

نقش ناگویی خلقی و ابرازگری هیجانی در پیش‌بینی علائم جسمانی سازی در جانبازان

The Role of Alexithymia and Emotional Expressivity in Predicting Somatization Symptoms among vetrans

تاریخ پذیرش: ۹۳/۵/۲۰

تاریخ دریافت: ۹۳/۳/۳۰

Mousavi E. MSc[✉], Alizadeh T. MSc, Yavari kermani M. PhD, Pourhossein R. PhD.سید اسماعیل موسوی[✉]، طاهر علیزاده چهار برج^۱،
مریم یآوری کرمانی^۲، رضا پور حسین^۳

Abstract

چکیده

Introduction: Somatization symptoms cause the high levels of worry, anxiety and overreaction in response to physical symptoms in people and it is said that the somatization can be caused by the disruption in emotional expressiveness. Giving the importance of this issue, the current study was conducted in order to determine The Role of Alexithymia and Emotional Expressivity in Predicting Somatization Symptoms among vetrans Shiraz in 1393.

مقدمه: علائم جسمانی سازی سطوح بالایی از نگرانی، اضطراب و واکنش افراطی در پاسخ به علائم فیزیکی را در افراد ایجاد می‌کند و گفته می‌شود که جسمانی سازی می‌تواند از اختلال در ابرازگری هیجان بوجود آمده باشد. با توجه به اهمیت این امر، پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش ناگویی خلقی و ابرازگری هیجانی در پیش‌بینی علائم جسمانی سازی در جانبازان شهر شیراز در سال ۱۳۹۳ انجام گرفت.

Method: The method of this study was descriptive cross-sectional. The studied sample included 125 vetrans who were selected Samples available from all the city of Shiraz in 1393. Toronto alexithymia scale, Berkeley emotional expressivity questionnaire and somatization subscale of SCL-90 -R were used the collect data. Data were analyzed by Pearsons correlation and multiple linear regression.

روش: این مطالعه از نوع توصیفی- مقطعی است. نمونه مورد مطالعه شامل ۱۲۵ جانباز مرد بود. نمونه‌ها به روش در دسترس از شهر شیراز در سال ۱۳۹۳ انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از مقیاس ناگویی خلقی Toronto، پرسشنامه ابرازگری هیجانی Berkeley و خرده مقیاس جسمانی سازی آزمون تجدیدنظر شده فهرست علائم ۹۰ سؤالی (SCL-90 R) استفاده شد. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه خطی تحلیل شد.

Results: The correlation results showed that the somatization symptoms have positive relationship with difficulty in describing feeling ($r=0.34$; $p<0.001$), difficulty in identifying feeling ($r=0.39$, $p<0.001$), external orient thinking style ($r=0.18$; $p=0.02$) and total score of alexithymia scale ($r=0.39$; $p<0.001$), but negative relationship with negative expressivity of the emotion ($r=-0.17$; $p=0.03$), positive expressivity of the emotion ($r=-0.15$; $p=0.05$), and total score of emotional expressivity ($r=-0.18$; $p=0.02$). The result of linear regression analyzed also showed that 20% of the whole variance of the somatization symptom was explained by alexithymia, especially, difficulty in identifying feeling.

نتایج: نتایج همبستگی نشان داد علائم جسمانی سازی با دشواری در توصیف احساسات ($r=0.34$ و $p<0.001$)، دشواری در تشخیص احساسات ($r=0.39$ و $p<0.001$)، رابطه مثبت ولی با بیانگری منفی هیجان ($r=-0.17$ و $p=0.03$)، بیانگری مثبت هیجان ($r=0.18$ و $p=0.02$) و نمره کلی ابرازگری هیجان ($r=0.18$ و $p=0.02$) ارتباط منفی دارد. نتایج تحلیل رگرسیون خطی نیز نشان داد ۲۰ درصد از کل واریانس علائم جسمانی سازی به‌وسیله ناگویی خلقی به‌ویژه دشواری در تشخیص احساسات تبیین می‌شود.

Discussion: Results of current study show that alexithymia and emotional expressivity plat role in somatization symptoms. These findings support the assumption that somatization symptom can be considered as a defect in the expression of emotion.

بحث: نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد ناگویی خلقی و ابرازگری هیجانی در علائم جسمانی سازی نقش دارند. این یافته‌ها از این فرض حمایت می‌کنند که علائم جسمانی سازی را می‌توان نوعی اختلال در بیان هیجان در نظر گرفت.

Keywords: Alexithymia, emotional expressivity, somatization symptom, vetrans

کلید واژه‌ها: ناگویی خلقی، ابرازگری هیجان، علائم جسمانی سازی، جانبازان

[✉] **Corresponding Author:** Department of Clinical Psychology, University of Tehran. Tehran, Iran
E-mail: ismail_mousavi@yahoo.com

[✉] گروه روانشناسی بالینی دانشگاه تهران، تهران، ایران
۱- گروه مشاوره خانواده دانشگاه تهران، تهران، ایران
۲- گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
۳- گروه روانشناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران

مقدمه

اختلالات شبه جسمی^۱ یکی از بحث‌انگیزترین تشخیص‌های روان‌پزشکی است که هنوز هم در مورد ملاک‌های تشخیصی آن اتفاق نظر وجود ندارد. در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، این اختلالات نام خود را به علائم جسمانی^۲ تغییر داده است. در این اختلالات برخی نشانه‌های فیزیکی وجود دارد که نشان‌دهنده بیماری‌های فیزیکی یا عصبی هستند، اما معاینات و آزمایش‌های مختلف هیچ نوع بیماری فیزیکی کشف نمی‌کنند (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۱۳). علائم جسمانی‌سازی در اغلب موارد ابتدا در نوجوانی پدیدار می‌شود و به‌صورت یک دوره همیشگی افت و خیز دار درمی‌آید که طی آن، رویدادهای استرس‌زای فرد می‌تواند نشانه‌ها را تشدید کند (هالچین و همکاران، ۲۰۰۳). شیوع علائم جسمانی‌سازی مشخص نیست؛ اما در جامعه عادی ممکن است بین ۵ تا ۷ درصد باشد. زنان معمولاً بیشتر از مردان مبتلا می‌شوند و در نتیجه نرخ شیوع این اختلال ممکن است در زنان بیشتر باشد. اکثر افراد مبتلابه اختلالات جسمانی‌سازی باور دارند که مشکلاتشان واقعاً جسمی است و وقتی به آن‌ها گفته می‌شود که هیچ نشانه‌ای دال بر وجود مشکل پزشکی ندارند، باور نمی‌کنند (گنجی، ۱۳۹۳).

در بیماران مبتلابه اختلالات جسمانی‌سازی ناراحتی‌های روانی و مسائل بین فردی آشکار وجود دارد. اضطراب افسردگی شایع‌ترین حالات روان‌پزشکی این بیماران است. معمولاً علائم جسمانی‌سازی اغلب با سلامتی روانی پایین و مشکلات روان‌شناختی همراه می‌باشند (ریف و همکاران، ۱۹۹۲). از لحاظ شخصیتی،

روان‌پزشکان افراد مبتلابه اختلالات جسمانی‌سازی را افرادی وظیفه‌شناس حتی وسواسی، حساس، نالایم و مضطرب توصیف می‌کنند (برتون و همکاران، ۲۰۱۰). شواهد زیادی نشان می‌دهد که ناگویی خلقی^۳ و دشواری در شناسایی و ابراز هیجانات با بسیاری از مشکلات سلامتی فیزیکی چون بیماری التهابی روده (ایگلسیاس و همکاران، ۲۰۱۰)، درد مزمن پشت (توزر و همکاران، ۲۰۱۰)، اختلال درد بدنی (باربا و همکاران، ۲۰۰۶) و سردردهای تنشی (گراتا و همکاران، ۲۰۱۱) ارتباط دارند. ناگویی خلقی اصطلاحی است که سیفنوس^۴ (۱۹۷۳) برای اولین بار آن را مطرح کرد و عبارت است از ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجانات. این سازه از مؤلفه‌های دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و جهت‌گیری فکری بیرونی تشکیل شده است. کل این مشخصه‌ها که ناگویی خلقی را تشکیل می‌دهند، بیانگر نقایصی در پردازش شناختی و تنظیم هیجانات می‌باشند. ماتیلا^۵ (۲۰۰۸) و همکاران نشان دادند ناگویی خلقی مستقل از بیماری جسمانی، اضطراب افسردگی و متغیرهای جمعیت شناختی با علائم جسمانی‌سازی همراه می‌باشد. ریف^۶ و همکاران (۲۰۱۰)، آلن^۷ و همکاران (۲۰۱۱) دریافتند که بین ناگویی خلقی، حالت خلق و علائم درونی‌سازی نظیر علائم جسمانی و نگرانی / نشخوارگری^۸ ارتباط وجود دارد. بشرپور و همکاران نیز نشان دادند که ناگویی خلقی با علائم اختلال شخصیت مرزی در جمعیت عمومی ارتباط دارد (بشرپور و همکاران، ۲۰۱۴).

در مبتلایان به علائم جسمانی‌سازی، ابراز‌گری هیجانی^۹ بازدارنده می‌شود. ابراز‌گری هیجانی به ابراز پاسخ‌های هیجانی (برای مثال غم یا گریه کردن) گفته می‌شود و به معنای تمایل درونی برای سپیم شدن یا

پیش‌بینی‌کننده پیامدهای سلامتی باشد. علائم جسمانی سازی معمولاً در پاسخ به مشکلات روان‌شناختی ظاهر می‌شوند، ولی تظاهرات بیماری به صورت جسمانی است. از آنجاکه جانبازان به دلیل عوامل فشارزای خاص و عوامل فشارزای جنگ، در معرض مخاطرات روان‌شناختی و جسمانی بیشتری قرار دارند، احتمال دارد که علائم جسمانی سازی را بیشتر از خود نشان دهند؛ ولی به نظر می‌رسد که با توجه به تفاوت‌های فردی در ناگویی خلقی و ابرازگری هیجانی، تجربه این علائم در آن‌ها متفاوت باشد. با توجه به اهمیت این امر، پژوهش حاضر باهدف تعیین نقش ناگویی خلقی و ابرازگری هیجانی در پیش‌بینی علائم جسمانی سازی در جانبازان شهر شیراز در سال ۱۳۹۳ انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر توصیفی مقطعی است. جامعه آماری شامل تمام جانبازان شهر شیراز در سال ۱۳۹۳ که با توجه میزان دقت برابر با ۰/۰۵ در سطح اطمینان ۹۵٪ تعداد ۱۲۵ جانباز به روش نمونه‌گیری تصادفی در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد:

مقیاس ناگویی خلقی^{۱۵}: این پرسشنامه توسط باگی و همکاران (۲۰۰۳) ساخته و یک پرسشنامه خودسنجی ۲۰ سؤالی است که دارای سه بعد دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات (۷ سؤال)، دشواری در توصیف احساسات (۵ سؤال) و تمرکز بر تجارب بیرونی (۸ سؤال) می‌باشد. سؤال‌ها برحسب معیار ۵ نقطه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم (۱) تا کاملاً مخالفم (۵) نمره‌گذاری می‌شود که حداقل نمره ۲۰ و حداکثر آن ۱۰۰ می‌باشد. نمره ۶۰ به بالا به‌عنوان ناگویی

نشدن هیجانات درونی با دیگران است (گراس، ۱۹۹۵). ناگویی خلقی و ابرازگری هیجانی دو سازه جدا بوده ولی با همدیگر همپوشی دارند. به باور کینگ و همکاران (۱۹۹۲) ناگویی خلقی عدم ابراز هیجان‌ها به دلیل نارسایی در توانایی پردازش و تنظیم هیجان‌ها یا بازداری آگاهانه ابرازگری هیجانی است و از این رو آنان ناگویی خلقی را ساختاری دانسته‌اند که با کنترل هیجانی ارتباط دارد. کوبنتون^{۱۰} و همکارش (۲۰۰۵) نشان داده‌اند که ناگویی خلقی با دوسوگرایی ذهنی در ابرازگری هیجانی مشخص می‌شود که نتیجه آن همان عدم ابراز هیجان می‌باشد. شاو^{۱۱} و همکاران (۲۰۰۳) در مطالعه‌ای روی گروهی از افراد بزرگسال نشان دادند که فشارخون دیاستولیک بالا با ابرازگری پایینی هیجانی همراه می‌باشد. تاپس و همکاران (۲۰۰۷) نشان دادند که ابرازگری هیجانی با سرطان پستان مرتبط می‌باشد. اسپارو^{۱۲} و همکارش (۲۰۰۹) با مقایسه ۵۸ بیمار مبتلا به فوبیای اجتماعی و ۵۸ فرد سالم گزارش کردند که شرکت‌کنندگان مبتلا به فوبیای اجتماعی ابرازگری هیجانی، خود فاش‌سازی و بیان صمیمیت کمتری نسبت به گروه کنترل سالم دارند. پری^{۱۳} و همکارش (۲۰۱۴) نشان دادند ناگویی خلقی و ابرازگری هیجان در اختلال پرخوری عصبی^{۱۴} نقش دارد. بشرپور و همکاران (۱۳۹۳) نیز نشان دادند شدت تکانه و ابراز هیجان منفی هیجان به‌طور مستقیم و ابراز مثبت هیجان نیز به‌طور معکوس رفتارهای قلدری در نوجوانان را پیش‌بینی می‌کند. بر مبنای شواهد موجود می‌توان فرض کرد که برعکس ناگویی خلقی و سرکوب هیجان، ابرازگری هیجانی می‌تواند به‌عنوان یک عامل دفاعی در برابر مشکلات روان‌شناختی باشد. نتایج مطالعات نیز نشان می‌دهند که تفاوت‌های فردی در استفاده از مهارت‌های هیجانی می‌تواند

و مثبت به ترتیب ۰/۰۰۷۳/۰/۷۴/۷۶ و برای کل پرسشنامه نیز ۰/۷۵ به دست آمد (بشرپور و همکاران، ۲۰۱۳).

آزمون تجدیدنظر شده فهرست علائم ۹۰ سؤالی

(SCL-90 R): این آزمون شامل ۹۰ سؤال برای ارزشیابی علائم روانی است که شدت نشانه‌ها و شکایت‌های معمول روانی را می‌سنجد. برای هر ماده پرسشنامه هیچ (صفر) تا به شدت (۴) وجود دارد که آزمودنی با در نظر گرفتن اینکه چه میزان این مشکل را در طول هفته گذشته تا به امروز تجربه کرده است گزینه موردنظر را مشخص می‌کند. این پرسشنامه دارای ۹ بعد است. ابعاد ۹ گانه این آزمون عبارت‌اند از ۱-شکایت‌های جسمانی، ۲- وسواس- اجبار، ۳- حساسیت در روابط متقابل، ۴- افسردگی، ۵- اضطراب، ۶- پرخاشگری، ۷- ترس مرضی، ۸- افکار پارانوییدی ۹- روان‌پریشی. پایایی این آزمون به روش باز آزمایی بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. روایی آزمون نیز با انجام بررسی‌هایی که بر روی گروه‌های بیماران روانی، بیماران جسمی و افرادی که تحت شرایط پرفشار روانی بوده‌اند انجام شده و رضایت‌بخش گزارش شده است (دراگویتس و همکاران، ۱۹۷۳). پایایی و روایی این آزمون در ایران قابل قبول بوده است به طوری که ثبات درونی آن از ۰/۷۷ برای بعد روان‌پریشی تا ۰/۹۰ برای بعد افسردگی گزارش شده است. پایایی این آزمون به کمک باز آزمایی نیز از ۰/۸۰ برای بعد شکایت‌های جسمانی تا ۰/۹۰ برای افکار پارانوییدی گزارش شده است (میرزایی، ۱۳۸۷). در این پژوهش فقط از خرده مقیاس شکایت فیزیکی این ابزار که مشتمل بر ۱۲ سؤال می‌باشد برای اندازه‌گیری

خلقی با شدت کم در نظر گرفته می‌شوند. در نسخه فارسی مقیاس ناگویی خلقی ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس‌های دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تمرکز بر تجارب بیرونی به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۷۲ محاسبه شده است (بشارت، ۲۰۰۷).

پرسشنامه ابراز هیجانی بارکلی: این آزمون یک ابزار ۱۶ سؤالی است که توسط گراس^{۱۶} و همکارش (۱۹۹۵) ساخته شده و میزان ابراز یا بیانگری هیجانی را در یک مقیاس لیکرت ۷ نقطه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم) اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه از سه مقیاس شدت تکانه، بیانگری منفی هیجان^{۱۷} و بیانگری مثبت هیجان^{۱۸} تشکیل شده است. خرده مقیاس شدت تکانه شامل ۶ سؤال است که شدت تکانه‌های هیجانی فرد را اندازه می‌گیرد. خرده مقیاس بیانگری منفی شامل ۶ گزینه است که شدت ابراز هیجان‌های منفی و خرده مقیاس بیانگری مثبت نیز شامل ۴ گزینه است که شدت ابراز هیجان‌های مثبت را ارزیابی می‌کند. کل این پرسشنامه ثبات درونی بالایی نشان داده است و پایایی باز آزمایی خوبی دارد. اعتبار واگرا و همگرایی هر یک از خرده مقیاس‌های این پرسشنامه خوب گزارش شده است. در مطالعه دابس^{۱۹} و همکاران ضریب آلفای کرونباخ هر یک از خرده مقیاس‌های قدرت تکانه، بیانگری منفی و مثبت به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۶۳، ۰/۶۳ و برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ به دست آمد (دابس و همکاران، ۲۰۰۷). خرده مقیاس‌های نسخه فارسی این پرسشنامه همبستگی بالایی با مؤلفه‌های ارزیابی شناختی مجدد و سرکوبی پرسشنامه تنظیم هیجان نشان داد. ضرایب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های قدرت تکانه، بیانگری منفی

مشکلات جسمانی سازی استفاده شد که حداقل نمره این آزمون صفر و حداکثر آن ۴۸ می‌باشد.

در مطالعه مقطعی حاضر، جانبازانی شرکت کردند که به‌ظاهر و در گفتگوی اولیه‌ای که با پرسشگران داشتند اختلال ذهن و حواس نداشته و متمایل بودند در مطالعه شرکت کنند. از آنجاکه روش نمونه‌گیری به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس بود. نمونه‌های مورد مطالعه، از طریق یافتن جانبازان در مکان‌هایی چون بنیاد جانبازان، کلینیک‌ها و بیمارستان‌های مربوط به جانبازان، خانه سالمندان، کانون بازنشستگی، مراکز بهداشتی درمانی و پارک‌ها به دست آمد. ملاک ورود به این پژوهش شامل تمایل به شرکت در پژوهش، هوشیاری کامل نسبت به زمان، مکان و شخص و درصد جانبازی کمتر از ۵۰ درصد و ملاک خروج شامل ابتلا به بیماری زوال عقل و بیماری‌های شدید روحی و جسمی می‌شود. تشخیص ابتلای فرد به بیماری زوال عقل و بیماری‌های شدید روحی و جسمی از طریق بررسی وضعیت ظاهری جانبازان،

مصاحبه با آن‌ها صورت گرفت. از جانبازان درخواست شد به پرسشنامه‌های ناگویی خلقی، شیوه‌های ابرازگری هیجان و خرده مقیاس جسمانی سازی آزمون تجدیدنظر شده فهرست علائم ۹۰ سؤالی (SCL-90 R) در حضور پژوهشگر پاسخ دهند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل خطی رگرسیون چندگانه با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ با در نظر گرفتن سطح معناداری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سنی و انحراف معیار شرکت‌کنندگان مورد مطالعه به ترتیب $47/56 \pm 7/13$ سال بود. بیشتر شرکت‌کنندگان در دامنه سنی ۴۱ تا ۵۰ سال و کمترین شرکت‌کنندگان در دامنه سنی ۶۰ سال به بالا بودند. سایر اطلاعات دموگرافیک در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی افراد مورد پژوهش بر حسب متغیرهای دموگرافیک

متغیرها	تعداد	درصد
سن		
۳۰-۴۰ سال	۱۵	۱۲
۴۱-۵۰ سال	۷۵	۶۰
۵۱-۶۰ سال	۲۷	۲۱/۶
۶۰ سال به بالا	۸	۶/۴
وضعیت تأهل		
جانبازانی که با همسر زندگی می‌کنند	۱۱۷	۹۳/۶
جانبازانی که با همسر زندگی نمی‌کردند	۸	۶/۴
تحصیلات		
ابتدایی	۷	۵/۶
راهنمایی	۲۴	۱۹/۲
دیپلم	۷۹	۶۳/۲
تحصیلات دانشگاهی	۱۵	۱۲

جدول ۲ میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای ناگویی خلقی، ابرازگری هیجان و جسمانی سازی را نشان می‌دهد.

جدول ۲- میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی پیرسون جسمانی سازی با ناگویی خلقی، ابرازگری هیجان و مؤلفه‌های

آن‌ها

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
جسمانی سازی	۲۰/۵۵	۷/۸۱	۱	۰/۳۴**	۰/۳۹**	۰/۱۸*	۰/۳۹**	۰/۱۰	۰/۱۵*	۰/۱۷	۰/۱۸*
توصیف احساسات	۱۳/۰	۳/۰۷	۱	۰/۶۵**	۰/۲۷**	۰/۷۵**	۰/۰۷	۰/۱۲	۰/۰۷	۰/۱۱	۰/۱۱
تشخیص احساسات	۱۶/۸۲	۵/۲۴	۱	۰/۲۰**	۰/۸۱**	۰/۰۹	۰/۱۰	۰/۱۰	۰/۱۰	۰/۱۲	۰/۱۲
تفکر معطوف	۲۴/۵۹	۴/۴۳	۱	۰/۶۷	۰/۰۰	۰/۰۷	۰/۰۹	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۰۷
به سطح											
ناگویی خلقی	۵۴/۸۸	۹/۵۸	۱	۰/۰۸	۰/۱۱	۰/۱۲	۰/۱۳	۰/۱۳	۰/۱۳	۰/۱۳	۰/۱۳
شدت تکانه	۲۱/۱۶	۵/۴۶	۱	۰/۳۲**	۰/۴۸**	۰/۷۵**	۰/۷۵**	۰/۷۵**	۰/۷۵**	۰/۷۵**	۰/۷۵**
بیانگری مثبت	۱۴/۴۸	۵/۳۸	۱	۰/۴۸**	۰/۷۵**	۰/۷۵**	۰/۷۵**	۰/۷۵**	۰/۷۵**	۰/۷۵**	۰/۷۵**
بیانگری منفی	۲۰/۹۰	۶/۱۵	۱	۰/۸۵**	۰/۸۵**	۰/۸۵**	۰/۸۵**	۰/۸۵**	۰/۸۵**	۰/۸۵**	۰/۸۵**
ابرازگری هیجان	۵۶/۵۵	۱۳/۴۳	۱	۰/۸۵**	۰/۸۵**	۰/۸۵**	۰/۸۵**	۰/۸۵**	۰/۸۵**	۰/۸۵**	۰/۸۵**

*معناداری در سطح ۰/۰۵ ** معناداری در سطح ۰/۰۱

مقدار آماره Durbin-Watson نیز ۱/۸۱ به دست آمد و با توجه به اینکه مقدار بین ۱/۵ تا ۲/۵ قرار می‌گیرد، فرض استقلال خطاها نیز پذیرفته می‌شود. نتایج تحلیل رگرسیون خطی در جدول ۲ نشان داد ۲۰٪ از کل واریانس جسمانی سازی به وسیله ناگویی خلقی تبیین می‌شود. نتیجه آزمون تحلیل واریانس نیز معرف معنادار بودن مدل رگرسیون می‌باشد (F=۴/۴۳ و $p < ۰/۰۰۱$). نتایج ضرایب رگرسیون در جدول ۳ نیز نشان می‌دهد که از بین مؤلفه‌های ناگویی خلقی فقط اختلال در تشخیص احساسات می‌تواند به صورت معناداری علائم جسمانی سازی را پیش‌بینی نماید ($t=۲/۴۷$ و $p=۰/۰۴$). آماره‌های هم خطی هم نشان می‌دهند که مؤلفه‌های ناگویی خلقی

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد علائم جسمانی سازی با دشواری در توصیف احساسات ($I=۰/۳۴$ و $p < ۰/۰۰۱$)، دشواری در تشخیص احساسات ($I=۰/۳۹$ و $p < ۰/۰۰۱$)، تفکر معطوف به سطح ($I=۰/۱۸$ و $p=۰/۰۲$) و نمره کلی ناگویی خلقی ($I=۰/۳۹$ و $p < ۰/۰۰۱$) رابطه مثبت ولی با بیانگری منفی ($I=۰/۱۷$ و $p=۰/۰۳$)، بیانگری مثبت ($I=-۰/۱۵$ و $p=۰/۰۵$) و نمره کلی ابرازگری هیجان ($I=-۰/۱۸$ و $p=۰/۰۵$) ارتباط منفی دارد.

قبل از اجرای تحلیل رگرسیون پیش‌فرض‌های آن آزمون شد. برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیر ملاک از آزمون کواموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. سطح معناداری این آزمون بیشتر از ۰/۰۵ به دست آمد که نشانگر نرمال بودن توزیع متغیر ملاک می‌باشد.

نقش ناگویی خلقی و ابراز گری هیجانی در پیش‌بینی علائم جسمانی سازی در جانبازان ۲۵

وابرازگری هیجان که به‌عنوان پیش‌بینی کننده وارد مدل رگرسیون شده‌اند، به‌صورت خطی مستقل از هم می‌باشند.

جدول ۳- نتایج رگرسیون جسمانی سازی براساس ناگویی خلقی و ابراز گری هیجان و مؤلفه‌های آنها

متغیر ملاک واریانس	متغیرهای پیش‌بین	B (استاندارد)	SE B	B (غیر استاندارد)	T	مقدار P	تشخیص‌های تحمل	خطی عامل تورم	هم
	توصیف احساسات	۰/۳۳	۰/۲۹	۰/۱۳	۱/۱۱	۰/۲۶۱	۰/۶۵	۱/۸۱	
	تشخیص احساسات	۰/۴۲	۰/۱۷	۰/۲۸	۲/۴۷	۰/۰۱۴	۰/۶۷	۱/۷۴	
علائم جسمانی سازی	تفکر معطوف به سطح شدت تکانه	۰/۱۴	۰/۱۶	۰/۰۸	۰/۸۸	۰/۳۷۵	۰/۹۱	۱/۰۹	
	بیانگری مثبت	- ۰/۱۲	۰/۲۳	- ۰/۰۸	- ۰/۵۱	۰/۶۱۵	۰/۷۵	۱/۳۳	
	بیانگری منفی	- ۰/۰۷	۰/۱۴	- ۰/۰۵	- ۰/۵۳	۰/۵۹۲	۰/۶۴	۱/۵۷	
		- ۰/۱۲	۰/۱۳	- ۰/۱۰	- ۰/۹۲	۰/۳۵۸	۰/۷۴	۱/۳۴	

بحث و نتیجه‌گیری

و همکاران (۲۰۰۷) حمایت می‌کنند که افراد دارای ناگویی خلقی در دادن پاسخ سازگاران به موقعیت‌های هیجانی شکست می‌خورند و این امر به هیجان‌های منفی مزمن و پاسخ‌های ناسازگاران بیشتر آن‌ها منجر می‌گردد. این چرخه شکست در پاسخ سازگاران نسبت به سرنخ‌های درونی و بیرونی (نظیر احساس‌های بدنی) می‌تواند به مشکلات فیزیکی و روانی منجر گردد. نتایج تحلیل رگرسیون خطی نشان داد از بین مؤلفه‌های ناگویی خلقی، دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات می‌تواند به‌صورت معناداری علائم جسمانی سازی را پیش‌بینی کند. این یافته نیز با نتایج ماتیل و همکاران (۲۰۰۸)، ریف و همکاران (۲۰۱۰)، آلن و همکاران (۲۰۱۱)، و بشرپور و همکاران (۲۰۱۴) همخوانی دارد. ضعف در توصیف، تشخیص و شناسایی احساسات، می‌تواند باعث ناتوانی فرد در متمایز ساختن احساساتش شده و این نیز

علائم جسمانی سازی و اختلال‌های مرتبط با آن که نمی‌توان به علت‌های جسمانی ربط داد در محیط‌های پزشکی شایع می‌باشند ولی در ایجاد و تداوم این اختلالات نقش عوامل روان‌شناختی پررنگ هستند. در این راستا پژوهش حاضر باهدف تعیین نقش ناگویی خلقی و ابرازگری هیجان در علائم جسمانی سازی انجام گرفت. نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد علائم جسمانی سازی با دشواری در توصیف احساسات، دشواری در تشخیص احساسات، تفکر معطوف به سطح و نمره کلی ناگویی خلقی ارتباط مثبت دارد. این یافته‌ها با نتایج ماتیل و همکاران (۲۰۰۸)، ریف و همکاران (۲۰۱۰) آلن و همکاران (۲۰۱۱)، و بشرپور و همکاران (۱۳۹۳) همخوان می‌باشد. نتایج فوق از این مدل فرض شده توسط ریف

می‌کنند. در مقابل، ابراز گری هیجان با کارکرد تخلیه هیجانی که دارد باعث می‌شود عواطف و هیجانات به روش مناسبی بیان شده و از ابرازگری آنها به صورت علائم جسمانی سازی جلوگیری شود. از آنجا که داده‌های این پژوهش مبتنی بر پرسشنامه‌های خود گزارش دهی بود، همچنین ناتوانی در کنترل برخی متغیرهای مزاحم به‌ویژه شدت علائم و وجود بیماری زمینه‌ای می‌تواند نتایج این مطالعه را محدود می‌سازد. عدم همکاری تعدادی از جانبازان مورد مطالعه، انتخاب نمونه از جانبازان شهر شیراز نتایج قابل تعمیم به سایر شهرها و استان‌های کشور را با محدودیت مواجه می‌سازد. از محدودیت‌های دیگر این تحقیق طرح تحقیق همبستگی است که امکان ارزیابی علی را فراهم نمی‌کند. در راستای گسترش پیشینه پژوهشی و کاهش محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی با استفاده از نمونه‌های بالینی دارای علائم جسمانی سازی و با کنترل متغیرهای مزاحم انجام گیرد. نتایج این مطالعه آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان و روش‌های ابرازگری هیجانی را به‌عنوان یک روش مداخله در علائم جسمانی سازی پیشنهاد می‌کنند.

در کل نتایج این پژوهش نشان داد ناگویی خلقی و ابرازگری هیجان در پیش‌بینی علائم جسمانی سازی در جانبازان نقش دارند. این یافته از این فرض حمایت می‌کند که علائم جسمانی سازی را می‌توان نوعی اختلال در بیان هیجان در نظر گرفت و سعی کرد با تنظیم و کنترل هیجانات از طریق شیوه‌های آن در جهت شناسایی و بهبود علائم جسمانی سازی در جانبازان برآمد.

تشکر و قدردانی

به‌نوبه خود منجر به تجربه هیجان‌های دوپهلوی در فرد گردد. اولاً چنین هیجانات دو پهلویی می‌توانند با ابهام و اضطرابی که در فرد ایجاد می‌کند، زمینه‌ساز مشکلات جسمانی سازی افراد در مقابله با عوامل فشارزای زندگی شوند، دوماً چنین احساسات نامتمایزی معمولاً با یک برانگیختگی فیزیولوژیک همراه می‌باشند که به علت اشکال در تنظیم هیجان، این برانگیختگی فعال باقی‌مانده و می‌تواند به صورت علائم جسمانی سازی تجربه شود. نتایج همبستگی همچنین، نشان داد علائم جسمانی سازی با بیانگری منفی و مثبت هیجان و نمره کلی ابرازگری هیجان ارتباط منفی دارد. این نتایج همسو با یافته‌های شاو و همکاران (۲۰۰۳)، پری و همکارش (۲۰۱۴) و تاپس و همکاران (۲۰۰۷) مبنی بر ارتباط ابرازگری پایین هیجان با بیماری‌های جسمانی و نتایج اسپاروون و همکارش (۲۰۰۹) مبنی بر ابرازگری پایین هیجان با بیماری‌های جسمانی و نتایج اسپاروون و همکارش (۲۰۰۹) مبنی بر ابرازگری پایین هیجان در مبتلایان به فوبیای اجتماعی می‌باشد. ابرازگری هیجان که در مقابل سرکوبی هیجان قرار می‌گیرد، نقش مهمی در کارکرد انطباقی انسان داشته و پیامدهای مثبتی برای سلامتی دارد (پری و همکارش، ۲۰۱۴). گراس و همکارش (۲۰۰۳) گزارش کردند افرادی که سعی می‌کنند هیجان خود را سرکوب نمایند در واقع واکنش‌پذیری فیزیولوژیک و تجربه هیجان منفی را در خود افزایش داده و در عوض تجربه هیجان مثبت را کاهش می‌دهند. سرکوب هیجان همچنین می‌تواند عواقب گرانبار احساسات غیرواقعی بودن را به وجود بیاورد و افرادی که تلاش می‌کنند افکار ناخواسته را سرکوب کنند انعکاسی از این افکار را به میزان بالاتری از آنچه که اگر این افکار ناخواسته ابراز شده بود تجربه

6-Burba B, Oswald R, Grigaliunien V, Neverauskiene S, Jankuviene O, Chue P (2006). A controlled study of alexithymia in adolescent patients with persistent somatoform pain disorder. *Canadian J Psychi*; 51(7):468-71.

7-Bagby RM, Teylor GJ, Parker JDA. The twentyitem Toronto Alexithymia Scale II. Convergent discriminant, and concurrent validity. *J Psycho Res* 2003; 54:293-302.

8-Besharat MA (2007). Reliability and factorial validity of Farsi version of the Toronto alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psycho Res*; 101(1):209-20.

9-Dobbs JL, Sloan DM, Karpinski A (2007). A Psychometric investigation of two self-report measure of emotional expressivity. *Person and Indivi Differ*; 43:693-702.

10-Deragotis KR, Lipman RS, Covi L (1973). SCL-90-AR outpatients psychiatric rating scale preliminary report. *Psycho pharma Bull*; 13-27.

11-Dobovar s. Old age [MA. tousi, trans]. Tehran: Sabzvar Pub; 1972.

12-Delavar A. The theoretical and practical fundamental of research in social and human science. Tehran, Roshd publication, 2004; pp:181.

13-Frawley W, Smith RN (2001). A processing theory of alexithymia. *J Cog Sys Res*; 2(3):189-206.

14-Garralda E (2008). Somatization and somatoform disorders. *Psychiatry*; 7:8.

15-Gratta M, Canetta E, Zardom M, Spoto A, Faerruzza E, Manco I, et al (2011). Alexithymia in juvenile headache sufferers: A pilot study. *J Headache and Pain*; 12(1):71-80.

16-Gross JJ, John OP (1995). Facets of emotional expressivity: Three self-report factors and their correlates. *Person and Indivi Differ* 1995; 19:555-68.

17-Gross JJ, John OP (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implication for affect, relationships, and well-being. *J Person Soc Psych*; 85(2):348-62.

18-Halgin R, Whitbourne SK (2003). *Abnormal Psychology: Clinical perspectives on psychological disorders*. Translated by: Y. Seyed Mohammadi. Tehran. Ravan Press; pp241.

19-Iran SCo. Detailed results of the general population and housing Census; 2006. Available from: <http://www.amar.org.ir/Upload/Modules/Contents/Asset23/Kollisarshomari85.pdf>. (text in Persian).

20-Iglesias M, Barreiro M, Vazquez I, Nieto L, Martinez I, Seoane M, et al (2010). Prevalence of alexithymia in inflammatory bowel disease

از کلیه جانبازان بزرگوار که با صبر، شکیبایی و مهربانی با این پژوهش همکاری کردند و همچنین بنیاد جانبازان، کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

پی‌نوشت‌ها

- 1- Somatoform disorder
- 2- Somatic Symptom
- 3- Alexithymia
- 4- Sifneos A.
- 5- Mattila C.
- 6- Rieffe
- 7- Allen
- 8- Rumination
- 9- Emotional expressiveness
- 10- Quinton
- 11- Shaw
- 12- Sparrevohn
- 13- Perry
- 14- Bulimia Nervosa
- 15- Toronto
- 16- Gross
- 17- Negative expression
- 18- Positive expression
- 19- Dobbs

منابع

۱- بشرپور، سجاد؛ طلوعی، علی؛ نریمانی، محمد (۱۳۹۳). ارتباط فرآیندهای عاطفی و ناگویی خلقی با اختلال شخصیت مرزی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل*. ۱۶(۷)، ص ۶۸-۵۵۵

۲- گنجی، مهدی (۱۳۹۳). آسیب‌شناسی بر اساس DSM-5. تهران، انتشارات ساوالان، ص ۲۳۲-۵.

3- Allen L B, Lu QT, saoj JCI, Hayes LP, Zeltzer LK (2011). Depression partially mediates the relationship between alexithymia and somatization a sample of Healthy children. *J Heal Psycho*; 16(8):177-86.

4- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) (2013), fifth edition*, (DSM-5). Washington, DC London England, American Psychiatric Publishing, pp:309-11.

5- Burton C, Mc Gorm K, Weller D, Sharpe M (2010). Depression and anxiety in patients repeatedly referred to secondary care with medically unexplained symptoms: A case-control study. *Psycho Med*; 41(3):555-63.

- 33-Sparrevohn RM, Rapee RM (2009). Self – disclosure, emotional expression and intimacy within romantic relationships of people with social phobia. *Beh Res and Thera*; 1-5.
- 34-Sfenos PE (1973). The prevalence of alexithymia characteristics in psychosomatic patients. *Psychosom*; 22:255-62.
- 35-Tops M, Van Peer JM, Korf J (2007). Individual differences in emotional expressivity predict oxytocin responses to cortisol administration :Relevance to breast cancer ? *Bio Psycho*; 75(2):119-23.
- 36-Tuzer V, Dogan Bulut S, Bastug B, Kayalar G, Goka E, Bestepe E (2010). Casual attribution and alexithymia in female patients with fibromyalgia or chronic low back pain. *Nordic Jpsych*; 0 0:1-7.
- :Relationship with sociodemographic and clinical parameters. *Gastroentology*; 138(5):194-202.
- 21-King LA, Emmons RA, Woodley S (1992). The structure of inhibition. *J Res in Person*; 26:85-102.
- 22-Liu C, Lipkin M, Jr (1988). Gordon G H. Somatization in primary care. *J Gene Int Med*; 3(2):177-90.
- 23-Liu L, Cohen S, Schulz MS, Waldinger RJ (2011). Sources of somatization :exploring the roles of insecurity in relationships and style of anger experience and expression. *Soc Sci Med*; 73(9):1436-43.
- 24-Mattila AK, Kronholm E, Jula A, Salminen JK, Koivisto Anna –Maija, Mielonem Riitta-Liisa, Joukamaa M.A (2008). Alexithymia and somatization in General population. *Psychoso Med*; 70(6):716-22.
- 25-Mirzaei R. The evaluation of reliability and validity of SCL-90-R IN Iran. Thesis of M.A in psychology, Psychiatric Institute of Iran, 51-3.
- 26-Perry RM, Hayaki J (2014). Gender differences in the role of alexithymia and emotional expressivity in disordered eating. *Person and Indivi Differ*; 71,60-5.
- 27-Quinton S, Wagner HL (2005). Alexithymia, ambivalence over emotional expression, and eating attitude. *Person and indivi Differ* 5; 38:1163-73.
- 28-Rieffe C, Terwogt MM, Bosch JD, Kneepkens CMF, Douwes AC, Jellesma FC (2007). Interaction between emotion and somatic complaints in children who did or did not seek medical care. *Cog and Emot*; 21(8):1630-46.
- 29-Rieffe C, Osterveld P, Terwogt MM, Novin S, Nasiri H, Latifan M (2010). Relationship between alexithymia, mood and internalizing symptoms in children and young adolescents: Evidence from an Iranian sample. *Person and Indivi Differ*; 48(4):425-30.
- 30-Rief W, Schaefer S, Hiller W, Fichter MM (1992). Lifetime diagnosis in patient with somatoform disorders: wich came first? *Eur Arch Psychi Cli Neuro*; 241:236-40.
- 31-Sloan DM, Marx BP (2004). Taking pen to hand :Evaluating theories underlying the written emotional disclosure paradigm. *Clin Psycho :Scie and Pract*; 11,121-37.
- 32-Shaw WS, Patterson TL, Sample SJ, Dimsdale JE, Ziegler MG, Grant I (2003). Emotional expressiveness hostility and blood pressure in a longitudinal cohort of Alzheimer caregivers. *J Psycho Res*; 54:293-302.