

رابطه آلکسی تیمیا و تیپ شخصیتی D با سلامت عمومی

دکتر علی عیسی زادگان^۱، دکتر سیامک شیخی^{۲*}، دکتر سجاد بشرپور^۳

تاریخ دریافت: 90/08/10 تاریخ پذیرش: 90/09/16

چکیده

پیش زمینه و هدف: دشواری در شناسایی و توصیف احساسات، فقدان ظرفیت عاطفی در تشخیص و توصیف هیجانات و به کلام در آوردن آن‌ها (آلکسی تیمیا) و سنخ شخصیتی D می‌تواند با سلامت عمومی در ارتباط باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان رابطه و پیش بینی سلامت عمومی از طریق آلکسی تیمیا و تیپ شخصیتی D انجام شده است.

مواد و روش کار: روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. نمونه‌ای به حجم ۴۳۱ دانشجو (۱۹۳ پسر و ۲۳۸ دختر) به شیوه نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای از میان دانشجویان دانشگاه ارومیه انتخاب و با پرسش‌نامه‌های سلامت عمومی ۲۸ سوالی (GHQ-28)، نسخه فارسی مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو (FTAS-20) و مقیاس تیپ شخصیتی D ارزیابی شدند. داده‌ها با استفاده از روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که آلکسی تیمیا با تمام زیر مقیاس‌های تیپ شخصیتی D یعنی عاطفه منفی ($r = 0.39, p < 0.01$) و بازداری اجتماعی ($r = 0.44, p < 0.01$) رابطه مثبت معنی‌داری دارد. همچنین آلکسی تیمیا با تمام زیر مقیاس‌های سلامت عمومی یعنی علائم جسمانی ($r = 0.27, p < 0.01$)، اضطراب ($r = 0.31, p < 0.01$)، اختلال در کارکرد اجتماعی ($r = 0.34, p < 0.01$)، افسردگی ($r = 0.33, p < 0.01$) رابطه مثبت معنی‌داری دارد. از بین متغیرهای پژوهش عاطفه منفی و دشواری در شناسایی احساسات ۳۶ در صد از واریانس سلامت عمومی را تبیین نمودند.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که آلکسی تیمیا با دو بعد تیپ شخصیتی D یعنی عاطفه منفی و بازداری اجتماعی با سلامت عمومی پایین رابطه دارد.

کلید واژگان: آلکسی تیمیا، تیپ شخصیتی D، سلامت عمومی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و دوم، شماره ششم، ص ۵۳۸-۵۳۰، بهمن و اسفند ۱۳۹۰

آدرس مکاتبه: ارومیه، خیابان والفجر ۲، روبروی صدا و سیما، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، صندوق پستی ۴۸۳۷۵ - ۵۷۱۹۸، تلفن: ۰۹۱۴۴۴۱۶۶۴۱

Email: Ali_Issazadeg@Yahoo.com

مقدمه

برای ابراز هیجانات است برای این افراد بکار برد (۱). ناگویی خلقی به صورت «دشواری در شناسایی احساسات»، «دشواری در توصیف احساسات»^۴ و «دشواری در تمایز گذاری هیجانات و تحریکات بدنی ناشی از برانگیختگی هیجان و سبک تفکر برون مدار»^۵ تعریف

سیف‌نوز^۴ در سال ۱۹۷۳ افرادی را توصیف کرد که به علت فقدان ظرفیت عاطفی در تشخیص و توصیف هیجانات و به کلام در آوردن آن‌ها با مشکل مواجه بودند. او اصطلاح آلکسی تیمیا^۵ (ناگویی خلقی) که یک واژه یونانی است و به معنی نبود واژه‌ای

^۱ عضو هیات علمی دانشگاه ارومیه، استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه ارومیه

^۲ عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، استاد بار گروه روانپزشکی (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار روان‌شناسی عمومی، دانشگاه محقق اردبیلی

^۴ Sifneos

^۵ alexithymia

^۶ Difficulty identifying feelings

^۷ Difficulty describing feelings

^۸ External Oriented thinking style

می‌افتد (۱۱). در کل ناگویی خلقی را می‌توان نقص در بازنمایی هیجان‌ها، نقص در پردازش شناختی و تنظیم حالات هیجانی بین فردی در نظر گرفت (۱۳، ۱۲).

دو سازه‌ی روان شناختی؛ عاطفه منفی^{۱۱} (NA) و بازداری اجتماعی^{۱۲} (SI) مطرح شده است که افراد با نمره‌های بالا در این دو سازه در ابراز و بیان هیجانات خود در برابر دیگران با عدم جرات ورزی^{۱۳} مواجه هستند. نمرات بالا در دو بعد NA و SI را تیپ شخصیتی درمانده^{۱۴} یا تیپ شخصیتی D نامیده‌اند (۱۴). عواطف منفی به تمایل فرد به تجربه احساسات منفی مثل خشم، تنفر، اضطراب، در موقعیت‌های مختلف اشاره دارد، در حالی که بازداری اجتماعی به تمایل فرد به اجتناب از ابراز این هیجانات منفی در تعاملات اجتماعی اشاره می‌کند (۱۵). افراد با تیپ شخصیتی D دنیای اطراف خود را تهدید آمیز می‌بینند و بیشتر از راهبردهای اجتنابی استفاده می‌نمایند (۱۶).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند این تیپ شخصیتی پیش بینی کننده مهمی برای بیماری عروق کرونری بوده و اثر پایداری بر کیفیت زندگی و سلامتی عمومی دارد (۱۷). این تیپ با انواعی از مشکلات روان شناختی از جمله افسردگی، اضطراب (۱۸)، کیفیت پایین زندگی و سطح پایین بهزیستی روانی (۱۹، ۲۰)، خشم، تنش مزمن، بد بینی و اعتماد به نفس پایین رابطه دارد (۱۵). علاوه بر این استفاده مزمن از بنزودیازپین‌ها، شکایات مستمر از درد قفسه سینه و ناتوانی در بازگشت به کار نیز در بین آن‌ها گزارش شده است و به عنوان عامل تعیین کننده پیامدهای بیماری قلبی مورد توجه قرار گرفته است (۲۱، ۲۲). نتایج پژوهشی نشان می‌دهد که بعد دشواری در شناسایی هیجان‌ها در آلکسی تیمیا به طور معنی داری با جسمانی کردن همراه است و این از طریق عاطفه منفی میانجی می‌شود (۲۳). پژوهش‌ها حاکی از این است که اثرات مزمن بازداری هیجان‌های منفی موجب افزایش فعالیت سمپاتیک سیستم قلبی عروقی می‌شود (۲۴). در کل افراد با تیپ شخصیتی D رفتارهای مرتبط با سلامتی کم‌تری داشته و از حمایت اجتماعی پایینی برخوردارند و این با سلامتی عمومی پایین در آن‌ها رابطه دارد (۲۵). پژوهش‌ها نشان دادند بازداری اجتماعی در مردان با افزایش فشار خون و عاطفه منفی با کند شدن ضربان قلب در طی یک تکلیف استرس همراه است (۲۶).

تعداد کثیری از دانشجویان بعد از ورود به دانشگاه با مشکلات روان شناختی مواجه می‌شوند که عملکرد تحصیلی و بهداشت روانی آنان را تحت تأثیر قرار داده و منجر به بعضی از آشفتگی‌های

شده است. این افراد در باز شناسی، آشکار سازی، پردازش و تنظیم هیجان‌ها با دشواری‌هایی مواجهند و در تمیز احساسات درونی از احساسات بدنی مشکل دارند (۳، ۲). بررسی‌ها نشان داده‌اند افراد توانمند از نظر هیجانی در مقایسه با افرادی که توانایی درک و بیان حالت‌های هیجانی را ندارند، در کنار آمدن با تجربه‌های منفی از موفقیت بیشتری برخوردارند و سازگاری مناسب‌تری را در ارتباط با محیط و دیگران نشان می‌دهند (۴).

پژوهش‌ها حاکی از آن است که آلکسی تیمیا با تعدادی از مسائل جسمانی مثل بیماری التهاب مثانه^۱ (BID)، ابعاد مرتبط با درد، انواع دیابت، فشار خون اساسی و ناراحتی قلبی رابطه دارد (۵). نتایج پژوهشی نشان می‌دهد که حدود ۵۵ درصد بیماران دارای فشار خون اساسی ناگویی خلقی دارند (۶). همچنین نسبت ۳۶ درصد ناگویی خلقی در بیماران مبتلا به التهاب مثانه گزارش شده است (۷). نتایج دیگر نشان می‌دهند آلکسی تیمیا به ویژه مولفه‌ی دشواری در شناسایی احساسات با ابعاد درد نیز همراه است (۸). افزون بر این مطالعات حاکی از این است که ناگویی خلقی با کارکرد ایمنی ضعیف و با سطوح کاهش یافته لنفوسیت^۲ همراه است. دیوارجا^۳ و همکاران (۹) نشان دادند که سلول‌های T کمکی و T مهایر/انهدامی در مردان با تشخیص آلکسی تیمیا پایین‌تر از مردان غیر آلکسی تیمیک بود. پژوهش‌ها حاکی از آن است که ضربان قلب یا فعالیت فشارخون به منابع فشارزا در افراد مبتلا به آلکسی تیمیا بالا بوده و این نارسایی با دامنه‌ای از رفتارهای ناسالم از جمله اختلالات خوردن، سوء مصرف مواد، الکل، وابستگی، قماربازی رابطه دارد. در حوزه سلامت روان شیوع در حدود ۵۳ درصد اختلالات درد جسمانی شکل^۴ با آلکسی تیمیا گزارش شده است (۵، ۱۰).

آلکسی تیمیا با اضطراب، افسردگی پوشیده^۵، اختلال استرس پس از سانحه^۶ (PTSD)، بی‌اشتهایی عصبی^۷، پرخوری روانی^۸، اختلال درد روان زاد^۹ نیز در ارتباط است (۵). در حمایت از این ادعا می‌توان گفت که نشانه‌های ناکار آمدی و نارسایی در تنظیم هیجان‌ها در بیش از نیمی از اختلال‌های محور I و در تمام اختلال‌های شخصیتی محور II چهارمین مجموعه بازنگری شده راهنمای تشخیص و آماری اختلال‌های روانی^{۱۰} (DSM)

1. Inflammatory bowel disease

2. Lymphocyte

3. Dewarija

4. Somatoform pain disorder

5. Masked depression

6. Posttraumatic stress disorder

7. Anorexia nervosa

8. bulimia

9. Psychogenic pain disorder

10. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder

11. Negative affectivity

12. Social inhibition

13. nonassertive

14. Distressed personality

ابزار

۱ نسخه مقیاس آلکسی تیمیای تورنتو (TASS ۲۰۰) مقیاس آلکسی تیمیای تورنتو یک آزمون ۲۰ سوالی است و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی (متمرکز به طور بیرونی) را در مقیاس پنج درجه ای ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد (۲۷).

در نسخه فارسی مقیاس آلکسی تیمیا، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۵ و سه زیرمقیاس به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شده است که نشانه‌ی همسانی درونی خوب مقیاسند (۲۸). قربانی، بنیگ^۲، واتسون^۳، دیوسون و ماک^۴ (۲۹) آلفای کرونباخ این مقیاس را در نمونه‌ی ایرانی برای دشواری در شناسایی احساسات ۰/۷۴، برای دشواری در توصیف احساسات ۰/۶۱ و برای تفکر متمرکز به طور بیرونی ۰/۵۰ بدست آورده‌اند. افشاری (۱۳۸۷) پایایی آزمون را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای نمره کل برابر با ۰/۷۵ و برای هر یک از مؤلفه‌ها ۰/۷۲، ۰/۷۳ و ۰/۵۳ گزارش کرده است (۴۰). در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ضریب پایایی ۰/۷۴ و ابعاد آن به ترتیب دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۰، دشواری در شناسایی احساسات ۰/۶۶۴ و تفکر متمرکز به طور بیرونی ۰/۵۲ بدست آمد.

۲- مقیاس تیپ شخصیتی^۵ D: مقیاس تیپ شخصیتی D توسط دنولت^۶ تدوین شده است، این مقیاس ۱۴ آیتم دارد که دو ویژگی کلی را که شامل عاطفه منفی و بازداری اجتماعی است ارزیابی می‌کند (۳۰) هر آزمودنی بر اساس یک مقیاس ۵ گزینه‌ای به هر ماده پاسخ می‌گوید، این گزینه‌ها بر اساس مقادیر ۴ و ۳ و ۲ و ۱ و ۰ نمره گذاری می‌شوند، البته نمره گذاری در ماده‌های یک و سه به صورت معکوس انجام می‌گیرد، حداقل و حداکثر نمرات این مقیاس به ترتیب ۱۴ و ۵۶ می‌باشد، ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۸۸ و خرده مقیاس بازداری اجتماعی ۰/۸۶ و ضریب اعتبار همزمان این مقیاس با مقیاس تیپ شخصیتی A ۰/۶۳ گزارش شده است (۳۱). در پژوهش‌های داخلی همسانی درونی برای خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۷۷ و خرده مقیاس بازداری اجتماعی ۰/۶۹ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش شده است (۳۳،۳۲). در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ

روان شناختی در بین آنان می‌شود، پژوهش‌ها درخصوص سازگاری، مهم‌ترین عامل را شخصیت و مهارت در راهبردهای کارآمد تنظیم هیجان دانسته‌اند، علت مراجعه دانشجویان به مرکز مشاوره دانشجویی اغلب حاکی از وجود مشکلات ارتباطی و بیشتر ناتوانی در ابرازگری هیجانی است، در این راستا در مروری بر پژوهش‌های انجام شده درخصوص رابطه نارسایی هیجانی (الکسی تیمیا) و تیپ شخصیتی به ویژه از نوع D و ارتباط آن با مسائل بهداشت روانی در بین دانشجویان تحقیق کم‌تری به چشم می‌خورد، نیاز احساس شد که این موضوع در بین دانشجویان مورد بررسی قرار گیرد، بر اساس یافته‌ها و شواهد موجود در زمینه متغیرهای پژوهش و با توجه به این که متغیرهای شخصیتی و رفتاری از جمله عاطفه منفی و بازداری اجتماعی سلامتی عمومی را تحت تاثیر قرار می‌دهد پژوهش حاضر در صدد آن است تا ارتباط میان الکسی تیمیا و دو بعد عاطفه منفی و بازداری اجتماعی را با سلامت عمومی در میان دانشجویان بررسی نماید، بدین منظور در این پژوهش به بررسی فرضیه‌های زیر پرداخته شد:

- ۱ بین الکسی تیمیا و عاطفه منفی رابطه وجود دارد.
- ۲- بین الکسی تیمیا و بازداری اجتماعی رابطه وجود دارد.
- ۳- بین الکسی تیمیا و سلامت عمومی رابطه وجود دارد.
- ۴- الکسی تیمیا و تیپ شخصیتی D سلامت عمومی را پیش بینی می‌کند.

مواد و روش کار

جامعه و نمونه آماری

روش این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است، در این تحقیق آلکسی تیمیا و تیپ شخصیتی D به عنوان متغیرهای پیش بین و سلامت عمومی به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شده‌اند. جامعه آماری این پژوهش عبارت بودند از کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه ارومیه که در سال تحصیلی ۸۹-۹۰ مشغول به تحصیل بودند، از این جامعه ۴۳۱ دانشجو (۱۹۳ مرد و ۲۳۸ زن) به شیوه نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای بر اساس جدول مورگان انتخاب شدند، انتخاب دانشجویان از دانشکده‌های ادبیات، اقتصاد، هنر، علوم، فنی مهندسی، کشاورزی و دامپزشکی صورت گرفت، پرسش‌نامه‌ها در کلاس و در حضور پژوهشگر تکمیل شدند. میانگین سن مردان ۲۱/۵۱ (انحراف معیار ۱/۹۷) و میانگین سن زنان ۲۰/۷۶ (انحراف معیار ۲/۰۶) بودند، میانگین سنی و انحراف معیار کل نمونه به ترتیب ۲۱/۱ و ۲/۰۶ بود.

¹. Toronto Alexithymia Scale-20

². Bing

³. Watson

⁴. Davison and Mack

⁵. D-Type personality scale

⁶. Denollet

جدول شماره (۱): میانگین و انحراف معیار نمره‌های

آزمودنی‌ها در مقیاس آلکسی تیمیا، مقیاس شخصیتی D

پرسش‌نامه سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های آن‌ها

شاخص متغیرها	میانگین	انحراف معیار
آلکسی تیمیا	۵۱/۷۲	۹/۵۳
دشواری در توصیف احساسات	۱۳/۲۵	۳/۷
دشواری در شناسایی احساسات	۱۷/۵۵	۴/۶۹
تفکر متمرکز به طور بیرونی	۲۰/۹۲	۳/۹۸
تیپ شخصیتی D	۲۳/۱۰	۹/۵۴
عاطفه منفی	۱۱/۰۸	۶/۰۵
بازداری اجتماعی	۱۲/۰۱	۵/۰۳
سلامت عمومی	۲۲/۰۲	۱۲/۴۲
نشانه‌های جسمانی	۴/۴۶	۳/۴۱
اضطراب و بی خوابی	۵/۳۴	۳/۹۵
اختلال در کارکرد اجتماعی	۷/۲۴	۳/۶۳
افسردگی	۴/۹۶	۴/۶۴

برای بررسی این سؤال که چه رابطه‌ای بین متغیرهای آلکسی تیمیا، مؤلفه‌های تیپ شخصیتی D و سلامت عمومی وجود دارد از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که در جدول ۲ ماتریس همبستگی میان متغیرها و زیرمقیاس‌های آن‌ها را در کل نمونه نشان می‌دهد.

با توجه به یافته‌های جدول ۲ متغیرها با یکدیگر رابطه معنی‌داری ($p < ۰/۰۵$, $p < ۰/۰۱$) دارد. همان‌طور که ماتریس همبستگی نشان می‌دهد آلکسی تیمیا همبستگی معنی‌داری با سلامت عمومی دارد. بیشترین رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار بین آلکسی تیمیا و اختلال در کارکرد اجتماعی ($r = ۰/۳۴$, $p < ۰/۰۱$) دیده می‌شود. بیشترین رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار بین تیپ شخصیتی D و اضطراب ($r = ۰/۴۸$, $p < ۰/۰۱$) دیده می‌شود؛ و آلکسی تیمیا همبستگی معنی‌داری با تیپ شخصیتی D دارد ($r = ۰/۴۸$, $p < ۰/۰۱$).

برای تعیین نقش متغیرهای پیش بین (آلکسی تیمیا، تیپ شخصیتی D) در تبیین واریانس سلامت عمومی متغیرهای پیش بین وارد معادله رگرسیون (به شیوه گام به گام) شدند که نتایج آن در جدول ۳ مشاهده می‌شود.

ضریب پایایی برای خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۷۷ و خرده مقیاس بازداری اجتماعی ۰/۶۶ و کل مقیاس ۰/۸۰ بدست آمد.

۳- پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (GHQ-۲۸): برای سنجش سلامت روان از این پرسش‌نامه استفاده شد. این پرسش‌نامه توسط گلدبرک ساخته شده است. به صورت فرم‌های ۲۸، ۳۰، ۶۰، ۱۲۰ سؤالی وجود دارد (۳۴). در این پژوهش از فرم ۲۸ سؤالی استفاده شده است. پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی از چهار خرده آزمون تشکیل شده که هر کدام از آن‌ها دارای هفت سؤال است و علائم جسمانی، اضطراب و بی خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی را می‌سنجد. تمام گویه‌های پرسش‌نامه سلامت عمومی دارای چهار گزینه هستند و دو نوع روش نمره گذاری برای این گزینه‌ها وجود دارد. یکی روش نمره گذاری GHQ که در این روش، گزینه‌های آزمون به صورت (۰، ۱، ۲، ۳) نمره گذاری می‌شوند و روش دوم، شیوه نمره گذاری لیکرت است که بر اساس این شیوه گزینه‌های آزمون به صورت (۱، ۲، ۳، ۴) نمره گذاری می‌شوند.

در هر دو روش نمره گذاری، نمره کم‌تر بیانگر بهداشت روانی بهتر است. در پژوهش حاضر از روش نمره گذاری لیکرت استفاده شده است. تقوی پایایی پرسش‌نامه سلامت عمومی را بر اساس سه روش بازآزمایی، تنصیفی و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داد که به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ را به دست آورد. در تاج و همکاران ضریب پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای آزمون و خرده مقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۷۶، ۰/۸۰، ۰/۵۰ و ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند (۳۴). داده‌های پژوهش به کمک روش‌های آمار توصیفی، آزمون ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار متغیرهای بررسی شده و زیرمقیاس‌های آن‌ها در کل نمونه در جدول ۱ نشان داده شده است. با توجه به یافته‌های ارائه شده در جدول ۱ میانگین تفکر متمرکز به طور بیرونی (۲۰/۹۲) در آلکسی تیمیا از سایر مؤلفه‌ها بیشتر است. از میان مؤلفه‌های تیپ شخصیتی D میانگین بازداری اجتماعی (۱۲/۰۱) از عاطفه منفی بیشتر است. از میان مؤلفه‌های سلامت عمومی، بیشترین میانگین مربوط به اختلال در کارکرد اجتماعی و کم‌ترین میانگین نشانه‌های جسمانی است.

جدول شماره (۲): ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش در کل نمونه

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱. سلامت عمومی	۱											
۲. علائم جسمانی	۰/۷۵۵**	۱										
۳. اضطراب و بی خوابی	۰/۸۰۹**	۰/۵۶۶**	۱									
۴. اختلال در کاترکرد اجتماعی	۰/۷۶۶**	۰/۴۴۳**	۰/۴۶۲**	۱								
۵. افسردگی	۰/۸۳۰**	۰/۴۵۵**	۰/۵۳۵**	۰/۵۴۷**	۱							
۶. آلکسی تیمیا	۰/۴۰۱**	۰/۲۷۶**	۰/۳۱۱**	۰/۳۴۷**	۰/۳۳۳**	۱						
۷. دشواری در توصیف احساسات	۰/۳۱۹**	۰/۲۷۲**	۰/۲۴۰**	۰/۲۷۹**	۰/۲۳۰**	۰/۸۱۵**	۱					
۸. دشواری در شناسایی احساسات	۰/۴۶۲**	۰/۳۴۵**	۰/۳۷۷**	۰/۳۴۳**	۰/۳۹۱**	۰/۸۲۸**	۰/۶۰۶**	۱				
۹. تفکر متمرکز به طور بیرونی	۰/۱۱۵**	-۰/۰۰۳	۰/۰۷۳**	۰/۱۶۳**	۰/۱۱۹**	۰/۶۴۸**	۰/۲۹۳**	۰/۲۳۳**	۱			
۱۰. تیپ شخصیتی D	۰/۵۴۴**	۰/۳۶۹**	۰/۴۸۳**	۰/۳۹۲**	۰/۴۶۵**	۰/۴۸۴**	۰/۴۵۹**	۰/۴۶۴**	۰/۱۷۸**	۱		
۱۱. عاطفه منفی	۰/۵۴۰**	۰/۳۸۶**	۰/۴۹۱**	۰/۳۴۹**	۰/۴۶۹**	۰/۳۹۰**	۰/۳۴۸**	۰/۳۸۴**	۰/۱۵۴**	۰/۸۸۷**	۱	
۱۲. بازداری اجتماعی	۰/۳۸۳**	۰/۲۳۶**	۰/۳۲۶**	۰/۳۲۵**	۰/۳۱۷**	۰/۴۴۸**	۰/۴۵۳**	۰/۴۱۹**	۰/۱۵۳**	۰/۸۳۱**	۰/۴۷۹**	۱
	* p<0/05 ** p<0/01											

جدول شماره (۳): خلاصه مدل رگرسیون گام به گام، تحلیل واریانس و شاخص‌های آماری رگرسیون سلامت عمومی از روی آلکسی تیمیا

و تیپ شخصیتی D

مدل	متغیرها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	R	R ²	خطای برآورد
گام ۱	عاطفه منفی	۱۹۳۹۹۰/۸۶	۱	۱۹۳۹۹/۸۶	۱۷۶/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۵۴۰	۰/۲۹۲	۱۰/۴۷
گام ۲	عاطفه منفی و دشواری در شناسایی احساسات	۲۴۴۵۷/۴۹	۲	۱۲۲۲۸/۷۴	۱۲۴/۶۶۱	۰/۰۰۱	۰/۶۰۶	۰/۳۶۴	۹/۹۰

جدول شماره (۴): جدول ضرایب همبستگی رگرسیون سلامت عمومی از روی آلکسی تیمیا و تیپ شخصیتی D

مدل	متغیر	ضریب B	خطای معیار	ضریب به تا	T	سطح معنی‌داری
۱	عاطفه منفی	۱/۱۰۸	۰/۰۸۳	۰/۵۴۰	۱۳/۳۰	۰/۰۰۱
۲	عاطفه منفی	۰/۸۷۳	۰/۰۸۵	۰/۴۲۵	۱۰/۲۳	۰/۰۰۱
	دشواری در شناسایی احساسات	۰/۷۹۱	۰/۱۱۰	۰/۲۹۹	۷/۱۸	۰/۰۰۱

همان طور که در جدول ۳ معادله رگرسیون نشان می‌دهد آلکسی تیمیا و تیپ شخصیتی D رابطه معنی‌داری با سلامت عمومی دارند ($R^2=0/60$, $df=2$, $F=124/661$, $p<0/01$). این متغیرها در مجموع ۳۶ درصد از سلامت عمومی را پیش بینی می‌کند ($R^2=0/36$). ضریب تأثیر متغیرهای عاطفه منفی، دشواری در شناسایی احساسات ($B=0/108$, $B=0/873$, $B=0/791$) در جدول ۴ آمده است بنابراین با توجه به این یافته‌ها از ابعاد آلکسی تیمیا تنها متغیرهای (دشواری در شناسایی احساسات) و از ابعاد تیپ شخصیتی D (عاطفه منفی) سلامت عمومی را توانستند در دانشجویان پیش بینی کنند.

بحث و نتیجه گیری

این بررسی ضریب همبستگی میان آلکسی تیمیا را با عاطفه منفی و بازداری اجتماعی که دو مؤلفه اصلی تیپ شخصیتی D هستند معنی‌دار نشان داد. بدین معنی که با افزایش آلکسی تیمیا عاطفه منفی و بازداری اجتماعی نیز افزایش می‌یابد. عاطفه منفی یک بعد عمومی پریشانی ذهنی و درگیری ناخوشایندی است که دربرگیرنده تنوعی از حالات خلقی نامساعد مثل خشم، تحقیر، نفرت، گناه، ترس و اضطراب و حالت عصبی است. افراد با نمرات بالا در عاطفه منفی از ابراز احساسات و هیجانات خود اجتناب می‌کنند که این همان بازداری اجتماعی است که دو ویژگی اصلی سنخ شخصیتی D هستند. شبیه مشکلاتی در تنظیم هیجان که در افراد آلکسی تیمیا دیده می‌شود عاطفه منفی و بازداری اجتماعی نیز می‌تواند با آلکسی تیمیا و سلامتی در ارتباط باشد. عواطف منفی و بازداری اجتماعی نیز با آلکسی تیمیا و سلامتی در ارتباط است. عواطف منفی در واقع نقش عامل میانجی رابط بین سلامتی و نارسایی هیجانی است. این یافته پژوهش با یافته‌های بیلی و فری^۱ (۲۳) همسو است. آن‌ها در ارزیابی رابطه‌ی آلکسی تیمیا و جسمانی کردن با عاطفه منفی نشان دادند که مشکل در شناسایی احساسات به طور معنی‌داری با جسمانی کردن در ارتباط است و این توسط عاطفه منفی واسطه‌مندی می‌شود. همچنین با یافته‌های هوسو^۲ و همکاران (۳۵) همسو است. آن‌ها نیز در بررسی رابطه‌ی بین آلکسی تیمیا و درد، عاطفه منفی را در این خصوص واسطه و میانجی مهمی یافتند. دی گوچت^۳ (۳۶) همسو با یافته پژوهش چنین یافت که ناتوانی در توضیح نشانگان پزشکی با صفات شخصیتی روان رنجوری (عاطفه منفی) و آلکسی تیمیا در ارتباط است. نارسایی در تنظیم و مدیریت هیجان‌ها از ویژگی‌های

آلکسی تیمیا است. نارسایی در تنظیم هیجان‌ها موجب بالا رفتن تجارب منفی و نتیجه‌ی آن عاطفه منفی و از سوی دیگر به علت عدم جرأت ورزی، سردی در روابط و عدم ابراز آن‌ها و ارتباط آن با سلامتی عمومی مورد توجه قرار گرفته است (۳۷). پژوهش‌ها همچنین نشان می‌دهد آلکسی تیمیا در سبک‌های دلبستگی ناایمن بیشتر است (۳۸).

یافته‌های مربوط به فرضیه سوم پژوهش نشان داد که با افزایش آلکسی تیمیا نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی افزایش و سلامت عمومی کاهش می‌یابد. نتایج این فرضیه با یافته‌های پژوهش‌های قبلی مطابقت دارد (۴۰-۴۱). مبتلایان به آلکسی تیمیا احساس‌های نامتمایز دارند و این احساس‌ها همراه با یک برانگیختگی فیزیولوژیک می‌باشد. اما به علت مشکل در تمایز، توصیف و تنظیم احساس‌ها، برانگیختگی فعال باقی مانده و از میان نمی‌رود و این امر باعث اختلال در دستگاه عصبی خودکار و دستگاه ایمنی می‌شود (۳۸). آلکسی تیمیا ممکن است با برانگیختن رفتارهایی مانند سوء مصرف مواد، عادات بد غذایی، کم‌خوابی به صورت غیرمستقیم با بیماری‌های جسمی مربوط شود. ویژگی تمرکز بر علایم جسمی افراد مبتلا به آلکسی تیمیا می‌تواند زمینه ساز آن شود که این افراد احساس ترس از واکنش‌های جسمی ناشی از اضطراب را شکل دهند. به خاطر تجارب بازداری شده این افراد در چرخه نشانه‌های فیزیولوژیکی ناشی از ترس که می‌تواند با هیجانات قوی‌تر توأم شود درگیر می‌شوند. بر اساس «نظریه پردازش»^۴ دانش هیجانی پنج مؤلفه دارد که شامل فراخوان‌ها^۵، ارزیابی‌ها^۶، ارزیابی ثانویه، آمادگی عمل و اجرا است وقتی فردی با شرایط هیجانی مواجه می‌شود این پنج فرایند با هم مرتبط عمل می‌کنند اما در آلکسی تیمیا بین این پنج مؤلفه یک مجموعه «قطع‌ها»^۷ صورت می‌گیرد (۳۹).

یافته‌های مربوط به فرضیه چهارم پژوهش نشان داد که با افزایش در عاطفه منفی و بازداری اجتماعی سلامت عمومی کاهش می‌یابد. نتایج این فرضیه با یافته‌های پژوهش‌های قبلی مطابقت و همسویی دارند (۱۶، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۵، ۲۶). پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد که عاطفه منفی و بازداری اجتماعی با سلامتی روانی در ارتباط است. در کل چنین فرض شده است که حالات هیجانی منفی با الگوهای ناسالم کارکرد فیزیولوژیکی در فعالیت سیستم ایمنی و قلبی عروقی همراه است (۴۰). افراد با تیپ شخصیتی D در بازداری اجتماعی هنگام تعامل با دیگران احساس باز داشته

^۴. processing

^۵. elicitors

^۶. appraisal

^۷. disconnects

^۱. Bailey and Henry

^۲. Hosoi

^۳. De Gucht

شدن، عدم امنیت می‌کنند. کم حرف بودن، فقدان انرژی، عدم تمایل به برقراری ارتباطات بین فردی، احساس ناراحتی در تعامل اجتماعی، کم حرفی و عدم جذابیت اجتماعی منجر به استفاده از راهبردهای اجتنابی می‌شود و این می‌تواند اثرات هیجانات منفی را تشدید کند. انزوای اجتماعی بازتابی از تفاوت‌های فردی در بازداری رفتاری (BIS) است و همراهی این ویژگی با ویژگی عواطف منفی موجب آسیب پذیری بیشتر در برابر استرس می‌شود از جمله احساس تنهایی که بیشتر با شکایات جسمانی افسردگی و احساسات عمومی آشفتگی همراه است.

پيامدهای نتایج پژوهش حاضر را می‌توان در کل در سطح نظری و عملی چنین توضیح داد که یافته‌های پژوهش حاضر می‌توانند نظریه‌های فعلی مربوط به آلکسی تیمیا و تیپ شخصیتی

D و ارتباط آن با مشکلات سلامت عمومی در حوزه‌های جسمانی و عاطفی را از جهاتی تأیید کنند. در سطح عملی یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند نیاز برای برنامه‌های مداخله و مدیریت هیجان‌ها را تبیین کند. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند کاربردهای ضمنی برای کارورزی روان شناسی بالینی داشته باشد. محدودیت‌هایی نیز در زمینه تصمیم یافته‌ها و متغیرها می‌توان مطرح ساخت. نمونه مورد بررسی در این پژوهش یک نمونه دانشجویی بود که در تعمیم یافته‌ها به سایر جمعیت‌ها باید احتیاط شود. پیشنهاد می‌شود آلکسی تیمیا و عواطف منفی و بازداری اجتماعی در جمعیت بالینی شامل نمونه‌های مبتلا به اختلالات شخصیت، اختلالات خوردن، افسردگی در درون زاد و ناهنجاری‌های جنسی مورد مطالعه قرار گیرد.

References:

- Mehrabizade Honarmand M, Afsari A, Davodi I. The study of personality traits, attachment styles, life stressors and gender as predictors of alexithymia. J Psychology 2010; 14(3):319-34. (Persian)
- Swart M, Kortekaas R, Aleman A. Dealing with Feelings: characterizations of trait alexithymia on emotion regulation strategies and cognitive-emotional processing. PloS One 2009; 4 (6): 1-7.
- Besharat MA. Alexithymia and defense styles. J Fundament Mental Health 2008; 39: 181-90. (Persian)
- Shahgholian M, Moradi A, Kafae SM. The relationship alexithymia with expersive emotion styles and general health. Iran Psychiatr Clin Psychol 2007; 13(3): 238-48. (Persian)
- Dubey A, Pandey R, Mishra K. Role of emotion regulation difficulties and positive/negative affectivity in explaining alexithymia-health relationship an overview. J Soc Sci Res 2010; 7: 20-31.
- Todarello O, Taylor GY, Parker YD, Fanelli M. Alexithymia in essential hypertensive and psychiatric outpatients: a comparative study. J Psychosomat Res 1995; 39 (8): 987-94.
- Porcelli P, Zaka S, Leoci C, Centonze S, Taylor GJ. Alexithymia in inflammatory bowel disease. Psychother Psychosomat 1995; 64(1): 49-53.
- Porcelli P, Tulipani C, Maiello E, Cilenti G, Todarello O. Alexithymia, coping and illness behavior correlates of pain experience in cancer patients. Psycho-Oncology 2007; 16(4): 44-50.
- Dewaraja R, Tanigawa T, Araki S, Nakata A, Kawaura N, Ago Y. Decreased cytotoxic lymphocyte counts in alexithymia. Psychother Psychosomat 1997; 66: 83-6.
- Cox BJ, Kuch K, Parker JD, Shulman D, Evans RJ. Alexithymia in Somatoform disorder patients with chronic pain. J Psychosomat Res 1994; 38 (6): 523-27.
- Hassani J. The psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ). J Clin Psychol 2011; 2(7): 73-83. (Persian)
- Verissimo R, Cardoso R, Taylor GY. Relationship between alexithymia, emotional control, and quality of life in patients with inflammatory bowel disease. Psychother Psychosomat 1998; 68: 75-80.
- Luminet O, Rime B, Baby RM, Tayler GJ. A multimodel investigation of emotional responding in alexithymia. Cogn Emot 2004; 18 (5): 741-66.

14. Denollet Y. DS14: standard assessment of negative affectivity social inhibition, and type-D personality. *Psychosom Med* 2005; 67 (1): 89-97.
15. Pederson SS, Denollet Y. Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *Eur Cardiovasc Prer Rehabil* 2005; 10 (4): 241-8.
16. Denollet Y. Negative and repressive coping: pervasive influence on self –reported mood, health, and coronary-prone behavior. *Psychosom Med* 1991; 53 (5): 538-56.
17. Dennollet Y, Conraads VM, Brutsaert DI, Clerck LD, Stevens WY, Vrints CL. Cytokines and immune activation in systolic heart failure: the role of type-D personality. *Brain Behave Immun* 2003; 17(4): 304-9.
18. Spindler H, Kruse C, Zwisler AD, Pedersen SS. Increased anxiety and depression in Danish cardiac patients with a type D personality: Cross – validation of the type D scale (DS14). *Behave Med* 2009; 16(2): 98-107.
19. Pelle AY, Schiffer AA, Smith OR, Widdershoven JW, Denollet Y. Inadequate consultation behavior modulates the relationship between Type D personality and impaired health status in chronic heart failure. *Int J Cardiol* 2010; 142(1):65-71.
20. Pell AJ, Erdman RA, Van Domburg RT, Spiering M, Kazamier M, Pedersen SS. Type D patients report poorer health status prior to and after cardiac rehabilitation compared to non-type D patients. *Ann Behav Med* 2008; 36(2): 167-75.
21. Denollet J, Sys S, Brutsaert DL. Personality and mortality after myocardial infarction. *Psychosom Med* 1995; 57 (6): 582-91.
22. Denollet J, Vaes J, Brutsaert DL. Inadequate response to treatment in coronary heart disease: adverse effects of type D personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation* 2000; 102(6): 630-5.
23. Bailey PE, Henry JD. Alexithymia, Somatization and negative effect in a community sample. *Psychiatry* 2007; 150(1):13-20.
24. Gross YY, Levenson RW. Hiding Feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *J Abnorm Psychol* 1997; 106 (1): 95-103.
25. Williams L, O`connor RC, Haward S, Hughes BM, Johnston DW, Hay YL et al. Type-D personality mechanisms of effect: The role of health-related behavior and Social support. *Psychosom Res* 2008; 64: 63-9.
26. Habra ME, Linden W, Anderson JC, Weinberg J. Type D personality is related to cardiovascular and neuroendocrine reactivity to acute stress. *J Psychosomat Res* 2003; 55:235-45.
27. Besharat MA. Attachment styles and alexithymia. *Psychol Res* 2010; 12(3, 4): 63-80. (Persian)
28. Besharat MA. Reliability and factorial validity of Farsi version of the Toronto alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychol Rep* 2007; (101): 209-20.
29. Ghorbani N, Bing MN, Watson PJ, Davison HK, Mack DA. Self-reported emotional intelligence: Construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and united-stutes. *Int J Psychol* 2002; 37: 297-308.
30. Denollet J. Personality and coronary of heart disease: The type-D Scale (DS16). *Ann Beh Med* 1998; 20 (2): 209-15.
31. Jonge P, Denollet J, Van Mell J, Kuyper A, Honig A, Hschere A et al. Association of type-D personality and depression with Somatic health in myocardial infarction patients. *J Psychosom Res* 2007; 63 (5): 477-89.
32. Abolghasemi A, Zahed F, Narimani M. The correlation of sense of coherence and type-D personality with health in coronary artery patients. *J Fund Ment Health* 2009; 43(11): 213-22. (Persian)

33. Mollazade J, Ashouri A. The effectiveness of cognitive behavioral group therapy in improvement of relapse presentation skills and mental health in the addicts. *Danesh va Raftar* 2009; 34: 1-12. (Persian)
34. Hosoi M, Molton IR, Jensen MP, Ehde DM, Amtmanns S, O'Briens, Arimura T et al. Relationships among alexithymia and pain intensity, pain interference, and vitality in persons with neuromuscular disease: considering the effect of negative affectivity. *Pain* 2010; 149(2):273-7.
35. De Gucht V. Neuroticism, alexithymia, negative affect and positive affect as predictors of medically unexplained Symptoms in primary care. *Acta Neuropsychiatrica* 2002; 14: 181-5.
36. Lumley M, Stettner L, Wehmer F. How are alexithymia and physical illness Linked? A review and critique of pathways. *J Psychosomatic Res* 1996; 41 (6): 505-18.
37. Troisis A, D'Argenio A, Pecacchio F, Petti P. Insecure attachment and alexithymia in young men with mood symptoms. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189: 311-16.
38. Frawley W, Smith RN. A processing theory of alexithymia. *J Cog Sys Res* 2001; 2: 189-206.
39. Salovy P, Rothman AJ, Detweiler J, Steward WI. Emotional states and physical health. *Am Psychol* 2000; 55 (1): 110-21.