

# نقش ابرازگری هیجانی و تنظیم هیجان در رشد پس از آسیب مبتلایان به سرطان و ام‌اس: با توجه به نقش تعدیلگر نوع بیماری

الهه زینلی سیاوشانی<sup>۱</sup>، مجتبی دهقان<sup>۲\*</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روان‌شناسی، بیمارستان آسیا، تهران، ایران.

<sup>۲</sup> دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۰۳

## چکیده

**مقدمه:** سرطان و ام‌اس در کنار تجارب ناخوشایندی که ایجاد می‌کنند ممکن است با تجربه رشد پس از آسیب همراه شوند. از این رو تعیین پیشایندهای این رشدیافتگی ضروری است. هدف این پژوهش تعیین نقش ابرازگری هیجانی و تنظیم هیجان در پیش‌بینی رشد پس از آسیب در مبتلایان به دو بیماری سرطان و ام‌اس بود.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش به لحاظ هدف، کاربردی بود و از طرح همبستگی استفاده شد. مطالعه حاضر در سال ۱۳۹۸ انجام شد. جامعه پژوهش شامل بیماران مبتلا به ام‌اس و سرطان در بیمارستان آسیای تهران بودند که با نمونه‌گیری در دسترس، ۱۲۴ نفر از آنان انتخاب شدند (۶۲ نفر در گروه سرطان و ۶۲ نفر در گروه ام‌اس). برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه رشد پس از آسیب تدسکی، پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران و پرسش‌نامه کینگ و امونز استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون همبستگی پیرسون، آزمون رگرسیون هم‌زمان و آزمون Z فیشر در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.

**یافته‌ها:** طبق نتایج، ابرازگری مثبت و تنظیم هیجان مثبت در هر دو گروه ( $P < 0/01$ ) و صمیمیت تنها در گروه سرطان ( $P < 0/01$ ) با رشد پس از آسیب همبستگی مثبت معناداری دارد. میزان همبستگی چندمتغیری در میان دو گروه سرطان ( $R = 0/58$ ) و ام‌اس ( $R = 0/48$ ) تفاوت معناداری نداشت ( $P = 0/447$ ). در هر دو گروه متغیرهای ابرازگری مثبت و تنظیم هیجان مثبت پیش‌بینی‌کننده معنادار رشد پس از آسیب بود.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌ها، در هر دو گروه مبتلا به سرطان و ام‌اس، ارتقاداتن ابرازگری هیجانی مثبت و تنظیم هیجان مثبت رشد پس از آسیب را تقویت می‌کند.

**کلمات کلیدی:** ابرازگری هیجان، ام‌اس، تنظیم هیجان، سرطان، رشد پس از آسیب



## مقدمه

یافت‌شده در زندگی (از قبیل روابط خانودگی بهتر به دنبال آسیب)، قدرت شخصی و تغییرات معنوی است (۹،۱۱). طبق مطالعات، برخی افراد از جمله کسانی که مشکلات مرتبط با بیماری روانی آسیب‌زا را تجربه کرده‌اند (۱۲،۱۳)، ممکن است به دنبال آسیب، رشد شخصی را تجربه کنند (۱۴). به نظر می‌رسد برخی عوامل روان‌شناختی از جمله شیوه رویارویی افراد با هیجانات و عواطف در تعیین رشد پس از آسیب آنان نقش کلیدی دارد و شیوه‌های رویارویی با عواطف و هیجانات نیز در عواملی مانند تنظیم شناختی هیجان (Cognitive Emotion Regulation) و ابرازگری هیجانی نمود می‌یابد.

تنظیم شناختی هیجان بیانگر توانایی استفاده از منابع شناختی به منظور مواجهه انعطاف‌پذیر با محرک‌های هیجانی ناخوشایند است (۱۵). با این هدف که تعیین شود هیجانات چه موقع و چگونه تجربه و بیان شوند (۱۶). تنظیم هیجان مبانی عصب‌شناختی بسیار مهمی دارد (۱۷، ۱۸ و ۱۹) و کسانی که در تنظیم هیجاناتشان شکست می‌خورند یا از راهبردهای تنظیم ناسازگارانه استفاده می‌کنند، بیشتر در معرض خطر ابتلا به اختلالات هیجانی (۲۰) از جمله نشانگان شدید اضطراب و افسردگی در آینده هستند (۲۱). پژوهش‌ها نشان داده‌اند روان‌درمانی‌هایی که به‌طور خاص به هیجانات و تنظیم هیجان می‌پردازند، بر سطح سلامت افراد از جمله بر افسردگی و رفتار خوردن آنان اثرگذار است (۲۲). همچنین استفاده از راهبردهای کارآمد تنظیم هیجان در سازگاری با بیماری سرطان و افزایش کیفیت زندگی مبتلایان نقش مؤثری دارد (۲۳،۲۴)؛ زیرا توانایی تمایز و تنظیم هیجانی موجب می‌شود فرد رویدادهای استرس‌زا را به‌عنوان چالش و فرصتی برای یادگیری تلقی کند و از سازگاری و کیفیت زندگی بهتری برخوردار شود (۲۵).

ویژگی دیگری که نقش آن هنگام تجربه بیماری‌های

سرطان (Cancer) و اسکروز چندگانه/ام‌اس (Multiple Sclerosis: MS)، دو مورد از بیماری‌های مزمن و دارای پیامدهای جدی هستند. سرطان بیماری شایع و رو به افزایشی است (۱) که دومین علت مرگ‌ومیر پس از بیماری‌های قلبی-عروقی محسوب می‌شود (۲). سرطان با تغییر شکل غیرطبیعی سلول و ازدست‌رفتن تمایز و عملکرد سلولی مشخص می‌شود (۳). طبق برآوردها، شیوع سرطان در دهه‌های آینده در جوامع در حال توسعه از جمله ایران، روند افزایشی خواهد داشت (۱). بیماری ام‌اس نیز از شایع‌ترین بیماری‌های عصب‌شناختی است که به‌صورت میلین‌زدایی سیستم اعصاب مرکزی رخ می‌دهد (۴). بر اساس برخی گزارش‌ها، شیوع بیماری ام‌اس در ایران ۴۰ نفر در ۱۰۰ هزار نفر است و در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی، زنان دو تا سه برابر بیشتر از مردان به این بیماری مبتلا می‌شوند (۵). هر دوی این بیماری‌ها تغییراتی جدی را در زندگی اجتماعی، جسمانی و عملکرد فرد ایجاد می‌کنند. بیماری‌های سرطان (۶) و ام‌اس (۷) با اختلال استرس پس از آسیب (Post-Traumatic Stress Disorder: PTSD) مرتبط هستند؛ بنابراین، پژوهش حاضر به بررسی هم‌زمان این دو بیماری پرداخته است.

ابتلا به این بیماری‌های مزمن به ایجاد پیامدهای ناخوشایند و استرس و احساس تهدید شدید در فرد مبتلا منجر می‌شود. برخی مبتلایان قادر به یکپارچه‌سازی مثبت تجربه بیماری با احساساتشان هستند (۸)؛ شرایطی که از آن با عنوان رشد پس از آسیب (Post-Traumatic Growth: PTG) یاد می‌شود و به اثرات مثبت و دگرگون‌کننده بالقوه‌ای اشاره دارد که در مواجهه با تجارب طاقت‌فرسای معنادار در شخصیت فرد رخ می‌دهد (۹، ۱۰). رشد پس از آسیب شامل قدردانی از زندگی، ارتباط با دیگران، فرصت‌های تازه

فرصت و تلنگری برای ارزیابی دوباره زندگی در جهت رشدیافتگی، موضوع بسیار مهمی در چگونگی سازگاری با این بیماری‌ها و شرایط درمانی آن‌ها است. از این رو، مطالعه رشد پس از آسیب و تعیین پیشایندهای آن در این افراد ضروری است. با این حال، اگرچه برخی مطالعات پیشین تنظیم هیجان (۲۳،۲۴) و ابرازگری هیجان (۳۰،۳۱،۳۳) را در بافت بیماری‌های سرطان و ام‌اس بررسی کرده‌اند، ارتباط این متغیرها با تجربه رشدیافتگی در بیماری‌های مذکور بررسی نشده است. همچنین این مسئله که آیا نقش تنظیم شناختی هیجان و ابرازگری هیجان در تبیین رشد پس از سانحه در هریک از دو بیماری سرطان و ام‌اس متفاوت است یا خیر (یعنی نقش تعدیلگر نوع بیماری)، تاکنون بررسی نشده است؛ بنابراین، مطالعه و آزمون موارد مذکور اهمیت و ضرورت نظری دارد. از این رو، پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش تنظیم شناختی هیجان و ابرازگری هیجانی در پیش‌بینی رشد پس از آسیب در دو بیماری سرطان و ام‌اس انجام شد.

### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی بود و از طرح همبستگی استفاده کرد تا روابط میان متغیرها و سپس نقش تنظیم شناختی هیجان و ابرازگری هیجانی را در تبیین رشد پس از آسیب با توجه به نقش تعدیلگر نوع بیماری (سرطان و ام‌اس) ارزیابی کند. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل بیماران مبتلا به دو بیماری ام‌اس و سرطان در بیمارستان آسیای تهران بود؛ چراکه دسترسی به هر دو گروه بیماران در یک مجموعه درمانی واحد با شرایط محیطی و حتی انسانی یکسان از نظر دریافت خدمات، نوعی تجانس و همگنی را ایجاد می‌کرد. نمونه‌گیری به شیوه دردسترس انجام شد. برای محاسبه حجم نمونه از نرم‌افزار جی‌پاور (G.power)

پراسترس و هیجان‌های منفی ناشی از آن قابل بررسی است، ابرازگری هیجانی است. ابرازگری هیجانی به نمایش بیرونی هیجان بدون توجه به ارزش (مثبت یا منفی) یا روش (چهره‌ای، کلامی و حالت بدنی) آن اشاره دارد (۲۶) و شامل سه سبک ابرازگری مثبت، ابرازگری منفی و صمیمت می‌شود (۲۷). دوسوگرایی در ابراز هیجان با میزان ابرازگری هیجانات رابطه منفی دارد (۲۷) و به بازداری و نشخوار در برابر هیجان منجر می‌شود (۲۸). نقص در ابرازگری هیجانی موجب کاهش فرصت‌های فرد برای برقراری تعاملات اجتماعی می‌شود و این مسئله روابط اجتماعی و در نتیجه سلامت روان شخص را با تهدید مواجه خواهد کرد. در واقع، نظر به اینکه تصور افراد از خود در جریان تعاملات و مقایسه‌های اجتماعی شکل می‌گیرد، تداخل در ابرازگری هیجانات به عدم تداوم روابط اجتماعی و اشکال در خودپنداره منجر می‌شود (۲۹). همچنین به نظر می‌رسد ابرازگری هیجانات عامل مهمی در رابطه با بیماری‌های سرطان (۳۰) و ام‌اس (۳۱) است، به طوری که هیجان‌ها به گونه متفاوتی در چهره ابراز می‌شود و چهره به گذرگاهی برای نمایش نیازها تبدیل می‌شود (۳۲). برخی افراد هنگامی که هیجانات خود را ابراز نکرده‌اند و آن‌ها را بازداری می‌کنند، دچار تنیدگی و با خطر پریشانی روان‌شناختی و مشکلات بالقوه جسمانی روبه‌رو می‌شوند و این مشکل در افراد مبتلا به ام‌اس به چشم می‌خورد (۳۳). از این رو، ابرازگری هیجانی در سلامت روانی-جسمی و کیفیت زندگی نقش مهمی دارد (۳۴-۳۶) و از این حیث می‌تواند در مواجهه افراد با آسیب و رشد مرتبط با آن نقش مهمی داشته باشد.

در مجموع، تجربه رشد پس از آسیب مؤلفه مهمی در زندگی مبتلایان به بیماری‌های مزمن از قبیل سرطان و ام‌اس است. اینکه فرد مبتلا حضور بیماری سرطان یا ام‌اس را به‌مثابه یک تجربه کاملاً منفی و آسیب‌زا تلقی کند یا به‌مثابه

خودادراکی افراد در ارتباط با تجربه حوادث آسیب‌زا ساختند و حوزه‌هایی مانند موقعیت‌های جدید، ارتباط با دیگران، قوی‌تر شدن شخصی، قدردانستن و ارزش‌گذاشتن به زندگی و تغییرات معنوی را شامل می‌شود. پرسش‌نامه رشد پس از سانحه ۲۱ گویه دارد و هریک از گویه‌ها در طیف لیکرت از صفر (اصلاً) تا ۵ (خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. مجموع نمرات پرسش‌نامه بین ۰ تا ۱۰۵ به دست خواهد آمد (۳۷). تدسکی و کالون ضریب آلفای کرونباخ کلی این پرسش‌نامه را ۰/۹۰ گزارش دادند (۳۷). نتایج اعتباریابی پرسش‌نامه رشد پس از آسیب در پژوهش سیدمحمودی و همکاران (۳۷) نشان داد ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۲ و ضریب بازآزمایی ۰/۹۴ است. برای تعیین روایی همگرا که از بررسی رابطه این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه عواطف مثبت و منفی و پرسش‌نامه جهت‌گیری زندگی استفاده شد، روابط معنی‌داری مشاهده شد (۳۷).

پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ): فرم کوتاه پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و کرایچ که حسنی (۳۸) تهیه کرده است، ۱۸ گویه دارد. نمره‌گذاری آن به صورت لیکرت پنج گزینه‌ای (۱= هرگز تا ۵= همیشه) است. این مقیاس دارای مؤلفه‌های سازش‌نیافته (سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری، فاجعه‌آمیز کردن) و مؤلفه‌های سازش‌یافته (پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری) است. این فرم کوتاه پرسش‌نامه در مقایسه با فرم بلند فارسی آن از نظر ساختار عاملی و روایی هم‌زمان مطلوب‌تر است. نتایج آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۸۲ است. تحلیل مؤلفه اصلی ضمن تبیین ۷۵ درصد از واریانس، از الگوی ۹ عاملی اصلی پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان حمایت کرد. همچنین همبستگی

استفاده شد که با توجه به پارامترهای ورودی ( $\alpha=0/05$ )،  $\alpha=0/95$  توان آزمون،  $\alpha=0/20$  اندازه اثر،  $\alpha=5$  تعداد متغیر پیش‌بین، حجم نمونه لازم برای هریک از گروه‌ها (سرطان و ام‌اس) را ۵۶ شرکت‌کننده برآورد کرد (در مجموع ۱۱۲ شرکت‌کننده). برای جلوگیری از ریزش احتمالی شرکت‌کننده‌ها از نظر پاسخگویی نامناسب به ابزارها، ۱۲۴ شرکت‌کننده وارد مطالعه شدند که تمامی آنان به ابزارها به‌طور کامل پاسخ دادند؛ بنابراین، نمونه نهایی پژوهش در مجموع ۱۲۴ بیمار را شامل شد (۶۲ نفر در گروه سرطان و ۶۲ نفر در گروه ام‌اس). معیارهای ورود شامل زن یا مرد بودن، داشتن سن ۱۸ تا ۶۵ سال و داشتن سواد سیکل به بالا (به‌خاطر اینکه برخوردار از واژگان کافی و مهارت کلامی، پیش‌زمینه‌ای برای نام‌گذاری و ابراز هیجان است، تحصیلات به‌عنوان معیار ورود در نظر گرفته شد) برای پاسخ به پرسش‌نامه‌ها بود. معیارهای خروج نیز شامل گزارش سابقه ابتلا به اختلالات روانی بود.

ابتدا به آن دسته از بیمارانی که واجد معیارهای ورود بودند، مراجعه شد و ضمن توضیح اهداف علمی پژوهش و اطمینان‌دادن به آنان درباره محرمانه‌ماندن اطلاعاتشان، از آنان درخواست شد در پژوهش شرکت کنند. در این بین، ۱۴۶ نفر که مایل به همکاری بودند، به‌عنوان نمونه اولیه انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌های پژوهش (پرسش‌نامه رشد پس از آسیب تدسکی و همکاران، پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران و پرسش‌نامه کینگ و امونز) در اختیار آنان قرار داده شد. بر اساس پاسخ‌دهی آنان به پرسش‌نامه‌ها، ۲۲ نفر به دلیل ناقص‌بودن پرسش‌نامه‌ها کنار گذاشته شدند و در نهایت داده‌های ۱۲۴ نفر (۶۲ نفر در گروه سرطان و ۶۲ نفر در گروه ام‌اس) تجزیه و تحلیل آماری شد.

پرسش‌نامه رشد پس از آسیب (PTGQ): تدسکی و کالون (۱۹۹۶) این مقیاس را به‌منظور ارزیابی تغییرات

۳۳ ± ۸/۲۷ و در گروه مبتلا به ام‌اس حدود ۱۱/۴۲ ± ۳۹ و در گروه مبتلا به ام‌اس حدود ۳۳ ± ۸/۲۷ سال بود. تعداد زنان و مردان به ترتیب در گروه سرطان ۳۸ و ۲۳ نفر و در گروه ام‌اس ۳۲ و ۲۹ نفر بود. از نظر وضعیت تأهل، ۹ نفر از گروه سرطان مجرد، ۳۳ نفر متأهل، ۱۲ نفر دارای تجربه متارکه و ۶ نفر دارای تجربه فوت همسر بودند. همچنین ۱۹ نفر از گروه ام‌اس مجرد، ۲۷ نفر متأهل، ۱۰ نفر دارای تجربه متارکه و ۵ نفر دارای تجربه فوت همسر بودند. از نظر سطح تحصیلات، از میان شرکت‌کنندگان گروه سرطان ۱۳ نفر سیکل، ۲۷ نفر دیپلم، ۵ نفر کاردانی، ۱۰ نفر کارشناسی و ۷ نفر کارشناسی ارشد و دکتری داشتند، در حالی که در گروه ام‌اس ۸ نفر سیکل، ۱۱ نفر دیپلم، ۹ نفر کاردانی، ۱۸ نفر کارشناسی و ۱۵ نفر کارشناسی ارشد و دکتری داشتند.

مقادیر شاخص‌های توصیفی در جدول ۱ آمده است. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در این جدول گزارش شده است که برای ارزیابی مفروضه نرمال بودن توزیع از آن استفاده شد. آماره شاپیرو-ویلک در مورد متغیرهایی که معنادار نشد، تأییدکننده نرمال بودن توزیع است. اگرچه آماره شاپیرو-ویلک در مورد متغیرهای رشد پس از آسیب در هر دو گروه، ابرازگری مثبت در گروه سرطان و صمیمیت، تنظیم هیجان منفی و مثبت در گروه ام‌اس معنادار شد، اما با توجه به اینکه مقادیر چولگی و کشیدگی این متغیرها در محدوده ۱ ± قرار دارد (به‌استثنای رشد پس از آسیب در گروه سرطان که آن هم بسیار نزدیک به ۱ است)، توزیع آن‌ها نزدیک به نرمال است (۴۰).

طبق نتایج جدول ۲، در گروه مبتلا به ام‌اس متغیرهای ابرازگری هیجانی مثبت و تنظیم هیجان مثبت رابطه مثبت و معناداری با رشد پس از آسیب دارد، اما در گروه مبتلا به سرطان علاوه بر دو متغیر مذکور، متغیر صمیمیت نیز رابطه مثبت و معناداری با رشد پس از آسیب دارد.

بین خرده‌مقیاس‌ها زیاد بود. در نهایت، الگوی همبستگی خرده‌مقیاس‌های فرم کوتاه نسخه فارسی پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان با علائم افسردگی ( $P < 0/01$ ) بیانگر روایی ملاکی مقیاس بود (۳۸).

پرسش‌نامه ابرازگری هیجانی (EEQ): کینگ و امونز (۲۷) به منظور بررسی اهمیت نقش ابراز هیجان در سلامت این پرسش‌نامه را طراحی کردند. پرسش‌نامه ابرازگری هیجانی ۱۶ گویه و ۳ خرده‌مقیاس (ابراز هیجان مثبت، ابراز هیجان منفی، ابراز صمیمت) دارد. کینگ و امونز (۲۷) ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس و سه خرده‌مقیاس ابراز هیجان مثبت، ابراز هیجان منفی و ابراز صمیمت را به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۴، ۰/۶۳ و ۰/۶۷ گزارش دادند. و به منظور بررسی روایی همگرا، همبستگی بین نمرات پرسش‌نامه ابرازگری هیجانی با پرسش‌نامه شخصیت چندبُعدی و مقیاس عاطفه مثبت و منفی برادبورن را محاسبه کردند و نتیجه آن را مطلوب دانستند. در ایران نیز رفیعی‌نیا (۳۹) این پرسش‌نامه را بررسی کرده است. طبق مطالعه مذکور، پایایی این پرسش‌نامه را با استفاده از روش همسانی درونی بررسی کرد و ضریب آلفای کرونباخ آن را برای کل مقیاس ۰/۶۸ و برای سه خرده‌مقیاس ابراز هیجان مثبت، ابراز هیجان منفی و ابراز صمیمت به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۵۹ و ۰/۶۸ گزارش کرد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون همبستگی پیرسون، آزمون رگرسیون هم‌زمان و آزمون Z فیشر در محیط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.

## نتایج

دامنه سنی در میان شرکت‌کنندگان در گروه ام‌اس از ۱۹ تا ۶۲ سال و در گروه سرطان از ۲۰ تا ۵۶ سال بود. میانگین و انحراف استاندارد سنی نیز در گروه مبتلا به سرطان حدود

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک

متغیرها	گروه	میانگین (انحراف استاندارد)	چولگی	کشیدگی	آزمون شاپیرو-ویلک	
					آماره	معناداری
رشد پس از آسیب	سرطان	۷۲/۷۸ (۱۲/۴۹)	۰/۸۷	۱/۰۵	۰/۹۲ **	۰/۰۰۱
	ام.اس	۷۶/۴۱ (۱۵/۳۶)	۰/۳۷	۰/۲۹	۰/۹۳ **	۰/۰۰۲
ابرازگری مثبت	سرطان	۱۸/۳۱ (۴/۰۲)	۰/۹۹	۰/۵۵	۰/۹۰ **	۰/۰۰۱
	ام.اس	۲۲/۳۱ (۴/۸۵)	۰/۰۳	۰/۲۰	۰/۹۹	۰/۹۱۵
صمیمیت	سرطان	۱۴/۰۶ (۲/۵۷)	۰/۲۷	۰/۴۴	۰/۹۷	۰/۲۲۲
	ام.اس	۱۵/۲۳ (۳/۰۸)	-۰/۵۴	۰/۹۲	۰/۹۵ *	۰/۰۱۱
ابرازگری منفی	سرطان	۱۱/۵۰ (۲/۴۷)	-۰/۱۰	۰/۱۳	۰/۹۷	۰/۱۹۵
	ام.اس	۱۳/۱۰ (۳/۰۹)	-۰/۰۲	-۰/۲۴	۰/۹۸	۰/۳۴۸
تنظیم هیجان منفی	سرطان	۲۰/۱۹ (۴/۷۷)	۰/۴۱	-۰/۱۹	۰/۹۷	۰/۱۱۵
	ام.اس	۲۲/۷۴ (۴/۹۸)	-۰/۵۳	-۰/۱۹	۰/۹۶ *	۰/۰۴۶
تنظیم هیجان مثبت	سرطان	۲۷/۴۸ (۴/۱۱)	۰/۱۸	۰/۰۷	۰/۹۸	۰/۲۸۵
	ام.اس	۳۰/۰۹ (۶/۳۱)	۰/۲۸	۰/۳۷	۰/۹۵ *	۰/۰۱۸

(P ≤ ۰/۰۱ \*\*، P ≤ ۰/۰۵ \*)

جدول ۲: ماتریس ضرایب همبستگی میان ابرازگری هیجانی و تنظیم هیجان با رشد پس از سانحه به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه	ابرازگری مثبت	صمیمیت	ابرازگری منفی	تنظیم هیجان منفی	تنظیم هیجان مثبت
صمیمیت	ام.اس	۰/۴۳ **				
	سرطان	۰/۵۸ **				
ابرازگری منفی	ام.اس	۰/۲۸ *	۰/۳۲ *			
	سرطان	۰/۳۲ *	۰/۵۲ **			
تنظیم هیجان منفی	ام.اس	۰/۰۴۱	-۰/۱۵	۰/۲۲		
	سرطان	-۰/۱۴	-۰/۱۴	-۰/۱۳		
تنظیم هیجان مثبت	ام.اس	۰/۱۰	۰/۱۱	-۰/۱۱	۰/۰۹	
	سرطان	۰/۴۱ **	۰/۵۱ **	۰/۲۴	-۰/۰۸	
رشد پس از آسیب	ام.اس	۰/۳۷ **	۰/۲۴	۰/۰۲	-۰/۱۳	۰/۳۱ *
	سرطان	۰/۴۸ **	۰/۳۹ **	۰/۰۶	-۰/۰۷	۰/۴۴ **

(P ≤ ۰/۰۱ \*\*، P ≤ ۰/۰۵ \*)

جدول ۳: خلاصه مدل و آنوای مدل رگرسیونی

گروه	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> تعدیل شده	F	معناداری
اماس	۰/۴۸	۰/۲۴	۰/۱۷	۳/۴۳ **	۰/۰۰۹
سرطان	۰/۵۸	۰/۳۳	۰/۲۷	۵/۵۵ **	۰/۰۰۱

(P≤۰/۰۱) \*\*, (P≤۰/۰۵) \*

طبق نتایج جدول ۳، میزان همبستگی چندمتغیری میان متغیرهای پیش‌بین و متغیر رشد پس از آسیب در گروه سرطان (R=۰/۵۸) بیشتر از گروه اماس (R=۰/۴۸) بود، اما طبق نتایج آزمون Z فیشر این تفاوت معنادار نبود. در واقع، برای مقایسه نیرومندی ضریب همبستگی (ضریب R بین متغیرهای پیش‌بین و رشد پس از آسیب) در دو نمونه مبتلا به سرطان و اماس از آزمون Z فیشر استفاده شد. در این آزمون مقدار P=۰/۴۴۷ به دست آمد که حاکی از معنادار نبودن تفاوت

همبستگی متغیرها در میان دو گروه است. علاوه بر این، یافته‌ها نشان داد مدل پژوهش حاضر به طور معناداری قادر به تبیین ۱۷ درصد از تغییرات رشد پس از آسیب در گروه مبتلا به اماس و ۲۷ درصد از تغییرات آن در گروه مبتلا به سرطان است (جدول ۳). همچنین در هر دو گروه سرطان و اماس متغیرهای ابرازگری مثبت و تنظیم هیجان مثبت پیش‌بینی‌کننده معنادار رشد پس از آسیب بود (جدول ۴).

جدول ۴: ضرایب مدل‌های رگرسیون پیش‌بینی بر اساس رشد پس از آسیب با توجه به ابرازگری هیجانی و تنظیم هیجانی

گروه	متغیر	B	بتا	t	معناداری
اماس	عدد ثابت	۳۹/۳۶		۲/۵۱ *	۰/۰۱۵
	ابرازگری مثبت	۱/۰۱	۰/۳۲	۲/۴۰ *	۰/۰۲۰
	صمیمیت	۰/۳۴	۰/۰۷	۰/۴۹	۰/۶۲۷
	ابرازگری منفی	-۰/۱۸	-۰/۰۴	-۰/۲۷	۰/۷۹۱
	تنظیم هیجان منفی	-۰/۳۷	-۰/۱۲	-۰/۹۷	۰/۳۳۷
	تنظیم هیجان مثبت	۰/۶۸	۰/۲۸	۲/۳۰ *	۰/۰۲۵
سرطان	عدد ثابت	۳۶/۹۷		۳/۱۶ **	۰/۰۰۳
	ابرازگری مثبت	۱/۰۷	۰/۳۴	۲/۵۲ *	۰/۰۱۵
	صمیمیت	۰/۷۸	۰/۱۶	۱/۰۱	۰/۳۱۸
	ابرازگری منفی	-۱/۰۲	-۰/۲۰	-۱/۵۸	۰/۱۲۰
	تنظیم هیجان منفی	-۰/۰۱	-۰/۰۰۱	-۰/۰۱	۰/۹۹۰
	تنظیم هیجان مثبت	۰/۶۲	۰/۲۶	۲/۰۳ *	۰/۰۴۷

(P≤۰/۰۱) \*\*, (P≤۰/۰۵) \*

## بحث

صورت گرفت. نتایج حاصل از ارزیابی همبستگی میان متغیرها نشان داد ابرازگری مثبت و تنظیم هیجان مثبت در هر دو گروه و صمیمیت تنها در گروه مبتلا به سرطان رابطه مثبت و

این پژوهش با هدف مطالعه نقش ابرازگری هیجانی و تنظیم هیجان در پیش‌بینی رشد پس از آسیب در میان شرکت‌کنندگانی از دو نمونه مبتلا به بیماری سرطان و اماس



به‌گونه‌ای مثبت و مبتنی بر صمیمیت ابراز کند، احتمالاً به‌گونه متفاوتی به موقعیت‌های زندگی از جمله ابتلا به بیماری سرطان یا ام‌اس واکنش نشان می‌دهد؛ زیرا وضعیت عاطفی و هیجانی فرد عامل تعیین‌کننده مهمی در شیوه نگرش و واکنش او به خودش و رویدادهاست.

در چنین شرایطی، به دلیل تمرکز بر تنظیم هیجانی مثبت و ابرازگری مثبت، کاهش هیجان‌های منفی و تحریک هیجان‌های مثبت می‌تواند تقویت‌کننده نگرش و واکنش مثبت و معنادار شخص به وقوع بیماری مزمن باشد که این مهم نیز بیانگر و شاخصی از شکل‌گیری رشد پس از آسیب در فرد است. به‌طور دقیق‌تر، از یک‌سو راهبردهای ارزیابی مجدد و پذیرش که از راهبردهای مثبت تنظیم هیجان هستند (۳۸) و ابرازگری مثبت هیجان‌ها احتمال بروز هیجان منفی را کاهش و احتمال تجربه هیجان‌ات مثبت را افزایش می‌دهد، از سوی دیگر، عاطفه مثبت تأثیر عاطفه منفی را بر فرد کاهش می‌دهد و در عین حال با افزایش منابع فیزیکی، اجتماعی و ذهنی موجب گسترش خزانه رفتاری فرد می‌شود (۳۴). در واقع، عواطف مثبت - که به احتمال زیاد به دنبال تنظیم هیجان مثبت و ابرازگری هیجانی مثبت رخ می‌دهد- فرصت گسترش منابع و روابط اجتماعی برای آمادگی به‌منظور برخورد کارآمد با چالش‌های آتی را برای فرد فراهم می‌کند (۳۶)؛ به‌طور مثال، وقتی شخص از تنظیم هیجان مثبت و ابرازگری هیجانی مثبت بهره‌یادی می‌برد، نسبت به افرادی که در این ابعاد نمرات کمی می‌گیرند، این احتمال کاهش می‌یابد که در روابط بین‌فردی دچار تنش‌ها و ناراحتی شود. همچنین هیجان‌ات بین‌فردی مثبت بیشتری را تجربه می‌کند و در زمان فکرکردن به بیماری مزمن سرطان یا ام‌اس و فرایند درمانی آن نگرش مطلوب‌تر و عواطف مثبت‌تری را خواهد داشت و همین موجب ادراک رشدیافتگی در آنان می‌شود، به‌گونه‌ای که احساس می‌کنند

معناداری با رشد پس از آسیب داشتن. در واقع، طبق این یافته‌ها در افراد مبتلا به هریک از دو بیماری سرطان و ام‌اس وقتی میزان ابرازگری مثبت هیجان‌ها و همچنین میزان استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم هیجان افزایش می‌یابد، فرصت تجربه رشد پس از آسیب نیز افزایش می‌یابد. علاوه‌براین، همراه با افزایش میزان ابرازگری هیجانی در بُعد صمیمیت، سطح رشد پس از سانحه بیماران مبتلا به سرطان نیز افزایش می‌یابد.

همچنین یافته‌ها نشان داد مدل پژوهشی حاضر قادر به تبیین و توضیح معنادار رشد پس از سانحه در هر دو گروه بیماران مبتلا به سرطان و ام‌اس است. به‌عبارت‌دیگر، با توجه به چگونگی ابراز هیجانی (به‌ویژه ابرازگری مثبت) و تنظیم شناختی هیجانی (به‌ویژه راهبردهای مثبت تنظیم هیجان) بیماران مبتلا به سرطان و ام‌اس می‌توان پیش‌بینی و توضیح مناسبی از احتمال تجربه رشد پس از سانحه در میان آنان ارائه داد. از این نظر تفاوتی میان این دو گروه بیماران وجود ندارد و توان توضیح‌دهندگی ابرازگری مثبت هیجان و تنظیم شناختی هیجانی مثبت در مورد احتمال رشد پس از آسیب در هر دو گروه مشابه است.

ابرازگری مثبت و تنظیم هیجان مثبت به‌گونه‌ای مشابه، پیش‌بینی‌کننده معنادار رشد پس از آسیب در میان هر دو گروه بیماران بودند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های ربانی‌زاده و بهزادی‌پور (۲۳)، Drake و همکاران (۲۴)، Buser و Gibson (۲۵) و Kennedy-Moore و Watson (۳۳) همخوان است. در واقع، هیجان یک مؤلفه کلیدی در زندگی است که چنانچه برای مدت طولانی تشدید و افراطی شود، احتمال زیادی وجود دارد که مشکلات جدی را در سطوح جسمی، روانی یا اجتماعی برای فرد به دنبال داشته باشد. اما زمانی که فرد قادر باشد هیجان‌های خود را به شیوه‌ای مثبت و کارآمد تنظیم کند (به‌طور مثال، با انجام ارزیابی مجدد مثبت از وقوع بیماری خود) و آن‌ها را

پس از وقوع بیماری سرطان یا ام‌اس با وجود مشکلات جدی، تغییرات مثبت عمیقی در زندگی‌شان رخ داده است. در واقع، تنظیم هیجان مثبت (۲۳، ۲۴، ۲۵) و ابرازگری مثبت هیجانی به ارتقای کیفیت زندگی و سازگاری با بیماری‌های مزمن جسمی کمک می‌کنند. همان‌طور که Lyubomirsky و همکاران (۳۵) و Hofman (۳۶) مطرح کرده‌اند، افراد شادتر به‌طور کلی به علت تجربه مکرر عاطفه مثبت، موفق‌تر هستند و زندگی سالم‌تری دارند؛ بنابراین، گسترش تنظیم مثبت هیجان‌ات و ابرازگری مثبت هیجانی می‌تواند پیشاینده تجربه رشد پس از آسیب در مبتلایان به سرطان و ام‌اس باشند.

این پژوهش مبتنی بر مطالعه جنبه‌های شناختی و رفتاری پاسخ‌های هیجانی در مواجهه با سرطان و ام‌اس بود که پیشاینده رشد پس از آسیب بودند. به نظر می‌رسد ابعاد تجربی هیجان نیز تبیین‌کننده‌های مهمی در این مسئله باشند که در پژوهش حاضر آزمون نشد و پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی به این مسئله بپردازند.

### نتیجه‌گیری

به‌طور کلی، تنظیم هیجان مثبت و ابرازگری مثبت هیجانی پیشایندهای مهمی در تجربه رشد پس از آسیب هستند و این موضوع هم در افراد مبتلا به سرطان و هم در مبتلایان به ام‌اس مشاهده می‌شود. در واقع، افراد مبتلا به هر یک از این دو بیماری در راستای مواجهه کارآمدتر با دشواری‌های این بیماری‌ها و دستیابی به تجربه رشدیافتگی لازم است ابتدا بیاموزند که هیجان‌ات و واکنش‌های هیجانی خود را در شرایط بیماری به گونه‌ای مثبت و کارآمد تنظیم کنند و از مهارت ابرازگری مثبت هیجان برخوردار شوند. در این صورت این افراد می‌توانند در عین حضور بیماری، احساس دستیابی به تجارب مثبت به دنبال ابتلا به بیماری

را تجربه کنند.

یافته‌های پژوهش حاضر از این رویکرد حمایت کرد که با تقویت تنظیم هیجان مثبت و ابرازگری هیجانی مثبت می‌توان زمینه رشدیافتگی افراد مبتلا به سرطان و ام‌اس را فراهم آورد؛ بنابراین، این یافته می‌تواند مورد توجه درمان‌گران و متخصصانی قرار گیرد که در زمینه آموزش، مشاوره و روان‌درمانی به بیماران مبتلا به سرطان و ام‌اس خدمات می‌دهند.

### حمایت مالی

این مقاله بدون حمایت مالی سازمان‌های دولتی یا غیردولتی انجام شد. تمامی هزینه‌ها توسط پژوهشگران تأمین شده است.

### تضاد منافع

پژوهشگران مطالعه حاضر اعلام می‌دارند که در پژوهش حاضر هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

### ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در پژوهش حاضر بدین شرح است: احترام به شأن انسانی و حق انتخاب شرکت‌کنندگان برای شرکت آگاهانه و رضایت‌مندانده در پژوهش، مسئولیت‌پذیری پژوهشگران نسبت به شرکت‌کنندگان، امانت‌داری نسبت به اطلاعات دریافت‌شده، اصل سودمندی و عدم آسیب‌رسانی.

### تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که یاریگر انجام این مطالعه بودند، به‌ویژه شرکت‌کنندگان مطالعه حاضر و مسئولان بیمارستان آسیا به‌ویژه در بخش سرطان و ام‌اس که اجرای پژوهش حاضر را ممکن ساختند، تشکر و قدردانی می‌شود.

## References

- Riahi A, Mousavi Chalak A, Zare A. Scientific output and production of Islamic Republic of Iran researchers in the field of cancer and compare with regional and world countries (2006-2015). *J Med Council Iran*. 2017; 35(3):240-9.
- Jalali M. Relationship between health literacy and general health among patients with leukemia before bone marrow transplant. *Iran J Cancer Nurs*. 2019; 1(1):1-7.
- Riahi A, Hariri N, Nooshinfard F. Health information needs of immigrant patients with cancer in Iran. *J Modern Med Inform Sci*. 2016; 2(1):21-30.
- Wering DJ, Thampson AJ. Improving the quality of life of patients with multiple sclerosis. *Drugs Today*. 2010; 34(2):145-56.
- Abedidni M, Habibi Saravi R, Zarvani A, Farahmand MA. Epidemiologic study of multiple sclerosis in Mazandaran, Iran, 2007. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2008; 18(66):82-6.
- Banik G, Drgona L, Malec V, Rosenberg V, Vasilkova L. Cancer as a trauma? Predictors of development of posttraumatic stress disorder (PTSD) in patients with cancer. *Ann Oncol*. 2019; 30:vi146.
- Song H, Fang F, Tomasson G, Arnberg FK, Mataix-Cols D, de la Cruz LF, et al. Association of stress-related disorders with subsequent autoimmune disease. *JAMA*. 2018; 319(23):2388-400.
- Irvine H, Davidson C, Hoy K, Lowe-Strong A. Psychosocial adjustment to multiple sclerosis: exploration of identity redefinition. *Disabil Rehabil*. 2009; 31(8):599-606.
- Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychol Inq*. 2004; 15(1):1-18.
- Blackie LER, Jayawickreme E, Tsukayama E, Forgeard MJC, Roepke AM, Fleeson W. Post-traumatic growth as positive personality change: developing a measure to assess within-person variability. *J Res Pers*. 2017; 69:22-32.
- Mazor Y, Gelkopf M, Roe D. Posttraumatic growth among people with serious mental illness, psychosis and posttraumatic stress symptoms. *Compr Psychiatry*. 2017; 81:1-9.
- Berry K, Ford S, Jellicoe-Jones L, Haddock G. PTSD Symptoms associated with the experience of psychosis and hospitalization: review of literature. *Clin Psychol Rev*. 2013; 33(4):526-38.
- Gelkopf M, Roe D, Werbeloff N, Hasson-Ohayon I, Mueser KT, Caspi A, et al. The prevalence of full and partial posttraumatic stress disorder among people with severe mental illness in Israel. *J Nerv Ment Dis*. 2013; 201(3):244-50.
- Triplett KN, Tedeschi RG, Cann A, Calhoun LG, Reeve CL. Post-traumatic growth, meaning in life, and life satisfaction in response to trauma. *Psychol Trauma*. 2012; 4(4):400-6.
- Buhle JT, Silvers JA, Wager TD, Lopez R, Onyemekwu C, Kober H, Weber J, et al. Cognitive reappraisal of emotion: a meta-analysis of human neuroimaging studies. *Cereb Cortex*. 2014; 24(11):2981-90.
- Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Rev General Psychol*. 1998; 2(3):271-99.
- Tang YY, Tang R, Posner MI. Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. *Drug Alcohol Depend*. 2016; 163(Suppl 1):S13-8.
- Posner MI, Sheese B, Rothbart M, Tang YY. The anterior cingulate gyrus and the mechanism of self-regulation. *Cogn Affect Behav Neurosci*. 2007; 7(4):391-5.
- Rudebeck PH, Bannerman DM, Rushworth MF. The contribution of distinct subregions of the ventromedial frontal cortex to emotion, social behavior, and decision making. *Cogn Affect Behav Neurosci*. 2008; 8(4):485-97.
- Aldao A, Nolen-Hoeksema S. Specificity of cognitive emotion regulation strategies: a trans diagnostic examination. *Behav Res Ther*. 2010; 48(10):974-83.
- Berking M, Wupperman P. Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Curr Opin Psychiatry*. 2012; 25(2):128-34.
- Solliemani M, Khadavirdi T, Ghasem zadeh A. Evaluation effect of dialectical behaviour therapy (DBT) on decreasing overeating and depression in women with binge eating disorder (BED). *J Med Council Iran*. 2014; 32(1):9-18.
- Rabbani-Zadeh M, Behzadi-Pour S. The study of type D personality and cognitive strategies of emotion regulation as predictors of happiness and quality of life in women with breast cancer. *Arch Breast Cancer*. 2017; 4(2):64-9.
- Drake JR, Murdock NL, Marszalek JM, Barber E. Differentiation of self-inventory-short form: development and preliminary validation. *J Contemporary Fam Ther*. 2015; 37(2):101-12.
- Buser JK, Gibson S. Differentiation and eating disorder symptoms among males. *Fam J*. 2014; 22(1):17-25.
- Kring AM, Smith DA, Neale JM. Individual differences in dispositional expressiveness: development and validation of emotional expressivity scale. *J Pers Soc Psychol*. 1994; 66(5):934-49.
- King LA, Emmons RA. Conflict over emotional expression: psychological and physical Correlates. *J Pers Soc Psychol*. 1990; 58(5):864-77.
- Quinton S, Wagner HL. Alexithymia, ambivalence over emotional expression, and eating attitudes. *Pers Individ Differ*. 2005; 38(5):1163-73.
- Sharyati M, Ghamarani A, Solati Dehkordi SK, Abbasi Molid H. The study of relationship between alexithymia

- and sexual satisfaction among female married students in Tabriz University. *J Fam Res.* 2010; 6(1):59-70.
30. Stanton AA, DanoiffBurg S, Someron CL, Bishop M, Collins CA, Kirk SB, et al. Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *J Consulting Clin Psychol.* 2000; 68(5):875-82.
  31. McCabe MP. Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. *J Psychosom Res.* 2005; 59(3):161-6.
  32. Dimberg U, Petterson M. Facial reactions to happy and angry facial expressions: evidence for right hemisphere dominance. *J Psychophysiol.* 2000; 37(5):693-6.
  33. Kennedy-Moore E, Watson JC. *Expressing emotion: myth, realities, and therapeutic strategies.* New York: Guilford; 2001.
  34. Fredrickson BL. What good are positive emotions? *Rev General Psychol.* 2000; 2(3):300-19.
  35. Lyubomirsky S, King L, Diener E. The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychol Bulletin.* 2005; 131(6):803-55.
  36. Hofman SG. *Emotion in therapy: from science to practice.* New York: Guilford Press; 2015.
  37. Mahmoodi SJ, Rahimi C, Mohammadi N. Psychometric properties of posttraumatic growth inventory in an Iranian sample. *J Manag Syst.* 2013; 3(3):93-108.
  38. Hasani J. The reliability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire. *J Res Behav Sci.* 2011; 9(4):229-40.
  39. Beheshti M. The relationship between emotion expression styles and general health. *Thought Manner Clin Psychol.* 2010; 4(5):41-51.
  40. Meyers LS, Gamst GC, Guarino AJ. *Applied multivariate research: design and interpretation.* New York: Sage Publications; 2006.



Original Article

# Role of Emotional Expression and Emotion Regulation in Post-Traumatic Growth in People with Cancer and Multiple Sclerosis: According to the Moderating role of Illness Type

Elahe Zeinali Siyavashani<sup>1</sup>, Mojtaba Dehghan<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup> Master of Psychology, Asia Hospital, Tehran, Iran

<sup>2</sup> PhD Student in Health Psychology, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

Received: 22 January 2021

Accepted: 08 May 2021

## Abstract

**Introduction:** Cancer and multiple sclerosis (MS), along with their adverse consequences, may be associated with the experience of post-traumatic growth. Therefore, it is essential to determine the antecedents of this growth. The present study aimed to determine the roles of emotional expression and emotion regulation in the prediction of post-traumatic growth in patients with cancer and MS.

**Materials and Methods:** This applied research was conducted based on a correlation design in 2020. The study population included patients with MS and cancer in Asia Hospital in Tehran, out of whom 124 cases were selected via convenience sampling in two groups of cancer and MS (n=62 in each group). The data was collected using post-traumatic growth (Tedeschi et al), cognitive emotion regulation (Garnefski et al), and King & Emmons questionnaires. The data were analyzed in SPSS software (version 23) using the Pearson correlation test, standard regression test, and Fisher Z test.

**Results:** Based on the results, positive expression and positive emotion regulation in both groups ( $P < 0.01$ ), as well as intimacy in the cancer group ( $P < 0.01$ ), had a significant positive correlation with post-traumatic growth. The cancer ( $R=0.58$ ) and MS ( $R=0.48$ ) ( $P=0.447$ ) groups did not significantly differ in multivariate correlation. Furthermore, in both groups, positive expression and positive emotion regulation were the significant predictors of post-traumatic growth.

**Conclusion:** As evidenced by the obtained results, in both groups of cancer and MS, the promotion of positive emotional expression and regulation of positive emotion can enhance post-traumatic growth.

**Keywords:** Cancer, Emotion Regulation, Emotional Expression, Multiple Sclerosis, Post-Traumatic Growth