نقش نقایص تنظیم هیجان، آمیختگی فکر-عمل و بازداری رفتاری در اختلال اضطراب منتشر

اعظم داودی[1*]، حمید طاهر نشاط دوست[2]، محمدرضا عابدی[2]، هوشنگ طالبی[3]

۱) گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان(خوراسگان)، اصفهان، ایران
۲) گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه اصفهان، ایران
۳) گروه آمار، دانشگاه اصفهان، ایران

تاریخ دریافت: ۹۳/۲/۲ تاریخ پذیرش: ۹۳/۶/۷

چکیده

مقدمه: اختلال اضطراب منتشر تحت تاثیر مولفه های متعدد هیجانی، شناختی و سرشتی قرار دارد. هدف این پژوهش بررسی نقش متغیرهای عدم تنظیم هیجان، آمیختگی فکر-عمل و بازداری رفتاری در اختلال اضطراب منتشر بود.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر از نوع همبستگی که شامل ۱۲۰ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب منتشر بود که از میان بیماران چهار مرکز روان پزشکی شهر شیراز به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده ها از پرسش نامه های تنظیم شناختی هیجان، آمیختگی فکر-عمل، اضطراب بک و مقیاس های بازداری رفتاری بزرگسالی و گذشته نگر(دوران کودکی) و مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو-۲۰ استفاده شد. داده ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام تحلیل گردید.

یافته های پژوهش: نتایج نشان داد که بین دشواری در شناسایی و توصیف احساس، تنظیم شناختی غیر انطباقی، آمیختگی فکر-عمل و بازداری رفتاری کودکی با اختلال اضطراب منتشر رابطه مثبت معناداری وجود دارد.($P<0.01$) همچنین تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که دشواری در شناسایی احساس، تنظیم شناختی غیر انطباقی، آمیختگی فکر-عمل و بازداری رفتاری دوران کودکی به ترتیب پیش بینی های مناسبی برای این اختلال هستند.

بحث و نتیجه گیری: در مجموع با توجه به نقش عدم تنظیم هیجان، آمیختگی فکر-عمل و بازداری رفتاری دوران کودکی در اختلال اضطراب منتشر، لازم است متغیرهای فوق در برنامه های پیشگیری و درمان این اختلال گنجانده شود.

واژه های کلیدی: نقایص تنظیم هیجان، آمیختگی فکر-عمل، بازداری رفتاری، اختلال اضطراب منتشر

* نویسنده مسئول: گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان(خوراسگان)، اصفهان، ایران

Email: davoodi.azam@yahoo.com

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر شایع ترین اختلال اضطرابی در بزرگسالان است، به طوری که میزان شیوع آن در طول عمر ۶ درصد گزارش شده است،(۱). تقریباً ۱۲ درصد مراجعه کنندگان به کلینیک روان پزشکی، مبتلا به اختلال اضطراب منتشر می باشند،(۲). پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی این اختلال را به صورت نگرانی مفرط و غیرقابل کنترل در مورد رویدادهای مختلفی معرفی می کند که در اکثر روزها و حداقل به مدت شش ماه تداوم داشته باشد. نگرانی باعث پریشانی و اختلال در عملکرد می‌شود و حداقل با سه ویژگی زیر مرتبط است: بی قراری، خستگی پذیری، مشکل در تمرکز یا فراموشی، تحریک پذیری، گرفتگی عضلانی و اشکال در خواب،(۳). علی رغم شیوع بالای اختلال اضطراب منتشر(GAD)، درک ضعیف تری از این اختلال نسبت به سایر اختلالات اضطرابی وجود دارد و تحقیقات کمتری مکانیسم های آسیب شناسی روانی دخیل در این اختلال را بررسی کرده اند،(۴)، و در نتیجه مشکلات بیشتری در درمان افراد مبتلا به این اختلال موجود می باشد.

اخیرا نظریه پردازان چندین مدل جدید را برای درک بهتر و بررسی مکانیسم های موجود در اختلال اضطراب منتشر توسعه داده اند که هر کدام بر یک جنبه خاص در تبیین این اختلال تاکید کرده اند. به عنوان مثال مدل عدم تنظیم هیجان(منین، ۲۰۰۴) به جنبه های هیجانی، مدل فراشناختی(ولز، ۱۹۹۷) به اهمیت کنترل افکار و مدل سرشتی(کاگان، ۱۹۹۴) به اهمیت بازداری رفتاری در ایجاد این اختلال اشاره دارند. در مدل عدم تنظیم هیجانی GAD به وسیله نقص چشمگیر در تجربه و تنظیم هیجانی مشخص می شود. به طور خاص این مدل معتقد است که افراد دارای این اختلال در شناسایی، توصیف و تمایز تجارب هیجانی شان از یکدیگر مشکل دارند(درک ضعیف هیجانات) و هیجان ها به جای این که منبع اطلاعاتی باشند که رفتار را هدایت می - کنند، به صورت آزارنده و نامطلوب تجربه می شوند،(۵). علاوه بر این افراد دارای اختلال اضطراب منتشر در شناخت زمان هیجان خود و چگونگی کاهش شدت تجربیات هیجانی منفی خود به شیوه ای مناسب با زمینه محیطی آن، دچار مشکل هستند(مدیریت و تنظیم غیر انطباقی هیجان)،(۶). برای این افراد نگرانی یک فرآیند شناختی است که برای کنترل تجربه هیجانی به کار می رود اما راهبردهای دیگر مانند راهبردهای تنظیم شناختی غیر انطباقی هیجان نیز ممکن است استفاده شود.(۷)

تحقیقات نشان داده اند که افرادی دارای GAD نسبت به گروه های کنترل، شدت بیشتری از هیجان را گزارش می دهند و مهارت های کمی برای شناسایی، توصیف یا تنظیم عکس العمل های هیجانی منفی دارند،(۵،۶،۸،۹). آلدائو و نولن- هوکسما،(۱۰)، در مطالعه ای یافتند که راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان(نشخوار فکری و فرونشانی) همبستگی مثبت با اختلال اضطراب منتشر و راهبردهای انطباقی(ارزیابی مجدد و حل مسئله) همبستگی منفی معناداری با این اختلال را نشان دادند. مارتین و دالان،(۱۱)، نیز گزارش داده اند که سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه سازی و ارزیابی مجدد مثبت می تواند به طور معناداری علائم اضطراب را پیش بینی کنند.

با این وجود مشکلات موجود در تنظیم هیجانی تنها عامل مستعدکننده برای اختلالات اضطرابی شناخته نمی شوند و عوامل شناختی و سرشتی نیز تاثیرگذار می باشد،(۱۲). آمیختگی فکر-عمل، توسط راچمن(۱۹۹۷) به عنوان یک سوگیری شناختی مفهوم سازی شده است که منجر به سوء تعبیر معنی و مفهوم می شود. آمیختگی فکر-عمل به این باور بر می‌گردد که افکار و اعمال به طور جدا ناپذیری به هم مرتبط هستند و فرض وجود روابط علی نادرست بین افکار فرد و واقعیت خارجی را مطرح می کند و معمولاً از دو عنصر تشکیل می شود: ۱-آمیختگی فکر-عمل اخلاقی، داشتن این باور است که فکر در مورد یک عمل غیر اخلاقی به اندازه انجام آن عمل بد است. ۲-آمیختگی فکر-عمل احتمالی یعنی داشتن این باور که فکرکردن در مورد یک حادثه منفی برای خود و دیگران، احتمال وقوع این حادثه را افزایش می - دهد،(۱۳). این سوگیری شناختی ابتدا در اختلال وسواسی- اجباری مورد تایید قرار گرفت اما پژوهش های بیشتر نشان داد آمیختگی فکر-عمل در شکل های دیگر اضطراب نیز اتفاق می افتد،(۱۴). در دهه های اخیر این ساختار در پژوهش های مربوط به اختلالات اضطرابی مرکز توجه قرار گرفته است.

آبراموتیز و همکاران،(۱۵)، نشان دادند که بیماران با اختلال اضطراب منتشر و اختلال وسواسی-اجباری در هر دو نوع آمیختگی فکر-عمل نمرات بالاتری نسبت به گروه غیر بیمار داشتند ولی بین دو گروه بیمار تفاوت معناداری وجود

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

نداشت. تعدادی از مطالعات نشان داده اند که نمرات خرده مقیاس آمیختگی فکر-عمل احتمالی همبستگی مثبتی با نمرات پرسش نامه نگرانی دارد،(۱۶،۱۷)، و نمرات خرده مقیاس احتمال پیش بینی می کند که کدام آزمودنی ها برخی یا تمام معیارهای تشخیصی اختلال اضطراب منتشر را دارند،(۱۶). نتایج مطالعه تامپسون-هولاندز و همکاران،(۱۸)، در یک نمونه بیماران با تشخیص ترکیبی نشان داد که وجود هر گونه تشخیص اختلال اضطراب منتشر قوی ترین پیش بینی کننده آمیختگی فکر-عمل بود و این سازه شناختی بعد از درمان کاهش پیدا کرد. در یک مطالعه نیز، دستکاری آزمایشی آمیختگی فکر-عمل منجر به افزایش فراوانی افکار مزاحم، میزان پریشانی و مقاومت شد. محققان نتیجه گرفتند که آمیختگی فکر-عمل ممکن است باعث رشد و توسعه افکار مزاحم شود.(۱۹)

بازداری رفتاری به عنوان یک مولفه سرشتی اغلب به عنوان یک عامل آسیب پذیری برای رشد اضطراب ذکر شده است،(۲۰). این ضعف سرشتی یک الگوی نسبتاً ثابت رفتاری و پاسخ های هیجانی به افراد ناآشنا و موقعیت های جدید است. افراد بازدارنده معمولاً نسبت به موقعیت ها و اشیاء جدید احتیاط و کناره گیری می کنند و اغلب با افراد ناآشنا به صورت بیمناک و خجالتی رفتار می کنند. بازداری رفتاری سطوح تداوم متوسط تا زیاد در طول دوران کودکی را نشان می دهد و تا حدی نیز با جنبه های مختلف شخصیت بزرگسالی در ارتباط است،(۲۱). بیدرمن و همکاران(۱۹۹۵) پیشنهاد داده اند که داشتن تاریخچه بازداری رفتاری در دوران کودکی و ترکیب آن با تاریخچه خانوادگی آسیب شناسی اضطراب، خطر اختلال - های اضطرابی را افزایش می دهد.(۲۲)

مطالعات کمی رابطه منحصر به فرد بین بازداری رفتاری و اختلال اضطراب منتشر را بررسی کرده اند. در مطالعه ای بر روی ۹۱ بیمار دارای اختلال اضطراب منتشر، بازداری رفتاری به عنوان پیش بینی کننده مهم و معنادار اختلال اضطراب منتشر اخیر فراتر از عدم تنظیم شناختی هیجان، حساسیت به اضطراب و افسردگی اساسی ظاهر شده است،(۲۳). اما در دو مطالعه دیگر بازداری رفتاری کودکی(گذشته نگر) ارتباط معناداری با اختلال اضطراب منتشر نداشتند،(۲۴)، و بازداری رفتاری کودکی و بزرگسالی نمی توانستند احتمال داشتن اختلال اضطراب منتشر را در بین بیماران پیش بینی کنند.(۲۰)

در مجموع مبانی نظری و پژوهشی مطرح شده، نشان می دهد که متغیرهای عدم تنظیم هیجان، آمیختگی فکر-عمل و بازداری رفتاری هر کدام به طور جداگانه با اختلال اضطراب منتشر ارتباط دارند اما در ارتباط بین بازداری رفتاری و اختلال اضطراب منتشر به روشنی مشخص نیست. از سوی دیگر تحقیقی که به طور مستقیم نقش این سه متغیر را در کنار هم بر اختلال اضطراب منتشر بررسی کرده باشند، به طوری که بتوان گفت کدام یک از متغیرها تاثیر بیشتری در این اختلال دارند، در دسترس نمی باشند. بدیهی است داشتن این اطلاعات می تواند در دو حوزه پیشگیری و درمان، راهبردهای نوینی را در اختیار درمانگران این حیطه قرار دهد. بنا بر این پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش عدم تنظیم هیجانی، آمیختگی فکر-عمل و بازداری رفتاری در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر انجام شده است.

مواد و روش ها

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر مراجعه کننده به مراکز روان پزشکی شهر شیراز در سال ۱۳۹۱ بودند. از میان مراجعان به چهار مرکز روان پزشکی، ۱۲۰ بیمار مبتلا به اضطراب منتشر(۷۰ زن و ۵۰ مرد) با دامنه سنی ۵۵-۱۸ به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک انتخاب بیماران و ورود آن ها به نمونه، تشخیص روان پزشک، انجام مصاحبه تشخیصی با استفاده از مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور یک(SCID-I) توسط روان شناس بالینی و کسب نمره متوسط به بالا در پرسش نامه اضطراب بک بود. علاوه بر این معیارهای دیگری مانند گرفتن تشخیص برای اولین بار، نداشتن سابقه روان درمانی و تشخیص هم زمان اختلالات روانی دیگر، فقدان آسیب های مغزی، و داشتن تحصیلات متوسطه به بالا برای درک و پاسخگویی به پرسش نامه ها در انتخاب بیماران مورد نظر قرار گرفتند. هم چنین برای ایجاد انگیزه در بیماران برای پاسخ دهی صحیح و تکمیل کل پرسش نامه ها این تعهد به بیماران داده شد که نتایج پرسش نامه ها به صورت فردی در اختیار آن ها قرار خواهد گرفت و آزمودنی در موعد مقرر می توانست این نتایج را دریافت کند. برای جمع آوری اطلاعات این پژوهش از چهار ابزار استفاده شد.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

مقیاس نارســایی هیجانی تورنتو-۲۰(TAS-20): این مقیاس از ۲۰ سوال تشکیل شده است که سه خرده مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در یک مقیاس درجه بندی لیکرتی از نمره ۱ (کاملاً مخالفم) تا نمره ۵ (کاملاً موافقم) می سنجد. ویژگی های روان سنجی این مقیاس در پژوهش های متعددی در گروه های بالینی و غیر بالینی بررسی و تأیید شده است.(۲۵،۲۶)

در نسخه فارسی این مقیاس، ضرایب آلفای کرونباخ برای نارسایی هیجان کل و سه خرده مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵، ۰/۷۲ و پایایی بازآزمایی در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ گزارش شده است. روایی هم زمان مقیاس فارسی با استفاده از پرسش نامه های هوش هیجانی، بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی به ترتیب ۰/۷۰- ، ۰/۶۸- و ۰/۴۴- به دست آمده است. علاوه بر این نتایج تحلیل عامل تاییدی نیز وجود سه خرده مقیاس فوق را در نسخه فارسی تایید کرد،(۲۷). در پژوهش حاضر برای سنجش درک ضعیف هیجان ها به عنوان مؤلفه عدم تنظیم هیجان، دو خرده مقیاس دشواری در شناسایی احساسات و دشواری در توصیف احساسات مورد استفاده قرار گرفت که ضریب همسانی درونی آن ها به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۷۰ به دست آمد.

پرسش نامه تنظیم شناختی هیجان(CERQ): این پرسش نامه ۳۶ گویه دارد و هر گویه بر اساس یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ای از هرگز(۱) تا همیشه(۵) اندازه گیری می شود. این پرسش نامه برای شناسایی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان فرد، بعد از تجربه کردن اتفاقات استرس آمیز زندگی مورد استفاده قرار می گیرد و دارای نه خرده مقیاس تمرکز مجدد برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت، سرزنش دیگران، سرزنش خود، نشخوار فکری، توسعه دیدگاه، فاجعه سازی و پذیرش می باشد،(۲۸). نتایج پژوهش سامانی و صادقی،(۲۹)، یک ساختار هفت عاملی را برای این پرسش نامه نشان داد. ضرایب آلفای کرونباخ برای این عوامل در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۹۱ و ضرایب پایایی بازآزمایی در دامنه ۰/۷۵ تا ۰/۸۸ گزارش کرده اند. در مطالعه فوق در تحلیل عامل مرتبه دوم بر روی عوامل اولیه این پرسش نامه، دو عامل کلی به نام راهبردهای شناختی مثبت در تنظیم هیجان(تمرکز مجدد مثبت/برنامه ریزی و ارزیابی مجدد مثبت/توسعه دیدگاه) و راهبردهای تنظیم شناختی منفی(سرزنش دیگران، سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه سازی و پذیرش) به دست آمده است. در مطالعه حاضر نمرات دو عامل کلی مورد استفاده قرار گرفت و ضرایب آلفای این دو عامل در پژوهش حاضر به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۷ به دست آمد.

مقیاس های بازداری رفتاری: این مقیاس ها شامل مقیاس بازداری رفتاری بزرگسالان(AMBI) و مقیاس بازداری رفتاری گذشته نگر(RMBI) توسط گلدستون و پارکر(۲۰۰۵) ساخته شده است. مقیاس بازداری رفتاری بزرگسالان یک ابزار تحقیقی ۱۶ ماده ای است که به منظور اندازه گیری گزارش ذهنی از صفت بازداری کنونی تهیه شده و مقیاس گذشته نگر بازداری رفتاری یک ابزار ۱۸ ماده ای برای گزارش های گذشته نگر و یادآوری رفتارهای بازدارنده در دوران کودکی توسط بزرگسالان می باشد.(به عنوان مثال در طول سال های اولیه مدرسه و سنین ۱۳-۵) ضریب پایایی این دو مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ برای نمره کل AMBI و RMBI به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۹۰ و با استفاده از روش بازآزمایی با میانگین فاصله زمانی ۱۸ هفته به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۷ گزارش شده است. بررسی روایی سازه از طریق همبستگی بین مقیاس بازداری رفتاری بزرگسالان و مقیاس گذشته نگر بازداری رفتاری با یک مقیاس بازداری رفتاری گذشته نگر(ریزنک و همکاران، ۱۹۹۲) به ترتیب ۰/۶۲ و ۰/۷۳ بوده است. از سوی دیگر AMBI به صورت بالایی با مقیاس های اضطراب اجتماعی و شخصیت ضداجتماعی همبستگی دارد(به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۷۴) که از لحاظ نظری با ساختار بازداری رفتاری مرتبط هستند،(۲۰). محمدی،(۳۰)، همسانی درونی و پایایی بازآزمایی با فاصله دو هفته در مقیاس AMBI به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۷۹ و برای مقیاس RMBI ۰/۷۴ و ۰/۷۱ گزارش داده است. علاوه بر این روایی همگرای AMBI با پرسش نامه بازداری رفتاری گذشتگه نگر برابر با ۰/۵۵ و برای مقیاس RMBI با پرسش نامه بازداری رفتاری بزرگسالان برابر با ۰/۵۵ بود. در پژوهش حاضر به منظور بررسی پایایی پرسش نامه از ضریب همسانی درونی آلفای کرونباخ و روش بازآزمایی استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ پرسش نامه AMBI و RMBI به ترتیب برابر با ۰/۷۵ و ۰/۷۸ و ضریب پایایی مقیاس ها نیز به روش بازآزمایی با فواصل زمانی ۴ هفته ای به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۷۳ به دست آمد.

پرسش نامه آمیختگی افکار(TFI): یک مقیاس خود گزارشی ۱۴ گویه‌ای است که باورهای افراد درباره معنی، خطر

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

و پیامدهای افکارشان را می سنجد. پاسخ ها در این مقیاس بر اساس دامنه نمره صفر(اصلاً اعتقادی ندارم) تا ۱۰۰ (کاملاً اعتقاد دارم) و به صورت ده تایی نمره گذاری می شود. ضریب همسانی درونی مناسب(آلفای کرونباخ، ۰/۸۹) برای این آزمون و همبستگی کل ماده ها در دامنه ای از ۰/۳۵ تا ۰/۷۸ گزارش شده است. هم چنین همبستگی معنی داری بین TFI با پرسش نامه های باورهای فراشناختی-۳۰ (MCQ-30) و آمیختگی فکر-کنش(شفران و همکاران، ۱۹۹۶) به دست آمده است،(۳۱). میرز و همکاران،(۳۲)، نیز ضریب پایایی این آزمون را به روش بازآزمایی ۰/۶۹ گزارش نموده اند. در ایران، شیرین زاده دستگیری،(۳۳)، ضریب همسانی درونی برای کل آزمون ۰/۸۹و برای زیر عامل ها در حدود ۰/۸۴ تا ۰/۷۶ و همبستگی خرده مقیاس ها با یکدیگر و با کل مقیاس ۰/۴۴ تا ۰/۸۸ گزارش کرده اند که حاکی از روایی و پایایی قابل قبول مقیاس می باشد. ضریب همسانی درونی پرسش نامه در هم آمیختگی افکار در پژوهش حاضر بر روی نمونه ای از بیماران، ۰/۸۴ به دست آمد.

پرسش نامه اضطراب بک(BAI): بک و همکاران(۱۹۹۰) این پرسش نامه را معرفی کردند که به طور اختصاصی شدت علائم اضطراب بالینی را در افراد می سنجد. این پرسش نامه یک مقیاس ۲۱ ماده ای است که هر سوال در یک طیف چهار بخشی از ۰ تا ۳ نمره گذاری می شود. هر یک از ماده های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب(علائم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می کند. مطالعات نشان می دهند که این پرسش نامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن برابر با ۰/۹۲، پایایی آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و برای ماده های آن ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر گزارش شده است. پنج نوع روایی محتوا، هم زمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه گیری شدت اضطراب می باشد،(۳۴). کاویانی و موسوی،(۳۵)، در بررسی ویژگی های روان سنجی این آزمون در جمعیت ایرانی، ضریب روایی در حدود ۰/۷۲ و ضریب پایایی آن با روش بازآزمایی به فاصله یک ماه ۰/۸۳ و آلفای کرونباخ ۰/۹۲ را گزارش کرده اند. صلواتی،(۳۶)، نیز روایی محتوایی هم زمان تشخیصی و عاملی را برای هر مقیاس بررسی کرده و کارایی بالای این ابزار را در اندازه گیری شدت اضطراب مورد تایید قرارداده است. ضریب همسانی درونی پرسش نامه اضطراب بک در پژوهش حاضر بر روی نمونه ای از بیماران ۰/۹۳ به دست آمد.

یافته های پژوهش

نمونه مطالعه حاضر شامل ۱۲۰ بیمار با میانگین و انحراف معیار سنی ۷/۱۴±۲۹/۵ بود. جدول شماره ۱ میانگین، انحراف معیار و همبستگی متغیرهای نقایص تنظیم هیجان، آمیختگی فکر-عمل، بازداری رفتاری و اضطراب منتشر را نشان می دهد.

جدول شماره ۱. میانگین، انحراف معیار و همبستگی متغیرهای پژوهش

	متغیرها	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱	اختلال اضطراب منتشر	۳۲/۴۸	۱۰/۸۸	۱							
۲	تنظیم شناختی غیر انطباقی	۴۶/۰۲	۱۲/۰۶	۰/۳۶**	۱						
۳	تنظیم شناختی انطباقی	۵۸/۸۳	۱۳/۷۱	-۰/۱۵	-۰/۰۶	۱					
۴	دشواری در شناسایی هیجانات	۲۰/۹۹	۶/۱۰	۰/۴۱**	۰/۴۹**	-۰/۰۹	۱				
۵	دشواری در توصیف هیجانات	۱۴/۴۸	۴/۴۲	۰/۳۱**	۰/۲۶*	۰/۰۷	۰/۶۴**	۱			
۶	آمیختگی فکر -عمل	۴۰/۲۸	۲۰/۳۳	۰/۲۵**	۰/۳۰**	۰/۱۱	۰/۲۷*	۰/۲۵*	۱		
۷	بازداری دوران کودکی	۱۴/۸۳	۴/۵۰	۰/۱۸*	۰/۲۰*	-۰/۱۰	۰/۲۳**	۰/۱۷*	۰/۱۴*	۱	
۸	بازداری بزرگسالی	۱۶/۹۲	۵/۷۲	۰/۱۰	۰/۴۲**	-۰/۰۶	۰/۱۷*	۰/۱۶*	۰/۱۰	۰/۲۵*	۱

**(P<0.001)، *(P<0.01)

همان طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می شود. بین دشواری در شناسایی هیجانات، دشواری در توصیف هیجانات، راهبردهای تنظیم هیجان غیرانطباقی، آمیختگی فکر-عمل با اختلال اضطراب منتشر در سطح P<0.001 و بین بازداری رفتاری کودکی با اختلال اضطراب منتشر در سطح P<0.01 رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

برای تعیین وزن هر یک از متغیرهای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان انطباقی و غیرانطباقی، دشواری در شناسایی و

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

توصیف احساسات، آمیختگی فکر-عمل و بازداری رفتاری کودکی و بزرگسالی در اختلال اضطراب منتشر از آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه گام به گام استفاده شد. نتایج نشان داد که دشواری در شناسایی هیجانات، راهبردهای تنظیم غیرانطباقی، آمیختگی فکر-عمل و بازداری رفتاری کودکی به ترتیب قوی ترین متغیرهای معنادار برای پیش بینی اختلال اضطراب منتشر می باشد($P<0.001$, $F=20.52$) و ۲۱/۷ درصد واریانس اختلال اضطراب منتشر توسط این متغیرها تعیین می شود. در جدول شماره ۲ ضرایب استاندارد و غیر استاندارد β برای تعیین وزن هر یک از متغیرهای پیش بین معنادار در اختلال اضطراب منتشر ارائه شده است.

جدول شماره ۲. نتایج رگرسیون چندگانه گام به گام متغیرهای نقایص تنظیم هیجان، آمیختگی فکر-عمل و بازداری رفتاری بر اختلال اضطراب منتشر

گام ها	متغیرهای پیش بین	B	β	R	R^2	t	P
۱	دشواری در شناسایی هیجانات	۰/۷۳۴	۰/۴۱۲	۰/۳۸۲	۰/۱۴۵	۵/۶۷	۰/۰۰۱
۲	دشواری در شناسایی هیجانات	۰/۶۵۴	۰/۳۶۹	۰/۴۲۸	۰/۱۸۳	۵/۶۷	۰/۰۰۱
	تنظیم شناختی غیرانطباقی	۰/۲۱۷	۰/۱۶			۳/۵۲	۰/۰۳۲
۳	دشواری در شناسایی هیجانات	۰/۵۵۴	۰/۳۲۲	۰/۴۵۳	۰/۲۰۵	۵/۰۸	۰/۰۰۱
	تنظیم شناختی غیر انطباقی	۰/۱۵۷	۰/۱۳			۲/۳۴	۰/۰۳۸
	آمیختگی فکر-عمل	۰/۲۴۲	۰/۱۸			۳/۱۶	۰/۰۱۲
۴	دشواری در شناسایی هیجانات	۰/۵۰۴	۰/۳۱۷	۰/۴۶۶	۰/۲۱۷	۴/۸۹	۰/۰۰۱
	تنظیم شناختی غیر انطباقی	۰/۱۴۸	۰/۱۱			۲/۰۱	۰/۰۵۲
	آمیختگی فکر-عمل	۰/۲۱۳	۰/۱۷			۳/۱۱	۰/۰۱۲
	بازداری دوران کودکی	۰/۱۱	۰/۱۵			۲/۴۰	۰/۰۳۵

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش عدم تنظیم هیجان(دشواری در شناسایی و توصیف احساسات و راهبردهای تنظیم هیجان)، آمیختگی فکر-عمل و بازداری رفتاری در اختلال اضطراب منتشر بود. نتایج نشان داد که بین دشواری در شناسایی احساسات و راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان با اختلال اضطراب منتشر رابطه مثبت معناداری وجود دارد و این دو متغیر سهم معناداری در تبیین واریانس مربوط به اختلال اضطراب منتشر دارند. این یافته با نتایج مطالعات گذشته،(۵،۸،۹،۱۰،۱۱)، همسو می باشد. این مسئله مطرح شده است که نگرانی به عنوان ویژگی اصلی اختلال اضطراب منتشر، به افراد اجازه می دهد تا از طرق تمرکز دائم بر فعالیت شناختی از تجارب هیجانی ناخوشایند اجتناب کنند. پردازش تجارب هیجانی به طور شناختی، در واقع آگاهی از حالت های هیجانی را کاهش می دهد. بنا بر این افراد دارای GAD ممکن است در تشخیص هیجان های اولیه از قبیل عصبانیت، ناراحتی، ترس و شادی دچار مشکل شوند و در عوض هیجان های خود را به صورت تمایز نیافته و گیج کننده تجربه کنند،(درک ضعیف هیجانات)(۳۷). به این ترتیب آن ها نمی - توانند به اطلاعات انطباقی موجود در هیجان های خود دسترسی پیدا کنند و یا از آن برای برخورد با موقعیت های مختلف استفاده کنند. در نهایت با توجه به وجود پاسخ های هیجانی و درک ضعیف نسبت به آن ها، این بیماران هیجان - ها را به صورت آزارنده تجربه می کنند.(۶)

هم چنین مطالعات نشان می دهد چند راهبرد تنظیم شناختی هیجان دارای ارتباط منفی با آسیب های روانی هستند در حالی که سایر راهبردها با علت بروز و حفظ اختلالات بالینی ارتباط دارند،(۱۰). آلدائو و نولن-هوکسما،(۱۰)، یافتند که راهبردهای غیرانطباقی نشخوار فکری و فرونشانی در مقایسه با راهبردهای انطباقی ارزیابی مجدد و حل مسأله، بیشتر با نشانه های بیماری از جمله اضطراب مرتبط بودند. به نظر می رسد با توجه به پریشانی که به طور درونی در افراد GAD وجود دارد، این افراد موارد بیشتری از نیاز برای استفاده

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

از راهبردهای تنظیم هیجان، تجربه می کنند،(۵). این راهبردهای تنظیم هیجانی غیرانطباقی ممکن است در مقابل ناراحتی و هیجان های منفی در کوتاه مدت، محافظت کننده باشد اما استفاده مداوم می تواند دنیای اجتماعی فرد و روابط بین فردی را در طول زمان محدود کند،(۷). بنا بر این شناسایی راهبردهای تنظیم هیجان و نقایص هیجانی مرتبط با GAD می تواند در تشخیص مؤلفه های هیجانی که نقش مهم تری در ایجاد، حفظ و بهبود این اختلال ایفا می کند، کمک نماید. این موضوع می تواند در برنامه های پیشگیری مبتنی بر مهارت های تنظیم شناختی(براکت و کاتولاک، ۲۰۰۶) و نیز درمان تنظیم هیجان(منین و فرسکو، ۲۰۰۹) مفید باشد.(۱۰)

در بخش دیگری از یافته‌های تحقیق مشخص گردید که بین آمیختگی فکر-عمل با اختلال اضطراب منتشر رابطه معنادار وجود دارد که با نتایج تحقیقات راسین و همکاران (۱۹)، هازلت-استیونز و همکاران (۱۶) و کولز و همکاران (۱۷) همخوانی دارد. آمیختگی فکر-عمل احتمالی بسیار شبیه به باورهای فراشناختی رایج در افراد GAD می‌باشد مبنی بر این‌که نگرانی ممکن است بر احتمال وقوع حوادثی که از آن می‌ترسند، تأثیر بگذارد برای مثال اگر من در مورد سلامتم نگران باشم کمتر احتمال دارد که مریض شوم. همچنین رابطه بین نمرات آمیختگی فکر-عمل و تشخیص GAD این باور را در بعضی بیماران منعکس می‌کند که نگرانی می‌تواند یک فرآیند انطباقی باشد و عدم نگرانی منجر به فاجعه می‌شود (۱۶). وقتی که در مورد دلایل نگرانی از بیماران GAD سوال می‌شود، این باور خرافی را بیان می‌کنند که نگرانی در مورد چیزیی باعث می‌شود که با احتمال کمتری، اتفاق بدی رخ بدهد (۳۸). این جنبه تفکر جادویی نگرانی در GAD ، تا حدودی مشابه با ساختار آمیختگی فکر-عمل است (۱۸).

نتایج این پژوهش نشان داد که بازداری رفتاری دوران کودکی آخرین متغیر معنادار پیش بینی کننده اختلال اضطراب منتشر، بر اساس تحلیل رگرسیون بود. این ارتباط معنادار و پیش بینی کننده در مطالعه مک و همکاران،(۲۳)، و روسلینی و همکاران،(۳۹)، مشخص شده است. این یافته وجود یک رابطه فراگیر و مداوم را مطرح می کند که در آن بازداری رفتاری دوران کودکی با افزایش خطر اختلالات اضطرابی مرتبط می شود،(۲۲). در همین راستا موریس و همکاران،(۲۱)، تاکید می کنند که به احتمال زیاد بازداری رفتاری یک آسیب پذیری ژنتیکی است که در تعامل با تجربه های محیطی منفی احتمال ابتلای فرد به اختلالات اضطرابی را افزایش می دهد. در واقع بازداری رفتاری تا اندازه ای مانند یک عامل آسیب پذیری عمومی(نه اختصاصی) در اختلالات اضطرابی عمل می کند. البته مطالعه گلدستون و همکاران،(۲۰)، نشان داد که بازداری رفتاری کودکی و بزرگسالی نمی تواند احتمال اختلال اضطراب منتشر را در بین بیماران پیش بینی کند که پژوهش حاضر با آن تطابق نداشت. این عدم تطابق می تواند ناشی از نوع روش پژوهشی باشد چرا که در مطالعه ذکر شده، آمیختگی فکر-عمل در این اختلال، در مقایسه با دیگر اختلالات اضطرابی قدرت پیش بینی کنندگی نداشته است و نقش آمیختگی فکر-عمل در اختلال اضطراب منتشر به تنهایی مورد بررسی قرار نگرفته است.

بر اساس نتایج این پژوهش می توان نتیجه گیری کرد که به ترتیب دشواری در شناسایی احساسات، راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان، آمیختگی فکر-عمل و بازداری رفتاری نقش معناداری در اختلال اضطراب منتشر دارند و با افزایش این متغیرها، احتمال اختلال اضطراب منتشر نیز افزایش پیدا می کند. هم چنین آگاهی از نقش و میزان ارتباط این متغیرها با اختلال اضطراب منتشر می تواند اطلاعاتی را برای رشد مداخلات با در نظر گرفتن این متغیرها فراهم کند و در نتیجه درمان های کارآمدتری برای این اختلال ایجاد شود.

قابل ذکر است با توجه به روش بررسی همبستگی در پژوهش حاضر نمی توان گفت که عدم تنظیم هیجان، آمیختگی فکر-عمل و بازداری رفتاری علت اختلال اضطراب منتشر می باشد و انجام تحقیقات آزمایشی کنترل شده باید مورد توجه قرار گیرد. پیشنهاد می شود در تحقیقات آینده متغیرهای فوق هم از طریق ارزیابی های خودسنجی و هم در موقعیت های عملکردی مورد بررسی قرار گیرد. هم چنین مقایسه ای میان اختلال اضطراب منتشر با سایر اختلالات اضطرابی در مجموعه ای از متغیرهای شناختی و هیجانی به طور هم زمان انجام شود تا تفاوت ها و شباهت ها مشخص و درک بهتری از هر اختلال فراهم شود.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

References

1. Snyder AG, Stanley MA, Novy DM, Averill PM, Beck JG. Measures of depression in older adults with generalized anxiety disorder: A psychometric evaluation. Depress Anxiety 2000; 11: 114-20.

2. Kessler RC, Keller MB, Wittchen HU. The epidemiology of generalized anxiety disorder. Psychiatr Clin North Am 2001; 24:19-39.

3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington DC; 2013.P. 222-6.

4. Dugas MJ. Generalized anxiety disorder publications? So where do we stand? J Anxiety Disord 2000; 14: 31-40.

5. Mennin DS, McLaughlin KA, Flanagan TJ. Emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and their co- occurrence. J Anxiety Disord 2009; 23: 866-71.

6. Turk CL, Heimberg RG, Luterek JA, Mennin DS, Fresco DM. Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: a comparison with social anxiety disorder. Cognit Ther Res 2005; 29: 89-106.

7. Decker ML, Turk CL, Hess B, Murray CE. Emotion regulatio n among individuals classified with and without generalized anxiety disorder. J Anxiety Disord 2008; 22: 485-94.

8. Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. Behav Res Ther 2005; 43: 1281-310.

9. Mennin DS, Holaway R, Fresco DM, Moore MT, Heimberg RG. Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. Behav Ther 2007; 38: 284-302.

10. Aldao A, Nolen-Hoeksema S. Specificity of cognitive emotion regulation strategies: a transdiagnostic examination. Behav Res Ther 2010; 48: 974-83.

11. Martin RC, Dahlen ER. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. Person Individual Differ 2005; 39: 126-49.

12. Auerbach RP, Abela RZ, Ringo MH. Responding to symptoms of depression and anxiety: Emotion regulation, neuroticism, and engagement in risky behaviors. Behav Res Ther 2007; 45: 2182-91.

13. Rachman S. A cognitive theory of obsessions: elaborations. Behav Res Ther 1998; 36: 385-401.

14. Shafran R, Rachman S. Thought-action fusion: a review. J Behav Ther Exp Psychiatry 2004; 35: 87-107.

15. Abramowitz JS, Whiteside S, Lynam D, Kalsy S. Is thought–action fusion specific to obsessive–compulsive disorder?: a mediating role of negative affect. Behav Res Ther 2003; 41: 1069-79.

16. Hazlett-Stevens H, Zucker BG, Craske GC. The relationship of thought–action fusion to pathologicial worry and generalized anxiety disorder. Behav Res Ther 2002; 40: 1199-204.

17. Coles ME, Mennin DS, Heimberg RG. Distinguishing obsessive features and worries: the role of thought–action fusion. Behav Res Ther 2001; 39: 947-59.

18.Thompson-Hollands J, Farchione TJ, Barlow DH. Thought-action fusion across anxiety disorder diagnoses specificity and treatment effects. J Nerv Ment Dis 2013; 201: 407-13.

19. Rassin E, Merckelbach H, Muris P, Spaan V. Thought–action fusion as a causal factor in the development of intrusions. Behav Res Ther 1999; 37: 231-7.

20. Gladstone GL, Parker GB, Mitchell PB, Wilhelm KA, Malhi GS. Relationship between self-reported childhood behavioral inhibition and lifetime anxiety disorders in a clinical sample. Depress Anxiety 2005; 22: 103-13.

21. Muris P, Van Brakel AML, Arntz A, Schouten E. Behavioral inhibition as a risk factor for the development of childhood anxiety disorders: a longitudinal study. J Child Fam Stud 2011; 20: 157-70.

22. Goodwin RD, Fergusson DM, Horwood LJ. Early anxious/withdrawn behaviours predict later internalizing disorders. J Child Psychol Psychiatry 2004; 45: 874-83.

23. Maack DJ, Tull MT, Gratz KL. Examining the incremental contribution of behavioral inhibition to generalized anxiety disorder relative to other axis I disorders and

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

cognitive-emotional vulnerabilities. J Anxiety Disord 2012; 26: 689-95.
24. Rotge JY, Grabot D, Aouizerate B, Pelissolo A, Lepine JP, Tignol J. Childhood history of behavioral inhibition and comorbidity status in 256 adults with social phobia. J Affect Disord 2011; 129: 338-41.
25. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM. The 20-item Toronto Alexithymia Scale: III reliability and factorial validity in a community population. J Psychosom Res 2003; 55: 269-75.
26. Loas G, Corcos M, Stephan P, Pellet J, Bizouard P, Venisse JL, et al. Factorial structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale confirmatory factorial analyses in nonclinical and clinical samples. J Psychosom Res 2001; 50: 255-61.
27. Besharat MA. [Reliability and factorial validity of Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students.] Psychol Rep 2007; 101: 209-20. (Persian).
28. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Pers Individ Dif 2001; 30: 1311-27.
29. Samani S, Sadeghi L. [Efficacy evaluation of Cognitive Emotion Regulation Questionnaire.] J Psycho Models Meth 2010; 1: 51-62. (Persian)
30. Mohammadi A. [The relationship between some components of cognitive, behaveoral and emotional with the subtypes of obsessive-compulsive symptoms in students.] Tehran:Tehran Psychiatric Institute; 2008. (Persian)
31. Gwilliam P, Wells A, Cartwright-Hatton S. Does meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: A test of the metacognitive model. Clin Psychol Psychother 2004; 11: 137-44.
32. Myers SG, Fisher PL, Wells A. An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. J Anxiety Disord 2008; 23: 436-42.
33. Shirinzadeh Dastgiri S, Nateghian S, Goodarzi MA. [Comparison of thought-action fusion beliefs among patients with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder, and normal people.] Psychol Res 2010; 12: 79-111. (Persian)
34. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol 1988; 56: 893-7.
35. Kaviani H, Mousavi AS. [Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI) .] J Tehran Uni Med Sci 2008; 66: 136-40. (Persian)
36. Salavati M. [Consideration outlook of responsibility in patients with OCD.] Tehran: Tehran Psychiatric Institute; 2003. (Persian)
37. Novick-Kline P, Turk CL, Mennin DS, Hoyt EA, Gallagher CL. Level of emotional awareness as a differentiating variable between individuals with and without generalized anxiety disorder. J Anxiety Disord 2005;19: 557-72.
38. Borkovec TD, Roemer L. Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: distraction from more emotionally distressing topics? J Behav Ther Exp Psychiatry 1995; 26: 25-30.
39. Rosellini AJ, Fairholme CP, Brown TA. The temporal course of anxiety sensitivity in outpatients with anxiety and mood disorders: Relationships with behavioral inhibition and depression. J Anxiety Disord 2011; 25: 615-21.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

The Role of Emotion Regulation Deficits, Thought-Action Fusion and Behavioral Inhibition in Generalized Anxiety Disorder

Davoodi A[1], Neshat-Doost H[2], Abedi MR[2], Talebi H[3]*

(Received: April 22, 2013 Accepted: August 31, 2013)

Abstract

Introduction: Generalized Anxiety Disorder (GAD) is affected by different emotional, cognitive and natural factors. The purpose of this study was to investigate the role of emotional regulation deficits, thought-action fusion and behavioral inhibition in Generalized Anxiety Disorder.

Materials & Methods: This research is a correlational study and the sample included 120 patients with GAD selected from patients referring to four psychiatry centers in Shiraz using availability sampling. Instruments used for data collection included Cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ), Thought Fusion Instrument (TFI), Beck Anxiety Inventory (BDI), retrospective and adults Measures of Behavioral Inhibition (RMBI, AMBI), and the 20-item Toronto alexithymia Scale (TAS-20). Data was analyzed using Pearson Correlation Coefficient and stepwise multiple regression analysis method.

Findings: Results showed that there was a significant relationship between difficulty in describing and identifying emotions, mal-adaptive emotion regulation strategies, thought-action fusion and childhood behavioral inhibition with GAD ($p<0.01$). Also, stepwise regression analysis showed that difficulty in identifying emotions, ma-ladaptive emotion regulation, thought-action fusion and childhood behavioral inhibition were the best predictors for GAD respectively.

Discussion & Conclusion: Given the role of emotion regulation deficits, thought-action fusion and childhood behavioral inhibition in GAD, the prevention and treatment programs for GAD should take these variables into account.

Keywords: Emotion regulation deficits, thought-action fusion, behavioral inhibition, generalized anxiety disorder

1.Dept of Psychology, Isfahan (Khorasgan)Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
2.Dept of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
3.Dept of Statistics, University of Isfahan, Isfahan, Iran
** Correspondin author*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]