

اثر بخشی درمان فراشناختی در کاهش علائم افسردگی، اضطراب و افکار ناکارآمد در اختلال افسردگی اساسی

مجید محمود علیلو: گروه روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
تورج هاشمی: گروه روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
زهره هاشمی: روانشناس، نویسنده رابط:

E-mail: zohrehashemi2010@yahoo.com

دریافت: ۹۰/۱/۲۹ پذیرش: ۹۰/۵/۱۹

چکیده

زمینه و اهداف: درمان فراشناختی بر این اصل استوار است که فراشناخت برای درک نحوه عملکرد شناخت و نحوه تولید تجربه های هشیارانه ی ما درباره ی خودمان و جهان اطرافمان بسیار مهم است. در پژوهش حاضر سعی شده است تا اثربخشی این نوع از درمان در بهبود بیماران دچار افسردگی اساسی مورد بررسی قرار گیرد.

مواد و روش ها: این پژوهش در چارچوب طرح تجربی تک موردی با استفاده از طرح خطوط پایه چند گانه ی پلکانی طی ۸ جلسه بر روی سه بیمار، در دوره پیگیری یک، سه و شش ماهه، از طریق مصاحبه ساختاریافته، پرسشنامه ی افسردگی و اضطراب بک و پرسشنامه ی افکار ناکارآمد مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها: درمان تغییرات معنادار و قابل توجهی در علائم افسردگی و باورهای فراشناختی بیماران افسرده ایجاد کرد.

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش نشان می دهد، درمان فراشناختی که به جای محتوای شناخت بر کنترل فرایندهای حاکم بر آن تمرکز می کند، می تواند در درمان بیماران مبتلا به اختلال افسردگی موثر باشد. به طوری که درمان موجب تغییرات معنادار در علائم هر سه بیمار شد و بهره های درمانی تا زمان دوره ی پیگیری ادامه یافتند.

کلید واژه ها: افسردگی، اضطراب، افکار ناکارآمد و درمان فراشناختی.

مقدمه

و بیماری های قلبی عروقی ایجاد می شود (۳). فرض بنیادی درمان شناختی- رفتاری سستی مانند نظریه ی طرحواره ی بک (۲) و درمان عقلانی- هیجانی- رفتاری (۴) آن است که اختلال یا سوگیری در تفکر موجب اختلال روان شناختی می شود. هر دوی این رویکردها بر نقش محوری باورهای ناکارآمد تأکید می نمایند. درمان فراشناختی به عنوان یک اصل کلی با این دیدگاه موافق است و همین امر آن را در زمره ی درمان های شناختی قرار می دهد با این حال، فرق آن با رویکردهای قبلی در توجه به سبک خاص تفکر و انواع باورهایی است که نظریه های دیگر به عنوان علت اختلال روان شناختی بر آن ها تأکید نمی کنند.

اختلال افسردگی اساسی (Major depression disorder, MDD) به عنوان یک مسئله چالش برانگیز بهداشت روانی مطرح است که غم برجسته ترین و فراوان ترین نشانه در این اختلال است (۱). بی علائقی معمولاً در آغاز فقط در چند فعالیت، مثل کار وجود دارد اما زمانی که شدت افسردگی افزایش می یابد ۹۲٪ بیماران افسرده از دلبستگی های موجود در زندگی خود نیز احساس خشنودی نمی کنند و ۶۴٪ بیماران افسرده احساس خود نسبت به دیگران را از دست می دهند (۲). عده ای میزان اختلال در عملکرد افراد افسرده را مشابه میزان اسکالاتی می- دانند که در عملکرد افراد دچار بیماری های جسمی جدی مانند سرطان

فراشناختی برای اختلال افسردگی اثربخش (۱۱) در قالب ۸ جلسه توسط پژوهشگر (کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی)، در مرکز مشاوره دانشگاه تبریز اجرا گردید. به دلیل اینکه این پژوهش از نوع پژوهش های مداخله ای است، بنابراین ملاک ها و ضوابط اخلاقی انجمن روان شناسی آمریکا و ملاک های اخلاقی سازمان نظام روان شناسی و مشاوره ایران در نظر گرفته شد؛ به طوری که یک رضایت نامه کتبی با در نظر گرفتن نکات زیرتدوین شد: اصل رازداری رعایت شود، سلامت روان شناختی شرکت کنندگان در اولویت قرار گیرد، اگر افراد تمایل به شرکت در روند درمان نداشته باشند به درخواست آنها احترام گذاشته شود و در صورتی که هر بیمار دچار بحران یا مشکلی شود که به درمان دارویی نیاز داشته باشد، از طرح پژوهش خارج شده و به روان پزشک ارجاع داده شود. بیمار اول خانمی ۲۴ ساله دانشجوی لیسانس اقتصاد، بیمار دوم خانمی ۲۲ ساله، دانشجوی لیسانس در رشته مهندسی صنایع و بیمار سوم خانمی ۲۳ ساله دانشجوی لیسانس در رشته دامپزشکی بودند که در پژوهش حاضر شرکت کردند.

خلاصه ای از جلسات درمان:

جلسه اول: فرمول بندی کلی مراجع، معرفی مدل، شناسایی دوره های نشخوار ذهنی، تمرین تکنیک افزایش توجه، ارائه تکالیف خانگی. جلسه دوم: بررسی تکالیف خانگی، معرفی و تمرین ذهن آگاهی انفصالی، نشان دادن به تعویق انداختن نشخوار ذهنی به شکلی آزمایشی، تمرین تکنیک افزایش توجه، تکلیف خانگی. جلسه سوم: شناسایی ماشه چکان های نشخوار ذهنی و تمرین تکنیک ها، بررسی نشخوار فکری و تمرین به تعویق انداختن نشخوار ذهنی در جلسه، چالش با فراشناختی های غیر قابل کنترل، شناسایی سطوح فعالیت و مقابله - ارائه تکالیف خانگی. جلسه چهارم، بازبینی تکالیف خانگی، بررسی سطوح فعالیت و سبک های مقابله ای غیر سودمند، چالش با عقاید مثبت در مورد نشخوار ذهنی، تکلیف خانگی. جلسه پنجم: بازبینی تکالیف خانگی، بررسی عقاید مثبت و سطح فعالیت، ادامه دادن به چالش با عقاید مثبت در مورد نشخوار ذهنی، بازبینی سطوح فعالیت و افزایش زمان تامل تا واکنش (به فکر فرو رفتن) کشف و مانع شدن از رفتار مقابله ای مضر (برای مثال خواب) و تکلیف خانگی. جلسه ششم، بازبینی تکالیف خانگی، عقاید مثبت و سطح فعالیت، شناسایی عقاید منفی و چالش با آنان در مورد هیجان و افسردگی، تکلیف خانگی. جلسه هفتم، بازبینی تکالیف خانگی، شروع به نوشتن طرح های جدید، کشف و اصلاح ترس های عود کننده، تمرین تکنیک افزایش توجه، تکلیف خانگی. جلسه هشتم، بازبینی تکالیف خانگی، پیشگیری از عود، کار روی عقاید فراشناختی باقیمانده، انتظار ماشه چکان های آینده و برنامه ریزی جلسات بعدی برای بهبودی بیشتر (۱۱).

ابزار های اندازه گیری:

۱- مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور I (SCID-I)

مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I مصاحبه ای انعطاف پذیر است (۱۲). تران و اسمیت (۱۳) ضریب کاپای ۶۰

سبک تفکر مورد تأکید درمان فراشناختی، تحریف های شناختی مانند معیارهای مطلق گرا یا تفکر سیاه و سفید نیست بلکه توجه درمان فراشناختی، سندرم شناختی - توجهی است که با درگیری افراطی در تفکر کلامی مداوم و مشغولیت ذهنی به شکل نگرانی و نشخوار فکری مشخص می شود. این وضعیت با سوگیری توجهی خاص که در آن توجه فرد بر تهدید متمرکز می شود، همراه است. برخلاف درمان های شناختی قبلی، که تمایز روشنی بین شناخت و فراشناخت قایل نبودند، درمان فراشناختی بین شناخت و فراشناخت تمایز مهمی قایل است و تأکید می نماید که درمان باید بیشتر بر حیطه ی فراشناخت متمرکز شود (۵). گرچه این نوع از درمان سابقه ای بسیار کوتاه دارد ولی مطالعات پژوهشی، کارآمدی آن را مورد تأیید قرار داده اند. ولز و همکاران (۶) اثربخشی درمان فراشناختی را روی افراد افسرده مورد پژوهش قرار دادند. این بررسی به صورت تک موردی بر روی ۴ نفر و با پیگیری ۳ تا ۶ ماهه صورت گرفت. درمان با بهبود قابل توجه علائم افسردگی و کاهش نشخوار فکری همراه بود و نتایج کسب شده در دوره پیگیری نیز ادامه داشت. همچنین ولز و کاستاس (۷) در پژوهشی، به بررسی تجربی مدل فراشناختی نشخوار ذهنی و افسردگی پرداختند، مطالعه آنها عقیده مربوط به وجود ارتباط بین نشخوار ذهنی، افسردگی و فراشناخت را مورد تأیید قرار داد. در همین راستا پاپاچرجیو و ولز (۸) پژوهشی با عنوان عقاید فراشناختی در مورد نشخوار ذهنی در افسردگی عمده عود کننده انجام دادند که این پژوهش شواهدی برای این تأکید که افراد با MDD عود کننده عقاید مثبت و منفی در مورد نشخوارهای افسرده کننده را حفظ می کنند، مهیا کرده است، تکرار این عقاید با مدل SREF Self Regulatory Executive Function سازگار است (۹) که این مدل افکار نشخواری را بر حسب فعالیت عقاید فراشناختی مثبت و منفی در مورد افکار منفی پایدار و تکراری (برای مثال نشخوار ذهنی) تبیین می کند و در درمان فراشناختی به این مسئله تأکید شده است. در پژوهشی دیگر ولز و پاپاچرجیو (۱۰) به درمان MDD عود کننده از طریق آموزش توجه پرداختند. نتایج نشان داد این مداخله روی ۴ بیمار به عنوان یک پتانسیل درمانی، برای این اختلال موثر است. Attention training technique, ATT تغییرات قابل پیش بینی را در خود تمرکزی و فراشناخت ایجاد می کند. در پژوهش حاضر سعی شده است تا کارآمدی درمان فراشناختی افسردگی در قالب یک طرح مداخله موردی با پیگیری یک، سه و شش ماهه مورد بررسی قرار گیرد.

مواد و روش ها

این پژوهش در چارچوب طرح تجربی تک موردی با استفاده از طرح خطوط پایه چند گانه پلکانی، مورد بررسی قرار گرفت. ۳ نفر از مراجعان به مرکز مشاوره دانشگاه تبریز، پس از ارجاع از طرف روانشناس بالینی با تشخیص اختلال افسردگی اساسی (از طریق مصاحبه بالینی) به محقق و احراز شرایط پژوهش، انتخاب شدند، سپس مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I اجرا و آزمودنی ها، پرسشنامه ها را تکمیل نمودند. راهنمای درمانی پژوهش حاضر، بر مبنای کتاب راهنمای گام به گام این درمان راهنمای عملی درمان

ای آن ۰/۸۳ گزارش شد (۱۷). این مقیاس توسط یکه یزدان دوست (۲۰) ترجمه شده و مورد بازنگری قرار گرفته است. ضریب پایایی این مقیاس در نمونه ای ۳۰ نفری ۰/۷۲ گزارش شد (۲۱).

یافته ها

در پرسشنامه افسردگی نمره آزمودنی اول از ۲۴، آزمودنی دوم از ۲۴ و آزمودنی سوم از ۲۸ در مرحله پیش از مداخله درمانی به ترتیب به ۱۰، ۳ و ۵ در مرحله پس از مداخله کاهش یافت. همچنین، در پرسشنامه اضطراب نمره آزمودنی اول از ۲۰، آزمودنی دوم از ۲۱ و آزمودنی سوم از ۱۹ در مرحله پیش از مداخله درمانی به ترتیب به ۹، ۷ و ۵ در مرحله پس از مداخله کاهش یافت. در پرسشنامه افکار ناکارآمد نمره آزمودنی اول از ۶۷، آزمودنی دوم از ۱۰۷ و آزمودنی سوم از ۱۱۵ در مرحله پیش از مداخله درمانی به ترتیب به ۴۴، ۴۸ و ۶۷ در مرحله پس از مداخله کاهش یافت، از آزمودنی اول، چهار آزمون خط پایه، آزمودنی دوم، سه آزمون خط پایه و آزمودنی سوم، دو آزمون خط پایه گرفته شد. همچنین دو بار بین جلسات و یک بار در انتهای جلسات آزمون اجرا گردید. میانگین نمرات هر سه بیمار در مراحل قبل از درمان، بعد از درمان و پیگیری برای افسردگی، اضطراب و افکار ناکارآمد در جدول ۱ در بخش جداول آمده است. در هر مورد نمره های بعد از درمان و پیگیری کاهش قابل توجهی نسبت به قبل از درمان نشان می دهند. همچنین در جدول ۲ درصد بهبودی هر سه آزمودنی ارائه شده است. هر سه بیمار در مقیاس های افسردگی، اضطراب و افکار ناکارآمد درصد قابل قبول بهبودی را نشان دادند. همانطور که در نمودارهای ۱، ۲ و ۳ در بخش نمودارها مشاهده می شود، نمرات هر سه بیمار به طور جداگانه در مقیاس های BAI، BDI و DAS در مرحله ی خط پایه، درمان و پیگیری نشان داده شده است. هر سه بیمار بهبودی معنی داری در علائم افسردگی، اضطراب، و افکار ناکارآمد به محض ارائه ی درمان نشان می دهند و تأثیرات درمانی در دوره پیگیری باقی مانده اند. اجرای (SCID-I) بعد از شش ماه پیگیری نشان داد که هیچکدام از بیماران ملاک های DSMIV برای اختلال افسردگی اساسی را نداشتند.

درصد را به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب ها برای SCID-I گزارش کرده اند. شریفی و همکاران (۱۴) این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، بر روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیص های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص های طول عمر ۵۵ درصد) به دست آمده نیز خوب بود.

۲- پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم

این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (۱۵). این ویرایش در مقایسه با ویرایش اول بیشتر با DSMIV همخوان است و همانند BDI-II، BDI نیز ۲۱ سوالی است و تمام عناصر افسردگی بر اساس نظریه شناختی را پوشش می دهد. به طور معمول، نمره افراد افسرده از نظر بالینی و افراد ناسازگار غیر بیمار در دامنه ۱۲ تا ۴۰ قرار می گیرد. نتایج پژوهش بک و همکاران (۱۶) نشان داد که این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد. فنی (۱۷) نیز در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و پایایی باز آزمایی این مقیاس را در طی یک هفته ۰/۹۶ گزارش کرده است.

۳- تست اضطراب بک

BAI یک پرسشنامه خود گزارشی ۲۱ آیتمی است که برای انعکاس شدت علائم جسمی و شناختی افراد در یک هفته گذشته است. این مقیاس به صورت سه درجه ای از صفر تا ۳ نمره گذاری می شود و بالاترین نمره ای که در آن به دست می آید ۶۳ است. بک، براون و استیر (۱۶) همسانی درونی مقیاس را برابر با ۹۲ صدم و پایایی باز آزمایی یک هفته ای آن را ۷۵ صدم گزارش کرده اند. بک و استیر به نقل از صلواتی (۱۸) روایی محتوا؛ هم زمان؛ سازه؛ تشخیصی و عاملی را برای هر مقیاس بررسی کرده و کارایی بالای این ابزار را در اندازه گیری شدت اضطراب مورد تایید قرار داده اند.

۴- مقیاس نگرش های ناکارآمد

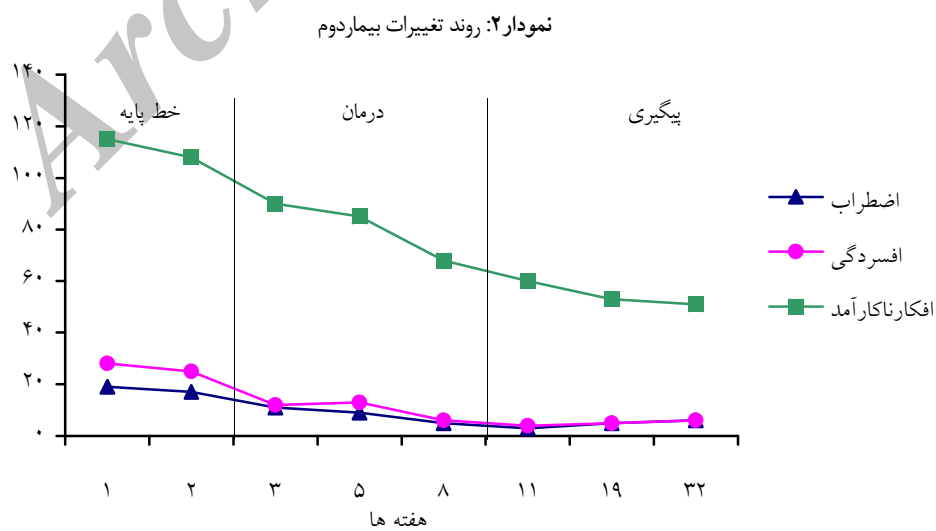
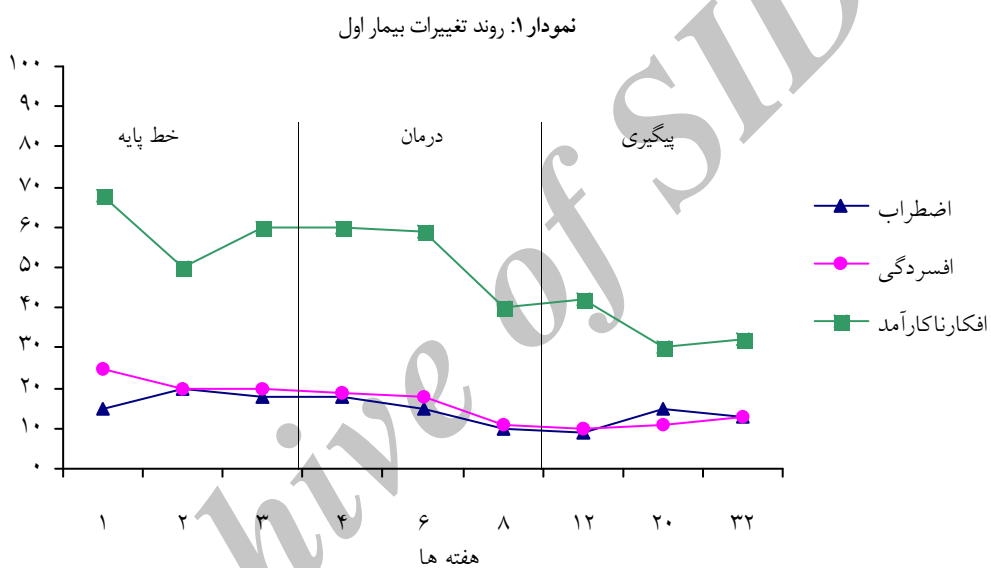
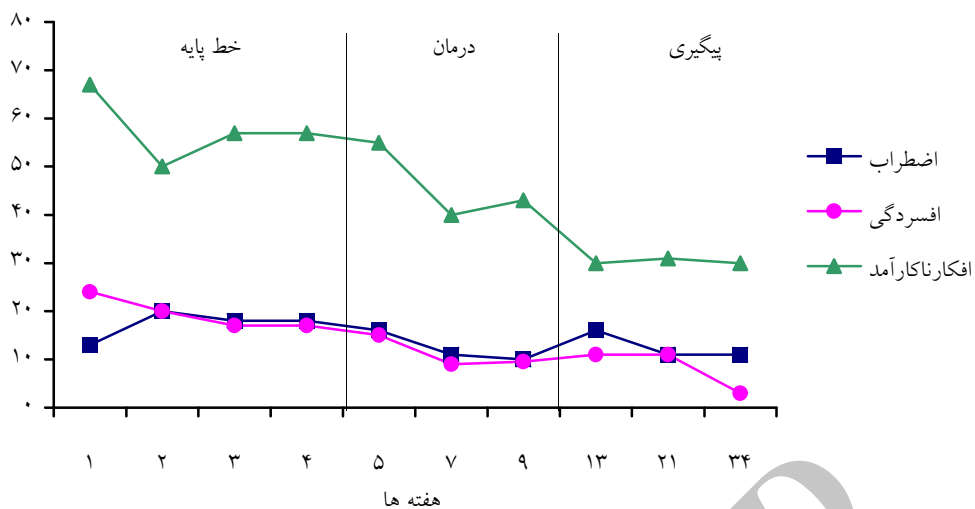
این ابزار مقیاسی خود گزارشی است که برای سنجش عقاید، نگرش ها یا طرحواره های منفی و ایمن و بک به نقل از کلارک و همکاران (۱۹) تهیه شد. این مقیاس یکی از شناخته شده ترین ابزارها در حیطه پژوهش های شناختی است و شامل ۴۰ عبارت است که بر اساس یک مقیاس ۷ درجه لی لیکرت درجه بندی می شود (۱۷). ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹ و ضریب باز آزمایی ۶ هفته

جدول ۱: میانگین برای سه بیمار (N=۳)

میانگین	قبل از درمان	پس از درمان	یک ماه پیگیری	سه ماه پیگیری	شش ماه پیگیری
افسردگی	۲۳/۱	۱۷/۴	۶	۶/۳	۲/۶
اضطراب	۱۸/۶	۱۰	۷/۳	۷/۳	۷/۳
افکار ناکارآمد	۷۷/۸۳	۶۷/۱۱	۴۱/۳۳	۴۰/۳۳	۳۵/۶۶

جدول ۲: درصد بهبودی

درصد بهبودی	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم
افسردگی	۵۲/۳	۸۷/۵	۸۰/۷
اضطراب	۴۸/۵	۷۵/۷	۷۲/۲
افکار ناکارآمد	۲۵/۴	۵۱/۳	۶۵/۶



بحث

اند همسو است (۲۳). همچنین نمرات هر سه بیمار در مقیاس افکار ناکارآمد و باورهای فراشناختی بعد از ارائه ی درمان کاهش چشمگیری نسبت به خط پایه داشت و درصد بهبودی قابل قبولی در این مقیاس در هر سه بیمار ایجاد شد، اگرچه درمان فراشناختی افسردگی به طور مستقیم افکار ناکارآمد را مورد توجه قرار نمی دهد، می توان نتیجه گیری کرد که تسهیل سبک های زیر بنایی تفکر از جمله نشخوار فکری و باورهای فراشناختی می تواند موجب کاهش افکار خودآیند منفی شود.

نتیجه گیری

به عنوان نتیجه گیری می توان گفت که نتایج این پژوهش هماهنگ با یافته های ولز و همکاران (۱۰)، (۸) و (۷) نشان می دهد که بهترین موضع مداخله در درمان افسردگی، نشخوارهای ذهنی و عقاید مثبت و منفی درباره آن است و با تغییرات عقاید در نتیجه کاهش نشخوارها می توان خلق افسرده را به صورت معنی دار و قابل ملاحظه کاهش داد. این رویکرد کارکرد بالینی درمان را عمیق تر می سازد و به ما جهت می دهد تا بتوانیم مجموعه ی تازه ای از راهبردها را که می توانند به بیماران کمک کنند تا رابطه ی جدیدی را با افکارشان شکل دهند، بوجود آوریم. در هر حال همانطوری که قبلا نیز اشاره شد برای نتیجه گیری قطعی تر، نیاز به مطالعات بیشتر است. از جمله محدودیت های این پژوهش نمونه گیری محدود به مرکز مشاوره دانشگاه تبریز، استفاده از زنان برای نمونه پژوهش، خودگزارشی بودن متغیرهای مورد بررسی و زمان پیگیری کوتاه مدت را می توان نام برد. بنابراین در این راستا پیشنهاد می شود پژوهش بر روی نمونه مردان، از مراکز درمانی مختلف و روی نمونه بزرگتر با دوره پیگیری طولانی تر مورد بررسی قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از تمامی همکارانی که پژوهشگران را در انجام این پژوهش یاری رساندند صمیمانه تشکر می گردد.

همانطور که پیش تر اشاره شد در چارچوب الگوی شناختی، مدل های نظری و به تبع آن راهکارهای مداخله ای متعددی جهت درمان افسردگی به عنوان شایع ترین اختلال روانی، توسعه یافته است. علیرغم کارآمدی نسبی اغلب شیوه های شناخت درمانی در کنترل و یا حداقل کاهش افسردگی، هنوز کاستی هایی وجود دارد و به تبع آن مدل های نظری جایگزین در حال شکل گیری هستند. گرچه قضاوت درباره اندازه ی اثر و کارآمدی روش های مختلف درمانی در چارچوب الگوی شناختی هنوز زود است، با این همه به نظر می رسد درمان فراشناختی افسردگی با توجه به تأکیدش بر رابطه متقابل نشخوارهای ذهنی افسردگی و فراشناخت (به ویژه عقاید مثبت و منفی درباره نشخوارها)، در مقایسه با سایر مدل های نظری در موقعیت بهتری قرار دارد. ولز به عنوان مشهورترین چهره در این حوزه تأکید دارد که تا زمانی که نشخوارهای ذهنی به صورت مستقیم مورد چالش قرار نگیرد و در این میان عقاید فراشناختی مربوط به آنها و به طور اخص عقاید فراشناختی منفی و عقاید فراشناخت مثبت تغییر نیابند، درمان افسردگی به صورت موثر پیش نخواهد رفت. همان طور که در بخش یافته های این پژوهش مشاهده گشت درمان فراشناختی که بر روی ۳ بیمار در چارچوب یک طرح تجربی تک موردی به مرحله اجرا در آمد و طی آن نشخوارهای ذهنی و عقاید مثبت و منفی درباره ی آن مورد چالش قرار گرفت، در هر ۳ آزمودنی بهبودی در همه متغیرها ایجاد کرد. در چارچوب نظرات فراشناختی ولز می توان استنباط کرد که تغییرات در خلق افسرده و اضطرابی، نتیجه تغییرات در نشخوارهای ذهنی و عقاید مربوط به آن است و با توجه به اینکه در پژوهش حاضر، نشخوارهای ذهنی و عقاید مثبت و منفی راجع به آن از یک سو و آموزش کنترل توجه از سوی دیگر هدف اصلی مداخله را تشکیل می داد. در حالی که خلق افسرده هدف اصلی درمان نبود، می توان فرض نمود که تغییرات در خلق به دنبال تغییرات در نشخوارها صورت پذیرفته است. که این نتایج با یافته های پژوهش های دیگر از جمله ولز و کینگ (۲۲)، ولز و کوستاس (۲۳)، سیگل و همکاران (۲۴) و ولز، فیشر و همکاران (۶) و مطالعاتی که به ارزیابی مدل فراشناختی افسردگی پرداخته

References

1. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive Theory of Depression*. 1st ed. New York, Guilford Press, 1979; PP: 110-117.
2. Beck AT. *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. Harper and Row. 1st ed. New York, Guilford Press, 1967; PP: 100-120.
3. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A new approach to preventing relapse*. 3rd ed. New York, Guilford Press, 2002; PP: 405-415.
4. Ellis A. *Reason and Emotion in Psychotherapy*. 1st ed. New York, Lyle Stuart, 1962; PP: 97-105.
5. Wells A. *Met Cognitive Therapy for Anxiety and Depression*. 1st ed. Tehran, Varay Danash Pub, 2010; PP: 75-90.
6. Wells A, Fisher P, Samuel M. Trishnapatel. Chris and brew in. Meta- cognitive therapy in Recurrent and persistent Depression. *Cogn Ther Res* 2007; 2: 100-108.
7. Papatgeorgiou C, Wells A. An Empirical Test of a Clinical Meta-cognitive Model of Rumination and

- Depression. *Cognitive Therapy and Research* 2003; **27**(3): 261-273.
8. Papageorgiou C, Wells A. Meta-cognitive Beliefs about Rumination in Recurrent Major Depression. *Cognitive Therapy and Research* 2001; **2**: 160-164.
 9. Wells A, Matthews P. Attention and emotion. A clinical perspective. *Cognitive Therapy and Research* 1994; **3**: 120-125.
 10. Wells A, Papageorgiou C. Treatment of Recurrent Major Depression with Attention Training. *Cognitive and Behavioral Practice* 2000; **7**: 407-413.
 11. Wells A. *Met Cognitive Therapy: A Practical Guide*. 5th ed. New York, Guilford Press, 2008; PP: 170-175.
 12. First MB, Spitzer L, Gibbon M, Williams JB. *Structural Clinical Inter View for DSM-IV-TR Axis I Disorder*. Clinical version, patient edition. (SCID_CV). 2nd ed. Washington, DC American Psychiatric Press, 1996; PP: 23-27.
 13. Tran G, Smith GP. *Behavioral Assessment in the Measurement of Treatment Out-comes*. In S .N. Haynes, and E.M. Heiby (Eds). *Comprehensive Hand book of psychological Assessment*. 1st ed. New York, Wiley Pub, 2004; PP: 269-290.
 14. Sharifi V, Asadi M, Mohammadi M. *Validity and Reability SCDI (DSMIV)*. *Cognitive Science* 2005; **3**: 8-12.
 15. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1988; **56**: 893-897.
 16. Beak AT, Steer RA, Brown GK. Beck depression Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychology* 1996; **4**: 561-571.
 17. Fata L. Structure of emotional states and cognitive process. *Journal of Iran Medical Science University* 2004; **6**: 385-396.
 18. Salavati M. Research about attitude of patient whit OCD. *Journal of Iran Medical Science University* 2003; **5**: 11-18.
 19. Clark DA, Beck AT, Alford BA. *Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression*. 2nd ed. New York, John wily & Sons, 1999; PP: 100-108.
 20. Yazdandust R, Rezvantalab H, Peyravi A. Research about unhealthy, depressive attitude in patient whit heart problem in CCU. *Behavior and Thought* 2002; **4**: 38-44.
 21. Garay B. Identification state and its relation whit depression. *Journal of Iran Medical Science* 2004; **6**: 25-32.
 22. Wells A, King P. Met cognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2006; **37**: 206-212.
 23. Papageorgiou C, Wells A. Positive beliefs about depressive Rumination: Development and preliminary Validation of a self-report scale. *Behavioral Therapy* 2001; **32**: 13-26.
 24. Siegle GJ, Ghinassi F, Thase ME. Neurobehavioral therapies in the 21st century: Summary of an emerging field and an extended example of cognitive control training for depression. *Cognitive Therapy and Research* 2007; **31**: 235-262.