

مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به فشار خون اساسی و افراد غیر مبتلا

Comparison of cognitive emotion regulation strategies and alexithymia in individuals with and without essential hypertension

Akram Fekri

General Psychology

Ali Issazadegan &

Farzaneh Michaeli Manee

Urmia University

اکرم فکری

روانشناسی عمومی

علی عیسی‌زادگان*

فرزانه میکائیلی منیع

دانشگاه ارومیه

Abstract

The aim of the present study was to compare the characteristics of cognitive emotion regulation strategies and alexithymia in individual with and without essential hypertension. This was carried on 100 patients with essential hypertension from the health centers in Urmia City who were compared with 100 healthy individuals. The participants were assessed using the Cognitive Emotion Regulation Strategies Questionnaire (CERQ) and the Farsi version of the Toronto alexithymia scale (FTAS-20). Results revealed that patients with essential hypertension had higher scores in dimensions of self-blame, other-blame, rumination, catastrophizing and had significantly lower scores in positive refocusing and positive reappraisal in comparison with healthy individuals. There were also significant differences between difficulty identifying feelings, difficulty describing feelings and externally oriented thinking between the two groups. It can be concluded that an individuals with essential hypertension are likely to use more maladaptive strategies and score higher in alexithymia. This condition may result in a variety of mental and physical problems.

Keywords: emotion, cognition, hypertension

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه ویژگی‌های راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به فشار خون اساسی و افراد غیر مبتلا بود. به این منظور، از بین بیمارانی که به مراکز بهداشتی شهر ارومیه مراجعه کردند، تعداد ۱۰۰ بیمار مبتلا به فشار خون اساسی انتخاب و با ۱۰۰ نفر غیرمبتلا مقایسه شدند. شرکت‌کنندگان از طریق پرسشنامه‌های راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (CERQ) و نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (FTAS-20) ارزیابی شدند. نتایج پژوهش نشان داد که بیماران با فشار خون اساسی نمره‌های بیشتری در مولفه‌های خودسرزنشگری، دیگرسرنشگری، نشخوارگری، فاجعه‌نمایی و نمره‌های کمتری در تمرکز مجدد مثبت و ارزیابی مجدد مثبت در مقایسه با افراد سالم دارند. هم‌چنین در مولفه‌های دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، تفکر عینی و ناگویی هیجانی بین دو گروه تفاوت معنادار مشاهده شد. براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان بیان کرد که افراد مبتلا به فشار خون اساسی، بیشتر از راهبردهای غیر انطباقی تنظیم هیجان استفاده می‌کنند و نمرات بالایی در ناگویی هیجانی دارند. این شرایط ممکن است با انواعی از پیامدهای مرتبط با سلامت روانی و جسمانی همراه باشد.

واژه‌های کلیدی: هیجان، شناخت، فشار خون

* نشانی پستی نویسنده مسوول: ارومیه، خیابان والفجر ۲، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه علوم تربیتی. پست الکترونیکی: ali_issazadeg@yahoo.com

Received: 19 May 2014 Accepted: 15 Dec 2014

دریافت: ۱۳۹۳/۰۲/۲۹ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۹/۲۴

مقدمه

فشار خون^۱ بالا در حال حاضر از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن (نجفیان و گلستان‌هاشمی، ۱۳۸۸) و سومین علت مرگ و میر در جهان به شمار می‌رود (سازمان جهانی بهداشت^۲، ۲۰۰۶). فشار خون به معنای فشاری است که از طرف خون بر هر واحد سطح از دیواره رگ وارد می‌شود (همت‌خواه، ۱۳۸۴). با این وجود در بیشتر موارد علت بالا بودن فشارخون به سادگی قابل توجیه نیست. فشار خون بالایی که هنوز علت آن ناشناخته است، فشار خون اولیه یا اساسی نامیده می‌شود (مایر و سالمون، ۱۹۸۸). در فشار خون اساسی نمی‌توان یک علت زمینه‌ای بالقوه قابل تصحیح را شناسایی کرد و این مساله هنوز ناشناخته است. این نوع فشار خون، ۹۵ درصد موارد بالا بودن فشار خون را شامل می‌شود (کارترو و اپاریل، ۲۰۰۰). سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۶) تخمین زده است که در حدود ۶۰۰ میلیون نفر فشار خون بالا دارند و سالانه ۵/۷ میلیون نفر در دنیا در نتیجه ابتلا به این بیماری و عوارض ناشی از آن جان خود را از دست می‌دهند. شیوع فشار خون بالا در ایران ۱۱ درصد گزارش شده است (اکبرزاده، حجازی، کوشاور و پزشکیان، ۱۳۸۲) و براساس آمار استخراج شده از پروژه قلب سالم در افراد ۶۵-۳۵ ساله، شیوع فشار خون بالا ۲۳/۲ درصد اعلام شده است (انصاری، مولوی و نشاط‌دوست، ۱۳۸۸).

فشار خون اساسی را ناشی از ترکیب عوامل روانی-فیزیولوژیک دانسته‌اند (الی و موستاردی، ۲۰۰۵). از جمله عوامل روانی-فیزیولوژیک می‌توان به برانگیختگی هیجانی، اضطراب و خشم اشاره کرد. فرامرزی‌نیا و بشارت (۱۳۸۹) گزارش کرده‌اند که بین اضطراب، موقعیت‌های خشم‌انگیز، نگرش خصمانه^۳ و خشم درونی^۴ با فشار خون مزمن رابطه معنادار وجود دارد. یکی از عوامل موثر در رابطه هیجان با فشار خون، راهبردهای تنظیم آنها است. افراد برای تنظیم هیجان‌ها از راهبردهای متفاوتی استفاده می‌کنند که می‌تواند سازش یافته یا سازش نیافتده باشد (واندیلن و کول، ۲۰۰۷). یکی از متداول‌ترین راه‌های تنظیم هیجان استفاده از فرایندهای شناختی است که به وسیله آن اطلاعات ورودی

برانگیزاننده هیجان تحت مهار فرد قرار می‌گیرد (آلداو، نولن-هوکسما و شویزر، ۲۰۱۰). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان^۵، به نحوه تفکر افراد پس از بروز یک تجربه منفی یا واقعه آسیب‌زا اطلاق می‌شود. نتایج پژوهشی حاکی از آن است که افراد مبتلا به فشار خون اساسی بیشتر از راهبردهای غیرموثر استفاده می‌کنند (فرج زاده، کاهنی و سعادت‌جو، ۱۳۸۴) و نگرش ناکارآمدتری دارند (اسماعیلی، علیلو، بخشی‌پور و شریفی، ۱۳۸۸). بر اساس شواهد پژوهشی، هیجان‌ها نقش عمده‌ای در جنبه‌های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای تنش‌زا ایفا می‌کنند (گارفنسکی، ون در کومر، کرایچ، تیردز، لجرستی و همکاران، ۲۰۰۲) و می‌توانند سبب افزایش فشار خون شوند (همت‌خواه، ۱۳۸۴).

پژوهش‌ها نه راهبرد متفاوت تنظیم شناختی هیجان را شناسایی کرده‌اند: خودسرزنشگری^۶، پذیرش^۷، نشخوارگری^۸، تمرکز مجدد مثبت^۹، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی^{۱۰}، ارزیابی مجدد مثبت^{۱۱}، کم‌اهمیت‌شماری^{۱۲}، فاجعه‌نمایی^{۱۳} و دیگرسرزنشگری^{۱۴} (گارفنسکی، کرایچ و اسپینهاون، ۲۰۰۲). شواهد نشان می‌دهند که راهبردهایی مانند نشخوارگری، خودسرزنشگری و فاجعه‌نمایی به طور مثبت با افسردگی و سایر جنبه‌های آسیب‌شناختی همبسته است و در راهبردهایی نظیر ارزیابی مجدد مثبت، این ارتباط منفی است (گارفنسکی، کرایچ و اسپینهاون، ۲۰۰۳). یوسفی (۱۳۸۵) در پژوهش خود نشان داد که راهبردهای تنظیم شناختی خودسرزنشگری، نشخوارگری، ارزیابی مجدد مثبت، فاجعه‌نمایی و دیگرسرزنشگری مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های افسردگی و اضطراب هستند. گارفنسکی، بان و کرایچ (۲۰۰۵) در پژوهشی نشان دادند که بین استرس با خودسرزنشگری، دیگرسرزنشگری، نشخوارگری و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی رابطه مثبت و با تمرکز مجدد مثبت و

5. cognitive emotion regulation strategies
6. self-blame
7. acceptance
8. rumination
9. positive refocusing
10. refocus of planning
11. positive reappraisal
12. putting into perspective
13. catastrophizing
14. other-blame

1. hypertension
2. World Health Organization (WHO)
3. aggressive view
4. internal anger

(فوکونیشی، سورتا، هیرابایاشی و آسواکی، ۲۰۰۱) نیز رابطه دارد. ملامد (۱۹۸۵) در پژوهشی به این نتیجه رسید که افراد مبتلا به فشار خون سیستولی نمرات بالاتری در مقیاس فعالیت هیجانی به دست آوردند. در پژوهش دیگری نشان داده شد که ناگویی هیجانی با دشواری در بیان و ابراز هیجان‌ها همراه بوده و با فشار خون اساسی، شاخص توده بدنی^۷ و سلامت فیزیکی رابطه دارد (جولا، سالمین و ساریجاروی، ۱۹۹۹). این پژوهشگران بر این باورند که ناگویی هیجانی بیان‌گر یک نقص در پردازش شناختی و تنظیم هیجان است. ضعف در توانایی آگاهی و مقابله با هیجان، افراد با ناگویی هیجانی را مستعد فشار دایمی می‌سازد. یکی از عوامل روانی مرتبط با فشار خون اساسی، ناگویی هیجانی است. براساس فرضیه بدتنظیمی^۸، تنظیم نامناسب هیجان با بدتنظیمی سیستم اعصاب خودکار همراه است. یعنی فعال شدن مداوم سیستم اعصاب سمپاتیک که این مساله با عوامل خطر قلبی-عروقی همراه است. یافته‌ها نشان می‌دهد که همبستگی بالایی بین ناگویی هیجانی و نسبت کورتیزول و نوراپی نفرین وجود دارد (گرایب، شوان، بارنو، اسپیتزر، جان و همکاران، ۲۰۱۰).

در پژوهشی نشان داده شد که افراد مبتلا به فشار خون اساسی افرادی مضطرب، نگران، خشن، پرخاشگر و آماده ابتلا به افسردگی هستند و در مقابله با مشکلات بیشتر از سبک‌های هیجان‌مدار^۹ استفاده می‌کنند (علیلو، بخشی‌پور، اسماعیلی و طوفان‌تبریزی، ۱۳۸۹). پژوهشی در زمینه مقایسه ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران جسمانی‌سازی و بیماران اضطرابی با افراد عادی نتایج نشان داد که ناگویی هیجانی به عنوان نوعی نقص در پردازش و تنظیم هیجان‌ها و تاثیرگذار بر نحوه استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان است (بشارت، زاهدی تجریشی و نوربالا، ۱۳۹۲). براساس آنچه که گفته شد به نظر می‌رسد متغیرهای تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی از عوامل تاثیرگذار بر فشار خون اساسی باشند. فشار خون بالا عامل خطری برای بیماری‌های قلبی-عروقی و بیماری‌های کلیوی محسوب می‌شود. براین اساس پژوهش حاضر در صدد آن بود تا راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی را در

ارزیابی مجدد مثبت، رابطه منفی وجود دارد. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به افراد کمک می‌کند تا برانگیختگی و هیجان‌های منفی را تنظیم کنند، اما شیوه تنظیم با رشد یا بروز اختلال‌های روانی رابطه مستقیم دارد (کرایج، پروموم و گارنفسکی، ۲۰۰۲). مشکل در تنظیم هیجان‌ها در نیمی از اختلال‌های محور I و تمامی اختلال‌های محور II اتفاق می‌افتد (گراس، ۱۹۹۹).

افزون بر این، مشکل در تنظیم هیجان‌ها با سطوح پایین سلامت جسمانی و روانی افراد مبتلا به ناگویی هیجانی^۱ مرتبط است. از بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها خودسرزنشگری، دیگرسرزنشگری، پذیرش و فاجعه‌نمایی به عنوان مهم‌ترین متغیرها در پیش‌بینی ناگویی هیجانی شناخته شده‌اند (عیسی‌زادگان و فتح‌آبادی، ۱۳۹۰). ناگویی هیجانی را می‌توان به صورت ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات مبتنی بر هیجان و تنظیم آنها تعریف کرد (تیلور، ۲۰۰۰). ناگویی هیجانی سازه‌ای چند وجهی است که متشکل از دشواری در شناسایی احساسات^۲، دشواری در توصیف احساسات^۳ و سبک شناختی عینی یا تفکر برون‌مدار و عینی^۴ است (تیلور و بگی، ۲۰۰۰). پاندی، ساکسنا و دویی (۲۰۱۱) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که مبتلایان به ناگویی هیجانی در مقایسه با افراد غیر مبتلا، مشکلات سلامتی بیشتری دارند و در تنظیم هیجان‌های خود با مشکلات بیشتری مواجه هستند. هم‌چنین این افراد ظرفیت محدودی در مقابله سازگارانه با شرایط استرس‌زا دارند. به همین دلیل گرایش به رفتارهای ناسالمی مانند تغذیه ناکافی، مصرف الکل و سبک زندگی کم‌تحرک دارند (لاملی، نیلی و برگر، ۲۰۰۷). علاوه بر این، ناگویی هیجانی با تعدادی از بیماری‌های جسمانی از قبیل التهاب مفاصل، ابعاد مرتبط با درد، انواع دیابت، فشار خون اساسی، بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان، بیماری‌های تنفسی، روماتیسم مفاصل و التهاب روده (تیلور، ۲۰۰۰؛ دویی، پاندی و میشر، ۲۰۱۰) رابطه دارد. ناگویی هیجانی با مواردی از اختلالات بالینی از جمله اختلالات خوردن^۵ و اختلال استرس پس از سانحه^۶

1. alexithymia
2. difficulty identifying feelings
3. difficulty describing feelings
4. externally oriented thinking
5. eating disorder
6. post-traumatic stress disorder

7. body mass index (BMI)
8. dysregulation hypothesis
9. emotion-focused styles

به فشار خون نیز تفاوت زیادی بین دو گروه مبتلا (۲۳) در صد) و غیر مبتلا (۲۲ درصد) وجود نداشت.

ابزارسنجش

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۱ (CERQ) یک ابزار خودگزارشی است که توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۷) تدوین شده است. ساختار این پرسشنامه چند بعدی است و جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد بعد از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های ناگوار مورد استفاده قرار می‌گیرد و دارای ۹ زیرمقیاس و ۳۶ ماده است. زیرمقیاس‌های این پرسشنامه شامل خودسرزنشگری، دیگرسرزنشگری، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، کم اهمیت شماری و فاجعه‌نمایی هستند. پاسخ‌های این پرسشنامه در یک پیوستار از ۱ تا ۵ درجه نمره‌گذاری می‌شوند. نمره بیشتر در هر زیرمقیاس نشان‌دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود (بشارت، افقی، آقایی‌ثابت، حبیب‌نژاد، علی‌پور و همکاران، ۱۳۹۲). گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۳) پایایی پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱، راهبردهای منفی ۰/۸۷ و کل پرسشنامه ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. بررسی ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در نمونه ایرانی در بین ۴۷۸ نفر، پایایی بازآزمایی^۲ و همسانی درونی^۳ آن را در حد رضایت‌بخش نشان داد (بشارت و بزازیان، ۱۳۹۲). پایایی بازآزمایی برای فاصله دو تا چهار هفته برای خودسرزنشگری ۰/۷۰، پذیرش ۰/۸۱، نشخوارگری ۰/۷۴، تمرکز مجدد مثبت ۰/۷۷، برنامه‌ریزی ۰/۸۳، ارزیابی مجدد مثبت ۰/۷۶، کم اهمیت شماری ۰/۷۸، فاجعه‌نمایی ۰/۷۲ و برای دیگرسرزنشگری ۰/۸۰ گزارش شده است. ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس‌های پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در دامنه‌ای از ۰/۷۸ تا ۰/۹۳ گزارش شده است که این ضرایب نشانه همسانی درونی رضایت‌بخش این مقیاس هستند. روایی

مبتلایان به فشار خون اساسی و افراد غیر مبتلا بررسی و مقایسه کند. بر این اساس فرضیه‌های پژوهش حاضر این‌گونه طرح شدند: فرضیه اول) بین دو گروه مبتلا به فشار خون اساسی و غیر مبتلا در راهبردهای تنظیم شناختی هیجان تفاوت وجود دارد؛ فرضیه دوم) بین دو گروه مبتلا به فشار خون اساسی و غیر مبتلا در ناگویی هیجانی تفاوت وجود دارد.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش، کلیه بیماران مبتلا به فشار خون اساسی و افراد غیر مبتلا ۴۰ تا ۶۰ سال ساکن ارومیه بودند. تعداد ۱۰۰ نفر (۵۳ زن، ۴۷ مرد) از بین بیمارانی که به مراکز بهداشتی-درمانی شهر ارومیه مراجعه کرده بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. تعداد ۱۰۰ نفر (۴۷ مرد و ۵۳ زن) نیز به عنوان گروه غیرمبتلا از بین همراهان بیماران و کارکنان مراکز پس از هم‌تاسازی با گروه بیمار انتخاب شدند. طبق راهنمای سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۶)، فشار خون در افراد مورد مطالعه به صورت زیر تقسیم‌بندی شد: افراد با فشار خون طبیعی افرادی هستند که فشارخون سیستولی زیر ۱۴۰ mm gh و فشارخون دیاستولی زیر ۹۰ mm gh دارند و هیچ داروی ضد فشارخونی حداقل یک بار در هفته در ۱۲ ماه گذشته مصرف نکرده‌اند. افراد مبتلا به فشار خون بالا افرادی با فشار خون سیستولی بالای ۱۴۰ mm gh و فشارخون دیاستولی بالای ۹۰ mm gh هستند. تشخیص ابتلا به فشار خون اساسی در افراد شرکت‌کننده در پژوهش، براساس نظر پزشک بود. اندازه‌گیری میزان فشار خون سیستولی و دیاستولی، قد و وزن بر عهده پرستاران مراکز بود. هم‌چنین افراد با فشارخون طبیعی نباید به بیماری‌های جسمی و روانی از قبیل نارسایی کلیوی، آسیب‌های عروق مغزی، دیابت، بیماری‌های قلبی-عروقی، افسردگی و سایر موارد مبتلا می‌بودند.

میانگین و انحراف استاندارد سنی در افراد مبتلا به فشار خون اساسی به ترتیب ۵۱/۰۳ و ۴/۷۱ و در افراد غیر مبتلا ۵۰/۱۱ و ۴/۹۳ بود. ۱۰ درصد مبتلایان و ۸ درصد غیرمبتلایان مصرف‌کننده سیگار بودند. از نظر ابتلای خانواده

1. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)
2. test- retest reliability
3. internal consistency

برحسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روانشناختی^۴ و درماندگی روانشناختی^۵ بررسی شده و مورد تایید قرار گرفته است (بشارت، گرنامه‌پور، علی‌پور، افقی، حبیب‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۳).

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان برای هر دو گروه مبتلا و غیر مبتلا، و همچنین نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه را نشان می‌دهد. براساس آزمون لوین و عدم معناداری آن برای تمامی متغیرها ($p > 0/05$)، شرط برابری واریانس‌ها رعایت شده است. با توجه به نتایج جدول ۱، بین دو گروه در مولفه‌های خودسرزنشگری ($F = 104/3, p < 0/01$)، نشخوارگری ($F = 57/07, p < 0/001$)، تمرکز مجدد مثبت ($F = 65/90, p < 0/001$)، ارزیابی مجدد مثبت ($F = 23/26, p < 0/001$)، فاجعه‌نمایی ($F = 48/44, p < 0/001$) و دیگرسرزنشگری ($F = 38/5$) تفاوت وجود دارد. گروه مبتلا به فشار خون اساسی در متغیرهای خودسرزنشگری و دیگرسرزنشگری، فاجعه‌نمایی و نشخوارگری نمرات بالاتری و در مولفه‌های تمرکز مجدد مثبت و ارزیابی مجدد مثبت نمرات پایین‌تری کسب کردند.

محتوایی^۱ نیز بر اساس ضرایب توافق کندال از ۰/۷۳ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (بشارت و بزازیان، ۱۳۹۲؛ بشارت و شهیدی، ۲۰۱۴). با مد نظر قرار دادن روایی همگرا و روایی تشخیصی (افتراقی)^۲، زیرمقیاس‌های نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان به صورت خاص با علایم افسردگی، اضطراب، استرس و شاخص‌های سلامت روانی همبستگی نشان داده است (بشارت و بزازیان، ۱۳۹۲؛ حسنی، ۱۳۸۹).

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو: مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو^۳ (FTAS-20) شامل ۲۰ سوال است که سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و سبک تفکر عینی را براساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. از جمع نمره‌های سه زیرمقیاس، یک نمره کل برای ناگویی هیجانی محاسبه می‌شود. در نسخه فارسی مقیاس، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش شده است که نشان دهنده همسانی درونی خوب مقیاس است (بشارت، ۲۰۰۷). نتایج تحلیل عاملی تاییدی نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در نسخه فارسی مقیاس تایید کردند. روایی همزمان مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو- ۲۰

جدول ۱

میانگین و انحراف استاندارد متغیر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دو گروه و نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه

شاخص / متغیر	افراد مبتلا		افراد غیرمبتلا		معناداری
	M	SD	M	SD	
خودسرزنشگری	۱۲/۴۹	۲/۲۶	۹/۲۳	۲/۲۴	۰/۰۱
پذیرش	۱۲/۴۸	۱/۷۶	۱۲/۳۱	۱/۷۵	۰/۴۶
نشخوارگری	۱۳/۸۴	۲/۴۱	۱۱/۲۱	۲/۴۸	۰/۰۰۱
تمرکز مجدد، مثبت	۱۱/۰۱	۱/۹۲	۱۳/۲۵	۱/۹۷	۰/۰۰۱
تمرکز مجدد، بر برنامه ریزی	۱۳/۴	۲/۳۹	۱۳/۰۲	۲/۴۳	۰/۲۶
ارزیابی مجدد مثبت	۱۱/۳۱	۲/۴۸	۱۳/۱۲	۲/۸۱	۰/۰۰۱
کم اهمیت شماری	۱۱/۶۵	۲/۴۸	۱۱/۷۲	۲/۷۴	۰/۸۵
فاجعه نمایی	۱۳/۹۷	۲/۸۵	۱۱/۴۱	۲/۹۸	۰/۰۰۱
دیگرسرزنشگری	۱۲/۷۹	۳/۱۴	۹/۷۹	۲/۹۵	۰/۰۰۱

4. psychological well-being
5. psychological distress

1. content validity
2. discriminant validity
3. Farsi version of the Toronto Alexithymia Scal-20 (FTAS-20)

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد ناگویی هیجانی و نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه برای دو گروه ارایه شده است. براساس آزمون لوین و عدم معناداری آن برای تمام متغیرها ($p > 0/05$)، شرط برابری واریانس‌ها رعایت شده است. براساس یافته‌های حاصل از جدول ۲، مشخص می‌شود که تفاوت معناداری در متغیر ناگویی هیجانی بین دو گروه ($F = 131/72, p < 0/001$)، دشواری در شناسایی احساسات

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد ناگویی هیجانی و نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه برای دو گروه ارایه شده است. براساس آزمون لوین و عدم معناداری آن برای تمام متغیرها ($p > 0/05$)، شرط برابری واریانس‌ها رعایت شده است. براساس یافته‌های حاصل از جدول ۲، مشخص می‌شود که تفاوت معناداری در متغیر ناگویی هیجانی بین دو گروه ($F = 131/72, p < 0/001$)، دشواری در شناسایی احساسات

جدول ۲

میانگین و انحراف استاندارد متغیر ناگویی هیجانی دو گروه و نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه

معناداری	F	معناداری	آماره لوین	افراد غیرمبتلا		افراد مبتلا		شاخص / متغیر
				M	SD	M	SD	
0/001	131/72	0/38	0/76	49/31	9/20	64/08	9/0	ناگویی هیجانی
0/001	107/01	0/9	0/001	17/38	3/95	23/2	4/0	دشواری در شناسایی
0/001	82/61	0/88	0/02	12/5	2/94	16/32	2/99	دشواری در توصیف
0/001	66/96	0/77	0/08	19/42	4/22	24/57	4/66	تفکر عینی

وندن کومر، ۲۰۰۲). ظرفیت افراد در تنظیم موثر هیجان‌ها، بر شادمانی روانشناختی، جسمانی و بین فردی آنها اثرگذار است (گروس، ۱۹۹۹) و نارسایی در تنظیم هیجان‌ها باعث بروز مشکلات جسمانی مانند بیماری‌های قلبی-عروقی و معده‌ای می‌شود (بگلی، ۱۹۹۴). می‌توان این احتمال را مطرح کرد که نارسایی در تنظیم هیجان‌ها ممکن است باعث بروز مشکلاتی در سلامتی مبتلایان به فشار خون شود که منجر به استفاده آنها از راهبردهای ناسازگارانه می‌شود. سلامت روانی افراد ناشی از تعاملی دو جانبه بین استفاده از انواع خاصی از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و ارزیابی درست از موقعیت تنش‌زا است (گارفنفسکی و همکاران، ۲۰۰۳). استرس‌های مزمن روانشناختی با افزایش فعالیت سیستم سمپاتیک-آدرنالین و افزایش سطوح آدرنالین و نورآدرنالین همراه است و افزایش مزمن آدرنالین منجر به افزایش فشار خون می‌شود (مک‌کارتی، اتکینسون و توماسینو، ۲۰۰۳).

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که مبتلایان به فشار خون اساسی در ناگویی هیجانی کلی و مولفه‌های آن نمرات بالاتری نسبت به گروه دیگر به دست آوردند. این یافته همسو با یافته‌های جولا و همکاران (۱۹۹۹) است که در پژوهش خود نشان دادند افراد مبتلا به فشار خون اساسی نمرات بالاتری نسبت به غیرمبتلایان در مولفه‌های دشواری در

بحث

نتایج پژوهش حاضر بیانگر آن بود که بین مبتلایان به فشار خون اساسی و افراد غیر مبتلا در مولفه‌های خودسرزنشگری و دیگرسرزنشگری، فاجعه‌نمایی، نشخوارگری، ارزیابی مجدد مثبت و تمرکز مجدد مثبت تفاوت معناداری وجود دارد. این یافته‌ها همسو با یافته‌های پژوهشی است که نشان داد بین مبتلایان به فشار خون اساسی و گروه غیر مبتلا در مولفه‌های دیگرسرزنشگری، نشخوارگری، فاجعه‌نمایی و ارزیابی مجدد مثبت تفاوت معنادار وجود دارد، اما بین دو گروه در مولفه‌های خودسرزنشگری و تمرکز مجدد مثبت تفاوتی وجود نداشت (شو، ییکان، جینگ، شوپینگ و زیوژاو، ۲۰۱۱). در تبیین نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، می‌توان گفت که راهبردهای خودسرزنشگری، نشخوارگری، فاجعه‌نمایی و دیگرسرزنشگری از نوع راهبردهای کمتر سازگارانه و راهبردهای پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و کم‌اهمیت شماری نمونه‌ای از راهبردهای سازگارانه‌تر هستند (حسنی، ۱۳۸۹). نتایج پژوهشی نشان می‌دهند افرادی که از راهبردهای ناسازگارانه استفاده می‌کنند، بیشتر در برابر مشکلات هیجانی آسیب‌پذیر هستند (گارفنفسکی، تیردز، کرایچ، لگرستی و

ناگویی هیجانی مانع از به‌کارگیری راهبردهای انطباقی در مقابله با استرس می‌شود (پارکر، تیلور و بگی، ۱۹۹۸). تومیناگاما و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهش خود نشان دادند که ناگویی هیجانی کلی، رابطه منفی با ارزیابی، جستجوی حمایت اجتماعی و حل مساله بهینه دارد. ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات، سازمان عواطف و شناخت‌های فرد را مختل می‌کند. این ناتوانی عاطفه منفی و احتمال استفاده از سبک‌های دفاعی ناکارآمد را افزایش می‌دهد که منجر به مشکلات بین فردی و سلامتی می‌شود (بیلی و هنری، ۲۰۰۷). از سوی دیگر، تنظیم شناختی هیجان اشاره به پردازش شناختی دارد که اطلاعات هیجانی برانگیزاننده را مدیریت می‌کند (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۷).

به‌طور خلاصه، نتایج این پژوهش نشان داد که بین ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و فشار خون اساسی رابطه وجود دارد. پیامدهای نتایج پژوهش حاضر را می‌توان در دو سطح نظری و عملی مورد توجه قرار داد. در سطح نظری، نتایج این بررسی می‌تواند به شناخت بهتر عوامل ایجادکننده فشار خون اساسی کمک کند. یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند نتایج پژوهش‌های پیشین و نظریه‌های مربوط به راهبردهای تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی را با بیماری فشار خون تایید کند و منجر به طرح فرضیه‌های جدیدی شود. در سطح عملی و به‌ویژه بالینی، تهیه برنامه‌های آموزشی مهارت‌های مدیریت و تنظیم هیجان برای افراد مبتلا به فشار خون به همراه با ناگویی هیجانی می‌تواند بر کارآمدی افراد بیافزاید. در برنامه‌های درمانی غیر پزشکی و دارویی مدیریت فشار خون، می‌توان از یافته‌های پژوهش حاضر استفاده کرد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان به جامعه آماری آن اشاره کرد، که به دلیل محدودیت آن، باید در تعمیم نتایج پژوهش به سایر جمعیت‌ها و گروه‌های سنی احتیاط شود. از محدودیت‌های اصلی این پژوهش مقطعی بودن طرح پژوهشی است، که بر این اساس انجام پژوهش‌های مشابه به شیوه طولی، پیشنهاد می‌شود. همچنین به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابهی روی گروه‌های سنی دیگر انجام شود تا راهبردهای تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی در گروه‌های سنی دیگر مورد بررسی قرار گیرد. توصیه می‌شود پژوهش‌های دیگری

شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و سبک تفکر عینی به‌دست آوردند. تادارلو و همکاران (۱۹۹۵) میزان شیوع ناگویی هیجانی را در مبتلایان به فشار خون اساسی ۵۵٪ گزارش کردند. نتایج پژوهش آنها از این دیدگاه که میزان شیوع ناگویی هیجانی در اختلالات روان‌تنی بیشتر دیده می‌شود حمایت کرد. این دیدگاه که ناتوانی در روند تنظیم هیجان و شناخت، استعداد ابتلا به بیماری را تشدید می‌کند با اساس طب روان‌تنی که مدعی است هیجان‌ها و شخصیت ممکن است به طور قابل توجهی بر عملکرد بدن و سلامت جسم تاثیر بگذارد همسو است. افراد با ناگویی هیجانی ظرفیت محدودی در پردازش و تنظیم هیجان دارند. این ظرفیت محدود، از طریق تغییر فعالیت سیستم خودکار، غدد درون‌ریز و سیستم ایمنی باعث آشفتگی در تعادل حیاتی بدن می‌شود (کوجیما، ۲۰۱۲).

پورسلی و همکاران (۲۰۰۳) معتقدند که افراد با ناگویی هیجانی در شناسایی و تمایز بین احساس و تهییج‌های بدنی مربوط به برانگیختگی هیجانی مشکل دارند و از آن‌جا که برانگیختگی هیجانی با برانگیختگی فیزیولوژیکی و احساسات بدنی همراه است، این افراد روی احساس بدنی تمرکز می‌کنند و به تعبیر و تفسیر اشتباه آنها می‌پردازند. در نتیجه ممکن است نشانه‌های بدنی شدیدتری را تجربه کنند و به درمان پاسخ ضعیفی بدهند. از سوی دیگر این افراد ظرفیت محدودی در مقابله سازگارانه با شرایط استرس‌زا دارند. در نهایت این افراد به دلیل نقایص شناختی هیجان‌ها، در دریافت حمایت اجتماعی ناتوان هستند. افراد با ویژگی‌های ناگویی هیجانی نمی‌توانند به خوبی با دیگران ارتباط برقرار کنند و سازگار شوند، بنابراین آمادگی ابتلا به اختلال‌های روانشناختی را دارند (کرمی، زکی‌بی و محبی، ۱۳۹۱).

در مورد رابطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با ناگویی هیجانی، نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های پیشین همسو است (بشارت، ۱۳۸۷؛ شاهقلیان، مرادی و کافی، ۱۳۸۶؛ عیسی‌زادگان و فتح‌آبادی، ۱۳۹۰؛ کرمی و همکاران، ۱۳۹۱). فرض بر این است که مبتلایان به ناگویی هیجانی، بازنمایی^۱ ذهنی از هیجان ندارند که این نقص در بازنمایی، مربوط به ناتوانی در پردازش شناختی هیجان‌ها است (ساسلو و جانگانز، ۲۰۰۲). هم‌چنین ابعاد و ویژگی‌های ساختاری

به منظور شناخت بهتر اثرات آسیب‌زای ناگویی هیجانی و راهبردهای غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجان بر فشار خون

مراجع

- اسماعیلی، م.، علیلو، م.، بخشی‌پور رودسری، ع.، و شریفی، م. ا. (۱۳۸۸). بررسی نگرش‌های ناکارآمد و سبک‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به فشار خون. *مطالعات روانشناختی*، ۵، ۱۳۲-۱۱۷.
- اکبرزاده، ف.، حجازی، ک.، کوشاور، ح.، و پزشکیان، م. (۱۳۸۲). شیوع بیماری‌های قلب و عروق در منطقه شمال غرب تبریز. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، ۵۹، ۱۱-۱۵.
- انصاری، ف.، مولوی، ح.، و نشاط دوست، ح. ط. (۱۳۸۸). تاثیر آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس بر سلامت عمومی بیماران مبتلا به فشار خون بالا. *پژوهش‌های روانشناختی*، ۲۴، ۹۶-۸۱.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۷). نارسایی هیجانی و سبک‌های دفاعی. *مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی*، ۳، ۱۹۰-۱۸۱.
- بشارت، م. ع.، افقی، ز.، آقایی‌ثابت، س. س.، حبیب‌نژاد، م.، پورنقدعلی، ع.، و گرانمایه‌پور، ش. (۱۳۹۲). نقش تعدیل کننده راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین ناگویی هیجانی و مشکلات بین شخصی. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۱۵، ۵۲-۴۳.
- بشارت، م. ع.، زاهدی‌تجربیشی، ک.، و نوربالا، ا. ع. (۱۳۹۲). مقایسه ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران جسمانی‌سازی، بیماران اضطرابی و افراد عادی. *مجله روانشناسی معاصر*، ۱، ۱۶-۳.
- بشارت، م. ع.، گرانمایه‌پور، ش.، پورنقدعلی، ع.، افقی، ز.، حبیب‌نژاد، م.، و آقایی‌ثابت، س. س. (۱۳۹۳). رابطه ناگویی هیجانی و مشکلات بین شخصی: نقش تعدیل کننده سبک‌های دلبستگی. *مجله روانشناسی معاصر*، ۱۷، ۳-۱۶.
- بشارت، م. ع.، و بزازیان، س. (۱۳۹۲). بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه‌ای از جامعه ایرانی. *دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی شهید بهشتی*، ۲۴، ۷۰-۶۱.
- اساسی، در نمونه‌های بالینی و اختلالات روان‌تنی دیگر نیز انجام شود.
- حسینی، ج. (۱۳۸۹). خصوصیات روانسنجی پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان. *مجله روانشناسی بالینی*، ۲، ۷۳-۸۳.
- شاهقلیان، م.، مرادی، ع.، و کافی، س. م. (۱۳۸۶). رابطه آلکسی‌تیمیا با سبک‌های ابراز هیجان و سلامت عمومی در دانشجویان. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۳، ۲۴۸-۲۳۸.
- علیلو، م. م.، بخشی‌پور، ع.، اسماعیلی، م.، و طوفان‌تبریزی، م. (۱۳۸۹). ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای در افراد مبتلا به فشار خون اساسی. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، ۲۲، ۶۶-۶۱.
- عیسی‌زادگان، ع.، و فتح‌آبادی، ج. (۱۳۹۰). نقش راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان و سلامت عمومی در ناگویی خلقی. *روانشناسی تحولی: روانشناسی بالینی*، ۸، ۲۶۹-۲۵۹.
- فرامرزی‌نیا، و بشارت، م. ع. (۱۳۸۹). بررسی رابطه اضطراب و خشم با فشار خون مزمن. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، ۲۰، ۱۴۱-۱۳۶.
- فرج‌زاده، ز.، کاهنی، س.، و سعادتجو، ع. (۱۳۸۴). رابطه سطح تنش با فشار خون بالا و راه‌های مقابله با آن. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، ۲، ۷۸-۷۳.
- کرمی، ج.، زکی‌بی، ع.، و محبی، ز. (۱۳۹۱). رابطه آلکسی‌تیمیا و باورهای مربوط به هیجان با سلامت روان بیماران کلیوی. *روانشناسی سلامت*، ۱، ۲۹-۱۹.
- نجفیان، ج.، و گلستان‌هاشمی، م. (۱۳۸۸). بررسی و مقایسه اثر دو روش بیوفیدبک-آرام‌سازی و آرام‌سازی در کنترل فشار خون در بیماران مبتلا به افزایش فشار خون خفیف. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، ۵۷، ۸۱-۷۶.
- همت‌خواه، ف. (۱۳۸۴). *دایره المعارف پزشکی خانواده*. تهران: انتشارات عصر کتاب.
- یوسفی، ف. (۱۳۸۵). بررسی رابطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با افسردگی و اضطراب در دانش‌آموزان مراکز راهنمایی استعدادهای درخشان. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۴، ۸۹۲-۸۷۱.

References

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta analytic. *Clinical Psychology Review, 30*, 217-237.
- Bailey, P., & Henry, J. D. (2007). Alexithymia, somatization and negative affect in a community sample. *Psychiatry Research, 50*, 13-20.
- Begley, T. M. (1994). Expressed and suppressed anger as predictors of health complaints. *Journal of Organizational Behavior, 15*, 503-516.
- Besharat, M. A. (2007). Reliability and factorial validity of a Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports, 101*, 209-220.
- Besharat, M. A., & Shahidi, V. (2014). Mediating role of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between attachment style and alexithymia. *European Journal of Psychology, 10*, 352-362.
- Carretero, O. A., & Oparil, S. (2000). Essential hypertension: Definition and etiology. *Circulation is published by the American Heart Association, 101*, 329-335.
- Dubey, A., Pandey, R., & Mishra, K. (2010). Role of emotion regulation difficulties and positive/negative affectivity in explaining alexithymia-health relationship an overview. *Journal of Social Science Research, 7*, 20-31.
- Ely, D., L. & Mostardi, R. (2005). The effects of recent life events stress, life assets and temperant pattern on cardiovascular risk factors for Akorn city police officers. *Journal of Human Stress, 17*, 155-162.
- Fukunishi, I., Tsuruta, T., Hirabayashi, N., & Asuaki, N. (2001). Association of alexithymic characteristics and posttraumatic stress responses following medical treatment for children with refractory hematological diseases. *Psychological Reports, 89*, 527-234.
- Garnefski, N., Baan, N., & Kraaij, V. (2005). Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who fell victim to the foot-and-mouth crisis. *Personality and Individual Differences, 38*, 1317-1327.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2002). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences, 30*, 1311-1327.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2003). *CERQ: Manual for the use of Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*. Leiderdorp, Netherlands: DATEC.
- Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., & Van den Kommer, T. (2002). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. *Personality and Individual Differences, 25*, 603-611.
- Garnefski, N., Van-Der-Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Tein, E. O. (2007). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: Comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European Journal of Personality, 16*, 403-420.
- Grabe, H. J., Schwahn, C., Barnow, S., Spitzer, C., John, U., Felix, S., et al. (2010). Alexithymia, hypertension and subclinical atherosclerosis in the general population. *Journal of Psychosomatic Research, 68*, 139-147.
- Gross, J. J. (1999). Emotion and emotion regulation. In O. P. John, R. W. Robin & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality theory and research* (pp. 525-552). New York: Guilford Press.
- Jula, A., Salminen, J. K., & Saarijarvi, S. (1999). Alexithymia: A facet of essential hypertension. *Hypertension, 33*, 1057-1061.
- Kojima, M. (2012). Alexithymia as a prognostic risk factor for health problems: A brief review of epidemiological. *Biopsychosocial Medicine, 6*, 1-9.
- Kraaij, V., Pruyboom, E., & Garnefski, N. (2002). Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: A longitudinal study. *Aging Mental Health, 4*, 275-81.
- Lumley, M. A., Neely, L. C., & Burger, A. J. (2007). The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *Journal of Personality Assessment, 89*, 230-246.
- Mayer, R. G., & Salmon, P. (1988). *Abnormal psychology*. Masachosett: Allyn and Bacon Inc.
- Mccarty, R., Atkinson, M., & Tomasino, D. (2003). Impact of a workplace stress reduction program on blood pressure and

- emotional health in hypertensive employees. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9, 355-369.
- Melamed, S. (1985). Emotional reactivity and elevated blood pressure. *Psychosomatic Medicine*, 49, 217-225.
- Pandey, P., Saxena, P., & Dubey, A. (2011). Emotion regulation difficulties in alexithymia and mental health. *Europe's Journal of Psychology*, 7, 604-623.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (1998). Alexithymia: Relationship with ego defense and coping styles. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 91-98.
- Porcelli, P., Bagby, R. M., Taylor, G. J., De Carne, M., Leandro, G., & Todarello, O. (2003). Alexithymia as predictor of treatment outcome in patients with functional gastrointestinal disorders. *Psychosomatic Medicine*, 65, 911-918.
- Shu, D., Yiqun, L., Jing, X., Shuiping, Z., & Xiogzhao, Z. (2011). Emotion regulation questionnaire in hypertensive patients. *Journal of Central South University*, 36, 532-538.
- Suslow, T., & Junghanns, K. (2002). Impairments of emotion situation priming in alexithymia. *Personality & Individual Differences*, 32, 541-550.
- Taylor, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 134-142.
- Taylor, G. J., & Bagby, M. (2000). An overview of the alexithymia construct. In R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence* (pp. 263-276). San Francisco: Jossey-Bass.
- Todarello, O., Taylor, G. J., Parker, J. D., & Fanelli, M. (1995). Alexithymia in essential hypertensive and psychiatric outpatients: A comparative study. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 987-994.
- Tominaga, T., Choi, H., Nagoshi, Y., Wada, Y., & Fukui, K. (2013). Relationship between alexithymia and coping strategies in patients with somatoform disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 55-62.
- Van Dillen, L. F., & Kool, S. L. (2007). Clearing the mind: A working memory model of distraction from negative emotion. *Emotion*, 7, 715-723.
- World Health Organization. (2006). *Cause of death*. Center for Global Into Regional Studies (CGIRS) at the University of California Santa C. 120-140.

Archive