تشخیصی علائم خلقی / اضطرابی (مولفه‌های برانگیختگی اضطرابی و فقدان لذت) و مقیاس اندیشناکی برای بررسی اثربخشی مداخلات روان‌شناختی بهره گرفته شد.

مصاحبه ساختار یافته برای اختلالات روانی^۱ در DSM-5 (SCID-5-PD و SCID-5-CV)

در این پژوهش از نسخه بالینی^۲ SCID-5-CV و SCID-5-PD استفاده شد. این پرسشنامه برای تشخیص‌گذاری بالینی اختلالات روانی و شخصیت مورد استفاده قرار می‌گیرد. SCID-5 هر چند برای افراد بالای ۱۸ سال طراحی شده است لیکن به گفته طراحان با کمی تغییر در جملات قابلیت کاربرد برای نوجوانان را دارد (First, Williams, Benjamin, & Spitzer, 2016). در مطالعه‌ای در جمعیت ایرانی در بررسی مصاحبه ساختار یافته برای اختلالات روانی بر اساس DSM-IV به توافق تشخیصی متوسط و بالاتر (کاپای بالاتر از ۰/۶) برای این ابزار دست یافتند (Sharifi et al., 2004). لازم به ذکر است SCID-5 مورد اعتبارسنجی در ایران قرار نگرفته است. پایایی که نویسنده گزارش نموده است برای نسخه‌های قبلی این مصاحبه ساختاریافته است که متفاوت از SCID-5 هستند.

افسردگی بک^{۳-۴} (BDI-II)

این مقیاس توسط بک و استیر (Beck & Steer) در سال ۱۹۹۳ ساخته شد و دارای ۲۱ ماده خود گزارشی برای سنجش شدت افسردگی می‌باشد. هر گویه آن بر اساس چهار گزینه از صفر تا سه از نظر شدت توسط شخص گزارش می‌شود (A.T. Beck, Steer, & Brown, 1996). در ایران این مقیاس توسط فتی و همکاران (Fata, Birashk, Atefvahid, & Dabson, 2005) روی یک نمونه ۹۴ نفری به اجرا درآمد و ضریب آلفا را ۰/۹۱ و ضریب پایایی بازآزمایی در فاصله یک هفته‌ای برابر ۰/۹۴ گزارش شد.

مقیاس پاسخ نشخواری^۵ (RRS)

این مقیاس از ۲۲ ماده تشکیل شده است و گویه‌های موجود در آن پاسخ‌های اندیشناکی را می‌سنجد و هر عبارت از ۱ (هرگز) تا ۴ (همیشه) درجه‌بندی می‌شود (Treyner, Gonzalez, & Nolen-Hoeksema, 2003). در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی مقدار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش شد (Bagherinezhad, Salehi Fadardi, & Tabatabaee, 2010).

1. Structured Clinical Interview For DSM-5-CV
2. Clinical Version
3. Personality Disorders Version
4. Beck Depression Inventory-II
5. Rumination Response Scale

مقیاس تشخیصی علائم خلقی و اضطرابی^۱ (MASQ-D30)

این ابزار دارای سی ماده می‌باشد و در یک لیکرت پنج درجه‌ای (از هیچ وقت=۱ تا بسیار زیاد=۵) پاسخ داده می‌شود. سه عامل اصلی این پرسشنامه عبارتند از: پریشانی کلی^۲ (GD)، برانگیختگی اضطرابی^۳ (AA) و فقدان لذت^۴ (AD) (Wardenaar et al., 2010). هر عامل اصلی دارای ده ماده می‌باشد که در این پژوهش از بیست ماده مربوط به دو عامل برانگیختگی اضطرابی و فقدان لذت استفاده شد. این پرسشنامه در ایران توسط ایردی دهنوی و همکاران مورد سنجش قرار گرفت و آلفای کرونباخ آن در یک نمونه ۲۰۳ نفری ۰/۹۱ به دست آمد و ضریب بازآزمایی به فاصله سه هفته بر روی ۵۰ نفر در سه عامل آن یعنی GD، AD و AA به ترتیب ۰/۹۹، ۰/۹۸ و ۰/۹۸ به دست آمد که نشان می‌دهد ضریب بالایی است (Izadi, Dehnavi, Yaghobi, Heydari Nasab, & Montshloo, 2016). در پژوهش حاضر مولفه‌های برانگیختگی اضطراب و فقدان لذت مورد بررسی قرار گرفت

اضطراب بک^۵ (BAI)

این پرسشنامه شامل ۲۱ ماده است که توسط بک اپستین، براون و استیر (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988) تدوین شد و هر ماده در یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه نمره گذاری می‌شود. در ایران ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ضریب پایایی بین دو نیمه ۰/۹۱ و ضریب پایایی بازآزمایی در فاصله یک هفته ۰/۸۱ گزارش شد (Fata et al., 2005).

داده‌های پژوهش حاضر در دو بخش توصیفی و استنباطی (میانگین و انحراف استاندارد در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) انجام شد، افزون بر آن جهت بررسی همگنی گروه‌ها از آزمون مجذور کای و تحلیل واریانس بهره گرفته شد. لازم به ذکر است قبل از هر تحلیل، مفروضه‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر شامل آماره ام‌باکس، فرض کرویت و آزمون لوین بررسی و گزارش شد و از روش آماری تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر بهره گرفته شد. تحلیل داده‌ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد.

یافته‌ها

داده‌های جمعیت شناختی سن، پایه تحصیلی و روش خودکشی به شرح (جدول ۱) است، میانگین

1. Mood and Anxiety Symptoms Questionnaire
2. General Distress
3. Anxious Arousal
4. Anhedonia
5. Beck Anxiety Inventory

سنی آزمودنی‌های گروه MBCT، RFCBT و گروه کنترل به ترتیب برابر ۱۶/۷۶، ۱۷/۳۵ و ۱۶/۷۶ و با انحراف معیار برابر ۱/۵۲، ۱/۵۸ و ۱/۶۷ به دست آمد. با توجه به نتایج تحلیل واریانس یک راهه، بین میانگین سنی گروه‌ها تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($p > 0/05$). نتایج آزمون مجذور کای ($X^2=1/25$ ، $p=0/53$) نشان داد بین گروه‌ها از لحاظ روش خودکشی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p > 0/05$).

جدول ۳: مقایسه فراوانی و درصد فراوانی سن و پایه تحصیلی و روش خودکشی

گروه	سن		تحصیلات؛ فراوانی (درصد)			روش خودکشی		
	میانگین	انحراف استاندارد	پایه ۹	پایه ۱۰	پایه ۱۱	قرص	مخدر	
MBCT	۱۶/۵	۱/۵۲	۵(۵۰٪)	۳(۳۰٪)	۲(۲۰٪)	۸(۸۰٪)	۲(۲۰٪)	
RFCBT	۱۷/۳۵	۱/۵۸	۲(۲۰٪)	۴(۴۰٪)	۵(۴۰٪)	۹(۹۰٪)	۱(۱۰٪)	
کنترل	۱۶/۷۶	۱/۶۷	۳(۳۰٪)	۵(۵۰٪)	۳(۲۰٪)	۷(۷۰٪)	۳(۳۰٪)	
آماره	$p=0/75$ F=		$p=3/9$ X ² =			$p=1/25$ X ² =		۰/۵۳

شاخص‌های توصیفی اندیشناکی، اضطراب و نشانه‌های عاطفی/خلقی به تفکیک دوره زمانی و نوع گروه مداخله در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴: شاخص‌های توصیفی اندیشناکی، اضطراب و نشانه‌های عاطفی/خلقی

گروه	متغیر	شاخص	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	نشانه خلقی	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
کنترل	اندیشناکی	میانگین	۵۰/۹۰	۵۲/۲۲	۵۸/۱۱	فقدان لذت	۱۷	۱۸	۱۸/۶۲
		انحراف استاندارد	۷/۴۴	۶/۲۷	۵/۵۱		۲/۴۵	۲	۱/۶۸
		میانگین	۵۴/۸۰	۳۶/۶۷	۳۳/۷۷		۱۸/۴۰	۲۹/۵۶	۳۰/۲۲
RFCBT	اضطراب	میانگین	۵۷/۷۰	۳۴/۶۷	۳۲/۷۸	بازنگینگی اضطراب	۱۷/۸۰	۲۸/۷۸	۳۱/۳۳
		انحراف استاندارد	۵/۶۰	۴/۲۷	۳/۹۷		۲/۹۴	۲/۷۷	۲/۸۷
		میانگین	۳۲/۸۰	۲۵/۴۴	۲۴/۱۱		۲۵/۷۰	۲۴/۴۴	۲۴/۵۵
MBC T	اضطراب	میانگین	۴/۸۵	۳/۸۶	۱/۷۹	بازنگینگی اضطراب	۴/۵۷	۳/۲۳	۲/۷۹
		انحراف استاندارد	۴/۹۵	۲/۷۵	۲/۳۳		۲۵/۴۰	۱۹/۵۶	۱۹/۱۱
		میانگین	۳۱/۸۰	۱۸/۷۸	۱۷/۸۹		۲۶/۸۰	۱۸/۴۴	۱۸/۵۵
RFCBT	اضطراب	میانگین	۴/۳۹	۲/۷۰	۲/۱۸	بازنگینگی اضطراب	۵/۱۲	۱/۷۱	۲/۰۶
		انحراف استاندارد	۴/۳۹	۲/۷۰	۲/۱۸		۲۶/۸۰	۱۸/۴۴	۱۸/۵۵
		میانگین	۳۱/۸۰	۱۸/۷۸	۱۷/۸۹		۲۶/۸۰	۱۸/۴۴	۱۸/۵۵

جهت تحلیل داده‌های اندیشناکی و اضطراب از تحلیل واریانس تک متغیره اندازه‌گیری مکرر و

جهت بررسی نشانه‌های عاطفی خلقی از تحلیل واریانس چند متغیره اندازه‌گیری مکرر بهره گرفته شد. 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 شاپیرو-ویلک، در تمام متغیرها بالاتر از ۰/۰۵ (بین رنج ۰/۱۷ تا ۰/۹۷) به دست آمد، مفروضه نرمال بودن متغیرها در هر سه گروه تأیید شد.

جهت بررسی برابری ماتریس‌های کوواریانس برای هر یک از متغیرها از آزمون ام باکس^۱ استفاده شد (Tabachnick, Fidell, & Ullman, 2007). با توجه به نتایج آزمون، آماره ام باکس در ارتباط با متغیر اندیشناکی ($F_{(3532, 12/84)} = 0/65, p = 0/79$)، برابر ۹/۳۹؛ اضطراب ($F_{(3532, 12/84)} = 0/65, p = 0/81$)، برابر ۹/۲۸ بدست آمد که مؤید مفروضه برابری ماتریس‌های کوواریانس برای هر یک از متغیرهای اضطراب و اندیشناکی است. افزون بر آن در ارتباط با نشانه‌های عاطفی/خلقی نیز آماره ام باکس ($p = 0/68$)، برابر ۶۱/۷۳، به دست آمد که مؤید مفروضه مذکور است؛ لذا، با توجه به تأیید مفروضه برابری ماتریس واریانس کوواریانس، در ادامه جهت بررسی اثر تعاملی گروه در مدل یعنی اثر سهم زمان و اثر تعاملی زمان و گروه از اثر لامبدای ویلکز^۲ استفاده شد که نتایج آن در هر یک از سه تحلیل واریانس مکرر در جدول ۵ مبین معنی داری اثر زمان و گروه می باشد. در واقع می توان گفت شاخص‌های مذکور در طول دوره درمان تا پیگیری در حال تغییر بوده است.

جدول ۵: آزمون لامبدای ویلکز در اثر تعاملی گروه در مدل

متغیر	اثر	مقدار	آماره F	درجه آزادی	درجه آزادی	معنی داری	اتا
اندیشناکی	زمان	۰/۱۳	۸۲/۱۴	۲	۲۶	۰/۰۰۰	۰/۸۶
	زمان*گروه	۰/۱۶	۱۹/۲۶	۴	۵۲	۰/۰۰۰	۰/۵۹
اضطراب	زمان	۰/۰۵	۲۱۳/۸۶	۲	۲۶	۰/۰۰۰	۰/۹۴
	زمان*گروه	۰/۴۹	۵/۵۱	۴	۵۲	۰/۰۰۰	۰/۲۹
نشانه‌های خلقی/اضطرابی	عرض از مبدا	۰/۰۱	۲۶۶۷/۹۹	۲	۲۲	۰/۰۰۰	۰/۹۹
	گروه	۰/۱۷	۱۵/۴۴	۴	۴۴	۰/۰۰۰	۰/۵۸
	زمان	۰/۰۴	۱۰۶/۶۱	۴	۲۰	۰/۰۰۰	۰/۹۵
	زمان*گروه	۰/۱۰	۱۰/۲۵	۸	۴۰	۰/۰۰۰	۰/۶۷

1 M Box
2 Wilks Lambda

در بررسی فرض کرویت مبنی بر اینکه ماتریس کوواریانس خطای مربوط به متغیر وابسته تبدیل شده نرمال، یک ماتریس همسانی است، از آزمون کرویت موشلی^۱ استفاده شد. نتایج آزمون موشلی برای اندیشناکی ($\chi^2_{(2)}=10/1$ ، $p < 0/05$)، برابر ۰/۶۷ و اضطراب ($\chi^2_{(2)}=13/1$ ، $p = 0/01$)، برابر ۰/۶ بدست آمد. اما فرض کرویت در خصوص علائم خلقی/اضطرابی؛ مؤلفه فقدان لذت ($\chi^2_{(2)}=7/23$ ، $p = 0/02$)، برابر ۰/۷۲ و مؤلفه برانگیختگی اضطرابی ($\chi^2_{(2)}=2/97$ ، $p = 0/22$)، برابر ۰/۸۷ به دست آمد که به جز مؤلفه برانگیختگی اضطرابی، فرض کرویت رد شد؛ لذا، جهت بررسی اثر درون آزمودنی‌ها از شاخص اسپیلون گرین هابیس ۰/۷۵، ۰/۷۱ و ۰/۷۲ به ترتیب برای اندیشناکی، اضطراب و مؤلفه فقدان لذت استفاده شد. در مجموع در اثر درون آزمودنی‌ها در جدول ۶، با توجه به سطح معنی‌داری برای زمان و تعامل زمان و گروه برای هر متغیر، نتیجه می‌شود علاوه بر اینکه متغیرهای مذکور در طول زمان متفاوت بوده است در طول زمان در گروه‌های مختلف نیز متفاوت می‌باشد.

جدول ۶: آزمون کرویت موشلی و اثر درون آزمودنی‌ها در تحلیل اندازه‌گیری مکرر

اثر درون گروهی	اثر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	معنی داری	اتا	
اندیشناکی	زمان	۳۴۳۲/۴۷	۱/۵۱۳	۲۲۶۸/۱۲	۱۰۴/۲	۰/۰۰۰	۰/۷۹	
	زمان*گروه	۳۳۱۰/۰۱	۳/۰۲۷	۱۰۹۳/۶۰	۵۰/۲	۰/۰۰۰	۰/۷۸	
	خطا	۸۸۸/۸۴	۴۰/۸۶	۲۱/۷۵				
اضطراب	زمان	۲۷۹۹/۸۰	۱/۴۳	۱۹۵۳/۹	۲۵۶/۴	۰/۰۰۰	۰/۹۰	
	زمان*گروه	۱۴۲/۸۵	۲/۸۶	۴۹/۸۴	۶/۵	۰/۰۰۱	۰/۳۲	
	خطا	۲۹۴/۷۶	۳۸/۶۸	۷/۶۱				
نشانه خلقی اضطرابی	فقدان لذت	زمان	۱۲۰۴/۷۰	۱/۵۶	۷۷۱/۱۲	۱۲۶/۶	۰/۰۰۰	۰/۸۴
		زمان*گروه	۳۹۹/۹۰	۳/۱۲۵	۱۲۷/۹۹	۲۱/۱	۰/۰۰	۰/۶۴
	بهره‌گیری	خطا	۲۱۸/۸۲	۳۵/۹۳	۶/۰۹			
		زمان	۴۵۷/۵۷	۱/۷۷	۲۵۷/۷۰	۳۷/۶	۰/۰۰۰	۰/۶۲
		زمان*گروه	۹۰/۳۶	۳/۵۵	۲۵/۴۴	۳/۷	۰/۰۱۴	۰/۲۴
		خطا	۲۷۹/۷۱	۴۰/۸۳	۶/۸۴			

جهت بررسی برابری واریانس‌های خطا در هر گروه، از آزمون لون بهره گرفته شد. نتایج آزمون

1 Mauchly Test Sphericity

لون برای متغیر اندیشناکی به ترتیب برای پیش‌آزمون ($F_{(۲۷,۲)}=۰/۵۵$ ، $p=۰/۶۱$)، پس‌آزمون ($p=۰/۳۶$)، $F_{(۲, ۲۷)}=۱/۰۶$ ، و پیگیری ($F_{(۲۷,۲)}=۰/۴۶۴$ ، $p=۰/۷۹$)؛ در متغیر اضطراب برای پیش‌آزمون ($p=۰/۹۳$)، $F_{(۲۷,۲)}=۰/۰۶۳$ ، پس‌آزمون ($F_{(۲۷,۲)}=۰/۴۹$ ، $p=۰/۷۲$)، و پیگیری ($F_{(۲۷,۲)}=۰/۵۲$ ، $p=۰/۶۷$)، در سطح $۰/۰۱$ غیر معنی‌دار به دست آمد که حاکی از برابری واریانس‌های خطا در هر گروه است. افزون بر آن در ارتباط با نشانه‌های خلقی/اضطرابی به ترتیب برای فقدان لذت در پیش‌آزمون ($F_{(۲۳,۲)}=۰/۴۵$ ، $p=۰/۶۳$)، پس‌آزمون ($F_{(۲۳,۲)}=۱/۳۰$ ، $p=۰/۲۹$)، و پیگیری ($F_{(۲۳,۲)}=۲/۸۷$ ، $p=۰/۰۷$)، و مؤلفه برانگیختگی اضطرابی به ترتیب برای پیش‌آزمون ($F_{(۲۳,۲)}=۰/۵۶$ ، $p=۰/۵۹$)، پس‌آزمون ($F_{(۲۳,۲)}=۱/۵۱$ ، $p=۰/۲۴$)، و پیگیری ($F_{(۲۳,۲)}=۰/۲۳$ ، $p=۰/۷۹$)، نیز غیر معنی‌دار بدست آمد که حاکی از برابری واریانس خطا در گروه‌های مورد مطالعه است. در بررسی اثر بین آزمودنی‌ها، نتایج جدول ۷ نشان داد اثر گروه در هر سه متغیر در هر سه تحلیل معنی‌دار است.

جدول ۷: آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها در تحلیل اندازه‌گیری مکرر

متغیر	منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	معنی داری	اتا
اندیشناکی	عرض از مبدا	۱۸۸۲۵۶/۶۹	۱	۱۸۸۲۵۶/۶۹	۳۲۹۷/۷۷	۰/۰۰۰	۰/۹۹
	گروه	۲۸۸۵/۶۱	۲	۱۴۴۲/۸۰	۲۵/۲۷	۰/۰۰۰	۰/۶۵
	خطا	۱۵۴۱/۳۲	۲۷	۵۷/۰۸۶			
اضطراب	عرض از مبدا	۵۴۱۹۹/۰۴	۱	۵۴۱۹۹/۰۴	۲۰۹۲/۶۷	۰/۰۰۰	۰/۹۸
	گروه	۳۸۵/۱۷	۲	۱۹۲/۵۸	۷/۴۳	۰/۰۰۳	۰/۳۵
	خطا	۶۹۹/۲۸	۲۷	۲۵/۸۹			
نشانه خلقی	عرض از مبدا	۴۲۳۱۳/۶۰	۱	۴۲۳۱۳/۶۰	۳۸۲۵/۹۶	۰/۰۰۰	۰/۹۹
	گروه	۱۱۲۸/۳۴	۲	۵۶۴/۱۷	۵۱/۰۱	۰/۰۰۰	۰/۸۱
	خطا	۲۵۴/۳۷	۲۳	۱۱/۰۶			
عاطفی	عرض از مبدا	۳۹۱۲۳/۳۷	۱	۳۹۱۲۳/۳۷	۱۵۵۱/۴۵	۰/۰۰۰	۰/۹۸
	گروه	۲۴۲/۰۱	۲	۱۲۱/۰۱	۴/۷۹	۰/۰۰۰	۰/۲۹
	خطا	۵۷۹/۹۹	۲۳	۲۵/۲۱			

به‌منظور تعیین اثر گروه و یافتن محل اختلاف بین میانگین‌ها در سه گروه مورد نظر از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج نشان داد بین دو گروه MBCT و RFCBT برای اندیشناکی (تفاوت میانگین = $-۰/۰۳$ ، $p=۰/۹۹$)، اضطراب (تفاوت میانگین = $-۰/۵۲$ ، $p=۰/۹۹$) و مؤلفه فقدان لذت و

برانگیختگی اضطرابی از نشانه‌های خلقی/اضطرابی (به ترتیب: تفاوت میانگین = $-۰/۰۹$ ، $p = ۰/۹۹$ ؛ تفاوت میانگین = $-۰/۰۹۱$ ، $p = ۰/۹۹$) تفاوت معنی داری به دست نیامد، اما بین میانگین نمرات MBCT و RFCBT با گروه کنترل برای اندیشناکی (به ترتیب: تفاوت میانگین = $-۰/۱۲$ ، $p < ۰/۰۰۱$ ؛ تفاوت میانگین = $-۰/۱۲$ ، $p < ۰/۰۰۱$)، اضطراب (به ترتیب: تفاوت میانگین = $-۴/۱۰$ ، $p < ۰/۰۰۱$ ؛ تفاوت میانگین = $-۴/۶۳$ ، $p < ۰/۰۰۱$) و مؤلفه‌های نشانه‌های خلقی/اضطرابی (برانگیختگی اضطراب به ترتیب: تفاوت میانگین = $-۳/۵۴$ ، $p < ۰/۰۰۱$ ؛ تفاوت میانگین = $-۳/۶۳$ ، $p = ۰/۰۲$ ؛ و فقدان لذت به ترتیب: تفاوت میانگین = $۸/۱۸$ ، $p < ۰/۰۰۱$ ؛ تفاوت میانگین = $۸/۱۰$ ، $p < ۰/۰۰۱$)، تفاوت معنی داری به دست آمد که حاکی از اثربخشی هر دو مداخله بوده است. به منظور بررسی پایدار بودن اثربخشی و تغییرات در هر یک از گروه‌های آزمایش در طول سه دوره زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری) به کمک آزمون بونفرونی به مقایسه دو به دوی میانگین متغیرها به تفکیک گروه‌های مورد نظر در این سه مرحله پرداخته شد. در جدول ۸ ملاحظه می‌شود. در دو گروه مداخله‌ای MBCT و RFCBT میانگین نمرات در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به طور معنی داری کمتر از پیش‌آزمون است، اما میانگین نمره مراحل پیگیری و پس‌آزمون تفاوت معنی داری با هم ندارند. علاوه بر آن نتایج گروه کنترل نشان داد در طول زمان متغیرهای اندیشناکی و مؤلفه‌های مقیاس نشانه‌های خلقی/اضطرابی تغییری صورت نگرفته است، اما در خصوص اضطراب در طول زمان افزایش یافته است.

جدول ۸: آزمون بونفرونی گروه‌های مورد مطالعه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	زمان	کنترل			MBCT			RFCBT		
		تفاوت میانگین	خطا	معنی داری	تفاوت میانگین	خطا	معنی داری	تفاوت میانگین	خطا	معنی داری
اندیشناکی	پیش	-۱/۳۲	۱/۸۰	۰/۹۹	۱۸/۱۳	۱/۵۴	۰/۰۰۰	۲۳/۰۳	۱/۹۳	۰/۰۰۰
	آزمون	-۷/۲۱	۲/۶۸	۰/۰۷	۲۱/۰۳	۲/۲۵	۰/۰۰۰	۲۴/۹۲	۱/۶۵	۰/۰۰۰
	پس‌آزمون	-۵/۸	۱/۶۱	۰/۰۱	۲/۹۰	۱/۲۲	۰/۱۲	۱/۸۹	۱/۱۰	۰/۳۶
اضطراب	پیش	۷/۳۶	۰/۹۸	۰/۰۰۰	۱۳/۲۷	۱/۰۱	۰/۰۰۰	۱۳/۰۲	۰/۷۴	۰/۰۰۰
	آزمون	۸/۶۹	۱/۴۱	۰/۰۰۱	۱۴/۴۹	۱/۳۱	۰/۰۰۰	۱۳/۹۱	۱/۲۶	۰/۰۰۰
	پس‌آزمون	۱/۳۳	۰/۹۳	۰/۵۶	۱/۲۲	۰/۷۷	۰/۴۴	۰/۸۹۰	۰/۷۰	۰/۷۱
فقدان لذت	پیش	-۱/۱۲	۰/۶۳	۰/۳۶	-۱۱/۱	۰/۹۴	۰/۰۰۰	-۱۰/۶	۰/۶۸	۰/۶۸
	آزمون	-۱/۷۵	۰/۷۵	۰/۱۵	-۱۱/۷	۱/۱۸	۰/۰۰۰	-۱۳/۲	۱/۰۵	۱/۰۵
	پس‌آزمون	-۰/۶۲	۰/۹۲	۱	-۰/۶۶	۱/۶۷	۰/۹۹	۲/۵۵	۱/۰۲	۱/۰۲
برانگیختگی	پیش	۲/۱۲	۰/۸۷	۰/۱۳۷	۶	۱/۴۱	۰/۰۰۸	۷/۳۳	۱/۲۵	۱/۲۵
	آزمون	۱/۷۵	۱/۴۳	۰/۷۸	۶/۴۴	۱/۳۸	۰/۰۰۵	۷/۲۲	۱/۱۷	۱/۱۷
	پس‌آزمون	-۰/۳۷	۰/۹۰	۱	۰/۴۴	۱/۰۲	۰/۹۹	-۰/۱۱	۰/۹۳	۰/۹۳

نتیجه

نتایج مطالعه نشان داد هر دو درمان، اضطراب، نشانه‌های خلقی / اضطرابی و اندیشناکی را کاهش داده است و در طول دو ماه این کاهش را حفظ کرده است؛ لذا، می‌توان گفت هر دو مؤلفه هیجانی (اضطراب، نشانه‌های خلقی؛ مؤلفه‌های فقدان لذت و برانگیختگی) و شناختی (اندیشناکی) در یک راستا تغییر یافته است. یافته‌های پژوهش حاضر با مطالعات متعددی در تأثیر MBCT بر اضطراب از جمله سادو و همکاران (Sado et al., 2018) همخوان است، اما در جمعیت‌های غیر بالینی نتایج کمی متعارض است چرا که بعضی مطالعات از جمله آسامپاکو و همکاران (Assumpcao et al., 2019) بر خلاف مطالعات گالگو و همکاران (Gallego et al., 2014) نشان داد MBCT به طور مؤثری نشانه‌های خلقی و فقدان لذت در افسردگی را کاهش داده است، حال آنکه باعث کاهش معنی دار اضطراب نشده است. به نظر می‌رسد این تفاوت‌ها به علت نوع مداخله و نمونه‌های مورد بررسی باشد. به عنوان مثال در مطالعه گالگو و همکاران (Gallego et al., 2014) در نمونه غیر بالینی، گروه آزمایش با گروه کنترل فعال (انجام تمرین‌های ورزشی) و گروه کنترل منتظر مقایسه شد، لیکن در مطالعه دیگر توسط آسامپاکو و همکاران (Assumpcao et al., 2019) گروه آزمایش فقط با گروه کنترل مقایسه شد و اثر بخشی MBCT را نشان داد. به هر حال یافته مطالعه حاضر با نتایج مطالعات دیگر در جهت تأثیر MBCT بر افسردگی توسط فرب و همکاران (Farb et al., 2018) و اضطراب توسط سادو و همکاران (Sado et al., 2018) همخوان 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 دارند، مؤثر است ولی در مورد اثر آن در بیمارانی که در حال حاضر علائم افسردگی دارند، مطالعات محدود و بیشتر با گروه کنترل و درمان متداول انجام شده است (Goldberg et al., 2019)، اما مطالعه حاضر اثربخشی MBCT را در فاز حاد و در درمان بیمارانی با افسردگی فعلی نشان داد. به هر حال ذهن آگاهی منجر به آگاه شدن از روندهای ذهنی و هیجانی و شکسته شدن چرخه افکار خودآیند منفی و عدم قضاوت نسبت به پریشانی می‌شود. مکانیسم احتمالی تغییر برای MBCT طبق زیربنای نظری آن شامل افزایش ذهن آگاهی و به دنبال آن کاهش افکار تکراری منفی (اندیشناکی) است (MacKenzie & Kocovski, 2016).

افزون بر اثربخشی MBCT نقش مداخله‌ی RFCBT نیز بر علائم خلقی و اضطرابی و اندیشناکی معنی دار شد. اگر چه در مطالعه حاضر، اثربخشی دو مداخله MBCT و RFCBT همراه با گروه کنترل مقایسه شد، اما در مطالعات دیگر اثربخشی RFCBT در مقایسه با اثربخشی دیگر مداخلات روانشناختی موج سوم انجام نشده است، اما در مطالعه‌ی اثر بخشی RFCBT با درمان شناختی رفتاری مقایسه شد و نتایج نشان داد

RFCBT، در رهایی از افسردگی دارای اثربخشی است و می‌تواند جایگزین مناسبی برای آن باشد (Hvenegaard et al., 2020). به هر حال مطالعات در پیگیری یک ساله نیز اثربخشی RFCBT را پایدار نشان دادند (Bessette et al., 2020). در مطالعه‌ای دیگر نیز اگرچه مداخله RFCBT به طور مستقیم به کار برده نشد، اما اثربخشی مداخله شناختی با تأکید بر اندیشناکی با هدف پیشگیری بر کاهش اضطراب و نشانه‌های افسردگی در نوجوانان افسرده غیر بالینی نشان داده شد (Topper et al., 2017). به هر حال نکته قابل تأمل این است که در مطالعه حاضر برخلاف مطالعات مذکور که افسردگی باقیه‌ای^۱ یا مقاوم به درمان و یا نمونه‌های غیر بالینی را هدف قرار داده بودند، در پژوهش حاضر بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی هدف قرار گرفت. لذا RFCBT اگر چه برای افسردگی مقاوم تدوین شده است اما می‌تواند بر افسردگی غیر مقاوم نیز کارآمد باشد.

افزون بر آن اثربخشی RFCBT بر کاهش همزمان علائم و نشانه اضطراب و خلقی (برانگیختگی اضطراب و فقدان لذت) نیز تأیید شده است (Feldhaus et al., 2020) و همخوان با نتایج پژوهش حاضر، مطالعه کوک و واتکینز (Cook & Watkins, 2016) نیز اثربخشی RFCBT به صورت مجازی را در گروه بزرگسالان غیر افسرده دارای اندیشناکی بالا بر نشانه‌های اضطراب نشان داد؛ لذا، منطق نظری و تکیه بر عوامل مشترک در درمان، حکایت از این دارد که این مداخله می‌تواند مزایای متعددی برای اختلالات دیگری که افکار منفی تکرار شونده و مزاحم دارند (مانند اضطراب) داشته باشد (Watkins, 2016) و این تأثیرات می‌تواند به علت کاهش اندیشناکی باشد، عاملی که در سبب‌شناسی افسردگی و اضطراب نقش مهمی به عهده دارد (Feldhaus et al., 2020). به هر حال می‌توان گفت RFCBT با تمرکز بر اندیشناکی می‌تواند با اصلاح نحوه و فرآیند تفکر به جای تغییر در محتوای تفکر، به تغییر سبک تفکر شخص کمک کند و با تغییر مداوم و تدریجی چگونگی تفکر، رهایی و افزایش سلامت را به دنبال داشته باشد (Watkins, 2016).

علاوه بر آن پژوهش حاضر نشان داد اگر چه مداخله RFCBT، افسردگی باقیه‌ای را هدف قرار می‌دهد و مداخله MBCT، عود را در بهبود یافتگان افسردگی بررسی می‌کند، اما هر دو مداخله در گروه افسرده اقدام‌کننده به خودکشی بر علائم و نشانه‌های خلقی و اضطرابی مؤثر بودند و بین آن‌ها تفاوتی به دست نیامد، در ارتباط با اثربخش بودن هر دو مداخله، مطالعه‌ای در قالب تدوین مدل نشان داد، ذهن آگاهی از طریق کاهش اندیشناکی می‌تواند کاهش علائم اضطراب و افسردگی را کاهش دهد (Parmentier et al., 2019) که حاکی از تعامل تنگاتنگ رابطه بین فرایندهای ذهن آگاهی و اندیشناکی است. به عبارتی به

نظر می رسد ذهن آگاهی با بازسازی شناختی (Fortuna, Porche, & Padilla, 2018) مورد استفاده در MBCT، منجر به بهبود نقایص شناختی اشخاص افسرده با افکار خودکشی می شود (Chesin et al., 2016) و اندیشناکی را کاهش داده (Frostadottir & Dorjee, 2019) و انعطاف پذیری بیشتری را نسبت به خویشتن در آنان سبب می شود (Luoma & Villatte, 2012)؛ بنابراین، مبرهن است هر دو مداخله بتوانند با شیوه‌های متفاوت اثربخشی خود را بر نشانه‌های اضطرابی و افسردگی نشان دهند. به بیان دیگر RFCBT به فرآیندهای فکر کردن وارد می شود و فرد را ترغیب می کند تا سبک فکری کارآمد را یاد بگیرد، در حالی که MBCT بر ذهن آگاهی و بها ندادن به افکار تکیه می کند و البته هر دو در نهایت در کاهش اندیشناکی مؤثر هستند. در مجموع اندیشناکی مؤلفه‌ای است که هم در MCBT و هم RFCBT به عنوان عامل تغییر مطرح است. علاوه بر آن نتایج مطالعه حاضر نشان داد MCBT و هم RFCBT می توانند کاهش دهنده علائم خلقی / اضطرابی (فقدان لذت و برانگیختگی اضطراب) در دختران افسرده اقدام کننده به خودکشی باشد و البته بین این دو مداخله درمانی برتری به دست نیامد. بر اساس نتایج حاضر پیشنهاد می شود درمان‌های MCBT و هم RFCBT در مراکز درمانی برای بهبود اندیشناکی و کاهش اقدام به خودکشی نوجوانان افسرده بستری به کار برده شود، افزون بر آن هر دو درمان مذکور با یکدیگر تلفیق گردد و اثر بخشی آن در نمونه‌های بالینی دیگر از جمله اختلالات اضطرابی بررسی شود. به هر حال نکته قابل تأمل در ذکر محدودیت‌های پژوهش حاضر تعداد کم آزمودنی‌های هر گروه و کوتاه بودن دوره پیگیری و استفاده از پرسشنامه‌های خود گزارشی است. یکی دیگر از محدودیت‌های ذکر شده این است که SCID-5 استفاده شده در این پژوهش، مورد اعتبارسنجی در ایران قرار نگرفته است.

References

- Assumpcao, A. A., Pena, C. S., Neufeld, C. B., & Teodoro, M. M. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy for University students with depression, anxiety, and stress symptoms: a randomized controlled trial. *Asia Pacific Journal of Clinical Trials: Nervous System Diseases*, 4(3), 51-59.
- Bagherinezhad, M., Salehi Fadardi, J., & Tabatabaee, S. M. (2010). Relationship between rumination and depression in a sample of Iranian students. *The Journal of Educational Psychology*, 11(1), 21-38. (in Persian)
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bessette, K. L., Jacobs, R. H., Heleniak, C., Peters, A. T., Welsh, R. C., Watkins, E. R., & Langenecker, S. A. (2020). Malleability of rumination: An exploratory model of CBT-based plasticity and long-term reduced risk for depressive relapse among youth

- from a pilot randomized clinical trial. *Public Library of Science one*, 15(6), 1-24. e0233539.
- Carballo, J., Llorente, C., Kehrmann, L., Flamarique, I., Zuddas, A., Purper-Ouakil, D., . . . Dittmann, R. (2019). Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 759-776.
- Chen, X., Pu, J., Shi, W., & Zhou, Y. (2020). The impact of neuroticism on symptoms of anxiety and depression in elderly adults: The mediating role of rumination. *Current Psychology*, 39(1), 42-50.
- Chesin, M. S., Benjamin-Phillips, C. A., Keilp, J., Fertuck, E. A., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2016). Improvements in executive attention, rumination, cognitive reactivity, and mindfulness among high-suicide risk patients participating in adjunct mindfulness-based cognitive therapy: Preliminary findings. *The journal of alternative and complementary medicine*, 22(8), 642-649.
- Cook, L., & Watkins, E. (2016). Guided, internet-based, rumination-focused cognitive behavioural therapy (i-RFCBT) versus a no-intervention control to prevent depression in high-ruminating young adults, along with an adjunct assessment of the feasibility of unguided i-RFCBT, in the REducing Stress and Preventing Depression trial (RESPOND): study protocol for a phase III randomised controlled trial. *Trials*, 17(1), 1-11.
- Farb, N., Anderson, A., Ravindran, A., Hawley, L., Irving, J., Mancuso, E., . . . Segal, Z. V. (2018). Prevention of relapse/recurrence in major depressive disorder with either mindfulness-based cognitive therapy or cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(2), 200-204.
- Fata, L., Birashk, B., Atefvahid, M., & Dabson, K. (2005). Meaning assignment structures/schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: comparing two conceptual frameworks. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*, 11(3), 312-326. (in Persian)
- Feldhaus, C. G., Jacobs, R. H., Watkins, E. R., Peters, A. T., Bessette, K. L., & Langenecker, S. A. (2020). Rumination-Focused Cognitive Behavioral Therapy Decreases Anxiety and Increases Behavioral Activation Among Remitted Adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 29, 1982-1991.
- First, M. B., Williams, J. B. W., Benjamin, L. S., & Spitzer, R. L. (2016). *Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Clinical Version (Scid-5-CV)* (T. Shadloo, S. Karimian, & B. Shadloo, Trans.). Tehran: Ebnesina.
- Fortuna, L. R., Porche, M. V., & Padilla, A. (2018). 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: Theory, Research and Practice*, 91(1), 42-62.
- Frostadottir, A. D., & Dorjee, D. (2019). Effects of mindfulness based cognitive therapy (MBCT) and compassion focused therapy (CFT) on symptom change, mindfulness, self-compassion, and rumination in clients with depression, anxiety, and stress. *Frontiers in psychology*, 10, 1-11.
- Gallego, J., Aguilar-Parra, J. M., Cangas, A. J., Langer, Á. I., & Mañas, I. (2014). Effect of a mindfulness program on stress, anxiety and depression in university students. *The Spanish journal of psychology*, 17(109), 1-6.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2018). Specificity of relations between adolescents' cognitive

- emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. *Cognition and Emotion*, 32(7), 1401-1408.
- Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of current depressive symptoms: a meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, 48(6), 445-462.
- Heininga, V. E., Dejonckheere, E., Houben, M., Obbels, J., Sienaert, P., Leroy, B., van Roy J, Kuppens P. (2019). The dynamical signature of anhedonia in major depressive disorder: positive emotion dynamics, reactivity, and recovery. *BMC psychiatry*, 19(1), 1-11.
- Hvenegaard, M., Moeller, S. B., Poulsen, S., Gondan, M., Grafton, B., Austin, S. F., Kistrup, M., Rosenberg, NG., Howard, H., Watkins, E. R. (2020). Group rumination-focused cognitive-behavioural therapy (CBT) v. group CBT for depression: phase II trial. *Psychological Medicine*, 50(1), 11-19.
- Izadi Dehnavi, S., Yaghoobi, H., Heydari Nasab, L., & Montshloo, S. (2016). Psychometric Properties of the Transdiagnostic Mood and Anxiety Symptoms Questionnaire MASQ-D30 in a Sample of Iranian Population. *Health Breeze*, 4(3), 1-6. (in Persian)
- Jury, T. K., & Jose, P. E. (2019). Does Rumination Function as a Longitudinal Mediator Between Mindfulness and Depression? *Mindfulness*, 10(6), 1091-1104.
- Khansa, W., Haddad, C., Hallit, R., Akel, M., Obeid, S., Haddad, G., Soufia, M., Kheir, N., Abi Elias Hallit, C., Khoury, R., Salameh P. (2019). Interaction between anxiety and depression on suicidal ideation, quality of life, and work productivity impairment: Results from a representative sample of the Lebanese population. *Perspectives in psychiatric care*. 56(2):270-279.
- Kuringe, E., Materu, J., Nyato, D., Majani, E., Ngeni, F., Shao, A., Mjungu, D., Mtenga, B., Nnko, S., Kipingili, T., Mongi, A. (2019). Prevalence and correlates of depression and anxiety symptoms among out-of-school adolescent girls and young women in Tanzania: A cross-sectional study. *Public Library of Science one*, 14(8), 1-22. e0221053.
- Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., Hayes, R., Huijbers, M., Ma, H., Schweizer, S., Segal, Z. (2016). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: an individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA psychiatry*, 73(6), 565-574.
- Law, K. C., & Tucker, R. P. (2018). Repetitive negative thinking and suicide: a burgeoning literature with need for further exploration. *Current opinion in psychology*, 22, 68-72.
- Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., Ho, C. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C. (2018). Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Scientific reports*, 8(1), 1-10.
- Luoma, J. B., & Villatte, J. L. (2012). Mindfulness in the treatment of suicidal individuals. *Cognitive and behavioral practice*, 19(2), 265-276.
- MacKenzie, M. B., & Kocovski, N. L. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: trends and developments. *Psychology research and behavior management*, 9, 125-132.
- Mullarkey, M. C., Marchetti, I., & Beevers, C. G. (2019). Using network analysis to identify central symptoms of adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(4), 656-668.

- Parmentier, F. B., García-Toro, M., García-Campayo, J., Yañez, A. M., Andrés, P., & Gili, M. (2019). Mindfulness and symptoms of depression and anxiety in the general population: The mediating roles of worry, rumination, reappraisal and suppression. *Frontiers in psychology, 10*, 1-10. E506.
- Rogers, M. L., & Joiner, T. E. (2017). Rumination, suicidal ideation, and suicide attempts: A meta-analytic review. *Review of General Psychology, 21*(2), 132-142.
- Sado, M., Park, S., Ninomiya, A., Sato, Y., Fujisawa, D., Shirahase, J., & Mimura, M. (2018). Feasibility study of mindfulness-based cognitive therapy for anxiety disorders in a Japanese setting. *BMC Research Notes, 11*(1), 1-7.
- Sarmad, Z., Bazargan, A., & Hejazi, E. (2014). *Research methods in behavioral science*. Tehran: Agah. (In Persian)
- Segal, Z. V., Dimidjian, S., Beck, A., Boggs, J. M., Vanderkruik, R., Metcalf, C. A., Gallop, R., Felder, J.N., Levy, J. (2020). Outcomes of online mindfulness-based cognitive therapy for patients with residual depressive symptoms: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry, 77*(6), 563-573.
- Segal, Z. V., Williams, M., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York, NY: Guilford Publications.
- Sharaf, A. Y., Lachine, O. A., & Thompson, E. A. (2018). Rumination, social problem solving and suicide intent among Egyptians with a recent suicide attempt. *Archives of psychiatric nursing, 32*(1), 86-92.
- Sharifi, V., Asadi, S. M., Mohammadi, M. R., Amini, H., Kaviani, H., Semnani, Y., Shabanikia, A., Shahrivar, Z., Davari Ashtiani, R., Hakim Shoushtari, M., Sedigh, A. (2004). Reliability and feasibility of the Persian version of the structured diagnostic interview for DSM-IV (SCID). *Advances in cognitive science, 6*(1), 10-22. (In Persian)
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet, 379*(9820), 1056-1067.
- Topper, M., Emmelkamp, P. M., Watkins, E., & Ehring, T. (2017). 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, 90*, 123-136.
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research, 27*(3), 247-259.
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2007). *Using multivariate statistics* (Vol. 5, pp. 481-498). Boston, MA: Pearson.
- Uhl, K., Halpern, L. F., Tam, C., Fox, J. K., & Ryan, J. L. (2019). Relations of emotion regulation, negative and positive affect to anxiety and depression in middle childhood. *Journal of Child and Family Studies, 28*(11), 2988-2999.
- Van Droogenbroeck, F., Spruyt, B., & Keppens, G. (2018). 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, 18*(1), 1-6.
- Volkaert, B., Wante, L., Van Beveren, M.-L., Vervoort, L., & Braet, C. (2019). Training Adaptive Emotion Regulation Skills in Early Adolescents: The Effects of Distraction, Acceptance, Cognitive Reappraisal, and Problem Solving. *Cognitive Therapy and Research, 44*(3), 678-897.
- Wardenaar, K. J., van Veen, T., Giltay, E. J., de Beurs, E., Penninx, B. W., & Zitman, F. G.

- (2010). Development and validation of a 30-item short adaptation of the Mood and Anxiety Symptoms Questionnaire (MASQ). *Psychiatry research*, 179(1), 101-106.
- Watkins, E. R. (2016). *Rumination-focused cognitive-behavioral therapy for depression* (E. Eshtad, Trans.). Tehran: Ebnesina.
- Yapan, S., Türkçapar, M. H., & Boysan, M. (2020). Rumination, automatic thoughts, dysfunctional attitudes, and thought suppression as transdiagnostic factors in depression and anxiety. *Current Psychology*, 1-17.
- Zhang, Z., Zhang, L., Zhang, G., Jin, J., & Zheng, Z. (2018). The effect of CBT and its modifications for relapse prevention in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 18(1), 1-14.
- Zuzama, N., Fiol-Veny, A., Roman-Juan, J., & Balle, M. (2020). Emotion Regulation Style and Daily Rumination: Potential Mediators between Affect and Both Depression and Anxiety during Adolescence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6614.



The Effectiveness of Rumination-Focused Cognitive Behavioral Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Mood and Anxiety Symptoms and Rumination of Depressed Adolescent Girls Attempting Suicide

^a Hadi Izanloo

^a Fatemeh Shahabizadeh*

^{a,b} Seyed Kaveh Hojjat

^a Seyed Abdolmajid Bahrainian

^a Birjand Branch, Islamic Azad university, Birjand, Iran.

^b University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Abstract

Purpose: The aim of this study was to investigate and compare the effectiveness of Rumination_Focused Cognitive Behavioral Therapy and Mindfulness_Based Cognitive Therapy on mood and anxiety symptoms and rumination of adolescent girls attempting suicide.

Methods: The study was a quasi-experimental project with pre-test, post-test, and follow-up assessments. Thirty 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 purposefully selected and randomly assigned in three groups including two intervention groups and a control group (each group with 10 people). One group received Rumination_focused Cognitive Behavioral Therapy and the other group received Mindfulness_Based Cognitive Therapy in ten individual sessions. All subjects completed the questionnaires including Beck Depression Inventory, Rumination Response Scale, Mood and Anxiety Symptoms Questionnaire and Beck Anxiety Inventory in three phases: pre-test, post-test, and follow-up. Data were analyzed by the univariate and multivariate analysis of variance with repeated measures.

Findings: The results showed that both interventions had a significant effect on reducing mood and anxiety symptoms and rumination. These results remained unchanged in the follow-up phase.

Keywords: Rumination-Focused Cognitive Behavioral Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Depression, Mood and Anxiety Symptoms, Rumination

* . f_shahabizadeh@yahoo.com