

بررسی رابطه خود بیمار انگاری با سبک‌های دلبستگی، ناگویی هیجانی و اضطراب در دانشجویان

مجید پورفرج عمران^۱

بنت الهدی بهروزی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۳/۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۴/۲۷

چکیده

این پژوهش به بررسی رابطه ی سبک‌های دلبستگی با متغیرهای ناگویی هیجانی، اضطراب و خود بیمار انگاری پرداخته است. از میان دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد آیت الله آملی تعداد ۳۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و پرسشنامه‌های سبک دلبستگی، ناگویی هیجانی، اضطراب و خودبیمارانگاری را تکمیل نموده اند. داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین سبک دلبستگی ایمن و ناگویی هیجانی، اضطراب و خودبیمارانگاری رابطه وجود دارد اما بین سبک دلبستگی اجتنابی با متغیرهای ناگویی هیجانی، اضطراب و خودبیمارانگاری رابطه‌ای مشاهده نشده است. نتایج تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد که دلبستگی دوسوگرا ۲۴ درصد واریانس خودبیمارانگاری را تبیین می‌کند و متغیرهای دیگر به ترتیب میزان پیشبینی کنندگی ناگویی هیجانی، اضطراب، دلبستگی ایمن و اجتنابی که به همراه دلبستگی دوسوگرا در مجموع ۳۶ درصد واریانس خودبیمارانگاری را تبیین می‌کنند. سبک‌های دلبستگی با ناگویی هیجانی، اضطراب و خود بیمار انگاری رابطه دارد. ناتوانی در حساسیت و پاسخدهی مادرانه می‌تواند به دلبستگی نایمن منجر می‌گردد و مانع تحول مهارت‌های موثر تنظیم هیجانی و یکپارچگی شناخت و هیجان می‌شود و در نتیجه به نشانه‌هایی مانند خودبیمارانگاری، اضطراب، ناگویی هیجانی به عنوان نشانه‌هایی برای فراخوانی پاسخ‌های مراقبت جویی از دیگران به سبب اضطراب بالا منجر می‌شود.

کلید واژه‌ها: خودبیمارانگاری، سبک‌های دلبستگی، ناگویی هیجانی، اضطراب

^۱ - گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
^۲ - گروه روانشناسی، واحد آیت الله آملی، دانشگاه آزاد اسلامی، آمل، ایران

مقدمه

خود بیمار انگاری^۱ نوعی اختلال روانی است که با اعتقاد فرد به وجود یک بیماری جسمی در خود و نگرانی نسبت به آن شناخته می‌شود. در ضمن یکی از ویژگی‌های اصلی ناگویی هیجانی، تمرکز بر احساسات بدنی است. افراد مبتلا به ناگویی هیجانی این احساسات را اشتباهاً به عنوان علائم بیماری جسمی تفسیر می‌کنند. به گفته ی بالبی^۲ (۱۹۶۹) دلبستگی نشات گرفته از پیوندهای کودک و مراقب اوست که تاثیر فوق العاده‌ای در طول زندگی دارد و اگر این پیوندها به درستی شکل گرفته باشند، الگوی ارتباطی و رویارویی با مشکلات سازنده‌ای را باعث می‌شوند. نظریه دلبستگی مبتنی بر تحقیقات بالبی و اینزورث^۳ است. از نظر آنها دلبستگی که پیوند عاطفی بین کودک - مادر است، تعیین کننده بهداشت و سلامت روانی فرد است. اینزورث (۱۹۷۸) با ابداع آزمایش "موقعیت ناآشنا" سه سبک دلبستگی کودک - مادر را شناسایی کرد. این سه سبک عبارتند از: دلبستگی ایمن^۴، دلبستگی نایمن اجتنابی^۵ و دلبستگی نایمن دوسوگرا^۶. وی به این نتیجه رسید که دلبستگی فرد به والدین در سنین بعدی ادامه می‌یابد. پیوند عاطفی اولیه در رشد شخصیت، شکل گیری روابط بین شخصی، سازش‌های اجتماعی و در نتیجه سلامت روانی تاثیر بسزایی دارد (قاسم بروجردی، سهرابی و برجعلی، ۱۳۹۱). سبک‌های دلبستگی از منابع درونی فرد هستند که می‌توانند سطوح تنش و ناتوانی را در شرایط ناگوار تعدیل کنند و اثرات منفی تنش را کم رنگ تر جلوه دهند بنابر نتایج پژوهش‌ها، سبک‌های دلبستگی، اهمیت پیش بینی کننده ی زیادی در بهداشت روانی دارد (لینلی و جرف، ۲۰۰۴). کودکان ایمن پاسخدهی بهینه و منسجم از مراقب اولیه تجربه می‌کنند و می‌آموزند که ابراز تعادل در هیجان‌ها پیامدهای مثبت دارد. مراقبت نابسند به الگوی رفتاری دلبستگی نایمن منتهی می‌شود و مانع تحول مهارت‌های موثر تنظیم عاطفه می‌گردد (بشارت، ۱۳۹۱). بشارت و شالچی (۱۳۸۶)، به بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی و سبک‌های مقابله‌ای پرداختند. کسانی که دلبستگی آنها ایمن است کمتر از راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار منفی و برعکس، کسانی که

1. hypochondriasis

2. Bowlby

3. Ainsworth

4. Secure Attachment

5. Insecure Attachment

6. Insecure Attachment Ambivalent

دلبستگی آنها اجتنابی است از این دسته راهبردها استفاده می کنند. ماسون^۱ و همکاران (۲۰۰۵) به بررسی طرح واره های ناسازگار اولیه و دلبستگی در بزرگسالان در یک جمعیت بالینی پرداختند. نتایج نشان داد که بین سبک دلبستگی و طرح واره های ناسازگار افراد با مشکلات سلامت روان ارتباط وجود دارد. ویوونا^۲ (۲۰۰۰) در تحقیقات خود به این نتیجه دست یافت که دانشجویان دارای سبک دلبستگی نایمن در مقایسه با افراد ایمن، از سازگاری روانی، اجتماعی و هیجانی کمتری بهره مند بوده اند و از پریشانی روانی (افسردگی^۳ و اضطراب^۴ و...) بیشتری رنج می برده اند.

یکی از نشانگان شناخته شده در زمینه نارسایی هیجانی، ناگویی هیجانی است. ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان ها، ناگویی هیجانی نامیده می شود. افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، تهییج های بدنی بهنجار را بزرگ می کنند، نشانه های بدنی انگیختگی هیجانی را بد تفسیر می کنند، درماندگی هیجانی را از طریق شکایت های بدنی نشان می دهند و در اقدامات درمانی نیز به دنبال درمان نشانه های جسمانی هستند (بشارت، ۱۳۹۱). این افراد در درک کردن و شرح هیجانات خود و دیگران، ابراز ناتوانی می کنند. برای همدلی استعداد ضعیفی دارند. افرادی که واجد ویژگی های ناگویی هیجانی هستند، نمی توانند به خوبی با دیگران ارتباط برقرار نموده و سازگار گردند و آمادگی ابتلا به انواع اختلالات روان شناختی را دارند (مکوندی، شهنی، نجاریان، ۱۳۹۰). افراد مبتلا به ناگویی هیجانی در بازشناسی، آشکارسازی، پردازش و تنظیم هیجان ها با دشواری هایی مواجه هستند. ناگویی هیجانی به طور کلی به عنوان نقص در خود تنظیم گری هیجانی در نظر گرفته می شود (کاروکیوی و همکاران، ۲۰۱۱). تنظیم هیجان فرآیندی پیچیده شامل تعامل بین سیستم های عصبی - فیزیولوژیک، حرکتی - احساسی و شناختی - تجربی هیجان است. به همین دلیل، ناگویی به شکل های مختلف مانند ناتوانی در مفهوم پردازش عاطفه، ناتوانی در تفاوت بین هیجان ها، ناتوانی در تجربه های هشیار یا ناتوانی در تشریح استرس که به طور خودکار به نارسا کنش وری بدنی تبدیل شده است، ظاهر می شود (نمیا، ۲۰۰۰). تجربه های کودکی با مراقبانی که هیجان هایشان را نشان نمی دهند و ابراز نمی کنند، یا کسانی که هیجان های در حال تحول و شکل گیری کودک را به رسمیت نمی شناسند و با هیجان های کودک خوب رفتار نمی کنند، می تواند تأثیری عمیق بر

1. Mason

2. Vivona

3. Depression

4. Anxiety

تنظیم عاطفه در مراحل بعدی زندگی داشته باشد (روکو و وریسیمو، ۲۰۱۱). آنچه ما در مورد هیجان‌های خود و توانایی بازشناسی، توصیف و تنظیم عواطف خودمان می‌دانیم تا حدود زیادی تحت تاثیر تعامل‌های اولیه با مراقب است. بر این اساس، می‌توان تصور کرد که ناگویی هیجانی احتمالاً با سبک‌های دلبستگی مرتبط باشد. پژوهش‌های انجام شده در زمینه‌ی نوع رابطه‌ی سبک‌های دلبستگی و ناگویی هیجانی نشان داده‌اند که ویژگی‌های مربوط به ناگویی هیجانی در سبک‌های دلبستگی ناایمن بیشتر است (بشارت، ۱۳۹۱). بشارت (۱۳۹۱) در پژوهشی دریافت که رابطه بین ناگویی هیجانی با سبک دلبستگی ایمن منفی و با سبک‌های دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا مثبت است و مکانیسم‌های دفاعی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و ناگویی هیجانی تاثیر واسطه‌ای دارد. مکوندی و همکاران (۱۳۹۰)، در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین الکسی تایمیا و اضطراب و افسردگی رابطه مثبت وجود دارد. همچنین تحلیل رگرسیون نشان داد که اضطراب و افسردگی، پیش بینی مناسبی برای متغیر ملاک، یعنی الکسی تایمیا هستند. ساریاهو^۱ و همکاران (۲۰۱۳) به این نتیجه رسیدند که یک پنجم بیماران مبتلا به درد مزمن، ناگویی هیجانی داشتند. گروه ناگویی هیجانی نسبت به گروه غیر ناگویی هیجانی به طور معناداری نمره‌ی بیشتری در مقیاس درد و اضطراب کسب کردند. لوئیس^۲ و همکاران (۲۰۱۲) به این نتیجه دست یافتند که آزمودنی‌های دچار اختلال شخصیت مرزی ناگویی هیجانی بیشتری نسبت به آزمودنی‌های سالم داشتند اما این اختلاف به طور گسترده‌ای، سطح افسردگی یا اضطراب را توجیه می‌کند. بر اساس این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که ناگویی هیجانی به عنوان یک حالت وابسته و ثانویه، پیامد اختلال شخصیت مرزی می‌باشد. اضطراب که نوعی ترس و ناراحتی بی دلیل است، نشانه بسیاری از اختلالات روانشناختی محسوب می‌شود که اغلب به وسیله‌ی رفتارهای دفاعی مانند فرار از موقعیت ناخوشایند یا انجام یک عمل، کاهش می‌یابد. اضطراب، هیجان ناخوشایندی است که با اصطلاحاتی نظیر نگرانی، دلشوره، وحشت و ترس بیان می‌شود و با درجات مختلفی بروز می‌کند. مظاهری و افشار (۱۳۸۹) دریافتند که دو بعد از ناگویی هیجانی شامل دشواری در شناسایی احساسات و دشواری در توصیف احساسات با افسردگی و اضطراب همبستگی مستقیم و معناداری دارند، در حالی که همبستگی بین بعد تمرکز بر تجارب بیرونی با افسردگی و اضطراب معنی‌دار نبود. تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که ابعاد ناگویی هیجانی

^۱. Sarriaho

^۲. Loas

توانایی پیش بینی تغییرات افسردگی و اضطراب را ندارند. رصدی و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهشی دریافت اضطراب می تواند باعث کاهش توانایی و کارکرد فردی و اجتماعی افراد به خصوص دانشجویان شود. دالبوداک^۱ و همکاران (۲۰۱۲) به بررسی رابطه بین ناگویی هیجانی و شخصیت با اضطراب اجتماعی در دانشجویان پرداختند. نتایج پژوهش نشان داد خرده مقیاس ترس، اضطراب و اجتناب با افسردگی و ناگویی هیجانی و خرده مقیاس های دشواری در شناسایی احساسات و دشواری در توصیف احساسات رابطه مثبت و معنادار دارد. رامولی^۲ و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهشی با عنوان تاثیر ناگویی هیجانی بر اضطراب، افسردگی، سازگاری و دشواری در زندگی روزمره در بیماران مبتلا به تومور به این نتیجه دست یافتند که آزمودنی هایی که نمره بیشتری در آزمون ناگویی هیجانی و افسردگی کسب کردند، مشکل بیشتر در زندگی روزمره، تمرکز کمتر بر مساله و مهارت های سازگاری ناکارآمد را داشتند. دبی^۳ و همکاران (۲۰۱۰) نشان دادند که ناگویی هیجانی با اضطراب، افسردگی عمده، افسردگی پوشیده، اختلال تنیدگی پس ضربه ای، بی اشتها، روانی رابطه دارد. کاروکیوی^۴ و همکاران (۲۰۱۰) دریافتند آزمودنی های دارای ناگویی هیجانی بطور معناداری میانگین نمره ی اضطراب شان بیشتر از آزمودنی های غیر ناگویی هیجانی دارند. همچنین اکثر آزمودنی های دارای ناگویی هیجانی، در مقایسه با آزمودنی های غیر ناگویی هیجانی اضطراب بیشتری دارند. آمستاتر^۵ (۲۰۰۸) دریافت افراد دارای اختلال های اضطرابی در مقایسه با افراد عادی هیجان های خودشان را کمتر می پذیرند و بیشتر از راهبردهای منع و سرکوبگری استفاده می کنند. نتایج بختی (۱۳۹۰) نشان داد که رابطه بین سبک دلبستگی ایمن با خودبیمارانگاری، منفی و معنادار است. سبک های دلبستگی و ناگویی خلقی می تواند پیش بینی کننده مناسبی برای خودبیمارانگاری محسوب گردن. سبک های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا از طریق دشواری در شناسایی احساسات و دشواری در توصیف احساسات با خودبیمارانگاری رابطه داشته اند.

از آنجایی که خودبیمارانگاری نیز از جمله اختلالاتی است که در پاسخ به مشکلات عاطفی و روانی نظیر اضطراب ایجاد می شود، با انجام چنین تحقیقاتی در ارتقاء بهداشت روان افراد به خصوص

^۱ . Dalbudak

^۲ . Romoli

^۳ . Dubey

^۴ . Karukivi

^۵ . Amstadter

دانشجویان گام‌های موثری می‌توان برداشت. پیوند عاطفی اولیه در رشد شخصیت، شکل‌گیری روابط بین شخصی، سازش‌های اجتماعی و در نتیجه سلامت روانی تاثیر بسزایی دارد. از آنجا که مراقبان اصلی کودک هر یک سبک‌های ارتباطی و تعاملی خاص خود را در ارتباط با کودک به کار می‌برند تا نیازهای کودک را برطرف نمایند، هر یک از این سبک‌های ارتباطی مورد استفاده توسط مراقبین چندان کارآمد نیستند و منجر به شکل‌گیری سبک‌های دلبستگی ناسازگارانه‌ای در کودک می‌شوند که می‌توانند سلامت روانی کودک را در بزرگسالی در مواجهه با مشکلات تحت تاثیر قرار دهد. از آن رو است که در زندگی و شرایط خاص و بحرانی عوامل مختلفی از جمله سبک‌های دلبستگی می‌تواند در رویارویی فرد نقش داشته باشند که در نهایت هر یک از این سبک‌ها حتی می‌تواند به تسلیم شدن در مقابل شرایط خاص و بیماری و ایجاد بیماری‌های روحی و روانی علاوه بر بیماری جسمی منجر گردد. بنابراین هریک از سبک‌های دلبستگی، ناگویی هیجانی، اضطراب می‌توانند تعیین کننده ی خودبیمارانگاری باشند. بر این اساس، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی رابطه خودبیمارانگاری با سبک‌های دلبستگی، ناگویی هیجانی، اضطراب و می‌باشد.

روش شناسی

پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری، کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد آیت ا... املی در سال تحصیلی ۹۳ - ۱۳۹۲ بودند. بر اساس جدول کرجسی و مورگان از میان ۴۰۰۰ نفر دانشجویان مشغول به تحصیل مقطع کارشناسی ارشد این واحد تعداد ۳۳۰ نفر انتخاب شدند و روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی انجام پذیرفت و پرسشنامه‌های خودبیمارانگاری، سبک دلبستگی، ناگویی هیجانی و اضطراب را تکمیل نموده‌اند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه سبک دلبستگی کولینز و رید^۱: ابتدا در سال ۱۹۹۰ بوسیله کولینز و رید تهیه شد و در سال ۱۹۹۶ مورد بازنگری قرار گرفت. این مقیاس دارای ۱۸ عبارت است که پاسخ دهندگان در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر یک از عبارات بیان می‌کنند. این پرسشنامه دارای سه زیر مقیاس وابستگی، که میزان اطمینان و تکیه کردن آزمودنی به دیگران را

¹ Collins & Read

نشان می‌دهد، زیر مقیاس نزدیکی، که میزان صمیمیت و نزدیکی عاطفی آزمودنی با دیگران را می‌سنجد و زیر مقیاس اضطراب که میزان نگرانی فرد از طرد شدن را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. به هر یک از زیر مقیاس‌ها ۶ عبارت اختصاص یافته است. ضریب پایایی و بازآزمایی این آزمون برای هر یک از سه زیر مقیاس نزدیکی، وابستگی و اضطراب به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۱، ۰/۵۲. گزارش شده است. کولینز و رید (۱۹۹۰)، نشان دادند که زیر مقیاس‌های نزدیک بودن، وابستگی، و اضطراب در فاصله ۲ ماهی تا ۸ ماه پایدار ماندند. با توجه به اینکه مقادیر آلفای کرونباخ در تمامی موارد مساوی با بیش از ۰/۸۰ است، میزان قابلیت اعتماد بدست آمده بالا است (۱۰). در ایران نیز میزان قابلیت اعتماد با استفاده از روش آزمون مجدد به صورت همبستگی بین دو اجرا بر روی نمونه‌ای با حجم ۱۰ نفر آزمودنی، نتایج حاصل از دو بار اجرای پرسشنامه با فاصله زمانی یک ماه از یکدیگر بیانگر آن بود که تفاوت بین دو اجرای مقیاس‌ها در این پرسشنامه معنادار نبوده است و این آزمون در سطح ۰/۹۵ قابل اعتماد است، اما با توجه به همبستگی بین نتایج دو اجرا، زیر مقیاس اضطراب قابل اعتمادترین (۰/۵۷) و در درجه بعدی زیر مقیاس نزدیک بودن قابل اعتماد است و وابستگی کمترین میزان قابلیت اعتماد را در بین این سه زیر مقیاس دارا بوده است (۰/۴۷). از سوی دیگر با محاسبه ی آلفای کرونباخ مشخص شد که زیر مقیاس اضطراب بیشترین قابلیت اعتماد (۰/۷۴)، نزدیک بودن (۰/۵۲) و وابستگی (۰/۲۸) است (۱۱).

پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰: این مقیاس در سال ۱۹۸۶ توسط تیلور ساخته شد و در سال ۱۹۹۴ توسط بگی، پارکر و تیلور تجدید نظر گردید. این مقیاس یک آزمون خودسنجی و ۲۰ سوالی است و در سه زیر مقیاس دشواری تشخیص احساسات (۷ سوال)، دشواری توصیف احساسات (۵ سوال) و تفکر با جهت گیری خارجی (۸ سوال) را در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالفم) تا نمره ۵ (کاملاً موافقم) می‌سنجد. نمره ی حاصل از کل سوالات اگر برابر یا بزرگتر از ۶۱ باشد، به عنوان ناگویی هیجانی، نمرات برابر یا کمتر از ۵۱ به عنوان سالم یا بدون ناگویی هیجانی و نمرات ۶۰ - ۵۲ احتمال ناگویی هیجانی (مرزی)، در نظر گرفته می‌شود. پاسخ دهنده به هنگام پاسخ گویی به ۲۰ گویه، باید در بیان احساسات و توصیف و شناسایی و تفکر با جهت گیری بیرونی خود را با دیگران مقایسه کند و زمانی گزینه ی کاملاً موافقم را علامت بزند که گویه درباره

ی او کاملاً صدق می‌کند و گزینه کاملاً مخالفم را هنگامی علامت بزند که شدیداً مخالف گوید است یا به عبارتی، درباره ی او صدق نمی‌کند. در این پرسشنامه، تعیین نمرات هر یک از مولفه‌ها با جمع نمرات سوال‌های مربوط به آن انجام می‌شود. ویژگی‌های روان سنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو - ۲۰ در پژوهش‌های متعدد بررسی و تایید شده است (۱۵). در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو - ۲۰، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه خرده مقیاس 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 بازآزمایی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو - ۲۰ در نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۰/۸۰ تا ۰/۸۷. برای ناگویی کل و خرده مقیاس‌های مختلف تایید شد (۵).

پرسشنامه اضطراب بک^۱: آبرون بک و همکارانش، پرسشنامه اضطراب بک را معرفی کردند که به طور اختصاری، شدت علائم اضطراب بالینی را در نوجوانان و بزرگسالان، می‌سنجد. پرسشنامه اضطراب بک، یک پرسشنامه خود گزارشی است و شامل ۲۱ سوال چهار گزینه‌ای می‌باشد. آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه که نشان دهند شدت اضطراب است را انتخاب می‌کند. چهار گزینه هر سوال در یک طیف چهار بخشی (۰ = اصلاً، ۱ = خفیف، ۲ = متوسط و ۳ = شدید)، نمره گذاری می‌شود. هر یک از ماده‌های آزمون، یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می‌کند. بنابراین، نمره کل این پرسشنامه، در دامنه‌ای از ۰ تا ۳ قرار می‌گیرد. مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که این پرسشنامه از پایایی و روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن ۹۲ درصد، پایایی آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۷۵ درصد و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶. متغییر است. پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان دهنده ی کارایی بالای این ابزار در اندازه گیری شدت اضطراب می‌باشد. برخی تحقیقات در ایران، در مورد خصوصیات روان سنجی این آزمون انجام گرفته است. به عنوان مثال، غرابی (۱۳۷۲)، ضریب اعتبار آن را با روش بازآزمایی و به فاصله دو هفته ۸۰ درصد گزارش کرده است. همچنین کویانی و موسوی (۱۳۷۸)، در بررسی ویژگی‌های روانسنجی این آزمون در جمعیت ایرانی، ضریب روایی در حدود ۷۲ درصد و ضریب اعتبار

¹. Beck Anxiety

آزمون - آزمون مجدد، به فاصله یک ماه را ۸۳ درصد و آلفای کرونباخ ۹۲ درصد را گزارش کرده اند (بشارت، ۱۳۸۷).

پرسشنامه خودبیمارانگاری اهواز^۱: حسن احدی و غلامرضا پاشا در سال ۱۳۸۱ به ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش اختلال خودبیمارانگاری در شهرستان اهواز پرداختند. در اولین گام، بر اساس متون معتبر روان شناسی و روان پزشکی ۷۴ ماده برای سنجش اختلال خودبیمارانگاری تهیه شد که ۲۹ ماده ی آن در مراحل مختلف تحلیل های آماری داده ها حذف گردید. بدین ترتیب مقیاس ۴۵ ماده ای خودبیمارانگاری موسوم به آزمون خودبیمارانگاری اهواز (AHT) ساخته شد. از این ۴۵ ماده، ۳۵ ماده روی عامل یک و ۱۰ ماده روی عامل دو قرار گرفته و عامل اول تحت عنوان شکایت های بدنی و اشتغالات ذهنی و عامل دوم ترس و نگرانی نام گرفت. ضریب پایایی ۰/۸۶، ضریب همسانی ۰/۹۰، و ضریب بازآزمایی بعد از ۶ هفته ۰/۶۷، به دست آمد که همگی در سطح ۰/۰۰۱، معنی دار بودند. برای ارزیابی اعتبار AHT از روشهای اجرای همزمان با پرسشنامه MMPI که ضریب همبستگی آن ۰/۴۸، به دست آمد که در سطح ۰/۰۰۱، معنی دار بود و روش اعتبار افتراقی که این آزمون قادر شد بین ۵۷ نفر از افرادی که دارای خودبیمارانگاری بودند و ۱۲۰۰ نفر که چنین اختلالی نداشتند در سطح ۰/۰۰۱، و با استفاده از آزمون T دوگروه مستقل تمایز قائل شود. پرسشنامه خودبیمارانگاری اهواز (AHT) دارای ۴۵ سوال می باشد که جواب بلی یک نمره و جواب خیر صفر می گیرد. سپس نمرات کل به سه دسته خودبیمارانگاری؛ خفیف (۰ - ۱۴/۹)، متوسط (۱۵ - ۲۹/۹) و شدید (۳۰ - ۴۵) تقسیم می گردد (پاشا، ۱۳۸۴).

². Ahwaz Hypochondriasis Test

یافته ها

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای سبک دلبستگی، ناگویی هیجانی، اضطراب و خود بیمار انگاری را نشان می‌دهد.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین پاسخ ها	انحراف معیار
سبک دلبستگی ایمن	۱۲/۲۶	۲/۶۳
	۱۱/۹۴	۲/۸۹
	۱۱	۵/۰۵
	۱۱/۷۳	۲/۰۶
ناگویی هیجانی	شاخص DIF	۵/۸۵
	شاخص DDF	۴/۵۰
	شاخص EOT	۵/۰۷
	نمره کل	۱۱/۰۲
خودبیمارانگاری	۹/۴۰	۷/۱۴
اضطراب	۱۳/۹۸	۱۰/۷۵

جدول ۲ ضریب همبستگی متغیرهای خودبیمارانگاری، سبک دلبستگی، ناگویی هیجانی و اضطراب را نشان می‌دهد. در واقع ملاحظه می‌گردد که بین سبک دلبستگی ایمن با متغیرهای ناگویی هیجانی، اضطراب و خود بیمار انگاری رابطه معکوس وجود دارد. در واقع هر چقدر سبک دلبستگی ایمن افزایش یابد، ناگویی هیجانی، اضطراب و خودبیمارانگاری آزمودنی‌ها کاهش می‌یابد. همچنین بین سبک دلبستگی دوسوگرا با متغیرهای ناگویی هیجانی، اضطراب و خود بیمار انگاری رابطه مستقیم وجود دارد. در واقع هر چقدر سبک دلبستگی دوسوگرا افزایش یابد، ناگویی هیجانی، اضطراب و خودبیمارانگاری آزمودنی‌ها نیز افزایش می‌یابد. اما رابطه‌ای بین سبک دلبستگی اجتنابی با متغیرهای ناگویی هیجانی، اضطراب و خود بیمار انگاری وجود ندارد.

بین ناگویی هیجانی با متغیرهای اضطراب و خودبیمارانگاری رابطه وجود دارد، به عبارتی دیگر با افزایش نمره ناگویی هیجانی آزمودنی‌ها، نمره اضطراب و خودبیمارانگاری آنها نیز افزایش می‌یابد و برعکس.

بین اضطراب و خودبیمارانگاری رابطه وجود دارد. به عبارتی دیگر با افزایش نمره اضطراب آزمودنی‌ها، نمره خودبیمارانگاری آنها نیز افزایش می‌یابد و برعکس.

جدول ۲: ضریب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	ناگویی هیجانی	خودبیمارانگاری	اضطراب
دلبستگی ایمن	-.۰/۲۲ **	-.۰/۲۶ **	-.۰/۲۹ **
دلبستگی اجتنابی	۰/۰۸	۰/۱۲ *	۰/۰۳
دلبستگی دو سوگرا	۰/۴۱ **	۰/۴۹ **	۰/۳۹ **
ناگویی هیجانی		۰/۴۴ **	۰/۴۲ **
اضطراب		۰/۴۱ **	

$$p < 0/05$$

$$p < 0/01$$

نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام جهت پیشبینی خودبیمارانگاری بر مبنای سبک‌های دلبستگی، ناگویی هیجانی و اضطراب (جدول ۳) نشان می‌دهد در مرحله نهایی پیشبینی به ازاء یک واحد تغییر در انحراف معیار دلبستگی دوسوگرا به اندازه ۰/۳۰ در متغیر ملاک خودبیمارانگاری تغییر ایجاد می‌گردد. بنابراین از بین متغیرهای پیشبین دلبستگی دوسوگرا مذکور قوی ترین متغیر می‌باشد و ۲۴ درصد واریانس خودبیمارانگاری را تبیین می‌کند. متغیرهای دیگر به ترتیب میزان پیشبینی کنندگی عبارتند از ناگویی هیجانی و اضطراب دلبستگی ایمن و اجتنابی که به همراه دلبستگی دوسوگرا در مجموع ۳۶ درصد واریانس خودبیمارانگاری را تبیین می‌کنند.

جدول ۳: نتایج رگرسیون جهت پیش بینی خودبیمارانگاری بر مبنای سبک‌های دلبستگی، ناگویی هیجانی و اضطراب

متغیر ملاک	مراحل پیش بینی	متغیرهای پیشبینی	B	Beta	t	R	R ²	سطح- معناداری
۱	۱	دلبستگی دوسوگرا	۰/۶۸	۰/۴۹	۱۰/۳۶	۰/۴۹	۰/۲۴	۰/۰۰۰
		دلبستگی دوسوگرا	۰/۵۲	۰/۳۷	۷/۸۴	۰/۴۹	۰/۰۰۰	
۲	۲	ناگویی هیجانی	۰/۱۸	۰/۲۴	۵/۷۶	۰/۵۶	۰/۳۱	۰/۰۰۰
		دلبستگی دوسوگرا	۰/۴۳	۰/۳۱	۶/۰۳	۰/۵۶	۰/۰۰۰	
۳	۳	ناگویی هیجانی	۰/۱۶	۰/۲۴	۴/۹۹	۰/۵۹	۰/۳۵	۰/۰۰۰
		اضطراب	۰/۱۳	۰/۲۱	۴/۲۹	۰/۵۹	۰/۰۰۰	
		دلبستگی دوسوگرا	۰/۴۳	۰/۳۱	۶/۱۱	۰/۵۹	۰/۰۰۰	

۰/۰۰۰	۰/۳۶	۰/۶۰	۴/۶۱	۰/۲۳	۰/۱۵	ناگویی هیجانی	۴	خودبیمار انگاری
۰/۰۰۰			۳/۶۲	۰/۱۸	۰/۱۱	اضطراب		
۰/۰۱۳			-۲/۴۹	-۰/۱۱	-۰/۳۱	دل‌بستگی ایمن		
۰/۰۰۰	۰/۳۶	۰/۶۱	۶/۱۰	۰/۳۰	۰/۴۲	دل‌بستگی دوسوگرا	۵	
۰/۰۰۰			۴/۴۲	۰/۲۲	۰/۱۴	ناگویی هیجانی		
۰/۰۰۰			۳/۷۸	۰/۱۹	۰/۱۲	اضطراب		
۰/۰۱۱			-۲/۵۶	۰/۱۲	-۰/۳۱	دل‌بستگی ایمن		
۰/۰۲۲			۲/۲۹	۰/۱۰	۰/۲۴	دل‌بستگی اجتنابی		

جدول ۴: مقادیر رگرسیون باقیمانده مربوط به پیش بینی خودبیمار انگاری بر مبنای سبک‌های دل‌بستگی، ناگویی هیجانی و اضطراب

متغیر ملاک	مراحل پیش بینی	رگرسیون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
کنترل افکار	۱	رگرسیون	۴۰۰۰/۲۲۵	۱	۴۰۰۰/۲۲۵	۱۰۷/۳۹۳	۰/۰۰۰
		باقیمانده	۱۲۲۱۷/۵۵۱	۳۲۸	۳۷/۲۴۹		
		کل	۱۶۲۱۷/۸۰۶	۳۲۹			
	۲	رگرسیون	۵۱۲۵/۸۲۷	۲	۲۵۶۲/۹۱۳	۷۵/۵۵۷	۰/۰۰۰
		باقیمانده	۱۱۰۹۱/۹۷۹	۳۲۷	۳۳/۹۲۰		
		کل	۱۶۲۱۷/۸۰۶	۳۲۹			
	۳	رگرسیون	۵۷۱۸/۸۵۳	۳	۱۹۰۶/۲۸۴	۵۹/۱۹۱	۰/۰۰۰
		باقیمانده	۱۰۴۹۸/۹۵۳	۳۲۶	۳۲/۲۰۵		
		کل	۱۶۲۱۷/۸۰۶	۳۲۹			
	۴	رگرسیون	۵۹۱۶/۵۹۱	۴	۱۴۷۹/۱۴۸	۴۶/۶۶۷	۰/۰۰۰
		باقیمانده	۱۰۳۰۱/۲۱۵	۳۲۵	۳۱/۶۹۶		
		کل	۱۶۲۱۷/۸۰۶	۳۲۹			
	۵	رگرسیون	۶۰۸۱/۱۵۵	۵	۱۲۱۶/۲۳۱	۲۸/۸۷۵	۰/۰۰۰
		باقیمانده	۱۰۱۳۶/۶۵۱	۳۲۴	۳۱/۲۸۶		
		کل	۱۶۲۱۷/۸۰۶	۳۲۹			

نتیجه گیری

براساس یافته‌های جدول همبستگی بین سبک دلبستگی دوسوگرا و متغیرهای ناگویی هیجانی، اضطراب و خودبیمارانگاری رابطه معنادار مستقیم وجود دارد. یعنی هر چه سبک دلبستگی دوسوگرا افزایش یابد، ناگویی هیجانی، اضطراب و خودبیمارانگاری نیز افزایش می‌یابد. همچنین این سبک دلبستگی از بین سایر سبک‌های دلبستگی، ناگویی هیجانی و اضطراب بیشترین درصد از واریانس خودبیمارانگاری را تبیین می‌کند. این یافته با تحقیقی که ماسون و همکاران (۲۰۰۵)، نويز و همکاران (۲۰۰۳)، نويز و همکاران (۲۰۰۲)، فینی (۱۹۹۹)، بشارت و گنجی (۱۳۹۱)، بشارت (۱۳۹۱)، بختی (۱۳۹۰)، بشارت (۱۳۸۸)، بشارت و شالچی (۱۳۹۰) هماهنگی دارد. در حقیقت مراقبت نابسند و ضعف و ناتوانی در حساسیت و پاسخدهی مادرانه به الگوی رفتار دلبستگی ناایمن دوسوگرا منجر می‌گردد و مانع تحول مهارت‌های موثر تنظیم عاطفه و هیجان و یکپارچگی شناخت و هیجان می‌شود و در نتیجه به نشانه‌هایی از اختلالات روانی مانند خودبیمارانگاری، اضطراب، استرس، ناگویی هیجانی به عنوان نشانه‌هایی برای فراخوانی پاسخ‌های مراقبت جویی از دیگران به سبب اضطراب بالا منجر می‌شود.

براساس نتایج جدول همبستگی و تحلیل رگرسیون بدست آمده، بین سبک دلبستگی ایمن و متغیرهای ناگویی هیجانی، اضطراب و خودبیمارانگاری رابطه معنادار معکوس وجود دارد. این یافته با تحقیقی که ماسون و همکاران (۲۰۰۵)، نويز و همکاران (۲۰۰۳)، نويز و همکاران (۲۰۰۲)، بشارت و گنجی (۱۳۹۱)، بشارت (۱۳۹۱)، بختی (۱۳۹۰)، بشارت (۱۳۸۸)، بشارت و شالچی (۱۳۹۰) همسویی دارد. از آنجایی که وقایع محیطی دوران کودکی (نظیر مراقبت نکردن) در گسترش اضطراب و خودبیمارانگاری تاثیر دارد، می‌توان گفت که با توجه به اینکه کودکان با سبک دلبستگی ایمن دارای والدینی حمایت کننده، بویژه در موقعیت‌های استرس زا بودند، از توانمندی‌های هیجانی برخوردارند. افراد دارای سبک دلبستگی ایمن، سطوح پایین تری از عواطف منفی را گزارش می‌کنند و روابط مستحکمی با دیگران، کسانی که موقع درماندگی هیجانی برای دریافت حمایت به آنها مراجعه می‌کنند، برقرار می‌سازند، بنابراین کمتر از طریق شکایات جسمانی به برقراری ارتباط با دیگران می‌پردازند و اضطراب و ناگویی هیجانی کمتری در آنان دیده می‌شود و کمتر دچار این اختلالات می‌شوند.

یافته‌های این تحقیق حاکی از آن است که بین ناگویی هیجانی و اضطراب رابطه معنادار مستقیم وجود دارد. یعنی هر چه ناگویی هیجانی افزایش یابد، اضطراب نیز افزایش خواهد یافت و برعکس. این نتیجه با تحقیقی که فتحی نیازی (۱۳۹۲)، کریم نژاد و همکاران (۱۳۹۱)، عیسی زادگان و همکاران (۱۳۹۱)، دالبوک و همکاران (۲۰۱۲)، لوئیس و همکاران (۲۰۱۲)، رامولی و همکاران (۲۰۱۱)، دبی و همکاران (۲۰۱۰) همسو می‌باشد. هم افراد مبتلا به اضطراب به ناگویی هیجانی به دلیل عدم امکان تشخیص و بیان هیجان‌ها به ویژه هیجان‌های منفی ممکن است اضطراب بیشتری را تجربه کنند و هم اضطراب بالا به عنوان هیجانی منفی و مبهم می‌تواند این ناتوانی را تشدید کند. لذا این امر که ناگویی هیجانی موجب اضطراب می‌شود یا بالعکس نیاز به بررسی‌های بیشتر دارد.

از دیگر نتایج بدست آمده از این تحقیق این است که بین ناگویی هیجانی و خودبیمارانگاری رابطه معنادار مستقیم وجود دارد. یعنی هر چه ناگویی هیجانی افزایش یابد، خودبیمارانگاری نیز افزایش می‌یابد. این یافته با تحقیقی که بیج و بیج (۱۹۹۵)، کاکس و همکاران (۱۹۸۴)، کریم نژاد و همکاران (۱۳۹۱)، حسینی و سلک (۱۳۹۱)، عیسی زادگان و همکاران (۱۳۹۱)، عیسی زادگان و همکاران (۱۳۹۰)، بختی (۱۳۹۰)، نصیری و همکاران (۱۳۸۸) هماهنگ می‌باشد. این یافته‌ها نشان می‌دهند که افراد مبتلا به خودبیمارانگاری فاقد ظرفیتی برای شناسایی و توصیف حالت‌های هیجانی خود هستند و نمی‌توانند بین هیجان‌های خود آن گونه که وجود دارند، تمایز ایجاد کنند. آنها در درون خود هیجان قوی مانند غم و عصبانیت و یا شادی را احساس می‌کنند، اما در عکس عمل‌های خود در بیان این هیجان و به تصویر کشیدن آن و این که چه چیزی محرک ایجاد هیجان بوده است، ناتوانند. در واقع آنچه این افراد در درون خود حس می‌کنند، حالتی مبهم و غیر متمایز از هیجان‌ها است.

باتوجه به نتایج حاصل و از آنجایی که ریشه سبک دلبستگی و اضطراب در دوران کودکی است، پس بهتر است آموزش‌هایی به زوج‌های جوان جهت مسائل که موجب سبک دلبستگی نایمن و اضطراب می‌شود، داده شود. همچنین با برگزاری کارگاه‌های آموزشی می‌توان برای والدین و زوج‌های جوان سبک‌های دلبستگی را توضیح و سبک دلبستگی ایمن را آموزش داد و همچنین برای افراد در سنین متفاوت، ناگویی هیجانی را توضیح و راه‌های کاهش آن را آموزش دهند.

یکی از محدودیت‌های این تحقیق عدم کنترل برخی متغیرها که به نوعی بر نتایج پژوهش تاثیرگذار بودند (شرایط زمانی، طبقه اجتماعی - اقتصادی سطح هوش، شرایط خانوادگی و ...)، به

علاوه با توجه به اینکه تحقیق حاضر از نوع همبستگی بوده، هیچگونه رابطه علی بین متغیرها را نشان نمی دهد. از محدودیت‌های دیگر پژوهش می‌توان به محدود کردن ابزار جمع آوری اطلاعات به پرسش نامه به عنوان یک ابزار اندازه گیری و با توجه به اینکه پرسشنامه جنبه خود گزارش دهی دارد، ممکن است در پاسخ‌ها حالت سوگیری وجود داشته باشد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از متغیرهای دیگر در رابطه با سبک دلبستگی استفاده شود. همچنین انجام پژوهش‌های مشابه در سایر سازمان‌ها، ارگان‌ها و نهادهای و در طبقات سنی و مقاطع تحصیلی مختلف می‌تواند اطلاعات جامعتری در این زمینه فراهم آورد.



کتابنامه

- احدی، حسن و پاشا، غلامرضا. (۱۳۸۱). ساخت و اعتبار یابی مقیاسی برای سنجش اختلال هیپوکندریا در شهرستان اهواز. مجله دانش و پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، ۱۵-۲.
- امانی، رزیتا؛ اعتمادی، عزرا؛ خالقی زاده، مریم؛ بهرامی، فاطمه. (۱۳۹۰). رابطه میان سبک‌های دلبستگی و سازگاری اجتماعی. فصلنامه علمی - پژوهشی دانشگاه شاهد. سال نوزدهم، شماره ۶.
- بختی، مجتبی (۱۳۹۰). بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی و ناگویی خلقی با خودبیمارانگاری در جمعیت غیر بالینی دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۹۱). نقش واسطه‌ای خودتنظیم‌گری در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و ناگویی هیجانی. مجله دست آوردهای روان‌شناختی. شماره ۲، ۲۱-۳۳.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین سبک‌های دلبستگی و نارسایی هیجانی در دانشجویان دانشگاه تهران. فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناختی. سال ۱۲، شماره ۲-۴، ۶۳-۸۰.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۷). رابطه نارسایی هیجانی با اضطراب، افسردگی، درماندگی روانشناختی و بهزیستی روانشناختی. فصلنامه علمی - پژوهشی روان‌شناسی دانشگاه تبریز، ۲۴-۱، ۴۶.
- بشارت، محمدعلی و شالچی، بهزاد (۱۳۸۶). سبک‌های دلبستگی و مقابله با تنیدگی و بیماری. فصلنامه روان‌شناسان ایرانی. ۱۵، ۳۰۴-۳۰۶.
- بشارت، محمدعلی و گنجی، پویا (۱۳۹۱). نقش تعدیل‌کننده سبک‌های دلبستگی در رابطه ی بین ناگویی هیجانی و رضایت زناشویی، ۱۴، ۵۶، ۲۴-۳۵.
- پاشا، غلامرضا (۱۳۸۴). شیوع خودبیمارانگاری و رابطه آن با اضطراب، افسردگی و سایر ویژگی‌های فردی در دانشجویان. مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۲۵، ۱-۲۰.
- پاکدامن، شهلا (۱۳۸۰). بررسی ارتباط بین دلبستگی و جامعه‌طلبی در نوجوانی، پایان نامه دکترای روان‌شناسی، دانشگاه تهران.
- حمیدی، فریده (۱۳۸۶). بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی با رضایت مندی زناشویی در دانشجویان متأهل دبیر. فصلنامه خانواده‌پژوهی. شماره ۱، ۲۱-۳۵.
- خانجانی، زینب (۱۳۸۴). تحول و آسیب‌شناسی دلبستگی از کودکی تا نوجوانی. تبریز: انتشارات فروزش.
- خوشابی، کتایون و ابوحمزه، الهام (۱۳۸۶). نظریه دلبستگی جان بولبی. تهران: انتشارات دانژه.
- رضدی، مریم؛ محمودی، محمود؛ جلال منش، شمس‌الملوک و قاسم زاده، سیده مدینه (۱۳۸۷). بررسی رابطه اضطراب و خودبیمارانگاری در دانشجویان علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد لاهیجان.

شاهقلیان، مهناز؛ مرادی، علیرضا؛ و کافی، سید موسی (۱۳۸۶). رابطه الکسی تایمیا با سبک ابراز هیجان و سلامت عمومی در دانشجویان. مجله روانپزشکی و روان شناسی بالینی ایران، ۳، ۲۳۴ - ۲۴۸.

عشایری، حسن؛ هومن، حیدرعلی؛ جمالی، محمود؛ و وطن خواه، حمیدرضا (۱۳۸۸). اثر بخشی درمان های حساسیت زدایی از طریق حرکت چشم و باز پردازش، درمان دارویی و شناخت درمانی در کاهش علائم اضطراب. تحقیقات روان شناختی. ۱ و ۳. ۵۱ - ۶۳.

قاسم بروجردی، فاطمه؛ سهرابی، فرامرز؛ برجعلی، احمد (۱۳۹۱). بررسی رابطه ی تعاملی سبک های دلبستگی، سبک های مقابله ای و سلامت روانی در نوجوانان. مجله یافته های نو در روانشناسی. سال هفتم. شماره ۲۱.

مظاهری، مینا و افشار، حمید (۱۳۸۹). ارتباط ناگویی هیجانی با افسردگی و اضطراب در بیماران روان پزشکی. مجله اصول بهداشت روانی. سال ۱۲ (۲)، ۴۷۰ - ۴۷۹.

مکوندی، بهنام؛ شهنی، منیژه؛ نجاریان، بهمن (۱۳۹۰). مقایسه الکسی تایمیا و هوش هیجانی بین دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. یافته های نو در روانشناسی. ۱۸، ۴ - ۵۷.

Aloulou, J., Hachicha, C., Masmoudi, R., Boukhris, A., Mhiri, C., Amami, O. (2111). P03 - 555 Depression, anxiety and multiple sclerosis: Link with alexithymia. *Eropean psychiatry*, 26(1), 1698.

Amstadter, A. (2008). *Emotion regulation and anxiety disorder*. 22, 211 - 221.

Dalbudak. E., Evern, C., Aldemir, S., Coskun, K.s., Yildirim, F.G., & ZUgurlu, H. (2112). *Alexithymia and personality in relation to social anxiety among university students*. *psychiatry research*, 14.

Dubey, A. Pandey, R., & Mishra, K. (2000). *Role of emotion regulation difficulties and positive/negative affectivity in explaining alexithymia - health relationship an overview*. *J Soc Sci Res*: 7, 20 - 31.

Karukivi, M., Hautala, L., Haapasalo - pesu., K. M., Liuksila, P.R., Joukamaa, M., & Saarijarvi, S. (2000). *Alexithymia is associated with anxiety among adolescents*. *Journal of affective disorders*, 155, 383 - 387.

Kreitler, S. (2002). *The psychosomatic approach to alexithymia*. *Personality and individual difrences*, 3373937707

Linley, P.A., Joseph, S. (2004). *positive change following truma and adversity: A review Truma stress*. 17: 11 - 21.

Loas, G., Speranza, M., Pham-scottez, A., Perez diaz, F., & Corcos, M. (2112). *Alexithymia in adolescents with borderline personality disorder*. *Journal of psychosomatic research*, 72, 177 - 122.

Marsh, P. & et al. (2003). Attachment, autonomy and multi finality adolescent: internalizing and risky behavioral symptoms. *Development and Psychopathology*, 15, 445-464.

Mason, O., Platts, H., & Tyson, M. (2005). Early maladaptive schemas and adult attachment in a UK clinical population. *The British Psychology Society*.

Nemiah, J.C. (2000). A psychodynamic view of psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 62, 999 – 303.

Roque, L. & Verissimo, M. (2011). Emotional context, maternal behavior and emotion regulation. *Infant Behavior and Development*, 34, 617 – 626.

Romoli, M., Bernini, O., Cosci, F., & Berrocal, C. (2011). The effect of alexithymia on anxiety, depression, coping and difficulties in daily living in oncologic patients. *European Psychiatry*, 2, 94 – 98.

Vivona, J. (2000). Parental attachment styles of late adolescents: Qualities of attachment relationships and consequences for adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 77, 316-399.

