

Καταθλιπτικός Μηρυκασμός: Διερεύνηση και Αντιμετώπιση Υποκείμενων Μηχανισμών στη Θεραπεία

Αμολογίτης - Πατριαρχόπουλος Φίλιππος¹, Έλλη Κουβαράκη¹

¹Εταιρεία Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών Σπουδών

Αλληλογραφία: Έλλη Κουβαράκη, Εταιρεία Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών Σπουδών,
Γλάδστωνος 10, 10677, Αθήνα, E- mail: ellikiak@windowslive.com, τηλ.: 6947848570

Περίληψη

Στόχος αυτής της ανασκόπησης είναι η προσέγγιση του όρου του καταθλιπτικού μηρυκασμού, η αποσαφήνιση της σημασίας του, ο ρόλος του στην εκδήλωση και τη διατήρηση της κατάθλιψης, και μια σύντομη παρουσίαση των νέων Γνωσιακών-Συμπεριφοριστικών θεραπειών (ΓΣΘ) που στοχεύουν συγκεκριμένα στην αντιμετώπισή του. Ο καταθλιπτικός μηρυκασμός ορίζεται ως «συμπεριφορά και σκέψεις που συνεπάγονται την εστίαση της προσοχής ενός ατόμου στα καταθλιπτικά του συμπτώματα και στις επιπτώσεις των συμπτωμάτων αυτών». Όταν δεν έχει καταθλιπτική μορφή, αποτελεί μια φυσιολογική διαδικασία και στρατηγική, και μπορεί να είναι βοηθητικός. Συγκεκριμένα, ανεπίλυτες ανησυχίες ή στόχοι που δεν έχουν επιτευχθεί προκαλούν την επαναλαμβανόμενη σκέψη με σκοπό τη διευκόλυνση της αποτελεσματικής αυτορρύθμισης προς επίτευξη του στόχου. Ο καταθλιπτικός μηρυκασμός ευθύνεται σε κάποιο βαθμό για την έναρξη και διατήρηση της συμπτωματολογίας της κατάθλιψης και διαδραματίζει αιτιακό ρόλο σε ένα φάσμα εκβάσεων της κατάθλιψης, συμπεριλαμβανομένων της επιδείνωσης της αρνητικής διάθεσης και του αρνητικού τρόπου σκέψης. Η εστίαση της θεραπείας στο μηρυκασμό μπορεί να βελτιώσει το θεραπευτικό αποτέλεσμα, μέσω και της αποτελεσματικότερης αντιμετώπισης της συννοσηρότητας μεταξύ κατάθλιψης και αγχωδών διαταραχών. Σε αυτό το πλαίσιο, θα παρουσιαστούν οι σύγχρονες θεραπευτικές προσεγγίσεις της ΓΣΘ, με κυριότερη την Εστιασμένη στο Μηρυκασμό Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική Θεραπεία. Σύμφωνα με την Εστιασμένη στο Μηρυκασμό ΓΣΘ δίνεται έμφαση στην τροποποίηση του τρόπου σκέψης των ασθενών από έναν αφηρημένο, μη παραγωγικό σε ένα πιο συγκεκριμένο και εποικοδομητικό τρόπο. Ο θεραπευτής χρησιμοποιεί τη Λειτουργική Ανάλυση, εκπαιδεύει τον ασθενή σε εναλλακτικούς τρόπους απόκρισης στις πρώιμες ενδείξεις μηρυκασμού και αποφυγών και επικεντρώνεται στην αλλαγή του στυλ σκέψης του ασθενούς συνολικά.

Λέξεις κλειδιά: μηρυκασμός, κατάθλιψη, γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεραπεία, θεραπευτικά μοντέλα

1. Ορισμοί και Προσδιορισμοί του Μηρυκασμού

Ο καταθλιπτικός μηρυκασμός ορίζεται ως «συμπεριφορά και σκέψεις που συνεπάγονται την εστίαση της προσοχής ενός ατόμου στα καταθλιπτικά του συμπτώματα και στις επιπτώσεις των συμπτωμάτων αυτών» [1], και έχει χαρακτηριστεί ως μία βασική διαδικασία στην έναρξη και τη διατήρηση της κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, ο καταθλιπτικός μηρυκασμός περιγράφεται ως ένας τρόπος ανταπόκρισης που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενο συλλογισμό γύρω από τα συμπτώματα (π.χ., κούραση, πεσμένη διάθεση), τα συναισθήματα, τα προβλήματα, τις ανησυχιακές καταστάσεις και τις αρνητικές πτυχές του εαυτού. Το άτομο συνήθως εστιάζει στα αίτια, το νόημα και τις επιπτώσεις της κατάθλιψης [2].

Υπάρχουν δύο κύριοι λόγοι που φαίνεται να ωθούν τους ανθρώπους στο μηρυκασμό. Πρώτον, ο έντονος μηρυκασμός είναι πιο πιθανό να εκδηλωθεί, όταν τα άτομα θέτουν στόχους που είναι δύσκολο να επιτευχθούν και ταυτόχρονα δύσκολο να εγκαταλειφθούν. Για παράδειγμα, τα άτομα είναι πιθανό να θέσουν στό-

χους που είναι ανέφικτοι ή πέραν του δικού τους ελέγχου. Αυτό είναι ιδιαίτερα πιο πιθανό να συμβεί σε άτομα με πολύ υψηλές προσδοκίες από τον εαυτό τους και ανελαστικά κριτήρια απόδοσης ή με έντονο το στοιχείο της τελειοθρίας [2]. Δεύτερον, μπορεί ένα άτομο να παγιδευτεί στο μηρυκασμό, όταν δε γνωρίζει πώς να επιτύχει τους στόχους του με αποτελεσματικότητα, για παράδειγμα, λόγω περιορισμένης ικανότητας στην επίλυση προβλημάτων. Οι έρευνες [2] υποδεικνύουν πως όταν ένας καταθλιπτικός ασθενής σκέφτεται διαρκώς τα συμπτώματα και τις δυσκολίες, αναλύοντας και αξιολογώντας τα νοήματα και τις επιπτώσεις των εμπειριών του (πχ. «Τι σημαίνει αυτή η αποτυχία για μένα;»), αυξάνεται η υπεργενίκευση, (πχ. «Ποτέ δεν θα τα καταφέρω καλά»), αμβλύνεται η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και επιδεινώνεται η καταθλιπτική διάθεση. Τα άτομα που είναι επιρρεπή στον παθολογικό μηρυκασμό τείνουν να έχουν έναν πιο ασαφή και επικριτικό τρόπο σκέψης.

Ωστόσο, ο επαναλαμβανόμενος συλλογισμός σχετικά με τα συμπτώματα και τις δυσκολίες με έναν πιο συγκεκριμένο και προ-

διορισμένο τρόπο, με εστίαση στον τρόπο αντιμετώπισης και διαχείρισης των δυσκολιών αυτών, μπορεί να συμβάλει στην επίλυση ενός προβλήματος. Πρόσφατες πειραματικές έρευνες έδειξαν ότι υπάρχουν τύποι μηρυκασμού, με διακριτές, λειτουργικές ιδιότητες και συνέπειες. Εκτός από τον μη - παραγωγικό, δυσλειτουργικό τύπο μηρυκασμού, τον καταθλιπτικό μηρυκασμό, που αφορά σε αφαιρετικό, αξιολογικό τρόπο σκέψης, [3,4,5,6,7,8], υπάρχει και ο παραγωγικός τύπος μηρυκασμού που αφορά σε συγκεκριμένο, εστιασμένο στη διαδικασία και προσδιορισμένο τρόπο συλλογισμού.

Επομένως, ο μηρυκασμός μπορεί να αποτελέσει μια συνηθισμένη, φυσιολογική και ενίοτε βοηθητική αντίδραση, που δεν περιορίζεται στα άτομα με ψυχολογικές διαταραχές. Συγκεκριμένα, όλοι οι άνθρωποι μπορεί να μηρυκάζουν γύρω από προσωπικές απώλειες, όπως το πένθος ή ο χωρισμός, σε μια προσπάθεια αντίληψης των λόγων που συνέβησαν αυτά τα γεγονότα στους ίδιους. Ωστόσο, για τους περισσότερους ανθρώπους, αυτή η μορφή του μηρυκασμού έχει σύντομη διάρκεια. Επιπλέον, σε κάποιες από αυτές τις περιπτώσεις ο μηρυκασμός μπορεί να είναι βοηθητικός. Το να σκέφτεται κάποιος ένα αγαπημένο πρόσωπο που έχει πεθάνει αποτελεί μέρος της διαδικασίας του πένθους, και μπορεί να βοηθήσει το άτομο να αποδεχθεί την απώλεια [2]. Ανεπιπλέον, ανησυχίες ή στόχοι που δεν έχουν επιτευχθεί προκαλούν την επαναλαμβανόμενη σκέψη, με σκοπό τη διευκόλυνση της αποτελεσματικής αυτορρύθμισης προς επίτευξη του στόχου [9,10]. Σε αυτή την περίπτωση, ο μηρυκασμός νοείται ως μια προσπάθεια εύρεσης νοήματος σε ένα ανησυχιακό γεγονός ή ως μια προσπάθεια επίλυσης ενός προβλήματος.

Συμπερασματικά, ο μηρυκασμός είναι η επαναλαμβανόμενη σκέψη γύρω από ένα ζήτημα που αφορά προσωπικούς στόχους και ανησυχίες, και μπορεί να έχει είτε εποικοδομητικές, είτε αρνητικές συνέπειες, ανάλογα με το αν ο μηρυκασμός αυτός βοηθάει ή παρακωλύει την πρόοδο προς την επίτευξη του στόχου. Έχει χαρακτηριστεί ως μια εστιασμένη στον εαυτό προσπάθεια επίλυσης προβλήματος, η οποία προκαλείται από μια αντιλαμβανόμενη ασυμφωνία μεταξύ του επιθυμητού στόχου και της παρούσας κατάστασης των πραγμάτων αναφορικά με το στόχο αυτό. Ο μηρυκασμός διατηρείται μέχρις ότου να επιτευχθεί ή εγκαταλειφθεί ο στόχος [11, 9, 12, 13].

2. Λειτουργικές- Περιβαλλοντικές Εξηγήσεις του Καταθλιπτικού Μηρυκασμού

Τα άτομα μπορεί να αναπτύξουν μια τάση προς πιο συχνό και εκτενή μηρυκασμό, επειδή ο μηρυκασμός έχει κάποιο λειτουργικό όφελος για τους ίδιους, είτε μέσω μάθησης και μέσω των συνεπειών της θετικής και της αρνητικής ενίσχυσης [14], ή/και λόγω της διαμόρφωσης συγκεκριμένων μετά - γνωσιακών πεποιθήσεων σχετικά με τα αντιλαμβανόμενα υπέρ και κατά του μηρυκασμού [15]. Ο μηρυκασμός θεωρείται μια συμπεριφορά αποφυγής που ενισχύεται αρνητικά από την απομάκρυνση της αρνητικής εμπειρίας [16,14,17,18]. Επομένως, ο μηρυκασμός θεωρείται μια μη βοηθητική συμπεριφορά απόδρασης και αποφυγής που έχει ενισχυθεί στο παρελθόν από την εξάλειψη μίας αρνητικής εμπειρίας [19, 14].

Οι Martell και συνεργάτες (2001) προτείνουν ότι «παρόλο που ο μηρυκασμός μπορεί να βιωθεί ως δυσφορική εμπειρία από το άτομο, είναι πιθανόν, ωστόσο, να διατηρηθεί ως ένας τρόπος αποφυγής μιας ακόμα πιο δυσφορικής κατάστασης». Ο μηρυκασμός μπορεί να συμβάλει στην αναβολή της ενεργούς δράσης με

αποτέλεσμα να αποφευχθεί το ρίσκο της πραγματικής αποτυχίας και του εξευτελισμού, ή μπορεί να εξυπηρετήσει την αποφυγή εκδήλωσης αντιλαμβανόμενων, ανεπιθύμητων προσωπικών χαρακτηριστικών (π.χ. να γίνει κάποιος εγωιστής), μέσω της συνεχούς επίβλεψης και κριτικής της απόδοσης ενός ατόμου από τον ίδιο. Υπάρχουν, επίσης, δεδομένα που καταδεικνύουν πως άνθρωποι που είναι επιρρεπείς στον καταθλιπτικό μηρυκασμό έχουν ισχυρές πεποιθήσεις ότι ο μηρυκασμός είναι χρήσιμος στην επίλυση προβλημάτων και στη διαχείριση δύσκολων συνασθημάτων [20,21,22]. Αυτές οι θετικές μετα - γνωσιακές πεποιθήσεις σχετικά με το μηρυκασμό μπορεί να οδηγήσουν σε εκσεσημασμένο μηρυκασμό.

Επομένως, λειτουργίες που μπορεί να επιτελεί ο μηρυκασμός και έχουν παρατηρηθεί κλινικά περιλαμβάνουν: (1) την αποφυγή του κινδύνου της αποτυχίας και του εξευτελισμού μέσω της συνεχούς σκέψης γύρω από ένα ζήτημα παρά μέσω της δράσης, (2) την προσπάθεια για επίλυση προβλημάτων ή την κατανόηση των προβλημάτων χωρίς ωστόσο να υπάρχει ένα συγκεκριμένο σχέδιο δράσης, (3) την αποφυγή και τον περιορισμό της κριτικής, προβλέποντας πιθανές αρνητικές αντιδράσεις από τους άλλους, (4) τον έλεγχο ανεπιθύμητων συνασθημάτων, (5) την αποφυγή ανεπιθύμητων ιδιοτήτων μέσω αυτό - κινητοποίησης (π.χ. «παραμένω σε εγρήγορση με τον μηρυκασμό»), (6) την ενίσχυση της λειτουργικής κατανόησης μέσω της προσπάθειας κατανόησης των λόγων που κάτι συνέβη, ώστε να αποτραπούν μελλοντικά προβλήματα και (7) τη μείωση του αισθήματος ευθύνης και την αύξηση του αισθήματος βεβαιότητας για τα συμπεράσματα που έχουν εξαχθεί.

Σύμφωνα με το ανωτέρω λειτουργικό-περιβαλλοντικό πλαίσιο, ο καταθλιπτικός μηρυκασμός φαίνεται πως μαθαίνεται κατά την παιδική ηλικία ως μια στρατηγική διαχείρισης δύσκολων εμπειριών ή και τραυματικών εμπειριών [23]. Επιπλέον, μπορεί να αναπτύχθηκε ως μηχανισμός, είτε γιατί το παιδί μιμήθηκε από τους γονείς το δικό τους παθητικό τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων [1, 17], είτε γιατί δεν κατάφερε να μάθει πιο ενεργητικές στρατηγικές διαχείρισης των δυσφορικών συνασθημάτων ως συνέπεια της έντονης επικριτικής, υπερπροστατευτικής και παρεμβατικής στάσης των γονέων απέναντί του. Μέσα από το μηρυκασμό, ένα παιδί μπορεί να αναλύσει τα κίνητρα και τις διαθέσεις των άλλων, προκειμένου να προβλέψει τη συμπεριφορά τους και να αποφύγει την κριτική ή την κακοποίηση. Ο μηρυκασμός γίνεται αντιληπτός ως μια «στρατηγική προσαρμογής για τη μείωση του πόνου, η οποία μπορεί να ενισχυθεί, να μαθευτεί σε υπερβολικό βαθμό και να γενικευτεί σε άλλες καταστάσεις» [23]. Ακόμα, ένα παιδί μπορεί να αναπτύξει μηρυκασμό, όταν η οικογένεια αποθαρρύνει την έκφραση των σκέψεων και των συνασθημάτων του, ή νιώθει αβοήθητο να επηρεάσει καταστάσεις και οδηγείται κατά συνέπεια στην εσωστρέφεια. Επιπλέον, καταστάσεις σεξουαλικής κακοποίησης οι οποίες είναι δύσκολο να κατανοηθούν από ένα παιδί, η αβοηθητότητα, και οι απαγορεύσεις για αποκάλυψη των καταστάσεων αυτών, συσχετίζονται με το μηρυκασμό [24].

3. Εστίαση της Θεραπείας στο Μηρυκασμό

Υπάρχουν σημαντικοί λόγοι που ο μηρυκασμός μπορεί να αποτελέσει πρωταρχικό θεραπευτικό στόχο. Σύμφωνα με τον Watkins (2012), αναφέρονται πέντε βασικές ενδείξεις που παραπέμπουν στην αναγκαιότητα εστίασης της θεραπείας στο μηρυκασμό. Πρώτον, σημειώνονται αυξημένα επίπεδα μηρυκασμού σε ασθε-

νείς που βιώνουν στο παρόν ή έχουν βιώσει καταθλιπτική συμπτωματολογία σε σχέση με μη πάσχοντες [25]. Επίσης, αποτελεί ένα συνηθισμένο υπολειμματικό σύμπτωμα, που παραμένει σε υψηλά επίπεδα, μετά από μερική όσο και πλήρη ύφεση της κατάθλιψης [26, 25]. Τα αυξημένα επίπεδα μηρυκασμού σχετίζονται με μικρότερη ανταπόκριση τόσο στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα όσο και στη γνωσιακή θεραπεία [27, 28].

Δεύτερον, ο μηρυκασμός ευθύνεται σε κάποιο βαθμό για την έναρξη και τη διατήρηση της συμπτωματολογίας της κατάθλιψης και διαδραματίζει αιτιακό ρόλο σε ένα φάσμα εκβάσεων της κατάθλιψης, συμπεριλαμβανομένων της επιδείνωσης της αρνητικής διάθεσης και της αύξησης του αρνητικού τρόπου σκέψης [2].

Τρίτον, ο καταθλιπτικός μηρυκασμός εξηγεί μερικώς τα ποσοστά κατάθλιψης 2:1 στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Μόλις γίνει προσαρμογή στατιστικά για τη μεγαλύτερη τάση των γυναικών να μηρυκάζουν, δεν υπάρχει πλέον διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών σε ποσοστά κατάθλιψης [29, 30, 31].

Τέτατον, η κλινική εμπειρία υποδηλώνει ότι ο μηρυκασμός είναι βασική και συχνά παραμελημένη συστατική της φαινομενολογίας του ασθενούς με κατάθλιψη. Οι ασθενείς τον περιγράφουν ως «ακούσιο, δύσκολο στο να σταματήσει, επίμονο και επαναλαμβανόμενο και δύσκολο να τεθεί υπό έλεγχο». Επιπλέον, βιώνεται μέσα από αλληπάλληλες ερωτήσεις «Γιατί;», γύρω από παρελθόντα γεγονότα και αρνητικές εμπειρίες. Οι ασθενείς αναφέρουν ότι υπάρχει η αίσθηση ότι ωθούνται προς το μηρυκασμό, ότι «πρέπει να το κάνουν» [2]. Οι πιο συχνά αναφερόμενες συνέπειες του μηρυκασμού είναι: η αυξημένη θλίψη, δυσφορία και το άγχος, μειωμένη κινητοποίηση, αϋπνία, έντονη κούραση, αναβλητικότητα, αυτο-επίκριση, απαισιοδοξία και απελπισία. Επομένως, η συλλογιστική της εν λόγω προσέγγισης είναι ότι η επιτυχημένη διαχείριση του μηρυκασμού θα συνεπαγόταν την αντιμετώπιση ενός υπολειμματικού συμπτώματος της κατάθλιψης και ταυτόχρονα θα περιόριζε ένα σημαντικό μηχανισμό που συμβάλλει στην έναρξη και τη διατήρησή της, βελτιώνοντας επομένως τα θεραπευτικά αποτελέσματα.

Τέλος, ο μηρυκασμός φαίνεται να αποτελεί μια διαδικασία/μηχανισμό που χαρακτηρίζει πληθώρα άλλων διαταραχών, πέραν της κατάθλιψης, όπως αγχώδεις διαταραχές, εξαρτήσεις από ουσίες και διαταραχές πρόσληψης τροφής [2]. Η αντιμετώπιση του μηρυκασμού μπορεί, ως εκ τούτου, να προσφέρει το επιπλέον πλεονέκτημα της αντιμετώπισης συννοσηρών καταστάσεων. Εξάλλου, είναι πιο σύνθετες ένας ασθενής που ζητάει βοήθεια για την κατάθλιψη να πάσχει, στην πραγματικότητα από περισσότερες διαταραχές, δηλαδή να παρουσιάζει δύο ή περισσότερες συννοσηρές καταστάσεις. Πιο συχνά, αυτοί οι ασθενείς αντιμετωπίζουν ταυτόχρονα αγχώδεις διαταραχές και κατάθλιψη και είναι υψηλά τα ποσοστά μιας τέτοιας συννοσηρότητας [32]. Μια εναλλακτική δια-διαγνωστική θεραπευτική προσέγγιση, όπως προτείνεται από τους Harvey και συνεργάτες (2004) [33] και Mansell, Harvey, Watkins και Shafran (2008) [34] είναι η αναγνώριση δια-διαγνωστικών μηχανισμών που αφορούν πολλαπλές διαταραχές και στη συνέχεια η ρητή αντιμετώπιση των μηχανισμών αυτών. Έχει υποστηριχθεί ότι η δια- διαγνωστική προσέγγιση της θεραπείας μπορεί να αποτελέσει αποτελεσματικό μέσο για την αντιμετώπιση της συννοσηρότητας.

4. Γνωσιακές - Συμπεριφοριστικές Θεραπείες για το Μηρυκασμό
Παρότι η κλασική γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία για την κατάθλιψη [35] έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στην αντιμετώ-

πιση του μηρυκασμού, εν τούτοις φαίνεται να υπάρχουν αρκετοί περιορισμοί και δυσκολίες [2]. Πρώτον, η έμφαση στην αμφισβήτηση των αρνητικών σκέψεων δεν είναι τόσο αποτελεσματική, όταν επικρατεί μία συνεχής ακολουθία αρνητικών σκέψεων όπως αυτή που επιφέρει ο μηρυκασμός. Επιπλέον, η καθαυτή πρόκληση σκέψεων μπορεί να επιτείνει το μηρυκασμό, καθώς η προσπάθεια να σταματήσει μία σκέψη δεν εμποδίζει την πλήρη ροή του μηρυκασμού, επειδή η πρώτη αρνητική σκέψη απλώς ακολουθείται από την επόμενη διαδοχική σκέψη. Επίσης, σε ασθενείς που είναι επιρρεπείς στο μηρυκασμό, κάθε μορφή συζήτησης και αμφισβήτησης μπορεί να προκαλέσει μία διεξοδική περιγραφή για το τι έχει συμβεί και τι σημαίνει γι' αυτούς, προκαλώντας επομένως την αναπαραγωγή του μηρυκασμού.

Οι επονομαζόμενες θεραπείες του «Τρίτου Κύματος» της ΓΣΘ δίνουν έμφαση στη διαχείριση του μηρυκασμού με κυριότερες τη Συμπεριφορική Κινητοποίηση (Behavioural Activation, BA), τη Γνωσιακή Θεραπεία βασισμένη στην Ενσυνειδητότητα (Mindfulness - based CBT, MBCT) και την Εστιασμένη στο Μηρυκασμό Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία (Rumination Focused Cognitive Behavioral Therapy, RFCBT) [2]. Οι συνήθεις παρεμβάσεις της ΓΣΘ έχει φανεί ότι είναι λιγότερο αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης σε άτομα με έντονη τη συμπεριφορά του μηρυκασμού, σε σχέση με άτομα που εμφανίζουν λιγότερο τη συμπεριφορά αυτή [27, 28]. Μια ειδοποιός διαφορά μεταξύ της κλασικής ΓΣΘ για την κατάθλιψη και των νέων θεραπειών που δίνουν έμφαση στην αντιμετώπιση του μηρυκασμού, είναι πως η ΓΣΘ εστιάζει στο περιεχόμενο της σκέψης και στην αναδόμηση σκέψεων για την κάθε επιμέρους σκέψη, ενώ οι τρεις νέες θεραπείες εστιάζουν στην τροποποίηση της διαδικασίας και της αλληλουχίας των σκέψεων, παρά στην κάθε επιμέρους σκέψη. Στην παρούσα εργασία θα γίνει μια σύντομη αναφορά στη BA και στην MBCT και θα παρουσιαστεί εκτενέστερα η RFCBT, καθώς και η αποτελεσματικότητά της.

4.1. Η Συμπεριφορική Κινητοποίηση και η Γνωσιακή Θεραπεία βασισμένη στην Ενσυνειδητότητα

Η Συμπεριφορική Κινητοποίηση (BA) αποτελούσε αρχικά μέρος της πλήρους ΓΣΘ παρέμβασης, και περιελάμβανε παρακολούθηση και προγραμματισμό των δραστηριοτήτων. Σύμφωνα με μελέτες, όπου έγινε σύγκριση των διαφορετικών στοιχείων της ΓΣΘ, φάνηκε ότι από μόνη της η BA ήταν εξίσου αποτελεσματική στη μείωση των συμπτωμάτων όσο και η BA μαζί με πρόκληση των σκέψεων και όσο και το πλήρες γνωσιακό συμπεριφοριστικό θεραπευτικό πρωτόκολλο [36, 37]. Κατά συνέπεια αυτής της θετικής έκβασης η BA αναπτύχθηκε σε μία πλήρη θεραπεία, που εστιάζει στην κατανόηση της λειτουργίας και του πλαισίου στο οποίο λαμβάνει χώρα η κατάθλιψη και στην αντιμετώπιση των συμπεριφορών αποφυγής [14]. Είναι σημαντικό πως στη BA δίνεται ρητή έμφαση στη μείωση του μηρυκασμού από μια λειτουργική - αναλυτική οπτική [38]. Η BA φαίνεται πως είναι μια παρέμβαση για την κατάθλιψη, με εξίσου καλή αποτελεσματικότητα με τη φαρμακοθεραπεία και με καλύτερη αποτελεσματικότητα σε σύγκριση με τη ΓΣΘ για την οξεία κατάθλιψη [39].

Η βασισμένη στην Ενσυνειδητότητα Γνωσιακή Θεραπεία (MBCT) περιλαμβάνει την ενσωμάτωση στοιχείων ενός εστιασμένου στην ενσυνειδητότητα προγράμματος για τη μείωση του άγχους [40], προκειμένου να διαμορφωθεί μια θεραπεία πρόληψης υποτροπής [41]. Η MBCT γίνεται σε εβδομαδιαίες ομαδικές συνεδρίες, στις οποίες οι συμμετέχοντες εκπαιδεύονται και ανα-

πύσσουν επίγνωση των αισθήσεων, των σκέψεων και των συναισθημάτων στο «εδώ και τώρα», μέσα από την εφαρμογή τεχνικών διαλογισμού. Υπάρχει εστίαση στην αλλαγή του τρόπου της σκέψης και της απόκρισης στα συναισθήματα, προκειμένου να αντιμετωπιστεί ο μηρυκασμός. Υπάρχουν δεδομένα ότι η MBCT μπορεί να μειώσει το μηρυκασμό σε ασθενείς με ιστορικό κατάθλιψης [42]. Η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να καθορίσει, εάν η MBCT είναι αποτελεσματική σε ασθενείς με οξεία συμπτώματα κατάθλιψης.

4.2. Η Εστιασμένη στο Μηρυκασμό ΓΣΘ (RFCBT)

Η RFCBT είναι ένα πρωτόκολλο ΓΣΘ θεραπείας που αποτελείται από μέχρι και 12 προγραμματισμένες συνεδρίες, οι οποίες γίνονται εβδομαδιαία ή ανά δεκαπενθήμερο. Είναι θεωρητικά εμπνευσμένη από τις πειραματικές έρευνες που δείχνουν πως υπάρχουν διακριτοί τύποι μηρυκασμού, εποικοδομητικού και μη παραγωγικού. Έχει σχεδιαστεί με στόχο να εκπαιδεύσει τους ασθενείς να μετατρέψουν το μηρυκασμό τους σε εποικοδομητικό, μέσα από τη χρήση της λειτουργικής ανάλυσης, βιωματικών/νοερών ασκήσεων και συμπεριφορικών πειραμάτων [2]. Η RFCBT, επομένως, βασίζεται στις βασικές αρχές και τεχνικές της ΓΣΘ (Beck et al., 1979), με τρεις βασικές προσαρμογές. Η πρώτη αφορά στην υιοθέτηση μιας προοπτικής πλαισίου – λειτουργίας – ανάλυσης, κατά τα πρότυπα της Συμπεριφορικής Κινητοποίησης (BA) [38,14], εστιάζοντας ωστόσο περισσότερο στις εσωτερικές συμπεριφορές, στις οποίες κατατάσσεται ο μηρυκαστικός τρόπος σκέψης. Δεύτερον, υπάρχει μια ειδική εστίαση στη μετατροπή από δυσλειτουργικά σε λειτουργικά μοτίβα επεξεργασίας πληροφοριών [13]. Τρίτον, δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στη θεώρηση των καταθλιπτικογόνων γνωσιών ως μαθημένης συνήθειας και στη χρήση τεχνικών που στοχεύουν στην αλλαγή των συνηθειών. Η RFCBT έχει μια σειρά από κύρια μέρη, χωρίς ωστόσο να υπάρχει κάποιο πρωτόκολλο με βήματα που απαιτείται να εφαρμοστούν με συγκεκριμένη σειρά ή σε συγκεκριμένες συνεδρίες. Η επιλογή των συγκεκριμένων στοιχείων της θεραπείας και η εφαρμογή τους καθορίζεται βάσει της αξιολόγησης, της λειτουργικής ανάλυσης και της διατύπωσης περίπτωσης του κάθε ασθενούς. Σε γενικές γραμμές, επομένως, η θεραπεία έχει χαλαρή δομή. Οι πρώτες συνεδρίες εστιάζονται στην αξιολόγηση και την ενημέρωση/ψυχοεκπαίδευση του ασθενούς στη θεραπεία, καθώς και στην εισαγωγή παρεμβάσεων, όπως η προσαρμογή των περιβαλλοντικών συνεπειών, η εκπαίδευση στη χαλάρωση, η ακρόαση μιας ηχογραφημένης συνεδρίας ή η μελέτη εκπαιδευτικού υλικού. Οι επόμενες συνεδρίες εστιάζονται στην αντικατάσταση της αποφυγής, με την κινητοποίηση και την επίλυση προβλημάτων, και την εκπαίδευση στην αναγνώριση και την αλλαγή του τρόπου σκέψης. Στις τελευταίες συνεδρίες συστηματοποιούνται οι αλλαγές, γίνεται προετοιμασία για τη λήξη της θεραπείας και δίνεται έμφαση στη διαμόρφωση μελλοντικών σχεδίων και την πρόληψη υποτροπής.

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας χρησιμοποιούνται τα βασικά στοιχεία της παραδοσιακής ΓΣΘ, μεταξύ των οποίων είναι η δομημένη μορφή της, η εστίαση στο εδώ – και – τώρα, ο συνεργατικός εμπειρισμός, η απξέντα της συνεδρίας, η ανατροφοδότηση και οι παραφράσεις, η εργασία για το σπίτι, η καθοδηγούμενη ανακάλυψη και τα συμπεριφορικά πειράματα [35]. Οι κύριες διαφοροποιήσεις από τη συνήθη ΓΣΘ είναι η μεγαλύτερη έμφαση στη λειτουργία, στο σκοπό και τη χρησιμότητα των σκέψεων και των συμπεριφορών (παρά στην εξέταση της εγκυρότητας και των

αποδείξεων υπέρ ή κατά), η ρητή εστίαση στην αλλαγή των συνηθειών και του τρόπου σκέψης.

Τα βασικά συστατικά της RFCBT με την τυπική σειρά εμφάνισής τους κατά τη διάρκεια της θεραπείας είναι:

1. Μια ιδιοσυγκρασιακή αξιολόγηση, η οποία είναι συνδεδεμένη με μία ξεκάθαρη συλλογιστική εστίαση στο μηρυκασμό και την αποφυγή, ενισχύοντας την ιδέα ότι ο μηρυκασμός είναι μια μαθημένη συμπεριφορά. Το αναπτυξιακό ιστορικό του ασθενούς είναι σημαντικό εδώ να ενταχθεί στη συλλογιστική.
2. Εκπαίδευση στον εντοπισμό του μηρυκασμού, της αποφυγής και των πρόδρομων ενδείξεων της παρουσίας του, χρησιμοποιώντας εργασία για το σπίτι.
3. Λειτουργική ανάλυση, για τη διερεύνηση του πλαισίου και της λειτουργίας του μηρυκασμού και της αποφυγής. Η λειτουργική ανάλυση είναι μία προσέγγιση, όπου δίδεται έμφαση στον καθορισμό των λειτουργιών, των συνεπειών τους και των πλαισίων, στα οποία λαμβάνουν χώρα θεμιτές ή αθέμιτες συμπεριφορές, και ως εκ τούτου στην εύρεση τρόπων για τη συστηματική αύξηση ή ελάττωση των συμπεριφορών – στόχων. Εστιάζει στη μελέτη της μεταβλητότητας της συμπεριφοράς, των συνεπειών της και του πλαισίου, όπου εκδηλώνεται, εντός της προσωπικής εμπειρίας του ατόμου και στην αξιοποίηση αυτών για τη διαμόρφωση των παρεμβάσεων.
4. Καθορισμός πιο προσαρμοστικών και βοηθητικών αποκρίσεων αντί για το μηρυκασμό, στις πρόδρομες ενδείξεις, με σενάρια «Αν – Τότε». Αυτές οι εναλλακτικές αποκρίσεις μπορούν να περιλαμβάνουν έκδηλη συμπεριφορά, ή τη χρήση ασκήσεων με νοερές εικόνες.
5. Πειράματα για να εξεταστεί κατά πόσο ο μηρυκασμός είναι μία προσαρμοστική συμπεριφορά και να δοκιμαστούν εναλλακτικές στρατηγικές, όπως για παράδειγμα, το «Γιατί – Πώς» πείραμα, στο οποίο οι ασθενείς συγκρίνουν τον τρόπο σκέψης για μια κατάσταση που τους αναστατώνει, στη μία περίπτωση χρησιμοποιώντας έναν ασαφή τρόπο (ρωτώντας «Γιατί συνέβη αυτό;»), στην άλλη περίπτωση χρησιμοποιώντας έναν συγκεκριμένο τρόπο (ρωτώντας «Πώς συνέβη;»), για να διαπιστώσουν ότι ο τρόπος σκέψης επηρεάζει το αποτέλεσμα του μηρυκασμού.
6. Αυξημένη δραστηριοποίηση και μείωση της αποφυγής, ενσωματώνοντας την ανάπτυξη συνηθειών. Η δραστηριότητα πρέπει να γίνει όσο πιο συγκεκριμένη γίνεται, με στόχο συμπεριφορικές αλλαγές.
7. Η χρήση βιωματικών ασκήσεων και νοερής απεικόνισης με στόχο τη βιωματική εμπειρία της προσαρμοστικής χρήσης της προσοχής και της συγκέντρωσης ως αντιστάθμισμα κατά του μηρυκασμού. Συγκεκριμένα, αυτές οι ασκήσεις μπορεί να περιλαμβάνουν νοερές εικόνες για την ανάκτηση θετικών εμπειριών συγκέντρωσης και ενεργούς συμμετοχής σε δραστηριότητες, ή στην αναγνώριση και τη διαμόρφωση δραστηριοτήτων, στις οποίες ο ασθενής εμπλέκεται και συμμετέχει ενεργά. Ο στόχος αυτών των ασκήσεων και των πειραμάτων είναι να καθιερώσουν έναν εναλλακτικό, εποικοδομητικό τρόπο επεξεργασίας των εμπειριών, προς αντικατάσταση του παθολογικού, αφαιρετικού τρόπου που απαντάται στον καταθλιπτικό μηρυκασμό.
8. Εστίαση στις αξίες του ασθενούς για τη μείωση του μηρυκασμού γύρω από ζητήματα που δεν έχουν αξία και την ενίσχυση δραστηριοτήτων σύμφωνα με τις αξίες του.
9. Πρόληψη υποτροπής
Η θεραπεία τυπικά ακολουθεί αυτή τη σειρά θεραπευτικών στοιχείων. Εν τούτοις, δεδομένου ότι η θεραπεία καθορίζεται από τα

αποτελέσματα της λειτουργικής ανάλυσης, της αξιολόγησης και της διατύπωσης περίπτωσης, δεν υπάρχει προκαθορισμένη σειρά με την οποία ο θεραπευτής εφαρμόζει τα θεραπευτικά στοιχεία. Η RFCBT έχει ερευνηθεί σε τρεις κλινικές μελέτες: μια σειρά περιπτώσεων ατομικών θεραπειών σε ασθενείς με υπολειμματική κατάθλιψη [43], μία τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη ατομικής θεραπείας για ασθενείς με υπολειμματική κατάθλιψη [44], και μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη ομαδικής RFCBT και βασισμένης στο διαδίκτυο RFCBT για τη μείωση και την πρόληψη κατάθλιψης σε δείγμα νέων ενηλίκων υψηλού κινδύνου, λόγω ανεβασμένων επιπέδων ανησυχίας και μηρυκασμού [45]. Έγιναν επίσης ερευνητικές δοκιμές εκπαίδευσης στη συγκεκριμενοποίηση του συλλογισμού (concreteness training), η οποία αποτελεί ένα ειδικό στοιχείο της RFCBT θεραπείας [46, 47]. Σύμφωνα με την πιλοτική τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη [44] για την αποτελεσματικότητα της RFCBT σε ασθενείς με υπολειμματική κατάθλιψη, οι ασθενείς στη συνθήκη RFCBT παρουσίασαν βελτίωση στα υπολειμματικά συμπτώματα σημαντικά περισσότερο από ό, τι οι ασθενείς που έλαβαν μόνο τη συνήθη θεραπεία. Αν και η φαρμακοθεραπεία σε συνδυασμό με τις ψυχολογικές θεραπείες συνιστώνται ευρέως για την κατάθλιψη, τα επιπρόσθετα οφέλη από τη συνδυασμένη θεραπεία είναι γενικά μέτρια σε ασθενείς με υπολειμματική κατάθλιψη. Τα ευρήματά της έρευνας αυτής είναι επομένως ενθαρρυντικά, καθώς υποδεικνύουν ότι η εστίαση σε μια πτυχή της υπολειμματικής κατάθλιψης – το μηρυκασμό – σε συνδυασμό με τη φαρμακοθεραπεία μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε μια κατηγορία ασθενών με ανθεκτικότητα στα οφέλη της φαρμακευτικής αγωγής. Σε μία άλλη μελέτη [33] η RFCBT ήταν, επίσης, αποτελεσματική στη μείωση των συμπτωμάτων στον Άξονα I και II, σε ασθενείς με κατάθλιψη και συννοσηρές διαταραχές. Η μείωση των συμπτωμάτων στις περιπτώσεις συννοσηρότητας υποδεικνύει ότι ο μηρυκασμός αποτελεί μια δια-διαγνωστική διαδικασία, η οποία διαδραματίζει αιτιολογικό ρόλο στην ανάπτυξη της ψυχοπαθολογίας σε μια σειρά διαταραχών. Τα ευρήματα των ερευνών υποδεικνύουν ότι η RFCBT και τα επιμέρους στοιχεία της είναι αποτελεσματικά στη μείωση του μηρυκασμού και της κατάθλιψης.

Συζήτηση

Συνοψίζοντας, ο καταθλιπτικός μηρυκασμός φαίνεται πως αποτελεί μια σημαντική παράμετρο που πρέπει να ληφθεί ξεχωριστά υπόψη στην κατανόηση της έναρξης, της διατήρησης και της θεραπείας της κατάθλιψης. Δεδομένης της ύπαρξης δύο ειδών μηρυκασμού, παραγωγικού και μη παραγωγικού, οι γνωσιακές συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις που αναπτύσσονται με έμφαση στο μηρυκασμό, εστιάζουν στην αναγκαιότητα για μια συνολικότερη αλλαγή του τρόπου σκέψης και των συνηθειών του ασθενούς και στην μετατροπή του μη παραγωγικού και αυθαίρετου τρόπου σκέψης σε συγκεκριμένο και προσδιορισμένο τρόπο σκέψης, που αποσκοπεί στην αναγνώριση και πρακτική επίλυση των προβλημάτων. Η στόχευση του μηρυκασμού στη θεραπεία μπορεί να βελτιώσει το θεραπευτικό αποτέλεσμα, μέσω της άμεσης διαχείρισης ενός υποκείμενου μηχανισμού διατήρησης των προβλημάτων και μέσω της καλύτερης αντιμετώπισης της συννοσηρότητας της κατάθλιψης με άλλες διαταραχές. Μέχρι τώρα, οι περισσότερες ερευνητικές μελέτες της γνωσιακής συμπεριφοριστικής θεραπείας δεν έχουν αξιολογήσει το μηρυκασμό, αφήνοντας ερωτήματα κατά πόσο η συνήθη ΓΣΘ μειώνει αποτελεσματικά το μηρυκασμό. Ο μηρυκασμός πρέπει να συμπεριληφθεί ως μέτρηση

της έκβασης εντός των θεραπευτικών δοκιμών για να εξαχθεί το συμπέρασμα κατά πόσο οι υπάρχουσες παρεμβάσεις μειώνουν συγκεκριμένα το μηρυκασμό. Σύμφωνα με τα προκαταρκτικά αποτελέσματα των ερευνών, η RFCBT φαίνεται να έχει θετική έκβαση στην αντιμετώπιση του καταθλιπτικού μηρυκασμού, όμως δεν υπάρχουν μελέτες σύγκρισης της αποτελεσματικότητας της εν λόγω θεραπείας με την παραδοσιακή ΓΣΘ σε ασθενείς με προεξάρχον σύμπτωμα τον καταθλιπτικό μηρυκασμό. Είναι απαραίτητη η σύγκριση της RFCBT σε σχέση με την ΓΣΘ σε μια μεγαλύτερης κλίμακας τυχαιοποιημένη μελέτη για να ελεγχθεί κατά πόσο η RFCBT οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα από τη ΓΣΘ στην αντιμετώπιση του καταθλιπτικού μηρυκασμού.

Depressive Rumination: Investigation and Treatment of Underlying Mechanisms in Therapy

Amolochitis – Patriarchopoulos, Filippou¹, Kouvaraki, Elli¹

¹Association for Cognitive Behavioural Studies

Correspondence: Elli Kouvaraki, Association for Cognitive Behavioural Studies, Gladstonos 10, Kannigos Square, 10677, Athens, Greece. E-mail: ellikiak@windowslive.com Tel.: +30 6947848570

Abstract

The aim of this review is to define depressive rumination, understand its importance in the onset and maintenance of depression and present current CBT therapeutic models, which aim to target rumination, in order to decrease depressive symptoms. Depressive rumination is defined as a form of repetitive thinking, as behavior and thoughts that focus the attention of an individual towards depressive symptoms and the implications of those symptoms. Rumination itself is considered a form of avoidance, a coping strategy that is derived from learning through early childhood experiences and is not necessarily considered a malfunctioning behavior, nor only a symptom of depression. Everyone is bound to succumb to rumination under specific distressful events, such as grief or unachieved goals. However, patients prone to rumination are harmed by this coping strategy, as it may lead to overgeneralization and abstract thinking, further impairing the individual's ability in problem solving. Research has shown that rumination can take a variety of forms, some more constructive and concrete than others. Rumination can be abstract, vague and impairing for the depressed patient, or concrete, explicit and helpful, enhancing the patient's ability to address his problems and solve them. Traditional CBT approaches for depression have proven effective; however given the fact that rumination is a comorbidity factor between depression and other disorders, research has shown the need for therapeutic models in targeting rumination. As such, given that research supports both rumination's role as a moderator in depression and its possible constructive use in therapy, current CBT models emerged in order to specifically focus on targeting rumination. Three of those models are presented in this review, Behavioural Activation, a former part of the traditional CBT approach, which seems to be as effective on its own, Mindfulness Based

Cognitive Therapy, which incorporates mindfulness exercises and meditation to prevent relapse, and Rumination Focused CBT, which aims in shifting the patients thinking style from an abstract, unconstructive one to a more concrete and constructive one. Concerning Rumination Focused CBT, the therapist uses Functional Analysis, coaches the patient in alternate responses to early signs of rumination and avoidance, and focuses on changing the patient's thinking style as a whole.

Key words: Rumination, Cognitive Behavioural Therapy (CBT), Depression, Treatment

Βιβλιογραφία

- [1] Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J Abnorm Psychol*, 1991; 100: 569–582.
- [2] Watkins E. Rumination-focused cognitive-behavioral therapy for depression. 1st ed. New York: The Guilford Press, 2016.
- [3] Treynor W, Gonzalez R., Nolen-Hoeksema S. Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognit Ther Res*, 2003; 27: 247–259.
- [4] Watkins E, Teasdale JD. Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *J Affect Disord*, 2004; 82: 1–8.
- [5] Watkins E, Baracaia S. Rumination and social problem-solving in depression. *Behav Res Ther*, 2002; 40: 1179–1189.
- [6] Watkins E, Moulds M. Distinct modes of ruminative self-focus: Impact of abstract versus concrete rumination on problem solving in depression. *Emotion*, 2005a; 5: 319–328.
- [7] Watkins E, Teasdale JD. Rumination and overgeneral memory in depression: Effects of self-focus and analytic thinking. *J Abnorm Psychol*, 2001; 110: 353–357.
- [8] Watkins E, Teasdale JD. Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *J Affect Disord*, 2004; 82: 1–8.
- [9] Martin LL, Tesser A. Some ruminative thoughts. In: Wyer RS, ed. *Advances in social cognition* (Vol. 9, pp. 1–47). 1996a; Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- [10] Martin LL, Tesser A. Striving and feeling: Interactions among goals, affect, and self-regulation, 1996b; Mahwah, NJ: Erlbaum.
- [11] Carver CS, Scheier MF. *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press, 1998
- [12] Pyszczynski T, Greenberg J. Self-regulatory perseveration and the depressive self-focusing style: A self-awareness theory of reactive depression. *Psychol Bull*, 1987; 102(1): 122–138.
- [13] Watkins ER. Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychol Bull*, 2008; 134(2): 163–206.
- [14] Martell CR., Addis ME, Jacobson NS. *Depression in context: strategies for guided action*. New York: Norton, 2001
- [15] Wells A. Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 1995; 23(03): 301–320.
- [16] Borkovec TD, Roemer L. Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: Distraction from more emotionally distressing topics? *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 1995; 26(1): 25–30.
- [17] Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspect Psychol Sci*, 2008; 3(5): 400–424.
- [18] Watkins ER., Scott J, Wingrove J, Rimes K, Bathurst N, Steiner H, et al. Rumination-focused cognitive behavior therapy for residual depression: A case series. *Behav Res Ther*, 2007; 45(9): 2144–2154.
- [19] Ferster CB. A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 1973; 28(10): 857–870.
- [20] Papageorgiou C, Wells A. Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior Therapy*, 2001; 32: 13–26.
- [21] Watkins E, Baracaia S. Why do people ruminate in dysphoric moods? *Pers Individ Dif*, 2001; 30: 723–734.
- [22] Watkins E, Moulds M. Positive beliefs about rumination in depression – a replication and extension. *Pers Individ Dif*, 2005; 39: 73–82.
- [23] Spasojevi J, Alloy LB. Who becomes a depressive ruminator? Developmental antecedents of ruminative response style. *J Cogn Psychother*, 2002; 16(4): 405–419.
- [24] Conway M, Mendelson M., Giannopoulos C, Csank PA., Holm SL. Childhood and adult sexual abuse, rumination on sadness, and dysphoria. *Child Abuse Negl*, 2004; 28(4): 393–410.
- [25] Roberts JE, Gilboa E, Gotlib IH. Ruminative response style and vulnerability to episodes of dysphoria: Gender, neuroticism, and episode duration. *Cognit Ther Res*, 1998; 22(4): 401–423.
- [26] Riso LP, Du Toit P, Blandino JA., Penna S, Dacey S, Duin, JS, et al. Cognitive aspects of chronic depression. *J Abnorm Psychol*, 2003; 112(1): 72–80.
- [27] Ciesla JA, Roberts JE. Rumination, negative cognition, and their interactive effects on depressed mood. *Emotion*, 2007; 7(3): 555–565.
- [28] Schmaling KB, Dimidjian S, Katon W, Sullivan M. Response styles among patients with minor depression and dysthymia in primary care. *J Abnorm Psychol*, 2002; 111(2): 350–356.
- [29] Butler LD, Nolen-Hoeksema S. Gender differences in responses to depressed mood in a college sample. *Sex Roles*, 1994; 30(5–6): 331–346.
- [30] Grant KE, Lyons AL, Finkelstein JAS., Conway KM, Reynolds, LK, O’Koon JH, et al. Gender differences in rates of depressive symptoms among low-income, urban, African American youth: A test of two mediational hypotheses. *Journal of Youth and Adolescence*, 2004; 33(6): 523–533.
- [31] Nolen-Hoeksema S, Larson J, Grayson C. Explaining the gender difference in depressive symptoms. *J Pers Soc Psychol*, 1999; 77(5): 1061–1072.
- [32] Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 2005; 62(6): 617–627.
- [33] Harvey A, Watkins E, Mansell W, Shafran R. *Cognitive behavioral processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford, UK: Oxford University Press, 2004
- [34] Mansell W, Harvey A, Watkins ER., Shafran R. Cognitive behavioral processes across psychological disorders: A review of the utility and validity of the transdiagnostic approach. *Int J Cogn Ther*, 2008; 1(3): 181–191.
- [35] Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press, 1979
- [36] Gortner ET, Gollan JK, Dobson KS, Jacobson NS. Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *J Consult Clin Psychol*, 1998; 66(2): 377–384.
- [37] Jacobson NS, Dobson KS, Truax PA, Addis ME, Koerner, K, Gollan JK, et al. A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *J Consult Clin Psychol*, 1996; 64(2): 295–304.
- [38] Addis M., Martell C. *Overcoming depression one step at a time: The new behavioral activation approach to getting your life back*. Oakland, CA: New Harbinger Press, 2004
- [39] Dimidjian S, Hollon, SD, Dobson KS, Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *J Consult Clin Psychol*, 2006; 74(4): 658–670.
- [40] Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte, 1990
- [41] Teasdale JD, Segal Z, Williams JMG. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behav Res Ther*, 1995; 33(1): 25–39.
- [42] Ramel W, Goldin PR, Carmona PE, McQuaid JR. The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognit Ther Res*, 2004; 28(4): 433–455.
- [43] Watkins ER, Scott J, Wingrove J, Rimes K, Bathurst N, Steiner H, et al. Rumination-focused cognitive behavior therapy for residual depression: A case series. *Behav Res Ther*, 2007; 45(9): 2144–2154.
- [44] Watkins ER, Mullan E, Wingrove J, Rimes K, Steiner H, Bathurst N, et al. Rumination-focused cognitive-behavioral therapy for residual depression: Phase II randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 2011; 199(4): 317–322.
- [45] Topper M, Emmelkamp PM, Watkins E, Ehring T. Development and assessment of brief versions of the Penn State Worry Questionnaire and the Ruminative Response Scale. *Br J Clin Psychol*, 2014; 53(4): 402–421.
- [46] Watkins ER, Taylor R, Byng R, Baeyens C, Read R., Pearson K, et al. Guided self-help concreteness training as an intervention for major depression in primary care: A Phase II randomized controlled trial. *Psychol Med*, 2012; 42(7): 1359–1371.
- [47] Watkins ER, Baeyens CB, Read, R. Concreteness training reduces dysphoria: Proof-of-principle for repeated cognitive bias modification in depression. *J Abnorm Psychol*, 2009; 118(1): 55–64.