

نقد مقاله

مباحثه علمی با رعایت اخلاق علمی می‌تواند بسیار تأثیرگذار باشد و به تشحیذ اذهان یاری رساند. درخت علم زمانی برومندتر و پربارتر خواهد بود که مباحثه و مبادله نظرات علمی پاگیرد و استوار شود و به صورت بخشی از فعالیت‌های علمی درآید. تنها گفتن، و گفتن، و بازخوردی نشنیدن به تعالی فعالیت علمی سودی چندان نخواهد رساند. از این‌رو پژوهش‌های روان‌شناختی همیشه نقد مقالات منتشر شده در این نشریه را پذیرا بوده است. اکنون دو نفر از همکاران گرامی ما نقدی بر مقاله‌ای از شماره پیشین (شماره ۲۱) نشریه ارسال داشته‌اند که ملاحظه می‌فرمایید. با احترام به نویسندگان مقاله و تقدیر از زحماتی که برای انجام پژوهش و گزارش آن متحمل شده‌اند، نقد این همکاران را عرضه می‌داریم. باشد که این نقد و نقدهای دیگری که امیدواریم برای نشریه ارسال شوند باب تازه‌ای بگشایند و مباحثه سودمند علمی را وسعت بخشند. به بیان دیگر چشم به در دوخته‌ایم تا نقدهای دیگر هم از راه برسند و از طریق درج آنها نشریه بتواند گامی دیگر در جهت هدف معهود بردارد. پاسخ نویسندگان گرامی مقاله در صورت تمایل، و اظهار نظر خوانندگان ارجمند در مورد این مقاله و نقد آن برای نشریه مغتنم خواهد بود و امیدواریم برای خوانندگان نیز سودمند باشد.

نقدی بر مقاله

مقایسه تأثیر دو روش شناخت‌درمانی تیزدل و بک در کاهش نشانه‌های افسردگی و
اصلاح باورهای فراشناختی در بیماران افسرده‌خو

Comment On

Abolghasemi, A., Gholami, H., Narimani, M., & Ganji, M. (2008)

Mehdi Soleimani, M. A.*

University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences

Jalily, Amir, M.A.

Tehran Psychiatric Institute

مه‌دی سلیمانی

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

امیر جلیلی

انستیتو روان‌پزشکی تهران

ابوالقاسمی، غلامی، نریمانی، و گنجی (۱۳۸۷) در مطالعه خود به مقایسه اثر دو روش شناخت‌درمانی تیزدل و بک در بیماران افسرده‌خو پرداختند و این‌گونه نتیجه گرفتند که این

* mssoleimani@uswr.ac.ir

دو روش متفاوتی با یکدیگر در کاهش نشانه‌های افسردگی و اصلاح باورهای فراشناختی ندارند. به نظر ما نیاز است تا با دقت بیشتری نتیجه‌گیری‌های این مطالعه مورد ارزیابی قرار گیرد. بنابراین مناسب دانستیم تا ضمن تأکید بر مفید بودن و ضرورت تحقیقات تطبیقی، نظرات خود را پیرامون برخی مسائل در این مطالعه مطرح کنیم.

لازم به ذکر است که پژوهش بر اثرات روان‌درمانی، به‌طور کلی در دو مقوله مجزای پژوهش‌های پیامدی^۱ و پژوهش‌های فرایندی^۲ طبقه‌بندی می‌شود. در پژوهش‌های پیامدی به دنبال پاسخ این پرسش هستیم که یک درمان خاص چه اثراتی بر بیماران دارد یا به عبارت دیگر منجر به چه تغییراتی در بیماران می‌شود، ولی در پژوهش‌های فرایندی به دنبال پاسخ به این پرسش هستیم که چرا درمان خاصی مؤثر واقع شده یا چه مکانیزم‌هایی در آن درمان تغییرات را به وجود آورده‌اند. به علاوه در ادبیات پژوهش پیامدی دو اصطلاح متمایز به لحاظ مفهومی دیده می‌شود که عبارتند از اثربخشی^۳ و تأثیر^۴. صرف‌نظر از اینکه چه معادل فارسی برای آنها قرار دهیم، این دو اصطلاح در بافت‌های روش‌شناختی متفاوتی به کار برده می‌شوند. تحقیقات اثربخشی پیامدهای روان‌درمانی‌ها را در شرایط کنترل شده آزمایشگاهی بررسی می‌کنند و از این‌رو آزمون دقیق و محکمی برای اثبات اثر درمان بر بیماری هستند به‌طوری که می‌توان بر اساس آنها ابراز داشت که درمان مورد نظر باعث کاهش علائم اختلال خاصی شده است و نه علل دیگر خارج از درمان (به عبارت دیگر روابی درونی این پژوهش‌ها بالا است). این توانمندی به این دلیل است که در این نوع از تحقیقات کنترل اعمال شده در پژوهش، احتمال اثر علل دیگر غیر از درمان را کاهش می‌دهد و نتایج از این نظر مخدوش نیستند. البته این کنترل به قیمت مصنوعی شدن شرایط پژوهش یا همان آزمایشگاهی بودن تمام می‌شود که به تعمیم‌پذیری نتایج خدشه وارد می‌کند. در مقابل در تحقیقات تأثیر، کنترل اعمال شده اندک است که شرایط اجرای درمان را به شرایط طبیعی نزدیک می‌کند (برای مثال از درمانگران عادی استفاده می‌شود، منوآل درمان با انعطاف به کار می‌رود، ملاک‌های ورود و خروج بیماران سختگیرانه نیستند، ممکن است گمارش تصادفی اعمال نشود و مانند اینها) که در نتیجه عوامل متعددی به غیر از خود درمان می‌توانند در نتیجه تأثیرگذار شوند. البته این دو نوع تحقیق هر یک جایگاه و ارزش خود را دارند. برای بحث بیشتر می‌توان به این منابع مراجعه کرد: کندال^۵، فلانری - شرودر^۶ و فورد^۷ (۱۹۹۹) و استالیز^۸، هانوس - وب^۹ و نابلاچ^{۱۰} (۱۹۹۹).

1- outcome research
3- efficacy
5- Kendall
7- Ford
9- Honos-Webb

2- process research
4- effectiveness
6- Flannery-Schroeder
8- Stiles
10- Knobloch

در پژوهش ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۸۷) بیماران به دو گروه تقسیم شدند که هر دو گروه تحت درمان قرار گرفتند ولی گروه کنترلی مانند گروه بدون درمان یا لیست انتظار وجود ندارد که اثر این درمان‌ها با گروه کنترل مقایسه شود. این مشکل روش‌شناختی جدی‌ایست که امکان نتیجه‌گیری به شیوه‌ای که نویسندگان بیان داشته‌اند را میسر نمی‌سازد. پژوهش حاضر از نوع مطالعات اثربخشی معرفی می‌شود که قصد دارد دو روش درمان را با یکدیگر مقایسه کند. اما به دلیل فقدان گروه کنترل مشخص نیست که این دو روش مؤثر بوده‌اند یا اینکه هر دو به یک اندازه نامؤثر بوده‌اند. به عبارت دیگر وقتی در پژوهش گروه کنترلی (مانند گروه بدون درمان) وجود ندارد، این احتمال وجود دارد که درمان از گذر صرف زمان مؤثرتر نباشد و یا حتی درمان جلوی بهبود بیشتر بیماران را در مقایسه با عدم درمان بگیرد. احتمالاً نویسندگان معتقدند که شناخت درمانی یک روشی ثابت شده برای درمان افسردگی است (که این چنین است)، لذا می‌توان روش تیزدل را با آن مقایسه کرد و چون در این پژوهش روش تیزدل به اندازه یک مؤثر بوده است پس روش تیزدل در اختلال افسرده‌خویی مؤثر است. اما این موضوع در پژوهش حاضر از چندین لحاظ مورد اشکال است که به اختصار بیان می‌شود.

در تحقیقاتی که درمان‌ها را با یکدیگر مقایسه می‌کنند، کیفیت اجرای هر درمان از اهمیت بالایی برخوردار است. به عبارت دیگر در این‌گونه تحقیقات باید ثابت شود که درمان مورد نظر به نحو مطلوب اجرا شده است. از این رو، منوال^۱ یا راهنمای درمان، تخصص، سابقه آموزشی و میزان تجربه بالینی درمانگران، انتظار آنان از مؤثر بودن درمان، و سنجش دقیق پایبندی درمانگران به منوال از اهمیت بالایی برخوردارند. بنابراین علاوه بر اینکه هر درمان باید توسط درمانگری متخصص و دارای تجربه کافی اجرا شود، باید درمان از نظر کیفیت اجرا در آن تحقیق مورد ارزیابی قرار گیرد. معمولاً جلسات درمان ضبط می‌شوند و توسط متخصصان از نظر کیفیت اجرا مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. برای مثال در تحقیق دمیجیان^۲ و همکاران (۲۰۰۶) که اثربخشی رفتاردرمانی، شناخت درمانی (مدل بک) و دارودرمانی را در درمان افسردگی مقایسه می‌کند هر درمان توسط متخصصان آن رویکرد اجرا شد. مسؤلیت اجرای درمان شناختی به عهده دابسون (شناخت درمانگر معروف) بود و درمانگرانی که متخصص و دارای گواهینامه^۳ در درمان شناختی - رفتاری بودند توسط خود دابسون مجدداً برای اجرای شناخت‌درمانی در پژوهش مورد آموزش و نظارت قرار می‌گرفتند و در پایان نیز کیفیت اجرای درمان مورد ارزیابی قرار می‌گرفت. با حصول این شرایط می‌توان اطمینان یافت که درمان به نحو احسن اجرا شده و به علاوه درمانگران مجری دو درمان با یکدیگر قابل مقایسه هستند. تحت این شرایط وقتی که درمانی مثل شناخت‌درمانی به‌طور مناسب اجرا می‌شود، اگر درمانی

1- manual
3- certified

2- Dimidjian

جدید از نظر اثربخشی با آن برابر شود، می‌توان پذیرفت که به رغم نبود گروه کنترل درمان جدید هم مؤثر است. اما اگر شرایط اجرای درمان‌ها قابل قبول نباشند، نمی‌توان چنین برداشتی داشت. البته اگر درمانی توسط مبدعان آن اجرا شود می‌توان از برخی شرایط چشم‌پوشی کرد. اما زمانی که درمان‌ها توسط افرادی دیگر اجرا شود نمی‌توان از این شرایط به راحتی صرف‌نظر کرد. در واقع در نبود شواهدی دال بر اجرای صحیح درمان اصلاً نمی‌توان گفت که روش بک یا روش تیزدل اجرا گردیده است بلکه بهتر است بگوییم که روش شناخت‌درمانی ابداعی محقق آن پژوهش اجرا شده است. به علاوه، در پژوهش ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۸۷) تغییراتی در منوال‌ها دیده می‌شوند که انحرافی از روش درمان اصلی هستند، برای مثال بر اساس توضیح ارائه شده در مورد روش بک در مقاله، دیده می‌شود که تکنیک‌های رفتاری مثل برنامه‌ فعالیت‌های لذت‌بخش در اواخر درمان اجرا شده‌اند که برخلاف راهنمای درمان است، زیرا در درمان شناختی این تکنیک‌ها در ابتدای درمان اجرا می‌شوند. در کتاب شناخت‌درمانی افسردگی اثر بک^۱، راش^۲، شا^۳، و امری^۴ (۱۹۷۹) که راهنمای این درمان است (هر چند نویسندگان به این منبع در بخش مربوط به شیوه‌های درمان استناد نکرده‌اند اما این منبع در جای دیگری در مقاله مورد استناد واقع شده و در بخش مراجع هم آمده است)، به وضوح توضیح داده شده است که تکنیک‌های رفتاری در جلسات ابتدایی به کار برده می‌شوند. بک و همکاران در این کتاب چنین می‌نویسند:

In the early stages of cognitive therapy and particularly with the more severely depressed patients, it is often necessary for therapist to concentrate on restoring the patient's functioning to the premorbid level. Specifically, engaging the patient's attention and interest the therapist attempts to induce the patient to counteract his withdrawal and to become involved in more constructive activities. (p. 117).

و در جای دیگر دوباره بیان می‌کنند:

As previously noted, most of the behavioral techniques are employed in the initial therapy sessions. (p. 140).

عبارت زیر همسو با این نظر از مقاله‌ی تحلیل مولفه‌ای درمان شناختی - رفتاری برای افسردگی اثر جیکوبسون^۵ و همکاران (۱۹۹۶) آورده می‌شود:

In the Beck et al. (1979) CT manual, a common early strategy is to

1- Beck
3- Shaw
5- Jacobson

2- Rush
4- Emery

identify behavior problems and to invoke a series of interventions designed to activate people in their natural environment. These early strategies consist mostly of semi structured activities. Included in the list of interventions considered to have an activation focus are (a) monitoring of daily activities, (b) assessment of the pleasure and mastery that is achieved by engaging in a variety of activities, (c) the assignment of increasingly more difficult tasks that have the prospect of engendering a sense of pleasure or mastery, (d) cognitive rehearsal of scheduled activities, in which participants imagine themselves engaging in various activities with the intent of finding obstacles to the imagined pleasure or mastery expected from those events, (e) discussion of specific problems (e.g., difficulty in falling asleep) and the prescription of behavior therapy techniques for dealing with them; and (f) interventions to ameliorate deficits in social skills (e.g., assertiveness, communication skills).

به علاوه در مورد اجرای روش درمانی تیزدل یا شناخت‌درمانی مبتنی بر هوشیاری فراگیر^۱ (MBCT) نیز انحراف از روش اصلی وجود دارد. برای مثال در این پژوهش MBCT در ۱۲ جلسه اجرا شده است که از توضیحات محققان این‌گونه استنباط می‌شود که فردی بوده‌اند، در حالی که در تمامی مقالاتی که در پژوهش حاضر نیز به آنها استناد شده است، MBCT از ۸ جلسه گروهی تشکیل شده است. در دو مقاله از تیزدل و همکارانش چنین عنوان می‌شود:

Teasdale et al. (2000) and Ma & Teasdale (2004): «After an initial individual orientation session, the MBCT program is delivered by an instructor in eight weekly 2-hr group training sessions involving up to 12 recovered recurrently depressed patients.»

از این رو به نظر می‌رسد که درمان‌های اجرا شده در این پژوهش با درمان‌های اصلی تفاوت جدی دارند و برابر با روش‌های بک و تیزدل نیستند. به علاوه در این پژوهش یک درمانگر هر دو درمان را اجرا کرده است که مسأله مهارت و تخصص درمانگر در هر دو درمان و نیز سوگیری درمانگر را مطرح می‌کند. بر اساس مطالب فوق نمی‌توان پژوهش ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۸۷) را از نوع مطالعات اثربخشی دانست. هر چند ابداع شیوه‌های درمانی جدید یا ایجاد تغییراتی در روش‌های درمانی موجود قابل

1- mindfulness-based cognitive therapy

تقدیر هستند اما از نظر روش‌شناختی وقتی چنین تغییراتی به وجود می‌آیند، الزاماتی را برای طرح‌ریزی پژوهش به همراه دارند. شاید در درجه اول نشان دادن این که این روش‌های درمانی جدید یا تغییر کرده اثرگذار هستند اهمیت بالاتری نسبت به مقایسه با سایر درمان‌ها داشته باشد. از این رو وجود گروه‌های کنترل مانند گروه بدون درمان می‌توانند به خوبی اثر درمان را نشان دهند و در گام بعدی مقایسه با سایر درمان‌ها اطلاعات مفیدی را به همراه خواهد داشت. البته ما به خوبی با مشکلات اجرای تحقیقات مداخله‌ای در ایران آشنا هستیم و معتقدیم که به دلیل مشکلات پیش روی محققان ایرانی معمولاً اجرای تحقیقات آزمایشی با کنترل کافی میسر نیست. لذا اغلب نمی‌توان بر پژوهش‌های مداخله‌ای اجرا شده در ایران عنوان "اثربخشی" را گذاشت.

در بخش مقدمه شواهد مربوط به اثربخشی MBCT به‌طور نادقیق و مخدوش بیان شده‌اند، و به نظر می‌رسد خواننده ممکن است این‌طور برداشت کند که این درمان هم در اختلال افسردگی اساسی، هم در پیشگیری از عود، و هم در اختلال افسرده‌خویی دارای اثربخشی است. در صورتی که در وضعیت فعلی تنها می‌توان گفت این درمان احتمالاً برای پیشگیری از عود و یا بازگشت اختلال افسردگی اساسی مؤثر است. البته پژوهش‌های انجام شده تا کنون از نظر متدولوژیک محدودیت‌هایی نیز دارند که نتایج را تحت تأثیر قرار می‌دهند. برای مثال هنوز این درمان با یک درمان فعال مقایسه نشده است و به علاوه MBCT در پیشگیری از عود و یا بازگشت اختلال افسردگی اساسی نیز محدودیت دارد و تنها در بیمارانی که ۳ دوره اختلال افسردگی اساسی یا بیشتر داشته‌اند، مؤثر بوده است. برای مطالعه بیشتر درباره این مباحث مقاله کوالهو^۱، کنتر^۲ و ارنست^۳ (۲۰۰۷) مفید است. این نویسندگان چنین نتیجه می‌گیرند:

The current evidence from the randomized trials suggests that, for patients with 3 or more previous depressive episodes, MBCT has an additive benefit to usual care. However, because of the nature of the control groups, these findings can not be attributed to MBCT-specific effects.

از نظر ما اشتباهات مهمی در نقل اطلاعات برگرفته از مقاله‌های پژوهشی دیگر به وجود آمده است که می‌توانند خواننده را به اشتباه اندازند:

۱- صفحه ۱۴، پاراگراف ۴، سطر ۱: گفته شده است که روش مذکور برای ۱۴۵ بیمار مبتلا به افسردگی به کار رفته است، در حالی که بنا به منبع ارجاع داده شده این بیماران چنین توصیف شده‌اند: ۱۴۵ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی راجعه که

1- Coelho
3- Ernst

2- Canter
4- Teasdale

بهبود یافته بودند (recovered recurrently depressed patients). این تفاوتی آشکار است زیرا در زمان اجرای درمان این بیماران افسرده نبودند. لذا این نحو بیان می‌تواند منجر به برداشت اشتباه شود. به علاوه مدت ارزیابی این بیماران ۶۰ هفته است نه ۶ هفته.

۲- صفحه ۱۴، پاراگراف ۴، سطور ۵ و ۶: به نظر می‌رسد که استناد تیزدل و همکاران (۲۰۰۰) در این جا اشتباه است. زیرا همین استناد در سطور بالا آمده است و نمونه تحقیق ۱۴۵ بیمار است نه ۵۵ بیمار. شاید این استناد به پژوهش تیزدل و همکاران (۲۰۰۲) مربوط باشد که با توجه به تفاوت بارز بین حجم نمونه آمده در مقاله (۵۵) با حجم نمونه در پژوهش تیزدل و همکاران (۲۰۰۲) که ۸۷ نفر در مطالعه سوم است، این احتمال منتفی می‌شود. احتمال دیگر این است که منظور پژوهش ما^۱ و تیزدل (۲۰۰۴) باشد، ولی در آن پژوهش حجم نمونه بالینی ۷۵ نفر است که می‌تواند اشتباهی در عدد رخ داده باشد اما در پژوهش مذکور متغیر حافظه سرگذشتی که در صفحه ۱۵ سطر ۲ در همین ارتباط آمده است وجود ندارد. احتمال دیگر این است که منظور پژوهش ویلیامز^۲، تیزدل، سگال^۳ و سولسبی^۴ (۲۰۰۰) باشد با عنوان "Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients" که به حافظه سرگذشتی مربوط است اما در این پژوهش حجم نمونه ۴۵ نفر است و کاهش افسردگی بین دو گروه MBCT و TAU معنادار نبوده است (بر خلاف آنچه در صفحه ۱۵ سطر ۱ مقاله مبنی بر کاهش افسردگی آمده است).

۳- صفحه ۱۵، پاراگراف ۲، سطر ۵ از انتها: به نظر می‌رسد استناد راک^۵ و رابینسون^۶ (۲۰۰۶) یک مطالعه پژوهشی است که اثر MBCT را در اختلال افسرده‌خویی بررسی کرده است. اما با مراجعه به مرجع مربوط در بخش مراجع مقاله مشخص شد که این منبع یک مرور کتاب^۷ است و در این مرور کتاب اشاره‌ای به اثر درمان در اختلال افسرده‌خویی موجود نیست. این استناد از این بابت مهم است که تنها استناد برای اثربخشی MBCT در اختلال افسرده‌خویی مبتنی بر پژوهشی غیرایرانی است. کتاب مورد مرور در این مرجع به شرح زیر است:

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford.

1- Ma

3- Segal

5- Rokke

7- book review

2- Williams

4- Soulsby

6- Robinson

به نظر ما، نویسندگان محترم در این پژوهش می‌توانستند یافته مهمی در مورد اثر MBCT در اختلال افسرده‌خویی به دست آورند که به دلیل این که به مقایسه این درمان با درمان شناختی بک پرداختند چنین نشد. بهتر می‌بود که به جای مقایسه با روش بک، یک گروه کنترل بدون درمان اضافه می‌شد تا با افزایش روایی درونی پژوهش، صرف‌نظر از این که MBCT اجرا شده در این پژوهش لزوماً با MBCT اصلی همخوانی دارد یا نه (زیرا شواهد کافی در این زمینه مطابق با اصول تحقیقات اثربخشی موجود نیست) نویسندگان بتوانند مؤثر بودن درمان به کار برده شده را در جمعیت بیماران مبتلا به اختلال افسرده‌خویی نشان دهند. اجرای پژوهشی که به مقایسه MBCT با گروه کنترل در این بیماران بپردازد و نشان دهد که این درمان از صرف گذر زمان مؤثرتر است، از این جهت دارای اهمیت است که مبدعان MBCT تصریح کرده‌اند که این درمان اختصاصاً برای بیماران بهبودیافته طراحی شده است و احتمالاً در درمان افسردگی حاد مؤثر نیست زیرا عواملی مانند مشکل در تمرکز و شدت افکار منفی می‌توانند مانع یادگیری مهارت‌های کنترل توجه شوند که در این درمان نقش محوری دارند (تیزدل و همکاران، ۲۰۰۰، صفحه ۶۲۲). بنابراین همان‌طور که کنی^۱ و ویلیامز (۲۰۰۷) پیشنهاد تحقیقات بیشتر دربارهٔ این درمان در مرحله حاد درمان افسردگی راجعه یا مزمن را مطرح می‌کنند و با توجه به اینکه یکی از علائم بیماران مبتلا به افسرده‌خویی تمرکز ضعیف است، چنین پژوهشی می‌تواند این نظرات را به آزمون گذارد. متأسفانه پژوهش کنی و ویلیامز (۲۰۰۷) به دلیل نداشتن گروه کنترل، همان‌طور که خود به این محدودیت اشاره دارند، نتوانست نشان دهد که تغییرات در بیماران الزاماً ناشی از درمان است. این خود اهمیت نقش گروه‌های کنترل در تحقیقات روان‌درمانی را نشان می‌دهد.

References:

مراجع:

- ابوالقاسمی، عباس، غلامی، حسین، نریمانی، محمد، و گنجی، مسعود (۱۳۸۷). مقایسه تاثیر دو روش شناخت‌درمانی تیزدل و بک در کاهش نشانه‌های افسردگی و اصلاح باورهای فراشناختی در بیماران افسرده‌خو. *پژوهشهای روان‌شناختی*، ۲۱، ۲۶-۱۱.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Coelho, H. F., Canter, P. H., & Ernst, E. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy: Evaluating current evidence and informing future research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 1000-1005.

1- Kenny

- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J. B., Markley, D. K., Gollan, J. K., Atkins, D. C., Dunner, D. L. & Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 658-670.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E., & Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 295-304.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E. C., Ford, J. D. (1999). Therapy outcome research methods, In P. C. Kendall, J. N. Butcher & G. N. Holmbeck (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (330-363). New York: John Wiley & Sons.
- Kenny, M. A., Williams, J. M. G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behavior Research and Therapy, 45*, 617-625.
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 31-40.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Knobloch, L. M. (1999). Treatment process research methods, In P. C. Kendall, J. N. Butcher & G. N. Holmbeck (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (364-402). New York: John Wiley & Sons.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 275-287.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 615-623.
- Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 150-155.