

ناگویی هیجانی و آسیب پذیری روانی - بدنی

محمد علی بشارت^۱، مرضیه مسعودی^۲

و مسعود غلامعلی لواسانی^۳

دریافت مقاله: 24 Feb 2014

پذیرش مقاله: 18 May 2014

یکی از اهداف پژوهش ها در رویکردهای مختلف روان‌شناسی، شناخت عواملی است که در آسیب‌پذیری افراد نقش دارند. بررسی و شناسایی عوامل آسیب‌پذیری روانی و بدنی در پیشگیری تشخیص و اتخاذ روش درمانی، جهت‌گیری تازه‌ای به وجود می‌آورد. افراد ممکن است آسیب‌پذیری‌های روان‌شناختی و جسمانی ویژه ای داشته باشند که آن‌ها را مستعد اختلال‌های روانی و جسمانی کند. ناگویی هیجانی یکی از این متغیرهای آسیب‌زا است. هدف پژوهش حاضر، پیش‌بینی آسیب‌پذیری‌های روانی و بدنی بر اساس ناگویی هیجانی بود. در این پژوهش، همچنین نقش تعدیل‌کننده ی جنس و تاهل در روابط بین ناگویی هیجانی با آسیب‌پذیری روانی و بدنی بررسی شد. بدین منظور تعداد ۲۰۶ مرد و ۱۹۳ زن از جمعیت عمومی تهران در این پژوهش شرکت کردند. شرکت‌کنندگان چک‌لیست علایم و مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ را تکمیل کردند. نتایج پژوهش نشان داد که ناگویی هیجانی با آسیب‌پذیری روانی و آسیب‌پذیری بدنی در سطح $p < 0/01$ رابطه ی مثبت معنادار دارد. همچنین تاهل، در رابطه ی بین ناگویی هیجانی و آسیب‌پذیری بدنی نقش تعدیل‌کننده داشت. بر اساس یافته های این پژوهش، می توان نتیجه گرفت که شناسایی به موقع نارسایی های هیجانی می تواند به پیشگیری از آسیب های بدنی و روانی کمک کند. همچنین می توان برای مدیریت و درمان نارسایی های هیجانی در چارچوب مدل های مداخله ای اقدام کرد.

واژه‌های کلیدی: ناگویی هیجانی، آسیب‌پذیری روانی، آسیب‌پذیری بدنی

مقدمه

آسیب‌پذیری^۴ به‌عنوان یک آمادگی مادرزادی یا اکتسابی برای ناسازگاری‌ها و اختلال‌های روانی شناخته شده است. آسیب‌پذیری از مولفه‌های زیستی، شناختی، عاطفی و اجتماعی به نام نشانگرهای آسیب‌پذیری^۵ تشکیل می‌شود. یکی از مدل‌های آسیب‌پذیری، مدل بیماری‌پذیری-استرس^۶ است.

۱. دپارتمان روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده ی مسوول) besharat@ut.ac.ir

۲. دپارتمان گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۳. دپارتمان مشاوره، دانشگاه تهران، تهران، ایران

4. vulnerability
5. vulnerability markers
6. diathesis-stress model

مدل بیماری پذیری- استرس، یک مدل تلفیقی است که عوامل عصبی- زیستی، روان شناختی و محیطی را به هم پیوند می دهد و بر تعامل بین آمادگی برای بیماری (آسیب پذیری) و آشفتگی محیطی (استرس) تاکید می کند. بیماری پذیری به آمادگی ذاتی برای ابتلا به بیماری اشاره دارد. با توجه به مدل بیماری پذیری- استرس، ناتوانایی افراد برای سازگاری با موقعیت و عوامل استرس زا آسیب پذیری کلی فرد را افزایش می دهد. ویژگی ای که به دلیل دشواری در شناسایی و تمایز بین احساسات و آشفتگی هیجانی در افراد ناگوهیجان دیده می شود (پارکر، تیلور و بگی، ۱۹۹۳). بنابراین، می توان این فرض را مطرح کرد که یکی از متغیرهای روانی شناخته شده به عنوان نشانگر آسیب پذیری روانی و بدنی، ناگویی هیجانی^۱ است.

ناگویی هیجانی با چندین ویژگی مشخص می شود: الف) دشواری در شناسایی احساسات^۲ و تمایز بین هیجان ها و احساس های بدنی؛ ب) دشواری در توصیف احساسات^۳ و یا برقراری ارتباط با دیگران؛ ج) و تفکر متمرکز بر بیرون^۴ (پارکر، تیلور، بگی و آکلین، ۱۹۹۳). در افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، بین اجزای پاسخ هیجانی گسستگی وجود دارد که باعث بیش واکنشی فیزیولوژیک نسبت به محرک های هیجانی و ناتوانی در تنظیم هیجانها می شود (لمچ، برامر، دیوید، سورگولادزه و همکاران، ۲۰۱۳؛ لومینت، ریمه، بگی و تیلور، ۲۰۰۴). دشواری در بسط و تنظیم عواطف در این اختلال منجر به برانگیختگی مداوم و در نتیجه آسیب به سیستم های ایمنی، خودمختار و محور هیپوفیز- آدرنال و سیستم عصبی درون ریز می شود (کانو و فوکودو، ۲۰۱۳؛ هیترتون و بامیستر، ۱۹۹۱). آمادگی برای درک حالت های هیجانی منفی، احتمال ابتلا به اختلال های عاطفی و خلقی را همزمان با فعالیت سیستم خودمختار افزایش می دهد (دی گاجت و هیسر، ۲۰۰۳). بنابراین، آسیب پذیری افراد ناگوهیجان نسبت به بیماری های روانی افزایش می یابد؛ به علاوه، ناگویی هیجانی با رفتارهای ناسالمی مثل مصرف مواد الکلی، اختلال خوردن، رفتارهای ناسازگار در سبک زندگی، شدت درد و رنج، افزایش علائم فیزیکی، کمبود ابراز هیجانی و حمایت اجتماعی ضعیف مرتبط است که از عوامل بیماری های جسمانی محسوب می شود (لوملی، استنر و وهمر، ۱۹۹۶؛ هلمرز و منته، ۱۹۹۹)؛ به علاوه، افراد ناگوهیجان، علائم فیزیکی بیشتری نشان می دهند (بایرن و دیتو، ۲۰۰۵). ناگویی هیجانی با رفتارهای خود آسیب رسان نیز رابطه دارد (سروتی، کالابرسه و والاسترو، ۲۰۱۴)؛ در نتیجه، آسیب پذیری افراد ناگوهیجان به بیماری های جسمی نیز افزایش می یابد. ناگویی هیجانی در اختلال های مختلف مثل

1. alexithymia

2. difficulty in identifying feelings

3. difficulty in describing feelings

4. externally oriented thinking

افسردگی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس، استرس پس ضربه‌ای و اختلال‌های درد موثر شناخته شده است (بشارت، ۲۰۰۹؛ پلاتوس، ورنر، داسچک، اسپنندرای و همکاران، ۲۰۱۱؛ پیکاردی، فائگانی، گیگانستکو، توکاسلی و همکاران، ۲۰۱۱؛ ریف، اوسترولد، مروم تراوگت، نوین و همکاران، ۲۰۱۰؛ کانگ، نامکونگ، یو، جانگ و همکاران، ۲۰۱۲؛ کانو، هاماموچی، ایتوی، یانای و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین ناگویی هیجانی با اختلال‌های جسمانی مثل دیابت نوع یک و بیماری‌های مزمن تنفسی نیز رابطه دارد (لدا، پانوس، النی، ایرینی و همکاران، ۲۰۰۹؛ کوچیما، کوچیما، سوزوکی، اوگوچی و همکاران، ۲۰۰۹؛ هان، ژانگ، لی، الوی و همکاران، ۲۰۱۲).

علاوه بر رابطه ی ناگویی هیجانی و آسیب‌پذیری روانی و بدنی، متغیرهایی که این رابطه را تحت تاثیر قرار می‌دهند و ممکن است نقش تعدیل‌کننده داشته باشند، یکی دیگر از مسایل مورد بررسی در پژوهش حاضر است. اکثر تحقیقات در جمعیت عمومی نشان می‌دهد که مردان نسبت به زنان، ناگویی هیجانی بالاتری را گزارش می‌دهند. مردان، دشواری بیشتری در برقراری ارتباط با احساساتشان دارند و بیشتر از زنان در تفکرشان بر بیرون متمرکزاند (پروسه، بوچر و فرن، ۲۰۱۲). از طرف دیگر، برخی مطالعات تفاوت معناداری بین دو جنس در ناگویی هیجانی پیدا نکرده‌اند (ساکلی، تلک، فیلیپوویتس، تاکاس و همکاران، ۲۰۱۱؛ کاروکیوی، جوکاما، هاوتالا، کالوا و همکاران، ۲۰۱۱؛ هونکلامپی، کوپووما- هونکانن، لهتو، هینتیکا و همکاران، ۲۰۱۰). در برخی از پژوهش‌های انجام‌شده ناگویی هیجانی با توانایی برقراری ارتباط و تداوم آن، روابط صمیمی، رضایت زناشویی و مشکلات بین فردی رابطه دارد (بشارت، ۲۰۱۰؛ بشارت و شهیدی، ۲۰۱۳؛ کولی، ۲۰۰۶؛ هس و فلویید، ۲۰۱۱) درحالی که در برخی دیگر، بین ناگویی هیجانی و وضعیت تاهل ارتباطی یافت نشده است (پیکاردی، مازوتی، گایتانو، کاتاروزا و همکاران، ۲۰۰۵). با توجه به این که نتایج متناقضی درباره ی تاثیر جنس و تاهل بر ناگویی هیجانی وجود دارد، به‌منظور بیشتر روشن شدن موضوع در پژوهش حاضر، اثر تعدیل‌کننده ی جنس و تاهل در رابطه ی بین ناگویی هیجانی و آسیب‌پذیری روانی و بدنی بررسی می‌شود.

روش

این پژوهش یک طرح مبتنی بر همبستگی بود و جامعه ی آماری آن را جمعیت شهر تهران تشکیل می‌داد که از این جامعه ۴۱۹ نفر به شیوه ی نمونه گیری در دسترس از پارک‌های شهر انتخاب و بعد از تشریح اهداف پژوهش و اخذ موافقت آنها، وارد پژوهش شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل سن ۱۵ تا ۶۰ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، مبتلا نبودن به اختلال‌های پسیکوتیک

نداشتن سومصرف و وابستگی به مواد، نداشتن عقب‌ماندگی ذهنی و تمایل فرد برای شرکت در پژوهش و تکمیل پرسشنامه‌ها بود. تعداد اولیه نمونه ۴۱۹ نفر بود که در نهایت به دلیل ناقص بودن ۱۸ پرسشنامه به ۳۹۹ نفر (۲۰۶ مرد و ۱۹۳ زن) تقلیل یافت. آزمودنی‌ها به وسیله فرم کوتاه چک‌لیست علایم SCL-25^۱ و مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو^۲ TAS-20 مورد آزمون قرار گرفتند.

فرم کوتاه چک‌لیست علایم SCL-25 یک پرسشنامه ۲۵ سوالی است که ۸ عامل اصلی شامل اضطراب، وسواس فکری- عملی، حساسیت در روابط بین شخصی، جسمانی سازی، پس‌یکوز تصورات پارانوییدی، افسردگی و هراس را در یک هفته ی گذشته مورد ارزیابی قرار می‌دهد. میانگین دو و بالاتر در نمرات خام کل پرسشنامه، نشانه ی وجود علایم جدی دانسته می‌شود. نجاریان و داوودی (۲۰۰۱) فرم کوتاه شده فهرست ۹۰ نشانه‌ای را اعتباریابی و همبستگی میان فرم بلند SCL-90 و کوتاه SCL-25 را ۰/۹۵ گزارش کرده اند. در این پژوهش، آلفای کرونباخ برای همسانی درونی SCL-25، در نمونه ی مونث ۰/۹۷ و در نمونه ی مذکر ۰/۹۸ و برای بازآزمایی در کل نمونه ۰/۷۸، در نمونه ی مونث ۰/۷۷ و در نمونه ی مذکر ۰/۷۹ بدست آمد. اعتبار همزمان این مقیاس با مقیاس اضطراب عمومی، پرسشنامه ی افسردگی بک و مقیاس کمال‌گرایی اهواز تایید شده است (نجاریان و داوودی، ۲۰۰۱).

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20) که توسط بگی، پارکر و تیلور (۱۹۹۴) معرفی شده، یک آزمون ۲۰ سوالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را می‌سنجد. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در پژوهش‌های متعدد بررسی و تایید شده است (پارکر، تیلور و بگی، ۲۰۰۱، ۲۰۰۳). بشارت (۲۰۰۷)، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش کرده است. پایایی بازآزمایی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ در یک نمونه ی ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ برای ناگویی هیجانی کل و زیرمقیاس‌های مختلف تایید شده است. اعتبار همزمان مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ برحسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی و مورد تایید قرار گرفت (بشارت، ۲۰۱۳، ۲۰۰۷).

1. Symptom Checklist 25

2. Toronto Alexithymia Scale

به منظور پیش بینی متغیر ملاک از تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی استفاده شد. داده ها بعد از تایید مفروضه های مربوط به وجود رابطه ی خطی بین متغیر وابسته و متغیرهای مستقل، توزیع نرمال و ثابت بودن واریانس (بارون و کنی، ۱۹۸۶) با بیستمین ویرایش نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

جدول ۱، میانگین و انحراف استاندارد آسیب پذیری روانی، آسیب پذیری بدنی و ناگویی هیجانی را نشان می دهد.

جدول ۱. مولفه های توصیفی متغیرهای پژوهش

| مردان | | زنان | | کل | | متغیر |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------------------|
| sd | M | sd | M | sd | M | |
| ۰/۵۵ | ۱/۰۸ | ۰/۵۷ | ۱/۲۱ | ۰/۵۶ | ۱/۱۴ | آسیب پذیری روانی |
| ۰/۷۰ | ۱/۰۸ | ۰/۷۹ | ۱/۳۵ | ۰/۷۶ | ۱/۲۱ | آسیب پذیری بدنی |
| ۱۰/۰۲ | ۵۱/۲۱ | ۱۰/۸۴ | ۵۰/۰۱ | ۱۰/۴۳ | ۵۰/۶۳ | ناگویی هیجانی |

نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین ناگویی هیجانی با آسیب پذیری روانی ($P < ۰/۰۰۱$)، ($r = ۰/۵۱$) و آسیب پذیری بدنی ($P < ۰/۰۰۱$, $r = ۰/۳۸$) رابطه ی مثبت معنادار وجود دارد. خلاصه ی مدل رگرسیون برای بررسی اثر تعدیل کننده ی جنس و تاهل بر رابطه ی ناگویی هیجانی و آسیب پذیری روانی در جدول ۲ و ضرایب رگرسیون در جدول ۳ ارائه شده است. در گام اول، ۱۹ درصد از واریانس نمره ی آسیب پذیری روانی توسط جنس و تاهل ($p < ۰/۰۵$) تبیین شده است. در گام بعدی ناگویی هیجانی اضافه شده است که واریانس به طور معناداری (با توجه به ΔF) افزایش یافته است و به ۲۸ درصد ($p < ۰/۰۰۱$) رسیده است. در گام سوم که تعاملات اضافه شده است، جنس و تاهل نتوانسته اند تعدیل کننده ی رابطه بین ناگویی هیجانی و آسیب پذیری روانی باشند (به ترتیب $t = ۰/۶۴$ و $t = ۰/۰۲$). پس نقش تعدیل کننده ی جنس در رابطه بین ناگویی هیجانی و آسیب پذیری روانی و فرضیه تعدیل کننده بودن تاهل در رابطه بین ناگویی هیجانی و آسیب پذیری روانی تایید نمی شود.

جدول ۲. خلاصه ی مدل رگرسیون برای بررسی اثر تعدیل کننده ی جنس و تاهل بر رابطه ی

ناگویی هیجانی و آسیب پذیری روانی

| مدل | R | R ² | R ² | SE | ΔR^2 | ΔF | P |
|---------|------|----------------|----------------|------|--------------|------------|-------|
| گام اول | ۰/۱۳ | ۰/۱۹ | ۰/۱۲ | ۰/۵۶ | ۰/۱۹ | ۲/۵۷ | ۰/۰۵ |
| گام دوم | ۰/۵۳ | ۰/۲۸ | ۰/۲۷ | ۰/۴۸ | ۰/۲۶ | ۱۴۳/۶۱ | ۰/۰۰۱ |
| گام سوم | ۰/۵۳ | ۰/۲۸ | ۰/۲۷ | ۰/۴۸ | ۰/۰۲ | ۰/۳۲۶ | ۰/۸۰ |

خلاصه ی مدل رگرسیون در جدول ۴ و ضرایب رگرسیون در جدول ۵ ارائه شده است. در گام اول ۳ درصد از واریانس نمره ی آسیب پذیری بدنی توسط جنس و تاهل تبیین شده است. در گام بعدی ناگویی هیجانی اضافه شده است که واریانس به طور معناداری (با توجه به ΔF) افزایش یافته است و به ۱۸ درصد رسیده است. در گام سوم که تعاملات اضافه شده است، واریانس تغییر معنا داری نکرده است.

جدول ۳. ضرایب رگرسیون برای بررسی اثر جنس و تاهل بر رابطه ی ناگویی هیجانی و آسیب پذیری روانی

| Sig. | t | β | SE | B | مدل |
|-------|-------|---------|-------|-------|---------------|
| ۰/۰۰۱ | ۹/۳۰ | - | ۰/۱۲۴ | ۱/۵۷ | ۱ ثابت |
| ۰/۰۵ | -۲/۵۳ | -۰/۱۲ | ۰/۰۲ | ۰/۰۷ | جنس |
| ۰/۲۲ | ۱/۲۲ | -۰/۰۷ | ۰/۳۵ | ۰/۰۴ | وضعیت تاهل |
| ۰/۰۶ | -۱/۸۴ | - | ۰/۱۶ | -۰/۲۹ | ۲ ثابت |
| ۰/۰۰۱ | -۳/۳۶ | -۰/۱۴ | ۰/۰۲ | -۰/۰۸ | جنس |
| ۰/۱۴ | ۱/۴۷ | ۰/۰۷ | ۰/۰۳ | ۰/۴۴ | تاهل |
| ۰/۰۰۱ | ۱۱/۹۸ | ۰/۵۱ | ۰/۰۰۲ | ۰/۲۸ | ناگویی هیجانی |
| ۰/۹۳ | ۰/۰۸ | - | ۰/۵۲ | ۰/۴۴ | ۳ ثابت |
| ۰/۱۸ | -۱/۳۳ | -۲۷ | ۰/۱۱ | -۰/۱۵ | جنس |
| ۰/۷۷ | ۰/۲۸ | ۰/۰۷ | ۰/۱۴ | ۰/۰۴ | تاهل |
| ۰/۰۳ | ۲/۱۰ | ۰/۳۹ | ۰/۰۱ | ۰/۰۲ | ناگویی هیجانی |
| ۰/۵۱ | ۰/۶۴ | ۰/۱۳ | ۰/۰۰۲ | ۰/۰۰۱ | جنس*ناگویی |
| ۰/۹۸ | ۰/۰۲ | ۰/۰۶ | ۰/۰۰۳ | ۰/۰۰۰ | تاهل*ناگویی |

متغیر ملاک: آسیب پذیری روانی

در این معادله جنس نتوانسته است تعدیل کننده ی رابطه ی بین ناگویی هیجانی و آسیب پذیری بدنی ($t=۰/۱۷$) باشد اما، تعامل تاهل و ناگویی هیجانی ($t=۲/۰۱$) در سطح $۰/۰۵$ معنادار است و در نتیجه تاهل نتوانسته است تعدیل کننده ی رابطه ی بین ناگویی هیجانی و آسیب پذیری بدنی باشد. بنابراین نقش تعدیل کننده ی جنس در رابطه ی بین ناگویی هیجانی و آسیب پذیری بدنی تایید نمی شود اما نقش تعدیل کننده ی تاهل در رابطه ی بین ناگویی هیجانی و آسیب پذیری بدنی، تایید می شود.

جدول ۴. خلاصه ی مدل رگرسیون برای بررسی اثر جنس و تاهل بر رابطه ی ناگویی هیجانی و آسیب پذیری بدنی

| Sig. | ΔF | ΔR^2 | SE | R^2 | R^2 | R | مدل |
|-------|------------|--------------|------|-------|-------|------|---------|
| ۰/۰۰۳ | ۴/۶۴ | ۰/۰۳ | ۰/۷۵ | ۰/۰۲ | ۰/۰۳ | ۰/۱۸ | گام اول |
| ۰/۰۰۱ | ۷۳/۵ | ۰/۱۵ | ۰/۶۹ | ۰/۱۷ | ۰/۱۸ | ۰/۴۳ | گام دوم |
| ۰/۱۰ | ۲/۰۶ | ۰/۰۱ | ۰/۶۸ | ۰/۱۸ | ۰/۱۹ | ۰/۴۴ | گام سوم |

جدول ۵: ضرایب رگرسیون برای بررسی اثر جنس و تاهل بر رابطه ی ناگویی هیجانی و آسیب پذیری بدنی

| Sig. | t | β | SE | B | مدل |
|-------|-------|---------|-------|--------|---------------|
| ۰/۰۰۱ | ۷/۸ | - | ۰/۱۶ | ۱/۳ | ۱ ثابت |
| ۰/۰۰۱ | -۳/۶۶ | -۰/۱۸ | ۰/۰۳ | -۰/۱۳ | جنس |
| ۰/۸۴ | ۰/۱۹ | ۰/۰۴ | ۰/۰۴ | ۰/۰۰۹ | وضعیت تاهل |
| ۰/۴۱ | -۰/۸۲ | - | ۰/۲۳ | -۰/۱۹ | ۲ ثابت |
| ۰/۰۰۱ | -۴/۲۷ | -۰/۱۹ | ۰/۰۳ | -۰/۱۴ | جنس |
| ۰/۸۰ | ۰/۲۴ | ۰/۰۱ | ۰/۰۴ | ۰/۰۱ | تاهل |
| ۰/۰۰۱ | ۸/۵۷ | ۰/۳۹ | ۰/۰۰۳ | ۰/۰۲ | ناگویی هیجانی |
| ۰/۸۳ | -۰/۲۱ | - | ۰/۷۴ | -۰/۱۶ | ۳ ثابت |
| ۰/۴۵ | -۰/۷۴ | -۰/۱۶ | ۰/۱۶ | -۰/۱۲ | جنس |
| ۰/۰۴ | ۲/۰۲ | ۰/۵۳ | ۰/۲۰ | ۰/۴۲ | تاهل |
| ۰/۰۴ | ۱/۹۸ | ۰/۳۸ | ۰/۰۱ | ۰/۰۲ | ناگویی هیجانی |
| ۰/۸۶ | -۰/۱۷ | -۰/۰۳ | ۰/۰۰۳ | -۰/۰۰۱ | جنس*ناگویی |
| ۰/۰۴ | -۲/۰۱ | -۰/۵۳ | ۰/۰۰۴ | -۰/۰۰۸ | تاهل*ناگویی |

متغیر ملاک: آسیب پذیری بدنی

بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش حاضر نشان داد که بین ناگویی هیجانی و آسیب پذیری روانی، رابطه ی مثبت وجود دارد. نتیجه این پژوهش با مطالعات پیشین (پلاتوس و همکاران، ۲۰۱۱؛ پیکاردی و همکاران، ۲۰۱۱؛ ریف و همکاران، ۲۰۱۰؛ کانگ و همکاران، ۲۰۱۲) که هر کدام رابطه ی قسمتی از آسیب های روانی با ناگویی هیجانی را نشان دادند، همسویی دارد و برحسب چند احتمال به این شرح تبیین می شود. دشواری در شناسایی و تمایز بین احساسات، افراد را مستعد نارسایی در تنظیم هیجانها در شرایط یا روابط استرس آمیز می کند. بنابراین، این افراد دچار آشفتگی هیجانی می شوند و ظرفیت آنها برای سازگاری با موقعیت استرس آمیز کاهش می یابد (پارکر و همکاران، ۱۹۹۸). این پردازش هیجانی

معیوب که اساس ناگویی هیجانی است، می تواند هم منجر به تمرکز، تقویت و سوتعبیر از احساس های جسمانی شود که با برانگیختگی هیجانی همراه است و هم یک آمادگی برای پریشانی و درماندگی روان شناختی یا تجربه ی نامتمایز حالت های هیجانی منفی ایجاد کند که منجر به پدید آیی اختلال های عاطفی می شود (دی گاجت و هیسر، ۲۰۰۳). نتایج این پژوهش نشان داد که بین ناگویی هیجانی و آسیب پذیری بدنی رابطه ی مثبت وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش های پیشین (سروتی و همکاران، ۲۰۱۴؛ کوچیما و همکاران، ۲۰۰۹؛ لدا و همکاران، ۲۰۰۹؛ هان و همکاران، ۲۰۱۲) همسو است. افراد دارای ناگویی هیجانی، محرک های بیرونی یا درونی ناخوشایند را تقویت می کنند (کانو و همکاران، ۲۰۰۷)؛ بنابراین، فرد دارای ناگویی هیجانی ممکن است سیگنال هایی را از بدن به صورت نابجا و تحریف شده دریافت کند. درجه ی ناگویی هیجانی با تقویت حس جسمانی رابطه دارد و این افراد تحمل پایین تری را نسبت به محرک های دردناک نشان می دهند. همچنین بین ناگویی هیجانی و شدت درد افزایش یافته، حساسیت به درد و نمره ی تقویت حس های جسمانی رابطه وجود داد. ناگویی هیجانی می تواند به طور غیرمستقیم افراد را به سمت بیماری های جسمانی ببرد.

نتایج پژوهش نشان داد که تاهل، تعدیل کننده ی رابطه ی بین ناگویی هیجانی و آسیب پذیری بدنی بود اما، تاهل نتوانست تعدیل کننده ی رابطه ی بین ناگویی هیجانی و آسیب پذیری روانی باشد. در تبیین این یافته ها می توان گفت همان طور که آسیب های فرد بر اثر یک ازدواج خوب و رضایت بخش کاهش می یابد، در همان حال نیز آسیب ها بر اثر یک ازدواج غیر رضایت بخش، افزوده می شود بنابراین قسمتی از فرضیه ی پژوهش که وضعیت تاهل، تعدیل کننده ی رابطه ی ناگویی هیجانی و آسیب پذیری های روانی نیست، با توجه به این نکته قابل توضیح است. این یافته همسو با مطالعاتی است که نشان دادند ناگویی هیجانی با وضعیت تاهل رابطه ندارد (بشارت و گنجی، ۲۰۱۲؛ پیکاردی و همکاران، ۲۰۰۵؛ هونکالامپی و همکاران، ۲۰۱۰)، و با رضایت زناشویی (کولی، ۲۰۰۶؛ هس و فلویید، ۲۰۱۱) مرتبط است.

نتایج پژوهش نشان داد که جنس نمی تواند تعدیل کننده ی رابطه ی بین ناگویی هیجانی و آسیب پذیری روانی و بدنی باشد. نتایج این پژوهش با برخی مطالعات پیشین همسو است که تفاوتی معنادار بین دو جنس در ناگویی هیجانی پیدا نکرده اند (ساکلی و همکاران، ۲۰۱۱؛ کاروکیوی و همکاران، ۲۰۱۱؛ هونکالامپی و همکاران، ۲۰۱۰). در تبیین این نتایج می توان گفت شواهدی وجود ندارد که نشان دهد در افراد ناگوهیجان، مرد یا زن بودن منجر به نتایج متفاوتی در سلامت یا بیماری روانی و جسمی می شود. همچنین، ممکن است در رابطه ی ناگویی هیجانی با آسیب پذیری های روانی

و بدنی، متغیرهای دیگری غیر از جنس مداخله کنند؛ به عنوان مثال نتایج پیشین، یک رابطه ی روشن بین ناگویی هیجانی و سطح اجتماعی پایین، سن بالا، سطح تحصیلات و سطح درآمد پایین را نشان می دهد (کوکونز و همکاران، ۲۰۰۱).

References

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*. Washington DC: Author.
- 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.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Besharat, M. A. (2007). Reliability and Factorial Validity of Farsi Version of the Toronto Alexithymia Scale with a Sample of Iranian Students. *Journal of Psychological Reports*, 101, 209-220. (Persian)
- Besharat, M. A. (2008). Relation of alexithymia with ego defense styles. *Journal of Fundamentals in Mental Health*, 39, 181-190. (Persian)
- Besharat, M. A. (2010). Relationship of alexithymia with coping styles and interpersonal problems. *Social and Behavioral Sciences*, 5, 614- 618. (Persian)
- Besharat, M. A. (2013). Toronto Alexithymia Scale: Questionnaire, instruction and scoring. *Developmental Psychology*, 37, 90-92. (Persian)
- Besharat, M. A., & Ganji, P. (2012). The moderating role of attachment styles on the relationship of alexithymia with marital satisfaction. *Journal of Foundations in Mental Health*, 56, 324-35. (Persian)
- Besharat, M. A., & Shahidi, V. (2013). The Moderating Role of Attachment Styles on the Relationship between Alexithymia and Interpersonal Problems in an Iranian Population. *International Journal of Psychological Studies*, 5, 60-68. (Persian)
- Cerutti, R., Calabrese, M., & Valastro, C. (2014). Alexithymia and Personality Disorders in the Adolescent Non-suicidal Self Injury: Preliminary Results. *Social and Behavioral Sciences*, 114, 372-376. (Persian)
- Cooley, L. (2006). *Do elements of emotional competence relate to marital satisfaction?*. Paper presented at the annual meeting of the Western States Communication Association. Palm Springs, CA.
- Csukly, G., Telek, R., Filipovits, D., Takács, B., Unoka, Z., & Simon, L. (2011). What is the relationship between the recognition of emotions and core beliefs: Associations between the recognition of emotions in facial expressions and the maladaptive schemas in depressed patients. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 42, 129-137.
- De Gucht, V., & Heiser, W. (2003). Alexithymia and somatisation: a quantitative review of the literature. *Journal of psychosomatic research*, 54, 425-434.
- Han, D., Zhang, D. Y., Li, B., Lv, Z., Huo, X., Li, Y., & Zhong, Y. (2012). Alexithymia in Chinese chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients: The prevalence and related factors of alexithymia. *Psychiatry Research* 198, 274-278.
- Heatherston, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.
- Helmers, K. F., & Mente, A. (1999). Alexithymia and health behaviors in healthy male volunteers. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 635-645.
- Hess, C., & Floyd, K. (2011). Affection mediates the impact of alexithymia on relationships. *Personality and Individual Differences*, 50, 451- 456.
- Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Lehto, S. M., Hintikka, J., Haatainen, K., Rissanen, T., & et al. (2010). Is alexithymia a risk factor for major depression, personality disorder, or alcohol use disorders? A prospective population-based study. *Journal of psychosomatic research*, 68, 269-273.
- Kang, J. I., Namkoong, K., Yoo, S. W., Jhung, K., & Kim, S. J. (2012). Abnormalities of emotional awareness and perception in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 141, 286-293.
- Kano, M., & Fukudo, S. (2013). The alexithymic brain: the neural pathways linking alexithymia to physical disorders. *BioPsychoSocial Medicine*, 7, 1-9.

- Kano, M., Hamaguchi, T., Itoh, M., Yanai, K., & Fukudo, S. (2007). Correlation between alexithymia and hypersensitivity to visceral stimulation in humans. *Pain, 132*, 252-263.
- Karukivi, M., Joukamaa, M., Hautala, L., Kaleva, O., Haapasalo-Pesu, K. M., Liuksila, P. R., & et al. (2011). Does perceived social support and parental attitude relate to alexithymia? A study in Finnish late adolescents. *Psychiatry research, 187*, 254-260.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry, 62*, 593-599.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Fisher, L. D., Ogrocki, P., Stout, J. C., Speicher, C. E., & et al. (1987). Marital quality, marital disruption, and immune function. *Psychosomatic medicine, 49*, 13-34.
- Kojima, M., Kojima, T., Suzuki, S., Oguchi, T., Oba, M., Tsuchiya, H., & et al. (2009). Depression, inflammation, and pain in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research, 61*, 1018-1024.
- Kring, A., Johnson, S., Davison, G. C., & Neale, J. M. (2009). *Abnormal psychology*. John Wiley and Sons.
- Leda, C., Panos, B., Eleni, S., Irini, C., Evridiki, K., Maria, S., & et al. (2009). Type 1 diabetes is associated with alexithymia in nondepressed, non-mentally ill diabetic patients: A case-control study. *Journal of Psychosomatic Research 67*, 307-313.
- Lemche, E., Brammer, M. J., David, A. S., Surguladze, S. A., Phillips, M. L., Sierra, M., & et al. (2013). Interoceptive-reflective regions differentiate alexithymia traits in depersonalization disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging, 214*, 66-72.
- Luminet, O., Rime, B., Bagby, R. M. J., & Taylor, G. J. (2004). A multimodal investigation of emotional responding in alexithymia. *Cognition Emotion, 18*, 741-66.
- Lumley, M. A., Stettner, L., & Wehmer, F. (1996). How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *J Psychosom Res, 41*, 505-518.
- Najarian, B., & Davodi, I. (2001). Development and validation of SCL-25. *Journal of Psychology, 18*, 137-49. (Persian)
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (1993). Alexithymia and the Recognition of Facial Expressions of Emotion. *Psychotherapy and psychosomatics, 59*, 197-202.
- Parker, J. D., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (1998). Alexithymia: relationship with ego defense and coping styles. *Comprehensive Psychiatry, 39*, 91-98.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences, 30*, 107-115.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale: III Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research, 55*, 269-275.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Acklin, M. W. (1993). Alexithymia in panic disorder and simple phobia: a comparative study. *American Journal of Psychiatry, 150*, 1105-1107.
- Pérusse, F., Boucher, S., & Fernet, M. (2012). Observation of couple interactions: Alexithymia and communication behaviors. *Personality and Individual Differences, 53*, 1017-1022.
- Picardi, A., Fagnani, C., Gigantesco, A., Toccaceli, V., Lega, I., & Stazi, M. A. (2011). Genetic influences on alexithymia and their relationship with depressive symptoms. *Journal of Psychosomatic Research, 71*, 256- 263.
- Picardi, A., Mazzotti, E., Gaetano, P., Cattaruzza, M. S., Baliva, G., Melchi, C. F., & et al. (2005). Stress, social support, emotional regulation, and exacerbation of diffuse plaque psoriasis. *Psychosomatics, 46*, 556-564.
- Pollatos, O., Werner, N. S., Duschek, S., Schandry, R., Matthias, E., Traut-Mattausch, E., & et al. (2011). Differential effects of alexithymia subscales on autonomic reactivity and anxiety during social stress. *Journal of psychosomatic research, 70*, 525-533.
- Rieffe, C., Oostervels, P., Meerum Terwogt, M., Novin, S., Nasiri, H., & Latifan, M. (2010). Relationship between alexithymia, mood and internalizing symptoms in children and young adolescents: Evidence from an Iranian sample. *Personality and Individual Differences, 48*, 425-443.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 9 (No. 34), pp. 47-56, 2014

Alexithymia and psychological and physical vulnerability

Besharat, Mohammad Ali

Tehran University. Tehran. Iran

Masoodi, Marziyeh

Tehran University. Tehran. Iran

Gholam Ali Lavasani, Massoud

Tehran University. Tehran. Iran

Received: Sep 27, 2013

Accepted: March 08, 2013

One of the research goals in psychology approaches, is to understand the factors that contribute to vulnerability of people. Investigation and identification of psychological and physical vulnerability factors has created a new orientation in prevention, diagnosis and adoption of the treatment method. People might have special physical and psychological vulnerabilities that predispose them to mental and physical disorders. Alexithymia is one of the traumatic variables. This study aims to predict psychological and physical vulnerabilities based on alexithymia. In this study, the moderator role of gender and marriage is studied in the relationship between psychological and physical vulnerability with alexithymia. 206 men and 193 women from the general population of Tehran participated in this study. The participants completed the symptoms Check list and the 20-item Toronto alexithymia scale. The results indicated that alexithymia has significant difference with psychological vulnerability and physical vulnerability at $p < 0.01$ level. Marriage, also has the role of moderator in the relationship between alexithymia and physical vulnerability. Based on these findings, it can be concluded that early detection of alexithymia, can help prevent physical and psychological damage. We can also manage and treat alexithymia in the context of intervention models.

Keywords: alexithymia, psychological vulnerability, physical vulnerability

Electronic mail may be sent to: besharat@ut.ac.ir