

رابطه سرکوبی هیجانی و خودمهارگری با نشانه‌های بیماری*

فاطمه ربیعی^۱، نیما قربانی^۲، لیلی پناغی^۳

The relationship of emotional repression and self-control with symptoms

Fatemeh Rabiee¹, Nima Ghorbani², Leili Panaghi³

چکیده

زمینه: پژوهش‌های متعددی به بررسی رابطه مکانیسم‌های دفاعی و وضعیت سلامت جسمانی و روانی پرداخته‌اند. اما پیرامون رابطه سرکوبی هیجانی و خودمهارگری با نشانه‌های بیماری شکاف تحقیقاتی وجود دارد. **هدف:** هدف از انجام این پژوهش بررسی رابطه پردازش و سرکوبی هیجانی و نیز خودمهارگری با نشانه‌های بیماری و تمایز نوع رابطه آنهاست. **روش:** پژوهش حاضر توصیفی و از نوع مطالعات همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش تمامی کاربران تلگرام ساکن تهران در پاییز ۱۳۹۶ بود. نمونه این پژوهش ۲۵۰ کاربر تلگرام ساکن تهران (۱۴۵ زن و ۱۰۵ مرد) در پاییز ۱۳۹۶ بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس پرسشنامه‌های سازش‌یافتگی واینبرگر (۱۹۹۰)، پردازش هیجانی بیکر (۲۰۱۰)، خودمهارگری تانگنی (۲۰۰۴) و خودسنجی نشانه‌های بیماری بارتون (۱۹۸۹) را تکمیل کردند. در نهایت داده‌های مطالعه حاضر با استفاده از روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه گام‌به‌گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان دادند که نشانه‌های بیماری با بازداری و دفاعی بودن و نیز خودمهارگری رابطه معکوس و با پریشانی، فرونشانی، هیجانان تنظیم‌نشده، تجربه هیجانی ضعیف، علائم هیجانان پردازش نشده و اجتناب رابطه مستقیم دارد ($P < 0/01$). سه زیرمقیاس تجربه هیجانی ضعیف، علائم هیجانان پردازش نشده و پریشانی دارای قدرت پیش‌بینی‌کنندگی نشانه‌های بیماری‌اند ($P < 0/01$). **نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش بر رابطه اختلال در پردازش هیجانی و نشانه‌های بیماری صحه گذاشتند و نقش سرکوبی و خودمهارگری با توجه به ساختار معنایی آنها مورد بحث قرار گرفتند. مثبت بودن رابطه دو زیرمقیاس بازداری و دفاعی بودن و نیز خودمهارگری با نشانه‌های بیماری حاکی از این است که تمایز سرکوبی از خودمهارگری تنها با استفاده از مقیاس‌های خودگزارشی امکان‌پذیر نیست. **واژه کلیدی‌ها:** سرکوبی، پردازش هیجانی، خودمهارگری، نشانه‌های بیماری

Background: Numerous studies have examined the relationship between defense mechanisms and the state of physical and mental health. But there is research on the relationship between emotional suppression and self-control and symptoms of the disease. **Aims:** The purpose of this study was to investigate the relationship between repression and self-control and the symptoms of disease and their distinctions. **Method:** The research method was descriptive and correlational. The statistical population of this study was telegram users in fall 1396 who lived in Tehran. The sample was 250 participants (145 females and 105 males) that completed the Weinberger Adjustment Inventory (1990), Baker's Emotional Processing Scale (2010), Tangney Self-Control (2004), and Bartone's Symptom Checklist (1989) based on convenience sampling method. Data was analysis via Pierson correlation and multivariate regression. **Results:** The results showed that the symptoms of the disease are negatively related to Restraint, Repressive Defensiveness, and Self-Control, and positively correlated with Distress, Suppression, Unregulated Emotions, Impoverished Emotional Experience, Signs of Unprocessed Emotions, and avoidance ($P < 0.01$). The three subscales of Impoverished Emotional Experience, Signs of Unprocessed Emotions, and Distress have the predictive power of disease symptoms ($P < 0/01$). **Conclusions:** The results of this study confirmed the relationship between disturbance in emotional processing and symptoms of disease and the role of Repression and Self-Control were discussed with regard to their semantic structure. Positive correlation between restraint, defensiveness, self-control and symptoms of disease imply that it is impossible to discriminate repression and self-control merely based on self-report scales. **Key Words:** Repression, emotional processing, self-control, symptoms

Corresponding Author: nghorbani@ut.ac.ir

* این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول گرفته شده است.

^۱ دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه تهران، تهران، ایران

^۱ Ph.D in Health Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

^۲ استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran (Corresponding Author)

^۳ دانشیار، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

^۳ Associate Professor, Family Research Institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

پذیرش نهایی: ۹۹/۰۱/۲۷

دریافت: ۹۸/۱۲/۲۴

مقدمه

در زندگی روزمره مواجهه با رویدادها، موقعیت‌ها و محرک‌های برانگیزنده پاسخ‌های هیجانی امری طبیعی است. به طور معمول این هیجان‌ات گذرا هستند اما برخی اوقات چنین نیست و در این موارد مفهوم پردازش هیجانی^۱ اهمیت می‌یابد. این مفهوم نخستین بار توسط راشمن (۱۹۸۰) در ارتباط با اختلالات اضطرابی به کار برده شد. پردازش هیجانی فرآیندی است که از طریق آن آشفتگی‌های هیجانی^۲ جذب می‌شوند و به حدی کاهش می‌یابند که سایر تجربه‌ها و رفتارها می‌توانند بدون اختلال ادا یابند. اغلب افراد در پردازش کردن اکثر رویدادهای آشفته‌سازی که در زندگی رخ می‌دهد موفق می‌شوند، اما گاهی پردازش هیجانی با شکست مواجه می‌شود (راشمن، ۱۹۸۰).

عوامل متعددی پردازش هیجانی را دچار مشکل می‌کنند. عوامل شخصیتی مانند نوروگرایی و درون‌گرایی، عوامل حالتی^۳ مانند خستگی، بیماری، خواب‌آلودگی، برانگیختگی بالا و خلق پایین، عوامل مرتبط با محرک مانند شدت، غیر منتظره بودن، آسیب‌زدایی، غیر قابل کنترل بودن و غیر معمول بودن و نیز عوامل محیطی مانند سر و صدا و دمای نامطبوع (بیکر، توماس، توماس و اونز، ۲۰۰۷). اگر تجارب هیجانی به طور کامل پردازش و جذب نشوند، به برانگیختگی مفرط و مداوم و نیز ظهور علائم آشکاری همچون برگشتن ترس‌ها و سواس‌ها، افکار مزاحم ناخوشایند و تجربه یا ابراز هیجانی نامتناسب با موقعیت یا نشانه‌های نامحسوسی همچون عدم تمرکز، بی‌قراری و تحریک‌پذیری منجر می‌شود و ظرفیت زندگی کردن به شیوه معمول را سلب می‌نماید. افزون بر این، اجتناب افراطی یا بازداری درازمدت و انعطاف‌ناپذیر تجارب هیجانی منفی مانع انسجام و جذب آنها در سازمان روانی می‌گردد. توانایی سخن گفتن از رویدادهای مهم زندگی، شنیدن درباره آنها و نیز دیدن و یادآوری آنها بدون تجربه آشفتگی و بهم ریختگی هیجانی نشانه پردازش هیجانی موفق است (راشمن، ۲۰۰۱). پردازش هیجانی در واقع به

کاهش تدریجی پاسخ‌دهی هیجانی به یک رویداد در طول زمان اشاره دارد.

پردازش هیجانی مفهومی مهم در تبیین ظهور یا تداوم اختلالات روانی همچون اختلال استرس پس از سانحه^۴ (کاکس و همکاران، ۲۰۲۰)، اوجینیسکا بالیک و میچالسکا، ۲۰۲۰، راشمن، ۲۰۰۱)، اختلال خوردن^۵ (راسین و هورواث، ۲۰۲۰، گیلو - اکچمن، آنون، زوبری و جسمین، ۲۰۰۶)، اختلال پانیک^۶ (کیف و همکاران، ۲۰۱۹، بیکر، هالووی، توماس، توماس و اونز، ۲۰۰۴، برگ، شاپیرو، چمبلس و آرنز، ۱۹۹۸) و افسردگی^۷ (مک‌تیگ و همکاران، ۲۰۲۰، گاپتا و سینها، ۲۰۱۶، تیزدیل، ۱۹۹۹، هانت، ۱۹۹۸) و نیز اختلالات روان‌تنی همچون فیبرومیالژیا^۸ (بوئرز، پینکوس، جونز و رو، ۲۰۱۹، بروسشات و آرس، ۲۰۰۱)، درد مزمن^۹ (لوملی و شاینر، ۲۰۱۹، همیلتون و همکاران، ۲۰۱۸، گارسن، ۲۰۰۷، کوک، مایرز و درخشان، ۲۰۰۳، فیس، استیل، هال و لی، ۲۰۰۱، کیف، لوملی، اندرسون، لینچ و کارسون، ۲۰۰۱)، التهاب روده^{۱۰} (اگوستینی، اسکایولی، بلوزی و کمپیری، ۲۰۱۹، وریسیمو، موتا - کاردوسو و تیلور، ۱۹۹۸) و اختلالات کارکردی معدی - روده‌ای^{۱۱} (پرسلی، بگی، تیلور، دکارن، لندرو و تودارلو، ۲۰۰۳) است. به طور کلی، اختلال در پردازش هیجانی با مشکلات روانشناختی (چونگ و چن، ۲۰۲۰) و نشانه‌های جسمانی (گانی، ستل، ویتهفت و هنینگسن، ۲۰۱۹) همراه است. افزون بر این، تحقیقات نشان داده‌اند که پردازش هیجانی نامناسب با برخی از بیماری‌های جسمی مانند بیماری‌های قلبی - عروقی^{۱۲} (خرامین، ملک‌زاده، آریا، اشرف و شیرازی، ۲۰۱۸، دنولت، مارتز، نیکلیسک، کنرادز و گلدر، ۲۰۰۸) و سرطان^{۱۳} (مارتینو و همکاران، ۲۰۱۹، ویس، انزایت و سیمنز، ۲۰۰۸، گارسن، ۲۰۰۷، فیس و سریواستاوا، ۱۹۹۷، کریترلر، چیتچیک و کریترلر، ۱۹۹۳، کیننگ، کیننگ و بويس، ۱۹۹۲) مرتبط است. پاسخ‌های ایمنی افرادی که بر حسب عادت هیجان‌ات خود را سرکوب می‌کنند، به طور همزمان بازداری می‌شود و این مسأله آن‌ها را نسبت به بیماری

8. Fibromyalgia

9. Chronic Pain

10. Inflammatory Bowel Disease (IBD)

11. Functional Gastrointestinal Disorder

12. Coronary Heart Diseases (CHD)

13. Cancer

1. Emotional Processing

2. Emotional Disturbances

3. State Factors

4. PTSD

5. Eating Disorder

6. Panic Attack

7. Depression

های جسمانی و مرگ زودرس آسیب‌پذیر می‌کند (کافلین دلا سلوا، ۲۰۰۶).

پردازش هیجانی از اهمیت بسزایی برخوردار است اما مجموعه‌ای از واکنش‌های ذهنی و رفتاری (مکانیسم‌های دفاعی) مانع از انجام این فرآیند می‌شوند. مکانیسم‌های دفاعی تلاش‌های ناهشیار فرد برای حفظ تعادل روانشناختی خود در مواجهه با استرسورهای درونی و بیرونی است (کرامر، ۱۹۹۸). به عبارت دیگر، مکانیسم‌های دفاعی مجموعه راهبردهای شناختی، هیجانی و بین شخصی‌ای هستند که جهت کاهش اضطراب، ادراک ما از واقعیت درونی و بیرونی را تحریف می‌کنند (فردریکسون، ۲۰۱۳). این مفهوم از سنت روانکاوی نشأت می‌گیرد و به راهبردهای سازش‌یافته و سازش‌نیافته برای کنار آمدن با تجاربی اشاره دارد که تعادل هیجانی را بر هم می‌زند (فروید، ۱۹۳۶).

سرکوبی یکی از مهمترین مکانیسم‌های دفاعی و زیربنای بسیاری دیگر از مکانیسم‌های دفاعی است. سرکوبی به بیرون راندن یک فکر یا احساس از حیطه هشیاری اشاره دارد. در سرکوبی اولیه افکار و احساسات پیش از حضور در آگاهی فرد سرکوب می‌شوند و در سرکوبی ثانویه فکر و احساسی که قبلاً در سطح آگاهی هشیار تجربه شده است سرکوب می‌گردد (قربانی، ۱۳۸۲). بر مبنای پژوهش‌های انجام شده، افراد سرکوب‌گر در معرض ابتلای بیشتر به بیماری‌های قلبی - عروقی، آسم، دیابت و به ویژه سرطان هستند (موند و میت، ۲۰۱۲). سرکوبی هیجانی با درد مزمن و بیماری‌های جسمانی و نیز اضطراب و افسردگی و مشکلات سازگاری مرتبط است (بادیک و همکاران، ۲۰۱۶). همچنین تدافعی بودن^۱ (گرایش به بازداری، انکار، یا سرکوب اطلاعات یا هیجان‌ناخوشایند) با اضطراب گزارش شده کمتر و برانگیختگی فیزیولوژیک بیشتر در پاسخ به استرسورها و نیز فشار خون بالا و مشکلات قلبی - عروقی مرتبط است (پالز و استملر، ۲۰۰۳، روتلج و لیندن، ۲۰۰۰، مان و جیمز، ۱۹۹۸، واینبرگر، شوارتز و دیویدسون، ۱۹۷۹). حتی زمانی که افراد سرکوب‌گر گزارش می‌کنند که هیجان کمی را در طول تکلیف تجربه می‌کنند، تغییرات ضربان قلب، فشار خون، تنش عضلانی، فعالیت غدد تعریق، تظاهرات چهره‌ای، زمان واکنش و عملکرد عینی آنها در تکلیف حاکی از واکنش‌پذیری فیزیولوژیک بیشتر آنها در مقایسه با افراد غیر

سرکوب‌گر است (واینبرگر، شوارتز و دیویدسون، ۱۹۷۹). سرکوبی با تشدید مشکلات سلامتی مانند آسم، سرطان، فشار خون و کارکرد ایمنی سرکوب‌شده مرتبط است (موند و میت، ۲۰۱۲ و واینبرگر، ۱۹۹۰).

به‌طور کلی شواهد پژوهشی حاکی از رابطه مکانیسم‌های دفاعی و وضعیت سلامت جسمانی و روانی است (لارسن و همکاران، ۲۰۱۰ و ایلات و موکامال، ۲۰۰۱). مکانیسم‌های دفاعی نه تنها به تداوم اضطراب در بلندمدت می‌انجامد، بلکه به حفظ یا تشدید بی‌نظمی سیستم عصبی خودمختار منجر می‌شود. برای مثال، بهم‌ریختگی و فعالیت همزمان دو سیستم سمپاتیک و پاراسمپاتیک در کسانی که از مکانیسم دفاعی سرکوبی و یا انکار استفاده می‌کنند، شدیدتر و بارزتر است (لایب و نبورسکی، ۲۰۱۲).

از سوی دیگر، ظرفیت خودمهارگری از مفیدترین و کاراترین قابلیت‌های انسانی است. خودمهارگری ظرفیت تغییر دادن و سازگار کردن خود به گونه‌ای است که همخوانی بهینه‌ای بین خود و جهان به وجود آید. هنگامی که همخوانی بهینه‌ای میان فرد و محیط برقرار باشد، بیشترین میزان شادکامی و رضایت حاصل می‌شود. این همخوانی می‌تواند از طریق تغییر دادن و هماهنگ کردن خود صورت گیرد (رثام ویز و اسنایدر، ۱۹۸۲). توانایی فائق آمدن بر پاسخ‌های درونی یا تغییر دادن آنها و نیز بازداری گرایش‌های رفتاری ناخواسته و اجتناب از عمل کردن بر اساس آنها در مفهوم خودمهارگری حائز اهمیت است (تنجی، بایمستر و بون، ۲۰۰۴). گستره وسیعی از مشکلات فردی و اجتماعی به دلیل نقص در خودمهارگری است. خودمهارگری در چهار حیطه تجلی می‌یابد: کنترل افکار، احساسات، تکانه‌ها و عملکرد (بایمستر، هرتون و تیس، ۱۹۹۴). خودمهارگری با علائم روان‌شناختی مانند جسمانی‌سازی، الگوهای وسواسی - اجباری، افسردگی، اضطراب، خصومت، خشم، فوبیا، تفکر پارانوئید و روان‌پریشی همبستگی منفی دارد. افراد خودمهارگرتر مشکلات کمتری در کنترل تکانه‌های خود دارند و سازگاری روان‌شناختی بیشتر و علائم آسیب‌شناختی کمتری را نشان می‌دهند. آنها همدلی بیشتری دارند و خشم کمتری را گزارش می‌کنند. همچنین در مدیریت خشم به هنگام افسردگی توانمندترند. افراد خودمهارگرتر احساس گناه و شرم کمتری را در مقایسه با سایر

^۱. Defensiveness

هر کدام در جهت مهار هیجانات عمل می‌کنند، یکی با نشانه‌های اختلال همبسته است و دیگری با سلامت. آیا این تمایز صرفاً بر مبنای کنترل آگاهانه و ناآگاهانه قابل درک است یا خیر؟ بر مبنای مطالعات پژوهشی، به نظر می‌رسد که سرکوبی هیجانی با نشانه‌های بیماری رابطه مثبت دارد و خودمهارگری دارای ارتباط منفی با نشانه‌های بیماری است. در این پژوهش این ارتباط متمایز با بررسی مواد مقیاس‌هایی که توان پیش‌بینی‌کنندگی مثبت و منفی نشانه‌های بیماری را دارند مورد واریس قرار می‌گیرد.

روش

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع مطالعات همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش متشکل از کابران تلگرام ساکن تهران در پاییز ۱۳۹۶ خورشیدی بود. ۲۵۰ نفر (۱۴۵ زن و ۱۰۵ مرد) به روش نمونه‌گیری در دسترس در این تحقیق شرکت کردند. ملاک ورود به این پژوهش کاربری تلگرام، سکونت در تهران در بازه زمانی انجام پژوهش، و دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال بود. عدم ابتلا به بیماری جسمانی خاص (تشخیص داده‌شده) بر مبنای گزارش خود افراد نیز به عنوان ملاک خروج در نظر گرفته شد. میانگین سنی افراد ۳۰/۶۵ با دامنه ۲۰ تا ۴۰ سال و انحراف استاندارد ۶/۰۲ بود و از این میان ۴۳/۲٪ مجرد، ۵۲/۱۸٪ متأهل و ۳/۱۶٪ مطلقه بودند. به لحاظ تحصیلی نیز ۱۰٪ دارای مدرک دیپلم، ۳۹/۶٪ لیسانس، ۳۴/۸٪ فوق لیسانس و ۱۵/۲٪ دکتری بودند. شرکت‌کنندگان در این مطالعه، مجموعه پرسشنامه‌های سازش‌یافتگی و اینبرگر، پردازش هیجانی بیکر، خودمهارگری تانگنی و مقیاس خودسنجی نشانه‌های بیماری بارتون را از طریق یک ربات تلگرامی تکمیل نمودند. تنها ملاحظه اخلاقی این پژوهش رعایت محرمانگی اطلاعات افراد بود. در نهایت داده‌های مطالعه حاضر با استفاده از روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه گام‌به‌گام در نرم‌افزار SPSS-24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار

پرسشنامه سازش‌یافتگی و اینبرگر^۳ - فرم کوتاه (WAI-SF): فرم کوتاه سیاه سازگاری و اینبرگر و شوارتز (۱۹۹۰) به منظور سنجش کارکرد بلندمدت به جای کوتاه‌مدت طراحی شده است. این مقیاس ۳۷ ماده‌ای در یک طیف ۵ درجه‌ای از ۱ (عمدتاً نادرست) تا ۵ (عمدتاً درست) شامل سه زیر مقیاس

افراد تجربه می‌کنند. بنابراین، خودمهارگری با الگوهای هیجانی‌ای مرتبط است که برای خود فرد و افراد در ارتباط با او مفید است (تنجی، بایمستر و بون، ۲۰۰۴). در نمونه‌های ایرانی نیز خودمهارگری با اضطراب و افسردگی همبستگی منفی دارد (هادی، قربانی و بشارت، ۱۳۹۸، قربانی، واتسون، فرهادی و چن، ۲۰۱۴). همچنین خودمهارگری بیشتر با استرس ادراک‌شده کمتر و سلامت عمومی بیشتر همخوانی دارد (سالاری راد، قربانی و باقری، ۱۳۹۴).

مشکلات روانشناختی ممکن است ناشی از کنترل بسیار کم یا بسیار زیاد باشند. ماهیت پاتولوژیک فقدان خودمهارگری تقریباً آشکار است. بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان پزشکی، اختلالات کنترل تکانه و بسیاری از اختلالات دیگر با مشکلاتی در تنظیم افکار، احساسات و یا رفتار مشخص می‌شوند. از سوی دیگر، همه مطالعات نظری درباره خودمهارگری بر پیامدهای مثبت آن تأکید نکرده‌اند. بر اساس نظریات مرتبط با کنترل افراطی، سطوح بالای خودمهارگری با آسیب‌هایی مانند وسواس و اجبار همراه است (تنجی، بایمستر و بون، ۲۰۰۴). اما مطالعه تنجی و همکاران (۲۰۰۴) چنین ارتباطی را تأیید نکرده است. این مطالعه شواهدی مبنی بر آسیب‌زا بودن خودمهارگری بسیار بالا نیافت. حتی در اختلالاتی مانند وسواس یا اختلال خوردن، خودمهارگری بیشتر با علائم کمتر ارتباط داشت. در واقع خودمهارگری توانایی تنظیم خود در پاسخ به اهداف، اولویت‌ها و خواسته‌های محیطی است و نقصان در آن می‌تواند در قالب کم‌تنظیمی^۱ یا بدتنظیمی^۲ نمود یابد. از این منظر، کنترل افراطی در واقع نوعی بدتنظیمی است و افرادی که به گونه‌ای انعطاف‌ناپذیر و افراطی کنترل می‌کنند، در تنظیم و هدایت ظرفیت خودمهارگری مشکل دارند. این افراد توانایی کنترل خودمهارگری را ندارند. در مقابل، افرادی که از خودمهارگری بالایی برخوردارند، توانایی اعمال خودمهارگری در مواقع لزوم و تعلیق خودمهارگری در غیر مواقع لزوم را دارند (تنجی، بایمستر و بون، ۲۰۰۴).

با توجه به نقش مهم پردازش و سرکوبی هیجانی و نیز خودمهارگری در بروز و تداوم نشانه‌های بیماری، مطالعه حاضر به بررسی این امر می‌پردازد که آیا سرکوبی و خودمهارگری به گونه‌ای متفاوت با نشانه‌های بیماری مرتبطند و نیز چگونه دو سازه‌ای که

3. Weinberger Adjustment Inventory

1. Under regulation

2. Misregulation

آنها با محیط اجتماعی را می‌سنجد. طیف پاسخ به هر ماده از (۱) اصلاً تا (۵) همیشه متغیر است. نمرات بالاتر در این مقیاس نشانگر سطوح بالاتر خودمهارگری است. ضریب آلفای این مقیاس در نمونه غیر ایرانی ۰/۸۳ و ۰/۸۵ (تانگنی، بایمستر و بون، ۲۰۰۴) و در نمونه ایرانی ۰/۷۲ (قربانی واتسون، فرهادی و چن، ۲۰۱۴) گزارش شده است. مقیاس خودسنجی نشانه‌های بیماری بارتون^{۱۱} (BSC): این پرسشنامه ۲۰ ماده‌ای که توسط بارتون (۱۹۸۹) طراحی شده است، به سنجش شکایات جسمانی - روانی در قالب نشانه‌های افسردگی / کناره‌گیری، گوش به زنگی، اضطراب فراگیر و شکایت‌های جسمانی طی هفته گذشته می‌پردازد. طیف پاسخ به هر ماده یک لیکرت ۴ درجه‌ای از (۱) هرگز تا (۴) تقریباً همیشه است. نمرات بالاتر در این مقیاس نشانگر شکایت‌های جسمانی - روانی بیشتر است. ضریب آلفای این مقیاس در نمونه غیر ایرانی ۰/۹۰ و ۰/۹۳ (بارتون، ارسانو، رایت و اینگراهام، ۱۹۸۹) و در نمونه ایرانی ۰/۹۳ (نوربالا، قربانی و غلامعلی لواسانی، ۱۳۹۷) و ۰/۸۷ (کاشانکی، قربانی و حاتمی، ۱۳۹۵) گزارش شده است.

یافته‌ها

میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها در جدول ۱ آمده است. همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، ابزارهای به کار رفته از همسانی بالا و قابل قبولی برخوردارند که حاکی از انسجام درونی آنهاست.

جهت بررسی رابطه متغیرهای سازش‌یافتگی، پردازش هیجانی، خودمهارگری و نشانه‌های بیماری از روش همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ گزارش شده است. بر مبنای ضرایب همبستگی میان متغیرها، نشانه‌های بیماری با بازداری و دفاعی بودن و نیز خودمهارگری رابطه معکوس و با پریشانی، فرونشانی، هیجان‌ات تنظیم‌نشده، تجربه هیجانی ضعیف، علائم هیجان‌ات پردازش‌نشده و اجتناب رابطه مستقیم دارد.

جهت بررسی نوع رابطه میان متغیرها از رگرسیون سلسله مراتبی استفاده شد که نتایج آن به عنوان متغیر ملاک و نمرات حاصل از

اصلی است که هرکدام نیز زیرمقیاس‌هایی دارند: «پریشانی»^۱ که شامل زیرمقیاس‌های اضطراب، افسردگی، ارزش خود پایین و بهزیستی هیجانی پایین، «بازداری»^۲ که شامل فرونشانی خشم، کنترل تکانه، در نظر گرفتن دیگران و مسئولیت‌پذیری و «دفاعی بودن»^۳ که شامل دفاع‌های سرکوب‌گرانه است (واینبرگر و شوارتز، ۱۹۹۰). هر یک از سه زیرمقیاس اصلی به ترتیب مشتمل بر ۱۲، ۱۲ و ۱۱ ماده است و نمرات بالاتر در هر یک از آنها به معنای پریشانی، بازداری و دفاعی بودن بیشتر است. این سیاهه برای استفاده در جمعیت بالینی و غیر بالینی در بازه سنی ۱۰ تا ۷۰ سال کاربرد دارد (واینبرگر، ۱۹۹۷). این پرسشنامه دارای همسانی درونی بالای ۰/۸۵ در انواع نمونه‌ها و قابلیت اعتماد آزمون - بازآزمون مناسب است. ضریب آلفای سه زیرمقیاس پریشانی، بازداری و دفاعی بودن در نمونه ایرانی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۶ و ۰/۶۷ گزارش شده است (سعیدی، قربانی و سرافراز، ۱۳۹۵).

پرسشنامه پردازش هیجانی بیکر^۴ (EP): این مقیاس به منظور شناسایی سبک‌ها و نقصان‌های پردازش هیجانی به طور کلی و نیز ارزیابی تغییرات در پردازش هیجانی در طول درمان توسط بیکر (۲۰۱۰) طراحی شده است. این مقیاس شامل ۲۵ سؤال و پنج زیرمقیاس است: فرونشانی^۵ ($\alpha = 0.84$)، هیجان‌ات تنظیم‌نشده^۶ ($\alpha = 0.76$)، تجربه هیجانی ضعیف^۷ ($\alpha = 0.82$)، علائم هیجان پردازش‌نشده^۸ ($\alpha = 0.85$) و اجتناب^۹ ($\alpha = 0.74$). هر زیرمقیاس متشکل از ۵ عبارت است و هر عبارت در طیفی ۱۰ درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۱۰ (کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر در این مقیاس نشانه پردازش هیجانی ضعیف‌تر و در واقع سرکوبی هیجانی است. نمرات این مقیاس امکان تمیز افراد سالم را از افراد مبتلا به اختلالات روانی فراهم می‌کند (بیکر و همکاران، ۲۰۱۰).

پرسشنامه خودمهارگری^{۱۰} - فرم کوتاه (SC): این پرسشنامه ۱۳ ماده‌ای که توسط تانگنی، بایمستر و بون (۲۰۰۴) ساخته شده است، ظرفیت فرد برای تغییر پاسخ‌های خود به منظور هماهنگ کردن بهینه

7. Impoverished Emotional Experience
8. Signs of Unprocessed Emotions
9. Avoidance
10. Self-Control
11. Bartone Symptom Checklist

1. Distress
2. Restraint
3. Repressive Defensiveness
4. Emotional Processing
5. Suppression
6. Unregulated Emotions

هیجانی ضعیف ۴۰ درصد تغییرات نشانه‌های بیماری را تبیین می‌کند. در گام دوم با اضافه شدن متغیر علائم هیجان‌ات پردازش نشده، درصد تبیین واریانس متغیر وابسته به ۴۳ افزایش یافت. در گام سوم نیز با ورود متغیر پریشانی ۴۵ درصد از تغییرات نشانه‌های بیماری تبیین می‌شود.

جهت بررسی نقش میانجی متغیر خودمهارگری در رابطه بین متغیرهای پریشانی، بازداری، دفاعی بودن، فرونشانی، هیجان‌ات تنظیم نشده، تجربه هیجانی ضعیف، علائم هیجان‌ات پردازش نشده و اجتناب با نشانه‌های بیماری از آزمون سوبل استفاده شد. بر اساس نتایج به دست آمده نقش میانجی خودمهارگری تنها در رابطه بین متغیر فرونشانی با نشانه‌های بیماری معنادار بود.

سایر مقیاس / زیرمقیاس‌ها (پریشانی، بازداری، دفاعی بودن، فرونشانی، هیجان‌ات تنظیم نشده، تجربه هیجانی ضعیف، علائم هیجان‌ات پردازش نشده، اجتناب و خودمهارگری) به عنوان متغیر پیش‌بین وارد تحلیل شدند. شایان ذکرست که پیش از اجرای رگرسیون سلسله‌مراتبی، داده‌ها از نظر رعایت مفروضات این مدل (نرمال بودن توزیع متغیرها، خطی بودن رابطه میان آنها، عدم وجود هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای پیش‌بین، همگنی پراکنش باقی مانده‌ها، و خطی بودن رابطه باقی مانده‌ها با متغیر وابسته) مورد بررسی قرار گرفتند. تمام این مفروضه‌ها در این گروه از داده‌ها تأیید شدند. بر اساس نتایج رگرسیون سلسله‌مراتبی، تنها سه زیر مقیاس تجربه هیجانی ضعیف، علائم هیجان‌ات پردازش نشده و پریشانی قدرت پیش‌بینی کنندگی نشانه‌های بیماری را دارا بودند. بر این اساس تجربه

جدول ۱. اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	آلفای کرونباخ
پرسشنامه سازش‌یافتگی واینبرگر:			
۱. پریشانی	۲/۸۱	۹/۸۱	۰/۸۶
۲. بازداری	۴/۰۱	۶/۳۶	۰/۷۸
۳. دفاعی بودن	۳/۰۶	۷/۲۳	۰/۶۷
پرسشنامه پردازش هیجانی:			
۱. فرونشانی	۴/۷۰	۱۰/۰۷	۰/۸۴
۲. هیجان‌ات تنظیم نشده	۴/۵۲	۹/۰۸	۰/۷۴
۳. تجربه هیجانی ضعیف	۴/۳۷	۹/۴۲	۰/۷۸
۴. علائم هیجان‌ات پردازش نشده	۴/۶۷	۸/۶۶	۰/۷۱
۵. اجتناب	۵/۶۰	۷/۷۷	۰/۵۰
خودمهارگری	۳/۴۸	۹/۰۶	۰/۸۶
خودسنجی نشانه‌های بیماری	۱/۷۱	۸/۶۱	۰/۸۸

جدول ۲. ضرایب همبستگی پیرسون سازش‌یافتگی واینبرگر، پردازش هیجانی بیکر، خودمهارگری تانگنی و خودسنجی نشانه‌های بیماری بارتون

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱. پریشانی	-									
۲. بازداری	-۰/۳۶**	-								
۳. دفاعی بودن	-۰/۳۸**	۰/۵۵**	-							
۴. فرونشانی	۰/۴۹**	-۰/۲۷**	-۰/۲۸**	-						
۵. هیجان‌ات تنظیم نشده	۰/۵۳**	-۰/۵۰**	-۰/۴۳**	۰/۵۱**	-					
۶. تجربه هیجانی ضعیف	۰/۶۳**	-۰/۴۸**	-۰/۳۹**	۰/۶۶**	۰/۷۳**	-				
۷. علائم هیجان‌ات پردازش نشده	۰/۵۱**	-۰/۳۱**	-۰/۳۳**	۰/۶۳**	۰/۶۸**	۰/۶۸**	-			
۸. اجتناب	۰/۱۹**	-۰/۱۶**	-۰/۱۱	۰/۳۸**	۰/۴۴**	۰/۴۹**	۰/۴۰**	-		
۹. خودمهارگری	-۰/۴۸**	۰/۵۹**	۰/۵۵**	-۰/۳۵**	-۰/۴۵**	-۰/۴۸**	-۰/۴۳**	-۰/۱۰	-	
۱۰. خودسنجی نشانه‌های بیماری	۰/۵۳**	-۰/۲۷**	-۰/۲۸**	۰/۵۰**	۰/۵۴**	۰/۶۳**	۰/۵۷**	۰/۳۷**	-۰/۴۱**	-

** همبستگی‌ها در سطح ۰/۰۱ معنادار است (دو دامنه).

جدول ۳. خلاصه الگوی رگرسیون سلسله‌مراتبی جهت پیش‌بینی نشانه‌های بیماری

مدل	متغیر	R	R ²	R ² Change	S.E	F	t	Beta	Sig
گام اول	تجربه هیجانی ضعیف	۰/۶۳	۰/۴۰	۰/۴۰	۰/۳۳	۱۶۷/۲۳	۱۲/۹۳	۰/۶۳	۰/۰۰
گام دوم	تجربه هیجانی ضعیف علائم هیجانات پردازش‌نشده	۰/۶۶	۰/۴۳	۰/۰۳	۰/۳۲	۹۶/۲۴	۷/۰۲	۰/۴۶	۰/۰۰
	تجربه هیجانی ضعیف						۴/۹۷	۰/۳۶	۰/۰۰
گام سوم	علائم هیجانات پردازش‌نشده	۰/۶۸	۰/۴۵	۰/۰۲	۰/۳۲	۶۹/۷۱	۳/۵۴	۰/۲۳	۰/۰۰
	پریشانی						۳/۱۳	۰/۱۹	۰/۰۰

بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر بررسی نقش سرکوبی هیجانی و خودمهارگری در افراد سالم در پیش‌بینی میزان نشانه‌های بیماری است. بر مبنای یافته‌ها انواع سرکوبی هیجانی و خودمهارگری با میزان نشانه‌های بیماری در افراد رابطه دارد. پریشانی، فرونشانی، هیجانات تنظیم نشده، تجربه هیجانی ضعیف، علائم هیجانات پردازش‌نشده و اجتناب نشانه‌های بیماری را بصورت مثبت و بازداری، دفاعی بودن و خودمهارگری نشانه‌های بیماری را بصورت منفی پیش‌بینی می‌کنند. بنابراین، اگر در پردازش هیجانات اختلال به وجود آید، فرد مستعد ابتلا به بیماری و یا تشدید آن می‌شود. نتایج دیگر تحقیقات نیز بر رابطه سرکوبی و عدم پردازش هیجانی با بیماری‌های جسمانی و روانی صحه گذاشته‌اند (چونگ و چن، ۲۰۲۰، مالون، کوهن، لی وایلنت و والدینگر، ۲۰۱۳، موند و میت، ۲۰۱۲، پراسرتسری، هولدن، کیف و ویلکی، ۲۰۱۱، لارسن و همکاران، ۲۰۱۰، دنولت، مارتنز، نیکلیسک، کنرادز و گلدز، ۲۰۰۸، ویس، انرایت و سیمز، ۲۰۰۸، گارسن، ۲۰۰۷، کافلین دلا سلوا، ۲۰۰۶، کوک، مایرز و درخشان، ۲۰۰۳، فیپس، استیل، هال و لی، ۲۰۰۱، کیف، لوملی، اندرسون، لینچ و کارسون، ۲۰۰۱ و اینبرگر، ۱۹۹۰).

از سوی دیگر برخی تحقیقات به نتایجی متفاوت رسیده‌اند. تفکیک ادراک فرد از هیجان تجربه‌شده و پاسخ سیستم خودمختار منجر به افزایش اطلاعات فیزیولوژیک تعبیرنشده در شرایط استرس‌زا می‌شود. این اطلاعات عموماً مبهم‌اند و بنابراین اغلب مستعد سوء تعبیر هستند. برانگیختگی سیستم خودمختار بدون منشأ مشخص معمولاً به نشانه‌های جسمانی اسناد داده می‌شود (پنه‌بیکر، ۲۰۱۲). بنابراین فزونی اطلاعات جسمانی تعبیرنشده به دلیل سرکوبی هیجانات منفی به بیش‌گزارشی شکایت‌های جسمانی منتهی می‌شود (بروسشات و جانسن، ۱۹۹۸). بنابراین، افراد سرکوبگر علی‌رغم احساس سلامت، به دلیل برانگیختگی سیستم خودمختار مستعد مشکلات جسمانی‌اند.

برخی پژوهش‌ها رابطه پریشانی با بیماری‌های جسمانی را تأیید کرده‌اند (بردبرن، ۱۹۶۹). افزون بر این، سطوح بالای پریشانی با دفاعی بودن کمتر و خودمهارگری پایین‌تر مرتبط است (واینبرگر و شوارتز، ۱۹۹۰). یافته‌های پژوهشی دیگری نیز حاکی از این است که افرادی با سطوح متوسط بازداری فاقد علائم جسمانی مانند سردرد و احساس سرماخوردگی هستند و خودمهارگری بالایی را گزارش می‌کنند (هولاهان و موس، ۱۹۸۵، کوباسا، مدی و پوکتی، ۱۹۸۲).

از سوی دیگر، منفی بودن رابطه دو زیرمقیاس بازداری و دفاعی بودن و نیز خودمهارگری با نشانه‌های بیماری حاکی از این است که تمایز سرکوبی از خودمهارگری تنها با استفاده از مقیاس‌های خود گزارشی امکان‌پذیر نیست. افزون بر این، بر مبنای برخی تحقیقات، متغیرهایی مانند خودشناسی میانجی رابطه سبک‌های دفاعی ناسالم و نشانه‌های بیماری (نوربالا، قربانی و غلامعلی لواسانی، ۱۳۹۷) و نیز رابطه خودمهارگری و سلامت جسمانی (کاشانکی، قربانی و حاتمی، ۱۳۹۵) است. بدین معنا که در نظر گرفتن متغیری مانند خودشناسی به عنوان متغیر میانجی احتمالاً می‌تواند رابطه بازداری و دفاعی بودن از یکسو و خودمهارگری را از سوی دیگر با نشانه‌های جسمانی از یکدیگر متمایز نماید.

مواد زیرمقیاس تجربه هیجانی ضعیف بیشتر بر تجزیه تجارب هیجانی و برخی جنبه‌های ناگویی خلقی دلالت دارد. فردی با تجربه هیجانی ضعیف، احساسات خود را خیلی درک نمی‌کند و نسبت به آنها احساس راحتی ندارد. علائم هیجانات پردازش‌نشده به ماهیت تکرار شونده و پایدار تجارب هیجانی منفی اشاره دارد. زیر مقیاس هیجانات تنظیم‌نشده منعکس‌کننده دشواری در کنترل ابراز هیجانات و زیرمقیاس فرونشانی نشان‌دهنده کنترل افراطی هیجانات و ابراز آنهاست. بنابراین، تمایز کنترل تجربه هیجانی از کنترل ابراز هیجانی حائز اهمیت است. تلاش برای کنترل، سرکوبی، یا مسدود کردن تجربه هیجانات ناخوشایند مخرب‌تر از کنترل ابراز آشکار هیجانات

منابع

- سالاری‌راد، زهرا؛ قربانی، نیما و باقری، فریبرز (۱۳۹۴). نقش خودمهارگری در نحوه پاسخ‌دهی به استرس ناشی از سرطان سینه. *رویش روانشناسی*، ۴ (۱۳)، ۲۲-۱۵.
- سعیدی، ضحی؛ قربانی، نیما و سرفراز، مهدی‌رضا (۱۳۹۵). کوتاه‌پرسشنامه سازش‌یافتگی و اینبرگر: ویژگی‌های مبتنی بر روانسنجی و تحلیل عاملی تأییدی. *مجله علوم روانشناختی*، ۵۹، ۳۴۷-۳۳۵.
- قربانی، نیما (۱۳۹۵). *من به روایت من*. تهران: پینش نو.
- قربانی، نیما (۱۳۸۲). *روان‌درمانگری پویایی فشرده و کوتاه‌مدت*. تهران: سمت.
- کاشانکی، حامد؛ قربانی، نیما و حاتمی، جواد (۱۳۹۵). بررسی ارتباط فروزشانی احساسات و علائم جسمانی و روانی با توجه به نقش خودشناسی انسجامی، بهوشیاری و شفقت خود، جامعه‌پسندی و خودمهارگری. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۷ (۳)، ۵۵-۷۰.
- نوربالا، فاطمه؛ قربانی، نیما و غلامعلی لواسانی، مسعود (۱۳۹۷). نقش میانجیگر خودشناسی در رابطه بین سبک‌های دفاعی و علائم جسمانی‌سازی. *مجله علوم روانشناختی*، ۶۶، ۲۱۲-۲۰۰.
- هادی، مریم؛ قربانی، نیما و بشارت محمدعلی (۱۳۹۸). نقش واسطه‌ای فرآیندهای خودشناختی نوجوان در رابطه بین سبک‌های والدگری و سلامت روانی. *مجله علوم روانشناختی*، ۷۶، ۴۰۶-۳۹۷.
- Agostini, A., Scaiooli, E., Belluzzi, A., & Campieri, M. (2019). Attachment and Mentalizing Abilities in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology Research and Practice*, 2019.
- Baker, R., Thomas, S., Thomas, P. W., & Owens, M. (2007). Development of an emotional processing scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(2), 167-78.
- Baker, R., Thomas, S., Thomas, P. W., Gower, P., Santonastaso, M., & Whittlesea, A. (2010). The Emotional Processing Scale: scale refinement and abridgement (EPS-25). *Journal of psychosomatic research*, 68(1), 83-8.
- Bartone, P. T., Ursano, R. J., Wright, K. M., & Ingraham, L. H. (1989). The impact of a military air disaster on the health of assistance workers: A prospective study. *The Journal of nervous and mental disease*, 177(6), 317-28.
- Baudic, S., Jayr, C., Albi-Feldzer, A., Fermanian, J., Masselin-Dubois, A., Bouhassira, D., & Attal, N. (2016). Effect of alexithymia and emotional repression on postsurgical pain in women with breast cancer: a prospective longitudinal 12-month study. *The Journal of Pain*, 17(1), 90-100.

است. جلوگیری از ابراز یک فکر یا احساس لزوماً محدودکننده آگاهی فرد نسبت به آن نیست. در حالی که تلاش برای واپس راندن یک فکر یا احساس از حیطه هشیاری، در صورت موفقیت، محدودکننده آگاهی و در نهایت انسجام خواهد بود (قربانی، ۱۳۹۵).

بر مبنای رگرسیون سلسله‌مراتبی، سه زیرمقیاس تجربه هیجانی ضعیف، علائم هیجانات پردازش‌نشده و پریشانی پیش‌بین نشانه‌های بیماری‌اند. دو زیرمقیاس تجربه هیجانی ضعیف و علائم هیجانات پردازش‌نشده به مقیاس پردازش هیجانی و زیر مقیاس پریشانی به مقیاس و اینبرگر تعلق دارند. جملات زیرمقیاس تجربه هیجانی ضعیف که بیشترین قدرت پیش‌بینی نشانه‌های بیماری را داراست، بیشتر نشانه شکنندگی روانی و ضعف ایگوست همچون «گاهی اوقات احساسات شدیدی داشتم اما مطمئن نیستم که آیا آنها هیجان بودند یا نه». بنابراین طبیعی به نظر می‌رسد که بهتر از سایر زیر مقیاس‌ها به پیش‌بینی نشانه‌های بیماری پردازد. بر مبنای مطالعه بیکر و همکاران (۲۰۱۰) افراد مبتلا به درد مزمن (فیرومایالجیا، آرتريت روماتوئید و کمر درد مزمن) در مقایسه با افراد سالم نمرات بالاتری در دو زیر مقیاس تجربه هیجانی ضعیف و اجتناب به دست آوردند.

نکته شایان توجه این است که مقیاس پردازش هیجانی بهتر از مقیاس و اینبرگر به پیش‌بینی نشانه‌های بیماری می‌پردازد. جملات مقیاس و اینبرگر کلی و انتزاعی و جملات مقیاس پردازش هیجانی عینی و مشخص‌اند. همین تفاوت می‌تواند توجه‌کننده قدرت پیش‌بینی بالاتر مقیاس پردازش هیجانی باشد. جملات مقیاس پردازش هیجانی مستقیماً به تجارب رفتاری و احساسی طی هفته گذشته اشاره دارد اما جملات و اینبرگر چنین نیست.

به طور کلی بر مبنای پژوهش حاضر سرکوبی و اخلال در پردازش هیجانی با نشانه‌های بیماری رابطه دارد. تکیه بر مقیاس‌های خودگزارشی و نیز جامعه آماری خاص (کاربران تلگرام) از جمله محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌آیند. با توجه به اینکه مکانیسم‌های دفاعی و از جمله سرکوبی ناهشیارانه عمل می‌کنند و اغلب خود فرد از آنها آگاهی ندارد، سنجش آن با استفاده از پرسشنامه با چالش‌ها و محدودیت‌هایی مواجه است. بررسی دقیق‌تر ارتباط سرکوبی و خودمهارگری با نشانه‌های بیماری و نیز تمایز اثر آنها مستلزم انجام تحقیقات آزمایشی در مطالعات بعدی است.

- Freud, A. (1936). *The ego and the mechanisms of defense*. New York: International Universities Press.
- Garsen, B. (2007). Repression: finding our way in the maze of concepts. *Journal of behavioral medicine*, 30(6), 471-81.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Farhadi, M., & Chen, Z. (2014). A multi-process model of self-regulation: Influences of Mindfulness, Integrative Self-Knowledge and Self-Control in Iran. *International Journal of Psychology*, 49(2), 115-22.
- Gilboa-Schechtman, E., Avnon, L., Zubery, E., & Jeczmierny, P. (2006). Emotional processing in eating disorders: specific impairment or general distress related deficiency? *Depression and anxiety*, 23(6), 331-9.
- Güney, Z. E. O., Sattel, H., Withöft, M., & Henningsen, P. (2019). Emotion regulation in patients with somatic symptom and related disorders: A systematic review. *PloS one*, 14(6).
- Gupta, T., & Sinha, U. K. (2016). Patterns of emotional processing in depression. *Personality Study*, 36, 29.
- Hamilton, N. A., Atchley, R. A., Boddy, L., Benau, E., & Freche, R. (2018). Emotion regulation and cognitive control in pain processing.
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1985). Life stress and health: Personality, coping, and family support in stress resistance. *Journal of personality and Social Psychology*, 49(3), 739.
- Hunt, M. G. (1998). The only way out is through: Emotional processing and recovery after a depressing life event. *Behaviour Research and Therapy*, 36(4), 361-84.
- Keefe, J. R., Huque, Z. M., DeRubeis, R. J., Barber, J. P., Milrod, B. L., & Chambless, D. L. (2019). In-session emotional expression predicts symptomatic and panic-specific reflective functioning improvements in panic-focused psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy*. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000215>.
- Keefe, F. J., Lumley, M., Anderson, T., Lynch, T., & Carson, K. L. (2001). Pain and emotion: new research directions. *Journal of clinical psychology*, 57(4), 587-607.
- Kharamin, S., Malekzadeh, M., Aria, A., Ashraf, H., & Shirazi, H. R. G. (2018). Emotional processing in patients with ischemic heart diseases. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 6(9), 1627.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Puccetti, M. C. (1982). Personality and exercise as buffers in the stress-illness relationship. *Journal of behavioral medicine*, 5(4), 391-404.
- Kreitler, S., Chaitchik, S., & Kreitlers, H. (1993). Repressiveness: cause or result of cancer? *Psycho-Oncology*, 2(1), 43-54.
- Labije, J. H., & Neborsky, R. J. (2012). *Mastering Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy: Roadmap to the Unconscious*. Karnac Books.
- Larsen, A., Bøggild, H., Mortensen, J. T., Foldager, L., Hansen, J., Christensen, A., ... & Munk-Jørgensen, Baumeister, R. F., Heatherton, T. F., & Tice, D. M. (1994). *Losing control: How and why people fail at self-regulation*. Academic press.
- Baumeister, R. F., Vohs, K. D., & Tice, D. M. (2007). The strength model of self-control. *Current directions in psychological science*, 16(6), 351-5.
- Berg, C. Z., Shapiro, N., Chambless, D. L., & Ahrens, A. H. (1998). Are emotions frightening? II: An analogue study of fear of emotion, interpersonal conflict, and panic onset. *Behaviour Research and Therapy*, 36(1), 3-15.
- Bowers, H. M., Pincus, T., Jones, G., & Wroe, A. L. (2019). Investigating the role of beliefs about emotions, emotional suppression and distress within a pain management programme for fibromyalgia. *British journal of pain*, 13(2), 112-20.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Oxford, England: Aldine.
- Brosschot, J. F., & Aarsse, H. R. (2001). Restricted emotional processing and somatic attribution in fibromyalgia. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 31(2), 127-46.
- Brosschot, J. F., & Janssen, E. (1998). Continuous monitoring of affective-autonomic response dissociation in repressors during negative emotional stimulation. *Personality and Individual Differences*, 25, 69-84.
- Canning, E. H., Canning, R. D., & Boyce, W. T. (1992). Depressive symptoms and adaptive style in children with cancer. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(6), 1120-4.
- Chung, M. C., & Chen, Z. S. (2020). Gender differences in child abuse, emotional processing difficulties, alexithymia, psychological symptoms and behavioural problems among Chinese adolescents. *Psychiatric quarterly*, 1-12.
- Cooke, L., Myers, L. B., & Derakshan, N. (2003). Adherence, repressive coping and denial in asthma patients. *Psychology, Health and Medicine*, 8, 35-44.
- Coughlin Della Selva, P. (2006). Emotional processing in the treatment of psychosomatic disorders. *Journal of clinical psychology*, 62(5), 539-50.
- Cox, K. S., Wangelin, B. C., Keller, S. M., Lozano, B. E., Murphy, M. M., Maher, E. K., ... & Tuerk, P. W. (2020). Emotional Processing of Imaginal Exposures Predicts Symptom Improvement: Therapist Ratings Can Assess Trajectory in Prolonged Exposure for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*.
- Cramer, P. (1998). Coping and defense mechanisms: What's the difference? *Journal of Personality*, 66, 919-46.
- Denollet, J., Martens, E. J., Nyklíček, I., Conraads, V. M., & de Gelder, B. (2008). Clinical events in coronary patients who report low distress: adverse effect of repressive coping. *Health Psychology*, 27(3), 302.
- Frederickson, J. (2013). *Co-creating change: Effective dynamic therapy techniques*. Kansas City: Seven Leaves Press.

- Rachman, S. (1980). Emotional processing, *Behaviour Research and Therapy*, 18, 51-60.
- Rachman, S. (2001). Emotional processing, with special reference to post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry*, 13(3), 164-71.
- Racine, S. E., & Horvath, S. A. (2020). Emotion dysregulation and eating disorders. *The Oxford handbook of emotion dysregulation*, 327.
- Rothbaum, F., Weisz, J. R., & Snyder, S. S. (1982). Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control. *Journal of personality and social psychology*, 42(1), 5.
- Rutledge, T., & Linden, W. (2000). Defensiveness status predicts 3-year incidence of hypertension. *Journal of hypertension*, 18(2), 153-9.
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of personality*, 72(2), 271-324.
- Teasdale, J. D. (1999). Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behaviour research and therapy*, 37, S53-S77.
- Vaillant, G. E., & Mukamal, K. (2001). Successful aging. *American Journal of Psychiatry*, 158(6), 839-47.
- Verissimo, R., Mota-Cardoso, R., & Taylor, G. (1998). Relationships between alexithymia, emotional control, and quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Psychotherapy and psychosomatics*, 67(2), 75-80.
- Weihls, K. L., Enright, T. M., & Simmens, S. J. (2008). Close relationships and emotional processing predict decreased mortality in women with breast cancer: preliminary evidence. *Psychosomatic medicine*, 70(1), 117-24.
- Weinberger, D. A. (1990). The construct validity of the repressive coping style. *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology, and health*, 337-86.
- Weinberger, D. A. (1997). Distress and self-restraint as measures of adjustment across the life span: confirmatory factor analysis in clinical and non-clinical samples. *Psychological assessment*, 9, 132-5.
- Weinberger, D. A., & Schwartz, G. E. (1990). Distress and restraint as superordinate dimensions of self-reported adjustment: A typological perspective. *Journal of personality*, 58(2), 381-417.
- Weinberger, D. A., Schwartz, G. E., & Davidson, R. J. (1979). Low-anxious, high-anxious, and repressive coping styles: psychometric patterns and behavioral and physiological responses to stress. *Journal of abnormal psychology*, 88(4), 369.
- P. (2010). Psychopathology, defense mechanisms, and the psychosocial work environment. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(6), 563-77.
- Lumley, M. A., & Schubiner, H. (2019). Emotional Awareness and Expression Therapy for Chronic Pain: Rationale, Principles and Techniques, Evidence, and Critical Review. *Current rheumatology reports*, 21(7), 30.
- Malone, J.C., Cohen, S., Liu, S. R., Vaillant, G. E., Waldinger, R. J. (2013). Adaptive midlife defense mechanisms and late-life health. *Personality and Individual Differences*. 55: 85-9.
- Mann, S. J., & James, G. D. (1998). Defensiveness and essential hypertension. *Journal of psychosomatic research*, 45(2), 139-48.
- Martino, M. L., Gargiulo, A., Lemmo, D., Dolce, P., Barberio, D., Abate, V., ... & Tortoriello, R. (2019). Longitudinal effect of emotional processing on psychological symptoms in women under 50 with breast cancer. *Health psychology open*, 6(1), 2055102919844501.
- McTeague, L. M., Rosenberg, B. M., Lopez, J. W., Carreon, D. M., Huemer, J., Jiang, Y., ... & Etkin, A. (2020). Identification of Common Neural Circuit Disruptions in Emotional Processing Across Psychiatric Disorders. *American Journal of Psychiatry*, appi-ajp.
- Mund, M., & Mitte, K. (2012). The costs of repression: a meta-analysis on the relation between repressive coping and somatic diseases. *Health Psychology*, 31(5), 640-9.
- Ogińska-Bulik, N., & Michalska, P. (2020). The Relationship Between Emotional Processing Deficits and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Among Breast Cancer Patients: The Mediating Role of Rumination. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 27(1), 11-21.
- Pauls, C. A., & Stemmler, G. (2003). Repressive and defensive coping during fear and anger. *Emotion*, 3(3), 284.
- Pennebaker, J. W. (2012). *The psychology of physical symptoms*. Springer Science & Business Media.
- Phipps, S., & Srivastava, D. K. (1997). Repressive adaptation in children with cancer. *Health Psychology*, 16(6), 521.
- Phipps, S., Steele, R. G., Hall, K., & Leigh, L. (2001). Repressive adaptation in children with cancer: A replication and extension. *Health Psychology*, 20(6), 445.
- Porcelli, P., Bagby, R. M., Taylor, G. J., De Carne, M., Leandro, G., & Todarello, O. (2003). Alexithymia as predictor of treatment outcome in patients with functional gastrointestinal disorders. *Psychosomatic Medicine*, 65(5), 911-8.
- Prasertsri, N., Holden, J., Keefe, F. J., Wilkie, D. J. (2011). Repressive coping style: Relationships with depression, pain, and pain coping strategies in lung cancer out patients. *Lung Cancer J*. 71(2): 235-40.