

مقایسه ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد دارای نشانه‌های اختلال  
اضطراب فراگیر و اجتماعی، سوء مصرف مواد و افراد سالم  
Comparison of Alexithymia and cognitive emotion regulation strategies in individuals  
with symptoms of generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and substance  
abuse with healthy individuals

Dr. Bita Nasrolahi\*

Assistant Professor, Department of Psychology,  
Islamic Azad University, Science And Research  
Branch, Tehran, Iran.

[dr.bitanasrolahi@gmail.com](mailto:dr.bitanasrolahi@gmail.com)

Vahide Aghaee

M.A of Clinical Psychology, Department of  
Psychology, Islamic Azad University, Science And  
Research Branch, Tehran, Iran.

دکتر بیتا نصراللهی (نویسنده مسئول)

استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات،  
تهران، ایران.

وحیده آقایی

کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد  
اسلامی، واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران.

### Abstract

The aim of this study was to compare Alexithymia and cognitive emotion regulation strategies among two groups of people, individuals with symptoms of generalized anxiety disorder and social anxiety disorder, substance abuse, and healthy individuals. The study was of causal-comparative design. Part of the statistical population of this study consisted of all women with symptoms of generalized anxiety disorder and substance abuse in 2020 in Qom city and another part consisted of healthy women in this city. By purposive sampling method, 90 people were selected as the sample. The scales used in the study, including the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire (GADQ-IV) Spitzer et al (2006), Social Phobia Inventory (SPIN) Connor et al (2000), Toronto Alexithymia Scale (TAS) Bagby et al (1994), and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) Garnefski et al (2001). The results of the analysis of Manova showed that there was a statistically significant difference between Alexithymia and cognitive emotion regulation strategies in people with symptoms of generalized anxiety disorder and social anxiety disorder and substance abuse in healthy people ( $P < 0.01$ ). But there was no significant difference between people with symptoms of generalized and social anxiety disorder and people with substance abuse ( $P > 0.05$ ). Overall, people with symptoms of generalized anxiety disorder and social anxiety disorder, and substance abuse have higher scores on Alexithymia and negative emotion regulation strategy and lower scores on positive emotion regulation strategy than healthy individuals.

**Keywords:** Alexithymia, Cognitive Substance Abuse, Emotion Regulation Strategies, Generalized Anxiety Disorder

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد دارای نشانه های اختلال اضطراب فراگیر و اجتماعی، سوء مصرف مواد و افراد سالم انجام شد. مطالعه حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بود. بخشی از جامعه آماری این پژوهش را تمام زنان دارای نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و اجتماعی و سوء مصرف مواد شهر قم و و بخش دیگری را زنان سالم این شهر در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. با روش نمونه گیری هدفمند، ۹۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. مقیاس‌های بکار رفته در پژوهش شامل مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GADQ-IV) اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶)، اضطراب اجتماعی (SPIN) کانر و همکاران (۲۰۰۰)، ناگویی هیجانی تورنتو (TAS) بگی و همکاران (۱۹۹۴) و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (CERQ) گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) بودند. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوا) نشان داد که بین ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی افراد دارای نشانه های اختلال اضطراب فراگیر و اجتماعی و سوء مصرف مواد با افراد سالم، تفاوت وجود داشت ( $P < 0.01$ ). اما بین ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان افراد دارای نشانه های اختلال اضطراب فراگیر و اجتماعی با افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تفاوت معنادار نبود ( $P > 0.05$ ). در مجموع افراد دارای نشانه های اختلال اضطراب فراگیر و اجتماعی و سوء مصرف مواد نسبت به افراد سالم، نمرات بالاتری را در ناگویی هیجانی و راهبرد تنظیم هیجان منفی و نمرات پایین تری را در راهبرد تنظیم هیجان مثبت کسب می‌کنند.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال اضطراب فراگیر، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، سوء مصرف مواد، ناگویی هیجانی

هیجان‌ها از تعیین کننده‌های مهم رفتار، افکار و تجربه هستند و ممکن است به طرق مختلف تنظیم شوند (اتکین<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). در حالی که شمار زیادی از افراد احساسات خود را سرکوب می‌کنند، تعدادی نیز در مورد هیجان‌ها تجربه شده خود، آگاهی لازم را ندارند، به‌یانی دیگر این افراد مشخصه‌های ناگویی هیجانی یا ابهام خلق را گزارش می‌کنند. این افراد در یافتن واژگان مناسب برای تعریف و توصیف احساسات خود و نیز در بیان و نام‌گذاری هیجان‌ها دچار مشکلات جدی هستند (هو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). مفهوم ناگویی هیجانی<sup>۳</sup>، بر اساس مشاهده بیماران روان تنی مفهوم بندی شده است و اولین بار توسط سیفنئوس<sup>۴</sup> (۱۹۷۳) به کار رفت. ناگویی هیجانی سازه‌ای روان‌شناختی محسوب می‌شود که به دو بعد شناختی و خلقی تقسیم می‌شود. مولفه‌ی شناختی با مشکلاتی در امر تشخیص، اظهارات کلامی و تحلیل احساسات مشخص می‌شود و مولفه‌ی خلقی نیز شامل کاهش سطوح تجارب و تجسم‌های ذهنی در مورد هیجان‌ها را شامل می‌شود (واندروولده<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). مفهوم ناگویی هیجانی به عنوان مقوله‌ای هیجانی شناختی به اختلال ویژه در کنش‌وری روان‌شناختی اشاره دارد که حاصل فرآیند بازداری خودکار اطلاعات و حالت‌های هیجانی به‌وجود می‌آید (هو و همکاران، ۲۰۱۶).

ارتباط بین ناگویی هیجانی و آسیب روانی<sup>۶</sup> بسیار پیچیده است، فرض بر این است که ناگویی هیجانی افراد را برای تجربه حالت‌های خلقی منفی مستعد می‌کند (هوبر<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۹)، زیرا افراد مبتلا به ناگویی هیجانی به شدت تحت فشار همبسته‌های بدنی عواطفی هستند که به طور کلامی ابراز نمی‌شوند و از این رو مانعی برای تنظیم هیجان‌ها شده و سازگاری شخص را با مشکل مواجهه می‌کند (تایلور، باگی و همکاران<sup>۸</sup>، ۱۹۹۷). بنابراین به نظر می‌رسد مولفه‌های هیجانی از جمله دشواری در شناسایی، بیان هیجان‌ها و تنظیم حالات خلقی در آسیب‌شناسی روانی<sup>۹</sup> اختلالات هیجانی از جمله افسردگی و اضطراب مهم هستند (فرهومندی<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). از این رو پژوهش‌های متعددی در رابطه با نقش ناگویی هیجانی در انواع آسیب‌های روانی و اختلالات روان پزشکی از جمله افسردگی انجام شده است (نادیو<sup>۱۰</sup>، ۲۰۲۱)، اما آنچه جای بحث و پژوهش بیشتری دارد نقش ناگویی هیجانی در اختلالات اضطرابی می‌باشد. اختلالات اضطرابی<sup>۱۱</sup> از شایع‌ترین اختلالات روانی در سراسر جهان است که شیوع آن در طول عمر بیش از ۲۰ درصد می‌باشد و میزان بروز سالانه آن در بین جمعیت بزرگسال حدود ۳ درصد برآورد شده است و نتایج پژوهش‌های اخیر نیز حاکی از آن است که با شروع اپیدمی کرونا شیوع این اختلالات در جهان روبه افزایش است (داسیلوا<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۱).

اختلالات اضطرابی به عنوان یکی از مشکلات مهم سلامت عمومی محسوب می‌شود و تاثیر زیادی بر عملکرد شغلی دارد (نچو<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). دو مورد از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی میان زنان اختلال اضطراب فراگیر<sup>۱۴</sup> (زلومک و هان<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۰) و اختلال اضطراب اجتماعی<sup>۱۶</sup> است (آشر<sup>۱۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). شواهد جدید در خصوص اختلالات اضطرابی حاکی از آن است که ناگویی هیجانی ممکن است نقش مهمی در این اختلالات داشته باشد (پانیسیا<sup>۱۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۸؛ پانایی یوتویو<sup>۱۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). در همین راستا

1. Etkin
2. Ho
3. Alexithymia
4. Sifneos
5. van der Velde
6. psychopathology
7. Huber
8. Taylor, Bagby
9. Farhoumandi
10. Nadeau
11. Anxiety Disorder
12. da Silva
13. Necho
14. General Anxiety Disrede
15. Zlomke & Hahn
16. Social Anxiety Disorder
17. Asher
18. Paniccia
19. Panayiotou

کاربوکیوی<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۰) گزارش می‌کنند افرادی که اضطراب دارند، هیجان‌ات خودشان را سرکوب می‌کنند تا از تجارب نامطلوب و ناخوشایند اضطراب که با برانگیختگی احساسات بدنی همراه است اجتناب کنند. ارتکین و همکاران (۲۰۱۵) به این نتیجه رسیدند که ناگویی خلقی همبودی زیادی با اختلال اضطراب اجتماعی دارد و این ارتباط در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی با اختلال افسردگی اساسی در مقایسه با افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بدون اختلال افسردگی اساسی، بیشتر نیز می‌باشد. در پژوهشی دیگر پانیسیا و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نمره ناگویی هیجانی بالاتری نسبت به افراد شرکت کننده در گروه کنترل داشته‌اند. همچنین ناگویی خلقی به علت اینکه منجر به ایجاد مشکلاتی در توصیف و نام‌گذاری احساسات می‌شود، می‌تواند به سبب نبود مهارت‌های ارتباطی و فقدان همدلی، گرایش به انزوا را در افراد افزایش دهد که همین امر احتمالاً تمایل به مصرف مواد و اعتیاد را در افراد بیشتر می‌کند (صفی نژاد و عبدالهی، ۱۳۹۸). از این رو نتایج پژوهش‌های انجام شده در این زمینه (زدانکیویکز-اسکیگالا و اسکیگالا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸؛ پآرولین<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۸؛ تکسیرا<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷) حاکی از آن است که ناگویی خلقی با تمایل به مصرف مواد و اعتیاد رابطه معنی‌داری دارد و حتی قادر به پیش‌بینی آن نیز می‌باشد.

متغیر دیگری که به نظر می‌رسد در سبب‌شناسی اختلالات اضطرابی و اعتیاد دخیل باشد، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان است. تنظیم هیجان<sup>۵</sup> سازه‌ای است که افراد توسط آن نوع پاسخ‌دهی خود را به تحریکات محیط بیرونی براساس موقعیت تغییر می‌دهند (گارنفسکی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲). به عبارتی تنظیم هیجان به کنش‌هایی اشاره دارد که با هدف تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. در ادبیات پژوهشی این سازه اغلب با هدف توصیف فرآیند تعدیل عاطفه منفی مورد استفاده قرار گرفته است. هر چند تنظیم هیجان می‌تواند شامل فرایندهای هشیار باشد، الزاماً نیازمند آگاهی و راهبردهای آشکار نیست (گرآس و موناز<sup>۷</sup>، ۱۹۹۵). مفهوم کلی سازه تنظیم‌شناختی هیجان دلالت بر طریقه شناختی دستکاری ورود اطلاعات فراخواننده هیجان دارد (اکسندر و گروس<sup>۸</sup>، ۲۰۰۵). بنابراین، تنظیم هیجان به عنوان ظرفیت تأثیر گذاشتن بر تجربه و ابراز هیجان تعریف می‌شود و مهارتی پیچیده است که در سراسر عمر تحول می‌یابد (رودرفورد<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). مهارت‌های تنظیم هیجان به چند دلیل مهم تلقی می‌شوند: اول اینکه هیجان‌های منفی که در ملاک‌های تشخیصی اختلالات مورد بحث قرار نگرفته‌اند، اغلب نشانه‌های رفتاری مرتبط با اختلال هستند (مثلاً پریشانی به عنوان علامتی برای سوء مصرف مواد تلقی می‌شود). دوم، هیجان‌های منفی که در ملاک‌های تشخیصی اختلالات ذکر نشده‌اند اغلب اوقات بر مقابله‌ی موثر و اجرای مهارت‌های آموخته شده در درمان تأثیر منفی می‌گذارند و نهایتاً اینکه اغلب بیماران از بیش از یک بیماری رنج می‌برند که می‌توان تا حدودی آن را با توسل به نقص‌های مشاهده شده در تنظیم هیجان تبیین کرد (برکینگ<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که مشکل در تنظیم هیجان ممکن است نقش مهمی در اختلالات اضطرابی داشته باشد (جزایری و همکاران، ۲۰۱۵). راهبردهای تنظیم هیجان از نظر کاربرد و اثربخشی در اختلالات روان‌شناختی بسیار متفاوت است. با این حال، اطلاعات کمی در مورد استفاده از این راهبردها در ارزیابی‌های روزانه آن در اختلال اضطراب اجتماعی وجود دارد (بلالاک<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). از سویی دیگر، در اختلال اضطراب فراگیر نیز آسیب‌هایی در تنظیم هیجان شناسایی شده است ولی مشخص نشده است که چه تاثیری در ایجاد نشانه‌های این اختلال دارند (کومار<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). مروری بر ادبیات پژوهشی در این زمینه حاکی آن است که تنظیم شناختی هیجان با اعتیاد (ماسینی<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۷؛ تانک<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۶؛ کلی و باردو<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۶؛ اسماعیلی نسب و همکاران،

1. Karukivi
4. Zdzankiewicz-Ścigala & Ścigala
5. Paroli
6. Teixeira
5. Emotional Regulation
6. Garnefski
7. Gross & Munoz
8. Ochsner & Gross
9. Rutherford
10. Berking
11. Blalock
12. Kumar
13. Maniaci
14. Tang
15. Kelly & Bardo

(۱۳۹۴)، اختلال اضطراب اجتماعی (جزایری و همکاران، ۲۰۱۵) و اختلال اضطراب فراگیر (منین<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۵) رابطه معنی‌داری دارد.

در مدل بدتنظیمی هیجان اختلال اضطراب فراگیر، نگرانی عمدتاً به‌عنوان راهبردی ناسازگارانه در تنظیم هیجان و به‌عنوان راهبردی برای کنترل یا فرونشانی تجارب هیجانی مفهوم‌سازی شده است (منین و همکاران، ۲۰۱۵). از سویی دیگر، افرادی که سطوح بالایی از نگرانی را گزارش می‌دهند، نمی‌توانند واکنش‌های هیجانی خود نسبت به وقایع محیطی را در طول یا شروع نگرانی به صورت ناسازگارانه مدیریت کنند، از این رو نقش نگرانی در بدتنظیمی اضطراب، به نظر می‌رسد که دوسویه باشد: نگرانی به‌عنوان پاسخی به تجارب هیجانی بدتنظیم شده تا اینکه فرد بتواند از چنین تجاربی اجتناب کند و یا اینکه نگرانی به‌عنوان عاملی که باعث افزایش شدت واکنش‌های هیجانی به وقایع محیطی و به دنبال آن کاهش توانایی مدیریت موثر این هیجان‌ها می‌شود (هیز<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). همچنین افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی نیز تجارب غیرمنتظره و غیرمترقبه هیجانی را تجربه می‌کنند و این هشدارهای متوالی هیجانی در افراد آسیب‌پذیر منجر می‌شود که واکنش‌های بدنی و هیجانی خود را غیرقابل کنترل تعبیر کنند و همین امر سبب می‌شود که افراد دچار اختلال اضطراب اجتماعی به اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی روی بیاورند. زیرا آن‌ها فقدان کنترل درونی بر روی پاسخ‌های هیجانی خود را در هنگام رویارویی با موقعیت‌های برانگیزاننده اضطراب اجتماعی، پیش‌بینی می‌کنند (هافمن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). از این رو به نظر می‌رسد توانمندی‌هایی برای تشخیص، توصیف و ابراز هیجان، جنبه‌هایی از مقوله تنظیم هیجان هستند که با اختلالات اضطراب اجتماعی در ارتباط می‌باشند (جزایری و همکاران، ۲۰۱۵). به دلیل خاص بودن موقعیت‌های برانگیزاننده اضطراب اجتماعی، به نظر می‌رسد افراد در موقعیت اضطراب اجتماعی، بیشتر درگیر خودموقعیت اجتماعی و نگرانی مربوط به ارزیابی دیگران درباره خویشتن و نحوه عملکردشان می‌شوند و به علت دور شدن توجه از هیجان‌شان، مشکلات آگاهی هیجانی بیشتری را نشان می‌دهند. برعکس، در اختلال اضطراب فراگیر افراد بیشتر بر نگرانی‌ها و آشفتگی‌های درونی خود تمرکز می‌کنند و از این رو مشکلات هیجانی کمتری را نشان می‌دهند. بنابراین می‌توان گفت، شواهد اولیه برای تمایز اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب اجتماعی بر حسب بعضی از نقایص مرتبط با هیجان فراهم شده است (سپهوند و مردای، ۱۳۹۷).

از طرفی مشکل در تنظیم هیجان و هیجان‌های منفی به‌عنوان یکی از عوامل سبب‌ساز در اعتیاد عنوان شده است (ماسینی و همکاران، ۲۰۱۷). شلدر و بلاک<sup>۴</sup> (۱۹۹۰) گزارش می‌کنند افرادی که بدتنظیمی شناختی هیجانی دارند، مشکلاتی از قبیل ناتوانی در شناخت احساسات خود بر اساس واقعیت دارند و نمی‌توانند هیجان‌های منفی خود را کنترل و مدیریت کنند. همه این عوامل باعث می‌شود که این افراد در مواجهه با مشکلات نتوانند از روش‌های سازگارانه و درست برای مدیریت هیجان‌های بهره‌برند و از این رو به سوی روش‌های ناسازگارانه گام بردارند که یکی از آنها سوء مصرف مواد می‌باشد.

با توجه به اهمیت ناگویی هیجانی و تنظیم شناختی هیجانی در اختلالات اضطرابی و سوء مصرف مواد، و نقش اساسی آن‌ها در کاهش توانایی و مدیریت استرس و تنظیم هیجانی، لزوم پژوهش در این زمینه برای محققین روشن شده است. همچنین با وجود شواهد اولیه در مورد رابطه‌ی بین ناگویی هیجانی، اختلالات اضطرابی، اعتیاد و تنظیم شناختی هیجان، تاکنون پژوهشی یافت نشد که به مقایسه دقیق و کاملی در مورد وضعیت این متغیرها در سه گروه فوق پرداخته باشد و آنچه که در ادبیات تحقیقی مشاهده می‌شود پژوهش‌های جداگانه‌ای هستند که این اختلالات را به تنهایی و یا از لحاظ یکی از این متغیرها مورد بررسی قرار داده‌اند، به همین ترتیب، ممکن است بین دو اختلال اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی با اعتیاد نیز از لحاظ ناگویی هیجانی و تنظیم هیجان تفاوت‌های مهمی وجود داشته باشد. با این حال، تاکنون تحقیقات مشخصی در این مورد انجام نشده است. از این رو پژوهش حاضر با هدف مقایسه ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد دارای نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و اجتماعی، سوء مصرف مواد و افراد سالم مورد انجام قرار گرفت.

## روش

1. Mennin
2. Hayes
3. Hofmann
4. Shedler & Block

این پژوهش به لحاظ هدف از نوع تحقیقات بنیادی و از لحاظ ماهیت از نوع پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای می‌باشد. بخشی از جامعه آماری این پژوهش را تمام زنان دچار اختلال اضطراب فراگیر و اجتماعی و سوء مصرف مواد شهر قم و بخش دیگری را زنان سالم این شهر در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. ۹۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند به عنوان نمونه انتخاب (۳۰ نفر دارای نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و اجتماعی، ۳۰ نفر دچار سوء مصرف مواد و ۳۰ نفر سالم) و به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. اقداماتی که برای هم‌تاسازی انجام شد این بود که گروه‌ها از لحاظ متغیرهای سن و تحصیلات در یک رده و نزدیک به هم باشند. معیارهای ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، تأیید ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر و اجتماعی و سوء مصرف مواد توسط یک روان‌پزشک و مشاور و کسب نمرات ۱۰ یا بیشتر در مقیاس اختلال اضطراب فراگیر و نمره ۴ در مقیاس اختلال اضطراب اجتماعی و ملاک خروج شامل انصراف از تکمیل پرسشنامه‌ها و همینطور پرسشنامه‌های ناقص و مخدوش بود. پایبندی پژوهشگر به اصول اخلاقی و رعایت حفظ حریم شرکت‌کنندگان، توضیح اهداف پژوهش برای آنها، شرکت آزادانه و داوطلبانه، محرمانه ماندن پاسخ‌ها و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به افراد از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. در نهایت، داده‌ها بوسیله‌ی آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### ابزار سنجش

**مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GADQ-IV):**<sup>۱</sup> این مقیاس توسط اسپیتزر<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۶) برای تشخیص اختلال اضطراب فراگیر و سنجش نشانه‌های بالینی ساخته شده است. این مقیاس دارای هفت سوال اصلی و یک سوال اضافی و به صورت لیکرتی از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود. از جمع نمرات هفت سوال اصلی، نمره کل اضطراب به دست می‌آید که دامنه‌ی آن بین ۰ تا ۲۱ می‌باشد. سوالات این مقیاس از بین ۱۳ سوالی که برای سنجش اختلال اضطراب فراگیر بر روی ۲۹۸۲ بیمار از ۱۵ مرکز بالینی در ۱۲ ایالت آمریکا گردید، انتخاب شده است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۲ و ضریب بازآزمایی آن به فاصله دو هفته، ۰/۸۳ گزارش شده است که نشان دهنده همسانی درونی بالا و پایایی خوب این مقیاس است (اسپیتزر و همکاران، ۲۰۰۶). گارکیا کامپایو<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی روایی همزمان مقیاس اختلال اضطراب فراگیر را برحسب همبستگی بین نمره این آزمون و مقیاس‌های اضطراب هامیلتون، مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی و پرسشنامه وضعیت سلامت سازمان جهانی بهداشت به ترتیب  $r=0/81$ ،  $r=0/83$  و  $r=0/64$  گزارش کردند. در پژوهش ناینیان، شعیری و همکاران (۱۳۹۰) پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۵ و شاخص روایی آن با محاسبه ی ضریب همبستگی با مقیاس اضطراب حالت و صفت اسپیلبرگر به ترتیب  $r=0/71$  و  $r=0/52$  گزارش شد. در پژوهش حاضر نیز پایایی مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر به روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۷ به دست آمد.

**مقیاس اضطراب اجتماعی (SPIN):**<sup>۴</sup> مقیاس اضطراب اجتماعی یک مقیاس ۱۷ گویه‌ای می‌باشد که به وسیله کانر، داویدسون<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۰) تدوین شده است و سه زیرمقیاس ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیکی را می‌سنجد. پاسخ‌های آزمودنی براساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از به هیچ وجه (۰) تا بی نهایت (۴) نمره گذاری می‌شود. براساس نتایج به دست آمده برای تفسیر نمرات، نقطه برش ۴ با کارایی دقت تشخیص ۸۰ درصد و نقطه برش ۵۰ درصد با کارایی دقت تشخیص ۸۹ درصد افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی را از افراد بدون این اختلال جدا می‌کند (غضنفری و ندری، ۱۳۹۸). کانر و همکاران (۲۰۰۰) در پژوهشی، همسانی درونی مقیاس را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و روایی همگرایی مقیاس اضطراب اجتماعی را با مقیاس ترس مرضی  $r=0/57$  گزارش کردند. حسوند عموزاده (۱۳۹۵) در پژوهشی روایی همگرایی مقیاس اضطراب اجتماعی با اضطراب فوبیک و با مقیاس خطای شناختی را به ترتیب  $r=0/83$  و  $r=-0/47$  و روایی افتراقی اضطراب اجتماعی با مقیاس درجه‌بندی حرمت خود و سیاهه تصویر بدنی را به ترتیب  $r=-0/70$  و  $r=-0/44$  و پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ، ضریب اسپیرمن براون و آزمون باز آزمون به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۷ و ۰/۸۲ گزارش کرد. در پژوهش حاضر نیز پایایی مقیاس اضطراب اجتماعی به روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۲ به دست آمد.

1. Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV  
 2. Spitzer  
 3. Garcia-Campayo  
 4. Social Phobia Inventory  
 5. Connor & Davidson

**مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS):**<sup>۱</sup> مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو توسط بگی و همکاران<sup>۲</sup> (۱۹۹۴) طراحی شده است. این آزمون ۲۰ سوالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را شامل می‌شود. روش نمره گذاری پرسشنامه به شیوه لیکرت است. به پاسخ کاملاً مخالف نمره ۱ و به پاسخ کاملاً موافق نمره ۵ تعلق می‌گیرد. هر چه افراد نمراتشان در این خرده مقیاس‌ها بیشتر باشد نشان دهنده مشکل بیشتر در زمینه بیان و تشخیص احساسات می‌باشد. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو در پژوهش‌های متعدد خارجی توسط تیلور و همکاران (۲۰۰۰) بررسی و تایید شده است. در پژوهش تیلور و همکاران ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۴ و همسانی درونی زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات ۰/۷۳، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵ و برای تفکر عینی ۰/۷۲ گزارش شده است (به نقل از تهمتن و همکاران، ۱۴۰۰). تیلور و همکاران (۲۰۰۳) همچنین روایی سازه‌ی مقیاس ناگویی هیجانی را بر اساس تحلیل عاملی بررسی نمودند که سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی شناسایی شدند و همبستگی تمامی سوالات باهم، معنادار بود. در نسخه فارسی این مقیاس ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل ۰/۸۵ و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات ۰/۸۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵ و برای تفکر عینی ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. روایی همزمان مقیاس ناگویی هیجانی برحسب همبستگی بین نمره این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روانشناختی و درماندگی روان شناختی به ترتیب  $r = -0.170$ ،  $r = -0.168$  و  $r = 0.144$  گزارش شده است (بشارت، ۲۰۰۷). در پژوهش حاضر نیز پایایی مقیاس ناگویی هیجانی به روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۶ به دست آمد.

**پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (CERQ):**<sup>۳</sup> پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، پرسشنامه‌ای چندبعدی است که توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) طراحی شده است و افکار فرد را پس از یک تجربه منفی یا وقایع آسیب‌زا ارزیابی می‌کند. اجرای این پرسشنامه برای افراد ۱۲ سال به بالا (هم افراد بهنجار و هم جمعیت‌های بالینی) قابل‌استفاده است (زارع و سلگی، ۱۳۹۱). این پرسشنامه دارای ۳۶ ماده و ۹ زیر مولفه متفاوت است. در این پرسشنامه راهبردهای (سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار ذهنی و فاجعه‌آمیز پنداری) راهبردهای منفی تنظیم هیجان و راهبردهای (پذیرش، توجه مجدد بر برنامه‌ریزی، توجه مجدد مثبت، باز ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه) راهبردهای مثبت تنظیم هیجان را نشان می‌دهند. پاسخ‌های این پرسشنامه در یک پیوستار ۵ درجه‌ای (همیشه، اغلب اوقات، معمولاً، گاهی، هرگز) جمع‌آوری می‌گردد. گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) پایایی این پرسشنامه را به روش ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. در پژوهشی دیگر سولر و همکاران (۲۰۱۷) روایی همگرایی راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان را با پرسشنامه اضطراب حالت - صفت در دامنه‌ای بین  $r = -0.155$  تا  $r = 0.145$  گزارش کردند. در پژوهش سامانی و صادقی (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونباخ برای عوامل راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۹۱ و ضریب بازآزمایی آن با فاصله‌ی یک هفته در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۸۸ گزارش شده است. هم‌چنین در ایران روایی آزمون از طریق همبستگی نمره کل با نمرات خرده مقیاس‌های آزمون بررسی شد که دامنه‌ای از ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ با میانگین ۰/۵۶ را دربرگرفت که همگی معنادار بودند (یوسفی، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر نیز پایایی راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۸ به دست آمد.

## یافته‌ها

براساس یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت‌شناختی، میانگین و انحراف معیار سن افراد دارای نشانه‌های اضطراب برابر با  $4/58 \pm 36/53$ ، و برای افراد مبتلا به سوء مصرف مواد برابر با  $3/85 \pm 37/74$  و برای افراد سالم برابر با  $4/40 \pm 37/10$  سال بود. در جدول ۱ یافته‌های توصیفی متغیر ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به تفکیک ۳ گروه مورد مطالعه ارائه شده است.

### جدول ۱. یافته‌های توصیفی متغیر ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به تفکیک ۳ گروه مورد پژوهش

متغیرها      افراد دارای نشانه‌های اضطراب      افراد مبتلا به سوء مصرف مواد      افراد سالم

1. Toronto Alexithymia Scale

2. Bagby, Taylor & et al

3. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
۷۱/۹۶	۴/۷۶	۷۳/۲۰	۷/۶۷	۴۶/۱۰	۶۴/۷	ناگویی هیجانی	
۲۲/۹۳	۲/۸۸	۲۳/۹۶	۴/۳۴	۱۴/۵۰	۴/۰۳	شناسایی احساسات	
۱۵/۱۰	۲/۳۰	۱۶/۶۶	۱/۶۴	۱۰/۴۰	۴/۰۹	توصیف احساسات	
۳۳/۹۳	۳/۶۷	۳۲/۵۶	۴/۷۳	۲۱/۲۰	۵/۰۳	تفکر عینی	
۵۶/۴۳	۴/۹۳	۵۴/۹۰	۵/۴۹	۸۳/۵۶	۱۱/۰۰	تنظیم شناختی مثبت	
۶۷/۸۳	۳/۶۲	۶۸/۵۶	۳/۲۶	۵۲/۸۳	۷/۵۴	تنظیم شناختی منفی	
۱۱/۶۷	۲/۰۷	۱۱/۸۷	۲/۴۰	۱۵/۸۳	۳/۳۴	پذیرش	
۱۱/۱۷	۲/۱۳	۱۱/۴۰	۲/۷۲	۱۶/۵۷	۲/۸۹	تمرکز مجدد مثبت	
۱۰/۹۰	۲/۴۴	۹/۱۷	۲/۶۷	۱۷/۰۳	۳/۰۱	برنامه ریزی	
۱۱/۸۳	۲/۲۱	۱۱/۳۰	۱/۶۲	۱۶/۵۰	۲/۶۷	ارزیابی مجدد	
۱۰/۸۷	۱/۷۹	۱۱/۱۷	۱/۷۴	۱۷/۶۳	۲/۶۸	کنار آمدن دیدگاه	
۱۶/۹۷	۱/۶۹	۱۶/۹۳	۲/۱۰	۱۳/۰۰	۲/۷۰	سرزنش خود	
۱۶/۵۷	۱/۶۷	۱۷/۴۳	۱/۳۵	۱۳/۶۳	۲/۸۵	سرزنش دیگران	
۱۷/۱۷	۱/۸۷	۱۶/۸۷	۱/۶۳	۱۳/۵۰	۳/۲۱	نشخوار فکری	
۱۷/۱۳	۱/۹۷	۱۷/۳۳	۱/۵۱	۱۲/۷۰	۳/۷۳	فاجعه پنداری	

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می شود میانگین و انحراف معیار متغیر ناگویی هیجانی در افراد دارای نشانه های اختلال اضطراب فراگیر و اجتماعی به ترتیب  $۴/۷۱ \pm ۷۶/۹۶$  و در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد  $۷/۷۳ \pm ۶۷/۲۰$  و در افراد سالم  $۷/۴۶ \pm ۶۴/۱۰$  بود. همچنین میانگین و انحراف معیار متغیر تنظیم شناختی مثبت در افراد دارای نشانه های اختلال اضطراب فراگیر و اجتماعی به ترتیب  $۴/۹۳ \pm ۵۶/۴۳$  و در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد  $۵/۴۹ \pm ۵۴/۹۰$  و در افراد سالم  $۸۳/۵۶ \pm ۱۱/۰۰$  بود. میانگین و انحراف معیار متغیر تنظیم شناختی منفی در افراد دارای نشانه های اختلال اضطراب فراگیر و اجتماعی به ترتیب  $۳/۲۶ \pm ۶۷/۸۳$  و در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد  $۶۷/۸۳ \pm ۵۲/۸۳$  و در افراد سالم  $۷/۵۴ \pm ۵۲/۸۳$  بود.

قبل از بررسی نتایج، پیش فرض های لازم برای استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) به طور دقیق بررسی شدند. برای بررسی توزیع نرمال بودن داده ها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که نتایج نشان داد در متغیر ناگویی هیجانی  $P=۰/۳۹۷$  و  $P=۰/۹۷۲$  مقدار، تنظیم شناختی مثبت ( $P=۰/۵۶۲$  و  $P=۰/۹۷۵$  مقدار) و تنظیم شناختی منفی ( $P=۰/۲۱۳$  و  $P=۰/۹۷۰$  مقدار) توزیع نرمال می باشد. نتایج آزمون لوین نشان داد که پیش فرض های مربوط به همگنی واریانس ها برای گروه های مورد مطالعه در متغیر ناگویی هیجانی ( $P=۰/۴۲۲$  و  $F=۰/۹۱$ )، تنظیم شناختی مثبت ( $P=۰/۶۵۹$  و  $F=۰/۲۱$ )، و تنظیم شناختی منفی ( $P=۰/۵۵۷$  و  $F=۰/۴۹$ ) معنادار نمی باشد. تحلیل مقدماتی آزمون امپاکس نشان داد که سطح معناداری بالاتر از  $۰/۰۵$  می باشد و مفروضه همگنی ماتریس کواریانس برقرار است ( $P=۰/۳۲۶$ ،  $F=۱/۲۱$ )، لذا می توان نتایج تحلیل آماری را گزارش کرد. بنابراین نتایج در جدول شماره ۲ و ۳ آمده است.

جدول ۲. نتایج آزمون لامبدای ویلکز تحلیل واریانس چند متغیره

نوع آزمون	ارزش آماره	F	DF مفروض	DF خطا	P	مجذور اتا	توان آماری
لامبدای ویلکز	۰/۰۷۴	۱۶/۹۹	۲۴	۱۵۲	۰/۰۰۱	۰/۷۲۸	۱

همانگونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می شود، مقدار F برابر با  $۱۶/۹۹$  در سطح کمتر از  $۰/۰۱$ ، از لحاظ آماری معنادار است و این به معنای آن است که در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، افراد مبتلا به اختلالات سوء مصرف مواد افراد سالم در متغیرهای مورد پژوهش (ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان) تفاوت معناداری وجود دارد هم چنین با توجه به مجذور اتا می توان گفت  $۰/۷۳$  تفاوت سه گروه مربوط به متغیرهای مورد پژوهش است. توان آماری ۱ در متغیرهای مورد پژوهش، علاوه بر کفایت حجم نمونه، حاکی از آن است که دقت این تحلیل در کشف تفاوت های معنادار ۱۰۰ درصد می باشد. برای پی بردن به این تفاوت، نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

مقایسه ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد دارای نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و اجتماعی، سوء مصرف مواد و افراد سالم  
Comparison of Alexithymia and cognitive emotion regulation strategies in individuals with symptoms of ...

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره متغیرهای مورد پژوهش در ۳ گروه مورد مطالعه

متغیرها	شاخص	Ss	DF	Ms	F	P	مجذور اتا	توان آماری
شناسایی احساسات	۱۶۱۸/۰۷	۲	۸۰۹/۰۳	۵۵/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۱	
توصیف احساسات	۶۳۸/۱۶	۲	۳۱۹/۰۸	۳۸/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۱	
تفکر عینی	۲۹۳۲/۰۷	۲	۱۴۶۶/۰۳	۷۱/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱	
پذیرش	۳۳۱/۳۶	۲	۱۵۶/۶۸	۲۳/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۱	
تمرکز مجدد مثبت	۵۵۹/۰۹	۲	۲۷۹/۵۴	۴۱/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱	
برنامه ریزی	۱۰۲۵/۰۶	۲	۵۱۲/۵۳	۶۹/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱	
ارزیابی مجدد	۴۹۱/۰۲	۲	۲۴۵/۵۱	۵۰/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱	
کنار آمدن دیدگاه	۸۷۶/۹۶	۲	۴۳۸/۴۸	۹۷/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱	
سرزنش خود	۳۱۲/۰۷	۲	۱۵۶/۰۳	۳۲/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۱	
سرزنش دیگران	۲۳۷/۹۶	۲	۱۱۸/۹۸	۲۷/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۳۹	۱	
نشخوار فکری	۲۴۸/۶۹	۲	۱۲۴/۳۴	۲۲/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۱	
فاجعه پنداری	۴۱۱/۶۲	۲	۲۰۵/۸۱	۳۰/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۱	

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۳، مشاهده می‌شود که بین سه گروه افراد مورد مطالعه در همه متغیرهای مورد پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد. به منظور بررسی اینکه بین کدام یک از گروه‌ها تفاوت معناداری از لحاظ آماری وجود دارد از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد که نتایج نشان داد در متغیرهای ناگویی هیجانی، تنظیم شناختی مثبت و منفی بین دو گروه افراد دارای نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و اجتماعی و سوء مصرف مواد با افراد عادی اختلاف معنی داری وجود داشت. اما بین ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی افراد دارای نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و اجتماعی با افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تفاوت معنادار نبود. در مجموع نتایج جدول فوق و آزمون تعقیبی نشان داد که افراد دارای نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و اجتماعی و سوء مصرف مواد از ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی به یک میزان استفاده می‌کنند و نمرات بین این دو گروه باهم تفاوت معناداری از لحاظ آماری ندارد.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد دارای نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و اجتماعی، سوء مصرف کنندگان مواد و افراد سالم بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین ناگویی هیجانی افراد دارای نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و اجتماعی و افراد سالم تفاوت وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های کاریوکیوی و همکاران (۲۰۱۰)، ارتکین و همکاران (۲۰۱۵)، پانیسا و همکاران (۲۰۱۸) و پانایی یوتویو و همکاران (۲۰۲۰) به طور نسبی همسو می‌باشد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که ناگویی هیجانی با ناتوانی در شناخت و نام گذاری هیجان‌ها منجر به بیش برآورد خطر در موقعیت‌های اجتماعی شده و در ایجاد نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر نقش مهمی بازی می‌کند. همچنین در تبیینی دیگر می‌توان بیان کرد که دشواری در شناسایی و تمایز بین احساسات، افراد را مستعد نگرانی در شرایط پراسترس می‌کند. بنابراین، این افراد دچار آشفتگی هیجانی می‌شوند و ظرفیت آنها برای سازگاری با موقعیت استرس آمیز کاهش می‌یابد. در واقع می‌توان گفت از آنجاکه این افراد نمی‌توانند احساسات منفی خود را به طور مناسبی شناسایی کنند، در تخلیه و خنثی کردن این عواطف نیز دچار مشکل شده و به دلیل ناتوانی در مدیریت و تنظیم احساسات منفی عواطف منفی ناتوان کننده و مشکل ساز تشدید میشوند. ابراز احساسات و در مشارکت گذاشتن آنها یکی از مهارت‌های زندگی است و این ناتوانی به صورت نگرانی غیرقابل کنترل بروز می‌کند که یکی از علائم کلیدی در تشخیص اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد.

همچنین یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان افراد دارای نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و اجتماعی و افراد سالم تفاوت وجود دارد این یافته با نتایج پژوهش‌های جزایری و همکاران (۲۰۱۵)، بلالاک و همکاران (۲۰۱۶)، کومار و همکاران (۲۰۱۸) و منین و همکاران (۲۰۱۵) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت نقایص مربوط به

مهارت های تنظیم هیجان هم در سطح درون فردی و هم در سطح میان فردی وجود دارد. مهارت های شناختی مانند دیدگاه گیری، بازسازی معنای افکار و موقعیت ها و چالش با تغییرات در برآورد صحیح موقعیت های اجتماعی نقش مهمی دارند. از این رو افرادی که در تنظیم هیجان مشکل دارند در مورد تهدید حاصل از موقعیت های بین فردی فاجعه سازی می کنند و به اضطراب اجتماعی مبتلا می شوند. همچنین افرادی که اضطراب اجتماعی بالایی دارند دچار سوگیری در توجه نیز هستند. به عبارتی به جای اینکه بر موقعیت و ارزیابی نحوه واکنش مناسب بر تهدیدها تمرکز کن، بیشتر به خود تمرکز می کنند و از بیرون نظاره گر خود هستند. این افراد در موقعیتهای اجتماعی به دنبال علائم تهدید بوده و از تمرکز بر برنامه ریزی برای موقعیت موردنظر ناتوان هستند. همچنین بالا بودن شدت هیجانی همراه با اطلاعات ناقص از هیجان ها و پریشانی ناشی از تجربه هیجانی ممکن است افراد مبتلا به اختلالات اضطراب فراگیر را مجبور کند که برای کنترل و محدود کردن تجارب هیجانی، راهبردهای ناسازگارانه را به کار برند (منین و همکاران، ۲۰۰۴). در مرحله نخست باید به ویژگی های مشترک تنظیم شناختی هیجان و اختلال اضطراب فراگیر پرداخت. اولین ویژگی مشترک پدیده سرکوب است. سرکوب به عنوان یکی از راهبردهای تنظیم هیجانی در افراد مبتلا به انواع اختلالات اضطرابی از جمله اختلال اضطراب فراگیر مورد استفاده قرار می گیرد. از دیگر مولفه های مشترک بین اضطراب فراگیر و تنظیم هیجان، اجتناب می باشد به طوری که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با میزان بالایی از اجتناب شناخته می شوند (آمستاردتر، ۲۰۰۷). در همین راستا منین و همکاران (۲۰۱۵) با اشاره به مدل اجتنابی بورکوویک و نقش ویژه نگرانی بر این باورند هنگامی که چرخه نگرانی شدیدتر می شود، به احتمال زیادی نقص در تنظیم هیجان در ماندگاری اختلالات اضطرابی نقش مهمی ایفا می کند. باید در نظر داشته باشیم که نقش نگرانی فقط مختص اختلال اضطراب فراگیر نبوده و در سایر اختلالات اضطرابی از جمله اختلال اضطراب اجتماعی نیز مشاهده می شود. به طوری که افراد در طی تلاش برای اجتناب از برانگیختگی های بدنی به واسطه نگرانی ممکن است اضطرابشان تداوم پیدا کند و در نتیجه به طور فزاینده ای از تجارب هیجانی خود بیزار شده و آن ها را انکار کرده و یا نسبت به آن احساس گنجی کنند و این خود منجر به تشدید نگرانی به عنوان راهبردی اجتنابی و خودکار می شود و در نتیجه این چرخه ی معیوب ماندگار می شود (فرداینی سفی و همکاران ۱۳۹۴).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که نمرات ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد نسبت به افراد سالم بالاتر بود. این یافته با نتایج پژوهش های ماسینی و همکاران (۲۰۱۷)، تانک و همکاران (۲۰۱۶)، کلی و باردو (۲۰۱۶)، اسماعیلی نسب و همکاران (۱۳۹۴) همسو می باشد. در تبیین تفاوت ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد نسبت به افراد سالم می توان گفت، از آنجایی که افراد مبتلا به ناگویی خلقی، علائم های جسمانی هیجان را بد تعبیر می کنند، درماندگی هیجانی را اغلب با شکایت های جسمانی ابراز می کنند و در اقدامات درمانی نیز به دنبال درمان نشانه های جسمانی خودشان هستند (موری و همکاران، ۲۰۱۶)، به همین علت احتمال گرایش به مصرف مواد در آنان وجود دارد. به طوری که افراد مبتلا به ناگویی هیجانی احساس های نامتمایز دارند و این احساس ها همراه با یک برانگیختگی جسمانی است، اما به علت مشکل در تمایز، توصیف و تنظیم احساسها، برانگیختگی فعال باقی مانده و از بین نمی رود. چنین برانگیختگی که با ناگویی خلقی همراه است، ممکن است احتمال مصرف مواد را به منظور کاهش این نشانه ها بیشتر کند.

یافته دیگر پژوهش موید آن بود که بین تنظیم شناختی هیجان افراد مبتلا به سوء مصرف مواد با افراد سالم تفاوت وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش های زندانکیویکز-اسکیگالا و اسکیگالا (۲۰۱۸)، پارولینو همکاران (۲۰۱۸)، تکسیرا (۲۰۱۷) همسو می باشد. در تبیین این نتایج می توان گفت افرادی که مهارت های کافی در تنظیم هیجانی ندارند بیشتر از سایر افراد مستعد درگیر شدن در رفتارهای پرخطر از جمله سوء مصرف مواد به عنوان راهی برای تسکین هیجان های منفی خود هستند. از این رو می توان گفت بدتنظیمی هیجانی نقش مهمی در افزایش روی آوری به مصرف مواد می باشد (اسماعیلی نسب و همکاران، ۱۳۹۴). در واقع وقتی افراد برای مصرف مواد تحت فشار قرار می گیرند اگر از مهارت های تنظیم هیجانی برخوردار نباشند احتمال سوء مصرف مواد بیشتر می شود. برعکس مدیریت هیجان ها می تواند احتمال سوء مصرف مواد را کاهش دهد. با توجه به تمامی این شواهد علمی و با توجه به یافته پژوهش حاضر به نظر می رسد بین اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب اجتماعی، سوء مصرف مواد، بدتنظیمی هیجانی و ناگویی هیجانی رابطه وجود دارد و اغلب افراد اضطرابی و سومصرف کنندگان مواد از راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه استفاده می کنند و مشکلاتی در ناگویی هیجانی دارند.

در مجموع می توان گفت که افراد دارای نشانه های اختلال اضطراب فراگیر و اجتماعی و سوء مصرف مواد نسبت به افراد سالم، نمرات بالاتری را در ناگویی هیجانی و راهبرد تنظیم هیجان منفی و نمرات پایین تری را در راهبرد تنظیم هیجان مثبت کسب می کنند و تفاوتی بین ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی افراد دارای نشانه های اختلال اضطراب فراگیر و اجتماعی با افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مشاهده نمی شود.



- Blalock, D. V., Kashdan, T. B., & Farmer, A. S. (2016). Trait and daily emotion regulation in social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 40(3), 416-425. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10608-015-9739-8>
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E., Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *New self-rating scale. Br J Psychiatry*, 176: 379-86. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.379>
- da Silva, M. L., Rocha, R. S. B., Buheji, M., Jahrami, H., & Cunha, K. D. C. (2021). A systematic review of the prevalence of anxiety symptoms during coronavirus epidemics. *Journal of health psychology*, 26(1), 115-125. <https://doi.org/10.1177/1359105320951620>
- Ertekin, E., Koyuncu, A., Aslantaş Ertekin, B., & Özyıldırım, İ. (2015). Alexithymia in social anxiety disorder: is there a specific relationship or is it a feature of comorbid major depression?. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 16(2)(2):130-137. <http://dx.doi.org/10.5455/apd.153110>
- Farhoumandi, N., Zarean, M., Nasiri, M., & Jega, M. (2022). Somatization Mediates the Structural Relationship of Alexithymia with Anxiety and Depression. *Iranian Journal of Psychiatry*, 17(2), 144-153. <https://ijps.tums.ac.ir/index.php/ijps/article/view/2385>
- García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M.A. et al. (2012). The assessment of generalized anxiety disorder: psychometric validation of the Spanish version of the self-administered GAD-2 scale in daily medical practice. *Health Qual Life Outcomes* 10, 114. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-114>
- Garnefski, N (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems, Comparison between a clinical and nonclinical sample. *European Journal of Personality*, 16(5), 403-420. <https://doi.org/10.1002/per.458>
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*, 30 (8) , 1311-1327. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- Garnefski, N., Van Den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European journal of personality*, 16 (5) , 403-420. <https://doi.org/10.1002/per.458>
- Gross, J. J., & Munoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical psychology: Science and Practice*, 2 (2) , 151-164. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x>
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth, J. P., Karekla, M., & McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological record*, 54, 553– 578. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/BF03395492>
- Henschel, A. V., Flanagan, J. C., Augur, I. F., Jeffirs, S. M., & Back, S. E. (2022). Motives for prescription opioid use: The role of alexithymia and distress tolerance. *The American Journal on Addictions*. 31(1):55-60. <https://doi.org/10.1111/ajad.13230>
- Ho, N. S., Wong, M. M., & Lee, T. M. (2016). Neural connectivity of alexithymia: specific association with major depressive disorder. *Journal of affective disorders*, 193, 362-372. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.057>
- Hofmann, S. (2005). Perception of control over anxiety mediates the relation between catastrophic thinking and social anxiety in social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 43, 885–895. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.07.002>
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Fang, A., & Asnaani, A. (2012). Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depression and anxiety*, 29(5), 409-416. <https://doi.org/10.1002/da.21888>
- Huber, A., Suman, A. L., Biasi, G., & Carli, G. (2009). Alexithymia in fibromyalgia syndrome: associations with ongoing pain, experimental pain sensitivity and illness behavior. *Journal of psychosomatic research*, 66(5), 425-433. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.11.009>
- Jazaieri, H., Morrison, A. S., Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2015). The role of emotion and emotion regulation in social anxiety disorder. *Current psychiatry reports*, 17(1), 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0531-3>
- Karukivi M, Hautala L, Kaleva O, Haa PasaloPesu KM, Liuksila PR, Joukamaa M, Saarijarvi S. Alexithymia is associated with anxiety among adolescents. *J Affect Disord*. 2010; (725): 383-387. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.02.126>
- Kelly, T. H., & Bardo, M. T. (2016). Emotion regulation and drug abuse: Implications for prevention and treatment. *Drug and alcohol dependence*, 163, S1-S2. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.02.038>
- Kumar, V., Avasthi, A., & Grover, S. (2018). Somatosensory amplification, health anxiety, and alexithymia in generalized anxiety disorder. *Industrial psychiatry journal*, 27 (1) , 47. [https://doi.org/10.4103/ipj.ipj\\_72\\_17](https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_72_17)
- Kumar, V., Avasthi, A., & Grover, S. (2018). Somatosensory amplification, health anxiety, and alexithymia in generalized anxiety disorder. *Industrial Psychiatry Journal*, 27(1), 47. [https://doi.org/10.4103/ipj.ipj\\_72\\_17](https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_72_17)
- La Touche, R., García-Salgado, A., Cuenca-Martínez, F., Angulo-Díaz-Parreño, S., Paris-Alemán, A., Suso-Martí, L., & Herranz-Gómez, A. (2021). Alexithymia and facial emotion recognition in patients with craniofacial pain and association of alexithymia with anxiety and depression: a systematic review with meta-analysis. *PeerJ*, 9, e12545. <http://doi.org/10.7717/peerj.12545>
- Maniaci, G., Picone, F., van Holst, R. J., Bolloni, C., Scardina, S., & Cannizzaro, C. (2017). Alterations in the emotional regulation process in gambling addiction: The role of anger and alexithymia. *Journal of gambling studies*, 33 (2) , 633-647. <https://doi.org/10.1007/s10899-016-9636-4>

مقایسه ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد دارای نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و اجتماعی، سوء مصرف مواد و افراد سالم  
Comparison of Alexithymia and cognitive emotion regulation strategies in individuals with symptoms of ...

- Mennin, D. S., Fresco, D. M., Ritter, M., & Heimberg, R. G. (2015). An open trial of emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder and cooccurring depression. *Depression and anxiety*, 32 (8) , 614-623. <https://doi.org/10.1002/da.22377>
- Morie, K. P., Yip, S. W., Nich, C., Hunkele, K., Carroll, K. M., & Potenza, M. N. (2016). Alexithymia and addiction: a review and preliminary data suggesting neurobiological links to reward/loss processing. *Current addiction reports*, 3 (2) , 239-248. <https://doi.org/10.1007/s40429-016-0097-8>
- Nadeau, S. E. (2021). Neural mechanisms of emotions, alexithymia, and depression. *Handbook of clinical neurology*, 183, 299-313. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-822290-4.00014-1>
- Necho, M., Tsehay, M., Birkie, M., Biset, G., & Tadesse, E. (2021). Prevalence of anxiety, depression, and psychological distress among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(7), 892-906. <https://doi.org/10.1177/00207640211003121>
- Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 242-249. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2005.03.010>
- Panayiotou, G., Leonidou, C., Constantinou, E., & Michaelides, M. P. (2020). Self-Awareness in alexithymia and associations with social anxiety. *Current Psychology*, 39(5), 1600-1609. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s12144-018-9855-1>
- Paniccia, M. F., Gaudio, S., Puddu, A., Di Trani, M., Dakanalis, A., Gentile, S., & Di Ciommo, V. (2018). Alexithymia in parents and adolescents with generalised anxiety disorder. *Clinical Psychologist*, 22 (3) , 336-343. <https://doi.org/10.1111/cp.12134>
- Parolin, M., Miscioscia, M., De Carli, P., Cristofalo, P., Gatta, M., & Simonelli, A. (2018). Alexithymia in young adults with substance use disorders: Critical issues about specificity and treatment predictivity. *Frontiers in psychology*, 9 (645) , 1-14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00645>
- Rutherford, H. J., Wallace, N. S., Laurent, H. K., & Mayes, L. C. (2015). Emotion regulation in parenthood. *Developmental Review*, 36, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2014.12.008>
- Shedler, J & Block, J (1990). Adolescent drug use and psychological health: Alongitudinal inquiry. *American Psychologist*, 45 (5) , 612-630. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.45.5.612>
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of `alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1159/000286529>
- 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. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Tang, Y. Y., Tang, R., & Posner, M. I. (2016). Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. *Drug and alcohol dependence*, 163, S13-S18. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.11.041>
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511526831>
- Teixeira, R. J. (2017). Alexithymia and drug addiction: Is there a missing link. *MOJ Addict Med Ther*, 3 (3) , 71-73. <https://doi.org/10.15406/mojamt.2017.03.00036>
- van der Velde, J., Gromann, P. M., Swart, M., Wiersma, D., de Haan, L., Bruggeman, R.,.... & Aleman, A. (2015). Alexithymia influences brain activation during emotion perception but not regulation. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 10 (2) , 285-293. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1093/scan/nsu056>
- Zdankiewicz-Ścigała, E., & Ścigała, D. K. (2018). Relationship between attachment style in adulthood, alexithymia, and dissociation in alcohol use disorder inpatients. *Mediation model*. *Frontiers in psychology*, 9, 2039. <https://psycnet.apa.org/doi/10.3389/fpsyg.2018.02039>
- Zlomke, K. R., & Hahn, K. S. (2010). Cognitive emotion regulation strategies: Gender differences and associations to worry. *Personality and Individual Differences*, 48(4), 408-413. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.paid.2009.11.007>