

نقش تشخیصی فراشناخت، طرحواره هیجانی و ذهن خوانی در تمایز بین افسردگی یک قطبی و دوقطبی با رویکردی شناختی

Diagnostic role of Metacognition, Emotional schemas and Mind Reading in Distinction between Bipolar and Unipolar Depression with a Cognitive Approach

Mahsa Shakoori

M.A. of Educational Psychology, Science and Research Branch,
Islamic Azad University, Tehran, Iran

Maryam Behbahani

M.A. of Family Counseling, North Tehran Branch, Islamic Azad
University, Tehran, Iran

Shahnaz Bashkooh

M.A. of Family Counseling, West Tehran Branch, Islamic Azad
University, Tehran, Iran

Hadi Hashemi Razini (Corresponding author)

Assistant Professor of General Psychology, Faculty of
Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University,
Tehran, Iran

Email: hadihashemi@khu.ac.ir

مهسا شکوری

کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی،

تهران، ایران

مریم بهبهانی

کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

شهناز بشکوه

کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

هادی هاشمی رزینی (نویسنده مسئول)

استادیار روان‌شناسی عمومی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی،

تهران، ایران

Email: hadihashemi@khu.ac.ir

چکیده^۱

Abstract

Aim: This study aimed to study the role of metacognition, emotional schemas and mind reading in a distinction between bipolar and unipolar depression based on a cognitive approach.

Method: A causal-comparative study was used in this research. The statistical population of this research includes all patients with bipolar and unipolar depression disorder of Razi Psychiatry Hospital in 2019. Based on inclusion and exclusion criteria, 105 persons (40 in control and 65 in clinical groups) were selected via the available sampling method. For data collection, were administered for every 3 groups the reading the mind in Baron-Cohen eyes tests (RMET, 2001), Leahy emotional schema scale (LESS, 2002) and meta-cognitive beliefs questionnaire of wells (MCQ, 1997). Then, the data was performed in program SPSS version 21 using multivariate analysis of variance (MANOVA) and discriminant function analysis. **Results:** The results of the MANOVA test revealed that there was a significant difference between the three groups in metacognition ($F=34.42, P=0.000$), emotional schemas ($F=58.23, P=0.000$), and mind reading ($F=13.02, P=0.000$). Two functions formed by using the discriminant function analysis that their eigenvalues distinguished control from clinical groups and unipolar from bipolar. Structure matrix of control and clinical groups are recognizable from shame and guilt ($FC=0.321$). Also, in a distinction between unipolar and bipolar, negative beliefs concern ($FC=0.405$) and acceptance of feelings ($FC=0.310$) have an important role in the diagnosis of these disorders. **Concluded:** Based on results, cognitive Factors have important role in suffering from bipolar and unipolar depression and it can discriminate disordered peoples and normal ones. Theoretical and practical implications of the presented results are also discussed.

Keywords: metacognition, emotional schemas, mind reading, unipolar depression, bipolar disorder.

هدف: هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش فراشناخت، طرحواره هیجانی و ذهن خوانی در تمایز بین افسردگی یک قطبی و دوقطبی با تکیه بر رویکردهای شناختی است. روش: پژوهش حاضر به طرح‌های علی - مقایسه‌ای تعلق دارد. جامعه آماری را کلیه افراد مبتلا به افسردگی یک قطبی و اختلال دوقطبی بیمارستان روان‌پزشکی رازی در سال ۱۳۹۸ تشکیل می‌دادند. بر اساس معیارهای ورود و خروج، به روش نمونه‌گیری در دسترس، ۶۵ بیمار در گروه بالینی و ۴۰ نفر در گروه شاهد انتخاب شدند. هر سه گروه با مقیاس باورهای فراشناختی ولز (MCQ، ۱۹۹۷)، مقیاس طرحواره هیجانی لیهی (LESS، ۲۰۰۲) و آزمون ذهن خوانی به وسیله چشم‌ها بارون-کوهن (RMET، ۲۰۰۱) مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس، داده‌ها در برنامه SPSS.v21 با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیره و تحلیل تابع تشخیص تحلیل شدند. یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد بین سه گروه از نظر متغیرهای فراشناخت ($F=34.42, P=0.000$)، طرحواره هیجانی ($F=58.23, P=0.000$) و ذهن خوانی ($F=13.02, P=0.000$) تفاوت معناداری وجود دارد ($P<0.01$). با استفاده از تحلیل تابع تشخیص دو تابع شکل گرفت که ارزش ویژه آن‌ها دو گروه بهنجار و بالینی و یک قطبی و دوقطبی را از هم تفکیک می‌کند. ماتریس ساختار دو گروه بهنجار و بالینی از طریق متغیر شرم و گناه ($FC=0.321$) به خوبی قابل تشخیص هستند. همچنین، در تمایز بین افسردگی یک-قطبی و اختلال دوقطبی باورهای نگرانی منفی ($FC=0.405$) و پذیرش احساسات ($FC=0.310$) نقش مهمی در تشخیص این دو اختلال از یکدیگر دارند. نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت عوامل شناختی نقش مهمی در ابتلا به افسردگی یک قطبی و دوقطبی دارند و بر اساس آن می‌توان افراد مبتلا را از افراد عادی متمایز کرد. مضامین نظری و کاربردی نتایج در پژوهش حاضر مورد بحث قرار گرفته است.

کلید واژه‌ها: فراشناخت، طرحواره هیجانی، ذهن خوانی، افسردگی یک قطبی، اختلال دوقطبی.

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۳/۱۴

تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۱/۱۶

مقدمه

اختلال‌های خلقی^۱ بر اساس حضور یا سابقه^۲ یک اپیزود مانیک^۳ یا هیپومانیک^۳ به افسردگی یک‌قطبی^۴ و دوقطبی^۵ تقسیم می‌شوند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). در بیماران مبتلا به اختلال‌های خلقی خصوصیات عمده عبارت‌اند از احساس اندوه دائمی، از دست دادن علاقه در بخش‌های مهم زندگی و نوسان بین شادی و ناراحتی مفرط که می‌تواند به آسیب‌های جدی در خانواده، شغل یا جامعه منجر شود (دیویس و گمبل، ۲۰۱۶). بنابراین، تشخیص درست و به‌هنگام این اختلال‌ها، پیش‌آگهی مثبت را به همراه خواهد داشت. دشواری در تشخیص اختلال دوقطبی شایع است و در حقیقت به‌طور کلی اختلال دوقطبی (نوع II) اغلب تشخیص داده نمی‌شود یا به اشتباه به عنوان اختلال افسردگی عمده در نظر گرفته می‌شود (وو و همکاران، ۲۰۱۴؛ بکینگ و همکاران، ۲۰۱۵؛ ژائو و همکاران، ۲۰۱۶).

در نتیجه، تشخیص درست و به‌هنگام اختلال دوقطبی به ندرت اتفاق می‌افتد و این تأخیر در تشخیص، منجر به درمان نامناسب، پیامدهای بالینی ضعیف، سیر بالینی شدیدتر و هزینه‌های اقتصادی قابل‌ملاحظه می‌شود (بودن، ۲۰۱۰؛ ساسایاما، ۲۰۱۱؛ به نقل از ژائو و همکاران، ۲۰۱۶؛ بکینگ و همکاران، ۲۰۱۵؛ لیو و همکاران، ۲۰۱۵). تشخیص نامناسب یا عدم تشخیص اختلال دوقطبی تا حدودی ممکن است به خاطر ملاک‌های تشخیصی اختلال دوقطبی در ویراست چهارم و پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی باشد که مستلزم وقوع یک اپیزود مانیک و یا هیپومانیک برای تشخیص اختلال دوقطبی است. مطالعات قبلی برخی پیش‌بین‌های تبدیل اختلال افسردگی یک‌قطبی به دوقطبی را جنسیت مرد، ترومای کودکی، شدت اختلال افسردگی و رخداد هم‌زمان علائم مانیا در طول افسردگی برشمرده‌اند (بوچلو و همکاران، ۲۰۱۴؛ وو و همکاران، ۲۰۱۵؛ به نقل از بکینگ و همکاران، ۲۰۱۵).

یکی از راهبردهای مؤثر در سبب‌شناسی اختلال‌های روانی، مقایسه برخی ویژگی‌های زمینه‌ساز این اختلال‌ها در دو گروه بالینی و بهنجار است. پژوهش حاضر با اتکا به برخی رویکردهای نظری همچون مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی، مدل طرحواره‌های هیجانی لیهی^۶ (۲۰۰۲) و مدل ذهن‌خوانی بارون و کوهن (۲۰۰۱) با طرح انگاره‌هایی به نظریه آزمایی در سبب‌شناسی اختلال‌های افسردگی یک‌قطبی و دوقطبی می‌پردازد. واکاوی ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد فراشناخت عامل آسیب‌پذیری برای رشد تعدادی از اختلال‌های روانی است. طبق مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی، فراشناخت‌ها عوامل علی در پیش‌بینی رشد طیف گسترده‌ای از اختلال‌های روانی در نظر گرفته می‌شوند (ایلماز و همکاران، ۲۰۱۱).

فراشناخت به مجموعه‌ای از مهارت‌های لازم برای شناسایی وضعیّت روانی و نسبت دادن آن‌ها به خود و دیگران که شامل رمزگشایی تظاهرات هیجانی، استدلال درباره وضعیّت روانی و کاربرد اطلاعات روانی به منظور تصمیم‌گیری، حل مشکلات و تعارض‌های بین فردی و تسلط بر رنج‌های روانی است، اطلاق می‌شود (شهبازی راد و معادی،

1. Mood disorders

2. Mania

3. Hypomania

4. Unipolar Depression

5. Bipolar Depression

6. Leahy

۱۳۹۷). در مدل فراسناختی، بیماران افسرده، ناکارآمدی بیش‌تری در مهارت‌های فراسناختی نسبت به افراد غیر افسرده دارند؛ بنابراین فراسناخت می‌تواند به عنوان عاملی آسیب‌پذیر برای افسردگی شناخته شود (سولم و همکاران، ۲۰۱۵a). بیماران مبتلا به افسردگی یک‌قطبی مشکلاتی در تصمیم‌گیری اجتماعی بر پایه دانش فراسناختی دارند و به طور کلی نسبت به هیجان‌شان کم‌تر آگاهی دارند. اخیراً لادگارد و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند که بیماران افسرده به طور قابل ملاحظه‌ای مشکلات بیش‌تری در شکل‌دهی بازنمایی پیچیده یکپارچه از خودشان و دیگران نسبت به گروه کنترل دارند. در اختلال افسردگی یک‌قطبی افراد به افکار منفی با نشخوار مداوم پاسخ می‌دهند؛ زیرا آن‌ها باورهای مثبتی درباره ارزش چنین فرایندی دارند و بر این باورند که این فرایند فراتر از کنترلشان است (ایلماز و همکاران، ۲۰۱۱). سولم و همکاران (۲۰۱۵b) نشان دادند که فراسناخت به طور کلی پیش‌بینی‌کننده قوی علائم افسردگی و اضطراب است. هالورسن و همکاران (۲۰۱۴) دریافتند بیمارانی که به تازگی تشخیص افسردگی دریافت کرده‌اند نسبت به افرادی که در گذشته تشخیص افسردگی داشتند، نمرات بالاتری در باورهای فراسناختی به دست آوردند و همچنین افرادی که در گذشته تشخیص افسردگی دریافت کرده بودند، نمرات بالاتری نسبت به گروه بهنجار به دست آوردند. همچنین، مقدار قابل ملاحظه‌ای از پژوهش‌ها بر نقش تنظیم هیجان در آسیب‌شناسی روانی تمرکز کرده است (دیکسون-گوردون و همکاران، ۲۰۱۵؛ تورپین و همکاران، ۲۰۱۶؛ آلدائو، کاترین و گوردون، ۲۰۱۴). اگرچه بازشناسی، توصیف و تمایز هیجان‌ها بخشی از یک فرایند ابتدایی و ضروری در پردازش هیجانی است، اما افراد در تفسیرها و راهبردهایشان به هنگام مواجهه با هیجان‌ها متفاوت هستند (لیهی، ۲۰۰۷). لیهی (۲۰۰۲) با الهام از مفاهیم پردازش هیجانی و مدل فراسناختی هیجان‌ها، سازه طرحواره هیجانی^۱ را برای اشاره به باورهای منفی درباره هیجان‌ها مطرح کرد. این سازه به مجموعه‌ای از راهبردها و فرایندهای تفسیرگرایانه به هنگام تجربه هیجان‌های منفی و ناخوشایند دلالت دارد. بسیاری از پژوهش‌ها بر نقش طرحواره هیجانی در سبب‌شناسی اختلال‌های اضطرابی، افسردگی، اعتیاد و ناسازگاری‌های زناشویی تأکید کرده‌اند (هوشیار و محوی شیرازی، ۲۰۱۵). در نتیجه، طرحواره هیجانی ممکن است در تمایز بین انواع مختلف آسیب‌های روانی همچون افسردگی یک‌قطبی و دوقطبی مؤثر باشد. با این همه، پژوهش‌های اندکی در این زمینه صورت گرفته است.

باتماز و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی نشان دادند بیماران افسرده یک‌قطبی و دوقطبی در برخی ابعاد طرحواره هیجانی متفاوت هستند. افراد مبتلا به افسردگی یک‌قطبی شرم، خجالت و احساس گناه بالاتری نسبت به افراد افسرده دوقطبی نشان می‌دهند. بیماران دوقطبی نمرات بالاتری در زیرمقیاس طرحواره هیجانی سازگاران نسبت به افراد مبتلا به افسردگی یک‌قطبی کسب کردند. هایفلد، مارکام، اسکینر و نیل (۲۰۱۰) در بررسی خود دریافتند استعداد شرم و گناه در افراد مبتلا به افسردگی یک‌قطبی بیش‌تر از گروه دوقطبی و کنترل بود. همچنین، استعداد گناه در افراد دوقطبی پایین‌تر از گروه کنترل بود اما از نظر استعداد شرم تفاوتی بین دو گروه یافت نشد. بنابراین، بیماران افسرده یک‌قطبی و دوقطبی بر حسب ارزیابی حالت هیجانی شان با هم تفاوت دارند و این باید به عنوان مسئله‌ای مهم در خلال روان درمانی مدنظر قرار بگیرد.

^۱. Emotional Schema

از سوی دیگر، شدت علائم افسردگی، ممکن است با دیگر نقایص شناختی مرتبط باشد. دشواری در شناخت اجتماعی، از جمله نظریه ذهن، می‌تواند نقشی مهمی در زمینه نقصان کارکردی اختلال‌های خلقی ایفا کند (امینی‌فر و معنوی‌پور، ۱۳۹۶). توانایی نظریه ذهن در طول افسردگی آسیب می‌بیند و می‌تواند به طور بالقوه به مشکلات روان-شناختی منجر شود (بورا و برک، ۲۰۱۶). نظریه ذهن، توانایی استدلال و رمزگشایی دقیق باورها، نیات، تمایلات و هیجانات دیگران است (واشبورن و همکاران، ۲۰۱۶). نظریه ذهن که از روان‌شناسی تحولی و تکاملی نشأت گرفته است، ممکن است در بروز آسیب‌شناسی روانی نقش داشته باشد. چندین پژوهش به بررسی رابطه بین اختلال افسردگی یک قطبی و نظریه ذهن پرداختند (برای مثال، یامادا و همکاران، ۲۰۱۵؛ کاسی و همکاران، ۲۰۱۳؛ لادگارد و همکاران، ۲۰۱۵؛ ویلبرتز و همکاران، ۲۰۱۰؛ والنشتاین و همکاران، ۲۰۱۱؛ زوبل و همکاران، ۲۰۱۰).

نقص در نظریه ذهن در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی یک قطبی احتمال عود بالا و عملکرد اجتماعی ضعیف را پیش‌بینی می‌کند (یامادا و همکاران، ۲۰۱۵؛ کاسی و همکاران، ۲۰۱۳). بورا و برک (۲۰۱۶) در فراتحلیلی نشان دادند که آسیب در نظریه ذهن، در افسردگی یک قطبی در پاسخ به انواع مختلف تکالیف نظریه ذهن آشکار است و میزان آسیب نظریه ذهن به طور معناداری با شدت علائم افسردگی مرتبط است. پارسل و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند بیماران دوقطبی به طور معناداری زمان پاسخ کوتاه‌تری در تکالیف نظریه ذهن نسبت به بیماران یک قطبی نشان دادند. پاسخ سریع تر در گروه دوقطبی آسیب عملکردی در ۱۲ ماه پیگیری را نشان داد. لئونیدی و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی نقص در سطوح بالای نظریه ذهن را بیماران دوقطبی نشان دادند. بنابراین به نظر می‌رسد بیماران با اختلال افسردگی یک قطبی و دوقطبی مشکلاتی در نظریه ذهن داشته باشند. برخی شواهد، خطر عود بالا در بیماران مبتلا به اختلال هیجانی همراه با نقص در نظریه ذهن را نشان می‌دهند (مونتاگ و همکاران، ۲۰۱۰).

ضرورت پژوهش حاضر در این است که تشخیص‌های نامناسب و یا دشواری در تشخیص، هزینه‌های مادی و مشکلات سلامتی را برای بیماران مبتلا به اختلالات خلقی به همراه دارد و این مسئله عمدتاً به دلیل نبود اطلاعات کافی در این زمینه است. انجام پژوهش‌های همسو با اهداف پژوهش حاضر می‌تواند شواهد علمی لازم برای کمک به تشخیص افراد مبتلا به این اختلالات را فراهم سازد. با توجه به مطالعات بیان شده به نظر می‌رسد که نقص در متغیرهای یاد شده می‌تواند پیش‌بینی کننده ابتلا به اختلالات افسردگی یک قطبی و دوقطبی محسوب شود. بر این اساس، هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه فراشناخت، طرحواره هیجانی و ذهن خوانی در افراد مبتلا به افسردگی یک قطبی، دوقطبی و بهنجار و سپس بررسی نقش تشخیصی سه متغیر فوق برای پیش‌بینی ابتلا به اختلالات افسردگی یک قطبی و دوقطبی می‌باشد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر به طرح‌های علی-مقایسه‌ای تعلق دارد. جامعه آماری را کلیه افراد مبتلا به افسردگی یک قطبی و اختلال دوقطبی بیمارستان روان‌پزشکی رازی در سال ۱۳۹۸ تشکیل می‌دادند. با توجه به ترخیص بیماران به صورت روزانه، تعداد جامعه آماری متغیر است ولی در زمان اجرای مطالعه، تعداد آن‌ها بیش از ۲۵۰ نفر گزارش شد. انتخاب اعضای نمونه به صورت در دسترس (غیر تصادفی) و بر اساس تشخیص روان‌پزشک، طبق ملاک‌های ویراست پنجم

راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5) بود. قدر مسلم، انجام پژوهش بر روی این گروه از افراد با توجه به خود گزارشی بودن ابزارهای گردآوری اطلاعات، مستلزم برخورداری از برخی ملاک‌ها همچون توانایی خواندن و نوشتن، عدم سوء مصرف مواد و تشخیص اختلال همایند بود. بنابراین، ملاک‌های یاد شده به هنگام انتخاب اعضای نمونه مدنظر قرار گرفت و از آنجا که برای انجام پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای، حداقل ۳۰ نمونه برای هر گروه کفایت می‌کند (تاباچنیک و فیدل، ۲۰۰۷)، ۳۱ بیمار افسردگی اساسی و ۳۴ بیمار دوقطبی در گروه بالینی شرکت داده شدند. با توجه به ماهیت پژوهش که سعی در آزمودن برخی از مدل‌ها و رویکردهای نظری برای سبب‌شناسی این اختلال‌ها بود، گروه شاهد نیز به طور در دسترس و به شرط برخورداری از ملاک کلی و نیز ملاک خاص این گروه (عدم پیشینه ابتلا به بیماری روانی) از بین کارکنان خدماتی و انتظامات بیمارستان انتخاب شدند. بر این اساس، ۴۰ نفر به عنوان گروه شاهد (بهنجار) در پژوهش شرکت کردند. مشخصات جمعیت‌شناختی گروه‌های بیمار از پرونده بستری و گروه بهنجار از طریق پرسشنامه محقق ساخته به دست آمد. بعد از ارائه توضیحاتی درباره تکمیل ابزارهای پژوهش، به هنگام تکمیل ابزارها توسط اعضای نمونه، یکی از نویسندگان پاسخگوی ابهامات و سؤالات احتمالی بود. با توجه به بالا بودن تعداد آیت‌های پرسشنامه، برای هر فرد زمان استراحت در نظر گرفته شد. در تمام مراحل اجرای میدانی پژوهش، اصول اخلاقی رعایت شده است. به این منظور، ورود شرکت‌کنندگان با رضایت آگاهانه بود و اطلاعات کلیه شرکت‌کنندگان به صورت محرمانه و همراه با کدهای عددی تحلیل شد. از شاخص‌های آماری توصیفی، تحلیل واریانس چندمتغیره و تحلیل تابع تشخیص برای تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده شد. شایان ذکر است که سه گروه تحت مطالعه از لحاظ جنسیت (همگی مرد)، سن ($P > 0/05$ و $F = 0/397$) و نیز میزان تحصیلات ($P > 0/05$) و $X^2 = 1/581$) هم‌تاسازی شدند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه باورهای فراشناختی (MCQ-30)^۱: این پرسشنامه خودگزارش دهی که شامل ۳۰ سوال است توسط ولز و کارترایت - هاتون^۲ (۲۰۰۴) طراحی شده و باورهای افراد درباره تفکر خود را می‌سنجد. این پرسشنامه دارای ۵ زیرمقیاس باورهای مثبت درباره نگرانی (سوال‌های ۲۸، ۲۳، ۱۹، ۱۰، ۷، ۱)، باورهای منفی درباره نگرانی (سوال‌های ۲۱، ۱۵، ۱۱، ۹، ۴، ۲)، باورهای منفی در مورد افکار (سوال‌های ۲۷، ۲۵، ۲۲، ۲۰، ۱۳، ۶)، اطمینان شناختی (سوال‌های ۲۹، ۲۶، ۲۴، ۱۷، ۱۴، ۸) و خودآگاهی شناختی (سوال‌های ۳۰، ۱۸، ۱۶، ۱۲، ۵، ۳) است. همه زیرمقیاس‌ها به صورت مستقیم نمره‌گذاری می‌شوند و نمره‌های بالاتر نشان دهنده سطح بالاتر در هر یک از زیرمقیاس‌ها است. ولز و کارترایت هاتون (۲۰۰۴) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه و مولفه‌های آن را در دامنه ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و ضریب اعتبار بازآزمایی با فاصله یک ماه را ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند. در ایران شیرین زاده دستگیری و همکاران (۱۳۸۷) ضریب همسانی درونی آن را با محاسبه آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای زیرمقیاس‌های آن در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ و اعتبار باز آزمایی با فاصله چهار هفته برای کل پرسشنامه را ۰/۷۳ و برای زیرمقیاس‌های آن ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ و روایی آن را ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. همسانی درونی آیت‌های پرسشنامه در مطالعه حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد.

۱. Meta-Cognition Questionnaire

۲. Wells & Cartwright-Hatton

آزمون ذهن‌خوانی به وسیله چشم‌ها^۱ (بارون-کوهن): برای سنجش نظریه ذهن، از آزمون عصب روان‌شناسی مربوط به ذهن‌خوانی به وسیله چشم‌ها (۲۰۰۱) استفاده شد. این فرم ۳۶ ماده‌ای شامل عکس از ناحیه چشم هنرپیشه‌های مرد و زن است. با هر ماده چهار توصیف حالت ذهنی (یک حالت هدف و سه حالت انحرافی با همان ارزش هیجانی) ارائه می‌شود. با استفاده از اطلاعات بینایی از پاسخ دهندگان خواسته می‌شود کلمه‌ای را انتخاب کنند که فکر یا احساس صاحب چشم‌ها را به بهترین نحو توصیف کند. برای نمره‌گذاری به هر پاسخ صحیح، نمره یک داده می‌شود. نمرات در دامنه صفر تا ۳۶ قرار می‌گیرد. پایایی نسخه اصلی این مقیاس به روش باز آزمایی در گروه بالینی ۰/۷۳ و در افراد عادی جامعه ۰/۸۷ محاسبه شد. در جمعیت ایرانی، ذبیح زاده، نجاتی، ملکی، درویشی و رادفر (۱۳۹۱) در مطالعه‌ای ضریب آلفای کرونباخ این آزمون را ۰/۷۲ و ضریب پایایی بازآزمایی آن را در نمونه‌ای متشکل از ۳۰ دانشجو و در مدت زمان دو هفته ۰/۶۱ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر، همسانی درونی آیتم‌های پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ، ۰/۶۷ به دست آمد.

مقیاس طرحواره هیجانی لیهی (LESS)^۲: این مقیاس برای تعیین باورها و نگرش‌ها نسبت به هیجان در افراد تهیه شده است. مقیاس طرحواره هیجانی در سال ۲۰۰۲ توسط لیهی بر مبنای مدل طرحواره هیجانی خود برای سنجش ۱۴ طرحواره تدوین شده است که این ۱۴ طرحواره عبارتند از: تأیید جویی (سؤالات ۸، ۱۶ و ۴۹)، قابل درک بودن (سؤالات ۵، ۱۰، ۳۳ و ۴۵)، احساس شرم و گناه (سؤالات ۴، ۱۴، ۲۶ و ۳۱)، ساده‌اندیشی در مورد هیجان‌ات (سؤالات ۱۸، ۳۵، ۳۸ و ۴۷)، ارزش‌های بالاتر (سؤالات ۲۱، ۲۵ و ۴۲)، کنترل (سؤالات ۷، ۲۷ و ۴۴)، تلاش برای منطقی بودن (سؤالات ۱۷، ۴۶ و ۳۰)، طول دوره (سؤالات ۱۳ و ۲۹)، توافق (سؤالات ۳، ۱۹، ۳۹ و ۴۱)، پذیرش احساسات (سؤالات ۲، ۹، ۱۲، ۲۰، ۲۸ و ۴۰)، نشخوار ذهنی (۱، ۲۴، ۳۶، ۳۷ و ۴۸)، ابراز هیجان‌ات (سؤالات ۶ و ۲۳) و سرزنش (سؤالات ۱۱ و ۳۴). این مقیاس دارای ۵۰ گویه است که با استفاده از یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از کاملاً مخالفم (صفر) تا کاملاً موافقم (چهار) نمره‌گذاری شده است. کسب نمره بالاتر در هر یک از زیرمقیاس‌ها، نشان‌دهنده غالب بودن آن طرحواره در مورد هیجان‌ها است. حداقل و حداکثر نمرات در این مقیاس به ترتیب ۵۰ و ۲۵۰ است (لیهی، ۲۰۰۲). لیهی (۲۰۱۱) همسانی درونی این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کرده است. در ایران خانزاده و همکاران (۱۳۹۲) ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار داده و یک مقیاس ۳۷ گویه ای با درجه بندی لیکرت به دست آورده‌اند. پایایی این مقیاس از طریق روش بازآزمایی در فاصله دو هفته برای کل مقیاس ۰/۷۸ و همسانی درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ نمره کلی این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۳ محاسبه شد.

یافته‌های پژوهش

شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر شامل سه گروه افسرده یک‌قطبی (۳۱ نفر)، دوقطبی (۳۴ نفر) و بهنجار (۴۰ نفر) بودند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان ۱۹ تا ۴۷ سال با میانگین و انحراف استاندارد ۲۷/۴۷ و ۵/۲۸ بود. تحصیلات ۷۳/۳ درصد از شرکت‌کنندگان دیپلم، ۱۴/۳ درصد زیر دیپلم و ۱۲/۴ درصد بقیه، تحصیلات دانشگاهی داشتند. اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ به تفکیک گروه قرار داده شده است.

1. Reading the Mind in the Eyes Test

2. Leahy Emotional Schema Scale

جدول ۱. اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	یک قطبی		دوقطبی		بهنجار	
	SD	M	SD	M	SD	M
باورهای نگرانی مثبت	۱۲/۸۴	۱/۶۵	۱۲/۸۲	۳/۲۸	۱۵	۲/۹۲
باورهای نگرانی منفی	۱۵/۸۴	۱/۷۶	۱۹/۲۴	۲/۴۲	۱۳/۹۵	۲/۴۴
اطمینان شناختی	۱۴/۲۹	۲/۰۶	۱۷/۳۲	۲/۶۷	۱۱/۵۵	۳/۱۶
کنترل ناپذیری و خطر افکار	۱۸/۵۸	۱/۵۰	۱۹/۸۵	۱/۸۴	۱۵/۶۵	۲/۰۳
خودآگاهی شناختی	۱۷/۶۱	۱/۹۶	۱۵/۵۹	۲/۶۶	۱۹/۵۳	۲/۰۳
قابل کنترل بودن	۵/۷۴	۱/۰۹	۶	۲/۱۴	۳/۲۵	۱/۴۶
تلاش برای منطقی بودن	۱۰/۴۲	۱/۸۲	۱۰/۲۴	۲/۷۵	۹/۱۵	۲/۱۳
خودآگاهی هیجانی	۹/۷۷	۱/۸۹	۱۰/۴۷	۲/۶۵	۶/۸۵	۱/۶۴
قابل درک بودن	۵/۴۵	۱/۵۴	۵/۴۱	۱/۷۷	۳/۳۵	۱/۵۷
نشخوار ذهنی	۱۰/۷۷	۱/۷۶	۱۰/۵۳	۲/۱۷	۸/۱۰	۲/۱۹
توافق	۱/۸۷	۱/۲۵	۲/۱۲	۱/۵۹	۳/۸۰	۱/۷۴
پذیرش احساسات	۴/۰۶	۱/۶۷	۶/۱۲	۱/۳۸	۷/۱۵	۱/۴۰
تأیید طلبی از دیگران	۴/۹۰	۰/۷۰	۴/۰۶	۱/۴۱	۳/۶۰	۱/۴۱
ارزش‌های وال‌اتر	۴/۷۴	۱/۴۸	۶/۱۲	۱/۹۹	۷/۰۵	۱/۴۴
ساده‌اندیشی هیجانات	۵/۸۴	۱	۵/۰۶	۱/۴۹	۴/۰۵	۱/۶۱
شرم و گناه	۹/۷۱	۱/۳۷	۸/۲۹	۱/۵۸	۵/۶۰	۱/۵۴
ابراز احساسات و هیجانات	۶/۲۳	۱/۳۵	۵/۱۲	۱/۲۹	۴/۶۰	۱/۵۸
سرزنش	۶/۲۳	۱/۳۸	۵/۱۸	۱/۰۵	۴/۳۵	۱/۵۴
ذهن خوانی	۱۲/۱۰	۱/۸۱	۱۲/۸۲	۳/۶۸	۱۵/۵۵	۳/۲۱

با توجه به اینکه هدف پژوهش حاضر امکان تمایز گروه‌های سه‌گانه بر اساس مؤلفه‌های فراساخت، طرحواره هیجانی و ذهن خوانی بود، از تحلیل تابع تشخیص استفاده شد. تحلیل تابع تشخیص با مدل خطی کلی مطابقت دارد. بنابراین، دارای همان مفروضه‌های سخت رگرسیون چندگانه است. با این حال، تحلیل تابع تشخیص همانند برخی از سایر روش‌های مدل خطی کلی، در برابر نقض بسیاری از این مفروضه‌ها تا اندازه زیادی مقاوم است. اما، این روش نسبت به مقادیر پرت بسیار حساس است (میرز، گامست و گارینو، ۲۰۰۶). بررسی مقادیر پرت چندمتغیره با محاسبه شاخص مهالانویس انجام شد. شاخص‌های چولگی (۰/۲۳۶) و کشیدگی (۰/۴۶۷) مربوط به هر متغیر وابسته را بر اساس گروه در حد کمینه و در دامنه ± 1 قرار دارد. از آنجا که تحلیل تشخیص آزمون پیگیری تحلیل واریانس چندمتغیره است (تاباچنیک و فیدل، ۲۰۰۷)، یکی دیگر از مفروضه‌های تحلیل تشخیص وجود تفاوت بین گروه‌ها در متغیرهای مورد مطالعه است. جدول ۲ خلاصه نتایج تحلیل واریانس چند متغیره را نشان می‌دهد.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره تفاوت سه گروه در متغیرهای مورد مطالعه

متغیر پیش‌بین	لامبدای ویلکز	df1	df2	F	P
باورهای نگرانی مثبت	۰/۸۶۹	۲	۱۰۲	۷/۶۸	۰/۰۰۱
باورهای نگرانی منفی	۰/۴۹۶	۲	۱۰۲	۵۱/۸۹	۰/۰۰۰
اطمینان شناختی	۰/۵۵۲	۲	۱۰۲	۴۱/۴۶	۰/۰۰۰
کنترل ناپذیری و خطر افکار	۰/۴۹۶	۲	۱۰۲	۵۱/۸۳	۰/۰۰۰
خودآگاهی شناختی	۰/۶۴۲	۲	۱۰۲	۲۸/۴۱	۰/۰۰۰
باورهای فراساختی	۰/۷۲۵	۲	۱۰۲	۳۴/۴۲	۰/۰۰۰
قابل کنترل بودن	۰/۶۱۲	۲	۱۰۲	۳۲/۳۰	۰/۰۰۰
تلاش برای منطقی بودن	۰/۹۳۸	۲	۱۰۲	۳/۳۵	۰/۰۳۹
خودآگاهی هیجانی	۰/۶۱۸	۲	۱۰۲	۳۱/۵۹	۰/۰۰۰
قابل درک بودن	۰/۷۱۸	۲	۱۰۲	۲۰/۰۳	۰/۰۰۰
نشخوار ذهنی	۰/۷۳۰	۲	۱۰۲	۱۸/۸۲	۰/۰۰۰
توافق	۰/۷۴۳	۲	۱۰۲	۱۷/۶۵	۰/۰۰۰
پذیرش احساسات	۰/۵۷۱	۲	۱۰۲	۳۸/۲۸	۰/۰۰۰
تأیید طلبی از دیگران	۰/۸۴۱	۲	۱۰۲	۹/۶۵	۰/۰۰۰

۰/۷۵۰	۲	۱۰۲	۱۷	۰/۰۰۰	ارزش‌های والاتر
۰/۷۸۳	۲	۱۰۲	۱۴/۱۳	۰/۰۰۰	ساده‌اندیشی هیجانانگیز
۰/۴۲۶	۲	۱۰۲	۶۸/۶۲	۰/۰۰۰	شرم و گناه
۰/۸۱۶	۲	۱۰۲	۱۱/۴۹	۰/۰۰۰	ابراز احساسات و هیجانانگیز
۰/۷۵۳	۲	۱۰۲	۱۶/۷۱	۰/۰۰۰	سوزش
۰/۵۲۸	۲	۱۰۲	۵۸/۲۳	۰/۰۰۰	طرحواره هیجانی
۰/۷۹۷	۲	۱۰۲	۱۳/۰۲	۰/۰۰۰	ذهن‌خوانی

با توجه به معنادار شدن تفاوت گروه‌ها در متغیرهای پیش‌بین، همه متغیرها وارد معادله تابع تشخیص شدند. هر اندازه لامبدای ویلکز کوچک‌تر باشد، اهمیت آن متغیر مستقل در تابع تشخیص بیشتر است. نتایج تحلیل تشخیص نشان داد که همه افراد گروه نمونه در تحلیل تشخیص شرکت داده شدند.

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل تابع تشخیص

تابع	ارزش ویژه	درصد واریانس	همبستگی کانونی	لامبدای ویلکز	کای دو	P
۱	۱۰/۲۴۵	۱۰۰	۰/۹۵۵	۰/۰۸۹	۲۲۶/۲	۰/۰۰۰
۲	۴/۸۳۵	۱۰۰	۰/۹۱۰	۰/۱۷۱	۹۴/۳	۰/۰۰۰

نتایج مربوط به تابع‌های تشخیص در جدول ۳ گزارش شده است که بر اساس آن‌ها ارزش ویژه هر تابع به تفکیک گروه‌ها نشان داده شده است. با توجه به مقدار ویژه در مورد هر گروه، می‌توان گفت تابع‌های مورد نظر به خوبی توانسته‌اند تمایز را بین گروه‌ها ایجاد کنند. ارزش ویژه تابع اول که بین دو گروه بهنجار و بالینی تمایز ایجاد می‌کند، ۱۰/۲۴۵ و همبستگی کانونی آن ۰/۹۵۵ بوده و ۱۰۰ درصد واریانس را تبیین می‌کند. مقدار کای دو آن ۲۲۶/۲ است که در سطح ۰/۰۰۰ معنادار بوده و نشان می‌دهد این تابع به خوبی گروه بهنجار را از گروه بالینی متمایز می‌کند. ارزش ویژه تابع دوم که بین دو گروه یک‌قطبی و دوقطبی تمایز ایجاد می‌کند، ۴/۸۳۵ و همبستگی کانونی آن ۰/۹۱۰ بوده که ۱۰۰ درصد واریانس را تبیین می‌کند. مقدار کای دو (۹۴/۳) نیز در سطح ۰/۰۰۰ معنادار است که حاکی از تمایز دو گروه یک‌قطبی و دوقطبی از همدیگر است. ماتریس ساختار، بارهای تشخیص متغیرها در تابع تشخیص را نشان می‌دهد. این بارهای تشخیص، همبستگی ساده پیرسون بین متغیرهای پیش‌بین و تابع ند. به طور معمول، در تعریف بعد تشخیص هر متغیری که وزن آن ۰/۳ یا بیشتر باشد، مرکزی تلقی می‌شود. بر اساس نتایج جدول ۴، دو گروه بهنجار و بالینی از طریق متغیر شرم و گناه به خوبی قابل تشخیص هستند. همچنین، با تکیه بر متغیرهای باورهای منفی در مورد افکار، قابل کنترل بودن، خودآگاهی هیجانی و اطمینان شناختی می‌توان دو گروه را مورد شناسایی قرار داد. در تمایز بین افسردگی یک‌قطبی و اختلال دوقطبی باورهای نگرانی منفی و پذیرش احساسات نقش مهمی در تشخیص این دو اختلال از یکدیگر دارند. علاوه بر این، دو متغیر اطمینان شناختی و شرم و گناه در تمایز این دو اختلال سهم قابل ملاحظه‌ای دارند. هدف تحلیل تابع تشخیص حاضر این است که از طریق ترکیب خطی وزنی متغیرهای پیش‌بین عضویت فرد در یکی از گروه‌ها را محاسبه کند؛ بنابراین به عنوان تحلیل تابع تشخیص پیش‌بینی کننده شناخته می‌شود. تابع تشخیص به متغیرهای پیش‌بین وزنی خواهد داد تا گروه‌ها با بالاترین احتمال تفکیک شوند. با توجه به هدف پژوهش که تمایز بین افسردگی یک‌قطبی و اختلال دوقطبی بود، نتایج تابع تشخیص نشان داد که در ۹۴ درصد موارد عضویت افراد گروه دوقطبی و در ۱۰۰ درصد موارد عضویت افراد مبتلا به افسردگی یک‌قطبی را به درستی پیش‌بینی کرده است.

جدول ۴. نتایج ماتریس ضریب ساختاری^۱

متغیرهای پیش بین	تابع ۱ بهنجار و بالینی	متغیرهای پیش بین	تابع ۲ یک قطبی و دوقطبی
شرم و گناه	۰/۳۲۱	باورهای نگرانی منفی	۰/۴۰۵
کنترل ناپذیری و خطر افکار	۰/۲۹۲	پذیرش احساسات	۰/۳۱۰
قابل کنترل بودن	۰/۲۴۷	اطمینان شناختی	۰/۲۹۱
خودآگاهی هیجانی	۰/۲۴۰	شرم و گناه	-۰/۲۲۰
اطمینان شناختی	۰/۲۲۴	خودآگاهی شناختی	-۰/۱۹۸
باورهای نگرانی منفی	۰/۱۹۸	سرزنش	-۰/۱۹۸
قابل درک بودن	۰/۱۹۶	ابراز احساسات و هیجانات	-۰/۱۹۳
خودآگاهی شناختی	-۰/۱۹۲	ارزش های والاتر	۰/۱۷۹
نشخوار ذهنی	۰/۱۸۹	کنترل ناپذیری و خطر افکار	۰/۱۷۴
پذیرش احساسات	-۰/۱۸۳	تأیید طلبی از دیگران	-۰/۱۷۲
توافق	-۰/۱۸۱	ساده اندیشی هیجانات	-۰/۱۴۰
ذهن خوانی	-۰/۱۵۴	خودآگاهی هیجانی	۰/۰۶۹
ساده اندیشی هیجانات	۰/۱۴۶	ذهن خوانی	۰/۰۵۷
سرزنش	۰/۱۴۴	توافق	۰/۰۵۵
ارزش های والاتر	-۰/۱۴۰	قابل کنترل بودن	۰/۰۳۴
باورهای نگرانی مثبت	-۰/۱۲۱	نشخوار ذهنی	-۰/۰۲۸
ابراز احساسات و هیجانات	۰/۱۰۸	تلاش برای منطقی بودن	-۰/۰۱۸
تأیید طلبی از دیگران	۰/۱۰۳	قابل درک بودن	-۰/۰۰۶
تلاش برای منطقی بودن	۰/۰۷۹	باورهای نگرانی مثبت	-۰/۰۰۱

بحث و نتیجه گیری

از آنجا که تأکید ادبیات پژوهشی بر نقش عوامل فراتشخیصی در سبب شناسی اختلال های روانی، محرک اصلی این مطالعه بود، پژوهش حاضر با هدف گسترش دانش موجود در زمینه نقش باورهای فراساختی، طرحواره های هیجانی و مهارت ذهن خوانی در اختلال افسردگی یک قطبی و اختلال دوقطبی و سپس بررسی نقش تشخیصی این متغیرها برای پیش بینی ابتلا به اختلال افسردگی یک قطبی و دوقطبی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد دو گروه بالینی و بهنجار در خرده مقیاس های متغیر باورهای فراساختی با هم تفاوت دارند. افراد مبتلا به افسردگی یک قطبی و اختلال دوقطبی در خرده مقیاس های باورهای نگرانی مثبت و خودآگاهی شناختی نمرات پایین تر و در خرده مقیاس های باورهای نگرانی منفی، اطمینان شناختی و نگرانی در مورد کنترل ناپذیری و خطر افکار نمرات بالاتری نسبت به گروه بهنجار به دست آوردند. این نتیجه نشان می دهد که دو گروه بالینی نسبت به گروه بهنجار، باورهای فراساختی ناکارآمدتری دارند. این یافته با مطالعه ساریسوی و همکاران (۲۰۱۴) همخوان است که در پژوهش خود یادآور شدند فراساخت های ناکارآمد در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و افسردگی یک قطبی بالاتر از گروه بهنجار است. این نتیجه همچنین با یافته های هالورسن و همکاران (۲۰۱۵) که باورهای فراساختی ناکارآمد را با افسردگی مرتبط دانستند، همسو است. نتایج تحلیل تابع تشخیص نشان می دهد در تابع ۱ از بین خرده مقیاس های باورهای فراساختی، نگرانی در مورد کنترل ناپذیری و خطر افکار بیش تر از سایر خرده مقیاس ها می تواند در شناسایی دو گروه بالینی و بهنجار مؤثر باشد. ایلماز، جنکوز و ولز (۲۰۱۱) بر این باورند ارتباط این خرده مقیاس با علائم افسردگی با نقش علی فراساخت در افسردگی همخوان

^۱. Function Coefficient

است؛ اما این ارتباط می‌تواند نتیجه متغیرهای دیگری همچون جنسیت باشد. همچنین، هالورسن و همکاران (۲۰۱۵) نیز با استفاده از تحلیل تابع تشخیص نشان دادند نگرانی در مورد کنترل‌ناپذیری و خطر افکار می‌تواند سه گروه افراد بهنجار، افرادی که به تازگی تشخیص افسردگی دریافت کرده‌اند و افراد بهبود یافته از افسردگی را از هم تمیز دهد. پورنامداریان و همکاران (۱۳۹۱) نیز نشان دادند از میان زیرمقیاس‌های باورهای فراشناختی، متغیر کنترل‌ناپذیری بیشترین سهم را در پیش‌بینی علایم افسردگی دارد و بعد از آن متغیرهای نیاز به مهار افکار و متغیر اطمینان‌شناختی بیشترین پیش‌کننده برای علایم افسردگی هستند.

بارهای تشخیصی خرده‌مقیاس‌های باورهای فراشناختی در دو تابع شکل گرفته با سندرم شناختی - توجهی همخوان است که در مدل فراشناختی (ولز، ۲۰۱۱؛ ولز و متیوز، ۱۹۹۴) نقش مهمی در اختلال‌های روانی دارد. همچنین، مطالعه اخیر تأیید می‌کند کنترل توجه، رابطه بین سندرم شناختی - توجهی و آسیب‌شناسی روانی را تعدیل می‌کند (فرگاس^۱ و همکاران، ۲۰۱۲). این ادعا، عملکرد بهتر گروه بهنجار نسبت دو گروه بالینی در خرده‌مقیاس خودآگاهی شناختی را تبیین می‌کند. ولز (۲۰۰۲) در نظریه فراشناختی خود تأکید دارد باورهای مثبت و منفی در مورد نگرانی که از مؤلفه‌های اصلی باورهای فراشناختی هستند، نقش مهمی در تداوم افسردگی دارند و در صورتی که باورهای فراشناختی مثبت و منفی تغییر نیابند، درمان افسردگی میسر نخواهد بود. در این سیر، توجه آگاهانه موجب می‌شود گردش اطلاعات از چرخه‌های معیوب دوطرفه به طرف تجربه فوری و کنونی چرخش پیدا کند و موجب می‌شود مهارت‌های عادی از حالت تصلب خارج و با جهت دادن منابع پردازش اطلاعات، شرایط برای تغییر آماده شود. با تداوم این چرخه، افکار افسرده ساز کاهش می‌یابند و از این رو، باورهای فراشناختی می‌تواند موجب کاهش یا افزایش افسردگی شوند (باتماز و همکاران، ۲۰۱۴).

بارهای تشخیصی در تابع دوم پژوهش حاضر نشان می‌دهد باورهای نگرانی منفی و اطمینان‌شناختی قدرت بالایی در تمایز بخشی بین اختلال دوقطبی و یک‌قطبی از یکدیگر دارند. نتایج حاصل از تحلیل تابع تشخیص با مطالعه باتماز و همکاران (۲۰۱۳) ناهمخوان است. به طور کلی، یافته‌های این مطالعه نشان داد می‌توان این عوامل را به عنوان عوامل فراتشخیصی در نظر گرفت. با توجه به علائم غالب در تابلوی بالینی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی، نگرانی بیش‌تر در مورد باورهای منفی و اطمینان‌شناختی پایین در گروه یک‌قطبی قابل تبیین است. نگرانی و نشخوار اغلب دارای سوگیری بوده و به عنوان فرایندهای درج‌مانده شناخته می‌شوند (ولز، ۲۰۱۱) که در نهایت، فرد را درگیر چرخه باطل سندروم شناختی - توجهی کرده که تداوم و حفظ اختلال را به همراه می‌آورد.

علاوه بر این، مقایسه طرحواره‌های هیجانی در گروه‌های مورد مطالعه نشان داد میانگین افراد مبتلا به افسردگی یک-قطبی و دوقطبی نسبت به گروه بهنجار در طرحواره‌های قابل کنترل بودن، خودآگاهی هیجانی، قابل درک بودن، نشخوار ذهنی، ساده‌اندیشی هیجان‌ات، شرم و گناه و سرزنش نمرات بالاتری کسب کردند. همچنین، افراد مبتلا به افسردگی یک‌قطبی در تأیید طلبی از دیگران و ابراز احساسات و هیجان‌ات نمرات بالاتری نسبت به گروه بهنجار به دست آوردند؛ اما بین افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و افراد بهنجار تفاوتی یافت نشد. این نتیجه نشان می‌دهد دو گروه

^۱. Fergus

بالینی از طرحواره‌های هیجانی ناسازگارانه تری نسبت به گروه کنترل برخوردار هستند. افراد بهنجار در طرحواره‌های توافق، پذیرش احساسات و ارزش‌های والاتر که جزو طرحواره‌های سازگارانه هیجانی است، نمرات بالاتری نسبت به دو گروه بالینی به دست آوردند. همچنین، افراد مبتلا به افسردگی یک قطبی در طرحواره‌های سرزنش، شرم و گناه، ساده‌اندیشی هیجانات، پذیرش احساسات و ارزش‌های والاتر عملکرد ناسازگارانه تری نسبت به افراد مبتلا به اختلال دوقطبی داشتند. این نتیجه در تأیید یافته‌های باتماز و همکاران (۲۰۱۳) بوده که در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند افراد مبتلا به افسردگی یک قطبی شرم، خجالت و احساس گناه بالاتری نسبت به افراد افسرده دوقطبی نشان می‌دهند و بیماران دوقطبی نمرات بالاتری در زیرمقیاس طرحواره هیجانی سازگارانه نسبت به افراد مبتلا به افسردگی یک قطبی به دست می‌آورند. همچنین، یافته‌های مطالعه هایفلد، مارکام، اسکینر و نیل (۲۰۱۰) نیز همسو با این یافته‌ها است چراکه در بررسی خود دریافتند استعداد شرم و گناه در افراد مبتلا به افسردگی یک قطبی بیش‌تر از گروه دوقطبی و بهنجار است. شیخ حسنی، حاتمی و نصراللهی (۱۳۹۷) در مطالعه‌ای نشان دادند بین بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجبار، افسردگی اساسی و عادی از نظر طرحواره‌های هیجانی تفاوت معناداری وجود دارد؛ به طوری که گناه و سرزنش در افراد افسرده بالاتر از افراد دارای اختلال وسواسی-اجباری و عادی مشاهده شده است.

نتایج تحلیل تابع تشخیص نشان می‌دهد که طرحواره شرم و گناه در تفکیک دو گروه بالینی و بهنجار نقش قابل توجهی داشته و بعد از آن طرحواره‌های قابل کنترل بودن و خودآگاهی هیجانی نیز می‌توانند به خوبی این دو گروه را از هم تمیز دهند. تابع دوم نشان می‌دهد طرحواره‌های پذیرش احساسات و شرم و گناه نسبت به دیگر طرحواره‌ها بارهای تشخیصی بالاتری را برای تمایز بین اختلال دوقطبی و افسردگی یک قطبی به خود اختصاص می‌دهند. افراد مبتلا به افسردگی یک قطبی کم‌تر احساساتشان را می‌پذیرند که ممکن است پیامد مستقیم انتظار سیر طولانی‌تر باشد (لیهی، ۲۰۰۲). نتایج مطالعه هایفلد، مارکام، اسکینر و نیل (۲۰۱۰) با این یافته‌ها همخوان است. این یافته نشان می‌دهد گروه بالینی نسبت به گروه بهنجار از راهبردها و طرحواره‌های ناسازگارانه‌ای در مواجهه با تجربه‌های هیجانی استفاده می‌کنند. همچنین، افراد مبتلا عملکرد ضعیف‌تری نسبت به افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در به کارگیری طرحواره‌های سازگارانه دارند. این نتایج نشان حاکی از این است افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و افسردگی یک قطبی بر حسب ارزیابی‌هایشان از حالت‌های هیجانی تفاوت دارند که باید به عنوان مسئله مهم در طول روان درمانی مورد توجه قرار گیرد.

نتایج این پژوهش نشان داد افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و یک قطبی در مهارت ذهن خوانی عملکرد ضعیف‌تری نسبت به گروه بهنجار داشتند. این نتایج با پژوهش لئونیدی و همکاران (۲۰۱۳) همخوان است اما با پژوهش پارسل و همکاران (۲۰۱۳) که نشان دادند بیماران دوقطبی به طور معناداری زمان پاسخ کوتاه‌تری در تکالیف نظریه ذهن نسبت به بیماران یک قطبی دارند، همخوان نیست زیرا در پژوهش حاضر تفاوتی بین افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و یک قطبی به دست نیامد. این تفاوت در یافته‌ها می‌تواند ناشی از ابزارهای متفاوتی باشد که برای سنجش مهارت ذهن خوانی وجود دارد. پژوهش‌های انجام شده در داخل کشور توانایی نظریه ذهن در افراد مبتلا به افسردگی اساسی و بهنجار را مورد بررسی قرار دادند. تاجیک اسماعیلی، هاشمی رزینی و باحشمت جویباری (۱۳۹۴) در پژوهشی نشان دادند افراد

مبتلا به افسردگی اساسی مهارت پایین‌تری نسبت به افراد بهنجار در نظریه ذهن دارند. نجاتی، ذبیح زاده، ملکی و محسنی (۱۳۹۱) در بررسی خود دریافتند افراد مبتلا به افسردگی اساسی نسبت به افراد بهنجار در توانایی ذهن خوانی نقص دارند و یادآور شدند نقصان در توانایی نظریه ذهن افراد افسرده می‌تواند به عنوان یکی از فرضیه‌های سبب شناختی در تحریف‌های شناختی این بیماران باشد. فخاری و همکاران (۱۳۹۳) به این نتیجه رسیدند نظریه ذهن بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و افسردگی در مقایسه با افراد عادی آسیب دیده است. اما، در این پژوهش به طور واضح به بررسی و مقایسه نظریه ذهن در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و افراد عادی پرداخته نشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و افسردگی یک قطبی عملکرد ضعیف‌تری در آزمون ذهن خوانی به عنوان یکی از ابزارهای ارزیابی نظریه ذهن داشتند ولی تفاوتی بین دو گروه بالینی مشاهده نشد. همچنین، ذهن خوانی در تحلیل تابع تشخیص نتوانست نقش مهمی در تمایز میان گروه‌های مورد بررسی داشته باشد. در نتیجه، استفاده از ابزارهای مختلف برای سنجش توانش نظریه ذهن و تحلیل این نتایج با روش‌های پیشرفته آماری در پژوهش‌های ضروری به نظر می‌رسد زیرا وجود ابزارهای مختلف در این زمینه و عدم انسجام یافته‌ها، نتیجه‌گیری در مورد اهمیت نقش فراتشخیصی نظریه ذهن در آسیب‌شناسی روانی را به چالش می‌کشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت به طور کلی نظریه ذهن در افراد مبتلا به افسردگی اساسی آسیب دیده است و به نظر می‌رسد افسردگی به خاطر عملکرد نامناسب شناخت اجتماعی و روابط بین فردی در این افراد است. نقص در نظریه ذهن موجب اختلال در توانایی رمزگردانی حالت هیجانی دیگران بر اساس اطلاعات جسمانی قابل مشاهده و ادغام سرنخ‌های اجتماعی و اطلاعات بافتی برای پیش‌بینی و درک رفتار دیگران می‌شود. شناسایی و درک صحیح افکار و نیات دیگران همچنین احساساتشان که از ویژگی‌های مهارت در نظریه ذهن است، برای تعامل اجتماعی موفق ضرورت دارد (لئونیدی و همکاران، ۲۰۱۳). طبق یافته‌های قبلی، در سازگاری با محیط اجتماعی، نظریه ذهن برای حل مسئله عمومی انسان‌های نخستین ضروری است؛ بنابراین افرادی که در مهارت نظریه ذهن نقص دارند ممکن است با مشکلاتی در سازگاری با زندگی روزمره مواجه شوند و از پریشانی اجتماعی رنج ببرند. در نتیجه، مشکلاتی که افراد مبتلا به افسردگی در موقعیت‌های اجتماعی و ارتباطات دارند، به نظر می‌رسد با نقص در توانایی‌شان برای درک دیدگاه و احساسات دیگران مرتبط باشد (کاسی و همکاران، ۲۰۱۳). در تبیین و تأیید زیست‌شناختی نتایج مطالعه حاضر می‌توان گفت که امروزه، مبانی عصبی نظریه ذهن به خوبی شناخته شده است که شامل نواحی قشر پیش‌پیشانی، اوبیتوفرونتال، مناطق شکمی-میانی و بادامه می‌شود. از آنجا که بسیاری از پژوهش‌های تصویربرداری مغزی نشان دادند کرتکس پیش‌پیشانی نقش مهمی در آسیب‌شناسی فیزیولوژی اختلالات خلقی ایفا می‌کنند، نقص در نظریه ذهن ممکن است با پیشینه آسیب‌شناختی فیزیولوژیکی اختلال خلقی مرتبط باشد (به نقل از اینوئه و همکاران، ۲۰۰۶).

نتایج این پژوهش با بررسی همزمان افراد مبتلا به افسردگی یک‌قطبی و اختلال دوقطبی به دانش موجود در زمینه نقش فراتشخیصی باورهای فراشناختی و طرحواره‌های هیجانی در اختلال دوقطبی و افسردگی یک‌قطبی می‌افزاید و مفروضه‌های نظریه‌های شناختی در سبب شناختی این اختلال‌ها را مورد تأیید قرار می‌دهد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به غیرتصادفی بودن انتخاب نمونه و حجم کم آن اشاره کرد. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر،

پیشنهاد می‌شود در محیط‌های بالینی برای تمایز بین اختلالات خلقی، به سازه‌های شناختی همچون فراشناخت، طرحواره هیجانی و ذهن‌خوانی توجه ویژه شود. افزون بر این، با توجه به اینکه یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد متغیر شرم و گناه به خوبی گروه افسرده و بهنجار را از هم تفکیک می‌کند، پیشنهاد می‌شود در مداخلات روان‌شناختی با بیماران افسرده، راهکارهایی برای کاهش شرم و گناه این گروه از بیماران به کار گرفته شود. علاوه بر این، نتایج این مطالعه می‌تواند به عنوان مکمل سایر ابزارهای تشخیصی برای تمایز بین افسردگی یک‌قطبی و دوقطبی توسط درمانگران مورد استفاده قرار گیرد. در پژوهش حاضر، با توجه به اینکه تمامی شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر مرد بودند، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی نقش جنسیت نیز مورد بررسی قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

از همکاری کارکنان محترم بیمارستان روان‌پزشکی رازی، به خصوص؛ آقای دکتر شمس که در اجرای پژوهش همکاری داشتند و همچنین اعضاء نمونه پژوهشی که با وجود بیماری با علاقه نسبت به انجام پژوهش و تکمیل پرسشنامه‌ها اقدام نمودند، تشکر می‌نمایم.

منابع

- امینی فر، س؛ معنوی پور، د. (۱۳۹۶). مقایسه بازشناسی حالات چهره‌ای هیجان در اختلالات خلقی و اضطرابی. *فصلنامه روان‌شناسی تحلیلی - شناختی*، ۸ (۳۰): ۲۹-۳۷.
- پورنامداریان، س؛ بیرشک، ب؛ اصغرزادفرید، ع. ا. (۱۳۹۱). تبیین سهم باورهای فراشناختی در پیش بینی علایم افسردگی، اضطراب و استرس در پرستاران. *مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۳ (۳): ۸۶-۹۴.
- تاجیک اسماعیلی، ع؛ هاشمی رزینی، ه؛ باحشمت جویباری، ش. (۱۳۹۴). نقش شناخت اجتماعی در آسیب‌شناسی روانی: مقایسه نظریه ذهن و سبک اسنادی در افراد مبتلا به افسردگی اساسی و هم‌تایان سالم. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۶ (۳): ۱۵۷-۱۶۸.
- خانزاده، م؛ ادیسی، ف؛ محمدخانی، ش؛ سعیدیان، م. (۱۳۹۲). بررسی ساختار عاملی و مشخصات روان‌سنجی مقیاس طرحواره‌های هیجانی بر روی دانشجویان. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۳ (۱۱): ۹۱-۱۱۹.
- ذبیح زاده، ع؛ نجاتی، و؛ ملکی، ق؛ درویشی لرد، معصومه؛ رافرو، فرهاد. (۱۳۹۱). بررسی رابطه بین توانایی ذهن‌خوانی و پنج عامل بزرگ شخصیت. *مجله تازه‌های علوم شناختی*، ۱۴ (۱): ۱۹-۳۰.
- شهبازی راد، ا؛ معادی، م. (۱۳۹۷). الگوی پیش بینی اضطراب اجتماعی در جمعیت بالینی: نقش مؤلفه‌های باورهای فراشناختی (توانایی شناختی، فراباورهای منفی و کنترل ذهنی). *فصلنامه روان‌شناسی تحلیلی - شناختی*، ۹ (۳۲): ۹-۱۶.
- شیخ حسینی، ش؛ حاتمی، م؛ نصراللهی، ب. (۱۳۹۷). مقایسه طرحواره‌های هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجبار، افسردگی اساسی و عادی. *مجله علوم روان‌شناختی*، ۱۷ (۷۲): ۸۷۳-۸۸۱.
- شیرین زاده دستگیری، ص؛ گودرزی، م؛ رحیمی، ج؛ نظیری، ق. (۱۳۸۷). بررسی ساختار عاملی، روایی و اعتبار پرسشنامه فراشناخت ۳۰. *مجله روان‌شناسی*، ۱۲ (۴): ۴۴۵-۴۶۱.
- فخاری، ع؛ میناشیری، ع؛ خزایی، س؛ موحدی، ی؛ فلاحی، ا؛ طاهرپناه، م. (۱۳۹۳). بررسی الگوی نقص نظریه ذهن و تنظیم هیجان در بیماران دوقطبی، افسرده و مقایسه آن با افراد عادی. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۵ (۶): ۵۱۱-۵۲۰.
- نجاتی، و؛ ذبیح زاده، ع؛ ملکی، ق؛ محسنی، م. (۱۳۹۱). اختلال شناخت اجتماعی در بیماران دچار افسردگی عمده: شواهدی از آزمون ذهن خوانی از طریق چشم. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۶ (۲۴): ۵۷-۷۰.
- Aldao, Amelia, & Dixon-Gordon, Katherine L. (2014). Broadening the scope of research on emotion regulation strategies and psychopathology. *Cognitive behaviour therapy*, 43(1), 22-33 .

- Association, American Psychiatric. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub.
- Baron-Cohen, Simon, Wheelwright, Sally, Hill, Jacqueline, Raste, Yogini, & Plumb, Ian. (2001). The "Reading the Mind in the Eyes" test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of child psychology and psychiatry*, 42(2), 241-251 .
- Batmaz, Sedat, Kaymak, Semra Ulusoy, Kocbiyik, Sibel, & Turkcapar, Mehmet Hakan. (2014). Metacognitions and emotional schemas: a new cognitive perspective for the distinction between unipolar and bipolar depression. *Comprehensive psychiatry*, 55(7), 1546-1555 .
- Becking, Karlijn, Spijker, Annet T, Hoencamp, Erik, Penninx, Brenda WJH, Schoevers, Robert A, & Boschloo, Lynn. (2015). Disturbances in hypothalamic-pituitary-adrenal axis and immunological activity differentiating between unipolar and bipolar depressive episodes. *PloS one*, 10(7), 133-148 .
- Bora, Emre, & Berk, Michael. (2016). Theory of mind in major depressive disorder: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 191, 49-55 .
- Cusi, Andrée M, Nazarov, Anthony, MacQueen, Glenda M, & McKinnon, Margaret C. (2013). Theory of mind deficits in patients with mild symptoms of major depressive disorder. *Psychiatry research*, 210(2), 672-674 .
- Davis, Jennifer A, & Gamble, Karen L. (2016). Synchronized time-keeping is key to healthy mood regulation (Commentary on Landgraf et al.). *European Journal of Neuroscience*, 43(10): 286-293.
- Dixon-Gordon, Katherine L, Aldao, Amelia, & De Los Reyes, Andres. (2015). Repertoires of emotion regulation: A person-centered approach to assessing emotion regulation strategies and links to psychopathology. *Cognition and Emotion*, 29(7), 1314-1325 .
- Fergus, Thomas A, Bardeen, Joseph R, & Orcutt, Holly K. (2012). Attentional control moderates the relationship between activation of the cognitive attentional syndrome and symptoms of psychopathology. *Personality and Individual Differences*, 53(3), 213-217 .
- Halvorsen, Marianne, Hagen, Roger, Hjemdal, Odin, Eriksen, Marianne S, Sørli, Åse J, Waterloo, Knut,... Wang, Catharina EA. (2015). Metacognitions and thought control strategies in unipolar major depression: A comparison of currently depressed, previously depressed, and never-depressed individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 39(1): 31-40.
- Highfield, Julie, Markham, Dominic, Skinner, Martin, & Neal, Adrian. (2010). An investigation into the experience of self-conscious emotions in individuals with bipolar disorder, unipolar depression and non-psychiatric controls. *Clinical psychology & psychotherapy*, 17(5), 395-405 .
- Ioannidi, N, Konstantakopoulos, G, Ploumpidis, D, Typaldou, M, Sakkas, D, Papadimitriou, GN, & Oulis, P. (2013). *Empathy and theory of mind in euthymic bipolar disorder*. Paper presented at the Proceedings of the 21th European Congress of Psychiatry (Abstract published in Eur. Psychiatry), Nice, France.
- Inoue, Y, Yamada, K, & Kanba, S. (2006). Deficit in theory of mind is a risk for relapse of major depression. *Journal of affective disorders*, 95(1), 125-127.
- Ladegaard, Nicolai, Lysaker, Paul H, Larsen, Erik R, & Videbech, Poul. (2014). A comparison of capacities for social cognition and metacognition in first episode and prolonged depression. *Psychiatry research*, 220(3), 883-889 .
- Ladegaard, Nicolai, Videbech, Poul, Lysaker, Paul H, & Larsen, Erik R. (2015). The course of social cognitive and metacognitive ability in depression: Deficit are only partially normalized after full remission of first episode major depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 55(3): 269-286.
- Leahy, Robert L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and behavioral practice*, 9(3), 177-190 .
- Leahy, Robert L. (2007). Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive and Behavioral practice*, 14(1), 36-45 .
- Leahy, Robert L, Tirsch, Dennis, & Napolitano, Lisa A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*: Guilford Press.

- Liu, Yunting, Wu, Xia, Zhang, Jiakai, Guo, Xiaojuan, Long, Zhiying, & Yao, Li. (2015). Altered effective connectivity model in the default mode network between bipolar and unipolar depression based on resting-state fMRI. *Journal of affective disorders*, 182, 8-17 .
- Merckelbach, Harald. (199 .(A. Wells and G. Matthews (1994). Attention and emotion: A clinical perspective Hove (UK): Lawrence Erlbaum.(402 pp.): Wiley Online Library.
- Meyers, Lawrence S, Gamst, Glenn, & Guarino, Anthony J. (2006). *Applied multivariate research: Design and interpretation*: Sage.
- Montag, Christiane, Ehrlich, André, Neuhaus, Kathrin, Dziobek, Isabel, Heekeren, Hauke R, Heinz, Andreas, & Gallinat, Jürgen. (2010). Theory of mind impairments in euthymic bipolar patients. *Journal of affective disorders*, 123(1), 264-269 .
- Purcell, Amanda L, Phillips, Mary, & Gruber, June. (2013). In your eyes: Does theory of mind predict impaired life functioning in bipolar disorder? *Journal of affective disorders*, 151(3), 1113-1119 .
- Sarisoy, Gökhan, Pazvantoğlu, Ozan, Özturan, Deniz Deniz, Ay, Naile Dila, Yilman, Tuba, Mor, Sema,... Gümüş, Kübra. (2014). Metacognitive beliefs in unipolar and bipolar depression: A comparative study. *Nordic journal of psychiatry*, 68(4), 275-281 .
- Soderstrom, Nicholas C, Davalos, Deana B, & Vázquez, Susana M. (2011). Metacognition and depressive realism: Evidence for the level-of-depression account. *Cognitive neuropsychiatry*, 16(5), 461-472 .
- Solem, Stian, Hagen, Roger, Wang, Catharina EA, Hjemdal, Odin, Waterloo, Knut, Eisemann, Martin, & Halvorsen ,Marianne. (2015). Metacognitions and Mindful Attention Awareness in Depression: A Comparison Of Currently Depressed, Previously Depressed and Never Depressed Individuals. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(1): 73-91.
- Solem, Stian, Thunes, Susanne Semb, Hjemdal, Odin, Hagen, Roger, & Wells, Adrian. (2015). A metacognitive perspective on mindfulness: An empirical investigation. *BMC psychology*, 3(1), 1 .
- Tabachnick, Barbara G, & Fidell, Linda S. (2007). Using multivariate statistics, 5th. *Needham Height, MA: Allyn & Bacon* .
- Tas, Cumhur, Brown, Elliot C, Aydemir, Omer, Brüne, Martin, & Lysaker, Paul H. (2014). Metacognition in psychosis: Comparison of schizophrenia with bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 219(3), 464-469 .
- Turpyn, Caitlin C, Chaplin, Tara M, Cook ,Emily C, & Martelli, Alexandra M. (2016). Corrigendum to "A person-centered approach to adolescent emotion regulation: Associations with psychopathology and parenting"[J. Exp. Child. Psychol. 136 (2015) 1–16]. *Journal of Experimental Child Psychology*(141): 294-263.
- Washburn, Dustin, Wilson, Gillian, Roes, Meighen, Rnic, Katerina, & Harkness, Kate Leslie. (2016). Theory of mind in social anxiety disorder, depression, and comorbid conditions. *Journal of anxiety disorders*, 37, 71-77 .
- Wells, Adrian. (2002). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*: John Wiley & Sons.
- Wells, Adrian. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*: Guilford press.
- Wells, Adrian, & Cartwright-Hatton, Sam. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour research and therapy*, 42(4), 385-396 .
- Wilbertz, Gregor, Brakemeier, Eva-Lotta, Zobel, Ingo, Härter, Martin, & Schramm, Elisabeth. (2010). Exploring preoperational features in chronic depression. *Journal of affective disorders*, 124(3), 262-269 .
- Wolkenstein, Larissa, Schönenberg, Michael, Schirm, Evelyne, & Hautzinger, Martin. (2011). I can see what you feel, but I can't deal with it: impaired theory of mind in depression. *Journal of affective disorders*, 132(1), 104-111 .
- Woo, Young Sup, Shim, In Hee, Wang, Hee-Ryung, Song, Hoo Rim, Jun, Tae-Youn, & Bahk, Won-Myong. (2015). A diagnosis of bipolar spectrum disorder predicts diagnostic conversion from unipolar depression to bipolar disorder: A 5-year retrospective study. *Journal of affective disorders*, 174, 83-88 .

- Yamada, Kazuo, Inoue, Yumiko, & Kanba, Shigenobu. (2015). Theory of mind ability predicts prognosis of outpatients with major depressive disorder. *Psychiatry research*, 230(2), 604-608 .
- Yılmaz, A Esin, Gençöz, Tülin, & Wells, Adrian. (2011). The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life-stress: A prospective study. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(3), 389-396 .
- Zhao, Lianping, Wang, Ying, Jia, Yanbin, Zhong, Shuming, Sun, Yao, Zhou, Zhifeng,... Huang, Li. (2016). Cerebellar microstructural abnormalities in bipolar depression and unipolar depression: A diffusion kurtosis and perfusion imaging study. *Journal of affective disorders*, 195, 21-31 .
- Zobel, Ingo, Werden, Doris, Linster, Hans, Dykieriek, Petra, Drieling, Tobias, Berger, Mathias, & Schramm, Elisabeth. (2010). Theory of mind deficits in chronically depressed patients. *Depression and Anxiety*, 27(9), 821-828 .