

## فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز

سال سوم شماره ۱۰ تابستان ۱۳۸۷

### رابطه نارسایی هیجانی با اضطراب، افسردگی، درماندگی روانشناختی و بهزیستی روانشناختی

دکتر محمدعلی بشارت - استاد دانشگاه تهران

چکیده:

در این پژوهش رابطه بین نارسایی هیجانی با اضطراب، افسردگی، درماندگی و بهزیستی روانشناختی در یک نمونه دانشجویی مورد بررسی قرار گرفت. هدف اصلی پژوهش حاضر مطالعه نوع رابطه نارسایی هیجانی و مؤلفه‌های آن شامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی با بهزیستی روانشناختی، درماندگی روانشناختی، اضطراب و افسردگی بود. سید و شش دانشجو (۱۲۶ پسر و ۱۷۰ دختر) از رشته‌های مختلف دانشگاه تهران در این پژوهش شرکت کردند. از آزمودنی‌ها خواسته شد نسخه فارسی "مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو-۲۰-FTAS"، "مقیاس سلامت روانی-MHI"، "مقیاس اضطراب بک-BAI" و "مقیاس افسردگی بک-BDI" را تکمیل کنند. برای تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌ها و روش‌های آماری شامل فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، آزمون تحلیل واریانس چند متغیره، ضرایب همبستگی و تحلیل رگرسیون استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین نارسایی هیجانی و مؤلفه‌های آن با بهزیستی روانشناختی رابطه منفی معنادار و با درماندگی روانشناختی، اضطراب و افسردگی رابطه مثبت معنادار وجود دارد. بر اساس یافته‌های این پژوهش، نارسایی هیجانی و زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات می‌توانند تغییرات مربوط به بهزیستی روانشناختی، درماندگی روانشناختی، اضطراب و افسردگی را پیش‌بینی کنند. زیرمقیاس تفکر عینی فقط توانست تغییرات مربوط به اضطراب را به صورت معنادار پیش‌بینی نماید. براساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که نارسایی هیجانی با شاخص‌های آسیب‌پذیری روانشناختی و بهزیستی روانشناختی همبستگی دارد. نتایج و پیامدهای پژوهش در این مقاله تشریح و تبیین خواهند شد.

**واژه‌های کلیدی:** نارسایی هیجانی (ناگویی خلقی)، اضطراب، افسردگی، درماندگی روانشناختی، بهزیستی روانشناختی.

سیفنوس (۱۹۷۳) اصطلاح نارسایی هیجانی (ناگویی خلقی)<sup>۱</sup> را نخستین بار به عنوان ویژگی اصلی بیماران مبتلا به اختلال‌های روان‌تنی<sup>۲</sup> معرفی کرد. میزان توانمندی افراد در تمایز بین احساسات خود و توصیف آنها برای دیگران متفاوت است. شاخص این تفاوت، نارسایی هیجانی نامیده شده است. نارسایی هیجانی، ناتوانی در پردازش شناختی<sup>۳</sup> اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها<sup>۴</sup> (بگی و تیلور، ۱۹۹۷؛ تیلور، ۲۰۰۰؛ تیلور و بگی، ۲۰۰۰؛ لین، آهرن، شوارتز و کاسنیاک، ۱۹۹۷)، سازه‌ای است چندوجهی متشکل از دشواری در شناسایی احساسات<sup>۵</sup> و تمایز بین احساسات و حس‌های بدنی مربوط به انگیزتگی هیجانی؛ دشواری در توصیف احساسات<sup>۶</sup> برای دیگران؛ قدرت تجسم محدود که با قلت خیالپردازی‌ها مشخص می‌شود؛ سبک‌شناختی عینی (غیرتجسمی)، عمل‌گرا و واقعیت‌مدار یا تفکر عینی<sup>۷</sup> (تیلور و بگی، ۲۰۰۰؛ سیفنوس، ۲۰۰۰). افراد مبتلا به نارسایی هیجانی، حس‌های بدنی<sup>۸</sup> بهنجار را بزرگ می‌کنند، نشانه‌های بدنی انگیزتگی هیجانی<sup>۹</sup> را بد تفسیر می‌کنند، درماندگی هیجانی<sup>۱۰</sup> را از طریق شکایت‌های بدنی<sup>۱۱</sup> نشان می‌دهند، و در اقدامات درمانی نیز به دنبال درمان نشانه‌های جسمانی هستند (تیلور، پارکر، بگی و اکلین، ۱۹۹۲).

رابطه بین نارسایی هیجانی با افسردگی (بج، بچ، بچومر و ناتزینگر، ۱۹۹۴؛ بگی، تیلور و رایان، ۱۹۸۶؛ پارکر، بگی و تیلور، ۱۹۹۱؛ تیلور، پارکر، بگی و اکلین، ۱۹۹۲؛ ساریجاروی، سالمین و تویکا، ۲۰۰۱؛ کالان و واتسون، ۲۰۰۳؛ کوهن، آلد و بروکر، ۱۹۹۴؛ مارچسی، بروسامونتی و ماگینی، ۲۰۰۰؛ وایس، جانی، کاس، سونشین و مان، ۱۹۸۸؛ هاویلند، هندریکس شاو و هنری، ۱۹۹۴؛ هندریکس، هاویلند و شاو، ۱۹۹۱؛ هونکالامی، هینتیکا، سطارنین، لتون و وینمکی)، اضطراب (بگی، تیلور و رایان،

1- alexithymia

3- cognitive processing

5- difficulty identifying feelings

7- externally oriented thinking

9- emotional arousal

11- bodily complaints

2- psychosomatic disorders

4- regulation of emotions

6- difficulty describing feelings

8- bodily sensations

10- emotional distress

۱۹۸۶؛ پارکر، تیلور، بگبی و اکلین، ۱۹۹۳؛ زیتلین و مک نالی، ۱۹۹۳؛ کوکس، سوینسون، شولمن و بوردو، ۱۹۹۵؛ مارچسی، بروسامونتی و ماگینی، ۲۰۰۰) و شماری دیگر از اختلال‌های روانی و بدنی (برای مثال، اشمیت، جیوانی و ترژر، ۱۹۹۳؛ بیچ و بیچ، ۱۹۹۵؛ بانکیر، ایگنر و بیچ، ۲۰۰۱؛ بگبی، تیلور و پارکر، ۱۹۹۴؛ پارکر، تیلور، بگبی و اکلین، ۱۹۹۳؛ تیلور و بگبی، ۲۰۰۴؛ تیلور، بگبی و پارکر، ۱۹۹۷؛ دیری، اسکات و ویلسون، ۱۹۹۷؛ ریچاردز، فورچون، گریفیتس و مین، ۲۰۰۵) در مطالعات بسیاری مورد تأیید قرار گرفته است.

مقایسهٔ بیماران افسرده و مضطرب با افراد بهنجار نشان داده است که نمرهٔ نارسایی هیجانی کلی بیماران افسرده و مضطرب به صورت معنادار بیش از نمرهٔ نارسایی هیجانی کلی افراد بهنجار است (ساریجاروی، سالمینن و تویکا، ۲۰۰۱؛ مارچسی، بروسامونتی و ماگینی، ۲۰۰۰). در زیرمقیاس‌های نارسایی هیجانی، بیماران افسرده و مضطرب مشکلاتشان در زمینهٔ شناسایی هیجان‌ها بیش از افراد بهنجار بود، بیماران افسرده در توصیف هیجان‌ها از بیماران مضطرب و افراد بهنجار مشکلات بیشتری داشتند، و در زمینهٔ تفکر عینی تفاوتی بین گروه‌ها مشاهده نشد (مارچسی، بروسامونتی و ماگینی، ۲۰۰۰). البته این یافته‌ها به صورت هماهنگ در پژوهش‌های دیگر (برای مثال، بیچ و همکاران، ۱۹۹۴) مورد تأیید قرار نگرفته است. به همین دلیل، اختلاف نظر در مورد این که آیا نارسایی هیجانی فرد را مستعد اختلال‌های روانشناختی می‌کند یا که نارسایی هیجانی خود واکنشی است علیه آگاهی نسبت به هیجان‌های شدید این اختلال‌ها، ادامه دارد (مارچسی، بروسامونتی و ماگینی، ۲۰۰۰).

در عین حال که بعضی از یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که نارسایی هیجانی فرد را برای ابتلاء به اختلال‌های افسرده‌وار<sup>۱</sup> (فیش، ۱۹۸۹)، اختلال‌های اضطرابی<sup>۲</sup>، مخصوصاً اختلال وحشتزدگی<sup>۳</sup> (پارکر، تیلور، بگبی و اکلین، ۱۹۹۳؛ زیتلین و مک نالی،

1- depressive disorders  
3- panic disorder

2- anxiety disorders

۱۹۹۳) و سایر اختلال‌های روانی و بدنی (لاملی، استنتر و وهرمر، ۱۹۹۶؛ هاویلند، هندریکس شاو و هنری، ۱۹۹۴) آماده می‌سازد، بعضی از یافته‌ها برعکس نشان داده‌اند که نارسایی هیجانی، عواطف دردناک را در بیماران مبتلا به اختلال‌های روانی و بدنی کاهش می‌دهد (وایس، مان، میچل، ریونیاک و هیل، ۱۹۹۰؛ هاویلند، شاو، کامینگز و مک موری، ۱۹۸۸).

دوگاخت و همکاران (۲۰۰۴) معتقدند که نارسایی هیجانی به منزله عامل آسیب‌پذیری، فرد را برای تجربه عواطف منفی (درماندگی روانشناختی) و ناتوانی در تجربه عواطف مثبت (فقدان بهزیستی روانشناختی) مستعد می‌سازد. نارسایی هیجانی، به دلیل اهمیت بالینی و نظری، همچنان در زمینه‌های مختلف نیازمند بررسی و پژوهش است. به دلیل این که تا کنون پژوهشی در این زمینه در نمونه‌های ایرانی انجام نشده است، این پژوهش اکتشافی محسوب می‌شود و اهمیتی مضاعف می‌یابد. بر این اساس، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی رابطه نارسایی هیجانی و مؤلفه‌های آن شامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی با بهزیستی روانشناختی، درماندگی روانشناختی، اضطراب و افسردگی بود. با توجه به ملاحظات نظری مربوط به نارسایی هیجانی و یافته‌های پژوهشی، فرضیه‌های این پژوهش به شرح زیر بررسی شدند: ۱- نارسایی هیجانی و مؤلفه‌های آن با بهزیستی روانشناختی رابطه منفی دارد؛ ۲- نارسایی هیجانی و مؤلفه‌های آن با درماندگی روانشناختی رابطه مثبت دارد؛ ۳- نارسایی هیجانی و مؤلفه‌های آن با اضطراب رابطه مثبت دارد؛ ۴- نارسایی هیجانی و مؤلفه‌های آن با افسردگی رابطه مثبت دارد.

## روش

### جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی سال تحصیلی ۱۳۸۴-۸۵ دانشگاه تهران بودند. سصد و چهل دانشجو (۱۹۰ دختر، ۱۵۰ پسر) از

رشته‌های مختلف تحصیلی در حوزه‌های علوم انسانی، علوم پایه، پزشکی، فنی و هنر به صورت در دسترس و داوطلب در این پژوهش شرکت کردند. پس از جلب مشارکت آزمودنی‌ها، نسخه فارسی "مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو-۲۰-FTAS"<sup>۱</sup> "مقیاس سلامت روانی-MHI"<sup>۲</sup>، "مقیاس اضطراب بک-BAI"<sup>۳</sup> و "مقیاس افسردگی بک-BDI"<sup>۴</sup> در مورد دانشجویان به صورت گروهی در کلاس درس اجراء شد. تعداد ۳۴ آزمودنی به دلیل پاسخ ناقص به پرسشنامه‌ها از تحلیل‌های آماری کنار گذاشته شدند و بدین ترتیب نمونه نهایی مورد پژوهش به ۳۰۶ دانشجو (۱۳۶ پسر و ۱۷۰ دختر) تقلیل یافت. میانگین سنی کل آزمودنی‌ها ۲۱/۸ سال با دامنه ۱۸ تا ۲۹ سال و انحراف استاندارد ۲/۵۴، میانگین سن دانشجویان دختر ۲۱/۴ سال با دامنه ۱۸ تا ۲۶ سال و انحراف استاندارد ۲/۱۴ و میانگین سن دانشجویان پسر ۲۲/۳۵ سال با دامنه ۱۸ تا ۲۹ سال و انحراف استاندارد ۲/۸۰ بود.

### ابزار های اندازه‌گیری

مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو-۲۰ (FTAS) - مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو (بگبی، پارکر و تیلور، ۱۹۹۴) یک آزمون ۲۰ سؤالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر عینی را در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. یک نمره کل نیز از جمع نمره‌های سه زیرمقیاس برای نارسایی هیجانی کلی محاسبه می‌شود. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو-۲۰ در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است (پارکر، تیلور و بگبی، ۲۰۰۱، ۲۰۰۳؛ پالمر، گیگانس، مانوکا و سیو، ۲۰۰۴؛ پندی، مندال، تیلور و پارکر، ۱۹۹۶؛ تیلور و بگبی، ۲۰۰۰). در نسخه فارسی مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو-۲۰ (بشارت، ۲۰۰۷)، ضرایب آلفای کرونباخ در

1- Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale-20 2- Mental Health Inventory

3- Beck Anxiety Inventory

4- Beck Depression Inventory

در توصیف احساسات، و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی<sup>۱</sup> خوب مقیاس است. پایایی بازآزمایی<sup>۲</sup> مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو-۲۰ در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از  $r=0/80$  تا  $r=0/87$  برای نارسایی هیجانی کل و زیرمقیاس‌های مختلف تأیید شد. روایی همزمان<sup>۳</sup> مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو-۲۰ بر حسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی<sup>۴</sup>، بهزیستی روانشناختی<sup>۵</sup> و درماندگی روانشناختی<sup>۶</sup> بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس نارسایی هیجانی کل با هوش هیجانی ( $r=0/80, P<0/001$ )، بهزیستی روانشناختی ( $r=0/78, P<0/001$ ) و درماندگی روانشناختی ( $r=0/44, P<0/001$ ) همبستگی معنادار وجود دارد. ضرایب همبستگی بین زیرمقیاس‌های نارسایی هیجانی و متغیرهای فوق نیز معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی تأییدی<sup>۷</sup> نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر عینی را در نسخه فارسی مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو-۲۰ تأیید کردند (بشارت، ۲۰۰۷).

مقیاس سلامت روانی-مقیاس سلامت روانی (ویت و ویر، ۱۹۸۳) یک آزمون ۳۴ سؤالی است و دو وضعیت بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ می‌سنجد. حداقل نمره آزمودنی در زیرمقیاس‌های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب ۱۴ و ۲۰ و حداکثر نمره آزمودنی در همین زیرمقیاس‌ها به ترتیب ۶۰ و ۱۰۰ خواهد بود. در فرم فارسی این مقیاس که در نمونه‌ای متشکل از یکصد و شصت دانشجوی دانشگاه‌های تهران و علم و

1- internal consistency

3- concurrent validity

5- psychological well-being

7- confirmatory factor analysis

2- test-retest reliability

4- emotional intelligence

6- psychological distress

صنعت ایران در دو گروه بیمار ( $n=۸۰$ ; ۵۰ دختر، ۳۰ پسر) و بهنجار ( $n=۸۰$ ; ۵۰ دختر، ۳۰ پسر) اجرا شد، ضرایب آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی برای نمره آزمودنی‌های بهنجار به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۸ و برای نمره آزمودنی‌های بیمار به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۹ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس می باشند. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بهنجار ( $n=۳۰$ ) در دو نوبت با فاصله دو هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب  $r=۰/۸۹$  و  $r=۰/۸۷$  و در سطح  $P<۰/۰۰۱$  معنادار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش مقیاس می‌باشد. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بیمار ( $n=۳۰$ ) نیز در دو نوبت با فاصله یک تا دو هفته برای ارزیابی پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب  $r=۰/۷۷$  و  $r=۰/۸۲$  و در سطح  $P<۰/۰۰۱$  معنادار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش مقیاس می‌باشد. روایی همزمان مقیاس سلامت روانی از طریق اجرای همزمان پرسشنامه سلامت عمومی<sup>۱</sup> (گلدبرگ، ۱۹۷۲، ۱۹۸۸) در مورد همه آزمودنی‌های دو گروه محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کلی آزمودنی‌ها در پرسشنامه سلامت عمومی با زیرمقیاس بهزیستی روانشناختی همبستگی منفی معنادار ( $r=-۰/۸۵$ ،  $P<۰/۰۰۱$ ) و با زیر مقیاس درماندگی روانشناختی همبستگی مثبت معنادار ( $r=۰/۸۶$ ،  $P<۰/۰۰۱$ ) وجود دارد. این نتایج روایی همزمان مقیاس سلامت روانی را تأیید می‌کنند. روایی تفکیکی مقیاس سلامت روانی از طریق مقایسه نمره‌های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت (بشارت، ۱۳۸۵).

مقیاس اضطراب بک-این مقیاس یک آزمون ۲۱ سوالی است که شدت نشانه‌های اضطراب را در اندازه‌های چهار درجه‌ای لیکرت از ۰ تا ۶۳ می‌سنجد. این مقیاس با هدف

1- General Health Questionnaire

سنجش شدت نشانه‌های اضطراب و کاهش همپوشی با نشانه‌های افسردگی ابداع شده و مشخصه‌های روان‌سنجی آن شامل پایایی و روایی مورد تأیید قرار گرفته است (بشارت، ۱۳۸۱؛ بک، اپستین، براون و استیر، ۱۹۸۸؛ بک و استیر، ۱۹۹۳).

مقیاس افسردگی بک- این مقیاس یک آزمون ۲۱ سوالی است که شدت نشانه‌های افسردگی را در اندازه‌های چهار درجه‌ای لیکرت از نمره ۰ تا ۶۳ می‌سنجد. این مقیاس یکی از ابزارهای معتبر برای سنجش شدت نشانه‌های افسردگی محسوب می‌شود و پایایی و اعتبار آن در پژوهش‌های متعدد تأیید شده است (بک، استیر و گاربین، ۱۹۸۸؛ بک، راش، شاو و امری، ۱۹۷۹).

#### یافته‌ها

جدول ۱ مشخصه‌های آماری آزمودنی‌ها را بر حسب نمره‌های نارسایی هیجانی، سلامت روانی، اضطراب و افسردگی به تفکیک در مورد دانشجویان دختر و پسر نشان می‌دهد.

جدول (۱) میانگین و انحراف معیار نمره‌های دانشجویان بر حسب نارسایی هیجانی، سلامت روانی، اضطراب و افسردگی

دختر		پسر		گروه/ مقیاس متغیر
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۱۳/۰۷	۴۴/۵۴	۱۳/۰۳	۴۳/۰۹	نارسایی هیجانی (نمره کل)
۵/۰۱	۱۵/۳۲	۴/۶۱	۱۴/۸۶	دشواری در شناسایی احساسات
۳/۳۵	۱۰/۵۲	۳/۳۳	۱۰/۱۳	دشواری در توصیف احساسات
۶/۳۹	۱۸/۱۵	۶/۸۰	۱۷/۹۳	تفکر عینی
۱۱/۲۸	۵۲/۲۰	۱۱/۸۵	۵۰/۶۴	بهبودی روانشناختی
۱۹/۹۶	۵۸/۴۹	۱۸/۰۴	۵۵/۱۲	درماندگی روانشناختی
۲/۳۰	۱۰/۳۰	۲/۲۰	۱۰/۱۰	اضطراب
۲/۴۲	۱۱/۵۰	۲/۴۹	۱۰/۹۵	افسردگی



برای تحلیل داده‌ها و آزمودن فرضیه‌های پژوهش، ابتدا نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره برای مقایسه دانشجویان دختر و پسر در مورد نمره‌های نارسایی هیجانی، سلامت روانی، اضطراب و افسردگی محاسبه شد. خلاصه نتایج تحلیل واریانس (جدول ۲) نشان داد که دانشجویان دختر و پسر در هیچ‌یک از مقیاس‌های مورد بررسی با هم تفاوت معنادار نداشتند. به همین دلیل ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش برای آزمودنی‌های دختر و پسر روی هم انجام شد.

جدول (۲) نتایج آزمون تحلیل واریانس برای مقایسه آزمودنی‌ها برحسب نمره‌های نارسایی هیجانی، بهزیستی روانشناختی، درماندگی روانشناختی، اضطراب و افسردگی (درجه آزادی= ۱)

معناداری	F	میانگین مجذورها	شاخص متغیر
۰/۳۳۵	۰/۹۳۴	۱۵۹/۱۷	نارسایی هیجانی (نمره کل)
۰/۴۰۱	۰/۷۰۹	۱۶/۶۲	دشواری در شناسایی احساسات
۰/۳۱۲	۱/۰۲۶	۱۱/۴۷	دشواری در توصیف احساسات
۰/۷۶۶	۰/۰۸۸	۳/۸۲	تفکر عینی
۰/۲۴۱	۱/۳۷۹	۱۸۳/۵۹	بهزیستی روانشناختی
۰/۱۲۷	۲/۳۴۲	۸۵۷/۶۲	درماندگی روانشناختی
۰/۲۴۱	۱/۳۸۳	۷/۰۶	اضطراب
۰/۰۵۳	۳/۷۸	۲۲/۸۵	افسردگی

نتایج آزمون همبستگی پیرسون در جدول شماره ۳ نشان داده شده است. بر اساس داده‌های این جدول، نارسایی هیجانی و زیرمقیاس‌های آن با بهزیستی روانشناختی همبستگی مثبت معنادار دارند (تأیید فرضیه اول پژوهش) و با درماندگی روانشناختی، اضطراب و افسردگی همبستگی منفی معنادار دارند (تأیید فرضیه‌های دوم، سوم و چهارم پژوهش).

جدول (۳) ضرایب همبستگی پیرسون بین نمره‌های دانشجویان در مورد نارسایی هیجانی، بهزیستی روانشناختی، درماندگی روانشناختی، اضطراب و افسردگی

متغیر	بهزیستی روانشناختی	درماندگی روانشناختی	اضطراب	افسردگی
نارسایی هیجانی (نمره کل)	۰/۵۱۶**	۰/۴۷۵**	۰/۴۸۳**	۰/۵۱۳**
دشواری در شناسایی احساسات	۰/۲۹۴**	۰/۳۳۲**	۰/۳۷۴**	۰/۳۶۸**
دشواری در توصیف احساسات	۰/۴۹۱**	۰/۴۴۹**	۰/۴۶۳**	۰/۴۹۷**
تفکر عینی	۰/۵۱۴**	۰/۴۲۵**	۰/۳۸۱**	۰/۴۴۸**

\*\*  $\alpha = 0.01$

سپس رابطه نارسایی هیجانی و زیرمقیاس‌های آن به عنوان متغیرهای پیش‌بین و بهزیستی روانشناختی، درماندگی روانشناختی، اضطراب و افسردگی به عنوان متغیرهای ملاک در معادله رگرسیون به صورت همزمان تحلیل شد. نتایج تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون بین نارسایی هیجانی و بهزیستی روانشناختی در جدول ۴ ارائه شده است. براساس این نتایج، میزان F مشاهده شده معنادار است ( $P < 0.001$ ) و ۳۰٪ واریانس مربوط به بهزیستی روانشناختی به وسیله نارسایی هیجانی تبیین می‌شود ( $R^2 = 0.301$ ). ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش‌بین نشان می‌دهند که نارسایی هیجانی و زیرمقیاس‌های آن می‌توانند واریانس بهزیستی روانشناختی دانشجویان را به صورت معنادار تبیین کنند. ضرایب تأثیر نارسایی هیجانی کلی ( $B = -1.600$ ) و دشواری در شناسایی احساسات ( $B = 0.555$ ) با توجه به آماره‌های t نشان می‌دهد که این دو متغیر با اطمینان ۹۹٪ می‌توانند تغییرات مربوط به بهزیستی روانشناختی را پیش‌بینی کنند.

جدول (۴) خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون بهزیستی روانشناختی بر نارسایی هیجانی

SE	R <sup>۲</sup>	R	P	F	Ms	df	SS	مدل / شاخص
۹/۷۱۶	۰/۳۰۱	۰/۵۴۹	۱/۰۰۰	۳۲/۴۴	۳۰۶۲/۹۸۵	۴	۱۲۲۵۱/۹۴۰	رگرسیون
					۹۴/۴۱	۳۰۱	۲۸۴۱۸/۵۰۸	باقیمانده

P	t	Beta	SEB	B	متغیر / شاخص
۰/۰۰۲	-۳/۱۷۸	-۱/۶۰۰	۰/۴۴۵	-۱/۴۱۶	نارسایی هیجانی (نمره کل)
۰/۰۱۳	۲/۵۱۰	۰/۵۵۵	۰/۵۲۷	۱/۳۲۳	دشواری در شناسایی احساسات
۰/۰۸۸	۱/۷۱۰	۰/۳۴۸	۰/۷۰۴	۱/۲۰۳	دشواری در توصیف احساسات
۰/۱۸۰	۱/۳۴۲	۰/۳۷۰	۰/۴۸۴	۰/۶۵۰	تفکر عینی

نتایج تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون بین نارسایی هیجانی و درماندگی روانشناختی در جدول ۵ ارائه شده است. بر اساس این نتایج، میزان F مشاهده شده معنادار است ( $P < ۰/۰۰۱$ ) و  $۰/۲۳$  واریانس مربوط به درماندگی روانشناختی به وسیله نارسایی هیجانی تبیین می‌شود ( $R^2 = ۰/۲۳۹$ ). ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش‌بین نشان می‌دهند که نارسایی هیجانی و زیرمقیاس‌های آن می‌توانند واریانس درماندگی روانشناختی دانشجویان را به صورت معنادار تبیین کنند. ضرایب تأثیر نارسایی هیجانی کلی ( $B = ۱/۵۷۴$ ) و دشواری در شناسایی احساسات ( $-۰/۴۶۹$ ) -  $B =$  با توجه به آماره‌های t نشان می‌دهد که این دو متغیر با اطمینان  $۰/۹۹$  می‌توانند تغییرات مربوط به درماندگی روانشناختی را پیش‌بینی کنند.

جدول (۵) خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون درماندگی روانشناختی بر نارسایی هیجانی

شاخص	مدل	SS	df	Ms	F	P	R	R <sup>2</sup>	SE
رگرسیون		۳۵۸	۴	۷۶۰۹/۰۸۹	۲۳/۶۶	/۰۰۰	۰/۴۸۹	۰/۲۳۹	۱۶/۸۳
		۲۶۸۳۶							
باقیمانده		۶۳۹	۳۰۱	۲۸۳/۴۹					
		۸۵۳۳۰							

شاخص	متغیر	B	SEB	Beta	t	P
نارسایی هیجانی (نمره کل)		۲/۳۱۲	۰/۷۷۲	۱/۵۷۴	۲/۹۹۵	۰/۰۰۳
دشواری در شناسایی احساسات		-۱/۸۵۷	۰/۹۱۴	-۰/۴۶۹	-۲/۰۳۲	۰/۰۴۳
دشواری در توصیف احساسات		-۱/۸۷۸	۱/۲۱۹	-۰/۳۲۸	-۱/۵۴۱	۰/۱۲۴
تفکر عینی		-۱/۴۱۸	۰/۸۳۹	-۰/۴۸۶	-۱/۶۹۱	۰/۰۹۲

نتایج تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون بین نارسایی هیجانی و اضطراب در جدول ۶ ارائه شده است. براساس این نتایج، میزان F مشاهده شده معنادار است ( $P < ۰/۰۰۱$ ) و  $R^2 = ۰/۲۸$  ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش‌بین نشان می‌دهند که نارسایی هیجانی و زیرمقیاس‌های آن می‌توانند واریانس اضطراب دانشجویان را به صورت معنادار تبیین کنند. ضرایب تأثیر نارسایی هیجانی کلی ( $B = ۲/۵۹۲$ )، دشواری در شناسایی احساسات ( $B = -۰/۹۲۶$ ) و تفکر عینی ( $B = -۱/۲۲۷$ ) با توجه به آماره‌های t نشان می‌دهد که این سه متغیر با اطمینان ۹۹٪ می‌توانند تغییرات مربوط به اضطراب را پیش‌بینی کنند.

جدول (۶) خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون اضطراب بر نارسایی هیجانی

SE	R <sup>۲</sup>	R	P	F	Ms	df	SS	مدل / شاخص
۱/۹۳	۰/۲۸۰	۰/۵۲۹	۱/۰۰۰	۲۹/۲۷	۱۰۹/۳۱۹	۴	۴۳۷/۲۷۷	رگرسیون
					۳/۷۳	۳۰۱	۱۱۲۳/۸۸۶	باقیمانده

P	t	Beta	SEB	B	متغیر / شاخص
۰/۰۰۰	۵/۰۷۱	۲/۵۹۲	۰/۰۸۹	۰/۴۴۹	نارسایی هیجانی (نمره کل)
۰/۰۰۰	-۴/۱۲۹	-۰/۹۲۶	۰/۱۰۵	-۰/۴۳۳	دشواری در شناسایی احساسات
۰/۰۹۷	-۱/۶۶۶	-۰/۳۴۵	۰/۱۴۰	-۰/۲۳۳	دشواری در توصیف احساسات
۰/۰۰۰	-۴/۳۹۰	-۱/۲۲۷	۰/۰۹۶	-۰/۴۲۳	تفکر عینی

نتایج تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون بین نارسایی هیجانی و افسردگی در جدول ۷ ارائه شده است. براساس این نتایج، میزان F مشاهده شده معنادار است ( $P < ۰/۰۰۱$ ) و ۲۷٪ واریانس مربوط به افسردگی به وسیله نارسایی هیجانی تبیین می‌شود ( $R^2 = ۰/۲۷۳$ ). ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش‌بین نشان می‌دهند که نارسایی هیجانی و زیرمقیاس‌های آن می‌توانند واریانس افسردگی دانشجویان را به صورت معنادار تبیین کنند. ضرایب تأثیر نارسایی هیجانی کلی ( $B = ۱/۴۴۵$ ) و دشواری در شناسایی احساسات ( $B = -۰/۴۵۷$ ) با توجه به آماره‌های t نشان می‌دهد که این دو متغیر با اطمینان ۹۹٪ می‌توانند تغییرات مربوط به افسردگی را پیش‌بینی کنند.

جدول (۷) خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون افسردگی بر نارسایی هیجانی

SE	R <sup>۲</sup>	R	P	F	Ms	df	SS	مدل / شاخص
۲/۱۱	۰/۲۷۲	۰/۵۲۳	/۰۰۰	۲۸/۲۶	۱۲۶/۷۶۹	۴	۵۰۷/۰۷۷	رگرسیون
					۴/۴۸	۳۰۱	۱۳۵/۰۰۸	باقیمانده

P	t	Beta	SEB	B	متغیر / شاخص
۰/۰۰۵	۲/۸۱۳	۱/۴۴۵	۰/۰۹۷	۰/۲۷۳	نارسایی هیجانی (نمره کل)
۰/۰۴۴	-۲/۰۲۶	-۰/۴۵۷	۰/۱۱۵	-۰/۲۳۳	دشواری در شناسایی احساسات
۰/۵۰۴	-۰/۶۶۹	-۰/۱۳۹	۰/۱۵۳	-۰/۱۰۳	دشواری در توصیف احساسات
۰/۰۶۸	-۱/۸۳۲	-۰/۵۱۵	۰/۱۰۶	-۰/۱۹۳	تفکر عینی

### بررسی و تفسیر نتایج

نتایج این پژوهش نشان داد که نارسایی هیجانی با بهزیستی روانشناختی رابطه منفی معنادار و با درماندگی روانشناختی، افسردگی و اضطراب رابطه مثبت معنادار دارد. این نتایج که به ترتیب فرضیه‌های اول تا چهارم پژوهش را تأیید می‌کنند و با یافته‌های پژوهش‌های قبلی (بیچ و همکاران، ۱۹۹۴؛ بگی، تیلور و رایان، ۱۹۸۶؛ پارکر، بگی و تیلور، ۱۹۹۱؛ پارکر و همکاران، ۱۹۹۳؛ تیلور، پارکر و بگی، ۱۹۹۲؛ زیتلین و مک نالی، ۱۹۹۳؛ ساریجاروی، سالمینن و تویکا، ۲۰۰۱؛ کلان و واتسون، ۲۰۰۳؛ کوکس و همکاران، ۱۹۹۵؛ کوهن، آلد و بروکر، ۱۹۹۴؛ وایس و همکاران، ۱۹۸۸؛ هاویلند و همکاران، ۱۹۸۸؛ هندریکس، هاویلند و شاو، ۱۹۹۱؛ هونکلامپی و همکاران، ۲۰۰۰) مطابقت دارند، بر حسب احتمالات زیر تبیین می‌شوند:

نارسایی هیجانی معادل دشواری در خودتنظیم‌گری هیجانی یا ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها است (بگبی و تیلور، ۱۹۹۷؛ تیلور، ۲۰۰۰؛ تیلور و بگبی، ۲۰۰۰؛ لین و همکاران، ۱۹۹۷). وقتی اطلاعات هیجانی نتوانند در فرایند پردازش شناختی، ادراک و ارزشیابی شوند، فرد از نظر عاطفی و شناختی دچار آشفتگی و درماندگی می‌شود. این ناتوانی، سازمان عواطف و شناخت‌های فرد را مختل می‌سازد. کاهش شاخص‌های بهزیستی روانشناختی و افزایش شاخص‌های درماندگی روانشناختی، افسردگی و اضطراب محصول این اختلال محسوب می‌شود. تنظیم و مدیریت هیجان‌ها نیز به‌منزلهٔ عملی‌سازی هیجان‌ها (فرایند گذار از پردازش به عمل) در دو سطح رفتارهای شخصی و تعامل‌های بین شخصی، دچار اختلال می‌شود. این اختلال، با کاهش بهزیستی روانشناختی و افزایش درماندگی روانشناختی، سلامت روانی را تهدید و تضعیف می‌کند.

از نقطه نظر علوم شناختی، هیجان‌ها انواعی از روان‌سازه‌های پردازشی - اطلاعاتی<sup>۱</sup> هستند که از تجسم‌ها و فرایندهای نمادین<sup>۲</sup> و زیرنمادین<sup>۳</sup> تشکیل می‌شوند (بوچی، ۱۹۹۷ الف). تجسم‌های نمادین از تصاویر ذهنی و لغات، و تجسم‌های زیرنمادین از الگوهای بدنی، احشایی و تهییج‌های جنبشی<sup>۴</sup> که در جریان حالت‌های انگیختگی هیجانی تجربه می‌شوند، تشکیل می‌گردند (بوچی، ۱۹۹۷ ب). سیستم‌های نمادین، در یک زبان خاص، توانایی تفکر در مورد احساسات هیجانی و تجربه‌های دیگر و بر این اساس، تعدیل حالت‌های هیجانی را برای افراد، تأمین می‌کنند. در نارسایی هیجانی، توانایی آشکارسازی هیجان‌ها به صورت نمادین محدود است و در نتیجه، پیوند بین تجسم‌های نمادین هیجان‌ها با تصاویر ذهنی و لغات ضعیف می‌شود و از نظر شناختی کمتر مهارپذیر خواهند بود. این ناتوانی و اغتشاش می‌تواند همزمان با کاهش بهزیستی روانشناختی و افزایش درماندگی روانشناختی در ارتباط قرار گیرد.

1- information-processing schemas  
3- subsymbolic

2- symbolic  
4- kinesthetic

همبستگی نارسایی هیجانی، مخصوصاً دشواری در شناسایی احساسات، با درماندگی روانشناختی، اضطراب و افسردگی را می‌توان براساس رویکردی که نارسایی هیجانی را بیشتر یک حالت (برای مثال، هونکلامپی و همکاران، ۲۰۰۰؛ هاویلند و همکاران، ۱۹۸۸) دارای نقش تعدیل‌کننده (کاهش عواطف دردناک) می‌داند (وایس و همکاران، ۱۹۹۰؛ هاویلند و همکاران، ۱۹۸۸) تبیین کرد. نارسایی هیجانی از طریق دشواری و ناتوانی در شناسایی احساسات به فرد کمک می‌کند تا با اجتناب از عواطف دردناک مبتنی بر تهییج‌های فیزیولوژیک (زیتلین و مک نالی، ۱۹۹۳) به صورت موقت و البته ناپه‌نچار از زیر بار فشارهای ناشی از این عواطف دردناک رهایی یابد. این مکانیسم جبرانی، که با حساسیت‌های اضطرابی یعنی باور به این که نشانه‌های اضطرابی می‌توانند پیامدهای زیان بار داشته باشند (ریس، پترسون، گارسکی و مک نالی، ۱۹۸۶) مطابقت می‌کند، به‌وسیله بعضی از پژوهش‌ها تأیید شده است (کوکس و همکاران، ۱۹۹۵؛ مارچسی، بروسامونتی و ماگینی، ۲۰۰۰).

یافته‌ای که در پژوهش حاضر تازگی داشت این بود که زیرمقیاس تفکر عینی نارسایی هیجانی توانست تغییرات مربوط به اضطراب را در آزمودنی‌ها پیش‌بینی کند. این یافته را می‌توان بر حسب تبیین‌های پیش گفته توجیه کرد. برای مثال، تفکر عینی که با قدرت تجسم محدود، قلت خیالپردازی‌ها و تمرکز بر امور ساده و سطحی عینی و خارجی مشخص می‌شود (تیلور و بگی، ۲۰۰۰؛ سیفنوس، ۲۰۰۰)، می‌تواند به‌عنوان مکانیسمی مکمل برای مکانیسم جبران تلقی شود. بر این اساس، فرد در امتداد اجتنابگری از عواطف دردناک مبتنی بر تهییج‌های فیزیولوژیک (زیتلین و مک نالی، ۱۹۹۳)، از طریق تفکر عینی، هرچه بیشتر از دنیای درونی و واقعیت‌های نگران‌کننده ذهنی فاصله می‌گیرد و سدسازی خود در مقابل فشارهای ناشی از این عواطف دردناک را تکمیل می‌کند.

براساس طرح پژوهش حاضر نمی‌توان در مورد صفت یا حالت بودن نارسایی هیجانی نتیجه‌گیری کرد. مطالعات طولی برای بررسی این موضوع مهم لازم است و پیشنهاد



می‌شود؛ مطالعاتی که بتوان براساس آنها وجود و فقدان نارسایی هیجانی را پس از کاهش نشانه‌های درماندگی، اضطراب و افسردگی، بررسی کرد. اما می‌توان این نتیجه را گرفت که نارسایی هیجانی و اضطراب و افسردگی سازه‌های متمایز و در عین حال همپوش و مرتبط هستند؛ رابطه‌ای که به‌طور همزمان می‌تواند باعث افزایش نشانه‌های نارسایی هیجانی از یک سو و اضطراب و افسردگی از سوی دیگر شود. به‌طور خلاصه، می‌توان نتیجه گرفت که نارسایی هیجانی، فرد را نسبت به افزایش نشانه‌های درماندگی روانشناختی، اضطراب و افسردگی و کاهش نشانه‌های بهزیستی روانشناختی (ناتوانی در تجربه عواطف مثبت) آسیب‌پذیر می‌سازد و این آسیب‌پذیری به نوبه خود کنش‌وری‌های هیجانی را تضعیف و نارسایی هیجانی را تقویت می‌کند.

محدودیت‌های مربوط به جامعه آماری پژوهش (دانشجویان) و نوع پژوهش (همبستگی)، محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت‌شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کنند که باید در نظر گرفته شوند. بعلاوه، مشکلات احتمالی مربوط به اعتبار ابزار مورد استفاده در این پژوهش را نباید از نظر دور داشت.

### تقدیر و تشکر

از دانشجویانی که به عنوان آزمودنی در این پژوهش شرکت کردند؛ از اساتید و مسئولان ذیربط دانشکده‌های فنی، علوم اجتماعی، حقوق، ادبیات، علوم و پزشکی دانشگاه تهران که با همکاری صمیمانه آنها اجرای پژوهش امکان‌پذیر گردید؛ و از دانشجویانی که به‌عنوان پرسش‌گر مسئولیت اجرای پژوهش را بر عهده گرفتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله :

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله:

تاریخ پذیرش مقاله:

## Reference

## منابع

- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۱). بررسی مشخصه‌های روانسنجی فرم فارسی مقیاس اضطراب بک (BAI). گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۵). پایایی و اعتبار مقیاس سلامت روانی (MHI). فصلنامه دانشور رفتار، ۱۶، ۱۶-۱۱.
- 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.
- Bagby, R. M., & Taylor (1997). Affect Dysregulation and Alexithymia. In G. J. Taylor, R. M. Bagby, & J. D. A. Parker (Eds.), *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness* (pp. 26-45). Cambridge: University Press.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994). The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale: II. Convergent, Discriminant, and Concurrent Validity. *Journal of Psychosomatic Research, 38*, 33-40.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Ryan, D. (1986). Toronto Alexithymia Scale: Relationship with Personality and Psychopathology Measures. *Psychotherapy and Psychosomatics, 45*, 207-215.
- Bach, M., & Bach, D. (1995). Predictive Value of Alexithymia: A Prospective Study in Somatizing Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics, 64*, 43-48.
- Bach, M., & Bach, D., Bachohmer, F., & Nutzinger, D. O. (1994). Alexithymia and Somatization: Relationship to DSM-III-R Diagnosis. *Journal of Psychosomatic Research, 38*, 529-538.
- Bankier, B., Aigner, M., & Bach, M. (2001). Alexithymia in DSM-IV Disorder. *Psychosomatics, 42*, 235-245.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897.

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression: A Treatment Manual*. New York: Guilford.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory Manual*. The Psychological Corporation. Harcourt Brace & Company. San Antonio.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five Years of Evaluation. *Clinical Psychology Review, 8*, 77-100.
- Besharat, M. A. (2007). Reliability and Factorial Validity of Farsi Version of the Toronto Alexithymia Scale with a Sample of Iranian Students. *Psychological Reports, 101*, 209-220.
- Bucci, W. (1997a). Symptoms and Symbols: A Multiple Code theory of Somatization. *Psychoanalytic Inquiry, 17*, 151-172.
- Bucci, W. (1997b). *Psychoanalysis and Cognitive Science: A Multiple Code Theory*. New York: Guilford.
- Cohen, K., Auld, F., & Brooker, H. (1994). Is Alexithymia Related to Psychosomatic Disorder and Somatizing? *Journal of Psychosomatic Research, 38*, 119-127.
- Cox, B. J., Swinson, R. P., Shulman, I. D., & Bourdeau, D. (1995). Alexithymia in Panic Disorder and Social Phobia. *Comprehensive Psychiatry, 36*, 195-198.
- Culhane, S. E., & Watson, P. J. (2003). Alexithymia, Irrational Beliefs, and the Rational-emotive explanation of Emotional Disturbance. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy, 21*, 57-73.
- Deary, I. J., Scott, S., & Wilson, J. A. (1997). Neuroticism, Alexithymia, and Medically Unexplained Symptoms. *Personality and Individual Differences, 22*, 551-564.
- De Gucht, V., Fischler, B., & Heiser, W. (2004). Neuroticism, Alexithymia, Negative Affect, and Positive Affect as Determinants of Medically Unexplained Symptoms. *Personality and Individual Differences, 36*, 1655-1667.

- Fisch, R. Z. (1989). Alexithymia, Masked Depression and Loss in a Holocaust Survivor. *British Journal of Psychiatry*, 154, 708-710.
- Goldberg, D. P. (1972). The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire. *Maudsley Monograph*, 21, Oxford: Oxford University Press.
- Goldberg, D. P., & Williams, P. (1988). *A users' Guide to the Genral Health Questionnaire*. UK: NFER, Nelson.
- Haviland, M. G., Hendryx, M. S., Shaw, D. G., & Henry, J. P. (1994). Alexithymia in Women and Men Hospitalized for Psychoactive Substance Dependence. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 124-128.
- Haviland, M. G., Shaw, D. G., Cummings, M. A., & MacMurray, J. P. (1988). Alexithymia: Subscales and Relationship to Depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 50, 164-173.
- Hendrix, M. S., Haviland, M. G., & Shaw, D. G. (1991). Dimensions of Alexithymia and Their Relationships to Anxiety and Depression. *Journal of Personality Assessment*, 56, 227-237.
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Saarinen, P., Lehtonen, J., & Viinamaki, H. (2000). Is Alexithymia a Permanent Feature in Depressed Outpatients? Results from a 6-Month Follow-up Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 303-308.
- Lane, R. D., Ahern, G. L., Schwartz, G. E., & Kaszniak, A. W. (1997). Is Alexithymia the Emotional Equivalent of Blindsight? *Biological Psychiatry*, 42, 834-844.
- Lumley, M. A., Stettner, L., & Wehmer, F. (1996). How are Alexithymia and Physical Illness Linked? A Review and Critique of Pathways. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 505-518.
- Marchesi, C., Brusamonti, E., & Maggini, C. (2000). Are Alexithymia, Depression, and Anxiety Distinct Constructs in Affective Disorders? *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 43-49.
- Martinez-Sanchez, F., Ato-Garcia, M., Corcoles Adam, E., Huedo Medina, T. B., & Selva Espana, J. J. (1998). Stability in Alexithymia Levels: A

- Longitudinal Analysis on Various Emotional Answers. *Journal of Personality and Individual Differences*, 24, 767-772.
- Martinez-Sanchez, F., Ato-Garcia, M., & Ortiz-Soria, B. (2003). Alexithymia-state or Trait? *The Spanish Journal of Psychology*, 6, 51-59.
- Palmer, B. R., Gignac, G., Manocha, R., & Syough, C. (2004). A Psychometric Evaluation of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test Version 2.0. *Intelligence*, 33, 285-305.
- Pandey, R., Mandal, M. K., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1996). Cross-cultural Alexithymia: Development and Validation of a Hindi Translation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 173-176.
- Parker, J. D. A., Bagby, R. M., & Taylor, G. J. (1991). Alexithymia and Depression: Distinct or Overlapping Constructs? *Comprehensive Psychiatry*, 32, 387-394.
- 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.
- Pinard, L., Negrete, J. C., Annable, L., & Audet, N. (1996). Alexithymia in substance Abusers: Persistence and Correlates of Variance. *American Journal of Addiction*, 5, 32-39.
- Richards, H. L., Fortune, D. G., Griffiths, C. E. M., & Main, C. J. (2005). Alexithymia in Patients with Psoriasis: Clinical Correlates and Psychometric Properties of the Toronto Alexithymia Scale-20. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 89-96.

- Riss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., McNally, R. J. (1986). Anxiety Sensitivity, Anxiety Frequency and the Prediction of Fearfulness. *Behavior Research and Therapy*, 24, 1-8.
- Saarijarvi, S., Salminen, J. K., & Toikka, T. B. (2001). Alexithymia and Depression: A 1-year Follow-up Study in Outpatients with Major Depression. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 729-733.
- Salminen, J. K., Saarijarvi, S., Toikka, T., Kauhanen, J., & Aarela, E. (2006). Alexithymia Behaves as a Personality Trait Over a 5-year Period in Finish General Population. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 275-278.
- Schmidt, U., Jiwany, A., & Treasure J. A. (1993). A Controlled Study of Alexithymia in Eating Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 54-58.
- Sifneos, P. E. (1973). The Prevalence of Alexithymic Characteristics in Psychosomatic Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- Sifneos, P. E. (2000). Alexithymia, Clinical Issues, Politics and Crime. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 113-116.
- 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.
- Taylor, G. J. & Bagby, M. (2004). New Trends in Alexithymia Research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 68-77.
- Taylor, G. J., Bagby, M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Taylor, G. J., Parker, J. D. A. Bagby, M., & Acklin, M. W. (1992). Alexithymia and Somatic Complaints in Psychiatric Out-patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 417-424.

- Veit, C. T., & Ware, J. E. (1983). The Structure of Psychological Distress and Well-being in General Population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 730-742.
- Wise, T. N., Jani, N. N., Kass, E. Sonnenschein, K., & Mann, L. S. (1988). Alexithymia: Relationship to Severity of Medical Illness and Depression. *Psychotherapy and Psychosomatics, 50*, 68-71.
- Wise, T. N., Mann, L. S., & Shay, (1992). Alexithymia and the Five-factor Model of Personality. *Comprehensive Psychiatry, 33*, 147-151.
- Zeitlin, S. B., MaNally, R. J. (1993). Alexithymia and Anxiety Sensitivity in Panic Disorder and Obsessive Disorder. *American Journal of Psychiatry, 150*, 658-660.

Archive of SID