MEJDS. 2020; 10:27.

Published online 2020 Apr. **Research Article**

Comparing the Effects of Rumination-Focused Cognitive-Behavioral Therapy and Classic Cognitive Behavioral Therapy on Rumination and Depression Symptoms

Moayedfar H[1], *Yaghobi H[2], Hasan Abadi H[3], Mahdavian A[4]

Author Address
1. PhD Candidate in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanity Sciences, University of Science and Culture, Tehran, Iran;
2. PhD in Clinical Psychology, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanity Sciences, Shahed University, Tehran, Iran;
3. PhD in Educational Psychology, Assistant Professor, Department of Educational Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Kharazmi University, Tehran ,Iran;
4. PhD in Psychology, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanity Sciences, University of Science and Culture, Tehran, Iran.
***Corresponding Author E-mail:** hyaghubi@yahoo.com

Received: 2019 February 9; **Accepted:** 2019 April 7

Abstract

Background & Objectives: Depression is among the most prevalent mental disorders, i.e., related to rumination. Moreover, it affects 20% of women and 10% of men in their lifetimes. It is a frequent mental health problem that causes decreased mood, loss of interest or pleasure, feelings of guilt or low self–esteem, disturbed sleep or appetite, decreased energy, and poor concentration. The etiology of depression is not entirely understood. Numerous mental health professionals consider rumination as the hallmark of depression; it can predict the duration of depressive symptoms. Rumination is defined as a mode of responding to distress that involves repetitively and passively, focusing on symptoms of distress. There are sufficient reasons to choose rumination as a primary therapeutic target. Depressed patients report elevated levels of rumination, compared to those who have never been depressed. Despite the high frequency of all depression types, we still face a significant treatment gap. Most individuals with depression fail to receive treatment; about one–third of those who do receive treatment fail to respond to the current therapeutic approaches. Rumination–Focused Cognitive–Behavioral Therapy (RFCBT) and classic Cognitive Behavioral Therapy (CBT) are the two psychotherapy approaches used in depression management. RFCBT is an extended and practical form of CBT, i.e., applicable to depressed individuals. This treatment method helps patients to develop effective alternatives to habitual and dysfunctional ruminative patterns. Besides, it assists them in becoming more concrete and action–oriented toward problem–solving strategies, instead of fostering an abstract and passive attitude. CBT is empirically–validated psychotherapy, i.e., recommended as a first–line treatment for depression. CBT is a structured, short–term, and present–oriented approach to psychotherapy that helps patients modify inefficient patterns of thinking and behavior to resolve current problems. The current study aimed to compare the effects of RFCBT and classic CBT on rumination and depression symptoms.

Methods: This study was a quasi–experimental study with a pretest–posttest, follow–up, and a control group design. The statistical population of the study comprised all females with depressive disorder referring to counseling centers in Dezful City, Iran, in 2018. Of them, 24 subjects with depression were selected by purposive sampling method using a structured clinical interview. Then, they were randomly assigned into two experimental groups (RFCBT & classic CBT) and a control group. Each group included 12 participants. The interventions included 12 sessions for each test group. The research tools included the Beck Depression Inventory–Second Edition (BDI–II) and the Rumination–Reflection Questionnaire (RRQ). These tools were completed by the study participants in the pretest, posttest, and follow–up stages. These scales' validity and reliability have been confirmed in previous studies. The analysis of data was accomplished at two levels. In the descriptive level, mean and standard deviation were used, and in inferential level, mixed analysis of variance was used in SPSS. $p<0.01$ was considered statistically significant.

Results: The obtained data suggested that both treatment interventions (RFCBT & classic CBT) effectively reduced rumination and depression symptoms in the studied samples ($p<0.001$). Moreover, there was no significant difference between the two groups in different time series.

Conclusion: According to the present study results, RFCBT and classic CBT could be used as efficient approaches to reduce rumination and depression symptoms.

Keywords: Rumination–Focused Cognitive–Behavioral Therapy (RFCBT), Classic Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Rumination, Depression.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.85.4]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۲۷.

انتشار برخط فروردین ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری و درمان شناختی‌رفتاری کلاسیک بر نشخوار فکری و علائم افسردگی

همام مویدفر[۱]، *حمید یعقوبی[۲]، حمیدرضا حسن‌آبادی[۳]، علیرضا مهدویان[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران؛

۲. دکتری روان‌شناسی بالینی، استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکدهٔ علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران؛

۳. دکتری روان‌شناسی تربیتی، استادیار، گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران؛

۴. دکتری روان‌شناسی، استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.

*رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول: hyaghubi@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۰ بهمن۱۳۹۷؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۸ فروردین۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی از اختلالات بسیار شایع روانی است که با نشخوار فکری رابطه دارد. هدف پژوهش حاضر مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری و درمان شناختی‌رفتاری کلاسیک بر نشخوار فکری و علائم افسردگی بود.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زنان افسردهٔ مراجعه‌کننده به مراکز مشاورهٔ شهر دزفول در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند که از میان آن‌ها، تعداد ۲۴ نفر از افراد دارای افسردگی با استفاده از مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته به‌شیوهٔ هدف‌مند انتخاب شدند؛ سپس به‌طور تصادفی در دو گروه درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری و درمان شناختی‌رفتاری کلاسیک قرار گرفتند. آموزش‌ها به‌مدت دوازده جلسه در هر دو گروه انجام شد. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس نشخوار فکری–تأمل و پرسشنامهٔ افسردگی بک ویرایش دوم بود که توسط شرکت‌کنندگان در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری تکمیل شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته ازطریق نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۱۸ صورت گرفت. مقادیر احتمال کمتر از ۰/۰۱ از نظر آماری معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد هر دو مداخلهٔ درمانی یعنی گروه درمانی شناختی‌رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری و گروه درمانی شناختی‌رفتاری کلاسیک در کاهش نشخوار فکری و علائم افسردگی تأثیر دارد ($p<۰/۰۰۱$). مقایسهٔ این دو روش درمانی مشخص کرد که تفاوت معنادار بین این دو روش در سه دورهٔ زمانی مشاهده نمی‌شود.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش، از درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری و درمان شناختی‌رفتاری کلاسیک می‌توان به‌عنوان روش‌هایی کارآمد برای کاهش نشخوار فکری و علائم افسردگی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری، درمان شناختی‌رفتاری کلاسیک، نشخوار فکری، افسردگی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵ ، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار–غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.85.4]

۱ مقدمه

افسردگی یکی از اختلالاتی است که متخصصان بهداشت روانی با آن روبه‌رو هستند و جزو بیماری‌های شایع‌تر روانی بوده که پیش‌بینی شده است تا سال ۲۰۲۰ دومین بیماری شایع ناتوان‌کننده در جهان خواهد شد (۱). برحسب تعریف، افسردگی، اختلالی خلقی است که بر ظرفیت فکرکردن شخص تأثیر می‌گذارد، انگیزهٔ فرد را کم می‌کند، کارکردهای جسمانی نظیر خوردن و خوابیدن را تغییر می‌دهد و فرد از اینکه احساس می‌کند قادر به انجام هیچ‌کاری برای دردهای خود نبوده، رنج می‌برد (۲). واتکینز اظهار می‌کند باوجود شیوع فراوان و آثار مخرب انواع اختلال افسردگی، همچنان خلأ بزرگ درمانی در این حوزه وجود دارد (۳). همچنین باوجود درمان‌های اثربخشی مانند دارودرمانی و رفتاردرمانی شناختی، همچنان نیاز به بهبود کارایی روش‌های درمانی احساس می‌شود. ازجمله راهکارهای بهبود مداخلات درمانی که بارلو بر آن تأکید می‌کند، اهمیت تغییردادن مکانیسم‌های زیربنایی آسیب‌شناختی آسیب روانی است (۴). به‌عبارتی توصیه می‌شود که مداخله‌های روان‌شناختی برای افسردگی با درنظرگرفتن مکانیسم‌های زیربنایی، براساس پژوهش‌های جدید اصلاح شوند (۳).

یکی از مکانیسم‌های آسیب‌شناختی روانی زیربنایی افسردگی، نشخوار فکری[1] است. نشخوار فکری را عموماً افکار تکرارشوندهٔ منفی دربارهٔ نگرانی‌های شخصی یا معانی و علل خلق منفی تعریف می‌کنند (۵). نشخوار فکری باعث آسیب‌هایی ازقبیل عواطف شدید منفی، علائم افسرده‌ساز، تفکر سودار منفی، حل مسئلهٔ ضعیف، تمرکز و شناخت آشفته و فشار روانی بیشتر می‌شود. همچنین ازطریق حفظ توجه روی محتوای منفی و از راه به‌تعویق‌انداختن مقابلهٔ فعال و مؤثر سبب افسردگی عمیق‌تر می‌گردد (۶). در پژوهش‌های مختلف نقش نشخوار فکری در شروع و تداوم افسردگی تأیید شده است (۷،۸). به‌اعتقاد واتکینز، پژوهش‌ها و تجارب بالینی نشان می‌دهد نشخوار فکری عاملی کلیدی در مفهوم‌سازی افسردگی است که اغلب از آن غفلت می‌شود (۳).

از درمان‌های جدید و نوظهوری که امروزه مطرح شده و هدف اصلی درمان خود را معطوف به نشخوار فکری می‌کند، درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری[2] بوده که واتکینز مطرح کرده است. این درمان دستورعملی برگرفته از درمان شناختی‌رفتاری است که به‌صورت فردی و گروهی اجرا می‌شود. درمان طوری طراحی شده است که با استفاده از تمرین‌های تحلیل کارکردی، چالش کمتر با افکار و بررسی کارکرد و مزایای افکار، تغییردادن سبک تفکر بیمار از انواع ناسازگار به انواع کارآمد، تمرین تجربی شفقت نشخوار فکری و علائم افسردگی را کاهش می‌دهد (۳). تغییرات کلیدی این درمان درمقایسه با درمان شناختی‌رفتاری کلاسیک[3] برای درمان افسردگی، تأکید بیشتر بر سودمندی افکار و رفتارها (به‌جای استناد به شواهد) و تمرکز بیشتر بر تغییر عادت و تغییردادن سبک تفکر است. همچنین از تحلیل کارکردی به‌عنوان ابزاری برای شناسایی کارکرد رفتارها و شرایطی استفاده می‌کند که رفتارهای مطلوب یا نامطلوب رخ می‌دهند. درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری بر افزایش رفتار اثربخش تأکید می‌کند. در این درمان از بیماران می‌خواهند به‌جای اندیشناکی ناکارآمد، راهکارهای بهتری را بیاموزند تا بتوانند با مشکلات مقابله کنند (۳)؛ اما در درمان شناختی‌رفتاری کلاسیک از بازسازی شناختی و تغییر محتوای افکار استفاده می‌گردد و نگرش‌ها و باورهای ناکارآمد شناسایی و با استفاده از تکنیک‌های شناختی و آزمایش‌های رفتاری به چالش کشیده می‌شوند. در رابطه با اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری پژوهش‌هایی هرچند اندک صورت گرفته است؛ برای مثال، نتایج پژوهش واتکینز و همکاران نشان داد که درمان رفتاری‌شناختی متمرکز بر نشخوار فکری طی دوازده جلسهٔ یک‌ساعته که هر هفته برگزار شد، منجربه کاهش نشخوار فکری و بهبود افسردگی می‌شود (۹). هونگارد و همکاران پژوهشی با هدف مقایسهٔ گروه درمانی شناختی‌رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری با گروه درمانی شناختی‌رفتاری کلاسیک برای بیماران بزرگسال دارای افسردگی عمده در دانمارک اجرا کردند. نتایج پژوهش نشان داد که اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری به‌طور درخورتوجهی بیشتر از گروه درمانی شناختی‌رفتاری است (۱۰). جاکوبس و همکاران در تحقیقی با بررسی اثربخشی درمان رفتاری‌شناختی متمرکز بر نشخوار فکری بر کاهش نشخوار فکری در بزرگسالان درمعرض خطر عود افسردگی، دریافتند که افراد دریافت‌کنندهٔ این درمان، کاهش چشمگیری را در میزان نشخوار فکری و افسردگی گزارش کردند (۱۱). کوک و واتکینز پژوهشی را با هدف اثربخشی گروه‌درمانی رفتاری‌شناختی متمرکز بر نشخوار فکری و درمان رفتاری‌شناختی متمرکز بر نشخوار فکری جهت کاهش افسردگی انجام دادند که به‌طور آنلاین و ازطریق اینترنت صورت گرفت. نتایج پژوهش بیانگر اثربخشی این دو مداخلهٔ درمانی بر کاهش افسردگی بود (۱۲).

نشخوار فکری به‌عنوان عاملی فراتشخیصی است که نه‌تنها در افسردگی بلکه در دیگر اختلالات مانند اضطراب و پرخوری و سوءمصرف مواد نقش علی و تداوم‌دهنده دارد (۷)؛ بنابراین انتخاب نشخوار فکری به‌عنوان هدف اساسی درمان نه‌تنها می‌تواند باعث کاهش افسردگی شود، بلکه در صورت وجود اختلال همراه سبب بهبود علائم اختلال همراه نیز می‌گردد. تجربهٔ بالینی و ادبیات پژوهشی زیادی نشانگر این است که بسیاری از بیماران مراجعه‌کننده برای درمان افسردگی از چند اختلال رنج می‌برند که به‌صورت یک یا دو اختلال همبود تشخیص داده می‌شود. برای درمانگر از تصمیم‌های بسیار مهم و سخت درمانی این است که اول کدام اختلال را هدف درمانی قرار دهد (۳). از مزایای این درمان تمرکز بر نشخوار فکری است که می‌تواند علاوه‌بر کاهش افسردگی، باعث بهبودی دیگر اختلال‌های همراه نیز شود و تصمیم‌گیری را جهت انتخاب هدف درمانی برای درمانگر تسهیل کند. درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری، روش مداخلهٔ جدیدی است و تأیید اثربخشی آن نیاز به پژوهش‌های بیشتری دارد؛ همچنین

[1]. Rumination

[2]. Rumination-Focused Cognitive-Behavioral therapy

[3]. Cognitive Behavior Therapy

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.85.4]

برای اولین‌بار است که بر نمونهٔ ایرانی انجام می‌گیرد؛ ازاین‌رو باتوجه به اهمیت این نوع درمان لازم دانسته شد اثربخشی آن درمقایسه با درمان استاندارد و تأییدشده‌ای مانند درمان شناختی‌رفتاری که پژوهش‌های زیادی کارایی آن را تأیید کرده (۱۶ـ۱۳)، ارزیابی شود؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر، مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری و درمان شناختی‌رفتاری کلاسیک بر نشخوار فکری و علائم افسردگی در بین جمعیت بیماران دارای افسردگی شهرستان دزفول بود.

۲ روش‌بررسی

این پژوهش از نوع تحقیقات اثربخشی نسبی بود که به‌جای مقایسهٔ یک‌درمان با گروه گواه بدون درمان، دو روش درمانی را با یکدیگر براساس مقیاس‌های پیامد مقایسه کرد؛ ازاین‌رو پژوهش حاضر طرحی آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایشی (درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری) و گروه گواه (درمان شناختی‌رفتاری کلاسیک) و شامل اختصاص تصادفی شرکت‌کنندگان به گروه‌ها و اجرای مداخله بود. جامعهٔ آماری را تمام بیماران دارای اختلال افسردگی در شهرستان دزفول در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. به‌شیوهٔ نمونه‌گیری هدف‌مند ۲۴ نفر از بیماران دارای علائم افسردگی که به دو مرکز روان‌شناختی دارای مجوز سازمان نظام روان‌شناسی و مشاورهٔ ایران مراجعه کردند، توسط روان‌شناس مرکز با استفاده از مصاحبهٔ بالینی به‌عنوان اختلال افسردگی عمده تشخیص داده شدند؛ سپس به‌طور تصادفی در دو گروه درمانی مذکور قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: داشتن علائم و نشانه‌های افسردگی عمده طبق ملاک‌های تشخیصی DSM؛ داشتن تحصیلات حداقل دیپلم؛ موافقت برای شرکت در پژوهش؛ استفاده از هر روش درمانی (دارودرمانی یا سایر روش‌های روان‌درمانی طی سه ماه گذشته)؛ داشتن سوءمصرف مواد؛ دارابودن هرگونه اختلال سایکوتیک؛ داشتن اختلالات دوقطبی یک یا دو؛ داشتن افکار خودکشی. همچنین ملاک خروج از پژوهش عبارت بود از: سه جلسه حضورنداشتن طی دورهٔ اجرای درمان. این ملاک‌ها توسط روان‌شناس بالینی مرکز با استفاده از مصاحبهٔ بالینی ساختاریافتهٔ DSM IV-TR برای محور یک (SCID-I) ارزیابی شد. لازم به‌ذکر است در شهرستان دزفول چهار مرکز دارای مجوز از سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره بودند که دو مرکز به‌طور تصادفی انتخاب گردید. برای انجام تحقیق، ملاحظات اخلاقی ازجمله رضایت شفاهی بیماران و محرمانه‌بودن اطلاعات و حق خروج از پژوهش در نظر گرفته شد. ابزار گردآوری اطلاعات مقیاس نشخوار فکری‌ـ تأمل[1] و پرسشنامهٔ افسردگی بک ویرایش دوم[2] و مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته بود.

ـ مقیاس نشخوار فکری‌ـ تأمل توسط تراپنل و کمپل[3] در سال ۱۹۹۹ ساخته شد که دارای ۲۴ عبارت است و ۱۲ عبارت آن تمرکز بر نشخوار فکری و ۱۲ عبارت آن تفکر تأملی انطباقی را ارزیابی می‌کند (۱۷). پاسخ به هر عبارت روی مقیاس لیکرت پنج‌گزینه‌ای با دامنهٔ پنج (بسیار موافقم) تا یک (بسیار مخالفم) قرار می‌گیرد. سه عبارت ۶ و ۹ و ۱۰ در مقیاس نشخوار فکری به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. در این پژوهش از ۱۲ عبارت مقیاس نشخوار فکری استفاده شد. دامنهٔ تغییرات از حداقل ۰ تا حداکثر ۶۰ است که هرچه نمرات فرد در این مقیاس بیشتر باشد میزان نشخوار فکری فرد بیشتر است. قربانی و همکاران به روایی سازهٔ این مقیاس پرداختند و بیان کردند که خرده‌مقیاس نشخوار فکری رابطهٔ مثبت با نشانه‌های روان‌رنجورخویی نشان می‌دهد (۱۷). همچنین با استفاده از آلفای کرونباخ، همسانی درونی خوبی را برای تأمل و نشخوار فکری به‌ترتیب برابر با ۰/۹۱ و ۰/۹۰ گزارش کردند؛ به‌علاوه، این دو عامل حداقل همبستگی را با یکدیگر داشتند، حدود ۰/۲۲؛ بنابراین، ابزار خصوصیات روان‌سنجی خوبی را نشان داده است. این پژوهش بر ۷۲۳ نفر از دانشجویان ایرانی شامل ۲۲۶ دانشجوی مرد و ۴۹۷ دانشجوی زن صورت گرفت و همسانی درونی ابزار، ۰/۸۴ گزارش شد (۱۷).

ـ پرسشنامهٔ افسردگی بک ویرایش دوم توسط بک و همکاران در سال ۱۹۹۶ تدوین شد (۱۸). این پرسشنامه ابزار خودگزارشی برای اندازه‌گیری نشانه‌های افسردگی در جمعیت‌های مختلف بالینی و غیربالینی است. گویه‌های ابزار درمجموع از ۲۱ گویهٔ مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی مقیاس چهاردرجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. به این ترتیب این ابزار، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنهٔ نمرات آن از حداقل ۰ تا حداکثر ۶۳ است. نمرات بین ۰تا۱۳ کمترین حد افسردگی، نمرات ۱۴تا۱۹ افسردگی خفیف، نمرات ۲۰تا۲۸ افسردگی متوسط و نمرات ۲۹تا۶۳ افسردگی شدید تفسیر می‌شوند. در ایران پرسشنامهٔ افسردگی بک ویرایش دوم، روی ۴۶۸ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های شهید چمران و دانشگاه علوم‌پزشکی جندی‌شاپور اهواز توسط رجبی و کارجو (۱۳۹۱) اجرا شد. ضرایب روایی بین کل نمرهٔ افسردگی و عامل‌های شناختی و عاطفی ۰/۹۰ و نگرش منفی و نشانه‌های بدنی ۰/۹۵ و بین دو عامل مذکور ۰/۷۵ زیاد بود که بیانگر روایی سازهٔ این ابزار است. همچنین پایایی آن در این نمونه با ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۶ گزارش شد (۱۸).

ـ مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته برای اختلال محور یک (SCID-I): مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته برای ارزیابی اختلالات محور یک ابزاری انعطاف‌پذیر است که توسط فرست[4] و همکاران در سال ۱۹۹۲ تهیه شد. این ابزار برای سنجش اختلالات محور یک کاربرد دارد و دارای دو نسخهٔ بالینگر و نسخهٔ پژوهشی است که در پژوهش حاضر از نسخهٔ بالینگر استفاده شد. این نسخه شش حوزهٔ اختلالات (دوره‌های خلقی، نشانگان روان‌پریشی، اختلال‌های روان‌پریشی، اختلال‌های خلقی، اختلال‌های مصرف مواد، اختلال اضطرابی) را پوشش می‌دهد. فرست و همکاران (۲۰۰۲) پایایی آزمون‌ـ بازآزمون را برای این ابزار ۰/۸۵ گزارش کردند (به نقل از ۱۹).

بعد از مراجعهٔ بیماران به مرکز خدمات روان‌شناختی و مشاوره، پس از

[1]. Rumination-Reflection Scale
[2]. Beck Depression Inventory second edition
[3]. Trapnell & Campbell
[4]. First

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.85.4]

ارزیابی اولیه و احراز شرایط پژوهش (براساس ملاک‌های ورود و خروج پژوهش)، نمونهٔ مدنظر انتخاب شد. سپس در اولین جلسه و آخرین جلسه و یک‌ماه بعد از پایان اجرای پژوهش، مقیاس نشخوار فکری‌ـ تأمل و پرسشنامهٔ افسردگی بک‌ـII به‌عنوان پیش‌آزمون و پس‌آزمون و مرحلهٔ پیگیری اجرا گردید. تعداد جلسات درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری و درمان شناختی‌رفتاری کلاسیک دوازده جلسه بود. در ابتدای پژوهش تعداد نمونه ۲۴ شرکت‌کننده بود که به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه قرار گرفتند. طی اجرای پژوهش از گروه آزمایشی (درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری) یک‌نفر و از گروه گواه (رفتاردرمانی شناختی کلاسیک) دو نفر به‌علت نداشتن تمایل به ادامهٔ همکاری از فرایند پژوهش حذف شدند. بدین‌ترتیب درنهایت نمونه شامل یازده نفر در گروه درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری و ده نفر در گروه رفتاردرمانی شناختی شد.

محتوای جلسات گروهی درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری براساس پروتکل واتکینز (۳) و جلسات گروهی درمان شناختی‌رفتاری کلاسیک براساس پروتکل سوچتینگ (۲۰) اجرا شد که به‌طور خلاصه در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. خلاصهٔ مختصر محتوای جلسات

جلسات	الف. خلاصهٔ محتوای درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری
جلسهٔ اول	معرفی اعضای گروه به همدیگر، گفتن یک‌آرزو و یک‌ترس راجع‌به درمان گروهی، بحث دربارهٔ قواعد اساسی گروه، معرفی نشخوار فکری به‌عنوان عادت و رفتار مقابله‌ای ناکارآمد، بررسی پیامدها و کارکردهای نشخوار فکری، معرفی خودپایی، معرفی تکلیف خانه.
جلسهٔ دوم	شناسایی نشانه‌های هشداردهنده، خروج از جریان عادت، معرفی مفاهیم مربوط به طرح‌های اگر‌ـ آنگاه، لزوم تغییردادن شرایط برای جلوگیری از به‌راه‌افتادن عادت‌ها، افزایش فعالیت‌ها و انجام رفتارهای روی‌آوری.
جلسهٔ سوم	مرور برگه‌های خودپایی، شناسایی نشانه‌های هشداردهندهٔ جدید، معرفی سبک‌های متفاوت فکرکردن، جایگزین‌های تجربه‌ای برای نشخوار فکری، ارتباط‌دادن راهکارهای جایگزین به طرح‌های اگر‌ـ آنگاه.
جلسهٔ چهارم	تمرین استفاده از سبک‌های متفاوت پردازش اطلاعات در مواجهه با نشانه‌های هشداردهنده. تحلیل کاربردی، انتخاب جایگزین مناسب برای نشخوار فکری.
جلسهٔ پنجم و ششم	اصول کلی برای تفکیک نشخوار فکری مفید از نشخوار فکری ناکارآمد، معرفی مفهوم جذب، افزایش فعالیت‌های جذاب.
جلسهٔ هفتم و هشتم	معرفی مفهوم شفقت به خود، تمرین تجربی شفقت، اتخاذ سبک رفتار مشفقانه دربارهٔ خود، افزایش فعالیت‌های دلسوزانه.
جلسهٔ نهم و دهم	کارآمدی فردی، مقایسهٔ راهکارهای اثربخش با راهکارهای ناکارآمد، انعطاف‌پذیری، مرور مهارت‌ها، برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های فعلی.
جلسهٔ یازدهم و دوازدهم	تمرین مهارت‌ها، برنامه‌ریزی پیشگیری از عود، بررسی تجربهٔ گروه و اجرای پس‌آزمون.
	ب. خلاصهٔ محتوای درمان شناختی‌رفتاری کلاسیک
جلسهٔ اول	ایجاد ارتباط با اعضای گروه، توضیح قوانین گروه، آموزش دربارهٔ افسردگی، توضیح راجع‌به افسردگی، آشنایی شرکت‌کنندگان با مؤلفه‌های شناختی واکنش‌های هیجانی، شناسایی افکار سطحی اولیهٔ قرارگرفته بین واقعه و واکنش هیجانی.
جلسهٔ دوم	آشنایی با مدل رفتاری‌شناختی افسردگی.
جلسهٔ سوم	خودپایی فعالیت تسلط‌ـ لذت و فعال‌سازی بیمار: آشنایی ارتباط خلق افسرده و نبود فعالیت، آموزش فعال‌سازی رفتاری.
جلسهٔ چهارم و پنجم	هدف‌گزینی و آشنایی با انواع خلق.
جلسهٔ ششم	شناخت افکار منفی در بروز و تشدید افسردگی، آشنایی با افکار خودآیند.
جلسهٔ هفتم و هشتم	آشنایی با تحریف‌های شناختی و شناسایی آن‌ها در تفکر خود و چالش با آن‌ها.
جلسهٔ نهم و دهم	بازسازی شناختی: شناسایی باورهای منفی، تکنیک پیکان رو به پایین عمودی، آموزش چالش با باورهای منفی.
جلسهٔ یازدهم و دوازدهم	پیشگیری از عود: بررسی طرح‌های شرکت‌کنندگان برای نگهداری اهداف درمان و اجرای پس‌آزمون.

در تحلیل داده‌ها علاوه‌بر استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی مثل میانگین و انحراف معیار، تحلیل واریانس آمیخته به‌کار رفت. تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۱۸ انجام شد.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.85.4]

۳ یافته‌ها

در این مطالعه، یازده زن در گروه آزمایش (درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری) و ۱۰ زن در گروه مقایسه (رفتاردرمانی شناختی کلاسیک) قرار داشتند. میانگین سن زنان گروه آزمایش ۵/۴۹±۳۰/۱۸ و میانگین سن زنان گروه مقایسه ۶/۱۳±۲۹/۰۵ به‌دست آمد. آزمون تی‌مستقل نشان داد که تفاوت معناداری بین میانگین سنی این دو گروه وجود ندارد.

جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. نوع مداخله (هر دو روش درمانی) به‌عنوان عامل بین‌گروهی و زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری) به‌عنوان عامل درون‌آزمودنی وارد تحلیل گردید. از آزمون باکس به‌عنوان پیش‌فرض تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. برای متغیر افسردگی ($F=۱/۲۱$، $p=۰/۲۹۷$، Box's M=۸/۸۰) و برای متغیر نشخوار فکری ($F=۰/۸۶$، $p=۰/۵۲۰$، Box's M=۶/۲۸) آزمون باکس معنادار نبود که به‌معنای برقراری پیش‌فرض همگنی ماتریس‌های واریانس‌ـ کوواریانس است. مفروضهٔ کرویت ازطریق آزمون موچلی تحت بررسی قرار گرفت. برای متغیر افسردگی و نشخوار فکری به‌ترتیب آمارهٔ موچلی ۰/۸۵ و ۰/۴۷ به‌دست آمد که به‌لحاظ آماری معنادار نبوده و نشان داد این پیش‌فرض نیز برقرار است. همچنین برای بررسی همگنی واریانس‌ها آزمون لون به‌کار رفت. مشاهده شد که مقدار p برای متغیرهای وابسته در مراحل مختلف اندازه‌گیری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بوده و معنادار نیست؛ بنابراین از فرض همگنی واریانس‌ها تخطی صورت نگرفته است.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای افسردگی و نشخوار فکری را در گروه‌های آزمایش و گواه در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. همان‌طورکه مشاهده می‌شود میانگین نمرات افسردگی و نشخوار فکری برای هر دو گروه در موقعیت پس‌آزمون و پیگیری کاهش پیدا کرده است. این کاهش برای گروه آزمایش (درمان رفتاری‌شناختی متمرکز بر نشخوار فکری) درمقایسه با گروه گواه (رفتاردرمانی شناختی کلاسیک) بیشتر بوده است. در ادامه معناداری تفاوت آماری مشاهده‌شده بین گروه‌ها بررسی می‌شود.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش و نتایج تحلیل واریانس آمیخته

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		نتایج تحلیل واریانس آمیخته		
		M	SD	M	SD	M	SD	آزمون F	مقدار p	Eta2
افسردگی	RFCBT	۲۸/۷۲	۷/۱۱	۱۹/۰۰	۷/۰۸	۱۸/۷۲	۷/۶۰	۳۸۶/۹۴	<۰/۰۰۱	۰/۹۸
	CBT	۲۹/۲۰	۶/۰۳	۲۱/۲۰	۵/۹۹	۲۰/۹۰	۶/۰۲			
نشخوار فکری	RFCBT	۳۹/۰۰	۶/۹۷	۲۵/۲۷	۵/۱۵	۲۳/۷۲	۵/۲۷	۱۳۹/۹۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۹۴
	CBT	۴۰/۷۰	۵/۷۳	۲۹/۸۰	۵/۵۳	۲۷/۹۰	۵/۴۶			

معناداری تفاوت گروه‌ها باتوجه به نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به‌وسیلهٔ آزمون تحلیل واریانس آمیخته بررسی شد. همان‌طورکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود در هر گروه درمانی، نمرات افسردگی و نشخوار فکری آزمودنی‌ها در سه دورهٔ زمانی مختلف تغییری معنادار داشته است ($p<۰/۰۰۱$). به عبارت دیگر میزان نشخوار فکری و افسردگی آزمودنی‌ها از جلسهٔ پیش‌آزمون تا جلسهٔ پیگیری کاهش معناداری نشان داده که حاکی‌از مؤثربودن هر دو روش درمانی در کاهش نشخوار فکری و علائم افسردگی است.

جهت ارزیابی تفاوت نمرات افسردگی و نشخوار فکری در سه دورهٔ زمانی بین دو گروه درمانی، نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی اثرات بین‌گروهی نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه در طول زمان مطالعه وجود ندارد؛ بنابراین گروه‌های درمانی به نسبت یکسانی بر متغیر افسردگی و نشخوار فکری تأثیر داشته‌اند (جدول ۳).

جدول ۳. خلاصهٔ نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته برای مقایسهٔ روش‌های مداخله برای افسردگی و نشخوار فکری در سه دورهٔ زمانی

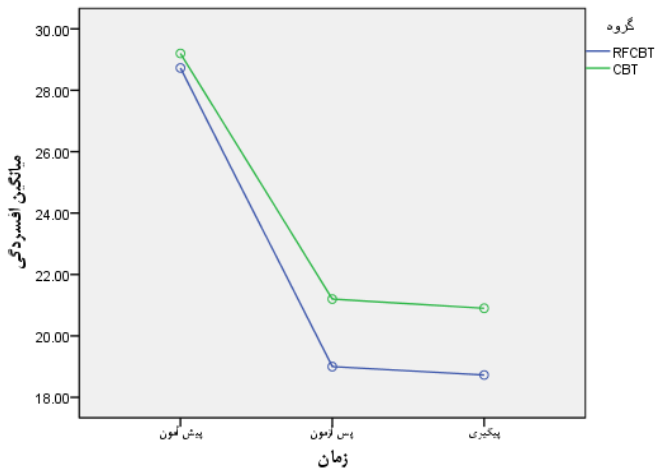
	آزمون F	مقدار p	Eta^2
افسردگی	۰/۳۰۸	۰/۵۸۵	۰/۰۱۶
نشخوار فکری	۲/۲۱۲	۰/۱۵۳	۰/۱۰۴

نمودار ۱ وضعیت نمرات میانگین افسردگی را در دو گروه و در سه مرحلهٔ ارزیابی نشان می‌دهد.

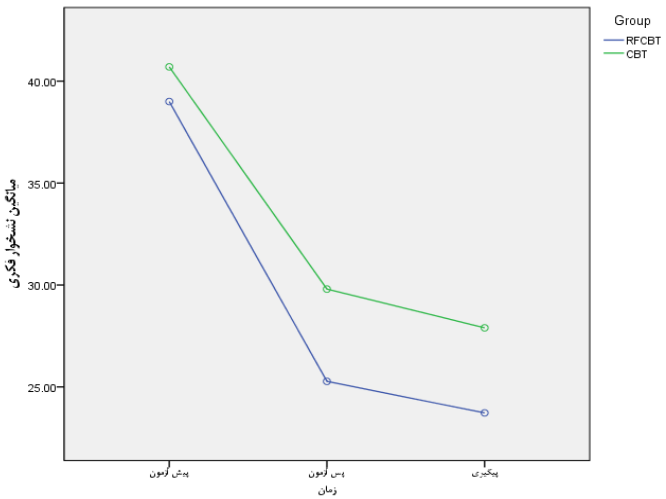
نمودار ۱ نشان می‌دهد که نمرات پس‌آزمون و پیگیری افسردگی در هر دو گروه درمانی کاهش یافته است. نمودار ۲ وضعیت نمرات میانگین نشخوار فکری را در دو گروه و در سه مرحلهٔ ارزیابی مشخص می‌کند. نمودار ۲ نشان می‌دهد که نمرات پس‌آزمون و پیگیری نشخوار فکری در هر دو گروه درمانی کاهش یافته است. باتوجه به یافته‌های به‌دست‌آمده می‌توان گفت که هر دو درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری و درمان شناختی‌رفتاری کلاسیک در کاهش نشخوار فکری و افسردگی اثربخش بوده‌اند.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.85.4]



نمودار ۱. تغییرات افسردگی در طول زمان به تفکیک دو گروه



نمودار ۲. تغییرات نشخوار فکری در طول زمان به تفکیک دو گروه

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی مداخلهٔ درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری[1] (RFCBT) و رفتاردرمانی شناختی کلاسیک[2] (CBT) بر افسردگی و نشخوار فکری انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری در کاهش افسردگی و نشخوار فکری تأثیر دارد. این یافته با پژوهش‌های زیر همخوان است که به آن‌ها اشاره می‌شود. نتایج پژوهش واتکینز و همکاران مشخص کرد که درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری در بهبود علائم افسردگی و کاهش نشخوار فکری مؤثر است (۹). همچنین تحقیق هونگارد و همکاران بر بیماران افسرده در کشور دانمارک، نشان داد درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری باعث کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری در این بیماران می‌شود (۱۰). در پژوهش جاکوبس و همکاران بر بیماران دارای افسردگی شدید، بعد از هشت جلسه دریافت درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری، علائم افسردگی و نشخوار فکری به‌طور معناداری کاهش یافت (۱۱). همچنین کوک و واتکینز در مطالعه‌ای با بررسی مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری که به دو صورت گروهی و نسخهٔ اینترنتی بر بیماران افسرده انجام شد، دریافتند که هر دو شیوهٔ استفاده از این درمان در کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری مؤثر است (۱۲). درخصوص تبیین یافتهٔ مذکور می‌توان گفت که تغییردادن الگوی پردازش از تفکر انتزاعی به تفکر عینی می‌تواند پیامدهای نشخوار فکری را تغییر دهد. در پژوهش رایمز و واتکینز بر دو گروه از بیماران افسرده، در گروه بیماران

[1]. Rumination-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (RFCBT)

[2]. classic Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.85.4]

افسرده‌ای که تشویق شدند به‌جای استفاده از سبک انتزاعی (تفکر علائم و خلق تمرکز کنند، استفاده از سبک تفکر عینی میزان قضاوت‌های کلی منفی دربارهٔ خود مانند «من بی‌ارزش هستم» را کاهش داد و توانایی حل مسئله را بهبود بخشید (۲۱)؛ بنابراین استفاده از این نوع سبک تفکر عینی از میزان فعالیت‌های شناختی ناکارآمدی که موجب افزایش آسیب‌پذیری به افسردگی شده، می‌کاهد. همچنین از تکنیک‌های مؤثر به‌کاررفته در درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری، آموزش شفقت خود است. تجربهٔ شفقت خود با نشخوار فکری و علائم افسردگی در تضاد است و رابطهٔ معکوس دارد (۲۲). نشخوار فکری افسرده‌ساز فرآیندی مبتنی‌بر تفکر انتقادگر و ارزیابی‌کننده و قضاوتگر دربارهٔ خود و دیگران است؛ بنابراین تغییر سبک فکر و رفتار به حالت دلسوزی درقبال خود و دیگران، روش مفیدی برای خارج‌شدن از جریان نشخوار فکری است (۳). همچنین افزایش میزان شفقت به خود در افراد باعث می‌شود زمانی‌که آن‌ها رویداد منفی را تجربه می‌کنند با مهربانی با خود برخورد کرده و این مسئله سبب کاهش انتقاد خود و نشخوار فکری می‌گردد (۲۳).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی‌رفتاری کلاسیک در کاهش افسردگی و نشخوار فکری مؤثر است. این یافته با پژوهش‌هایی همسوست که به آن‌ها اشاره می‌شود. کلس و ایدوز طی تحقیقی در افراد افسرده دریافتند که درمان شناختی‌رفتاری در کاهش علائم افسردگی تأثیر دارد (۱۳). در پژوهش لی و همکاران که با روش فراتحلیل صورت گرفت، نتایج نشان داد درمان شناختی‌رفتاری در معالجهٔ افسردگی روش بسیار کارآمدی است (۱۴). اسپینفون و همکاران در مطالعه‌ای که با روش فراتحلیل انجام دادند، پس از بررسی ۳۶ پژوهش در رابطه با اثربخشی مداخلات درمانی مختلف بر نشخوار فکری، اظهار کردند که درمان شناختی‌رفتاری در کاهش نشخوار فکری درمان مؤثری است (۱۵). همچنین نتایج پژوهش هاولی و همکاران نشان داد که آموزش انواع مهارت‌های درمان شناختی‌رفتاری مانند فعال‌سازی رفتاری و بازسازی شناختی در کاهش علائم افسردگی تأثیر دارد (۱۶). در تبیین این یافته می‌توان گفت که رفتاردرمانی شناختی با استفاده از راهبردهای برنامه‌ریزی فعالیت باعث می‌شود افراد فعالیت‌های لذت‌بخش را انجام دهند و اجرای فعالیت‌ها سبب تغییر نگرش مثبت و تغییر خلق آن‌ها می‌گردد؛ از طرفی این روش به افراد کمک می‌کند تا با شناخت افکار ناکارآمد و چالش با خطاهای شناختی و اصلاح باورهای منفی دربارهٔ خود و دیگران و آینده، خلق منفی دربارهٔ علل و معانی احساس‌ها، علائم و خلق)، بر تجربهٔ احساس‌ها و خویش را تغییر دهند و احساس بهتری پیدا کنند (۲۴).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، محدودبودن نمونهٔ پژوهش به شهر دزفول بود که باتوجه به تنوع فرهنگ و قومیت‌های ایرانی باید در تعمیم نتایج جانب احتیاط را رعایت کرد. همچنین نمونهٔ پژوهش شامل بیماران زن بود که تعمیم نتایج آن را باتوجه به تفاوت‌های جنسیتی با مشکل روبه‌رو می‌سازد. در سطح کاربردی به‌دلیل جدیدبودن روش درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری و محدودبودن مطالعات انجام‌شده در رابطه با اثربخشی این درمان بر دیگر اختلالات روانی، توصیه می‌شود محققان به اثربخشی این روش بر دیگر اختلالات روانی با جمعیت‌های گوناگون بپردازند.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به یافتهٔ پژوهش مبنی‌بر اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری، این درمان درمقایسه با درمان شناختی‌رفتاری کلاسیک چند مزیت دارد که می‌تواند راهگشای متخصصان بالینی در امر کار بالینی باشد. یکی از مزایای این درمان، تمرکز هدف درمانی بر نشخوار فکری به‌عنوان عامل آسیب‌شناختی فراتشخیصی است که نه‌تنها علائم افسردگی را کم می‌کند، بلکه باعث کاهش علائم هم‌زمان مانند اضطراب و وسواس می‌شود؛ این مسئله می‌تواند جلسات درمانی را کاهش دهد و درنتیجه درمان را کارآمدتر سازد. همچنین باتوجه به اینکه نشخوار فکری از عوامل عود بیماری افسردگی است این درمان می‌تواند در جلوگیری از عود افسردگی درمان مؤثری باشد.

۶ تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از همکاری تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی کنند.

۷ بیانیه

این مقاله حاصل رسالهٔ مصوب دکتری در رشتهٔ روان‌شناسی بالینی در دانشگاه علم و فرهنگ همام مؤیدفر با راهنمایی جناب آقای دکتر حمید یعقوبی بوده که در پژوهشگاه علوم و فن‌آوری اطلاعات ایران (ایرانداک) به شمارهٔ رهگیری ۱۴۱۶۰۹۷ در تاریخ ۲۸ فروردین۱۳۹۷ ثبت شده است. در تدوین مقالهٔ حاضر بین نویسندگان تضاد منافع وجود ندارد.

References

1. Chapman DP, Perry GS. Depression as A Major Component Of Public Health For Older Adults. 2008, 5 (1):1-9.[Link]
2. Segal ZV, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. Guilford Publications; 2013.
3. Watkins ER. Rumination-focused cognitive-behavioral therapy for depression. Guilford Publications; 2016.
4. Barlow DH. Psychological treatments. American psychologist. 2004 Dec;59(9):869-78. Doi: 10.1037/0003-066X.59.9.869
5. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. Perspectives on psychological science. 2008 Sep;3(5):400-24. Doi: https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.85.4]

6. Papageorgiou C, Wells A. Depressive rumination: Nature, theory and treatment. John Wiley & Sons; 2004.
7. Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. Journal of abnormal psychology. 1991 Nov;100(4):569-82.
8. McLaughlin KA, Nolen-Hoeksema S. Rumination as a trans diagnostic factor in depression and anxiety. Behaviour research and therapy. 2011 Mar 1;49(3):186-93. Doi: https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.12.006
9. Watkins E, Scott J, Wingrove J, Rimes K, Bathurst N, Steiner H, Kennell–Webb S, Moulds M, Malliaris Y. Rumination-focused cognitive behaviour therapy for residual depression: A case series. Behaviour research and therapy. 2007 Sep 1;45(9):2144-54. Doi: https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.09.018
10. Hvenegaard M, Watkins ER, Poulsen S, Rosenberg NK, Gondan M, Grafton B, Aet al. Rumination-focused cognitive behaviour therapy vs. cognitive behaviour therapy for depression: study protocol for a randomised controlled superiority trial. Trials. 2015 Dec;16(1):344. Doi: 10.1186/s13063-015-0875-y
11. Jacobs RH, Watkins ER, Peters AT, Feldhaus CG, Barba A, Carbray J, et al. Targeting ruminative thinking in adolescents at risk for depressive relapse: rumination-focused cognitive behavior therapy in a pilot randomized controlled trial with resting state fMRI. PloS one. 2016;11(11): e0163952. Doi: 10.1371/journal.pone.0163952
12. Cook L, Watkins E. 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. 2016;17(1):1-11. Doi: 10.1186/s13063-015-1128-9
13. Keles S, Idsoe T. A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy (CBT) interventions for adolescents with depression. Journal of adolescence. 2018 Aug 1;67:129-39. Doi: https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.05.011
14. Li JM, Zhang Y, Su WJ, Liu LL, Gong H, Peng W, et al. Cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: A systematic review and meta-analysis. Psychiatry research. 2018 Oct 1;268:243-50. Doi: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.020
15. Spinhoven P, Klein N, Kennis M, Cramer AO, Siegle G, Cuijpers P, et al. The effects of cognitive-behavior therapy for depression on repetitive negative thinking: a meta-analysis. Behaviour research and therapy. 2018 Jul 1;106:71-85. Doi: https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.04.002
16. Hawley LL, Padesky CA, Hollon SD, Mancuso E, Laposa JM, Brozina K, et al. Cognitive-behavioral therapy for depression using mind over mood: CBT skill use and differential symptom alleviation. Behavior therapy. 2017 Jan 1;48(1):29-44. Doi: https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.003
17. Ghorbani N, Mousavi A, Watson PJ, Chen Zh. Integrative Self-Knowledge and the Harmony of Purpose Model in Iranian Autoimmune Patients. J Psychol. Electronic Journal of Applied Psychology. 2011;7(2): 1-8.[Persian]
18. Rajabi G, Karjo KS. Psychometric properties of a Persian-language version of the beck depression inventory–second edition (BDI-II-Persian). Training Measurement. 2013;3 (10):139 -157. [Persian]
19. Mohammadkhani P. Structured clinical interview for DSM-IV-TR disorder. Tehran: Danzhe; 2010, pp;2. [Persian]
20. Sochting I. Cognitive behavioral group therapy: Challenges and opportunities. John Wiley & Sons; 2014.
21. Rimes KA, Watkins E. The effects of self-focused rumination on global negative self-judgements in depression. Behaviour research and therapy. 2005 Dec 1;43(12):1673-81. Doi: https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.12.002
22. Ilyas M, Aslam N. Role of Self-Compassion in the Relationship between Rumination and Depression among Geriatrics Population. Pakistan Journal of Medical Research. 2018 Jul 1;57(3):99-104.
23. Neff KD, Rude SS, Kirkpatrick KL. An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. Journal of research in personality. 2007 Aug 1;41(4):908-16. Doi: https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.08.002
24. Knaus WJ. The cognitive behavioral workbook for depression: A step-by-step program. New Harbinger Publications; 2007.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.85.4]