

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال نهم شماره ۳۴ تابستان ۱۳۹۳

نقش تشخیصی نقص در تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی و خوددوست‌داری در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و زنان عادی

فرشته مومنی^۱

شهریار شهیدی^۲

فرشته موتابی^۳

محمود حیدری^۴

چکیده

اختلال اضطراب فراگیر، یکی از اختلالات شایع روان‌پزشکی می‌باشد. در سال‌های اخیر الگوهای زیادی در تبیین سبب‌شناسی این اختلال پیشنهاد شده که هر کدام از آن‌ها در قالب متغیرهای خود به تبیین این اختلال پرداخته‌اند. هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی نقش تشخیصی نقص در تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی و خوددوست‌داری در زنان مبتلا به این اختلال و افراد عادی بود. بدین منظور ۳۰ نفر (۱۵ زن مبتلا به GAD و ۱۵ زن سالم) به صورت در دسترس انتخاب و مقیاس ۷ سوالی اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7)، پرسشنامه تنظیم هیجانی شناختی (CERQ)، مقیاس آگاهی از توجه ذهن آگاهانه (MAAS) و مقیاس خوددوست‌داری (SCS) را تکمیل نمودند. نتایج نشان داد که میانگین سرزنش خود و فاجعه‌آمیزپنداری، جداسازی، و بیش ارزشیابی در زنان دارای اضطراب فراگیر بیشتر از زنان عادی است و میانگین پذیرش، مثبت‌نگری، شفقت همگانی و ذهن آگاهی و مهربانی با خود در زنان عادی بالاتر از زنان دارای اضطراب فراگیر است. نتایج تحلیل تشخیصی نشان داد که سه متغیر نقص در تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی و خوددوست‌داری می‌تواند به‌عنوان متغیرهای تشخیصی برای ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر عمل نمایند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که سه متغیر فوق می‌توانند به درستی دو گروه بیمار و سالم را از یکدیگر متمایز کنند.

واژگان کلیدی: اختلال اضطراب فراگیر، نقص در تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی، خوددوست‌داری، زنان.

۱- دانشجوی دوره دکتری روانشناسی بالینی دانشگاه شهیدبهشتی (نویسنده مسئول) Email:momenipsy@gmail.com

۲- استادیار دانشگاه شهید بهشتی

۳- استادیار دانشگاه شهید بهشتی

۴- استادیار دانشگاه شهید بهشتی

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر^۱ (GAD) یکی از اختلالات شایع روانپزشکی می‌باشد که به صورت اضطراب افراطی و نگرانی ذهنی غیرقابل کنترل پیرامون مسائل مختلف تعریف می‌شود و در طول مدت حداقل ۶ ماه ادامه داشته و اغلب روزها مشاهده می‌شود. این نگرانی باعث ناراحتی فرد و نقص در عملکرد او می‌گردد. علائم GAD شامل بی‌قراری، تحریک‌پذیری، انقباض عضلانی، خستگی، آشفتگی در خواب و اشکال در تمرکز می‌باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). مطابق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تقریباً ۱۲ درصد از بیمارانی که به کلینیک‌های روانپزشکی مراجعه می‌کنند دچار GAD می‌باشند. این اختلال از نظر شیوع در مقام دوم و پس از افسردگی قرار دارد و در زنان احتمال ابتلا به آن ۲ برابر مردان است. سازمان بهداشت جهانی نیز در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیده است که ۸ درصد از افرادی که خواهان درمان در محیط‌های مراقبت اولیه هستند ملاک‌های تشخیص GAD را دریافت می‌کنند (مایر، گان سیک، فری برگر، لینز، هن، لکروبیئر^۲، ۲۰۰۰). در ایران نیز پژوهش‌های همه‌گیرشناسی نشان داده است که در میان اختلالات اضطرابی، GAD بیشترین میزان شیوع را دارد (باقری یزدی و همکاران، ۱۳۷۳؛ پالاهنگ و همکاران، ۱۳۷۵؛ حسینی فرد و همکاران، ۱۳۸۶).

طی دو دهه گذشته مطالعاتی که پیرامون توصیف مدل‌های تئوریک و درمانی این اختلال بوده افزایش داشته است. این پیشرفت در جهت توصیف و شرح اهمیت مکانیسم‌های شناختی و هیجانی میانجی در این اختلال بوده (به‌عنوان مثال داگاس، گاگنون، لاداکور، فریستون^۳، ۱۹۹۸؛ ولز^۴، ۱۹۹۹) و منجر به توصیف چهارچوب ادراکی جدیدی که GAD را در بافت فرایندهای هیجانی ناکارآمد توصیف می‌کند شده است (بارکوک، روئمر^۵، ۱۹۹۵؛ منین، هیمبرگ، تورک، فرسکو^۶، ۲۰۰۲). در حقیقت، مدل‌های زیادی در تبیین سبب‌شناسی این اختلال وجود دارد که هر کدام از آن‌ها علاوه بر تبیین سبب‌شناسی این

1- Generalized Anxiety Disorder
3- Dugas, Gagnon & Ladouceur
5- Borkovec & Reomer

2- Mayer, Gan, Sik, Ferry-Berger, Linz, & Hen Lekronir
4- Wells
6- Mennin, Heimberg, Turk & Fresco

اختلال، رویکردهای درمانی نیز ارائه داده‌اند. یکی از این مدل‌ها مدل تنظیم هیجانی می‌باشد که توسط منین و همکاران در سال ۲۰۰۲ ارائه شده است.

این مدل به اهمیت نگرانی که مشخصه اصلی این اختلال است در چهارچوب مشکل در تنظیم هیجانی (منین و همکاران، ۲۰۰۲؛ منین و همکاران، ۲۰۰۴) اشاره می‌کند که براساس تحقیقات رو به رشد و مرتبط با برانگیختگی هیجانی و نگرانی انجام می‌شود. یکی از خطوط تحقیقات اشاره بر این دارد که نگرانی بیشتر به‌وسیله افکار مشخص می‌شود تا احساسات (بورکوک، لیون فیلد^۱، ۱۹۹۳؛ بورکوک، اینز^۲، ۱۹۹۰؛ فریستون، داگاس، لاداکور^۳، ۱۹۹۶). این یافته به این خاطر اهمیت دارد که تفکر در مورد محتوای هیجانی منتهی به برانگیختگی هیجانی اندکی می‌شود در حالی که تصور نمودن تصاویر هیجانی منجر به پاسخ‌های هیجانی معنادار می‌شود (وران، کاتبرد، لنگ^۴، ۱۹۸۴). علاوه بر این نگرانی به نوعی با برانگیختگی هیجانی خومختار در طی مواجهه با محرک ترس آور مرتبط بوده و معمولاً با دامنه محدود متغیرها مانند هدایت پوستی و ضربان قلب همراه است. بارکوک، هوهن و بهار (۲۰۰۴) این یافته‌ها را با این فرض که نگرانی به افراد اجازه می‌دهد تا موارد هیجانی را به صورت خلاصه و در سطح ادراکی پردازش نموده و از تصاویر انزجاری، برانگیختگی دستگاه عصبی و هیجانات منفی شدید در کوتاه مدت اجتناب نمایند ترکیب نموده‌اند. نگرانی و برانگیختگی هیجانی در یک فرایند پویا با یکدیگر در تعامل هستند که در طی زمان از یکدیگر متمایز می‌شوند. از این دیدگاه، بسیار ساده انگارانه است که افراد مبتلا به GAD را به‌عنوان برانگیخته شدید هیجانی یا از نظر هیجانی کند طبقه‌بندی نمود. بلکه پژوهش‌ها پیشنهاد می‌کند که افراد مبتلا به GAD نشانه‌های برانگیختگی اتونومیک (خود مختار دستگاه عصبی) را تجربه می‌نمایند (براون، مارتن و بارلو^۵، ۱۹۹۵). همان‌گونه که اشاره شد نگرانی که مشخصه اصلی GAD است مرتبط با کاهش برانگیختگی اتونومیک است. براون، کورپیتا و بارلو این فرض

1- Lyonfields

3- Friston, Dugas & Ladouceur

5- Brown, Marten & Barlow

2- Inz

4- Vrana, Cuthbert & Lang

فرض را براساس مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل کرده و به این نتیجه رسیده‌اند که GAD مرتبط با سطوح بالای عاطفه منفی است و عاطفه منفی نیز با برانگیختگی اتونومیک بالا در ارتباط است. در تأیید مدل پردازش هیجانی فوا و کوزاک^۱ (۱۹۸۶) اجتناب کوتاه‌مدت که شاخصه نگرانی است معمولاً همراه با پردازش هیجانی ناقص مانند تصاویر آزارنده زیاد در مورد منبع اصلی ناراحتی می‌آید.

منین و همکاران (۲۰۰۲) در مدل خود در مورد GAD، عاطفه منفی بیش از حد و نگرانی که باعث کاهش بروز عاطفه می‌شود را مشخصه عمده GAD دانسته‌اند. همچنین آن‌ها به این اشاره می‌کنند که تجربه هیجانی در این افراد به صورت‌های زیر نامنظم می‌شوند: ۱- بالا رفتن شدت تجربه هیجانی ۲- فهم اندک هیجانات (ناتوانی نسبی در شناسایی واضح هیجانات و استفاده از آن‌ها به‌عنوان منبع اطلاعات) ۳- واکنش منفی به حالات هیجانی (مانند ترس از هیجان) ۴- پاسخ‌های ناسازگارانه به منظور مدیریت هیجان. آن‌ها بیان می‌کنند که افراد مبتلا به GAD نسبت به افراد عادی، عکس‌العمل‌های هیجانی ساده، سریع و شدید نشان می‌دهند. آن‌ها به‌طور مکرر نسبت به موقعیت‌های معمولی، هیجانات منفی قوی نشان می‌دهند.

افراد مبتلا به GAD هیجانات ابتدایی نظیر خشم، ناراحتی، ترس، نفرت و لذت را به سختی شناسایی می‌کنند و هیجانات خود را به گونه‌ای نامتمایز، مبهم و درهم شکسته (فهم ضعیف از هیجانات) تجربه می‌نمایند. این افراد اطلاعات زیادی پیرامون هیجانات خود ندارند. فهم ضعیف از هیجانات و دادن پاسخ‌های هیجانی باعث می‌شود که افراد مبتلا به GAD هیجانات خود را شدیدتر تجربه نموده و هنگام تجربه هیجان، مضطرب گردند (پاسخ‌دهی منفی به هیجانات). آن‌ها همچنین بیان می‌کنند که افراد مبتلا به GAD در شناسایی زمان و چگونگی افزایش یا کاهش تجارب هیجانی به‌گونه‌ای که متناسب با بافت محیطی باشد مشکل دارند (مدیریت ناسازگارانه هیجانی). با آگاهی از بارز بودن هیجان و فقدان مهارت برای تنظیم و پاسخ‌دهی منفی به آن‌ها، افراد مبتلا به

1- Foa & Kozak

GAD دامنه وسیعی از راهبردهای ناسازگارانه مدیریتی را تجربه می‌کنند. آن‌ها مدیریت ضعیفی در دوره‌های هیجانی از خود نشان می‌دهند یا بالعکس کنترل خشک و انعطاف ناپذیری از تجارب هیجانی خود دارند که در نگرانی که مشخصه عمده این اختلال است خود را نشان می‌دهد. نگرانی به نوعی اجتناب از تجربه نمودن حالات ناخوشایند محسوب می‌گردد. همچنین علاوه بر پردازش هیجانات مرتبط با رخداد، افراد مبتلا به GAD پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگارانه دیگری نظیر اطمینان‌جویی نیز دارند که به منظور اجتناب از تجربه عاطفه یا کاهش عاطفه در آن‌ها می‌باشد (دسروزیرس، کلمانسکی، نولن هوکسما^۱، ۲۰۱۳).

همچنین، یکی از پدیده‌های روانشناختی که اخیراً رایج شده و می‌تواند چهارچوبی برای درک اجتناب در GAD را فراهم سازد، ذهن گاهی می‌باشد. در سال‌های اخیر پژوهش‌ها در مورد ذهن آگاهی^۲ و مطالعات مبتنی بر ذهن آگاهی افزایش پیدا کرده است (چیساو سراتی^۳، ۲۰۱۰). ذهن آگاهی سازه‌ای است که از متون بوداییسم آمده و در پژوهش‌های روانشناختی تعریف و در قالب روش‌های درمانی گوناگونی یکپارچه‌سازی شده است. کابات زین^۴ (۱۹۹۴)، ذهن آگاهی را به صورت توجه به‌شیوه خاص یعنی هدفمند و متمرکز بر لحظه جاری و بدون قضاوت تعریف نموده است. به‌عنوان مثال رویکرد ذهن آگانه در مورد تجارب درونی فرد شامل در نظر گرفتن افکار فقط به صورت افکار به جای ارزیابی آن‌ها به‌صورت مثبت یا منفی می‌باشد. بیشاپ^۵ و همکاران (۲۰۰۲) یک تعریف دو جزئی از ذهن آگاهی ارائه نموده‌اند. خودتنظیمی توجه به سمت تجارب جاری که مشخصه آن توجه، گشودگی، کنجکاوی و پذیرش است. این کیفیت گشوده، کنجکاوانه و پذیرنده توجه تحت عنوان خوددوست‌داری یا احترام به خود نیز مشخص شده است (جرمر، سیگل، فولتون^۶، ۲۰۰۵). هر دو این جوانب یعنی توجه به لحظه جاری و نگرش گشوده، پذیرنده و دوست‌دارانه به تجارب به‌نوعی مرتبط با درک ما از GAD و

1- Desrosiers, Klemansk & Nolen-Hoeksema

3- Chisa & Serreti

5- Bishop

2- mindfulness

4- Kabbat-Zin

6- Germer, Siegel & Fulton

درمان آن می‌باشد. افراد مبتلا به GAD مشخصاً بر وقایع فاجعه‌آمیز آینده توجه دارند که منجر به کاهش آگاهی در لحظه جاری می‌شود (بورکوک، ۲۰۰۲). همچنین این افراد تجارب درونی و نگرانی‌ها (ولز، ۲۰۰۴) و پاسخ‌های هیجانی خود (منین و همکاران، ۲۰۰۵؛ روئمر و همکاران، ۲۰۰۵) را مورد ارزیابی و قضاوت قرار می‌دهند که سطوح پایین هر دو مولفه ذهن آگاهی یعنی کاهش آگاهی به لحظه جاری و نگرش قضاوت‌مندان نسبت به تجارب با GAD ارتباط دارد. کاهش توجه به لحظه جاری و داشتن حالت قضاوت‌گونه به تجارب درونی فرد، با یادگیری سازگارانه برای بودن در لحظه جاری، تداخل داشته و باعث تقویت پاسخ‌های هیجانی و در نتیجه استمرار اجتناب می‌شود. بنابراین ارتباط میان جوانب ذهن آگاهی و علائم GAD دو جهت می‌باشد. نگرانی باعث کاهش آگاهی در لحظه جاری و کاهش پذیرش و خوددوست‌داری شده و کاهش این موارد باعث تداوم نگرانی و سایر علائم GAD می‌شود بنابراین ایجاد ذهن آگاهی تأثیر زیادی بر کاهش علائم و نشانه‌های GAD دارد.

بیشاپو همکاران (۲۰۰۴) چهارچوبی کلی برای سازمان‌دهی به مطالعات ذهن آگاهی تدوین نمودند. آن‌ها تعریفی عملی از ذهن آگاهی مطرح کرده و فرضیه‌ای قابل آزمون و راهنمایی برای ساختن ابزارهای سنجش ذهن آگاهی ارائه نموده اند. اولین تعریف بر خود تنظیمی توجه تاکید نموده به گونه ای که توجه فرد در تجارب جاری حفظ شده باشد (فرد تنها به تجربه جاری خود توجه نماید). اجزای این تعریف، تجربه پایدار، مهارت فرد برای دوباره بازگشتن به به تجارب در صورت فرار از ذهن و آگاهی کلی از افکار، احساسات و حواس است. دومین محتوا در بردارنده رویکردی است که فرد به تجارب خود به‌گونه‌ای کنجکاوانه، پذیرنده و بدون در نظر گرفتن مطلوبیت و ارزش آن تجربه نگاه می‌کند. مراقبه ذهن آگاهانه ارتباطی فاصله دار و غیرمتمرکز با تجارب درونی و بیرونی فرد دارد و هدف آن کاهش عکس‌العمل هیجانی و تسهیل نمودن بازگشت به خط پایه پس از تحریک را دارد. این مزایا از نظر مفهومی در تضاد با اجتناب نمودن و تعامل بیش از اندازه با هیجان‌ات می‌باشد.

در مطالعه دیگری ذهن آگاهی با کاهش اجتناب تجربی، سرکوبی افکار، نشخوار فکری، نگرانی و تعمیم مفرط رابطه داشته است. همچنین ذهن آگاهی مرتبط با شفافیت احساسات و توانایی ادراک شده فرد برای اصلاح خلق و انعطاف‌پذیری شناختی بوده است. همان‌گونه که انتظار می‌رود ذهن آگاهی با کاهش افسردگی، اضطراب و افزایش احساس بهزیستی روانی همراه است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که ذهن آگاهی در تضاد با راهبرد اجتناب و تعامل بیش از اندازه است. بنابر اعتقاد بودیسم، ذهن آگاهی بیانگر تعادل هیجانی بوده و در بردارنده پذیرش تجارب درونی، شفافیت هیجانی و توانایی نظم بخشی به هیجان‌ها و خلق، انعطاف‌پذیری شناختی و رویکردی سازگارانه به مشکلات است. بنابراین از پژوهش‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت که مفهوم ذهن آگاهی را می‌توان در قالب چهارچوبی جامع‌تر و منسجم‌تر به نام تنظیم هیجانی مفهوم‌سازی نمود (منین، مک لاگلین، فالانگان، ۲۰۰۹).

یکی از مفاهیم اصلی و اساسی در مکتب بودیسم که به نوعی با ذهن آگاهی نیز مرتبط بوده و در ادبیات مربوط به ذهن آگاهی به آن اشاره شده، مفهوم خوددوست‌داری^۱ است. خوددوست‌داری به معنای گشودگی و تحت تأثیر قرار گرفتن از رنج دیگران، به گونه‌ای که فرد مشکلات و رنج‌های خود را قابل تحمل‌تر بیابد تعریف شده است. این مفهوم همچنین به معنای صبور و مهربان بودن نسبت به دیگران و داشتن درک غیرقضاوت‌مندانانه در رابطه با آن‌ها می‌باشد. به عبارتی خوددوست‌داری اعتقاد به این باور است که همه افراد کامل نبوده و دچار نواقصی هستند. همچنین، خوددوست‌داری به معنای گشودگی، صبور و مهربان بودن نسبت به خود و درک غیرقضاوت‌گونه نسبت به نواقص و قصور خود است. همچنین دانستن این امر که تجارب فرد جزئی از تجاربی است که سایر افراد نیز آن را تجربه می‌نمایند (نف، ۲۰۱۱). خوددوست‌دار بودن به فرد کمک می‌کند تا بتواند در برابر تغییرات محیطی خود را سازگار نموده و از این‌رو یکی از راه‌های کمک نمودن فرد به خود برای تربیت ذهنی است که به بهزیستی روانی فرد کمک

1- Self-compassion

2- Neff

کمک می‌نماید. در حقیقت حالت خوددوست‌دارانه که افراد به تدریج خود را با آن سازگار می‌کنند به آن‌ها کمک می‌کند تا با هیجانات چالش برانگیز خود به گونه‌ای منطقی و خود جهت مدارانه برخورد نمایند.

با وجود آنکه داشتن احساس خوددوست‌دارانه، با این امر که فرد به گونه خشنی با خود قضاوتی عمل نماید در تناقض است اما جزء ذهن آگاهانه این مولفه شامل این است که فرد به جای نادیده انگاشتن نواقص خود، آن‌ها را به وضوح مشاهده نماید. علاوه بر این فردی که به درستی خود را دوست بدارد از سلامتی و بهزیستی روانی بیشتری برخوردار بوده که این امر به این معناست که فرد با ملایمت خود را برای تغییرات زندگی ترغیب نموده و الگوهای رفتاری مضر و نامطلوب خود را اصلاح می‌نماید. بنابراین خود دوست داری می‌تواند از طرق مختلف به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجانی در نظر گرفته شود که در آن تجربه هیجانات آزردهنده و نامطلوب جلوگیری نمی‌گردد بلکه تلاش می‌شود تا احساسات به نوعی مهربانانه مورد پذیرش واقع شود. بنابراین احساسات منفی به سمت احساسات مثبت تغییر می‌نماید و فرد راه‌های جدیدی برای مقابله پیدا می‌کند (فولکمن و مسکوویتس^۱، ۲۰۰۰). بنابه این علت، خوددوست‌داری یکی از جنبه‌های هوش هیجانی است که دربردارنده توانایی برای ثبت هیجانات و استفاده از اطلاعات برای هدایت افکار و اعمال است (بائر^۲، ۲۰۱۰). قاعدتاً افرادی که خوددوست‌دار هستند بایستی سلامت روانی بیشتری را نسبت به افرادی که خوددوست‌داری کمتری دارند تجربه نمایند، به‌عنوان مثال افسردگی و اضطراب کمتری را تجربه می‌کنند به این دلیل که تجارب درد و شکست از طریق انتقام‌جویی از خود (بلت، کویزلن، چورون، مک دونالد، زوف^۳، ۱۹۸۴)، احساس جدایی (وود، سالتزبرگ، نیل، استون^۴، ۱۹۹۰)، و بیش ارزشیابی نمودن افکار و احساسات (نولن هوکسما^۵، ۱۹۹۱) تقویت می‌گردد. همچنین داشتن احساس خوددوست‌داری دلالت بر این دارد که فرد تلاش نماید تا از تجربه درد جلوگیری

1- Folkman & Mocosvits

2- Baer

3- Belt, Kuizlan, Chorrn. Macdonald & Zuff

4- Wood, Saltzberg, Nill&Ston

5- Nolen -Hoksema

نماید که این امر منجر به بروز سبک‌های مقابله‌ای فعالانه در جهت ارتقا و حفظ سلامت روان می‌شود. بنابراین با ذکر موارد فوق می‌توان اذعان داشت که مفهوم خوددوست‌داری را نیز می‌توان در قالب مفهوم وسیع‌تر و جامع‌تر تنظیم هیجانی در نظر گرفته و مفهوم‌سازی نمود (منین و همکاران، ۲۰۰۹).

با توجه به مطالعات بیان شده به نظر می‌رسد که نقص در تنظیم هیجانی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده قوی برای ابتلا به GAD محسوب شود. همچنین با توجه به ارتباط بسیار قوی دو مولفه ذهن آگاهی و خوددوست‌داری و تبیین آن‌ها در قالب مفهومی وسیع‌تر به نام تنظیم هیجانی به نظر می‌رسد که این دو مولفه نیز می‌توانند پیش‌بینی‌کننده برای ابتلا به GAD باشند. بر این اساس هدف از انجام پژوهش فوق مقایسه نقص در تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی و خوددوست‌داری در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد سالم و سپس بررسی نقش تشخیصی سه متغیر فوق برای پیش‌بینی ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد.

روش‌شناسی

جامعه و نمونه آماری

پژوهش حاضر از نوع توصیفی با روش علی مقایسه‌ای (علی پس از وقوع) می‌باشد.

جامعه آماری پژوهش را کلیه مادران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و مادران سالم شهر تهران که فرزند دختر در مقطع ابتدایی دارند، تشکیل می‌دهد. نمونه آماری شامل ۱۵ نفر از مادران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و ۱۵ نفر از مادران سالم جامعه می‌باشد که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به این صورت که در ابتدا دو مدرسه ابتدایی دخترانه در شهر تهران انتخاب شده و پس از آن در جلسه ماهیانه والدین و اولیا مدرسه، از کلیه مادران خواسته شد تا پرسشنامه GAD-7 که ابزاری معتبر برای تشخیص ابتلا به GAD است را تکمیل نمایند. پس از آن از کلیه مادرانی که در پرسشنامه GAD-7 نمره بالاتر از ۱۰ (نقطه برش) به دست آورده بودند مصاحبه ساختاریافته (SCID) به

عمل آمده و پس از محرز شدن ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر و عدم ابتلا به سایر اختلالات روانی، پرسشنامه تنظیم هیجانی شناختی (CERQ)، مقیاس آگاهی از توجه ذهن آگاهانه (MAAS) و مقیاس خوددوست‌داری (SCS) را نیز تکمیل نمودند. نمونه بهنجار شامل مادران همان دو مدرسه بودند که هیچ‌گونه علایمی از GAD را گزارش نکرده (نمره پایین در مقیاس) GAD-7 و داروی روانپزشکی استفاده نمی‌کردند. آن‌ها نیز ابزارهای فوق را تکمیل نمودند. در نهایت داده‌ها برای تجزیه و تحلیل آماری آماده شد.

ابزارهای اندازه‌گیری

مصاحبه ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور I¹ (DSM-IV): مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور I، مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است که توسط فرست²، اشپیتز³، گیبون⁴ و ویلیامز⁵ (شریفی، ۱۳۸۴) تهیه شده است. تران⁶ و هاگا⁷ (۲۰۰۷) ضریب کاپای ۶۰٪ را به‌عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب برای SCID گزارش کرده‌اند. شریفی، اسعدی، محمدی و همکاران (۱۳۸۴) این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، بر روی نمونه‌ای ۲۲۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰٪). توافق کلی (کاپای مجموع بررسی کل تشخیص‌های فعلی ۵۲٪ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵٪) به‌دست آمده نیز خوب بود. نتایج پژوهشی آنان نشان داد که پایایی قابل قبول به‌دست آمده از نسخه فارسی SCID و قابلیت اجرای مطلوب آن می‌تواند به پژوهشگران و متخصصان بالینی اطمینان دهد که آن را به‌کار گیرند. این ابزار به‌عنوان ابزار تشخیصی در این مطالعه در نظر گرفته شده است.

مقیاس ۷ سوالی اختلال اضطراب فراگیر⁸ (GAD-7): مقیاس ۷ سوالی اختلال اضطراب

1- Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID)
3- Spitzer
5- Williams
7- Hagga

2- First
4- Gibbon
6- Tran
8- Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)

فراگیر (اسپیتزر^۱ و همکاران، ۲۰۰۶) به‌عنوان یک مقیاس تشخیصی کوتاه که بتواند موارد احتمالی اختلال اضطراب فراگیر را شناسایی کرده و شدت نشانه‌های بالینی را نیز مشخص نماید ساخته شده است. این مقیاس دارای ۷ سوال است و هر سوال بین ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) همسانی درونی این مقیاس را فوق‌العاده (آلفای کرونباخ ۰/۹۲) و پایایی آزمون-باز آزمون آن را خوب (۰/۸۳) گزارش نموده‌اند. حساسیت و ویژگی مقیاس در نقطه برش ۱۰ یا بیشتر از ۸۰ درصد می‌گذرد و همبستگی آن با دو مقیاس اضطراب بک ۰/۷۲ و با خرده‌مقیاس اضطراب SCL-90-R، ۰/۷۴ گزارش شده است.

در ایران مطالعه‌ای توسط نائینیان و همکاران (۱۳۸۸) با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس GAD-7 صورت گرفت. در این مطالعه آلفای کرونباخ مقیاس برابر ۰/۸۵ و پایایی آزمون-باز آزمون برابر ۰/۴۸ به‌دست آمد. اعتبار همزمان مقیاس از طریق بررسی رابطه آن با پرسشنامه اضطراب حالت- صفت اشیپل برگر برای اضطراب حالت ۰/۷۱ و برای اضطراب صفت ۰/۵۲ و از طریق خرده مقیاس اضطراب SCL-90-R، ۰/۶۳ به‌دست آمد که بیانگر اعتبار قابل قبول برای مقیاس مذکور در جامعه ایرانی است. این ابزار هم به‌عنوان ابزار تشخیصی و هم به‌منظور ارزیابی شدت نشانه‌های بالینی در این مطالعه در نظر گرفته شده است.

پرسشنامه تنظیم هیجانی شناختی (CERQ): پرسشنامه تنظیم هیجانی شناختی یک پرسشنامه خودسنجی است که در سال ۲۰۰۱ توسط نادیا گارنفسکی^۲، ویویان کریچ و فیلیپ اسپین هاون^۳ طراحی شده است. ساختار آن چند بعدی بوده و به‌منظور شناسایی راهبردهای مقابله شناختی به‌کار می‌رود. در قیاس با سایر پرسشنامه‌های مقابله‌گری که تفاوتی میان تفکرات و اعمال افراد قائل نیستند این پرسشنامه منحصرأ به تفکرات اشخاص می‌پردازد. نسخه اصلی آن دارای ۹ مولفه (سرزنش خود، پذیرش، نشخوار ذهنی، توجه مجدد مثبت، توجه مثبت به برنامه‌ریزی، باز ارزیابی مثبت، اتخاذ دیدگاه،

1- Spitzer
3- Spinhaven

2- Garnefsky

فاجعه‌آمیزپنداری، سرزنش دیگران) و ۳۶ ماده است.

در این پرسشنامه راهبردهای سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار ذهنی و فاجعه‌آمیز پنداری در مجموع راهبردهای منفی تنظیم هیجان و راهبردهای پذیرش، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، توجه مجدد مثبت، باز ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه راهبردهای مثبت تنظیم هیجان را تشکیل می‌دهند. این پرسشنامه می‌تواند در گروه‌های سنی مختلف با تحصیلات متفاوت، بیماران روانی و افراد بهنجار اجرا شود (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱).

اعتبار و روایی پرسشنامه در مطالعات مختلف بررسی شده است. سازندگان این پرسشنامه اعتبار آن را از طریق آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱، راهبردهای منفی ۰/۸۷ و کل پرسشنامه ۰/۹۳ محاسبه نموده‌اند. همچنین برای هر کدام از خرده‌مقیاس‌ها نیز جداگانه ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده که از ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ متغیر می‌باشد (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۲).

در ایران امین‌آبادی (۱۳۸۸) پرسشنامه را ترجمه و اعتبار و روایی آن را برای نوجوانان ۱۵-۱۷ ساله به‌دست آورده است. در این مطالعه پس از تحلیل عوامل ۹ مولفه اصلی به ۴ مولفه کاهش یافته و سپس از طریق آلفای کرونباخ اعتبار هر کدام از مولفه‌ها و کل پرسشنامه به این صورت به‌دست آمده است: آلفای ۰/۷۷ برای خرده‌مقیاس سرزنش خود و فاجعه‌آمیزپنداری، آلفای ۰/۷ برای خرده‌مقیاس کنار آمدن و پذیرش، آلفای ۰/۷۶ برای خرده‌مقیاس مثبت اندیشی و آلفای ۰/۶۴ برای خرده‌مقیاس سرزنش دیگران. اعتبار کل پرسشنامه نیز برابر ۰/۷ به‌دست آمد. محمودی (۱۳۸۸) پرسشنامه را بر روی گروهی از دانشجویان اجرا نموده و اعتبار کل پرسشنامه را ۰/۷۳ به‌دست آورده است. سایر خرده‌مقیاس‌ها نیز در این پژوهش از ضرائب اعتبار قابل قبولی برخوردار بودند. در این پژوهش، پرسشنامه فوق دارای ۴ مولفه است.

مقیاس آگاهی از توجه ذهن آگاهانه^۱ (MAAS): این مقیاس که توسط براون^۲ و ریان^۳ (۲۰۰۰) ساخته شده، یک ابزار خودگزارش دهی ۱۵ سوالی است که به منظور ارزیابی توجه به لحظه حاضر و آگاهی به کار رفته است. سوالات آن نشان‌دهنده توجه در حیطه‌های مختلف شناختی، هیجانی، فیزیکی و عمومی است. نمره‌گذاری آن از مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت تبعیت می‌کند که از «تقریباً هیچگاه» تا «تقریباً همیشه» می‌باشد بدین صورت نمرات بالا نشان دهنده سطح بالای توجه در لحظه است. همسانی درونی مقیاس بر اساس ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۸ تا ۰/۸۷ گزارش شده است. روایی مقیاس با توجه به همبستگی آن با ابزارهای سنجش افسردگی و اضطراب و همبستگی مثبت آن با ابزارهای سنجش عاطفه مثبت و حرمت خود کافی گزارش شده است. ضریب پایایی بازآزمایی آن نیز در فاصله زمانی یک‌ماهه ثابت گزارش شده است. در ایران همچنین پژوهش قربانی و همکاران (۲۰۰۹) که بر روی نمونه‌ای متشکل از ۷۲۳ نفر انجام شده آلفای کرونباخ ۰/۸۱ را برای این پرسشنامه ذکر می‌نماید. در این پژوهش ابزار فوق برای بررسی میزان آگاهی هیجانی به کار رفته است.

مقیاس خوددوست‌داری^۴ (SCS): این مقیاس یک ابزار خودگزارش دهی ۲۶ گویه‌ای است که در سال ۲۰۰۳ توسط نف به منظور سنجش میزان خوددوست‌داری ساخته شده است. سوالات موجود در آن در ۶ زیرمقیاس مهربانی با خود، قضاوت در مورد خود، عمومیت بخشیدن، جداسازی، ذهن آگاهی و بیش ارزشیابی قرار می‌گیرد. این پرسشنامه کیفیت رابطه فرد با تجارب خود را می‌سنجد مانند اینکه فرد تا چه اندازه نسبت به خود مهربان است (نه انتقادگر) و تا چه میزان تجارب خود را به‌عنوان قسمتی از تجارب دیگران می‌بیند و اینکه به چه میزان از بیش ارزشیابی تجارب خود صرف‌نظر می‌کند. بنابراین این مقیاس گشودگی و کیفیت باز آگاهی را نشان می‌دهد. نمره‌گذاری آن از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت تبعیت می‌کند و از تقریباً هیچ‌گاه (نمره ۰) تا تقریباً همیشه (نمره ۴) را در برمی‌گیرد.

1- Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS) 2- Brown

3- Ryan

4- Self-Compassion Scale (SCS)

پژوهش انجام شده توسط نف، پایایی و روایی بالایی را برای مقیاس مذکور گزارش نموده است. پایایی کلی آن از طریق روش آلفای کرونباخ $0/92$ به دست آمده. همچنین هر کدام از زیرمقیاس‌ها نیز از پایایی درونی خوبی برخوردار بوده‌اند (از $0/75$ تا $0/81$). علاوه بر این، پایایی آزمون بازآزمون به فاصله زمانی دو هفته نیز $0/93$ گزارش شده است. مقیاس مذکور روایی همگرا و افتراقی نسبتاً بالایی داشته است.

این مقیاس در ایران پس از ترجمه و ترجمه معکوس، در جمعیتی متشکل از ۳۰۰ نفر از دانشجویان اجرا و ویژگی‌های روانسنجی آن به دست آمد. نتایج نشان داد که این مقیاس پایایی درونی خوبی دارد (آلفای کرونباخ $0/70$). همچنین پایایی آزمون بازآزمون آن (به فاصله ۱۰ روز) نیز $0/89$ به دست آمد. علاوه بر آن تحلیل عاملی به روش تحلیل مولفه‌های اصلی با چرخش واریماکس ۴ عامل را برای پرسشنامه SCS استخراج کرد که به ترتیب تحت عناوین عمومیت بخشی و ذهن آگاهی، مهربانی با خود، جداسازی و بیش ارزشیابی نامگذاری شد (مومنی، شهیدی، موتابی، حیدری، منتشر نشده).

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی دو گروه زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی در جدول شماره ۱ آورده شده است.

افراد هر دو گروه، زنان متأهل و دارای فرزند دختر مقطع ابتدایی بوده‌اند.

جدول (۱) شاخص‌های جمعیت‌شناختی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی (n=35)

متغیر	اختلال اضطراب فراگیر	افراد عادی
سن	۲۵-۳۰	۳-۱۴
تحصیلات	دیپلم	۲-۶

۲۰	۱۸	لیسانس	
۸	۷	فوق لیسانس	
۲	۴	دکتر	
۱۹	۱۵	شاغل	وضعیت اشتغال
۱۶	۲۰	خانه‌دار	

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی زیرمقیاس‌های تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی و خوددوست‌داری در افراد مبتلا به GAD و افراد سالم آورده شده است.

جدول (۲) شاخص‌های توصیفی زیرمقیاس‌های تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی و خوددوست‌داری در افراد بیمار و سالم

تعداد معتبر غیروزنی	انحراف معیار	میانگین	گروه
۳۵	۵/۶۹	۳۷/۴۲	سرزنش خود و فاجعه‌آمیزپنداری
۳۵	۳/۴۲	۱۱/۸۲	پذیرش
۳۵	۳/۵۴	۱۱/۵۱	مثبت‌اندیشی
۳۵	۳/۲۱	۱۰/۲۰	سرزنش دیگران
۳۵	۸/۳۰	۶۲/۹۱	ذهن آگاهی
۳۵	۲/۷۳	۱۲/۱۴	شفقت همگانی و ذهن آگاهی
۳۵	۳/۳۶	۱۱/۸۰	مهربانی با خود
۳۵	۲/۶۷	۱۰/۷۷	جداسازی
۳۵	۲/۴۱	۱۰/۳۷	بیش ارزشیابی
۳۵	۶/۵۵	۲۰/۲۸	سرزنش خود و فاجعه‌آمیزپنداری
۳۵	۴/۱۴	۱۸/۸۲	پذیرش
۳۵	۳/۹۴	۱۶/۳۸	مثبت‌اندیشی
۳۵	۲/۶۴	۱۰/۸۸	سرزنش دیگران
۳۵	۸/۰۸	۷۰/۶۰	ذهن آگاهی
۳۵	۳/۸۷	۱۷/۰۵	شفقت همگانی و ذهن آگاهی
۳۵	۵/۳۰	۱۷/۷۱	مهربانی با خود
۳۵	۳/۳۷	۷/۸۸	جداسازی
۳۵	۲/۷۸	۶/۰۰	بیش ارزشیابی

داده‌های جدول نشان می‌دهد که میانگین سرزنش خود و فاجعه‌آمیزپنداری، جداسازی، و بیش ارزشیابی در زنان دارای اضطراب فراگیر بیشتر از زنان عادی است و میانگین پذیرش، مثبت‌نگری، شفقت همگانی و ذهن‌آگاهی، مهربانی با خود در زنان عادی بالاتر از زنان دارای اضطراب فراگیر است. همچنین آمار هامباکس که مربوط به یکسانی واریانس متغیرها است معنادار است که باتوجه به تعداد برابر گروه‌ها می‌توان این پیش‌فرض را نادیده گرفت.

جدول ۳ داده‌های مربوط به آماره لامبدای ویلکز و خی دو را نشان می‌دهد.

جدول (۳) داده‌های مربوط به آماره لامبدای ویلکز و خی دو

تست عملکرد	لامبدای ویلکز	خی دو	درجه آزادی	معناداری
۱	۰/۲۶۲	۸۵/۱۳۰	۹	۰/۰۰۱

داده‌های جدول نشان می‌دهد که لامبدای ویلکز با مقدار ۰/۲۶۲ و سطح معناداری ۰/۰۰۱ حاکی از معناداری تنها تابع شناسایی شده است.

ضرایب همبستگی زیرمقیاس‌های تنظیم هیجانی، ذهن‌آگاهی و خوددوست‌داری با تابع تشخیصی در جدول ۴ آمده است.

جدول (۴) ضرائب همبستگی زیرمقیاس‌های تنظیم هیجانی، ذهن‌آگاهی و خوددوست‌داری با تابع تشخیصی

عملکرد	
۱	
۰/۸۸۰	سرزنش خود و فاجعه‌آمیزپنداری
۰/۳۳۴	پذیرش
۰/۰۸۴	مثبت‌اندیشی
۰/۰۲۹	سرزنش دیگران
۰/۳۷۷	ذهن‌آگاهی
-۰/۰۰۱	شفقت همگانی و ذهن‌آگاهی

مهربانی با خود	-۰/۰۹۶
جداسازی	-۰/۲۱۳
بیش ارزشیابی	-۰/۴۶۵

نتایج ماتریس ساختار نشان داد که زیرمقیاس سرزنش خود و فاجعه‌آمیزپنداری با ضریب همبستگی ۰/۸۸۰ و زیرمقیاس بیش ارزشیابی با ضریب همبستگی ۰/۵۷۸- و ذهن آگاهی با ضریب همبستگی و پذیرش با ضریب همبستگی بیشترین سهم را در تابع تشخیصی دارد. نتایج دقت و درستی طبقه‌بندی زنان عادی و دارای اضطراب فراگیر بر اساس تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی و خوددوست‌داری در زنان در جدول ۵ آمده است.

جدول (۵) جدول دقت و درستی طبقه‌بندی زنان دارای اضطراب فراگیر و عادی بر اساس تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی و خوددوست‌داری

گروه	عضویت گروه پیش‌بینی شده		کل
	۱	۲	
تعداد	۳۲	۳	۳۵
درصد	۹۱/۴	۸/۶	۱۰۰
	۲/۹	۹۷/۱	۱۰۰

نتایج ارائه شده در جدول ۵ نشان می‌دهد که به‌طور کلی ۹۴/۲٪ زنان بر اساس زیر مقیاس‌های تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی و خوددوست‌داری به درستی طبقه‌بندی شده‌اند و این مقدار برای زنان دارای اضطراب فراگیر ۹۱/۴ درصد و زنان عادی ۹۷/۱ درصد است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش فوق مقایسه نقص در تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی و خوددوست‌داری در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد سالم و سپس بررسی نقش تشخیصی سه متغیر فوق برای پیش‌بینی ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود.

نتایج پژوهش نشان داد که میانگین سرزنش خود و فاجعه‌آمیزپنداری، جداسازی، و بیش ارزشیابی در زنان دارای اضطراب فراگیر بیشتر از زنان عادی است و میانگین پذیرش، مثبت‌نگری، شفقت همگانی و ذهن‌آگاهی و مهربانی با خود در زنان عادی بالاتر از زنان دارای اضطراب فراگیر است. در تحلیل تفاوت بین میانگین‌های دو گروه آشکار شد که زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نمرات پایین‌تری در زیرمقیاس‌های پذیرش و مثبت‌نگری که راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجانی هستند، به دست آورده و نمره بالاتری در زیرمقیاس سرزنش خود و فاجعه‌آمیزپنداری که راهبرد ناسازگارانه تنظیم هیجانی، محسوب می‌شود دریافت نمودند. این یافته در تأیید یافته‌های زلونک و هان (۲۰۱۰) بوده که در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که میزان مقصر دانستن و سرزنش خود و بزرگ‌نمایی و بیش ارزشیابی در زنان، با نگرانی که مشخصه اصلی اختلال اضطراب فراگیر است، مرتبط می‌باشد. همچنین راهبرد پذیرش و مثبت‌نگری در افراد مبتلا به GAD کمتر بوده که نشان‌دهنده آن است که مشاهده پیامدها و داشتن معنای مثبت راجع به رخداد‌های زندگی با سطح نگرانی و اضطراب کمتر همراه است. با وجود آنکه مارتین و داهلن (۲۰۰۵) گزارش نمودند که رابطه مثبت میان پذیرش و استرس وجود دارد اما گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) و کارنر و همکاران (۱۹۸۹) گزارش نمودند که پذیرش، راهبرد مقابله‌ای سازگارانه است. کارور و همکاران (۱۹۸۹) گزارش نمودند که پذیرش این نکته که یک رخداد منفی بوقوع پیوسته و تعبیر مثبت از آن به منظور رشد شخصی، راهبردهایی هستند که با خوش‌بینی و حرمت خود ارتباط مثبت و با اضطراب رابطه منفی دارند. مطالعه ادبیات پژوهش در حد وسیعی بیان می‌کند که تلاش زیاد برای کنترل، سرکوبی و نادیده گرفتن هیجانات و تجارب درونی ناخواسته باعث افزایش شدت و فراوانی تجارب هیجانی می‌شود (هیز، استروسال، ویلسون، ۱۹۹۹؛ هیز، ویلسون، گیفورد، فولت و استروسال، ۱۹۹۶). همچنین مطالعه رومر و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد که نگرانی شدید، مرتبط با تلاش برای کنترل و اجتناب از تجربه هیجانات منفی هم در گروه بالینی مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و هم در گروه غیربالینی بوده است. همچنین مطالعه کاشدن و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که برانگیختگی اضطرابی و نگرانی مزمن با

کاهش پذیرش هیجانات منفی در افراد حساس نسبت به اضطراب رابطه مثبت دارد. تمامی این یافته‌ها در تأیید این قضیه هستند که پذیرش تجارب هیجانی و برگرداندن هیجانات به صورت مثبت آن، مرتبط با عملکرد سازگارانه روانشناختی است.

یافته دوم این پژوهش بیانگر آن است که زنان مبتلا به GAD نمرات پایین‌تری در مقیاس ذهن آگاهی و زیرمقیاس‌های خوددوست‌داری که شامل شفقت همگانی و ذهن آگاهی، مهربانی با خود، جداسازی، و بیش ارزشیابی است دریافت نمودند. مطالعه ون دام و همکاران (۲۰۱۱) نشان می‌دهد، خوددوست‌داری سهم بیشتری را در پیش‌بینی اختلالات روانی و از جمله اضطراب، نسبت به ذهن آگاهی نشان می‌دهد. مطالعات مختلف در مورد خوددوست‌داری نشان داده است که داشتن سطوح بالایی از مهربانی به خود می‌تواند به‌عنوان مانعی برای بروز اختلالات روانی عمل کند (براون و راین، ۲۰۰۳). کویکن و همکاران (۲۰۱۰) به این نتیجه رسیدند که ذهن آگاهی و خوددوست‌داری می‌تواند به‌عنوان متغیرهای میانجی در درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افسردگی عمل نمایند و حتی افزایش خوددوست‌داری پس از درمان در دوره پی‌گیری نیز مشاهده شده است. این مطابق با مدل گیلبرت (۲۰۱۰) می‌باشد که بیان می‌دارد افزایش خوددوست‌داری می‌تواند به‌عنوان یک عامل محافظت‌کننده در مقابل عوامل استرس‌زای زندگی فرد باشد. او همچنین بیان می‌کند که خوددوست‌داری می‌تواند به‌عنوان یک عامل میانجی در مطالعات اثربخش ذهن آگاهی مورد بررسی قرار گیرد. این یافته که میانگین نمرات خوددوست‌داری در افراد مبتلا به GAD کمتر از افراد سالم می‌باشد نیز در راستای پژوهش روئمر و همکاران (۲۰۰۹) است. آن‌ها در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که خوددوست‌داری و تنظیم هیجانی همبستگی زیادی با یکدیگر داشته و هر دو سازه در افراد مبتلا به GAD کمتر از افراد سالم است.

این یافته که تفاوت معناداری در تنظیم هیجانی و ذهن آگاهی در افراد مبتلا به GAD و افراد سالم وجود دارد در راستای نتایج به‌دست آمده از مطالعه رومر و همکاران (۲۰۰۹) است که نشان داده افراد مبتلا به GAD نسبت به افراد عادی دشواری‌های

بیشتری در تنظیم هیجان و ذهن آگاهی دارند، آگاهی کمتری در لحظه داشته و قضاوت بیشتری می‌کنند. این مطالعه نشان می‌دهد که هر دو سازه نقش مهمی در بروز علائم GAD دارند.

ارتباط آشکاری میان ذهن آگاهی و تنظیم هیجانی وجود دارد؛ در تعریف مفهومی این دو سازه هم‌پوشانی‌هایی مشاهده می‌شود؛ هر دو دربردارنده آگاهی (پایش) و پذیرش پاسخ‌های هیجانی هستند که آگاهی از هیجان‌ات و پذیرش آن‌ها به نوعی از جمله راهبردهای تنظیم هیجان هستند (باکر و همکاران، ۲۰۰۴). بنابراین ذهن آگاهی نوعی تنظیم هیجانی محسوب می‌شود.

نتایج پژوهش‌ها نشان داده که ذهن آگاهی در درمان اختلالات اضطرابی نقش دارد (بوندولیف، ۲۰۰۵؛ کابات زین و همکاران، ۱۹۹۲، اورسیلو و روئمر، ۲۰۰۵). نتایج پژوهش حاضر نیز حاکی از آن است که آگاهی از لحظه حال و پذیرش دوست‌دارانه نسبت به تجارب خود منحصراً با شدت علائم در GAD مرتبط است که نشان می‌دهد ذهن آگاهی به‌طور اختصاصی با کاهش علائم GAD ارتباط دارد. با داشتن این یافته‌ها شاید بتوان به‌گونه‌ای ارتباط و تعامل میان ذهن آگاهی و نقص در تنظیم هیجانی را توصیف و بسط داد. به‌عنوان مثال افرادی که به سختی می‌توانند توجه خود را به تجارب هیجانی خود در لحظه معطوف کنند، به سختی می‌توانند هیجان‌ات خود را تنظیم نموده یا به صورت تکانشگرانه‌ای به هیجان‌ات خود پاسخ می‌دهند که به‌نوبه خود می‌تواند باعث تشدید چرخه معیوب نگرانی شود. برعکس افراد مبتلا به GAD که درک ضعیفی از هیجان‌ات خود داشته و به سختی می‌توانند پاسخ‌های هیجانی خود را تنظیم نمایند ممکن است نسبت به پاسخ‌های هیجانی خود بیشتر قضاوت‌مندانانه و منتقدانه رفتار کنند و با آن به‌گونه‌ای خشک و انعطاف‌ناپذیر و بدون پذیرش رفتار می‌کنند که باعث افزایش نگرانی و اضطراب می‌شود.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان اذعان داشت مولفه تنظیم هیجانی دربردارنده زیرمولفه‌هایی است. هر کدام از اجزای تنظیم هیجانی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر دستخوش تغییراتی می‌شوند. مبتلایان به GAD در بروز رخدادها همواره به دنبال

مقصر بوده و عمدتاً خود را مقصر می‌دانند. سوگیری شناختی دیگری که در آنها مشاهده می‌شود منفی‌نگری است؛ به‌نظر می‌رسد آنها در بروز یک رخداد نمی‌توانند به جوانب مثبت فکر کنند مثلاً اگر تأخیری در ورود همسر به خانه اتفاق افتد، این افراد به این فکر می‌کنند که نکند دچار سانحه یا تصادف شده باشد در صورتی که این احتمال وجود دارد که همسر به‌منظور خرید هدیه رفته و به این علت تأخیر داشته است. آنها پذیرش کمی داشته و عمدتاً از روبرو شدن با موارد چالش‌انگیز اجتناب می‌کنند یا راهکارهای مقابله‌ای ناسازگارانه نشان می‌دهند. همه این موارد در تضاد با مشخصه‌های ذهن آگاهی است. در ذهن آگاهی توجه بدون قضاوت به رخدادها جاری است که این تعریف با مشخصه‌های اختلال اضطراب فراگیر ناهماهنگ است چرا که توجه در این افراد معطوف به آینده بوده و همواره با داشتن قضاوت مربوط به این رخدادها همراه است. به‌نظر می‌رسد سوگیری‌های شناختی در این افراد و ناتوانی در تنظیم هیجانی، با خوددوست‌داری در ارتباط است؛ مشخصاً فردی که خوددوست‌دار بوده و در شرایط سخت به‌دنبال راه‌هایی برای تقلیل ناراحتی خود است، پذیرش بیشتری داشته و از میزان سرزنش خود کمتری برخوردار بوده و با مثبت‌نگری بیشتری به رخدادها نگاه می‌کند. به هر ترتیب ارتباط علی این مولفه‌ها هنوز مشخص نیست و با وجود آنکه نتایج پژوهش فوق‌نشان دارد که بر اساس این سه مولفه می‌توان عضویت فرد در گروه مبتلا به GAD یا گروه سالم را پیش‌بینی نمود اما نحوه ارتباط این مولفه‌ها موضوعی است که لازم است در پژوهش‌های بعدی به آن پرداخته شود.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۲/۱۱/۲۰

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۳/۰۱/۲۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۰۵/۱۱

References

منابع

- امین‌آبادی، زهرا (۱۳۸۸). نقش میانجی نظم‌جویی شناختی هیجان در ادراک نوجوانان از ابعاد روش‌های تربیتی و عملکرد تحصیلی آن‌ها، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی.
- باقری‌یزدی، سیدعباس؛ بوالهروی، جعفر و شاه‌محمدی، داوود (۱۳۷۳). بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد یزد، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، ۱، ۳۲-۴۲.
- فرست، مایکل؛ اسپیتزر، گیون؛ میریام، ویلیامز (۱۳۸۴). مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV. (SCID-) ترجمه: ونداد شریفی، تهران: مهر کاویان.
- محمودی کهریز، بهرام (۱۳۸۸). بررسی نقش متغیر میانجی تنظیم هیجانی شناختی در ارتباط میان کمال‌گرایی و درماندگی روانی در جامعه دانشجویی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی.
- مومنی، فرشته؛ شهیدی، شهریار؛ موتابی، فرشته؛ حیدری، محمود (۱۳۹۲). بررسی ویژگی‌های روانسنجی فرم فارسی مقیاس خوددوست‌داری، مقاله در دست انتشار.
- نابینیان، محمدرضا؛ شعیری، محمدرضا؛ شریفی، معصومه و هادیان، مهری (۱۳۸۸). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس ۷ سوالی اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7). مقاله در دست انتشار.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual for Psychiatric Disorders-fourth Edition-text Revision (DSM-IVTR)*. Washington, DC: Author.
- Baer, R.A. (2010). *Self-compassion as a Mechanism of Change in Mindfulness- and Acceptance-based Treatments*, In R. A. Baer (Ed.), *Assessing Mindfulness & Acceptance Processes in Clients* (pp. 135-154). Oakland: New Harbinger.
- Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., et al. (2004). Mindfulness: A proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Borkovec, T.D., & Inz, J. (1990). The Nature of Worry in Generalized Anxiety Disorder: A Predominance of Thought Activity, *Behaviour Research and Therapy*, 28, 153-158.

-
- Borkovec, T.D., & Lyonfields, J.D. (1993). Worry: Thought Suppression of Emotional Processing. In H.W. Krohne (Ed.), *Attention and Avoidance: Strategies in Coping wit Have Rsiveness* (pp. 101-118). Goettingen, Germany: Hogrefe & Huber Publishers.
- Borkovec, T.D., Alcaine, O., & Behar, E. (2004). Avoidance Theory of Eorry and Generalized Anxiety Fisorder, In R.G. Heimberg, C.L. Turk, & D.S. Mennin (Eds.), *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice* (pp. 77-108). New York: Guilford Press.
- Brown, K.W., & Ryan, R.M. (2000). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-being, *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Brown, T.A., Marten, P.A., & Barlow, D.H. (1995). Discriminant Validity of the Symptoms Constitutingthe DSM-III-R and DSM-IV Associated Symptom Criterion of Generalized Anxiety Disorder, *Journalof Anxiety Disorders*, 9, 317-328.
- Carmody, J., Baer, R.A., Lykins, E.L.B., & Oldendzki, N. (2009). An Empirical Study of the Mechanisms of Mindfulness in a Mindfulness-Based Stress Reduction Program, *Journal of Clinical Psychology*, 65, 613-626.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub, J.K. (1989). Assessing Coping Strategies: Atheoretically Based Approach, *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Chiesa, A., Serretti, A. (2010). Mindfulness Based Cognitie Therapy for Psychiatric Disrders: A Systematic Review and Meta-analysis, *Psychiatry Research*, (article in press).
- Dugas, M.J., Gagnon, F., & Ladouceur, R. (1998). Generalized Anxiety Disorder: A Preliminary Test of Aconceptual Model, *Behavioral Research and Therapy*, 36, 215-226.
- Desrosiers, A, Klemanski, D.H. Nolen-Hoeksema, S. (2013). Mapping Mindfulness Facets onto Dimensions of Anxiety and Depression, *Behavior Therapy*, 44, 373-384.
- Foa, E.B., & Kozak, M.J. (1986). Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information, *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
-

-
- Freeston, M.H., Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (1996). Thoughts, Images, Worry, and Anxiety, *Cognitive Therapy and Research*, 20, 265-273.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Questionnaire: Psychometric Features and Prospective Relationships with Depression and Anxiety in Adults, *European Journal of Psychological Assessment*, 23, 141-149.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, Ph. (2001). Negative Life Events, Cognitive Emotion Regulation and Depression, *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, Ph. (2002b). Manual for the Use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, Leiderdorp, *The Netherlands: DATEC*.
- Germer, C.K., Siegel, R.D., & Fulton, P.R. (Eds.). (2005). *Mindfulness and Psychotherapy* New York: *Guilford Press*.
- Grossman, P. (2011). Defining mindfulness by how Poorly I Think I pay Attention during Everyday Awareness and Other Intractable Problems for Psychology's (re)invention of Mindfulness: Comment on Brown et al. (2011). *Psychological Assessment*, 23, 1034-1040.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: Understanding and Treating Human Suffering*, New York: *Guilford Press*.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., & Strosahl, K.D. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., & Strosahl, K.D. (1996). Experiential Avoidance and behavioral Disorders: A functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Kashdan, T.B., Zvolensky, M.J., & McLeish, A.C. (2008). Anxiety Sensitivity and Affect Regulatory Strategies: *Individual and Interactive Risk Factors for Anxiety Related Symptoms*, *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 429-440.

-
- Kimberly R. Zlomke, A. Kathryn S. Hahn, N. (2010). Cognitive Emotion Regulation Strategies: Gender Differences and Associations to Worry, *Personality and Individual Differences*, 48, 408-413.
- MacBeth, A, Gumley, A. (2012). Exploring Compassion: A Meta-Analysis of the Association between Self-compassion and Psychopathology, *Clinical Psychology Review*, 32, 545-552.
- Mennin, D.S., Turk, C.L., Heimberg, R.G., & Carmin, C. (2004). Regulation of Emotion in generalized Anxiety Disorder. In M.A. Reinecke and D.A. Clark (Eds.), *Cognitive Therapy over the Lifespan: Theory, Research, and Practice* (pp. 60-89).
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., & Borkovec, T.D. (1990). Development and Validation of the Penn State Worry Questionnaire, *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-49.
- Mennin, D.S., Heimberg, R.G., Turk, C.L., & Fresco, D.M. (2005). Preliminary Evidence for an Emotion Regulation Deficit Model of Generalized Anxiety Disorder, *Behavior Research and Therapy*, 43, 1281-1310.
- 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.
- Mennin, D.S., Heimberg, R.G., Turk, C.L., & Fresco, D.M. (2002). Applying an Emotion Regulation Frame Work to Integrative Approaches to Generalized Anxiety Disorder, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 85-90.
- Neff, K.D. (2011). *Self-compassion, Self-esteem and Well Being*, Social and Personality Psychology Compass, 5, 1-11.
- Van Dam, N.T, Sheppard, S.C., Forsyth, J., Earleywine, M. (2011). Self-Compassion is a Better Predictor than Mindfulness of Symptom Severity and Quality of Life in Mixed Anxiety and Depression, *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 123-130.
- Raes, F. (2011). The Effect of Self-compassion on the Development of Depression Symptoms in a Non-clinical Sample, *Mindfulness*, 2, 33-36.
-

-
- Roemer, L., Salters, K., Raffa, S., & Orsillo, S.M. (2005). Fear and Avoidance in Generalized Anxiety Disorder: A Preliminary Conceptual Model, *Cognitive Research and Therapy*, 29, 71-88.
- Roemer, L., & Orsillo, S.M. (2005). An acceptance-based behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder, In S.M.Orsillo, & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and Mindfulness Based Approaches to Anxiety: Conceptualization and Treatment* (pp. 213-240), New York: Springer.
- Shapiro, S.L., Astin, J.A., Bishop, S.R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results from a Randomized Trial, *International Journal of Stress Management*, 12, 164-176.
- Spitzer, Robert, L., Kurt, K., Janet, B.W., Williams, D.S.W., and Bernd, L. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder, the GAD-7, *Arch Intern Med*, 166: 1092-109.
- Vrana, S.R., Cuthbert, B.N., & Lang, P.J. (1986). Fear Imagery and Text Processing, *Psychophysiology*, 23, 247-253.
- Wells, A. (2004). A Cognitive Model of GAD: *Metacognitions and Pathological Worry*. In R.G. Heimberg, C.L. Turk, & D.S. Mennin (Eds.), *Generalized Anxiety Disorders: Advances in Research and Practice* (pp. 164-186). New York: Guilford Press.