

بررسی حساسیت اضطرابی، فرانگرانی و مؤلفه‌های تنظیم هیجانی در دانشجویان با نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی و بهنجار

منصور بیرامی¹، ابراهیم اکبری²، عبدالله قاسم‌پور³، زینب عظیمی⁴

تاریخ پذیرش: 91/6/16

تاریخ وصول: 90/11/5

چکیده

هدف: حساسیت اضطرابی، فرانگرانی و تنظیم هیجانی از مؤلفه‌های مهم روانشناختی دخیل در اختلال اضطراب اجتماعی‌اند. پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه حساسیت اضطرابی، فرانگرانی و مؤلفه‌های تنظیم هیجانی در دانشجویان با نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی و بهنجار انجام شده است.

روش: روش این پژوهش از نوع پس رویدادی (علّی - مقایسه‌ای) است. نمونه پژوهش شامل 92 نفر (46 نفر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی و 46 نفر بهنجار به عنوان گروه شاهد) بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس‌های افکار اضطرابی ولز، تنظیم هیجانی گراس و جان و

1. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی E-mail: dr.bayrami@yahoo.com

2. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه تبریز. تبریز، ایران (نویسنده مسئول) E-mail: e.akbari_psy@yahoo.com

3. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، عضو باشگاه پژوهشگران جوان دانشگاه آزاد اسلامی واحد آیت‌اله آملی، آمل، ایران.

4. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه تبریز. تبریز، ایران.

حساسیت اضطرابی ریس و پترسون استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی و بهنجار از لحاظ حساسیت اضطرابی، فرانگرانی و ارزیابی مجدد تفاوت معناداری وجود دارد، بدین صورت که دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی، حساسیت اضطرابی و فرانگرانی بیشتری تجربه می‌کنند، اما ارزیابی مجدد در دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی در مقایسه با گروه کنترل کمتر است. همچنین از لحاظ فرونشانی بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: حساسیت اضطرابی، فرانگرانی و ارزیابی مجدد سازه‌هایی روانشناختی هستند که در شکل‌گیری اختلال اضطراب اجتماعی نقش بسزایی ایفا کرده و منجر به پایداری علائم این اختلال می‌شوند.

واژگان کلیدی: اضطراب اجتماعی، تنظیم هیجانی، حساسیت اضطرابی، فرانگرانی، ارزیابی مجدد.

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی¹ یکی از شایع‌ترین اختلال‌های اضطرابی است که با ترس بارز و مستمر از موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی که در آن ممکن است فرد مورد ارزیابی قرار گیرد، مشخص می‌شود (اندروز، هندرسون و هال²، 2001). این اختلال سومین نرخ شیوع را در بین اختلالات روانپزشکی در آمریکا داراست و در بیشتر مواقع افراد مبتلا به این اختلال، به اختلال افسردگی اساسی و سوءمصرف مواد/الکل نیز مبتلا هستند (هافمن، 2005). اختلال اضطراب اجتماعی فراگیر معمولاً در دوران کودکی یا اوایل نوجوانی شروع می‌شود و دوره اختلال معمولاً مزمن یا همیشگی است (کیمبرل³، 2008) این امر نشان‌دهنده تداخل زود

1. social anxiety disorder

2. Andrews, Henderson and Hall

3. Kimbrel

هنگام و در سنین رشدی می‌باشد که می‌تواند تأثیرات پایداری بر زندگی شخصی و حرفه‌ای فرد مبتلا داشته باشد. علاوه بر این، اختلال اضطراب اجتماعی به وضوح با درماندگی و ناراحتی زیادی همراه است که با نقص در روابط بین فردی، صمیمی و شغلی مرتبط می‌شود (ترنر¹ و همکاران، 1996؛ به نقل از شولتز، هایمبرگ و رودباخ²، 2008).

پژوهشگران گام‌های بلندی در مفهوم‌سازی و سنجش آسیب‌پذیری هیجانی برداشته‌اند، مفهومی که منجر به درد و رنج انسان به طور کلی، و اضطراب مرضی به طور خاص می‌شود. عامل آسیب‌پذیری در مورد اضطراب و اختلالات اضطرابی، که امروزه توجه علمی بسیاری به سوی آن معطوف شده است، حساسیت اضطرابی است. مطالعات نشان داده‌اند که حساسیت اضطرابی³ احتمال توسعه اضطراب مرضی را افزایش می‌دهد و به عنوان یک عامل خطر در این زمینه عمل می‌کند. مدل‌های نظری اخیر تأکید بیشتری بر اهمیت نحوه برخورد افراد با تجربه‌های اضطراب‌آور دارند (مک‌نالی⁴، 2002). حساسیت اضطرابی یک سازه تفاوت‌های فردی است که در آن فرد از نشانه‌های بدنی که با انگیزندگی اضطرابی (افزایش ضربان قلب، تنگی نفس، سرگیجه) مرتبط است، می‌ترسد و اصولاً از این عقیده ناشی می‌شود که این نشانه‌ها به پیامدهای بالقوه آسیب‌زای اجتماعی، شناختی و بدنی منجر می‌شود (دیکان، جونادان، کارول و دیوید⁵، 2003). حساسیت اضطرابی منجر به سوگیری‌هایی در بازیابی و پردازش اطلاعات مربوط به محرک‌های فراخوان اضطراب می‌شود که این خود زمینه را برای ابتلای فرد به اختلالات روانی از جمله اضطراب اجتماعی فراهم می‌سازد (مک‌کابی⁶، 1999). در واقع، تحقیقات موجود نشان می‌دهد که حساسیت اضطرابی ممکن است به عنوان یک ریسک فاکتور برای مشکلات اضطرابی مطرح باشد (زولنسکی، اشمیت، برنشتاین، و کیاف⁷، 2006).

1. Terner
2. Schultz, Heimberg and Rodebaugh
3. Anxiety sensitivity
4. McNally
5. Deacon, Jonathan, Carol and David
6. McCabe
7. Zvolensky, Schmidt, Bernstein, & Keough

این عامل شناختی خطر ایجاد علائم اضطراب، حملات پانیک غیرمنتظره، و همچنین اضطراب مرضی (به عنوان مثال، اختلال پانیک) را افزایش می‌دهد (هیوارد، کیلن، کرامر، و تیلور¹، 2000؛ اشمیت، زولنسکی و مینر²، 2006).

دیکان و آبراموویتز³ (2006) در مطالعه‌ای که حساسیت اضطرابی را در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی (اضطراب اجتماعی، وسواس فکری - عملی، اضطراب فراگیر و وحشت‌زدگی) و افراد بهنجار بررسی کردند، اظهار داشتند که افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی حساسیت اضطرابی بالاتری را نسبت به افراد بهنجار گزارش می‌کنند و در این بین افراد مبتلا به وحشت‌زدگی و اضطراب اجتماعی بیشترین حساسیت اضطرابی را گزارش کردند. همچنین افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی بیشتر از بقیه گروه‌های مورد بررسی در مؤلفه ترس از مورد مشاهده قرار گرفتن توسط دیگران نمره کسب کردند. رکتز، شیمیزو و لیمن⁴ (2007) در پژوهشی که به بررسی جنبه‌های مختلف حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی (اضطراب فراگیر، اضطراب اجتماعی و وحشت‌زدگی) پرداختند، دریافتند که افراد مبتلا به وحشت‌زدگی حساسیت فیزیکی بیشتری از دو گروه مبتلا به اضطراب فراگیر و اجتماعی تجربه می‌کنند، در حالی که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی، حساسیت اجتماعی بیشتری از دو گروه دیگر و افراد مبتلا به اضطراب فراگیر حساسیت شناختی بیشتری از دو گروه دیگر تجربه می‌کنند. همچنین آن‌ها نشان دادند که افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی توأم با افسردگی اساسی حساسیت شناختی بیشتری از افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی بدون افسردگی اساسی تجربه می‌کنند.

اندرسون و هوپ⁵ (2009) که به بررسی 179 پسر و 213 دختر 13 تا 17 ساله پرداختند، به این نتیجه دست یافتند که پسران و دختران مبتلا به اضطراب اجتماعی در مقایسه با هم‌تایان

1. Hayward, Killen, Kraemer, & Taylor

2. Maner

3. Abramowitz

4. Rector, Shimizu and Leybman

5. Anderson and Hope

عادی خود از حساسیت اضطرابی و برانگیختگی روانشناختی بیشتری رنج می‌برند. مطالعات دیگر حاکی از آن است که حساسیت اضطرابی با فرار و رفتار اجتنابی مرتبط است (زولنسکی و همکاران، 2004؛ زولنسکی و فورسایت، 2002؛ به نقل از کاشدان، زولنسکی، و مک‌لیش¹، 2008). این داده‌ها در مجموع نشان می‌دهد که برای افرادی که سطح بالاتری از حساسیت اضطرابی دارند، انتظارات آن‌ها می‌تواند موجب افزایش این موارد گردد (1) ترس از تجربه اضطراب (مرحله مقدماتی)، (2) انگیزختگی، اضطراب، و (3) استفاده از استراتژی‌های شناختی یا رفتاری برای فرار از احساسات درونی. افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، ترس بیش از حدی را در موقعیت‌های اجتماعی تجربه می‌کنند، در عین حال نقش بد تنظیمی هیجان‌ها در این اختلال به طور کامل درک نشده است.

تنظیم هیجان شامل گستره‌ای از راهبردهای شناختی و رفتاری هشیار و ناهشیار است که جهت کاهش، حفظ یا افزایش یک هیجان صورت می‌گیرد (گراس²، 2001). تنظیم هیجانی به عنوان فرآیند آغاز، حفظ، تعدیل یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرآیندهای اجتماعی روانی، فیزیکی در به انجام رساندن اهداف فرد تعریف می‌شود (گراس، 2007).

برای کسب درک کامل‌تری از تنظیم هیجان در اختلال اضطراب اجتماعی، مهم است که چهارچوب گسترده‌تری در نظر بگیریم که توانایی‌های تنظیم هیجان در آن جای می‌گیرند. راهبردهای تنظیم هیجان، زیرمجموعه کوچکی از یک سازه وسیع به نام کفایت هیجانی³ هستند. کفایت هیجانی به این اشاره دارد که چگونه افراد به طور مؤثر با هیجان‌ها و مشکلات دارای بار هیجانی کنار می‌آیند (کیاروچی، اسکات، دینه، و هیون⁴، 2003). دو مؤلفه اصلی این سازه عبارتند از: (1) توانایی تشخیص هیجان‌ها خود فرد، و (2) توانایی مدیریت هیجان‌ها خود.

1. Kashdan, Zvolensky, & McLeish

2. Gross

3. emotional competence

4. Ciarrochi, Scott, Deane, & Heaven

در مطالعه حاضر، تمرکز ما بر مدیریت هیجانی بود. همچنین افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی ممکن است فاقد توانایی آگاهی از هیجانات خود و شناسایی آنها باشند. یک مطالعه نشان داد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی کمتر قادر به توجه به هیجانات خود هستند، و احساسات خود را نسبت به گروه شاهد، مشکل‌تر توصیف می‌کنند (ترک، هیمبرگ، لوترک، مینین، و فرسکو¹، 2005). بنابراین، مشکلات هیجانی تجربه شده توسط افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، ممکن است شامل عدم آگاهی از حالات هیجانی خود، و همچنین عدم توانایی برای تنظیم هیجانات باشد.

به لحاظ نظری، متغیرهای تنظیم هیجان مانند پذیرش هیجان ممکن است، به افرادی که از نظر هیجانی آسیب‌پذیر هستند اجازه دهد که در زمان و مکان کنونی باشند و در نتیجه به جای آن که واکنشی بیش از حد و اضطرابی به موقعیت نشان دهند (به عنوان مثال، فاجعه‌آمیز کردن)؛ درک عینی‌تری از میزان تهدید به دست آورند. این دیدگاه توسط برخی مدل‌های نظری و استراتژی‌های مداخله پیش‌بینی شده است که با تغییر دادن واکنش افراد به حالت‌های اضطرابی و رویدادهای زندگی، سعی در تعدیل اضطراب و سایر اختلالات هیجانی دارند (هیز، 2004). شواهد جدید مربوط به اختلالات اضطرابی نشان می‌دهد که مشکل در تنظیم هیجان، ممکن است عامل مهمی در این اختلالات باشد (رودبوف و هیمبرگ²، 2008). کمپبل³ و همکاران (2005) به نقل از آمستر⁴، 2008) که به بررسی تنظیم هیجانی سه گروه از افراد مبتلا به افسردگی، اختلالات اضطرابی و بهنجار پرداختند، به این نتیجه دست یافتند که افراد بالینی (مبتلا به افسردگی و اضطرابی) کمتر هیجانات خود را می‌پذیرفتند و بیشتر از افراد بهنجار به سرکوبی هیجانات خود می‌پرداختند. جاکوبز⁵ و همکاران (2008) نشان دادند که درک هیجانی بالا، استفاده مناسب از هیجانات و تجربه هیجانی مثبت ارتباط منفی معنادار با شدت

1. Turk, Heimberg, Luterek, Mennin, & Fresco

2. Rodebaugh and Heimberg

3. Campbell

4. Amstadter

5. Jacobs

اضطراب اجتماعی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی دارند، به طوری که بین سطوح اضطراب اجتماعی و سطوح پردازش هیجانی خود ارجاعی رابطه معکوسی وجود دارد. ورنر، گولدین، بال، همبرگ و گراس¹ (2011) نشان دادند که افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی، اجتناب و سرکوب هیجانی را بیشتر از گروه کنترل مورد استفاده قرار می دهند. همچنین نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی و گروه کنترل، به میزان یکسانی از ارزیابی مجدد شناختی به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان استفاده کردند. اگر چه این یافته غیرمنتظره به نظر می رسد، اما با برخی از شواهد اخیر همسویی دارد. محققان در یک مطالعه fMRI دریافته اند که هر دو گروه افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی و گروه کنترل قادر به استفاده از ارزیابی مجدد شناختی برای کاهش هیجان منفی هستند که نشان دهنده توانایی یکسان این دو گروه در این راهبرد تنظیم هیجانی است (گلدین، منبر، حکیمی، کانلی²، و گراس، 2009). علاوه بر این، در مطالعات مربوط به کودکان و نوجوانان مضطرب، نشان داده است که ارزیابی شناختی مؤثر، هیجان منفی کودکان مضطرب و کودکان غیر مضطرب را کاهش می دهد، و کارایی آن بین دو گروه تفاوتی ندارد (کارسی، هورش، آپتر، ادج، و گراس، 2010).

فرانگرانی یکی دیگر از مؤلفه های روانشناختی مورد بررسی در این پژوهش است. افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی اغلب بیان می کنند که در بیشتر مواقع زندگی شان نگران بوده اند، نگرانی به صورت رشته ای از افکار منفی که غالباً کلامی اند و هدفشان حل مسأله است، تعریف شده است. نگرانی شامل فاجعه سازی است و کنترل ذهنی آن دشوار است، فرآیند نگرانی، نوعی سازوکار مقابله ای در نظر گرفته می شود، ولی خود همین فرآیند می تواند کانون نگرانی شود (بورکوویک و رومر³، 1995). هرگاه نگرانی بهنجار، به نگرانی آسیب شناختی تبدیل شود، فرانگرانی پدید می آید. به عبارتی نگرانی درباره نگرانی را فرانگرانی گویند. نگرانی، نه فقط به عنوان یک علامت ناشی از اضطراب بلکه به عنوان یک سبک انگیزشی و فعال برای

1. Werner, Goldin, Ball, Heimberg and Gross

2. Goldin, Manber, Hakimi, Canli

3. Borkovec and Roemer

ارزیابی و مقابله با ترس، اهمیت ویژه‌ای دارد و به نظر می‌رسد که افراد مبتلا به اختلال اضطرابی، از نگرانی برای مقابله با خطر یا ترس پیش‌بینی شده استفاده می‌کنند. هرچند فرانگرانی، منجر به تشدید اضطراب می‌شود ولی چون فرد، نیاز به نگرانی را نوعی مقابله تصور می‌کند، در جهت پاره کردن زنجیره‌ی نگرانی بر نمی‌آید (ولز¹، 2000) و به این ترتیب، نگرانی به صورت عاملی برای اجتناب از شکست در فرآیند سازگاری آینده عمل می‌کند. بررسی بیماران مبتلا به هراس، اضطراب اجتماعی و افسردگی نشان می‌دهد که نگرانی پاتولوژیک یا آسیب‌شناختی با باورهای مثبت در مورد نگرانی (فرانگرانی) در این بیماران در ارتباط است (بورکوویک و رومر، 1995؛ ولز و پاپا گریگیو²، 1998). در واقع نتایج پژوهش‌های مختلف نشان‌دهنده‌ی این است که افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی باورهای نگرانی قوی‌تری نسبت به افراد سالم دارند (ولز و کارتر³، 2001؛ روسکیو⁴ و بورکوویس، 2004؛ ولز، 2000).

در جمع‌بندی مبانی نظری و پژوهشی مرور شده می‌توان گفت تنظیم هیجانی، حساسیت اضطرابی و فرانگرانی از جمله مؤلفه‌های روانشناختی هستند که نقش مهمی در اختلال اضطراب اجتماعی دارند. هر چند شواهد پژوهشی بیانگر ارتباط تنظیم هیجان، حساسیت اضطرابی و فرانگرانی با اختلال اضطراب اجتماعی است، اما تاکنون پژوهشی به نقش متغیرهای تنظیم هیجانی، حساسیت اضطرابی و فرانگرانی در دانشجویان دارای اختلال اضطراب اجتماعی پرداخته است. بر همین اساس هدف اصلی این پژوهش مقایسه تنظیم هیجانی، حساسیت اضطرابی و فرانگرانی در دانشجویان دارای اختلال اضطراب اجتماعی و بهنجار می‌باشد.

-
1. Wells
 2. Papageorgiou
 3. Carter
 4. Ruscio

روش پژوهش

این پژوهش علی-مقایسه‌ای و از نوع مورد-شاهدی است. در این پژوهش متغیرهای تنظیم هیجانی، حساسیت اضطرابی و فرانگرانی به عنوان متغیرهای وابسته در دو گروه دانشجویان دارای اختلال اضطراب اجتماعی و بهنجار مقایسه شده‌اند. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان مقاطع کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه محقق اردبیلی بودند که در نیمسال دوم 90-1389 مشغول به تحصیل بودند. ابتدا از طریق روش غربالگری تعداد 46 نفر که در پرسشنامه اضطراب اجتماعی نمره‌های بالای متوسط ($M=17$ ، $SD=5$) کسب کرده بودند، انتخاب شده و سپس 46 نفر به عنوان گروه شاهد انتخاب شدند که از نظر سنی (18 تا 30 سال)، جنسیتی (زن و مرد) و تحصیلی (کارشناسی و کارشناسی ارشد) با گروه دارای اختلال اضطراب اجتماعی، مشابه بودند. در حیطه علوم رفتاری حجم نمونه برای تعمیم-پذیری نتایج اهمیت دارد و معمولاً در تحقیقات علی-مقایسه‌ای حداقل حجم نمونه برای هر یک از زیرگروه‌ها 15 نفر پیشنهاد شده است (دلاور، 1380)، به خاطر افزایش اعتبار بیرونی پژوهش حاضر، اندازه نمونه برای هر یک از زیرگروه‌ها 46 نفر در نظر گرفته شد.

نمونه‌گیری این پژوهش در دو مرحله انجام شد. الف) مرحله شناسایی: ابتدا پرسشنامه اضطراب اجتماعی در گروه وسیعی از دانشجویان اجرا گردید ($N=330$). ب) مرحله انتخاب آزمودنی‌ها: در این مرحله تعداد 71 نفر از دانشجویان که نمرات بالای متوسط در پرسشنامه اضطراب اجتماعی کسب کرده بودند برای مصاحبه، درخواست همکاری و توضیحات مقدماتی، دعوت شدند. این بخش از کار به صورت انفرادی صورت می‌پذیرفت. از 71 دانشجوی دعوت شده، 46 نفر حاضر به همکاری شدند. در مرحله‌ی بعد، گروه مقایسه از میان دانشجویان بهنجار به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند که به لحاظ سنی، جنسیتی و تحصیلی وضعیت مشابهی با گروه دارای اضطراب اجتماعی داشتند.

برای رعایت اصول اخلاقی و به منظور جلب همکاری آزمودنی‌ها، پیش از اجرای آزمون‌ها اطلاعاتی درباره‌ی موضوع و هدف پژوهش تا آنجا که در نتایج پژوهش تأثیرگذار

نباشد به شرکت‌کنندگان داده شد؛ و پس از جلب اطمینان شرکت‌کنندگان، در مورد اینکه اطلاعات آن‌ها به هیچ‌عنوان به صورت فردی مورد تجزیه و تحلیل قرار نخواهد گرفت و آن‌ها مختار هستند که در پژوهش شرکت کنند و هر زمان که خواستند می‌توانند از نمونه پژوهش خارج گردند، وارد نمونه پژوهش شدند. بعد از توافق با شرکت‌کنندگان و تکمیل فرم رضایت‌نامه، آزمون‌های مورد نظر توسط مجریان پژوهش اجرا شد.

ابزار

1- مقیاس افکار اضطرابی ولز: در این پژوهش برای اندازه‌گیری اضطراب اجتماعی و فرانگرانی از خرده‌مقیاس‌های اضطراب اجتماعی و فرانگرانی در مقیاس افکار اضطرابی ولز (1994) استفاده شد. این مقیاس ابزار اندازه‌گیری 22 گویه‌ای (در فرهنگ ایرانی این مقیاس 21 گویه‌ای است) است که 7 گویه آن فرانگرانی، 8 گویه اضطراب اجتماعی و 6 گویه اضطراب سلامتی را می‌سنجد. هر آزمودنی در این مقیاس سه نمره کسب می‌کند: یک نمره فرانگرانی، یک نمره اضطراب اجتماعی و یک نمره اضطراب سلامتی را نشان می‌دهد. در هر خرده‌آزمون بر اساس مقیاس لیکرت (چهار درجه‌ای)، فرانگرانی، اضطراب اجتماعی و اضطراب سلامتی درجه‌بندی شده است. این مقیاس در ایران توسط فتی، موتایی، مولودی و ضیایی (1389) اعتباریابی شده و میزان همسانی درونی فرانگرانی، اضطراب اجتماعی و اضطراب سلامتی به ترتیب 0/81، 0/85 و 0/74 گزارش کرده‌اند، همچنین اعتبار مقیاس افکار اضطرابی به روش آزمون-بازآزمون 0/92 و به روش دو نیمه‌سازی 0/89 بدست آوردند.

2- مقیاس تنظیم هیجانی: این مقیاس توسط گراس و جان¹ (2003) تهیه شده است. مقیاس فوق از 10 گویه تشکیل شده است که دارای دو خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد (6 گویه) و

1. John

فرونشانی (4 گویه) می باشد. پاسخها بر اساس مقیاس لیکرت (هفت درجه ای)، از کاملاً مخالف (1) تا کاملاً موافق (7) می باشد. ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد 0/79 و برای فرونشانی 0/73 و اعتبار بازآزمایی بعد از 3 ماه برای کل مقیاس 0/69 گزارش شده است (گراس و جان، 2003). ضریب همسانی درونی این مقیاس در کارمندان ایالتی و دانشجویان کاتولیک دانشگاه میلان برای ارزیابی مجدد در دامنه ای از 0/48 تا 0/68 و برای فرونشانی 0/42 تا 0/63 بدست آمده است. ضرایب همبستگی ارزیابی مجدد با مقیاس عواطف مثبت (0/24) و عواطف منفی (0/14-) و فرونشانی با مقیاس عواطف مثبت (0/15-) و عواطف منفی (0/04) گزارش شده است (بالزوریتی¹، جان و گراس، 2010). نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم هیجانی گراس و جان در فرهنگ ایرانی توسط قاسم پور، ایل بیگی و حسن زاده (1391) مورد هنجاریابی قرار گرفته است. در این پژوهش، اعتبار مقیاس بر اساس روش همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ 0/60 تا 0/81) و روایی پرسشنامه مذکور از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین دو خرده مقیاس ($r=0/13$) و روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است.

3- مقیاس حساسیت اضطرابی²: پرسشنامه حساسیت اضطرابی تجدید نظر شده (ASIR) یک پرسشنامه خود گزارش دهی می باشد که دارای 16 گویه به صورت مقیاس پنج درجه ای لیکرت (خیلی کم=0 تا خیلی زیاد=4) است. هر گویه این عقیده که احساسات اضطرابی به صورت ناخوشایند تجربه می شوند و توان منتهی شدن به پیامد آسیب زا دارند، را منعکس می کند. درجه تجربه ترس از نشانه های اضطرابی با نمرات بالاتر مشخص می شود. دامنه نمرات بین 0 تا 64 می باشد (فلوید، گارفیلد و مارکز³، 2005). ساختار این پرسشنامه از سه عامل؛ ترس از نگرانی های بدنی (8 گویه)، ترس از عدم کنترل شناختی (4 گویه) و ترس از مشاهده شدن

1. Balzarotti
2. Anxiety Sensitivity Index
3. Floyd, Garfield and Marcus

اضطراب توسط دیگران (4 گویه) تشکیل شده است (زینبرگ، بارلو و براون¹، 1997). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، ثبات درونی بالای آن را (آلفای بین 0/80 تا 0/90) نشان داده است. اعتبار بازآزمایی بعد از 2 هفته 0/75 و به مدت سه سال 0/71 بوده است که نشان می‌دهد ASI یک سازه‌ی شخصیتی پایدار است (ریس، پترسون، گارسکی و مکنالی²، 1986). اعتبار آن در نمونه ایرانی بر اساس سه روش همسانی درونی، بازآزمایی و تنصیفی محاسبه شد که برای کل مقیاس به ترتیب ضرایب اعتبار 0/93، 0/95 و 0/97 به دست آمد. روایی بر اساس سه روش روایی همزمان، همبستگی خرده مقیاس‌ها با مقیاس کل و با یکدیگر و تحلیل عوامل محاسبه شد. روایی همزمان از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه «SCL90» انجام شد که ضریب همبستگی 0/56 حاصل آن بود. ضرایب همبستگی با نمره کل در حد رضایت‌بخش و بین 0/74 تا 0/88 متغیر بود (مرادی‌منش، میرجعفری، گودرزی، و محمدی، 1386).

4- مصاحبه بالینی: برای اطمینان از نتایج حاصل از پرسشنامه اضطراب اجتماعی، تشخیص‌های افتراقی و رفع نقایص مربوط به آزمون‌های خودگزارشی یک مصاحبه بالینی نیز به فرایند تشخیص دانشجویان دارای نمرات بالای اضطراب اجتماعی ترتیب داده شد. این مصاحبه توسط کارشناس ارشد روانشناسی بالینی صورت پذیرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و تحلیل واریانس چندمتغیری (مانووا) استفاده شد و $P < 0/05$ به عنوان اختلاف معنادار در نظر گرفته شد. تجزیه و تحلیل آماری به وسیله نرم افزار آماری SPSS نسخه 16 انجام گرفت.

1. Zinbarg, Barlow and Brown
2. Reiss, Peterson, Gursky and McNally

یافته‌ها

63/04 درصد (58 نفر) از آزمودنی‌ها زن و 36/95 درصد (34 نفر) مرد؛ 56/52 درصد (52 نفر) در مقطع کارشناسی و 43/47 درصد (40 نفر) در مقطع کارشناسی ارشد مشغول به تحصیل بودند. میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در این پژوهش $23 \pm 3/01$ بود. میانگین نمرات دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی و بهنجار در ارزیابی مجدد، فرونشانی، حساسیت اضطرابی و فرانگرانی به ترتیب عبارت بود از $26/71 \pm 8/10$ ، $30/13 \pm 6/65$ ، $16/20 \pm 5/61$ ، $14/94 \pm 4/97$ ، $29/93 \pm 9/44$ ، $18/49 \pm 10/20$ ، $20/06 \pm 4/47$ و $12/63 \pm 3/60$.

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیری، پیش فرض همگنی واریانس با آزمون لون و کوواریانس با آزمون باکس مورد بررسی قرار گرفتند. بر اساس نتایج، پیش فرض همگنی واریانس‌ها و کوواریانس‌ها در متغیرهای مورد بررسی در دو گروه تأیید شدند. این آزمون‌ها برای هیچ کدام از متغیرها معنی‌دار نبودند ($P > 0/05$)، در نتیجه استفاده از آزمون‌های پارامتریک بلامانع شناخته شد.

جدول 1: نتایج آزمون‌های معناداری تحلیل واریانس چند متغیری روی میانگین تنظیم هیجانی، حساسیت اضطرابی و فرانگرانی در دانشجویان دارای اختلال اضطراب اجتماعی و بهنجار

نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	P	مجذوراتا
اثر پیلاپی	0/495	21/282	4	87	0/001	0/495
لامبدا و لکزی	0/505	21/282	4	87	0/001	0/495
اثر هتلینگ	0/978	21/282	4	87	0/001	0/495

همان‌طور که در جدول 1 ملاحظه می‌شود، هر سه شاخص آماره ملاک آزمون در مورد تفاوت دو گروه دارای اضطراب اجتماعی و بهنجار در سطح 0/001 معنادار است. این یافته به این معناست که دو گروه مورد بررسی حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری دارند. مجذوراتا (که در واقع مجذور ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته و

عضویت گروهی است) نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنی‌دار است و میزان این تفاوت 49 درصد است یعنی 49 درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه در تأثیر متقابل متغیرهای وابسته می‌باشد.

جدول 2: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری روی نمرات تنظیم هیجانی، حساسیت اضطرابی و فرانگرانی

متغیرها	SS	df	MS	F	P
ارزیابی مجدد	268/83	1	268/83	4/88	0/030
فرونشانی	36/56	1	36/56	1/29	0/258
حساسیت اضطرابی	3012/59	1	3012/59	31/13	0/001
فرانگرانی	1271/41	1	1271/41	77/11	0/001

همان‌طور که در جدول 2 مشاهده می‌شود میانگین نمرات حساسیت اضطرابی ($F=31/13$) و فرانگرانی ($F=77/11$) در دانشجویان دارای اختلال اضطراب اجتماعی نسبت به دانشجویان بهنجار به طور معناداری بیشتر است ($P<0/001$). اما میانگین ارزیابی مجدد ($F=268/83$) در دانشجویان دارای اختلال اضطراب اجتماعی نسبت به دانشجویان بهنجار به طور معنی‌داری کمتر است ($P<0/030$). همچنین از لحاظ فرونشانی بین دو گروه از دانشجویان دارای اختلال اضطراب اجتماعی نسبت به دانشجویان بهنجار تفاوت معناداری مشاهده نشد ($F=1/29$ ، $P>0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه تنظیم هیجانی، حساسیت اضطرابی و فرانگرانی در دانشجویان دارای اختلال اضطراب اجتماعی و بهنجار بود. نتایج پژوهش نشان داد که دانشجویان دارای اختلال اضطراب اجتماعی کمتر از دانشجویان بهنجار از ارزیابی مجدد (به عنوان یک راهبرد مثبت از تنظیم هیجانی) استفاده می‌کنند. این نتیجه در راستای نتایج پژوهش ورنر و همکاران (2011) می‌باشد. آن‌ها در پژوهش خود نشان دادند که افراد دارای

اختلال اضطراب اجتماعی خودکارآمدی کمتری در ارزیابی مجدد شناختی نسبت به افراد بهنجار دارند.

بررسی راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی نشان می‌دهد که افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی در کاربرد ارزیابی مجدد شناختی کمتر موفق هستند (کارشی، هوریش، اپتر، ایدجی¹ و گراس، 2010) و ارزیابی مجدد شناختی به طور منفی با نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی در ارتباط است (جاکوبز و همکاران، 2008). همچنین این نتیجه تقریباً در راستای نتایج پژوهش کمپل و همکاران (2005؛ به نقل از آمستر، 2008) و جاکوبز و همکاران (2008) بود، کمپل و همکاران (2005؛ به نقل از آمستر، 2008) نشان دادند که افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی توانایی کمتری در پذیرش هیجانات خود نسبت به افراد گروه کنترل دارند و جاکوبز و همکاران (2008) دریافتند که درک هیجانی بالا، استفاده مناسب از هیجانات و تجربه هیجانی مثبت ارتباط منفی معنادار با شدت اضطراب اجتماعی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی دارند. این نتیجه در جهت تأیید مدل بارلو (2002) در مورد اختلال اضطراب اجتماعی است. طبق این مدل، ادراک کنترل روی اضطراب، مقدار کنترلی را که افراد باور دارند آن‌ها بر روی پاسخ‌های اضطرابی خود در هنگام استرس اجتماعی دارند، تعیین می‌کند. افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی تجارب غیر منتظره و متوالی هیجان‌ها را تجربه می‌کنند. این اختلالات متوالی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی و آسیب‌پذیر، سبب می‌شود که آن‌ها واکنش‌های بدنی و هیجانی خودشان را غیرقابل کنترل ببینند. از این رو افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی باور به اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی داشته و در این موقعیت‌ها کمتر از ارزیابی مجدد شناختی استفاده می‌کنند، زیرا آن‌ها فقدان کنترل درونی بر روی پاسخ‌های هیجانی خود را هنگام مواجه شدن با موقعیت‌های اجتماعی، پیش‌بینی می‌کنند (به نقل از هافمن، 2005). علاوه بر این، بارلو (2002؛ به نقل از هافمن، 2005) پیشنهاد کرد که تجربه غیرمنتظره شدید هیجان‌ها ممکن است در افراد آسیب‌پذیر به اختلالات اضطرابی منجر شود، چرا که آن‌ها

1. Carthy, Horesh, Apter, Edge

هیجان‌ها یا عکس‌العمل‌های جسمی و هیجانی خود را خارج از کنترل می‌بینند. همچنین بارلو فرضیه‌سازی کرده است که همه اختلالات اضطرابی در فقدان کنترل روی واکنش‌های بدنی و هیجانی منفی، شریک هستند. هماهنگ با این فرضیه نتایج مطالعات (کارشی و همکاران، 2010) نشان می‌دهد که بیماران دارای اختلال اضطراب اجتماعی فقدان کنترل درونی را تجربه می‌کنند و باور دارند که وقایع تنها توسط دیگران قابل کنترل هستند، بنابراین کمتر از ارزیابی مجدد شناختی برای کنترل و تسلط بر موقعیت‌های اجتماعی استفاده می‌کنند.

بسیاری از راهبردها (به عنوان مثال، رفتارهای ایمنی‌بخش) ناسازگارانه هستند زیرا مانع از مواجهه کامل با موقعیت اجتماعی ترس‌برانگیز می‌گردند، در نتیجه از پردازش مؤثر اطلاعات هیجانی جلوگیری می‌کنند (کلارک¹، 2001). با این حال، برخی راهبردهای انطباقی نیز، مانند: صحبت کردن توأم با اعتماد به نفس، القای طنز، حمایت اجتماعی یا هدایت موقعیت وجود دارند. نتایج پژوهش ورنر و همکاران (2011) نشان داد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، بیشتر از راهبردهای تنظیم هیجانی غیرانطباقی (مانند اجتناب) استفاده می‌کنند.

نتایج نشان داد که بین دو گروه از دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی و بهنجار تفاوتی از لحاظ فرونشانی (به عنوان یک راهبرد منفی از تنظیم هیجانی) وجود ندارد. مطالعات نظری (منین²، هیمبرگ، ترک، و فرسکو، 2002)، تجربی (گراس و جان، 2003)، و بالینی (کمپبل - سایلز، بارلو، براون، و هوفمن³، 2006؛ ورنر و همکاران، 2011) نشان می‌دهند که استفاده از راهبردهای فرونشانی هیجانی در جمعیت‌های مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بیشتر به وقوع می‌پیوندد. به عنوان مثال، یک مطالعه نشان داد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بر این باورند که ابراز هیجانات، درست نیست و باید کنترل شود، و این باور تا حدی واسطه‌ی ارتباط بین فرونشانی هیجان و اختلال اضطراب اجتماعی است (اسپوکاس⁴، لوترک، و

1. Clark

2. Mennin

3. Campbell.Sills, Barlow, Brown, & Hofmann

4. Spokas

هیمبرگ، 2009). در شرایط القای هیجان در آزمایشگاه، شرکت کنندگان مبتلا به اختلال اضطرابی مختلط، فرونشانی هیجانی بیشتری را نشان دادند (کمپبل و همکاران، 2006)، این امر اهمیت استفاده از راهبردهای فرونشانی هیجانی را در این زمینه بالینی نشان می دهد.

از این رو در این پژوهش، یافته های کمپبل و همکاران (2005؛ به نقل از آمستر، 2008) و ورنر و همکاران (2011) مبنی بر استفاده بیشتر افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی و اضطراب اجتماعی از فرونشانی به عنوان یک راهبرد منفی از تنظیم هیجانی تکرار نشد. عدم تکرار نتیجه فوق می تواند ناشی از تفاوت های فرهنگی (ملیتی)، روش آماری و اجرایی استفاده شده در این پژوهش باشد.

نتایج بیانگر این بود که دانشجویان دارای اختلال اضطراب اجتماعی بیشتر از دانشجویان بهنجار از حساسیت اضطرابی رنج می برند. این نتیجه تقریباً در راستای نتایج پژوهش های رکتر و همکاران (2007) و اندرسون و هوپ (2009) می باشد، رکتر و همکاران (2007) نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی از حساسیت اجتماعی بیشتری از افراد مبتلا به وحشت زدگی و اضطراب فراگیر برخوردارند، اندرسون و هوپ (2009) به این نتیجه رسیدند که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی حساسیت اضطرابی و برانگیختگی شناختی بیشتری از هم تیان عادی خود برخوردارند. در چند سال اخیر، پژوهش های نظری و تجربی نشان داده اند که حساسیت اضطرابی، نقش اساسی در علت شناسی اختلالات اضطرابی به خصوص در اختلال اضطراب اجتماعی ایفا می کند (اندرسون و هوپ، 2009).

در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، سوء تعبیر از نشانه های مربوط به موقعیت های اجتماعی منجر به ایجاد یک چرخه معیوب ترس از ترس می شود و این خود موجب ترس از موقعیت های اجتماعی بی خطر در این افراد می شود. این امر موجب افزایش فراوانی و شدت احساسات بدنی و روانی ناشی از موقعیت های اجتماعی شده و ترس از این احساسات را شدت می بخشد (اندرسون و هوپ، 2009). حساسیت اضطرابی باعث می شود که افراد نشانه های مرتبط با اضطراب را به عنوان نشانه ای از آسیب قریب الوقوع ارزیابی کنند، بنابراین احساساتی

مانند ضربان سریع قلب، گیجی و عرق کردن را به عنوان نشانه‌ای از حمله قلبی، بی‌ثباتی روانی و شرمساری اجتماعی تفسیر می‌کنند (کاگ¹ و همکاران، 2001؛ به نقل از فرجی و تکلوی، 1389). بدین ترتیب در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی از جمله اختلال اضطراب اجتماعی، یک چرخه معیوب بین احساسات بدنی، ارزیابی‌ها و تفسیرهای منفی و اضطراب وجود دارد که به صورت مداوم و پایدار فرد را در حالت گوش به زنگی نسبت به نشانه‌های بدنی مرتبط با اضطراب نگه داشته و منجر به افزایش حساسیت اضطرابی در آن‌ها می‌شود (رکتر و همکاران، 2007). علاوه بر این، حساسیت اضطرابی باعث ایجاد انواعی از سوگیری‌های شناختی در رابطه با محرک‌های تهدیدکننده شده و باعث افزایش توجه نسبت به محرک‌های تهدیدکننده مرتبط شده و سطح تهدیدکنندگی محرک‌های درونی یا بیرونی ادراک شده را، افزایش می‌دهد. با توجه به اینکه افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی، محرک‌های تهدیدکننده بیشتری را ادراک نموده و رفتارهای اجتنابی و مقابله‌ای بیشتری را از خود بروز می‌دهند، احتمال افزایش حساسیت اضطرابی در آن‌ها نسبت به افراد عادی بیشتر می‌شود (کاشدان، بایروس، فورسیه و استجر²، 2006).

گرچه داده‌های تجربی محدودی در این زمینه وجود دارد، برخی از شواهد، از اثرات متقابل متغیرهای تنظیم هیجان و حساسیت اضطرابی حمایت می‌کنند. یک مطالعه با استفاده از روش آزمایشگاهی نشان داد که تعامل حساسیت اضطرابی و سرکوب هیجانی موجب تأخیر در فایق آمدن فرد بر عوامل استرس‌زا می‌شود (فلندر، زولنسکی، استیکل، بن-میلر، و لین-فلندر³، 2006). چنین یافته‌هایی از مطالعات دیگر حمایت می‌کنند که مطابق آن‌ها سرکوب هیجان ممکن است برای زنان دچار حساسیت اضطرابی (ایفرت و هفتر⁴، 2003) و افراد مبتلا به اختلال هراس (کمپیل و همکاران، 2006) مشکل‌ساز باشد. در مطالعه‌ای، نشان داده شد که افراد دارای

1. Cox

2. Kashdan, Barrios, Forsyth and Steger

3. Feldner, Zvolensky, Stickle, Bonn.Miller, & Leen.Feldner

4. Eifert, & Heffner

حساسیت اضطرابی بالا زمانی که توجه دقیق و اندیشناک¹ (توجه به آنچه در حال حاضر در حال وقوع است و آگاهی از آن) آن‌ها نیز بالا بود، علائم اضطرابی کمتری را گزارش کردند (کاشدان و همکاران، 2008). اگرچه داده‌ها به طور کلی در توافق با مدل‌های خودتنظیمی اضطراب هستند (کاشدان و همکاران، 2006؛ منین و همکاران، 2002؛ ولز، 2000)، داده‌های تجربی جامع‌تر در مورد متغیرهای تنظیم هیجان در حال حاضر در دسترس نیست. با توجه به تئوری‌ها و تحقیقات موجود، این امر می‌تواند از نظر بالینی مهم باشد و از لحاظ نظری نیز بررسی این امر مفید باشد که آیا زمانی که افراد نمره بالایی در حساسیت اضطرابی دارند، تمایلی به پذیرش و تجربه وقایع اجتناب‌ناپذیر و طبیعی در مورد حالت‌های مربوط به اضطراب ندارند و آسیب‌پذیری بیشتری به علائم شدید اضطرابی نشان خواهند داد یا خیر (هیز، 2004).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که فرانگرانی در دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در مقایسه با دانشجویان عادی، به طور معناداری بیشتر است. نتیجه حاصل شده در راستای نتایج پژوهش‌های بورکوویک و رومر (1995)، ولز و پاپا گریگیو (1998)، روسکیو و بورکوویک (2004) و ولز (2000) بوده است. این پژوهشگران در مطالعات خود به این نتیجه دست یافتند که فرانگرانی عاملی مهم در ایجاد و تداوم اختلالات افسردگی و اضطرابی از جمله اختلال اضطراب اجتماعی است. همچنین این یافته در راستای نتایج پژوهش ولز و کارتر (2001) است، آن‌ها در پژوهشی با هدف بررسی فرانگرانی در بیماران مبتلا به اختلالات افسردگی و اضطرابی و افراد بهنجار نشان دادند که بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی نمره بالاتری در فرانگرانی نسبت به سایر گروه‌های مورد بررسی در این پژوهش کسب می‌کنند. این یافته را می‌توان بر طبق مدل فراشناختی ولز تبیین کرد. طبق این مدل وجود باورهای منفی فراشناختی در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، آن‌ها را به سمت ارزیابی منفی از نگرانی‌ها و در نتیجه، فرانگرانی سوق می‌دهد.

1. Mindful attention

فرانگرانی منجر به تشدید علایم اضطرابی در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی از جمله افراد دارای اضطراب اجتماعی می‌شود و به این ترتیب شدت علایم اضطرابی در افراد دارای اضطراب اجتماعی از یک سو و میزان باورهای فراشناختی منفی در مورد کنترل‌ناپذیری و خطرناک بودن نگرانی از سوی دیگر پیوند می‌یابند تا اینکه وجه کنترل‌ناپذیری اضطراب به اساسی‌ترین ویژگی آن بدل شود و در پردازش هیجانی اختلال ایجاد کند. طبق مدل ولز فرانگرانی پس از شکل‌گیری منجر به پدید آمدن و شکل‌گیری نگرانی پاتولوژیک می‌شود. پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهد هرگاه نگرانی به عنوان تفاوت‌های فردی در راهبردهای کنترل فکر مطرح شوند به گونه کاملاً مشخصی با اختلالات آسیب‌شناختی همچون اضطراب اجتماعی همراه می‌شوند (ولز، 2000). از سوی دیگر، افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی دارای توجه انتخابی نسبت به محیط هستند بدین معنی که می‌کوشند اثبات کنند که اگر موقعیت خود را ترس آور تلقی کنند، واکنش درستی نشان داده‌اند، در این حالت اضطرابشان با این واکنش انتخابی تقویت شده و دور باطلی از واکنش‌های اضطرابی در آن‌ها به وجود می‌آید (هافمن، 2005)، بنابراین، می‌توان شاهد افزایش احتمال باورهای مربوط به نگرانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی نسبت به افراد عادی بود.

در مجموع نتایج پژوهش حاضر بیانگر اینست که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی نسبت به افراد بهنجار، حساسیت اضطرابی و فرانگرانی بیشتری را تجربه می‌کنند و در مقابل از ارزیابی مجدد به عنوان یک راهبرد هیجانی مثبت و سازنده کمتر استفاده می‌کنند، بنابر این پیشنهاد می‌شود در برنامه‌ریزی‌ها و پژوهش‌های مربوط به کاهش اضطراب اجتماعی در دانشجویان به چگونگی و فرایند تأثیر این سه مؤلفه روانشناختی بر اضطراب اجتماعی دانشجویان توجه ویژه‌ای مبذول گردد. نتایج این پژوهش تلویحات مهمی در زمینه پیشگیری، درمان و خدمات مشاوره‌ای به دانشجویان دارای اختلال اضطراب اجتماعی دارد، از جمله اینکه برای کاهش فرانگرانی و حساسیت اضطرابی و افزایش راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی از درمان‌های مبتنی بر مدل‌های فراشناختی و راهبردهای تنظیم هیجانی استفاده گردد.

تا به امروز، مطالعات در باب مسئله تنظیم هیجانی، حساسیت اضطرابی و فرانگرانی، تا حد زیادی بر ابزارهای خودگزارش دهی و پرسشنامه ای متکی بوده است. ابزارهای مناسب برای سنجش این سازه ها، مصاحبه تنظیم هیجانی¹، و مصاحبه حساسیت اضطرابی است که می تواند سنجش بهتری از این سازه ها فراهم سازد و کارایی بهتر و گسترده تری در شناسایی راهبردهای تنظیم هیجانی، حساسیت اضطرابی افراد دارد.

ابزارهای خودگزارش دهی در زمینه تنظیم هیجان و فرانگرانی، این ناکارآمدی را دارند که در صورتی که فرد از راهبردهای استفاده شده، و نگرانی های بیش از حد خود آگاهی نداشته باشد، سنجش دقیقی در دسترس محققان نخواهد بود، همچنان که این عدم توانایی آگاهی از هیجانات، نگرانی ها و شناسایی آنها در مورد این بیماران، بسیار مطرح است. مسئله دیگر تفاوت واکنش پذیری هیجانی با تنظیم هیجانی است. رابطه بین این دو سازه می تواند زمینه تحقیقات آتی باشد. همچنین برخی مطالعات نشان داده اند که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی، در درجات پایین اضطراب و موقعیت های اجتماعی با اضطراب کم، می توانند از راهبردهای تنظیم هیجانی انطباقی استفاده کنند در حالی که در شرایط پر استرس، چنین توانایی ای را ندارند (ورنر و همکاران، 2011)، در نتیجه مطالعات آتی می تواند به این پردازد که آیا با مواجهه تدریجی و سلسله مراتبی بیماران با موقعیت های پر استرس و آموزش راهبردهای تنظیم هیجان، می توان با کاهش تدریجی اضطراب فرد، او را به استفاده از راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان ترغیب کرد یا خیر. همچنین می توان در مطالعات آینده به بررسی این پرداخت که آیا پروفایل های حساسیت اضطرابی، تنظیم هیجان، و نگرانی های خاصی در این بیماران، می تواند شدت علایم و موفقیت بیشتر در درمان آنها را پیش بینی کند یا خیر.

پیشنهاد می شود که مؤلفه های روانشناختی بررسی شده در این پژوهش در سایر اختلالات اضطرابی همچون وحشت زدگی، اضطراب فراگیر، وسواس فکری- عملی و ... نیز بررسی گردد. در پژوهش حاضر گروه نمونه دانشجویان ایرانی 30-18 ساله را شامل می شد که این امر

1. emotion regulation interview

تعمیم نتایج را به دیگر گروه‌های سنی را دشوار می‌سازد. بنابراین، انجام پژوهش‌های بیشتر بر روی نمونه‌های دیگر (به خصوص نمونه‌های بالینی) جهت تعمیم نتایج از اهمیت بسزایی برخوردار است. از سوی دیگر محدودیت حجم نمونه در پژوهش حاضر، عامل دیگری است که تعمیم نتایج را با محدودیت روبرو می‌سازد، بنابراین پژوهشگران می‌توانند بر مبنای نتایج اولیه این پژوهش اقدام به اجرای پژوهشی با حجم نمونه بالا نمایند.

منابع فارسی

- دلاور، ع. (1380). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. چاپ سوم، تهران؛ انتشارات رشد.
- فتی، ل، موتایی، ف، مولودی، ر، و ضیایی، ک. (1389). کفایت روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه‌ی کنترل فکر و افکار اضطرابی در دانشجویان ایرانی. مجله‌ی مدل‌ها و روش‌های روانشناختی، 1، 81-104.
- فرجی، ر، و تکلوی، س. (1389). رابطه حساسیت اضطرابی و افسردگی در دانشجویان. سومین کنگره انجمن روانشناسی ایران، ویژه نامه فصلنامه روانشناسی معاصر، 5، 584-586.
- قاسم‌پور، ع، ایل‌بیگی، ر، حسن‌زاده، ش. (1391). خصوصیات روانسنجی پرسشنامه تنظیم هیجانی گراس و جان در یک نمونه ایرانی. ششمین همایش بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه گیلان، 722-724.
- مرادی‌منش، ف، میرجعفری، س، ا، گودرزی، م، ع، محمدی، ن. (1386). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی شاخص تجدیدنظر شده حساسیت اضطرابی (ASIR). مجله روانشناسی، 11(4) (پیاپی 44): 426-446.

منابع لاتین

- Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Anxiety Disorders*, 22, 211-221.
- Anderson, R. E., & Hope, D. A. (2009). The relationship among social phobia, physiological reactivity, and anxiety sensitivity in an adolescent population. *Journal of anxiety disorders*, 23, 18-26.
- Andrews, G., Henderson, S., & Hall, W. (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilization. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry*, 178, 145-153.
- Balzarotti, S., John, O. P., & Gross, J. J. (2010). An Italian Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 26 (1), 61-67.
- Borkovec, T. D., & Roemer, L. (1995). Perceived functions of worry among generalized anxiety subjects: Distraction from more emotionally distressing topics? *Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 25-30.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6, 587-595.
- Carthy, T., Horesh, N., Apter, A., Edge, M. D., & Gross, J. J. (2010). Emotional reactivity and cognitive regulation in anxious children. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 384-393.
- Ciarrochi, J., Scott, G., Deane, F., & Heaven, P. (2003). Relations between social and emotional competence and mental health: A construct validation study. *Personality and Individual Differences*, 38, 1947-1963.
- Clark, D. M. (2001). A cognitive perspective on social phobia. In W. R. Crozier & L. E. Alden (Eds.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness*; Chichester: Wiley, 405-430.
- Deacon Brett, J., Jonathan S., Carol M., & David, F. (2003). The Anxiety Sensitivity Index - Revised: psychometric properties and factor structure in two nonclinical samples. *Behavior Research and Therapy*, 41, 1427-1449.
- Deacon, B., & Abramowitz, G. (2006). Anxiety sensitivity and its dimensions across the anxiety disorders. *Anxiety Disorders*, 20, 837-857.
- Eifert, G. H., & Heffner, M. (2003). The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 34, 293-312.
- Feldner, M. T., Zvolensky, M. J., Stickle, T. R., Bonn-Miller, M. O., & Leen-Feldner, E. W. (2006). Anxiety sensitivity-physical concerns as a moderator of the emotional consequences of emotion suppression during biological challenge: an experimental test using individual growth curve analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 249-272.

- Floyd, M., Garfield, A., & Marcus, T. (2005). Anxiety sensitivity and worry. *Personality and Individual Differences*, 38, 1223–1229.
- Goldin, P. R., Manber, T., Hakimi, S., Canli, T., & Gross, J. J. (2009). Neural bases of social anxiety disorder: Emotional reactivity and cognitive regulation during social and physical threat. *Archives of General Psychiatry*, 66, 170–180.
- Gross, J. (2007). Handbook of emotion regulation. The Guilford Press.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual difference in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348–362.
- Gross, J.J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 214–219.
- Hayes, A. M., & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 255–262.
- Hayward, C., Killen, J. D., Kraemer, H. C., & Taylor, C. B. (2000). Predictors of panic attacks in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 207–214.
- 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.
- Jacobs, M., Snow, J., Geraci, M., Vythilingam, M., Blair, R. J. R., .. Charney, D. S., Pine, D. S., & Balir, K. S. (2008). Association between level of emotional intelligence and severity of anxiety in generalized social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1487–1495.
- Kashdan, T. B., Zvolensky, M. J., & McLeish, A. C. (2008). Anxiety sensitivity and affect regulatory strategies: Individual and interactive risk factors for anxiety-related symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*; 22, 429–440.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behavior research and therapy*, 44, 1301-1320.
- Kimbrel, N. A. (2008). A model of development and maintenance of generalized social phobia. *Clinical Psychology Review*, 28, 592- 612.
- Mccabe, R. E. (1999). Implicit and explicit memory for threat words in high-and low-anxiety-sensitive participants. *Cognitive Therapy and Research*, 23(1), 21-38.
- McNally, R. J. (2002). Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biological Psychiatry*, 52, 938–946.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 85–90.
- Rector, N., Shimizu, K., & Leybman, M. (2006). Anxiety sensitivity within the anxiety disorders: Disorder-specific sensitivities and depression comorbidity. *Behavior Research and Therapy*, 45, 1967–1975.

- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behavior Research and Therapy*, 4, 241–248.
- Rodebaugh, T. L. & Heimberg, R. G. (2008). Chapter 9 Emotion Regulation and the Anxiety Disorders: Adopting a Self-Regulation Perspective. Springer.
- Ruscio, A. M., & Borkovec, T.D. (2004). Experience and appraisal of worry among high worriers with and without generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 42, 1469–1482.
- Schmidt, N. B., Zvolensky, M. J., & Maner, J. K. (2006). Anxiety sensitivity: prospective prediction of panic attacks and Axis I pathology. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 691–699.
- Schultz, L. T., Heimberg, R. G. & Rodebaugh, T. L. (2008). Social anxiety disorder. In M. Hersen (Ed). *Handbook of psychological assessment, case conceptualization, and treatment* (pp. 204-236). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Spokas, M., Luterek, J. A., & Heimberg, R. G. (2009). Social anxiety and emotional suppression: The mediating role of beliefs. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 283–291.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Luterek, J. A., Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2005). Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 89–106.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of Generalized Anxiety Disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and non-patients. *Behavior Therapy*, 32, 85–102.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1995). Worry and the incubation of intrusive images following stress. *Behavior Research and Therapy*, 33, 579–583.
- Werner, K.H., Goldin, P. R., Ball, T.M., Heimberg, R.G., & Gross, J. J. (2011). Assessing Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder: The Emotion Regulation Interview. *J Psychopathol Behav Assess*; 33:346–354.
- Zinbarg, R. E., Barlow, D. H., & Brown, T. A. (1997). Hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index: Evidence and implications. *Psychological Assessment*, 9, 277–284.
- Zvolensky, M. J., Schmidt, N. B., Bernstein, A., & Keough, M. E. (2006). Risk factor research and prevention programs for anxiety disorders: a translational research framework. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1219–1239.
- Ackerman, Phillip L. & Wolman, Stacey D. (2007). Determinants and validity of self-estimates of abilities and self-concept measures. *Journal of experimental psychology applied*, 13 (2), 57-78.
- Ascher, L. Michael, Schotte, David E., Grayson, John B. (1986). Enhancing effectiveness of paradoxical intention in treating travel restriction in agoraphobia. *Behavior Therapy*, 17(2), 124-130.

- Charney, Dara A., Paraherakis, Antonios M., Negrete, Juan C. & Gill, Katheryn J. (1998). The impact of depression on the outcome of addictions treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 15(2), 123-130.
- Cho, Sunhee. (2008). Effects of logo-autobiography program on meaning in life and mental health in the wives of alcoholics. *Asian nursing research*, 2(2), 129-139.
- Detar, Todd D. (2011). Understanding the disease of addiction. Primary care. *Clinics in office practices*, 38(1), 1-7.
- Dubois, J.M. (2000). Psychotherapy and ethical therapy: Viktor Frankls non-reductive approach. Logo therapy and existential analysis: an interdisciplinary. *Journal of education, research and practice*, 1, 39-65.
- Dyck, Murray. J. (1987). Assessing logo therapeutic constructs: Conceptual and psychometric status of the purpose in life and seeking of notice goals tests. *Clinical Psychology Review*, 7(4), 439-447.
- Dyck, Murray. J. (1994). What does the proposed purposefulness super factor really describe? *Personality and Individual Differences*, 16(3), 411-415.
- Fife, Betsy L. (1994). The conceptualization of meaning in illness. *Social Science & Medicine*, 38(2), 309-316.
- Fife, Betsy L. (1995). The measurement of meaning in illness. *Social Science & Medicine*, 40(8), 1021-1028.
- Frankl, Viktor (1988). *The will to meaning: foundations and applications of logo therapy*. New York: Teachers college press.
- Frankl, Viktor (2004). *On the theory and therapy of mental disorders: an introduction to logo therapy and existential analysis*. USA: Taylor & Francis books.
- Guttman, D. (2008). *Finding meaning in life, at midlife and beyond: wisdom and spirit from logo therapy (social and psychological issues: challenges and solutions)*. USA: Greenwood publishing group.
- Guttman, D. & Zincs, C. (2000). Subject classification in logo therapy: a model for information- system and knowledge- outline development. *Logo therapy and existential analysis: an interdisciplinary journal of education, research and practice*, 1, 2, 91-116.
- Ho, Man Yee. Cheung, Fanny M., Cheung, Shu Fai (2010). The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. *Personality and Individual Differences*, 48(5), 658-663.
- Jacobsen, B. (2008). *Intervention to existential psychology: A psychology for the unique human being and its application in therapy*. England: Wiley.
- Lukas, E., Zwang Hirsh, B. (2002). *Comprehensive handbook of psychotherapy*. New York: John Wiley & Sons Inc.
- Martin, Rosemarie A. MacKinnon, Selene. Johnson, Jennifer. Rohsenow, Damaris J. (2011). Purpose in life predicts treatment outcome among adult cocaine abusers in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40(2), 183-188.
- Mascaro, Nathan. Rosen, David H. Morey, Leslie C. (2004). The development, construct validity, and clinical utility of the spiritual meaning scale. *Personality and Individual Differences*, 37(4), 845-860.

- Pattakos, Alex (2007). Prisoners of our thoughts: Viktor Frankls principals for discovering meaning in life and work. San Francisco: Berrett-Koehler publishers.
- Richardson Jim.H. S. , Golden-Kreutz S. A., Anderson, D. M., B. L. (2006). Sterategies used in coping with a cancer diagnosis predict meaning in life for survivors. England: Wiely.
- Schulenberg, Stefan E., Hutzell, Robert R., Nassif, Carrie & Rogina, Juliuse M(2008). Logotherapy for clinical practice psychotherapy. *Theory/ Research/ Practice/ Training*, 45(4), 447-463.
- Siyam, Sh. (2007). Drug abuse prevalence between male students of different universities in Rasht in 2005. *Zahedan journal of research in medical sciences*. 8(4). 279-285.
- Steger, M. F. & Omishi. L. (2004). Is a life without meaning satisfying? *Journal of gerontology* , series B, 54, 125-135.
- Synder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological inquiry*. 13.249-275.
- Synder, C.R. Feldman, David B. Taylor, Julia D. Schroeder, Lisa L. Adams, Virgil H. (2000). The roles of hopeful thinking in preventing problems and enhancing strengths. *Applied and Preventive Psychology*, 9(4), 249-269.

Archive of SID