

سبک‌های ابراز هیجان و باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی

محمود طباطبایی^۱، سپیده معماریان^۲، مهناز غیاثی^۳، عباس عطاری^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: اختلال افسردگی اساسی، دارای تأثیر همه جانبه‌ی جسمی و روان‌شناختی بر روی مبتلایان به آن اختلال می‌باشد. از جمله حوزه‌های این تأثیر که در روابط درون‌فردی و بین‌فردی مبتلایان نقش حایز اهمیتی دارد، سبک‌های ابراز هیجان و باورهای فراشناختی است. هدف مطالعه حاضر بررسی سبک‌های ابراز هیجان و تأثیر آن‌ها بر راهبردهای فراشناختی در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی بود.

مواد و روش‌ها: در یک مطالعه مورد-شاهد که در پاییز ۱۳۸۸ در شهر سمنان انجام شد، تعداد ۴۷ بیمار با تشخیص افسردگی اساسی بر اساس معیارهای DSM IV-TR دچار اختلال افسردگی اساسی به صورت پی در پی انتخاب و با ۴۰ نفر به عنوان گروه شاهد از میان دانشجویان بومی دانشگاه سمنان که هیچ نشانه‌ای از افسردگی نداشتند، مقایسه شدند. کلیه‌ی آزمودنی‌ها به کمک پرسش‌نامه‌های فراشناخت، ابراز‌گری هیجانی، کنترل هیجانی و دوسوگرایی در ابراز‌گری هیجانی مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها به کمک روش‌های آماری همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس یک راهه تحلیل شدند.

یافته‌ها: بر اساس نتایج به دست آمده، بین باورهای فراشناختی و سبک‌های ابراز هیجان افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و دانشجویان غیر افسرده، تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($P < 0/05$). همچنین، مؤلفه‌های ابراز هیجان منفی، نشخوار یا مرور ذهنی، دوسوگرایی در ابراز هیجان مثبت و دوسوگرایی در ابراز استحقاق و سایر مؤلفه‌های باورهای فراشناختی، بین دو گروه مورد مطالعه، تفاوت معنی‌دار داشتند ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: بر اساس این پژوهش به نظر می‌رسد ناکارآمدی افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، مربوط به چگونگی باورهای فراشناختی و نحوه‌ی ابراز هیجان‌شان می‌باشد. بنابراین، با توجه به این که بیماران یاد شده، به تحریف وقایع و پدیده‌ها می‌پردازند و از طرفی فاقد مهارت‌های مورد نیاز برای تعبیر احساسات خود هستند، در کشمکش درونی بین نحوه‌ی باورهای فراشناختی و ابراز هیجان گرفتار شده، نه تنها در درک احساسات خود با مشکل مواجه می‌شوند، بلکه طی پردازش هیجانی از تمایلاتشان برای عمل بر اساس هیجان، خودآگاهی دقیقی ندارند.

واژه‌های کلیدی: اختلال افسردگی اساسی، ابراز‌گری هیجانی، کنترل هیجانی، باورهای فراشناختی

ارجاع: طباطبایی سید محمود، معماریان سپیده، غیاثی مهناز، عطاری عباس. سبک‌های ابراز هیجان و باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال

افسردگی اساسی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۲؛ ۱۱(۵): ۴۴

دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۰۴/۲۵

پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۰۴

۱. استاد، گروه روان‌پزشکی، واحد راهبردی معاونت آموزشی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران (نویسنده مسؤل)

Email: smtabataba_md@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

۳. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

۴. استاد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

بر اساس متون مربوط به تاریخ پزشکی، اختلال‌های خُلقی (MDD یا Mood Disorders) از دوران پیش از میلاد مسیح، به عنوان شایع‌ترین بیماری روانی شناخته شده بود (۱). یکی از انواع اختلال‌های خُلقی، اختلال افسردگی اساسی (MDD) است که به دلیل شیوع فراوان آن، اصطلاحاً به عنوان «سرماخوردگی روان‌پزشکی» شناخته می‌شود (۲). آمار و اطلاعات متون تخصصی نشان می‌دهند که از هر ۱۰۰ نفر جمعیت عمومی، تقریباً ۱۳ مرد و ۲۱ زن در مقطعی از زندگی خود به این اختلال مبتلا می‌شوند (۳). اگرچه اراییه‌ی تعریف دقیقی از اختلال افسردگی اساسی آسان نیست (۴) اما بر مبنای متون تخصصی می‌توان گفت در اختلال افسردگی اساسی، خُلق ملول به صورت دل‌تنگی شدید یا بی‌علاقگی زیاد به جنبه‌های قبلاً لذت‌بخش زندگی پدیدار شده و می‌تواند همراه با اختلال در الگوی طبیعی خواب، کندی حرکتی- روانی یا بی‌قراری، فقدان انرژی جسمی و روانی، احساس بی‌ارزشی، مشکل در تمرکز حواس و افکار یا تمایل به خودکشی باشد (۵). پژوهش‌ها نشان می‌دهند این اختلال می‌تواند تحت‌تأثیر باورهای فراشناختی (metacognitive belief) و سبک‌های ابراز هیجان (Emotion Expression Style) قرار گیرد. فراشناخت، یک مفهوم چندوجهی است که شامل دانش، پردازش و راهبردهایی می‌شود که ارزیابی، نظارت یا کنترل شناخت را برعهده دارند (۶). باورهای فراشناختی که در این فرایند فعال می‌گردند عبارت هستند از باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی، باورهای منفی درباره‌ی نگرانی مرتبط با کنترل‌ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی ضعیف، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی (۷).

بر اساس مطالعات Nelson و Narest که در دهه‌ی پیش انجام شده است، پردازش شناختی روی دو یا بیشتر از دو سطح مرتبط به هم یعنی فراسطح و سطح عینی عمل می‌کند (۸). جریان اطلاعات، سطح فراتر را از حالت سطح عینی مطلع می‌سازد (۹). این ارتباط، در شناخت اختلال‌های روانی امر مهمی می‌باشد (۱۰). در این راستا، شوارتز و کلور در تأیید آثار تغییر احساسات بر شناخت، از طریق هیپنوتیزم و کاهش

احساس عدم اطمینان، به اثربخشی هیجانات بر باورهای فراشناختی دست یافتند (۱۱). حالت افسردگی در مدل فراشناختی، با شکست در ارزیابی برای تحقق اهداف فردی مرتبط است. خودتمرکزی و نشخوار فکری در این مدل، نه تنها منجر به منحرف کردن توجه از راهبردهای سازگار مقابله‌ای می‌شوند، بلکه در عدم کارآمدی فراشناختی هم نقش دارند و فرد را به این سمت می‌برند که انعطاف در پردازش کارآمد را از دست می‌دهد (۱۲). طبق پژوهش‌های گذشته، چون احتمالاً بیماران مبتلا به افسردگی اساسی از عودهای مکرر اختلال خود نگران هستند، خودتمرکزی غیرمفید، نظارت بر نشانه‌ها و علائم افسردگی و تعبیر و تفسیرهای غلط درباره‌ی حالت‌های درونی را حفظ می‌نمایند که این امر بر عود مجدد افسردگی و طولانی شدن ابتلا به آن اثر می‌گذارد، چون می‌تواند منجر به تجدید نشخوار فکری گردد (۱۳). مطالعات نشان داده است که استفاده از راهبردهای کنترلی فراشناختی در افراد مبتلا به افسردگی، پس از درمان با پیامدهای ضعیف‌تر این اختلال همراه بوده است. بنابراین، راهبردهای فراشناختی با آسیب‌پذیری هیجانی و بهبودی ارتباط مثبت دارند (۱۴) و می‌توانند بر اختلال افسردگی تأثیرگذار باشند. لازم به ذکر است که هیجان، احساس ذهنی است که بر افکار، رفتار و فیزیولوژی تأثیر می‌گذارد و از آن‌ها تأثیر می‌پذیرد (۱۵). با توجه به این که ابراز هیجان بر سلامت روان تأثیر به‌سزایی دارد، بررسی سبک‌های ابراز هیجان از جمله ابرازگری هیجانی، کنترل هیجانی و دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی، در ارتباط با باورهای فراشناختی در اختلال افسردگی اساسی امری ضروری تلقی می‌شود. Wells و Matthew (۹) از این ایده که هیجان می‌تواند برای اختلالات روان‌شناختی، اطلاعات فراشناختی فراهم سازد استفاده کردند و هیجان را عاملی برای انتخاب سوگیرانه‌ی طرح‌ها به منظور پردازش، به‌ویژه در سطح ضمنی برشمردند. هرچه هیجان آشکارتر باشد، بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، بیشتر تمایل دارند از اطلاعات هیجان‌محور به عنوان راهنمایی برای تنظیم راهبردهای مقابله‌ای (coping strategies) اجرایی که ممکن است ناکارآمد هم باشند استفاده کنند. در این راستا، Williams

به اختلال افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به روان‌پزشک در شهر سمنان در پاییز ۱۳۸۸. گروه نمونه‌ی دانشجویان، ۴۰ نفر در محدوده‌ی سنی ۲۰ - ۳۴ سال (میانگین = ۲۲، انحراف استاندارد = ۵/۴۴) در مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد بودند. عدم ابتلای این گروه به اختلال افسردگی اساسی یا سایر اختلالات روان‌پزشکی، با استفاده از ملاک‌های DSM IV-TR بررسی شد. گروه افسرده، شامل ۴۷ نفر در محدوده‌ی سنی ۲۰-۳۴ سال (میانگین = ۲۴، انحراف استاندارد = ۷/۹۱) با مدرک تحصیلی دیپلم تا کارشناسی ارشد بودند که از نظر جنسیت، متناسب با دانشجویان غیر افسرده و بر اساس تشخیص متخصص روان‌پزشکی، طبق معیارهای DSM IV-TR دچار اختلال افسردگی اساسی (MDD) بودند. افراد شرکت‌کننده در پژوهش، به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود و خروج نمونه برای هر دو گروه عبارت بود از داشتن حداقل تحصیلات دیپلم و قرار داشتن در محدوده سنی ۲۰ تا ۴۰ سال. همچنین، ملاک‌های خروج برای گروه دارای افسردگی اساسی شامل عدم ابتلا به اختلال‌های شخصیت، عدم ابتلا به سایکوز و عدم سوءمصرف مواد بود. افرادی هم که به دلایلی تمایل به شرکت در پژوهش نداشتند، از فرایند نمونه‌گیری کنار گذاشته شدند. کفایت حجم نمونه، با توجه به سطح آلفا، توان آماری و میزان تفاوت دو گروه بررسی شد. مشاهده گردید که توان آماری برابر ۰/۹۶ بود و در سطح آلفای ۰/۰۵ میزان تفاوت برابر ۰/۰۰ حاصل گردید و میزان تفاوت نیز برابر ۰/۱۵ به دست آمد. داده‌ها به کمک روش‌های آماری همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس یک راهه تحلیل شد. در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱ - پرسش‌نامه‌ی ابرازگری هیجانی (EEQ) یا

Emotional Expressive Questionnaire): این پرسشنامه که توسط King و Emmons به منظور بررسی اهمیت نقش ابراز هیجان در بزرگسالان طراحی شده است، شامل سه زیر مقیاس ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی در ۱۶ گویه می‌باشد. دامنه‌ی پاسخ، از «کاملاً موافق» تا «کاملاً مخالف» در طیف لیکرت، متغیر است. پایایی (reliability) این پرسش‌نامه با استفاده از روش همسانی درونی (internal

Mathews و Macleod، Watts در پژوهشی در رابطه با شناخت مرتبط با افسردگی وابسته به صفت (بالینی) (trait) و افسردگی وابسته به حالت (state) در مدل توجه و حافظه مشاهده کردند که افسردگی وابسته به حالت، باعث ارزیابی‌های منفی از محرک‌ها می‌شود، در حالی که، افسردگی بالینی بسط موارد منفی را تسهیل می‌کند (۱۶). لازم به توضیح است که افسردگی مرتبط با صفت، به عنوان ویژگی کاهش خلق به صورت پایدار یا نسبتاً غیر قابل تغییر در نظر گرفته می‌شود که به طور دایم همراه فرد است. افسردگی وابسته به حالت نیز، احساس موقتی داشتن خلق افسرده است که در لحظه حاضر در جریان است و گاهی ممکن است تا چند هفته به طول انجامد. بنابراین، می‌توان پی برد که هیجان‌ها می‌توانند بر کارکردهای کنترل و نظارت فراشناختی در افسردگی اثر بگذارند و به وخیم‌تر شدن این اختلال منجر گردند. Brockmeyer و همکاران گزارش دادند که افراد افسرده در مقایسه با افراد غیرافسرده، دوسوگرایی بالاتری در ابراز هیجانی داشتند و سطوح دوسوگرایی در ابراز هیجان به عنوان یک ساختار مرکزی در افسردگی، با آن رابطه مثبت داشت (۱۲). در پژوهش Wells و Carter بین فراشناخت و نگرانی در افسردگی؛ در مطالعه Spada و همکاران بین ابعاد فراشناختی و افسردگی؛ در بررسی Cartwright-Hatton و همکاران بین اعتقادات فراشناختی با نشانه‌های هیجانی؛ در پژوهش Spada و همکاران بین فراشناخت و هیجان منفی ارتباط معنی‌داری مشاهده شد (۲۰-۱۷). همچنین، مطالعه Roelofs و همکاران تأثیر فراشناخت بر افسردگی را نشان داد (۲۱).

با توجه به پیشینه محدودی در مورد سبک‌های ابراز هیجان و باورها فراشناختی وجود دارد و پراکندگی یافته‌ها ضرورت این پژوهش به نظر رسید. بنابراین، هدف پژوهش حاضر، بررسی باورهای فراشناختی و سبک‌های ابراز هیجان در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود.

مواد و روش‌ها

روش این مطالعه از نوع مورد-شاهد بود. جامعه‌ی آماری عبارت بود از دانشجویان بومی دانشگاه سمنان و همچنین، بیماران مبتلا

پرسشنامه توسط رفیعی‌نیا و رسول‌زاده طباطبایی (۲۲) ۰/۸۷ و توسط کینگ و امونز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۹ گزارش شد. کینگ و امونز بین این پرسش‌نامه با مقیاس دوسوگرایی شدید رالین (Ralin) و پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک، همبستگی مثبت معنی‌دار یافتند (۲۳).

۴ - پرسش‌نامه‌ی فراشناخت (MCQ یا Meta-Cognitive Questionnaire):

این پرسش‌نامه توسط Wells و Cartwright-Hatton به منظور سنجش باورهای افراد در مورد افکارشان ساخته شده است و حیطه‌های فراشناختی زیر را در پنج مقیاس جداگانه اندازه‌گیری می‌کند: ۱. باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی ۲. باورهای منفی درباره‌ی نگرانی مرتبط با کنترل‌ناپذیری و خطر، ۳. اطمینان شناختی ضعیف، ۴. نیاز به کنترل افکار، ۵. خودآگاهی شناختی. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های آن از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گسترده است. همبستگی بازآمایی به این شرح گزارش شده است: نمره کلی برابر با ۰/۷۵، مقیاس باورهای مثبت برابر با ۰/۷۹، کنترل‌ناپذیری / خطر برابر با ۰/۵۹، اطمینان شناختی برابر با ۰/۶۹، لزوم کنترل افکار برابر با ۰/۷۴ و خودآگاهی شناختی برابر با ۰/۸۷. نسخه‌ی ایرانی فرم کوتاه پرسش‌نامه‌ی فراشناخت توسط شیرین‌زاده مورد بررسی قرار گرفته و خصوصیات روان‌سنجی آن نیز قابل قبول گزارش شده است (۲۶).

یافته‌ها

خلاصه نتایج داده‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه دارای اختلال افسردگی اساسی و دانشجویان

گروه	سن		تحصیلات		معدل		وضعیت تأهل	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	متاهل (درصد)	مجرد (درصد)
اختلال افسردگی اساسی	۲۴	۷/۹۱	۱۵/۰۶	۱/۱۳	۱۵/۴۱	۱/۲۳	۵۹/۶۰	۴۰/۴۰
دانشجویان	۲۲/۳۳	۵/۴۴	۱۵/۶۵	۱/۰۵	۱۶/۳۲	۱/۲۳	۳۹/۷۰	۶۰/۳۰

consistency) و محاسبه‌ی ضریب آلفای کرونباخ ۶۸ درصد گزارش شده است (۲۲). کینگ و امونز ضریب آلفای کرونباخ را برای این پرسش‌نامه ۰/۷۰ عنوان کردند و طی بررسی روایی همگرا (convergent validity) میان پرسش‌نامه‌ی ابرازگری هیجانی، پرسش‌نامه‌ی شخصیت چند بعدی (MPQ) یا مقیاس عاطفه‌ی مثبت برادبرن (BPAS یا Braud Burn Multidimensional Personality Questionnaire)، و مقیاس عاطفه‌ی مثبت (Positive Affect Scale) همبستگی مثبت یافتند (۲۳).

۲ - پرسش‌نامه‌ی کنترل هیجانی (ECQ یا Emotional Control Questionnaire)

پرسش‌نامه، توسط راجر و نشوور (۲۴) تنظیم و توسط راجر و نجاریان مورد تجدیدنظر قرار گرفت (۲۵). پرسش‌نامه‌ی کنترل هیجانی دارای ۵۶ گویه و چهار زیر مقیاس شامل بازداری هیجانی، کنترل پرخاشگری، نشخوار یا مرور ذهنی و کنترل خوش‌خیم است. گزینه‌های پاسخ، به صورت درست (نمره‌ی یک) و غلط (نمره‌ی صفر) می‌باشد. پایایی، با استفاده از روش همسانی درونی و محاسبه‌ی ضریب آلفای کرونباخ ۶۸ درصد به دست آمد. راجر و نجاریان همسانی درونی را ۰/۷۷ به دست آوردند (۲۵).

۳ - پرسش‌نامه‌ی دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی (AEEQ یا Ambivalence over Emotional Expressiveness Questionnaire)

این پرسش‌نامه توسط کینگ و امونز با ۲۸ گویه و زیرمقیاس‌های دوسوگرایی در ابراز هیجان مثبت و دوسوگرایی در ابراز استحقاق (entitlement expressiveness) ساخته شده است. دامنه‌ی پاسخ از «هرگز» تا «همیشه» در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای قرار دارد. پایایی این

دارای اختلال افسردگی اساسی و دانشجویان غیر افسرده، در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

نتایج ضرایب پیرسون به منظور بررسی رابطه‌ی باورهای فراشناختی و سبک‌های ابراز هیجان (شامل جمع نمرات پرسش‌نامه‌های ابراز‌گری هیجانی، کنترل هیجانی و دوسوگرایی در ابراز‌گری هیجانی) در هر یک از دو گروه

جدول ۲. همبستگی سبک‌های ابراز هیجان و فراشناخت در هر یک از دو گروه دارای اختلال افسردگی اساسی و دانشجویان

گروه	متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	ضریب همبستگی	سطح معناداری
اختلال افسردگی اساسی	سبک‌های ابراز هیجان	۴۷	۱۷۳/۳۴	۱۸/۱۵	۰/۳۷	**۰/۰۰۹
	باورهای فراشناختی	۴۷	۱۵۰/۲۱	۲۶/۱۶		
دانشجویان	سبک‌های ابراز هیجان	۴۰	۱۶۶/۲۰	۱۶/۰۶	۰/۳۸	۰/۰۲
	باورهای فراشناختی	۴۰	۱۲۹/۲۷	۲۴/۹۷		

** ($P < 0.01$)

مشاهده می‌گردد. همچنین، در مؤلفه‌ی دوسوگرایی در ابراز هیجان مثبت متعلق به دوسوگرایی در ابراز‌گری هیجانی، در دو گروه مورد بررسی در پژوهش، تفاوت معنی‌دار است و در نهایت، با توجه به تمامی مؤلفه‌های باورهای فراشناختی، بین دو گروه دارای اختلال افسردگی اساسی و دانشجویان غیر افسرده، تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0.05$).

تفاوت باورهای فراشناختی و سبک‌های ابراز هیجان افراد دارای اختلال افسردگی اساسی و دانشجویان، در جدول ۲ نشان داده شده است. بین افراد دارای اختلال افسردگی اساسی و دانشجویان غیر افسرده از نظر مؤلفه‌ی ابراز هیجان منفی متعلق به سبک ابراز‌گری هیجانی، تفاوت معنی‌دار وجود دارد. از سوی دیگر، بین این دو گروه در مؤلفه‌ی مرور ذهنی که متعلق به کنترل هیجانی است، تفاوت معنی‌دار وجود

جدول ۳. تحلیل واریانس یک راهه از نظر ابراز‌گری هیجانی، کنترل هیجانی، دوسوگرایی در ابراز‌گری هیجانی و باورهای فراشناختی افراد دارای اختلال افسردگی اساسی و دانشجویان

منبع	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
ابراز‌گری هیجانی	ابراز هیجان مثبت	۴۲/۸۳	۱	۴۲/۸۳	۱/۸۳	۰/۱۷
	درون‌گروهی	۱۹۸۶/۰۸	۸۵	۲۳/۳۶		
	کل	۲۰۲۸/۹۲	۸۶			
ابراز صمیمیت	ابراز صمیمیت	۳/۱۴	۱	۳/۱۴	۰/۲۲	۰/۶۳
	درون‌گروهی	۱۱۷۸/۴۴	۸۵	۱۳/۸۶		
	کل	۱۱۸۱/۵۸	۸۶			

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منابع تغییرات	منبع
* / ۰.۰۳	۲/۳۸	۲۰/۴۰	۱	۲۰/۴۰	بین گروهی	ابراز هیجان منفی
		۸/۵۶	۸۵	۷۲۷/۵۹	درون گروهی	
			۸۶	۷۴۸/۰۰	کل	
کنترل هیجانی						
* / ۰.۳۳	۰/۹۲	۴/۶۶	۱	۴/۶۶	بین گروهی	بازداری هیجانی
		۵/۰۲	۸۵	۴۲۶/۷۲	درون گروهی	
			۸۶	۴۳۱/۳۷	کل	
* / ۰.۷۲	۰/۱۲	۰/۸۶	۱	۰/۸۶	بین گروهی	کنترل پرخاشگری
		۶/۸۸	۸۵	۵۸۴/۸۶	درون گروهی	
			۸۶	۵۸۵/۷۲	کل	
* / ۰.۰۰	۳/۴۵	۴۳/۴۸	۱	۴۳/۴۸	بین گروهی	مرور ذهنی
		۵/۷۹	۸۵	۴۹۲/۴۴	درون گروهی	
			۸۶	۵۳۵/۹۳	کل	
* / ۰.۰۶	۳/۴۵	۲۷/۵۸	۱	۲۷/۵۸	بین گروهی	کنترل خوش خیم
		۷/۹۸	۸۵	۶۷۹/۰۳	درون گروهی	
			۸۶	۷۰۶/۶۲	کل	
دوسوگرایی در ابراز هیجانی						
* / ۰.۰۴	۳/۷۳	۴۳۰/۳۷	۱	۴۳۰/۳۷	بین گروهی	دوسوگرایی در ابراز هیجان مثبت
		۱۱۵/۳۱	۸۵	۹۸۰۱/۳۷	درون گروهی	
			۸۶	۱۰۲۳۱/۷۴	کل	
* / ۰.۱۸	۱/۸۲	۶۸/۴۵	۱	۶۸/۴۵	بین گروهی	دوسوگرایی در ابراز استحقاق
		۳۷/۵۳	۸۵	۳۱۹۰/۵۳	درون گروهی	
			۸۶	۳۲۵۸/۹۸	کل	
باورهای فراشناختی						
* / ۰.۰۴	۳/۹۸	۳۹۲/۷۶	۱	۳۹۲/۷۶	بین گروهی	باورهای مثبت در مورد نگرانی
		۹۸/۴۷	۸۵	۸۳۷۰/۲۲	درون گروهی	
			۸۶	۸۷۶۲/۹۸	کل	
* / ۰.۰۰	۷/۵۱	۷۲۶/۸۰	۱	۷۲۶/۸۰	بین گروهی	کنترل ناپذیری و خطر

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منابع تغییرات	منبع
		۹۶/۷۸	۸۵	۸۲۲۶/۴۶	درون گروهی	
			۸۶	۸۹۵۳/۲۶	کل	
۰/۰۰*	۱۱/۹۹	۳۷۹/۳۵	۱	۳۷۹/۳۵	بین گروهی	اطمینان‌شناختی
		۳۱/۶۱	۸۵	۲۶۸۷/۶۳	درون گروهی	
			۸۶	۳۰۶۶/۹۸	کل	
۰/۰۰*	۱۳/۶۷	۶۴۰/۳۴	۱	۶۴۰/۳۴	بین گروهی	نیاز به کنترل افکار
		۴۶/۸۲	۸۵	۳۹۸۰/۳۶	درون گروهی	
			۸۶	۴۶۲۰/۷۱	کل	
۰/۰۲*	۵/۰۸	۳۳/۳۰	۱	۳۳/۳۰	بین گروهی	خودآگاهی شناختی
		۶/۵۵	۸۵	۵۵۷/۱۷	درون گروهی	
			۸۶	۵۹۰/۴۸	کل	

* ($P < 0.05$)

تکرار مسایل در ذهن متعلق به سبک کنترل هیجانی و مؤلفه‌های دوسوگرایی در ابراز هیجان مثبت و دوسوگرایی در ابراز استحقاق متعلق به سبک دوسوگرایی در ابراز هیجان، رابطه معنی‌دار با باورهای فراشناختی دارند و این یافته‌ها نشان می‌دهند که سبک‌های ابراز هیجان، دارای یک مؤلفه نبوده، بلکه فرایندهایی هستند که در آن‌ها هیجان‌ها می‌توانند موجب هدایت و سوگیری در شناخت گردیده، در نحوه‌ی تفکر فرد، تأثیر جدی و آشکاری ایجاد نمایند. در حالت معمول انتظار می‌رود که ابراز‌گری هیجانی، به صورت نمایش بیرونی هیجان بدون توجه به ارزش (مثبت یا منفی بودن آن) یا روش (چهره‌ای، کلامی و حالت بدنی) انجام شود. اما از آن جا که در افراد افسرده، بازداری در ابراز هیجان وجود دارد، شاهد ناکارآمدی در فرایندهای مربوط به ابراز‌گری هیجانی از جمله داشتن مشکل در ابراز هیجان منفی هستیم. به طوری که آن‌ها نمی‌توانند هیجان‌های منفی را به مقداری که متناسب با موقعیت است نشان دهند. به‌علاوه، این یافته‌ها نشان می‌دهند که فعال شدن برخی افکار و ایده‌های انعطاف‌ناپذیر، افراطی و مقاوم در بیماران افسرده، باعث نشخوار یا تکرار مسایل در ذهن می‌شوند و به دنبال آن، نشانه‌های افسردگی و سپس تغییر در نگرش و تفکر فرد پدید می‌آید. همچنین، پس

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این مطالعه، بررسی ارتباط باورهای فراشناختی با سبک‌های ابراز هیجان مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی و افراد سالم بود. نتایج به‌دست آمده در این پژوهش نشان داد که بین سبک‌های ابراز هیجان و باورهای فراشناختی در گروه افراد افسرده همبستگی معنی‌دار وجود داشت. همان‌طور که می‌دانیم افراد افسرده، به تحریف وقایع و پدیده‌ها می‌پردازند، فاقد مهارت‌های لازم برای تعبیر افکار و احساسات خود هستند، در کشمکش‌های درونی خود بین نحوه‌ی باورهای فراشناختی و ابراز هیجان گرفتار شده، نه تنها در درک احساسات خود، دچار مشکل هستند، بلکه طی پردازش هیجانی، از تمایلات خود برای عمل کردن بر اساس هیجان‌هایشان، آگاهی درست و دقیقی ندارند. در نتیجه، این بیماران دچار ناکارآمدی در چگونگی پرداختن به باورهای فراشناختی و ابراز هیجان هستند. این یافته با نتایج پژوهش‌های Williams و همکاران؛ Spada و همکاران و Roelofs و همکاران هماهنگ است (۲۱-۲۰، ۱۸، ۱۶). از دیگر نتایج به‌دست آمده این است که مؤلفه‌ی ابراز هیجان منفی متعلق به سبک ابراز‌گری هیجانی، مؤلفه‌ی نشخوار یا

امر بر طولانی شدن ابتلا به افسردگی و تجدید نشخوار فکری اثر می‌گذارد (۱۳).

لازم به ذکر است از آن‌جا که به منظور جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه استفاده شده است احتمال دارد معایب مرتبط با این ابزار از جمله عدم دقت کافی در پاسخگویی به سؤالات رخ داده باشد. از طرفی با توجه به این‌که پژوهش حاضر به صورت تجربی اجرا نشد امکان دستکاری متغیرها وجود نداشت. مطلوب است به رابطه‌ی سبک‌های ابراز هیجان با سبک‌های دلبستگی در پژوهش‌های آینده پرداخته شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود رابطه‌ی سبک‌های ابراز هیجانی و باورهای فراشناختی در اختلال‌های روانی دیگر بررسی شود.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، این نتیجه حاصل می‌شود که در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، شاهد ناکارآمدی تعامل فرایندهای درگیر در سطوح بالاتر سیستم شناختی و تنظیم هیجان هستیم، به طوری که این امر موجب می‌شود این افراد در دریافتی که از احساسات خود دارند و در نام‌گذاری آن‌ها دچار اشتباه و تحریف گردند. در نتیجه، خلق افسرده در یک مسیر معیوب ادامه می‌یابد و فرد نمی‌تواند ذهن‌آگاهی مناسبی نسبت به شناخت‌ها و هیجان‌اتش داشته باشد.

تشکر و قدردانی

از زحمات خانم دکتر سهیلا ثقفی متخصص محترم روان‌پزشکی مقیم سمنان که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند و همچنین، از بیماران محترم و دانشجویان عزیز که در تکمیل پرسشنامه‌ها و اجرای این مطالعه با ما همکاری نمودند، سپاسگزاریم.

از فعال شدن فرض‌های ناکارآمد، بیمار افسرده دچار احساس گناه و خودکم‌بینی گردیده، به دنبال آن دچار دوسوگرایی در ابراز استحقاق می‌شود. از سوی دیگر، چنان‌چه افسردگی به شدیدترین سطح خود برسد، ممکن است بیمار توانایی واکنش هیجانی مناسب را از دست داده یا بیش از حد انتظار، تحریک‌پذیر گردد و این حالت به دوسوگرایی در ابراز هیجان‌ات منجر شود و به دنبال آن، باورهای فراشناختی بیمار هم تحت تأثیر قرار بگیرند. King و Emmons (۲۳) ضمن مطالعه‌ی دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی معتقدند که یک فرد غیر ابرازگر یا ابرازگر هیجان، می‌تواند سالم باشد. این دوسوگرایی در مورد ابرازگری هیجانی است که بیماری را می‌پروراند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های Wells و Matthews؛ Clore و Parrot؛ Williams و Spada؛ Cartwright-Hatton و همکاران و همکاران هماهنگ می‌باشد (۲۷، ۲۰-۱۶، ۱۸، ۹).

از طرفی، بین دو گروه دارای اختلال افسردگی اساسی و دانشجویان غیر افسرده، با توجه به تمامی مؤلفه‌های باورهای فراشناختی تفاوت معنی‌دار وجود داشت. همان‌طور که ذکر شد، در مدل فراشناختی برای افراد افسرده، نه تنها خودتمرکزی و نشخوار فکری باعث می‌شوند که توجه از راهبردهای سازگار مقابله‌ای دور شود، بلکه فرد را به این سمت هم می‌برند که انعطاف‌پذیری در پردازش کارآمد را از دست می‌دهد (۱۲). طبق پژوهش‌های گذشته، چون بیماران مبتلا به افسردگی اساسی نگران هستند که به طور مجدد دچار عود شوند، از نظارت بر نشانه‌ها و علائم افسردگی و تعبیر و تفسیرهای غلط درباره حالت‌های درونی خود استفاده می‌نمایند که این

References

- Kaplan HI. Comprehensive textbook of psychiatry. Blotimor-Williams. Swiliking; 2003.
2.Seligman MEP. Helplessness: On depression, development and death. Sanfrancisco: Freeman; 1975.

3. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19.
4. Dadsetan P. Developmental psychopathology from infancy through adulthood. Tehran: SAMT; 2003. [In Persian].
5. Halgin RP, Whitbourne SK. Abnormal psychology. Trans. Seyed Mohammadi Y. Tehran: Ravan; 2003. [In Persian].
6. Moses LJ, Baird JA. Metacognition. In: Wilson RA, Keli FC, editors. The MIT encyclopedia of the cognitive sciences. Cambridge, MA: MIT Press; 2002.
7. Papageorgiou C, Wells A. Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self report scale. *Behav Ther* 2001; 32: 13-26.
8. Nelson TO, Narest L. Metamemory: A theoretical framework and new findings. In: Bower GH, editors. The psychology of learning and motivation. New York: Academic Press; 1990: 125-73.
9. Wells A, Matthews G. Attention and emotion, a clinical perspective. Hove: Erlbaum; 1994.
10. Mahboobi T, Mostafae A. Think and meta-cognition. Abadan: Porsesh; 2009. [In Persian].
11. Shwarz N, Clore GL. Mood, misattribution and Judgments of well-being: Informative and directive functions of affective states. *J Pers Soc Psychol* 1983; 45: 513-23.
12. Brockmeyer T, Grosse Holtforth M, Krieger T, Altenstein D, Doerig N, Friederich H, Bents H. Ambivalence over emotional expression in major depression. *Personality and Individual Differences* 2013; 54(7): 862-64.
13. Wells A. Major depressive disorder. In: Wells A, editor. Meta-cognitive therapy for anxiety and depression. New York: Guilford Press; 2008.
14. Reynolds M, Wells A. The thought control questionnaire- psychometric properties in a clinical sample, and relationships with PTSD and depression. *Psychol Med* 2000; 30: 1065.
15. Sarafino ED. Health psychology: Biopsychosocial interactions .2nd ed. New York: Wiley; 1994.
16. Williams JMG, Watts FN, Macleod C, Mathews A. Cognitive psychology and emotional disorders. Chichester: John Willy & Sons; 1988.
17. Wells A, Carter K. Further test of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, Panic disorder, Social phobia, depression, and nonpatients. *Behav Ther* 2001; 32(1): 85-102.
18. Spada MM, Mohiyeddinni SC, Wells A. Measuring metacognitions associated with emotional distress: Factor structure and predictive validity of the metacognitions questionnaire. *J of Personal Individual Differences* 2008; 45(3): 238-242.
19. Cartwright-Hatton S, Mather A, Illingworth V, Brocki J, Harrington R, Wells A. Development and preliminary validation of the meta-cognitions Questionnaire-Adolescent Version. *J Anxiety Disord* 2004; 18(3): 411-422.
20. Spada MM, Nikcevic AV, Moneta Gb, Wells A. Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Personality and Individual Differences* 2008; 44(5): 1172-81.
21. Roelofs J, Papageorgiou C, Gerber RD, Huibers M, Peeters F, Arntz A. On the links between self-discrepancies, rumination, metacognitions, and symptoms of depression in undergraduates. *Behav Res Ther* 2007; 45(6): 1295-305.
22. Rafiee Nia P, Rasool Zadeh Tabatabaee K. Relationship between emotional expressiveness styles and mental health in students. [MA Thesis]. Tehran, Iran: Tarbiat Modarres Uni; 2002.

23. King LA, Emmons RA. Conflict over emotional expression: Psychological and physical correlates. *J Person Socpsychol* 1990; 58: 864-77.
24. Roger D, Neshoever W. The construction and preliminary validation of a scale for measuring emotional control. *Personality and Individual Differences* 1987; 8(4): 527-34.
25. Roger D, Najarian B. The construction and validation of a new scale for measuring emotion control. *Personality and Individual Differences* 1989; 24(4): 531-8.
26. Shirin Z A, Goodarzi MA, Rahimi R, Naziri GH. The study of factor analysis, validity and reliability of metacognition questionnaire. *J of Psychol* 2008; 48(4): 445.
27. Clore GL, Parrot WG. Cognitive feelings and metacognitive judgments. *European Journal of Social Psychology* 1994; 24(1): 101-15.



Emotion expression styles and meta cognitive beliefs in individuals with major depressive disorder

Mahmod Tabatabaee¹, Sepideh Memarian², Mahnaz Ghiasi³, Abbas Attari⁴

Original Article

Abstract

Aim and Background: Major depressive disorder (MDD) has physically and psychological effect on individuals with that disorder. One of the effective areas is emotion expression styles and metacognitive beliefs that has important role in interpersonal and between individual relationships. The purpose of this research was study of emotion expression styles and metacognitive beliefs in individuals with MDD.

Methods and Materials: The sample population was included individuals with MDD (n=47) on base of DSM IV-TR criterions and students (n=40) in Semnan University without MDD in 2009. The devices which are aid to collecting data had Questionnaires of Meta-Cognition (MCQ), Emotional Expressiveness (EEQ), Emotional Control (ECQ), and Ambivalence over Emotional Expressiveness (AEEQ). The questionnaires data had been analyzed by use of Pearson correlation coefficient and one-way ANOVA

Findings: There was a significant difference between metacognitive beliefs and emotion expression styles in individuals with MDD and students ($P<0.05$). Also, There was a significant difference in subscales of negative emotion expressiveness, rumination or rehearsal, positive emotion expressiveness, and entitlement expressiveness significantly, were the best predictors of metacognitive beliefs between two groups ($P<0.05$).

Conclusions: The results demonstrated the effectiveness of dysfunctional in metacognitive beliefs and emotion expression in individuals with MDD that it associated with their metacognitive beliefs and emotion expression ways. Thus, they aren't accuracy mindfulness because they concentrate to events distortion. Also, individuals with MDD have not necessary skills for labeling and self feelings interpretation and involve in internal challenge between metacognitive beliefs and emotion expression.

Keywords: Major Depressive Disorder, Emotional Expressiveness, Emotional Control, Metacognition

Citation: Tabatabaee M, Memarian S, Ghiasi M, Attari A. **Emotion expression styles and meta cognitive beliefs in individuals with major depressive disorder.** J Res Behave Sci 2014; 11(5): ??

Received: 15.06.2013

Accepted: 15.11.2013

1- Professor, Department of Psychiatry, Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: smtabataba_md@yahoo.com

2- Clinical Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

3- PhD Student, Department of Psychology, Alzahra university, Tehrn, Iran

4- Professor, Behavioral Sciences Research Center, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran