رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۴، شماره پیاپی ۷۳، تیر ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(4), 2022

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

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.

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 علّی- 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 بخشِ 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) بگبی 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<۰/۰۱). 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>۰/۰۵). 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*

Dr. Bita Nasrolahi*
Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Science And Research Branch, Tehran, Iran.
dr.bitanasrolahi@gmail.com
Vahide Aghaee
M.A of Clinical Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Science And Research Branch, Tehran, Iran.

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*

نوع مقاله : پژوهشی | دریافت : بهمن ۱۴۰۰ | پذیرش: فروردین ۱۴۰۱ | ویرایش نهایی: تیر ۱۴۰۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-08-03]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.5.8]

مقدمه

هیجان ها از تعیین کننده های مهم رفتار، افکار و تجربه هستند و ممکن است به طرق مختلف تنظیم شوند (اتکین[1]و همکاران، ۲۰۱۵). در حالی‌که شمار زیادی از افراد احساسات‌خود را سرکوب می‌کنند، تعدادی نیز در مورد هیجانات تجربه شده خود، آگاهی‌لازم را ندارند، به‌بیانی‌دیگر 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 هیجانات خود دچار مشکلات جدی هستند (هو[2]و همکاران، ۲۰۱۶). مفهوم ناگویی هیجانی[3]، بر اساس مشاهده بیماران روان تنی مفهوم بندی شده است و اولین بار توسـط سیفنئوس[4] (۱۹۷۳) به کار رفت. ناگویی‌هیجانی 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 هیجانات را شامل می‌شود (واندرولده[5]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 حالت‌های‌هیجانی به‌وجود می‌آید (هو و همکاران، ۲۰۱۶).

ارتباط بین ناگویی هیجانی و آسیب روانی[6] بسیار پیچیده است، فرض بر این است که ناگویی هیجانی افراد را برای تجربه حالت های خلقی منفی مستعد می کند (هوبر[7]و همکاران، ۲۰۰۹)، زیرا افراد مبتلا به ناگویی هیجانی به شدت تحت فشار همبسته های بدنی عواطفی هستند که به طور کلامی ابراز نمی شوند و از این رو مانعی برای تنظیم هیجان ها شده و سازگاری شخص را با مشکل مواجهه می کند (تایلور، باگبی و همکاران[8]، ۱۹۹۷). بنابراین به نظر می‌رسد مولفه‌های هیجانی از جمله دشواری در شناسایی، بیان هیجان‌ها و تنظیم حالات خلقی در آسیب‌شناسی روانیِ اختلالات هیجانی از جمله افسردگی و اضطراب مهم هستند (فرهومندی[9]و همکاران، ۲۰۲۲). از این رو پژوهش‌های متعددی در رابطه با نقش ناگویی هیجانی در انواع آسیب های روانی و اختلالات روان پزشکی از جمله افسردگی انجام شده است (نادیو[10]، ۲۰۲۱)، اما آنچه جای بحث و پژوهش بیشتری دارد نقش ناگویی هیجانی در اختلالات اضطرابی می‌باشد. اختلالات اضطرابی[11] از شایع‌ترین اختلالات روانی در سراسر جهان است که شیوع آن در طول عمر بیش از ۲۰ درصد می باشد 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[12]و همکاران، ۲۰۲۱).

اختلالات اضطرابی به عنوان یکی از مشکلات مهم سلامت عمومی محسوب می‌شود و تاثیر زیادی بر عملکرد شغلی دارد (نچو[13]و همکاران، ۲۰۲۱). دو مورد از شایع ترین اختلالات اضطرابی میان زنان اختلال اضطراب فراگیر[14] (زلومک و هان[15]، ۲۰۱۰) و اختلال اضطراب اجتماعی[16] است (آشر[17]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[18] و همکاران ، ۲۰۱۸؛ پانایی یوتویو[19]و همکاران، ۲۰۲۰). در همین راستا

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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-08-03]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.5.8]

کاریوکیوی[1] 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 ناگویی‌خلقی 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 افرادشرکت کننده در گروه کنترل داشته‌اند. همچنین ناگویی‌خلقی 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[2]، ۲۰۱۸؛ پآرولین[3] و همکاران، ۲۰۱۸؛ تکسیرا[4]، ۲۰۱۷) حاکی از آن است که ناگویی‌خلقی با تمایل به مصرف مواد و اعتیاد رابطه معنی‌داری دارد و حتی قادر به پیش‌بینی آن نیز می‌باشد.

متغیر دیگری‌که به‌نظر می‌رسد در سبب‌شناسی اختلالات اضطرابی و اعتیاد دخیل باشد، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان است. تنظیم هیجان[5] سازه‌ای است که افراد توسط آن نوع پاسخ‌دهی خود را به تحریکات محیط بیرونی براساس موقعیت تغییر می‌دهند (گارنفسکی[6]، ۲۰۰۲). به‌عبارتی تنظیم هیجان بـــه 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 چنـد تنظـیم هیجـان می‌تواند شامل فرایندهای هشیار باشد، الزاماً نیازمند آگاهی و راهبردهای آشکار نیست (گرآس و موناز[7]، ۱۹۹۵). مفهوم کلی سازه تنظیم‌شناختی هیجـان دلالـت بـر طریقه شـناختی دستکاری ورود اطلاعات فراخواننده هیجـــان دارد (اکسنر و گروس[8]، ۲۰۰۵). بنابراین، تنظیم هیجان به عنوان ظرفیت تأثیر گذاشتن بر تجربه و ابراز هیجان تعریف می شود و مهارتی پیچیده است که در سراسر عمر تحول می یابد (رودرفورد[9] و همکاران، ۲۰۱۵). مهارت های تنظیم هیجان به چند دلیل مهم تلقی می شوند: اول اینکه هیجان های منفی که در ملاک های تشخیصی اختلالات مورد بحث قرار نگرفته اند، اغلب نشانه الگوهای رفتاری مرتبط با اختلال هستند (مثلاً پریشانی به عنوان علامتی برای سوء مصرف مواد تلقی می شود). دوم، هیجان های منفی که در ملاک های تشخیصی اختلالات ذکر نشده اند اغلب اوقات بر مقابله‌ی موثر و اجرای مهارت های آموخته شده در درمان تاثیر منفی می گذارند و نهایتاً اینکه اغلب بیماران از بیش از یک بیماری رنج می برند که می توان تا حدودی آن را با توسل به نقص های مشاهده شده در تنظیم هیجان تبیین کرد (برکینگ[10] و همکاران ، ۲۰۰۸).

نتایج تحقیقات نشان می دهد 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 و ارزیابی های روزانه آن در اختلال اضطراب اجتماعی وجود دارد (بلالاک[11]و همکاران، ۲۰۱۶). از سویی دیگر، در اختلال اضطراب فراگیر نیز آسیب هایی در تنظیم هیجان شناسایی شده است ولی مشخص نشده است که چه تاثیری در ایجاد نشانه های این اختلال دارند (کومار[12]و همکاران ، ۲۰۱۸). مروری بر ادبیات پژوهشی در این زمینه حاکی آن است که تنظیم شناختی هیجان با اعتیاد (ماسینی[13] و همکاران ، ۲۰۱۷؛ تانک[14]و همکاران، ۲۰۱۶؛ کلی و باردو[15]، ۲۰۱۶؛ اسماعیلی نسب و همکاران،

1 . Karukivi
4. Zdankiewicz-Ścigała & Ścigała
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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-08-03]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.5.8]

۱۳۹۴)، اختلال اضطراب اجتماعی (جزایری و همکاران، ۲۰۱۵) و اختلال اضطراب فراگیر (منین[1] و همکاران ، ۲۰۱۵) رابطه معنی‌داری دارد.

در مدل بدتنظیمی هیجان اختلال اضطراب فراگیر، نگرانی عمدتا به‌عنوان راهبردی ناسازگارانه در تنظیم هیجان و به عنوان 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 هیجانی‌خود نسبت به وقایع محیطی‌را در طول یا شروع نگرانی به صورت ناسازگارانه مدیریت کنند، ازاین رو نقش نگرانی در بدتنظیمی اضطراب، به نظر می‌رسد که دوسویه باشد: نگرانی به عنوان پاسخی به تجارب هیجانی بدتنظیم شده تا اینکه فرد بتواند از چنین تجاربی اجتناب کند و یا اینکه نگرانی به عنوان عاملی که باعث افزایش شدت واکنش های هیجانی به وقایع محیطی و به دنبال آن کاهش توانایی مدیریت موثر این هیجان ها می‌شود (هیز[2]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 آسیب پذیر منجر می‌شود که واکنش‌های بدنی و هیجانی خودرا 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 پاسخ های هیجانی خود را در هنگام رویارویی با موقعیت‌های برنگیزاننده اضطراب اجتماعی، پیش بینی می‌کنند (هافمن[3]، ۲۰۰۵). از این‌رو به نظر می‌رسد توانمندی‌هایی برای تشخیص، توصیف و ابراز هیجان، جنبه هایی از مقوله تنظیم هیجان هستند که با اختلالات اضطراب اجتماعی در ارتباط می‌باشند (جزایری و همکاران، ۲۰۱۵). به دلیل خاص بودن موقعیت های برانگیزاننده اضطراب اجتماعی، به نظر می رسد افراد در موقعیت اضطراب اجتماعی، بیشتر درگیر خود موقعیت اجتماعی و نگرانی مربوط به ارزیابی دیگران درباره خویشتن و نحوه عملکردشان می شوند و به علت دور شدن توجه از هیجانات‌شان، مشکلات آگاهی هیجانی بیشتری را نشان می دهند. بر عکس، در اختلال اضطراب فراگیر افراد بیشتر بر نگرانی ها و آشفتگی های درونی خود تمرکز می کنند و از این رو مشکلات هیجانی کمتری را نشان می دهند. بنابراین می توان 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 سبب ساز در اعتیاد عنوان شده است (ماسینی و همکاران، ۲۰۱۷). شلدر و بلاک[4] (۱۹۹۰) گزارش می‌کنند افرادی که بدتنظیمی شناختی هیجانی دارند، مشکلاتی از قبیل ناتوانی در شناخت احساسات خود بر اساس واقعیت دارند و نمی‌توانند هیجانات منفی خود را کنترل و مدیریت کنند. همه این عوامل باعث می شود که این افراد در مواجهه با مشکلات نتوانند از روش‌های سازگارانه و درست برای مدیریت هیجان های بهره ببرند و از این رو به سوی روش های 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 آن ها 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 می شود پژوهش های جداگانه ای هستند که این اختلالات را به تنهایی و یا از لحاظ یکی از این متغیرها مورد بررسی قرار داده اند، 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 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-08-03]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.5.8]

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 بخشِ دیگری را زنان سالم این شهر در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. ۹۰ نفر با روش نمونه گیری هدفمند به عنوان نمونه انتخاب (۳۰ نفر دارای نشانه های 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 گروه ها از لحاظ متغیرهای سن و تحصیلات در یک رده و نزدیک به هم باشند. معیارهای ورود به پژوهش شامل رضایتِ آگاهانه برای شرکت در پژوهش، تایید ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر و اجتماعی و سوء مصرف مواد توسط یک روان پزشک و مشاور و کسب نمرات ۱۰ یا بیشتر در مقیاس اختلال اضطراب فراگیر و نمره ی 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 شرکت کنندگان، 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):[1] این مقیاس توسط اسپیتزر[2] 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 می شود. از جمع نمرات هفت سوال اصلی، نمره کل اضطراب به دست می‌آید که دامنه ای بین ۰ تا ۲۱ می باشد. 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 ۰/۹۲و 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). گارکیاکامپایو[3] و همکاران(۲۰۱۲) در پژوهشی روایی همزمان مقیاس اختلال اضطراب فراگیر را برحسب همبستگی بین نمره این آزمون و مقیاس های اضطراب هامیلتون، مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی و پرسشنامه وضعیت سلامت سازمان جهانی بهداشت به ترتیب r=۰/۸۱، r=۰/۸۳ و r=۰/۶۴ گزارش کردند. در پژوهش نایینیان، 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=۰/۷۱ و r=۰/۵۲ 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):[4] مقیاس اضطراب اجتماعی یک مقیاس ۱۷ گویه‌ای می‌باشد که به وسیله کانر، داویدسون[5] و همکاران (۲۰۰۰) تدوین شده است و سه زیرمقیاس ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیکی را می‌سنجد. پاسخ های آزمودنی براساس طیف لیکرت ۵ درجه ای از به هیچ وجه (۰) تا بی نهایت (۴) نمره گذاری می شود. براساس نتایج به دست آمده برای تفسیر نمرات، نقطه برش ۴ با کارایی دقت تشخیص ۸۰ درصد و نقطه برش۵۰ درصد با کارایی دقت تشخیص ۸۹ درصد افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی را از افراد بدون این اختلال جدا می کند (غضنفری و ندری، ۱۳۹۸). کانر و همکاران (۲۰۰۰) در پژوهشی، همسانی درونی مقیاس را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و روایی همگرای مقیاس اضطراب اجتماعی را با مقیاس ترس مرضی r=۰/۵۷ گزارش کردند. حسوند عموزاده (۱۳۹۵) در پژوهشی روایی همگرای مقیاس اضطراب اجتماعی با اضطراب فوبیک و با مقیاس خطای شناختی را به ترتیب r=۰/۸۳ و r= -۰/۴۷ و روایی افتراقی اضطراب اجتماعی با مقیاس درجه‌بندی حرمت خود و سیاهه تصویر بدنی را به ترتیب r= -۰/۷۰ و r= -۰/۴۴ 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. García-Campayo
4. Social Phobia Inventory
5. Connor & Davidson

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-08-03]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.5.8]

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS):[1] مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو توسط بگبی و همکاران[2] (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 می شود. روش نمره گذاری پرسشنامه به شیوه لیکرت است. به پاسخ کاملاً مخالف نمره ۱ و به پاسخ کاملاً موافق نمره ۵ تعلق می گیرد. هر چه افراد نمراتشان در این خرده مقیاس ها بیشتر باشد نشان دهنده مشکل بیشتر در زمینه بیان و تشخیص احساسات می باشد. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو در پژوهش های 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 سازه ی 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 مقیاس های هوش هیجانی، بهزیستی روانشناختی و درماندگی روان شناختی به ترتیب r=-۰/۷۰، r=-۰/۶۸ و r=۰/۴۴ 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):[3] 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 کرده اند. در پژوهشی دیگر سولر و همکاران (۲۰۱۷) روایی همگرای راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان را با پرسشنامه اضطراب حالت – صفت در دامنه ای بین r=-۰/۵۵ تا r=۰/۴۵ 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 فاصله ی یک هفته در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۸۸ گزارش شده است. هم چنین در ایران روایی آزمون از طریق همبستگی نمرهٔ کل با نمرات خرده مقیاس های آزمون بررسی شد که دامنه ای 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.

یافته ها

براساس یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت‌شناختی، میانگین و انحراف معیار سن افراد دارای نشانه‌های اضطراب برابر با ۳۶/۵۳±۴/۵۸، و برای افراد مبتلا به سوء مصرف مواد برابر با ۳۷/۷۴±۳/۸۵ و برای افراد سالم برابر با ۳۷/۱۰±۴/۴۰ سال بود.

در جدول ۱ یافته های توصیفی متغیر ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به تفکیک ۳ گروه مورد مطالعه ارائه شده است.

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

متغیرها	افراد دارای نشانه های اضطراب	افراد مبتلا به سوء مصرف مواد	افراد سالم

1. Toronto Alexithymia Scale
2 . Bagby, Taylor & et al
3 . Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-08-03]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.5.8]

	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ناگویی هیجانی	۷۱/۹۶	۴/۷۶	۷۳/۲۰	۷/۶۷	۴۶/۱۰	۶۴۷
شناسایی احساسات	۲۲/۹۳	۲/۸۸	۲۳/۹۶	۴/۳۴	۱۴/۵۰	۴/۰۳
توصیف احساسات	۱۵/۱۰	۲/۳۰	۱۶/۶۶	۱/۶۴	۱۰/۴۰	۴/۰۹
تفکر عینی	۳۳/۹۳	۳/۶۷	۳۲/۵۶	۴/۷۳	۲۱/۲۰	۵/۰۳
تنظیم شناختی مثبت	۵۶/۴۳	۴/۹۳	۵۴/۹۰	۵/۴۹	۸۳/۵۶	۱۱/۰۰
تنظیم شناختی منفی	۶۷/۸۳	۳/۶۲	۶۸/۵۶	۳/۲۶	۵۲/۸۳	۷/۵۴
پذیرش	۱۱/۶۷	۲/۰۷	۱۱/۸۷	۲/۴۰	۱۵/۸۳	۳/۳۴
تمرکز مجدد مثبت	۱۱/۱۷	۲/۱۳	۱۱/۴۰	۲/۷۲	۱۶/۵۷	۲/۸۹
برنامه ریزی	۱۰/۹۰	۲/۴۴	۹/۱۷	۲/۶۷	۱۷/۰۳	۳/۰۱
ارزیابی مجدد	۱۱/۸۳	۲/۲۱	۱۱/۳۰	۱/۶۲	۱۶/۵۰	۲/۶۷
کنار آمدن دیدگاه	۱۰/۸۷	۱/۷۹	۱۱/۱۷	۱/۷۴	۱۷/۶۳	۲/۶۸
سرزنش خود	۱۶/۹۷	۱/۶۹	۱۶/۹۳	۲/۱۰	۱۳/۰۰	۲/۷۰
سرزنش دیگران	۱۶/۵۷	۱/۶۷	۱۷/۴۳	۱/۳۵	۱۳/۶۳	۲/۸۵
نشخوار فکری	۱۷/۱۷	۱/۸۷	۱۶/۸۷	۱/۶۳	۱۳/۵۰	۳/۲۱
فاجعه پنداری	۱۷/۱۳	۱/۹۷	۱۷/۳۳	۱/۵۱	۱۲/۷۰	۳/۷۳

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 ۷۶/۹۶±۴/۷۱ و در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد ۶۷/۲۰±۷/۷۳ و در افراد سالم ۶۴/۱۰±۷/۴۶ بود. همچنین میانگین و انحراف معیار متغیر تنظیم شناختی مثبت در افراد دارای نشانه های اختلال اضطراب فراگیر و اجتماعی به ترتیب ۵۶/۴۳±۴/۹۳ و در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد ۵۴/۹۰±۵/۴۹ و در افراد سالم ۸۳/۵۶±۱۱/۰۰ بود. میانگین و انحراف معیار متغیر تنظیم شناختی منفی در افراد دارای نشانه های اختلال اضطراب فراگیر و اجتماعی به ترتیب ۶۷/۸۳±۳/۶۲ و در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد ۶۸/۵۶±۳/۲۶ و در افراد سالم ۵۲/۸۳±۷/۵۴ بود.

قبل از بررسی نتایج، پیش فرض‌های لازم برای استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری (مانووا) به طور دقیق بررسی شدند. برای بررسی توزیعِ نرمال بودن داده ها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که نتایج نشان داد در متغیر ناگویی هیجانی (P=۰/۳۹۷ و ۰/۹۷۲= مقدار)، تنظیم شناختی مثبت (P=۰/۵۶۲ و ۰/۹۷۵= مقدار) و تنظیم شناختی منفی (P=۰/۲۱۳ و۰/۹۷۰= 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 نمی‌باشد. تحلیل مقدماتی آزمون ام‌باکس نشان داد که سطح معناداری بالاتر از ۰/۰۵ می‌باشد و مفروضه همگنی ماتریس کواریانس برقرار است (۱۵/۶۳= ام‌باکس، F=۱/۲۱، P=۰/۳۲۶) لذا می‌توان 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 می‌شود، 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 موادو افراد سالم در متغیرهای مورد پژوهش (ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان) تفاوت معناداری وجود دارد هم‌چنین با توجه به مجذور اتا می‌توان 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 می‌باشد. برای پی بردن به این تفاوت، نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-08-03]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.5.8]

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

شاخص / متغیرها	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 گروه ها 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 نشانه های اختلال اضطراب فراگیر و اجتماعی و سوءمصرف مواد با افراد عادی اختلاف معنی داری وجود داشت. اما 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 تفاوت معنادار نبود. در مجموع نتایج جدول فوق و آزمون تعقیبی نشان داد که افراد دارای نشانه های اختلال اضطراب فراگیر و اجتماعی و سوءمصرف مواد از ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی به یک میزان استفاده می کنند 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 نشانه های 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 می توان گفت که ناگویی هیجانی با ناتوانی در شناخت و نام گذاری هیجان ها منجر به بیش برآورد خطر در موقعیت های اجتماعی شده و در ایجاد نشانه های اختلال اضطراب فراگیر نقش مهمی بازی می کند. همچنین در تبیینی دیگر می توان بیان کرد که دشواری در شناسایی و تمایز بین احساسات، افراد را مستعد نگرانی در شرایط پراسترس می کند. بنابراین، این افراد دچار آشفتگی هیجانی می شوند و ظرفیت آنها برای سازگاری با موقعیت استرس آمیز کاهش می یابد. در واقع می توان گفت از آنجاکه این افراد نمی توانند 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 مهارت های زندگی است و این ناتوانی به صورت نگرانی غیرقابل کنترل بروز می کند که یکی از علایم کلیدی در تشخیص اختلال اضطراب فراگیر می باشد.

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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-08-03]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.5.8]

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 علایم 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 می‌گیرد. از دیگر مولفه‌های 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 ویژه‌ی نگرانی براین باورند هنگامی که چرخه‌ی نگرانی شدیدتر می شود، به احتمال زیادی نقص در تنظیم هیجان در ماندگاری اختلالات اضطرابی نقش مهمی ایفا می‌کند. 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 می‌شود. به‌طوری که افراد درطی تلاش برای اجتناب از برانگیختگی های بدنی به واسطه‌ی نگرانی ممکن است اضطرابشان تداوم پیدا کند و در نتیجه به طور فزاینده‌ای از تجارب هیجانی خود بیزار شده و آن‌ها را انکار کرده و یا نسبت به‌آن احساس گیجی کنند و این خود منجر به تشدید نگرانی به عنوان راهبردی اجتنابی و خودکار می شود و در نتیجه این چرخه‌ی معیوب ماندگار می‌شود (فردایینی 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 پژوهش‌های 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 می‌توان گفت، از آنجایی که افراد مبتلا به ناگویی خلقی، علایم های جسمانیِ هیجان را بد تعبیر می‌کنند، درماندگی هیجانی را اغلب با شکایت های جسمانی ابراز می‌کنند و در اقدامات درمانی نیز به دنبال درمان نشانه‌های جسمانی خودشان هستند (موری و همکاران، ۲۰۱۶)، به همین علت احتمال گرایش به مصـرف مـواد در آنان وجود دارد. به‌طوری که افراد مبتلا به ناگویی هیجانی احساس‌های نامتمایز دارند و این احساس‌ها همراه با یک برانگیختگی جسمانی اسـت، اما به علت مشکل در تمایز، توصیف و تنظیم احساسها، برانگیختگی فعال باقی‌مانده و از بین نمی‌رود. چنین برانگیختگـی کـه 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 پژوهش‌های زدانکیویکز-اسکیگالا و اسکیگالا (۲۰۱۸)، پآرولینو 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 موادبه 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 می‌باشد (اسماعیلی نسب و همکاران، ۱۳۹۴). در واقع وقتی افراد برای مصرف مواد تحت قشار قرار می گیرند اگر از مهارت های تنظیم هیجانی برخوردار نباشند احتمال سوء مصرف موادبیشتر 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 می‌رسد 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 می‌کنند 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.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-08-03]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.5.8]

این پژوهش نیز مانند پژوهش‌های دیگر با محدودیت هایی روبرو بود که از آن جمله می‌توان به حجم نمونه پایین، روش نمونه گیری هدفمند، عدم تمایز بین اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب اجتماعی و در نهایت تعیین نکردن نوع ماده مصرفی اشاره کرد. همچنین برای تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج پیشنهاد می‌شود پژوهشگران پژوهش‌های مشابهی را بر روی نمونه بزرگتری از افراد دارای نشانه های اختلال اضطراب فراگیر و اجتماعی و سوء مصرف کنندگان مواد تکرار کنند تا نتایج موثق تری به دست آید، معیار دقیق تری برای تمایز بین اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب اجتماعی تعیین شود. همچنین در پژوهش های آتی پیشنهاد می شود نوع ماده مصرفی افراد مبتلا به اعتیاد تعیین شود. در پایان پیشنهاد می شود مراکز مشاوره ای و مددکاری براساس نتایج پژوهش حاضر به طراحی برنامه های آموزشی هدف مند و موثر در زمینه ی کار با افراد دارای نشانه های اختلال اضطراب فراگیر و اجتماعی و سوء مصرف کنندگان مواد اقدام نمایند.

تقدیر و تشکر: بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش قدردانی می‌گردد.

منابع

اسماعیلی نسب، م؛ اندامی خشک، ع؛ آزرمی، ه؛ ثمررخی، ا. (۱۳۹۳). نقش پیش بینی کنندگی دشواری در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در اعتیاد پذیری دانشجویان. *فصلنامه اعتیادپژوهشی سوء مصرف مواد*. سال ۸، شماره (۲۹)، ۶۳-۴۹. http://etiadpajohi.ir/article-۶۰۷-۱-fa.html

تهمتن، ع؛ کلهرنیا گلکار، م؛ حاجی علیزاده، ک. (۱۴۰۰). بررسی مدل ساختاری رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و سبک های دفاعی با کیفیت زندگی و با میانجی گری ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*. ۱۴۰۰؛ ۲۰ (۱۰۸) :۲۳۰۶-۲۲۸۵. http://psychologicalscience.ir/article-1-1122-fa.html

حسنوند عموزاده، مهدی. (۱۳۹۵). بررسی روایی و پایایی مقیاس هراس اجتماعی در میان دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*. ۲۶ (۱۳۹) :۱۶۶-۱۷۷. URL: http://jmums.mazums.ac.ir/article-۸۱۴۶-۱-fa.html

زارع، ح؛ سلگی، ز. (۱۳۹۱). بررسی رابطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با افسردگی، اضطراب و استرس در دانشجویان. *پژوهش در سلامت روانشناختی*. دوره ۶، شماره۳، ۱۹-۲۹. http://dorl.net/dor/۲۰.۱۰۰۱.۱.۲۰۰۸۰۱۶۶.۱۳۹۱.۶.۳.۳.۴

سامانی، س؛ صادقی، ل. (۱۳۸۹). کفایت شاخص‌های روان سنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان. *فصلنامه روشها و مدلهای روانشناختی*، دوره ۱، شماره ۱، ۵۱-۶۹. https://dorl.net/dor/۲۰.۱۰۰۱.۱.۲۲۲۸۵۵۱۶.۱۳۸۹.۱.۱.۵.۹

سپهوند، ت؛ مرادی، ف. (۱۳۹۷). مقایسه تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی در نمونه های غیربالینی نوجوانان با علایم اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب اجتماعی. *مجله روان شناسی بالینی*. ۴(۴۰)، ۲۳-۳۴. https://jcp.semnan.ac.ir/article_3763.html

غضنفری، ف؛ ندری، م. (۱۳۹۸). تدوین مدل سبب شناسی اختلال اضطراب اجتماعی نوجوانان بر اساس مولفه‌های حساسیت اضطرابی، تنظیم هیجانی منفی و سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی و دوسوگرا با نقش میانجی راهبرد مقابله هیجان‌مدار. *مطالعات روان شناسی بالینی*. ۹ (۳۷)، ۹۷-۱۳۰. https://dx.doi.org/۱۰.۲۲۰۵۴/jcps.۲۰۱۹.۴۱۵۸۴.۲۱۲۴

فردایینی سفی، ح؛ کارسازی، ح؛ امامی عزت، ف؛ بخشی پور رودسری، ع. (۱۳۹۴). روابط ساختاری حساسیت اضطرابی، نگرانی و دشواری در تنظیم هیجان با اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال پانیک. *اندیشه و رفتار*. دوره ۹، شماره۳۶، ۷۷-۸۷. https://jtbcp.riau.ac.ir/article_۱۲۶.html

نایینیان، م؛ شعیری، م؛ شریفی، م؛ هادیان م. (۱۳۹۰). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7). *روان شناسی بالینی و شخصیت*. ۹ (۱)، ۴۱-۵۰. http://cpap.shahed.ac.ir/article_۲۶۴۷.html

یوسفی، ف. (۱۳۸۵). بررسی رابطه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با افسردگی و اضطراب در دانش‌آموزان مراکز راهنمایی استعدادهای درخشان. *فصلنامه کودکان استثنایی*. ۶ (۴) :۸۹۲-۸۷۱. http://dorl.net/dor/20.1001.1.16826612.1385.6.4.3.2

Asher, M., Asnaani, A., & Aderka, I. M. (2017). Gender differences in social anxiety disorder: A review. *Clinical psychology review*, *56*, *1-12*. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.05.004

Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour research and therapy*, 46(11), 1230-1237. https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.08.005

Besharat, M. A. (2007). Reliability and factorial validity of Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports*, 101, 209- 220.https://doi.org/10.2466/pr0.101.1.209-220

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-08-03]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.5.8]

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

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

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

La Touche, R., García-Salgado, A., Cuenca-Martínez, F., Angulo-Díaz-Parreño, S., Paris-Alemany, 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-08-03]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.5.8]

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. *Mediational 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-08-03]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.5.8]