**مبانی نظری نارسایی هیجانی**

یکی از مفاهیمی که به تازگی وارد حوزه روانشناسی شده است، نارسایی هیجانی است، این اصطلاح اولین بار توسط سیفنئوس[[1]](#footnote-1) (1970) جهت مشخص کردن افرادی که فقدان ظرفیت بارز در تشخیص و ابراز کلامی هیجانات بدون علت فیزیکی دارند ابداع شد. از آن زمان نارسایی هیجانی موضوع پژوهش‌های بسیاری قرار گرفته است. چرا که نارسایی هیجانی می‌تواند به ایجاد مشکلاتی در روابط بین فردی، انطباق با هیجانات مختلف، حوادث استرس آور زندگی آسیب پذیری بیشتر فرد در برابر آنها منجر شده، به علاوه می‌تواند در استفاده از مکانیزم های مقابله‌ای ناکارآمد احتمال گرایش به سوء مصرف مواد و الکل را افزایش دهد (ون رسوم و همکاران به نقل از فاتحی نیا، 1388).

نارسایی هیجانی به یک سبک شناختی-عاطفی اشاره دارد که نتیجه آن اختلال خاص در بیان و پردازش هیجانات است. ولی معنای حقیقی آن «پریشانی در توصیف کلامی احساسات» است (کتلین[[2]](#footnote-2)، 1998، ترجمه عباس بخشی پوررودسری و شهرام محمدخانی، 1381). نارسایی هیجانی سازه شخصیتی است که با فقدان خیالپردازی، ظرفیت کم برای افکار سمبولیک و ناتوانی برای تجربه و بیان هیجانات مثبت مشخص می‌شود. نارسایی هیجانی به حالتی اطلاق می‌شود که در اثر آن فرد در درک پردازش و هیجانات خود مشکل دارد (سیفنئوس، 1973).

ویژگی اصلی نارسایی هیجانی عبارتند از: ناتوانی در بازشناسی و توصیف کلامی هیجان‌های شخص، فقر شدید تفکر نمادین که آشکارسازی بازخوردها، احساسات، تمایلات وسابق‌ها را محدود می‌کند، ناتوانی در بکارگیری احساسات به عنوان علایم مشکلات هیجانی، تفکر انتفاعی در مورد واقعیت‌های که اهمیت بیرونی، کاهش یادآوری رویاها، دشواری در تمایز بین حالت‌های هیجانی و حس‌های بدنی فقدان جلوه‌های عاطفی چهره، ظرفیت محدود برای همدلی و خودآگاهی (تول میدا گلیاورویمر[[3]](#footnote-3)، 2005). بحث پیرامون اینکه آیا نارسایی هیجانی یک صفت با ثبات شخصیتی است و یا یک پدیده وابسته به حالت که بطور عمده به سطح افسردگی مرتبط است، چالش‌های زیادی را بین پژوهشگران برانگیخته است. مطالعات بالینی نشان می‌دهد که همزمان با کاهش افسردگی ، نارسایی هیجانی نیز کاهش می یابد، با این حال تیلور و بگبی[[4]](#footnote-4) بیان داشته اند که بین صفات مطلق و ثبات نسبی در زمینه صفات شخصیتی تفاوت وجود دارد**.**

فوکونیشی[[5]](#footnote-5) و همکاران**(**1997**)** گزارش کردند که در مطالعه دانشجویانی که دارای تجربه‌ی مراقبت مادری ضعیف بودند، آزمودنی‌ها، مخصوصا در زمینه دشواری احساسات، ویژگی‌های نارسایی هیجانی را نشان دادند. کریمر[[6]](#footnote-6) و لودر[[7]](#footnote-7) (1995) معتقدند که دلبستگی ناایمن می‌‌تواند فراگیری چگونه احساس کردن را با شکست مواجه کند و زمینه را برای ابتلا به نارسایی هیجانی هموار سازد. نارسایی هیجانی، ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها[[8]](#footnote-8) (بگبی و تیلور، 1997؛تیلور، 2000؛تیلور و بگبی، 2000؛ لبن، آهرن، شواتز و کاسیناک، 1997)، سازه ای است چند وجهی مشکل از دشواریدر شناسایی احساسات[[9]](#footnote-9) و تمایز بین احساسات و حس‌های بدنی مربوط به انگیختگی هیجانی؛ دشواری در توصیف احساسات[[10]](#footnote-10) برای دیگران؛ قدرت تجسم محدود که با قلت خیالپردازی‌ها مشخص می‌شود؛ سبک شناختی عینی (غیر تجسمی)، عمل‌گرا و واقعیت مدار یا تفکر عینی[[11]](#footnote-11) (تیلور و بگبی، 2000؛ سیفنئوس، 2000). افراد مبتلا به نارسایی هیجانی، حس‌های بدنی[[12]](#footnote-12) بهنجار را بزرگ می‌کنند، نشانه‌های بدنی انگیختگی هیجانی[[13]](#footnote-13) را بد تفسیر می‌کنند، درماندگی هیجانی[[14]](#footnote-14) را از طریق شکایت‌های بدنی[[15]](#footnote-15) نشان می‌دهند، و در اقدامات درمانی نیز به دنبال درمان نشانه‌های جسمانی هستند (تیلور، پارکر، بگبی و اکلین، 1992).

شواهد متقاعد کننده‌ای وجود دارد مبنی بر اینکه نارسایی هیجانی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی همزمان با بهبودی افسردگی آنها کاهش می‌یابد اما با این وجود تفاوت نسبی در نمرات نارسایی هیجانی این افراد در طول زمان ثابت می‌ماند. نتایج حاصل از یک مطالعه پیگیری پنج ساله بر روی نمرات نارسایی هیجانی در مبتلایان به افسردگی حاکی از ثبات نسبی نمرات نارسایی هیجانی بود.ثبات نسبی سازه‌ای شخصیتی اندازه‌گیری شده و توانایی آن در پیش‌بینی تغییرات خلقی در راستای حمایت از این فرضیه است که بخش اعظم تفاوت‌های بین فردی در زمینه ابعاد شخصیتی منعکس کننده تفاوت‌هایی است که در زمینه صفات شخصیتی وجود دارد نه منعکس کننده تفاوت‌های موجود در زمینه عواطف وابسته به حالت و بطور کلی عقیده مبرا نیست که نارسایی هیجانی عامل خطرساز برای بسیاری از اختلالات روانپزشکی است، زیرا افراد مبتلا به این عارضه بسیار تحت فشار همبسته‌های جسمانی هیجانی هستند که به کلام در نمی‌آیند. این نارسایی مانع تنظیم هیجانات شده، سازگاری موفقیت‌آمیز را مشکل می‌سازد. نارسایی هیجانی واژه‌ای یونانی است که به معنای نبود واژه برای ابراز هیجان‌ها است (وینگر هوتیس[[16]](#footnote-16)، نیکلیک[[17]](#footnote-17) ‌و دنولت[[18]](#footnote-18)، 2008).

نارسایی هیجانی به دشواری در خود نظم‌دهی هیجانی و به عبارت دیگر، به توانایی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و نظم‌دهی هیجان‌ها با دشواری‌هایی مواجه هستند و در تمایز احساسات درونی از احساسات بدنی مشکل دارند (بشارت، 1387؛ سوارت[[19]](#footnote-19)، کورتکاس[[20]](#footnote-20) و آلمن[[21]](#footnote-21)، 2009). باتوجه به نقایص شناختی و عاطفی چنین فرض می‌شود که ناگویی خلقی (نارسایی هیجانی) می‌تواند با شاخص‌های سلامت به طور کلی و با مشکلات جسمانی و پزشکی به طور خاص رابطه داشته باشد.پژوهشگران دریافته‌اند ناگویی خلقی با تعدادی از مشکلات جسمانی مانند مسائل مرتبط با فشار خون اساسی، بیماری التهاب مثانه[[22]](#footnote-22)، ابعاد مربوط به درد، ناراحتی قلبی و انواع دیابت ارتباط دارد (دوبی[[23]](#footnote-23)، پاندی[[24]](#footnote-24) و میشرا[[25]](#footnote-25)، 2010). در برخی از پژوهش‌ها نارسایی هیجانی را با ناتوانی در ارزیابی و ابراز هیجان‌ها در ارتباط دانسته‌اند. در حمایت از این ادعا، می‌توان گفت نشانه‌های ناکارآمدی و نارسایی در نظم‌دهی هیجان‌ها در بیش از نیمی از اختلال‌های محور I و در تمام اختلال‌های تشخیصی محور II نسخه بازنگری شده چهارمین مجموعه تشخیص و آماری اختلال‌های روانی[[26]](#footnote-26) اتفاق می‌افتد (حسنی، 1389). اگر چه هیجان‌ها اساس زیست‌شناختی دارند، اما افراد قادرند بر هیجان‌ها و ابراز آنها تسلط داشته باشند.

نظم‌دهی هیجانی به اعمالی اطلاق می‌شود که به منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به کار می‌رود. به طور کلی نظم‌دهی هیجان یکی از عوامل اساسی بهزیستی است و در سازش یافتگی با رویدادهای تنیدگی زای زندگی نقش مهمی ایفا می‌کند. موفقیت در نظم‌دهی هیجان با افزایش پیامدهای سلامتی، عملکرد تحصیلی و عملکرد شغلی همراه است و به عکس، نارسایی در نظم دهی هیجان با اختلال‌های روانی، شخصیتی، اختلال‌های اظطرابی و.... در ارتباط است (حسنی و همکاران، 1387). افراد برای نظم‌دهی هیجان‌ها از راهبردهای متفاوتی استفاده می‌کنند که می‌توانند سازش‌یافته (تغییر توجه بعد از یک شکست عاطفی یا تعدیل احساسات از طریق نوشتن) یا سازش نایافته و ناکارآمد (فاجعه آمیز پنداری و نشخوار ذهنی) باشند (واندیلن[[27]](#footnote-27) وکول[[28]](#footnote-28)، 1997).

بوسی[[29]](#footnote-29) (1997) چنین مطرح می‌کند که احتمالا مشکلات نظم‌دهی هیجان در نارسایی هیجانی به دلیل گسستگی فرآیندهای نمادین و تجارب حسی از سوی دیگر است. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند افراد واجد نارسایی هیجانی از راهبردهای ناکارآمد نظم‌دهی هیجان، منع و سرکوبگری بیشتر و ارزیابی مجدد کمتر استفاده می‌کنند (سوارت و دیگران، 2009). به نظر می­رسد که راهبرد سرکوبگری هیجان‌ها با ویژگی اصلی نارسایی هیجانی، یعنی با دشواری در شناسایی و توصیف احساسات همبسته است.

شاهقلیان و دیگران (1386) نشان دادند نارسایی هیجانی با سرکوبگری هیجانی و نشخوار و سبک دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی رابطه مثبت و در کل با سلامت عمومی پایین رابطه دارد. یی[[30]](#footnote-30)، لو[[31]](#footnote-31) و زونگ[[32]](#footnote-32) (2007) نیز نشان دادند که افراد دارای نمره‌های بالا در مقیاس نارسایی هیجانی بیش از افراد واجد نمره‌های پایین در این مقیاس از ابعاد مقابله منفی استفاده می‌کنند. هم‌چنین نشان دادند که نارسایی هیجانی با سبک‌های سازش نایافته[[33]](#footnote-33) نظم‌دهی هیجان‌ها (با ولع غذا خوردن، نوشیدن الکل) همبستگی مثبت و با رفتارهای سازش یافته (تفکر در مورد فهم احساسات درمانده‌ساز[[34]](#footnote-34)) همبستگی منفی دارد (دوبی[[35]](#footnote-35) و دیگران، 2010).

نارسایی هیجانی سازه‌ای چند وجهی است و ویژگی‌های اصلی آن ناتوانی در آشکارسازی بازخوردها، احساس‌ها، تمایلات و کشاننده‌ها را محدود می‌کند. ناتوانی در بکارگیری احساس‌ها به عنوان یکی از علایم مشکلات هیجانی؛ مانع تفکر انتزاعی، و باعث کاهش یادآوری رؤیاها، دشواری در تمایز بین حالت‌های هیجانی و حس‌های بدنی، قیافه خشک و رسمی، فقدان جلوه‌های عاطفی چهره، ظرفیت محدود برای همدلی و خودآگاهی می‌شود (تیلور و بگبی، 2000). این افراد در بازشناسی هیجان‌ها و توصیف احساس‌های خود مشکل دارند و قدرت تجسم محدودی دارند که نشان از محدود بودن تخیل در آن‌هاست و دارای سبک شناختی لفظی، سودمندگرا و بیرونی هستند (لامینت[[36]](#footnote-36)، ورملن[[37]](#footnote-37)، دمارت[[38]](#footnote-38)، تیلور و بگبی، 2006).

نارسایی هیجانی عبارت است از آشفتگی در کنش‌های عاطفی و شناختی[[39]](#footnote-39)، همراه با فقدان توانایی تبدیل انگیختگی عاطفی تجربه‌ها[[40]](#footnote-40) به احساسات و تخیلاتی که نماد و نشانه هیجان‌ها هستند. توصیف مداوم نشانه‌های فیزیکی به جای هیجان‌ها، گفتار و افکار عینی وابسته به وقایع بیرونی، همچنین فقر و محدودیت زندگی تخیلی از ویژگی‌های نارسایی هیجانی محسوب می‌شوند (بگبی[[41]](#footnote-41) و تیلور[[42]](#footnote-42)، 1997؛ سیفنئوس، 2000). افراد مبتلا به نارسایی هیجانی در بازشناسی، آشکارسازی، پردازش وتنظیم هیجان‌ها با دشواری‌هایی مواجه‌اند. نارسایی هیجانی به طور کلی به عنوان نقص درخودتنظیم‌گری هیجانی در نظر گرفته می‌شود (کرتیلر[[43]](#footnote-43)،2002). تنظیم هیجان فرآیندی پیچیده شامل تعامل بین سیستم‌های عصبی-فیزیولوژیک[[44]](#footnote-44)، حرکتی-بیانی[[45]](#footnote-45)، و شناختی-تجربی[[46]](#footnote-46) هیجان است.

نارسایی هیجانی به شکل‌های مختلف مانند ناتوانی در مفهوم پردازی عاطفه، ناتوانی در قائل شدن تفاوت بین هیجان‌ها، ناتوانی در تجربه هشیار هیجان،یا ناتوانی در تشریح استرسی که به طور خودکار به نارسا کنش وری بدنی تبدیل شده است، ظاهر می‌شود (نمیا[[47]](#footnote-47)، 2000). تجربه‌های کودکی با مراقبانی که هیجان‌هایشان را نشان نمی‌دهند و ابراز نمی‌کنند، یا کسانی که هیجان‌های در حال تحول و شکل‌گیری کودک را به رسمیت نمی‌شناسند و با هیجان‌های کودک خوب رفتار نمی‌کنند، می‌توانند بر تنظیم عاطفه در مراحل بعدی زندگی تأثیر عمیق بگذارند (بگبی و تیلور، 1997). آنچه ما در مورد هیجان‌های خود و توانایی بازشناسی، توصیف و تنظیم عواطف خودمان می‌دانیم تا حدود زیادی تحت تأثیر تعامل‌های اولیه با مراقبت است.

از دیدگاه علوم شناختی بخش عمده‌ای از مسائل مربوط به نارسایی هیجانی مرتبط با هیجا‌ن‌ها است و هیجان‌ها به عنوان دسته‌ای از روان‌سازه‌ی مبتنی بر پردازش اطلاعات شناخته می‌شود که شامل فرآیندها و تجسم‌های نمادین و غیرنمادین است (میاک، اوکاموتو، اونودا، شیار و یاماواکی‌، 2012).

تجسم‌های نمادین شامل تصاویر و واژه‌ها است و تجسم‌های غیرنمادین شامل تهییح‌های جسمانی و احشایی است که در هنگام برانگیختگی هیجانی تجربه می‌شوند. نظام‌های نمادین مانند زبان این امکان را فراهم می‌آورند که انسان درباره احساس‌های هیجانی و دیگر تجاربش فکر کند و به اینترتی بحالت‌های هیجانی خود را تنظیم نماید. به نظر می‌رسد درنارسایی هیجانی توانایی بسیار اندکی برای نمایش نمادین هیجان‌ها وجود دارد و درنهایت تجسم نمادین هیجان‌ها به شکل ضعیف با تصاویر و واژه‌ها ارتباط برقرار می‌کند و به همین دلیل کمتر تحت کنترل شناختی قرار دارد (اورونیزاک، پایپر، جوی، 2011). همان‌گونه که در تعریف نارسایی هیجانی مطرح شده‌است، اختلال در پردازش اطلاعات هیجانی نقش مهمی در شکل‌گیری این اختلال دارد و پژوهش‌های مختلف شواهد متعددی را در حمایت این افراد با نارسایی هیجانی بالا نسبت به افراد با نارسایی هیجانی پایین در تکالیفی که نیازمند هماهنگی محرک‌های هیجانی کلامی و غیر کلامی با پاسخ‌های هیجانی کلامی و غیرکلامی است، ضعیف‌تر عمل می‌کنند (لین[[48]](#footnote-48)، سکرست[[49]](#footnote-49)، ریدل[[50]](#footnote-50)، ولدان[[51]](#footnote-51)، کازنیاک[[52]](#footnote-52) و شوارتز[[53]](#footnote-53)، 1996). همچنین عملکرد آنها در نام‌گذاری رنگ واژه‌های مربوط به بیماری، کندتر از رنگ‌های مربوط به هیجان‌های منفی است، در حالی که در افراد با نارسایی هیجانی پایین چنین تفاوتی مشاهده نمی‌شود (لاند[[54]](#footnote-54)، جانسون[[55]](#footnote-55)، سان و سیت[[56]](#footnote-56) و اولسن[[57]](#footnote-57)، 2002).

نارسایی هیجانی برآزمون تصمیم‌گیری واژگانی نیز اثرگذار است. افراد با نارسایی هیجانی بالا در آزمون تصمیم‌گیری واژگانی برای واژه‌های هیجانی که بعد از موقعیتی هیجانی ارائه شود، دچار تأخیر می‌شوند در حالی که در موقعیتی خنثی از نظر هیجانی این تأخیر مشاهده نمی‌شود (سوسلو11 و جانگ‌هانز12، 2002). نتایج مطالعات لامینت[[58]](#footnote-58) و همکاران (2006) در مورد دانشجویان نیز نشان داد که افراد با نارسایی هیجانی بالا واژه‌های هیجانی-چه مثبت و چه منفی- کمتری را نسبت به افراد با نارسایی هیجانی پایین فراخوانی کردند.

در این مطالعه همه شرکت کنندگان صرف نظر از نارسایی بالا و پایین، واژه‌هایی را که در سطح معنایی پردازش شده بود، بهتر از سطح پردازش ادراکی به یاد آوردند؛ و صرف نظر از سطح پردازش، واژه‌هایی را که بار هیجانی مثبت داشت بیش از واژه‌های دارای بار هیجانی منفی به یاد آوردند. این یافته در مطالعه مت[[59]](#footnote-59)، وازکیوز[[60]](#footnote-60) و کمپبل[[61]](#footnote-61) (1992) نیز تأیید شد.

نارسایی هیجانی امروزه دیگر به عنوان یک اختلال روانپزشکی مطرح نیست، بلکه بیشتر به عنوان یک رگه شخصیتی در نظر گرفته می‌شود که در جامعه توزیع طبیعی دارد (تیلر و بگبی، 2000، پارکر[[62]](#footnote-62)، کیفر[[63]](#footnote-63)، تیلر و بگبی، 2008).

مدل‌های متعددی در مورد سبب شناسی ناگویی خلقی مطرح شده است. بعضی از نظریه‌ها فرض کرده‌اند ویژگی های نارسایی هیجانی از تجارب آسیب زای ابتدایی زندگی و نارسا کنش وری روابط والد-کودک نشأت می‌گیرند (فوکی نیشی، سی، موریتاوری[[64]](#footnote-64)، 1999؛ توربرگ، یانگ، سالیوان و لیورس[[65]](#footnote-65)، 2011). سیفنئوس (1973) شیوع نارسایی هیجانی را روی بیماران با بیماری روان‌تنی سنتی مطالعه کرد. به طور کلی ماتیلا[[66]](#footnote-66) (2006، به نقل از افشاری، 1387) عنوان می‌کنند که شیوع نارسایی هیجانی در مطالعات صورت گرفته بین 7 تا 19 درصد برای مردان و 5 تا 10 درصد برای زنان، در جمعیت بزرگسال می‌باشد. چندین مطالعه گزارش کرده‌اند که رابطه مثبت میان نارسایی هیجانی و مشکلات مختلف روانی وجود دارد، به جز اختلال جسمانی کردن، رابطه میان افسردگی و نارسایی هیجانی احتمالا به طور جامعی موضوع تحقیق در این زمینه بوده است.اکثریت این مطالعات پیشنهاد می‌دهند که افسردگی با نارسایی هیجانی رابطه بالایی دارد (لی، روماس[[67]](#footnote-67) و مانوز[[68]](#footnote-68)، 2007).

مفهوم نارسایی هیجانی، بر پایه مشاهده بیماران روان‌تنی استوار است و اولین بار توسط سیفنئوس (1973) مطرح شد و اساسا با مشکل در تشخیص و بیان احساسات، خیال‌بافی بسیار کم، سبک شناختی با جهت‌گیری بیرونی و وابسته به محرک یا به عبارتی فکر برون مدار توأم با اصل اخلاقی سودمندگرایی و مشکل در تمیز دادن بین احساسات و حواس فیزیکی مشخص می‌شود. گمان می‌رود که این ویژگی‌ها یک نوع کمبود در پردازش شناختی و نظم‌دهی حالت‌های عاطفی را منعکس می‌کنند (تیلور[[69]](#footnote-69)، 1994). هرچند نارسایی هیجانی در ارتباط با بیماران روان‌تنی مطرح شد، اما امروزه به عنوان یک صفت شخصیتی در میان تمامی افراد جامعه توزیع شده است. پژوهش‌ها نشان داده اند که سطوح بالای نارسایی هیجانی با گستره‌ی متنوعی از اختلال‌های روان پزشکی مانند، افسردگی (هینتیکا، هنکالامپی، لتونن و ویناماکی[[70]](#footnote-70)، 2001)، اضطراب (برتز، کونسکی، پترزدیاز و جوونت[[71]](#footnote-71)، 1999) روان رنجوری خویی (اسپینا[[72]](#footnote-72)، 2003)، الکلیم و سوء مصرف مواد، سبک زندگی فاقد تحرک، سوء تغذیه و عادات غذایی نادرست (هلمرز و منت[[73]](#footnote-73)، 1999) در ارتباط هستند. از میان اختلال‌های روانپزشکی مرتبط با نارسایی هیجانی، اختلال سوء مصرف مواد توجه بسیاری را به خود جلب کرده است.

به عنوان مثال، کریستال[[74]](#footnote-74) (1997، به نقل از قلعه بان، 1387) معتقد است که نارسایی هیجانی به عنوان نارسایی در درک، پردازش و توصیف هیجان باعث می‌شود که برخی افراد آمادگی وابستگی به مواد را داشته باشند. همچنین، کریستال (1996) معتقد است هیجان‌های افراد معتاد کودکانه و در سطح پیش‌ کلامی[[75]](#footnote-75) است و ظرفیت شناختی آسیب دیده آن‌ها به عدم توانایی تفسیر افسردگی و اضطراب منتهی می‌شود. در این شرایط، ظرفیت تأخیر واکنش[[76]](#footnote-76) (مهارت من) پایین است. در نتیجه تعارض فرد با محیط افزایش می‌یابد و شخص مکرراً درماندگی و استرس در برابر هیجان‌ها را تجربه می‌کند (به نقل از قلعه­بان، 1387).

همه انسان‌ها هیجان‌ها و عواطف را در زندگی تجربه می‌کنند و این کاملا طبیعی است که در رویارویی با موقعیت گوناگون هیجان‌ها و عواطفی متفاوت از خود نشان دهند؛ اما هیجان‌ها و عواطف منفی شدید غیرعادی است و نه تنها سازنده نیست، بلکه آثار مخرب و زیان‌باری نیز دارد (قدیری، 1384). افراط و تفریط هیجان‌ها افراد را منجر به ناسازگاری، پرخاشگری، خشم، نفرت و اضطراب می‌کند که به صورت کنترل نشده، بهداشت روانی و عاطفی افراد را به گونه‌ای جدی تهدید می‌کند (لاین لی و جوزف[[77]](#footnote-77)، 2009). بهتر است به جای اینکه از بروز هیجان‌ها جلوگیری کنیم، آثار واکنشی آنها را کاهش داده تا فرصت کافی برای تصمیم‌های بهتر، آینده نگری و خلاقیت داشته باشیم (شریفی در آمدی و آقایار، 1386). با توجه به نقایص شناختی و عاطفی چنین فرض می‌شود که نارسایی هیجانی می‌تواند با شاخص‌های سلامت به طور کلی و با مشکلات جسمانی و پزشکی به طور خاص رابطه داشته باشد. این نکته نیز آشکار شده است که نارسایی هیجانی، به ویژه مؤلفه‌ی دشواری در شناسایی احساسات، با ناتوانی در کنترل عواطف مثل افسردگی، اضطراب و خشم رابطه دارد (پورسیلی، تلی پانی، میلو، سیلنتی و تادآرلو[[78]](#footnote-78)، 2007).

دوبی، پاندی و میشرا[[79]](#footnote-79) (2010) در مطالعه‌ای نشان دادند که نارسایی هیجانی با رفتارهای ناسالم از جمله اختلال در خوردن، سوء مصرف مواد و دارو، وابستگی به الکل و قماربازی رابطه دارد. افزون برآن نارسایی هیجانی با اضطراب، افسردگی عمده، پرخاشگری، اختلالات درد و نابهنجاری جنسی رابطه دارد.

**2-4 پیشینه پژوهشی**

**الف) رابطه احساس پیوستگی و شادکامی و متغیرهای مربوطه**

احتشام زاده و همکاران(1389)، در پژوهشی که با هدف بررسی رابطه بین متغیرهای احساس پیوستگی و عملکرد شغلی با میانجیگری راهبردهای مقابله و سلامت عمومی بر روی 244 نفر از کارمندان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز انجام دادند به این نتیجه رسیدند که احساس پیوستگی هم به واسطه ی راهبردهای مقابله ای هیجان مدار و مساله مدار و سلامت عمومی و هم به طور مستقیم با عملکرد شغلی رابطه دارد. به عبارت دیگر احساس پیوستگی از طریق راهبردهای مقابله ای و سلامت عمومی به عنوان میانجی، می­تواند تاثیرگذاری بیشتری بر عملکرد شغلی داشته باشد.

شریف و آقایوسفی (1389)، در پژوهشی که با عنوان تعیین رابطه بین احساس پیوستگی و بهزیستی روانی در 400 نفر از دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران انجام دادند نتایج نشان داد که احساس پیوستگی نقش مهمی در بهزیستی روانی دارد. با بالا رفتن احساس پیوستگی دانشجویان احساس خوشبختی و رضایت از زندگی را بیشتر تجربه می­کنند.

آذر کیامرثی و رضا ایل بیگی (1390)، در پژوهشی که به بررسی ارتباط احساس پیوستگی و نارسایی هیجانی با رضایت از زندگی در دانش آموزان دختر دارای ADHD پرداختند به این نتیجه رسیدند که احساس پیوستگی با رضایت از زندگی در دانش آموزان دارای نشانه های ADHD رابطه مثبت معناداری دارد. همچنین مؤلفه های قابل درک بودن و کنترل پذیری با رضایت از زندگی رابطه مثبت معنی داری داشتند ولی مؤلفه های معنی دار بودن با رضایت از زندگی رابطه معنی دار نداشت.

صبری نظرزاده و همکاران (1390)، در پژوهشی که با عنوان رابطه علمی احساس پیوستگی و سخت کوشی روانشناختی، راهبردهای مقابله ای و سلامت روان بر روی 405 زن ساکن در شهرستان اهواز انجام دادند نتایج و یافته ها نشان داد که احساس پیوستگی و سخت کوشی نقش تعیین کننده ای در سلامت روان دارند.

عباس ابوالقاسمی، فاطمه زاهد، دکتر ترجمانی (1387)، در پژوهشی که به بررسی ارتباط احساس پیوستگی و تیپ شخصیتی D با تندرستی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری پرداختند به این نتیجه رسیدند که احساس پیوستگی و تیپ شخصیتی Dبا تندرستی افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری رابطه­ی معنی داری دارند.

دراگست، اید، نیگارد، بوندوک، نورت و دوناتویگ[[80]](#footnote-80) (2009)، در پژوهشی نشان دادند که احساس پیوستگی با کارکردهای اجتماعی و تندرستی جسمانی رابطه مثبت دارد.

اوچیال، دایتو و آوکی[[81]](#footnote-81) (2011)، در در پژوهشی که به منظور بررسی رابطه بین احساس پیوستگی و سبک زندگی در کارگران میانسال ژاپنی ( 412 نفر زن و 206 نفر مرد )انجام شده است یافته های پژوهش نشان داد افرادی که احساس پیوستگی بالاتری داشتند سطح رضایت مندی بیشتری را در زندگی از خود نشان می دادند و همچنین چنین شرکت کنندگانی به طور چشمگیری سطوح پایین تر استرس های روزانه را تجربه کرده بودند.

کارین، آلبر کسیتن و کارنستروم[[82]](#footnote-82) (2003)، در پژوهش به منظور بررسی رابطه بین عوامل روان شناختی (تجارب استرس زا، حمایت اجتماعی و ویژگیهای شخصی) با شادکامی، به بررسی این متغیرها در 877 نوجوان نروژی که در طرح سازمان بهداشت جهانی به منظور ارتقای سلامت مدارس شرکت کرده بودند، پرداختند. نتایج نشان داد که خود – اثربخشی کلی، قوی ترین پیش بینی کننده برای تمایز شادترین شاگردان و ناشادترین آنها بود در رابطه با حمایت اجتماعی، نتایج نشان داد که حمایت اجتماعی از جانب معلمان و همسالان با شادکامی رابطه مثبت دارد. ولی میزان این رابطه در معلمان بالاتر بود؛ یعنی حمایت اجتماعی از سوی معلمان در پیش بینی شادکامی در مقایسه با همسالان، اهمیت بیشتری داشت.

در پژوهشی که کش و لابیومیرسکی[[83]](#footnote-83) (2006)، انجام داده اند، به این نتیجه رسیدند که کنترل سلامت، برقراری ارتباط، جدایی، اوقات فراغت، مذهب و تلاش برای ایجاد شادکامی از عوامل پیش بینی کننده شادکامی به شمار می رود.

مونز و نورکوال[[84]](#footnote-84) (2006)، در پژوهشی دریافتند که احساس پیوستگی بر بهبود کیفیت زندگی و تندرستی بیماران مزمن تاثیر زیادی دارد.

پژوهشی که پلانت و لی[[85]](#footnote-85) (2002)، انجام دادند به این نتیجه رسیدند که احساس پیوستگی با بهزیستی روانشناختگی و جسمی و عوامل شخصیتی مانند خوش بینی، عزت نفس و احساس تسلط رابطه مثبت دارد.

گلدمن[[86]](#footnote-86) (1995)، طبق شواهد پژوهشی افرادی که احساس پیوستگی بیشتری دارند از لحاظ جسمانی سالمتر و استرس و اضطراب کمتری را تجربه می کنند از این رو احساس پیوستگی می تواند رضایت از زندگی را بالا ببرد.

سومینن، هلینیوس، بلومرگ، اوتلاوکوسکن وو[[87]](#footnote-87) (2001)، در پژوهشی نتیجه گیری کردند که احساس پیوستگی قوی تری پیش بینی کننده وضعیت جسمی و میزان تندرستی زنان و مردان است.

**منابع فارسی**

ابراهیمی، فرشته.(1392). پیش بینی شادکامی بر اساس الگوهای ارتباطی خانواده و تاب آوری، **پایان نامه کارشناسی ارشد،** دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.

ابوالقاسمی، عباس ؛ زاهد ؛ فاطمه؛ نریمانی ، محمد(1388).بررسی ارتباط احساس پیوستگی و تیپ شخصیتی d با تندرستی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری. اصول بهداشت روانی ،11(3) ،222-213.

احتشام­زاده، پروین؛ صبری نظرزاده، راشین و معمارباشی اول، مژگان.(1392). رابطه بين احساس انسجام و عملکرد شغلي با ميانجي گري سلامت روان و راهبردهاي مقابله، **روش­ها و مدل­های روانشناختی**، دوره 3، شماره 13، صص 97-85.

اسدی، سهیل(1382).ارسطو یا فروید: تردید در نظریه شادکامی، **هفته نامه پرشین ویکلی**، شماره82. صص 30-20.

اسماعیلی فر ، ندا؛ شفیعی آبادی، عبدالله ؛قدسی (1390). تعیین سهم خودکارآمدی در پیش بینی شادکامی دانش آموزان دختر شهر رودهن . مجله اندیشه ورفتار ، دوره پنجم ، ش 19،ص90-106.

 امانی، رزیتا، هادیان، رژینا.(1387). بررسی اثر بخشی آموزش مهارت های اجتماعی بر افزایش میزان شادی دانشجویان، **چهارمین سمینار بهداشت روانی دانشجویان**، دانشگاه شیراز، اول و دوم خرداد.

امیدیان، مرتضی.(1386). بررسی وضعیت سلامت عمومی و شادکامی در دانشجویان دانشگاه یزد، **مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی**، دوره دهم، شماره 1، صص 116-101.

برغندان، سپیده؛ ترخان، مرتضی؛ قائمی خمامی، نیما.(1389). بررسی اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر سلامت روان و شادکامی دانش آموزان پسر مقطع دبیرستان. **ارمغان دانش – فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج**، دوره 150، ویژه نامه 1 (همایش سراسری سبک زندگی و سلامت)، 213.

 پاییزی، مریم؛ شهر آرای، مهرناز؛ فرزاد، ولی اله و صفایی، پریوش. (1386). بررسی اثربخش آموزش ابراز وجود بر شادکامی و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دختر پایه دوم رشته علوم تجربی دبیرستان های تهران، **مجله مطالعات روان شناختی دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه الزهرا**، دوره 3، شماره4.

پاییزی، مهدی (1386). بررسی اثربخشی آموزش ابراز وجود بر شادکامی و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دختر پایه دوم رشته تجربی دبیرستان های تهران، **فصلنامه مطالعات روان شناختی**،دوره 3، شماره 4، صص43-25.

جوکار، بهرام (1386). نقش واسطه ای تاب آوری دررابطه باهوش هیجانی و هوش عمومی بارضایت از زندگی. **مجله روانشناسی معاصر، فصلنامه انجمن روان شناسی ایران**،دوره دوم،شماره 2، صص 56-43.

 حسنی، جعفر.(1389). خصوصیات روان سنجی پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان. **فصلنامه روانشناسی بالینی**، سال 2، شماره 3، صص 83-73.

خانزاده، عباسعلی و صفی خانی، لیلا. (1385). بررسی رابطه بین شخصیت و شادکامی»، **نشریه اصلاح و تربیت،** شماره 131.

خوش کنش، ابولقاسم و کشاورز افشار، حسین.(1387). رابطه شادکامی و سلامت روانی دانشجویان. **مجله اندیشه و رفتار،** دوره دوم، شماره 7، صص 41-52.

دشتی، مریم (1390).تأثیرالگوهای ارتباطی خانواده برشادکامی به واسطه خودکارآمدی دربین دانش آموزان دختروپسر**.** **پایان نامه کارشناسی ارشد**، دانشگاه شیراز.

زهرا کار، کیانوش.(1387)، **مشاوره استرس**، تهران: نشر دانشگاهی بال.

شاهقلیان، مهناز.، مردای، علیرضا. و کافی، سید موسی. (1386). بررسی رابطه ناگویی خلقی با سبک های باراز هیجان و سلامت عمومی در دانشجویان. **مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران**، سال 13، شماره 3، 248-238.

شریفی، رضا و آقایوسفی، علیرضا.(1389). رابطه بین احساس پیوستگی و بهزیستی روانی، **مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه مشهد**، دوره دهم، شماره 1، صص 42-31.

علی­ پور ،احمد؛ نوربالا ،احمد علی . (1387). بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه های تهران . **مجله اندیشه و رفتار**، سال پنجم ، ش1و2 ، تابستان و پایییز ، ص 55-65.

علی پور، احمد؛ نوربالا، احمدعلی؛ اژه ای، جواد و مطیعیان، حسن. (1389). شادکامی و عملکرد ایمنی بدن، **مجله روانشناسی**، سال 3، شماره 4، صص 233-219.

کیامرثی، آذر و ایل بیگی قلغه­نی، رضا.(1390). ارتباط احساس پيوستگي و نارسايي هيجاني با رضايت از زندگي در دانش آموزان دختر داراي نشانه هاي ADHD، **مجله­ی روانشناسی مدرسه**، دوره­ی 1، شماره­ی 1، صص 92-76.

مطیعیان، حسن (1379). شادکامی و عملکرد ایمنی بدن، **مجله روانشناسی**، سال 3، شماره 4، صص 233-21 .

منتظری، علی؛ امیدواری، سپیده؛ آذین، سید علی. (1390). ميزان شادكامي مردم ايران و عوامل مؤثر بر آن: مطالعه سلامت از ديدگاه مردم ايران، **فصلنامه پایش**، سال یازدهم، شماره 4، صص 467-475.

میرشاه جعفری، ابراهیم (1381). شادکامی و عوامل مؤثر بر آن، **تازه های علوم شناختی**، سال4، شماره3.

نوربخش، اعظم. آتش پور، سید حمید، موسوی، حسین.(1384). مقایسه سبک زندگی، سلامت روان و شادکامی دبیران زن و زنان خانه دار شهرستان بشرویه. **مجله دانش و پژوهش در روانشناسی**، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، شماره 26، 62-37.

**منابع انگلیسی:**

 Antonovsky A. (1987). Unraveling the mystery of health How people manage stress and stay well. Sanfrancisco. *Jossey-Bass Press*. 122-5.

Antonovsky, A. (1993).The structure and properties of the sense of cohere nce scale. *Soc Sci Med*. 36(6):725-33.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a Theory to guide health promotion. *Health promotion International*. 11(1), 11-18.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to giud. *health promotion international*. 11(1), 11-18.

Antonovsky, A., (1993). The structure and properties of the sense of coherence Scale. *Social science & medicine*, 36, 725-733.

Argyle, D. (2001).*The social pshychology of happiness***,** (2nd).Grea.Brit saiu:Routledge.

Argyle,M.,& LU,L. (1990). *The happiness of extraverts,personality and Individual Difference,*11,1011-1017.

Bagby, R. M., & Taylor, G. J. (1997). *Affect dysrey ulation and alxithy mia. In G. J. Taylor, R. M. Bagby. & J. D. A. Parker (Eds),* Dis orders of Affect Reyulation: Alexithymia in medical and psychiatric Illnes (pp. 26-45). Cambridge: University Press.

Bernbaum, H., & James, T. (1994). Correlates and retrospectively reported antecedents of alexithymia. *Psychosomatic Medicine, 56,* 353-359.

Bolte, A,. Goschke, T,. & Kuhl, J. (2003). Emotion and intuition. *Psychological Sciences*. 14(5):416-21.

Brethoze, S., Consoli, S., Peterz-Diaz. F., & Jouvent, R. (1999). Alexithymia and anxiety: Compounded relationships?  *A psychometric study. European Psychiatry,* 14(7), 372-378.

Bucci, W. (1997). Symptoms and symbols: A multiple cod theory of somatization. *Psychoanalytic Inquiry*, 17, 151-172.

Carr, A. (2004).*positive psychology Hove and New york*:Brunner-Routledge.

Conner.K.M & Davids on,j.r.t.(2003). Development of a new resilience scale: the Conner-Davidson resilience scale (CD-RISC).*Depression and Anxiety*,18,76-82.

Dickey,M.T.(1999).*The pursuit of happiness.* Available on:http//www. dickey.org /happy.htm.

Diener,E.(2000).subjective well-being:The science of happiness and a proposalFor a national index**.** *American psychologist*.55:34-43.

Dubey, A., Pandey. R., & Mishra. K. (2010). Role of emotion regulation difficulties and positive / negative affectivity in explaining elexithymia-health relationship: An overview. *Indian Journal of Social Science Research*. 7(3). 20-31.

Dubey,A., Pandey, R., & mishra, K. (2010). Role of emotion regulation difficulties and Positive negative affectivity in explaininy alexithymia heulth relationship: An oveyview. *Indian Journal of social science Research,* 7, 20-31.

Dubey. A., Pandy, R., & Mishra, K. (2010). Role of emotion regulation difficulties and positive negative affectivity in explaning alexithymia health relationship. An overview*. Indian Jornal of social science Research*, 7(3), 20-31.

Eriksson, M,. Lindstrom, B. & Lilija, J. (2007). A sense of coherence and health. Salutogenesis in a social context: Aland, a special case. *J Epidemiol Community Health*. 61(8): 684-88.

Espina, A. (2003). Alexithymia in parents of daughters with eating disorders its relation ship with Psychopathological and personality varibls. *Journal of psychomatic research,* 55, 553-560.

Flannery, R. B., & Flanery, G. L. (1990). Sense of coherence, life stress, and psychological distress: A Prospective methodological inquiry. *Journal of Clinical psychology*, 46, 415-42.

Flensborg –Madsen T,Vetegodt S, Merrick J. (2005). Why is antonovskys sense of coherence not correlated to phisycsl health? Analysing antonovskys 29-item sense of coherence scale (SOC). *Sci world J.* 14(5): 767-76.

Flensborg-Madsen TF, Vetegodt S, Merrick. J. (2006). Sense of coherence and Health A Cross-Sectional study using a New Scale (SOCII). *Sci World*. 6 (1) : 2200-11.

Flensbory-madsen, T., Ventegodt, S., Merrick, J. (2006). " sense of coherence and health. The construction of an Amendment to Antonovskys. Sense of coherence Scale ( SOCII)". *TSW Holistic Health & medicine*. 1:169-178.

Francis,L., Brown.L., Lester,D. & philipchalk, R. (1998).Happiness asstable Extraversion. *personality and individual Differences*, 24,167-171 .

Fukunishi, I., Kawamura, N., Ishikawa, T., Ago, Y., Ago, Y., Sei, H., Morita, Y., & Raha, R. H. (1997). Mother’s low care in the development of alexithymia: A Preliminary study in Japanese college students. *Psychological Reports,* 80, 143-146.

Fukunishi, i., Sei, H., Morita, Y., & Rahe, R. H. (1999). Sympathetic activity in alexituymics W. Th mother’s Isw care. *Journal of psych matic Researck*, 46, 579-589.

Goleman, D. (1995). Emotional intelligence. New York: Bantam.

Helmers. K. F., & Mente, A. (1999). Alexithymia and health behaviors in healthy male volunteers. *Journal of psychosomatic Research*, 47, 635-645.

Hills,p.,& Argyle,M.(2001).Happiness,introversion- extraversion and happy Introverts. *personality and Individual Differences*,30,595-608.

Hintika, J., Honkalampi, K., Lehtonen, J., & Viinamaki, H. (2001). Are Alexithymia and depression distinc or overlapping construct: a study in a general population. *Comperhensive psychiatry*. 42(3), 234-239.

Huppke,R.w.(2001).*study finds community work linked to happiness*.Htt:// Archive.Nandotimes…./0.2107,500045&7722-500698037-503747880,00Htm?printe.

Kaldor, p. (1994).*winds of change*. Home bush west, NSW: Anzea.

Kanttinen, H. Uutela, A. (2008). Comparing sense of coherence, depressive symptoms and anxiety, and their relation ships with health in a population-based study. *Social Science & Medicine*. 66: 2410-2412.

Karin, G., Albreksten, G. and Qvarnstrom, U. (2003). Association between psychosocial factor and happiness among school adolescent, *International Journal of* *nursing practice*, 9, 166-175.

Kraemer, s., & Loader, P. (1995). Passing through life: Alexithymia and attachment disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 937-941.

Krantz G, Ostergren po. (2004). Does it make sense in a coherent way? Determinants of sense of coherence in Swedish women 40 to 50 years of age. *Int J Behav Med*, 11(1): 18-26.

Kravetz, S., Drory, Y., & Florian, V. (1993). Hardiness and sense of coherence and their relation to negative affect. *European Journal of Personality.* 7, 233-244.

Kreitler, S. (2002) The psychosemantic approach to alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 33, 393 – 407.

Kulik, L. (2006).personality profiles,life satisfaction and gender-role ideology among couples in late adulthood. *the Israeil case personality and Individua Differences*,40,317-329.

Lane, R. D., Ahern, G. L., Schwartz. G. E., & Kaszniak, A. W. (1997). Is Alexithymia The Emotional Equivalent of Blindsight? *Biological psychiatry,* 42, 834-844.

Lazarous, R.S. (1985).on the primacy of cognition. *American psychologyist,* 39, 124-129.

Le, N. H., Romas, M, A., & Munoz, R. F. (2007). The relationship between alexithymia and perinatal depressive symptomatology. *J pschosom Res,* 62, 215-222.

Lopez, Snyder, C.R. (2002).*Hand Book of positive psychology*, oxford university Press.

Luminet, O., Vermeulen, N.,Demaret, G., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2006). Alexithymia and levels of processing: Evidnce for an overall deficit in remembering emotion words. *Journal of Research in personality*, 40(5): 713-733.

Mattila,A.K., Poutanen, O., Koivisto, A.M., Salokangas, R.K.R., Joukamaa, M.(2007). Alexithymia and life satisfaction in primary care patients. Psychosomatics,48, 523-9.

Miyake, Y., Okamoto, Y., Onoda, K,. Shirao. N & Yamawaki, S. (2012). Brain activation during the Perception of stressful word stimuli concerning interpersonal relationships in anorexia nervosa patients with high degree of alexithymia an FMRI paradigm. J*ournal of Neuroimaging,* 201(2): 113-119.

Moons, P., & Norekval, T.M.(2006).Is sense of coherence a pathway for improving the quality of life of patients who grow up with chronic diseases? Ahypothesis. European Journal of cardiovascular. Nursing,5(1), 16-20.

Myers, D.G., & Diener, E. (1995).who is happy? psychological sciece,*American Journal of orthopsychiatry.* 6,10-19.

Nemiah, J. C. (2000). A Psychodynamic view of Psychosomatic medicine. *Psychosomatic medicine*, 62, 299-303.

Ochiai, R., Daitou, S. and Aoki, K. (2011). The relations of the sense of coherence and lifestyles to self-rated health for college students. *Journal of health Science of Mind and Body*, 7, 35-40.

Pallant. J.F., Lae, L.(2002) Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: further evaluation of the sense of coherence scale. Personality and Individual differences, 33(1).

Palmer, B., Donaldson, C., Stough, C.(2002). Emotional intelligence and life satisfaction. Pers Indive Diff , 33,1091-1100 and personality factors: further.

Parker, J. D., Keefer, K. V., Taylor, G. J., & Bagby. R. m. (2008). Latent structure of the alexi thymia. *Journal of Research in personality.* 30, 401-412.

Porcelli, P., Tulipani, G., Maiello, E., Cilenti, G., & Todarello, O. (2007). Coping and illness behavior correlates of pain experience in cancer patients Psycho-Oncology, *Journal of psychosomatic Research*. 16(7), 644-650.

Rojas, m. (2007). Heterogeneity in the relationship between income and happiness A conceptual-referent-therapy explantion.*Journal of Economic psychology*. 28, 1-14.

Rojas, m. (2007). Heterogeneity in the relationship between income and happiness A conceptual-referent-therapy explantion.*Journal of Economic psychology.*28, 1-14.

Salminen, J.K., Saarijärvi, S., Toikka, T.(2002). Alexithymia and health-related quality of life. J Psychosom Res, 52, 324- 331.

Savolainen, J. (2005). *A salutogenic Prespective to oral Health: sense of coherence as a determinant of oral and genral health behaviours, and oral health-related quality of life*. Academic Dissertation. University of Oulu, Faculty of Medicine.

Sifneos, P. E. (1973). The Prevalence Of alexithymic characteristics in Psychosomatic Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.

Sifneos, P. E. (2002). Alexithymia, clinical issues, politics and crime. *Psychotherapy and psychosomatics*, 69, 113-116.

Strumpfer, D. J. W. (1995). The origins of health and strength: form ‘salutogenesis’ to ‘ fortigenesis’. *South African Journal of psychology,* 25 (2), 81-89.

Sullivan, C. A. (1995). *A salutogenic study of stress*. Unpublished dissertation. Rand Afrikaans university.

Sullivan, G. C. (1993). Towards clarification of Convergent concepts: Sense of coherence, will to meaning, locus of control, learned helplessness and hardiness. *Journal of Advanced Nursing*. 18, 1772-1778.

Suominen, S., Helenius, H., Blombery, H., Untela, A., Koskenvuo, M. (2001). "Sense of cohcrence as a Predictor or subjective state of health: Results of 4 years of fllow-up of adults". *Journal of psychosomatic Research*. So, 77-86.

Swart, M., Kortekaas, R., & Aleman, A. (2009). *Dealing with fellings: characterizations of trait alexithy mia of emotion regulation strategies and cognitive – emotional Processing.* Retrieved October 25, 2011 form http//www. nlm. Nih. Gov/ 1949-2. 45.

Taylor, G. J. (1994). The alexithymia constract: Conceptualization, Validation, and relation ship with basic dimensions of Personality. *New Trends in Experimental and clinical psychiatry*. 10, 61-74.

Taylor, G. J. (2000). Recent Developments in Alexithymia Theory and Research Canadian. *Journal of Psychiatry*, 45, 134-142.

Taylor, G. J., & Bagby, M. (2000). *An overview of The alexithymia Construct. In R. Bay-on & J. D. A. Parker (EDS.).* The Handbook of Emotional Intelligence (pp. 263-276). San Francisco: Jossey-Bass.

Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2000). *The Handbook of Emotional Intelligence: ” An overview of The alexithymia construct”,* in ed. R. Bar –on & J. D. A. Parker., Sanfrancisco: Jossey-Bass Inc.

Taylor, G. J., & Bagby, R. m. (2000).*An overview of The alexithymia construct. In Bar-on R and Parker, J. D. A. ( Eds.),* The band book of emotional intelligence (pp. 40-67). San Francisco: Jossey-Bass Inc.

Taylor, G. J., Parker, J. D. A. Bagby, M., & Acklin, M. W. (1992). Alexithymia and somatic complaints in psychiatric Out-patients. *Journal of psychosomatic Research,* 36, 417-427.

Thor berg, F. A., Yong, R. MCD., Sulliran, K. A., & Lyvers, M. (2011). Parental bonding and alexithymia. *A meta – analysis European Psychiatry*, 26, 187-193.

Togari T, Yamazaki Y, Yamaki ck. (2002). Nakayama k. Follow-up study on the effects two years in Japanese university undergraduate student. *Pers Individ Dif*. 44(6): 1335-47.

Tomotsune, Y., Sasahara, sh., Umedu, T., Hayashi, M., Usami, K., Yoshino, Satoshi., Kageyama, Takayuki., Nakamura, Hiroyuki, Ichiyo (2009)." The association of Sense of coherence and coping profile with stress among Research Park city Workers in Japan". *Industrial Health.* 47,664-672.

Torsheim, T., Aaroe, L. E. & Wold, B. (2001) Sense of coherence and school related stress as Predictors of health complaints in early adolescence: interactive, indirect or direct relationships? *Social Science and medicine,* 53, 603-614.

Valios, R. zulling, k., Hubner, E. & Drang,J. (2004). phisical activity behaviours and Perceived life satisfaction among public high school adolescencets, *Journal Of school Health*,74(2),122-170 .

Vandillen, L. F., & Kool, S. L. (2007). Clearing the mind: A working memory model of distracfion from negative emotion. *Emotion,* 7, 715-723.

Vastamaki, J.(2009). Sense of coherence and Unemployment. Academic Dissertation. University of Erlangen- Nuremberg and University of Kuopio. Faculty of social Sciences.

Wart, p.J.(2001). *What determines happiness*. http://vanderbilt owc. well source. Com Idh/content-print. Asp?ID=290.

Watson, D & tellegen. A. (1985). development and validation and brief measures Of positive and negative affect:the panas scale*, Journal of personality and Social psycology*,44(1),63-70 .

Wilson, w. (1967). correlates of avowed happiness. *npsychological Bulletin*, 67,294-306.

yers, D.G. (2000).The friends and faith of Happy people American psychologist,*American Journal of orthopsychiatry*, 55(1),56-57.

Yi, J, Y,, Luo, Y. Z., & Zhong, M. T. (2007). Characteristics of affective priming effect. In alexithymics. *Chinese mental Health Journal*, 21(5). 302-306.

1. - Sifneos [↑](#footnote-ref-1)
2. - Kathlee [↑](#footnote-ref-2)
3. - Tull,Medaglia&Romer [↑](#footnote-ref-3)
4. - Taylor and Bagby [↑](#footnote-ref-4)
5. - Fukunishi [↑](#footnote-ref-5)
6. - Kraemer [↑](#footnote-ref-6)
7. - Loader [↑](#footnote-ref-7)
8. - regulation of emotions [↑](#footnote-ref-8)
9. - difficulty identifying fellings [↑](#footnote-ref-9)
10. - difficulty describing fellings [↑](#footnote-ref-10)
11. - extemally oriented thinking [↑](#footnote-ref-11)
12. - bodily sensations [↑](#footnote-ref-12)
13. - emotional arousal [↑](#footnote-ref-13)
14. - emotional distress [↑](#footnote-ref-14)
15. - Bodily complaints [↑](#footnote-ref-15)
16. - Vinger hotis [↑](#footnote-ref-16)
17. - Niklyt [↑](#footnote-ref-17)
18. - Denolet [↑](#footnote-ref-18)
19. - Swart [↑](#footnote-ref-19)
20. - Kortekaas [↑](#footnote-ref-20)
21. - Aleman [↑](#footnote-ref-21)
22. - Inflammatory Bowel Disease [↑](#footnote-ref-22)
23. - Dubey [↑](#footnote-ref-23)
24. - Pandey [↑](#footnote-ref-24)
25. - Mishra [↑](#footnote-ref-25)
26. - Diagnostic and Statistical Mental Disorder [↑](#footnote-ref-26)
27. - Vandillen [↑](#footnote-ref-27)
28. - Kool [↑](#footnote-ref-28)
29. - Bucci [↑](#footnote-ref-29)
30. - Yi [↑](#footnote-ref-30)
31. - Luo [↑](#footnote-ref-31)
32. - Zhong [↑](#footnote-ref-32)
33. - maladaptive styles [↑](#footnote-ref-33)
34. - distressing fellings [↑](#footnote-ref-34)
35. - Dubey [↑](#footnote-ref-35)
36. - Luminet [↑](#footnote-ref-36)
37. - Vermeulen [↑](#footnote-ref-37)
38. - Demaret [↑](#footnote-ref-38)
39. - affective and cognitive functions [↑](#footnote-ref-39)
40. - affective arousal of experience [↑](#footnote-ref-40)
41. - Bagby [↑](#footnote-ref-41)
42. - Taylor [↑](#footnote-ref-42)
43. - Kreitler [↑](#footnote-ref-43)
44. - neurophysiological [↑](#footnote-ref-44)
45. - motor-expressive [↑](#footnote-ref-45)
46. - cognitive-experiencial [↑](#footnote-ref-46)
47. - Nemiah [↑](#footnote-ref-47)
48. - Lane [↑](#footnote-ref-48)
49. - Sechrest [↑](#footnote-ref-49)
50. - Reidel [↑](#footnote-ref-50)
51. - Weldon [↑](#footnote-ref-51)
52. - Kaszniak [↑](#footnote-ref-52)
53. - Schwarts [↑](#footnote-ref-53)
54. - Lundh [↑](#footnote-ref-54)
55. - Johnson [↑](#footnote-ref-55)
56. - Sundgvist [↑](#footnote-ref-56)
57. - Olsson [↑](#footnote-ref-57)
58. - Luminet [↑](#footnote-ref-58)
59. - Matt [↑](#footnote-ref-59)
60. - Vazquez [↑](#footnote-ref-60)
61. - Campbell [↑](#footnote-ref-61)
62. - Parker [↑](#footnote-ref-62)
63. - Keyfer [↑](#footnote-ref-63)
64. - Fukunishi,sei,Morita&Rahe [↑](#footnote-ref-64)
65. - Thorberg,Young,Sullivan and Lyuers [↑](#footnote-ref-65)
66. - Mattila [↑](#footnote-ref-66)
67. - Romas [↑](#footnote-ref-67)
68. - Munoz [↑](#footnote-ref-68)
69. - Taylor [↑](#footnote-ref-69)
70. - Hintika,Honkalampi,Lehtonen&vinamaki [↑](#footnote-ref-70)
71. - Berthoze, Consoli, Peterz Diaze & Jouvent [↑](#footnote-ref-71)
72. - Espina [↑](#footnote-ref-72)
73. - Helmers & Mente [↑](#footnote-ref-73)
74. - Krystal [↑](#footnote-ref-74)
75. - Preverbal [↑](#footnote-ref-75)
76. - delay action [↑](#footnote-ref-76)
77. - Linley & Joseph [↑](#footnote-ref-77)
78. - Porcelli, Tulipani, Maiello, cilenti & Todarello [↑](#footnote-ref-78)
79. - Dubey,Pandey&Mishra [↑](#footnote-ref-79)
80. - Drageset , Eide , Nygaard , Bondevik , Nortvedt & Natving [↑](#footnote-ref-80)
81. - Ochial , Daitou , Aoki [↑](#footnote-ref-81)
82. -Karin , Albreksten & Qvarns trom [↑](#footnote-ref-82)
83. -Tkash & Lyubomirsky [↑](#footnote-ref-83)
84. - Moons & Norekval [↑](#footnote-ref-84)
85. - Planetvaly [↑](#footnote-ref-85)
86. - Goldman [↑](#footnote-ref-86)
87. - Suominen , Helenius , Blomberg , Uutela & Koskenvuo [↑](#footnote-ref-87)