



فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی  
سال شانزدهم شماره ۶۴ زمستان ۱۴۰۰



## مقایسه ذهن آگاهی و بدتنظیمی هیجانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و عادی

سمیه جاویدفر<sup>۱\*</sup>، مجید محمود علیلو<sup>۲</sup>، عباس بخشی پور رودسری<sup>۳</sup>

\* کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی. مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی علامه امینی بهزیستی

۲- دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی. استاد دانشگاه تبریز

۳- دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی. استاد دانشگاه تبریز

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۲۲

تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۱۰/۰۹

### چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین تفاوت ذهن آگاهی و بدتنظیمی هیجانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و عادی بود. آزمودنی‌های پژوهش شامل دو گروه بود که گروه بالینی را ۲۰ فرد مبتلا به GAD تشکیل می‌دادند که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از بیماران مراجعه کننده به کلینیک روانپزشکی بزرگمهر و مراکز مشاوره شهر تبریز و گروه کنترل نیز به همان تعداد بعد از هم‌تاسازی از بین همراهان مراجعان مراکز مشاوره انتخاب شدند. آزمودنی‌ها به مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی (DERS)، پرسشنامه نگرانی پن استیت (PSWQ) و مقیاس توجه آگاهی هشیارانه (MAAS) پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) و تحلیل ممیز استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که بین گروه بهنجار و گروه اضطراب فراگیر، در تنظیم هیجانی و خرده مقیاس‌های آن تفاوت معناداری وجود داشت ( $p < 0/01$ ). همچنین بین گروه بیمار و گروه سالم از نظر میزان ذهن آگاهی تفاوت معنی‌دار وجود داشت ( $p < 0/01$ )، تحلیل ممیز نیز نشان داد که ذهن آگاهی پایین و مشکل تنظیم هیجانی به خوبی می‌توانند عضویت و یا عدم عضویت یک فرد در گروه کنترل و یا گروه اضطراب فراگیر را پیش بینی کنند. به طور کلی ذهن آگاهی و بدتنظیمی هیجانی بعنوان دو عامل فراتشخیصی احتمالاً می‌توانند در پدیدآیی اختلال اضطراب فراگیر نقش داشته باشند.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال اضطراب فراگیر؛ بدتنظیمی هیجانی؛ ذهن آگاهی



## مقدمه

اختلالات هیجانی از جمله مشکلات مربوط به مقوله‌های تشخیصی اختلالات افسردگی و اضطرابی شایع‌ترین طیف اختلالات روان-پزشکی را تشکیل می‌دهند که سطوح بالایی از اضطراب، افسردگی، ترس و علائم جسمانی را در برمی‌گیرد (گلدبرگ، کروگر، اندروز و هویز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). به دلیل همپوشانی زیاد ویژگی‌ها و عوامل سبب‌ساز، اکثر محققان اختلالات هیجانی را شامل اختلالات افسردگی تک قطبی و اختلالات اضطرابی قلمداد می‌کنند و این همابندی و اشتراک می‌تواند تلویحی بر وجود برخی عوامل مشترک یا فراتشخیصی<sup>۲</sup> به عنوان عوامل سبب‌ساز در پدیدآیی و تداوم این اختلالات باشد (بارلو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴).

اختلال اضطراب فراگیر (GAD)<sup>۴</sup> به عنوان یکی از اختلال‌های اضطرابی، اختلالی مزمن است که بطور اختصاصی با نگرانی افراطی و پایدار مشخص می‌گردد (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳). در این اختلال، اضطراب معطوف به کلیه رویدادهای زندگی روزمره است و عمدتاً با بی‌قراری، خستگی، تنش عضلانی، تحریک پذیری، و اشکال در تمرکز و خواب مشخص می‌گردد (بارلو، دوراند<sup>۶</sup> و هافمن<sup>۷</sup>، ۲۰۱۸).

مدلهای شناختی- رفتاری متعددی در خصوص سبب‌شناسی GAD در طول دو دهه اخیر در ادبیات علمی ظهور کرده‌اند. تمرکز عمده نظریه‌های روانشناختی GAD روی نگرانی مزمن بوده است. از مدل‌های روان‌شناختی جدید که روی نگرانی مفرط و فرایندهای شناختی مرتبط با آن به عنوان عوامل پاتوژن<sup>۸</sup> و نگهدارنده تاکید می‌کنند، می‌توان به مدل مبتنی بر پذیرش (ABM)<sup>۹</sup> که بر میزان پایین ذهن آگاهی و پذیرش در بین بیماران GAD تاکید می‌کند و مدل بدتنظیمی هیجانی<sup>۱۰</sup> (EDM) که بر مشکلات در تنظیم هیجان در بین بیماران GAD اشاره کرد (بهار، دی‌مارکو، هکلر، موهلمن و استپلس<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۹).

دهه‌های اخیر شواهد نشانگر تمایل رو به رشدی در رویکرد فراتشخیصی به مطالعه آسیب‌شناسی روانی قابل توجهی است (هاروی، واتکینز، مانسل و شافرن<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۴). عوامل فراتشخیصی به فرایندهای آسیب‌شناختی دلالت دارد که در میان اختلالات روانشناختی گوناگون مشترک می‌باشد. بعبارتی دیگر، این فرم و کارکرد به نظر می‌رسد در میان اختلالات یکسان<sup>۱۳</sup> باشد و همچنین، می‌تواند ما را در شناسایی الگوهای مشترک و واحد ناکارآمد ذاتی برای اشکال مختلف آسیب‌شناسی روانی باشد (براون، کمپبل، لهمن، گریشام و مانسیل<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۱).

اخیراً، بدتنظیمی هیجان به عنوان یک عامل فراتشخیصی در بروز انواع اختلالات روان‌پزشکی توجه زیادی به خود جلب کرده است. منظور از تنظیم هیجان فرایندهایی است که افراد شدت یا مدت هیجان‌اتشان در پاسخ به خواسته‌های متفاوت تغییر و تعدیل می‌کنند. اکثر مطالعات برآورد کرده‌اند که تنظیم هیجان یک فرایند بسیار پویا است (آلدائو، گی، دی لوس ریس و سیگر، ۲۰۱۶). نقص در

<sup>1</sup> Goldberg, Krueger, Andrews & Hobbs

<sup>2</sup> transdiagnostic

<sup>3</sup> Barlow

<sup>4</sup> Generalized Anxiety Disorder (GAD)

<sup>5</sup> American Psychiatric Association (APA)

<sup>6</sup> Durand

<sup>7</sup> Hofmann

<sup>8</sup> pathogenesis

<sup>9</sup> Acceptance-Based Model (ABM)

<sup>10</sup> Emotional Dysregulation Model (EDM)

<sup>11</sup> Behar, DiMarco, Hekler, Mohlman & Staples

<sup>12</sup> Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran

<sup>13</sup> invariant

<sup>14</sup> Brown, Campbell, Lehman, Grisham & Mancill



تنظیم هیجان، همچون استفاده از راهبردهای تنظیمی ناسازگارانه در واقع در همه‌ی اختلالات هیجانی و همچنین بخشی از سایر اختلالات، بیماری‌ها و مشکلات مشاهده گردیده است (کرینگ و اسلون<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). مشکلات مربوط به تنظیم هیجان خطر بیشتری برای اختلال‌های روان‌پزشکی فراهم می‌آورند، برخی پژوهشها نشان می‌دهند که بدتنظیمی هیجانی ماهیت فراتشخیصی در بروز بسیاری از اختلالات روانی مانند افسردگی، اضطراب و اختلال خوردن دارد (آلدانو و همکاران، ۲۰۱۶).

در واقع فرآیندهای تنظیم هیجان می‌توانند پاسخ هیجانی را تقویت کنند یا کاهش دهند، اگرچه تنظیم هیجان‌ها در اکثر اختلالات هیجانی نقش بازی می‌کنند اما در افسردگی و اضطراب نقش اساسی‌تری دارند (کرینگ و باکراسکی<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹). به طور کلی تنظیم هیجان شیوه‌ای است که افراد در مواجهه با پریشانی و بوسیله‌ی بکار گرفتن راهبردهایی مانند سرکوب و ارزیابی مجدد شناختی تجربه‌ی خود از هیجان را کنترل می‌کنند (گراس و جان<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). بدتنظیمی هیجانی نشانه‌ای از بدکنشی سیستم تنظیم هیجانی است که توسط آسیب‌پذیری هیجانی (یعنی، حساسیت بالا به محرکهای هیجانی)، و نقص تعدیل هیجان (یعنی، ناتوانی در مدیریت هیجانهای فردی) بوجود می‌آید. نقص در چندین زمینه از کنشهای هیجانی (برای مثال، ادراک هیجانی) ممکن است به بدتنظیمی هیجانی منجر شود (وگنر و لینهان<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹).

وجود هیجان‌های منفی در اختلالات اضطرابی مشکل ساز است (کرینگ و ورنر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴) برای همین تعجب آور نیست که وجود مشکلات در تنظیم هیجانی با این اختلالات مرتبط باشد (بارلو و همکاران، ۲۰۰۴). افراد مبتلا به GAD از اجتناب به عنوان یکی از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجانی استفاده می‌کنند. اجتناب تجربی به مشکل در مواجهه شدن با تجارب درونی مثل افکار، هیجان‌ها، تخیل و احساسات گفته می‌شود. اغلب این اجتناب حاصل کنترل کردن تجارب دردناک مرتبط با این وقایع درونی است. با این وجود این تلاش‌ها برای کنترل کردن، اغلب نتیجه معکوسی می‌دهد و ناراحتی فرد را بیشتر می‌کند و این مسئله در اغلب اختلالات روانی مشهود است (هیز<sup>۶</sup> و همکاران، ۱۹۹۹). بر همین اساس مدل بدتنظیمی هیجانی GAD توسط منین، تورک، هیمبرگ و کارمین<sup>۷</sup> (۲۰۰۴) ارائه گردید (منین، هیمبرگ، تورک و فرسکو<sup>۸</sup>، ۲۰۰۵).

منین و همکاران (۲۰۰۴) مدل خود را براساس نظریه اجتناب نگرانی بوركوك، آلكاين و بهار<sup>۹</sup> (۲۰۰۴) بنا نهادند. بر طبق مدل بدتنظیمی هیجانی، نگرانی مفرط به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجانی ناسازگارانه برای کنترل برانگیختگی فیزیولوژیکی و سایر علائم تجربه هیجانی ایجاد می‌شود. بر طبق مدل نظری مطرح شده آنها بیان می‌کنند که افراد مبتلا به GAD بواسطه نگرانی، از پردازش محرک‌های هیجانی اجتناب می‌کنند زیرا این افراد نقص‌های مهارت هیجانی و عدم تنظیم هیجانی را به عنوان مشکلات اصلی تجربه می‌کنند (منین و همکاران، ۲۰۰۴). از طرفی دیگر مشکلات تنظیم هیجانی را به دو دسته طبقه بندی می‌کنند. الف) مشکلات در تعدیل تجربیات هیجانی و / یا بیان هیجانی. ب) تلاش‌های مکرر و یا خودکار برای کنترل و یا سرکوب تجربیات یا

1 Krings & Sloan

2 Bachorowski

3 Gross & John

4 Wagner & Linehan

5 Krings, & Werner

6 Hayes

7-Mennin, Turk, Heimberg, & Carmin

8 Fresco

9 Borkovec, Alcaine, & Behar



ابراز هیجانی (سیچتی، آکرمن و ایزارد<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵). منین و همکاران (۲۰۰۴) پیشنهاد می‌کنند که هر دو نوع این مشکلات با اختلال GAD همراه هستند.

منین و همکاران (۲۰۰۵) در یک سری مطالعه پیوسته (سه مورد پژوهش) به بررسی تجربی نظریه خود مبنی بر رابطه GAD با بدتنظیمی هیجانی پرداختند. در اولین مطالعه خود نشان دادند که افراد مبتلا به GAD سطوح بالاتری در شدت هیجان، دشواری‌هایی بیشتری در شناسایی و توصیف و واکنش منفی هیجان‌ها و در مطالعه دوم باورهای منفی بیشتری در مورد تجارب هیجانی داشته و برای مدیریت هیجان‌های منفی خود با دشواری‌هایی بیشتر و نهایتاً در مطالعه سوم در واکنش به القا خلق منفی (چه اضطرابی و چه اندوهناک) اضطراب بیشتری نسبت به گروه کنترل نشان دادند. در پژوهشی دیگر که به منظور بررسی دشواری‌های تنظیم هیجانی در بین بیماران مبتلا به GAD و اضطراب اجتماعی انجام گرفت، یافته‌ها نشان دادند که شدت هیجانی و راهبردهای معیوب تنظیم هیجان می‌توانستند تشخیص GAD را به درستی پیش بینی کنند (منین، مک‌لافلین و فلانگان<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹).

متغیر دیگری که بر اساس نظریه‌های جدید، احتمال می‌رود با GAD مرتبط باشد ذهن آگاهی است. ذهن آگاهی پایین می‌تواند به عنوان یک فرایند فراتشخیصی در آشفتگی هیجانی و روانرنجورخوبی یا عاطفه منفی مفهوم سازی شود که در تمام اختلالات خلقی و اضطرابی حضور دارد (کرسک<sup>۳</sup> و بارلو، ۲۰۰۷؛ گیلک<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). ذهن آگاهی توجه کردن به شیوه‌ای خاص، هدفمند، در زمان کنونی و بدون قضاوت و پیش‌داوری است (کابات-زین<sup>۵</sup>، ۱۹۹۰). ذهن آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه اکنون هست، بدون قضاوت و بدون اظهارنظر درباره آنچه اتفاق می‌افتد؛ یعنی تجربه واقعیت محض بدون توضیح (سیگل، ویلیام و تیزدل<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳). ذهن آگاهی، ظرفیت توجه و آگاهی پیگیر و هوشمندانه را (که فراتر از فکر است) افزایش می‌دهد. پژوهش‌ها و نظریه‌های اخیر پیشنهاد می‌کنند که ذهن آگاهی ممکن است با علامت شناسی GAD مرتبط باشد و این ارتباط (همانند تنظیم هیجانی) اغلب از طریق مولفه‌ای به نام اجتناب تجربی شکل می‌گیرد. نظریه‌های مختلف GAD، به نقش اجتناب- پاسخ‌های منفی به تجارب درونی- در شکل‌گیری GAD اشاره داشته‌اند (روئمر، اورسیلو و سالترز-پدنالت<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸؛ بوسول، اندرسون<sup>۸</sup> و بارلو، ۲۰۱۴).

اجتناب تجربی نیز به عنوان یک عامل فراتشخیصی (کاشدان، برین، افرام و ترهار<sup>۹</sup>، ۲۰۱۰؛ هیز و همکاران، ۲۰۰۶) سازه‌ای است که به منظور اجتناب از تجارب دردناک به کار برده می‌شود این سازه شامل دو جزء مربوط به هم است: الف) بی میلی نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی (احساسات مربوط به بدن، هیجانانگ، افکار، خاطرات و تظاهرات رفتاری) ب) تلاش برای اجتناب از تجارب دردناک و یا وقایعی که باعث فراخواندن این تجارب می‌گردند (هیز و همکاران، ۱۹۹۶).

در مطالعه‌ای پژوهشگران به بررسی رابطه بین ذهن آگاهی و تنظیم هیجان با اختلال اضطراب فراگیر پرداختند. نتایج پژوهش نشان داد که بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر نسبت به گروه سالم، میزان پایین‌تر ذهن آگاهی و دشواری‌های زیاد در تنظیم هیجانی را گزارش نمودند. تحلیل رگرسیون لوجستیک نیز نشان داد که متغیرهای ذهن آگاهی و تنظیم هیجانی می‌توانند تعلق ۸۷/۵ درصد افراد به یکی از دو گروه (بیماران و گروه سالم) را به درستی پیش بینی کنند (روئمر و همکاران، ۲۰۰۸). از سوی دیگر در صورتی که

<sup>1</sup> Cicchetti, Ackerman & Izard

<sup>2</sup> McLaughlin & Flanagan

<sup>3</sup> Craske

<sup>4</sup> Giluk

<sup>5</sup> Kabat-Zin

<sup>6</sup> Segal, Williams & Teasdale

<sup>7</sup> Roemer, Orsillo & Salters-Pedneault

<sup>8</sup> Boswell & Anderson

<sup>9</sup> Kashdan, Breen, Afram & Terhar



ذهن آگاهی با علائم GAD مرتبط باشد، انتظار می رود که درمانهای مبتنی بر ذهن آگاهی بر این علائم تاثیر داشته و علائم را کاهش دهند. و همچنین انتظار می رود پس از بهبود بیماری ذهن آگاهی بیماران افزایش پیدا کند. در حقیقت برخی از پژوهش ها از این فرضیه حمایت می کنند (ایونز و همکاران، ۲۰۰۸).

با عنایت به اهداف پژوهش حاضر مبنی بر سبب شناسی یکی از اختلال های با شیوع بالا و همچنین ترکیب دو مفهوم یا سازه ذهن آگاهی و تنظیم هیجانی که در یک دهه اخیر توجه پژوهشگران عرصه آسیب شناسی و درمان را به خود جلب کرده اند، درک ما از عوامل سبب شناختی و تداوم بخش این اختلال علاوه بر کاهش هزینه های مستقیم و غیر مستقیم، ممکن است کوشش هایی را بمنظور بهبود شیوه های درمانی از طریق اصلاح روشهای مداخله تسهیل نماید. بنابر این نتایج مطالعه حاضر علاوه بر آزمون مدل های نظری مطرح شده و پژوهشهای صورت گرفته در این خصوص، می تواند متخصصان بالینی را در شناخت جنبه های سبب شناختی و درمان هدفمند اختلال اضطراب فراگیر و کاهش پیامدها و عوارض ناشی از این اختلال کمک کند. با وجود اهمیت این موضوع، تحقیقات تجربی چندانی در این زمینه صورت نگرفته است و تحقیق حاضر جزء معدود پژوهش ها در این زمینه است.

## روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر به شیوه طرح توصیفی علی-مقایسه ای یا پس رویدادی از نوع نمونه گیری مورد-کنترل<sup>۱</sup> و سنجش مقطعی<sup>۲</sup> گردید. جامعه مطالعه حاضر شامل تمامی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به کلینیک روانپزشکی بزرگمهر و مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی تحت نظارت بهزیستی شهر تبریز بود که از بین آنها ۲۰ نفر (۶ مرد و ۱۴ زن با میانگین سنی ۳۲/۲۵) با در نظر گرفتن ملاکهای ورود و خروج پژوهش با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. نمونه پژوهش پس از انجام مصاحبه تشخیصی توسط یک روانپزشک انتخاب شدند. گروه کنترل بهنجار نیز به همان تعداد (۷ مرد و ۱۳ زن با میانگین سنی ۳۴/۲۵) شامل افراد بهنجار یعنی بدون تشخیص روانپزشکی خصوصا اختلال های اضطرابی و خلقی که از بین مراجعان یا همراهان مراجعان مراکز مشاوره بهزیستی قرار داده شدند و تا حد امکان از نظر ویژگی های جمعیت شناختی با گروه بالینی همتا سازی شدند و پرسشنامه های پژوهش با رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش توسط دو آزمودنی های دو گروه در یک جلسه تکمیل گردید.

ملاک های ورود گروه بالینی عبارت بودند از؛ توانایی خواندن و نوشتن به زبان فارسی، داشتن حداقل سطح تحصیلات سیکل، ابتلاء فرد به اختلال اضطراب فراگیر به عنوان تشخیص اصلی بر اساس ملاک های تشخیصی DSM-5، سن ۱۸ سال تا ۵۰ سال. ملاک های حذف گروه بالینی عبارت بودند از؛ تشخیص کنونی اختلال دوقطبی، اختلال اسکیزوفرنیا، اختلال اسکیزوافکتیو و سایر اختلالات پسکوتیک یا اختلال روانی عضوی، اختلال اضطرابی یا خلقی ناشی از یک وضعیت یا بیماری طبی، داشتن اختلال شخصیت، داشتن اختلال همبود یا همانند به استثنای اختلالات هیجانی افسردگی و اضطرابی، سابقه دریافت هر نوع درمان روان-شناختی در جریان ۴ ماه قبل از شروع پژوهش و سابقه سوء مصرف یا وابستگی مواد در حال حاضر و در طول سه ماه قبل از شروع درمان.

<sup>1</sup> case-control sampling

<sup>2</sup> cross-sectional assessment



## ابزارهای پژوهش

۱- **مقیاس دشواری های تنظیم هیجانی (DERS)**<sup>۱</sup>: یک ابزار خودسنجی ۳۶ ماده‌ای است که برای که برای ارزیابی مشکلات در تنظیم هیجانی و سنجش مشکلات افراد در ابعاد مختلف تنظیم هیجانی توسط گرتز و روئمر<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) تدوین و طراحی شده است. نمره گزاری بر اساس مقیاس لیکرت ۵ نقطه ای درجه بندی می‌شود. نمرات بالا مشکلات بیشتر در تنظیم هیجانی را نشان می‌دهد. تحلیل عاملی وجود ۶ عامل عدم پذیرش پاسخ های هیجانی (عدم پذیرش)، دشواری در انجام رفتار هدفمند (اهداف)، دشواری در کنترل تکانه (تکانه)، فقدان آگاهی هیجانی (آگاهی)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی (راهبردها)، عدم وضوح یا شفافیت هیجانی (وضوح یا شفافیت) را نشان داد (گرتز و روئمر، ۲۰۰۴). نتایج پژوهش گرتز و روئمر (۲۰۰۴) حاکی از آن است که این مقیاس از همسانی درونی بالایی، ۰/۹۳ برخوردار است. آلفای کرونباخ این مقیاس در ایران ۰/۹۲ گزارش شده است (عزیزی، میرزایی و شمس، ۱۳۸۹).

۲- **پرسشنامه نگرانی پن استیت (PSWQ)**<sup>۳</sup>: یک ابزار خود سنجی ۱۶ ماده ای است که عمدتاً برای سنجش شدت و افراطی بودن نگرانی، بعنوان ویژگی معرف اساسی GAD، استفاده می شود. هر ماده روی یک مقیاس ۵ نقطه ای رتبه بندی می-شود. همسانی درونی برای این ابزار ۰/۹۴ گزارش شده است و از نظر اعتبار این ابزار به خوبی می‌تواند بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را از بیماران افسرده جدا کند (بخشی‌پور، ۱۳۸۳).

۳- **مقیاس توجه آگاهی هشیارانه (MAAS)**<sup>۴</sup>: این مقیاس یک ابزار خودسنجی ۱۵ ماده‌ای تک عاملی است که برای سنجش توجه و آگاهی روی زمان حاضر- ذهن آگاهی- توسط براون و ریان طراحی شده است. نمره‌گذاری به صورت مثبت و با مقیاس لیکرت ۶ درجه ای (۱= تقریباً همیشه الی ۶= تقریباً هرگز) صورت می‌گیرد. نمرات بالا سطوح بالاتر توجه در زمان حاضر را نشان می‌دهد. براون و رایان (۲۰۰۰) همسانی درونی این مقیاس را ۰/۸۸ ذکر کرده اند. همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) این مقیاس در ایران ۰/۷۶ گزارش شده است (عبدی، ۱۳۸۶).

## یافته ها

در جدول (۱) میانگین نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای بدتنظیمی هیجانی و ذهن‌آگاهی نشان داده شده است.

<sup>1</sup> Difficulties in Emotion Regulation Scale

<sup>2</sup> Gratz & Roemer

<sup>3</sup> Penn State Worry Questionnaire

<sup>4</sup> Mindful Attention Awareness Scale



جدول (۱) شاخص‌های توصیفی متغیرهای بدتنظیمی هیجانی و ذهن آگاهی در دو گروه

متغیر	شاخص	گروه افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر	گروه کنترل افراد بهنجار
عدم پذیرش	میانگین	۲۲/۴۵	۱۵
	انحراف معیار	۳/۷۰	۳/۳۷
اهداف	میانگین	۱۹/۳۰	۱۳/۱۵
	انحراف معیار	۳/۳۷	۳/۶۴
تکانه	میانگین	۲۱/۸	۱۵/۲
	انحراف معیار	۴/۲	۴/۲۱
آگاهی	میانگین	۲۱/۴۵	۱۵/۸
	انحراف معیار	۴/۱۸	۴/۰۷
راهبردها	میانگین	۱۹/۱۵	۱۲/۳۰
	انحراف معیار	۳/۱۶	۳/۶۸
وضوح	میانگین	۳۰/۸	۱۶/۲۵
	انحراف معیار	۵/۸۹	۲/۹۳
ذهن آگاهی	میانگین	۳۸/۳۵	۵۹/۷۰
	انحراف معیار	۸/۷۷	۱۲/۴۹

جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد که در ابتدا به منظور اطمینان از رعایت پیش فرض‌ها در متغیرهای مقایسه‌ای بین دو گروه جهت استفاده از تحلیل واریانس نرمال بودن متغیرهای مقایسه‌ای از طریق آزمون کالموگروف-اسمیرنوف<sup>۱</sup>، همگنی واریانس با آزمون لون<sup>۲</sup>، همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس بواسطه آزمون ام باکس<sup>۳</sup> بررسی گردید که عدم معناداری نتایج آنها نشان داد این پیش فرض‌ها برقرار است. همچنین همبستگی بین متغیرهای مقایسه‌ای از طریق آزمون کروییت بارتلت معنادار بدست آمد.

نتایج لامبدای ویلکز<sup>۴</sup> بدست آمده ( $F = ۲۱/۳۱$ ،  $P < ۰/۰۰۱$ ) نشان داد تفاوت گروه‌های مورد مطالعه در ترکیب وزنی متغیرهای بدتنظیمی هیجانی و ذهن آگاهی معنادار است.

علاوه بر این، جهت تعیین این که دو گروه در کدام یک از متغیرهای پژوهش با هم تفاوت دارند از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره (۲) آمده است.

<sup>1</sup> Kolmogrov-Smirnov

<sup>2</sup> Levene

<sup>3</sup> Box's M

<sup>4</sup> Wilk's Lambda



جدول (۲) نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیره بدتنظیمی هیجانی و ذهن آگاهی در دو گروه

متغیر	مولفه‌ها	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
تنظیم هیجانی	عدم پذیرش	۵۵۵/۰۲	۱	۵۵۵/۰۲	۴۲/۲۲	۰/۰۰۰
	اهداف	۳۷۸/۲۲	۱	۳۷۸/۲۲	۳۰/۶۶	۰/۰۰۴
	تکانه	۴۳۵/۶۰	۱	۴۳۵/۶۰	۲۴/۵۴	۰/۰۰۷
	آگاهی	۳۱۹/۲۲	۱	۳۱۹/۲۲	۱۸/۷۱	۰/۰۰۹
	راهبرد	۴۶۹/۲۲	۱	۴۶۹/۲۲	۳۹/۷۳	۰/۰۰۱
	وضوح	۲۱۱۷/۰۲	۱	۲۱۱۷/۰۲	۹۷/۷۵	۰/۰۰۰
ذهن آگاهی		۲۵۷۲/۰۲	۱	۲۵۷۲/۰۲	۳۹/۰۹	۰/۰۰۰

نتایج جدول (۲) نشان می‌دهد تفاوت معناداری بین گروه بهنجار و گروه مبتلا به اضطراب فراگیر، از لحاظ مولفه‌های بدتنظیمی هیجانی، تفاوت معنی‌دار وجود دارد ( $P < 0/01$ ) و باتوجه به میانگین‌های دو گروه، در تمامی خرده مقیاس‌های مقیاس دشواری تنظیم هیجانی، گروه دارای اختلال اضطراب فراگیر نمرات بیشتری به دست آوردند. همچنین مندرجات جدول (۲) نشان داد که نمرات ذهن آگاهی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بطور معنادار پایین‌تر از آزمودنی‌های گروه بهنجار می‌باشد ( $P < 0/01$ ). همچنین برای بررسی و تحلیل اینکه آیا بدتنظیمی هیجانی و ذهن آگاهی می‌تواند عضویت فرد در گروه اختلال اضطراب فراگیر را پیش بینی کند از تحلیل ممیز استفاده شد. چنان که در جدول شماره ۳ نشان داده شده است مقدار لامبدا در متغیر تنظیم هیجانی ۰/۲۷ و در متغیر ذهن آگاهی ۰/۴۹ می‌باشد.

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل ممیز بدتنظیمی هیجانی و ذهن آگاهی

لامبدا ویلکز	F	معناداری	مقدار ویژه	همبستگی متعارف	$\chi^2$	سطح معنی‌داری
۰/۲۷	۱۰۱/۶	۰/۰۰۵				
			۳/۷۵	۰/۸۸	۵۷/۶۶	۰/۰۰۰۱
۰/۴۹	۳۹/۰۹	۰/۰۴۵				

مقدار لامبدا مقدار نسبتی از واریانس نمرات ممیز را که نمی‌توان توسط تفاوت گروه‌ها تبیین کرد نشان می‌دهد، این رقم هرچقدر به ۱ نزدیک باشد نشان می‌دهد که میانگین مشاهده شده گروه‌ها با هم برابر است. اما در این پژوهش مقدار لامبدا نسبتاً کوچک بوده (خصوصاً بر اساس پیش بینی بدتنظیمی هیجانی) و نشان می‌دهد که بین گروه‌ها تفاوت وجود دارد و در عین حال این تفاوت معنادار نیز است. مقدار ویژه میزان واریانس تبیین شده را نشان می‌دهد. با توجه به مقدار همبستگی متعارف و مقدار ویژه می‌توان گفت که دو متغیر ذهن آگاهی و بدتنظیمی هیجانی به خوبی می‌توانند عضویت و یا عدم عضویت یک فرد در گروه کنترل و یا گروه اضطراب فراگیر را پیش بینی کنند.





## بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان دادند که دو متغیر ذهن آگاهی و بدتنظیمی هیجانی به خوبی می توانند عضویت و یا عدم عضویت یک فرد در گروه کنترل و یا گروه GAD را پیش بینی کنند. این یافته با نتایج پژوهش های قبلی همسو است (روئمر و همکاران، ۲۰۰۸؛ منین و همکاران، ۲۰۰۵؛ منین و همکاران، ۲۰۰۹). به طور کلی طبقه بندی درست افراد مبتلا به اختلال و افراد بهنجار و یا به عبارتی دیگر تمییز قائل شدن بین افراد مبتلا به GAD و افراد غیرمبتلا، نشان از داشتن رابطه قوی بین این اختلال با متغیرهای پیش بین (ذهن آگاهی و بدتنظیمی هیجانی) دارد.

تحلیل داده ها نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه بهنجار و گروه افراد مبتلا به GAD، از لحاظ مؤلفه های مشکلات تنظیم هیجانی وجود دارد. به عبارت دیگر در مقیاس دشواری تنظیم هیجانی افراد مبتلا به GAD نمرات بیشتری به دست آوردند. این نتایج با یافته های منین و همکاران (۲۰۰۵؛ ۲۰۰۹) همسو است. بالابودن شدت هیجانی همراه با اطلاعات ناقص از هیجان ها و ناراحتی حاصل از تجربه هیجانی ممکن است افراد مبتلا به GAD را مجبور سازد که برای کنترل و محدود کردن تجارب هیجانی خود از راهبردهای مقابله ای ناسازگارانه استفاده کنند منین و همکاران (۲۰۰۴).

برای تبیین این یافته ابتدا باید به مولفه های احتمالی مشترک بین بدتنظیمی هیجانی و GAD توجه کرد. اولین مولفه مشترک «سرکوب» است. مطالعات بالینی حکایت از آن دارند که سرکوب به عنوان یکی از تکنیک های تنظیم هیجانی در بیماران استفاده می شود (آمستادتر، ۲۰۰۷). نتایج به دست آمده از تحقیقات تجربی نشان می دهد که سرکوب نه تنها یک شیوه ناسازگارانه است بلکه با اختلالات اضطرابی نیز مرتبط است. به طور کلی شواهد تئوریک (بارلو و همکاران، ۲۰۰۴)، تحقیقات تجربی (کمپیل-سیلز و همکاران، ۲۰۰۳) و شواهد بالینی (اشمیدت و همکاران، ۲۰۰۰) نشان می دهند که سرکوب- به عنوان یکی از راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه- در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی وجود دارد.

اجتناب یکی دیگر از مولفه های مشترک بین اضطراب و تنظیم هیجان است. اجتناب یکی از راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه است و از سوی دیگر بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی با میزان بالای اجتناب شناخته می شوند (آمستادتر، ۲۰۰۷). یک تبیین احتمالی دیگر برای وجود رابطه اضطراب فراگیر و بدتنظیمی هیجانی داشتن اساس مشترک عصب-زیست شناختی است. تونوس واگی قلبی<sup>۱</sup> که با تغییر پذیری ضربان قلب اندازه گیری می شود، و اثربخشی سیستم های بازخورد عصبی مرکزی- پیرامونی را کمی سازی می کند، می تواند به عنوان شاخصی برای توانایی های تنظیم هیجانی به کار رود. سطح بالای این میزان با انعطاف پذیری فیزیولوژیک همراه است. انعطاف پذیری به افراد اجازه می دهد که به جنبه های بهتر و انتخابی شرایط توجه نشان دهند و پاسخ های سازگارانه داشته باشند (تایر و لین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). و برعکس آن تنوس پایین واگی با تنظیم هیجانی ضعیف همراه است. تایر و لین (۲۰۰۰) در پژوهش خود نشان دادند که در بیماران مبتلا به GAD نیز الگوی تونوس واگی پایین دیده می شود. یافته دیگر این بود که بین گروه بالینی و بهنجار از نظر میزان ذهن آگاهی تفاوت معناداری وجود دارد، به این ترتیب که افراد مبتلا نسبت به گروه افراد بهنجار نمره کمتری در این مقیاس به دست آورده اند. این یافته نیز با نتایج برخی پژوهش های صورت گرفته همسو می باشد (روئمر و همکاران، ۲۰۰۸؛ ایونز و همکاران، ۲۰۰۸).

<sup>1</sup> cardiac vagal tone

<sup>2</sup> Thayer & Lane



اندکی دقت در تعریف ذهن آگاهی نشان می‌دهد که تمامی ویژگی‌های ذهن آگاهی با علائم شناخته شده اضطراب فراگیر مغایر و در تضاد است. در ذهن آگاهی فرد از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار، احساسات و حالت‌های جسمانی بر آنها کنترل پیدا می‌کند و از ذهن روزمره و اتوماتیک متمرکز بر گذشته و آینده رها می‌شود (سیگل، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۳). در حالیکه مغایر با آن، در GAD بیماران درک درستی از هیجان‌های خود ندارند، هیجان‌های خود را نه به صورت آنچه که هست بلکه شدیدتر (مینن و همکاران، ۲۰۰۵) و گاه حتی افکار خود را «فاجعه‌سازی» می‌کنند. افراد مبتلا به GAD توجه خود را به سمت فاجعه‌های احتمالی آینده متمرکز می‌کنند که این امر باعث می‌شود آگاهی در لحظه حال کاهش پیدا کند (بورکووک، ۲۰۰۲).

تحقیقات کمپیل-سیلز و همکاران (۲۰۰۳) نشان می‌دهد که بیماران اضطرابی از پذیرش هیجانی کمتری نسبت به گروه کنترل استفاده می‌کنند. این افراد به جای پذیرش - بعنوان یکی از اصول ذهن آگاهی - افکار، هیجان‌ها و تصاویر ذهنی خود، سعی می‌کنند از آنها اجتناب کنند. افراد مبتلا به GAD بواسطه نگرانی، از پردازش محرک‌های هیجانی اجتناب می‌کنند زیرا این افراد نقص‌های مهارت هیجانی و عدم تنظیم هیجانی را بعنوان مشکلات اصلی تجربه می‌کنند و به جای آنکه بدون قضاوت و دوری به افکار و احساسات خود پاسخ دهند - که یکی از ویژگی‌های ذهن آگاهی است - این افراد به تجربه هیجان‌ها واکنش‌های منفی (مثل ترس از هیجان) نشان می‌دهند (مینن و همکاران، ۲۰۰۵). هم‌نگرانی این افراد و هم پاسخ‌های هیجانی منفی این افراد با سطوح پایین هر دو در ذهن آگاهی مرتبط است.

با توجه به تمامی این شواهد علمی و با توجه به یافته پژوهش حاضر به نظر می‌رسد بین اضطراب فراگیر و بدتنظیمی هیجانی رابطه وجود دارد و اغلب افراد اضطرابی از راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه استفاده می‌کنند همچنین با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه ذهن آگاهی می‌توان گفت که تمرینات ذهن آگاهی احتمالاً بتواند در درمان اختلال اضطراب فراگیر مفید باشد. این تمرینات به افراد اضطرابی می‌آموزند که ذهن خود را از توجه به آینده و گذشته‌رهایی بخشیده و به سوی زمان حال توجه کنند. بنابر این نتایج پژوهش حاضر هم راستا با مدل‌های نظری و شواهد تجربی قبلی نشان داد دو متغیر بدتنظیمی هیجانی و ذهن آگاهی همانند سایر اختلالات هیجانی به عنوان دو عامل فراتشخیصی در اختلال اضطراب فراگیر نیز می‌باشد.

این پژوهش نیز مانند پژوهش‌های دیگر با محدودیت‌هایی روبرو بود که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: ذهن آگاهی و تنظیم هیجانی سازه‌های پیچیده‌ای هستند که ممکن است دسترسی به آنها از طریق پرسشنامه دشوار باشد. پایین بودن میزان آگاهی هیجانی، ممکن است توانایی فرد برای صحیح پاسخ دادن به این پرسشنامه‌ها را پایین بیاورد. علاوه بر آن پاسخ‌ها، شاخصی هستند برای درک هر فرد از دشواری‌های هیجانی و ذهن آگاهی خود و نه مشکلات واقعی. یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش تعداد کم نمونه‌ها بود که ممکن است تعمیم نتایج را با مشکل مواجه سازد.

## سیاسگزاری

بدینوسیله از مدیریت محترم مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی و ژنتیکی علامه امینی و تمامی مراجعان مراکز مشاوره و کلینیک تخصصی روان‌پزشکی بزرگمهر که در اجرای این پژوهش مشارکت و ما را یاری کردند کمال تشکر و قدردانی را داریم.



## منابع

- بخشی پور رودسری، عباس؛ دژکام، محمود؛ و مهریار، امیرهوشنگ. (۱۳۸۳). روابط ساختاری میان ابعاد اختلال های اضطرابی و افسردگی DSM-IV و ابعاد الگوی سه بخشی. *فصلنامه روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۳۶، ۷۶-۶۳.
- عبدی، سلمان (۱۳۸۶). بررسی رابطه دیدگاه گیری، تجربه ناراحتی، جهت گیری جنسی، خود بازیابی، تمایلات اجتماع پسندانه با همدلی بین دانشجویان دانشگاه تبریز. *پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. دانشگاه تبریز.*
- عزیزی، علیرضا؛ میرزایی، آزاده و شمس، جمال (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *مجله پژوهشی حکیم*، ۱۳، ۱، ۱۸-۱۱.
- Aldao, A., Gee, D. G., De Los Reyes, A., & Seager, I. (2016). Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of internalizing and externalizing psychopathology: Current and future directions. *Development and Psychopathology*, 28, 927-946.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Publication.
- Amstadter, A. (2007). Emotion Regulation and Anxiety Disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 22 (2): 211-221.
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11(3), 191-206.
- Barlow, D. H. (Ed.). (2014). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. Guilford Publications.
- Barlow, D. H., Allen, L. B. & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.
- Barlow, D. H., Durand, V. M., & Hofmann, S. G., (2018). *Abnormal Psychology: An Integrative Approach (8th ed)*. Wadsworth: Cengage Learning.
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1011-1023.
- Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., & Carmody, J. (2003). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-41.
- Borkovec, T. D. (2002). Life in the future versus life in the present. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 76-80.
- Borkovec, T.D., Alcaine, O.M., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder . 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.
- Boswell, J. F., Anderson, L. M., & Barlow, D. H. (2014). An idiographic analysis of change processes in the unified transdiagnostic treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1060-1071.
- 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., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585-599.
- Cicchetti, D., Ackerman, B. P., & Izard, C. E. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 7, 1-10.



- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2007). *Mastery of your anxiety and panic (MAP-4): Therapist guide for anxiety, panic, and agoraphobia* (4th ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 716-721.
- Giluk, T. L. (2009). Mindfulness, Big Five personality, and affect: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 47(8), 805-811.
- Goldberg, D. P., Krueger, R. F., Andrews, G., & Hobbs, M. J. (2009). Emotional disorders: Cluster 4 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11: Paper 5 of 7 of the thematic section: 'A proposal for a meta-structure for DSM-V and ICD-11'. *Psychological Medicine*, 39(12), 2043-2059.
- Gratz K.M., & 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.
- 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, 348-362.
- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: The program of the Stress Reduction Clinic at the University of Massachusetts Medical Center*. New York: Delta.
- Kashdan, T. B., Breen, W. E., Afram, A., & Terhar, D. (2010). Experiential avoidance in idiographic, autobiographical memories: Construct validity and links to social anxiety, depressive, and anger symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 528-534.
- Kring, A. M., & Bachorowski, J. A. (1999). Emotions and psychopathology. *Cognition & Emotion*, 13(5), 575-599.
- Kring, A. M., & Werner, K. H. (2004). Emotion regulation and psychopathology. In Philippot, P. & Feldman, R. S. (Eds.), *The regulation of emotion*, (pp. 359-385). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kring, A. M., & Sloan, D. M. (Eds.). (2010). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. The Guilford Press.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1281-1310.
- Mennin, D. S., Turk, C. L., Heimberg, R.G., & Carmin, C. N. (2004). Focusing on the regulation of emotion: A new direction for conceptualizing and treating generalized anxiety disorder. In M. A. Reinecke & D. A. Clark (Eds.), *Cognitive therapy across the life span: Evidence and practice* (pp:60 - 89). New York: Cambridge University Press.
- 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.



- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/ acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 54–68.
- Roemer, L., Orsillo, S. M., & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (6): 1083-1089.
- Schmidt, N. B., Wollaway-Bickel, K. Trakowski, J., Santiago, H., Storey, J., Koselka, M., & Cook, J. (2000). Dismantling cognitive-behavioral treatment for panic disorder: Questioning the utility of breathing retaining. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 417-424.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guildford Press.
- Thayer, J. F., & Lane, R. D. (2000). A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *Journal of Affective Disorders*, 61, 201-216.
- Wagner, A. W., & Linehan, M. M. (1999). Facial expression recognition ability among women with borderline personality disorder: implications for emotion regulation. *Journal of Personality Disorders*, 13, 329–344.



## Comparison of Mindfulness and Emotional Dysregulation between Patients with Generalized Anxiety Disorder and Healthy Group

Javidfar, S<sup>1\*</sup>, Mahmoud Alilou, M<sup>2</sup>., & Abbas Bakhshipour Rudsari, A<sup>3</sup>

\*<sup>1</sup>. M.A, Clinical Psychology, Counseling and psychological Center of Allame Amini

*Email: somayeh.javidfar@gmail.com (Corresponding Author)*

<sup>2</sup>. Ph.D, Professor, Clinical Psychology, University of Tabriz

<sup>3</sup>. Ph.D, Professor, Clinical Psychology, University of Tabriz

### *Abstract*

The aim of this study was to compare mindfulness and emotional dysregulation between patients with GAD and healthy group. Research subjects included two groups that subjects of clinical group were patients (n=20) with GAD selected by purposive sampling method from consecutive referees to psychiatric and psychological clinics of Tabriz. The control group (n=20) was selected among people who were accompanying the patients. All patients were asked to complete the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) and Penn State Worry Questionnaire (PSWQ). Data were analyzed by Multivariate Analysis of Variance (MANOVA) and discriminant analysis. Results showed that There was a significant difference between patients with GAD and healthy group in emotion regulation subscales ( $P<0/01$ ). Also there was a significant difference between both groups in mindfulness. ( $P<0/01$ ). Besides, Discriminant analysis indicated that low mindfulness and emotion dysregulation could correctly classified cases either GAD or healthy group. Overall, mindfulness and emotional dysregulation as two transdiagnostic factors probably have a role in development of GAD.

*Keywords:* Generalized Anxiety Disorder; Emotional dysregulation; Mindfulness