

پیش‌بینی اختلال اضطراب منتشر بر اساس متغیرهای نقایص تنظیم هیجان، آمیختگی

فکر - عمل و بازداری رفتاری

رقیه عطایی مغالو^۱، وحید عطایی مغالو^۲، ملیحه پیشوایی^۳

خلاصه

مقدمه: اختلال اضطراب منتشر تحت تأثیر مؤلفه‌های متعدد هیجانی، شناختی و سرشتی قرار دارد. هدف این پژوهش، پیش‌بینی اختلال اضطراب منتشر بر اساس متغیرهای عدم تنظیم هیجان، آمیختگی فکر-عمل و بازداری رفتاری بود.

روش: طرح پژوهش از نوع همبستگی بود و نمونه آماری آن را ۱۳۵ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب منتشر تشکیل می‌داد که از میان بیماران مراجعه کننده به مراکز و کلینیک‌های روان‌پزشکی شهر تبریز به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها، از پرسش‌نامه‌های تنظیم شناختی هیجان، آمیختگی فکر-عمل، اضطراب Beck و مقیاس‌های بازداری رفتاری بزرگسالی و گذشته‌نگر (دوران کودکی) و مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو-۲۰ (TAS-۲۰ یا Toronto alexithymia scale-۲۰) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی Pearson و تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام تحلیل گردید.

یافته‌ها: بین دشواری در شناسایی و توصیف احساس، تنظیم شناختی غیر انطباقی، آمیختگی فکر-عمل و بازداری رفتاری کودکی با اختلال اضطراب منتشر رابطه مثبت معنی‌داری وجود داشت ($P < ۰/۰۱۰$). همچنین، تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که دشواری در شناسایی احساس، تنظیم شناختی غیر انطباقی، آمیختگی فکر-عمل و بازداری رفتاری دوران کودکی به ترتیب پیش‌بینی‌های مناسبی برای این اختلال هستند.

نتیجه‌گیری: در مجموع، با توجه به نقش عدم تنظیم هیجان، آمیختگی فکر-عمل و بازداری رفتاری دوران کودکی در اختلال اضطراب منتشر، لازم است متغیرهای پیش‌گفته در برنامه‌های پیشگیری و درمان این اختلال گنجانده شود.

واژه‌های کلیدی: نقایص تنظیم هیجان، آمیختگی فکر-عمل، بازداری رفتاری، اختلال اضطراب منتشر

۱- گروه روان‌شناسی، باشگاه پژوهشگران جوان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد پارس آباد مغان، پارس آباد مغان، ایران ۲- کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

* نویسنده مسؤول، آدرس پست الکترونیک: vahidataie_3000@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۷/۶ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۹۳/۱۲/۲۲ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱/۲۶

مقدمه

اختلال اضطراب منتشر یا فراگیر (GAD یا Generalized anxiety disorder) از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی در بزرگسالان است؛ به طوری که میزان شیوع آن در طول عمر، ۶ درصد گزارش شده است (۱). اختلال اضطراب منتشر فراگیر در چهارمین ویراست تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR یا Diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV- text revision)، به صورت اضطراب و نگرانی شدید دربارۀ چند رویداد یا فعالیت تعریف شده است که در بیشتر روزها حداقل به مدت شش ماه تداوم دارد، کنترل آن مشکل است و با نشانه‌های جسمی مانند تنش عضلانی، تحریک پذیری، اشکال در خواب و بی‌قراری همراه است (۲). با وجود شیوع بالای اختلال اضطراب منتشر، درک ضعیف‌تری از این اختلال نسبت به سایر اختلالات اضطرابی وجود دارد و تحقیقات کمتری مکانیسم‌های آسیب‌شناسی روانی دخیل در این اختلال را بررسی کرده‌اند (۳). در نتیجه، مشکلات بیشتری در درمان افراد مبتلا به این اختلال وجود دارد و بررسی مبسوط‌تر علت‌شناسی مرتبط با این اختلال، حایز اهمیت است.

در سال‌های اخیر، نظریه‌پردازان چندین مدل جدید را برای درک بهتر و بررسی مکانیسم‌های موجود در اختلال اضطراب منتشر توسعه داده‌اند که هر کدام بر یک جنبه خاص در تبیین این اختلال تأکید کرده‌اند. به عنوان مثال، مدل عدم تنظیم هیجان، به جنبه‌های هیجانی، مدل فراشناختی، به اهمیت کنترل افکار و مدل سرشتی، به اهمیت بازداری رفتاری در ایجاد این اختلال اشاره دارند. در مدل عدم تنظیم هیجانی GAD به وسیله نقص چشمگیر در تجربه و تنظیم هیجانی مشخص می‌شود. به طور خاص، این مدل معتقد است که افراد دارای این اختلال در شناسایی، توصیف و تمایز تجارب هیجانی خود از یکدیگر مشکل

دارند (درک ضعیف هیجانات) و هیجان‌ها به جای این که منبع اطلاعاتی باشند که رفتار را هدایت می‌کنند، به صورت آزارنده و نامطلوب تجربه می‌شوند (۴). علاوه بر این، افراد دارای اختلال اضطراب منتشر در شناخت زمان هیجان خود و چگونگی کاهش شدت تجربیات هیجانی منفی خود به شیوه‌ای مناسب با زمینه محیطی آن، دچار مشکل هستند (مدیریت و تنظیم غیر انطباقی هیجان). برای این افراد، نگرانی یک فرایند شناختی است که برای کنترل تجربه هیجانی به کار می‌رود، اما راهبردهای دیگر مانند راهبردهای تنظیم شناختی غیر انطباقی هیجان نیز ممکن است استفاده شود (۵).

تحقیقات نشان داده‌اند که افرادی دارای GAD نسبت به گروه‌های شاهد، شدت بیشتری از هیجان را گزارش می‌دهند و مهارت‌های کمی برای شناسایی، توصیف یا تنظیم واکنش‌های هیجانی منفی دارند (۴، ۶). Aldao و Nolen-Hoeksema در مطالعه‌ای دریافته‌اند که راهبردهای غیر انطباقی تنظیم هیجان (نشخوار فکری و فرونشانی) همبستگی مثبت با اختلال اضطراب منتشر و راهبردهای انطباقی (ارزیابی مجدد و حل مسأله) همبستگی منفی معنی‌داری با این اختلال دارند (۷). Martin و Dahlen (۸) نیز گزارش داده‌اند که سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه‌سازی و ارزیابی مجدد مثبت، می‌توانند به طور معنی‌داری علایم اضطراب را پیش‌بینی کنند. با این وجود، مشکلات موجود در تنظیم هیجانی تنها عامل مستعد کننده برای اختلالات اضطرابی شناخته نمی‌شوند و عوامل شناختی و سرشتی نیز تأثیرگذار می‌باشند. آمیختگی فکر-عمل، به عنوان یک سوگیری شناختی مفهوم‌سازی شده است که منجر به سوء تعبیر معنی و مفهوم می‌شود و به این باور بر می‌گردد که افکار و اعمال به طور جداناپذیری به هم مرتبط هستند و فرض وجود روابط علی نادرست بین افکار فرد و واقعیت خارجی را مطرح می‌کند. در این پدیده، مرز بین

Goodwin و همکاران پیشنهاد داده اند که داشتن تاریخچه بازداری رفتاری در دوران کودکی و ترکیب آن با تاریخچه خانوداگی آسیب شناسی اضطراب، خطر اختلال های اضطرابی را افزایش می دهد (۱۶).

مطالعات کمی رابطه منحصر به فرد بین بازداری رفتاری و اختلال اضطراب منتشر را بررسی کرده اند. در مطالعه ای بر روی ۹۱ بیمار دارای اختلال اضطراب منتشر، بازداری رفتاری به عنوان پیش بینی کننده مهم و معنی دار اختلال اضطراب منتشر اخیر فراتر از عدم تنظیم شناختی هیجان، حساسیت به اضطراب و افسردگی اساسی ظاهر شده است (۱۷). اما در دو مطالعه دیگر، بازداری رفتاری کودکی (گذشته نگر) ارتباط معنی داری با اختلال اضطراب منتشر نداشت (۱۸) و بازداری رفتاری کودکی و بزرگسالی نمی توانستند احتمال داشتن اختلال اضطراب منتشر را در بین بیماران پیش بینی کنند (۱۴). پژوهش های صورت گرفته در ایران در رابطه با اختلال اضطراب فراگیر بسیار انگشت شمار بوده است. مرور این پژوهش ها نشان می دهد که اکثر پژوهش ها با موضوع کلی اختلالات اضطرابی و نگرانی انجام پذیرفته است. غفاری و رضایی در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و عوامل باور آمیختگی فکر-عمل در تبیین نگرانی در گروهی از دانشجویان سهم دارند. به نظر آن ها، وقوع سوگیری های شناختی مانند فکر-عمل و راهبردهای ناکارآمد، آسیب های فرد را نسبت به نگرانی افزایش می دهد (۱۹). قاسم زاده نساجی و همکاران، رابطه مستقیم راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را با بروز افزایش میزان اختلال های روانی گزارش نمودند (۲۰). در پژوهش دیگری وجود تفاوت بین سطوح نشخوار فکری - که از خرده مقیاس های تنظیم هیجان غیر انطباقی می باشد- در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد بهنجار مشخص گردید (۲۱).

فکر و کنش و فکر و رویدادها از بین می رود. پیامد چنین تفکری سبب می شود فرد بدون این که اعتبار این باورها را در واقعیت بیازماید، بی چون و چرا آن ها را بپذیرد (۹). این سوگیری شناختی ابتدا در اختلال وسواسی-اجباری مورد تأیید قرار گرفت، اما پژوهش های بیشتر نشان داد که آمیختگی فکر-عمل در شکل های دیگر اضطراب نیز اتفاق می افتد (۱۰). در دهه های اخیر این ساختار در پژوهش های مربوط به اختلالات اضطرابی مرکز توجه قرار گرفته است. Abramowitz و همکاران نشان دادند که بیماران با اختلال اضطراب منتشر و اختلال وسواسی-اجباری در هر دو نوع آمیختگی فکر-عمل نمرات بالاتری نسبت به گروه شاهد داشتند؛ اما بین دو گروه بیمار تفاوت معنی داری وجود نداشت (۱۱). نتایج مطالعه Thompson-Hollands و همکاران در یک نمونه بیماران با تشخیص ترکیبی نشان داد که وجود هر گونه تشخیص اختلال اضطراب منتشر، قوی ترین پیش بینی کننده آمیختگی فکر-عمل است و این سازه شناختی بعد از درمان کاهش پیدا کرد (۱۲). در یک مطالعه نیز دستکاری آزمایشی آمیختگی فکر-عمل منجر به افزایش فراوانی افکار مزاحم، میزان پریشانی و مقاومت شد. محققان نتیجه گرفتند که آمیختگی فکر-عمل ممکن است باعث رشد و توسعه افکار مزاحم شود (۱۳).

بازداری رفتاری به عنوان یک مؤلفه سرشتی، اغلب به عنوان یک عامل آسیب پذیری برای رشد اضطراب ذکر شده است (۱۴). این ضعف سرشتی، یک الگوی به نسبت ثابت رفتاری و پاسخ های هیجانی به افراد ناآشنا و موقعیت های جدید است. افراد بازدارنده به طور معمول نسبت به موقعیت ها و اشیای جدید احتیاط و کناره گیری می کنند و اغلب با افراد ناآشنا به صورت بیمناک و خجالتی رفتار می کنند. بازداری رفتاری، سطوح تداوم متوسط تا زیاد در طول دوران کودکی را نشان می دهد و تا حدی نیز با جنبه های مختلف شخصیت بزرگسالی در ارتباط است (۱۵).

روش بررسی

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر مراجعه کننده به مراکز و کلینیک‌های روان‌پزشکی شهر تبریز در سال ۱۳۹۲ بودند. از میان مراجعان به این مراکز، ۱۳۵ بیمار مبتلا به اضطراب منتشر (۸۰ زن و ۵۵ مرد) با دامنه سنی ۶۰-۱۹ سال به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک انتخاب بیماران و ورود آن‌ها به نمونه، تشخیص روان‌پزشک، انجام مصاحبه تشخیصی با استفاده از مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور یک (SCID-I یا Structured clinical interview for DSM disorders) توسط روان‌شناس بالینی و کسب نمره متوسط به بالا در پرسش‌نامه اضطراب Beck بود. علاوه بر این، معیارهای دیگری مانند گرفتن تشخیص برای اولین بار، نداشتن سابقه روان‌درمانی و تشخیص همزمان اختلالات روانی دیگر، فقدان آسیب‌های مغزی و داشتن تحصیلات متوسطه به بالا برای درک و پاسخگویی به پرسش‌نامه‌ها در انتخاب بیماران مورد نظر قرار گرفتند. همچنین، برای ایجاد انگیزه در بیماران برای پاسخ‌دهی صحیح و تکمیل کل پرسش‌نامه‌ها به تعهد به بیماران داده شد که نتایج پرسش‌نامه‌ها به صورت فردی در اختیار آن‌ها قرار خواهد گرفت و آزمودنی در موعد مقرر می‌توانست این نتایج را دریافت کند. برای جمع‌آوری اطلاعات این پژوهش از چهار ابزار استفاده شد.

مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو-۲۰ (TAS-۲۰) یا ۲۰- (Toronto alexithymia scale): این مقیاس از ۲۰ سؤال تشکیل شده است که سه خرده‌مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در یک مقیاس درجه‌بندی لیکرتی از نمره ۱ (کاملاً مخالفم) تا نمره ۵ (کاملاً موافقم) می‌سنجد. در نسخه فارسی این مقیاس، ضرایب Cronbach's alpha برای نارسایی هیجان

در مجموع، مبانی نظری و پژوهشی مطرح شده، نشان می‌دهد که متغیرهای عدم تنظیم هیجان، آمیختگی فکر-عمل و بازداری رفتاری هر کدام به طور جداگانه با اختلال اضطراب منتشر ارتباط دارند، اما ارتباط بین بازداری رفتاری و اختلال اضطراب منتشر به روشنی مشخص نیست. از سوی دیگر، تحقیقی با بررسی مستقیم نقش این سه متغیر در کنار هم بر اختلال اضطراب منتشر و تعیین شدت تأثیر هر یک از متغیرها بر این اختلال، در دسترس نمی‌باشد. همچنین، رسیدن به مجموعه‌ای از متغیرهای دخیل در ایجاد و افزایش اختلال اضطراب منتشر، باعث به وجود آمدن مدلی برای پیش‌بینی میزان دقیق آن در افراد خواهد شد.

مسئله دیگر در باب ضرورت و اهمیت انجام پژوهش حاضر، این است که بر اساس پژوهشی که به تازگی انجام گرفته است، Rutter و Brown به این نتیجه رسیدند که متغیرهای اضطراب، افسردگی و استرس، اغلب بر اساس ابزارهای خود-گزارشی پیش‌بینی شده‌اند و پیش‌بینی‌ها بر اساس شدت و تعداد علایم با توجه به معیارهای ورود و خروج به مطالعه و سنجش همزمان بر اساس ابزارهای اندازه‌گیری خود-گزارشی اندک و انگشت شمار بوده است (۲۲). از این رو، پیامدهای آن در طبقه‌بندی GAD قابل بحث می‌باشد. باید توجه داشت که تحقیقات پیشین بیشتر بر مبنای مفهوم کلی نگرانی بوده است و انجام پژوهش‌های سنجیده مطابق با تعاریف اختصاصی واژه‌ها می‌تواند در شناسایی عوامل پیش‌آیند متغیر اختلال اضطراب منتشر مفید باشد. بدیهی است داشتن این اطلاعات می‌تواند در دو حوزه پیشگیری و درمان، راهبردهای نوینی را در اختیار درمانگران این حیطه قرار دهد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش عدم تنظیم هیجانی، آمیختگی فکر-عمل و بازداری رفتاری در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر انجام شد.

توسط Goldstone و Parker ساخته شده است (۱۴). مقیاس بازداری رفتاری بزرگسالان یک ابزار تحقیقی ۱۶ ماده‌ای است که به منظور اندازه‌گیری گزارش ذهنی از صفت بازداری کنونی تهیه شده است. مقیاس گذشته‌نگر بازداری و یادآوری رفتارهای بازدارنده در دوران کودکی توسط بزرگسالان می‌باشد (به عنوان مثال، در طول سال‌های اولیه مدرسه و سنین ۱۳-۵ سال). ضریب پایایی این دو مقیاس با استفاده از Cronbach's alpha برای نمره کل AMBI و RMBI به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۹۰ و با استفاده از روش بازآزمایی با میانگین فاصله زمانی ۱۸ هفته به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۷ گزارش شده است. بررسی روایی سازه از طریق همبستگی بین مقیاس بازداری رفتاری بزرگسالان و مقیاس گذشته‌نگر بازداری رفتاری، با یک مقیاس بازداری رفتاری گذشته‌نگر (Hamill و همکاران) به ترتیب ۰/۶۲ و ۰/۷۳ بوده است (۱۴). محمدی، همسانی درونی و پایایی بازآزمایی با فاصله دو هفته در مقیاس AMBI را به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۷۹ و برای مقیاس RMBI ۰/۷۴ و ۰/۷۱ گزارش داده است (۲۶). علاوه بر این، روایی همگرایی AMBI با پرسش‌نامه بازداری رفتاری گذشته‌نگر برابر با ۰/۵۵ و برای مقیاس RMBI با پرسش‌نامه بازداری رفتاری بزرگسالان برابر با ۰/۵۵ بود.

پرسش‌نامه آمیختگی افکار (TFI یا Tinnitus functional index): یک مقیاس خود-گزارشی ۱۴ گویه‌ای است که باورهای افراد درباره معنی، خطر و پیامدهای افکارشان را می‌سنجد. پاسخ‌ها در این مقیاس بر اساس دامنه نمره صفر (اصلاً اعتقادی ندارم) تا ۱۰۰ (کاملاً اعتقاد دارم) و به صورت ده‌تایی نمره‌گذاری می‌شود. ضریب همسانی درونی مناسب (Cronbach's alpha ۰/۸۹) برای این آزمون و همبستگی کل ماده‌ها در دامنه‌ای از ۰/۳۵ تا ۰/۷۸ گزارش شده است. جهت محاسبه روایی همگرا نیز از پرسش‌نامه تجدید نظر شده در آمیختگی فکر-عمل (Thought-) TAF-S

کل و سه خرده مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش شده است. علاوه بر این، نتایج تحلیل عامل تأییدی نیز وجود سه خرده مقیاس فوق را در نسخه فارسی تأیید کرد (۲۳). در پژوهش حاضر، برای سنجش درک ضعیف هیجان‌ها به عنوان مؤلفه عدم تنظیم هیجان، دو خرده مقیاس دشواری در شناسایی احساسات و دشواری در توصیف احساسات مورد استفاده قرار گرفت که ضریب Cronbach's alpha آن‌ها به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ یا Cognitive emotion regulation questionnaire): این پرسش‌نامه ۳۶ گویه دارد و هر گویه بر اساس 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 استرس‌آمیز زندگی مورد استفاده قرار می‌گیرد و دارای نه خرده مقیاس تمرکز مجدد برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت، سرزنش دیگران، سرزنش خود، نشخوار فکری، توسعه دیدگاه، فاجعه‌سازی و پذیرش می‌باشد (۲۴). نتایج پژوهش سامانی و صادقی (۲۵) یک ساختار هفت عاملی را برای این پرسش‌نامه نشان داد. ضرایب Cronbach's alpha برای این عوامل در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۹۱ و ضرایب پایایی بازآزمایی در دامنه ۰/۷۵ تا ۰/۸۸ گزارش شده‌اند. در مطالعه حاضر، نمرات دو عامل کلی مورد استفاده قرار گرفت و ضرایب Cronbach's alpha این دو عامل به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۴ به دست آمد.

مقیاس‌های بازداری رفتاری: این مقیاس‌ها شامل مقیاس بازداری رفتاری بزرگسالان (AMBI یا Adult measure of behavioural inhibition) و مقیاس بازداری رفتاری گذشته‌نگر (RMBI یا Retrospective measure of behavioural inhibition)

مطالعه و کسب رضایت آگاهانه از آن‌ها به صورت کتبی انجام گرفت. همچنین، هیچ گونه منابع مالی یا منافی دیگر که موجب سوگیری در نتایج تحقیق شود، در این مطالعه وجود نداشت.

در این پژوهش، جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی مانند فراوانی، درصد و میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون ضریب همبستگی Pearson، رگرسیون خطی ساده (Linear regression) برای بررسی رابطه بین متغیرها و همچنین از آزمون χ^2 برای مقایسه فراوانی مردان و زنان نمونه پژوهش از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی سن، وضعیت شغلی و وضعیت تأهل استفاده گردید. در نهایت، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ (version 19, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

نمونه مطالعه حاضر شامل ۱۳۵ بیمار با میانگین و انحراف معیار سنی $۹/۵۰ \pm ۲۷/۵۱$ سال بود. ۳۹/۳ درصد (۵۳ نفر) از آزمودنی‌ها متأهل و ۶۰/۷ درصد (۸۲ نفر) مجرد بودند. همچنین، ۱۲/۶ درصد (۱۷ نفر) از آزمودنی‌ها بی‌سواد، ۵۸/۵ درصد (۷۹ نفر) دارای تحصیلات دیپلم و پایین‌تر و ۲۸/۹ درصد (۳۹ نفر) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. از لحاظ وضعیت شغلی نیز ۳۱/۱ درصد (۴۲ نفر) شاغل، ۳۲/۶ درصد (۴۴ نفر) بازنشسته و ۳۶/۳ درصد (۴۹ نفر) بیکار یا خانه‌دار بودند. جدول ۱ میانگین، انحراف معیار و همبستگی متغیرهای نقایص تنظیم هیجان، آمیختگی فکر-عمل، بازداری رفتاری و اضطراب منتشر را نشان می‌دهد.

Rachman و Shafraan (action fusion scale) (۱۰) استفاده شد که به لحاظ مفهوم شناختی بیشترین شباهت را با TFI داشت. ضریب همبستگی به دست آمده بین دو پرسش‌نامه معادل ۰/۶۵ بود. ضریب Cronbach's alpha برای نمره کل پرسش‌نامه در هم آمیختگی افکار در پژوهش حاضر، ۰/۸۸ به دست آمد.

پرسش‌نامه اضطراب Beck (BAI یا Beck anxiety inventory): Beck و همکاران این پرسش‌نامه را معرفی کردند که به طور اختصاصی شدت علائم اضطراب بالینی را در افراد می‌سنجد. این پرسش‌نامه یک مقیاس ۲۱ ماده‌ای است که هر سؤال در یک طیف چهاربخشی از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می‌کند. مطالعات نشان می‌دهند که این پرسش‌نامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن برابر با ۰/۹۲، پایایی آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و برای ماده‌های آن ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر گزارش شده است (۲۷). پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب می‌باشد (۲۸). ضریب Cronbach's alpha برای نمره کل پرسش‌نامه اضطراب Beck در پژوهش حاضر نیز محاسبه و ۰/۸۹ به دست آمد.

همچنین، این مطالعه مبتنی بر رعایت ملاحظات اخلاقی از جمله رعایت تمام کدهای اخلاقی مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، حقوق شرکت کنندگان در محرمانه بودن اطلاعات آن‌ها، برخورداری از حق انصراف از ادامه شرکت در مطالعه طی هر مرحله از

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱ اختلال اضطراب منتشر	۳۴/۲۹	۸/۰۶	۱							
۲ تنظیم شناختی غیر انطباقی	۴۵/۷۶	۸/۹۹	۰/۳۹**	۱						
۳ تنظیم شناختی انطباقی	۴۶/۲	۸/۹۲	-۰/۱۳	-۰/۱۱	۱					
۴ دشواری در شناسایی هیجانها	۱۶/۹۷	۴/۲۷	۰/۴۷**	۰/۱۹*	-۰/۰۵	۱				
۵ دشواری در توصیف هیجانها	۱۵/۷۵	۳/۹۳	۰/۳۳**	۰/۱۸*	-۰/۱۵	۰/۷۴**	۱			
۶ آمیختگی فکر-عمل	۶۶۰	۲۰۵/۲۳	۰/۳۱**	۰/۲۶**	-۰/۰۹	۰/۱۷*	۰/۱۱	۱		
۷ بازداری دوران کودکی	۲۷/۰۷	۸/۳۳	۰/۲۳**	۰/۱۷*	-۰/۰۹	۰/۰۹**	۰/۰۶	۰/۰۳	۱	
۸ بازداری بزرگسالی	۲۱/۳۸	۷/۱۶	۰/۱۳	۰/۲۱*	-۰/۰۳	۰/۱۷*	۰/۰۸	۰/۱۵	۰/۲۲*	۱

* $P < 0/010$ ** $P < 0/001$

احساسات، آمیختگی فکر-عمل و بازداری رفتاری کودکی و بزرگسالی در اختلال اضطراب منتشر، از آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه گام به گام استفاده شد.

نتایج نشان داد که دشواری در شناسایی هیجانها، راهبردهای تنظیم غیر انطباقی، آمیختگی فکر-عمل و بازداری رفتاری کودکی به ترتیب قوی ترین متغیرهای معنی دار برای پیش بینی اختلال اضطراب منتشر می باشد ($F = 19/16$ ، $P < 0/001$) و ۳۷/۱ درصد واریانس اختلال اضطراب منتشر توسط این متغیرها تعیین می شود. در جدول ۲ ضرایب استاندارد و غیر استاندارد β برای تعیین وزن هر یک از متغیرهای پیش بین معنی دار در اختلال اضطراب منتشر آمده است.

همان طور که در جدول ۱ مشاهده می شود، بین دشواری در شناسایی هیجانها، دشواری در توصیف هیجانها، راهبردهای تنظیم هیجان غیر انطباقی، آمیختگی فکر-عمل با اختلال اضطراب منتشر در سطح $P < 0/001$ و بین بازداری رفتاری کودکی با اختلال اضطراب منتشر در سطح $P < 0/010$ رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد.

برای بررسی طبیعی بودن توزیع نمرات گروه نمونه در متغیرها، از آزمون Kolmogorov-Smirnov استفاده شد و یافته ها نشان داد که توزیع متغیرهای اختلال اضطراب منتشر، نقایص تنظیم هیجان، آمیختگی فکر-عمل و بازداری رفتاری، توزیع بهنجاری دارند؛ از این رو، جهت آنالیز داده ها از روش های پارامتری استفاده شد. برای تعیین وزن هر یک از متغیرهای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان انطباقی و غیر انطباقی، دشواری در شناسایی و توصیف

جدول ۲. نتایج رگرسیون چند-گانه گام به گام متغیرهای تقابص تنظیم هیجان، آمیختگی فکر-عمل و بازداری رفتاری بر اختلال اضطراب منتشر

گام‌ها	متغیرهای پیش‌بین	B	β	R	R ²	T	P
۱	دشواری در شناسایی هیجانات	۰/۸۸۶	۰/۴۷۰	۰/۴۷۰	۰/۲۲۱	۶/۱۳۰	۰/۰۰۱
۲	دشواری در شناسایی هیجانات	۰/۷۸۳	۰/۴۱۵	۰/۵۶۷	۰/۳۲۲	۵/۷۱۰	۰/۰۰۱
	تنظیم شناختی غیر انطباقی	۰/۲۹۰	۰/۳۲۳			۴/۴۳۰	۰/۰۰۱
۳	دشواری در شناسایی هیجانات	۰/۷۴۱	۰/۳۹۳			۵/۴۴۰	۰/۰۰۱
	تنظیم شناختی غیر انطباقی	۰/۲۵۳	۰/۲۸۲	۰/۵۹۰	۰/۳۴۸	۳/۸۳۰	۰/۰۰۱
	آمیختگی فکر-عمل	۰/۰۰۷	۰/۱۷۰			۲/۳۱۰	۰/۰۲۲
۴	دشواری در شناسایی هیجانات	۰/۷۱۹	۰/۳۸۲			۵/۳۴۰	۰/۰۰۱
	تنظیم شناختی غیر انطباقی	۰/۲۳۶	۰/۲۶۳	۰/۶۰۹	۰/۳۷۱	۳/۵۹۰	۰/۰۰۱
	آمیختگی فکر-عمل	۰/۰۰۷	۰/۱۷۱			۲/۳۵۰	۰/۰۲۰
	بازداری دوران کودکی	۰/۱۴۷	۰/۱۵۲			۲/۱۵۰	۰/۰۳۳

بحث

صورت درونی در افراد GAD وجود دارد، این افراد موارد بیشتری از نیاز برای استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان را تجربه می‌کنند (۴). این راهبردهای تنظیم هیجانی غیر انطباقی، ممکن است در مقابل ناراحتی و هیجان‌های منفی در کوتاه مدت، محافظت کننده باشد، اما استفاده مداوم می‌تواند دنیای اجتماعی فرد و روابط بین فردی را در طول زمان محدود کند (۵).

این مسأله مطرح شده است که نگرانی به عنوان ویژگی اصلی اختلال اضطراب منتشر، به افراد اجازه می‌دهد تا از طرق تمرکز دایم بر فعالیت شناختی از تجارب هیجانی ناخوشایند اجتناب کنند. پردازش تجارب هیجانی به طور شناختی، در واقع آگاهی از حالت‌های هیجانی را کاهش می‌دهد. بنابراین افراد دارای GAD ممکن است در تشخیص هیجان‌های اولیه از قبیل عصبانیت، ناراحتی، ترس و شادی دچار مشکل شوند و در عوض هیجان‌های خود را به صورت تمایز نیافته و گیج کننده تجربه کنند (۲۹). به این ترتیب، آن‌ها نمی‌توانند به اطلاعات انطباقی موجود در

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین دشواری در شناسایی احساسات و راهبردهای غیر انطباقی تنظیم هیجان با اختلال اضطراب منتشر رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد و این دو متغیر، سهم معنی‌داری در تبیین واریانس مربوط به اختلال اضطراب منتشر دارند. این یافته با نتایج مطالعات گذشته (۲۱، ۲۰، ۷) همسو می‌باشد. قاسم‌زاده نساجی و همکاران، رابطه مستقیم راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را با بروز افزایش میزان اختلال‌های روانی گزارش نمودند (۲۰). در پژوهش دیگری وجود تفاوت بین سطوح نشخوار فکری - که از خرده مقیاس‌های تنظیم هیجان غیر انطباقی می‌باشد - در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد بهنجار مشخص گردید (۲۱). Aldao و Nolen-Hoeksema دریافتند که راهبردهای غیر انطباقی نشخوار فکری و فرونشانی در مقایسه با راهبردهای انطباقی ارزیابی مجدد و حل مسأله، بیشتر با نشانه‌های بیماری از جمله اضطراب مرتبط است (۷). به نظر می‌رسد با توجه به پریشانی که به

فرد می شود. وقتی که در مورد دلایل نگرانی از بیماران GAD سؤال می شود، این باور خرافی را بیان می کنند که نگرانی در مورد چیزی باعث می شود که با احتمال کمتری، اتفاق بدی رخ بدهد. این جنبه تفکر جادویی نگرانی در GAD، تا حدودی مشابه با ساختار آمیختگی فکر-عمل است (۱۹).

نتایج این پژوهش نشان داد که بازداری رفتاری دوران کودکی آخرین متغیر معنی دار پیش بینی کننده اختلال اضطراب منتشر، بر اساس تحلیل رگرسیون بود. این ارتباط معنی دار و پیش بینی کننده در مطالعه Maack و همکاران (۱۷) و همچنین Rosellini و همکاران (۳۱) نیز مشخص شده است. بر اساس مطالعه پیشینه پژوهشی در مطالعات پژوهشگران ایرانی، پژوهشی همسو یا ناهمسو با این یافته مشاهده نگردید. این یافته وجود یک رابطه فراگیر و مداوم را مطرح می کند که در آن بازداری رفتاری دوران کودکی با افزایش خطر اختلالات اضطرابی مرتبط می شود (۱۶).

در همین راستا، Muris و همکاران (۱۵) تأکید می کنند که به احتمال زیاد بازداری رفتاری یک آسیب پذیری ژنتیکی است که در تعامل با تجربه های محیطی منفی، احتمال ابتلای فرد به اختلالات اضطرابی را افزایش می دهد. در واقع، بازداری رفتاری تا اندازه ای مانند یک عامل آسیب پذیری عمومی (نه اختصاصی) در اختلالات اضطرابی عمل می کند. البته مطالعه Goldstone و همکاران که در پژوهش قاسم زاده و همکاران (۲۰) به آن اشاره شده است، نشان داد که بازداری رفتاری کودک و بزرگسالی نمی تواند احتمال اختلال اضطراب منتشر را در بین بیماران پیش بینی کند که پژوهش حاضر با آن تطابق نداشت. این عدم تطابق می تواند ناشی از نوع روش پژوهش باشد؛ چرا که در مطالعه پیش گفته، آمیختگی فکر-عمل در این اختلال، در مقایسه با دیگر اختلالات اضطرابی، قدرت پیش بینی کنندگی

هیجان های خود دسترسی پیدا کنند و یا از آن برای برخورد با موقعیت های مختلف استفاده کنند. در نهایت، با توجه به وجود پاسخ های هیجانی و درک ضعیف نسبت به آن ها، این بیماران هیجان ها را به صورت آزارنده تجربه می کنند. باید توجه داشت که در نتیجه ارزیابی شناختی نادرست از موقعیت به دلیل کمبود اطلاعات، برداشت اشتباه یا اعتقادات بی منطق و نادرست فرد، راهبرد شناختی خود را برای روبه رو شدن با موقعیت تنش زا می گزینند. انتخاب راهبرد مقابله کارآمد در ابعاد شناختی، هیجانی و رفتاری، علاوه بر افزایش استفاده از مقابله های سازگارانه، بر ارتقای سلامت روانی و کاهش اضطراب نیز اثر گذار خواهد بود (۳۰).

در بخش دیگری از یافته های تحقیق مشخص گردید که بین آمیختگی فکر-عمل با اختلال اضطراب منتشر رابطه معنی دار وجود دارد که با نتایج تحقیقات غفاری و رضایی (۱۹) و نیز Jones و Bhattacharya (۹) همخوانی دارد. آمیختگی فکر-عمل احتمالی بسیار شبیه به باورهای فراشناختی رایج در افراد GAD می باشد؛ مبنی بر این که نگرانی ممکن است بر احتمال وقوع حوادثی که از آن می ترسند، تأثیر بگذارد. برای مثال، اگر من در مورد سلامت من نگران باشم، کمتر احتمال دارد که مریض شوم. همچنین رابطه بین نمرات آمیختگی فکر-عمل و تشخیص GAD این باور را در بعضی بیماران منعکس می کند که نگرانی می تواند یک فرایند انطباقی باشد و عدم نگرانی منجر به فاجعه می شود (۱۲).

به نظر می رسد در تبیین یافته های به دست آمده می توان گفت که اختلالات اضطرابی از جمله GAD، از فعالیت باورهای ناکارآمد منتج می شوند. پیامد چنین باورهایی سبب می شود فرد بدون این که اعتبار این باورها را در واقعیت بیازماید، بی چون و چرا آن ها را می پذیرد. به عبارت دیگر، ترس از ایجاد اضطراب، باعث ایجاد نگرانی پاتولوژیک در

تفاوت‌ها و شباهت‌ها مشخص و درک بهتری از هر اختلال فراهم شود.

در یک نتیجه‌گیری کلی، می‌توان گفت که بین راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجان، باور آمیختگی فکر-عمل و بازداری رفتاری با اختلال اضطراب منتشر، رابطه وجود دارد؛ به طوری که دشواری در شناسایی هیجان‌ها همراهی بیشتری با اختلال اضطراب فراگیر دارد. از این رو، توجه به مداخلات و آموزش‌های مؤثر جهت تعدیل علت‌هایی که سهم بیشتری در این اختلال دارند، می‌تواند از فواید کاربردی پژوهش حاضر و پژوهش‌های آتی قلمداد گردد.

سیاسگزار

از کلیه مراکز روان‌پزشکی شهر تبریز و بیمارانی که در انجام این پژوهش یاری نمودند، قدردانی و تشکر می‌گردد.

نداشته و نقش آمیختگی فکر-عمل در اختلال اضطراب منتشر به تنهایی مورد بررسی قرار نگرفته است.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز بود. اول این که از نوع پژوهش‌های همبستگی بود، بنابراین نمی‌توان با قطعیت متغیرهای مورد مطالعه را علل اصلی GAD دانست. با توجه به میزان پیش‌بینی کنندگی این متغیرها، پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده سایر متغیرهای مرتبط (مانند شادمانی، امیدواری و ...) نیز مورد آزمون قرار گیرند. توجه شود این متغیرها هم از طریق ارزیابی‌های خودسنجی و هم در موقعیت‌های عملکردی مورد بررسی قرار گیرد. در نهایت پیشنهاد می‌شود مطالعات مقایسه‌ای میان اختلال اضطراب منتشر با سایر اختلالات اضطرابی در مجموعه‌ای از متغیرهای شناختی و هیجانی به طور همزمان انجام شود تا

References

1. Snyder AG, Stanley MA, Novy DM, Averill PM, Beck JG. Measures of depression in older adults with generalized anxiety disorder: a psychometric evaluation. *Depress Anxiety* 2000; 11(3): 114-20.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
3. Dugas MJ. Generalized anxiety disorder publications: so where do we stand? *J Anxiety Disord* 2000; 14(1): 31-40.
4. Mennin DS, McLaughlin KA, Flanagan TJ. Emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and their co-occurrence. *J Anxiety Disord* 2009; 23(7): 866-71.
5. Decker ML, Turk CL, Hess B, Murray CE. Emotion regulation among individuals classified with and without generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord* 2008; 22(3): 485-94.
6. Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther* 2005; 43(10): 1281-310.
7. Aldao A, Nolen-Hoeksema S. Specificity of cognitive emotion regulation strategies: a transdiagnostic examination. *Behav Res Ther* 2010; 48(10): 974-83.

8. Martin R, Dahlen ER. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences* 2015; 39(7): 1249-60.
9. Jones R, Bhattacharya J. A role for the precuneus in thought-action fusion: evidence from participants with significant obsessive-compulsive symptoms. *Neuroimage Clin* 2014; 4: 112-21.
10. Shafran R, Rachman S. Thought-action fusion: a review. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2004; 35(2): 87-107.
11. Abramowitz JS, Whiteside S, Lynam D, Kalsy S. Is thought-action fusion specific to obsessive-compulsive disorder? a mediating role of negative affect. *Behav Res Ther* 2003; 41(9): 1069-79.
12. Thompson-Hollands J, Farchione TJ, Barlow DH. Thought-action fusion across anxiety disorder diagnoses: specificity and treatment effects. *J Nerv Ment Dis* 2013; 201(5): 407-13.
13. Rassin E, Merckelbach H, Muris P, Spaan V. Thought-action fusion as a causal factor in the development of intrusions. *Behav Res Ther* 1999; 37(3): 231-7.
14. Hamill TS, Pickett SM, Amsbaugh H, Aho KM. Mindfulness and acceptance in relation to Behavioral Inhibition System sensitivity and psychological distress. *Personality and Individual Differences* 2015; 72: 24-9.
15. Muris P, van Brakel AML, Arntz A, Schouten E. Behavioral inhibition as a risk factor for the development of childhood anxiety disorders: a longitudinal study. *J Child Fam Stud* 2011; 20(2): 157-70.
16. Goodwin RD, Fergusson DM, Horwood LJ. Early anxious/withdrawn behaviours predict later internalising disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 2004; 45(4): 874-83.
17. Maack DJ, Tull MT, Gratz KL. Examining the incremental contribution of behavioral inhibition to generalized anxiety disorder relative to other Axis I disorders and cognitive-emotional vulnerabilities. *J Anxiety Disord* 2012; 26(6): 689-95.
18. Rotge JY, Grabot D, Aouizerate B, Pelissolo A, Lepine JP, Tignol J. Childhood history of behavioral inhibition and comorbidity status in 256 adults with social phobia. *J Affect Disord* 2011; 129(1-3): 338-41.
19. Ghaffari M, Rezaei A. Investigating the relation of cognitive emotion regulation strategies and thought-action fusion with the rate of worry in the students. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2013; 12(12): 957-90. [In Persian].
20. Ghasemzadeh Nasaji S, Hosseinian S, Moutabi F, Banihashemi S. Effectiveness of cognitive-behavioral intervention on coping responses and cognitive emotion regulation strategies in women. *Journal of Behavioral Sciences* 2010; 4(1): 35-43. [In Persian].
21. Mansouri A, Farnam A, Bakhshipour Roodsari A, Mahmood Aliloo M. The comparison of rumination in patients with major depression disorder, obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety

- disorder and normal individuals. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2010; 17(3): 189-95. [In Persian].
22. Rutter LA, Brown TA. Reliability and validity of the dimensional features of generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord* 2015; 29: 1-6.
 23. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychol Rep* 2007; 101(1): 209-20.
 24. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences* 2001; 30(8): 1311-27.
 25. Samani S, Sadeghi L. Psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Journal of Psychological Models and Methods* 2008; 1(1): 51-62. [In Persian].
 26. Mohammadi A. The relationship between some components of cognitive, behavioral and emotional with the subtypes of obsessive-compulsive symptoms in students [Thesis]. Tehran, Iran: Tehran Psychiatric Institute 2008. [In Persian].
 27. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56(6): 893-7.
 28. Hossein Kaviani H, Mousavi A S. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran Univ Med J* 2008; 66(2): 136-40. [In Persian].
 29. Novick-Kline P, Turk CL, Mennin DS, Hoyt EA, Gallagher CL. Level of emotional awareness as a differentiating variable between individuals with and without generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord* 2005; 19(5): 557-72.
 30. Andreescu C, Sheu LK, Tudorascu D, Gross JJ, Walker S, Banihashemi L, et al. Emotion reactivity and regulation in late-life generalized anxiety disorder: functional connectivity at baseline and post-treatment. *Am J Geriatr Psychiatry* 2015; 23(2): 200-14.
 31. Rosellini AJ, Fairholme CP, Brown TA. The temporal course of anxiety sensitivity in outpatients with anxiety and mood disorders: relationships with behavioral inhibition and depression. *J Anxiety Disord* 2011; 25(4): 615-21.

Predicting Generalized Anxiety Disorder Based on Emotion Regulation Deficits, Thought-Action Fusion, and Behavioral Inhibition

Roghayeh Ataie-Moghanloo, M.A.¹, Vahid Ataie-Moghanloo, M.A.^{1*}, Malihe Pishvaei, M.Sc.²

1. Department of Psychology, Young Researchers Club, Islamic Azad University, Parsabad Moghan Branch, Parsabad Moghan, Iran

2. M.Sc. in Sociology, Social Development and Health Promotion Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

* Corresponding author; e-mail: vahidataie_3000@yahoo.com

(Received: 28 Sep. 2014 Accepted: 15 April 2015)

Abstract

Background & Aims: Generalized anxiety disorder (GAD) can be affected by different emotional, cognitive, and natural factors. The purpose of this study was to predict GAD based on emotion regulation deficits, thought-action fusion, and behavioral inhibition.

Methods: This was a correlational study. The study sample was comprised of 135 patients with GAD selected from among patients who were referred to psychiatric clinics and centers in Tabriz, Iran, using convenient sampling method. The data collection tool consisted of cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ), thought fusion instrument (TFI), Beck Anxiety Inventory (BDI), retrospective and adults measures of behavioral inhibition (RMBI, AMBI), and the 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). Data were analyzed using Pearson correlation coefficient and stepwise multiple regression analysis method.

Results: Difficulty in describing and identifying emotions, maladaptive emotion regulation strategies, thought-action fusion, and childhood behavioral inhibition had significant relationships with GAD ($P < 0.010$). Moreover, stepwise regression analysis showed that difficulty in identifying emotions, maladaptive emotion regulation, thought-action fusion, and childhood behavioral inhibition were the best predictors for GAD, respectively.

Conclusion: Considering the role of emotion regulation deficits, thought-action fusion, and childhood behavioral inhibition in GAD, these variables must be taken into account in the prevention and treatment programs for GAD.

Keywords: Emotion regulation deficits, Thought-action fusion, Behavioral inhibition, Generalized anxiety disorder