

مقایسه بازشناسی هیجانی در دختران و پسران با و بدون اختلال بدشکلی بدن

عالیه آراسته و اسونیا میدری*

۱ آموزگار آموزش و پرورش، رشته کودکان استثنایی، تهران، ایران - Aliyeh.arasteh2@gmail.com

۲ پرستار بهداشت و درمان، رشته روان شناسی بالینی، گیلان، ایران (نویسنده مسئول) - Soniaheydari645@gmail.com

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه بازشناسی هیجانی در دختران و پسران با و بدون اختلال بدشکلی بدن بود. روش تحقیق: روش تحقیق حاضر نیمه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد لاهیجان که دچار اختلال بدشکلی بدن در سال تحصیلی ۹۷-۹۸ هستند را تشکیل می دهد. تعداد نمونه پژوهش شامل ۳۰ دانشجوی بیمار و سالم پسر و ۳۰ دانشجوی بیمار و سالم دختر می باشد. ابزارهای پژوهش حاضر شامل پرسشنامه تصویر بدنی MBSRQ، پرسشنامه بازشناسی هیجان اکمن و فریزن (۱۹۷۶) بودند. برای تجزیه و تحلیل آماری داده ها از نرم افزار آماری Spss 22 و آزمون تحلیل کوواریانس استفاده و سطح معنی داری ($P < 0.05$) در نظر گرفته شد. یافته ها و نتیجه گیری: نتایج نشان داد که بین دو گروه دختران با و بدون اختلال بدشکلی بدن از لحاظ متغیرهای بازشناسی هیجانی تفاوت معنی دار وجود دارد ($P < 0.05$). نتایج این تحقیق می تواند توسط مسئولین مربوطه در دانشگاه ها جهت افزایش بازشناسی هیجانی و اضطراب دانشجویان استفاده کنند.

کلیدواژه ها: بازشناسی هیجانی، اختلال بدشکل، دانشجو

مقدمه

یکی از مسائلی که امروزه اهمیت فراوانی یافته، زیبایی دوستی و زیبایی طلبی است. که بیشتر ناشی از تغییرات فرهنگی، ارزشی و تبلیغات رسانه ها و فضای مجازی می باشد. توجه به ظاهر و متناسب بودن در هر دوره ای وجود داشته و مطلوب است اما گاهی این توجه به صورت افراطی و حساسیت شدید ظهور پیدا می کند که دیگر طبیعی نبوده و تبدیل به یک اختلال می گردد و عملکرد فردی و اجتماعی افراد را تحت تاثیر خود قرار می دهد. این اختلال، اختلال بدشکلی بدن^۱ نام دارد. افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، از احساس عمیق زشتی وجهی از ظاهر خود، علی رغم طبیعی یا تقریباً طبیعی بودن رنج می برد (سادوک، سادوک^۲، ۲۰۰۳: ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۶) و این اشتغال ذهنی باعث پریشانی معنادار و تداخل در عملکرد روزانه می شود. آن ها نمی توانند پی ببرند که مشکلشان یکی مشکل روانشناختی است و تصور می کنند که یک مشکل فیزیکی قابل توجهی دارند و بخاطر این تفکر، اغلب از یک جراح به جراحی دیگر و از یک متخصص پوست به متخصص پوست دیگر و یا به باشگاه های زیبایی اندام می روند. این اعمال به تایید و تصدیق اختلال بدشکلی بدن کمک می کند (اثنی عشری، ۱۳۹۲).

شناخت یکی دیگر از مواردی است که در افراد دارای بدشکلی بدن تاثیر می گذارد. برخی از تخریب های شناختی شامل کارکرد اجرایی، بازشناسی هیجان یا تمایز خود می باشد. هیجان ها، الگوی واکنش ارگانیزم نسبت به محرک های درونی و بیرونی تلقی می شوند که در ابعاد خوشایند-ناخوشایند (نزدیکی-اجتناب) و تحریکی-بازداری تجلی می یابند و بطور تدریجی از انگیزه ها متمایز می گردند. هیجان های نخستین مانند شادی، غم، ترس، خشم، تعجب و تنفر الگوهای مادرزادی هستند که تقریباً در تمامی فرهنگ ها تجلی می شوند. از طرفی این حالت می تواند با کمالگرایی نیز همراه باشد. نگرش روانشناختی کمالگرایی را اغلب یک ویژگی نوروپیک (عصبی) محسوب می کند (هوسپیان و همکاران، ۱۳۹۴).

بنابراین هدف از پژوهش حاضر مقایسه بازشناسی هیجانی در دختران با و بدون اختلال بدشکلی بدن می باشد.

مبانی نظری

بازشناسی هیجان

بازشناسی هیجان، توانایی درک، ارزیابی و بیان صحیح هیجان هاست و نیز توانایی دست یابی و تولید احساسات برای تسهیل فعالیت های شناختی، توانایی درک مفاهیم مربوط به هیجان های خود و دیگران در رشد بهینه و ارتباطات اجتماعی موثر می باشد (سالوی و مایر^۳، ۱۹۹۰).

یکی از مفاهیمی که به تازگی وارد حوزه روانشناسی شده است، نارسایی هیجانی است، این اصطلاح اولین بار توسط سیفنتوس (۱۹۷۰) جهت مشخص کردن افرادی که فقدان ظرفیت بارز در تشخیص و ابراز کلامی هیجانان بدون علت فیزیکی دارند ابداع شد. از آن زمان نارسایی هیجانی موضوع پژوهش های بسیاری قرار گرفته است. چرا که نارسایی هیجانی می تواند به ایجاد مشکلاتی در روابط بین فردی، انطباق با هیجانان مختلف، حوادث استرس آور زندگی آسیب پذیری بیشتر فرد در برابر آنها منجر شده، به علاوه می تواند در استفاده از مکانیزم های مقابله ای ناکارآمد احتمال گرایش به سوء مصرف مواد و الکل را افزایش دهد (ون رسوم و همکاران به نقل از فاتحی نیا، ۱۳۸۸).

نارسایی هیجانی به یک سبک شناختی-عاطفی اشاره دارد که نتیجه آن اختلال خاص در بیان و پردازش هیجانان است. ولی معنای حقیقی آن «پریشانی در توصیف کلامی احساسات» است (کتلین، ۱۹۹۸، ترجمه عباس بخشی پوررودسری و شهرام محمدخانی، ۱۳۸۱). نارسایی هیجانی سازه شخصیتی است که با فقدان خیالپردازی، ظرفیت کم برای افکار سمبولیک و ناتوانی

¹Body Dysmorphic Disorder (BDD)

²Sadok, Sadock

³Salove & Mayer

برای تجربه و بیان هیجانات مثبت مشخص می‌شود. نارسایی هیجانی به حالتی اطلاق می‌شود که در اثر آن فرد در درک پردازش و هیجانات خود مشکل دارد (سیفنتوس، ۱۹۷۳).

ویژگی اصلی نارسایی هیجانی عبارتند از: ناتوانی در بازشناسی و توصیف کلامی هیجان‌های شخص، فقر شدید تفکر نمادین که آشکارسازی بازخوردها، احساسات، تمایلات و سابق‌ها را محدود می‌کند، ناتوانی در بکارگیری احساسات به عنوان علایم مشکلات هیجانی، تفکر انتفاعی در مورد واقعیت‌های که اهمیت بیرونی، کاهش یادآوری رویاها، دشواری در تمایز بین حالت‌های هیجانی و حس‌های بدنی فقدان جلوه‌های عاطفی چهره، ظرفیت محدود برای همدلی و خودآگاهی (تول میدا گلیاورویمر، ۲۰۰۵). بحث پیرامون اینکه آیا نارسایی هیجانی یک صفت با ثبات شخصیتی است و یا یک پدیده وابسته به حالت که بطور عمده به سطح افسردگی مرتبط است، چالش‌های زیادی را بین پژوهشگران برانگیخته است. مطالعات بالینی نشان می‌دهد که همزمان با کاهش افسردگی، نارسایی هیجانی نیز کاهش می‌یابد، با این حال تیلور و بگی بیان داشته‌اند که بین صفات مطلق و ثبات نسبی در زمینه صفات شخصیتی تفاوت وجود دارد.

فوکونیشی و همکاران (۱۹۹۷) گزارش کردند که در مطالعه دانشجویانی که دارای تجربه‌ی مراقبت مادری ضعیف بودند، آزمودنی‌ها، مخصوصاً در زمینه دشواری احساسات، ویژگی‌های نارسایی هیجانی را نشان دادند. کریمر و لودر (۱۹۹۵) معتقدند که دل‌بستگی نایمن می‌تواند فراگیری چگونه احساس کردن را با شکست مواجه کند و زمینه را برای ابتلا به نارسایی هیجانی هموار سازد. نارسایی هیجانی، ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها (بگی و تیلور، ۱۹۹۷؛ تیلور، ۲۰۰۰؛ تیلور و بگی، ۲۰۰۰؛ لبن، آهرن، شواتز و کاسیناک، ۱۹۹۷)، سازه‌ای است چند وجهی مشکل از دشواری‌ر شناسایی احساسات و تمایز بین احساسات و حس‌های بدنی مربوط به انگیزختگی هیجانی؛ دشواری در توصیف احساسات برای دیگران؛ قدرت تجسم محدود که با قلت خیالپردازی‌ها مشخص می‌شود؛ سبک شناختی عینی (غیر تجسمی)، عمل‌گرا و واقعیت‌مدار یا تفکر عینی (تیلور و بگی، ۲۰۰۰؛ سیفنتوس، ۲۰۰۰). افراد مبتلا به نارسایی هیجانی، حس‌های بدنی بهنجار را بزرگ می‌کنند، 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 (تیلور، پارکر، بگی و اکلین، ۱۹۹۲).

شواهد متقاعد کننده‌ای وجود دارد مبنی بر اینکه نارسایی هیجانی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی همزمان با بهبودی افسردگی آنها کاهش می‌یابد اما با این وجود تفاوت نسبی در نمرات نارسایی هیجانی این افراد در طول زمان ثابت می‌ماند. نتایج حاصل از یک مطالعه پیگیری پنج ساله بر روی نمرات نارسایی هیجانی در مبتلایان به افسردگی حاکی از ثبات نسبی نمرات نارسایی هیجانی بود. ثبات نسبی سازه‌ای شخصیتی اندازه‌گیری شده و توانایی آن در پیش‌بینی تغییرات خلقی در راستای حمایت از این فرضیه است که بخش اعظم تفاوت‌های بین فردی در زمینه ابعاد شخصیتی منعکس کننده تفاوت‌هایی است که در زمینه صفات شخصیتی وجود دارد نه منعکس کننده تفاوت‌های موجود در زمینه عواطف وابسته به حالت و بطور کلی عقیده میرا نیست که نارسایی هیجانی عامل خطر ساز برای بسیاری از اختلالات روانپزشکی است، زیرا افراد مبتلا به این عارضه بسیار تحت فشار همبسته‌های جسمانی هیجانی هستند که به کلام در نمی‌آیند. این نارسایی مانع تنظیم هیجانات شده، سازگاری موفقیت‌آمیز را مشکل می‌سازد. نارسایی هیجانی واژه‌ای یونانی است که به معنای نبود واژه برای ابراز هیجان‌ها است (وینگر هوتیس، نیکلیک و دنولت، ۲۰۰۸).

نارسایی هیجانی به دشواری در خود نظم‌دهی هیجانی و به عبارت دیگر، به توانایی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و نظم‌دهی هیجان‌ها با دشواری‌هایی مواجه هستند و در تمایز احساسات درونی از احساسات بدنی مشکل دارند (بشارت، ۱۳۸۷؛ سوارت، کورتکاس و آلمن، ۲۰۰۹). باتوجه به نقایص شناختی و عاطفی چنین فرض می‌شود که ناگویی خلقی (نارسایی هیجانی) می‌تواند با شاخص‌های سلامت به طور کلی و با مشکلات جسمانی و پزشکی به طور خاص رابطه داشته باشد. پژوهشگران دریافته‌اند ناگویی خلقی با تعدادی از مشکلات جسمانی مانند مسائل مرتبط با فشار خون اساسی، بیماری التهابی ممانه، ابعاد مربوط به درد، ناراحتی قلبی و انواع دیابت ارتباط دارد (دوبی، پاندی و میشر، ۲۰۱۰). در برخی از پژوهش‌ها نارسایی هیجانی را با ناتوانی در ارزیابی و ابراز هیجان‌ها در ارتباط دانسته‌اند. در حمایت از این ادعا، می‌توان گفت

نشانه‌های ناکارآمدی و نارسایی در نظم‌دهی هیجان‌ها در بیش از نیمی از اختلال‌های محور I و در تمام اختلال‌های تشخیصی محور II نسخه بازنگری شده چهارمین مجموعه تشخیص و آماری اختلال‌های روانی اتفاق می‌افتد (حسینی، ۱۳۸۹). اگر چه هیجان‌ها اساس زیست‌شناختی دارند، اما افراد قادرند بر هیجان‌ها و ابراز آنها تسلط داشته باشند. نظم‌دهی هیجانی به اعمالی اطلاق می‌شود که به منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به کار می‌رود. به طور کلی نظم‌دهی هیجان یکی از عوامل اساسی بهزیستی است و در سازش یافتگی با رویدادهای تنیدگی زای زندگی نقش مهمی ایفا می‌کند. موفقیت در نظم‌دهی هیجان با افزایش پیامدهای سلامتی، عملکرد تحصیلی و عملکرد شغلی همراه است و به عکس، نارسایی در نظم‌دهی هیجان با اختلال‌های روانی، شخصیتی، اختلال‌های اضطرابی و... در ارتباط است (حسینی و همکاران، ۱۳۸۷). افراد برای نظم‌دهی هیجان‌ها از راهبردهای متفاوتی استفاده می‌کنند که می‌توانند سازش‌یافته (تغییر توجه بعد از یک شکست عاطفی یا تعدیل احساسات از طریق نوشتن) یا سازش نایافته و ناکارآمد (فاجعه آمیز پنداری و نشخوار ذهنی) باشند (واندیلن و کول، ۱۹۹۷).

بوسی (۱۹۹۷) چنین مطرح می‌کند که احتمالاً مشکلات نظم‌دهی هیجان در نارسایی هیجانی به دلیل گسستگی فرآیندهای نمادین و تجارب حسی از سوی دیگر است. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند افراد واجد نارسایی هیجانی از راهبردهای ناکارآمد نظم‌دهی هیجان، منع و سرکوبگری بیشتر و ارزیابی مجدد کمتر استفاده می‌کنند (سوارت و دیگران، ۲۰۰۹). به نظر می‌رسد که راهبرد سرکوبگری هیجان‌ها با ویژگی اصلی نارسایی هیجانی، یعنی با دشواری در شناسایی و توصیف احساسات همبسته است.

شاهقلیان و دیگران (۱۳۸۶) نشان دادند نارسایی هیجانی با سرکوبگری هیجانی و نشخوار و سبک دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی رابطه مثبت و در کل با سلامت عمومی پایین رابطه دارد. یی، لو و زونگ (۲۰۰۷) نیز نشان دادند که افراد دارای نمره‌های بالا در مقیاس نارسایی هیجانی بیش از افراد واجد نمره‌های پایین در این مقیاس از ابعاد مقابله منفی استفاده می‌کنند. هم‌چنین نشان دادند که نارسایی هیجانی با سبک‌های سازش نایافته نظم‌دهی هیجان‌ها (با ولع غذا خوردن، نوشیدن الکل) همبستگی مثبت و با رفتارهای سازش یافته (تفکر در مورد فهم احساسات درمانده‌ساز) همبستگی منفی دارد (دوبی و دیگران، ۲۰۱۰).

نارسایی هیجانی سازه‌ای چند وجهی است و ویژگی‌های اصلی آن ناتوانی در آشکارسازی بازخوردها، احساس‌ها، تمایلات و کشاننده‌ها را محدود می‌کند. ناتوانی در بکارگیری احساس‌ها به عنوان یکی از علایم مشکلات هیجانی؛ مانع تفکر انتزاعی، و باعث کاهش یادآوری رؤیاهای، دشواری در تمایز بین حالت‌های هیجانی و حس‌های بدنی، قیافه خشک و رسمی، فقدان جلوه‌های عاطفی چهره، ظرفیت محدود برای همدلی و خودآگاهی می‌شود (تیلور و بگی، ۲۰۰۰). این افراد در بازشناسی هیجان‌ها و توصیف احساس‌های خود مشکل دارند و قدرت تجسم محدودی دارند که نشان از محدود بودن تخیل در آنهاست و دارای سبک شناختی لفظی، سودمندگرا و بیرونی هستند (لامینت، ورمین، دمارت، تیلور و بگی، ۲۰۰۶).

نارسایی هیجانی عبارت است از آشفتگی در کنش‌های عاطفی و شناختی، همراه با فقدان توانایی تبدیل انگیزتگی عاطفی تجربه‌ها به احساسات و تخیلاتی که نماد و نشانه هیجان‌ها هستند. توصیف مداوم نشانه‌های فیزیکی به جای هیجان‌ها، گفتار و افکار عینی وابسته به وقایع بیرونی، هم‌چنین فقر و محدودیت زندگی تخیلی از ویژگی‌های نارسایی هیجانی محسوب می‌شوند (بگی و تیلور، ۱۹۹۷؛ سیفنوس، ۲۰۰۰). افراد مبتلا به نارسایی هیجانی در بازشناسی، آشکارسازی، پردازش و تنظیم هیجان‌ها با دشواری‌هایی مواجه‌اند. نارسایی هیجانی به طور کلی به عنوان نقص در خودتنظیم‌گری هیجانی در نظر گرفته می‌شود (کرتیلر، ۲۰۰۲). تنظیم هیجان فرآیندی پیچیده شامل تعامل بین سیستم‌های عصبی-فیزیولوژیک، حرکتی-بیانی، و شناختی-تجربی هیجان است.

نارسایی هیجانی به شکل‌های مختلف مانند ناتوانی در مفهوم‌پردازی عاطفه، ناتوانی در قائل شدن تفاوت بین هیجان‌ها، ناتوانی در تجربه‌هشیار هیجان، یا ناتوانی در تشریح استرسی که به طور خودکار به نارسا کنش وری بدنی تبدیل شده است، ظاهر می‌شود (نمیا، ۲۰۰۰). تجربه‌های کودکی با مراقبانی که هیجان‌هایشان را نشان نمی‌دهند و ابراز نمی‌کنند، یا کسانی که

هیجان‌های در حال تحول و شکل‌گیری کودک را به رسمیت نمی‌شناسند و با هیجان‌های کودک خوب رفتار نمی‌کنند، می‌توانند بر تنظیم عاطفه در مراحل بعدی زندگی تأثیر عمیق بگذارند (بگی و تیلور، ۱۹۹۷).

آنچه ما در مورد هیجان‌های خود و توانایی بازشناسی، توصیف و تنظیم عواطف خودمان می‌دانیم تا حدود زیادی تحت تأثیر تعامل‌های اولیه با مراقبت است. از دیدگاه علوم شناختی بخش عمده‌ای از مسائل مربوط به نارسایی هیجانی مرتبط با هیجان‌ها است و هیجان‌ها به عنوان دسته‌ای از روان‌سازه‌ی مبتنی بر پردازش اطلاعات شناخته می‌شود که شامل فرآیندها و تجسم‌های نمادین و غیرنمادین است (میاک، اوکاموتو، اونودا، شیار و یاماواکی، ۲۰۱۲).

تجسم‌های نمادین شامل تصاویر و واژه‌ها است و تجسم‌های غیرنمادین شامل تهییج‌های جسمانی و احساسی است که در هنگام برانگیختگی هیجانی تجربه می‌شوند. نظام‌های نمادین مانند زبان این امکان را فراهم می‌آورند که انسان درباره احساس‌های هیجانی و دیگر تجاربش فکر کند و به اینترتی بحالت‌های هیجانی خود را تنظیم نماید. به نظر می‌رسد در نارسایی هیجانی توانایی بسیار اندکی برای نمایش نمادین هیجان‌ها وجود دارد و در نهایت تجسم نمادین هیجان‌ها به شکل ضعیف با تصاویر و واژه‌ها ارتباط برقرار می‌کند و به همین دلیل کمتر تحت کنترل شناختی قرار دارد (اورونیزاک، پایپر، جوی، ۲۰۱۱). همان‌گونه که در تعریف نارسایی هیجانی مطرح شده است، اختلال در پردازش اطلاعات هیجانی نقش مهمی در شکل‌گیری این اختلال دارد و پژوهش‌های مختلف شواهد متعددی را در حمایت این افراد با نارسایی هیجانی بالا نسبت به افراد با نارسایی هیجانی پایین در تکالیفی که نیازمند هماهنگی محرک‌های هیجانی کلامی و غیر کلامی با پاسخ‌های هیجانی کلامی و غیرکلامی است، ضعیف‌تر عمل می‌کنند (لین، سکرست، ریدل، ولدان، کازنیاک و شوارتز، ۱۹۹۶). همچنین عملکرد آنها در نام‌گذاری رنگ واژه‌های مربوط به بیماری، کندتر از رنگ‌های مربوط به هیجان‌های منفی است، در حالی که در افراد با نارسایی هیجانی پایین چنین تفاوتی مشاهده نمی‌شود (لاند، جانسون، سان و سیت و اولسن، ۲۰۰۲).

نارسایی هیجانی برآزمون تصمیم‌گیری واژگانی نیز اثرگذار است. افراد با نارسایی هیجانی بالا در آزمون تصمیم‌گیری واژگانی برای واژه‌های هیجانی که بعد از موقعیتی هیجانی ارائه شود، دچار تأخیر می‌شوند در حالی که در موقعیتی خنثی از نظر هیجانی این تأخیر مشاهده نمی‌شود (سوسلو ۱۱ و جانگ‌هانز ۱۲، ۲۰۰۲).

نتایج مطالعات لامینت و همکاران (۲۰۰۶) در مورد دانشجویان نیز نشان داد که افراد با نارسایی هیجانی بالا واژه‌های هیجانی-چه مثبت و چه منفی- کمتری را نسبت به افراد با نارسایی هیجانی پایین فراخوانی کردند. نارسایی هیجانی برآزمون تصمیم‌گیری واژگانی نیز اثرگذار است. افراد با نارسایی هیجانی بالا در آزمون تصمیم‌گیری واژگانی برای واژه‌های هیجانی که بعد از موقعیتی هیجانی ارائه شود، دچار تأخیر می‌شوند در حالی که در موقعیتی خنثی از نظر هیجانی این تأخیر مشاهده نمی‌شود (سوسلو ۱۱ و جانگ‌هانز ۱۲، ۲۰۰۲).

نتایج مطالعات لامینت و همکاران (۲۰۰۶) در مورد دانشجویان نیز نشان داد که افراد با نارسایی هیجانی بالا واژه‌های هیجانی-چه مثبت و چه منفی- کمتری را نسبت به افراد با نارسایی هیجانی پایین فراخوانی کردند. نارسایی هیجانی امروزه دیگر به عنوان یک اختلال روانپزشکی مطرح نیست، بلکه بیشتر به عنوان یک رگه شخصیتی در نظر گرفته می‌شود که در جامعه توزیع طبیعی دارد (تیلور و بگی، ۲۰۰۰، پارکر، کیفر، تیلور و بگی، ۲۰۰۸). مدل‌های متعددی در مورد سبب شناسی ناگویی خلقی مطرح شده است. بعضی از نظریه‌ها فرض کرده‌اند ویژگی‌های نارسایی هیجانی از تجارب آسیب‌زای ابتدایی زندگی و نارسا کنش‌وری روابط والد-کودک نشأت می‌گیرند (فوکو نیشی، سی، موریتاوری، ۱۹۹۹؛ توربرگ، یانگ، سالیوان و لیورس، ۲۰۱۱).

سیفنئوس (۱۹۷۳) شیوع نارسایی هیجانی را روی بیماران با بیماری روان‌تنی سنتی مطالعه کرد. به طور کلی ماتیلا (۲۰۰۶)، به نقل از افشاری، (۱۳۸۷) عنوان می‌کنند که شیوع نارسایی هیجانی در مطالعات صورت گرفته بین ۷ تا ۱۹ درصد برای مردان و ۵ تا ۱۰ درصد برای زنان، در جمعیت بزرگسال می‌باشد. چندین مطالعه گزارش کرده‌اند که رابطه مثبت میان نارسایی هیجانی و مشکلات مختلف روانی وجود دارد، به جز اختلال جسمانی کردن، رابطه میان افسردگی و نارسایی هیجانی احتمالاً به طور جامعی موضوع تحقیق در این زمینه بوده است. اکثریت این مطالعات پیشنهاد می‌دهند که افسردگی با نارسایی هیجانی رابطه

بالایی دارد (لی، روماس و مانوز، ۲۰۰۷). مفهوم نارسایی هیجانی، بر پایه مشاهده بیماران روان‌تنی استوار است و اولین بار توسط سیف‌نئوس (۱۹۷۳) مطرح شد و اساساً با مشکل در تشخیص و بیان احساسات، خیال‌بافی بسیار کم، سبک شناختی با جهت‌گیری بیرونی و وابسته به محرک یا به عبارتی فکر برون‌مدار توأم با اصل اخلاقی سودمندگرایی و مشکل در تمیز دادن بین احساسات و حواس فیزیکی مشخص می‌شود. گمان می‌رود که این ویژگی‌ها یک نوع کمبود در پردازش شناختی و نظم‌دهی حالت‌های عاطفی را منعکس می‌کنند (تیلور، ۱۹۹۴). هرچند نارسایی هیجانی در ارتباط با بیماران روان‌تنی مطرح شد، اما امروزه به عنوان یک صفت شخصیتی در میان تمامی افراد جامعه توزیع شده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سطوح بالای نارسایی هیجانی با گستره‌ی متنوعی از اختلال‌های روان‌پزشکی مانند، افسردگی (هینتیکا، هنکلامپی، لتون و وینامکی، ۲۰۰۱)، اضطراب (برتز، کونسکی، پترزویاز و جوونت، ۱۹۹۹) روان‌رنجوری خوبی (اسپینا، ۲۰۰۳)، الکلیسم و سوء مصرف مواد، سبک زندگی فاقد تحرک، سوء تغذیه و عادات غذایی نادرست (هلمرز و منت، ۱۹۹۹) در ارتباط هستند. از میان اختلال‌های روان‌پزشکی مرتبط با نارسایی هیجانی، اختلال سوء مصرف مواد توجه بسیاری را به خود جلب کرده است

. به عنوان مثال، کریستال (۱۹۹۷)، به نقل از قلعه بان، (۱۳۸۷) معتقد است که نارسایی هیجانی به عنوان نارسایی در درک، پردازش و توصیف هیجان باعث می‌شود که برخی افراد آمادگی وابستگی به مواد را داشته باشند. همچنین، کریستال (۱۹۹۶) معتقد است هیجان‌های افراد معتاد کودکان و در سطح پیش‌کلامی است و ظرفیت شناختی آسیب دیده آن‌ها به عدم توانایی تفسیر افسردگی و اضطراب منتهی می‌شود. در این شرایط، ظرفیت تأخیر واکنش (مهارت من) پایین است. در نتیجه تعارض فرد با محیط افزایش می‌یابد و شخص مکرراً درماندگی و استرس در برابر هیجان‌ها را تجربه می‌کند (به نقل از قلعه بان، ۱۳۸۷). همه انسان‌ها هیجان‌ها و عواطف را در زندگی تجربه می‌کنند و این کاملاً طبیعی است که در رویارویی با موقعیت گوناگون هیجان‌ها و عواطفی متفاوت از خود نشان دهند؛ اما هیجان‌ها و عواطف منفی شدید غیرعادی است و نه تنها سازنده نیست، بلکه آثار مخرب و زیان‌باری نیز دارد (قدیری، ۱۳۸۴).

افراط و تفریط هیجان‌ها افراد را منجر به ناسازگاری، پرخاشگری، خشم، نفرت و اضطراب می‌کند که به صورت کنترل نشده، بهداشت روانی و عاطفی افراد را به گونه‌ای جدی تهدید می‌کند (لاین لی و جوزف، ۲۰۰۹). بهتر است به جای اینکه از بروز هیجان‌ها جلوگیری کنیم، آثار واکنشی آنها را کاهش داده تا فرصت کافی برای تصمیم‌های بهتر، آینده‌نگری و خلاقیت داشته باشیم (شریفی در آمدی و آقاپار، ۱۳۸۶). با توجه به نقایص شناختی و عاطفی چنین فرض می‌شود که نارسایی هیجانی می‌تواند با شاخص‌های سلامت به طور کلی و با مشکلات جسمانی و پزشکی به طور خاص رابطه داشته باشد. این نکته نیز آشکار شده است که نارسایی هیجانی، به ویژه مؤلفه‌ی دشواری در شناسایی احساسات، با ناتوانی در کنترل عواطف مثل افسردگی، اضطراب و خشم رابطه دارد (پورسیلی، تلی پانی، میلو، سیلنتی و تادآرلو، ۲۰۰۷). دویی، پاندی و میشر (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای نشان دادند که نارسایی هیجانی با رفتارهای ناسالم از جمله اختلال در خوردن، سوء مصرف مواد و دارو، وابستگی به الکل و قماربازی رابطه دارد. افزون بر آن نارسایی هیجانی با اضطراب، افسردگی عمده، پرخاشگری، اختلالات درد و نابهنجاری جنسی رابطه دارد.

روش پژوهش

این پژوهش با توجه به هدف و کاربرد از نوع پژوهش بنیادی می‌باشد. همچنین روش پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای می‌باشد که یکی از انواع روش‌های تحقیق توصیفی (غیر آزمایشی) می‌باشد. در این نوع تحقیق متغیرها بر اساس هدف تحقیق مقایسه می‌شوند. جامعه آماری دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد لاهیجان که دچار اختلال بدشکلی بدن در سال تحصیلی ۹۷-۹۸ هستند را تشکیل می‌دهد. تعداد نمونه پژوهش شامل ۳۰ دانشجوی بیمار و سالم پسر و ۳۰ دانشجوی بیمار و سالم دختر می‌باشد. ابزارهای پژوهش حاضر شامل پرسشنامه‌های بازنشاسی هیجان اکمن و فریزن (۱۹۷۶) بودند. برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از نرم افزار آماری Spss 22 و آزمون تحلیل کوواریانس استفاده و سطح معنی داری ($P < 0/05$) در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بین دو گروه دختران و پسران با و بدون اختلال بدشکلی بدن از لحاظ متغیر بازشناسی هیجان تفاوت وجود دارد. برای بررسی معناداری میزان تفاوت در بین دو گروه نمونه از لحاظ بازشناسی هیجان از تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۱ و ۲ ارائه شده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی بازشناسی هیجان دو گروه نمونه مورد پژوهش

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
بازشناسی هیجان	افراد مبتلا	۲۸/۲۱	۲/۷۸	۶۰
	افراد سالم	۳۲/۱۳	۲/۶۰	۶۰

با توجه به جدول فوق، میانگین و انحراف استاندارد مربوط به متغیر بازشناسی هیجان در گروه افراد سالم ($32/13 \pm 2/60$) و در گروه افراد مبتلا ($28/21 \pm 2/78$) است. جهت بررسی دقیق‌تر این تفاوت مشاهده شده از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شده که نتایج آن در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۲: خلاصه نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه بازشناسی هیجان بین دو گروه سالم و مبتلا

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	Sig.
بازشناسی هیجان	گروه	۴۶۰/۲۰۸	۱	۴۶۰/۲۰۸	۶۳/۲۱۰	۰/۰۰۰
	خطا	۸۵۹/۱۱۷	۱۱۸	۷/۲۸۱		
	کل	۱۱۰۵۸۳/۳۲	۱۲۰			

$$P < 0/05$$

چنان که در جدول فوق مشاهده می‌شود تفاوت دو گروه نمونه از لحاظ متغیر بازشناسی ($F = 460/208$, $p = 0/000$) معنادار می‌باشد؛ بنابراین فرضیه فرعی اول مورد تأیید قرار می‌گیرد. با توجه به جدول مشخص می‌شود که بازشناسی هیجان گروه سالم به طور معناداری بالاتر از گروه مبتلا است.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج تفاوت دو گروه نمونه از لحاظ متغیر بازشناسی ($F = 460/208$, $p = 0/000$) معنادار می‌باشد؛ بنابراین فرضیه فرعی اول مورد تأیید قرار می‌گیرد بنابراین مشخص می‌شود که بازشناسی هیجان گروه سالم به طور معناداری بالاتر از گروه مبتلا است. نتایج این فرضیه با نتایج پژوهش‌های کریپا و همکاران (۲۰۱۶)، تسنگ و همکاران (۲۰۱۶) و ابولقاسمی و همکاران (۱۳۹۵) همسو می‌باشد.

در راستای تبیین این یافته باید اذعان داشت که نگرانی بسیاری در خصوص بدشکلی ظاهری بدن و ناتوانی در خصوص کنترل افکار در مورد ناهنجاری خیالی یا واقعی در اختلال بدشکلی بدن به نوعی باعث نقص در نحوه دریافت اطلاعات از بیرون و برون داد اطلاعات در افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن می‌شود و ذهن بیماران مبتلا، دچار نشخوار فکری می‌گردد در نتیجه بیش از پیش از راهبردهای کنترل فراشناختی نادرست مانند انعطاف ناپذیری در پردازش اطلاعات استفاده می‌شود. همچنین یافته دیگر پژوهش نشان داد که بازشناسی هیجانی در افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن در سطح پایین قرار دارد. همچنین بینش ضعیف و وجود ایده‌ها و افکار حاوی نگرانی در مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن که به احتمال بالا تا حدودی نتیجه وجود سوگیری‌ها در بازشناسی هیجانی می‌باشد سبب می‌گردد تا افراد مبتلا به این اختلال از درک هیجانات افراد

عاجز شده یا آن را بد تعبیر نمایند و با این عمل بر نگرانی خود مبتنی بر نامطلوب بودن بیافزاید (ابوالقاسمی و همکاران، ۱۳۹۵).

همچنین نقض در بازشناسی هیجان معمولاً در افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن مشاهده می شود، به خصوص زمانی که در رابطه با خود بیمار باشد (بولمن و همکاران، ۲۰۱۳). بازشناسی هیجانی به معنای توانایی استنباط اطلاعات عاطفی از روی حالات چهره ای می باشد، (ابوالقاسمی، ۱۳۹۵). بولمن و همکاران (۲۰۰۴) نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن در بازشناسی چهره نمرات کمتری بدست آوردند. بولمنو ویلهلم (۲۰۰۶) دریافتند افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن در تفسیر و بازشناسی هیجان نسبت به افراد عادی بیشتر دچار اشتباه می شوند. فوسنر و همکاران (۲۰۱۰) دریافتند که افراد با اختلال بدشکلی بدن به طور معناداری سخت تر از افراد عادی هیجانهای چهره ای را تشخیص می دهند. بنابراین با توجه به تفاسیر گفته شده بین بازشناسی هیجان بین افراد سالم و افراد دارای اختلال بدشکلی بدن تفاوت معنی داری وجود دارد.

منابع

ابوالقاسمی، عباس، خوشنود، بهنام، کریمی یوسفی، هاید. (۱۳۹۵). مقایسه بازشناسی هیجان و پردازش شناختی در دانش آموزان با و بدون اختلال بدشکلی بدن. دومین همایش ملی روانشناسی مدرسه. ص ۱۳۶-۱۴۲
 نیکویی، فاطمه (۱۳۹۰). کمالگرایی و ترس از ارزیابی دیگران در تبیین اضطراب اجتماعی. مجله روانشناسی سلامت. ۲(۱۰):

۹۳-۱۱۱

هوسپیان، النا، یزدخواستی، فریبا، فاطمی، فرحناز(۱۳۹۴). کمالگرایی نوروپیک و اختلال بدشکلی بدن در افراد مبتلا به بیماری های پوستی. تحقیقات علوم رفتاری. ۱۴(۴): ۵۳۲-۵۳۷

Castle, J. D., & Rossell, S. (2006). Body dysmorphic disorder. *Psychiatric clinic of North America*, 29, 521-538. Ekman, P., & Friesen, W. (1976). Photographs of Facial Affect Recognition Test. Consulting Psychologists Press, Palo Alto.

Feusner, J. D., Bystritsky, A., Hellemann, G., & Bookheimer, S. (2010). Impaired identity recognition of faces with emotional expressions in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research*, 179(3), 318-323.

Feusner, J. D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Mancusi, L., & Bohon, C. (2010). What causes BDD: research findings and a proposed model. *Psychiatric Annals*, 40(7), 349-355.

Halligan, S., Clark, D., & Ehlers, A. (2002). Cognitive processing, memory, and the development of PTSD symptoms: two experimental analogue studies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33, 73-89.

Keeton, W. P., Cash, T. F., & Brown, T. A. (1990). Body image of body images? Comparative multidimensional assessment among college student. *Journal of Personality Assessment*, 54(1-2), 213-230.

Kohler, C. G., Walker, J. B., Martin, E. A., Healey, K. M., & Moberg, P. J. (2010). Facial emotion perception in schizophrenia: a meta-analytic review. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 1009-1019.

Kollei, I., Brunhoeber, S., Rauh, E., Zwaan, M. D., & Martin, A. (2012). Body image, emotions and thought control strategies in body dysmorphic disorder compared to eating disorders and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 72, 321-327.

Kollei, I., & Martin, A. (2014). Body-related cognitions, affect and post-event processing in body dysmorphic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 144-151.

Sarwer, D. B., Cash, T. F., Magee, L., Williams, E. F., Thompson, J. K., Roehrig, M., Tantledd-Dunn, S., Agliata, A. K., Wilfley, D. E., Amidon, A. D., Anderson, D. A., & Romanofski, M. (2005). Female collegestudents and cosmetic surgery: an investigation

of experiences, attitudes, and body image. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 115(3), 931-938.

Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. Clayton, & J. E. Barret (Eds.), *Treatment of depression: old controversies and new approaches*. New York. (pp. 265-290).