

نقش آلکسی تایمیا و عوامل جمعیت شناختی در پیش بینی عملکرد خانواده و موفقیت تحصیلی فرزندان زوجهای مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان درمانی

دکتر جمشید جراره^۱

دکتر اسحق رحیمیان بوگر^۲

فخری السادات حسینی^۳

چکیده

آلکسی تایمیا و عوامل جمعیت شناختی نقشی مؤثر در ارتباطات انسانی به ویژه روابط خانوادگی دارند. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش آلکسی تایمیا و عوامل جمعیت شناختی در پیش بینی عملکرد خانواده و موفقیت تحصیلی فرزندان زوجهای مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان درمانی انجام گرفت. در یک طرح توصیفی - مقطعی ۱۳۳ شرکت کننده (۴۲ مرد و ۹۱ زن) از میان مراجعان به مراکز مشاوره و روان درمانی شهر تهران به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه جمعیت شناختی، مقیاس آلکسی تایمیای تورنتو (TAS) و ابزار سنجش خانواده (FAD) را تکمیل کردند. تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از رگرسیون چندگانه به شیوه گام به گام انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که از لحاظ آماری میان آلکسی تایمیا، عملکرد خانواده و موفقیت تحصیلی فرزندان همبستگی منفی معنادار وجود دارد. همچنین میان تحصیلات، عملکرد خانواده و موفقیت تحصیلی فرزندان، همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. آلکسی تایمیا و سطح تحصیلات قادرند عملکرد خانواده و موفقیت تحصیلی را از لحاظ آماری به طور معناداری پیش بینی کنند و به طور کلی ۲۵٪ واریانس عملکرد خانوادگی را تبیین می کنند. جنسیت و سن قادر به پیش بینی عملکرد خانواده و موفقیت تحصیلی فرزندان نبودند. بنابراین، آلکسی تایمیا و سطح تحصیلات پایین سبب عملکرد منفی در خانواده و کاهش موفقیت تحصیلی فرزندان می شوند. شناسایی و مداخله در آلکسی تایمیا و متناسب سازی برنامه های درمانی با سطح تحصیلات در بهبود عملکرد خانوادگی زوجها و موفقیت آموزشی فرزندان ضرورت دارد.

کلید واژه‌ها: آلکسی تایمیا، عملکرد خانواده، زوجها، عوامل جمعیت شناختی، موفقیت تحصیلی

فرزندان

تاریخ دریافت: ۹۰/۱۰/۷ تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۰/۱۶

ja_jarareh@yahoo.com

eshaghrahimian@yahoo.com

psyhosseini_f@yahoo.com

۱. استادیار گروه روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی

۲. استادیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه سمنان

۳. کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی

مقدمه

خانواده به منزله نخستین و مهم‌ترین اجتماعی که کودک در آن دیده به جهان می‌گشاید و پا به عرصه وجود می‌گذارد، نقشی بسیار اساسی در رشد و پرورش همه جانبه فرزندان دارد. ورود به چنین نظام سازمان یافته‌ای صرفاً از طریق تولد، فرزند خواندگی، یا ازدواج صورت می‌گیرد (برگمن^۱ و وایت^۲، ۲۰۱۰). خانواده‌ها اعضای جدیدی به وجود می‌آورند و سرانجام به این اعضای جدید خودمختاری می‌دهند تا مستقل زندگی کنند، باز هم این عضویت تا پایان عمر دست نخورده باقی می‌ماند (اسمیت^۳، ۲۰۱۰؛ گاتمن^۴ و لاپرت^۵، ۲۰۰۲). گاهی در خانواده عملکرد دچار اختلال می‌شود و عوامل گوناگون در فرایند رشد خانواده و در تعاملات اعضای آن معضلاتی ایجاد می‌کند (واچز^۶ و کوردوا^۷، ۲۰۰۷). مفهوم آلکسی تایمیا^۸ نخستین بار بر اساس مشاهدات به دست آمده از بیماران روان تنی به کار رفت و اکنون به منزله مفهومی نسبتاً پایدار تلقی می‌شود که برای تبیین مشکلات میان-فردی در موقعیتهای متعدد به کار می‌رود و در کارکرد خانواده نیز نقش مهمی دارد (تایلر^۹ و باگبی^{۱۰}، ۲۰۰۴). آلکسی تایمیا یک سری ویژگیهای شناختی و هیجانی را در بر می‌گیرد که به طور ویژه از طریق مشکل در شناسایی و ابراز احساسات و کمبود هیجان‌ات مشخص است و در نهایت مشکلات شناختی را برجسته تر می‌کند (مگانک^{۱۱}، وانهیول^{۱۲}، و اینسگرز^{۱۳}، ۲۰۱۰).

بر اساس برخی تحقیقات انجام شده شیوع آلکسی تایمیا در جمعیت عمومی ۲۳٪ و در میان بیماران مراقبت اولیه ۲۰٪ است که ارتباط آن با مواردی همچون اختلالات جسمانی شکل، سوء مصرف مواد و به ویژه افسردگی آشکار شده است (هانکالامپی^{۱۵}، تولمونن^{۱۶}، هیتیکا^{۱۷}، ریزانن^{۱۸}،

1. Bregman, O.C.
2. White, C.M.
3. Smith, S.
4. Guttman, H.
5. Laporte, L.
6. Wachs, K.
7. Cordova, J. V.
8. Alexithymia
9. Taylor, G. J.
10. Bagby, R. M.
11. Meganck, R.
12. Vanheule, S.
13. Desmet, M.
14. Inslegers, R.
15. Honkalampi, K.
16. Tolmunen, T.
17. Hintikka, J.
18. Rissanen, M.L.

کیلما^۱، لئوکانن^۲، ۲۰۰۹). حالات آلکسی تایمیا حاکی از نقصان در فرایند شناختی، شناخت هیجانی و تنظیم حالت‌های هیجانی است و بیانگر این است که چنین افرادی متفاوت با دیگران و بیگانه‌هایی هستند که از دنیایی کاملاً متفاوت آمده‌اند و در بطن جامعه‌ای زندگی می‌کنند که تحت حاکمیت احساسات قرار دارند (باگبی، تیلور، پارکر^۳، و دیکنز^۴، ۲۰۰۶). ثوربرگ^۵، یانگ^۶، سالیوان^۷ و لیورز^۸ (۲۰۱۱) در فراتحلیلی بر رابطه میان پیوند والدین و آلکسی تایمیا نشان داده‌اند که آلکسی تایمیا عامل پیش بینی کننده مهمی در عملکرد خانواده است و در اغلب مطالعات انجام گرفته آلکسی تایمیا به خوبی اختلالات کارکردی خانواده را پیش بینی می‌کند. پدروسا^۹، ویگل^{۱۰}، ویزلز^{۱۱}، ارنیچ^{۱۲}، بائوملر^{۱۳} و وینکلمان^{۱۴} (۲۰۰۸) آلکسی تایمیا را در کنار دیگر عوامل نظیر آسیب شناسی روانی عامل برجسته‌ای در اختلالات کارکرد شغلی و خانوادگی می‌دانند. حتی آلکسی تایمیا در خانواده بر عملکرد تحصیلی فرزندان نیز تأثیر دارد و موفقیت آنان را تحت الشعاع خود قرار می‌دهد. آلکسی تایمیا در افراد خانواده منجر به کاهش روابط خانوادگی و به ویژه روابط والدین با فرزندان می‌شود و در نتیجه عدم ارضای عاطفی آنان بر عملکرد خانواده و موفقیت تحصیلی فرزندان تأثیر منفی می‌گذارد.

یلسما^{۱۵}، هاوستات^{۱۶}، اندرسون^{۱۷} و نیلسون^{۱۸} (۲۰۰۰) بیان کرده‌اند که انسجام خانوادگی رابطه‌ای بالا با میزان آلکسی تایمیا دارد. لاملی^{۱۹}، مادر^{۲۰}، گرامزو^{۲۱} و پاپینیو^{۲۲} (۱۹۹۶) نیز عوامل خانوادگی را با ویژگی‌های آلکسی تایمیا مرتبط دانسته‌اند. روابط میان- فردی افراد دارای آلکسی

1. Kylmaa, J.
2. Laukkanen, E.
3. Parker, J.D.
4. Dickens, S.E.
5. Thorberg, F.A.
6. Young, R.M.
7. Sullivan, K.A.
8. Lyvers, M.
9. Pedrosa, F.
10. Weigl, M.
11. Wessels, T.
12. Irnich, D.
13. Baumuller, E.
14. Winkelmann, A.
15. Yelsma, P.
16. Hovestadt, A.J.
17. Anderson, W.T.
18. Nilsson, J.E.
19. Lumley, M.A.
20. Mader, C.
21. Gramzow, J.
22. Papineau, K.

تایمیا از طریق ارتباط هیجانی ضعیف مشخص می شود. بسیاری از آنها نیز از مشکلات پزشکی مزمن رنج می برند و یا دارای بیماریهای روان تنی، اختلالات پزشکی و آسیب روانی هستند (تایلور و باگی، ۲۰۰۴). در واقع، آلکسی تایمیا ویژگی بالینی برجسته ای است که عملکردهای میان-فردی به ویژه عملکرد خانواده را مختل می سازد (هامفریز^۱، وود^۲ و پارکر^۳، ۲۰۰۹). آلکسی تایمیا به عنوان علامتی آسیب شناختی و ناوابسته به فرهنگ در کنار عوامل دیگر می تواند عملکرد خانوادگی را پیش بینی کند (گراب^۴ و همکاران، ۲۰۰۸). با توجه به آنچه گفته شد، این پژوهش به دنبال تأیید یا رد این فرضها می باشد که «آلکسی تایمیا با عملکرد خانوادگی زوجهای مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان درمانی رابطه دارد.» «آلکسی تایمیا با عوامل جمعیت شناختی از قبیل سن، جنسیت و میزان تحصیلات رابطه دارد.» و «آلکسی تایمیا در والدین بر عملکرد تحصیلی فرزندان زوجهای مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان درمانی تأثیر منفی دارد.» با توجه به مطالب مطرح شده، این پژوهش با هدف بررسی نقش آلکسی تایمیا و عوامل جمعیت شناختی در پیش بینی عملکرد خانواده و موفقیت تحصیلی فرزندان زوجهای مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان درمانی انجام گرفته است.

پیشینه پژوهش

پژوهشها نشان داده اند که سن، همبستگی بالایی با آلکسی تایمیا دارد و این دو عامل در کنار هم قادرند عملکرد خانوادگی افراد را پیش بینی نمایند (ماتیلا^۵، سالمین^۶، نومی^۷ و ژوکاما^۸، ۲۰۰۶). به علاوه، سالمین، ساریجاروی^۹، آثرلا^{۱۰}، تویکا^{۱۱} و کاهن^{۱۲} (۱۹۹۹) نشان داده اند که شیوع آلکسی تایمیا تحت تأثیر عوامل اجتماعی- جمعیت شناختی نظیر سطح تحصیلات، درآمد و پایگاه اجتماعی افراد قرار دارد و این عوامل اجتماعی- جمعیت شناختی در کنار هم سبب اختلال عملکرد خانوادگی و شغلی و موفقیت تحصیلی افراد می شوند. کوکونن^{۱۳}،

1. Humphreys, T.P.
2. Wood, L.M.
3. Parker, J.D.A.
4. Grabe, H.J.
5. Mattila, A.K.
6. Salminen, J.K.
7. Nummi, T.
8. Joukamaa, M.
9. Saarijarvi, S.
10. Aarela, E.
11. Toikka, T.
12. Kauhanen, J.
13. Kokkonen, P.

کارونن^۱، وجولا^۲، لکسی^۳، جوکلینن^۴، جارولین^۵ و ژوکاما (۲۰۰۱) نیز نشان داده اند که عوامل اجتماعی و جمعیت شناختی همراه با آلکسی تایمیا می تواند عملکرد خانوادگی زوجها و موفقیت تحصیلی فرزندان آنها را پیش بینی نماید. مطالعات دیگری نیز بر نقش عوامل جمعیت شناختی (سن، جنسیت و سطح تحصیلات) و آلکسی تایمیا در بروز اختلالات کارکردی خانواده ها تأکید دارند (هانکالمپی، کووما-هونکانن^۶، آنتیکینن^۷، هاتاینن^۸، هیتیکا^۹ و ویناماکی^{۱۰}، ۲۰۰۴).

روش شناسی

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

در این طرح پژوهش مقطعی - توصیفی که به بررسی همبستگی و پیش بینی متغیرها پرداخته شده است، جامعه آماری پژوهش را کلیه زوجهای مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان درمانی شهر تهران طی تیرماه تا اسفندماه سال ۸۹ تشکیل داده اند. جهت انتخاب نمونه، ۱۳۳ نفر شامل ۴۲ مرد (۳۱/۵٪) و ۹۱ زن (۶۸/۵٪) از زوجهایی که به این مراکز مراجعه نموده اند، به شیوه تصادفی در دسترس انتخاب و پس از پاسخ به پرسشنامه ها، در مصاحبه بالینی شرکت داده شدند. در مصاحبه بالینی وضعیت تحصیلی ۸۱ نفر (۳۹ پسر و ۴۲ دختر) از فرزندان آنان با مقیاس میانگین نمرات کارنامه تحصیلی، توسط زوجها گزارش شد. دامنه سنی آزمودنیها ۲۶ تا ۶۰ سال با میانگین سنی ۴۶/۸۵ بود. وجود آلکسی تایمیا، توانمندی در فهم زبان فارسی، تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش و تکمیل فرم ضوابط اخلاقی پژوهش و نیز مراجعه به یکی از مشاوران یا روان درمانگران در مراکز مشاوره و روان درمانی سطح شهر تهران از معیارهای ورود به پژوهش حاضر بود. تشخیص بیماریهای جسمی یا روانشناختی دیگر یا بیماری های توجیه کننده آلکسی تایمیا نظیر بیماریهای خلقی شدید یا تشخیص اختلالات شدید عصب- روانشناختی و بستری بودن فرد طی زمان پژوهش از معیارهای خروج از پژوهش حاضر بودند.

1. Karvonen, J.T.
2. Veijola, J.
3. Laksy, K.
4. Jokelainen, J.
5. Jarvelin, M.R.
6. Koivumaa-Honkanen, H.
7. Antikainen, R.
8. Haatainen, K.
9. Hintikka, J.
10. Viinamaki, H.

ابزارهای پژوهش

برای سنجش و گردآوری داده‌ها در این پژوهش از پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، مقیاس آلکسی تایمیا تورنتو^۱ (TAS) و ابزار سنجش خانواده^۲ (FAD) استفاده شده است. برای بررسی میزان موفقیت تحصیلی فرزندان مصاحبه بالینی با والدین مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی و گزارش شفاهی آنان به‌کار گرفته شده است. بعلاوه، برای بررسی داشتن شرایط مناسب شرکت در پژوهش نیز از مصاحبه بالینی استفاده شده است.

الف) پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: براساس این پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنیها مانند سن، جنسیت، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، سطح تحصیلات و دیگر موارد مربوطه گردآوری شده است.

ب) مقیاس آلکسی تایمیا (TAS): برای اندازه‌گیری آلکسی تایمیا از پرسشنامه آلکسی تایمیا استفاده شده است. مقیاس آلکسی تایمیا (TAS) یک پرسشنامه ۱۸ سؤالی است که برای سنجیدن میزان توانایی افراد در تشخیص و ابراز هیجانات خود، بنابر الگوی ۲۰ آیتمی تورنتو ساخته شده است و علی مددی و قائلی (۱۳۸۱) آن را به زبان فارسی ترجمه کرده و هنجار شده است. برای نمره‌گذاری آزمون به هر سؤال از صفر تا چهار نمره داده می‌شود. کاملاً مخالف = ۰، مخالف = ۱، مردد = ۲، موافق = ۳، کاملاً موافق = ۴، در گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، کاملاً موافق = ۰، موافق = ۱، مردد = ۲، مخالف = ۳، کاملاً مخالف = ۴ نمره‌گذاری می‌شوند و گویه‌های ۴، ۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمرات کمتر نشانه آلکسی تایمیا پایین و در حد بهنجار است و نمرات بالاتر نشانه آلکسی تایمیا شدید و در حد بالینی است. در بررسی اعتبار و پایایی پرسشنامه مقیاس آلکسی تایمیا توسط علی مددی و قائلی (۱۳۸۱) که روی نمونه‌ای از دانشجویان اجرا شد، ضریب حاصله از آزمون - بازآزمون با فاصله یک هفته ۰/۸۴ به‌دست آمده است و آلفای کرونباخ نیز با ۰/۷۹ به‌دست آمد که نشان می‌دهد مقیاس از همسانی درونی نسبتاً خوبی برخوردار است. همچنین در پژوهش فعلی نیز همسانی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به‌دست آمده که با نتایج علی مددی و قائلی (۱۳۸۱) همخوان است.

ج) ابزار سنجش خانواده (FAD): این ابزار بر اساس مدل مک مستر و با هدف توصیف ویژگیهای سازمانی و ساختاری خانواده تهیه شده است (اپستین^۳، بالدوین^۴ و بیشاپ^۵، ۱۹۸۳). ابزار

1. Toronto Alexithymia Scale (TAS)
2. Family Assessment Device (FAD)
3. Epstein, N.B.
4. Baldwin, L.
5. Bishop, D.S.

فوق برای تمییز خانواده های سالم و بیمار، الگوهای تبدلی میان اعضای خانواده را مورد ارزیابی قرار داده است. مدل مک مستر از شش بعد اختصاصی و یک بعد عمومی برای سنجش کارایی خانواده تشکیل شده است. ابعاد فوق عبارتند از: حل مشکل، ارتباط، نقشها، واکنشهای عاطفی، مشارکت عاطفی، و کنترل رفتار. همچنین، از این شش بعد یک نمره عملکرد کلی حاصل می شود. طراحان FAD، بعد کارایی عمومی را نیز به ابعاد فوق اضافه کرده اند که شامل مجموعه شش بعد دیگر بوده و میزان سلامت یا آسیب خانواده را به طور کلی اندازه گیری کرده است. فرم فعلی FAD از ۶۰ ماده تشکیل شده است. برای نمره گذاری FAD، با یک طیف لیکرت چهار نقطه ای که از نمره یک (کاملاً موافقم) تا چهار (کاملاً مخالفم)، تشکیل شده است، به هر سؤال از ۱ تا ۴ نمره داده می شود. این پرسشنامه میزان ناسلامتی خانواده را می سنجد و در نتیجه نمرات بالاتر نشان دهنده عملکرد ضعیف تر خانواده و نمرات پایین تر نشانه عملکرد سالم تر است (ثنایی و امینی، ۱۳۷۹).

ابزار سنجش خانواده با ضریب آلفای خرده مقیاسهای خود از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲. از همسانی درونی نسبتاً خوبی برخوردار است. این ابزار تا حدی دارای روایی همزمان و پیش بین است. این ابزار در مطالعه ای مستقل که روی ۱۷۸ زوج تقریباً شصت ساله، با «مقیاس رضایت زناشویی لاک-والاس» همبستگی متوسط داشته و قدرت نسبتاً خوبی برای پیش بینی نمرات «مقیاس روحیه سالمندی فیلادلفیا» نشان داده است. در مطالعه حاضر، همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برای کل مقیاس ۰/۷۸، حل مشکل ۰/۷۶، ارتباط ۰/۷۱، نقشها ۰/۷۹، همراهی عاطفی ۰/۸۴، آمیزش عاطفی ۰/۸۱، و کنترل رفتار ۰/۷۱. به دست آمد.

روش اجرا

برای اجرای پژوهش، پس از مراجعه به مراکز مشاوره و روان درمانی، از زوجهایی که به نحوی در روابط خود با همسرانشان دچار مشکل شده و به نوعی در رنج بودند و برای دریافت خدمات مشاوره و روان درمانی به مراکز مشاوره و روان درمانی سطح شهر تهران مراجعه نموده بودند، پس از فراهم کردن شرایط پاسخ دادن به ابزارهای سنجش، تقاضا شد تا به طور همزمان و به صورت انفرادی به مجموعه ابزارهای پژوهش پاسخ دهند. سپس برای انجام مصاحبه بالینی و دریافت خدمات مشاوره و روان درمانی دعوت شدند. بدین ترتیب مقیاسها طی تقریباً سه ماه، میان مشارکت کنندگان در پژوهش توزیع و سپس گردآوری شدند. بلافاصله پس از تکمیل پرسشنامه ها، مصاحبه بالینی انجام شد و میزان موفقیت تحصیلی فرزندان از طریق مصاحبه و به صورت گزارش کتبی

دریافت شده است. در این مصاحبه وضعیت تحصیلی تعداد ۸۱ (۳۹ پسر و ۴۲ دختر) نفر از فرزندان زوجها (یعنی ۳۶ نفر معادل ۴۴/۴۴٪ در مقطع دبستان، ۲۸ نفر معادل ۳۴/۵۷٪ در مقطع راهنمایی و ۱۷ نفر معادل ۲۰/۹۹٪ نیز در مقطع دبیرستان) توسط والدین گزارش شد. میانگین سنی فرزندان آنان با توجه به هدف پژوهشگران تعیین نشده است. نتایج وضعیت میانگین تحصیلی فرزندان به ترتیب در سه مقطع تحصیلی در مصاحبه بالینی توسط زوجها گزارش شده است. این پژوهش مبتنی بر رعایت معیارهای اخلاقی مانند حفظ اسرار و توجه به آسایش و راحتی مشارکت کنندگان، رضایت کتبی آنان، عدم ابراز نام آنان و نیز عدم تعارض منافع در پژوهش و تحقیقات علوم رفتاری انجام گرفته است.

داده های حاصله از پرسشنامه جمعیت شناختی و مقیاسهای TAS و FAD با استفاده از رگرسیون چندگانه به شیوه گام به گام با استفاده از نرم افزار PASW تحلیل شدند.

یافته ها

شرکت کنندگان از لحاظ تحصیلات، ۵ نفر (۳/۶٪) ابتدایی، ۵ نفر (۳/۶٪) راهنمایی، ۵۷ نفر (۴۰/۷٪) دیپلم، ۱۵ نفر (۱۰/۷٪) کاردانی، ۴۱ نفر (۲۹/۳٪) کارشناسی، ۹ نفر (۶/۴٪) کارشناسی ارشد، ۴ نفر (۲/۹٪) دکتری و ۲ نفر (۱/۴٪) دارای وضعیت نامشخص بودند. تعداد فرزندان زوج ها ۸۱ نفر (۳۹ پسر و ۴۲ دختر) بود. تعداد ۳۶ نفر معادل ۴۴/۴۴٪ در مقطع دبستان، ۲۸ نفر معادل ۳۴/۵۷٪ در مقطع راهنمایی و ۱۷ نفر معادل ۲۰/۹۹٪ نیز در مقطع دبیرستان تحصیل می کردند. میزان سن آنان با توجه به هدف پژوهشگران تعیین نشده است. نتایج وضعیت میانگین تحصیلی فرزندان به ترتیب در سه مقطع تحصیلی در مصاحبه بالینی توسط زوجها گزارش شده است (جدول شماره ۴). همچنین، ضرایب همبستگی پیرسون، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش ارائه شده است (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱. ضرایب همبستگی پیرسون و میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

ضریب همبستگی	$\bar{X} \pm SD$	سن	عملکرد خانواده	آلکسی تایمیا
سن	$33/70 \pm 7/097$	۱		
عملکرد خانواده	$143/29 \pm 12/93$	-/۱۴°	۱	
آلکسی تایمیا	$30/45 \pm 9/87$	/۱۴	-/۴۳**	۱

** $P < 0/001$ ، ° $P < 0/01$

در این مطالعه، همبستگی میان جنسیت و سطح تحصیلات با سن افراد به ترتیب ۰/۲۱- و ۰/۰۴- است. همبستگی میان جنسیت و سطح تحصیلات با عملکرد خانواده به ترتیب ۰/۰۶- و

۰/۳۷ است. همبستگی میان جنسیت و سطح تحصیلات با آلکسی تایمیا به ترتیب ۰/۰۵ و ۰/۲۶- بود. در سطح اطمینان ۹۹ درصد ($P < 0/01$) با آزمون یک دامنه، میان متغیر پیش بین آلکسی تایمیا و عملکرد خانواده رابطه منفی و معنادار وجود دارد. یعنی هر چه نمره فرد در این متغیر بالاتر باشد، عملکرد مثبت خانواده پایین تر است. همچنین، در سطح اطمینان ۹۹ درصد ($P < 0/01$) با آزمون یک دامنه، میان متغیر پیش بین سطح تحصیلات و عملکرد خانواده رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. یعنی هر چه نمره فرد در این متغیر بالاتر باشد، عملکرد مثبت خانواده نیز بالاتر است (جدول ۱). پیش از استفاده از تحلیل رگرسیون، توزیع داده ها با بررسی همخطی چندگانه^۱ به کمک آماره تولرانس^۲، داده های پرت^۳، نمودارهای مانده و داده های مفقود بررسی شد که داده ها شرایط استفاده از این آزمون آماری را داشتند. با تعیین آماره تولرانس برای همه متغیرهای پیش بین از طریق انجام تحلیل رگرسیون در حالتی که متغیرهای دیگر بر آن متغیر برگشت داده شدند، مشخص شد. آماره تولرانس دارای ضرایب ۰/۰۹ تا ۰/۱ است که در واقع حاکی از عدم همخطی و نیز حاکی از ثبات مدل رگرسیونی است. مقدار تولرنس و VIF برای هر متغیر در سه گام تحلیل به ترتیب در دامنه ۰/۹۳۰ تا ۱/۰۰ و ۱/۰۰ تا ۱/۰۷۵ قرار داشتند. همچنین، روابط همبستگی میان متغیرها کمتر از ۰/۹ است که به معنای آن است که همخطی میان متغیرها وجود ندارد. یافته‌ها نشان می دهند که طی دو گام با افزودن متغیر یا متغیرهای جدید به گام قبلی متغیرها به گونه‌ای معنادار می توانند عملکرد خانواده را پیش‌بینی کنند (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲. تحلیل واریانس مدل رگرسیون گام به گام در تعیین سهم متغیرهای پیش بین

Adj R ²	مجدور همبستگی چندگانه (R ²)	همبستگی چندگانه (R)	سطح معنی داری	ضریب F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	منابع تغییرات	
								مدل	مدل
۰/۱۷۹	۰/۱۸۶	۰/۴۳۱	۰/۰۰۱	۲۹/۱۹	۴۱۴۳/۰۰	۱	۴۱۴۳/۰۰	رگرسیون	۱
								باقی مانده	۱۴۱/۸۶
								کل	۱۲۸
۰/۲۴۵	۰/۲۵۷	۰/۵۰۷	۰/۰۰۱	۲۱/۹۱	۲۸۶۱/۸۹	۲	۵۷۲۳/۷۹	رگرسیون	۲
								باقی مانده	۱۳۰/۵۶
								کل	۱۲۷

در گام اول، بر پایه نتایج تحلیل واریانس و شاخصهای آماری رگرسیون متغیر آلکسی تایمیا بر عملکرد خانواده، میزان F به دست آمده معنادار است ($F_{(1, 128)} = 29/19$) و ($P < 0/001$) و این متغیر

1. Multicollinearity
2. Tolerance
3. Outliers

می تواند تغییرات مربوط به عملکرد خانواده را پیش بینی کند (جدول شماره ۲). همچنین رابطه این متغیر با عملکرد خانواده معنادار است ($R=0/43$) و در مجموع ۱۸ درصد کیفیت زندگی را تبیین می نماید ($R^2=0/18$). سهم آکسی تایمیا در تبیین عملکرد خانواده برابر با $0/186$ است. در صورت تعمیم نمونه مورد مطالعه به جامعه اصلی نیز این متغیر قادر به تبیین $0/17$ واریانس عملکرد خانواده است ($Adj R^2=0/179$).

در گام دوم، بر پایه نتایج تحلیل واریانس و شاخصهای آماری رگرسیون دو متغیر آکسی تایمیا و تحصیلات بر عملکرد خانواده، میزان F به دست آمده معنادار است ($F(2, 127)=21/91$ و $P<0/001$) و این دو متغیر می توانند تغییرات مربوط به عملکرد خانواده را پیش بینی کنند (جدول ۲). همچنین رابطه این دو متغیر با عملکرد خانواده معنادار است ($R=0/50$) و در مجموع 25% کیفیت زندگی را تبیین می کنند ($R^2=0/257$). در این گام، سهم تحصیلات در تبیین عملکرد خانواده برابر با $0/071$ است. در صورت تعمیم نمونه مورد مطالعه به جامعه اصلی نیز این دو متغیر قادر به تبیین $0/24$ واریانس کیفیت زندگی هستند ($Adj R^2 = 0/245$). در این مدل رگرسیونی (جدول ۲)، متغیرهای جنسیت و سن سهمی معنادار در پیش بینی عملکرد خانواده نداشتند ($P>0/05$). در ادامه، جدول شماره ۳ برآورد ضرایب رگرسیون برای متغیرهای پیش بین عملکرد خانواده را نشان می دهد.

جدول شماره ۳. برآورد ضرایب رگرسیون برای متغیرهای پیش بین عملکرد خانواده

گام	متغیرهای پیش بین	ضرایب غیر استاندارد (B)	ضرایب استاندارد (Beta)	t	سطح معناداری	CL ۹۵٪
۱	مقدار ثابت	۱۶۰/۹۷		۴۷/۱۸۲	۰/۰۰۱	۱۵۴/۲۲ - ۱۶۷/۷۲
	آکسی تایمیا	-۰/۵۸۱	-۰/۴۳۱	-۵/۴۰	۰/۰۰۱	(-۰/۷۹۴) - (-۰/۳۶۸)
۲	مقدار ثابت	۱۴۸/۰۷		۲۹/۹۵	۰/۰۰۱	۱۳۸/۲۹ - ۱۵۷/۸۶
	آکسی تایمیا	-۰/۴۸۳	-۰/۳۵۸	-۴/۵۱	۰/۰۰۱	(-۰/۶۹) - (-۰/۲۷)
	تحصیلات	۲/۵۷۵	۰/۲۷۶	۳/۴۸	۰/۰۰۱	۱/۱۱۱ - ۴/۰۴۰

ضریب رگرسیون متغیرهای پیش بین نشان می دهد که دو متغیر آکسی تایمیا و سطح تحصیلات می توانند تغییرات عملکرد خانواده را به گونه ای معنادار تبیین کنند که این تبیین از طریق ورود هر دو متغیر در گام دوم ورود است. در میان این متغیرها، متغیر آکسی تایمیا مهم تر از سطح تحصیلات است. وزن آکسی تایمیا ($B = -0/483$)، ($t = -4/51$) و ($P < 0/001$) نشان می دهد که این متغیر با اطمینان 99% می تواند در کنار سطح تحصیلات تغییرات مربوط به عملکرد خانواده این نمونه پژوهشی را تبیین نماید که در صورت تعمیم نمونه مورد مطالعه به جامعه اصلی، وزن آکسی تایمیا $-0/358$ (Beta) خواهد بود. در نهایت اینکه هرچه آکسی تایمیا بالاتر باشد، عملکرد

مطلوب خانواده کاهش می‌یابد. وزن سطح تحصیلات $(B = ۲/۵۷۵)$ ، $(t = -۳/۴۸)$ و $(P < ۰/۰۰۱)$ نشان می‌دهد که این متغیر با اطمینان ۹۹٪ می‌تواند در کنار آلکسی تایمیا تغییرات مربوط به عملکرد خانواده در این نمونه پژوهشی را تبیین کند که در صورت تعمیم نمونه مورد مطالعه به جامعه اصلی، وزن سطح تحصیلات $۰/۲۷۶$ (Beta) خواهد بود. در نهایت این که هرچه سطح تحصیلات در فرد بالاتر باشد، عملکرد مطلوب خانواده افزایش می‌یابد (جدول ۳). مدل به دست آمده در گام نهایی (گام دوم) این مطالعه برای پیش بینی عملکرد خانواده در زوجهای مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی به صورت زیر است:

$$\text{عملکرد خانواده} = ۲۹/۹۵ + (\text{آلکسی تایمیا}) - ۴/۵۱ (\text{سطح تحصیلات})$$

جدول شماره ۴. فراوانی و میانگین نمرات تحصیلی فرزندان

مقطع تحصیلی	تعداد فرزندان	میانگین نمرات ترم تحصیلی
ابتدایی	۳۶	۱۸/۲۵
راهنمایی	۲۸	۱۵/۰
متوسطه	۱۷	۱۳/۵

با توجه به نتایج مصاحبه بالینی در مورد موفقیت تحصیلی فرزندان زوجهای مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی که در جدول فوق ارائه شده اند، تعداد فرزندان مشغول به تحصیل در مقاطع سه گانه آموزشی ۸۱ نفر (۳۹ پسر و ۴۲ دختر) می باشد که ۳۶ نفر در مقطع دبستان، ۲۸ نفر در مقطع راهنمایی و ۱۷ نفر نیز در مقطع متوسطه مشغول به تحصیل بوده اند. میانگین نمرات درسی دانش آموزان در مقاطع سه گانه ابتدایی، راهنمایی و متوسطه به ترتیب برابر با ۱۸/۲۵، ۱۵ و ۱۳/۵ می باشد.

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر نشان داد که آلکسی تایمیا و سطح تحصیلات زوجین می تواند عملکرد خانواده را پیش بینی کند. همچنین مطالعه نشان داد که آلکسی تایمیا می تواند تا حدی عدم موفقیت تحصیلی دانش آموزان را پیش بینی کند. مطالعات قبلی نیز چنین یافته‌ای را نشان داده بودند. کینگ^۱ و مالینکروت^۲ (۲۰۰۲) نشان داده اند که وجود آلکسی تایمیا در یکی یا هر دو زوج سبب اختلال در عملکرد خانواده می شود و همراهی این دو عامل در میان مراجعان بالاتر از افراد غیرمراجع است. در مطالعه ای دیگر، مالینکروت، کینگ و کابل^۳ (۱۹۹۸) نشان داده اند که آلکسی

1. King, J.L.
2. Mallinckrodt, B.
3. Coble, H. M.

تایمیا عامل مهم در بروز ناکارآمدی خانواده و اختلال در دلبستگی به درمانگر در فرایند مشاوره و روان‌درمانی است. ساریجاروی، سالمینن و تویکا (۲۰۰۶) نشان داده‌اند که آلکسی تایمیا به منزله یک مفهوم نسبتاً ثابت طی یک دوره پنج ساله قادر است مشکلات میان-فردی، مسائل خانوادگی و افسردگی اساسی را در میان بیماران سرپایی پیش بینی نماید. مطالعه اسپیتزر^۱، سیبل-جارگز^۲، بارنو^۳، گراب^۴، و فریبرگر^۵ (۲۰۰۵) نیز نشان داده است که آلکسی تایمیا به تنهایی و نیز در کنار برخی دیگر از متغیرهای روانی اجتماعی می‌تواند مشکلات میان-فردی را در موقعیتهای زناشویی، شغلی و تحصیلی پیش بینی نماید. در تبیین این یافته می‌توان گفت که آلکسی تایمیا به منزله یک پدیده هیجانی-شناختی در واقع نوعی اختلال خاص در کارکرد روانی است که در نتیجه فرایندهای بازداری اتوماتیک اطلاعات و احساسات هیجانی به وجود می‌آید و منجر به پیامدهای آسیب‌زای هیجانی بیشتر در روابط میان-فردی می‌شود که یکی از پیامدهای آن در روابط زوجین، اختلال عملکرد خانواده است. همچنین از آنجا که افراد آلکسی تایمیک در بیان و تشخیص عواطف خود مشکل دارند و تفکر نمادین آنان کاهش می‌یابد، احتمال بروز اختلاف خانوادگی در روابط زوجین افزایش می‌یابد.

همچنین، پژوهشهای قبلی نشان داده‌اند که سطح تحصیلات می‌تواند اختلال کارکردی خانواده را پیش‌بینی کند. سالمینن و همکاران (۱۹۹۹) و کوکونن و همکاران (۲۰۰۱) در مطالعات جداگانه‌ای نشان داده‌اند که سطح تحصیلات اختلالات کارکردی خانواده را پیش‌بینی می‌نماید، به طوری که با افزایش سطح تحصیلات در زوجین احتمال اختلالات کارکردی کاهش می‌یابد. البته آنچه مطالعات قبلی نشان داده‌اند این است که سطح تحصیلات به تنهایی عامل اصلی در پیش‌بینی اختلالات کارکردی خانواده نیست. بلکه، سطح تحصیلات در کنار متغیرهای دیگر نظیر شاخصهای آسیب‌شناسی بر عملکرد خانواده مؤثر واقع می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان اشاره نمود که سطح تحصیلات از طریق افزایش سواد بهداشتی و ارتقای مهارتهای زندگی، عملکرد خانوادگی را بهبود می‌بخشد. همچنین، پایین بودن سطح تحصیلات به سبب کاهش مهارتهای زندگی و عدم آگاهی از مهارتهای ارتباطی احتمالاً کارکرد خانواده را به گونه‌ای منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد.

-
1. Spitzer, C.
 2. Siebel-Jurges, U.
 3. Barnow, S.
 4. Grabe, H.J.
 5. Freyberger, H.J.

به خلاف نتایج این مطالعه، برخی از مطالعات قبلی نشان داده اند که عواملی نظیر سن و جنسیت قادر هستند در کنار آلکسی تایمیا، عملکرد خانوادگی را پیش بینی نمایند. اسپینا^۱ (۲۰۰۳) در مطالعه ای نشان داد که آلکسی تایمیا با متغیرهای شخصیتی، روانشناختی و جمعیت شناختی ارتباط دارد که در کنار هم عملکرد خانوادگی افراد را تحت تأثیر قرار می دهند. کویکانن، کارونن، وجولا، لکسی، ژوکلانن، جارولین و همکاران (۲۰۰۱) نیز نشان داده اند که آلکسی تایمیا و همبسته های اجتماعی - جمعیت شناختی آن نظیر سن و جنسیت از پیش بینی کننده های عملکرد خانوادگی هستند.

نتایج مصاحبه بالینی با زوجها نشان می دهد که آلکسی تایمیا با موفقیت تحصیلی فرزندان نیز رابطه منفی معکوس دارد. معمولاً میانگین نمرات به طور طبیعی در مقاطع تحصیلی گوناگون باید بالاتر از نمرات حاصل در این پژوهش باشد، اما میانگین نمرات فرزندان زوجهای مورد مطالعه نشان می دهد که نمرات از سطح انتظار پایین تر هستند. والدین دارای مشکل آلکسی تایمیا معمولاً در برقراری ارتباط عاطفی با فرزندان و دیگر افراد با مشکل مواجه می شوند و در نتیجه ارتباط عاطفی مناسب در خانواده ایجاد نمی شود و حاصل آن آسیب های تحصیلی به فرزندان و عملکرد خانواده است.

ابزارهای متفاوت سنجش، اهداف متعدد مطالعه های انجام گرفته، تفاوت در جامعه های پژوهشی و نیز روشهای متفاوت آماری در پژوهشها را می توان به عنوان استدلالی منطقی در تبیین این یافته های متضاد دانست و در واقع این تنوعات و پراکندگیها می توانند سبب دستیابی به چنین نتایج متفاوتی در مطالعات گوناگون گردند. این پژوهش با وجود نتایج ارزشمندش، حاوی محدودیتهایی بوده است که بر استنباط از یافته ها و نتیجه گیری اثر می گذارد و پیامدهای بالینی این مطالعه را محدود می سازد. امکان تعیین سیر زمانی و روابط علی میان عملکرد خانواده و عوامل پیش بین آن در زوجین در چنین طرح مقطعی وجود نداشت. وضعیت تحصیلی فرزندان بر اساس مصاحبه بالینی با اولیا و دریافت معدل تحصیلی فرزندان دانش آموز، بر اساس گزارش شفاهی زوجها به دست آمده است. محدودیت این جامعه پژوهشی و نیز عدم مطالعات مشابه داخلی در این زمینه به ویژه بر روی نمونه های ایرانی و در نتیجه عدم امکان مقایسه نتایج پژوهش با سایر تحقیقات انجام شده از محدودیت های دیگر بود. استفاده از مطالعات آمیخته (طرحهای پژوهشی کمی - کیفی)، شیوه های سنجش جامع و بررسی سایر متغیرهای مهم در عملکرد خانوادگی زوجین

1. Espina, A.

نظیر شاخصهای روانی- اجتماعی دیگر پیشنهادهای برخاسته از این مطالعه در رفع این محدودیتها برای مطالعات آینده است. از این گذشته، انجام مطالعات آزمایشی در آینده با هدف تدوین برنامه ارتقای عملکرد کارآمد خانواده در زوجین همراه با کاهش عوامل خطر روانشناختی و اجتماعی سودمند است.

نتایج نهایی این مطالعه حاکی از آن بود که آلکسی تایمیا و سطح تحصیلات در کنار هم بهتر از دیگر متغیرهای مورد مطالعه قادر به پیش بینی عملکرد خانوادگی زوجهای مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی هستند. در این میان، آلکسی تایمیا به‌تنهایی نیز قدرت بالایی در پیش‌بینی عملکرد خانوادگی زوجها و موفقیت تحصیلی فرزندان آنها دارد. نتایج این پژوهش برای متخصصان بالینی، درمانگاهها، مراکز مشاوره و روان‌درمانی و نظام تعلیم و تربیت با توجه به نقش پیش بین این دو عامل در عملکرد خانوادگی اهمیت کاربردی و عملی دارد. با مداخله در آلکسی تایمیا و متناسب سازی برنامه های مشاوره ای- درمانی با سطح تحصیلات می‌توان برنامه‌ریزی مطلوبی برای تقویت عملکرد کارآمد خانوادگی زوجها ارائه کرد. پیشنهاد می‌شود با انجام نیازسنجی و تدوین برنامه‌ها و پروتکل‌های مداخله ای در بهبود عملکرد خانوادگی زوجهای مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی به ویژه بیماران دارای سطح تحصیلات پایین تر اقدام شود تا آسیبهای همراه آلکسی تایمیا کاهش یابد و سلامت عمومی جامعه تا اندازه ای افزایش پیدا کند.

منابع

- ثنائی، باقر و امینی، فریده. (۱۳۷۹). مقایسه عملکرد خانواده در دو گروه دانش آموزان دختر مستقل و وابسته به دیگران. فصلنامه تازه ها و پژوهش های مشاوره، سال دوم، شماره ۸-۷، ۹-۲۸.
- علی مددی، عباس و قائلی، پدیده. (۱۳۸۱). بررسی اثربخشی فلوکستین بر میزان آلکسی تایمیا در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی. دومین کنگره روانشناسی بالینی ایران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- Bagby, R.M., Taylor, G.J., Parker, J.D., & Dickens, S.E. (2006). The development of the Toronto Structured Interview for Alexithymia: Item selection, factor structure, reliability and concurrent validity. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(1), 25-39.
- Bregman, O.C., & White, C.M. (2010). *Bringing systems thinking to life: Expanding the horizons for Bowen Family Systems Theory*. NY: Brunner-Routledge.
- Epstein, N.B., Baldwin, L., & Bishop, D.S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 171-180.
- Espina, A. (2003). Alexithymia in parents of daughters with eating disorders: Its relationships with psychopathological and personality variables. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(6), 553-560.
- Grabe, H.J., Frommer, J., Ankerhold, A., Ulrich, C., Groger, R., Franke, G.H., et al. (2008). Alexithymia and outcome in psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 189-194.
- Guttman, H., & Laporte, L. (2002). Alexithymia, empathy and psychological symptoms in a family context. *Comprehensive Psychiatry*, 43(6), 448-455.
- Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Antikainen, R., Haatainen, K., Hintikka, J., & Viinamaki, H. (2004). Relationships among alexithymia, adverse childhood experiences, sociodemographic variables, and actual mood disorder: A 2-year clinical follow-up study of patients with major depressive disorder. *Psychosomatics*, 45(3), 197-204.
- Honkalampi, K., Tolmunen, T., Hintikka, J., Rissanen, M.L., Kylmaa, J., & Laukkanen, E. (2009). The prevalence of alexithymia and its relationship with youth self-report problem scales among Finnish adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 50(3), 263-268.
- Humphreys, T. P., Wood, L. M., & Parker, J. D.A. (2009). Alexithymia and satisfaction in intimate relationships. *Personality and Individual Differences*, 46(1), 43-47.
- King, J.L., & Mallinckrodt, B. (2000). Family environment and alexithymia in clients and non-clients. *Psychotherapy Research*, 10(1), 78-86.
- Kokkonen, P., Karvonen, J.T., Veijola, J., Laksy, K., Jokelainen, J., Jarvelin, M.R., & Joukamaa, M. (2001). Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 471-476.
- Lumley, M.A., Mader, C., Gramzow, J., & Papineau, K. (1996). Family factors related to alexithymia characteristics. *Psychosomatics*, 58(3), 211-216.
- Mallinckrodt, B., King, J. L., & Coble, H. M. (1998). Family dysfunction, alexithymia, and client attachment to therapist. *Journal of Counseling Psychology*, 45(4), 497-504.
- Mattila, A.K., Salminen, J.K., Nummi, T., & Joukamaa, M. (2006). Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(5), 629-635.

- Meganck, R., Vanheule, S., Desmet, M., & Inslegers, R. (2010). The Observer Alexithymia Scale: A reliable and valid alternative for alexithymia measurement? *Journal of Personality Assessment*, 92(2), 175–185.
- Pedrosa, F., Weigl, M., Wessels, T., Irnich, D., Baum Mueller, E., & Winkelmann, A. (2008). Parental bonding and alexithymia in adults with fibromyalgia. *Psychosomatics J Cons L Psychiatry*, 49(2), 115–22.
- Saarijärvi, S., Salminen, J.K., & Toikka, T. (2006). Temporal stability of alexithymia over a five-year period in outpatients with major depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(2), 107–112.
- Salminen, J.K., Saarijärvi, S., Aarela, E., Toikka, T., & Kauhanen, J. (1999). Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 75–82.
- Smith, S. (2010). *Systems Theory in Action: Applications to individual, couple, and family therapy*. NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Spitzer, C., Siebel-Jurges, U., Barnow, S., Grabe, H.J., & Freyberger, H.J. (2005). Alexithymia and interpersonal problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(4), 240–246.
- Taylor, G. J., & Bagby, R.M. (2004). New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(2), 68–77.
- Thorberg, F.A., Young, R.M, Sullivan, K.A., & Lyvers, M. (2011). Parental bonding and alexithymia: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 26(3), 187-193.
- Wachs, K., & Cordova, J.V. (2007). Mindful relating: Exploring mindfulness and emotion repertoires in intimate relationships. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33, 464–481.
- Yelsma, P., Hovestadt, A.J., Anderson, W.T., & Nilsson, J.E. (2000). Family-of-origin expressiveness: Measurement, meaning, and relationship to alexithymia. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(3), 353-363.