



## مقایسه ذهن آگاهی، افکار خودآیند مثبت و منفی و کنترل عاطفی در بین افراد سالم، افسرده و GAD

اشکبوس اکبری<sup>۱\*</sup>، نگین رحمانی<sup>۲</sup>، خدیجه مصباح<sup>۳</sup>

### چکیده

اختلالات افسردگی و اضطراب فراگیر از جمله شایع ترین و معترف توجه ترین اختلالات در بین متخصصین هستند. هدف پژوهش حاضر بررسی مؤلفه های ذهن آگاهی، افکار خودآیند منفی و کنترل عاطفی در بین افراد سالم، مبتلا به افسردگی، اضطراب فراگیر بود. روش پژوهش، علی-مقایسه ای و جامعه آماری این مطالعه شامل تمامی افراد مراجعه کننده به مراکز روانشناختی راستی در شهر اصفهان بودند. پس از انجام آزمون های غربالگری و تشخیصی اضطراب و افسردگی بر روی مراجعین، تعداد ۱۲۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند؛ ۳۰ نفر مبتلا به افسردگی، ۳۰ نفر مبتلا به اضطراب و ۶۰ نفر سالم. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش؛ پرسشنامه افکار خودآیند (ATQ)، پرسشنامه ذهن آگاهی براون و رایان (MMAS)، پرسشنامه کنترل فکر ولز و دیویس (TCQ)، پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه اضطراب فراگیر نسخه هفتم، بودند. نتایج پژوهش نشان داد، میانگین و انحراف معیار افکار منفی، ذهن آگاهی، اضطراب و افسردگی به ترتیب ۵۹/۴۲ و ۲۶/۶۳، ۶۱/۲۷ و ۱۱/۶۱، ۸/۱۴ و ۵/۳۵، ۶/۷۳ و ۶/۸۲ است. افراد مبتلا به افسردگی، اضطراب فراگیر و افراد سالم در مقیاس های ذهن آگاهی و افکار خودآیند منفی تفاوت معناداری نشان داده ( $P>0.05$ ) و در مقیاس کنترل عاطفی تفاوت معناداری نشان ندادند ( $P>0.05$ ). در نتیجه یافته های این پژوهش این آگاهی به وجود خواهد آمد که ذهن آگاهی، افکار خودآیند و کنترل عاطفی با چه سازوکار معیوبی در بیماران افسرده و سالم بروز می یابد و متخصصان را به تدوین برنامه درمانی جامع و دقیق تری هدایت می کند.

**کلیدواژه ها:** افسردگی، اختلال اضطراب فراگیر (GAD)، ذهن آگاهی، افکار

۱ کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۲ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۳ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد نجف آباد، نجف آباد، ایران.



## مقدمه:

اختلال افسردگی و اضطراب فراگیر از جمله اختلالاتی هستند که از دیرباز مورد توجه متخصصین روان قرار داشتند. معیارهای تشخیصی و درمان‌های متعددی برای بهبود فرایند تشخیص، افتراق و درمان آنها تدوین شده و اختلالات شناخته شده‌ای در نظر گرفته می‌شوند. با این همه با توجه به حساسیت و لزوم تشخیص زود هنگام، متغیرهای مؤثر بر سازوکار بالینی و درمانی در این دو اختلال هر روزه در معرض پژوهش و واکاوی است. ذهن‌آگاهی به عنوان فرایند روانشناختی نگرستن به تجربیات اکنون و حالا بدون قضاوت از جمله مؤلفه‌های اصلی سلامت روان و پیش بین بهبود بیماری‌های روانی شناخته می‌شود. به عبارتی توجه ذهن‌آگاهانه به رویدادهای اطراف چه از منظر روانی و چه جسمانی می‌تواند نشان دهنده کارکرد عمومی روانی فرد باشد. لذا شناخت و اندازه‌گیری این مؤلفه ره‌آوردهای سودمند تشخیصی و درمانی به همراه خواهد داشت. بیماران مبتلا به افسردگی با تعلق بیش از اندازه، اغراق شده و غیر واقعی به رویدادهای عموماً منفی گذشته و ناامیدی نسبت به آینده و بی‌عملی برای تحقق اهداف مشکلاتی در کارکرد توجه به واقعیات حاضر نشان می‌دهند. اینکه این مشکل در آگاهمندی بیماران تا چه اندازه اثرگذار است و پیش بین چه مقدار از بیماری است نیازمند پژوهش است. از طرف دیگر بیماران مبتلا به اضطراب نیز با تجربه افسارگسیخته هیجانات در پاسخ به موقعیت‌هایی عموماً عادی مواجه‌اند که منجر به کناره‌گیری و بدکارکردی شغلی، خانوادگی و بین فردی در آنان می‌شود و با عدم مواجهه و اجتناب شناختی از موقعیت‌های اضطراب‌زا، رسیدگی به آن دیر هنگام و سخت‌تر خواهد شد [۱]. یکی دیگر از متغیرهایی که در پژوهش‌های متعدد، با اختلالات مذکور روابط معناداری نشان داده است افکار خودآیند منفی است [۲-۴]. افراد مبتلا به افسردگی دچار بدکارکردی در پردازش اطلاعات هستند که به حفظ و بقای خلق افسرده کمک کرده و منجر به بروز افکار خودآیند منفی می‌گردد که این نوع افکار می‌توانند بر روند بیماری و اثربخشی درمان تأثیر داشته باشد. تحقیقات نشان دادند افکار خودآیند منفی به شیوه ناسازگارانه با افزایش باورهای منفی منجر به رفتارهای پرخطر همچون خودکشی می‌شوند [۵]. برخی پژوهش‌ها نشان دادند، افکار خودآیند منفی از جمله عوامل اصلی خلق منفی، تحریف‌های شناختی و نگرش‌های ناکارآمد در بیماران افسرده است [۶]. بررسی سازوکار افکار خودآیند منفی در بیماران افسرده و سنجش محرک ناسازگار با آن یعنی افکار خودآیند مثبت می‌تواند اثرات درمانی بسزایی در شناخت بیماری افسردگی و عوامل مؤثر بر آن شده و نرخ خودکشی و موفقیت درمان را با تکیه بر این مؤلفه‌ها بالا ببرد [۷]. پژوهشگران زیربنایی مشابه برای اختلال اضطراب فراگیر نیز فرض کردند [۸]. به عبارتی آن‌ها نشان دادند الگوی معیوب پردازش اطلاعات و سوگیری نسبت به محرک‌های استرس‌زا می‌تواند آغازگر افکار خودآیند منفی در بیماران مبتلا باشد و رفتارهای اجتنابی و دوری‌گزینی اجتماعی-شغلی-خانوادگی را در پی داشته باشد.



افکار خودآیند منفی در بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر نیز منجر به بروز گزاره‌هایی غیر واقعی و نامنسجم و البته پر نفوذ می‌شود که امکان واقعیت‌سنجی آنها وجود ندارد. افکار خودآیند منفی پس از هر واقعه اضطراب برانگیز، در اثر احساس گناه و ناتوانی در کارآمدی رفتاری-هیجانی بروز کرده و می‌تواند منجر به پرخاشگری و رفتارهای خود آسیب‌رسان نیز گردد [۹]. بیماران مبتلا با نگرش منفی به امور و اتخاذ پیش فرض‌های غلط و نسنجیده دچار اضطراب بیشتری شده و درمان را با امیدآوری کمتری پی می‌گیرند [۱۰]. همچنین تحقیقات نشان دادند افکار خودآیند مثبت می‌تواند بر تعدیل اضطراب بیماران اثر گذار باشد [۱۱].

از دیگر متغیرهایی که بر دو اختلال افسردگی و اضطراب فراگیر اثرگذار است کنترل عاطفی<sup>۱</sup> است. گراس<sup>۲</sup> معتقد است کنترل عاطفی، توانایی فرد در مدیریت، تشخیص و ابراز هیجانات بسته به موقعیت‌های پیش رو است [۱۲]. افرادی که در این توانمندی نمرات بالایی کسب می‌کنند از منظر سلامت روان، ارتباطات بین فردی و سلامت جسمی در وضعیت بهتری قرار دارند [۱۳]. به طور کلی اینکه نقش کنترل عاطفی در نگهداری و تثبیت بیماری افسردگی به چه صورت است نیازمند پژوهش است. از طرف دیگر عملکرد بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر نیز در مقیاس کنترل عاطفی با توجه به ماهیت اختلالات اضطرابی و ناتوانی در مواجهه با موضوعات و شرایط برانگیزاننده عاطفی شایان توجه است. توجه به بدکارکردهای احتمالی بیماران مبتلا در این مؤلفه می‌تواند یکی دیگر از خصوصیات روانشناختی مؤثر بر اضطراب را برجسته نماید و در آینده امکان انجام مداخلات مؤثر بر روی آن فراهم آید.

به طور کلی هدف پژوهش حاضر بررسی کیفیت و نمرات بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب فراگیر در متغیرهای ذهن‌آگاهی (به عنوان بینشی اساسی نسبت به وقایع اطراف، تجربیات اکنون و احساسات و هیجانات وارد شده به ماهیت روان)، افکار خودآیند منفی و مثبت (بدکارکردی شناختی که می‌تواند با نگهداری و تثبیت افسردگی و اضطراب روابط معناداری نشان دهد و وجود یا خلأ افکار خودآیند مثبت نیز می‌تواند در بیماران بازتابی دقیق از نقاط ضعف شناختی آنها باشد) و کنترل‌پذیری عاطفی (به عنوان متغیری برای تنظیم و تحلیل خلق در بیماران افسرده و مدیریت اضطراب و سنجش نیازمندی به آن در بیماران مضطرب) است.

#### فرضیه‌های پژوهش

۱. نمرات ذهن‌آگاهی در بین افراد سالم، افسرده و GAD متفاوت است.
۲. نمرات افکار خودآیند مثبت در بین افراد سالم، افسرده و GAD متفاوت است.
۳. نمرات افکار خودآیند منفی در بین افراد سالم، افسرده و GAD متفاوت است.
۴. نمرات کنترل عاطفی در بین افراد سالم، افسرده و GAD متفاوت است.

1 Affective control

2 Gross



### روش پژوهش و ابزار پژوهش

روش پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این مطالعه شامل تمامی افراد مراجعه کننده به مرکز روانشناختی راستی در شهر اصفهان بودند. پس از انجام آزمون‌های غربالگری و تشخیصی اضطراب و افسردگی در مرکز روانشناختی راستی در شهر اصفهان تعداد ۱۲۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند؛ ۳۰ نفر مبتلا به افسردگی، ۳۰ نفر مبتلا به اضطراب و ۶۰ نفر سالم. قبل از اجرای آزمون‌های تکمیلی به آزمودنی‌ها توضیحات لازم در مورد پژوهش ارائه شد و پس از کسب رضایت از آنها پرسش‌نامه‌ها ارائه گردید. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر در ذیل معرفی شدند. پرسشنامه افکار خودآیند<sup>۱</sup> (ATQ): این پرسشنامه آزمون است برای ارزیابی فراوانی اظهارات منفی خودآیند درباره خود که به وسیله هولون و کندال به منظور ارزیابی شناختی خود افزایشی در افسردگی ساخته شده است. ثبات درونی این پرسشنامه با ضریب آلفای ۰/۹۷ بسیار خوب است [۱۴]. پژوهشی داخلی نیز برای دستیابی به معیاری برای روایی این مقیاس، ضریب همبستگی و روایی همکاری بین نمرات این مقیاس و میزان افسردگی در نمونه اولیه شرکت کنندگان محاسبه کرد که به ترتیب ۰/۶۷ و ۰/۷۴ (در سطح معنی داری ۰/۰۰۱) را برای باور به افکار خودآیند و فراوانی آن نشان داد [۱۵].

پرسشنامه ذهن آگاهی براون و رایان<sup>۲</sup> (MMAS): در این پژوهش منظور از نمره استاندارد ذهن آگاهی نمره‌ای است که فرد به سوالات ۱۵ ماده‌ای پرسشنامه رایان و براون می‌دهد. نمره گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت ۶ درجه‌ای است. نمره بین ۱۵ تا ۳۰ نشان دهنده ذهن آگاهی ضعیف، نمره بین ۳۰ تا ۴۵ نشان دهنده ذهن آگاهی متوسط و نمره بالاتر از ۴۵ نشان دهنده ذهن آگاهی بالا است. پایایی همسانی درونی سوالات آزمون براساس آلفای کرونباخ از ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ گزارش شده است. روایی مقیاس نیز باتوجه به همبستگی منفی با ابزارهای سنجش افسردگی و اضطراب و همبستگی مثبت با سنجش عاطفه مثبت و حرمت خود کافی گزارش شده است [۱۶].

پرسشنامه کنترل فکر ولز و دیویس<sup>۳</sup> (TCQ): این پرسشنامه دارای ۲۹ سوال است و هدف آن ارزیابی توانایی کنترل تفکر در مقابل افکار مزاحم از ابعاد مختلف (پرت کردن حواس، نگرانی، کنترل اجتماعی، تنبیه، ارزیابی دوباره) است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت ۴ درجه‌ای است [۱۷]. پژوهشگران روایی همگرایی و افتراقی عامل‌های پرسشنامه کنترل تفکر را از راه همبستگی آنها با BAI، BDI-II و GHQ-28 محاسبه کردند و نتایج نشان دهنده روایی مطلوب این پرسشنامه است. همچنین پایایی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ محاسبه شد که برای مؤلفه‌های پنج‌گانه حداقل ۰/۶۴ بدست آمد [۱۸].

1 Spontaneous Thoughts Questionnaire

2 Brown and Ryan Mindfulness Questionnaire

3 Wells and Davis Thought Control Questionnaire



پرسشنامه افسردگی بک<sup>۱</sup>: فرم کوتاه ۱۳ سوالی برای تسهیل اجرای سریع در موقعیت های بالینی و پژوهشی تدوین شد. این پرسشنامه شامل ۱۳ گزاره خود گزارش دهی است که نشانه های خاص افسردگی را بیان می کند. فرم کوتاه ۱۳ سوالی پرسشنامه افسردگی بک (BDI-13) در جامعه بزرگسالان معمولی، در جامعه دانشگاهی و در گروه آزمودنی های نگهداری با متادون، اعتبار یابی شده است [۱۹]. در پژوهشی پایایی پرسشنامه افسردگی بک فرم کوتاه ۱۳ سوالی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و به روش تنصیف ۰/۸۲ بدست آمد. همچنین جهت تعیین روایی پرسشنامه افسردگی بک در پژوهشی دیگر فرم کوتاه ۱۳ با اجرای آن بر روی ۱۹۴ دانشجو، همبستگی بین فرم اصلی و فرم کوتاه را ۰/۶۷ گزارش کرد [۲۰]. پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر<sup>۲</sup>: به منظور سنجش میزان تمایل به اعتیاد در افراد طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۷ سوال می باشد و بر اساس طیف لیکرت به سنجش اختلال اضطراب فراگیر در افراد می پردازد [۲۱]. کسب نمره صفر تا ۵ اضطراب خفیف، ۶ تا ۱۰ اضطراب متوسط، ۱۱ تا ۱۵ اضطراب نسبتاً شدید، ۱۶ تا ۲۱ اضطراب شدید را نشان می دهد. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهشی برای این پرسشنامه بالای ۰/۷ برآورد شد [۲۲].

#### یافته های پژوهش

نتایج پژوهش نشان داد، میانگین و انحراف معیار افکار منفی، ذهن آگاهی، اضطراب و افسردگی به ترتیب ۵۹/۴۲ و ۲۶/۶۳، ۶۱/۲۷ و ۱۱/۶۱، ۸/۱۴ و ۵/۳۵، ۶/۷۳ و ۶/۸۲ بدست آمد. نتایج حاصل از آزمون تی مستقل برای هر یک از مؤلفه های مذکور در آزمودنی های مبتلا به اضطراب فراگیر و افراد سالم، در جدول شماره یک گزارش شده است. جدول ۱. مقایسه درون و بین گروهی متغیرهای افکار منفی، افکار مثبت، کنترل عواطف و ذهن آگاهی بین افراد سالم،

#### مضطرب و افسرده

		مجموع مربعات	میانگین مربعات	آماره	سطح معناداری
افکار منفی	بین گروهی	۳۳۹۹۳،۲۲۵	۱۱۳۳۱،۰۷۵	۳۳،۰۴۰	۰،۰۰۰
	درون گروهی	۲۹۸۳۷،۰۶۰	۳۴۲،۹۵۵		
	مجموع	۶۳۸۳۰،۶۲۸			
افکار مثبت	بین گروهی	۵۹۳۶،۱۸۶	۱۹۷۸،۷۲۹	۱۳،۹۷۰	۰،۰۰۰
	درون گروهی	۱۲۳۲۳،۱۱۱	۱۴۱،۶۴۵		
	مجموع	۱۸۲۵۹،۲۹۷			
	بین گروهی	۲۳۳۵،۲۹۵	۷۷۸،۴۳۲	۱،۱۹۲	۰،۳۱۷
	درون گروهی	۵۶۷۹۸،۸۵۹	۶۵۲،۸۶۰		

1 Beck Depression Questionnaire  
2 generalized anxiety questionnaire



کنترل	مجموع	۵۹۱۳۴,۱۵۴		
عواطف				
ذهن آگاهی	بین گروهی	۲۲۴۷,۴۹۶	۷۴۹,۱۶۵	۶,۵۸۳
	درون گروهی	۹۹۰۰,۶۳۶	۱۱۳,۸۰۰	۰,۰۰۰
	مجموع	۱۲۱۴۸,۱۳۲		

جدول فوق به منظور مقایسه درون و بین گروهی متغیرهای افکار منفی، افکار مثبت، کنترل عواطف و ذهن آگاهی بین افراد سالم، مضطرب و افسرده آورده شده است، همانطور که از سطح معناداری مشخص است در متغیرهای افکار منفی، افکار مثبت و ذهن آگاهی چون سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ است، فرض صفر رد شده و نتیجه می گیریم که متغیرهای مورد بررسی در هر سه گروه اختلاف معناداری دارند ولی در متغیر کنترل عواطف چون سطح معناداری از ۰/۰۵ بیشتر است. لذا این متغیر در بین گروه‌های مختلف اختلاف معناداری ندارد.

#### جدول ۲. نتایج آزمون تعقیبی شفه

افکار_منفی		
حجم نمونه	۰/۱	
	اضطراب	افسرده
سالم	۴۹	
اضطراب	۹	۵۵,۳۳۳۳
افسرده	۹	۷۲,۰۰۰۰
سطح معنادار		۰,۱۳۶
ی		۰,۱۴۴
ذهن_آگاهی		
حجم نمونه	۰/۱	
	اضطراب	افسرده
اضطراب	۹	۵۹,۰۰۰
افسرده	۹	۵۹,۰۷۸
سالم	۴۹	۶۵,۵۵



سطح معنادار ی		۰،۴۵۳	
افکار خودآیند مثبت			
حجم نمونه		۰،۱	
		اضطراب	افسرده
افسرده	۹		
اضطراب	۹	۷۳،۲۲۲۲	۷۳،۲۲۲۲
سالم	۴۹		۷۸،۷۱۴۳
سطح معنادار ی		۰،۶۸۴	
		۰،۱۱۷	

به منظور بررسی دقیق تر و برای تعیین گروه‌هایی که با هم اختلاف دارند از آزمون تعقیبی شفه در سطح آزمون ۰/۱ استفاده شد. نتایج جدول فوق نشان می‌دهد اختلاف معناداری در بین گروه‌های سالم اضطراب فراگیر و افسرده مشاهده شده است. همچنین در متغیر ذهن آگاهی نیز اختلاف معنادار بین گروه‌های اضطراب فراگیر و افسرده، اضطراب فراگیر و سالم وجود دارد. در انتها نیز در متغیر افکار خودآیند مثبت اختلاف معنادار بین گروه‌های اضطراب فراگیر و افسرده و سالم و افسرده مشاهده گردید.

### بحث و نتیجه گیری

همانطور که یافته‌های پژوهش نشان داد افراد مبتلا به افسردگی، اضطراب فراگیر و افراد سالم در مقیاس ذهن آگاهی تفاوت معناداری نشان دادند. افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب فراگیر مشکلاتی در دریافت و توجه به محیط به شکلی ذهن آگاهانه و به دور از قضاوت‌های سودار نشان می‌دهند. به عبارتی به نظر می‌رسد در هر سه مؤلفه توجه، آگاهی و یادآوری بدکارکردی‌های مؤثری وجود دارد. این نتایج در پژوهش‌های دیگری نیز تکرار شده است [۲۳-۲۵]. پژوهش‌ها نشان دادند که افراد مبتلا به نسبت افراد سالم در مؤلفه توجه؛ به معنای دقت به محرک‌های درونی و بیرونی، آگاهی؛ به معنای بینش به وقایع اطراف و نگرش بدون قضاوت به آنها و یادآوری؛ به معنای بودن و حفظ لحظه و به یاد داشتن لحظه پیش بجای درگیری با افکار و از دست دادن زنجیره تجربه، ضعیف‌تر عمل می‌کنند [۲۶].

چنانچه پیداست رابطه‌ای بین درگیری با یک بیماری روانی همچون افسردگی و اضطراب و نقائص در ذهن آگاهی متصور است. افراد مبتلا به افسردگی غالباً در افکار مرتبط با گذشته غرق هستند که لزوماً ارتباطی با اتفاقات زمان حال ندارد.



چنین غرقگی در افکار می تواند منجر به از دست دادن فرصت‌ها، ناتوانی در مواجهه با چالش‌های پیش رو و یا دریافت تقویت‌های محیطی تغییر دهنده خلق شود. بیماران همچنین در اضطرابی نسبت به آینده قرار دارند و نسبت به آن بدبین بوده و تلاشی در جهت آماده‌سازی شناختی-فیزیکی در مقابل چالش‌های آینده نمی‌کنند. به عبارتی دیگر عدم توجه و حضور در لحظه حال و به بیان بهتر ذهن آگاه نبودن می‌تواند خلق پایین، ناامیدی، ناتوانی و اضطراب را در بیماران مبتلا به افسردگی تبیین نماید.

همچنین اختلال مشابهی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نیز مشاهده شد. همانطور که پژوهش‌ها نشان دادند تمرینات ذهن آگاهی بر اختلال اضطراب فراگیر اثرات معنی داری داشته و با کاهش درگیری فکری و هیجانی و تقویت ادراک لحظه علائم اضطراب را کاهش داده است [۲۷]. بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر دچار علائم شناختی هستند که ذهن آگاهی را به چالشی برای آنها تبدیل می‌کند. برای مثال نشخوار فکری به چسبندگی به یک فکر در گذشته و یا آینده از ویژگی‌های زیربنایی اضطراب شناخته می‌شود. بدین معنا بیماران با اغراق در ناخشنودی فکری و عمل منفعلانه تسلیم اضطراب خود می‌شوند. تلقین و بزرگ بینی مشکلات و افکار سبب می‌شود اتفاقات بیش بها داده شده و اضطراب مزمن و طولانی تجربه شود. تحقیقات نشان دادند که فهم علل زیربنایی اضطراب و دامن زدن به افکار پیش‌رونده منجر به تسکین بیماری خواهد شد که این نشان دهنده اهمیت متغییر ذهن آگاهی در اختلال اضطراب فراگیر است [۲۸].

یافته‌های پژوهش حاضر همچنین نشان داد که افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب فراگیر و سالم در مقیاس افکار خودآیند منفی و مثبت تفاوت معنی داری نشان دادند. افکار خودآیند منفی در افسردگی به عنوان یکی از عوامل اصلی راه‌انداز، تثبیت کننده و نگهدارنده شناخته می‌شود. به نظر می‌رسد افکار خودآیند منفی با سازوکار کل نگر بر خلق منفی فرد غلبه کرده و منجر به افسردگی می‌شود. به عبارتی دیگر تکیه بر افکاری با محتوای کلی بی ارزشی، ناکارآمدی، ناامیدی و درماندگی با افزایش افسردگی رابطه دارد و کل نگر نسبت به این دسته افکار خودآیند و عدم واقعیت سنجی آن‌ها، تبیین کننده ارتباط است. به خوبی مشخص نشده است که مؤلفه‌های زیستی زیربنایی افکار خودآیند منفی در افراد افسرده به چه شکل است؛ با این حال برخی پژوهش‌ها نشان دادند افکار خودآیند منفی در افراد مبتلا به طور قابل توجهی با حجم ماده خاکستری<sup>۱</sup> شکنج پاراهیپوکامپ<sup>۲</sup> همبستگی نشان می‌دهد. آنها همچنین نشان دادند افکار خودکار منفی رابطه بین حجم ماده خاکستری، شکنج پاراهیپوکامپ و افسردگی را میانجی‌گر است [۲۹]. همچنین نتایج نشان دهنده تفاوت افکار خودآیند مثبت بین گروه افراد سالم و افسرده است. این یافته‌ها نشان دهنده نقش واقع‌گرایی بیش بها داده شده در افسردگی است. افراد مبتلا به افسردگی به طور میانگین کمتر از افراد عادی خوشبین بوده و افکار امیدوارانه پرورش می‌دهند. به طور کلی به نظر می‌رسد توجه به مؤلفه‌های پیش بین و کمتر شناخته شده در رابطه افسردگی و افکار خودآیند منفی و مثبت به شناخت بهتر بیماری افسردگی و ارائه درمان‌های روانشناختی مؤثرتر خواهد انجامید.

1 Gray Matter Volume (GMV)

2 Parahippocampal gyrus (PHG)



چنین افکار پیشرونده، با تداوم و فراوانی زیاد در بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر نیز گزارش شده است. محتوای افکار اما، بیشتر آینده نگر و با محتوای نگرانی و دلشوره است. پژوهش‌ها نشان دادند افراد مبتلا به اضطراب فراگیر افکاری فراگیر، طولانی مدت و آسیب زایی را تجربه می‌کنند که فعالیت‌های شغلی-فردی-اجتماعی را برای آنان دشوار می‌کند [۳۰]. به منظور تبیین این نتایج باید عنوان کرد افراد مبتلا به اضطراب فراگیر عموماً افکار را واجد ارزش می‌دانند، بدین معنی که بی توجهی به افکار را با اتفاقات احتمالی منفی و یا خطرات پیش رو مرتبط می‌سازند. به همین دلیل اغلب افکاری بیش بها داده شده را تجربه می‌کنند که توان رهایی از آن را ندارند. با توجه به تحقیقات مختلف به نظر می‌رسد در نظر گرفتن نشانگرهای زیستی برای افکار خودآیند منفی در بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر کمتر قابل تبیین است و ملاک‌های روانشناختی در این معادله شواهد بیشتری را به خود اختصاص دادند. یکی از عوامل روانشناختی تبیین‌گر این رابطه، بدکارکردی افکار خودآیند در افراد مضطرب و ناسازگاری این افکار با واقعیت‌های روزمره آنان است. به عبارتی دیگر تکیه بر افکاری که ناشی از ترس است و نپرداختن به آن عذاب آور و بوجود آوردنده احساس گناه است، خود به خود به شکل گیری و تداوم آن و گوشه گیری بیشتر با هدف اجتناب از اضطراب کمک خواهد کرد. از طرف دیگر یافته‌های پژوهش نشان دادند بین افراد مبتلا به اضطراب فراگیر و افراد سالم در افکار خودآیند مثبت ارتباط معناداری وجود دارد. به نظر می‌رسد مؤلفه افکار خودآیند مثبت با توجه به مکانیزم عمل اختلالات اضطرابی و اتخاذ تدابیر اجتنابی در مواجهه با مشکلات موجود می‌تواند عدم وجود افکار خودآیند مثبت را در آنان توجیه نماید. وجود افکار خودآیند مثبت می‌تواند مؤلفه پیش بین قوی برای تمییز بین اختلال اضطراب فراگیر و سلامت روان قلمداد گردد. نتایج پژوهش همچنین نشان داد افراد مبتلا به اضطراب فراگیر و افسردگی نیز در این مقیاس تفاوت معناداری نشان می‌دهند. به بیان صحیح‌تر عدم وجود ایرادات و بدکارکردهای خلقی در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر می‌توان علت تفاوت مذکور تلقی شود. از طرف دیگر این نتایج به طور ضمنی نشان می‌دهد کیفیت و چگونگی این نوع افکار در دو اختلال با یکدیگر متفاوت است که این امر نیازمند بررسی بیشتر است. تحقیقات نشان دادند وجود افکار خودآیند مثبت می‌تواند، بازدارنده و محافظتی اساسی در ابتلا به اختلالات روانی است [۳۱]. رصد و تقویت این متبیر مهم مغفول مانده روانشناختی می‌تواند کمک به سزایی به دو اختلال مورد بررسی در پژوهش حاضر نموده و ماهیت اختلاف در افکار خودآیند مثبت را نیز در آنان روشن نماید. یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند افراد مبتلا به افسردگی و افراد سالم در مقیاس کنترل عاطفی تفاوتی ندارند. به طور کلی کنترل عاطفی به کاربرد کنترل شناختی در زمینه های عاطفی اشاره دارد، یعنی ظرفیت حضور و پاسخگویی به اطلاعات عاطفی مرتبط با هدف، در حالی که از توجه و پاسخ به اطلاعات عاطفی منحرف کننده جلوگیری می‌کند. در تبیین این نتیجه باید اشاره کرد که کنترل عاطفی به شکل کلی یک توانمندی و توجه ویژه به درون داد و برون دادهای عاطفی است. توانمندی که در افراد سالم نیز فرایندی آموزش پذیر و ناشی از یادگیری است.



همانطور که اشاره شد، هدف پژوهش حاضر ایجاد فهم جدیدی از زیربنای بیماری‌های است که به ظاهر شناخته شده‌اند. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، به نظر می‌رسد نقیص ذهن آگاهی و وجود افکار خودآیند منفی می‌تواند به عنوان دو مؤلفه اساسی در اختلالات افسردگی و اضطراب فراگیر آماج رفتاری در درمان شناختی باشد. همچنین متغییر کنترل عاطفی به عنوان مؤلفه‌ای کمتر شناخته شده در افراد افسرده نیازمند تقویت و در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر نیازمند بهبود و ایلتام است. چه بسا با تقویت این مقیاس در بیماران عاطفه به عنوان یکی از ستون‌های اصلی هر دو اختلال کنترل پذیرتر، سازگار تر و کارآمدتر شده و افراد کارکرد بهتری در محیط از خود ارائه دهند.

#### منابع

۱. Liu X, Yi P, Ma L, Liu W, Deng W, Yang X, et al. Mindfulness-based interventions for social anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*. 2021;300:113935.
۲. Ayhan MO, Kavak Budak F. The correlation between mindfulness and negative automatic thoughts in depression patients. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2021;57(4):1944-9.
۳. Hou X-L, Bian X-H, Zuo Z-H, Xi J-Z, Ma W-J, Owens LD. Childhood maltreatment on young adult depression: A moderated mediation model of negative automatic thoughts and self-compassion. *Journal of health psychology*. 2021;26(13):2552-62.
۴. Rojas R, Behnke A, Hautzinger M. Stress events and Changes in Dysfunctional Attitudes and Automatic Thoughts Following Recovery from Depression in Inpatient Psychotherapy: Mediation Analyses with Longitudinal Data. *Cognitive Therapy and Research*. 2021:1-16.
۵. Laursen TM, Musliner KL, Benros ME, Vestergaard M, Munk-Olsen T. Mortality and life expectancy in persons with severe unipolar depression. *Journal of affective disorders*. 2016;193:203-7.



۶. Kürümlüoğlugil R, Tanrıverdi D. The effects of the psychoeducation on cognitive distortions, negative automatic thoughts and dysfunctional attitudes of patients diagnosed with depression. *Psychology, Health & Medicine*. 2۰۲۱;۱۱(۱):۱-۱۱.
۷. Vinay H. Approach to Suicide Prevention in Patients with Dermatological Condition. *Essentials of Psychiatry for Dermatology and Aesthetic Practice*. 2021;17.
۸. Çelik E, Tolan ÖÇ. The Relationship Between Social Appearance Anxiety, Automatic Thoughts and Depression-Anxiety-Stress in Emerging Adulthood. *International Journal of Progressive Education*. 2021;17.(۵)
۹. Mohammadi M, KORD B. Predicting of Students' Anxiety on the basis of Emotional Regulation Difficulties and Negative Automatic Thoughts. *EDUCATIONAL STRATEGIES*. 2019;12(1 #b001127).-:
۱۰. Buschmann T, Horn RA, Blankenship VR, Garcia YE, Bohan KB. The relationship between automatic thoughts and irrational beliefs predicting anxiety and depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2018;36(2):137-62.
۱۱. Boyraz G, Lightsey Jr OR. Can positive thinking help? Positive automatic thoughts as moderators of the stress–meaning relationship. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2012;82(2):267.
۱۲. O'Leary D, Uysal A, Rehkopf DH, Gross JJ. Subjective social status and physical health: The role of negative affect and reappraisal. *Social Science & Medicine*. 2021;291:114272.
۱۳. Lulham R, Shank DB. How “Stuff” Matters in Affect Control Theory. *American Behavioral Scientist*. ۲۰۲۲;۰۰۰۲۷۶۴۲۲۱۱.۶۶.۴۵ .
۱۴. Hollon SD, Kendall PC. Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive therapy and research*. 1980;4(4):383-95.
۱۵. Kaviani h, Javaheri f, Bahiray h. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in reducing automatic thoughts, dysfunctional attitude, depression and anxiety: A sixty day follow-up. *Advances in cognitive science*. 2005;7.-:(۱)



۱۶. Dehghan manshadi z, taghavi smr, manshadi marich d. Psychometric characteristics of the kentucky inventory of mindfulness skills. *Journal of thought & behavior in clinical psychology*. 2012;7.-:(۲۰)
۱۷. Wells A, Davies MI. The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour research and therapy*. 1994;32(8):871-8.
۱۸. Fata I, Moutabi f, Moloudi r, Ziayee k. Psychometric properties of persian version of thought control questionnaire and anxious thought inventory in iranian students. *Journal of psychological models and methods*. 2010;1.-:(۱)
۱۹. Beck AT, Rial WY, Rickels K. Short form of depression inventory: cross-validation. *Psychological reports*. 1974;34(3\_suppl):1184-6.
۲۰. Rajabi, Gh. Psychometric properties of Beck Depression Inventory (BDI-13). *Quarterly Journal of Iranian Psychologists*. 2005;4(1):291-8.
۲۱. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*. 2006;166(10):1092-7.
۲۲. Naeinian mR, Shairi mR, Sharifi m, Hadian m. To study reliability and validity for a brief measure for assessing generalized anxiety disorder (gad-7). *Clinical psychology & personality (daneshvar raftar)*. 2011;3.-:(۴)
۲۳. Strohmaier S, Jones FW, Cane JE. Effects of length of mindfulness practice on mindfulness, depression, anxiety, and stress: A randomized controlled experiment. *Mindfulness*. 2021;12(1):198-214.
۲۴. Reangsing C, Rittiwong T, Schneider JK. Effects of mindfulness meditation interventions on depression in older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*. 2021;25(7):1181-90.
۲۵. Sauder T, Keune PM, Müller R, Schenk T, Oschmann P, Hansen S. Trait mindfulness is primarily associated with depression and not with fatigue in multiple sclerosis (MS): implications for mindfulness-based interventions. *BMC neurology*. 2021;21(1):1-7.



- ۲۶ Maddock A, Blair C. How do mindfulness-based programmes improve anxiety, depression and psychological distress? A systematic review. *Current Psychology*. 2021;1-23.
- ۲۷ Hofmann SG, Gómez AF. Mindfulness-based interventions for anxiety and depression. *Psychiatric clinics*. 2017;40(4):739-49.
- ۲۸ Wan X, Huang H, Liang D, Jia R-Y, Chen C-R. Effect of remote mindfulness-based interventions on symptoms of anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a protocol for systematic review and meta-analysis. *BMJ open*. 2022;12(2):e055369.
- ۲۹ Du X, Luo W, Shen Y, Wei D, Xie P, Zhang J, et al. Brain structure associated with automatic thoughts predicted depression symptoms in healthy individuals. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2015;232(3):257-63.
- ۳۰ Solgi Z, Falah Nodehi M, Khalili N, Mousavi S. The effectiveness of transactional analysis psychotherapy on negative automatic thoughts and optimism of female adolescents with social anxiety disorder. *Journal of Research in Psychopathology*. 2021;2(6):41-7.
- ۳۱ Rojas R, Behnke A, Hautzinger M. Stress events and Changes in Dysfunctional Attitudes and Automatic Thoughts Following Recovery from Depression in Inpatient Psychotherapy: Mediation Analyses with Longitudinal Data. *Cognitive Therapy and Research*. 2022;46(3):544-59.



## Comparison of Mindfulness, Positive and Negative Spontaneous Thoughts and Emotional Control Among Healthy, Depressed, and GAD people

Ashkboos Akbari<sup>1\*</sup>, Negin Rahmani<sup>2</sup>, Khadijeh Mesbah<sup>3</sup>

### Abstract

**Introduction:** Depression and generalized anxiety disorders are among the most common and attention-grabbing disorders among specialists. The present study was to explore the components of mindfulness, negative spontaneous thoughts, and emotional control among healthy individuals and people with depression and generalized anxiety. **Methods:** The research method was causal-comparative and the statistical population of the study included all the people who referred to Rasti psychological centers in Isfahan city. After performing anxiety and depression screening and diagnostic tests on clients, 120 people were selected as convenience sampling; 30 people with depression, 30 people with anxiety and 60 healthy people. The tools used in this research included Autonomic Thoughts Questionnaire (ATQ), Brown and Ryan Mindfulness Questionnaire (MMAS), Wells and Davis Thought Control Questionnaire (TCQ), Beck Depression Questionnaire, and Generalized Anxiety Questionnaire 7th edition. **Results:** The results showed that the Average and The standard deviation of negative thoughts, mental research, performance, were respectively 59.42 and 26.63, 61.27 and 11.61, 8.14 and 5.35, 6.73 and 82. People with depression, generalized anxiety and healthy people showed significant differences in the scales of mindfulness and negative spontaneous thoughts ( $P>0.05$ ) and did not show significant differences in the scale of emotional control ( $P>0.05$ ). **Conclusion:** As a result of these findings, treatment strategies can be focused on effective and more accurate components to increase the effectiveness of treatment for the mentioned disorders.

**Keywords:** Depression, Generalized Anxiety Disorder (GAD), Mindfulness, Thoughts.

1 \*M.A. in Psychology, Department of Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran.

Orcid: 0000-0001-8803-8668(ashkboos.akbari1371@gmail.com) (corresponding author)

2 M.A. in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

Orcid: 0000-0001-9530-6384(nrahmanii20@gmail.com)

3 M.A. in Clinical Psychology, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran. Orcid: 0000-0002-0785-6923(termeh.mesbah@gmail.com)



## Extended Abstract

### Introduction

Depression and generalized anxiety disorders are among the disorders that several diagnostic criteria and treatments have been developed to improve the process of diagnosis and treatment. Mindfulness as a psychological process of looking at the experiences now and now without judgment is known as one of the main causes of mental health and improvement in mental patients.

Another variable that has been shown to be significant is negative spontaneous thoughts [2-4]. People suffering from depression have a malfunction in information processing, which helps to survive the depressed mood, and in generalized anxiety disorder's people The defective pattern of information processing and bias towards stressful stimuli can initiate negative spontaneous thoughts and avoidance behaviors in them. Emotional control affect the two disorders. Gross believes that emotional control is a person's ability to manage, recognize and express emotions depending on the situations ahead [12].

In general, the aim of this research is to investigate the quality and scores of patients suffering from depression and generalized anxiety in the variables of mindfulness, negative and positive spontaneous thoughts, and emotional controllability.

### Methods

The present research method was causal-comparative. The statistical population of this study included all people who referred to Rasti Psychological Center in Isfahan city. 120 people were selected as available; 30 people with depression, 30 people with anxiety and 60 healthy people. The tools used in the current research; Autonomic Thoughts Questionnaire (ATQ) with an alpha coefficient of 0.97, Brown and Ryan Mindfulness Questionnaire (MMAS) with Cronbach's alpha from 80% to 87%, Wells and Davis Thought Control Questionnaire (TCQ) with Cronbach's alpha of at least 64 for the five components. 0.0, Beck depression questionnaire with Cronbach's alpha 0.89, generalized anxiety questionnaire with Cronbach's alpha coefficient were above 0.7.

### Findings

		Sum of squares	Mean square	F	Sig.
<b>Negative spontaneous thoughts</b>	Between groups	33993.225	11331.075	33.040	.000
	Within groups	29837.060	342.955		
	total	63830.286			



<b>Positive spontaneous thoughts</b>	Between groups	5936.186	1978.729	13.970	.000
	Within groups	12323.111	141.645		
	total	18259.297			
<b>Emotional controllability</b>	Between groups	2335.295	778.432	1.192	.317
	Within groups	56798.859	652.860		
	total	59134.154			
<b>Mindfulness</b>	Between groups	2247.496	749.165	6.583	.000
	Within groups	9900.636	113.800		
	total	12148.132			

According to the main hypothesis of the research, there is a significant difference in the variables of mindfulness, negative and positive spontaneous thoughts, and emotional controllability, between the patients suffering from depression, generalized anxiety and healthy people. The test results show that in the 3 of the variables there is a significant differences in all three groups ( $p < 0.05$ ), but in the variable of emotional controllability, there is no significant difference ( $p > 0.05$ ). According to the first sub-hypothesis, there is a significant difference in mean of emotional controllability between the three groups described above. The results show that there is no significant difference among these different groups ( $p > 0.05$ ).

According to the second sub-hypothesis, there is a significant difference in mean of negative spontaneous thought between these groups. The results show that the negative spontaneous thought has significant differences ( $p < 0.05$ ). According to the third sub-hypothesis, there is a significant difference in mean of positive spontaneous thought between these groups. The results show that the positive spontaneous thought has significant differences ( $p < 0.05$ ). According to the fourth sub-hypothesis, there is a significant difference in mean of mindfulness between these groups. The results show that the mindfulness has significant differences ( $p < 0.05$ ).

## Discussion

In order to examine the main hypothesis, the results showed that in the variables of mindfulness, negative and positive spontaneous thoughts, there is a significant differences in all three groups.



## Conclusion

According to the results of the present study, it seems that the deficiency of mindfulness and the presence of negative spontaneous thoughts can be the two basic components in depression and generalized anxiety disorders and can be used as behavioral targets in cognitive therapy. Also, the variable of emotional control as a less known component in depressed people needs to be strengthened and in people with generalized anxiety needs improvement and improvement. Perhaps by strengthening this scale in emotional patients as one of the main pillars of both disorders, it will become more controllable, more adaptable and more efficient, and people will provide better performance in their environment.

## Ethical Considerations Compliance with ethical guidelines

All subjects participated in the research and the researchers assured them that the results of the investigation will remain confidential.

## Funding

All expenses for Research and publish articles Paid by the authors and no financial support has been received.

## Authors' contributions

The article is taken from the master's thesis. The first author is a M.A in the field of clinical psychology and the responsible author, and the second and third authors are Ph.D. and faculty members.

## Conflicts of interest

this article It does not conflict with organizational or personal interests