

نقش واسطه‌ای نارسایبی راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه بین شدت هیجان منفی و انگیزش ایمنی با نشانه‌های اضطراب فراگیر

The mediating role of emotion dysregulation strategies on the relationship between negative emotion intensity and safety motivation with generalized anxiety symptoms

Zahra Taherifar

Clinical Psychology

Sima Ferdowsi,

Fereshteh Mootabi &

Mahammad Ali Mazaheri

Shahid Beheshti University

Ladan Fata

Medical Sciences University of Iran

زهرا طاهری‌فر*

روانشناسی بالینی

سیما فردوسی،

فرشته موتابی و

محمدعلی مظاهری

دانشگاه شهید بهشتی

لادن فتی

دانشگاه علوم پزشکی ایران

Abstract

Recent research investigated the role of the emotion dysregulation in the development and maintenance of anxiety symptoms. The purpose of the present study was to examine the mediating role of emotion dysregulation strategies on the relationship between negative emotion intensity and safety motivation system with anxiety symptoms. A total of 621 students (392 females, 229 males) from the universities in Tehran participated in the study. Participants completed the Farsi version of Mood and Anxiety Symptom Questionnaire-short form (MASQ-SF), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), the Affect Intensity Measure (AIM), Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire (SPSRQ), Attentional Control Scale (ACS), Body Awareness Questionnaire (BAQ), Experiences Questionnaire (EQ), and Emotion Regulation Questionnaire (ERQ). The results demonstrated that negative emotion intensity had a positive significant association with safety motivation. Moreover, among the emotion regulation strategies, attentional control component from attending and allowing emotion regulation strategies had a negative significant association with anxious arousal. Body awareness component from attending and reappraisal did not play a significant mediating role on the relationship between negative emotion intensity, safety motivation and anxiety symptoms. However, other emotion regulation strategies played a significant mediating role. Based on the results of the present study, it can be concluded that development of anxiety symptoms are influenced by attending, allowing, and distancing strategies. Therefore, considering these emotion regulation strategies can result in better understanding of anxiety symptoms and more effective treatments.

Keywords: body awareness, attentional control, emotion regulation, anxiety

چکیده

پژوهش‌های اخیر، به بررسی نقش نارساتنظیم‌گری هیجان در رشد و تداوم نشانه‌های اضطرابی پرداخته‌اند. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای نارسایبی راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه بین شدت هیجان منفی و سیستم انگیزش ایمنی با نشانه‌های اضطراب فراگیر بود. تعداد ۶۲۱ نفر (۳۹۲ دختر، ۲۲۹ پسر) از دانشجویان دانشگاه‌های تهران در این پژوهش شرکت کردند. شرکت‌کنندگان پرسشنامه نشانه خلقی و اضطرابی- نسخه کوتاه (MASQ-SF)؛ مقیاس دشواری تنظیم هیجان (DERS)، مقیاس شدت عاطفی (AIM)، پرسشنامه حساسیت به تنبیه و حساسیت به پاداش (SPQRS)، مقیاس کنترل توجه (ACS)، پرسشنامه آگاهی بدنی (BAQ)، پرسشنامه تجربه‌ها (EQ) و پرسشنامه راهبردهای تنظیم هیجان (ERQ) را تکمیل کردند. نتایج پژوهش نشان داد که شدت هیجان منفی و سیستم انگیزش ایمنی رابطه مثبت معنادار دارند. هم‌چنین، از بین راهبردهای تنظیم هیجان تنها مولفه کنترل توجه از راهبرد توجه کردن و راهبرد اجازه دادن با برانگیختگی اضطرابی رابطه منفی داشتند. در این پژوهش، نقش واسطه‌ای آگاهی بدنی از راهبرد توجه کردن و ارزیابی مجدد در رابطه بین شدت هیجان منفی و سیستم انگیزشی ایمنی با نشانه‌های اضطرابی تأیید نشد، درحالی‌که سایر راهبردهای تنظیم هیجان، نقش واسطه‌ای معنادار داشتند. بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که راهبردهای توجه کردن، اجازه دادن و فاصله گرفتن در تشکیل نشانه‌های اضطرابی تأثیرگذار هستند. بنابراین، توجه به این راهبردهای تنظیم هیجان می‌تواند به شناخت بهتر نشانه‌های اضطرابی و درمان کارآمدتر منجر شود.

واژه‌های کلیدی: آگاهی بدنی، کنترل توجه، تنظیم هیجان، اضطراب

*نشانی پستی نویسنده مسوول: تهران، بلوار دانشجو، دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. پست الکترونیکی: z_taherifar@sbu.ac.ir

مقدمه

مولفه‌ها که بتوانند نتایج درمانی را بهبود بخشند، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

دیدگاه‌های روانشناختی مختلفی در تبیین آسیب‌شناسی روانی اختلال‌های اضطرابی به ویژه اختلال اضطراب فراگیر، مطرح شده‌اند. یکی از این دیدگاه‌ها بر اختلال در سیستم انگیزشی متمرکز شده است. در این راستا، نظریه تمرکز تنظیمی^۶ (هیگینز، ۱۹۹۷) و نظریه حساسیت به تقویت^۷ (گری و مک‌ناتون، ۲۰۰۰) بیان می‌کنند که افراد دارای دو سیستم انگیزشی با نام‌های سیستم پاداش^۸ / پیشبرد^۹ و سیستم ایمنی^{۱۰} / پیشگیری^{۱۱} هستند. مشکل در حل کردن تعارض گرایش/اجتناب^{۱۲} نسبت به محرک‌ها و رخدادهای پاداش‌دهنده یا تهدیدکننده موجب بروز نارساکنش‌وری^{۱۳} انگیزشی می‌شود (آپرل و پالاس، ۲۰۱۰). در واقع، در نارساکنش‌وری انگیزشی، بیش‌فعالی‌تی رویه اجتناب و کم‌فعالی‌تی رویه گرایش دیده می‌شود و این وضعیت در نهایت به اختلال اضطراب فراگیر منتهی می‌شود (کلنک، استرامن و هیگینز، ۲۰۱۱).

علاوه بر این، به نظر می‌رسد که راه دیگری برای بهبود شناخت اختلال اضطراب فراگیر و بهتر شدن نتایج درمانی آن، از طریق توصیف تنظیم و نارسا تنظیم‌گری هیجان باشد (آلدانو، نولن-هوکسما و شوایزر، ۲۰۱۰؛ منین، ۲۰۰۶؛ ورنر و گراس، ۲۰۱۰). افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، سطوح ناخوشایندی از پریشانی^{۱۴} و برانگیختگی روانشناختی را در پاسخ به محرک‌های ناخوشایند نشان می‌دهند که با هیجان منفی همراه است (آلدانو، منین، لینارداتوس و فرسکو، ۲۰۱۰؛ استاپینسکی، ابوت و ری، ۲۰۱۰؛ لیرا و نیومن، ۲۰۱۰). بارلو و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهش خود، این شدت هیجان بالا را که در واقع نشان‌دهنده حساسیت زیاد نسبت به سرخ^{۱۵}‌های هیجانی است، به ویژه سرخ‌هایی که در درون تولید شده‌اند، نورزگرایی^{۱۶} نامیده‌اند که در اختلال‌های

پژوهش درباره اختلال‌های اضطرابی مورد توجه روزافزون بوده است (کوکس، وسل، نورتون، سوینسون و دایرن‌فلد، ۱۹۹۵). با وجود این، بررسی‌های بسیار کمی در مورد مکانیسم‌های آسیب‌شناسی روانی دخیل در اختلال اضطراب فراگیر^۱ در مقایسه با سایر اختلال‌های اضطرابی، صورت گرفته است (داگاس، ۲۰۰۰). بنابراین، اختلال اضطراب فراگیر یک اختلال به درستی شناخته نشده^۲ (پرسونز، منین و تاکر^۳، ۲۰۰۱؛ به نقل از منین، ۲۰۰۴) و مقاوم به درمان^۴ (بورکووک و راسکیو^۵، ۲۰۰۱؛ به نقل از منین، ۲۰۰۴) باقی مانده است.

اختلال اضطراب فراگیر با شیوع مادام‌العمر بالا، یعنی ۵/۷ درصد (کسلر، برندنبرگ، لین، روی-برن، استانگ و همکاران، ۲۰۰۵) و ۸/۵ درصد در سرویس‌های مراقبت اولیه (روی-برن و واگنر، ۲۰۰۴) دیده می‌شود. شیوع ۱۲ ماهه این اختلال در DSM-5 در میان نوجوانان ۰/۹ درصد و در بین بزرگسالان در جمعیت عمومی آمریکا ۲/۹ درصد گزارش شده است. شیوع ۱۲ ماهه این اختلال در سایر کشورها بین ۰/۴ درصد تا ۳/۶ درصد است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اختلال اضطراب فراگیر با آسیب جدی و ناراضی‌تی از زندگی، و بهره‌وری پایین همراه است (کسلر، والترز و ویچن، ۲۰۰۴).

علاوه بر این، پژوهش‌های همه‌گیری‌شناسی در استان‌های مختلف کشور مانند گلستان، سمنان و تهران نشان می‌دهد که شیوع اختلال‌های اضطرابی از سایر اختلال‌ها بیشتر است (محمدی، باقری‌یزدی، رهگذر، مسگرپور، بهنام و همکاران، ۱۳۸۲؛ نوربالا، باقری‌یزدی، اسدی‌لاری و واعظ‌مهدوی، ۱۳۸۹). با در نظر گرفتن چنین مواردی، بدیهی است که اختلال اضطراب فراگیر هزینه زیادی را بر جامعه تحمیل می‌کند و یکی از دشوارترین اختلال‌های اضطرابی برای درمان است (گود، سفرن، واشینگتن و اتو، ۲۰۰۴). بنابراین، تلاش در جهت یافتن مولفه‌های محوری در آسیب‌شناسی روانی اختلال اضطراب فراگیر و درمان‌های مبتنی بر این

6. regulatory focus theory
7. sensitivity to reinforcement
8. reward system
9. promotion
10. security system
11. prevention
12. approach/avoidance
13. dysfunction
14. distress
15. cue
16. neuroticism

1. generalized anxiety disorder (GAD)
2. misunderstood
3. Persons, J. B., Mennin, D. S., & Tucker, D. E.
4. treatment-resistant
5. Borkovec, T. D., & Ruscio, A. M.

۲۰۰۵)، اجازه دادن^۸ (آلدائو و منین، ۲۰۱۲)، ارزیابی مجدد^۹ (آلدائو و منین، ۲۰۱۲؛ آلدائو و همکاران، ۲۰۱۰) و فاصله گرفتن^{۱۰} (فرسکو، مور، ون‌دالمن، سگال، تیزدل و همکاران، ۲۰۰۷) هستند. در ادامه هر یک از این راهبردها به‌طور مختصر توصیف شده‌اند. توجه نشان دادن، به معنای توانایی تمرکز، تداوم و تغییر مکان توجه به صورت انعطاف‌پذیر است (چمبرز، گولن و آلن، ۲۰۰۹). راهبرد تنظیم هیجان ارزیابی مجدد، به معنای تغییردادن شناخت‌ها درباره موقعیت هیجانی است و از دانش به عنوان یک سیستم تولید هیجان استفاده می‌کند (میر، اسمیتز، گیسبرچ و مرکل‌باخ، ۲۰۱۲). هم‌چنین، راهبرد تنظیم هیجان اجازه دادن، در مدل منین و فرسکو (۲۰۱۳ب) معادل راهبرد تنظیم هیجان پذیرش^{۱۱} در نظر گرفته شده است. پذیرش یا اجازه دادن، به این معنا است که افراد تشویق می‌شوند تا هیجان‌ها، افکار و حس‌های بدنی خود را به‌طور کامل بدون تلاش برای تغییر، کنترل یا اجتناب از آنها تجربه کنند (هیز، استراسول و ویلسون، ۱۹۹۹). فاصله گرفتن یا همان آگاهی فراشناختی^{۱۲} نیز به معنای توانایی مشاهده افکار و احساسات فرد در یک وضعیت از بیرون به خود است (کر، جوسیولا و لیتنبرگ^{۱۳}، ۲۰۱۱؛ به نقل از سولر، فرانکوسا، فلیو-سولر، سبول، گارسیا-کمپایو و همکاران، ۲۰۱۴).

یکی از جدیدترین فرمول‌بندی‌های اختلال اضطراب فراگیر به کمک مدل نارسا تنظیم‌گری هیجان^{۱۴} (منین و فرسکو، ۲۰۱۳ب؛ منین و همکاران، ۲۰۰۲؛ منین و همکاران، ۲۰۰۵) صورت گرفته است. بر اساس این مدل، هیجان و نارسا تنظیم‌گری مربوط به آن از عوامل محوری ولی کشف نشده در آسیب‌شناسی روانی اختلال اضطراب فراگیر هستند (منین، ۲۰۰۴) و در نتیجه تلوپحات درمانی مهمی برای این اختلال خواهند داشت (سامویلو و گلدفريد، ۲۰۰۰). مدل نارسا تنظیم‌گری هیجان، متغیرهای پیش‌تر مطرح شده یعنی نارساکنش‌وری انگیزشی، شدت هیجان بالا و نارسا تنظیم‌گری راهبردهای تنظیم هیجان را در قالب یک مدل یکپارچه کرده

اضطرابی و افسردگی دیده می‌شود و به شناخت بهتر ما از این اختلال‌ها کمک می‌کند. هم‌چنین، پژوهش منین و همکاران (۲۰۰۷) نشان می‌دهد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شدت هیجان بالایی را تجربه می‌کنند.

علاوه بر این، افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، در تنظیم هیجان نیز مشکل دارند (منین، هایمبرگ، ترک و فرسکو، ۲۰۰۵) که در درمان‌های اخیر مورد توجه بوده است (بویسی، فارچیون، فیرهولم، الارد و بارلو، ۲۰۱۰؛ فارچیون، فیرهولم، الارد، بویسی، تامپسون-هولندز و همکاران، ۲۰۱۲). تنظیم هیجان فرایندی است که از طریق آن افراد هیجان‌های خود را به صورت هشیار یا ناهشیار تعدیل می‌کنند (بارق و ویلیامز^{۱۵}، ۲۰۰۷؛ به نقل از حسنی و میرآقایی، ۱۳۹۱). هم‌چنین، تنظیم هیجان به عنوان استفاده از خُلق برای حل کردن مشکلات شخصی و بین‌شخصی تعریف شده است (کان، بلیز، کپیتانی، اربن و دیمیتروویچ^{۱۶}، ۲۰۱۰؛ به نقل از بشارت، زاهدی تجربی و نوربالا، ۱۳۹۲). در تبیین رابطه میان نارسا تنظیم‌گری هیجان و اضطراب، فرض بر این است که اگر پاسخ‌های هیجانی در برابر وقایع روزمره به صورت کارآمد مدیریت نشوند یا افراد دچار آشفتگی‌های طولانی‌مدت و شدیدی شوند، ممکن است اضطراب یا افسردگی را بروز دهند (نولن-هوکسما، ویسکو و لیوبومیرسکی^{۱۷}، ۲۰۰۸؛ به نقل از حسنی و میرآقایی، ۱۳۹۱). در واقع، راهبردهای تنظیم هیجان ممکن است انطباقی^{۱۸} یا غیرانطباقی^{۱۹} باشند. راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان نقش اساسی در شکل‌گیری و یا تداوم اختلال‌های روانشناختی دارند (سیسلر، الاتونجی، فلدنر و فورسیت^{۲۰}، ۲۰۱۰؛ به نقل از بشارت، محمدی حسینی‌نژاد و غلامعلی لواسانی، ۱۳۹۳). پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند که از جمله راهبردهای تنظیم هیجان که در اختلال اضطراب فراگیر و نشانه‌های اضطرابی دچار نقص و نارساکنش‌وری می‌شوند توجه نشان دادن^{۲۱} (ماگ و بردلی،

8. allowing
9. reappraisal
10. distancing
11. acceptance
12. metacognitive awareness
13. Kerr, C. E., Josyula, K., & Littenberg, R.
14. emotion dysregulation model

1. Bargh, J. A., & Williams, L. E.
2. Kun, B., Balazs, H., Kapitany, M., Urban, R., & Demetrovics, Z.
3. Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S.
4. adaptive
5. maladaptive
6. Cisler, J. M., Olatunji, B. O., Feldner, M. T., & Forsyth, J. P.
7. attending

تمام متغیرهای مطرح شده را در خود جای داده است، تا کنون پژوهش‌های اندکی، مولفه‌های آسیب‌شناختی مربوط به آن را به صورت هم‌زمان و در کنار یکدیگر بررسی کرده اند. بنابراین، با توجه به شکاف پژوهشی موجود و نیاز به حجم نمونه بالا برای مدل‌سازی، هدف پژوهش حاضر، بررسی بخش‌های اول و دوم مدل نارسا تنظیم‌گری هیجان (منین و فرسکو، ۲۰۱۳ الف) یعنی به ترتیب مکانیسم‌های انگیزشی و مکانیسم‌های تنظیمی در نمونه غیربالینی دانشجویان است. به این ترتیب که نارساکنش‌وری مولفه‌های انگیزشی و هیجانی، عامل اولیه شکل‌گیری اختلال اضطراب فراگیر در نظر گرفته شده‌اند. راهبردهای تنظیم هیجان به عنوان مولفه‌های واسطه‌ای مطرح شده‌اند که واسطه میان شدت هیجان منفی و نارساکنش‌وری انگیزش ایمنی با نشانه‌های اضطرابی هستند. بنابراین، در صورت نارسا تنظیم‌گری راهبردهای تنظیم هیجان و وجود شدت هیجان منفی و نارساکنش‌وری انگیزش ایمنی، نشانه‌های اضطراب شکل می‌گیرند.

بر این اساس، فرضیه‌های پژوهش حاضر شامل موارد زیر هستند: فرضیه اول) شدت هیجان منفی با راهبردهای تنظیم هیجان توجه کردن، اجازه دادن، فاصله گرفتن و ارزیابی مجدد رابطه دارند. فرضیه دوم) سیستم انگیزش ایمنی با راهبردهای تنظیم هیجان توجه کردن، اجازه دادن، فاصله گرفتن و ارزیابی مجدد رابطه دارند. فرضیه سوم) راهبردهای تنظیم هیجان توجه کردن، اجازه دادن، فاصله گرفتن و ارزیابی مجدد با نشانه‌های اضطراب رابطه دارند. فرضیه چهارم) راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه بین شدت هیجان منفی و انگیزش ایمنی با نشانه‌های اضطراب نقش واسطه‌ای دارند.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختر و پسر کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترای دانشگاه‌های شهر تهران شامل دانشگاه تهران، دانشگاه شهید بهشتی، دانشگاه‌های آزاد، دانشگاه‌های غیرانتفاعی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشگاه صنعتی شریف، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشگاه تربیت مدرس، دانشگاه خوارزمی، دانشگاه الزهراء، دانشگاه‌های

است تا آسیب‌شناسی روانی اختلال اضطراب فراگیر را بهتر و جامع‌تر تبیین کند. در این مدل التقاطی فرض می‌شود که هیجان‌ها می‌توانند کارکردی هنجاری^۱ تا اختلالی^۲ داشته باشند. بر این اساس، سه وجه اصلی کارکرد هیجان شامل این موارد است: الف) مکانیسم‌های انگیزشی^۳، نشان‌دهنده خاصیت‌های^۴ کارکردی و جهت‌دهنده پاسخ هیجانی هستند، هستند، ب) مکانیسم‌های تنظیمی^۵، نشان‌دهنده تغییر خزانه‌های پاسخ در جهت هم‌خوان‌تر شدن با خواست‌ها و محدودیت‌های بافتاری و ارزش‌ها^۶ و اهداف شخصی فرد هستند (فرسکو، منین، هایمبرگ و ریتز، ۲۰۱۳، ج) پیامدهای بافتاری^۷ یادگیری، نشان‌دهنده پیش‌برد خزانه‌های رفتاری گسترده و انعطاف‌پذیر به صورت بهینه است (منین و فرسکو، ۲۰۱۳ الف). بنابراین، در بخش مکانیسم‌های انگیزشی، سیستم انگیزش ایمنی و شدت هیجان بالا دچار نارساکنش‌وری هستند که در شکل‌دهی اولیه نشانه‌های اضطرابی موثر هستند. در بخش مکانیسم‌های تنظیمی نیز منین و فرسکو (۲۰۱۳ الف) چهار راهبرد تنظیم هیجان را مطرح کرده‌اند که نارساکنش‌وری آنها موجب شکل‌گیری اضطراب می‌شود. این راهبردهای تنظیم هیجان شامل توجه نشان دادن، اجازه دادن، فاصله گرفتن و ارزیابی مجدد هستند. با توجه به رابطه نزدیک سازه آگاهی بدنی^۸ با کنترل کنترل توجه (مه‌لینگ، گوپیستی، دابنمیر، پرایس، هچ و همکاران، ۲۰۰۹)، راهبرد توجه نشان دادن در این پژوهش در قالب دو مولفه آگاهی بدنی و کنترل توجه آزمون شد. بنابراین در کل، منین و فرسکو (۲۰۱۳ الف) نارسا تنظیم‌گری این راهبردهای تنظیمی را به عنوان متغیرهای واسطه‌ای در ابتلای افراد دارای نارساکنش‌وری در مکانیسم‌های انگیزشی، به اختلال اضطرابی در نظر می‌گیرند.

پژوهش‌های پیشین به صورت جداگانه و مجزا به تک‌تک متغیرهای مطرح‌شده و رابطه آنها با اختلال اضطراب فراگیر و نشانه‌های اضطرابی پرداخته‌اند. اما با توجه به جدید بودن مدل نارسا تنظیم‌گری هیجان و التقاطی بودن این مدل که

1. normative
2. disordered
3. motivational mechanisms
4. properties
5. regulatory mechanisms
6. values
7. contextual learning consequences
8. body awareness

پایایی^۹ مطلوبی نشان داده است. آلفای کرونباخ هر یک از زیرمقیاس‌ها در نمونه ایرانی به ترتیب، ۰/۸۶، ۰/۸۸، ۰/۹۵ و ۰/۹۴ بود (طاهری‌فر، فردوسی، موتابی، مظاهری و فتی، ۱۳۹۳). نشانه‌های اضطراب به کمک زیرمقیاس‌های برانگیختگی اضطرابی و نشانه‌های پریشانی عمومی اضطراب این پرسشنامه بررسی شد.

مقیاس دشواری تنظیم هیجان: مقیاس دشواری تنظیم هیجان^{۱۰} (DERS؛ گرتز و رومر، ۲۰۰۴) یک ابزار خودگزارش‌دهی ۳۶ سوالی است که میزان نقص و نارسایی در ابعاد مختلف تنظیم هیجان را می‌سنجد. این مقیاس یک نمره کلی به فرد می‌دهد که مشخص‌کننده وسعت مشکلات فرد در تنظیم هیجان است. مقیاس دشواری تنظیم هیجان متشکل از ۶ زیرمقیاس است که عبارتند از: عدم پذیرش هیجان‌های منفی، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند در مواقع درماندگی، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی^{۱۱} در مواقع درماندگی، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان، فقدان آگاهی هیجانی^{۱۲}، و فقدان شفافیت هیجانی^{۱۳} (گرتز، روزنتال، تول، لجوز و گوندرسان^{۱۴}، ۲۰۰۶؛ گرتز و تول، ۲۰۱۰؛ به نقل از بشارت، ۱۳۸۶، ۱۳۹۴). نمره‌گذاری آن از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت تبعیت می‌کند و نمرات بالاتر نشان‌دهنده مشکلات بیشتر در تنظیم هیجان است. پژوهش گرتز و رومر (۲۰۰۴) حاکی از همسانی درونی عالی (۰/۹۳)، پایایی بازآزمایی^{۱۵} خوب (۰/۸۸) و روایی همگرایی مطلوب (۰/۴۳) $r = 0.26, p = 0.05$ بوده است. ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی این مقیاس در نمونه‌های بالینی و غیربالینی مورد بررسی و تایید قرار گرفته‌اند (بشارت، ۱۳۸۶، ۱۳۹۴). در این پژوهش‌ها، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های عدم پذیرش هیجان‌های منفی از ۰/۷۳ تا ۰/۸۸، برای دشواری در انجام رفتارهای هدفمند از ۰/۷۲ تا ۰/۸۹، برای دشواری در مهار رفتارهای تکانشی از ۰/۷۵ تا ۰/۹۰، برای دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان از ۰/۷۶ تا ۰/۸۵ برای

عملی-کاربردی، دانشگاه امیرکبیر، دانشگاه علم و صنعت و دانشگاه‌های پیام‌نور بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به تمام شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه پژوهش ارایه شد که در آن توضیح داده شده بود تمام اطلاعات محرمانه خواهد ماند و اطلاعات به صورت گروهی تحلیل خواهد شد. تعداد ۷۰۰ پرسشنامه بین افراد نمونه توزیع شد که از میان آنها، ۶۲۱ (۳۹۲ زن، ۲۲۹ مرد) پرسشنامه به طور کامل پاسخ داده شد. به منظور تحلیل داده‌ها، علاوه بر شاخص‌های آمار توصیفی، از همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر استفاده شد. میانگین سنی اعضای نمونه ۲۵/۰۵ با انحراف استاندارد ۴/۲ بود.

ابزار سنجش

پرسشنامه نشانه خلقی و اضطرابی- فرم کوتاه: فرم کوتاه پرسشنامه نشانه خلقی و اضطرابی^۱ (MASQ-SF) واتسون و کلارک، (۱۹۹۱)، یک پرسشنامه ۶۲ سوالی است که هدف آن اندازه‌گیری نشانه‌های اضطرابی و خلقی است تا بتواند پیش‌بینی‌های کلیدی مدل سه‌بخشی را آزمون کند. پرسشنامه نشانه خلقی و اضطرابی، چهار زیرمقیاس دارد: (۱) نشانه‌های پریشانی عمومی اضطرابی^۲، (۲) نشانه‌های پریشانی عمومی افسردگی^۳، (۳) برانگیختگی اضطرابی^۴، و (۴) فقدان احساس لذت مربوط به افسردگی^۵. زیرمقیاس‌های این پرسشنامه روایی همگرا^۶ و تشخیصی (افتراقی)^۷ و همسانی درونی^۸ خوبی (واتسون، وبر، آسنهایمر، کلارک، استراوس و همکاران، ۱۹۹۵) را در نمونه‌های دانشجوی و بزرگسال داوطلب و نمونه بیمارانی که درمان برای اختلال‌های مصرف مواد دریافت می‌کردند، نشان داده‌اند. ضریب‌های آلفای زیرمقیاس‌ها به ترتیب، ۰/۸۴، ۰/۹۳، ۰/۸۵ و ۰/۹۳ بوده است (هاگز، هایمبرگ، کولز، گیب، لبوویتز، و همکاران، ۲۰۰۶). نسخه فارسی این پرسشنامه در نمونه ایرانی روایی و

1. Mood and Anxiety Symptom Questionnaire-Short Form (MASQ-SF)
2. general distress anxious symptoms
3. general distress depressive symptoms
4. anxious arousal
5. anhedonic depression
6. convergent validity
7. discriminant validity
8. internal consistency

9. reliability

10. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

11. impulsive behaviors

12. emotional awareness

13. emotional clarity

14. Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T.,

Lejuez, C. W., & Gunderson, J. G.

15. test-retest

ضریب همبستگی این مقیاس با مقیاس اعوجاج واقعیت اهواز^{۱۱} (نجاریان و سورانی، ۱۳۸۰؛ به نقل از عریضی و گل‌پرور، ۱۳۸۵) و هم‌چنین آلفای کرونباخ آزمون انجام شد. نتایج مربوط به بررسی پایایی آزمون در نمونه ایرانی به‌این شرح است: پایایی گزارش دوستان از خُلق ۰/۳۹، گزارش والدین از خُلق ۰/۴۷، پایایی مقیاس در طول زمان ۲ هفته ۰/۵۶ و ضریب همبستگی با مقیاس اعوجاج واقعیت اهواز (مطلوبیت اجتماعی) ۰/۴ بود. هم‌چنین آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۸۳ بود (عریضی و گل‌پرور، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر از این مقیاس برای اندازه‌گیری شدت هیجان منفی استفاده شد.

پرسشنامه حساسیت به تنبیه و حساسیت به پاداش: پرسشنامه حساسیت به تنبیه و حساسیت به پاداش^۱ (SPSRQ؛ تورویا، آویلا، مولتو و کاسراس، ۲۰۰۱) یک مقیاس خودسنجی ۴۸ سوالی است که شامل گویه‌هایی در مورد علایق و احساسات فرد است. گویه‌های فرد، حساسیت به تنبیه و گویه‌های زوج، حساسیت به پاداش را می‌سنجد. مقیاس حساسیت به تنبیه و نیز حساسیت به پاداش برای اولین بار توسط تورویا و توبنا^۲ (۱۹۸۴؛ به نقل از تورویا و همکاران، ۲۰۰۱) با هدف تدوین ابزاری برای اندازه‌گیری تفاوت‌های فردی در فعالیت نظام بازداری رفتاری^{۱۴} ساخته شد. هدف سازندگان این مقیاس، سنجش حساسیت‌پذیری افراد به پاداش و در نتیجه اندازه‌گیری فعالیت‌های نظام فعال‌ساز رفتاری بود. پرسشنامه مورد استفاده در این پژوهش تلفیقی از دو مقیاس ذکر شده است که توسط تورویا و همکاران (۲۰۰۱) ساخته شد. هدف از طراحی این پرسشنامه، سنجش هم‌زمان فعالیت هر دو نظام بازداری و فعال‌سازی رفتار بود و تفاوت‌های فردی در دو بعد نظریه گری^{۱۵} را ارزیابی می‌کند. این ابعاد شامل بعد اضطراب یا حساس بودن نسبت به تنبیه و بعد تکانشی بودن یا حساسیت به پاداش است. در این مقیاس، هر آزمودنی در هر گزینه می‌تواند نمره‌ای بین ۱ تا ۲ کسب کند و مجموع نمرات کل ۴۸ سوال، نمره‌ای بین ۴۸ تا ۹۶ است. طراحان

فقدان آگاهی هیجانی از ۰/۷۲ تا ۰/۸۶، برای فقدان شفافیت هیجانی از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰، و برای نمره کل مقیاس از ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ به‌دست آمد. این ضرایب همسانی درونی نسخه فارسی مقیاس دشواری تنظیم هیجان را تایید می‌کنند. روایی همگرا و افتراقی این مقیاس نیز در نمونه ایرانی مورد تایید قرار گرفت (بشارت، ۱۳۸۶، ۱۳۹۴). در این پژوهش از زیرمقیاس عدم‌پذیرش هیجان‌های منفی برای بررسی راهبرد تنظیم هیجان اجازه دادن استفاده شد.

مقیاس شدت عاطفی: مقیاس شدت عاطفی^۱ (AIM؛ لارسن و دینر، ۱۹۸۵) مقیاسی ۴۰ سوالی است و برای اندازه‌گیری شدت تجربه‌کردن هیجان‌های مثبت و منفی استفاده می‌شود. یک درجه‌بندی ۶ درجه‌ای برای اندازه‌گیری میزان موافقت وجود دارد (عریضی و گل‌پرور، ۱۳۸۵). لارسن و دینر (۱۹۸۵) آلفای کرونباخ مقیاس را ۰/۸۱ و پایایی مقیاس در طول زمان دو هفته را ۰/۶۱ گزارش کردند. علاوه بر این، فلت و هویت (۱۹۹۵) در پژوهشی برای بررسی روایی ملاکی^۲ این مقیاس، از ۶۱ بیمار روانپزشکی خواستند که دو مقیاس شدت عاطفی و پرسشنامه چندمحوری بالینی میلیون^۳ را تکمیل کنند. نتایج نشان داد که شدت عاطفی به‌طور مثبت با شاخص‌های شخصیت مرزی^۴ و شخصیت منفعل-پرخاشگر^۵ همبستگی دارد و به‌طور منفی با شخصیت تکانشگر-پیروی‌کننده^۶ همبستگی دارد. علاوه بر این، شدت عاطفی به‌طور معنادار با انواع اندازه‌های علایم مربوط به سازگاری ضعیف مانند نشانه‌های جسمی سازی^۷، هیپومانیا^۸، سو استفاده از الکل^۹ و تفکر سایکوتیک^{۱۰} رابطه دارد. برای سنجش پایایی این ابزار در ایران، از داده‌های خودگزارشی این مقیاس همراه با گزارش والدین و نیز دوستان دانشجویان در بین نمونه‌ای از افراد دانشجو استفاده شده است. پایایی نمره‌گذاری والدین و دوستان، رابطه مقیاس شدت عاطفه با مطلوبیت اجتماعی از طریق محاسبه

1. The Affect Intensity Measure (AIM)
2. criterion validity
3. Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI)
4. borderline personality
5. passive-aggressive personality
6. compulsive-conforming personality
7. somatoform
8. hypomania
9. alcohol abuse
10. psychotic thinking

11. Ahvaz Reality Distortion Inventory (ARDI)
12. Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire (SPSRQ)
13. Tobena, A.
14. behavioral inhibition
15. Gray's theory

پرسشنامه آگاهی بدنی: پرسشنامه آگاهی بدنی^۵ (BAQ)؛ شیدلز، مالوری و سیمون، ۱۹۸۹) تهیه شد. این پرسشنامه ۱۸ آیتم دارد و برای ارزیابی توجه خودگزارشی به فرایندهای بدنی نرمال غیروابسته به احساسات طراحی شده است. آیتم‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۹ درجه‌ای است و از اصلا در مورد من صدق نمی‌کند تا کاملا در مورد من صدق می‌کند درجه‌بندی شده است. شیدلز و همکاران (۱۹۸۹) همسانی درونی مقیاس را از طریق ضریب آلفا ۰/۸۲ گزارش کردند. پایایی بازآزمایی آن در فاصله دو هفته، قابل قبول بود ($r=0/80$). ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه آگاهی بدنی ۰/۸۸ در نمونه ایرانی به دست آمد (طاهری‌فر و همکاران، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر، این مقیاس برای اندازه‌گیری آگاهی بدنی از مولفه‌های راهبرد تنظیم هیجان توجه کردن استفاده شد.

پرسشنامه تجربه‌ها: پرسشنامه تجربه‌ها^۶ (EQ)؛ فرسکو و همکاران، ۲۰۰۷) شامل دو زیرمقیاس فاصله گرفتن^۸ و نشخوار فکری^۹ است. فرسکو و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهشی پژوهشی ساختار عاملی زیرمقیاس فاصله گرفتن این پرسشنامه را در جمعیت دانشجویی کارشناسی و بالینی بررسی کردند. نتایج نشان داد که سازه تک عاملی واحد فاصله گرفتن در هر دو نمونه وجود دارد. روایی همگرا و افتراقی این عامل رابطه منفی با نشانه‌های افسردگی، نشخوار فکری افسردگی، اجتناب تجربه‌ای^{۱۰} و تنظیم هیجان دارد. خصوصیات روانسنجی پرسشنامه تجربه‌ها در نمونه ایرانی نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ زیرمقیاس فاصله گرفتن ۰/۸۲ است (طاهری‌فر و همکاران، ۱۳۹۳). در این پژوهش از زیرمقیاس فاصله گرفتن برای اندازه‌گیری راهکار تنظیم هیجان فاصله گرفتن استفاده شد.

پرسشنامه راهبردهای تنظیم هیجان: پرسشنامه راهبردهای تنظیم هیجان^{۱۱} (ERQ)؛ گراس و جان، ۲۰۰۳) به منظور ارزیابی دو راهکار تنظیم هیجان شامل فرونشانی^{۱۲} و ارزیابی مجدد شناختی طراحی شده است. این پرسشنامه

اصلی برای بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه، آن را روی ۲۱۴۰ دانشجوی دوره کارشناسی اجرا کردند. ضریب آلفای کرونباخ برای سوال‌های حساسیت به پاداش برابر ۰/۷۶ و برای سوال‌های مربوط به حساسیت به تنبیه برابر ۰/۸۲ بود. پایایی این پرسشنامه در ایران با بررسی ۲۰۰ دانش‌آموز دختر مقطع دبیرستان دو ناحیه شهر شیراز و با استفاده از روش آلفای کرونباخ بررسی شد. نتایج نشان داد که ضریب پایایی برای سوال‌های حساسیت به تنبیه ۰/۷۴ و برای سوال‌های حساسیت به پاداش ۰/۷۰ است (سجادی، ۱۳۸۶)؛ به نقل از گودرزی و شاملی، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر از این مقیاس برای اندازه‌گیری حساسیت نسبت به تنبیه به عنوان مولفه سیستم انگیزشی ایمنی استفاده شد.

مقیاس کنترل توجه: مقیاس کنترل توجه^۱ (ACS)؛ دری‌بری و رید، ۲۰۰۲) یک مقیاس ۲۰ آیتمی خودگزارشی است که کنترل توجه را در دو حوزه ارزیابی می‌کند و شامل تمرکز کردن^۲، به معنای توانایی تداوم توجه بر یک تکلیف معین و جابجایی^۳ به معنای توانایی تخصیص مجدد^۴ توجه بر یک تکلیف جدید یا درگیر کردن توجه در چندین تکلیف است. هر آیتم روی مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای از ۱ (تقریبا هرگز) تا ۴ (همیشه) درجه‌بندی می‌شود که نمرات بالاتر نشان‌دهنده کنترل توجه بهتر هستند. نمره کل مقیاس کنترل توجه همسانی درونی کافی ($\alpha=0/86$) و هم‌چنین زیرمقیاس‌های تمرکز و جابجایی نیز همسانی درونی کافی، به ترتیب، $\alpha=0/82$ و $\alpha=0/75$ دارند. در ایران، مرادی (۱۳۹۱) مشخصات روانسنجی مقیاس کنترل توجه را در نمونه غیربالینی شامل ۱۹۰ نفر، ۲۰ فرد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و ۱۸ فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بررسی کرد. توانایی انعطاف کنترل فکر و تمرکز توجه ضریب آلفای خوب، به ترتیب برای گروه بالینی ۰/۸۱ و ۰/۷۸ و برای گروه غیربالینی، ۰/۷۴ و ۰/۷۳، و زیرمقیاس تغییر توجه ضریب آلفای متوسط، برای گروه بالینی ۰/۸۴ و برای گروه غیربالینی، ۰/۶۸ داشتند. این مقیاس برای اندازه‌گیری مولفه کنترل توجه از راهبرد تنظیم هیجان توجه کردن استفاده شد.

5. Body Awareness Questionnaire (BAQ)

6. non-emotive

7. Experiences Questionnaire (EQ)

8. decentering

9. rumination

10. experiential avoidance

11. Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)

12. suppression

1. Attentional Control Scale (ACS)

2. focusing

3. shifting

4. reallocate

تاشک (۱۳۹۰) مشابه نتایج گزارش شده در پژوهش بشارت (۱۳۸۷؛ به نقل از تاشک، ۱۳۹۰) است در این پژوهش، زیرمقیاس ارزیابی مجدد این پرسشنامه برای اندازه‌گیری راهبرد تنظیم هیجان ارزیابی مجدد استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول ۱، میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های شرکت‌کنندگان در متغیرهای شدت هیجان منفی، سیستم انگیزشی ایمنی، راهبردهای تنظیم هیجان شامل مولفه آگاهی بدنی، کنترل توجه، فاصله گرفتن، اجازه دادن و ارزیابی مجدد، پریشانی عمومی اضطراب و برانگیختگی اضطرابی ارائه شده است.

۱۰ گویه دارد. ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای فرونشانی ۰/۷۳ و پایایی بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است (گراس و جان، ۲۰۰۳). ضریب همسانی درونی این مقیاس در دانشگاه میلان، برای ارزیابی مجدد از ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ و برای فرونشانی ۰/۴۲ تا ۰/۶۳ به دست آمده است (بالزاروتی، جان و گراس، ۲۰۱۰؛ به نقل از علیلو، قاسم‌پور، عظیمی، اکبری و فهیمی، ۱۳۹۱). در ایران، بشارت (۱۳۸۷؛ به نقل از تاشک، ۱۳۹۰) مشخصات روانسنجی این پرسشنامه را به دست آورده است. در پژوهش تاشک (۱۳۹۰) آلفای کرونباخ مقیاس ارزیابی مجدد ۰/۸۷ و مقیاس فرونشانی ۰/۹۰ به دست آمد. در تحلیل عاملی تاییدی نیز شاخص‌های برازش قابل قبول به دست آمد. نتایج به دست آمده در مورد شاخص‌های این ابزار در پژوهش

جدول ۱

میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های شرکت‌کنندگان در متغیرهای شدت هیجان منفی، سیستم انگیزشی ایمنی، راهبردهای تنظیم هیجان، پریشانی عمومی اضطراب و برانگیختگی اضطرابی

متغیر	M	SD
شدت هیجان منفی	۳۸/۳۳	۵/۷
سیستم انگیزشی ایمنی	۳۴/۸۸	۴/۸
راهبرد تنظیم هیجان توجه کردن (مولفه آگاهی بدنی)	۷۹/۳۳	۱۸/۵۶
راهبرد تنظیم هیجان توجه کردن (مولفه کنترل توجه)	۵۰/۹۴	۷
راهبرد تنظیم هیجان اجازه دادن	۲۰/۴۱	۶/۱۷
راهبرد تنظیم هیجان فاصله گرفتن	۳۵/۹۲	۸/۱۸
راهبرد تنظیم هیجان ارزیابی مجدد	۲۵/۸۴	۶/۹۷
پریشانی عمومی اضطراب	۲۶/۴	۱۰/۰۹
برانگیختگی اضطرابی	۳۴/۵۱	۱۶/۱۲

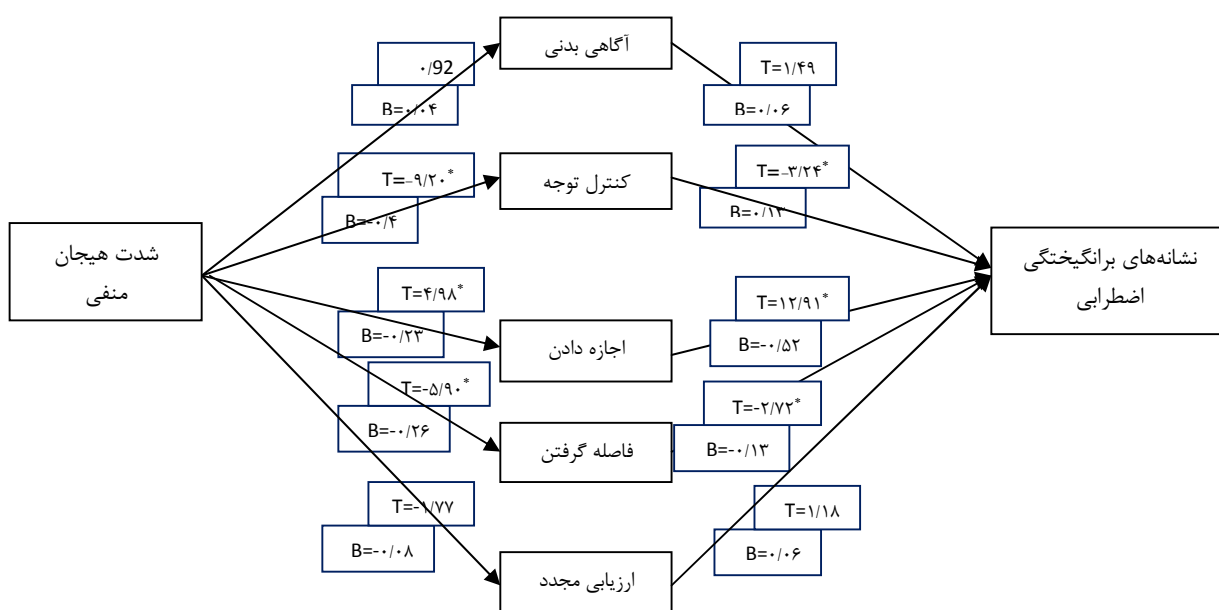
برانگیختگی اضطرابی رابطه منفی داشتند. هم‌چنین، با توجه به همبستگی بالا میان زیرمقیاس پریشانی عمومی اضطراب و برانگیختگی اضطرابی، به نظر می‌رسد که هر دو زیرمقیاس در حال اندازه‌گیری یک سازه هستند. بنابراین در بخش نشانه‌های اضطرابی مدل تحلیل مسیر، صرفاً به گزارش نتایج زیرمقیاس برانگیختگی اضطرابی اکتفا شد.

به منظور آزمون فرضیه‌های اول تا سوم، ماتریس ضرایب همبستگی متغیرها در جدول ۲ گزارش شده است. نتایج آزمون همبستگی نشان داد که شدت هیجان منفی و سیستم انگیزشی ایمنی رابطه مثبتی با پریشانی عمومی اضطراب و برانگیختگی اضطرابی داشتند. از بین راهبردهای تنظیم هیجان، مولفه کنترل توجه از راهبرد توجه کردن و راهبرد تنظیم هیجان اجازه دادن با پریشانی عمومی اضطراب و

جدول ۲

ماتریس ضرایب همبستگی متغیرهای شدت هیجان منفی، سیستم انگیزشی ایمنی، راهبردهای تنظیم هیجان، پریشانی عمومی اضطراب و برانگیختگی اضطرابی

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱- شدت هیجان منفی	---								
۲- سیستم انگیزشی ایمنی	۰/۳۸**	---							

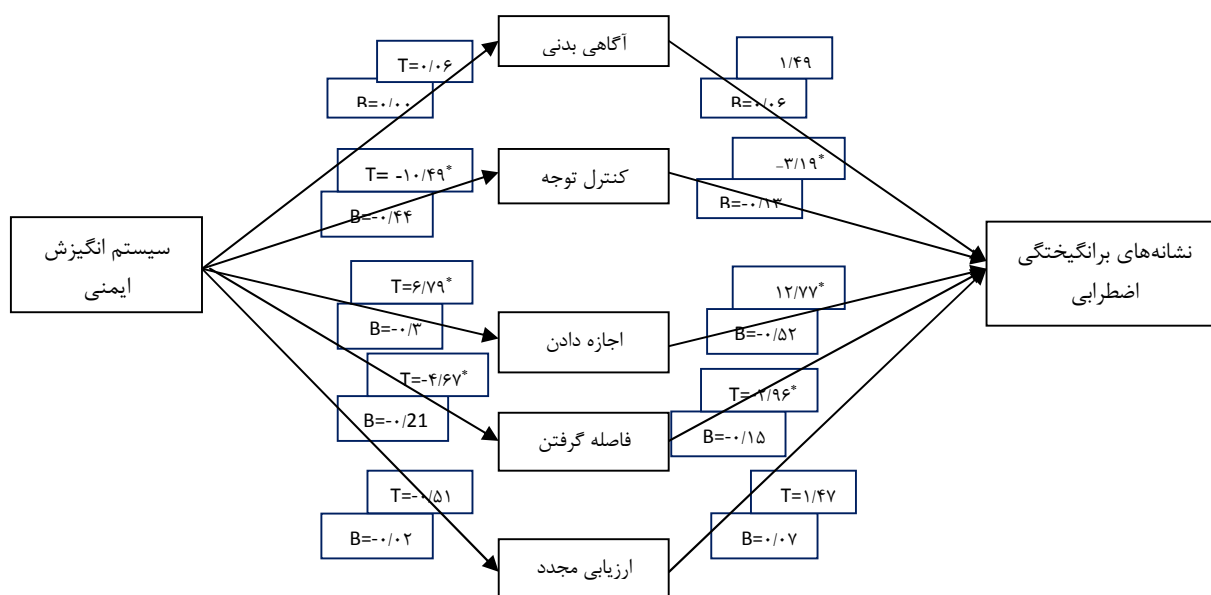


شکل ۱

مدل آزمون شده نقش واسطه‌ای نارسانظیم‌گری راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه شدت هیجان منفی با نشانه‌های برانگیختگی اضطرابی

اساس نتایج تحلیل مسیر، ضریب مسیر سیستم انگیزشی ایمنی به آگاهی بدنی و ارزیابی مجدد، ضریب مسیر آگاهی بدنی به نشانه‌های برانگیختگی اضطرابی، و ضریب مسیر ارزیابی مجدد به نشانه‌های برانگیختگی اضطرابی غیرمعنادار شدند. سایر ضریب‌های مسیر معنادار شدند.

شکل ۲، ضرایب استاندارد مسیره‌ها برای مدل فرضی نقش واسطه‌ای نارسانکنش‌وری راهبردهای تنظیم هیجان توجه کردن (شامل آگاهی بدنی و کنترل توجه)، اجازه دادن، فاصله گرفتن و ارزیابی مجدد، در رابطه بین سیستم انگیزشی ایمنی با نشانه‌های برانگیختگی اضطراب را نشان می‌دهد. بر



شکل ۲

مدل آزمون شده نقش واسطه‌ای نارسانظیم‌گری راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه سیستم انگیزشی ایمنی با نشانه‌های برانگیختگی اضطرابی

کردن احساس‌های منفی مانند ترس، اضطراب، ناکامی و غم در پاسخ به این سرنخ‌ها است.

هم‌چنین، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین مولفه کنترل توجه از راهبرد تنظیم هیجان توجه کردن و راهبرد تنظیم هیجان اجازه دادن با نشانه‌های برانگیختگی اضطراب رابطه منفی معنادار، بین مولفه ارزیابی مجدد با نشانه‌های برانگیختگی اضطراب رابطه مثبت معنادار و بین مولفه آگاهی‌بدنی از راهبرد تنظیم هیجان توجه کردن رابطه مثبت معنادار وجود دارد. راهبرد تنظیم هیجان فاصله‌گرفتن رابطه معناداری با نشانه‌های برانگیختگی اضطراب نداشت.

مولفه کنترل توجه از راهبرد تنظیم هیجان توجه کردن، رابطه منفی معنادار با اضطراب داشت. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که رابطه علی معناداری میان سوگیری توجه^۷ و اضطراب وجود دارد (الدار، ریکون و بارهیم^۸، ۲۰۰۸؛ متیوز و مک‌لود^۹، ۲۰۰۲؛ به نقل از پرگمین-هایت، نیم، بیکرمنز-کرنبرگ، ون ایزن‌دورن و بار-هایم، ۲۰۱۵) و در این راستا، مشخص شده است که تکنیک آموزش توجه موجب کاهش اضطراب می‌شود (پاپاگورجیو و ولز^{۱۰}، ۱۹۹۸؛ ولز، ۱۹۹۰؛ ولز، وایت و کارتر^{۱۱}، ۱۹۹۷؛ به نقل از فرگوس، ولس و رایت، ۲۰۱۴). درکل، مشاهدات تاییدشده^{۱۲} نشان می‌دهد که اضطراب بالا و اختلال‌های اضطرابی بالینی، با سوگیری توجه همراه هستند (مک‌لود و کلارک، ۲۰۱۵) که این نتایج هم‌راستا با نتیجه پژوهش حاضر است.

رابطه مثبت به‌دست آمده بین مولفه آگاهی‌بدنی از راهبرد تنظیم هیجان توجه کردن با نشانه‌های اضطرابی، هم‌راستا با پژوهش‌های پیشین است. شیلدز و سیمون (۱۹۹۱) نشان دادند که بین آگاهی‌بدنی و نشانه‌های هیجان اضطراب رابطه مثبت پایین وجود دارد. هم‌چنین، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افرادی که دقت درونی بیشتری بر بدن و حس‌های درونی خود دارند، برانگیختگی بیشتری دارند (اهلرز و برویر^{۱۳}، ۱۹۹۲؛ زولنر و کراسک^{۱۴}، ۱۹۹۹؛ به نقل از دان، استفانوویچ، اوانز، اولیور، هاوکینز و همکاران، ۲۰۱۰). در واقع، به نظر

به طور کلی، نتیجه تحلیل‌ها نشان داد ضریب‌های مسیر راهبردهای تنظیم هیجان کنترل توجه (بخشی از توجه کردن)، اجازه دادن و فاصله‌گرفتن معنادار هستند و می‌توانند موجب کاهش نشانه‌های اضطرابی شوند. اما مولفه آگاهی‌بدنی از راهبرد تنظیم هیجان توجه کردن و راهبرد تنظیم هیجان ارزیابی مجدد در این دو مدل معنادار نبودند.

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین شدت هیجان منفی و سیستم انگیزشی ایمنی با نشانه‌های برانگیختگی اضطرابی رابطه مثبت معنادار وجود دارد. کلنک و همکاران (۲۰۱۱) نیز بر این باور هستند که نارساکنش‌وری سیستم انگیزشی ایمنی که آنها آن را در مدل خود، سیستم پیشگیری^۱ می‌نامند با نشانه‌های اضطرابی مرتبط است و موجب آسیب‌پذیری^۲ بیشتری برای ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌شود. علاوه بر این، این یافته هم‌راستا با دیدگاه منین و فرسکو (۲۰۱۳) است که معتقدند غلبه یکی یا هر دو سیستم انگیزشی، سطوح شدت هیجان ذهنی^۳ و پریشانی همراه با آن را افزایش می‌دهد. یافته‌های اولیه نیز از نقش نارساکنش‌وری انگیزشی (کمپل-سیلز، لایورانت^۴ و برون، ۲۰۰۴؛ به نقل از فرسکو و همکاران، ۲۰۱۳) و شدت هیجان ذهنی (منین و همکاران، ۲۰۰۷) در اختلال اضطراب فراگیر حمایت می‌کنند. بنابراین، از دیدگاه منین و فرسکو (۲۰۱۳) یک امکان این است که پریشانی مربوط به این اختلال نشان‌دهنده تمایل ارثی^۵ برای غلبه هیجان بالا است که مرتبط با نیروهای^۶ انگیزشی مانند نیاز به اجتناب از تهدید است. علاوه بر این، پژوهش ترک، هایمبرگ، لوترک، منین و فرسکو (۲۰۰۵) نشان داد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، شدت هیجان بالاتری نسبت به گروه کنترل و گروه اختلال اضطراب اجتماعی دارند. گری (۱۹۹۰) نیز بر این باور است که سیستم انگیزشی بازداری رفتاری که مشابه سازه انگیزش ایمنی در پژوهش حاضر است، مسوول تجربه

7. attentional bias

8. Eldar, S., Ricon, T., & Bar-Haim, Y.

9. Mathews, A., & MacLeod, C.

10. Papageorgiou, C., & Wells, A.

11. White, J., & Carter, K. E. P.

12. well-established

13. Ehlers, A., & Breuer, P.

14. Zoellner, L. A., & Craske, M. G.

1. prevention system

2. vulnerability

3. subjective emotional intensity

4. Liverant, G. I.

5. dispositional

6. impetuses

رابطه ندارد. اما اکثر پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ارزیابی مجدد رابطه منفی با نشانه‌های اضطرابی دارد. به عنوان مثال، پژوهش هافمن و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که راهکار تنظیم هیجان ارزیابی مجدد به اندازه راهبرد تنظیم هیجان پذیرش، می‌تواند به طور موفقیت‌آمیزی برانگیختگی جسمانی اضطراب را تعدیل کند. هم‌چنین، بیان می‌شود که استفاده کمتر از ارزیابی مجدد با افسردگی، اضطراب و نشانه‌های مرتبط با استرس بعد از واقعه آسیب‌زا^۳ رابطه دارد (آمستادتر^۴، ۲۰۰۸؛ جورمن و گتلیب^۵، ۲۰۱۰ به نقل از میر و همکاران، ۲۰۱۲).

هم‌چنین، پژوهش فرسکو و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که مولفه فاصله گرفتن رابطه منفی با نشانه‌های اضطرابی برانگیختگی اضطراب دارد. در این راستا، منین و فرسکو (۲۰۱۳الف) نیز بر این باور هستند که با کمک راهبرد تنظیم هیجان فاصله گرفتن، می‌توان میزان اضطراب فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را در درمان تنظیم هیجان کاهش داد، اما نتیجه پژوهش حاضر در ماتریس همبستگی نشان داد که فاصله گرفتن رابطه معناداری با نشانه‌های اضطراب ندارد. در نهایت، تحلیل مسیر که برای آزمون مدل نارسا تنظیم‌گری هیجان (منین و فرسکو، ۲۰۱۳الف) انجام شد، نشان داد که این مدل به‌طور نسبی تایید می‌شود. به این ترتیب که نقش واسطه‌ای مولفه کنترل توجه از راهبرد تنظیم هیجان توجه‌کردن و راهبرد های تنظیم هیجان فاصله گرفتن و اجازه‌دادن، در رابطه بین شدت هیجان منفی و سیستم انگیزشی ایمنی با نشانه‌های برانگیختگی اضطراب معنادار است. اما نقش واسطه‌ای مولفه آگاهی بدنی از راهبرد تنظیم هیجان توجه‌کردن و راهبرد تنظیم هیجان ارزیابی مجدد در این رابطه معنادار نشد.

در بخش اول مدل نارسا تنظیم‌گری هیجان، شدت هیجان بالا و نارساکنش‌وری انگیزش ایمنی، به عنوان آسیب‌پذیری برای ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر فرض شده است. این دو متغیر در بسیاری از نظریه‌ها و مدل‌های معروف روانشناسی، در قالب اصطلاحات دیگری مانند اجتناب از آسیب^۶،

می‌رسد اگرچه پرسشنامه آگاهی بدنی برای ارزیابی آگاهی بدنی نرمال به وجود آمد، یعنی سبکی از آگاهی بدنی که در ذهن آگاهی^۱ از آن استفاده می‌شود، اما نتایج نشان می‌دهد که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک آگاهی بدنی بهنجار و نابهنجار از یکدیگر نیست (شیلدز و سیمون، ۱۹۹۱؛ واتکینز و تیزدل، ۲۰۰۴). در نتیجه، ممکن است یکی از دلایل نتیجه به‌دست آمده این باشد که این پرسشنامه، آگاهی بدنی نابهنجار را اندازه می‌گیرد و سازه مورد نظر این پژوهش را به درستی اندازه نگرفته است.

راهبرد تنظیم هیجان اجازه دادن یا پذیرش، در پژوهش‌های مختلف رابطه منفی با نشانه‌های اضطرابی داشته است. در واقع پذیرش سبب می‌شود که فرد نسبت به تجربه‌ها و تمایلات درونی خود گشوده باشد تا در تماس با آن تجربه‌هایی قرار بگیرد که احتمالاً ناخوشایند هستند (کمپل سیلز، بارلو، برون و هافمن، ۲۰۰۶). در سال‌های اخیر، علاقه‌مندی روبه رشدی برای وارد کردن مولفه پذیرش در درمان‌های مربوط به اضطراب و افسردگی به وجود آمده است و نتایج امیدبخشی نیز دیده شده است. چندین پژوهش نشان داده‌اند که پذیرش هیجان‌ها پیامدهای خوبی در افراد مبتلا به اختلال‌های روانشناختی دارد (کمپل سیلز و همکاران، ۲۰۰۶؛ هیز و همکاران، ۱۹۹۹). هم‌چنین، پژوهش هافمن، هیرینگ، ساویر و اسنانی (۲۰۰۹) نیز نشان داد که راهبرد تنظیم هیجان پذیرش، به‌طور موفقیت‌آمیزی برانگیختگی جسمانی اضطراب را در موقعیت اضطراب برانگیز آزمایش تعدیل می‌کند. این نتایج هم‌سو با نتیجه به‌دست آمده در پژوهش حاضر است.

هم‌راستا با رابطه مثبت به‌دست آمده بین ارزیابی مجدد با نشانه‌های اضطرابی در این پژوهش، نولن-هوکسما (۲۰۰۰؛ به نقل از عباسی، ۱۳۹۱) در پژوهشی نشان داد که ارزیابی مجدد ممکن است باعث تداوم حالات هیجانی منفی شود. هم‌چنین پژوهش دیگری نشان داد که استفاده از ارزیابی مجدد، منجر به پیامدهای غیرانطباقی بر خلق فرد می‌شود (مور، زلنر و نلنهل^۲، ۲۰۰۸؛ به نقل از عباسی، ۱۳۹۱). از سوی دیگر، پژوهش میر و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که ارزیابی مجدد با تجربه‌های هیجانی مطلوب و خوشایند

3. trauma

4. Amstadter, A.

5. Joormann, J., & Gotlib, I. H.

6. harm avoidance

1. mindfulness

2. Moore, S. A., Zoellner, L. A., & Mollenholt, N.

ویژه، نتایج یک فراتحلیل در حوزه تنظیم هیجان که جزء معدود فراتحلیل‌های انجام شده در این حوزه است، نشان می‌دهد در رابطه میان راهبردهای تنظیمی و آسیب‌شناسی روانی، راهبرد ارزیابی مجدد اندازه اثر کم تا متوسط دارد که این نتیجه برای پژوهشگران شگفت‌آور بوده است (آلدائو و همکاران، ۲۰۱۰). از سوی دیگر، پژوهش آلدائو و نولن-هوسکما (۲۰۱۲) نشان داد که راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان مانند ارزیابی مجدد در یک رابطه آینده‌نگر، نشانه‌های های آسیب‌شناسی روانی را پیش‌بینی نمی‌کنند.

نکته دیگر آن است که تا به حال پژوهش‌های اندکی بیش از یک راهبرد تنظیم هیجان را به طور همزمان بررسی کرده‌اند (آلدائو و همکاران، ۲۰۱۰؛ دی آوانزاتو، جورمن، سیمر و گوتلیب، ۲۰۱۳). هم‌چنین، تا به حال این راهبردهای تنظیم هیجان در یک مدل و در کنار یکدیگر بررسی نشده‌اند. بنابراین، به نظر می‌رسد وقتی تمام این راهبردها به طور همزمان وارد مدل می‌شوند اهمیت ارزیابی مجدد در مقایسه با سایر راهبردها در ابتلا به نشانه‌های اضطرابی، کمتر است. تبیین دیگر این است که طبق نظر آلدائو و نولن-هوسکما (۲۰۱۰) راهبردهای انطباقی مانند ارزیابی مجدد، رابطه ضعیف‌تری با آسیب‌شناسی روانی نشان می‌دهند زیرا استفاده از آنها وابسته به بافتار^۷ است. بنابراین، در کل نتایج تحلیل مسیر در جمعیت غیربالینی دانشجویان نشان می‌دهد که مدل نارسان تنظیم‌گری هیجان (منین و فرسکو، ۲۰۱۳ الف) از نظر آماری به طور نسبی مورد تایید قرار می‌گیرد.

شایان ذکر است یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که این مدل روی جمعیت بالینی اختلال اضطراب فراگیر بررسی نشده است که لازم است در گام‌های بعدی مدنظر قرار گیرد. محدودیت دیگر این پژوهش جمعیت دانشجویی است. بنابراین، تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها و جمعیت بالینی باید با احتیاط صورت گیرد. از سوی دیگر، پژوهش حاضر از نوع همبستگی است و بنابراین لازم است که با تکرار پژوهش حاضر و با رفع محدودیت‌های فعلی، به نتایج دقیق‌تری دست یافت. هم‌چنین، محدودیت دیگر این پژوهش، نوع روش نمونه‌گیری است که از نوع در دسترس بود.

نورزگرایی، اضطراب صفت^۱، بازداری رفتاری و عاطفه‌پذیری منفی^۲، به عنوان آسیب‌پذیری غیراختصاصی نسبت به تمام اختلال‌های اضطرابی و احتمالاً افسردگی تک‌قطبی و افسرده‌خویی^۳ در نظر گرفته شده‌اند (بارلو و همکاران، ۲۰۱۴؛ زینبارگ و بارلو، ۱۹۹۶؛ کارل، گالاگر، سایر-زاوالا، بنتلی و بارلو، ۲۰۱۴). نتایج پژوهش حاضر نیز هم‌راستا با این پژوهش‌ها و مدل‌ها است.

در بخش دوم مدل، براساس نظر منین و فرسکو (۲۰۱۳ الف) این آسیب‌پذیری غیراختصاصی در ترکیب با واسطه‌گری نارسان تنظیم‌گری راهبردهای تنظیم هیجان، در نهایت موجب ابتلای فرد به نشانه‌های اضطرابی و اختلال اضطراب فراگیر می‌شوند. همان‌طور که نتایج تحلیل مسیر نشان داد، راهبرد تنظیم هیجان اجازه دادن، بیشتر از سایر راهبردهای تنظیم هیجان، رابطه منفی با نشانه‌های اضطرابی داشت که نشان‌دهنده اهمیت این راهبرد تنظیم هیجان و نارسان تنظیم‌گری آن در ایجاد نشانه‌های اضطرابی است. این نتیجه، هم‌سو با مدل درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش^۴ است که پیش‌بینی می‌کند پذیرش یا همان اجازه دادن، با برانگیختگی ذهنی و فیزیولوژیک کمتری همراه خواهد بود و موفق‌ترین تکنیک تنظیم هیجان در مدیریت اضطراب است (رومر و ارزیلو^۵، ۲۰۰۲؛ به نقل از هافمن و همکاران، ۲۰۰۹). هم‌چنین معنادار شدن نقش واسطه‌ای راهبرد تنظیم هیجان فاصله گرفتن، اجازه دادن و کنترل توجه نیز هم‌راستا با پژوهش‌های پیشین است (کمپل-سیلز و همکاران، ۲۰۰۶؛ ماگ و بردلی، ۲۰۰۵؛ هیز و همکاران، ۱۹۹۹). اما نکته قابل تامل، معنادار نشدن راهبرد ارزیابی مجدد بود. راهبرد تنظیم هیجان ارزیابی مجدد بارها در پژوهش‌های پیشین به عنوان راهبرد انطباقی مطرح شده است و نارسان تنظیم‌گری آن با ابتلا به اختلال‌های اضطرابی مرتبط بوده است (گراس، ۱۹۹۸؛ منین و فرسکو، ۲۰۱۳ الف). اما، بخش کوچکی از ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که رابطه ارزیابی مجدد با اختلال‌های اضطرابی معنادار نیست (آلدائو و نولن-هوسکما، ۲۰۱۰؛ آلدائو و نولن-هوسکما، ۲۰۱۲؛ عباسی، ۱۳۹۱). به

1. trait anxiety
2. negative affectivity
3. dysthymia
4. acceptance and commitment therapy
5. Roemer, L., & Orsillo, S. M.

6. prospective
7. context dependent

مراجع

- بشارت، م. ع. (۱۳۸۶). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس دشواری تنظیم هیجان. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
- بشارت، م. ع. (۱۳۹۴). بررسی پایایی، روایی و تحلیل عاملی مقیاس دشواری تنظیم هیجان. *روانشناسی معاصر*، زیر چاپ.
- بشارت، م. ع.، زاهدی تجربی، ک.، و نوربالا، ا. ع. (۱۳۹۲). مقایسه ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران جسمانی‌سازی، بیماران اضطرابی و افراد عادی. *روانشناسی معاصر*، ۸، ۱۶-۳.
- بشارت، م. ع.، محمدی حسینی‌نژاد، ا.، و غلامعلی لواسانی، م. (۱۳۹۳). نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین ناگویی هیجانی، خشم و نشخوار خشم با سبک‌های دفاعی من. *روانشناسی معاصر*، ۹، ۴۸-۲۹.
- تاشک، آ. (۱۳۹۰). بررسی مدل خودتنظیم‌گری سازگاری با درد در بیماران سرطانی: نقش برون‌گرایی، نوروزگرایی، راهبردهای تنظیم هیجان و مقابله. رساله دکتری تخصصی روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.
- حسینی، ج. و میرآقایی، ع. م. (۱۳۹۱). رابطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با ایده‌پردازی خودکشی. *روانشناسی معاصر*، ۷، ۷۲-۶۱.
- شمسی‌پور، ح.، بشارت، م. ع.، بهرامی‌احسان، ه.، رجب، ا. ا.، رمضانی‌مقدم، س.، و جعفریزدی، ح. (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای رفتارهای مرتبط با سلامت، استرس مزمن و علائم افسردگی در رابطه بین آسیب‌پذیری روانشناختی و سندرم متابولیک. *روانشناسی معاصر*، ۱۰، ۲۲-۳.
- طاهری فر، ز.، فردوسی، س.، موتابی، ف.، مظاهری، م. ع.، و فتی، ل. (۱۳۹۳). مشخصات روانسنجی پرسشنامه نشانه خلقی و
- اضطرابی-فرم کوتاه، پرسشنامه آگاهی بدنی و پرسشنامه تجربه‌ها. دست‌نوشته چاپ نشده، دانشگاه شهید بهشتی.
- عباسی، ا. (۱۳۹۱). مقایسه مولفه‌های فراتشخیصی در اختلال اضطراب فراگیر، اختلال افسردگی تک‌قطبی و جمعیت غیربالینی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- عریضی، ح. ر.، و گل‌پرور، م. (۱۳۸۵). تفاوت افراد دارای هیجان‌های بالا و پایین در عملیات شناختی، تجرید گزینشی، شخصی‌سازی و تعمیم‌دهی افراطی. *پژوهش‌های روانشناختی*، ۹، ۳۲-۱۱.
- علیلو، م. م.، قاسم‌پور، ع.، عظیمی، ز.، اکبری، ا.، و فهیمی، ص. (۱۳۹۱). نقش راهبردهای تنظیم هیجانی در پیش‌بینی صفات شخصیت مرزی. *اندیشه و رفتار*، ۲۴، ۱۸-۹.
- گودرزی، م. ع.، و شاملی، ل. (۱۳۸۹). پیش‌بینی سبک‌های هویت بر اساس حساسیت نسبت به پاداش و تنبیه. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۴، ۹۵-۸۱.
- محمدی، م. ر.، باقری یزدی، س. ع.، رهگذر، م.، مسگرپور، ب.، بهنام، ب.، ایمانی، ا. و همکاران (۱۳۸۲). همه‌گیری‌شناسی اختلالات روان‌پزشکی در استان سمنان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان*، ۵، ۱۷-۷.
- مرادی، م. (۱۳۹۱). رابطه میان کنترل توجه و افکار مداخله‌گر در اختلال وسواسی-اجباری، اختلال اضطراب فراگیر و جمعیت غیربالینی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- نوربالا، ا. ع.، باقری یزدی، س. ع.، اسدی لاری، م.، و واعظ مهدوی، م. ر. (۱۳۸۹). وضعیت سلامت روان افراد ۱۵ ساله و بالاتر شهر تهران. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۶، ۴۸۳-۴۷۹.

References

- Aldao, A., & Mennin, D. S. (2012). Paradoxical cardiovascular effects of implementing adaptive emotion regulation strategies in generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 122-130.
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 974-983.
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology? *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 276-281.
- Aldao, A., Mennin, D. S., Linardatos, E., & Fresco, D. M. (2010). Differential patterns of physical symptoms and subjective processes in generalized anxiety disorder and unipolar depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 250-259.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychotherapy: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: Author.
- Aupperle, R. L., & Paulus, M. P. (2010). Neural systems underlying approach and avoidance in anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12, 517-531.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Sauer-Zavala, S., Bullis, J. R., & Carl, J. R. (2014). The Origins of Neuroticism. *Perspectives on Psychological Science*, 9, 481-496.
- Boisseau, C. L., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., & Barlow, D. H. (2010). The development of the unified protocol for the transdiagnostic treatment for emotional

- disorders: A case Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 102-113.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1251-1263.
- Carl, J. R., Gallagher, M. W., Sauer-Zavala, S. E., Bentley, K. H., & Barlow, D. H. (2014). A preliminary investigation of the effects of the unified protocol on temperament. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 1426-1434.
- Chambers, R., Gullone, E., & Allen, N. B. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 29, 560-572.
- Cox, B. J., Wessel, I., Norton, G. R., Swinson, R. P., & Diefenbach, D. M. (1995). Publication trends in anxiety disorders research. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 531-538.
- D'Avanzato, C., Joormann, J., Siemer, M., & Gotlib, I. H. (2013). Emotion regulation in depression and anxiety: Examining diagnostic specificity and stability of strategy use. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 968-980.
- Derryberry, D., & Reed, M. A. (2002). Anxiety-related attentional biases and their regulation by attentional control. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 225-236.
- Dugas, M. J. (2000). Generalized anxiety disorder publications? So where do we stand? *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 31-40.
- Dunn, B. D., Stefanovitch, I., Evans, D., Oliver, C., Hawkins, A., Dalgleish, T. (2010). Can you feel the beat? Interoceptive awareness is an interactive function of anxiety and depression specific symptom dimensions. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 1133-1138.
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., et al. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 43, 666-678.
- Fergus, T. A., Wheless, N. E., & Wright, L. C. (2014). The attention training technique, self-focused attention, and anxiety: A laboratory-based component study. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 150-155.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (1995). Criterion validity and psychometric properties of Affect Intensity Measure in psychiatric sample. *Personality and Individual Differences*, 19, 589-591.
- Fresco, D. M., Moore, M. T., van Dulmen, M., Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Ma, H., et al. (2007). Initial psychometric properties of the Experiences Questionnaire: Validation of a self-report measure of decentering. *Behavior Therapy*, 38, 234-246.
- Fresco, D., Mennin, D. S., Heimberg, R. G., & Ritter, M. (2013). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20, 282-300.
- Gould, R. A., Safran, S. A., Washington, D. D., & Otto, M. W. (2004). A meta-analytic review of cognitive behavioral treatments. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & Q. D. S. & Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder* (pp. 248-264). New York: Guilford.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Gray, J. A. (1990). Brain systems that mediate both emotion and cognition. *Cognition and Emotion*, 4, 269-288.
- Gray, J. A., & McNaughton, N. (2000). *The neuropsychology of anxiety*. New York, NY: Oxford University Press.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- 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.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Higgins, E. T. (1997). Beyond pleasure and pain. *American Psychologist*, 52, 1280-1300.
- Hofmann, S. G., Heering, S., Sawyer, A. T., & Asnaani, A. (2009). How to handle anxiety: The effects of reappraisal, acceptance, and suppression strategies on anxious arousal. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 389-394.
- Hughes, A. A., Heimberg, R. G., Coles, M. E., Gibb, B. E., Liebowitz, M. R., & Schneier, F. R. (2006). Relations of the factors of the tripartite model of anxiety and depression to types of social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1629-1641.
- Kessler, R., Walters, E. E., & Wittchen, H. U. (2004). The epidemiology of generalized anxiety disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: advances in research and practice* (pp. 29-50). New York: Guilford Press.
- Kessler, R. C., Brandenburg, N., Lane, M., Roy-Byrne, P., Stang, P. D., Stein, D. J., et al. (2005). Rethinking the duration requirement for generalized anxiety disorder: Evidence from the national Comorbidity survey replication. *Psychological Medicine*, 35, 1073-1082.
- Klenk, M. M., Strauman, T. J., & Higgins, E. T. (2011). Regulatory focus and anxiety: A self-regulatory model of GAD-depression comorbidity. *Personality and Individual Differences*, 50, 935-943.

- Larsen, R. J., & Diener, E. (1985). A multitrait-multimethod examination of affect structure: Hedonic level and emotional intensity. *Personality and Individual Differences, 6*, 631-636.
- Llera, S. J., & Newman, M. G. (2010). Effects of worry on physiological and subjective reactivity to emotional stimuli in generalized anxiety disorder and nonanxious control participants. *Emotion, 10*, 640-650.
- MacLeod, C., & Clarke, P. J. F. (2015). The attentional bias modification approach to anxiety intervention. *Clinical Psychological Science, 3*, 58-78.
- Mehling, W. E., Gopisetty, V., Daubenmier, J., Price, C. J., Hecht, F. M., & Stewart, A. (2009). Body awareness: Construct and self-report measures. *PLoS ONE, 4*, 1-18.
- Mennin, D. S. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 11*, 17-29.
- Mennin, D. S. (2006). Emotion regulation therapy: An integrative approach to treatment-resistant anxiety disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 36*, 95-105.
- Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2013a). *Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder*. Unpublished manual.
- Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2013b). Emotion regulation therapy. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 469-490). New York, NY: Guilford.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1281-1310.
- 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.
- Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., & Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behaviour Therapy, 38*, 284-302.
- Meyer, T., Smeets, T., Giesbrecht, T., & Merckelbach, H. (2012). The efficiency of reappraisal and expressive suppression in regulating everyday affective experiences. *Psychiatry Research, 200*, 964-969.
- Mogg, K., & Bradley, B. P. (2005). Attentional bias in generalized anxiety disorder versus depressive disorder. *Cognitive Therapy and Research, 29*, 29-45.
- Pergamin-Hight, L., Naim, R., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Bar-Haim, Y. (2015). Content specificity of attention bias to threat in anxiety disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 35*, 10-18.
- Roy-Byrne, P. P., & Wagner, A. (2004). Primary care perspectives on generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*, 20-26.
- Samoilov, A., & Goldfried, M. R. (2000). Role of emotion in cognitive-behavior therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7*, 373-385.
- Shields, S. A., & Simon, A. (1991). Is awareness of bodily change in emotion related to awareness of other bodily processes? *Journal of Personality Assessment, 57*, 96-109.
- Shields, S. A., Mallory, M.E., & Simon, A. (1989). The Body Awareness Questionnaire: Reliability and validity. *Journal of Personality Assessment, 53*, 802-815.
- Soler, J., Franquesa, A., Feliu-Soler, A., Cebolla, A., Garcia-Campayo, J., Tejedor, R., et al. (2014). Assessing decentering: Validation, psychometric properties and clinical usefulness of the Experiences Questionnaire in a Spanish sample. *Behavior Therapy, 45*, 863-871.
- Stapinski, L. A., Abbott, M. J., & Rapee, R. M. (2010). Evaluating the cognitive avoidance model of generalised anxiety disorder: Impact of worry on threat appraisal, perceived control and anxious arousal. *Behaviour Research and Therapy, 48*, 1032-1040.
- Torrubia, R., Avila, C., Molto, J., & Caseras, X. (2001). The Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire as a measure of Gray's anxiety and impulsivity dimensions. *Personality and Individual Differences, 31*, 837-862.
- 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.
- Watkins, E., & Teasdale, J. D. (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of Affect Disorders, 82*, 1-8.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1991). *The mood and anxiety symptom questionnaire*. Unpublished manuscript, University of Iowa City.
- Watson, D., Weber, K., Assenheimer, J. M., Clark, L., Strauss, M. E., & McCormick, R. A. (1995). Testing a tripartite model: Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 3-14.
- Werner, K., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and Psychopathology. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion Regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp.13-37). New York: The Guilford Press.
- Zinbarg, R. E., & Barlow, D. H. (1996). Structure of anxiety and the anxiety disorders: A hierarchical model. *Journal of Abnormal Psychology, 105*, 181-193.