

نقش مدل ترکیبی سرشت عاطفی و هیجانی (AFECT) در پیش‌بینی علائم اختلال افسرده‌خویی (DD) در دانشجویان

مهناز رسول‌زاده^{۱*}، دکتر غلامرضا چلبیانلو^۲، دکتر رضا عبدی^۳، سعیده شیخ^۴

تاریخ دریافت 1394/02/22 تاریخ پذیرش 1394/04/10

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: هدف از این مطالعه بررسی نقش مدل ترکیبی سرشت عاطفی و هیجانی در پیش‌بینی علائم اختلال افسرده‌خویی (DD) بود. **مواد و روش:** ۴۰۰ دانشجو از طریق مقیاس ترکیبی سرشت عاطفی و هیجانی و مقیاس درجه‌بندی افسرده‌خویی کرنل مورد آزمون قرار گرفتند. به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از تحلیل رگرسیون چندمتغیره استفاده گردید. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تمامی ابعاد هیجانی و عاطفی مدل AFECT، به‌استثنای ترس و سرخوشی، همبستگی معناداری با علائم افسرده‌خویی دارند. نتایج حاصل از آزمون رگرسیون حاکی از آن بود که ابعاد هیجانی مقابله، اراده و حساسیت و ابعاد عاطفی افسردگی، اضطراب، بی‌تفاوتی، ادواری‌خویی، ملالت، تغییرپذیری و هیجان‌زدگی توانستند علائم این اختلال را به‌صورت معنادار پیش‌بینی کنند. **نتیجه‌گیری:** مدل AFECT می‌تواند علائم DD را تبیین نماید. این یافته‌ها تلویحات نظری و عملی برای مداخلات بالینی به همراه دارد که برای درمانگران قابل توجه می‌باشد. **کلمات کلیدی:** مدل AFECT، سرشت عاطفی، سرشت هیجانی، اختلال افسرده‌خویی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و ششم، شماره پنجم، ص 440-450، مرداد 1394

آدرس مکاتبه: تبریز، ۳۵ کیلومتری جاده تبریز، مراغه، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تلفن: ۰۹۱۴۱۱۶۷۰۴۸

Email: mrasoolzade04705@yahoo.com

مقدمه

تا بزرگسالی (ممکن است (۵)، ارتباط آن با خودکشی نیز در تحقیقات مختلف مورد تأیید قرار گرفته است (۶). لذا این نوع یافته‌ها اهمیت انجام یکسری اقدامات مرتبط با سبب‌شناسی و متعاقباً پیشگیری از این اختلال را آشکار می‌سازد. در راستای ارتباط بین ابعاد شخصیت و اختلال‌های روانی، مدل‌ها و نظریه‌های متعددی چون نظریه سه عاملی آیزنک، نظریه حساسیت به تقویت (RST^۵) گری، نظریه روانی زیستی کلونینجر، مدل سه‌بخشی کلارک و واتسون، نظریه پنج عامل بزرگ شخصیت مک کری و کاستا و ... مطرح شده‌اند. پژوهش‌های صورت گرفته بر مبنای این نظریه‌ها، نشان داده‌اند که از طریق ویژگی‌های شخصیتی می‌توان وجود علائم خاص افسردگی را پیش‌بینی نمود.

اختلال‌های افسردگی که با اختلال در خلق مشخص می‌شود، اغلب شامل دو نوع افسردگی اساسی (MDD) و افسرده‌خویی (DD) می‌باشد (۱). DD به‌عنوان نوعی اختلال افسردگی مزمن که حداقل حدود ۲ سال طول می‌کشد، شناخته می‌شود (۲). این اختلال در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5) تحت عنوان «افسردگی مزمن یا پایدار» نام‌گذاری شده است (۳). درواقع، در نسخه فعلی این راهنما، اختلال افسردگی مزمن (افسرده‌خویی) ادغام افسردگی اساسی مزمن و افسرده‌خویی در DSM-IV است (۲). اختلال افسرده‌خویی یک اختلال شایع در جمعیت عمومی و بالینی به‌ویژه در زنان بوده (۴) و شروع آن در هر سنی (از کودکی

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان (نویسنده مسوول)

^۲ استادیار علوم اعصاب، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان

^۳ استادیار روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان

^۴ کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان

^۵ Reinforcement Sensitivity Theory

نشان داد که افسردگی با فعال‌سازی، مقابله و کنترل پایین و بازداری و حساسیت بالا همبستگی دارد (۲۵).

با این وجود، متأسفانه پژوهشی در زمینه ارتباط ابعاد مدل AFFECT و اختلال‌های طیف افسردگی، از جمله افسرده‌خویی که یکی از شایع‌ترین این اختلال‌ها به شمار می‌رود، صورت نگرفته است. لذا، هدف از پژوهش حاضر تعیین ارتباط ابعاد هیجانی و عاطفی مدل AFFECT با علائم اختلال افسرده‌خویی و ارزیابی توان مدل مذکور، در پیش‌بینی علائم این اختلال می‌باشد.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر از نوع مطالعات همبستگی می‌باشد. جامعه آماری این مطالعه کلیه دانشجویان دانشگاه شهید مدنی آذربایجان در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ بودند که از جامعه فوق، نمونه‌ای شامل ۴۰۰ نفر به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای طبقه‌ای از بین کلیه دانشکده‌های دانشگاه مذکور انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. از این تعداد ۱۳۵ نفر پسر (۳۳/۸ درصد) و ۲۶۵ نفر دختر (۶۶/۲ درصد) بودند. میانگین سنی گروه دختران ۲۲/۹ با انحراف معیار ۴ و میانگین سنی گروه پسران ۲۴/۵ با انحراف معیار ۳/۶۸ بود.

ابزار:

مقیاس ترکیبی سرشت عاطفی و هیجانی (AFFECTS^{۱۴}): این مقیاس در قالب ۶۲ سؤال توسط لارا و همکاران (۲۵) طراحی شده است. ابعاد بخش سرشت هیجانی این پرسشنامه شامل اراده، خشم، بازداری، حساسیت، مقابله و کنترل می‌باشند. ابعاد سرشت عاطفی نیز شامل افسردگی، اضطراب، بی‌تفاوتی، ادواری‌خویی، بی‌قراری و ملالت، تغییرپذیری، وسواس، سرحالی، هیجان‌زدگی، تحریک‌پذیری، بازداری‌زدایی و سرخوشی می‌باشد. مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۸۶ و برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۵ الی ۰/۹۱ گزارش شده است (۲۵). مقدار ضریب آلفای کرونباخ در ایران برای این ابزار، ۰/۸۲ و برای زیرمقیاس‌های آن ۰/۸۹-۰/۴۹ گزارش شده است (۲۹). در پژوهش حاضر مقدار ضریب آلفای کل این مقیاس ۰/۸۱ برآورد شد.

مقیاس درجه‌بندی افسرده‌خویی کرنل (CDRS^{۱۵}):

مقیاس برای تشخیص علائم خفیف‌تر افسردگی توسط ماسون، کاسیس، لیون و همکاران (۳۰) طراحی شده است. این پرسشنامه در مقایسه با مقیاس هامیلتون و پرسشنامه افسردگی بک در شناسایی اختلال افسرده‌خویی و علائم خفیف‌تر افسردگی

برای مثال، مطالعات نشان می‌دهند که فعالیت بیش‌ازحد سیستم بازدارنده رفتاری (BIS^۱) و فعالیت پایین سیستم فعال‌ساز رفتاری از دیدگاه گری (BAS^۲) (۷ و ۸)، آسیب‌پرهیزی^۳ از دیدگاه کلونینجر (۹-۱۴)، روان‌رنجورخویی^۴ از دیدگاه کوستا و مک کری (۱۵-۱۹) و عاطفه مثبت^۵ دیدگاه سه‌بخشی کلارک و واتسون با علائم افسردگی رابطه دارند (۲۴-۲۰).

پیرو مدل‌ها و نظریه‌های مذکور، اخیراً، لارا، بیسول، برانستاین، ریپولد، کاروالهو و اوتونی^۶ (۲۵) مدلی را تحت عنوان مدل ترکیبی سرشت عاطفی و هیجانی^۷ (AFFECT) مطرح کرده‌اند. مدل AFFECT بسیاری از مفاهیم بیان‌شده توسط آیزنک، گری، کلونینجر، واتسون و کاستا و مک کری را در بر دارد. مدل مذکور ترکیبی از ساختارهای سرشت عاطفی و هیجانی را با کاربردهای بالینی، روانی-زیستی و درمانی برای اختلال‌های روانی مطرح می‌کند (۲۵ و ۲۶). در این مدل ترکیبی، سرشت هیجانی به‌عنوان سیستمی با عملکرد مستقل در نظر گرفته می‌شود که برقرارکننده تعامل بین مؤلفه‌های فعال‌سازی^۸، بازداری^۹، کنترل^{۱۰}، حساسیت^{۱۱} و مقابله^{۱۲} می‌باشد. در این مدل، ابعاد اراده^{۱۳} و خشم به همراه تمایلات فردی با یکدیگر تلفیق‌شده و تحت عنوان بعد فعال‌سازی مطرح می‌شوند. سرشت بازداری از تلفیق ترس (نگرانی، کمروبی، ترس) و احتیاط (دقت، اجتناب از خطر، باملاحظه بودن) حاصل می‌شود. سرشت حساسیت هیجانی، ناشی از آسیب‌پذیری نسبت به کناره‌گیری بین‌فردی (انتقاد و یا طرد) و رویدادهای زندگی (فشار، سرخوردگی و ضربه) می‌باشد. سرشت مقابله به چگونگی مقابله و حل مسائل شخصی که در نهایت منجر به تکامل فردی می‌گردد، اشاره دارد. سرشت کنترل نیز، توانایی نظارت بر محیط، سازمان‌دهی و سازگاری و به عبارتی توانایی عملکرد اجرایی است (۲۷). مدل AFFECT، مدلی است جدید مبتنی بر پایه‌های زیستی شخصیت که قادر به تبیین بسیاری از اختلال‌های روانی از جمله اختلال‌های طیف افسردگی است. لارا، پینتو، آکیسکال و آکیسکال (۲۸) در بررسی‌های خود اذعان داشتند که بین خشم پایین و ترس بالا با افسردگی رابطه وجود دارد. در ادامه، بررسی دیگری

¹. Behavioral Inhibition System

². Behavioral Activation System

³. harm avoidance

⁴. neuroticism

⁵. positive affect

⁶. Lara, Bisol, Brunstein, Reppold, Carvalho, Ottoni

⁷. The Affective and Emotional Composite Temperament model

⁸. activation

⁹. inhibition

¹⁰. control

¹¹. sensitivity

¹². coping

¹³. volition

¹⁴. The Affective and Emotional Composite Temperament Scale

¹⁵. The cornell dysthymia rating scale

دقیق‌تر می‌باشد (۳۰). در پژوهش حاضر، مقدار ضریب آلفای این مقیاس، ۰/۹۲ برآورد شد.

یافته‌ها

به‌منظور بررسی ارتباط ابعاد هیجانی و عاطفی مدل AFECT

هیجانی و عاطفی با علائم DD به‌صورت مجزا نشان داده شده است.

جدول (۱): ماتریس همبستگی ابعاد سرشت هیجانی مدل AFECT با علائم DD

ترس	کنترل	حساسیت	خشم	اراده	مقابله	DD	
						۱	DD
					۱	-۰/۵۷**	مقابله
				۱	۰/۶۲**	-۰/۵۸**	اراده
			۱	-۰/۰۹*	-۰/۲۳**	۰/۲۲**	خشم
		۱	۰/۳۶**	-۰/۲۶**	-۰/۲۵**	۰/۳۳**	حساسیت
	۱	۰/۳۶**	۰/۵۵**	-۰/۲۲**	-۰/۳۸**	۰/۲۸**	کنترل
۱	۰/۱۶**	۰/۴۶**	۰/۱۱*	-۰/۰۷	-۰/۰۲	۰/۰۵	ترس

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که ابعاد سرشت هیجانی مقابله، اراده، خشم، حساسیت و کنترل با علائم DD همبستگی معنادار دارند و در این میان سرشت هیجانی مقابله و اراده همبستگی منفی با علائم DD نشان داده‌اند.

جدول (۲): ماتریس همبستگی ابعاد سرشت عاطفی با علائم DD

افسردگی	اضطراب	بی‌تفاوتی	ادواری‌خوبی	ملالت	تغییرپذیری	وسواسی	سرحالی	هیجان‌زدگی	تحریک‌پذیری	بازداری‌زدایی	سرخوشی	DD													
												۱	DD												
												۱	۰/۵۶**	افسردگی											
												۱	۰/۳۷**	۰/۴۶**	اضطراب										
												۱	۰/۲۸**	۰/۴۱**	۰/۴۷**	بی‌تفاوتی									
												۱	۰/۳۱**	۰/۲۴**	۰/۳۳**	۰/۴۱**	ادواری‌خوبی								
												۱	۰/۴**	۰/۲۸**	۰/۴۵**	۰/۳۴**	۰/۵۱**	ملالت							
												۱	۰/۴۱**	۰/۳۴**	۰/۴۷**	۰/۲۶**	۰/۴۶**	۰/۵۶**	تغییرپذیری						
												۱	۰/۲**	۰/۱۱**	۰/۲**	۰/۲۴**	۰/۲۴**	۰/۲۴**	۰/۲۴**	وسواسی					
												۱	-۰/۰۸*	-۰/۲۹**	-۰/۲۹**	-۰/۲۸**	-۰/۱۴**	-۰/۰۹*	-۰/۱۷**	-۰/۳**	-۰/۳۸**	-۰/۵**	سرحالی		
												۱	۰/۳۴**	-۰/۰۴	-۰/۳۸**	-۰/۲۹**	-۰/۲۵**	-۰/۳**	-۰/۲۸**	-۰/۳۸**	-۰/۵**	۰/۵**	هیجان‌زدگی		
												۱	۰/۰۱	-۰/۰۹*	۰/۲۴**	۰/۱۷**	۰/۱۹**	۰/۱۵**	۰/۱۲**	۰/۱۷**	۰/۱۴**	۰/۱۴**	۰/۱۴**	تحریک‌پذیری	
												۱	۰/۲۸**	-۰/۰۶	-۰/۱۳**	۰/۲**	۰/۳۳**	۰/۲۹**	۰/۲۲**	۰/۱۸**	۰/۱۲**	۰/۱۶**	۰/۱۹**	۰/۱۹**	بازداری‌زدایی
												۱	۰/۳۴**	۰/۲۵**	۰/۱۵**	-۰/۰۸*	۰/۱۶**	۰/۱۵**	۰/۲۲**	۰/۱۶**	۰/۰۴	۰/۰۰۸	-۰/۰۰۵	۰/۰۲	سرخوشی

نتایج جدول فوق نشان می‌دهند که به‌جز سرشت عاطفی سرخوشی، سرشت‌های عاطفی دیگر همبستگی معناداری با علائم DD دارند و در این میان به‌استثنای سرشت‌های سرحالی و هیجان‌زدگی بقیه ابعاد همبستگی مثبت با علائم DD نشان داده‌اند.

در ادامه، در راستای بررسی توان ابعاد هیجانی و عاطفی مدل AFECT در پیش‌بینی علائم DD از تحلیل رگرسیون چندگانه همزمان استفاده شد. جداول شماره ۳ و ۴ به ترتیب نتایج مربوط به پیش‌بینی علائم DD را از روی ابعاد سرشت هیجانی و عاطفی نشان می‌دهند.

جدول (۳): تحلیل رگرسیون ابعاد سرشت هیجانی مدل AFECT در ارتباط با علائم DD

متغیر	β	T	سطح معناداری	R	R ²
مقابله	-۰/۲۸	۵/۵۹	۰/۰۰۱		
اراده	-۰/۳۵	۷/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۶۶	۰/۴۴
خشم	۰/۰۵	۱/۲۶	NS		
حساسیت	۰/۱۶	۳/۴۷	۰/۰۰۱		
کنترل	۰/۰۱	۰/۳۲	NS		
ترس	-۰/۰۶	۱/۵۳	NS		

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که ابعاد مقابله، اراده و حساسیت مجموعاً با ضریب همبستگی چندگانه ۰/۶۶ توانستند حدود ۴۴ درصد تغییرات مربوط به علائم DD را تبیین و پیش‌بینی نمایند. نگاهی به ضرایب بتا نشان می‌دهد که ابعاد مقابله و اراده به صورت منفی و بعد حساسیت به صورت مثبت علائم DD را پیش‌بینی می‌کنند.

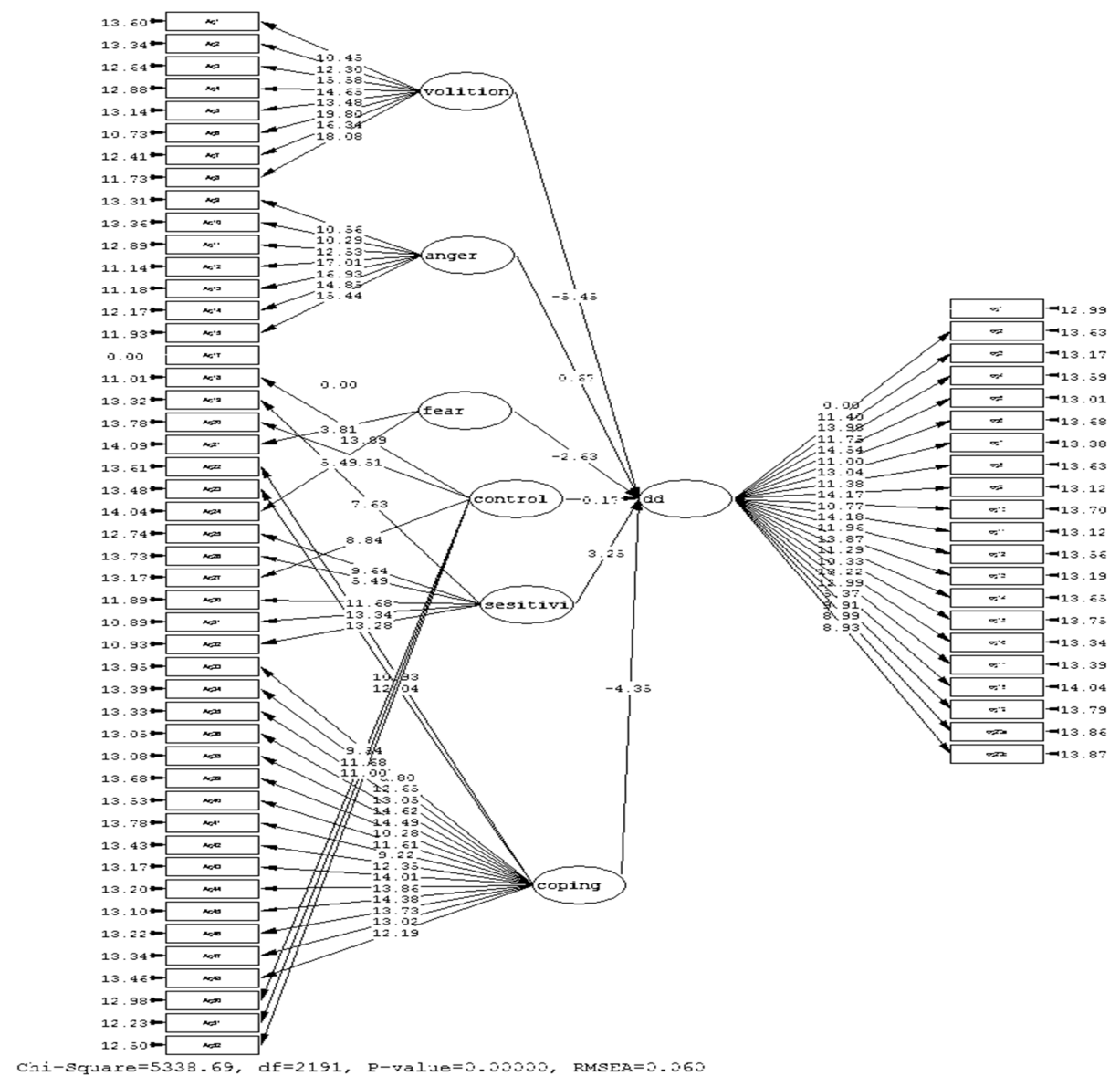
جدول (۴): تحلیل رگرسیون ابعاد سرشت عاطفی مدل AFECT در ارتباط با علائم DD

متغیر	β	T	سطح معناداری	R	R ²
افسردگی	۰/۱۹	۴/۶۸	۰/۰۰۱		
اضطراب	۰/۱۵	۳/۸۳	۰/۰۰۱		
بی‌تفاوتی	۰/۱۱	۲/۹۹	۰/۰۱		
ادواری خوبی	۰/۰۸	۲/۱	۰/۰۵		
ملالت	۰/۱۶	۳/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۰/۵۸
تغییرپذیری	۰/۲	۴/۸۶	۰/۰۰۱		
وسواسی	۰/۰۵	۱/۵	NS		
سرحالی	-۰/۰۴	۱/۳۳	NS		
هیجان‌زدگی	-۰/۱۷	۴/۳	۰/۰۰۱		
تحریک‌پذیری	-۰/۰۵	۱/۳	NS		
بازداری‌زدایی	-۰/۰۳	۰/۸۱	NS		
سرخوشی	-۰/۰۳	۰/۸۳	NS		

پیش‌بینی کنند. مقادیر مربوط به ضرایب بتا نشان می‌دهد که سرشت عاطفی هیجان‌زدگی، علائم DD را به صورت منفی پیش‌بینی می‌نماید.

نتایج تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد که ابعاد افسردگی، اضطراب، بی‌تفاوتی، ادواری خوبی، ملالت، تغییرپذیری و هیجان‌زدگی در مجموع توانستند با ضریب همبستگی چندگانه ۰/۷۶، حدود ۵۸ درصد واریانس مربوط به علائم DD را تبیین و

برای بررسی و نیز تأیید نتایج به‌دست‌آمده، از مدل معادلات ساختاری استفاده گردید. مدل مربوط به الگوی ارتباطی حاصل در شکل‌های ۱ و ۲ و نتایج شاخص‌های برازشی در جداول شماره ۵ و ۶ ارائه شده‌اند.



شکل (۱): مدل معادلات ساختاری ابعاد هیجانی مدل AFECT در ارتباط با علائم DD

جدول (۵): شاخص‌های برازندگی مدل ساختاری ابعاد هیجانی مدل AFECT در ارتباط با علائم DD

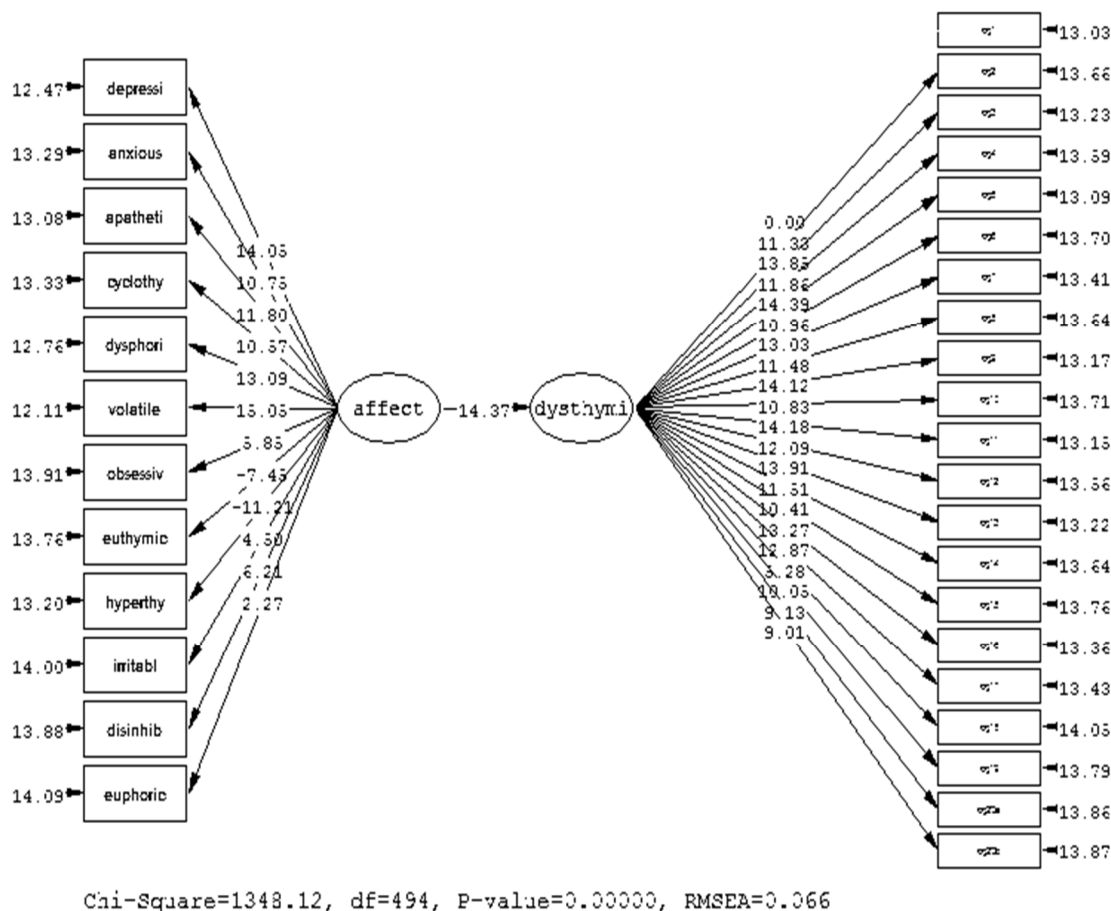
AGFI	GFI	IFI	NNFI	NFI	CFI	RMSEA	χ^2	Df	شاخص
۰/۷۰	۰/۷۲	۰/۹۴	۰/۹۴	۰/۹۰	۰/۹۴	۰/۰۶	۵۳۳۸/۶۹	۲۱۹۱	مقدار

اراده، حساسیت، مقابله و ترس می‌توانند علائم DD را به‌صورت معنادار پیش‌بینی کنند که همان‌گونه که ملاحظه می‌شود ابعاد اراده، مقابله و ترس، علائم DD را به‌صورت منفی پیش‌بینی

بر پایه مقادیر بالای ۰/۹ شاخص‌های NFI، CFI، NNFI و IFI ذکر شده در جدول فوق، می‌توان گفت که مدل از برازش مطلوبی برخوردار است. نتایج به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که ابعاد

این است که در آزمون رگرسیون چندگانه، مسیر هیجان ترس معنادار نبود.

می‌کنند که با نتایج آزمون رگرسیون چندگانه همخوانی دارد. تفاوت بین نتایج مدل رگرسیونی و آزمون رگرسیون چندگانه در



شکل (2): مدل معادلات ساختاری ابعاد عاطفی مدل AFECT در ارتباط با علائم DD

جدول (6): شاخص‌های برازندگی مدل ساختاری ابعاد هیجانی مدل AFECT در ارتباط با علائم DD

شاخص	Df	χ^2	RMSEA	CFI	NFI	NNFI	IFI	GFI	AGFI
مقدار	۴۹۴	۱۳۴۸/۱۲	۰/۰۶	۰/۹۶	۰/۹۴	۰/۹۶	۰/۹۶	۰/۸۳	۰/۸۱

حاضر، به‌منظور بررسی توان ابعاد مدل AFECT در پیش‌بینی علائم اختلال افسرده‌خویی (DD) انجام گرفت. نتایج به‌دست‌آمده در این پژوهش نشان داد که بین ابعاد هیجانی مدل AFECT، به‌استثنای بعد ترس، با علائم DD رابطه معنادار وجود دارد که در این میان، سرشت مقابله و اراده همبستگی منفی را با علائم این اختلال نشان دادند که این یافته با مبانی نظری مدل AFECT در مورد اختلال‌های افسردگی مطابقت دارد (۲۵). همچنین، نتایج

بر پایه مقادیر بالای ۰/۹ شاخص‌های NFI, CFI, NNFI و IFI ذکر شده در جدول فوق، می‌توان گفت که مدل از برازش مطلوبی برخوردار است. نتایج فوق نشان می‌دهند که تمامی ابعاد عاطفی علائم DD را به‌صورت معنادار پیش‌بینی می‌نمایند.

بحث و نتیجه‌گیری

لارا و همکارانش (۲۵) مدلی دوبعدی به‌منظور ترکیب ساختارهای سرشت عاطفی و هیجانی مطرح نموده‌اند. پژوهش

به توصیف ارائه‌شده، می‌توان چنین برداشت نمود که حساسیت بالا صفت شخصیتی وابسته به خلق منفی است. نظر به این‌که حساسیت هیجانی مؤلفه عمده روان‌رنجورخوبی در مدل پنج عاملی مک‌کری و کاستا و آسیب‌پرهیزی در مدل روانی-زیستی است (۲۵)، لذا می‌توان یافته پژوهش حاضر در این زمینه را با نتایج تحقیقات قبلی که بر اساس مدل هفت عاملی کلونینجر همبستگی مثبت افسردگی با آسیب‌پرهیزی را نشان دادند (۱۴،۱۳) و نیز تحقیقاتی که با به‌کارگیری مدل سه عاملی آیزنک و پنج عاملی مک‌کری و کاستا، رابطه مثبت عامل روان‌رنجورخوبی را با وقوع افسردگی نشان دادند (۱۹-۱۷)، همسو دانست.

در ادامه، مطالعه حاضر نشان داد که بین بعد کنترل و علائم DD رابطه مثبت وجود دارد. مفهوم سرشت هیجانی کنترل در مدل AFECT که با عملکردهای لوب فرونتال در ارتباط است (۳۳)، شامل نظارت بر محیط، رشد آگاهی و تمرکز، تعیین ظرفیت یا بار هیجانی و راهبردهای برنامه‌ریزی و احساس وظیفه، احساس لیاقت و باکفایتی، نظم و سازمان‌دهی، می‌باشد. با در نظر گرفتن این نکته که سرشت هیجانی کنترل با بعد وظیفه‌شناسی در مدل پنج عامل بزرگ شخصیت (۱۶،۲۵) و ابعاد پشتکار و خودراهبری در مدل روانی-زیستی کلونینجر مطابقت دارد (۲۵). لذا می‌توان از این طریق یافته پژوهش حاضر را با نتایج مطالعات پیشین مقایسه کرد. نگاهی به تحقیقات صورت گرفته نشان می‌دهد که یافته این مطالعه با نتایج مطالعات قبلی که ارتباط منفی ابعاد وظیفه‌شناسی، خودراهبری و پشتکار را با اختلال‌های افسردگی نشان دادند (۳۶،۱۸)، ناهمخوان می‌باشد. عدم تطابق در نتایج این تحقیق با سایر تحقیقات را می‌توان در چارچوب احتمال عدم تطابق کامل ابعاد نظریه‌های شخصیتی با یکدیگر، تبیین نمود. از سوی دیگر، ارتباط کنترل بالا با کاهش انعطاف‌پذیری و مداخلات غیرضروری و نیز وجود صفت گوش‌به‌زنگی در افراد افسرده می‌تواند تبیینی برای این یافته باشد.

دسته دوم یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که بین ابعاد عاطفی مدل AFECT، به‌استثنای بعد سرخوشی و علائم DD رابطه معنادار وجود دارد که در این میان به‌جز سرشت‌های سرحالی و هیجان‌زدگی، مابقی ابعاد همبستگی مثبت با علائم اختلال مذکور نشان داده‌اند. این یافته با در نظر گرفتن زیربناهای نظری مهم در مورد دسته‌بندی انواع اختلال‌ها (شامل انواع اختلال‌های درون‌سازی شده، برون‌سازی شده، پایدار و ناپایدار) قابل تبیین بوده و با نتایج مطالعات کاروالهو، هیفانتیس، تانای و همکاران (۳۷) همخوانی دارد. با توجه به این‌که اختلال‌های افسردگی جزو سرشت‌های عاطفی درون‌سازی شده و ناپایدار هستند، لذا همبستگی مثبت علائم DD با سرشت‌های عاطفی

تحلیل رگرسیون نشان داد که ابعاد هیجانی مقابله، اراده و حساسیت توانستند علائم DD را به‌صورت معنادار پیش‌بینی کنند. مقابله توانایی پرداختن به مسائل و مشکلات زندگی و حل این مسائل از طریق تجربه‌های کسب‌شده می‌باشد (۳۱). مقابله سازگار منجر به یادگیری طولانی‌مدت، بلوغ و کاردانی می‌شود. در مقابل، مقابله پایین، ناهنجار و ناسازگارانه بوده و منجر به درماندگی و مجموعه راهبردهای ناکارآمد می‌گردد که در راستای افزایش علائم افسردگی است. با توجه به این‌که بعد هیجانی مقابله مطابق با بعد منشی خودراهبری در نظریه کلونینجر است (۲۵)، لذا می‌توان نتایج این پژوهش را هم‌راستا با نتایج مطالعات پیشین دانست که همبستگی منفی این بعد را با اختلال‌های افسردگی نشان دادند (۱۳،۱۰).

بعد اراده، انرژی ذاتی و پایداری است که با تأکید بر دستاوردهای طولانی‌مدت مطلوب، فرد را برای انجام کار برمی‌انگیزد (۲۵). این عامل با صفاتی چون عاطفه مثبت، انگیزش، انرژی و خوشایندی و لذت مشخص می‌گردد (۳۴) و کاهش آن به شکل ناراحتی و فقدان انرژی نمایان می‌شود (۲۵) که این ویژگی با خصایص گروه افسردگی تناسب دارد. سرشت هیجانی اراده با خودراهبری در مدل کلونینجر و عاطفه مثبت در مدل سه‌بخشی کلارک و واتسون برابری می‌کند (25). از این‌رو، می‌توان یافته پژوهش حاضر را با نتایج به‌دست‌آمده از تحقیقات متعدد که نشان دادند عاطفه مثبت پایین، مختص اختلال‌های افسردگی است (۱۱،۱۰) همسو دانست.

از دیگر یافته‌های این پژوهش، همبستگی مثبت سرشت هیجانی خشم با علائم DD بود. سرشت هیجانی خشم با بعد نوجویی در مدل کلونینجر همخوانی دارد (۱۶). لذا با استناد به تطابق ابعاد، می‌توان دریافت که یافته پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های قبلی (۱۰) و تحقیقات نظری که بیان می‌دارند خشم پایین با افسردگی رابطه دارد (۲۸)، ناهمخوان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که خشم اغلب زمانی بروز می‌کند که تمایلات فرد سرکوب می‌شوند یا حوادث ناخوشایند رخ می‌دهند (۲۵)؛ بدین جهت می‌توان وقوع افسردگی بعد از رویدادهای فوق را موجه دانست. علاوه بر این، لارا و همکارانش (۲۵) عاطفه منفی را به‌عنوان علائمی از خشم و ترس بالا در نظر می‌گیرند. بر همین اساس، نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های سایر پژوهشگران که همبستگی مثبت عاطفه منفی را با افسردگی نشان دادند (۲۰)، همخوانی دارد.

یافته دیگر مطالعه حاضر حاکی از همبستگی مثبت حساسیت هیجانی با علائم DD بود. حساسیت به آسیب‌پذیری فرد در برابر تعارضات بین فردی و رویدادهای زندگی اشاره دارد (۳۵). با توجه

مثبت سرشت و سواسی با علائم DD را می‌توان از طریق همبودی این اختلال‌ها (۴۰) تبیین نمود. در مجموع، مطالعه حاضر نشان داد که مدل AFFECT توانایی تبیین علائم اختلال افسرده‌خویی را دارد. این نتایج کاربردهای بسیاری در حوزه بالینی دارد، به‌گونه‌ای که در نظر گرفتن این ویژگی‌ها در طرح‌های درمانی و نیز امر پیشگیری مهم تلقی می‌شود.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

پژوهش حاضر در مورد دانشجویان و جمعیت غیر بالینی به مرحله اجرا درآمده است، بر این اساس برای تعمیم نتایج به سایر گروه‌های جامعه بایستی احتیاط نمود؛ لذا پیشنهاد می‌شود این مطالعه بر روی جمعیت بالینی نیز انجام شود.

References:

1. Chapman DP, Perry GS. Depression as a Major Component of Public Health for Older Adults. *Prev Chronic Dis* 2008; 5 (1): 1- 9.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 50ed. Washington, DC and London, England: 2013.
3. Cristancho MA, Kocsis JH, Thase ME. Dysthymic Disorder and Other Chronic Depressions. *J Life long Learning Psychiatry* 2012; 4: 422-7.
4. Weinberger AH, Pilver CE, Desai RA, Mazure CM, McKee SA. The relationship of dysthymia, minor depression, and gender to changes in smoking for current and former smokers: longitudinal evaluation in the U.S. population. *Drug Alcohol Depend* 2013;127(1-3):170-6.
5. Klein DN, Santiago NJ. Dysthymia and chronic depression: introduction, classification, risk factors, and course. *J Clin Psychol* 2003;59(8):807-16.
6. Nobile M, Cataldo GM, Marino C, Molteni M. Diagnosis and Treatment of Dysthymia in Children and Adolescents. *CNS Drugs* 2003; 17: 927-46.
7. Kasch KL, Rottenberg J, Arnow BA, Gotlib IH. Behavioral Activation and Inhibition Systems and the Severity and Course of Depression. *J Abnorm Psychol* 2002; 111: 589-97.
8. Pourmohammad rezaye tajrishi M, Mirzamaniye bafghi SM. brain-behavioral systems The relationship between the activity brain-behavioral systems, social support and depression. *Soc welfare quarterly* 2007; 7: 223- 45. (Persian)
9. Nery FG, Hatch JP, Nicoletti MA, Monkul ES, Najt P, Matsuo K, et al. Temperament and character traits in major depressive disorder: influence of mood state and recurrence of episodes. *Depress Anxiety* 2009;26(4):382-8.
10. Celikel FC, Kose S, Cumurcu BE, Erkorkmaz U, Sayar K, Borckardt JJ, et al. Cloninger's temperament and character dimensions of personality in patients with major depressive disorder. *Compr Psychiatry* 2009;50(6):556-61.
11. Nyman E, Miettunen J, Freimer N, Joukamaa M, Mäki P, Ekelund J, et al. Impact of temperament on depression and anxiety symptoms and depressive disorder in a population-based birth cohort. *J Affect Disord* 2011;131(1-3):393-7.
12. Lu X, Chen Z, Cui X, Uji M, Miyazaki W, Oda M, et al. Effects of temperament and character profiles on state and trait depression and anxiety:

- a prospective study of a Japanese youth population. *Depress Res Treat* 2012;2012:604684.
13. Mochcovitch MD, Nardi AE, Cardoso A. Temperament and character dimensions and their relationship to major depression and panic disorder. *Rev Bras Psiquiatr* 2012; 34: 342-51.
 14. Balsamo M. Personality and depression: evidence of a possible mediating role for anger trait in the relationship between cooperativeness and depression. *Compr Psychiatry* 2013; 54:46-52.
 15. Bienvenu JO, Samuels FJ, Costa TP, Reti MI, Eaton WW, Nestadt G. anxiety and depressive disorders and the five-factor model of personality: a higher- and lower-order personality trait investigation in a community sample. *Depress Anxiety* 2004;20: 92-7.
 16. Chioqueta AP, Stiles TC. Personality traits and the development of depression, hopelessness, and suicide ideation. *Pers Individ Dif* 2005; 38: 1283-91.
 17. Kim B, Joo YH, Kim SY, Lim JH, Kim EO. Personality traits and affective morbidity in patients with bipolar I disorder: The five-factor model perspective. *Psychiatry Res* 2011; 185: 135-40.
 18. Karsten J, Penninx BWJH, Riese H, Ormel J, Nolen WA, Hartman CA. The state effect of depressive and anxiety disorders on big five personality traits. *J Psychiatric Res* 2012; 46: 644-50.
 19. Koorevaar AML, Comijs HC, Dhondt ADF, vanMarwijk HWJ, vanderMast RC, Naarding P, VoshaarRCO, Stek ML. big five personality and depression diagnosis, severity and age of onset in older adults. *J Affect Disord* 2013; 151: 178-85.
 20. Chorpita BF. The Tripartite Model and Dimensions of Anxiety and Depression: An Examination of Structure in a Large School Sample. *J Abnorm Child Psychol* 2002; 30: 177-90.
 21. Williams J, Peeters F, Zautra A. Differential affect structure in depressive and anxiety disorders. *Anxiety Stress Coping* 2004; 17: 321-30.
 22. Yang J-W, Hong SD, Joung YS, Kim J-H. Validation study of tripartite model of anxiety and depression in children and adolescents: clinical sample in Korea. *J Korean Med Sci* 2006;21(6):1098-102.
 23. Denollet J, Vries JD. Positive and negative affect within the realm of depression, stress and fatigue: The two-factor distress model of the Global Mood Scale (GMS). *J Affect Disord* 2006; 91: 171-80.
 24. Vasey WM, Harbaugh NC, Lonigan JCh, Phillips M, Hankin Benjamin L, Willem DL, et al. Dimensions of temperament and depressive symptoms: Replicating a three-way interaction. *J Res Pers* 2013; 47: 908-21.
 25. Lara DR, Bisol WL, Brunstein GM, Reppold TC, deCarvalho WH, Ottoni LG The affective and emotional composite temperament (AFECT) model and scale: a system-based integrative approach. *J Affect Disord* 2012; 140: 14-37.
 26. Lara DR, Ottoni LG, Brunstein GM, Frozi J, Carvalho WH, Bisol W.L Development and validity of the Brazilian internet study on temperament and psychopathology (BRAINSTEP). *J Affect Disord* 2012; 141: 390-8.
 27. Fuscaldo VL, Bisol WL, Lara RD. How emotional traits and affective temperaments relate to cocaine experimentation, abuse and dependence in a large sample. *J Addict Behav* 2013; 38: 1859-64.
 28. Lara DR, Pinto O, Akiskal K, Akiskal HS. Toward an integrative model of the spectrum of mood, behavioral and personality disorders based on fear and anger traits: I. Clinical implications. *J Affect Disord* 2006; 94: 67-87.
 29. Chalabianloo Gh, Abdi R, Rasoulzadeh M, Sheikh, S. Psychometric Properties of Affective & Emotional Composite Temperament Scale

- (AFFECT) in Students. *J Adv Res Psychol* (Forthcoming 2014). (Persian)
30. Cohen J. Assessment and treatment of dysthymia. The development of the Cornell dysthymia rating scale. *Eur Psychiatry* 1997; 12: 190-3.
31. Leite L, Machado L, Lara DR. Emotional traits and affective temperaments in alcohol users, abusers and dependents in a national sample. *J Affect Disord* 2014; 163: 65-9.
32. Borelli, WV, Lara RD. Dysfunctional traits in obese women and underweight men. *J Affect Disord* 2014; 169: 30-5.
33. Lara DR, Lorenzi TM, Borba DL, Silveira LCL, Reppold CT. Development and validation of the Combined Emotional and Affective Temperament Scale (CEATS): towards a brief self-rated instrument. *J Affect Disord* 2008; 111(2-3): 320-33.
34. Borelli, WV, Lara RD. Dysfunctional traits in obese women and underweight men, *J Affect Disord* 2014; 169: 30-5.
35. Leite L, Machado L, Lara DR. Emotional traits and affective temperaments in alcohol users, abusers and dependents in a national sample. *J Affect Disord* 2014; 163: 65-9.
36. Harkness KL, Bagby RM, Joffe RT, Levitt A. Major Depression, Chronic Minor depression, and the five factor model of personality. *Euro J Person* 2002; 16: 271-81.
37. Carvalho AF, Hyphantis ThN, Taunay TC, Macedo DS, Floros GD, Ottoni GL, Fountoulakis K.N., Lara DR. The relationship between affective temperaments, defensive styles and depressive symptoms in a large sample. *J Affect Disord* 2013; 146: 58-65.
38. Tei-Tominaga M, Akiyama T, Sakai Y. Effect of Affective Temperaments Assessed by the TEMPS-A on the Relationship between Work-Related Stressors and Depressive Symptoms among Workers in Their Twenties to Forties in Japan. *Depress Res Treat* 2012; 2012: 469384.
39. Parneix M, Pericaud M, Clement JP. Irritability Associated with Major Depressive Episodes: Its relationship with mood disorders and temperament. *Turk Psikiyatri Derg* 2014; 25: 106-13.
40. Canavera KE, Ollendick THH, May JTE, Pincus DB. Clinical Correlates of Comorbid Obsessive-Compulsive Disorder and Depression in Youth. *Child Psychiatry Hum Dev* 2010; 41: 583-94.

THE ROLE OF THE AFFECTIVE AND EMOTIONAL COMPOSITE TEMPERAMENT (AFECT) MODEL IN PREDICTING THE SYMPTOMS OF DYSTHYMIC DISORDER (DD) IN STUDENTS

Mahnaz Rasoulzadeh¹, Gholam Reza Chalabianloo², Reza Abdi³, Saeede Sheikh⁴

Received: 12 May, 2015; Accepted: 1 Jul, 2015

Abstract

Background & Aims: The aim of this study was to examine of the role of The Affective and Emotional Composite Temperament (AFECT) model in predicting the symptoms of dysthymic Disorder (DD).

Materials & Methods: In this study, 400 students were evaluated using the Affective and Emotional Composite Temperament Scale (AFECTS) and Cornell dysthymia rating scale. Multivariate regression was used in order to analyze the data.

Results: The results showed that all dimensions of emotional and affective AFECT model, except for fear and euphoria were significantly associated with the symptoms of DD. The results of the regression analysis showed that sensitivity, volition, coping, depression, anxious, hyperthymia, cyclothymic, dysphoric, volatile and apathetic could be predicted significantly symptoms of DD.

Conclusions: The AFECT model could be explaining symptoms of DD. These findings have theoretical and practical implications for clinical interventions which are remarkable to clinicians.

Keywords: AFECT model, Affective temperament, Emotional temperament, Dysthymic disorder

Address: Azarbayjann Shahid Maadani University, Tabriz, Iran

Tel: +98 9141167048

Email: mrasoolzade04705@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2015; 26(5): 450 ISSN: 1027-3727

¹ Master in Psychology, Azarbayjann Shahid Maadani University, Tabriz, Iran (Corresponding Author)

² Assistant Professor in Neuroscience, Azarbayjann Shahid Maadani University, Tabriz, Iran

³ Assistant Professor in Psychology, Azarbayjann Shahid Maadani University, Tabriz, Iran

⁴ Master in Psychology, Azarbayjann Shahid Maadani University, Tabriz, Iran