

مقاله‌ی پژوهشی

نقش واسطه‌ای باورهای فراشناختی و نارسایی تنظیم شناختی هیجان در رابطه‌ی بین
کمال‌گرایی شناختی و نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

خلاصه

مقدمه: اختلال اضطراب فراگیر، شایع‌ترین اختلال اضطرابی است و بالاترین نرخ همبودی را با سایر اختلالات روان‌پزشکی دارد. نگرانی شدید، معیار تشخیصی اصلی برای اختلال اضطراب فراگیر است. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای باورهای فراشناختی و نارسایی تنظیم شناختی هیجان در رابطه‌ی بین کمال‌گرایی شناختی و نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود.

روش کار: جامعه‌ی آماری این پژوهش اکتشافی همبستگی، بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و مراکز روان‌پزشکی شهر تهران و یزد در سال ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ بودند. ۱۰۰ بیمار مبتلا (۷۴ زن، ۲۶ مرد) به روش مراجعات متوالی و به صورت هدف‌مند انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان، مقیاس شناخت‌های کمال‌گرایانه، پرسش‌نامه‌های نگرانی ایالت پنسیلوانیا، باورهای فراشناختی و تنظیم شناختی هیجان را تکمیل کردند. برای تحلیل آماری داده‌ها از ضرایب همبستگی پیرسون و تحلیل‌های رگرسیونی دوگامی در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ استفاده شد.

یافته‌ها: کمال‌گرایی شناختی، باورهای فراشناختی، به ویژه باورهای فراشناختی منفی و نارسایی تنظیم شناختی هیجان با نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در سطح $P < 0/001$ رابطه‌ی مثبت معنی‌دار دارند. به علاوه، باورهای فراشناختی و نارسایی تنظیم شناختی هیجان در رابطه‌ی بین کمال‌گرایی شناختی و نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نقش واسطه‌ای داشتند ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این پژوهش، رابطه‌ی بین کمال‌گرایی و نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، یک رابطه‌ی خطی ساده نیست و باورهای فراشناختی و نارسایی تنظیم شناختی هیجان می‌توانند این رابطه را تحت تاثیر قرار دهند.

واژه‌های کلیدی: اختلال اضطراب فراگیر، باور، فراشناختی، کمال‌گرایی، نگرانی،

هیجان

*محمدعلی بشارت

استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران،

تهران، ایران

رئیه‌السادات میرجلیلی

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی

بالی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

هادی بهرامی احسان

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران،

تهران، ایران

*مؤلف مسئول:

گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و

علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

besharat@ut.ac.ir

تاریخ وصول: ۹۳/۱/۱۶

تاریخ تایید: ۹۳/۸/۲۰

پی‌نوشت:

این مطالعه با تایید گروه روان‌شناسی دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی و حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه تهران انجام شده و با منافع نویسندگان، رابطه‌ای نداشته است. از همکاری درمانگاه اعصاب و روان بهمن یزد و بخش روان‌پزشکی بیمارستان امام حسین تهران و شرکت‌کنندگان در این پژوهش تشکر می‌شود.

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر^۱ شایع‌ترین اختلال اضطرابی است و تعداد زیادی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این اختلال در مقایسه با اختلال افسردگی اساسی، پیامدهای آسیب‌زای جدی‌تری دارد (۱). تقریباً ۲۵ درصد مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های اختلالات اضطرابی و حدود ۱۲ درصد از بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌پزشکی مبتلا به این اختلال هستند (۲،۳). با توجه به این داده‌ها، احتمالاً اختلال اضطراب فراگیر، شایع‌ترین اختلالی است که همزمان با سایر اختلالات روانی ظاهر می‌شود. اختلال اضطراب فراگیر با نگرانی افراطی و غیر قابل کنترل مشخص می‌شود و نقش نگرانی در آن تا حدی است که برخی معتقدند نام این اختلال در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM)^۲ باید به اختلال نگرانی فراگیر^۳ تغییر یابد (۴). این بیماران نمرات بالاتری را نسبت به افراد با نگرانی شدید در اضطراب صفتی، افسردگی و افکار منفی درباره‌ی نگرانی می‌گیرند و دامنه‌ی گسترده‌تری از نگرانی‌ها را تجربه می‌کنند (۵). نگرانی شدید، نوعی فکر مزاحم به معنای تسلسل کنترل‌ناپذیر افکار کلامی-زبانی درباره‌ی رویدادها و نتایج منفی در آینده، است (۶).

مفهوم‌پردازی‌های نظری گوناگونی درباره‌ی نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر صورت گرفته است. کمال‌گرایی^۴ یکی از پردازش‌های شناختی است که به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌ی نگرانی مورد بررسی قرار گرفته است. کمال‌گرایی، سازه‌ای چندبعدی است (۷-۹) که با تلاش برای بی‌نقص بودن و وضع معیارهای عالی برای عملکرد، همراه با تمایل به ارزشیابی‌های کاملاً انتقادی از رفتار شخصی و حساسیت بیش از حد در مورد اشتباهات، مشخص می‌شود (۷،۸،۱۰). طبق تعریف برنز^۵ کمال‌گرایی عبارت است از شبکه‌ای از شناخت‌ها شامل انتظارات و تفسیرهای مربوط به رویدادها و ارزشیابی‌های شخص از خود و دیگران که وضع معیارهای غیر واقع‌بینانه، پای‌بندی جدی و بدون تامل به آن معیارها و معادل دانستن ارزش شخصی با عملکرد از مشخصه‌های آن‌ها است. کمال‌گرایی، بر اساس این رویکرد، با وضع و پای‌بندی به معیارهای عالی برای عملکرد شخصی در تمام حوزه‌های زندگی مرتبط است (۱۱). فروست^۶ و همکاران نشان دادند که نگرانی در مورد اشتباهات، عامل اصلی کمال‌گرایی محسوب می‌شود. بنابراین، افراد کمال‌گرا همواره از عملکرد خود، ناراضی هستند و چنین باور دارند که نمی‌توانند به آن چه می‌خواهند برسند (۸،۷). تحقیقات نشان داده که ابعاد

کمال‌گرایی پیش‌بینی‌کننده‌های قوی برای نگرانی هستند (۱۲،۱۳). ابعاد مختلف کمال‌گرایی با اضطراب و نگرانی، مرتبط است (۱۴،۱۵)، به طوری که افراد کمال‌گرا ممکن است سطوح بالایی از نگرانی و پریشانی روان شناختی را به عنوان نتیجه‌ای از ترس زیاد از شکست و به دنبال اهداف غیر واقع‌بینانه تجربه کنند. رابطه‌ی بین کمال‌گرایی و نگرانی با تحقیقاتی مبنی بر این که افراد نگران، نیاز زیادی به شواهد دارند، بیشتر حمایت می‌شود (۱۶). نیاز برای اطلاعات اضافی قبل از گرفتن تصمیم، ممکن است نشان‌دهنده‌ی معیارهای غیر منطقی شخصی باشد که شامل نگرانی بسیار درباره‌ی اشتباه کردن و تردید در مورد توانایی‌های فردی است. هم‌چنین ناراحت شدن از اشتباهات، تردید نسبت به توانایی‌های فردی، انتقادات و انتظارات والدینی و کمال‌گرایی جامعه‌محور^۷ رابطه‌ی محکمی با نگرانی دارد (۱۷).

پژوهش هویت^۸ و فلت^۹ نشان داد که افکار خودکار درگیر در کمال‌گرایی و جنبه‌های بین شخصی این سازه با شدت اضطراب، رابطه دارد. هم‌چنین کمال‌گرایی خودمحور^{۱۱} می‌تواند در تعامل با تنش اجتماعی، اضطراب را پیش‌بینی کند و با اضطراب صفتی^{۱۱} رابطه‌ی مثبت معنی‌دار دارد (۱۰). فروست و دی‌بارتولو^{۱۲} جنبه‌های مختلف کمال‌گرایی و رابطه‌ی آن با اضطراب را ارزیابی کرده و دریافتند که کمال‌گرایی جامعه‌محور همراه با شک درباره‌ی عملکرد و نگرانی از ارتکاب اشتباه، با اضطراب، رابطه دارد (۱۸). هم‌چنین کمال‌گرایان مایلند وقایع روزمره را تهدیدکننده‌تر از دیگران تعبیر کنند. بشارت نشان داد بین کمال‌گرایی مثبت والدین و اضطراب امتحان فرزندان، رابطه‌ی منفی و بین کمال‌گرایی منفی والدین و اضطراب امتحان فرزندان، رابطه‌ی مثبت وجود دارد (۱۹). رابطه‌ی میزان بالای کمال‌گرایی خودمحور و جامعه‌محور با اضطراب فیزیولوژیک، مثبت است (۲۰). بر این اساس، کمال‌گرایی با نگرانی و اضطراب، رابطه دارد اما این که کمال‌گرایی و نگرانی چگونه در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به هم مرتبط می‌شوند هنوز کاملاً معلوم نیست. به همین دلیل، بررسی نقش متغیرهای واسطه‌ای در رابطه‌ی بین کمال‌گرایی و نگرانی، اهمیت دارد.

باورهای فراشناختی^{۱۳} از جمله عواملی است که می‌تواند به عنوان واسطه در رابطه‌ی فوق در بیماران اختلال اضطراب فراگیر مورد بررسی قرار گیرد. اخیراً فراشناخت به عنوان پایه و اساس بسیاری از مشکلات روان‌شناختی بررسی شده است (۲۱). این مفهوم چندوجهی شامل دانش، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت و یا کنترل

⁷Socially Prescribed Perfectionism

⁸Hewitt

⁹Flett

¹⁰Self Oriented Perfectionism

¹¹Trait-Anxiety

¹²Frost and DiBartolo

¹³Metacognitive Beliefs

¹Generalized Anxiety Disorder

²Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

³General Worry Disorder

⁴Perfectionism

⁵Burns

⁶Frost

اختصاصی‌ترین عامل متغیرهای فراشناختی هستند که نگرانی را در گروه‌های مختلف پیش‌بینی می‌کنند (۲۸).

نارسایی تنظیم شناختی هیجان^{۱۱} یا استفاده از راهبردهای غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجان از دیگر عوامل شناختی است که می‌تواند در رابطه‌ی بین کمال‌گرایی و نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نقش واسطه‌ای داشته باشد. تنظیم شناختی هیجان شامل مدیریت اطلاعات برانگیزاننده‌ی هیجان از طریق راهبردهای هوشیار شناختی است (۲۹). این راهبردها در رویدادهای تهدیدآمیز و پرتنش از طریق کمک به افراد برای مدیریت، تنظیم و کنترل هیجان‌ها ضروری است (۳۰). راهبردهای شناختی تنظیم هیجان شامل خودسرزنشگری^{۱۱}، دیگرسرزنشگری^{۱۲}، تمرکز بر فکر/نشخوارگری^{۱۳}، فاجعه‌نمایی^{۱۴}، کم‌اهمیت‌شماری^{۱۵}، تمرکز مجدد مثبت^{۱۶}، ارزیابی مجدد مثبت^{۱۷}، پذیرش^{۱۸}، تمرکز مجدد بر برنامه-ریزی^{۱۹} است که برخی از این راهبردها انطباقی و برخی از آن‌ها غیر انطباقی هستند (۳۱). نتایج پژوهش‌ها در زمینه‌ی رابطه‌ی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و نگرانی نشان داده است که راهبردهای غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجان با افزایش نگرانی در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی رابطه دارد (۳۲). اختلالات اضطرابی همگی در عاطفه‌ی شدید منفی، به صورت شکلی از ترس و اضطراب، مشابه هستند. در نتیجه نقص و نارسایی در تنظیم هیجان با این اختلالات رابطه دارد (۳۳). یکی از مسایل و دغدغه‌های پژوهشگران بالینی، موضوع تاثیرگذاری احتمالی متغیرهای واسطه‌ای در رابطه بین دو یا چند متغیر روان‌شناختی دیگر (متغیرهای پیش‌بین و ملاک) است. این دغدغه، در عین حال بیانگر اهمیت نظری و عملی مجموعه‌ای از متغیرها است که در تعامل با هم می‌توانند در تبیین روابط بین متغیرهای روان‌شناختی داشته باشند. نتایج چنین پژوهشی می‌تواند به غنی‌سازی نظریه‌های فعلی در خصوص عوامل مرتبط و احتمالاً تاثیرگذار بر سطوح نگرانی بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی کمک کند.

شناسایی دقیق‌تر و جامع‌تر متغیرهای مرتبط با نگرانی، می‌تواند در خدمت تقویت برنامه‌های پیشگیری و بهداشت روانی بیماران قرار گیرد. هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش باورهای فراشناختی و نارسایی تنظیم شناختی هیجان در رابطه‌ی بین کمال‌گرایی شناختی و نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود.

می‌کنند. در نظریه‌ی فراشناختی ولز^۱ هر اختلال، محتوای خاص خود را در سطوح شناختی و فراشناختی دارد و اختلال اضطراب فراگیر شامل باورهای منفی درباره‌ی کنترل‌ناپذیری و خطر و باورهای مثبت درباره‌ی مفید بودن نگرانی است. باورهای فراشناختی مثبت درباره‌ی نگرانی به استفاده از آن به عنوان راهبرد مقابله‌ای مربوط است و باورهای منفی در خصوص نگرانی اشاره به کنترل‌ناپذیری و آسیب‌رسان بودن آن دارد. باورهای منفی درباره‌ی نگرانی موجب ارزیابی منفی نگرانی و نگرانی درباره‌ی نگرانی می‌شود که به آن، فرانگرانی^۲ یا نگرانی نوع دو^۳ می‌گویند که موجب احساس ناتوانی در مقابله با اضطراب و افزایش پریشانی و برانگیختگی می‌شود (۲۲).

بنا بر مطالعه‌ی فریستون^۴ و همکاران، سطوح نگرانی افراد با باورهای مثبت بیشتر درباره‌ی نگرانی‌شان، افزایش می‌یافت (۲۳). نتایج پژوهش برهمند در مورد رابطه‌ی بین باورهای فراشناختی و اختلالات اضطرابی نشان داد که انواع مختلف باورهای فراشناختی منفی، رابطه‌ی معنی‌داری با نمرات مقیاس افکار اضطرابی دارند (۲۴). نتایج پژوهش مک‌ایووی^۵ و ماهونی^۶ نشان داد که باورهای فراشناختی منفی نقش واسطه‌ی را در رابطه‌ی بین نوروزگرایی و افکارمنفی تکراری را هم در نمونه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و هم در بیماران غیر آن، ایفا می‌کنند. افکار منفی تکراری با باورهای فراشناختی، کنترل فکر و اجتناب شناختی رابطه دارد و از میان باورهای فراشناختی، فراباورهای کنترل‌ناپذیری/خطر به طور ثابت با افکار منفی تکرار شونده رابطه دارند (۲۵). نتایج پژوهش ولز و کارتر^۷ نشان داد که نگرانی بیمارگونه با فرانگرانی رابطه دارد و این رابطه، مستقل از اضطراب صفتی و نگرانی نوع یک است (۲۶). دیویس^۸ و والتینر^۹ با استفاده از مدل فراشناختی ولز چندین اصل از این نظریه را درباره‌ی بیماران اختلال اضطراب فراگیر بررسی کردند. نتایج نشان داد که اطمینان شناختی می‌تواند حتی بعد از کنترل نگرانی صفتی-حالتی، علایم اضطرابی را پیش‌بینی کند (۲۷).

نتایج پژوهش خانی‌پور و همکاران نشان داد که بین افراد با نگرانی بهنجار و بیمارگونه از لحاظ سه متغیر باورهای فراشناختی مثبت درباره‌ی نگرانی، باورهای کنترل‌ناپذیری و خطر و راهبرد کنترل فکر خودتنبیهی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ولی از لحاظ راهبرد کنترل اجتماعی، تفاوت معنی‌داری دیده نمی‌شود لذا باورهای فراشناختی، عامل اساسی در شکل‌گیری نگرانی مرضی بوده و باورهای مرتبط با کنترل‌ناپذیری،

¹⁰Cognitive Emotion Regulation

¹¹Self-Blame

¹²Other Blame

¹³Focus on Thought/Rumination

¹⁴Catastrophizing

¹⁵Putting into Perspective

¹⁶Positive Refocusing

¹⁷Positive Reappraisal

¹⁸Acceptance

¹⁹Refocus on Planning

¹Wells

²Metaworry

³Type 2 Worry

⁴Freeston

⁵McEvoy

⁶Mahoney

⁷Carter

⁸Davis

⁹Valentiner

روش کار

جامعه‌ی آماری این پژوهش اکتشافی-همبستگی، تمام بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و مراکز روان‌پزشکی شهر تهران و یزد در سال ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ بودند. از میان این مراکز، دو مرکز شامل درمانگاه اعصاب و روان بهمین (واقع در شهرستان یزد) و بخش روان‌پزشکی بیمارستان امام حسین (واقع در شهر تهران) انتخاب شدند. تعداد ۱۰۰ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به روش مراجعات متوالی و به صورت هدف‌مند با توجه به معیارهای ورود شامل تشخیص اختلال اضطراب فراگیر توسط روان‌پزشک و سن بالای ۱۸ سال انتخاب شدند. پس از تایید طرح این پژوهش در گروه روان‌شناسی دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران و سپس تایید درمانگاه اعصاب و روان بهمین و بخش روان‌پزشکی بیمارستان امام حسین (ع)، طرح پژوهش اجرا شد. به منظور رعایت اخلاق پژوهش، به شرکت‌کنندگان تعهد داده شد که هویت آن‌ها ناشناخته باقی مانده و می‌تواند در صورت عدم تمایل به ادامه‌ی مشارکت در پژوهش هر زمان که بخواهند به همکاری خود پایان دهند.

ابزار پژوهش

الف- مقیاس شناخت‌های کمال‌گرایانه^۱ (PCI): یک ابزار ۲۵ گویه‌ای است و افکار خودکار کمال‌گرایانه را در اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرت (از اصلا=۰ تا همیشه=۴) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره‌ی این مقیاس به ترتیب ۰ و ۱۰۰ است. ویژگی‌های روان‌سنجی آن در نمونه‌های دانشجویی و بالینی تایید شده است (۳۶-۳۴). این ویژگی‌ها در ۲۸۶ دانشجو (۱۷۴ دختر، ۱۱۲ پسر) مورد بررسی قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ برای کل نمونه ۰/۹۱ محاسبه شد که نشانه‌ی همسانی درونی خوب مقیاس است (۳۶). روایی سازه، همگرا و تشخیصی مقیاس از طریق اجرای هم‌زمان مقیاس افسردگی بک^۲، مقیاس اضطراب بک^۳، فهرست عواطف مثبت و منفی^۴ و مقیاس سلامت روانی^۵ در مورد دانشجویان و یک نمونه‌ی بالینی (۸۷ زن، ۶۴ مرد) محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره‌ی آزمودنی‌ها در شناخت‌های کمال‌گرایانه با عواطف مثبت و بهزیستی روان‌شناختی همبستگی منفی معنی‌دار از ۰/۴۱ تا ۰/۵۴ ($P < ۰/۰۰۱$) و با افسردگی، اضطراب، عواطف منفی و درماندگی روان‌شناختی همبستگی مثبت معنی‌دار از ۰/۴۷ تا ۰/۶۳ ($P < ۰/۰۰۱$) وجود دارد. این نتایج، روایی همگرا و تشخیصی مقیاس را تایید می‌کنند (۳۷،۳۸). نتایج تحلیل عاملی

اکتشافی نیز یک عامل کلی را برای مقیاس شناخت‌های کمال‌گرایانه تایید کرد (۳۸).

ب- پرسش‌نامه‌ی نگرانی ایالت پنسیلوانیا^۶ (PSWQ): یک ابزار ۱۶ گویه‌ای است و شدت نگرانی را در اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) می‌سنجد. دامنه‌ی نمره‌ی کل بین ۱۶ و ۸۰ و نمره‌ی بیشتر، نشان‌دهنده‌ی شدت بیشتر نگرانی است. همسانی درونی پرسش‌نامه در نمونه‌های دانشجویی و بالینی بر حسب ضرایب آلفای کرونباخ از ۰/۸۸ تا ۰/۹۵ گزارش شده است (۳۹،۴۰) و پایایی بازآزمایی آن از ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ مورد تایید قرار گرفته است (۳۹،۴۱). روایی پرسش‌نامه نیز بر حسب همبستگی آن با تعدادی از شاخص‌های مرتبط با نگرانی و اضطراب در نمونه‌های دانشجویی و بالینی تایید شده است (۳۹،۴۱،۴۲). تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی، ساختار یک عاملی و دو عاملی پرسش‌نامه‌ی نگرانی پن را در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی تایید کرده است (۳۹،۴۲،۴۳). در بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه در نمونه‌ای از جمعیت دانشجویی (۲۳۲ دختر، ۲۱۷ پسر)، ضرایب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی نمره‌ی کل نگرانی ۰/۹۱ محاسبه شد. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از شرکت‌کنندگان (۷۳ دختر، ۵۱ پسر) برای پایایی بازآزمایی در دو نوبت با فاصله‌ی دو تا چهار هفته برای نمره‌ی کل نگرانی $I = ۰/۷۸$ محاسبه شد (۴۴). روایی سازه، همگرا و تشخیصی (افترافی) پرسش‌نامه از طریق اجرای هم‌زمان مقیاس اضطراب بک^۲، مقیاس افسردگی اضطراب استرس^۷، فهرست عواطف مثبت و منفی و مقیاس سلامت روانی در مورد آزمودنی‌ها محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره‌ی آزمودنی‌ها در پرسش‌نامه‌ی نگرانی با عواطف مثبت و بهزیستی روان-شناختی همبستگی منفی معنی‌دار از ۰/۴۷ تا ۰/۶۴ ($P < ۰/۰۰۱$) و با اضطراب، تنش، افسردگی، عواطف منفی و درماندگی روان‌شناختی همبستگی مثبت معنی‌دار از ۰/۴۴ تا ۰/۶۵ ($P < ۰/۰۰۱$) وجود دارد. این نتایج، روایی همگرا و تشخیصی پرسش‌نامه را تایید می‌کنند (۴۴).

ج- پرسش‌نامه‌ی باورهای فراشناختی^۸ (MCBQ): یک پرسش‌نامه‌ی ۳۰ سؤالی خودگزارش‌دهی است که حیطه‌های فراشناختی زیر را در ۵ مقیاس جداگانه اندازه‌گیری می‌کند: ۱- باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی، ۲- باورهای منفی درباره‌ی نگرانی، ۳- اطمینان شناختی، ۴- لزوم کنترل افکار^۹ و ۵- خودآگاهی شناختی^{۱۰} (۴۵،۴۶). سؤالات از روی یک مقیاس لیکرت از موافق نیستم=۱ تا کاملاً موافقم=۴ پاسخ داده می‌شود. در بررسی ولز و کارتریت-هاتون ضرایب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های

^۱Perfectionism Cognitions Scale^۲Beck Depression Inventory^۳Beck Anxiety Scale^۴Positive and Negative Affect Schedule^۵Mental Health Inventory^۶Penn State Worry Questionnaire^۷Depression Anxiety Stress Scale^۸Metacognitive Beliefs Questionnaire^۹Need to Control Thoughts^{۱۰}Cognitive Self-Consciousness

مرد ۱۱/۳۱±۳۲/۵۴ سال و دامنه‌ی ۱۸ تا ۵۶ سال و میانگین سنی کل بیماران ۱۰/۲۴±۳۳/۶۴ سال و دامنه‌ی ۱۸ تا ۵۶ سال بود.

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش را در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نشان می‌دهد.

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد نمرات کمال‌گرایی شناختی،

نگرانی، باورهای فراشناختی و نارسایی تنظیم شناختی هیجان

متغیر	زنان	مردان	کل
	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار
کمال‌گرایی شناختی	۱۸/۶۳	۵۸/۳۵	۱۶/۴۵
نگرانی	۱۵/۳۷	۵۳/۰۰	۱۴/۶۰
باورهای فراشناختی	۱۷/۴۳	۷۶/۸۵	۱۵/۲۸
نارسایی تنظیم شناختی هیجان	۲۴/۸۲	۷/۲۸	۲۱/۵۰

نتایج آزمون همبستگی پیرسون در جدول ۲ نشان داده شده است. بر اساس داده‌های این جدول، کمال‌گرایی شناختی با نگرانی همبستگی مثبت، معنی‌دار دارد. باورهای فراشناختی و نارسایی تنظیم شناختی هیجان با نگرانی، همبستگی مثبت معنی‌دار دارد.

جدول ۲- ضرایب همبستگی پیرسون بین نمره‌های بیماران مبتلا به اختلال

اضطراب فراگیر در مورد کمال‌گرایی شناختی، نگرانی، باورهای فراشناختی و نارسایی تنظیم شناختی هیجان

متغیر	۱	۲	۳
۱- کمال‌گرایی شناختی			
۲- نگرانی	۰/۵۰		
۳- باورهای فراشناختی	۰/۶۲	۰/۶۷	
۴- نارسایی تنظیم شناختی هیجان	۰/۵۳	۰/۶۸	۰/۵۳

تمام ضرایب همبستگی در سطح $\alpha=0/01$ معنی‌دار هستند.

سپس برای سنجش میزان تاثیر واسطه‌ای باورهای فراشناختی و نارسایی تنظیم شناختی هیجان بر رابطه‌ی کمال‌گرایی شناختی و نگرانی، مجموعه‌ای از تحلیل‌های رگرسیونی دو گامی انجام شد. نتایج این تحلیل‌ها در جدول ۳ ارائه شده‌اند. این نتایج نشان داد که با وارد شدن باورهای فراشناختی به عنوان متغیر واسطه‌ای در معادله‌ی رگرسیون، ضریب بتا برای کمال‌گرایی شناختی از ۰/۵۰ به ۰/۱۳ کاهش یافت و این میزان تغییر معنی‌دار است ($t=6/22, P < 0/001$) و کمال‌گرایی شناختی دیگر معنی‌دار نیست ($t=1/42, P < 0/160$). این نتایج نشان می‌دهند که باورهای فراشناختی توانسته است به عنوان متغیر واسطه‌ای، رابطه‌ی کمال‌گرایی شناختی با نگرانی را به طور کامل تحت تاثیر قرار دهد. تحلیل‌های مشابه نیز نشان داد که با وارد شدن نارسایی تنظیم شناختی هیجان به عنوان متغیر واسطه‌ای در معادله‌ی رگرسیون، ضریب بتا برای

پرسش‌نامه‌ی باورهای فراشناختی از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گزارش شده است. پایایی بازآزمایی در فاصله‌ی زمانی ۲۲ تا ۱۱۸ روزه به شرح زیر است: نمره‌ی کلی ۰/۷۵، مقیاس باورهای مثبت ۰/۷۹، کنترل‌ناپذیری خطر ۰/۵۹، اطمینان شناختی ۰/۶۹، لزوم کنترل افکار ۰/۷۴ و خودآگاهی شناختی ۰/۸۷. در ارتباط با روایی سازه، همبستگی مثبتی بین پرسش‌نامه‌های مرتبط از لحاظ نظری مشاهده شده و ساختار عاملی آن مجدداً تایید شده است (۴۵). در پژوهش محمدخانی و فرجاد، میزان ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۰ و برای زیرمقیاس‌های باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی، کنترل‌ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۸۳، ۰/۶۰ و ۰/۷۹ به دست آمد (۴۷).

د- پرسش‌نامه‌ی تنظیم شناختی هیجان (CERQ): یک ابزار ۱۸ گویه‌ای است و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و تنش‌زای زندگی در اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) بر حسب نه زیرمقیاس به این شرح می‌سنجد: خودسرزنشگری، دیگرسرزنشگری، تمرکز بر فکر/نشخوارگری، فاجعه‌نمایی؛ کم‌اهمیت‌شماری؛ تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی (۳۱). حداقل و حداکثر نمره در هر زیرمقیاس به ترتیب ۲ و ۱۰ و نمره‌ی بالاتر، نشان‌دهنده‌ی استفاده‌ی بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی است. ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه در پژوهش‌های خارجی مورد تایید قرار گرفته است (۴۸،۳۱،۳۰). در بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه در نمونه‌ای از جمعیت عمومی (۱۹۷ زن، ۱۷۱ مرد) ضرایب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۶۷ تا ۰/۸۹ محاسبه شد. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از شرکت‌کنندگان در پژوهش (۴۳ زن، ۳۶ مرد) در دو نوبت با فاصله‌ی دو تا چهار هفته برای زیرمقیاس‌های پرسش‌نامه از $I=0/57$ تا $I=0/76$ محاسبه شد. این ضرایب که در سطح $P < 0/001$ معنی‌دار بودند. پایایی بازآزمایی پرسش‌نامه‌ی تنظیم شناختی هیجان را تایید می‌کند. روایی محتوایی پرسش‌نامه‌ی تنظیم شناختی هیجان بر اساس داوری هشت نفر از متخصصان روان‌شناسی بررسی و ضرایب توافق کندال برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ محاسبه شد (۴۹). برای تحلیل آماری داده‌ها از ضرایب همبستگی پیرسون و تحلیل‌های رگرسیونی دو گامی در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ استفاده شد.

نتایج

افراد مورد بررسی ۷۴ نفر زن و ۲۶ نفر مرد بودند. میانگین سنی بیماران زن ۳۴/۰۳±۹/۸۹ سال و دامنه‌ی ۱۸ تا ۵۲ سال و میانگین سنی بیماران

¹Cognitive Emotional Regulation Questionnaire

می‌شود و به افزایش نگرانی منتهی می‌گردد. همبستگی‌های تایید شده‌ی کمال‌گرایی با شاخص‌های ناسازگاری و عواطف منفی (۱۷،۵۱) نیز از این تبیین حمایت می‌کنند.

یافته‌ها نشان داد که باورهای فراشناختی در رابطه‌ی بین کمال‌گرایی شناختی و نگرانی نقش واسطه‌ای ایفا می‌کنند و کمال‌گرایی شناختی از طریق باورهای فراشناختی تغییرات مربوط به نگرانی را در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر پیش‌بینی می‌کند. چند احتمال برای تبیین این یافته مطرح می‌شود. دو نوع باور فراشناختی مثبت و منفی در مورد نگرانی شناسایی شده است (۲۲). باورهای فراشناختی مثبت درباره‌ی نگرانی به فرد کمک می‌کنند تا از نگرانی به مثابه‌ی راهبردی مقابله‌ای استفاده کند. یافته‌های فریستون^۱ و همکاران (۲۳) نشان داد که سطوح نگرانی هنگامی که افراد مقادیر بیشتری از باورهای مثبت درباره نگرانی شان گزارش می‌کنند، افزایش می‌یابد. بر این اساس، می‌توان گفت که کمال‌گرایی از طریق باورهای فراشناختی مثبت باعث افزایش نگرانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌شود. باورهای فراشناختی منفی درباره‌ی نگرانی این برداشت را در فرد ایجاد می‌کنند که نگرانی کنترل‌ناپذیر و آسیب‌زا است (۲۲). این باورهای منفی درباره‌ی نگرانی باعث ارزیابی منفی از نگرانی شده و نوعی فرانگرانی ایجاد می‌کنند. کمال‌گرایی به واسطه‌ی باورهای فراشناختی منفی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نگرانی ایجاد می‌کند که با پژوهش‌هایی که نقش فرانگرانی را در تشدید نگرانی تایید کردند، مطابقت می‌کند (۲۵،۲۶،۵۳). باورهای فراشناختی منفی در فرد، ناتوانی ادراک شده نسبت به کنترل افکار ایجاد می‌کنند (۲۴) و این احساس ناتوانی، نگرانی را افزایش می‌دهد. این یافته با مدل فراشناختی GAD (۲۶) هماهنگ است. بر اساس این مدل، هرگاه تجربه‌ی درونی نگرانی به خودی خود تهدیدآمیز ادراک می‌شود، فرایند خاتمه‌یافتن نگرانی، مختل و منجر به ادامه‌ی نگرانی و تشدید باورهای منفی می‌شود. این موضوع موجب گوش‌به‌زنگی در برابر افکار نگران‌کننده شده و به گسترش افکار مزاحم دامن می‌زند (۲۶،۴۶).

نتایج پژوهش نشان داد که نارسایی تنظیم شناختی هیجان در رابطه‌ی بین کمال‌گرایی شناختی و نگرانی، نقش واسطه‌ای ایفا می‌کنند. این یافته نشان می‌دهد که کمال‌گرایی شناختی، اگر نه به طور کامل اما تا حدودی از طریق نارسایی تنظیم شناختی هیجان، تغییرات مربوط به نگرانی را در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر پیش‌بینی می‌کند. این یافته با نتایج پژوهش‌های قبلی (۳۲،۳۳) مطابقت می‌کند و بر حسب چند احتمال تبیین می‌شود. راهبردهای شناختی تنظیم هیجان برای مدیریت، تنظیم و کنترل هیجان‌ها در زندگی ضروری هستند (۳۰). نقص و نارسایی در

کمال‌گرایی شناختی از ۰/۵۰ به ۰/۲۰ کاهش یافت که این میزان تغییر، معنی‌دار است ($P < ۰/۰۰۱$, $t=۶/۸۰$) و کمال‌گرایی شناختی نیز هم‌چنان معنی‌دار باقی ماند ($P < ۰/۰۲۱$, $t=۲/۳۵$). این نتایج نشان می‌دهند که نارسایی تنظیم شناختی هیجان توانسته است، به عنوان متغیر واسطه‌ای، رابطه‌ی کمال‌گرایی شناختی با نگرانی را به طور جزئی تحت تاثیر قرار دهد.

جدول ۳- خلاصه‌ی مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری

اثر واسطه‌ای باورهای فراشناختی و نارسایی تنظیم شناختی هیجان بر رابطه‌ی کمال‌گرایی شناختی و نگرانی

متغیر/شاخص	B	SEB	β	t	P
گام اول: کمال‌گرایی شناختی ($R^2 = ۰/۲۵$)	۰/۴۲۳	۰/۰۷۳	۰/۵۰۴	۵/۷۷	۰/۰۰۱
گام دوم: کمال‌گرایی شناختی	۰/۱۱۳	۰/۰۸۰	۰/۱۳۵	۱/۴۲	۰/۱۶۰
باورهای فراشناختی ($\Delta R^2 = ۰/۲۱$)	۰/۴۶۰	۰/۰۸۵	۰/۵۹۱	۶/۲۲	۰/۰۰۱
گام اول: کمال‌گرایی شناختی ($R^2 = ۰/۲۵$)	۰/۴۲۳	۰/۰۷۳	۰/۵۰۴	۵/۷۷	۰/۰۰۱
گام دوم: کمال‌گرایی شناختی	۰/۱۶۸	۰/۰۷۱	۰/۲۰۰	۲/۳۵	۰/۰۲۱
نارسایی تنظیم شناختی هیجان ($\Delta R^2 = ۰/۲۴$)	۱/۲۴	۰/۱۸۲	۰/۵۷۷	۶/۸۰	۰/۰۰۱

($R^2 = ۰/۴۹$)

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که کمال‌گرایی شناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با نگرانی، رابطه‌ی مثبت معنی‌دار دارد. این نتیجه که با یافته‌های پژوهش‌های پیشین در زمینه‌ی رابطه‌ی کمال‌گرایی شناختی با نگرانی (۱۳،۱۷،۵۰) مطابقت می‌کند بر حسب چند احتمال تبیین می‌شود. طبق نظر برنز (۱۱)، افراد کمال‌گرا ارزش شخصی خود را معادل تحقق معیارهای آرمانی و غیر واقع‌بینانه می‌دانند. این برداشت نادرست از ارزش شخصی، همواره فرد کمال‌گرا را در معرض خطر و تهدید محقق‌نشده معیارهای آرمان‌گرایانه قرار می‌دهد. نگرانی در مورد اشتباهات به عنوان مولفه‌ی اصلی کمال‌گرایی (۷،۸) نیز با فراهم ساختن زمینه و آمادگی درونی، به تداوم این نگرانی کمک می‌کند. یافته‌های پژوهش‌های پیشین در خصوص رابطه‌ی کمال‌گرایی با اضطراب (۱۸-۱۴،۱۵،۲۰) این تبیین را تایید می‌کنند. کمال‌گرایی، از طریق سلطه بایدهای غیر واقع‌بینانه، هیچ اشتباه یا شکستی را بر نمی‌تابد و فرصتی برای کسب رضایت از موفقیت‌های نسبی نیز به فرد نمی‌دهد (۵۱،۵۲). کاستی‌های ادراک شده پی در پی فرد تحت تاثیر ویژگی‌های کمال‌گرایانه نیز نگرانی‌های وی از تکرار این وضعیت را افزایش می‌دهد. کمال‌گرایی، از طریق ویژگی‌هایی مانند انتظارات غیر واقع‌بینانه، عدم پذیرش محدودیت‌های شخصی و انعطاف‌ناپذیری (۸،۱۰،۱۴)، باعث می‌شود که فرد نتواند از تلاش‌های دشوار خود لذت ببرد و از عملکرد شخصی احساس رضایت کند (۱۴). احساس عدم رضایت و ناخرسندی از عملکرد، از مولفه‌های درماندگی روان‌شناختی محسوب

^۱Freeston

مورد بررسی، تنها از دو مرکز در دو شهر متفاوت و به صورت داوطلبی با تعداد نابرابر از دو جنس انتخاب شده‌اند. تعداد کم نمونه‌ی این پژوهش هم انجام تحلیل‌های پیشرفته‌تر مانند مدل‌سازی و بررسی روابط پیچیده‌ی بین متغیرها را محدود می‌کند.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش، رابطه‌ی بین کمال‌گرایی و نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر یک رابطه‌ی خطی ساده نیست و باورهای فراشناختی و نارسایی تنظیم شناختی هیجان می‌توانند این رابطه را تحت تاثیر قرار دهند. این یافته‌ها، نقش تعیین‌کننده‌ی عوامل مختلف شناختی در شکل‌گیری، تشدید و تداوم نگرانی را برجسته می‌کنند. این نقش با توجه به این که نگرانی ویژگی مشترک اغلب اختلالات روان‌پزشکی محسوب می‌شود، می‌تواند در سایر اختلالات نیز مورد توجه قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

این مطالعه با تایید گروه روان‌شناسی دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران و با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه تهران انجام شده و با منافع نویسندگان، رابطه‌ای نداشته است. از همکاری درمانگاه اعصاب و روان بهمن یزد، بخش روان‌پزشکی بیمارستان امام حسین تهران و شرکت کنندگان قدردانی می‌شود.

تنظیم شناختی هیجان، توان مدیریت و تنظیم هیجان‌های شدید و منفی را تضعیف می‌کند و باعث تشدید نگرانی و اضطراب می‌شود (۳۲،۳۳،۵۴). به این ترتیب، می‌توان این احتمال را مطرح کرد که کمال‌گرایی شناختی تا حدودی از طریق راهبردهای غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجان باعث تشدید و تداوم نگرانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌شود. مین^۱ و همکاران (۵۵)، بر اساس مدل نارسایی تنظیم هیجان، بیش‌برانگیختگی هیجانی را به عنوان یکی از ساز و کارهای تشدید نگرانی در مواجهه با هیجان‌های منفی و تنش‌زا معرفی کرده‌اند. بر حسب این تبیین، کمال‌گرایی تا حدودی به واسطه‌ی ناتوانی فرد در به‌کارگیری راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان باعث تشدید و تداوم نگرانی می‌شود. سوگیری منفی نسبت به هیجان‌ها در تشدید نگرانی مطرح کرده‌اند. بر این اساس می‌توان این احتمال را مطرح کرد که کمال‌گرایی شناختی از طریق سوگیری منفی نسبت به هیجان‌ها، نگرانی را افزایش می‌دهد. این احتمال هم وجود دارد که کمال‌گرایی به واسطه‌ی تعامل سوگیری منفی نسبت به هیجان‌ها با بیش‌برانگیختگی هیجانی بتواند سطح نگرانی را بیش از پیش افزایش دهد. محدودیت جامعه‌ی آماری این پژوهش همبستگی و نمونه‌ی پژوهش، محدودیت‌هایی را در تعمیم یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت‌شناختی متغیرهای مورد مطالعه مطرح می‌کند. نمونه‌ی

¹Menin

References

1. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-FV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 593-602.
2. Kessler RC, Walters EE, Wittchen HU. Epidemiology. In: Heimberg RG, Turk CL, Mennin DS. (editors). *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. New York: Guilford; 2004: 29-50.
3. Hanrahan F, Field AP, Jones FW, Davey GC. A meta-analysis of cognitive therapy for worry in generalized anxiety disorder. *Clin Psychol Rev* 2013; 33: 120-32.
4. Andrews G, Hobbs MJ, Borkovec TD, Beesdo K, Craske MG, Heimberg RG, et al. Generalized worry disorder: a review of DSM-IV generalized anxiety disorder and options for DSM-V. *Depress Anxiety* 2010; 27: 134-47.
5. Hirsch RC, Mathews A, Lequertier B, Perman G, Hayes S. Characteristics of worry in generalized anxiety disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2013; 44: 388-95.
6. Borkovec TD. The nature, functions, and origins of worry. In: Davey GCL, Tallis F. (editors). *Worrying: perspectives on theory, assessment, and treatment*. Oxford, England: John Wiley and sons; 1994: 5-33.
7. Frost RO, Marten P, Lahart C, Rosenblate R. The dimensions of perfectionism. *Cog Ther Res* 1990; 14: 449-68.
8. Frost RO, Heimberg RG, Holt CS, Mattia JI, Neubauer AL. A comparison of two measures of perfectionism. *Pers Individ Diff* 1993; 14: 119-26.
9. Hewitt PL, Flett GL. Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment and association with psychopathology. *J Pers Soc Psychol* 1991; 60: 456-70.
10. Hewitt PL, Flett GL. Perfectionism and stress processes in psychopathology. In: Flett GL, Hewitt PL. (editors). *Perfectionism: Theory, research and treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2002: 255-84.
11. Burns DD. The perfectionist's script for self-defeat. *Psychol Today* 1980; 14: 34-52.
12. Egan S, Piek JP, Dyck MJ, Rees CS. The role of dichotomous thinking in perfectionism. *Behav Res Ther* 2007; 45: 1822-31.
13. Shafran R, Mansell W. Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clin Psychol Rev* 2001; 21: 879-906.

14. Besharat MA. [Dimensions of perfectionism in depressed and anxious patients]. *Journal of psychological sciences* 2002; 3: 248-63. (Persian)
15. Kawamura KY, Hunt SL, Frost RO, DiBartolo PM. Perfectionism, anxiety, and depression: Are the relationships independent? *Cogn Ther Res* 2001; 25: 291-301.
16. Pratt P, Tallis F, Eysenck M. Information-processing, storage characteristics and worry. *Behav Res Ther* 1997; 35: 1015-23.
17. Stober J, Joormann J. Worry, procrastination, and perfectionism: Differentiating amount of worry, pathological worry, anxiety, and depression. *Cogn Ther Res* 2001; 25: 49-60.
18. Frost RO, DiBartolo PM. Perfectionism, anxiety and obsessive-compulsive disorder. In: Flett GL, Hewitt PL. (editors). *Perfectionism: Theory, research, treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2002: 341-71.
19. Besharat MA. [Relationship between parental perfectionism and students' test anxiety]. *Journal of psychological education* 2004; 1: 1-19. (Persian)
20. Mor S, Day HI, Flett GL, Hewitt PL. Perfectionism, control, and components of performance anxiety in professional performers. *Cogn Ther Res* 1995; 19: 207-25.
21. Wells A, Matthews G. *Attention and emotion. A clinical perspective*. Hove, UK: Erlbaum; 1994: 119-44.
22. Wells A, Carter K. Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression and non patients. *Behav Ther* 2001; 32: 85-102.
23. Freeston M, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? *Pers Individ Dif* 1994; 17: 791-802.
24. Barahmand U. Meta-cognitive profiles in anxiety disorders. *Psychiatry Res* 2009; 169: 240-243.
25. McEvoy PM, Mahoney AEJ. Intolerance of uncertainty and negative metacognitive beliefs as trans diagnostic mediators of repetitive negative thinking in a clinical sample with anxiety disorders. *Anxiety Disord* 2013; 27: 216-24.
26. Wells A, Carter K. Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Meta-cognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression and non patients. *Behav Ther* 2001; 32: 85-102.
27. Davis RN, Valentiner DP. Does meta-cognitive theory enhance our understanding of pathological worry and anxiety? *Pers Individ Dif* 2000; 29: 513-26.
28. Khanipour H, Sohrabi F, Tabatabaei S. Comparison of meta-cognitive beliefs and thought control strategies in students with normal and pathologic worry. *Res Clin Psychol Couns* 2001; 1: 71-82.
29. Thompson RA. Emotional regulation and emotional development. *Edu Psychol Rev* 1991; 3: 269-307.
30. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Pers Individ Dif* 2001; 30: 1311-27.
31. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire: Development of a short 18-item version (CERQ-short). *Pers Individ Dif* 2006; 41: 1045-53.
32. Martin RC, Dahlen ER. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Pers Individ Dif* 2005; 39: 1249-60.
33. Kring AM, Werner KH. Emotion regulation and psychopathology. In: Philippot P, Feldman RS. (editors). *The regulation of emotion*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2004: 359-85.
34. Flett GL, Hewitt PL, Blankstein KR, Gray L. Psychological distress and the frequency of perfectionist thinking. *J Pers Soc Psychol* 1998; 75: 1363-81.
35. Flett GL, Greene A, Hewitt PL. Dimensions of perfectionism and anxiety sensitivity. *J Rat-Emo Cogn-Behav Ther* 2004; 22: 39-57.
36. Flett GL, Hewitt PL, Whelan T, Martin TR. The perfectionism cognitions inventory: psychometric properties and associations with distress and deficits in cognitive self-management. *J Rat-Emo Cog-Behav Ther* 2007; 25: 255-77.
37. Besharat MA. [Psychometric properties of perfectionism cognitions inventory]. Tehran: University of Tehran; 2006: 3-21. (Persian)
38. Besharat MA. [Validity and factor structure of perfectionism cognitions inventory]. Tehran: University of Tehran; 2011: 7-29. (Persian)
39. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behav Res Ther* 1990; 28: 487-495.
40. Davey GCL. A comparison of three worry questionnaire. *Behav Res Ther* 1993; 31: 51-6.
41. Startup HM, Erickson TM. The Penn State Worry Questionnaire (PSWQ). In: Davey GCL, Wells A. (editors). *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment*. Chichester, England: Wiley; 2006: 265-83.
42. Olatunji BO, Schottenbauer MA, Rodriguez BF, Glass CR, Arnkoff DB. The structure of worry: Relations between positive/negative personality characteristics and the Penn State worry questionnaire. *Anxiety Disord* 2007; 21: 540-53.
43. Carter MM, Sbrocco T, Miller O, Suchday S, Lewis EL, Freedman REK. Factor structure, reliability, and validity of the Penn State worry questionnaire: Differences between African-American and White-American college students. *Anxiety Disord* 2005; 19: 827-43.
44. Besharat MA. [Psychometric properties of a Farsi version of the Penn State worry questionnaire]. Tehran: University of Tehran; 2007: 4-26. (Persian)
45. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther* 2004; 42: 385-96.

46. Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. Chichester, UK: Wiley; 2000: 209-13.
47. Mohammadkhani S, Farjad M. Relationship between metacognitive beliefs and thought control strategies with obsessional symptoms in a sample of nonclinical population. *J Clin Psychol* 2009; 3: 35-51.
48. Garnefski N, Baan N, Kraaij V. Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who fell victim to the foot-and-mouth crisis. *Pers Individ Dif* 2005; 38: 1317-27.
49. Besharat MA. [Psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire in a sample of Iranian population]. Tehran: University of Tehran; 2012: 3-25. (Persian)
50. Chang EC, Zumberg KM, Sanna LJ, Girz LP, Kade AM, Shair SR, et al. Relationship between perfectionism and domains of worry in a college student population: Considering the role of BIS/BAS motives. *Per Individ Dif* 2007; 43: 925-36.
51. Saboonchi F, Lundh LG. Perfectionism, anger, somatic health and positive affect. *Pers Individ Dif* 2003; 35: 1585-99.
52. Molnar DS, Reker DL, Culp NA, Sadava SW, DeCourville NH. A mediated model of perfectionism, affect, and physical health. *J Res Pers* 2006; 40: 482-500.
53. McEvoy PM, Moulds ML, Mahoney AEJ. Mechanisms driving pre- and post-stressor repetitive negative thinking: Metacognitions, cognitive avoidance, and thought control. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2013; 44: 84-93.
54. Suveg C, Morelen D, Brewer GA, Thomassin K. The emotion dysregulation model of anxiety: A preliminary path analytic examination. *Anxiety Disord* 2010; 24: 924-30.
55. Mennin DS, Turk CL, Heimberg RG, Carmin CN. Regulation of emotion in generalized anxiety disorder. In: Reinecke MA, Clark DA. (editors). *Cognitive therapy over the lifespan: theory, research and practice*. New York: Wiley; 2004: 60-89.