Journal of Research in Psychological Health
June 2019, volume 13, issue 1

The transdiagnostic model of depression and anxiety among nonclinical population: The mediating role of Overcontrolling

Shahram Vakili Heris[1], Sholeh Livarjani[2], Naeimeh Moheb[3]

1. PhD student of psychology, Department of psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran
2. Assistant Professor, Department of psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran
3. Assistant Professor, Department of psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

Citation: Vakili Heris S, Livarjani S, Moheb N. The Transdiagnostic Model of Depression and Anxiety Disorders in Nonclinical Population: The Mediating Role of Overcontrolling Construct. Journal of Research in Psychological Health, 2019; 13(1): 81-98. [Persian].

Highlights

- Sensitivity to reward has a negative and significant effect on comorbid anxiety and depression disorders through Overcontrolling construct.
- Sensitivity to threat has a positive and significant effect on comorbid anxiety and depression disorders through Overcontrolling construct.

Keywords
Anxiety, Depression, Sensitivity to reward, Sensitivity to threat, Overcontrolling.

Abstract

The aime of this study was to investigate a transdiagnostic model for explaining comorbidity between anxiety and depression based on the overcontrolling, sensivity to reward and sensivity to threat.The participants were 586 students of Islamic Azad University Tabriz Branch, University of Tabriz and Azarbaijan Shahid Madani University in Iran. Data were collected by Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21), Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II), behavioural inhibtion/Behavioural activation scale (BAS/BIS), Intolerance of Uncertainty Scale (IUS), Ambivalence over Emotional Expression Questionnaire (AEQ) and Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS). Sensitivity to reward with overcontrolling mediation affects anxiety and depression with standard coefficients of -0.29 and -0.36. In addition, sensitivity to threat with standardized coefficients of 0.31 and 0.39, respectively, have a significant effect on anxiety and depression by the mediation of overcontrolling. Our findings proposes a suitable framework for explaining comorbidity between depression and anxiety. Low sensitivity to reward and high sensitivity to threat by the mediation role of overcontrolling could predict comorbidity between anxiety and depression. These findings can be useful in understanding the etiology of comorbid emotional disorders, and developing efficacious therapeutic interventions and prevention of comorbid emotional disorders.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.7.3]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.81]

مدل فراتشخیصی اضطراب و افسردگی در جمعیت غیربالینی: نقش میانجی بیش‌کنترل‌گری

شهرام وکیلی هریس*[۱]، شعله لیوارجانی[۲]، نعیمه محب[۳]

۱. (نویسنده‌ی مسئول). دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، تبریز، ایران.
vakili@ut.ac.ir
۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، تبریز، ایران.
۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، تبریز، ایران.

** این مقاله برگرفته از رساله‌ی دکتری نویسنده‌ی اول است.*

تاریخ دریافت
۱۳۹۷/۱۱/۲۰

تاریخ پذیرش
۱۳۹۸/۰۳/۲۸

یافته‌های اصلی

- حساسیت به پاداش از طریق سازه‌ی بیش‌کنترل‌گری، بر همبودی اختلال‌های اضطراب و افسردگی اثر منفی و معنادار دارد.
- حساسیت به تهدید از طریق سازه‌ی بیش‌کنترل‌گری، بر همبودی اختلال‌های اضطراب و افسردگی اثر مثبت و معنادار دارد.

چکیده

هدف از این پژوهش، بررسی مدلی فراتشخیصی برای تبیین همبودی اضطراب و افسردگی، براساس نقش بیش‌کنترل‌گری، حساسیت به پاداش و حساسیت به تهدید بود. شرکت‌کنندگان ۵۸۶ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، دانشگاه تبریز و دانشگاه شهید مدنی آذربایجان در ایران بودند. داده‌ها با استفاده از مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی، پرسش‌نامه‌ی پذیرش و عمل نسخه‌ی دوم، مقیاس بازداری و فعال‌سازی رفتاری، مقیاس تحمل‌نکردن بلاتکلیفی، پرسش‌نامه‌ی دوسوگرایی در ابراز هیجان و مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی فراست جمع‌آوری شد. برازش مدل پیشنهادی با استفاده از روش تحلیل معادلات ساختاری بررسی شد. براساس این مدل، حساسیت به پاداش با میانجی‌گری بیش‌کنترل‌گری بر اضطراب و افسردگی، به‌ترتیب با ضرایب استاندارد ۰/۲۹ - و ۰/۳۶ - اثر می‌گذارد. همچنین حساسیت به تهدید با ضرایب استاندارد ۰/۳۱ و ۰/۳۹ به‌ترتیب بر اضطراب و افسردگی با میانجی‌گری بیش‌کنترل‌گری اثر دارد. یافته‌های این پژوهش چارچوب مناسبی را برای تبیین اضطراب و افسردگی ارائه می‌دهند. حساسیت به پاداش پایین و حساسیت به تهدید بالا، از طریق سازه‌ی بیش‌کنترل‌گری، همبودی اضطراب و افسردگی را پیش‌بینی می‌کنند. این یافته‌ها می‌توانند برای فهم علت‌شناسی اختلالات هیجانی همبود، توسعه‌ی مداخلات درمانی و پیشگیری از اختلالات هیجانی همبود، مفید باشند.

واژگان کلیدی
اضطراب، افسردگی، حساسیت به پاداش، حساسیت به تهدید، بیش‌کنترل‌گری

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.7.3]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.81]

مقدمه

اختلال افسردگی اساسی با نشانه‌های خلق غمگین، بی‌علاقگی و فقدان احساس لذت (۱)، کمبود انرژی، احساس بی‌ارزشی، گرایش به افکار و رفتارهای خودکشی همراه است (۲). اختلال اضطراب فراگیر با هیجان ترس، نگرانی معطوف به آینده، دلهره و وحشت همراه است و با سایر اختلالات روانی از جمله افسردگی اساسی، همبودی[1] بالایی دارد (۳). اختلال افسردگی اساسی با پیامدهای فیزیولوژیکی، روانی و اقتصادی، بالا (۴) عامل مهم مشکلات اجتماعی و خانوادگی (۵) است. شیوع اختلالات افسردگی و اضطراب بیش از دیگر اختلالات روانی است؛ به‌طوری‌که شیوع اختلالات اضطرابی در طول عمر ۲۹ درصد و اختلال افسردگی بیش از ۲۱ درصد است (۶).

اختلالات افسردگی و اختلالات اضطرابی از جمله اختلالات هیجانی هستند که بیشترین همبودی را با هم دارند (۷). شواهد مربوط به همبودی اختلالات روانی گستره‌ای از عوامل مشترک شناختی و رفتاری هستند که مسئول همبودی اختلالات روانی شناخته می‌شوند (۸). از این عوامل بنیادین مشترک تحت عنوان عوامل فراتشخیصی[2] یاد می‌شود (۹). ناکارآمدی و محدودیت‌های تشخیص‌های اختصاصی[3]، بدون توجه به همبودی و عوامل مشترک بنیادین[4] اختلالات روانی، موجب توسعه‌ی رویکردهای فراتشخیصی برای شناسایی فرایندهای اساسی و مشترک اختلالات روانی شده است (۱۰). اهتمام تحقیقات به کشف عوامل فراتشخیصی اختلالات، موجب پدیدار شدن فاکتورهای مهم فراتشخیصی در تبیین آسیب‌شناسی اختلالات روانی شده است (۱۱).

1. comorbidity
2. transdiagnostic factors
3. diagnosis-specific
4. basic common factor

در سال‌های اخیر لینچ[5] در نظریه‌ی آسیب‌شناسی خود، مدلی را کرد که در آن «خودکنترلی بیش‌ازحد» را به‌عنوان عامل فراتشخیص بسیاری از اختلالات روانی معرفی کرد (۱۲، ۱۳). این نظریه بر پایه‌ی دو مقوله‌ی مهم، تقسیم اختلالات موجود در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[6] (رر) به اختلالات برونی‌سازی‌شده[7] و درونی‌سازی‌شده[8] و مفهوم خودکنترلی[9] بنا شده است. تقسیم‌بندی اختلالات روانی به دو طبقه‌ی گسترده‌ی برونی‌سازی‌شده و درونی‌سازی‌شده، اولین بار در اختلالات کودکان و نوجوانان به‌کار رفت؛ ولی بعدها این تقسیم‌بندی در مورد اختلالات بزرگسالان نیز به‌کار گرفته شد (۱۴). بر این اساس اختلالات DSM را می‌توان در دو دسته‌ی بزرگ‌تر اختلالات برونی‌سازی‌شده (مانند اختلال وابستگی به مواد و اختلالات شخصیت خوشه‌ی B) و دسته‌ی اختلالات درونی‌سازی‌شده (مانند اختلالات هیجانی، اختلالات وسواس جبری و خوشه‌ی A و C اختلالات شخصیت)، طبقه‌بندی نمود (۱۵). مفهوم خودکنترلی به‌عنوان توانایی مقاومت در برابر وسوسه‌ها، کنترل شناخت، تنظیم هیجان و سازگاری رفتار برای دستیابی به اهداف بلندمدت تعریف شده است (۱۶). تحقیقات بر نقش خودکنترلی در سلامت روان تأکید دارند؛ امّا در مورد میزان آن، اختلاف نظر وجود دارد (۱۷). در نظریه‌ی لینچ سطح بهینه‌ای از خودکنترلی مدنظر است که موجب سازگاری و ثبات هیجانی است، ولی هر دو کرانه‌ی بالا و پایین خودکنترلی محدوده‌ی آسیب روانی محسوب می‌شود (۱۸).

لینچ، مدل آسیب‌شناسی خود را براساس ابعاد خودکنترلی در بستر تقسیم‌بندی اختلالات

5. Lynch
6. diagnostic and statistical manual of mental disorders
7. externalizing disorders
8. internalizing disorders
9. self-control

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.7.3]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.81]

روانی به دو دسته‌ی بزرگ برونی‌سازی‌شده و درونی‌سازی‌شده، ارائه می‌دهد که خودکنترلی پایین تحت عنوان کم‌کنترل‌گری[1]، به اختلالات برونی‌سازی‌شده منجر می‌شود که مشکلات فردی و اجتماعی را در پی دارد (۱۲). خودکنترلی بیش‌ازحد، به ویژگی بیش‌کنترل‌گری[2] (OC) منجر می‌شود که ویژگی شاخص افراد دارای اختلالات درونی‌سازی‌شده است و با کمال‌گرایی ناسازگار، مشکل در ابراز هیجان‌ها، نیاز بالا به ساختار، انعطاف‌ناپذیری روانی، مشخص می‌شود (۱۹). مفهوم بیش‌کنترل‌گری در اغلب تحقیقات به‌کار رفته است (۲۰، ۲۱) ولی به‌دلیل توجه صرف به مفید بودن آن در سلامت روانی، هیچگاه به‌عنوان یک سازه‌ی مهم قابل اندازه‌گیری در آسیب‌شناسی روانی، همان‌گونه که در نظریه‌ی لینچ آمده است، مفهوم‌سازی نشده است.

مدل آسیب‌شناسی لینچ، ریشه در نظریه‌ی کارکرد شخصیت[3] دارد (۲۲) که با بهره‌گیری از نظریه‌ی نظام‌های مغزی / رفتاری[4] (۲۳) مفهوم‌سازی شده است. نظریه‌ی کارکرد شخصیت دو متغیر «کنترل خود»[5] و «انعطاف‌پذیری خود»[6] را در شخصیت معرفی می‌کند. کنترل خود به میزان خودکنترلی فرد اشاره دارد که در یک پیوستار خودکنترلی از کنترل بیش‌ازحد تا کم‌کنترلی رفتار و هیجانات را شامل می‌شود. افراد بیش‌کنترل‌گر هیجان‌های خود را مهار می‌کنند و احساسات خود را کمتر ابراز کرده و لذت را به تأخیر می‌اندازند. بیش‌کنترل‌گری یک الگوی چندوجهی است که از تعامل عامل سرشتی و گرایش به خودکنترلی بیش‌ازحد، شکل می‌گیرد و به ایجاد سبک مقابله‌ای بیش‌کنترل‌گری[7] ناسازگار منجر می‌شود. عامل سرشتی، آمادگی‌های زیست‌شناختی فرد، شامل حساسیت زیاد نسبت به تهدید[8] و حساسیت کم نسبت به پاداش[9] است، که نقشی کلیدی در شکل‌گیری سبک مقابله‌ای بیش‌کنترل‌گری ایفا می‌کند (۱۲). بنابراین از آن‌جایی‌که مدل آسیب‌شناختی لینچ عوامل بنیادی شخصیت و زیستی را در شناسایی اختلالات روانی دخیل می‌داند و عوامل فراتشخیصی مهم را در قالب یک مدل منسجم ارائه می‌دهد، به‌نظر می‌رسد تصویری روشن و گویا از آسیب‌شناسی اختلالات روانی داشته باشد. لذا ما در این تحقیق سعی خواهیم کرد تا با استفاده از این مدل، آسیب‌شناسی اختلالات همایند اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی را مورد بررسی قرار دهیم.

سبک بیش‌کنترل‌گری در اختلالات درونی‌سازی‌شده، نقش اساسی ایفا می‌کند و مشتمل بر چهار نقص اساسی است: نخست اینکه افراد بیش‌کنترل‌گر به‌طور ناسازگار، کمال‌گرا هستند و از اشتباه و خطا هراس دارند و همیشه درباره‌ی نتیجه‌ی اعمال خود دچار شک و تردید می‌شوند. دوم، انعطاف‌ناپذیری روانی یا اجتناب تجربی[10] بالایی دارند که ویژگی اصلی آن بازداری هیجانی و فکری (۲۴) بوده و مشکلات اضطراب سلامت را در پی دارد (۲۵). این افراد افکار و احساسات ناخواسته را نامطلوب ارزیابی کرده و از آن‌ها اجتناب می‌کنند. سوم اینکه بازداری هیجانی ناشی از تعارض ابراز هیجان دارند؛ یعنی درحالی‌که نسبت با ابراز هیجان تمایل نشان می‌دهد، ولی آن را مهار می‌کند. بنابراین شخص در ابراز و بازداری هیجان‌ها دچار تعارض می‌شود. این

1. undercontrolling
2. overcontrolling
3. theory of personality functioning
4. brain-behavioral systems
5. ego-control
6. ego-resiliency
7. overcontrolled coping styles
8. high sensitivity to threats
9. low sensitivity to rewards
10. experiential avoidance

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.7.3]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.81]

تعارض و تمایل و بازداریِ هم‌زمان در ابراز هیجان، موجب تجربه‌ی احساسات منفی در فرد می‌شود (۲۶). چهارم، نیاز به ساختار[1] دارند و صفت عدم تحمل بلاتکلیفی در آن‌ها بالاست. این افراد از ابهام و بلاتکلیفی بیزارند و به قطعیت ساختارمند نیاز دارند و در شرایط غیرقابل پیش‌بینی و عدم شفافیت دچار تنش می‌شوند (۲۷).

با وجود اینکه سازه‌ی بیش‌کنترل‌گری، به شکلی که در مدل لینچ مفهوم‌سازی شده، در تحقیقات مربوط به رابطه‌ی ویژگی‌های سرشتی حساسیت به تهدید و پاداش با اختلالات هیجانی به‌کار گرفته نشده است، شاخص‌های توصیف‌کننده‌ی آن به‌عنوان عوامل فراتشخیصی به‌صورت جداگانه از پشتوانه‌ی تحقیقی برخوردار است. تحقیقات نشان می‌دهد حساسیت به تهدید با انعطاف‌ناپذیری روانی رابطه‌ی مستقیم مثبت (۲۸) و حساسیت پایین به پاداش با انعطاف‌ناپذیری روانی رابطه‌ی منفی دارد (۲۹). همچنین پژوهش‌ها گویای این واقعیت است؛ افرادی که نسبت به تهدید حساسیت بالا و نسبت به پاداش حساسیت پایین دارند، آستانه‌ی تحمل ابهام و بلاتکلیفی آن‌ها پایین است (۳۰). تحقیقات در میان دانشجویان آمریکایی و ایرانی نشان داد کمال‌گرایی ناسازگار با حساسیت به تهدید رابطه‌ی مثبت و با حساسیت به پاداش رابطه‌ی منفی دارد (۳۱، ۳۲). از طرف دیگر از تحقیقات دریافت شد که حساسیت بالا به تهدید و حساسیت پایین نسبت به پاداش، سرکوب هیجان در افراد را پیش‌بینی می‌کنند (۲۸، ۳۳).

ما در این پژوهش سعی داریم از طریق مفهوم‌سازی بیش‌کنترل‌گری با شاخص‌های یادشده در قالب خودکنترلی بیش‌ازحد به‌عنوان سازوکار میانجی، رابطه‌ی بین ویژگی‌های سرشتی حساسیت به تهدید بالا و حساسیت به پاداش پایین با اختلالات اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی را مورد بررسی قرار دهیم. نقش بیش‌کنترل‌گری در اختلالات روانی کمتر مورد توجه قرار گرفته است. این غفلت شاید ناشی از اهمیت خودکنترلی در سلامت روانی و بی‌توجهی به میزان خودکنترلی بوده است که حد بیشینه‌ی آن می‌تواند به بیش‌کنترل‌گری و در نهایت اختلالات روانی منجر شود (۳۴). بنابراین با استنتاج از مدل آسیب‌شناسی لینچ درباره‌ی اختلالات درونی‌سازی‌شده، می‌توان با بررسی نقش عوامل سرشتی (حساسیت بالا به تهدید و حساسیت پایین به پاداش) و نقش واسطه‌ای سبک مقابله‌ای بیش‌کنترل‌گری، به پیش‌بینی آسیب‌شناختی اختلالات درونی‌سازی‌شده‌ی اضطراب و افسردگی پرداخت. در این نظریه، متغیرها و سازه‌های مطرح‌شده، عوامل آسیب‌شناسی فراتشخیصی هستند و از طرف دیگر با در نظر گرفتن اینکه اختلال‌های اضطراب و افسردگی با همبودی بالا جزو اختلالات درونی‌سازی‌شده قلمداد می‌شوند؛ بنابراین هدف از تحقیق حاضر تدوین و آزمون مدل فراتشخیصی آسیب‌شناسی اختلال‌های اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی، براساس عوامل سرشتی حساسیت بالا به تهدید و حساسیت پایین به پاداش، با میانجی‌گری سبک مقابله‌ای بیش‌کنترل‌گری در بین جمعیت غیربالینی دانشجویی است. مدل مفهومی پژوهش در شکل شماره ۱ نشان داده شده است. امید است با برازش مدل مفهومی پژوهش، قدمی در راستای تبیین کارآمدتر آسیب‌شناسی اختلالات روانی و تدوین روش‌های مؤثر و اثربخش درمانی برداشته شود.

1. personal need for structure

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.7.3]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.81]

شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر از لحاظ هدف، تحقیق بنیادی و از نظر روش جمع‌آوری داده‌ها از نوع تحقیقات غیرآزمایشی یا توصیفی است. چون در پی بررسی روابط بین متغیرها هستیم و بیش از یک متغیر ملاک وجود دارد، تحقیق حاضر جزو طرح‌های همبستگی چندمتغیری مبتنی بر تحلیل ماتریس همبستگی[1] است و از آزمون روابط ساختاری به روش مدل‌سازی معادلات ساختاری[2] (SEM) استفاده شده است. جامعه‌ی آماری، دانشجویان مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۹۷-۹۸ دانشگاه‌های آزاد اسلامی واحد تبریز، دانشگاه تبریز و دانشگاه شهید مدنی آذربایجان است. برای انتخاب نمونه‌ی آماری از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد. نخست از بین دانشکده‌های سه دانشگاه تعدادی دانشکده و از بین آن‌ها با رعایت کفایت حجم نمونه، تعدادی کلاس به‌عنوان واحد نمونه‌گیری، به روش تصادفی انتخاب گردید. همه‌ی دانشجویان کلاس‌های انتخاب‌شده، نمونه‌ی آماری در نظر گرفته شدند.

برای تعیین حجم نمونه در تحقیقاتی که از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM) استفاده می‌شود، نظرات مختلفی ارائه شده است و در کل هیچ راهبرد دقیقی ارائه نشده است. با توجه به اینکه خطای استاندارد روش مدل‌یابی معادلات ساختاری بر اساس مفروضه‌ی نمونه‌های بزرگ محاسبه می‌شود، برای افزایش دقت برآورد و حصول همگرایی، محققان تعداد نمونه‌ی ۳۰۰ مورد را خوب، ۵۰۰ را خیلی خوب و ۱۰۰۰ مورد را عالی فرض می‌کند (۳۵). بر همین اساس و با فرض ریزش، همکاری نکردن و مخدوش شدن پرسش‌نامه‌ها، حجم نمونه ۶۰۰ نفر تعیین شد. برای جمع‌آوری داده‌ها نخست، پرسش‌نامه‌های پژوهش در قالب یک بسته، شامل اطلاعات جمعیت‌شناسی و پرسش‌نامه‌ها تهیه شد. با مراجعه به کلاس‌ها و با استفاده از وقت اضافی و فرصت آزاد دانشجویان، پرسش‌نامه‌های تحقیق در اختیار دانشجویان قرار گرفت. پس از ارائه‌ی توضیحات لازم درباره‌ی تحقیق، پرسش‌نامه‌ها تکمیل و جمع‌آوری شد. برای ترغیب دانشجویان به مشارکت در تحقیق، ضمن یادآوری محرمانه بودن اطلاعات اخذشده، از شرکت‌کنندگان خواسته شده در صورت تمایل به اطلاع از نتیجه‌ی تحقیق، آدرس رایانامه‌ی خود را در محل مشخص‌شده، درج کنند. پس از پالایش اولیه‌ی داده‌ها و حذف نمونه‌های مخدوش و ناقص، شامل داده‌های گمشده، پاسخ‌دهی تصادفی، در نهایت ۵۸۶ (۲۷۷ پسر و ۳۰۹ دختر) نمونه وارد تجزیه و تحلیل شد.

ب) ابزار پژوهش

۱. مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی فراست (FMPS)

پرسش‌نامه‌ی کمال‌گرایی چندبعدی فراست[3] ۳۵ مؤلفه دارد و کمال‌گرایی سازگار و ناسازگار را در شش بعد می‌سنجد. ابعاد ناسازگار شامل دو بعد کمال‌گرایی ناسازگارانه‌ی والدینی و دو بعد کمال‌گرایی ناسازگارانه‌ی شخصی است. در این تحقیق از سنجه‌های ابعاد ناسازگار شخصی «نگرانی درباره‌ی اشتباه»[4] (CM) (۹ مؤلفه) و

1. correlation matrix analysis
2. structural equation modeling
3. frost multidimensional perfectionism scale
4. concern over making mistakes

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.7.3]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.81]

«تردید درباره‌ی اعمال»[1] (D) (۴ مؤلفه)، استفاده شده است. مقیاس سنجش لیکرت پنج‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۵) است. نمرات بالا در هرکدام از زیرمقیاس‌ها نشان از بالا بودن ویژگی مورد سنجش دارد. سازندگان مقیاس همسانی درونی زیرمقیاس‌ها را ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ و همسانی درونی کل را ۰/۹۰ به‌دست آوردند (۳۶). بین دانشجویان ایرانی، ضریب همسانی درونی برای کل آزمون ۰/۸۶ و برای زیرمقیاس‌های ابعاد ناسازگار، نگرانی در مورد اشتباه ۰/۸۵، شک درباره‌ی اعمال ۰/۷۲ گزارش شده است (۳۷). در تحقیق حاضر آلفای کرونباخ برای ابعاد نگرانی در مورد اشتباه و تردید، درباره‌ی اعمال به‌ترتیب برابر با ۰/۸۵ و ۰/۸۶ به‌دست آمد.

۲. مقیاس بازداری و فعال‌سازی رفتاری

مقیاس بازداری و فعال‌سازی رفتاری[2] (BIS/BAS)، براساس نظریه‌ی نظام‌های مغزی/ رفتاری ساخته است (۳۸). این مقیاس شامل چهار خرده‌مقیاس است که دو خرده‌مقیاس آن در این تحقیق به‌کار رفته است. خرده‌مقیاس بازداری رفتاری (BIS) شامل ۷ مؤلفه برای اندازه‌گیری حساسیت نسبت به تهدید و خرده‌مقیاس پاسخ‌دهی به پاداش (BAS-RR)، با ۵ گویه که حساسیت نسبت به پاداش را می‌سنجد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی حساسیت بیشتر فرد به تهدید یا پاداش است. همه‌ی گویه‌ها در مقیاس اندازه‌گیری لیکرت از «کاملاً موافقم» (نمره‌ی ۴) تا «کاملاً مخالفم» (نمره‌ی ۱) سنجیده می‌شود. ثبات درونی اندازه‌گیری‌شده توسط ضریب آلفا در مورد نمونه‌های بالینی و غیربالینی ۰/۷۱ برای BAS-RR و ۰/۷۴ برای BIS به‌دست آمده است و تحقیقات از قابلیت اعتماد، روایی همگرا و روایی واگرای این مقیاس پشتیبانی می‌کند (۳۹). اعتبار مقیاس‌های BAS و BIS به روش بازآزمایی در بین دانشجویان شیراز، به‌ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۷۱ گزارش شد (۴۰). در این تحقیق ضریب آلفای کرونباخ برای BIS، ۰/۵۶ و برای BAS-RR ۰/۵۴ به‌دست آمد.

۳. مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی (DASS-21)

برگه‌ی کوتاه مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی[3] یک مقیاس خودسنجی برای غربال در نمونه‌های غیربالینی است که سه خرده‌مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس، هرکدام با ۷ گویه دارد. برای اندازه‌گیری مؤلفه‌ها از درجه‌بندی لیکرت چهاردرجه‌ای اصلاً (نمره‌ی صفر) تا زیاد (نمره‌ی ۳) استفاده می‌شود. در پژوهش حاضر از دو خرده‌مقیاس اضطراب و افسردگی استفاده شده است که نمرات بالا نشان‌دهنده‌ی بالا بودن شدت اختلال‌های مزبور است. سازندگان این مقیاس قابلیت اعتماد آن را به روش آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های افسردگی، ۰/۹۱ و برای اضطراب، ۰/۸۴ به‌دست آوردند (۴۱). پایایی نسخه‌ی فارسی این پرسش‌نامه در ایران برای افسردگی ۰/۷۰ و برای اضطراب ۰/۶۶ به‌دست آمده است (۴۲). در این پژوهش برای بررسی میزان ثبات داخلی هرکدام از زیرمقیاس‌های افسردگی و اضطراب آلفای کرونباخ به‌ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۷۱ محاسبه شد.

۴. پرسش‌نامه‌ی پذیرش و عمل نسخه‌ی دوم

نسخه‌ی دوم پرسش‌نامه‌ی پذیرش و عمل[4] (AAQ-II) براساس تجدیدنظرهای متعدد طی سال‌های متوالی در سال ۲۰۱۱، ارائه شد. این پرسش‌نامه یک مقیاس تک‌عاملی هفت‌مؤلفه‌ای است که برای سنجش اجتناب تجربی/ انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی[5] تهیه شده است، و در مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای، از ۱ (هرگز) تا ۷ (همیشه)، نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی اجتناب تجربی یا انعطاف‌ناپذیری بیشتر است. همسانی درونی آن بین نمونه‌های مختلف ۰/۷۸ تا ۰/۸۸ به‌دست آمد و ضریب بازآزمایی آن با فاصله‌ی زمانی سه‌ماهه ۰/۸۱ و یک‌ساله ۰/۷۹ گزارش شد (۴۳). ضریب پایایی به روش همسانی درونی و بازآزمایی نسخه‌ی فارسی این پرسش‌نامه، برای اولین بار بین دانشجویان ایرانی به‌ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۱ به‌دست آمد (۴۴). ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در تحقیق حاضر ۰/۷۸ به‌دست آمد.

1. doubts about actions
2. behavioral inhibition and activation scales
3. depression anxiety stress scale
4. acceptance and action questionnaire
5. experiential avoidance/ psychological inflexibility

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.7.3]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.81]

۵. مقیاس تحمل‌نکردن بلاتکلیفی

مقیاس تحمل‌نکردن بلاتکلیفی[1] (IUS) در سال ۱۹۹۴ تدوین و در سال ۲۰۰۲ ویژگی‌های روان‌سنجی آن مورد بررسی قرار گرفت. این پرسش‌نامه میزان تحمل افراد در موقعیت‌های مبهم و نامطمئن را که به بلاتکلیفی منجر می‌شود، با ۲۷ گویه در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای می‌سنجد. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی با فاصله‌ی پنج هفته‌ای به‌ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۷۸ به‌دست آمد (۴۵). ضریب آلفای کرونباخ نمره کل پرسش‌نامه در پژوهش حاضر برابر با ۷۱ درصد به‌دست آمد.

۶. پرسش‌نامه‌ی دوسوگرایی در ابراز هیجان

پرسش‌نامه‌ی دوسوگرایی در ابراز هیجان[2] (AEQ) برای بررسی نقش دوسوگرایی ابراز هیجان در اختلالات روانی تهیه شد. این مقیاس شامل ۲۸ گویه است که در مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای اندازه‌گیری می‌شود. نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی دوسوگرایی بیشتر در ابراز هیجان است. سازندگان مقیاس، پایایی کل پرسش‌نامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به‌دست آوردند و روایی همگرای آن را مطلوب گزارش نمودند (۴۶). در ایران نیز ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۶ و ضرایب اسپیرمن ـ براون بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۸ گزارش شده است (۴۷). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه، ۰/۷۴ به‌دست آمد.

ج) یافته‌ها

برای تحلیل توصیفی داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۴ و برای برازش مدل مفهومی تحقیق با استفاده از معادلات ساختاری (SEM)، از نرم‌افزار AMOS نسخه‌ی ۲۴ استفاده شد. یافته‌های پژوهش حاضر در چندین گام شامل گزارش توصیفی، بررسی پیش‌فرض‌های مدل‌یابی معادلات ساختاری، ارزیابی مدل اندازه‌گیری[3]، مدل ساختاری[4] و بررسی روابط واسطه‌ای ارائه می‌شود.

در گام اول، گزارش توصیفی شامل ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در جدول شماره ۱ و ماتریس همبستگی، میانگین، انحراف معیار نمرات حاصل از ابزار اندازه‌گیری در جدول شماره ۲ گزارش می‌شود.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه‌ی آماری

جنسیت	تعداد	فراوانی (٪)	میانگین سن	انحراف استاندارد سن
پسر	۲۷۷	۴۷/۳	۲۵/۷۲	۳/۳۴
دختر	۳۰۹	۵۲/۷	۲۵/۴۴	۳/۴۷

براساس جدول شماره ۱ جنس دختر با تعداد ۳۰۹ (۵۲/۷ درصد) با میانگین سنی ۲۵/۴۴ سال، بیشترین شرکت‌کنندگان و جنس پسر با تعداد ۲۷۷ (۴۷/۳ درصد) و میانگین سنی ۲۵/۷۲ سال، کمترین شرکت‌کنندگان تحقیق را تشکیل می‌دهند. همچنین با توجه به جدول شماره ۲ همه‌ی متغیرهای تحقیق با هم همبستگی متقابل فراوانی دارند. حساسیت به پاداش با دیگر متغیرها همبستگی متقابل منفی و بقیه‌ی متغیرها با هم همبستگی متقابل مثبت و معنادار دارند. بیشترین همبستگی متقابل بین حساسیت به تهدید و بیش‌کنترل‌گری (r=۰/۸۲) و کمترین همبستگی متقابل بین اختلال افسردگی و اختلال اضطراب (r=۰/۴۳) است.

1. intolerance uncertainty scale
2. ambivalence over emotional expression questionnaire
3. measurement model
4. structural model

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.7.3]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.81]

جدول ۲- ماتریس همبستگی، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

	اختلال اضطراب فراگیر	اختلال افسردگی اساسی	حساسیت به تهدید	حساسیت به پاداش	بیش‌کنترل‌گری
اختلال اضطراب فراگیر	۱				
اختلال افسردگی اساسی	۰/۴۳۷**	۱			
حساسیت به تهدید	۰/۴۹۴**	۰/۴۹۱**	۱		
حساسیت به پاداش	-۰/۵۱۰**	-۰/۵۷۷**	-۰/۵۳۹**	۱	
بیش‌کنترل‌گری	۰/۶۱۵**	۰/۶۲۶**	۰/۸۲۱**	-۰/۷۸۲**	۱

**p < ۰/۰۱

در گام دوم، برای ارزیابی مدل مفهومی تحقیق، با توجه به نوع توزیع و مقیاس اندازه‌گیری داده‌ها، حجم نمونه و ماتریس مورد تحلیل و به‌کارگیری ماتریس واریانس- کوواریانس[1] به‌عنوان ورودی تحلیل با استفاده از داده‌های خام، از مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM) مبتنی بر روش بیشینه‌ی درست‌نمایی[2] (ML) استفاده شد. استفاده از روش بیشینه‌ی درست‌نمایی مستلزم برقراری پیش‌فرض‌های آن است (۴۸) که به اساسی‌ترین آن‌ها یعنی، توزیع بهنجار تک‌متغیری[3] (UVN)، توزیع بهنجار چندمتغیری[4] (MVN)، عدم هم‌خطی چندگانه[5]، فقدان داده‌های گمشده یا ازدست‌رفته[6] و فقدان داده‌های پرت چندمتغیری[7]، اشاره می‌شود.

از چولگی[8] و کشیدگی[9] متغیرهای مشهود برای بررسی بهنجاری تک‌متغیری استفاده می‌شود. دامنه‌ی مورد قبول برای چولگی در سخت‌گیرانه‌ترین حالت بین ۱+ و ۱- و در سهل‌گیرانه‌ترین حالت بین ۳+ و ۳- (۴۹) و برای کشیدگی در سخت‌گیرانه‌ترین حالت محدوده ۳+ و ۳- و در سهل‌گیرانه‌ترین حالت محدوده ۷+ و ۷- یا ۱۰+ و ۱۰- است (۴۸). در این تحقیق، چولگی در دامنه‌ی ۰/۲۱۴- تا ۰/۱۳۳+ و کشیدگی بین ۱/۵۶۴- و ۰/۹۵۷- قرار دارد. بنابراین شرط بهنجاری تک‌متغیری برقرار است. برای بررسی فرض نرمال بودن بهنجاری چندمتغیری از شاخص کشیدگی چندمتغیری نسبی[10] استفاده شد که در تحقیق حاضر برابر با ۱/۳۲۷ به‌دست آمد و چون کمتر از ۳ است (۴۹) از نرمال بودن چندمتغیری حکایت دارد.

هم‌خطی، زمانی حادث می‌شود که ضرایب همبستگی بین متغیرهای مشهود بیشتر از ۰/۸۵ باشد (۴۸)؛ با توجه به اینکه دامنه‌ی ضرایب همبستگی در ماتریس همبستگی بین ۰/۴۴ و ۰/۸۲ قرار گرفته است، بنابراین هم‌خطی چندگانه حاصل نشده است. برای شناسایی داده‌های پرت تک‌متغیره[11] و چندمتغیره به ترتیب از شاخص امتیازهای بهنجاری (Z-score) و شاخص توزیع ماهالانوبیس[12] استفاده شد. در مورد اول، همه‌ی داده‌ها در محدوده‌ی ۳ انحراف استاندارد از میانگین قرار دارند که نشانه‌ی نبودِ داده‌های پرت تک‌متغیری است. همچنین معنادار نبودن فاصله‌ی ماهالانوبیس در توزیع مجذور کای، با سطح معناداری ۰/۰۰۱ حاکی از نبودِ داده‌های پرت چندمتغیری است (۵۰). داده‌های گمشده در غربال اولیه‌ی داده‌ها هنگام جمع‌آوری داده‌ها با رعایت حد کفایت حجم نمونه‌ی آماری، کنار گذاشته شده بود

1. variance-covariance matrix
2. maximum likelihood
3. univariate normality
4. multivariate normality
5. multicollinearity
6. missing data
7. multivariate outliers
8. skewness
9. kurtosis
10. relative multivariate kurtosis
11. univariate outliers
12. mahalanobis d-square

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.7.3]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.81]

و در زمان تحلیل داده‌ها هیچ داده‌ی ازدست‌رفته‌ای وجود نداشت.

در گام سوم، پس از برقراری شرایط پیش‌فرض‌های معادلات ساختاری، در مرحله‌ی نخست با استفاده از فن تحلیل عاملی تأییدی[1] (CFA)، مدل اندازه‌گیری مورد ارزیابی قرار گرفت. پس از حصول اطمینان از برازش مناسب مدل اندازه‌گیری ۵ متغیر مکنون توسط ۳۰ متغیر مشهود و شایستگی نشانگرها برای اندازه‌گیری متغیرهای مکنون، در مرحله‌ی دوم برای بررسی روابط بین متغیرهای مکنون (سازه‌ها)، برازندگی مدل ساختاری بررسی شد. شاخص‌های برازش مدل‌های اندازه‌گیری و ساختاری در جدول شماره ۳ آمده است.

جدول ۳- شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری

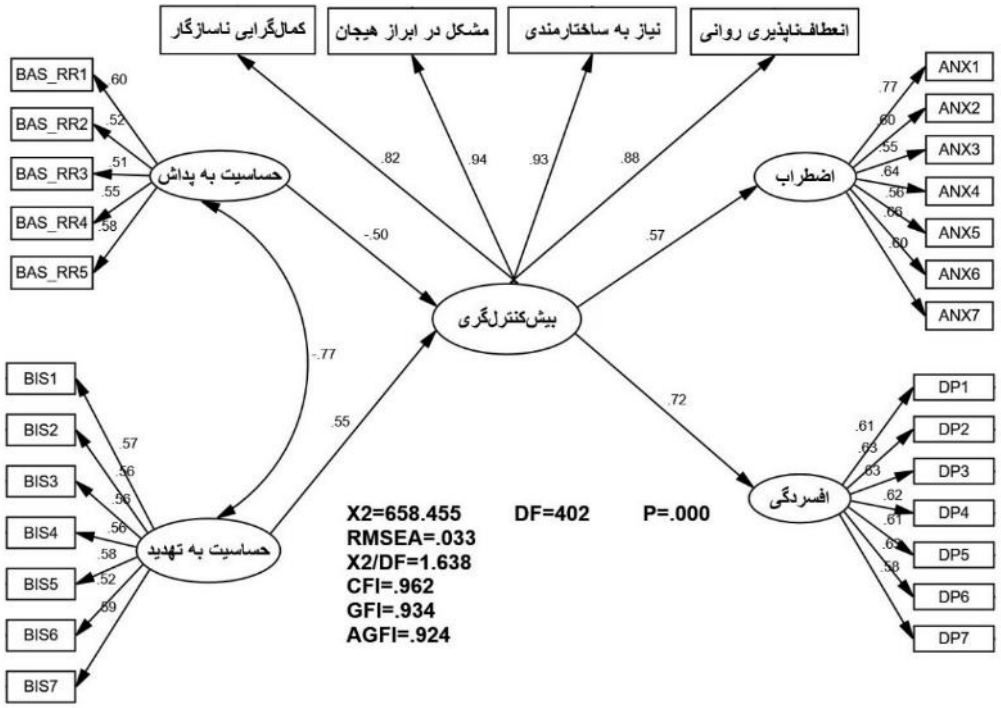
شاخص‌ها	χ	df	χ^2/df	RMSEA	CFI	GFI	AGFI
مدل اندازه‌گیری	۴۸۸/۷۰	۳۹۵	۱/۳۴	۰/۰۲	۰/۹۹	۰/۹۵	۰/۹۴
مدل ساختاری	۶۵۸/۰۵	۴۰۲	۱/۶۴	۰/۰۳	۰/۹۶	۰/۹۳	۰/۹۲

برای ارزیابی برازندگی مدل‌های اندازه‌گیری و ساختاری شاخص‌های کای اسکوئر[2] ()، نسبت کای اسکوئر به درجه‌ی آزادی ()، جذر برآورد واریانس خطای تقریب[3] (RMSEA)، شاخص برازندگی مقایسه‌ای[4] (CFI)، شاخص نیکویی برازش[5] (GFI) و شاخص تعدیل‌شده برازندگی[6] (AGFI) به‌کار گرفته شد. شاخص کای اسکوئر یک شاخص معمول برای ارزیابی برازندگی مدل است؛ اما چون این شاخص نسبت به اندازه‌ی نمونه، حساس است و در نمونه‌های با حجم کم به معناداری و عدم برازش مطلوب مدل منجر می‌شود (۵۱)، از شاخص نسبت کای اسکوئر به درجه‌ی آزادی استفاده می‌شود. در مورد مقدار شاخص نسبت کای اسکوئر به درجه‌ی آزادی، نظرات مختلفی وجود دارد که خوش‌بینانه‌ترین مقدار کمتر از ۵ و سخت‌گیرانه‌ترین مقدار بین ۱ تا ۱/۲ را برای برازش مناسب می‌دانند (۵۲). شاخص RMSEA به تعداد متغیرهای برآوردشده‌ی مدل وابسته است و مقادیر بین ۰/۵ تا ۰/۰۸ قابل‌قبول و مقادیر کمتر از ۰/۰۸ برازش خوب توصیف شده است (۵۳). برای شاخص CFI مقادیر بالای ۰/۹۰ نشانه‌ی پذیرش مدل و مقادیر بالای ۰/۹۵ را برازش خوب در نظر می‌گیرند (۴۸). همچنین برای شاخص GFI و AGFI مقادیر ۰/۹۰ و بالاتر از آن، محدوده‌ی پذیرش مدل است (۵۴). با بررسی شاخص‌های جدول شماره ۳ و با در نظر داشتن محدوده‌های قابل‌قبول برازندگی مشاهده می‌شود مدل‌های اندازه‌گیری و ساختاری از برازش خوبی برخوردار است و می‌توان مدل ساختاری را به روش مدل‌یابی معادلات ساختاری عملیاتی کرد.

در گام چهارم، پس از برازش مطلوب و تأیید کلی مدل ساختاری، مدل نهایی ارائه شد. مدل نهایی همراه ضرایب استاندارد در شکل شماره ۲ نشان داده شده است.

1. confirmatory factor analysis
2. chi-square
3. root mean square error of approximation
4. comparative fit index
5. goodness of fit index
6. adjusted goodness of fit index

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.7.3]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.81]



شکل ۲- مدل نهایی حساسیت به پاداش، حساسیت به تهدید، بیش‌کنترل‌گری، اضطراب و افسردگی

با مشاهده‌ی شکل شماره ۲ مشخص می‌شود؛ حساسیت به پاداش با ضریب استاندارد ۰/۵۰- (۰/۵۰- = β، P<۰/۰۱) و حساسیت به تهدید با ضریب استاندارد ۰/۵۵ (۰/۵۵ = β، P<۰/۰۱) به‌عنوان متغیرهای برون‌زا بر سبک مقابله‌ای بیش‌کنترل‌گری اثر مستقیم و معنادار دارند. همچنین متغیر سبک مقابله‌ای بیش‌کنترل‌گری با ضرایب استاندارد ۰/۵۷ (۰/۵۷ = β، P<۰/۰۱) و ۰/۷۲ (۰/۷۲ = β، P<۰/۰۱) به‌ترتیب بر اختلال اضطراب و افسردگی اثر مستقیم و مثبت معنادار دارد.

در گام پنجم، برای تحلیل میانجی و ارزیابی نقش واسطه‌ای[1] سبک مقابله‌ای بیش‌کنترل‌گری بین متغیرهای برون‌زا و درون‌زا از آزمون بوت‌استرپ[2]، منطقی‌ترین روش بررسی اثرات غیرمستقیم[3] با بازتولید نمونه‌ای ۲۰۰۰ بار در فاصله‌ی اطمینان ۹۵ درصد، استفاده شد (۵۵). نتایج آزمون بوت‌استرپ در جدول شماره ۴ گزارش شده است. در این روش اگر حد بالا و پایین آزمون هم علامت (هر دو مثبت یا منفی) باشد و بین آن‌ها مقدار صفر قرار نگیرد، مسیر علّی غیرمستقیم مورد نظر معنادار خواهد بود.

جدول ۴- نتایج آزمون بوت‌استرپ رابطه‌ی واسطه‌ای

مسیرها	حد پایین	حد بالا	خطای برآورد	اندازه اثر (β)	سطح معناداری
حساسیت به پاداش ← بیش‌کنترل‌گری ← اضطراب فراگیر	۰/۶۳-	۰/۴۴-	۰/۰۴۹	۰/۲۸۸-	۰/۰۵
حساسیت به پاداش ← بیش‌کنترل‌گری ← افسردگی اساسی	۰/۴۹-	۰/۳۳-	۰/۰۴۲	۰/۳۶۱-	۰/۰۵
حساسیت به تهدید ← بیش‌کنترل‌گری ← اضطراب فراگیر	۰/۴۹	۰/۷۲	۰/۰۵۷	۰/۳۱۲	۰/۰۵
حساسیت به تهدید ← بیش‌کنترل‌گری ← افسردگی اساسی	۰/۳۷	۰/۵۶	۰/۰۴۶	۰/۳۹۱	۰/۰۵

1. mediator
2. bootstrap
3. indirect effects

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.7.3]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.81]

براساس جدول شماره ۴ مسیر حساسیت به پاداش به اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی با میانجی‌گری سبک مقابله‌ای بیش‌کنترل‌گری به ترتیب با ضریب استاندارد ۰/۲۹- و ۰/۳۶- در سطح P<۰/۰۵ معنادار هستند. همچنین مسیر حساسیت به تهدید به اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی با واسطه‌گری سبک مقابله‌ای بیش‌کنترل‌گری به‌ترتیب با ضریب استاندارد ۰/۳۱ و ۰/۳۹ در سطح P<۰/۰۵ معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه‌ی حاضر، بررسی نقش سبک مقابله‌ای بیش‌کنترل‌گری به‌عنوان میانجی در رابطه بین ویژگی‌های سرشتی حساسیت به تهدید و حساسیت به پاداش با اختلال‌های همبود اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی بود. نقش حساسیت به تهدید و پاداش در اختلالات اضطراب و افسردگی در تحقیقات پیشین نشان داده شده است (۵۶، ۵۷، ۵۸)؛ اما آنچه در این میان کمتر مورد توجه واقع شده، نقش واسطه‌ای سبک بیش‌کنترل‌گری است (۵۹). یافته‌های تجربی در این تحقیق، از مدل فرضی حمایت می‌کنند و نتایج معادلات ساختاری نشان می‌دهد، سبک بیش‌کنترل‌گری به‌عنوان یک متغیر میانجی می‌تواند رابطه بین حساسیت به تهدید و پاداش و افسردگی و اضطراب را تبیین کند. برازندگی مناسب مدل براساس داده‌های جمع‌آوری‌شده، نشان داد حساسیت به تهدید به‌واسطه‌ی بیش‌کنترل‌گری اثر غیرمستقیم و مثبت با اختلال‌های اضطراب و افسردگی دارد. همچنین حساسیت به پاداش بر اختلالات همایند اضطراب و افسردگی از طریق بیش‌کنترل‌گری، اثر غیرمستقیم و منفی دارد.

روابط مستقیم نشان داده شده در مدل، با تحقیقات قبلی همسوست. بین حساسیت به تهدید و شاخص‌های بیش‌کنترل‌گری رابطه‌ی مثبت و معنادار وجود دارد. تحقیقات پیشین نشان می‌دهند بین حساسیت به تهدید با انعطاف‌ناپذیری روانی (۲۸)، کمال‌گرایی ناسازگار (۳۱، ۳۲)، نیاز به ساختار (۳۰) و مهار ابراز هیجان (۲۸)، رابطه‌ی مستقیم مثبت وجود دارد. همچنین حساسیت به پاداش با انعطاف‌ناپذیری روانی (۲۹)، کمال‌گرایی ناسازگار (۳۱، ۳۲)، نیاز به ساختار (۳۰) و سرکوب هیجان (۳۳)، رابطه مستقیم و منفی دارد. از طرف دیگر، روابط مستقیم شاخص‌های بیش‌کنترل‌گری با اختلال‌های اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی، هم‌راستا با نتایج پژوهش‌های قبلی است. نتایج این تحقیق همانند تحقیقات گذشته نشان داد کمال‌گرایی ناسازگار (۶۰)، انعطاف‌ناپذیری روانی (۶۱)، بازداری و دوسوگرایی ابراز هیجان (۶۲) و نیاز به ساختار (۶۳)، با اختلالات اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی رابطه دارند.

در بررسی آسیب‌شناسی و درمان اختلالات اضطرابی و خلقی، اغلب نقش هیجانات بیش‌ازحد کنترل‌شده نادیده گرفته می‌شود (۶۴)، بنابراین هدف اصلی پژوهش حاضر تبیین نقش میانجی‌گری سبک مقاله‌ای بیش‌کنترل‌گری در رابطه بین سامانه‌های حساسیت به تهدید و پاداش با اختلالات همایند اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی در چارچوب مدل آسیب‌شناسی لینچ بود. طبق یافته‌های پژوهش حاضر، حساسیت بالا نسبت به تهدید و حساسیت پایین نسبت به پاداش، از طریق سبک مقابله‌ای بیش‌کنترل‌گری به‌عنوان یک سازه‌ی فراتشخیصی مهم، در ایجاد و نگهداری اختلال‌های اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی نقش دارد.

سبک مقاله‌ای بیش‌کنترل‌گری، ادراکات و

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.7.3]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.81]

یادگیری‌ها، نوع پاسخ‌دهی خودمختار و هوشیارانه و شناخت افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. افراد بیش‌کنترل‌گر وقتی تحت تأثیر حساسیت به تهدید و پاداش و نیاز به ساختار وقتی در شرایط بلاتکلیفی و مبهم قرار می‌گیرند، دچار تنش و اضطراب می‌شوند؛ زیرا شرایط مبهم و بلاتکلیفی یک خطر بالقوه محسوب می‌شود که افکار منفی و در پی آن اضطراب را در پی دارد. نظام مغزی فرد بیش‌کنترل‌گر، به‌دلیل حساسیت بالا نسبت به تهدید و حساسیت پایین نسبت به پاداش، حتی در سطح آگاهانه، شرایط و محیط را خطرناک و تهدیدکننده و عاری از هرگونه پاداش ارزیابی می‌کند. فرد در این شرایط از ابراز احساسات مثبت و منفی خود مطمئن نیست و آن را خطرناک به حساب می‌آورد و در نهایت به‌دلیل حساسیت بالا به تهدید هیجانات خود را مهار می‌کند. بازداری هیجان در کوتاه‌مدت، به اضطراب فراگیر و در بلندمدت، به افسردگی اساسی در فرد منجر خواهد شد. از طرف دیگر افراد بیش‌کنترل‌گر به‌دلیل کمال‌گرایی ناسازگار ناشی از حساسیت به تهدید و پاداش، ترس از اشتباه دارند و چون احتمال شکست در انجام تکالیف روزمره همواره وجود دارد، همین ترس نشانه‌های اضطراب را در فرد برمی‌انگیزد. همچنین افراد کمال‌گرا برای اجتناب از شکست در مورد اعمال خود دچار شک و تردید هستند و چون هیچ تضمینی برای کامل بودن وجود ندارد و آن‌ها از نتایج اعمال خود رضایت لازم را کسب نمی‌کنند، نشانه‌های افسردگی را از خود نشان می‌دهند. افرادی که نسبت به تهدید حساسیت بالایی دارند، اغلب نسبت به پاداش و رویدادهای لذت‌بخش حساسیت پایین دارند و همین امر موجب پایین بود انعطاف‌ناپذیری در این افراد می‌شود. این افراد نسبت به هیجان‌ها و ایده‌های جدید گشودگی لازم را ندارند؛ بنابراین از لحاظ باورها و افکار انعطاف‌ناپذیرند (۶۵). حضور مستمر شرایط آسیب‌زا و تهدیدکننده و تداوم اجتناب تجربی در فرد، حالات برانگیختگی و اضطراب و در نهایت افسردگی را سبب می‌شود (۲۴).

در نهایت براساس نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان اظهار نمود که استعداد سرشتی حساسیت بالا به تهدید و حساسیت کم به پاداش، در تعامل با ویژگی‌های کمال‌گرایی ناسازگار، انعطاف‌ناپذیری بالا، کنترل بیش‌ازحد احساسات و هیجانات و نیاز به ساختار بالا، ظرفیت‌ها و فرصت‌های فرد را برای سازگاری به شدت کاهش می‌دهد (۶۶). پیامد این فرایند شکل‌گیری یک سبک شخصیتی است که با ویژگی خودکنترلی بیش‌ازحد مشخص می‌شود و زمینه‌ساز اختلالات روانی از جمله اختلال‌های اضطرابی و افسردگی را فراهم می‌سازد (۱۳).

به‌نظر می‌رسد مدل ارائه‌شده در این تحقیق که با استفاده از نظریه‌ی لینچ تدوین شده است، از ظرفیت‌های شایان توجهی در حوزه‌ی آسیب‌شناسی اختلالات روانی برخوردار است. نخست اینکه مدل بر مبانی قوی نظری استوار است. هر چند پایه‌های نظری مدل مانند نظریه‌ی کارکرد شخصیت (۲۲) در حوزه‌ی اختلالات بزرگسالان چندان جدی گرفته نشده است، ولی ترکیب آن با نظریه‌ی نظام‌های مغزی/ رفتاری (۶۷) موجب توانمندتر شدن مدل گشته است. دوم آنکه مدل برای تبیین آسیب‌شناسی اختلالات از سازه‌های فراتشخیصی سرشتی و روان‌شناختی مختلف، ولی مرتبط با هم استفاده نموده است. هرچند این سازه‌ها در حوزه‌ی تحقیقات آسیب‌شناسی اختلالات روانی سازه‌های آشنایی هستند، هرکدام از آن‌ها به‌صورت پراکنده در تحقیقات جداگانه به‌کار رفته‌اند؛ درحالی‌که در این مدل در ارتباط

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.7.3]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.81]

منطقی کنار هم به‌کار گرفته شده‌اند. سوم اینکه، سازه‌های مدل در یک روال منطقی و سلسله‌مراتبی به کار رفته است و به‌خوبی روابط بین ویژگی‌های سرشتی و حالات روان‌شناختی را در پدیدآیی و تداوم اختلالات روانی توضیح می‌دهد. از آن‌جایی که در این‌گونه تحقیقات نمی‌توان روابط علت و معلولی را استدلال نمود، پیشنهاد می‌شود محققان در آینده با استفاده از این مدل در تحقیقات آزمایشی و طولی، زمینه‌ی استنتاج‌های علّی را فراهم سازند. چهارم، منطق نظری حوزه‌ی آسیب‌شناسی مدل طیف وسیعی از اختلالات تحت عنوان اختلالات درونی‌سازی‌شده را دربرمی‌گیرد که می‌توان با به‌کارگیری آن در آسیب‌شناسی دیگر اختلالات روانی، زمینه‌ی آزمون‌پذیری و کارایی آن را ارزیابی کرد. بنابراین به پژوهشگران آتی توصیه می‌شود با به‌کارگیری این مدل در اختلالات دیگر موجبات شناسایی نقاط قوت و ضعف مدل را فراهم آورند تا از این طریق کارآمدی مدل بهبود یابد.

یافته‌های این تحقیق، در راستای آسیب‌شناسی فراتشخیصی اختلال‌های اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی، تلویحات مهمی دربر دارد. همان‌گونه که تحقیقات نشان می‌دهد راهبردهای درمانی فراتشخیصی، مؤثرتر از درمان‌های تفکیکی است (۶۸). بنابراین یافته‌های این تحقیق می‌تواند در تدوین راهبردهای درمان‌های فراتشخیصی مفید واقع شود. سازه‌ها و متغیرهای مورد تحقیق در این پژوهش، سازه‌های به‌کاررفته در در رویکردهای درمان پذیرش و تعهد[1] و رفتاردرمانی دیالکتیک[2] هستند؛ از طرف دیگر تحقیقات نشان می‌دهد ترکیب روش‌های درمانی مذکور و درمان‌های دارویی، ترکیب مؤثر در اختلالات، به‌ویژه اختلال افسردگی است (۶۹)؛ بنابراین یافته‌های این پژوهش می‌تواند در مداخلات ترکیبی مدنظر قرار گیرد.

در این پژوهش همانند دیگر تحقیقات در این حوزه، محدودیت‌هایی وجود داشت که باید در نظر گرفته شود. در درجه‌ی نخست، یافته‌های این تحقیق محدود به جمعیت غیربالینی دانشجویی است که در تعمیم آن به دیگر جمعیت‌ها و نمونه‌های بالینی، باید جانب احتیاط را رعایت کرد. بنابراین توصیه می‌شود، مدل آسیب‌شناختی مورد آزمون این تحقیق در نمونه‌های بالینی غربال‌شده بررسی شود. دوم اینکه، نتایج حاصل از این تحقیق بیشتر کاربری پیشگیرانه دارد که برای به‌کارگیری آن در حوزه‌ی درمانی باید تحقیقات آزمایشی کنترل‌شده تدارک دیده شود. سوم، از نظر روش‌شناسی این تحقیق از نوع مقطعی بوده و از ابزارهای خودسنجی متداول استفاده شده است. هرچند ابزارهای به‌کاررفته از اعتبار و روایی بالایی برخوردار هستند، ولی نقص خودسنجی در آن محفوظ است. بنابراین امید است پژوهشگران این عرصه، از تحقیقات طولی و ابزارهای روان‌سنجی دقیق‌تر مانند ابزارهای رشته‌های عصب‌شناختی استفاده کنند، تا نتایج دقیق‌تری کسب شود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله از همه‌ی عزیزان شرکت‌کننده در تحقیق که ما را در جمع‌آوری داده‌ها یاری نمودند، کمال قدردانی و تشکر را دارند.

1. acceptance and commitment therapy
2. dialectical behavior therapy

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.7.3]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.81]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.7.3]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.81]

References

1. Brain C. Advanced psychology: applications, issues and perspectives. Nelson Thornes; 2001.
2. Stoffer ES. The effects of discussion and self-focusing on interpersonal problem solving among dysphoric and nondysphoric individuals. Canada: University of Calgary; 2000.
3. Asmundson GJ, Taylor S, Bovell CV, Collimore K. Strategies for managing symptoms of anxiety. Expert Rev Neurother. 2006; 6(2): 213-222.
4. Segal ZV, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. New York: Guilford Press; 2018.
5. 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.
6. Mohammadi A. Comparison of the effect of transdiagnostic group therapy with group cognitive therapy on indicated prevention of anxiety and depression. Iran: Tehran University of Medical Sciences; 2011.
7. Hofmeijer-Sevink MK, Batelaan NM, van Megen HJ, van den Hout MA, Penninx BW, van Balkom AJ, Cath DC. Presence and predictive value of obsessive-compulsive symptoms in anxiety and depressive disorders. Can J Psychiatry. 2018; 63(2): 85-93.
8. Harvey AG, Watkins E. Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment. London: Oxford University Press, USA; 2004.
9. Mennin DS, Fresco DM. Emotion regulation therapy. New York: Guilford Press; 2014.
10. Abasi I, Fata L, Sadeghi M, Banihashemi S, Mohammadee A. A comparison of transdiagnostic components in generalized anxiety disorder, unipolar mood disorder and nonclinical population. World Acad Sci Eng Technol. 2013; 7(12): 803-811.
11. Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR, Gallagher MW, Murray-Latin H, Sauer-Zavala S, Bentley KH, Thompson-Hollands J, Conklin LR, Boswell JF, Ametaj A. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. JAMA psychiatry. 2017; 74(9): 875-884.
12. Lynch TR. Radically open dialectical behavior therapy: Theory and practice for treating disorders of overcontrol. New Harbinger Publications; 2018.
13. Lynch TR, Hempel RJ, Clark LA. Flexibility and radical openness: facilitating self-inquiry in overcontrolled personality disorders. New York: Guilford Press; 2015.
14. Slade T. The descriptive epidemiology of internalizing and externalizing psychiatric dimensions. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2007; 42(7): 554-560.
15. Forbush KT, Watson D. The structure of common and uncommon mental disorders. Psychol Med. 2013; 43(1): 97-108.
16. Baumeister RF, Vohs KD, Tice DM. The strength model of self-control. Curr Dir Psychol Sci. 2007; 16(6): 351-5.
17. Uziel L. The intricacies of the pursuit of higher self-control. Curr Dir Psychol Sci. 2018; 27(2): 79-84.
18. Ayduk O. Delay of gratification in children. Persons in: Building a science of the individual. New York: Guilford Press; 2007.
19. Cheavens JS, Lynch TR. Dialectical behavior therapy for personality disorders in older adults. In: Handbook of behavioral and cognitive therapies with older adults. New York; 2008.
20. Block J. Lives through time. Psychology Press; 2014.
21. Chapman BP, Goldberg LR. Replicability and 40-year predictive power of childhood ARC types.
J Pers Soc Psychol. 2011; 101(3): 593-606.

22. Block JH, Block J. The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. Psychology Press; 2014.
23. Gray JA. The psychophysiological basis of introversion-extraversion. Behav Res Ther. 1970; 8(3): 249-266.
24. Wenzlaff RM, Wegner DM. Thought suppression. Annu Rev Psychol. 2000; 51(1): 59-91.
25. Karimi J, Homayouni A, Homayouni F. The Prediction of Health Anxiety based on Experiential Avoidance and Anxiety Sensitivity among non-clinical Population. Journal of Research in Psychological Health. 2019; 12(4): 76-90. [Persian]
26. Emmons RA, King LA. Conflict among personal strivings: immediate and long-term implications for psychological and physical well-being. J Pers Soc Psychol. 1988; 54(6): 10-40.
27. Thompson M.M., Naccarato M.E., Parker K.C., Moskowitz G.B., The personal need for structure and personal fear of invalidity measures: Historical perspectives, current applications, and future directions, In: Cognitive social psychology: The Princeton symposium on the legacy and future of social cognition. New York; 2001.
28. Pickett SM, Lodis CS, Parkhill MR, Orcutt HK. Personality and experiential avoidance: A model of anxiety sensitivity. Pers Individ Dif. 2012; 53(3): 246-250.
29. Pickett SM, Bardeen JR, Orcutt HK. Experiential avoidance as a moderator of the relationship between behavioral inhibition system sensitivity and posttraumatic stress symptoms. J Anxiety Disord. 2011; 25(8):1038-1045.
30. Hong RY, Lee SS. Further clarifying prospective and inhibitory intolerance of uncertainty: Factorial and construct validity of test scores from the Intolerance of Uncertainty Scale. psychol assessment. 2015; 27(2): 605-620.
31. Mautz, C.P. Reinforcement Sensitivity and Regulatory Focus Predict Perfectionism. State University; 2013.
32. Aslani S, Salmanpoor H. The Relationship Between Behavioral Brain Systems and Perfectionism in Students of Islamic Azad University of Naghadeh. 3rd National Congress of community empowerment in the social sciences Psychology and Educational Sciences: Tehran; 2018 [Persian]
33. Markarian SA, Pickett SM, Deveson DF, Kanona BB. A model of BIS/BAS sensitivity, emotion regulation difficulties, and depression, anxiety, and stress symptoms in relation to sleep quality. Psychiatry Res. 2013; 210(1): 281-286.
34. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 2018.
35. Hooman HA. Analysis of multivariate data in behavioral research. Tehran: Parsa Publication; 2003. [Persian]
36. Frost RO, Marten P, Lahart C, Rosenblate R. The dimensions of perfectionism. Cognit Ther Res. 1990; 14(5): 449-468.
37. Bitaraf Sh, Shaeeri MR, Hakim Javadi M. Social phobia, parenting styles, and perfectionism. Developmental Psychology (Iranian Psychologists). 2010; 7(25): 75-82. [Persian]
38. Carver CS, White TL. Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: the BIS/BAS scales. J Pers Soc Psychol. 1994; 67(2): 319-333.
39. Campbell-Sills L, Liverant GI, Brown TA. Psychometric evaluation of the behavioral inhibition/behavioral activation scales in a large sample of outpatients with anxiety and mood disorders. psychol assessment. 2004; 16(3): 244-254.
40. Mohammadi N. The Psychometric Properties of the Behavioral Inhibition System (BIS) and Behavioral Activation System (BAS) scales Among Students of Shiraz University. CPAP. 2008; 1(28): 61-68.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.7.3]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.81]

[Persian]
41. Henry JD, Crawford JR. The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. Br J Clin Psychol. 2005; 44(2): 227-239.
42. Sahebi A, Asghari M, Salari R. Validation of Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian Population. Journal of Developmental Psychology. 2005; 1(4): 36-54. [Persian]
43. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Waltz T, Zettle RD. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behav Ther. 2011; 42(4): 676-688.
44. Imani M. Factor structure psychological flexibility questionnaire in university student. Journal of education and Learning. 2016; 1(8): 162-181. [Persian]
45. Buhr K, Dugas MJ. The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. Behav Res Ther. 2002; 40(8): 931-945.
46. King LA, Emmons RA. Conflict over emotional expression: Psychological and physical correlates. J Pers Soc Psychol. 1990; 58(5): 864-877.
47. Alavi K, Asghari Moghadam M A, Rahiminezhad A, Farahani H. Psychometric properties of Ambivalence over Emotional Expression Questionnaire. Journal of Research in Psychological Health. 2017; 11(1): 74-91. [Persian]
48. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. New York: Guilford Press; 2015.
49. Chou CP, Bentler PM. Estimates and tests in structural equation modeling; 1995.
50. Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. Applied multivariate research: Design and interpretation, Hasan Pasha SHarifi and et al, Tehran: Rosd Publication; 2017. [Persian]
51. Barrett P. Structural equation modelling: Adjudging model fit. Pers Individ Dif. 2007; 42(5): 815-824.
52. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics; 2013.
53. Steiger JH. Understanding the limitations of global fit assessment in structural equation modeling. Pers Individ Dif. 2007; 42(5):893-898.
54. Byrne BM. Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming. Routledge; 2016.
55. Preacher KJ, Hayes AF. Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. Behav Res Methods. 2008; 40(3): 879-891.
56. Markarian SA, Pickett SM, Deveson DF, Kanona BB. A model of BIS/BAS sensitivity, emotion regulation difficulties, and depression, anxiety, and stress symptoms in relation to sleep quality. Psychiatry Res. 2013; 210(1): 281-286.
57. Johnson SL, Turner RJ, Iwata N. BIS/BAS levels and psychiatric disorder: An epidemiological study. J Psychopathol Behav Assess. 2003; 25(1): 25-36.
58. Tajikzadeh F, Sadeghi R, Mehrabizade M, Davoudi I. The Brain/ Behavioral Systems, Perfectionism and Depression Symptoms among the University Students. Journal of Psychological Studies. 2015; 3(11): 119-140. [Persian]
59. Bijttebier P, Beck I, Claes L, Vandereycken W. Gray's Reinforcement Sensitivity Theory as a framework for research on personality–psychopathology associations. Clin Psychol Rev. 2009; 29(5): 421-430.
60. Alloy LB, Abramson LY, Walshaw PD, Gerstein RK, Keyser JD, Whitehouse WG, Urosevic S, Nusslock R, Hogan ME, Harmon-Jones E. Behavioral approach system (BAS)–relevant cognitive styles and bipolar spectrum disorders: Concurrent and prospective associations. J Abnorm Psychol. 2009;

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.7.3]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.81]

118(3): 459-471.
61. Kashdan TB, Morina N, Priebe S. Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: Experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. J Anxiety Disord. 2009; 23(2): 185-196.
62. Lu Q, Man J, You J, LeRoy AS. The link between ambivalence over emotional expression and depressive symptoms among Chinese breast cancer survivors. J Psychosom Res. 2015; 79(2): 153-158.
63. Osmanağaoğlu N, Creswell C, Dodd HF. Intolerance of Uncertainty, anxiety, and worry in children and adolescents: A meta-analysis. J Affect Disord. 2018; 225: 80-90.
64. Livesley WJ, Dimaggio G, Clarkin JF, editors. Integrated treatment for personality disorder: A modular approach. New York: Guilford Press; 2015.
65. Becker SP, Schmitt AP, Jarrett MA, Luebbe AM, Garner AA, Epstein JN, Burns GL. Sluggish cognitive tempo and personality: Links to BIS/BAS sensitivity and the five factor model. J Res Pers. 2018; 75: 103-112.
66. Lynch TR, Cheavens J. Dialectical behaviour therapy for treatment resistant depression. New York: Guilford Press; 2015.
67. Slobodskaya HR. The associations among the Big Five, Behavioural Inhibition and Behavioural Approach systems and child and adolescent adjustment in Russia. Pers Individ Dif. 2007; 43(4): 913-924.
68. Steele SJ, Farchione TJ, Cassiello- Robbins C, Ametaj A, Sbi S, Sauer-Zavala S, Barlow DH. Efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of comorbid psychopathology accompanying emotional disorders compared to treatments targeting single disorders. J Psychiatr Res. 2018; 104: 211-216.
69. Hosseini S E, Pooyan M, Valizadeh A, Moradi A. Dynamic Modeling of the Effectiveness of Third Wave Cognitive Behavioral Therapy and Antidepressants Drugs on Major Depressive Disorder. Journal of Research in Psychological Health. 2019; 12(4): 16-30. [Persian]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.7.3]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.81]