

## نقش میانجی تفکر ارجاعی در ارتباط بین کمال‌گرایی و اضطراب اجتماعی

فرهاد شیرمحمدی\*<sup>✉</sup>، علیرضا کاکاوند\*<sup>\*</sup>، میثم صادقی\*\*\* و راضیه جعفری جوزانی\*\*\*

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش میانجی‌گر تفکر ارجاعی بر ارتباط بین کمال‌گرایی و اضطراب اجتماعی اجرا شد. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری تمام دانشجویان دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره) شهر قزوین را به تعداد ۷۰۳۰ نفر در سال ۱۳۹۴ شامل می‌شد؛ که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، ۲۰۰ نفر به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ابزار پژوهش مقیاس‌های تفکر ارجاعی اهرینگ، کمال‌گرایی فراست و اضطراب اجتماعی کانور بود. داده‌های آزمودنی‌ها با استفاده از روش الگویابی معادلات ساختاری تحلیل شد. نتایج نشان داد تفکر ارجاعی رابطه بین کمال‌گرایی و اضطراب اجتماعی را میانجی‌گری می‌کند. کمال‌گرایی و تفکر ارجاعی به نوعی نقش پیش‌بینی‌کننده برای اضطراب اجتماعی دارند. به‌طوری که با افزایش کمال‌گرایی و تفکر ارجاعی، اضطراب اجتماعی نیز افزایش می‌یابد. افراد کمال‌گرایی که مشخصه‌های تفکر ارجاعی را دارند، اضطراب اجتماعی بیشتری را متحمل می‌شوند. در تدوین برنامه‌های درمانی برای اضطراب اجتماعی باید به کمال‌گرایی و تفکر ارجاعی که به عنوان فرآیندهای فراتشخیصی مطرح می‌شوند، به‌طور ویژه توجه شود.

کلید واژه‌ها: اضطراب اجتماعی؛ تفکر ارجاعی؛ دانشجویان؛ کمال‌گرایی

\* ✉ کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره) shirmohamady1990@gmail.com

\*\* دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)

\*\*\* دانشجوی دکتری روان‌سنجی، دانشگاه علامه طباطبائی

\*\*\*\* کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۳/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۴/۵

## مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی<sup>۱</sup> یک شرایط ذهنی تکرارشونده است که با ترس یا اجتناب از موقعیت‌هایی مشخص می‌شود که دیگران فرد را ارزیابی یا موشکافی می‌کنند. این اختلال از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی در جهان است. برخی از ویژگی‌های اضطراب اجتماعی شامل اجتناب، به تعویق انداختن امور، افکار منفی خودکار و کمال‌گرایی است (ایاش عبدو، تایارا و ساساگوا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶). اختلال اضطراب اجتماعی، همبندی بالایی با سایر اختلال‌های اضطرابی، اختلال‌های خلقی و اختلال‌های وابسته به مواد دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ۸۱٪ از افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال دیگری نیز داشته‌اند (بوکر، هیمبرگ، اکر و وینسی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳). به دلیل همبندی و تقدم این اختلال بر سایر اختلال‌های روانی به طور کلی و اختلال‌های هیجانی به طور اختصاصی‌تر، شناخت، درمان و پیش‌گیری از این اختلال می‌تواند در فهم و درمان سایر اختلالات کمک‌کننده باشد (پولو، آلگريا، چن، بلانکو<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱).

پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۵</sup> نرخ شیوع ۱۲ ماهه اختلال اضطراب اجتماعی در مردم آمریکا را حدود ۷٪ اعلام می‌کند. نرخ شیوع ۱۲ ماهه در کودکان و نوجوانان تقریباً شبیه به نرخ شیوع در بزرگسالان است. نرخ شیوع در همه گروه‌های سنی با افزایش سن کاهش می‌یابد. درباره بزرگسالان مسن‌تر نرخ شیوع ۱۲ ماهه بین ۲ تا ۵٪ است. این اختلال در زنان (۱/۵ تا ۲/۲ برابر) بیشتر از مردان مشاهده می‌شود (گنجی، ۱۳۹۲).

در چند دهه گذشته، چندین الگوی نظری برای تبیین سازوکارهای زیربنایی این ترس بارز از موقعیت‌های اجتماعی به طور اخص و اختلال اضطراب اجتماعی به طور اعم، ارائه شده است که برخی از آن‌ها بر فرآیندهای شناختی تأکید دارند (کلارک و ولز، ۱۹۵۵؛ به نقل از مخبر دزفولی، رضایی، غضنفری، میردریکوند، غلامرضایی، موذنی و هاشمی، ۱۳۹۴). یکی از فرض‌های اساسی رویکردهای شناختی در زمینه اضطراب آن است که اضطراب با پیش‌بینی

- 
1. Social Anxiety Disorder
  2. Ayyash-Abdo, Tayara & Sasagawa
  3. Buckner, Heimberg, Ecker & Vinci
  4. Polo, Alegria, Chen & Blanco
  5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder 5th edition

رخداد یک رویداد منفی یا ادراک تهدید فراخوانده می‌شود. بنابراین، افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی (از جمله اختلال اضطراب اجتماعی) احتمال و پیامد رخداد رویدادهای منفی را بالاتر از افراد بهنجار برآورد می‌کنند. در همین راستا استوار، خیر و لطیفیان (۱۳۸۵) نشان داده‌اند که نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی شدید نسبت به نوجوانان با اضطراب اجتماعی پایین، احتمال وقوع رویدادهای منفی را بالاتر ارزیابی می‌کنند (به نقل از مخبر دزفولی و همکاران، ۱۳۹۴). به علت تمرکز بیش از حد بر رویدادهای منفی میزان توجه متمرکز بر خود و ایمنی‌بخش افزایش می‌یابد. همچنین افراد مضطرب به دنبال داده‌های تأییدکننده برای پیامدهای منفی هستند و توجه انتخابی بر این داده‌ها دارند. آن‌ها هنگام ترک موقعیت‌های اجتماعی درگیر ریشه‌یابی یا کالبدشکافی رفتار اجتماعی می‌شوند و در ذهن خود به اتفاقات روزانه و آنچه گفته و شنیده‌اند تا ساعت‌ها فکر می‌کنند. شکست‌های اجتماعی آن‌ها به سرعت کدگذاری می‌شوند و در موقعیت‌های بعدی به صورت سوگیرانه فعال می‌شوند (محمدی، زرگر، امیدی و سرارودی، ۱۳۹۲).

علاوه بر این، در علت‌شناسی اضطراب اجتماعی باید به ویژگی‌های شخصیتی توجه کرد که کمال‌گرایی از جمله آن‌هاست. مطالعات متعددی نشان داده‌اند که رابطه محکمی بین کمال‌گرایی و گستره بسیاری از اختلالات روانی همچون افسردگی، اختلالات خوردن، اختلالات شخصیت، خودکشی و اختلالات اضطرابی (به خصوص اضطراب اجتماعی) وجود دارد (اگان، وید و شارفان<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). بر طبق مدل راپی و همیبرگ<sup>۲</sup> (۱۹۹۷) افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی معتقدند که از سوی دیگران مورد ارزیابی منفی قرار می‌گیرند. این ویژگی اضطراب اجتماعی، هسته مرکزی نظریه‌های مربوط به کمال‌گرایی نیز هست.

برداشت افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی از خودشان بسیار منفی است و اغلب اعتماد به نفس پایینی را در توانایی‌هایشان گزارش می‌دهند. به نظر می‌رسد این افراد استانداردهای شخصی بالایی را برای خود در نظر می‌گیرند که باعث می‌شود نتایج ناکامل و غلطی را در اعمالشان به بار آورد (لویسون، رودباق، شوماخر، مناتی، ویکز<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). در سوی دیگر،

1. Egan, Wade & Sharfan

2. Rapee & Heimberg

3. Levinson, Rodebaugh, Shumaker, Menatti & Weeks

کمال‌گرایان بی‌نهایت به طرد شدن از سوی دیگران حساس و به حد افراطی درباره پذیرش از سوی دیگران نگران هستند. کامل بودن یکی از راه‌های آن‌ها برای مورد تأیید واقع شدن از سوی دیگران است؛ اگر چنانچه عملکرد کامل ممکن نباشد، کمال‌گرایان راهبرد اجتناب را پیش‌رو قرار می‌دهند (فروست، گلوژنر و مگزنر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). پژوهش‌های مختلف ارتباط بین ابعاد کمال‌گرایی و اضطراب اجتماعی را تأیید کرده‌اند. مهربانی‌زاده هنرمند، نجاریان و بهارلو (۱۳۷۸) در بررسی رابطه بین کمال‌گرایی و اضطراب اجتماعی در دانشجویان به این نتیجه رسیدند که بین کمال‌گرایی و اضطراب اجتماعی در دو خرده‌مقیاس آن یعنی اجتناب اجتماعی و ترس از ارزش‌یابی، رابطه مثبت معنادار وجود دارد. بیطرف، شعیری و حکیم‌جوادی (۱۳۸۹) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین ابعاد کمال‌گرایی و اضطراب اجتماعی رابطه معنادار وجود دارد. لارنتی، براش و هاس<sup>۲</sup> (۲۰۰۸) رابطه بین اضطراب اجتماعی و کمال‌گرایی را بررسی کردند و دریافتند که اضطراب اجتماعی بالا، افکار منفی را افزایش می‌دهد و با نمرات بالا در مقیاس کمال‌گرایی همبستگی دارد. همچنین فلت و هویت (۲۰۰۲) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین کمال‌گرایی و اکثر پریشانی‌های روانی از جمله اضطراب ارتباط معنادار وجود دارد.

کمال‌گرایی اغلب به عنوان یک کوشش و تلاش شدید برای اهداف سطح بالای غیرواقعی و تمرکز بر کاستی‌ها در دستیابی به این اهداف تعریف می‌شود (راسموسن، الیوت و اکثر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲؛ به نقل از تاجیک‌زاده، صادقی، مهربانی‌زاده هنرمند و داودی، ۱۳۹۴). یافته‌های پژوهشی وجود نوعی کمال‌گرایی بهنجار را در مقابل کمال‌گرایی نورویتیک تأیید کرده‌اند. جنبه نورویتیک کمال‌گرایی ناسالم و سازش‌نایافته است و با نگرانی‌های کمال‌گرایانه مانند نگرانی درباره اشتباه‌ها، تردید درباره عمل، ترس از فقدان تأیید دیگران و ناهماهنگی بین انتظارات و نتایج مرتبط است. این بعد با عاطفه منفی همبستگی مثبت دارد (استوبر و اتو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶). کمال‌گرایان نورویتیک بر این باور هستند که باید به معیارهای بسیار بالا دست یابند و هیچ شکست و اشتباهی را نمی‌پذیرند، اما از آنجا که به این معیارهای خیلی بالا به علت غیرواقع‌بینانه بودن

- 
1. Frost, Glossner & Maxner
  2. Laurenti, Bruch & Haase
  3. Rasmussen, Elliott & O'Conner
  4. Stober & Otto

دست نمی‌یابند، مستعد تنیدگی، افسردگی و اضطراب هستند (ماسیدو<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵).

کمال‌گرایی با بسیاری از اختلالات روانی دیگر همایند است، لذا به عنوان یک فرایند فراتشخیصی<sup>۲</sup> نمایان می‌شود (ماسیدو، سوارز، آمارال، نوگوایرا و مادریا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴؛ دسنویرس و آرپین-کریپی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵). نکته جالب توجه این است که در ارتباط بین کمال‌گرایی و پریشانی‌های روانی دیگر، فرآیندهای شناختی و فراشناختی نقشی میانجی‌گر دارند. یکی از این فرآیندها تفکر منفی تکراری<sup>۵</sup> یا تفکر ارجاعی است (ماسیدو، ۲۰۱۵). تفکر ارجاعی، ارتباط بین ابعاد کمال‌گرایی مثبت و منفی و آشفتگی‌های روانی را تعدیل می‌کند. کمال‌گرایی بر آشفتگی‌های روانی تأثیر می‌گذارد و با پردازش‌های شناختی و فراشناختی تشدید می‌شود (ماسیدو و همکاران، ۲۰۱۴). فرآیندهای فراشناختی به این علت حائز اهمیت و توجه هستند که در رشد و ارتقاء اختلالات روانی نقشی مهم دارند (ولز و هاتون<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴). تحقیقات ارتباط بین انواع شکل‌های تفکر ارجاعی و باورهای فراشناختی را تأیید کرده‌اند و نتایج نشان داده است که مداخله فراشناختی که به صورت مستقیم باورهای فراشناختی مثبت و منفی را به چالش می‌کشد، با کاهش تفکر ارجاعی و نشانگان اضطراب و افسردگی همراه بوده است (مک‌اوی و ماهونی<sup>۷</sup>، ۲۰۱۳). ابعاد کمال‌گرایی، همبستگی و همبندی زیادی با تفکر ارجاعی دارند (پریرا و مارکوویز<sup>۸</sup>، ۲۰۱۳؛ به نقل از ماسیدو، ۲۰۱۵). نکته حائز اهمیت در این بین، افکار تکراری و ارجاعی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی است؛ اینکه پس از یک واقعه به صورت مداوم درباره رفتار و نحوه عمل خود در جمع تمرکز می‌کنند و درباره آن فکر می‌کنند که این مورد، می‌تواند به نوعی مبین ارتباط بین تفکر ارجاعی و اضطراب اجتماعی باشد.

اهرینگ<sup>۹</sup> تفکر ارجاعی را نوعی از تفکر درباره مشکلات یا تجارب منفی یک شخص تعریف کرده است که با سه ویژگی تکراری بودن، خودآیند بودن و مشکل در قطع افکار و دو

- 
1. Masedo
  2. Transdiagnostic process
  3. Masedo, Soares, Amaral, Nogueira & Madeira
  4. Desnoyers & Arpin-Cribbie
  5. Repetitive negative thinking
  6. Wells & Hatton
  7. Mcevoy & Mahoney
  8. Pereira & Marques
  9. Ehrling

مشخصه اصلی نشخوار فکری و نگرانی مشخص می‌شود. تفکر ارجاعی در اکثر اختلالات مشخصه یکسانی دارد که نشان‌دهنده فراتشخیصی بودن این فرآیند است (مک اوی، واتسون، واتکینس و ناسان<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). به طور جالب توجه، ابعاد تفکر ارجاعی یک همبستگی منحصر به فرد با ابعاد اختلالات عاطفی از جمله، اضطراب فراگیر، اضطراب اجتماعی و افسردگی از خود نشان داده‌اند (ماهونی، ۲۰۱۲، به نقل از مک اوی و همکاران، ۲۰۱۳). به عنوان یک عامل خطر ساز، بالا رفتن تفکر ارجاعی ممکن است همایندی اختلالات عاطفی را افزایش دهد (مک اوی و همکاران، ۲۰۱۳). تفکر ارجاعی، ارتباط بین ابعاد کمال‌گرایی مثبت و منفی و آشفتگی‌های روانی را تعدیل می‌کند. کمال‌گرایی بر آشفتگی‌های روانی تأثیر می‌گذارد و با پردازش‌های شناختی و فراشناختی تشدید می‌شود (ماسیدو و همکاران، ۲۰۱۴).

شایان ذکر است که نتایج نشان داده‌اند، بعد از کنترل نشخوار فکری و نگرانی (که مشخصه اصلی تفکر ارجاعی هستند)، ارتباط بین کمال‌گرایی و اکثر اختلالات عاطفی معنادار نمی‌شود؛ به این معنی که نشخوار فکری و نگرانی در این بین نقش تعدیل‌کننده دارند (شرت و مزمایان<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). تفکر ارجاعی در مؤلفه نگرانی، اضطراب را تعدیل می‌کند و در مؤلفه نشخوار، افسردگی را تعدیل می‌کند (اهرینگ و واتکینس، ۲۰۰۸). نتایج پژوهش‌ها این‌گونه نشان داده‌اند که نشخوار فکری رابطه تنگاتنگی با کمال‌گرایی دارد و از طرف دیگر بعد نگرانی تفکر ارجاعی، با انواع اختلالات اضطرابی ارتباط دارد. این پژوهش‌ها فرآیندهای شناختی اصلی و شناخت‌های زیربنایی رفتار کمال‌گرایی و پیامدهای عاطفی منفی آن را تجزیه و تحلیل کرده و اهمیت ویژه تفکر ارجاعی و چگونگی میانجی‌گری این فرآیند شناختی را در ارتباط کمال‌گرایی و دیگر پریشانی‌های روانی نمایان کرده‌اند (ماسیدو و همکاران، ۲۰۱۴). در همین راستا براون<sup>۳</sup> (۲۰۱۱) در پژوهشی به این نتیجه رسید که بین کمال‌گرایی و نشخوار همبستگی مثبت معنادار و همچنین بین کمال‌گرایی و اضطراب اجتماعی همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. دروست، واندردوز، وان‌همرت، پنینکس و اسپینهن<sup>۴</sup> (۲۰۱۴) در پژوهشی تفکر ارجاعی را به عنوان فرآیندی فراتشخیصی در ارتباط بین افسردگی و اضطراب بررسی کردند و به این

- 
1. Watson, Watkins & Nathan
  2. Short & Mazmanian
  3. Brown
  4. Drost, Van der Does, Van Hemert, Penninx & Spinhoven

نتیجه رسیدند که تفکر ارجاعی ارتباط این اختلال‌ها را میانجی‌گری می‌کند. ماسیدو و همکاران (۲۰۱۴) در بررسی ارتباط بین کمال‌گرایی و پریشانی‌های روانی دیگر با میانجی‌گری تفکر ارجاعی به این نتیجه رسیدند که کمال‌گرایی و تفکر ارجاعی به عنوان پیش‌بینی‌کننده اکثر پریشانی‌های روانی، از جمله اختلالات اضطرابی هستند. همچنین پریرا، چاوز، کاسترو، سوآرز و ماسیدو<sup>۱</sup> (۲۰۱۴) با بررسی نقش میانجی‌گر تفکر منفی ارجاعی بین کمال‌گرایی و عواطف منفی نشان دادند که تفکر ارجاعی به عنوان یک فرآیند فراتشخیصی، ارتباط بین اختلالات را میانجی‌گری می‌کند. میلز، گرنت، لچنر و جودان<sup>۲</sup> (۲۰۱۴) در پژوهش خود ارتباط تفکر ارجاعی و پریشانی‌های روانی دیگر را معنادار یافتند. اوکانر، اوکانر و مارشال<sup>۳</sup> (۲۰۰۷) در پژوهش خود نتیجه گرفتند که ارتباط بین کمال‌گرایی و آشفتگی‌های هیجانی به وسیله نشخوار فکری تعدیل می‌شود. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که نشخوار، تأثیرات کمال‌گرایی را در آشفتگی‌های هیجانی تعدیل می‌کند. همچنین آن‌ها نتیجه گرفتند که کمال‌گرایان، گرایش به تفکرات منفی تکراری زیادی درباره رفتار و مشکلاتشان دارند.

با توجه به مطالب ذکر شده و اهمیت بالای مهار اضطراب اجتماعی و توجه به فرایندهای شناختی و فراشناختی دخیل در این اختلال و از سوی دیگر، توجه به اختلال‌های همبود با این اختلال که می‌تواند به‌نوعی در مهار و شناسایی بهتر ماهیت این اختلال مؤثر باشد؛ انجام پژوهشی در این حیطه ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین، هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش میانجی‌گر تفکر ارجاعی بر ارتباط بین کمال‌گرایی و اضطراب اجتماعی و تعیین تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم این سازه‌ها بر یکدیگر با روش الگویابی معادلات ساختاری و پرسش‌های پژوهش نیز به قرار زیر بود:

آیا مدل تبیین اضطراب اجتماعی با توجه به کمال‌گرایی و نقش میانجی تفکر ارجاعی با داده‌های تجربی برازش دارد؟  
آیا کمال‌گرایی از طریق متغیر میانجی تفکر ارجاعی بر اضطراب اجتماعی تأثیر غیرمستقیم دارد؟

- 
1. Pereira, Chaves & Castro
  2. Mills, Grant, Lechner & Judan
  3. O'Connor, O'Connor & Marshall

آیا بین تفکر ارجاعی و کمال‌گرایی ارتباط وجود دارد؟  
آیا بین تفکر ارجاعی و اضطراب اجتماعی ارتباط وجود دارد؟

## روش

طرح پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه پژوهش نیز کلیه دانشجویان دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره) قزوین به تعداد ۷۰۳۰ نفر در نیم‌سال دوم تحصیلی سال ۱۳۹۴ بودند که از این جامعه، به صورت تصادفی ساده ۲۰۰ نفر از بین دانشکده‌های علوم اجتماعی، علوم انسانی، علوم پایه، فنی و مهندسی و دانشکده علوم و تحقیقات اسلامی به عنوان نمونه انتخاب شدند. درباره حجم نمونه در پژوهش‌های مربوط به روش تحقیق همبستگی از نوع مدل معادلات ساختاری نظرات گوناگون وجود دارد، ولی همه بر این موضوع توافق دارند که مدل معادلات ساختاری، شبیه تحلیل عامل از فنون آماری است که با نمونه بزرگ قابل اجرا است (تاباچنیک و فیدل<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱). بومسما (۱۹۸۳) به نقل از تاباچنیک و فیدل (۲۰۰۱) حداقل حجم ۲۰۰ نفر را برای برازش مدل کافی دانسته است؛ بنابراین، ۲۰۰ نفر از این جامعه به عنوان نمونه انتخاب شدند که ۱۰۰ نفر از آن‌ها دختر و ۱۰۰ نفر پسر بودند. معیارهای ورود به پژوهش عدم سوء مصرف و وابستگی به مواد، استفاده نکردن از داروهای روان‌گردان و رضایت آزمودنی‌ها برای ورود به پژوهش بود. همچنین در فرآیند غربالگری پرسشنامه‌های ناقص نیز از پژوهش کنار گذاشته شدند.

ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

**مقیاس هراس اجتماعی<sup>۲</sup>:** این پرسشنامه را در سال ۲۰۰۰ کانور<sup>۳</sup>، به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی طراحی کرد. از مزیت‌های این پرسشنامه کوتاه بودن و سادگی نمره‌گذاری آن است که سبب می‌شود بتوان از آن به سهولت و در میان جمعیت‌های بزرگ همانند دانشجویان استفاده کرد. پرسشنامه هراس اجتماعی یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده)

- 
1. Tabachnick & Fidell
  2. Social Phobia Inventory
  3. Connor



است و در آن هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (۰ = به هیچ وجه، ۱ = کم، ۲ = تا اندازه‌ای، ۳ = زیاد و ۴ = خیلی زیاد) درجه‌بندی می‌شود. این پرسشنامه اعتبار و روایی بالایی دارد. سازندگان این مقیاس اعتبار این ابزار را به روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی ۰/۷۹ تا ۰/۸۹ و همسانی درونی با ضریب آلفا در گروهی از افراد بهنجار برای کل مقیاس را برابر ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. روایی همزمان این ابزار بر اساس رابطه آن با پرسشنامه خطای شناختی، پرسشنامه عزت نفس و اضطراب فویک به ترتیب ۰/۳۵، ۰/۵۸ و ۰/۷ به دست آمده که بیان‌کننده روایی مناسب این آزمون است. حسنونند عموزاده، عقیلی و حسنونند عموزاده (۱۳۸۹) در نمونه غیربالینی در ایران، روایی و اعتبار این مقیاس را محاسبه کردند. آن‌ها ضریب آلفای پرسشنامه را در نیمه اول آزمون، برابر ۰/۸۲، برای نیمه دوم آزمون ۰/۷۲، همبستگی دو نیمه آزمون برابر ۰/۸۴ و شاخص اسپیرمن براون را برابر ۰/۹۲ به دست آوردند (به نقل از حسنونند عموزاده، عقیلی و حسنونند عموزاده، ۱۳۹۲). اعتبار آن با روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال هراس اجتماعی برابر با ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بود و ضریب همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ) در یک گروه بهنجار ۰/۹۴ گزارش شده است. همچنین برای مقیاس‌های فرعی ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیکی ۰/۸۰ گزارش شده است. ثبات درونی این آزمون بر اساس نمونه پژوهشی حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

**مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی فراست<sup>۱</sup>:** مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی را فراست، در سال ۱۹۹۰، بر پایه مدل چندبعدی کمال‌گرایی ساخته است. این مقیاس دارای ۳۵ سؤال و شامل شش مؤلفه است. نگرانی درباره اشتباه‌ها (۹ عبارت)؛ شک درباره اعمال (۴ عبارت)؛ انتظارات والدینی (۵ عبارت)؛ انتقادگری والدینی (۴ عبارت)؛ استانداردهای شخصی (۷ عبارت)؛ و سازماندهی (۶ عبارت). در این پرسشنامه دو بعد مثبت و چهار بعد منفی وجود دارند. در نسخه ایرانی این پرسشنامه، ضریب همسانی درونی برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۶ و برای زیرمقیاس‌های نگرانی درباره اشتباه‌ها، شک درباره اعمال، انتظارات والدینی، انتقادگرایی والدینی، معیارهای شخصی و سازماندهی به ترتیب برابر با ۰/۸۵، ۰/۷۲، ۰/۷۸، ۰/۴۷، ۰/۵۷ و

۰/۸۳ به‌دست آمد. ضریب بازآزمایی با فاصله یک هفته نیز برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۰ به‌دست آمد. ضریب بازآزمایی برای زیرمقیاس‌ها نیز به این صورت بود؛ نگرانی درباره اشتباه‌ها ۰/۸۴؛ شک درباره اعمال ۰/۸۱؛ انتظارات والدینی ۰/۷۹؛ انتقادگری والدینی ۰/۵۳؛ معیارهای شخصی ۰/۸۵ و سازماندهی ۰/۸۳. روایی پیش‌بین این پرسشنامه و خرده مقیاس‌های آن از طریق بررسی رابطه بین خرده‌مقیاس‌های آن با پرسشنامه اضطراب رقابت در ورزشکاران، با اضطراب در دانش‌آموزان و دانشجویان، با بی‌خوابی، با ترس مرضی، با نشانگان و سواس فکری و عملی و با اشتغال ذهنی مناسب گزارش شده است (استوبر، به نقل از گل‌پرور، ستایش منش و مصاحبی، ۱۳۹۲). سایر پژوهشگران روایی و پایایی این مقیاس را مطلوب گزارش کرده‌اند. برای نمونه، پارکر و وادکینس (۱۹۵۵) آلفای کرونباخ کل پرسشنامه را برابر با ۰/۸۸ و در سطح خرده مقیاس‌ها بین ۰/۵۷ تا ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند. کاویا و آرمسترانگ<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) نیز در یک مطالعه، روایی عاملی پرسشنامه را از طریق تحلیل عاملی اکتشافی مستندساخته و آلفای کرونباخ کل پرسشنامه را برابر با ۰/۹ و در سطح خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷ تا ۰/۹ گزارش کرده‌اند (به نقل از گل‌پرور و همکاران، ۱۳۹۲). روایی همگرایی پرسشنامه کمال‌گرایی چند بعدی فراست بر اساس رابطه با پرسشنامه کمال‌گرایی مثبت و منفی مناسب گزارش شده است (بیطرف و همکاران، ۱۳۸۹). همچنین کورش‌نیا و لطیفیان (۱۳۹۰) در پژوهش خود به‌منظور تعیین روایی این مقیاس از روش تحلیل عاملی و برای تعیین پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده کردند و به این نتیجه رسیدند که در مجموع این پرسشنامه از روایی و پایایی مناسبی بهره‌مند است. ثبات درونی این آزمون بر اساس نمونه پژوهشی حاضر به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به‌دست آمد.

**پرسشنامه تفکر ارجاعی<sup>۲</sup>:** این پرسشنامه را در سال ۲۰۱۰، اهرینگ، زستچ، ویداگر، واهل و اهلرس<sup>۳</sup> تهیه کرده‌اند. این مقیاس یک ابزار خود گزارش‌دهی شامل ۱۵ عبارت است. این آزمون از یک مقیاس کلی تفکر ارجاعی و سه زیرمقیاس: ویژگی‌های اصلی تفکر ارجاعی (۹ عبارت)، ناکارآمدی ادراک شده (۳ عبارت) و تسخیر ظرفیت روانی توسط افکار منفی تکراری

- 
1. Khawaja & Armstrong
  2. perseverative thinking questionnaire
  3. Zestche, Weidacker, Wahl & Ehlers

(۳ عبارت)، تشکیل شده است. آزمودنی‌ها باید در یک طیف لیکرتی ۵ درجه‌ای (از هرگز=۰ تا همیشه=۴) میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر یک از عبارات مشخص کنند. برای به دست آوردن نمره کلی باید امتیاز ۱۵ عبارت جمع شود. دامنه تغییرات نمرات پرسشنامه تفکر ارجاعی بین ۰ تا ۶۰ قرار دارد. نمرات بالا حاکی از حجم بالای افکار منفی تکراری در آزمودنی است. نتایج پژوهش اهرینگ، زستچ، ویداکر، واهل و اهلرس<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) حاکی از همسانی درونی مطلوب این مقیاس است. آن‌ها ضریب آلفای کرونباخ را برای کل آزمون ۰/۹۵، برای زیر مقیاس ویژگی‌های اصلی تفکر ارجاعی ۰/۹۴، برای زیر مقیاس ناکارآمدی ادراک شده ۰/۸۳ و برای زیر مقیاس تسخیر ظرفیت روانی ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. همچنین پایایی حاصل از روش بازآزمایی در فاصله ۴ هفته برای کل آزمون ۰/۶۹، زیر مقیاس ویژگی‌های اصلی ۰/۶۶، ناکارآمدی ادراک شده ۰/۶۸ و تسخیر ظرفیت روانی ۰/۶۹ گزارش شده است. همبستگی معنادار این مقیاس با دیگر مقیاس‌های سنجش تفکر ارجاعی از جمله پرسشنامه سبک پاسخ‌دهی، پرسشنامه حالت نگرانی، پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه صفت و حالت اضطراب و پرسشنامه نشانگان افسردگی، حاکی از اعتبار همگرای این مقیاس است. ثبات درونی این آزمون بر اساس نمونه پژوهشی حاضر، به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد. همچنین برای بررسی روایی صوری آزمون از نظر سه کارشناس استفاده شد و بعد از تأیید آن‌ها، از پرسشنامه استفاده شد.

## یافته‌ها

در جدول ۱ توزیع فراوانی نمونه پژوهش به تفکیک متغیرهای جمعیت‌شناختی از جمله جنسیت، تحصیلات و سن آورده شده است.

جدول ۱: توزیع فراوانی نمونه مورد مطالعه به تفکیک متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیر	شاخص آماری	فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۱۰۰	۵۰
	زن	۱۰۰	۵۰
تحصیلات	کارشناسی	۹۸	۴۹
	کارشناسی ارشد	۷۰	۳۵
	دکتری	۳۲	۱۶
سن	۱۸ - ۲۲ سال	۸۵	۴۲/۵
	۲۳ - ۲۸ سال	۶۵	۳۲/۵
	۲۸ - ۳۳ سال	۵۰	۲۵

همان‌گونه که جدول فوق نشان می‌دهد ۵۰٪ (۱۰۰ نفر) از نمونه آماری را مردان و ۵۰٪ (۱۰۰ نفر) را نیز زنان به خود اختصاص داده‌اند. ۴۹٪ (۹۸ نفر) از نمونه پژوهش در مقطع کارشناسی، ۳۵٪ (۷۰ نفر) در مقطع کارشناسی ارشد و ۱۶٪ (۳۲ نفر) نیز در مقطع دکتری مشغول به تحصیل بودند. همچنین بیش‌ترین فراوانی برای افراد با سن ۱۸ تا ۲۲ سال با ۴۲/۵٪ (۸۵ نفر) و کمترین فراوانی برای افراد با سن ۲۸ تا ۳۳ سال با ۲۵٪ (۵۰ نفر) است. برای آزمون فرضیه‌های پژوهش، مفروضه‌های آزمون پارامتری بررسی شد.

جدول ۲: میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش

شاخص آماری مقیاس	تعداد	میانگین	خطای استاندارد میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
کمال‌گرایی	۲۰۰	۱۱۳/۴۶	۱/۰۳	۱۴/۶۰	۰/۱۲۳	-۰/۰۳۵
تفکر ارجاعی	۲۰۰	۳۱/۶۰	۰/۵۱	۸/۵۶	۰/۰۱۷	۰/۳۴۱
اضطراب اجتماعی	۲۰۰	۳۸/۴۵	۰/۵۹	۸/۸۶	۰/۶۵۶	۰/۶۲۱

طبق جدول ۲ ارزش‌های چولگی و کشیدگی نشان می‌دهد که متغیرهای پژوهش توزیع

نرمال دارند.

جدول ۳: شاخص تحمل واریانس و عامل تراکم واریانس به منظور ارزیابی فقدان وجود اثر هم خطی بین متغیرهای مستقل

متغیرهای پیش بین	تحمل	عامل تراکم واریانس
کمال‌گرایی	۰/۸۹	۱/۲۱
تفکر ارجاعی	۰/۸۹	۱/۱۱

در جدول ۳ چون شاخص تحمل واریانس نزدیک به ۱ است؛ لذا هیچ‌یک از متغیرهای پیش‌بین با سایر متغیرهای پیش‌بین اثر هم خطی ندارد. همچنین مقدار شاخص عامل تراکم واریانس کمتر از ۲ است، لذا بین متغیرهای پیش‌بین اثر هم خطی وجود ندارد. نظر به اینکه اساس مدل‌سازی معادلات ساختاری بر مبنای ماتریس واریانس-کوواریانس یا همبستگی بین متغیرها است، لذا در جدول ۴ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

جدول ۴: ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

کمال‌گرایی	تفکر ارجاعی	اضطراب اجتماعی
کمال‌گرایی		
تفکر ارجاعی	۱	
اضطراب اجتماعی	*۰/۸۲	*۰/۷۸

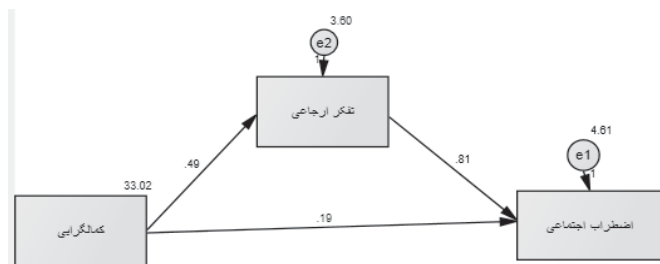
نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، رابطه بین کمال‌گرایی با تفکر ارجاعی و اضطراب اجتماعی، در سطح اطمینان ۹۵٪ معنادار است ( $P < ۰/۰۵$ ).

به منظور پاسخ به پرسش اصلی پژوهش، مبنی بر اینکه «آیا مدل تبیین اضطراب اجتماعی با توجه به کمال‌گرایی و نقش میانجی تفکر ارجاعی با داده‌های تجربی برازش دارد؟» از مدل‌سازی معادلات ساختاری و نرم‌افزار ایموس بهره برده شده است. در جدول ۵ مهم‌ترین شاخص‌های آزمون برازش مدل مفهومی پژوهش گزارش شده است.

جدول ۵: شاخص‌های برازش مدل

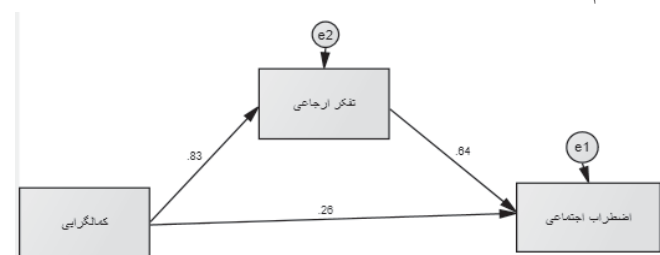
شاخص‌های برازش	AGFI	GFI	CFI	NNFI	NFI	RMSEA	$df^2/\chi$
مقدار به‌دست آمده	۰/۹۴	۰/۹۸	۰/۹۱	۰/۸۶	۰/۹۱	۰/۰۷	۱/۱۷
حدمجاز	بیشتر از ۰/۹	بیشتر از ۰/۹	بیشتر از ۰/۹	بیشتر از ۰/۹	بیشتر از ۰/۹	کم‌تر از ۰/۱	کم‌تر از ۳

با توجه به اینکه هر یک از شاخص‌های به‌دست آمده برازش مدل به تنهایی دلیل برازندگی مدل یا فقدان برازندگی آن نیستند، نیاز است که این شاخص‌ها را در کنار یکدیگر و با هم تفسیر کرد. نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، شاخص‌های برازش مدل در مجموع از وضعیت مطلوبی بهره‌مند شده‌اند و بنابراین، پاسخ به فرضیات پژوهش بلامانع است. در ادامه مدل نهایی (اصلاح شده) در حالت ضرایب استاندارد نشده و ضرایب مسیر ( $\beta$ ) گزارش شده است.



شکل ۱: ضرایب استاندارد نشده مسیرهای مدل نهایی تبیین اضطراب اجتماعی

مدل در حالت ضرایب استاندارد نشده معادل با وزن‌های رگرسیونی است که می‌توان بر اساس آن نمرات خام را محاسبه کرد.



شکل ۲: ضرایب استاندارد شده مسیرهای مدل نهایی تبیین اضطراب اجتماعی

مدل در حالت ضرایب استاندارد شده بین مثبت یک تا منفی یک محدود می‌شود و برای نشان‌دادن قدرت و جهت رابطه از آن استفاده می‌شود.

جدول ۶: ضرایب و معناداری اثرات مستقیم و غیرمستقیم بر اضطراب اجتماعی

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	نوع اثر	ضریب استاندارد نشده	$\beta$ استاندارد شده	آماره معناداری	sig
اضطراب اجتماعی	کمال‌گرایی	مستقیم	۰/۱۹	۰/۲۶	۳/۱۷	۰/۰۰۱
	کمال‌گرایی	غیرمستقیم	۰/۴۰	۰/۵۳	۵/۵۳	۰/۰۰۱
	تفکر ارجاعی	مستقیم	۰/۸۱	۰/۶۳	۷/۸۱	۰/۰۰۱

بر طبق نتایج آزمون ضرایب مسیر شکل ۲، ضریب استاندارد شده مسیر (اثر مستقیم کمال‌گرایی بر تفکر ارجاعی) در سطح ۹۵٪ اطمینان معنادار بوده است و اثر مستقیم تفکر ارجاعی بر اضطراب اجتماعی نیز معنادار بوده است ( $p < ۰/۰۵$ ).

نکته دیگری که در شکل ۲ باید به آن توجه کرد، مثبت بودن ضرایب مسیر مربوط به متغیر ملاک است، که نشان‌دهنده تأثیر مستقیم این متغیر است، به طوریکه با افزایش کمال‌گرایی، تفکر ارجاعی و اضطراب اجتماعی افزایش می‌یابد. فرضیه دیگر که این پژوهش به دنبال آن است، مربوط به اندازه اثر غیرمستقیم متغیر کمال‌گرایی بر اضطراب اجتماعی از طریق متغیر میانجی تفکر ارجاعی است. نتایج آزمون اثرات غیرمستقیم با استفاده از نرم‌افزار ایموس نشان داد، اندازه اثر غیرمستقیم متغیر کمال‌گرایی بر اضطراب اجتماعی از طریق متغیر میانجی تفکر ارجاعی با ( $\beta = ۰/۵۳$ ) در سطح ۹۵٪ اطمینان معنادار بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که در مدل تدوین شده، کمال‌گرایی و تفکر ارجاعی در قالب یک الگو می‌توانند اضطراب اجتماعی را پیش‌بینی کنند. با توجه به مثبت بودن ضرایب مسیر مربوط به متغیر ملاک که نشانه تأثیر مستقیم این متغیر است؛ افزایش کمال‌گرایی، تفکر ارجاعی و اضطراب اجتماعی را افزایش می‌دهد. همان‌گونه که عنوان شد، هم‌بستگی زیاد کمال‌گرایی نوروبیولوژیک با دامنه وسیعی از مشکلات روان‌شناختی، آن را به عنوان یک فرآیند

فرا تشخیصی مطرح می‌کند (دسنویرس و آرپین-کریپی، ۲۰۱۵). ماهیت فراتشخیصی کمال‌گرایی از دلالت‌های مهم برای مداخله در آن است، مداخله در کمال‌گرایی و ماهیت فراتشخیصی آن ممکن است به کاهش نشانه‌ها در اکثر حیطه‌های اختلالات عاطفی دیگر منجر شود و تنوعی از آسیب‌ها را کاهش دهد. بنابراین، به کمال‌گرایی باید به صورت اختصاصی توجه شود (اگان و همکاران، ۲۰۰۳؛ به نقل از ماسیدو، ۲۰۱۵). در ایجاد و ترویج راهبردهای مداخله‌ای رجوع به تغییر و اصلاح فرآیندهای شناختی تعیین کننده است که در کمال‌گرایی ناسازگارانه ایفای نقش می‌کنند (ماسیدو، ۲۰۱۵).

الگوی تدوین شده در این پژوهش از برازش مناسبی بهره‌مند بود و نتایج نشان داد که تفکر ارجاعی ارتباط بین کمال‌گرایی و اضطراب اجتماعی را در قالب یک مدل میانجی‌گری می‌کند. همچنین تأثیر غیرمستقیم کمال‌گرایی بر روی اضطراب اجتماعی از طریق تفکر ارجاعی معنادار بود. این نتایج همسو با نتایج پژوهش‌های ماسیدو و همکاران (۲۰۱۴)، مک اوی و ماهونی (۲۰۱۳)، اوکانر و همکاران (۲۰۰۷)، براون (۲۰۱۱) و پیرا و همکاران (۲۰۱۴) است. کمال‌گرایی و تفکر ارجاعی با اضطراب اجتماعی ارتباط معناداری دارند و در سطوح بالا می‌توانند اضطراب اجتماعی را پیش‌بینی کنند. افراد کمال‌گرایی که افکار منفی تکرارشونده بیشتری را تجربه می‌کنند، سطوح بالاتری از اضطراب را تحمل می‌کنند. کسانی که کمال‌گرایی نوروپیک بیشتری را داشته باشند، افکار منفی خودآیند و تکراری زیاده‌تری را نسبت به بقیه افراد خواهند داشت؛ این عامل به نوبه خود، آن‌ها را مستعد اضطراب و تشویش و مشکلات هیجانی و عاطفی دیگر می‌کند.

تفکر ارجاعی پیش‌بینی‌کننده مستقل پریشانی‌های روانی نیست، بلکه نقش میانجی را در اکثر اختلالات دارد. مطالعات نشان داده است که تفکر ارجاعی که از فرآیندهای شناختی و فراشناختی است، اثرات کمال‌گرایی بر روی پریشانی‌های روانی را میانجی‌گری می‌کند. فرآیندهای فراشناختی به ساختارهای روان‌شناختی، دانش، وقایع و پردازش‌های درگیر در کنترل، تغییر و اصلاح و تفسیر و تفکر اشاره دارد. اهمیت فرآیندهای فراشناختی با توجه به این واقعیت است که ممکن است یک عامل مهم را در رشد و ابقای اختلالات روانی تشکیل دهند (ولز و هاتون، ۲۰۰۴). هنگامی که تفکر ارجاعی توسط باورهای فراشناختی مثل اعتماد شناختی، باورهای مثبت درباره نگرانی و نشخوار، خودآگاهی شناختی، باورهای منفی درباره



افکار مربوط به کنترل‌ناپذیری و خطرآفرینی نگرانی و کنترل افکار هدایت می‌شود، را در آسیب‌شناسی روانی نقش مهمی را بازی می‌کند (ماسیدو، ۲۰۱۵). مدل فراشناختی برای ارتباط بین کمال‌گرایی و اختلالات روانی ممکن است، ارزش اکتشافی داشته باشد و بررسی آن توضیحات بیشتری را برای نقش فرآیندهای شناختی ناکارآمد چند سطحی درگیر، تضمین کند. باورهای فراشناختی بازنمودهای گره خورده به برنامه‌ها یا دانش رویه‌ای هستند که به نوعی تعیین‌گر سبک تفکر افراد است و ممکن است یک عامل آسیب‌پذیری مهم، برای توسعه و نگهداری از سبک‌های تفکر ناسازگارانه از جمله تفکر ارجاعی تشکیل دهند (پریرا و همکاران، ۲۰۱۴). بنابراین، مطالعه فراشناخت‌ها از این حیث حائز اهمیت است که به‌عنوان مجموعه‌ای از قوانین مطرح می‌شود که هدایت شناختی سبک‌های تفکر ناسازگارانه کمال‌گرایان، از جمله افکار منفی تکرار شونده را در بردارد که به نوبه خود میانجی‌گر ارتباط بین پریشانی‌های روانی است.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بین کمال‌گرایی و تفکر ارجاعی و بین تفکر ارجاعی و اضطراب اجتماعی ارتباط وجود دارد و تأثیر مستقیم کمال‌گرایی بر تفکر ارجاعی و تفکر ارجاعی بر اضطراب اجتماعی تأیید شد. این یافته‌ها همسو با پژوهش‌های مهرابی‌زاده هنرمند و همکاران (۱۳۷۸)، بیطرف و همکاران (۱۳۸۹)، پریرا و همکاران (۲۰۱۴)، اوکانر و همکاران (۲۰۰۷)، میلز و همکاران (۲۰۱۴)، فلت و هویت (۲۰۰۲)، شرت و مزمانیان (۲۰۱۳) و دروست و همکاران (۲۰۱۴) است. احساس مورد ارزیابی منفی قرار گرفتن در افراد مبتلا، هسته مرکزی نظریه‌ها در تدوین اضطراب اجتماعی و به‌ویژه کمال‌گرایی است (راپی و هیمبرگ، ۱۹۹۷). هامچاک پیشنهاد می‌کند که کمال‌گرایان عملکرد خود را بیش از حد برآورد می‌کنند و دنبال تأیید از سوی دیگران نیز هستند. کمال‌گرایان بی‌نهایت به طرد شدن از سوی دیگران حساس و به حد افراطی درباره پذیرش از سوی دیگران نگران هستند. کامل بودن یکی از راه‌های آن‌ها برای مورد تأیید واقع شدن از سوی دیگران است؛ اگر چنانچه عملکرد کامل ممکن نباشد، کمال‌گرایان راهبرد اجتناب را پیش‌رو قرار می‌دهند (فروست و همکاران، ۲۰۱۰).

اگرچه راهبرد اجتناب اغلب به‌طور خلاصه و بلافاصله حوادث داخلی ناخواسته را کاهش می‌دهد، با این حال، راهبرد تجربی اجتناب ممکن است در بلند مدت مؤثر نباشد. به

این صورت که تلاش‌های تکراری برای جلوگیری (اجتناب) از افکار و احساسات آزارنده اغلب اثر بازگشتی و ارجاعی دارد و این یعنی تشدید فکر یا احساسی که فرد می‌خواهد از آن اجتناب کند. بنابراین، به ناچار در برخی نقاط، افراد کمال‌گرا به ارزیابی کردن این افکار به صورت مضر و کنترل‌ناپذیر پایان می‌دهند و به این ترتیب چرخه‌ای معیوب از اثر منفی فراشناخت یعنی تفکر ارجاعی آغاز می‌شود که در دائمی ساختن طرحواره خودارزیابی ناکارآمد و آشفتگی‌های عاطفی مربوط به آن سهیم است (ماسیدو، ۲۰۱۵).

بررسی اینکه آیا مداخله و کنترل افکار منفی تکراری در پریشانی‌های روانی از جمله کمال‌گرایی و اضطراب اجتماعی به بهبود علائم این اختلالات کمک می‌کند، از دیدگاه کاربردی ارزشمند است. در تدوین برنامه‌های درمانی برای اضطراب اجتماعی باید به کمال‌گرایی و تفکر ارجاعی که به عنوان فرآیندهای فراتشخیصی مطرح می‌شوند توجه ویژه شود. گرچه یافته‌های پژوهش حاضر تا حدودی در راستای یافته‌های پژوهش‌های پیشین است، اما محدودیت‌هایی نیز دارد که باید در نظر گرفته شود. پژوهش‌های اندک در زمینه اضطراب اجتماعی، کمال‌گرایی و به‌ویژه تفکر ارجاعی در کشور، امکان مقایسه و تحلیل همه‌جانبه را محدود می‌کند. همچنین تنها استفاده از پرسشنامه جهت بررسی آسیب‌شناسی اضطراب اجتماعی، احتمال نادیده انگاشته شدن ابعاد دیگر موضوع را افزایش می‌دهد. عدم دسترسی به بیمارانی که دچار نشانگان کامل اضطراب اجتماعی هستند، رعایت احتیاط در تعمیم نتایج را ضروری می‌کند. تکرار این پژوهش در نمونه بالینی و همچنین استفاده از ابزارهای مختلف سنجش آسیب‌شناسی افراد مبتلا به این اختلالات، به منظور روشن‌تر شدن ابعاد دیگر، مسئله ضروری به نظر می‌رسد.

## تشکر و قدردانی

در پایان از کلیه دانشجویانی که در اجرای این پژوهش با پژوهشگران همکاری کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

## منابع

- تاجیک‌زاده، فخری، صادقی، راضیه، مهربانی زاده هنرمند، مهناز و داودی، ایران (۱۳۹۴). سیستم مغزی/رفتاری، کمال‌گرایی و علائم افسردگی در دانشجویان. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۱ (۳): ۱۳۹-۱۲۰.
- بیطرف، شبنم، شعیری، محمدرضا و حکیم‌جوادی، منصور (۱۳۸۹). هراس اجتماعی، سبک‌های والدگری و کمال‌گرایی. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۷ (۲۵): ۷۵-۸۲.
- حسنوند عموزاده، مهدی، عقیلی، محمدمهدی و حسنوند عموزاده، معصومه (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش گروهی شناختی-رفتاری عزت نفس بر اضطراب اجتماعی و سلامت روان نوجوانان مضطرب اجتماعی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۴ (۲): ۳۷-۲۶.
- کوروش‌نیا، مریم و لطیفیان، مرتضی (۱۳۹۰). رابطه مدل پنج عامل بزرگ شخصیت و کمال‌گرایی. *مطالعات روان‌شناختی*، ۷ (۴): ۵۴-۲۸.
- گل‌پرور، محسن، ستایش‌منش، ساناز و مصاحبی، محمدرضا (۱۳۹۲). الگوی پیش‌بینی روابط رمانتیک بر اساس مؤلفه‌های کمال‌گرایی در زنان متأهل دانشجوی. *زن و فرهنگ*، ۵ (۱۸): ۲۳-۹.
- گنجی، مهدی (۱۳۹۲). *آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5*. تهران: ساوالان.
- مهربانی زاده هنرمند، مهناز، نجاریان، بهمن و بهارلو، رویا (۱۳۷۸). رابطه کمال‌گرایی و اضطراب اجتماعی در دانشجویان. *مجله روان‌شناسی*، ۱۱ (۳): ۲۴۸-۲۳۲.
- منخب‌دزفولی، علیرضا، رضایی، مهدی، غضنفری، فیروزه، میردریکوند، فضل‌اله، غلامرضایی، سیمین، موذنی، ترانه و هاشمی، شیما (۱۳۹۴). مدل یابی اختلال هراس اجتماعی بر پایه مؤلفه‌های هیجانی، شناختی و جنسیت: کاربرد تحلیل مسیر. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۱ (۳): ۵۲-۳۰.
- محمدی، ابوالفضل، زرگر، فاطمه، امیدی، عبدالله و سرارودی، رضا (۱۳۹۲). مدل‌های سبب‌شناسی اختلال اضطراب اجتماعی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱ (۱): ۸۰-۶۸.
- 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): 100-105.
- Ashbaugh, A., Antony, M. M., Liss, A., Summerfeldt, J. L., McCabe, E. R., & Swinson, P. R. (2007). Changes in perfectionism following cognitive behavioral

- treatment for social phobia. *Depression and Anxiety*, 24(3): 169-177.
- Bitaraf, SH., Shaeeri, M., & Hakimjavadi, M. (2010). Social phobia and parenting styles and perfectionism. *Journal of Developmental psychology: Iranian psychologists*, 7(25): 75-82(Text in Persian).
- Brown, J. R. (2011). *Exploring Perfectionism, Rumination and Social Anxiety: Theoretical and Causal Implications*, Wilfrid Laurier University.
- Buckner, J. D., Heimberg, R. G., Ecker, A. H., & Vinci, C. (2013). A biopsychosocial model of social anxiety and substance use. *Depress Anxiety*, 30(3): 276-84.
- Desnoyers, A., & Arpin-Cribbie, C. (2015). Examining cognitive performance: Do perfectionism and rumination matter. *Personality and Individual Differences*, 76(1): 94-98.
- Drost, J., Van der Does, W., Van Hemert, M. A., Penninx, W.J.H., & Spinhoven, P. (2014). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic factor in depression and anxiety: A conceptual replication. *Behaviour Research and Therapy*, 63(3): 177-183.
- Egan, J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2003). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2): 203-212.
- Ehring, T., & Watkins, E. R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3): 192-205.
- Ehring, T., Zetsche, U., Weidacker, K., Wahl, K., & Ehlers, A. (2010). The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 42(2): 225-232.
- Flett, G.L. & Hewitt, P.L. (2002). *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Frost, R. O., Glossner, K., & Maxner, S. (2010). Social anxiety disorder and its relationship to perfectionism. *Delineation Of Social Anxiety*, 3(1): 120-145.
- Gangi, M. (2013). *Psychopathology based on DSM-5*. Tehran: savalan(Text in Persian).
- Golparvar, M., Setayeshmanesh, S., & Mosahebi, M. (2013). A prediction model for romance relationship based on perfectionism components in married women students. *Journal of Woman and culture*, 5(18): 9-23(Text in Persian).
- Hasanvand amozade, M., Aqili, M. M., Hasanvand amozade, M. (2013). The effectiveness of cognitive-behavioral group training of self-esteem on social anxiety and mental health among social troubled teens. *Journal of Knowledge and Research in Applied Psychology*, 14(2):26-37(Text in Persian).
- Koroshnia, M., & Latifian, M. (2011). The relationship between the five-factor model of personality and perfectionism. *Journal of Psychological studies*, 7(4): 28-54(Text in Persian).
- Laurenti, J. H., Bruch, A. M., & Haase, F. R. (2008). Social anxiety and socially prescribed perfectionism: Unique and interactive relations with maladaptive

appraisal of interpersonal situations. *Journal of Personality and Individual Differences*, 4(3): 55-61.

- Levinson, C. A., Rodebaugh, T. L., Shumaker, E. A., Menatti, A. R., Weeks, J. W., White, E. K., Heimberg, R. G., Warren, C. S., Blanco, C., Schneier, F., & Liebowitz, M. R. (2014). Perception matters for clinical perfectionism and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 29(6): 61-71.
- Macedo, A. (2015). Perfectionism and psychological distress: a review of the cognitive factors. *International Journal of Clinical Neurosciences & Mental Health*. 1(6): 1-10.
- Macedo, A., Soares, M. J., Amaral, A. P., Nogueira, V., Madeira, N., Roque, C., Marquesm M., Maia, B., Bos, S., Valente, J., & Pereira, A. T. (2014). Repetitive negative thinking mediates the association between perfectionism and psychological distress. *Personality and Individual Differences*, 72(6): 220–224.
- 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.
- Mehrabizade honarmand, M., Najarian, B., & baharlo, R. (1999). Relationship between perfectionism and social phobia in university students. *Psychological journal*, 11(3): 232-248(Text in Persian).
- Mills, C., Grant, M., Lechner, V., & Judan, R. (2014). Relationship between trait repetitive negative thinking styles and symptoms of psychopathology. *Personality and Individual Differences*. 71(3): 19-24.
- Mohammadi, A., Zargar, F., Omid, A., & Sararodi, R. (2013). Etiology models for Social anxiety disorder. *Behavioral sciences research journal*, 11(1): 68-80(Text in Persian).
- Mokhberdezfoli, A., Rezaee, M., Qazanfari, F., Mirdrikvand, F., Qolamrezaee, S., Moazeni, T., & Hashemi, S. (2015). Social phobia modeling based on emotional, cognitive and sexual components. Path analysis usage. *Journal of Psychological studies*, 11(3): 30-52(Text in Persian).
- O'Connor, D. B., O'Connor, R. C., & Marshall, R. (2007). Perfectionism and psychological distress: Evidence of the mediating effects of rumination. *European Journal of Personality*, 21(2): 429–452.
- Pereira, A. T., Chaves, B., Castro, J., Soares, M. J., & Macedo. (2014). Perseverative negative thinking mediates the relationship between perfectionism and negative affect. *European Psychiatry*, 29(4): 23-29.
- Polo, A. J., Alegria, M., Chen, C. N., & Blanco C. (2011). The prevalence and comorbidity of social anxiety disorder among United States Latinos: a retrospective analysis of data from 2 national surveys. *J Clin Psychiatry*, 72(8):

96-105.

- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in Social Anxiety Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35(6): 741–756.
- Short, M. M., & Mazmanian, D. (2013). Perfectionism and negative repetitive thoughts: Examining a multiple mediator model in relation to mindfulness. *Personality and Individual Differences* 55(3): 716–721.
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10(5): 295-319.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42(1): 385–396.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using Multivariate Statistics*. Boston: Allyn and Bacon.
- Tajikzade, F., Sadegi, R., Mehrabizade honarmand, M., & Davoodi, E. (2015). The Brain -Behavioral Systems, perfectionism and Symptoms of depression in students. *Journal of Psychological studies*, 11(3): 120-139(Text in Persian).

---

**Repetitive negative thinking mediates the  
association between perfectionism and social  
anxiety**

---

Farhad Shirmohamadi <sup>\*</sup>, Alireza Kakavand <sup>\*\*</sup>,  
Meysam Sadeghi <sup>\*\*\*</sup> & Razieh Jafari Jozani <sup>\*\*\*\*</sup>

**Abstract**

This study aimed to determine the mediating role of perseverative thinking in relationship between perfectionism and social anxiety. The study method was a descriptive-correlation one. Among all of the students of Imam Khomeini International University in Qazvin, who were on the number 7030 people in 2015, 200 students were chosen by random sampling. The study instruments consisted of Ehring Perseverative thinking questionnaires, Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS) and Connor Social Phobia Questionnaire and analyzed using structural equation modeling. Findings showed that repetitive negative thinking mediates the association between perfectionism and social anxiety. perfectionism and repetitive negative thinking had the role of predictors for social anxiety. So that, with increasing the perfectionism and repetitive negative thinking, social anxiety increased, too. The perfectionists who had repetitive negative thinking trait, incurred more social anxiety. For treatment plans of social anxiety, should be noted to perfectionism and repetitive negative thinking specially that are propounded as Transdiagnostic processes.

*Keywords:* Social anxiety; Perfectionism; Repetitive Negative Thinking; Students

---

\* MA in Psychology, Imam Khomeini International University  
\*\*. Associate professor, Imam Khomeini International University  
\*\*\*. Phd student in Psychometric, Allameh Tabatabai University  
\*\*\*\*. MA in Psychology, Imam Khomeini International University  
Revised:2015/6/1 Accepted:2016/6/25  
DOI: 10.22051/psy.2016.2388