

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال دهم شماره ۳۷ بهار ۱۳۹۴

نقش تعدیل‌کننده باورهای فراشناختی و نارسایی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی و نگرانی در بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی

محمدعلی بشارت^۱

رقیه‌السادات میرجلیلی^۲

هادی بهرامی احسان^۳

چکیده

نگرانی به‌عنوان عامل شناختی مشترک در بسیاری از اختلالات روانشناختی به‌ویژه اختلالات اضطرابی در نظر گرفته می‌شود. این عامل در آسیب‌شناسی اختلال وسواس فکری-عملی نقشی برجسته دارد. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی و نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی با توجه به نقش تعدیل‌کننده باورهای فراشناختی و نارسایی تنظیم شناختی هیجان بود. تعداد ۱۰۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی (۷۸ زن، ۲۲ مرد) در این پژوهش شرکت کردند. شرکت‌کنندگان در پژوهش مقیاس تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی (IUS)، پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ)، پرسشنامه باورهای فراشناختی (MCBQ) و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ) را تکمیل کردند. نتایج پژوهش نشان داد که تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی پیش‌بینی‌کننده نگرانی در بیماران مبتلا به وسواس فکری-عملی است. به‌علاوه باورهای فراشناختی و نارسایی تنظیم شناختی هیجان رابطه بین تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی و نگرانی را در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی تعدیل کردند. بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که رابطه بین تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی و نگرانی یک رابطه خطی ساده نیست و باورهای فراشناختی و نارسایی تنظیم شناختی هیجان می‌توانند این رابطه را تا حدودی تعدیل سازند.

واژگان کلیدی: اختلال وسواس فکری-عملی؛ نگرانی؛ تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی؛ باور فراشناختی؛ تنظیم هیجان

Email: besharat@ut.ac.ir

۱- استاد دانشگاه تهران (نویسنده مسئول)

۲- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران

۳- دانشیار دانشگاه تهران

مقدمه

نگرانی، به‌عنوان یک فعالیت شناختی، ویژگی مشترک بسیاری از اختلالات روانپزشکی، مخصوصاً اختلالات اضطرابی، است (استارسویچ، برلی، میلیسویچ، هانان، لمپ لاف و اسلیک، ۲۰۰۷). این ویژگی، به بهترین وجه در اختلال وسواس فکری-عملی^۱، که مشخصه اصلی آن وقوع افکار وسواسی و اعمال اجباری است، مشاهده می‌شود (برهمنده، ۲۰۰۹). نگرانی، نوعی فکر مزاحم است و در قالب تلاش ذهنی برای حل مسئله‌ای که پیامد آن نامشخص اما منفی است، ظاهر می‌شود (بورکویچ، روبینسون، پروزینسکی و دپری، ۱۹۸۳). استفاده از نگرانی به‌عنوان راهبرد کنترل فکر به‌طور معنادار با علائم اختلال وسواس فکری-عملی در نمونه‌های غیربالینی رابطه دارد (مک‌کای و گریسبرگ، ۲۰۰۲). همپوشی قابل توجهی بین نگرانی مزمن و افکار وسواسی وجود دارد. نتایج پژوهش گلدستون و همکاران (۲۰۰۵) نیز نشان داد که رابطه مثبت معنادار بین نگرانی و افکار و رفتارهای وسواسی وجود دارد. همچنین نتایج پژوهش علیلو (۱۳۸۵) در خصوص رابطه نگرانی با اختلال وسواس فکری-عملی نشان داد که بین میزان نگرانی در بیماران وارسی‌کننده و بیماران مضطرب تفاوت معناداری وجود ندارد.

مفهوم‌سازی‌های نظری و مدل‌سازی‌های مختلفی برای نگرانی صورت گرفته است. از جمله این مدل‌ها، مدل تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی^۲ در مورد نگرانی (دوگاس، فربستون، لتارت و لادوسر، ۱۹۹۵) است. این مدل برای بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر^۳ مطرح شده است و یکی از دیدگاه‌های نوین در تبیین بالاتکلیفی است که توسط دوگاس و همکاران (۲۰۰۴) مطرح شده است. بر اساس این مدل، افرادی که تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی را تجربه می‌کنند هرگونه بالاتکلیفی در موقعیت را با پیامدهای بالقوه منفی در نظر می‌گیرند که می‌توانند پر استرس و ناراحت‌کننده باشند، بنابراین موجب اجتناب از این موقعیت‌ها می‌شود. با توجه به این که تقریباً غیرممکن است که از لحاظ رفتاری از این موقعیت‌ها اجتناب کرد، شخص ممکن است به راهبردهای شناختی مانند نگرانی برای

1- obsessive compulsive disorder
3- generalized anxiety disorder

2- intolerance of uncertainty

برای اجتناب از آنها متوسل شود. نتایج پژوهش بیرل و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی دو عامل زیربنایی دارد: الف) تمایل برای پیش‌بینی و مشارکت فعال برای یافتن قطعیت؛ ب) فلج شدن شناخت و عمل در مواجهه با عدم قطعیت.

علاوه بر شواهد بسیار در مورد اهمیت تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی در ایجاد نگرانی (دوگاس و همکاران، ۲۰۰۴) شواهد پژوهشی نشان داده‌اند که تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی در اختلال وسواس فکری- عملی نیز نقشی مهم ایفا می‌کند. توصیف‌های نظری این سازه در مورد اختلال وسواس فکری- عملی به نظر کار (۱۹۷۴؛ به نقل از هولوی، هیمبرگ و کلس^۱، ۲۰۰۶) برمی‌گردد که پیشنهاد می‌کند بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی نیاز شدیدی به قطعیت دارند و ممکن است اضطراب شدیدی را تا زمانی که قطعیت به‌دست آورند، تجربه کنند. تولین و همکاران (۲۰۰۳) ادعا کرده‌اند که تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی ممکن است نقش اصلی در اختلال وسواس فکری- عملی داشته باشد. در پژوهش تولین و همکاران (۲۰۰۳) تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی قویا با علائم اختلال اضطراب فراگیر و علائم اختلال وسواس فکری- عملی رابطه داشت، اما برای علائم اختلال اضطراب فراگیر رابطه قوی‌تری با تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی نسبت به علائم اختلال وسواس فکری- عملی یافت نشد. به‌ویژه با توجه به این بررسی، فرض شده است که تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی در اختلال وسواس فکری- عملی بیشترین رابطه را با اجبارها و رفتارهای تشریفاتی دارد. استکتی و همکاران (۱۹۹۸) نیز نشان دادند که بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی، تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی بیشتری را نسبت به سایر اختلالات اضطرابی از جمله اختلال اضطراب فراگیر و گروه افراد عادی گزارش می‌کنند. به‌علاوه، تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی تنها سازه‌ای است (در مقایسه با مسئولیت‌پذیری، کنترل، تخمین خطر، تحمل اضطراب و مقابله) که به‌طور موفقیت‌آمیزی علائم اختلال وسواس فکری- عملی را فراتر و بالاتر از خلق و نگرانی پیش‌بینی می‌کند. افراد با اختلال وسواس فکری- عملی ممکن است معتقد باشند که آیین‌ها و رفتارهای اجباری تنها راهبرد در دسترس آنها برای کاهش پریشانی مرتبط با امکان پیامدهای

1- Holaway, Heimberg & Coles

ترسناک است (هولوی و همکاران، ۲۰۰۶). نتایج پژوهش روتج و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که شدت تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی با تعداد رفتارهای چک کردن هم در بیماران با وسواس چک کردن و هم در گروه کنترل به هنگام تصمیم‌گیری رابطه دارد. تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی قویا با علائم چک کردن و شک کردن مرضی رابطه دارد اما نه با سایر علائم وسواسی (لیند و بوشن، ۲۰۰۹). لیند و بوشن (۲۰۰۹) در مطالعه خود روی بیماران با وسواس فکری- عملی و افراد عادی نشان دادند که بین هر دو باورهای مسئولیت‌پذیری و تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی با رفتارهای چک کردن رابطه وجود دارد. به‌علاوه، تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی در رابطه بین مسئولیت‌پذیری و رفتارهای چک کردن نقش واسطه‌ای دارد. در نتیجه، بر اساس شواهد موجود مبنی بر وجود نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی و اهمیت نقش تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی در این بیماران انتظار می‌رود که نگرانی به‌عنوان راهبرد شناختی در برابر بالاتکلیفی (در کنار راهبردهایی مانند آیین‌ها و رفتارهای اجباری) در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی عمل کند. اما باید توجه داشت که رابطه بین تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی با نگرانی یک رابطه خطی ساده نیست و این رابطه می‌تواند تحت تأثیر عوامل مختلف قرار بگیرد.

مدل تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی دوگاس و همکاران (۱۹۹۵) در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مطرح می‌کند که این افراد پس از ادراک موقعیت‌های مبهم به صورت استرس‌آمیز، باورهای مثبت آنها درباره نگرانی، مانند این که نگرانی به مقابله با موقعیت‌های بالاتکلیف زندگی یا جلوگیری از آنها کمک می‌کند، موجب ایجاد نگرانی شدید می‌شود. به‌طور مشابه، این احتمال مطرح می‌شود که در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی نیز باورهای فراشناختی در رابطه بین تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی و نگرانی نقش تعدیل‌کننده داشته باشند. باورهای فراشناختی درباره نگرانی به دو نوع باور فراشناختی مثبت و منفی در مورد نگرانی تقسیم شده است (ولز، ۱۹۹۵: ۲۰۰۱). باورهای فراشناختی مثبت درباره نگرانی به استفاده از نگرانی به‌عنوان راهبرد مقابله‌ای مربوط است و باورهای منفی در خصوص نگرانی اشاره به کنترل‌ناپذیری نگرانی و آسیب‌زا بودن

آن دارد. باورهای منفی درباره نگرانی موجب ارزیابی منفی نگرانی و نگرانی درباره نگرانی می‌شود که به آن، فرانگرانی^۱ یا نگرانی نوع دو^۲ می‌گویند. شواهد پژوهشی نشان داده است که سطوح نگرانی هنگامی که افراد مقادیر بیشتری از باورهای مثبت درباره نگرانی‌شان گزارش می‌کنند، افزایش می‌یابد (فریستون، ریوم، لتارت، دوگاس و لادوسر، ۱۹۹۴). نتایج پژوهش ولز و کارتر (۲۰۰۱) نشان داد که نگرانی مرضی با فرانگرانی رابطه دارد و این رابطه مستقل از اضطراب صفتی^۳ و نگرانی نوع یک است. نتایج پژوهش کوکی و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و اختلال وحشتزدگی در دو باور فراشناختی افکار منفی درباره نگرانی و نیاز به کنترل افکار به‌طور معنادار نمرات بالاتری از گروه سالم گرفتند. به‌علاوه، باورهای فراشناختی ناکارآمد نه تنها موجب آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات اضطرابی می‌شود، بلکه به تداوم اختلال نیز کمک می‌کند.

از دیگر عوامل شناختی که می‌تواند به‌عنوان متغیر تعدیل‌کننده در رابطه بین تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی و نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی در نظر گرفته شود، نارسایی تنظیم شناختی هیجان یا استفاده از راهبردهای غیرانطباقی در تنظیم شناختی هیجان است. تنظیم شناختی هیجان شامل مدیریت اطلاعات برانگیزاننده هیجان از طریق راهبردهای هشیار شناختی است (تامپسون، ۱۹۹۱). چنین راهبردهای شناختی در مدیریت رویدادهای تهدیدآمیز و پراسترس از طریق کمک به افراد برای مدیریت، تنظیم و کنترل هیجان‌ها ضروری است (گارفنلسکی، کرایچ و اسپینهاون، ۲۰۰۱). راهبردهای شناختی تنظیم هیجان شامل خود سرزنشگری^۴؛ دیگر سرزنشگری^۵؛ تمرکز بر فکر/نشخوارگری^۶؛ فاجعه‌نمایی^۷؛ کم‌اهمیت‌شماری^۸؛ تمرکز مجدد مثبت^۹؛ ارزیابی مجدد مثبت^{۱۰}؛ پذیرش^{۱۱}؛ تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی^{۱۲} است که برخی از این

1- metaworry

3- trait-anxiety

5- other blame

7- catastrophizing

9- Putting into Perspective

11- Acceptance

2- type 2 worry

4- self-blame

6- focus on thought/rumination

8- Positive Refocusing

10- Positive Reappraisal

12- Refocus on Planning

راهبردها انطباقی و برخی از آنها غیرانطباقی هستند (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶؛ به نقل از بشارت، ۱۳۹۱). نتایج پژوهش‌ها در زمینه رابطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و نگرانی نشان داده است که راهبردهای غیرانطباقی تنظیم‌شناختی هیجان با افزایش نگرانی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی رابطه دارد (مارتین و داهلن، ۲۰۰۵). نارسایی تنظیم هیجان با اختلالات اضطرابی نیز رابطه دارد. اختلالات اضطرابی همگی در عاطفه شدید منفی، به‌صورت شکلی از ترس و اضطراب، مشابه هستند. در نتیجه نقص و نارسایی در تنظیم هیجان با این اختلالات رابطه دارد (کرینگ و ورنر، ۲۰۰۴). راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان در مقایسه با راهبردهای انطباقی رابطه قوی‌تری با آسیب‌شناسی روانی دارند و می‌توانند به‌عنوان عامل فراتشخیصی^۱ در اختلالات اضطرابی، خلقی و خوردن در نظر گرفته شوند (آلداو و نولن - هاکسما، ۲۰۱۰). نتایج پژوهش تورتلای- فلیو و همکاران (۲۰۱۰) نیز نشان داد که هم عاطفه منفی و هم تنظیم هیجان منفی منجر به علائم اضطراب و افسردگی می‌شود که در این بین تنظیم هیجان منفی نقش واسطه‌ای در رابطه بین عاطفه منفی و علائم اضطراب و افسردگی دارد. به علاوه، نتایج پژوهش کارل و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که نه تنها نارسایی در تنظیم هیجان‌های منفی بلکه نارسایی در تنظیم هیجان‌های مثبت در اختلالات هیجانی وجود دارد. در خصوص نقش نارسایی تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی نتایج پژوهش فرناندز دلاکروز و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که بیماران با وسواس احتکار^۲ سطوح بالاتری از نارسایی تنظیم هیجان را نسبت به افراد سالم نشان می‌دهند. همچنین نتایج پژوهش کوگل و همکاران (۲۰۱۲) از نقش مهم نارسایی تنظیم هیجان در ایجاد و حفظ وسواس‌ها در نمونه غیربالینی حمایت می‌کند.

هرچند در پژوهش‌های بالینی ماهیت، ساختار، حیطه‌ها و درمان نگرانی به خوبی مورد بررسی قرار گرفته است، اما مطالعات نسبتاً اندکی به بررسی نگرانی مستقل از اختلال اضطراب فراگیر پرداخته‌اند. همچنین با توجه به قلت مطالعات مربوط به نقش

1- transdiagnostic

2- hoarding

تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی در پیش‌بینی تغییرات نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و نقش تعدیل‌کننده باورهای فراشناختی و نارسایی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین نگرانی و تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی، هدف این پژوهش بررسی رابطه تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی و نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی با توجه به نقش تعدیل‌کننده باورهای فراشناختی و نارسایی تنظیم شناختی هیجان بود. با توجه به هدف پژوهش، فرضیه‌های زیر تدوین و مورد بررسی قرار گرفتند: فرضیه اول- بین تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی و نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی رابطه مثبت وجود دارد؛ فرضیه دوم- باورهای فراشناختی رابطه بین تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی و نگرانی را در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری تعدیل می‌کنند؛ فرضیه سوم- نارسایی تنظیم شناختی هیجان رابطه بین تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی و نگرانی را در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری تعدیل می‌کند.

روش

جامعه آماری پژوهش حاضر، تمام بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و مراکز روانپزشکی شهر تهران و یزد بودند. از میان این مراکز، دو مرکز شامل درمانگاه اعصاب و روان بهمن (واقع در شهرستان یزد) و بخش روانپزشکی بیمارستان امام حسین (واقع در شهر تهران) انتخاب شدند. تعداد ۱۰۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی به شیوه نمونه‌گیری هدفمند و با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش شامل گرفتن تشخیص اختلال وسواس فکری-عملی توسط روانپزشک و سن بالای ۱۸ سال انتخاب شدند. از این تعداد، ۷۸ نفر زن و ۲۲ نفر مرد بودند. میانگین سنی بیماران زن ۳۵/۰۶ سال، انحراف استاندارد ۱۰/۰۷، دامنه ۱۸ تا ۵۸ سال؛ میانگین سنی بیماران مرد ۳۰/۰۰ سال، انحراف استاندارد ۹/۶۱، دامنه ۱۸ تا ۵۲ سال؛ میانگین سنی کل بیماران ۳۳/۹۵ سال، انحراف استاندارد ۱۰/۱۴، دامنه ۱۸ تا ۵۶ سال بود. شرکت‌کنندگان در پژوهش، مقیاس تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی^۱ (IUS)، پرسشنامه

1- Intolerance of Uncertainty Scale

نگرانی ایالت پنسیلوانیا^۱ (PSWQ)، پرسشنامه باورهای فرشناختی^۲ (MCBQ) و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۳ (CERQ) را تکمیل کردند.

مقیاس تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی: مقیاس تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی (IUS؛ کارلتن، نورتن و آسموندسن، ۲۰۰۷) یک ابزار ۱۲ گویه‌ای است و واکنش‌های فرد به موقعیت‌های مبهم، پیامدهای بلاتکلیفی و کنترل آینده را در اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ (کامل نادرست) تا ۵ (کاملاً درست) بر حسب دو زیرمقیاس نپذیرفتن و اجتناب از بلاتکلیفی^۴؛ بلاتکلیفی بازدارنده از عمل^۵ می‌سنجد. همسانی درونی^۶ مقیاس تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی در یک نمونه دانشجویی بر حسب ضرایب آلفای کرونباخ، ۰/۸۵ برای هر یک از دو زیرمقیاس آن و ۰/۹۱ برای کل مقیاس گزارش شده است (کارلتن و همکاران، ۲۰۰۷). روایی همگرا^۷ و ساختار دو عاملی مقیاس تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی در این پژوهش تأیید شد. البته توصیه کارلتن و همکاران (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 (n=۲۳۸؛ 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). روایی سازه^۸، همگرا و تشخیصی (افتراقی)^۹ مقیاس تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی از طریق اجرای همزمان مقیاس اضطراب بک^{۱۰} (بک و اپستین، ۱۹۹۳)، پرسشنامه نگرانی پن (می‌یر، میلر، متزگر و بورکویچ، ۱۹۹۰) فهرست عواطف مثبت و منفی^{۱۱} (واتسون، کلارک و تلگن، ۱۹۸۸) و مقیاس سلامت روانی^{۱۲} (بشارت، ۱۳۸۸) محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان

1- Penn State Worry Questionnaire
3- Cognitive Emotion Regulation Questionnaire
5- uncertainty leading to inability to act
7- construct
9- discriminant
11- Positive and Negative Affect Schedule

2- Metacognitive Beliefs Questionnaire
4- unacceptability and avoidance of uncertainty
6- internal consistency
8- convergent validity
10- Beck Anxiety Inventory
12- Mental Health Inventory

داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی با اضطراب، عواطف منفی و درماندگی روانشناختی همبستگی مثبت معنادار از $0/43$ تا $0/62$ ($p < 0/001$) و عواطف مثبت و بهزیستی روانشناختی همبستگی منفی معنادار از $-0/41$ تا $-0/57$ ($p < 0/001$) وجود دارد. این نتایج، روایی همگرا و تشخیصی مقیاس تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی را تأیید می‌کنند (بشارت، ۱۳۸۹). نتایج مقدماتی تحلیل عاملی تأییدی^۱ نیز دو عامل نپذیرفتن و اجتناب از بالاتکلیفی؛ بالاتکلیفی بازدارنده از عمل را برای مقیاس تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی تأیید کرد (بشارت، ۱۳۸۹).

پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا: پرسشنامه نگرانی پن (PSWQ)؛ می‌یر و همکاران، ۱۹۹۰) یک ابزار ۱۶ گویه‌ای است و شدت نگرانی را در اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) می‌سنجد. دامنه نمره کل نگرانی در این پرسشنامه بین ۱۶ و ۸۰ و نمره بیشتر نشان‌دهنده شدت بیشتر نگرانی است. همسانی درونی پرسشنامه نگرانی پن در نمونه‌های دانشجویی و بالینی بر حسب ضرایب آلفای کرونباخ از $0/88$ تا $0/95$ گزارش شده است (براون، آنتونی و بارلو، ۱۹۹۲؛ دیوی، ۱۹۹۳؛ می‌یر و همکاران، ۱۹۹۰) و پایایی بازآزمایی^۲ آن از $r=0/74$ تا $r=0/93$ مورد تأیید قرار گرفته است (استارتاپ و اریکسن، ۲۰۰۶؛ می‌یر و همکاران، ۱۹۹۰). روایی^۳ پرسشنامه نگرانی پن نیز بر حسب همبستگی آن با تعدادی از شاخص‌های مرتبط با نگرانی و اضطراب در نمونه‌های دانشجویی و بالینی تأیید شده است (استارتاپ و اریکسن، ۲۰۰۶؛ اولاتونجی، شاتنباپر، رودریگز، گلاس و آرنکوف، ۲۰۰۷؛ می‌یر و همکاران، ۱۹۹۰). تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی (اولاتونجی و همکاران، ۲۰۰۷؛ کارتر، اسپروچو، میلر، ساجدی، لوپس و همکاران، ۲۰۰۵؛ می‌یر و همکاران، 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 ($n=449$ ؛ $n=232$ دختر، ۲۱۷ پسر)، ضرایب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی نمره کل نگرانی $0/91$

1- confirmatory factor analysis
3- validity

2- test-retest reliability

محاسبه شد. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از شرکت‌کنندگان در پژوهش (۷۳ دختر، ۵۱ پسر) برای پایایی بازآزمایی در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای نمره کل نگرانی $r=0/78$ محاسبه شد (بشارت، ۱۳۸۶). روایی سازه، همگرا و تشخیصی (افتراقی) پرسشنامه نگرانی پن از طریق اجرای همزمان مقیاس اضطراب بک، مقیاس افسردگی اضطراب استرس^۱، فهرست عواطف مثبت و منفی و مقیاس سلامت روانی در مورد آزمودنی‌ها محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در پرسشنامه نگرانی پن با عواطف مثبت و بهزیستی روانشناختی همبستگی منفی معنادار از $-0/47$ تا $-0/64$ ($p<0/001$) و با اضطراب، استرس، افسردگی، عواطف منفی و درماندگی روانشناختی همبستگی مثبت معنادار از $0/44$ تا $0/65$ ($p<0/001$) وجود دارد. این نتایج، روایی همگرا و تشخیصی پرسشنامه نگرانی پن را تأیید می‌کند (بشارت، ۱۳۸۶).

پرسشنامه تنظیم‌شناختی هیجان: پرسشنامه تنظیم‌شناختی هیجان (CERQ؛ گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶) یک ابزار ۱۸ گویه‌ای است و راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان‌ها را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و استرس‌زای زندگی در اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) بر حسب نه زیرمقیاس به این شرح می‌سنجد: خود سرزنشگری؛ دیگر سرزنشگری؛ تمرکز بر فکر/نشخوارگری؛ فاجعه‌نمایی؛ کم‌اهمیت شماری؛ تمرکز مجدد مثبت؛ ارزیابی مجدد مثبت؛ پذیرش؛ تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶). حداقل و حداکثر نمره در هر زیرمقیاس به ترتیب ۲ و ۱۰ و نمره بالاتر نشان دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی است. ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه تنظیم‌شناختی هیجان در پژوهش‌های خارجی مورد تأیید قرار گرفته است (گارنفسکی، بان و کرایچ، ۲۰۰۵؛ گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶؛ گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). در بررسی مقدماتی ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در نمونه‌ای از جمعیت عمومی ($n=368$ ؛ زن، ۱۹۷؛ مرد، ۱۷۱)، ضرایب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها از $0/67$ تا $0/89$ محاسبه شد (بشارت، ۱۳۸۸). این ضرایب همسانی درونی پرسشنامه تنظیم‌شناختی هیجان را تأیید می‌کنند. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از شرکت‌کنندگان در پژوهش

1- Depression Anxiety Stress Scale

(۴۳ زن، ۳۶ مرد) در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای زیرمقیاس‌های پرسشنامه از $r=0/57$ تا $r=0/76$ محاسبه شد. این ضرایب که در سطح $p<0/001$ معنادار بودند، پایایی بازآزمایی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان را تأیید می‌کنند (بشارت، ۱۳۹۱). روایی محتوایی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان بر اساس داوری هشت نفر از متخصصان روانشناسی بررسی و ضرایب توافق کندال برای زیرمقیاس‌ها از $0/81$ تا $0/92$ محاسبه شد.

پرسشنامه باورهای فراشناختی: پرسشنامه باورهای فراشناختی (MCBQ؛ ولز و کارتریت-هاتون، ۲۰۰۴) یک پرسشنامه ۳۰ سوالی خودگزارش‌دهی است که حیطه‌های فراشناختی زیر را در ۵ مقیاس جداگانه اندازه‌گیری می‌کند: ۱- باورهای مثبت درباره نگرانی؛ ۲- باورهای منفی درباره نگرانی؛ ۳- اطمینان شناختی؛ ۴- لزوم کنترل افکار؛ و ۵- خودآگاهی شناختی^۲ (ولز، ۲۰۰۰). سوالات از روی یک مقیاس لیکرت از موافق نیستم=۱ تا کاملاً موافقم=۴ پاسخ داده می‌شود. در بررسی ولز و کارتریت-هاتون (۲۰۰۴) ضرایب آلفای کرونبخ زیرمقیاس‌های MCBQ از $0/72$ تا $0/93$ گزارش شده است. پایایی بازآزمایی در فاصله زمانی ۲۲ تا ۱۱۸ روزه به شرح زیر است: نمره کلی $0/75$ ، مقیاس باورهای مثبت $0/79$ ، کنترل‌ناپذیری خطر $0/59$ ، اطمینان شناختی $0/69$ ، لزوم کنترل افکار $0/74$ و خودآگاهی شناختی $0/87$ بود. در ارتباط با روایی سازه همبستگی مثبتی بین پرسشنامه‌های مرتبط از لحاظ نظری مشاهده شده و ساختار عاملی آن مجدداً تأیید شده است. در پژوهش محمدخانی و فرجاد (۱۳۸۸) میزان ضریب آلفای کرونبخ برای کل پرسشنامه $0/80$ و برای زیرمقیاس‌های باورهای مثبت درباره نگرانی، کنترل‌ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی به ترتیب $0/52$ ، $0/71$ ، $0/83$ ، $0/60$ و $0/79$ به دست آمد.

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش را در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی نشان می‌دهد.

1- need to control thoughts

2- cognitive self-consciousness

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد نمرات تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی، نگرانی، باورهای فراشناختی و نارسایی تنظیم شناختی هیجان

متغیر	زنان		مردان		کل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی	۴۳/۳۲	۱۵/۷۳	۴۳/۲۳	۱۱/۲۷	۴۳/۳۰	۱۴/۸۱
نگرانی	۵۸/۷۶	۱۴/۳۶	۵۸/۷۷	۱۰/۶۶	۵۸/۷۶	۱۳/۵۸
باورهای فراشناختی	۸۵/۵۸	۱۳/۵۳	۸۵/۹۰	۱۱/۹۰	۸۵/۶۵	۱۳/۱۳
نارسایی تنظیم شناختی هیجان	۲۴/۱۹	۷/۱۸	۲۴/۸۶	۶/۶۲	۲۴/۳۴	۷/۰۳

نتایج آزمون همبستگی پیرسون در جدول ۲ نشان داده شده است. بر اساس داده‌های این جدول، تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی با نگرانی همبستگی مثبت معنادار دارد (تأیید فرضیه اول پژوهش).

جدول (۱) ضرایب همبستگی پیرسون بین نمره‌های بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی در مورد تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی، نگرانی، باورهای فراشناختی و نارسایی تنظیم شناختی هیجان

متغیر	۱	۲	۳
۱- تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی	۱		
۲- نگرانی	۰/۷۴	۱	
۳- باورهای فراشناختی	۰/۶۷	۰/۷۲	۱
۴- نارسایی تنظیم شناختی هیجان	۰/۷۷	۰/۶۸	۰/۵۷

نتایج تحلیل رگرسیون تعدیلی به‌منظور بررسی نقش تعدیل‌کننده باورهای فراشناختی در رابطه بین تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی و نگرانی در جدول ۳ ارائه شده است. نتایج تحلیل رگرسیون در مدل ۱ نشان می‌دهد که رابطه متغیرهای بین تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی و باورهای فراشناختی ۰/۸۷ است و ۰/۷۵ درصد از واریانس نمرات نگرانی را به‌طور معنادار تبیین می‌کند. مدل ۲ اندازه رابطه بین متغیرهای پیش‌بین تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی و باورهای فراشناختی را پس از ورود اثر تعدیل‌کننده باورهای فراشناختی نشان می‌دهد. مقایسه مدل ۱ و ۲ نشان می‌دهد که باورهای فراشناختی ۰/۰۲ درصد R^2 را به‌صورت معنادار افزایش داده است ($\Delta R^2 = ۰/۰۱۶$, $\Delta F = ۶/۶۳$, $p = ۰/۰۱۲$). مدل ۲ نشان می‌دهد

که ۰/۰۲ درصد از واریانس مشاهده شده در نمرات نگرانی بر اثر نقش تعدیل کننده باورهای فراشناختی تبیین می شود. این نتایج فرضیه دوم پژوهش را تأیید می کنند.

جدول (۳) نتایج تحلیل رگرسیون تعدیلی به منظور بررسی نقش تعدیل کننده باورهای فراشناختی در رابطه بین تحمل ناپذیری بالاتکلیفی و نگرانی

مدل	R	R2	R2 تعدیل شده	$\Delta R2$	ΔF	P
۱	۰/۸۶۷	۰/۷۵۲	۰/۷۴۷	۰/۷۵۲	۱۴۷/۱۰	۰/۰۰۱
۲	۰/۸۷۶	۰/۷۶۸	۰/۷۶۱	۰/۰۱۶	۶/۶۳	۰/۰۱۲

مدل ۱- متغیرهای پیش بین: تحمل ناپذیری بالاتکلیفی و باورهای فراشناختی؛

مدل ۲- متغیرهای پیش بین: تحمل ناپذیری بالاتکلیفی، باورهای فراشناختی و اثر تعدیل کننده باورهای فراشناختی.

ضرایب استاندارد و غیراستاندارد تحلیل رگرسیون در جدول ۴ ارائه شده است. این ضرایب نشان می دهند که اثر تعدیل کننده باورهای فراشناختی ($t = -۲/۵۷$, $p = ۰/۰۱۲$)، $\beta = -۰/۱۲۸$ می تواند به طور معنادار واریانس نگرانی را تبیین کند.

جدول (۴) ضرایب استاندارد و غیراستاندارد تحلیل رگرسیون نقش تعدیل کننده باورهای فراشناختی در رابطه بین تحمل ناپذیری بالاتکلیفی و نگرانی

مدل	B	SE	β	t	p
تحمل ناپذیری بالاتکلیفی	۰/۲۹۲	۰/۰۶۱	۰/۳۱۹	۴/۷۷	۰/۰۰۱
باورهای فراشناختی	۰/۶۳۴	۰/۰۶۹	۰/۶۱۳	۹/۱۵	۰/۰۰۱
اثر تعدیل کننده باورهای فراشناختی	-۱/۷۶	۰/۶۸۲	-۰/۱۲۸	-۲/۵۷	۰/۰۱۲

نتایج تحلیل رگرسیون تعدیلی به منظور بررسی نقش تعدیل کننده نارسایی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین تحمل ناپذیری بالاتکلیفی و نگرانی در جدول ۵ ارائه شده است. نتایج تحلیل رگرسیون در مدل ۱ نشان می دهد که رابطه متغیرهای بین تحمل ناپذیری بالاتکلیفی و نارسایی تنظیم شناختی هیجان ۰/۷۵ است و ۰/۵۶ درصد از واریانس نمرات نگرانی را به طور معنادار تبیین می کند. مدل ۲ اندازه رابطه بین متغیرهای

پیش‌بین تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی و نارسایی تنظیم شناختی هیجان را پس از ورود اثر تعدیل نارسایی تنظیم شناختی هیجان نشان می‌دهد. مقایسه مدل ۱ و ۲ نشان می‌دهد که نارسایی تنظیم شناختی هیجان ۰/۰۲ درصد R2 را صورت معنادار افزایش داده است ($\Delta R^2=0/023$, $\Delta F=5/26$, $p=0/024$). مدل ۲ نشان می‌دهد که ۰/۰۲ درصد از واریانس مشاهده شده در نمرات نگرانی بر اثر نقش تعدیل‌کننده نارسایی تنظیم شناختی هیجان تبیین می‌شود. این نتایج فرضیه سوم پژوهش را تأیید می‌کنند.

جدول (۵) نتایج تحلیل رگرسیون تعدیلی به منظور بررسی نقش تعدیل‌کننده نارسایی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی و نگرانی

مدل	R	R2	R2 تعدیل شده	ΔR^2	ΔF	p
۱	۰/۷۵۰	۰/۵۶۲	۰/۵۵۳	۰/۵۶۲	۶۲/۲۱	۰/۰۰۱
۲	۰/۷۶۵	۰/۵۸۵	۰/۵۷۲	۰/۰۲۳	۵/۲۶	۰/۰۲۴

مدل ۱- متغیرهای پیش‌بین: تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی و نارسایی تنظیم شناختی هیجان؛

مدل ۲- متغیرهای پیش‌بین: تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی، نارسایی تنظیم شناختی هیجان و اثر تعدیل‌کننده نارسایی تنظیم شناختی هیجان.

ضرایب استاندارد و غیراستاندارد تحلیل رگرسیون در جدول ۶ ارائه شده است. این ضرایب نشان می‌دهند که اثر تعدیل‌کننده نارسایی تنظیم شناختی هیجان ($p=0/024$)، $t=-2/29$, $\beta=-0/159$ می‌تواند به طور معنادار واریانس نگرانی را تبیین کند.

جدول (۶) ضرایب استاندارد و غیراستاندارد تحلیل رگرسیون نقش تعدیل‌کننده نارسایی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی و نگرانی

مدل	B	SE	β	t	p
تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی	۰/۵۰۸	۰/۱۰۵	۰/۵۵۴	۴/۸۵	۰/۰۰۱
نارسایی تنظیم شناختی هیجان	۰/۵۳۰	۰/۲۱۴	۰/۲۷۴	۲/۴۷	۰/۰۱۵
اثر تعدیل‌کننده نارسایی تنظیم شناختی هیجان	-۲/۴۳	۰/۸۶۲	-۰/۱۵۹	-۲/۲۹	۰/۰۲۴

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که تحمل‌ناپذیری بالاتر، باورهای فراشناختی و نارسایی تنظیم شناختی هیجان با نگرانی رابطه مثبت معنادار دارند. بر اساس نتایج تحلیل‌های رگرسونی، تحمل‌ناپذیری بالاتر، بیشترین نقش را در پیش‌بینی تغییرات نگرانی داشت. این یافته هماهنگ با نتایج پژوهش‌های بوهر و دوگاس (۲۰۰۶) است که نشان می‌دهد تحمل‌ناپذیری بالاتر، به‌عنوان 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. این نتیجه هم‌چنین با این یافته بوهر و دوگاس (۲۰۰۶) هماهنگ است که تحمل‌ناپذیری بالاتر، همبستگی مثبت قوی‌تری با نگرانی در مقایسه با سایر متغیرهای شناختی مانند کمال‌گرایی و کنترل ادراک شده دارد. رابطه قوی بین تحمل‌ناپذیری بالاتر، نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی ممکن است به‌خاطر این حقیقت باشد که بالاتر، نگرانی در زندگی روزانه فراگیر است. بنابراین، بیماران مبتلا به وسواس فکری- عملی که تحمل کمی در برابر بالاتر، نگرانی‌ها دارند احتمالاً واکنش‌های منفی‌تری به بالاتر، نگرانی نشان می‌دهند و موجب تشدید نگرانی و تداوم آن می‌شود. هولوی و همکاران (۲۰۰۶) معتقدند که بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی نیاز شدیدی به قطعیت دارند و تا رسیدن به قطعیت، اضطراب و نگرانی آنها ادامه دارد. این نکته را می‌توان بر این تبیین افزود که ماهیت اختلال وسواس فکری- عملی به‌گونه‌ای است که شک و تردید را بر افکار و اعمال فرد مبتلا تحمیل می‌کند. این تردید و دودلی در تعارض شدید با نیاز فرد به قطعیت عمل می‌کند و به نگرانی بیشتر دامن می‌زند. چن و هانگ (۲۰۱۰) معتقدند که تحمل‌ناپذیری بالاتر، نگرانی را در فرد ایجاد می‌کند که مهارت‌های مقابله‌ای لازم را برای مدیریت و کنترل موقعیت‌های استرس‌زا ندارد یا در این مهارت‌ها ضعیف است. این احساس، به‌نوبه خود باعث تشدید و تداوم نگرانی می‌شود. دوگاس و همکاران (۲۰۰۰) رابطه تحمل‌ناپذیری بالاتر، نگرانی را بر حسب مکانیسم سوگیری در پردازش اطلاعات تبیین کرده‌اند. براساس این تبیین، تحمل‌ناپذیری

بالاتکلیفی نسبت به یادآوری محرک‌های مرتبط با ابهام و بالاتکلیفی سوگیری ایجاد می‌کند و از این طریق باعث تشدید و تداوم نگرانی می‌شود.

نتایج این پژوهش نشان داد که باورهای فراشناختی رابطه بین تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی و نگرانی را در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی تعدیل می‌کنند. این یافته با یافته‌های روگیرو و همکاران (۲۰۱۲) هماهنگ است که نشان داد تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی و باورهای فراشناختی اثرات تعاملی روی نگرانی دارند و باورهای منفی درباره نگرانی رابطه تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی با نگرانی را تعدیل می‌کنند. نقش تعدیل‌کننده باورهای فراشناختی را می‌توان بر حسب دو نوع باور فراشناختی مثبت و منفی در مورد نگرانی (ولز، ۱۹۹۵: ۲۰۰۱) تبیین کرد. باورهای فراشناختی مثبت درباره نگرانی به فرد کمک می‌کنند تا از نگرانی به‌مثابه راهبردی مقابله‌ای استفاده کند. به موازات چنین کاربردی از نگرانی، می‌توان تصور کرد که تأثیر مستقل تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی در تشدید نگرانی تعدیل می‌شود. این تبیین، با یافته‌های فریستون و همکاران (۱۹۹۴) مطابقت می‌کند. آنها نشان دادند که سطوح نگرانی هنگامی که افراد مقادیر بیشتری از باورهای مثبت درباره نگرانی شان گزارش می‌کنند، افزایش می‌یابد. از سوی دیگر، باورهای فراشناختی منفی درباره نگرانی این برداشت را در فرد ایجاد می‌کنند که نگرانی کنترل‌ناپذیر و آسیب‌زا است (ولز، ۱۹۹۵: ۲۰۰۱). این باورهای منفی درباره نگرانی باعث ارزیابی منفی از نگرانی می‌شود و نگرانی درباره نگرانی، نوعی فرانگرانی، ایجاد می‌کنند. وقتی باورهای فراشناختی منفی مسئول قسمتی از نگرانی و تشدید نگرانی باشند، می‌توانند سهم تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی در تشدید نگرانی را تعدیل کنند. این تبیین با نتایج پژوهش ولز و کارتر (۲۰۰۱) که نقش فرانگرانی را در تشدید نگرانی تأیید کردند، مطابقت می‌کند. این تبیین هم‌چنین با یافته‌های پژوهش برهمند (۲۰۰۹) مطابقت می‌کند که نشان داد بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی بیشتر به خاطر ناتوانی ادراک شده در کنترل افکار نگران می‌شوند.

نتایج این پژوهش هم‌چنین نشان داد که نارسایی تنظیم شناختی هیجان رابطه بین تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی و نگرانی را در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی تعدیل می‌کند. این یافته با نتایج پژوهش‌های قبلی (الداو و نولن-هاکسما، ۲۰۱۰؛ زلومکی و هان، ۲۰۱۰؛ کارل و همکاران، ۲۰۱۳؛ کرینگ و ورنر، ۲۰۰۴؛ مارتین و داهلن، ۲۰۰۵) مطابقت می‌کند و برحسب چند احتمال به این شرح تبیین می‌شود. راهبردهای شناختی تنظیم هیجان برای مدیریت، تنظیم و کنترل هیجان‌ها در زندگی ضروری هستند (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). نقص و نارسایی در تنظیم شناختی هیجان‌ها و به‌عبارت دیگر استفاده از راهبردهای غیرانطباقی در تنظیم شناختی هیجان (مثل خود سرزنشگری؛ دیگر سرزنشگری؛ تمرکز بر فکر/نشخوارگری و فاجعه‌نمایی)، توان مدیریت و تنظیم هیجان‌های شدید و منفی را تضعیف می‌کند و باعث تشدید نگرانی و اضطراب می‌شود (ساوگ و زمان، ۲۰۰۴؛ ساوگ و همکاران، ۲۰۱۰؛ کرینگ و ورنر، ۲۰۰۴؛ مارتین و داهلن، ۲۰۰۵؛ منین و همکاران، ۲۰۰۷). به این ترتیب، تأثیر راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان در تشدید نگرانی، نقش تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی در تشدید و تداوم نگرانی را تعدیل می‌کند. منین و همکاران (۲۰۰۴)، بر اساس مدل نارسایی تنظیم هیجان، بیش برانگیختگی هیجانی را به‌عنوان یکی از مکانیسم‌های تشدید نگرانی در مواجهه با هیجان‌های منفی و استرس‌زا معرفی کرده‌اند. بر حسب این تبیین، نقص و نارسایی در تنظیم هیجان‌ها از طریق بیش برانگیختگی هیجانی باعث تشدید و تداوم نگرانی می‌شود و تأثیر تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی بر نگرانی را تعدیل می‌کند. سوگیری منفی نسبت به هیجان‌ها، مکانیسم دیگری است که منین و همکاران (۲۰۰۴) برای تشدید نگرانی مطرح کرده‌اند. سوگیری منفی نسبت به هیجان‌ها هم به‌صورت مستقل و هم در تعامل با بیش برانگیختگی هیجانی بر سطوح نگرانی تأثیر می‌گذارد و نقش تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی بر نگرانی را تعدیل می‌کند.

پیامدها و دستاوردهای این پژوهش را می‌توان در دو سطح نظری و عملی تشریح کرد. یافته‌های این پژوهش در سطح نظری می‌تواند به نظریه‌پردازی‌های مرتبط با نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی و افزایش دانش روانشناختی

در خصوص این بیماران کمک کند. یافته‌های این پژوهش بر نقش تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی، باورهای فراشناختی و نارسایی تنظیم شناختی هیجان به‌عنوان عوامل شناختی موثر بر ایجاد و حفظ نگرانی در درمان شناختی اختلال وسواس فکری- عملی تأکید می‌کند. در نتیجه درمانگران در درمان نگرانی مرضی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی از فنونی که موجب افزایش تحمل‌پذیری بیماران نسبت به بالاتکلیفی‌های زندگی روزانه می‌شود و راهبردهایی که باورهای فراشناختی مربوط به نگرانی را به چالش می‌کشد استفاده کنند. همچنین، راهبردهای انطباقی‌تر تنظیم شناختی هیجان را به بیماران دارای نگرانی مرضی آموزش دهند.

جمعیت نمونه این پژوهش از نمونه‌ای داوطلب و در دسترس انتخاب شده است. بنابراین، باید به‌دلیل این محدودیت در تعمیم یافته‌ها با احتیاط عمل شود. همچنین با توجه به این که 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 را با محدودیت روبه‌رو می‌سازد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و نمونه گسترده‌تر و جامع‌تر استفاده شود. پیشنهاد می‌شود سایر عوامل شناختی تبیین‌کننده نگرانی در اختلال وسواس فکری- عملی بررسی شود. با توجه به‌وجود شواهد پژوهشی متفاوت در مورد نگرانی در سایر اختلالات روانپزشکی، پیشنهاد می‌شود این سازه در سایر اختلالات به‌ویژه اختلالات خلقی و دیگر اختلالات اضطرابی مورد بررسی قرار گیرد.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۳/۰۵/۱۱

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۳/۰۹/۱۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۱/۲۰

منابع

- بشارت، م.ع. (۱۳۸۶). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه نگرانی پن. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.
- بشارت، م.ع. (۱۳۸۸). پایایی و روایی فرم ۲۸ سولی مقیاس سلامت روانی در جمعیت ایرانی. *مجله علمی پزشکی قانونی*، ۵۴، ۸۷-۹۱.
- بشارت، م.ع. (۱۳۸۹). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.
- بشارت، م.ع. (۱۳۹۱). بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه‌ای از جامعه ایرانی. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی*، ۷۵، زیر چاپ.
- محمدخانی، ش.، فرجاد، م. (۱۳۸۸). رابطه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با علائم وسواسی در جمعیت غیربالینی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۳، ۳۵-۵۱.
- علیلو، م.م. (۱۳۸۵). نگرانی و رابطه آن با زیرمجموعه‌های واری و شستشوی اختلال وسواسی-اجباری. *روانشناسی معاصر*، ۱، ۳-۱۰.
- Aldao, A. & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 974-983.
- Barahmand, U. (2009). Meta-cognitive profiles in anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 169, 240-243.
- Beck, A. T., Epstein, N. (1993). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Birrell, J., Meares, K., Wilkinson, A., & Freeston, M. (2013). Toward a definition of intolerance of uncertainty: A review of factor analytical studies of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Clinical Psychology Review*, 31, 1198-1208.
- Borkovec, T.D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & Depree, J.A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behavior Research and Therapy*, 21, 9-18.

- 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.
- Carl, J.R., Soskin, D.P., Kerns, C., & Barlow, D.H. (2013). Positive emotion regulation in emotional disorders: A theoretical review. *Clinical Psychology Review*, 33, 343-360.
- 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.
- 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.
- Chen, C.Y., & Hong, R.Y. (2010). Intolerance of uncertainty moderates the relation between negative life events and anxiety. *Personality and Individual Differences* 49, 49-53.
- Cogle, J.R., Timpano, K.R., & Goetz, A.R. (2012). Exploring the unique and interactive roles of distress tolerance and negative urgency in obsessions. *Personality and Individual Differences*, 52, 515-520.
- 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., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: a study of a theoretical model of worry. *Behavior Research and Therapy* 38, 933-941.

-
- Dugas, M.J., Letarte, H., Freeston, M.H., & Ladouceur, R. (1995). Worry and problem solving: evidence of specific relationship. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 109-120.
- Fernández de la Cruz, L., Landau, D., Iervolino, A.C., Santo, S., Pertusa, A., Singh, S., et al. (2013). Experiential avoidance and emotion regulation difficulties in hoarding disorder, *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 204-209.
- Freeston, M., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802.
- Garnefski, N.; Baan, N.; Kraaij, V. (2005). Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who fell victim to the foot-and-mouth crisis. *Personality and Individual Differences*, 38, 1317-1327.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire- development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41, 1045-1053.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.
- Gladstone, G.L., Parker, G.B., Mitchell, P.B., Malhi, G.S., Wilhelm, K. A. & Austin, M.P. (2005). A Brief Measure of Worry Severity (BMWS): personality and clinical correlates of severe worriers. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 877-892.
- Holaway, R.M., Heimberg, R.G., & Coles, M.E. (2006). A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Anxiety Disorders*, 20, 158-174.
- Kring, A.M., & Werner, K.H. (2004). Emotion regulation and psychopathology. In: P. Philippot & R. S. Feldman (Eds.), *The regulation of emotion* (pp. 359-385). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lind, C., & Boschen, M. J. (2009). Intolerance of uncertainty mediates the relationship between responsibility beliefs and compulsive checking. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1047-1052.
-

- Martin, R.C., & Dahlen, E.R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Difference*, 39, 1249-1260.
- McKay, D., & Greisberg, S. (2002). Specificity of measures of thought control. *The Journal of Psychology*, 136, 149-160.
- Mennin, D.S., Holaway, R., Fresco, D. M., Moore, M. T., & Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behaviour Therapy*, 38, 284-302.
- Mennin, D.S., Turk, C.L., Heimberg, R.G., & Carmin, C.N. (2004). Regulation of emotion in generalized anxiety disorder. In M. A. Reinecke, & D.A. Clark (Eds.), *Cognitive therapy over the lifespan: theory, research and practice* (pp. 60-89). New York: Wiley.
- 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.
- 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.
- Rotge, J., Langbour, N., Dilharreguy, B., Bordessoulles, M., Guehl, D., Bioulac, B., et al. (2012). *Contextual and behavioral influences on uncertainty in obsessive-compulsive disorder*. *Cortex* (in press).
- Ruggiero G. M., Stapinski, L., Caselli, G., Fiore, F., Gallucc, 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.
- Suveg, C., Morelen, D., Brewer, G.A., & Thomassin, K. (2010). The emotion dysregulation model of anxiety: A preliminary path analytic examination. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 924-930.
- Suveg, C., & Zeman, J. (2004). Emotion regulation in children with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 750-759.
- 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.
- Thompson, R.A. (1991). Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review*, 3, 269-307.
- 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.
- Tortella-Feliu, M., Balle, M., & Sesé, A. (2010). Relationships between negative affectivity, emotion regulation, anxiety, and depressive symptoms in adolescents as examined through structural equation modeling. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 686-693.
- Watson, D., Clarke, L.A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (2001). Panic disorder in association with relaxation-induced-anxiety: An attentional training approach to treatment. *Behavior Therapy*, 21, 273-280.
- Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression and nonpatients. *Behavior Therapy*, 32, 85-102.

Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behavior Research and Therapy*, 42, 385-396.

Zlomke, K.R., & Hahn, K.S. (2010). Cognitive emotion regulation strategies: Gender differences and associations to worry. *Personality and Individual Differences*, 48, 408-413.

