

## The Comparison of Emotion Regulation and Cognitive Flexibility in Nonclinical Samples of Adolescents with Symptoms of Generalized Anxiety Disorder and Social Anxiety Disorder

Sepahvand, \*T., Moradi, F.

### Abstract

**Introduction:** Two disorders of generalized anxiety and social anxiety are among prevalent disorders in the children and adolescents. The present research conducted with the aim of comparing the difficulties in emotion regulation and cognitive flexibility between adolescence with symptoms of generalized anxiety and social anxiety disorders.

**Method:** In an expo-facto design among high school students of Khorramabad city, two groups were selected based on the cut of point scores of generalized anxiety and social anxiety scales, as well as, psychologist diagnosis. All subjects compared by their scores in difficulty in emotion regulation and cognitive flexibility scales.

**Results:** Results of a Multivariate Analysis of Variance indicated significant difference in the liner composition of dependent variables of two groups. Univariate analysis of variance also indicated that students with generalized anxiety disorder tend to show more difficulty in emotion regulation strategies, while lack of emotional awareness, as well as, higher levels (less difficulties) of cognitive flexibility (in alternatives) was evident in social anxiety adolescents. No other significant differences observed between two groups.

**Conclusion:** Generalized anxiety and social anxiety in adolescents were different in terms of difficulties in emotion regulation, and cognitive flexibility. Hence evaluation, diagnostic and therapeutic consideration based on these differences for both disorders seems necessary.

**Keywords:** Adolescents, generalized anxiety, social anxiety, emotion regulation, cognitive flexibility.

## مقایسه تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی در نمونه‌های غیربالینی نوجوانان با علائم اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب اجتماعی

نورج سپهوند<sup>۱</sup>، فاطمه مرادی<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۶/۲۸ تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۲/۲۶

### چکیده

**مقدمه:** دو اختلال اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی از اختلالاتی شایع در کودکان و نوجوانان بشمار می‌روند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه نظم‌دهی هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی در بین نمونه‌های غیربالینی نوجوانان با علائم اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد.

**روش:** با یک طرح علی مقایسه‌ای از جامعه آماری شامل دانش‌آموزان متوسطه اول شهرستان خرم‌آباد دو گروه بر مبنای نمرات برش مقیاس‌های اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی و تشخیص روانشناس انتخاب شدند. همه آزمودنی‌ها از لحاظ نمرات مقیاس‌های دشواری‌های تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی مورد بررسی قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره تفاوت معناداری را در ترکیب خطی متغیرهای وابسته برای دو گروه نشان داد. آزمون‌های تک متغیری تحلیل واریانس نیز نشان داد که دانش‌آموزان دارای اضطراب فراگیر مشکلات بیشتری در راهبردهای تنظیم هیجان و دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی مشکلات بیشتری در آگاهی هیجانی، اما در عین حال سطوح بالاتری (مشکلات کمتری) از انعطاف‌پذیری شناختی (در جایگزین‌ها) را داشتند. در دیگر متغیرها بین دو گروه تفاوت معناداری نبود.

**نتیجه‌گیری:** اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی در نوجوانان در مؤلفه‌های مربوط به دشواری‌های تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی متفاوت هستند. بنابراین ملاحظات ارزشیابی، تشخیص، و درمان باید با تأکید بر این تفاوت‌ها در هر دو اختلال صورت گیرد.

**واژه‌های کلیدی:** نوجوانان، اضطراب فراگیر، اضطراب اجتماعی، تنظیم هیجان، انعطاف‌پذیری شناختی.

## مقدمه

مدیریت هیجان با مشکل مواجه می‌شوند و در بهبود مجدد خلق منفی کارایی کمتری را نشان می‌دهند (۱۳). به طور کلی، ابعاد عاطفی روی اختلالات اضطرابی تأثیر معناداری دارند (۱۴) و تنظیم غیر انطباقی هیجان نقش واسطه‌ای مهمی در رابطه بین اضطراب و پریشانی روانشناختی دارد (۱۵). در نتیجه، ممکن است نقایص تنظیم هیجان در میان اختلالات اضطرابی کودکان عمومیت داشته باشد و یک پدیده فراتشخیصی<sup>۶</sup> را بازنمایی کند که اختلالات اضطرابی متعددی را در بر می‌گیرد (۱۶).

یکی دیگر از متغیرهایی که در اختلالات اضطرابی کودکان و نوجوانان نقش دارد انعطاف‌پذیری شناختی<sup>۷</sup> است. انعطاف‌پذیری شناختی توانایی سازگار کردن فکر و رفتار فرد در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی است (۱۷). به عبارتی، انعطاف‌پذیری شناختی به آگاهی شخص در مورد وجود گزینه‌های دیگر در هر موقعیت مشخص، تمایل به منعطف بودن و انطباق با موقعیت و نیز خودکارآمدی در منعطف بودن گفته می‌شود (۱۸). انعطاف‌پذیری شناختی که بعضی اوقات انعطاف‌پذیری ذهنی<sup>۸</sup> نیز نامیده می‌شود، ممکن است یک خرده مؤلفه از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی باشد (بدون اینکه پیش‌نیاز آن باشد) و همانند آن شامل توانایی تغییر رفتار (چه یک فکر باشد یا یک عمل) در پاسخ به تغییرات محیطی است (۱۹). فرآیندهای زیربنایی انعطاف‌پذیری شناختی پویا هستند و شامل چرخه‌هایی از تولید و فرونشانی افکار در نتیجه تعاملات شخصی با عوامل محیطی تغییرکننده است (۲۰). تصور می‌شود انعطاف‌ناپذیری شناختی نیز فقدان آگاهی از گزینه‌ها در زمان به وجود آمدن شرایط غیر منتظره و عدم تمایل و یا ناتوانی در انطباق با چنین چالش‌هایی را بازنمایی کند (۲۱). انعطاف‌پذیری شناختی به عنوان یک مکانیزم بالقوه مرتبط با اختلالات اضطرابی در نظر گرفته شده است (۲۲). هر چه سطح انعطاف‌پذیری شناختی بالاتر باشد میزان اضطراب در افراد کمتر است (۲۳). داشتن این توانایی، هیجان‌ات منفی

اختلالات اضطرابی<sup>۱</sup> معمولاً در جوانی رخ می‌دهند و پیوستار شیوع آن‌ها در کودکان و نوجوانان به گونه‌ای است که ۱۵ تا ۳۰ درصد از اوقات زندگی آنان را در بر می‌گیرد (۱). از این رو شایع‌ترین اختلالات در میان نوجوانان هستند (۲). دو مورد از مهم‌ترین این اختلال‌ها اختلال اضطراب فراگیر<sup>۲</sup> و اختلال اضطراب اجتماعی<sup>۳</sup> است. اختلال اضطراب فراگیر شامل اضطراب و نگرانی مفرط (انتظار دلواپسانه) در مورد برخی از رویدادها یا فعالیت‌ها است. این اختلال در کودکان مبتلا بیشتر شامل دلواپسی شدید درباره توانایی یا کیفیت عملکردشان است که شیوع دوازده ماهه آن در نوجوانان ۰/۹ درصد و در بزرگسالان ۲/۹ درصد است (۳). اختلال اضطراب اجتماعی نیز یکی از معمول‌ترین اختلالات روانی در کودکان و نوجوانان است (۴)، که شامل ترس شدید و پایدار از یک یا چند موقعیت اجتماعی یا عملکردی (۵) و اجتناب<sup>۴</sup> بالا از این موقعیت هاست (۶). شیوع دوازده ماهه این اختلال نیز در کودکان و نوجوانان همانند بزرگسالان حدود ۷ درصد است (۳).

متغیرهای مختلفی با اختلالات اضطرابی کودکان و نوجوانان مرتبط هستند. یکی از این متغیرها دشواری‌های تنظیم هیجان<sup>۵</sup> است. توانایی تنظیم هیجان که در کودکی شروع شده و به طور پیوسته‌ای در سراسر زندگی تحول می‌یابد (۷)، مکانیزمی است که در تحول و حفظ این اختلالات نقش مهمی دارد (۸). تنظیم هیجان شامل گستره‌ای از راهبردهای شناختی و رفتاری آگاهانه یا ناآگاهانه است که جهت کاهش، حفظ یا افزایش یک هیجان به کار می‌رود (۹) و این موضوع را که "شخص چه هیجان‌هایی را در چه زمان‌هایی داشته و چگونه آنها را تجربه و بیان می‌کند" تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۰). بنابراین، تنظیم هیجان به عنوان ظرفیت تأثیر گذاشتن بر تجربه و بیان هیجان خود تعریف می‌شود و مهارتی پیچیده است که در سراسر عمر تحول می‌یابد (۱۱). شواهد پژوهشی بیانگر آن است که کودکان مبتلا به اختلال‌های اضطرابی، در مقایسه با کودکان غیر مضطرب، کفایت کمتری در تنظیم نگرانی، غمگینی و عصبانیت خود نشان می‌دهند (۱۲). چنین کودکان و نوجوانان مضطربی، هنگام مواجهه با هیجان‌ات منفی، در به کار بردن راهبردهای

- 1- anxiety disorders
- 2- generalized anxiety disorder
- 3- social anxiety disorder
- 4- avoidance
- 5- difficulties in emotion regulation
- 6- transdiagnostic phenomenon
- 7- cognitive flexibility
- 8- mental flexibility

یعنی شدت بالای تجربه هیجان، مشکلات برجسته در شناسایی، توصیف و تصریح تجارب هیجان (درک ضعیف)، واکنش شناختی منفی بیشتر به هیجان‌ها و مدیریت غیرانطباقی هستند (۲۹). شواهد دیگر نیز نشان داده‌اند که نقایص خاص تنظیم هیجان، از جمله دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم مؤثر هیجان و توانایی ضعیف برای درگیری در رفتار معطوف به هدف هنگام آشفتگی، با اختلال اضطراب فراگیر و نگرانی مزمن مرتبط هستند (۱۳). با وجود آنچه در مورد نقش تنظیم هیجان در اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال اضطراب فراگیر گفته شد، مساله مهم مقایسه نقایص مرتبط با هیجان در این دو اختلال است. این دو اختلال ممکن است از لحاظ مؤلفه‌های تنظیم هیجان متفاوت باشند و به دلیل نقایص متفاوتی در تنظیم هیجان به وجود آمده باشند. در این صورت تأکیدات مربوط به تشخیص و درمان این دو اختلال از لحاظ پرداختن به انواع خاص نقایص تنظیم هیجان مربوط به آنها نیز متفاوت خواهد بود. در پژوهشی مشخص شد که شدت هیجانی و راهبردهای نظم‌دهی آسیب دیده بیشترین تمایز را بین این دو گروه ایجاد کردند و تشخیص اختلال اضطراب فراگیر را (بدون توجه به همپوشانی اختلال اضطراب اجتماعی) بهتر پیش‌بینی کردند. با قدری توانایی تمایز ضعیف‌تر، درک هیجانی ضعیف، تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی را (بدون توجه به همپوشانی اختلال اضطراب فراگیر) بهتر پیش‌بینی نمود. عدم پذیرش هیجان‌ها نیز اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب اجتماعی دارای همپوشانی را بهتر پیش‌بینی نمود (۳۰). همچنین، محققان دیگر دریافتند که افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر شدت هیجانی و واکنش منفی بیشتری نسبت به هیجان‌ها غمگین را گزارش می‌کنند. در حالی که افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی هیجان‌ها مثبت را کمتر بیان می‌کنند، توجه کمتری به هیجان‌ها نشان می‌کنند و مشکل بیشتری در توصیف هیجان‌ها نشان دارند (۳۱). از لحاظ انعطاف‌پذیری شناختی نیز مشخص شده است که افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی نسبت به افراد بهنجار در انعطاف فکری و کاربرد ارزیابی مجدد شناختی خودکارآمدی و موفقیت کمتری دارند (۲۴، ۲۷). اختلال

کودکان مضطرب و غیر مضطرب را به شکل قابل توجهی کاهش می‌دهد (۲۴). با این حال، کودکان مضطرب در کنترل انعطاف‌پذیر توجه (به عنوان عنصر شناختی مهم و عنصری اساسی در تنظیم هیجان) مهارت کمتری دارند (۲۵). با توجه به آنچه گفته شد اختلال اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی نیز ممکن است تفاوت‌هایی در دشواری‌های تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی داشته باشند. مشخص شده است که اختلال اضطراب اجتماعی و مشکلات تنظیم هیجان نوعاً در طی کودکی و نوجوانی تحول پیدا کرده و تداوم می‌یابند. بر مبنای این کیفیت فراتشخیصی تنظیم هیجان، کودکان دارای اختلال اضطراب اجتماعی و کودکان دارای اختلالات اضطرابی آمیخته<sup>۱</sup> (MAD) به طور مشابهی راهبردهای تنظیم هیجان کمتر انطباقی و بیشتر غیر انطباقی را نسبت به کودکان سالم نشان می‌دهند (۱۶). با این حال، امروزه شناخت‌های اختصاصی‌تری در مورد اینکه چگونه کودکان دارای اختلال اضطراب اجتماعی هیجان‌هاشان را کنترل می‌کنند و یا اینکه آیا آنها از کودکان دارای اختلالات اضطرابی دیگر فرق دارند، حاصل شده است (۲۶). تحقیقات انجام شده در این حوزه نشان داده است که درک هیجانی ضعیف و عدم پذیرفتن هیجان‌ها، پیش‌بینی‌کننده‌های خوبی برای اختلال اضطراب اجتماعی هستند (۲۷). علاوه بر این، مشکلات هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، ممکن است شامل عدم آگاهی از حالات هیجانی خود و همچنین عدم توانایی برای تنظیم هیجان‌ها باشد (۲۸). شواهدی نیز برای تنظیم هیجان انعطاف‌ناپذیر در افراد دارای اضطراب اجتماعی بالا فراهم آمده است که در عدم تمایل به تجربه هیجان‌ها منفی منعکس شده است (۶). با وجود چنین تحقیقاتی، به نظر نمی‌رسد که نقایص تنظیم هیجان ویژگی منحصر به فرد کودکان دارای اضطراب اجتماعی باشد. در حقیقت نقایص تنظیم هیجان در کودکان نه تنها در اختلال اضطراب اجتماعی یافته شده است، بلکه در دیگر اختلالات اضطرابی همچون اختلال اضطراب فراگیر نیز یافت شده است (۸). محققان بحث کرده‌اند که افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر در مقایسه با افراد عادی دارای مشکلاتی در چهار مؤلفه کارکرد هیجانی،

آنچه مشاهده می‌شود پژوهش‌های مجزایی است که در ادبیات تحقیق وجود دارد و این اختلالات را به تنهایی و یا از لحاظ یکی از این متغیرها مقایسه کرده‌اند. بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسه دشواری‌های تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی در بین نمونه‌های غیربالینی نوجوانان با علائم اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی بود.

### روش

**طرح پژوهش:** پژوهش حاضر در قالب یک طرح علی-مقایسه‌ای انجام گردیده است.

**آزمودنی‌ها:** جامعه آماری پژوهش عبارت بود از کلیه دانش‌آموزان دوره اول مقطع متوسطه شهرستان خرم‌آباد که در سال ۹۷-۱۳۹۶ مشغول به تحصیل بودند. به منظور انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد، به گونه‌ای که پس از هماهنگی با مدارس که امکان مشارکت آنها در این پژوهش وجود داشت، پرسشنامه‌های پژوهش روی دانش‌آموزان آنها اجرا شد. سپس بر مبنای نمرات نقطه برش مقیاس‌های اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی و مصاحبه متخصصان روانشناسی، تعداد ۴۵ نفر که اضطراب فراگیر بالاتر از ۱۰ و اضطراب اجتماعی پایین‌تر از ۲۹/۵ داشتند، به عنوان گروه دارای اضطراب فراگیر و تعداد ۴۵ نفر نیز که اضطراب اجتماعی بالاتر از ۲۹/۵ و اضطراب فراگیر پایین‌تر از ۱۰ داشتند به عنوان گروه دارای اضطراب اجتماعی غربال و انتخاب شدند. بنابراین، حداقل تمایز لازم بین دو گروه از لحاظ احتمال همپوشانی دو اختلال به عمل آمد و دو گروه کاملاً مجزای دارای اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی مشخص گردید (نمرات برش هر دو مقیاس برای وجود یک اختلال و عدم وجود اختلال دیگر در هر گروه مورد نظر قرار گرفت). علاوه بر این، هر یک از اعضای دو گروه، باید بدون هر گونه بیماری و معلولیت جسمی یا روانشناختی ناتوان‌کننده‌ای بودند که صرفاً بر مبنای گزارش دانش‌آموزان و معلمان آنها از وضعیت سلامتشان مشخص می‌گردید. همچنین دو گروه از لحاظ سنی هم‌تاسازی شدند، به گونه‌ای که گروه دارای اضطراب فراگیر با میانگین سنی  $۰/۴۸ \pm ۱۴/۳۶$  و گروه دارای اضطراب اجتماعی با

اضطراب اجتماعی که شامل ترس از ارزشیابی اجتماعی است، احتمالاً توسط محتواها و سبک‌های شناختی، از جمله ناتوانی در انطباق یا پاسخ انعطاف‌پذیر به شرایط غیر منتظره تداوم می‌یابد. بر این اساس، نقش انعطاف‌پذیری شناختی در افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی تأیید شده است و باورهای نامنعطف<sup>۱</sup> درباره تعاملات اجتماعی که در این اختلال معمول است، نشان می‌دهند که این سبک شناختی ممکن است در نشانه‌های اضطراب اجتماعی نقش داشته باشد (۳۲).

از طرف دیگر، در اختلال اضطراب فراگیر نیز آسیب‌هایی در انعطاف‌پذیری شناختی شناسایی شده است و انعطاف‌پذیری شناختی یک ویژگی بالقوه این اختلال است (۲۲). مدل‌های شناختی رایج در مورد اختلال اضطراب فراگیر پیشنهاد می‌کنند که افراد دارای نگرانی مزمن باورهای ناتوان‌کننده‌ای درباره نگرانی دارند و اشکالی از تفکر خشک را به کار می‌برند (۳۳). در افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر، انعطاف‌پذیری شناختی (کنترل) بهترین پیش‌بین تعبیر و تفسیرهای منفی بوده است (۳۴)، چرا که تمایل برای درک موقعیت‌های چالش‌برانگیز به گونه کنترل‌ناپذیر ممکن است نگرانی در طی یک رخداد منفی را افزایش دهد؛ که به نوبه خود نشان می‌دهد تحت شرایط آشفتگی، افراد سبک‌های تفکر خشک را به کار می‌برند (۳۵). مشکل در انعطاف‌پذیری شناختی (جایگزین‌ها) هم ممکن است سبک تفکر تکراری به نگرانی را منعکس کند و محتوای جایگزین‌های فردی بین گروه‌های دارای اختلال اضطراب فراگیر و بدون این اختلال ممکن است متفاوت باشد (۳۴). به همین ترتیب، ممکن است بین دو اختلال اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی نیز از لحاظ انعطاف‌پذیری شناختی و مؤلفه‌های آن (کنترل و جایگزین‌ها) به ویژه در نوجوانان تفاوت‌های مهمی وجود داشته باشد. با این حال، تاکنون تحقیقات مشخصی در این مورد انجام نشده است. به طور کلی، بررسی شواهد و تحقیقات نشان می‌دهد که با وجود شواهد اولیه‌ای در مورد دشواری‌های تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی کودکان و نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی، تاکنون مقایسه‌ای دقیق و کامل درباره وضعیت این متغیرها در دو گروه مذکور انجام نشده است و

ترتیب ۰/۷۱، ۰/۵۲ و ۰/۶۳ بوده است که روایی همگرایی مناسب آن را نشان می‌دهد (۳۷).

۲- مقیاس اضطراب اجتماعی لیبوویتز برای کودکان و نوجوانان<sup>۶</sup> (LSAS-CA): این مقیاس بر مبنای نقاط قوت مقیاس اضطراب اجتماعی لیبوویتز<sup>۷</sup> (LSAS) برای بزرگسالان و نیاز به یک مقیاس درجه‌بندی بالینی برای سنین پایینتر، توسط ماسیا و همکاران تحول یافته است (۳۸). مقیاس برای سنین ۷ تا ۱۸ ساله به صورت خود-گزارش‌دهی و یا مصاحبه قابل استفاده است. این مقیاس ۴۸ ماده دارد. اما در واقع شامل ۲۴ آیتم است که یکبار اضطراب را و یکبار اجتناب را در این ۲۴ موقعیت می‌سنجد. این ۲۴ موقعیت نیز شامل ۱۲ موقعیت تعامل اجتماعی و ۱۲ موقعیت عملکردی هستند. نمره‌دهی مقیاس با درجه‌بندی بالینی هیچ، کم، متوسط و شدید، به ترتیب از ۰ تا ۳ برای اضطراب، و هرگز، گاهی اوقات، بیشتر اوقات و معمولاً، به ترتیب از ۰ تا ۳ برای اجتناب، در هر یک از ۲۴ آیتم برای تمامی ۴۸ ماده انجام می‌شود. به این ترتیب، LSAS-CA هفت نمره را فراهم می‌کند: (۱) اضطراب مرتبط با تعامل اجتماعی، (۲) اضطراب عملکردی، (۳) اضطراب کلی، (۴) اجتناب از تعاملات اجتماعی، (۵) اجتناب از موقعیت‌های عملکردی، (۶) اجتناب کلی و (۷) نمره کل مقیاس. نمره برش ۲۲.۵ بهترین تمایز بین افراد دارای اضطراب اجتماعی و افراد کنترل نرمال را ایجاد می‌کند، در حالی که نمره برش ۲۹.۵ برای تمایز اضطراب اجتماعی از دیگر اختلالات اضطرابی نمره مطلوبی است. پایایی مربوط به ثبات درونی این مقیاس در دامنه‌ای از ۰/۹۷-۰/۸۳ و پایایی بازآزمایی آن در دامنه‌ای از ۰/۹۴-۰/۸۹ گزارش شده است. همبستگی نمرات این مقیاس با مقیاس‌های اضطراب اجتماعی نیز بین ۰/۶۹ تا ۰/۸۲ بوده است که نشان دهنده روایی همگرایی آن است (۳۸). اعتباریابی این آزمون در نمونه ایرانی توسط دادستان، اناری و صدق‌پور (۳۹) از طریق

میانگین سنی ۰/۵۹ ± ۱۴/۴۹ مورد بررسی و مقایسه قرار گرفتند.

## ابزار

در این پژوهش از ابزارهای زیر برای گردآوری داده‌ها استفاده شد:

۱- مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر<sup>۱</sup> (GAD-7): این ابزار یک مقیاس اضطراب هفت سؤالی است که توسط اسپیتزر و همکاران (۳۶) برای شناسایی موارد احتمالی اختلال اضطراب فراگیر و ارزیابی شدت نشانه‌های این اختلال ساخته شده است. از آزمودنی‌ها سؤال می‌شود که در طول دو هفته گذشته چه مدت توسط هر یک از نشانه‌های آن ناراحت شده‌اند. گزینه‌های پاسخ شامل اصلاً، چندین روز، بیشتر از نیمی از روزها و تقریباً هر روز هستند که به ترتیب از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل مقیاس از طریق جمع نمرات سؤالات آن به دست می‌آید و دامنه‌ای بین صفر تا ۲۱ دارد. یک آیتم نیز برای ارزیابی مدت نشانه‌های اضطرابی و سنجش میزان دخالت اختلال در کارکردهای فردی، اجتماعی، خانوادگی و شغلی فرد در این مقیاس گنجانده شده است. این مقیاس یک ابزار مفید و مؤثر برای غربالگری اختلال اضطراب فراگیر و ارزیابی شدت آن در پژوهش و عمل بالینی است. نقطه برش آن، نمره ۱۰ یا بیشتر است، که یک نقطه برش منطقی را برای شناسایی موارد دارای اختلال اضطراب فراگیر ارائه می‌کند. ثبات درونی GAD-7 برابر ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی آن نیز ۰/۸۳ بوده است. مقایسه نمرات به دست آمده از مقیاس‌های خودگزارشی با نمرات به دست آمده از نسخه‌های مقیاس‌های یکسان اجرا شده توسط متخصصان سلامت روان نتایج مشابه و همبستگی ۰/۸۳ را نشان داد که روایی وابسته به طرز عمل<sup>۲</sup> خوب آن را نشان می‌دهد. روایی همگرایی<sup>۳</sup> این مقیاس نیز از طریق محاسبه همبستگی آن با دو پرسشنامه اضطراب بک<sup>۴</sup> و خرده مقیاس اضطراب سیاهه نشانه بالینی<sup>۵</sup> (SCL-90) به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۷۴ گزارش شده است (۳۶). در ایران نیز همسانی درونی این آزمون از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمده است. همبستگی این مقیاس با مقیاس اضطراب حالت اشیپلبرگر، مقیاس اضطراب صفت اشیپلبرگر و خرده مقیاس اضطراب چک‌لیست نشانه بالینی (SCL-90) به

1- Brief Scale of Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)

2- procedural validity

3- convergent validity

4- Beck Anxiety Inventory

5- anxiety subscale of the Symptom Checklist-90

6- Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents (LSAS-CA)

7- Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)

ثبات درونی (ضریب آلفای کرونباخ) و بازآزمایی به ترتیب برابر ۰/۹۳ و ۰/۸۷ به دست آمد. روایی مقیاس نیز با استفاده از روش روایی سازه از نوع افتراقی برآورده شد، که نشان داد این مقیاس می‌تواند بین گروه بالینی و غیر بالینی تمایز ایجاد کند (۳۹)

۳- مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی (CFI): پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی در سال ۲۰۱۰ توسط دنیس و فندروال تهیه و مورد استفاده قرار گرفته است (۴۰). این پرسش‌نامه یک مقیاس خودگزارشی کوتاه درباره نوع انعطاف‌پذیری شناختی مورد نیاز افراد، برای به چالش کشیدن و جایگزین کردن موفق افکار غیر انطباقی با تفکر متعادل‌تر و انطباقی‌تر است. این پرسش‌نامه برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیربالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد و ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی- رفتاری بیماری‌های روانی نیز به کار می‌رود. این پرسش‌نامه برای اندازه‌گیری سه جنبه از انعطاف‌پذیری شناختی طراحی شده است: تمایل به درک موقعیت‌های دشوار به صورت کنترل‌پذیر، توانایی درک تبیین‌های جایگزین چندگانه برای رخدادها و رفتارهای انسانی، و توانایی ایجاد راه‌حل‌های جایگزین چندگانه برای شرایط دشوار. با این حال، این ابزار یک سازه دو عاملی معتبر است. به عبارتی، نسخه نهایی این مقیاس شامل ۲۰ سؤال است که شامل ۱۳ سؤال برای خرده‌مقیاس جایگزین‌ها و ۷ سؤال برای خرده‌مقیاس کنترل است. [در نسخه ایرانی این مقیاس که توسط شاره و همکارانش (۴۱) تهیه شده است، سه عامل کنترل، جایگزین‌ها و جایگزین‌ها برای رفتارهای انسانی شناسایی شده است، که به نظر می‌رسد بهتر است همانند نسخه خارجی آن، دو عامل جایگزین‌ها به عنوان یک خرده مقیاس در نظر گرفته شوند]. سؤالات این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از بسیار مخالفم=۱ تا بسیار موافقم=۷ نمره‌گذاری می‌شود. روش نمره‌گذاری که برای این مقیاس مشخص شده به نمره‌گذاری معکوس تعدادی از سؤالات و جمع ارزش‌های پاسخ عددی برای به دست آوردن نمره کل نیاز دارد. هرچه نمرات آزمودنی در این مقیاس بالاتر باشد نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری شناختی بالاتر فرد و میزان بالای پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر می‌باشد. آلفای

کرونباخ برای دو خرده مقیاس و نمره کل آن بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۱ به دست آمده است. روایی همزمان<sup>۱</sup> پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و فندروال با پرسش‌نامه افسردگی بک<sup>۲</sup> (BDI) برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابینس ۰/۷۵ بود (۴۰) روایی نسخه ایرانی این پرسش‌نامه را نیز مطلوب گزارش کرده‌اند و آلفای کرونباخ و پایایی بازآزمایی آن را به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۷۱ به دست آورده‌اند (۴۱).

۴- مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی<sup>۳</sup> (DERS): این مقیاس یک شاخص خود-گزارشی است که توسط گراتز و رومر (۴۲) برای ارزیابی دشواری‌های موجود در تنظیم هیجان ساخته شده است و دارای ۳۶ عبارت و ۶ خرده مقیاس است. پاسخ هر آزمودنی در دامنه‌ای از یک تا پنج به صورت: تقریباً هرگز، گاهی اوقات، تقریباً نیمی از اوقات، بیشتر اوقات و تقریباً همیشه قرار می‌گیرد. نمرات بالاتر نشان دهنده دشواری‌های بیشتر در مقوله تنظیم هیجان است. عبارات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ در این مقیاس معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. خرده مقیاس‌های آن عبارتند از: عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی (عدم پذیرش)<sup>۴</sup>، دشواری‌های دست زدن به رفتار هدفمند (اهداف)<sup>۵</sup>، دشواری‌های کنترل تکانه (تکانه)، فقدان آگاهی هیجانی (آگاهی)<sup>۶</sup>، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی (راهبردها)<sup>۷</sup> و فقدان شفافیت هیجانی (شفافیت)<sup>۸</sup>. نتایج مربوط به بررسی پایایی این مقیاس، همسانی درونی آن را برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۸۰ تا ۰/۸۹، برای آگاهی و ۰/۸۹، برای اهداف نشان داد. در ارتباط با روایی این مقیاس نیز همبستگی مقیاس کلی و خرده مقیاس‌های آن با مقیاس تنظیم خلق منفی<sup>۹</sup> بین ۰/۳۴- (برای آگاهی هیجانی) تا ۰/۶۹- (برای مقیاس کلی

1- concurrent validity

2- Beck Depression Inventory

3- Difficulties in Emotion Regulation Scale

4- Nonacceptance of Emotional Responses (NONACCEPTANCE)

5- Difficulties Engaging in Goal-Directed Behavior (GOALS)

6- Lack of Emotional Awareness (AWARENESS)

7- Limited Access to Emotion Regulation Strategies (STRATEGIES)

8- Lack of Emotional Clarity (CLARITY)

9- Negative Mood Regulation Scale

اضطراب اجتماعی پرداخته شده است. نتایج این مقایسه در جدول (۱) ارائه شده است.

همانگونه که در جدول (۱) مشاهده می‌شود بین دو گروه مورد بررسی از لحاظ میزان اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی تفاوت آماری معناداری وجود داشته است. به عبارت دیگر، مشاهده میانگین‌های دو گروه در هر یک از متغیرهای مورد بررسی و نتایج آزمون  $t$  مستقل مربوط به آنها که در سطح  $p < 0/001$  معنادار است، نشان می‌دهد که گروه دارای اضطراب فراگیر واقعا اضطراب فراگیر بیشتری نسبت به گروه دارای اضطراب اجتماعی داشته است. از طرف دیگر، گروه دارای اضطراب اجتماعی نیز واقعا اضطراب اجتماعی بیشتری نسبت به گروه دارای اضطراب فراگیر داشته است. بنابراین، به عنوان دو گروه کاملا متفاوت از لحاظ اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی مورد بررسی قرار گرفته‌اند، که با هدف مورد نظر این پژوهش برای داشتن دو گروه کاملا متفاوت و بدون همپوشانی اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی هماهنگ است. البته چنین نتایجی بر اساس این واقعیت که آزمودنی‌ها در هر گروه بر اساس نمره برش مقیاس‌ها انتخاب شده‌اند و یک تفاوت از قبل موجود بین آنها وجود داشته است، قابل انتظار به نظر می‌رسید، اما تفاوت آماری معنادار بین آنها اطمینان از وجود دو گروه کاملا متفاوت را بیشتر نمود. در ادامه خلاصه نتایج توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) نمرات دو گروه مورد بررسی در متغیرهای دشواری‌های تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی در جدول (۲) ارائه گردیده است.

و راهبردهای تنظیم هیجان) به طور معنادار گزارش شده است (۴۲). همچنین، در ایران ثبات درونی ۰/۸۶ را برای کل مقیاس و برای خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۶۳ برای آگاهی و ۰/۸۵ برای شفافیت گزارش کرده‌اند (۴۳).

**روند اجرای پژوهش:** برای اجرای این پژوهش، با هماهنگی به عمل آمده با مسئولین مدارس و ارائه توضیحات لازم به مشارکت‌کنندگان، پرسشنامه‌های مورد نظر در مورد آنها اجرا گردید و داده‌های لازم گردآوری شد. در نهایت دو گروه دانش‌آموزان دارای اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی مشخص گردید و داده‌های مربوط به دشواری‌های تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی آنها بر مبنای روش تحلیل واریانس چند متغیره مورد بررسی و مقایسه قرار گرفتند. در این پژوهش برای رعایت اصول اخلاقی، ضمن بیان هدف کلی پژوهش، رضایت آزمودنی‌ها جهت مشارکت در پژوهش جلب شد و به آنها از لحاظ محرمانه ماندن اطلاعات نیز اطمینان داده شد.

#### یافته‌ها

داده‌های بدست آمده از دو گروه مورد بررسی با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. این پژوهش به دنبال بررسی تفاوت دشواری‌های تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی نوجوانان دارای علائم اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی بود. گرچه دو گروه مورد بررسی بر اساس نمرات برش هر دو اختلال در هر گروه انتخاب شده‌اند تا میزان همپوشانی این دو اختلال به کمترین حد برسد و دو گروه کاملا متمایز از لحاظ این اختلال‌ها انتخاب شوند، اما برای اطمینان از تفاوت آماری واقعی این دو گروه، با استفاده از آزمون  $t$  مستقل نیز به مقایسه آنها از لحاظ میزان اضطراب فراگیر و

جدول (۱) نتایج آزمون  $t$  مستقل برای بررسی تفاوت اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی دو گروه

متغیر	شاخص گروه	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار $t$	درجه آزادی	سطح معناداری
اضطراب فراگیر	دارای اضطراب فراگیر	۱۳/۱۸	۱/۹۵	۱۵/۳۹	۸۸	۰/۰۰۱
	دارای اضطراب اجتماعی	۷/۲۹	۱/۶۷			
اضطراب اجتماعی	دارای اضطراب فراگیر	۲۴/۴۴	۳/۳۸	۱۷/۵۶	۸۸	۰/۰۰۱
	دارای اضطراب اجتماعی	۴۴/۵۸	۶/۹۰			

## جدول ۲) نتایج توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) نمرات دو گروه در دشواری‌های تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی

متغیر	گروه دارای اضطراب فراگیر		گروه دارای اضطراب اجتماعی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
عدم پذیرش	۱۱/۳۳	۴/۹۸	۱۲/۶۹	۵/۵۸
اهداف	۹/۷۷	۴/۴۶	۱۰/۳۶	۴/۲۸
تکانه	۱۱/۹۸	۵/۷۱	۱۲/۳۳	۵/۴۴
آگاهی	۹/۹۸	۳/۸۲	۱۴/۸۰	۵/۰۳
راهبردها	۱۸/۲۷	۵/۶۳	۱۴/۵۸	۴/۷۸
شفافیت	۱۱/۲۷	۴/۸۲	۱۰/۴۹	۴/۶۲
دشواری تنظیم هیجان کل	۷۱/۵۶	۳۰/۷۵	۷۴/۹۱	۳۰/۷۱
جایگزین	۳۷/۴۹	۱۴/۳۲	۴۷/۱۶	۱۹/۵۷
کنترل	۲۲/۹۸	۹/۷۰	۲۵/۸۹	۱۰/۵۳
انعطاف‌پذیری شناختی کل	۶۰/۴۷	۲۳/۷۴	۷۳/۰۴	۲۹/۷۳

بنابراین، حداقل پیش‌فرض‌های لازم برای اجرای تحلیل واریانس چند متغیره وجود داشت و این آزمون برای بررسی تفاوت گروه‌های مورد بررسی اجرا گردید.

نتایج حاصل از اجرای مانوا نشان‌دهنده تفاوت معناداری در ترکیب خطی متغیرهای وابسته در دو گروه مورد بررسی بود ( $p = ۰/۰۰۱$ ،  $F_{۱۸,۸} = ۲۱/۸۷۵$ ، لامبدا ویلکز،  $p = ۰/۰۰۱$  و  $p = ۰/۶۸۴$  = مجذور اتای تفکیکی). بنابراین، در ادامه از آزمون‌های تک متغیری تحلیل واریانس برای بررسی تفاوت دو گروه در هر یک از متغیرهای وابسته استفاده گردید. نتایج این آزمون‌ها در جدول (۳) ارائه گردیده است. قبل از اجرای این آزمون‌ها، آزمون لوین نشان داد که واریانس‌های خطای تمامی متغیرهای مورد بررسی در دو گروه برابر بود. بنابراین، پیش‌شرط اجرای آزمون‌های تک متغیره نیز برقرار بود.

در ادامه تفاوت دو گروه از لحاظ دشواری‌های تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی مورد بررسی قرار گرفته است. بدین‌منظور، از روش تحلیل واریانس چند متغیری (مانووا) برای بررسی تفاوت دو گروه از لحاظ ترکیب خطی این متغیرها استفاده گردید. بررسی مفروضه‌های مانووا نشان داد که بین ماتریس‌های کوواریانس دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد ( $Box's M = ۶۵/۸۷$  و  $p = ۰/۰۰۸$ ). بنابراین، مفروضه برابری ماتریس‌های کوواریانس دو گروه برقرار نبود. با این وجود، آزمون مانووا نسبت به تخطی از این مفروضه مقاوم است. آزمون کرویت بارنلت نیز نشان داد که همبستگی معناداری بین متغیرهای وابسته وجود دارد ( $Approx. Chi-Square = ۱۳۳۱/۰۷۴$  و  $p = ۰/۰۰۱$ ) و مفروضه همبستگی بین متغیرهای وابسته برقرار است.

## جدول ۳) نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت دو گروه در هر یک از متغیرهای وابسته

متغیرهای وابسته	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معناداری	مجذور اتای تفکیکی	توان آماری
عدم پذیرش	۴۱/۳۴	۱/۴۷۷	۰/۲۲۸	۰/۰۱۷	۰/۲۲۵
اهداف	۷/۵۱	۰/۳۹۳	۰/۵۳۲	۰/۰۰۴	۰/۰۹۵
تکانه	۲/۸۴	۰/۰۹۲	۰/۷۶۳	۰/۰۰۱	۰/۰۶۰
آگاهی	۵۲۳/۲۱	۲۶/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۲۳۰	۰/۹۹۹
راهبردها	۳۰۶/۱۸	۱۱/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۱۱۳	۰/۹۱۲
شفافیت	۱۳/۶۱	۰/۶۱۱	۰/۴۳۶	۰/۰۰۷	۰/۱۲۱
جایگزین	۲۱۰۲/۵۰	۷/۱۵۰	۰/۰۰۹	۰/۰۷۵	۰/۷۵۳
کنترل	۱۹۰/۶۸	۱/۸۶	۰/۱۷۶	۰/۰۲۱	۰/۲۷۱



دیگر، تحقیقات دیگری هم نشان داده‌اند که دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم مؤثر هیجان و توانایی ضعیف برای درگیری در رفتار معطوف به هدف در زمان آشفتگی، با اختلال اضطراب فراگیر و نگرانی مزمن مرتبط هستند (۱۳). در پژوهش حاضر نیز گروه دارای اضطراب فراگیر، مشکلات بیشتری در راهبردهای تنظیم هیجان نشان دادند که همخوانی قابل توجهی با نتایج پژوهش فوق را نشان می‌دهد. تحقیقات انجام شده دیگری نیز وجود دارند که به میزان بیشتری با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارند. در یکی از این تحقیقات مشخص شد که شدت هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان آسیب دیده، تشخیص اختلال اضطراب فراگیر را بهتر پیش‌بینی کردند. از طرف دیگر، درک هیجانی ضعیف، تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی را بهتر پیش‌بینی کرد (۳۰). این نتایج به درستی با نتایج پژوهش حاضر همخوان هستند. البته در پژوهش حاضر سایر مؤلفه‌های مربوط به دشواری‌های تنظیم هیجان تفاوتی بین دو گروه مورد بررسی نشان ندادند و شاید آنها نیز مانند آنچه در پژوهش فوق در مورد پذیرش هیجان‌ها گزارش شده بود، ویژگی مشترک هر دو گروه اضطرابی باشند. این مساله ممکن است به این علت باشد که نقایص تنظیم هیجان در اختلالات اضطرابی به عنوان یک پدیده فراتشخیصی، اختلالات اضطرابی متعددی را در بر می‌گیرد (۱۶) و در تعداد زیادی از آنها مشترک است. در نتیجه بین این دو اختلال نیز تفاوتی از بابت دیگر مؤلفه‌های تنظیم هیجان وجود نداشته است.

در ارتباط با مشکل دستیابی به راهبردهای تنظیم هیجان که هم در این پژوهش و هم در پژوهش‌های دیگران (۱۳، ۳۰)، بیشتر در افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر مشاهده می‌شود، تبیین‌های چندی وجود دارد. یکی از مهمترین تبیین‌ها در ارتباط با ضرورت راهبردهای تنظیم هیجان برای تنظیم شدت هیجان و آشفتگی درونی مربوط به این اختلال است. با توجه به اینکه افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر ممکن است در موارد بیشتری شدت بالای هیجان را تجربه کنند (۲۹، ۳۰) و با توجه به آشفتگی درونی مشخصی که در این اختلال وجود دارد، این افراد ممکن است نیاز بیشتری به نمایش راهبردهای تنظیم هیجان داشته باشند، در حالی که در اختلال اضطراب اجتماعی شخص ممکن است فقط

جدول (۳) نشان می‌دهد که در مؤلفه‌های آگاهی هیجانی و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و مؤلفه کنترل تفاوت معناداری بین دو گروه مورد بررسی وجود دارد. با مراجعه به میانگین گروه‌ها در جدول (۲) مشخص می‌شود که دانش‌آموزان دارای اضطراب فراگیر مشکلات بیشتری در راهبردهای تنظیم هیجانی ( $F=11/21$  و  $p=0/001$ ) و دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی مشکلات بیشتری در آگاهی هیجانی ( $F=26/25$  و  $p=0/000$ ) نشان دادند. از طرف دیگر، دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی، انعطاف‌پذیری شناختی بیشتری در عامل جایگزین‌ها ( $F=7/15$  و  $p=0/009$ ) را نشان دادند. در سایر متغیرها دو گروه مشابه یکدیگر و فاقد تفاوت معناداری بودند.

### بحث

هدف پژوهش حاضر این بود که نوجوانان دارای علائم اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی را از لحاظ دشواری‌های تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی مقایسه نماید. نتایج پژوهش آشکار کرد که نوجوانان دارای این دو اختلال در راهبردهای تنظیم هیجان، آگاهی هیجانی و جایگزین‌ها دارای تفاوت معناداری هستند. به عبارت دقیق‌تر، گروه دارای اضطراب فراگیر در مقایسه با گروه دارای اضطراب اجتماعی مشکلات بیشتری در دسترسی به راهبردهای تنظیم هیجان داشتند و برعکس، گروه دارای اضطراب اجتماعی در مقایسه با گروه دارای اضطراب بیشتری در آگاهی هیجانی، اما در عین حال توانایی بیشتری در انعطاف‌پذیری شناختی (در جایگزین‌ها) نشان دادند. در سایر متغیرها دو گروه مشابه یکدیگر بودند و تفاوت معناداری بین آنها مشاهده نشد.

در ارتباط با دشواری‌های تنظیم هیجان، نتایج این پژوهش با تحقیقات مختلفی همخوان است. محققان قبلی نشان داده‌اند که درک هیجانی ضعیف و عدم پذیرفتن هیجان‌ها، یا عدم آگاهی از حالات هیجانی و عدم توانایی در تنظیم هیجان‌ها، مشکلات هیجانی عمده و پیش‌بینی‌کننده‌های مهم اختلال اضطراب اجتماعی هستند (۲۷، ۲۸). محققان دیگر هم نشان داده‌اند که افراد مبتلا به این اختلال تمایلی به تجربه هیجان‌های منفی ندارند (۶). نتایج پژوهش حاضر که نشان داد افراد دارای اضطراب اجتماعی مشکلات بیشتری در آگاهی هیجانی دارند، با این نتایج همخوان است. از طرف

به ارزشیابی دیگران درباره خود و نحوه عملکردشان می‌شوند و به علت دور شدن توجه از هیجانانگیزان، مشکلات آگاهی هیجانی بیشتری را نشان می‌دهند. بر عکس، در اضطراب فراگیر توجه افراد عمدتاً بر نگرانی‌ها و آشفتگی‌های درونی خود متمرکز می‌شود و مشکلات آگاهی هیجانی کمتری را نشان می‌دهند. بدین ترتیب، شواهد اولیه‌ای برای تمایز اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب اجتماعی بر حسب بعضی از نقایص مرتبط با هیجان فراهم شده است.

در ارتباط با انعطاف‌پذیری شناختی و تفاوت دو گروه مورد بررسی که بخصوص گروه دارای اختلال اضطراب اجتماعی انعطاف‌پذیری شناختی بیشتری از لحاظ گزینه‌ها نشان داد، تحقیقات چندانی وجود ندارد. به طور کلی، افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی نسبت به افراد بهنجار در انعطاف فکری و کاربرد ارزیابی مجدد شناختی خودکارآمدی و موفقیت کمتری دارند (۲۴، ۲۷) این اختلال احتمالاً توسط ناتوانی در ایجاد انطباق یا پاسخ انعطاف‌پذیر در برابر شرایط غیر منتظره تداوم می‌یابد. بر این اساس، باورهای نامنعطف درباره تعاملات اجتماعی نشان می‌دهند که این سبک شناختی ممکن است در نشانه‌های اضطراب اجتماعی نقش داشته باشد (۳۲). از طرف دیگر، آسیب‌هایی در انعطاف‌پذیری شناختی در اختلال اضطراب فراگیر نیز شناسایی شده است و انعطاف‌پذیری شناختی یک ویژگی بالقوه اختلال اضطراب فراگیر است (۲۲). با این وجود، پژوهش‌های قبلی مشخص نشده است که کدام یک از این دو اختلال نسبت به هم مشکلات بیشتری یا کمتری در انعطاف‌پذیری شناختی دارند. تنها در پژوهش حاضر است که نشان داده شد افراد دارای اضطراب اجتماعی در مقایسه با افراد دارای اضطراب فراگیر از انعطاف‌پذیری شناختی بیشتری به ویژه در زمینه جایگزین‌ها برخوردارند. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که افراد دارای نگرانی مزمن باورهای ناتوان‌کننده‌تری درباره نگرانی دارند و اشکالی از تفکر خشک را به کار می‌برند (۳۲). این وضعیت در نهایت انعطاف‌پذیری شناختی پایینی را در آنها به ویژه از لحاظ ضعف استفاده از شیوه‌های تفسیری مختلف و اشکال منعطف‌تر تفکر و یا به عبارتی داشتن تفکر همراه با جایگزین‌های کمتر را در پی خواهد داشت. انعطاف‌پذیری شناختی (جایگزین) پایین ممکن است سبک تفکر تکراری به نگرانی را منعکس کند که بیشتر در اضطراب فراگیر مشاهده می‌شود. با این حال، محتوای جایگزین‌های فردی بین گروه‌های دارای اختلال اضطراب فراگیر و بدون اختلال اضطراب فراگیر ممکن است متفاوت

زمانی به وضع این راهبردها نیاز داشته باشد که واکنش‌های هیجانی او در موقعیت‌های اجتماعی محدود تشدید می‌شود (۳۰). بنابراین، بر اساس چنین دیدگاهی افراد دارای اضطراب فراگیر به علت شدت هیجانی بیشتر و آشفتگی درونی مربوط به آن، مجبورند راهبردهای تنظیم هیجان را بیشتر استفاده کنند، در حالی که افراد دارای اضطراب اجتماعی احتمالاً در موارد محدودتری (موقعیت‌های اجتماعی و عملکردی برانگیزاننده اضطراب اجتماعی) این راهبردها را استفاده می‌کنند. در نتیجه، ممکن است مشکلات آنها در این زمینه متفاوت باشد.

در ارتباط با آگاهی هیجانی هم که در این پژوهش مانند درک ضعیف هیجان‌ها در پژوهش‌های دیگران (۲۷، ۲۸، ۳۰، ۳۱)، بیشتر در اختلال اضطراب اجتماعی گزارش شده است، تبیین‌های مختلفی وجود دارد. امکان دارد ترس و اجتناب بالای افراد دارای اضطراب اجتماعی از موقعیت‌های اجتماعی و عملکردی (۵، ۶) به آنها فرصت آگاهی درست و دقیق از هیجان‌ها را ندهد. به عبارت دیگر، شاید این افراد به واسطه اجتناب زیاد از موقعیت‌ها، فرصت چندانی به خود برای آگاهی دقیق از هیجان‌ها را نمی‌دهند. تبیین دیگر در مورد این نتیجه به میزان مشارکت هیجانی افراد دارای اضطراب اجتماعی با دیگران مربوط می‌شود. محققان بیان کرده‌اند که افراد مختلف معمولاً توانایی درک هیجان‌ها را از طریق انعکاس و بازخورد حالات هیجانی‌شان در تعامل با دیگران افزایش می‌دهند. از آنجا که افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی احتمال کمتری دارد که واکنش‌های هیجانی منفی‌شان را با دیگران به اشتراک بگذارند، ممکن است متعاقب آن مشکلات بیشتری در درک اهمیت این واکنش‌های هیجانی نشان دهند (۳۰). با توجه به اینکه در پژوهش حاضر نیز فقدان آگاهی هیجانی، بیشتر در اختلال اضطراب اجتماعی مشاهده شد، تبیین فوق با درجه اطمینان بالاتری پذیرفتنی است. با این حال، تعیین‌کننده‌های موقعیتی به روشن کردن نقش آگاهی هیجانی در اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب اجتماعی کمک خواهد کرد (۳۰). به عبارت دیگر، با توجه به خاص بودن و برجسته‌تر بودن موقعیت‌های برانگیزاننده اضطراب اجتماعی، به نظر می‌رسد افراد در شرایط اضطراب اجتماعی بیشتر درگیر خود موقعیت اجتماعی و نگرانی مربوط

7- Cole PM, Martin SE, Dennis TA. Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child development*. 2004; 75(2): 317-33.

8- Suveg C, Zeman J. Emotion regulation in children with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2004; 33(4): 750-59.

9- Gross JJ. Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current directions in psychological science*. 2001; 10(6): 214-19.

10- Gross JJ. Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*. 2015; 26(1): 1-26.

11- Rutherford HJ WN, Laurent HK, Mayes LC. Emotion regulation in parenthood. *Dev Rev*. 2015; 36: 1-14.

12- Greenberg LS BE. An emotion-focused approach to the overregulation of emotion and emotional pain. *J Clin Psychol*. 2001; 57(2): 197-211.

13- Salters-Pedneault K RL, Tull MT, Rucker L, Mennin DS. Evidence of broad deficits in emotion regulation associated with chronic worry and generalized anxiety disorder. *Cogn Ther Res*. 2006; 30(4): 469-80.

14- Abedighelichgheshlaghi M SAYHT. he structural modeling of anxiety and depression disorders in Urumiya children and adolescent girls. *J Clin Psychol*. 2018; 10(3): 49-61.

15- Akhavan-Abiri F SMG-FM. Structural relationships between attachment style and psychological distress: mediating role of cognitive emotion regulation. *J Clin Psychol*. 2018; 10(3): 63-75.

16- Keil V AJ, Tuschen-Caffier B, Schmitz J. Children with social anxiety and other anxiety disorders show similar deficits in habitual emotional regulation: Evidence for a transdiagnostic phenomenon. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017; 26: 749-57.

17- Dickstein DP, Nelson E, McClure EB, Grimey ME, Knopf L, Brotman MA, et al. Cognitive flexibility in phenotypes of pediatrics bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 46(3): 341-55.

18- Martin MM, Rubin RB. Development of a communication flexibility measure. *Psychol Rep*. 1995; 76: 623-6.

19- Whiting DL, Deane FP, Simpson GK, McLeod HJ, Ciarrochi J. Cognitive and psychological flexibility after a traumatic brain injury and the implications for treatment in acceptance-based therapies: A conceptual review. *Neuropsychol Rehabil*. 2017; 27(2): 263-99.

20- Ionescu T. T. I. Exploring the nature of cognitive flexibility. *New Ideas Psycho*. 2012; 30(2): 190-200.

21- Roberts ME, Barthel FMS, Lopez C, Tchanturia K, Treasure JL. Development and validation of the Detail and Flexibility Questionnaire (DFlex) in eating disorders. *Eat Behav*. 2011; 12(3): 168-74.

22- Lee JK, Orsillo SM. Investigating cognitive flexibility as a potential mechanism of mindfulness

باشد(۳۴). همچنین، با توجه به سن دانش‌آموزان مورد بررسی و کامل نشدن احتمالی مراحل رشد شناختی بعضی از این کودکان و تفاوت‌های کیفی و کمی توانایی شناختی آنها با بزرگسالان، بررسی‌ها و تبیین‌های بیشتری لازم است تا نتیجه‌گیری مطمئن‌تری درباره تفاوت انعطاف‌پذیری شناختی نوجوانان مبتلا به اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی به عمل آید.

محدودیت اصلی این پژوهش دشواری در کنترل نقش متغیرهای مزاحم احتمالی با توجه به طرح مطالعه علی-مقایسه‌ای این پژوهش بود. هرچند در پژوهش حاضر بر مبنای نمرات برش مقیاس‌ها و مصاحبه متخصصین روانشناسی دو گروه اختلال اضطرابی متمایز انتخاب گردید اما شاید با انتخاب موارد بالینی این اختلال‌ها و انتخاب تصادفی کامل و اعمال کنترل بیشتر و نیز انجام تحقیقات تجربی دقیق‌تر بتوان به روابط علی قطعی‌تری رسید. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی این‌گونه محدودیت‌ها مورد توجه قرار گیرد و ضمن بررسی موارد بالینی مبتلا به این دو اختلال، با دیگر اختلالات اضطرابی نیز مقایسه شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود با توجه به وجود تفاوت در دشواری‌های تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی این دو اختلال، تشخیص و ارزیابی آنها با تأکید بر این تفاوت‌ها صورت گیرد و تأکیدات درمانی ویژه‌ای نیز با توجه به این تفاوت‌ها انجام شود.

#### منابع

1- Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015; 56(3): 345-65.

2- Ghaderi B, Mohammadkhani SH & Hassanabadi HR. Cognitive and metacognitive predictors of anxiety in adolescents. *J Clin Psychol*. 2016; 7(4): 13-26.

3- Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM TR (Text Revision)*: American Psychiatric Association. 2003.

4- Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics*. 2009; 32(3): 483-524.

5- Cremers HR, Roelofs K. Social anxiety disorder: a critical overview of neurocognitive research. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*. 2016; 7(4): 218-32.

6- O Toole MS, Zachariae R, Mennin DS. Social anxiety and emotion regulation flexibility: considering emotion intensity and type as contextual factors. *Anxiety, Stress, & Coping*. 2017; 30(6): 716-24.

- assessing Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) *Clinical Psy & Personality*. 2011; 3(4): 41-50.
- 38- Masia-Warner C SE, Pincus DB, Klein RG, Heimberg RG, Liebowitz MR. . The Liebowitz social anxiety scale for children and adolescents: An initial psychometric investigation. . *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003; 42(9): 1076-84.
- 39- Dadsetan P, Anari A. Social anxiety disorders and drama-therapy. *Dev Psychol (J Iranian Psychol)*. 2008; 4(14):115-23.
- 40- Dennis JP, Vanderwall JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognit Ther Res*. 2010; 34(3): 241-53.
- 41- Shareh H, Farmani A, Soltani E. Investigating the reliability and validity of the Cognitive Flexibility Inventory (CFI-I) among Iranian university students. *Pract Clin Psychol*. 2014; 2(1): 43-50.
- 42- Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation development, factor structure and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess*. 2004; 26(1): 41-54.
- 43- Alavi K MGM, Amin-Yazdi, SA & Salehi Fadardi, J. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students *J Fandam Ment Health*. 2011; 13(2): 124-35.
- in Generalized Anxiety Disorder. *J Bhav Ther Exp Psychiatry*. 2014; 45(1): 208-16.
- 23- Fazeli M, Ehteshamzadeh P, Hashemi Sheikh Shabani SE. The effectiveness of cognitive behavior therapy on cognitive flexibility of depressed people.. *Thought Behave Clin Psychol*. 2015; 9(34): 27-36.
- 24- Carthy T HN, Apter A, Edge MD, Gross JJ. Emotional reactivity and cognitive regulation in anxious children. *Behav Res Ther*. 2010; 48(5): 384-93.
- 25- Feldner MT, Zvolensky MJ, Eifert GH, Spira AP. Emotional avoidance: An experimental test of individual differences and response suppression using biological challenge. *Behav Res Ther*. 2003; 41(4): 403-411.
- 26- Ginsburg GS SL, Masia-Warner C, Hedtke K. Anxiety disorders in children: Family matters. *Cognit Behav Pract*. 2004; 11: 28-43.
- 27- Werner KH GP, Ball TM, Heimberg RG, Gross JJ. . Assessing emotion regulation in social anxiety disorder: The emotion regulation interview. *J Psychopathol Behav Assess*. 2011; 33(3): 346-54.
- 28- Rodebaugh TL HR. Emotion regulation and the anxiety disorders: Adopting a self-regulation perspective. In: Vingerhoets JJM, NykŁ k I, Denollet J, editor. *Emotion Regulation Boston, MA*. 2008; 140° 9.
- 29- Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Preliminary evidence for an emotion regulation deficit model of generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther*. 2005; 43: 1281-310.
- 30- Mennin DS, McLaughlin KA, Flanagan TJ. Emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and their co-occurrence. *J Anxiety Disord*. 2009; 23: 866° 71.
- 31- Turk CL, Heimberg RG, Luterek JA, Mennin DS, Fresco DM. Delineating emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder *Cognit Ther Res*. 2005; 29: 89° 106.
- 32- Arlt J, Yiu A, Eneva K, Drymanb MT, RG, Heimberg Chena EY. Contributions of cognitive inflexibility to eating disorder and social anxiety symptoms.. *Eat Behav*. 2016; 21: 30-2.
- 33- Dugas MJ, Marchand A, Ladouceur R. (2005). Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: Diagnostic and symptom specificity. *J Anxiety Disord*. 2005; 19(3): 329-43.
- 34- Kusec A KN. Cognitive flexibility in generalized anxiety disorder and its impact on interpretation biases. *Can J Exp Psychol*. 2014; 68(4): 278.
- 35- Deveney CM DP. A preliminary investigation of cognitive flexibility for emotional information in major depressive disorder and non-psychiatric controls. *Emot*. 2006; 6(3): 429-37.
- 36- Spitzer RL KK, Williams JBW, Lo`we, B. A Brief measure for assessing generalized anxiety disorder.. *Arch Intern Med*. 2006; 166 :1092-7.
- 37- Naeinian MR SM, Sharif M, Hadian M. . To study reliability and validity for a brief measure for