

## مروری سیستماتیک بر مطالعات حوزه ی ناگویی هیجانی و آسیب پذیری روانی

غلامرضا افسری

کارشناسی ارشد مشاوره تحصیلی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر، ایران.

ندا عوض پور اخچلو

کارشناسی ارشد مشاوره توان بخشی ناپیوسته، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، ایران.

انیسه اسلانی کتولی

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، علوم تحقیقات تهران، ایران.

سمیه قربانعلی الله یاری

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ایران.

حنانه سعدآبادی شاهرودی

کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بندرگز، ایران.

امیرعلی رجینی

کارشناسی روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان، ایران. (باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران) [Amirali.Rajani@yahoo.com](mailto:Amirali.Rajani@yahoo.com)

### چکیده

امروزه نتایج تحقیقات نشان داده است که افراد با ناگویی هیجانی بالا در درک و شرح هیجان های خود و دیگران ناتوان و عاجز هستند. برای همدلی استعداد ضعیف شده ای از خود نشان می دهند و نمی توانند به خوبی با دیگران ارتباط برقرار نموده و سازگار گردند بنابراین آمادگی ابتلاء به انواع اختلال های روانشناختی را دارند. ضمن آنکه می توان گفت، دشواری در شناسایی و تمایز بین احساسات به عنوان یکی از مولفه های ناگویی هیجانی، افراد را مستعد نارسایی در تنظیم هیجان ها در شرایط یا روابط استرس آمیز می کند. در واقع، هرچه فرد در شناسایی و متمایز کردن هیجانهاش و تفکر عینی مشکلات بیشتری داشته باشد، علایم اضطراب و افسردگی را در حد شدید تری تجربه می کند. در این راستا می توان گفت، نتایج حاصل از پژوهش حاکی از آن بوده است که دشواری شناسایی احساسات که از آن به عنوان دشواری فرد در شناسایی بین احساسات و هیجانها بدنی تعریف نموده است، می تواند زمینه ساز افزایش آسیب پذیری روانی باشد و نتایج دیگری حاکی از آن است که این عامل در پیش بینی آسیب های روانی نقش داشته است، همچنین عامل سلامت جسمانی همزمان با دشواری شناسایی احساسات، میزان آسیب پذیری روانی را افزایش می دهد که ما در این پژوهش برانیم که به مطالعه حوزه ناگویی هیجانی و آسیب پذیری روانی بپردازیم.

کلید واژه: ناگویی هیجانی، آسیب پذیری روانی، استرس

## 1- مقدمه

آسیب پذیری روانی به استعداد و آمادگی افراد در جهت ابتلا به آشفتگی های روانی نظیر اضطراب و افسردگی اطلاق می شود. در واقع، مقصود از آسیب پذیری، احتمال بروز پاسخ ناسازگارانه در موقعیت های معین است (پیوسته گر، 1391). این آسیب پذیری باعث می شود که فرد معنای زندگی را در مواجهه با وقایع غیرمعمول از دست بدهد (ازمی بایرام و حاکان<sup>1</sup>، 2015). همچنین از دیدگاه لاستر (2001)، این مساله باعلائمی همچون ازدست دادن تمرکز، افسردگی، اضطراب، احساس نا آرامی، خستگی همیشگی، شکاک بودن، بی ادب بودن و کناره گیری از دوستان همراه است. از سویی می توان گفت، آسیب پذیری روانی می تواند بعنوان عامل پیش بینی کننده منفی سلامت روان در نظر گرفته شود (رایت<sup>2</sup> و همکاران، 2013). بنابراین شناسایی پیش بینی کننده های آسیب پذیری روانی در جامعه جهت مقابله با آسیب های وارده و پیشگیری از تبعات حاصل از آن بر فرد و جامعه، امری ضروری قلمداد می گردد. لذا باید با ارزیابی عوامل موثر بر آن، زمینه ای را ایجاد نمود تا ضمن کاهش آسیب پذیری روانی جامعه، به لحاظ سلامت روانی نیز در سطحی مطلوب قرار گیرند که این مساله می تواند تاثیر بسیاری به بهبود نسبی داشته باشد. در این راستا، در سال های اخیر عوامل متعددی در راستای علل آسیب پذیری روانی از سوی پژوهشگران، مورد مطالعه قرار گرفته اند که برخی از عوامل مربوط به بیماران، برخی مربوط به خانواده و برخی مربوط به اطرافیان می باشد که در این بین، پژوهشگرانی همچون تیلور (1996) و بشارت (1393) اذعان داشته اند علل آسیب پذیری روانی، عوامل فردی همچون ناگویی هیجانی آنان می باشد که در سال های اخیر کمتر مورد توجه قرار گرفته است و در تعریف آن می توان گفت، ناگویی هیجانی سازه ای چند وجهی است که متشکل از دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و سبک شناختی عینی یا تفکر برون مدار و عینی است (فکری، 1394). تیلور (1992) اذعان داشته، افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، تهییج های بدنی بهنجار را بزرگ می کنند، نشانه های بدنی انگیزندگی هیجانی را بدتفسیر می کنند، درماندگی هیجانی را از طریق شکایت های بدنی نشان می دهند و در اقدامات درمانی نیز به دنبال نشانه های بدنی هستند. این افراد در بیان نیازهایشان به دیگران مشکل دارند و توانایی مقابله با چالش های بین شخصی در موقعیت های اجتماعی را ندارند (خواجه، 1395). این مساله تبعات مختلفی دارد که داسچک (2011) اذعان داشته، ناگویی هیجانی در اختلال های مختلف مثل افسردگی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس، استرس پس ضربه ای و اختلال های درد موثر می باشد (کانگ، 2012).

## 2- بررسی مفاهیم متغیرها

## 2-1 ناگویی هیجانی

## ماهیت و تعریف ناگویی هیجانی

سیفنوس<sup>1</sup> (1973) نخستین بار واژه "ناگویی هیجانی"<sup>2</sup> را به منظور توصیف مجموعه ای از ویژگی های شناختی<sup>3</sup> و عاطفی<sup>4</sup> که در میان بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی مشاهده شده بود، به کار برد (زاهدی، 1392). عده ای بر این عقیده اند که ناگویی هیجانی یک صفت شخصیتی است و در مقابل، عده ای نیز معتقدند که در واقع ناگویی هیجانی، حالتی از شخصیت<sup>5</sup> است که در شرایط و موقعیت های خاص بروز می کند. به هر حال اختلاف نظرها در این رابطه هنوز ادامه دارد؛ اما عمدتاً عقیده بر این است که ناگویی هیجانی هم می تواند حالت و هم صفت باشد، چراکه نقش مهمی در تنظیم هیجانان فرد ایفا می کند (عبدی، 1395). در واقع می توان گفت، حالات

1. AzmiBayram&Hakan

2. Rigt

3. Cognitive

4. Emotional

5. Character

ناگویی هیجانی، حاکی از نقصان در فرایند شناختی، شناخت هیجانی و تنظیم حالت‌های هیجانی است و بیانگر این است که چنین افرادی متفاوت از دیگران و بیگانه‌هایی هستند که از دنیایی کاملاً متفاوت آمده‌اند و در بطن جامعه‌ای زندگی می‌کنند که تحت حاکمیت احساسات قرار دارند (جراره، 1392). تیلور و پارکز<sup>1</sup> (1997) ناگویی هیجانی را یک سازه شخصیتی معرفی می‌کنند که متشکل از دشواری در تشخیص احساسات<sup>2</sup>، دشواری در توصیف احساسات<sup>3</sup> و جهت‌گیری فکری<sup>4</sup> معطوف به بیرون است (مفرد نژاد، 1393، ص 121). تعاریف دیگری نیز از ناگویی هیجانی ارائه شده است که در ذیل به برخی از آنها اشاره می‌شود:

ناگویی هیجانی نوعی نقص و نارسایی خلقی است که باعث ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها می‌شود (استاسویچ<sup>5</sup>، 2012). ناگویی هیجانی یک ویژگی چندبعدی بنا شده بر پایه فقر در تخیلات، مشکل در توضیح یا نامیدن احساسات، اشکال در تشخیص احساس‌هایی از حس‌های بدنی و احاطه بر حوادث و اتفاقات بیرونی می‌باشد و ویژگی‌های اصلی آن عبارتند از: ناتوانی در بازشناسی و توصیف کلامی<sup>6</sup> هیجان‌های شخصی<sup>7</sup>، فقر شدید تفکر نمادین که آشکارسازی بازخوردها<sup>8</sup>، احساس<sup>9</sup>، تمایل و سائق‌ها را محدود می‌کند (رضایی، 1396). ناگویی هیجانی، یک سری ویژگی‌های شناختی و هیجانی را در بر می‌گیرد که به طور ویژه از طریق مشکل در شناسایی و ابراز احساسات و کمبود هیجان<sup>10</sup> مشخص است و در نهایت مشکلات شناختی<sup>11</sup> را برجسته‌تر می‌کند. ناگویی هیجانی، سازه‌ای است برآمده از اندیشه‌های روان‌پویشی که معنای لغوی آن فقدان واژه برای احساسات است. ناگویی هیجانی به عنوان یک پدیده هیجانی شناختی به اختلال خاص در کارکرد روانی اطلاق می‌شود که در نتیجه فرآیند بازداری خودکار اطلاعات و احساسات هیجانی به وجود می‌آید. در نهایت می‌توان گفت، ناگویی هیجانی سازه‌ای است چند وجهی متشکل از الف- دشواری در شناسایی احساسات و تمایز بین احساسات و تهییج‌های بدنی مربوط به انگیزتگی هیجانی؛ ب- دشواری در توصیف احساسات برای دیگران؛ ج- قدرت تجسم محدود که برحسب فقر خیال‌پردازی‌ها مشخص می‌شود؛ د- سبک شناختی عینی<sup>12</sup> (غیر تجسمی)، عملگرا و واقعیت‌محور یا تفکر عینی (گرانمایه پور، 1393).

#### - اهمیت شناخت و ارزیابی ناگویی هیجانی

عقیده بر این است که ناگویی هیجانی عامل خطر ساز برای بسیاری از اختلال‌های روانی است، زیرا افراد مبتلا به این نارسایی خیلی تحت فشار همبسته‌های جسمانی هیجان‌اتی هستند که به کلام در نمی‌آیند (بیان نمی‌شوند). این نارسایی مانع تنظیم هیجان‌ها شده و سازگاری فرد را مشکل می‌سازد (کرمی، 1391). ضمن آنکه پاندی<sup>13</sup>، ساکسنا<sup>14</sup> و دویی<sup>15</sup> (2011) 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

<sup>1</sup> Taylor & Parks

<sup>2</sup> Emotion detection

<sup>3</sup> emotions detection

<sup>4</sup> Intellectual orientation

<sup>5</sup> Stasovich

<sup>6</sup> Verbal description

<sup>7</sup> Personal excitement

<sup>8</sup> Feedback

<sup>9</sup> Feeling

<sup>10</sup> Excitement

<sup>11</sup> Cognitive

<sup>12</sup> Objective cognitive style

<sup>13</sup> Pandi

<sup>14</sup> Saxena

<sup>15</sup> Debey

رفتارهای ناسالمی مانند تغذیه ناکافی، مصرف الکل و سبک زندگی کم تحرک دارند (فکری، 1394). مونتی باروکی<sup>1</sup> (2004) در پژوهش خویش، دریافتند که ناگویی هیجانی با نیاز برای دریافت تأیید از سوی دیگران، ترس و ناراحتی از صمیمیت با دیگران و عدم اهمیت به روابط با دیگران ارتباط دارد (جوانمرد، 1394). ثوربرگ<sup>2</sup> (2011) در فراتحلیلی در رابطه میان پیوند والدین و ناگویی هیجانی نشان دادند که ناگویی هیجانی عامل پیش بینی کننده مهمی در عملکرد خانواده است و در اغلب مطالعات انجام گرفته ناگویی هیجانی به خوبی اختلالات کارکردی خانواده را پیش بینی می کند. همچنین از دیدگاه پدروسا<sup>3</sup> (2008) ناگویی هیجانی در کنار دیگر عوامل نظیر آسیب شناسی روانی عامل برجسته ای در اختلالات کارکرد شغلی و خانوادگی می باشد. ضمن آنکه ناگویی هیجانی در افراد خانواده منجر به کاهش روابط خانوادگی و به ویژه روابط والدین با فرزندان می شود و در نتیجه عدم ارضای عاطفی آنان بر عملکرد خانواده و موفقیت تحصیلی فرزندان تأثیر منفی می گذارد (جراره، 1391). اینفراسکا<sup>4</sup> (1997) معتقد است که این آگاهی هیجانی محدود و فرآیندهای شناختی معیوب در زمینه عواطف افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، به برانگیختگی فیزیولوژیک<sup>5</sup> طولانی، واکنش های عصبی و فشارهای روانی منجر می شود و این عوامل به صورت بالقوه بر سیستم های اتونومیک، ایمنی و گذرگاه هیپوفیز آدرنال، اثر تخریبی دارند (کرمی، 1391). بر اساس برخی تحقیقات انجام شد شیوع ناگویی هیجانی در جمعیت عمومی 23 درصد و در میان بیماران مراقبت اولیه 20 درصد است که ارتباط آن با مواردی همچون اختلالات جسمانی شکل، سوء مصرف مواد و افسردگی آشکار شده است (جراره، 1391). در نهایت باید گفت، ناگویی هیجانی آسیب پذیری نسبت به بیماری های تنی را تشدید می کند. این نظریه که ناتوانی در روند هیجان و شناخت، استعداد ابتلا به بیمار را تشدید می کند با اساس طب روان تنی که مدعی است هیجانان و شخصیت ممکن است به طور قابل توجهی بر عملکرد بدن و سلامت جسم تأثیر گذارد، کاملاً همسان است (کرمی، 1391).

#### - انواع ناگویی هیجانی

مسینا<sup>6</sup> و بیدل<sup>7</sup> و پارادیسو<sup>8</sup> (2014) به سه نوع ناگویی هیجانی اولیه ناگویی هیجانی ثانویه و ناگویی هیجانی ارگانیک<sup>9</sup> اشاره می کنند. ناگویی هیجانی را زمانی اولیه در نظر می گیریم که به عنوان عاملی مادام العمر ظاهر می شود که می تواند منجر به بیماری روانی- جسمی گردد. ناگویی هیجانی اولیه ممکن است از آسیب روانی ایجاد شده در دوران کودکی یا از تعاملات اولیه و منفی مراقبان یا سرپرستان ناشی شود. ناگویی هیجانی اولیه اخیراً به عنوان یک صفت شخصیتی کم و بیش پایدار تصور می شود که در دوران کودکی و سال های اولیه نوجوانی شکل می گیرد (زارع، 1395). این نوع ناگویی هیجانی ماهیتاً در روند رشد رخ می دهد که برای آن عوامل خطر روانی یا ارگانیک ادعا نمی شود (به استثنای عواملی که در کودکی رخ داده باشد). ناگویی هیجانی ثانویه، در طی رشد و تحول ظاهر نمی شود، بلکه به عنوان پیامد و نتیجه رویدادهایی که بعداً در زندگی رخ می دهند، بروز می کند. مانند رویدادهای با اهمیت روانشناختی<sup>10</sup> و یا رویدادهای پزشکی- جراحی (بیماری یا امراض) که تأثیر مستقیم یا غیرمستقیم بر عملکرد مغز دارند. از این رو، ناگویی هیجانی ثانویه می تواند دارای مکانیزم های روانشناختی و یا جسمی (ارگانیک) باشد (هاردی و رایت<sup>11</sup>، 2013). بنابراین، درحالی که ناگویی هیجانی اولیه ممکن است به عنوان عامل آسیب پذیری برای بیماری روانی نقش داشته باشد، ناگویی هیجانی ثانویه به عنوان نتیجه و پیامد این بیماری

<sup>1</sup>. Baroki

<sup>2</sup>. Thorberg

<sup>3</sup>. Pedrosa

<sup>4</sup>. Inferaska

<sup>5</sup>. physiologic

<sup>6</sup>. Mesina

<sup>7</sup>. Beadle

<sup>8</sup>. Paradiso

<sup>9</sup>. organic

<sup>10</sup>. Psychological

<sup>11</sup>. Hardi&Right

در نظر گرفته می شود. ناگویی هیجانی ارگانیک، به شرایطی اشاره دارد که در آن ناگویی هیجانی ظاهراً به دلیل آسیب ارگانیک به ساختارهای مغزی دخیل در پردازش احساسی ایجاد می شود. از نظر مفهومی بهتر است ناگویی هیجانی ارگانیک، به عنوان زیرگروه ناگویی هیجانی طبقه بندی شود. ناگویی هیجانی ارگانیک اغلب به درمان بسیار مقاوم است و به شخصیت پیش مرضی خاصی مرتبط نیست، بلکه مربوط به اختلال شناختی می شود. این نوع از ناگویی هیجانی، پیامد یک آسیب مغزی (مانند تروماتیک یا عروقی به نواحی خاصی می باشد (مسینا، 2014).

## 2-2- آسیب پذیری روانی<sup>1</sup>

نخستین مواجهه فرد با آسیب پذیری اش زمانی رخ می دهد که او یک واقعه ی تروماتیک<sup>2</sup>، ترس<sup>3</sup>، ناپایداری<sup>4</sup>، ناتوانی<sup>5</sup>، ناامیدی را در زندگی روزمره خود تجربه می کند. استرس تروماتیک باعث می شود که فرد آسیب پذیری را تجربه نماید. این آسیب پذیری باعث می شود که فرد معنای زندگی را در مواجهه با وقایع غیرمعمول از دست بدهد (ازمی بایرام و حاکان<sup>6</sup>، 2015).

آسیب پذیری روانی به استعداد و آمادگی افراد در جهت ابتلا به آشفتگی های روانی نظیر اضطراب و افسردگی اطلاق می شود (حسن پور، 1394). آسیب پذیری به عنوان یک آمادگی مادرزادی یا اکتسابی برای ناسازگاری ها و اختلال های روانی شناخته شده است. آسیب پذیری از مولفه های زیستی، شناختی، عاطفی و اجتماعی به نام نشانگرهای آسیب پذیری تشکیل می شود (بشارت، 1393). آسیب پذیری روانشناختی به آن دسته از اعتقادات شناختی ارتباط دارد که نشان دهنده ی وابستگی شخص به حس خود-ارزشی و عملکرد ناهنجار/ ناسازگار می باشند (نوگوایرا<sup>7</sup>، 2017). آسیب پذیری روانشناختی همچنین می تواند بصورت الگویی از عقاید شناختی تعریف شود که نشان دهنده ی وابستگی به موفقیت یا منابع خارجی تأییدکننده برای ایجاد حس عزت نفس یک شخص می باشند. آسیب پذیری، یک واکنش عجیب بی ثبات نسبت به اختلالات روانشناختی، و نسبت به حالت فرد در برابر یک محرک است (ازمی بایرام و حاکان، 2015). آسیب پذیری روانشناختی به تمایل به ناهنجاری های شناختی اشاره دارد و نشانه ای است از عدم تطبیق روانشناختی می باشد (آکین<sup>8</sup>، 2015). آسیب پذیری در لغت به معنای هر گونه آمادگی جسمانی (فیزیکی)، یا هیجانی برای صدمه دیدن و مورد حمله قرار گرفتن است، آسیب پذیری روانی نیز، عبارت است از احتمال وقوع هر گونه مشکلات و اختلالات روانی که در پی یک تروما<sup>9</sup> به وجود می آید. بطور کلی آسیب پذیری روانی به معنای روبرو شدن افراد با تجارب استرس زا و پاسخ ناسازگارانه به آن تجارب به علت اتخاذ باوری غلط، والگویی از تفکرات نامعقولانه، خواه به صورت جسمانی و خواه به صورت روانی است (حسن پور، 1394). مقصود از آسیب پذیری، احتمال بروز پاسخ ناسازگارانه در موقعیت های معین است (پیوسته گر، 1391). آسیب پذیری روانشناختی بعنوان ظرفیت فرد برای رسیدگی به مکانیسم های حفظ قدرت احساسی در نظر گرفته می شود (ستیکی<sup>10</sup> و همکاران، 2014). سینکلایر و واتسون<sup>11</sup> (1999) می گویند که آسیب پذیری روانشناختی به ساختارهای شناختی ای اشاره دارد که افراد را در برابر استرس شکننده تر می سازند، و

<sup>1</sup>. Psychological vulnerability

<sup>2</sup>. Traumatic

<sup>3</sup>. Fear

<sup>4</sup>. Instability

<sup>5</sup>. Disability

<sup>6</sup>. Azmi Bayram & Hakan

<sup>7</sup>. Nogvaira

<sup>8</sup>. Akin

<sup>9</sup>. Trauma

<sup>10</sup>. Satıcı

<sup>11</sup>. Sinklayer & Watson

آن را بصورت «الگوی عقاید شناختی»<sup>۱</sup> تعریف می‌کنند که «نشان‌دهنده‌ی وابستگی به موفقیت یا منابع خارجی تأییدکننده برای ایجاد حس عزت نفس<sup>۲</sup> یک شخص می‌باشد». در واقع آسیب‌پذیری روانشناختی یک نتیجه طبیعی انسان بودن است و هر شخصی دارای درجه‌ای از آسیب‌پذیری است که ممکن است باعث بروز مشکلات روانشناختی در شرایط استرس‌زا گردد (ستیکی، 2016). آسیب‌پذیری ادراک شده، به باور یک شخص به اینکه چقدر خود را نسبت به یک موقعیت استرس‌زا یا استرس خاص و یا مشکل تندرستی آسیب‌پذیر احساس می‌کند اشاره دارد (مسعودنیا، 1394).

برخی از پژوهشگران اذعان دارند که بین آسیب‌پذیری روانشناختی<sup>۳</sup>، سن و جنسیت رابطه وجود دارد. زمانی که زنان مسن با مردان جوان جوان مقایسه می‌شوند، مشخص می‌شود که سطح آسیب‌پذیری مردان جوان کمتر است. زنان، حالت‌های منفی بیشتری را نشان می‌دهند. در این مورد، عدم کفایت آنها در مورد غلبه بر مسائل ممکن است تأثیر زیادی بر آسیب‌پذیری آنها داشته باشد (ازمی بایرام و حاکان<sup>۴</sup>، 2015). زمانی که نوجوانان از لحاظ روابط بین فردی مورد بررسی قرار می‌گیرند، مشخص می‌شود عواملی مانند تحسین شدن، ترس از ناامیدی، نگرانی در مورد پذیرفته نشدن می‌تواند روی حالت منفی آنها تأثیرگذار باشند، و ناراحتی و آسیب‌پذیری را به شدت افزایش دهند (سیلور<sup>۵</sup>، 2012). در نهایت باید اذعان نمود، در مورد احتمال آسیب‌پذیری روانی در برابر هر گونه رویداد های استرس آور چند فرضیه مهم مطرح شده است. الف) - اشخاصی که نسبت به دیگران آسیب‌پذیرتر هستند، نسبت به اشخاصی که آسیب‌پذیری روانی ندارد، تحت شرایط یکسانی از استرس<sup>۶</sup>، شکایت‌های ضمنی زیادی از بیماری‌های جسمانی، نشان می‌دهند. ب) - تحت شرایط یکسان اشخاصی که استرس شدیدی را که سلامتی آن‌ها را تهدید می‌نموده است، تجربه کرده‌اند، نسبت به اشخاصی که این گونه نیستند، شکایت جسمانی بیشتری را گزارش می‌کنند. ج) - اشخاصی که هر دو مجموعه شرایط - آسیب‌پذیری روانی و استرس همزمان با آن را دارا هستند - تحت شرایط استرس نسبت به بقیه انسان‌ها شکایت جسمانی زیاد تری را گزارش می‌کنند (آرتور، جان و لایتر، 2012).

#### - شاخص‌های آسیب‌پذیری روانی

به نظر می‌رسد ارزیابی روان‌شناختی، کشف واکنش‌های شایع و عوارض روانی جهت پیشگیری و درمان سریع‌تر اهمیت اساسی دارد (کهرزایی، 1390). برخی از آسیب‌های روانی که انسان‌ها مستعد مبتلا شدن به آن هستند شامل:

- استرس<sup>۷</sup>: مطالعات نشان می‌دهد که استرس موجب اختلالات روانی و جسمانی است و باعث می‌شود تا به طور قطعی بتوان گفت که استرس بیماری‌زاست. به طوری که به استرس لقب بیماری جدید تمدن لقب داده‌اند. استرس می‌تواند با تأثیر بر دفاع‌های ایمنی، رشد یا فراگستری تومور را افزایش دهد و کنش وری فرد را در قلمرو اجتماعی<sup>۸</sup>، روان‌شناختی<sup>۹</sup>، جسمانی<sup>۱۰</sup> و خانوادگی<sup>۱۱</sup> مختل می‌کند (عالمی‌خواه، 1394).

<sup>1</sup>. Pattern recognition ideas

<sup>2</sup>. Self-esteem

<sup>3</sup>. Psychological

<sup>4</sup>. Azmi Bayram & Hakan

<sup>5</sup>. Silver

<sup>6</sup>. Stress

<sup>7</sup>. Stress

<sup>8</sup>. social

<sup>9</sup>. Psychological

<sup>10</sup>. Physical

<sup>11</sup>. Family

- افسردگی<sup>۱</sup>: از آنجا که بیمار در مدت بیماری جسمی خود، نمی تواند کارآیی های همیشگی جسمانی خود را داشته باشد و بسیاری از فعالیت هایش محدود می گردد، این وضعیت، او را دچار اضطراب، خشم و افسردگی می کند و او را با استرس و بحران روانی مواجه می سازد. در این شرایط، بیماری جسمی فرد را از نظر روانی آسیب پذیر می سازد و منجر به ابتلاء به اختلال روانی مانند افسردگی می شود (گراوندی، 1393). در همین راستا، جاکوبسون و جیم<sup>۲</sup> (2011) معتقدند که شیمی درمانی در مبتلایان به سرطان با سطوح بالای افسردگی همراه است (عالمی خواه، 1394). همچنین یافته ها نشان می دهد درماندگی های روانشناختی از جمله افسردگی در مبتلایان به سرطان منجر به تحلیل رفتن انرژی روانی، افزایش استرس ناشی از بیماری و درمان های آن، کاهش عملکرد ایمنی بدن، کاهش کیفیت رابطه پزشک-بیمار و کاهش میلی جنسی می شود (عالمی خواه، 1394). بر اساس پیش بینی سازمان بهداشت جهانی<sup>۳</sup>، انتظار می رود که افسردگی تا سال 2020 به عنوان دومین عامل از کار افتادگی شناخته شود (موسوی، 1391).

- کاهش امید به زندگی<sup>۴</sup>: رلایف<sup>۵</sup> (1992) ذکر کرده است که به نظر می رسد بیشتر تحقیقات مربوط به امید نیز در مورد بیماران است، چرا که این بیماری عامل تهدید کننده امید محسوب می شود (گراوندی، 1393، ص 7). بعد از بروز بیماری، امید به زندگی به طور قابل توجهی کاهش پیدا می کند. همین عامل باعث می شود تا آنها نسبت به درمان خود توجه کافی نشان ندهد و دستورات پزشکان را چندان جدی نگیرند؛ آنان برای بهبودی تلاش زیادی نکرده و در حقیقت خودشان با این کار وضعیت سلامتی خود را بدتر می کنند (سروش، 1393).

امید، در بردارنده تصورات و توجه افراد به آینده است و با این تصور که احتمال دارد نتایج مثبت حاصل گردد، باعث تلاش بیمار می شود (شفیعی، 1392). امید عاملی برانگیزاننده است و افراد را قادر می سازد مسیری را انتخاب کنند که به نتیجه ای مثبت می انجامد. امید نمادی از سلامت روحی و توانایی باور داشتن به احساس بهتر در آینده است. اما ناامیدی، نقطه مخالف امید و از خصوصیات و مظاهر اصلی افسردگی است (حیدری، 1394). در واقع، فرد امیدوار در تسلط بر امور زندگی خود را توانا می داند، توانایی کنترل استرس و احساسات منفی را دارد و شرایط زندگی را نیز قابل تغییر می یابد، بنابراین او خواهان زندگی کردن است چراکه آینده را خوب می داند. بنابراین ارتقای امید، که از عوامل معنادار شدن زندگی است، به افراد کمک می کند تا با بیماری سازگار شوند، رنج روانی خود را کاهش داده و کیفیت زندگی و سلامت عمومی خود را افزایش دهند (موحدی، 1394).

- کاهش کیفیت زندگی<sup>۶</sup>: وقتی در به حداکثر رساندن کیفیت زندگی، هدف اولیه مراقبت می باشد و هدف تیم مراقبت سلامت، به حداکثر رساندن توانایی های شغلی و بهبود وضعیت عملکرد<sup>۷</sup> در کیفیت زندگی می باشد. می توان با انجام راهبردهایی به افزایش کیفیت زندگی کمک کرد، یکی از این راهبردها، راهبرد فراشناختی<sup>۸</sup> یعنی آگاهی افراد از فرآیند تفکر خود و توانایی آنها برای کنترل این فرآیند است (کاوسی، 1396).

- کاهش سلامت روان<sup>۹</sup>: بسیاری از نگرانی ها و افسردگی ها به دلیل وابستگی به دیگران و از دست دادن نقش خود در جامعه یا خانواده می باشد و اضطراب<sup>۱</sup> و افسردگی<sup>۲</sup>، شایع ترین واکنش های روانشناختی است که در برخورد با تشخیص، پیش آگاهی اتفاق می

1. Depression

2. Jacobson & Jim

3. World Health Organization

4. Hope for life

5. Zlaif

6. Quality of Life

7. Performance

8. Metacognition

9. Mental health

افتد(کهرزئی، 1390). بنابراین می توان گفت، بیشتر افرادی که به کاهش سلامت روان مبتلا می شوند یک دوره فشار روانی را تجربه می کنند. در برخی، این فشار روانی<sup>۳</sup> خود به خود از بین می رود و به مشکلات روانی دیرپا منجر نمی شود و می توان آن را به عنوان یک واکنش سازگاری طبیعی در نظر گرفت، اما برخی مشکلات روانی شدیدتری را تجربه می کنند که باعث کاهش کیفیت زندگی و عملکرد روزانه آنها می شود (کارآموزیان، 1393).

- دیدگاه های نظری در رابطه با آسیب پذیری روانی

بطور کلی درباره منشأ و علل آسیب پذیری روانی شدن است که عبارتند از: مدل دلبستگی، مدل طرحواره ای، مدل درماندگی آموخته شده، مدل بیماری پذیری ارثی-استرس و مدل سوگیری انتخابی.

- مدل دلبستگی<sup>۴</sup>

بر قراری تماس دایمی با یک مراقبت کننده یکی از ملاک های مهم دلبستگی است. وقتی یک دلبستگی ایمن از بین برود و یا شروع به نا ایمن شدن از طریق الگوهای نا مناسب بنماید، میزان ابتلا به افسردگی<sup>۵</sup> افزایش یافته و زمانی که در فرایند شکل گیری رابطه دلبستگی اختلال ایجاد شود، فرد را در معرض ابتلا به آسیب پذیری روانی قرار می دهد.

- مدل طرحواره ای<sup>۶</sup>

بر اساس این مدل در دوران کودکی طرحواره ها از طریق تداعی با شرایط استرس زای گوناگون شکل می گیرند و در واقع تبدیل به یک شیوه منحصر به فرد، برای پاسخ به هر نوع تجارب استرس زا، در دوره های بعدی زندگی می شوند (حسن پور، 1395).

- مدل درماندگی<sup>۷</sup> آموخته شده

بر طبق این مدل رویارویی با هر نوع رویداد در دوران کودکی، اعم از مثبت یا منفی منجر به شکل گیری یک خودپنداری<sup>۸</sup> در آن ها می شود. رویداد های منفی در طول دوران کودکی منجر به این می شود که کودکان آن ها را به صورت منفی درونی می کنند و در نتیجه به محض روبرو شدن یا هر نوع حوادث که تداعی کننده خودپنداره مربوط به آن رویداد باشد، دچار درماندگی<sup>۹</sup> شوند. در چنین وضعیتی اگر فرد به این باور برسد که هیچ کاری از دستش بر نمی آید تا موقعیت خود را تغییر دهد، دست از تلاش بر میدارد زیرا به این باور رسیده است که هیچ کاری از من ساخته نیست (قدسی، 1393).

- مدل بیماری پذیری ارثی<sup>۹</sup> - استرس<sup>۱۰</sup>

1. Anxiety

2. Depression

3. mental pressure

4. Attachment model

5. Depression

6. Schematic model

7. Helplessness

8. Self-concept

9. Hereditary

10. Stress



بر اساس این مدل، افراد با آمادگی (یا بیماری پذیری ارثی) متولد می شود که آن هارا در معرض خطر ابتلا به اختلال روانی قرار می دهند. این آسیب پذیری احتمالاً ژنتیکی. آمادگی ارثی، شرط لازم برای ابتلا به اختلال روانی است نه شرط کافی، شرط کافی فشار های محیطی است.

- مدل سوگیری انتخابی<sup>1</sup>

بر اساس این مدل افراد آسیب پذیر، به دلیل سوگیری انتخابی - عدم توجه به محرک هایی که باعث اضطراب می شود. اقدام به اتخاذ سر نخ های هیجانی می کنند که متناسب با طرحواره درونی شده آنها نبوده و در نتیجه آنها را در برابر استرس، دچار آسیب پذیری روانی می سازد (خلعتبری، نریمانی، 1391).

### 3-مروری بر پژوهش های انجام شده

#### 3-1 پژوهش های انجام شده در ایران

- مهاجرانی (1396) پژوهشی با عنوان "بررسی رابطه ناگویی هیجانی، ادراک بیماری و تاب آوری با کیفیت زندگی بیماران" را مورد مطالعه قرار داده اند. بر اساس نتایج رگرسیون چندگانه به روش ورود بین متغیر ادراک بیماری و تاب آوری با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری کولیت السراتیو رابطه معناداری وجود دارد. علاوه بر آن، نتایج همبستگی پیرسون نشان داده است که بین متغیر ناگویی هیجانی با متغیر کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد. همچنین بین متغیر ادراک بیماری با متغیر کیفیت زندگی و متغیر تاب آوری با کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد.

- صادق پور (1394) پژوهشی با عنوان "مقایسه ناگویی هیجانی و کیفیت زندگی در بین بیماران کرونری قلب و افراد سالم" را مورد مطالعه قرار داده اند. یافته ها بیانگر این بود که بین دو گروه افراد مبتلا به اختلال عروق کرونری قلب و افراد عادی از لحاظ دو مؤلفه ی ناگویی هیجانی و کیفیت زندگی تفاوت معنادار وجود دارد، بطوری که ناگویی هیجانی و تمام زیر مقیاس های آن در بیماران کرونری بیشتر از افراد عادی بود و بیماران قلبی نسبت به افراد سالم از کیفیت زندگی کمتری برخوردار بودند.

- برقی (1393) پژوهشی با عنوان "ارتباط ابعاد پنج گانه شخصیت و آلکسی تایمیا با سلامت روان بیماران اسکروز مولتیپل" را مورد مطالعه قرار داده است. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که متغیرهای روان رنجوری، وظیفه شناسی، دشواری در توصیف احساسات و دشواری در شناسایی احساسات ارتباط معناداری با سلامت روان کسانی که از ام اس رنج می برند، دارد.

- بشارت (1393) پژوهشی با عنوان "ناگویی هیجانی و آسیب پذیری روانی - بدنی" را مورد مطالعه قرار داده اند. نتایج پژوهش نشان داد که ناگویی هیجانی با آسیب پذیری روانی و آسیب پذیری بدنی در سطح  $p < 0/01$  رابطه ی مثبت معنادار دارد. همچنین تاهل، در رابطه ی بین ناگویی هیجانی و آسیب پذیری بدنی نقش تعدیل کننده داشت.

- مردانی (1389) پژوهشی با عنوان "ارتباط سلامت روانی و کیفیت زندگی در بیماران سرطانی" را مورد مطالعه قرار داده است. نتایج پژوهش نشان داده است که حیطة های عملکرد فیزیکی از کیفیت زندگی با 3 حیطة اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی همبستگی معنی دار نشان داد. حیطة سلامت روانی از کیفیت زندگی تنها با حیطة علایم شبه جسمی از سلامت روان همبستگی معنی دار نشان داد و در نهایت در حیطة عملکرد اجتماعی از کیفیت زندگی با حیطة اختلال در عملکرد اجتماعی از سلامت روان همبستگی معنی دار مشاهده شد.

<sup>1</sup>. Selective bias

- کبیری (1396) پژوهشی با عنوان "ارتباط سلامت روانی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان ایلام" را مورد مطالعه قرار داده است. یافته ها نشان داد بسیاری از حیطة های کیفیت زندگی با سلامت روان همبستگی معنی دار دارد. حیطة های عملکرد فیزیکی از کیفیت زندگی با 3 حیطة اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی همبستگی معنی دار نشان داد. حیطة سلامت روانی از کیفیت زندگی با حیطة علائم شبه جسمی از سلامت روان همبستگی معنی دار نشان داد.

### 3-2 مطالعات بین المللی

- پیتیک (2017) پژوهشی با عنوان "نقش آلکسی تایمیا در توسعه اختلالات روانی و غیر روانی در بیماران مبتلا به تیروئید اولیه" را مورد مطالعه قرار داده است. نتایج پژوهش نشان از آن دارد که بیماران مبتلا به سطح آلکسیتیمیایی نامطلوب در توصیف احساسات درونی خود مشکل دارند، توجه زیادی به فقدان رفاه در حوزه احساسی نکردند، معتقد بودند که علائم دردناک مشکلات سلامت روان ناشی از آسیب های تیروئید است، حتی در طول نظرسنجی های حضوری، حضور استرس های احساسی و تجربیات درگیری را نادیده گرفتند که نشان دهنده توانایی کم برای درک و بیان احساسات خود، رزونانس احساسی پایین بود.

- فکی (2017) پژوهشی با عنوان "بررسی رابطه بین افسردگی و آلکسی تایمیا در نوجوانان مبتلا" را مورد مطالعه قرار داده اند. نتایج پژوهش نشان از آن دارد که آلکسی تایمیا در بین نوجوانانی که دچار افسردگی هستند مشاهده شده و سبب رشد آن شده است.

- آلکستیمی (2015) پژوهشی با عنوان "نارسایی هیجانی در افراد مبتلا به فیبرومیالژیا و تاثیر آن بر کیفیت زندگی" را مورد مطالعه قرار داده اند. نتایج پژوهش نشان داده است که نارسایی هیجانی بر کیفیت زندگی تاثیر گذار است.

- کوزولونگو (2015) پژوهشی با عنوان "نقش آلکسی تایمیا در کیفیت اختلال زندگی در بیماران مبتلا به هیپاتیت مزمن C" را مورد مطالعه قرار داده است. نتایج بدست آمده نشان از آن دارد که نقش آلکسی تایمیا در کیفیت اختلال زندگی بیماران تاثیر گذار است و سبب تشدید آن می شود.

- مارچسی (2015) پژوهشی با عنوان "نقش آلکسی تایمیا در پیش بینی افسردگی حادثه در بیماران در ابتدا سندرم حاد کرونری" را مورد مطالعه قرار داده است. نتایج بدست آمده نشان از آن دارد که از 251 نفر نمونه آماری، 66 نفر از آنان دچار افسردگی بوده و آلکسی تایمیا توانسته است بر افسردگی آنها تاثیر گذار باشد.

- ای یور (2013) پژوهشی با عنوان "الکسیتیمیا، افسردگی، اضطراب و خوردن غذا در زنان چاق" را مورد مطالعه قرار داده است. نتایج نشان داده است از مجموع 100 نفر، 46 نفر به ناگویی هیجانی مبتلا بودند. ناگویی هیجانی در بین دو گروه زنان چاق و عادی متفاوت نمی باشد.

- ایگلسیاس (2012) پژوهشی با عنوان "اثر آلکسی تایمیا بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران با التهاب روده" را مورد مطالعه قرار داده اند. نتایج پژوهش نشان داده است که آلکسی تایمیا (ناگویی هیجانی) بر کیفیت زندگی بیماران تاثیر گذار است. اضطراب زنان چاق بیش از زنان عادی می باشد. افسردگی در بین گروه زنان چاق بیش از گروه دیگر می باشد.

4- بحث و نتیجه گیری

با توجه به نتایج بدست آمده می‌توان گفت، به طور جزئی بین دشواری در شناسایی احساسات با خرده‌مقیاس آسیب روانی همبستگی معناداری وجود دارد و بین دشواری در توصیف احساسات با خرده‌مقیاس آسیب روانی به جز پارانوئید همبستگی مثبت معناداری وجود دارد، همچنین بین تفکر عینی با خرده‌مقیاس آسیب روانی به جز پارانوئید، فوبیا و اضطراب، همبستگی معکوس معناداری وجود دارد، که به طور کلی حکایت از آن دارد، که با افزایش ناگویی هیجانی به تبع آسیب‌های روانی نیز افزایش خواهد یافت و بالعکس آن نیز اتفاق می‌افتد (سعدآبادی شاهرودی، 1396) باتوجه به نتیجه بدست آمده می‌توان گفت، یافته‌های بدست آمده در این پژوهش همسو با مطالعات بشلیده (1394)، عنایتی (1394)، بشارت (1393)، برادی (2017)، پیتیک (2017) می‌باشد. امروزه نتایج تحقیقات نشان داده است که افراد با ناگویی هیجانی بالا در درک و شرح هیجان‌های خود و دیگران ناتوان و عاجز هستند. برای همدلی استعداد ضعیف شده‌ای از خود نشان می‌دهند و نمی‌توانند به خوبی با دیگران ارتباط برقرار نموده و سازگار گردند بنابراین آمادگی ابتلاء به انواع اختلال‌های روانشناختی را دارند (برقی، 1393). در همین راستا می‌توان گفت، مبتلایان به ناگویی هیجانی احساس‌های نامتمایز دارند و این احساس‌ها همراه با یک برانگیختگی فیزیولوژیک است. اما به علت مشکل در تمایز، توصیف و تنظیم احساس‌ها، برانگیختگی فعال باقی‌مانده و از بین نمی‌رود و این امر باعث اختلال در دستگاه عصبی خودکار و دستگاه ایمنی می‌شود (عیسی زادگان، 1390).

ضمن آنکه می‌توان گفت، دشواری در شناسایی و تمایز بین احساسات به عنوان یکی از مولفه‌های ناگویی هیجانی، افراد را مستعد نارسایی در تنظیم هیجان‌ها در شرایط یا روابط استرس‌آمیز می‌کند. بنابراین، این افراد دچار آشفتگی هیجانی می‌شوند و ظرفیت آنها برای سازگاری با موقعیت استرس‌آمیز کاهش می‌یابد. این پردازش هیجانی معیوب که اساس ناگویی هیجانی است، می‌تواند هم‌منجر به تمرکز، تقویت و سوتعبیر از احساس‌های جسمانی شود که با برانگیختگی هیجانی همراه است و هم یک آمادگی برای پریشانی و درماندگی روان‌شناختی یا تجربه‌ی نامتمایز حالت‌های هیجانی منفی ایجاد کند که منجر به پدیدآیی اختلال‌های عاطفی می‌شود (بشارت، 1393). در همین راستا، ساریجاروی (2006) نشان داده است که با افزایش دشواری در شناسایی احساسات، احتمال افزایش اضطراب و افسردگی بیشتر خواهد شد. در واقع، هرچه فرد در شناسایی و متمایز کردن هیجان‌اتاش مشکلات بیشتری داشته باشد، علائم اضطراب و افسردگی را در حد شدیدتری تجربه می‌کند.

نتایج دیگر پژوهش‌نشان از آن دارد که دشواری در توصیف احساسات به عنوان یکی از مولفه‌های ناگویی هیجانی بر آسیب‌پذیری روانی تأثیرگذار است. در این راستا باید اذعان نمود، ناگویی هیجانی یک ویژگی شناختی عاطفی است و فرد مبتلا به آن در تنظیم و فهم هیجان‌های خود ناتوان است. زمانی که اطلاعات هیجانی نتوانند در فرایند پردازش شناختی، ادراک و ارزشیابی گردند، افراد از نظر عاطفی و شناختی دچار آشفتگی و درماندگی شده و این ناتوانی می‌تواند سازمان عواطف و شناخت‌های آنان را مختل سازد (بشارت، 1387). این افراد به دلیل عدم آگاهی هیجانی و ناتوانی در پردازش شناختی احساسات خود، معمولاً قادر به شناسایی، درک و یا توصیف هیجان‌های خویش نیستند و توانایی محدودی در سازگاری با شرایط تنش‌زا دارند. یکی از روش‌های کنترل تنش خصوصاً در مورد هیجان‌های منفی، تخلیه و بیان هیجان ناشی از تنش است. در صورتی که این هیجان‌ها، تخلیه نگردند و فرد نتواند احساسات منفی خود را به صورت کلامی بیان کند، جزء روانشناختی سیستم‌های ابراز هیجان و پریشانی روانی از جمله افسردگی و اضطراب افزایش می‌یابد.

در نهایت نتایج نشان از آن دارد که تفکر عینی به عنوان سومین مولفه ناگویی هیجانی، بر آسیب‌پذیری روانی تأثیرگذار است. این یافته را اینگونه می‌توان تبیین نمود که بر اساس نظر تیلور (2009)، تفکر عینی که با قدرت تجسم محدود، قدرت خیالپردازی و تمرکز بر امور ساده و سطحی عینی و خارجی مشخص می‌شود و می‌تواند به عنوان مکانیسمی مکمل برای مکانیسم جبران تلقی شود. بر این اساس، فرد در امتداد اجتناب‌گری از عواطف دردناک مبتنی بر تهییج‌های فیزیولوژیک، از طریق تفکر عینی، هر چه بیشتر از دنیای درونی و واقعیت‌های نگران‌کننده ذهنی فاصله می‌گیرد و سدسازی خود را در مقابل فشارهای ناشی از این عواطف دردناک را تکمیل می‌کند.

- ارسنجانی، اعظم (1394). بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نوجوانان دختر دبیرستانهای شهر اهواز. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، 14، 8. 643-654.
- بختیارپور، سعید (1388). رابطه وابستگی خاص نسبت به همسر و سلامت روان در دبیران اهواز، فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ، دوره یکم، شماره 2.
- برقی، زیبا (1393). ارتباط ابعاد پنجگانه شخصیت و آلکسی تایمیا با سلامت روان بیماران. روان شناسی سلامت، 3، 2. 64-79.
- بشارت، محمدعلی (1393). ناگویی هیجانی و آسیب پذیری روانی بدنی. فصلنامه اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، 9، 34. 59-47.
- بشارت، محمدعلی (1393). ناگویی هیجانی و آسیب پذیری روانی بدنی. فصلنامه اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، 9، 34. 59-47.
- بشلیده، کیومرث (1394). رابطه ساده، چندگانه و کانونی بین آلکسی تیمیا و استرس ادراک شده با سلامت روان. مجله شخصیت و تفاوت های فردی، 7، 149-166.
- بیرامی، منصور (1390). پیش بینی تغییرات آلکسی تایمیا بر اساس مولفه های شخصیتی. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، 33، 6. 39-44.
- پیوسته گر، مهرانگیز (1391). تبیین آسیب پذیری های روانی براساس سبک های دلبستگی در دانشجویان دانشگاه های مختلط دولتی تهران. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، 13، 1. 28-37.
- پیوسته گر، مهرانگیز (1391). تبیین آسیب پذیری های روانی براساس سبک های دلبستگی در دانشجویان دانشگاه های مختلط دولتی تهران. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، 13، 1. 28-37.
- جراره، جمشید (1392). نقش آلکسی تایمیا و عوامل جمعیت شناختی در پیش بینی عملکرد خانواده و موفقیت تحصیلی فرزندان زوج های مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان درمانی. فصلنامه خانواده و پژوهش، 16، 7-22.
- حسن پور، عظیم (1394). مقایسه ادراک از خود، آسیب پذیری روانی و تمایز خود در دانش آموزان زورگو و زور پذیر. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات اردبیل.
- حسین زاده، یحیی (1395). بررسی رابطه سلامت روان و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت. فصلنامه پرستاری الیگودرز توسعه پرستاری در سلامت، 7، 1. 57-66.
- خدابخش، محمدرضا (1391). بررسی رابطه ناگویی خلقی و متغیرهای دموگرافیک با فرسودگی شغلی پرستاران. مجله پزشکی هرمزگان، 2، 16. 151-161.
- خواجه، فرزانه (1395). رابطه ناگویی هیجانی و مشکلات بین شخصی با رضایت زناشویی در پرستاران زن متأهل، مجله دانشکده پرستاری و مامایی، 14، 7. 630-638.
- داوودی، ایران (1390). بررسی رابطه الکسی تایمیا با صفات شخصیتی در دانشجویان. فصلنامه پژوهش های روانشناسی بالینی و مشاوره، 1، 2. 137-150.
- رضایی، شهین (1396). مقایسه آلکسی تایمی، رفتار خودآسیبی و پردازش هیجانی در معتادین به مواد مخدر تک ماده ای و افراد بهنجار. فصلنامه مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی، 3، 1. 101-109.

- زارع، حسین (1395). سبک های تصمیم گیری و الکسی تایمیا: مطالعه ارتباط این دو سازه در یک گروه غیربالینی، فصلنامه علمی پژوهشی عصب روانشناسی، 2، 2، 61-76.
- زاهدی، کمیل (1392). مقایسه ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران جسمانی سازی، بیماران اضطرابی و افراد عادی. روانشناسی معاصر، 2، 8، 3-16.
- زرگر، فاطمه (1394). رابطه بین آسیب های روانشناختی جانبازان و بعد روانی کیفیت زندگی همسرانشان در شهر اصفهان، ایران. مجله شفای خاتم، 3، 3، 37-44.
- سعدآبادی شاهرودی، حنانه. (1396) نقش ناگویی هیجانی و کیفیت زندگی در آسیب پذیری بیماران سرطانی، پایان نامه کارشناسی ارشد
- صادق پور، مریم (1394). مقایسه ناگویی هیجانی و کیفیت زندگی در بین بیماران کرونری قلب و افراد سالم. ارائه شده در کنفرانس بین المللی علوم انسانی، روانشناسی و علوم اجتماعی، 61-76.
- عبدی، رضا (1395). پیش بینی ابعاد ناگویی هیجانی بر اساس مدل ابعاد ناپنجار شخصیت. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، 22، 3، 222-229.
- عنایتی، اعظم (1394). رابطه بین الکسی تایمیا با شاخص سلامت روان در بیماران ام اس شهر اصفهان. ارائه شده در نخستین کنگره بین المللی جامع روانشناسی ایران.
- فکری، اکرم (1394). مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به فشار خون اساسی و افراد غیر مبتلا. فصلنامه روانشناسی معاصر، 10، 1، 85-94.
- فکری، اکرم (1394). مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به فشار خون اساسی و افراد غیر مبتلا. فصلنامه روانشناسی معاصر، 10، 1، 85-94.
- کریمی، جهانگیر (1391). رابطه آلکسیتیمیا و باورهای مربوط به هیجان با سلامت روان بیماران کلیوی. فصلنامه روان شناسی سلامت، 4، 19-29.
- گرانمایه پور، شیوا (1393). رابطه ناگویی هیجانی و مشکلات بین شخصی: نقش تعدیل کننده سبک های دلبستگی. روانشناسی معاصر، 1، 3، 3-16.
- لوف، هانیه (1395). نقش واسطه ای مشکلات درونی سازی در رابطه ناگویی هیجانی و مشکلات برون سازی. فصلنامه روانشناسی تحولی، 12، 48، 413-425.
- مکوندی، بهنام (1391). رابطه الکسی تایمیا با هوش هیجانی، اضطراب و افسردگی در دانشجویان پسر دانشگاه آزاد اسلامی اهواز. فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، 13، 13، 83-91.
- مهاجرانی، سپهر (1396). بررسی رابطه ناگویی هیجانی، ادراک بیماری و تاب آوری با کیفیت زندگی بیماران. مجله گوارش، 22، 1، 28 - 38.
- هاشمی، تورج (1391). جنسیت، ناگویی هیجانی و نظریه ذهن در دانشجویان. دوفصلنامه علمی پژوهشی شناخت اجتماعی، 1، 2، 6-13.

- Azmi Bayram, I. (2015). The predictor role of gratitude and psychological vulnerability on forgiveness, **International Journal of Research Studies in Psychology**, 4 4, 61-74.
- Brady, R. E., Bujarski, S. J., Feldner, M. T., & Pyne, J. M. (2017). Examining the effects of alexithymia on the relation between posttraumatic stress disorder and over-reporting. **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy**, 9(1), 80.
- De Panfilis, C., Ossola, P., Tonna, M., Catania, L., & Marchesi, C. (2015). Finding words for feelings: The relationship between personality disorders and alexithymia. **Personality and Individual Differences**, 74, 285-291.
- Feki, R., Sellami, R., Feki, I., Trigui, D., Turki, H., & Masmoudi, J. (2017). Association between depression and alexithymia in adolescents with Acne vulgaris. **European Psychiatry**, 41, S437.
- Gabriel, B., Untas, A., Lavner, J. A., Koleck, M., & Luminet, O. (2016). Gender typical patterns and the link between alexithymia, dyadic coping and psychological symptoms. **Personality and Individual Differences**, 96, 266-271.
- Ho, N. S., Wong, M. M., & Lee, T. M. (2016). Neural connectivity of alexithymia: specific association with major depressive disorder. **Journal of affective disorders**, 193, 362-372.
- Iglesias-Rey, M., Barreiro-de Acosta, M., Caamaño-Isorna, F., Vázquez Rodríguez, I., Lorenzo González, A., Bello-Paderne, X., & Domínguez-Muñoz, J. E. (2012). Influence of alexithymia on health-related quality of life in inflammatory bowel disease: Are there any related factors?. **Scandinavian journal of gastroenterology**, 47(4), 445-453.
- Luminet, O., de Sousa Uva, M. C., Fantini, C., & de Timary, P. (2016). The association between depression and craving in alcohol dependency is moderated by gender and by alexithymia factors. **Psychiatry research**, 239, 28-38.
- Messina, A., Beadle, J. N., & Paradiso, S. (2014). Towards a classification of alexithymia: primary, secondary and organic. **Journal of psychopathology**, 20, 38-49.
- Pityk, O., Pityk, M., & Kuzhda, I. (2017). The role of alexithymia in non-psychotic mental disorders' development in patients with primary hypothyroidism. **European Psychiatry**, 41, S501.
- Porcelli, P., De Carne, M., & Leandro, G. (2014). Alexithymia and gastrointestinal-specific anxiety in moderate to severe irritable bowel syndrome. **Comprehensive psychiatry**, 55(7), 1647-1653
- Sharpe, H., Patalay, P., Fink, E., Vostanis, P., Deighton, J., & Wolpert, M. (2016). Exploring the relationship between quality of life and mental health problems in children: implications for measurement and practice. **European child & adolescent psychiatry**, 25(6), 659-667.