

## ناگویی خلقی

زهرا رجب‌پور<sup>۱</sup>  
ارمتی ناصری  
مینا قاسمی

### مقدمه

ناگویی خلقی سازه ای است که در ایران کمتر مورد پژوهش واقع شده و جای کار بسیاری دارد و می تواند موضوعات زیادی را به خود اختصاص دهد. در واقع این سازه مبین ناتوانایی ها و نارسایی های خلقی و هیجانی افراد می باشد که زندگی آن ها را تحت تاثیر قرار می دهد و از کارآمدی و موفقیت آن ها می کاهد، از انجایی که این ویژگی در جامعه ی امروز گسترش یافته لازم است با شناسایی و تشخیص آن در افراد و کمک در جهت رفع این مشکل از آن ها افرادی توانمندتر و کارآمدتر ساخت. از نقطه نظر شناختی هیجانها انواعی از طرحواره های پردازشی اطلاعات هستند که متشکل از تجسم ها و فرایندهای نمادین و غیرنمادین اند. تجسم های نمادین تصاویر و کلمات را دربر میگیرند و توانایی تفکر درباره ی احساسات و سایر تجربه ها را برایمان ممکن می سازند و در تعدیل هیجان ها نقش بسزایی را ایفا میکنند، تجسم های زیرنمادین شامل الگوهای بدنی، احشایی و تهییج های جسمی اند. توانمندی هیجانی باعث ایجاد سازگاری مناسب با محیط و دیگران می شود و روبرو شدن افراد را با چالش های زندگی اسان تر میکند در نتیجه باعث بهبودی سلامت روانی افراد می گردد. در نقطه مقابل آنچه گفته شد نارسایی هیجانی باعث محدود شدن توانایی بروز هیجان ها به صورت نمادین شده و فرد را دچار درماندگی روان شناختی می کند و او را مستعد بیماری های مختلف می گرداند. به همین دلیل لازم است با ارائه راه کارها و روش های درمانی مناسب به مبتلایان به این مشکل یاری رسانده شود.

### تعریف ناگویی خلقی

ناگویی خلقی<sup>۲</sup> سازه ایست که از آن با عنوان هایی همچون: نارسایی هیجانی (کریمی، ۱۳۸۷)، نارساکنش وری هیجانی (قلعه بان، ۱۳۸۷) و مهار هیجانی (مظاهری، افشار؛ محمدی و همکاران، ۱۳۸۹) نیز یاد می شود. ریشه این واژه اصطلاح یونانی Alexithymia است که در آن a به معنای فقدان، lexis به معنای کلمات و thymios به معنای احساسات می باشد. بنابر این معنای لغوی این اصطلاح فقدان لغات برای هیجانهاست (تیلور، بگی و پارکر،<sup>۳</sup> ۱۹۹۷؛ به نقل از مهرابی زاده هنرمند، افشاری و داوودی، ۱۳۸۹). این سازه از اندیشه های روان پویایی برآمده (ریک و وانهل،<sup>۴</sup> ۲۰۰۷؛ به نقل از رکن الدینی، ۱۳۸۷) و از لحاظ مفهومی به صورت: دشواری در تشخیص و توصیف احساسات<sup>۵</sup> و داشتن تفکر عینی<sup>۶</sup> تعریف می گردد (بگی، پارکر و تایلور، ۱۹۹۴؛ به نقل از شاهقلیان، مرادی و کافی، ۱۳۸۶). البته نباید تصور شود که مبتلایان به ناگویی خلقی هیچگاه قادر به احساس کردن نمی باشند، بلکه باید دانست که مشکل اصلی آن ها این است که نمی توانند احساس های خود را به خوبی شناخته و آن ها را ابراز کنند (شاهقلیان، مرادی و کافی، ۱۳۸۶). و علت این امر

<sup>۱</sup>: کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی،

<sup>۲</sup>. Alexithymia

<sup>۳</sup>. Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A.

<sup>۴</sup>. Rick, A. D., & Vanheules, S.

<sup>۵</sup>. Difficulty in identifying and describing feelings

<sup>۶</sup>. Externally-oriented thinking

ناتوانایی آن‌ها در پردازش شناختی<sup>۷</sup> اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها<sup>۸</sup> است (کریمی، ۱۳۸۷). که از آن با عنوان دشواری در خودتنظیم‌گری هیجان‌ها<sup>۹</sup> نیز یاد می‌شود. با توجه به این موارد از ناگویی خلقی به عنوان شاخصی برای متمایز کردن توانمندی افراد در توصیف احساساتشان و بیان آن برای دیگران استفاده می‌شود. (بگی و تیلور، ۱۹۹۷؛ تیلور، ۲۰۰۰؛ تیلور و بگی، ۲۰۰۰؛ لین؛ اهرن، شوارتز و همکاران<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۷؛ به نقل از بشارت، ۱۳۸۷ ب). به بیانی دیگر می‌توان گفت که ناگویی خلقی یک ویژگی شناختی عاطفی است که در آن فرد به دلیل ناتوانی نسبی اش در درک حالت‌های عاطفی خود و دیگران نمی‌تواند از کلام در جهت تنظیم و تعدیل عواطف اش استفاده کند (بشارت، ۲۰۰۸). یعنی فرد قادر به ارزیابی و بیان هیجان‌های خود به صورت کلامی نیست (داوودی و افشاری، ۱۳۹۰). این سازه به عنوان یک پدیده شناختی به اختلال خاصی در کارکرد روانی اطلاق می‌شود که دلیل به وجود آمدنش بازدارنده خودکار اطلاعات و احساسات هیجانی می‌باشد (مددی و قائلی، ۲۰۰۲؛ به نقل از مظاهری و افشار، ۱۳۸۹).

ناگویی خلقی در DSM-IV<sup>۱۱</sup> به عنوان یک اختلال روانی طبقه بندی نشده است بلکه انرا ویژگی ای دانسته اند که از شخصی به شخص دیگر از لحاظ شدت متفاوت می‌باشد (ویکی پدیا<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۳). با این وجود نشانه‌های ناگویی خلقی در بیش از نیمی از اختلال‌های محور I و تمام اختلال‌های تشخیصی محور II، DSM-IV-R دیده می‌شود (حسینی، ۱۳۸۹؛ به نقل از عیسی زادگان و فتح ابادی، ۱۳۹۱).

### مولفه‌های ناگویی خلقی

ناگویی خلقی دارای چهار مولفه می‌باشد که عبارتند از: دشواری در شناسایی احساسات و تمایز میان آن‌ها و حساسیت‌های بدنی<sup>۱۳</sup> ناشی از برانگیختگی هیجانی<sup>۱۴</sup>، دشواری در توصیف احساسات برای دیگران، قدرت تجسم محدود و تفکر عینی (تیلور و بگی، ۲۰۰۰؛ سیفوس<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۰؛ به نقل از کریمی، ۱۳۸۷).

منظور از مولفه‌ی سوم، پردازش تصویری محدود و کاهش خیال پردازشی است و مولفه چهارم به سبک شناختی برون مدار اشاره دارد (پارکر؛ شاگنسی، وود و همکاران<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۵؛ به نقل از مرادی و شاهقلیان، ۱۳۸۶). این سبک بر امور ساده، عینی و خارجی تمرکز دارد و واقعیت مدار و عمل گراست (تیلور و بگی، ۲۰۰۰؛ سیفوس، ۲۰۰۰؛ به نقل از بشارت، ۱۳۸۷ الف). همچنین به وسیله‌ی اشتغال ذهنی به جزییات بسار ریز حوادث بیرونی به جای توجه به احساس‌ها، تخیلات و دیگر جنبه‌های تجربه درون قابل شناسایی است (نیکو گفتار، ۱۳۸۸).

مولفه‌های ناگویی خلقی در فرد درماندگی روانشناختی<sup>۱۷</sup> ایجاد می‌کنند و فرد را وارد یک دور باطل می‌سازند که در نهایت باعث افزایش میزان ناگویی خلقی او می‌شوند. فرایند این دور باطل به این صورت است که ابتدا با ایجاد یک

7. Cognitive Processing

8. Regulation of Emotion

9. Emotional Self-Regulation

10. Lane, R. D., Ahern, G. L., Schwartz, G. E., & Kaszniak, A. W.

11. Diagnostia and Statistical Manual of Mental Disprder

12. Wikipedia

13. Bodily sensatuons

14. Emotional arousal

15. Sifneos, P. E.

16. Shaughnessy, P.A., Wood, L.M., Majeski, S.A., & Eastabrook, J. M

17. Psychological distress

درماندگی روانشناختی در فرد سیستم پردازش شناختی او مختل می شود و فرایند شناسایی و توصیف احساسات دشوار می گردد، به عنوان مثال فرد ناراحت است اما نمی تواند برای احساس خود واژه ی مناسبی ارائه دهد چرا که او نمیداند غمگین است؟ ترسیده؟ یا عصبانی است؟ وقتی فرایند شناسایی مختل شد تنظیم و مدیریت احساسات را تحت تاثیر قرار می دهد و اجازه نمی دهد احساسات فرد بر رفتارش اثر گذاشته و متجلی شوند، در این حالت فرد نمی داند چرا عصبانیست و نمی تواند آنرا به دوستانش ابراز کند، اینجاست که قدرت تخیل و تفکر منطقی از فرد سلب می شود و او ترجیح میدهد که تنها شاهد وقایع باشد و به تحلیل و تفسیر آنها نمی پردازد و درمانده تر از پیش می گردد (بگبی، پارکر و تیلور، ۱۹۹۴؛ بگبی، تیلور و پارکر، ۱۹۹۴؛ به نقل از بشارت، ۱۳۸۶).

### تاریخچه ناگویی خلقی

اصطلاح ناگویی خلقی برای اولین بار در اوایل دهه ی هفتاد توسط سیفونوس (۱۹۷۳-۱۹۷۲) برای بیان مجموعه ای از ویژگی های شناختی و عاطفی (سیفونوس و نمیا<sup>۱۸</sup>، ۱۹۷۰) بیماران مبتلا به بیماری های روان تنی بیان شد (بنکیر، الگنر و و بیچ<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۱؛ به نقل از قلعه بان، ۱۳۸۷). گزارشات اولیه ی بیماران روان تنی حاکی از ناتوانی آنها در ابراز احساساتشان و عدم دسترسی به زندگی درونی، احساسات و تخیلاتشان بوده است (سالیمن و سری جروی<sup>۲۰</sup>، ۱۹۹۵؛ به نقل از مرادی و شاهقلیان، ۱۳۸۶). پس از مطرح شدن مفهوم ناگویی خلقی عده ای از پژوهشگران مانند ناپ و هوگان<sup>۲۱</sup> (۱۹۸۱/۱۹۹۵؛ به نقل از مرادی و شاهقلیان، ۱۳۸۶) که معتقد بودند ویژگی های نسبت داده شده به آن را می توان توسط مکانیسم های دفاعی توضیح داد، آنرا به طور کامل رد کردند. از آن پس تا کنون هنوز به طور کامل مشخص نشده که کدام تبیین مناسب تر است به همین دلیل آنرا به عنوان سازه ای چند بعدی در دو نوع دسته بندی کردند.

### انواع ناگویی خلقی

- ناگویی خلقی اولیه (رویکرد صفت مدار)
- ناگویی خلقی ثانویه (رویکرد حالت مدار)

در رویکرد صفت مدار، ناگویی خلقی به عنوان یک صفت شخصیتی ثابت<sup>۲۲</sup> در نظر گرفته می شود که در اثر سیر غیر طبیعی تحول در دوران کودکی به وجود می آید (رکن الدینی، ۱۳۸۷)، و بیانگر نقص در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی است (تیلور، ۲۰۰۰؛ به نقل از بشارت، ۱۳۸۶)، که موجب فقدان تجربه عاطفی و شناخت های همراه آن در فرد می شود (بشارت، ۱۳۸۷ ب). به عنوان مثال، هنگامی که فردی با یک ناراحتی هیجانی عمده روبرو می شود بر نداشتن مشکل اصرار می ورزد و زندگی را خوب و مطلوب می بیند و تصور نمیکند چیز نادرستی در زندگی اش وجود دارد. در این شرایط آنها چیزی برای گفتن ندارند و نمی توانند لغات مناسبی برای بیان مسئله پیدا کنند (مولر<sup>۲۳</sup>، ۲۰۰۰؛ به نقل از مظاهری، افشار؛ محمدی و همکاران، ۱۳۸۹). جهت اثبات این رویکرد مطالعه ای طولی بر روی بیماران افسرده انجام شده که نتایج حاصله

<sup>18</sup> . Nemiah, J. C.

<sup>19</sup> . Bankier, B., Algner, M., & Bach, M.

<sup>20</sup> . Salminen, J., & Saarijarvi, S.

<sup>21</sup> . Knapp, & Hogan.

<sup>22</sup> . Stable personality trait

<sup>23</sup> . Muller, R. J.

نشان داد: پس از پنج سال میزان افسردگی به طور قابل ملاحظه ای کاهش یافته اما تفاوت چندانی در نمره ناگویی خلقی آن‌ها ایجاد نگردیده، این امر مبین ثبات زمانی نسبی این سازه می باشد و صفت بودن انرا تایید میکند (سریجرویس، سالمین و تویکا<sup>۲۴</sup>، ۲۰۰۶؛ به نقل از مظاهری و افشار، ۱۳۸۹). از نقطه نظر زیست شناختی عصبی، این سازه به کژکاری نیمکره ی راست<sup>۲۵</sup> مغز نسبت داده شده است (برموند<sup>۲۶</sup>، ۱۹۹۷؛ به نقل از حشمتی، ۱۳۸۸).

در رویکرد حالت مدار، ناگویی خلقی را پدیده ای وابسته<sup>۲۷</sup> به حالت در نظر می گیرند که از ثبات زمانی برخوردار نیست و نتیجه ی پیامد درماندگی شخصی ناشی از بحران ها و سانحه های آسیب زا یا بیماری های شدید است (رکن الدینی، ۱۳۸۷). در این دیدگاه ناگویی خلقی صرفا یک مکانیسم مقابله ای برای محافظت از خود علیه درماندگی هیجانی است (بشارت، ۱۳۸۸)، و نقش تعدیل کننده را ایفا می کند، یعنی عواطف دردناک را کاهش می دهد (تیلور و بگبی، ۲۰۰۰؛ سیفوس، ۲۰۰۰؛ به نقل از بشارت، ۱۳۸۶)، نتیجه ی این حالت تضعیف مدیریت عواطف خواهد بود، یعنی فرد احساسات هیجانی پایه را تجربه میکند اما شناخت هشیار نسبت به آن‌ها ندارد. دشواری در شناسایی احساسات به فرد کمک میکند به صورت موقت و نابهنجار از عواطف دردناک اجتناب کند و از آن به عنوان مکانیزم جبران استفاده کند تا از فشار های ناشی از عواطف دردناک رهایی یابد، در این حالت تفکر عینی نیز می تواند به عنوان مکانیسمی مکمل برای جبران تلقی شود و فرد را هر چه بیشتر از دنیای درونی و واقعیت های نگران کننده ذهنی دور سازد و در مقابل فشارهای ناشی از عواطف دردناک سدی ایجاد نماید (زیتلین و مک نامی<sup>۲۸</sup>، ۱۹۹۳؛ به نقل از بشارت، ۱۳۸۷ الف). نادیده انگاری یا رهایی از فشار عواطف دردناک حاصله از ناگویی خلقی سازنده نیست چرا که به جای کاهش اضطراب از رضایتمندی فرد می کاهد و موجب تشدید درماندگی روانشناختی فرد می شود (بشارت، ۱۳۸۷ ب). و همان طور که گفته شد درماندگی روانشناختی و ناگویی خلقی یک چرخه ی معیوب را ایجاد میکنند که باعث افزایش هر دو عامل می شود. به عنوان مثال فردی که در دوران کودکی مورد بدرفتاری والدین قرار گرفته باشد چگونگی سازش موفقیت آمیز با سطوح هیجانی خود را نمی آموزد و حین تجربه هیجانی قادر به تمییز و بروز آن نخواهد بود بنابراین از آن در جهت کاهش احساسات دردناک سود میبرد اما این امر به او کمکی نمیکند (میجر- دیگن و لانسن<sup>۲۹</sup>، ۲۰۰۶؛ به نقل از مهرابی زاده هنرمند، افشاری و داوودی، ۱۳۸۹). از نقطه نظر زیست شناختی عصبی، کاهش ابراز هیجانان علی رغم سطوح تجارب هیجانی، مربوط به نابهنجاری های جسم پینه ای<sup>۳۰</sup> و قشر کمر بندی<sup>۳۱</sup> و اینسولا<sup>۳۲</sup> است (برموند، ۱۹۹۷؛ به نقل از حشمتی، ۱۳۸۸).

به طور کلی با توجه به یافته های پژوهشی متفاوت می توان گفت که ناگویی خلقی سازه ای است چند بعدی که هم صفت و هم حالت را دربرمیگیرد و مصداق این گفته ابزار سنجش تورنتو است که در آن برخی ماده ها وابسته به حالت و برخی وابسته صفت می باشند (هونکالامپی، سارینن و هینتیکا<sup>۳۳</sup>، ۱۹۹۹؛ هونکالامپی، هینتیکا و تنسکان<sup>۳۴</sup>، ۲۰۰۸؛ هونکالامپی؛ سایکل<sup>۳۵</sup>، هینتیکا و همکاران، ۲۰۰۱؛ به نقل از مظاهری و افشار، ۱۳۸۹).

24 . Saarijarvi S, Salminen JK, & Toikka T.  
25 . Right hemisphere  
26 . Bermond  
27 . State-dependent  
28 . Zeitlin, S. B., & MaNally, R. J  
29 . Meijer-degen, F., & Lanssen, J.  
30 . Corpus callosum  
31 . Cingulate cortex  
32 . Insula  
33 . Honkalampi, K, Saarinen, P., & Hintikka J.

## رویکردهای نظری ناگویی خلقی

ناگویی خلقی را از چهار دیدگاه مورد بررسی قرار داده اند که عبارتند از:

- دیدگاه پردازش اطلاعات
- دیدگاه تحلیل روانی
- دیدگاه نوروسایکولوژی
- دیدگاه اجتماعی - فرهنگی

ناگویی خلقی از دیدگاه پردازش اطلاعات، نقصی است که در سیستم پردازش هیجان ها و از دیدگاه تحلیل روانی نقصی است در ساختار روانی و مکانیسم دفاعی و از دیدگاه نوروسایکولوژی نقصی است در سیستم عصبی مرکزی و پیوندها و ارتباط بین نیمکره های مغزی (برموند، ۱۹۹۵؛ به نقل از رکن الدینی، ۱۳۸۷). از دیدگاه اجتماعی - فرهنگی ناگویی خلقی مربوط است به طبقه ی اجتماعی و تفاوت های هوشی بین بیماران و طبقه ی متوسط و پایین جامعه (جوکاما<sup>۳۴</sup>، ۲۰۰۴؛ جوکاما؛ ساريجرویس، موریاسنیمی و سالوکانگاس<sup>۳۷</sup>، ۱۹۹۶؛ برنهام، راگوان و هوینهه<sup>۳۸</sup>، ۲۰۰۲؛ لاملی<sup>۳۹</sup>، ۱۹۹۶؛ به نقل از پورآقا رودبرده، حکیم جوادی و کافی، ۱۳۹۰).

اختلالات مغزی موثر در ناگویی خلقی عبارتند از: اختلال در سیستم لیمبیک، جانبی شدن ناپهنجار مغز، اشکال در کارامدی ارتباط بین نیمکره ای (مددی و قائلی، ۲۰۰۲؛ به نقل از مظاهری و افشار، ۱۳۸۹)، اختلال در قشر پیشین مغز و اختلال در نورترانسمنترهای دوپامین زا (حشمتی، قربانی؛ رستمی و همکاران، ۱۳۸۹).

## ویژگی های افراد مبتلا به ناگویی خلقی

افراد مبتلا در بازشناسی و توصیف کلامی هیجان های خود ناتوانند. به دلیل فقر شدید تفکر نمادین بازخوردها، احساسات، تمایلات و سائق های آنها محدود شده است. در مورد واقعیت های کم اهمیت بیرونی تفکر انتفاعی دارند. قدرت یادآوری رویا در آنها کم است. مشکلات هیجانی خود را مربوط به احساسات نمی دانند و در تمایز بین حالت های هیجانی و حس های بدنی مشکل دارند. دارای قیافه ای خشک و رسمی اند. جلوه های عاطفی در چهره آنها مشاهده نمی شود. ظرفیت همدلی و خودآگاهی در آنها محدود است (تول، مداگلیا و روئمر<sup>۴۰</sup>، ۲۰۰۵؛ به نقل از بشارت، ۱۳۸۷ ب). در آنها اضطراب، تنش، ترحم جویی، خصومت و تکانشوری بالایی وجود دارد. سلامت روانی و حرمت نفس پایینی دارند. کمتر احساس شادی، امیدواری، همدلی و هیجانات مثبت را تجربه می کنند. کلامشان خالی از رنگ عاطفی است. در برقراری ارتباطات بین فردی ضعیف عمل می کنند و شماری از مشکلات بین فردی همچون سردی، دوری گزینی، عدم ابراز هیجانی در عملکرد اجتماعی را از خود بروز می دهند (میجر-دیگن و لانسن، ۲۰۰۶؛ به نقل از مهرابی هنرمند، افشاری و داوودی، ۱۳۸۹). آنها نه تنها در شناسایی هیجان های خود مشکل دارند بلکه در شناسایی هیجانات دیگران هم دچار مشکل می

<sup>34</sup> . Tanskanen, A.

<sup>35</sup> . Hintikka, J.

<sup>36</sup> . Joukamaa, M.

<sup>37</sup> . Muuriaisniemi, M. L., & Salokangas, R. K. R.

<sup>38</sup> . Berenbaum, H., Raghavan, C., & Huynh-Nhu, L.

<sup>39</sup> . Lumly, M. A.

<sup>40</sup> . Tull, M. T., Medaglia, E., & Roemer, L.

شوند و همچنین توانایی ایجاد روابط صمیمی را ندارند (براتیس؛ تسلیبس، سیکاراس<sup>۴۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۹؛ به نقل از خدابخش و منصوری، ۱۳۹۱). آن‌ها نسبت به افراد سالم درونگراترند و محبوبیت اجتماعی کمتری دارند (ویس، مان و شای؛ به نقل از قلعه بان، ۱۳۸۷). این افراد از راهبردهای مقابله با استرس غیر موثر استفاده می‌کنند (هونکالامپی؛ هینتیکا، تاسکانن و همکاران، ۲۰۰۰؛ مونتهباروسی؛ کودیسپرتی، بالدارو<sup>۴۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۴؛ به نقل از داوودی و افشاری، ۱۳۹۱). آن‌ها تهییج‌های بدنی خود را بزرگ می‌کنند و تفسیرهای نادرستی از نشانه‌های بدنی انگیزختگی هیجانی خود دارند و از طریق شکایت‌های بدنی<sup>۴۳</sup> این درماندگی هیجانی را نشان می‌دهند و اکثراً به دنبال درمان جسمانی اند (تیلور؛ پارکر، بگی و اکلین<sup>۴۴</sup>، ۱۹۹۲؛ به نقل از رکن‌الدینی، ۱۳۸۷).

در ارتباط با ناگویی خلقی و هنر باید گفت که ویژگی هنرمند بودن در میان آن‌ها کمتر دیده می‌شود چرا که زندگی درونی مبتلایان به دلیل کم بودن تخیل و هیجان‌های واقعی، کمرنگ و ناچیز است و در مقابل به جزئیات رویدادهای پیرامونی و بی‌اهمیت توجه زیادی نشان می‌دهند، آن‌ها دنیای درونی خود را به صورت خالی ترسیم می‌کنند و دنیای بیرون را پررنگ و لعاب به تصویر در می‌آورند (کاستا و مک‌گری<sup>۴۵</sup>، ۱۹۹۲؛ به نقل از داوودی و افشاری، ۱۳۹۰).

### شیوع ناگویی خلقی

با توجه به پژوهش‌های انجام شده نتایج متنوعی در رابطه با میزان ناگویی خلقی و ارتباط آن با سن، جنس و سطح تحصیلات به دست آمده است. برخی یافته‌ها نشان دادند که ناگویی خلقی در سنین بالا و در مردان بیشتر دیده می‌شود (سالیمینن؛ ساریجاروی، ایرلا<sup>۴۶</sup> و همکاران، ۱۹۹۸؛ ماتیلا<sup>۴۷</sup>؛ سالمینن، نامی<sup>۴۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۶؛ به نقل از رکن‌الدینی، ۱۳۸۷)، به عنوان مثال در پژوهشی میزان شیوع ناگویی خلقی در مردان ۱۷-۹ درصد و در زنان ۱۰-۵ درصد گزارش شده است (موریگوچی؛ مائدا، ایگاراشی<sup>۴۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ به نقل از مهرابی زاده هنرمند، افشاری و داوودی، ۱۳۸۹)، اما در برخی پژوهش‌ها تفاوت چشم‌گیری بین زنان و مردان دیده نشده است. همچنین دریافتند که هرچه سطح تحصیلات پایین‌تر باشد میزان ناگویی خلقی افزایش می‌یابد (پارکر، تیلور و بگی، ۱۹۸۹؛ به نقل از مظاهری، افشار و محمدی، ۱۳۹۰). یکی از توجیحات شیوع بیشتر ناگویی در مردان عبارت است از اینکه مردان در مقایسه با زنان از لحاظ کلامی ضعیف‌ترند بنابراین در توصیف احساسات خود به صورت کلامی مشکلات بیشتری دارند، از طرف دیگر با توجه به عاطفی بودن زنان، آن‌ها می‌توانند عواطف و هیجانات خود را تجربه کرده و آن‌ها را تشخیص دهند و برای دیگران توصیف کنند (سالیمینن؛ ساریجرویس، ایرلا<sup>۵۰</sup> و همکاران، ۱۹۹۹؛ ورست<sup>۵۱</sup> و برموند، ۲۰۰۱؛ به نقل از حشمتی، قربانی؛ رستمی و

41 . Bratis, D., Tselebis, A., & Sikaras, C.

42 . Montebanocci, O., Codispoti, M., & Baldaro, B.

43 . Bodily complaints

44 . Acklin, M. W.

45 . Costa. P. T., Mc Crea, R. R.

46 . Aarela, E., & Kauhanen, J.

47 . Mattila, A. K.

48 . Nummi, T.

49 . Muriguchi, Y., Maeda, M., Igarashi, T., Ishikawa, T.

50 . Aarela, E.

51 . Vorst, H. C. M.

همکاران، ۱۳۸۹). با این وجود در برخی پژوهش‌ها دریافته‌اند که زنان در دشواری تشخیص و شناسایی احساسات نمره بالاتری کسب می‌کنند (داوودی و افشار، ۱۳۹۰).

### همایندی مرضی:

همان‌طور که گفته شد ناگویی خلقی هم با ویژگی‌های شخصیتی در ارتباط است و هم با شمار زیادی از اختلالات روانی و بدنی رابطه دارد (رکن‌الدینی، ۱۳۸۷)، البته هنوز مشخص نشده که این سازه است که فرد را مستعد اختلالات می‌کند یا اینکه واکنشی است که در اثر آگاهی از اختلالات حاصل می‌شود (مارچسی، بروسامونتی و ماگلینی<sup>۵۲</sup>، ۲۰۰۰؛ به نقل از بشارت، ۱۳۸۷ الف).

ناگویی خلقی همراه است با افزایش برانگیختگی، توجه بیشتر به علائم جسمی و رفتارهای اجباری بیمارگونه (لوملی، نلی و بورگر<sup>۵۳</sup>، ۲۰۰۷؛ به نقل از مظاهری، افشار؛ محمدی و همکاران، ۱۳۸۹)، از آنجایی که برانگیختگی هیجانی با برانگیختگی فیزیولوژیک همراه است، چنانچه فرد قادر به شناسایی، توصیف و تفکیک آن‌ها از هم نباشد به صورت فعال باقی می‌ماند و در درازمدت باعث ایجاد اختلال در دستگاه عصبی خودکار و دستگاه ایمنی می‌شوند (لوملی، ۱۹۹۶؛ به نقل از شاهقلیان، مرادی و کافی، ۱۳۸۶).

نمونه‌هایی از بیماری‌ها و اختلالاتی که با ناگویی خلقی همپوشانی دارند عبارت‌اند از: اتریت، روماتیسم، بیماری‌های قلبی و عروقی، سرطان سینه (هلمرز و منت<sup>۵۴</sup>، ۱۹۹۹؛ به نقل از قلعه بان، ۱۳۸۷)، سوء مصرف مواد، اختلال استرس پس از آسیب، اختلال‌های اضطرابی، اختلال افسردگی، سردرد میگرنی، کمردرد، سندرم روده تحریک پذیر، اسهال، تهوع، لرزش، فیبرومیالژیا و اختلالات جسمانی شکل همچون فشارخون بالا- التهاب بیماری‌های روده- سوء هاضمه عملکردی، همچنین از نظر میزان شیوع، همراهی ناگویی خلقی در بیماری‌های مختلف بدین صورت بوده است: ۴۱ درصد در اختلال استرس پس از آسیب، ۶۳ درصد در بی‌اشتهایی عصبی، ۵۶ درصد در پر اشتهایی عصبی، ۴۵-۵۰ درصد در افسردگی اساسی، ۳۴ درصد در اختلال هراس، ۵۰ درصد در سوء مصرف مواد و ۲۸ درصد در فوبی اجتماعی (ویکی پدیا، ۲۰۱۳).

### ابزار سنجش ناگویی خلقی

مقیاس ناگویی خلقی تورنتو<sup>۵۵</sup> جهت سنجش این سازه به کار می‌رود. دو نوع از این مقیاس وجود دارد که یکی حاوی ۲۰ سوال و دیگری شامل ۲۶ سوال می‌باشد. تفاوت آن‌ها در این است که مقیاس ۲۶ سوالی یک عامل اضافه‌تر از مقیاس ۲۰ سوالی را می‌سنجد و آن عبارت است از کاهش خیال‌پردازی (قربانی؛ بینگ، واتسون<sup>۵۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۲؛ به نقل از شاهقلیان، مرادی و کافی، ۱۳۸۶). با این وجود مقیاس ۲۰ سوالی پر استفاده‌ترین و احتمالاً معتبرترین پرسشنامه می‌باشد (مهرابی زاده هنرمند، افشاری و داوودی، ۱۳۸۹).

پرسشنامه TAS-20 در سال ۱۹۸۶ توسط تایلر ساخته شد و در سال ۱۹۹۴ توسط بگی، پارکر و تایلر مورد تجدیدنظر قرار گرفت (به نقل از مرادی و شاهقلیان، ۱۳۸۶). این مقیاس یک آزمون خودسنجی است (بشارت، ۲۰۰۸)، که سه زیر

<sup>52</sup> . Marchesi, c., Brusamonti, E., & Maggini,

<sup>53</sup> . Lumley, M. A., Neely, L. C., & Burger, A. J.

<sup>54</sup> . Helmers, K. F., & Mente, A.

<sup>55</sup> . Toronto Alexithymia Scale-20

<sup>56</sup> . Bing, M., Watson, P. J., Davison, H. K., & Mack, D. A.

مقیاس دارد: دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی. علامت اختصاری این زیرمقیاس ها به ترتیب به صورت EOT, DDF, DIF می باشد (تیلور و بگی، ۲۰۰۰؛ به نقل از نیکو گفتار، ۱۳۸۸). هر یک از زیر مقیاسها تعداد معینی سوال را در بر می گیرند، زیر مقیاس اول شامل ۵ ماده، زیر مقیاس دوم شامل ۷ ماده و زیر مقیاس سوم ۸ ماده دارد (بگی، پارکر و تیلور، ۱۹۹۴؛ به نقل از بشارت، ۱۳۸۸). هر چه میزان نمره کسب شده در این مقیاس بیشتر باشد نشان دهنده ی شدت بیشتر ناگویی خلقی در فرد می باشد (قربانی؛ بینگ، واتسون و همکاران، ۲۰۰۲؛ به نقل از شاهقلیان، مرادی و کافی، ۱۳۸۶).

نحوه ی نمره گذاری از مون به شیوه ی مقیاس پنج درجه ای لیکرت می باشد، به این صورت که به پاسخ کاملا موافق نمره پنج و به پاسخ کاملا مخالف نمره یک تعلق میگیرد. البته باید توجه داشت که در برخی سوالات به دلیل منفی بودن جهت پرسش نمره گذاری به شیوه معکوی انجام می شود. این سوالات عبارت اند از: ماده های ۴-۵-۱۰-۱۸-۱۹ (بگی، پارکر و تیلور، ۱۹۹۴؛ به نقل از پورآقا رودبرده، حکیم جوادی و کافی، ۱۳۹۰). پس از محاسبه نمره هر زیرمقیاس یک نمره کل از مجموع همه سوالات نیز محاسبه می شود (حسین زاده، هومن؛ صالحی و همکاران، ۱۳۹۱).

ویژگی های روانسنجی این مقیاس در پژوهش های متعددی مورد بررسی و تایید قرار گرفته است (بشارت، ۲۰۰۸). قربانی، بینگ؛ واتسون، دویسون و ماک (۲۰۰۲)، به نقل از شاهقلیان، مرادی و کافی، ۱۳۸۶) این مقیاس را با استفاده از روش الفای کرونباخ روی نمونه های ایرانی و امریکایی اعتباریابی و نتایج حاصله برای زیر مقیاس ها را به این صورت اعلام نمودند: ۰.۷۴، ۰.۶۱، ۰.۵۰.

محمد (۱۳۸۰)، به نقل از شاهقلیان، مرادی و کافی) نیز اعتبار کل مقیاس را از روش دونیمه کردن برابر ۰.۷۴ و از روش بازآزمایی برابر ۰.۷۴ گزارش کردند.

بشارت (۲۰۰۷) نسخه ی فارسی این مقیاس را برای دانشجویان ایرانی تهیه نمود و اعتبار آن را با استفاده از روش الفای کرونباخ برای هر زیر مقیاس ها و نمره کل به ترتیب برابر با ۰.۸۲، ۰.۷۵، ۰.۷۲، ۰.۸۵ گزارش کرد (به نقل از بشارت، ۱۳۸۶).

افشاری (۱۳۸۷)، به نقل از داوودی و افشار، ۱۳۹۰) نیز اعتبار مقیاس را در نمونه ایرانی (۸۰ نفر: ۴۰ دختر و ۴۰ پسر) با استفاده از روش الفای کرونباخ برای کل مقیاس و هر یک از زیرمقیاس های آن به ترتیب ۰.۷۵، ۰.۷۲، ۰.۷۳، ۰.۸۳ گزارش کرد.

بشارت (۲۰۰۸) با مقایسه دو نمونه ی بالینی و غیر بالینی ایرانی با روش بازآزمایی، الفای کرونباخ را در کل مقیاس و زیر مقیاس ها در نمونه غیر بالینی برابر ۰.۷۹، ۰.۷۵، ۰.۷۱، ۰.۶۶ و در نمونه بالینی برابر با ۰.۷۷، ۰.۷۳، ۰.۶۹، ۰.۶۳ گزارش کرد. حسین زاده، هومن، صالحی و کوشکی (۱۳۹۱) نیز ضرایب الفای کرونباخ را برای ناگویی کل و هر یک از زیرمقیاس های آن به ترتیب ۰.۸۵، ۰.۸۲، ۰.۷۵، ۰.۷۲ گزارش کرد.

محمد (۱۳۸۰)، به نقل از شاهقلیان، مرادی و کافی) روایی مقیاس را ۰.۸۵ گزارش نمود. بشارت (۲۰۰۷) جهت بررسی روایی همزمان به مقایسه این مقیاس و مقیاس های هوش هیجانی، بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی پرداخت و ضرایب همبستگی بین نمره آزمودنی ها در مقیاس ناگویی خلقی و سه آزمون نام برده شده را به ترتیب  $r = -0.82, P = 0.001$  و  $r = -0.78, P = 0.001$  و  $r = 0.44, P = 0.001$  گزارش کرد و معنادار بودن آنرا تایید نمود (به نقل از بشارت، ۱۳۸۶).

افشاری (۱۳۸۷)، به نقل از داوودی و افشار، (۱۳۹۰) نیز روایی همزمان این مقیاس را با استفاده از مقیاس هوش هیجانی شوت برابر با  $P=0.001$ ،  $T=-0.47$  گزارش کرد.

بشارت (۲۰۰۸) نیز همبستگی پیرسون از مون و پس از مون را طی دو هفته برای جمعیت بالینی ۰/۵۸ تا ۰/۷۵ و در جمعیت بالینی ۰/۶۵ تا ۰/۷۷ گزارش کرده است.

نتایج تحلیل عاملی تاییدی<sup>۵۷</sup> نیز سه عامل مقیاس را تایید کردند (بشارت، ۲۰۰۸).

حسین زاده، هومن، صالحی و کوشکی (۱۳۹۱) به روایی مقیاس را از طریق تحلیل عاملی اکتشافی مورد بررسی قرار دادند و سه عامل به عنوان عامل های اصلی معرفی شدند.

با توجه به پژوهش های انجام شده می توان دریافت که این مقیاس دارای همسانی درونی<sup>۵۸</sup> رضایت بخش و اعتبار مناسب می باشد و سه عامل مقیاس مورد تاییدند.

### تفسیر نمرات

مدستین، فیرز، مالتی<sup>۵۹</sup> (۲۰۰۴) به نقل از شاهقلیان، مرادی و کافی، (۱۳۸۶) افراد با نمرات بالای ۶۰ را به عنوان افراد مبتلا به ناگویی خلقی و افراد با نمره ۵۲ به پایین را به عنوان افراد بدون ناگویی خلقی یا با ناگویی خلقی پایین در نظر گرفته اند. مولیر، الپرز، ریم، ساب<sup>۶۰</sup> (۲۰۰۴)، به نقل از شاهقلیان، مرادی و کافی، (۱۳۸۶) نمرات بالای ۶۰ را به عنوان ناگویی خلقی بالا و با شدت زیاد و نمرات ۵۲ به پایین را به عنوان ناگویی خلقی پایین و با شدت کم معرفی کرده اند.

شاهقلیان، مرادی و کافی (۱۳۸۶) در نمره گذاری خود نمرات ۶۰ به بالا را ناگویی خلقی با شدت زیاد و مرات ۶۰-۵۳ را ناگویی خلقی با شدت متوسط و نمرات ۵۲ به پایین را ناگویی با شدت کم یا بدون ناگویی خلقی در نظر گرفته اند.

### پیشینه پژوهشی

در رابطه با ناگویی خلقی پژوهش های زیادی در خارج از ایران انجام شده اما تعداد پژوهش های داخلی نسبت آن ها ناچیز است، با این وجود در ادامه به برگزیده ای از پژوهش های داخلی اشاره میکنیم.

• بسیاری از پژوهش ها پیرامون صفت یا حالت بودن ناگویی خلقی صورت گرفته اند.

- پژوهش هایی که به فرض صفت بودن این سازه دست یافته اند عبارت اند از:

رکن الدینی (۱۳۸۷) با پژوهشی بر روی جمعیت عمومی شهر تهران به این نتیجه رسید که ناگویی خلقی تحت تاثیر ابعاد شخصیتی قرار دارد، او دریافت که ناگویی خلقی با بعد نوروگرایی رابطه مثبت و با بعدهای برون گرایی، تجربه پذیری، همسازی و وظیفه شناسی رابطه منفی معنی داری دارد.

بشارت (۱۳۸۶) در پژوهشی بر روی دانشجویان دانشگاه تهران به این نتیجه رسید که خصیصه های شخصیتی بر توانمندیهای فردی در زمینه ی پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجانها تاثیرگذارند، او دریافت که ناگویی خلقی با نوروگرایی رابطه مثبت و با برونگرایی و تجربه پذیری رابطه منفی دارد در نتیجه این مولفه ها را مولفه های پیش بینی کننده ی ناگویی خلقی معرفی نمود. مهرابی زاده هنرمند، افشاری و داوودی (۱۳۸۹) در پژوهشی به مقایسه

<sup>57</sup> . Confirmatory factor analysis

<sup>58</sup> . Internal consistency

<sup>59</sup> . Modestin, J. Furrer, R., Malti, T.

<sup>60</sup> . Muller, J., Alpers. G. W., Reim. N., Sub. H.

دانشجویان مبتلا به ناگویی خلقی و دانشجویان غیر مبتلا در دانشگاه شهید چمران اهواز پرداخته و به این نتیجه دست یافتند که در بین ابعاد شخصیتی روان رنجورخویی، وجدانی بودن، توافق و فراخ ذهنی بیش از سایر ابعاد دیگر در ناگویی خلقی موثرند و قادر به پیش بینی این سازه در فرد می باشند. داوودی و افشاری (۱۳۹۰) در پژوهشی بر روی دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز دریافتند که روان رنجور خویی بالا و توافق ذهنی پایین با ناگویی خلقی رابطه دارند اما برونگرایی و با وجدان بودن نقش بسزایی در پیش بینی این سازه ندارند.

- پژوهش هایی که به فرض حالت بودن ناگویی خلقی رسیدند عبارتند از:

بشارت (۱۳۸۷ ب) در پژوهشی بر روی دانشجویان دانشگاه تهران دریافت که نارسایی هیجانی با سبک های دفاعی من در ارتباط است بدین صورت که با سبک های دفاعی رشد یافته همبستگی منفی و با سبک های دفاعی نوروپیک و رشد نیافته همبستگی مثبت دارد، یعنی افراد مبتلا به ناگویی خلقی از سبک های دفاعی رشد یافته استفاده نمی کنند بلکه به سبک های دفاعی نوروپیک و رشد نیافته پناه میبرند و باعث افزایش درماندگی روانشناختی خود شده و دچار یک چرخه معیوب می شوند. مهرابی زاده هنرمند، افشاری و داوودی (۱۳۸۹) در پژوهش خود رابطه خطی ابعاد شخصیت، سبک های دلبستگی، رویدادهای تنیدگی زای زندگی و جنسیت را با ناگویی خلقی بررسی کرده و دریافتند که فردی که روان رنجورخویی بالا، وجدانی بودن، توافق و فراخ ذهنی پایینی داشته باشد و از سبک دلبستگی دوسوگرایی اضطرابی پیروی کند ناگویی خلقی اش افزایش میابد. پورآقا رودبرده، حکیم جواد و کافی (۱۳۹۰) در پژوهش خود بر روی نوجوانان شهر رشت دریافتند که بین مولفه های دلبستگی به مادر و ناگویی خلقی رابطه معنی داری وجود دارد و بیان نمودند که از طریق دو مولفه ی ارتباط و بیگانگی دلبستگی، می توان ناگویی خلقی را پیش بینی کرد. حسین زاده؛ هومن، صالحی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی بر روی نوجوانان مازندرانی به این نتیجه رسیدند که با کاهش حمایت افراطی و افزایش مراقبت مادری از فرزندان، پیوند مادری تحکیم می یابد و باعث می گردد، رشد عواطف و نظم دهی هیجانات فرزندان در دوران کودکی تسهیل شود، که پیامد مثبت آن پیش گیری از ناگویی خلقی است.

• در زمینه همراهی ناگویی خلقی با بیماری های روانشناختی و جسمانی نیز پژوهش های زیر انجام شده اند.  
شاهقلیان، مرادی و کافی (۱۳۸۶) در پژوهشی بر روی دانشجویان گیلان به این نتیجه دست یافتند که ناگویی خلقی با سلامت عمومی رابطه دارد و افزایش این سازه با کاهش سلامت عمومی همراه است.

بشارت (۱۳۸۷ الف) در پژوهشی بر روی دانشجویان دانشگاه تهران دریافت که ناگویی خلقی با بهزیستی روانشناختی رابطه منفی و با درماندگی روانشناختی، اضطراب و افسردگی رابطه مثبت دارد، همچنین بیان داشت که مولفه ی تفکر عینی تنها قادر به پیش بینی تغییرات مربوط به اضطراب است. حشمتی (۱۳۸۸) با مقایسه بیماران سایکوتیک، غیر سایکوتیک و بهنجار دریافت که ناگویی خلقی در بیماران سایکوتیک بیشتر از دو گروه دیگر است. احدی (۱۳۸۸) در پژوهشی بر روی مبتلایان به افسردگی اساسی در شهرستان اردبیل به این نتیجه رسید که فقط، مولفه ی دشواری در شناسایی احساسات قادر به پیش بینی معنی دار نشانه های آسیب شناسی روانی افسردگی اساسی است و نقش دو مولفه دیگر ناچیز است. حشمتی؛ قربانی، رستمی و همکاران (۱۳۸۹) با مقایسه بیماران سایکوتیک، غیر سایکوتیک و افراد بهنجار شهر تهران دریافتند که ناگویی خلقی در بیماران سایکوتیک بیشتر از بیماران غیر سایکوتیک و در افراد بهنجار کمتر از بیماران غیر سایکوتیک می باشد. او همچنین بیان داشت که ناگویی خلقی بالا می تواند به عنوان یک عامل خطر برای ابتلا به بیماری های سایکوتیک شناخته شود و علاوه بر آن بیماران مبتلا به ناگویی خلقی بالا از پیش آگاهی بدتری جهت درمان برخوردارند. مظاهری و افشار (۱۳۸۹) در پژوهشی بر روی بیماران روان پزشکی اصفهان دریافتند که دو بعد دشواری در شناسایی و توصیف احساسات با

افسردگی و اضطراب همبستگی معنی داری دارند، با این وجود نمی توان گفت که ناگویی خلقی توانایی پیش بینی تغییرات افسردگی و اضطراب را دارا می باشد. مظاهری؛ افشار، محمدی و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهشی بر روی بیماران روانتی دارای اختلال گوارشی عملکردی در شهر اصفهان دریافتند که تنها بعد، دشواری در شناسایی احساسات با افسردگی، اضطراب و شدت علائم گوارشی بیماران همبستگی مثبت و معنی داری دارد و این بعد، قادر به پیش بینی تغییرات مربوط به اختلالات یاد شده می باشد. مظاهری، افشار و محمدی (۱۳۹۰) با مقایسه بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی و افراد سالم دریافتند که از نظر میزان ناگویی خلقی و شدت علائم گوارشی تفاوت معنی داری بین این دو گروه وجود دارد. عیسی زادگان و فتح ابادی (۱۳۹۰) در پژوهشی بر روی دانشجویان ارومیه به این نتیجه رسیدند که ناگویی خلقی با تمام زیرمقیاس های سلامت عمومی رابطه مثبت و معنی داری دارد و هر چه بر میزان این سازه افزوده شود از سلامت عمومی کاسته می شود. آن ها همچنین بیان داشتند که دو متغیر اضطراب و ناکنش وری در سلامت عمومی مهمترین متغیر پیش بینی کننده ی ناگویی خلقی اند. میکاییلی؛ کریم نژاد، ایرانی و همکاران (۱۳۹۱) نیز در پژوهشی بر روی معناتان شهر اردبیل، همبستگی مثبت معنی داری بین ناگویی خلقی و سلامت عمومی را پیدا کردند.

• پژوهشی پیرامون این مسئله که آیا ناگویی خلقی پدیده ای وابسته به فرهنگ می باشد یا خیر صورت گرفته که عبارت است از:

پژوهش مرادی و شاهقلیان (۱۳۸۶) بر روی چهارخورده فرهنگ ایرانی (کرد، ترک، لر، فارس) در دانشگاه تربیت معلم تهران، نشان داد که میان میزان ناگویی خلقی و خرده فرهنگ های نامبرده شده تفاوت معناداری وجود ندارد و این افراد صرف نظر از زبانی که به آن تکلم میکنند و خرده فرهنگی که در آن بزرگ شده اند تفاوت معنی داری در توانایی تشخیص و توصیف هیجان های خود با یکدیگر ندارند.

• پژوهش هایی که ناگویی خلقی را در افراد معتاد بررسی کرده اند عبارتند از: قلعه بان (۱۳۸۶) در پژوهشی دریافت که ناگویی خلقی افراد معتاد بیشتر از افراد غیر معتاد است. نریمانی و پور اسماعیلی (۱۳۹۱) با مقایسه افراد معتاد، افراد تحت درمان با متادون و افراد سالم شهر اردبیل تفاوت معنی داری در میزان ناگویی خلقی این سه گروه مشاهده کردند و بیان داشتند که افراد معتاد بیشتر از افراد تحت درمان با متادون و افراد غیر معتاد کمتر از افراد تحت درمان، ناگویی خلقی دارند. آن ها همچنین به این نتیجه رسیدند که تفاوتی در زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساسات، بین افراد معتاد و تحت درمان دیده شده است.

• میزان شیوع ناگویی خلقی از نظر سن، جنس، هوش و تحصیلات در پژوهش های مختلف بدین قرار بوده است: شاهقلیان، مرادی و کافی (۱۳۸۶) تفاوت معنی داری را بین دو جنس در ابتلای به ناگویی خلقی مشاهده نکردند. همچنین بیان داشتند که افراد مبتلا به ناگویی خلقی از هوش هیجانی پایینی برخوردارند. رکن الدینی (۱۳۸۷) دریافت که ناگویی خلقی با سن و جنس همبستگی معنی داری ندارد اما با سطح تحصیلات دارای رابطه منفی می باشد. کریمی (۱۳۸۷) با مقایسه دانش آموزان تیزهوش و عادی به این نتیجه رسید که ناگویی خلقی تنها، با هوش هیجانی رابطه ی منفی دارد و میزان هوش شناختی در آن اثرگذار نبوده است.

حشمتی (۱۳۸۸) دریافت که مردان سایکوتیک نسبت به زنان سایکوتیک مشکلات بیشتری را در دشواری توصیف احساسات و تفکر عینی دارند و همچنین به این نتیجه رسیدند که سطوح بالای ناگویی خلقی در مردان، آن ها را در خطر بیشتری برای آسیب پذیری به اختلالات سایکوتیک قرار میدهد.

حشمتی؛ قربانی، رستمی و همکاران (۱۳۸۹) دریافتند که ناگویی خلقی در مردان در هر سه گروه سایکوتیک، غیرسایکوتیک و بهنجار بیشتر از زنان بوده است. مهرابی زاده هنرمند، افشاری و داوودی (۱۳۹۸) دریافتند که جنسیت اهمیت بالایی در پیش بینی ناگویی خلقی ندارد. مظاهری، افشار و محمدی (۱۳۹۰) دریافتند که هرچه سطح تحصیلات افراد بالاتر باشد خطر ناگویی خلقی در آن‌ها کمتر است، بالاخص در دو مولفه دشواری در شناسایی و توصیف احساسات مشکلات کمتری دیده می‌شود. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که در افراد بهنجار سن با مولفه‌ی تمرکز عینی، و جنس با بعد دشواری در شناسایی احساسات ارتباط دارد.

• از آنجایی که ناگویی خلقی باعث ایجاد مشکلات فردی و اجتماعی فراوانی خواهد شد پژوهش‌های متعددی در این رابطه صورت گرفته است:

یکی از موارد ایجاد مشکلات فردی و اجتماعی، نداشتن سلامت روان است، موردی دیگر نوع نامناسب رابطه مادر و فرزندی است و همچنین استفاده از سبک‌های دفاعی معیوب، اینها مواردی است که پژوهش‌های پیرامون آن‌ها را قبلاً ذکر کردیم، در ادامه به سایر موارد همچون مشکلات بین شخصی، سبک‌های مقابله با استرس نامناسب، نداشتن خودکارآمدی و نارضایتی شغلی می‌پردازیم. بشارت (۱۳۸۸ الف) در پژوهشی بر روی دانشجویان دانشگاه تهران دریافت که ناگویی خلقی با مشکلات بین فردی همبستگی مثبت دارد و می‌تواند مشکلات بین فردی را در چهار زمینه‌ی قاطعیت، مردم‌امیزی، صمیمیت و مسئولیت‌پذیری پیش‌بینی کند. بشارت (۱۳۸۸ ب) در پژوهشی بر روی دانشجویان دانشگاه تهران به این نتیجه رسید که ناگویی خلقی با سبک‌های مقابله با استرس رابطه دارد و دریافت که بین ناگویی خلقی و سبک مقابله مساله محور و هیجان محور مثبت همبستگی مثبت و بین ناگویی خلقی و سبک مقابله با هیجان محور منفی همبستگی منفی وجود دارد. بشارت؛ کوچی، دهقانی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی بر روی بیماران مبتلا به درد مزمن به نقش تعدیل‌کننده‌ی خودکارآمدی در ناگویی خلقی پی برده و نشان دادند که کاهش خودکارآمدی در فرد موجب افزایش ناگویی خلقی و به تبع آن شدت گرفتن درد و ناتوانی حاصل از درد می‌انجامد. خدابخشی و منصور (۱۳۹۱) در پژوهشی بر روی دانشجویان پرستاری دانشگاه تهران دریافتند که ناگویی خلقی با فرسودگی شغلی همبستگی مثبت و معنی‌داری دارد.

- گاهی وجود برخی مشکلات خود مزید بر علت شده بر مشکلات فردی و اجتماعی فرد می‌افزاید از میان این موارد می‌توان به اعتیاد و اختلالات یادگیری در فرد و داشتن فرزند ناتوان در یادگیری اشاره نمود. قلعه بان (۱۳۸۷) دریافت که اعتیاد منجر به خودکارآمدی ضعیف در فرد میشود و به تبع آن بر ناگویی خلقی فرد افزوده میشود. سلیمانی؛ زاهدبابلان، فرزانه و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی در اردبیل به مقایسه دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری و عادی پرداختند و دریافتند که دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری به طور معنی‌داری در شناسایی و توصیف احساسات و تفکر عینی ضعیف‌تر از دانش‌آموزان عادی می‌باشند، علاوه بر آن به دلیل ضعف دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری در مهارت‌های اجتماعی ناگویی خلقی آن‌ها افزایش می‌یابد. کیامرثی و ایل بیگی قلعه نی (۱۳۹۱) در پژوهشی بر روی دانش‌آموزان ADHD دریافتند که نارسایی هیجانی با رضایت از زندگی آن‌ها رابطه منفی معنی‌داری دارد و همچنین به این نتیجه رسیدند که احساس پیوستگی و نارسایی هیجانی بالا باعث کاهش رضایت از زندگی آن‌ها می‌شود.

گلبیان کوله مرز، درتاج و محمدامینی (۱۳۹۱) با پژوهش بر روی مادران دارای فرزندان ناتوان در یادگیری دریافتند که ناگویی یکی از ویژگی‌های این مادران است و میزان این ناگویی خلقی در مقایسه با سایر مادران بیشتر است. این مادران به دلیل ناگویی خلقی بالایشان از کنترل عاطفی کمتر و توانایی محدودتری در سازگاری با شرایط تنش‌زا برخوردارند.

• در انتها به بیان روش های پیشگیری و درمانی پیشنهادی رد مورد ناگویی خلقی اشاره میکنیم:

با توجه به موارد گفته شده هرگونه اقدامی جهت جلوگیری از ناگویی خلقی باید از دوران کودکی صورت گیرد، از رابطه مادر- فرزندی گرفته تا آموزش های مهارت های لازم در طی تربیت برای داشتن زندگی بهتر. حال اگر با موردی برخورد کنیم که مبتلا به ناگویی خلقی است با آموزش همان مهارت های لازم که فرد در آن ها مشکل داشته یا با آن ها آشنایی ندارد، می توانیم در جهت کمک به او اقدام نماییم.

شاهقلیان، مرادی و کافی (۱۳۸۶) دریافتند که ناگویی خلقی با تمام زیر مقیاس های کنترل هیجانی ارتباط دارد بدین صورت که با بازداری هیجانی و نشخوار رابطه مثبت و با کنترل پرخاشگری و کنترل خوش خیم رابطه منفی دارد، همچنین به این نتیجه دست یافتند که ناگویی خلقی با سبک دوسوگرایی ابراز هیجان رابطه ای مستقیم دارد. در نتیجه می توان با استفاده از راهبرهای آموزش سبک های ابرازگری هیجانی درست به افراد در جهت پیشگیری و درمان این سازه کمک کرد. بشارت پیشنهاد کرد که در سطح عملی و مخصوصا بالینی، با تهیه برنامه های آموزشی مهارتهای هیجانی می توان راهبردهای مناسب و کارآمد را به افراد آموزش داده (۱۳۸۶) و به او کمک نمود تا در استفاده از مکانیسم های دفاعی رشدیافته (۱۳۸۷ الف) و کسب مهارت های ارتباطی (۱۳۸۸ ب) به شیوه ای درست عمل کند. همچنین می توان با تزریق این موارد در چهارچوب برنامه های مداخله ای موجود در درمانهای مبتنی بر پردازش اطلاعات هیجانس و تنظیم هیجانها بر کارآمدی فرد افزود.

نیکوگفتار (۱۳۸۸) نیز دریافت که با آموزش هوش هیجانی به فرد مبتلا به ناگویی خلقی می توان از دشواری در توصیف احساسات کاست و بر مهارت های اجتماعی او افزود، که این خود باعث بهبود ناگویی خلقی خواهد شد.

عیسی زادگان و فتح ابادی (۱۳۹۱) دریافتند که فرد مبتلا به ناگویی خلقی از راهبردهای نظم دهی شناختی ناکارآمدتری استفاده میکند. آن ها چهار متغیر سرزش خود، فاجعه امیز پنداری، سرزنش دیگران و پذیرش را مهمترین پیش بینی کنندگان ناگویی خلقی معرفی کرده اند. همچنین به این نتیجه رسیدند که ناگویی خلقی با توجه مثبت مجدد و پذیرش رابطه منفی دارد. به همین دلیل می توان با آموزش استفاده درست از راهبرهای شناختی هیجان به فرد مبتلا کمک نمود.

به طور کلی می توان گفت که با توجه به افزایش طول مدت درمان و پر هزینه بودن آن برای فرد، جامعه و سیستم بهداشت و درمان، می توان پیشنهاد داد که با شناسایی عوامل تاثیرگذار و استفاده از اقدامات آموزشی مناسب همچون تدوین برنامه های آموزشی جهت بالا بردن سطح بهداشت روانی و بکارگیری درمانهای روانشناختی موثر در کنار درمان های سنتی و رایج، به بهبود، پیش بینی و پیشگیری از ناگویی خلقی کمک نمود (بشارت ۱۳۹۰).

## نتیجه گیری

هرچند ناگویی خلقی در ایران موضوعی ناب و جدید بوده اما امروزه یافته های حاصل از پژوهش های انجام شده اطلاعات ارزشمندی را در اختیار ما قرار داده است که به صورت خلاصه می توانیم بگوییم: ناگویی خلقی سازه ایست که با روان رنجورخویی و نحوه ی تعاملات کودکی به شدت در ارتباط بوده و باعث ایجاد مشکلات بین فردی بسیار و در نهایت نارضایتی از زندگی فردی می شود به همین دلیل اقدامات پیشگیرانه و درمانی در رابطه با آن بسیار ضروری است. در کنار پژوهش های انجام شده به نظر می رسد می توان پرسش ها و فرضیه های زیادی جهت کسب اطلاعات بیشتر در مورد ناگویی خلقی را پیشنهاد نمود که از میان آن ها می توان به بررسی رابطه ناگویی خلقی با مواردی چون میزان کنترل نفس،

خودتاباوری، اختلاف سنی فرزندان و والدین، تولد در فصل های سرد و گرم سال، میزان حمایت اجتماعی، چندمین فرزند خانواده بودن و همچنین مبتلا بودن به اختلالات شخصیتی و اختلالات هورمونی اشاره کرد.

## منابع

- احدی، بتول (۱۳۸۸). نقش ویژگی های شخصیتی ناگویی خلقی در پیش بینی نشانه های آسیب شناسی روانی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۷(۱)، ۳۲ - ۲۵.
- بشارت، محمد علی (۱۳۸۶). رابطه ابعاد شخصیت و ناگویی خلقی. *روانشناسی معاصر*، ۲(۴)، ۵۸ - ۵۰.
- بشارت، محمد علی (۱۳۸۷ الف). رابطه نارسایی هیجانی با اضطراب، افسردگی، درماندگی روانشناختی و بهزیستی روانشناختی. *فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز*، ۳(۱۰)، ۴۶ - ۲۴.
- بشارت، محمد علی (۱۳۸۷ ب). نارسایی هیجانی و سبک های دفاعی. *مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی*، ۱۰(۳)، ۱۹۰ - ۱۸۱.
- بشارت، محمد علی (۱۳۸۸ الف). ناگویی هیجانی و مشکلات بین شخصی. *مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی*، ۱۰(۱)، ۱۴۵ - ۱۲۹.
- بشارت، محمد علی (۱۳۸۸ ب). رابطه نارسایی هیجانی و سبک های مقابله با استرس. *اندیشه های نوین تربیتی*، ۵(۴)، ۲۷ - ۹.
- بشارت، محمد علی؛ کوچی، صدیقه، دهقانی، محسن، فراهانی، حجت اله و مومن زاده، سیروس (۱۳۹۰). بررسی نقش تعدیل کننده ی خودکارآمدی بر رابطه ناگویی هیجانی، شدت درد و ناتوانی ناشی از درد در بیماران مبتلا به درد مزمن. *فصلنامه پژوهش های نوین روانشناسی*، ۶(۲۱)، ۲۳۰ - ۲۱۳.
- بگیان کوله مرز، محمد جواد، درتاج، فریبرز و محمد امینی، مهدی (۱۳۹۱). مقایسه ناگویی خلقی و کنترل عواطف در مادران دانش آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری. *مجله ناتوانی یادگیری*، ۲(۴۲/۲ - ۶)، ۳۴ - ۶.
- پور اقا رودبرده، فاطمه، حکیم جواد، منصور و کافی، موسی (۱۳۹۰). ارتباط بین الکسی تایمیا و دل بستگی به مادر در دختران و پسران نوجوان. *مجله ی اصول بهداشت روانی*، ۱۲(۱)، ۶۵ - ۶۰.
- حسین زاده، علی اصغر؛ هومن، حیدر علی، صالحی، مهدیه و کوشکی، شیرین (۱۳۹۱). پیوند مادری و نشانه های آسیب پذیری مرتبط با خوردن: نقش واسطه ای باورهای اختلال خوردن و ناگویی خلقی. *روانشناسی تحولی: روانشناسی ایرانی*، ۹(۳۴)، ۱۴۲ - ۱۲۹.
- حشمتی، رسول (۱۳۸۸). بررسی ناگویی خلقی و خودشناسی انسجامی در بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک، غیر سایکوتیک و افراد بهنجار. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
- حشمتی، رسول؛ قربانی، نیما، رستمی، رضا، احمدی، محسن و اخوان، حمید (۱۳۸۹). بررسی مقایسه ای ناگویی خلقی در بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک، غیر سایکوتیک و افراد بهنجار. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان*، ۱۷(۱)، ۵۶ - ۶۱.
- خدابخش، محمدرضا و منصوری، پروین (۱۳۹۱). بررسی رابطه ناگویی خلقی و متغیر های دموگرافیک با فرسودگی شغلی پرستاران. *مجله پزشکی هرمزگان*، ۱۶(۲)، ۱۶۱ - ۱۵۱.
- داودی، ایران و افشاری، افروز (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین الکسی تایمیا با صفات شخصیتی در دانشجویان. *پژوهش های روانشناسی بالینی و مشاوره*، ۱(۲)، ۱۵۰ - ۱۳۷.
- رکن الدینی، الهام (۱۳۸۷). بررسی رابطه ابعاد شخصیت و ناگویی خلقی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
- سلیمانی، اسماعیل؛ زاهد بابان، عادل، فرزانهف جبراهل و ستوده، محمد باقر (۱۳۹۰). مقایسه نارسایی هیجانی و مهارت های اجتماعی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری و بهنجار. *مجله ناتوانی های یادگیری*، ۱(۹۳/۱ - ۷۸)، ۹۳ - ۷۸.
- شاهقلیان، مهناز؛ مرادی، علیرضا و کافی، موسی (۱۳۸۶). رابطه الکسی تایمیا با سبک های ابراز هیجان و سلامت عمومی در دانشجویان. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۳(۳)، ۲۴۸ - ۲۳۸.

عیسی زادگان، علی و فتح ابادی، جلیل (۱۳۹۱). نقش راهبرهای نظم دهی شناختی هیجان و سلامت عمومی در ناگویی خلقی. *روانشناسی تحولی: روانشناسی ایرانی*، ۸(۳۱)، ۲۶۹ - ۲۵۹.

قلعه بان، مریم (۱۳۸۷). بررسی و مقایسه ناگویی خلقی و خودتنظیم گری در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و افراد بهنجار. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.

کیامرثی، اذر و ایل بیگی قلعه نی (۱۳۹۱). ارتباط احساس پیوستگی و نارسایی هیجانی با رضایت از زندگی در دانش آموزان دختر دارای نشانه های ADHD. *مجله روانشناسی مدرسه*، ۱(۹۲ - ۷۶)، ۹۲ - ۷۶.

کریمی، منصوره (۱۳۸۷). مقایسه ناگویی خلقی و هوش هیجانی در دانش آموزان مدارس تیز هوش و عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.

مرادی، علیرضا و شاهقلیان، مهناز (۱۳۸۶). الگوی تایمیا و سبک های ابراز هیجان در خرده فرهنگ های ایرانی. *فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز*، ۲(۷)، ۱۰۲ - ۸۶.

مظاهری، مینا و افشار، حمید (۱۳۸۹). ارتباط الگوی تایمیا با افسردگی و اضطراب در بیماران روان پزشکی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۲(۳)، ۴۷۹ - ۴۷۰.

مظاهری، مینا، افشار، حمید و محمدی، نرگس (۱۳۹۰). الگوی تایمیا و اختلالات روان تنی (گوارشی). *تحقیقات علوم رفتاری*، ۹(۵)، ۱۵۵ - ۱۴۷.

مظاهری، مینا؛ افشار، حمید، محمدی، نرگس، دقاق زاده، حامد، باقریان، رضا و ادیبی، پیمان (۱۳۸۹). ارتباط ابعاد الگوی تایمیا با افسردگی و اضطراب در مبتلایان به اختلالات گوارشی عملکردی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۸(۲)، ۱۰۱ - ۹۲.

مهرابی زاده هنرمند، مهناز، افشاری، افروز و داوود، ایران (۱۳۸۹). بررسی صفات شخصیتی، سبک های دلبستگی، رویدادهای تنیدگی زا و جنسیت به عنوان پیش بین های ناگویی خلقی. *مجله روانشناسی*، ۵۵(۳)، ۳۴۴ - ۳۱۹.

میکاییلی، نیلوفر؛ کریم نژادف فرزاد، ایرانی، فاطمه و پیر نبی خواه، نسیم (۱۳۹۱). ناگویی خلقی (الگوی تایمیا) و شهخص های روان تنی در پیش بینی سلامت عمومی در سوء مصرف کنندگان مواد مخدر. چهارمین کنگره اختلالات روان تنی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.

نریمانی، محمد و پور اسمعیلی، اصغر (۱۳۹۱). مقایسه ناگویی خلقی و هوش معنوی در افراد معتاد، افراد تحت درمان با متادون و افراد غیر معتاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۶(۲۲)، ۲۲ - ۷.

نیکوگفتار، منصوره (۱۳۸۸). آموزش هوش هیجانی، ناگویی خلقی، سلامت عمومی و پیشرفت تحصیلی. *فصلنامه روانشناسی ایرانی*، ۵(۱۹)، ۱۹۸ - ۱۸۷.

From Wikipedia, the free encyclopedia. Alexithymia. [cited 2013 May 01]. Available from: <http://en.wikipedia.org/wiki/Alexithymia>

M.A. (2008). Psychometric Characteristics of Persian Version of the Toronto Alexithymia Scale-20 in Clinical and Non-Clinical Samples Besharat. *IJMS* 33(1), 6-1.