

نقش میانجی‌گری باورهای فراشناختی در رابطه بین کمال‌گرایی شناختی و نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در شهر اصفهان

محسن لعلی^۱، لیلا خواجه نصیری^۲

^۱ هیئت‌علمی دانشگاه آزاد اسلامی

^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)

چکیده

مقاله حاضر با هدف بررسی نقش میانجی‌گری باورهای فراشناختی در رابطه بین کمال‌گرایی شناختی و نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در شهر اصفهان به روش توصیفی از نوع همبستگی انجام شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و درمانی شهر اصفهان در بهار ۱۳۹۶ تشکیل دادند که به دلیل نامحدود بودن جامعه آماری ۱۱۰ بیمار مبتلا (۶۳ زن، ۴۷ مرد) به‌عنوان نمونه آماری به روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، چهار پرسشنامه، مقیاس اضطراب بک (BAI) با ۲۱ گویه، پرسشنامه کمال‌گرایی شناختی هویت و فلت (۱۹۹۱) با ۳۰ گویه، پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا (PSWQ-۱۹۹۰) با ۱۶ گویه و پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز^۱ (MCQ-30) با ۳۰ گویه بود. روایی صوری پرسشنامه‌ها با استفاده از نظرات استاد راهنما و برخی دیگر از کارشناسان تأیید شد. ضریب پایایی پرسشنامه نیز با استفاده از روش بازآزمایی مورد تأیید قرار گرفت. به‌منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی شامل، (میانگین، انحراف استاندارد، فراوانی و درصد فراوانی) برای ارائه اطلاعات توصیفی و در سطح استنباطی از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و نرم‌افزار آماری SPSS و برای تعیین نقش میانجی از معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار آماری لیزرل استفاده گردید. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد بین کمال‌گرایی شناختی و ابعاد آن با نگرانی ($p < 0/01, r = 0/406$)، بین کمال‌گرایی شناختی و ابعاد آن با باورهای فراشناختی ($p < 0/01, r = 0/502$)، بین باورهای فراشناختی و ابعاد آن با نگرانی ($p < 0/01, r = 0/390$) رابطه معنادار وجود دارد. یافته‌ها همچنین نشان داد که باورهای فراشناختی در رابطه بین کمال‌گرایی شناختی با نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در شهر اصفهان نقش واسطه‌ای دارد.

واژگان کلیدی: باورهای فراشناختی، کمال‌گرایی شناختی، نگرانی، اختلال اضطراب فراگیر

^۱ Wells, A

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر (GAD) در DSM-5 به صورت اضطراب افراطی و نگرانی ذهنی غیرقابل کنترل در مورد چندین واقعه یا فعالیت طی یک دوره حداقل شش ماهه تعریف می کند که با علائم جسمی نظیر تنش عضلانی، تحریک پذیری، دشواری در خواب و بی قراری همراه است. این اختلال با آسیب جدی و ناراضی از زندگی و بهره وری پایین همراه است (کسلر^۳ -والترز^۴ و ویتچن^۵، ۲۰۰۴). پردازش های شناختی در GAD همانند آن چیزی است که در اضطراب صفت رخ می دهد؛ بنابراین، درک پردازش ها و سازو کارهای شناختی زیربنایی این اختلال موجب درک عمومی ما از آسیب پذیری در برابر اضطراب می شود. GAD یکی از اساسی ترین اشکال ناسازگاری فراشناختی و ویژگی اصلی آن نگرانی است. نگرانی یک فرآیند شناختی است که در افراد مبتلا به اختلالات اضطراب فراگیر، به راهبردهایی برای کشف و کنار آمدن با خطر تهدیدکننده تبدیل می شود، اغلب این افراد، درجاتی از تخریب عملکرد را در دامنه ای از تمرکز در کار تا خستگی از روابط بین فردی، تحمل می کنند (هازلت^۶ و استیونس^۷، ۲۰۱۰).

هدف روان شناسی کمال درمان بیماری روانی نیست بلکه بیداری و رهایی استعدادهای عظیم انسان، گسترش و غنای شخصیت انسان و یافتن معنای ژرفتری در زندگی است. روانشناسان کمال که اکثراً خود را روانشناس انسانگرا می دانند، با دیدی نو به ماهیت انسان می نگرند. انسانی که آنها می بینند با آنچه که رفتارگرایی و روانکاوی یعنی اشکال سنتی روانشناسی ترسیم می کنند، متفاوت است.

اختلال اضطراب فراگیر شایعترین اختلال اضطرابی بوده و فرآیندهای محوری آن معرف جنبه های اصیل درگیر در همه اختلال های اضطرابی است (بارلو^۸، ۲۰۰۲). این اختلال، با نگرانی مفرط و غیر قابل کنترل همراه با برخی از علائم اضطراب و سایر هیجان های منفی دیگر مشخص می شود. در واقع، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال بلند مدت و مزمنی است که با آسیب های کارکردی در کار و کیفیت زندگی مرتبط است (ولز^۹، ۲۰۰۹). بزرگسالان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اغلب در مورد شرایط زندگی روزمره و عادی، مانند مسئولیت های شغلی احتمالی، سلامتی و امور مالی، یا مسائل پیش پا افتاده نگران هستند. کودکان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، در مورد شایستگی یا کیفیت عملکرد خود بیش از حد نگران هستند. در طول دوره این اختلال، کانون نگرانی ممکن است از یک موضوع به موضوع دیگر جابه جا شود. فرد، کنترل کردن این نگرانی و اجازه ندادن به افکار نگران کننده را دشوار می داند (هویت و فلت^{۱۰}، ۲۰۱۲).

هدف این مقاله تعیین نقش میانجی گری باورهای فراشناختی در رابطه بین کمال گرایی شناختی و نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در شهر اصفهان است.

مبانی نظری

اختلال اضطراب فراگیر

اختلال اضطراب فراگیر شایع ترین اختلال اضطرابی است و تعداد زیادی از پژوهشها نشان داده اند که این اختلال در مقایسه با اختلال افسردگی اساسی، پیامدهای آسیب زای جدی تری دارد (کسلر و همکاران^{۱۱}، ۲۰۰۴). این اختلال باشیوع سالانه ۳/۱ درصد و شیوع مادام العمر ۵/۱ درصد یکی از شایعترین مشکلات مربوط به حیطة بهداشت روانی است (انجمن روانپزشکی آمریکا ۲۰۱۳). ضمناً این اختلال با نگرانی افراطی و غیر قابل کنترل همراه با برخی از علائم اضطرابی مشخص می شود. بک و همکاران اظهار میدارند که اضطراب زمانی بروز می کند که تعداد و میزان تهدیدهای ادراک شده بر توانایی ادراک شده برای

²-generalized anxiety disorder

³-Kessler

⁴-Walters

⁵-Wittchen

⁶-Hazlett

⁷-Stevens

⁸-Barlow

⁹-Wells

¹⁰- Hewitt & Flett

¹¹ - Kessler, et al

غلبه بر آن پیشی بگیرد نتیجه آن می شود که فرد احساس کند که در معرض خطر و آسیب پذیر است -یا مضطرب - است (بک و همکاران، ۱۹۸۸). یکی از گونه های اضطراب، اختلال اضطراب فراگیر است (APA، ۲۰۱۳) که به یک شکل نسبتاً خالص، نشان دهنده فرایندهای شناختی پایه ای است که فرد را برای حالت های اضطرابی آسیب پذیر می کند (جوهری فرد و همکاران، ۱۳۸۸). نگرانی خصیصه شناختی اصلی "GAD" محسوب می شود، افکار نگران کننده می توانند بر جریان عادی افکار انسان تسلط یابند و در عملکرد روزانه فرد، مشکلات قابل توجهی به وجود آورند. شواهد بسیاری وجود دارد که نشان می دهد افراد سالم نیز نگران می شوند البته شدت، فراوانی و کنترل ناپذیری آنها با آنچه افراد مبتلا به "GAD" تجربه می کنند یکسان نیست (کلارک و بک ۲۰۱۰). بارلو (۲۰۰۲) معتقد است با توجه به اینکه نگرانی را می توان به عنوان ویژگی بارز GAD در اکثر اختلال های اضطرابی مشاهده کرد، بنابراین می توان این اختلال را به عنوان اختلال اضطرابی پایه در نظر گرفت و به همین علت فهم و کشف سبب شناسی و درمان این اختلال را گامی بزرگ در حیطه اختلال های اضطرابی میدانند.

سبب شناسی اختلال اضطراب فراگیر

علت های متفاوتی از دیدگاه های مختلف برای بوجود آمدن یک اضطراب بیمارگونه در شخص بیان شده است که برخی از آنها بطور مختصر در اینجا توضیح داده می شود:

نظریه روانکاوانه

اضطراب نتیجه یک تعارض درونی است به عنوان مثال شخصی در ناخودآگاه خود احساس خصمانه و نفرت انگیزی به همسر یا رئیس خود دارد ولی در ظاهر این احساس را سرکوب کرده و می خواهد رفتاری توأم با احترام به آنها داشته باشد این تعارض موجب اضطراب در شخص می شود در این نگاه هدف از درمان اضطراب افزایش تحمل شخص در برابر اضطراب است نه اینکه کامل این اضطراب از بین برود و حذف شود (ولز، ۲۰۰۵). فروید اضطراب روان رنجور را نتیجه یک تعارض ناهشیار می داند که بین تکانه های نهاد و محدودیت هایی که خود و فراخود اعمال می کنند ایجاد می شود از آنجا که بسیاری از تکانه های نهاد با ارزشهای اجتماعی شخصی در تضاد است آدمی را دستخوش تهدید می کند.

نظریه رفتاری

طبق این نظریه، اضطراب از یک واکنش شرطی در مقابل محیطی خاص است. در یک الگوی شرطی سازی مثلاً کسی که هیچ نوع حساسیت غذایی ندارد پس از خوردن حلزون صدف دار در رستوران دچار ناراحتی شدید می گردد. مواجه شدن بعدی با حلزون ممکن است سبب شود که شخص احساس ناراحتی کند. امکان دارد چنین فردی از طریق تعمیم نسبت به هر غذایی که خودش آماده نکرده باشد حساسیت و سوءظن پیدا کند (کاپلان و سادوک ۱۹۹۶، ترجمه پور افکاری، ۱۳۸۴).

نظریه شناختی

افراد مضطرب به علت افکار و باورهای نادرست غیر واقعی، میزان خطر و احتمال آسیب دیدن را در یک موقعیت خاص بیش از حد تخمین زده و توانایی خود را در کنار آمدن با موقعیت های استرس زا کم ارزیابی می کنند. بنا بر باور ایس، هیجانانگیز تحت تاثیر عقاید، ارزیابی ها و تعبیر هاست. انسان دوست دارد که امیال و ترجیحات خود را به صورت باید شکل بدهد. همین باورهای جزمی احساس ها و رفتارهای مختل کننده را به وجود می آورند (ایس، ۲۰۱۴). در ۵۰ سال اخیر رویکردهای شناختی برای درمان اختلال های اضطرابی و سایر اختلال های هیجانی وابسته منجر به پدید آیی درمانهایی با کارایی خیلی بالا منجر شده که به طور فزاینده ای مورد پذیرش متخصصان قرار گرفته است (بارلو، ۲۰۰۲).

نظریه وراثت

تقریباً نیمی از کل بیماران دچار حمله اضطرابی (پانیک)، حداقل یک فرد مبتلا در فامیل درجه اول خود دارند.

ملاک های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر بر اساس DSM-5

- ۱- اضطراب و نگرانی شدید و مفرط درباره تعدادی از رویدادها یا فعالیت ها (مثلا عملکرد شغلی، تحصیلی) در اکثر روزهای هفته و به مدت حداقل شش ماه.
- ۲- ناتوانی در کنترل نگرانی.
- ۳- اضطراب و نگرانی با حداقل سه نشانه از شش نشانه های زیر همراه باشد:
 - بی قراری شدید
 - تحریک پذیری و عصبانیت
 - خستگی مفرط
 - حواسپرتی و عم تمرکز
 - حساس و زود رنج بودن
 - تنش عضلانی
 - نابسامانی و اختلال در عملکرد های شغلی، اجتماعی و سایر جنبه های مهم زندگی به خاطر اضطراب و نشانه های فیزیکی
- ناراحتی فرد را نمی توان به آثار مستقیم یک ماده (مثلا یک نوع ماده مخدر، یاداروی تجویزی) یا یک عارضه پزشکی دیگر نسبت داد.
- یک اختلال روانی دیگر نمی تواند دلیل موجه تری برای این اختلال باشد (گنجی، ۱۳۹۲).

انواع اختلالات اضطرابی بر اساس DSM_5

اختلال وحشت زدگی^{۱۲}: این اختلال، احساس ترس ناگهانی و غیر منتظره ای را در افراد به وجود می آورد. فرد مبتلا به PD، زمانی احساس آرامش می کند که از موقعیت هایی که برای او ایجاد ترس می کند، دوری ورزد. علائم بروز PD، عبارت است از: ضربان تند، دردهای سینه، تنگی نفس، سرگیجه، حالت تهوع، احساس کِرختی، رعشه و ترس از دست دادن کنترل یا ترس مرگ (ریکلز و رایان، ۲۰۱۱). حمله پانیک کوتاه بوده و تقریباً به همان اندازه که ناگهان شروع می شود، ناگهان به پایان می رسد. بیمار بیشتر از مکان هایی اجتناب می ورزد که سبب ایجاد شرمساری وی شده و یا در آنها قادر نیست به سرعت فرار کند (فرانسس، ۲۰۱۲، ترجمه منصوری راد، ۱۳۹۳، ص ۷۰).

آگورافوبیا^{۱۳} (ترس مَرَضی از مکان های باز): چنین افرادی، از موقعیت هایی که ایجاد ترس می کند (مکان های شلوغ، مغازه ها، پل ها و وسائط نقلیه عمومی)، دوری می گزینند و خود را بسیار محدود و در خانه، حبس می کنند (هیرسچ و همکاران، ۲۰۱۳). این ترس باید مداوم باشد (۶ ماه و بیشتر روزها) و دیگر اینکه با خطر موجود تناسب نداشته نباشد (گنجی، ۱۳۹۲).

اختلال اضطراب اجتماعی^{۱۴}: ترس شدید از تحقیر در مکان های اجتماعی را جمع هراسی می گویند که ممکن است افراد مبتلا را از شرکت در میهمانی ها، صحبت در جمع، غذا خوردن در رستوران ها یا حتی امضای چکی در جمع، باز دارد. برخلاف افراد خجالتی، افراد مبتلا به جمع هراسی، از این که با دیگران باشند، احساس راحتی می کنند، با وجود این، فعالیت های خاصی مانند قدم زدن در راهروی کلیسا، اضطراب را در آنها تشدید می کند. جمع هراسی روابط و کارها را مختل می کند؛ چون افراد مبتلا از انجام دادن فعالیت های خاصی رویگردان هستند (داگاس و همکاران، ۲۰۱۴).

1-panic disorder
2-agoraphobia
3-social anxiety disorder

هراس اختصاصی^{۱۵}: افراد دچار هراس اختصاصی، دارای ترس غیر منطقی و مداومی از مقوله ای خاص (مانند سگ یا مار) یا موقعیتی خاص (مانند قرار گرفتن در مکان مرتفع و سوار شدن بر آسانسور و هواپیما) هستند. آنان یا از مقوله ای که از آن می ترسند، اجتناب می کنند و یا اینکه آن را با بی میلی و اضطراب شدید تحمل می کنند (فرانسس، ۲۰۱۲).

اختلال اضطراب جدایی^{۱۶}: اختلال اضطراب جدایی عبارت است از حضور ترس یا اضطراب افراطی در ارتباط با جدا شدن از افراد وابسته. نرخ شیوع اختلال اضطراب جدایی با افزایش سن کاهش می یابد. افراد مبتلا علایمی مثل تپش قلب، سرگیجه و احساس غش کردن و... را تجربه می کنند. بزرگسالان مبتلا به این اختلال معمولاً ترس از تغییر نشان می دهند و یاشدیدا نگران جدا شدن از فرزندان و یا از سایر افراد مهم زندگی شان هستند. اضطراب باید حداقل چهار هفته در کودکان و نوجوانان و حداقل شش ماه در بزرگسالان ادامه یابد (گنجی ۱۳۹۲).

اختلال اضطراب ناشی از بیماری طبی دیگر: اضطراب ناراحت کننده فرد یا حملات پانیک او مستقیماً در اثر نوعی بیماری طبی ایجاد می شود (گنجی ۱۳۹۲).

اختلال اضطراب ناشی از مصرف مواد: اضطراب اغلب در نتیجه ی مصرف مواد یا دارو و یا قطع مصرف آن رخ می دهد (گنجی، ۱۳۹۲).

اختلال اضطراب فراگیر: برخی از افراد تقریباً در مورد هر چیزی مضطرب و نگران به نظر می رسند. این گونه افراد به اختلال اضطرابی فراگیر مبتلا هستند. این اضطراب رنج و عذاب زیادی از نظر ذهنی برای فرد بوجود می آورد و عملکرد حوزه های مختلف زندگی شخص را مختل می کند. معمولاً همراه این اختلال، افسردگی، حملات هراس (پانیک) ترس های مرضی (فوبی) دیده می شود.

درمان اختلال اضطراب فراگیر

موثرترین درمان بیماران دچار اختلال اضطراب فراگیر احتمالاً ترکیبی از رویکردهای روان درمانی، دارو درمانی و درمانهای حمایتی است.

روان درمانی^{۱۷}

رویکردهای عمده روان درمانی در مورد اختلال اضطراب فراگیر عبارت است از رویکرد شناختی-رفتاری، رویکرد حمایتی و رویکرد مبتنی بر بینش. در رویکرد های شناختی فرض بر آن است که یک سلسله تحریف های شناختی در بیمار وجود دارد و مستقیماً به همین ها پرداخته می شود و در رویکردهای رفتاری مستقیماً به علایم جسمی بیمار پرداخته می شود. در درمان حمایتی به بیمار اطمینان و آسودگی خیال داده می شود، اما اثربخشی دراز مدت آن مورد تردید است. در روان درمانی مبتنی بر بینش، برکشف تعارض های ناخود آگاه بیمار و شناسایی نقاط قوت ایگو تاکید می شود. در مورد بیماری که ذهنیت روانشناختی و انگیزه فهم منابع اضطرابش را دارد، روان درمانی ممکن است درمان انتخابی باشد (سادوک-سادوک ۲۰۰۷).

دارو درمانی^{۱۸}

دوره درمان دارویی با ضد اضطراب ها (بنزو دیازپین ها مانند کلونازپام، آلپرازو لام و داروهایی مانند سرتالین، سیتا لوپرام، فلوکستین، ایمی پرامین) از ۶ ماه تا یکسال است ولی همانطور که گفته شد گاهی مادام العمر نیاز به مصرف دارو هست. در مورد مصرف بنزو دیازپین ها در اختلال اضطراب فراگیر چندین مشکل وجود دارد. حدود بیست و پنج درصد تا سی درصد از کل بیماران به این داروها جواب نمی دهند و تحمل و وابستگی نیز ممکن پیدا شود. شایعترین اشتباه بالینی در درمان با بنزودیازپین ها ادامه نامحدود درمان است.

1-specific phobia
2-separation anxiety disorder
1-psychotherapy
2-pharmacotherapy

کمال‌گرایی شناختی

کمال‌گرایی تلاش برای رفع نواقص می‌باشد و کمال‌گرایان افرادی هستند که می‌خواهند در همه ابعاد زندگی افراد کاملی باشند و یا ویژگی‌هایی همچون تلاش فزاینده برای بی‌نقص بودن و تعیین کردن استانداردهای افراطی به طور مدام برای خود همراه با تمایل برای ارزیابی انتقادی بالا برای رفتارشان مشخص می‌شوند (استوبر و یانگ^{۱۹}، ۲۰۱۰). به طور کلی، کمال‌گرایی مجموعه‌ای از تفکرات و رفتارهای خودشکن قلمداد می‌شود که افراد کمال‌گرا قصد رسیدن به اهداف غیر عملی فوق‌العاده بالا را دارد و کمال‌گرایان به‌عنوان کسانی که به‌گونه نوروپیک در حال تلاش برای قالب ریزی خود در داخل یک تصویر ایده‌آلی و دارای عزت‌نفس پایین هستند توصیف می‌شود (اشبی و رایس^{۲۰}، ۲۰۰۹؛ به نقل از استادی قاضیانی، ۱۳۹۳). تفاوت‌های میان محققان و روش‌های آنان برای مفهوم‌سازی کمال‌گرایی بستگی به چگونگی ساخته شدن مفهوم کمال‌گرایی دارد. از این وجه تمایزها این است که آیا کمال‌گرایی سازه‌ای تک‌بعدی در نظر گرفته می‌شود یا چند بعدی (هانگ، ۲۰۰۸؛ به نقل از کاظمی، ۱۳۹۱).

انواع کمال‌گرایی

دیوید برنز هفت نوع کمال‌گرایی را بر می‌شمارد که باعث ناراحتی شخص می‌شوند، این منظومه‌های فکری دارای باید اندیشی^{۲۱} و مطلق‌گرایی^{۲۲} هستند:

۱. کمال‌گرایی اخلاقی: «اگر از اهداف و معیارهای شخصی‌ام باز بمانم، نباید خودم را ببخشم».
۲. کمال‌گرایی عملکردی: «برای این که ارزشمند باشم، باید در همه کارهایم موفق‌ترم».
۳. کمال‌گرایی شناختی: «اشخاص مرا به‌عنوان یک انسان آسیب‌پذیر قبول نمی‌کنند».
۴. کمال‌گرایی احساسی: «باید همیشه بکوشم تا شاد و خوشبخت باشم، احساسات منفی‌ام را کنترل کنم و هرگز احساس نگرانی و افسردگی به خودم راه ندهم».
۵. کمال‌گرایی عشقی: «باید همسر کاملی پیدا کنم و همیشه واله و شیدای او باشم».
۶. کمال‌گرایی ارتباطی: «زن و شوهر باهم مشاجره نمی‌کنند و بر هم خشم نمی‌گیرند».
۷. کمال‌گرایی در وضع ظاهر: «بی‌تناسب هستم، زیرا کمی اضافه وزن دارم، پاهایم چاق است، صورتم جوش زده است» (خسروی و صحرايي، ۱۳۸۸).

نگرانی

نگرانی نوعی تفکر است که در برگیرنده ویژگی‌های افکار مزاحم است. نگرانی هنگام ورود ناگهانی تصاویر یا افکار مزاحم آشفتگی‌کننده به هوشیاری نمایان می‌شود. نگرانی یک فرایند شناختی فراگیر است که در طیف وسیعی از اختلالات روانشناختی اتفاق می‌افتد و پیوند دهنده آسیب‌پذیری شناختی با ناکارآمدی روانشناختی است (ولز و متیوس، ۲۰۰۰). نگرانی می‌تواند به شکل‌گیری و حفظ طیف وسیعی از اختلالات روانشناختی کمک کند، تحلیل نگرانی هم برای افزایش فهم ما از فرایندها و مکانیسم‌های روانشناختی و هم برای توسعه و گسترش تکنیک‌های درمانی کمک‌کننده است. (ولز، ۲۰۰۵). نگرانی یک مولفه مهم صفت اضطرابی یا نوروپیک است و می‌تواند به‌عنوان مولفه شناختی اضطراب در نظر گرفته شود (آیزنک^{۲۳}، ۱۹۹۲، به نقل از کلارک و بک، ۲۰۱۰).

¹⁹Stoeber&Yang

²⁰-Ashby and Rice

²¹Masturbation

²²absolutism

²³- Eysenk

ویژگی‌های آسیب‌شناسانه نگرانی

- ۱- شدت بیش از اندازه و یا نامتناسب بودن با مشکل واقعی (اگر مشکل وجود داشته باشد)
- ۲- تقریباً دائمی (همیشه حضور داشته باشد، بیشتر طول روز، تقریباً هرروز)
- ۳- فراگیر
- ۴- غیرقابل کنترل: اگرچه خود-آغاز است، کیفیتی ناخوانده دارد (مانند فردی که بیان می‌کند که نمی‌تواند نگرانی‌اش را کنترل کند)
- ۵- در ارتباط با چندین موضوع یا بعد (مانند کسی که در مورد سلامتی، مسائل مالی و کار در زمان مشخص نگران است).
- ۶- در ارتباط با عاطفه‌ی منفی.
- ۷- گرایش به ممانعت فرد از تغییر تمرکز، جلوگیری از حل مسئله و تداخل با فرایند حل مسئله (کسلر و همکاران، ۲۰۱۴).

مدل‌های شناختی تبیین‌کننده نگرانی

مدل اجتناب از نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر (AMW):^{۲۴} این مدل بر اساس نظریه دومرحله‌ای ترس ماورر و مدل تنظیم هیجانی فوا و کوزاک مفهوم بندی شده است. مدل اجتناب شناختی بروکووک (استوک و هیریچ، ۲۰۱۰) پیشنهاد می‌کند که خاصیت کلامی نگرانی به‌عنوان یک روش اجتناب بالقوه از تصورات پریشان‌کننده عمل می‌کند

مدل عدم تحمل ابهام:^{۲۵} عدم تحمل ابهام، نوعی سوگیری شناختی است که بر چگونگی دریافت تصویر و واکنش فرد به یک موقعیت نامطمئن در سطوح هیجانی، شناختی و رفتاری تاثیر می‌گذارد (داگاس و همکاران ۲۰۰۵). توجه کنید که عدم تحمل ابهام به‌صورت زنجیره‌ی نگران شدن، جهت‌گیری منفی به مشکل و اجتناب شناختی جلوه می‌کند و بحث می‌شود که عدم تحمل ابهام به‌طور مستقیم بر جهت‌گیری منفی به مشکل و میزان اجتناب شناختی اثر دارد. در این روش، افراد با عدم تحمل ابهام بیشتر مستعد درگیر شدن در فرایند نگرانی می‌شوند.

مدل بدتنظیمی هیجانی: مدل بدتنظیمی هیجانی به‌طور کلی از نظریه‌ی هیجانی و تنظیم حالات هیجانی ترسیم شده است. مدل بدتنظیمی هیجانی همچنین ویژگی‌های مشترکی با مفهوم‌سازی لینهان از نقصان هیجانی در اختلال شخصیت مرزی دارد. مدل بدتنظیمی هیجانی شامل چهار مؤلفه‌ی اصلی است. اولین جزء اظهار می‌دارد که افراد اختلال اضطراب فراگیر بیش برانگیختگی هیجانی را تجربه می‌کنند، یا هیجاناتی که نسبت به بیشتر مردم از شدت زیادتری برخوردار هستند. دوم، افراد اختلال اضطراب فراگیر درک پایین‌تری از هیجان‌ات خود نسبت به اکثر افراد دارند. سوم آن‌ها نسبت به دیگران نگرش‌های منفی بیشتری در مورد هیجان‌ات دارند (مثلاً ادراک آنکه هیجان‌ات ترسناک هستند). سرانجام آن‌ها شواهدی از تنظیم هیجانی ناسازگارانه و راهبردهای برنامه‌ریزی که به‌طور بالقوه در بیان هیجان‌ات از دست می‌روند و حتی زمانی که آن‌ها شروع به کار می‌کنند می‌توانند بدتر بشوند را نشان می‌دهند (مک ایوی و همکاران^{۲۶}، ۲۰۱۳).

مدل فراشناختی:^{۲۷} فراشناخت یک مفهوم چندوجهی شامل دانش، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را پایش و کنترل می‌کنند. در حوزه‌ی آسیب‌شناسی روانی بزرگ‌سالان، مدل کارکرد اجرائی خود-تنظیمی که به‌وسیله‌ی ولز و ماتیوس ارائه شد، به تجزیه و تحلیل مفصل نقش تعیین‌کننده‌ای که فراشناخت در حفظ و گسترش اختلالات روانی دارد می‌پردازد. فراشناخت‌ها در مدل اخیر اختلال روان‌شناختی و درمان آن به‌وسیله ولز و همکارانش مدلل شده است. در این مدل آشفتگی روان‌شناختی توسط سبک خاصی که نشانگان شناختی توجهی نامیده می‌شود، حفظ و تشدید می‌شود. همچنین نشانگان شناختی توجهی با نگرانی و نشخوار فکری متمایز و این نشانگان در ارتباط با باورهای فراشناختی در مورد تفکرات

1-avoidanc model of worry and gad

1-intolerance of uncertainty

²⁶McEvoy, et al

1-meta cognitive model

غیرقابل کنترل و خطرناک قرار می‌گیرند. اکثر باورهای فراشناختی خاص در فرایند تفکر دیگر اختلالات نیز دخیل هستند، مانند باور به بی‌کفایتی شناختی و سبکی از بیش‌کنترلی جریان هشیاری. کارکرد نشانگان شناختی توجهی، به باورها و راهبردهای فراشناختی پیوند یافته است که منجر به تثبیت و تشدید واکنش‌های هیجانی منفی و نهایتاً اختلال روانی می‌شوند (برهمند، ۲۰۱۳).

مدل مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۲۸} (ACT): در ACT هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات اشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (فورمن، ۲۰۰۸). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرض بر این است که انسانها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی‌شان را آزارنده می‌دانند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آنها رهایی یابند. این تلاش‌ها برای کنترل بی‌تاثیر بوده و به طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکاری می‌شود که فرد در ابتدا سعی داشت از آنها اجتناب کند. این مدل، شامل چهار مولفه است: ۱- تجارب درونی ۲- رابطه مشکل‌دار با تجارب درونی ۳- اجتناب تجربی ۴- بازدارنده رفتار افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر واکنش منفی‌ای نسبت به تجارب درونی‌شان دارند، و در تلاش برای اجتناب از این تجارب، برانگیخته می‌شوند. ترس و اجتناب از تجارب درونی ممکن است یک ویژگی مهم افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر باشد. در مدل مبتنی بر پذیرش فرض بر این است که اختلال اضطراب فراگیر بواسطه اجتناب تجربی مشخص می‌شود (هایس، ۲۰۰۴).

باورهای فراشناخت

شناخت عبارت است از جریانهای فکری، یادگیری، نحوه سازماندهی، ذخیره‌سازی و به کارگیری اطلاعات (سیف، ۱۳۸۶). روان‌شناسی شناختی، پیشرفت پرشتاب خود را از نیمه دوم قرن بیستم آغاز کرد و درشرایطی اوج گرفت که مخالفان سرسختی مثل واتسون در برابر آن قد علم کرده بودند؛ اما روان‌شناسی فراشناخت، حوزه اندیشه‌گری نوینی است که پیشینه آن به حدود دهه ۱۹۷۰ می‌رسد (صالحی، ۱۳۹۰).

فراشناخت ابتدا در حوزه روانشناسی رشد مطرح شد و سپس به حوزه‌های روانشناسی حافظه، سالمندی و نوروسایکولوژی راه یافت (براون^{۲۹}، ۱۹۷۸؛ فلاول^{۳۰}، ۱۹۷۹؛ متکالف^{۳۱} و شیامورا^{۳۲}، ۱۹۹۴). تنها در چند سال اخیر به نقش فراشناخت به‌عنوان عامل بنیادین در اغلب یا تمام آشفتگیهای روانشناختی پرداخته شده است (ولز و ماتیوس، ۲۰۰۰). فراشناخت که از لحاظ لغوی به معنای فراتر از شناخت یا نظارت بر شناخت است، به توانایی شناخت و کنترل فرایندهای شناختی اشاره دارد. فراشناخت، تفکر درباره تفکر است و بر این نکته تکیه دارد که فرد به طور هدفمند در چگونگی تفکر خود تغییراتی ایجاد می‌کند (فلاول و همکاران، ۲۰۰۱).

بیشتر فعالیت‌های شناختی به عوامل فراشناختی بستگی دارند که بر آنها نظارت و کنترل می‌کنند. علاوه بر این، اطلاعاتی که از نظارت فراشناخت منشعب می‌شوند اغلب به‌صورت احساسات ذهنی تجربه می‌شوند که می‌توانند بر رفتار تاثیر بگذارند. اغلب نظریه‌پردازان بین دو جنبه از فراشناخت، یعنی دانش فراشناختی و نظارت فراشناختی تمایز اساسی قائل شده‌اند. (ولز، ۱۹۹۵).

دانش فراشناختی، اطلاعاتی است که افراد در مورد شناخت خودشان و راهبردهای یادگیری دارند که این راهبرد بر آنها اثر می‌گذارد. نظارت فراشناختی به دامنه‌ای از کارکردهای اجرایی، نظیر توجه، کنترل، چک کردن، برنامه‌ریزی و تشخیص خطاها در عملکرد اشاره دارد. این ایده که فراشناخت، شناخت عمومی را کنترل و بر آن نظارت می‌کند، نشان از تمایز دو سطح شناختی دارد. سطح پردازش عینی و سطح پردازش فراشناختی (ولز، ۲۰۰۰).

1-acceptance and commitment model

²⁹-Brown

³⁰-Flovell

³¹-Metcalfe

³²-Shimamura

در سطح پردازش عینی، افکار یا باورها از تجارب مستقیم خود یا جهان متمایز نمی شوند وقتی فرد از ذهنیت عینی استفاده می کند افکارش که شامل ارزیابی ها و ادراکات او از وقایع است، بدون اینکه مورد ارزیابی قرار بگیرند به عنوان تعبیر ها و تفسیرهای درست از وقایع پذیرفته می شوند؛ و در سطح پردازش فراشناختی، افکار می توانند هشیارانه وقایعی را خارج از خویشتن و جهان تجربه شوند. فرد وقتی از ذهنیت فراشناختی استفاده می کند، از افکار خود فاصله می گیرد و آنها را واقعیت نمی پندارد. در این صورت هست که می تواند صحت و سقم افکار و ادراکات خود را ارزیابی کند (ولز ۲۰۰۵). برای درک فرایندهای مهم در اختلال اضطراب فراگیر سه نوع فراشناخت وجود دارد: ۱- دانش فراشناختی ۲- تجربه های فراشناختی ۳- راهبرهای کنترل فراشناختی

پیشینه پژوهش

- بشارت و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان نقش واسطه ای باورهای فراشناختی و نارسایی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین کمال گرایی شناختی و نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر که در بین ۱۰۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به کلینیکها و مراکز روانپزشکی شهر تهران و یزد در سال های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ انجام گرفت این نتیجه بدست آمد که کمال گرایی شناختی، باورهای فراشناختی، به ویژه باورهای فراشناختی منفی و نارسایی تنظیم شناختی هیجان با نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر رابطه مثبت معنی دار دارند. به علاوه، باورهای فراشناختی و نارسایی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین کمال گرایی شناختی و نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نقش واسطه ای داشتند.

- حسونود عموزاده و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان رابطه باورهای فراشناختی با علایم اضطراب اجتماعی (اجتناب، ترس و ناراحتی فیزیولوژیک) در جمعیت غیربالینی که در بین ۳۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه ایلام انجام شد این نتیجه حاصل شد که باورهای فراشناختی در ارتباط با علایم اضطراب اجتماعی نقش مهمی دارند. بنابراین، تغییر باورهای فراشناختی با توجه به اهمیت نقش آنها در مؤلفه های اجتناب، ترس و ناراحتی فیزیولوژیک می تواند به عنوان مانعی در تشدید و تداوم علائم اضطراب اجتماعی باشد.

- کاکاوند و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان رابطه بین کمال گرایی و سبک های شناختی که در بین ۳۳۰ نفر از دانش آموز دختر دبیرستانی در شهر کرج به روش نمونه گیری خوشه ای- چندمرحله ای انجام شد این نتیجه به دست آمد که بین کمال گرایی مثبت با سبک های شناختی رابطه مستقیم و معنادار و بین کمال گرایی منفی با سبکهای شناختی رابطه معکوس معنادار وجود دارد. در کمالگرایان مثبت بین مقابله عاطفی با مشکلات، مقابله رفتاری بامشکلات و خوشبینی رابطه مستقیم معنادار و بین تفکر اسرارآمیز و تفکر طبقه بندی شده رابطه معکوس معنادار وجود داشت و بین تفکر کلیسا زنده و تفکر خرافاتی رابطه معنادار وجود نداشت. کمال گرایی منفی با تفکر کلیسا زنده و تمام زیر مقیاسهای آن رابطه معکوس معنادار و با خوشبینی رابطه معنادار نداشت.

- آقا گل (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان رابطه کمال گرایی و سبک های شناختی در دانشجویان دانشگاه بین المللی امام خمینی که در بین ۴۳۲ دانشجویان دختر و پسر دانشگاه بین المللی امام خمینی انجام گرفت به این نتیجه دست یافتند که بین کمال گرایی مثبت و سبک های شناختی رابطه مثبت معنادار و بین کمال گرایی منفی با سبک های شناختی رابطه منفی معنادار وجود داشت. در کمالگرایان مثبت، بین مقابله رفتاری و خوشبینی ساده لوحانه رابطه مثبت معنادار و بین مقابله عاطفی، تفکر اسرارآمیز و تفکر خرافاتی رابطه معنادار وجود نداشت و کمال گرایی منفی رابطه منفی معناداری با تفکر کلیسا زنده، مقابله عاطفی و رفتاری داشت و با خوشبینی ساده لوحانه، تفکر اسرارآمیز رابطه ای نداشت و با تفکر شخصی خرافاتی رابطه مثبت و معنادار داشت. یافته های پژوهش نشان میدهد که کمالگرایان مثبت، متفکران سازنده خوبی هستند و به شکل فعالانه در قالب روشهای رفتاری مناسب به حل مشکلات خود میپردازند و در مقابل کمالگرایان منفی، متفکران سازنده ضعیفی هستند و در مقابله عاطفی و رفتاری بامشکلات از الگوهای ناسازگارانه فکری استفاده می کنند.

مک ایووی و ماهونی (۲۰۱۳) در پژوهشی با عنوان عدم تحمل عدم اطمینان و باورهای فراشناختی منفی در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی به این نتیجه دست یافتند که باورهای فراشناختی منفی نقش واسطه را در رابطه بین نوروزگرایی و افکار منفی تکراری را هم در نمونه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر وهم در بیماران غیرآن، ایفا میکنند. افکار منفی تکراری با باورهای فراشناختی، کنترل فکر و اجتناب شناختی رابطه دارد و از میان باورهای فراشناختی، فرااورهای کنترل ناپذیری، خطر به طور ثابت با افکارمنفی تکرار شونده رابطه دارند.

سیمونر و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهشی اثر بخشی درمان فراشناختی برای اختلال وسواسی-اجباری را در کودکان و نوجوانان مورد ارزیابی قرار دادند و نتایج نشان داد که این درمان می تواند جایگزین مفیدی برای رویارویی و جلوگیری از پاسخ باشد.

برنز و فدوا (۲۰۰۵) در پژوهشی با عنوان رابطه بین کمال گرایی و سبکهای شناختی به این نتیجه دست یافت که نتایج به دست آمده از پژوهش آنها نشان میدهد که افراد متمایل به کمال گرایی منفی گریانه، متفکران ضعیفی بوده و روشهای مقابله ای ناسازگارانه ای را در مقابله با استرس بکار میگیرند. درمقابل کمالگرایان مثبت به شکل فعالانه به مبارزه با مشکلات پرداخته و وظیفه شناس میباشند، اما ممکن است این افراد، واکنشهای خود را به شکل رفتاری و عاطفی نشان دهند و آنطور که انتظار میرود افراد خلاق نبوده و تفکر آزادانه ندارند. بیشتر پژوهشها یا انجام شده در زمینه کمال گرایی به بررسی پیامدهای کمال گرایی، چگونگی کاهش آسیبهای ناشی از آن و عوامل موثر در شکل گیری کمال گرایی پرداخته و به رابطه آن با سبک های شناختی توجه نکرده اند.

روش تحقیق

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از این لحاظ که به بررسی تعیین نقش میانجی گری باورهای فراشناختی در رابطه بین کمال گرایی شناختی و نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در شهر اصفهان می پردازد، توصیفی و از نوع همبستگی می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و درمانی شهر اصفهان در بهار ۱۳۹۶ می باشند. در این پژوهش تعداد ۱۱۰ نفر بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (۶۳ زن و ۴۷ مرد) به روش نمونه گیری در دسترس و هدفمند و با توجه به ملاکهای ورود شامل:

- ۱- تشخیص اختلال اضطراب فراگیر براساس ملاک های تشخیصی DSM-5 توسط روانپزشک مرکز
 - ۲- سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر
 - ۳- محدوده سنی ۱۸ تا ۵۵ سال
 - ۴- تمایل به شرکت در آزمون
 - ۵- مبتلا نبودن به اختلالات سایکو تیک
 - ۶- مبتلا نبودن به سو مصرف مواد
 - ۷- داشتن رضایت کامل از اجرای پرسشنامه ها
- و نتایج آزمون انتخاب و در پژوهش مورد محاسبه قرار گرفتند.

فرضیه های تحقیق

فرضیه اصلی

باورهای فراشناختی در رابطه بین کمال گرایی شناختی و نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در شهر اصفهان نقش واسطه ای دارد.

فرضیه های فرعی

- ۱- بین کمال گرایی شناختی و نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر رابطه معناداری وجود دارد.
- ۲- بین کمال گرایی شناختی و باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر رابطه معناداری وجود دارد.

۳- بین‌نگرانی و باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر رابطه معناداری وجود دارد.
 ۴- باورهای فراشناختی در رابطه بین کمال‌گرایی شناختی با نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نقش واسطه‌ای دارد.

تعاریف مفاهیم پژوهش

تعاریف نظری

اختلال اضطراب فراگیر

پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال اضطراب فراگیر را اضطراب و نگرانی مفرط درباره‌ی تعدادی از رویدادها و فعالیت‌ها (مثلاً عملکرد شغلی یا تحصیلی) در اکثر روزهای هفته و به مدت حداقل شش ماه تعریف می‌کند که با علائم جسمی نظیر تنش عضلانی، تحریک پذیری، دشواری در خواب و بی‌قراری همراه است (گنجی، ۱۳۹۲).

کمال‌گرایی شناختی^{۳۳}

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 (برنز^{۳۴}، ۲۰۰۰، ص ۳۸).

نگرانی

نگرانی از جمله متغیرهای واسطه‌ای بین تنیدگی و آسیب‌پذیری فرد نسبت به اختلال‌های روانی است. نگرانی در بسیاری از اختلال‌های روانشناختی نیز نقش دارد (دیوی و ولز، ۲۰۰۶). فرایند نگرانی نشان‌دهنده تلاش ذهنی برای حل مسئله در مواردی است که پیامد آن مشخص نیست اما ممکن است پیامدهای منفی نیز ایجاد کند. به بیان دیگر، نگرانی موجب احساس تنیدگی، دلتنگی و اضطراب می‌شود یا آنها را افزایش دهد (بروسکات^{۳۵}، گرین^{۳۶} و تایر^{۳۷}، ۲۰۰۶، نقل از گلستانه و سروقد، ۱۳۹۱).

باورهای فراشناختی^{۳۸}

شامل دانش، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت و یا کنترل می‌کنند (ولز و ماتوو^{۳۹}، ۲۰۰۴، ص ۱۲۴).

تعاریف عملیاتی

اختلال اضطراب فراگیر

منظور از اختلال اضطراب فراگیر در این پژوهش میزان نمره‌ای است که از پاسخ پاسخگویان به مقیاس اضطراب بک (BAI) (۱۹۸۸) با ۲۱ گویه به دست می‌آید. بالاترین نمره ۶۳ و پایین‌ترین نمره ۰ می‌باشد.

کمال‌گرایی شناختی

منظور از کمال‌گرایی شناختی در این پژوهش میزان نمره‌ای است که از پاسخ پاسخگویان به پرسشنامه کمال‌گرایی شناختی هویت و فلت (۱۹۹۱) با ۳۰ گویه به دست می‌آید. بالاترین نمره در این پرسشنامه ۱۵۰ و پایین‌ترین نمره ۳۰ می‌باشد.

نگرانی

منظور از نگرانی در این پژوهش میزان نمره‌ای است که از پاسخ پاسخگویان به پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا (۱۹۹۰) با ۱۶ گویه به دست می‌آید. بالاترین نمره در این پرسشنامه ۸۰ و پایین‌ترین نمره ۱۶ می‌باشد.

³³-cognitive perfectionism

³⁴- Burns

³⁵-Brosschot, J. W

³⁶-Gerin, W.

³⁷-Thayer, J. F

³⁸- metacognition

³⁹- Wells & Matthews

باورهای فراشناختی

منظور از باورهای فراشناختی در این پژوهش میزان نمره ای است که از پاسخ پاسخگویان به پرسشنامه باورهای فراشناختی کارترایت هاتون و ولز (۲۰۰۴) با ۳۰ گویه به دست می آید. بالاترین نمره در این پرسشنامه ۱۵۰ و پایین ترین نمره ۳۰ می باشد.

ابزار پژوهش

مقیاس اضطراب بک

مقیاس اضطراب بک (BAI) بک^{۴۰}، اپشتاین، براون و استیر، ۱۹۸۸ شامل ۲۱ ماده است که در واقع ۲۱ نشانه اضطرابی را می سنجد و هر ماده طبق مقیاس لیکرت نمره ای بین ۰ و ۳ می گیرد. دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۳ است که نمره بالا نشان دهنده اضطراب بیشتر است. بک و همکاران (۱۹۸۸) همسانی درونی مقیاس را برابر با ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی یک هفته ای آن را ۰/۷۵ گزارش کرده اند. این مقیاس در ایران توسط کاویانی و موسوی ۱۳۸۷ هنجاریابی شده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ضریب پایایی به روش باز آزمایی را ۰/۸۳ به دست آورده اند. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه به روش بازآزمایی ۰/۸۰ به دست آمد.

پرسشنامه کمال گرایی شناختی

مقیاس چندبعدی کمال گرایی (MPS) پرسشنامه ای است که در سال ۱۹۹۱ توسط هویت و فلت^{۴۱} ساخته شده است و در ایران توسط بشارت روی نمونه ایرانی هنجاریابی و اعتباریابی شده است. این مقیاس یک آزمون ۳۰ سوالی است که ده ماده اول آن کمال گرایی خویشتن دار، ده ماده دوم کمال گرایی دیگرمدار و ده ماده آخر کمال گرایی جامعه مدار را مورد بررسی و ارزیابی قرار داده است. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش صمدیان (۱۳۹۱)، ۰/۸۷ گزارش شده است. در این پژوهش نیز پایایی پرسشنامه به روش بازآزمایی ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسشنامه نگرانی

پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا (PSWQ-۱۹۹۰) یک پرسشنامه خودگزارش دهی ۱۶ سوالی است که نگرانی شدید، مفرط و غیر قابل کنترل را اندازه می گیرد. این پرسشنامه به عنوان ابزاری برای غربالگری اختلال اضطراب فراگیر به کار می رود. مقیاس پاسخگویی به سوالات بر اساس طیف لیکرت (از هرگز تا همیشه) است به هر سوال نمره ی یک (اصلاً صادق نیست) تا پنج (بسیار صادق است) تعلق می گیرد. ۱۱ سوال پرسشنامه به صورت مثبت و ۵ سوال آن (سوالات ۱، ۳، ۸، ۱۰، ۱۱) به طور منفی نمره گذاری می شود. دامنه نمره ها از ۱۶ تا ۸۰ و نمره بیشتر نشانه تجربه نگرانی بیشتر است. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش عزیززی (۱۳۸۹)، ۰/۸۳ گزارش شده است؛ و در این پژوهش نیز پایایی پرسشنامه به روش بازآزمایی ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه باورهای فراشناختی

نسخه اولیه پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز^{۴۲} (MCQ-30) که دارای ۶۵ ماده بود توسط کارترایت هاتون و ولز در سال ۱۹۹۷ ساخته شد. با توجه به زیاد بودن تعداد ماده‌ها، در سال ۲۰۰۴ نسخه ۳۰ ماده‌ای این پرسشنامه توسط ولز و کارترایت هاتون ساخته شد. فرم کوتاه با نام پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز (MCQ-30) همانند فرم اصلی دارای ۵ زیرمقیاس است که عبارتند از: مهارناپذیری و خطر، باورهای مثبت درباره نگرانی، وقوف شناختی یا خودآگاهی شناختی، اطمینان به حافظه یا اطمینان شناختی و نیاز به مهارافکار. این پرسشنامه در یک طیف پنج درجه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم نمره گذاری می شود. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حسونود عموزاده و همکاران (۱۳۹۲)، ۰/۸۹ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه به روش بازآزمایی ۰/۸۴ به دست آمد.

1- Beck et al
⁴¹-Hewitt&Flett
⁴²-Wells

شیوه اجرای پژوهش

بعد از هماهنگی با مراکز مشاوره و کلینیک های مدنظر در شهر اصفهان، ۶ مرکز مشاوره به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پرسشنامه ها در بین بیماران توزیع شد و از تعداد ۱۳۵ پرسشنامه ۱۱۰ پرسشنامه با توجه به معیارهای ورود و نتایج آزمون، انتخاب شده و در پژوهش مورد محاسبه قرار گرفتند و بقیه پرسشنامه ها به دلیل دقیق نبودن یا نقص در پاسخگویی و یا تطبیق نداشتن با معیار های ورود تحلیل نشدند. به منظور رعایت اخلاق پژوهش، به شرکت کنندگان تعهد داده شد که هویت آنها ناشناخته باقی مانده و می توانند در صورت عدم تمایل به ادامه ی مشارکت در پژوهش هر زمان که بخواهند به همکاری خود پایان دهند.

روش های تجزیه و تحلیل آماری

تجزیه و تحلیل نتایج حاصل از این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-20 و در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام خواهد شد. در سطح آمارتوصیفی از آماره‌هایی نظیر: فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار، در سطح آمار استنباطی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و برای تعیین نفش میانجی از معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار آماری لیزرل استفاده می گردد.

الف) ضریب همبستگی پیرسون: از این ضریب به منظور تعیین میزان همبستگی بین سه متغیر پژوهش شامل کمال‌گرایی شناختی و ابعاد آن با نگرانی و باورهای فراشناختی و ابعاد آن با نگرانی استفاده شد. برای آزمون فرضیه های ۱ تا ۳ تحقیق از این روش آماری استفاده شده است.

ب) مدل معادلات ساختاری: یک رویکرد آماری جامع برای آزمون فرضیه هایی درباره روابط بین متغیرهای مشاهده شده و متغیر های مکنون می باشد. برای آزمون فرضیه ۴ تحقیق از این روش آماری استفاده شده است.

بحث و تفسیر نتایج پژوهش

فرضیات پژوهش

۱. بین کمال‌گرایی شناختی (خویشتن دار، دیگر مدار، جامعه مدار) با نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در شهر اصفهان رابطه معناداری وجود دارد.

یافته‌های جدول (۴-۵) نشان می دهد ضریب همبستگی بین کمال‌گرایی شناختی و ابعاد آن با نگرانی معنی دار است؛ یعنی بین کمال‌گرایی شناختی با نگرانی ($r=0/406$) رابطه معنی دار وجود دارد. بر اساس ضریب تعیین (r^2) ۱۶/۵ درصد واریانس با کمال‌گرایی شناختی و نگرانی مشترک بوده است. لذا فرضیه اول مبنی بر این که بین کمال‌گرایی شناختی (خویشتن دار، دیگر مدار، جامعه مدار) و نگرانی رابطه وجود دارد، تأیید می گردد.

نتایج حاصل از این بخش پژوهش با نتایج پژوهش بشارت و همکاران (۱۳۹۴) و پرات و همکاران (۲۰۰۷) و فروست و همکاران (۲۰۱۲) همسو می باشد. فروست و همکاران نشان دادند که نگرانی در مورد اشتباهات، عامل اصلی کمال‌گرایی محسوب می شود؛ بنابراین، افراد کمالگرا همواره از عملکرد خود، ناراضی هستند و چنین باور دارند که نمی توانند به آنچه می خواهند برسند و سطوح بالایی از نگرانی و پریشانی روانشناختی را به‌عنوان نتیجه ای از ترس زیاد از شکست و به دنبال اهداف غیر واقع بینانه تجربه می کنند. در تبیین نتایج فرضیه می توان گفت که کمالگرای خودمدار کسانی هستند که انتظارات غیر واقع بینانه از خود و عملکرد شخصی شان دارند و این افراد همیشه با این باور و شناخت منفی که ارزش آنها بستگی به درست انجام دادن کارها دارد همیشه حالتیابی از نگرانی را تجربه می کنند. کمالگرای دیگر مدار نگران دخالتهای و اظهار نظرهای دیگران راجع به خودشان هستند و از ارزشیابی توسط دیگران اضطراب دارند. چنین افرادی در مواجهه با دیگران نگران سرزدن خطا از خود و قضاوت منفی دیگران بوده و همواره با تجربه های اضطراب پنهان زندگی می کنند و کمالگرای جامعه مدار با این فکر و عقیده که فشارهای زیادی از سوی دیگران برای آنها برای کامل شدن وارد می شود و کسب تأیید دیگران مشروط به کامل و بی نقص بودن آنهاست، همیشه با نگرانی تأیید شدن از طرف دیگران درگیری ذهنی دارند؛ بنابراین

کمال‌گرایی خویشتن مدار، دیگرمدار و جامعه مدار به طور مستمر با رفتارهایی که آهنگ خصومت-تسلط را دارند مرتبط می‌باشند. کمال‌گرایی دیگرمدار و جامعه مدار نه تنها تمایل بیشتری به دیکتاتوری، تسلط، حکومت، استثمار و سرزنش دیگران را دارند بلکه با بی‌صبری، عجله داشتن و توقعات غیرمنطقی از دیگران، نگرانی و اضطراب اجتماعی را در افراد افزایش می‌دهند. کمال‌گرایی جامعه مدار و دیگرمدار از یک سو با آسیب‌شناسی روانی ارتباط نزدیک دارد و از سوی دیگر با درخواست تایید از طرف دیگران و ترس از ارزیابی منفی در ارتباط است و منجر به نگرانی می‌شود افراد با کمال‌گرایی بالا، خطاهای عملکردی را شکست شخصی قلمداد می‌کنند و ناتوانی ادراک شده منجر به نگرانی در مورد دستیابی به استانداردهای افراطی، تردید در مورد عمل و چگونگی ارزیابی دیگران از آنها می‌شود. همچنین اعتقاد بر این است که احساس مغایرت بین عملکرد واقعی و انتظارات کمالگرایانه که اجازه هیچ گونه خطایی را به فرد نمی‌دهد؛ زیرا در این صورت فرد دچار کم‌ارزشی می‌شود و کمالگرایان را نسبت به تجربه حالات اضطرابی آسیب‌پذیر و نگران می‌سازد.

۲. بین کمال‌گرایی شناختی (خویشتن دار، دیگر مدار، جامعه مدار) با باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در شهر اصفهان رابطه معناداری وجود دارد.

یافته‌های جدول (۴-۶) نشان می‌دهد ضریب همبستگی بین کمال‌گرایی شناختی و ابعاد آن با باورهای فراشناختی معنی‌دار است؛ یعنی بین کمال‌گرایی شناختی و ابعاد آن با باورهای فراشناختی ($r=0/502$) رابطه معنی‌دار وجود دارد. بر اساس ضریب تعیین ($F=2$) ۲۵/۲ درصد واریانس کمال‌گرایی شناختی و ابعاد آن با باورهای فراشناختی مشترک بوده است. لذا فرضیه دوم مبنی بر این که بین کمال‌گرایی شناختی و ابعاد آن با باورهای فراشناختی رابطه وجود دارد، تأیید می‌گردد. نتایج حاصل از این بخش پژوهش با نتایج پژوهش‌های کاکاوند و همکاران (۱۳۹۲)، آقا گل (۱۳۹۰)، شکرپور (۱۳۹۰) و برنز و فدوا (۲۰۰۵) همسو می‌باشد. برنز و فدوا به این نتیجه رسیدند که افراد متمایل به کمال‌گرایی منفی گرایانه، متفکران ضعیفی بوده و روشهای مقابله‌ای ناسازگارانه‌ای را در مقابله با استرس بکار می‌گیرند و چشم‌اندازشان به زندگی منفی بوده و در عین حال از افکار خرافی یا فرم‌های دیگر تفکر جادویی برای توجیه کردن محیط اطراف خود یا کنترل آن استفاده نمی‌کنند. در مقابل کمالگرایان مثبت، به شکل فعالانه به مبارزه با مشکلات پرداخته و وظیفه‌شناس می‌باشند. کمالگرایان مثبت به واسطه عوامل تقویت‌کننده مثبت مثل عزت نفس ارتقا یافته و رضایت از خود تحریک می‌شوند اما ممکن است این افراد، واکنشهای خود را به شکل رفتاری و عاطفی نشان دهند. در تبیین نتایج فرضیه می‌توان گفت، کمال‌گرایان در مقایسه با غیر کمال‌گرایان، با توجه به نگرش غیر واقع‌بینانه‌شان در زندگی با استرس بیشتری مواجه هستند. کمال‌گرایان علاوه بر عوامل استرس‌زا، خود به ایجاد استرسورها می‌پردازند؛ زیرا در بسیاری از قلمروها به دنبال کمال می‌گردند. رفتار کمال‌گرایانه که خود از تمایلات کمال‌گرایانه برای به شدت ارزیابی کردن خود و دیگران، تمرکز بر جنبه‌های منفی عملکرد و تجربه اندک رضایت نشأت می‌گیرد، می‌تواند ایجاد استرس کند. کمال‌گرایی باعث افزایش یا شدت یافتن اثرات منفی استرس می‌شود از آنجا که فراشناخت نیرویی ورای شناخت انسانی و به معنای فرایند فکر در مورد فکر و توانایی کنترل افکار خویشتن است و افراد با باورهای فراشناختی به ساختارهای روان‌شناختی، دانش و فرایندهایی که در کنترل، تغییر و تفسیر تفکر درگیرند، می‌پردازند، اینگونه افراد، افرادی کمال‌گرا نیز می‌باشند.

۳. بین باورهای فراشناختی (مهارناپذیری و خطر، باورهای مثبت درباره نگرانی، وقوف شناختی یا خودآگاهی شناختی، اطمینان به حافظه یا اطمینان شناختی و نیاز به مهار افکار) با نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در شهر اصفهان رابطه معناداری وجود دارد.

یافته‌های جدول (۴-۷) نشان می‌دهد ضریب همبستگی بین باورهای فراشناختی و ابعاد آن با نگرانی معنی‌دار است؛ یعنی بین باورهای فراشناختی و ابعاد آن با نگرانی ($r=0/390$) رابطه معنی‌دار وجود دارد. بر اساس ضریب تعیین ($F=2$) ۱۵/۲ درصد واریانس باورهای فراشناختی و ابعاد آن با نگرانی مشترک بوده است. لذا فرضیه سوم مبنی بر این که بین باورهای فراشناختی و ابعاد آن با نگرانی رابطه وجود دارد، تأیید می‌گردد.

نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج پژوهش‌های حسوند عموزاده و همکاران (۱۳۹۲) و خانی پور و همکاران (۱۳۹۰) و دیویس و والتینیر (۲۰۱۰) همسو می‌باشد. خانی پور و همکاران (۱۳۹۰) به این نتیجه رسیدند که آنچه موجب تمایز افراد

نگران از غیر نگران می شود نه ماهیت شناخت واره های مرتبط با نگرانی، بلکه تفاوت در نوع برخورد و فرایندهای شناختی است که راه انداز نشانه های اضطراب و سایر انواع اختلال های روانی می باشد. در تبیین فرضیه ۳ میتوان چنین برآورد کرد که فرا شناخت ها در پدید آیی و تداوم اختلال های دربرگیرنده تفکر عودکننده و تشویش برانگیز، مثل GAD سهیم اند و همچنین در فرایندهایی ریشه دارند که بیمار برای ارزیابی و کنترل افکار خود به کار می برند. این عوامل کنترل کننده شیوه تفکر فرد است و اختلال در کارکرد آن می تواند منجر به ایجاد و تداوم هیجانات منفی و به دنبال آن اختلالات روانی شود. اگرچه نگرانی در ابتدا به عنوان سازگاری با تهدیدهای پیش بینی شده مورد استفاده قرار می گیرد اما خود تبدیل به موضوعی برای باورها و ارزیابی منفی می شود که چرخه های بازخورد این فرایند باعث تثبیت مشکل می شود و نوعی نگرانی ناسازگارانه بوجود می آورد. افرادی که دارای فراشناخت مختل هستند برای پردازش شناختی هوشیار و همچنین پردازش اطلاعات هیجانی از راهبردهای ناکارآمدی استفاده می کنند که فرد را در معرض طرحواره های شناختی ناقص بیشتر قرار می دهد. این افراد از نگرانی به عنوان راهبرد اصلی برای کاهش اضطراب خود استفاده می کنند که این موضوع نشان دهنده ی رابطه ی تنگاتنگ باورهای فراشناختی با نگرانی است. در حالی که آموزش استفاده از راهبردهای کارآمدتر به این افراد می تواند تنش و آسیب پذیری را کمتر نموده و با اصلاح طرحواره های شناختی آسیب زا، پردازش شناختی و هیجانی هوشیار این افراد را به سمت سلامت روان بیشتر و نگرانی کمتر هدایت نمود.

۴. باورهای فراشناختی در رابطه بین کمال گرایی شناختی و نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در شهر اصفهان نقش واسطه ای دارد.

با توجه به نتایج حاصل از شکل های (۴-۵) و (۴-۶) و با توجه به کلیه مراحل طی شده به منظور ارائه مدل، باورهای فراشناختی در رابطه با کمال گرایی شناختی و نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نقش واسطه ای دارد تأیید می گردد؛ که نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج پژوهش های بشارت و همکاران (۱۳۹۴) و فریستون و همکاران (۲۰۰۴) هم سو می باشد. طبق نتایج بدست آمده از بشارت و همکاران (۱۳۹۴) رابطه بین کمال گرایی و نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر یک رابطه خطی ساده نیست و باورهای فراشناختی می توانند این رابطه را تحت تاثیر قرار بدهند. در تبیین فرضیه ۴ می توان چنین برآورد کرد که باورهای فراشناختی بین کمال گرایی شناختی و نگرانی نقش واسطه ای ایفا می کنند و کمال گرایی شناختی از طریق باورهای فراشناختی تغییرات مربوط به نگرانی را در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر پیش بینی می کند. باورهای فراشناختی مثبت درباره نگرانی به فرد کمک می کنند تا از نگرانی به مثابه راهبردی مقابله ای استفاده کند. بر این اساس، می توان گفت که کمال گرایی از طریق باورهای فراشناختی مثبت باعث افزایش نگرانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می شود. باورهای فراشناختی منفی درباره نگرانی این برداشت را در فرد ایجاد می کنند که نگرانی کنترل ناپذیر و آسیب زا است. این باورهای منفی درباره نگرانی باعث می شود که فرد نگران اندیشی را عمل منفی ارزیابی کند که این امر باعث می شود افزایش اضطراب فرد افزایش یابد یعنی درباره ی نگرانی نگران می شود که در واقع نوعی فرانگرانی ایجاد می شود. کمال گرایی به واسطه باورهای فراشناختی منفی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نگرانی ایجاد می کند که با باورهای فراشناختی منفی در فرد، ناتوانی ادراک شده نسبت به کنترل افکار ایجاد می کنند و این احساس ناتوانی، نگرانی را افزایش می دهد.

پیشنهادات

پیشنهادات کاربردی

۱. آموزش راهبرد های فراشناختی - تقویت فراشناخت منجر به شکل گیری سبک تفکر فراشناختی می شود و سبک تفکر فراشناختی، تواناییها و عملکرد فرد را تقویت کرده و از آسیب های روانشناختی پیشگیری می کند.
۲. استفاده از مدل های پیشگیری (مرجع - انتخابی - مشخص) برای به حداقل رساندن آسیب های ناشی از مشکلات روانشناختی

۳. ارایه آموزش های لازم به افراد در زمینه کنترل اضطراب با استفاده از کارگاه های آموزشی در زمینه بهداشت روانی، بروشور، بسته های آموزشی، اطلاع رسانی از طریق رسانه ها
۴. با توجه به ویژگیهای دموگرافیک پژوهش، رده ی سنی ۲۰-۳۰ ساله بیشترین درصد فراوانی را داشتند، میتوان اینگونه برداشت کرد که بسیاری از خصوصیات چون کمال گرایی در افراد، وابسته به چگونگی رفتار و انتظارات والدین از فرزندان است که باعث بوجود آمدن اضطراب در آنها می شود، پیشنهاد می شود که جلسات مشاوره یا تشکیل کارگاههایی برای والدین گذاشته شود تا مشاوره و راهنماییهای لازم جهت شناخت و ایجاد رفتارهای صحیح صورت گیرد.
۵. یافته های پژوهش حاضر می تواند مبنای تجربی مناسبی برای تدوین برنامه های آموزشی و بهداشتی در چارچوب برنامه های مداخله و مدیریت هیجانها و تقویت برنامه های مداخله ای موجود برای درمان اختلالات اضطرابی و دیگر اختلالات روانی باشد.

پیشنهادات پژوهشی

۱. بررسی موانع و محدودیت های موجود در اجرای کاهش اضطراب
۲. اصلاح طرحواره های شناختی آسیب زا در افراد دارای فراشناخت مختل
۳. با توجه به مدل فراشناختی ولز در مورد GAD، باورهای فراشناختی منفی و فرا نگرانی به عنوان عامل اصلی در ابتلا و تداوم این اختلال در نظر گرفته شده است؛ بنابراین این دو عامل می توانند به عنوان مرکز اهداف اصلاحی در پژوهشهای آینده قرار بگیرند.
۴. انجام پژوهش مشابه در شهرهای دیگر و روی دیگر اختلالات روانشناختی
۵. به منظور شناخت بهتر تاثیرات آسیب زای باورهای فراشناختی بر فرایندهای هیجانی، رابطه این متغیرها در نمونه های بالینی دیگر مثل نمونه های مبتلا به اختلال های شخصیت و مشکلات بین شخصی، اختلال OCD و ... نیز بررسی شود.
۶. بررسی کارکرد ها و سبک های شناختی کمالگرایان (خودمدار- جامعه مدار -دیگرمدار) چرا که تفاوت های عاطفی و شناختی می تواند منعکس کننده تفاوت های مهم در جنبه هایی مثل درک خود و واکنش پذیری در مقابل شکست باشد.
۷. با توجه به نتایج پژوهش، راهبردهای درمانی مبتنی بر اصلاح نقایص فراشناختی و کنترل اجرایی در پژوهشهای آتی می تواند یک روش سودمند در درمان بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به کار گرفته شود.
۸. با در نظر گرفتن تاثیر عوامل شخصیتی و هوش در ایجاد و تداوم اختلال های گوناگون، پیشنهاد می شود تا این عوامل در مطالعات آتی کنترل شوند.
۹. آموزش و یادگیری عاملی است که با فراشناخت رابطه دارد پس شخص با آموزش بیشتر و یادگیری بهتر، باورهای فراشناختی مناسبتری دارد؛ بنابراین بهتر است که در پژوهش های آتی، این موارد مد نظر محققان محترم قرار گیرد.

فهرست منابع

۱. ارفعی آ، بشارت قراملکی ر، قلی زاده ح، حکمتی ع. ۱۳۹۰. عدم تحمل بلا تکلیفی: مقایسه بیماران افسرده اساسی با بیماران وسواسی -اجباری. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. دوره ۳۳، ص ۲۲-۱۷.
۲. بشارت م. ۱۳۸۷. بررسی رابطه کمال گرایی مثبت و منفی و مکانیسم های دفاعی، پژوهش های روان شناختی، ۸: ۳۴۶-۳۵۹
۳. شکر پور م. ۱۳۹۰. بررسی ابعاد کمال گرایی و فراشناخت در مبتلایان به اختلال وسواس اجباری و اضطراب اجتماعی. (پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی) دانشگاه تبریز.
۴. کاپلان، اچ و سادوک وی. ۱۹۹۴. خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی: جلد دوم. ترجمه نصرت اله پور افکاری، ۱۳۸۴. تهران: انتشارات شهرآب.

۵. کاظمی ف، کریمی ی، دلاور د، بشارت ع. ۱۳۹۱. مقایسه ابعاد کمال‌گرایی (خودمدار، دیگر مدار، جامعه مدار) و مکان کنترل در میان دانشجویان با اضطراب امتحان بالا و دانشجویان عادی دانشگاه علامه طباطبایی. (پایان نامه کارشناسی ارشد)
۶. کاکوند ع، لبادی ز، زارعی ش. ۱۳۹۲. رابطه بین کمال‌گرایی و سبک‌های شناختی دردانش آموزان دختر دبیرستانهای شهر کرج، فصلنامه روانشناسی تربیتی، ۲۷(۹): ۲۷-۴۸.
۷. کدیور پ، عبدالله پور م آ، عبدالمهدی م ج. ۱۳۹۳. بررسی رابطه بین سبک‌های شناختی و راهبردهای شناختی و فراشناختی بایشرفتحصیلی، فصلنامه پژوهش‌های روانشناختی، ۳(۸): ۳۰-۴۴.
۸. گنجی م، گنجی ح. ۱۳۹۲. آسیب‌شناسی روانی براساس DSM-5 جلد اول: تهران نشر ساوالان.
۹. محمدی ن. ۱۳۸۷. بررسی مقدماتی اعتبار وروایی مقیاس عزت نفس روزنبرگ، مجله روانشناسان ایرانی، تحت چاپ.
۱۰. محمودی ح. ۱۳۸۸. نقش متغیر میانجی تنظیم هیجان شناختی در رابطه میان کمال‌گرایی و درماندگی روانی (پایان نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات. تهران.
۱۱. محمودی ن، ملکشاهی م. ۱۳۹۱. بررسی تاثیر روش درمانی بر کاهش اضطراب فراگیر فاسترس و افسردگی در دانش آموزان دارای

12. American Psychiatric Association. 2013. Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorder (DSM-5).
13. Andrews G, Hobbs MJ, Borkovec TD, Beesdo K, Craske MG, Heimberg RG, et al. 2010. Generalized worry disorder: a review of DSM-IV generalized anxiety disorder and options for DSM-V. *Depress Anxiety*; 27: 134- 47
14. Barahmand U. 2013. *worry and problem solving skills in University students*, Journal of psychology, 1 (2), 105. 111.
15. Barlow D H. 2002. *Anxiety and Its Disorder: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic* (2nd Ed). New York: Guilford Press.
16. Dugas M. 2000. Can the components of a cognitive model predict the severity of generalized anxiety disorder? *Behavior Therapy*, 38, 169-178.
17. Dugas M J, Buhr K, Ladouceur R. 2014. 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.
18. Frost RO, Marten P, Lahart C, Rosenblate R. 2009. The dimensions of perfectionism. *Cog Ther Res*; 14; 449-68
19. Hamachek DE. 1978. Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism, *psychology*, 15, 27-32.
20. Hanrahan F, Wade TJ, Abetz H. 2013. Social cognition and evolutionary psychology. Physical attractiveness and contrast effects on women's self-perceived body image, *International Journal of Psychology*, 32(1): 35-42.
21. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bissett RC, Pistorello T, Tormino D. 2004. et al. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a Working model. *Psycho Rec*; 54 (4): 553-578.
22. Hazlett – Stevens H, Zucher BG, Craske MG. 2010. The relationship of thought – action fusion to pathological Worry and generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 40. 1199-1204.
23. Hermans D, Engelen U, Grouwels L, Joos E, Lemmens J, Pieters G. 2015. Cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder: Distrusting perception, attention and memory. *Behavior Research and Therapy*, 46 (1), 98-113.

24. Hewitt PL, Flett GL. 2012. Perfectionism and stress processes in psychopathology. In: Flett GL, Hewitt PL. (editors). Perfectionism: Theory, research and treatment. Washington, DC: American Psychiatric Association; 255-84.
25. Hirsch RC, Mathews A, Lequertier B, Perman G, Hayes S. 2013. Characteristics of worry in generalized anxiety disorder. *JBehavTherExp Psychiatry*; 44: 388-95.
26. Hornay K. 1950. Neurosis and human growth. New York: Norton.
27. Hrabluik C. 2010. The dark side of goal setting: Examining the relationship between perfectionism and maximum versus typical employee performance
28. Metcalfe J, Shimamura AP. 1994. Metacognition. Cambridge, MA: MIT Press
29. Mor S, Day HI, Flett GL, Hewitt PL. 2005. Perfectionism, control, and components of performance anxiety in professional performers. *CognTher Res*; 19: 207-25.
30. Mur T, Webster J, Tiggemann M. 2005. The relationship between women's body satisfaction and self-image across the life span: the role of cognitive control, *Journal of Genetic Psychology*, 164(2): 241 – 253
31. Nolen-Hoeksema S. 2004. The response styles theory. In: Papageorgiou, A., Wells (Eds). Depressive rumination. Chichester: Wiley
32. Park H J, Yangena P. 2014. Maladaptive coping and self-esteem as mediators between perfectionism and psychological distress. *Personality and Individual Differences*, 48: 469-474.
33. Pratt P, Tallis F, Eysenck M. 2007. Information-processing, storage characteristics and worry. *Behav Res Ther*; 35: 1015-23.
34. Wells A. 2009. Metacognitive therapy for anxiety and depression. UK: Guilford Press.
35. Werner K, Ortony A, Clore GL, Collins A. 2015. *The Cognitive Structure of Emotions*, Cambridge: Cambridge University Press
36. Zlomke KR, Hahn K S. 2010. Cognitive emotion regulation Strategies: Gender differences and association to Worry. *Personality and Individual Differences*, 48(4). 408-410.