

نقش عوامل شناختی، رفتاری، هیجانی و فراشناختی در پیش‌بینی افکار تکرارشونده منفی: یک رویکرد فراتشخیصی

دکتر مهدی اکبری^(۱)، دکتر رسول روشن^(۲)، دکتر لادن فتی^(۳)، دکتر امیر شعبانی^(۴)، فیروزه ضرغامی^(۵)

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی بی‌نظمی هیجانی، باورهای فراشناختی، عدم تحمل بلا تکلیفی و اجتناب تجربه‌گرایانه در افکار تکرارشونده منفی بود. **روش:** در پژوهش همبستگی حاضر ۵۱۰ دانشجوی دانشگاه تهران به روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند و به پرسشنامه افکار تکرارشونده منفی (RNTQ)، مقیاس مشکل در تنظیم هیجانی (DERS)، پرسشنامه فراشناختی (MCQ)، مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی (US) و پرسشنامه اجتناب تجربه‌گرایانه چندبعدی (MEAQ) پاسخ دادند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه انجام شد. **یافته‌ها:** تمام متغیرهای پژوهش به‌طور معنی‌داری با افکار تکرارشونده رابطه داشتند ($p < 0.001$). تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد مدل پیش‌بینی افکار تکرارشونده منفی به‌ترتیب شامل بی‌نظمی هیجانی، اجتناب تجربه‌گرایانه، باورهای فراشناختی و عدم تحمل بلا تکلیفی بود. این متغیرها به‌طور کلی قادر به پیش‌بینی حدود ۷۸ درصد واریانس افکار تکرارشونده منفی بودند. **نتیجه‌گیری:** افکار تکرارشونده منفی یک سازه فراتشخیصی چندبعدی است که سازوکارهای شناختی، رفتاری، هیجانی و فراشناختی دارد.

کلیدواژه: افکار تکرارشونده منفی؛ بی‌نظمی هیجانی؛ اجتناب تجربه‌گرایانه؛ باورهای فراشناختی؛ عدم تحمل بلا تکلیفی؛ رویکرد فراتشخیصی

[دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۸؛ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۱/۳۰]

مقدمه

مهم‌ترین فرآیند شناختی- رفتاری مشترک در شکل‌گیری و تداوم اختلال‌های هیجانی است (۸-۱). افکار تکرارشونده منفی شامل نگرانی^۱، نشخوار فکری^۲، پایش تهدید^۳، خودپایشی^۵ و هر نوع فکر تکرارشونده منفی دیگری است که هسته اصلی اختلال‌های افسردگی و اضطرابی را تشکیل می‌دهند (۸-۱). بررسی پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه نشان می‌دهد افکار تکرارشونده منفی عامل اصلی فراتشخیصی در بیش از ۱۳ طبقه تشخیصی از جمله در

همبودی بالای اختلال‌های هیجانی از یک سو و تأثیر آنها بر کارکردهای اجتماعی، روان‌شناختی، تحصیلی و شغلی از سوی دیگر و همچنین تحمیل هزینه‌های اقتصادی مستقیم و غیرمستقیم بر بیماران و سیستم ارائه خدمات بهداشت روانی، متخصصان بالینی را بر آن داشته است که به آسیب‌شناسی شناختی مشترک اختلال‌های هیجانی پردازند. نتایج پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند افکار تکرارشونده منفی^۱،

^(۱) دکترای روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، آزاد راه خلیج فارس، دانشگاه شاهد، دانشکده علوم انسانی، گروه روانشناسی بالینی. دورنگار: ۶۶۰۲۲۷۰۹-۰۲۱ (نویسنده مسئول) E-mail: akbari.psy@gmail.com؛ دکترای روانشناسی، دانشیار دانشگاه شاهد، گروه روانشناسی بالینی؛ ^(۳) دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران، مرکز مدیریت مطالعات و توسعه آموزش پزشکی؛ ^(۴) روانپزشک، استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران، گروه پژوهشی اختلالات دوقطبی، مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روانپزشکی تهران- دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان؛ ^(۵) کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، بیمارستان روزبه، گروه روانپزشکی کودک و نوجوان.

1- repetitive negative thinking
2- worry
3- rumination
4- threat monitoring
5- self-monitoring

تکرارشونده منفی است که شامل راهبردهایی می‌شود که افراد از آن‌ها برای بروز و تشدید دامنه گسترده‌ای از هیجان‌ها استفاده می‌کنند (۳۳-۳۰). بی‌نظمی هیجانی ویژگی اساسی بیش از ۷۵ درصد اختلال‌های روانشناختی است (۵، ۳۴).

بر اساس مدل پذیرش و تعهد^۴ (۳۵)، اجتناب تجربه‌گرایانه^۵ یکی از متغیرهای رفتاری فراتشخیصی مرتبط با افکار تکرارشونده منفی است که شامل عدم تمایل به تجربه پدیده‌های ناخوشایند درونی (مثل هیجان، احساسات، افکار، خاطرات، تصاویر یا تکانه‌های ناخوشایند) و موقعیت‌های بیرونی برانگیزاننده هیجان و افکار منفی (مثل موقعیت‌ها، افراد، مکان‌ها) و همچنین اتخاذ راهبردهایی (مثل سرکوبی افکار، جایگزین کردن افکار مثبت به جای افکار تکراری و ناخوشایند، به تعویق انداختن کارهای ناخوشایند) برای اجتناب از آن‌ها است. نتایج برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد اجتناب تجربه‌گرایانه با افکار تکرارشونده منفی رابطه مثبت و قوی دارد (۳۹-۳۶).

با توجه به اهمیت افکار تکرارشونده منفی به‌عنوان یک سازه فراتشخیصی مشترک و اصلی در بیشتر اختلال‌های هیجانی، رویکردهای مختلفی در حوزه شناختی-رفتاری سعی در تبیین آن داشته‌اند. پژوهش حاضر با هدف روشن کردن بخشی از ماهیت پیچیده و چندوجهی افکار تکرارشونده منفی، در نظر دارد برخی همبسته‌ها و پیش‌بینی‌کننده‌های مهم شناختی، رفتاری، هیجانی و فراشناختی این سازه فراتشخیصی را بر پایه مدل‌ها و پژوهش‌های پیشین، به‌طور هم‌زمان و در یک مدل رگرسیونی بررسی کند تا سهم و اهمیت هر یک از این متغیرها در پیش‌بینی افکار تکرارشونده منفی مشخص شود.

روش

جامعه آماری پژوهش مقطعی-همبستگی حاضر، شامل دانشجویان دانشگاه تهران و دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ (دانشجویان پزشکی عمومی و دانشجویان دوره کارشناسی گروه‌های علوم انسانی، هنر و علوم پایه) بود. آزمودنی‌ها به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای

اختلال‌های افسردگی، اضطرابی، خواب، خوردن، سوءمصرف مواد و اسکیزوفرنیا است (۱، ۴، ۹). باوجود اهمیت بسیار زیاد افکار تکرارشونده منفی در تبیین آسیب‌شناسی بیشتر اختلال‌های هیجانی، هنوز پژوهش خاصی در زمینه بررسی عوامل پیش‌بینی‌کننده این عامل فراتشخیصی مهم، انجام نشده است. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی پیش‌بین‌های شناختی، رفتاری، هیجانی و فراشناختی افکار تکرارشونده منفی است.

بر اساس مدل عدم تحمل بلا تکلیفی^۱ (۱۰، ۱۱)، یکی از متغیرهای فراتشخیصی مرتبط با افکار تکرارشونده منفی، عدم تحمل بلا تکلیفی است که به باورهای منفی افراد نسبت به موقعیت‌های مبهم و بلا تکلیف اشاره دارد (۱۲، ۱۳). نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهد عدم تحمل بلا تکلیفی یک سازه شناختی فراتشخیصی است که در بیشتر اختلال‌های هیجانی، به‌ویژه اختلال‌های اضطرابی و افسردگی وجود دارد (۲۱-۱۴). بر اساس مدل عدم تحمل بلا تکلیفی، افرادی که آستانه تحمل پایینی درباره موقعیت‌های مبهم و غیرقطعی دارند، هنگام مواجهه با این موقعیت‌ها، نگران می‌شوند و به سختی قادر به کنترل آن هستند (۱۰، ۱۱).

بر اساس مدل فراشناختی^۲ (۲۲، ۲۳)، باورهای فراشناختی یکی از متغیرهای فراتشخیصی مرتبط با افکار تکرارشونده منفی است. در این مدل، باورهای فراشناختی مثبت، باورهای مرتبط با سودمندی افکار تکرارشونده منفی هستند که باعث می‌شود افراد درگیر فعالیت‌های فکری تکرارشونده شوند. برای مثال، اگر من درباره مشکلاتم نگران باشم، توان مقابله من با مشکلات افزایش می‌یابد یا اگر به اتفاقات گذشته فکر کنم و به‌طور دائم آن‌ها را مرور کنم، دلیل آن‌ها را پیدا می‌کنم. باورهای فراشناختی منفی، باورهایی مربوط به آسیب‌زا بودن افکار تکرارشونده منفی هستند. برای مثال، نگرانی به من آسیب می‌رساند، پس باید سریع آن را قطع کنم. نتایج برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد بین باورهای فراشناختی و انواع مختلف افکار تکرارشونده منفی ارتباط مثبت و قوی وجود دارد (۶، ۹، ۱۳، ۲۴) و شواهدی مبنی بر کاهش افکار تکرارشونده منفی به دنبال درمان فراشناختی (که باورهای فراشناختی مثبت و منفی را مورد درمان قرار می‌دهد) وجود دارد (۲۷-۲۵).

بر اساس مدل تنظیم هیجانی^۳ (۲۸، ۲۹)، نظم‌بخشی هیجانی یکی از متغیرهای هیجانی فراتشخیصی مرتبط با افکار

1- intolerance uncertainty model

2- metacognitive model

3- emotional regulation model

4- acceptance and commitment model

5- experiential avoidance

بلا تکلیفی طراحی شد و دارای ۲۷ گویه در یک مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای است. بوهر و داگاس (۴۴) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و ضریب روایی بازآزمایی پنج هفته‌ای را ۰/۷۴ گزارش کردند. در پژوهش اکبری و همکاران آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و پایایی بازآزمایی سه هفته‌ای ۰/۷۶ بود (۴۵). برای محاسبه روایی پیش‌بین از همبستگی این ابزار با پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا^{۱۲} (PSWQ) (۰/۷۸) و پرسشنامه اجتناب شناختی^{۱۳} (CAQ) (۰/۷۱) استفاده شده است (۴۵).

پرسشنامه اجتناب تجربه‌گرایانه چندبعدی^{۱۴} (MEAQ) (۴۶): این پرسشنامه در سال ۲۰۱۱ توسط گامز^{۱۵} و همکاران برای سنجش انواع اجتناب از احساس‌ها، افکار، خاطرات و تجربه‌های خصوصی ناخوشایند تدوین شد و دارای ۶۲ گویه در یک مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای است. این پرسش‌نامه شش خرده‌مقیاس اجتناب رفتاری^{۱۶}، بی‌زاری از پریشانی^{۱۷}، اهمال‌کاری^{۱۸}، سرکوبی افکار^{۱۹}، انکار^{۲۰} و درگیری فکر و رفتار^{۲۱} دارد (۴۶). ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و پایایی بازآزمایی دو هفته‌ای، ۰/۸۶ گزارش شده است (۴۶). برای محاسبه روایی محتوایی و پیش‌بین، از همبستگی این ابزار با ویرایش دوم پرسشنامه پذیرش و عمل^{۲۲} (AAQ-II) و پرسشنامه اجتناب شناختی^{۲۳} (CAQ) استفاده شده و به ترتیب ضریب همبستگی ۰/۸۴ و ۰/۷۸ گزارش شده است (۴۶). از آنجا که این پرسشنامه برای اولین بار در ایران استفاده می‌شد، نسخه فارسی به روش ترجمه و ترجمه وارون^{۲۴} تنظیم شد. اجرای نسخه فارسی روی ۸۵ دانشجوی دانشگاه تهران، پیش از انجام پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و پایایی بازآزمایی چهار هفته‌ای ۰/۸۱ را نشان داد.

(از هر گروه آموزشی سه دانشکده و از هر دانشکده تعدادی دانشجو) انتخاب شدند. دانشجویان با رضایت در پژوهش شرکت کردند و به آنان یک بسته آموزشی (یک دفترچه و یک روان‌نویس) به‌عنوان هدیه داده شد. زمان پاسخ‌دهی برای هر مجموعه پرسشنامه، ۲۰ دقیقه بود. با در نظر گرفتن حجم جامعه، سطح اطمینان ۹۵ درصد و نرخ ریزش ۱۰ درصد، ۵۳۵ پرسشنامه توزیع شد و با حذف پرسش‌نامه‌های ناقص، تعداد ۵۱۰ پرسشنامه (۲۶۳ زن و ۲۴۷ مرد) وارد تحلیل نهایی شد. با توجه به آن که متغیرهای باورهای فراشناختی، عدم تحمل بلا تکلیفی، بی‌نظمی هیجانی و اجتناب تجربه‌گرایانه، متغیرهای پیش‌بین و افکار تکرار شونده منفی، متغیرهای ملاک بودند، برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد. گفتنی است پرسش‌نامه‌ها در ترتیب تصادفی به آزمودنی‌ها ارائه شدند:

پرسشنامه افکار تکرار شونده منفی^۱ (RNTQ) (۹): این پرسشنامه در سال ۲۰۱۰ توسط مک‌اوی^۲ و همکاران (۹)، جهت سنجش افکار تکرار شونده منفی طراحی شد و دارای ۳۱ گویه در یک مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای است. ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گزارش شده است (۹). برای محاسبه روایی پیش‌بین، از همبستگی این ابزار با پرسشنامه افسردگی بک^۳ (BDI) و پرسشنامه اضطراب بک^۴ (BAI) استفاده شده و به ترتیب ضریب همبستگی ۰/۴۲ و ۰/۳۸ به‌دست آمده است (۹). پایایی نسخه فارسی این ابزار نیز توسط خالقی و همکاران (۴۰) به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است.

مقیاس مشکل در تنظیم هیجانی^۵ (DERS) (۴۱): این مقیاس در سال ۲۰۰۴ توسط گراتز^۶ و رومر^۷ جهت سنجش میزان بی‌نظمی هیجانی و راهبردهای خودنظم‌بخشی هیجانی طراحی شد و دارای ۳۶ گویه در یک مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی دو هفته‌ای، ۰/۸۵ گزارش شده است (۴۱). پایایی نسخه فارسی توسط عسگری و همکاران از طریق همسانی درونی و تصنیف ۰/۸۶ و ۰/۸۰ گزارش شد و اعتبار ملاکی همزمان پرسشنامه با مقیاس افسردگی بک و پرسشنامه چند وجهی درد^۸ (MPI) نیز تأیید شد (۴۲).

مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی^۹ (IUS) (۴۳): این مقیاس در سال ۲۰۰۲ توسط بوهر^{۱۰} و داگاس^{۱۱} برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از

- 1- Repetitive Negative Thought Questionnaire
- 2- McEvoy
- 3- Beck Depression Inventory
- 4- Beck Anxiety Inventory
- 5- Difficulties in Emotion Regulation Scale
- 6- Gratz
- 7- Roemer
- 8- Multidimensional Pain Inventory
- 9- Intolerance of Uncertainty Scale
- 10- Buhr
- 11- Dugas
- 12- Penn-State Worry Questionnaire
- 13- Cognitive Avoidance Questionnaire
- 14- Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire
- 15- Gamez
- 16 behavioral avoidance
- 17- distress aversion
- 18- procrastination
- 19- suppression thought
- 20- denial
- 21- engaged with thought and behavior
- 22- Acceptance and Action Questionnaire II
- 23- Cognitive Avoidance Questionnaire
- 24- back-translation

پرسشنامه فراشناختی ۳۰ گویه ای^۱ (MCQ-30) (۴۷): این پرسشنامه در سال ۲۰۰۴ توسط ولز^۲ و کارترایت-هاوتون^۳ برای سنجش باورهای مثبت و منفی افراد نسبت به نگرانی و افکار مزاحم طراحی شد و دارای ۳۰ گویه و پنج خرده‌مقیاس شامل باورهای مثبت درباره نگرانی^۴، باورهای منفی درباره کنترل‌ناپذیری و خطرناک بودن نگرانی^۵، اطمینان‌شناختی^۶، نیاز به کنترل^۷ و خودآگاهی شناختی^۸ است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی چهار هفته‌ای ۰/۸۷ گزارش شده است (۴۷). در ایران نیز شیرین‌زاده ضریب همسانی درونی را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی چهار هفته‌ای را ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ و همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه اضطراب حالت-صفت اسپیلبرگر^۹ را ۰/۴۳ گزارش کرد (۴۸).

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار آماری SPSS-۱۶^{۱۰} و به روش همبستگی پیرسون^{۱۱} و تحلیل رگرسیون چندگانه^{۱۲} همزمان انجام شد.

یافته‌ها

میانگین سن آزمودنی‌ها ۲۰/۱۲ سال (با انحراف معیار ۱/۸۴) بود. از ۵۱۰ شرکت‌کننده، ۲۶۳ نفر مرد و ۲۴۷ نفر زن بودند. در میان مردان، ۲۴۱ (۹۷/۵ درصد) و ۶ (۲/۴ درصد) نفر و در میان زنان ۲۵۳ (۹۶/۱ درصد) و ۱۰ (۳/۷ درصد) نفر به ترتیب مجرد و متأهل بودند. پرسشنامه‌های ناقص حدود ۴ درصد کل پرسشنامه‌ها (به‌طور تصادفی) بود و از طریق منطق فهرستی^{۱۳} از تحلیل کنار گذاشته شدند. مفروضه نرمال بودن هر چهار مقیاس با آزمون آماری کولموگروف-اسمیرنف^{۱۴} تأیید شد. ضریب همبستگی پیرسون (جدول ۱) بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک نشان داد بی‌نظمی هیجانی، باورهای فراشناختی، عدم تحمل بلا تکلیفی و اجتناب تجربه‌گرایانه با افکار تکرارشونده منفی رابطه قوی و مثبت داشتند. بالاترین همبستگی مربوط به بی‌نظمی هیجانی با افکار تکرارشونده منفی بود. لازم به ذکر است که در ماتریس همبستگی متغیرهای پیش‌بین، هیچ هم‌خطی ساده و چندگانه (۴۹) (یعنی همبستگی بالاتر از ۰/۷۵) میان متغیرهای پیش‌بین دیده نشد، از این رو هیچ یک از متغیرها از تحلیل نهایی حذف نشدند.

برای تعیین سهم هر یک از متغیرهای بی‌نظمی هیجانی، باورهای فراشناختی، عدم تحمل بلا تکلیفی و اجتناب تجربه‌گرایانه در پیش‌بینی افکار تکرارشونده منفی، از آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. نمره کل مقیاس مشکل در تنظیم هیجانی، پرسشنامه فراشناختی، مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی و پرسشنامه اجتناب تجربه‌گرایانه چندبعدی، به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین و نمره پرسشنامه افکار تکرارشونده منفی به‌عنوان متغیر ملاک وارد مدل رگرسیون شدند. با توجه به نتایج تحلیل واریانس ($F_{4,50,6}=103/348$ ، $p=0/001$ ، $R^2=0/781$ ، $R=0/884$ ، $Adj\ R^2=0/774$) و شاخص‌های آماری رگرسیون متغیرهای پیش‌بین بر افکار تکرارشونده منفی (جدول ۲)، میزان F به‌دست آمده برای چهار متغیر مورد بررسی، معنی‌دار بود. شاخص تحمل^{۱۵} و عامل تورم واریانس^{۱۶} (VIF) نشان داد میان متغیرهای پیش‌بین هیچ هم‌پوشی و هم‌خطی معنی‌داری وجود نداشت و این متغیرها از استقلال بالایی برخوردار بودند و نیاز به خروج هیچ‌یک از آنها از مدل رگرسیونی نبود. بر پایه الگوی رگرسیون، متغیرهای بی‌نظمی هیجانی، باورهای فراشناختی، عدم تحمل بلا تکلیفی و اجتناب تجربه‌گرایانه توانستند بخشی از تغییرات مربوط به افکار تکرارشونده منفی را تبیین کنند. بین متغیرهای پیش‌بین چهارگانه مورد بررسی با افکار تکرارشونده منفی رابطه معنی‌داری وجود داشت ($R=0/884$) و در مجموع ۷۸/۱ درصد واریانس افکار تکرارشونده منفی تبیین شد ($R^2=0/781$). همچنین در صورت تعمیم یافته‌های به‌دست آمده از آزمودنی‌های پژوهش به جامعه اصلی، متغیرهای پیش‌بین توان تبیین ۷۷/۴ درصد از واریانس افکار تکرارشونده منفی را دارند ($Adj\ R^2=0/774$). وزن این متغیرها به‌ترتیب برای بی‌نظمی هیجانی، باورهای فراشناختی، عدم تحمل بلا تکلیفی و اجتناب تجربه‌گرایانه برابر با ۰/۵۹، ۰/۳۱، ۰/۴۹ و ۰/۲۴ بود.

1- Meta-Cognitive Questionnaire-30

2- Wells

3- Cartwright-Hatton

4- positive beliefs about worry

5- negative beliefs about uncontrollability and danger of worry

6- cognitive confidence

7- need for control

8- cognitive self-consciousness

9- Spielberger State-Trait Anxiety Inventory

10- Statistical Package for the Social Science-version16

11- Pierson correlation

12- multiple regression analysis

13- list wise

14- Kolmogorov-Smirnov test

15- tolerance index

16- Variance Inflation Factor

جدول ۱- میانگین (و انحراف معیار) و ضریب همبستگی بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	میانگین (انحراف معیار)
افکار تکرار شونده منفی (۱)	۱					۳۹ (۷/۹۷)
بی‌نظمی هیجانی (۲)	۰/۸۸**	۱				۸۲/۵۰ (۶/۲۵)
عدم تحمل بلا تکلیفی (۳)	۰/۸۰**	۰/۴۹**	۱			۶۲/۴۸ (۴/۰۶)
اجتناب تجربه‌گرایانه (۴)	۰/۸۲**	۰/۶۱**	۰/۶۲**	۱		۱۹۳/۰۸ (۱۹/۹۹)
باورهای فراشناختی (۵)	۰/۷۸**	۰/۵۶**	۰/۵۷*	۰/۶۸**	۱	۵۳/۹۶ (۴/۷۸)

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

جدول ۲- شاخص‌های آماری رگرسیون متغیرهای پیش‌بین بر افکار تکرار شونده منفی

مدل رگرسیون	B	S.E.	Beta	t	P-Value	Tolerance	VIF
بی‌نظمی هیجانی	۰/۳۵۴	۰/۰۲	۰/۵۶	۱۸/۴۷۹	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۱/۲۳
عدم تحمل بلا تکلیفی	۰/۰۶۸	۰/۰۴	۰/۴۱	۹/۸۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۲/۱۵
اجتناب تجربه‌گرایانه	-۰/۲۳۱	۰/۰۱	۰/۵۱	۱۳/۰۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱/۸۹
باورهای فراشناختی	۰/۰۳۹۱	۰/۰۵	۰/۴۵	۸/۳۵۶	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۳/۰۸

بحث

اجتناب تجربه‌گرایانه، دومین متغیر رفتاری از نظر توان پیش‌بینی‌کنندگی افکار تکرار شونده منفی در دانشجویان بود. این یافته با دیگر پژوهش‌ها (۳۹-۳۶)، مبنی بر ارتباط اجتناب تجربه‌گرایانه و افکار تکرار شونده منفی، همسو است. این متغیر عدم تمایل به تجارب درونی و بیرونی ناخوشایند و اجتناب از آن‌ها را در بر می‌گیرد. بر اساس مدل اجتناب تجربه‌گرایانه (۳۵)، هنگامی که افراد در دام افکار تکرار شونده منفی (نگرانی، نشخوار فکری و خودارزیابی) گرفتار می‌شوند، از هر طریقی مانند اجتناب (از موقعیت‌ها یا افراد برانگیزاننده افکار منفی و ناخوشایند)، بی‌زاری از احساس‌های ناخوشایند، اهمال‌کاری، سرکوبی افکار، پرت کردن حواس، انجام فعالیت‌های لذت‌بخش، مصرف افراطی مواد مخدر و الکل و پرخوابی سعی می‌کنند افکار و تجارب درونی تکرار شونده و ناخوشایند را متوقف کنند، اما به کارگیری این راهبردها نه تنها افکار تکرار شونده را کاهش نمی‌دهد، بلکه سبب تکرار آنها و ایجاد یک چرخه معیوب می‌شود.

یکی دیگر از متغیرهای فراشناختی پیش‌بینی‌کننده افکار تکرار شونده منفی در دانشجویان، باورهای فراشناختی مثبت و منفی بود. این یافته با پژوهش‌هایی (۱۳، ۱۶) که نشان دادند بین باورهای فراشناختی و افکار تکرار شونده منفی رابطه وجود دارد، همسو است. مک‌کوی و همکاران (۱۳) و مک‌کوی و ماهونی^۱ (۱۶) به این نتیجه رسیدند که باورهای

نخستین هدف پژوهش حاضر بررسی ارتباط میان بی‌نظمی هیجانی، باورهای فراشناختی، عدم تحمل بلا تکلیفی و اجتناب تجربه‌گرایانه با افکار تکرار شونده منفی بود. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش نشان داد رابطه مثبت و معنی‌داری میان بی‌نظمی هیجانی، باورهای فراشناختی، عدم تحمل بلا تکلیفی و اجتناب تجربه‌گرایانه با افکار تکرار شونده منفی وجود دارد. دومین هدف این پژوهش تعیین سهم هر یک از متغیرها در پیش‌بینی افکار تکرار شونده منفی در یک مدل رگرسیونی بود. ترتیب ورود متغیرهای پیش‌بین در تحلیل رگرسیون با توجه به وزن آن‌ها به ترتیب به صورت بی‌نظمی هیجانی، اجتناب تجربه‌گرایانه، باورهای فراشناختی و عدم تحمل بلا تکلیفی بود. این متغیرها به طور کلی توانستند ۷۸/۱ درصد واریانس افکار تکرار شونده منفی را تبیین کنند.

بی‌نظمی هیجانی، اولین متغیر هیجانی از نظر توان پیش‌بینی‌کنندگی افکار تکرار شونده منفی در دانشجویان بود. این یافته با دیگر پژوهش‌ها (۳۲-۳۰، ۵۰، ۵۱) مبنی بر ارتباط میان بی‌نظمی هیجانی و افکار تکرار شونده منفی، همسو است و می‌توان آن را چنین تبیین کرد که طبق مدل نظم‌بخشی هیجانی، افراد مستعد اختلال‌های هیجانی به دلیل بی‌نظمی هیجانی هنگام مواجهه با استرس، هیجان منفی زیادی را تجربه می‌کنند و برای رهایی از این احساس‌های ناخوشایند، به نشخوار فکری، نگرانی و افکار تکرار شونده منفی روی می‌آورند.

فراشناختی، میانجی روان‌رنجوری و افکار تکرارشونده منفی هستند و با کنترل باورهای فراشناختی، ارتباط معنی‌دار میان روان‌رنجوری و افکار تکرارشونده منفی از بین می‌رود. بنابراین نتایج پژوهش حاضر و پژوهش‌های پیشین حاکی از آن است که باورهای فراشناختی نقش پیش‌بینی‌کنندگی قوی برای افکار تکرارشونده منفی دارند. مدل فراشناختی این رابطه را این‌گونه تبیین می‌کند که باورهای فراشناختی مثبت درباره افکار تکرارشونده منفی به تداوم تجربه افکار تکرارشونده منفی می‌انجامد. برای مثال، افکار تکرارشونده منفی به یافتن راه‌حل‌هایی برای مشکلات کمک می‌کند و انگیزه افراد را برای انجام دادن فعالیت‌ها افزایش می‌دهد؛ پیش‌بینی وقایع ناخوشایند، هیجان‌ها و واکنش‌های منفی مانند ناامیدی، غمگینی و یا احساس گناهی را که ممکن است در هنگام وقوع این اتفاقات رخ دهد، کاهش می‌دهد و مرور وقایع گذشته مانع از وقوع مجدد آن می‌شود. فعال شدن باورهای فراشناختی مثبت و پیرو آن، افزایش افکار تکرارشونده منفی به سرعت منجر به افزایش نشانه‌های هیجانی می‌شود، این افزایش برانگیختگی، باورهای فراشناختی منفی مرتبط با کنترل‌ناپذیر بودن و خطرناک بودن افکار تکرارشونده منفی را فعال می‌کند و در نهایت این باورها منجر به تفسیر منفی از افکار تکرارشونده منفی و افزایش اضطراب و افسردگی می‌شوند. در این شرایط فرد به این نتیجه می‌رسد که باید خیلی سریع افکار تکرارشونده منفی را متوقف کند ولی متوجه می‌شود که متوقف کردن آن‌ها دشوار شده است و قادر به کنترل و مقابله با آن‌ها نیست. بنابراین بر طبق مدل فراشناختی، افکار تکرارشونده منفی حاصل باورهای فراشناختی مثبت و منفی هستند.

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد عدم تحمل بلا تکلیفی، یکی دیگر از متغیرهای شناختی پیش‌بینی‌کننده افکار تکرارشونده منفی در جمعیت دانشجویی است. این یافته با پژوهش‌های دیگر (۱۱، ۱۳، ۱۶، ۱۹، ۲۱، ۴۶، ۵۲) که نشان می‌دهند میان عدم تحمل بلا تکلیفی و افکار تکرارشونده منفی رابطه وجود دارد، همسو است. مک‌اوی و ماهونی (۱۶) به این نتیجه رسیدند که عدم تحمل بلا تکلیفی یک متغیر میانجی میان روان‌رنجوری و افکار تکرارشونده منفی است؛ بدین معنی که با کنترل عدم تحمل بلا تکلیفی، رابطه بین دو متغیر مذکور از بین می‌رود. در مدل عدم تحمل بلا تکلیفی به مکانیزم‌های احتمالی این ارتباط اشاره شده است. بر اساس این

مدل، افرادی که آستانه پایینی برای تحمل بلا تکلیفی یا باورهای منفی درباره عدم تحمل بلا تکلیفی دارند، به تفسیرهای تهدیدآمیز از اطلاعات نامشخص و مبهم تمایل بیشتری نشان می‌دهند. این افراد می‌کوشند از طریق افکار تکرارشونده منفی مانند نگرانی و نشخوار فکری به مرور تمامی احتمالات موجود بپردازند تا ابهام را کاهش دهند. عدم تحمل بلا تکلیفی منبع تولید افکار تکرارشونده منفی است و افراد از طریق این افکار سعی می‌کنند احساس‌های ناخوشایند را کاهش داده، پایش خود و محیط را قطع کنند.

پژوهش حاضر نخستین پژوهشی است که به‌طور همزمان نقش متغیرهای شناختی، هیجانی، رفتاری و فراشناختی را در پیش‌بینی افکار تکرارشونده منفی، به‌عنوان یک سازه فراتشخیصی بررسی کرده است. نتایج پژوهش حاضر مؤید این مطلب است که افکار تکرارشونده منفی یک سازه پیچیده و چندبعدی است و برای رسیدن به یک مدل سبب‌شناسی و درمانی مشترک در اختلال‌های روانشناختی، به‌ویژه اختلال‌های هیجانی باید نقش متغیرهای شناختی (عدم تحمل بلا تکلیفی)، هیجانی (بی‌نظمی هیجانی)، رفتاری (اجتناب تجربه‌گرایانه) و فراشناختی (باورهای فراشناختی مثبت و منفی) را در نظر گرفت. همان‌طور که پیش از این اشاره شد، بیشتر پژوهش‌ها، افکار تکرارشونده منفی را به‌عنوان عامل فراتشخیصی مشترک بیشتر اختلال‌های شناختی پذیرفته‌اند (۸-۱). بنابراین شناسایی ابعاد مختلف این سازه می‌تواند زمینه را برای طراحی مدل‌های آسیب‌شناسی مشترک در اختلال‌های هیجانی و همچنین مدل‌های درمانی فراتشخیصی مبتنی بر مدل افکار تکرارشونده منفی فراهم کند.

از نقطه نظر بالینی و کاربردی نیز پژوهش حاضر می‌تواند بستر ساز طراحی یک پروتکل فراتشخیصی با پشتوانه نظری باشد. با توجه به شیوع بالای اختلال‌های همزمان روانشناختی، دسترسی به یک درمان فراتشخیصی مبتنی بر مدل تجربی و علمی از اهمیت و اولویت خاصی برخوردار است.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، اجرای آن در جمعیت دانشجویی - غیربالینی بود، بنابراین تعمیم یافته‌ها به جامعه عمومی و البته جامعه بالینی باید با احتیاط انجام شود. داگاس و رابی‌چاوود^۱ (۱۱) معتقدند پژوهش‌های غیربالینی، یک ایده جدید را به شیوه‌ای به نسبت سریع و با هزینه مناسب آزمایش می‌کنند، در حالی که پژوهش‌های بالینی، بسیار

منابع

1. Spasojevic J, Alloy LB. Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion*. 2001; 1 (1):25-37.
2. Harvey AG, Watkins E, Mansell W, Shafran R. *Cognitive behavioural processes across psychological disorders*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2004.
3. Calmes CA, Roberts JE. Repetitive thought and emotional distress: Rumination and worry as prospective predictors of depressive and anxious symptomatology. *Cognit Ther Res*. 2007; 31 (3):343-56.
4. Ehring T, Watkins ER. Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *Int J Cogn Ther*. 2008; 1 (3): 192-205.
5. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspect Psychol Sci*. 2008; 3 (5):400-24.
6. McEvoy PM, Mahoney A, Perini SJ, Kingsep P. Changes in post-event processing and metacognitions during cognitive behavioural group therapy for social phobia. *J Anxiety Disord*. 2009; 23 (5):617-23.
7. Ehring T, Zetsche U, Weidacker K, Wahl K, Schönfeld S, Ehlers A. The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2011; 42 (2):225-32.
8. Raes F. Repetitive Negative Thinking Predicts Depressed Mood at 3-Year Follow-up in Students. *J Psychopathol Behav Assess*. 2012; 34 (4):497-501.
9. McEvoy PM, Mahoney AEJ, Moulds ML. Are worry, rumination, and post-event processing one and the same? Development of the repetitive thinking questionnaire. *J Anxiety Disord*. 2010; 24 (5):509-19.
10. Dugas MJ, Gagnon F, Ladouceur R, Freeston MH. Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. *Behav Res Ther*. 1998; 36 (2):215-26.
11. Dugas MJ, Robichaud M. *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York: Rutledge; 2007.
12. de Jong-Meyer R, Beck B, Riede K. Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs. *Pers Individ Dif*. 2009; 46 (4):547-51.

وقت گیر و پرهزینه هستند. بنابراین بهتر است ابتدا روی تکرار و توسعه یافته‌های کلیدی غیربالینی تمرکز شود، چرا که معمولاً یافته‌های غیربالینی در پژوهش‌های بالینی تأیید می‌شوند و می‌توانند در زمینه درک سبب‌شناسی اختلال‌های روانشناختی به طور کامل با ارزش باشند. همچنین در تعمیم نتایج پژوهش حاضر باید استفاده از نمونه علاقمند به همکاری را در نظر گرفت. در این پژوهش اگرچه متغیرهایی با دیدگاه‌های نظری مختلف بررسی شدند، لیکن مدلی جامع و یکپارچه که بتوان این مؤلفه‌ها را در آن گنجانده، هنوز ارائه نشده است. محدودیت دیگر پژوهش حاضر، کاربرد برخی از پرسشنامه‌ها برای بار نخست یا نبود اطلاعات روایی درباره آن‌ها بود. پایایی بازآزمایی و آلفای کرونباخ این پرسشنامه‌ها پیش از پژوهش بررسی شد، ولی به دلیل تعداد زیاد آن‌ها، امکان بررسی دیگر ویژگی‌های روان‌سنجی میسر نبود. در نهایت این که یافته‌های پژوهش حاضر، در یک طرح توصیفی از نوع همبستگی به دست آمده‌اند و استنباط علی از آن‌ها امکان‌پذیر نیست؛ در واقع پیش‌بینی‌کننده‌ها در بهترین حالت، همبسته‌های افکار تکرارشونده منفی هستند نه علت آن.

تکرار پژوهش حاضر روی جمعیت بالینی و بررسی بیشتر روایی ابزارهای پژوهش به تعمیم یافته‌ها کمک می‌کند. هم‌چنین بررسی آزمایشی این متغیرها به فهم ارتباط علی میان متغیرها می‌انجامد. در نهایت پیشنهاد می‌شود برای رسیدن به یک مدل نظری، پژوهش حاضر در قالب یک طرح مدل‌سازی معادلات ساختاری و استنباط علی اجرا شود.

سپاسگزاری

از دانشجویان دانشگاه‌های تهران و علوم پزشکی تهران برای همکاری صادقانه در انجام پژوهش، آقایان پروفیسور میشل داگاس، پروفیسور آدرین ولز، پروفیسور پیترو مک‌اوی و پروفیسور استیون هیز برای راهنمایی‌های کاربردی در انتخاب متغیرهای پژوهش و آقای دکتر گامز برای در اختیار قرار دادن پرسشنامه اجتناب تجربه‌گرایانه چندبعدی و اطلاعات مربوط به ویژگی‌های روانسنجی آن، صمیمانه قدردانی می‌شود.

[این مقاله برگرفته از بخشی از پایان‌نامه مقطع دکترای روانشناسی بالینی نویسنده مسئول است].

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].

13. McEvoy PM, Mahoney AEJ. Intolerance of uncertainty and negative metacognitive beliefs as transdiagnostic mediators of repetitive negative thinking in a clinical sample with anxiety disorders. *J Anxiety Disord.* 2013; 27 (2):216-24.
14. Koerner N, Dugas MJ. An investigation of appraisals in individuals vulnerable to excessive worry: the role of intolerance of uncertainty. *Cognit Ther Res.* 2008; 32 (5):619-38.
15. Ladouceur R, Gosselin P, Dugas MJ. Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: a study of a theoretical model of worry. *Behav Res Ther.* 2000; 38 (9):933-41.
16. McEvoy PM, Mahoney AEJ. Intolerance of uncertainty and negative metacognitive beliefs as transdiagnostic mediators of repetitive negative thinking in a clinical sample with anxiety disorders. *J Anxiety Disord.* 2013; 27 (2):216-24.
17. Gentes EL, Ruscio AM. A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev.* 2011; 31 (6): 923-33.
18. Carleton RN, Gosselin P, Asmundsen GJ. The Intolerance of Uncertainty Index: Replication and extension with an English sample. *Psychol Assess.* 2010; 22 (2):396- 406.
19. Chen CY, Hong RY. Intolerance of uncertainty moderates the relation between negative life events and anxiety. *Pers Individ Dif.* 2010; 49 (1):49-53.
20. Boelen PA, Reijntjes A. Intolerance of uncertainty and social anxiety. *J Anxiety Disord.* 2009; 23 (1):130-5.
21. Carleton RN, Mulvogue MK, Thibodeau MA, McCabe RE, Antony, MM, Asmundson GJG. Increasingly certain about uncertainty: intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *J Anxiety Disord.* 2012; 26 (3):468-79.
22. Wells A, Matthews G. Modeling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behav Res Ther.* 1996; 34 (11-12):867-70.
23. Wells A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression.* New York: Guilford Press; 2009.
24. Roelofs J, Huibers M, Peeters F, Arntz A. Positive and negative beliefs about depressive rumination: a psychometric evaluation of two self-report scales and a test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognit Ther Res.* 2010; 34 (2):196-205.
25. Rees CS, van Koesveld KE. An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2008; 39 (4):451-8.
26. Wells A, Colbear JS. Treating posttraumatic stress disorder with metacognitive therapy: A preliminary controlled trial. *J Clin Psychol.* 2012; 68 (4):373-81.
27. Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin CR. Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: a platform trial. *Behav Res Ther.* 2012; 50 (6):367-73.
28. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Rev Gen Psychol.* 1998; 2 (3):271-99.
29. Gross JJ. Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology.* 2002; 39 (3):281-91.
30. McLaughlin KA, Mennin DS, Farach FJ. The contributory role of worry in emotion generation and dysregulation in generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther.* 2007; 45 (8):1735- 52.
31. Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation: Conceptual foundations. In: Gross JJ, editor. *Handbook of emotion regulation.* New York: Guilford Press; 2007.p.115-45.
32. Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther.* 2005; 43 (10):1281-310.
32. Kring AM, Sloan DM. *Emotion regulation in psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment.* New York: Guilford; 2010.
33. Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Applying an emotion regulation frame work to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clin Psychol.* 2002; 9 (1):85-90.

34. Mennin DS, Holaway RM, Fresco DM, Moore MT, Heimberg RG. Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood pathology. *Behav Ther.* 2007; 38 (3):284-302.
35. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol.* 1996; 64 (6):1152-68.
36. Tull MT, Gratz KM. Further examination of the relationship between anxiety sensitivity and depression: The mediating role of experiential avoidance and difficulties engaging in goal-directed behavior when distressed. *J Anxiety Disord.* 2008; 22 (2):199-210.
37. Dickson KS, Ciesla JA, Reilly LC. Rumination, Worry, Cognitive Avoidance, and Behavioral Avoidance: Examination of Temporal Effects. *Behav Ther.* 2011; 43 (3): 629-40.
38. Cribb G, Moulds M, Carter S. Rumination and experiential avoidance in depression. *Behav Change.* 2006; 23 (3):165-76.
39. Moulds ML, Kandris E, Starr S, Wong ACM. The relationship between rumination, avoidance and depression in a non-clinical sample. *Behav Res Ther.* 2007; 45 (2):251-61.
40. Khaleghi S, Liaghat R, Ganjdanesh Y. The Repetitive Thinking Questionnaire: Psychometric properties in Iranian Students and Relationship with depression, Anxiety and Social Anxiety. 2nd International Conference on Psychiatry and Psychotherapy-PSYCHO 2011. University of Cambridge, Cambridge, UK, February 23-5.
41. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation a dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess.* 2004; 26 (1):41-54.
42. Asgari P, Pasha G, Aminian M. The relationship emotional regulation, life events and body image with eating disorder in women. *J Andisheh Raf.* 2009; 4 (13):65- 78. [Persian]
43. Freeston MH, Rheauma J, Litarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? *Pers Individ Dif.* 1994; 17 (6):791- 802.
44. Buhr K, Dugas MJ. The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behav Res Ther.* 2002; 40 (8): 931-45.
45. Akbari M, Hamidpour H, Andoz Z. Predictors of worry in student. Oral presented at the 5th national seminar on student s mental health. 2010, Tehran, Iran. [Persian]
46. Gamez W, Chmielewski M, Kotov R, Ruggero M, Watson D. Development of a Measure of Experiential Avoidance: The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychol Assess.* 2011; 23 (3):692-713.
47. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther.* 2004; 42 (4):385-96.
48. Shirinzadeh Dastgiri S, Gudarzi MA, Ghanizadeh A, Naghavi SMR. Comparison of metacognitive and responsibility beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and normal individuals. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2008; 14 (1):46-55. [Persian]
49. Meyers LS, Gamst G, Guarino AJ. Applied multivariate research. London: SAGE Publications; 2005.
50. Sloman A. How many separately evolved emotional beasts live within us? In: Trapp R, Petta P, Payr S, editors. *Emotions in humans and artifacts.* Cambridge: MIT Press; 2003. p. 34-78.
51. Salters-Pednaeault K, Roemer L, Tull MT, Rucker L, Mennin DS. Evidence of broad deficits in emotion regulation associated with chronic worry and generalized anxiety disorder. *Cognit Ther Res.* 2006; 30 (4):469-80.
52. Mahoney AEJ, McEvoy PM. A transdiagnostic examination of intolerance of uncertainty across anxiety and depressive disorders. *Cogn Behav Ther.* 2012; 41 (3):212-22.

Original Article

The Role of Cognitive, Behavioral, Emotional and Metacognitive Factors in Predicting Repetitive Negative Thinking: A Transdiagnostic Approach

Abstract

Objectives: The aim of the present study was to investigate the predictive role of emotional dysregulation, metacognitive beliefs, intolerance of uncertainty and experiential avoidance in repetitive negative thinking. **Method:** In current correlational study, 510 students of Tehran University completed Repetitive Negative Thought Questionnaire (RNTQ), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), Metacognitive Questionnaire (MCQ), Intolerance of Uncertainty Scale (IUS), and Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (MEAQ). The data were analyzed using Pearson correlation and multiple regression. **Results:** All study variables were correlated with the repetitive negative thought ($p < 0.001$). The multiple regression analysis indicated that the predictive model for repetitive negative thinking respectively consisted of emotional dysregulation, experiential avoidance, metacognitive beliefs and intolerance uncertainty. These variables account for %78 of the repetitive negative thinking variance. **Conclusion:** The repetitive negative thinking is a metacognitive multifaceted construct with cognitive, behavioral, emotional and metacognitive mechanisms.

Key words: repetitive negative thinking; emotional dysregulation; experiential avoidance; metacognitive beliefs; intolerance of uncertainty; transdiagnostic approach

[Received: 29 December 2013; Accepted: 19 February 2014]

Mehdi Akbari*, Rasool Roshan ^a,
Ladan Fata ^b, Amir Shabani ^c, Firouzeh
Zarghami ^d

* Corresponding author: Shahed University,
Department of Clinical Psychology, Faculty of
Humanities, Tehran, Iran, IR.

Fax: +9821-66022709

E-mail: akbari.psy@gmail.com

^a Department of Clinical Psychology, Shahed
University, Tehran, Iran; ^b Medical Education
and Development Center, Iran University of
Medical Sciences, Tehran, Iran; ^c Bipolar Disorders
Research Group, Mental Health Research Center,
Iran University of Medical Sciences, Tehran,
Iran; ^d Roozbeh Hospital, Tehran, Iran.