

# روابط ساده و چندگانه ویژگی‌های شناختی و نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و وسواس بی‌اختیاری

## The Simple and Multiple Relations of Cognitive Characteristics and Worry in Patients with Generalized Anxiety and Obsessive Compulsive Disorders

Mohammad Ali Besharat, PhD

University of Tehran

Roghayeh Sadat Mirjalili

MA in Clinical Psychology

رقیه‌سادات میرجلیلی

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

محمدعلی بشارت

استاد دانشگاه تهران

### چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین روابط ساده و چندگانه باورهای فراشناختی، تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی، شناخت‌های کمال‌گرایانه و اجتناب شناختی با نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواس بی‌اختیاری بود. تعداد ۶۶ بیمار (۵۲ زن، ۱۴ مرد) مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و ۷۴ بیمار (۵۱ زن، ۲۳ مرد) مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری به شیوه نمونه‌برداری هدفمند در دو شهر یزد و تهران انتخاب شدند و پرسشنامه نگرانی پن (PSWQ)، پرسشنامه باورهای فراشناختی (MCBQ)، مقیاس تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی (IUS)، سیاهه شناخت‌های کمال‌گرایانه (PCI) و پرسشنامه اجتناب شناختی (CAQ) را تکمیل کردند. یافته‌ها نشان دادند بین متغیرهای پیش‌بین با نگرانی در هر دو گروه همبستگی مثبت وجود دارد. بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواس بی‌اختیاری به ترتیب باورهای فراشناختی و تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی بودند. بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت اگرچه نگرانی از عناصر مشترک بین اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواس بی‌اختیاری محسوب می‌شود، تعیین‌کننده‌های آن در این دو اختلال متفاوت هستند.

واژه‌های کلیدی: شناخت، هیجان، اضطراب، وسواس

### Abstract

The aim of the present study was to investigate the simple and multiple relations of metacognitive beliefs, intolerance of uncertainty, perfectionistic cognitions, and cognitive avoidance in relation to worry in patients with Generalized Anxiety Disorder (GAD) and Obsessive Compulsive Disorder (OCD). Sixty six patients (52 females, 14 males) with GAD and 74 patients (51 females, 23 males) with OCD were selected by purposive sampling in Yazd and Tehran. All participants completed the Penn State Worry Questionnaire (PSWQ), the Metacognitive Beliefs Questionnaire (MCBQ), the Intolerance of Uncertainty Scale (IUS), the Perfectionism Cognitions Inventory (PCI), and the Cognitive Avoidance Questionnaire (CAQ). The results indicated a positive correlation between predictor variables and worry in both groups. The most powerful predictors of worry in patients with GAD and OCD were metacognitive beliefs and intolerance of uncertainty, respectively. The findings suggested that although worry is a shared cognitive component in both GAD and OCD, the determinants of it are different in these two disorders.

**Keywords:** cognition, emotion, anxiety, obsession

received: 7 January 2014

accepted: 25 February 2014

Contact information: besharat@ut.ac.ir

دریافت: ۹۲/۱۰/۱۷

پذیرش: ۹۲/۱۲/۶

## مقدمه

اختلال‌های اضطرابی و وسواس بی‌اختیاری بخش قابل توجهی از هزینه‌های تحمیل‌شده بر بهداشت عمومی<sup>۱</sup> را تشکیل می‌دهند. مطالعات همه‌گیری شناختی اخیر نشان داده‌اند این اختلال‌ها بیش از آنچه در گذشته برآورد می‌شد، شایع هستند و بیش از نیمی از جمعیت عمومی را تحت تأثیر قرار می‌دهند (مفیتی و دیگران، ۲۰۱۰). از میان این اختلال‌ها، اختلال اضطراب فراگیر<sup>۲</sup> با بیشترین شیوع از ۳/۷ تا ۸ درصد گزارش شده است (هولوی<sup>۳</sup>، رودباگ<sup>۴</sup> و هیمبرگ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶ نقل از هنراهان، فیلد، جونز و داوی، ۲۰۱۳). این اختلال با نگرانی شدید، کنترل‌ناپذیر، فراگیر و مزمن، مشخص می‌شود. غلبه نگرانی در اختلال اضطراب فراگیر، آن را به عنوان اختلالی مزمن معرفی کرده است، در حالی که نگرانی ویژگی مشترک بسیاری از اختلال‌های روان‌پزشکی است. نتایج پژوهش هیرش، متیوز، لکوارتر، پرمن و هایس (۲۰۱۳) نشان داده‌اند بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نسبت به بیماران مبتلا به اختلال وحشتزدگی<sup>۶</sup> و افراد عادی گرایش بیشتری به نگرانی دارند، باورهای منفی بیشتری درباره نگرانی نشان می‌دهند و درباره موضوع‌های بیشتری نگران می‌شوند. این بیماران، تحت تأثیر نگرانی، کنترل‌پذیری ذهنی کمتر و نشانه‌های بدنی و پریشانی بیشتری گزارش می‌کنند (هویبر، بکر و روث، ۲۰۰۱). از سوی دیگر، برخی از مؤلفان (روسکیو و دیگران، ۲۰۰۵؛ ریکلس و راین، ۲۰۰۱) درباره اعتبار تشخیص اختلال اضطراب فراگیر از طریق نگرانی تردیدهایی مطرح کرده‌اند. نتایج برخی از پژوهش‌ها (استارسوویچ و دیگران، ۲۰۰۷؛ هویبر و دیگران، ۲۰۰۱) نیز در خصوص تفاوت شدت نگرانی در اختلال اضطراب فراگیر با سایر اختلال‌های اضطرابی و افسردگی متناقض است.

نگرانی، در اختلال وسواس بی‌اختیاری<sup>۷</sup> که مشخصه اصلی آن، وقوع افکار وسواسی و اعمال اجباری است، نیز مشاهده می‌شود (برهمند، ۲۰۰۹). این اختلال با افکار ناخواسته و رفتارهای قابل مشاهده یا عمل ذهنی تکراری که برای کاهش پریشانی روان‌شناختی فعال می‌شوند، مشخص می‌شود

(ساراجی، اوگلسی و کوگل، ۲۰۱۳؛ محمودعلیلو، ۱۳۸۵). نتایج مطالعه مک‌کای و گریسبرگ (۲۰۰۲) نشان دادند در نمونه غیربالینی نشانه‌های اختلال وسواس بی‌اختیاری با نگرانی به طور معنادار رابطه دارد. یافته‌های دیگر نشان داده‌اند بیماران مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری، نگرانی را بیش از گروه‌های کنترل غیربالینی و اضطرابی غیروسواسی گزارش می‌کنند (آبراموویتز، وایتساید، کالسی و تولین، ۲۰۰۳). نگرانی، به عنوان راهبرد کنترل فکر، یکی از عناصر مشترک اختلال اضطراب فراگیر و وسواس بی‌اختیاری است. در تعیین نقش و نسبت نگرانی در اختلال اضطراب فراگیر و وسواس بی‌اختیاری، الگوهای نظری شناخت‌ها و باورهای غیرسازشی تأثیرگذار بر نگرانی در این اختلال‌ها را شناسایی و معرفی کرده‌اند. تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی<sup>۸</sup> یکی از عناصر شناختی است که در سبب‌شناسی و حفظ اختلال‌های اضطراب فراگیر و وسواس بی‌اختیاری نقش دارد. تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی با افکار منفی درباره بلا تکلیفی و ابهام، پیامدهای آن و باورهای فرد درباره توانایی مقابله با بلا تکلیفی تعریف می‌شود (دوگاس، بوهر و لادوسر، ۲۰۰۴). الگوی تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی دوگاس و دیگران (۲۰۰۴) بیان می‌کند افراد با اختلال اضطراب فراگیر موقعیت‌های مبهم را تنیدگی‌زا تجربه می‌کنند و در نتیجه از آنها اجتناب می‌ورزند و چون اجتناب از همه این موقعیت‌ها امکان‌پذیر نیست، به راهبردهای شناختی (مانند نگرانی) پناه می‌برند. این افراد با توجه به وسعت زمینه‌های نگرانی، اغلب نمی‌توانند موقعیت‌های دارای عدم قطعیت را تحمل کنند و در نتیجه تفسیرهای منفی در آنها افزایش می‌یابد (اندرسون و دیگران، ۲۰۱۲). هرچند، برخی از مطالعات پیشنهاد کرده‌اند که تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی در این بیماران فراگیرتر از سایر اختلال‌های اضطرابی است، برخی از پژوهش‌ها این یافته را تایید نمی‌کنند (اندرسون و دیگران، ۲۰۱۲). یافته‌ها حاکی از آن است که تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی در اختلال وسواس بی‌اختیاری نیز وجود دارد (تولین، آبراموویتز، بریجیدی و فوآ، ۲۰۰۳). کارلتون و دیگران (۲۰۱۲) در مطالعه مروری خود شواهد اخیر را که سطوح تحمل‌ناپذیری

1. public health burden

2. Generalized Anxiety Disorder (GAD)

3. Holaway, R. M.

4. Rodebaugh, T. L.

5. Heimberg, R. G.

6. panic disorder

7. Obsessive Compulsive Disorder (OCD)

8. Intolerance of Uncertainty (IU)

مشخص می‌شوند و نیاز شدید به کنترل افکار دارند. نیاز به کنترل افکار به عنوان عامل اصلی تقویت‌کننده نشانه‌های وسواس بی‌اختیاری شناخته شده است. جنبه دیگر فراشناخت‌های مرتبط با وسواس بی‌اختیاری، اطمینان شناختی است (هرمنس و دیگران، ۲۰۰۸). این بیماران دچار فقدان اطمینان به کارکردهای شناختی خود هستند که منجر به عدم اعتماد به ادراک، افزایش تردید و در نتیجه، ارزیابی منفی درباره کارآمدی حافظه و توجه‌شان می‌شود. این مکانیزم‌ها موجب افزایش رفتار اجباری چک کردن می‌شود (هرمنس و دیگران، ۲۰۰۸). باورهای فراشناختی چگونه با نگرانی در اختلال‌های اضطراب فراگیر و وسواس بی‌اختیاری مرتبط می‌شوند؟ در پژوهش حاضر به این پرسش پاسخ داده می‌شود.

یکی از متغیرهای تعیین‌کننده نگرانی در این دو اختلال، کمال‌گرایی است. فروست، مارتین، لاهاست و روزنبلت (۱۹۹۰) کمال‌گرایی را شامل داشتن معیارهای بالای شخصی، گرایش به انتقاد و تردید بیش از حد به توانایی‌ها فردی، ابراز ناراحتی هنگام اشتباه‌ها و این باور که دیگران انتظار زیادی از آنها دارند، می‌دانند. کمال‌گرایی منفی پیش‌بینی‌کننده پیامدهای روان‌شناختی مشکل‌زا نظیر افسردگی و اضطراب، فقدان اعتماد به خود و شرم درونی است در مقابل، کمال‌گرایی مثبت با عملکرد مطلوب و سازگاری مثبت رابطه دارد و به جای فعال کردن اضطراب و نگرانی در صورت عدم تحقق اهداف و معیارهای دست‌نیافتنی، مثبت‌نگری و آرمان‌های تحقق‌پذیر را در فرد فعال می‌کند (بشارت، نادعلی، زبردست و صالحی، ۱۳۸۷؛ رایس و دیلو، ۲۰۰۲). ابعاد مختلف کمال‌گرایی با نگرانی مرتبط است (کاومورا، هانت، فروست و دیبارتولو، ۲۰۰۱) این افراد سطوح بالایی از نگرانی و پریشانی روان‌شناختی را به عنوان نتیجه ترس زیاد از شکست و به دنبال اهداف غیرواقع‌بینانه تجربه می‌کنند. کمال‌گرایی در کنار تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی، مسئولیت‌پذیری و نیاز به کنترل افکار یکی از تعیین‌کننده‌های شناختی اصلی در وسواس بی‌اختیاری نیز در نظر گرفته شده است (گروه‌کاری شناخت‌های اختلال وسواس بی‌اختیاری<sup>۱</sup>، ۱۹۷۷ نقل از نیکولسون، مک‌کورت و بارنز-همز، ۲۰۱۳). یافته‌های پژوهش فرگوس و وو (۲۰۰۹) در بیماران مبتلا به وسواس بی‌اختیاری نشان دادند کمال‌گرایی و بلا تکلیفی با

بلا تکلیفی در جمعیت بالینی مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی مشابه و بیش از جمعیت غیربالینی است، برجسته کرده‌اند. تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی در اختلال اضطراب فراگیر بیشترین رابطه را با رفتارهای اجباری دارد؛ به این معنا که اشخاص ممکن است اجبارها را به عنوان تنها راهبردهای در دسترس برای کاهش پریشانی در نظر بگیرند. این شواهد نشان می‌دهند نگرانی شدید و وسواس‌ها به عنوان واکنش‌های شناختی به ناتوانی در برابر تحمل بلا تکلیفی عمل می‌کنند. این فرایند کارکردی ممکن است این دو اختلال را از سایر اختلال‌های روان‌شناختی متمایز کند، اما لزوماً اختلال اضطراب فراگیر را از وسواس بی‌اختیاری متمایز نمی‌کند.

باورهای فراشناختی متغیر دیگری است که الگوهای نظری آسیب‌شناسی برای تبیین نگرانی در اختلال اضطراب فراگیر و وسواس بی‌اختیاری به خدمت گرفته‌اند. دو نوع باور فراشناختی مثبت و منفی در نگرانی وجود دارد (ولس، ۱۹۹۵). استفاده از نگرانی به عنوان راهبرد مقابله‌ای، به باورهای فراشناختی مثبت و در مقابل، باور به کنترل‌ناپذیری نگرانی و آسیب‌زا بودن آن به باورهای منفی درباره نگرانی اشاره دارد. هنگام فعال شدن این باورهای منفی، فرد به ارزیابی منفی نگرانی می‌پردازد و دچار نگرانی درباره نگرانی می‌شود که به آن فرانگرانی یا نگرانی نوع دو می‌گویند. نگرانی در اختلال اضطراب فراگیر از یک جهت با نگرانی‌های عادی تفاوت عمده دارد و آن وجود باورهای منفی درباره نگرانی است (ولس، ۲۰۰۵). پرادوس (۲۰۱۱) در بررسی خود نشان داد باورهای مثبت درباره نگرانی در راه‌اندازی و حفظ نگرانی نقشی ندارند. از طرف دیگر، برخی از یافته‌ها نشان داده‌اند رویدادهای تنیدگی‌زا شدت نگرانی در افراد با سطوح بالای باورهای مثبت درباره نگرانی را به خوبی پیش‌بینی می‌کنند (ایجیما و تانو، ۲۰۱۳). برخی از پژوهش‌ها اثر باورهای فراشناختی ناکارآمد را در بیماران مبتلا به وسواس بی‌اختیاری نیز نشان داده‌اند. موریتز، پترز، لاریو و لینکلن (۲۰۱۰) به این موضوع اشاره کرده‌اند که نیاز برای کنترل افکار و باورهای منفی درباره انعطاف‌پذیری نگرانی با شدت افکار وسواسی رابطه دارد. بیماران مبتلا به وسواس بی‌اختیاری با باورهای منفی درباره نگرانی، که مربوط به شدت افکار وسواسی است،

مبتلا به اضطراب فراگیر و وسواس بی‌اختیاری است.

## روش

این پژوهش از نوع همبستگی است. از میان مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی، ۶۶ بیمار مبتلا به اضطراب فراگیر (۵۲ زن، ۱۴ مرد) و ۷۴ بیمار مبتلا به وسواس بی‌اختیاری (۵۱ زن، ۲۳ مرد) از دو مرکز تخصصی مغز و اعصاب و روان بهمن (واقع در شهرستان یزد) و بخش روان‌پزشکی بیمارستان امام حسین (واقع در شهر تهران) به شیوه هدفمند انتخاب شدند. ملاک‌های شرکت در پژوهش شامل تشخیص اختلال وسواس بی‌اختیاری یا اضطراب فراگیر توسط روان‌پزشک، سن بالای ۱۸ سال و مبتلا نبودن به سایر اختلال‌های روان‌پزشکی به صورت همزمان بود. روش اجرای پژوهش به صورت تکمیل پرسشنامه بود که بعد از کسب موافقت بیماران، پس از جلسه اول یا در آغاز جلسه دوم مراجعه به مرکز، در اختیار آنها قرار می‌گرفت. شرکت‌کنندگان پس از دریافت توضیح مختصری درباره موضوع پژوهش و هدف‌های آن، به تکمیل پرسشنامه‌ها می‌پرداختند. اجرا به صورت فردی بود و برای هر یک از شرکت‌کنندگان توضیح داده شد که نتایج پژوهش محرمانه باقی می‌ماند. زمان تقریبی لازم برای تکمیل پرسشنامه‌ها ۳۰ الی ۴۰ دقیقه بود. در ضمن شرکت‌کنندگان مختار بودند که در هر مرحله از اجرای پژوهش به هر دلیل به همکاری خود پایان دهند. میانگین سنی در بیماران اضطراب فراگیر برای زنان ۳۴/۰۳ سال (انحراف استاندارد ۹/۸۹، دامنه ۱۸-۵۲ سال) و برای مردان ۳۲/۵۴ سال (انحراف استاندارد ۱۱/۳۱، دامنه ۱۷-۵۶ سال) و در بیماران وسواس بی‌اختیاری برای زنان ۳۵/۰۶ سال (انحراف استاندارد ۱۰/۰۷، دامنه ۱۸-۵۲ سال) و برای مردان ۳۰ سال (انحراف استاندارد ۹/۶۱، دامنه ۱۸-۵۲ سال) بود. پرسشنامه‌های پژوهش به شرح زیر در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت.

**پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا<sup>۳</sup> (PSWQ):** می‌یر، میلر، مزگر و بورکویچ، (۱۹۹۰). این پرسشنامه با ۱۶ ماده شدت نگرانی را در اندازه‌های پنج درجه‌ای از یک (کاملاً مخالفم) تا

نگرانی رابطه دارند، در حالی که باورهای مربوط به اهمیت و کنترل افکار و درآمیختگی فکر و عمل با شدت افکار وسواسی رابطه دارند. رابطه شناخت‌ها و افکار کمال‌گرایانه با نگرانی در اضطراب فراگیر و وسواس بی‌اختیاری، مساله دیگری است که در این پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد.

متغیر دیگری که الگوهای نظری آسیب‌شناسی برای تبیین نگرانی در این اختلال‌ها به نقش تأثیرگذار آن اشاره کرده‌اند، اجتناب شناختی<sup>۱</sup> است. اجتناب شناختی، افکار ناخوشایند را از حوزه آگاهی دور نگه می‌دارد، اما نشخوار فکری، نگرانی، خیالبافی و اشتغال ذهنی به آیین‌های روانی را جایگزین آنها می‌سازد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند افراد شدیداً نگران و بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر تلاش‌های پیگیری برای فرونشانی افکار<sup>۲</sup> مربوط به نگرانی به کار می‌برند (ولس و پاپاجورجیو، ۱۹۹۸). در مدل اجتناب شناختی، نگرانی یک فعالیت کلامی/زبانی است که از تصویرهای واضح ذهنی و فعالیت جسمانی و هیجانی مرتبط با آن جلوگیری می‌کند. این بازداری با پردازش تجربه هیجانی و جسمانی مانع از پردازش هیجانی ترس می‌شود که به مواجهه برای خوگیری و خاموش‌سازی موفقیت‌آمیز نیاز دارد (فوا، هاپرت و کاهیل، ۲۰۰۶). بنابراین، نگرانی یک تلاش شناختی ناکارآمد برای حل مسئله و برطرف کردن تهدید ادراک‌شده است (بورکویچ، آلسین و بهار، ۲۰۰۴). کارکرد دیگر نگرانی در این نظریه، فرونشانی جنبه‌های بدنی پاسخ به تصورهای ترسناک است (نیومن و لیرا، ۲۰۱۱). سرکوبی که یک راهبرد کنترل فکر در افراد مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری نیز هست، موجب گرایش به افزایش افکار مزاحم و تضعیف ادراک فرد از کنترل‌پذیری افکار می‌شود (تولین و دیگران، ۲۰۰۳). لاگسن، داگس و بوکوسکی (۲۰۰۳) گزارش کرده‌اند اجتناب شناختی در شکل فرونشانی فکر به طور معناداری با نگرانی، تحمل‌ناپذیری بالاتر، جهت‌گیری منفی به مشکل و باورها درباره نگرانی رابطه دارد. اجتناب شناختی چگونه با نگرانی در اضطراب فراگیر و وسواس بی‌اختیاری مرتبط می‌شود؟

به طور خلاصه، هدف این پژوهش بررسی روابط ساده و چندگانه باورهای فراشناختی، تحمل‌ناپذیری بالاتر، کمال‌گرایی شناختی و اجتناب شناختی با نگرانی در بیماران

۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گزارش شده است. ضرایب اعتبار در فاصله زمانی ۲۲ تا ۱۱۸ روز برای نمره کل و زیرمقیاس‌ها از ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ گزارش شده است. در ارتباط با روایی سازه همبستگی مثبت بین پرسشنامه‌های مرتبط از لحاظ نظری مشاهده و ساختار عاملی آن مجدداً تأیید شده است. در پژوهش محمدخانی و فرجاد (۱۳۸۸) میزان ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۰ و برای زیرمقیاس‌های باورهای مثبت درباره نگرانی، کنترل‌ناپذیری و خطر، اطمینان‌شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۵۲، ۰/۸۳، ۰/۶۰ و ۰/۷۹ به دست آمد.

**مقیاس تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی<sup>۴</sup> (IUS):** کارلتن، نورتین و آسموندسن، (۲۰۰۷). این مقیاس با ۱۲ ماده، واکنش‌های فرد به موقعیت‌های مبهم، پیامدهای بلاتکلیفی و کنترل آینده را در اندازه‌های پنج درجه‌ای از یک (کاملاً نادرست) تا پنج (کاملاً درست) برحسب دو زیرمقیاس نپذیرفتن و اجتناب از بلاتکلیفی<sup>۵</sup> و بلاتکلیفی بازدارنده از عمل<sup>۶</sup> می‌سنجد. همسانی درونی مقیاس تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی در یک نمونه دانشجویی بر حسب ضرایب آلفای کرونباخ، برای هر یک از دو زیرمقیاس آن ۰/۸۵ و برای کل مقیاس ۰/۹۱ گزارش شده است (کارلتن و دیگران، ۲۰۰۷). روایی همگرا و ساختار دو عاملی مقیاس تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی در این پژوهش تأیید شد. البته توصیه کارلتن و دیگران (۲۰۰۷) این است که در شرایط فعلی از نمره کل مقیاس برای تعیین حدود تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی استفاده شود. در بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی فرم فارسی این مقیاس در نمونه‌ای از جمعیت دانشجویی (۱۲۷ دختر، ۱۱۱ پسر)، ضرایب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی نپذیرفتن و اجتناب از بلاتکلیفی ۰/۸۷، برای بلاتکلیفی بازدارنده از عمل ۰/۸۴ و برای نمره کل تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی ۰/۸۹ محاسبه شد (بشارت، ۱۳۸۹ الف).

**سیاهه شناخت‌های کمال‌گرایانه<sup>۷</sup> (PCI):** فلت، هویت، بلنکشتین و گری، (۱۹۹۸). این سیاهه با ۲۵ ماده، افکار خودکار کمال‌گرایانه را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت (از اصلاً= صفر تا همیشه= چهار) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در این

پنج (کاملاً موافقم) می‌سنجد. دامنه نمره کل نگرانی در این پرسشنامه بین ۱۶ و ۸۰ و نمره بالاتر نشان‌دهنده نگرانی بیشتر است. همسانی درونی این پرسشنامه در نمونه‌های دانشجویی و بالینی بر حسب ضرایب آلفای کرونباخ از ۰/۸۸ تا ۰/۹۵ گزارش شده است (براون، آنتونی و بارلو، ۱۹۹۲؛ دیوی، ۱۹۹۳؛ می‌یر و دیگران، ۱۹۹۰) و اعتبار بازآزمایی آن از ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ مورد تأیید قرار گرفته است (استارتاپ و اریکسن، ۲۰۰۶؛ می‌یر و دیگران، ۱۹۹۰). روایی آن نیز برحسب همبستگی آن با تعدادی از شاخص‌های مرتبط با نگرانی و اضطراب در نمونه‌های دانشجویی و بالینی تأیید شده است (استارتاپ و اریکسن، ۲۰۰۶؛ اولاتونجی، شانتبایر، رودریگز، گلاس و آرنکوف، ۲۰۰۷؛ می‌یر و دیگران، ۱۹۹۰). تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی (اولاتونجی و دیگران، ۲۰۰۷؛ کارتر و دیگران، ۲۰۰۵؛ می‌یر و دیگران، ۱۹۹۰)، ساختار یک عاملی و دو عاملی پرسشنامه نگرانی پن را در نمونه‌های بالینی و غیربالینی تأیید کرده است. در بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در نمونه‌ای از جمعیت دانشجویی (۲۳۲ دختر، ۲۱۷ پسر)، ضرایب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی نمره کل نگرانی ۰/۹۱ محاسبه شد. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از شرکت‌کنندگان در پژوهش (۷۳ دختر، ۵۱ پسر) برای اعتبار بازآزمایی در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای نمره کل نگرانی ۰/۷۸ محاسبه شد (بشارت، ۱۳۸۶).

**پرسشنامه باورهای فراشناختی<sup>۱</sup> (MCBQ):** ولس و کارتریت-هاتون، (۲۰۰۴). این پرسشنامه به منظور سنجش چند باور فراشناختی که برخی از آنها نقش محوری در الگوی فراشناختی اختلال روان‌شناختی دارند، طراحی شده است. پرسشنامه باورهای فراشناختی یک پرسشنامه ۳۰ ماده‌ای خودگزارش‌دهی است که پنج حیطه باورهای فراشناختی را در یک مقیاس پنج درجه‌ای اندازه‌گیری می‌کند: باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره نگرانی، اطمینان‌شناختی، لزوم کنترل افکار<sup>۲</sup> و خودآگاهی شناختی<sup>۳</sup> (ولس، ۲۰۰۰). در بررسی ولس و کارتریت-هاتون (۲۰۰۴) ضرایب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های پرسشنامه باورهای فراشناختی از

1. Metacognitive Beliefs Questionnaire  
2. need to control thoughts  
3. cognitive self-consciousness

4. Intolerance of Uncertainty Scale  
5. unacceptability and avoidance of uncertainty  
6. uncertainty leading to inability to act

7. Perfectionism Cognitions Inventory

سیاهه به ترتیب صفر و ۱۰۰ است. ویژگی‌های روان‌سنجی سیاهه شناخت‌های کمال‌گرایانه شامل همسانی درونی و روایی در نمونه‌های دانشجویی و بالینی در پژوهش‌های خارجی تأیید شده است (فلت، گرین و هویت، ۲۰۰۴؛ فلت و دیگران، ۱۹۹۸؛ فلت، هویت، ولن و مارتین، ۲۰۰۷). ویژگی‌های روان‌سنجی سیاهه شناخت‌های کمال‌گرایانه، در نمونه‌ای متشکل از ۲۸۶ دانشجو (۱۷۴ دختر، ۱۱۲ پسر) مورد بررسی قرار گرفت (بشارت، ۱۳۹۰). ضریب آلفای کرونباخ برای کل نمونه ۰/۹۱ محاسبه شد که نشان‌دهنده همسانی درونی خوب مقیاس است. روایی سازه، همگرا و تشخیصی (افتراقی) مقیاس شناخت‌های کمال‌گرایانه از طریق اجرای همزمان سیاهه افسردگی بک<sup>۱</sup>، مقیاس اضطراب بک<sup>۲</sup>، فهرست عواطف مثبت<sup>۳</sup> و منفی و مقیاس سلامت روانی<sup>۴</sup> در مورد دانشجویان و یک نمونه بالینی (۸۷ زن، ۶۴ مرد) محاسبه شد (بشارت، ۱۳۹۰).

**پرسشنامه اجتناب شناختی<sup>۵</sup> (CAQ):** گاسلین و دیگران، ۲۰۰۲). این پرسشنامه با ۲۵ ماده، تمایل به استفاده از راهبردهای اجتنابی-شناختی در مواجهه با افکار مزاحم تهدیدکننده را در اندازه‌های پنج درجه‌ای از یک (اصلاً) تا پنج (کاملاً) بر حسب پنج زیرمقیاس به این شرح می‌سنجد: فرونشانی فکر، جانشین‌سازی فکر<sup>۶</sup>، توجه‌گردانی<sup>۷</sup>، اجتناب از محرک‌های تهدیدکننده<sup>۸</sup>، تغییر شکل (تبدیل) تصاویر ذهنی به افکار<sup>۹</sup>. نمره<sup>۹</sup> بیشتر در این پرسشنامه، نشان‌دهنده تمایل

جدول ۱

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد بررسی در بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر و وسواس بی‌اختیاری

وسواس بی‌اختیاری		اضطراب فراگیر		متغیر
SD	M	SD	M	
۱۴/۶۶	۵۱/۱۴	۱۳/۱۱	۵۳/۰۴	نگرانی
۱۸/۸۰	۶۵/۶۷	۱۸/۳۱	۶۸/۷۷	اجتناب شناختی
۱۳/۴۵	۳۷/۶۸	۱۳/۹۸	۳۸/۴۸	تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی
۱۶/۵۷	۷۵/۸۵	۱۲/۸۳	۸۱/۱۹	باورهای فراشناختی
۱۷/۲۶	۵۷/۴۸	۱۷/۱۶	۶۱/۵۴	کمال‌گرایی شناختی

بیشتر به اجتناب شناختی از محرک‌های تهدیدکننده درونی است. ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اجتناب شناختی شامل همسانی درونی (ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ تا ۰/۹۵) و اعتبار بازآزمایی آن (۰/۷۰ تا ۰/۸۵) در پژوهش‌های خارجی تأیید شده است (سکستن و دوگاس، ۲۰۰۸؛ گاسلین و دیگران، ۲۰۰۲). در بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در نمونه‌ای از جمعیت دانشجویی ۲۳۸ نفره (۱۲۷ دختر، ۱۱۱ پسر)، ضرایب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی زیرمقیاس‌ها و نمره کل اجتناب شناختی از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ محاسبه شد. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از شرکت‌کنندگان در پژوهش (۵۴ دختر، ۴۳ پسر) برای اعتبار بازآزمایی در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای زیرمقیاس‌ها و نمره کل اجتناب شناختی از ۰/۶۸ تا ۰/۸۰ محاسبه شد (بشارت، ۱۳۸۹). روایی همگرایی پرسشنامه اجتناب شناختی از طریق اجرای همزمان پرسشنامه نگرانی (می‌یر و دیگران، ۱۹۹۰) محاسبه و تأیید شد (بشارت، ۱۳۸۹).

### یافته‌ها

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

نتایج ضرایب همبستگی پیرسون در جدول ۲ نشان می‌دهند که در بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر بین متغیرهای پیش‌بین و نگرانی همبستگی مثبت معنادار وجود دارد.

بیشترین ضریب همبستگی با نگرانی مربوط به باورهای فراشناختی و کمترین ضریب همبستگی با نگرانی مربوط به اجتناب شناختی است.

1. Beck Depression Inventory
2. Beck Anxiety Scale
3. Positive and Negative Schedule
4. Mental Health Scale
5. Cognitive Avoidance Questionnaire

6. thought substitution
7. distraction
8. avoidance of threatening stimuli
9. transformation of images into thoughts

جدول ۲

ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای مورد بررسی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

متغیر	۱	۲	۳	۴
۱. نگرانی	-			
۲. اجتناب شناختی	۰/۵۱*	-		
۳. تحمل ناپذیری بلاتکلیفی	۰/۶۶*	۰/۵۸*	-	
۴. باورهای فراشناختی	۰/۸۲*	۰/۵۷*	۰/۶۱*	-
۵. کمال‌گرایی شناختی	۰/۶۶*	۰/۶۴*	۰/۶۰*	۰/۵۶*

\*P < ۰/۰۰۱

ضریب همبستگی با نگرانی مربوط به تحمل ناپذیری بلاتکلیفی و باورهای فراشناختی است و کمترین ضریب همبستگی با نگرانی مربوط به کمال‌گرایی است.

نتایج ضرایب همبستگی پیرسون در جدول ۳ نشان می‌دهند که در بیماران مبتلا به وسواس بی‌اختیاری بین متغیرهای پیش‌بین و نگرانی همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. بیشترین

جدول ۳

ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای مورد بررسی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری

متغیر	۱	۲	۳	۴
۱. نگرانی	-			
۲. اجتناب شناختی	۰/۶۰*	-		
۳. تحمل ناپذیری بلاتکلیفی	۰/۶۷*	۰/۶۳*	-	
۴. باورهای فراشناختی	۰/۶۷*	۰/۶۰*	۰/۶۸*	-
۵. کمال‌گرایی شناختی	۰/۴۲*	۰/۶۳*	۰/۵۵*	۰/۴۴*

\*P < ۰/۰۰۱

این متغیرها می‌توانند ۴۶ درصد از واریانس نگرانی را به طور مشترک تبیین کنند. مقایسه ضرایب بتا نشان می‌دهد این توان تبیینی مربوط به متغیرهای باورهای فراشناختی و کمال‌گرایی است و سن تاثیر معناداری ندارد.

جدول ۵ نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای روابط چندگانه متغیرهای پیش‌بین با نگرانی را در بیماران مبتلا به وسواس بی‌اختیاری نشان می‌دهد. در گام یک تحمل ناپذیری بلاتکلیفی می‌تواند ۴۵ درصد از واریانس نگرانی را تبیین کند. در گام دو تحمل ناپذیری بلاتکلیفی و باورهای فراشناختی می‌توانند ۵۳ درصد از واریانس نگرانی را به طور مشترک تبیین کنند. به عبارت دیگر، ۵۳ درصد واریانس نگرانی در وسواس بی‌اختیاری توسط تحمل ناپذیری بلاتکلیفی و باورهای فراشناختی تبیین می‌شود. این نتیجه نشان می‌دهد با افزایش تحمل ناپذیری بلاتکلیفی و باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به وسواس بی‌اختیاری، نگرانی افزایش می‌یابد. به منظور تعیین اثر احتمالی سن آزمودنی‌ها، در گام سه علاوه بر

به منظور تعیین دقیق‌تر رابطه و نیز تشخیص سهم هر کدام از متغیرهای پیش‌بین در تبیین نگرانی از تحلیل رگرسیون چندمتغیره گام به گام استفاده شد (جدول ۴). در بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر در گام یک از بین متغیرهای پیش‌بین، باورهای فراشناختی وارد معادله رگرسیون شد. در گام یک باورهای فراشناختی می‌تواند ۶۸ درصد از واریانس نگرانی را تبیین کند. در گام دو علاوه بر باورهای فراشناختی، کمال‌گرایی نیز به عنوان پیش‌بینی‌کننده نگرانی وارد معادله رگرسیون شد. در گام دو این متغیرها می‌توانند ۷۳ درصد از واریانس نگرانی را به طور مشترک تبیین کنند. به عبارت دیگر، می‌توان گفت ۷۳ درصد تغییرات نگرانی در بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر توسط باورهای فراشناختی و کمال‌گرایی پیش‌بینی می‌شود. این نتیجه نشان می‌دهد با افزایش باورهای فراشناختی و کمال‌گرایی در بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر، نگرانی افزایش می‌یابد. به منظور تعیین اثر احتمالی سن آزمودنی‌ها، در گام سه علاوه بر باورهای فراشناختی و کمال‌گرایی، سن نیز به عنوان پیش‌بینی‌کننده نگرانی وارد معادله رگرسیون شد. در گام سه

تحميل ناپذیری بالاتکلیفی و باورهای فراشناختی، سن نیز به عنوان پیش‌بینی‌کننده نگرانی وارد معادله رگرسیون شد. در گام سه این متغیرها می‌توانند ۵۲ درصد از واریانس نگرانی را به

طور مشترک تبیین کنند. مقایسه ضرایب بتا نشان می‌دهد این توان تبیینی مربوط به متغیرهای تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی و باورهای فراشناختی است و سن تأثیر معناداری ندارد.

جدول ۴

نتایج رگرسیون روابط چندگانه متغیرهای پیش‌بین با نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

متغیر ملاک	گام	متغیر پیش‌بین	F	R <sup>۲</sup>	β	t
نگرانی	اول	باورهای فراشناختی	۱۳۸/۵۸*	۰/۶۸۴	۰/۸۲۷	۱۱/۷۷۳*
	دوم	باورهای فراشناختی			۰/۶۶۶	۸/۵۰۸*
		کمال‌گرایی شناختی	۸۹/۰۴*	۰/۷۳۹		
	سوم	باورهای فراشناختی			۰/۲۸۴	۳/۶۲۸**
		کمال‌گرایی شناختی	۲۷/۹۷*	۰/۴۶۶	۰/۵۹۲	۸/۲۱۶*
		سن			۰/۲۳۳	۳/۳۸۸**
				۰/۰۱۶	۰/۲۱۱	

\*P &lt; ۰/۰۱ \*\*P &lt; ۰/۰۰۱

جدول ۵

نتایج رگرسیون روابط چندگانه متغیرهای پیش‌بین با نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس و وسواس بی‌اختیاری

متغیر	گام	متغیر پیش‌بین	F	R <sup>۲</sup>	β	t
نگرانی	اول	تحميل ناپذیری بالاتکلیفی	۵۸/۸۵۱*	۰/۴۵۰	۰/۶۷۱	۷/۶۷۱*
	دوم	تحميل ناپذیری بالاتکلیفی			۰/۴۰۰	۴/۶۱۳**
		باورهای فراشناختی	۴۰/۷۵۵*	۰/۵۳۴		
	سوم	تحميل ناپذیری بالاتکلیفی			۰/۳۹۸	۴/۵۹۴**
		باورهای فراشناختی	۳۷/۱۹۴*	۰/۵۲۱	۰/۳۰۰	۴/۳۶۷**
		سن			۰/۲۷۴	۴/۱۸۷**
				۰/۰۱۶	۰/۳۱۶	

\*P &lt; ۰/۰۱ \*\*P &lt; ۰/۰۰۱

## بحث

اضطراب فراگیر نیستند. این یافته با مدل فراشناختی اضطراب فراگیر (ولس، ۱۹۹۵) هماهنگ است. بر اساس این مدل، هرگاه تجربه درونی نگرانی به خودی خود تهدیدآمیز ادراک می‌شود، فرایند خاتمه یافتن نگرانی مختل و منجر به ادامه نگرانی و تشدید باورهای منفی می‌شود. این موضوع موجب گوش‌بزدلی در برابر افکار نگران‌کننده می‌شود و به گسترش افکار مزاحم دامن می‌زند (ولس و پاپاجورجیو، ۱۹۹۸؛ نیومن و لیرا، ۲۰۱۱). یافته‌ها درباره نقش پیش‌بین کمال‌گرایی در نگرانی بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر همسو با یافته‌های کاوامورا و دیگران (۲۰۰۱)، چانگ و دیگران (۲۰۰۷) و استویر و جورمن (۲۰۰۱) نشان دادند کمال‌گرایی رابطه مستحکمی با اضطراب دارد و ابعاد آن پیش‌بینی‌کننده‌های قوی برای نگرانی هستند. در نتیجه، کمال‌گرایی عاملی مهم در پیش‌بینی تغییرات

نتایج پژوهش حاضر نشان دادند بین باورهای فراشناختی، تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی، کمال‌گرایی شناختی و اجتناب شناختی با نگرانی در هر دو گروه بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر و وسواس بی‌اختیاری رابطه مثبت معنادار وجود دارد. از میان متغیرهای پیش‌بین، بیشترین رابطه با نگرانی در اضطراب فراگیر مربوط به باورهای فراشناختی و در وسواس بی‌اختیاری مربوط به تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی و باورهای فراشناختی بود. یافته‌ها درباره روابط چندگانه متغیرهای پیش‌بین پژوهش با نگرانی در اضطراب فراگیر نشان دادند باورهای فراشناختی و کمال‌گرایی قسمت اعظمی از تغییرات نگرانی را به صورت تعاملی در بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر پیش‌بینی می‌کنند و سایر متغیرها پیش‌بینی‌کننده‌های مناسبی برای نگرانی در



تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی در وسواس بی‌اختیاری و نقشی که در ایجاد نگرانی دارد، تأکید می‌کند.

رابطه باورهای فراشناختی با نگرانی در بیماران مبتلا به وسواس بی‌اختیاری با یافته‌های پژوهش برهمند (۲۰۰۹) که نشان داد بیماران وسواس بی‌اختیاری بیشتر به خاطر ناتوانی ادراک‌شده در کنترل افکار نگران می‌شوند، همسو است. نیاز به کنترل افکار که یک باور فراشناختی است در بیماران مبتلا به وسواس بی‌اختیاری بسیار اهمیت دارد. به عقیده برخی پژوهشگران (مولدینگ، کایریوس و دورون، ۲۰۰۷) تفاوت بین سطح مطلوب کنترل و سطح ادراک‌شده کنترل در افراد منجر به ایجاد علائم وسواس بی‌اختیاری می‌شود و گرایش شخص را به درگیر شدن در اعمال وسواسی بیشتر می‌کند. در نتیجه، می‌توان باورهای فراشناختی را مسئول قسمت اعظمی از نگرانی در بیماران مبتلا به وسواس بی‌اختیاری دانست که در تعامل با سایر پردازش‌های شناختی مانند تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی نگرانی را پیش‌بینی می‌کنند. بیماران مبتلا به وسواس بی‌اختیاری خودآگاهی شناختی زیادی نسبت به افکارشان دارند و هرگاه نتوانند کنترل لازم را بر افکار خود ادراک کنند، دچار نگرانی می‌شوند (برهمند، ۲۰۰۹). نتایج به دست آمده در خصوص رابطه باورهای مثبت و منفی درباره نگرانی با رفتارهای وسواسی شستن و چک کردن (تیمپانو، راسموسن، اکستر، ریف و ویلهلم، ۲۰۱۴) نیز تأییدی بر یافته پژوهش حاضر مبنی بر اهمیت باورهای فراشناختی در وسواس بی‌اختیاری و نقش آن در پیش‌بینی نگرانی در این بیماران است. به علاوه، یافته‌های روگرو و دیگران (۲۰۱۲) درباره اینکه باورهای فراشناختی، کنترل‌ناپذیری و باورهای منفی درباره نگرانی رابطه بلاتکلیفی با نگرانی را تعدیل می‌کنند، تأییدی بر یافته پژوهش حاضر مبنی بر روابط چندگانه تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی و باورهای فراشناختی با نگرانی در بیماران مبتلا به وسواس بی‌اختیاری است.

نتایج پژوهش درباره عدم نقش پیش‌بینی‌کننده کمال‌گرایی برای نگرانی در وسواس بی‌اختیاری با نتایج پژوهش‌های فرگوس و وو (۲۰۰۹) و بوهر و دوگاس (۲۰۰۶) هماهنگ است. یافته‌های مطالعه فرگوس و وو (۲۰۰۹) نشان داد رابطه ضعیف‌تری بین نگرانی و کمال‌گرایی در مقایسه با نگرانی و

نگرانی و ایجاد و حفظ اضطراب فراگیر است.

یافته‌های پژوهش درباره تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی نشان دادند هرچند رابطه‌ای نسبتاً متوسط بین این سازه و نگرانی در بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر وجود دارد، اما نمی‌تواند نگرانی را به طور معنادار در این بیماران پیش‌بینی کند. این یافته برخلاف برخی از یافته‌ها (بوهر و دوگاس، ۲۰۰۶؛ دوپای و لادوسر، ۲۰۰۸) است که نشان می‌دهند بلاتکلیفی دارای رابطه تنگاتنگ و قوی با نگرانی است و با کنترل سایر متغیرهای پیش‌بین، رابطه‌ای منحصر به فرد با نگرانی دارد. همچنین برخلاف نتایج پژوهش بوهر و دوگاس (۲۰۰۶) است که نشان داد رابطه بلاتکلیفی با نگرانی حتی بعد از برداشتن واریانس مشترک سایر متغیرها مانند کمال‌گرایی و کنترل ادراک‌شده معنادار و قوی می‌ماند. از طرف دیگر، این یافته با سایر یافته‌ها که نشان می‌دهد باورهای فراشناختی بیش از تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی با علائم اختلال اضطراب فراگیر، به ویژه نگرانی، رابطه دارد هماهنگ است (هیدن، موریس و مولن، ۲۰۱۱). نتایج پژوهش هیدن و دیگران (۲۰۱۱) نشان داد درمان فراشناختی<sup>۱</sup> نسبت به درمان تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی<sup>۲</sup> با نتایج بهتری در درمان بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر همراه است.

نتایج بررسی روابط چندگانه متغیرهای پیش‌بین پژوهش با نگرانی در بیماران مبتلا به وسواس بی‌اختیاری نشان دادند تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی و باورهای فراشناختی به صورت تعاملی قسمت اعظمی از تغییرات نگرانی را تبیین می‌کنند که در این میان، بلاتکلیفی بیشترین نقش را دارد. این یافته هماهنگ با نتایج پژوهش‌های لاگسن و دیگران (۲۰۰۳) و بوهر و دوگاس (۲۰۰۶) است که نشان می‌دهد بلاتکلیفی مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده نگرانی فراتر از سایر سازه‌های درگیر در ایجاد نگرانی شدید مانند باورهای مثبت درباره کارکرد نگرانی، جهت‌گیری منفی به مشکل و اجتناب شناختی است. همچنین نتایج استکتی، فراست و کوهن (۱۹۹۸) نشان داد بلاتکلیفی تنها سازه‌ای است (در مقایسه با مسئولیت‌پذیری، کنترل، تخمین خطر، تحمل اضطراب و مقابله) که به طور موفقیت‌آمیزی علائم اختلال وسواس بی‌اختیاری را پیش‌بینی می‌کند. شواهد و یافته‌های پژوهش حاضر بر اهمیت

می‌تواند به ابزار اندازه‌گیری مربوط باشد. همان‌طور که نظریه اجتناب شناختی (بورکویچ و دیگران، ۲۰۰۴) تأکید می‌کند، برخی اشکال اجتناب شناختی در دسترس هشیاری نیستند و اجتناب از تصاویر ذهنی در اضطراب فراگیر اساساً پردازش شناختی خودکار یا ضمنی است. بنابراین، هرچند پرسشنامه اجتناب شناختی ویژگی‌های روان‌سنجی خوبی در مطالعات گذشته نشان داده است (گاسلین و دیگران، ۲۰۰۲)، برای اندازه‌گیری پردازش‌هایی که ممکن است کاملاً در دسترس هشیاری نباشند ابزار مناسبی نیست و لازم است ابزاری قوی‌تر برای ارزیابی اجتناب شناختی ضمنی در بیماران با نگرانی مرضی استفاده شود (دوگاس و دیگران، ۲۰۰۷).

پیامدها و دستاوردهای این پژوهش را می‌توان در دو سطح نظری و عملی تشریح کرد. یافته‌های به دست آمده با تأیید مدل‌های قبلی و غنی‌تر کردن آنها به مفهوم‌سازی‌ها، فرضیه‌سازی‌ها و نظریه‌های مرتبط با نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و وسواس بی‌اختیاری کمک می‌کنند. یافته‌های این پژوهش نقش تعیین‌کننده باورهای فراشناختی و شناخت‌های کمال‌گرایانه را در رابطه با اضطراب فراگیر و نقش تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی و باورهای فراشناختی را در رابطه با وسواس بی‌اختیاری تأیید و برجسته کردند. بر این اساس، درمان‌گران می‌توانند برای درمان مؤثرتر نگرانی مرضی در بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر و وسواس بی‌اختیاری فنون مرتبط با این متغیرها را در دستور کار درمان قرار دهند؛ فنونی که موجب افزایش تحمل‌پذیری بیماران نسبت به بالاتکلیفی‌های زندگی می‌شود، به اتخاذ راهبردهایی می‌انجامد که شناخت‌های کمال‌گرایانه و باورهای فراشناختی مربوط به نگرانی را به چالش می‌کشند.

جمعیت نمونه این پژوهش از نمونه‌ای داوطلب و در دسترس انتخاب شده است. بنابراین، باید در تعمیم یافته‌ها با احتیاط عمل شود. همچنین با توجه به اینکه طرح این پژوهش از نوع همبستگی بود، در زمینه تفسیرها و اسنادهای علت‌شناختی متغیرهای مورد بررسی باید احتیاط شود. تعداد نمونه این پژوهش نسبتاً کم است که انجام تحلیل‌های پیشرفته‌تر مانند مدل‌سازی و بررسی روابط پیچیده بین متغیرها

بالاتکلیفی وجود دارد و رابطه بین نگرانی و کمال‌گرایی بعد از برداشتن واریانس بالاتکلیفی به‌طور معنادار کاهش می‌یابد. این یافته ممکن است در جنبه‌های زیربنایی کمال‌گرایی ریشه داشته باشد. استدلالی که در این خصوص می‌توان انجام داد این است که کمال‌گرایی هم جنبه‌های مثبت و سازشی و هم جنبه‌های منفی و غیرسازشی دارد (هماچک<sup>۱</sup>، ۱۹۸۷ نقل از بوهر و دوگاس، ۲۰۰۶) اما بالاتکلیفی جنبه‌های سازشی ندارد و اکثر جنبه‌های آن می‌توانند منفی در نظر گرفته شوند. در نتیجه، رابطه تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی با نگرانی قوی‌تر از رابطه کمال‌گرایی و نگرانی است و بالاتکلیفی مسئول قسمت اعظمی از رابطه بین کمال‌گرایی و نگرانی در بیماران وسواس بی‌اختیاری است. افراد نگران به جای آنکه میل به کمال‌گرایی داشته باشند ممکن است سطوح بالایی از پریشانی را در موقعیت‌های مبهم نشان دهند و بدون توجه به اینکه آیا چیزها اکنون کامل است یا نه نگران شوند (فرگوس و وو، ۲۰۰۹). به طور کلی، هرچند بر اساس پژوهش‌های پیشین تفاوتی در باورهای فراشناختی و تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی در بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر و وسواس بی‌اختیاری وجود ندارد، بر اساس یافته‌های این پژوهش، این دو متغیر در پیش‌بینی تغییرات نگرانی در دو اختلال به صورت متفاوت عمل می‌کنند که در درمان هر اختلال می‌بایست به آن توجه شود.

یافته‌های این پژوهش برای اجتناب شناختی در خصوص عدم توان آن در پیش‌بینی میزان نگرانی بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر و وسواس بی‌اختیاری با نتایج پژوهش‌هایی که نگرانی را به عنوان یک راهبرد اجتنابی به چالش کشیده‌اند، همسو است (نیومن و لیرا، ۲۰۱۱). این تحقیقات نشان می‌دهند بیماران اضطراب فراگیر هنگام نگرانی فعالیت فیزیولوژیکی و عاطفه منفی بیشتری را نسبت به افرادی که در حالت آرامش و خنثی هستند، تجربه می‌کنند. به علاوه، نگرانی در شرایط القای ترس، غم و اضطراب موجب افزایش هیجان‌های منفی می‌شود (اندروز<sup>۲</sup> و بورکویچ<sup>۳</sup>، ۱۹۸۸ نقل از نیومن و لیرا، ۲۰۱۱). به عقیده بروشات، دیچک و تایر (۲۰۰۷) نگرانی نه تنها هیجان‌ها را کاهش نمی‌دهد، بلکه مکانیزمی است که توسط آن بازنمایی عامل استرس‌زا و هیجان منفی مرتبط با آن طولانی‌تر و حفظ می‌شود. توجیه دیگر این یافته

- Radomsky, A. D., Savard, P., & Turcotte, J. (2012).** Interpretive style and intolerance of uncertainty in individuals with anxiety disorders: A focus on generalized anxiety disorder? *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 823-832.
- Barahmand, U. (2009).** Meta-cognitive profiles in anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 169, 240-243.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O., & Behar, E. (2004).** Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice* (pp. 77-108). New York: Guilford Press.
- Brosschot, J. F., Dijk, E. V., & Thayer, J. F. (2007).** Daily worry is related to low heart rate variability during waking and the subsequent nocturnal sleep period. *International Journal of Psychophysiology*, 63, 39-47.
- Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1992).** Psychometric properties of the Penn State Worry Questionnaire in a clinical anxiety disorder sample. *Behavior Research and Therapy*, 30, 33-37.
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2006).** Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *Anxiety Disorders*, 20, 222-236.
- Carleton, R. N., Norton, P. J., & Asmundson, G. J. G. (2007).** Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 105-117.
- Carleton, R. N., Weeks, J. W., Howell, A. N., Asmundson, G. J. G., Antony, M. M., & McCabe, R. E. (2012).** Assessing the latent structure of the intolerance of uncertainty con-

را با محدودیت روبه‌رو می‌سازد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از روش‌های نمونه‌برداری تصادفی و نمونه گسترده‌تر و جامع‌تر استفاده شود. پیشنهاد می‌شود سایر عوامل شناختی تبیین‌کننده نگرانی مانند جهت‌گیری منفی به مشکل، ادراک خطر، سوگیری در توجه در اضطراب فراگیر و وسواس بی‌اختیاری بررسی شود. با توجه به وجود شواهد پژوهشی متفاوت در مورد نگرانی در سایر اختلال‌های روان‌پزشکی، پیشنهاد می‌شود این سازه در سایر اختلال‌ها به ویژه اختلال‌های خلقی و دیگر اختلال‌های اضطرابی مورد بررسی قرار گیرد.

## منابع

- بشارت، م. ع. (۱۳۸۶).** بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه نگرانی‌پز. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۹الف).** بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس تحمل‌ناپذیری بالانکیفی. گزارش پژوهشی دانشگاه تهران.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۹ب).** بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اجتناب شناختی. گزارش پژوهشی دانشگاه تهران.
- بشارت، م. ع. (۱۳۹۰).** بررسی روایی و ساختار عاملی مقیاس شناخت‌های کمال‌گرایانه. گزارش پژوهشی دانشگاه تهران.
- بشارت، م. ع.، نادعلی، ح.، زبردست، ع. و صالحی، م. (۱۳۸۷).** کمال‌گرایی و سبک‌های مقابله با تنیدگی. فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، ۱۷، ۱۷-۷.
- محمدخانی، ش. و فرجاد، م. (۱۳۸۸).** رابطه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با علائم وسواسی در جمعیت غیربالینی. مجله روان‌شناسی بالینی، ۳، ۳۵-۵۱.
- محمودعلیلو، م. (۱۳۸۵).** نگرانی و رابطه آن با زیرمجموعه‌های واریس و شستشوی اختلال وسواسی-اجباری. روان‌شناسی معاصر، ۱۰، ۳-۱.
- Abramowitz, J. S., Whiteside, S., Kalsy, S. A., & Tolin, D. F. (2003).** Thought control strategies in obsessive-compulsive disorder: A replication and extension. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 529-540.
- Anderson, K. G., Dugas, M. J., Koerner, N.,**

- depressive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 505-514.
- Fergus, T. A., & Wu, K. D. (2009).** Do symptoms of generalized anxiety and obsessive-compulsive disorder share cognitive processes? *Cognitive Therapy and Research*, 34, 168-176.
- Flett, G. L., Greene, A., & Hewitt, P. L. (2004).** Dimensions of perfectionism and anxiety sensitivity. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 22, 39-57.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Whelan, T., & Martin, T. R. (2007).** The perfectionism cognitions inventory: Psychometric properties and associations with distress and deficits in cognitive self-management. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 25, 255-277.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., & Gray, L. (1998).** Psychological distress and the frequency of perfectionistic thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1363-1381.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., & Cahill, S. P. (2006).** Emotional processing theory: An update. In B. O. Rothbaum (Ed.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment* (pp. 3-24). New York: Guilford
- Frost, R. O., Martin, P. A., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990).** The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Gosselin, P., Langlois, F., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Dugas, M. J., & Pelletier, O. (2002).** The Cognitive Avoidance Questionnaire (CAQ): Development and validation among adult and adolescent samples. *Journal de Therapie Com-*
- struct: An initial taxometric analysis. Journal of Anxiety Disorders*, 26, 150-157.
- Carter, M. M., Sbrocco, T., Miller, O., Suchday, S., Lewis, E. L., & Freedman, R. E. K. (2005).** Factor structure, reliability, and validity of the Penn State Worry Questionnaire: Differences between African-American and White-American college students. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 827-843.
- Chang, E. C., Zumberg, K. M., Sanna, L. J., Girz, L. P., Kade, A. M., Shair, S. R. et al. (2007).** Relationship between perfectionism and domains of worry in a college student population: Considering the role of BIS/BAS motives. *Personality and Individual Differences*, 43, 925-936.
- Davey, G. C. L. (1993).** A comparison of three worry questionnaire. *Behavior Research and Therapy*, 31, 51-56.
- Dugas, M. J., Buhr, K., & Ladouceur, R. (2004).** The role of intolerance of uncertainty in the etiology and maintenance of generalized anxiety disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp.143-163). New York: Guilford Press.
- Dugas, M. J., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., Laugesen, N., et al. (2007).** Can the components of a cognitive model predict the severity of generalized anxiety disorder? *Behavior Therapy*, 38, 169-178.
- Dupuy, J. B., & Ladouceur, R. (2008).** Cognitive processes of generalized anxiety disorder in comorbid generalized anxiety disorder and major

- normal Child Psychology*, 31, 55-64.
- McKay, D., & Greisberg, S. (2002).** Specificity of measures of thought control. *Journal of Psychology*, 136, 149-160.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990).** Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behavior Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, A., Kokaua, J., Milne, B. J., Polanczyk, G., et al. (2010).** How common are common mental disorders? Evidence that lifetime rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychological Medicine*, 39, 899-909.
- Moritz, S., Peters, M., Larøi, F., & Lincoln, T. (2010).** Metacognitive beliefs in obsessive-compulsive patients: A comparison with healthy and schizophrenia participants. *Cognitive and Neurological Psychiatry*, 15, 531-548.
- Moulding, R., Kyrios, M., & Doron, G. (2007).** Obsessive-compulsive behaviours in specific situations: The relative influence of appraisals of control, responsibility and threat. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1693-1702.
- Newman, M. G., & Liera, S. J. (2011).** A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical Psychology Review*, 31, 371-382.
- Nicholson, E., Mccourt, A., & Barnes-holmes, D. (2013).** The Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP) as a measure of obsessive beliefs in relation to disgust. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2, 23-30.
- portemantale et Cognitive*, 12, 24-37.
- Hanrahan, F., Field, A. P., Jones, F. W., & Davey, G. C. (2013).** A meta-analysis of cognitive therapy for worry in generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 33, 120-132.
- Heiden, C. V. D., Muris, P., & Molen, H. T. V. D. (2011).** Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 100-109.
- Hermans, D., Engelen, U., Grouwels, L., Joos, E., Lemmens, J., & Pieters, G. (2008).** Cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder: Distrusting perception, attention and memory. *Behavior Research and Therapy*, 46 (1), 98-113.
- Hirsch, C. R., Mathews, A., Lequertier, B., Perman, G., & Hayes, S. (2013).** Characteristics of worry in generalized anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44, 388-395.
- Hoyer, J., Becker, E. S., & Roth, W. T. (2001).** Characteristics of worry in GAD patients, social phobics, and controls. *Depression and Anxiety*, 13, 89-96.
- Iijima, Y., & Tanno, Y. (2013).** The moderating role of positive beliefs about worry in the relationship between stressful events and worry. *Personality and Individual Differences*, 55, 1003-1006.
- Kawamura, K. Y., Hunt, S. L., Frost, R. O., & DiBartolo, P. M. (2001).** Perfectionism, anxiety, and depression: Are the relationships independent? *Cognitive Therapy and Research*, 25, 291-301.
- Laugesen, N., Dugas, M. J., & Bukowski, W. M. (2003).** Understanding adolescent worry: The application of a cognitive model. *Journal of Ab-*

- 370.
- Starcevic, V., Berle, D., Milicevic, D., Hannan, A., Lamplugh, C., & Eslick, G. D. (2007).** Pathological worry, anxiety disorders and the impact of co-occurrence with depressive and other anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 21*, 1016-1027.
- Startup, H. M., & Erickson, T. M. (2006).** The Penn State Worry Questionnaire (PSWQ). In G. C. L. Davey and A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (pp. 265-283). Chichester, England: Wiley.
- Steketee, G., Frost, R. O., & Cohen, I. (1998).** Beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 12*, 525-537.
- Stober, J., & Joormann, J. (2001).** Worry, procrastination, and perfectionism: Differentiating amount of worry, pathological worry, anxiety, and depression. *Cognitive Therapy and Research, 25*, 49-60.
- Timpano, K. R., Rasmussen, J. L., Exner, C., Rief, W., & Wilhelm, S. (2014).** The association between metacognitions, the obsessive compulsive symptom dimensions and hoarding: A focus on specificity. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 3*, 188-194.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D., & Foa E. B. (2003).** Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 17*, 233-242.
- Wells, A. (1995).** Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23*, 301-320.
- Wells, A. (2000).** *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, England: Wiley.
- Olatunji, B. O., Schottenbauer, M. A., Rodriguez, B. F., Glass, C. R., & Arnkoff, D. B. (2007).** The structure of worry: Relations between positive/negative personality characteristics and the Penn State Worry Questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders, 21*, 540-553.
- Prados, J. M. (2011).** Journal of Anxiety Disorders Do beliefs about the utility of worry facilitate worry? *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 217-223.
- Rice, K. G., & Dellwo, J. P. (2002).** Perfectionism and self-development: Implications for college adjustment. *Journal of Counseling and Development, 80*, 188-196.
- Rickels, K., & Rynn, M. A. (2001).** What is generalized anxiety disorder? *Journal of Clinical Psychiatry, 62*, 4-12.
- Ruggiero, G. M., Stapinski, L., Caselli, G., Fiore, F., Gallucci, M., Sassaroli, S., et al. (2012).** Beliefs over control and meta-worry interact with the effect of intolerance of uncertainty on worry. *Personality and Individual Differences 53*, 224-230.
- Ruscio, A. M., Lane, M., Roy-Byrne, P., Stang, P. E., Stein, D. J., Wittchen, H.-U., et al. (2005).** Should excessive worry be required for a diagnosis of generalized anxiety disorder? Results from the US National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine, 35*, 1761-1772.
- Sarawgi, S., Oglesby, M. E., & Cogle, J. R. (2013).** Intolerance of uncertainty and obsessive-compulsive symptom expression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 44*, 456-462.
- Sexton, K. A., & Dugas, M. J. (2008).** The Cognitive Avoidance Questionnaire: Validation of the English translation. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 355-

of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 385-396.

**Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998).** Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 899-913.

UK: Wiley.

**Wells, A. (2005).** Worry, intrusive thoughts, and generalized anxiety disorder: The metacognitive theory and treatment. In: D. A. Clark (Ed.), *Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, research, and treatment* (pp. 119-144). New York: Guilford Press.

**Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004).** A short form