





## The comparison of body awareness, difficulty in emotion regulation and self-management in panic and depressed patients with nonaffected persons

Masoumeh Kazempour<sup>1</sup>, Parviz Sabahi<sup>2</sup>

1. M.A Student in Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran. E-mail: [masoumeh.kazempour@semnan.ac.ir](mailto:masoumeh.kazempour@semnan.ac.ir)  
2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran. E-mail: [P\\_sabahi@semnan.ac.ir](mailto:P_sabahi@semnan.ac.ir)

### ARTICLE INFO

#### Article type:

Research Article

#### Article history:

Received 31 January 2023

Received in revised form 01 March 2023

Accepted 04 April 2023

Published Online 22 October 2024

#### Keywords:

body awareness,  
emotion regulation  
difficulty,  
self-management,  
panic disorder,  
depression disorder

### ABSTRACT

**Background:** A review of previous studies shows that, among the variables that affect the underlying mechanisms of panic and depression disorders, are body awareness, difficulty in emotional regulation, and patient's self-management. Considering the lack of research background on the comparison of the above three components in patients with panic and depression disorders, the present study seeks to answer the question whether these three components are different in patients with panic, depression and nonaffected persons?

**Aims:** The purpose of this research was to compare body awareness, difficulty in emotion regulation and self-management among people with panic disorders, depression and nonaffected persons.

**Methods:** The current research design was descriptive and causal-comparative. The statistical population of the research included all people suffering from panic disorders, depression and non-suffering people in the city of Babol in the autumn of 2022. The sampling method was available and the sample size was 30 people for each group. The data collection tools in this study included three body awareness questionnaires of Shields (1989), the difficulty in emotion regulation questionnaire of Gratz & Roemer (2004) and the self-management questionnaire of Houthun and Neck (2000). The collected data were analyzed by multivariate analysis of variance and Benferoni post hoc test using SPSS<sub>22</sub> software.

**Results:** The obtained results showed that there is no significant difference in body awareness between people suffering from panic disorders, depression and non-suffering people. There was no significant difference in other variables, including difficulty in emotion regulation and self-management, between the two panic and depressed groups, but both groups had a significant difference compared to the group of non-diseased people. It was also found that three groups of people suffering from panic, depression and non-suffering people have a significant difference in the three strategies of self-management, including behavioral strategies, natural reward and constructive thought pattern and difficulty in emotional regulation ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** According to the obtained results, it can be concluded that people with panic disorders and depression have problems in emotion regulation and self-management compared to non-afflicted people. Therefore, it is suggested that psychiatrists and psychotherapists pay attention to the three variables of the present study in the therapeutic interventions of patients suffering from panic and depression in order to prevent the progression and exacerbation of disease symptoms.

**Citation:** Kazempour, M., & Sabahi, P. (2024). The comparison of body awareness, difficulty in emotion regulation and self-management in panic and depressed patients with nonaffected persons. *Journal of Psychological Science*, 23(140), 107-122. [10.52547/JPS.23.140.107](https://doi.org/10.52547/JPS.23.140.107)

*Journal of Psychological Science*, Vol. 23, No. 140, 2024

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.23.140.107](https://doi.org/10.52547/JPS.23.140.107)



✉ **Corresponding Author:** Parviz Sabahi, Associate Professor, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Department of Psychology, Semnan University, Semnan, Iran.

E-mail: [P\\_sabahi@semnan.ac.ir](mailto:P_sabahi@semnan.ac.ir), Tel: (+98) 9126101347

## Extended Abstract

### Introduction

Panic disorder, as one of the types of anxiety disorders, has many physical, emotional and cognitive symptoms and includes periods of intense fear and discomfort (Na, Cho & Cho, 2021). 91% of panic patients have at least one mental disorder. 10 to 15% of panic sufferers also suffer from depression (Hashemi et al, 2015). Depression is one of the most common psychological disorders, the prevalence of which is constantly increasing. Depression has become a public health problem in developed and developing countries (Oh et al, 2013).

Various studies have shown that one of the factors that affect the underlying mechanisms of panic disorders (mahmoudi, naderi & masoudzadeh, 2017) and depression (Khormaei, Kalantari & Farmani, 2015) is body awareness. Several studies have shown that patients suffering from panic and depression experience difficulties in regulating emotions (Diehl, Smosky, and Zimmerman, 2022).

In addition to body awareness and difficulty in emotion regulation, self-management is another factor that appears to be influenced by disease symptoms. Self-management refers to a process in which patients have an active role in their health and well-being, and it includes the skills, attitudes, and abilities that people need to deal with a chronic disease (Lenoci, Telfair, Cecil & Edwards 2002). A person who has high self-management can be active in her social relationships (Aderanti & Hassan, 2011). Research findings show that there is a negative relationship between self-management and psychological problems. In fact, people who have psychological problems have a lower level of self-management and are more exposed to risky behaviors (Sussman, Dent & Leu, 2000).

Considering the importance of the mentioned variables on panic disorders and depression and also considering the lack of research background on comparing body awareness, difficulty in emotion regulation and self-management in patients with panic, depression and non-sufferers, the present study seeks to answer this question, Is the components of body awareness, difficulty in emotional regulation

and self-management different in patients with panic, depression and nonaffected persons?

### Method

The design of the current research was descriptive, causal-comparative. The statistical population of this research included all people suffering from panic disorder, depression and nonaffected persons (healthy) people in the city of Babol in the fall of 1401. The sampling of the present study was accessible. The sample size was calculated using Gpower software according to the effect size of 0.3, confidence level of 0.95, statistical power of 0.8, and the number of 3 groups and 3 variables, equal to 27 people for each group. Taking into account the possibility of a drop in participants and in order to increase external validity, the sample size in the present study was 30 people for each group (30 people with panic disorder, 30 people with depression disorder and 30 people nonaffected persons). In terms of age, gender, level of education and lack of physical and psychological illness, they were matched. The criteria for entering the present study included the diagnosis of panic disorder and depression by a psychiatrist, being in the age range of 18 to 50 years, minimum cycle education and informed consent of the patient. Also, the criteria for withdrawing from the study included refusing to complete the questionnaires, diagnosis of psychotic disorders (with the initial diagnosis of the researchers and the final diagnosis of the psychiatrist), suffering from chronic physical diseases and experiencing bereavement during the last 6 months. The data collection tools in this study included three body awareness questionnaires of Shields (1989), the difficulty in emotion regulation questionnaire of Gratz & Roemer (2004) and the self-management questionnaire of Houthun and Neck (2000).

### Results

90 participants in three separate groups participated in the present study.

The mean and standard deviation of the participants' scores in body awareness, emotion regulation difficulty, and self-management are presented in Table 1.

**Table 1. The mean and standard deviation of body awareness, difficulty in emotional regulation and self-management**

Variable	panic		depressed		nonaffected	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
body awareness	92.733	17.766	94.066	21.289	100.330	18.268
Difficulty regulating emotions	113.600	15.133	115.670	19.736	81.566	16.266
self-management	55.366	8.306	61.266	14.115	70.100	12.898
Behavioral strategy	20.666	5.144	22.433	5.144	27.766	3.682
Natural reward strategy	14.533	2.221	15.100	3.781	17.100	2.411
Constructive thought pattern strategy	26.633	4.759	27.600	7.393	33.666	10.449

According to the results of Table 1, The average (standard deviation) score of body awareness in the group of people suffering from panic is 92.733 (17.766), in the group of people suffering from depression is 94.066 (21.289) and in the group nonaffected persons are 100.330 (18.267). The average (standard deviation) score of difficulty in emotion regulation in the group of people with panic

was 113.600 (15.133), in the group of people with depression 115/670 (19.736) and in the group of nonaffected persons 81/566 (16.266) is Also, the mean (standard deviation) of the self-management score in the group of people suffering from panic was 55.366 (8.306), in the group of people suffering from depression it was 61.266 (14.115) and in the group of nonaffected persons it was 70.100 (12.898).

**Table 2. The results of the multivariate analysis of variance test to investigate the difference between the groups**

Variable	SS	Df	MS	F	Sig	Eta
body awareness	988.08	2	494.04	1.34	0.26	0.030
self-management	145.08	2	72.544	4.11	0.020	0.013
Behavioral strategy	109.08	2	54.54	6.50	0.002	0.22
Natural reward strategy	1532.06	2	766.023	12.32	0.001	0.46
Difficulty regulating emotions	21932.15	2	10966.07	37.25	0.001	0.086

Also, the results of Table 2 also show that there is no significant difference between the average body awareness in the three groups. Also, there is a significant difference between the mean of the behavioral strategy variable in the three groups, there is a significant difference between the mean of the natural reward strategy variable in the three groups, there is a significant difference between the mean of the constructive thought pattern strategy variable in the three groups, and there is a significant difference between the mean of the variable of difficulty in emotion regulation. There is a significant difference in the three groups. According to the above findings, the three groups of people suffering from panic, depression and nonaffected persons have significant differences in the variables of behavioral strategy, natural reward strategy, constructive thought pattern strategy and difficulty in emotion regulation. The results of Benferoni's post hoc test to investigate the patterns of differences between groups in the research variables also showed that there is no significant difference between the average body awareness in the three groups. In the variable of behavioral strategy,

the largest average difference is observed between the two groups of people suffering from panic disorder and non-suffering people. In the natural reward strategy variable, there is a significant difference between the two panic groups and nonaffected persons, as well as the depressed group and non-diseased individuals. There is a significant difference in the constructive pattern strategy variable between two groups of panic and nonaffected persons, as well as the depressed group and nonaffected persons. In addition, the findings of this test show that there is the largest mean difference in the variable of difficulty in emotion regulation between depressed and nonaffected persons, and also the depressed and nonaffected persons groups as well as the panic and nonaffected persons groups had a significant difference in this variable.

**Conclusion**

The purpose of this research was to compare body awareness, difficulty in emotion regulation and self-management among people with panic disorders, depression and nonaffected persons. The obtained

findings showed that there is no significant difference between body awareness, difficulty in emotion regulation, self-management strategies (including natural reward strategies, behavioral and constructive thinking patterns) in patients with panic and depression. Illness-related rumination, rumination about physical symptoms, and worry about health are significantly higher in patients with anxiety and depression disorders. In panic disorder, the patient may worry that panic attacks are a reflection of a medical condition. But finally, because panic sufferers focus more on the symptoms of the disease, they focus more on the physical symptoms. Also, the findings show that there is a high frequency of focusing on physical and bodily functions in those suffering from depression. Situations of interest in people with depression are extreme forms of normal worries and ruminations. Also, the results of this research showed that there is a difference between self-management strategies in panic patients and non-panic patients. People with panic disorders have significantly less ability and skill to use self-management strategies than nonaffected persons. People with anxiety disorders such as panic cannot recognize the situations, places and people that cause depression and anxiety, or even knowing these situations and people, the affected person does not find the ability to control them and the feelings of worry, anxiety, depression and sadness experiences intense. Also, the results of this research showed that there is a difference between self-management strategies in panic patients and non-panic patients. People with panic disorders have significantly less ability and skill to use self-management strategies than nonaffected persons. People suffering from panic disorders and depression due to cognitive inefficiency are not able to change and improve their cognition and are involved in the vicious circle of ineffective thoughts. Also, people with the ability to self-manage, due to having the ability to modify the response, can change their emotional response to situations or stimuli and reduce the occurrence of their unpleasant feelings and increase their pleasant

feelings with self-management. The limitations of the present study included the sample being limited to Babol city and the use of self-report tools (questionnaire). Also, according to the research method used (causal-comparative method), due to the lack of control of some variables on the data results in this method, caution should be observed in inferring the relationships of the variables. According to the findings of the present study, it is suggested that psychiatrists and psychotherapists pay attention to the three variables of body awareness, emotion regulation and self-management in their treatment interventions with patients suffering from panic and depression disorders and by identifying people who have difficulties in emotion regulation or body awareness and have low self-management, prevent the development of these disorders.

### Ethical Considerations

**Compliance with ethical guidelines:** This article is taken from the master's thesis of the first author in the field of clinical psychology in the Faculty of Educational Sciences and Psychology of Semnan University. The present research was conducted with the IR.SEMUMS.REC.1401.207 code of ethics from the ethics committee of Semnan University. In order to comply with ethical considerations, all participants were given a brief explanation about the purpose of the study, how to cooperate, the benefits of participating in the study and the purpose of completing the questionnaires, and the written consent form was completed by the participants to participate in the study. Also, the research participants were assured about the privacy and confidentiality of the results.

**Funding:** This research has been done as independent research without financial support.

**Authors' contribution:** This article was extracted from the master's thesis of the first author with the guidance of the second author and the advice of the third author.

**Conflict of interest:** The authors declare no conflict of interest for this study.

**Acknowledgments:** We hereby thank all the participants of the three groups of this research, the staff of the psychiatry department of Shahid yahyanejad Hospital in Babol, and the professors of the Psychiatry Department of Babol University of Medical Sciences.





## مقایسه آگاهی بدنی، دشواری در نظم‌جویی هیجان و خودمدیریتی در بیماران مبتلا به پانیک، افسردگی و افراد غیرمبتلا

معصومه کاظم‌پور<sup>۱</sup>، پرویز صباحی<sup>۲</sup>

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

### چکیده

### مشخصات مقاله

**زمینه:** مرور مطالعات پیشین نشان می‌دهد، از جمله متغیرهایی که بر سازوکارهای زیربنایی اختلالات پانیک و افسردگی تأثیر دارند، آگاهی بدنی، دشواری نظم‌جویی هیجان و خودمدیریتی بیماران است. با توجه به عدم پیشینه پژوهشی در مورد مقایسه مؤلفه‌های سه‌گانه فوق در بیماران مبتلا به اختلالات پانیک و افسردگی، مطالعه حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا این مؤلفه‌های سه‌گانه در بیماران مبتلا به پانیک، افسردگی و افراد غیرمبتلا متفاوت است؟

**هدف:** هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه آگاهی بدنی، دشواری در نظم‌جویی هیجان و خودمدیریتی در بین افراد مبتلا به اختلالات پانیک، افسردگی و افراد غیرمبتلا بود.

**روش:** طرح پژوهش حاضر توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی افراد مبتلا به اختلالات پانیک، افسردگی و افراد غیرمبتلا شهر بابل در پاییز سال ۱۴۰۱ بود. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس و حجم نمونه برای هر گروه، ۳۰ نفر در نظر گرفته شد. ابزارهای گردآوری داده‌ها در این مطالعه، شامل سه پرسشنامه آگاهی بدنی شیدلز (۱۹۸۹)، پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان گرتز و رومر (۲۰۰۴) و پرسشنامه خودمدیریتی هاوثون و نک (۲۰۰۰) بود. داده‌های جمع‌آوری شده با روش تحلیل واریانس چند متغیره و آزمون تعقیبی بنفرونی و با استفاده از نرم‌افزار SPSS<sup>22</sup> تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج به دست آمده نشان داد که بین افراد مبتلا به اختلالات پانیک، افسردگی و افراد غیرمبتلا در آگاهی بدنی هیچ تفاوت معناداری وجود ندارد. در سایر متغیرها شامل دشواری در تنظیم هیجان و خودمدیریتی بین دو گروه پانیک و افسرده تفاوت معناداری نبود، اما هر دو گروه در مقایسه با گروه افراد غیرمبتلا، تفاوت معناداری داشتند. همچنین مشخص شد سه گروه افراد مبتلا به پانیک، افسردگی و غیرمبتلا در راهبردهای سه‌گانه خودمدیریتی، شامل راهبردهای رفتاری، پاداش طبیعی و الگوی فکری سازنده و دشواری در تنظیم هیجان تفاوت معناداری با هم دارند ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان نتیجه گرفت افراد مبتلا به اختلالات پانیک و افسردگی در مقایسه با افراد غیرمبتلا در نظم‌جویی هیجان و خودمدیریتی دچار مشکل هستند. از این رو پیشنهاد می‌شود که روانپزشکان و روان‌درمانگران در مداخلات درمانی بیماران مبتلا به پانیک و افسردگی به متغیرهای سه‌گانه پژوهش حاضر توجه کرده تا بدین وسیله از پیشرفت و تشدید علائم بیماری پیشگیری کنند.

**استناد:** کاظم‌پور، معصومه؛ و صباحی، پرویز (۱۴۰۳). مقایسه آگاهی بدنی، دشواری در نظم‌جویی هیجان و خودمدیریتی در بیماران مبتلا به پانیک، افسردگی و افراد غیرمبتلا. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۳، شماره ۱۴۰، ۱۴۰-۱۲۲.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۳، شماره ۱۴۰، ۱۴۰۳. DOI: [10.52547/JPS.23.140.107](https://doi.org/10.52547/JPS.23.140.107)



## مقدمه

اختلال پانیک<sup>۱</sup> به عنوان یکی از انواع اختلالات اضطرابی دارای نشانه‌های جسمانی، هیجانی و شناختی زیاد و شامل دوره‌هایی از ترس و ناراحتی شدید است (نا، جو و جو، ۲۰۲۱). این اختلال در میان اختلالات اضطرابی، منحصر به فرد است و علائم آن در مرحله اول، دارای ماهیتی فیزیکی است (کونگ، اورباخ، مک و وینی و شیائو، ۲۰۱۵). بیماران مبتلا به این اختلال، حساسیت شدیدی نسبت به وقایع و رویدادهای غیر قابل پیش‌بینی دارند (هالد-پوچارت و همکاران، ۲۰۱۸). علائم اختلال پانیک تقریباً در یکی از سه سیستم، شامل سیستم عصبی خودمختار (تپش قلب و عرق کردن)، سیستم تنفسی (تنگی نفس و تنگی قفسه سینه) و سیستم شناختی (شخصی‌سازی، ترس از دست دادن کنترل و ترس از مرگ) به وقوع می‌پیوندد (خلسه، فاینشتاین، فوسنر، آدولفز و هورلمام، ۲۰۱۶). این اختلال یکی از شایع‌ترین اختلالات در سیستم سلامت جسمانی و روانشناختی است (سوچک و همکاران، ۲۰۱۷). میزان شیوع اختلال پانیک، ۱/۵ تا ۵ درصد و در زنان دو تا سه برابر بیشتر از مردان است (براتپور و دشت‌بزرگی، ۲۰۲۰).

۹۱ درصد بیماران مبتلا به پانیک، حداقل یک اختلال روانی همراه دارند. ۱۰ تا ۱۵ درصد مبتلایان به پانیک، همزمان به اختلال افسردگی نیز مبتلا هستند (هاشمی، محمودعلیلو، حسین‌زاده و ماشین‌چی عباسی، ۱۳۹۳).

افسردگی از رایج‌ترین اختلالات روانشناختی است که شیوع آن به طور مداوم در حال افزایش است. افسردگی در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه به یک مشکل سلامت عمومی تبدیل شده است (اوه، چوی، ایناموری، روزنتال و یونگ، ۲۰۱۳). در ایران نیز بر اساس مطالعه ملی بیماری‌ها و آسیب‌ها، افسردگی سومین مشکل مرتبط با سلامتی در ایران است (منتظری و همکاران، ۱۳۹۲). با توجه به شیوع چشمگیر و اهمیت اختلالات پانیک و افسردگی، شناخت ویژگی‌ها و ابعاد مختلف این اختلالات و تمرکز بر مقایسه سازه‌هایی که ممکن است این اختلالات را تحت تأثیر قرار دهد، ضرورت دارد.

مطالعات مختلف نشان داده است یکی از عواملی که بر سازوکارهای زیربنایی اختلالات پانیک (محمودی، نادری، مسعودزاده، ۱۳۹۳) و

افسردگی (خرمایی، کلانتری و فرمانی، ۱۳۹۴) تأثیر دارد، آگاهی بدنی<sup>۲</sup> است. کابات زین، آگاهی بدنی را متمرکز کردن توجه به شیوه‌ای خاص روی هدف، در لحظه اینجا و اکنون و بدون قضاوت کردن تعریف کرده است (پترسون و پیرت، ۱۹۹۲). آگاهی بدنی در سال‌های اخیر به یک موضوع پژوهشی داغ در حوزه‌های سلامت‌روان به خصوص انواع روان‌درمانی‌ها تبدیل شده است (مهلینگ و همکاران، ۲۰۰۹؛ سیرویس، بان و والش، ۲۰۱۲). در این راستا، رابطه آگاهی بدنی با انواع اختلالات روان‌پزشکی و پزشکی از جمله اوتیسم (شودر، ماش، برایانت و کاسیو، ۲۰۱۶)، سومصرف مواد (پرایس، مریل، مک‌کارتی، پایک و تسوی، ۲۰۲۰)، افسردگی و اضطراب (سولانو لویز و مور، ۲۰۱۹)، خودزنی و درد (ریوست-گادبویس و بودریاس، ۲۰۱۹)، سندرم خستگی (مزمز کورتوا، کولز و کالسوس، ۲۰۱۴) مورد مطالعه قرار گرفته است. کابات زین (۲۰۰۵) در مطالعات خود نشان داد، آگاهی بدنی می‌تواند به طور مؤثری نشانگان اضطراب را در بیماران مبتلا به پانیک کاهش دهد. همچنین پژوهش‌های مختلف حاکی از اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش علائم افسردگی است (کینگستون، دولی، بیتس، لاولور و مالون، ۲۰۰۷؛ ملیانی، اللهیاری، آزاد فلاح، فتحی آشتیانی و تولایی، ۱۳۹۲).

در راستای نشانه‌شناسی و سبب‌شناسی این اختلالات، در سال‌های اخیر بر نقش کارکرد تنظیم هیجانی<sup>۳</sup> تأکید فراوانی شده است (هاشمی و همکاران، ۱۳۹۳). مطالعات متعدد نشان داده‌اند بیماران مبتلا به پانیک و افسردگی، دشواری در تنظیم هیجان‌ها را تجربه می‌کنند (دیهل، اسموسکی و زیمرمن، ۲۰۲۲). فرآیند تنظیم هیجان، به عملکرد دوگانه احساسات اشاره دارد که طی آن فرد، احساسات خود را با توجه به موقعیت‌های مختلف تنظیم کرده و این فرآیند نحوه تجربه و ابراز احساسات را تعیین می‌کند (روث، وانستینکیست و رایان، ۲۰۱۹). تنظیم هیجان، شامل چهار مؤلفه پذیرش هیجان، آگاهی از هیجان و درک آن، توانایی کنترل رفتارهای تکانشی مطابق با اهداف مورد نظر در هنگام تجربه هیجان‌ها منفی است که امکان انعطاف‌پذیری اقدامات تنظیم هیجانی را با توجه به موقعیت به منظور تنظیم صحیح پاسخ‌های عاطفی برای رسیدن به اهداف شخصی و احترام به خواسته‌های محیط فراهم می‌کند (کیان و همکاران، ۲۰۲۲). مشکلات

1. Panic Disorder

2. Body-Awareness

3. Emotion Regulation

افسردگی و افراد غیرمبتلا، مطالعه حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال اساسی است که آیا مؤلفه‌های آگاهی بدنی، دشواری در تنظیم هیجان و خودمدیریتی در بیماران مبتلا به پانیک، افسردگی و افراد غیرمبتلا متفاوت است؟

## روش

**(الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان:** طرح پژوهش حاضر توصیفی، از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی افراد مبتلا به اختلالات پانیک، افسردگی و افراد غیرمبتلا (سالم) شهر بابل در پاییز سال ۱۴۰۱ بود. نمونه‌گیری مطالعه حاضر به صورت در دسترس بود. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار Gpower با توجه به اندازه اثر ۰/۳، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آماری ۰/۸ و تعداد ۳ گروه و ۳ متغیر، برای هر گروه برابر با ۲۷ نفر محاسبه شد. با در نظر گرفتن احتمال افت شرکت‌کنندگان و به جهت افزایش اعتبار بیرونی، حجم نمونه در پژوهش حاضر، ۳۰ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد (۳۰ نفر مبتلا به اختلال پانیک، ۳۰ نفر مبتلا به اختلال افسردگی و ۳۰ نفر غیرمبتلا) که از نظر سن، جنسیت، میزان تحصیلات و فقدان بیماری جسمانی و روانشناختی هم‌سازی شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر، شامل تشخیص اختلال پانیک و افسردگی توسط روانپزشک، قرار داشتن در دامنه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال، تحصیلات حداقل سیکل و رضایت آگاهانه بیمار بود. همچنین معیارهای خروج از پژوهش شامل انصراف از تکمیل پرسشنامه‌ها، تشخیص اختلالات سایکوتیک (با تشخیص اولیه پژوهشگران و تشخیص نهایی روانپزشک)، ابتلا به بیماری‌های جسمی مزمن و تجربه سوگ در طی ۶ ماه گذشته بود.

## (ب) ابزار

پرسشنامه آگاهی بدنی (BAQ): این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط شیدلر و همکاران تهیه شده است. این ابزار، با ۱۸ سؤال برای ارزیابی توجه به فرآیندهای عادی بدنی غیرهیجانی تدوین شده است و به صورت خودگزارشی اجرا می‌شود. عبارات دارای مقیاس لیکرت ۹ درجه‌ای هستند و از "اصلاً درست نیست" (۱) تا "کاملاً در مورد من درست است" (۹) رتبه‌بندی می‌شوند. سؤال شماره ۱۰ پرسشنامه، نمره معکوس دارد. همسانی

تنظیم هیجان نیز شامل استفاده از راهبردهای ناسازگار برای پاسخگویی به هیجانات است و یک عامل خطر برای بروز و تداوم آسیب‌های روانشناختی است. دشواری در تنظیم هیجان به عنوان یک مؤلفه کلیدی در چندین مدل آسیب‌شناسی روانی برای اختلالات شخصیت مرزی، افسردگی اساسی، دوقطبی، اضطراب فراگیر، اضطراب اجتماعی و سومصرف مواد شناسایی شده است (دژونکهر، کالوکریوس، باستیان و کوپنز، ۲۰۱۹).

علاوه بر آگاهی بدنی و دشواری در تنظیم هیجان، خودمدیریتی<sup>۱</sup> نیز عامل دیگری است که به نظر می‌رسد که تحت تأثیر علائم بیماری قرار می‌گیرد. خودمدیریتی به روندی اشاره دارد که در آن بیماران نقش فعالی در سلامتی و رفاه خود دارند و در برگیرنده مهارت‌ها، نگرش‌ها و توانایی‌هایی است که افراد جهت مقابله با یک بیماری مزمن به آن نیاز دارند (لنوسی، تلفیر، سیسیل و ادواردز، ۲۰۰۲). در واقع مداخلات خودمدیریتی، آگاهی‌های لازم را در اختیار بیماران قرار می‌دهد و آن‌ها را تشویق به فراگیری و یا بهبود مهارت‌های سازگاری مؤثر جهت کاهش علائم و دستیابی به یک کیفیت زندگی بهتر می‌کند (آنی و همکاران، ۲۰۰۲). فردی که خودمدیریتی بالایی داشته باشد، می‌تواند در روابط اجتماعی خود فعال عمل کند (آدرانتی و حسن، ۲۰۱۱). برای مثال، فردی با خودمدیریتی بالا، هنگام هیجانی شدن و بروز خشم، می‌تواند هیجانات و خشم خود را کنترل کند. این امر نشان می‌دهد که بین خودمدیریتی، رفتارهای اجتماعی و پرخاشگری رابطه وجود دارد. آنچه در این میان به‌عنوان حلقه گمشده قلمداد می‌شود، مدیریت بر خود است که غالباً فراموش می‌شود. خودمدیریتی به دنبال تغییر نگرش و شخصیت نیست، بلکه می‌خواهد رفتار را کنترل کند و در صورت لزوم تغییراتی در آن ایجاد کند (اوموتوندو، فیلومنا و اولیها، ۲۰۱۵). همچنین یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد، بین خودمدیریتی و مشکلات روانشناختی رابطه منفی وجود دارد. در واقع افرادی که مشکلات روانشناختی دارند، سطح خودمدیریتی پایین‌تری داشته و بیشتر در معرض رفتارهای پرخطر هستند (ساسمن، دنت و لیو، ۲۰۰۰).

نظر به اهمیت متغیرهای ذکر شده بر اختلالات پانیک و افسردگی و همچنین با توجه به عدم پیشینه پژوهشی در مورد مقایسه آگاهی بدنی، دشواری در تنظیم هیجان و خودمدیریتی در بیماران مبتلا به پانیک،

<sup>1</sup>. self- management

### ج) روش اجرا

بعد از کسب مجوزهای لازم و مراجعه به مراکز مشاوره و کلینیک‌های روانشناختی و بخش روانپزشکی بیمارستان شهید یحیی‌نژاد شهر بابل، از بین افرادی که ملاک‌های ورودی پژوهش در مورد آن‌ها صدق می‌کرد، ۹۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند. پس از انتخاب ۶۰ نفر برای دو گروه مبتلا به پانیک و افسردگی، تعداد ۳۰ نفر از افراد غیرمبتلا (سالم) از همراهان بیماران نیز با توجه به ملاک‌های ورودی و با در نظر گرفتن سن، جنسیت میزان تحصیلات، فقدان بیماری‌های جسمانی و روانشناختی مزمن هم‌تاسازی و انتخاب شدند. سپس برای شرکت‌کنندگان در مورد هدف از انجام پژوهش توضیحات مختصری داده شد. همچنین به آنان اطمینان داده شد تمامی اطلاعات حاصل از مطالعه حاضر، به صورت بی‌نام و محرمانه باقی خواهد بود و نتایج به صورت گروهی منتشر می‌شود. در مرحله بعد، پرسشنامه‌های سه‌گانه پژوهش به منظور اندازه‌گیری متغیرهای وابسته اجرا شد. در نهایت، تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) و آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه دو به دوی گروه‌ها انجام شد. همچنین برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS<sup>22</sup> استفاده شد.

### یافته‌ها

تعداد ۹۰ شرکت‌کننده در مطالعه حاضر مشارکت داشتند. در جدول ۱، توزیع فراوانی اطلاعات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در قالب فراوانی و درصد در زمینه‌های جنسیت، سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و نوع اشتغال به تفکیک هر سه گروه افراد مبتلا به اختلال پانیک، اختلال افسردگی و افراد غیرمبتلا ارائه شده است. در جدول ۲، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در سه گروه مورد مطالعه آمده است.

درونی مقیاس از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شده است و پایایی بازآزمایی آن در عرض دو هفته بسیار قابل قبول بوده است (شیدلز، مالروی و سیمون، ۱۹۸۹). در پژوهش حاضر، پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد و روایی صوری و محتوایی آن تأیید شد.

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS): این پرسشنامه ۳۶ سؤال در سال ۲۰۰۴ توسط گراتز و رومر برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجان تهیه شد (۳۰). نحوه نمره‌دهی به هر سؤال در مقیاس لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) است. این ابزار دارای شش زیرمقیاس شامل عدم پذیرش هیجانات منفی، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند در زمان درماندگی، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی در زمان درماندگی، فقدان آگاهی هیجانی، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان و فقدان شفافیت هیجانی است. حداکثر و حداقل نمره در این پرسشنامه، به ترتیب ۱۸۰ و ۳۶ است. که نمره بالاتر نشان‌دهنده دشواری بیشتر در تنظیم هیجان است. پایایی بازآزمایی این مقیاس ۰/۸۸ و همسانی درونی مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای زیرمقیاس‌ها بالای ۰/۸۰ گزارش شده است (گاتز و رومر، ۲۰۰۴). اندرسون، ریلی، جورل، اسپجامبرگ و اندرسون (۲۰۱۶) نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ را برای کل مقیاس گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد و روایی صوری و محتوایی آن تأیید شد.

مقیاس مهارت‌های خودمدیریتی (SMSQ): این پرسشنامه ۱۸ سؤال در سال ۲۰۰۰ توسط هاوون و نک تهیه شده است. نحوه نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای است به این صورت که نمره ۱ برای گزینه کاملاً مخالفم و نمره ۵ برای کاملاً موافقم در نظر گرفته شده است. نمره پایین‌تر از ۵۴، نشان‌دهنده خودمدیریتی پایین و نمره بیشتر از ۵۴ نیز نشان‌دهنده خودمدیریتی بالا است. مؤلفه‌های سه‌گانه این پرسشنامه شامل راهبرد رفتاری، راهبرد پاداش طبیعی و راهبرد الگوی فکری سازنده می‌باشد (نظری، انوری و ابودردا، ۱۳۹۷). پایایی این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش نظری و همکاران (۱۳۹۷) برابر با ۰/۹۵ به دست آمده است. در مطالعه حاضر، پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۳ به دست آمد و روایی صوری و محتوایی آن تأیید شد.



**جدول ۱. توزیع فراوانی و درصد وضعیت ویژگی‌های جمعیت شناختی در سه گروه مورد مطالعه**

گروه	پانیک	افسرده	غیرمبتلا
جنسیت	فراوانی	درصد	فراوانی
زن	۲۳	۵۶/۶۷	۱۶
مرد	۷	۴۳/۳۳	۱۴
سن	فراوانی	درصد	فراوانی
۲۰-۳۰	۴	۲۰	۱۲
۳۰-۴۰	۱۷	۴۶/۶۷	۱۳
۴۰-۵۰	۹	۳۳/۳۳	۵
وضعیت تاهل	فراوانی	درصد	فراوانی
مجرد	۳	۲۰	۶
متاهل	۲۴	۵۳/۳۳	۲۴
مطلقه- بیوه	۳	۲۶/۶۷	۰
میزان تحصیلات	فراوانی	درصد	فراوانی
سیکل	۷	۳۳/۳۳	۹
دیپلم	۱۳	۴۳/۳۳	۱۲
بالتر از دیپلم	۱۰	۲۳/۳۳	۹
نوع اشتغال	فراوانی	درصد	فراوانی
آزاد	۴	۲۶/۶۷	۷
خانه دار	۱۵	۴۰	۱۱
کارمند	۱۰	۲۰	۱۰
بیکار	۱	۱۳/۳۳	۲
جمع	۳۰	۱۰۰	۳۰

**جدول ۲. میانگین و انحراف معیار آگاهی بدنی، دشواری در تنظیم هیجان و راهبردهای خودمدیریتی در سه گروه مورد مطالعه**

گروه	پانیک	افسرده	غیرمبتلا
متغیر	میانگین	انحراف معیار	میانگین
آگاهی بدنی	۹۲/۷۳۳	۱۷/۷۶۶	۹۴/۰۶۶
دشواری در تنظیم هیجان	۱۱۳/۶۰۰	۱۵/۱۳۳	۱۱۵/۶۷۰
خودمدیریتی	۵۵/۳۶۶	۸/۳۰۶	۶۱/۲۶۶
راهبرد رفتاری	۲۰/۶۶۶	۵/۱۴۴	۲۲/۴۳۳
راهبرد پاداش طبیعی	۱۴/۵۳۳	۲/۲۲۱	۱۵/۱۰۰
راهبرد الگوی فکری سازنده	۲۶/۶۳۳	۴/۷۵۹	۲۷/۶۰۰

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین (انحراف معیار) نمره آگاهی بدنی در گروه افراد مبتلا به پانیک (۹۲/۷۳۳) (۱۷/۷۶۶)، در گروه افراد مبتلا به افسردگی (۹۴/۰۶۶) (۲۱/۲۸۹) و در گروه افراد غیرمبتلا (۱۰۰/۳۳۰) (۱۸/۲۶۷) می‌باشد. میانگین (انحراف معیار) نمره دشواری در تنظیم هیجان در گروه افراد مبتلا به پانیک (۱۱۳/۶۰۰) (۱۵/۱۳۳)، در گروه افراد مبتلا به افسردگی (۱۱۵/۶۷۰) (۱۹/۷۳۶) و در گروه افراد غیرمبتلا (۶۱/۲۶۶) (۱۴/۱۱۵) و در گروه افراد غیرمبتلا (۷۰/۱۰۰) (۱۲/۸۹۸) می‌باشد.

قبل از استفاده از آزمون تحلیل واریانس، مفروضه‌های آن یعنی نرمال بودن داده‌ها، همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین و هم‌خطی چندگانه

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین (انحراف معیار) نمره آگاهی بدنی در گروه افراد مبتلا به پانیک (۹۲/۷۳۳) (۱۷/۷۶۶)، در گروه افراد مبتلا به افسردگی (۹۴/۰۶۶) (۲۱/۲۸۹) و در گروه افراد غیرمبتلا (۱۰۰/۳۳۰) (۱۸/۲۶۷) می‌باشد. میانگین (انحراف معیار) نمره دشواری در تنظیم هیجان در گروه افراد مبتلا به پانیک (۱۱۳/۶۰۰) (۱۵/۱۳۳)، در گروه افراد مبتلا به افسردگی (۱۱۵/۶۷۰) (۱۹/۷۳۶) و در گروه افراد غیرمبتلا (۶۱/۲۶۶) (۱۴/۱۱۵) و در گروه افراد غیرمبتلا (۷۰/۱۰۰) (۱۲/۸۹۸) می‌باشد.

هم خطی چندگانه از همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج نشان داد بین متغیرهای وابسته، همبستگی بالای ۰/۹ وجود ندارد، در نتیجه پیش فرض عدم وجود هم خطی چندگانه رعایت شده است. در جدول ۳، نتایج تحلیل واریانس چند متغیری جهت مقایسه آگاهی بدنی، راهبردهای خودمدیریتی و دشواری در تنظیم هیجان در بین گروه‌های مبتلا به اختلالات پانیک، افسردگی و افراد غیرمبتلا گزارش شده است.

بررسی شد. نتایج آزمون ضریب کجی و کشیدگی برای بررسی نرمال بودن، نشان داد توزیع متغیرهای پژوهش نرمال است. سطح معناداری آماره F در آگاهی بدنی، راهبردهای الگوی فکری سازنده و دشواری در تنظیم هیجان بزرگ تر از ۰/۰۵ است، در نتیجه فرض همسانی واریانس خطای متغیرها در بین گروه‌ها برقرار است. با توجه به نتایج آزمون لون استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری مجاز است. همچنین جهت بررسی وجود

جدول ۳. تحلیل واریانس چندمتغیری آگاهی بدنی، خودمدیریتی و دشواری در تنظیم هیجان

نوع اثر	نام آزمون	مقدار	آماره F	درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری
گروه	اثر بینایی	۰/۵۵۹	۶/۵۱	۱۰	۱۶۸	۰/۰۰۱

در جدول ۵، نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی جهت بررسی الگوهای تفاوت گروه‌ها در متغیرهای پژوهش گزارش شده است. همان‌طور که در جدول فوق نشان داده شده است، بین میانگین آگاهی بدنی در سه گروه تفاوت معناداری وجود ندارد. در متغیر راهبرد رفتاری، بیشترین تفاوت میانگین بین دو گروه افراد مبتلا به اختلال پانیک و افراد غیرمبتلا مشاهده می‌شود. در متغیر راهبرد پاداش طبیعی، بین دو گروه پانیک و افراد غیرمبتلا و همچنین گروه افسرده و افراد غیرمبتلا تفاوت معنادار وجود دارد. در متغیر راهبرد الگوی سازنده نیز بین دو گروه پانیک و افراد غیرمبتلا و همچنین گروه افسرده و افراد غیرمبتلا تفاوت معناداری وجود دارد. علاوه بر این، یافته‌های جدول ۵ نشان می‌دهد، بیشترین تفاوت میانگین در متغیر دشواری در تنظیم هیجان بین گروه‌های افسرده و غیرمبتلا وجود دارد و همچنین گروه‌های افسرده و غیرمبتلا و نیز گروه‌های پانیک و غیرمبتلا در این متغیر، تفاوت معنادار با هم داشته‌اند.

بر اساس نتایج جدول ۳، حداقل بین یکی از گروه‌های مورد مطالعه تفاوت معنادار وجود دارد.

نتایج جدول ۴ نیز نشان می‌دهد بین میانگین آگاهی بدنی در سه گروه تفاوت معناداری وجود ندارد ( $F=1/34, P \geq 0/05, \eta^2=0/030$ ). همچنین بین میانگین متغیر راهبرد رفتاری در سه گروه تفاوت معناداری وجود دارد ( $F=4/11, P \leq 0/05, \eta^2=0/13$ ). بین میانگین متغیر راهبرد پاداش طبیعی در سه گروه تفاوت معناداری وجود دارد ( $F=6/5, P \leq 0/05, \eta^2=0/22$ ). بین میانگین متغیر راهبرد الگوی فکری سازنده در سه گروه تفاوت معناداری وجود دارد ( $F=12/32, P \leq 0/05, \eta^2=0/46$ ) و بین میانگین متغیر دشواری در تنظیم هیجان در سه گروه تفاوت معناداری وجود دارد ( $F=37/25, P \leq 0/05, \eta^2=0/86$ ). با توجه به یافته‌های فوق، سه گروه افراد مبتلا به پانیک، افسردگی و افراد غیرمبتلا در متغیرهای راهبرد رفتاری، راهبرد پاداش طبیعی، راهبرد الگوی فکری سازنده و دشواری در تنظیم هیجان تفاوت معنادار دارند.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	مجموعه اتای تفکیکی
آگاهی بدنی	۹۸۸/۰۸	۲	۴۹۴/۰۴	۱/۳۴	۰/۲۶	۰/۰۳۰
راهبرد رفتاری	۱۴۵/۰۸	۲	۷۲/۵۴۴	۴/۱۱	۰/۰۲۰	۰/۱۳
خودمدیریتی	۱۰۹/۰۸	۲	۵۴/۵۴	۶/۵	۰/۰۰۲	۰/۲۲
راهبرد الگوی فکری سازنده	۱۵۳۲/۰۶	۲	۷۶۶/۰۳۳	۱۲/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۴۶
دشواری در تنظیم هیجان	۲۱۹۳۲/۱۵	۲	۱۰۹۶۶/۰۷	۳۷/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۰۸۶

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	در مقایسه با گروه	تفاوت میانگین	معناداری
آگاهی بدنی	غیرمبتلا	افسرده	۶/۲	۰/۶۲
	غیرمبتلا	پانیک	۷/۶	۰/۳۸
	افسرده	پانیک	۱/۳	۱/۰۰۰
راهبرد رفتاری	غیرمبتلا	افسرده	۱/۳	۰/۶۶
	غیرمبتلا	پانیک	۳/۱	۰/۰۱۶
	افسرده	پانیک	۱/۷	۰/۳۲
راهبرد پاداش طبیعی	غیرمبتلا	افسرده	۲/۰۰۰	۰/۰۲۶
	غیرمبتلا	پانیک	۲/۵۶	۰/۰۰۳
	افسرده	پانیک	۰/۵۶	۱/۰۰۰
راهبرد الگوی سازنده	غیرمبتلا	افسرده	۶/۰۶	۰/۰۱۱
	غیرمبتلا	پانیک	۱۰/۰۳	۰/۰۰۱
	افسرده	پانیک	۳/۹۶	۰/۱۶
دشواری در تنظیم هیجان	غیرمبتلا	افسرده	-۳۴/۱	۰/۰۰۱
	غیرمبتلا	پانیک	-۳۲/۰۳	۰/۰۰۱
	افسرده	پانیک	۲/۰۶	۱/۰۰۰

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه آگاهی بدنی، دشواری در تنظیم هیجان و خودمدیریتی در بین افراد مبتلا به اختلالات پانیک، افسردگی و افراد غیرمبتلا بود. یافته‌های به دست آمده نشان داد بین آگاهی بدنی، دشواری در تنظیم هیجان، راهبردهای خود مدیریتی (شامل راهبردهای پاداش طبیعی، رفتاری و الگوی فکری سازنده) در بیماران مبتلا به پانیک و افسردگی تفاوت معنادار وجود ندارد. نشخوار فکری مرتبط با بیماری، گوش‌به‌زنگی در مورد علائم بدنی و نگرانی در مورد سلامتی در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی به طور قابل توجهی بالاست. در اختلال پانیک، بیمار ممکن است نگران باشد که حملات پانیک بازتاب وجود یک بیماری طبی باشد. مبتلایان به این اختلال ممکن است حملات پانیکی را تجربه کنند که محرک آن‌ها، نگرانی در مورد بیماری و بدن‌شان است. اما در نهایت چون مبتلایان به پانیک تمرکز بیشتری بر روی علائم بیماری دارند تمرکز بیشتری روی علائم جسمی و بدنی نشان می‌دهند. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد تمرکز روی کارکردهای جسمانی و بدنی در مبتلایان به افسردگی نیز فراوانی بالایی دارد. موقعیت‌های مورد توجه در افراد مبتلا به افسردگی، شکل افراطی نگرانی‌ها و نشخوارهای معمولی است. در چنین شرایطی، بیمار بیش از حد در مورد کوچک‌ترین علائم

بدنی حساسیت نشان می‌دهد و حتی گاهی بزرگ‌نمایی می‌کند و به نشخوار فکری دچار می‌گردد (آبراموویتز، دیکن و ولنتاینر، ۲۰۰۷). در واقع افرادی که دچار اختلالات اضطرابی و افسردگی هستند، گرایش دارند که علائم غیر تهدیدکننده جسمانی را فاجعه‌سازی کرده و با بیماری‌های مختلف ارتباط دهند. این توجه انتخابی افزایش یافته که بر بدن متمرکز می‌شود، گوش‌به‌زنگی را در مورد بدن افزایش داده و ترس از بیماری ایجاد می‌شود. اگر چه در متغیر آگاهی بدنی، تفاوت معناداری بین دو گروه پانیک و افراد غیرمبتلا یافت نشد، اما نمره آگاهی بدنی در افراد غیرمبتلا بیشتر از افراد مبتلا به اختلال پانیک است، که این نتایج بیانگر اهمیت آگاهی داشتن از وضعیت بدن و تغییرات فیزیولوژیکی بدن در مواجهه با شرایط مختلف است که متأسفانه افراد مبتلا به اختلال پانیک در این زمینه دچار ضعف و بدکارکردی هستند که این امر می‌تواند وقوع حملات مکرر و شدید در آن‌ها را تسهیل کند. همچنین نتایج تفاوت معناداری بین دو گروه افسرده و افراد غیرمبتلا از نظر آگاهی بدنی نشان نداد، اما نمره آگاهی بدنی در افراد غیرمبتلا بیشتر از افراد مبتلا به اختلال افسردگی بود. در تبیین این یافته باید گفت، با توجه به نقش تغییرات جسمی و فیزیولوژیکی در بروز، تداوم و تشدید اختلال افسردگی، می‌توان به اهمیت آگاهی بدنی در این زمینه پی برد. افراد افسرده اگر به کارکردها و تغییرات بدن تسلط داشته باشند،

می‌توانند با تقسیم انرژی، برخی از فعالیت‌های رومزه را انجام دهند که متأسفانه با توجه به گستردگی علائم در حیطه‌های مختلف این امر مقدور نمی‌باشد و موجب بروز دور باطل تشدید علائم و ناآگاهی نسبت به بدن می‌شود. طیف وسیعی از مطالعات مرتبط نشان داده‌اند که اختلالات اضطرابی (نظیر پانیک) و خلقی (نظیر افسردگی) از بسیاری از جهات مانند عوامل نگهدارنده و ایجادکننده آن یا حداقل از نظر ژنتیکی مشابه بوده و ممکن است دو اختلال جداگانه نباشند (کندلر و پرسکات، ۲۰۰۶)؛ فلذا عدم تفاوت در این متغیرها بین آن‌ها قابل تبیین است. با توجه به میزان شیوع بالای اختلالات اضطرابی نظیر پانیک و افسردگی، جالب توجه است که اختلال افسردگی اساسی با اختلال اضطراب فراگیر همپوشی بالایی دارد و این موجب افزایش بی‌اعتمادی در رابطه با یک تشخیص مجزا و جداگانه برای اختلالات اضطرابی نظیر پانیک می‌شود (کسلر و همکاران، ۱۹۹۶).

همچنین یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد، بین بیماران مبتلا به اختلالات پانیک و افسردگی و افراد غیرمبتلا در متغیر دشواری در تنظیم هیجان تفاوت معنادار وجود دارد. افرادی که از اختلالات روانشناختی رنج می‌برند به دلیل کاهش توانایی در شناسایی هیجانات مجبور به سرکوب آن‌ها می‌شوند و از این طریق ناراحتی ناشی از بیماری خود را افزایش می‌دهند. این روند باعث ایجاد دور باطلی در بیمار و نگرش او نسبت به بیماری و فرآیند درمانی می‌شود. همچنین می‌توان گفت که توانایی کنترل و مهار فشار روانی در این بیماران به دلیل برآورده نشدن نیازهای خود و دیگران، احساس عدم کنترل بر زندگی و پریشانی آسیب دیده و به همین دلیل بیشتر از سرکوب هیجانات استفاده می‌کنند. با توجه به این که عواطف و هیجانات نقشی اساسی در روابط اجتماعی، نحوه کنار آمدن با وقایع، سازگاری با موقعیت‌های مختلف و موفقیت افراد در سایر زمینه‌های زندگی روزمره دارد، طبیعی است که افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی نظیر پانیک و افسردگی از توانایی تنظیم هیجان کمتری برخوردار باشند.

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که بین راهبردهای خودمدیریتی در بیماران پانیک و غیرمبتلا تفاوت وجود دارد. افراد مبتلا به اختلالات پانیک به طور معناداری کمتر از افراد غیرمبتلا، توانایی و مهارت استفاده از راهبردهای خودمدیریتی دارند. افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی مانند پانیک نمی‌توانند موقعیت‌ها، مکان‌ها و افرادی که باعث افسردگی و اضطراب می‌شوند را تشخیص داده و یا حتی با شناخت این موقعیت‌ها و

افراد، فرد مبتلا، توانایی کنترل آن‌ها را پیدا نمی‌کند و احساسات نگرانی، اضطراب، افسردگی و اندوه شدید را تجربه می‌کند. همچنین نتایج نشان داد که بین راهبرد رفتاری در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی و غیرمبتلا تفاوت وجود ندارد. اگر چه بین راهبرد رفتاری در بیماران افسرده و افراد سالم تفاوت معنادار وجود ندارد، اما میزان استفاده افراد غیرمبتلا از افراد مبتلا به افسردگی بیشتر است که بیانگر نقص افراد افسرده در استفاده از راهبردهای رفتاری است. همچنین نتایج بیانگر تفاوت معنادار در راهبردهای پاداش طبیعی و الگوی فکری سازنده بین بیماران افسرده و غیرمبتلا بود. نتایج نشان داد افراد مبتلا به اختلال افسردگی به طور معناداری کمتر از افراد غیرمبتلا، توانایی و مهارت استفاده از راهبرد پاداش طبیعی و راهبرد الگوی فکری سازنده را دارند. طی اصلاح موقعیت، افراد بر روی آنچه که موجب تجارب عاطفی ناخوشایند می‌شود متمرکز شده و آن را به صورت دلخواه خود تغییر می‌دهد تا از بروز عواطف و هیجانات ناخوشایند جلوگیری به عمل آورده و دچار عواطف ناخوشایند نشوند. اما در افراد مبتلا به اختلالات نوروتیک، توانایی تغییر موقعیت‌ها وجود ندارد، در نتیجه افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی به دلیل ناتوانی در اصلاح موقعیت‌ها، دستخوش عواطف و هیجانات ناخوشایند می‌شوند. طی فرایند تغییر توجه، افراد توجه‌شان را به چیز دیگری جلب کرده و از موقعیت و محرکی که باعث ایجاد حس نامطلوب شده، حواس خود را پرت می‌کنند. این فرایند، بیانگر بُعد شناختی خودمدیریتی است، که در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی مانند پانیک و اختلال افسردگی، به دلیل کژکاری‌های شناختی، وجود باورهای غیرمنطقی، داشتن نگرش‌های ناکارآمد، وجود نارسایی‌های حافظه و تمرکز قادر به تغییر توجه نبوده و دستخوش حالات روانشناختی ناخوشایند می‌شوند. همچنین افراد دارای توانایی خودمدیریتی با تغییر شناختی، ارزیابی‌شان را از بعضی چیزها تغییر داده تا تأثیر آن را تغییر دهند. این تغییر و اصلاح ارزیابی به نوبه خود باعث جلوگیری از بروز احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت می‌شود. افراد مبتلا به اختلالات پانیک و افسردگی به دلیل ناکارآمدی شناختی، قادر به تغییر و اصلاح شناختی خود نبوده و درگیر دور باطل افکار ناکارآمد می‌شوند. همچنین افراد با توانایی خودمدیریتی به دلیل دارا بودن توانایی اصلاح پاسخ، می‌توانند به تغییر پاسخ عاطفی خود نسبت به موقعیت‌ها یا

### ملاحظات اخلاقی

**پیروی از اصول اخلاق پژوهش:** این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در رشته روانشناسی بالینی در دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه سمنان است. پژوهش حاضر با کسب کداخلاق IR.SEMUMS.REC.1401.207 از کمیته اخلاق دانشگاه سمنان انجام شده است. برای رعایت ملاحظات اخلاقی به تمام شرکت کنندگان توضیح مختصری در مورد هدف مطالعه، نحوه همکاری، فواید شرکت در مطالعه و هدف از تکمیل پرسشنامه‌ها ارائه گردید و رضایت‌نامه کتبی توسط شرکت کنندگان برای شرکت در مطالعه تکمیل شد. همچنین در مورد حفظ حریم خصوصی و محرمانه بودن نتایج به شرکت کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد.

**حامی مالی:** پژوهش حاضر بدون حمایت مالی انجام شده است.

**نقش هر یک از نویسندگان:** این مقاله از مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول، به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم است.

**تضاد منافع:** نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

**تشکر و قدردانی:** بدین وسیله از تمام شرکت کنندگان گروه‌های سه‌گانه این پژوهش، کارکنان بخش روان‌پزشکی بیمارستان شهید یحیی‌نژاد شهر بابل و اساتید گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل تشکر و قدردانی می‌گردد.

محرک‌ها اقدام کنند و میزان بروز احساسات ناخوشایند خود را کاهش داده و با خودمدیریتی، احساسات خوشایندشان را افزایش دهند. محدودیت‌های مطالعه حاضر، شامل محدود بودن نمونه به شهرستان بابل و استفاده از ابزارهای خودگزارشی (پرسشنامه) بود. همچنین با توجه به روش پژوهش به کار رفته (روش علی-مقایسه‌ای)، به دلیل عدم کنترل برخی متغیرها بر نتایج داده‌ها در این روش، در استنباط روابط متغیرها باید جانب احتیاط را رعایت نمود. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود روان‌پزشکان و روان‌درمانگران در مداخلات درمانی خود با بیماران مبتلا به اختلالات پانیک و افسردگی به متغیرهای سه‌گانه آگاهی بدنی، تنظیم هیجان و خودمدیریتی توجه کرده و با شناسایی افرادی که دشواری‌هایی در تنظیم هیجان دارند یا آگاهی بدنی و خودمدیریتی پایینی دارند، از پیشرفت این اختلالات پیشگیری کرده و آن‌ها را در مراحل اولیه مهار کرده و زمینه را برای تشدید علائم اختلال و ابتلا به دوره‌های پیشرفته بیماری از بین ببرند، تا از یک سو افراد مبتلا به این اختلالات زندگی با کیفیت‌تری را تجربه کرده و از سوی دیگر، از بار اقتصادی و روانی ناشی از بیماری در خانواده‌های درگیر و جامعه کاسته شده تا از این طریق بتوان سلامت روانی خانواده‌ها و جامعه را نیز بهبود بخشید.



## منابع

هاشمی، تورج، محمودعلیلو، مجید، حسین‌زاده، سولماز، و ماشینی عباسی، نعیمه (۱۳۹۴). نقش راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و روان‌نژندگرایی و برونگرایی در نشانه‌های پانیک. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۳۴(۴)، ۱۹۵-۲۱۸.

[https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_3994.html](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_3994.html)  
خرمائی، فرهاد، کلاتری، شکیبیا، و فرمانی، اعظم (۱۳۹۴). مقایسه‌ی مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب منتشر و افراد بهنجار. *مجله طب جنوب*، ۱۸(۴)، ۷۷۳-۷۸۵.

<http://ismj.bpums.ac.ir/article-1-719-fa.html>  
محمودی، مریم، نادری، یزدان، و مسعودزاده، عباس (۱۳۹۵). اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بیماران مبتلا به اختلال وحشتزدگی به عنوان مکمل دارو: یک کارآزمایی بالینی کنترل شده. *مجله مطالعات علوم پزشکی*، ۲۷(۱۱)، ۹۵۸-۹۵۰.

<http://umj.umsu.ac.ir/article-1-3600-fa.html>  
منتظری، علی، موسوی، سید جواد، امیدواری، سپیده، طاووسی، محمود، هاشمی، اکرم، و رستمی، طاهره (۱۳۹۲). افسردگی در ایران: مرور نظام مند متون پژوهشی. *پایش*، ۱۲(۶)، ۵۶۷-۵۹۴.

<http://payeshjournal.ir/article-1-333-fa.html>  
نظری، رسول، انوری، محمود، و ابودردا، زینب (۱۳۹۷). اثر استحکام ذهنی بر مهارت‌های مدیریتی، خود‌مدیریتی و کارآمدی عملکردی مدیران ورزشی. *مطالعات مدیریت رفتار سازمانی در ورزش*، ۵(۲)، ۵۷-۶۷.

<https://dori.net/dor/20.1001.1.25384023.1397.5.2.5.0>  
برات‌پور، شهرزاد، و دشت‌بزرگی، زهرا (۱۳۹۹). تاثیر توانبخشی شناختی بر کیفیت زندگی، انعطاف‌پذیری روانشناختی و نگرانی سلامتی در مبتلایان به اختلال پانیک. *نشریه پژوهش‌های توانبخشی در پرستاری*، ۷(۲)، ۱۰-۱۹.

<http://ijrn.ir/article-1-610-fa.html>

## References

Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., & Valentiner, D. P. (2007). The short health anxiety inventory in an undergraduate sample: Implications for a cognitive-behavioral model of hypochondriasis. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 871-883. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9058-1>

Aderanti, R. A., & Hassan, T. (2011). Differential effectiveness of cognitive restructuring and self-management in the treatment of adolescents. *The Romanian Journal of Psychology, Psychotherapy and Neuroscience*, 1(1), 193-217.

<https://www.researchgate.net/publication/248070021>

Anderson, L. M., Reilly, E. E., Gorrell, S., Schaumberg, K., & Anderson, D. A. (2016). Gender-based differential item function for the difficulties in emotion regulation scale. *Personality and Individual Differences*, 92, 87-91. <https://doi:10.1016/j.paid.2015.12.016>

Anie, K. A., Green, J., Tata, P., Fotopoulos, C. E., Oni, L., & Davies, S. C. (2002). Self-help manual-assisted cognitive behavioural therapy for sickle cell disease. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 30(4), 451-458. <https://doi.org/10.1017/S135246580200406X>

Baratpour, S., & DashtBozorgi, Z. (2020). The effectiveness of cognitive rehabilitation on quality of life, psychological flexibility and health worry in patients with panic disorder. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*, 7(2), 10-19. <http://ijrn.ir/article-1-610-en.html>

Courtois, I., Cools, F., & Calsius, J. (2015). Effectiveness of body awareness interventions in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 19(1), 35-56. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbmt.2014.04.003>

Dejonckheere, E., Kalokerinos, E. K., Bastian, B., & Kuppens, P. (2019). Poor emotion regulation ability mediates the link between depressive symptoms and affective bipolarity. *Cognition and Emotion*, 33(5), 1076-1083. <https://doi.org/10.1080/02699931.2018.1524747>

Diehl, J. M., Smoski, M. J., & Zimmerman, M. (2022). Emotion regulation difficulties link trait resilience and symptoms of depression and anxiety in psychiatric outpatients. *Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 34(4), 245-253. <https://doi.10.12788/acp.0086>

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26, 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>

Held-Poschardt, D., Sterzer, P., Schlagenhaut, F., Pehrs, C., Wittmann, A., Stoy, M., ... & Ströhle, A. (2018). Reward and loss anticipation in panic disorder: An fMRI study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*,

- 271, 111-117.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2017.11.005>
- Hashemi, T., Mahmoodaliloo, M., Hosseinzadeh, S., & Mashinchi, N. (2015). Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies, Neuroticism and Extroversion in Panic Symptoms. *Journal of Modern Psychological Researches*, 9(34), 195-218. [https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_3994.html?lang=en](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_3994.html?lang=en)
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness*. Hachette UK.
- Kendler, K. S., & Prescott, C. A. (2007). *Genes, environment, and psychopathology: Understanding the causes of psychiatric and substance use disorders*. Guilford Press.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Liu, J., Swartz, M., & Blazer, D. G. (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *The British journal of psychiatry*, 168(S30), 17-30. <https://doi.org/10.1192/S0007125000298371>
- Khalsa, S. S., Feinstein, J. S., Li, W., Feusner, J. D., Adolphs, R., & Hurlmann, R. (2016). Panic anxiety in humans with bilateral amygdala lesions: pharmacological induction via cardiorespiratory interoceptive pathways. *Journal of Neuroscience*, 36(12), 3559-3566. doi: <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.4109-15.2016>
- Khormaei, F., Kalantari, S., & Farmani, A. (2015). The comparison of the Facets of Mindfulness among Patients with Major Depression, Generalized anxiety Disorder and Normal Individuals. *ISMJ*, 18(4), 773-785. <http://ismj.bpums.ac.ir/article-1-719-en.html>
- Kong., He Y, Auerbach RP, McWhinnie C. Xiao J. Rumination and depression in chinese university students: The mediating role of over general autobiographical memory. *Personality and Individual Differences*. 2015; 77(1): 221-224. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.09.035>
- Lenoci, J. M., Telfair, J., Cecil, H., & Edwards, R. R. (2002). Self-care in adults with sickle cell disease. *Western Journal of Nursing Research*, 24(3), 228-245. <https://doi.org/10.1177/0193945022204587>
- Mahmoudi M, Naderi Y, Masoudzadeh A. (2017). The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy as an adjunct to pharmacotherapy in Patients with Panic Disorder: A randomized control trial. *Studies in Medical Sciences*, 27 (11):950-958. <http://umj.umsu.ac.ir/article-1-3600-en.htmlM>
- Mehling, W. E., Gopisetty, V., Daubenmier, J., Price, C. J., Hecht, F. M., & Stewart, A. (2009). Body awareness: construct and self-report measures. *PLoS one*, 4(5), e5614. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0005614>
- Melyani, M. (2013). Mindfulness based cognitive therapy versus cognitive behavioral therapy on residual symptoms in recurrent depression. *International Journal of Behavioral Sciences*, 7(2), 159-166. [http://www.behavsci.ir/article\\_67818.html](http://www.behavsci.ir/article_67818.html)
- Montazeri, A., Mousavi, S. J., Omidvari, S., Tavousi, M., Hashemi, A., & Rostami, T. (2013). Depression in Iran: a systematic review of the literature (2000-2010). *Payesh (Health Monitor)*, 12(6), 567-594. <http://payeshjournal.ir/article-1-333-en.html>
- Na, K. S., Cho, S. E., & Cho, S. J. (2021). Machine learning-based discrimination of panic disorder from other anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 278, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.027>
- Nazari, R., Anvari, M., & Aboodarda, Z. (2018). Effect Mental Strength on Management Skills, Self-Management and Efficiently Performance Sport Managers. *Organizational Behavior Management in Sport Studies*, 5(2), 57-67. [https://fmss.journals.pnu.ac.ir/article\\_4684.html?lang=en](https://fmss.journals.pnu.ac.ir/article_4684.html?lang=en)
- Oh, B., Choi, S. M., Inamori, A., Rosenthal, D., & Yeung, A. (2013). Effects of qigong on depression: a systemic review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013. <https://doi.org/10.1155/2013/134737>
- Omotunde, E. E., Philomena, O., & Oliha, J. (2015). Effects of self-management and social skills training on the reduction of adolescents' conduct disorder. *International Journal of Education and Practice*, 3(3), 129-142. <https://ideas.repec.org/a/pkp/ijoeap/v3y2015i3p129-142id493.html>
- Peterson, L. G., & Pbert, L. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 149(7), 936-943. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.7.936>
- Price, C. J., Merrill, J. O., McCarty, R. L., Pike, K. C., & Tsui, J. I. (2020). A pilot study of mindful body awareness training as an adjunct to office-based medication treatment of opioid use disorder.

- Journal of Substance Abuse Treatment*, 108, 123-128. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.05.013>
- Qian, G., Wu, Y., Wang, W., Li, L., Hu, X., Li, R., ... & Dou, G. (2022). Parental psychological control and adolescent social problems: The mediating effect of emotion regulation. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.995211>
- Rivest-Gadbois, E., & Boudrias, M. H. (2019). What are the known effects of yoga on the brain in relation to motor performances, body awareness and pain? A narrative review. *Complementary therapies in Medicine*, 44, 129-142. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.03.021>
- Roth, G., Vansteenkiste, M., & Ryan, R. M. (2019). Integrative emotion regulation: Process and development from a self-determination theory perspective. *Development and psychopathology*, 31(3), 945-956. <https://doi:10.1017/S0954579419000403>
- Sawchuk, C. N., Roy-Byrne, P., Noonan, C., Craner, J. R., Goldberg, J., Manson, S., ... & AI-SUPERPPF Team. (2017). Panic attacks and panic disorder in the American Indian community. *Journal of anxiety disorders*, 48, 6-12. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.10.004>
- Schauder, K. B., Mash, L. E., Bryant, L. K., & Cascio, C. J. (2015). Interoceptive ability and body awareness in autism spectrum disorder. *Journal of experimental child psychology*, 131, 193-200. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2014.11.002>
- Shields, S. A., Mallory, M. E., & Simon, A. (1989). The body awareness questionnaire: reliability and validity. *Journal of personality Assessment*, 53(4), 802-815. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5304\\_16](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5304_16)
- Sirois, F., Bann, C., & Walsh, E. (2012). OA12. 04. The role of mind-body awareness in complementary and alternative medicine (CAM) outcomes. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 12(1), 1-1. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-12-S1-O48>
- Solano Lopez, A. L., & Moore, S. (2019). Dimensions of body-awareness and depressed mood and anxiety. *Western journal of nursing research*, 41(6), 834-853. <https://doi.org/10.1177/0193945918798374>
- Sussman, S., Dent, C. W., & Leu, L. (2000). The one-year prospective prediction of substance abuses and dependence among high-risk adolescents. *Journal of substance abuse*, 12(4), 373-386. [https://doi.org/10.1016/S0899-3289\(01\)00053-0](https://doi.org/10.1016/S0899-3289(01)00053-0)