

مقایسه ناگویی هیجانی، مهارت‌های ارتباطی، اضطراب و افسردگی در افراد هم وابسته و عادی

فروزان سرلک^۱
ایلناز سجادیان^{۲*}

چکیده

پژوهش با هدف مقایسه ناگویی هیجانی، مهارت‌های ارتباطی، اضطراب و افسردگی در افراد هم وابسته و عادی شهر اصفهان انجام گرفت. روش پژوهش توصیفی، از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه پژوهش شامل کلیه ساکنین شهر اصفهان در زمستان ۱۳۹۳ بودند. بدین منظور به شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای از بین کلیه افراد ساکن در شهر اصفهان ۳۰۰ نفر انتخاب گردیدند و به ابزارهای اندازه‌گیری شامل پرسشنامه هم وابستگی اسپن فیشر (۱۹۹۱)، ناگویی هیجانی تورنتو (۱۹۹۴)، مهارت‌های ارتباطی کوپین دام (۲۰۰۴)، اضطراب و افسردگی هد (۱۹۸۳)، پاسخ دادند. بر اساس نقطه برش پرسشنامه هم وابستگی اسپن فیشر افراد دارای نمره ۵۴ به بالا هم وابسته و افراد دارای نمره کمتر از ۵۴ به عنوان گروه عادی در نظر گرفته شدند. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که تفاوت بین دو گروه هم وابسته و عادی در متغیرهای ناگویی هیجانی، مهارت‌های ارتباطی و اضطراب معنادار ($p < 0/05$) و در افسردگی غیر معنی‌دار بوده است ($p < 0/05$). نتایج، تلویحات مهمی در زمینه استفاده از این سازه‌ها و اهمیت مداخلات روان درمانی برای این بیماران دارد که بایستی مورد توجه واقع شود.

واژه‌های کلیدی: ناگویی هیجانی، مهارت‌های ارتباطی، اضطراب، افسردگی، هم وابسته.

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
۲. استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران (نویسنده مسوول)
i.sajjadian@khuisf.ac.ir

مقدمه

فرد هم وابسته به دیگران اجازه می دهد با سوء رفتارشان بر او تأثیر گذاشته و تمایل بسیار شدیدی برای کنترل کردن و تغییر دادن دارد (سیمونز سلف^۱، ۲۰۱۰). به طور کلی ارتباطات فرد هم وابسته ارتباطی ناکارآمد و محدود است و با مشکل در صمیمیت، انکار، وابستگی، کنترل (شامل مراقبت کردن) و واکنش پذیری بالا شناخته می شود. اغلب عدم تعادل در رفتار او وجود دارد. سلامت روانی ضعیفی دارد و بی مسئولیت است (لرسن و دارلن^۲، ۲۰۱۲). وی با تمرکز بر احساسات، نیازها و انگیزه های دیگران، از خویشتن فاصله گرفته و نسبت به تغییرات جسمی و نیازهای روانی خود غفلت می ورزد. از طرفی دیگر با میل و سواس گونه به تکرار گذشته، در چرخه رفتارهای خود تخریبی گرفتار آمده و سناریوهای خود شکست دهنده و خود تخریبی فراوانی برای خویشتن می آفریند (وایتفیلد^۳، ۱۳۸۱). یکی از متغیرهایی که می تواند در بروز هم وابستگی مؤثر باشد ناگویی هیجانی است. ناگویی هیجانی به عنوان ناتوانی در پردازش اطلاعات مبتنی بر هیجان و تنظیم آن ها تعریف شده است (مگانک، ونهول، اینسلجرز و دسمت^۴، ۲۰۰۹). ناگویی هیجانی شامل تخریب سه حوزه بازشناسی، پردازش و ابراز احساس ها می باشد که یکی از نزدیکترین مفاهیم به هوش هیجانی است (تیلور و بگبی، ۲۰۰۴؛ بشارت، ۱۳۸۸). کاهش ابراز هیجانان اساساً بیانگر نوعی فقدان یا بدتنظیمی هیجانان است. به همین صورت آسیب در ظرفیت های پردازش هیجانی مبتنی بر نارسایی هیجانی ممکن است یک عامل خطر احتمالی برای انواع مشکلات سلامت روان باشند (بیتی، ۲۰۰۵). پژوهش های اخیر نشان می دهد که ناگویی هیجانی با بسیاری از اختلالات روانی و روان پزشکی مانند افسردگی اساسی، اختلال استرس پس از سانحه، سوء استفاده و وابستگی به مواد، اختلال جسمانی کردن، اختلال های خوردن و اختلال وحشت و هراس (مونان و جنکاز^۵، ۲۰۰۷؛ تیلور و بگبی، ۲۰۰۴) و هم وابستگی (آقایی و نوریان، ۱۳۹۴) مرتبط است. هسته اصلی ناگویی هیجانی، ناتوانی در عدم تمایز بین احساسات و محدودیت شدید بیان و توصیف آن ها است. این حالت گسیختگی عاطفی از خود و عدم ارتباط با دیگران سبب می شود که چنین افرادی نه تنها روابط بین فردی معیوبی داشته باشند بلکه رضایت از زندگی نیز در آن ها کاهش می یابد (مکارن^۶، ۲۰۰۶). پژوهش ها نشان داده اند که ناگویی هیجانی می تواند پیش بینی کننده مشکلات بین فردی باشد (اسپیتزر، سیبل، جورجز، بارنو، گریب و فریبرگر^۷، ۲۰۰۵؛ هامفرز، وود و پارکر^۸، ۲۰۰۹). همچنین بشارت (۱۳۸۸)، در

1. Simmons self
2. Lersen & Darlan
3. Wytfield
4. Megank, Venhuol, Inseljelz & Desmet
5. Moonan & Changaz
6. Mekaren
7. Espitzer, Sibell, Jorjz, Barno, Grip & Friberger
8. Hamferz, Wood & Parker

پژوهشی نشان که افراد مستعد ناگویی هیجانی از روابط نزدیک اجتناب می‌کنند و اگر هم رابطه برقرار کنند سطحی است و تمایل به وابستگی و یا نادیده گرفته شدن دارند (ونهل، دسمت، راسل، ورهاق و مگانگ، ۲۰۰۶). اسلش^۲ (۱۹۹۰)، نیز می‌گوید هم وابستگی بیماری آشفته‌گی هیجانی است و مشخصه آن، جدایی و بیگانگی شدید نسبت به احساس‌های خود است و اساساً شخص هم وابسته، رابطه‌های مغشوش و آشفته‌ای دارد و این اغتشاشات منجر به بروز مشکلات هیجانی در فرد می‌شود (وایتفیلد، ۱۳۸۱). شاهقلیان (۱۳۸۶) بیان داشت ناگویی هیجانی با تمام مقیاس‌های کنترل هیجان ارتباط دارد و با افزایش ناگویی هیجانی نشانه‌های جسمانی، اضطراب، بی‌خوابی، اختلال عملکرد اجتماعی، مشکلات بین فردی، افسردگی و هم وابستگی به طور معناداری افزایش و سلامت عمومی کاهش می‌یابد. آن‌ها در شناسایی صحیح هیجان‌ها در چهره دیگران مشکل دارند و ظرفیتشان جهت هم‌دردی با حالت‌های هیجانی دیگران محدود است (ونهل و همکاران، ۲۰۰۶). نارسایی در شناسایی صحیح هیجان‌ها، فرد را با مشکلات متعدد در روابط بین شخصی مواجه می‌سازد (بشارت، گرانمایه پور، پور نقدعلی، افقی، حبیب نژاد و آقایی ثابت، ۱۳۹۳). این ناتوانی می‌تواند بر مشکلات در روابط اجتماعی افراد دارای این صفت شخصیتی اثر گذارد (گوئرلیچ، دوبر، ویتمن، اسپیلر، ونهون و همکاران، ۲۰۱۴). مهارت‌های ارتباطی به منزله آن دسته از مهارت‌هایی هستند که به واسطه آنها افراد می‌توانند در گیر تعاملات بین فردی و فرآیند ارتباط شوند، یعنی فرآیندی که افراد در طی آن، اطلاعات، افکار و احساس‌های خود را از طریق مبادله پیام‌های کلامی و غیر کلامی با یکدیگر در میان می‌گذارند (هاريجه و دیکسون، ۲۰۰۴). این مهارت‌ها مشتمل بر مهارت‌های مربوط به «درک پیام‌های کلامی و غیر کلامی»، «نظم دهی به هجان‌ها»، «گوش دادن»، «بینش نسبت به فرآیند ارتباط» و «قاطعیت در ارتباط» است که اساس مهارت‌های ارتباطی را تشکیل می‌دهد (حسین چاری و فداکار، ۱۳۸۴). اهمیت مهارت‌های ارتباطی در این است که به فرد کمک می‌کند احساسات منفی و تنش اجتماعی را کاهش داده و بطور سازنده و موفقیت آمیز به حل مساله پردازد (جارویس، تیبات و ماتیک، ۲۰۰۵). خشونت و سوء استفاده والدین از کودک (پارکر، فالک و لبلو، ۲۰۰۳؛ ریوم و وارد، ۲۰۱۰؛ تاسی و یو، ۲۰۰۳؛ یو و یو، ۱۹۹۹) و عدم وجود سلامت جسمی و روانی والدین باعث اختلال در روابط خانواده و بروز هم وابستگی می‌شود و همین کودکان در روابط بعدی خود در بزرگسالی، به راحتی خود را نادیده گرفته و سناریوهای

1. Venhuol , Desmet, Megank , Rasel & Vrhagh -

2. Slash

3. Goerlich, Dober, Witteman, Schilleer, Vanheuveu et al

4. Harigie & Dickson

5. Jarvis, Tebbutt, Mattick

6. Parker, Faulk & LoBello

7. Reyome & Ward

8. Tsai & Wu

9. Wu & Wu

کودکی خود را تکرار می‌کنند (براون^۱، ۲۰۰۱). کندسون و ترن^۲ (۲۰۱۲)، در پژوهشی نشان دادند که هم وابستگی در بزرگسالی با تعارض در خانواده اولیه ارتباط معناداری دارد. چن و یو^۳ (۲۰۰۸)، در پژوهشی در تایوان گزارش کردند که ارتباط معناداری بین هم وابستگی، نداشتن صمیمیت در روابط عاطفی، افزایش تنش و مشکل در روابط، دوسوگرایی و نایمنی در روابط، رفتارهای فداکارانه و اینار خود، عزت نفس پایین، احساس گناه و عدم سازگاری روانشناختی وجود دارد. خسروی، پناغی، احمدآبادی و صادقی (۱۳۹۲)، در پژوهشی نشان دادند که ناکارآمدی در ارتباطات، رابطه معناداری با هم وابستگی دارد. افراد هم وابسته به دلیل مقدم دانستن دیگران بر خود و ترس از ترد شدن، یا از ایجاد روابط صمیمانه دوری می‌کنند یا در ارتباطات خود حریم و حدود مرزهای سالم برقرار نمی‌کنند و به دیگران اجازه می‌دهند با رفتارهایشان آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهند (بیتی^۴، ۲۰۰۵). تحقیق دیر، روبرت و لانگ^۵ (۲۰۰۵)، نشان داد بین اختلال‌های روانشناختی، مشکلات ارتباطی، عزت نفس پایین و هم وابستگی رابطه معنادار وجود دارد. هم وابستگی به عنوان الگوی کژکارانه در برقراری رابطه با دیگران است و فرد هم وابسته در روابطش با خود و دیگران، از نظر صمیمیت، تسلط یافتن و عشق اغلب مشکل دارد (وایتفیلد، ۱۳۸۱). اضطراب، احساس ناراحتی مبهم توأم با دلهره است که در پاسخ به تحریکات داخلی و خارجی ایجاد شده و می‌تواند به علایم شناختی، عاطفی، فیزیکی و رفتاری منجر شود، اضطراب از شایع‌ترین اختلالات روان پزشکی به شمار می‌رود (سادوک و سادوک^۶، ۱۳۹۳). مکوندی، بیگدلی و آقاییگی (۱۳۸۸) در پژوهشی نشان دادند که اضطراب مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده هم وابستگی است. در تحقیق چانگ^۷ (۲۰۱۰)، علت پیدایش هم وابستگی محیط خانوادگی استرس‌زا و ناکارآمد توصیف شده است که منجر به سطوح پایینی از تمایز یافتگی و سطوح بالایی از سبک‌های وابستگی برای مقابله با اضطراب ناشی از محیط خانواده می‌باشد که به نوبه خود بر روی هویت یابی و ایجاد روابط صمیمی و عاطفی تأثیر خواهد داشت. چلن و کار^۸ (۱۹۹۹) نیز نشان دادند که هم وابستگی با سطوح بالای اضطراب، افسردگی رابطه معنی‌داری دارد. جلوه‌های روانی مرتبط؛ عزت نفس پایین، فقدان ارتباطات عاطفی و صمیمی و جلوه‌های ظاهری؛ اضطراب، افسردگی، اختلال در عملکرد اجتماعی و جسمی می‌باشد. افسردگی نیز یکی از شایع‌ترین اختلالات در طول زندگی با شیوع ۱۷ درصدی است (جوآنمرد، ۱۳۹۰). افراد افسرده نسبت به افراد عادی در برقراری روابط مثبت بین فردی

1. Brown
2. Knudson & Terrell
3. Chen & Wu
4. Beattie
5. Dear, Roberts & Lange
6. Sadok & Sadok
7. Chang
8. Chelen & Kar

مشکل دارند و کمتر به برقراری تعاملات اجتماعی و مردم آمیزی علاقمندند (نیزلیک، ایمبری و شان، ۱۹۹۴؛ نیزلیک، هامپتون و شان، ۲۰۰۰)، خودباوری ناچیزی دارند (آلوی، آبرامسون، کیسیر، گریستین و سیلوا، ۲۰۰۸) و از فقدان استقلال عمل و شایستگی در رنجند (سل ایبارا-رووی لارد و کوپیر، ۲۰۱۱). پژوهش‌های مارتسالف، سداک و دوهنی^۵ در سال ۲۰۰۰ و هاگز، مارتسالف و ذلر^۶ (۱۹۹۹)، نیز نشان داد که هم وابستگی و افسردگی با هم رابطه مثبت دارند. در پژوهش تاور، ورما، سینگ و شارما^۷ (۲۰۱۱) نشان دادند که هم وابستگی و افسردگی رابطه معناداری با هم دارد. در پژوهشی مارکز، بلور، هین و دیر^۸ (۲۰۱۲)، به این نتیجه دست یافتند که نمرات بالای هم وابستگی به طور قابل توجهی با سطح بالاتری از افسردگی، اضطراب و استرس در خانواده همراه است. با توجه به روند رو به افزایش هم وابستگی، تحقیق و پژوهش در مورد متغیرهای روانشناختی مانند ناگویی هیجانی، مهارت‌های ارتباطی، اضطراب و افسردگی و مقایسه این متغیرها در دو گروه هم وابسته و عادی ضروری است به علاوه بررسی‌های محقق نشان داده که پژوهش در خصوص مطالعه همزمان متغیرهای روانشناختی مرتبط با هم وابستگی در کشور صورت نگرفته است. چرا که بهبود متغیرهای روانشناختی می‌تواند تأثیر زیادی بر ارتقاء سلامت روان این قشر از افراد جامعه که رو به افزایشند بگذارد و با توجه به خلاء پژوهشی در این زمینه این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سؤال پژوهش است که آیا بین نمرات ناگویی هیجانی، مهارت‌های ارتباطی، اضطراب و افسردگی در افراد هم وابسته و عادی تفاوت وجود دارد؟

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه

این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش کلیه ساکنین شهر اصفهان در زمستان ۱۳۹۳ بود. از بین کلیه افراد ساکن در شهر اصفهان تعداد ۳۰۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب گردید. بدین صورت که از سه منطقه شهر اصفهان (شمال، مرکز و جنوب) هر کدام دو خیابان انتخاب گردید، از هر خیابان دو کوچه مشخص شد و پرسشنامه‌ها در همه منازل توزیع گردید و توسط یکی از افراد موجود در منزل تکمیل شد. ۱۵۰ نفر زن (۷۵ نفر زن هم وابسته و ۷۵ نفر زن عادی) و ۱۵۰ نفر مرد (۷۵ نفر مرد

1. Nizlik, Emberi & Shan
2. Nizlik, Hamton & Shan
3. Aloy, Abramson, Kisiyer, Geriston & Silva
4. Selibara, Rovillard & Kopier
5. Martsalef, Sedak & Doheni
6. Hagz, Martsalef & Zeler
7. Taver, Verma, Sing & Sharma
8. Markz, Blor, Hien & Dier

هم وابسته و ۷۵ نفر مرد عادی) که میانگین سنی افراد هم وابسته ۳۶/۳۲ و میانگین سنی افراد عادی ۳۷/۱۱ و انحراف استاندارد سنی افراد هم وابسته ۹/۱۹ و انحراف استاندارد سنی افراد عادی ۹/۷۱ می‌باشد. بر اساس نقطه برش پرسشنامه اسپن فیشر افراد دارای نمره ۵۴ به بالا هم وابسته و افراد دارای نمره زیر ۵۴ به عنوان گروه عادی در نظر گرفته شدند.

ابزارسنجش

پرسشنامه هم وابستگی^۱ (SFCS): این پرسشنامه ۱۶ سؤالی توسط فیشر و اسپن (۱۹۹۱)، تدوین شد که به طریق لیکرت ۶ تایی پاسخ داده می‌شود. اسپن و فیشر در سال ۱۹۹۰ فرم ۵ سؤالی این آزمون را پس از رواسازی با تأیید روایی و اعتبار (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷) عرضه کردند. اشرف (۱۳۸۹) آزمون اسپن- فیشر را با استفاده از نمونه ای ۵۰۷ نفری از زنان عادی مشهد هنجار نمود. او برای تعیین میزان روایی همگرای پرسشنامه هم وابستگی اسپن- فیشر، از آزمون هم وابستگی ویلسون (۱۹۸۹) که دارای ۲۰ سؤال و ضریب آلفای ۰/۸۳ بود استفاده کرد. این دو پرسشنامه بر روی ۲۰۰ نفر از آزمودنیها اجرا شد که نتایج همبستگی پیرسون نشان داد رابطه مثبت معناداری بین نمرات این دو پرسشنامه وجود دارد. ضریب پایایی این پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۷۲ برآورد شده است.

پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو^۲ (TAS-۲۰): این پرسشنامه ۲۰ ماده‌ای که توسط بگبی (۱۹۹۴)، ساخته شده و یک پرسشنامه خودسنجی^۳ است و ناگویی هیجانی را در سه بعد دشواری در تشخیص و شناسایی احساسها (۷ سؤال)، دشواری در توصیف احساسها (۵ سؤال) و تفکر برون مدار (۸ سؤال) ارزیابی می‌کند. هر گویه در طیف لیکرت بین ۱ تا ۵ نمره گذاری می‌شود و مقدار این متغیر بین ۲۰ تا ۱۰۰ محاسبه می‌شود. در این مقیاس نمره بالاتر نشان دهنده شدت بیشتر ناگویی هیجانی در نمره گذاری این مقیاس است.

قربانی، بینگ، واتسون، دیویسون و ماک^۴ (۲۰۰۲)، آلفای این مقیاس را در نمونه‌های ایرانی برای دشواری در تشخیص احساسها ۰/۷۴ برای دشواری در توصیف احساسها ۰/۶۱ و برای تفکر متوجه بیرون ۰/۵۰ به دست آورده‌اند. محمدی (۱۳۸۰) اعتبار کل مقیاس را در نمونه ایرانی با استفاده از روش دو نیمه کردن و باز آزمایی ۰/۷۴ و ۰/۷۲ و روایی مقیاس را ۰/۸۵ گزارش کردند. نتایج محاسبه‌ی آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۸۱ و برای زیر مقیاس‌های دشواری در تشخیص احساسات ۰/۷۴ و دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۹ و برای تفکر برون مدار ۰/۸۴ بدست آورده‌اند که نشان می‌دهد این ابزار از پایایی لازم برخوردار است (شاهقلیان، ۱۳۸۶). ضریب پایایی این پرسش نامه در این پژوهش با استفاده از فرمول آلفای

1. Spen Fisher
2. Torentoo
3. Self - report
4. Ghorbani, Bing, Watson, Davison & Mack

کرونباخ ۰/۷۱ برآورد شده است.

پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی کویین دام^۱ (۲۰۰۴): این پرسشنامه که برای سنجش مهارت‌های ارتباطی بزرگسالان طراحی شده است، دارای ۳۴ سؤال از نوع طیف لیکرت می‌باشد. آزمودنی در هر سؤال با انتخاب یک گزینه از ۵ گزینه موجود نظر خود را نسبت به آن وضعیت خاص مطرح شده در سؤال بیان می‌کند. دامنه نمره محتمل برای هر فرد بین ۳۴ تا ۱۷۰ خواهد بود. نمره پایین در این آزمون نشانه ضعف در مهارت‌های ارتباطی و نمره بالا نشان دهنده قدرت بالای آزمودنی در برقراری ارتباط با دیگران می‌باشد. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حسین چاری و فداکار (۱۳۸۴)، ۰/۶۹، گزارش شده است و روایی آن نیز در همان پژوهش بالای ۰/۳۰ گزارش شده است. ضریب پایایی این پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۷۸ برآورد شده است.

پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS): به منظور سنجش اضطراب و افسردگی در این پژوهش از آزمون مقیاس بالینی اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS) استفاده گردید که این مقیاس پرسشنامه‌ای است که توسط زیگموند و اسنیث (۱۹۸۳)، معرفی شده و سطح اضطراب و افسردگی را در جمعیت بیماران سرپایی اندازه می‌گیرد. کاربرد این مقیاس در مطالعاتی پیشنهاد می‌شود که متغیرهای اضطراب و افسردگی در مقایسه با یکدیگر بایستی سنجیده شوند علی‌رغم اسم بیمارستانی، کاربرد این مقیاس که در جمعیت کل نیز روایی دارد. مقیاس هشت عبارت برای افسردگی و هفت عبارت برای اضطراب است و این عبارت به گونه‌ای برگزیده شده‌اند تا از علائم بیماری‌های جسمی متمایز باشند (زیگموند و اسنیث، ۱۹۸۳) یک تحقیق در جمعیت بالینی ایرانی (کاویانی و صیفوریان، شریفی، ابراهیم خانی، ۱۳۸۸)، ضریب روایی (اضطراب: ۰/۷۶ و افسردگی: ۰/۷۷)، ضریب پایایی (اضطراب: ۰/۸۱، افسردگی: ۰/۷۷) و هماهنگی درونی (اضطراب: ۰/۸۵، افسردگی: ۰/۷۰) خوبی را برای این پرسشنامه ارائه داد. ضریب پایایی این پرسش نامه در این پژوهش با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۷۰ برآورد شده است.

روش اجرا

از بین کلیه افراد ساکن در شهر اصفهان تعداد ۳۰۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب گردید. بدین صورت که از سه منطقه شهر اصفهان (شمال، مرکز و جنوب) هر کدام دو خیابان انتخاب گردید، از هر خیابان دو کوچه مشخص شد و پرسشنامه‌ها (ناگوی هیجانی، مهارت‌های ارتباطی، اضطراب، افسردگی و هم وابستگی) در همه منازل توزیع گردید و توسط یکی از افراد موجود در منزل که دارای ملاک‌های ورود (سنین ۲۰ تا ۵۰ سال، عدم ابتلا به بیماری‌های حاد روانپزشکی همزمان، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم) و خروج

به مطالعه بود تکمیل شد. میانگین و انحراف معیار سنی افراد هم وابسته به ترتیب ۳۶/۳۲ و ۹/۱۹ و افراد عادی ۳۷/۱۱ و ۹/۷۱ بود همچنین میانگین و انحراف معیار تحصیلات افراد هم وابسته ۱۳/۶۴ و ۱/۹۵ و افراد عادی ۱۳/۳۷ و ۱/۸۶ بود. بر اساس نقطه برش پرسشنامه اسپن فیشر افراد دارای نمره ۵۴ به بالا هم وابسته و افراد دارای نمره کمتر از ۵۴ عادی در نظر گرفته شدند. محقق پس از معرفی خود و توضیح در مورد موضوع و اهمیت موضوع مورد پژوهش از شرکت کنندگان تقاضا می نمود که پرسش نامه ها را به دقت مطالعه نموده و پاسخ سوالات را بدهند. در ضمن به شرکت کنندگان این اطمینان داده می شد که هیچگونه نامی از آن ها برده نخواهد شد و نتایج به صورت گروهی تفسیر می گردد. تحلیل های آماری ذکر شده به وسیله بسته آماری در علوم اجتماعی نسخه ۲۲ انجام گرفت. در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) ارائه شده اند.

یافته ها

به منظور بررسی نرمال بودن توزیع از آزمون کلموگروف اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج نشان داد فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در همه متغیرهای پژوهش در هر دو گروه تأیید و پیش فرض لوین مبنی بر برابری واریانس ها نیز برقرار است. همچنین شرط همگنی ماتریس های واریانس / کواریانس رعایت شده است ($P < 0/05$)، لذا استفاده از تحلیل کواریانس بلامانع است.

جدول ۱- شاخص های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش بر حسب افراد هم وابستگی و عادی

متغیرها	هم وابسته		عادی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
ناگویی هیجانی	۶۴/۰۶	۹/۱۵	۵۴/۴۴	۷/۸۵
مهارت های ارتباطی	۸۳/۹۱	۶/۸۴	۱۱۳/۹۲	۱۰/۵۸
اضطراب	۱۸/۳۸	۴/۰۷	۱۴/۵۶	۲/۹۹
افسردگی	۱۸/۹۶	۴/۱۳	۱۸/۹۴	۳/۷۳

نتایج جدول ۱ نشان داد که میانگین نمرات ناگویی هیجانی، اضطراب و افسردگی در گروه هم وابستگی بالاتر و مهارت های ارتباطی پایین تر از گروه افراد عادی به دست آمده است.

جدول ۲- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره در ناگویی هیجانی، اضطراب، افسردگی و مهارت های ارتباطی دردو گروه

اثرات در گروه	ضریب لامبدا	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
گروه	۰/۶۳۸	۱۳۰/۰۲۵	۴	۲۹۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳۴	۱/۰۰

بر اساس یافته های به دست آمده در جدول (۲) میانگین نمرات متغیرهای ناگویی هیجانی،

مهارت‌های ارتباطی، اضطراب و افسردگی در دو گروه افراد هم وابسته و عادی تفاوت معنی‌داری دارد ($P=0/001$). نتایج نشان داده است که نزدیک به ۶۴ درصد از تفاوت‌های فردی در متغیرهای پژوهش به تفاوت بین دو گروه مربوط است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که دو گروه افراد هم وابسته و عادی در متغیرهای پژوهش تفاوت معنی‌داری دارند.

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس تک متغیره در دو گروه

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	حجم اثر	توان آماری
ناگویی هیجانی	۶۹۴۰/۸۳	۱	۶۹۴۰/۸۳	۹۷/۹۵۸	۰/۰۰۱	۰/۲۴۹	۱/۰۰۰
مهارت‌های ارتباطی	۶۷۵۶۰/۰۱۳	۱	۶۷۵۶۰/۰۱۳	۳۷۹/۴۸۱	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۱/۰۰۰
اضطراب	۱۰۹۴/۴۳	۱	۱۰۹۴/۴۳	۸۸/۲۹۱	۰/۰۰۱	۰/۲۳	۱/۰۰۰
افسردگی	۰/۰۳	۱	۰/۰۳	۰/۰۰۲	۰/۹۶۴	۰/۰۰۱	۰/۰۵

بر اساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۳- تفاوت بین میانگین نمرات در دو متغیر ناگویی هیجانی، مهارت‌های ارتباطی و اضطراب در دو گروه معنی‌دار شده است ($p=0/001$). اما تفاوت دو گروه در متغیر افسردگی معنی‌دار نشده است، سطح معنی‌داری برابر با ۰/۹۶۴ و بیشتر از ۰/۰۵ است. میزان تأثیر عضویت گروهی هم وابسته و عادی بودن در متغیرهای ناگویی هیجانی، مهارت‌های ارتباطی و اضطراب به ترتیب برابر با ۲۴/۹، ۲۹/۸ و ۲۳ درصد بوده است. توان آماری صد در صدی در این سه متغیر نیز نشان دهنده دقت عالی آزمون و کفایت حجم نمونه در بررسی این فرضیه است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه ناگویی هیجانی، مهارت‌های ارتباطی، اضطراب و افسردگی در افراد هم وابسته و عادی می‌باشد. نتایج نشان داده است که دو گروه افراد هم وابسته و عادی در متغیرهای ناگویی هیجانی، مهارت‌های ارتباطی و اضطراب تفاوت معنی‌داری دارند و در متغیر افسردگی تفاوت معناداری ندارند و چون هیچ مطالعه‌ای در خصوص مقایسه جمعیت عادی و هم وابسته صورت نگرفته بنابراین به تحقیقاتی که به رابطه هم وابستگی با متغیرهای پژوهش پرداخته اند اشاره می‌گردد. نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های چنگ (۲۰۱۰)؛ آقایی و نوریان (۱۳۹۴)؛ مکوندی، بیگدلی و آقاییکی (۱۳۸۸)؛ کندسون و ترن (۲۰۱۲)؛ چن و یو (۲۰۰۸)؛ خسروی، پناغی، احمدآبادی و صادقی (۱۳۹۲) و بیٹی (۲۰۰۵) مبنی بر وجود تفاوت معنادار بین دو گروه در متغیرهای ناگویی هیجانی، مهارت‌های ارتباطی و اضطراب همسو می‌باشد و در خصوص عدم وجود تفاوت معنادار بین دو گروه در متغیر افسردگی، پژوهش‌های هاگز و همکاران (۱۹۹۹)؛ مارتسالف و همکاران (۲۰۰۰)؛ مارکز و همکاران (۲۰۱۱)؛ تاور و همکاران (۲۰۱۱) و چلن و کار (۱۹۹۹) مبنی بر وجود رابطه بین هم

وابستگی و افسردگی اشاره می‌شود ناهمسو می‌باشد.

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان عنوان کرد که فرد هم وابسته عزت نفس پایین و توجه افراطی به خواسته‌ها و نیازهای دیگران دارد. بنا بر اعتقاد مگانک و همکاران (۲۰۰۹)، ناگویی هیجانی به عنوان ناتوانی در پردازش اطلاعات مبتنی بر هیجان‌ات و تنظیم آن‌ها تعریف شده است که شامل سه بعد (دشواری در تشخیص و شناسایی احساس‌ها و دشواری در توصیف احساس‌ها و تفکر برون‌مدار) می‌باشد. پژوهش‌های اسپیتز و همکاران (۲۰۰۵) و هامفرز و همکاران (۲۰۰۹)، نشان داد که ناگویی هیجانی پیش‌بینی‌کننده مشکلات بین فردی می‌باشد. به اعتقاد ونهول و همکاران (۲۰۰۷)، افراد دارای ناگویی هیجانی از روابط نزدیک اجتناب می‌کنند و اگر هم ارتباط برقرار کنند تمایل به نادیده گرفته شدن دارند که باعث ارتباط سطحی آن‌ها با دیگران شده است. طبق نتایج پژوهش‌های آقای و نوریان (۱۳۹۴)، فرد دارای ناگویی هیجانی دچار مشکلات بین فردی و در نتیجه هم وابستگی می‌شود. به اعتقاد کینگ (۱۹۹۲)، ناگویی هیجانی با کنترل هیجان مرتبط است زیرا ناگویی هیجانی عدم ابراز هیجان به دلیل نقص در توانایی پردازش و تنظیم هیجان‌ها یا بازداری آگاهانه در ابراز هیجان است در واقع افراد مبتلا به ناگویی هیجانی قادر به تشخیص احساسات و بیان هیجان‌های خود نیستند و این در حالی است که قابلیت‌های هیجانی می‌تواند سازگاری مناسبی را در ارتباط با محیط و دیگران به همراه داشته باشد و در افراد هم وابسته نیز دشواری در بیان و توصیف احساسات مشاهده می‌شود (پورآقارود برده، ۱۳۹۰) و دست به انکار احساسات می‌زند. از آن جایی که هم‌وابستگی نوعی الگوی ناسالم ارتباط با خود و دیگران است و هم چنین فرد هم وابسته توجه افراطی به نیازها و خواسته‌های فرد دیگر دارد ولی باز خوردی از طرف مقابل دریافت نمی‌کند در نتیجه یک ارتباط سالم و مؤثر بین فردی شکل نمی‌گیرد طبق نتایج پژوهش‌های پارکر، فالک و لبلو (۲۰۰۳)؛ ریوم و وارد (۲۰۱۰)؛ تاسی و یو (۲۰۰۳)؛ یو و یو (۱۹۹۹)، هم چنین پژوهش‌های کندسون و ترن (۲۰۱۲)، نشان دادند که هم وابستگی در بزرگسالی با تعارض در خانواده اولیه ارتباط معناداری دارد. در نتیجه شاید بتوان گفت که عدم وجود مهارت‌های ارتباطی سالم سبب بروز مشکلات بین فردی و هم چنین هم وابستگی می‌شود، به اعتقاد چن و یو (۲۰۰۸)، ارتباط معناداری بین هم وابستگی، نداشتن صمیمیت در روابط عاطفی، افزایش تنش و مشکل در روابط، دوسوگرایی و نایمنی در روابط، رفتارهای فداکارانه و ایثار خود، عزت نفس پایین، احساس گناه و عدم سازگاری روانشناختی وجود دارد. در پژوهشی خسروی و همکاران (۱۳۹۲)، ناکارآمدی در ارتباطات، رابطه معناداری با هم وابستگی دارد. هم چنین به اعتقاد یتتی (۲۰۰۵)، افراد هم وابسته به دلیل مقدم دانستن دیگران بر خود و ترس از طرد شدن، یا از ایجاد روابط صمیمانه دوری می‌کنند یا در ارتباطات خود حریم و حدودمرزهای سالم برقرار نمی‌کنند و به دیگران اجازه می‌دهند با رفتارهایشان آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهند. تحقیق دیر و همکاران (۲۰۰۵)، نشان داد بین اختلال‌های روانشناختی، مشکلات ارتباطی، عزت نفس پایین و هم وابستگی رابطه معنادار وجود دارد. هم وابستگی به عنوان الگوی کژکارانه در برقراری رابطه با دیگران است و فرد هم

وابسته در روابطش با خود و دیگران، از نظر صمیمیت، تسلط یافتن و عشق اغلب مشکل دارند) و ایفیلده (۱۳۸۱). پژوهش لیس (۲۰۰۸)، نشان داد که افسردگی و اضطراب زیاد با دشواری در شناسایی و توصیف احساسات همراه است و با استفاده از دشواری در شناسایی احساسات می‌توان اضطراب را پیش‌بینی کرد و از طریق اضطراب و افسردگی می‌توان ناگویی هیجانی را پیش‌بینی نمود. از آن جایی که هم وابستگی نیز نوعی الگوی ناسالم ارتباط با خود و دیگران است که از طریق وابستگی به مردم و غفلت از هویت خویش آشکار می‌گردد منجر به دشواری در شناسایی و توصیف احساسات و ایجاد دیگر رفتارهای متناقض با خود می‌شود. با توجه به نتایج می‌توان بیان کرد که دشواری‌های تنظیم هیجان متغیر مهمی در پیش‌بینی هم وابستگی است. از آن جا که افراد هم وابسته عزت نفس پایین دارند (گروسکی، ۱۹۹۹) و خود نا ارزنده سازی، انگیزه پایین و بدبینی به آینده از دیگر ویژگی‌های افراد هم وابسته است، می‌توان انتظار داشت که این افراد مستعد افسردگی نیز باشند هم چنین فرد هم وابسته توجه افراطی به نیازها و خواسته‌های فرد دیگر دارد ولی باز خوردی از طرف مقابل دریافت نمی‌کند در نتیجه یک ارتباط سالم و مؤثر بین فردی شکل نمی‌گیرد و چون احساسات خود را بروز نمی‌دهد فرد دچار اضطراب می‌شود. از آن جا که هموابستگی به عنوان یک اختلال شخصیت به بروز اختلال در سلامت روانی و جسمی فرد منجر می‌شود پس می‌توان نتیجه گرفت میزان بالای هم وابستگی به عنوان اختلال شخصیت موجب بروز تعارضات و مشکلات ارتباطی، نداشتن حد و مرزهای مفید در روابط صمیمی، بروز مشکل در تنظیم هیجانها، مشکلات در ارتباطات عاطفی، خانوادگی و اجتماعی می‌شود و با مشکل در ابراز هیجان، اشکال در مهارت‌های ارتباطی و اختلالات روانشناختی همراه است. در نتیجه با کنترل و درمان این افراد می‌توان از بروز بسیاری از مشکلات در روابط فردی، خانوادگی و اجتماعی فرد جلوگیری به عمل آورد. در خصوص عدم تفاوت معنادار دو گروه در متغیر افسردگی می‌توان به این نکته اشاره نمود که چون این مطالعه در جمعیت غیر بالینی صورت گرفته، به لحاظ افسردگی تفاوت دو گروه معنادار نشده و نمرات دو گروه به لحاظ افسردگی تفاوت معنادار ندارد.

در محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از نمونه غیر بالینی و بررسی نکردن سایر متغیرهای مؤثر بر هم وابستگی اشاره نمود. به علاوه این مطالعه صرفاً به مقایسه افراد هم وابسته و عادی پرداخته لذا از تفسیر علی نتایج بایستی اجتناب نمود. با توجه به این که جامعه آماری شهر اصفهان است داده‌های این پژوهش قابل تعمیم به سایر شهرها و استان‌های دیگر نمی‌باشد. بنا بر نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود برای دستیابی به دیدگاهی روشن‌تر از مفهوم هم وابستگی و تأثیر آن بر فرد، خانواده و جامعه ایرانی، بررسی‌های بیشتری در این باره صورت گیرد، همچنین برای آشنایی و آگاهی افراد در سطح جامعه به هم وابستگی در برنامه‌های آموزشی و درمانی در مراکز مشاوره، دانشگاهها، آموزش و پرورش، مراکز بهزیستی، انجمن‌های خود-یاری و رسانه‌های گروهی توجه شود و مداخلات درمانی در جهت بهبود متغیرهای ناگویی هیجانی، مهارت‌های ارتباطی و اضطراب در افراد هم وابسته انجام شود.

منابع

- اشرف، سید محمد حسن. (۱۳۸۹). هم‌وابستگی و رواسازی آزمون هم‌وابستگی اسپن فیشر در زنان شهر مشهد. اعتیاد پژوهی، ۴(۱۵): ۴۹-۶۲.
- آقای، اصغر؛ نوریان، لیلی. (۱۳۹۴). مقایسه ناگویی هیجانی، مشکلات بین فردی و هم‌وابستگی در افراد دارای علائم روان‌تنی بالا و پایین. روانشناسی سلامت، تهران: (۱): ۵۲۳-۵۳۴.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۸). ناگویی هیجانی و مشکلات بین شخصی. مطالعات تربیتی و روانشناختی دانشگاه فردوسی. ۱۰(۱): ۱۲۹-۱۴۵.
- بشارت، محمدعلی؛ گرنامه پور، شیوا؛ پورنقدعلی، علی؛ افقی، زهرا؛ حبیب‌زاده، محمد؛ آقای ثابت، سیده سارا. (۱۳۹۳). روانشناسی معاصر. تهران: (۱): ۹-۱۶.
- پورآقار و دوبرده، فاطمه. (۱۳۹۰). ارتباط بین آلکسی تیمیا و دل‌بستگی به مادر در نوجوانان. اصول بهداشت روانی، شماره ۱، ص ۶۰-۶۵.
- جوانمرد، غلامحسین. (۱۳۹۰). آسیب‌شناسی روانی ۲. انتشارات دانشگاه پیام نور.
- حسین چاری، مسعود؛ فداکار، محمد مهدی. (۱۳۸۴). بررسی تأثیر دانشگاه بر مهارت‌های ارتباطی بر اساس مقایسه دانش‌آموزان و دانشجویان. دانشور رفتار، ۱۲(۱۵): ۲۱ تا ۳۳.
- خسروی، نجمه؛ پناغی، لیلا؛ احمدآبادی، زهرا؛ صادقی، معصومه. (۱۳۹۲). رابطه بین ناکارآمدی خانواده مبدأ و وابستگی متقابل زنان: نقش تعدیل‌کننده تحصیلات دانشگاهی. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۷(۱): ۸۵-۱۰۰.
- سادوک، بنجامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا. (۱۳۹۳). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری روانپزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضایی، جلد دوم، تهران: انتشارات ارجمند، ۴۸۰ صفحه.
- شاهقلیان، مهناز؛ کافی، سیدموسی. (۱۳۸۶). رابطه آلکسی تیمیا با سبک‌های ابراز هیجان و سلامت عمومی در دانشجویان. روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۳: ۲۳۸-۲۴۸.
- کاویانی، حسین؛ صیفوریان، حسین، شریفی، ونداد؛ ابراهیم‌خانی، نرگس. (۱۳۸۸). پایایی و روایی مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی بیماران افسرده و اضطرابی ایرانی. مجله دانشکده پزشکی، ۶۷(۵): ۸۷۹-۳۸۵.
- مکوند حسینی، شاهرخ؛ بیگدلی، ایمان‌اله؛ آقاییگی، آتوسا. (۱۳۸۸). وابستگی متقابل و سلامت روان در همسران افراد دچار سومصرف مواد اپیوئیدی. فصلنامه روانشناسی بالینی. ۱(۲): ۷۱-۷۹.
- وایتفیلد، چالز. (۱۳۸۱). هم‌وابستگی، رهایی از وضعیت بشری. ترجمه معصومیان شرقی، تهران: انتشارات فارابی حکیم، ۴۰۶ صفحه.

- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Keyser, J., Gerstein, R. K., & Sylvia, L. G. (2008). Negative cognitive style. In K. S. Dobson, & D. J. A. Dozois (Eds), Risk factors in depression (pp. 237-262). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press
- Bagby, R.M., Parker, J.D.A., & Taylor, G.J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia

- Scale –Item Selection and Cross–Validation of the Factor Structure. Department of Psychiatry. Journal of Psychosomatic Research, 38(1), 23-32.
- Beattie, M. (2005). Beyond codependency: And Gelling Better All the time paper back.
- Besharat MA.(2008). Reliability and factorial validity of Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. Psychological Reports. 101: 209-220.
- Brown, W. (2001). Children of the Self-Absorbed. Oakland, Ca: New Harbinger 20:343-358.
- Chang, S.-H. (2010). Codependency among College Students in the United States and Taiwan: A cross-cultural study (Doctoral dissertation).
- Chen, S.C., & Wu, L. (2008). Study on relationships among codependency, selfemotions and love relationship quality. Bulletin of Educational Psychology, 40, 153-178.
- Chullen, J., & Carr, A. (1999). Codependency: An empirical study from a systemic perspective. Contemporary Family Therapy, 21:505–526.
- Dear, G. E., Roberts, C. M., & Lange, L. (2005). Defining codependency: A thematic analysis of published definitions. Advances in Psychology, 34:189-205.
- Fischer, J., Spann, L., & Crawford, D. (1991). Measuring Codependency. Alcoholism Treatment Quarterly, 8, (14), 87-100.
- Fuller JA, Warner RM.(2000).Family as predictors of codependency.Genetic, Social and General Psychology Monographs. 126 (1): 5-22: Available from: [http://www. Sciencedirect.com](http://www.Sciencedirect.com).
- Goerlich,M. Dober, K.S., Witteman, Y.,Schilleer, N. O., Vanheuveu,V.J., Aleman,A., Maeteens,S.,(2014). Social Cognitive affective neuroscience. 9(8):108-117.
- Ghorbani, N., Bing, M. N., Watson, P. J., Davison, H. K., & Mack, D. A. (2002). Self-reported emotional intelligence: Construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and United-States. International Journal of Psychology, 37, 297-308..
- Gorski, T. T. (1999). Diagnosing codependency: A practical guide to understanding and treatment , Addition & Recovery,12(7),14-17.
- Harigie O h. Dickson D.(2004). Skills interpersonal communication research, Theory and practice, Routlege NewYork, U.S.A
- Hughes-Hummer C, Martsolf DS, Zeller RA. (1999). Depression and codependency in a woman. Archives of Psychiatric Nursing, 12 (6): 326-334.
- Humphertz,T.P., Wood,L.M., Parker,D.A.(2009). Alexithymia and satisfaction in intimate relationship. Personality and individual Differences.46:43-47.
- Jarvis, T. J., Tebbutt, J., Mattick,S. (2005). Treatment approaches for alcohol and drug dependence. An Introductory Guide. John Wiley & Sons, ltd.
- Knudson, M., Terrell, K. (2012). Codependency, Perceived Interparental Conflict, and Substance Abuse in the Family of Origin, Journal: American Journal of Family Therapy. 40(3)245-257.
- Lancer, Darlene (2012). Codependency for Dummies (1st ed.). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. p. 30. ISBN 1118095227.
- Lash,J.(1990). The Seekers Handbook: The complete guide to spiritual pathfinding. Harmony/crown,NY.
- Liss M., Mailloux J., Erchull MJ. (2008). the relationships between sensory processing sensitivity, Alexithymia, autism, depression, and anxiety. Personality and Individual Differences. 45: 255-259.
- Macaren, K., (2006). Emotional disorder and the mind- body problem: A case study of Alexithymia, chiasmi international, Science and Philosophy. 8:55-135.

- Marks, A.D.G., Blore, R.L., Hine, D.M., G. E. Dear, G.E. (2012). Development and validation of a revised measure of codependency. *Australian Journal of Psychology*, 64(3):119-127.
- Martsof, D.S., Sedlak, C.A., Doheny, M.O. (2000). Codependency and related health variables, *Arch psychiatr Nurs*, 14(3), 150-8.
- Megank, R., Vanhuel, S., Insejers, R., Desmet, M. (2009)) Alexitimia and interpersonal problems: A study of natural language and interpersonal problems: A study of natural language use. *Personality and individual differences*. 47:990-995.
- Motan, I., Gencoz, T., (2007). The relationship between the dimensions of alexithymia and the intensity of depression and anxiety. *Turkish journal of psychiatry*. 19 (4) L 333-43.
- Nezlek, J. B., Hampton, C. P., & Shean, G. D. (2000). Clinical depression and day-to-day social interaction in a community sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 11-19.
- Nezlek, J. B., Imbrie, M., & Shean, G. D. (1994). Depression and everyday social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1101-1111.
- Parker, F.M., Faulk, D., & LoBello, S.G. (2003). Assessing codependency and family pathology in nursing students. *Journal of Addictions Nursing*, 14: 85-90.
- Reyome, N.D. & Ward, K.S. (2010). Self-reported history of childhood maltreatment and codependency in undergraduate nursing students. *Journal of Emotional Abuse*. (7): 37-50.
- Sigmond. A.S., Snaith, R.P. (1983). The Hospital and Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Simmons self, J. (2010). Codependency among nurses: A comparison by substance use disorder and other selected variable, UMI dissertation publishing, copyright by ProQuest.
- Sollbarra-Rovillard, M. & Kuiper, N. A. (2011). Social support and social negativity findings in depression: Perceived responsiveness to basic psychological needs. *Clinical Psychology Review*, 31, 342-352.
- Spitzer, C., Sibel-Jorges, U., Barno, S., Grabe, H.J., (2005).) Alexitimia and interpersonal problems, *psycosom*, 74(4):240-246.
- Talwar, K, A. N. Verma F., Singh, R., Sharma, V., (2011). Co-dependency and Marital Adjustment in Depression. Thesis submitted to Ranchi University, Ranchi, Jharkhand, India.
- Tasi, S.L., & Wu, L. (2003). The study of relationship between adolescents' parent-child relationship and codependency. *Bulletin of Educational Psychology*, 35: 59-78.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M. (2004). An overview of the alexithymia construct. In R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds), *The handbook of emotional intelligence* (pp. 40-67).
- Vanheule, S., Desmet, M., Rassel, F., Verhagh, F., Meganck, R. (2006). Alexithymia and interpersonal problems. *Journal clinical psychology*. 63(1): 109-117.
- Wilson, S.D. (2002). *Released from Shame: Moving Beyond the Pain of the Past*. IVP Books.
- Wu. C.Y., & Wu, L. (1999). Study on relationships among adolescents' perceptive experience about parental marital violence, social support and codependency in Taiwan. *Bulletin of Educational Psychology*, 31: 63-88.
- Zigmond. A.S., Snaith. R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* ; 67: 361-70.