

روابط ساختاری خودکارآمدی و کمال‌گرایی با علائم وسواسی- اجباری در جمعیت غیربالینی: نقش میانجی‌گر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

The Structural Relations of Self-efficacy and Perfectionism with Obsessive-Compulsive Symptoms in Nonclinical Population: Mediator Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies

Toktam Shafiee-Kahani, PhD Student

Jafar Hasani, PhD✉

Mohammad Shakeri, PhD

تکتم شفیع‌کاهانی^۱

جعفر حسینی^۲

محمد شاکری^۳

Abstract

The purpose of this study was to investigate the direct and indirect effects of self-efficacy and perfectionism on obsessive - compulsive symptoms in nonclinical population by emphasizing the mediating role of cognitive emotion regulation strategies. Using correlational design, from the adults of 20 to 40 years old of Tehran, 473 adults voluntarily selected and assessed by obsessive compulsive questionnaire (Goodman, et al., 1989), cognitive emotion regulation strategies questionnaire (Garnefski, et al., 2001), perfectionism questionnaire (Hill, et al., 2004) and self - efficacy questionnaire (Sherer, & Maddux, 1982). In order to analyze the data, path analysis method in AMOS- 24 software was used. The results showed that self-efficacy (Standard Coefficient=-0/33) and adaptive cognitive emotion regulation strategies (Standard Coefficient=-0/11) had a negative effect on obsessive-compulsive symptoms while effect of perfectionism (Standard Coefficient= 0/14) and maladaptive emotion regulation strategies (Standard Coefficient= 0/19) on obsessive - compulsive disorder was positive. Also, adaptive cognitive emotion regulation strategies mediated the relationship of self - efficacy and perfectionism with obsessive compulsive symptoms. However, maladaptive cognitive emotion regulation strategies mediated only the relationship of self-efficacy with obsessive - compulsive disorder. Overall, the indices of comparative fit (0.97), goodness of fit (0.95), and root mean square error of approximation (0.04) indicated the favorable fit of the conceptual model. Therefore, it can be argued that self-efficacy, perfectionism and emotion regulation constructs play a fundamental role in explaining obsessive - compulsive symptoms and even designing preventive and therapeutic interventions.

Keywords: Cognitive Emotion Regulation, Self-efficacy, Perfectionism, Obsessive- Compulsive Symptoms

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین آثار علی مستقیم و غیرمستقیم خودکارآمدی و کمال‌گرایی بر علائم وسواسی- اجباری در جمعیت غیربالینی، با تأکید بر نقش میانجی‌گر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، انجام شد. در قالب یک طرح همبستگی، از میان بزرگسالان ۲۰ تا ۴۰ سال شهر تهران ۴۷۳ به صورت داوطلبانه انتخاب شدند و توسط پرسشنامه وسواسی- اجباری (گودمن و همکاران، ۱۹۸۹)، پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (گارفنسکی و همکاران، ۲۰۰۱)، پرسشنامه کمال‌گرایی (هیل و همکاران، ۲۰۰۴) و پرسشنامه خودکارآمدی (شرر و مادوکس، ۱۹۸۲) مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مسیر در نرم‌افزار AMOS-24 استفاده شد. نتایج نشان داد که خودکارآمدی (ضریب استاندارد -۰/۳۳) و راهبردهای سازش‌یافته تنظیم شناختی هیجان (ضریب استاندارد -۰/۱۱) اثر علی منفی بر علائم وسواسی- اجباری داشتند، درحالی‌که اثر علی کمال‌گرایی (ضریب استاندارد ۰/۱۴) و راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم شناختی هیجان (ضریب استاندارد ۰/۱۹) بر وسواسی- اجباری، مثبت بود. همچنین، راهبردهای سازش‌یافته تنظیم شناختی هیجان میانجی‌گر رابطه خودکارآمدی و کمال‌گرایی با علائم وسواسی- اجباری بود، اما راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم شناختی هیجان تنها رابطه خودکارآمدی با وسواسی- اجباری را میانجی‌گری کرد. در مجموع، شاخص‌های برازندگی تطبیقی (۰/۹۷)، نیکویی برازش (۰/۹۵) و ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (۰/۰۴) بیانگر برازش مطلوب مدل مفهومی بود. بنابراین، می‌توان ادعا داشت که سازه‌های کمال‌گرایی، خودکارآمدی و تنظیم هیجان نقش بنیادین در تبیین علائم وسواسی- اجباری و حتی طراحی مداخلات پیشگیرانه و درمانی دارند.

واژه‌های کلیدی: تنظیم شناختی هیجان، خودکارآمدی، کمال‌گرایی،

علائم وسواسی- اجباری

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۹/۲۵ تصویب نهایی: ۱۴۰۴/۱/۲۴

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. گروه روان‌شناسی سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بجنورد، بجنورد، ایران.

● مقدمه

اختلال وسواسی- اجباری یکی از رایج‌ترین اختلال‌های روانی است که یک الی سه درصد افراد را، به‌ویژه در دوره نوجوانی و اوایل بزرگسالی، در گستره زندگی متأثر می‌سازد (کروین، ۲۰۲۳). علاوه بر این، براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، اختلال وسواسی- اجباری ششمین اختلال روان‌پزشکی ناتوان‌کننده‌ای است که منجر به ناکارآمدی معنادار در امور مختلف زندگی می‌شود (پارمر و همکاران، ۲۰۱۹). افراد مبتلا به این اختلال، دامنه وسیعی از افکار مزاحم تکرارشونده (مانند احتمال آسیب به خود یا دیگران) را تجربه می‌کنند و احساس می‌کنند برای جلوگیری از این آسیب مجبور به انجام عمل اختصاصی هستند، هرچند از نظر عینی و واقعیت بیرونی رخ دادن آن نامحتمل است (ترافورد و همکاران، ۲۰۱۳). به‌لحاظ سبب‌شناختی، عوامل زیادی در علایم وسواسی- اجباری دخیل هستند (جالا و همکاران، ۲۰۲۳). به‌نظر می‌رسد وسواسی- اجباری در ارتباط با دو ویژگی فردی، شامل کمال‌گرایی (perfectionism) (فراست و استکتس، ۱۹۹۷، ۲۰۱۰؛ پینتو و همکاران، ۲۰۱۷) و خودکارآمدی (self-efficacy) (مرلینگ و همکاران، ۲۰۲۲) است که در ادامه به توضیح آنها پرداخته شده است.

کمال‌گرایی با برخی عوامل شامل نگرانی در مورد اشتباه، شک و تردید از اقدامات، استانداردهای شخصی، سازمان‌دهی دقیق، انتظارات والدین، سرزنش والدین و ... مرتبط است (فراست و مارتن، ۲۰۰۸) و در بسیاری از اشکال آسیب‌شناختی روانی (آیدین و همکاران، ۲۰۱۲؛ لیمبرگ و همکاران، ۲۰۱۷) از جمله وسواسی- اجباری (مورتز و مک‌کی، ۲۰۰۹) نقش محوری دارد. به‌علاوه، کمال‌گرایی یکی از ۶ باور شناختی اصلی افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری است (چن و همکاران، ۲۰۱۸). نظریه‌های شناختی اختلال وسواسی- اجباری بیان کرده‌اند که تفکر کمال‌گرایانه به انواع خاصی از وسواس‌های فکری (مانند تردید درباره اینکه آیا کاری به درستی انجام شده است) و فعالیت‌های عملی (مانند عمل شست و شو تا جایی که فرد احساس کند "دیگر کفایت") منجر می‌شود (چن و همکاران، ۲۰۱۸). در واقع، کمال‌گرایی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری شیوع بالایی دارد و می‌تواند همپوشی قابل توجهی با علایم این اختلال داشته باشد همچنین، کمال‌گرایی به‌عنوان یک صفت سازش‌نایافته از درمان اختلال وسواس فکری/عملی ممانعت می‌کند (پینتو و همکاران، ۲۰۱۷).

از زمان ارائه سازه خودکارآمدی در نظریه شناخت اجتماعی (باندورا، ۱۹۹۷، ۲۰۱۲) این مفهوم در گستره‌های مختلف متون روان‌شناختی مورد بررسی قرار گرفته است. خودکارآمدی به ادراک توانایی‌ها برای انجام عمل مطابق میل، اشاره دارد (شوارتز و لوسریزینسکا، ۲۰۰۷). با تکیه بر خودکارآمدی، فرد بر این باور است که توانایی سازمان‌دهی اعمال برای دستیابی به پیامدهای خاص را دارد و در برابر چالش‌ها مقاومت خواهد کرد (فارل و همکاران، ۲۰۱۸). به اعتقاد بندورا (۲۰۱۲) خودکارآمدی منجر به کاهش ترس و بهبود پاسخ‌های درمانی می‌شود. در نتیجه، افزایش میزان خودکارآمدی می‌تواند به طور مستقیم تمایل به درگیری در تشریفات وسواسی را کاهش دهد (ویلهلم و همکاران، ۲۰۱۵). در این راستا، شواهد نشان می‌دهند که خودکارآمدی افراد بهنجار بیشتر از بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری است (مرال و همکاران، ۲۰۲۳) و افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری به‌دلیل خودکارآمدی پایین، در انجام کارهای روزانه خود دچار تردید و دودلی هستند (فارل و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین، خودکارآمدی در میزان تجربه علایم وسواسی- اجباری نقش محوری دارد.

اما مسأله اساسی مورد توجه در پژوهش حاضر، نقش مکانیسم‌های میانجی‌گری است که کمال‌گرایی و خودکارآمدی از طریق آنها می‌توانند بر علایم وسواسی- اجباری تاثیر بگذارند. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دارای چنین نقشی در طیف وسیعی از پدیده‌های آسیب‌شناختی روانی هستند (ماسدو و همکاران، ۲۰۱۷؛ مک‌لین و همکاران، ۲۰۱۹؛ میکلسی و همکاران، ۲۰۱۴). تنظیم هیجان فرایندی است که براساس آن فرد واکنش‌های خود را به موقعیت‌های هیجانی مختلف تغییر می‌دهد (گروس و تامپسون، ۲۰۰۷). به اعتقاد گروس (۲۰۰۷)، تنظیم هیجان مجموعه‌ناهمگنی از فرایندهای خودکار یا کنترل‌شده، آگاهانه یا ناآگاهانه است که منجر به تنظیم و تعدیل هیجان‌ها می‌شود. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که بدتنظیمی هیجان هسته مرکزی تحول بهنجار و توسعه پدیده‌های آسیب‌شناختی مختلف است (جانستون و همکاران، ۲۰۲۵؛ زیتسمن و همکاران، ۲۰۲۴؛ پری و همکاران، ۲۰۱۶؛ شپس و همکاران، ۲۰۱۵؛ کمپس و همکاران، ۲۰۱۷). به‌عبارت دیگر، تنظیم هیجان شامل فرایند نظارت، ارزیابی و اصلاح

واکنش‌های هیجانی براساس سازگاری آنها با موقعیت خاص است (اتو و همکاران، ۲۰۱۸). تنظیم شناختی هیجان به شیوه تفکر افراد پس از بروز یک رویداد منفی اطلاق می‌شود و در برابر محرک‌های منفی و تجارب هیجانی ناخوشایند، یکی از مؤلفه‌های مهم مقابله است (مکری، ۲۰۱۶؛ گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۷). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در دو طبقه وسیع سازش‌نا یافته (ملامت خود، ملامت دیگران، نشخوارگری، فاجعه‌سازی) و راهبردهای سازش‌یافته تنظیم شناختی هیجان (پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری) قرار می‌گیرند (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). نتایج پژوهش‌ها بیانگر پیوند قوی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با مشکلات هیجانی مختلف است (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۵؛ گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۴؛ زو و همکاران، ۲۰۲۵). علاوه بر این، شواهد بیانگر نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در علایم افسردگی (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۲؛ و سواسی - اجباری (یاب و هکاران، ۲۰۱۲؛ سی و همکاران، ۲۰۲۲؛ فرگوس و باردن، ۲۰۱۴؛ استرن و همکاران، ۲۰۱۴؛ برمن و همکاران، ۲۰۱۸) است. همچنین، تنظیم هیجان در خودشناسی (غلامعلی لواسانی و همکاران، ۱۳۹۶)، تاب‌آوری (عابد و ابراهیمی، ۱۴۰۲) و طرحواره‌های ناسازگار اولیه (قاسم‌زاده و همکاران، ۱۴۰۲) نقش محوری دارد. علاوه بر این، شواهد نشان می‌دهند که بدتنظیمی هیجان در بسیاری از اختلال‌های روان‌شناختی دخیل هست (نونلن/هوکسما، ۲۰۱۲؛ گروس و جزایری، ۲۰۱۴؛ یاب و همکاران، ۲۰۱۸؛ شپس و همکاران، ۲۰۱۵). در واقع، چگونگی تنظیم هیجان با نشانه‌های وسواسی - اجباری مرتبط است. نتایج پژوهشی نیز بیانگر رابطه نقص در تنظیم هیجان و علائم وسواسی - اجباری هستند (کوگل و همکاران، ۲۰۱۲؛ برمن و همکاران، ۲۰۱۸). علاوه بر این، به نظر می‌رسد افراد دارای علایم وسواس هستند دارای درک ضعیف‌تری از هیجان‌ها، سطح پایین‌تری از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگارانه و سطح بالاتری از راهبردهای ناسازگارانه هستند. در این راستا، پژوهش یاب و همکاران (۲۰۱۸)، نیز نشان داد که مشکلات تنظیم هیجان در اختلال وسواسی - اجباری می‌تواند به مشکلات خلقی مانند اضطراب و افسردگی منجر شود. همچنین، نارسایی هیجانی و کمال‌گرایی نقش اساسی در رفتارهای خودکشی‌گرایانه افراد مبتلا به وسواسی - اجباری ایفا می‌کنند (کیم و همکاران، ۲۰۱۶). بنابراین، شواهد گویای آن است که تنظیم شناختی هیجان هم با علایم وسواسی - اجباری و هم با تجربه اختلال‌های همبود با آن، مرتبط است. در مجموع، تلاش برای شناسایی عوامل پیشاینده و مکانیسم‌های میانجی‌گر در شکل‌گیری و شدت تجربه علائم وسواس در شرایط تنش‌زای زندگی، اهمیت بنیادین دارد. هرچند براساس مبانی نظری و شواهد پژوهشی، سازه‌های کمال‌گرایی و خودکارآمدی در بروز و شدت یافتن علائم وسواس فکری عملی نقش دارند (میگل و همکاران، ۲۰۲۰؛ مک‌کاب‌بنت و همکاران، ۲۰۲۵؛ کالاکان و همکاران، ۲۰۲۴؛ وودرولزر و همکاران، ۲۰۲۰)، اما احتمالاً این اثرگذاری همیشه به صورت مستقیم نیست، بلکه بخشی از آن ناشی از نوع راهبردهای تنظیم شناختی هیجان فرد است. در واقع، می‌توان گفت که کمال‌گرایی با ایجاد نارضایتی شخصی و تداخل در تنظیم هیجان به افکار و رفتار وسواسی دامن می‌زند، ولی خودکارآمدی با تقویت احساس کارآیی در مواجهه با هیجان‌ها، آثار منفی افکار وسواسی بر شخص را تا حدودی خنثی می‌سازد. بر همین اساس، هدف پژوهش حاضر تعیین نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در روابط میان خودکارآمدی و کمال‌گرایی با علایم وسواس فکری - عملی است.

• روش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف بنیادی است و از منظر گردآوری داده‌ها به طرح‌های همبستگی مبتنی بر تحلیل مسیر تعلق دارد. جامعه آماری پژوهش، جمعیت بزرگسال ۱۸ الی ۶۰ ساله شهر تهران در سال ۱۴۰۲ در بازه زمانی تیرماه الی دی‌ماه بود. کلاین (۲۰۱۱) حداقل حجم نمونه برای استفاده از روش‌های مبتنی بر مدل‌یابی معادلات ساختاری را ۲۰۰ نفر می‌داند. در مطالعه حاضر، بر مبنای اندازه اثر (Effect size) ۰/۲۵، توان آزمون ۰/۹۰، تعداد متغیرهای مکنون و آشکار، سطح اطمینان نیز ۹۹ درصد، حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G*Power معدل ۴۵۰ نفر برآورد شد. در نهایت با عنایت به احتمال ریزش و داده‌های ناقص، نمونه پژوهش حاضر ۵۰۰ نفر در نظر گرفته شد که بعد از حذف کردن افراد دارای داده‌های پرت، ۴۷۳ نفر وارد تحلیل شدند. در فرآیند نمونه‌برداری ابتدا تهران به ۵ ناحیه شمالی، جنوبی، شرقی، غربی و مرکزی تقسیم شد و سپس از هر ناحیه دو منطقه شهرداری به صورت تصادفی انتخاب شد و مشارکت‌کننده‌ها به شکل داوطلبانه از بوستان‌ها و کتابخانه‌های عمومی انتخاب شدند.

• ابزارها

الف) فرم کوتاه نسخه فارسی پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان (cognitive emotion regulation questionnaire- Persian version- short form- CERQ-P- short)

فرم اصلی پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) در کشور هلند تدوین شده است. پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان یک پرسشنامه چند بعدی است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این فرم ۳۶ ماده دارد. فرم کوتاه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۶) تدوین شده است و نسخه فارسی آن توسط حسنی (۱۳۹۰) تهیه شده است. این فرم دارای ۱۸ ماده است. نمره‌گذاری آن به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای (۱= هرگز؛ ۵= همیشه) است. این مقیاس دارای راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم شناختی هیجان (سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری، فاجعه‌سازی) و راهبردهای سازش‌یافته تنظیم شناختی هیجان (پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری) است. هر خرده‌مقیاس شامل ۲ ماده است. نمره کل هر یک از خرده‌مقیاس‌ها از طریق جمع کردن نمره ماده‌ها به دست می‌آید بنابراین دامنه نمرات هر خرده‌مقیاس بین ۲ تا ۱۰ خواهد بود. نمرات بالا در هر خرده‌مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر راهبرد مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع تنیدگی‌زا و منفی است. این فرم کوتاه پرسشنامه در مقایسه با فرم بلند فارسی آن از نظر ساختار عاملی و روایی هم‌زمان مطلوب‌تر است. نتایج آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۸۲ است. تحلیل مؤلفه اصلی ضمن تبیین ۷۵ درصد واریانس، الگوی ۹ عاملی اصلی پرسشنامه، نظم‌جویی شناختی هیجان را مورد حمایت قرار داد. همچنین، همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها بالا بود. در نهایت، الگوی همبستگی خرده‌مقیاس‌های فرم کوتاه نسخه فارسی پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان با علائم افسردگی ($P < ۰/۰۱$) بیانگر روایی ملاکی مقیاس بود (حسنی، ۱۳۹۰).

ب) پرسشنامه وسواسی- اجباری ییل- براون (Yale-Brown obsessive-compulsive scale Y-BOCS): پرسشنامه

وسواس ییل- براون در سال ۱۹۸۹ برای اندازه‌گیری علائم وسواسی- اجباری تدوین شد (گودمن و همکاران، ۱۹۸۹). این مقیاس هم فرم خودگزارشی دارد و هم می‌تواند توسط متخصص نمره‌گذاری شود. ارزیابی‌های پاسخ‌های بیمار توسط پرسشنامه وسواسی- اجباری ییل/ براون، بسیار جامع‌تر از ابزارهای دیگر صورت می‌گیرد. نسخه خودگزارشی آن ۱۰ ماده دارد. از میان ماده‌ها، ۵ ماده میزان وسواس‌های فکری و ۵ ماده میزان وسواس‌های عملی را اندازه‌گیری می‌کند. هر ماده براساس مقیاس پنج درجه‌ای (صفر = علامتی وجود ندارد؛ ۴ = علائم شدید) نمره‌گذاری می‌شود. در پژوهش راجزی اصفهانی و همکاران (۱۳۹۰) ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس مطلوب گزارش شده است.

ج) پرسشنامه کمال‌گرایی (perfectionism questionnaire- PQ): مقیاس کمال‌گرایی توسط هیل و همکاران (۲۰۰۴) تدوین

شده است. این مقیاس دارای ۵۹ ماده و ۸ خرده‌مقیاس است و هشت بعد مختلف کمال‌گرایی را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره‌گذاری ماده‌های پرسشنامه در طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافقم = ۵ تا کاملاً مخالفم = ۱) صورت می‌گیرد. ابعاد پرسشنامه شامل تمرکز بر اشتباهات، معیارهای بالا برای دیگران، نیاز به تأیید، نظم و سازماندهی، ادراک فشار از سوی والدین، هدفمندی، نشخوار فکری و تلاش برای عالی بودن، است. در پژوهش جمشیدی و همکاران (۱۳۸۸)، اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ و روایی همگرایی آن بررسی شد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه برابر با ۰/۸۰ بود. همچنین روایی همگرایی مقیاس نیز با وجود رابطه بین ابعاد منفی کمال‌گرایی و سلامت روانی تأیید شد (جمشیدی و همکاران، ۱۳۸۸).

د) مقیاس خودکارآمدی عمومی (general self-efficacy questionnaire- GSEQ): این مقیاس توسط شرر و مادوکس

(۱۹۸۲) تدوین شد. این مقیاس دارای ۱۷ ماده است. شرر و مادوکس (۱۹۸۲)، بدون مشخص کردن عوامل و عبارات بیان کرده‌اند که این مقیاس مواردی از قبیل میل به آغازگری رفتار، میل به گسترش تلاش برای کامل کردن تکلیف و متفاوت در رویارویی با موانع را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری پرسشنامه خودکارآمدی براساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱= کاملاً مخالف؛ ۵= کاملاً موافق) انجام می‌شود. بنابراین بیشترین امتیاز این پرسشنامه ۸۵ و کمترین امتیاز آن ۱۷ است. نمره‌گذاری ماده‌های ۲، ۴، ۵، ۷، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۶ به صورت معکوس است. ضریب اعتبار با روش اسپیرمن براون با طول برابر ۰/۷۶ و با روش دو نیمه‌کردن ۰/۷۶ به دست آمد. آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۷۶ برآورد شد (کرامتی و شهرآرای، ۲۰۰۳).

ابتدا غربالگری داده‌ها انجام شد. سپس برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح جمعیت‌شناختی و توصیفی از نرم افزار SPSS-24 استفاده شد. همچنین، در سطح استنباطی با بهره‌گیری از نرم افزار AMOS-24، بعداز بررسی وضعیت برازش داده‌ها، به‌منظور آزمون فرضیه‌ها و روابط بین متغیرها از روش آماری تحلیل مسیر بر مبنای شیوه برآورد حداکثر درست‌نمایی (ML) استفاده شد.

• یافته‌ها

دامنه سنی شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر بین ۲۰ تا ۴۰ و میانگین سن آنها ۳۱/۵۸ با انحراف معیار ۵/۴۷ سال بود. همچنین، ۲۵۳ نفر (۵۳/۵ درصد) زن و ۲۲۰ نفر (۴۶/۵ درصد) مرد بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۱۸ نفر (۳/۸ درصد) سیکل، ۲۸ نفر (۵/۹ درصد) دیپلم، ۱۲۶ نفر (۲۶/۶ درصد) کاردانی و کارشناسی، ۲۱۵ نفر (۴۵/۵ درصد) کارشناسی ارشد و ۸۶ نفر (۱۸/۲ درصد) دکتری بودند. شاخص‌های توصیفی و مقادیر ماتریس همبستگی میان متغیرهای پژوهش در جدول ۱ قابل مشاهده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی و ضرایب همبستگی میان متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی	۱	۲	۳	۴
۱- وسواسی- اجباری	۳۴/۱۳	۶/۶۶	۰/۲۳	-۰/۳۲	-			
۲- راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم هیجان	۲۰/۷۴	۴/۵۳	۰/۲۸	-۰/۲۴	۰/۳۱	-		
۳- راهبردهای سازش‌یافته تنظیم هیجان	۳۱/۸۳	۵/۹۸	۰/۷۰	-۰/۲۷	-۰/۲۶	-۰/۰۵	-	
۴- کمال‌گرایی	۱۷۱/۱۹	۲۴/۲۶	-۰/۱۳	۰/۱۵	۰/۲۰*	۰/۲۶	-۰/۳۰	-
۵- خودکارآمدی	۵۸/۶۰	۹/۱۰	-۰/۳۵	-۰/۲۰	-۰/۴۳	-۰/۲۴	۰/۴۱	-۰/۰۲

برای انجام تحلیل مسیر، ابتدا مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها توسط آزمون شاپیرو-ویلک (با دامنه ۰/۳۵ تا ۱/۰۳) و شاخص‌های چولگی و کشیدگی (با دامنه ۰/۱۴- تا ۰/۷۸) احراز شده است. همچنین، مفروضه نرمال بودن چندمتغیری از آزمون ماردیا استفاده شد که مقدار آن ۰/۱۹- به‌دست آمد. بنابراین، نرمال بودن چندمتغیری نیز رعایت شده است. همچنین، با توجه به جدول ۱ که مقادیر همبستگی در دامنه ۰/۴۳- تا ۰/۴۱ قرار داد مفروضه هم‌خطی نیز رعایت شده است.

برازش مدل مفهومی، براساس شاخص مجذور خی، شاخص برازندگی تطبیقی (comparative fit index; CFI)، شاخص هنجارشده برازندگی (normed fit index; NFI)، شاخص برازندگی نسبی (relative fit index; RFI)، ریشه استاندارد باقی‌مانده مجذور میانگین (standardized root mean square residual; SRMR)، ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (root mean square error of approximation; RMSEA)، شاخص نیکویی برازش (goodness of fit index; GFI) مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آنها در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

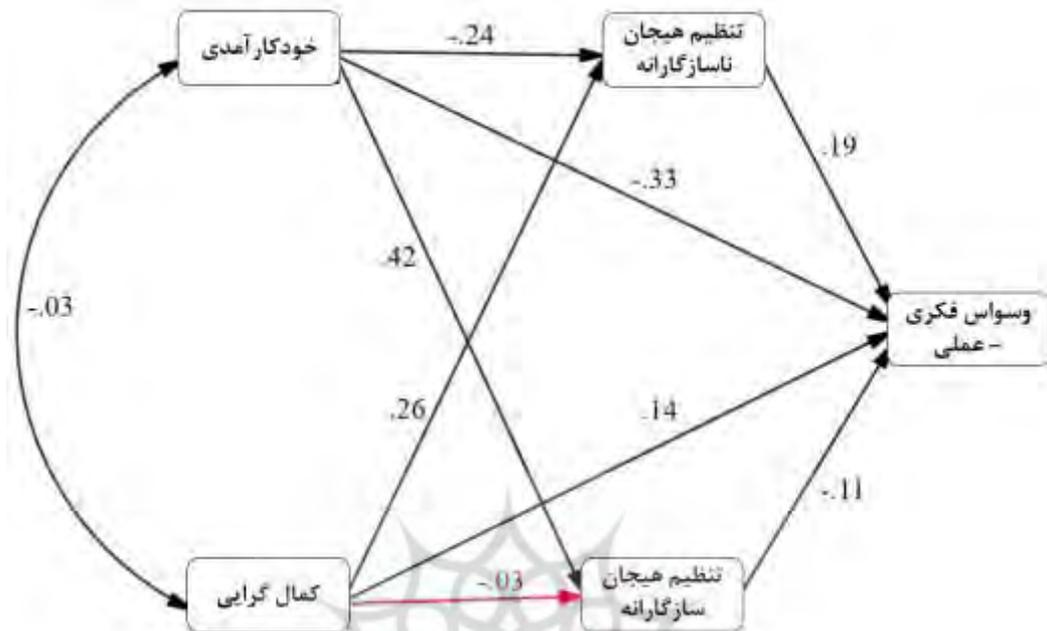
جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل مفهومی پژوهش

مجدور خی	Df	CFI	NFI	RFI	GFI	SRMR	RMSEA
۴۱۶/۴۸	۳۲۹	۰/۹۷	۰/۹۸	۰/۹۲	۰/۹۵	۰/۰۴۹	۰/۰۴۱

شاخص‌های برازندگی تطبیقی، برازندگی هنجارشده، برازندگی نسبی و نیکویی برازش، هرچقدر نزدیک به یک باشد بیانگر برازش مطلوب الگو است. هرچند برای بررسی نیکویی برازش معمولاً از شاخص مجذور خی استفاده می‌شود ولی مجذور خی با افزایش حجم نمونه و درجه آزادی افزایش می‌یابد. به‌همین خاطر هو و بنتلر (۱۹۹۹) استفاده از دو شاخص برازندگی ریشه استاندارد باقی‌مانده مجذور میانگین خطای میانگین مجذورات تقریب را توصیه نموده‌اند. به اعتقاد شرمیله/انگل و همکاران (۲۰۰۳)، مقادیر ریشه استاندارد باقی‌مانده مجذور میانگین بین ۰ تا ۰/۰۵ بیانگر برازش خوب و ۰/۰۵ تا ۰/۱۰ بیانگر برازش قابل قبول مدل است. همچنین مقادیر ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب بین ۰ تا ۰/۰۵ بیانگر برازش خوب و ۰/۰۵ تا ۰/۰۸ بیانگر برازش قابل قبول است. بنابراین، با توجه به اعداد جدول ۲ می‌توان گفت که مدل تأییدی از برازش قابل قبولی برخوردار است.

علاوه‌براین، یافته‌ها نشان داد که اثر علی خودکارآمدی بر راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم هیجان با ضریب استاندارد ۰/۲۴، بر راهبردهای سازش‌یافته تنظیم هیجان با ضریب استاندارد ۰/۴۲ و بر وسواسی- اجباری با ضریب استاندارد ۰/۳۳-، معنادار است.

همچنین، اثر علی کمال‌گرایی بر راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم هیجان با ضریب استاندارد ۰/۲۶ و بر وسواسی- اجباری با ضریب استاندارد ۰/۱۴، معنادار بود اما اثر علی کمال‌گرایی بر راهبردهای سازش‌یافته تنظیم شناختی هیجان معنادار نبود. به‌علاوه، راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم شناختی هیجان با ضریب استاندارد ۰/۱۹ و راهبردهای سازش‌یافته تنظیم شناختی هیجان با ضریب استاندارد ۰/۱۱- بر وسواسی- اجباری اثر علی معناداری داشتند (شکل ۲).



شکل ۲. نمودار مدل تحلیل مسیر در حالت ضرایب استاندارد

در بررسی مسیرهای واسطه‌های نیز نتایج آزمون بوت استروپ نشان داد که کمال‌گرایی به واسطه تنظیم شناختی هیجان با ضریب استاندارد ۰/۰۳ بر وسواسی- اجباری اثر علی معناداری دارد و خودکارآمدی به واسطه تنظیم شناختی هیجان با ضریب استاندارد ۰/۱۳۹- دارای اثر علی معناداری بر وسواسی- اجباری است.

• بحث

پژوهش حاضر به بررسی روابط مستقیم و غیرمستقیم (به واسطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان) کمال‌گرایی و خودکارآمدی با علائم وسواسی- اجباری پرداخت. یافته‌ها نشان داد که کمال‌گرایی هم به صورت مستقیم و هم به واسطه راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم شناختی هیجان می‌تواند موجب افزایش علائم وسواسی- اجباری شود. اثر علی کمال‌گرایی بر افزایش علائم وسواسی- اجباری در پژوهش حاضر همخوان با پژوهش‌های پیشین است (پینتو و همکاران، ۲۰۱۷؛ چن و همکاران، ۲۰۱۸). آن‌چنان‌که از ویژگی کمال‌گرایی و ابعاد آن قابل درک است، افرادی دارای خصیصه کمال‌گرایی بالا چون در رابطه با ابعادی زندگی خود، استانداردهای شخصی بسیار بالایی دارند (فراست و مارتن، ۲۰۱۸)، اگر این استانداردهای افراطی متمرکز بر تجارب و بخش‌هایی از زندگی شوند که قابلیت وسواس‌پذیری دارند (مانند نظافت، چهارچوب‌های مذهبی، جنسی و ...)، می‌توانند شخص را مستعد نارضایتی از وضع موجود کنند و باعث شوند تا شخص به گونه کمال‌گرایانه برای رسیدن به استاندارد شخصی تمام نشدنی (به‌طور مثال در زمینه شستشو و تمیزی) تلاش کند و تداوم این مسأله در طی زمان به صورت علائم وسواسی- اجباری بروز می‌کند. به‌همین دلیل، کمال‌گرایی از جمله باورهای اصلی دخیل در اختلال وسواسی- اجباری دانسته شده است (چن و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین، افراد دارای صفت کمال‌گرایی بالا، از منظر رویکردهای شناختی از شیوه‌های تفکری بهره می‌گیرند که آنها را نسبت به شروع و تداوم وسواس آسیب‌پذیر می‌کند. به عبارت دیگر، آنها ممکن است به گونه تردیدآمیز فکر کنند که "آیا موضوع ... به درستی انجام شده است یا نیازمند دقت بیشتری است؟" و یا در سطح وسواس عملی برخی رفتارها را به حدی ادامه دهند تا با کاهش تردید و دودلی به احساس "کافی بودن" آن رفتار دست‌یابند (چن و

همکاران، ۲۰۱۸). اما از آنجاکه این موارد فقط مربوط به یک‌زمان و یک‌مرتب نیست و در طول زمان تکرار می‌شوند، تداوم می‌یابند و تبدیل به آئین‌های تکرارشونده و سواسی می‌شوند.

از سوی دیگر، ویژگی کمال‌گرایی نه تنها در افراد مبتلا به وسواس بیشتر است (فراست و استکتی، ۲۰۱۰)، بلکه به گفته پیتو و همکاران (۲۰۱۷) کمال‌گرایی می‌تواند در درمان وسواس نیز تداخل نماید. همسو با یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که کمال‌گرایی موجب بهره‌گیری از راهبردهای تنظیم هیجان می‌شود که تداوم‌بخش هیجان‌های منفی است. علاوه بر این، افکار و رفتارهای وسواسی در قالب تقویت منفی به‌عنوان یک راهبرد اجتنابی از این هیجان‌های منفی استفاده می‌شود. به‌عبارت دیگر، فرد کمال‌گرا به دنبال برخی استانداردها و معیارهای مطلق و افراطی است که در صورت برآورده نشدن، وی اقدام به فاجعه‌آمیز کردن آن شرایط می‌کند و با نشخوار مداوم آن دچار هیجان‌های ناخوشایندی می‌شود که مسئولیت آنها را متوجه خود یا دیگری می‌داند، یعنی این وضعیت با نوعی سرزنش خود و سرزنش دیگری همراه است. به‌عبارت دیگر، نتیجه استفاده افراطی از این راهبردهای سازش‌نا یافته تنظیم شناختی هیجان (فاجعه‌سازی، نشخوارگری، سرزنش خود و سرزنش دیگری)، تجربه آرامش موقت و درعین‌حال، افزایش هیجان‌های ناخوشایند در طول زمان است. حال برای آنکه فرد از دست این هیجان‌های ناخوشایند رها شود از افکار و رفتارهای وسواسی به‌عنوان نوعی راهبرد کنترل و اجتناب استفاده می‌کند که نتیجه درازمدت آن، نمود یافتن آیین‌مندی‌ها و علائم وسواسی - اجباری است (برمن و همکاران، ۲۰۱۸؛ کوگل و همکاران، ۲۰۱۲).

افزون بر موارد فوق، براساس یافته‌های پژوهش حاضر خودکارآمدی هم به‌صورت مستقیم و هم به‌واسطه افزایش راهبردهای سازش‌یافته تنظیم شناختی هیجان و کاهش راهبردهای سازش‌نا یافته تنظیم شناختی هیجان می‌تواند موجب کاهش علائم وسواسی - اجباری شود. این یافته که خودکارآمدی دارای اثر علی بر کاهش وسواسی - اجباری است همسو با پژوهش‌های پیشین (باندورا، ۲۰۱۲؛ فارل و همکاران، ۲۰۱۸؛ ویلهلم و همکاران، ۲۰۱۵)، علت تأثیر خودکارآمدی بر ممانعت از درگیر شدن در آیین‌ها و تشریفات وسواسی، احساس توانمندی در مواجهه با موقعیت‌ها و رویدادهای زندگی است. درواقع، افراد دارای خودکارآمدی بر این باور هستند که می‌تواند با چالش‌ها رویارو شوند و از توانایی سازماندهی برخی اقدامات و کنش‌ها برای رسیدن به پیامدهای خاص برخوردار هستند (فارل و همکاران، ۲۰۱۸). این احساس توانمندی و اثرگذاری نه تنها در مورد موقعیت‌ها و رویدادهای بیرونی و قابل مشاهده، بلکه درباره رویدادهای درونی مانند افکار وسواسی نیز می‌تواند رخ دهد. یعنی فرد دارای احساس خودکارآمدی به این باور درونی دست‌می‌یابد که می‌تواند با تکان‌ها و افکار وسواسی خود به‌شکل کارآمدی مواجه شود و آنها را به شیوه‌های مطلوب برای رسیدن به پیامدهای خاص سازماندهی کند، در نتیجه نیازی به آیین‌ها و تشریفات وسواسی احساس نخواهد کرد. احتمالاً به‌همین دلیل بندورا (۲۰۱۲) بیان کرد که خودکارآمدی قادر است ترس شخص را کاهش دهد و پاسخ‌های درمانی را بهبود بخشد. بنابراین، زمانی که خودکارآمدی افزایش یابد به‌صورت مستقیم می‌تواند تمایل شخص برای درگیر شدن در باورها و رفتارهای وسواسی را کاهش دهد.

علاوه بر این، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد مسیر اثرگذاری خودکارآمدی بر کاهش علائم وسواسی - اجباری همیشه به‌صورت مستقیم نیست، بلکه این اثر علی می‌تواند به واسطه افزایش راهبردهای سازش‌یافته تنظیم شناختی هیجان و کاهش راهبردهای سازش‌نا یافته تنظیم شناختی هیجان نیز رخ دهد. درواقع، خودکارآمدی به واسطه ایجاد احساس توانایی عملی (۱۶) و سازماندهی کنش‌های شخص (فارل و همکاران، ۲۰۱۸) در برابر چالش‌ها یا موقعیت‌های زندگی، به شخص کمک می‌کند تا در برابر هیجان‌های نامطلوب و مرتبط با وسواس نیز احساس توانایی و اثرمندی کند. این احساس توانمندی ناشی خودکارآمدی می‌تواند به شکل‌های مختلفی بروز کند، از جمله فرد ممکن است احساس کند که براساس تفسیری مجدد از شرایط موجود می‌تواند هیجان‌های خود را تعدیل کند، به‌گونه مؤثر و مثبت برای این شرایط برنامه‌ریزی کند، دیدگاه گسترش‌یافته نسبت به این موقعیت اتخاذ کند و توانایی پذیرش این موقعیت را داشته باشد. این توانمندی‌ها مبتنی بر راهبردهای تنظیم هیجان هستند و گستره وسیعی از پژوهش‌ها بر نقش میانجی راهبردهای تنظیم هیجان تأکید کرده‌اند (میو همکاران، ۲۰۲۲؛ سی و همکاران، ۲۰۲۲). درنهایت، مجموعه این راهبردهای مختلف اثرگذاری مطلوب بر موقعیت هیجان‌آور که در نتیجه بالابودن خودکارآمدی تجربه می‌شوند، همان راهبردهای سازش‌یافته تنظیم شناختی هیجان هستند. همچنین، در این شرایط فرد چون ترسی از هیجان‌های ناخوشایند خود ندارد و به‌دلیل احساس خودکارآمدی آنها را قابل کنترل می‌داند،

احتمال کمتری وجود دارد که به سمت راهبردهای سازش‌نایافته تنظیم شناختی هیجان (مانند فاجعه‌سازی، سرزنش خود و ...) گرایش یابد.

• نتیجه‌گیری

در مجموع، می‌توان گفت که در گروه‌های غیربالینی کاهش کمال‌گرایی افراطی و تقویت خودکارآمدی می‌تواند به صورت مستقیم به کاهش علائم وسواسی-اجباری منجر شوند. همچنین، کاهش کمال‌گرایی به واسطه کاهش در راهبردهای سازش‌نایافته تنظیم شناختی هیجان و افزایش خودکارآمدی به واسطه افزایش در راهبردهای سازش‌یافته تنظیم شناختی هیجان می‌تواند به کاهش علائم وسواسی فکری عملی منجر شود. بنابراین، می‌توان پیشنهاد داد که در مداخلات شناختی-رفتاری، طرح درمان و ارائه تمرین‌ها به شکلی باشد که معطوف به کاهش کمال‌گرایی و افزایش خودکارآمدی باشد. اما از آنجایی که مهم‌ترین محدودیت روش شناختی پژوهش حاضر نبود امکان نتیجه‌گیری علت و معلولی از این یافته‌ها است، پیشنهاد می‌شود ابتدا در پژوهش‌های تجربی به آزمون مداخله در کمال‌گرایی و خودکارآمدی پرداخته شود و تأثیر آن بر تغییر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و علائم وسواسی-اجباری مورد ملاحظه قرار گیرد.

• تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع وجود ندارد.

• تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر و تمامی عزیزانی که ما را در این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

• منابع

- ابراهیمی، گل‌نوش و عابد، نازنین. (۱۴۰۲). پیش‌بینی تاب‌آوری از سبک‌های دلبستگی و تنظیم شناختی هیجان زنان دارای تجربه سوگ همسر. *مجله روان‌شناسی*، سال بیست و هفتم شماره ۲ (پیاپی ۱۰۶)، ۲۱۵-۲۲۳.
- جمشیدی، بهنام؛ حسین چاری، مسعود؛ حقیقت، شهربانو و رزمی، محمدرضا. (۱۳۸۸). اعتباریابی مقیاس جدید کمال‌گرایی. *مجله علوم رفتاری*، ۱ (۳)، ۴۳-۳۵.
- حسنی، جعفر. (۱۳۹۰). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۹ (۴)، ۲۲۹-۲۴۰.
- راجزی اصفهانی، سپیده؛ متقی پور، یاسمن؛ کامکاری، کامبیز؛ ظهیرالدین، علیرضا و جان بزرگی، مسعود. (۱۳۹۰). اعتبار و روایی نسخه فارسی مقیاس وسواسی-اجباری ییل براون. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۴، ۲۹۷-۳۰۳.
- فرجی، ندا؛ غلامعلی لوسانی، مسعود و خلیلی، شیوا. (۱۳۹۶). رابطه خودشناسی و نیازهای اساسی روان‌شناختی با خودتنظیمی هیجانی و یادگیری. *مجله روانشناسی*، سال بیست و یکم شماره ۳ (پیاپی ۸۳)، ۳۳۴-۲۴۷.
- کرامتی، هادی و شهرآرای، مهراناز. (۱۳۸۳). بررسی نقش خودکارآمدی ادراک شده در عملکرد ریاضی. *فصلنامه نوآوری‌های آموزشی*، ۱۰ (۳)، ۱۱۵-۱۰۳.
- نادری، سارا؛ غلامعلی لوسانی، مسعود و قاسم‌زاده، سوگند. (۱۴۰۲). بررسی مقایسه‌ای رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با بهزیستی روان‌شناختی و نقش میانجی‌گر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در دو گروه نوجوانان با و بدون سابقه طلاق والدین. *مجله روان‌شناسی*، سال بیست و هفتم شماره ۴ (پیاپی ۱۰۸)، ۴۰۶-۴۱۵.

- Aydin, A. Boysan, M. Tutarel-Kışlak, Ş. Kalafat, T. Selvi, Y. & Beşiroğlu, L. (2012). The Predictive Value of Interpersonal Schemas, Perfectionism, and Thought Action-Fusion in Obsessive-Compulsive Disorder. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 25(2), 108-118.
- Bandura, A. (Ed). (1995). *Self-Efficacy in Changing Societies*. New York: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (2012). On the Functional Properties of Perceived Self-Efficacy Revisited. *Journal of Management*, 38(1), 9-44.

- Berman, N.C., Shaw, A. M., & Wilhelm, S. (2018). Emotion regulation in patients with obsessive compulsive disorder: Unique effects for those with “taboo thoughts”. *Cognitive Therapy and Research*, 42 (5), 674-685.
- Callaghan, T., Greene, D., Shafran, R., Lunn, J., & Egan, S. J. (2024). The relationships between perfectionism and symptoms of depression, anxiety and obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behavior Therapy*, 53(2), 121-132.
- Chen, I.J., Hu, M., Zhang, H., & Guo, Z. (2018). The effect of parenting behavior on the obsessive-compulsive symptom of college students: The mediating role of perfectionism. *Creative Education*, 9, 758-778.
- Cervin, M. (2023). Obsessive-compulsive disorder: diagnosis, clinical features, nosology, and epidemiology. *Psychiatric Clinics*, 46(1), 1-16.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., ... & Thigpen, J. C. (2017). Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. *Psychological Bulletin*, 143(9), 939.
- Cougle, 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.
- Farrell, B., Richardson, L., Raman-Wilms, L., Launay, D., Alsabbagh, W., & Conklin, J. (2018). Self-efficacy for prescribing: A survey for health care professionals using evidence-based prescribing guidelines. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 14 (1), 18-25.
- Fergus, T. A., & Bardeen, J. R. (2014). Emotion regulation and obsessive-compulsive symptoms: A further examination of associations. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(3), 243-248.
- Frost, R.O., & Marten, P. A. (2018). Perfectionism and evaluative threat. *Cognitive Therapy & Research*, 14, 559-572.
- Frost, R. O., & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behavior Research and Therapy*, 35(4), 291-296.
- Frost, R.O., & Steketee, G. (2010). Perfectionism in obsessive compulsive disorder patients. *Behavior Research and Therapy*, 35, 291-296.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30 (8), 1311-1327.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & van Etten, M. (2005). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and internalizing and externalizing psychopathology. *Journal of Adolescence*, 28(5), 619-631.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire—development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41(6), 1045-1053.
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., van Den Kommer, T., & Teerds, J. A. N. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence*, 25(6), 603-611.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The cognitive emotion regulation questionnaire. *European journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141-149.
- Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., & van Den Kommer, T. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 267-276.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., ... & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006-1011.
- Gross, J. J. (Ed.) (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York, NY: Guilford Press
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York, NY: Guilford Press.
- Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 387-401.
- Hill, R. W., Huelsman, T. J., Furr, R. M., Kibler, J., Vicente, B. B., & Kennedy, C. (2004). A new measure of perfectionism: The Perfectionism Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 82(1), 80-91.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1996). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Jalal, B., Chamberlain, S. R., & Sahakian, B. J. (2023). Obsessive-compulsive disorder: Etiology, neuropathology, and cognitive dysfunction. *Brain and Behavior*, e3000.
- Johnston, T. E., Gross, J. J., Chen, W., McEvoy, P., Becerra, R., & Preece, D. A. (2025). Emotion beliefs and emotion regulation strategy use. *Personality and Individual Differences*, 240, 113066.
- Kim, H., Seo, J., Namkoong, K., Hwang, E.H., Sohn, S. Y., Kim, S. J., Kang, J. I. (2016). Alexithymia and perfectionism traits are associated with suicidal risk in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 192, 50-5.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd. Ed.). New York: Guilford Press.
- Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1301-1326.
- Macedo, A., Marques, C., Quaresma, V., Soares, M. J., Amaral, A. P., Araújo, A. I., & Pereira, A. T. (2017). Are perfectionism cognitions and cognitive emotion regulation strategies mediators between perfectionism and psychological distress? *Personality and Individual Differences*, 119, 46-51.

- McLean, C. P., Zang, Y., Gallagher, T., Suzuki, N., Yarvis, J. S., Litz, B. T., ... & STRONG STAR Consortium. (2019). Trauma-related cognitions and cognitive emotion regulation as mediators of PTSD change among treatment-seeking active-duty military personnel with PTSD. *Behavior Therapy, 50*(6), 1053-1062.
- McCabe-Bennett, H., Roorda, B. A., Girard, T. A., Lachman, R., & Antony, M. M. (2025). Relationship among indecisiveness, perfectionism, and hoarding symptoms in individuals with and without hoarding disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 44*, 100929.
- McRae, K. (2016). Cognitive emotion regulation: A review of theory and scientific findings. *Current Opinion in Behavioral Sciences, 10*, 119-124.
- Meral, Y., Boysan, M., Sandıkçı, T., Çalışkan, Y., Haşimoğlu, A., Doğangün, B., & Kadak, M. T. (2023). Relationships between dissociation, obsessive beliefs, and self-esteem in juvenile obsessive-compulsive disorder: a case-controlled clinical study. *Current Psychology, 42*(8), 6043-6055.
- Merling, L. F., Siev, J., Delucia, C., & Davidtz, J. (2022). I think I Can: The Role of Self-Efficacy in Exposure to Contamination. *Journal of Social and Clinical Psychology, 41*(5), 423-443.
- Miegel, F., Moritz, S., Wagener, F., Cludius, B., & Jelinek, L. (2020). Self-esteem mediates the relationship between perfectionism and obsessive-compulsive symptoms. *Personality and Individual Differences, 167*, 110239.
- Miklósi, M., Martos, T., Szabó, M., Kocsis-Bogár, K., & Forintos, D. (2014). Cognitive emotion regulation and stress: A multiple mediation approach. *Translational Neuroscience, 5*(1), 64-71.
- Miu, A. C., Szentágotai-Táatar, A., Balazsi, R., Nechita, D., Bunea, I., & Pollak, S. D. (2022). Emotion regulation as mediator between childhood adversity and psychopathology: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 93*, 102141.
- Moretz, M. W., & McKay, D. (2009). The role of perfectionism in obsessive-compulsive symptoms: "Not just right" experiences and checking compulsions. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(5), 640-644.
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion regulation and psychopathology: The role of gender. *Annual Review of Clinical Psychology, 8*, 161-187.
- Otto, L. R., Sin, N. L., Almeida, D. M., & Sloan, R. P. (2018). Trait emotion regulation strategies and diurnal cortisol profiles in healthy adults. *Health Psychology, 37* (3), 301-305.
- Parmar, A., Ganesh, R., & Mishra, A. K. (2019). The top 100 cited articles on Obsessive Compulsive Disorder (OCD): A citation analysis. *Asian Journal of Psychiatry, 42*, 34-41.
- Pinto, A., Dargani, N., Wheaton, M. G., Cervoni, C., Rees, C. S., & Egan, S. J. (2017). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder and related disorders: What should treat clinicians know? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 12*, 102-108.
- Perry, N. B., Swingler, M. M., Calkins, S. D. & Bell, M. A. (2016). Neurophysiological correlates of attention behavior in early infancy: Implications for emotion regulation during early childhood. *Journal of Experimental Child Psychology, 142*, 245-261.
- Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2007). *Health behaves or constructs: Theory, measurement, and research*. National Cancer Institute Website.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods in Psychological Researches, 8*, 23-74.
- See, C. C., Tan, J. M., Tan, V. S., & Sündermann, O. (2022). A systematic review on the links between emotion regulation difficulties and obsessive-compulsive disorder. *Journal of psychiatric research, 154*, 341-353.
- Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 11*(1), 379-405.
- Stern, M. R., Nota, J. A., Heimberg, R. G., Holaway, R. M., & Coles, M. E. (2014). An initial examination of emotion regulation and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 3*(2), 109-114.
- Trafford, A.A., Wroe, A.L., Brown, G., Luzon, O. (2018). What You See is What You Do: Imagery and the Moral Judgements of Individuals with OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 16*, 50-55.
- Voderholzer, U., Hilbert, S., Fischer, A., Neumüller, J., Schwartz, C., & Hessler-Kaufmann, J. B. (2020). Frequency and level of self-efficacy predict the effectiveness of therapist-and self-guided exposure in obsessive compulsive disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 48*(6), 751-755.
- Wilhelm, S., Berman, N. C., Keshaviah, A., Schwartz, R. A., & Steketee, G. (2015). Mechanisms of Change in Cognitive Therapy for Obsessive Compulsive Disorder: Role of Maladaptive Beliefs and Schemas. *Behavior Research and Therapy, 65*, 5-10.
- Yap, K., Mogan, C., Moriarty, A., Dowling, N., Blair-West, S., Gelgec, C., & Moulding, R. (2018). Emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology, 74*(4), 695-709.