

تدوین و بررسی روایی و پایایی مقیاس باورهای مربوط به افسردگی

دکتر فرشته موتابی¹، دکتر لادن فتی²، رضا مولودی³، کاوه ضیایی⁴، هلیا جعفری⁵

Development and Validation of Depression-Related Beliefs Scale

Fereshteh Motabi*, Ladan Fata^a, Reza Moloodi^b, Kaveh Ziai^c, Helia Jafari^d

Abstract

Objectives: According to Beck's cognitive theory, dysfunctional core beliefs are developed by stressful life experiences. In addition, depressive episodes could be considered as stressful events. Thus, it is assumed that patients with depressive disorder experience beliefs about depression and its outcome, due to repeated episodes of depression. The aim of this study was to develop an instrument for measuring maladaptive beliefs about depression and assess its psychometric features. **Method:** A three stage approach was used. In the first stage an item pool was developed and its face validity was approved by a focus group. Subsequently, 698 students of Ghazvin University completed Beck Depression Inventory-II and Depression Beliefs Scale (DBS), developed in the previous stage. 433 subjects completed the DBS again after 14 days. In the third stage, in order to assess discriminant validity, 93 subjects in three groups of patients with recurrent major depressive disorder (N=34), patients with first episode of major depressive disorder (N=29), and non-clinical subjects (N=30) participated in sad mood induction task and then completed DBS. **Results:** Exploratory factor analysis and Varimax rotation identified four factors related to depression, described as "lack of control on depression", "Catastrophizing", "worthlessness", and "incapability". Also, DBS and its subscales showed satisfactory discriminant validity, convergent validity, internal consistency and test-retest reliability. **Conclusion:** Identified subscales in DBS reflect concepts of Beck's cognitive theory and Teasdale's differential activation hypothesis about relapse in depression. Also, these results provide preliminary evidence about desirable validity and reliability of DBS. However, psychometric properties of the scale should be assessed in patients with other types of depressive disorders such as dysthymia.

Key words: depression-related beliefs scale; major depressive disorder; exploratory factor analysis

[Received: 5 May 2010; Accepted: 4 September 2010]

چکیده

هدف: بر اساس نظریه شناختی بک باورهای هسته‌ای ناکارآمد در نتیجه تجربیات دردناک شکل می‌گیرند. از طرف دیگر، دوره‌های افسردگی نیز تجربه‌های دردناک به‌شمار می‌آیند. بنابراین، فرض بر این است که افراد افسرده در نتیجه تجربه دوره‌های مکرر افسردگی، باورهایی را درباره افسردگی و پیامدهای آن تجربه می‌کنند. هدف مطالعه حاضر ساخت یک مقیاس برای سنجش باورهای مربوط به افسردگی و بررسی ویژگی‌های روانسنجی آن بود. **روش:** برای انجام پژوهش حاضر از یک رویکرد سه مرحله‌ای استفاده شد. در مرحله نخست، یک مجموعه ماده تدوین و اعتبار صوری آن توسط یک گروه متمرکز تأیید شد. در مرحله دوم، 698 دانشجوی دانشگاه قزوین به ویراست دوم پرسش‌نامه افسردگی بک و مقیاس باورهای مربوط به افسردگی - تنظیم شده در مرحله پیشین - پاسخ دادند. 433 نفر از آزمودنی‌های فوق پس از 14 روز مجدداً مقیاس باورهای مربوط به افسردگی را کامل کردند. در مرحله سوم، برای بررسی روایی افتراقی، 93 آزمودنی در سه گروه افسرده اساسی دارای سابقه عود (34 نفر)، افسرده اساسی بار نخست (29 نفر) و گروه غیر بالینی (30 نفر) قرار گرفتند و پس از شرکت در تکلیف القای خلق افسرده مقیاس باورهای مربوط به افسردگی را کامل کردند. **یافته‌ها:** تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی و روش چرخش واریماکس چهار عامل «عدم کنترل بر افسردگی»، «فاجعه‌سازی»، «بی‌ارزشی» و «قانونی» را برای مقیاس باورهای مربوط به افسردگی نشان داد. هم‌چنین، مقیاس باورهای مربوط به افسردگی و عامل‌های آن از روایی افتراقی، روایی همگرایی، هم‌سانی درونی و پایایی آزمون-بازآزمون رضایت‌بخشی برخوردار بودند. **نتیجه‌گیری:** عامل‌های ظاهر شده در مقیاس باورهای مربوط به افسردگی مفاهیم مورد بحث در نظریه‌های شناختی بک و تیسدل در تبیین عود اختلال افسردگی اساسی را منعکس می‌کنند. هم‌چنین یافته‌های این مطالعه شواهد اولیه را در مورد روایی و پایایی مطلوب این مقیاس فراهم می‌کنند. اما خصوصیات روان‌سنجی این مقیاس باید در مورد افراد مبتلا به سایر اشکال اختلال افسردگی (مانند اختلال افسرده‌خویی) مورد بررسی قرار گیرد. **کلیدواژه:** مقیاس باورهای مربوط به افسردگی؛ اختلال افسردگی اساسی؛ تحلیل عاملی اکتشافی

[دریافت مقاله: 1389/2/15؛ پذیرش مقاله: 1389/6/13]

¹ دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده. تهران، خیابان شریعتی، روبروی خیابان کلاهدوز (دولت)، کوچه امام‌زاده، ساختمان پزشکان سبز 2، واحد 15، مرکز خدمات روانشناختی سگال. دورنگار: 021-22646884 (نویسنده مسئول) E-mail: fmootabi@yahoo.com; ² دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، مدیریت مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی؛ ³ دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی؛ ⁴ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی، بخش روانشناسی؛ ⁵ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبائی.

* Corresponding author: PhD. in Clinical Psychology, Assistant Prof. of Shahid Beheshti University, Family Research Center. Segal, Unit 15, Green Physicians' Building #2, Emamzadeh Alley, Opposite Kolahdooz St., Shariati Ave., Tehran, Iran, IR. Fax: +9821-22646884, E-mail: fmootabi@yahoo.com; ^a PhD. in Clinical Psychology, Assistant Prof. of Tehran University of Medical Sciences, Medical Education & Development Center; ^b PhD. Student in Clinical Psychology, University of Social Wafer and Rehabilitation Sciences; ^c MS. in Clinical Psychology, Imam Khomeini International University, Psychology Department; ^d MS. in General Psychology, Allameh Tabatabaie University.

مقدمه

پردازش افسرده‌گونه³² افزایش یابد. در حالی که فردی که سابقه افسردگی ندارد در طی این دوره‌ها به چنین طروحه‌هایی دسترسی ندارد، چون آنها فقط با تجارب افسردگی قبلی تداعی می‌شوند (همان‌جا). هم‌چنین، تیسدل (1988) بر این باور است که ناراحتی و نگرانی فرد افسرده درباره ماهیت و پیامدهای افسردگی سبب ایجاد «افسردگی به خاطر افسردگی»³³ می‌شود.

بر پایه الگوی شناختی بک، آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی با نگرش‌ها یا فرضیه‌های ناکارآمد ارتباط دارد، به‌ویژه فرضیه‌هایی که در آنها ارزشمندی فرد به تأیید دیگران یا موفقیت در کارها وابسته است (بک، اپستین³⁴ و هاریسون³⁵، 1983). بک بر این باور است که ارزیابی بیماران افسرده در مورد خود، دنیا و آینده منفی است. بر پایه این الگو، فرد در طی دوران رشد و در اثر مواجهه با رویدادهای منفی، فرض‌ها یا باورهای بنیادی درباره خود و دنیا ایجاد می‌کند. این فرض‌ها و باورهای بنیادی در سازمان‌بندی ادراک، کنترل و ارزیابی رفتار به کار می‌رود. برخی از این فرض‌ها ناکارآمد، انعطاف‌ناپذیر و افراطی و در برابر تغییر مقاوم هستند. این سازه‌های شناختی ناکارآمد، پنهان و نافع هستند، اما زمانی که یک رویداد منفی از جنس این فرض‌ها رخ می‌دهد، آشکار و فعال می‌شوند. فعال شدن فرض‌ها به ایجاد افکار منفی خودآیند و سپس سایر نشانه‌های افسردگی می‌انجامد. نشانه‌های افسردگی نیز افکار منفی خودآیند را شدت می‌بخشند. به این ترتیب، بر پایه نظریه بک، افرادی که باورهای ناکارآمد دارند، نسبت به عود افسردگی آسیب‌پذیر هستند. از سوی دیگر از آنجا که باورهای بنیادی ناکارآمد در اثر تجربه‌های دردناک شکل می‌گیرند و دوره‌های افسردگی نیز تجربه‌ای دردناک به‌شمار

اختلال افسردگی اساسی¹ زندگی میلیون‌ها نفر در سراسر جهان را تحت تأثیر قرار داده است (کاتلیب²، لوینسون³ و سیلی⁴، 1995). کاپلان⁵ و سادوک⁶ (2008) شیوع طول عمر⁷ این اختلال را در مردان 15% و زنان تا 25% تخمین زده‌اند. باوجود این که رویکردهای درمانی گوناگونی برای کنترل این اختلال وجود دارد، شیوع آن هم‌چنان بالاست. عود⁸ دوره‌های افسردگی اساسی سهم زیادی در میزان بالای شیوع دارد؛ پژوهش‌ها نشان داده‌اند میزان عود افسردگی اساسی پس از یک سال 50% و پس از دو سال 75%-60% است. این میزان شش‌برابر بیشتر از میزان بروز⁹ اختلال افسردگی اساسی است (هامن¹⁰، 2001).

برخی نظریه‌پردازان شناختی دوره‌های عود افسردگی اساسی را در چارچوب نظریه خود توجیه کرده‌اند؛ از میان این نظریه‌ها می‌توان به الگوی تجدیدنظرشده نظریه درماندگی آموخته‌شده¹¹ (آبرامسون¹²، سلینگمن¹³ و تیسدل¹⁴، 1978)، مهارت‌های جبرانی¹⁵ (باربر¹⁶ و دی‌رابیس¹⁷، 1989)، فرضیه اثر زخم¹⁸ (لوینسون، استینمتز¹⁹، لارسون²⁰ و فرانکلین²¹، 1981) و نظریه فراشناختی²² ولز²³ (1999)، فرضیه فعال‌شدگی متمایز²⁴ تیسدل (1988) و نظریه شناختی بک²⁵ (کلارک²⁶، بک و آلفورد²⁷، 1999) اشاره کرد. دو مورد اخیر از اصلی‌ترین نظریه‌های عود افسردگی هستند.

طبق نظریه تیسدل هنگامی که فرد دچار افسردگی می‌شود، همراه با علائمی از قبیل خلق افسرده، وجود افکار منفی را نیز تجربه می‌کند. در طی دوره افسردگی، این علائم (از جمله خلق منفی) با افکار و شناخت‌های افسرده‌گونه تداعی پیدا می‌کنند، به‌طوری که وجود هر یک می‌تواند دیگری را نیز ایجاد کند. هنگامی که فرد به هر دلیلی خلق منفی را تجربه کند، به علت وجود تداعی مذکور، افکار و شناخت‌های افسردگی‌زا نیز ایجاد می‌شوند (سگال²⁸، ویلیامز²⁹ و تیسدل، 2002). در حقیقت، تجربه یک خلق منفی مختصر می‌تواند یک دوره افسردگی تمام‌عیار را ایجاد کند، چون این خلق منفی سازه‌های مرتبط با خلق منفی³⁰ را فعال کرده و باعث می‌شود که فرد آن خلق منفی را به عنوان یک تجربه آزارنده و غیرقابل کنترل تفسیر کند (کلارک و همکاران، 1999). به بیان دیگر، وجود دوره‌های قبلی افسردگی در افراد بهبودیافته باعث می‌شود که در طی دوره‌های غمگینی خفیف³¹، دسترسی به طروحه‌های منفی و

- | | |
|--|---------------------|
| 1- major depressive disorder | 2- Gotlib |
| 3- Lewinsohn | 4- Seeley |
| 5- Kaplan | 6- Sadock |
| 7- life time prevalence | 8- relapse |
| 9- incidence | 10- Hammen |
| 11- learned helplessness | 12- Abramson |
| 13- Seligman | 14- Teasdale |
| 15- compensatory skills | 16- Barber |
| 17- DiRubeis | 18- scar hypothesis |
| 19- Steinmetz | 20- Larson |
| 21- Franklin | |
| 22- meta-cognitive theory | 23- Wells |
| 24- differential activation hypothesis | 25- Beck |
| 26- Clark | 27- Alford |
| 28- Segal | 29- Williams |
| 30- negative self-referent constructs | 31- dysphoric |
| 32- depressotypic processing | |
| 33- depression about depression | 34- Epstein |
| 35- Harrison | |

می‌آیند، افراد افسرده در اثر تجربه دوره‌های چندباره افسردگی، باورهایی درباره افسردگی و پیامدهای آن تجربه می‌کنند. رویدادهایی که این باورهای بنیادی را فعال می‌کنند، از جنس نشانه‌های افسردگی (مانند خلق منفی، بی‌لذتی، کاهش یا افزایش خواب و اشتها، تمرکز نداشتن و خستگی) است.

بنابراین شناخت، ارزیابی و تعدیل باورهای بنیادی به‌طور کلی و باورهای مربوط به افسردگی به‌طور اختصاصی نقش مهمی در پیش‌گیری از عود افسردگی دارد. نخستین گام برای ارزیابی باورهای مربوط به افسردگی، تدوین یک مقیاس معتبر است. هدف بررسی حاضر ساخت مقیاسی برای سنجش باورهای مربوط به افسردگی و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی آن بود.

روش

مرحله اول به آماده‌سازی مقیاس باورهای مربوط به افسردگی¹ اختصاص داشت. در این مرحله، نمونه پژوهش از سه گروه تشکیل شده بود. گروه اول شامل 15 نفر بیمار افسرده بود که جملات ناتمام مربوط به افسردگی را تکمیل نمودند. گروه دوم از 10 نفر بیمار افسرده تشکیل شده بود، که نسخه اولیه مقیاس باورهای مربوط به افسردگی را تکمیل کردند. این دو گروه از بین افراد مراجعه‌کننده به روان‌شناسان و روان‌پزشکان مرکز خدمات روانشناختی که بر اساس ملاک‌های DSM-IV-TR (انجمن روانپزشکی آمریکا، 2000) تشخیص اختلال افسردگی اساسی را دریافت کرده بودند، انتخاب شدند.

در مرحله دوم، به منظور بررسی پایایی آزمون-بازآزمون²، هم‌سانی درونی³، دنیمه‌سازی⁴، روایی همگرایی⁵ و ساختار عاملی مقیاس باورهای مربوط به افسردگی 698 نفر از دانشجویان دانشگاه قزوین به‌صورت نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و به پرسش‌نامه‌های پژوهش پاسخ دادند. 113 نفر (16/18%) از آزمودنی‌ها مرد و 585 نفر (83/82%) زن بودند. میانگین سن آزمودنی‌ها 21/05 (SD=2/57) بود.

در مرحله سوم، به منظور ارزیابی روایی افتراقی مقیاس، سه گروه آزمودنی (n=93) در پژوهش شرکت کردند. گروه اول (n=29) در اولین دوره افسردگی قرار داشتند و گروه دوم (n=34) حداقل دو دوره افسردگی را تجربه کرده بودند. گروه سوم (n=30) آزمودنی‌های غیربالینی بودند و از میان

شرکت‌کنندگان یک کارگاه آموزشی، ساکنان خوابگاه‌های دانشجویی و داوطلبانی که از طریق اطلاع‌رسانی دستیاران پژوهش با طرح آشنا شده بودند، انتخاب شدند. ملاک‌های شمول در مورد دو گروه بالینی بدین شرح بود: تشخیص اختلال افسردگی اساسی بر مبنای نسخه بالینی مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV⁶ (SCID-I/CV) (اسپیتر⁷ و ویلیامز⁸، 1984)، نمره مساوی یا بالاتر از 17 در پرسش‌نامه افسردگی بک⁹ و ویرایش دوم (BDI-II) (بک، ستر¹⁰ و براون¹¹، 1996)، سن بالاتر از 16 سال، تحصیلات هشت کلاس یا بالاتر، عدم ابتلا به اختلال دوقطبی، عدم ابتلا به انواع روان‌پریشی‌ها، عدم ابتلا به سوء‌مصرف مواد و عدم ابتلا به افسردگی ناشی از شرایط طبی عمومی. به‌علاوه، ملاک‌های شمول در مورد آزمودنی‌های غیربالینی عبارت بودند از: نداشتن ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی، نمره کمتر از 23 در پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28) (یعقوبی، نصر و شاه‌محمدی، 1994)، نمره 13 یا کمتر در پرسش‌نامه افسردگی بک و ویرایش دوم (BDI-II)، سن بالاتر از 16 سال، تحصیلات هشت کلاس یا بالاتر، عدم ابتلا به اختلال دوقطبی¹²، عدم ابتلا به انواع روان‌پریشی‌ها، عدم ابتلا به سوء‌مصرف مواد، عدم سابقه ابتلا به اختلال افسردگی.

افراد افسرده بار اول 7 نفر (24/1%) مرد و 22 نفر (75/9%) زن بودند و 15 نفر (51/7%) از آنان متأهل و 14 نفر (48/3%) مجرد بودند. میانگین سن این گروه 30/14 سال (SD=11/4) بود. در گروه افراد افسرده دارای سابقه عود 5 نفر (14/7%) مرد و 29 نفر (80/3%) زن حضور داشتند و 21 نفر (61/8%) از آنان متأهل و 13 نفر (38/2%) مجرد بودند. میانگین سن افراد افسرده دارای سابقه عود 34/35 سال (SD=10/62) بود. گروه غیربالینی از 4 نفر مرد (13/3%) و 26 زن (86/7%) تشکیل شده بود. 6 نفر (20%) از افراد گروه غیربالینی مجرد و 24 نفر (80%) متأهل بودند. میانگین سن این افراد 28/63 سال (SD=9/07) بود.

برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

- | | |
|---|------------------------------|
| 1- Depression-Related Beliefs Scale | |
| 2- test-retest reliability | 3- internal consistency |
| 4- split-half reliability | 5- concurrent validity |
| 6- Structured Clinical Interview for DSM-IV, axis I disorders, Clinical Version | 7- Spitzer |
| 8- Williams | 9- Beck Depression Inventory |
| 10- Steer | 11- Brown |
| 12- bipolar disorder | |

گزینه‌ای را که بین «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» قرار دارد، انتخاب کرده و نمره‌ای بین صفر تا هفت بگیرد. پرسش‌نامه سلامت عمومی¹² (GHQ) (گولدبرگ¹³ و هیلیر¹⁴، 1979) یک ابزار خودگزارشی است و چهار حالت افسردگی، اضطراب، نشانه‌های جسمانی¹⁵ و احساس آسودگی روان‌شناختی - اجتماعی را اندازه‌گیری می‌کند. پرسش‌نامه سلامت عمومی در جمعیت ایرانی هنجاریابی شده است. ضریب پایایی گزارش شده برای کل پرسش‌نامه 0/88 و هر یک از خرده‌آزمون‌های بالا به ترتیب 0/77، 0/81، 0/58 و 0/50 گزارش شده است. برای نقطه برش¹⁶ 23 در این پرسش‌نامه حساسیت 86/5% و ویژگی 82% گزارش شده است (یعقوبی، نصر، و شاه محمدی، 1994).

تکلیف القای خلق (فتی، بیرشک، عاطف‌وحید و دابسون، 2003): در این پژوهش از چهار قطعه فیلم پنج دقیقه‌ای مستقل جهت ایجاد خلق افسرده استفاده شد. این فیلم‌ها توسط فتی و همکاران (2003) برای القای خلق ساخته شده و توانایی آنها در ایجاد خلق منفی مورد تأیید قرار گرفته است. هنگام نمایش فیلم یک مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای به شرکت‌کنندگان داده شده و هر پنج دقیقه از آنها خواسته می‌شد تا میزان غمگینی خود را بر روی آن علامت بزنند. ملاک القای خلق، افزایش خلق غمگین فرد به میزان حداقل دو درجه یا گذشتن 20 دقیقه از نمایش فیلم بود. این روش به عنوان یک روش اندازه‌گیری القای خلق و میزان آن مورد تأیید قرار گرفته است (بک و همکاران، 1996؛ بلانی¹⁷، 1986؛ دالگلیش¹⁸، پاور¹⁹، 1999؛ روستینگ²⁰، 1998).

جملات ناتمام مربوط به افسردگی: این پرسش‌نامه پژوهش‌گرا ساخته دربرگیرنده 15 گویه ناتمام در مورد معنا و پیامدهای افسردگی است. «افسردگی یعنی...» و «وقتی افسرده می‌شوم...» دو گویه از این پرسش‌نامه است. برای انجام پژوهش حاضر از یک رویکرد سه‌مرحله‌ای استفاده شد:

نسخه بالینی مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV (SCID-I/CV) (اسپیتر و ویلیامز، 1984) این مصاحبه به منظور تشخیص اختلالات روانی بر مبنای چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی ساخته شده است. این مقیاس دارای دو نسخه بالینی و پژوهشی می‌باشد و به صورتی ساخته شده است که پژوهشگر می‌تواند قسمت‌هایی از آن را که به پژوهش مربوط نمی‌شود، حذف کند (سگال، هرسن¹ و هاسلت²، 1994). به طور کلی مطالعات مختلف حاکی از اعتبار و روایی مطلوب مصاحبه بالینی ساختاریافته است (گرانث³، استینبرگ⁴، کیم⁵، روان‌ساویله⁶ و پوتنزا⁷، 2004). شریفی و همکاران (2009) در مطالعه‌ای به بررسی مشخصات هنجاری این ابزار در جمعیت ایرانی پرداختند. در مطالعه مذکور ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله سه روز تا یک هفته برای اختلالات مختلف از 0/74 تا 0/98 گزارش شد و مشخص شد که SCID-I/CV از ضریب حساسیت⁸ (54% تا 86%) و ضریب اختصاصی⁹ (63% تا 96%) رضایت‌بخشی برخوردار است. در پژوهش حاضر از SCID-I/CV برای تشخیص اختلال افسردگی استفاده شد.

پرسش‌نامه افسردگی بک - ویرایش دوم (BDI-II) (بک و همکاران، 1996) یک ابزار خودگزارشی 21 گویه‌ای است که برای سنجش شدت افسردگی و نشانه‌های آن طراحی شده است. ماده‌های این پرسش‌نامه با استفاده از یک مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای (از صفر تا سه) نمره‌گذاری می‌شوند و نمره‌های بالاتر حاکی از شدت افسردگی هستند (همان‌جا). ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه در یک نمونه 94 نفری در ایران به این شرح بود: ضریب آلفا¹⁰ 0/91، ضریب همبستگی میان دو نیمه آزمون 0/89 و ضریب بازآزمایی 0/94 (فتی، بیرشک، عاطف‌وحید و دابسون¹¹، 2003). محمدخانی و دابسون (2007) نیز خصوصیات روان‌سنجی BDI-II را در 354 نفر از بیماران افسرده‌ای که در مرحله بهبود نسبی بودند، بررسی کردند. در این مطالعه ضریب هم‌سانی درونی پرسش‌نامه 0/91 محاسبه شد. در پژوهش حاضر از این پرسش‌نامه به منظور سنجش شدت علائم افسردگی استفاده شد.

مقیاس باورهای مربوط به افسردگی از 27 ماده تشکیل شده است. نمره‌گذاری این آزمون به صورت مقیاس درجه‌بندی لیکرت می‌باشد و آزمودنی می‌تواند یکی از هشت

- | | |
|----------------------------------|-----------------------|
| 1- Hersen | 2- Hasselt |
| 3- Grant | 4- Steinberg |
| 5- Kim | 6- Rounsaville |
| 7- Potenza | 8- sensitivity |
| 9- specificity | 10- Alpha coefficient |
| 11- Dabson | |
| 12- General Health Questionnaire | 13- Goldberg |
| 14- Hillier | 15- somatic |
| 16- cut-off point | 17- Blaney |
| 18- Dalgelish | 19- Power |
| 20- Rosting | |

منظور به آنها گفته می‌شد: «هن الان یک مقیاس درجه‌بندی به شما می‌دهم تا میزان غمگینی خود را روی آن درجه‌بندی کنید. صفر یعنی اصلاً چنین احساسی ندارم و هفت یعنی خیلی این حالت را دارم». پس از درجه‌بندی میزان غمگینی، القای خلق افسرده انجام می‌شد. برای هر آزمودنی توضیح داده می‌شد که «کنون فیلمی برای شما نمایش داده می‌شود که معمولاً وقتی افراد آن را می‌بینند، احساس غمگینی می‌کنند. این فیلم را تماشا کرده و سعی کنید احساس غمگینی را در خود ایجاد کنید». سپس فیلم نمایش داده شده و هر پنج دقیقه از آزمودنی خواسته می‌شد با استفاده از مقیاس، میزان احساس غمگینی خود را درجه‌بندی کند. زمانی که میزان احساس فرد حداقل دو درجه افزایش یافته و یا 20 دقیقه از شروع فیلم می‌گذشت، نمایش فیلم متوقف شده و آزمودنی مقیاس باورهای مربوط به افسردگی را کامل می‌کرد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک SPSS-17⁷ و به روش ضریب همبستگی پیرسون⁸، تحلیل عامل اکتشافی⁹ و تحلیل واریانس چند متغیره¹⁰ انجام شد.

یافته‌ها

به منظور بررسی ساختار عاملی مقیاس باورهای مربوط به افسردگی، روش تحلیل عاملی به شیوه مؤلفه‌های اصلی به کار برده شد. ضریب کایسر-مایر-اولکین¹¹ (KMO) برای این تحلیل 0/93 به دست آمد. این میزان نشان‌دهنده کارایی نمونه‌گیری محتوایی مقیاس بود. ضریب آزمون مدوریت بارتلت¹² نیز 9999/41 و معنادار ($p \leq 0/0001$) بود.

نتایج به دست آمده وجود چهار عامل را در مقیاس باورهای مربوط به افسردگی نشان داد (ملاک، نمودار اسکری¹³ و درصد واریانس تبیین شده به وسیله عوامل بود). هم‌چنین، برای افزایش میزان تفسیرپذیری چهار عامل به دست آمده از روش چرخش واریماکس¹⁴ استفاده شد. پس از بررسی محتوای عوامل به دست آمده، این عوامل با عنوان‌های «عدم کنترل بر افسردگی»، «فاجعه‌سازی»،

مرحله اول پژوهش حاضر، تهیه پرسشنامه «باورهای مربوط به افسردگی» بود. در این مرحله ابتدا ابزاری متشکل از 15 جمله ناتمام در مورد افسردگی و پیامدهای آن تهیه شد. این جملات توسط 15 بیمار افسرده تکمیل شدند. سپس، تمام پاسخ‌های ارائه شده به هر یک از ماده‌ها بررسی شد و پاسخ‌هایی که به معنا و پیامدهای ناگوار افسردگی اشاره داشتند، به صورت جمله نوشته شدند. سپس یک مجموعه ماده¹ (54 ماده) حاصل از تکمیل جملات ناتمام مربوط به افسردگی، ماده‌های مقیاس نگرش‌های ناکارآمد² (DAS) (وایزمن³ و بک، 1978) و پرسش‌نامه طرح‌واره یانگ⁴ (YSQ) (یانگ، 2005) تهیه شد. در مرحله بعد، چهار نفر دکترای روان‌شناسی بالینی میزان تناسب هر ماده را بر اساس یک طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (صفر «اصلاً مناسب نیست»، تا 5 «کاملاً مناسب است») ارزیابی نمودند. این افراد با استفاده از بارش ذهنی⁵ ماده‌های دیگری را به مجموعه ماده اضافه کردند. پس از بررسی‌های این گروه 28 ماده در مقیاس نهایی قرار گرفت. در مرحله بعد، از 10 بیمار افسرده خواسته شد تا مواد مبهم مقیاس را مشخص کنند. بر اساس نظر این گروه، انشای چهار ماده تغییر کرد و یک ماده حذف گردید. در نهایت یک مقیاس 27 ماده‌ای به دست آمد.

در مرحله دوم، 698 نفر از دانشجویان دانشگاه قزوین به پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس باورهای مربوط به افسردگی پاسخ دادند. پس از 14 روز، 433 نفر از آزمودنی‌ها مجدداً مقیاس باورهای مربوط به افسردگی را کامل کردند. در مرحله سوم، به منظور ارزیابی روایی افتراقی⁶ مقیاس، 94 نفر آزمودنی در قالب سه گروه در مطالعه شرکت کردند. گروه اول ($n=29$) در اولین دوره افسردگی قرار داشتند، گروه دوم ($n=34$) حداقل دو دوره افسردگی را تجربه کرده بودند و گروه سوم ($n=30$) آزمودنی‌های غیربالینی بودند. دو گروه بالینی ابتدا توسط دستیار پژوهشگر مورد مصاحبه قرار گرفتند. برای مصاحبه از SCID-I/CV استفاده شد. سپس آزمودنی‌ها پرسش‌نامه افسردگی بک را کامل کردند. افرادی که تشخیص اختلال افسردگی اساسی گرفتند و نمره آنها در BDI-II مساوی یا بیشتر از 17 بود، در پژوهش شرکت کردند. گروه غیربالینی ابتدا پرسشنامه سلامت عمومی و BDI-II را کامل کردند. سپس، افرادی که در پرسشنامه سلامت عمومی نمره کمتر از 23 و در BDI-II نمره کمتر از 13 را کسب کرده بودند، جهت شرکت در پژوهش انتخاب شدند. از آزمودنی‌ها خواسته شد با استفاده از مقیاس ارزیابی میزان هیجان، میزان غمگینی خود را درجه‌بندی کنند. به این

1- item pool
2- Dysfunctional Attitude Scale (DAS)
3- Weissman
4- Young Schema Questionnaire (YSQ)
5- brain storming
6- discriminant validity
7- Statistical Package for the Social Science-version 17
8- Pearson correlation coefficient
9- exploratory factor analysis
10- multivariate analysis of variance
11- Kaiser-Meyer-Olkin
12- Bartlett's test of sphericity
13- scree plot
14- varimax rotation

هر عامل، بار عاملی دست کم 0/32 (میرز²، گامست³، گوارینو⁴، 2007) بود. در جدول 1 محتوای ماده‌ها، بار عاملی و درصد واریانس تبیین شده به وسیله هر یک از چهار عامل نشان داده شده است.

«بی‌ارزشی» و «ناتوانی» نام‌گذاری شدند. ارزش ویژه¹ عوامل استخراج شده به ترتیب 9/39، 3/72، 1/41 و 1/17 بود و این چهار عامل در مجموع 59% از واریانس کل را تبیین می‌کردند. شایان ذکر است که ملاک انتخاب هر ماده برای

جدول 1- محتوا و بارعاملی ماده‌های هر عامل و واریانس تبیین شده

ماده‌ها	بار عاملی	واریانس تبیین شده	
عدم کنترل بر افسردگی			
2- هیچ کنترلی بر افسردگی ام ندارم	0/86	%19/60	
5- وقتی افسرده هستم، هیچ کاری برای تغییر احساسم از دستم بر نمی‌آید.	0/84		
3- وقتی افسرده‌ام هیچ کاری از دستم بر نمی‌آید، غیر از اینکه بنشینم و منتظر تمام شدنش بشوم.	0/83		
1- در مورد افسردگی کاری از دستم بر نمی‌آید.	0/81		
4- امید ندارم که روزی بتوانم بر افسردگی‌ام غلبه کنم.	0/79		
22- من به آسانی غمگین و افسرده می‌شوم.	0/67		
7- وقتی افسرده هستم، مطمئنم که همه چیز واقعاً همان قدر بد است که به نظر می‌رسد.	0/61		
17- کنترل افسردگی خیلی سخت است.	0/58		
19- تا آخر عمر افسرده باقی می‌مانم.	0/56		
فاجعه‌سازی			
10- افسرده شدن یک فاجعه است.	0/84		%16/39
11- افسردگی وحشتناک است.	0/81		
9- افسردگی همه چیز را نابود می‌کند.	0/81		
12- آدم افسرده به درد هیچ کاری نمی‌خورد.	0/64		
8- آدم افسرده فردی شکست‌خورده است.	0/56		
13- آدم افسرده ناتوان است.	0/56		
15- افسردگی مساوی است با مرگ.	0/39		
20- آدم افسرده هیچ وقت نمی‌تواند به اهدافش برسد.	0/36		
بی‌ارزشی			
27- افسرده بودن شرم‌آور است.	0/71	%12/88	
26- افسردگی مساوی است با «روانی بودن».	0/71		
21- آدم افسرده ارزش عشق، توجه و احترام دیگران را ندارد.	0/68		
16- افسردگی مساوی است با تنهایی.	0/44		
14- هیچ کس یک فرد افسرده را دوست ندارد.	0/43		
ناتوانی			
24- افسردگی یعنی وابستگی و نیاز به دیگران.	0/74	%9/30	
23- افسردگی نشانه ضعف آدم است.	0/69		
25- آدم افسرده با بقیه فرق دارد.	0/60		
6- افسردگی نشانه بی‌کفایتی فرد است.	0/35		
18- آدم افسرده از عهده هیچ کاری بر نمی‌آید.	0/32		

جدول 2- یافته‌های آزمون تحلیل واریانس و آزمون تعقیبی توکی و میانگین و انحراف معیار سه گروه در مقیاس باورهای مربوط به افسردگی

MANOVA	F	تجربه عود افسردگی (1) نخستین دوره افسردگی (2) غیر بالینی (3)		
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
Tukey				
3 < 2 < 1	27/4**	(8/04) 12/36	(13/08) 25/68	(8/04) 33/91
1 و 2 > 3	15/03**	(10/41) 14/06	(11/45) 23/72	(10/24) 28/58
1 و 2 > 3	8**	(6/09) 6/23	(5/59) 10/86	(6/43) 12/08
1 و 2 > 3	3/74*	(6/43) 11/34	(5/38) 15/51	(7/2) 15/2
1 و 2 > 3	19/88**	(25/01) 43/08	(32/09) 75/79	(31/09) 89/79

* $p \leq 0/05$, ** $p \leq 0/01$

ضریب آلفای کل مقیاس و خرده‌مقیاس‌های عدم کنترل بر افسردگی، فاجعه‌سازی، بی‌ارزشی و ناتوانی به ترتیب 0/92، 0/90، 0/89، 0/74 و 0/74 به دست آمد. ضریب پایایی کل مقیاس به روش بازآزمایی 0/75 و به روش دونیمه‌سازی 0/81 بود. ضریب پایایی بازآزمایی برای خرده‌مقیاس‌ها به همان ترتیب بالا 0/78، 0/66، 0/66 و 0/61 بود.

بحث

هدف از پژوهش حاضر تدوین مقیاسی برای سنجش باورهای مربوط به افسردگی بود. یافته‌ها نشان داد مقیاس تدوین شده از ساختار عاملی رضایت‌بخشی برخوردار است؛ عامل‌های ظاهر شده در این مقیاس مفاهیم مورد بحث در نظریه‌های شناختی بک (بک و همکاران، 1983) و تیسدل (1988) در تبیین عود اختلال افسردگی اساسی را منعکس می‌کنند، برای نمونه دو عامل عدم کنترل بر افسردگی و فاجعه‌سازی با فرضیه فعال‌شدن متمایز تیسدل (1988) هماهنگ است؛ ادراک افسردگی به عنوان یک فرآیند بسیار ناراحت‌کننده و غیرقابل کنترل منجر به «افسردگی به خاطر افسردگی» می‌شود. به بیان دیگر تجربه دوره‌های متعدد افسردگی باعث ایجاد باورهایی در مورد عدم کنترل فرد بر افسردگی می‌شود. این باورها در هنگام تجربه یک خلق منفی خفیف تحریک شده، باعث تبدیل خلق غمگین به یک دوره افسردگی کامل می‌شوند.

از سوی دیگر، بر پایه نظریه شناختی بک، تجربه‌های ناخوشایند زندگی می‌تواند باعث شکل‌گیری طرحواره‌های ناکارآمد شود. فعال‌شدن این طرحواره‌ها به وسیله رویدادهای هم‌خوان با طرحواره، به یک دوره افسردگی منتهی می‌شوند.

در جدول 2 میانگین و انحراف معیار افراد افسرده بار اول، افسرده دارای سابقه عود و آزمودنی‌های غیربالینی و هم‌چنین نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره و توکی در مقیاس باورهای مربوط به افسردگی پس از القای خلق افسرده نشان داده شده است. تفاوت کلی گروه‌ها با هم دیگر معنی‌دار بود ($F=6/45$ ، $df=90$ ، $p<0/001$). دو گروه بالینی در مقیاس کلی و همه زیرمقیاس‌ها در مقایسه با افراد غیربالینی به‌طور معنی‌داری نمرات بالاتری را کسب کردند. هم‌چنین، نمرات افراد افسرده دارای سابقه عود در مقایسه با افراد افسرده بار اول در زیرمقیاس «عدم کنترل بر افسردگی» به‌طور معنی‌داری بیشتر بود. در این پژوهش افرادی در گروه دارای سابقه عود قرار گرفتند که سابقه حداقل دو دوره کامل افسردگی اساسی را در گذشته داشتند. برای بررسی بیشتر روایی افتراقی، افرادی که دو یا سه دوره عود داشتند از این گروه حذف شده و فقط کسانی باقی ماندند که حداقل چهار دوره عود را پشت سر گذاشته بودند (9 نفر). آزمون تحلیل واریانس نشان داد که افرادی که حداقل چهار دوره‌ی عود را تجربه کرده بودند، در مقایسه با افراد افسرده بار اول در مقیاس کلی و زیرمقیاس‌های «عدم کنترل بر افسردگی» ($F=5/65$ ، $df=37$ ، $p \leq 0/02$)، «فاجعه‌سازی» ($F=4/83$ ، $df=37$ ، $p \leq 0/04$) و «بی‌ارزشی» ($F=6/2$) معنی‌داری نمرات بالاتری را کسب می‌کنند. اما دو گروه در زیر مقیاس «ناتوانی» تفاوت معنی‌داری را نشان ندادند.

برای بررسی روایی همگرایی، میزان همبستگی با BDI-II بررسی شد؛ همبستگی پیرسون BDI-II با نمره کل و خرده‌مقیاس‌های کنترل‌نداشتن بر افسردگی، فاجعه‌سازی، بی‌ارزشی و ناتوانی به ترتیب 0/45، 0/60، 0/23، 0/27 و 0/21 بود ($p < 0/001$).

بنابراین، درباره روایی همگرایی مقیاس باورهای مربوط به افسردگی با ابزارهای سنجش علایم افسردگی و پرسش‌نامه‌های مربوط به سازه‌های شناختی (مانند مقیاس نگرش‌های ناکارآمد و پرسش‌نامه طرحواره‌های ناسازگار یانگ) در جمعیت‌های بالینی به مطالعات بیشتری نیاز داریم.

میزان هم‌سانی درونی مقیاس باورهای مربوط به افسردگی در دامنه مطلوبی قرار داشت. یافته‌های مربوط به پایایی آزمون-بازآزمون نشان داد که این مقیاس از ثبات زمانی رضایت‌بخشی برخوردار است. با توجه به این که باورهای بنیادی در طول زمان پایدار و نسبت به تغییر مقاوم هستند، این موضوع حاکی از پایایی مطلوب مقیاس است.

به‌طور کلی یافته‌های پژوهش حاضر نشان‌گر روایی و پایایی رضایت‌بخش مقیاس باورهای مربوط به افسردگی است، اما این یافته باید با توجه به محدودیت‌های آن مورد تفسیر قرار گیرد؛ نخست، در تجزیه و تحلیل نهایی روایی افتراقی، افرادی که دست‌کم چهار دوره عود افسردگی را تجربه کرده بودند (9 نفر)، با افراد افسرده بار نخست مقایسه شدند. حجم نمونه محدود، لزوم تکرار این تجزیه و تحلیل را در نمونه‌های بزرگ‌تر می‌رساند. دوم، پرسش‌نامه BDI-II برای بررسی روایی همگرایی در جمعیت دانشجویی به کار رفت. بنابراین، در پژوهش‌های آتی باید ارتباط مقیاس باورهای مربوط به افسردگی با سایر ابزارهای سنجش سازه‌های شناختی و در جمعیت بالینی بررسی شود. در نهایت لازم است ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس باورهای مربوط به افسردگی در افراد مبتلا به افسرده‌خویی³ و سایر انواع افسردگی (مانند اختلال افسردگی عودکننده گذرا⁴ و اختلال افسردگی جزئی⁵) نیز بررسی شود.

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].

منابع

Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.

- 1- mindfulness
- 2- events in the mind
- 3- dysthymia
- 4- recurrent brief depressive disorder
- 5- minor depression

با توجه به این که دوره‌های افسردگی ممکن است به‌عنوان تجارب ناخوشایند ادراک شوند، به نظر می‌رسد که این تجارب، باورهای ناکارآمدی را در مورد افسردگی و پیامدهای آن ایجاد می‌کند. بعدها رویدادهایی که با این طرحواره‌ها هم‌خوان هستند (مانند خلق منفی، بی‌لذتی، کاهش یا افزایش خواب و اشتها، عدم تمرکز و خستگی) منجر به فعال شدن این طرحواره‌ها و شکل‌گیری یک دوره جدید افسردگی یا به عبارت دیگر عود افسردگی می‌شوند. یافته‌های مربوط به روایی افتراقی نیز این نظریه را منعکس می‌کنند.

تجزیه و تحلیل‌های مربوط به روایی افتراقی مقیاس باورهای مربوط به افسردگی نشان داد این مقیاس می‌تواند افراد افسرده را از افراد بهنجار متمایز کند. هم‌چنین، خرده‌مقیاس عدم کنترل بر افسردگی، افراد دارای سابقه عود افسردگی را از افراد افسرده بار نخست متمایز می‌کند. اما به نظر می‌رسد که سایر باورهای مربوط به افسردگی، مانند فاجعه‌سازی و بی‌ارزشی، پس از تجربه چندین دوره افسردگی تشکیل می‌شوند. این یافته‌ها اهمیت مداخله‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی¹ را به‌منظور تمرکززدایی و ناهمانندسازی تفکرهای افسرده‌ساز در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی دارای سابقه عود نشان می‌دهد. این باعث می‌شود افکار منفی به جای این که به عنوان واقعیت‌هایی درباره خود یا جنبه‌هایی از خود در نظر گرفته شوند، به عنوان یک «پدیده ذهنی»² محسوب شوند (تیسدل و همکاران، 2002). البته تفاوت‌نداشتن افرادی که دست‌کم چهار دوره افسردگی را تجربه کرده بودند و افراد افسرده بار نخست در خرده‌مقیاس ناتوانی، نشان‌دهنده روایی افتراقی محدود مقیاس در این زمینه است.

روایی همگرایی مقیاس باورهای مربوط به افسردگی از طریق همبستگی مقیاس با پرسش‌نامه افسردگی بک- ویرایش دوم بررسی شد. ارتباط بین عامل‌های به‌دست‌آمده و شدت نشانه‌های افسردگی از لحاظ آماری معنادار بود. به‌خصوص، زیرمقیاس «عدم کنترل بر افسردگی» بیشترین ارتباط را با شدت نشانه‌های افسردگی داشت. اما، اگرچه همبستگی سایر زیرمقیاس‌ها با پرسش‌نامه افسردگی بک از لحاظ آماری معنی‌دار بود، میزان آن به‌طور قابل ملاحظه‌ای پایین بود. یکی از دلایل احتمالی این موضوع این است که روایی همگرایی مقیاس در جمعیت دانشجویی بررسی شده است.

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4thed. Text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barber, J. P., & DeRubeis, R. J. (1989). On second thought: Where the action is in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research, 13*, 441-457.
- Beck, A. T., Epstein, N., & Harrison, R. (1983). Cognitions, attitudes and Personality dimensions in depression. *British Journal of Cognitive Psychotherapy, 1*, 1-16.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the BDI-II*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Blaney, P. H. (1986). Affect and memory: A review. *Psychological Bulletin, 99*, 229-246.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons.
- Dalgeish, T., & Power, M. J. (1999). Cognition and emotion: Future directions. In T. Dalgeish & M. J. Power (Eds.), *Cognition and emotion* (pp. 799-805). New York: John Wiley & Sons.
- Fata, L., Birashk, B., Atef-vahid, K., & Dobson, K. (2003). Meaning assignment structures/ schemas, emotional states and cognitive processing of emotional information: Comparison of two conceptual framework. *Iranian Journal of psychiatry and clinical psychology, 42*, 312-326. (Persian)
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med, 9*, 139-145
- Gotlib, I. H., Lewinson, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Symptoms versus a diagnosis of depression: Differences in psychological functioning. *Journal of Abnormal Psychology, 63*, 90-160.
- Grant, J. E., Steinberg, M. A., Kim, S. V., Rounsaville, B. J., & Potenza, M. N. (2004). Preliminary validity and reliability testing of a structured clinical interview for pathological gambling. *Psychiatry Research, 128*, 79- 88.
- Hammen. (2001). Vulnerability to depression in adulthood. In Ingram & price (Eds.), *Vulnerability to psychopathology: Risk across the lifespan* (pp. 226-257)
- Kaplan, H. & Sadock, B. J. (2008). *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry*. Tehran: Arjmand press. (Persian)
- Lewinsohn, P. M., Steinmetz, J. L., Larson, D. W., & Franklin, J. (1981). Depression-related cognitions: Antecedents of consequences? *Journal of Abnormal Psychology, 90*, 213-219.
- Mohammadkhani, P., & Dabson, K. S. (2007). Psychometric Characteristics of Beck Depression Inventory-II in Patients with Major Depressive Disorder. *Journal of Rehabilitation, 29*(8), 80-86.
- Myeres, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2007). *Applied multivariate research: Design and interpretation*. London: SAGE.
- Rostring, C. L. (1998). Personality, mood, and cognitive processing of emotional information: Three conceptual frameworks. *Psychological Bulletin, 124*, 165-196.
- Segal, D., Hersen, M., & Hasselt, V. B.V. (1994). Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R: An Evaluative Review. *Comprehensive Psychiatry, 35*, 316-327.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Midfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Sharifi, V., Assadi, S. M., Mohammadi, M. R., Amini, H., Kaviani, H., Semnani, Y., Shabani, A., Shahriyar, Z., Davari-Ashtiani, R. Hakim-Shoostari, M., Seddigh, A., & Jalali, M. (2009). A Persian translation of the structured clinical interview for diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition: Psychometric properties. *Comprehensive Psychiatry, 50*, 86-91.
- Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (1984). *Structured Clinical Interview for DSM-III Disorders (SCID-P 511184)*. New Yourk: New York State Psychiatric Institute.

- Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, 2, 247-274.
- 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.
- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the dysfunctional attitude scale: A preliminary investigation*. Annual meeting of the American Educational research association 62nd, Toronto, Canada.
- Wells, A. (1999). A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 86-95.
- Yaghoubi, N., Nasr, M., & Shahmohammadi, D. (1994). Epidemiology of psychological disorders in urban and rural population in Somee-Sara, Gilan. *Iranian Journal of psychiatry and clinical psychology*, 4, 55-65. (Persian)
- Young, J. E. (2005). *Young Schema Questionnaire*. New York: Schema Therapy Institute.