

Comparison of Cognitive Emotion Regulation Strategies and Understanding Emotions in Obsessive Compulsive, Generalized Anxiety, and Social Anxiety Disorders

Azam Davoodi. Ph.D Student

General Psychology, Islamic Azad University of Isfahan (khorasgan)

Hamid Taher Neshat Doost. Ph.D.

Academic member, Islamic Azad University of Isfahan (khorasgan)

Mohammad Reza Abedi. Ph.D.

Academic member, University of Isfahan

Hooshang Talebi. Ph.D.

Academic member, University of Isfahan

Abstract

The purpose of the present study was to compare the cognitive emotion regulation strategies and understanding emotions in obsessive compulsive disorder, generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and normal people. The research method was causal-comparative. The statistical population were all male and female patients with the disorders mentioned, in private psychiatric centers in Shiraz (2012 and 2013). 300 patients (100 patients in each disorder group) were selected through available sampling method. 100 people from those who accompanied patients considered as the normal participants. All participants completed the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski et al., 2001), the 20-item Toronto Alexithymia Scale (Bagby et al., 1994), and General Health Questionnaire (Goldberg & Hillier, 1979). The results of multivariate analysis of variance and Tukey post-hoc test showed that the three patient groups reported more maladaptive cognitive emotional regulation strategies, less adaptive strategies, and lower understanding of emotions than the normal group ($P < 0.001$). There was a significant difference among the three patient groups in using adaptive strategies and low understanding of emotions ($P < 0.001$). In general, cognitive emotion regulation strategies and understanding emotions appear differently in these disorders.

Keywords: cognitive emotion regulation strategies, understanding emotions, obsessive compulsive disorder, generalized anxiety disorder, social anxiety disorder.

مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و درک هیجانات در اختلالات وسواسی - اجباری، اضطراب منتشر و اضطراب اجتماعی

اعظم داودی*

دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان)

حمیدطاهر نشاط‌دوست

عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اصفهان (خوراسگان)

محمدرضا عابدی

عضو هیأت علمی دانشگاه اصفهان

هوشنگ طالبی

عضو هیأت علمی دانشگاه اصفهان

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و درک هیجانات در اختلال وسواسی - اجباری، اختلال اضطراب منتشر، اختلال اضطراب اجتماعی و افراد بهنجار بود. روش این پژوهش از نوع علی - مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران زن و مرد مبتلا به این سه اختلال در مراکز روانپزشکی خصوصی شهر شیراز (سال ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲) تشکیل دادند که از میان آنان ۳۰۰ بیمار (در هر گروه اختلال، ۱۰۰ بیمار) با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. آزمودنی‌های بهنجار نیز شامل ۱۰۰ نفر از همراهان بیماران بودند. شرکت کنندگان پرسشنامه‌های تنظیم شناختی هیجان (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱)، نارسایی هیجانی تورنتو - ۲۰ (مقوله‌ای (بگبی و همکاران، ۱۹۹۴) و سلامت عمومی (گلدبرگ و هیلیر، ۱۹۷۹) را تکمیل کردند. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی توکی نشان داد که سه گروه بیمار در مقایسه با گروه بهنجار راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان بیشتر، راهبردهای انطباقی کمتر و درک ضعیف‌تری از هیجان‌ها را گزارش دادند ($P < 0/001$). در استفاده از راهبردهای انطباقی و درک ضعیف هیجانات بین سه گروه بیمار تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0/001$). به‌طور کلی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و درک هیجان‌ها در این اختلالات به‌صورت متفاوتی بروز می‌کند.

واژه‌های کلیدی: راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، درک هیجانات، اختلال وسواسی - اجباری، اختلال اضطراب منتشر، اختلال اضطراب اجتماعی.

مقدمه

حالت هیجانی خود، دس پاسخ‌های مدیریت غیر انطباقی هیجان‌ها یا راهبردهای غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجان‌ها. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان^۳، «پاسخ‌های شناختی به رویدادهای فراخواننده هیجان هستند که آگاهانه یا ناآگاهانه به منظور اصلاح شدت و یا نوع تجربه هیجانی افراد و یا خود رویداد عمل می‌کنند و به بخش شناختی کنار آمدن نیز برمی‌گردد» (روتنبرگ و گروس، ۲۰۰۳ و ویلیامز و برگ^۴، ۲۰۰۷). تنظیم هیجان‌ها از طریق شناخت و فرایندهای شناختی به افراد کمک می‌کند تا هیجان‌ناشان را در طول وقایع تهدیدآمیز و بعد از تجربه رویدادهای تنش‌زا مدیریت و تنظیم کنند (گارفنسکی، گرایچ و اسپینهاون^۵، ۲۰۰۱). گارفنسکی و همکاران (۲۰۰۱) ۹ راهبرد تنظیم شناختی آگاهانه هیجان را معرفی کرده‌اند و نشان دادند که به دو نوع راهبرد مجزا تقسیم می‌شوند. اول راهبردهایی که از جنبه نظری انطباقی‌تر هستند (شامل تمرکز مجدد مثبت^۶، ارزیابی مجدد مثبت^۷، توسعه دیدگاه^۸، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی^۹ و پذیرش^{۱۰}) و دوم راهبردهایی که از جنبه نظری غیرانطباقی هستند (شامل سرزنش خود^{۱۱}، سرزنش دیگران^{۱۲}، نشخوار فکری^{۱۳} و فاجعه‌سازی^{۱۴}). به‌طور کلی، چند راهبرد تنظیم شناختی هیجان دارای ارتباط منفی با آسیب‌های روانی (یعنی انطباقی) هستند در حالی که راهبردهای خاصی نیز با علت بروز و حفظ اختلالات بالینی ارتباط دارند. مطالعات نشان داده‌اند که راهبردهای انطباقی (یعنی ارزیابی مجدد، حل مسئله) همبستگی منفی معناداری با اختلال اضطراب منتشر و راهبردهای غیرانطباقی (نشخوار فکری، سرزنش خود، فاجعه‌سازی و فرونشانی) همبستگی‌های مثبت با این اختلال داشتند (آلدائو^{۱۵} و نولن-هوکسما، ۲۰۱۰؛ گارفنسکی و همکاران، ۲۰۰۱). مارتین و دالن^{۱۶} (۲۰۰۵) نیز گزارش دادند که سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه‌سازی و ارزیابی مجدد مثبت به‌طور معناداری

بررسی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱، چاپ چهارم (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۱۹۹۴) نشان می‌دهد که بیش از ۵۰ درصد اختلالات محور یک و ۱۰۰ درصد اختلالات محور دو بر نقیصی در تنظیم هیجان^۳ دلالت دارند (گروس و لوینسون^۴، ۱۹۹۷). علاوه بر این در برخی از اختلالات، ملاک‌های خاصی به مشکل در تنظیم هیجان اشاره دارند به‌عنوان مثال دشواری در مهار نگرانی، ملاکی تشخیصی برای اختلال اضطراب منتشر است (کرینگ و ورنر^۵، ۲۰۰۴). گروس (۲۰۰۱) فرایند تنظیم هیجان را این‌گونه توصیف می‌کند: «تنظیم هیجان شامل تمامی راهبردهای آگاهانه و ناآگاهانه‌ای می‌شود که فرد برای افزایش، حفظ و یا کاهش یک یا تعداد بیشتری از اجزای پاسخ هیجانی (شامل تجربی، رفتاری و فیزیولوژیک) به‌کار می‌برد» (به نقل از سان، باس، پونتی و ترئور^۶، ۲۰۱۰). تعریف دیگر از تنظیم هیجان به شیوه‌های تأثیرگذاری روی تجربه و بیان هیجان و نیز زمان وقوع هیجان اشاره دارد (روتنبرگ^۷ و گروس، ۲۰۰۳). مدل‌های نظری، تنظیم هیجان موفقیت‌آمیز را با پیامدهای سلامتی و بهبود عملکرد و روابط مرتبط می‌دانند (آمستادتر^۸، ۲۰۰۸). در مقابل، دشواری در تنظیم هیجان با مدل‌های مختلف آسیب‌شناسی روانی از جمله اختلال اضطراب منتشر (منین، هالووی، فرسکو، موور، هیمبرگ^۹، ۲۰۰۷)، اختلال اضطراب اجتماعی (کاشدان و برین^{۱۰}، ۲۰۰۸) و اختلال افسردگی عمده (نولن - هوکسما، ویسکو و لایبومسکی^{۱۱}، ۲۰۰۸) درآمیخته هستند. با توجه به اینکه تنظیم هیجان چندوجهی است؛ منین، هیمبرگ، ترک^{۱۲} و فرسکو (۲۰۰۵) مدلی از اختلال در تنظیم هیجانی برای اضطراب ارائه دادند که چهار جزء برای بدکارکردی در تنظیم هیجانی قابل است: الف- افزایش شدت هیجان‌ها، ب- درک ضعیف از هیجان‌ها، ج- واکنش منفی به

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
3. emotion regulation
5. Kring, & Werner
7. Rottenberg
9. Mennin, Holaway, Fresco, Moore & Heimberg
11. Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubomirsky
13. cognitive emotion regulation strategies
15. Spinhoven
17. positive reappraisal
19. refocus on planning
21. self-blame
23. rumination
25. Aldao

2. American Psychiatry Association
4. Gross & Levenson
6. Sun, Boss, Pontier & Treur
8. Amstadter
10. Kashdan & Breen
12. Turk
14. Williams & Bargh
16. positive refocusing
18. putting into perspective
20. acceptance
22. other-blame
24. catastrophizing
26. Martin & Dahlen

مقایسه با گروه گواه درک ضعیف‌تری از هیجان‌ها و ترس بیشتری نسبت به هیجان‌ها خود گزارش دادند. در مجموع مبانی نظری و پژوهشی نشان می‌دهد که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و درک ضعیف هیجان‌ها به‌عنوان دو مؤلفه تنظیم هیجان، نقش مهمی در اختلالات اضطرابی دارند. علی‌رغم اشتراک اختلالات اضطرابی در عدم تنظیم هیجان، این مسأله مطرح می‌شود که آیا بین این سه اختلال رایج، در چگونگی تنظیم هیجان‌ها ممکن است تفاوت‌هایی خاص وجود داشته باشد. مطالعات انجام شده در این موضوع بیشتر به مقایسه دو اختلال اضطراب منتشر و اضطراب اجتماعی پرداخته‌اند و یا اختلال وسواسی - اجباری را فقط با گروه گواه مقایسه کرده‌اند. اما تفاوت‌های موجود بین اختلال وسواسی - اجباری (به‌عنوان یک اختلال تخریب‌کننده‌تر) با دو اختلال دیگر مورد بررسی قرار نگرفته است. اگر بتوان مشخص کرد که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و درک هیجان‌ها در این اختلالات در مقایسه با یکدیگر و با گروه بهنجار چه تفاوت‌هایی دارند، می‌توان از این یافته‌ها به‌منظور پیشبرد و بهبود برنامه‌های مداخله خاص هر کدام از این اختلالات استفاده کرد. بنابراین هدف این پژوهش مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و درک ضعیف هیجان‌ها در اختلال وسواسی - اجباری، اختلال اضطراب منتشر، اختلال اضطراب اجتماعی و افراد بهنجار است. بدین ترتیب فرضیه‌های پژوهش به این شرح است:

- ۱- بین بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری، اضطراب منتشر، اضطراب اجتماعی و افراد بهنجار در راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان تفاوت معنادار وجود دارد.
- ۲- بین بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری، اضطراب منتشر، اضطراب اجتماعی و افراد بهنجار در راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان تفاوت معنادار وجود دارد.
- ۳- بین بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری، اضطراب منتشر، اضطراب اجتماعی و افراد بهنجار در دشواری در شناسایی احساسات تفاوت معنادار وجود دارد.
- ۴- بین بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری، اضطراب منتشر، اضطراب اجتماعی و افراد بهنجار در دشواری در توصیف احساسات تفاوت معنادار وجود دارد.

علائم اضطراب را پیش‌بینی می‌کنند. تعدادی مطالعات نیز نشان می‌دهند که مدیریت غیرانطباقی هیجان‌ها در دو اختلال اضطراب منتشر و اختلال اضطراب اجتماعی نسبت به گروه گواه بیشتر دیده می‌شود، اما دو گروه دارای اختلال تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند و در یک سطح بودند (ترک، هیمبرگ، لوترک^۱، منین و فرسکو، ۲۰۰۵؛ منین و همکاران، ۲۰۰۵ و ۲۰۰۷؛ منین، مک لافلین، فلاناگان^۲، ۲۰۰۹). در مطالعه سانگ، پورتر، رابیناف، مارکس، مارکوس و همکاران^۳ (۲۰۱۲) افراد با اختلال اضطراب اجتماعی نسبت به گروه بهنجار نمرات کمتری در تنظیم هیجان‌ها منفی دریافت کردند.

درک هیجانی^۴ یک مهارت هیجانی است که به‌عنوان عامل تنظیم هیجان مثبت ذکر می‌شود؛ لین و شوارتز^۵ (۱۹۷۸) درک هیجانی را به‌عنوان «توانایی شناسایی هیجان‌ها خود و دیگران، رشد پیش‌رونده برای تمایز بین هیجان‌ها و ترکیب اطلاعات هیجانی» تعریف می‌کنند (نویک - کلاین، ترک، منین، هایت و گالاگر^۶، ۲۰۰۵). مشکل در درک هیجان‌ها و استفاده از آنها برای تسهیل فکرکردن به عملکرد ضعیف و در خیلی موارد به آسیب‌شناسی روانی مربوط است (نویک - کلاین و همکاران، ۲۰۰۵). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد دارای اختلال اضطراب منتشر و اختلال اضطراب اجتماعی نسبت به گروه‌های گواه شدت بیشتری از هیجان‌ها را گزارش می‌دهند و مهارت‌های کمی برای شناسایی و توصیف هیجان‌ها خود دارند (منین و همکاران، ۲۰۰۷ و ۲۰۰۹؛ ترک و همکاران، ۲۰۰۵). علاوه بر این درک ضعیف هیجان‌ها علائم اضطراب منتشر و اضطراب اجتماعی را پیش‌بینی می‌کند (سالووی، استرود، وولری و اپل^۷، ۲۰۰۲؛ پولاتوز، ورنر، داسچک، شاندری، ماتیس و همکاران^۸، ۲۰۱۱؛ دالبیوداک، اروین، آلدمیر، کوسکان، ییلدریم و همکاران^۹، ۲۰۱۳). نارسایی هیجانی همچنین به میزان بالایی با نشانه‌های اختلال وسواسی - اجباری مرتبط است (دیبرادیس، سرون، پیزورن، موسچتا، سپیدی و همکاران^{۱۰}، ۲۰۰۹؛ کانگ، نامکونگ، ویو، جونگ و کیم^{۱۱}، ۲۰۱۲). استرن، نوتا^{۱۲}، هیمبرگ، هالووی و کولز^{۱۳} (۲۰۱۴) یافتند که دانشجویان با علائم وسواسی - اجباری در

1. Luterek

3. Sung, Porter, Robinaugh, Marks & Marques et al

5. Lane & Schwartz

7. Salovey, Stroud, Woolery & Epel

9. Dalbudak, Evren, Aldemir, Coskun, Yildirim et al

11. Kang, Namkoong, Woo Yoo, Jhung & Kim

13. Coles

2. McLaughlin & Flanagan

4. emotional understanding

6. Novick-Kline, Hoyt & Gallagher

8. Pollatos, Werner, Duschek, Schandry, Matthias et al

10. De Berardis, Serroni, Pizzorno, Moschetta, Sepede et al

12. Stern, Nota

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: روش پژوهش از نوع پس رویدادی (علی - مقایسه‌ای) بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری، اختلال اضطراب منتشر و اختلال اضطراب اجتماعی مراکز روانپزشکی شهر شیراز تشکیل می‌دادند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۱۰۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری، ۱۰۰ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب منتشر و ۱۰۰ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی از بین بیماران مراجعه‌کننده به چهار مرکز روانپزشکی خصوصی شهر شیراز در مدت ۸ ماه (آبان ۱۳۹۱ تا خرداد ۱۳۹۲) انتخاب شدند. دامنه سنی آنها ۱۸ تا ۵۵ سال بود که از لحاظ مدت زمان بیماری هم‌تا شده بودند. گروه‌های بهنجار نیز شامل ۱۰۰ نفر از همراهان گروه‌های بیمار بودند که از نظر سن، جنس و میزان تحصیلات با بیماران هم‌تاسازی شدند. ملاک انتخاب بیماران در سه گروه، تشخیص اختلال به کمک روانپزشک و سپس انجام مصاحبه بالینی ساختاریافته براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویراست چهارم)^۱ برای اختلال‌های اضطرابی به کمک روان‌شناس بالینی بود. درنهایت اگر تشخیص مطرح شده براساس مصاحبه با تشخیص روانپزشک همخوان بود، فرد برای مطالعه انتخاب می‌شد. به‌علاوه ملاک‌هایی برای ورود به سه گروه بیمار وجود داشتند: تشخیص ندادن هم‌زمان اختلال سوء مصرف مواد و الکل، تشخیص ندادن اختلالات عضوی مانند آسیب مغزی و صرع، نداشتن سابقه اختلالات روانی دیگر، نداشتن سابقه بستری شدن در بیمارستان، دریافت نکردن درمان روان‌شناختی برای بررسی تأثیر روان‌درمانی و داشتن حداقل تحصیلات سیکل به بالا. ملاک‌های ورود به گروه بهنجار نیز نداشتن سابقه مراجعه به روانپزشک یا روان‌شناس، مبتلا نبودن به اختلال روان‌شناختی و داشتن حداقل تحصیلات سیکل به بالا بودند. همچنین آزمودنی‌ها باید در پرسشنامه سلامت عمومی^۲ نمره ملاک برای سلامت عمومی را کسب می‌کردند.

ابزار سنجش

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)، گلدبرگ و هیلیر^۳، (۱۹۷۹): این پرسشنامه دارای ۲۸ سؤال و چهار خرده‌مقیاس نشانه‌های جسمانی، افسردگی و اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و اختلال خواب است (برای مثال، آیا از یک ماه

گذشته تا به امروز احساس ضعف و سستی کرده‌اید؟، آیا از یک ماه گذشته تا به امروز عصبانی و بدخلق شده‌اید؟). این ابزار با هدف غربالگری کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند، استفاده می‌شود و هدف آن تمایز قایل شدن بین افراد سالم و بیمار است. ویلیامز و گلدبرگ (۱۹۸۷) نتیجه بیش از ۷۰٪ پژوهش را در خصوص روایی و پایایی این آزمون ارائه داده و بر این اساس روایی متوسط ۰/۸۳ و پایایی ۰/۸۷ را گزارش کرده‌اند. در ایران تقوی (۱۳۸۰) پایایی و روایی این پرسشنامه را با استفاده از سه روش بازآزمایی، تصنیفی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ گزارش کرده است. همچنین روایی هم‌زمان این پرسشنامه با استفاده از پرسشنامه میدلکس برابر ۰/۵۰ به‌دست آمده است. در پژوهش دیگری، بهترین نمره برش ۲۴ گزارش شده و حساسیت، ویژگی و میزان اشتباه طبقه‌بندی کلی با این نمره برش به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۹۹ و ۰/۱۰ بوده است (ابراهیمی، مولوی، موسوی، برنامش و یعقوبی، ۱۳۸۶).

مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو-۲۰ (TAS-20)، بگبی، پارکر و تیلور^۴ (۱۹۹۴): این مقیاس از ۲۰ سؤال تشکیل شده است که سه خرده‌مقیاس دشواری در شناسایی احساسات (در هنگام آشفتگی نمی‌دانم که آیا غمگین، هراسان یا خشمگین هستم)، دشواری در توصیف احساسات (برایم سخت است که لغت مناسبی برای بیان احساساتم پیدا کنم) و تفکر عینی (ترجیح می‌دهم به جای توصیف کردن مشکلات آنها را تحلیل نمایم) را در یک مقیاس درجه‌بندی لیکرتی از نمره ۱ (کاملاً مخالفم) تا نمره ۵ (کاملاً موافقم) می‌سنجد. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در پژوهش‌های متعددی در گروه‌های بالینی و غیر بالینی بررسی و تأیید شده است (پارکر، تیلور و بگبی، ۲۰۰۳؛ لوز^۵ و همکاران، ۲۰۰۱). در نسخه فارسی این مقیاس، ضرایب آلفای کرونباخ برای نارسایی هیجان کل و سه خرده‌مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵، ۰/۷۲ و پایایی بازآزمایی در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ گزارش شده است. روایی هم‌زمان مقیاس فارسی با استفاده از پرسشنامه‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۶۸، ۰/۴۴ - به‌دست آمده است. علاوه بر این نتایج تحلیل عامل تأییدی نیز وجود این سه خرده‌مقیاس را در نسخه فارسی تأیید کرد (بشارت، ۲۰۰۷). در این پژوهش برای سنجش درک ضعیف هیجان‌ها،

1. Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I)
3. Goldberg & Hillier
5. Bagby, Parker & Taylor

2. General Health Questionnaire (GHQ)
4. The 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)
6. Loas

بیماران انجام داد و در صورت تأیید تشخیص، پرسشنامه‌های نارسایی هیجانی تورنتو-۲۰ و تنظیم شناختی هیجان در اختیار افراد قرار گرفت. در مورد گروه بهنجار، ابتدا پرسشنامه سلامت عمومی اجرا شد و در صورتی که افراد نمره ملاک (۲۴) و پایین‌تر) را دریافت می‌کردند، وارد نمونه بهنجار می‌شدند و بقیه پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. در ادامه نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت شفاهی بیان و بر محرمانه بودن اطلاعات تأکید شد. داده‌ها از طریق تحلیل واریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی توکی و با استفاده از نرم‌افزار SPSS17 تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری (۸/۹۷) (۲۸/۵)، اختلال اضطراب منتشر (۷/۱۴) (۲۹/۵)، اختلال اضطراب اجتماعی (۸/۵۶) (۲۶/۸) و آزمودنی‌های گواه (۷/۰۱) (۲۵/۹) بود.

به‌منظور بررسی بودن یا نبودن تفاوت معنادار بین چهار گروه در مؤلفه‌های عدم تنظیم هیجانی (راهبردهای تنظیم شناختی مثبت و منفی و دشواری در شناسایی و توصیف احساسات) با رعایت پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس چندمتغیره، از این آزمون استفاده شد. نتایج نشان داد با توجه به معنادار بودن آماره لامبدای ویلکس (۰/۶۰، $P < ۰/۰۰۱$)، بین چهار گروه حداقل در یکی از مؤلفه‌های عدم تنظیم هیجانی تفاوت معناداری وجود دارد و ۱۵ درصد از مشکل در عدم تنظیم هیجانی با عضویت گروهی تبیین می‌شود (ضریب اتا = ۰/۱۵). در مرحله بعد برای مشخص کردن اینکه گروه‌ها در کدام یک از مؤلفه‌های تنظیم هیجانی با یکدیگر تفاوت دارند، آزمون اثر بین آزمودنی‌ها (تحلیل واریانس یکطرفه) برای بررسی هر متغیر وابسته انجام شد که نتایج آن در جدول ۱ گزارش شده است.

دو خرده‌مقیاس دشواری در شناسایی و توصیف احساسات مورد استفاده قرار گرفت که ضریب همسانی درونی آنها به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۷۰ به دست آمد.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۱ (CERQ)، گارنفسکی و همکاران، (۲۰۰۱): این پرسشنامه ۳۶ گویه دارد (مانند، خودم را مقصّر این مسأله می‌دانم؛ می‌توانم از این موقعیت چیزی یاد بگیرم) و هر گویه براساس یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از هرگز = ۱ تا همیشه = ۵ اندازه‌گیری می‌شود. این پرسشنامه برای شناسایی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان فرد، بعد از تجربه کردن اتفاقات تنش‌زای زندگی مورد استفاده قرار می‌گیرد و دارای ۹ خرده‌مقیاس تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت، سرزنش دیگران، سرزنش خود، نشخوار فکری، توسعه دیدگاه، فاجعه‌سازی و پذیرش است (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). در پژوهش سامانی و صادقی (۱۳۸۹) تحلیل عامل مرتبه دوم بر روی عوامل اولیه این پرسشنامه، دو عامل کلی به نام راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان (تمرکز مجدد مثبت/ برنامه‌ریزی و ارزیابی مجدد مثبت/ توسعه دیدگاه) و راهبردهای غیر انطباقی تنظیم هیجان (سرزنش دیگران، سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه‌سازی و پذیرش) به دست آمده است. ضرایب آلفای کرونباخ برای این عوامل در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۹۱ و ضرایب پایایی بازآزمایی در دامنه ۰/۷۵ تا ۰/۸۸ گزارش شده است. در مطالعه حاضر نمرات دو عامل کلی مورد استفاده قرار گرفت و ضرایب آلفای این دو عامل در این پژوهش به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۷ به دست آمد.

روش اجرا و تحلیل

پس از تشخیص روانپزشک و انتخاب نمونه و جلب همکاری شرکت‌کنندگان، روان‌شناس مصاحبه بالینی ساختاریافته را برای

جدول ۱- نتایج تحلیل واریانس یکطرفه در متن مانوا برای چهار مؤلفه عدم تنظیم هیجانی در چهار گروه نمونه

خرده‌مقیاس‌ها	مجموع مجذورات	df	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
راهبردهای انطباقی	۱۴۶۹۲/۷۲	۳	۳۲/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۱۹
راهبردهای غیر انطباقی	۹۶۹۳/۰۸	۳	۲۱/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۱۳
دشواری در شناسایی احساسات	۴۸۵۶/۴۶	۳	۵۵/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۲۹
دشواری در توصیف احساسات	۵۸۴۸/۲۶	۳	۳۲/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۱۹

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و درک هیجانات در سه گروه بیمار و گروه بهنجار

متغیر	گروه	وسواسی - اجباری	اضطراب منتشر	اضطراب اجتماعی	افراد بهنجار
		M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
تنظیم شناختی هیجان	راهبردهای انطباقی	۴۳/۹۲ (۱۲/۴۸)	۴۷/۲۲ (۱۳/۰۱)	۵۲/۳۹ (۱۰/۹۲)	۵۹/۹۸ (۱۲/۴۰)
	راهبردهای غیرانطباقی	۵۸/۱۶ (۱۲/۳۰)	۵۷/۶۳ (۱۳/۳۷)	۵۷/۳۷ (۱۲/۶۴)	۴۷/۸۹ (۱۰/۷۴)
درک هیجانات	دشواری در شناسایی احساسات	۲۳/۸۲ (۵/۱۷)	۲۰/۹۹ (۶/۱۰)	۲۱/۱۵ (۵/۸۱)	۱۴/۳۷ (۴/۳۰)
	دشواری در توصیف احساسات	۱۶/۰۵ (۳/۶۸)	۱۴/۴۸ (۴/۴۲)	۱۴/۴۳ (۳/۷۵)	۱۰/۸۶ (۳/۴۵)

جدول ۳- مقایسه زوجی میانگین‌های مؤلفه‌های هیجانی آزمودنی‌ها با آزمون تعقیبی توکی

متغیرها	گروهها	اختلاف میانگین			
		۴	۳	۲	۱
دشواری در شناسایی احساسات	۱- اضطراب اجتماعی	۶/۶۶*	-۲/۶۷**	۰/۱۶	-
	۲- اضطراب منتشر	۶/۶۱*	-۲/۸۳*	-	-
	۳- وسواسی - اجباری	۹/۴۴*	-	-	-
	۴- افراد بهنجار	-	-	-	-
دشواری در توصیف احساسات	۱- اضطراب اجتماعی	۳/۵۷*	-۱/۶۲**	۰/۰۵	-
	۲- اضطراب منتشر	۳/۶۲*	-۱/۵۷**	-	-
	۳- وسواسی - اجباری	۵/۱۹*	-	-	-
	۴- افراد بهنجار	-	-	-	-
راهبردهای انطباقی هیجان	۱- اضطراب اجتماعی	-۶/۵۴**	۹/۱۵*	۶/۵۳**	-
	۲- اضطراب منتشر	۱۳/۰۷*	۲/۶۲	-	-
	۳- وسواسی - اجباری	-۱۵/۶۹*	-	-	-
	۴- افراد بهنجار	-	-	-	-
راهبردهای غیرانطباقی هیجان	۱- اضطراب اجتماعی	۸/۴۳*	-۲/۴۷	-۱/۶۲	-
	۲- اضطراب منتشر	۱۰/۰۵*	-۲/۸۵	-	-
	۳- وسواسی - اجباری	۱۲/۹۰*	-	-	-
	۴- افراد بهنجار	-	-	-	-

* $P < 0/001$

** $P < 0/01$

بیشتری استفاده کرده‌اند. این یافته در راستای نتایج پژوهش‌های آلدائو و نولن - هوکسما (۲۰۱۰)، ورنر و همکاران (۲۰۱۱)، ترک و همکاران (۲۰۰۵)، منین و همکاران (۲۰۰۵، ۲۰۰۷ و ۲۰۰۹) و سانگ و همکاران (۲۰۱۲) است. البته قابل ذکر است که علایم اضطراب را نمی‌توان تنها به یک راهبرد شناختی خاص تنظیم هیجان مربوط دانست، بلکه ترکیبی از راهبردهای گوناگون به صورت همزمان در اضطراب تأثیرگذارند (گارفنسکی و همکاران، ۲۰۰۱).

همچنین نتایج نشان داد که هر سه گروه بیمار در راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان تفاوت معناداری با یکدیگر داشتند و به ترتیب گروه وسواسی - اجباری، اضطراب منتشر و اضطراب اجتماعی استفاده کمتری از این راهبردها داشتند. این یافته در خصوص تفاوت موجود بین دو گروه اضطراب منتشر و اضطراب اجتماعی با یافته‌های ترک و همکاران (۲۰۰۵) و منین و همکاران (۲۰۰۹) ناهمسو بود. این نداشتن تطابق ممکن است ناشی از تفاوت در نمونه‌های استفاده شده باشد، چرا که در دو مطالعه ترک و منین نمونه‌های دانشجویی به کار گرفته شده‌اند که صرفاً براساس یک ابزار خودگزارشی، تشخیص اضطراب منتشر و اضطراب اجتماعی گرفته بودند. در صورتی که در این پژوهش نمونه‌ها کاملاً بالینی بودند و با تشخیص روانپزشک و مصاحبه بالینی ساختاریافته انتخاب شدند. سه گروه بیمار در استفاده از راهبردهای غیر انطباقی تنظیم هیجان با یکدیگر تفاوت معناداری نداشتند که همسو با پژوهش‌های گذشته است (منین و همکاران، ۲۰۰۹؛ ترک و همکاران، ۲۰۰۵). در تبیین این یافته‌ها نظریه پردازان معتقدند افرادی که نمی‌توانند به طور مؤثر پاسخ‌های هیجانی را به حوادث روزانه مدیریت و تنظیم کنند، دوره‌های پریشانی طولانی‌تر و شدیدتری را تجربه می‌کنند که ممکن است تبدیل به اضطراب و افسردگی قابل تشخیص شوند (نولن - هوکسما، ویسکو و لایومسکی، ۲۰۰۸). در مجموع با توجه به میانگین نمرات گروه‌ها می‌توان نتیجه گرفت که آسیب‌های روانی مختل‌کننده‌تر (مانند اختلال وسواسی - اجباری) با کاهش بیشتر راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان مواجه می‌شوند.

علاوه بر این نتایج نشان می‌دهند که در درک هیجان‌ها (دشواری در شناسایی و توصیف احساسات)، هر سه گروه بیمار در مقایسه با گروه بهنجار به طور معناداری عملکرد ضعیف‌تری داشتند. این یافته با پژوهش‌های گذشته در زمینه تفاوت گروه وسواسی - اجباری با افراد بهنجار (دیبرادیس و همکاران، ۲۰۰۹؛ کانگ و همکاران، ۲۰۱۲؛ استرن و همکاران،

همان‌طور که یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهد در متغیرهای راهبردهای انطباقی و غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجان، دشواری در شناسایی احساس و دشواری در توصیف احساس بین چهار گروه تفاوت معنادار وجود دارد و هر چهار فرضیه پژوهش تأیید شدند. جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات چهار گروه آزمودنی را در متغیرهای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (انطباقی و غیر انطباقی) و درک هیجانات (دشواری در شناسایی و توصیف احساسات) نشان می‌دهد.

نتایج آزمون تعقیبی توکی (جدول ۳) نیز نشان داد که هر سه گروه بیمار نسبت به گروه بهنجار به طور معناداری در هر چهار مؤلفه، عملکرد پایین‌تری داشتند. در مؤلفه راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان، به ترتیب گروه بهنجار، گروه اضطراب اجتماعی، گروه اضطراب منتشر و گروه وسواسی - اجباری میانگین نمرات بالاتری را گزارش دادند. در این مؤلفه گروه وسواسی - اجباری نسبت به گروه اضطراب اجتماعی به طور معناداری راهبردهای انطباقی کمتری برای تنظیم هیجان استفاده کردند، ولی در مقایسه با گروه اضطراب منتشر تفاوت معناداری نداشتند. همچنین دو گروه اضطراب منتشر و اضطراب اجتماعی در این مؤلفه با همدیگر تفاوت معناداری داشتند و گروه اضطراب منتشر راهبردهای مثبت کمتری به کار می‌بردند. در راهبردهای غیر انطباقی تنظیم هیجان ابتدا گروه وسواسی - اجباری و بعد از آن به ترتیب گروه اضطراب منتشر، گروه اضطراب اجتماعی و گروه بهنجار میانگین نمرات بالاتری داشتند. در این مؤلفه سه گروه بیمار تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند، ولی نسبت به گروه بهنجار به طور معناداری از راهبردهای غیر انطباقی بیشتری استفاده کردند. در مؤلفه‌های دشواری در شناسایی و توصیف احساسات، گروه وسواسی - اجباری در مقایسه با هر دو گروه اضطراب منتشر و اضطراب اجتماعی به طور معناداری میانگین نمرات بالاتری داشتند ولی دو گروه اضطراب منتشر و اضطراب اجتماعی تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند و میانگین نمرات نشان داد که تقریباً در یک سطح عمل کردند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و درک هیجان در اختلال وسواسی - اجباری، اختلال اضطراب منتشر، اختلال اضطراب اجتماعی و افراد بهنجار بود. نتایج نشان داد که هر سه گروه بیمار در مقایسه با افراد بهنجار به طور معناداری از راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان به میزان کمتر و از راهبردهای غیر انطباقی تنظیم هیجان به میزان

۲۰۰۲ و درمان تنظیم هیجان منین و فرسکو، ۲۰۰۹) کمک کند و راههایی را برای اقدامات جدید متناسب با هر اختلال فراهم کند. از سوی دیگر با در نظر گرفتن این نتایج که ۵۰ درصد این بیماران پس از درمان با روش‌های شناختی - رفتاری سستی همچنان دارای علائم بیماری هستند و تمدید درمان شناختی - رفتاری نتیجه را بهبود نمی‌بخشد (بورکووک، نیومن، پینکاس و لایتل^۳، ۲۰۰۲) می‌توان از این یافته‌ها برای وارد کردن فرایندهای هیجانی در طرح‌های درمانی به‌منظور بهبود موفقیت‌آمیز و کامل این بیماران بهره برد. همچنین با توجه به شیوع بالای این اختلالات در طول عمر، می‌توان با برنامه‌های آموزش مهارت‌های هیجانی خاص در کنار مهارت‌های شناختی، اقدامات پیشگیرانهٔ بهتری برای افراد در معرض خطر این اختلالات فراهم کرد.

این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز روبه‌رو بوده است. اول اینکه دوز داروهای مصرفی در هر گروه بیماران کاملاً مشابه هم نبوده است که احتمالاً بر عملکرد هیجانی تأثیر دارد. دوم اینکه، بهتر است نقایص هیجانی هم از طریق ارزیابی‌های خودگزارشی و هم از طریق موقعیت‌های عملکردی مورد بررسی قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده شرایط همراه با این اختلالات مانند افسردگی و تأثیر آن بر این مؤلفه‌های هیجانی مورد بررسی قرار گیرد. همچنین تعامل فرایندهای شناختی و هیجانی و میزان تأثیر آنها به‌طور همزمان بر این اختلالات ارزیابی می‌شود، چرا که مؤلفه‌های مختلفی در ایجاد و حفظ این اختلالات تأثیر دارند.

منابع

- ابراهیمی، ا.، مولوی، ح.، موسوی، غ.، برنامش، ع.، و یعقوبی، م. (۱۳۸۶). ویژگی‌های روان‌سنجی، ساختار عاملی، نقطهٔ برش بالینی، حساسیت و ویژگی پرسشنامهٔ سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (GHQ-28) در بیماران ایرانی مبتلا به اختلالات روانپزشکی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۵(۱)، ۵-۱۲.
- سامانی، س.، و صادقی، ل. (۱۳۸۹). بررسی کفایت روان‌سنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان. *مجلهٔ روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۱، ۵۱-۶۲.
- تقوی، س.م. (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامهٔ عمومی سلامت (GHQ). *مجلهٔ روان‌شناسی*، ۲۰(۱)، ۳۹۸-۳۸۱.
- فرست، ام.بی.، اسپیتز، آر.ال.، گین، ام.، و ویلیامز، جی.بی. (۱۳۸۹). *مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های DSM-IV-TR* ترجمهٔ پروانه محمدخانی. چاپ اول، تهران: نشر دانژه.

۲۰۱۴) و در زمینهٔ درک ضعیف‌تر هیجان‌ات در اختلال اضطراب منتشر و اختلال اضطراب اجتماعی نسبت به افراد بهنجار (ترک و همکاران، ۲۰۰۵؛ منین و همکاران، ۲۰۰۵ و ۲۰۰۹) همسو بودند. اوتول، هوگارد^۱ و منین (۲۰۱۳) نیز در فراتحلیلی نشان دادند که بین سطوح بالینی اضطراب اجتماعی و درک هیجانی رابطهٔ منفی معناداری وجود دارد و این رابطه در سطوح غیربالینی اضطراب اجتماعی یافت نشد. همچنین گروه وسواسی - اجباری در مقایسه با دو گروه بیمار درک هیجانی ضعیف‌تری داشتند ولی دو گروه اضطراب منتشر و اضطراب اجتماعی در یک سطح عمل کردند. این یافته در زمینهٔ عدم تفاوت بین دو گروه اضطراب منتشر و اضطراب اجتماعی در راستای نتایج ترک و همکاران (۲۰۰۵) و منین و همکاران (۲۰۰۹) است. اوتول و همکاران (۲۰۱۳) همچنین در مطالعهٔ فراتحلیلی خود یافتند که بین بیماران با اختلال اضطراب اجتماعی و بیماران با اختلالات اضطرابی دیگر تفاوت معناداری در درک هیجان‌ات وجود ندارد.

به نظر می‌رسد که مشکل در درک هیجان‌ها در هر اختلال به روش خاصی بروز پیدا می‌کند. افراد مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری به دلیل درک ضعیف هیجان‌های خود، دچار نوعی اضطراب درونی ناشناخته می‌شوند که این اضطراب به دلیل ناشناخته ماندن به‌صورت رفتارهای خنثی‌کننده یا همان اجبارها نمود پیدا می‌کند و در نهایت استفاده از اجبارها به‌صورت روشی برای کاهش اضطراب به‌کار می‌رود (کانگ و همکاران، ۲۰۱۲). منین و همکاران (۲۰۰۴) اظهار می‌کنند که افراد دارای اضطراب منتشر با استفاده از نگرانی، از پردازش محرک‌های هیجانی پرهیز می‌کنند و بدین ترتیب نقص مهارت هیجانی و تنظیم نادرست هیجان به‌عنوان مشکلات اصلی در این بیماران بروز پیدا می‌کند. در افراد دارای اضطراب اجتماعی نیز احتمال کمتری وجود دارد که واکنش‌های هیجانی منفی را با دیگران سهیم شوند و در نتیجه دشواری بیشتری در درک واکنش‌های هیجانی خود دارند (منین و همکاران، ۲۰۰۹). درک ضعیف هیجانی در اختلال وسواسی - اجباری با شدت بیشتری نسبت به دو اختلال دیگر وجود دارد که باید در روند درمانی این بیماران در اولویت قرار بگیرد.

با توجه به نقش اساسی تنظیم و درک هیجان در سبب‌شناسی و حفظ اختلالات اضطرابی (آمستادتر، ۲۰۰۸)، شناسایی نقایص هیجانی موجود در این اختلالات و تفاوت‌های موجود بین آنها ممکن است به پیشرفت و بهبود درمان‌های موجود (مانند درمان متمرکز بر هیجان‌گریزگری^۲،

1. O'Toole & Hougaard

2. Greenberg

3. Borkovec, Newman, Pincus & Lytle

- or express emotions as a moderating variable. *Behavior Therapy*, 39, 1-12.
- Kring, A.M., & Werner, K.H. (2004). *Emotion regulation and psychopathology*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Loas, G., Corcos, M., Stephan, P., Pellet, J., Bizouard, P., Venisse, J.L., & Perez-diaz, F. (2001). Factorial structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale confirmatory factorial analyses in nonclinical and clinical samples. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 255-261.
- Martin, R.C., & Dahlen, E.R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences*, 39, 1249-126.
- Mayer, J.D., Salovey, P., & Caruso, D.R. (2004). Emotional intelligence: Theory, findings, and implications. *Psychological Inquiry*, 15, 197-215.
- 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., Holaway, R., Fresco, D.M., Moore, M.T., & Heimberg, R.G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*, 38, 284-302.
- Mennin, D.S., McLaughlin, K.A., & Flanagan, T.J. (2009). Emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and their co-occurrence. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 866-871.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B.E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424.
- Novick-Kline, P., Turk, C.L., Mennin, D.S., Hoyt, E.A., & Gallagher, C.L. (2005). Level of emotional awareness as a differentiating variable between individuals with and without generalized anxiety disorder. *Anxiety Disorders*, 19, 557-572.
- O'Toole, M.S., Hougaard, E., & Mennin, D.S. (2013). Social anxiety and emotion knowledge: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 98-108.
- Parker, J.D.A., Taylor, G.J., & Bagby, R.M. (2003). The 20-item Toronto Alexithymia Scale: III reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 269-275.
- Pollatos, O., Werner, N.S., Duschek, S., Schandry, R., Matthias, E., Traut-Mattausch, E., & Herbert, B.M. (2011). Differential effects of alexithymia subscales on autonomic reactivity and anxiety during social stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 70, 525-533.
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behavior Research and Therapy*, 48, 974-983.
- Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 22, 211-221.
- Bagby, R.M., Parker, J.D.A., Taylor, G.J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Besharat, M.A. (2007). Reliability and factorial validity of Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports*, 101, 209-220.
- Borkovec, T.D., Newman, M.G., Pincus, A.L., Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 288-298.
- Dalbudak, E., Evren, C., Aldemir, S., Coskun, K.S., Yildirim, F.T., & Ugurlu, H. (2013). Alexithymia and personality in relation to social anxiety among university students. *Psychiatry Research*, 209, 167-172.
- De Berardis, D., Serroni, N., Pizzorno, A.M., Moschetta, F.S., Sepede, G., Gambi, F., Aiello, G., D'Albenzio, A., Mancini, E., Salerno, R.M., & Ferro, F.M. (2009). Alexithymia and suicide risk among patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 24, 1030-1038.
- Feldman-Barrett, L., Gross, J., Conner-Christensen, T., & Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion*, 15, 713-724.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.
- Gross, J.J., & Levenson, R.W. (1997). Hiding feeling: the acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 95-103.
- John, O.O., & Gross, J.J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72, 1301-1334.
- Kang, J.I., Namkoong, K., Woo Yoo, S., Jung, K., & Kim, S.J. (2012). Abnormalities of emotional awareness and perception in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 141, 286-293.
- Kashdan, T.B., & Breen, W.E. (2008). Social anxiety and positive emotions: a prospective examination of a self-regulatory model with tendencies to suppress

- Rottenberg, J., & Gross, J.J. (2003). When emotion goes wrong: realizing the promise of affective science. *Clinical Psychology Science and Practice*, 10, 227-232.
- Salovey, P., Stroud, L.R., Woolery, A., & Epel, E.S. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychology and Health*, 17, 611-627.
- Sun, R., Boss, T., Pontier, M., & Treur, J. (2010). A computational model based on Gross' emotion regulation theory. *Cognitive Systems Research*, 11, 211-230.
- Stern, M.R., Nota, J.A., Heimberg, R.G., Holaway, R.M., Coles, M.E. (2014). An initial examination of emotion regulation and obsessive compulsive symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 109-114.
- Sung, S.C., Porter, E., Robinaugh, D.J., Marks, E.H., Marques, L.M., Otto, M.W., Pollack, M.H., Simon, N.M. (2012). Mood regulation and quality of life in social anxiety disorder: an examination of generalized expectancies for negative mood regulation. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 435-441.
- 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.
- 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. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33, 346-358.
- Williams, L.E., & Bargh, J.A. (2007). *The nonconscious regulation of emotion, Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.