

مقایسه ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران جسمانی‌سازی، بیماران اضطرابی و افراد عادی

Alexithymia and emotion regulation strategies in patients with somatization, anxiety disorders, and normal individuals: A comparative study

Mohammad Ali Besharat

University of Tehran

Komeil Zahedi Tajrishi

Clinical Psychology

Ahmad Ali Noorbala

Tehran University of Medical Sciences

محمدعلی بشارت*

دانشگاه تهران

کمیل زاهدی تجریشی

روانشناسی بالینی

احمدعلی نوربالا

دانشگاه علوم پزشکی تهران

Abstract

Deficiency in emotion regulation is considered as a fundamental problem among people suffering from somatization and anxiety disorders. Difficulty in identifying and describing feelings that is termed alexithymia is the main determinant of affective dysregulation. Pathologies of identifying and describing feelings could influence the way people use cognitive emotion regulation strategies. Can patients with somatization and anxiety disorders be distinguished from normal individuals in terms of the amount of maladaptive emotion regulation strategies they use? To answer this question, the main aim of this study was to compare alexithymia and emotion regulation strategies among patients with somatization, anxiety disorders and normal individuals. A total of 90 participants (30 patients with somatization, 30 patients with anxiety, 30 normal individuals) responded to Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) and Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). The normal group also completed the Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21). The results showed that the study groups were significantly different in emotion regulation strategies as well as alexithymia. Adaptive and maladaptive emotion regulation strategies showed significant negative and positive correlations with alexithymia, respectively. Based on the results of the present study, it can be concluded that alexithymia is a kind of deficiency in processing and regulation of emotions that determines the way people use adaptive or maladaptive cognitive emotion regulation strategies.

Keywords: alexithymia, cognitive emotion regulation, somatization disorder, anxiety disorder

چکیده

نقص و نارسایی تنظیم هیجان از مشکلات بنیادین افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و جسمانی‌سازی است. ناگویی هیجانی، یعنی ناتوانی در بازشناسی و توصیف هیجان‌ها، تعیین‌کننده اصلی نارسایی تنظیم عواطف است. وجود اختلال در بازشناسی و توصیف هیجان‌ها، شیوه استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را تحت تاثیر قرار می‌دهد. آیا میزان توسل به راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان، افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و جسمانی‌سازی را از افراد عادی متمایز می‌سازد؟ در جستجوی پاسخ به این سوال، هدف اصلی پژوهش حاضر مقایسه ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال‌های جسمانی‌سازی، اضطرابی و افراد عادی بود. تعداد ۹۰ شرکت‌کننده (۳۰ بیمار جسمانی‌سازی، ۳۰ بیمار اضطرابی، ۳۰ فرد عادی) در این پژوهش به پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ) و مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20) پاسخ دادند. افراد گروه عادی علاوه بر مقیاس‌های نامبرده به مقیاس افسردگی اضطراب استرس (DASS-21) نیز پاسخ دادند یافته‌های پژوهش نشان دادند که راهبردهای تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی در گروه‌های مورد مطالعه دارای تفاوت معنادار هستند. هم‌چنین نتایج نشان داد که میان راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی رابطه منفی و بین راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی در کل اعضای نمونه رابطه مثبت معنادار وجود دارد. بر اساس یافته‌های این پژوهش، می‌توان ناگویی هیجانی را به عنوان نوعی نقص در پردازش و تنظیم هیجان‌ها و تاثیرگذار بر نحوه استفاده از راهبردهای انطباقی یا غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان دانست.

واژه‌های کلیدی: ناگویی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان، اختلال جسمانی‌سازی، اختلال اضطرابی

*نشانی پستی نویسنده: تهران، کوی نصر، دانشگاه تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی. پست الکترونیکی: besharat@ut.ac.ir

مقدمه

شکایات جسمانی یکی از بنیادی‌ترین تجارب انسان در زندگی است. شناسایی و ارزیابی علایم برای بعضی افراد بسیار حایز اهمیت است، زیرا این علایم می‌توانند نشانه شکل‌گیری یک بیماری جسمانی باشند و شناسایی آنها فرد را قادر به جستجوی کمک‌های حرفه‌ای می‌سازد. زمانی که فرد به پزشک مراجعه می‌کند، ارزیابی‌های پزشکی به‌منظور شناسایی بیماری زیربنایی انجام می‌شوند. در بسیاری از موارد، علی‌رغم ارزیابی‌های کامل پزشکی، یافته‌های منفی یا غیر اختصاصی حاصل می‌شوند که در این صورت باید به دنبال علل دیگر بود. نتایج حاصل از چندین مطالعه نشان داده‌اند که ۲۵ تا ۴۰ درصد از کل علایم مورد بررسی در محیط‌های مراقبت اولیه^۱، فاقد علت و منشا مشخص هستند (هیلر، ریف و براهلر، ۲۰۰۶). بیمارانی با این علایم معمولاً به عنوان بیماران مبتلا به اختلالات جسمانی شکل^۲ (SFDS) تشخیص داده می‌شوند. در نسخه بازنگری شده چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳ (-DSM-IV-TR؛ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)، اختلالات جسمانی شکل به مجموعه‌ای از اختلالات اشاره دارند که شامل علایم جسمانی‌ای هستند که به صورت کامل به وسیله یک وضعیت طبی عمومی^۴، اثرات مستقیم یک ماده یا اختلال روانی دیگر قابل توضیح نیستند. این علایم ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه‌ای در کارکرد روانی-اجتماعی فرد ایجاد می‌کنند. علی‌رغم گذشت بیش از ۲۵ سال از ورود اختلال جسمانی‌سازی به DSM، تشخیص جسمانی‌سازی چندان مورد قبول قرار نگرفته و اختلافات تشخیصی قابل ملاحظه‌ای بین مجامع پزشکی و روانشناسی ایجاد شده است (کالابرس، ۲۰۱۱).

طی سال‌های گذشته، تلاش‌های زیادی به منظور توضیح مکانیسم‌های آسیب‌زایی و علت‌شناختی اختلالات جسمانی‌سازی صورت پذیرفته است. پیشنهادها موجود در ادبیات پژوهش دامنه گسترده‌ای از ناهنجاری‌های زیستی (ریف و اکسندر، ۲۰۰۲) تا حساسیت فیزیولوژیکی (اریکسن و

یورسین، ۲۰۰۴) و اختلال در ادراک و شناخت (لیم و کیم، ۲۰۰۵) را پوشش می‌دهند. به هر صورت، ماهیت رابطه بین تعارضات روانشناختی و جلوه‌های جسمانی آنها، هنوز مشخص نشده است و این مساله با در نظر گرفتن ناهمگونی اختلال جسمانی‌سازی پیچیده‌تر می‌شود. بنابراین، نسبت دادن این علایم پیچیده به یک علت ساده، سوال برانگیز است و با آسیب‌شناسی همخوانی ندارد.

مشاهدات بالینی طی دو قرن اخیر نشان داده‌اند که اختلال جسمانی‌سازی با هیجان‌های شدید یا موقعیت‌هایی که یک پارچگی جسمانی یا روانشناختی فرد را تهدید می‌کنند، رابطه دارند (کازلاسکا، ۲۰۰۵). همزمان با این مشاهدات، بسیاری از نظریه‌های جدید در زمینه اختلالات جسمانی‌سازی، این اختلال را به عنوان جزیی از پاسخ هیجانی فرد به تهدید پیش آمده در نظر می‌گیرند (کازلاسکا و ویلیامز، ۲۰۰۹). به عبارت دیگر، می‌توان گفت که از لحاظ آسیب‌شناسی روانی، بیمارانی که مبتلا به اختلالات جسمانی‌سازی هستند، از نارسایی تنظیم عاطفه^۵ و ناپایداری هیجانی^۶ مزمن رنج می‌برند (برتون، ۲۰۰۳؛ مادستاین، فیورر و مالتی، ۲۰۰۴؛ والر و شیدت، ۲۰۰۶) و اغلب هیچ بینشی در مورد جنبه‌های روانشناختی اختلال خود ندارند و این مساله مانع از درمان‌های مناسب روانی-جسمی و دارویی می‌شود (برتون، ۲۰۰۳).

یکی از عواملی که می‌تواند در زمینه اختلالات جسمانی‌شکل موثر باشد، تنظیم هیجان^۷ است که تا به حال توجه اندکی به آن شده است (هیوس و گالون، ۲۰۱۱). در حالی که تعاریف بسیار گوناگونی از تنظیم هیجان وجود دارد، نظریه‌های مختلف بر سر این مطلب توافق دارند که تنظیم هیجان موثر، شامل مهارت‌های مربوط به الف) آگاهی و ارزیابی هیجان‌ها، ب) تنظیم هیجان‌ها و ج) استفاده سازش‌یافته (انطباقی) از هیجان‌ها است (برکینگ، واپرن، ریچاردت، پژیک، دیپیل و همکاران، ۲۰۰۸؛ سالووی و مایر^۸، ۱۹۹۰؛ به نقل از بشارت، حاجی‌آقازاده و قربانی، ۱۳۸۶). آگاهی از هیجان‌های کلامی و غیرکلامی و ارزیابی آنها در خود یا دیگران، می‌تواند موجب تمایلات پاسخدهی ارادی در

5. affective dysregulation

6. emotional instability

7. emotion regulation

8. Salovey, P., & Mayer, J. D.

1. primary care

2. somatoform disorders (SFDS)

3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)

4. general medical condition

د) تفکر عینی^۹ و تفکر درون‌گرایانه^{۱۰} ضعیف (تیلور، بگی و پارکر^{۱۱}، ۱۹۹۷؛ به نقل از بشارت، ۱۳۸۶).

تعریف ویژگی‌های ناگویی هیجانی در تضاد با تنظیم هیجان موثر قرار دارد و پژوهش‌ها رابطه بین ناگویی هیجانی و سبک‌های ناکارآمد تنظیم هیجان را تایید کرده‌اند (دوبی، پاندی، و میشر، ۲۰۱۰). برای مثال، افراد دارای ناگویی هیجانی نسبت به افراد عادی، با احتمال بیشتری از راهبردهای فرونشانی^{۱۲} استفاده می‌کنند و کمتر از راهبردهای ارزیابی مجدد^{۱۳} بهره می‌برند. از میان دو راهبرد ذکر شده، راهبردهای فرونشانی رابطه بیشتری با مشکلات سلامت روانی و جسمانی دارند و بنابراین راهبرد ناسازگارانه برای تنظیم هیجان‌ها محسوب می‌شوند (چن، ژو، جینگ و چان، ۲۰۱۱).

با توجه به شباهت‌هایی که بیماران مبتلا به اختلالات جسمانی‌سازی و بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی دارند، این سوال مطرح می‌شود که آیا فرایندها و کنش‌وری‌های تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی در این دو گروه از بیماران مشابه هستند؟ آیا عملکرد این سازه‌ها در بیماران مبتلا به اختلالات جسمانی‌سازی و اضطرابی با افراد عادی متفاوت است؟ نتایج این پژوهش می‌تواند به آسیب‌شناسی دقیق‌تر این اختلالات کمک کند و حد و مرزهای اختلال جسمانی‌سازی را تصریح نماید. هدف اصلی پژوهش حاضر مقایسه ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان در بین بیماران مبتلا به اختلال‌های جسمانی‌سازی، اضطرابی و افراد عادی بود. با توجه به هدف پژوهش و ملاحظات نظری و یافته‌های پژوهشی موجود، فرضیه‌های پژوهش به این شرح بررسی شدند: فرضیه اول) تنظیم هیجان در بیماران جسمانی‌سازی، بیماران اضطرابی و افراد عادی متفاوت است. فرضیه دوم) ناگویی هیجانی در بیماران جسمانی‌سازی، بیماران اضطرابی، و افراد عادی متفاوت است. فرضیه سوم) بین ناگویی هیجانی و راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان در گروه‌های مورد بررسی رابطه منفی معنادار وجود دارد. فرضیه چهارم) بین ناگویی هیجانی و راهبردهای غیرانطباقی تنظیم

جهت تعدیل^۱ و استفاده از هیجان‌ها شود (گراس و جان، ۲۰۰۳). تنظیم هیجان‌ها مستلزم مدیریت هیجان‌های مثبت و منفی در خود و در دیگران بر مبنای شرایط فعلی است (سالووی و مایر، ۱۹۹۰؛ به نقل از بشارت و همکاران، ۱۳۸۶؛ کول، ۲۰۰۹). در نهایت، کاربرد هیجان به عنوان استفاده فرد از خلق در جهت حل کردن مشکلات شخصی و بین شخصی تعریف می‌شود (کان، بلیز، کپیتانی، اربن و دیمیتروویچ، ۲۰۱۰).

مهارت‌های تنظیم هیجان به چند دلیل حایز اهمیت هستند: اول، هیجان‌های منفی که لزوماً در ملاک‌های تشخیصی اختلالات ذکر نشده‌اند، اغلب علائم الگوهای رفتاری مرتبط با اختلال هستند (برای مثال، ناراحتی به عنوان علامت سوء مصرف مواد). دوم، هیجان‌های منفی که لزوماً در ملاک‌های تشخیصی اختلالات ذکر نشده‌اند، اغلب به شدت با مقابله موثر و اجرای مهارت‌های آموخته شده در درمان، تداخل می‌کنند و در پایان، بسیاری از بیماران از بیش از یک بیماری رنج می‌برند که می‌توان حداقل تا حدودی آنها را به وسیله نقص‌های موجود در تنظیم هیجان توضیح داد (برکینگ و همکاران، ۲۰۰۸).

یکی از واضح‌ترین سازه‌هایی^۲ که به منظور بررسی مشکلات مرتبط با پردازش و تنظیم هیجان مورد مطالعه قرار گرفته است، ناگویی هیجانی^۳ است (والر و شیدت، ۲۰۰۴). سیف‌نوس^۴ (۱۹۷۳) نخستین بار واژه "ناگویی هیجانی" را به منظور توصیف مجموعه‌ای از ویژگی‌های شناختی و عاطفی که در میان بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی^۵ مشاهده شده بود، به کار برد (به نقل از بشارت، حدادی، رستمی و صرامی فروشانی، ۱۳۹۰). ناگویی هیجانی سازه‌ای چند بعدی متشکل از چهار مشخصه مجزا است: الف) مشکل در شناسایی و توصیف احساسات، ب) مشکل در تمایز میان احساسات^۶ و تهییج‌های بدنی^۷، ج) فقر در خیال‌پردازی‌ها^۸، و

1. modulation
2. construct
3. alexithymia
4. Sifneos, P. E.
5. psychosomatic disorder
6. feelings
7. bodily sensations
8. fantasy

9. concrete
10. introspective
11. Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A.
12. suppressive strategies
13. reappraisal strategies

هیجان در گروه‌های مورد بررسی رابطه مثبت معنادار وجود دارد.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: طرح کلی پژوهش حاضر با توجه به هدف آن که مقایسه ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران جسمانی‌سازی، اضطرابی و افراد عادی است، از نوع علی-مقایسه‌ای^۱ محسوب می‌شود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام بیماران مبتلا به اختلالات جسمانی‌سازی و اختلالات اضطرابی مراجعه کننده به کلینیک‌های دولتی و خصوصی سطح شهر تهران و هم‌چنین افراد عادی ساکن این شهر بود. تعداد نمونه اولیه پژوهش حاضر ۱۰۵ نفر بود که پس از حذف موارد نامعتبر که به صورت ناقص به مقیاس‌های پژوهش پاسخ داده بودند، به ۹۰ نفر (۳۰ نفر مبتلا به اختلال جسمانی‌سازی، ۳۰ نفر مبتلا به اختلالات اضطرابی، ۳۰ نفر افراد عادی) تقلیل یافت. این نمونه شامل ۴۵ نفر زن (۱۵ نفر مبتلا به اختلال جسمانی‌سازی، ۱۵ نفر مبتلا به اختلالات اضطرابی و ۱۵ نفر مرد (۱۵ نفر مبتلا به اختلال جسمانی‌سازی، ۱۵ نفر مبتلا به اختلالات اضطرابی و ۱۵ نفر افراد عادی) بود که از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج پژوهش، انتخاب شدند. این ملاک‌ها عبارت بودند از: مبتلا بودن به اختلالات اضطرابی یا اختلال جسمانی‌سازی، مراجعه برای نخستین بار (به منظور کنترل اثر درمان‌های دارویی یا روان‌درمانی) و دامنه سنی ۶۵-۱۸ سال از یک سو، و مبتلا نبودن به بیماری‌های جسمی شدید (مانند سرطان و MS)، مبتلا نبودن به سایر اختلالات روانی همزمان با اختلالات اضطرابی یا جسمانی‌سازی، و عدم مصرف طولانی مدت داروهای روانپزشکی. در هنگام تشکیل گروه‌های مورد بررسی در پژوهش حاضر، سعی شد تا نمونه براساس متغیرهای سن، جنس، و سطح تحصیلات همتا شوند. علاوه بر این، افراد عادی علاوه بر پرسشنامه سایر گروه‌های مورد مطالعه، به مقیاس افسردگی اضطراب استرس^۲ (DASS-21) نیز پاسخ دادند، تا فقدان علایم اختلالات

روانی جدی در آنها مشخص شود. افرادی که نمرات آنها در این پرسشنامه از نقاط برش تجاوز کرد، از نمونه پژوهش کنار گذاشته شدند. به منظور جمع‌آوری نمونه و اجرای پرسشنامه‌های پژوهش، به تعداد زیادی از بیمارستان‌ها و مراکز درمانی روانپزشکی و روانشناسی واقع در شهر تهران مراجعه شد. سرانجام از میان این مراکز درمانی، مسوولان بخش روان-تنی بیمارستان امام خمینی، مرکز مشاوره دانشگاه تهران، و یک کلینیک تخصصی روانشناسی واقع در میدان ونک، آمادگی خود را جهت همکاری اعلام کردند. پس از آن، نمونه اعضای گروه بیمار پژوهش از میان افرادی که بعد از اجرای مصاحبه بالینی ساختار یافته اختلالات محور یک (SCID-I) توسط روانپزشک یا روانشناس بالینی، دارای اختلالات اضطرابی (هراس اجتماعی یا وسواس فکری-عملی) و یا اختلال جسمانی‌سازی تشخیص داده می‌شدند، انتخاب شد. قبل از اجرای پرسشنامه‌ها، هدف از پژوهش برای افراد توضیح داده می‌شد و پس از کسب رضایت آنها، پرسشنامه‌ها در اختیار آنها قرار می‌گرفت. از آنجایی که به علت ماهیت اختلال جسمانی‌سازی، اکثر افراد مبتلا دارای سطح سواد پایین یا فاقد سواد لازم بودند، سوالات برای همه افراد نمونه خوانده شد تا سوگیری در این زمینه به وجود نیاید. هم‌چنین گروه افراد عادی از میان همراهان بیماران و یا کارکنان سایر بخش‌های مراکز درمانی که از لحاظ سن، جنس، و سطح تحصیلات مشابه با افراد مورد بررسی بودند، انتخاب شدند. میانگین سن افراد عادی ۳۲/۲۰ سال ($sd = ۸/۹۵$)، دامنه ۲۴-۵۵ سال؛ بیماران اضطرابی ۳۱/۵۰ سال ($sd = ۱۱/۱۷$)، دامنه ۲۴-۵۲ سال) و بیماران جسمانی‌سازی ۳۹/۰۳ سال ($sd = ۱۱/۷۱$)، دامنه ۲۴-۶۳ سال) بود. برای تحلیل داده‌های پژوهش حاضر، از شاخص‌های آمار توصیفی مانند درصد، فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. در قسمت شاخص‌های آمار استنباطی، تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA)، و آزمون‌های تعقیبی مورد استفاده قرار گرفتند. تمامی شاخص‌های ذکر شده، با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۸ محاسبه شدند.

1. causal-comparative
2. Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21)

متخصصان روانشناسی بررسی و ضرایب توافق کندال برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ محاسبه شد.

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20): مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو^{۱۴} (بگی، تیلور و پارکر، ۱۹۹۴) یک آزمون ۲۰ سوالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات^{۱۵}، دشواری در توصیف احساسات^{۱۶} و تفکر عینی^{۱۷} 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 ناگویی هیجانی کلی محاسبه می‌شود. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ در پژوهش‌های متعدد بررسی و تایید شده است (پارکر، تیلور و بگی، ۲۰۰۱، ۲۰۰۳؛ پالمر، گیگانس، مانوکا و استاف، ۲۰۰۴؛ پندی، مندال، تیلور و پارکر، ۱۹۹۶). در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ (بشارت، ۲۰۰۷)، ضرایب آلفای کرونباخ 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 و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. پایایی باز آزمایشی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از $r = 0/70$ تا $r = 0/77$ برای ناگویی هیجانی کل و زیرمقیاس‌های مختلف تایید شد. روایی همزمان^{۱۸} مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ بر حسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی^{۱۹}، بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی^{۲۰} بررسی و مورد تایید قرار گرفت. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس ناگویی هیجانی کل با هوش هیجانی ($r = -0/70$ ، $p < 0/001$)، بهزیستی روانشناختی ($r = -0/68$ ، $p < 0/001$) و درماندگی روانشناختی ($r = 0/44$ ، $p < 0/001$) همبستگی معنادار وجود دارد. ضرایب همبستگی بین زیرمقیاس‌های ناگویی هیجانی و متغیرهای فوق نیز معنادار بودند. نتایج تحلیل

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ): پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۱ یک ابزار ۱۸ گویه‌ای است و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها را در پاسخ به حوادث تهدید کننده و استرس‌زای زندگی در اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) بر حسب نه زیرمقیاس به این شرح می‌سنجد: خود سرزنش‌گری^۲؛ دیگر سرزنش‌گری^۳؛ تمرکز بر فکر نشخوارگری^۴؛ فاجعه‌نمایی^۵؛ کم‌اهمیت‌شماری^۶؛ تمرکز مجدد مثبت^۷؛ ارزیابی مجدد مثبت^۸؛ پذیرش^۹؛ تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی^{۱۰} (گارفنسکی و کرایچ، ۲۰۰۶). حداقل و حداکثر نمره در هر زیرمقیاس به ترتیب ۲ و ۱۰ خواهد بود و نمره بالاتر نشان دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی است. ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در پژوهش‌های خارجی مورد تایید قرار گرفته است (گارفنسکی و کرایچ، ۲۰۰۶؛ گارفنسکی، کرایچ و اسپینهاون، ۲۰۰۱). در بررسی مقدماتی ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در نمونه‌ای از جمعیت عمومی ($n = 368$ ؛ ۱۹۷ زن، ۱۷۱ مرد)، ضرایب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۶۷ تا ۰/۸۹ محاسبه شد که در سطح $p < 0/001$ معنادار بودند، همسانی درونی^{۱۱} پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان را تایید می‌کند. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از شرکت‌کنندگان در پژوهش (۴۳ زن، ۳۶ مرد) در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای زیرمقیاس‌های پرسشنامه از $r = 0/57$ تا $r = 0/76$ محاسبه شد. این ضرایب که در سطح $p < 0/001$ معنادار بودند، پایایی بازآزمایی^{۱۲} پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان را تایید می‌کنند (بشارت، ۱۳۹۰). روایی محتوایی^{۱۳} پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان بر اساس دآوری هشت نفر از

1. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)
2. Self-Blame
3. Other Blame
4. Focus on Thought/Rumination
5. Catastrophizing
6. Putting into Perspective
7. Positive Refocusing
8. Positive Reappraisal
9. Acceptance
10. Refocus on Planning
11. internal consistency
12. test-retest reliability
13. content validity

14. Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)
15. difficulty identifying feelings
16. difficulty describing feelings
17. concrete
18. concurrent validity
19. emotional intelligence
20. psychological distress

روایی همزمان^۶، همگرا^۷ و تشخیصی (افتراقی)^۸ مقیاس افسردگی اضطراب استرس از طریق اجرای همزمان مقیاس افسردگی بک^۹، مقیاس اضطراب بک^{۱۰}، فهرست عواطف مثبت و منفی^{۱۱} و مقیاس سلامت روانی^{۱۲} در مورد آزمودنی‌ها و مقایسه نمره‌های دو گروه جمعیت عمومی و بالینی محاسبه شد و مورد تایید قرار گرفت (بشارت، ۱۳۸۴). نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس با نمره‌های افسردگی بک، اضطراب بک، عواطف منفی و درماندگی روانشناختی همبستگی مثبت معنادار از ۰/۴۴ تا ۰/۶۱ ($p < ۰/۰۰۱$) و با عواطف مثبت و بهزیستی روانشناختی همبستگی منفی معنادار از ۰/۴۱ تا ۰/۵۸ ($p < ۰/۰۰۱$) وجود دارد. این نتایج روایی همزمان، همگرا و تشخیصی مقیاس افسردگی اضطراب استرس را تایید می‌کنند.

یافته‌ها

جدول ۱، میانگین و انحراف استاندارد نمرات مربوط به ناگویی هیجانی، راهبردهای تنظیم هیجان، اضطراب، افسردگی و استرس را به تفکیک گروه شرکت‌کنندگان نشان می‌دهد. بر اساس اطلاعات مندرج در این جدول، میانگین نمرات راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان در افراد عادی بیشتر از سایر گروه‌ها است. علاوه بر این، در تمامی زیرمقیاس‌های ناگویی هیجانی و هم‌چنین نمره کلی آن، میانگین نمرات گروه بیماران جسمانی‌سازی بیش از سایر گروه‌ها است.

عاملی تاییدی^۱ نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر عینی را در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ تایید کردند (بشارت، ۲۰۰۷).

مقیاس افسردگی اضطراب استرس (*DASS-21*): مقیاس افسردگی اضطراب استرس^۲ (*DASS*)؛ لایباند و لایباند، ۱۹۹۵) یک آزمون ۲۱ سوالی است که علایم افسردگی، اضطراب و استرس را در مقیاس چهار درجه‌ای از نمره ۰ تا ۳ می‌سنجد. این آزمون از سه زیرمقیاس افسردگی، اضطراب و استرس تشکیل شده است. نمره فرد در هر مقیاس بر حسب هفت گویه مختص آن مقیاس سنجیده می‌شود. این مقیاس یکی از ابزارهای معتبر برای سنجش نشانه‌های عواطف منفی محسوب می‌شود و پایایی^۳ و روایی^۴ آن در پژوهش‌های متعدد تایید شده است (آنتونی، بیلینگ، کاکس، انس و سوینسون، ۱۹۹۸؛ براون، چورپیتا، کروتیتش و بارلو، ۱۹۹۷؛ بشارت، ۱۳۸۴؛ دازا، ناوی، استنلی و آوریل، ۲۰۰۲؛ لایباند، ۱۹۹۸؛ لایباند و لایباند، ۱۹۹۵؛ نورتون، ۲۰۰۷). بشارت (۱۳۸۴) ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس افسردگی اضطراب استرس را در مورد نمره نمونه‌هایی از جمعیت عمومی ($n = 278$) برای افسردگی، ۰/۸۵ برای اضطراب، ۰/۸۹ برای استرس و ۰/۹۱ برای کل مقیاس گزارش کرده است. این ضرایب در خصوص نمره نمونه‌های بالینی ($n = 194$) برای افسردگی، ۰/۹۱ برای اضطراب، ۰/۸۷ برای استرس و ۰/۹۳ برای کل مقیاس گزارش شده است. این ضرایب، همسانی درونی^۵ مقیاس افسردگی اضطراب استرس را در حد خوب تایید می‌کنند.

جدول ۱

شاخص‌های توصیفی مربوط به ناگویی هیجانی، راهبردهای تنظیم هیجان، اضطراب، افسردگی و استرس به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه

بیماران جسمانی‌سازی		بیماران اضطرابی		افراد عادی		
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۱/۴۲	۵/۲۸	۰/۸۰	۵/۴۰	۰/۷۸	۷/۴۹	راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان
۰/۹۵	۷/۲۲	۱/۱۹	۵/۹۸	۰/۹۳	۴/۶۹	راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان
۴/۰۶	۲۴/۷۰	۴/۲۸	۱۹/۵۵	۴/۲۲	۱۴/۲۶	دشواری در شناسایی احساسات

6. concurrent
7. convergent
8. discriminant
9. Beck Depression Inventory (BDI)
10. Beck Anxiety Scale (BAS)
11. Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)
12. Mental Health Inventory (MHI)

1. confirmatory factor analysis
2. Depression Anxiety Stress Scale (DASS)
3. Reliability
4. validity
5. internal consistency

ادامه جدول ۱

۲/۹۴	۱۶/۵۰	۲/۸۲	۱۴/۳۳	۲/۳۴	۱۲/۵۰	دشواری در توصیف احساسات
۳/۲۴	۲۶/۵۷	۳/۰۹	۲۳/۷۷	۲/۲۵	۲۲/۴۶	تفکر عینی
۷/۰۱	۶۷/۷۷	۷/۸۳	۵۷/۶۷	۶/۴۳	۴۹/۲۳	نمره کلی ناگویی هیجانی
-	-	-	-	۴/۹۲	۴	افسردگی
-	-	-	-	۲/۱۵	۱/۶۰	اضطراب
-	-	-	-	۴/۱۱	۳/۵۰	استرس

برای بررسی فرضیه اول پژوهش از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج حاصل از این تحلیل‌ها در جدول ۲ آمده است. بر اساس اطلاعات مندرج در این جدول، هر سه شاخص آماره ملاک آزمون در مورد تفاوت گروه‌ها در زمینه تنظیم هیجان معنادار شده است. این یافته نشان می‌دهد که میان سه گروه، حداقل در یکی از زیرمقیاس‌های تنظیم هیجان تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۲

نتایج تحلیل واریانس چند متغیری تفاوت کلی تنظیم هیجان در گروه‌ها

اثر/شاخص	آماره ملاک	ارزش آماره	F	df فرضیه	df خطا	p	اندازه اثر (مجذور اتا)
پیلایی	۰/۷۳	۲۵/۰۸	۴	۱۷۴	۰/۰۰۱	۰/۳۷	
لامبدای ویلکز	۰/۳۴	۳۱/۱۲	۴	۱۷۲	۰/۰۰۱	۰/۴۲	
هتلینگ	۱/۷۷	۳۷/۵۹	۴	۱۷۰	۰/۰۰۱	۰/۴۷	

آزمون پیگیری نشان داد که در هر دو زیرمقیاس تنظیم هیجان بین گروه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد. برای مشخص شدن جزئیات تفاوت‌ها و مقایسه دو به دو گروه‌ها از آزمون تعقیبی بانفرونی استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۳ نشان می‌دهد که در زمینه راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان بین میانگین نمرات گروه‌های افراد عادی، بیماران اضطرابی و جسمانی‌سازی تفاوت معنادار وجود دارد، در حالی که تفاوت معنادار میان گروه بیماران اضطرابی و جسمانی‌سازی مشاهده نشد. در مورد راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان، میانگین‌های هر سه گروه با یکدیگر تفاوت معنادار دارند. بنابراین فرضیه اول پژوهش تایید می‌شود.

جدول ۳

نتایج آزمون بانفرونی برای مقایسه زوجی گروه‌ها در زیرمقیاس‌های تنظیم هیجان

متغیر وابسته	گروه مرجع	گروه مقایسه	اختلاف میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان	عادی	اضطرابی	۲/۰۸*	۰/۲۷	۰/۰۰۱
	اضطرابی	جسمانی‌سازی	۲/۲۰*	۰/۲۷	۰/۰۰۱
	اضطرابی	جسمانی‌سازی	۰/۱۳	۰/۲۷	۱/۰۰
راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان	عادی	اضطرابی	-۱/۲۹*	۰/۲۷	۰/۰۰۱
	اضطرابی	جسمانی‌سازی	-۲/۵۳*	۰/۲۷	۰/۰۰۱
	اضطرابی	جسمانی‌سازی	-۱/۲۴*	۰/۲۷	۰/۰۰۱

* $p < ۰/۰۵$

برای بررسی فرضیه دوم پژوهش نیز از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد که نتایج حاصل از آن در جدول ۴ آمده است. بر اساس اطلاعات مندرج در جدول، هر سه شاخص آماره ملاک آزمون در مورد تفاوت گروه‌ها از لحاظ تنظیم هیجان معنادار شده است. این موضوع بیانگر تفاوت معنادار سه گروه، حداقل در یکی از زیرمقیاس‌های ناگویی هیجانی است.

جدول ۴

نتایج تحلیل واریانس چند متغیری تفاوت کلی ناگویی هیجانی در گروه‌ها

اثر/شاخص	آماره ملاک	ارزش آماره	F	df فرضیه	df خطا	P	اندازه اثر (مجذور آتا)
پیلایی	۰/۵۷	۱۱/۴۷۷	۶	۱۷۲	۰/۰۰۱	۰/۲۹	
لامبدای ویلکز	۰/۴۴	۱۴/۵۴۳	۶	۱۷۰	۰/۰۰۱	۰/۳۴	
هتلینگ	۱/۲۷	۱۷/۷۹	۶	۱۶۸	۰/۰۰۱	۰/۳۹	

نتایج آزمون پیگیری نشان داد که در تمام زیرمقیاس‌های ناگویی هیجانی بین گروه‌های مورد مطالعه تفاوت معنادار است. برای مشخص شدن جزئیات تفاوت‌ها و مقایسه دو به دو گروه‌ها از آزمون تعقیبی بانفرونی استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۵ نشان می‌دهد که در همه زیرمقیاس‌ها و هم‌چنین نمره کلی ناگویی هیجانی میان سه گروه افراد عادی، بیماران اضطرابی و جسمانی‌سازی تفاوت معنادار وجود دارد. بنابراین، فرضیه دوم پژوهش نیز تایید می‌شود.

جدول ۵

نتایج آزمون بانفرونی برای مقایسه زوجی گروه‌ها در زیرمقیاس‌های ناگویی هیجانی

متغیر	گروه مرجع	گروه مقایسه	اختلاف میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
دشواری در شناسایی احساسات	عادی	اضطرابی	-۵/۳۰*	۱/۰۸	۰/۰۰۱
	اضطرابی	جسمانی‌سازی	-۱۰/۴۳*	۱/۰۸	۰/۰۰۱
دشواری در توصیف احساسات	عادی	اضطرابی	-۱/۸۳*	۰/۷۰	۰/۰۰۱
	اضطرابی	جسمانی‌سازی	-۴/۰۰*	۰/۷۰	۰/۰۰۱
تفکر عینی	عادی	اضطرابی	-۲/۱۷*	۰/۷۰	۰/۰۰۸
	اضطرابی	جسمانی‌سازی	-۸/۴۳*	۱/۸۳	۰/۰۰۱
نمره کل	عادی	اضطرابی	-۱۸/۵۳*	۱/۸۳	۰/۰۰۱
	اضطرابی	جسمانی‌سازی	-۲/۸۰*	۰/۷۵	۰/۰۰۱
	عادی	اضطرابی	-۸/۴۳*	۱/۸۴	۰/۰۰۱
	اضطرابی	جسمانی‌سازی	-۱۸/۵۳*	۱/۸۴	۰/۰۰۱
	اضطرابی	جسمانی‌سازی	-۱۰/۱۰*	۱/۸۴	۰/۰۰۱

* $p < 0.05$

برای بررسی فرضیه سوم از محاسبه ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج این بررسی در جدول ۶ آمده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول میان راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی در افراد عادی، بیماران اضطرابی و جسمانی‌سازی و کل نمونه رابطه منفی معنادار وجود دارد. بنابراین فرضیه سوم پژوهش تایید می‌شود.

جدول ۶

همبستگی پیرسون بین ناگویی هیجانی و راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان به تفکیک گروه‌ها

گروه‌ها	متغیرها	راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان	سطح معناداری
افراد عادی	نمره کل ناگویی هیجانی	-۰/۵۰**	۰/۰۰۲
بیماران اضطرابی		-۰/۱۹	۰/۱۴۵
بیماران جسمانی‌سازی		-۰/۳۳*	۰/۰۴۰
کل		-۰/۵۹**	۰/۰۰۱

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

برای بررسی فرضیه چهارم پژوهش نیز از شاخص ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج این بررسی در جدول ۷ خلاصه شده است. بر اساس اطلاعات مندرج در جدول، فرضیه چهارم پژوهش تایید می‌شود.

جدول ۷

همبستگی پیرسون بین ناگویی هیجانی و راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان به تفکیک گروه‌ها

گروه‌ها	متغیرها	راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان	سطح معناداری
افراد عادی	نمره کل ناگویی هیجانی	۰/۱۶	۰/۱۹۱
بیماران اضطرابی		۰/۱۱	۰/۲۷۰
بیماران جسمانی‌سازی		۰/۱۷	۰/۱۹۱
کل		۰/۶۰**	۰/۰۰۱

** $p < 0.01$

به‌طور هشیار یا ناهشیار تعدیل و تنظیم می‌کند (آلداو و نولن- هوکسما، ۲۰۱۰). از سوی دیگر، نارسایی تنظیم هیجان ویژگی اصلی اختلالات جسمانی شکل محسوب می‌شود (والر و شیدت، ۲۰۰۴). نتایج پژوهش‌های انجام شده در این حوزه، حاکی از رابطه مستقیم دشواری تنظیم هیجان، هیجان‌های منفی، و سرکوب هیجان‌های منفی با اختلال جسمانی‌سازی است (تیلور و همکاران، ۱۹۹۷؛ والر و شیدت، ۲۰۰۴). این توضیحات می‌تواند تفاوت معنادار استفاده از راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان را میان گروه‌های مورد مطالعه پژوهش حاضر توجیه کند.

از سوی دیگر، راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان نسبت به راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان، به‌طور نیرومندتری با آسیب‌های روانی رابطه دارد. به عبارت دیگر، ممکن است وجود راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان، آسیب زنده‌تر و مخرب‌تر از فقدان راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان باشد (نولن- هوکسما، ویسکو، و لیومیرسکی، ۲۰۱۰). آلداو و نولن- هوکسما (۲۰۱۰) نشان دادند که رابطه بین راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان و آسیب‌های روانی، توسط سطوح راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان تنظیم می‌شوند. در واقع، راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان، تنها زمانی به‌طور منفی با علایم آسیب‌شناسی روانی رابطه داشتند که راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان، در سطوح بالایی قرار داشتند. علاوه بر این، راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان (اما نه

بحث

هدف مطالعه حاضر مقایسه ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران جسمانی‌سازی، بیماران اضطرابی و افراد عادی بود. در رابطه با فرضیه اول پژوهش، یافته‌ها نشان دادند که راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان در گروه‌های مورد مطالعه دارای تفاوت معنادار هستند. علاوه بر این، راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان نیز میان گروه‌های افراد عادی، بیماران جسمانی‌سازی و اضطرابی دارای تفاوت معنادار بودند، ولی استفاده از این راهبردها در مقایسه میان بیماران اضطرابی و جسمانی‌سازی تفاوت معنادار نشان نداد. اگرچه هیچ مطالعه‌ای دقیقاً به مقایسه بیماران اضطرابی و جسمانی‌سازی نپرداخته، ولی این نتایج همسو با یافته‌های پژوهش‌های پیشین (ارگتا، ۲۰۱۱؛ آلداو و نولن- هوکسما، ۲۰۱۰، ۲۰۱۱؛ بشارت، ۱۳۸۶؛ زلامک و هان، ۲۰۱۰؛ کشدان و برین، ۲۰۰۸) هستند. مدل‌های نظری، تنظیم شناختی هیجان کارآمد را با پیامدهای خوب سلامت، ارتباطات موثر و عملکرد بهتر تحصیلی و کاری مرتبط می‌دانند (براکت و سالووی، ۲۰۰۴). در مقابل، مشکلات در تنظیم شناختی هیجان را مرتبط با اختلالات روانی و شخصیتی مختلف در نظر می‌گیرند. افرادی که نمی‌توانند به‌طور موثر پاسخ‌های هیجانی خود را نسبت به رویدادهای روزمره مدیریت کنند، دوره‌های شدیدتر و طولانی‌تر ناراحتی‌های روانی را تجربه می‌کنند. به‌طور کلی، می‌توان تنظیم هیجان را به عنوان فرایندی در نظر گرفت که از طریق آن، فرد هیجان‌های خود را به منظور ارایه پاسخ‌های متناسب با مطالبات محیطی،

تفاسیر می‌توان تفاوت معنادار ناگویی هیجانی در میان گروه‌های مورد مطالعه پژوهش حاضر را تبیین نمود. همان‌طور که ذکر شد، افراد دارای ناگویی هیجانی به این دلیل که نمی‌توانند هیجان‌های خود را ابراز دارند، به احتمال بیشتری مشکلات و ناراحتی‌های روانشناختی‌شان را به‌صورت جسمانی نشان می‌دهند. ویژگی اصلی اختلال جسمانی‌سازی نیز ابراز جسمانی ناراحتی‌های روانشناختی است. بر اساس مدل پریشانی در زمینه دیدگاه اجتماعی- فرهنگی، جسمانی‌سازی یک راه وابسته به فرهنگ برای ابراز پریشانی‌های روانشناختی است (کیس و رایف، ۲۰۰۳). از سوی دیگر، افراد دارای اختلالات اضطرابی نیز دارای نشانه‌های جسمانی زیادی هستند که ممکن است به دلیل مشکلات آنها در فرایندهای پردازش اطلاعات هیجانی و ناگویی هیجانی، ایجاد شده باشد.

در رابطه با فرضیه‌های سوم و چهارم پژوهش، نتایج نشان داد که میان راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی در افراد عادی، بیماران جسمانی‌سازی و کل نمونه رابطه منفی معنادار وجود دارد. هم‌چنین بین راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی در کل اعضای نمونه رابطه مثبت معنادار وجود داشت. این نتایج همسو با پژوهش‌های پیشین (استاسیویچ، برادیزا، گودلسکی، کافی، شالاج و همکاران، ۲۰۱۲؛ بشارت، ۱۳۸۸؛ چن و همکاران، ۲۰۱۱؛ دویی و همکاران، ۲۰۱۰) هستند. در تفسیر این یافته‌ها، باید خاطر نشان ساخت که تنظیم هیجانی موثر نیازمند آگاهی، فهم و روشن بودن پاسخ‌های هیجانی است. توانایی شناسایی و توصیف تجارب هیجانی، مهم در نظر گرفته می‌شود زیرا موجب دسترسی به اطلاعات کاربردی و هم‌چنین راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان می‌شود (گرینبرگ، لومینت، کارنیل، گرزس و برتاز، ۲۰۱۰). سطوح هیجان دارای ارزش اطلاعاتی بالایی هستند، به‌خصوص زمانی که می‌توان به وضوح میان آنها و سطوح سایر هیجان‌ها تمایز قایل شد. حتی هیجان‌های ناراحت کننده یا دردناک نیز اطلاعاتی درباره ارزش‌ها، اهداف و نیازها فراهم می‌کنند. آگاه بودن نسبت به این‌که هیجان‌ها چه چیزی را نشان می‌دهند، می‌تواند به افراد کمک کند تا مطابق با نیازهایشان رفتار کنند (گرینبرگ و همکاران، ۲۰۱۰). از سوی دیگر، یکی از واضح‌ترین سازه‌هایی که به منظور بررسی مشکلات

راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان) با علایم آسیب‌شناسی روانی مرتبط بودند. این مطلب می‌تواند عدم مشاهده تفاوت معنادار میان بیماران اضطرابی و جسمانی‌سازی در استفاده از راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان را تبیین نماید. علاوه بر این، ممکن است فقدان راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان تاثیر منفی بر بهزیستی روانشناختی داشته باشد و مسیر را برای تحول راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان از قبیل نشخوار فکری هموار کند (نولن- هوکسما و همکاران، ۲۰۰۸)؛ مطلبی که توجیه کننده تفاوت معنادار گروه افراد عادی نسبت به بیماران اضطرابی و جسمانی‌سازی در استفاده از راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان است.

در رابطه با فرضیه دوم، یافته‌های پژوهش نشان دادند که در همه زیرمقیاس‌ها و هم‌چنین نمره کلی ناگویی هیجانی میان سه گروه افراد عادی، بیماران اضطرابی و جسمانی‌سازی تفاوت معنادار وجود دارد. اگرچه در زمینه مقایسه ناگویی هیجانی میان گروه‌های مختلف بیماران روانی پژوهش‌های چندانی صورت نگرفته است، ولی می‌توان یافته‌های پژوهش حاضر را با نتایج پژوهش‌های پیشین (استینوگ، دالاس و ریا، ۲۰۱۱؛ بشارت، ۱۳۸۸؛ بشارت و شهیدی، ۲۰۱۱؛ پلاتوس، ورنر، داسچک، اسپندرای، ماتياس و همکاران، ۲۰۱۱؛ هوبر، سومان، بیاسی و کارلی، ۲۰۰۹) همسو دانست. برای تفسیر این یافته‌ها می‌توان به رابطه ناگویی هیجانی و آسیب‌شناسی روانی توجه نمود. بعضی از پژوهش‌ها رابطه آگاهی هیجانی با برانگیختگی روانشناختی سیستم‌های بیولوژیکی مرتبط با هیجان‌ها را تایید کرده‌اند. افراد دارای ناگویی هیجانی، در شناسایی این فرایند ناتوانند. نداشتن آگاهی از هیجان‌ها، منجر به تشدید برانگیختگی هیجانی می‌شود. اگر این وضعیت به طول انجامد، منجر به فشار بر سیستم‌های ایمنی، غده هیپوفیز، آدرنال و سیستم‌های خودمختار می‌شود. تداوم تحریکات روی این سیستم‌ها، موجب ناراحتی فیزیکی، روانی و تلاش‌های واسطه‌ای برای توضیح این احساسات می‌شود. اشخاص دارای ناگویی هیجانی، این اشاره‌های بدنی را جسمی تفسیر می‌کنند. احتمالاً به این دلیل است که اشخاص دارای ناگویی هیجانی بیشتر از دیگر اشخاص دارای بیماری‌های جسمی تشخیص داده می‌شوند (هوبر و همکاران، ۲۰۰۹). با استناد به همین

کمک نماید. هر پژوهشی علی‌رغم تلاش‌هایی که در زمینه کامل انجام شدن آن صورت می‌گیرد، دارای محدودیت‌هایی است که پژوهش حاضر نیز از این امر مستثنی نیست. در ادامه به چند مورد از این محدودیت‌ها اشاره می‌شود: (۱) پژوهش حاضر به دلیل طرح آن که از نوع پس رویدادی است، مشکلاتی در زمینه نتیجه‌گیری‌های علی دارد. بنابراین در تفسیر یافته‌های پژوهش باید احتیاط شود؛ (۲) با توجه به حجم کم نمونه و عدم کنترل متغیرهایی مانند وضعیت اقتصادی-اجتماعی، تعمیم یافته‌های پژوهش باید با احتیاط صورت گیرد؛ (۳) یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر، استفاده از ابزارهای مبتنی بر خودگزارشی است. این محدودیت به خصوص در مورد سبک‌های دفاعی که یک متغیر ناهشیار است، جدی به نظر می‌رسد؛ (۴) در مورد گروه بیماران اضطرابی نیز نمونه پژوهش محدود به بیماران وسواس فکری-عملی و اضطراب اجتماعی بود که تعمیم نتایج به سایر بیماران اضطرابی را اندکی با مشکل روبرو می‌سازد.

بشارت، م. ع. (۱۳۹۰). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.

بشارت، م. ع.، حاجی‌آقازاده، م.، و قربانی، ن. (۱۳۸۶). تحلیل رابطه هوش هیجانی، مکانیسم‌های دفاعی و هوش عمومی. *دوفصلنامه روانشناسی معاصر*، ۳، ۴۹-۵۸.

بشارت، م. ع.، حدادی، پ.، رستمی، ر.، و صرامی فروشانی، غ. ر. (۱۳۹۰). بررسی آسیب‌های عصب‌شناختی در بیماران مبتلا به ناگویی هیجانی. *دوفصلنامه روانشناسی معاصر*، ۱۱، ۳-۱۲.

References

- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 974-983.
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). When are adaptive strategies most predictive of

مرتبط با پردازش و تنظیم هیجان مورد مطالعه قرار گرفته است، ناگویی هیجانی است (والر و شیدت، ۲۰۰۴). ناگویی هیجانی نشان‌دهنده نوعی نقص در پردازش شناختی و تنظیم هیجان‌ها است و تعریف ویژگی‌های ناگویی هیجانی در نقطه مقابل تنظیم انطباقی هیجان قرار می‌گیرد (لوملی، اسمیت و لانگو، ۲۰۰۲). برای مثال، افراد دارای ناگویی هیجانی نسبت به افراد عادی، به احتمال بیشتری از راهبردهای فرونشانی (راهبرد غیرانطباقی تنظیم هیجان) استفاده می‌کنند و کمتر از راهبردهای ارزیابی مجدد (راهبرد انطباقی تنظیم هیجان) بهره می‌برند (لوملی و همکاران، ۲۰۰۲). بنابراین، با توجه به تعاریف و ویژگی‌های ذکر شده از ناگویی هیجانی، از لحاظ نظری نیز رابطه میان این سازه و راهبردهای تنظیم هیجان کاملاً قابل پیش‌بینی است.

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر می‌تواند رهنمون پژوهش‌های جدیدتر به منظور گسترش دانش روانشناختی در زمینه اختلالات جسمانی‌سازی و اضطرابی گردد. در سطح عملی و به خصوص بالینی، نتایج پژوهش حاضر می‌تواند به متخصصان بالینی در تشخیص بهتر اختلال جسمانی‌سازی

مراجع

- بشارت، م. ع. (۱۳۸۴). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس افسردگی اضطراب استرس (DASS-21) در نمونه‌های بالینی و جمعیت عمومی. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۶). رابطه ابعاد شخصیت و ناگویی خلقی. *دوفصلنامه روانشناسی معاصر*، ۴، ۵۵-۶۶.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۸الف). ناگویی هیجانی و مشکلات بین شخصی. *مطالعات تربیتی و روانشناسی*، ۱، ۱۲۹-۱۴۵.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۸ب). رابطه نارسایی هیجانی و سبک‌های مقابله با استرس. *اندیشه‌های نوین تربیتی*، ۴، ۲۷-۹.

psychopathology? *Journal of Abnormal Psychology*. doi: 10.1037/a0023598, Advance online publication. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revision). Washington DC: Author.

- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment, 10*, 176-181.
- 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.
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behavior Research and Therapy, 46*, 1230-1237.
- 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., & Shahidi, S. (2011). What is the relationship between alexithymia and ego defense styles? A correlational study with Iranian students. *Asian Journal of Psychiatry, 4*, 145-149.
- Brackett, M. A., & Salovey, P. (2004). Measuring emotional intelligence as a mental ability with the Mayer–Salovey–Caruso Emotional Intelligence Test. In G. Geher (Ed.), *Measurement of emotional intelligence* (pp. 179-194). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., Korotitsch, W., & Barlow, D. H. (1997). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 79-89.
- Burton, C. (2003). Beyond somatisation: A review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *British Journal of General Practice, 53*, 231-239.
- Calabrese, D. (2011). *Somatization syndrome as a function of feminine gender roles stress and negative affect*. Published Doctoral Dissertation, Seattle Pacific University.
- Chen, J., Xu, T., Jing, J., & Chan, R. C. K. (2011). Alexithymia and emotional regulation: A cluster analytical approach. *BMC Psychiatry, 11*, 33.
- Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A., & Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 24*, 195-205.
- Dubey, A., Pandey, 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 Researches, 7*, 20-31.
- Eriksen, H. R., & Ursin, U. (2004). Subjective health complaints, sensitization, and sustained cognitive activation (stress). *Journal of Psychosomatic Research, 56*, 445-448.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire – development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences, 41*, 1045-1053.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences, 30*, 1311-1327.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*, 348-362.
- Grynberg, D., Luminet, O., Corneille, O., Grezes, J., & Berthoz, S. (2010). Alexithymia in the interpersonal domain: A general deficit of empathy? *Personality and Individual Differences, 49*, 845-850.
- Hiller, W., Rief, W., & Brähler, E. (2006). Somatization in the population: From mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41*, 704-712.
- Huber, A., Suman, A. L., Biasi, G., & Carli, G. (2009). Alexithymia in fibromyalgia

- syndrome: Associations with ongoing pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 425-433.
- Hughes, E. K., & Gullone, E. (2011). Emotion regulation moderates relationships between body image concerns and psychological symptomatology. *Body Image*, 8, 224-231.
- Kashdan, T. B., & Breen, W. E. (2008). Social anxiety and positive emotions: A prospective examination of a self-regulatory model with tendencies to suppress or express emotions as a moderating variable. *Behavior Therapy*, 39, 1-12.
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition Emotion*, 23, 4-41.
- Kozłowska, K. (2005). Healing the disembodied mind: contemporary models of conversion disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 13, 1-13.
- Kozłowska, K., & Williams, L. M. (2009). Self-protective organization in children with conversion and somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 223-233.
- Kun, B., Balazs, H., Kapitany, M., Urban, R., & Demetrovics, Z. (2010). Confirmation of the three-factor model of the Assessing Emotions Scale (AES): Verification of the theoretical starting point. *Behavior Research Methods*, 42, 596-606.
- Lim, S. L., & Kim, J. H. (2005). Cognitive processing of emotional information in depression, panic, and somatoform disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 50-61.
- Lovibond, P. F. (1998). Long-term stability of depression, anxiety, and stress syndromes. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 520-526.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Sydney: Psychological Foundation Monograph.
- Lumley, M. A., Smith, J. A., & Longo, D. J. (2002). The relationship of alexithymia to pain severity and impairment among patients with chronic myofascial pain: Comparisons with self-efficacy, catastrophizing, and depression. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 823-830.
- Modestin, J., Furrer, R., & Malti, T. (2004). Study on alexithymia in adult non-patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 707-709.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424.
- Norton, P. J. (2007). Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21): Psychometric analysis across four racial groups. *Anxiety, Stress & Coping*, 20, 253-265.
- Orgeta, V. (2011). Emotion dysregulation and anxiety in late adulthood. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 1019-1023.
- 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., 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.
- Pollatos, O., Werner, N. S., Duschek, S., Schandry, R., Matthias, E., Traut-Mattausch, E., et al. (2011). Differential effects of alexithymia subscales on autonomic reactivity and anxiety during social stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 70, 525-533.
- Rief, W., & Exner, C. (2002). Psychobiology of somatoform disorders. In J. D. D'haenen, J. A. den Boer & P. Willner (Eds.), *Biological psychiatry*. New York: Wiley.

- Stasiewicz, P. R., Bradizza, C. M., Gudleski, G. D., Coffey, S. F., Schlauch, R. C., Sydney, T. B., et al. (2012). The relationship of alexithymia to emotional dysregulation within an alcohol dependent treatment sample. *Addictive Behaviors, 37*, 469-476.
- Steinweg, D. L., Dallas, A. P., & Rea, W. S. (2011). Fibromyalgia: Unspeakable Suffering, a prevalence study of alexithymia. *Psychosomatics, 52*, 255-262.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. New York: *Cambridge University Press*.
- Waller, E., & Scheidt, C. E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective. *International Review of Psychiatry, 18*, 13-24.
- Zlomke, K. R., & Hahn, K. S. (2010). Cognitive emotion regulation strategies: Gender differences and associations to worry. *Personality and Individual Differences, 48*, 408-413.