مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره بیست و ششم، شماره یک، فروردین ۱۳۹۷

تاریخ دریافت:۱۳۹۶/۲/۱۲
تاریخ پذیرش:۱۳۹۶/۳/۱۱

مقایسه سازه‌های هیجانی (دوسوگرایی و ناگویی هیجانی) و صفات شخصیتی مبتنی بر سیستم‌های مغزی–رفتاری در بیماران و افراد بهنجار

سهراب امیری[*1]، مهسا قاسمی قشلاق[2]، زهرا عباس‌زاده[3]

مقاله پژوهشی

مقدمه: هیجان‌ها و صفات شخصیتی از مهم‌ترین عوامل موثر در مشکلات پزشکی ناشی از عوامل روان‌شناختی هستند. هدف پژوهش حاضر تعیین دوسوگرایی ابراز هیجانی، ناگویی هیجانی و صفات شخصیتی در افراد با بیماری و عادی بود.

روش بررسی: روش پژوهش توصیفی- پس رویدادی و جامعه آماری شامل افراد با بیماری در ارومیه و افراد بهنجار در سال ۱۳۹۵ بود. ۶۰ نفر با کسب رضایت آگاهانه و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با ۶۰ نفر از افراد عادی همتاسازی شدند. به‌منظور گردآوری داده‌های پژوهش، پرسشنامه دوسوگرایی ابراز هیجان، ناگویی هیجانی و صفات شخصیتی بین شرکت‌کنندگان توزیع و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 و روش شاخص‌های توصیفی و تحلیل واریانس چند متغیره و تک متغیره تحلیل شد.

نتایج: نتایج نشان داد که دوسوگرایی هیجانی و ناگویی هیجانی در افراد با بیماری و عادی متفاوت است. افراد با بیماری نسبت به افراد عادی سطح بالایی از دوسوگرایی هیجانی و ناگویی هیجانی را تجربه کرده بودند..

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد سطوح هیجانی نامناسب می‌تواند زمینه‌ساز اختلال‌های تنی را فراهم و خود بیماری زمینه آسیب‌های بیشتر را ایجاد کند، لذا نیازمند است که در جهت کاهش آسیب‌های روانی و آموزش تنظیم هیجانی مطلوب مداخلات لازم صورت گیرد.

واژه‌های کلیدی: هیجان، شخصیت

ارجاع: امیری سهراب ، قاسمی قشلاق مهسا ، عباس‌زاده زهرا. **مقایسه سازه‌های هیجانی (دوسوگرایی و ناگویی هیجانی) و صفات شخصیتی مبتنی بر سیستم‌های مغزی–رفتاری در بیماران و افراد بهنجار**. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۳۹۷؛ ۲۶ (۱): ۲۶-۱۶.

۱- دکتری روان‌شناسی، دانشگاه ارومیه
۲- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه ارومیه
۳- دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت آموزشی، دانشگاه ارومیه
*(نویسنده مسئول)؛تلفن: ۰۸۱۳۴۴۲۲۲۴۴ ، پست الکترونیکی: Amirysohrab@yahoo.com

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

مقدمه

هیجان پدیده‌ای چند جزئی است که از مجموعه فرایندهای روانی هماهنگ عاطفی، شناختی، فیزیولوژیکی، انگیزشی و بیانی تشکیل می‌شود (۱) و کارکرد هیجان در جهت حل مشکلات شخصی و بین فردی تعریف می‌شود (۲). اما وقتی هیجان‌ها به سبک غلطی ابراز شوند، در بافتی نامناسب رخ دهند، خیلی شدید باشند و زیاد به طول بینجامند مشکل آفرین و آسیب‌زا می‌شوند (۳). نتایج نشان می‌دهد شیوه‌ای که افراد هیجانی را تجربه می‌کنند، از خود هیجان‌های شدید، در میزان علائم روانی مهم‌تر است (۴). افراد مبتلابه اختلالات هیجانی تمایل به تجربه هیجان‌های منفی خود به صورت غیرقابل کنترلی دارند و اغلب فاقد مهارت‌های لازم برای مدیریت و تنظیم این تجارب هیجانی شدید هستند (۵). در این بین یک عامل اساسی در آغازگری، ارزیابی و سازمان‌دهی سازگارانه و همچنین جلوگیری از هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگارانه، تنظیم هیجان است (۶).

به عبارت دیگر تنظیم هیجان‌ها شیوه‌ای مؤثر برای درک و کنترل هیجان‌ها فراهم می‌کند؛ و فقدان مهارت تنظیم هیجان به عنوان یکی از ویژگی‌های هسته‌ای مشکلات عاطفی و ناسازگاری تلقی می‌شود که طیف گسترده‌ای از اختلالات روانی را در بر دارد، در واقع آشفتگی در هیجان و تنظیم آن می‌تواند مسبب آسیب‌های روانی (۷)، حفظ و تداوم آن‌ها گردد (۸). به طور کلی راهبردهای تنظیم هیجان با کاهش هیجانات منفی و مدیریت هیجان و بهزیستی رابطه مثبتی دارد (۹). در بین حیطه‌های گوناگون هیجان، سبک‌های ابراز هیجان نیز از حیطه‌های مهم تمرکز در آسیب‌شناسی و روان‌درمانی است (۱۰).

یکی از سبک‌های تنظیم هیجان دوسوگرایی در ابراز گری هیجانی است، که به عنوان تمایل شدید به ابراز هیجان اما ناتوانی در انجام آن، ابراز هیجان بدون تمایل به آن، و ابراز هیجان اما بعد پشیمانی انجام آن تعریف می‌شود (۱۱). در واقع دوسوگرایی در ابرازگری هیجان سازه‌ای است که به ناتوانی در ابراز هیجان به طور طبیعی و آسوده اشاره دارد (۱۲). یعنی فرد ترکیبی از هیجان‌های مثبت و منفی را در مورد تجارب هیجانی و ابراز هیجان تجربه کند؛ همچنین دوسوگرایی در ابراز هیجان ممکن است به عنوان یک صفت هیجانی بکار رود که روی تجربه هیجان تأثیر می‌گذارد (۱۳). تجزیه و تحلیل مقطعی و آینده‌نگر با نمونه‌های غیر بالینی نشان می‌دهد دوسوگرایی بالا در ابرازگری هیجانی با بهزیستی پایین‌تر، سطح بالای پریشانی روانی و نیز نشانه‌های افسردگی شدیدتر همراه است (۱۴). اختلال‌های جسمانی‌سازی از مشکلات عمده جامعه امروزی بوده (۱۵) و افراد مبتلا به این اختلال‌ها از علائم مختلفی رنج می‌برند که پایه زیستی چندانی نداشته و به طور مکرر در جست‌وجوی مشاوره هستند، که نه تنها منجر به پریشانی برای بیماران می‌گردد، بلکه هزینه‌های بسیاری را بر بیماران تحمیل می‌کند (۱۶). بر خلاف اختلال‌های عاطفی و اضطرابی پژوهش‌های اندکی پیرامون اختلال‌های جسمانی سازی صورت گرفته است (۱۷) و مکانیسم‌های زیربنایی جسمانی‌سازی هنوز مشخص نگردیده است. با این حال، پژوهش‌ها برخی ویژگی روان‌شناختی مرتبط با این اختلال‌ها را بیان داشته‌اند (۱۸). علاوه بر نقش سازه‌های هیجانی در اختلالهای روان‌تنی، صفات شخصیتی نیز به نظر می‌رسد نقش تعیین کننده در این بین داشته باشند.

از جمله نظریه‌های شخصیتی و زیستی مطرح در این زمینه نظریه حساسیت به تقویت گری است که سیستم‌های فعال‌ساز و بازداری رفتاری را سیستم‌های عصب‌شناختی متمایزی با حساسیت به پاداش و تنبیه فرض می‌کند که هیجان، یادگیری و انگیزش را کنترل کرده و زیربنای تفاوت‌های شخصیتی است (۱۹). نظریه عصب‌روان‌شناختی گری (۲۰) تبیین می‌کند که چگونه صفات شخصیتی مرتبط با مغز با شکل‌گیری اختلال‌های آسیب‌شناختی مرتبط است. طی دهه‌های گذشته، جفری گری و همکاران، نظریه حساسیت به تقویت به عنوان بانفوذترین نظریه مبتنی بر انگیزش درباره صفات شخصیتی را صورت‌بندی کرده‌اند (۲۱). نظریه بازنگری شده حساسیت به تقویت (r-RST) (۲۱)، بر اساس یافته‌هایی درباره نقش مناطق خاصی از مغز در واکنش‌های هیجانی، همچنین بیان عوامل محیطی مهم به عنوان راه‌اندازهای واکنش‌های هیجانی شکل

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

یافت. نظریه حساسیت به تقویت وجود سه سیستم هیجانی را بیان می‌کند: سیستم فعال‌ساز رفتاری (BAS)، سیستم بازداری رفتاری (BIS) و سیستم جنگ-گریز (FFS). در مدل بازنگری شده، سیستم سوم، سیستم جنگ-گریز-انجماد (FFFS) است. در r-RST، سیستم فعال‌ساز رفتاری (BAS) به عنوان سیستم حساسیت نسبت به نشانه‌های پاداش باقی‌مانده است، جدای از واکنش نسبت به محرک اشتهایی شرطی، واکنش نسبت به محرک اشتهایی غیرشرطی نیز را نیز در برمی‌گیرد (۲۱). با در نظر داشتن اینکه نظریه‌گری (۲۰)، یکی از نظریه‌های شخصیتی است که به شدت با فیزیولوژی و تفاوت‌های فردی مرتبط می‌باشد. زمانی که به طور دقیق و موشکافانه به بنیان عصبی نظریه گری و مک‌ناقتون (۲۱) پرداخته می‌شود، مشخص می‌گردد که ابعاد این نظریه بازنمایی‌کننده ساختارهای مغزی مرتبط هستند. به همین جهت، برخی تفاوت‌های فردی در مبانی عصبی مرتبط با این نظریه شامل: درونداد نوآدرنرژیک، سرتونرژیک، هورمون‌های درون‌ریز مرتبط با گیرنده‌های بنزودیازپین‌ها و همچنین هورمون‌های مترشحه از محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA) وجود داشته که تفاوت‌های فردی در نحوه عملکرد این نظام‌ها و تعاملات آن‌ها، به وجود آورنده خلق و خوی افراد است (۲۲).

هیجان یکی از ارکان مهم رفتار محسوب می‌شود و تجربه‌های هیجانی می‌توانند به رفتار نیرو و انرژی تزریق کنند. با توجه به نقش مشکلات تنظیم هیجان در ایجاد و ابقای مشکلات هیجانی و روند فزایندهٔ بیماری‌های تنی بررسی دقیق‌تر موضوع ضروری به نظر می‌رسد و چنین می‌نماید که یکی از ضعف‌های اساسی الگوهای بررسی بیماری‌های تنی عدم توجه به نقش هیجان‌ها و فرایندهای هیجانی است. هرچند پژوهش‌های زیادی در زمینه روابط هیجان با آسیب‌شناسی روانی انجام شده است، اما نقش این نقایص هیجانی در گروه‌های بیماری‌های تنی، مورد بررسی قرار نگرفته است. در نهایت، با عنایت به روابط موجود بین سبک‌های هیجان با آسیب‌شناسی و سلامت روانی، گستردگی هیجان، عدم بررسی نقش ناگویی هیجانی، دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی در بیماری‌های تنی، و نیز نقش صفات شخصیتی مرتبط با سبک-های هیجانی پژوهش حاضر در پی بررسی روابط بین و دوسوگرایی ابراز هیجان، ناگویی هیجانی و صفات شخصیت مبتنی بر سیستم‌های مغزی-رفتاری در بیماران با اختلال‌های بدنی و افراد عادی برآمده است.

روش بررسی

پژوهش حاضر با توجه به نوع متغیرها و عدم دست‌کاری آن‌ها به طرح توصیفی از نوع پس رویدادی تعلق دارد. جامعه آماری مطالعه شامل بیماران در بیمارستان‌های سطوح شهر ارومیه و افراد بهنجار در سال ۱۳۹۵ بود؛ که به صورت نمونه-گیری در دسترس ۶۰ نفر از آنها انتخاب شدند، به این منظور ۹ مرکز ارائه خدمات درمانی (بیمارستان و کلینیک) دارای مراجعات بالا انتخاب شده و سپس از این مراکز نمونه افراد نهایی پژوهش انتخاب گردیدند. از هر بیمارستان بین ۱۱-۴ نفر انتخاب گردیدند. ملاک‌های ورودی به مطالعه شامل ۱) دامنه سنی بین ۲۰ تا ۶۰ سال ۲) عدم وجود بیماری‌های روانی و جسمانی حاد بر اساس گزارش‌های پزشکی برای افراد بیمار و ملاک خودگزارش‌دهی برای افراد بهنجار بود ۳) نداشتن اعتیاد به الکل یا هر نوع ماده دیگر. معیارهای خروج نیز شامل داشتن پرفشاری خون، سابقه بیماری‌های قلبی-عروقی، دارای اضافه وزن و چاقی و داشتن مشکلات منتهی به زوال عقل و نقصان حافظه و توجه مانند آلزایمر در افراد مسن. به منظور گردآوری داده‌ها و آزمون فرضیه‌های پژوهش، پس از کسب رضایت آگاهانه و نداشتن منع شرکت در پژوهش بر اساس نظر پزشک معالج برای افراد دچاری بیماری، با حضور پژوهش‌گر به ترتیب شرکت‌کنندگان براساس متغیرهای پژوهش مورد سنجش قرار گرفتند. داده های گردآوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS-22 شاخصهای توصیفی، تحلیل واریانس تک متغیره تحلیل شدند.

۱. پرسش‌نامه حساسیت به تقویت: این پرسشنامه به عنوان شاخصی از سازه‌های نظریه بازنگری شده حساسیت به تقویت (r-RST) به کار رفته است. ۲۹ ماده را در برمی‌گیرد که بر

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

اساس مفروضات نظری r-RST شکل یافته‌اند. پاسخ‌دهی به آن بر اساس مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای است (۱=کاملاً مخالفم، ۲=تاحدی مخالفم، ۳=تا حدی موافقم، ۴= کاملاً موافقم). این ۲۹ ماده نهایی، از مجموع ۶۰ ماده اولیه انتخاب و بر اساس سه ملاک کاهش یافتند: همبستگی درونی بین مقیاس‌ها (به ویژه بین BIS، گریز و انجماد)، محتوای ماده (ماده‌ها باید شاخص-هایی از فقط یک بُعد r-RST باشند، با حداقل همپوشی با محتوای سایر ابعاد)، و تعداد ماده‌ها در مقیاس‌ها (مقیاس‌ها باید تعداد ماده‌های یکسانی داشته باشند). پرسش‌نامه دربردارنده پنج خرده مقیاس است که شامل: سیستم فعال‌ساز رفتاری (BAS)، سیستم بازداری رفتاری (BIS)، جنگ، گریز و انجماد است و ضرایب آلفای کرونباخ آن‌ها به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۸، ۰/۸۲، ۰/۶۹ و ۰/۸۷ است که نشان دهنده همسانی درونی این پرسش‌نامه است (۲۳).

۲. پرسش‌نامه الکسی تیما: این پرسش‌نامه ۲۱ ماده و سه خرده مقیاس را شامل می‌شود: ۱) دشواری در شناسایی احساسات، ۲) دشواری در توصیف احساسات و ۳) تفکر عینی و براساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاًموافق (۵) تا کاملاً مخالف (۱) نمره‌گزاری می‌گردد. از ترکیب تمام ماده‌های پرسش‌نامه نمره کلی فرد به دست می‌آید. ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی برای این پرسش‌نامه گزارش شده است (۲۴،۲۵).

۳. پرسش‌نامه دوسوگرایی در ابراز هیجان: این مقیاس توسط کینگ و آمونز (۲۶) به منظور بررسی اهمیت نقش دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی در سلامت، طراحی شده است. این مقیاس دارای ۲۸ ماده می‌باشد که موارد ۱ تا ۱۶ آن مربوط به دوسوگرایی در ابراز هیجان مثبت و موارد ۱۷ تا ۲۸ آن مربوط به دوسوگرایی در ابراز استحقاق است. دامنه پاسخ به هر ماده ۵ درجه و از هرگز تا همیشه متغیر است. کینگ و آمونز (۲۶) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس و خرده مقیاس‌های ذکر شده را به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۷ و ۷۷ یافتند.

نتایج

از مجموع شرکت‌کنندگان پژوهش ۵ نفر (۴/۲٪) دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۲۷ نفر (۲۲/۵٪) دیپلم، ۴۰ نفر (۳۳/۳٪) کارشناسی و ۴۸ نفر (۴۰٪) کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. از مجموع گروه‌ها ۹۷ نفر (۸۰/۸٪) مجرد، ۲۳ نفر (۱۹/۲٪) متأهل بودند. از بین شرکت‌کنندگان ۹۵ نفر (۷۹/۲٪) زنان و ۲۵ نفر (۲۰/۸٪) مردان بودند. میانگین سن بیماران ۲۷/۹۸ با انحراف معیار ۸/۵۴ سال بود. میانگین و انحراف معیار سن افراد بهنجار ۴/۷۳ ± ۲۵/۷۵ بود. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه بیماران و گروه بهنجار، در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین افراد با بیماری در اغلب ابعاد ناگویی هیجانی و دوسوگرایی ابراز هیجان نسبت به افراد عادی نمرات بالاتر است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار ابعاد شخصیت، الکسی تیمیا و دوسوگرایی در ابراز هیجان در بیماران و افراد عادی (تعداد = ۶۰ نفر)

متغیر شاخص	بیماران		شاهد سالم	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
دوسوگرایی در ابراز هیجان مثبت	۵۲/۸	۸/۵	۵۱/۹	۱۰/۶
دوسوگرایی در ابراز استحقاق	۳۷/۸	۷/۲	۳۶/۹	۸/۳
دشواری در شناسایی احساس	۱۸/۶	۶/۱	۱۷/۹	۵/۴
دشواری در توصیف احساس	۱۳/۷	۴/۲	۱۳/۱	۳/۶
تفکر عینی	۲۲/۱	۳/۴	۲۱/۳	۳/۴
سیستم فعال‌ساز رفتاری	۱۵/۸	۳/۲	۱۵/۴	۳/۳
سیستم بازداری رفتاری	۱۷/۸	۴/۴	۱۷/۴	۳/۴
جنگ	۱۳/۵	۳/۷	۱۳/۱	۳/۷
گریز	۱۳/۵	۲/۲	۱۳/۲	۲/۸
انجماد	۱۲	۳/۹	۱۱/۵	۳/۲

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

جدول ۲: نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و نتایج آزمون لون به منظوری بررسی توزیع طبیعی داده‌ها

متغیر	آزمون K-S		آزمون لون	
	آماره Z	نتیجه	ارزش آزمون	سطح معناداری
دوسوگرایی در ابراز هیجان مثبت	۰/۰۹	توزیع طبیعی	۰/۸۴	۰/۴۷۰
دوسوگرایی در ابراز استحقاق	۰/۰۷	توزیع طبیعی	۰/۴۰	۰/۷۵۳
دشواری در شناسایی احساس	۰/۰۷	توزیع طبیعی	۱/۹۹	۰/۱۱۹
دشواری در توصیف احساس	۰/۱۳	توزیع طبیعی	۱/۷۶	۰/۱۵۷
تفکر عینی	۰/۰۸	توزیع طبیعی	۰/۳۷	۰/۷۷۳
سیستم فعال‌ساز رفتاری	۰/۱۰	توزیع طبیعی	۱/۹۱	۰/۱۳۲
سیستم بازداری رفتاری	۰/۰۸	توزیع طبیعی	۱/۱۳	۰/۳۳۶
جنگ	۰/۰۸	توزیع طبیعی	۰/۶۵	۰/۵۸۱
گریز	۰/۱۳	توزیع طبیعی	۰/۵۴	۰/۶۵۱
انجماد	۰/۱۰	توزیع طبیعی	۰/۶۴	۰/۵۹۱

بر اساس نتایج جدول ۲ مفروضه توزیع طبیعی داده‌ها برقرار است. همچنین در همه این موارد ارزش آزمون لون معنی‌دار نشده است، بنابراین فرض همسانی واریانس‌های این نمره‌ها برقرار است. به منظور مقایسه دو گروه در ابعاد تنظیم هیجان، عاطفه مثبت و منفی و دوسوگرایی در ابراز هیجان از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. نتیجه آزمونM باکس (P>۰/۰۱؛ ۰/۴۱=(۳۲۳/۰۶۲، ۱۶۵) F نشان داد که مفروضه یکسانی ماتریس واریانس- کواریانس متغیرهای وابسته برقرار است و می‌توان از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده نمود. در جدول ۳ نتایج آزمون‌های چند متغیری پیلایی، لامبدای ویلکز، هتلینگ و بزرگترین ریشه روی مشاهده می‌شود.

جدول ۳: تحلیل واریانس چند متغیره مقایسه گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

نام آزمون	ارزش	DF فرضیه	DF خطا		F	اتا (η ۲)
اثر پیلایی	۰/۰۹	۱۰	۱۰۷	*	۱/۲۴	۰/۰۸۷
لامبدای ویلکز	۰/۹۱	۱۰	۱۰۷	*	۱/۲۴	۰/۰۸۷
اثر هتلینگ	۰/۰۹۶	۱۰	۱۰۷	*	۱/۲۴	۰/۰۸۷
بزرگترین ریشه روی	۰/۰۹۶	۱۰	۱۰۷	*	۱/۲۴	۰/۰۸۷

*P<0/01

داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که حداقل در یکی از ابعاد ناگویی هیجانی، دوسوگرایی در ابراز هیجان و صفات شخصیتی بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه معنی‌دار بودن اثرات گروهی، به منظور اینکه مشخص شود این تفاوت‌ها در کدام گروه‌ها و کدام سطح از متغیرها قرار دارد از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد، که نتایج آن در جدول ۴ مشاهده می‌شود.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

جدول ۴: تحلیل واریانس تک متغیره متغیرهای پژوهش در بیماران و افراد عادی

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	اتا (η ۲)
دوسوگرایی در ابراز هیجان مثبت	بین گروهی	۹۲/۱۸	۹۲/۱۸	۱	۱/۱	۳۱۸	۰/۰۰۹
دوسوگرایی در ابراز استحقاق	بین گروهی	۲۱۶/۴۲	۲۱۶/۴۲	۱	۳/۷۱	۰/۰۴۷	۰/۰۳۱
دشواری در شناسایی احساس	بین گروهی	۵۱/۹۲	۵۱/۹۲	۱	۱/۵۵	۰/۲۱۶	۰/۰۱۳
دشواری در توصیف احساس	بین گروهی	۸۵/۱۴	۸۵/۱۴	۱	۶/۰۵	۰/۰۱۵	۰/۰۵۰
تفکر عینی	بین گروهی	۳۶/۱۲	۳۶/۱۲	۱	۳/۰۳	۰/۰۳۷	۰/۰۲۵
سیستم فعال‌ساز رفتاری	بین گروهی	۸/۷۴	۸/۷۴	۱	۰/۵۴	۰/۴۶۱	۰/۰۰۵
سیستم بازداری رفتاری	بین گروهی	۸/۱۲	۸/۱۲	۱	۰/۷۵	۰/۳۸۶	۰/۰۰۶
جنگ	بین گروهی	۴/۵۴	۴/۵۴	۱	۰/۳۲	۰/۵۷۲	۰/۰۰۳
گریز	بین گروهی	۱۱/۵۶	۱۱/۵۶	۱	۱/۷۳	۰/۱۹۰	۰/۰۱۵
انجماد	بین گروهی	۰/۵۴۱	۰/۵۴۱	۱	۰/۰۵۲	۰/۸۲۰	۰/۰۰۱

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

با توجه به نتایج جدول ۴ افراد با بیماری در ابعاد هیجانی شامل دوسوگرایی در ابراز استحقاق و دشواری در توصیف احساس و تفکر عینی سطوح بالایی را نسبت به افراد عادی تجربه می‌کنند. آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه در جدول ۴ نشان می‌دهد تفاوت بین دو گروه افراد با بیماری و افراد عادی در ابعاد مختلف شخصیت مبتنی بر سیستم‌های مغزی-رفتاری وجود ندارد.

بحث

اختلال علائم جسمانی در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) به واسطه علائم بدنی پریشان‌کننده به علاوه افکار، احساسات و رفتارهای نابهنجار در پاسخ به این علائم مشخص می‌گردد (۲۷). بر این اساس، هدف پژوهش حاضر بررسی نقش سبک‌های هیجانی و صفات شخصیتی مبتنی بر سیستم‌های مغزی/رفتاری در اختلال‌های تنی بود. بر این اساس، نتایج مطالعه حاضر پیرامون سبک‌های هیجان نشان داد که بیماران در سبک‌های هیجان متفاوت از افراد عادی بودند. این افراد از راهبردهایی تنظیم هیجان منفی الکسی‌تیمیا و دوسوگرایی ابراز هیجان بیشتر استفاده می‌کردند. با توجه به رابطه سبک هیجان و بیماری تنی؛ یافته پژوهش حاضر همسو با مطالعاتی بالینی است که اختلال‌های روان‌شناختی را ناشی از مشکلات تنظیم هیجانی می‌دانند (۲۸،۲۹). در واقع، بسیاری از اختلال‌های روان‌شناختی شامل علائم افسردگی (۳۰)، اضطراب (۳۱) و اختلال شخصیت مرزی (۳۲) با سطوح افزایش یافته مشکلات در تنظیم هیجان مرتبط هستند.

با توجه به اینکه نظریه سیستم‌های مغزی-رفتاری، گری (۲۰) این فرضیه را مطرح ساخت که اختلالات روان‌پزشکی ناشی از کارکرد (بیش‌فعالی یا کم فعالی) یکی از سیستم‌ها با تعاملات آنها می‌باشد. حساسیت نابهنجار این سیستم‌ها نشان دهنده آمادگی و استعداد به اشکال متعدد آسیب‌شناسی روانی است (۳۳). در نتیجه فرض بر این که سیستم فعال‌ساز رفتاری (BAS) و سیستم بازداری رفتاری (BIS) می‌توانند دامنه وسیعی از اختلالات را تبیین کنند. در پژوهش حاضر پیرامون مقایسه سیستم‌های مغزی-رفتاری در سطوح محتلف استرس نشان داده شد که بیماران در ابعاد سیستم‌های مغزی رفتاری شامل سیستم فعال‌ساز رفتاری (BAS)، سیستم بازداری رفتاری (BAS)، جنگ، گریز و انجماد نمرات بالاتری در مقایسه با گروه بهنجار داشتند؛ هر چند این تفاوت‌ها معنادار نبود. بنیان عصبی نظریه گری و مک‌ناقتون (۲۱) بازنمایی کننده ساختارهای مغزی مرتبط هستند. برخی مبانی

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

عصبی مرتبط با این نظریه شامل: درونداد نورآدرنرژیک، سروتونرژیک، هورمون‌های درون‌ریز مرتبط با گیرنده‌های بنزودیازپین‌ها و همچنین هورمون‌های مترشحه از محور هیپوتالاموس-هیپوفیز- آدرنال (HPA) است؛ که این مطالعات همخوان با مطالعاتی است که ساختارهای عصبی هیجان منفی را بررسی کرده و مبانی عصبی مشترکی را ارائه داده‌اند (۳۴). با توجه به اینکه نظریه‌گری (۲۰)، به شدت با فیزیولوژی مرتبط می‌باشد و هچنین با در نظر داشتن همپوشی بین این سیستم‌های فیزیولوژیکی و مبانی ساختاری و عصبی هیجان، یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر روابط بین ابعاد هیجان و سیستم‌های مغزی‌رفتاری از لحاظ مبانی زیستی و عصبی قابل تبیین به نظر می‌رسد. اما آنچه که در پژوهش حاضر باید مورد توجه قرار گیرد این است که نقش ابعاد شخصیت مرتبط با هیجان تفاوت معناداری در گروه بیماران در مقایسه با گروه عادی نداشت، بلکه تفاوت در سبک ابراز این تفاوت‌های زیستی بود. به نظر می رسد مبانی زیستی و شخصیتی هیجان به خودی خود منشا آسیب‌شناختی ندارد بلکه چگونگی تنظیم و مواجه با هیجان در موقعیت است که در این بین نقش حیاتی بازی می‌کند.

در مجموع، یافته‌ها نشان داد که چگونه اختلال تنی چند بُعدی است. مجموعه متفاوتی از صفات هیجانی با ابعاد اختلال‌تنی مرتبط بود. فقدان نسبی سبک هیجانی مثبت در افراد با اختلال‌تنی، نسبت به افراد عادی، ممکن است بر میزان و کیفیت شبکه‌های حمایتی اجتماعی آن‌ها تاثیر گذارد، احتمالی که در پژوهش حاضر بررسی نگردید. با در نظر داشتن یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که هیجان‌ها و صفات شخصیتی دو جنبه بسیار مهم زندگی انسان است و در تجلی اکثر رفتارهای افراد تعامل این دو سازه به چشم می‌خورد. بنابراین، برای درک بهتر بیماری‌های تنی و همبسته‌های رفتاری آن مطالعه هر دو سازه هیجان و شخصیت ضروری است. در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که سطوح بالای الکسی تیما و دوسوگرایی هیجانی منجر به اختلال می‌گردد، با این حال با توجه به اینکه جامعه مورد مطالعه در پژوهش حاضر بیماران بودند، از این رو یافته‌های به دست آمده در این پژوهش قابلیت تعمیم به سایر گروه‌های سنی و جمعیتی را ندارد. اختلال‌های روان‌شناختی هزینه‌های فراوان و سنگینی را شامل اقداماتی نظیر دریافت گزارش‌ها، شناسایی افراد توسط مراکز بالینی و خانواده‌ها، انجام مراحل غربالگری، ایجاد مراکز ارائه خدمات روان‌شناختی به دوش جامعه و خانواده تحمیل می‌کند. در نهایت، به نظر می‌رسد که باید به ابعاد آسیب روانی و عوامل پیش‌بین و مؤثر در افراد، در سطحی گسترده‌تر و با طور کاربردی توجه شود تا بتوان با ارتقاء سلامت روانی و آموزش به خانواده‌ها و مدارس، از درمان محوری به سمت رویکرد سلامت محور گام برداشت. از آنجا که عوامل زمینه‌ساز خانوادگی و تفاوت‌های فردی پیش زمینه تدوین و اجرای مداخلات گوناگون جهت اصلاح و پیشگیری از آسیب‌های روانی است؛ پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی در جهت تکمیل داده‌های پژوهش حاضر، به متغیرهای مرتبط دیگر نظیر تفاوت‌های فردی در سبک‌های مقابله‌ای و همچنین ابعاد خانوادگی مانند وجود اعضای خانواده دارای رگه‌های اختلال‌های رفتاری و دچار اختلال‌های شخصیتی توجه کنند. پیشنهاد می‌شود تا در سطح جامعه آزمون‌های غربالگری به عمل آید، تا ضمن بررسی وضعیت سلامت روانی افراد، مواردی را که نیاز به مداخله در حیطه-های سلامت و بهداشت روانی دارند، شناسایی کنند و با کمک سازمان‌های مربوطه و همکاری خانواده‌ها در جهت تعدیل شرایط افراد دارای اختلال‌های روانی و همچنین مشکلات درون خانوادگی آن‌ها گام‌های عملی بردارند تا از وخیم‌تر شدن شرایط آن‌ها و تبدیل شدن آن‌ها به وضعیت آسیب-های روانی و جسمانی جدی پیشگیری شود. همچنین، مهم است که به خاطر داشته باشیم که مطالعه حاضر مطالعه‌ای مقطعی بود و بنابراین ترسیم روابط علی در مورد ارتباط ابعاد هیجانی و شخصیتی با اختلال‌های تنی امکان‌پذیر نیست و تطبیق الگوهای ارتباط نیازمند مطالعات بیشتری است تا اعتبار بیشتری برای یافته‌های پژوهش حاضر به دست آید.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

نتیجه‌گیری

در مجموع مطالعه حاضر نشان دهنده نقش ابعاد شخصیتی مبتنی بر سیستم‌های مغزی-رفتاری و نیز صفات هیجانی در آسیب-پذیری افراد نسبت به بیماری است، لذا ارائه آموزش‌های روان-شناختی میتواند در پیگیری و کاهش بیماری‌ها که بار اجتماعی و اقتصادی فراوانی را بر جامعه تحمیل می‌کنند موثر واقع گردد.

سپاسگزاری

به این وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر قدردانی به عمل می‌آید. منبع مالی این پژوهش توسط نویسندگان تامین شده است.

References

1-Shuman V, Scherer KR. ***Emotions, psychological structure of***. Inter ency social behav sci 2015: 526–33.

2-Kun B, Balazs H, Kapitany M, Urban R, Demetrovics Z. ***Confirmation of the three-factor model of the Assessing Emotions Scale (AES): Verification of the theoretical starting point***. Behav Res Meth 2010; 42(2): 596-606.

3-Werner K, Gross JJ. ***Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework***; 2010: 13-37.

4-Sauer-Zavala S, Boswell JF, Gallagher MW, Bentley KH, Ametaj A, Barlow DH. ***The role of negative affectivity and negative reactivity to emotions in predicting outcomes in the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders.*** Behav Res Therapy 2012; 50(9): 551–57.

5-Fairholme CP, Boisseau CL, Ellard KK, Ehrenreich JT, Barlow DH. ***Emotions, emotion regulation, and psychological treatment: A unified perspective***. In Kring, A.M., & Sloan, D.M. (Eds.), Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment. New York, NY US: Guilford Press 2010; 283-309.

6-Garnefski N, Van Den Kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Onstein E. ***The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample***. Eur J personality 2002; 16(5): 403-20.

7-Cisler JM, Olatunji BO. ***Emotion regulation and anxiety disorders***. Curr sychiatry Rep 2012; 14(3): 182–87.

8-Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. ***Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review.*** Clinical Psychology Rev 2010; 30(2): 217–37.

9-Martini TS, Busseri MA. ***Emotion regulation strategies and goals as predictors of older mothers' and adult daughters' helping-related subjective well-being.*** Psychology Aging 2010; 25(1): 48-59.

10- Chan KM, Horneffer WK. ***Emotional expression and psychological symptoms: A comparison of writing and drawing.*** The Arts in Psychotherapy 2006; 33(1): 26–36.

11- Chen SXH, Cheung FM, Bond MH, Leung J. ***Decomposing the construct of ambivalence over emotional expression in a Chinese cultural context.*** Europ J Personality 2005; 19(3): 185–204.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

12- Mülle J, Bühner M, Ziegler M, Şahin L. ***Are alexithymia, ambivalence over emotional expression, and social insecurity overlapping constructs?*** J Psychosomatic Res 2008; 64(3): 319–25.

13- King LA. ***Ambivalence over emotional expression and reading emotions in situations and faces.*** J Personality Social Psych 1998; 74(3): 753-62.

14- Trachsel M, Gurtner A, von Knel M L, Grosse Holtforth M. ***Keep it in or let it out? Ambivalence over the expression of emotion as a moderator of depressiveness in unemployed subjects***. Swiss J Psycho 2010; 69(3): 141–46.

15- Hanel G, Henningsen P, Herzog W, Sauer N, Schaefert R, Szecsenyi J, et al. ***Depression, anxiety, and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study***. J Psychosomatic Res 2009; 67(3): 189-97.

16- Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. ***Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity***. Archives of General Psychiatry 2005; 62(8): 903-10.

17- Witthöft M, Hiller W. ***Psychological approaches to origins and treatments of somatoform disorders.*** Annual Rev Clinical Psychology 2010; 6: 257-83.

18- Voigt K, Wollburg E, Weinmann N, Herzog A, Meyer B, Langs G, et al. ***Predictive validity and clinical utility of DSM-5 Somatic Symptom Disorder—comparison with DSM-IV somatoform disorders and additional criteria for consideration***. J Psychosom Res November 2012; 73(5): 345–50.

19- Corr PJ. ***Gray's Reinforcement Sensitivity Theory: Tests of the Joint Subsystems Hypothesis of Anxiety and Impulsivity***. J Personality Individual Differences 2002; 33: 511-32.

20- Gray JA. ***Framework for a taxonomy of psychiatric disorder. In S. van Gozen, N. van de Poll, & J. A. Sergeant (Eds)Emotions: Essays on emotion theory (pp. 29- 59).*** New Jersey7 Lawrence Erlbaum Associates Inc; 1993.

21- Gray JA, Mcnaughton N. ***The Psychology of Anxiety and Enquiry in To the Functions Of The Septo Hippocampus System.*** 2nded. New York, Oxford University Press Inc; 2000.

22- Amiri M, Ghasemi Navvab A, Abdollahi MH. ***Comparative study of working memory performance, behavioral activation system (BAS) and behavioral inhibition (BIS) based on the dimensions of stress in adolescents.*** JCP 2015; 2(4): 10-22 .[Persion]

23- Smederevac S, Mitrović D, Čolović P, Nikolašević Ž. ***Validation of the measure of revised reinforcement sensitivity theory constructs***. J Individual Differences 2014; 35(1): 12–21.

24- Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM. ***The 20-item Toronto Alexithymia Scale-III. Reliability and factorial validity in a community population***. J Psycho Res 2003; 55(3): 269-75.

25- Besharat M A, Shahidi S. ***What is the relationship between alexithymia and ego defense styles? A correlational study with Iranian students***. Asian J Psy 2011; 4: 145-49.[Persion]

26- King LA, Emmons RA. ***Conflict over emotional expression: Psychological and physical Correlates.*** J Personality Social Psych1990; 58 (5): 864-77.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

27- American Psychiatric Association. ***Diagnosticand Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5. 5th ed***. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2013.

28- Gross JJ, John OP. ***Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being***. J Personality Social Psych 2003; 85: 348–62.

29- Nock MK, Prinstein MJ. ***Clinical features and behavioral functions of adolescent self-mutilation***. J Abnormal Psych 2005; 114: 140–46.

30- Silk JS, Steinberg L, Morris A. ***Adolescents' emotion regulation in daily life: links to depressive symptoms and problem behavior.*** Child Dev 2003; 74(6):1869-80.

31- Simon NM[1], Pollack MH, Ostacher MJ, Zalta AK, Chow CW, Fischmann D. ***Ostacher MJ, Zalta AK, Chow CW, Fischmann D, Demopulous CM, Nierenberg AA, Otto MW: Understanding the link between anxiety symptoms and suicidal ideation and behavior in outpatients with bipolar disorder***. J Affect Disord 2007; 97(1-3): 91-9.

32- Gratz KL, Rosenthal MZ, Tull MZ, Lejuez CW. ***Gunderson JG: An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder***. J Abnormal Psychol 2006; 115(4): 850-55.

33- Meyer B, Johnson SL, Winters R. ***Responsiveness to Threat and Incentive in Bipolar Disorder: Relations of the BIS/BAS Scales with Symptoms***. J Psycho Behav Assessment 2001; 23(3): 133–43.

34- De Kloet ER. ***Hormones, Brain and Stress***. Endocr. Regul 2003; 37: 51-68.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences **Received:2 May 2017**

Vo 26 | NO 1 | Aep 2018 **Accepted:1 Jun 2017**

Comparison of emotional structures (Ambivalence and Alexithymia) and personality traits based on brain-behavioral systems in patients and normal individuals

Sohrab Amiri [*1], Mahsa Ghasemi Gheshlagh [2], Zahra Abbas Zadeh [3]

Original Article

Introdution: Emotions and personality traits are the most important factors in medical problems caused by psychological factors. The purpose of the present study was to determine ambivalence over emotional expressiveness, alexithymia and personality traits in the patients with stomach ulcers and normal.

Methods: The method was descriptive-ex post facto and the study population included individuals with ilness in Urmia City and normal individuals. 60 individuals were selected through available sampling and matched with 60 normal individuals by using informed consent. In order to collect research data, ambivalence over emotional expressiveness questionnaire, alexithymia and personality traits questionnaires were distributed among the participants and data were analyzed using SPSS-22 software and descriptive indicators and multivariate and univariate analysis of variance.

Results: The results showed that emotional ambivalence and alexithymia in individuals with illness were different from the normal individuals. The individuals with stomach ulcers compared with normal individuals had experienced high levels of emotional expressiveness and alexithymia.

Conclusion: It seems inappropriate emotional levels can provide predisposing conditions for psychosomatic disorders and disease itself make them more susceptible to psychological damage. Therefore, interventions are required, in the order to reduce the risk of psychological damage and appropriate emotion regulation education.

Keywords: Emotion, Personality

Citation: Amiri S, Ghasemi Gheshlagh M, Abbas Zadeh Z. **Comparison of emotional structures (Ambivalence and Alexithymia) and personality traits based on brain-behavioral systems in patients and normal individuals.** J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2018; 26(1): 16-26.

[1,2,3] Urmia University, Urmia, Iran

***Corresponding author: Tel:** 08134422244, **email:** Amirysohrab@yahoo.com .

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]