



Predicting Alexithymia Based on Early Maladaptive Schemas and Emotional Expressions with the Mediating Role of Cognitive Flexibility in Patients with Chronic Pain

Leily Vakilian

PhD student, Islamic Azad University, Tonekabon Branch, Iran.

Morteza Tarkhan

Associate Professor of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Javad Khalatbari

Associate Professor of Psychology, Islamic Azad University, Tonekabon Branch, Iran

Abstract

The purpose of this study was to predict Alexithymia based on early maladaptive schemas and emotional expressiveness with the role of mediating cognitive flexibility in patients with chronic pain. The research method was correlational and path analysis studies. For this study, 300 patients with chronic pain referred to Tehran hospitals were selected by multistage cluster sampling. Participants completed the questionnaires of early maladaptive schemas Yang (1988), King's and Ammons emotional expressiveness (1990), Toronto Emotional Intelligence (1994), Tagizadeh and Nikkha's Cognitive Flexibility (2015). Amos and SPSS software were used for data analysis. The results of path analysis showed that only the domains of disturbed constraints of 0.18 and other areas of orientation of 0.14 have a positive effect in explaining the variance of alexithymia ($p < 0.05$). Emotional expression in explaining the variance of alexithymia by -0.27; Affects the mediating variable (cognitive flexibility) -0.44 ($p < 0.01$). Finally, emotional expression with an impact factor of -0.31 has an indirect effect on alexithymia through cognitive flexibility ($p < 0.01$). The results of this study can be used to reduce the level of alexithymia by correcting early maladaptive schemas, emotional expression and cognitive flexibility in patients with chronic pain.

Keywords: alexithymia, early maladaptive schemas, emotional expression, cognitive flexibility, patients with chronic pain.

پیش‌بینی ناگویی هیجانی بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ابرازگری هیجانی با نقش میانجیگری انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به درد مزمن

لیلی وکیلان

دانشجوی دکتری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تنکابن، ایران.

مرتضی ترخان*

دانشیار روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

جواد خلعتبری

دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تنکابن، ایران

چکیده

هدف پژوهش، پیش‌بینی ناگویی هیجانی بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ابرازگری هیجانی با نقش میانجیگری انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به درد مزمن است. روش پژوهش حاضر، همبستگی و از نوع مطالعات تحلیل مسیر بود. برای انجام پژوهش ۳۰۰ نفر از بیماران دچار درد مزمن مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۳۹۷ با شیوه نمونه‌گیری پژوهش خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه (Young, 1998)، ابرازگری هیجان (King & Emmons, 1990)، ناگویی هیجانی تورنتو (Babgy, Parker & Taylor, 1994) و انعطاف‌پذیری شناختی (Taghizadeh & Nikkha, 2015) را تکمیل نمودند. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزارهای Amos و SPSS استفاده گردید. نتایج تحلیل مسیر نشان داد فقط حوزه‌های محدودیت‌های مختل به میزان ۰/۱۸ و دیگر جهت‌مندی به میزان ۰/۱۴ در تبیین واریانس ناگویی هیجانی تأثیر مثبتی دارد ($p < ۰/۰۵$). ابرازگری هیجانی در تبیین واریانس ناگویی هیجانی ۰/۲۷-؛ بر متغیر میانجی (انعطاف‌پذیری شناختی) ۰/۴۴- تأثیر دارد ($p < ۰/۰۱$). در نهایت، ابرازگری هیجانی با ضریب تأثیر ۰/۳۱- بر ناگویی هیجانی از طریق انعطاف‌پذیری شناختی تأثیر غیرمستقیم دارد ($p < ۰/۰۱$). از نتایج این پژوهش می‌توان در راستای کاهش سطح ناگویی هیجانی با استفاده از اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ابرازگری هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به درد مزمن استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: ناگویی هیجانی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ابرازگری هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی، بیماران مبتلا به درد مزمن.

مقدمه

قبیل اعتماد به نفس پایین، افسردگی و ناامیدی شود (Abdollahifard, & Parkoochi, Amirzadeh, Mohabbati) 2015. طبق پژوهش‌های انجام شده می‌توان پیش‌بینی کرد که از جمله عوامل روانشناختی مرتبط با درد مزمن، ناگویی هیجانی است. ناگویی هیجانی (Alexithymia) با ناتوانی بالینی در شناسایی و توصیف احساسات تجربه شده توسط خود یا دیگران مشخص می‌شود و ویژگی اصلی آن اختلال عملکرد در آگاهی عاطفی، دلبستگی اجتماعی و ارتباط بین فردی است (Goerlich, 2019). اصطلاح «ناگویی هیجانی» را در سال ۱۹۷۳ Sifneos ابداع کرد تا بیماران روانی را توصیف کند، که علائم مشترک زیادی داشتند. این بیماران در شناسایی عواطف، پیدا کردن کلمات مناسب برای توصیف آن‌ها و تشخیص عواطف، دشواری قابل توجهی نشان دادند. سیفتنوس اصلاح ناگویی هیجانی را از ترکیب دو کلمه یونانی (ناگویی) و (هیجانی) برای توصیف دشواری‌های خاصی که برگرفته از نقایص عصبی و روانی‌اند، مطرح کرد (Tesio, Hosoi & Castelli, 2019). افراد مبتلا به ناگویی هیجانی در مورد احساسات خود بسیار اندک می‌دانند و در اکثر موارد قادر به پیوند دادن آن‌ها به خاطرات و تخیلات یا موقعیت‌های خاص نیستند؛ در حالت افراطی افراد ناگو تقریباً اتوماتیک‌های ارگانیزمند که در دنیای یک تا دو بعدی عمل می‌کنند و از کامل بودن احساسات و عواطف محرومند (Di Tella & Castelli, 2016).

یکی از مؤلفه‌های شناختی-هیجانی که تاحدی با ناگویی هیجانی مرتبط دانسته شده است، طرحواره‌های ناسازگار اولیه (Maladaptive earlier schema) است. طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگویی فکری یا رفتاری را توصیف می‌کند که اطلاعات را دسته‌بندی و روابط میان آن‌ها را سازماندهی می‌کند (Taylor, Bee & Haddock, 2017). طرحواره‌های ناسازگار اولیه توسط (Young, Klosko & Weishaar, 2003) به عنوان موضوعات گسترده و فراگیر یا الگوهای مربوط به خاطرات، احساسات، احساسات و افکار مربوط به خود و روابط خود با دیگران توصیف شده‌اند که در دوران کودکی یا نوجوانی ایجاد شده‌اند (Nordahl, Høifødt, & Bohne, Landsem, Wang & Thimm, 2019). این دسته از

از زمان ارسطو، درد (pain) نه تنها به عنوان یک ادراک، بلکه به عنوان یک حالت خلقی طبقه‌بندی شده و از حواس پنجگانه مجزا شده است. درد احساس پریشانی است که اغلب در اثر محرک‌های شدید یا آسیب‌دیده ایجاد می‌شود؛ به عبارتی تجربه عاطفی و یا احساسی ناخوشایند مرتبط با آسیب‌های بافتی است (Mittinty, Vanlint Stocks, Mittinty & Moseley, 2018). دردها از نظر طول مدت به دو دسته تقسیم می‌شوند: دردهای حاد (acute) و دردهای مزمن (chronic). درد حاد، احساسی طبیعی در هر فرد است که هشداردهنده صدمه یا بیماری است و بازه زمانی کوتاهی دارد؛ این در حالی است که درد مزمن، دردهایی را در برمی‌گیرد که بیش از ۱۲ هفته به طول می‌انجامد و به طور تقریبی می‌تواند از هر ۱۰ بزرگسال ۸ نفر را تحت تأثیر قرار دهد (Main, Keefe, Jensen & Vowles, 2016). شیوع دردهای مزمن در سراسر جهان رو به افزایش است به طوری که در حدود ۲۵ درصد از مبتلایان به درد مزمن با علائمی فراتر از درد مانند افسردگی و اضطراب که زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به سندرم درد مزمن مبتلا می‌شوند (Ravat, Olivier, Gillion & Lewis, 2019). درد مزمن جنبه‌های مختلفی از زندگی فرد از قبیل عملکرد هیجانی، بین فردی، شغلی و فیزیکی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و هزینه‌های گزافی را بر جامعه و سیستم بهداشت و درمان تحمیل می‌نماید. دردهای مزمن، نمونه‌ای از دردهایی‌اند که تأثیر آن روی بیمار، اهمیت اساسی در تعیین شدت درد که به طور متقابل بر زندگی روزمره سایه می‌افکند، دارد. درد مزمن در افراد می‌تواند تأثیرات جسمی نیز داشته باشد که سبب استرس بدنی از جمله، تنش عضلانی، محدودیت در توانایی حرکتی، کمبود انرژی و تغییر اشتها شود. همچنین اثرات عاطفی دردهای مزمن شامل افسردگی، عصبانیت، اضطراب و ترس از آسیب مجدد است. چنین ترسی ممکن است توانایی فرد را برای بازگشت به کارهای عادی یا اوقات فراغت خود محدود کند (Linton, Flink & Vlaeyen, 2018). درد مزمن تأثیرات منفی‌ای بر کیفیت زندگی، عملکرد روزمره زندگی، کاهش سیستم ایمنی بدن، خواب و تغذیه دارد و می‌تواند باعث بروز مشکلات روانی از

طرحواره‌ها، در دوران کودکی یا نوجوانی پیشرفت کرده و به رفتارهای ناکارآمد تبدیل می‌شوند (Flink, Lehto, Koivumaa-Honkanen, Viinamäki, Ruusunen & Valkonen-Korhonen, 2017). ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه وجود دارد که به ۵ حوزه تقسیم می‌شوند که هر یک از این پنج حوزه که شامل رهاشدگی و طرد (Disconnection & Rejection)، خودگردانی و عملکرد مختل (Impaired autonomy and performance)، محدودیت‌های مختل (Impaired limits)، دیگر جهت‌مندی (Other-directedness)، گوش به زنگی بیش از حد (Over vigilance and inhibition) و بازداری (Suppression) هستند جزء مهمی از نیازهای عاطفی افراد را نشان می‌دهند که در کودکی برآورده نشده‌اند (Voderholzer, Schwartz, Thiel, Kuelz, Hartmann & Scheidt, 2013). به طور کلی، طرحواره‌های ناسازگار می‌توانند به عنوان نتیجه تجربیات مضر بین فردی ایجاد شوند. بررسی‌های انجام شده نشان داده است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با انواع اختلالات روانشناختی مرتبط است که معمولاً در افراد با سابقه آسیب‌های بین فردی از جمله افسردگی و اضطراب در بزرگسالان، هراس اجتماعی، علائم بیماری اختلال در خوردن، اختلالات شخصیتی، رفتارهای خودآزایی، مشکلات دل‌بستگی، درگیری بین فردی و پریشانی روانی عمومی مطرح می‌شود (Karatzias, Jowett, Begley & Deas, 2016). طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه، الگوهای فراگیر، گسترده و خود آسیب‌رسانند که در دوران کودکی و نوجوانی شروع شده و رشد می‌کنند و در طول زندگی شخص تکرار می‌شوند. طبق تعریف، طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه خاطرات، عواطف، شناخت‌ها و احساس‌های بدنی را تشکیل می‌دهند (Martin & Young, 2010) و به فرد در پردازش اطلاعات دریافتی از جهان پیرامون و سازماندهی تجارب خود کمک می‌کنند (Thimm, 2013). مقابله ناسازگارانه (تسلیم، اجتناب، جبران افراطی) با طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نیاز به هماهنگی شناختی، اصلاح طبیعی طرحواره‌های ناسازگار اولیه از طریق تجارب درست را ناممکن می‌کند: در نتیجه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در طول زمان تداوم می‌یابند و صفت‌گونه می‌شوند (Roelofs, Broers, Rijkeboer & Bernstein, 2017). با توجه به آنچه تاکنون گفته شد، می‌توان پیش‌بینی کرد که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ناگویی هیجانی رابطه برقرار است و به احتمال زیاد طرحواره‌ها به عنوان یکی از پایه‌های شناختی ناگویی هیجانی، قادرند بروز این سازه را در فرد تحت تأثیر قرار دهند. یکی دیگر از عواملی که زمینه‌ساز آسیب روان‌شناختی و بیماری‌های جسمانی است، فرآیندهای کنترل و ابراز هیجان (Emotional expressiveness) است. ابرازگری هیجانی را می‌توان توانایی فردی در برقراری ارتباط حالت‌های عاطفی از طریق حرکات و حالت‌های غیر کلامی، از جمله از طریق چهره تعریف کرد (Keltner, Sauter, Tracy & Cowen, 2019). برخی از متغیرهای شخصیتی، رفتاری و روانشناختی به صورت مستقیم و غیر مستقیم، زمینه مساعدی را برای ابتلای افراد به بیماری‌های درد مزمن و کاهش کیفیت زندگی مبتلایان ایجاد می‌کند. در پژوهش‌های (Pahlavan, Besharat, Borjali & Farahani, 2018) بر اهمیت نقش ابراز هیجان، بر سلامت و بیماری افراد تأکید شده است. بعضی افراد هیجان‌هایشان را آزادانه و ظاهراً بدون نگرانی از پیامدهای آن ابراز می‌کنند، ولی برخی دیگر در انتقال حالت‌های هیجانی خود محافظه‌کارند. البته نقش فرهنگ در این میان همواره مورد بحث بوده است. علاوه بر این، ناگویی هیجانی با کنترل هیجانی ارتباط دارد. کنترل هیجانی (Emotional control)، چگونگی رفتار یا واکنش فرد نسبت به احساسات را نشان می‌دهد. این هیجان‌ات اغلب شامل، گناه، ناراحتی، احساس سرخوردگی یا ناامیدی، خشم، خودسرنوشتی و کم ارزش دانستن خود است (Dadomo, Grecucci, Giardini & Ugolini, 2016). به نظر می‌رسد میزان انعطاف‌پذیری شناختی (Cognitive flexibility) به عنوان توانایی منسجم کردن اطلاعات و مفاهیم از پیش آموخته شده، برای ارائه راه‌حل‌های جدید برای مشکلات جدید تعریف شده است (Rhodes & Rozell, 2017) که می‌تواند در میزان مقابله با درد در افراد مرتبط باشد. تحقیقات نشان داده‌اند که توانایی انسان برای انطباق استراتژی‌های پردازش شناختی با شرایط جدید و غیرمنتظره در محیط امری طبیعی است و افراد معمولاً در طی روز همواره در برابر بسیاری از مسائل مقاومت نشان می‌دهند که همان انعطاف‌پذیری شناختی است. افراد

طرحواره‌ها، در دوران کودکی یا نوجوانی پیشرفت کرده و به رفتارهای ناکارآمد تبدیل می‌شوند (Flink, Lehto, Koivumaa-Honkanen, Viinamäki, Ruusunen & Valkonen-Korhonen, 2017). ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه وجود دارد که به ۵ حوزه تقسیم می‌شوند که هر یک از این پنج حوزه که شامل رهاشدگی و طرد (Disconnection & Rejection)، خودگردانی و عملکرد مختل (Impaired autonomy and performance)، محدودیت‌های مختل (Impaired limits)، دیگر جهت‌مندی (Other-directedness)، گوش به زنگی بیش از حد (Over vigilance and inhibition) و بازداری (Suppression) هستند جزء مهمی از نیازهای عاطفی افراد را نشان می‌دهند که در کودکی برآورده نشده‌اند (Voderholzer, Schwartz, Thiel, Kuelz, Hartmann & Scheidt, 2013). به طور کلی، طرحواره‌های ناسازگار می‌توانند به عنوان نتیجه تجربیات مضر بین فردی ایجاد شوند. بررسی‌های انجام شده نشان داده است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با انواع اختلالات روانشناختی مرتبط است که معمولاً در افراد با سابقه آسیب‌های بین فردی از جمله افسردگی و اضطراب در بزرگسالان، هراس اجتماعی، علائم بیماری اختلال در خوردن، اختلالات شخصیتی، رفتارهای خودآزایی، مشکلات دل‌بستگی، درگیری بین فردی و پریشانی روانی عمومی مطرح می‌شود (Karatzias, Jowett, Begley & Deas, 2016). طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه، الگوهای فراگیر، گسترده و خود آسیب‌رسانند که در دوران کودکی و نوجوانی شروع شده و رشد می‌کنند و در طول زندگی شخص تکرار می‌شوند. طبق تعریف، طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه خاطرات، عواطف، شناخت‌ها و احساس‌های بدنی را تشکیل می‌دهند (Martin & Young, 2010) و به فرد در پردازش اطلاعات دریافتی از جهان پیرامون و سازماندهی تجارب خود کمک می‌کنند (Thimm, 2013). مقابله ناسازگارانه (تسلیم، اجتناب، جبران افراطی) با طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نیاز به هماهنگی شناختی، اصلاح طبیعی طرحواره‌های ناسازگار اولیه از طریق تجارب درست را ناممکن می‌کند: در نتیجه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در طول زمان تداوم می‌یابند و صفت‌گونه می‌شوند (Roelofs, Broers, Rijkeboer & Bernstein, 2017). با توجه به آنچه تاکنون گفته شد، می‌توان پیش‌بینی کرد که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ناگویی هیجانی رابطه برقرار است و به احتمال زیاد طرحواره‌ها به عنوان یکی از پایه‌های شناختی ناگویی هیجانی، قادرند بروز این سازه را در فرد تحت تأثیر قرار دهند. یکی دیگر از عواملی که زمینه‌ساز آسیب روان‌شناختی و بیماری‌های جسمانی است، فرآیندهای کنترل و ابراز هیجان (Emotional expressiveness) است. ابرازگری هیجانی را می‌توان توانایی فردی در برقراری ارتباط حالت‌های عاطفی از طریق حرکات و حالت‌های غیر کلامی، از جمله از طریق چهره تعریف کرد (Keltner, Sauter, Tracy & Cowen, 2019). برخی از متغیرهای شخصیتی، رفتاری و روانشناختی به صورت مستقیم و غیر مستقیم، زمینه مساعدی را برای ابتلای افراد به بیماری‌های درد مزمن و کاهش کیفیت زندگی مبتلایان ایجاد می‌کند. در پژوهش‌های (Pahlavan, Besharat, Borjali & Farahani, 2018) بر اهمیت نقش ابراز هیجان، بر سلامت و بیماری افراد تأکید شده است. بعضی افراد هیجان‌هایشان را آزادانه و ظاهراً بدون نگرانی از پیامدهای آن ابراز می‌کنند، ولی برخی دیگر در انتقال حالت‌های هیجانی خود محافظه‌کارند. البته نقش فرهنگ در این میان همواره مورد بحث بوده است. علاوه بر این، ناگویی هیجانی با کنترل هیجانی ارتباط دارد. کنترل هیجانی (Emotional control)، چگونگی رفتار یا واکنش فرد نسبت به احساسات را نشان می‌دهد. این هیجان‌ات اغلب شامل، گناه، ناراحتی، احساس سرخوردگی یا ناامیدی، خشم، خودسرنوشتی و کم ارزش دانستن خود است (Dadomo, Grecucci, Giardini & Ugolini, 2016). به نظر می‌رسد میزان انعطاف‌پذیری شناختی (Cognitive flexibility) به عنوان توانایی منسجم کردن اطلاعات و مفاهیم از پیش آموخته شده، برای ارائه راه‌حل‌های جدید برای مشکلات جدید تعریف شده است (Rhodes & Rozell, 2017) که می‌تواند در میزان مقابله با درد در افراد مرتبط باشد. تحقیقات نشان داده‌اند که توانایی انسان برای انطباق استراتژی‌های پردازش شناختی با شرایط جدید و غیرمنتظره در محیط امری طبیعی است و افراد معمولاً در طی روز همواره در برابر بسیاری از مسائل مقاومت نشان می‌دهند که همان انعطاف‌پذیری شناختی است. افراد

(Descriptive research)، از نظر زمان جمع‌آوری داده‌ها از نوع پژوهش‌های مقطعی، از نظر شیوه گردآوری داده‌های میدانی و از نظر شیوه اجرای تحلیل، تحلیل مسیر است. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران دچار درد مزمن مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بودند. شیوه نمونه‌گیری پژوهش خوشه‌ای مرحله بود. بر این اساس از بین مناطق بیستگانه تهران، یک منطقه (منطقه ۲) به صورت تصادفی و با استفاده از قرعه‌کشی با استفاده از نرم‌افزار کامپیوتری اکسل (Excel) و با استفاده از فرمول اعداد تصادفی (RANDBETWEEN: a,b) انتخاب شد. سپس از بین تمامی بیمارستان‌های این منطقه، بیمارستان‌های دارای بخش درد مزمن به طور تصادفی ۵ بیمارستان مشخص شد و در نهایت از بین کل بیماران این ۵ بیمارستان، ۳۰۰ نفر به صورت تصادفی از بین داوطلبان به عنوان نمونه نهایی غربالگری و مورد سنجش قرار گرفتند.

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از هر دو روش آمار توصیفی و آمار استنباطی و همچنین نرم افزار SPSS و AMOS ویرایش ۲۱ استفاده شد. شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار، همبستگی و جداول و نمودارها بود. همچنین برای تعمیم داده‌های نمونه به کل جامعه آماری و بررسی استنباطی فرضیه‌های پژوهش از روش‌های آمار استنباطی استفاده شد که در پژوهش حاضر با توجه به اینکه سه متغیر پیش‌بین و یک متغیر ملاک و یک متغیر واسطه‌ای داریم، از روش آماری معادلات ساختاری از نوع تحلیل مسیر استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو (Alexithymai Toronto Scale): پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو پرسشنامه‌ای ۲۰ سؤالی است برای سنجش ناگویی هیجانی توسط باگبی، پارکر و تیلور (Bagby & Parker & Taylor, 1994) ساخته شده است. گویه‌ها بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت به صورت «کاملاً موافقم: ۵، تا حدی موافقم: ۴، نه موافقم نه

هنگام مواجهه با مشکلات، به طور انعطاف‌پذیری راه مناسب در برخورد با مسائل را پیدا خواهند کرد (Herdiana, Suryanto & Handoyo, 2018). مطالعه‌ای درباره افراد دچار سکنه نشان داد نقص در انعطاف‌پذیری شناختی، ارتباط معناداری با تعادل و تحرک در این افراد دارد که حاکی از نقش مهم و مؤثر انعطاف‌پذیری شناختی در افراد دچار درد مزمنی مثل ناراحتی قلبی است (Liu Ambrose Donaldson & Ahamed, 2006). مطالعه حاضر انعطاف‌پذیری شناختی را به عنوان متغیر میانجی در بررسی رابطه تعدادی از فاکتورهای روانی در بیماران دچار درد مزمن می‌سنجد. با توجه به اینکه دردهای مزمن واجد ابعاد روانشناختی نیز هستند؛ بنابراین بررسی فاکتورهای روانی اهمیت پیدا می‌کند. روند درد تقریباً همیشه دارای یک جزء هیجانی است؛ بنابراین فرایندهای فیزیولوژیک و روانی در آن نقش متقابل دارند و در نتیجه توجه و بررسی عوامل روانی ضرورت می‌یابد. با توجه به مباحث مطرح شده هدف پژوهش حاضر پاسخگویی به این سؤال است که آیا ناگویی هیجانی بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ابرازگری هیجانی با نقش میانجیگری انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به درد مزمن قابل پیش‌بینی است؟ برای بررسی سؤال ذکر شده فرضیات سه‌گانه زیر طرح شد:

۱. طرحواره‌های ناسازگار اولیه، توانایی پیش‌بینی ناگویی هیجانی را به صورت مستقیم و از طریق میانجیگری انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به درد مزمن دارد.
۲. ابرازگری هیجانی، توانایی پیش‌بینی ناگویی هیجانی را به صورت مستقیم و از طریق انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به درد مزمن دارد.
۳. انعطاف‌پذیری شناختی، توانایی پیش‌بینی ناگویی هیجانی را دارد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: با توجه به هدف، این پژوهش از نظر نوع هدف کاربردی، از نظر روش، از نوع توصیفی و همبستگی (Correlational Research)، از نظر نحوه گردآوری داده‌ها یا طرح تحقیق، تحقیقی - توصیفی

به زندگی بیش از حد و بازداری و سؤالات ۶۶ تا ۷۵ حوزه محدودیت‌های مختل را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمرات بالا نشان‌دهنده وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیشتر در فرد است. اولین پژوهش جامع برای سنجش ویژگی‌های روانسنجی فرم بلند این پرسشنامه را (Schmidt, 1995) انجام داد؛ نتایج این پژوهش‌ها نشان داد که برای هر طرحواره ناسازگار اولیه ضریب آلفا از ۰/۸۳ (برای طرحواره خودتحوّل نیافته/ گرفتار) تا ۰/۹۶ (برای طرحواره سازه نقص و شرم) به دست آمد و ضریب پایایی بازآزمایی (Test-retest reliability) در جمعیت غیر بالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ محاسبه شد. در ایران روایی سازه (Construct Validity)، همگرا و افتراقی پرسشنامه طرحواره یانگ از طریق اجرای همزمان مقیاس اضطراب، افسردگی و اضطراب پارانویا (Beck & Epstein, 1993) محاسبه شد (Ahee, Mohammadifar, & Besharat, 2007). در بررسی مقدماتی ویژگی‌های روانسنجی فرم فارسی این مقیاس در نمونه‌ای از جمعیت دانشجویی ضریب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی هریک از روان‌سازه‌ها در دامنه‌ای بین ۰/۶۸ (برای محدودیت‌های مختل) تا ۰/۹۰ (برای بریدگی و طرد) به دست آمد. برای دیگر جهت‌مندی ۰/۷۶، برای خودگردانی و عملکرد مختل ۰/۸۴ و برای گوش به زنگی بیش از حد و بازداری ۰/۸۱ محاسبه شد (Ghiyasi, Molavi, Neshat, Doost & Salavati, 2011). نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در هریک از زیرمقیاس‌های پرسشنامه طرحواره یانگ با مقیاس اضطراب، افسردگی و اضطراب پارانویا همبستگی مثبت (۰/۰۰۱) وجود دارد. نتایج مقدماتی تحلیل عامل با استفاده از روش مؤلفه‌های اصلی نشان داد که ۱۱ عامل از پرسشنامه طرحواره یانگ استخراج می‌شود که مجموعاً ۶۵/۸۵ درصد از کل واریانس آن را تبیین می‌کند (Ahee et al, 2007). در این پژوهش ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ بر روی نمونه ۳۰ نفری برای حوزه بریدگی/ طرد ۰/۷۶، حوزه خودگردانی و عملکرد مختل ۰/۷۱، حوزه محدودیت‌های مختل ۰/۸۲، حوزه دیگر جهت‌مندی ۰/۷۱ و حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری ۷۹/۰ محاسبه شد. طرحواره‌ها در این

مخالفم: ۳، تا حدی مخالفم: ۲، کاملاً مخالفم: ۱) نمره‌گذاری می‌شوند. سؤالات ۴، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. کمترین نمره در این پرسشنامه ۲۰ و بالاترین نمره ۱۰۰ است. سازندگان پرسشنامه، پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۷۷ را گزارش کرده‌اند. در ایران مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو- ۲۰، ضرایب آلفای کرونباخ برای ۰/۸۵ 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 ۴ هفته از ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ برای ناگویی هیجانی کل و زیرمقیاس‌های مختلف تأیید شد (Besharat, 2007). در این پژوهش ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ بر روی نمونه ۳۰ نفری ۰/۸۱ به دست آمد. ناگویی هیجانی در این پرسشنامه با سؤالاتی از قبیل «غالباً در مورد اینکه چه احساسی دارم، گیج می‌زنم و آگاه بودن از احساسات لازم استم سنجیده می‌شود.

پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه (Maladaptive

Early Schemas Questionnaire): پرسشنامه

طرحواره‌های ناسازگار اولیه را یانگ (Young, 1998) برای شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و برپایه مشاهدات تجربه شده متخصصان بالینی ساخته است و دارای دو فرم بلند و کوتاه است. فرم بلند این پرسشنامه خودگزارشی و دارای ۲۰۵ ماده است و برای اندازه‌گیری ۱۶ طرحواره غیرانطباقی اولیه طراحی شده است؛ اما فرم کوتاه‌تر این پرسشنامه به دلیل داشتن ویژگی‌های نسخه اصلی و از سوی دیگر سهولت اجرا بیشتر مورد استقبال قرار گرفته است. پرسشنامه طرحواره را یانگ در فرم کوتاه (YSQ-SF) برای اندازه‌گیری ۱۵ طرحواره ساخته است. هریک از ۷۵ عبارت این پرسشنامه در مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً نادرست (نمره ۱) تا کاملاً درست (نمره ۶) نمره‌گذاری می‌شود. نمره هر فرد در هر طرحواره با جمع نمرات ۵ سؤال مربوط به آن طرحواره حاصل می‌شود که دامنه آن در هر طرحواره از ۵ تا ۳۰ است. سؤالات ۱ تا ۲۵ حوزه بریدگی و طرد، سؤالات ۲۶ تا ۴۵ حوزه خودگردانی و عملکرد مختل، سؤالات ۴۶ تا ۵۵ حوزه دیگر جهت‌مندی، سؤالات ۵۶ تا ۶۵ حوزه گوش -

رفتاری به کار برد. نمره‌گذاری گزینه‌ها به صورت خیلی زیاد=۴، زیاد=۳، کم=۲ اصلاً=۱ انجام می‌شود. سؤالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۱۷ و ۲۰ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. کمترین نمره در این پرسشنامه ۲۰ و بالاترین نمره ۸۰ است. آلفای کرونباخ پرسشنامه برابر با ۰/۹۱ و ضریب همبستگی پیرسون آن ۰/۸۱ اعلام شده است (Taghizadeh & Nikhah, 2015). انعطاف‌پذیری در موقعیت‌های محیطی دارای ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹۲، انعطاف‌پذیری در حل مساله دارای ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲۷ و انعطاف‌پذیری در تصمیم‌گیری دارای ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ است (Taghizadeh & Nikhah, 2015). در این پژوهش ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ بر روی نمونه ۳۰ نفری ۰/۸۱ به دست آمد. انعطاف‌پذیری شناختی در این پرسشنامه با سؤالاتی از قبیل «می‌توانم به بیشتر از یک راه حل برای حل موقعیت دشواری که با آن روبه‌رو شده‌ام فکر کنم و در موقعیت‌های دشوار قبل از اینکه تصمیم بگیرم چگونه رفتار کنم، گزینه‌های مختلف را در نظر می‌گیرم» سنجیده می‌شود.

یافته‌ها

با توجه به اطلاعات مندرج در جدول ۱، میانگین و انحراف معیار برای ناگویی هیجان برابر با $12/37 \pm 52/20$ ، برای انعطاف‌پذیری شناختی برابر با $11/72 \pm 57/26$ و برای ابرازگری هیجان برابر با $(12/37 \pm 52/20)$ محاسبه شده است. در بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه، طرحواره بریدگی / طرد با میانگین و انحراف معیار $19/69 \pm 56/81$ دارای بیشترین میانگین و محدودیت‌های مختل با میانگین و انحراف معیار $8/66 \pm 29/15$ دارای کمترین میانگین است. در مورد نرمالیتی تک‌متغیری نتایج حاصل از آزمون کولموگروف-اسمینوف نشان داد که سطح معناداری مقادیر Z به دست آمده برای متغیرهای تحقیق بالاتر از ۰/۰۵ است ($p > 0/05$) که بیانگر آن است که نمرات این متغیرها، دارای توزیعی نرمال بوده و امکان استفاده از آزمون‌های پارامتری برای بررسی فرضیه‌های تحقیق وجود دارد. در مورد نرمالیتی چند متغیری با استفاده از ماکس-لانوویس و آماره مردیا (۱۹۷۱)،

پرسشنامه با سؤالاتی از قبیل «نگرانم از اینکه افرادی که به من نزدیک‌ترند مرا ترک کنند و اساساً با بقیه خیلی فرق دارم» سنجیده می‌شود.

پرسشنامه ابرازگری هیجانی (Emotional Expressiveness Questionnaire):

پرسشنامه ابرازگری هیجانی را کینگ و امونز (King & Emmons, 1990) برای بررسی اهمیت نقش ابراز هیجان در سلامت، طراحی کرده است. این پرسشنامه دارای ۱۶ ماده است. گویه‌ها بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت به صورت کاملاً موافقم: ۵، تا حدی موافقم: ۴، نه موافقم نه مخالفم: ۳، تا حدی مخالفم: ۲، کاملاً مخالفم: ۱، نمره‌گذاری می‌شوند و سؤالات ۷، ۸ و ۹ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. کمترین نمره در این پرسشنامه ۱۶ و بالاترین نمره ۸۰ است. سازندگان پرسشنامه، اعتبار همگرایی این پرسشنامه را از طریق همبستگی مثبت معنادار با پرسشنامه دوسوگرایی شدید رالین (Raulin, 1984) و پرسشنامه افسردگی بک (Beck, 1974) تأیید کردند. ریفیعی‌نیا (Rafeenia, 2001) اعتبار این مقیاس را با استفاده از روش همسانی درونی بررسی کرده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰، ۰/۷۴ عنوان کرد و برای بررسی روایی همگرا، بین نمرات پرسشنامه شخصیت چندبعدی و پرسشنامه عاطفه مثبت برودبرن (Braudburn, 1969) همبستگی مثبتی یافتند. در این پژوهش ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ بر روی نمونه ۳۰ نفری ۰/۸۴ به دست آمد. ابرازگری هیجانی در این پرسشنامه با سؤالاتی از قبیل «وقتی که تنها هستم، می‌توانم با به یادآوری برخی خاطرات گذشته، خودم را بخندانم و هر وقت کسی برای من کار خوبی انجام می‌دهد، خجالت می‌کشم و در ابراز قدردانی مشکل دارم» سنجیده می‌شود.

پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی (Cognitive Flexibility questionnaire):

پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی را تقی‌زاده و نیک‌خواه (Taghizadeh & Nikhah, 2015) برای بررسی میزان انعطاف‌پذیری شناختی ساخته‌اند. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی کوتاه ۲۰ عبارتی است که می‌توان در کار بالینی و غیربالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی

کمترین میانگین است. در مورد نرمالیتی تک‌متغیری، نتایج حاصل از آزمون کولموگروف-اسمینوف نشان داد که سطح معناداری مقادیر Z به دست آمده برای متغیرهای تحقیق بالاتر از ۰/۰۵ است ($p > ۰/۰۵$)، که بیانگر آن است که نرمال بودن توزیع نمرات این متغیرها، رد نشده و امکان استفاده از آزمون‌های پارامتری برای بررسی فرضیه‌های تحقیق وجود دارد. در مورد نرمالیتی چندمتغیری، نتایج نشان داد که با توجه به اینکه قدر مطلق حد بحرانی یعنی ۲/۵۴ برای تمام متغیر همچنین برای آماره مردیا با اطمینان ۹۵ درصد رد نمی‌شود ($p = ۰/۰۵$).

نتایج نشان داد که با توجه به اینکه قدر مطلق حد بحرانی محاسبه شده، از استاندارد حد بحرانی یعنی ۲/۵۴ برای تمام متغیر همچنین برای آماره مردیا پایین‌تر است، نرمال بودن توزیع چند متغیری بر اساس آماره مردیا با اطمینان ۹۵ درصد تأیید می‌شود ($p = ۰/۰۵$).

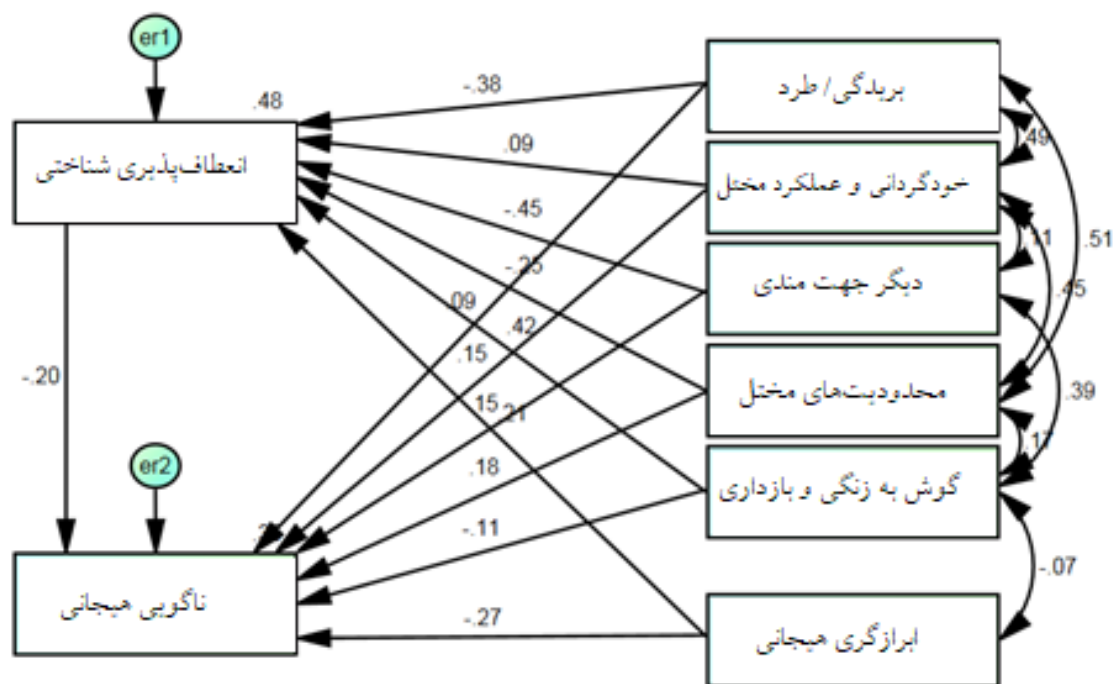
میانگین و انحراف معیار برای ناگویی هیجان برابر با $۱۲/۳۷ \pm ۵۲/۲۰$ ، برای انعطاف پذیری شناختی برابر با $۱۱/۷۲ \pm ۵۷/۲۶$ و برای ابرازگری هیجان برابر با $۱۲/۳۷ \pm ۵۲/۲۰$ محاسبه شده‌است. در بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه، طرحواره بریدگی / طرد با میانگین و انحراف معیار $۱۹/۶۹ \pm ۵۶/۸۱$ دارای بیشترین میانگین و محدودیت‌های مختل با میانگین و انحراف معیار $۸/۶۶ \pm ۲۹/۱۵$ دارای

جدول ۱: ضریب تحمل و تورم واریانس متغیرهای پژوهش

متغیر	ضریب تحمل	تورم واریانس	دوربین واتسون
بریدگی / طرد	۰/۵۷۱	۱/۷۵۲	
خودگردانی و عملکرد مختل	۰/۵۸۸	۱/۷۰۱	
دیگر جهت‌مندی	۰/۴۷۸	۲/۰۹۲	
محدودیت‌های مختل	۰/۵۲۷	۱/۸۹۹	۲/۰۵۸
گوش به زنگی و بازداری	۰/۵۲۰	۱/۹۲۲	
ابرازگری هیجان	۰/۷۳۹	۱/۳۵۳	
انعطاف‌پذیری شناختی	۰/۴۸۸	۲/۰۵۱	

اعداد ۱/۵ تا ۲/۵ محاسبه شده است؛ بنابراین احتمال خودهمبستگی بین باقیمانده‌ها رد می‌شود و باقیمانده‌ها مستقل از یکدیگر بوده و میزان باقیمانده یک مورد، در میزان باقیمانده مورد بعد از آن تأثیری ندارد. شاخص‌های برازش مدل اصلاح شده در جدول ۲ آمده است.

برای ارزیابی مفروضه هم‌خطی بودن عامل تورم واریانس (variance inflation factor) و ضریب تحمل (tolerance) مورد بررسی قرار گرفت. براساس نتایج جدول ۲ شاخص ضریب تحمل و تورم واریانس متغیرهای وابسته پژوهش به ترتیب بزرگتر از ۰/۱ و کوچکتر از ۱۰ است. این مطلب نشان دهنده آن است که پدیده هم‌خطی بودن در متغیرهای پژوهش رخ نداده است. همچنین آماره دوربین واتسون بین



نمودار ۱: مدل برآورد شده استاندارد مدل تبیین ناگویی هیجانی بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ابرازگری هیجانی از طریق انعطاف‌پذیری شناختی در مبتلایان به درد مزمن

جدول ۲: شاخص‌های برازش مدل اصلاح شده تبیین ناگویی هیجانی بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ابرازگری هیجانی از طریق انعطاف‌پذیری شناختی در مبتلا به درد مزمن

شاخص	مدل برآورد اصلاح شده	مدل اشباع	مدل مستقل	مقدار قابل قبول	نتیجه
Number of Distinct Parameters	۳۶	۴۴	۱۶	-	-
X²	۲۲/۰۴	۰	۲۹۹/۰۶۸	-	-
Df	۸	۰	۲۸	-	-
X²/df	۲/۷۵۵	۰	۱۰/۶۸۱	کوچکتر از ۳	قابل قبول
Normed Fit Index	۰/۸۱۶	۱	۰	بزرگتر از ۰/۸	قابل قبول
Comparative Fit Index	۰/۹۲۰	۱	۰	بزرگتر از ۰/۹	قابل قبول
RMSEA	۰/۰۶۷	-	۰/۳۱۵	کوچکتر از ۰/۰۷	قابل قبول

جدول ۲ نشان داد مجذور خی بر درجه آزادی در مدل اصلاح شده برابر با ۲/۷۶ است. مقدار RMSEA در مدل تبیین ناگویی هیجانی بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ابرازگری هیجانی از طریق انعطاف‌پذیری شناختی در مبتلایان به درد مزمن برابر با ۰/۰۶ است که به معنای برازش

قابل قبول است. همچنین آماره NFI و CFI نیز باید بالاتر از ۰/۸ و ۰/۹ باشد. این اعداد نشان می‌دهند که مدل اصلاح شده برازش مطلوبی دارد. در ادامه به تحلیل ضرایب مدل و نتیجه‌گیری از تحلیل‌ها پرداخته شده است.

جدول ۳: نتایج برآورد ضرایب مدل اصلاح شده تبیین ناگویی هیجانی براساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ابرازگری هیجانی از طریق انعطاف‌پذیری شناختی در مبتلایان به درد مزمن

مسیر	اثر کل	مسیر مستقیم	مسیر مستقیم	منع تغییر	
غیرمستقیم	بر ملاک	بر میانجی	بر ملاک		
-	-	-	-۰/۱۹۹**	انعطاف‌پذیری شناختی	طرحواره‌های ناسازگار اولیه
۰/۰۷۶**	۰/۱۶۵*	-۰/۳۸۰**	۰/۰۹۰	بریدگی / طرد	
-۰/۰۱۸	۰/۱۲۸	۰/۰۸۷	۰/۱۴۶	خودگردانی و عملکرد مختل	
۰/۰۹۰**	۰/۲۳۷**	-۰/۴۵۱**	۰/۱۴۷*	دیگر جهت‌مندی	
-۰/۰۵۰**	۰/۲۳۴**	-۰/۲۵۲**	۰/۱۸۴*	محدودیت‌های مختل	
-۰/۰۸۳**	-۰/۱۹۸**	۰/۴۱۸**	۰/۱۱۵	گوش به زنگی و بازداری	
-۰/۰۴۲**	-۰/۳۱۴**	۰/۲۱۰**	-۰/۲۷۱**	ابرازگری هیجانی	

همچنین ابرازگری هیجانی بر متغیر میانجی یعنی انعطاف-پذیری شناختی به میزان ۰/۴۴- تأثیر دارد ($p < ۰/۰۱$). نهایتاً در مورد تأثیر غیر مستقیم، ابرازگری هیجانی با ضریب تأثیر ۰/۳۱- بر ناگویی هیجانی از طریق انعطاف‌پذیری شناختی تأثیر دارد ($p < ۰/۰۱$).

در مورد فرضیه سوم نیز نتایج نشان داد که انعطاف‌پذیری شناختی، توانایی پیش‌بینی ناگویی هیجانی را به صورت منفی و معناداری دارد ($p < ۰/۰۱$). بر این اساس هر سه فرضیه پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش، پیش‌بینی ناگویی هیجانی بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ابرازگری هیجانی با نقش میانجیگری انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به درد مزمن بود. در مورد تأثیر حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر ناگویی هیجانی تنها حوزه‌های محدودیت‌های مختل و دیگر جهت‌مندی در تبیین واریانس ناگویی هیجانی، هر دو به صورت مثبتی تأثیر دارد ($p < ۰/۰۵$). همچنین در مورد تأثیر حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر انعطاف‌پذیری شناختی، نتایج حاصل از برآورد مدل پژوهش نشان داد که از بین حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه، حوزه بریدگی/ طرد، دیگر جهت‌مندی، محدودیت‌های مختل و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری در تبیین واریانس انعطاف-

براساس اطلاعات جدول ۳، و در مورد فرضیه اول یعنی تأثیر حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر ناگویی هیجانی، تنها حوزه‌های محدودیت‌های مختل به میزان ۰/۱۸ و دیگر جهت‌مندی به میزان ۰/۱۴ در تبیین واریانس ناگویی هیجانی، هر دو به صورت مثبت تأثیر دارد ($p < ۰/۰۵$). همچنین در مورد تأثیر حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر انعطاف‌پذیری شناختی، نتایج حاصل از برآورد مدل پژوهش نشان داد که از بین حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه، حوزه بریدگی/ طرد به میزان ۰/۳۸- واحد ($p < ۰/۰۱$)، دیگر جهت‌مندی به میزان ۰/۴۵- واحد ($p < ۰/۰۱$)، محدودیت‌های مختل به میزان ۰/۲۵- واحد ($p < ۰/۰۱$) و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری به میزان ۰/۴۲ واحد ($p < ۰/۰۱$) در تبیین واریانس انعطاف‌پذیری شناختی تأثیر دارند. نهایتاً در مورد تأثیر غیر مستقیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر ناگویی هیجانی از طریق انعطاف‌پذیری شناختی، حوزه‌های بریدگی/ طرد با ضریب تأثیر ۰/۰۷، دیگر جهت‌مندی با ضریب تأثیر ۰/۰۹، محدودیت‌های مختل با ضریب تأثیر ۰/۰۵- و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری با ضریب تأثیر ۰/۰۸- به صورت غیرمستقیم و از طریق انعطاف‌پذیری شناختی بر ناگویی هیجانی تأثیر دارند ($p < ۰/۰۱$).

در مورد فرضیه دوم، نتایج حاصل از برآورد مدل پژوهش نشان داد ابرازگری هیجانی در تبیین واریانس ناگویی هیجانی به میزان ۰/۲۷- تأثیر دارد ($p < ۰/۰۱$).

همدلی با دیگران ناتوانند؛ مشکلات در نشان دادن بیانات چهره‌ای (Facial expressions) و توانایی کم برای همدلی باعث می‌شود این افراد از شبکه حمایت اجتماعی ضعیف برخوردار بوده و انواع مشکلات در روابط بین فردی را تجربه کنند (Wachs & Cordova, 2007) با توجه به مواردی که ذکر شد، از آنجایی که افراد دارای ناگویی هیجانی بعضاً در یک دسته از ویژگی‌ها (مشکل در روابط بین فردی و بیان و توصیف احساسات، توانایی کم‌برای همدلی و عدم توانایی برای همکاری با دیگران و دشواری در رعایت حقوق دیگران) با افراد دارای طرحواره‌های محدودیت‌های مختل مشابهت دارند، همچنین اینکه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، عمیق‌ترین سطح شناختند و الگوی ثابت و درازمدتی دارند که در دوران کودکی به وجود آمده‌اند، تا بزرگسالی ادامه پیدا می‌کنند و تا حد زیادی ناکارآمدند (Zad Hassan & Siraj, 2016)؛ افزون بر این، طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر ناگویی هیجانی از طریق انعطاف‌پذیری شناختی، تأثیر غیرمستقیم و معناداری دارد. نتایج این یافته با نتایج یافته‌های (Tilki, 2016)؛ و (Masuda & Tully, 2012) همسوست. انعطاف‌پذیری شناختی نقش مهمی در تنظیم هیجان و نحوه ابراز هیجانی یا عدم ابراز آن دارد (Aghapour & Mojtabaei, 2018)؛ به نوعی فرد دارای ناگویی هیجانی از انعطاف‌پذیری شناختی لازم برخوردار نیست و قادر نیست که در تعاملات محیطی و اجتماعی از انطباق لازم برخوردار باشد به دلیل اینکه چارچوب فکری لازم و منعطفی را ندارد و نمی‌تواند هیجان‌ات خود را به صورت منطقی و سالم نشان دهد. محققان معتقدند طرحواره‌های ناسازگار اولیه هیجانی و منفی با ناگویی هیجانی رابطه مثبتی دارند (Leahy, 2015) و طبیعی است که این فرد از انعطاف‌پذیری لازم شناختی برخوردار نباشد؛ در نهایت یکی از عوامل آن می‌تواند داشتن طرحواره ناسازگار اولیه باشد که بر ناگویی هیجانی تأثیرگذار است. در مورد متغیر ابرازگری هیجانی، نتایج حاصل از برآورد مدل پژوهش نشان داد ابرازگری هیجانی در تبیین واریانس ناگویی هیجانی به صورت مثبت و مستقیمی تأثیر دارد ($p < 0.01$). همچنین ابرازگری هیجانی بر متغیر میانجی یعنی انعطاف‌پذیری شناختی به صورت منفی تأثیر دارد

پذیری شناختی تأثیر دارند. نهایتاً در مورد تأثیر غیر مستقیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر ناگویی هیجانی از طریق انعطاف‌پذیری شناختی، حوزه‌های بریدگی / طرد، دیگر جهت‌مندی، محدودیت‌های مختل و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری به صورت غیرمستقیم و از طریق انعطاف‌پذیری شناختی بر ناگویی هیجانی تأثیر دارند. این نتایج با نتایج یافته‌های (Izadi, Ashrafi & Fathi, 2017)؛ Azhari, (Mirza-Huseini, Vahidi Monfared & Setayeshi, 2018)؛ (Saariaho, Saariaho & Karukiri, 2015)؛ Peyvastegar, (2016) و (Leahy, 2015) همسوست. همان‌طور که اشاره شد؛ (Young, Klosko & Weishaar, 2003) بر این باور است که بیمارانی که طرحواره‌هایشان در این حوزه محدودیت‌های مختل قرار دارد، محدودیت‌های درونی آن‌ها درباره احترام متقابل و خویش‌داری به اندازه کافی رشد نکرده است. آن‌ها ممکن است درباره احترام به حقوق دیگران، همکاری کردن، متعهد بودن یا دستیابی به اهداف بلندمدت مشکل داشته باشند؛ علاوه بر این، چنین بیمارانی اغلب خودخواه، لوس، بی‌مسئولیت یا خودشیفته به نظر می‌رسند (گاهی اوقات طرحواره استحقاق می‌تواند شکلی از جبران افراطی طرحواره‌های دیگر مثل محرومیت هیجانی باشد. معمولاً در این قبیل موارد ریشه تحولی اولیه این طرحواره، محبت بیش از حد نیست). این بیماران در دوران کودکی، نیازی نداشته‌اند از قوانینی پیروی کنند که دیگران از آن تبعیت می‌کرده‌اند. آن‌ها در دوران کودکی ملاحظه دیگران را نمی‌کرده‌اند و خویش‌داری نبوده‌اند. افزون بر این، (Ciuluvica & Fulcheri, 2014) در پژوهش خود نشان دادند که افراد دچار ناگویی هیجانی در بازشناسی، آشکارسازی، پردازش و تنظیم هیجانها با دشواری‌هایی مواجهند. به باور (Leahy, 2015) طرحواره‌های هیجانی منفی با ناگویی هیجانی رابطه مثبتی دارند. مطالعات لیهی تأیید می‌کند که طرحواره‌ها، باورهای فرد و ارائه‌کننده تفسیر، ارزیابی و انتساب در مورد هیجان است که به دنبال آن راهبردهای تنظیم هیجان به وجود می‌آید که ممکن است کارآمد یا ناکارآمد باشد. همچنین افراد ناگوی هیجانی معمولاً در بیان و توصیف احساساتشان مشکلاتی داشته و در

غیرمستقیم، نتایج بیانگر این بود که ابرازگری هیجانی بر ناگویی هیجانی از طریق انعطاف‌پذیری شناختی تأثیر مثبت و معناداری دارد. نتایج این یافته با نتایج یافته‌های (Aghapour, Basharpour, Almandani & Mojtabei, 2018)؛ (Shahmohammadzadeh, 2015) همسوست. انعطاف‌پذیری شناختی تأثیر مهمی در تنظیم هیجان و ادراک دارد؛ پس مسأله دیگر قابل بررسی در برخی افراد دارای ناگویی هیجانی این است که این افراد محدودیت‌های هیجانی زیادی از خود نشان می‌دهند و از صحبت کردن درباره هیجان‌هایشان و بیان آن‌ها به شدت گریزانند؛ آن‌ها به جای اینکه هیجانی و بیانگر باشند از لحاظ عاطفی بی‌تفاوتند و به جای خودانگیختگی، بیشتر خویشتن‌دارند. به بیان دیگر، بعضی از افراد که دارای انعطاف‌پذیری روانشناختی نیستند و در مقابله با حوادث استرس‌زا بازداری دارند، این‌گونه هیجان‌های بیان نشده و عدم ابراز احساسات و هیجانات در آن‌ها دیده می‌شود؛ اما افراد دارای ویژگی انعطاف‌پذیری، افراد توانمندی‌اند که از نظر هیجانی در رویارویی با هر آنچه آزردهنده است، احساس‌های خود را تشخیص داده، مفاهیم ضمنی آن را درک می‌کنند و به گونه‌ای مؤثرتر حالت‌های هیجانی خود را برای دیگران بیان می‌کنند؛ در نتیجه این افراد در مقایسه با افرادی که مهارت و توانایی ابراز مناسب هیجان خود را ندارند و دارای ناگویی هیجانی‌اند، در کنار آمدن با تجربه‌های منفی از موفقیت بیشتری برخوردارند (Popolo & et al, 2018). همچنین، طبق یافته پژوهش حاضر، میان ابرازگری هیجانی با انعطاف‌پذیری شناختی نوعی رابطه وجود دارد که متعاقب با افزایش یا کاهش انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند بر متغیر ناگویی هیجانی تأثیر بگذارد، چنانچه (Salvey et al, 2000) معتقدند که ابراز کلامی تجارب آسیب‌زا، فرایند مقابله را آسان می‌کند و ابرازگری هیجانی، نوعی خانه‌تکانی شناختی ایجاد می‌کند (Nikolaeva, 2014). ابراز هیجان خود می‌تواند نقش مهمی در تعاملات اجتماعی داشته باشد؛ از سوی دیگر، مطابق با نظریه انعطاف‌پذیری شناختی، سلامت روان یعنی پذیرش محیط‌های درونی و بیرونی خود فرد و تعهد به فعالیت‌هایی که از لحاظ ارزشمندی باثبات است (Masuda & Tully, 2015).

($p < 0.01$). نهایتاً در مورد تأثیر غیر مستقیم، ابرازگری هیجانی بر ناگویی هیجانی از طریق انعطاف‌پذیری شناختی تأثیر منفی دارد ($p < 0.01$). نتایج این یافته نیز با نتایج پژوهش‌های (King & Emmons, 1990)؛ (Aghapour & Mojtabei, 2018)؛ (Izadi, Ashrafi & Fathi, 2017)؛ (Mahdavi, A., & Manshaei, 2016) و (Basharpour, Almandani & Shahmohammadzadeh, 2015) همسوست. تحقیقات انجام شده در این زمینه بر نقش و ابزار هیجان بر سلامت و بیماری افراد تأکید دارند و سه شیوه ابراز هیجان را متمایز می‌کنند: برخی افراد هیجان‌هایشان را آزادانه و بدون نگرانی از پیامدهای آن ابراز می‌کنند؛ این افراد دارای شیوه ابراز هیجان از نوع ابرازگری هیجانی‌اند. برخی دیگر گرایش به بازداری در ابراز پاسخ‌های هیجانی خود دارند؛ این افراد دارای شیوه‌های ابراز هیجان از نوع بازداری‌اند و در نهایت افرادی که در ابراز هیجان خود نوعی دوسوگرایی نشان می‌دهند؛ این افراد ممکن است ابرازگر یا غیر ابرازگر باشند، ولی در مورد شیوه ابراز هیجان خود تعارض دارند. کینگ و ایمنون معتقدند که هیجان خود متعارض ابرازگری هیجانی در ذات خود کلید سلامت نیست؛ بلکه در مورد رفتارهای ابرازی خود احساس می‌کند، به طور بالقوه ویژگی‌های زیان‌بخش فقدان ابراز را تعیین می‌کند. از سوی دیگر، در مبحث ناگویی هیجان، چنانچه (Cox, 1995) اظهار می‌دارد، ناگویی هیجانی عامل خطر ساز برای بسیاری از اختلالات روانپزشکی است زیرا افراد مبتلا به این عارضه سخت تحت فشار همبسته‌های جسمانی و هیجاناتی‌اند که به کلام نمی‌آیند. این نارسایی جلوی تنظیم هیجان را می‌گیرد (Izadi, Ashrafi & Fathi, 2017). ناگویی هیجانی و ابرازگری هیجانی با اینکه دو سازه جدا بوده ولی با همدیگر به نوعی همپوشی دارند. به اعتقاد کینگ و همکاران (1999) (Quinton & Wagner, 2005) ناگویی هیجانی با دوسوگرایی ذهنی در ابرازگری هیجانی مشخص می‌شود که نتیجه آن همان عدم ابراز هیجان است (Basharpour, Almandani & Shahmohammadzadeh, 2015)؛ بنابراین منطقی به نظر می‌رسد که بین دو متغیر ناگویی هیجانی و ابرازگری هیجانی رابطه وجود داشته باشد. افزون بر این، براساس مسیر

ناگویی هیجانی و ابزارگری هیجانی و سطح انعطاف‌پذیری شناختی تشکیل گردد.

منابع

- Aghapour, S., & Mojtabaei, M. (2018). Comparison of Cognitive Flexibility and Emotional Inhabitation among Eczema Patients and Normal Individuals. *Salamat Ijtimai (Community Health)*, 6(1), 26-34
- Ahee, Q., Mohammadifar, M. A., & Besharat, M. A. (2007). Narrative and reliability of short form Yang schema questionnaire. *Journal of Psychology and Educational Sciences*, 37 (3), 5-25
- Babgy, R. M., Parker, J.D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: 1 item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Researcher*, (38), 23-32.
- Basharpour, S., Almardani, S., & Shahmohammadzadeh Y. (2015). *The role of alexithymia and emotional expressivity in predicting somatization symptoms among students of Mohaghegh Ardabili University during 2014-2015*. *J Rafsanjan Univ Med Sci*; 13 (10), 961-972.
- Beck, A. T. (1974). *The development of depression: A cognitive model*. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. John Wiley & Sons.
- Beck, A. T., & Epstein, N. (1993). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (3), 893-897.
- Besharat, M. A. (2007). Construction and validation of multidimensional perfectionism scale in Tehran. *Psychological Research*, 1 (2), 67-46.
- Ciuluvica, C., & Fulcheri, M. (2014). Emotion regulation strategies and quality of life in dermatologic patients. *Procedia Soc Behav Sci*, (127), 661-665
- Cox, B.J., Swinson, R.P., Shulman, I.D & Bourdeau, D. (1995). Alexithymia in panic disorder and social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, (36), 195-198.

(2012). انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی سازگار کند (Dickstein., Nelson, McClure, Grimley, & Knopf,) همان‌طور که ملاحظه می‌شود در تفسیر و تبیین انعطاف‌پذیری شناختی، صحبت از نوعی انطباق و سازگاری با محیط است به عنوان مثال (Veld & et al, 2012) معتقدند که افراد توانمند از نظر هیجانی (شیوه صحیح ابراز هیجان) در رویارویی با هرچه آزا دهنده است، احساس‌های خود را تشخیص می‌دهند، مفاهیم ضمنی آن را درک می‌کنند و به گونه مؤثرتری حالت‌های هیجانی خود را برای دیگران بیان می‌کنند. این افراد در مقایسه با افرادی که مهارت و توانایی ابراز مناسب هیجان‌های خود را ندارند، در کنارآمدن با تجربه‌های منفی از موفقیت بیشتری برخوردارند و سازگاری مناسبتری را در ارتباط با محیط و دیگران نشان می‌دهند (Veld & et al, 2012); به این ترتیب ابزارگری هیجانی می‌تواند نشان از وجود انعطاف‌پذیری شناختی در افراد باشد و داشتن ویژگی انعطاف‌پذیری شناختی نیز باعث کاهش ناگویی هیجانی می‌گردد. چنانکه پیشتر اشاره شد در ناگویی هیجانی ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها مشاهده می‌شود؛ کل این‌ها که ناگویی هیجانی را تشکیل می‌دهند، بیانگر نقایصی در پردازش شناختی و تنظیم هیجان‌ها و کاهش انعطاف‌پذیری شناختی‌اند (Sifneos, 1973).

این پژوهش مانند سایر پژوهش‌ها شامل محدودیت‌هایی از جمله موارد زیر است: اجرای این پژوهش فقط روی بیماران مبتلا به درد مزمن صورت گرفت؛ بنابراین برای تعمیم یافته‌های این پژوهش به سایر بیماری‌ها باید احتیاط کرد. محدودیت دیگر این واقعیت است که روش این تحقیق همبستگی است و از آنجا که نمی‌توان یافته‌های علت‌شناختی را از آن انتظار داشت؛ بنابراین بهتر است تحقیقات دیگری با طرح آزمایشی برای دستیابی به یافته‌های علت‌شناختی انجام شود. با توجه به یافته‌های فوق پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های روانشناختی برای افزایش آگاهی و شناخت بیماران مبتلا به درد مزمن در جهت شناخت طرحواره‌های ناسازگار اولیه

- Dadomo, H., Grecucci, A., Giardini, I., Ugolini, E., Carmelita, A., & Panzeri, M. (2016). Schema therapy for emotional dysregulation: Theoretical implication and clinical applications. *Frontiers in Psychology*, (7), 1987.
- Di Tella, M., & Castelli, L. (2016). Alexithymia in chronic pain disorders. *Curr Rheumatol Rep*, 18 (7), 41.
- Dickstein, D. P., Nelson, E., McClure, E. B., Grimly, M. E., Knoph, L., Brotman, M. A., Rich, B. A., Pine, D. S., & Leibenluft, E. (2007). Cognitive flexibility in phenotype of pediatric bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, (46), 341-355.
- Flinka, N., Lehto, S., Koivumaa-Honkanen, H., Viinamäki, H., Ruusunen, A., & Valkonen-Korhonen, M. (2017). Early maladaptive schemas and suicidal ideation in depressed patients. *European Journal of Psychiatry*, 31(3), 87-92.
- Gan, Y., Liu, Y., & Zhang, Y. (2004). Flexible coping responses to severe acute respiratory syndrome-related and daily life stressful events. *Asian Journal of Social Psychology*, 7, 55-66
- Ghiyasi, Gh., Molavi, H., Neshat Doost, H., & Salavati, M. (2011). Investigating the factor structure of the Young Schemas Questionnaire (third version of the short form) in Tehran. *Journal of Psychological Achievements*, 3 (1), 93- 118.
- Gholizadeh, Z., & Sorani, H. (2016). The effectiveness of neurofeedback on cognitive flexibility. *Quarterly Journal of Modern Psychological Research*, 12 (48), 1-15.
- Goerlich, K.S. (2018). The Multifaceted Nature of Alexithymia a Neuro-scientific Perspective. *Frontiers in Psychology*, 9(16), 1641.
- Herdiana, I., Suryanto, A., & Handoyo, S. (2018). Family Resilience: A Conceptual Review. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, (133), 42- 48.
- Izadi, F., Ashrafi, E., & Fathi Ashtiani, A. (2017). Structural Pattern of the Relationship between Negative Emotional Schemas and Physical Symptoms with the Mediation of Emotional Disappointment and Emotional Expression, *Behavioral Sciences Research Journal*, 6 (3), 323-3
- Karatzias, T., Jowett, S., Begley, A., & Deas, S. (2016). Early maladaptive schemas in adult survivors of interpersonal trauma: foundations for a cognitive theory of psychopathology. *European Journal of Psychotraumatology*, (7), 307-313
- Keltner, D., Sauter, D., Tracy, J., & Cowen, A. (2019). Emotional Expression: Advances in Basic Emotion Theory. *J Nonverbal Behav*, (43), 133-160
- King, L.A., & Emmons, R.A. (1990). Conflict over emotional expression: Psychological and physical Correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (5), 864- 877.
- Leahy, R.L. (2015). *Emotional schema therapy*. Translated by Jahangiri S. Tehran: Ibn Sina. [In Persian].
- Linton, S. J., Flink, I. K & Vlaeyen, J. W. S. (2018a). Understanding the Etiology of Chronic Pain From a Psychological Perspective. *Physical Therapy*, 98(5), 315-324.
- Liu-Ambrose, M. G. Donaldson, Y. Ahamed, Y. (2006). Otago home-based strength and balance retraining improves executive functioning in older fallers: a randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56 (10), 1821- 1830.
- Mahdavi, A., & Manshaei, Gh. (2016). Comparison of mood swings and emotional expression in patients with coronary heart disease and healthy individuals. *Feyz Scientific-Research Monthly*, 20 (3), 266-260
- Main, C.J., Keefe, F.J., Jensen, M.P., & Vowles, K.E. (2015). *Fordyce's Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness: Republished with Invited Commentaries*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Martin, R., & Young, J. (2010). *Schema therapy*. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (p. 317-346). Guilford Press.
- Mardia K. V. (1971). The effect of nonnormality on some multivariate tests and robustness to nonnormality in the linear model, *Biometrika*, 58(1), 105-121.
- Masuda, A., & Tully, E.C. (2012). The Role of Mindfulness and Psychological Flexibility in

- Somatization, Depression, Anxiety, and General Psychological Distress in a Nonclinical College Sample. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 17 (1), 66-71
- Mirza-Huseini, H., Vahidi Monfared, Z., & Setayeshi Azhari, M. (2018). Modeling the Structural Equations of Relationships between Early Maladaptive Schemas and Positive and Negative Emotions among Disabled Veterans with the Mediating Role of Alexithymia, *Journal of military Psychology*, 32 (8), 43-55
- Mittinty, M. M., Vanlint, S., Stocks, N., Mittinty, M. N., & Moseley, G. L. (2018). Exploring effect of pain education on chronic pain patients' expectation of recovery and pain intensity. *Scandinavian journal of pain*, 18(2), 211-219.
- Mohammadzadeh, F. (2013). Chronic pain epidemiology in Tehran and small regional estimates of its prevalence in Tehran neighborhoods. Using Bayesian Approach (Urban HEART-2 study), *Iranian Journal of Epidemiology*, 9 (1), 19-31.
- Nikolaeva, I. (2014). *A grammar of Tundra Nenets*. Berlin: Mouton de Gruyter.
- Nordahl, D., Høifødt, R., Bohne, A., Landsem, I., Wang, C., & Thimm, J. (2019). Early maladaptive schemas as predictors of maternal bonding to the unborn child. *BMC Psychol*, 7 (23), 1-11.
- Pahlevan, M., Besharat, M. A., Borjali, A & Farahani, H. (2018). [The mediator role of meta-cognitive beliefs between alexithymia and the intensity of pain in patients with chronic pain (Persian)]. *J Anesth Pain*;9(1):1-13.
- Parkoochi, P., Amirzadeh, K., Mohabbati, V., & Abdollahifard, Gh. (2015). Satisfaction with chronic pain treatment. *Anesthesiology and pain medicine*, 5 (4), 23- 528.
- Peyvastegar, M., Haji, Z. S., & Taghavi, H.T. (2016). *Perfectionism: Awareness - Evaluation - Treatment*. Avari Noor Publications.
- Popolo, R., MacBeth, A., Canfora, F., Rebecchi, D., Toselli, C., Salvatore, G & Dimaggio G. (2018). *Metacognitive interpersonal therapy in group (MIT-G) for young adults personality disorders*. A pilot randomized controlled trial. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research & Practice*.
- Quinton, S., & Wagner, H.L. (2005). Alexithymia, ambivalence over emotional expression, and eating attitudes. *Personality and Individual Differences*, 38, 1163-1173.
- Rafieinia, P. (2001). *The relationship between emotion expression styles and general health in students*. Master Thesis in Psychology, Tarbiat Modares University.
- Raulin, M.L. (1984). Development of a scale to measure intense ambivalence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(1), 63-72
- Ravat, S., Olivier, B., Gillion, N., PT, & Lewis, F. (2019). Laterality judgment performance between people with chronic pain and pain-free individuals. *A systematic review and meta-analysis, Physiotherapy Theory and Practice*, 36(12), 1279-1299.
- Rhodes, A., Rozell, T. (2017). Cognitive flexibility and undergraduate physiology students: increasing advanced knowledge acquisition within an ill-structured domain. *Adv Physiol Educ*, (41): 375-382.
- Salovey, P., Rothman, A. J., Detweiler, J. B., & Steward, W. T. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55(1), 110-121.
- Saariaho, A.S., Saariaho, A. K., & Karukiri, M. M. (2015). Alexithymia and early Maladaptive Schemas in chronic pain patients. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56 (4), 1-12.
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, (19), 295-321.
- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom*, (22), 255-262.

- Steven, J., Linton, Ida K., Flink, W.S., & Vlaeyen, S. (2018). Understanding the Etiology of Chronic Pain from a Psychological Perspective. *Phys Ther*, (98), 315–324
- Tahere. M., Nasiri. A., Moadab. F., Nayebi. N., & Asadi, L. (2015). Strategies to improve student's educational achievement motivation at guilan university of medical sciences. *Res Dev Med Educ*, 4(2), 133-139
- Taghizadeh, M. E., & Nikkhah, L. (2015). *The effectiveness of teaching metacognitive strategies on cognitive flexibility, decision-making style and creative problem solving in students*. Master Thesis, University of South Tehran.
- Taylor, CDj., Bee, P., & Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy*, 90(3), 456-479
- Taylor. G. J., & Babgy, M. (2000). *An overview of the alexithymia construct*. The handbook of emotional intelligence (pp.263-276). San Francisco: Jossey Bass.
- Tesio, V., Goerlich, K.S., Hosoi, M., & Castelli, L. (2019) Editorial: Alexithymia: State of the Art and Controversies. *Clinical and Neuroscientific Evidence. Front. Psychol*, (10), 120-129.
- Thimm, J.C. (2013). Early maladaptive schemas and interpersonal problems: Acircumflex analysis of YSQ-SF. *International Journal of Psychology & Psychological Theapy*, 13(1),113-124.
- Tilki, M. (2016). *The effectiveness of acceptance and commitment training on resilience, psychological flexibility and emotional numbness in women with chronic pain*. Master Thesis, Clinical Psychology, Islamic Azad University, Campus Branch, Shahroud Research Sciences
- Veld, D.M.J., Walraven, J.M., & Weerth, C.D. (2012). The relation between emotion regulation strategies and physiological stress responses in middle childhood. *Psychoneuroendocrinology*, 37(8), 1309-1319
- Voderholzer, U., Schwartz, C., Thiel, N., Kuelz, A., Hartmann, A., Scheidt, C., Schlegl, S., & Zeeck, A. (2013). A Comparison of Schemas, Schema Modes and Childhood Traumas in Obsessive-Compulsive Disorder, Chronic Pain Disorder and Eating Disorders. *Psychopathology*, (1), 1-9.
- Wachs, K., & Cordova, J. V. (2007). Mindful relating: Exploring mindfulness and emotion repertoires in intimate relationships. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(4), 464–481
- Young, J. E. (1998). *Cognitive Therapy for personality Disorder: A schema-Focused approach*.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner s* Guilford Press.
- Zad Hassan, Z., & Siraj Khorami, N. (2016). Concerns about body image, early maladaptive schemas and mood swings with social anxiety among female students of Islamic Azad University. *Social Psychology*, 3(38), 61-80.