مقاله تحقیقی

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره شانزدهم، شمارهٔ ۱، دی ۱۳۹۲، صفحه ۹۸-۹۲

مقایسه نقص نظریه ذهن و تنظیم هیجان در افراد افسرده و عادی

علی فخاری(PhD)[۱]، عبدالخالق میناشیری(MSc)[۱*]، جابر علیزاده گورادل(MD)[۲]

۱- مرکز تحقیقات روانپزشکی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۲- دانشکده روانشناسی، دانشگاه تبریز

دریافت: ۹۲/۱/۱۴، اصلاح: ۹۲/۲/۱۱، پذیرش: ۹۲/۴/۱۹

خلاصه

سابقه و هدف: افسردگی یک اختلال شایع در روانشناسی می‌باشد. توانایی‌های نظریه ذهن آسیب دیده و فاقد راهبرد تنظیم هیجان در بیماران افسرده گزارش شده است. این مطالعه با هدف مقایسه الگوی نقص نظریه ذهن و تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و گروه عادی انجام شد.

مواد و روشها: این مطالعه مقطعی بر روی ۴۰ فرد افسرده و ۵۰ فرد عادی انجام شد. افراد افسرده به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین بیمارانی که به کلینیک‌های تخصصی روانپزشکی شهرستان تبریز مراجعه کرده و توسط متخصص روانپزشک افسرده تشخیص داده شدند، انتخاب گردیدند و گروه کنترل از بین کارکنان دانشگاه تبریز انتخاب شدند. داده‌ها به کمک دو مقیاس ذهن خوانی از طریق چشم‌ها و آزمون تنظیم هیجان جمع آوری و مورد مقایسه قرار گرفت.

یافته ها: میانگین نمره آزمودنی ها در متغیرهای مطالعه، نظریه ذهن (افسرده :۱۲/۳۵±۲/۴۷ و افراد عادی: ۲۱/۳۰±۲/۴۷)، ارزیابی مجدد (افسرده :۱۸/۵۰±۴/۸۶و افراد عادی: ۲۵/۹۵±۴/۵۳) و سرکوب هیجان (افسرده :۲۸/۸۵±۵/۸۸و افراد عادی: ۱۵/۶۰±۲/۶۰) بدست آمد. بنابراین بیماران افسرده در مقایسه با افراد عادی در نظریه ذهن و ارزیابی مجدد نمره کمتر و در سرکوب هیجان نمره بیشتری کسب کرده بودند.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که در افراد مبتلا به افسردگی در مقایسه با افراد عادی نظریه ذهن آسیب دیده است و بیماران افسرده بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه سرکوب هیجان و کمتر از راهبرد سازگارانه ارزیابی مجدد استفاده می‌کنند.

واژه های کلیدی: نظریه ذهن، تنظیم هیجان، افسردگی.

مقدمه

افسردگی از اختلالات شایع در روانپزشکی می‌باشد، گزارش‌ها نشان می‌دهند که حدود یک سوم جمعیت جهان در مقاطعی از زندگی خود از یک دوره خفیف افسردگی رنج می‌برند (۱). سازمان بهداشت جهانی برای سال ۲۰۲۰ برآورد کرده است که افسردگی دومین علت عمده بیماری (پس از بیماری قلبی عروقی) در سراسر جهان خواهد بود. شیوع آن در طول عمر برای زنان ۲۵-۱۲٪ و برای مردان ۱۲-۵٪ گزارش شده است. افسردگی اثرات منفی چشمگیری بر عملکرد اجتماعی و شغلی افراد داشته و یکی از مهمترین ناتوانی‌ها محسوب می‌شود (۲). افرادی که از اختلالات خلقی رنج می‌برند رفتارهای غیر انطباقی را نشان می‌دهند که می‌توانند روابط با دیگران را تحت تاثیر قرار دهند و منجر به تعاملات اجتماعی منفی شوند (۳). این امر می‌تواند باعث پیشروی و افزایش علائم افسردگی شود (۴و۳). یکی از مفاهیمی که برای درک کنش اجتماعی آسیب دیده مورد استفاده قرار گرفته است مفهوم نظریه ذهن(Theory of Mind) می‌باشد (۵). نظریه ذهن به عنوان توانایی درک و پیش بینی رفتار اجتماعی دیگران از طریق نسبت دادن حالت های ذهنی به آنها تعریف شده است (۷و۶). توانایی‌های نظریه ذهن آسیب دیده در اختلالات روانپزشکی متنوعی به ویژه در اختلالات طیف اوتیسم (۸) و اسکیزوفرنیا (۹)، توصیف شده است، اما مطالعات بسیار اندکی مهارت‌های نظریه ذهن را در بیماران افسرده بررسی کرده‌اند، پژوهش‌ها در مورد توانایی رمز گشایی حالتهای ذهنی دیگران نشان می‌دهند که بیماران افسرده در تطابق تظاهرات هیجان چهره‌ای آسیب دیده می‌باشند و سوگیری در جهت یادآوری محرک‌های اجتماعی منفی نشان می‌دهند. برجسته‌ترین ویژگی افسردگی، اختلال در کنش‌وری اجتماعی است (۱۰). افراد افسرده الگویی از بدکارکردی در تعاملات بین فردی نشان می‌دهند. مطالعات قبلی گزارش کرده‌اند که نقص نظریه ذهن در بیماران افسرده هم در مرحله حاد بیماری (۱۱) و هم در دوره‌هایی از بهبود علائم بیماری وجود دارد، بیماران افسرده با نقص نظریه ذهن در خطر بالایی برای عود و کنش‌وری اجتماعی ضعیف قرار دارند (۱۲). Lee و همکاران (۱۳) گزارش کردند که زنان مبتلا به افسردگی یک قطبی نقص‌هایی را در «آزمون ذهن خوانی از طریق چشم‌ها» نشان می‌دهند. نتایج مطالعات Nejati و همکاران (۱۴) نشان داد که افراد افسرده در مقایسه با گروه کنترل سالم در آزمون ذهن خوانی از طریق چشمها و مقیاس ذهن آگاهی عملکرد ضعیفتری دارند. اختلال افسردگی اساسی (MDD) با نقص‌های معنی‌دار در توانایی رمزگشایی حالت‌های ذهنی دیگران

* مسئول مقاله:
آدرس: تبریز، دانشگاه تبریز، دانشکده روانشناسی، تلفن: ۰۴۱۱-۳۳۵۶۰۰۹
e-mail:minashiri.kh@gmail.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1392.16.1.13.9]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.1.92]

رابطه دارد (۱۶و۱۵و۱۳). انواع رمزگشایی حالتهای ذهنی «نظریه ذهن» را به وجود می‌آورد، و برای انجام تعاملات اجتماعی حیاتی هستند (۱۷). بیشتر نشانه‌ها از جمله بی‌لذتی، کندی روانی حرکتی و خلق غمگین به طور نیرومندی با نظریه ذهن آسیب دیده در MDD ارتباط دارند (۱۲).

Kerr و همکاران نقص نظریه ذهن را در ۲۰ بیمار منیک و ۱۵ بیمار اقسرده در مقابل ۱۳ بیمار دوقطبی بهبود یافته و یک گروه کنترل تشخیص دادند (۱۱). Inoue و همکاران، ۵۰ بیمار با اختلال خلق بهبود یافته (اکثرا اختلال افسردگی عمده بودند) و ۵۰ آزمودنی سالم را مورد مطالعه قرار دادند و یک نقص را در گروه عاطفی کشف کردند مولفان پیشنهاد کردند که بهبود بعد از دوره عاطفی کامل نشده و آشفتگی در فهم تعاملات اجتماعی باقی مانده است (۱۲). تعدادی از پژوهشگران پیشنهاد کرده‌اند که دوره‌های افسردگی را به عنوان زنجیره‌هایی از تنظیم هیجان ناسازگار مفهوم‌سازی نمایند (۲۰-۱۸). طبق این دیدگاه نشانگان افسردگی به عنوان زنجیره‌ای از شکست‌های افراد برای تنظیم هیجان‌هایشان به شیوه‌ای سازگارانه درنظر گرفته می‌شود. فرض شده است که تنظیم هیجان یک عامل مهم در سلامت روان و عملکرد موفق است (۲۱). مفهوم کلی تنظیم هیجان می‌تواند به عنوان «تمامی فرآیندهای درونی و بیرونی که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف او بر عهده دارند» تعریف شود (۲۲).

برجسته‌ترین مدل تنظیم هیجان، مدل فرایند Gross است. این مدل بر ویژگی‌های زودگذر تنظیم هیجان تاکید دارد، و تنظیم هیجان را در دو راهبرد مهم بررسی می‌کند: ۱- راهبردهای تنظیم هیجانی که قبل از رخداد حادثه فعال می‌شوند. ۲- راهبردهای تنظیم هیجان که بعد از رخداد حادثه یا بعد از شکل‌گیری هیجان فعال می‌شوند- سرکوب ابراز هیجان (Emotion suppression). راهبردهای تنظیم هیجان که پیش از رخداد حادثه استرس‌زا فعال می‌شوند باعث تغییر و تفسیر موقعیت به نحوی می‌شوند که پاسخ‌های هیجانی منفی مرتبط به آن موقعیت را کاهش می‌دهند این فرآیند ارزیابی مجدد (Re-evaluated) نامیده می‌شود (۲۳).

مطالعات گویای این است که راهبردهای تنظیم هیجان شناختی، پاسخ های شناختی به حوادث هیجان برانگیز هستند که به طور هشیار و ناهشیار سعی میکنند تا شدت و نوع تجربه هیجانی افراد یا خود حادثه را تغییر دهند (۲۵و۲۴). نتایج پژوهش Garnefski و همکاران نشان داد که استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار در بزرگسالان مبتلا به اختلالات روانپزشکی در بالاترین حد می‌باشد، در حالی که استفاده از راهبردهای سازگارانه در پایین‌ترین حد است و بیماران افسرده فاقد راهبرد تنظیم هیجان ارزیابی مجدد می‌باشند (۲۶). همچنین در مطالعات اولیه نشان داده شده است که ارزیابی مجدد مثبت با شاخص‌های آسیب شناسی روانی رابطه منفی دارد (۲۷). بر اساس پژوهش Garnefski و همکاران می‌توان نتیجه گرفت که بین راهبردهای ناسازگارانه نشخوار، خود سرزنش کردن، فاجعه آمیز کردن و فقدان ارزیابی مجدد مثبت با نشانگان افسردگی رابطه وجود دارد (۲۶).

بعضی از مولفان معتقدند که نقص‌های تنظیم هیجان صرفا یک همایند افسردگی حاد نیستند بلکه همچنین یک عامل خطر پایدار برای دوره های افسردگی تکرار شونده هستند (۲۸و۲۰و۱۸). عوامل شناختی مهمی در آسیب پذیری نسبت به افسردگی وجود دارد، به ویژه فرض شده است که افزایش سطوح استفاده از راهبردهای ناسازگارانه (همچون سرکوب هیجان) و مشکلات در استفاده از راهبردهای شناختی سازگارانه که به تنظیم هیجان‌های شخص کمک می‌کنند (برای مثال، ارزیابی مجدد) ممکن است نقش کلیدی در این امر داشته باشند (۲۶) بعلاوه شواهد اولیه‌ای وجود دارد که سابقه افسردگی با نابهنجاریهای گسترده در کارکرد هیجانی همچون کاهش وضوح هیجانی (۲۸) و انتظارات پایین نسبت به توانایی خود برای تنظیم هیجان‌های منفی رابطه دارد (۲۹).

با توجه به مطالب گفته شده، تقویت نقص نظریه ذهن و استفاده از راهبردهای مناسب از جانب روان شناسان و روانپزشکان در جهت هر چه بهتر کردن تنظیم هیجان در افراد افسرده، برای درمان بهتر این افراد ضرورت می‌نماید. بنابراین مطالعه حاضر به منظور بررسی و مقایسه نظریه ذهن و تنظیم هیجان در افراد عادی و افراد مبتلا به افسردگی انجام شد.

مواد و روشها

این مطالعه مقطعی بر روی تمام بیمارانیکه به کلینیک‌های تخصصی روانپزشکی شهرستان تبریز مراجعه کرده و توسط متخصص روانپزشک افسرده تشخیص داده شدند، انجام گردید. گروه کنترل از بین کارکنان دانشگاه تبریز انتخاب شدند. جامعه پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس، نمونه‌ای شامل ۹۰ نفر (۴۰ فرد افسرده و ۵۰ فرد عادی) انتخاب شدند.

بیماران از میان افرادی که به کلینیک‌های تخصصی روانپزشکی مراجعه کرده و توسط روانپزشک بر اساس مصاحبه نیمه ساخت یافته بر اساس DSM-IV-TR تشخیص افسردگی گرفته بودند، انتخاب شدند. افراد با وجود هرگونه سابقه بیماری عصب شناختی، ضربه شدید به سر، که از دست دادن هشیاری را به دنبال داشته باشد و سوءمصرف مواد از مطالعه خارج شدند. افراد با دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال و داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن وارد مطالعه شدند. همچنین گروه‌های مورد مطالعه بر اساس جنسیت، تاهل، سن و طبقه اجتماعی اقتصادی همتا شدند. در نهایت برای جمع آوری داده‌ها دو مقیاس ذهن خوانی از طریق چشم‌ها و آزمون تنظیم هیجان به دو گروه ارائه شد تا آن‌ها را تکمیل کنند.

برای سنجش نظریه ذهن از «نسخه کامپیوتری تست تجدید نظر شده ذهن خوانی از طریق چشم‌ها Baron-Cohen (۸) استفاده شد. فرم تجدید نظر شده این تست (فرم ۳۶ آیتمی) شامل عکس هایی از ناحیه چشم هنرپیشه های زن و مرد است. با هر آیتم چهار توصیف حالت ذهنی (یک حالت هدف و سه حالت انحرافی با همان ارزش هیجانی) ارایه می شود. تنها با استفاده از اطلاعات بینایی از پاسخ دهندگان خواسته می شود کلمه ای که بهترین توصیف کننده فکر یا احساس چشم هاست را انتخاب کنند. برای نمره گذاری به هر جواب صحیح نمره یک تعلق می گیرد و نمرات بین دامنه صفر و ۳۶ قرار می گیرند. نمره بین ۳۰-۲۲ نشانگر نظریه ذهن متوسط، نمره کمتر از ۲۲ نشانگر نظریه ذهن پایین و نمره بالا تر از ۳۰ نشانگر نظریه ذهن بالا است. ضریب آلفای کرونباخ این آزمون ۷۳/ می باشد. همچنین در این مطالعه جهت سنجش راهبردهای تنظیم هیجان از پرسشنامه تنظیم هیجان Gross و همکاران (۳۰) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۱۰ گویه بوده و دو خرده مقیاس دارد که عبارت از : سرکوبی هیجانی و ارزیابی مجدد هیجانی است. آزمودنی به هر گویه این مقیاس بر اساس مقیاس هفت درجه ای لیکرت از "کاملا موافق " تا "کاملا مخالف" پاسخ می دهد. دامنه

[DOR: 20.1001.1.15614107.1392.16.1.13.9]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.1.92]

نمرات در این پرسشنامه ۱۰ تا ۷۰ می‌باشد. از نظر همسانی درونی برای عامل بازداری هیجانی در طول چهار اجرای مختلف از طریق ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۶۸، ۰/۷۵، ۰/۷۶ بدست آمده است (۳۰). پایایی بازآزمایی این مقیاس در سه ماه ۰/۹۶ بوده است. در پژوهش حاضر همسانی درونی پرسشنامه ۰/۶۰ و پایایی به روش تنصیف ۰/۶۳ بدست آمد.

برای تحلیل داده‌های گردآوری شده علاوه بر روش آمار توصیفی، از روش تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده گردید و $p<0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در گروه افسرده ۲۵ نفر (۶۲/۵٪) مذکر و ۱۵ نفر (۳۷/۵٪) مونث بودند (جدول ۱). در گروه افسرده، میانگین نظریه ذهن ۱۲/۳۵±۲/۴۷، ارزیابی مجدد ۱۸/۵۰±۴/۸۶ و سرکوب هیجان ۲۸/۸۵±۵/۸۸ بود (جدل ۲). در تمامی متغیرهای مورد مطالعه تفاوت معنی داری بین دو گروه بیماران افسرده و افراد سالم بدست آمد ($p<0/0001$). به این ترتیب که گروه بیماران افسرده نسبت به گروه سالم در نظریه ذهن و ارزیابی مجدد نمره کمتر و در سرکوب ابراز هیجان نمره بیشتری بدست آوردند. بنابراین بیماران افسرده نسبت به گروه سالم، نظریه ذهن آسیب دیده و مشکلات تنظیم هیجان بیشتری دارند.

نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نیز نشان داد، بین گروه سالم و افسرده در هر سه متغیر پژوهش، نظریه ذهن ($F=130/78$، $P<0/0001$)، ارزیابی مجدد ($F=25/11$، $P<0/0001$) و سرکوبی ($F=84/73$، $P<0/0001$) تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی دو گروه افسرده سالم

متغیر	افسرده تعداد(٪)	عادی تعداد(٪)
سن		
۳۰-۲۵	(۳۵)۱۴	(۳۶)۱۸
۳۵-۳۰	(۴۰)۱۶	(۴۲)۲۱
۴۵-۳۵	(۲۵)۱۰	(۲۲)۱۱
تحصیلات		
زیر دیپلم	(۱۷/۵)۷	(۱۶)۸
دیپلم	(۲۲/۵)۹	(۲۲)۱۱
فوق دیپلم	(۲۷/۵)۱۱	(۳۴)۱۷
لیسانس	(۳۲/۵)۱۳	(۲۸)۱۴
وضعیت تاهل		
مجرد	(۴۲/۵)۱۷	(۳۶)۱۸
متاهل	(۵۷/۵)۲۳	(۶۴)۳۲
جنسیت		
مذکر	(۶۲/۵)۲۵	(۵۸)۲۹
مونث	(۳۷/۵)۱۵	(۴۲)۲۱

جدول ۲: مقایسه نظریه ذهن، ارزیابی مجدد و سرکوب هیجان در دو گروه افسرده و سالم

متغیر ها	Mean±SD	Pvalue
نظریه ذهن		
افسرده	۲/۴۷±۱۲/۳۵	۰/۰۰۰۱
عادی	۲/۴۷±۲۱/۳۰	
کل	۵/۱۴±۱۶/۸۲	
ارزیابی مجدد		
افسرده	۴/۸۶±۱۸/۵۰	۰/۰۰۰۱
عادی	۴/۵۳±۲۵/۹۵	
کل	۴/۹۸±۲۲/۲۲	
سرکوب هیجان		
افسرده	۵/۸۸±۲۸/۸۵	۰/۰۰۰۱
عادی	۲/۶۰±۱۵/۶۰	
کل	۸/۰۷±۲۲/۲۲	

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که بیماران افسرده در مقایسه با گروه کنترل سالم دچار نقص نظریه ذهن می‌باشند. این یافته پژوهش حاضر با نتایج مطالعات Lee و همکاران (۱۳)، Wang و همکاران (۱۶)، Nejati و همکاران (۱۴) و Inoue و همکاران (۱۲) همسو و با یافته‌های Kettle و همکاران (۳۱) و Doody و همکاران (۳۲) مخالف می باشد.

Lee و همکاران آزمون ذهن خوانی از طریق چشم ها (RMET) را مورد استفاده قرار داده و توانایی رمزگشایی نظریه ذهن را در بیماران زن افسرده خفیف- متوسط، شدید و همچنین زنان غیر افسرده مقایسه کردند. آنها دریافتند که هر دو گروه زنان افسرده در آزمون RMET نسبت به گروه کنترل عملکرد ضعیف‌تری داشتند (۱۳). Wang و همکاران نیز از آزمون RMET استفاده کردند و دریافتند که بیماران مبتلا به افسردگی شدید در توانایی رمزگشایی TOM نسبت به گروه کنترل دچار نقص می‌باشند (۱۶). در مقابل این یافته‌ها، مطالعات دیگر نقص در توانایی رمزگشایی TOM را در افرادی که از افسردگی رنج می‌برند پیدا نکردند: Kettle و همکاران توانایی نظریه ذهن را در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی با استفاده از آزمون RMET مورد اندازه گیری قرار دادند و دریافتند که گروه افسرده نسبت به گروه کنترل دانشگاهی به طور معنی داری دچار نقص در نظریه ذهن بودند، اما نسبت به گروه کنترل اجتماعی نقصی نداشتند (۳۱). Wang و همکاران سطح تحصیلات را در گروه‌های مورد مطالعه کنترل کردند اما همچنان بین RMET بیماران افسرده و گروه کنترل سالم تفاوت معنی‌داری یافتند (۱۶). در مقایسه با Kettle و همکاران (۳۱)، Wang و همکاران تنها تعداد سال‌های تحصیلات را اندازه گرفتند و اینکه آیا شرکت کننده-گان آموزش‌های دیگری دارند را اندازه نگرفتند.

نتایج مطالعات Nejati و همکاران نشان داد که افراد افسرده در مقایسه با گروه کنترل سالم در آزمون ذهن‌خوانی از طریق چشم‌ها و مقیاس ذهن‌آگاهی عملکرد ضعیف‌تری دارند (۱۴). Inoue و همکاران دریافت که دو پنجم بیماران

[DOR: 20.1001.1.15614107.1392.16.1.13.9]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.1.92]

افسرده در نظریه ذهنشان نقص دارند (۱۲). Nejati و همکاران ثابت کردند که نقص نظریه ذهن در بیماران افسرده با مهارت‌های ارتباط اجتماعی آنان رابطه معنی‌داری دارد. به علت اهمیت تعارض‌های بین فردی در عود افسردگی، به نظر می‌رسد که نظریه ذهن یک ابزار معتبر برای پیش بینی عود و تعامل اجتماعی بیماران افسرده باشد (۱۴). مطالعه Doody و همکاران نشان داد که توانایی نظریه ذهن در افراد مبتلا به اختلالات خلقی با افراد سالم متفاوت نیست (۳۲). آنها نقص در نظریه ذهن را با آزمون باور کاذب سطح دوم سنجیدند. اشکال مطالعه Doody و همکاران (۳۲) این بود که آنها از یک آزمون ساده برای سنجش نظریه ذهن استفاده کردند و بنظر می‌رسد که «اثر تارک» (Ceiling effect) در این مطالعه اتفاق افتاده باشد. بعضی از مطالعات نیز نقص نظریه ذهن را در دوره‌های عود (۱۱) و بهبود (۱۲) نشان داده‌اند.

نتایج مطالعه Wang و همکاران (۱۶) نقص‌هایی را در نظریه ذهن بیماران افسرده نشان داد. در این مطالعه بیماران مبتلا به افسردگی سایکوتیک و افسردگی غیر سایکوتیک عملکرد ضعیف‌تری نسبت به گروه کنترل در آزمون ذهن خوانی و آزمون Faux Pas داشتند. در کل، در تبیین این یافته می‌توان به ویژگی نظریه ذهن افراد سالم اشاره کرد، اینکه افراد دارای نظریه ذهن سالم توانایی درک و پیش بینی رفتار اجتماعی دیگران از طریق نسبت دادن حالت‌های ذهنی به آنها را دارا هستند (۷و۶)، بنابراین افراد افسرده از توانایی درک و پیش‌بینی رفتار اجتماعی دیگران عاجز هستند. در این مطالعه همچنین بیماران مبتلا به افسردگی نسبت به افراد بهنجار دچار نقص‌هایی در تنظیم هیجان بودند و بیشتر از راهبرد سرکوب هیجان و کمتر از راهبرد ارزیابی مجدد استفاده کردند. این یافته مطابق با یافته‌های John و همکاران (۳۴و۳۳)، Campbell-Sills و همکاران (۱۹)، Ehring, و همکاران (۳۶و۳۵)، Kovacs و همکاران (۳۷)، Garnefski و همکاران (۲۶) و Rude و همکاران (۲۸) می‌باشد.

بر اساس نتایج پژوهش‌های پیشین بد تنظیمی هیجان، نقش مهمی در افسردگی ایفا می‌کند. در نمونه‌های غیر بالینی، آشفتگی‌های روانشناختی و نشانگان افسردگی با استفاده مزمن از سرکوب ابراز هیجان و استفاده نکردن از ارزیابی مجدد رابطه دارد (۳۴و۳۳). در یک نمونه بالینی Campbell-Sills و همکاران نشان دادند که افراد افسرده نسبت به گروه کنترل سالم بیشتر راهبرد سرکوب هیجان را به کار می‌گیرند (۱۹). این گونه مشکلات در تنظیم هیجان حتی بعد از بهبود از افسردگی آشکار هستند (۳۵)، از جمله استفاده افراطی از سرکوب هیجان با وجود بی‌اثری آن برای تنظیم غمگینی است (۳۶). Kovacs و همکاران پیشنهاد می‌کنند که نقص در تنظیم هیجان نقش محوری در تحول افسردگی دارد (۳۷).

شواهد موجود نشان می‌دهند که افراد افسرده در خصوص استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان نسبت به گروه کنترل متفاوت هستند. این شواهد استفاده بیشتر از راهبردهای نابهنجار (برای مثال، سرکوب هیجان و فاجعه سازی) و استفاده کمتر از راهبردهای بهنجار (برای مثال ارزیابی مجدد) را گزارش کرده‌اند (۳۰و۲۸و۲۶و۱۹). علاوه بر استفاده بیشتر از راهبردهای ناسازگار، اخیرا مشخص شده است که افراد افسرده درک و فهم کمتر از هیجان های خود (۲۸) را گزارش می‌کنند، کمتر احساسات منفی خود را می پذیرند (۳۸و۱۹) و انتظار اندکی از توانایی‌هایشان برای تنظیم هیجان های منفی خود نسبت به گروه کنترل دارند (۳۹). این یافته‌ها پیشنهاد می‌نمایند که استفاده افراطی از راهبردهای ناسازگارانه که توسط افراد افسرده گزارش شده ممکن است با نقص‌های گسترده‌تر در عملکرد هیجان رابطه داشته باشد. شواهد نشان می‌دهد که افسردگی نه تنها به وسیله نابهنجاری در تجربه هیجان، بلکه همچنین به وسیله تنظیم هیجان ناسازگار توصیف می‌شود (۴۰). نتایج این تحقیق می‌تواند در انجام مداخلات روانشناختی جهت درمان هرچه بهتر افراد افسرده از طریق تقویت نظریه ذهن و تنظیم هیجان این افراد راهگشا باشد.

در مطالعه حاضر نتایج نشان داد که بیماران افسرده نسبت به گروه عادی دچار نقص در نظریه ذهن بوده و بیشتر از راهبرد سرکوب هیجان استفاده می‌کنند.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از تمامی کارکنان دانشگاه تبریز و افراد شرکت کننده که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، تشکر و قدردانی می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1392.16.1.13.9]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.1.92]

Comparison of the Deficit in Theory of Mind and Emotion Regulation in Depressed and Normal Subjects

A. Fakhari (PhD) [1], KH. Minashiri (MSc)[1*], J. Alizadehgoradel (MD) [2]

1. Clinical Psychiatric Research Center, Tabriz University of Medical Sciences and Health Services, Tabriz, Iran
2. Faculty of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

J Babol Univ Med Sci; 16(1); Jan 2014; pp: 92-98

Received: Apr 3rd 2013, Revised: May 1st 2013, Accepted: Jul 10th 2013.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Depression is a common disorder in psychology. Theory of mind abilities affected and lack of normal emotion regulation strategies have been reported in depressed patients. So this study compared the patterns of deficit in theory of mind and emotion regulation in patients with major depression disorder and normal group.

METHODS: This study was cross-sectional and conducted on 40 depressed patients and 50 normal individuals. Depressed patients were selected among patients referred to a psychiatric clinic by access sampling method and depression was diagnosed by a psychiatrist and controls were recruited from University of Tabriz staff. Data was collected through the two scales of mind reading with eyes test and emotion regulation questionnaire and then compared.

FINDINGS: Mean score of subjects in the study variables, theory of mind (depressed: 12.35±2.47 and normal subjects: 21.30±2.47), re-evaluation (depressed: 18.50±4.86 and normal subjects: 25.95±4.53) and emotion suppression (depressed: 28.85±5.88 and normal subjects: 15.60±2.60) obtained. Thus, depressed patients in compared to normal group in the theory of mind and re-evaluation achieved lower score and in emotional suppression achieved higher score.

CONCLUSION: The results showed that in the patients with depression compared with normal individuals, theory of mind is damaged and depressed patients use more maladaptive strategies of emotion suppression and less adaptive strategies of re-evaluation.

KEY WORDS: *Theory of mind, Emotion regulation, Depression.*

Please cite this article as follows:

Fakhari A, Minashiri KH, Alizadehgoradel J. Comparison of the deficit in theory of mind and emotion regulation in depressed and normal subjects. J Babol Univ Med Sci 2014;16(1):92-98.

*Corresponding Author; KH. Minashiri (MSc)

Address: Faculty of Psychology, Tabriz University, 29 Bahman Blvd, Tabriz, Iran

Tel: +98 411 3356009

E-mail: minashiri.kh@gmail.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1392.16.1.13.9]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.1.92]

References

1. Abet KL. The effect of a group exercise intervention in the adjunctive treatment of depression. University of Pittsburgh 2005; pp: 7-10. [PhD thesis]

2.American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC: Press T 1995; pp: 98-105.

3.Joiner J. Depression in its interpersonal context. In: Gotlib IH, Hammen CL, (Eds.). Handbook of depression. New York: Guilford Press 2002; pp:295-313.

4.Johnson L, Andersson-Lundman G, Aberg-Wistedt A, Mathé AA. Age of onset in affective disorders: its correlation with hereditary and psychological factors. J Affect Disorders 2002; 59: 139-148.

5.Baron Cohen S. The autistic child's theory of mind: a case of specific developmental delay. J Child Psychol Psychiatry1989;30(2):285-97.

6.Baron Cohen S, Ring HA, et al. Social intelligence in the normal and autistic brain: an fMRI study. Eur J Neurosis 1999;11(6):1891-8.

7.Frith CD, Frith U. How we predict what other people are going to do. Brain Res 2006;1079(1):36-46.

8.Baron Cohen S. Mindblindedness: an essay on autism and theory of mind. 27th ed. Cambridge, MA: Bradford/MIT Press 1995; pp: 85-9.

9.Brune M. Emotion recognition, theory of mind, and social behavior in schizophrenia. Psychiatry Res 2005;133(2-3): 135-47.

10.Levendosky AA, Okun A, Parker JG. Depression and maltreatment as predictor of social competence and social problem-solving skills in school-age children. Child Abuse Negl 1995;19(10):1183-95.

11.Kerr N, Dunbar RI, Bentall RP. Theory of mind deficits in bipolar affective disorder. J Affect Disord 2003;73(3): 253-9.

12.Inoue Y, Tonooka Y, Yamada K, Kanba S. Deficiency of theory of mind in patients with remitted mood disorder. J Affect Disord 2004;82(3):403-9.

13.Lee L, Harkness KL, Sabbagh MA, Jacobson JA. Mental state decoding abilities in clinical depression. J Affect Disorder 2005;86(2-3):247-58.

14.Nejati V, Zabihzadeh A, Maleki G, Tehranchi A. Mind reading and mindfulness deficits in patients with major depression disorder. Soc Behav Sci 2012;32:431-7.

15.Uekermann J, Channon S, Lehmkamper C, Abdel-Hamid M, Vollmoeller W, Daum I. Executive function, metalizing and humor in major depression. J Int Neuropsychol Soc 2008;14(1):55-62.

16.Wang YG, Wang YQ, Chen SL, Zhu CY, Wang K. Theory of mind disability in major depression with or without psychotic symptoms: a componential view. Psychiatry Res 2008;161(2):153-61.

17.Wolkenstein L, Schönenberg M, Schirm E, Hautzinger M. I can see what you feel, but I can not deal with it: Impaired theory of mind in depression. J Affect Disord 2011;132(1):104-11.

18.Gross JJ, Munoz RF. Emotion regulation and mental health. Clin Psychol: Sci Pract 1994;2:151-64.

19.Campbell-Sills L, Barlow DH, Brown TA, Hofmann SG. Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. Emotion 2006;6:587-95.

20.Kring AM, Werner KH. Emotion regulation and psychopathology. In: Philippot P, Feldman RS (Eds). The regulation of emotion. Mahwah, NJ: Erlbaum 2004; pp: 359-85.

21.Cicchetti D, Ackerman BP, Izard CE. Emotions and emotion regulation in development psychopathology. Dev Psychopathol 1995;7(1):1-10.

22.Thompson RA. Emotion regulation: a theme in search of a definition. Monographs of the Society for Research in Child Development 1994; 59: 25-52.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1392.16.1.13.9]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.1.92]

23.Gross JJ. Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. J Pers Soc Psychol 1998;74(1):224-37.
24.Aldao A, Nolen Hoeksema S, Schweizer S. Emotion regulation strategies across psychopathology: Ameta-analysis. Clin Psychol Rev 2010;30(2):217-37.
25. Abdi S, Babapour Kheyr Aldin J, Saderi Oskouei E. Relationship of personality factors and psychological health with mindfulness of students. J Fundam Ment Health 2009;10(4):281-8.
26.Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: a comparative study of five specific samples. Pers Indiv Differ 2006;40:1659-69.
27.Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. J Pers Soc Psychol 1989;56(2): 256-83.
28.Rude SS, McCarthy CT. Emotional functioning in depressed and depression-vulnerable college students. Cogn Emot 2003;17(5):799-806.
29.Kassel JD, Bornovalova M, Mehta N. Generalized expectancies for negative mood regulation predict change in anxiety and depression among college students. Behav Res Ther 2007;45(5):939-50.
30.Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. J Pers Soc Psychol 2003;85(2):348-62.
31.Kettle JW, O'Brien Simpson L, Allen NB. Impaired theory of mind in first-episode schizophrenia: comparison with community, university, and depressed controls. Schizophrenic Res 2008;99(1-3):96-102.
32.Doody GA, Goetz M, Johnstone EC, Frith CD, Owens DG. Theory of mind and psychoses. Psychol Med 1998; 28(2):397-405.
33.John OP, Gross JJ. Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and lifespan development. J Pers 2004;72(6):1301-33.
34.John OP, Gross JJ. Individual differences in emotion regulation. In: Gross JJ (Ed). Handbook of emotion regulation. 27th ed. New York, NY: Guilford 2007; pp: 351-72.
35.Ehring T, Fischer S, Schnulle J, Bosterling A, Tuschen Caffier B. Characteristics of emotion regulation in recovered depressed versus never depressed individuals. Pers Indiv Differ 2008;44(7):1574-84.
36.Ehring T, Tuschen Caffier B, Schnulle J, Fischer S, Gross JJ. Emotion regulation and vulnerability to depression: Spontaneous versus instructed use of emotion suppression and reappraisal. Emotion 2010;10(4):563-72.
37.Kovacs M, Joormann J, Gotlib IH. Emotion regulation and links to depressive disorders. Child Dev Perspect 2008; 2(3):149-55.
38.Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, et al. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working middle. Psychol Record 2004;54(4):553-78.
39.Catanzaro SJ, Mearns J. Measuring generalized expectancies for negative mood regulation: initial scale development and implications. J Pers Assess 1990;54(3-4):546-63.
40.Clark LA, Watson D. Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. J Abnorm Psychol 1991;100(3):316-36.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1392.16.1.13.9]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.1.92]