



## The evaluation of trans diagnostic model based on Lynch's theory with regard to depression in nonclinical population

Khadije Alavi<sup>1</sup>, Mohammad Ali Asghari Moghadam<sup>2</sup>, Abbas Rahiminezhad<sup>3</sup>, Hojatolah Farahani<sup>4</sup>

1. Department of Clinical Psychology, Bojnord University

2. Department of Clinical Psychology, Shahed University

3. Department of Psychology, Tehran University

4. Department of Psychology, Tarbiat Modares University

**Citation:** Alavi K, Asghari Moghadam M A, Rahiminezhad A, Farahani H. The evaluation of trans-diagnostic model based on Lynch's theory with regard to depression in nonclinical population. Journal of Research in Psychological Health. 2018; 12 (1) :37-53.

### Highlights

- Sensitivity to threats, sensitivity to rewards and parental perfectionism lead to the development of an over-controlling coping style.
- Over controlling coping style leads to lack of social connectedness.
- Lack of social safeness leads to depression.

### Abstract

The objective of this study were to investigate Lynch's theory of psychopathology with regard to depression. students from three universities in Tehran (n= 521) was selected by convenience sampling method. The measures used in this study were negative temperament scale of Schedule of Non-adaptive and Adaptive Personality, Temporal Experience of Pleasure Scale, maladaptive perfectionism subscales of Frost Multidimensional Perfectionism Scale, Ambivalence over Emotional Expressiveness Questionnaire, Personal Need for Structure Scale, Inventory of Interpersonal Problems, Social Safeness and Pleasure Scale and Beck Depression Inventory. The results showed that the model has good fit with data. Bootstrap analysis also confirmed the mediating role of over-controlling and social disconnectedness. Accordingly, the interaction of sensitivity to threats, sensitivity to rewards and parental perfectionism leads to development of an over-controlling coping style; this coping style leads to disturbance in social connectedness and subsequently to depression. Therefore, the results of this study support the Lynch's model of psychopathology for depression.

**Keywords:** Psychopathology, Depression, Sensitivity to threats, Sensitivity to rewards, Parental Perfectionism.

## آزمون مدل فراتشخیصی مبتنی بر نظریه لینچ، در رابطه با افسردگی در جمعیت غیربالیینی

خدیجه علوی<sup>۱\*</sup>، محمدعلی اصغری مقدم<sup>۲</sup>، عباس رحیمی نژاد<sup>۳</sup>، حجت‌اله فراهانی<sup>۴</sup>  
تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۲/۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۳/۵

## یافته‌های اصلی

- حساسیت بالا نسبت به تهدید، حساسیت اندک نسبت به پاداش و کمال‌گرایی والدین، منجر به ایجاد یک سبک مقابله‌ای بیش‌کنترل‌گرانه می‌شود.
- بیش‌کنترل‌گری به کاهش پیوند اجتماعی منجر می‌شود.
- کاهش پیوند اجتماعی به افسردگی می‌انجامد.

## چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی مدل آسیب‌شناسی لینچ، اثر تعامل حساسیت به تهدید، حساسیت به پاداش و کمال‌گرایی والدین با میانجی‌گری بیش‌کنترل‌گری و پیوند اجتماعی، در رابطه با افسردگی بود. اعضای نمونه را ۵۲۱ نفر از دانشجویان سه دانشگاه در تهران تشکیل می‌دهند که به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه شامل مقیاس طبع منفی فهرست شخصیت سازگار و ناسازگار، مقیاس تجربه‌ی زمانی لذت، خرده‌مقیاس‌های کمال‌گرایی ناسازگارانه، مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی فراست، پرسشنامه‌ی دوسوگرایی در ابراز هیجان، مقیاس نیاز شخصی به ساختار، پرسشنامه‌ی مشکلات بین‌فردی، مقیاس امنیت و لذت اجتماعی و پرسشنامه‌ی افسردگی بک بود. یافته‌های مطالعه، حکایت از برآزش خوب مدل یادشده داشت. تحلیل بوت استرپ نیز نقش واسطه‌ای بیش‌کنترل‌گری و پیوند اجتماعی را تأیید کرد. بر این اساس تعامل حساسیت به تهدید، حساسیت به پاداش و کمال‌گرایی والدین منجر به ایجاد سبک مقابله‌ای بیش‌کنترل‌گرانه می‌شود؛ بیش‌کنترل‌گری نیز به‌نوبه‌ی خود به اختلال در پیوند اجتماعی می‌انجامد و از این طریق به افسردگی منجر می‌شود. بر این اساس، یافته‌های مطالعه‌ی حاضر از مدل لینچ در رابطه با آسیب‌شناسی افسردگی حمایت می‌کند.

واژگان کلیدی: آسیب‌شناسی، افسردگی، حساسیت به تهدید، حساسیت به پاداش، کمال‌گرایی والدین

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

۱. (نویسنده‌ی مسئول). دکترای روان‌شناسی بالینی، بورس هیئت‌علمی دانشگاه بجنورد، ایران، بجنورد. kh\_alavi@yahoo.com  
۲. استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.  
۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.  
۴. استادیار دانشگاه آزاد علوم پزشکی، تهران، ایران.  
\* این مقاله از پایان‌نامه‌ی دکترای شخصی نویسنده‌ی اول استخراج شده است.

## مقدمه

افسردگی، اختلالی شایع و ناتوان کننده است که با عوارض گسترده‌ای همراه است (۱-۲). این اختلال موجب بدکارکردی اجتماعی، افت عملکرد شغلی و بی‌کاری، مشکلات خانوادگی و تحمیل هزینه‌های اقتصادی به فرد و اجتماع می‌شود (۳-۴)؛ از سوی دیگر مشخص شده است که درمان‌های موجود برای افسردگی در بهترین حالت تنها تا ۳۰ درصد بار ناشی از بیماری را در این اختلال کاهش می‌دهند (۵). یک پژوهش نقد و بررسی<sup>۱</sup> در واریسی بیش از صد کارآزمایی بالینی اجرا شده روی افسردگی، درصد کاهش علامت را حدود ۵۰ درصد برآورد کرده است (۶). یک نتیجه‌گیری احتمالی از واقعیات یادشده آن است که همچنان به پژوهش‌های آسیب‌شناختی برای درک بیشتر و بهتر ماهیت و عوامل دخیل در این اختلال، به‌منظور ارتقای مداخلات موجود نیازمندیم.

نظریه‌ی آسیب‌شناختی جدیدی در این زمینه از سوی لینچ و همکاران (۷) ارائه شده است. مفهوم محوری در این نظریه، خودکنترلی<sup>۲</sup> است که به معنای امتناع از عمل کردن بر مبنای امیال، تکانه‌ها و کشش‌هاست (۷-۸). در دیدگاه لینچ، خودکنترلی، مفهومی دوبعدی است؛ به این معنا که به همان اندازه که ناتوانی در کنترل امیال و تکانه‌ها (کم‌کنترل‌گری<sup>۳</sup> UC-) نامطلوب و مشخصه‌ی دسته‌ای از اختلالات همچون اختلال سلوک، اختلال شخصیت ضداجتماعی و اختلال پرخوری است، کنترل افراطی امیال و تکانه‌ها (بیش‌کنترل‌گری<sup>۴</sup> OC-) نیز می‌تواند نامطلوب و آسیب‌زا باشد و به اختلالاتی همچون اختلال شخصیت دوری‌گزین، اختلال وسواسی جبری، بی‌اشتهایی روانی و افسردگی منجر شود (۷-۸). نظریه‌ی لینچ مبتنی بر تمرکز بر بُعد دوم خودکنترلی یعنی بیش‌کنترل‌گری است.

بیش‌کنترل‌گری، به‌عنوان یک الگو<sup>۵</sup> یا پیش‌الگوی<sup>۶</sup> شخصیتی در پژوهش‌های ریخت‌شناختی شخصیت، تاریخچه‌ای نسبتاً طولانی دارد. در سال ۱۹۸۰ و در نظریه‌ی دوبعدی شخصیت

بود که برای نخستین بار، دوبعدی بودن خودکنترلی که در این نظریه آن را کنترل ایگو می‌نامیدند، مطرح شد. در این نظریه دو سازه مطرح شد: کنترل ایگو<sup>۷</sup> (EC) که به‌معنای بازداری/ ابراز تکانه‌هاست و انعطاف‌پذیری ایگو<sup>۸</sup> (ER) که به ظرفیت دست‌کاری و تعدیل سطح کنترل ایگو با توجه به شرایط و الزامات موقعیتی اطلاق می‌شود. نظریه‌ی یادشده بر مبنای این دو بُعد، سه ریخت شخصیتی را معرفی می‌کند: ریخت بیش‌کنترل‌گر<sup>۹</sup> که به بازداری امیال و تکانه‌ها حتی در غیاب الزامات موقعیتی می‌پردازد و دارای خصوصیت‌های از قبیل نظم و ترتیب و تمایل به سازمان‌مند بودن، قانونمند بودن، درجا زدن و تکرار، وفاداری انعطاف‌ناپذیر به ادراکات پیشین و اجتناب از تازگی، انزوا و کناره‌گیری و بازداری هیجان‌هاست. ریخت کم‌کنترل‌گر<sup>۱۰</sup> که ویژگی اصلی آن ناتوانی در بازداری امیال و تکانه‌هاست؛ این افراد با تکانشگری، هیجان‌طلبی، حقیر شمردن قوانین و سنت‌ها و بی‌توجهی به آن‌ها مشخص می‌شوند. ریخت انعطاف‌پذیر<sup>۱۱</sup> که قادر است براساس شرایط موقعیتی، میزان بازداری تکانه‌ها را تعدیل کند و دارای خزانه‌ی وسیعی از راهبردهای حل مسئله است که می‌تواند به شکل انعطاف‌پذیر از آن استفاده کند (۹).

پژوهش‌هایی که به بررسی ریخت‌های شخصیتی یادشده پرداختند، نقش مهمی نیز در دانش آسیب‌شناسی اختلالات روانی ایفا کردند. در بخش شایسته‌ی توجهی از این پژوهش‌ها، درحالی‌که ریخت شخصیتی انعطاف‌پذیر با سازگاری روان‌شناختی ارتباط مثبت داشت، ریخت شخصیتی کم‌کنترل‌گر با اختلالات برون‌ساز<sup>۱۲</sup> و ریخت شخصیتی بیش‌کنترل‌گر با اختلالات درونی‌ساز<sup>۱۳</sup> مرتبط بودند (به‌عنوان مثال ۱۰-۱۲). تقسیم‌بندی برون‌ساز/ درونی‌ساز در واقع ساختار مرتبه‌ی بالاتر<sup>۱۴</sup> دسته‌ی بزرگی از اختلالات DSM را شامل می‌شود (۱۳-۱۵). این تقسیم‌بندی نخستین بار در مورد کودکان انجام شد (۱۶) که به تبیین هم‌ابتلائی اختلالات DSM می‌پرداخت

7. Ego Control

8. Ego Resiliency

9. Over controller

10. Under controller

11. Resilient

12. Externalizing

13. Internalizing

14. Higher order

1. Review

2. Self-Control

3. Under Control

4. Over Control

5. type

6. Prototype

مدل ساختاری نشان می‌دهد.

بر اساس پیشینه‌ی پژوهشی موجود، آسیب‌پذیری زیستی و گرایش‌های کمال‌گرایانه و انضباط سخت‌گیرانه‌ی والدین (ابعاد آسیب‌پذیری زیستی و شرایط محیطی که لینچ بدان‌ها اشاره دارد)، با دامنه‌ای از اختلالات درونی‌سازی، از جمله اختلالات افسردگی و اضطرابی رابطه نشان داده است (۲۴-۲۱).

بیش‌کنترل‌گری نیز آن‌گونه که در نظریه‌ی لینچ مطرح است، دربرگیرنده‌ی سه سازه‌ی خردتر مطرح در افسردگی است: بیش‌کمال‌گرایی یا کمال‌گرایی ناسازگارانه، دوسوگرایی در ابراز و فرونشانی هیجان و نیاز به ساختار یا عدم تحمل ابهام (IU)<sup>۲</sup>. هر سه سازه‌ی یادشده در پژوهش‌های مختلف به‌عنوان سازه‌های فراتشخیصی شناخته شده‌اند که در اختلالات متعددی از جمله افسردگی نقش دارند (به‌عنوان مثال ۲۹-۲۵). آخرین متغیر مؤثر در افسردگی در مدل لینچ یعنی پیوند اجتماعی، دو مؤلفه‌ی مرتبط یعنی روابط بین‌فردی و احساس امنیت اجتماعی مختل را در برمی‌گیرد. هر دو مؤلفه در گستره‌ای از آسیب‌های روانی از جمله افسردگی نقش دارند (۳، ۳۱-۳۰).

روابط فرض‌شده در مدل لینچ با نتایج پژوهش‌هایی که به بررسی مدل‌های واسطه‌ای<sup>۴</sup> پرداخته‌اند نیز هماهنگ‌اند. به‌عنوان مثال پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کمال‌گرایی ناسازگارانه، میانجی رابطه بین والدگری سخت‌گیرانه و علائم افسردگی است (۳۳-۳۲). نقش فرونشانی ابراز هیجان نیز به‌عنوان میانجی در رابطه‌ی عاطفه‌پذیری منفی و افسردگی و ناامیدی مشخص شده است (۳۵-۳۴)؛ همچنین پژوهش‌ها نقش واسطه‌ای عدم تحمل ابهام در رابطه‌ی افسردگی و عاطفه‌پذیری منفی، نقش واسطه‌ای بازخورد اجتماعی منفی و اندیشناکی بین‌فردی<sup>۵</sup> (دل‌مشغولی درباره‌ی یک رویداد بین‌فردی) در رابطه‌ی بین کمال‌گرایی و علائم افسردگی و اضطراب و نیز نقش واسطه‌ای اختلال در روابط بین‌فردی در رابطه بین کمال‌گرایی ناسازگارانه و افسردگی را نشان داده‌اند (۳۸-۳۶).

با توجه به آنچه گفته شد مدل پیشنهادی لینچ، بخش

و بعدها درباره‌ی اختلالات بزرگسالی نیز به‌کار گرفته شد. بر این اساس، بررسی‌های انجام‌شده، اختلالات رایج DSM را به دو دسته تقسیم می‌کنند: دسته‌ی اول اختلالات درونی‌سازی که اختلالاتی از جمله‌ی اختلال افسردگی عمده، افسردگی خویی، اختلال اضطراب منتشر، اختلال استرس پس از سانحه، هراس اجتماعی، هراس ساده، اختلال وحشت‌زدگی، اختلال وسواسی‌جبری و اختلالات شخصیت دسته‌ی A و C را در برمی‌گیرد و دسته دوم اختلالات برونی‌سازی که اختلالات وابستگی به الکل، وابستگی به مواد، قماربازی، اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلالات شخصیت دسته‌ی B را شامل می‌شود (۱۳، ۱۹-۱۷).

لینچ، بیش‌کنترل‌گری را که در دیدگاه پژوهشگران یادشده به‌صورت ریخت شخصیتی مورد بررسی قرار می‌گرفت، به‌عنوان یک سبک مقابله، مفهوم‌سازی می‌کند و طی یک نظریه‌ی زیستی-اجتماعی نحوه‌ی شکل‌گیری و اثرگذاری آن بر اختلالات درونی‌سازی را تبیین می‌کند. از این دیدگاه، بازدارنده‌ی هیجانی، پرهیز از تازگی، ابهام و خطر، نیاز به ساختار و بیش‌کمال‌گرایی ویژگی‌های سبک مقابله‌ای OC را تشکیل می‌دهند (۸-۷). نظریه‌ی روانی-اجتماعی لینچ نیز توضیح می‌دهد که شکل‌گیری سبک مقابله‌ای بیش‌کنترل‌گرانه ناشی از تعامل مزاج<sup>۱</sup> (مؤلفه‌ی زیست‌شناختی- سرشت) و عوامل خانوادگی و محیطی (مؤلفه‌ی اجتماعی- تربیت) است. در بُعد زیست‌شناختی، افراد OC، حساسیت بالا به تهدید و عدم حساسیت به پاداش را نشان می‌دهند. در بُعد اجتماعی، این افراد در خانواده‌ها و محیط‌هایی پرورش یافته‌اند که در آن‌ها اشتباه‌ها تحمل‌ناپذیر و خودکنترلی، لازم و ضروری تلقی می‌شود. بیش‌کنترل‌گری به‌نوبه‌ی خود منجر به یک سبک تعاملی انعطاف‌ناپذیر و محدودشده می‌شود که در یادگیری‌های جدید و ایجاد پیوند اجتماعی، اختلال ایجاد می‌کند. این روابط بین‌فردی مختل و عدم احساس امنیت اجتماعی<sup>۲</sup> (احساس صمیمیت و تعلق خاطر)، میانجی رابطه‌ی سبک مقابله‌ای بیش‌کنترل‌گرانه و اختلالات درونی‌سازی از جمله افسردگی است (۸-۷، ۲۰). شکل ۱ مدل آسیب‌شناسی مبتنی بر نظریه‌ی لینچ را در ارتباط با افسردگی به شکل یک

1. Temperament
2. Social safeness

3. Intolerance of Uncertainty
4. Mediational models
5. Interpersonal rumination

آن نیز اثرگذار باشند و از این طریق بر یکی از چالش‌های مهم پیش روی اثربخشی درمان‌ها که وجود اختلالات هم‌ابتلا است (۳۹-۴۰) غلبه کنند.

با توجه به نکات ذکرشده، پژوهش حاضر، به بررسی برآزش مدل فراتشخیصی مبتنی بر نظریهٔ لینچ در ارتباط با افسردگی (شکل ۱) در جمعیت دانشجویی پرداخته است تا پیش‌بینی‌های این مدل را در زمینه‌ی افسردگی مورد بررسی قرار دهد. بر اساس این مدل فرض می‌شود که تعامل حساسیت به تهدید، حساسیت به پاداش و کمال‌گرایی والدین با ایجاد یک سبک مقابله‌ای مبتنی بر بیش‌کنترلی ارتباط دارد. بیش‌کنترلی نیز با اختلال در پیوند اجتماعی رابطه دارد و اختلال در پیوند اجتماعی با افسردگی ارتباط پیدا می‌کند.

وسیعی از پژوهش‌های آسیب‌شناسی افسردگی را در قالب یک مدل نظام‌مند و معنادار یکپارچه می‌سازد که به درک جامعی از آسیب‌شناسی زیربنایی افسردگی کمک می‌کند. با وجود این‌که بخش‌های مختلف این مدل به‌صورت روابط دو یا سه‌متغیره دارای پیشینه‌ی پژوهشی قوی‌ای است، مدل کلی تاکنون مورد بررسی قرار نگرفته است. سودمندی دیگر مدل لینچ آن است که از مجموعه‌ای از سازه‌های بنیادین و فراتشخیصی تشکیل می‌شود؛ در نتیجه این مدل می‌تواند علاوه بر افسردگی، اختلالاتی را که هم‌ابتلائی بالایی با آن دارند نیز مدنظر قرار دهد؛ از این رو امید آن است که با بررسی و تأیید شدن این مدل، مداخلاتی که متغیرهای محوری آن را هدف قرار می‌دهند، بتوانند علاوه بر افسردگی، بر اختلالات هم‌ابتلا با



شکل ۱- مدل ساختاری مبتنی بر نظریهٔ لینچ در ارتباط با افسردگی

مراجعه شد. در این رابطه کلاین (۴۱) حجم نمونه‌ی دست‌کم ۲۰۰ نفری را توصیه می‌کند؛ وی همچنین قانون ۲۰ نفر به‌ازای هر پارامتر در مدل را برای محاسبه‌ی حجم نمونه‌ی SEM ایدئال می‌داند. هومن (۴۲) نیز با در نظر گرفتن نرخ ریزش، حجم نمونه‌ی ۳۰۰ نفری را خوب، ۵۰۰ نفر را خیلی خوب و ۱۰۰۰ نفری را عالی دانسته است. با در نظر گرفتن مجموعه‌ی این دیدگاه‌ها، حجم نمونه‌ی مطالعه نخست، ۵۰۰ نفر در نظر گرفته شد. با در نظر گرفتن احتمال ریزش، ۵۸۴ نفر مورد آزمون قرار گرفتند. از این میان ۵۲۱ پرسشنامه، شرایط ورود به تحلیل را داشتند و تحلیل شدند.

#### ب) ابزار و مواد

۱. ویرایش دوم پرسشنامه‌ی افسردگی بک<sup>۱</sup> (BDI-II)

1. Beck Depression Inventory-2

#### روش

#### الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

مطالعه‌ی نخست، از نوع طرح‌های هم‌بستگی مبتنی بر روابط ساختاری (مدلسازی معادلات ساختاری) است و جامعه‌ی آماری آن را دانشجویان دانشگاه شاهد، دانشگاه تهران و دانشگاه علوم پزشکی آزاد واحد تهران در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ تشکیل می‌دهند. در این مطالعه از روش نمونه‌گیری در دسترس، استفاده شد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از دانشجو بودن و قرار گرفتن در دامنه‌ی سنی ۱۸ تا ۳۲ سال. ملاک‌های خروج عبارت بودند از سن بیش از ۳۲ سال و ضعف‌ها و بیماری‌های ناتوان‌کننده‌ی جسمی از جمله نابینایی و ناشنوایی که شرکت در مطالعه را با محدودیت مواجه می‌سازند. برای محاسبه‌ی حجم نمونه به ادبیات پژوهشی مرتبط با روش آماری SEM

### ۳. مقیاس تجربه‌ی زمانی لذت<sup>۵</sup> (TEPS)

این مقیاس، دارای ۱۶ ماده است که روی یک مقیاس ۶ درجه‌ای از «کاملاً درست است» تا «کاملاً نادرست است»، نمره‌گذاری می‌شوند. TEPS برای ارزیابی آمادگی صفتی برای تجربه کردن لذت، پیش از وقوع رویداد لذت‌بخش (تجربه‌ی انتظاری لذت) و پس از وقوع رویداد لذت‌بخش (تجربه‌ی پایانی لذت) طراحی شده است. سازندگان این مقیاس در یک پژوهش گسترده به بررسی ویژگی‌های سنجشی این مقیاس پرداختند (۴۸). در این پژوهش ارزش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ تا ۰/۷۹ و پایایی بازآزمایی به فاصله‌ی ۵ تا ۷ هفته نیز برای کل مقیاس ۰/۷۵ تا ۰/۸۱ گزارش شد؛ همچنین اعتبار همگرا و افتراقی این مقیاس با استفاده از ابزارهای متعدد مانند مقیاس بی‌لذتی جسمانی<sup>۶</sup> و مقیاس لذت فاوست-کلارک<sup>۷</sup> تأیید شد. نسخه‌ی فارسی این مقیاس نیز ویژگی‌های روان‌سنجی خوبی نشان داده است. بر این اساس، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۸۹ گزارش شده است. همچنین اعتبار سازه و همگرایی این مقیاس نیز مورد تأیید قرار گرفته است (۴۹).

### ۴. مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی فراست<sup>۸</sup> (FMPS): خرده‌مقیاس‌های کمال‌گرایی ناسازگارانه

دارای ۳۵ ماده و شش خرده‌مقیاس است. خرده‌مقیاس‌ها عبارت‌اند از: نگرانی درباره‌ی اشتباه کردن<sup>۹</sup> (CM)، استانداردهای شخصی<sup>۱۰</sup> (PS)، انتظارات والدینی<sup>۱۱</sup> (PE)، انتقادگری والدینی<sup>۱۲</sup> (PC)، تردید در مورد اعمال<sup>۱۳</sup> (D)، سازمان‌دهی<sup>۱۴</sup> (O). خرده‌مقیاس‌های استانداردهای شخصی و سازمان‌دهی، کمال‌گرایی سازگارانه و چهار خرده‌مقیاس دیگر، کمال‌گرایی ناسازگارانه را اندازه می‌گیرند که از این میان دو خرده‌مقیاس به ویژگی‌های کمال‌گرایی ناسازگارانه

این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده‌ی چندگزینه‌ای است. BDI-II به‌عنوان یکی از بهترین شاخص‌های خودگزارشی افسردگی پذیرفته شده است. این پرسشنامه، همسانی درونی<sup>۱</sup> خوبی را در میان دانشجویان و بیماران سرپایی نشان داده است (آلفای کرونباخ ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ در میان دانشجویان، آلفای کرونباخ ۰/۹۲ در میان بیماران سرپایی)؛ همچنین این پرسشنامه، ضریب پایایی آزمون-بازآزمون بالایی را نشان داده است (۰/۹۳). اعتبار همگرا و تفکیکی BDI-II نیز در مطالعات متعدد، تأیید شده است (۴۳).

نسخه‌ی فارسی این پرسشنامه نیز مورد بررسی قرار گرفته است (۴۴-۴۵). بر این اساس، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۷ تا ۰/۹۱ و ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۷۴ گزارش شده است؛ همچنین اعتبار سازه و همگرایی این پرسشنامه نیز مورد تأیید قرار گرفت.

### ۲. مقیاس طبع منفی<sup>۲</sup> از فهرست شخصیت ناسازگار و سازگار- ویرایش دوم<sup>۳</sup>

فهرست شخصیت ناسازگار و سازگار، یک شاخص خودگزارشی است که برای ارزیابی صفات ابعادی طراحی شده است. تمام ۱۵ مقیاس SNAP-2 از همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و اعتبار مناسبی برخوردارند. ضرایب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های این آزمون از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و ضرایب پایایی بازآزمایی با فاصله‌ی یک تا شش ماه بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۱ به دست آمد. اعتبار SNAP-2 نیز از طریق بررسی همبستگی آن با آزمون‌های دیگر همچون پرسشنامه‌ی شخصیتی آیزنک و مقیاس عاطفه‌ی مثبت و منفی تأیید شده است (۴۶). مقیاس طبع منفی<sup>۴</sup> پرسشنامه‌ی SNAP-2 که در مطالعه‌ی حاضر، مورد استفاده قرار گرفت دارای ۲۶ عبارت است که به‌صورت صحیح و غلط پاسخ داده می‌شود. بررسی نسخه‌ی فارسی این مقیاس ویژگی‌های روان‌سنجی خوبی را نشان داد. بر این اساس آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۰ و ضریب پایایی بازآزمایی با فاصله‌ی چهار هفته، ۰/۸۴ به دست آمد. تحلیل عاملی اکتشافی نیز حاکی از اعتبار سازه‌ی مقیاس یاد شده است (۴۷).

1. internal inconsistency
2. Negative Temperament
3. Schedule of Non-adaptive and Adaptive Personality-2

4. Negative temperament scale
5. Temporal Experience of Pleasure Scale
6. Physical Anhedonia Scale (PAS)
7. Fawcett-Clark pleasure scale (FCPS)
8. Frost Multidimensional Perfectionism Scale
9. Concern over making Mistakes
10. Personal Standards
11. Parental Expectations
12. Parental Criticism
13. Doubts about actions
14. Organization

مخالفت) تا ۶ (کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شود و نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده‌ی تمایل قوی به قطعیت و عدم‌تمایل نسبت به ابهام است (۲۹). ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۸۶ و پایایی بازآزمایی با فاصله‌ی ۱۲ هفته ۰/۷۶ گزارش شده است. اعتبار همگرا و تفکیکی PNSS نیز مورد تأیید قرار گرفته است (۲۹، ۵۴).

نسخه‌ی فارسی PNSS نیز دارای ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی است. آلفای کرونباخ ۰/۷۷ و پایایی بازآزمایی با فاصله‌ی چهار هفته، ۰/۷۵ گزارش شده است؛ همچنین اعتبار سازه و همگرایی پرسشنامه نیز مورد تأیید قرار گرفته است (۵۵).

#### ۷. مقیاس امنیت و لذت اجتماعی<sup>۳</sup> (SSPS)

این مقیاس دارای ۱۱ عبارت است و به ارزیابی این موضوع می‌پردازد که افراد تا چه اندازه دنیای اجتماعی خود را ایمن، صمیمی و تسکین‌دهنده تجربه می‌کنند. هر عبارت روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۱ تا ۰/۹۴ گزارش شده است؛ همچنین اعتبار سازه و همگرایی این مقیاس نیز مورد تأیید قرار گرفته است (۵۶-۵۷). نسخه‌ی فارسی SSPS نیز دارای ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی است. آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و پایایی بازآزمایی با فاصله‌ی چهار هفته ۰/۸۲ گزارش شده است؛ همچنین اعتبار سازه و همگرایی آن نیز مورد تأیید قرار گرفته است (۵۸).

#### ۸. پرسشنامه‌ی مشکلات بین فردی<sup>۴</sup> (IIP)

این پرسشنامه دارای ۲۹ عبارت است. عبارت‌های پرسشنامه در رابطه با مشکلاتی است که افراد به‌طور معمول در روابط بین‌فردی تجربه می‌کنند. هر ماده‌ی آزمون روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از ۱ (به‌هیچ‌وجه) تا ۵ (به‌شدت) نمره‌گذاری می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه‌ی ۰/۷۱ تا ۰/۸۶ و پایایی بازآزمایی ۰/۵۶ تا ۰/۸۱ گزارش شده است؛ همچنین اعتبار سازه‌ی پرسشنامه نیز تأیید شده است (۵۹). نسخه‌ی فارسی این پرسشنامه نیز دارای پایایی و اعتبار مناسب است. آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شده است؛ همچنین اعتبار سازه نیز مورد تأیید قرار گرفته است (۶۰).

در خود شخص و دو خرده‌مقیاس به کمال‌گرایی ناسازگارانه در والدین وی اشاره دارند. هر ماده‌ی آزمون روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از «خیلی مخالفم» تا «خیلی موافقم» نمره‌گذاری می‌شود (۵۰). در پژوهش حاضر، خرده‌مقیاس‌های مرتبط با کمال‌گرایی ناسازگارانه مورد استفاده قرار گرفتند.

سازندگان مقیاس (۵۰)، پایایی همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های FMPS را در دامنه‌ای از ۰/۷۷ تا ۰/۹۴ و پایایی کل مقیاس را ۰/۹۰ گزارش کردند؛ همچنین این مقیاس همبستگی شایان توجهی با دیگر ابزارهای سنجش کمال‌گرایی نشان داد که نشانه‌ی اعتبار همگرایی مناسب آن است.

در مطالعه‌ی نسخه‌ی فارسی (۵۱)، پایایی همسانی درونی این مقیاس برای کل مقیاس ۰/۸۶ و برای خرده‌مقیاس‌های کمال‌گرایی ناسازگارانه از ۰/۴۷ تا ۰/۸۵ گزارش شد. در این مطالعه ضرایب پایایی بازآزمایی به فاصله‌ی یک هفته برای کل مقیاس ۰/۹۰ و برای خرده‌مقیاس‌های کمال‌گرایی ناسازگارانه از ۰/۵۳ تا ۰/۸۵ گزارش شد؛ همچنین اعتبار همگرایی این مقیاس نیز تأیید شد.

#### ۵. پرسشنامه‌ی دوسوگرایی در ابراز هیجان<sup>۱</sup> (AEQ)

این پرسشنامه دارای ۲۳ عبارت است. عبارت‌های پرسشنامه روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. در مطالعه‌ی سازندگان پرسشنامه (۵۲) آلفای کرونباخ ۰/۷۷ تا ۰/۸۹ و پایایی بازآزمایی با فاصله‌ی ۶ هفته ۰/۷۸ گزارش شد؛ همچنین در این پژوهش، اعتبار همگرایی پرسشنامه‌ی یادشده تأیید شد. نسخه‌ی فارسی AEQ نیز ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی نشان داده است. آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و پایایی بازآزمایی با فاصله‌ی چهار هفته، ۰/۷۹ گزارش شده است؛ همچنین اعتبار سازه و همگرایی پرسشنامه نیز مورد تأیید قرار گرفته است (۵۳).

#### ۶. مقیاس نیاز شخصی به ساختار<sup>۲</sup> (PNSS)

این مقیاس که دارای ۱۲ ماده است برای سنجش تمایل به ساختار، قطعیت، اطمینان و پیش‌بینی‌پذیری طراحی شده است. هر ماده‌ی آزمون بر یک مقیاس ۶ درجه‌ای از ۱ (کاملاً

3. Social Safeness and Pleasure Scale  
4. Inventory of Interpersonal Problems

1. Ambivalence over Emotional Expressiveness Questionnaire  
2. Personal Need for Structure Scale

## ج) روش اجرا و تحلیل داده‌ها

در این مطالعه، پرسشنامه‌های پژوهش به صورت گروهی و در قالب گروه‌های ۱۵ تا ۲۵ نفری اجرا شد. بر این اساس، بسته‌ی ابزارهای سنجش، به همراه توضیحات مختصری برای معرفی طرح پژوهشی، نحوه‌ی استفاده از داده‌ها در راستای رعایت کدهای اخلاقی و نحوه‌ی تکمیل مقیاس‌ها در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت. برای از بین بردن اثر ناشی از خستگی که احتمال تحت تأثیر قرار گرفتن نتایج پرسشنامه‌های انتهایی بسته‌ی ابزارهای سنجش را ایجاد می‌کرد، ترتیب قرار گرفتن پرسشنامه‌ها در هر بسته، به صورت تصادفی تعیین شد. برای تحلیل داده‌ها از پارامترهای توصیفی و روش مدل‌یابی معادلات ساختاری<sup>۱</sup> (SEM) استفاده شد. تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS و AMOS (نسخه‌های ۲۲) انجام شد.

## یافته‌ها

در گام نخست، داده‌های جمعیت‌شناختی و توزیع نمره‌های اعضای نمونه در ابزارهای پژوهش مورد تحلیل قرار گرفتند. جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و جدول ۲ توزیع نمره‌های اعضای نمونه را در ابزارهای پژوهش نشان می‌دهند. در گام بعدی پیش‌فرض‌های آماری مربوط به کاربرد مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM) مورد بررسی قرار گرفتند. در این بررسی سه موضوع مورد توجه بود: ۱. فقدان داده‌های از دست‌رفته<sup>۲</sup> ۲. برقراری بهنجاری تک‌متغیری و چندمتغیری ۳. فقدان داده‌های پرت چندمتغیری<sup>۳</sup> (۶۱-۶۲). بر این اساس، پیش‌فرض‌های آماری مربوط به کاربرد SEM برقرار بود و داده‌ها برای تحلیل SEM مناسب تشخیص داده شدند.

## جدول ۱. خصوصیات جمعیت‌شناختی اعضای نمونه

سن	جنسیت	
	میانگین (انحراف استاندارد)	فراوانی (درصد)
		مؤنث
۲۰/۲۲ (۴/۶۲)	۱۰/۱ (۱۹/۴)	۴۲/۰ (۸۰/۶)

## جدول ۲. توزیع نمره‌ها در ابزارهای مورد پژوهش

انحراف استاندارد	میانگین	ابزارها
۶/۵۲	۱۱/۷۰	SNAP
۱۱/۳۶	۷۱/۶۸	TEPS
۶/۷۰	۲۲/۵۰	FMPS (خرده مقیاس‌های کمال‌گرایی ناسازگارانه‌ی شخصی)
۹/۴۹	۳۲/۹۹	FMPS (خرده مقیاس‌های کمال‌گرایی والدین)
۷/۳۵	۳۸/۱۶	PNSS
۱۳/۷۲	۷۰/۳۵	AEQ
۱۱/۷۴	۷۰/۸۶	IIP
۸/۲۱	۳۸/۸۰	SSPS
۹/۶۶	۱۲/۲۱	BDI-II

2. Missing data  
3. Multivariate Outliers

1. Structural Equation Modeling



بوت استرپ<sup>۲</sup> (۶۸) استفاده شد. در این روش تعداد میزان بازتولید نمونه ۲۰۰۰ بار و فاصله‌ی اطمینان برابر ۹۵٪ تعیین شد. بر مبنای نتایج به دست آمده (جدول ۴) حساسیت به تهدید بر بیش کنترل‌گری، اثر معنادار مثبت دارد ( $\beta=0/70$ ). در مقابل حساسیت به پاداش، اثر مستقیم معنادار منفی بر بیش کنترل‌گری نشان می‌دهد ( $\beta=-0/14$ ). کمال‌گرایی والدین نیز اثر مستقیم معنادار مثبتی بر بیش کنترل‌گری دارد ( $\beta=0/27$ )؛ همچنین بیش کنترل‌گری بر پیوند اجتماعی، اثر مستقیم معنادار منفی ( $\beta=-0/98$ ) و پیوند اجتماعی نیز بر افسردگی، اثر مستقیم معنادار منفی ( $\beta=-0/71$ ) دارد.

حساسیت به تهدید، اثر غیرمستقیم معنادار منفی بر پیوند اجتماعی دارد ( $\beta=-0/69$ )؛ در مقابل حساسیت به پاداش اثر غیرمستقیم معنادار مثبتی بر پیوند اجتماعی دارد ( $\beta=0/14$ ). نتایج همچنین از اثر غیرمستقیم معنادار منفی کمال‌گرایی والدین بر پیوند اجتماعی ( $\beta=-0/26$ ) حمایت می‌کند؛ همچنین بیش کنترل‌گری اثر غیرمستقیم معنادار مثبتی بر افسردگی دارد ( $\beta=0/70$ ). نتایج از اثر غیرمستقیم معنادار حساسیت به تهدید، حساسیت به پاداش و کمال‌گرایی والدین بر افسردگی نیز حمایت می‌کنند.

بر این اساس، بررسی برازش مدل ساختاری از فرضیه‌ی پژوهش حمایت می‌کند. نتایج این بررسی نشان می‌دهد حساسیت بالا نسبت به تهدید، حساسیت اندک نسبت به پاداش و کمال‌گرایی والدین، منجر به ایجاد یک سبک مقابله‌ای بیش کنترل‌گرانه می‌شود که بیش کمال‌گرایی (کمال‌گرایی ناسازگارانه)، نیاز بالا به ساختار (عدم ابهام) و دوسوگرایی در ابراز هیجان، ویژگی‌های آن را تشکیل می‌دهند. بیش کنترل‌گری نیز به نوبه‌ی خود به کاهش پیوند اجتماعی که با مشکلات بین‌فردی و عدم احساس امنیت اجتماعی مشخص می‌شود، می‌انجامد. کاهش پیوند اجتماعی نیز به علائم افسردگی منجر می‌شود.

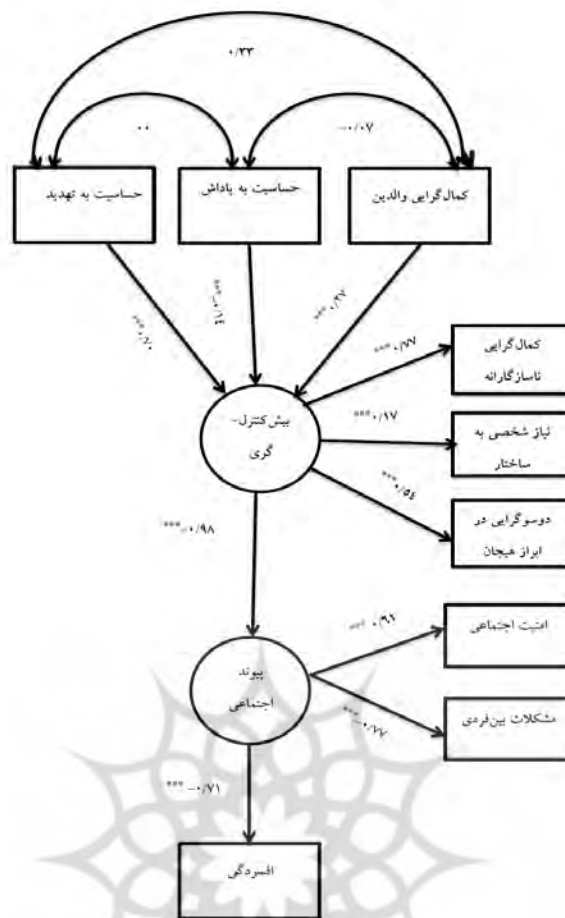
در گام سوم، مدل‌های اندازه‌گیری بررسی و تأیید شدند. در گام چهارم، بررسی مدل ساختاری مدنظر قرار گرفت. در این مرحله روابط بین متغیرهای مدل بر اساس شکل ۱، مورد بررسی قرار گرفتند. نمودار ۱ نتایج بررسی مدل و جدول ۴ اثرهای مستقیم<sup>۱</sup>، غیرمستقیم<sup>۲</sup> (میانجی) و کلی را به همراه شاخص‌های برازش مدل نشان می‌دهند.

برای بررسی برازش مدل ساختاری، از شاخص‌های  $\chi^2$  نسبی (نسبت  $\chi^2$  به  $df$ )، ریشه‌ی دوم مربعات خطای برآورد (RMSEA)، شاخص برازش تطبیقی (CFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI) و شاخص نیکویی برازش تعدیل‌شده (AGFI) استفاده شد.

یک شاخص سنتی و رایج در ارزیابی برازش مدل،  $\chi^2$  است که عدم معناداری آن در سطح ۰/۰۵ نشان‌دهنده‌ی برازش مدل است (۶۳)؛ باین حال این شاخص به حجم نمونه، حساس است. شاخص نسبی ( $\chi^2/df$ ) برای حل این مشکل و کاهش اثر حجم نمونه، معرفی شد (۶۴). در منابع مختلف مقادیر کمتر از ۵ (۶۴) و مقادیر کمتر از ۲ (۶۱) را به عنوان نسبت قابل قبول برای این شاخص معرفی کرده‌اند. مقدار به دست آمده برای این شاخص در مدل مطالعه‌ی حاضر، از ۲ کمتر و حاکی از برازش خوب مدل است. شاخص بعدی RMSEA است. برای این شاخص، مقادیر کمتر از ۰/۰۶ به عنوان حد قابل قبول برای پذیرش مدل معرفی شده است (۶۶). بر این اساس مقدار شاخص یادشده در مدل مورد بررسی، حکایت از برازش خوب دارد. شاخص بعدی، CFI است که مقادیر ۰/۹۵ و بالاتر آن، به عنوان شاخص یک مدل مطلوب معرفی شده است (۶۶). برای دو شاخص GFI و AGFI نیز مقادیر ۰/۹۰ و بالاتر به عنوان برازش مدل مطرح شده است (۶۷). بر این اساس مقادیر به دست آمده برای هر سه شاخص یادشده در پژوهش حاضر حاکی از برازش خوب مدل هستند.

برای بررسی اثرهای غیرمستقیم (تحلیل میانجی)، از روش

1. Direct effects
2. Indirect effects
3. Bootstrap



اثر کلی	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم
بیش کنترل-گری	0.70***	0.70***
بیش کنترل-گری	0.14***	0.14***
بیش کنترل-گری	0.27***	0.27***
پیوند اجتماعی	0.98***	0.98***
افسردگی	0.71***	0.71***
پیوند اجتماعی	0.69***	0.69***
پیوند اجتماعی	0.14***	0.14***
پیوند اجتماعی	0.26***	0.26***
افسردگی	0.49***	0.49***
افسردگی	0.10***	0.10***
افسردگی	0.19***	0.19***
افسردگی	0.70***	0.70***
CFI	AGFI	$P \leq 0.001$
0.99	0.97	$P \leq 0.01$
0.99		$P \leq 0.05$
RMSEA (90% CI)		
0.032		
(0.035-0.029)		
$\chi^2/df$		
1.52		

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی مدل آسیب‌شناسی لینچ، برای تبیین نشانه‌های افسردگی در یک جمعیت ایرانی و در ارتباط با افسردگی انجام شد. در این رابطه، روش مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM) نشان داد که مدل یادشده از برازش مطلوب برخوردار است. بر این اساس مشخص شد حساسیت بالا نسبت به تهدید و حساسیت اندک نسبت به پاداش، به‌عنوان آسیب‌پذیری‌های سرشتی و کمال‌گرایی والدین، به‌عنوان آسیب‌پذیری محیطی، منجر به ایجاد یک سبک مقابله‌ای بیش‌کنترل‌گرانه می‌شود که با کمال‌گرایی ناسازگارانه، نیاز بالا به ساختار (عدم ابهام) و دوسوگرایی در ابراز هیجان مشخص می‌شود. بیش‌کنترل‌گری نیز به‌نوبه خود به کاهش پیوند اجتماعی که با مشکلات بین‌فردی و عدم احساس امنیت اجتماعی مشخص می‌شود، منجر می‌شود. کاهش پیوند اجتماعی نیز به افسردگی می‌انجامد.

هم‌راستا با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، یافته‌های مطالعات انجام‌شده روی سیستم‌های سرشتی بازداری رفتاری<sup>۱</sup> (BIS) و فعال‌سازی رفتاری<sup>۲</sup> (BAS) (۶۹) و عاطفه‌پذیری منفی<sup>۳</sup> (NA) و عاطفه‌پذیری مثبت<sup>۴</sup> (PA) (۷۰-۷۱) که به‌ترتیب معادل سیستم حساسیت به تهدید و حساسیت به پاداش مطرح‌شده از سوی لینچ و همکاران (۷-۸) هستند نیز نشان می‌دهند سیستم‌های بازدارنده‌ی رفتار با شاخص‌های مرتبط با بیش‌کنترل‌گری، به‌عنوان مثال تیپ شخصیتی بیش‌کنترل‌گر، کمال‌گرایی ناسازگارانه، فرونشانی هیجانی، رابطه‌ی مثبت دارند (۱۱، ۷۲-۷۴)، درحالی‌که سیستم‌های فعال‌ساز رفتار با بیش‌کنترل‌گری رابطه‌ی منفی دارند (۱۱، ۷۴). بر مبنای پژوهش‌های یادشده، حساسیت سرشتی یا مزاجی بالا به محرک‌های منفی باعث می‌شود، فرد علاوه‌بر تجربه‌ی دامنه‌ی وسیعی از خلق‌های منفی همچون ترس، اضطراب، غم، گناه و خصومت، مستعد دامنه‌ای از متغیرهای غیرخلقی همچون شناخت‌های منفی، ارزیابی‌های منفی از خود و دیگران و ویژگی‌های شخصیتی‌ای چون بدبینی و سرسختی باشد. بر

این اساس، به‌نظر می‌رسد حساسیت به تهدید (طبع منفی) یک استعداد اولیه برای شکل‌گیری شناخت‌ها، رفتارها و ویژگی‌های شخصیتی خاصی است که می‌تواند به شکل سبک مقابله‌ای بیش‌کنترل‌گر نمود پیدا کند. در مقابل حساسیت به پاداش یک استعداد اولیه است که افراد را مستعد شکل‌گیری ویژگی‌هایی می‌سازد که در نقطه‌ی مقابل سبک مقابله‌ای بیش‌کنترل‌گر قرار می‌گیرند (۷۵).

مطالعات انجام‌شده روی متغیر محیطی کمال‌گرایی والدین نیز نشان داده‌اند که این متغیر با کمال‌گرایی فرزندان ارتباط دارد (۳۳، ۷۷-۷۶). در تبیین اثر کمال‌گرایی والدین بر بیش‌کنترل‌گری، لینچ و همکاران (۸) معتقدند والدین کمال‌گرا این پیام را به فرزندان خود منتقل می‌کنند که خطاها نابخشودنی‌اند و خود کنترلی امری ضروری است و از این طریق به ایجاد یک سبک مقابله‌ای بیش‌کنترل‌گرانه در فرزندان کمک می‌کنند. در این سبک، فرد برای اجتناب از خطا و پیامدهای ناگواری که برای آن متصور است، تلاش‌های افراطی برای کنترل خود و محیط انجام می‌دهد. براین اساس ویژگی‌های الگوی رفتاری بیش‌کنترل‌گر یعنی کمال‌گرایی افراطی و ناسازگارانه، دوسوگرایی در ابراز/فرونشانی هیجان و نیاز به ساختار/عدم تحمل ابهام، تلاش‌هایی برای اجتناب از خطا و گریز از شکست هستند که والدین آن‌ها را نابخشودنی معرفی کرده‌اند.

پیشینه‌ی پژوهشی از ارتباط بین شاخص‌های بیش‌کنترل‌گری و مشکلات در روابط اجتماعی نیز حمایت می‌کند (۸۱-۷۸). بر مبنای این پیشینه، تبیین‌های مختلفی را می‌توان برای اثر شاخص‌های بیش‌کنترل‌گری بر پیوند اجتماعی ارائه داد. در رابطه با بُعد کمال‌گرایی ناسازگارانه، یک فرض ارائه‌شده آن است که افراد کمال‌گرا در تلاش برای کامل به‌نظر رسیدن در روابط بین‌فردی، تمایلی به خودآشکارسازی ندارند و در نتیجه فاقد روابط صمیمانه هستند (۸۲). نکته‌ی دیگر این‌که افراد کمال‌گرا استانداردهای بالایی در مورد روابط بین‌فردی و اشتغال‌ذهنی انعطاف‌ناپذیر برای دستیابی به این استانداردها را دارند که باعث می‌شود این افراد در روابطشان راحت و انعطاف‌پذیر نباشند (۸۳). درنهایت این باور وجود دارد که افراد کمال‌گرا از ترس عدم تأیید اجتماعی، هیجان‌های خود، به‌ویژه

1. Behavioral Inhibition System
2. Behavioral Activation System
3. Negative Affectivity
4. Positive Affectivity

منجر به خوددراکی منفی آن‌ها در رابطه با توانمندی‌های اجتماعی‌شان می‌شود. در نتیجه یک خودپنداره‌ی اجتماعی ضعیف در این افراد شکل می‌گیرد که می‌تواند به افسردگی منجر شود یا آن را تشدید کند (۸۷).

در مجموع مدل لینچ، متغیرهای مهم آسیب‌شناختی را که بر اساس پیشینه‌ی پژوهشی، نقش فراتشخیصی تأییدشده‌ای در اختلالات درونی‌سازی به‌ویژه اختلالات افسردگی و اضطرابی دارند، در قالب یک مدل نظام‌مند در کنار یکدیگر قرار داده است. این ضابطه‌مند کردن دانش آسیب‌شناسی از چند جهت دارای اهمیت است: نخست اینکه درک جامع‌تر و عمیق‌تری را از آسیب‌شناسی اختلال افسردگی و دیگر اختلالات درونی‌سازی، بر مبنای ادبیات پژوهشی موجود ارائه می‌دهد. در واقع مطالعاتی که به بررسی جداگانه‌ی متغیرهای آسیب‌شناختی می‌پردازند هرچند به گسترش دانش آسیب‌شناسی کمک می‌کنند، باعث تراکم سازمان‌نیافته اطلاعات در مورد علل و عوامل مؤثر در یک اختلال می‌شوند. بر این اساس، مطالعات بررسی مدل‌های آسیب‌شناسی را می‌توان مرحله‌ی پیشرفته‌تری از پژوهش‌های آسیب‌شناسی به‌شمار آورد که متغیرهای دارای پشتوانه‌ی تجربی قوی را بر اساس مبانی نظری و پژوهشی و به‌منظور ایجاد ایجاز و سازمان در درک علل پدیدآیی و پایداری یک اختلال، در ارتباط با یکدیگر و با در نظر گرفتن تعامل‌ها و همپوشانی‌های اجتناب‌ناپذیر بین آن‌ها مورد بررسی قرار می‌دهند. صاحب‌نظران در این رابطه معتقدند ضرورت وجود پژوهش‌هایی که عوامل محیطی را در کنار عوامل زیستی و تفاوت‌های فردی مورد توجه قرار دهند و همچنین به بررسی نحوه‌ی اثرگذاری این عوامل بر مشکلات روان‌شناختی خاص بپردازند، ناشی از این واقعیت است که عوامل خطر ساز اولیه‌ای همچون محیط نامطلوب دوران کودکی در تمام موارد به اختلال منجر نمی‌شوند و از این‌رو به نظر می‌رسد زنجیره‌ای از عوامل خطر ساز یا عوامل محافظت‌کننده‌ی دیگر وجود دارد که در ایجاد یا عدم ایجاد اختلال مؤثر هستند (۹۳). بر این اساس بررسی هم‌زمان عوامل مطرح در پیشینه‌ی پژوهشی به روشن کردن این زنجیره منجر می‌شود. نکته‌ی دیگر آن است که مشخص کردن جایگاه هر متغیر آسیب‌شناختی در زنجیره‌ی علی اختلال، مشخص می‌کند که برای طراحی

هیجان‌های منفی را ابراز نمی‌کنند. این موضوع که به دلیل حساسیت بالای این افراد به بازخوردهای اجتماعی است، آسیب قابل توجهی به روابط بین فردی آن‌ها وارد می‌کند (۸۴). در رابطه با بُعد هیجانی، به‌طور کلی اعتقاد بر آن است که تنظیم هیجان یک فرآیند اجتماعی است تا فرآیندی درون فردی؛ این فرآیند در بافت روابط و تعاملات اجتماعی رخ می‌دهد (۸۵). بر این اساس، تصور می‌شود که افراد با بازداری بالای هیجانی در شایستگی‌های اجتماعی، پایین‌تر از متوسط‌اند (۸۶). در این رابطه لینچ و همکاران (۸) معتقدند هیجان‌ها، دست‌کم در انسان‌ها، کارکرد تسهیل پیوندهای اجتماعی را دارا هستند. به اعتقاد آن‌ها افراد بیش‌کنترل‌گر به دلیل دارا بودن سبک مقابله‌ای انعطاف‌ناپذیر و روی‌گردان از خطر، سعی می‌کنند در تعاملات اجتماعی هیجان‌های خود را فرونشانی کنند یا هیجانی مخالف آنچه احساس می‌کنند ابراز کنند. پنهان کردن احساسات درونی یا عدم انسجام بین تجربه‌ی حس شده و رفتار ابراز شده باعث می‌شود دیگران عدم انسجام فرد را درک کنند؛ در نتیجه این رفتار به همان چیزی که افراد بیش‌کنترل‌گر از آن واگرم دارند، منجر می‌شود: اطرافیان از آن‌ها اجتناب می‌کنند و با سبک مقید، ریاکارانه و مهار شده آن‌ها احساس راحتی نمی‌کنند.

همچنین مطالعات متعددی از ارتباط مثبت بین شاخص‌های پیوند اجتماعی و افسردگی (۳۰-۳۱، ۸۷-۹۱) حمایت می‌کنند. در تبیین اثر پیوند اجتماعی بر افسردگی، لینچ و همکاران (۸) معتقدند، به لحاظ تکاملی، ضعف و شکنندگی انسان‌ها - که در مقایسه با حیوانات دیگر پوست کلفت، پشم محافظ و چنگال‌های تیز ندارند - پیوند اجتماعی و به‌نوعی زیست‌قبیله‌ای را برای آن‌ها ضروری می‌سازد. بر این اساس پیوند اجتماعی یک نیاز ذاتی برای انسان‌هاست و بدین جهت بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها تا حدود زیادی به تجربه‌ی درونی‌شان از پیوند اجتماعی با دیگران بستگی دارد. در این رابطه ادبیات پژوهشی موجود نیز نکاتی را در بر دارد که به تبیین اثر یادشده کمک می‌کند؛ به‌عنوان مثال گفته شده این احتمال وجود دارد که افراد افسرده، روابط اجتماعی را منبعی برای خودارزشی بدانند. بر این اساس تجربه‌ی مشکلات بین فردی، به‌عنوان مثال ناتوانی در جرئت‌ورزی و سلطه‌پذیری،

افسردگی، در دیگر اختلالات درونی‌سازی که هم‌ابتلایی بالایی با افسردگی دارند نیز نقش ایفا می‌کنند، تمرکز درمان بر این دو سازه می‌تواند با رفع یکی از علل شکست‌های درمانی یعنی وجود اختلالات هم‌ابتلا، به‌طور بالقوه اثربخشی و کارآمدی درمان را افزایش دهد. در این رابطه سودمندی دیگر مداخله‌ای که بر دو سازه‌ی فراتشخیصی یادشده مبتنی می‌شود، ایجاد ایجاز در آموزش و اجرای درمان است؛ بدین معنا که درمان مبتنی بر این دو سازه می‌تواند در گستره‌ای از اختلالات که تحت عنوان اختلالات درونی‌سازی طبقه‌بندی می‌شوند، مورد استفاده قرار گیرد. به‌علاوه این احتمال وجود دارد که طراحی مداخلات پیشگیرانه برای افراد غیرافسرده‌ای که الگوی رفتاری بیش‌کنترل‌گرایانه‌ای را نشان می‌دهند بتواند راه‌حلی برای کنترل سیر افزایشی شیوع افسردگی فراهم آورد.

به‌علاوه یافته‌های مطالعه‌ی پژوهش حاضر، از مدل آسیب‌شناسی رویکرد درمانی لینچ یعنی رفتاردرمانی دیالکتیکی گشودگی محض (RO-DBT) و فرض زیربنایی این درمان مبنی بر اینکه هدف قرار دادن الگوی رفتاری بیش‌کنترل‌گرانه، به‌جای علائم اختلال به بهبود نتایج درمانی افسردگی به‌ویژه افسردگی مزمن منجر می‌شود، حمایت می‌کند؛ موضوعی که بخش مهمی از ارزیابی کارایی یک درمان به‌شمار می‌آید.

در پایان باید به محدودیت‌های این مطالعه اشاره کرد: تعدد پرسشنامه‌های پژوهش مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر به شمار می‌آید که تلاش شد با اجرای پرسشنامه‌ها روی افراد داوطلب و همچنین تعیین تصادفی ترتیب پرسشنامه‌ها در هر بسته، برای از بین بردن اثر خستگی بر نتایج ابزارهایی که در انتها قرار می‌گیرند، اثر محدودیت یادشده را به حداقل رساند؛ همچنین از آنجاکه نتایج حاصل در زمینه‌ی برآزش مدل آسیب‌شناسی لینچ در مطالعه‌ی حاضر از یک نمونه‌ی دانشجویی به‌دست آمده است، گام‌های بعدی در بررسی پشتوانه‌ی تجربی مدل یادشده، بررسی برآزش آن در جمعیت عمومی و همچنین نمونه‌ی بالینی در پژوهش‌های آتی است؛ از سوی دیگر به دلیل اینکه لینچ مدل پیشنهادی خود را یک مدل فراتشخیصی برای اختلالات درونی‌سازی معرفی می‌کند، اثبات این دیدگاه نیازمند بررسی مدل یادشده در

مداخله‌ای با کارآمدی و اثربخشی بیشتر، کدام‌یک از متغیرها یا به‌عبارت‌دیگر کدام حلقه از زنجیره باید هدف قرار گیرد. این واقعیت که اختلالات روانی پدیده‌هایی چندعاملی هستند این مفهوم ضمنی را نیز به همراه دارد که دامنه‌ای از متغیرهای علی وجود دارند که می‌توان آن‌ها را با هدف اثرگذاری بر پیامد (اختلال)، مورد مداخله قرار داد. در این راستا هرچند ممکن است هدف قرار دادن هریک از این متغیرها کمابیش بر اختلال اثرگذار باشد اما مداخلاتی با بیشترین و پایدارترین اثر همراه هستند که متغیرهای محوری را هدف قرار دهند. در این رابطه یک سودمندی مهم مطالعات بررسی مدل، مشخص کردن متغیرهای میانجی یا همان متغیرهایی است که فرآیند اثرگذاری متغیرهای مستقل بر متغیرهای وابسته را تبیین می‌کنند و از این‌رو مناسب‌ترین گزینه‌ها برای طراحی مداخلات اثربخش هستند. از این جهت این مطالعات می‌توانند تلویحات بالینی مهمی را برای درمان اختلال، به همراه داشته باشند. در این راستا مطالعه‌ی حاضر مدل فرضی لینچ در رابطه با نحوه‌ی تعامل متغیرهای آسیب‌شناختی سرشتی، محیطی و سبک‌های مقابله‌ای و ارتباطی در پدیدآیی افسردگی را که پیش‌از این مورد بررسی جامع قرار نگرفته بود، مورد تأیید قرار می‌دهد؛ همچنین نتایج به‌دست‌آمده در رابطه با مدل مورد بررسی، از فرضیه‌ی لینچ مبنی بر اینکه بیش‌کنترل‌گری و گسستگی اجتماعی، متغیرهایی محوری هستند که باید در درمان اختلالات درونی‌سازی هدف قرار گیرند، در ارتباط با افسردگی حمایت می‌کند.

بر اساس آنچه گفته شد، نتایج مطالعه‌ی حاضر، تلویحات بالینی مهمی را در رابطه با پیشگیری و درمان افسردگی به‌همراه دارد. این یافته‌ی مهم که بیش‌کنترل‌گری و آشفتگی در پیوند اجتماعی ناشی از آن میانجی‌هایی هستند که آسیب‌پذیری اولیه نسبت به افسردگی را به بروز علائم اختلال افسردگی مرتبط می‌سازند، حامل این پیام ضمنی است که ممکن است متمرکز شدن درمان افسردگی بر دو سازه‌ی یادشده، به بهبود اثربخشی و افزایش میزان پاسخ‌دهی به درمان در این اختلال منجر شود؛ همچنین از آنجاکه مطابق با پیشینه‌ی پژوهشی، دو سازه‌ی بیش‌کنترل‌گری و پیوند اجتماعی، سازه‌هایی فراتشخیصی هستند و علاوه بر

izing and externalizing psychiatric dimensions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2007; 42(7): 554-560

14. Krueger RF, Caspi A, Moffitt TE, Silva PA. The structure and stability of common mental disorders (DSM-III-R): a longitudinal-epidemiological study. *J Abnorm Psychol*. 1998; 107(2): 216-227.

15. Krueger RF, McGue M, Iacono WG. The higher-order structure of common DSM mental disorders: internalization, externalization, and their connections to personality. *Personality and Individual Differences*. 2001; 30(7): 1245-1259.

16. Achenbach TM, Edelbrock CS. The classification of child psychopathology: a review and analysis of empirical efforts. *Psychol Bull*. 1978; 85(6):1275-1301.

17. Forbush KT, Watson D. The structure of common and uncommon mental disorders. *Psychol Med*. 2013; 43(1): 97-108.

18. Mezquita L, Ibáñez MI, Villa H, Fañanás L, Moya-Higueras J, Ortet G. Five-factor model and internalizing and externalizing syndromes: A 5-year prospective study. *Personality and Individual Differences*. 2015; 79: 98-103.

19. Harford TC, Chen CM, Saha TD, Smith SM, Ruan WJ, Grant BF. DSM-IV personality disorders and associations with externalizing and internalizing disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Psychiatr Res*. 2013; 47(11): 1708-1716.

20. Lynch TR. Radically Open Dialectical Behaviour Therapy (RO-DBT) for Treatment-Resistant Depression (TRD): A Randomised Controlled Trial (RCT). Available from: <http://www.reframed.org.uk>; 2015.

21. Stanton K, Watson D. Positive and negative affective dysfunction in psychopathology. *Social and Personality Psychology Compass*. 2014; 8(9): 555-567.

22. Hofmann SG, Sawyer AT, Fang A, Asnaani A. Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depress Anxiety*. 2012; 29(5): 409-416.

23. Cook LC, Kearney CA. Parent and youth perfectionism and internalizing psychopathology. *Personality and Individual Differences*. 2009; 46(3): 325-330.

24. Brand S, Hatzinger M, Beck J, Holsboer-Trachsler E. Perceived parenting styles, personality traits and sleep patterns in adolescents. *J Adolesc*. 2009; 32(5):1189-1207.

25. Sherry DL, Sherry SB, Hewitt PL, Mushquash A, Flett GL. The existential model of perfectionism and depressive symptoms: Tests of incremental validity, gender differences, and moderated mediation. *Personality and Individual Differences*. 2015; 76: 104-110.

26. Sherry SB, Richards JE, Sherry DL, Stewart SH. Self-critical perfectionism is a vulnerability factor for depression but not anxiety: A 12-month, 3-wave longitudinal study. *Journal of Research in Personality*. 2014; 52: 1-5.

رابطه با دیگر اختلالات درونی سازی است. براین اساس بررسی مدل یادشده در دیگر اختلالات درونی سازی به پژوهشگران پیشنهاد می شود.

#### منابع

1. WHO. The World health report: Mental health: new understanding, new hope. Geneva; 2001.
2. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health*. 2013; 34: 119-138.
3. Domes G, Spenthof I, Radtke M, Isaksson A, Normann C, Heinrichs M. Autistic traits and empathy in chronic vs. episodic depression. *J Affect Disord*. 2016; 195:144-147.
4. Lépine JP, Briley M. The increasing burden of depression. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2011; 7(1): 3-7.
5. Andrews G, Issakidis C, Sanderson K, Corry J, Lapsley H. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2004; 184: 526-533.
6. Khan A, Faucett J, Lichtenberg P, Kirsch I, Brown WA. A Systematic Review of Comparative Efficacy of Treatments and Controls for Depression. *PLoS One*. 2012; 7(7). PubMed PMID: 22860015.
7. Lynch TR, Gray KLH, Hempel RJ, Titley M, Chen EY, O'Mahen HA. Radically open-dialectical behavior therapy for adult anorexia nervosa: feasibility and outcomes from an inpatient program. *BMC Psychiatry*. 2013 Nov 7;13:293. PubMed PMID: 24199611. Pubmed Central PMCID: 3875355.
8. Lynch TR, Hempel RJ, Dunkley C. Radically Open-Dialectical Behavior Therapy for Disorders of Over-Control: Signaling Matters. *American Journal of Psychotherapy*. 2015; 69(2), 141-162.
9. Block J. *personality as an affect processing system: Toward an integrative theory*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 2002.
10. Asendorppf JB, Borkenau P, Ostendorf F, Van Aken MAG. Carving personality description at its joints: Confirmation of three replicable personality prototypes for both children and adults. *European Journal of personality*. 2001; 15:169-198
11. Turner BJ, Claes L, Wilderjans TF, Pauwels E, Dierckx E, Chapman AL, Schoevaerts K. Personality profiles in Eating Disorders: further evidence of the clinical utility of examining subtypes based on temperament. *Psychiatry Res*. 2014; 219(1):157-165.
12. Robins RW, John OP, Caspi A, Moffitt TE, Stouthamer-Loeber M. Resilient, overcontrolled, and under-controlled boys: three replicable personality types. *J Pers Soc Psychol*. 1996; 70(1): 157-171.
13. Slade T. The descriptive epidemiology of internal-

27. Beblo T, Fernando S, Klocke S, Griepenstroh J, Aschenbrenner S, Driessen M. Increased suppression of negative and positive emotions in major depression. *J Affect Disord*. 2012; 141(2-3): 474-479.
28. Carleton RN, Mulvogue MK, Thibodeau MA, McCabe RE, Antony MM, Asmundson GJ. Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *J Anxiety Disord*. 2012; 26(3): 468-479.
29. Thompson MM, Naccarato ME, Parker KCH, Moskowitz GB. The personal need for structure and personal fear of invalidity measures: Historical perspectives, current applications, and future directions. In G. B. Moskowitz (Ed.), *Cognitive social psychology: The Princeton symposium on the legacy and future of social cognition* (pp. 19-40). New Jersey: Erlbaum; 2001.
30. Gilbert P, McEwan K, Mitra R, Franks L, Richter A, Rockliff H. Feeling safe and content: A specific affect regulation system? Relationship to depression, anxiety, stress, and self-criticism. *The Journal of Positive Psychology*. 2008; 3(3): 182-191.
31. Kelly AC, Zuroff DC, Leybman MJ, Gilbert P. Social safeness, received social support, and maladjustment: Testing a tripartite model of affect regulation. *Cognitive Therapy and Research*. 2012; 36(6): 815-826.
32. Enns MW, Cox BJ, Clara I. Adaptive and maladaptive perfectionism: developmental origins and association with depression proneness. *Personality and Individual Differences*. 2002; 33(6): 921-935.
33. Lozano LM, Valor-Segura I, Lozano L. Could a perfectionism context produce unhappy children? *Personality and Individual Differences*. 2015; 80: 12-17.
34. Lynch TR, Cheavens JS, Morse JQ, Rosenthal MZ. A model predicting suicidal ideation and hopelessness in depressed older adults: The impact of emotion inhibition and affect intensity. *Aging Ment Health*. 2004; 8(6): 486-497.
35. Lynch TR, Robins CJ, Morse JQ, Krause ED. A mediational model relating affect intensity, emotion inhibition, and psychological distress. *Behavior Therapy*. 2001; 32(3):519-536.
36. Paulus DJ, Talkovsky AM, Heggeness LF, Norton PJ. Beyond negative affectivity: A hierarchical model of global and transdiagnostic vulnerabilities for emotional disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2015; 44(5): 389-405.
37. Nepon T, Flett GL, Hewitt PL, Molnar DS. Perfectionism, negative social feedback, and interpersonal rumination in depression and social anxiety. *Canadian Journal of Behavioural Science*. 2011; 43(4): 297-308.
38. Cha M. The mediation effect of mattering and self-esteem in the relationship between socially prescribed perfectionism and depression: Based on the social disconnection model. *Personality and Individual Differences*. 2016; 88: 148-159.
39. Andreescu C, Lenze EJ, Dew MA, Begley AE, Mulsant BH, Dombrowski AY, et al. Effect of comorbid anxiety on treatment response and relapse risk in late-life depression: controlled study (Vol. 190); 2007: 344-9 p.
40. De Bolle M, De Fruyt F, Quilty LC, Rolland JP, Decuyper M, Bagby RM. Does personality disorder co-morbidity impact treatment outcome for patients with major depression? A multi-level analysis. *J Pers Disord*. 2011; 25(1):1-15.
41. Kline RX. *Principles and practice of structural equation modeling*. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2011.
42. Hooman HA. *Analysis of multivariate data in behavioral research*. Tehran: Parsa Publication; 2003.
43. Dozois DJA, Dobson K. Depression. In M. M Antony & D. H Barlow (Ed). *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2010.
44. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory--Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depress Anxiety*. 2005; 21(4): 185-192.
45. Dobson KS, Mohammadkhani P. Psychometric properties of Beck Depression Inventory-2 in a big sample of major depression patients. *Rehabilitation*. 2008; 8 (29): 80-86. [Persian]
46. Clark LA, Simms LJ, Wu KD, Casillas A. *Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality—2nd Edition (SNAP 2): Unpublished manual for administration, scoring, and interpretation*; 2014.
47. Alavi Kh. Designing and testing the transdiagnostic model based on Lynch's theory in depression in non-clinical sample and the role of over-controlling construct in discrimination of chronic from nonchronic depression. Ph.D thesis, Tehran: Shahed University; 2017. [Persian]
48. Gard DE, Gard MG, Kring AM, John OP. Anticipatory and consummatory components of the experience of pleasure: A scale development study. *Journal of Research in Personality*. 2006; 40(6):1086-1102.
49. Alavi Kh, Asghari Moghadam A, Rahiminezhad A, Farahani H. Psychometric properties of the Persian version of temporal experience of pleasure scale (TEPS). *Journal of Applied Psychology*. 2018; 11(4): 597-615. [Persian]
50. Frost RO, Marten P, Lahart C, Rosenblate R. The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*. 1990; 14 (5): 449-468.
51. Bitaraf Sh, Shaeeri MR, Hakim Javadi M. Social phobia, parenting styles, and perfectionism. *Developmental Psychology: Iranian Psychologists*. 2010; 7 (25): 75-82. [Persian]
52. King LA, Emmons RA. Conflict over emotional

- expression: Psychological and physical correlates. *J Pers Soc Psychol.* 1990; 58(5):864-877.
53. Alavi Kh, Asghari Moghadam A, Rahiminezhad A, Farahani H. Psychometric properties of ambivalence over emotional expression questionnaire. *Research in Psychological Health.* 2017; 11 (1): 74-91. [Persian]
54. Neuberg SL, Newsom JT. Personal need for structure: Individual differences in the desire for Simple structure. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1993; 65 (1): 113-131
55. Alavi Kh, Asghari Moghadam A, Rahiminezhad A, Farahani H, Shams G. Psychometric properties of Personal Need for Structure Scale. *Applied Psychological Research Quarterly.* 2017; 7 (4):133-150. [Persian]
56. Gilbert P, McEvan K, Mitra R, Richter A, Franks L, Mills A, et al. An exploration of different types of positive affect in students and in patients with bipolar disorder. *Clin Neuropsychiatry.* 2009; 6:135-143.
57. Kelly AC, Carter JC. Eating disorder subtypes differ in their rates of psychosocial improvement over treatment. *J Eat Disord.* 2014; 2: 2.
58. Alavi Kh, Asghari Moghadam A, Rahiminezhad A, Farahani H, Modres M. Psychometric properties of Social Safeness and Pleasure Scale (SSPS). *Journal of Fundamentals of Mental Health.* 2017; 19 (1):5-13.
59. Barkham M, Hardy GE, Startup M. The IIP-32: A short version of the Inventory of Interpersonal Problems. *British Journal of Clinical Psychology.* 1996; 35(1):21-35.
60. Fath N, Azadfallah P, Tabatabayi K, Rahimi C. Validity and reliability of the inventory of interpersonal problems. *Clinical Psychology.* 2013; 5(3): 69-80. [Persian]
61. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 6th ed. London: Pearson education Inc; 2013
62. Field AP. Discovering statistics using SPSS. 10th ed. London: Sage Publications; 2009.
63. Barrett P. Structural Equation Modelling: Adjusting Model Fit. *Personality and Individual Differences.* 2007; 42 (5): 815-24.
64. Wheaton B, Muthen B, Alwin DF, Summers G. Assessing Reliability and Stability in Panel Models. *Sociological Methodology.* 1977; 8 (1): 84-136.
65. Diamantopoulos A, Siguaw JA. *Introducing LISREL: A guide for the uninitiated.* New York: Sage; 2009.
66. Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling.* 1999; 6 (1): 1-55.
67. Byrne BM. *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications and programming.* 2nd ed. New York: Taylor and Francis group; 2010.
68. Preacher KJ, Hayes AF. Asymptotic and resampling strategies for comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods.* 2008; 40:879- 891
69. Gray JA. The psychophysiological basis of introversion-extraversion. *Behaviour Research and Therapy.* 1970; 8: 249-266
70. Watson D, Clark LA. Negative affectivity: The disposition to experience unpleasant emotional states. *Psychological Bulletin.* 1984; 95: 465-490.
71. Watson D, Clark LA. Depression and the melancholic temperament. *Eur J Pers.* 1995; 9: 351-366.
72. Turner LA, Turner PE. The relation of behavioral inhibition and perceived parenting to maladaptive perfectionism in college students. *Personality and Individual Differences.* 2011; 50(6): 840-844.
73. Mautz CP. Reinforcement sensitivity and regulatory focus predict perfectionism. MA thesis, USA: Appalachian State University; 2013.
74. Haga SM, Kraft P, Corby E. Emotion regulation: Antecedents and well-being outcomes of Cognitive reappraisal and expressive suppression in cross-cultural samples. *Journal of Happiness Studies.* 2009; 10(3): 271-291.
75. Clark LA, Watson D, Mineka S. Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *J Abnorm Psychol.* 1994; 103(1): 103-116.
76. Cook LC. The influence of parental factors on child perfectionism: A cross-sectional study. Ph.D thesis, USA: University of Nevada, Las Vegas; 2012.
77. Azizi K, Besharat MA. The relationship between parental perfectionism and parenting styles. *Procedia - Social and Behavioral Sciences.* 2011; 15(Supplement C): 1484-1487.
78. Hart D, Hofmann V, Edelstein W, Keller M. The relation of childhood personality types to adolescent behavior and development: a longitudinal study of Icelandic children. *Dev Psychol.* 1997; 33(2): 195-205.
79. Zhang X, Zhao P. The study on the relations among perfectionism & coping style & interpersonal relationship of university students. *Asian Social Sciences.* 2010; 6(1): 145-151.
80. Shafran R, Mansell W. Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clin Psychol Rev.* 2001; 21(6): 879-906.
81. Peters BJ, Overall NC, Jamieson JP. Physiological and cognitive consequences of suppressing and expressing emotion in dyadic interactions. *Int J Psychophysiol.* 2014; 94(1): 100-107.
82. Hewitt PL, Blasberg JS, Flett GL, Besser A, Sherry SB, Caelian C. et al. Perfectionistic self-presentation in children and adolescents: Development and validation of the Perfectionistic Self-Presentation Scale—Junior Form. *Psychological Assessment.* 2011; 23(1): 125-142.
83. Hill RW, Zrull MC, Turlington S. Perfectionism and Interpersonal Problems. *Journal of Personality Assessment.* 1995; 69(1): 81-103.



84. Flett GL, Hewitt PL, De Rosa T. Dimensions of perfectionism, psychosocial adjustment, and social skills. *Personality and Individual Differences*. 1996; 20(2): 143-150.
85. Walden TA, Smith MC. Emotion regulation. *Motivation & Emotion*. 1997; 21: 7-25.
86. Eisenberg N, Fabes RA, Guthrie IK, Reiser M. Dispositional emotionality and regulation: their role in predicting quality of social functioning. *J Pers Soc Psychol*. 2000;78(1): 136-157.
87. Hammen C, Brennan PA. Interpersonal dysfunction in depressed women: Impairments independent of depressive symptoms. *J Affect Disord*. 2002; 72(2): 145-156.
88. Tse WS, Rochelle TL, Cheung JC. The relationship between personality, social functioning, and depression: A structural equation modeling analysis. *Int J Psychol*. 2011; 46(3): 234-240.
89. Gatezadeh A, Borjali A, Eskandari H, Farrokhi N, Sohrabi F. Examining the causal model of depression based on lifestyle components and social health as mediator factor. *Research in Psychological Health*. 2017; 11:1, 139-23. [Persian]
90. Naghavi N, Akbari M, Moradi A. The structural model of perfectionism in relation to transdiagnostic constructs of cognitive, behavioral and emotional. *Research in Psychological Health*. 2017; 11: 2, 19-33. [Persian]
91. Matos M, Pinto Gouveia J, Duarte C. Constructing a self-protected against shame: The importance of warmth and safeness memories and feelings on the association between shame memories and depression. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2015;15(3): 317-335
92. Randolp JJ, Dykman B. M. (1998). Perceptions of Parenting and Depression-Proneness in the Offspring: Dysfunctional Attitudes as a Mediating Mechanism. *Cognitive Therapy and Research*, 22(4), 377-400. doi: 10.1023/A:1018761229824
93. Maughan B, McCarthy G. Childhood adversities and psychosocial disorders. *Br Med Bull*. 1997; 53(1): 156-169.