

نقش راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان و سلامت عمومی در ناگویی خلقی

The Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies and General Health in Alexithymia

Ali Issazadegan, PhD

Urmia University

Iran-Urmia

Jalil Fathabadi, PhD

Shahid Beheshti university

Iran-Tehran

دکتر جلیل فتح‌آبادی

استادیار دانشگاه شهید بهشتی

ایران - تهران

دکتر علی عیسی‌زادگان

استادیار دانشگاه ارومیه

ایران - ارومیه

چکیده

هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی ناگویی خلقی بر پایه راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان و سلامت عمومی بود. ۴۳۱ دانشجوی دانشگاه ارومیه (۱۹۳ مرد، ۲۳۸ زن) به عنوان نمونه به شیوه نمونه‌برداری تصادفی طبقه‌ای انتخاب و با پرسشنامه‌های راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان (گارفنسکی، کرایچ و اسپینهاون، ۲۰۰۲) پرسشنامه سلامت عمومی (گلد برگ و هیلر، ۱۹۷۹) و مقیاس فارسی ناگویی خلقی تورنتو (بگبی، پارکر و تیلور، ۱۹۹۴) ارزیابی شدند. داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان دادند که ناگویی خلقی با تمام زیرمقیاس‌های سلامت عمومی رابطه مثبت معنادار دارد. همچنین، ناگویی خلقی با ابعاد سرزنش دیگران، سرزنش خود و فاجعه‌آمیزپنداری، رابطه مثبت معنادار، و با ابعاد توجه مثبت مجدد و پذیرش رابطه منفی معنادار داشت. از بین متغیرهای پژوهش، نارساکنش‌وری اجتماعی، اضطراب، پذیرش، سرزنش خود و فاجعه‌آمیزپنداری، و سرزنش دیگران ۲۵ درصد از واریانس ناگویی خلقی را تبیین کردند. هر چقدر ناگویی خلقی بالاتر باشد، سلامت عمومی پایین‌تر و کاربرد راهبردهای نظم‌دهی شناختی ناکارآمدتر خواهد بود. نتایج این پژوهش ضرورت بازنساز نقش راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان‌ها و سلامت عمومی را در پیش‌بینی ناگویی خلقی دانشجویان مورد تأکید قرار می‌دهند.

واژه‌های کلیدی: ناگویی خلقی، راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان، سلامت عمومی

Abstract

The aim of the present study was to investigate the prediction of alexithymia based on cognitive emotion regulation strategies and general health. Forty hundred and thirty one students (193 males, 238 females) were selected by stratified random sampling method from Urmia university. The participants were assessed using the Cognitive Emotion Regulation Strategies Questionnaire (CERQ, Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2002), the General Health Questionnaire (Goldberg & Hiller, 1979) and Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale (Bagby, Parker, & Taylor, 1994). Data were analyzed by Pearson correlation coefficient and stepwise regression analysis. The findings indicated that there were significant positive relationships between alexithymia and all subscales of general health. There were also significant positive relationships between alexithymia and other-blame, self-blame and catastrophizing tendencies. Alexithymia had negative relationships with positive refocusing and acceptance. It was found that dysfunctional in social function, anxiety, acceptance, self-blame and catastrophizing tendencies, and other-blame accounted for 25% of the variance of alexithymia. The higher alexithymia, the lower will be the general health, and the more inefficient the cognitive emotion regulation strategies. The findings emphasize the need to recognize the role of cognitive emotion regulation strategies and general health in predicting students' alexithymia.

Keywords: alexithymia, cognitive emotion regulation strategies, general health

received: 18 September 2011

accepted: 27 December 2012

دریافت: ۹۰/۶/۲۸

پذیرش: ۹۰/۱۰/۷

Contact information: ali_issazadeg@yahoo.com

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه ارومیه است.

مقدمه

در یک مقاله پژوهشی که در اواخر دهه ۱۹۶۰ و اوایل دهه ۱۹۷۰ به چاپ رسید چنین مطرح شد که افراد واجد مشکلات خاص سلامتی، به ویژه در بُعد جسمانی، نتایج درمانی ضعیفی در روان‌درمانگری دارند و اغلب بیماران دارای مسائل جسمانی، قادر نیستند هیجان‌های خود را بیان و توصیف کنند، درمانگران آنها را افرادی نافع، کسل‌کننده و ملال‌آور توصیف کردند و اصطلاحی که برای توصیف این افراد به کار بردند ناگویی خلقی^۱ بود. ناگویی خلقی واژه‌ای یونانی است که به معنای نبود واژه برای ابراز هیجان‌ها است (ونیگرهوتیس، نیکلیک و دولت، ۲۰۰۸).

سیف‌نوز^۲ (۱۹۷۳) نقل از مهرابی‌زاده‌هنرمند، افشاری و داودی، (۱۳۸۹) اولین بار اصطلاح ناگویی خلقی را در توصیف افرادی به کار برد که فقدان ظرفیت عاطفی آنها، به شکست در تشخیص و توصیف هیجان‌ها و به کلام درآوردن آنها منجر می‌شد. برای توصیف ناگویی خلقی چهار ویژگی دشواری در شناسایی احساسات^۳، دشواری در توصیف احساسات^۴، دشواری در تمایزگذاری بین هیجان‌ها و تحریکات بدنی ناشی از برانگیختگی هیجانی و سبک تفکر معطوف به بیرون^۵ عنوان شده است. این سازه در انواع بیماران و با گستره وسیعی از آسیب‌شناسی روان‌پزشکی و بالینی و حتی در جمعیت غیربالینی نیز مشاهده شده است.

ناگویی خلقی به دشواری در خودنظم‌دهی هیجانی و به عبارت دیگر، به ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و نظم‌دهی هیجان‌ها نیز گفته می‌شود. این افراد در بازشناسی، آشکارسازی، پردازش و نظم‌دهی هیجان‌ها با دشواری‌هایی مواجه هستند و در تمایز احساسات درونی از احساسات بدنی مشکل دارند (بشارت، ۱۳۸۷؛ سوارت، کورتکاس و آلمن، ۲۰۰۹).

با توجه به نقایص شناختی و عاطفی چنین فرض می‌شود که ناگویی خلقی 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 التهاب مثانه^۶، ابعاد مربوط به درد، ناراحتی قلبی و انواع دیابت ارتباط دارد (دوبی، پاندی و میشر، ۲۰۱۰). برای مثال، پژوهش‌ها نشان داده‌اند حدود ۵۵ درصد بیماران دارای فشار خون اساسی، ناگویی خلقی دارند (تادآرلو، تایلر، پارکر و فانلی، ۱۹۹۵). این نکته نیز آشکار شده است که ناگویی خلقی، به ویژه مؤلفه دشواری در شناسایی احساسات، با ابعاد درد رابطه دارد (پورسیلی، تلی‌پانی، میلو، سیلنتی و تادآرلو، ۲۰۰۷). افزون بر آن، مطالعات حاکی از این است ناگویی خلقی با کنش‌وری ایمنی ضعیف و با سطوح کاهش یافته لنفوسیت‌ها نیز همراه است. دیواراجا، تانگوا، آراکی، ناکاتا و کاوارا (۱۹۹۷) نیز نشان دادند سلول‌های T کمکی و T مهناری/انهدامی در مردان واجد ناگویی خلقی پایین‌تر از مردان عادی است. برخی از تحقیقات حکایت از این دارد که ناگویی خلقی با رفتارهای ناسالم از جمله اختلال‌های خوردن، سوء مصرف مواد و دارو، وابستگی به الکل و قماربازی رابطه دارد (دوبی و دیگران، ۲۰۱۰).

پژوهش‌ها همچنین نشان داده‌اند در حوزه سلامت روانی، شیوع بالایی از اختلال درد بدنی شکل - در حدود ۵۳ درصد - با ناگویی خلقی همراه است (کاکس، کوچ، پارکر، شولمن و ایوانز، ۱۹۹۴). افزون بر آن، ناگویی خلقی با اضطراب، افسردگی عمده، افسردگی پوشیده^۷، اختلال تنیدگی پس‌ضربه‌ای^۸، بی‌اشتهایی روانی^۹، پرخوری روانی^{۱۰}، اختلال درد روان‌زاد^{۱۱} و نابهنجاری جنسی نیز رابطه دارد (دوبی و دیگران، ۲۰۱۰).

در برخی از پژوهش‌ها ناگویی خلقی 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 تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^{۱۲} اتفاق می‌افتد (حسینی، ۱۳۸۹). اگرچه 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

1. alexithymia
2. Sifneos, P.
3. difficulty in identifying feelings
4. difficulty in describing feelings
5. externally oriented thinking style

6. Inflammatory Bowel Disease (IBD)
7. masked depression
8. post- traumatic stress disorder
9. anorexia nervosa
10. bulimia nervosa

11. Psychogenic pain disorder
12. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV Revised)

پذیرش^۵، سرزنش خود^۶ (خود را مقصر دانستن)، تمرکز مجدد مثبت^۷ (مثبت‌اندیشی)، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی^۸، ارزیابی مجدد مثبت^۹، دیدگاه‌پذیری^{۱۰}، فاجعه‌آمیز پنداری^{۱۱} و سرزنش دیگران^{۱۲} استفاده کنند (قاسم‌زاده‌نساجی، پیوسته‌گر، حسینیان، موتابی و بنی‌هاشم، ۱۳۸۹).

کینگ^{۱۳}، امونز^{۱۴} و ودلی^{۱۵} (۱۹۹۲) نقل از شاهقلیان، مرادی و کافی، ۱۳۸۶) معتقدند ناگویی خلقی حاصل عدم ابراز هیجان‌ها به دلیل نارسایی در توانایی پردازش و نظم‌دهی هیجان‌ها یا بازداری آگاهانه ابراز هیجانی است. بوسی (۱۹۹۷) چنین مطرح می‌کند که احتمالاً مشکلات نظم‌دهی هیجان در ناگویی خلقی به دلیل گسستگی فرایندهای نمادین و بیان کلامی از یکسو و فرایندهای نمادین و تجارب حسی از سوی دیگر است. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند افراد واجد ناگویی خلقی 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 ناگویی خلقی، یعنی با دشواری در شناسایی و توصیف احساسات همبسته است. شاهقلیان و دیگران (۱۳۸۶) نشان دادند ناگویی خلقی 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 ناگویی خلقی بیش از افراد واجد نمره‌های پایین در این مقیاس از ابعاد مقابله منفی استفاده می‌کنند. همچنین نشان داده‌اند که ناگویی خلقی با سبک‌های سازش‌نیافته^{۱۶} نظم‌دهی هیجان‌ها (با ولع غذا خوردن، نوشیدن الکل) همبستگی مثبت و با رفتارهای سازش‌یافته (تفکر در مورد فهم احساسات درمانده‌ساز^{۱۷}) همبستگی منفی دارد (دوبی و دیگران، ۲۰۱۰). پژوهش‌ها در زمینه سلامت عمومی دانشجویان نشان می‌دهند در حدود ۱۹ درصد دختران و ۱۳ درصد پسران پس از ورود به دانشگاه مشکلات هیجانی دارند (پرایس، مک‌لئود، گلیچ و هند، ۲۰۰۶).

یا تعدیل یک حالت هیجانی به کار می‌رود. به طور کلی نظم‌دهی هیجان یکی از عوامل اساسی بهزیستی است و در سازش‌یافتگی با رویدادهای تنیدگی‌زای 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 (آلداو، نولن‌هاکسیما و شووایزر، ۲۰۱۰؛ گارنفسکی و دیگران، ۲۰۰۲؛ کول، ۲۰۰۹؛ گراتز و رومیر، ۲۰۰۴؛ حسنی، آزادفلاح، رسول‌زاده طباطبایی و عشایری، 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 سازش‌نیافته و ناکارآمد (فاجعه‌آمیز پنداری و نشخوار ذهنی) باشند (واندیلن و کول، ۲۰۰۷؛ پینبیکر، ۱۹۹۷). گروس و جان (۲۰۰۳) بر اساس یک الگوی فرایندی، دو راهبرد ارزیابی مجدد^۱ (تعبیرشناختی و تعبیر موقعیت بالقوه فراخوان هیجان) و سرکوبگری^۲ (منع و سرکوبی رفتار بیانگر هیجان) را در مورد نظم‌دهی هیجان مطرح کرده‌اند. در همین جهت، پژوهش‌ها نشان داده‌اند افراد دارای اختلال‌های اضطرابی و خلقی در مقایسه با افراد عادی هیجان‌های خودشان را کمتر می‌پذیرند و بیشتر از راهبردهای منع و سرکوبگری، استفاده می‌کنند (کمپل‌سیل، بارلو، براون و هافمن، ۲۰۰۵؛ آمستاتر، ۲۰۰۸).

یکی از راهبردهای مهمی که در نظم‌دهی هیجان‌ها نقش اساسی دارد راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان^۳ است که به واسطه آن اطلاعات ورودی برانگیزاننده هیجان تحت مهار فرد قرار می‌گیرد، به ویژه هنگامی که فرد با یک تجربه هیجانی منفی یا یک رویداد تهدیدکننده مواجه می‌شود (آلداو و دیگران، ۲۰۱۰؛ حسنی و دیگران، ۱۳۸۷؛ گارنفسکی، کرایچ و اسپینهلون، ۲۰۰۱). افراد ممکن است در پاسخ به تنیدگی زندگی از ۹ راهبرد متفاوت نظم‌دهی شناختی هیجان مانند: نشخوار فکری^۴،

- | | | |
|--|------------------------------|--------------------------|
| 1. reappraisal | 7. positive refocusing | 13. King, L. A. |
| 2. suppression | 8. refocus on planning | 14. Emmons, R. A. |
| 3. cognitive emotion regulation strategies | 9. positive reappraisal | 15. Woodley, S. |
| 4. rumination | 10. putting into perspective | 16. maladaptive styles |
| 5. acceptance | 11. catastrophizing | 17. distressing feelings |
| 6. self - blame | 12. other - blame | |

پرسشنامه راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان^۳ (گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون، ۲۰۰۲): نسخه اصلی این پرسشنامه شامل ۹ زیرمقیاس و ۳۶ ماده است که شامل راهبردهای منفی (سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار ذهنی و فاجعه‌آمیزپنداری) و راهبردهای مثبت (پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، تمرکز مجدد مثبت و دیدگاه‌پذیری) است. پاسخ‌های این پرسشنامه در یک پیوستار پنج درجه‌ای (همیشه، اغلب اوقات، معمولاً، گاهی، هرگز) تنظیم شده است. سازندگان این پرسشنامه اعتبار آن را از طریق آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت، منفی و کل پرسشنامه به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۶ و ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند (گارنفسکی و دیگران، ۲۰۰۱). پیوسته‌گر و حیدری (۱۳۸۵) نقل از قاسم‌زاده‌نساجی و دیگران، (۱۳۸۹) همسو با یافته‌های فوق ضرایب بالایی را گزارش کرده‌اند.

امین‌آبادی (۱۳۸۸) روایی سازه این پرسشنامه را از طریق تحلیل عاملی اکتشافی به روش تحلیل مؤلفه اصلی مورد بررسی قرار داد و در نتیجه، ۳۶ ماده به ۲۶ ماده و ۹ زیرمقیاس به ۴ زیرمقیاس (سرزنش خود و فاجعه‌آمیزپنداری، مقابله (پذیرش)، مثبت اندیشی، سرزنش یا ملامت دیگران) کاهش یافت. ضرایب اعتبار زیرمقیاس‌ها و کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۰، ۰/۷۶، ۰/۶۴ و ۰/۷۰ گزارش شده است. روایی ملاکی پرسشنامه از طریق روایی همزمان (اجرای همزمان با سیاهه افسردگی بک) مورد بررسی قرار گرفته و روابط درونی خوبی بین زیرمقیاس‌ها دیده شده است (حسنی، ۱۳۸۹). در این پژوهش فرم کوتاه پرسشنامه (امین‌آبادی، ۱۳۸۸) استفاده شد. در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضریب اعتبار ۰/۷۳ برای کل پرسشنامه و برای سرزنش خود ۰/۷۹، پذیرش ۰/۷۳، مثبت اندیشی ۰/۶۸ و سرزنش دیگران ۰/۶۹ به دست آمد.

پرسشنامه سلامت عمومی^۴ (ملازاده و عاشوری، ۱۳۸۸ برگرفته از گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹): این پرسشنامه به صورت فرم‌های ۲۸، ۳۰، ۶۰، ۱۲۰ ماده‌ای وجود دارد. در این پژوهش پرسشنامه ۲۸ ماده‌ای سلامت عمومی به کار گرفته شد. از چهار زیرمقیاس تشکیل شده که هر کدام از آنها دارای هفت

یکی از عواملی که می‌تواند نقش مهمی در سلامت عمومی دانشجویان در محیط دانشگاه داشته باشد راهبردهای نظم‌دهی هیجان‌هاست. هر گونه کاستی در نظم‌دهی هیجان‌ها می‌تواند دانشجویان را در قبال مشکلات روان‌شناختی از جمله افسردگی و اضطراب آسیب‌پذیر سازد. عاملی دیگر که ممکن است با سلامت عمومی دانشجویان مرتبط باشد، ناتوانی در ابراز هیجان‌ها یا به عبارتی دشواری در شناسایی و توصیف احساسات است. این می‌تواند به سرکوبگری و سرکوبی احساسات آنان منجر شود و در درازمدت، نه تنها سلامتی آنها را تهدید کند بلکه در عملکرد تحصیلی و اجتماعی آنان نیز تاثیر گذارد. بنابراین، با در نظر داشتن اهمیت سلامت عمومی و عملکرد تحصیلی و اجتماعی دانشجویان، با توجه به یافته‌های پژوهشی و مبانی نظری که پیشتر بیان شد هدف پژوهش حاضر شناخت رابطه راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان و سلامت عمومی با ناگویی خلقی در دانشجویان است.

روش

روش این پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی است. در این پژوهش راهبردهای نظم‌دهی هیجان و سلامت عمومی به عنوان متغیرهای پیش‌بین و ناگویی خلقی به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شدند. جامعه آماری این پژوهش عبارت بود از کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه ارومیه که در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ مشغول به تحصیل بودند. روش نمونه‌برداری از نوع تصادفی طبقه‌ای بود. نخست، آمار دانشجویان هفت دانشکده ادبیات و علوم انسانی، فنی مهندسی، علوم، کشاورزی، تربیت بدنی، اقتصاد و مدیریت و دامپزشکی استخراج و متناسب با تعداد دانشجویان دانشکده‌ها، شرکت‌کنندگان انتخاب شدند. حجم نمونه انتخاب‌شده با در نظر گرفتن معیارهای جدول نمونه‌برداری کرجسی-مورگان^۳، ۴۳۱ نفر بود (۱۹۳ مرد با میانگین سنی ۲۱/۵۱ سال و انحراف استاندارد ۱/۹۷، ۲۳۸ زن با میانگین سنی ۲۰/۷۶ و انحراف استاندارد ۲/۰۹). میانگین سنی و انحراف استاندارد کل نمونه به ترتیب ۲۱/۱ و ۲/۰۶ بود. در این پژوهش از ابزارهای زیر بهره گرفته شد:

1. distressing feelings
2. Krejcie - Morgan

3. Cognitive Emotion Regulation Strategies Questionnaire (CERQ)
4. General Health Questionnaire (GHQ)

ناگویی خلقی ۰/۸۵ و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر معطوف به بیرون به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شده است که نشانه همسانی درونی خوب می‌باشد (بشارت، ۲۰۰۷). قربانی، بینگ^۱، واتسون^۲، دویسون^۳ و ماک^۴ (۲۰۰۲) نقل از شاهقلیان و دیگران، (۱۳۸۶) آلفای کرونباخ این مقیاس را در نمونه ایرانی برای دشواری در شناسایی احساسات ۰/۷۴، برای دشواری در توصیف احساسات ۰/۶۱ و برای تفکر معطوف به بیرون ۰/۵۰ به دست آورده‌اند. محمد (۱۳۸۰) نقل از شاهقلیان و دیگران، (۱۳۸۶) اعتبار کل مقیاس را در نمونه ایرانی با استفاده از روش دومینمه کردن و بازآزمایی ۰/۷۴ و ۰/۷۲ و روایی مقیاس را ۰/۸۵ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ضریب اعتبار ۰/۷۴ و برای زیرمقیاس‌های دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۰، دشواری در شناسایی احساسات ۰/۶۴ و تفکر معطوف به بیرون ۰/۵۲ به دست آمد. داده‌های این پژوهش با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و معادله رگرسیون به روش گام به گام تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای بررسی شده و زیرمقیاس‌های آنها در کل نمونه و همچنین ضرایب همبستگی بین متغیرها در جدول ۱ نشان داده شده‌اند. با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۱ میانگین راهبرد سرزنش خود و فاجعه‌آمیزپنداری

ماده است و نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. تمام ماده‌های پرسشنامه سلامت عمومی چهار گزینه دارند و به صورت (۰، ۱، ۲، ۳) نمره‌گذاری می‌شوند. در هر دو روش نمره‌گذاری، نمره کمتر بیانگر سلامت روانی بیشتر است. تقوی (۱۳۸۰) اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی را بر اساس سه روش بازآزمایی، تصنیفی و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داد که به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ را به دست آورد. در تاج (۱۳۸۵) نقل از کتیبایی، حمیدی، یاریان، قنبری و سیدموسوی، (۱۳۸۹) ضریب اعتبار پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون و زیرمقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۷۶، ۰/۸۰، ۰/۵۰ و ۰/۸۵ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ضریب اعتبار ۰/۹۱ و برای زیرمقیاس‌های مشکلات جسمانی ۰/۷۷، اضطراب و بی‌خوابی ۰/۸۱، نارساکنش‌وری اجتماعی ۰/۷۷ و افسردگی ۰/۸۵ به دست آمد.

مقیاس ناگویی خلقی تورتو^۱ (بگبی، پارکر و تیلور (۱۹۹۴):

مقیاس ۲۰ ماده است که توسط ساخته شده است و ناگویی خلقی را در سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات (هفت ماده)، دشواری در توصیف احساسات (پنج ماده) و تفکر معطوف به بیرون (هشت ماده) در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از نمره یک (کاملاً مخالف) تا نمره پنج (کاملاً موافق) می‌سنجد (بشارت، ۱۳۸۸). در نسخه فارسی، ضرایب آلفای کرونباخ برای جدول ۱

میانگین، انحراف استاندارد و همبستگی‌های متقابل نمره‌های ناگویی خلقی، سلامت عمومی و راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان

متغیرها	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱. ناگویی خلقی	۵۱/۷۲	۹/۵۴	—							
۲. علائم جسمانی	۴/۴۶	۳/۴۱	۰/۲۷**	—						
۳. اضطراب و بی‌خوابی	۵/۳۵	۳/۹۶	۰/۳۱**	۰/۵۷**	—					
۴. نارساکنش‌وری اجتماعی	۷/۲۴	۳/۶۴	۰/۳۵**	۰/۴۴**	۰/۴۶**	—				
۵. افسردگی	۴/۹۷	۴/۶۵	۰/۳۳**	۰/۴۵**	۰/۵۴**	۰/۵۸**	—			
۶. سرزنش دیگران	۶/۵۳	۳/۵۸	۰/۲۳**	۰/۱۷**	۰/۱۶**	۰/۰۷	۰/۱۹**	—		
۷. سرزنش خود و فاجعه‌آمیزپنداری	۳۴/۶۵	۷/۹۱	۰/۳۰**	۰/۲۶**	۰/۴۲**	۰/۲۶**	۰/۳۶**	۰/۲۳**	—	
۸. تمرکز مجدد مثبت (مثبت‌اندیشی)	۱۵/۳۹	۴/۰۷	۰/۱۷**	۰/۱۲**	۰/۰۵	۰/۲۳**	۰/۱۵**	۰/۰۴	۰/۰۷	—
۹. پذیرش	۲۲/۴۶	۴/۴۱	۰/۲۷**	۰/۰۸	۰/۰۲	۰/۱۵**	۰/۱۲**	۰/۲۱**	۰/۱۲**	۰/۴۳**

**P < ۰/۰۱ *P < ۰/۰۵

1. Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)
2. Bing, M. N.
3. Watson, P. J.

4. Davison, H. K.
5. Mack, D. A.

(۳۴/۶۵) از سایر راهبردها بیشتر است. از میان مؤلفه‌های سلامت عمومی، بیشترین میانگین مربوط به نارساکنش‌وری اجتماعی و کمترین میانگین نشانه‌های جسمانی است.

برای بررسی رابطه بین متغیرهای راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان، سلامت عمومی و ناگویی خلقی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. جدول ۱ ماتریس همبستگی بین متغیرها و زیرمقیاس‌های آنها را در کل نمونه نشان می‌دهد.

با توجه به نتایج جدول ۱ اغلب متغیرها با یکدیگر رابطه معناداری ($P < 0.05$, $P < 0.01$) دارند. همان‌طور که ماتریس همبستگی نشان می‌دهد، ناگویی خلقی همبستگی معناداری با سلامت عمومی دارد. بیشترین رابطه مثبت و معنادار بین

جدول ۲

خلاصه مدل رگرسیون و تحلیل واریانس برای پیش‌بینی ناگویی خلقی بر اساس راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان و سلامت عمومی

مدل	متغیرها	SS	df	MS	F	R	R ²	SE
گام ۱	نارساکنش‌وری اجتماعی	۴۷۳۱/۱۵	۱	۴۷۳۱/۱۵	۵۸/۹۸	۰/۳۵	۰/۱۲	۸/۹۵
گام ۲	نارساکنش‌وری اجتماعی و پذیرش	۶۷۰۷/۱۳	۲	۳۳۵۳/۵۶	۴۴/۲۴	۰/۴۱	۰/۱۷	۸/۷۰
گام ۳	نارساکنش‌وری اجتماعی، پذیرش و سرزنش خود	۹۴۱۷/۴۳	۳	۳۱۳۹/۱۴	۴۵/۰۷	۰/۵۰	۰/۲۴	۸/۳۴
گام ۴	نارساکنش‌وری اجتماعی، پذیرش، سرزنش خود و اضطراب	۹۷۷۸/۲۳	۴	۲۴۴۴/۵۵	۳۵/۴۵	۰/۵۰	۰/۲۴	۸/۳۰
گام ۵	نارساکنش‌وری اجتماعی، پذیرش، سرزنش خود، اضطراب و سرزنش دیگران	۱۰۰۷۸/۷۴	۵	۲۰۱۵/۷۴	۲۹/۴۶	۰/۵۱	۰/۲۵	۸/۲۷

همان‌طور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهند راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان و سلامت عمومی رابطه معناداری با ناگویی خلقی دارند ($P < 0.01$, $F = 29/46$, $df = 5$). این متغیرها در مجموع ۲۵ درصد از ناگویی خلقی را پیش‌بینی می‌کنند ($R^2 = 0/25$). ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش‌بین نشان می‌دهند که راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان و سلامت عمومی می‌توانند واریانس ناگویی خلقی را به صورت معناداری تبیین کنند. برای بررسی ضرایب رگرسیون ناگویی خلقی از روی تک‌تک متغیرهای پیش‌بین اثرگذار راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان و

ناگویی خلقی و نارساکنش‌وری اجتماعی ($P < 0.01$, $r = 0/34$) دیده می‌شود. همچنین بین ناگویی خلقی و راهبردهای ناکارآمد نظم‌دهی شناختی هیجان همبستگی معناداری دیده شد. بیشترین رابطه مثبت معنادار بین ناگویی خلقی و زیرمقیاس سرزنش خود و فاجعه‌آمیزپنداری ($P < 0.01$, $r = 0/30$) وجود دارد. همچنین بیشترین رابطه منفی معنادار بین راهبرد پذیرش و ناگویی خلقی ($P < 0.01$, $r = -0/27$) دیده می‌شود.

برای تعیین نقش متغیرهای پیش‌بین (راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان و سلامت عمومی) در تبیین واریانس ناگویی هیجانی این متغیرها وارد معادله رگرسیون (به شیوه گام به گام) شدند که نتایج آن در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

سلامت عمومی، ضرایب تأثیر آنها محاسبه شد (جدول ۳). ضرایب تأثیر متغیرهای نارساکنش‌وری اجتماعی، پذیرش، سرزنش خود و فاجعه‌آمیزپنداری، اضطراب و سرزنش دیگران در جدول ۳ آمده است. با توجه به آماره‌های t از ابعاد راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان، تنها متغیرهای پذیرش، سرزنش خود، فاجعه‌آمیزپنداری و سرزنش دیگران و از ابعاد سلامت عمومی، نارساکنش‌وری اجتماعی و اضطراب و بی‌خوابی توانستند ۲۵٪ ناگویی خلقی را در دانشجویان مورد بررسی پیش‌بینی کنند

جدول ۳

خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی ناگویی خلقی بر پایه راهبردهای نظم‌دهی شناختی - هیجانی و سلامت عمومی

گام	متغیر	B	SEB	β	t
۱	نارساکنش‌وری اجتماعی	۰/۹۱۱	۰/۱۱۹	*۰/۳۴۷	۷/۶۸
۲	نارساکنش‌وری اجتماعی	۰/۸۲۵	۰/۱۱۷	۰/۳۱۵	۷/۰۷
	پذیرش	-۰/۴۹۱	۰/۰۹۶	-۰/۲۲۷	-۵/۱۱
	نارساکنش‌وری اجتماعی	۰/۶۲۴	۰/۱۱۶	۰/۲۳۸	۵/۳۶
۳	پذیرش	-۰/۵۸۶	۰/۰۹۳	-۰/۲۷۱	-۶/۲۷
	سرزنش خود و فاجعه‌آمیزپنداری	۰/۳۳۳	۰/۰۵۳	۰/۲۷۶	۶/۲۴
	نارساکنش‌وری اجتماعی	۰/۵۰۹	۰/۱۲۶	۰/۱۹۴	۴/۰۳
۴	پذیرش	-۰/۵۸۵	۰/۰۹۳	-۰/۲۷۰	-۶/۲۸
	سرزنش خود و فاجعه‌آمیزپنداری	۰/۲۸۸	۰/۰۵۷	۰/۲۳۸	۵/۰۸
	اضطراب	۰/۲۷۸	۰/۱۲۲	۰/۱۱۵*	۲/۲۸
	نارسا کنش‌وری اجتماعی	۰/۵۲۶	۰/۱۲۶	۰/۲۰	۴/۱۷
	پذیرش	-۰/۵۳۴	۰/۰۹۶	-۰/۲۴۷	-۵/۶۰
۵	سرزنش خود و فاجعه‌آمیزپنداری	۰/۲۶۰	۰/۰۵۸	۰/۲۱۶	۴/۵۰
	اضطراب	۰/۲۵۹	۰/۱۲۲	۰/۱۰۷**	۲/۱۳
	سرزنش دیگران	۰/۳۴۴	۰/۱۶۴	۰/۰۹۳*	۲/۱۰

*P<۰/۰۱ **P<۰/۰۰۱

بحث

مرتبط با سلامتی همسو هستند.

به نظر می‌رسد در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان تعامل بین راهبردهای نظم‌دهی هیجانی، سلامت عمومی و ناگویی خلقی را مورد توجه قرار داد. ناگویی خلقی را معادل دشواری در خودنظم‌دهی هیجانی یا ناتوانی در پردازش اطلاعات هیجانی و نظم‌دهی هیجان‌ها دانسته‌اند چرا که نظم‌دهی هیجان به عنوان یک سازه چندبعدی مورد توجه قرار گرفته است. این سازه شامل آگاهی و فهم و پذیرش هیجان‌ها، توانایی مهار رفتارهای برانگیخته و به کارگیری راهبردهای نظم‌دهی هیجانی مناسب است (ورسیمو، کاردوسو و تایلر، ۱۹۹۸؛ لومینت، ریم، بگی و تایلر، ۲۰۰۴؛ گراتز و رمیر، ۲۰۰۴؛ کرتیلر، ۲۰۰۲). این ناتوانی، سازمان عواطف و شناخت‌های فرد را مختل می‌سازد و احتمال استفاده از سبک‌های دفاعی روان‌آزردده‌وار و ناکارآمد را افزایش می‌دهد. نارسایی در نظم‌دهی هیجان می‌تواند موجب افزایش تجارب منفی شود. بنابراین، هنگامی که افراد احساس می‌کنند مهار کمی بر موقعیت دارند، آن را منفی و پرتنش تعبیر می‌کنند. امری که

هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی متغیر ناگویی خلقی به کمک راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان و سلامت عمومی بود. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام، دو متغیر سلامت عمومی شامل اضطراب و نارساکنش‌وری اجتماعی و سه متغیر راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان شامل سرزنش خود و فاجعه‌آمیزپنداری، سرزنش دیگران و پذیرش را به عنوان مهم‌ترین متغیرها در پیش‌بینی ناگویی خلقی مشخص ساختند. این متغیرها ۲۵ درصد از واریانس متغیر ملاک را تبیین کردند. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهشی شاهقلیان و دیگران (۱۳۸۶)، دویی و دیگران (۲۰۱۰)، کونلی و دنی (۲۰۰۷)، بوسی (۱۹۹۷)، مگانک، وانپوله، اینگلر و دسمت (۲۰۰۹)، تادارلو و دیگران (۱۹۹۵)، پورسیلی، زاکا، لوسی، سنتونز و تیلور (۱۹۹۵)، پورسیلی و دیگران (۲۰۰۷)، کاکس و دیگران (۱۹۹۴)، گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۶) و ماتیلا، سارنی، سالمین، هاتالا، سینتنن و جوکاما (۲۰۰۹) مبنی بر وجود رابطه بین راهبردهای ناکارآمد نظم‌دهی هیجان، ناگویی خلقی و کیفیت زندگی

(استنباط‌های ضمنی^{۱۰} اهمیت هیجان برای خود و دیگران)، آمادگی عمل^{۱۱}، اجرا^{۱۲} (پاسخ‌های عاطفی مناسب).

به نظر می‌رسد که نقص در ناگویی خلقی در نقاط گسترار و انتقال اطلاعات است. بر اساس نظریه پردازش، در ناگویی خلقی بین پنج مؤلفه مذکور ارتباطات ناقص وجود دارد. ارتباط نادرست بین فراخوان و ارزیابی محرک هیجانی، ارتباط در شناسایی و توصیف احساس را در پی دارد. عدم ارتباط بین ارزیابی ثانویه و آمادگی برای عمل می‌تواند با ناتوانی در ارزیابی هیجانی در ارتباط باشد. نقص در اجرا که در واقع علامت شاخص ناگویی خلقی است به عاطفه سطحی، تظاهرات هیجانی معیوب، بدکارکردی در ابراز هیجان، زبان و حرکات بیانگر چهره‌ای نامتناسب منجر می‌شود. این وضعیت، عملکرد اشخاص مبتلا به ناگویی خلقی را در مقابله با عوامل تنیدگی‌زا کاهش می‌دهد و با افزایش مشکلات بین‌فردی، احساسات مرتبط با تردید و دشمنی در آنها نمایان می‌شود. افراد مبتلا به ناگویی خلقی در برقراری ارتباط بین‌فردی با دیگران ضعیف عمل می‌کنند و مشکلات بین‌فردی مانند سردی/ دوری‌گزینی و عدم ابرازگری هیجانی^{۱۳} در عملکرد اجتماعی از خود نشان می‌دهند. در مقابل، از یاری دیگران کمتر بهره‌مند می‌شوند. این امر می‌تواند به کاهش سلامت روانی آنها و به شکل‌گیری و تداوم ویژگی‌های ناگویی خلقی منجر شود (فراولی و اسمیت، ۲۰۰۱).

تعمیم یافته‌های پژوهش با محدودیت‌هایی همراه است. نمونه مورد بررسی به دانشجویان محدود بود که در تعمیم یافته‌ها به سایر جمعیت‌ها باید احتیاط شود. پیشنهاد می‌شود ناگویی خلقی در جمعیت‌های بالینی شامل نمونه‌هایی از افراد مبتلا به اختلال‌های روان‌شناختی، شخصیت، خوردن، درد بدنی‌شکل، افسردگی، درد درون‌زاد و ناپهنجاری‌های جنسی مورد مطالعه قرار گیرد.

یافته‌های پژوهش حاضر نیاز به برنامه‌های مداخله و مدیریت هیجان‌ها را برجسته می‌سازند و ضرورت اقدام‌های سازنده و پیشگیرانه را به منظور تعدیل ویژگی‌های ناگویی خلقی که همزمان

نتیجه آن تجربه عاطفی منفی^۱ خواهد بود و این نیز می‌تواند به مشکلات بین‌فردی مانند رابطه‌ای سرد و سبک اجتنابی در ابرازگری هیجانی منجر شود (وانهوله، دسمت، مگانک و بوگرتز، ۲۰۰۶؛ بیلی و هنری، ۲۰۰۷). افزون بر آن، ناتوانی در نظم‌دهی هیجان می‌تواند با سطوح پایین سلامت جسمانی و روانی افراد مبتلا به ناگویی خلقی در ارتباط باشد. این مشکلات بین‌فردی از جمله عدم جرأت‌ورزی بر اساس نظریه دلبستگی^۲ و مدل درونکاری^۳ نیز قابل بحث است.

می‌توان ارتباط بین ناگویی خلقی، نارسایی در نظم‌دهی هیجان و سلامت عمومی را بر اساس نظریه پردازش^۴ نیز مورد بحث قرار داد. بر اساس این نظریه در ناگویی خلقی نقص در پردازش اطلاعات آشکار و ضمنی روی می‌دهد. بدین معنا که اطلاعات در سطح پایین به طور ضمنی محاسبه می‌شوند. پیامد این محاسبه به فضاهای پردازشی دیگر (شبیه حافظه فعال) جهت جذب و به‌کارگیری در سایر حوزه‌های شناختی ناقص گزارش می‌شود. از آنجا که برانگیختگی هیجانی و پردازش ضمنی اطلاعات به هشیاری نمی‌رسد، شخص بیان می‌کند که هیچ احساسی ندارد یا نمی‌داند که احساس وی چگونه است (فراولی و اسمیت، ۲۰۰۱). بر اساس یک تحلیل عصب‌روان‌شناختی چنین مطرح شده است که ناگویی خلقی یک اختلال و بی‌نظمی در انتقال یا گسترار اطلاعات هیجانی گیرنده درونی به قشر کمربندی پیشین^۵ است. در همین راستا، عدم‌ارتباط نیمکره به ویژه از ناحیه نیمکره راست و نقص در قطعه پیشانی^۶ و در نتیجه یک بدکارکردی نظم‌دهی هیجان نیز مطرح شده است (پارکر، کیتلی و تیلور، ۱۹۹۹). بر اساس نظریه پردازش عدم‌ارتباط بین دانش ضمنی و آشکار علت فقدان هشیاری و آگاهی در ناگویی خلقی است. بر اساس این نظریه، برای فهم اشکال در نظم‌دهی هیجان در ناگویی خلقی باید دنبال منطق دانش هیجانی بود. در این خصوص مطرح شده است که دانش هیجانی پنج مؤلفه دارد: فراخوان‌ها^۷ (سرنخ‌های هیجانی و محرک‌ها)، ارزیابی‌ها^۸، ارزیابی ثانویه^۹

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------|------------------------------|
| 1. negative affectivity | 6. frontal lobe | 11. action readiness |
| 2. attachment theory | 7. elicitors | 12. execution |
| 3. internal working model | 8. appraisal | 13. emotional expressiveness |
| 4. processing theory | 9. secondary appraisal | |
| 5. Anterior Cingulate Cortex (ACC) | 10. contextual inferences | |

شاهقلیان، م.، مرادی، ع. و کافی، س. (۱۳۸۶). بررسی رابطه ناگویی خلقی با سبک‌های ابراز هیجان و سلامت عمومی در دانشجویان. *مجله روان‌پژشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۳ (۳)، ۲۳۸-۲۴۸.

قاسم‌زاده‌نساجی، س.، پیوسته‌گر، م.، حسینیان، س.، موتابی، ف. و بنی‌هاشم، س. (۱۳۸۹). اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری بر پاسخ‌های مقابله‌ای و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، *مجله علوم رفتاری*، ۴، ۴۳-۳۵.

کتیبایی، ژ.، حمیدی، ه.، یاریان، س.، قنبری، س. و سید موسوی، پ. (۱۳۸۹). مقایسه کیفیت زندگی، تنیدگی و سلامت روان در معتادان و غیرمعتادان مبتلا به HIV و افراد سالم. *مجله علوم رفتاری*، ۴، ۱۴۰-۱۳۵.

ملازاده، ج. و عاشوری، ا. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری در پیشگیری از عود و بهبود سلامت روان افراد معتاد. *مجله دانشور رفتار*، ۱۶، ۱۲-۱.

مهرابی‌زاده‌هنرمند، م.، افشاری، ا. و داودی، ا. (۱۳۸۹). بررسی صفات شخصیتی، سبک‌های دلبستگی، رویدادهای تنیدگی‌زا و جنسیت به عنوان پیش‌بینی‌های ناگویی خلقی. *مجله روان‌شناسی*، ۱۴ (۳)، ۳۳۴-۳۱۹.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.

Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorder. *Anxiety Disorder*, 22, 211-221.

Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia scale-I: Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.

Bailey, P. E., & Henry, J. D. (2007). Alexithymia, somatization and negative affect in a community sample. *Psychiatry Research*, 50 (1), 13-20.

Besharat, M. A. (2007). Reliability and factorial

نظم‌دهی هیجان‌ها را نیز به همراه خواهد داشت، فرا می‌خواند. بر این اساس، مطالعات مربوط به متغیرهای تعیین‌کننده و تأثیرگذار بر شکل‌گیری ناگویی خلقی همچنان ضرورت خود را در حوزه پژوهش‌های مرتبط با سازه سلامت عمومی نشان می‌دهد. در این جهت، سازمان‌دهی پژوهش‌های مرتبط با متغیرهای شخصیتی، خانوادگی و اجتماعی تأثیرگذار بر شکل‌گیری و تداوم ناگویی خلقی اهمیت بیشتری دارند. بررسی ناگویی خلقی بر اساس روی‌آورد تحولی، سبب‌شناسی، پدیدآیی و چگونگی تداوم آن، امکان ارائه برنامه‌های آموزشی و مداخله‌ای مناسب را میسر می‌سازد.

تقدیر و تشکر

این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه ارومیه انجام شده است. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه ارومیه، از همه مسئولان محترم آموزشی دانشکده‌ها و در نهایت، از دانشجویانی که در این پژوهش ما را یاری کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

امین‌آبادی، ز. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین شیوه‌های فرزندپروری و راهبردهای تنظیم هیجان شناختی با عملکرد تحصیلی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی، تهران.

بشارت، م. ع. (۱۳۸۷). نارسایی هیجانی و سبک‌های دفاعی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۰ (۳)، ۱۹۰-۱۸۱.

بشارت، م. ع. (۱۳۸۸). سبک‌های دلبستگی و نارسایی هیجانی. *فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۱۲ (۴)، ۸۰-۶۳.

تقوی، م. ر. (۱۳۸۰). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) بر روی دانشجویان دانشگاه شیراز. *مجله روان‌شناسی*، ۴، ۹۸-۸۱.

حسینی، ج. (۱۳۸۹). خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان. *فصلنامه روان‌شناسی بالینی*، ۲ (۳)، ۸۳-۷۳.

حسینی، ج.، آزادفلاح، پ.، رسول‌زاده طباطبائی، س. و عشایری، ح. (۱۳۸۷). بررسی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر اساس ابعاد روان‌نژندگرایی و برون‌گرایی. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۴،

- 1045-1053.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001).** Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences, 30*, 1311-1327.
- Garnefski, N., Van DenKommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee J., & Qnstein, E. (2002).** The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: Comparison between a clinical and non-clinical sample. *European Journal of Personality, 16*, 403-420.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004).** Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*, 541-54.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003).** Individual difference in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 35*, 348-362.
- Koole, S. L. (2009).** The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion, 23* (1), 4-41.
- Kreitler, S. (2002).** The psychosomatic approach to alexithymia. *Personality and Individual Differences, 33*, 393-407.
- Luminet, O., Rime, B., Bagby, R. M., & Tayler, G. J. (2004).** A multimodal investigation of emotional responding in alexithymia. *Cognition and Emotion, 18* (5), 741-766.
- Meganck, R., Vanheule, S., Insleger, R., & Desmet, M. (2009).** Alexithymia and interpersonal pro-
- validity of farsi version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports, 101*, 209-222.
- Bucci, W. (1997).** Symptoms and symbols: A multiple code theory of somatization. *Psychoanalytic Inquiry, 17*, 151-172.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofman, S. G. (2005).** Effects of suppression and acceptance of emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behavior Research and Therapy, 44*, 1251-1263.
- Connelly, M., & Denney, D. R. (2007).** Regulation of emotions during experimental stress in alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research, 62* (2), 649-659.
- Cox, B. J., Kuch, K., Parker, Y. D., Shulman, I. D., & Evans, R. J. (1994).** Alexithymia in somatoform disorder patients with chronic pain. *Journal of Psychosomatic Research, 38* (6), 523-527.
- Dewaraja, R., Tanigawa, T., Araki, S., Nakata, A., & Kawaura, W. (1997).** Decreased cytotoxic-lymphocyte counts in alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatic, 66*, 83-86.
- Dubey, A., Pandey, R., & Mishra, K. (2010).** Role of emotion regulation difficulties and Positive/negative affectivity in explaining alexithymia-health relationship: An overview. *Indian Journal of Social Science Research, 7*, 20-31.
- Frawley, W., & Smith, R. N. (2001).** A processing theory of alexithymia. *Journal of Cognitive Systems Research, 2*, 189-206.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006).** Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (18-item CERQ-short). *Personality and Individual Difference, 41*,

- Swart, M., Kortekaas, R., & Aleman, A. (2009). *Dealing with feelings: Characterizations of trait alexithymia on emotion regulation strategies and cognitive-emotional processing*. Retrieved October 25, 2011 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/19492045>.
- Todarello, O., Taylor, G. J., Parker, J. D., & Faneli, M. (1995). Alexithymia in essential hypertensive and psychiatric outpatients: A comparative study. *Journal of Psychosomatic Research*, 39 (8), 987-994.
- VanDillen, L. F., & Kool, S. L. (2007). Clearing the mind: A working memory model of distraction from negative emotion. *Emotion*, 7, 715-723.
- Vanheule, S., Desmet, M., Meganck, R., & Bogaerts, S. (2006). Alexithymia and interpersonal problem. *Journal of Clinical Psychology*, 63 (1), 109-117.
- Verissimo, R., Cardoso, R., & Taylor, G. J. (1998). Relationship between alexithymia, emotional control, and quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Psychosomatic*, 68, 75-80.
- Vingerhoets, J. J. M., Nyklicek, I., & Denollet, J. (2008). *Emotion regulation: Conceptual and clinical issues*. New York: Springer.
- Yi, J. Y., Luo, Y. Z., & Zhong, M. T. (2007). Characteristics of affective priming effect in alexithymics. *Chinese Mental Health Journal*, 21 (5), 302-306.
- blems: A study of natural language use. *Personality and Individual Differences*, 4, 990-995.
- Mattila, A. K., Saarni, S. I., Salminen, J. K., Huhtala, H., Sintonen, H., Joukamaa, M. (2009). Alexithymia and health-related quality of life in general population. *Psychosomatic*, 50, 59-68.
- Parker, J. D., Keightley, M. I., Smith, C. T., & Taylor, G. J. (1999). Interhemispheric transfer deficit in alexithymia: An experimental study. *Psychosomatic Medicine*, 61, 464-468.
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as therapeutic processes. *Psychological Science*, 8, 162-166.
- Porcelli, P., Tulipani, C., Maiello, E., Cilenti, G., & Todarello, O. (2007). Coping and illness behavior correlates of pain experience in cancer patients. *Psycho-Oncology*, 16 (7), 644-650.
- Porcelli, P., Zaka, S., Leoci, C., centonze, S., & Taylor, G. J. (1995). Alexithymia in inflammatory bowel disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 64 (1), 49-53.
- Price, E., Mcleod, P., Gleich, S., & Hand, D. (2006). One year prevalence rates of major depressive disorder in first year university students. *Canada Journal of Counselling*, 42(2), 68-81.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 22, 255-262.