

مقایسه عدم تحمل بلا تکلیفی و دشواری در تنظیم هیجان در افراد مبتلابه بدریخت انگاری بدن و اضطراب اجتماعی

مجتبی تاشکه^۱، *محمدحسن دوازده امامی^۲، مریم بختیاری^۳، مهدی جعفری^۴
 ۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
 ۲- استادیار روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
 ۳- دانشیار روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
 ۴- استادیار روانشناسی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
 (تاریخ وصول: ۹۶/۱۰/۲۲ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۹/۱۳)

Comparision of intolerance of uncertainty and difficulties in emotion regulation in individuals with Body Dysmorphic and Social Anxiety

Mojtaba Tashkeh¹, * Mohammad hasan Davazdahemamy², Maryam Bakhtiyari³, Mahdi jafari⁴

1.MSc in clinical psychology, Shahid Beheshti university of medical sciences, Tehran, Iran

2.Assistant professor in clinical psychology, Shahid Beheshti university of medical sciences, Tehran, Iran.

3.Associate professor clinical psychology, Shahid Beheshti university of medical sciences, Tehran, Iran.

4. Assistant professor in Health psychology, Shahid Beheshti university of medical sciences, Tehran, Iran.

(Received: Jan. 12, 2018 - Accepted: Dec. 04, 2018)

Abstract

Objective: The aim of this study was Comparison of intolerance of uncertainty and difficulties in emotion regulation in individuals with Body Dysmorphic and Social Anxiety. **Method:** the study design was causal-comparative. using convenient sampling method and G-Power software, 65 people with scores higher than cutoff in SAD questionnaire and 65 people with scores higher than cutoff in BDD questionnaire were selected from patients who were referred to Otolaryngology clinic of Taleghani Hospital of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. All participants assessed by Body Shape Questionnaire (BSQ-34), Social Phobia Inventory (SPIN), Difficulty in Emotion Regulation Scale (DERS) and Intolerance of Uncertainty Scale (IUS). Data were analyzed by t-test and analysis of variance tests. **Result:** results indicated that people with Social Anxiety Disorder experience higher levels of intolerance of uncertainty than BDD people. Also, there was a significant difference between two groups in term of difficulties in emotion regulation. **Conclusion:** Social Anxiety Disorder and Body Dysmorphic Disorder were different in term of intolerance of uncertainty and difficulties in emotion regulation. This study indicated that Social Anxiety Disorder and Body Dysmorphic Disorder have different features, which is important in the diagnosis and treatment of them.

Keywords: social anxiety, body dysmorphic, difficulties in emotion regulation, intolerance of uncertainty.

چکیده

مقدمه: هدف مطالعه حاضر مقایسه عدم تحمل بلا تکلیفی و دشواری در تنظیم هیجان در افراد مبتلابه اضطراب اجتماعی و بدریخت انگاری بدن بود. **روش:** پژوهش از نوع علی مقایسه‌ای بود. از بین مراجعه‌کنندگان به درمانگاه گوش و حلق و بینی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تعداد ۶۵ نفر که در پرسشنامه فوبی اجتماعی نمره بالای خط برش گرفتند و ۶۵ نفر که در پرسشنامه شکل بدن نمره بالای خط برش گرفتند به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G POWER تعیین شد. تمامی شرکت‌کنندگان به وسیله پرسشنامه شکل بدن (BSQ-34)، پرسشنامه فوبی اجتماعی (SPIN)، مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS) و مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی (IUS) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های t و تحلیل واریانس تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که افراد مبتلابه اضطراب اجتماعی سطح بالاتری از عدم تحمل بلا تکلیفی را نسبت به گروه بدریخت‌انگاری تجربه می‌کنند. همچنین دو گروه در دشواری‌های تنظیم هیجان تفاوت معنادار داشتند. **نتیجه‌گیری:** بدریخت انگاری بدن و اضطراب اجتماعی از نظر عدم تحمل بلا تکلیفی و دشواری در تنظیم هیجان باهم متفاوت بودند. این پژوهش نشان داد که بدریخت انگاری و اضطراب اجتماعی دارای ویژگی‌های متفاوتی هستند و این امر نیز در تشخیص و درمان آن‌ها حائز اهمیت است.

واژگان کلیدی: اضطراب اجتماعی، بدریخت انگاری بدن، دشواری در تنظیم هیجان، عدم تحمل بلا تکلیفی.

*نویسنده مسئول: محمد حسن دوازده امامی

*Corresponding Author: Mohammad Hasan Davazdahemami

Email: davazdahemamy@gmail.com

مقدمه

امروزه جراحی زیبایی به عنوان یکی از شایع-ترین اعمال جراحی در سطح جهان مطرح است که میزان بهره‌گیری از آن رو به فزونی است. جراحی زیبایی، جراحی ترمیمی است که در ابتدا برای رفع ضایعات مادرزادی استفاده می‌شد اما در مراحل بعد با اهداف زیبایی بکار گرفته شد. با افزایش تقاضا برای جراحی پلاستیک، مطالعات متعدد انجام شده در این زمینه عواملی مانند، نارضایتی تصویر تن، جذابیت پایین، اختلال بدریخت‌انگاری بدن، سابقه جراحی زیبایی، عوامل اجتماعی، بین فردی و عوامل فرهنگی تأثیر تبلیغات رسانه‌ای و مُد را به عنوان متغیرهای تأثیرگذار بر این گرایش معرفی کرده‌اند (طهماسبی، طهماسبی و یغمایی، ۱۳۹۳). از آنجایی که پژوهش‌های متفاوت نشانگر شباهت رابطه و همبندی اضطراب اجتماعی و بدریخت‌انگاری بدن بوده است (فنگ و هافمن، ۲۰۱۰) در این پژوهش به مقایسه اضطراب اجتماعی و بدریخت‌انگاری در افراد متقاضی جراحی پرداخته شد.

اختلال بدریخت‌انگاری بدن^۱ آشفتگی در تصویر بدن است که با مشغولیت ذهنی در مورد یک یا چند نقص یا عیب تصویری در ظاهر جسمی مشخص می‌شود. این نقص‌ها قابل مشاهده نیستند یا از نظر دیگران بی‌اهمیت‌اند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). افراد مبتلابه اختلال بدریخت‌انگاری بدن در مرحله‌ای از سیر اختلال،

رفتارهای تکراری (مثل واریسی خود در آینه، آرایش مفرط، خراشیدن پوست، اطمینان جویی از دیگران) یا فعالیت‌های ذهنی (مثل مقایسه خود با ظاهر دیگران) در واکنش به دلواپسی‌های مربوط به ظاهر از خود نشان می‌دهند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) در پژوهشی مشخص شد که افرادی که اختلال تصویر بدن، بدریخت‌انگاری بدن و گرایش به مُد دارند بیشتر به عمل جراحی زیبایی اقدام می‌کنند (ذوقی پایدار، کرمی، نبی‌زاده، ۱۳۹۷). اختلال اضطراب اجتماعی^۲ ترس یا اضطراب فراوان درباره یک یا چند موقعیت اجتماعی است که در آن‌ها احتمال دقت نظر به بیمار و تحلیل دیگران وجود دارد. نمونه‌ها شامل تعاملات اجتماعی (مثلاً مکالمه یا ملاقات با افراد غریبه)، مشاهده شدن (مثلاً هنگام خوردن یا آشامیدن) و اجرا کردن در حضور دیگران (مثلاً سخنرانی کردن) است. فرد از این می‌ترسد که کاری انجام دهد یا علائم اضطرابی بروز دهد که دیگران برداشت منفی از آن داشته باشند (شرمنده شود یا او را مسخره کنند، وی را طرد کنند یا مورد اهانت قرار دهند) و موقعیت‌های اجتماعی مذکور تقریباً همیشه به ترس یا اضطراب می‌انجامد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اختلال بدریخت‌انگاری بدن و اختلال اضطراب اجتماعی هر دو به واسطه گرایش و میلی مشخص برای احساس اضطراب اجتماعی، حس معیوب بودن، خجالت کشیدن، ترس از دست‌پاچگی،

اختلال بدریخت انگاری بدن را بالاتر از تأثیر منفی و عدم تحمل ابهام دریافتند. در مطالعه سوم که در نمونه بالینی اختلال بدریخت انگاری بدن انجام شد، عدم تحمل بلاتکلیفی بالاتر از گروه کنترل بود در واقع عدم تحمل بلاتکلیفی بالاتر تخریب عملکرد را در نمونه بالینی پیش‌بینی می‌کرد (سامرز، ماتنی، ساراگی و کاگل، ۲۰۱۶). در پژوهش دیگری مطرح شد که با توجه به اینکه موقعیت‌های اجتماعی ذاتاً نامعین هستند، ممکن است عدم تحمل بلاتکلیفی نسبت به متغیرهای شناختی که قبلاً تأکید شده است مثل ترس از ارزیابی منفی، حساسیت به اضطراب، کمال‌گرایی و نگرانی آسیب‌زا، همبستگی بیشتری با شدت اضطراب اجتماعی داشته باشد. در نهایت پژوهشگران دریافتند که عدم تحمل بلاتکلیفی حتی پس از کنترل روان رنجورخویی و ترس از ارزیابی منفی میزان قابل‌توجهی از اضطراب اجتماعی را توضیح می‌دهد، (بولن و ریجنتز^۸، ۲۰۰۹). به‌طورکلی تحقیقات نشان داده که عدم تحمل بلاتکلیفی و اضطراب اجتماعی ارتباط بسیار نزدیکی دارند. ابعاد مشخصی از اختلال بدریخت انگاری بدن به‌طور قابل‌توجهی ذاتاً با اضطراب اجتماعی همپوشانی دارد مانند ترس از ارزیابی منفی، اجتناب اجتماعی، حساسیت به طرد، بنابراین بررسی عدم تحمل بلاتکلیفی به‌عنوان یک متغیر فراتشخیصی مهم که تاکنون در این دو اختلال مورد مقایسه قرار نگرفته مهم به نظر می‌رسد.

نقش پریشانی روان‌شناختی در سیر بالینی

طرد شدن و تحقیر شدن شناخته می‌شوند (فنگ و هافمن^۱، ۲۰۱۰).

عدم تحمل بلاتکلیفی یک عامل فراتشخیصی است که می‌تواند به فهم بهتر ما از اختلال بدریخت انگاری بدن کمک کند (سامرز، ماتنی، ساراگی و کاگل^۲، ۲۰۱۶). عدم تحمل بلاتکلیفی^۳ با نگرانی ارتباط نزدیکی دارد، به‌گونه‌ای که محققان می‌گویند نگرانی محصول عدم تحمل بلاتکلیفی است (داگاس، بوهر و لاداسر^۴، ۲۰۰۴؛ وندر هیدن^۵ و همکاران، ۲۰۱۰). افراد عدم تحمل بلاتکلیفی بیشتری دارند احتمال بیشتری دارد که موقعیت‌های مبهم را تهدیدآمیز تلقی کنند (داگاس، هدایتی و همکاران، ۲۰۰۵)، نگرانی بیشتری بروز دهند (بوهر و داگاس، ۲۰۰۹) و تصمیم‌های غیرمعقول بگیرند (لاهمن، ایشیدا و هاجکاک^۶، ۲۰۱۱). تعدادی از این همبستگی‌های شناختی، رفتاری و هیجانی عدم تحمل بلاتکلیفی در افراد مبتلا به اختلال بدریخت انگاری بدن نیز وجود دارد (بوهلن^۷ و همکاران، ۲۰۰۲). باین‌حال در مورد ارتباط عدم تحمل بلاتکلیفی و اختلال بدریخت انگاری بدن تحقیقات اندکی انجام شده است. در پژوهشی سه مطالعه انجام شد که در مطالعه اول همبستگی مثبت بین عدم تحمل بلاتکلیفی و نشانه‌های بیشتر در اضطراب و افسردگی آشکار شد. در مطالعه دوم ارتباط بین عدم تحمل بلاتکلیفی و

- 1 Feng & Hafman
2. Summers, Matheny, Sarawgi & Cogle
3. Intolerance of uncertainty
4. Dugas, Buhr & Ladouceur
5. van der Heiden
6. Luhmann, Ishida & Hajcak
7. buhlmann

8. Boelen & Reijntjes

میلان، رامتر^۷، ۲۰۰۷) و همچنین اختلال اضطراب اجتماعی مرتبط بوده است (کلارک و ولز^۸، ۱۹۹۵). مشکلات تنظیم هیجان در اختلالات اضطرابی رایج هستند (گراس و ورنر، ۲۰۱۰)، از جمله اختلال اضطراب اجتماعی (کاشدان، مک نایت^۹، ۲۰۱۳). مطابق با مدل‌های شناختی افراد مبتلابه این اختلال راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجان دارند، راهبردهایی از جمله اجتناب شدید از موقعیت‌های اجتماعی ویژه، موضع‌گیری توجیهی سودار و نامتعطف، ارزیابی‌های شناختی ناموفق و بازداری نامتناسب هیجان‌ات (کلارک و ولز، ۱۹۹۵). با این وجود، در مورد کاستی‌های تنظیم هیجان در اختلال بدریخت‌انگاری بدن پژوهش‌چندانی صورت نگرفته و بیشتر پژوهش‌ها در مورد اختلال‌های مرتبط با اختلال بدریخت‌انگاری مثل وسواس و رفتارهای وسواسی و تکراری و همچنین تصویر بدن صورت گرفته است که دشواری در تنظیم هیجان در این اختلال‌ها مؤثر بود (بوهمن، اتکاف^{۱۰} و ویلهم، ۲۰۰۸). در پژوهشی مشخص شد بین نوجوانان چاق و دارای وزن طبیعی از نظر تصویر بدنی و اضطراب اجتماعی-جسمانی تفاوت معنادار وجود دارد همچنین فشار اجتماعی-فرهنگی بالا برای کاهش وزن و تغییر بدنی در افزایش اضطراب اجتماعی-جسمانی نقش معناداری دارد (پورشریفی، هاشمی نصرت آباد، احمدی، ۱۳۹۶)، که این خود نشانگر تأثیر عوامل اجتماعی بر این اختلالات هست و حاکی از آن

بسیاری از بیماری‌های پوستی مورد تأکید قرار گرفته است که می‌تواند سبب پیشرفت و بروز برخی بیماری‌های پوستی شود. مشخص شده که پریشانی‌های روان‌شناختی نقش مستعد کننده، تسریع‌کننده و تداوم‌بخش را در بیماری‌های پوستی دارد و آموزش تنظیم هیجان می‌تواند با کاهش آن نقش مهمی را به‌عنوان درمان‌های کمکی و توان‌بخشی در کنار درمان‌های پزشکی ایفا کند (ذاکری، حسنی، اسماعیلی، ۱۳۹۶) تنظیم هیجان عموماً به روش‌هایی اشاره دارد که افراد توسط آن‌ها بر هیجان‌هایی که تجربه می‌کنند تأثیر می‌گذارند، به این صورت که چه وقت هیجان‌ها را تجربه کنند، چگونه تجربه کنند و چطور آن‌ها را ابراز کنند (گروس^۱، ۱۹۹۸). پژوهش‌های جدید دریافته‌اند که تنظیم هیجانی کارآمد برای سلامت روان‌شناختی حائز اهمیت بوده و دشواری در تنظیم هیجان با دامنه گسترده‌ای از رفتارهای مسئله‌ساز و اختلال‌های روان‌شناختی از جمله سوء‌مصرف مواد (کان و دیمتروویکس^۲، ۲۰۱۰)، آسیب عمده‌ی به خود (بوخولد، پارا و جوب-شیلد^۳، ۲۰۰۹؛ میکولاجزاک، پتریدس و هاری^۴، ۲۰۰۹)، افسردگی (گراس و جان، ۲۰۰۳؛ جان و گراس، ۲۰۰۴)، اضطراب (سیسر، اولتونجی، فلدنر و فرسیز^۵، ۲۰۱۰)، اختلال شخصیت مرزی (گراتز، روزنتال، تال، لجویز و گاندرس^۶، ۲۰۰۶)، اختلال استرس پس از سانحه (تال، باررت، مک

1. Gross
2. Kun & Demetrovics
3. Buckholdt, Parra & Jobe-Shields
4. Mikolajczak, Petrides & Hurry
5. Olatunji, Feldner & Forsyth
6. Gratz, Rosental, TUII, Lejuez & Gunderson

7. Barrett, McMillan & Roemer
8. Clark & Wells
9. Kashdan & McKnight
10. Etkoff

خیر. همچنین نتایج تحقیق می‌تواند در طرح‌های پیشگیری و همچنین درمان فراتشخیصی مورد استفاده قرار گیرد و به‌ویژه در طرح‌های پیشگیری برای عمل‌های زیبایی غیرضروری طرح‌های پیشگیری برنامه‌ریزی کرد تا از عمل غیرضروری و نابجا جلوگیری شود.

روش

پژوهش حاضر جزء پژوهش‌های توصیفی و از نوع پس‌رویدادی یا علی-مقایسه‌ای است. نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود. پرسشنامه‌ها بین کسانی که به کلینیک گوش و حلق و بینی بیمارستان طالقانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران مراجعه کردند توزیع شد و افرادی که نمره بالای خط برش در یکی از پرسشنامه‌های اضطراب اجتماعی SPIN (نمره برش ۵۰) یا BSQ-34 (نمره برش ۱۱۳.۵) گرفتند وارد پژوهش شدند. برای محاسبه حجم نمونه از نسخه ۳/۱ برنامه کامپیوتری G Power استفاده شد. رهنمود کلی برای تفسیر اندازه اثر از این قرار است (۱۰= کوچک، ۳۰= متوسط، ۵۰= بزرگ) (روزنتال و روزنو، ۱۹۹۱). با توجه به پژوهش‌های قبلی با احتساب اندازه اثر ۵٪ نمونه‌های پژوهش حاضر ۶۵ نفر برای هر گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی و بدریخت‌انگاری در نظر گرفته شد. نتایج با استفاده از نرم‌افزار spss-22 و آمار توصیفی (فراوانی، شاخصه‌ای مرکزی و شاخصه‌ای پراکندگی) محاسبه شد سپس در آمار استنباطی از روش تحلیل واریانس

است که باید در مورد عوامل اجتماعی و بدریخت‌انگاری بدن بررسی‌های بیشتری انجام شود.

به‌طورکلی، می‌توان گفت تاکنون به شباهت‌های اختلال بدریخت‌انگاری بدن با اختلال وسواس فکری-عملی بیشتر توجه شده و به رابطه آن با اضطراب اجتماعی کمتر پرداخته شده است. مشاهدات بالینی نشان می‌دهد که وجود ارتباط میان این دو اختلال محتمل است (کلی، دالریمل، زیمرمان و فیلیپس، ۲۰۱۳). با توجه به این‌که پژوهش‌های حاضر به‌طور مستقیم اضطراب اجتماعی و بدریخت‌انگاری بدن را از نظر عدم تحمل بلا تکلیفی و دشواری‌های تنظیم هیجان مورد مقایسه قرار نداده‌اند و بیشتر پژوهش‌ها هرکدام از این عوامل فراتشخیصی را در یک اختلال به‌تنهایی مورد بررسی قرار داده‌اند؛ که در هر دو اختلال این عوامل فراتشخیصی تأثیر معناداری داشته و با توجه به شباهت‌های اضطراب اجتماعی و بدریخت‌انگاری بدن، مطالعه حاضر بر آن شد تا اختلال اضطراب اجتماعی و بدریخت‌انگاری بدن را از لحاظ متغیرهای عدم تحمل بلا تکلیفی و تنظیم هیجان را مقایسه کند تا شباهت و تفاوت‌های آن‌ها را بررسی کند. اهمیت پژوهش حاضر این است، چنانچه اضطراب اجتماعی و بدریخت‌انگاری در یک مطالعه به‌طور مستقیم مورد مقایسه قرار گیرد می‌تواند سرآغازی برای تحقیقات در این حوزه باشد که تعیین کند آیا این دو اختلال باید در دو طبقه مجزا قرار گیرد یا

مقیاس خود سنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای ۳ مقیاس اجتناب (۷ ماده)، ترس (۶ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیکی (۴ ماده) می‌باشد (کلارک و ولز، ۱۹۹۵). هر ماده بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از (۰ = به هیچ وجه، ۱ = کم، ۲ = تا اندازه‌ای، ۳ = خیلی زیاد و ۴ = بی‌نهایت) درجه‌بندی شده است. این پرسشنامه ابزاری است که با درجه‌بندی آزمون که از ۳ حیطه علائم بالینی بااهمیت ترس، اجتناب و علائم فیزیولوژیکی اطلاعات ارائه می‌دهد. اعتبار و روایی این پرسشنامه در پژوهش‌های مختلف مورد تأیید قرار گرفته است. در پژوهش حسن وند عموزاده (۱۳۹۶) پایایی با روش آلفای کرونباخ، ضریب اسپیرمن براون و آزمون-بازآزمون در نمونه دانشجویان کارشناسی مبتلابه اضطراب اجتماعی دانشگاه پیام نور لرستان به ترتیب ۹۷/۰ و ۰/۸۲ به دست آمد (حسن وند عموزاده، ۱۳۹۶).

پرسشنامه دشواری‌های تنظیم هیجان (DERS): مقیاس اولیه دشواری در تنظیم هیجان یک ابزار سنجش ۴۱ آیتمی خود گزارشی بود که برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجانی از لحاظ بالینی تدوین شد. آیتم‌های این مقیاس بر اساس گفتگوهای متعدد با همکاران آشنا با متون تنظیم هیجان تدوین و انتخاب شده است (گراتز و رومر^۵، ۲۰۰۴). گستره پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ قرار می‌گیرد. یک به معنای تقریباً هرگز (۰-۱۰ درصد)، دو به معنای گاهی اوقات (۱۱ تا ۳۵ درصد)، چهار به معنای اکثر اوقات (۶۶ تا ۹۰ درصد) و پنج به معنای تقریباً همیشه (۹۱ تا ۱۰۰ درصد)

ANOVA و آزمون T برای مقایسه دوبه‌دو استفاده شد.

پرسشنامه شکل بدن BSQ-3: کوپر و همکاران (۱۹۸۷) پرسشنامه شکل بدن را به منظور سنجش نگرانی از شکل بدن ساختند. این مقیاس یک پرسشنامه ۳۴ سؤالی خود اجرایی است که به وضعیت چهار هفته قبل اشاره می‌کند (کسلر، پتوکوا، سامپسون، زاسلاوسکی و ویتچن^۱، ۲۰۱۲). آزمودنی‌ها موافقتشان را با هر سؤالی بر روی یک مقیاس ۶ درجه‌ای با دامنه ۱ (هرگز) تا ۶ (همیشه) مشخص می‌کنند (کوران، آبجاود، لارگ و سرپ^۲، ۲۰۰۸). روایی و پایایی این مقیاس در فرم ایرانی نشان داد که همسانی درونی (۰/۹۳ تا ۰/۹۶) دارد. ضریب باز آزمایی (۰/۸۶ تا ۰/۷۹) و ضریب دو نیمه سازی (۰/۹۳-۰/۷۳) است (موتیر و آستین^۳، ۱۹۹۹). صادقی و همکاران (۱۳۹۳) روایی و پایایی پرسشنامه شکل بدن (BSQ-34) را در نمونه ۲۷۳ نفر دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه بررسی کردند. ضریب پایایی از نوع آلفای کرونباخ، دو نیمه‌سازی و باز آزمایی در کل نمونه به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۹۳ و ۰/۸۲ بود (صادقی، احمدی، رضایی، ویسی، رئیسی و شاهوردی، ۱۳۹۳).

پرسشنامه اضطراب اجتماعی (SPIN): این مقیاس اولین بار توسط کانر و همکاران (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی اجتماعی یا هراس اجتماعی تهیه شد (کانر^۴ و همکاران، ۲۰۰۰). این پرسشنامه یک

1. Kessler, Petukhova, Sampson, Zaslavsky & Wittchen
2. Koran, Abujoude, Large & Serpe
3. Moutier & Stein
4. conner

۱۹۹۴). نسخه انگلیسی آن نیز تهیه و اعتبار یابی شده است (کریستین، بوهر و داگاس، ۲۰۰۶). ضریب همبستگی این مقیاس با پرسشنامه نگرانی ($r = 0.60$) مقیاس افسردگی بک ($r = 0.59$) و مقیاس اضطراب بک ($r = 0.55$) در سطح 0.001 معنی دار به دست آمده است. بوهر و داگاس (۲۰۰۲) ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای این مقیاس را 0.94 گزارش کرده‌اند (بوهر و داگاس، ۲۰۰۲). در پژوهش حمیدپور، انوز و اکبری (۱۳۸۱) پایایی بازآزمایی 0.76 برای این مقیاس بدست آمد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برابر با 0.88 بدست آمد (به نقل از علیلو و همکاران، ۱۳۸۹).

یافته‌ها

گروه اضطراب اجتماعی شامل (۶۵ نفر) در دامنه سنی ۵۰ - ۲۰ سال و شامل ۳۹ مرد و ۲۶ زن بودند. همچنین گروه اضطراب اجتماعی از نظر وضعیت تأهل ۲۶ نفر مجرد و ۳۹ نفر متأهل بودند. گروه اختلال بدریخت انگاری شامل (۶۵ نفر) در دامنه سنی ۵۰ - ۲۰ سال که ۳۷ زن و ۲۸ مرد را شامل می‌شدند. گروه اختلال بدریخت انگاری از نظر وضعیت تأهل ۴۱ نفر مجرد و ۲۴ نفر متأهل بودند.

نتایج نشان داد میانگین و انحراف معیار پرسشنامه‌های عدم تحمل بلا تکلیفی، دشواری‌های تنظیم هیجان در گروه اضطراب اجتماعی و گروه اختلال بدریخت انگاری از قرار زیر است. میانگین نمره عدم تحمل بلا تکلیفی در گروه اضطراب اجتماعی برابر با $(90/29)$ و انحراف

درصد) می‌باشد. تحلیل عاملی وجود ۶ عامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، عدم وضوح هیجانی را نشان داد. نتایج حاکی از آن است که این مقیاس از همسانی درونی بالایی، 93% برخوردار می‌باشد (گراتز و رومر، ۲۰۰۴). هر شش زیر مقیاس پرسشنامه دشواری‌های تنظیم هیجان، آلفای کرونباخ بالای 80% دارند. بر اساس مطالعه عزیزی و همکاران (۱۳۸۹) بر روی دانشجویان میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه 92% برآورد شد (شمس، عزیزی، میرزایی، ۲۰۱۰).

پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی (AUS): پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی توسط فریستون و همکاران (۱۹۹۴) برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از بلا تکلیفی طراحی شد. این مقیاس ۲۷ سؤال دارد. عدم تحمل بلا تکلیفی چهار ویژگی را در تمایز افراد مضطرب از افراد سالم مهم می‌داند: توانایی کم برای تحمل موقعیت‌های مبهم، باورهای مثبت درباره نگرانی، اجتناب شناختی و جهت‌گیری منفی به مشکل. این مقیاس در طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. از $1 =$ کاملاً غلط تا $5 =$ کاملاً درست. جملات این پرسشنامه نوع واکنش افراد در برابر بلا تکلیفی‌های زندگی را توضیح می‌دهد. اعتبار این آزمون را فریستون و همکاران (۱۹۹۴) رضایت‌بخش گزارش کرده‌اند (فریستون، رهام، لتارت، داگاس و لادوسیور،

اجتماعی میانگین (۱۸/۸۹) و انحراف معیار (۲/۶۴)، در بدریخت انگاری میانگین (۱۸/۵۶) و انحراف معیار (۳/۹۲) بود.

باتوجه به میانگین‌ها، گروه اضطراب اجتماعی میانگین بیشتری نسبت به گروه اختلال بدریخت انگاری در متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی کسب کرده است و این تفاوت نیز معنادار بود.

برای بررسی این فرضیه که دشواری‌های تنظیم هیجان در اختلال بدریخت انگاری در مقایسه با اختلال اضطراب اجتماعی تفاوت معنادار دارد از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد که نتایج آن در ادامه ذکر شده است. قبل از اجرای تحلیل واریانس لازم است که مهم‌ترین مفروضه‌های آن بررسی شود. نتایج آزمون β -باکس نشان‌دهنده همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس بود ($f=3/17$, $p=0/01$).

بنابراین با توجه به مفروضه یکسانی واریانس از آزمون موردنظر استفاده شد که در ادامه به آن پرداخته شده است.

معیار آن برابر (۸/۱۴) بود. میانگین نمره عدم تحمل بلا تکلیفی در گروه بدریخت انگاری برابر با (۷۷/۶۹) و انحراف معیار آن برابر (۸/۸۸) بود. میانگین عدم پذیرش پاسخ‌های عاطفی در گروه اضطراب اجتماعی (۱۸/۰۷) و انحراف معیار (۳/۳۹)؛ در گروه بدریخت انگاری میانگین (۱۶/۰۱) و انحراف معیار (۳/۵۱)، میانگین اختلال در انجام رفتارهای هدفمند در گروه اضطراب اجتماعی (۱۶/۷۰) و انحراف معیار (۲/۷۰)؛ گروه بدریخت انگاری بدن میانگین (۱۶/۰۱) و انحراف معیار (۳/۵۱)؛ میانگین اختلال در کنترل تکانه در گروه اضطراب اجتماعی (۲۱/۱۰) و انحراف معیار (۳/۶۶)، گروه بدریخت انگار میانگین (۱۸/۹۵) و انحراف معیار (۴/۱۳)؛ میانگین محدودیت در دستیابی به راهبردهای تنظیم هیجان در اضطراب اجتماعی (۲۱/۵۶) و انحراف معیار (۳/۴۱) و در بدریخت انگاری میانگین (۱۷/۶۱) و انحراف معیار (۲/۷۳)، فقدان شفافیت هیجانی در اضطراب

جدول ۱. آزمون تی برای مقایسه اضطراب اجتماعی و بدریخت انگاری در متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی

متغیر	گروه	آزمون لون	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین	T	Df	سطح معناداری
عدم تحمل بلا تکلیفی	اختلال اضطراب اجتماعی	۱۶۰۱	۶۵	۹۰/۲۹	۸/۸۸	۱۲/۳۲	۸/۲۴	۱۲۸	۰/۰۰۱
	اختلال بدریخت انگاری		۶۵	۷۷/۹۶					

جدول ۲. نتایج آزمون لون برای یکسانی واریانس‌ها

متغیر	مقدار f	Df1	Df2	سطح معناداری
عدم پذیرش پاسخ‌های عاطفی	۰/۵۶۱	۱	۱۲۸	۰/۴۵۵
اختلال در انجام رفتارهای هدفمند	۰/۷۶۳	۱	۱۲۸	۰/۳۸۴
اختلال در کنترل تکانه	۳/۳۶	۱	۱۲۸	۰/۰۶۹
فقدان آگاهی هیجانی	۰/۵۸۵	۱	۱۲۸	۰/۴۴۶
محدودیت در دستیابی به راهبرهای تنظیم هیجان	۲/۵۶	۱	۱۲۸	۰/۱۳۹
فقدان شفافیت هیجانی	۱/۷۱	۱	۱۲۸	۰/۲۴۱

جدول ۳. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف برای نرمال بودن داده‌ها

متغیرهای ملاک	آزمون کولموگروف-اسمیرنف	
	Z	سطح معناداری
عدم پذیرش پاسخ‌های عاطفی	۱/۲۱	۰/۱۰۲
اختلال در انجام رفتارهای هدفمند	۱/۳۳	۰/۰۶۵
اختلال در کنترل تکانه	۱/۰۹	۰/۱۸۲
فقدان آگاهی هیجانی	۱/۲۰	۰/۱۱۲
محدودیت در دستیابی به راهبرهای تنظیم هیجان	۱/۰۵	۰/۲۰۱
فقدان شفافیت هیجانی	۱/۲۸	۰/۰۷۳

جدول ۴. آزمون‌های چندمتغیری برای بررسی گروه‌های مورد مقایسه در ابعاد دشواری تنظیم هیجان

شاخص منبع تغییر	آزمون‌های چندمتغیری	ارزش مشاهده	F	درجه آزادی فرضیه	خطای درجه آزادی	سطح معنی‌داری	ضریب اتا
گروه‌های مورد مقایسه	ردیابی پیلایی	۰/۵۳۸	۲۳/۸۶	۶	۱۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳۸
	لامبدای ویلکس	۰/۴۶۲	۲۳/۸۶	۶	۱۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳۸
	ردیابی T هاتلینگ	۱/۱۶	۲۳/۸۶	۶	۱۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳۸
	بزرگترین ریشه روی	۱/۱۶	۲۳/۸۶	۶	۱۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳۸

بدریخت‌انگاری تفاوت معناداری وجود دارد ($p=0/012$). با توجه به میانگین‌های ارائه شده میانگین گروه اضطراب اجتماعی در متغیر اختلال در انجام رفتارهای هدفمند برابر با (۱۷/۷۰) و در گروه اختلال بدریخت‌انگاری برابر با (۱۶/۰۱) می‌باشد؛ بنابراین با توجه به این نتایج میانگین اختلال در انجام رفتارهای هدفمند افراد اضطراب اجتماعی بالاتر از گروه اختلال بدریخت‌انگاری می‌باشد و این تفاوت نیز از لحاظ آماری معناداری می‌باشد. بین متغیر فقدان شفافیت هیجانی در گروه اضطراب اجتماعی و بدریخت‌انگاری تفاوت معناداری وجود دارد ($p=0/004$). با توجه به میانگین‌های ارائه شده، میانگین گروه اضطراب اجتماعی در متغیر فقدان شفافیت هیجانی برابر با (۱۹/۸۹) و در گروه اختلال بدریخت‌انگاری برابر با (۱۸/۵۶) می‌باشد؛ بنابراین با توجه به این نتایج میانگین فقدان شفافیت هیجانی افراد اضطراب اجتماعی بالاتر از گروه اختلال بدریخت‌انگاری می‌باشد و این تفاوت نیز از لحاظ آماری معنادار می‌باشد.

آزمون کولموگروف-اسمیرنف جهت نرمال بودن داده به کار رفت که نتایج آن نشان داد که توزیع داده‌ها نرمال است.

در ادامه بررسی این فرضیه پژوهش، آزمون‌های تک متغیره تحلیل واریانس به پژوهشگر نشان می‌دهد که معنی‌داری موجود در کدام یک از ابعاد دشواری تنظیم هیجان بوده است.

نتایج آزمون تک متغیره نشان می‌دهد که بین متغیر عدم پذیرش پاسخ‌های عاطفی در گروه اضطراب اجتماعی و بدریخت‌انگاری تفاوت معناداری وجود دارد ($p=0/020$). با توجه به میانگین‌های ارائه شده، میانگین گروه اضطراب اجتماعی در متغیر عدم پذیرش پاسخ‌های عاطفی برابر با (۱۸/۰۷) و در گروه اختلال بدریخت‌انگاری برابر با (۱۹/۳۶) می‌باشد؛ بنابراین با توجه به این نتایج میانگین افراد گروه اختلال بدریخت‌انگاری نسبت به گروه اضطراب اجتماعی بالاتر می‌باشد و این تفاوت نیز از لحاظ آماری معنادار هست. همچنین بین متغیر اختلال در انجام رفتارهای هدفمند در گروه اضطراب اجتماعی و

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیره برای بررسی تفاوت گروه اضطراب اجتماعی و بدشکل‌انگاری در ابعاد

دشواری تنظیم هیجان

منابع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
گروه‌ها	عدم پذیرش پاسخ‌های عاطفی	۲/۷۷	۱	۲/۷۷	۰/۲۲	۰/۰۰۲
	اختلال در انجام رفتارهای هدفمند	۱۵/۵۷	۱	۱۵/۵۷	۱/۵۸	۰/۰۱۲
	اختلال در کنترل تکانه	۱۵۰/۷۶	۱	۱۵۰/۷۶	۹/۸۷	۰/۰۷۲
	فقدان آگاهی هیجانی	۴۴۶/۷۷	۱	۴۴۶/۷۷	۳۸/۸۰	۰/۲۳۳
	محدودیت در دستیابی به راهبردهای تنظیم هیجان	۵۰۸/۰۶	۱	۵۰۸/۰۶	۵۳/۰۷	۰/۲۹۳
	فقدان شفافیت هیجانی	۵/۲۰	۱	۵/۲۰	۰/۴۶۵	۰/۰۰۴

نتیجه‌گیری و بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه اضطراب اجتماعی و بدریخت‌انگاری بدن در دو متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی و دشواری‌های تنظیم هیجان در افراد مراجعه‌کننده به کلینیک گوش و حلق و بینی برای جراحی زیبایی بود. پژوهش حاضر نشان داد که در متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی در این دو اختلال تفاوت معناداری وجود دارد در واقع با وجود بالا بودن میانگین این متغیر در هر دو اختلال، در اختلال اضطراب اجتماعی، عدم تحمل بلا تکلیفی به‌طور معناداری بالاتر از اختلال بدریخت‌انگاری بدن بود. نتایج این یافته با نتایج پژوهش‌های ریجتز و بولن (۲۰۰۹) همسو می‌باشد.

نتایج پژوهش نشان داد که بخش مهمی از واریانس اضطراب اجتماعی توسط متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی تعیین می‌شود (رجتیز، بولن^۱، ۲۰۰۹). همچنین با نتایج پژوهش دیگر همخوان است که نشان داد عدم تحمل بلا تکلیفی یک عامل مهم برای هر دو اختلال اضطراب اجتماعی و اضطراب منتشر است (کانسل^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). در تبیین این یافته می‌توان گفت مدل‌های آسیب‌شناسی روانی، بلا تکلیفی را بخشی اساسی در تجربه اضطراب می‌دانند، به‌طوری‌که عدم تحمل بلا تکلیفی در آن را می‌توان به‌عنوان یک ویژگی تشخیصی نیز در نظر گرفت (کارلتون^۳، ۲۰۱۶). عدم گنجایش برای تحمل ناشناخته‌ها عاملی قدرتمند در آسیب‌پذیری مرتبط با بسیاری

از اختلالات روان‌شناختی است (گروپ و نیتسکه^۴، ۲۰۱۳؛ هانگ و چیونگ^۵، ۲۰۱۵). عدم تحمل بلا تکلیفی این‌گونه تعریف شده که سازه‌ای شناختی است و هنگامی که حوادث غیرقابل‌توصیف هستند گرایش به دریافت و تفسیر منفی آن‌ها دارد. (بوهر داگاس، ۲۰۰۲؛ داگاس، گوسلین^۶ و لادوسر، ۲۰۱۱) افرادی که عدم تحمل بلا تکلیفی بالا دارند گرایش دارند که ابهام را به‌عنوان تهدید ارزیابی کنند و برانگیختگی فیزیولوژیکی بیشتری تجربه کنند (هاک، کررون^۷، ۲۰۰۴).

به‌علاوه، مشکل در تحمل بلا تکلیفی ممکن است که منجر به گرایش به این باور شود که بلا تکلیفی به‌خودی‌خود آشفته‌کننده و نامساعد است و باید از آن اجتناب شود (داگاس مارچند^۸، لادوسر، ۲۰۰۵). در موقعیت‌های اجتماعی که فرد در آن‌ها ارزیابی می‌شود، یکی از خصوصیات این موقعیت‌ها معمولاً مبهم بودن و غیرقابل‌پیش‌بینی بودن است؛ بنابراین زمانی که فرد در چنین موقعیت‌های نامشخص، مبهم و غیرقابل‌پیش‌بینی قرار می‌گیرد دچار استرس می‌شود و فرد احتمال دارد که در این شرایط کاری که قصد انجام آن را دارد متوقف کند؛ بنابراین شخص مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی زمانی که در موقعیت‌های مبهم و غیرقابل‌پیش‌بینی قرار می‌گیرد این شرایط برای او غیرقابل‌تحمل می‌شود و احتمالاً رفتارهای مرتبط با اجتناب، ترس و نشانه‌های فیزیکی

4. Grupe & Nitschke
5. Hong & Cheung
6. Gosselin
7. Hock & Krohne
8. Marchand

1. Boelen
2. Counsell
3. Carleton

مرتبط با اضطراب از خود بروز می دهد (رجینتسر و بالون، ۲۰۰۹)، اما این ویژگی را نمی توان در بدریخت انگاری بدن دید زیرا در این مشکل فرد از وضعیت بدنی خود در حال حاضر احساس ناراحتی می کند. مطالعه ای ارتباط عدم تحمل بلا تکلیفی و اختلال بدریخت انگاری بدن را نشان داد (سامرز، ماتنی، سارا جی و کاگل^۱، ۲۰۱۶). پژوهش حاضر رد کننده مطالعه آن ها نبود بلکه در پژوهش حاضر میزان عدم تحمل بلا تکلیفی در اختلال بدریخت انگاری بدن نسبت به اختلال اضطراب اجتماعی تفاوت معنادار داشت و این حاکی از ارتباط بسیار قدرتمند عدم تحمل بلا تکلیفی با اختلال اضطراب اجتماعی هست و نه عدم ارتباط عدم تحمل بلا تکلیفی و اختلال بدریخت انگاری بدن. در واقع از آنجایی که اختلال اضطراب اجتماعی همایندی بسیار بالایی با اختلال اضطراب منتشر دارد همچنین به دلیل شباهت زیاد در نشانه شناسی (کانسل^۲ و همکاران، همکاران، ۲۰۱۷) از آنجایی که عدم تحمل بلا تکلیفی یکی از آسیب شناسی های اصلی برای اضطراب منتشر در نظر گرفته می شود (کانسل و همکاران، ۲۰۱۷) جای تعجب نیست که اختلال اضطراب اجتماعی به طور معناداری در متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی میانگین بالاتری داشته باشد. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد که در ابعاد مختلف تنظیم هیجان بین اختلال اضطراب اجتماعی و بدریخت انگاری بدن تفاوت معنادار وجود دارد. تحقیقات نشان می دهد که افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی، هیجان های

منفی را شدیدتر از هیجان های مثبت تجربه می کنند (بلاک، کاشدان و فارمر^۳، ۲۰۱۶). دشواری در تنظیم هیجان ها معمولاً ویژگی مشترک تمامی اختلال های اضطرابی است. اختلال های اضطرابی به صورت کلی با فراوانی استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگار مانند اجتناب، افسردگی، نشخوار فکری و با عدم استفاده از راهبردهای سالم مانند پذیرش، ارزیابی مجدد و حل مسئله همراه هستند (آلداو، نولن هوکسما و اسپیزر^۴، ۲۰۱۰). بسیاری از محققان ادعا کرده اند که افراد مبتلابه اختلال اضطراب اجتماعی کژ تنظیمی هیجان یا مشکلاتی در تنظیم هیجان دارند (کلارک و ولز، ۱۹۹۵؛ هافمن، ۲۰۰۷). مشکلات تنظیم هیجان در اختلال اضطراب اجتماعی دو سطح درون فردی و بین فردی دارد. افراد مبتلابه اختلال اضطراب اجتماعی مجموعه محدودی از استراتژی ها را نمایش می دهند که تصور می شود نقص هایی دارند که مرتبط با ابعاد خاص اختلال اضطراب اجتماعی هست (راسچ، وسترن و لینکلون^۵، ۲۰۱۶)؛ اما تحقیقات دیگر نشان می دهد که بیشتر آشفستگی ای عمومی در چرخه های نورونی تنظیم هیجان وجود دارد (برول، هرویگ، دلسیگنر، جانک و رافر^۶، ۲۰۱۳). در پژوهشی مطرح شد که نوجوانانی که سطوح بالای اضطراب اجتماعی دارند و نشانه های افسردگی دارند، کاهش آگاهی هیجانی، بد تنظیمی ابراز هیجان و کاهش استفاده از استراتژی های مدیریت هیجان را گزارش دادند

3. Blalock, Kashdan & Farmer

4. Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer

5. Rusch, Westermann & Lincoln

6. Brühl, Herwig, Delsignore, Jäncke & Ruf

1. Matheny & sargi

2. Kansel

رفتارهای هدفمند می‌شوند و این موضوع به سایر موقعیت‌های زندگی نیز تعمیم پیدا می‌کند (گروپ و نیتجک^۲، ۲۰۱۳). به همین منظور است که در خرده مقیاس فقدان شفافیت هیجانی در متغیر بد تنظیمی هیجانی نیز به نسبت گروه با اختلال بدریخت‌انگاری از میانگین بالاتری برخوردار است چرا که از فقدان شفافیت هیجانی در موقعیت‌های مختلف رنج می‌برند. محققان بر این گمان هستند که اختلال اضطراب اجتماعی بد تنظیمی هیجان یا مشکلاتی را در تنظیم هیجان به همراه دارد (بلاک، کاشدان و فارمر، ۲۰۱۶). مطابق با مدل‌های شناختی نیز افراد مبتلابه این اختلال دچار راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجان هستند، راهبردهایی از جمله اجتناب شدید از موقعیت‌های اجتماعی ویژه، موضع‌گیری توجهمی سودار و نا معطف، ارزیابی‌های شناختی ناموفق و بازداری نامتناسب هیجان‌ات (کلارک و ولز ۱۹۹۵).

به‌طور کلی نقص در تنظیم هیجانی و افکار منفی تکراری در رشد آسیب‌شناسی اختلالات خلقی و اضطرابی مؤثر است. مشکل در تنظیم هیجانی با الگوهای مختلف آسیب روانی مانند اختلال شخصیت مرزی، اختلال افسردگی اساسی، اختلال دوقطبی، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال اضطراب فراگیر و اختلال خوردن مرتبط است و راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان نیز به‌عنوان نحوه تفکر افراد پس از بروز یک تجربه منفی یا واقعه آسیب‌زا نیز با آسیب‌های روانی مرتبط است (حسنی و

کلمانسکی، کورتیس، مک لافلین و نولن هوکسما^۱، ۲۰۱۷).

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر در متغیر بد تنظیمی هیجانی می‌توان عنوان داشت، در متغیر عدم پذیرش پاسخ‌های عاطفی گروه بدریخت‌انگاری نمره بیشتری نسبت به اختلال اضطراب اجتماعی کسب کردند. یکی از عوامل اصلی که باعث می‌شود فرد در اختلال بدریخت‌انگاری پاسخ‌های عاطفی را رد کند، فاجعه‌انگاری است؛ یعنی تحریف شناختی که در بسیاری از اختلالات روانی دیده می‌شود. دلگرمی از سوی افراد و تلاش خود فرد مبتلابه اختلال بدریخت‌انگاری نیز نمی‌تواند عقاید او را عوض کند و افراد در معرض این اختلال در وضعیت بدتری قرار می‌گیرند.

همچنین از آنجایی که بسیاری از افرادی که دچار اختلال بدریخت‌انگاری هستند نسبت به عضو و عاطفه مبتنی بر پذیرش آن مقاومت می‌کنند، یک نوع اجتناب از پذیرش عاطفه خود دارند که به‌خوبی می‌توان آن را در نتایج پژوهش حاضر مشاهده کرد؛ اما در مورد اختلال در انجام رفتارهای هدفمند و معناداری آن در جمعیت اختلال اضطراب اجتماعی می‌توان بیان کرد، زمانی که افراد با اضطراب اجتماعی در موقعیت‌های اجتماعی که مورد ارزیابی قرار می‌گیرند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) حضور پیدا می‌کنند به خاطر تنش و اضطرابی که تجربه می‌کنند رفتارهای هدفمند آن‌ها تحت تأثیر هیجان‌ات منفی قرار گرفته و دچار اختلال در

1. Klemanski, Curtiss, McLaughlin & Nolen-Hoeksema

2. Grupe & Nitschke

میراقایی، ۱۳۹۱).

سالم نیز برای مقایسه با گروه‌های بالینی استفاده نمایند. همچنین پیشنهاد می‌شود مؤلفه‌های بررسی شده در این پژوهش در سایر اختلال‌های اضطرابی مانند اختلال وسواسی-جبری مورد مقایسه قرار گیرند. تحقیقات آینده می‌توانند از طرح‌های مداخله‌ای و شبه آزمایشی به جای طرح‌های توصیفی استفاده شود.

سپاسگزاری

بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و همچنین کارکنان بیمارستان آیت‌الله طالقانی دانشگاه شهید بهشتی تهران و گروه روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به دلیل همکاری در پژوهش حاضر تقدیر و تشکر می‌گردد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی هم همراه بود، از جمله اینکه به دلیل استفاده از روش علی مقایسه‌ای، امکان نتیجه‌گیری علی وجود ندارد. محدودیت دوم را می‌توان عدم نبود گروه کنترل افراد سالم عنوان کرد که می‌تواند داده‌های منسجمی در متغیرهای پژوهش در اختیار قرار دهد.

همچنین روش نمونه‌گیری در این مطالعه به شیوه در دسترس بود و این منجر به کاهش تعمیم‌پذیری این یافته‌ها می‌شود.

در نهایت جمعیت مورد مطالعه جمعیت بالینی نبود و این باعث عدم تعمیم‌پذیری به این گروه می‌شود.

پژوهش‌های آینده می‌توانند مطالعه حاضر را در نمونه‌های بالینی تکرار کنند و از گروه جمعیت

منابع

حسن وند عموزاد، م. (۱۳۹۶). مقیاس هراس اجتماعی در میان دانشجویان دانشگاه پیام نور لرستان. *دانشگاه علوم پزشکی فسا* ۵(۷): ۲ - ۱۸۱-۱۸۹.

ذاکری، م؛ حسنی، ج؛ اسماعیلی، ن. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش نظم‌جویی فرآیندی هیجان بر پریشانی روانشناختی افراد مبتلابه ویتیلیگو. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۳۶ (۲۳): ۳۹-۵۶.

ذوقی، پ؛ کرمی، آ؛ نبی زاده، صفدر نبی‌زاده. (۱۳۹۷). مقایسه اختلال تصویر تن، اختلال

پورشریفی، ح؛ هاشمی نصرت آباد، ت؛ احمدی، م. (۱۳۹۶). مقایسه مشکلات تصویر بدنی و اضطراب اجتماعی-جسمانی در نوجوانان چاق و دارای وزن طبیعی: بررسی نقش تعدیل‌کنندگی فشار اجتماعی- فرهنگی برای کاهش وزن و تغییر بدنی. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۶۱ (۲۱): ۱۰۳-۸۶.

حسنی، ج و میراقایی، ع. (۱۳۹۱). رابطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با ایده پردازی خودکشی. *روانشناسی معاصر*، ۷ (۲۱): ۶۲-۷۲.

- عوامل مرتبط با تمایل به انجام جراحی‌های زیبایی بر اساس نظریه عملکرد منطقی در دانشجویان شهرکرد. *مجله پرستاری و مامایی جامع‌نگر*، ۲۴ (۷۴): ۶۱-۵۳.
- علیلو، م؛ شاه‌جویی، ت و هاشمی، ز؛ (۱۳۸۹). مقایسه عدم تحمل بلا تکلیفی، اجتناب شناختی، جهت‌گیری منفی به مشکل و باورهای مثبت در مورد نگرانی بین بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی. *فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز*، ۲۰(۵): ۱۶۷-۱۸۵.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237.
- Diagnostic, A. P. A. (2013). statistical manual of mental disorders: DSM-5 (ed). *American psychiatric Association. Washington, DC.*
- Blalock, D. V., Kashdan, T. B., & Farmer, A. S. (2016). Trait and daily emotion regulation in social anxiety disorder. *Cognitive therapy and research*, 40(3), 416-425.
- Boelen, P. A., & Reijntjes, A. (2009). Intolerance of uncertainty and social anxiety. *Journal of anxiety disorders*, 23(1), 130-135.
- Brühl, A. B., Herwig, U., Delsignore, A., Jäncke, L., & Rufer, M. (2013). General emotion processing in social anxiety disorder: neural issues of cognitive control. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 212(2), 108-115.
- بدشکلی بدنی و گرایش به مد در افراد متقاضی و غیر متقاضی جراحی زیبایی. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۷، ۲ (۲۶): ۲۴-۷.
- صادقی، خ؛ احمدی، م؛ رضایی، م؛ ویسی، ف؛ رئیسی، ف و شاهوردی، ج؛ (۱۳۹۳). مشخصات روان‌سنجی پرسشنامه شکل بدن ۳۴ سؤالی در دانشجویان. *دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*. ۱۸(۶): ۳۱۶-۳۲۲.
- طهماسبی، س؛ طهماسبی، ز و یغمایی، ف. (۱۳۹۳). Buckholdt, K. E., Parra, G. R., & Jobe-Shields, L. (2009). Emotion regulation as a mediator of the relation between emotion socialization and deliberate self-harm. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 7. ۴۹۰-۴۸۲, (۴)۹.
- Buhlmann, U., Etkoff, N. L., & Wilhelm, S. (2008). Facial attractiveness ratings and perfectionism in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Journal of anxiety disorders*, 22(3), 540-547.
- Buhlmann, U., Wilhelm, S., McNally, R. J., Tuschen-Caffier, B., Baer, L., & Jenike, M. A. (2002). Interpretive biases for ambiguous information in body dysmorphic disorder. *CNS spectrums*, 7(6), 435-443.
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *behaviour research and therapy*, 40(8), 931-945.
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2006). Investigating the construct validity of

- intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *Journal of anxiety disorders*, 20(2), 222-236.
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2009). The role of fear of anxiety and intolerance of uncertainty in worry: An experimental manipulation. *Behav Res Ther*, 47(3), 215-223.
- Carleton, R. N. (2016). Into the unknown: a review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of anxiety disorders*, 39, 30-43.
- Cisler, J. M., Olatunji, B. O., Feldner, M. T., & Forsyth, J. P. (2010). Emotion regulation and the anxiety disorders: An integrative review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(1), 68-82.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*, 41(68), 00022-00023.
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Weisler, R. H., & FOA, E. (2000). Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN). *The British Journal of Psychiatry*, 176(4), 379-386.
- Counsell, A., Furtado, M., Iorio, C., Anand, L., Canzonieri, A., Fine, A.,... Katzman, M. A. (2017). Intolerance of uncertainty, social anxiety, and generalized anxiety: Differences by diagnosis and symptoms. *Psychiatry Research*, 252, 63-69.
- Craske, M. G. (2012). Transdiagnostic treatment for anxiety and depression. *Depression and anxiety*, 29(9), 749-753.
- Dugas, M. J., Buhr, K & ,Ladouceur, R. (2004). The Role of Intolerance of Uncertainty in Etiology and Maintenance.
- Dugas, M. J., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive therapy and research*, 25(5), 551-558.
- Dugas, M. J., Hedayati, M., Karavidas, A., Buhr, K., Francis, K., & Phillips, N. A. (2005). Intolerance of uncertainty and information processing: Evidence of biased recall and interpretations. *Cognitive therapy and research*, 29(1), 57-70.
- Dugas, M. J., Marchand, A., & Ladouceur, R. (2005). Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: diagnostic and symptom specificity. *Journal of anxiety disorders*, 19(3), 329-343.
- Fang, A., & Hofmann ,S. G. (2010). Relationship between social anxiety disorder and body dysmorphic disorder. *Clinical psychology review*, 30(8), 1040-1048.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17(6), 791-802.
- 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(1), 41-54.
- Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W., & Gunders, J. G. (2006). An experimental investigation of

- emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 850-855.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and social psychology*, 85(2), 348-362.
- Grupe, D. W., & Nitschke, J. B. (2013). Uncertainty and anticipation in anxiety: an integrated neurobiological and psychological perspective. *Nature Reviews Neuroscience*, 14(7), 488-501.
- Hock, M., & Krohne, H. W. (2004). Coping with threat and memory for ambiguous information: testing the repressive discontinuity hypothesis. *Emotion*, 4(1), 65.
- Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder :A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive behaviour therapy*, 36(4), 193-209.
- Hong, R. Y., & Cheung, M. W.-L. (2015). The structure of cognitive vulnerabilities to depression and anxiety: Evidence for a common core etiologic process based on a meta-analytic review. *Clinical Psychological Science*, 3(6), 892-912.
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(6), 1301-1333.
- Kashdan, T. B., & McKnight, P. E. (2013). Commitment to a purpose in life: An antidote to the suffering by individuals with social anxiety disorder. *Emotion*, 13(6), 1150.
- Kelly, M. M., Dalrymple, K., Zimmerman, M., & Phillips, K. A. (2013). A comparison study of body dysmorphic disorder versus social phobia. *Psychiatry Research*, 205(1), 109-116.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International journal of methods in psychiatric research*, 21(3), 169-184.
- Klemanski, D. H., Curtiss, J., McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2017). Emotion Regulation and the Transdiagnostic Role of Repetitive Negative Thinking in Adolescents with Social Anxiety and Depression. *Cognitive therapy and research*, 41(2), 206-219.
- Koran, L. M., Abujaoude, E., Large, M. D., & Serpe, R. T. (2008). The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS spectrums*, 13(4), 316-322.
- Kun, B., & Demetrovics, Z. (2010). Emotional intelligence and addictions: A systematic review. *Substance Use & Misuse*, 45((7-8)), 1131-1160.
- Luhmann, C. C., Ishida, K., & Hajcak, G. (2011). Intolerance of uncertainty and decisions about delayed, probabilistic rewards. *Behavior Therapy*, 42(3), 378-386.
- Mikolajczak, M., Petrides, K. V., & Hurry,

- J. (2009). Adolescents choosing self-harm as an emotion regulation strategy: The protective role of trait emotional intelligence. *British Journal of Clinical Psychology, 48*(2), 181–193.
- Moutier, C. Y., & Stein, M. B. (1999). The history, epidemiology, and differential diagnosis of social anxiety disorder. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Rosenthal, R., & Rosnow, R. L. (1991). *Essentials of behavioral research: Methods and data analysis*: McGraw-Hill Humanities Social.
- Rusch, S., Westermann, S., & Lincoln, T. M. (2012). Specificity of emotion regulation deficits in social anxiety: An internet study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 85*(3), 268-277.
- Shams, J., Azizi, A., & Mirzaie, A. (2010). Correlation between Distress Tolerance and Emotional Regulation With Students Smoking Dependence *Hakim Health System reaseech, 13*(1), 11-18.
- Summers, B. J., Matheny, N. L., Sarawgi, S., & Cogle, J. R. (2016). Intolerance of uncertainty in body dysmorphic disorder. *Body Image, 16*, 45-53.
- Tull, M. T., Barrett, H. M., McMillan, E. S., & Roemer, L. (2007). (A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. *Behavior Therapy, 38*(3), 303–313.
- van der Heiden, C., Melchior, K., Muris, P., Bouwmeester, S., Bos, A. E., & van der Molen, H. T. (2010). A hierarchical model for the relationships between general and specific vulnerability factors and symptom levels of generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders, 24*(2), 284-289.
- Werner, K., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework.