

اثر بخشی رفتار درمانی منطقی-هیجانی بر میزان افسردگی و نشخوار فکری افراد مضطرب

محمد ابراهیم مداحی^۱

دریافت مقاله: July 25, 2013
پذیرش مقاله: Nov 11, 2013

نشخوار فکری، به عنوان افکاری مقاوم و عودکننده، به طریق غیرارادی وارد آگاهی شده و توجه را از موضوعات مورد نظر و اهداف فعلی، منحرف می سازد. پاسخ های نشخواری، نقطه ی مقابل حل مساله ی موثری و ساختار یافته است و مانع بروز رفتارهای موثری می شود که می تواند به درمان کمک کند. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثر بخشی رفتار درمانی منطقی-هیجانی بر افسردگی و نشخوار ذهنی بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی بود. بدین منظور، طی یک پژوهش نیمه آزمایشی، ۴۰ نفر از مراجعین اضطرابی یکی از کلینیک های روان شناسی غرب تهران به شیوه ی نمونه گیری در دسترس انتخاب و به شیوه ی تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل کاربردی شدند. گروهها، قبل و بعد از آموزش از نظر میزان افسردگی و نشخوار ذهنی مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره، نشان داد که رفتار درمانی منطقی-هیجانی بر میزان افسردگی و نشخوار ذهنی بیماران مبتلا به مشکلات اضطرابی، موثر است و به نظر می رسد افراد اضطرابی موقعیت های بی ضرر را تهدیدآمیز ارزیابی کرده، توجه ی خود را بیشتر بر تهدیدها متمرکز می کنند؛ در نتیجه به صورت انتخابی اطلاعاتی را یادآوری و ذهن گردانی می کنند که تهدید کننده است. رفتار درمانی منطقی-هیجانی به افراد کمک می کند تا نگاه انعطاف پذیرتری کسب کرده، عقاید مخرب خود را شناسایی کرده و سعی کنند آن ها را تغییر داده و سبک فاجعه ساز خود در زندگی شان تغییر دهند.

واژه های کلیدی: رفتار درمانی منطقی-هیجانی، افسردگی، نشخوار ذهنی

مقدمه

اختلالهای اضطرابی، یکی از اختلالهای رایج با مرکزیت اضطراب است. نظریه پردازان شناختی معتقدند که شیوه های تفکر، برخی افراد را نسبت به اختلالهای اضطرابی آسیب پذیر می سازد. به عقیده ی این نظریه پردازان، افرادی که بیشتر از سایرین دچار مشکلات اضطرابی می شوند موقعیت های بی ضرر را تهدید کننده تر ارزیابی کرده، توجه ی خود را بیشتر بر تهدیدها

۱. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران memadahi@yahoo.com

متمرکز می کنند و به صورت انتخابی اطلاعاتی را یادآوری می کنند که تهدید کننده به نظر می رسد (ریان، ایشاتین، کیتتر، میلر و بیشاب، ۲۰۰۵). اختلالات اضطرابی و اختلالات خلقی، به شکل خاصی با یکدیگر ارتباط دارند و در هر دو، نشانه های قابل تعقیبی از نشخوار فکری مشاهده می شود. هایدی و لومینت (۲۰۰۴) نشخوار فکری را به عنوان یکی از مولفه های شناختی افسردگی معرفی می کنند. نشخوار فکری، به عنوان افکاری مقاوم و عودکننده تعریف می شود که گرد یک موضوع معمول دور می زند، به طریق غیرارادی، وارد آگاهی می شود و توجه را از موضوعات موردنظر و اهداف فعلی منحرف می سازد (جورمن، ۲۰۰۶). باقری نژاد، فرهادی و طباطبایی (۲۰۱۰) نشان دادند که نشخوار فکری، می تواند میزان افسردگی را حتی پس از کنترل میزان اضطراب، پیش بینی کند و این یافته با توجه به نقش نشخوار فکری در اضطراب و علائم مختلط اضطراب-افسردگی، حایز اهمیت است.

مطالعات، نشان داده است که نشخوار فکری هم در جمعیت های بالینی و هم در جمعیت های غیر بالینی وقوع می یابد و وقوع آن محدود به هیچ یک از آسیب های روان شناختی نیست (پیرسون، پروین، رودز و مک کارون، ۲۰۰۸). به طور معمول، نشخوار فکری، ساز و کارهایی را ایجاد می کند که منجر به عوامل خطرآفرین برای افسردگی می شود و کم شدن حمایت اجتماعی و خوش بینی و افزایش روان رنجوری را در پی دارد (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۱). برخلاف نگرانی، نشخوار فکری روی موضوعاتی از شکست یا زندگی گذشته ی فرد استوار است (برکویتز، رابینسون، پروزنسکی و دی پری، ۱۹۸۳).

برخی از متخصصین، نشخوار فکری را به عنوان نمونه هایی از افکار منفی عودکننده مطرح کرده و آن را فرآیندی فراتشخیصی می دانند که در بسیاری از آسیب های روان شناختی اتفاق می افتد (پیرسون و همکاران، ۲۰۰۸)؛ علاوه بر این، به نظر می رسد نشخوار فکری پیش بینی کننده ی سطوح اضطراب بوده و با هیپومانیا، قماربازی مرضی، اضطراب اجتماعی، تداوم علائم استرس پس از سانحه، کیفیت پایین خواب، آشفتگی خواب، شرابخواری و علائم سو مصرف الکل در بزرگسالان و دختران نوجوان، رفتار خودزنی و تفکر خودکشی رابطه داشته است (رودز، بوگلز، نولن-وکسما و همکاران، ۲۰۰۹) و در اختلالات دیگر اضطرابی نیز تکرار می شود (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۱). بررسی ها، نشان داده است که نشخوار فکری نه تنها دلالتهای افسردگی بلکه با علائم اضطرابی نیز رابطه دارد (خسروی، مهرابی و عزیزی مقدم، ۲۰۰۸؛ هایدی، ۲۰۰۷).

سکستر، تساوو، آلدن و کراسک، ۲۰۰۰، استارکویچ، ۱۹۹۵، کالمر و روبرت، ۲۰۰۷). با توجه به اینکه اختلالهای اضطرابی، عوارض سویی بر رفتار و زندگی فرد می گذارد، روش های درمانی مناسبی برای آن طراحی شده است. یکی از این روش ها رفتار درمانی منطقی-هیجانی^۱ (REBT) است. رفتار درمانی منطقی-هیجانی، روشی است که به افراد می آموزد عقایدشان را برای خودشان تفسیر کنند، با عقاید نامعقول خود آشنا شوند و عقایدی که باعث ایجاد احساسات منفی در آنها می شود را شناسایی کنند، با آن عقاید نامعقول برخورد مناسب کنند تا در نهایت بتوانند عقاید مخرب را تغییر دهند.

رفتار درمانی منطقی-هیجانی، ویژگی اصلی افراد سالم را نسبی گرایی^۲ می داند و معتقد است زمانی که فرد تمایلات، آرزوها و خواسته های غیرمنطقی خود را به حکم های قطعی و نیازها تبدیل می کند، بیمار می شود؛ هرگاه آرزوهای فرد برآورده نشود، هیجانهای منفی ولی مناسب همچون غمگینی و تأسف را تجربه خواهد کرد ولی هرگاه این آرزوها تبدیل به حکم هایی شود که برآورده نشده است، هیجانهای شدیدی همچون افسردگی، اضطراب شدید، خشم و تنفر را به دنبال خواهد داشت.

امیراحمدی (۲۰۱۰) در رابطه با تاثیر رفتار درمانی منطقی-هیجانی بر افسردگی و نشخوار ذهنی بیماران مبتلا به اختلالهای اضطرابی، نشان داد که رفتار درمانی منطقی هیجانی بر افسردگی و نشخوار ذهنی بیماران تاثیر معنادار دارد و موجب کاهش افسردگی و نشخوار ذهنی بیماران می شود. بوتین و توسی (۲۰۰۳) کارآمدی روش رفتاردرمانی منطقی-هیجانی و هیپنوتیسم درمانی^۳ را در ۴۸ آزمودنی دچار اضطراب و نشخوار ذهنی بررسی کرده و دریافتند که این رویکرد، اضطراب و نشخوار ذهنی گروه های آزمایشی را به شکل معناداری کاهش می دهد. در پژوهشی مشابه، باراباس و باراباس (۲۰۰۷) نشان دادند که درمان منطقی-هیجانی الیس در کاهش اضطراب، افسردگی و نشخوار ذهنی و افزایش پیشرفت تحصیلی سودمند است. شپرد و لارکن (۲۰۱۱) نیز در پژوهش خود دریافتند که اثربخشی درمان منطقی-هیجانی بر اضطراب و نشخوار ذهنی از دیگر درمان های رفتاری-شناختی بیشتر است و این درمان را به خصوص بر نشخوار ذهنی تاثیر بیشتری دارد. با توجه به اینکه نشخوار فکری، هم در افراد مبتلا به اختلالهای اضطراب فراگیر، افسردگی عمده و وسواسی-اجباری و هم افراد بهنجار مشاهده می شود و این سازه

1. Rational Emotive Behavior Therapy

2. relationism

3. Hypnotherapy

شناختی، مختص اختلال افسردگی نیست و سهم به سزایی در تشدید و تداوم این اختلالات بر عهده دارد، این سوال مطرح است که آیا رفتار درمان منطقی- هیجانی بر افسردگی و نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی موثر است؟

روش

پژوهش حاضر، یک پژوهش نیمه آزمایشی با پیش آزمون- پس آزمون، گروه کنترل و کاربندی تصادفی بود. جامعه ی این پژوهش، شامل مراجعه کنندگان کلینیک روان شناسی غرب بود که از این جامعه، ۴۰ نفر با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه کنترل) کاربندی شدند. آزمودنی ها در ابتدا و انتهای مداخله، با پرسشنامه ی افسردگی بک^۱ (BDI) و پرسشنامه ی سبک پاسخ^۲ (RSQ) مورد آزمون قرار گرفتند و جلسات آموزشی در ۱۰ جلسه ی ۴۵ دقیقه ای به صورت هفتگی برای گروه آزمایش برگزار شد.

پرسشنامه ی افسردگی بک BDI، شکل بازنگری شده ی پرسشنامه ی افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. این پرسشنامه، از ۲۱ ماده تشکیل شده و از پاسخ دهندگان خواسته می شود، شدت نشانه های خود را روی یک مقیاس از صفر تا سه درجه بندی کنند (بک، استر و براون، ۱۹۹۶). مطالعات انجام شده روی پرسشنامه ی افسردگی بک ویرایش دوم، اعتبار، پایایی و ساخت عاملی مطلوبی را برای این پرسشنامه گزارش کرده است.

پرسشنامه ی سبک پاسخ RSQ توسط نولن هوکسما و مارو (۱۹۹۱) تدوین شده است. این پرسشنامه، چهار سبک متفاوت واکنش به خلق منفی را مورد ارزیابی قرار می دهد. پرسشنامه ی سبک های پاسخ از دو مقیاس پاسخهای نشخواری و مقیاس پاسخهای منحرف کننده ی حواس تشکیل شده است. مقیاس پاسخهای نشخواری، ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ دهندگان خواسته می شود هر کدام را در دامنه ای از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) درجه بندی کنند (ترینر گتالز و نولن هوکسما، ۲۰۰۳). بر پایه ی شواهد تجربی، مقیاس پاسخهای نشخواری، پایایی قابل قبولی دارد. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ گزارش شده است و پژوهش های مختلف نشان می دهد پایایی باز آزمایی این پرسشنامه، ۰/۶۷ است (لامینت، ۲۰۰۴).

شیوه ی اجرا

در رویکرد رفتار درمانی عقلانی-هیجانی، عناصر تشکیل دهنده ی افکار غلط، باورهای غیرعقلانی است که غیر تجربی و غیر کارکردی است و واقعیت های زندگی آنها را تایید نمی کند. در جدول ۱، شیوه ی مداخله ی مبتنی بر این رویکرد به تفکیک جلسات ارایه شده است.

جدول ۱: شیوه ی مداخله مبتنی بر رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی

جلسه	اقدامات درمانی
اول	پس از معارفه و آشنایی با اعضای گروه، محقق به توضیح اصول اساسی برنامه های شناخت درمانی گروهی پرداخته و تشریح کرد که مشکلات هیجانی، نتیجه ی باورهای غیرمنطقی است و از شرکت کنندگان خواسته شد تا به عنوان تمرین جلسه ی بعد، بدترین حوادث زندگی خود را یادداشت کنند.
دوم	پس از مرور تکلیف جلسه ی قبل، آموزش لازم در مورد ویژگی های افکار خودآیند و چگونگی شناسایی آن و تحریف شناختی آموزش داده شد.
سوم	به دسته بندی عقاید و باورها پرداخته شد و پیامدهای رفتاری و هیجانی افکار خودآیند تشریح شد و تزریق فکر آموزش داده شد.
چهارم	به تصحیح خطاها پرداخته شد و از آزمودنی ها خواسته شد تا به دسته بندی عقاید ادامه دهند.
پنجم	پس از مرور تکلیف جلسه ی قبل، چگونگی ارتباط و تناسب باورهای منفی به آنها توضیح داده شد و به رتبه بندی باورهای آزمودنی ها پرداخته شد.
ششم	تلاش شد تا شرکت کنندگان بتوانند چندین سلسله مراتب از موقعیت های مرتبط با باور اصلی را تهیه کنند و بتوانند عبارت های مخالف با باورهای منفی خود را پدید آورند.
هفتم	مرور مختصر جلسه ی قبل، گزارش تکلیف جلسه ی قبل و دادن بازخورد، در جلسه ی هفتم به تمرین تغییر ادراکی پرداخته شد.
هشتم	مرور برنامه به صورت کلی انجام گرفت و برنامه هایی برای پیگیری و ارزیابی پس از درمان ارایه شد.
نهم	به آموزش خودپذیری نامشروط و قواعد رسیدن به شادی پرداخته شد و راهبردهای مقابله با استرس و افسردگی اعضا مورد بحث و بررسی قرار گرفت.
دهم	پس از مرور تکلیف جلسه ی قبل در رابطه با رفتار درمانی منطقی-هیجانی، سوالانی مطرح شد و مطالبی در قالب داستان توسط محقق و شرکت کنندگان به اجرا درآمد و ارتباط درمان منطقی-هیجانی و تاثیر آن بر تاب آوری و سلامت روان، تشریح شد و در نهایت یک جمع بندی و نتیجه گیری کلی صورت گرفت.

در این پژوهش، از روش پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده بود و با توجه به تایید نرمال بودن توزیع نمره ها توسط آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و همگنی واریانس ها از

طریق آزمون لون و تایید شدن همگنی شیب های رگرسیون، از تحلیل کوواریانس استفاده شد و داده ها با بکارگیری نرم افزار SPSS ویرایش ۱۸ مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

یافته های توصیفی این پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار افسردگی و نشخوار ذهنی به تفکیک گروه آزمایش و گروه کنترل

گروه آزمایش		گروه کنترل		
sd	M	sd	M	
۱/۰۷۰	۱۲/۷۵	۱/۳۴۸	۱۲/۶۵	پیش آزمون افسردگی
۱/۱۶۴	۱۳/۲۵	۰/۹۸۸	۱۰/۸۵	پس آزمون افسردگی
۲/۰۳۷	۴۳/۴۰	۱/۸۹۹	۴۳/۱۵	پیش آزمون نشخوار ذهنی
۲/۳۰۰	۴۴/۱۵	۲/۰۰۷	۴۰/۳۵	پس آزمون نشخوار ذهنی

در جدول ۳، خلاصه ی تحلیل کواریانس نمرات افسردگی گروهها ارائه شده است. همان طور که ملاحظه می شود، پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثرمعنادار عامل بین آزمودنی های گروه وجود دارد ($\eta^2 = ۰/۶۱۵$ ، $p = ۰/۰۰۱$ ، $F(۱,۳۶) = ۵۵/۵۴۰$). مجدداً، نشان می دهد که ۶۱/۵ درصد واریانس افسردگی به وسیله ی متغیر مستقل؛ یعنی رفتار درمانی عقلانی-هیجانی تبیین می شود. همچنین، میانگینهای تعدیل شده نشان می دهد که میانگین نمرات افسردگی گروه آزمایش (۱۰/۸۷) به طرز معناداری از گروه کنترل (۱۳/۲۲۹) کمتر شده است.

جدول ۳: خلاصه ی تحلیل نتایج کواریانس برای نمرات افسردگی گروههای آزمایش و کنترل

متابع تغییر	SS	df	MS	F	p	Eta
پیش آزمون	۹/۵۶۰	۱	۹/۵۶۰	۱۰/۱۸۲	۰/۰۰۳	۰/۲۱۹
گروه ها	۵۵/۵۴۰	۱	۵۵/۵۴۰	۵۹/۱۵۴	۰/۰۰۱	۰/۶۱۵
خطا	۱/۴۷۰	۳۷	۰/۹۳۹			

در جدول ۴، خلاصه ی تحلیل کواریانس نمرات نشخوار ذهنی گروهها ارایه شده است. همان طور که ملاحظه می شود، پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثرمعنادار عامل بین آزمودنی های گروه وجود دارد ($\eta^2 = 0/613$ ، $p = 0/001$ ، $F(1,37) = 58/613$). مجذور ایتا، نشان می دهد که ۶۱/۳ درصد واریانس نشخوار ذهنی به وسیله ی متغیر مستقل؛ یعنی رفتار درمانی عقلانی- هیجانی تبیین می شود. همچنین میانگینهای تعدیل شده نشان می دهد که میانگین نمرات افسردگی گروه آزمایشی (۴۰/۴۵۱) به طرز معناداری از گروه کنترل (۴۴/۰۴۹) کمتر شده است.

جدول ۴: خلاصه ی تحلیل نتایج کواریانس برای نمرات نشخوار ذهنی گروهها آزمایشی و کنترل

SS	df	Ms	F	P	Eta	منابع تغییر
۹۵/۷۰۱	۱	۹۵/۷۰۱	۴۳/۵۰۱	۰/۰۰۱	۰/۵۴۰	پیش آزمون
۱۲۸/۹۴۷	۱	۱۲۸/۹۴۷	۵۸/۶۱۳	۰/۰۰۱	۰/۶۱۳	گروه ها
۸۱/۳۹۹	۳۷	۲/۲۰۰				خطا

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش، با هدف بررسی اثر بخشی رفتار درمانی منطقی- هیجانی بر افسردگی و نشخوار ذهنی بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی بود. نتایج این پژوهش، نشان داد که رفتار درمانی منطقی- هیجانی بر افسردگی و نشخوار ذهنی موثر است. در ارتباط با تاثیر رفتار درمانی عقلانی- هیجانی تحقیقات متعددی صورت گرفته است. دیوید، سزنتاگوتای، لاپا و کوسمن (۲۰۰۸) کارآمدی سه روش رفتار درمانی عقلانی- هیجانی، درمان شناختی بک و دارو درمانی را روی ۱۷۰ بیمار غیر بستری با اختلال افسردگی عمده که به طور تصادفی به سه گروه درمانی واگذار شدند، مورد بررسی قرار دادند. آنها دریافتند که هر سه روش درمانی در پس آزمون به طور مساوی برای بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده، موثر است. پیگیری ۶ ماهه نیز نشان داد که رفتار درمانی عقلانی- هیجانی و درمان شناختی به اندازه ی درمان دارویی در کاهش نشانه های افسردگی موثر است.

این یافته ها با یافته های پیشین بک، راش، شاو و امری (۱۹۷۹) و دی رابس و همکاران (۲۰۰۵) هماهنگ است. ساوا، یتز و همکاران (۲۰۰۹) نیز در مطالعه ای سه روش درمان شناختی، درمان عقلانی- عاطفی، رفتاری و درمان دارویی پروزاک دریافتند هر سه روش درمانی در کاهش

نشانه‌های افسردگی از پیش آزمون به پس آزمون و تداوم این کاهش در ۶ ماه بعد از مداخله ی درمانی یکسان بوده است. همچنین، مقایسه‌های پیگیری نشان می‌دهد که نمره‌های پس آزمون و پیگیری میزان افسردگی به طور معناداری پایین‌تر از نمره‌های پیش‌آزمون است اما تغییر معناداری بین پس آزمون و پیگیری ۶ ماهه، دیده نشده است. در تحقیقات مختلف، برتری رفتار درمانی عقلانی-هیجانی بر گروه‌های بدون مداخله یا کنترل در درمان افسردگی برای جمعیت‌های دانشگاهی (فوسترلینگ، ۱۹۸۵) و بهنجار (مالوف، لانیون و شوت، ۱۹۸۸) و جمعیت بالینی (فاوا، بلس، اتو، پاوا و روزنهام، ۱۹۹۴) تایید شده است.

مالت اسبی، کنی، پینگ و کارپنتر (۱۹۷۴) نشان دادند که رفتار درمانی عقلانی-هیجانی روی جمعیت‌های غیربالینی موثر است. آنها دریافتند کودکانی که در برنامه ی رفتار درمانی عقلانی-هیجانی شرکت داشتند، باورهای غیرمنطقی‌شان را تعدیل کردند. همچنین واتر (۱۹۹۸) نشان داده است که رفتار درمانی عقلانی-هیجانی، سطوح اضطراب را کاهش می‌دهد. دی‌گیسی و برنارد (۱۹۹۰) نیز دریافتند که ۵۰ درصد مطالعات زمینه‌یابی توسط آنها در زمینه ی رفتار درمانی عقلانی-هیجانی سطح اضطراب را کاهش داده است. هاجزگر و برنارد (۱۹۹۱) در پژوهش خود گزارش کردند که آموزش عقلانی-عاطفی در ۸۰ درصد مطالعات انجام شده، اضطراب را کاهش می‌دهد. تریپ، ورنون و مک ماهون (۲۰۰۲)، در یک مطالعه ی فراتحلیل دریافتند که برنامه ی رفتار درمانی عقلانی-هیجانی وقتی با دیگر مداخله‌های درمانی مقایسه می‌شود، در تعدیل رفتارهای بدکارکردی، موثرتر است.

به نظر می‌رسد که رفتار درمانی منطقی-هیجانی بیشتر از سایر روش‌های درمانی، موجب کاهش افسردگی و نشخوار ذهنی می‌شود و بیماران با این درمان، یاد می‌گیرند که انعطاف پذیر باشند و با تمرکز بیشتر بر مشکلات، سعی می‌کنند در جهت رفع آن‌ها گام بردارند. درمان منطقی-هیجانی به بیمار کمک می‌کند تا راه حل‌های مناسب را در مواقع لازم به اجرا درآورد. در واقع نشخوار ذهنی موجب می‌شود توانایی حل مساله ی افراد، کاهش یابد، بنابراین درمان منطقی-هیجانی به افراد کمک می‌کند که از زندگی خود لذت ببرند، عقاید و احساسات مخرب خود را شناسایی کنند، سعی کنند آنها را تغییر دهند، تسلیم نشوند، عقاید خود را تفسیر کنند و با آنها برخورد مناسب داشته باشند. همچنین، رفتار درمانی منطقی-هیجانی به افراد افسرده و دچار نشخوار ذهنی کمک می‌کند تا با باورهای غیرمنطقی خود مبارزه کنند.

References

- Amirahmadi, K. (2010). The Effectiveness of rational-excitement treatment on depression and mental rumination in mashhad. *Journal of Health Psychology*, 5(3), 28-45
- Bagherinezhad, M., Fardari, J. S., Tabatabayi, S.M. (2010). The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian student. *Foundations of Educations Research*, 11(1), 21-38
- Ballash, N. G., Michelle, K. P., Usui, W. M., Buckley, A. F., & Borden, J. W. (2006). Family functioning, perceived control, and anxiety: A mediational model. *Anxiety Disorder*, 20, 486-496.
- Barabaas, & Barabaas, J. (2007). Differential effect of rumination and dysphoria on the inhibition of irrelevant emotional material: Eviadance from a negative priming task. *Cognitive and Research Theory*, 30, 149-160.
- Beck, A. T., & Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck depression inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Borkovec, T.D., Robinson, E., Pruzinsky, T., DePree, J.A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behav Res Ther*, 21: 9-16.
- Boutin, G.E., Tosi, D.J. (2003). Distinguishing between ruminative and distractive responses in dysphoric college students: Does indication of past depression make a difference?. *Personality and Individual Differences*, 36, 845-855.
- Calmes, C., Roberts, J.E. (2007). Repetitive thought and emotional distress: rumination and worry as prospective predictors of depressive and anxious symptomatology. *J Cognitive Therapy and Research*, 30(3): 343- 56.
- David, D., Szentagotai, A., Lupu, V., & Cosman, D (2008). Rational Emotive Behavior Therapy, Cognitive Therapy, and Medication in the Treatment of Major Depressive Disorder: A Randomized Clinical Trial, Post treatment Outcomes, and Six-Month Follow-Up. *Journal of Clinical Psychology*, 64(6), 728-746.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P.R., Salomon, R.M., et al. (2005). Cognitive therapy vs. medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409-416.
- DiGiuseppe, R., & Bernard, M. (1990). The application of rational-emotive theory and therapy to school-aged children. *School Psychology Review*, 19, 268-286.
- Fava, M., Bless, E., Otto, M. W., Pave, J. A., & Rosenbaum, J. F. (1994). Dysfunctional attitudes in major depression: Changes with pharmacotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 45- 49.
- Fosterling, F. (1985). Rational emotive therapy and attribution theory: An investigation of the cognitive detriments of emotions. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 3, 12-25.
- Haidy, & Luminet, O. (2004). Measurment of Depressive Rumination and Associated Construccts. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds), *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment* . New York: Wiley.
- Hajzler, J. D., & Bernard, E. M (1991). A review of rational-emotive education outcome studies. *School Psychology Quarterly*, 6, 27-49.
- Hong, R.Y. (2007). Worry and rumination: Differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *J Behaviour Research and Therapy*, 45(2): 277-90.
- Joormann, J. (2006). Differential effect of rumination and dysphoria on the inhibition of irrelevant emotional material: Evidance from a negative priming task. *Cognitive and Research Therapy*, 30, 149- 160.
- Khosravi, M., Mehrabi, H.A., Azizimoghadam, M. (2008). A comparative study of obsessive- rumination component on obsessive-compulsive and depressive patients. *J Semnan University of Medical Sciences*, 10(1): 65-72.
- Luminet, O. (2004). Measurment of Depressive Rumination and Associated Constructs. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment* (pp. 187-215). New York: Wiley.
- Malouff, J. M., Lanyon, R. ., & Schutte, N. S. (1988). Effectiveness of a brief group RET treatment for divorce-related dysphoria. *Journal of Rational Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 6, 162-171.

- Maultsby, C. M., Knipping, P., & Carpenter, L. (1974). Teaching self help in the classroom with rational self counseling. *Journal of School Health*, 44, 445-448.
- 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, 115-121.
- Papageorgiou, S., & Wells, C. A. (2008). The relationship between rumination, avoidance and depression in a non-clinical sample. *Behaviour research and therapy*, 45, 251-261.
- Papageorgiou, C., Wells, A. (2001). Positive beliefs about depressive rumination: development and preliminary validation of a self-report scale. *Behav Ther*, 32: 13-26.
- Pearson, M., Brewin, C.R., Rhodes, J., McCarron, C. (2008). Frequency and Nature of Rumination in Chronic Depression: A Preliminary Study. *J Cogn Behav Ther*, 37(3): 160-168.
- Rood, L., Roelofs, J., Bögels, S.M., Nolen-Hoeksema, S., Schouten, E. (2009). The influence of emotion-focused rumination and distraction on depressive symptoms in non-clinical youth: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 29(7):607-16.
- Ryan, C. E., Epstein, N. B., Keitner, G. I., Miller, I., & Bishop, D. S. (2005). Evaluating and treating families: *The McMaster approach*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Sava, F., Yates, B., Lupu, V., Szentagotai, A., & David, D. (2009). Costeffectiveness and cost-utility of Cognitive Therapy, RationalEmotive-Behavior Therapy, and Fluoxetine (Prozac) in treating depression: A randomized clinical trial. *Journal of Clinical Psychology*, 65 (1), 36-52.
- Segerstrom, S.C., Tsao, J.C.I., Alden, L.E., Craske, M.G. (2000). Worry and rumination: Repetitive thought as a concomitant and predictor of negative mood. *J Cognitive Therapy and Research*, 24(6): 671-88.
- Sheperd, E., & Larken. (2011). Rumination and overgeneral memory in depression: Effects of self-focus and analytic thinking. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 353-357.
- Starcevic, V. (1995). Pathological worry in major depression: a preliminary report. *J Behaviour Research and Therapy*, 33(1): 55-6.
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema. (2003). Ruminative Reconsidered: A Psychometric Analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247-259.
- Trip, S., Vernon, A., & McMahon, J. (2002). Effectiveness of rationalemotive education: A quantitative meta-analytical. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 7, 1, 81-93.
- Watter, N. D. (1988). Rational-Emotive Education: A Review of the Literature, *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 6, 139-145.