

مقایسه راهبردهای تنظیم هیجان، نگرانی، فراخلق و نارسایی‌های شناختی در افراد با و بدون اختلال اضطراب فراگیر

عباس ابوالقاسمی^۱، رعنا لطفی‌بخش^۲ و مینا طاهری‌فرد^{۳*}

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه راهبردهای تنظیم هیجان، نگرانی، فراخلق و نارسایی‌های شناختی در افراد با و بدون اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری را تمامی بیماران زن و مرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز روان‌پزشکی شهر اردبیل تشکیل دادند. نمونه پژوهش شامل ۴۷ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر براساس تشخیص روان‌پزشک و ۴۷ فرد عادی براساس مصاحبه بالینی بود که به صورت در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و کریچ، مقیاس صفت فراخلق سالوی و پرسشنامه نارسایی شناختی برودبنت استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که میانگین نمرات راهبردهای منفی تنظیم هیجان، نگرانی و نارسایی‌های شناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به‌طور معناداری بیشتر از افراد عادی بود. در صورتی که میانگین نمرات راهبردهای مثبت تنظیم هیجان و فراخلق در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به‌طور معناداری از افراد عادی کم‌تر بود. این یافته‌ها بیان می‌کند که راهبردهای تنظیم هیجان، نگرانی، فراخلق و نارسایی‌های شناختی در آسیب‌شناسی و پیشگیری اختلال اضطراب فراگیر می‌تواند قابلیت کاربرد داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: اختلال اضطراب فراگیر، راهبردهای تنظیم هیجان، فراخلق، نگرانی، نارسایی‌های شناختی

۱. استناد تمام روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.
abolghasemi1344@guilan.ac.ir

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.
lotfibakhsh.r@gmail.com

۳. * نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
Taherifard70@yahoo.com

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر^۱ یک بیماری روانی شایع است که با نگرانی مزمن، شدید، مداوم و غیرقابل کنترل همراه است (فونزو و اتکین^۲، ۲۰۱۶). احساس خستگی، بی‌قراری و تحریک‌پذیری در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر باعث افزایش تنش عضلانی، عدم تمرکز و مشکلات خواب آن‌ها می‌شود (دمارتینی، پاتل و فانچر^۳، ۲۰۱۹). شیوع اختلال اضطراب فراگیر ۲۳/۷ درصد گزارش شده است که در زنان نسبت به مردان تا دو برابر این اختلال بیشتر است (احمد، ماسالا، فایومی، ماریا^۴ و همکاران، ۲۰۱۸).

با توجه به مشکلات هیجانی بیشتر در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (فیتزجرالد، فان، کندی، شانکمان^۵ و همکاران، ۲۰۱۷)، مدل بدتنظیمی هیجان منین و فرسکو^۶ (۲۰۱۳) در صدد تبیین آسیب‌شناسی این اختلال برآمده است. در این مدل التقاطی فرض می‌شود که هیجان‌ها می‌توانند دامنه کارکردی از هنجار تا اختلال داشته باشند. بر این اساس، سه وجه اصلی کارکرد هیجان عبارتند از: الف) مکانیسم‌های انگیزشی، ب) مکانیسم‌های تنظیمی و ج) پیامدهای بافتاری. بنابراین، در بخش مکانیسم‌های انگیزشی، سیستم انگیزش ایمنی و شدت هیجان بالا دچار بدکارکردی هستند که در شکل‌دهی اولیه نشانه‌های اضطرابی مؤثر هستند. در بخش مکانیسم‌های تنظیمی نیز منین و فرسکو (۲۰۱۳) چهار راهبرد تنظیم هیجان را مطرح کرده‌اند که بدکارکردی آن‌ها موجب شکل‌گیری اضطراب می‌شود. این راهبردهای تنظیم هیجان شامل توجه نشان‌دادن، اجازه‌دادن، فاصله‌گرفتن و ارزیابی مجدد هستند (منین و فرسکو، ۲۰۱۳). بنابراین، در صورت بدکارکردی در تنظیم هیجان و وجود شدت هیجان منفی و بدکارکردی انگیزش ایمنی نشانه‌های اضطراب شکل می‌گیرند (طاهری‌فر، فردوسی، موتابی، مظاهری وفتی، ۱۳۹۴). همچنین، راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان با اضطراب و افسردگی مرتبط است (یانگ، ساندمان و کراسک^۷، ۲۰۱۹) و مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با استفاده از

1. generalized anxiety disorder
2. Fonzo and Etkin
3. DeMartini, Patel and Fancher
4. Ahmad, Masalha, Fayyomi and Mari'e
5. Fitzgerald, Phan, Kennedy and Shankman
6. Mennin and Fresco
7. Young, Sandman and Craske

راهبردهای مثبت تنظیم هیجان، اضطراب و نگرانی خود را کاهش می‌دهند (اوتله، رنا، منین و فرسکو^۱، ۲۰۱۹).

یکی دیگر از مشکلات افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، نگرانی^۲ است. نگرانی یک مکانیسم شناختی است که واکنش عاطفی را به محرک‌های تهدیدکننده تنظیم می‌کند (نیومن، چو و کیم^۳، ۲۰۱۷). یکی از مدل‌هایی که در آن به پیامدهای هیجانی اختلال اضطراب فراگیر توجه شده، الگوی اجتناب تقابلی نگرانی نیومن و لرا (۲۰۱۴) است. بر اساس این مدل، افراد دارای اضطراب فراگیر، نگرانی را در خود به وجود می‌آورند تا از تقابل هیجانی منفی جلوگیری کنند. این افراد از مواجه شدن با موقعیت منفی پس از یک موقعیت مثبت یا خنثی اجتناب می‌کنند و برای اینکه به طور ناگهانی با موقعیت منفی مواجه نشوند، از عامل نگرانی (که همراه با عاطفه منفی است) استفاده می‌کنند. هالین، استینمن و کاسمیرسکی^۴ (۲۰۱۸) در پژوهشی نشان دادند که بین نگرانی و اختلال شناختی رابطه مثبت وجود دارد و نگرانی باعث افزایش پریشانی و اختلال اضطراب فراگیر می‌شود. نیلسون، سیگستروم، اوستلینگ، وارن^۵ و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی نشان دادند که تجربه نگرانی، اضطراب و اختلال اضطراب فراگیر با افزایش سن تغییر می‌کنند.

به علاوه، افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در فراخلق^۶ مشکل دارند (کیلگور، سونیس، روسو و راش^۷، ۲۰۱۶). فراخلق به توانایی آگاهی و مدیریت هیجان‌ها اشاره می‌کند و یک جنبه از هوش هیجانی است. سالوی و همکاران سه مؤلفه اصلی را در فراخلق پیدا کردند: ۱- توجه هیجانی که اشاره به درجه‌ای از آگاهی از خلقیات فرد دارد؛ ۲- تمایز هیجانی که اشاره به توانایی تمایز قائل شدن میان خلقیات دارد؛ ۳- بازسازی هیجانی که اشاره به توانایی در اصلاح خلقیات ناخوشایند یا حفظ خلقیات خوشایند دارد (سالوی، مایر، گلدمن، تروی^۸ و

1. O'Toole, Renna, Mennin and Fresco
2. worry
3. Newman, Cho and Kim
4. Hallion, Steinman and Kusmierski
5. Nilsson, Sigström, Östling and Waern
6. meta mood
7. Killgore, Sonis, Rosso and Rauch
8. Salovey, Mayer, Goldman and Turvey

همکاران، ۱۹۹۵). کیلگور و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که بین فراخلق و حساسیت اضطرابی و علائم اضطراب ارتباط مثبت وجود دارد. احمدپناه، کشاورز، حقیقی، جهانگرد و همکاران (۲۰۱۶) در تحقیقی نشان دادند که نمرات بالا در سازه فراخلق با نمرات پایین اضطراب همراه است. همچنین فرناندز، بریتو، میارکا و دیاز-دورانا^۱ (۲۰۲۰) در پژوهشی نشان دادند که فراخلق می‌تواند پیش‌بینی‌کننده اضطراب افراد باشد.

همچنین با توجه به مشکلات شناختی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، شواهد زیادی در زمینه نقش نارسایی‌های شناختی^۲ در اختلالات اضطرابی وجود دارد. نارسایی شناختی عبارت است از ناتوانی فرد در تکمیل تکالیفی که به طور طبیعی قادر به انجام آن است. نارسایی‌های شناختی شامل حواس پرتی، مشکلات مربوط به حافظه، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری اسامی است (فنگ، لی، زو، جو و چیو، ۲۰۱۶). از دیدگاه برودنبت، کوپر، فیتزجرالد و پارکز^۳ (۱۹۸۲) نارسایی شناختی به عنوان نقص در ادراک، حافظه و عملکرد حرکتی است؛ وقتی که این حرکت در جهت عملی شدن تصمیم است. اورل^۴ (۲۰۱۸) در پژوهشی نشان داد که نارسایی شناختی و اختلال عملکرد مقابله‌ای در پریشانی هیجانی و رضایت از زندگی نقش مهمی دارند. عطادخت، نریمانی و فلاحیان (۲۰۱۹) در پژوهشی نشان دادند که نارسایی‌های شناختی به طور معناداری می‌توانند اضطراب افراد را پیش‌بینی کنند. نتایج پژوهش جانکوسکی و بک^۵ (۲۰۱۹) نشان داد که بین صفات اضطرابی و نارسایی‌های شناختی ارتباط وجود دارد.

در جمع‌بندی مبانی نظری و پژوهشی مطرح شده می‌توان گفت با توجه به وجود مشکلاتی در لوب پیشانی مغز افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و ارتباط آن با مشکلات کارکردهای شناختی و هیجانی (وانگ، ژانگ، سی، ژو، لیو^۶ و همکاران، ۲۰۱۸)، همچنین با توجه به شیوع بالای اختلال اضطراب فراگیر و آسیب‌پذیری آن‌ها، شناخت متغیرهای روان‌شناختی که به

1. Fernández, Brito, Miarka and Díaz-de-Durana
2. cognitive failures
3. Broadbent, Cooper, Fitzgerald and Parkes
4. Orrell
5. Jankowski and Bąk
6. Wang, Zhang Si, Xu and Liu

نحوی با اختلال اضطراب فراگیر مرتبط هستند، می‌تواند متخصصان و درمانگران را در درک هر چه بیشتر مشکلات این افراد کمک کند. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند در آسیب‌شناسی و پیشگیری اختلال اضطراب فراگیر قابلیت کاربرد داشته باشد و راهگشای تحقیقات آتی باشد. بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسه راهبردهای تنظیم هیجان، نگرانی، فراخلق و نارسایی‌های شناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد بهنجار است.

روش

این پژوهش توصیفی، از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری را تمامی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز بالینی شهر اردبیل و افراد عادی در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. نمونه پژوهش شامل ۴۷ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر براساس تشخیص روان‌پزشک و ۴۷ فرد عادی براساس مصاحبه بالینی بود که به صورت در دسترس انتخاب و براساس سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و جنسیت همتا شدند. در تحقیقات علی-مقایسه‌ای حداقل ۱۵ نفر پیشنهاد شده است، اما برای افزایش روایی و پایایی نتایج از هر گروه ۴۷ نفر انتخاب شدند. در نهایت، پرسشنامه‌های مورد نظر بر روی افراد عادی و افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اجرا و نمره‌گذاری شد. ملاک انتخاب بیماران، تشخیص اختلال اضطراب فراگیر به کمک روان‌پزشک بود. ملاک‌های ورود به گروه بیماران، نداشتن همزمان اختلال سوءمصرف مواد و الکل، نداشتن سابقه اختلال روانی دیگر و داشتن حداقل تحصیلات سیکل به بالا، و ملاک‌های ورود به گروه عادی نیز نداشتن سابقه مراجعه به روان‌پزشک یا روان‌شناس، عدم تشخیص اختلال اضطراب فراگیر براساس مصاحبه بالینی قبل از ورود به مطالعه، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی و داشتن حداقل تحصیلات سیکل به بالا بود. در نهایت داده‌ها از طریق تحلیل واریانس چندمتغیری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS²² تجزیه و تحلیل شد.

ابزارهای استفاده‌شده در پژوهش به شرح زیر بود:

مقیاس تنظیم شناختی هیجان- نسخه کوتاه^۱ (CERQ-Short): نسخه کوتاه مقیاس تنظیم

شناختی هیجان را گارنفسکی و کریج^۱ (۲۰۰۶) ساخته‌اند و دارای ۱۸ گویه است که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و استرس‌زای زندگی در مقیاس پنج‌درجه‌ای (از هرگز=۱ تا همیشه=۵) بر حسب ۹ زیرمقیاس می‌سنجد که هر خرده‌مقیاس شامل ۴ گویه است. در پژوهش حاضر از راهبردهای مثبت و منفی استفاده شده است که راهبردهای مثبت شامل خرده‌مقیاس‌های پذیرش^۲، تمرکز مجدد مثبت^۳، برنامه‌ریزی^۴، ارزیابی مجدد مثبت^۵ و دیدگاه‌پذیری^۶ و راهبردهای منفی شامل خرده‌مقیاس‌های خودسرزنش‌گری^۷، نشخوارگری^۸، فاجعه‌سازی^۹ و ملامت‌دیگران^{۱۰} است. نمره کل هر یک از خرده‌مقیاس‌ها از طریق جمع کردن نمره ماده‌ها به دست می‌آید. بنابراین، دامنه نمرات هر خرده‌مقیاس بین ۴ تا ۲۰ خواهد بود. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس‌ها ۰/۸۰ گزارش شده است و پایایی بازمیابی این مقیاس نشان داده است که راهبردهای مقابل شناختی از ثبات نسبی برخوردارند (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۶). در پژوهش بشارت و بزازیان (۱۳۹۳) انسجام درونی خرده‌مقیاس‌های راهبردهای مثبت و راهبردهای منفی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۴ و ضریب پایایی بازمیابی برای راهبردهای مثبت ۰/۷۹ و برای راهبردهای منفی ۰/۷۴ گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۸۷ و برای راهبردهای منفی ۰/۷۹ به دست آمد.

مقیاس صفت فراخلق^{۱۱} (TMMS): مقیاس صفت فراخلق را سالوی، میر، گلدمن، توروی^{۱۲} همکاران (۱۹۹۵) ساخته‌اند که از ۳۰ گویه و ۳ خرده‌مقیاس توجه به هیجان^{۱۳} (۱۳ گویه)،

1. Garnefski and Kraaij
2. acceptance
3. positive refocusing
4. refocus on planning
5. positive reappraisal
6. Visibility
7. self-blame
8. focus on thought/rumination
9. catastrophizing
10. other blame
11. Trait Meta-Mood Scale
12. Salovey, Mayer, Goldman and Turvey
13. pay attention to emotion

شفافیت هیجانی^۱ (۱۱ گویه) و ترمیم هیجان^۲ (۶ گویه) تشکیل شده است. هر سؤال براساس یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (از هرگز=۱ تا همیشه=۵) پاسخ داده می‌شوند. دامنه نمرات این مقیاس ۱۵۰-۳۰ است. انسجام درونی این سه زیرمقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، برابر ۰/۸۶، ۰/۸۷، ۰/۸۲ به دست آمده است (سالوی و همکاران، ۱۹۹۵). بیانی (۱۳۸۸) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۳ و پایایی بازآزمایی آن را با فاصله زمانی ۴ هفته ۰/۷۷ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر از نمره کل این مقیاس استفاده شده است و ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۴ به دست آمد.

پرسشنامه نگرانی ایالتی پنسیلوانیا^۳ (PSWQ): پرسشنامه نگرانی ایالتی پنسیلوانیا توسط میر، میلر، متزگر و بورکوک^۴ (۱۹۹۰) ساخته شد که ۱۶ گویه دارد و نگرانی شدید، مفرط و غیرقابل کنترل را اندازه می‌گیرد. مقیاس پاسخگویی به سؤالات بر اساس لیکرت ۵ درجه‌ای است، به هر سؤال نمره ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) تعلق می‌گیرد. ۱۱ سؤال پرسشنامه به طور مثبت و ۵ سؤال آن (سؤالات ۱، ۳، ۸، ۱۰، ۱۱) به طور منفی نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات کل پرسشنامه بین ۱۶ تا ۸۰ است که نمره بیشتر نشان‌دهنده شدت بیشتر نگرانی است. ضرایب آلفای کرونباخ و پایایی بازآزمایی بعد از چهار هفته ۰/۹۳ بود. ضریب همبستگی این آزمون با متغیرهای افسردگی، اضطراب و عزت‌نفس معنادار گزارش شده است (میر و همکاران، ۱۹۹۰). در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از یک ماه) ۰/۷۹ را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب همبستگی این پرسش‌نامه با اضطراب صفت ۰/۶۸ و با افسردگی ۰/۴۳ است که بیان‌کننده روایی همگرایی پرسشنامه نگرانی است (دهشیری، گلزار، برجعلی و سهرابی، ۱۳۸۸). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۶۵ به دست آمد.

پرسشنامه نارسایی‌های شناختی^۵ (CFQ): پرسشنامه نارسایی‌های شناختی توسط پرودنبت،

1. emotional transparency
2. emotion recovery
3. Penn State Worry Questionnaire
4. Meyer, Miller, Metzger and Borkovec
5. Cognitive Failures Questionnaire

کوپر، فیتزجرالد و پارکز^۱ (۱۹۸۲) تهیه شده است که شامل ۲۵ گویه در ۴ خرده‌مقیاس حواس پرتی^۲ (۹ گویه)، مشکلات مربوط به حافظه^۳ (۷ گویه)، اشتباهات سهوی^۴ (۷ گویه) و فراموشی^۵ (۲ گویه) است. پاسخ به هر ماده در یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از «هرگز» تا «همیشه» است. دامنه نمرات از صفر تا ۱۰۰ و از فقدان لغزش شناختی تا بالاترین حد لغزش است. نمره کل نارسایی‌های شناختی برای هر فرد از جمع نمرات خرده‌مقیاس‌ها به دست می‌آید. پرسشنامه به گونه‌ای نمره‌گذاری می‌شود که نمره بالاتر نشان‌دهنده نارسایی شناختی بیش‌تر است. ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۷۹ و پایایی بازآزمایی این مقیاس ۰/۸۲ (بعد از یک سال) ۰/۸۲ گزارش شده است (برودنیت و همکاران، ۱۹۸۲). یزدی و همکاران (۱۳۹۴) ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس نارسایی شناختی را ۰/۷۶ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی این پرسشنامه را با فاصله زمانی یک ماه ۰/۷۷ به دست آوردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس ۰/۷۸ به دست آمد.

یافته‌ها

۳۳ نفر (۷۰ درصد) از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی زن و تعداد ۱۴ نفر (۳۰ درصد) مرد هستند. میانگین و انحراف معیار سنی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ۲۶/۷ (۷/۳۸) و گروه عادی ۲۷/۵ (۸/۱۴) بود. جدول (۱) مقایسه میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در افراد با و بدون اختلال اضطراب فراگیر را نشان می‌دهد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
 رتال جامع علوم انسانی

1. Broadbent, Cooper, Fitzgerald and Parkes
2. disturbance
3. memory problems
4. inadvertent mistakes
5. forgetfulness

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد مطالعه در افراد با و بدون اختلال اضطراب فراگیر

افراد عادی		اضطراب فراگیر		متغیرها
SD	M	SD	M	
۴/۳۲	۱۳/۲۷	۲/۷۴	۲۴/۲۱	راهبردهای منفی هیجان
۵/۱۷	۲۶/۶۳	۴/۱۹	۱۳/۲۵	راهبردهای مثبت هیجان
۶/۱۳	۴۳/۶۱	۳/۷۰	۵۹/۹۵	نگرانی
۸/۰۸	۱۰۴/۴۵	۱۰/۶۸	۸۵/۲۵	فراخلق
۱۳/۰۵	۴۲/۳۸	۱۲/۶۳	۷۵/۴۶	نارسایی‌های شناختی

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چندمتغیری برای رعایت فرض‌های آن، از آزمون‌های باکس و لون استفاده شد. بر اساس آزمون باکس که برای هیچ یک از متغیرها معنادار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس به درستی رعایت شده است ($F=1/24, p=0/17, BOX=19/26$). بر اساس آزمون لون و عدم معناداری آن برای همه متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است. همچنین توزیع نرمال متغیرها با آماره کولموگروف اسمیرنوف بررسی شد که در دامنه $KS-z < 1/47 < 0/54$ و معنادار نبودند و در نتیجه توزیع متغیرها از توزیع نرمال پیروی می‌کند.

همان‌طور که نتایج آزمون مانوا در جدول (۲) مشاهده می‌شود، ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنادار است ($p < 0/01, F=13/65, \eta^2=0/866$)؛ لایمبدا ویلکز). این نتایج نشان می‌دهد که میان افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی، از نظر متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به مجذور اتا، که در واقع مجذور ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته و عضویت گروهی را نشان می‌دهد، تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت $0/886$ است؛ یعنی $88/6$ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه ناشی از متغیرهای وابسته است.

۱۰۰ عباس ابوالقاسمی، رعنا لطفی بخش و مینا طاهری فرد

جدول ۲: نتایج آزمون معناداری مانوا برای متغیرهای مورد مطالعه در افراد با و بدون اختلال اضطراب فراگیر

متغیر	نام آزمون	مقدار	F	سطح معناداری	اندازه اثر
	اثریلایی	۰/۸۸۶	۱۳/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۸۸
	لامبدای ویلکز	۰/۱۱۴	۱۳/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۸۸
گروه	اثرهتینگ	۷/۷۵۵	۱۳/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۸۸
	بزرگترین ریشه روی	۷/۷۵۵	۱۳/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۸۸

همان طور که نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری و مقادیر F، در جدول (۳) مشاهده می شود، راهبردهای منفی تنظیم هیجان ($F=21/41$)، نگرانی ($F=24/45$) و نارسایی های شناختی ($F=15/58$) در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از افراد عادی بیشتر است. همچنین مقادیر F راهبردهای مثبت تنظیم هیجان ($F=18/96$) و فراخلق ($F=96/39$) به طور معناداری در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از افراد عادی کم تر است ($P < 0/001$). مقادیر مجذراتا نشان می دهد که راهبردهای مثبت تنظیم هیجان ۶۷ درصد، راهبردهای تنظیم هیجان منفی ۷۰ درصد، نگرانی ۷۳ درصد، فراخلق ۴۲ درصد و نارسایی های شناختی ۶۲ درصد از واریانس مربوط به اختلاف بین گروهی را تبیین می کنند.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری روی میانگین متغیرهای مورد مطالعه در افراد با و بدون اختلال اضطراب فراگیر

متغیر وابسته	SS	Df	MS	F	P	Eta
راهبردهای منفی تنظیم هیجان	۲۸۱۰/۵۹	۱	۲۸۱۰/۵۹	۲۱/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۷۰
راهبردهای مثبت تنظیم هیجان	۴۲۰۸/۹۴	۱	۴۲۰۸/۹۴	۱۸/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۶۷
نگرانی	۶۲۷۴/۷۲	۱	۶۲۷۴/۷۲	۲۴/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۷۳
فراخلق	۸۶۵۵/۳۶	۱	۸۶۵۵/۳۶	۹۶/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۴۲
نارسایی های شناختی	۲۵۷۲۳/۶۷	۱	۲۵۷۲۳/۶۷	۱۵/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۶۲

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه راهبردهای تنظیم هیجان، نگرانی، فراخلق و نارسایی‌های شناختی در افراد با و بدون اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، راهبردهای منفی تنظیم هیجان بیش‌تر از افراد عادی و راهبردهای مثبت تنظیم هیجان کم‌تر از افراد عادی است. این نتیجه با یافته‌های فیترجرالد و همکاران (۲۰۱۷)؛ یانگ و همکاران (۲۰۱۹) و اولسه و همکاران (۲۰۱۹) همسو است. این پژوهشگران در پژوهش‌های خود نشان دادند که علائم اضطراب با راهبردهای تنظیم هیجان مرتبط است و افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر راهبردهای منفی تنظیم هیجان بیشتری دارند. در تبیین این یافته می‌توان گفت بر اساس مدل منین و فرسکو (۲۰۱۳) شدت هیجان بالا و بدکارکردی انگیزش ایمنی، به عنوان آسیب‌پذیری برای ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر است. همچنین افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، توانایی پذیرش هیجان، افکار و حس‌های بدنی خود بدون تلاش برای تغییر، کنترل یا اجتناب از آن‌ها را ندارند. در واقع پذیرش باعث می‌شود فرد نسبت به تجربه و تمایلات درونی خود گشوده باشد تا در تماس با آن تجربه‌هایی قرار بگیرد که احتمالاً ناخوشایند هستند. همچنین در راستای نتایج پژوهش حاضر پژوهش‌های هافمن، هیرینگ، ساویر و اسنانی (۲۰۰۹) نشان دادند که راهبرد تنظیم هیجان پذیرش و ارزیابی مجدد به‌طور موفقیت‌آمیزی برانگیختگی جسمانی اضطراب را در موقعیت اضطراب‌برانگیز تعدیل می‌کند. بنابراین، افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به دلیل نارساکنش‌وری هیجانی و استفاده از راهبردهای هیجانی غیرانطباقی مانند خودسرزنش‌گری، نشخوارگری، فاجعه‌سازی و سرزنش دیگران، نمی‌توانند پاسخ‌های هیجانی خود را در برابر وقایع روزمره به صورت کارآمد مدیریت کنند که باعث آشفتگی و تشدید علائم اضطرابی آن‌ها می‌شود. درحالی‌که استفاده از راهبردهای انطباقی موجب می‌شود که فرد با نگاهی متفاوت رویدادهای منفی را ارزیابی و به جنبه‌های مثبت و فواید احتمالی توجه کند که آن رویداد در درازمدت برای وی به دنبال دارد؛ در نتیجه ناراحتی و اضطراب کم‌تری را تجربه می‌کند و راحت‌تر با آن موقعیت سازگار می‌شود.

نتیجه دیگر پژوهش حاضر این بود که نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر،

به طور معناداری از افراد عادی بیشتر است. این نتایج با یافته‌های هالین و همکاران (۲۰۱۸) و ونلسون و همکاران (۲۰۱۹) همسو است. این پژوهشگران در پژوهش‌های خود نشان دادند که رابطه مستقیمی بین نگرانی و علائم اضطراب وجود دارد و نگرانی می‌تواند اختلال اضطراب فراگیر را پیش‌بینی کند. در تبیین این یافته می‌توان به الگوی اجتناب تقابلی نگرانی نیومن و لرا (۲۰۱۴) اشاره کرد. افراد نگرانی را به وجود می‌آورند تا از غافلگیر شدن با یک موقعیت هیجانی منفی اجتناب کنند و این اجتناب ممکن است یا در سطح فیزیولوژیک یا سطح عاطفه ذهنی یا هر دو این‌ها صورت گیرد. به طور طبیعی پاسخ افراد به موقعیت‌های ترسناک با افزایش ضربان قلب و عاطفه منفی همراه است. افراد با نگران شدن قبل از موقعیت ترسناک، موجب اجتناب از افزایش پاسخ‌های طبیعی بدن می‌شوند. یعنی نگرانی برای افراد، کارکرد اجتنابی از تقابل هیجانی منفی را دارد. بنابراین، افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر به علت حساسیت بیشتر به موقعیت‌های هیجانی و فراباور مثبت درباره کارکرد نگرانی، از نگرانی در موقعیت‌های مختلف استفاده می‌کنند.

همچنین نتایج نشان داد که فراخلق در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از افراد عادی به طور معناداری کم‌تر است. این یافته با نتایج کیلگور و همکاران (۲۰۱۶)، احمدپناه و همکاران (۲۰۱۶) و فرناندز و همکاران (۲۰۲۰) همسو است. در این پژوهش‌ها فراخلق توان پیش‌بینی سطح اضطراب افراد بوده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که بهره‌مندی از سطوح بالای فراخلق به نگرش مثبت به توانایی‌های عاطفی منجر شده و افراد توانایی بیشتر در اصلاح خلق منفی، مقابله و به حداقل رساندن استرس و سازگاری روان‌شناختی بالایی دارند، به طوری که فراخلق بالا با نمرات پایین اضطراب همراه است (احمدپناه، کشاورز، حقیقی، جهانگرد، باجوغلی و همکاران، ۲۰۱۶). از طرفی، افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر به علت نقص در سازه فراخلق، قابلیت هیجانی در تشخیص پاسخ‌های هیجانی مناسب در مواجهه با رویدادهای روزمره، گسترش دامنه بینش و ایجاد نگرش مثبت درباره وقایع و هیجان‌ها را ندارند. بنابراین، این افراد درک کم‌تری از ماهیت هیجان‌های خود دارند و از سوی دیگر، توان کم‌تری نیز برای فائق آمدن بر تجارب هیجانی منفی دارند که ممکن است در تشدید و تداوم خصوصیات بالینی این اختلال نقش داشته باشد.

همچنین نتایج نشان داد که نارسایی‌های شناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

از افراد عادی به طور معناداری بیشتر است. این یافته با نتایج عطادخت و همکاران (۲۰۱۹) و جانکوسکی و همکاران (۲۰۱۹) همسو است. این پژوهشگران در پژوهش‌های خود نشان دادند که بین اختلال اضطراب فراگیر و نارسایی‌های شناختی ارتباط معناداری وجود دارد. بر اساس دیدگاه برودنبت و همکاران (۱۹۸۲) نارسایی شناختی به دلیل تداخل با فعالیت‌های روزمره می‌تواند به مشکلات اساسی (در افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر) منجر شود. همچنین استرس، کارکردهای شناختی را مختل کرده و موجب تشدید نارسایی شناختی می‌شود؛ تغییرات عصبی شیمیایی که در خلال استرس رخ می‌دهد، کارکرد مناطق قشر پیش‌پیشانی مغز را دچار اختلال می‌کند (مک‌ایوان و موريسن، ۲۰۱۳). استرس با تأثیر بر ساختارهای قشر پیش‌پیشانی مغز و با تولید نگرانی و افکار مزاحم، بر فرایندهای شناختی مانند توجه، تمرکز، کارکرد حافظه و پردازش اطلاعات تأثیر می‌گذارند (مهتا، میتال و سوامی، ۲۰۱۴). در نتیجه، افراد مبتلا به اختلال اضطرابی به میزان زیادی دچار حواس‌پرتی، اشتباهات سهوی و فراموشی می‌شوند. همچنین، نارسایی شناختی باعث آسیب‌پذیری افراد می‌شود، به طوری که با دشواری در انجام تکالیف زندگی روزمره و احساس درماندگی همراه است و می‌تواند به آشفتگی‌های هیجانی همچون افسردگی و اضطراب منجر شود (پاین و اسپنچ، ۲۰۱۴). بنابراین، به نظر می‌رسد اضطراب، نارسایی‌های شناختی را افزایش داده و در نهایت افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد.

نمونه‌گیری دردسترس، عدم کنترل متغیرهایی مانند وضعیت اجتماعی-اقتصادی و محدود بودن نمونه تحقیق از محدودیت‌های این پژوهش بودند که تعمیم‌پذیری نتایج را با محدودیت مواجه می‌کند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که به این موارد در پژوهش‌های آتی توجه شود. همچنین با توجه به وجود تفاوت بین متغیرهای تنظیم هیجان، فراخلق، نگرانی و نارسایی‌های شناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نسبت به افراد عادی، متخصصان و روان‌شناسان از این نتایج می‌توانند در زمینه آسیب‌شناسی و درمان استفاده کنند.

سپاسگزاری

از کلیه مسئولان مراکز روان‌پزشکی اردبیل و شرکت‌کنندگان به خاطر همکاری صادقانه‌شان در انجام پژوهش حاضر تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- بشارت، محمدعلی و بزازیان، سعیده (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه‌ای از جامعه ایرانی. *فصلنامه پیشرفت در پرستاری و مامایی*. ۲۴(۸۴): ۶۱-۷۰.
- بیانی، علی اصغر (۱۳۸۸). بررسی پایایی و روایی نسخه فارسی مقیاس هوش هیجانی در دانشجویان. *مجله اصول بهداشت روانی*. ۱۱(۴۳): ۲۳۲-۲۲۳.
- دهشیری، غلامرضا، گلزاری، محمود، برجعلی، احمد و سهرابی، فرامرز (۱۳۸۸). خصوصیات روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا در دانشجویان. *روانشناسی بالینی*، ۱(۴): ۶۷-۷۵.
- طاهری فر، زهرا، فردوسی، سیما، موتابی، فرشته، مظاهری، محمدعلی و فتی، لادن (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای نارسایی راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه بین شدت هیجان منفی و انگیزش ایمنی با نشانه‌های اضطراب فراگیر. *مجله روان‌شناسی معاصر*، ۱۰(۲): ۶۶-۵۱.
- عطاذخت، اکبر، نریمانی، محمد و فلاحیان، حسین (۱۳۹۸). نقش اجتناب شناختی، باورهای فراشناختی و نارسایی‌های شناختی در پیش‌بینی اضطراب حالت-صفت پرستاران. *فصلنامه پرستاری، مامایی و پیراپزشکی*. ۵(۱): ۳۵-۵۰.
- یزدی، سیده منور، درویزه، زهرا و شیخی، زهرا (۱۳۹۴). مقایسه نارسایی‌های شناختی و شیوه‌های مقابله با استرس در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر و همبود. *مطالعات روان‌شناختی*. ۱۱(۳): ۲۸-۷.
- Ahmad, M.M., Masalha, A.A., Fayyomi, H., Mari'e, L.O. and Barghouti, F (2018). Prevalence of generalized anxiety disorder in family practice clinics. *Clinical Practice*. 15(1): 945-951.
- Ahmadpanah, M., Keshavarz, M., Haghghi, M., Jahangard, L., Bajoghli, H., Sadeghi Bahmani, D. and etal. (2016). Higher emotional intelligence is related to lower test anxiety among students. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* , 12(1): 133-136
- Atadokht, A., Narimani, M. and Fallahian, H. (2019). The role of cognitive avoidance, meta-cognitive beliefs and cognitive failures in predicting the state-trait anxiety in nurses. *Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Sciences*. 5(1): 35-50 (Text in Persian).
- Bayani, A. A. (2009). Reliability and validity of the persian version of students' emotional intelligence scale. *Journal of Mental Health Principles*. 11(43): 232-

223(Text in Persian).

- Besharat, M.A. and Bezazian, S. (2014). Psychometric properties of cognitive emotion regulation questionnaire in a sample of Iranian society. *Journal of Advances in Nursing and Midwifery*, 24 (84): 70-61(Text in Persian).
- Broadbent, D. E., Cooper, P. F., FitzGerald, P. and Parkes, K. R. (1982). The cognitive failures questionnaire (CFQ) and its correlates. *British journal of clinical psychology*, 21(1): 1-16.
- Carrigan, N. and Barkus, E. (2016). A systematic review of cognitive failures in daily life: Healthy populations. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 63(1): 29-42.
- Dehshiri, G., Golzari, M., Borjali, A. and Sohrabi, F. (2009). Psychometrics particularity of Farsi version of pennsylvania State Worry Questionnaire for college students. *Journal of Clinical Psychology*, 1(4), 67-75(Text in Persian).
- DeMartini, J., Patel, G. and Fancher, T. L. (2019). Generalized anxiety disorder. *Annals of internal medicine*, 170(7): 49-64.
- Feng, H., Li, G., Xu, C., Ju, C. and Qiu, X. (2016). Training rehabilitation as an effective treatment for patients with vascular cognitive impairment with no dementia. *Rehabilitation Nursing*, 42(5): 290-297.
- Fernández, M. M., Brito, C. J., Miarka, B. and Díaz-de-Durana, A. L. (2020). Anxiety and Emotional Intelligence: Comparisons Between Combat Sports, Gender and Levels Using the Trait Meta-Mood Scale and the Inventory of Situations and Anxiety Response. *Frontiers in Psychology*, 11(1):889. Doi:10.3389/fpsyg.2020.00130
- Fonzo, G. A. and Etkin, A. (2016). Brain connectivity reflects mental and physical states in generalized anxiety disorder. *Biological psychiatry*, 80(10):733-735.
- Fitzgerald, J. M., Phan, K. L., Kennedy, A. E., Shankman, S. A., Langenecker, S. A. and Klumpp, H. (2017). Prefrontal and amygdala engagement during emotional reactivity and regulation in generalized anxiety disorder. *Journal of affective disorders*, 218(1): 398-406.
- Garnefski, N. and Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: a comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40(8): 1659-1669.
- Hallion, L. S., Steinman, S. A. and Kusmierski, S. N. (2018). Difficulty concentrating in generalized anxiety disorder: An evaluation of incremental utility and relationship to worry. *Journal of anxiety disorders*, 53(1): 39-45.
- Hofmann, S. G., Heering, S., Sawyer, A. T. and Asnaani, A. (2009). How to handle anxiety: The effects of reappraisal, acceptance, and suppression strategies on anxious arousal. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5): 389-394.
- Jankowski, T. and Bąk, W. (2019). Mindfulness as a mediator of the relationship between trait anxiety, attentional control and cognitive failures. A multimodel inference approach. *Personality and Individual Differences*, 142(1): 62-71.
- Killgore, W. D., Sonis, L. A., Rosso, I. M. and Rauch, S. L. (2016). Emotional intelligence partially mediates the association between anxiety sensitivity and

- anxiety symptoms^{1, 2}. *Psychological reports*, 118(1): 23-40.
- McEwen, B. S. and Morrison, J. H. (2013). The brain on stress: vulnerability and plasticity of the prefrontal cortex over the life course. *Neuron*, 79(1): 16 -29.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L and Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behavior Reserch and Therapy*, 28(6): 487-495.
- Mehta, S., Mittal, P. K. and Swami, M. K. (2014). Psychosocial functioning in depressive patients: A comparative study between major depressive disorder and bipolar affective disorder. *Depression Research and Treatment*. Doi:org/10.1155/2014/302741
- Mennin, D. S. and Fresco, D. M. (2013). Emotion regulation therapy. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 469-490). New York, NY: Guilford.
- Newman, M. G., Cho, S. and Kim, H. (2017). Worry and generalized anxiety disorder: A review. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*. doi:10.1016/B978-0-12-809324-5.05108-7
- Newman, M. G. and Llera, S. J (2014). Rethinking the role of worry in generalized anxiety disorder: Evidence supporting a model of emotional contrast avoidance. *Behavior Therapy*, 45(3): 283-299.
- Nilsson, J., Sigström, R., Östling, S., Waern, M. and Skoog, I. (2019). Changes in the expression of worries, anxiety, and generalized anxiety disorder with increasing age: A population study of 70 to 85-year-olds. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(2): 249-257.
- Orrell, M. (2018). Emotional distress mediates the relationship between cognitive failures, dysfunctional coping and life satisfaction in older people living in sheltered housing: A structural equation modelling approach. *International journal of geriatric psychiatry*, 34(1): 179-185
- O'Toole, M. S., Renna, M. E., Mennin, D. S. and Fresco, D. M. (2019). Changes in decentering and reappraisal temporally precede symptom reduction during Emotion Regulation Therapy for generalized anxiety disorder with and without co-occurring depression. *Behavior therapy*, 50(6): 1042-1052.
- Payne, T. and Schnapp, M. (2014). The relationship between negative affect and reported cognitive failures. *Depression Research and Treatment*. doi.org/10.1155/2014/396195
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C. and Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, & health* (p. 125-154). *American Psychological Association*. https://doi.org/10.1037/10182-006
- Taherifar, Z., Ferdowsi, Sima., Mootabi, Fereshteh., Mazaheri, M.A. and Fata, L. (2016). The mediating role of emotion dysregulation strategies on the relationship between negative emotion intensity and safety motivation with generalized anxiety symptoms. *Contemporary Psychology*. 10(2): 51-66.
- Wang, H. Y., Zhang, X. X., Si, C. P., Xu, Y., Liu, Q., Bian, H. T. and Yan, Z. R.

- (2018). Prefrontoparietal dysfunction during emotion regulation in anxiety disorder: a meta-analysis of functional magnetic resonance imaging studies. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 14(1): 1183-1198.
- Yazdi, S.M., Darvizeh, Z. and Sheikhi, Z. (2015). Comparison of cognitive impairments and coping strategies in patients with major depressive disorder, generalized anxiety disorder, and comorbidity. *Psychological Studies*, 11 (3): 28-7 (Text in Persian).
- Young, K. S., Sandman, C. F. and Craske, M. G. (2019). Positive and negative emotion regulation in adolescence: links to anxiety and depression. *Brain sciences*, 9(4): 76-83.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی



پښتونستان ښار علمي او مطالعاتي مرکز
پښتونستان ښار علمي او مطالعاتي مرکز

Comparison of Emotion Regulation Strategies, Worry, Meta-Mood and Cognitive Failures in Individual with and without Generalized Anxiety Disorder

Abbas Abolghasemi¹, Rana Lotfibakhsh² and Mina Taherifard*³

Abstract

The aim of this study was to compare emotion regulation strategies, worry, meta-mood and cognitive failures in patients with GAD and healthy individuals. The statistical population included all male and female patients with GAD that was referred to psychiatric centers in the city of Ardabil. The study sample consisted of 47 patients with generalized anxiety disorder based on psychiatrist's diagnosis and 47 normal individuals based on clinical interview who were selected by convenience sampling. Data were collected by using the cognitive emotion regulation questionnaire-version short, Penn state worries questionnaire, treat meta-mood scale and cognitive failure's questionnaire. To analyze the data, MANOVA was used in SPSS software. The results showed that the average scores of the negative emotion regulation strategies, worry and cognitive failures in patients with GAD were significantly more than the normal individuals. The average scores of the positive emotion regulation strategies and meta-mood in patients with GAD were significantly lower than the healthy individuals. These findings suggest that emotion regulation strategies, worry, meta-mood and cognitive failures can be applicable in the pathology and prevention of generalized anxiety disorder.

Keywords: *Generalized anxiety disorder, emotion regulation strategies, meta mood, worry, cognitive failures*

1. Professor of Psychology, Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran. abolghasemi1344@guilan.ac.ir

2. Master of Psychology, Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Ardabil, Iran. lotfibakhsh.r@gmail.com

3. * Corresponding Author: Phd Student of Psychology, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. Taherifard70@yahoo.com

DOI: 10.22051/psy.2020.26678.1951

<https://psychstudies.alzahra.ac.ir/>