

مقایسه ناگویی خلقی و عاطفه خودآگاه (شرم و گناه) در زنان با افسردگی اساسی و زنان عادی

سعیده واعظ فرا^۱ و آذرمیدخت رضایی^{۲*}

پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۴/۱۷

اصلاح مقاله: ۱۳۹۹/۰۴/۱۰

دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۲/۲۰

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه ناگویی خلقی و عاطفه ناخودآگاه در زنان با افسردگی اساسی و زنان عادی انجام گرفت. طرح پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان مبتلا به افسردگی اساسی و زنان عادی شهر شیراز در سال ۱۳۹۶ تشکیل داده‌اند. از بین جامعه آماری به صورت نمونه گیری هدفمند ۷۰ نفر از زنان مبتلا به افسردگی اساسی و ۷۰ نفر از زنان عادی به روش در دسترس انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. بر روی هر یک از آزمودنی‌ها پرسشنامه‌های عاطفه خودآگاه تانگنی (۱۹۹۲) و ناگویی خلقی تورنتو (۱۹۸۶) اجرا شد. بعد از جمع آوری و استخراج داده‌ها، نمرات شرکت کنندگان با استفاده تحلیل واریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج حاصل از تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که بین عاطفه خودآگاه و ناگویی خلقی در زنان مبتلا به افسردگی اساسی و زنان عادی تفاوت معناداری وجود دارد.

کلیدواژه‌ها: ناگویی خلقی، عاطفه خودآگاه، افسردگی اساسی

۱. کارشناسی ارشد گروه روانشناسی، واحد مرودشت، آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

۲. نویسنده مسئول: گروه روان شناسی، واحد مرودشت دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

مقدمه

افسردگی اختلال شایعی است که میزان شیوع آن در طول زندگی ۱۵ درصد می‌باشد که در مورد خانم‌ها شاید تا ۲۵ درصد هم برسد. افسردگی غالباً در معاینه اولیه تشخیص داده نمی‌شود زیرا اغلب مراقبت‌های بهداشتی روانی توسط روان‌پزشکان صورت نمی‌گیرد و ۵۰ درصد از خدمات ارائه شده توسط طبیب عمومی عرضه می‌گردد. علایم افسردگی در ۱۳ تا ۲۰ درصد جمعیت دیده شده و با شیوع بیشتر در زنان طبقات پایین اجتماعی و افراد مطلقه و جدا شده می‌باشد ولی در کسانی که هرگز ازدواج نکرده اند تفاوتی دیده نمی‌شود. شیوع افسردگی در تمام فرهنگ‌ها و کشورها در زنان بیشتر بوده (تقریباً و برابر) و علت آن به درستی مشخص نیست (کسلرو همکاران، ۲۰۰۵).

اختلال افسردگی اساسی عبارت‌اند از نشانگانی که تحت سلطه خلق افسرده قرار دارد و بر اساس بیان لفظی و غیر لفظی عواطف غمگین، اضطراب و حالات‌های برانگیختگی نشان داده می‌شود. از مهم‌ترین اختلال خلقی اختلال افسردگی یک قطبی و دو قطبی می‌باشد. تمایز اساسی بین اختلال یک قطبی و دو قطبی این است که اختلال یک قطبی تنها به وسیله خلق افسرده مشخص می‌شود. وقتی اختلال خلقی یک قطبی شدید و ناتوان کننده است و سبب اختلال در عملکرد و فعالیت فرد می‌شود (بشارت، ۱۳۸۷).

یکی دیگر از عواملی که بر رفتار و درک فرد از جهان تاثیر می‌گذارد ناگویی خلقی می‌باشد. ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها ناگویی خلقی نامیده می‌شود. ناگویی خلقی سازه ایست چند وجهی متشکل از دشواری در شناسایی احساسات، تمایز بین احساسات و تهییج‌های بدنی مربوط به انگیزندگی هیجانی، قدرت تجسم محدود و دشواری در توصیف احساسات (تیلور و باگی، ۲۰۰۰). شواهد زیادی نشان می‌دهند که ناگویی خلقی و دشواری در شناسایی و ابراز هیجان‌ها با بسیاری از مشکلات سلامتی فیزیکی چون بیماری التهابی روده، درد مزمن پشت، اختلال درد بدنی و سردردهای تنشی ارتباط دارند.

مطالعات بالینی نشان می‌دهد که همزمان با کاهش افسردگی، ناگویی خلقی کاهش می‌یابد. با این حال تیلور و باگی (۲۰۰۰) بیان داشتند که بین ثبات مطلق و ثبات نسبی در زمینه صفات شخصیتی تفاوت وجود دارد. شواهد متقاعد کننده‌ای وجود دارد مبنی بر این که ناگویی خلقی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی هم زمان با بهبودی افسردگی آن‌ها کاهش می‌یابد (فقدان ثبات مطلق)، اما با این وجود تفاوت نسبی در نمرات ناگویی خلقی این افراد در طول زمان ثابت می‌ماند (ثبات نسبی). نتایج حاصل از یک مطالعه پیگیری پنج ساله بر روی نمرات ناگویی خلقی در مبتلا به افسردگی اساسی حاکی از ثبات نسبی نمرات ناگویی خلقی بود. بررسی نقش ناگویی خلقی در اختلالات خلقی نه تنها یک یافته مهم از لحاظ علمی است بلکه پایه‌ای کاربردی در جهت شناسایی صفات شخصیتی مرتبط با مشکلات هیجانی به عنوان عامل سهیم در پدید آیی اختلالات خلقی می‌تواند مفید باشد.

از طرفی افراد مبتلا به افسردگی اساسی ممکن است با احساسات شرم و گناه روبرو باشند. احساس گناه و احساس شرم معمولاً احساسات همسان و هم‌نواپی تلقی می‌شوند. اما این دو با همه شباهت‌ها، بی‌گمان متفاوت‌اند (تانگنی، استویگ و مشک، ۲۰۰۷). پژوهشگران درباره مبنای این تفاوت توافق دارند. در حال حاضر، در خصوص تفاوت میان احساس گناه و احساس شرم دو الگو وجود دارد: الگوی تمایز میان خود و رفتار و الگوی تمایز میان عمومی و خصوصی (کوتن، وولف، پنتر، و اینسکو، ۲۰۱۱). بر پایه الگوی نخست مبنای تفاوت احساس گناه و احساس شرم در تمایز بین خود و رفتار است (لوئیس، ۱۹۷۱؛ تاگنی و دیرینگ، ۲۰۰۲؛ تریسی و روینز، ۲۰۰۴). طبق این الگو احساس گناه بر رفتار فرد متمرکز است (من کار بدی انجام دادم)، در حالی که احساس شرم بر خود فرد معطوف است (من آدم بدی هستم). از این منظر احساس گناه زمانی رخ می‌دهد که فرد اسنادهای درونی، ناپایدار، و خاص درباره کنش‌هایی دارد، که این به احساسات منفی درباره رفتارهای خاص که مرتکب شده است، می‌انجامد (لوئیس و روینز، ۲۰۰۴). در سویی

با افسردگی اساسی و زنان عادی تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش پژوهش

جامعه آماری و نمونه‌های پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و طرح پژوهش از نوع توصیفی علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان مبتلا به افسردگی اساسی و زنان عادی شهر شیراز در سال ۱۳۹۶ تشکیل داده‌اند. روش نمونه‌گیری در گروه زنان مبتلا به افسردگی اساسی از میان زنانی که از تاریخ (۱۳۹۶/۸/۱ تا ۱۳۹۶/۱۰/۱) برای درمان افسردگی به مراکز درمانی شهر شیراز مراجعه کرده‌اند، و به روش نمونه‌گیری هدفمند صورت گرفت و در گروه زنان عادی نیز از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. لازم به ذکر است گروه نمونه در متغیرهای سن، جنس، تحصیلات و سنوات ازدواج هم‌تاسازی شدند. در نهایت ۱۴۰ نفر (۷۰ نفر زنان مبتلا به افسردگی اساسی و ۷۰ نفر زنان عادی) نمونه پژوهش حاضر را تشکیل دادند. در این پژوهش از دو پرسشنامه جهت گردآوری داده‌ها استفاده گردید که عبارت بودند از:

ابزار پژوهش

۱. **مقیاس ناگویی خلقی تورنتو TAS-20**: این مقیاس در سال (۱۹۸۶) توسط تیلور ساخته شد و در سال ۱۹۹۴ توسط بگبی، پارکر و تیلور تجدید نظر شد. سال‌ها مقیاس ناگویی خلقی تورنتو ۲۶ سؤالی، تنها مقیاس خود گزارشی برای سازه ناگویی خلقی بود که برای پژوهش‌ها و کار بالینی مناسب قلمداد شد و دارای ساختار ۴ عاملی بود. از آن زمان تلاش‌هایی برای ارتقاء و بهبود این مقیاس انجام گرفت تا اینکه پژوهشگران برخلاف ساختار ۴ عاملی در نسخه ابتدایی، با تحلیل عاملی اکتشافی به تأیید ۲ عاملی برای این آزمون رسیدند. نسخه تجدید نظر شده دوم مقیاس ناگویی خلقی تورنتو ۲۰ سؤالی بود که پیشرفتی برای سازندگان اولیه آزمون به نظر می‌رسید. بگبی و همکاران دریافتند که در پژوهش اعتباریابی آن‌ها TAS-20 واجد سه عامل ساختاری است که با سازه ناگویی خلقی همخوانی داشت. پژوهش‌های دیگر نیز از این نتایج حمایت کردند (باخ و همکاران، ۱۹۹۶؛ برسی و

دیگر، احساس شرم زمانی روی می‌دهد که فرد اسنادهای درونی، پایدار، و عام درباره خود دارد، که منجر به احساسات منفی درباره خود عمومی می‌شود (تریسی و رویینز، ۲۰۰۴).

بر اساس الگوی دوم مبنای تفاوت احساس گناه و احساس شرم در تمایز بین عمومی و خصوصی است. طبق این تمایز خطاها یا ناکامی‌هایی که در معرض عموم صورت نگیرد (یعنی خطاهای شخصی و محرمانه) می‌تواند احساس گناه را برانگیزد. در حالی که خطاها یا ناکامی‌هایی که در معرض عموم رخ دهد احتمالاً احساس شرم را فرا می‌خواند (کونن و همکاران، ۲۰۱۱). شواهد تجربی، که تمایلات رفتاری افرادی را ارزیابی می‌کند که تجربه احساس شرم و گناه دارند، نشان می‌دهد احساس گناه، فعالیت سازنده و مبتکرانه را ارتقا می‌دهد، ولی احساس شرم افراد را به حالت دفاعی گرفتن، دوری‌گزینی بین فردی، و سردی در روابط متمایل می‌کند. این پژوهش‌ها نشان می‌دهد احساس شرم با انکار، پنهان کردن، یا فرار از موقعیتی که تولید شرم کرده، همراه است، ولی احساس گناه با رفتارهای جبرانی مانند اعتراف، پوزش، و بی‌اثر کردن پیامدهای آن رفتار مطابقت دارد (تانگنی و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین تحقیقات گسترده دیگر در تمام سطوح سنی نشان داد افرادی که تمایلات شرم‌مانه دارند خشم و خصومت بیشتری را تجربه می‌کنند و تمایل به سرزنش عواملی دارند که ورای شخص، موجب بدبختی او شده است (تانگنی و دیرینگ، ۲۰۰۲؛ تانگنی و همکاران، ۲۰۰۷).

ادبیات بالینی و تحقیقات تجربی نشان می‌دهند، افرادی که احساس شرم درباره خود را زیاد تجربه می‌کنند در برابر گستره‌ای از مشکلات روان‌شناختی آسیب‌پذیرترند. دو دهه پژوهش درباره شرم نشان می‌دهد احساس شرم با نشانگان روانی متعددی همبسته است. دامنه این نشانگان از حرمت خود پایین (دیرینگ، اشتویگ و تانگنی، ۲۰۰۵)، افسردگی و اضطراب تا اختلال در خوردن و اندیشه‌ورزی درباره خودشی را در بر می‌گیرد (تانگنی و همکاران، ۲۰۰۷). لذا با توجه به مطالب بیان شده سؤال پژوهش حاضر این چنین خواهد بود: آیا بین ناگویی خلقی و عاطفه خودآگاه (شرم و گناه) در زنان

همکاران، ۱۹۹۶، به نقل از بشارت و گنجی، ۱۳۹۱). در این مقیاس، سازه ناگویی خلقی در سه زیر مقیاس دشواری در تشخیص احساسات، دشواری توصیف احساسات و تفکر با جهت گیری خارجی ارزیابی می شود. خرده مقیاس اول شامل ۷ ماده است (۱۴-۱۳-۹-۷-۶-۳-۱) که توانایی آزمودنی در شناسایی احساسات و تمایز میان احساسات با حس های بدنی را ارزیابی می کند. زیرمقیاس دوم ۵ ماده دارد (۱۷-۱۲-۱۱-۴-۲) که توانایی شخص در بیان احساسات و این که آیا قادر است احساسات خودش را در قالب لغات بیان کند یا خیر را می سنجد. خرده مقیاس سوم ۸ ماده دارد (۲۰-۱۹-۱۸-۱۶-۵-۸-۱۰-۱۵) و میزان درون نگری و عمیق شدن فرد در احساسات درونی خود و دیگران را بررسی می کند. شیوه نمره گذاری آزمون بر اساس مقیاس لیکرت (۱ = کاملاً مخالف تا ۵ = کاملاً موافق) است. تنها سؤالات ۴، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به صورت معکوس نمره گذاری می شود. حداقل نمره آزمودنی در این پرسشنامه ۲۰ و حداکثر آن ۱۰۰ است. نمره بین ۲۰ تا ۴۰: مشکل فرد در زمینه بیان و تشخیص احساسات کم است. نمره بین ۴۰ تا ۶۰: مشکل فرد در زمینه بیان و تشخیص احساسات متوسط است. نمره بالاتر از ۶۰: مشکل فرد در زمینه بیان و تشخیص احساسات زیاد است. ویژگی های روان سنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو در پژوهش های متعدد بررسی و تأیید شده است؛ در نسخه فارسی این مقیاس ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل ۰/۸۵ و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات ۰/۸۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵ و برای تفکر عینی ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است (یاقوتیان و همکاران، ۱۳۹۴). روایی هم زمان مقیاس ناگویی هیجانی هم بر حسب همبستگی بین زیرمقیاس های این آزمون و مقیاس های هوش هیجانی، بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی بررسی و مورد تأیید قرار گرفت.

۲. آزمون عاطفه خودآگاه (TOSCA-2). آزمون عاطفه خودآگاه، تانگنی (۱۹۹۲)، یک ابزار خود سنجی مداد کاغذی است که ۱۶ موقعیت (سناریو) شرایط زندگی روزمره را برای آزمودنی ارائه می کند. و پاسخ دهندگان پاسخ های

احساسی، هیجانی و رفتاری خویش و احتمال پاسخ خود به آن ها را رتبه می دهند. تمام سناریوهای این آزمون آیتم های احساس شرم و اشتغال ذهنی با احساس گناه هستند. در حالی که بعضی از آیتم ها شامل دفاع های شخصیتی جداسازی، بی تفاوتی برونی کردن است. آزمون TOSCA بر اساس نظریه و تحقیقات لوئیس و لیندزی - هاتز ساخته شده است. از نظر لوئیس "شرم" مربوط به ارزیابی منفی فرد از «خود» خویش است، اما احساس «گناه» ارزیابی فرد از رفتار یا عمل خویش است. این آزمون به زبانهای ژاپنی، هلندی، ایتالیایی و چند زبان دیگر ترجمه شده است. در این پرسشنامه ۱۶ وضعیت زندگی روزمره به آزمودنی ارائه می شود که ۱۱ وضعیت آن از نظر اجتماعی دارای ارزش مثبت و ۵ وضعیت آن دارای ارزش منفی است. تمام سوالات به صورت مستقیم نمره گذاری می شوند. آزمودنی پاسخ های خود را به صورت لیکرت ۵ درج ای رتبه می دهد که دامنه آن ها از ۱ به معنی «احتمال ندارد» تا ۵ به معنی «احتمال زیاد است» نمره پایین در این پرسشنامه بیانگر ارزیابی منفی فرد از خویشتن خود، رفتارها و عمل هایش است. تانگنی، واگنر و گرمزو (۱۹۹۲) روایی سازه دو مقیاس مستعد بودن به شرم و مستعد بودن به گناه در حد مناسب گزارش کرده اند. در ایران روایی صوری این آزمون مورد تأیید اساتید رشته های مشاوره و روان شناسی قرار گرفته است (ثنایی ذاکر، ۱۳۸۷). در پژوهش فرگوسن و همکاران (۲۰۰۱) که بر روی ۱۳۲ دانشجوی مقطع کارشناسی صورت گرفت، ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس مستعد بودن به شرم ۰/۸۱ و برای احساس گناه ۰/۷۸ گزارش شده است. در پژوهش انوشه ای و پورشهریاری و ثنایی ذاکر (۱۳۸۵) در ایران نتایج حاصل از بازآزمایی این آزمون پس از چهار هفته بر روی دانشجویان، ضریب پایایی احساس شرم ۰/۷۸ و احساس گناه ۰/۷۰ بدست آمد. علاوه بر این ضریب ثبات درونی یا آلفای کرونباخ کلی پرسشنامه شرم و گناه ۰/۸۶ و برای احساس گناه ۰/۷۴ / برای احساس شرم ۰/۸۵ محاسبه شد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه فوق در این پژوهش که بر روی یک گروه ۱۶۶ نفری انجام شد برای احساس شرم ۰/۷۸ و برای احساس گناه ۰/۶۸ به دست آمد.

پرسشنامه‌ها، داده‌های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سنی زنان شرکت کننده در پژوهش برابر ۳۳/۹۱ (۴/۵۶) سال بود که بیشترین فراوانی در محدوده سنی ۳۱ تا ۴۰ سال بود. بیشترین سطح تحصیلات زنان شرکت کننده در پژوهش دیپلم و کمترین سطح تحصیلات زیر دیپلم بود.

روش اجرای پژوهش. ابتدا مجوزهای لازم برای انجام پژوهش از دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت دریافت شد. سپس برای نمونه زنان افسرده به کلینیک‌های درمانی شیراز مراجعه و بعد از شناسایی کردن افراد نمونه، از آنها خواسته شد که با آرامش و اطمینان به سوالات پرسشنامه‌های عاطفه خودآگاه و ناگویی خلقی پاسخ دهند در ادامه به جنبه رازداری و محرمانه بودن اطلاعات تاکید گردید. بعد از تکمیل

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار ناگویی خلقی و ابعاد آن در زنان با افسردگی اساسی و زنان عادی

گروه	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
کل ناگویی خلقی	۶۱/۳۱	۸/۲۵	۲۶	۷۸
زنان با افسردگی اساسی	۴۲/۷۸	۸/۳۰	۲۷	۶۰
زنان عادی	۲۵/۹۱	۵/۳۳	۷	۳۴
دشواری در تشخیص احساسات	۱۴/۸۶	۴/۹۵	۷	۲۷
زنان با افسردگی اساسی	۱۷/۳۸	۳/۳۷	۵	۲۳
زنان عادی	۱۱/۲۸	۳/۸۱	۵	۲۲
دشواری در توصیف احساسات	۱۸/۰۱	۳/۴۰	۱۱	۲۶
زنان با افسردگی اساسی	۱۶/۶۳	۳/۴۷	۱۰	۲۶
زنان عادی				

با جهت گیری خارجی) در زنان با افسردگی اساسی بالاتر از زنان عادی است.

همان طور که در جدول فوق مشاهده می شود میانگین ناگویی خلقی و ابعاد آن (کل ناگویی خلقی، دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات، تفکر

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار عاطفه خودآگاه و ابعاد آن در زنان با افسردگی اساسی و زنان عادی

گروه	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
کل عاطفه خودآگاه	۹۱/۰۵	۱/۶۹	۵۶	۱۴۰
زنان با افسردگی اساسی	۷۷/۱۱۴	۱/۳۸	۳۴	۱۲۲
زنان عادی	۵۳/۲۱	۱/۱۰	۲۵	۷۷
زنان با افسردگی اساسی	۳۵/۳۶	۸/۷۹	۱۶	۶۰
زنان عادی	۶۱/۵۵	۹/۲۳	۳۱	۷۷
زنان با افسردگی اساسی	۵۵/۶۸	۱/۱۲	۱۸	۷۶
زنان عادی				

زنان با افسردگی اساسی بالاتر از زنان عادی است.

همان طور که در جدول فوق مشاهده می شود میانگین عاطفه خودآگاه و ابعاد آن (کل عاطفه خودآگاه، شرم، گناه) در

جدول ۳. نتایج آزمون‌های آماری در تحلیل واریانس چند متغیره ناگویی خلقی و ابعاد آن

آزمون	آماره	مقدار	F	df	خطای df	سطح معنی داری	Partial η^2
اثر پیلایی	۰/۵۷۸	۵۳/۰۴۴	۳	۱۱۶	۰/۰۰۰	۰/۵۷۸	
لانداى ويلكز	۰/۴۲۲	۵۳/۰۴۴	۳	۱۱۶	۰/۰۰۰	۰/۵۷۸	
اثر هتيلينگ	۱/۳۷۲	۵۳/۰۴۴	۳	۱۱۶	۰/۰۰۰	۰/۵۷۸	
بزرگترین ریشه روی	۱/۳۷۲	۵۳/۰۴۴	۳	۱۱۶	۰/۰۰۰	۰/۵۷۸	

نتایج آزمون‌های اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتیلینگ و بزرگترین ریشه روی نشان می‌دهد که بین دو گروه (زنان با افسردگی اساسی و زنان عادی) در ناگویی خلقی و ابعاد آن تفاوت معنادار وجود دارد. ($P < 0/05 = 0/000$) و ($P = 0/44$)

جدول ۴. تحلیل واریانس چند متغیره برای بررسی تفاوت‌های دو گروه در ناگویی خلقی و ابعاد آن

متغیرها	F	df	p	مجذور اتا
کل ناگویی خلقی	۱۵۰/۲۴	۱ و ۱۱۸	۰/۰۰۰	۰/۵۶۰
دشواری در تشخیص احساسات	۱۳۸/۲۰	۱ و ۱۱۸	۰/۰۰۰	۰/۵۳۹
دشواری در توصیف احساسات	۸۶/۱۸۶	۱ و ۱۱۸	۰/۰۰۰	۰/۴۲۲
تفکر با جهت گیری خارجی	۴/۸۴۹	۱ و ۱۱۸	۰/۰۳۰	۰/۰۳۹

تحلیل هر یک از متغیرهای وابسته (کل ناگویی خلقی، دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات، تفکر با جهت گیری خارجی)، با استفاده از آلفای میزان شده بن فرونی (۰/۰۱۲) نشان داد که کل ناگویی خلقی { $F(118) = 150/24$ و $P = 0/000$ } و بعد دشواری در تشخیص احساسات { $F(118) = 138/20$ و $P = 0/000$ } و بعد دشواری در توصیف احساسات { $F(118) = 86/186$ و $P = 0/000$ } و بعد تفکر با جهت گیری خارجی { $F(118) = 4/849$ و $P = 0/030$ } در دو گروه زنان با افسردگی اساسی و زنان عادی تفاوت معنادار دارد. یعنی ناگویی خلقی و ابعاد آن در زنان با افسردگی اساسی بالاتر است.

جدول ۵. نتایج آزمون‌های آماری در تحلیل واریانس چند متغیره عاطفه خودآگاه و ابعاد آن

آزمون	آماره	مقدار	F	df	خطای df	سطح معنی داری	Partial η^2
اثر پیلایی	۰/۴۵۳	۴۸/۴۹۳	۲	۱۱۷	۰/۰۰۰	۰/۴۵۳	
لانداى ويلكز	۰/۵۴۷	۴۸/۴۹۳	۲	۱۱۷	۰/۰۰۰	۰/۴۵۳	
اثر هتيلينگ	۰/۸۲۹	۴۸/۴۹۳	۲	۱۱۷	۰/۰۰۰	۰/۴۵۳	
بزرگترین ریشه روی	۰/۸۲۹	۴۸/۴۹۳	۲	۱۱۷	۰/۰۰۰	۰/۴۵۳	

آن تفاوت معنادار وجود دارد. $\{ P < 0/05 = 0/000 \}$ و $P = 0/000$ و $F(2, 117) = 48/$

نتایج آزمون‌های اثر پیلائی، لامبدای ویلکز، اثر هتیلینگ و بزرگترین ریشه روی نشان می‌دهد که بین دو گروه (زنان با افسردگی اساسی و زنان عادی) در عاطفه خودآگاه و ابعاد

جدول ۶. تحلیل واریانس چند متغیره برای بررسی تفاوت‌های دو گروه در عاطفه خودآگاه و ابعاد آن

متغیرها	F	df	p	مجذور اتا
کل عاطفه خودآگاه	۷۰/۵۹۰	۱ و ۱۱۸	۰/۰۰۰	۰/۳۷۴
شرم	۹۵/۳۶۰	۱ و ۱۱۸	۰/۰۰۰	۰/۴۴۷
گناه	۹/۷۸۸	۱ و ۱۱۸	۰/۰۰۲	۰/۰۷۷

معنادار دارد. یعنی عاطفه خودآگاه و ابعاد آن (شرم و گناه) در زنان با افسردگی اساسی بالاتر است.

نتایج به دست آمده با نتایج حاصل از پژوهش‌های تقوی و همکاران (۱۳۹۱)، امینی نصر (۱۳۹۳)، رحمتیان (۱۳۹۲)، مهدوی و منشی (۱۳۹۵)، ون هیو (۲۰۰۸)، کام سلیکل (۲۰۰۷)، کالوا (۲۰۱۰) و لیندسای و سیاروچی (۲۰۱۳)، لی، روماس و مانوز (۲۰۰۷) و الیسون (۲۰۰۵) همسو و هماهنگ می‌باشد. در مجموع این نتایج نشان دادند که افراد مبتلا به افسردگی در تشخیص، توصیف و ابراز هیجانات خود ناتوان اند. همچنین، نتایج به دست آمده به صورت ضمنی با نتایج حاصل از پژوهش‌های انوشه‌ای و همکاران (۱۳۹۳)، زارعی (۱۳۹۰)، کریمیان و همکاران (۱۳۹۰)، رجبی و همکاران (۱۳۹۱)، محبت (۱۳۹۵)، هدایت فرد (۱۳۹۶)، هنرپروران و همکاران (۱۳۹۱)، ترنر و اسکالرت (۲۰۰۶)، مادوکس و هلنو (۲۰۰۳) و گیلیند و همکاران (۲۰۱۰) همسو و هماهنگ می‌باشد. این پژوهش‌ها در مجموع نتیجه گرفتند که افراد مبتلا به افسردگی اشرم و گناه بیشتری نسبت به افراد عادی برخوردارند.

در همین راستا تقوی و همکاران (۱۳۹۱) نتیجه گرفتند که ناگویی خلقی در افراد مبتلا به افسردگی اساسی بیشتر از افراد عادی است. نتایج پژوهش مهدوی و منشی (۱۳۹۵) نشان دهنده تفاوت معنی دار بین ناگویی خلقی و ابرازگری هیجانی در بیماران مبتلا به نارسایی عروق کرونر قلب و افراد سالم بود. کام سلیکل (۲۰۰۷) در پژوهش خود نتیجه گرفت که بین ناگویی هیجانی و افسردگی ارتباط معناداری وجود دارد.

تحلیل هر یک از متغیرهای وابسته (کل عاطفه خودآگاه، شرم، گناه) با استفاده از آلفای میزان شده بن فرونی (۰/۰۱۶) نشان داد که کل عاطفه خودآگاه $\{ F(1, 118) = 70/590 \}$ و بعد شرم $\{ F(1, 118) = 95/360 \}$ و بعد گناه $\{ F(1, 118) = 9/788 \}$ در دو گروه زنان با افسردگی اساسی و زنان عادی تفاوت معنادار دارد. یعنی عاطفه خودآگاه و ابعاد آن در زنان با افسردگی اساسی بالاتر است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه ناگویی خلقی و عاطفه خودآگاه (شرم و گناه) در زنان با افسردگی اساسی و زنان عادی بود.

تحلیل هر یک از متغیرهای وابسته (کل ناگویی خلقی، دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات، تفکر با جهت گیری خارجی)، با استفاده از آلفای میزان شده بن فرونی (۰/۰۱۲) نشان داد که کل ناگویی خلقی و بعد دشواری در تشخیص احساسات و بعد دشواری در توصیف احساسات و بعد تفکر با جهت گیری خارجی در دو گروه زنان با افسردگی اساسی و زنان عادی تفاوت معنادار دارد. یعنی ناگویی خلقی و ابعاد آن در زنان با افسردگی اساسی بالاتر است. همچنین تحلیل هر یک از متغیرهای وابسته (کل عاطفه خودآگاه، شرم، گناه) با استفاده از آلفای میزان شده نشان داد که کل عاطفه خودآگاه و بعد شرم و بعد گناه در دو گروه زنان با افسردگی اساسی و زنان عادی تفاوت

در تبیین نتایج به دست آمده باید گفت، افراد مبتلا به افسردگی اساسی به علت ناتوانی در تشخیص احساسات توانایی بیان هیجانات را ندارند. چنین نیست که این افراد هیچگاه احساس نمی‌کنند، بلکه نمی‌توانند دقیقاً احساس خود را بشناسند و از این رو نمی‌توانند آن‌ها را ابراز کنند. در هر حال وقتی فردی نتواند احساسات منفی خود را به درستی شناسایی کند، در تخلیه و خشی کردن عواطف خویش دچار مشکل می‌شود و به دلیل ناتوانی در مدیریت و تنظیم احساسات منفی، این عواطف مشکل ساز و ناتوان کننده تشدید می‌گردند. ابراز احساسات یکی از مهارت‌های زندگی است و وقتی افراد مبتلا به افسردگی اساسی نتوانند مشکلاتشان را بیان کرده و نیازهای خود را برآورده سازند، این ناتوانی گاهی به صورت علائم جسمی و یا علائم روان پریشی نشان داده می‌شود.

همانطور که ذکر شد، افراد دارای ناگویی هیجانی به این دلیل که نمی‌توانند هیجان‌های خود را ابراز دارند، به احتمال بیشتری مشکلات و ناراحتی‌های روانشناختی شان را به صورت جسمانی نشان می‌دهند. ویژگی اصلی اختلال جسمانی سازی نیز ابراز جسمانی ناراحتی‌های روانشناختی است. بر اساس مدل پریشانی در زمینه دیدگاه اجتماعی-فرهنگی، جسمانی سازی یک راه وابسته به فرهنگ برای ابراز پریشانی‌های روانشناختی است. از سوی دیگر، افراد دارای اختلالات اضطرابی و افسردگی اساسی نیز دارای نشانه‌های جسمانی زیادی هستند که ممکن است به دلیل مشکلات آن‌ها در فرایندهای پردازش اطلاعات هیجانی و ناگویی هیجانی ایجاد شده باشد.

پایین بودن ابراز هیجان مثبت و ابراز صمیمیت در افراد افسرده، ناشی از برقراری ارتباط بین فردی ضعیف با دیگران و مشکلات بین فردی مانند سردی/ دوری‌گزینی و عدم ابرازگری هیجانی در عملکرد اجتماعی است که این امر می‌تواند به کاهش سلامت روانی افراد افسرده منجر شود.

از سویی افراد مبتلا به افسردگی اساسی به دلیل هوش هیجانی پایین (داشتن هوش هیجانی باعث ایجاد صمیمیت بیشتر و کاهش تنهایی می‌گردد) و همدلی ضعیف و ناتوانی در بیان

ناگویی خلقی سازه ایست چند وجهی متشکل از دشوار در شناسایی احساسات، تمایز بین احساسات و تهییج‌های بدنی مربوط به انگیزتگی هیجانی، قدرت تجسم محدود و دشواری در توصیف احساسات. ظرفیت‌های پردازش هیجانی و تنظیم هیجانی مبتنی بر ناگویی خلقی ممکن است یک عامل خطر احتمالی برای زنان افسرده باشد. اکثر مطالعات نشان دادند که بخش قابل توجهی از بیماران مبتلا به بیماری‌های روانپزشکی ناگویی خلقی داشته و شیوع آن بالاتر از جمعیت پهنجار است.

افراد دارای خصوصیات ناگویی هیجانی در واقع قادر به رنج بردن هستند، برای مثال، افسردگی و اضطراب که در مطالعات متعددی نشان داده شده است که شیوع بیشتری در این اختلال دارند. بر اساس نظر سیفوس، ناگویی هیجانی اولیه در اثر سیر غیر طبیعی و ناقص تحول در دوران کودکی ظاهر می‌شود. این موضوع باعث ناتوانی جزئی و یا کلی در تفکیک احساسات مشخص فرد مثل لذت، اضطراب، ناراحتی و خشم می‌شود.

افراد مبتلا به ناگویی خلقی در شناسایی صحیح هیجان‌ها از چهره دیگران مشکل دارند و ظرفیت آن‌ها برای همدردی با حالت‌های هیجانی دیگران محدود است و این یافته‌ها نشان می‌دهند که دشواری در برقراری رابطه عاطفی که از مشخصه‌های اصلی ناگویی خلقی هستند می‌تواند افسردگی افراد را تسهیل کند. شناسایی و ابراز احساسات یکی از مهارت‌های زندگی است و وقتی افراد نتوانند مشکلاتشان را بیان کرده و نیازهای خود را برآورده سازند، این ناتوانی گاهی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی خود را به صورت علائم جسمی و یا علائم روانپریشی نشان می‌دهد. افراد افسرده با سرکوبی هیجانات و ناگویی خلقی باعث به وجود آمدن نوعی احساس آرامش ظاهری و کاذب در خود می‌شوند و سبب می‌شوند که ابراز هیجانات منفی به حداقل برسد. این راهبرد به نظر نمی‌رسد که راهبرد سودمند و مفید باشد و به سلامتی فرد کمک نماید، زیرا سرکوبی خشم و عصبانیت در مقایسه با زمانی که فرد خشم و عصبانیت خود را ابراز می‌کند، و بیشتر سبب افزایش فشار به خود می‌گردد.

(۱۳۹۰) که نشان دادند احساس گناه بر سلامت روان و تبع آن بر تعهد زناشویی تاثیر معنا دار دارد و با یافته‌های پژوهش هنرپروان و همکاران (۱۳۹۱) که نشان دادند بین عقاید غیرمنطقی و عاطفه خودآگاه با میزان تمایلات جنسی رابطه خطی وجود دارد هماهنگ و همسو است.

این نتایج با پژوهش تانجی (۲۰۰۲) که نشان داد که افسردگی رابطه معناداری با شرم و گناه دارد و همچنین با نتایج پژوهش‌های ترنر و اسکالرت (۲۰۰۶) و رتزینگر (۱۹۹۱) که نشان می‌دهند، زنانی که نگران تجربه صمیمیت و عدم ثبات در زندگی زناشویی هستند، شرم بیشتری را احساس می‌کنند همسو است. از آنجایی که احساسات شرم و گناه هیجاناتی هستند که بعد از شکست در تعاملات دیده می‌شوند قابل تصور است که شرم و گناه بخشی از واکنش‌پذیری هیجانی که بعدی از تمایز یافتگی خود است، باشند. کوورت، مادوکس و هلنو (۲۰۰۳) دریافتند، افرادی که مستعد شرم هستند به احتمال قوی‌تری مشکلات روان شناختی و بین فردی را تجربه می‌کنند. همچنین با پژوهش گلپلند و همکاران (۲۰۱۱) که نقش شرم و گناه از رفتار فزون خواهی جنسی نشان داد «اعتقاد به اینکه شرم و گناه به عنوان هر دو سبب، هم سبب و هم پیامد در افراد با اعتیادهای مختلف تجربه می‌شوند، به طور ضمنی هماهنگ و همسو است.

نظریه سبک‌های واکنشی بیانگر این است که درگیری افراد در تفکر منفعلانه و تکراری درباره‌ی نشانه‌های افسردگی باعث تداوم آن می‌گردد. این تلاش بیماران به صورت نشخوارهای ذهنی درآمده و نه تنها از بار این نشانه‌های اختلال نمی‌کاهد بلکه باعث تشدید آن‌ها می‌گردد. یکی از شایع‌ترین اختلالات افسردگی اساسی است که مبتلایان به آن واکنش‌هایی از جمله احساس گناه و خشم از خود بروز می‌دهند. با توجه به ویژگی‌های افسردگی مبنی بر این که افراد افسرده نه تنها نسبت به زندگی بلکه نسبت به خودشان نیز بی‌علاقه‌اند و اغلب کمبود و نارسایی‌ها در زمینه مهارت‌های اجتماعی، بدنی و سلامتی را به خود نسبت می‌دهند و شکست‌های گذشته و حال خود را بزرگ می‌پندارند، لذا به خاطر کوچک‌ترین اشتباه و یا

احساس‌های خود، معمولاً از یک منبع نیرومند افزایش دهنده‌ی سلامت روان، یعنی حمایت اجتماعی محروم می‌گردند و متناسب با این شرایط افراد افسرده ناگویی خلقی بیشتری نسبت به افراد سالم دارند. مسلماً چنین افرادی قادر نخواهند بود از تمامی استعدادها و توانایی‌های خود در جهت بهبود شرایط خویش بهره بگیرند، به دلیل اینکه بخش زیادی از انرژی و وقت و هزینه این افراد صرف کنار آمدن با هیجان‌های منفی شده است.

در تبیین دیگر تفاوت زنان با افسردگی اساسی و زنان عادی در ناگویی خلقی و زیر مولفه‌های آن می‌توان گفت، از آنجایی که افراد مبتلا به ناگویی خلقی، نشانه‌های بدنی انگیزختگی هیجانی را بد تفسیر می‌کنند، درماندگی هیجانی را از طریق شکایت‌های بدنی نشان می‌دهند و در اقدامات درمانی نیز به دنبال درمان نشانه‌های جسمانی هستند. به همین دلایل احتمال گرایش به مصرف مواد در آن‌ها وجود دارد. به طوری که مبتلایان به ناگویی خلقی احساس‌های نامتمایز دارند و این احساس‌ها همراه با یک برانگیختگی جسمانی است، اما به علت مشکل در تمایز، توصیف و تنظیم احساس‌ها، برانگیختگی فعال باقی مانده و از بین نمی‌رود و این امر باعث اختلال در دستگاه عصبی خودکار و دستگاه ایمنی می‌شود. چنین برانگیختگی که همراه ناگویی خلقی است، در نهایت باعث تولید علائم بیماری‌های جسمی و اضطراب و افسردگی می‌شود و در نهایت ممکن است مصرف مواد به منظور کاهش این علائم و کاستن از میزان اضطراب و افسردگی فرد با ناگویی خلقی بالا صورت گیرد. رجبی و همکاران (۱۳۹۱) نتیجه گرفت احساس گناه در افراد مبتلا به اختلال افسردگی بیشتر از افراد عادی می‌باشد. انوشه‌ای و همکاران (۱۳۸۷) نشان داد پایین بودن میزان مراقبت و گرمی والدینی موجب بالا رفتن میزان احساس شرم و «بد بودن» خود در افراد می‌شود. همچنین این نتایج با پژوهش زارعی (۱۳۹۰) که نشان داد خود متمایزسازی، اعتماد، و شرم با سازگاری زناشویی رابطه معنادار دارند و قادر به پیش بینی سازگاری زناشویی هستند همسو و هماهنگ می‌باشد. از سوی دیگر با پژوهش کریمیان و همکاران

متأسفانه به دلیل برداشت‌های نادرست در فرهنگ ما بیماری مانند افسردگی اساسی، معلولیت و یا سایر مشکلات به مجازات از طرف خداوند نسبت داده می‌شود بنابراین وقتی فردی دچار شکست می‌شود، احساس گناه کرده که حتماً من قصور شدیدی انجام داده‌ام که اینگونه توسط خدا مجازات و تنبیه گشته‌ام. از طرفی از آنجا که افراد افسرده نشخوار فکری زیادی دارند و سوگیری‌های منفی دارند، ویژگی‌های منفی خود را بزرگ‌نمایی می‌کنند و به اصطلاح بیشتر نیمه خالی لیوان را می‌بینند، حس بد بودن و حقیر بودن ناشی از احساس گناه خواسته و یا ناخواسته در ارتباط زناشویی با کمبود یا فقدان محبت و عشق ورزی نمایان می‌شود و در طی زمان تبدیل به یک احساس شرم پایدار می‌گردد.

همچنین در تبیین می‌توان به نظریه سبک‌های واکنشی اشاره کرد که بیانگر این است که درگیری افراد در تفکر منفعلانه و تکراری درباره‌ی نشانه‌های افسردگی باعث تداوم آن می‌گردد. این تلاش بیماران به صورت نشخوارهای ذهنی درآمده و نه تنها از بار این نشانه‌ها نمی‌کاهد بلکه باعث تشدید آن‌ها می‌گردد. اختلال افسردگی اساسی یکی از شایع‌ترین اختلالاتی است، که مبتلایان به آن واکنش‌هایی از جمله گناه و خشم از خود بروز می‌دهند. با توجه به ویژگی‌های افسردگی مبنی بر این که افراد افسرده نه تنها نسبت به زندگی بلکه نسبت به خودشان نیز بی‌علاقه‌اند و اغلب کمبود و نارسایی‌ها در زمینه مهارت‌های اجتماعی، بدنی و سلامتی را به خود نسبت می‌دهند و شکست‌های گذشته و حال خود را بزرگ می‌پندارند، لذا به خاطر کوچک‌ترین اشتباه و یا شکست و حادثه‌ای احساس گناه شدید و ناامیدی زیادی به آن‌ها دست می‌دهد.

پژوهش حاضر مانند هر پژوهش و تحقیق علمی دیگر در عمل با موانع و محدودیت‌هایی رو به رو بوده است؛ دسته‌ای از این محدودیت‌ها جنبه درونی و برخی جنبه بیرونی مسئله را شامل می‌شود و از جمله این محدودیت‌ها می‌توان محدودیت‌های مالی، اداری و اجرایی را نام برد. همانطور که از نتایج این پژوهش مشخص شد که زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در مهارت‌های شناسایی و ابراز هیجان

شکست و حادثه‌ای احساس گناه شدید و ناامیدی زیادی به آن‌ها دست می‌دهد.

در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت، پذیرش هیجانات، مانند شرم و گناه، به عنوان موضوعاتی مشروع و قابل دسترس برای تحقیق تازگی دارد. احساس شرم و احساس گناه هر دو هیجان‌های منفی و ناراحت کننده و معمولاً همبسته هستند. همچنین با قضاوت‌های خود - ارزیابی ایجاد می‌شوند که ما خودمان و کارهایمان را بر طبق استانداردهای درونی قضاوت می‌کنیم. شرم شامل احساس منفی در رابطه با خود پایدار و کلی است، در حالی که گناه احساسات منفی‌ای را درباره‌ی رفتار خاصی که «خود» انجام داده شامل می‌شود.

احساس آزار دهنده شرم و گناه ممکن است باعث شود تا فرد درگیر رفتار پرخطر شود. در عین حال که شرم معمولاً با آسیب‌های روانی مرتبط بوده است، احساس گناه در بیشتر موارد عامل پیشگیری بوده است. و در تبیین این فرضیه می‌توان گفت عاطفه خودآگاه در افراد با افسردگی اساسی که شرم شامل احساس منفی در رابطه با خود پایدار و کلی آن‌ها است، در حالی که گناه احساسات منفی‌ای را درباره‌ی رفتار خاصی که «خود» انجام داده شامل می‌شود. بنابراین مفهوم نظری، اسنادهای درونی، پایدار، غیر قابل کنترل و کلی («من آدم کودنی هستم؟») منجر به احساس شرم در آن‌ها می‌شود، در حالی که اسنادهای درونی، قابل کنترل و اختصاصی («به اندازه‌ی کافی تلاش نکردم») احساس گناه را در آن‌ها برمی‌انگیزد. در حمایت از این تفکیک، چون افراد با افسردگی اساسی عملکرد ضعیف خود را به توانایی‌شان نسبت می‌دهند (عامل درونی، پایدار و غیر قابل کنترل) به احتمال بیشتری احساس شرم می‌کنند، این در صورتی است که اگر عملکرد ضعیف خود را به تلاش‌شان نسبت دهد (عامل درونی، ناپایدار و قابل کنترل) به احتمال بیشتری احساس گناه می‌کنند. و به خصوص زنان با توجه به ساختار شخصیتی خود بیشتر احساس مسئولیت و یا گاهی احساس گناه می‌کنند.

بشارت، محمد علی. (۱۳۸۷). ارتباط نارسایی هیجانی با اضطراب، افسردگی، درماندگی روان شناختی و بهزیستی روان شناختی، فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه تبریز، سال سوم، شماره ۱۰، صص ۱۱-۲۲.

بشارت، محمد علی. گنجی، پویش. (۱۳۹۱). نقش تعدیل کننده سبک‌های دلبستگی در رابطه بین ناگویی هیجانی و رضایت زناشویی. مجله اصول بهداشت روانی. سال ۱۴- دوره ۴- صص ۳۳-۴۱.

بیات، سارا. (۱۳۹۴). اثربخشی واقعیت درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد مبتلا به افسردگی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود. دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی.

تقوی، ملیحه؛ نجفی، محمود؛ کیان ارثی، فرحناز؛ آقایان، شاهرخ. (۱۳۹۱). مقایسه ی ناگویی خلقی، سبک‌های دفاعی، و اضطراب صفت-حالت در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، افسردگی اساسی، و افراد عادی. مجله روانشناسی بالینی، سال پنجم، شماره ۲، صص ۳۵-۴۲.

رجبی، محمود؛ روشن، رسول؛ جمیلیان، حمیدرضا. (۱۳۹۱). مقایسه خشم و احساس گناه در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی و اختلال استرس پس از سانحه با افراد عادی، روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، دوره ۱۹، شماره ۷، صص ۴۳-۵۲.

رحمتیان، ربابه. (۱۳۹۲). مقایسه ناگویی خلقی و باورهای فراشناختی دختران افسرده و عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی. دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی.

زارعی، سلمان؛ حسینی، فاطمه. (۱۳۹۱). پیش بینی تعهد زناشویی بر پایه عواطف خودآگاه (شرم و گناه) و تمایز یافتگی خود در دانشجویان متاهل، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد، تهران مرکزی.

محبت، غلامرضا. (۱۳۹۵). مقایسه عاطفه خودآگاه با تعهد مذهبی در دو گروه مادران کودکان عقب مانده ذهنی و عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت. دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی.

ضعیف هستند، به روانشناسان و مشاوران پیشنهاد می‌شود از فنون مسئله مدار، برای کاهش افسردگی و بالا بردن پذیرش در درمان این بیماران استفاده کنند. همچنین، می‌توان مشاوره‌های گروهی در ارتباط با آموزش هوش هیجانی برای افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی تدارک دید.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به محرمانه بودن فرایند نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها، شرکت کنندگان در مورد خروج از پژوهش و انصراف از تکمیل پرسشنامه‌ها مختار بودند.

سپاسگزاری

از همه زنان شاغل شرکت کننده در پژوهش که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

بختی، محمد؛ غنایی چمن‌آباد، علی. و عبدخدایی، محمد. (۱۳۹۰). بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی و ناگویی خلقی، با خود بیمارانگاری در جمعیت بالینی دانشجویان دانشگاه فردوسی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی. مشهد.

امینی نصر، زینب. (۱۳۹۳). مقایسه ناگویی خلقی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و اختلا دو قطبی نوع I و افراد بهنجار، اولین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روانشناسی آسیب‌های اجتماعی و فرهنگی، دوره ۲، شماره ۱، صص ۱۵-۲۴.

انوشه‌ای، مریم؛ پور شهریاری، مه سیما و ثنایی ذاکر، باقر. (۱۳۸۵). بررسی رابطه بین ادراک دختران از الگوهای تربیتی والدین شان با مستعد بودن به شرم و مستعد بودن به گناه در آنها. تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، دوره هفتم، صص ۲۳-۲۰.

- Grabe HJ, Spitzer C, Freyberger H.J. (2004). Alexithymia and personality in relation to dimensions of psychopathology. *Am J Psychiatry* 2004; 161(7): 1299-301.
- Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85, 348-362.
- Ham, B. J., Lee, M. S., Lee, Y. M., Kim, M. K., Choi, M. J., Oh, K. S. (2005). Association between the catechol O-methyltransferase Val108/158Met polymorphism and alexithymia. *Neuropsychobiology*, 52, 151-154.
- Haviland, M. G., Shaw, D. G., Cummings, M. A., & MacMurray, J. P. (1988). Alexithymia: Subscales and Relationship to Depression. *Psychotherapy and Psychosoma*.
- Janathan, M., Feldman, P. M., & Lehrer, S., M. (2002). The predictive value of the Toronto Alexithymia Scale among patients with asthma. *Journal of psychosomatic Research*, 53, 1049-1052.
- Kaleva O, (2010). Alexithymia is associated with anxiety among adolescents. *J Affect Disord*. 2010; (725): 383-387.
- Kano, M., Fukudo, S., Gyoba, J., Kamachi, M., Tagawa, M., & Mochizuki, H. (2003). Specific brain processing of facial expressions in people with alexithymia. *Brain*, 126, 1474-1484.
- Karlsson, H., Näätänen, P., Stenman, H. (2008). Cortical activation in alexithymia as a response to emotional Stimuli. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 32-38.
- Karukivi M, Hautala L., Kaleva O, Haa Pasalo pesu KM, Liuksila PR, Joukamaa M., Saarijarvi S (2010). Alexithymia is associated with anxiety among adolescent J *Affect Disord*. 2010,(725): 383-387.
- Kessler, R. C. Berglund, P. Demler, O. Jin, R. Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- King LA, (2004) Emmons RA, Woodley S. The structure of inhibition. *J Res in Person* 2004; 26: 85-102.
- مهدوی، الناز؛ منشی، غلامرضا. (۱۳۹۵). مقایسه ناگویی خلقی و ابرازگری هیجانی در بیماران مبتلا به نارسایی عروق کرونر قلب و افراد سالم، ماهنامه علمی پژوهشی فیض، دوره ۲۰، شماره ۳، صص ۲۶۰-۲۶۶.
- هدایت فرد، سودابه. (۱۳۹۶). مقایسه عاطفه خودآگاه و طرحواره‌های هیجانی در زنان کودک آزاری و غفلت و زنان عادی شهر شیراز. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت. دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی.
- هنرپروران، نازنین؛ قادری، زهرا؛ تقوا، مرضیه؛ زندی قشقایی، کرامت الله. (۱۳۹۱). ارتباط عاطفه خودآگاه و عقاید غیرمنطقی با تمایلات جنسی زنان نابارور مقاله پژوهشی: مجله ارمغان دانش یاسوج دوره ۱۷، شماره ۶. صص ۱۲-۲۴.
- Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto alexithymia scale: I item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 1994; 38: 23-32.
- Cam Celikel, F. (2007). Alexithymia and anxiety sensitivity in Turkish depressive, anxiety and somatoform disorders outpatients. *Int J Psychiatry Clin Practice*. 2007; (77): 740-745.
- Carolien Rieffe, Paul Oosterveld, Mark Meerum Terwogt (2006). An alexithymia questionnaire for children: Factorial and concurrent validation results, *Personality and Individual Differences* 40 (2006) 123-133.
- Carver CS, Miller CJ (2006). Relations of serotonin function to personality: current views and a key methodological issue. *Psychiatry Res* 2006; 144(1): 1-15
- Cohen, T. R.; Wolf, S. T.; Panter, A. T.; Insko, C. A. (2011). "Introducing the GASP Scale: A New Measure of Guilt and Shame Proneness," in: *Journal of Personality and Social Psychology*, 100 (5): 947-966.
- Dubey A, Pandey R, Mishra K (2016). Role of emotion regulation difficulties and positive/negative affectivity in explaining Alexithymia -health relationship: An overview. *Indian J Soc Sci Res* 2016; 7(1): 20-31.
- Elison, J. (2005). Shame and guilt: A hundred years of apples and oranges. *New Ideas in Psychology*, 23, 5-32.

- disorders: Correlations with symptoms and interpersonal functioning. *Psychiatry*, 190, 37-42.
- Paradiso, S., Chmerinski, E., Yazici, K. M., Tartaro, A., & Robinson R. G. (1999). Frontal lobe syndrome reassessed: comparison of patients with lateral or medial frontal brain damage. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 67, 664-667.
- Parker, J. D. A., Keightley, M. L., Smith, C. T., Taylor, G. J. (1999). Interhemispheric transfer deficit in alexithymia: An experimental study. *Psychosomatic Medicine*, 61, 464-468.
- Saarijarvi S, Salminen JK, Toikka T(2006). Temporal stability of alexithymia over a five-year period in outpatients with major depression. *Psychother Psychosom* 2006; 75(2): 107-12.
- Salminen, J. K., Saarijärvi, S., Toikka, T., Kauhanen, J., & Aarela, E. (2006). Alexithymia behaves as a personality trait over a 5-year period in Finnish general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 275-278
- Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Selda, K & Ulku, T. (2009). Impact of autistic children on the lives of Mothers. *procedia social and behavioral sciences*, 1, 2374-2540.
- Seligman, M. E. P. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 3-9). New York: Oxford University Press
- Siegel, R. D. (2010), *The mindfulness Solution (every day practices for every day problems)*, New York: Guilford.
- Singer, G.H. (2006). Meta-analysis of comparative studies of depression in mothers of children without developmental disabilities. *AM J mental Retard*, 111 (3), 155-169.
- Smith, R.H.; M.J. Webster, G.W. Parrot & H.L. Eyre (2002). "The Role of Public Exposure in Moral and Non-Moral Shame and Guilt". *Journal of Personality and Social Psychology*, 83 (1): 138-159.
- Stasiewicz, P. R., Bradizza, C. M., Gudleski, G. D., Coffey, S. F., Schlauch, R. C., Bailey, S. T., et al. (2012). The relationship of Kreibig, S. D. (2010). Autonomic nervous system activity in emotion: A review. *Biological Psychology*, 84, 394-421.
- Krystal, H. (1999). Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *The International Journal of Psychotherapy*, 9, 353-378.
- Lane, R., Nadel, L., Allen, J. B. (2000). The study of emotion from the perspective of cognitive neuroscience. *BF531.c55*.
- Larsen, J. K., Brand, N., Bermond, B., Hijman, R. (2003). Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: A review of neurobiological studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 533-541.
- Leweke F, Leichsenring F, Kruse j, Hemes S(2012). Is alexithymia associated with specific mental disorder ? *psychopathology* 2012., 45: 22-8.
- Lewis, M. & Robins, M. W. (2005). The development of self-conscious emotions. *Handbook of competence and motivation*, 185-201.
- Li, C. R., & Sinha, R. (2005). Alexithymia and stress-induced brain activation in cocaine-dependent men and women. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 31, 115-121.
- Lindsay, J. & Ciarrochi, J. (2013). Substance abusers report being more alexithymic than others but do not show emotional processing deficits on a performance measure of alexithymia. *Addiction Research and Theory*, 17(3), 315-321.
- Luminet, O., Vermeulen, N., Demaret, C., Bagby, R. M., & Taylor, G. J. (2006). Levels of processing and alexithymia: Evidence for an overall deficit in remembering emotion words. *Journal of Research in Personality*, 40, 713-733
- McRae, K., Reiman, E. M., Fort, C. L., Chen, K., & Lane, R.D. (2008). Association between trait emotional awareness and dorsal anterior cingulate activities during emotion is arousal-dependent. *Neuroimage*, 41, 648-65.
- Mekaren, K., (2006). Emotional disorder and the mind-body problem: A case study of Alexithymia. *Science and philosophy*. 8: 55-135.
- Nicolo, G., Semerari, A., Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Conti, L., Dangerio, S., Procacci, M., Popolo, R., & Carcione, A. (2011). Alexithymia in personality

- alexithymia to emotional dysregulation within an alcohol dependent treatment sample. *Addictive Behaviors* 37, 469-476.
- Tangney, J. P., Stuewig, J., & Mashek, D. J. (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annual Review of Psychology*, 58, 345-372.
- Tangney, J. P., Wagner, P. E., & Gramzow, R. (1989). *The test of self-conscious affect*. Fairfax, VA: George Mason University.
- Taylor GJ, Parker JDA, Bagby RM. (2015) Relationships between alexithymia and related constructs. In: A Vingerhoets, F Van Bussel & J Boelhouwer, (ed.), *the-expression of emotions in health and disease*. Tilburg University Press; 2015. p. 103-114.
- Taylor, G. J., Bagby, M. (2000). An overview of the alexithymia construct. In R. Bar-On, & J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence* (pp. 263-276). San Francisco: Jossey-Bass.
- TenHouten, W. D., Hoppe, K. D., Bogen, J. E., & Walter, D. O. (1996). Alexithymia: An experimental study of cerebral commissurotomy patients and normal control subjects. *The American Journal of Psychiatry*, 143, 312-316.
- Tracy, J. L.; Robins, R. W.; Tangney, J. P. (Eds.). (2007). *The Self-Conscious Emotions: Theory and Research*, New York: Guilford Press.
- Valera, E. M., Berenbaum, H. (2001). A twin study of alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 239-246.
- Vanheule S. (2008). Challenges for alexithymia research: a Commentary on "the construct of alexithymia: associations with defense mechanisms". *J Clin Psychol*. 2008; (64): 332-337.
- Walter, N. T., Montag, C., Markett, S. A., & Reuter, M. (2010). Interactional effect of functional variants of the BDNF and DRD2/ANKK1 gene is associated with alexithymia in healthy human subjects. *Psychosomatic Medicine*, 73, 23-28.
- Wayne, K., Marck, S., & Micheal, C. Stressful life events, personality and coronary heart disease. *Journa of Psychosomatic Medicine*. 1995, 6, 1491-1501.