

مدل یابی روابط ساختاری عدم تحمل بلاتکلیفی با نگرانی با میانجی گری تفکر ارجاعی، باورهای فراشناختی و کمال گرایی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

علیرضا حاجتی^۱، بهرام میرزائیان^{*۲}، رضا دنیوی^۳

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، مدل یابی روابط ساختاری عدم تحمل بلاتکلیفی با نگرانی با میانجی گری تفکر ارجاعی، باورهای فراشناختی و کمال گرایی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، توصیفی از نوع همبستگی مبتنی بر معادلات ساختاری بود. جامعه‌آماری پژوهش را تمامی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در مراکز درمانی شهر ساری تشکیل دادند که برای تعیین حجم نمونه با توجه به تعداد متغیرهای مشاهده شده و تخصیص ضریب ۱۰ برای هر متغیر مشاهده شده (۲۰٪ متغیر مشاهده شده در مدل)، و با احتساب احتمال وجود پرسشنامه‌های ناقص ۲۲۰ نفر به عنوان حجم نمونه به روش هدفمند (با توجه به دارا بودن ملاک اختلال اضطراب فراگیر) انتخاب شدند. روش جمع‌آوری داده‌ها براساس پنج پرسشنامه عدم تحمل بلاتکلیفی فریستون و همکاران^(۱۹۹۴)، نگرانی پنسیلوانیا^(۱۹۹۰)، تفکر ارجاعی ارینگ^(۲۰۱۰)، باورهای فراشناختی ولز^(۱۹۹۷)، اختلال اضطراب فراگیر اسپیتزر و همکاران^(۲۰۰۶) و کمال گرایی هیل^(۲۰۰۴) صورت گرفت. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرمافزارهای spss22 و Amos23 در دو بخش توصیفی و استنباطی (همبستگی پیرسون و معادلات ساختاری رگرسیونی) انجام پذیرفت. نتایج تحلیل داده نشان داد که مدل پژوهش بازش شد و در مجموع اثرات مسیرهای مستقیم و غیر مستقیم حاکی بود عدم تحمل بلاتکلیفی، تفکر ارجاعی، باورهای فراشناختی و کمال گرایی بر نگرانی اثر معنادار داشته و ۸۶ درصد از متغیر نگرانی در بین مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر، توسط متغیرهای مستقل فوق قابل تبیین می‌باشد، و ۱۴ درصد از این متغیر درون زا توسط دیگر متغیرهای خارج از پژوهش تبیین می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: عدم تحمل بلاتکلیفی، نگرانی، تفکر ارجاعی، باورهای فراشناختی، کمال گرایی، اختلال اضطراب فراگیر

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران

^{*} گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران

^۳ گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نکا، نکا، ایران



مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر (GAD)^۱ یکی از اختلالات شایع روانپردازی می‌باشد که به صورت اضطراب افراطی و نگرانی ذهنی غیر قابل کنترل پیرامون مسائل مختلف تعریف می‌شود و در طول ۶ ماه ادامه داشته و اغلب روش‌ها مشاهده می‌شود (momani, shahidi, motabi and hajeri, ۱۳۹۳). این نگرانی باعث ناراحتی فرد و نقص در عملکرد او می‌گردد. علائم اختلال اضطراب فراگیر شامل بی قراری، تحریک پذیری، انقباض عضلانی، خستگی، آشفتگی در خواب و اشکال در تمرکز می‌باشد (انجمن روانپردازی آمریکا، ۱۳۹۳). مطابق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تقریباً ۱۲ درصد از بیمارانی که به کلینیک‌های روانپردازی مراجعه می‌کنند دچار اختلال اضطراب فراگیر می‌باشند. این اختلال از نظر شیوع در مقام دوم و پس از افسردگی قرار دارد و در زنان احتمال ابتلا به آن ۲ برابر مردان است. سازمان بهداشت جهانی نیز در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیده است که ۸ درصد از افرادی که خواهان درمان در محیط‌های مراقبت اولیه هستند، ملاک‌های تشخیص اختلال اضطراب فراگیر را دریافت می‌کنند. در ایران نیز پژوهش‌های همه‌گیرشناسی نشان داده است که در میان اختلالات اضطرابی، اختلال اضطراب فراگیر بیشترین میزان شیوع را دارد (جوشانی و گنجی، ۱۳۹۶). با این حال داده‌ها حاکی از آن است که در شروع اضطراب فراگیر، وقایع ناگواری در زندگی بیمار وجود دارد؛ یعنی چندین واقعه منفی در زندگی، احتمال پیدایش این اختلال را به مقدار زیادی افزایش می‌دهد (sadouk and sadouk, ۲۰۰۷). در سال‌های اخیر، راپایی کاپلان، عبدالح، هاف^۲ (۲۰۱۶) و فاکانموجو، فانمی و بامک^۳ (۲۰۱۵) با اجرای پژوهش درباره اضطراب، آن را از جهات زیست‌شنা�ختی و روان‌شنা�ختی بررسی کرده‌اند. به لحاظ روان‌شنा�ختی، تحقیقات مختلف، همبسته‌های مختلفی را برای این اختلال یافته‌اند؛ پژوهش یکی از عواملی است که می‌تواند با اختلال اضطراب فراگیر در ارتباط باشد که این موضوع در تحقیقات مختلف نشان داده شده است. یکی از دیدگاه‌های نوین در تبیین اختلال اضطراب فراگیر، مدل عدم بلاکلیفی باشد (مختاری، خسروی و نجات‌بخش، ۱۳۹۴). عدم تحمل بلاکلیفی به طور گسترده به عنوان واکنشی شناختی، هیجانی و رفتاری به عدم اطمینانی تعریف شده است، که به موجب آن سوگیری در پردازش اطلاعات و افزایش ارزیابی معیوب تهدید و کاهش کنار آمدن رخ می‌هد (فهیمی، محمدعلیلو، رحیم خانلی، فخاری و پورشفیعی، ۱۳۹۳). عدم تحمل بلاکلیفی، نوعی سوگیری شناختی است که بر چگونگی دریافت، تفسیر و واکنش فرد به

¹ Generalized Anxiety Disorder (GAD)

² American Psychiatric Association

³ Raparia, Coplan, Abdallah and Hof

⁴ Fakunmoju, Funmi and Bammeke



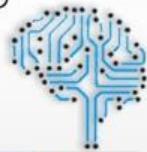
یک موقعیت نامطمئن در سطوح هیجانی، شناختی و رفتاری تاثیر می‌گذارد (دوگاس، چواردز و فرانسیس^۱، ۲۰۰۴). اغلب تحقیقات صورت گرفته در این زمینه نشان داده اند که عدم تحمل بلا تکلیفی سازه مرکزی در تبیین نگرانی به عنوان ویژگی اصلی اختلال در درک مشکل است (احسان منش، ۱۳۸۴). بر اساس عدم تحمل بلا تکلیفی، افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، موقعیت‌های نامطمئن و مبهم را پریشان و آشفته کننده می‌دانند (دوگاس و همکاران، ۲۰۰۴) و در واکنش به چنین موقعیت‌هایی، دچار نگرانی مزمن می‌شوند. این افراد معتقدند که نگرانی به آن‌ها کمک خواهد کرد تا به طور موثر با حوادث وحشتناک مقابله کنند و یا از وقوع این حوادث جلوگیری نمایند (فهیمی و همکاران، ۱۳۹۳). این نگرانی همراه با احساسات ناشی از اضطراب، منجر به نگرش منفی به مشکل و اجتناب شناختی می‌شود (محمودعلیلو، شاهجويي و هاشمي، ۱۳۸۹) که در نهايى تداوم نگرانی و اختلال در حل مشکل را در پی دارد. داگاس و کوئرنر^۲ (۲۰۰۵) به اين نتيجه رسيدند که عدم تحمل بلا تکلیفی، زنجيره‌اي از نگرانی، نگرش منفی به مشکل و اجتناب شناختی را حمایت کرده و همچنین بيان کرده اند که عدم تحمل بلا تکلیفی مستقيماً بر نگرش فرد به مشکل و سطوح اجتناب شناختی تاثير می‌گذارد. در اين مسیر، افراد با ميزان بالاي عدم تحمل بالا تکلیفی، مستعد نگرانی خواهند بود. همچنین نگرانی فرآيندي شناختي است که با افكار مداوم و تكراري در مورد دلواپسي‌های شخصی از يك سو و مشکل در پيان دادان به اين زنجيره افكار اشاره دارد (جونگ مير، بک و ريد^۳، ۲۰۰۹). يك از اين فرآيندها تفكير منفي تكراري يا تفكير ارجاعي^۴ است (ماسيدو^۵، ۲۰۱۵). پژوهش‌ها ارتباط بين انواع شکل‌های تفكير ارجاعي باورهای فراشناختي را تاييد کرده اند و نتایج نشان داده است که مداخله فراشناختي که به صورت مستقيمه باورهای فراشناختي مثبت و منفي را به چالش می‌کشد، با کاهش تفكير ارجاعي و نشانگان اضطراب و افسردگي همراه بوده است (مک اوی و ماهونى^۶، ۲۰۱۳). ابعاد کمالگرائي همبستگي و همایند زیادي با تفكير ارجاعي دارند (ماسيدو، ۲۰۱۵). اهرينج تفكير ارجاعي را نوعی از تفكير درباره مشکلات يا تجارب منفي يك شخص تعريف کرده است که با سه ويزگي کليدي مشخص می‌شود: تكراري بودن، خودآيند بودن و مشکل در قطع افكار. تفكير ارجاعي به طور دقیق با نشخوار فکري(که مشخصه اصلی افسردگي است) و نگرانی(که مشخصه اصلی اضطراب است) تعريف می‌شود که همبستگي زیادي با اختلالات عاطفي دارد. بنابراین تفكير ارجاعي به عنوان يك فرآيند فراتشخصي مطرح شده است که مشخصه يکسانی در اکثر اختلالات از خود نشان می‌دهد (مک اوی، واتسون، واتکينس و ناسان^۷، ۲۰۱۳). به طور قابل توجه، ابعاد تفكير ارجاعي يك همبستگي منحصر به فرد با ابعاد اختلالات عاطفي از جمله، اضطراب فراگير، اضطراب اجتماعي و افسردگي از خود نشان داده اند (ماهونى، ۲۰۱۲؛ به نقل از مک اوی و همکاران، ۲۰۱۳). به عنوان يك عامل خطرساز، بالا رفتن تفكير ارجاعي ممکن است همایندی اختلالات عاطفي را

¹ Dugas, A. Schwartz, and K. Francis² Dugas, and Koerner³ Jong meyer, Beck, Riede⁴ repetitive negative thinking⁵ Macedo⁶ Mcevoy, Mahoney⁷ McEvoy, Watson, Watkins & Nathan



افزایش دهد (مک اوی و همکاران، ۲۰۱۳). یکی از متغیرهایی که در شکل‌گیری و تداوم اختلال اضطراب فraigیر نقش دارد فراشناخت در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی آسیب جدی می‌بیند. مدل کنش اجرایی خودتنظیمی، یک چارچوب شناختی برای فهم چگونگی سطوح و مولفه‌های چندگانه تعامل شناختی رفتار در پایداری اختلالات اضطرابی فراهم کرده است (ولز و متیوس^۱، ۱۹۹۶؛ به نقل از شاهمرادی، ۱۳۹۳). رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت های آنها به الگوی خاصی از پاسخدهی به تجربه‌های درونی منجر می‌شوند که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود. این الگو نشانگان شناختی توهی خوانده می‌شود که شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجه ثبیت شده و راهبردهای خودتنظیمی و یا رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه می‌شود (ولز^۲، ۲۰۰۹). پردازش‌های شناختی در GAD همانند آن چیزی است که در اضطراب صفت رخ می‌دهد (آیزنک^۳، ۱۹۹۷، ۱۹۹۲). بنابراین، درک پردازش‌ها و سازو کارهای شناختی زیر بنایی این اختلال، موجب درک عمومی ما از آسیب پذیری در برابر اضطراب می‌شود. پژوهش‌ها حاکی از وجود رابطه مثبت بین باورهای مثبت و منفی با استعداد فرد در برابر نگرانی بیمارگون هستند (کارترایت-هاتون و ولز، ۱۹۹۷). افراد مبتلا به GAD بیشتر از افراد عادی درباره دلایل مثبت نگران شدند، نمرات بالایی به دست آورده‌اند (بورکویک و رومر^۴، ۱۹۹۵). پژوهش راشیو و بورکاوک^۵ (۲۰۰۴) نشان می‌دهد که باورهای فراشناختی منفی درباره نگرانی، خاص بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فraigir است. پژوهش پورنامداریان، بیرشك و اصغرنژاد (۱۳۹۱) نشان می‌دهند که باورهای فراشناختی به خصوص باورهای منفی مرتبط با کنترل ناپذیری و نیاز به مهار افکار بهترین پیش‌بینی کننده‌های اضطراب هستند. در ادامه کمالگرایی سازه‌ای روانشناسی است که در افراد دارای اختلال اضطراب فraigir، به میزان زیادی وجود دارد و رابطه این سازه با عدم تحمل بلاتکلیفی مغفول مانده است. کمالگرایی سازه‌ای است که به طور خاص از سال ۱۳۸۹ در کانون توجه پژوهشگران قرار گرفت (هویت، میتلستاد، وولرت^۶، ۱۹۸۹). دانکلی، برگ و زورف اظهار می‌کنند که دو بعد اساسی کمالگرایی استانداردهای شخصی کمال‌گرایی خود انتقادی است. کمالگرایی استانداردی شخصی شامل مجموعه‌ای از استانداردها و هدف‌های بلندپروازانه برای خود است. در سوی دیگر کمالگرایی خود انتقادی شامل موشکافی پایدار و سفت و سخت درباره خود، ارزیابی انتقادی از رفتار خود و نگرانی‌های مزمن درباره انتقادگری و عدم تایید دیگران است (دانکلی، برگ و زورف^۷، ۲۰۱۲). اما علاوه بر آن‌ها، امروزه بیشتر پژوهشگران کمال‌گرایی را به دو نوع بهنجار یا مثبت و نوروتیک یا منفی تقسیم می‌کنند (فدو، بورنس و گومز، ۲۰۰۵؛ به نقل از پشت مشهدی، یزدان‌دoust، اصغرنژاد فرید و مریدپور، ۱۳۹۲). کمالگرایی که با انتقاد بیش از حد از خود، نگرانی در مورد برآوردن انتظارات اجتماعی و تمرکز

¹ Wells & Matthews² Wells³ Eysenck⁴ Borkovec & Roemer⁵ Ruscio, and Borkovec⁶ Hewitt, Mittelstaedt, Wollert⁷ Dunkley, Berg, Zuroff



بر سازمان‌بندی همراه است (چانگ، ۱۹۹۸). یکی از بازدارنده‌های اساسی در دستیابی به هدف تغییر نگرش‌های فرد است. با توجه به اینکه اختلال اضطراب فراگیر یکی از شایع‌ترین اختلال‌های درمان کامل آن با روش‌های درمانی کنونی سخت می‌باشد، چنانچه بیمار بر عملکرد کامل و بینقص تاکید کند و نتواند به استانداردهای موردنظر خود دست یابد، احساس شکست و سرزنش خود، زمینه را برای ایجاد هیجان‌های منفی آمده می‌کند (جوشانی و گنجی، ۱۳۹۶). با توجه به اینکه در پیشینه مطالعاتی نقش متغیرهای فوق الذکر به صورت مجزا نشان داده شده است، مسئله تحقیق حاضر این است که این متغیرها در ارتباط با همدیگر چگونه می‌توانند شدت اختلال اضطراب فراگیر را پیش بینی کنند. با توجه به آنچه بیان شد پژوهشگر در این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سوال است که "آیا می‌توان بر مبنای روابط ساختاری عدم تحمل بلاتکلیفی و نگرانی با میانجی گری تفکر ارجاعی، باور فراشناختی و کمال گرایی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مدلی ارائه نمود؟".

روش‌شناسی

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، توصیفی از نوع همبستگی مبتنی بر معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به مطب سرکار خانم دکتر سارا تقی (واقع در خیابان قارن، ساختمان شهریار ۲) و مطب جناب آقای دکتر مهدی پوراصغر (واقع در خیابان امیر مازندرانی، ساختمان سینما) در شهر ساری در شش ماه اول سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که برای تعیین حجم نمونه با توجه به تعداد متغیرهای مشاهده شده و تخصیص ضریب ۱۰ برای هر متغیر مشاهده شده (۰.۲۰ متغیر مشاهده شده در مدل)، و با احتساب احتمال وجود پرسشنامه‌های ناقص ۲۲۰ نفر به عنوان حجم نمونه به روش هدفمند (با توجه به دارا بودن ملاک اختلال اضطراب فراگیر) انتخاب شدند. روش جمع‌آوری داده‌ها براساس پنج پرسشنامه عدم تحمل بلاتکلیفی فریستون و همکاران (۱۹۹۴)، نگرانی پنسیلوانیا (۱۹۹۰)، تفکر ارجاعی ارینگ (۲۰۱۰)، باورهای فراشناختی ولز (۱۹۹۷)، اختلال اضطراب فراگیر اسپیتزر^۱ و همکاران (۲۰۰۶) و کمال گرایی هیل (۲۰۰۴) صورت گرفت که در جدول (۱) ساخته‌های آن به نمایش گذاشته شده است. در نهایت، تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزارهای Amos23 و spss22 در دو بخش توصیفی و استنباطی (همبستگی پیرسون و معادلات ساختاری رگرسیونی) انجام پذیرفت.

جدول ۱: اطلاعات مربوط به متغیرها و مقدار آلفای کرونباخ متغیرهای پژوهش

متغیر	مولفه‌های متغیر	نویسنده	تعداد گویه‌ها	آلفای کرونباخ
عدم تحمل بلاتکلیفی	بالاتکلیفی تلویحات خودارجاعی و رفتار منفی دارد	فریستون و همکاران (۱۹۹۴)	۱۵	۰.۹۳
	غیرمنصفانه است و همه چیز را تباہ می‌کند		۱۲	۰.۸۸

^۱ Spitzer



۰.۹۰	۱۱	مایر و همکاران (۱۹۹۰)؛ مولینا و بروک وک (۱۹۹۴)	نگرانی عمومی	نگرانی
۰.۸۸	۵		فقدان نگرانی	
۰.۹۴	۹	ارینگ و همکاران (۲۰۱۰)	ویزگی‌های اصلی تفکر منفی تکراری	تفکر ارجاعی
۰.۸۳	۳		ناکارآمدی ادراک شده	
۰.۸۶	۳		تسخیر ظرفیت روانی	
۰.۸۷	۶	ولز (۱۹۹۷)	باورهای نگرانی مثبت	باورهای فراشناختی
۰.۸۶	۶		باورهای غیرقابل کنترل	
۰.۸۱	۶		باورهای صلاحیت شناختی	
۰.۸۰	۶		باورهای منفی عمومی	
۰.۷۹	۶		خودهشیاری شناختی	
۰.۸۳	۸		نظم و سازماندهی	
۰.۸۱	۷		هدفمندی	کمال‌گرایی
۰.۹۲	۶		تلاش برای عالی بودن	
۰.۹۰	۷	هیل و همکاران (۲۰۰۴)	معیارهای بالا برای دیگران	
۰.۹۷	۸		نیاز به تایید	
۰.۸۹	۸		تمرکز بر اشتباهات	
۰.۸۸	۸		فسار از سوی والدین	
۰.۹۳	۷		نشخوار فکر	
۰.۸۵	۷	اسپیترز و همکاران (۲۰۰۶)	-	اختلال اضطراب فراگیر

یافته‌ها

آزمون فرضیه‌های پژوهش

فرضیه‌های اول تا چهارم: عدم تحمل بلا تکلیفی / تفکر ارجاعی / باورهای فراشناختی / کمال‌گرایی بر نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اثر مستقیم دارد.

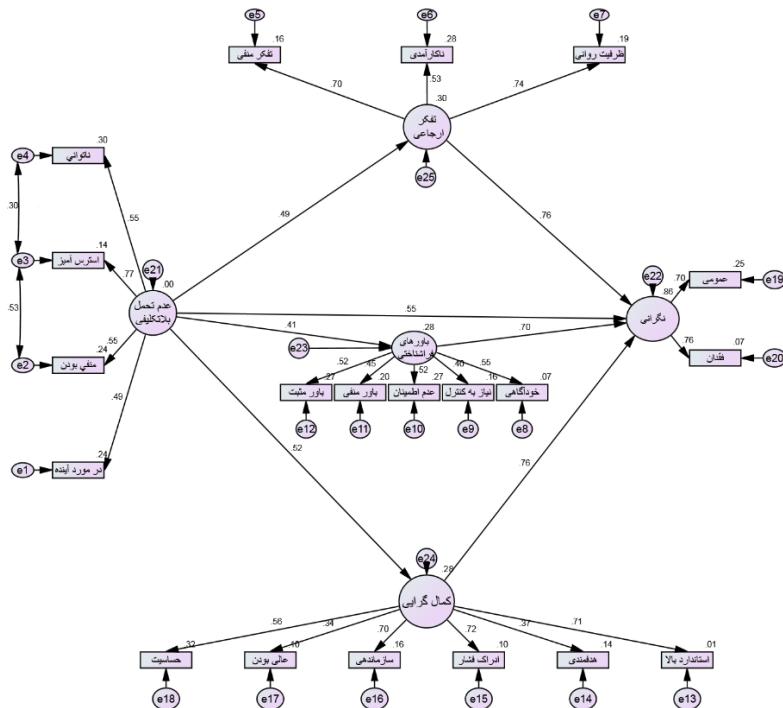
جدول ۲: برآورد مستقیم مدل به روش حداکثر درست نمایی^۱ (ML)

متغیر	مقدار اثر غیراستاندارد (B)	مقدار اثر استاندارد شده (b)	ضریب تعیین (R ²)
عدم تحمل بلا تکلیفی بر نگرانی	۰/۳۵۷	۰/۵۶۲	۰/۶۳۷
تفکر ارجاعی بر نگرانی	۰/۰۸۵	۰/۲۵۳	۰/۳۳۹
باورهای فراشناختی بر نگرانی	۰/۰۵۸	۰/۲۰۳	۰/۲۸۷

¹ Maximum Likelihood



با توجه به جدول (۲) مسیرهای مستقیم توسط متغیرهای عدم تحمل بلاطکلیفی، تفکر ارجاعی، باورهای فراشناختی و کمال گرایی بر نگرانی اثر مستقیم دارا می‌باشد، همچنین نتایج نشان می‌دهد، مقادیر بتا و مقادیر واریانس مشترک (R^2) نیز به قابل مشاهده می‌باشدند.



مدل ۱: مدل نهایی آزمون شده به همراه آماره‌های پیش‌بینی استاندارد شده

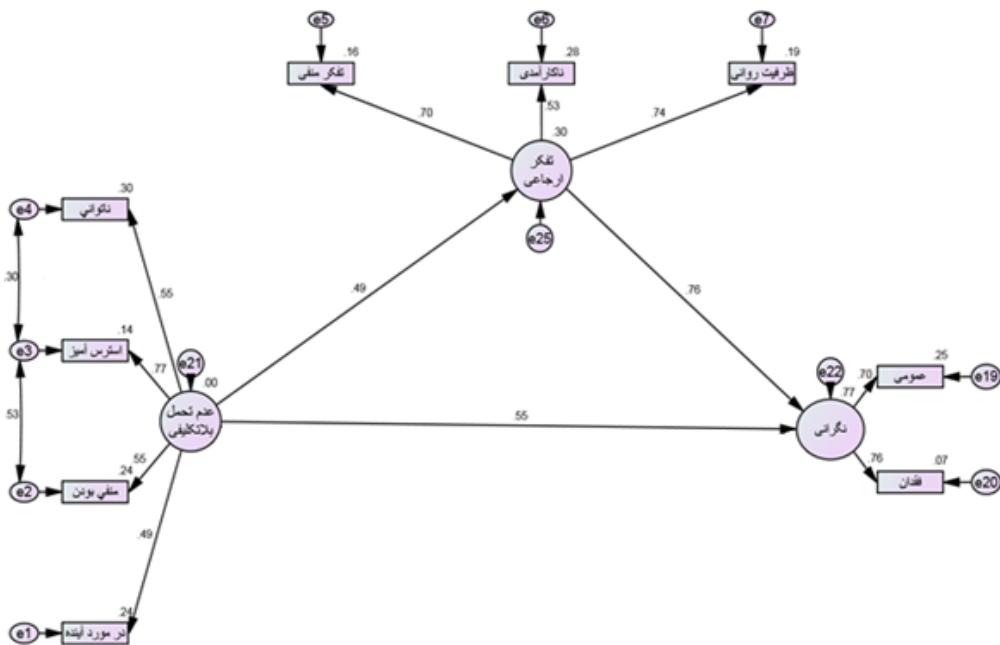
همان گونه که مشاهده می‌گردد، عدم تحمل بلاطکلیفی، تفکر ارجاعی، باورهای فراشناختی و کمال گرایی بر نگرانی اثر معنادار دارند و می‌توان مدل ساختاری بین متغیرهای برون زا و درون زا را رسم نمود. به طور کلی چهار متغیر توان پیش‌بینی ($R^2=0.86$) از متغیر نگرانی را دارا می‌باشدند، که ۸۶ درصد از این متغیر درون زا توسط این متغیرها قابل تبیین می‌باشد، و ۱۴ درصد از نگرانی توسط دیگر متغیرهای خارج از پژوهش تبیین می‌گردد. فرضیه پنجم: عدم تحمل بلاطکلیفی بر نگرانی با میانجی گری تفکر ارجاعی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اثر غیر مستقیم دارد.

با توجه به جدول ۳، همان گونه که مشاهده می‌گردد، مسیرهای غیر مستقیم در نظر گرفته شده با توجه به مقادیر استاندارد شده (β)، به دست آمده، مسیر غیر مستقیم، عدم تحمل بلاطکلیفی بر نگرانی با میانجی گری تفکر ارجاعی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با توجه به روش برآورد بوت استرپ مورد تایید واقع گردید.



جدول ۳: برآورد غیر مستقیم مدل با استفاده از روش بوت استرپ^۱

متغیر	عدم تحمل بلا تکلیفی بر نگرانی با میانجی گری تفکر ارجاعی
B	
معناداری	حد بالا
٠/٠١	٠/٨١١



مدل ۲: مدل نهایی مسیرهای استاندارد نشده در پیش بینی نگرانی در مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم
توسط متغیرهای عدم تحمل بلا تکلیفی و تفکر ارجاعی

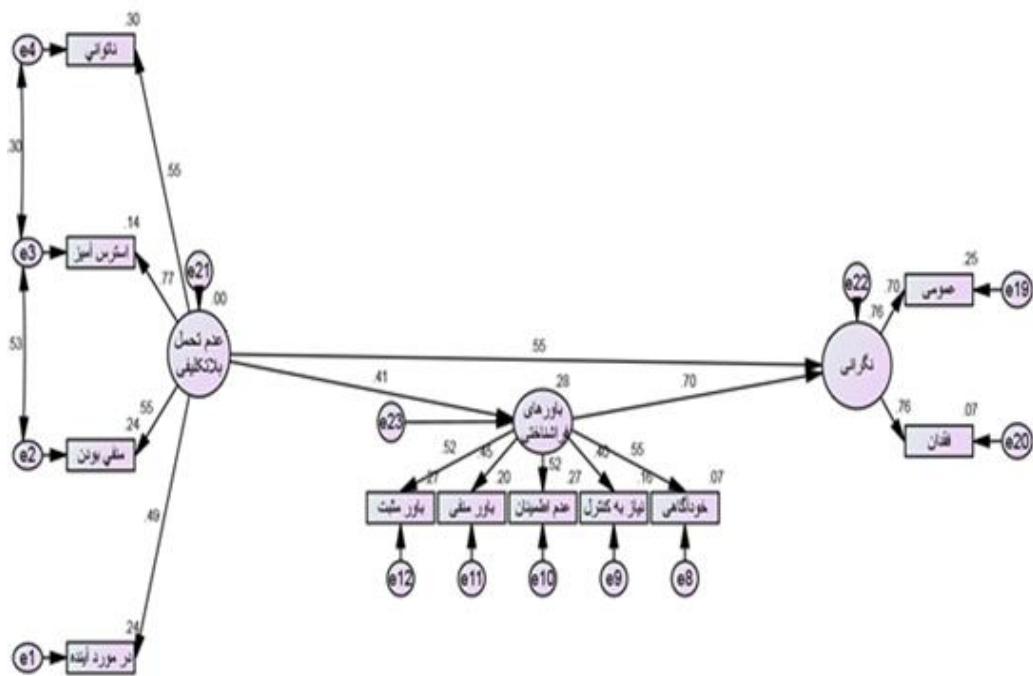
فرضیه ششم: عدم تحمل بلا تکلیفی بر نگرانی با میانجی گری باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فاگیر اثر غیر مستقیم دارد.

با توجه به جدول ۴، همان گونه که مشاهده می‌گردد، مسیرهای غیر مستقیم در نظر گرفته شده با توجه به مقادیر استاندارد شده (β)، به دست آمده، مسیر غیر مستقیم، عدم تحمل بلاکلیفی بر نگرانی با میانجی گری باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فرآگیر با توجه به روش پرآورد بوت استرپ مورد تایید واقع گردید.

جدول ۴: برآورد غیر مستقیم مدل با استفاده از روش یوت استرپ

متغیر	عدم تحمل بلاتکلیفی بر نگرانی با میانجی گری باورهای فراشناختی		
B	حد پایین	حد بالا	معناداری
-0.761	-0.425	-0.803	-0.001

¹ bootstrap



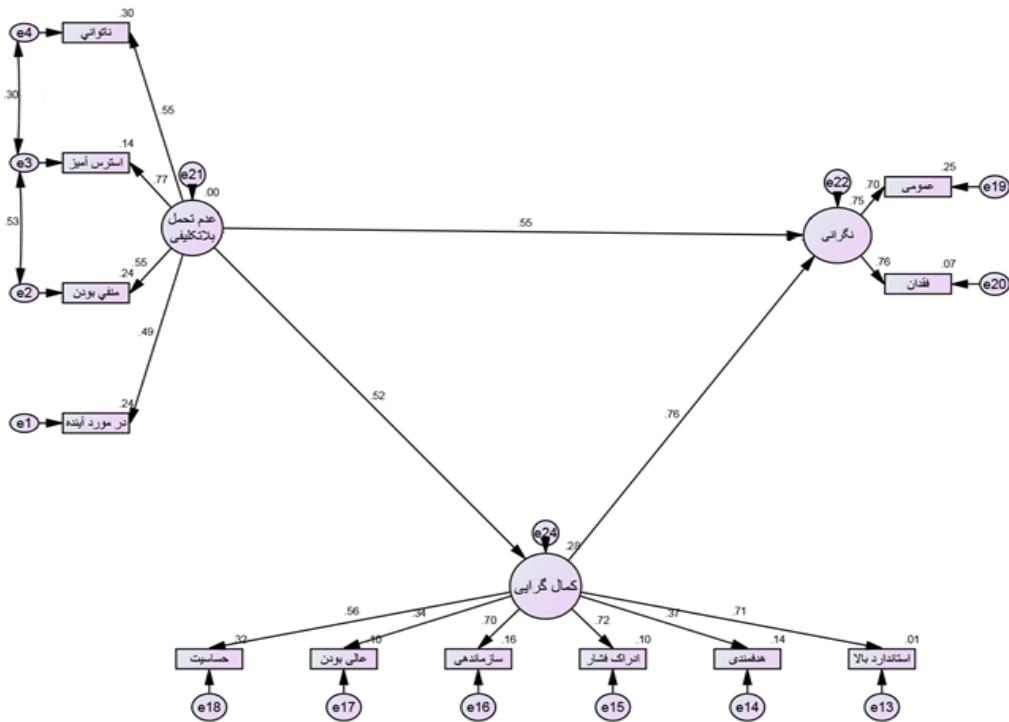
مدل ۴: مدل نهایی مسیرهای استاندارد نشده در پیش بینی نگرانی در مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم
توسط متغیرهای عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی

فرضیه هفتم: عدم تحمل بلا تکلیفی بر نگرانی با میانجی گری کمال گرایی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فرآگیر اثر غیر مستقیم دارد.

با توجه به جدول ۵، همان گونه که مشاهده می‌گردد، مسیرهای غیر مستقیم در نظر گرفته شده با توجه به مقادیر استاندارد شده (β)، به دست آمده، مسیر غیر مستقیم، عدم تحمل بلا تکلیفی بر نگرانی با میانجی گری کمال گرایی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فرآگیر با توجه به روش برآورد بوت استرپ مورد تایید واقع گردید.

جدول ۵: برآورد غیر مستقیم مدل با استفاده از روش بوت استرپ

متغير	عدم تحمل بلا تکلیفی بر نگرانی با میانجی گری کمال گرایی	B	حد بالا	حد پایین	معناداری
	۰/۷۵۶	۰/۴۶۳	۰/۸۱۳	۰	۰/۰۰۱



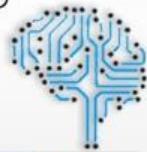
مدل ۵: مدل نهایی مسیرهای استاندارد نشده در پیش بینی نگرانی در مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم
توسط متغیرهای عدم تحمل بلا تکلیفی و کمال گرایی

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با موضوع مدل یابی روابط ساختاری عدم تحمل بلا تکلیفی با نگرانی با میانجیگری تفکر ارجاعی، باورهای فراشناختی و کمال گرایی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر صورت گرفت. پس از تجزیه و تحلیل داده‌های آماری بدست آمده با استفاده از نرم‌افزارهای Amos23 و spss22 یافته‌هایی بدست آمده نشان داد که به طور کلی مدل پژوهش برآشش شد و در مجموع اثرات مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم حاکی بود عدم تحمل بلا تکلیفی، تفکر ارجاعی، باورهای فراشناختی و کمال گرایی بر نگرانی اثر معنادار داشته و ۸۶ درصد از متغیر نگرانی در بین مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر، توسط متغیرهای مستقل فوق قابل تبیین می‌باشد، و ۱۴ درصد از این متغیر درون زا توسط دیگر متغیرهای خارج از پژوهش تبیین می‌گردد. در پژوهش‌های مختلفی مانند؛ عبدالپور و همکاران (۱۳۹۷)، جوشانی و گنجی (۱۳۹۶)، شیرمحمدی و همکاران (۱۳۹۵)، چن و لاوبوند^۱ (۲۰۱۶)، جکسون، نلسون و هاجکک^۲ (۲۰۱۶)، شیکاتانی،

¹ Chen & Lovibond

² Jackson, Nelson & Hajcak



آنتونی، کاسین، و کو^۱(۲۰۱۶)، اهرینگ، تیرلش و اندرور^۲(۲۰۱۵)، که انجام شده است نیز این مسئله نشان داده شده عدم تحمل بلا تکلیفی، تفکر ارجاعی، باورهای فراشناختی و کمال گرایی بر نگرانی اثر معنادار دارد؛ در نتیجه پژوهش‌های این پژوهشگران، تائیدی بر یافته‌های فرضیه حاضر می‌باشد.

یافته اول نشان داد طبق مدل عدم تحمل بلا تکلیفی افراد مضطرب، موقعیت‌های نامعین و یا مبهم را فشارآور و آشفته کننده درک می‌کنند و در نتیجه در پاسخ به چنین موقعیت‌هایی، نگرانی مزمنی را تجربه می‌کنند. این افراد بر این باورند که نگرانی به آنها کمک می‌کند تا بتوانند به صورت کار آمد، با موقعیت‌های ترس‌آور مقابله کنند و یا از این طریق مانع وقوع چنین حوادثی شوند. این افراد هم چنین وجود موقعیت‌های مبهم و منفی احتمالی را غیرقابل قبول می‌دانند؛ و وقتی با چنین نگرانی‌هایی روبه رو می‌شوند از نگرانی به عنوان راهبرد اصلی برای کاهش سطوح بالای عدم تحمل بلا تکلیفی خود استفاده می‌کنند که این موضوع نشان دهنده رابطه تنگاتنگ عدم تحمل بلا تکلیفی با نگرانی است(جوشانی و گنجی، ۱۳۹۶). یافته دوم نشان داد بین تفکر ارجاعی و نگرانی رابطه منفی وجود دارد. افراد دارای مشکل در تفکر ارجاعی، محرك‌های بیرونی یا درونی ناخواهایند را تقویت می‌کنند (اوکنر و همکاران، ۲۰۱۷)؛ بنابراین، فرد دارای مشکل در تفکر ارجاعی ممکن است سیگنال‌هایی را از بدن به صورت نابجا و تحریف شده دریافت کند. درجه‌ی مشکل در تفکر ارجاعی با تقویت حس جسمانی رابطه دارد و این افراد تحمل پایین‌تری را نسبت به محرك‌های دردناک نشان می‌دهند. در تبیین دیگر این یافته، می‌توان گفت که مدیریت هیجانی در افراد اضطرابی پایین می‌باشد و این خود عاملی در نقص شناختی این افراد می‌باشد. افراد اضطرابی در تشخیص تظاهرات هیجانی چهره، تصمیم‌گیری و استراتژی خودآگاهی و خودتنظیمی ضعف اساسی دارند و میزان تحریک‌پذیری در این افراد نسبت به گروه بهنچار بالا می‌باشد (آیاش^۳ و همکاران، ۲۰۱۶). یافته سوم را چنین می‌توان تبیین نمود شوماخر و رودی‌بایوگ^۴(۲۰۱۶) دریافتند که نبود استانداردهای برتر، همراه با مشکل ادراک شده از دستیابی به استانداردها، ظاهراً با کژکار کردی روان‌شناختی در شکل اضطراب فraigیر ارتباط دارد. در تبیین معنی‌دار نبود رابطه‌ی بین بعد کمال گرایی خودمدار با اضطراب فraigیر می‌توان به این اشاره کرد که این بعد با مشخصه‌های مثبت تلاش و رقابت برای پیشرفت، عزت‌نفس و خودشکوفایی از یک سو و با مشخصه‌های منفی خودشیفتگی، خودسرزنش‌گری، خودانتقادگری، احساس گناه و افسردگی از سوی دیگر ارتباط دارد و کمال گرایی جامعه‌مدار با نیاز به تأیید دیگران، ترس از ارزیابی منفی، منبع کنترل بیرونی، بیش تعمیم دهی شکست، خودسرزنش‌گری و دیگر سرزنش‌گری، خشم و اضطراب مرتبط است (بیطرف و همکاران، ۱۳۹۸). با توجه به مطالب ذکر شده کمال گرایان جامعه‌مدار به علت این که اهداف از سوی دیگران برای آن‌ها انتخاب می‌شود، هنگامی که با اشتباه یا شکست مواجه می‌شوند نگرانی زیادی را تجربه می‌کنند که این امر ممکن است باعث ایجاد اضطراب فraigir بالا در آن‌ها شود(عبدخدایی و همکاران، ۱۳۹۰). یافته چهارم نشان داد که باورهای مثبت در مورد نگرانی به دلیل تداخل در سایر فرایندهای خود تنظیمی باعث ایجاد نگرانی

¹ Shikatani, Antony, Cassin, Kuo

² Ehring, Thielsch & Andor

³ Ayyash

⁴ Shumaker, E. A., Rodebaugh, T. L



نوع ۱(نگرانی با محتوا مدار) شده و این نگرانی نیز به نوبه‌ی خود به دلیل دودساز بودن باعث ایجاد باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطرناک بودن نگرانی و در نهایت ایجاد نگرانی نوع ۲ (نگرانی در مورد نگرانی) می‌شوند. رفتارهای مقابله از جمله اجتناب از افکار مزاحم، توجه برگردانی و همچنین فرون Shanی افکار برانگیزاننده نگرانی، باعث تقویت باورهای فراشناختی مثبت و منفی و در نتیجه افزایش هر چه بیشتر نگرانی می‌شوند. به این ترتیب چرخه معیوب باورهای فراشناختی و نگرانی تداوم می‌یابد(شاهمرادی، ۱۳۹۳). یافته پنجم نشان داد به نظر می‌رسد که افراد دارای عدم تحمل بلاتکلیفی پایین، اولاً هیجان را غیرقابل تحمل می‌دانند و نمی‌توانند به آشفتگی و پریشانی شان رسیدگی نمایند، ثانیاً این افراد، وجود هیجان را نمی‌پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آشفتگی می‌کنند زیرا که توانایی رسک پذیری و مقابله‌ای خود با هیجانات را دست کم می‌گیرند. سومین مشخصه‌ی عمدۀ ی تنظیم هیجانی افراد با عدم تحمل بلاتکلیفی پایین، تلاش فراوان این افراد برای جلوگیری از هیجانات منفی تجربه شده می‌باشد(چن و لاویبوند، ۲۰۱۶). همچنین افراد اضطرابی روش‌های مثبت کنترل رفتار را در اختیار ندارند، و از طریق روش‌های نامعقول مانند اجتناب سعی در افزایش انگیختگی خود دارند و نسبت به سلامتی خود بی‌اهمیت هستند، بنابراین اگر چه استفاده از این روش در کوتاه مدت و میزان پایین ممکن است به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای انطباقی جلوه‌گر شود، اما در بلند مدت راهبرد غیر انطباقی است، زیرا وابستگی ایجاد می‌کند و در ارتباط با هیجانات منفی است. با افزایش باورهای ادراکی اشتباه، میزان خود تخریبی افزایش می‌یابد. این یافته با مفروضات بنیادی مدل عملکرد اجرایی خودنظم‌جویی ولز و متیوس همخوانی دارد. فرضیه اساسی در مدل عملکرد اجرایی خود نظم‌جویی این است که فراشناخت نقش مهمی در انتخاب و تداوم مکانیسم‌های مقابله‌ای ناسازگار دارد. همچنین می‌توان اینگونه بیان کرد که، افراد اضطرابی احتمالاً بدليل برخورداری از سیستم بازداری رفتاری قوی تر، آسیب پذیرتر هستند(فهیمی و همکاران، ۱۳۹۳). یافته ششم نشان داد به دنبال افزایش طول مدت اضطراب و عدم مقابله موثر و همچنین ادراک نامناسب، عملکرد فرد اهمیت خود را از دست می‌دهند و فرد حالت ملامت را تجربه می‌کند و فقط برای غلبه بر حالت هیجانی منفی به اجتناب رو می‌آورد، زیرا انگیزه تبدیل به بی تفاوتی می‌شود تا علائم اضطراب و فشار را کاهش دهد، که می‌تواند هدفمندی فرد را در این فرایند بکاهد(شیکاتانی و همکاران، ۲۰۱۶). دشواری در مدیریت رفتار و شناخت، مشکل در تحمل و تمایلات خودکارآمدی را سبب می‌شود و این مسئله منجر به شکست در مدیریت حالات رفتاری و شناختی این افراد می‌شود. همچنین، اهمیت قابل ملاحظه تنظیم شناختی و هیجانی در آسیب شناسی روانی این افراد برجسته شده است. می‌توان بیان کرد که بررسی عوامل ادراکی در رفتار مرتبط با افراد اضطرابی اهمیت ویژه‌ای دارد، یکی از عوامل عدم تحمل بلاتکلیفی‌پذیری کمتر در افراد اضطرابی میزان کمال‌گرایی کمتر آنان و انگیزش کاهش یافته برای تغییر است(شیرمحمدی، ۱۳۹۴). در نهایت یافته آخر نشان داد افراد مبتلا به اضطراب فراگیر، بین اجزای پاسخ ادراکی عاطفی گسترش‌گر وجود دارد که باعث بیش واکنشی فیزیولوژیک نسبت به حرکت‌های هیجانی و ناتوانی در تنظیم هیجانها می‌شود(بوهر و داگاس، ۲۰۰۶). دشواری در بسط و تنظیم عواطف در اختلال اضطرابی منجر به برانگیختگی مداوم و در نتیجه آسیب به سیستم‌های ایمنی، خودمختار و محور هیپوفیز-آدرنال و سیستم عصبی درون ریز می‌شود، این فرایند مانع می‌شود که فرد بتواند برای برخی موقعیت‌های پرسش تصمیمات



حساس و تعیین کننده را دریافت نمایید که معمولاً استرس بیشتری را تجربه می کنند. بنابراین آمادگی برای انجام مقابله هیجانی و اجتنابی تحت فشار اضطراب در آنان بیشتر می باشد که یکی از ابعاد و راه اندازهای اساسی برای نگرانی می باشد زیرا نه تنها فرد در کسب نتایج ضعیف عمل می نماید، بلکه دائم از رفتار خود نیز ناراحت می باشد و این فرایند می تواند انزوا و جدایی را برای او به ارمغان آورد، از طرفی آمادگی برای درک حالت های هیجانی منفی، احتمال پذیرش نوسات خلقی را همزمان افزایش می دهد (سیوکی، ۱۳۹۴). بنابراین، آسیب‌پذیری این افراد نسبت به افزایش و گسترش نگرانی افزایش می یابد؛ به علاوه، کسی باورهای فراشناختی با رفتارهای ناسالمی مثل مقابله جویی، خشم، پرخاش، انتقام، اختلال خوردن، رفتارهای ناسازگار در سبک زندگی، شدت درد و رنج، افزایش علایم فیزیکی، کمبود ابراز هیجانی و حمایت اجتماعی ضعیف مرتبط است که از عوامل نگرانی محسوب می شود. به علاوه، این افراد اضطرابی، علایم فیزیکی بیشتری نشان می دهند؛ در نتیجه، آسیب‌پذیری به بیماری های جسمی نیز افزایش می یابد (محمدعلیلو و همکاران، ۱۳۸۹).

براساس یافته های پژوهش پیشنهادهای زیر ارایه می شود:

پیشنهاد می شود در مراکز درمانی و مشاوره ای از رویکردهای مبتنی بر ذهن آگاهی برای ایجاد و توسعه روحیه تغکر ارجاعی جهت کسب موفقیت در ابعاد متفاوت غلبه بر نگرانی افراد مبتلا اختلال اضطراب فراگیر استفاده شود.

پایلوتی سراسری از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ایجاد شود و با توجه به تاثیرات باورهای فراشناختی و مولفه های آن بر نگرانی، آموزش ها و دوره های کارآمد در رسانه های جمعی و شبکه های اجتماعی داده شود. مدیران مراکز درمانی و مشاوره ای مبادرت به تدوین و نشر جزوات و کتابهایی به بیان ساده برای همگان فراهم کنند تا بیماران و اطرافیان آنان بتوانند بیش از پیش با مسائلی هم چون تفکر ارجاعی، عدم تحمل بلاتکلیفی، صفات و اختلالات اضطرابی و تاثیر آنها روی یکدیگر، آشنایی ضروری و کافی را پیدا کنند.

پیشنهاد می شود، روانشناسان، مشاوران و مدیران مراکز درمانی و روانشناسی در طرح درمان بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر به ارزیابی سطح شناختی از ادراک ها، ترس ها و افکار منفی نسبت به برخی رفتارهای ناخواهای آن ها توجه نموده و در کنار درمان های دارویی، درمان و آموزش مهارت های مقابله با استرس و نگرانی استفاده نمایند



منابع

احسان منش، مجتبی، (۱۳۸۴). همه گیرشناسی بیماری های روانی در ایران: بازنگری برخی بررسی های انجام شده، فصلنامه اندیشه و رفتار، ۶ (۶): ۵۴-۶۹.

بیطرف، شبین؛ شعیری، محمدرضاء، حکیم جوادی، منصور. (۱۳۹۸). بررسی نقش کمال‌گرایی و سبک‌های والدگری در تبیین هراس اجتماعی دانشجویان. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی تحولی*. شماره ۵، سال ۷، صص ۱-۲۵.

پشت مشهدی، مرجان، یزداندوزت، رحساره، اصغرزادفرید، علیاصغر، مریدپور، دارا، (۱۳۹۲). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کمال‌گرایی، تاییدطلبی و علایم افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال درد، *مجله روانپژوهی و روانشناسی* بالینی ایران، ۳۵، ۳۲-۲۲.

پورنامداریان، سپیده، بیرشک، بهروز و اصغرنژاد فرید، علیاصغر (۱۳۹۱). تبیین سهم باورهای فراشناختی در پیش بینی علائم افسردگی، اضطراب و استرس در پرستاران. *محله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۳ (۴۹): ۸۶-۹۴.

جوشانی، فرزانه؛ گنجی، کامران. (۱۳۹۶). بررسی رابطه بین عدم تحمل بلا تکلیفی و کمال‌گرایی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فraigir، اولین کنفرانس بین المللی نوآوری و تحقیق در علوم تربیتی، مدیریت و روانشناسی. سادوک، ب، جیمز، س، ویرجینیا، الف (۲۰۰۷). کاپلان و سادوک خلاصه‌ی روانپژوهی، ترجمه‌ی فرزین رضاعی، ویراست دهم.

سبوکی، ی (۱۳۹۴). پیش بینی آسیب پذیری اختلال اضطراب تعمیم یافته بر اساس سبک‌های دلستگی و آسیب پذیری شناختی (عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی) دانشجویان کارشناسی دانشگاه شیراز. پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز.

شاهمرادی، زینب (۱۳۹۳). مقایسه نقش باورهای فراشناختی و خودکارآمدی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فraigir و افراد عادی، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه زنجان.

شاهمرادی، زینب (۱۳۹۳). مقایسه نقش باورهای فراشناختی و خودکارآمدی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فraigir و افراد عادی، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه زنجان.

شیرمحمدی، فرهاد؛ کاکاوند، علیرضا؛ صادقی، میثم و جعفری جوزانی، راضیه (۱۳۹۵). نقش میانجی تفکر ارجاعی در ارتباط بین کمال‌گرایی و اضطراب اجتماعی، *فصلنامه علمی مطالعات روانشناسی*، دوره ۱۲، شماره ۲: ۱۲۸-۱۰۷.

عبدخدایی، محمدسعید؛ مهرام، بهروز؛ ایزانلو، زهرا. (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و اضطراب پنهان در دانشجویان. *محله پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره*، سال ۱، شماره ۱، صص ۵۵-۴۵.

عبدل پور، قاسم؛ هاشمی، تورج؛ شعیری، محمدرضا و علیزاده، فریدون (۱۳۹۷). رابطه عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی با نگرانی در افراد مبتلا به نشانه‌های افسردگی، *محله روانشناسی و روانپژوهی* شناخت، جلد ۵، شماره ۲: ۲۶-۱۵.



فهیمی، صمد، علیلو، مجید، پورشیریفی، حمید؛ فخاری، علی؛ اکبری، ابراهیم، رحیم خانلی، معصومه، (۱۳۹۳). افکار باز انجامی اندیشناسی و نشخوار فکری به عنوان سازوکارهایی برای مقابله با تحمل بلا تکلیفی در اختلال اضطراب منتر و افسردگی عمدۀ. *مجله‌ی اصول بهداشت روانی*، ۱۶ (۱): ۳۴-۴۶.

محمود علیلو، مجید؛ شاهجوبی، تقی و هاشمی، زهره. (۱۳۸۹). مقایسه عدم تحمل بلا تکلیفی، اجتناب شناختی، جهت‌گیری منفی به مشکل و باورهای مثبت در مورد نگرانی بین بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی. *فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز*، سال پنجم، شماره ۲۰، صص: ۱۶۷-۱۸۵.

مومنی، فرشته، شهیدی؛ شهریار، موتابی، فرشته؛ حیدری، محمود، (۱۳۹۳). نقش تشخیصی نقص در تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی و خددوستداری در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و زنان عادی، *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناسی*، ۹ (۳۴): ۱۵۱-۱۷۶.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*: DSM-II. Washington, DC: APA.

Ayyash-Abdo. A., Tayara. R., & Sasagawa. S. (2016). Social anxiety symptoms: A cross-cultural study between Lebanon and the UK. *Personality and Individual Differences*, 96(1): 100105.

Borkovec, T. D., & Roemer, L. (1995). Perceived functions of worry among generalized anxiety subjects: Distraction from more emotionally distressing topics? *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 25-30.

Chen, J. T., & Lovibond, P. F. (2016). Intolerance of Uncertainty Is Associated With Increased Threat Appraisal and Negative Affect under Ambiguity but Not Uncertainty. *Behavior Therapy*, 47: 42–53.

Dugas, A. Schwartz, and K. Francis, "Brief report: Intolerance of uncertainty, worry, and depression". *Cognitive Therapy and Research*, vol. 28, pp. 835-842, 2004.

Dugas, and N. Koerner, "Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Current status and future directions". *Journal of Cognitive Psychotherapy*, vol. 19, pp. 61-81, 2005.

Dunkley, J.L. Berg, and D.C. Zuroff, "The Role of Perfectionism in Daily Self-Esteem, Attachment, and Negative Affect". *Journal of Personality*, vol. 80, pp. 633-663, 2012.

Ehring, U. Zetsche, K. Weidacker, K. Wahl, S. Schönfeld & A. Ehlers (2011). The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 225-232.

Eysenck, M. W. (1997). *Anxiety and cognition: A unified theory*. Hove: Lawrence Erlbaum.



- Fakunmoju S.B., Funmi, O. and Bammeke. (2015). Anxiety disorders and depression among high school adolescents and youths in Nigeria: Understanding differential effects of physical abuse at home and school. *Journal of Adolescence*, 42(5): 1-10.
- Hewitt, W. Mittelstaedt, and R. Wollert, "Validation of a Measure of Perfectionism". *Journal of Personality Assessment*, vol. 53, pp. 133–144, 1989.
- Jackson, F., Nelson, B. D., & Hajcak, G. (2016). The uncertainty of errors: Intolerance of uncertainty is associated with error-related brain activity. *Biological Psychology*, 113: 52–58.
- Macedo, A. (2015). Perfectionism and psychological distress: a review of the cognitive factors. *International Journal of Clinical Neurosciences & Mental Health*. 1(6): 1-10.
- McEvoy, P. M., & Mahoney, E. J. (2013). Intolerance of uncertainty and negative metacognitive beliefs as transdiagnostic mediators of repetitive negative thinking in a clinical sample with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(4): 216– 224.
- McEvoy, P. M., Watson, H., Watkins, E. R., & Nathan, P. (2013). The relationship between worry, rumination, and comorbidity: Evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct. *Journal of Affective Disorders*, 151(3): 313– 320.
- Raparia, E., Coplan, J. D., Abdallah, C. G., Hof, P. R., Mao, X., Mathew, S. J. and Shungu, D. C. (2016). Impact of childhood emotional abuse on neocortical neurometabolites and complex emotional processing in patients with generalized anxiety disorder. *Journal of affective disorders*, 190(7): 414-423.
- Ruscio, A. M. and Borkovec, T. D. (2004). Experience and appraisal of worry among high worriers with and without generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 42(12): 1469-1482.
- Shikatani, M.M. Antony, S.E. Cassin, and J.R. Kuo, "Examining the Role of Perfectionism and Intolerance of Uncertainty in Postevent Processing in Social Anxiety Disorder". *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, vol. 38, pp. 297-306, 2016.
- Shumaker, E. A., Rodebaugh, T. L. (2016). Perfectionism and social anxiety: Rethinking the role of high standard. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40: 423-433.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097.
- Wells A. *Meta-cognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press; 2009.



Modeling structural relationships of uncertainty intolerance with worry mediated referral thinking, metacognitive beliefs and perfectionism in patients with generalized anxiety disorder

Alireza Hajati¹, Bahram Mirzaian^{*2}, Reza Donyavi³

Abstract

The aim of the present study was to Modeling structural relationships of uncertainty intolerance with worry mediated referral thinking, metacognitive beliefs and perfectionism in patients with generalized anxiety disorder. In terms of purpose, this research was applied, and in terms of method, it was a descriptive type of correlation based on structural equations. The statistical population of the research was made up of all the people with generalized anxiety disorder in the treatment centers of Sari city, to determine the sample size according to the number of observed variables and assigning a coefficient of 10 for each observed variable (20 observed variables in the model), and taking into account Due to the possibility of incomplete questionnaires, 220 people were selected as the sample size in a purposeful way (according to having the criterion of generalized anxiety disorder). The data collection method is based on five questionnaires: Friston et al.'s uncertainty intolerance (1994), Pennsylvania worry (1990), Ering's referential thinking (2010), Wells's metacognitive beliefs (1997), Spitzer et al.'s generalized anxiety disorder (2006), and Hill's perfectionism (2004) was done. The analysis of the information obtained from the implementation of the questionnaires was done through spss22 and Amos23 software in two descriptive and inferential parts (Pearson correlation and regression structural equations). The results of the data analysis showed that the research model was fitted and in total the effects of direct and indirect paths indicated that intolerance of uncertainty, referential thinking, metacognitive beliefs and perfectionism had a significant effect on worry and 86 percent of the variable of worry among those suffering from anxiety disorders inclusive, can be explained by the above independent variables, and 14% of this endogenous variable is explained by other variables outside the research.

Keywords: Intolerance of uncertainty, worry, referential thinking, metacognitive beliefs, perfectionism, generalized anxiety disorder

¹ Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Sari Branch, Sari, Iran

^{2*}Department of Psychology, Islamic Azad University, Sari Branch, Sari, Iran

³Department of Psychology, Islamic Azad University, Neka Branch, Neka, Iran