

## نقش واسطه‌ای مشکلات درونی‌سازی در رابطه ناگویی هیجانی و مشکلات برونی‌سازی

**The Mediating Role of Internalizing Problems in the Relationship between Alexithymia and Externalizing Problems**

Haniye Lavaf  
MA in Family Counseling

Saeed Ghanbari, PhD  
Shahid Beheshti University

سعید قنبری  
استادیار دانشگاه شهید بهشتی

هانیه لواف  
کارشناس ارشد مشاوره خانواده

Omid Shokri, PhD  
Shahid Beheshti University

امید شکری  
استادیار دانشگاه شهید بهشتی

**چکیده**

هدف این پژوهش آزمون دو مدل واسطه‌گری نسبی و کامل مشکلات درونی‌سازی بین ناگویی هیجانی و مشکلات برونی‌سازی در دختران نوجوان بود. به این منظور ۲۹۷ دانش‌آموز دختر در مقطع دبیرستان از مناطق تهران به روش نمونه‌برداری خوشه‌ای انتخاب و با مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (بگبی، پارکر و تیلور، ۱۹۹۴) و مقیاس خودگزارش‌دهی مشکلات رفتاری کودک و نوجوان (آشنیخ، ۱۹۹۱) ارزیابی شدند. داده‌ها با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شد. نتایج نشان داد که مدل واسطه‌گری کامل مشکلات درونی‌سازی در رابطه بین ناگویی خلقی با مشکلات برونی‌سازی با داده‌ها برازش مطلوب دارد. همچنین نتایج نشان داد که رابطه ناگویی خلقی مشکلات درونی‌سازی و رابطه مشکلات درونی‌سازی و مشکلات برونی‌سازی مثبت معنادار بود. تفسیر این نتایج به این معناست که ناگویی هیجانی فقط در افرادی به مشکلات برونی‌سازی تبدیل می‌شود که در آنها مشکلاتی نظیر اضطراب، افسردگی، کناره‌گیری و شکایت‌های جسمانی پدید آورد.

**واژه‌های کلیدی:** ناگویی هیجانی، مشکلات درونی‌سازی، مشکلات برونی‌سازی

**Abstract**

The purpose of this study was to test partial and full mediation of internalizing problems in the relationship between Alexithymia and externalizing problems in adolescent girls. Two hundred and ninety seven students were selected from high schools of Tehran by cluster sampling method. The participants completed the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20; Bagby, Parker, & Taylor, 1994) and the Youth Self-Report (Achenbach, 2001). The data were analyzed using structural equation modeling approach. The results indicated that the full model had a good fitness with data. Alexithymia was positively and significantly related to internalizing problems. Internalizing problems were positively and significantly related to externalizing problems. The findings suggested that alexithymia led to externalizing problems only if it caused problems such as anxiety, depression, withdrawal and somatic complaints.

**Keywords:** alexithymia, internalizing problems, externalizing problems

received: 11 October 2014

accepted: 31 January 2015

Contact information: hanilavaf@yahoo.com

دریافت: ۹۳/۷/۱۹

پذیرش: ۹۳/۱۱/۱۱

## مقدمه

اولیه و ثانویه تقسیم شده‌است، در نوع اول ناگویی هیجانی نوعی رگه شخصیتی ثابت و بیانگر نقص در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی است و در نوع دوم آن را نوعی حالت در نظر گرفته‌اند که پیامد درماندگی شخص است (هونکالامپی و دیگران، ۲۰۰۰ نقل از بشارت ۱۳۸۶).

براساس ارتباط ناگویی هیجانی و مولفه‌های مستعدساز اختلال‌های روانی، پژوهش‌هایی در مورد مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی انجام شده، اختلال‌های درونی‌سازی و اختلال‌های برونی‌سازی<sup>۷</sup> دو دسته کلی از الگوی جدید طبقه‌بندی اختلال‌های دوران کودکی‌اند. مشکلات مربوط به قانون‌شکنی و پرخاشگری که بیشتر با آزار و اذیت دیگران همراه است، در طبقه مشکلات برونی‌سازی قرار می‌گیرند (آشنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱). پرخاشگری از خردسالی بروز می‌کند، در طول زمان تداوم می‌یابد و در نوجوانی و بزرگسالی ادامه دارد؛ با این حال می‌توان بیشترین بروز پرخاشگری را به دوره نوجوانی و جوانی نسبت داد (قاسمی، ۲۰۱۰). روان‌شناسان پرخاشگری را از حالت‌های هیجانی دوران نوجوانی می‌دانند. پرخاشگری کنش‌گرایانه برای پیگیری و نائل شدن به هدف به کار می‌رود و اغلب قابل دستکاری، بی‌عاطفه و سودمند است (آنتونیز، ۲۰۱۳). به نظر می‌رسد کودکان دارای مشکلات برونی‌سازی به دلیل ضعف در مهار برانگیختگی، به راه حل‌های متنوع و متناسب فکر و توجه نمی‌کنند و در موقعیت‌های اجتماعی و زندگی واقعی به سرعت و بدون تأمل رفتار می‌کنند (وبستر-استراتون و رید، ۲۰۱۱). پژوهش‌های متعددی نشان می‌دهد افرادی که رفتارهای برونی‌سازی را در کودکی و نوجوانی بروز می‌دهند به احتمال بیشتر این رفتارها را در بزرگسالی نیز دارند (انگلاند و سبین‌برونر، ۲۰۱۲، ریف، دایامان‌توپولو، مؤرس، ورهالست و انده، ۲۰۱۰). مشکلات رفتاری برونی‌سازی در کودکی با اثرات بلندمدت منفی، برای مثال با افزایش احتمال مصرف الکل افراطی (انگلاند، اگلاند، الیوا و کولینز، ۲۰۰۸)، ماری‌جوانا (انگلاند و سبین‌برونر، ۲۰۱۲)، شایستگی تحصیلی کمتر (ماستن و دیگران، ۲۰۰۵)، مصرف حشیش (گریفید-لندرینگ، هوجربتس، مویجارت و والتبرق، ۲۰۱۱) و سوء‌مصرف موادمخدر

ناگویی هیجانی<sup>۱</sup> سازه‌ای است چندوجهی، متشکل از دشواری در شناسایی احساسات<sup>۲</sup>، دشواری در توصیف احساسات برای دیگران<sup>۳</sup>، دشواری در تمایز بین احساسات و تهییج‌های بدنی<sup>۴</sup> مربوط به برانگیختگی هیجانی، قدرت تجسم محدود که برحسب ناتوانی در خیال‌پردازی مشخص می‌شود و سبک شناختی عینی (غیرتجسمی)، عمل‌گرا و واقعیت‌مدار یا تفکر عینی<sup>۵</sup> (بشارت، ۲۰۰۹). ناگویی هیجانی با دشواری در تمایز قائل شدن بین احساسات و حس بدنی، دشواری در بیان هیجان‌ها، پردازش محدود تخیلات و سبک شناختی متمرکز بر موقعیت‌های بیرونی تعریف می‌شود. با وجود اینکه ناگویی هیجانی با برخی از اختلال‌های روانی همبودی نشان می‌دهد، پیوستار نشانگان ناگویی هیجانی در جمعیت‌های غیربالیینی نیز مشاهده می‌شود (لوانت، هال، ویلیامز، نادیا و حسن، ۲۰۰۹). دوگاخت، فیسلر و هیسر (۲۰۰۴) معتقد است که نارسایی هیجانی به منزله عاملی آسیب‌پذیر، فرد را مستعد تجربه عواطف منفی (درماندگی روان‌شناختی) و ناتوانی در تجربه عواطف مثبت (فقدان بهزیستی روان‌شناختی) می‌سازد. سالمین، ساریجاووی، تویکا، کاهن و آریلا (۲۰۰۶) در پژوهشی نشان دادند که افراد دارای ناگویی هیجانی، کنش‌وری جسمانی و اجتماعی کمتر، مشکلات هیجانی بیشتر و بهزیستی هیجانی کمتری از افراد سالم دارند (کولهان و واتسون، ۲۰۰۳؛ ریچاردز، فورتون، گریفیتز و ماین (۲۰۰۵). در پژوهشی دیگر، پی‌کاردی، تونی و کاروپو (۲۰۰۹) نشان دادند که ناگویی هیجانی با سرکوب‌گری هیجانی، نشخوار فکری و سبک دوسوگرایی در ابراز هیجان رابطه مثبت و در کل با سلامت عمومی رابطه منفی دارد. پی، لو و زونگ (۲۰۰۷) نیز نشان دادند که افراد دارای نمره‌های بالا در مقیاس ناگویی هیجانی بیش از افراد دارای نمره پایین در این مقیاس از انواع مقابله منفی استفاده می‌کنند. همچنین نشان داده شد که ناگویی هیجانی با سبک‌های سازش‌نایافته نظم‌جویی هیجان‌ها و عواطف، همبستگی مثبت و با رفتارهای سازش‌یافته همبستگی منفی دارد (دوبی، پاندی و میشر، ۲۰۱۰). براساس اعتقاد به ثبات هیجانی ناگویی هیجانی، این سازه به دو نوع

1. alexithymia

2. difficulty identifying feelings

3. difficulty describing feelings

4. bodily sensations

5. externally oriented thinking

6. Internalizing disorders

7. Externalizing disorders

افسردگی/اضطراب، کناره‌گیری/افسردگی و شکایت جسمانی در دسته مشکلات درونی‌سازی قرار می‌گیرد. اختلال‌های درونی‌سازی، الگوهای رفتاری سازش‌نیافته‌ای است که بیش از آنکه اطرافیان را آزار دهند، موجب رنجش خود فرد می‌شوند (مک‌کلینتوک، ۲۰۰۵). نشانه‌های درونی‌سازی شامل سکوت زیاد، اضطراب، افسردگی، بازداری<sup>۱</sup>، ناامیدی، کناره‌گیری<sup>۲</sup> و انزوای اجتماعی و شکایت‌های جسمانی است (مارچانت و دیگران، ۲۰۰۷). برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مشکلات درونی‌سازی با ناگویی هیجانی در ارتباط است و بسیاری از آنها نشان می‌دهد که نمره‌های بالای ناگویی هیجانی در پرسشنامه‌های خودگزارشی، با شکایات جسمانی بیشتر رابطه مثبت دارد و ناگویی هیجانی علاوه بر شکایات جسمانی، با نشانه‌های مختلف مشکلات درونی‌سازی، از جمله افسردگی، اضطراب و افکار منفی ماندگار<sup>۳</sup> مرتبط است. این یافته‌ها در میان بزرگسالان، با بررسی‌های کودکان و نوجوانان نیز تأیید می‌شود (ریف، استرولد و تروگت‌مربوم، ۲۰۰۶). منطق زیربنایی برای توضیح این ارتباط تجربی قوی این است که افراد مبتلا به ناگویی هیجانی در شناسایی احساسات خود و ارتباط برقرار کردن با آنها مشکل دارند؛ زیرا در مرتبط کردن اظهارات مؤثرشان با موقعیت‌های خاص، حافظه یا انتظاراتی که از این اظهارات مؤثر ناشی می‌شود، شکست می‌خورند (تیلور، ۱۹۹۹ نقل از موتان و جنگوز، ۲۰۰۷). به عبارت دیگر افرادی که نمره‌های بالایی در ناگویی هیجانی می‌گیرند احساس غمگین بودن را بدون اینکه علت آن را دقیقاً بدانند، گزارش می‌دهند.

مقایسه بیماران افسرده و مضطرب با افراد بهنجار نشان می‌دهد که نمره نارسایی هیجانی بیماران افسرده و مضطرب به صورت معنادار بیشتر از نمره کلی افراد بهنجار است (ساریجاروی، سالمین و تویکا، ۲۰۰۱). از نظر دریک و وی‌هیول (۲۰۰۷) افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، نیاز قوی به استقلال دارند که از تردید و بی‌اعتمادی به دیگران ریشه می‌گیرد. در زیرمقیاس‌های ناگویی هیجانی مشکلات بیماران افسرده و مضطرب در زمینه شناسایی هیجان‌ها بیش از افراد بهنجار بود؛ بیماران افسرده در توصیف هیجان‌ها از بیماران مضطرب و افراد بهنجار مشکلات بیشتری داشتند و در زمینه

(حیدری‌پهلوانی، محبوب و رحیمی، ۲۰۱۲؛ کورهون و دیگران، ۲۰۱۲) در نوجوانی و بزرگسالی مرتبط است.

با توجه به نقش نظم‌جویی هیجانی در مشکلات برون‌سازی، در برخی از پژوهش‌ها رابطه ناگویی هیجانی و در برخی مشکلات برون‌سازی بررسی شده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ناگویی هیجانی با بروز خشم و پرخاشگری بیشتر (فوساتی و دیگران، ۲۰۰۹)، رفتارهای بزهکارانه و خارج از مهار (آتس و دیگران، ۲۰۰۹)، پرخاشگری برانگیخته (لک و استنفورد، ۲۰۱۱؛ استنفورد و کرنل، ۲۰۰۳)، سوءمصرف مواد و سوءمصرف الکل (موری و دیگران، ۲۰۰۸) رابطه دارد. همچنین فقدان نظم‌جویی هیجانی با پرخاشگری مرتبط است (بارت، ۱۹۹۱).

برخی پژوهش‌ها بر همبسته بودن ناگویی هیجانی و مشکلات برون‌سازی و رفتارهای ضداجتماعی تأکید کرده‌اند؛ اما از این پژوهش‌ها به دلیل اینکه بیشتر بر بزهکاران و افراد زندانی متمرکز بوده‌اند، انتقاد و تعمیم نتایج آنها محدود شده‌است. افزون بر این، برخی پژوهش‌ها رابطه معناداری میان دو متغیر به دست نداده‌اند، برای مثال در پژوهشی در مورد رابطه ناگویی هیجانی و آسیب‌شناسی دوران نوجوانی از محدود اختلال‌هایی که با ناگویی هیجانی مرتبط نبود، اختلال سلوک به عنوان اختلال برون‌سازی است، همچنین مولفه‌های رفتار برون‌سازی نیز ارتباطی با ناگویی هیجانی نداشت (بلفون، ۲۰۱۲) و رابطه‌ای میان سرشت ضداجتماعی و ناگویی هیجانی مشاهده نشد (آلپای، آبهان و مورات، ۲۰۰۹). برخلاف انتظار، در پژوهشی دیگر رابطه میان برخی مولفه‌های ناگویی هیجانی مانند خیال‌پردازی محدود با رفتارهای ضداجتماعی منفی معنادار بود. براین اساس برخی پژوهشگران معتقدند رابطه مشکلات ناگویی هیجانی و مشکلات برون‌سازی بدون در نظر گرفتن متغیرهای هیجانی دیگر اندک است و این رابطه به صورت کامل تبیین نشده است (بکر، بارچ و کرون، ۲۰۰۷). چنین نتایجی نقش متغیرهای واسطه‌ای را در ارتباط دو متغیر نشان می‌دهد. مشکلات درونی‌سازی از مشکلاتی است که اغلب با مشکلات برون‌سازی همراه است. مشکلات درونی‌سازی و مشکلات برون‌سازی اغلب هم‌اندند. نشانگان

برونی‌سازی دارد.

در این پژوهش از بین سه الگوی نظری معرفی شده، الگوی نظری نخست که در آن مشکلات برون‌سازی پیامد مشکلات درونی‌سازی هستند (کوپلند و دیگران، ۲۰۰۹)، انتخاب و با ناگویی هیجانی مرتبط شده است. به عبارت دیگر مشکلات درونی‌سازی نقش متغیر واسطه‌ای را میان دو متغیر ناگویی هیجانی و مشکلات برون‌سازی دارد (شکل ۱). هدف این پژوهش مقایسه آزمون دو الگوی واسطه‌مندی کامل و نسبی میان متغیرهاست. در الگوی واسطه‌مندی کامل ارتباط مستقیم میان دو متغیر ناگویی هیجانی و مشکلات برون‌سازی با حذف یا کنترل متغیر واسطه‌ای (مشکلات درونی‌سازی) معنادار نخواهد بود، این ارتباط همان نقش مشکلات درونی‌سازی را به عنوان عامل شکل‌گیری مشکلات درونی‌سازی در سن نوجوانی نشان می‌دهد و ناگویی هیجانی را به مشکلات برون‌سازی فقط از راه مشکلات درونی‌سازی مرتبط می‌کند. در الگوی واسطه‌مندی نسبی متغیر ناگویی هیجانی هم به صورت مستقیم و بدون تأثیر مشکلات درونی‌سازی و هم به واسطه آن مشکلات برون‌سازی را پیش‌بینی می‌کند و این موضوع فرض مربوط به نقش انحصاری مشکلات درونی‌سازی را در شکل‌گیری مشکلات برون‌سازی رد می‌کند. به عبارت دیگر تبدیل ناگویی هیجانی به مشکلات درونی‌سازی برای تبدیل آن به مشکلات برون‌سازی ضروری نخواهد بود.

## روش

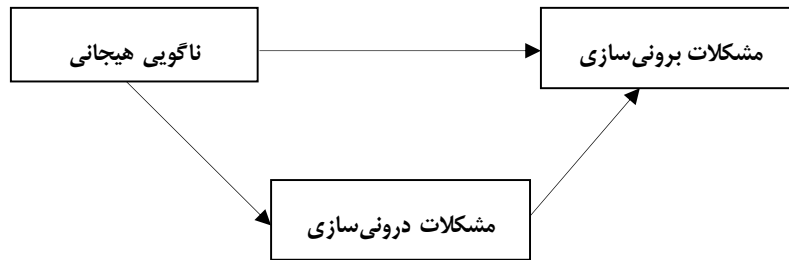
این پژوهش از نوع همبستگی و جامعه مورد بررسی شامل دانش‌آموزان دختر مشغول به تحصیل در دبیرستان‌های شهر تهران بود. نمونه‌ای به حجم ۲۹۷ نفر از دانش‌آموزان، به روش نمونه‌برداری خوشه‌ای انتخاب شد. به این منظور ابتدا از بین مناطق شهر تهران، پنج منطقه و از بین مدارس موجود در هر منطقه، سه مدرسه و از هر مدرسه، دو کلاس به طور تصادفی انتخاب شد. میانگین سنی کل آزمودنی‌ها ۱۵/۰۶ با دامنه ۱۲ تا ۱۸ سال و انحراف استاندارد ۱/۰۹ بود و دانش‌آموزان کلاس اول تا چهارم دبیرستان را شامل می‌شد. میانگین کل ترتیب تولد آزمودنی‌ها ۱/۷۱، با دامنه اولین فرزند تا ششمین فرزند و با انحراف استاندارد ۰/۷۷ بود.

تفکر عینی<sup>۱</sup> تفاوتی بین گروه‌ها مشاهده نشد (مارچسی، بروسامونتتی و ماگینی، ۲۰۰۰). نتایج پژوهش هنکالامپی (۲۰۰۹) نقل از خاکباز، کرمی، شفیع‌آبادی، المیر و فرهادی، (۱۳۹۲) رابطه مثبت بین ناگویی هیجانی و مشکلات درونی‌سازی را در بزرگسالان نشان می‌دهد. پژوهش‌های بسیاری نشان می‌دهد که مشکلات برون‌سازی و درونی‌سازی در ارتباط نزدیک با هم و به صورت توأمان اتفاق می‌افتد (اوربیک و دیگران، ۲۰۰۶). در یکی از این نظریه‌پردازی‌ها اختلال درونی‌سازی پیش‌بیند و اختلال برون‌سازی پیامد در نظر گرفته شده، برای مثال در پژوهشی افسردگی به عنوان پیش‌بینی‌کننده رفتارهای ضداجتماعی مطرح شده است (کوپلند، شاناهان، کاستلو و آنگولد، ۲۰۰۹)؛ در حالی که در برخی پژوهش‌ها، رابطه‌ای معکوس مطرح شده که در آن اختلال‌های برون‌سازی پیش‌بین مشکلات درونی‌سازی بوده است. برای مثال در پژوهش پاترسون و کاپالدی (۱۹۹۰) مشکلات سلوک پیش‌بینی‌کننده افسردگی در نوجوانان بوده است. در سطح سوم این نظریه‌پردازی‌ها ارتباط متقابل این دو طبقه بررسی شده است (گیلیوم و شاو، ۲۰۰۴).

در این پژوهش، براساس وجود نتایج متناقض در مورد رابطه ناگویی هیجانی و مشکلات برون‌سازی، نقش واسطه‌ای متغیر مشکلات درونی‌سازی بررسی شده است. در پیشینه پژوهشی نقش ناگویی هیجانی به عنوان یک همبسته، در پدیدایی مشکلات درونی‌سازی مطرح شده است (ریف و دیگران، ۲۰۱۰).

در برخی پژوهش‌ها زیربنای ارتباط میان ناگویی هیجانی و مشکلات درونی‌سازی شده بررسی و در مواردی به مسئله بی‌نظمی خلق (ریف و دیگران، ۲۰۱۰) و در برخی دیگر به بزرگ‌نمایی و عدم پردازش هیجان‌های درونی و تبدیل آنها به مشکلات جسمانی به عنوان مشکل درونی‌سازی اشاره شده است (سوسلو و جانهانگر، ۲۰۰۲). با توجه به نتایج متفاوت پژوهش‌های مربوط به رابطه ناگویی هیجانی و مشکلات برون‌سازی و همچنین تأکید پژوهشگران پیشین بر نقش متغیرهای هیجانی دیگر در ارتباط با دو متغیر ناگویی هیجانی و مشکلات برون‌سازی، در این پژوهش، برای تبیین رابطه بین دو متغیر، از مشکلات درونی‌سازی به عنوان متغیر واسطه‌ای به این علت استفاده شده که با ناگویی هیجانی مرتبط است و در عین حال همبندی بسیاری با مشکلات

1. externally oriented thinking



شکل ۱. مدل مفروض واسطه‌مندی نسبی اختلال درونی‌سازی در رابطه ناگویی خلقی و اختلال برونی‌سازی

آمد. ضریب اعتبار آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های اضطراب/افسردگی، گوشه‌گیری/افسردگی، مشکلات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار بزهکارانه، رفتار پرخاشگرانه، برونی‌سازی، درونی‌سازی و مشکلات کلی به‌ترتیب برابر ۰/۸۳، ۰/۸۵، ۰/۷۸، ۰/۷۹، ۰/۶۶، ۰/۷۸، ۰/۶۴، ۰/۸۷، ۰/۸۹، ۰/۸۱، ۰/۷۹، و ضریب اعتبار دو نیمه کردن برای همان زیرمقیاس‌ها به‌ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۱، ۰/۶۸، ۰/۸۶، ۰/۶۷، ۰/۸۷، ۰/۶۹، ۰/۸۶، ۰/۸۳، ۰/۷۶ و ۰/۸۳ به‌دست آمد (حبیبی‌عسگرآباد، بشارت، فدایی، ۱۳۸۷). در این پژوهش نیز اعتبار سیاهه با محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به‌دست آمد. ضرایب زیرمقیاس‌ها با استفاده از آلفای کرونباخ برای اضطراب/افسردگی ۰/۸۱، گوشه‌گیری/افسردگی ۰/۷۱ و شکایات جسمانی ۰/۷۰ است.

**مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو**<sup>۱۲</sup> (پارکر و بگی و تیلور، ۲۰۰۳). مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو آزمون ۲۰ ماده‌ای است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات (شامل ۷ ماده)، دشواری در توصیف احساسات (شامل ۵ ماده) و تفکر عینی (شامل ۸ ماده) را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. یک نمره کل نیز از جمع نمره‌های سه زیرمقیاس برای ناگویی هیجانی محاسبه می‌شود. ویژگی‌های روان‌سنجی ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ در پژوهش‌های مختلف بررسی و تأیید شده است (پارکر و دیگران، ۲۰۰۳). در نسخه فارسی مقیاس ناگویی تورنتو-۲۰ (بشارت، ۲۰۰۷)، ضرایب آلفای کرونباخ

### سیاهه خودگزارش‌دهی مشکلات رفتاری نوجوان<sup>۱</sup>

(YSR؛ کاکابرای، حبیبی‌عسگرآباد و فدایی، ۱۳۸۷). این سیاهه را آشنباخ و رسکورا (۲۰۰۱) تدوین کرده و کاکابرای، حبیبی‌عسگرآبادی و فدایی (۱۳۸۷) و مینایی (۱۳۸۴) هنجاریابی کرده‌اند. فرم مشکلات رفتاری کودک و نوجوانان، سیاهه خودگزارشی برای سنین ۱۱ تا ۱۸ سال، شامل بخش صلاحیت‌ها<sup>۲</sup> و نشانگان<sup>۳</sup> است. سیاهه نشانگان شامل گوشه‌گیری/افسردگی<sup>۴</sup>، شکایات جسمانی<sup>۵</sup>، افسردگی/اضطراب، مشکلات اجتماعی<sup>۶</sup>، مشکلات تفکر<sup>۷</sup>، مشکلات توجه<sup>۸</sup>، رفتار بزهکارانه<sup>۹</sup>، رفتار پرخاشگرانه<sup>۱۰</sup> و همچنین سایر مشکلات رفتاری است؛ که سه مورد نخست مشکلات درونی‌سازی و دو مورد انتهایی مشکلات برونی‌سازی هستند و می‌توان نمره‌های مربوط به این دو مقیاس را از مجموع نشانگانی که در این سیاهه می‌گیرند، به‌دست آورد. زیرمقیاس اضطراب/افسردگی واجد ۱۳ ماده، افسردگی/گوشه‌گیری ۸ ماده و شکایات جسمانی ۱۱ ماده است، که به صورت کاملاً، معمولاً و اصلاً با نمره‌های صفر، ۱ و ۲ مشخص می‌شود. نتایج بررسی روایی سازه این سیاهه با استفاده از تحلیل عاملی در ایران حاکی از حمایت یافته‌ها از ساختار ۸ عاملی این مقیاس است. روایی همگرایی این سیاهه با پرسشنامه مشکلات رفتاری راتر<sup>۱۱</sup> (۱۹۶۷) نقل از مینایی، ۱۳۸۴) در حد رضایت‌بخش بود و اعتبار آزمون با رویکرد مبتنی بر سنجش تجربی آشنباخ با استفاده از آلفای کرونباخ برای پسران ۰/۸۹ و برای دختران ۰/۹۴ و با استفاده از دو نیمه کردن برای پسران ۰/۸۴ و برای دختران ۰/۸۷ به دست

- |   |                        |   |
|---|------------------------|---|
| 1. Achenbach Adolescent Youth Self-Report | 5. somatization        | 9. criminal behavior                      |
| 2. competencies                           | 6. social problems     | 10. aggressive behavior                   |
| 3. syndrome                               | 7. cogitation problems | 11. Rutter Behavior Problems              |
| 4. withdrawal                             | 8. attention problems  | 12. Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20) |

تأییدی نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در نسخه فارسی ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ تأیید کرد (بشارت، ۲۰۰۷). در این پژوهش نیز اعتبار آزمون با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ به دست آمد.

برای تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی از رگرسیون، خی‌دو و روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد.

### یافته‌ها

جدول ۱ اندازه‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای اصلی تحقیق و مقادیر همبستگی بین آنها را نشان می‌دهد.

برای ناگویی هیجانی کل، و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵، ۰/۷۲ محاسبه شده که نشانه همسانی درونی<sup>۱</sup> زیاد می‌باشد. اعتبار بازآزمایی<sup>۲</sup> مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ برای ناگویی هیجانی کل و زیرمقیاس‌های مختلف تأیید شد. روایی همزمان<sup>۳</sup> مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ برحسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی<sup>۴</sup> و درماندگی روان‌شناختی<sup>۵</sup> بررسی و تأیید شد. ضرایب همبستگی بین زیرمقیاس‌های ناگویی هیجانی و متغیرهای فوق نیز معنادار بود. نتایج تحقیق عاملی

جدول ۱

میانگین، انحراف استاندارد و همبستگی بین متغیرهای مورد بررسی

عوامل	زیرمقیاس‌ها	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
ناگویی هیجانی	۱. دشواری در شناسایی احساسات	۱۷/۴۲	۵/۵۹	-						
	۲. دشواری در توصیف احساسات	۱۳/۳۱	۴/۲۹	۰/۵۸**						
	۳. تفکر عینی	۱۹/۷۱	۳/۵۴	۰/۱۵**	۰/۲۲**					
اختلال‌های درونی‌سازی	۴. اضطراب/افسردگی	۶/۶۲	۴/۴۶	۰/۴۹**	۰/۳۸**	۰/۰۸				
	۵. گوشه‌گیری/افسردگی	۴/۵۶	۳/۱۵	۰/۴۶**	۰/۴۸**	۰/۰۹	۰/۶۶**			
	۶. شکایات جسمانی	۴/۵۳	۳/۴۳	۰/۴۱**	۰/۳۲**	۰/۰۶	۰/۶۱**	۰/۵۶**		
اختلال‌های برونی‌سازی	۷. قانون‌شکنی	۵/۰۵	۲/۷۴	۰/۱۳*	۰/۱۰*	۰/۰۳	۰/۲۱**	۰/۲۰**	۰/۳۲**	
	۸. رفتار پرخاشگرایانه	۷/۷۴	۵/۰۸	۰/۳۰**	۰/۱۶**	۰/۰۴	۰/۴۳**	۰/۳۳**	۰/۴۳**	۰/۶۳**

\*P<۰/۰۵ \*\*P<۰/۰۰۱

می‌کوشند با استفاده از مدل واسطه‌مندی نسبی در برابر مدل واسطه‌مندی کامل، نقش واسطه‌مند اختلال‌های درونی‌سازی را در رابطه بین ناگویی هیجانی و اختلال‌های برونی‌سازی آزمون کنند. در این بررسی، قبل از به‌کارگیری فن آماری مدل‌یابی معادلات ساختاری با هدف آزمون مدل مفروض، مفروضه‌های بهنجاری چندمتغیری، خطی بودن و هم‌خطی چندگانه آزمون و تأیید شد.

به بیان دیگر، در این بررسی، به منظور تبیین الگوی پراکندگی اندازه‌های منتسب به متغیر اختلال‌های برونی‌سازی در گروهی از نوجوانان از طریق ناگویی هیجانی و با واسطه‌مندی اختلال‌های درونی‌سازی از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. بنابراین، ابتدا الگوی مفروض روابط ساختاری بین

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که رابطه بین زیرمقیاس‌های هریک از متغیرهای اصلی تحقیق (ناگویی هیجانی، اختلال‌های درونی‌سازی و اختلال‌های برونی‌سازی) با یکدیگر مثبت معنادار است. همچنین، نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که رابطه بین ابعاد دشواری در شناسایی احساسات و دشواری در توصیف احساسات در عامل ناگویی هیجانی با ابعاد متغیرهای اختلال‌های درونی‌سازی و برونی‌سازی مثبت معنادار است و رابطه زیرمقیاس تفکر عینی در عامل ناگویی هیجانی با ابعاد اختلال‌های درونی‌سازی و برونی‌سازی مثبت غیرمعنادار و درنهایت، رابطه بین ابعاد اختلال‌های درونی‌سازی با ابعاد اختلال‌های برونی‌سازی نیز مثبت معنادار است.

همان‌طور که پیشتر اشاره شد پژوهشگران در این پژوهش

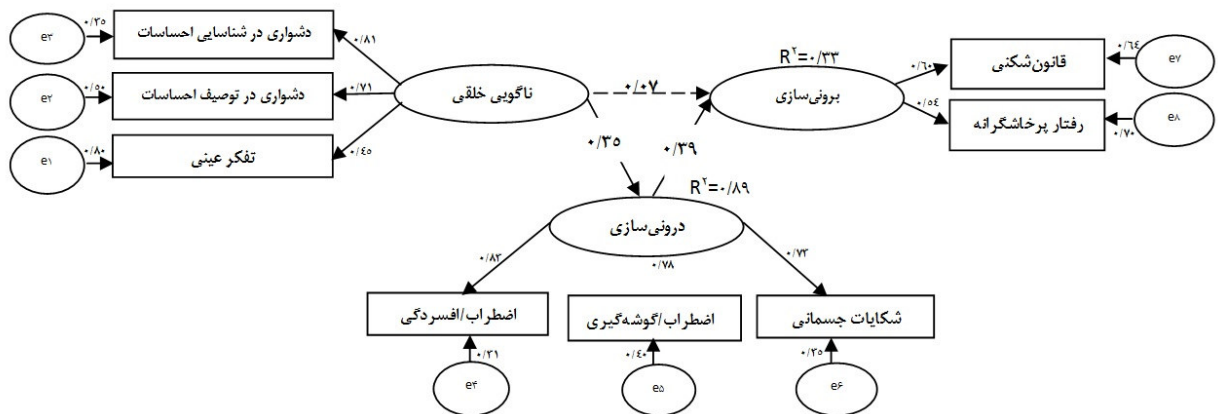
1. internal consistency  
2. test-retest reliability

3. concurrent validity  
4. psychological well-being

5. psychological distress

نیگوی هیجانی با اختلال‌های برون‌سازی با واسطه‌مندی اختلال‌های درونی‌سازی آزمون شد (شکل ۲). برای این الگو، مقادیر شاخص‌های نیگوی برازش شامل شاخص مجذور  $\chi^2$ ، شاخص مجذور  $\chi^2/df$ ، شاخص مقایسه‌ای<sup>۱</sup> (CFI)، شاخص نیگوی برازش<sup>۲</sup> (GFI)، شاخص میانگین تقریب<sup>۴</sup> (RMSEA) به ترتیب برابر با ۲/۷۸، ۰/۹۶، ۰/۹۶، ۰/۹۲ و ۰/۰۵ به دست آمد. ارزش عددی مقادیر شاخص‌های نیگوی برازش برای این الگو، برازش زیاد الگوی مفروض را با داده‌ها نشان داد.

شکل ۲. مدل مفروض واسطه‌مندی اختلال‌های درونی‌سازی در رابطه ناگوی خلی و اختلال‌های برون‌سازی



شکل ۲. مدل مفروض واسطه‌مندی اختلال‌های درونی‌سازی در رابطه ناگوی خلی و اختلال‌های برون‌سازی

بر اساس الگوی ساختاری مفروض، اثر غیرمستقیم ناگوی هیجانی بر متغیر اختلال‌های برون‌سازی ۰/۳۸ به دست آمد، که از لحاظ آماری معنادار است ( $P < 0.05$ ). در این بررسی، عدم معناداری اثر مستقیم ناگوی هیجانی بر اختلال‌های برون‌سازی و معناداری اثر غیرمستقیم ناگوی هیجانی بر اختلال‌های برون‌سازی از طریق اختلال‌های درونی‌سازی، برتری مدل واسطه‌مندی کامل اختلال‌های درونی‌سازی را در رابطه بین ناگوی هیجانی و اختلال‌های برون‌سازی بر مدل واسطه‌مندی نسبی اختلال‌های درونی‌سازی در رابطه بین ناگوی هیجانی و اختلال‌های برون‌سازی تأکید می‌کند.

شکل ۲ نتایج مربوط به پیش‌بینی اختلال‌های برون‌سازی نوجوانان را از طریق ناگوی هیجانی با واسطه‌مندی اختلال‌های درونی‌سازی نشان می‌دهد. مرور دقیق شاخص‌های نیگوی برازش الگوی ساختاری نشان می‌دهد که این الگو با داده‌ها برازش مطلوب دارد. در این الگو، ۵۰ درصد از پراکندگی نمره‌های اختلال‌های درونی‌سازی از طریق ناگوی هیجانی تبیین و ۲۴ درصد از پراکندگی نمره‌های اختلال‌های برون‌سازی از طریق عامل‌های ناگوی هیجانی و اختلال‌های درونی‌سازی پیش‌بینی شد. در الگوی ساختاری مفروض، جز مسیر مربوط به پراکندگی مشترک بین ناگوی هیجانی و اختلال‌های برون‌سازی، دیگر ضرایب مسیر (ضرایب بین ناگوی هیجانی و اختلال‌های درونی‌سازی و اختلال‌های درونی‌سازی و اختلال‌های برون‌سازی) معنادار بود. در این الگو، رابطه بین ناگوی هیجانی و اختلال‌های درونی‌سازی مثبت معنادار و رابطه بین ناگوی هیجانی و اختلال‌های برون‌سازی مثبت غیرمعنادار و رابطه بین اختلال‌های درونی‌سازی و اختلال‌های برون‌سازی، مثبت معنادار بود (شکل ۲).

**بحث**

این پژوهش به منظور تعیین نقش واسطه‌مندی مشکلات درونی‌سازی میان ناگوی هیجانی و مشکلات برون‌سازی انجام شد. تحلیل نتایج نشان داد که مسیر مستقیم ارتباطی میان ناگوی هیجانی و مشکلات برون‌سازی فاقد معناداری آماری است، در حالی که در مسیر غیرمستقیم و به واسطه مشکلات درونی‌سازی، ناگوی هیجانی و مشکلات برون‌سازی

اضطراب و افسردگی و شکایات جسمانی افزایش می‌یابد. به عبارت دیگر تمایل و آمادگی برای اضطراب و تنش، با تحمیل درماندگی روان‌شناختی بر فرد، بر فرایند شناسایی و توصیف احساسات تأثیر می‌گذارد. یکی از مکانیزم‌های تأثیرگذاری درماندگی روان‌شناختی (افسردگی و اضطراب) بر فرایندهای شناسایی و توصیف احساسات، ایجاد اختلال در نظام پردازش شناختی فرد و دشواری در شناسایی و توصیف احساسات از پیامدهای این اختلال است. برای مثال وقتی فرد هنگام ناراحتی می‌گوید که نمی‌داند غمگین است، ترسیده یا عصبانی است و اصلاً نمی‌تواند واژه مناسب برای بیان احساساتش پیدا کند، می‌توان علائم اختلال در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی را در وی مشاهده کرد (تیلور، ۲۰۰۰ نقل از بشارت، ۱۳۸۶).

افرادی که توانایی شناخت احساسات خود و بیان حالت‌های هیجانی خود را به گونه‌ای مؤثرتر دارند، بهتر می‌توانند با مشکلات زندگی روبه‌رو شوند و در سازگاری با محیط و دیگران موفق‌ترند و در نتیجه سلامت روانی بیشتری خواهند داشت. پژوهش‌ها نشان داده است که افراد مبتلا به ناگویی هیجانی در شناسایی احساسات و توصیف آنها نیز دچار مشکل هستند (موتان و جنگوز، ۲۰۰۷).

در طبقه‌ای دیگر از نظریه‌ها بر نقش اضطراب و افسردگی در نظم‌جویی هیجانی تأکید شده است. در واقع ناگویی هیجانی به معنای دشواری در خودنظم‌جویی هیجانی یا ناتوانی در پردازش اطلاعات هیجانی و نظم‌جویی هیجان‌هاست. در این نظریه‌ها اضطراب به عنوان کنشی از خود در نظر گرفته می‌شود که رخ دادن هیجان منفی یا عاطفه منفی را هشدار می‌دهد تا از مکانیزم دفاعی مناسب برای کنترل موقعیت استفاده شود، هشدار می‌دهد که تولیدکننده اضطراب است و ممکن است کنشی بهنجار و تداوم آن نابهنجار باشد و در صورت نبود کنترل بر موقعیت یا شکست مکانیزم دفاعی به افسردگی منجر شود. در این دیدگاه ظرفیت فرد برای دریافت و شناسایی این هشدارها و مرتبط ساختن آنها با موقعیت و استفاده از مکانیزم‌های دفاعی مناسب اهمیت بسیار دارد و به نظر می‌رسد هسته اساسی ناگویی هیجانی است (رانجل و نمیا، ۱۹۹۸ نقل از بگی و تیلور، ۲۰۰۳).

در ارتباط با هم قرار می‌گیرند. چنان‌که اشاره شد این نتایج نشان‌دهنده برتری مدل واسطه‌مندی کامل در مقابل مدل واسطه‌مندی نسبی است. تفسیر این نتایج نشان می‌دهد که ناگویی هیجانی فقط در افرادی به مشکلات برون‌سازی تبدیل می‌شود، که در آنها مشکلاتی نظیر اضطراب، افسردگی، کناره‌گیری و شکایات‌های جسمانی پدید آورد.

معدار نبودن رابطه مستقیم میان ناگویی هیجانی و مشکلات برون‌سازی در برخی از پژوهش‌های دیگر نیز مشاهده شده است (آلپای و دیگران، ۲۰۰۹؛ بکر و دیگران، ۲۰۰۷). پژوهشگران در مورد نتایج پژوهش‌های متناقض بر نمونه‌های مورد تحقیق تأکید کرده‌اند و معتقدند پژوهش‌هایی که در آنها روابط مثبت میان دو متغیر دیده شده در اغلب موارد بر افراد نابهنجار به لحاظ اجتماعی متمرکز و همچنین در ارتباط بین این دو متغیر نقش متغیرهای واسطه‌ای مورد سوال بوده است. در مسیر دوم با واسطه‌مندی مشکلات درونی‌سازی، دو متغیر ناگویی هیجانی و مشکلات برون‌سازی با یکدیگر مرتبط شده‌اند. در پژوهش‌های کولمان و واتسون (۲۰۰۳)، ریچاردز و دیگران (۲۰۰۵)، سالمین و دیگران (۲۰۰۶)، رابطه ناگویی هیجانی و مشکلات درونی‌سازی مشخص و در تبیین آن به ناتوانی افراد در شناسایی هیجان‌ها و برقراری ارتباط میان آنها، دشواری در پردازش اطلاعات هیجانی و ناتوانی افراد در مرتبط ساختن هیجان‌ها به موقعیت‌ها، خاطرات و انتظارات به‌وجود آورنده آنها اشاره شده است، که کنترل موقعیت را برای فرد دشوار می‌سازد و باعث ایجاد خلق منفی می‌شود که پیامد آن مشکلات درونی‌سازی در فرد است (سوسلو و جانهانگر، ۲۰۰۲). به عبارت دیگر وقتی اطلاعات هیجانی را نتوان در فرایند پردازش شناختی، ادراک و ارزشیابی کرد، فرد از نظر عاطفی و شناختی دچار آشفتگی و درماندگی می‌شود. این ناتوانی، سازمان عواطف و شناخت‌های رفتار را مختل و این اختلال در سطح درون‌فردی و اجتماعی، مشکلاتی از جمله اضطراب، افسردگی، گوشه‌گیری و شکایت جسمانی را بر فرد تحمیل می‌کند. هنگامی که فرد نتواند احساسات منفی خود را به صورت کلامی بیان کند، اجزای روان‌شناختی نظام‌های ابراز هیجان و پریشانی روانی از جمله



مواد و ناگویی هیجانی، تأکید پژوهشگران بر نقش مشکلات درونی‌سازی است. افسردگی و تنیدگی پیش‌بینی‌کننده معنادار پرخاشگری هستند و این بدان معناست که در صورت وجود افسردگی و تنیدگی در افراد وابسته به مواد مخدر، می‌توان پیش‌بینی کرد که گرایش‌های پرخاشگرایانه نیز در این افراد دیده شود و این امر وجود اختلال‌های روانی را در افراد وابسته به مواد مخدر نشان می‌دهد (خاکباز و دیگران، ۱۳۹۲).

در پژوهشی با هدف بررسی رابطه ناگویی هیجانی، مشکلات درونی‌سازی و مصرف الکل به عنوان مشکل برون‌سازی، مشخص شد که مشکلات برون‌سازی به‌خصوص مصرف الکل، با افزایش سن در نوجوانان افزایش پیدا می‌کند، درحالی‌که مشکلات درونی‌سازی و ناگویی هیجانی با افزایش سن ثابت باقی می‌ماند. افزایش سن بر روابط بین ناگویی هیجانی و مصرف الکل و مشکلات درونی‌سازی نیز مؤثر بوده، به شکلی که رابطه ناگویی هیجانی و مشکلات درونی‌سازی فقط در نوجوانان کمتر از ۱۳ سال معنادار است. نکته جالب توجه در این پژوهش ارتباط نداشتن ناگویی هیجانی با مشکلات درونی‌سازی در نوجوانان بالاتر از ۱۳ سال و همچنین ارتباط معنادار ناگویی هیجانی و مشکلات برون‌سازی در این سن است (موری و دیگران، ۲۰۰۸). به نظر می‌رسد در این پژوهش، با افزایش سن مشکلات ناگویی هیجانی بیش از آنکه همانند نوجوانی به شکل اضطراب و افسردگی خود را نشان دهند، به شکل مشکلات برون‌سازی نظیر پرخاشگری، قانون‌شکنی و مصرف مواد نمایان می‌شود. در چنین شرایطی این فرضیه مطرح می‌شود که مشکلات درونی‌سازی نقش واسطه‌ای میانجی میان ناگویی هیجانی و مشکلات برون‌سازی دارد. چنین فرضی در گذشته در مورد همبندی مشکلات درونی‌سازی و مشکلات برون‌سازی در قالب متغیر پیش‌بین مطرح شده بود.

برقراری ارتباط میان مشکلات درونی‌سازی و ناگویی هیجانی در بسیاری از پژوهش‌ها (مارچسی و دیگران، ۲۰۰۰؛ ساریجاروی و دیگران، ۲۰۰۱) نشان‌دهنده ارتباط زیربنایی این دو سازه بوده است. تغییر معنادار این ارتباط در سنین نوجوانی از مشکلات درونی‌سازی به مشکلات برون‌سازی در این پژوهش این فرضیه را مطرح می‌کند که در سن نوجوانی رابطه بین ناگویی هیجانی و برون‌سازی ممکن است شکل دیگری

خلق منفی، فقدان نظم‌جویی هیجانی مناسب و پیامد آن، نشانه‌های اضطراب و افسردگی با پرخاشگری، خشونت و رفتارهای بزهکارانه مرتبط است. این ارتباط به‌خصوص در مورد پرخاشگری برانگیخته<sup>۱</sup> مشهودتر است، که در مقابل پرخاشگری وسیله‌ای قرار می‌گیرد. پرخاشگری برانگیخته حمله یا واکنش احساساتی در مقابل محرک‌هاست و اغلب بر اثر ترس، اضطراب و تهدید بیرونی یا درونی بروز می‌کند، فاقد برنامه‌ریزی و انفجاری است، در حالی که در پرخاشگری وسیله‌ای دستیابی به هدف و برنامه‌ریزی قبلی محور رفتارهای فرد است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که هسته اساسی پرخاشگری برانگیخته نظم‌جویی هیجانی نامناسب افراد است (لک و استنفورد، ۲۰۱۱).

در روابط بین فقدان نظم‌جویی هیجانی، اضطراب و خشونت، پرخاشگری، که با عنوان پرخاشگری برانگیخته مطرح می‌شود، قوی‌تر است. پرخاشگری برانگیخته واکنش یا حمله پرخاشگرایانه احساسی و مشخصه آن از دست‌دادن مهار است (بارت، ۱۹۹۱). دامنه تعریف پرخاشگری برانگیخته در پژوهش‌ها اغلب وسیع‌تر از تعریف بارت (۱۹۹۱) است. تصور می‌شود پرخاشگری برانگیخته نوعی حمله یا واکنش احساساتی و نتیجه آن حداقل انگیزش است (لک و استنفورد، ۲۰۱۱). به طور مشابه پرخاشگری واکنشی به عنوان حمله دفاعی برای فرار از تهدید و ترس تعریف می‌شود. پرخاشگری واکنشی، از رفتارهای خودمحافظتی است و نیز پرخاشگری کنشگرایانه برای پیگیری و نائل شدن به هدف به کار می‌رود و اغلب قابل دستکاری، بی‌عاطفه و سودمند است (آنتونیز، ۲۰۱۳).

پژوهش‌های پیشین در مورد رابطه میان ناگویی هیجانی و مشکلات برون‌سازی عمدتاً بر سوءمصرف مواد متمرکز بوده و کمتر به دیگر ابعاد این ارتباط پرداخته‌اند (حیدری‌پهلوانی و دیگران، ۲۰۱۲). ناگویی هیجانی به ایجاد مشکلاتی در روابط بین فردی، انطباق‌پذیری با هیجان‌ها و رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی و به آسیب‌پذیری بیشتر فرد هنگام بروز آنها منجر می‌شود و به علاوه در صورت استفاده از مکانیزم‌های مقابله‌ای ناکارآمد احتمال گرایش به سوءمصرف مواد و الکل را افزایش می‌دهد (فتاحی‌نیا، ۱۳۸۸ نقل از خاکباز و دیگران، ۱۳۹۲). نکته جالب توجه در مورد تبیین‌های ارتباطی میان سوءمصرف

روان‌شناسی معاصر، ۲، ۵۸-۵۰.  
 خاکباز، ح.، کرمی، ح.، شفیع‌آبادی، ع.، مالمیر، م. و فرهادی، م. (۱۳۹۲). بررسی رابطه افسردگی، اضطراب و استرس با ابراز پرخاشگری در افراد وابسته به مصرف مواد مخدر. *مجله توانبخشی (ویژه‌نامه مطالعات اعتیاد)*، ۵، ۳۱-۲۰.  
 فتاحی‌نیا، م. (۱۳۸۸). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی، کمال‌گرایی و ناگویی هیجانی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

کاکابرابی، ک.، حبیبی عسگرآباد، م. و فدایی، ز. (۱۳۸۷). هنجاریابی مقیاس مشکلات رفتاری آشنباخ: فرم خودگزارشگری ۱۱-۱۸ سال کودک و نوجوان بر روی دانش‌آموزان مقطع متوسطه. *مجله پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۴، ۶۶-۵۰.  
 مینایی، ا. (۱۳۸۴). *هنجاریابی نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشنباخ*. تهران: انتشارات سازمان آموزش و پرورش کودکان استثنایی.

Antonius, D. (2013). Assessing the heterogeneity of aggressive behavior traits: Exploratory and confirmatory analyses of the reactive and instrumental aggression personality assessment inventory. *Violence and Victims Journal* 28(4), 587- 601.

Ates, M. A., Algul, A., Gulsun, M., Gecici, O., Ozdemir, B., & Basoglu, C. (2009). The relationship between alexithymia, aggression and psychopathy in young adult males with antisocial personality disorder. *Archives of Neuropsychiatry*, 46, 135-139.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school age : Form & profiles*. Burlington, TV: University of Vermont.

Alpay, M., Ayhan, A., Murat, G. (2009). The Relationship Between Alexithymia, Aggression and psychopathy in young adult males with antisocial personality disorder, *Archives of Neuropsychiatry*, 46, 135-139.

Artacho, M. A. R., Milan, E. G., Perez, M., & I. Wilmz, H.

از مشکلات درونی‌سازی را به نمایش بگذارد. به عبارت دیگر بروز مشکلات پرخاشگری و برون‌ریزی‌های رفتاری شکل دیگری از مشکلات درونی‌سازی است. در پژوهش‌های مربوط به بررسی رابطه میان پرخاشگری (استنفورد و کرنل، ۲۰۰۳) و سوء‌مصرف مواد و الکل (موری و دیگران، ۲۰۰۸) مشخص شده است که زیربنای این مشکلات برون‌سازی، مشکلات درونی‌سازی بوده است.

علاوه بر آنچه برشمردیم، لازم است نتایج این پژوهش براساس سن و جنس نیز مشاهده شود: سن نوجوانی به عنوان برهه‌ای از تحول که با افزایش مشکلات برون‌سازی همراه است (قاسمی، ۲۰۱۰) و نمونه‌ای از دختران نوجوان که در ادبیات پژوهشی همواره به عنوان گروهی معرفی شده‌اند که از مکانیزم‌های درونی‌سازی بیشتر استفاده می‌کنند. شاید بتوان این دو واقعیت را در مورد ناگویی هیجانی چنین تفسیر کرد که ناگویی هیجانی که در سال‌های قبل از نوجوانی در دختران به صورت مشکلاتی نظیر اضطراب، افسردگی و شکایت‌های جسمانی نشان داده می‌شود در دوران نوجوانی، با افزایش استقلال فردی و همچنین کاهش نظارت والدین و وجود محیط‌ها و گروه‌های همسالان، که بخشی از مشکلات برون‌سازی به واسطه آنها رخ می‌دهد، شروع به برون‌شدن می‌کند و مشکلات برون‌سازی را پدید می‌آورد که زیربنای آنها همچنان مشکلات درونی‌سازی است (ویلمز، ۲۰۰۵، نقل از موتان و جنگوز، ۲۰۰۷).

محدود بودن نمونه آماری به دانش‌آموزان دختر، نوع پژوهش (همبستگی)، دشواری حضور در مدارس و جلب همکاری مسئولان مدارس، استفاده نکردن از مصاحبه بالینی برای ناشناس ماندن افراد و استفاده از نمونه غیربالینی محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم نتایج متغیرهای مورد بررسی ایجاد کرده است. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در جامعه‌ای غیر از دانش‌آموزان (مخصوصاً بزرگسالان)، در نمونه‌های بالینی و با در نظر گرفتن تفاوت‌های دو جنس اجرا و نتایج حاصل از آن با یافته‌های به‌دست آمده تطبیق داده شود.

## منابع

بشارت، م. (۱۳۸۶). رابطه ابعاد شخصیت و ناگویی هیجانی. *مجله*

- Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 21, 57-73.
- De Rick, A., & Vanheule, S. (2007)**. Alexithymia and DSM-IV personality disorder traits in alcoholic inpatients: A study of the relation between both constructs. *Personality and Individual Differences*, 43, 119-29.
- Dubey, A., Panndey, R., & Mishra, K. (2010)**. Role of emotion regulation difficulties and positive/ negative affectivity in explaining alexithymia-health relationship an overview. *Indian Journal of Social science Research*, 7, 20-31.
- 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.
- Englund, M., & Siebenbruner. J. (2012)**. Developmental pathways linking externalizing symptom, and academic competence to adolescent substance use. *Journal of Adolescence*, 5, 1-18.
- Englund, M. M., Egeland, B., Oliva, E. M., & Collins, W. A. (2008)**. Childhood and adolescent predictors of heavy drinking and alcohol use disorders in early drinking and alcohol use disorders in early adulthood: A longitudinal development analysis. *Addiction*, 103, 23-35.
- Ossati, A., Acquarini, E., Feeney, J. A., Borroni, S., Grazioli, F., & Giarolli, L. E. (2009)**. Alexithymia and attachment insecurities in impulsive aggression. *Attachment and Human Development*, 11, 165-182.
- Ghasemi, S. (2010)**. Popular music consumption and aggression among students; case study: Students of the University of Isfahan. *Iranian Journal of*
- Pereda, A. (2006)**. Executive dysfunction syndrome in multiple sclerosis. *Journal of Experimental Psychology: Neuropsychology*, 1-30.
- Bagby, R. M., & Taylor, G. J. (2000)**. Affect dysregulation and alexithymia. In disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. *Cambridge: University Press*. 2(4), 26-45.
- Barratt, E. S. (1991)**. Measuring and predicting aggression within the context of a personality theory. *Journal of Neuropsychiatry*, 3, 35-39.
- Bekker, M. H., Bachrach, N., & Croon, M. A. (2007)**. The relationships of antisocial behavior with attachment styles, autonomy-connectedness, and alexithymia. *National Institutes of Health*, 63(6), 507-27.
- Belfon, K. (2012)**. *Psychopathology of Youth in Custody and Detention: The Impact of Socialization of Emotion*. University of Guelph.
- 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.
- Besharat, M. A. (2009)**. Alexithymia and inter-personal problems. *Studies in Education and Psychology*, 11 (2), 5-129.
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Costello, E. J., & Angold, A. (2009)**. Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of General Psychiatry*, 66, 764 -772.
- Culhane, S. E., & Watson, P. J. (2003)**. Alexithymia, irrational beliefs, and the rational emotive explanation of emotional disturbance. *Journal of*

- impulsive and premeditated female perpetrators of intimate partner violence. *Partner Abuse*, 2, 284-299.
- Mc clintock, S. M. (2005).** *Relationship of internalizing behavior problems to intelligence and executive functioning in children.* Master of science, The University of Texas.
- Marchant, M. R., Solano, B. R., Fisher, A. K., Caldarella, P., Young, K. R., & Renshaw, T. L. (2007).** Modifying socially withdrawn behavior: A playground intervention for students with internalizing behaviors. *Psychology in the Schools*, 44 (8), 779 - 794.
- Marchesi, C., Brusamonti, E., & Maggini, C. (2000).** Are alexithymia, depression, and anxiety distinct constructs in affective disorders? *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 43-49.
- Masten, A. S., Roisman, G. I., Long, J. D., Burt, K. B., Obradovic, J., & Riley, J. R. (2005).** Tellegen, A. Developmental cascades: Linking academic achievement and externalizing and internalizing symptoms over 20 Years. *Developmental Psychology*, 41, 733-746.
- Motan, I., & Gencoz, T. (2007).** The relationship between the dimensions of alexithymia and the intensity of depression and anxiety. *Turkish Journal of Psychiatry*, 18(4), 333- 43.
- Murray, R. L., Chermack, S. T., Walton, M. A., Winters, J., Booth, B. M., & Blow, F. C. (2008).** Psychological aggression, physical aggression, and injury in non-partner relationships among men and women in substance use alcohol and drugs. *Journal of Studies on Treatment*, 69, 896-905.
- Overbeek, G., Biesecker, G., Kerr, M., Stattin, H., Meeus, W., & Engels, R. (2006).** Co occurrence of *Cultural Research*, 2(4), 273- 262
- Gilliom, M., & Shaw, D. S. (2004).** Codevelopment of externalizing and internalizing problems in early childhood. *Development and Psychopathology*, 16(2), 313-333.
- Griffith-Lending, M. F. H., Huijbrets, S. C. J., Mooijaart, A., & Vollenbergh, W. A.(2011) .** Cannabis use Drug and Alcohol Dependence and development of externalizing and internalizing behaviour problems in early adolescence, *Drug and Alcohol Dependence*, 116, 11- 17
- Heydari pahlavian, A., Mahboob, H., & Rahimi, A. (2012).** Comparison the Prevalence Mental Disorders In people with Drug dependent or independent in Hamedan city (Persian). *Scientific Journal of medical Science*, 18(3), 22-28.
- Jongen, P. J., Wesnes, K., Geel, B., Pop, P., Schrijver, H., Vissedr, L. H., JacobusGilhuis, H., Sinnige, L. G., & Brands, A. M. (2015).** Does self-efficacy affect cognitive performance in persons with clinically isolated syndrome and early relapsing remitting multiple sclerosis? *Journal of multiple sclerosis international*. 2015 (2015), 1-8.
- Korhonen, K., Latvala, A., Dick, M. D., Pulkkinen, L., Rose, R. J., Kaprio, J., & Huizink, A. C. (2012).** Genetic and environmental influences underlying externalizing behaviors, cigarette smoking and illicit drug use across adolescence. *Behavior Genetics*, 42(6), 614-625.
- Levant, R.F., Hall, R.J., Williams, C.M., Nadia, T., & Hasan, N.T. (2009).** Gender differences in alexithymia. *Psychology of Men & Masculinity*, 103, 190 -203.
- Lake, S. L., & Stanford, M. S. (2011).** Comparison of

- 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.
- 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.
- Sherer, M., & Maddux, J. E. (1982).** The self-efficacy scale: construction and validation. *Journal of psychological report*, 51, 663-671.
- Stafford, E., & Cornell, D. G. (2003).** Psychopathy scores predict adolescent inpatient aggression. *Assessment*, 10(1), 102-112.
- Suslow, T., & Junghanns, K. (2002).** Impairments of emotion situation priming in alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 32, 541-550.
- Sutton, Amy M. (2007).** Executive function in presence of sleep disordered breathing. Georgia State University. [http://scholarworks.gsu.edu/cps\\_diss/2014/12/20](http://scholarworks.gsu.edu/cps_diss/2014/12/20).
- Webster-Stratton, C. H., & Reid, M. J. (2011).** Combining parent and child training for young children with ADHD. *Journal of Clinical Child*, 40(2), 191-203.
- Yi, J. Y., Luo, Y. Z., & Zhong, M. T. (2007).** Characteristics of affective priming effect in alexithymia. *Chinese Mental Health Journal*, 21(5), 302-306.
- depressive moods and delinquency in early adolescence: The role of failure expectations, manipulateness, and social contexts. *International Journal of Behavioral Development*, 50, 433-443.
- Patterson, G. R., & Capaldi, D. M. (1990).** A mediational model for boys' depressed mood. In J. E. Rolf, & A. S. Masten (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp.141-163). New York: Cambridge University Press.
- Parker, J., 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, 69- 275.
- Picardi, A., Toni, A., & Carropo, E. (2009).** Stability of alexithymia and its relationship with the big five factors temperament, character, and attachment style. *Psychotherapy and Psychosomatics Journal Abbreviation: Psychother Psychosom*, 74(5), 371-378
- Rieffe, C., Oosterveld, P., & Terwogt, M. (2011).** Relationship between alexithymia, mood and internalizing symptoms in children and young adolescents: Evidence from an Iranian sample. *Journal of Personality and Individual Differences*, 48, 425-430
- Rieffe, C., Oosterveld, P., & Meerum Terwogt, M. (2006).** An alexithymia questionnaire for children: Factorial and concurrent validation results. *Personality and Individual Differences*, 40, 123-133.
- Reef, J., Diamantopoulou, S., Meurs, I., Verhulst, F., & Ende, J. (2010).** Predicting adult emotional and behavioral problems from externalizing problem trajectories in a 24-year longitudinal study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19, 577-585.
- Richards, H. L., Fortune, D. G., Griffiths, C. E. M., &**