

## آلکسیتیمیا و ارتباط آن با باورهای فراشناختی در دانشجویان

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۲/۱۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۳/۲۵

مهناز خسروجاوید\*

امیر گلبندی حقیقت\*\*

شینا زینعلی\*\*\*

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی آلکسیتیمیا و ارتباط آن با باورهای فراشناختی در دانشجویان انجام شده است. شرکت کنندگان ۲۵۰ نفر از دانشجویان دانشگاه گیلان بودند که به صورت تصادفی انتخاب و به پرسشنامه های باورهای فراشناختی و آلکسیتیمیای تورنتو پاسخ دادند. داده ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه تحلیل شد. نتایج پژوهش نشان می دهد که بین آلکسیتیمیا و باورهای فراشناختی رابطه مثبتی وجود دارد و تفاوت های جنسیتی نیز معنادار بود. باورهای فراشناختی و خرده مقیاس های آن دارای بالاترین قدرت پیش بینی نسبت به آلکسیتیمیا را نشان دادند، در نهایت، تغییر دادن باورهای فراشناختی و راهبردهای ناهنجار می تواند به کنترل تفکرات ناخواسته در پیشگیری از آلکسیتیمیا موثر باشد.

واژه های کلیدی: آلکسیتیمیا، باورهای فراشناختی، دانشجویان دانشگاه.

\* دکترای روانشناسی، استادیار دانشگاه گیلان

\*\* دانشجوی کارشناس ارشد کودکان استثنائی، دانشگاه آزاد واحد مرکز

\*\*\* کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه گیلان، (نویسنده مسئول)

ناتوانی در ارزیابی و ابراز هیجان‌ها را با آلکسیتیمیا<sup>۱</sup> در ارتباط دانسته‌اند. آلکسیتیمیا واژه‌ای یونانی است که به معنی نبود واژه برای ابراز هیجان‌ها است و به لحاظ مفهومی به صورت دشواری در تشخیص احساسات<sup>۲</sup>، دشواری در توصیف احساسات<sup>۳</sup> و تفکر برون‌مدار<sup>۴</sup> تعریف می‌شود (بگبی<sup>۵</sup>، پارکر<sup>۶</sup> و تایلور<sup>۷</sup>، ۱۹۹۴). آلکسیتیمیا عدم ابراز هیجان‌ها به دلیل نارسایی در توانایی پردازش و تنظیم هیجان‌ها یا بازداری آگاهانه ابراز هیجانی است و از این رو آنان آلکسیتیمیا را ساختاری دانسته‌اند که با کنترل هیجانی<sup>۸</sup> ارتباط دارد. کنترل هیجانی گرایش به بازداری در ابراز پاسخ‌های هیجانی است (راجر<sup>۹</sup>، ۲۰۰۶). برخی از نظریه پردازان بر این باورند که آلکسیتیمیا دربرگیرنده نارسایی و ناتوانی در جدا کردن احساسات بدنی است که ممکن است منشا هیجانی داشته باشد گروهی معتقدند که آلکسیتیمیا یک ضربه شدید روانی یا تروما است بدین صورت که تروما سبب تغییراتی در مغز و شکل‌گیری آلکسیتیمیا می‌شود (کریستال<sup>۱۰</sup>، جیلر<sup>۱۱</sup>؛ سیستچی<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۰) همچنین بررسی‌ها نشان داده‌اند که توانمند بودن افراد از نظر هیجانی، روبه‌رو شدن آنها با چالش‌های زندگی آسان‌تر می‌کند و در نتیجه آنها از سلامت روان بیشتری برخوردار می‌نمایند. افراد توانمند از نظر هیجانی احساس‌های خود را تشخیص می‌دهند، مفاهیم ضمنی آن را درک می‌کنند و به گونه موثرتری حالت‌های هیجانی خود را برای دیگران بیان می‌کنند. این افراد در مقایسه با افرادی که توانایی درک و بیان حالت‌های هیجانی را ندارند، در کنار آمدن با تجربه‌های منفی از موفقیت بیشتری برخوردارند و سازگاری مناسب‌تری را در ارتباط با محیط و دیگران نشان می‌دهند (ولز و دیگران، ۲۰۰۱). اصطلاح فراشناخت<sup>۱۳</sup> به فرآیندهای شناختی گفته می‌شود که در کنترل جنبه‌های شناخت نقش دارند. (کلارک<sup>۱۴</sup>، و پوردون<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۹). فراشناخت یک مفهوم چند وجهی است. این مفهوم در برگیرنده‌ی دانش، فرآیندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می‌کنند. اغلب نظریه‌پردازان بین دو جنبه از فراشناخت، یعنی باورهای فراشناختی و نظارت فراشناختی تمایز قایل شده‌اند. دانش فراشناختی، اطلاعاتی است که افراد در مورد شناخت خود و راهبردهای یادگیری دارند که این راهبردها بر آن‌ها اثر می‌گذارد (فلاول<sup>۱۶</sup> و ولز، ۲۰۰۰). نظارت فراشناختی به دامنه‌ای از کارکردهای اجرایی نظیر توجه، کنترل، برنامه‌ریزی و تشخیص خطاها در عملکرد اشاره دارد. ظهور نظریه‌های شناختی در آسیب‌شناسی روانی به افزایش علاقه به ویژگی‌های شناخت و تنظیم آن منجر گردیده

1. Alexithymia
2. difficulty identifying feelings
3. difficulty describing feelings
4. externally-oriented thinking
5. Bagby
6. Parker
7. Taylor
8. emotional control
9. Roger
10. Krystal
11. Giller
12. Cicchetti
13. met cognitive
14. Clark
15. Purdon
- 16.- Flavell

است. (فلاول وولز، ۲۰۰۰). نظریه ی کنش اجرایی خود نظم بخش<sup>۱</sup> اولین نظریه ای است که نقش فراشناخت را در سبب شناسی و تداوم اختلالات روانی مفهوم سازی کرده است. براساس نظریه ی کنش اجرایی خودنظم بخش اختلالات روان شناختی وقتی تداوم می یابند که راهبردهای مقابله ای<sup>۲</sup> ناسازگار مثل تفکر درجاماندگی<sup>۳</sup> (نگرانی/نشخوارذهنی)، پایش تهدید<sup>۴</sup>، اجتناب و سرکوبی فکر<sup>۵</sup>، اصلاح خودباورهای ناکارآمد<sup>۶</sup> را با شکست مواجه می سازد و دسترسی به اطلاعات منفی در مورد خود را افزایش می دهد. به عبارت دیگر می توان گفت براساس این نظریه، اختلال روانی فعالیت یک سندرم کلی شناختی - توجهی است که از دانش فراشناختی فرد ناشی می شود و در موقعیت های مشکل زا فعال شده و پردازش می شود. (ولز و ماتئوس<sup>۷</sup>، ۱۹۹۶). ولز و کارترایت - هاتون<sup>۸</sup> (۲۰۰۴) جهت ارزیابی روان سنجی افکار و باورهای فراشناختی در دانشجویان پرسش نامه ی فراشناختی را در پنج بعد زیر طراحی کرده اند: ۱- باورهای مثبت درباره ی نگرانی<sup>۹</sup> (مثل این که نگرانی به من کمک می کند تا مقابله کنم).

۲- باورهای منفی درباره ی نگرانی که تمرکزشان بر غیرقابل کنترل بودن و خطرناک بودن نگرانی است.

۳- اطمینان شناختی<sup>۱۰</sup> کم (مثل این که حافظه ی ضعیفی دارم).

۴- باورهای منفی در مورد افکار که این باورها شامل مواردی مانند تنبیه، خرافات و... هستند.

۵- وقوف شناختی<sup>۱۱</sup> (مثلا به نحوه ی کار ذهنم به شدت توجه می کنم).

هر کدام از این عوامل رابطه ی معناداری با میزان آسیب پذیری هیجانی دارند و به لحاظ مفهومی به ساختارهایی مثل خودآگاهی و شکست شناختی مرتبط می شوند و بر ابعاد واقعی و خصوصیات حقیقی تاکید دارند. نظریه ی کنش اجرایی خودنظم بخش به ایجاد مدل های تبیینی و درمان های ویژه ی اختلال افسردگی<sup>۱۲</sup>، اختلال اضطراب فراگیر<sup>۱۳</sup>، اختلال وسواس<sup>۱۴</sup>، اختلال اضطراب اجتماعی<sup>۱۵</sup> و اختلال استرس پس از سانحه<sup>۱۶</sup> منجر شده است. (ولز و دیگران، ۲۰۰۱).

در مجموع و بر اساس متون موجود چنین استنباط می شود که فراشناخت یک عامل کلی در آسیب پذیری نسبت به اختلالات روانی به شمار می رود و با وجود پژوهش های متعدد در مورد بررسی نقش فراشناخت در اختلالات روانی پژوهش های اندکی وجود دارد که به ارتباط بین فراشناخت و آلکسیتیمیا در افراد بهنجار پرداخته است. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی آلکسیتیمیا و ارتباط آن با باورهای فراشناختی در بین دانشجویان انجام شده است.

---

1. Self-Regulatory Executive Function Mode (S-REF)

2. adjustment

3. Function Mode

4. obviation threat

5. thought repression

6. nonfunctional beliefs

7. Matthews

8. Cartwright-Hatton

9. positive beliefs

10. Cognitive confidence

11. cognitive self consciousness

12. depression

13. genral anxiety

14. obsessive disorder

15. social anxiety

16. post-traumatic stress disorder

## روش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف از نوع پژوهش های بنیادی و به لحاظ روش از نوع همبستگی به منظور بررسی آلکسیتیمیا و ارتباط آن با باورهای فراشناختی در دانشجویان دانشگاه گیلان انجام شده است.

جامعه آماری این پژوهش را دانشجویان ۲۰ تا ۳۲ ساله مشغول به تحصیل در دانشگاه گیلان در سال تحصیلی ۱۳۸۹ تشکیل داده اند. از این جامعه، ۲۵۰ دانشجوی (۱۲۵ زن و ۱۲۵ مرد) به شیوه نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند. پرسش نامه ها در کلاس و در حضور پژوهشگر تکمیل شدند. میانگین سن گروه مورد پژوهش (۲۱/۵) و انحراف معیار (۱/۹) بود

برای گرد آوری داده ها از ابزارهای زیر بهره گرفته شد.

**مقیاس آلکسیتیمیای تورنتو (TAS-20):** این مقیاس ۲۰ ماده ای توسط بگی و همکاران (۱۹۹۴) ساخته شده و آلکسی تیمیا را در سه زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساس ها (۷ ماده)، دشواری در توصیف احساس ها (۵ ماده) و تفکر برون مدار (۸ ماده) ارزیابی می کند. در این مقیاس نمره بالاتر نشان دهنده شدت بیشتر آلکسی تیمیا است. قربانی و همکاران (۲۰۰۲) مقیاس آلکسی تیمیا را در نمونه ایرانی، برای زیر مقیاسهای آن یعنی؛ دشواری در تشخیص ۰/۷۴، برای دشواری در توصیف احساس ها ۰/۶۱ و برای تفکر معطوف به بیرون ۰/۵۰ به دست آورده اند. مدستین و همکاران (۲۰۰۴)، در نمره گذاری مقیاس TAS-20 نمرات ۶۰ به بالا را به عنوان آلکسی تیمیا و نمرات ۵۲ به پایین را به عنوان غیر آلکسی تیمیا در نظر گرفته اند.

**پرسشنامه باورهای فراشناختی (MCQ-30):** این ابزار به منظور سنجش چند عنصر فراشناختی خصیصه ای (صفتی)، که برخی از آنها نقش محوری در مدل فراشناختی اختلال روانشناختی دارند، طراحی شده است. پرسشنامه فراشناختی (MCQ) یک مقیاس ۳۰ سوالی خود گزارشی است که در حیطه های فراشناختی زیر پنج مقیاس جداگانه را ارزیابی می کند: ۱- باورهای مثبت درباره نگرانی مانند نگرانی به من کمک می کند تا با مسائل مقابله کنم. ۲- باور های منفی درباره نگرانی که با کنترل پذیری و خطر مرتبط هستند. برای مثال وقتی نگرانی ام شروع می شود نمی توانم جلوی آن را بگیرم. ۳- اطمینان شناختی ضعیف، برای مثال حافظه ضعیفی دارم. ۴- لزوم کنترل افکار برای مثال، ناتوانی در کنترل افکار نشانه ضعف من است، ۵- خود آگاهی شناختی برای مثال به نحوه ی کارکرد ذهنم توجه زیادی دارم. سوالات در یک مقیاس لیکرتی از موافق نیستم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۴ پاسخ داده می شود. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاسهای آن از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گسترده است. (ولز و کارترایت - هاتون، ۲۰۰۴). در ایران شیرین زاده دستگیری ضریب همسانی درونی آن را به کمک آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس ها در دامنه ای ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ و اعتبار باز آزمایی این آزمون را در فاصله چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای خرده مقیاس های آن در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش کرد. همچنین همبستگی کل مقیاس با مقیاس اضطراب خصلتی را ۰/۴۳ و همبستگی خرده مقیاسها را در دامنه ۰/۲۸ تا ۰/۶۸ گزارش نمود. همبستگی خرده مقیاس های آن با کل آزمون در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۸۷ و همبستگی آنها یکدیگر بین ۰/۶۲ تا ۰/۲۶ بود. (شیرین زاده و دیگران، ۱۳۸۷)

جدول ۱. شاخص های توصیفی متغیرها (N=۲۵۰)

انحراف معیار	میانگین	
۲/۵۵	۳۲/۰۱	اشکال در تشخیص احساسات
۲/۸۲	۲۷/۰۳	اشکال در توصیف احساسات
۱/۴۲	۱۰/۶۸	تفکر معطوف به بیرون
۴/۰۸	۷۳/۶۳	نمره کل آلکسیتیمیا
۵/۷۶	۱۱/۹۰	باورهای مثبت در مورد نگرانی
۳/۶۷	۱۲/۲۰	کنترل ناپذیری و خطر
۴/۱۵	۱۱/۳۱	اطمینان شناختی
۳/۳۴	۱۴/۴۲	کنترل افکار
۳/۵۶	۱۵/۴۲	خودآگاهی شناختی
۱۲/۷۱	۶۶/۶	نمره کل فراشناخت

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را نشان می دهد همانطور که مشاهده می شود میانگین نمره کل آلکسیتیمیا (۷۳/۶۳) با انحراف معیار (۴/۰۸) می باشد. همچنین نمره کل باورهای فراشناختی (۶۶/۶) با انحراف معیار (۱۲/۷۱) است.

جدول ۲. آزمون t مستقل در بررسی تفاوت های جنسیتی در متغیرهای مورد بررسی

معناداری	T	انحراف معیار	میانگین		
۰/۰۰۱	۴/۵۱	۲/۳۳	۱۱/۳۳	مردان	اشکال در تشخیص احساسات
		۳/۵۶	۱۲/۹	زنان	
۰/۰۰۲	۴/۴۹	۲/۴۰	۱۰/۸۹	مردان	اشکال در توصیف احساسات
		۲/۲۴	۱۳/۷۴	زنان	
۰/۰۰۱	۳/۵۸	۲/۵۰	۱۰/۱۱	مردان	تفکر معطوف به بیرون
		۴/۵۶	۱۵/۱۶	زنان	
۰/۰۰۱	۴/۰۵	۲/۲۳	۹/۲۵	مردان	نمره کل آلکسیتیمیا
		۱/۱۰	۱۱/۲۳	زنان	
۰/۰۰۱	۳/۷۱	۱/۳۳	۱۰/۵۸	مردان	باورهای مثبت در مورد نگرانی
		۱/۲۳	۱۱/۱۲	زنان	
۰/۰۰۱	۳/۱۳	۳/۲۵	۱۴/۱۳	مردان	کنترل ناپذیری و خطر

			۲/۲۶	۱۲/۱۵	زنان	
			۲/۳۴	۱۱/۱۴	مردان	اطمینان شناختی
۰/۰۰۱	۳/۰۱		۲/۱۴	۱۱/۱۰	زنان	
			۳/۰۳	۱۳/۱۶	مردان	کنترل افکار
۰/۰۰۱	۵/۴۵		۴/۸۹	۱۴/۰۲	زنان	
			۲/۲۶	۱۲/۲۵	مردان	خودآگاهی شناختی
۰/۰۰۱	۳/۶۱		۳/۲۸	۱۴/۵۶	زنان	
			۵/۲۴	۶۸/۵۶	مردان	نمره کل فراشناخت
۰/۰۰۱	۵/۵۷		۶/۲۶	۷۱/۵۶	زنان	

برای بررسی تفاوت های بین زنان و مردان در متغیرهای مورد بررسی از شاخص آماری t مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر آمده است. بر اساس نتایج بدست آمده بین آلکسیتیمیا و زیر مقیاس های آن و باورهای فراشناختی و زیر مقیاس های آن در بین زنان تفاوت های معناداری در سطح ( $p < 0/01$ ) وجود دارد.

جدول ۳. ماتریس همبستگی میان متغیرهای پژوهش (N=۲۵۰)

۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱				
								۱	۱-اشکال در تشخیص احساسات			
							۱	**۰/۲۳	۲-اشکال در توصیف احساسات			
						۱	**۰/۱۶	**۰/۱۵	۳-تفکر معطوف به بیرون			
					۱	**۰/۵۳	**۰/۶۲	**۰/۵۸	۴-نمره کل آلکسیتیمیا			
				۱	**۰/۲۳	**۰/۳۰	**۰/۱۹	**۰/۲۸	۵-باور های مثبت در مورد نگرانی			
			۱	۰/۰۸	**۰/۲۵	**۰/۱۶	**۰/۲۲	**۰/۳۲	۶-کنترل ناپذیری و خطر			
			۱	۰/۰۴	**۰/۱۲	**۰/۱۷	۰/۰۱	**۰/۳۸	۷-اطمینان شناختی			
			۱	**۰/۱۹	۰/۰۶	**۰/۲۴	**۰/۲۱	**۰/۱۵	**۰/۲۵	۸-کنترل افکار		
			۱	**۰/۲۲	**۰/۱۶	۰/۰۲	**۰/۲۴	**۰/۲۱	**۰/۳۲	**۰/۱۴	**۰/۱۸	۹-خودآگاهی شناختی
			۱	**۰/۲۶	**۰/۳۴	**۰/۳۱	**۰/۱۸	**۰/۳۱	**۰/۲۶	**۰/۲۸	**۰/۳۶	۱۰-نمره کل فراشناخت

\* $P < 0/01$  \*\* $P < 0/05$

بر اساس نتایج تحلیل همبستگی آلکسیتیمیا با باورهای فراشناختی همبستگی مثبت و معناداری دارد. ( $r = 0/31; p < 0/01$ )؛ اما بین خرده مقیاس های اطمینان شناختی با اشکال در توصیف احساسات، نمره کل آلکسیتیمیا، کنترل ناپذیری و خطر، کنترل افکار با کنترل ناپذیری و خطر، خودآگاهی شناختی با کنترل ناپذیری و خطر

رابطه معناداری وجود ندارد. یافته ها نشان می دهد که بالاترین میزان همبستگی بین اشکال در توصیف هیجانها با اطمینان شناختی و کمترین میزان همبستگی بین اطمینان شناختی با باورهای مثبت در مورد نگرانی وجود دارد.

جدول ۴. خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس شاخص های آماری رگرسیون باورهای فراشناختی بر آلکسیتیمیا

خطای برآورد	R <sup>2</sup>	R	سطح معنی داری	F	میانگین مجدورات	مجموع مجدورات	
۴/۳	۰/۱۵	۰/۳۱	۰/۰۰۱	۲۰/۳	۳۸۲/۸	۳۸۲/۸	باور های مثبت در مورد نگرانی
۴/۳	۰/۱۳	۰/۳۵	۰/۰۰۱	۱۳/۵	۴۹۶/۳	۴۹۶/۳	کنترل ناپذیری و خطر
۴/۲	۰/۱۷	۰/۳۸	۰/۰۰۱	۱۰/۷	۵۷۴/۵	۵۷۴/۵	اطمینان شناختی
۴/۳	۰/۱۰	۰/۳۷	۰/۰۰۱	۱۸/۱۳	۳۹۰/۱	۳۹۰/۱	کنترل افکار
۴/۳	۰/۱۴	۰/۳۲	۰/۰۰۱	۱۶/۸	۲۲۱/۲	۲۲۱/۲	خودآگاهی شناختی

T	ضریب بتا	خطای معیار	ضریب B	
*۲/۹۵	۰/۱۸	۰/۰۵	۰/۲۰	باور های مثبت در مورد نگرانی
*۸/۱۴	۰/۱۷	۰/۰۱	۰/۲۴	کنترل ناپذیری و خطر
*۴/۰۹	۰/۲۰	۰/۰۳	۰/۱۷	اطمینان شناختی
*۲/۲۲	۰/۱۳	۰/۰۴	۰/۲۲	کنترل افکار
*۲/۲۷	۰/۱۱	۰/۰۶	۰/۲۷	خودآگاهی شناختی

\* P<۰/۰۵ \*\* P<۰/۰۱

برای بررسی قدرت پیش بینی خرده عوامل آلکسیتیمیا با باور های فراشناختی از تحلیل رگرسیون استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۴ آمده است. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که باورهای مثبت در مورد نگرانی، کنترل ناپذیری و خطر و خودآگاهی شناختی، اطمینان شناختی و کنترل افکار رابطه معناداری را با آلکسیتیمیا دارند. این متغیرها در مجموع ۱۴ درصد علائم آلکسیتیمیا را در جمعیت دانشجویان پیش بینی می کند. ضریب تاثیر متغیر باورهای مثبت در مورد نگرانی، کنترل ناپذیری و خطر و خودآگاهی شناختی، اطمینان شناختی و کنترل افکار به ترتیب (B=۰/۲۰؛ B=۰/۲۴؛ B=۰/۲۷؛ B=۰/۱۷؛ B=۰/۲۲) است. از این رو با توجه به نتایج بدست آمده می توان نتیجه گرفت که باورهای شناختی افراد تا حدودی آلکسیتیمیا را پیش بینی می کند. همچنین در پاسخ به این پرسش که خرده مقیاس های باورهای فراشناختی کدامیک درصد معناداری واریانس را در بین دانشجویان پیش بینی می کند

از روش تحلیل رگرسیون چند گانه گام به گام استفاده شد که به صورت مجزا در مورد هر متغیر اجرا شد. این نتایج در جدول ۴ ارائه شده است. ابتدا متغیر باورهای مثبت در مورد نگرانی وارد تحلیل رگرسیون شد که نتایج آن تاثیر معناداری را بر آلکسیتیمیا نشان داد. (بنابراین باورفراشناختی مربوط به باورهای مثبت در مورد نگرانی می تواند آلکسیتیمیا را پیش بینی کند و این متغیر ۱۵ درصد ( $R^2 = 0.15$ ) از واریانس آلکسیتیمیا را تبیین می کند. در گام دوم متغیر کنترل ناپذیری و خطر وارد تحلیل رگرسیون شد که نتیجه تحلیل واریانس چندگانه نشان داد که اثر متغیر کنترل ناپذیری و خطر اثر مثبت و معناداری بر آلکسیتیمیا دارد. ( $F=20/3$ ،  $P<0/01$ ؛  $R=0/31$ ). بنابراین باور فراشناختی مربوط به کنترل ناپذیری و خطر می تواند آلکسیتیمیا را پیش بینی کند و این متغیر ۱۳ درصد ( $R^2 = 0.13$ ) از واریانس آلکسیتیمیا را تبیین می کند. در گام سوم متغیر اطمینان شناختی وارد تحلیل رگرسیون شد که نتایج بدست آمده از این تحلیل نیز تاثیر معناداری بر آلکسیتیمیا داشت ( $F=13/5$ ،  $P<0/01$ ؛  $R=0/38$ ). بنابراین باور فراشناختی مربوط به اطمینان شناختی می تواند آلکسیتیمیا را پیش بینی کند و این متغیر ۱۷ درصد ( $R^2 = 0.17$ ) از واریانس آلکسیتیمیا را تبیین می کند. در گام بعدی متغیر کنترل افکار از طریق تحلیل رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت که نتایج این متغیر نیز تاثیر مثبت و معناداری بر روی آلکسیتیمیا نشان داد ( $F=18/7$ ،  $P<0/01$ ؛  $R=0/37$ ). بنابراین باور فراشناختی مربوط به کنترل افکار می تواند آلکسیتیمیا را پیش بینی کند و این متغیر ۱۰ درصد ( $R^2 = 0.10$ ) از واریانس آلکسیتیمیا را تبیین می کند. و در گام آخر متغیر خود آگاهی شناختی وارد تحلیل رگرسیون شد که نتایج بدست آمده از این تحلیل نشان داد که این متغیر تاثیر معناداری بر آلکسیتیمیا دارد. (بنابراین باور فراشناختی مربوط به خود آگاهی شناختی می تواند آلکسیتیمیا را پیش بینی کند و این متغیر ۱۴ درصد ( $R^2 = 0.14$ ) از واریانس آلکسیتیمیا را تبیین می کند. در کل نتایج مربوط به باورهای فراشناختی مربوط به باورهای مثبت در مورد نگرانی، کنترل ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی، کنترل افکار، خودآگاهی شناختی ۱۴ درصد واریانس آلکسیتیمیا را در مورد دانشجویان تبیین می کند.

## بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی ارتباط آلکسیتیمیا با باورهای شناختی در دانشجویان دانشگاه بود. نتایج این بررسی ضریب همبستگی میان آلکسی تیمیا با باورهای فراشناختی را معنی دار نشان داد همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که باورهای شناختی و پنج خرده مقیاس آن قویترین پیش بینی کننده آلکسیتیمیا در بین دانشجویان است. از آنجا که یکی از ویژگی های اساسی مبتلایان به آلکسی تیمیا دشواری در توصیف احساس ها است. این افراد به علت ناتوانی در تشخیص احساس ها توانایی بیان هیجان ها را ندارند. چنین نیست که افراد مبتلا به آلکسی تیمیا هیچ گاه احساس نمی کنند، بلکه نمی توانند دقیقاً احساس های خود را بشناسند و از این رو نمی توانند آنها را ابراز کنند؛ در همین راستا نتایج بررسی کوهن و کالاماری نشان می دهد که خودآگاهی شناختی که با تمایل فرد برای بازبینی افکار اطلاق می شود تا حدودی ارتباط نزدیکی با آلکسیتیمیا دارد.

بررسی رابطه باورهای فراشناختی با آلکسیتیمیا نشان داد که باورهای فراشناخت و زیر مقیاسهای آن قویترین پیش بینی کننده آلکسیتیمیا است. مبتلایان به آلکسی تیمیا احساس های نامتمایز دارند و این احساس ها همراه با یک برانگیختگی



فیزیولوژیک می باشد. اما به علت مشکل در تمایز، توصیف و تنظیم احساس ها، برانگیختگی فعال باقی مانده و از میان نمی رود و این امر باعث اختلال در دستگاه عصبی خودکار و دستگاه ایمنی می شود. این بررسی نشان داد بین نمرات افراد در مقیاسهای باورهای فراشناختی و آلکسیتمیا همبستگی مثبت معنی داری وجود داشت به این صورت که با افزایش نمره ی فرد در مقیاس کلی باورهای فراشناختی، نمره ی کلی وی در آلکسیتمیا نیز افزایش یافت. هم چنین بین نمرات افراد در ابعاد کنترل ناپذیری و خطر، باور مثبت درباره نگرانی، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و نمره ی کلی باورهای فراشناخت و دشواری در توصیف احساسات، دشواری در تشخیص احساسات و تفکر معطوف به بیرون و نمره کلی آلکسیتمیا رابطه مثبت معنی داری وجود داشت. این یافته با نتایج پژوهشهای اسپادا، نیکوویچ، مونتا و ایرسون (۲۰۰۸) و مفروضات نظریه خود نظم بخش هم خوانی دارد. فرضیه ی بنیادی در نظریه ی خود نظم بخش این است که فراشناختها نقش مهمی در انتخاب و تداوم راهبردهای مقابلهای ناکارآمد بازی می کنند و در حقیقت استفاده از راهبردهای مقابلهای ناکارآمد باعث شکلگیری و تداوم اختلالات روانی می شود. در این رابطه اسپادا و دیگران (۲۰۰۸) معتقدند که باورهای فراشناختی نقش میانجی بین ادراک استرس و بروز هیجانات منفی را بازی می کنند علاوه بر این نتایج رگرسیون چندگانه رو به جلو نشان داد که از بین باورهای فراشناختی، باور کنترل ناپذیری و خطر بهترین پیش بینی کننده ی وضعیت آلکسیتمیا در افراد می باشد. این یافته نیز با نتایج پژوهشهای راسیس و ولز، (۲۰۰۸) ولز و کارترایت-هاتون (۲۰۰۴) همسو است. نتایج پژوهش راسیس و ولز نیز بیانگر این است که باورهای منفی فراشناختی در مورد کنترل ناپذیری و خطر، با تداوم استرس رابطه ی مثبت و معنی داری دارد. (راسیس و ولز، ۲۰۰۸). در تبیین این یافته می توان گفت که باور کنترل ناپذیری و خطر به باورهای فرد در مورد کنترل ناپذیری افکار و اینکه افکار باید به منظور عملکرد خوب و بهره مندی از سلامتی کنترل شوند، مربوط می شود. از این رو وجود این باور فراشناختی باعث می شود افراد احساس کنترل شخصی کمتری داشته باشند و در نتیجه این امر باعث افزایش اضطراب و افسردگی در آنها می شود. از سوی دیگر باور فراشناختی کنترل ناپذیری و خطر باعث می شود افراد در مورد تواناییها و شایستگیهای خود تردید بیشتری داشته باشند که این مسئله در سلامت روانی آنها تاثیر منفی می گذارد.

اسپادا و دیگران (۲۰۰۸) معتقدند که فعال شدن باور فراشناختی کنترل ناپذیری و خطر باعث می شود افراد دچار تنش عاطفی شوند. تجربه ی تنش عاطفی در افرادی که در بعد کنترل ناپذیری و خطر نمره ی بالایی دارند موجب می شود این افراد درگیر راهبردهای مقابلهای ناسازگارانه (اجتناب، سرکوبی فکر) شوند و استفاده از این راهبردها موجب در دسترس تر بودن مفاهیم تهدید در پردازش و تشدید استرس و هیجانات منفی می شود. در حقیقت این فرآیندها باعث می شوند افراد تهدیدهای محیطی را بیشتر برآورد کرده و توانایی مقابله ی خود را ناچیز تلقی کنند که نتیجه ی آن تداوم اختلال روانی می باشد (راسیس و ولز، ۲۰۰۸). به طور کلی می توان گفت باورهای فراشناختی و به طور خاص باور فراشناختی کنترل ناپذیری و خطر از طریق تاثیر بر انتخاب راهبرد مقابله ای و ادراک فرد از تواناییهای خود با تداوم آسیب شناسی روانی ارتباط دارند. به لحاظ کاربرد بالینی این یافته ها نشان می دهد که می توان به دانشجویان آموزش داد باورهای فراشناختی خود را تغییر داده و در نتیجه از سلامت روانی بیشتری برخوردار شوند. در این پژوهش جمعیت مورد بررسی، دانشجویان دانشگاه گیلان بوده است و تعمیم آن به جمعیتهای دیگر با محدودیت رو به رو است و پیشنهاد می شود بررسی های مشابه با نمونه ی بزرگ تر و در جمعیتهای دیگر نیز انجام گیرد.

- شیرین زاده دستگیری صمد، گودرزی محمدعلی، غنی زاده احمد، تقوی محمد رضا (۱۳۸۷). بررسی ساختار عاملی، روایی و اعتبار پرسشنامه فراشناخت-۳۰. مجله روانشناسی. (۴۸): ۴۶۱-۴۴۵.

-Bagby, R. M Parker, J. D. A., & Taylor, G. J., (1994). The alexithymia construct: Relationship with sociodemographic variables and intelligence. *Comprehensive Psychiatry*; 30, 434-441.

-Clark DM, Purdon ,DR.(1999). A cognitive model of social phobia. In: Heimberg R, Liebowitz M, Hope DA, Schneier FR. (editors). Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment. 1st ed. New York: Guilford: 69-94.

-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.

-Krystal, J. H., Giller, E. L., & Cicchetti, D. V. (2010). Assessment of alexithymia in posttraumatic stress disorder and somatic illness: Introduction of a reliable measure. *Psychosomatic Medicine*, 49, 84-94.

-Modestin, J., Furrer, R., & Malti,(2004). T. Study on alexitymia in adult non-patients. *Journal of Psychosomatic Research*; 56, 707-709.

-Roussis P, Wells A.(2008). Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Pers Individ Diff*; 40: 111-22.

- Roger, D., (2006). The construction and validation of a new scale for measuring emotion control. *Personality and Individual Differences*, 10, 845- 853.

-Spada MM, Nikcevic AV, Moneta GB, Ireson J.(2008). Metacognition as a mediator of the effect of test anxiety on surface approach to studying. *Educ Psychol*; 26: 1-10.

-Wells A, Cartwright-Hatton S.(2004). A short form of the Metacognitions Questionnaire: Properties of the MCQ 30. *Behaviour Research and Therapy*; 42: 385-396.

-Wells A, Matthews G. (1996). Modeling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behav Res Ther*; 34: 881-8.

-Wells A. Flavell JH (2000). Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. 1st ed. Chichester: Wiley and sons;: 14-54.