

رابطه نارسایی هیجانی و سبک‌های مقابله با استرس^۱

دکتر محمد علی بشارت*

استاد دانشگاه تهران

چکیده:

نارسایی هیجانی به دشواری در خودتنظیم‌گری هیجانی یا ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها گفته می‌شود. این سازه، هم‌چنین به عنوان یک سبک مقابله با درماندگی‌های عاطفی مرتبط با موقعیت‌های استرس‌زای خاص تعریف شده است. در این پژوهش، رابطه بین نارسایی هیجانی و سبک‌های مقابله با استرس بررسی شد. جامعه آماری آن، کلیه دانشجویان دانشگاه تهران به حجم ۱۵۶ نفر پسر و ۱۹۰ نفر دختر بودند. برای گردآوری داده‌ها از "مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو" (FTAS-20) و "مقیاس سبک‌های مقابله تهران" (TCSS) استفاده شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین نارسایی هیجانی و سبک مقابله مسئله محور و هیجان محور مثبت، همبستگی منفی و بین نارسایی هیجانی و سبک مقابله هیجان محور منفی، همبستگی مثبت وجود دارد. و بین نارسایی هیجانی و سبک مقابله با استرس همبستگی وجود دارد. نارسایی هیجانی بر حسب میزان توانمندی یا ناتوانی فرد در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی، تنظیم و مدیریت هیجان‌ها و تنظیم سطوح آرامش یا تنش هیجانی با سبک‌های مقابله با استرس ارتباط دارد.

کلید واژه‌ها:

نارسایی هیجانی، سبک مقابله، استرس

* نویسنده مسئول besharat@chamran.ut.ac.ir

۱. این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه تهران انجام شده است.

مقدمه

تنظیم و مدیریت هیجانها و تأثیر هیجانهای آشفته بر سلامت روانی و جسمانی طی سه دهه اخیر موضوع پژوهشهای بسیار بوده است (تیلور و همکاران، ۱۹۹۷). نارسایی هیجانی^۱ به دشواری در خودتنظیم گری هیجانی^۲ و به عبارت دیگر، به ناتوانی در پردازش شناختی^۳ اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجانها^۴ گفته می‌شود (بگبی و تیلور، ۱۹۹۷؛ لین و همکاران، ۱۹۹۷؛ تیلور، ۲۰۰۰؛ تیلور و بگبی، ۲۰۰۰). نارسایی هیجانی سازه‌ای است چند وجهی متشکل از الف- دشواری در شناسایی احساسات^۵ و تمایز بین احساسات و تهییج‌های بدنی مربوط به انگیزتگی هیجانی؛ ب- دشواری در توصیف احساسات^۶ برای دیگران؛ ج- قدرت تجسم محدود که بر حسب فقر خیال‌پردازی‌ها مشخص می‌شود؛ د- سبک شناختی عینی (غیر تجسمی)، عمل گرا و واقعیت محور یا تفکر عینی^۷ (تیلور و بگبی، ۲۰۰۰؛ سیف‌نوس، ۲۰۰۰). افراد مبتلا به نارسایی هیجانی، تهییج‌های بدنی^۸ بهنجار را بزرگ می‌کنند، نشانه‌های بدنی انگیزتگی هیجانی^۹ را بد تفسیر می‌کنند، درماندگی هیجانی^{۱۰} را از طریق شکایت‌های بدنی^{۱۱} نشان می‌دهند، و در اقدامات درمانی نیز به دنبال درمان نشانه‌های جسمانی هستند (تیلور و همکاران، ۱۹۹۲).

از نقطه نظر علوم شناختی، هیجانها انواعی از روان سازه‌های پردازشی- اطلاعاتی^{۱۲} است که از تجسم‌ها و فرایندهای نمادین^{۱۳} و زیرنمادین^{۱۴} تشکیل می‌شود (بوچی، ۱۹۹۷ الف).

1. alexithymia
2. emotional self-regulation
3. cognitive processing
4. regulation of emotions
5. difficulty identifying feelings
6. difficulty describing feelings
7. externally oriented thinking
8. bodily sensations
9. emotional arousal
10. emotional distress
11. bodily complaints
12. information-processing schemas
13. symbolic
14. subsymbolic

تجسم‌های نمادین از تصاویر ذهنی و لغات، و تجسم‌های زیرنمادین از الگوهای بدنی، احشایی و تهییج‌های جنبشی^۱ تشکیل می‌شوند که در جریان حالت‌های انگیزشی هیجانی تجربه می‌شوند (بوچی، ۱۹۹۷ ب). سیستم‌های نمادین، در یک زبان خاص، توانایی تفکر درباره احساسات هیجانی و تجربه‌های دیگر است و بر این اساس، تعدیل حالت‌های هیجانی را برای افراد، تأمین می‌کند. در نارسایی هیجانی، توانایی آشکارسازی هیجانها به صورت نمادین محدود است و در نتیجه، پیوند بین تجسم‌های نمادین هیجانها با تصاویر ذهنی و لغات ضعیف می‌شود و از نظر شناختی کمتر مهارپذیر خواهند بود. به این ترتیب، پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجانها به صورت‌های مختلف با مشکل مواجه می‌شود. فرضیه‌های مختلف، این نقص را به منزله نوعی گسستگی، بر حسب اختلال در انتقال اطلاعات هیجانی به کرتکس سینگولیت قدامی (لین و همکاران، ۱۹۹۷)، قطع رابطه بین دو نیمکره (تیلور و همکاران، ۱۹۹۷)، قطع رابطه بین دانش آشکار و دانش پنهان یا نقص در انتقال از یک مؤلفه پردازش هیجانی به مؤلفه دیگر می‌دانند (فرالی و اسمیت، ۲۰۰۱). وجه مشترک تبیین‌های ارائه شده بر اساس یافته‌های پژوهشی مکرر این است که فرد مبتلا به نارسایی هیجانی، از نوعی نقص و ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی رنج می‌برد.

تعدادی از پژوهش‌های انجام شده در زمینه بررسی ثبات زمانی^۲ نارسایی هیجانی (برای مثال، پینارد و همکاران، ۱۹۹۶؛ ساریجاروی و همکاران، ۲۰۰۱؛ سالمین و همکاران، ۲۰۰۶؛ مارتینز-سنچز و همکاران، ۲۰۰۳؛ مارتینز-سنچز و همکاران، ۱۹۹۸) این سازه را به عنوان یک صفت شخصیتی^۳ ثابت تأیید کرده اند، که بیان کننده نقص در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی است (تیلور، ۲۰۰۰). در مقابل این رویکرد صفت محور، دسته ای از پژوهشها (برای مثال، هونکالامپی و همکاران، ۲۰۰۰؛ هولند و همکاران، ۱۹۸۸) درباره ثبات زمانی نارسایی هیجانی تردید کرده و آن را به عنوان یک حالت^۴ (و نه یک صفت)، پیامد درماندگی شخصی معرفی کرده‌اند. بر اساس این رویکرد، نارسایی هیجانی صرفاً یک مکانیسم مقابله ای برای محافظت از خود علیه درماندگی هیجانی مرتبط با موقعیتهای شدیداً آسیب زا است.

1. kinesthetic
2. temporal stability
3. personality trait
4. state

خود علیه درماندگی هیجانی مرتبط با موقعیتهای شدیداً آسیب‌زا است.

رویکردهای اولیه به فرایند مقابله، سه سبک اصلی را متمایز می‌کنند: سبک مقابله مسأله‌محور^۱ که وجه مشخصه آن عملکرد مستقیم برای کاهش فشارها یا افزایش مهارت‌های مدیریت استرس است؛ سبک مقابله اجتناب‌محور^۲ که ویژگی اصلی آن اجتناب از مواجهه با عامل استرس‌زا است؛ و سبک مقابله هیجان‌محور^۳ که وجه مشخصه آن راهبردهای شناختی‌ای است که حل یا حذف عامل استرس‌زا را با دادن نام و معنی جدید به تأخیر می‌اندازند (بیلینگز و موس، ۱۹۸۱؛ زیدنر و عندلر، ۱۹۹۶). لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) راهبردهای مقابله^۴ را به عنوان مجموعه‌ای از پاسخ‌های رفتاری و شناختی تعریف کرده‌اند، که هدف آنها به حداقل رساندن فشارهای موقعیت استرس‌زا است. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که نوع راهبرد مقابله مورد استفاده به وسیله فرد نه تنها سلامت روانی^۵ که بهزیستی جسمانی^۶ او را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (پیکو، ۲۰۰۱؛ ویتون، ۱۹۸۵).

در زمینه رابطه سبک‌های مقابله و سلامت روانی، مقابله واسطه بین استرس و بیماری شناخته شده است (کارور و همکاران، ۱۹۹۳؛ ونگ، ۱۹۹۳). مقابله یکی از متغیرهایی است که به صورت گسترده در چارچوب روانشناسی سلامت^۷ مطالعه شده است (هوبفول و همکاران، ۱۹۹۸). شناسایی شکل‌های مؤثر مقابله به عنوان متغیر واسطه در رابطه استرس-بیماری خط مقدم پژوهش‌ها را در این حوزه به خود اختصاص داده است (سومرفیلد و مک کرا، ۲۰۰۰). به طور کلی نتایج غالب پژوهش‌ها، مقابله هیجانی را به عنوان مؤثرترین واسطه رابطه استرس-بیماری معرفی کرده‌اند (پکنهام، ۲۰۰۱). بیماریهای استرس‌محور و وخیم‌تر شدن سلامت عمومی (پیکو، ۲۰۰۱؛ فولکمن و لازاروس، ۱۹۸۰) بیشتر درکسانی مشاهده می‌شود که پیوسته از مقابله هیجانی استفاده می‌کنند. مقابله اجتنابی به عنوان راهبردی کوتاه مدت کارآمد شناخته شده است، اما در دراز مدت مانع

1. problem-focused coping style
2. avoidant-focused coping style
3. emotional-focused coping style
4. coping strategies
5. mental health
6. physical well-being
7. health psychology

سازش روانشناختی می‌شود و نشانه‌های درماندگی^۱ مثل افسردگی^۲ را افزایش می‌دهد (بریانت و هاروی، ۱۹۹۵؛ رود و همکاران، ۱۹۹۰؛ هولاهان و همکاران، ۱۹۹۵). در نقطه مقابل، بعضی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سبک‌های مقابله هیجان محور ارتقاء سطح سلامت روانی را باعث می‌شود (روش و وینر، ۲۰۰۱). به منظور حل تعارض‌های موجود در یافته‌های مربوط به مقابله - سلامت، پژوهشگران تأثیر متغیرهای موقعیتی^۳ و تفاوت‌های فردی^۴ را بررسی کرده‌اند. بعضی یافته‌ها نشان داده‌اند که مقابله‌های مسأله محور در موقعیت‌های کنترل پذیر نشانه‌های بیماری را کاهش می‌دهد، در حالی که مقابله‌های هیجان محور در موقعیت‌های کنترل ناپذیر نشانه‌های بیماری را کاهش می‌دهد (ویتالیانو و همکاران، ۱۹۹۰). ویتالیانو و همکاران (۱۹۹۰) نشان دادند که مقابله‌های مسأله محور تنها در موقعیت‌های کنترل‌پذیر و در افراد سالم کاهش افسردگی را باعث می‌شود (نقل از آلدوین، ۱۹۹۴).

راهبردهای مقابله‌ای^۵ شناختی و رفتاری که فرد موقع مواجهه با موقعیتهای استرس‌زا به کار می‌بندد، در تعیین میزان تهدید و درماندگی‌ای که آن موقعیت بر حسب پیامدهای روانی و جسمانی برای فرد ایجاد می‌کند، نقشی مهم ایفا می‌کند. راهبردهای ابزاری^۶ یا "مشکل محور"^۷ می‌تواند به منظور تلاش برای کاهش خطر آسیب حاصل از آن تهدید به کار برده شود، در حالی که هدف راهبردهای "هیجان محور"^۸ تنظیم سطح درماندگی تجربه شده است (عندلر و پارکر، ۱۹۹۰؛ عندلر و همکاران، ۱۹۹۸). بنابراین، شاید بتوان این احتمال را مطرح کرد که نشانه‌های نارسایی هیجانی در افرادی که سبک غالب مقابله آنها با استرس، مسأله محور است کمتر از افرادی باشد که سبک غالب مقابله آنها هیجان محور است. گرچه بعضی شواهد پژوهشی نشان داده‌اند که افراد مبتلا به نارسایی هیجانی بیشتر از مقابله هیجان محور استفاده می‌کنند (دیری و همکاران، ۱۹۹۷؛ وینگرهوتس و همکاران، ۱۹۹۵)، وضعیت درباره احتمال

-
1. distress
 2. depression
 3. situational
 4. individual differences
 5. coping strategies
 6. instrumental
 7. Problem-focused
 8. emotion-focused

تفاوت نوع رابطه نارسایی هیجانی با سبکهای مقابله هیجان محور مثبت و منفی هنوز بررسی نشده است.

نارسایی هیجانی، به دلیل اهمیت بالینی و نظری، همچنان در زمینه‌های مختلف نیازمند بررسی و پژوهش است. بر اساس ملاحظات نظری مربوط به نارسایی هیجانی و یافته‌های پژوهشی موجود، از هر رویکردی که به نارسایی هیجانی نگریسته شود، می‌توان رابطه بین نارسایی هیجانی و سبکهای مقابله با استرس را بررسی کرد. بر این اساس، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی رابطه نارسایی هیجانی و سه مولفه آن، دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی با سه سبک مقابله مسئله محور، هیجان محور مثبت و هیجان محور منفی بود. فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر بررسی شدند:

- ۱- بین نارسایی هیجانی و مؤلفه‌های آن با سبک مقابله مسئله محور رابطه منفی وجود دارد؛
- ۲- بین نارسایی هیجانی و مؤلفه‌های آن با سبک مقابله هیجان محور مثبت رابطه منفی وجود دارد؛
- ۳- بین نارسایی هیجانی و مؤلفه‌های آن با سبک مقابله هیجان محور منفی رابطه مثبت وجود دارد.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی سال تحصیلی ۱۳۸۴-۸۵ دانشگاه تهران بود. ۴۰۰ دانشجو (۲۲۰ دختر، ۱۸۰ پسر) از رشته‌های مختلف تحصیلی در حوزه‌های علوم انسانی، علوم پایه، پزشکی، فنی و هنر به صورت داوطلب در این پژوهش شرکت کردند. پس از جلب مشارکت آزمودنیها، نسخه فارسی مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو (FTAS-20)^۱ و مقیاس سبکهای مقابله تهران (TCSS)^۲ در مورد دانشجویان به صورت گروهی در کلاس درس اجراء شد. در پنجاه درصد موارد ابتدا مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو و سپس مقیاس سبکهای مقابله تهران برای اجراء ارائه شد و در پنجاه درصد موارد این ترتیب

1. Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale-20
2. Tehran Coping Styles Scale

به عکس انجام شد. تعداد ۵۴ آزمودنی به دلیل پاسخ ناقص به پرسشنامه‌ها از تحلیل‌های آماری کنار گذاشته شدند و بدین ترتیب نمونه نهایی مورد پژوهش به ۳۴۶ دانشجو (۱۵۶ پسر و ۱۹۰ دختر) کاهش یافت. میانگین سنی کل آزمودنیها ۲۱/۹ سال با دامنه ۱۹ تا ۲۸ سال و انحراف استاندارد ۲/۵۴، میانگین سن دانشجویان دختر ۲۱/۵ سال با دامنه ۱۹ تا ۲۶ سال و انحراف استاندارد ۲/۱۹ و میانگین سن دانشجویان پسر ۲۲/۴ سال با دامنه ۲۰ تا ۲۸ سال و انحراف استاندارد ۲/۸۵ بود. پژوهش حاضر، پژوهشی توصیفی از نوع همبستگی است و برای تحلیل داده‌های آن از شاخصها و روشهای آماری شامل فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، تحلیل واریانس چند متغیره و ضرایب همبستگی استفاده شده است.

ابزار سنجش

مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو (FTAS-20)- مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو (بگبی و همکاران، ۱۹۹۴) یک آزمون ۲۰ سؤالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر عینی را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. یک نمره کل نیز از جمع نمره‌های سه زیرمقیاس برای نارسایی هیجانی کلی محاسبه می‌شود. ویژگیهای روانسنجی مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو-۲۰ در پژوهشهای متعدد بررسی و تأیید شده است (پارکر و همکاران، ۲۰۰۱، ۲۰۰۳؛ پالمر و همکاران، ۲۰۰۴؛ پندی و همکاران، ۱۹۹۶؛ تیلور و بگبی، ۲۰۰۰). در نسخه فارسی مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو-۲۰ (بشارت، ۲۰۰۷)، ضرایب آلفای کرونباخ برای نارسایی هیجانی کل، و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، و ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی^۱ خوب مقیاس است. پایایی باز آزمایی^۲ مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو-۲۰ در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از $r = 0/80$ تا $r = 0/87$ برای نارسایی هیجانی کل و زیرمقیاسهای مختلف تأیید شد. روایی همزمان^۳ مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو-

1. internal consistency
2. test-retest reliability
3. concurrent validity

۲۰ بر حسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی^۱، بهزیستی روانشناختی^۲ و درماندگی روانشناختی^۳ بررسی و تأیید شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس نارسایی هیجانی کل با هوش هیجانی ($P < 0/001$)، بهزیستی روانشناختی ($r = -0/80$, $P < 0/001$)، درماندگی روانشناختی ($r = -0/78$, $P < 0/001$) و درماندگی روانشناختی نارسایی هیجانی و متغیرهای فوق نیز معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی تأییدی^۴ نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر عینی را در نسخه فارسی مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو-۲۰ تأیید کردند (بشارت، ۲۰۰۷).

مقیاس سبکهای مقابله تهران (TCSS) - یک آزمون ۶۰ سؤالی است و سه سبک مقابله مسأله محور، مقابله هیجان محور مثبت و مقابله هیجان محور منفی را در اندازه‌های چهار درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۴ می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در هر یک از زیرمقیاس‌های آزمون به ترتیب ۲۰ و ۸۰ خواهد بود. کارور و همکاران (۱۹۸۹) پایایی و روایی این مقیاس را طی سه مطالعه بررسی کردند. ضرایب پایایی باز آزمایی از $r = 0/42$ تا $r = 0/67$ برای مقیاس‌های مختلف تأیید شد. روایی همگرا^۵ و تفکیکی^۶ مقیاس سبک‌های مقابله بر حسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های متعدد دیگر شامل خوش بینی^۷، حرمت خود^۸، سخت کوشی^۹، تیپ A و اضطراب بررسی و تأیید شد (کارور و همکاران، ۱۹۸۹). برای مقیاس سبکهای مقابله تهران که در نمونه‌ای متشکل از ۴۵۷ دانشجوی دانشگاه تهران اجرا شد، ضرایب آلفای کرونباخ سبکهای مقابله مسأله محور، هیجان محور مثبت و هیجان محور منفی به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۱ و ۰/۸۹ محاسبه شد که نشانه همسانی

1. emotional intelligence
2. psychological well-being
3. psychological distress
4. confirmatory factor analysis
5. convergent validity
6. differential validity
7. optimism
8. self-esteem
9. hardiness

درونی خوب مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های ۹۳ نفر از آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای سبک‌های مقابله مسأله محور، هیجان محور مثبت و هیجان محور منفی به ترتیب $r = 0/71$ ، $r = 0/65$ و $r = 0/59$ در سطح $P < 0/001$ معنی‌دار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش مقیاس است. روایی همزمان مقیاس سبک‌های مقابله تهران از طریق اجرای همزمان مقیاس مشکلات بین شخصی و مقیاس سلامت روانی در آزمودنی‌ها محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در زیر مقیاس سبک مقابله مسأله محور با مشکلات بین شخصی^۱ ($r = -0/47$, $P < 0/001$)، بهزیستی روانشناختی^۲ ($r = 0/001$) وجود دارد. نتایج همچنین نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در زیر مقیاس سبک مقابله هیجان محور مثبت با مشکلات بین شخصی ($r = -0/29$, $P < 0/001$)، بهزیستی روانشناختی^۲ ($r = 0/001$) وجود دارد. و درماندگی روانشناختی^۳ ($r = -0/55$, $P < 0/001$) همبستگی معنی‌دار در زیر مقیاس سبک مقابله هیجان محور منفی با مشکلات بین شخصی ($r = -0/41$, $P < 0/001$)، بهزیستی روانشناختی^۲ ($r = -0/23$, $P < 0/001$) و درماندگی روانشناختی^۳ ($r = 0/25$) همبستگی معنی‌دار وجود دارد. این نتایج روایی همزمان مقیاس سبک‌های مقابله تهران را تأیید می‌کند (بشارت، ۱۳۸۵).

یافته‌ها

جدول ۱ مشخصه‌های آماری آزمودنی‌ها را بر حسب نمره‌های سبک‌های مقابله با استرس و نارسایی هیجانی به تفکیک در مورد دانشجویان دختر و پسر نشان می‌دهد.

-
1. interpersonal problems
 2. psychological well-being
 3. psychological distress

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره‌های دانشجویان بر حسب سبکهای مقابله با استرس و نارسایی

هیجانی

متغیر	شاخص	دانشجویان دختر		دانشجویان پسر		کل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سبک مقابله مسئله محور	۵۸/۵۳	۷/۲۹	۵۹/۵۱	۷/۵۳	۵۸/۴۷	۷/۴۰	
سبک مقابله هیجان محور مثبت	۶۱/۶۱	۴/۹۵	۶۲/۵۷	۴/۴۵	۶۲/۵۴	۴/۷۵	
سبک مقابله هیجان محور منفی	۴۱/۶۵	۵/۳۹	۴۰/۹۸	۵/۷۰	۴۱/۳۵	۵/۵۳	
نارسایی هیجانی (نمره کل)	۴۲/۹۵	۱۲/۲۱	۴۴/۲۷	۱۲/۴۳	۴۳/۶۸	۱۲/۳۳	
دشواری در شناسایی احساسات	۱۴/۷۵	۴/۳۳	۱۵/۱۹	۴/۷۷	۱۴/۹۹	۴/۵۷	
دشواری در توصیف احساسات	۱۰/۱۸	۳/۱۳	۱۰/۵۲	۳/۱۸	۱۰/۳۷	۳/۱۶	
تفکر عینی	۱۷/۸۷	۶/۴۱	۱۸/۰۸	۶/۱۰	۱۷/۹۸	۶/۲۴	

برای تحلیل داده‌ها و آزمودن فرضیه‌های پژوهش، ابتدا نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره برای مقایسه دانشجویان دختر و پسر درباره نمره‌های سبکهای مقابله با استرس و نارسایی هیجانی محاسبه شد. خلاصه نتایج تحلیل واریانس (جدول ۲) نشان داد که دانشجویان دختر و پسر در هیچ یک از مقیاس‌های مورد بررسی با هم تفاوت معنادار نداشتند. به همین دلیل ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش برای آزمودنیهای دختر و پسر با هم انجام شد.

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس برای مقایسه آزمودنیها بر حسب نمره‌های سبکهای مقابله با

استرس و نارسایی هیجانی (درجه آزادی = ۱)

متغیر	شاخص	میانگین مجزورها	F	معناداری
سبک مقابله مسئله محور	۸۲/۸۶۷	۱/۵۱۷	۰/۲۱۹	
سبک مقابله هیجان محور مثبت	۷۸/۰۸۳	۳/۴۸۲	۰/۰۶۳	
سبک مقابله هیجان محور منفی	۳۷/۹۳۵	۱/۲۴۰	۰/۲۶۶	
نارسایی هیجانی (نمره کل)	۱۵۰/۱۲۷	۰/۹۸۶	۰/۳۲۱	
دشواری در شناسایی احساسات	۱۶/۴۵۹	۰/۷۸۵	۰/۳۷۶	
دشواری در توصیف احساسات	۹/۹۲۷	۰/۹۹۴	۰/۳۲۰	
تفکر عینی	۳/۸۶۵	۰/۰۹۹	۰/۷۵۳	

نتایج آزمون همبستگی پیرسون در جدول ۳ ارائه شده است. بر اساس داده‌های این جدول، سبک مقابله مسأله محور با نارسایی هیجانی و زیرمقیاس‌های آن همبستگی منفی معنادار دارد (تأیید فرضیه اول پژوهش)، سبک مقابله هیجان محور مثبت با نارسایی هیجانی و زیرمقیاس‌های آن همبستگی منفی معنادار دارد (تأیید فرضیه دوم پژوهش) و سبک مقابله هیجان محور منفی با نارسایی هیجانی و زیرمقیاس‌های آن همبستگی مثبت معنادار دارد (تأیید فرضیه سوم پژوهش).

جدول ۳: ضرایب همبستگی پیرسون بین نمره‌های دانشجویان در مورد سبک‌های مقابله با استرس و

نارسایی هیجانی

متغیر	سبک مقابله مسأله محور	سبک مقابله هیجان محور مثبت	سبک مقابله هیجان محور منفی
نارسایی هیجانی (نمره کل)	-۰/۶۱۶**	-۰/۵۲۲**	۰/۶۷۱**
دشواری در شناسایی احساسات	-۰/۴۴۷**	-۰/۳۳۶**	۰/۴۶۳**
دشواری در توصیف احساسات	-۰/۶۶۶**	-۰/۵۳۵**	۰/۷۶۰**
تفکر عینی	-۰/۵۳۳**	-۰/۴۸۳**	۰/۵۸۴**

** $\alpha = 0.01$

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که نارسایی هیجانی و مؤلفه‌های آن با سبک‌های مقابله مسأله محور و هیجان محور مثبت رابطه منفی معنادار و با سبک مقابله هیجان محور منفی رابطه مثبت معنادار دارد. این نتایج که به ترتیب فرضیه‌های اول تا سوم پژوهش را تأیید می‌کند و با یافته‌های پژوهش‌های قبلی (دیری و همکاران، ۱۹۹۷؛ وینگرهوتس و همکاران، ۱۹۹۵) مطابقت دارد، بر حسب احتمالات زیر تبیین می‌شود:

نارسایی هیجانی معادل دشواری در خودتنظیم‌گری هیجانی یا ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجانها است (بگی و تیلور، ۱۹۹۷؛ تیلور، ۲۰۰۰؛ تیلور و بگی، ۲۰۰۰؛ لین و همکاران، ۱۹۹۷). وقتی اطلاعات هیجانی نتوانند در فرایند پردازش

شناختی، ادراک و ارزشیابی شوند، فرد از نظر عاطفی و شناختی به آشفتگی و درماندگی دچار می‌شود. این ناتوانی، سازمان عواطف و شناخت‌های فرد را مختل می‌کند و احتمال استفاده از سبک‌های مقابله ناکارآمد (مثل سبک مقابله هیجان محور منفی) را در شرایط استرس زا افزایش می‌دهد. با توجه به نوع رابطه دو سویه بین نارسایی هیجانی و سبک مقابله در این پژوهش، می‌توان این تبیین را نیز مطرح کرد که وقتی سبک غالب فرد در مقابله با استرس هیجان محور منفی باشد، معمولاً با نادیده انگاری و بی اهمیت دانستن موضوع از مواجهه با آن امتناع می‌کند (وجه مشخصه سبک مقابله هیجان محور منفی دوری گزیدن از عامل استرس زا از طریق نادیده انگاری و بی اهمیت دانستن موضوع است؛ زیدنر و عندلر، ۱۹۹۶). این اجتناب و نادیده انگاری استرس با آن دسته از نظریه‌ها که معتقد هستند افراد مبتلا به نارسایی هیجانی اضطراب را به خوبی احساس نمی‌کنند (میرز و درخشان، ۲۰۰۴) یا نارسایی هیجانی را به منزله دفاع علیه استرس می‌دانند (زیتلین و مک نالی، ۱۹۹۳؛ هاویلند و همکاران، ۱۹۸۸) مطابقت دارد و رابطه مثبت بین سبک مقابله هیجان محور منفی و نارسایی هیجانی را توجیه می‌کند. همچنین می‌توان این تبیین را مطرح کرد که استفاده از سبک مقابله هیجان محور منفی، فرد را از درگیری مستقیم و مؤثر با موقعیت استرس زا باز می‌دارد و توانمندی او را برای حل مشکل کاهش می‌دهد. این وضعیت آشفتگی فکری و هیجانی را باعث می‌شود و همزمان امکان شناخت صحیح منبع استرس را تحلیل می‌برد و ویژگی‌های نارسایی هیجانی را افزایش می‌دهد.

نارسایی در تنظیم و مدیریت هیجانها (فرایند گذار از پردازش به عمل) نیز از ویژگی‌های نارسایی هیجانی است (بگبی و تیلور، ۱۹۹۷؛ تیلور، ۲۰۰۰؛ تیلور و بگبی، ۲۰۰۰؛ لین و همکاران، ۱۹۹۷). این نارسایی در سطح رفتارهای شخصی با کاهش بهزیستی روانشناختی و افزایش درماندگی روانشناختی، سلامت روانی را تهدید و تضعیف می‌کند و در سطح تعامل‌های بین شخصی، مهارت‌های ارتباطی و مقابله‌ای را به صورت منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد. متقابلاً، سبک مقابله هیجان محور منفی می‌تواند فرایند پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجانها را مختل کند. بر این اساس، رابطه مثبت بین سبک مقابله هیجان محور منفی و نارسایی هیجانی توجیه می‌شود.

کش وری هیجانی، در مقابل نارسایی هیجانی، با توانایی در خودتنظیم گری هیجانی و توانایی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجانها مطابقت می‌کند. وقتی اطلاعات

هیجانی به درستی در فرایند پردازش شناختی، ادراک و ارزشیابی شوند، سازمان عواطف و شناخت‌های فرد عملکردی بهینه خواهد داشت و در نتیجه احتمال استفاده از سبک‌های مقابله کارآمد (سبک مقابله مسئله محور، سبک مقابله هیجان محور مثبت) در شرایط استرس زا افزایش می‌یابد. با توجه به نوع رابطه دو سویه بین نارسایی هیجانی و سبک مقابله در این پژوهش، می‌توان این تبیین را نیز مطرح کرد که وقتی فرد غالباً از سبک‌های مسئله محور یا هیجان محور مثبت استفاده کند، معمولاً مهارت‌های شناختی (فولکمن و لازاروس، ۱۹۸۰) و ارتباطی (بشارت و همکاران، ۱۳۸۵) به صورت مثبت و سازنده فعال می‌شود. فعال شدن مهارت‌های شناختی و ارتباطی، توانمندی‌های هیجانی فرد را افزایش می‌دهد و ویژگی‌های مربوط به نارسایی هیجانی را تحلیل می‌برد. بر این اساس، رابطه منفی بین سبک‌های مقابله مسئله محور و هیجان محور مثبت با نارسایی هیجانی توجیه می‌شود.

همچنین می‌توان این تبیین را مطرح کرد که استفاده از سبک‌های مقابله مسئله محور و هیجان محور مثبت، امکانات لازم برای مقابله فعال (در برابر مقابله منفعل) با موقعیت استرس زا را در اختیار فرد قرار می‌دهد (پرلین و اسکولر، ۱۹۷۸). این وضعیت تمام توانایی‌های بالقوه فرد را برای مقابله مثبت و حل مسئله فرا می‌خواند و با برقراری آرامش فکری و هیجانی، ویژگی‌های نارسایی هیجانی را کاهش می‌دهد. ویژگی دیگر افرادی که از سبک‌های مقابله کارآمد (سبک مقابله مسئله محور، سبک مقابله هیجان محور مثبت) استفاده می‌کنند، سطح تنش هیجانی پایین است (پرلین و اسکولر، ۱۹۷۸). پایین بودن سطح تنش هیجانی باعث می‌شود که فرد در سایه آرامش روانی، بهتر بتواند از مهارت‌های شناختی و ارتباطی برای مقابله با مشکل استفاده کند؛ وضعیتی که در نقطه مقابل نارسایی هیجانی قرار می‌گیرد و رابطه منفی سبک‌های مقابله مسئله محور و هیجان محور مثبت با نارسایی هیجانی را تبیین می‌کند.

توانمندی در تنظیم و مدیریت هیجانها (فرایند گذار از پردازش به عمل)، در مقابل نارسایی هیجانی، در سطح رفتارهای شخصی با کاهش درماندگی روانشناختی و افزایش بهزیستی روانشناختی، سلامت روانی را تقویت می‌کند و در سطح تعامل‌های بین شخصی، مهارت‌های ارتباطی و مقابله‌ای را به صورت مثبت تحت تأثیر قرار می‌دهد. متقابلاً، سبک‌های مقابله مسئله محور و هیجان محور مثبت می‌تواند فرایند پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجانها را تسهیل کند. بر این اساس، رابطه منفی بین سبک‌های مقابله مسئله محور و

هیجان محور مثبت و نارسایی هیجانی توجیه می‌شود.

به طور خلاصه، نتایج این پژوهش نشان داد که بین نارسایی هیجانی و سبکهای مقابله با استرس همبستگی وجود دارد. بر این اساس می‌توان به دو دسته پیامد عملی و نظری پژوهش حاضر اشاره کرد. در سطح عملی، و مخصوصاً بالینی، تهیه برنامه‌های آموزشی مهارتهای هیجانی، می‌تواند راهبردهای مناسب و کارآمد را به فرد آموزش دهد. این برنامه‌ها می‌تواند به چهارچوب برنامه‌های مداخله‌ای موجود در زمینه درمانهای مبتنی بر پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجانها نیز تزریق شود و بر کارآمدی آنها بیافزاید. در سطح نظری، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند هم نظریه‌های فعلی مرتبط با نارسایی هیجانی و مقابله با استرس را از جهاتی تأیید کند و هم پرسشها و فرضیه‌های جدیدی را درباره رابطه سبکهای مقابله با استرس و نارسایی هیجانی مطرح کند. نمونه‌ای از این پرسشها عبارت است از: میزان تأثیر هر یک از سبکهای مقابله با استرس و نارسایی هیجانی بر دیگری چقدر است؟ آیا سبکهای مقابله با استرس نقش تعیین کننده در میزان نارسایی هیجانی دارد؟ آیا نارسایی هیجانی تعیین کننده سبک مقابله خاص با استرس است؟ آیا نوع رابطه و میزان تأثیرگذاری سبکهای مقابله بر کنش وری و نارسایی هیجانی، و بالعکس نوع رابطه و میزان تأثیرگذاری نارسایی هیجانی بر سبکهای مقابله در دو جنس یکسان است؟ چه متغیرهایی احتمالاً نقش واسطه بین سبکهای مقابله با استرس و نارسایی هیجانی را بر عهده دارند؟ پاسخ به هر یک از این پرسشها و فرضیه‌های مبتنی بر آنها نیازمند پژوهشهای مستقلی است که به علاقمندان پیشنهاد می‌شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود به منظور شناخت بهتر رابطه و تأثیرات متقابل نارسایی هیجانی و سبکهای مقابله با استرس، رابطه این دو متغیر در نمونه‌های بالینی شامل نمونه‌های مبتلا به اختلالات روانشناختی و پزشکی بررسی شود.

محدودیت جامعه آماری پژوهش و نوع پژوهش، محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کند که باید در نظر گرفته شوند. نمونه مورد بررسی در این پژوهش یک نمونه دانشجویی بوده و در تعمیم یافته‌ها به سایر جمعیت‌ها باید احتیاط شود. به علاوه، مشکلات احتمالی مربوط به اعتبار مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو (FTAS-20) را، که در مراحل مقدماتی قرار دارد، نباید از نظر دور داشت.



تقدیر و تشکر

از دانشجویانی که به عنوان آزمودنی در این پژوهش شرکت کردند؛ از اساتید و مسئولان دانشکده‌های فنی، علوم، مدیریت، حقوق، هنر و پزشکی دانشگاه تهران که با همکاری صمیمانه آنها اجرای پژوهش امکان پذیر شد؛ و از دانشجویانی که به عنوان پرسشگر مسئولیت اجرای پژوهش را بر عهده گرفتند، تشکر و قدردانی می‌شود.



منابع

- بشارت، محمدعلی، (۱۳۸۵). ویژگیهای روانسنجی مقیاس سبکهای مقابله تهران (TCSS)، گزارش پژوهش، دانشگاه تهران.
- بشارت، محمدعلی، آناهیتا تاشک و سید محمدرضا رضازاده، (۱۳۸۵). تبیین رضایت زناشویی و سلامت روانی بر حسب سبکهای مقابله، روانشناسی معاصر، ۱، ۴۸-۵۶.
- Aldwin, C. M, (1994). *Stress, coping, and development: an integrative perspective*, New York, Guilford Press.
- Bagby, R. M, Parker, J. D. A & Taylor, G. J, (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure, *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Bagby, R. M & Taylor, (1997). Affect dysregulation and alexithymia. In G. J. Taylor, R. M. Bagby, & J. D. A. Parker (Eds.), *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness* (pp. 26-45). Cambridge, University Press.
- Besharat, M. A, (2007). Reliability and factorial validity of Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students, *Psychological Reports*, 101, 209-220.
- Billings, A. G & Moos, R. H, (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events, *Journal of Behavioural Medicine*, 4, 139-157.
- Bryant, R. A & Harvey, A. G, (1995). Avoidant coping style and post-traumatic stress following motor vehicle accidents, *Behaviour Research and Therapy*, 33, 631-635.
- Bucci, W, (1997a). Symptoms and symbols: a multiple code theory of somatization, *Psychoanalytic Inquiry*, 17, 151-172.
- Bucci, W, (1997b). *Psychoanalysis and cognitive science: a multiple code theory*, New York, Guilford.
- Carver, C. S, Pozo, C, Harris, S. D, Noriega, V, Scheier, M. F, Robinson, D. S, Ketcham, A. S, Moffat, F. L, Jnr & Clark, K. C, (1993). How coping mediates the effect of optimism and distress: a study of women with early stage breast cancer, *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.



- Carver, C. S, Scheier, M. F & Weintrub, J. K, (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach, *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Deary, I. J, Scott, S & Wilson, J. A, (1997). Neuroticism, alexithymia, and medically unexplained symptoms, *Personality and Individual Differences*, 22, 551-564.
- Endler, N. S & Parker, J. D. A, (1990). Multidimensional scaling of coping: a critical evaluation, *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- Endler, N. S, Summerfledt, L. J & Parker, J. D. A, (1998). Coping with health problems: developing a reliable and valid multidimensional measure, *Psychological Assessment*, 10, 195-205.
- Folkman, S & Lazarus, R. S, (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample, *Journal of Health and Social Behaviour*, 21, 219-239.
- Frawley, W & Smith, R. N, (2001). A processing theory of alexithymia, *Journal of Cognitive Systems Research*, 2, 182-206.
- Haviland, M. G, Shaw, D. G, Cummings, M. A & MacMurray, J. P, (1988). Validation of Toronto Alexithymia Scale in substance abusers, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 50, 81-87.
- Hobfoll, S. E, Schwarzer, R & Chon, K. K, (1998). Disentangling the stress labyrinth: interpreting the meaning of the term stress as it is studied in health context, *Anxiety, Stress and Coping*, 11, 181-212.
- Holohan, C. J, Moos, R. H, Holohan, C. K & Brenab, P. L, (1995). Social support, coping and depressive symptoms in a late middle-aged sample of patients reporting cardiac illness, *Health Psychology*, 14, 152-163.
- Honkalampi, K, Hintikka, J, Saarinen, P, Lehtonen, J & Viinamaki, H, (2000). Is alexithymia a permanent feature in depressed outpatients? Results from a 6-month follow-up study, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 303-308.
- 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.
- Lazarus, R. S & Folkman, S, (1984). *Stress, appraisal and coping*, New York, Springer.
- Martinez-Sanchez, F, Ato-Garcia, M, Corcoles Adam, E, Huedo Medina, T. B & Selva Espana, J. J, (1998). Stability in alexithymia levels: a longitudinal analysis on various emotional answers, *Journal of Personality and Individual Differences*, 24, 767-772.
- Martinez-Sanchez, F Ato-Garcia, M & Ortiz-Soria, B, (2003). Alexithymia-state



- or trait?, *The Spanish Journal of Psychology*, 6, 51-59.
- Myers, L. B & Derakshan, N, (2004). The repressive coping style and avoidance of negative affect. In I. Nyklicek, L. Temoshok & A. Vingerhoets (Eds.), *Emotional expression and health: advances in theory assessment and clinical applications* (pp. 169-184). Hove, Brunner-Routhledge.
- Pakenham, K, (2001). Coping with multiple sclerosis: development of a measure. *Psychology, Health, and Medicine*, 6, 411-428.
- Palmer, B. R, Gignac, G, Manocha, R & Syough, C, (2004). A psychometric evaluation of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test Version 2.0, *Intelligence*, 33, 285-305.
- Pandey, R, Mandal, M. K, Taylor, G. J & Parker, J. D. A, (1996). Cross-cultural alexithymia: development and validation of a Hindi translation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale, *Journal of Clinical Psychology*, 52, 173-176.
- Parker, J. D. A, Taylor, G. J & Bagby, R. M, (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia, *Personality and Individual Differences*, 30, 107-115.
- Parker, J. D. A, Taylor, G. J & Bagby, R. M, (2003). The 20-item Toronto Alexithymia Scale: III reliability and factorial validity in a community population, *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 269-275.
- Pearlin, L. I & Schooler, C, (1978). The structure of coping, *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Pinard, L, Negrete, J. C, Annable, L & Audet, N, (1996). Alexithymia in substance abusers: persistence and correlates of variance, *American Journal of Addiction*, 5, 32-39.
- Piko, B, (2001). Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping, *Psychological Record*, 51, 223-236.
- Rhode, P, Lewinsohn, P. M, Tilson, M & Seeley, J. R, (1990). Dimensionality of coping and its relation to depression, *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 499-511.
- Roesch, S. C & Weiner, B, (2001). A meta-analytic review of coping with illness: do causal attributions matter?, *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 205-219.
- Saarijarvi, S, Salminen, J. K & Toikka, T. B, (2001). Alexithymia and depression: a 1-year follow-up study in outpatients with major depression, *Journal of Psychosomatic research*, 51, 729-733.

- Salminen, J. K, Saarijarvi, S, Toikka, T, Kauhanen, J & Aarela, E, (2006). Alexithymia behaves as a personality trait over a 5-year period in Finish general population, *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 275-278.
- Sifneos, P. E, (2000). Alexithymia, clinical issues, politics and crime, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 113-116.
- Somerfield, M. R & McCrae, R. R, (2000). Stress and coping research, *American Psychologist*, 55, 620-625.
- 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. Bar-On & J. D. A, Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence* (pp. 263-276). San Francisco, Jossey-Bass.
- Taylor, G. J, Bagby, M & Parker, J. D. A, (1997). *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- 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, 417-424.
- Vingerhoets, A. J. J. M, Van Heck, G. L, Grim, R & Bermond, B, (1995). Alexithymia: a further exploration of its nomological network, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 64, 32-42.
- Vitaliano, P. P, DeWolfe, D. J, Maiuro, R. D, Russo, J & Katon, W, (1990). Appraised changeability of a stressor as a modifier of the relationship between coping and psychological distress: a test of hypothesis of fit, *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 582-592.
- Wheaton, B, (1985). Models for the stress buffering functions of coping resources, *Journal of Health and social Behavior*, 26, 352 - 364.
- Wong, P. T. P, (1993). Effective management of life stress: the resource-congruence model, *Stress Medicine*, 9, 51-60.
- Zeidner, M & Endler, N. S, (1996). *Handbook of coping: theory, research, application*, Willey and Son Publisher.
- Zeitlin, S. B & McNally, R. J, (1993). Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive disorder, *American Journal of Psychiatry*, 150, 658-660.

