

بررسی اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانگان بالینی دانش

آموزان دوره دوم متوسطه شهر اردل

صادق نظری

کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران

چکیده

مقدمه: با توجه به اینکه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در میان انواع اختلال های اضطرابی و افسردگی کاربرد فراوانی دارد و بیشتر مطالعات صورت گرفته بر روی نمونه های بالینی بزرگسال انجام شده است، بنابراین، این مطالعه با هدف بررسی تأثیر کاربرد درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش علائم آسیب شناسی روانی در نوجوانان انجام گرفت.

روش: این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بوده و ۱۰۰ نفر از دانش آموزان به شیوه نمونه گیری غیر تصادفی انتخاب و با روش جایگزینی تصادفی در چهار گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. هر چهار گروه پرسشنامه SCL-90-R را تکمیل کردند و دو گروه آزمایش، تحت آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. بعد از آموزش نیز هر چهار گروه دوباره پرسشنامه SCL-90-R را تکمیل نمودند. در انتها داده ها جمع آوری و از طریق نرم افزار SPSS-20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره بررسی تاثیر آموزش بر کاهش علائم نشانگان بالینی شش متغیر نشان داد که تفاوت بین دو گروه معنی دار است ($p \leq 0/05$) و ۲۶ درصد کل واریانس ها یا تفاوت های فردی در شکایت جسمی، ۵ درصد در حساسیت در روابط متقابل، ۳۲ درصد در افسردگی، ۳۷ درصد در اضطراب، ۱۶ درصد در پرخاشگری و ۰,۰۸ درصد در پارانوئید مربوط به عضویت گروهی بود. نتیجه گیری: نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان داد که آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش نشانگان بالینی می شود.

واژه های کلیدی: درمان شناختی، ذهن آگاهی، نشانگان بالینی، دانش آموزان

مقدمه

نتایج به دست آمده از مطالعات مختلف بیانگر بروز افسردگی، اضطراب و مواجهه با استرس های مزمن در نوجوانان است. به طوریکه این موارد به عنوان عمده ترین مشکلات هیجانی در نوجوانان به شمار می روند که می توانند به صورت هیجانات منفی روند رشد، تکامل، اجتماعی شدن، ارتباط ها و پیشرفت تحصیلی آنها را تحت تأثیر قرار دهند. [1, 2] برای درمان اختلالات بالینی روش های درمانی مختلفی ارائه شده است. رویکرد شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر اساس برنامه آرمش آموزی و کاهش استرس کابات زین مدل سازی شده است که جهت رشد کیفیت هوشیاری فراگیر از تکنیک های واریسی دقیق بدنی، مراقبه و یوگا استفاده می کنند. در این رویکرد آنچه قابل توجه است، چگونگی احساس آزادی برای درک این مطلب است که بیشتر افکار، فقط افکار هستند و آنها شی یا واقعیت نیستند. این حرکت ساده بازنشاسی افکار همانطور که می تواند بیمار را از واقعیت تحریف شده آزاد کند، اغلب باعث بصیرت شده و احساس اداره و کنترل بیشتر زندگی را به وجود می آورد. [3] شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن (MBCT) عناصری از شناخت درمانی را به درمان می افزاید که در آن تمرکز زدایی، افکار فرد را تسهیل می سازد. این نوع رویکرد تمرکز، در مورد هیجانات و حس های بدبینی هم به کار می رود. [3] با توجه به اینکه این رویکرد در میان انواع اختلال های اضطرابی، دردهای مزمن و افسردگی کاربرد فراوانی دارد و بیشتر پژوهش های صورت گرفته بر روی نمونه های بالینی بزرگسال انجام شده است، بنابراین، این مطالعه با هدف بررسی تأثیر کاربرد درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش علائم آسیب شناسی روانی در نوجوانان انجام گرفت.

متد و روش کار

این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با گروه کنترل بوده و ارزیابی به صورت پیش آزمون و پس آزمون انجام شد و دو گروه آزمودنی به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. نمونه آماری این مطالعه را ۱۰۰ نفر از دانش آموزان دختر و پسر نوجوان که در دوره دوم متوسطه مشغول به تحصیل بودند، تشکیل می دادند. به منظور انتخاب نمونه آماری از روش نمونه گیری خوشه ای در مرحله اول و گمارش تصادفی در مرحله دوم استفاده شد؛ بدین صورت که از بین مدارس متوسطه دوره دوم شهر اردل، چهار دبیرستان به شکل تصادفی انتخاب شدند و همه آنها توسط ابزار اصلی تحقیق یعنی پرسشنامه امید به زندگی میلر ارزیابی گردیدند که مجموع آنها ۲۵۲ نفر بود. از میان این افراد ۵۰ نفر دختر و ۵۰ نفر پسری که کمترین نمرات را در آزمون امید به زندگی بدست آورده بودند مشخص شدند سپس در مرحله دوم از این تعداد، به طور تصادفی ۲۵ دانش آموز دختر و ۲۵ دانش آموز پسر در گروه آزمایش و ۲۵ دانش آموز دختر و ۲۵ دانش آموز پسر در گروه کنترل قرار گرفتند.

در ارتباط با محتوای کارگاه آموزشی و نحوه برگزاری آن اطلاعات اولیه به آزمودنی ها داده شد. تاریخ برگزاری جلسات برای آزمودنی ها مشخص گردید و بعد از اتمام ۸ جلسه دو ساعته آموزشی، مرحله پس آزمون در هر دو گروه انجام شد و نتایج مورد بررسی قرار گرفت. محتوای این جلسات از کتاب درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن برای افسردگی اتخاذ شد. [4] برای گردآوری اطلاعات نیز در این مطالعه از چک لیست علائم مرضی (SCL-90-R)^۱ استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۹۰ سؤال برای ارزشیابی علائم روانی است و به وسیله مراجع گزارش می شود و اولین بار برای نشان دادن جنبه های روان شناختی بیماران جسمی و روانی طرح ریزی گردید. این پرسشنامه توسط دروگاتیس و همکاران در سال ۱۹۷۳ معرفی شد و بر اساس تجربیات بالینی و تجزیه و تحلیل های روان سنجی، مورد تجدید نظر قرار گرفت و فرم نهایی SCL-90-R آن در سال ۱۹۷۶ تهیه گردید. هر یک از سؤال های پرسشنامه از یک طیف ۵ درجه ای میزان ناراحتی، که از نمره صفر «هیچ» تا چهار «به شدت» می باشد، تشکیل شده است. نمره های به دست آمده از SCL-90-R بیانگر ۹ بُعد از نشانه های بیماری و ۳ شاخص کلی است. ۹ بعد شامل: شکایت جسمانی، وسواسی-اجباری، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری (خصوصت)، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان گسسته گرایی و هفت سوال اضافی است. در این مطالعه ۳ حیطه

¹ -Symptom Check List 90 Revised

ترس مرضی، وسواسی-اجباری، روان گسسته گرایی و همچنین سئوالات اضافی به دلیل کاهش تعداد سئوالات و پرهیز از خستگی آزمودنی و همچنین نبود موارد شدید این علائم در آزمودنی های این مطالعه، مدنظر قرار نگرفت. در انتها داده های به دست آمده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS 20 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته ها

نتایج به دست آمده از این مطالعه در مورد میانگین و انحراف استاندارد نشانگان بالینی (ابعاد و کل) دانش آموزان در پیش و پس آزمون به تفکیک جنسیت نشان داد که در بعد شکایت جسمانی، افسردگی و اضطراب، دخترها اندکی بالاتر از پسرها و در بعد پرخاشگری و پارانوئیدی پسرها اندکی بالاتر از دخترها می باشند و در نمرات کل تفاوت محسوسی مشاهده نمی شود (جدول ۱).

جدول ۱. علائم نشانگان بالینی در بین دانش آموزان به تفکیک جنسیت

علائم آسیب شناسی روانی		پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
شکایت جسمانی	پسر	۰/۷۴	۰/۱۶	۰/۵۷	۰/۱۵
	دختر	۰/۹۰	۰/۴۹	۰/۶۹	۰/۳۹
حساسیت میان فردی	پسر	۱/۲	۰/۶۰	۰/۸۷	۰/۱۷
	دختر	۱/۲	۰/۵۳	۱/۰۴	۰/۱۶
افسردگی	پسر	۱/۱	۰/۱۷	۰/۷۵	۰/۱۵
	دختر	۱/۴	۰/۱۸	۰/۹۱	۰/۱۵
اضطراب	پسر	۱/۱۵	۰/۱۷	۰/۷۳	۰/۱۵
	دختر	۱/۱۸	۰/۱۴	۰/۹۷	۰/۵۶
پرخاشگری	پسر	۱/۴	۰/۶۸	۰/۹۵	۰/۶۸
	دختر	۰/۹۴	۰/۵۳	۰/۶۷	۰/۶۷
افکار پارانوئیدی	پسر	۱	۰/۷۹	۰/۹۴	۰/۷۸
	دختر	۰/۸۲	۰/۱۶	۰/۶۶	۰/۵۷
نمره کل	پسر	۰/۱۳	۰/۰۵	۰/۰۹	۰/۰۴
	دختر	۰/۱۲	۰/۰۴	۰/۰۹	۰/۰۳

همچنین مطالعه میانگین و انحراف استاندارد نشانگان بالینی (ابعاد و کل) دانش آموزان در پیش و پس آزمون به تفکیک عضویت گروهی نشان داد که در کلیه ابعاد میانگین نمرات گروه کنترل بالاتر از گروه آزمایش می باشد و در مرحله پس آزمون تفاوت محسوسی بین دو گروه مشاهده می شود (جدول ۲).

جدول ۲. نشانگان بالینی در بین دانش آموزان به تفکیک عضویت گروهی

علائم آسیب شناسی روانی		پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
شکایت جسمانی	کنترل	۰/۶۹	۰/۵۱	۰/۶۶	۰/۱۵

	آزمایش	۰/۹۴	۰/۵۶	۰/۴۰	۰/۲
حساسیت میان فردی	کنترل	۱/۳	۰/۴۶	۱/۴	۰/۵۷
	آزمایش	۱/۰۸	۰/۶۷	۰/۴۸	۰/۳۷
افسردگی	کنترل	۱/۲	۰/۷۱	۱/۱۵	۰/۶۳
	آزمایش	۱/۲	۰/۸۶	۰/۵۱	۰/۲۶
اضطراب	کنترل	۱/۲	۰/۴	۱/۱۸	۰/۵۵
	آزمایش	۱/۱	۰/۷	۰/۵۳	۰/۳۵
پرخاشگری	کنترل	۱/۲۴	۰/۴۷	۱/۳۳	۰/۷۴
	آزمایش	۱/۱۵	۰/۸۱	۰/۵۹	۰/۴
افکار پارانوئیدی	کنترل	۰/۹۲	۰/۵۶	۰/۹۴	۰/۷۸
	آزمایش	۰/۹۰	۰/۸۳	۰/۶۶	۰/۵۷
نمره کل	کنترل	۰/۱۲	۰/۰۳	۰/۱۱	۰/۰۴
	آزمایش	۰/۱۳	۰/۰۶	۰/۰۷	۰/۰۳

در این مطالعه جهت بررسی این فرضیه که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش نشانگان بالینی دانش آموزان مقطع متوسطه دوره دوم شهر اردل می شود، از آزمون تحلیل کواریانس با رعایت و در نظر گرفتن پیش فرضهای آن آزمون استفاده شد. سطوح معنی دار در این آزمون بیانگر آن است که دو گروه کنترل و آزمایش از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته (علائم شش گانه آسیب شناختی) تفاوت معنی داری با هم دارند. آزمون باکس هم پیش فرض تساوی واریانس (شکایت جسمانی، حساسیت در روابط، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و پارانوئا) را در دو گروه نشان می دهد (جدول ۳).

جدول ۳. نتایج مقایسه واریانسهای متغیر وابسته با آزمونهای (اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، و....)

نام آزمون	مقدار	Df فرضیه	Df خطا	F	سطح معنی داری
اثر پیلایی	۰/۶۰	۶	۸۵	۲۱/۸	*۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۳۹	۶	۸۵	۲۱/۸	*۰/۰۰۱
هتلینگ	۱/۵۱	۶	۸۵	۲۱/۸	*۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۱/۵۱	۶	۸۵	۲۱/۸	*۰/۰۰۱
باکس	۸۲/۲	۳/۵	۲۱	۳/۶۶	*۰/۰۰۱

* $p \leq 0/001$

جدول ۴ آزمون لوین بررسی پیش فرض تساوی واریانسهای دو گروه را در متغیرهای شکایت جسمانی، حساسیت در روابط، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و پارانوئا را نشان می دهد. این آزمون پیش فرض عنوان شده در متغیرها را رد نمی کند و واریانسهای دو گروه در متغیرهای شکایت جسمانی، حساسیت در روابط، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و پارانوئا مساوی می باشند (جدول ۴).

جدول ۴. نتایج آزمون لوین مقایسه واریانسهای دو گروه در شش بعد

پارانوئید	پرخاشگری	اضطراب	افسردگی	حساسیت بین فردی	شکایت جسمی	مقدار F
۱/۲۴	۲/۳۵	۱/۴۷	۰/۸۶	۱/۹۵	۳/۳۸	
۰/۱	۰/۰۵	۰/۳	۰/۰۷	۰/۲	۰/۰۶	سطح معنی داری

مطالعه نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره بررسی تاثیر آموزش بر کاهش نشانگان بالینی شش متغیر (شکایت جسمانی، حساسیت در روابط، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و پارانوئید) نشان داد که تفاوت بین شش متغیر در دو گروه معنی دار است ($p \leq 0.05$) و میزان تفاوتها به ترتیب (۰/۲۶، ۰/۵، ۰/۳۲، ۰/۳۷، ۰/۱۶، ۰/۰۸) می باشد. این نتایج نشان می دهد که ۲۶ درصد کل واریانس ها یا تفاوتهای فردی در شکایت جسمی، ۵ درصد در حساسیت در روابط متقابل، ۳۲ درصد در افسردگی، ۳۷ درصد در اضطراب، ۱۶ درصد در پرخاشگری و ۰/۰۸ درصد در پارانوئید مربوط به عضویت گروهی است. توان آماری به غیر از مقیاس پرخاشگری و پارانوئید در دیگر مقیاسها صد در صد است و این توان بالایی است. مقایسه میانگین ها بین دو گروه بیانگر تفاوت متغیرهای شکایت جسمانی، حساسیت در روابط، افسردگی و اضطراب در دو گروه می باشد اما در دو متغیر پرخاشگری و پارانوئید این تفاوت چندان محسوس نیست. همچنین دو گروه از لحاظ تاثیر جنسیت و عضویت گروهی و اثر آموزش مورد بررسی قرار گرفته و نتایج بیانگر تفاوت معنی دار دو گروه با توجه به جنسیت و عضویت گروهی می باشد. در متغیر جنسیت مجذور اتا بیانگر این است که درصد پایینی از تفاوتهای دو گروه مربوط به عامل جنسیت است (به غیر از متغیر پرخاشگری و پارانوئید) و مشخص می شود جنسیت در این آموزش نقش زیادی نداشته است و نمی تواند بین دو گروه تفاوت زیادی ایجاد کند (جدول ۵).

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) بررسی تاثیر آموزش بر متغیرهای نشانگان

بالینی دو گروه

منبع تغییرات	پیش آزمونها	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری	مجذورات	توان آماری
مدل تصحیح شده	شکایت جسمی	۵/۵	۲	۲/۷۵	۱۷/۷	۰/۰۰۱	۰/۲۶	۱
	حساسیت بین فردی	۳۳/۱۶	۲	۱۱/۵۸	۵۰/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۱
	افسردگی	۱۰/۸	۲	۵/۴	۲۳/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۱
	اضطراب	۱۱/۹	۲	۵/۹	۲۸/۸	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۱
	پرخاشگری	۶/۷	۲	۳/۳	۹/۶	۰/۰۰۱	۰/۱۶	۰/۹۷
	پارانوئید	۳/۹	۲	۱/۹	۴/۲	۰/۰۱۶	۰/۰۸	۰/۷۳
اثر متقابل	شکایت جسمی	۲/۰۸	۱	۲/۰۸	۱۳/۴	۰/۰۰۱	۰/۱۲	۰/۹۵
	حساسیت بین فردی	۵	۱	۵	۲۱/۷	۰/۰۰۱	۰/۱۸	۰/۹۹
	افسردگی	۳/۵	۱	۳/۵	۱۵/۵	۰/۰۰۱	۰/۱۳	۰/۹۷
	اضطراب	۲/۵	۱	۲/۵	۱۲/۱	۰/۰۰۱	۰/۱۱	۰/۹۳
	پرخاشگری	۱۴/۹	۱	۱۴/۹	۴۲/۸	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۱
	پارانوئید	۱۴/۷	۱	۱۴/۷	۳۲/۳	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۱

۰/۳۱	۰/۰۲	۰/۱۳	۲/۲۳	۰/۳۴	۱	۰/۳۴	شکایت جسمی	جنسیت
۰/۴۱	۰/۳۱	۰/۰۸	۳/۲	۰/۷۲	۱	۰/۷۲	حساسیت بین فردی	
۰/۳۷	۰/۰۲۸	۰/۱	۲/۷	۰/۶۳	۱	۰/۶۳	افسردگی	
۰/۷۳	۰/۰۶۶	۰/۰۱	۶/۸	۱/۴	۱	۱/۴	اضطراب	
۰/۶۲	۰/۰۵۲	۰/۰۲	۵/۲	۱/۸	۱	۱/۸	پرخاشگری	
۰/۵۱	۰/۰۴۱	۰/۰۴	۴/۱۱	۱/۸	۱	۱/۸	پارانویید	
۱	۰/۲۵	۰/۰۰۱	۳۳/۱	۵/۱	۱	۵/۱	شکایت جسمی	عضویت گروهی
۱	۰/۵۰	۰/۰۰۱	۹۷/۴	۲۲/۴۴	۱	۲۲/۴۴	حساسیت بین فردی	
۱	۰/۳۱	۰/۰۰۱	۴۴/۱	۱۰/۱۶	۱	۱۰/۱۶	افسردگی	
۱	۰/۳۴	۰/۰۰۱	۵۰/۹۸	۱۰/۵۵	۱	۱۰/۵۵	اضطراب	
۰/۹۶	۰/۱۲	۰/۰۰۱	۱۴/۱	۴/۹	۱	۴/۹	پرخاشگری	
۰/۵۵	۰/۰۴	۰/۰۳	۴/۴۸	۲/۰۴	۱	۲/۰۴	پارانویید	
				۰/۱۵	۹۷	۱۵/۰۶	شکایت جسمی	خطا
				۰/۲۳	۹۷	۲۲/۳	حساسیت بین فردی	
				۰/۲۳	۹۷	۲۲/۳	افسردگی	
				۰/۲۰	۹۷	۲۰/۰۸	اضطراب	
				۰/۳۴	۹۷	۳۳/۸۲	پرخاشگری	
				۰/۴۵	۹۷	۴۴/۲۶	پارانویید	

* $p \leq 0/001$

بحث و نتیجه گیری

نتایج به دست آمده از این مطالعه تاثیر و اهمیت روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را در کاهش نشانگان بالینی دانش آموزان مقطع متوسطه دوره دوم شهر اردل نشان می دهد. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعات Teasdale و همکاران [5]، [6] Schulman، Sukhodolsky و همکاران [7]، [8] Kenny and Williams، [9] Paterniti، [10] Bogels و Mathew و همکاران [11]، همسو می باشد. نتایج به دست آمده از آن مطالعات نیز نشان داد که آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش نشانگان بالینی از جمله افسردگی، اضطراب و پرخاشگری و همچنین جلوگیری از عود مجدد آنها می شود. استرس منجر به ایجاد تغییرات در سیستمهای سمپاتیک و پاراسمپاتیک شده و موجب پیامدهای مهمی در بدن و روان انسان می شود. در استرس طولانی مدت می توان علائم افسردگی و سایر اختلالات را در فرد مشاهده نمود لذا آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق مداخلات درمانی برنحوه کنترل فرایند های روانی، افراد را قادر می سازد تا فرایندهای جسمی را به تعادل رسانده و عملکرد جسمی و روانی طبیعی را داشته باشند.

منابع

1. Meadus, R. J. (2007). Adolescents coping with mood disorders. Canada University, 14:209-17.
2. Lizgic, F., Akyuz, G., Dogan, O., & Kugu, N. (2004). Social phobia among university students and its relation to self-esteem and body image. Canadian Journal of Psychiatry, 49:630-

634.

3. Segal, ZV., Williams, JMG., Teasdale, J.D, (2002). Mind Fullness based cognitive Therapy for depression, New York. the Guilford press.

۴. محمدخانی، پروانه؛ تمنایی فر، شیما؛ جهانی تابش، عذرا. (۱۳۸۴). درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن برای افسردگی، تهران: فرادید.

5. Teasdale, J.D., Williams, J.M., Segal, Z.V., Souls by, J, (2000). MindFullness- based cognitive therapy reduces over genral autobiographical memory in for merely depressed paitients. Journal of Abnormal Psychology, 109:150-155.

6. Schulman, P. (2004). Depression Prevention in adults. Schulman@ psych upenn. Edu.

7. Sukhodolsky Denis G, Howard Kassinove, Bernard S Gorman. (2004). Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: a meta-analysis Department of Psychology, Hofstra University, Hempstead, NY, USA, Pp: 247-269.

8. Kenny MA, Williams JMG. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. Behav Res Ther, 45(3):617-25.

9. Paterniti, A. (2007). Comparing the efficacy of a mindfulness-based program to a skills-training program in the treatment of test nxiety. Unpublished Doctoral Dissertation, Island, England: University of Islan.

10. Bogels, S., Hoogstad, B., van Dun, L., de Schutter, S., Restifo, K. (2008). Mindfulness training for adolescents with externalizing disorders and their parents. Behavioral and Cognitive Therapy, 36:193-209.

11. Mathew, K. L., Whitford, H. S., Kenny, M. A., & Denson, L. A. (2010). The long-term effects of mindfulness-based cognitive therapy as a relapse prevention treatment for major depressive disorder. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 38(05):561-576.