

## Relationship of Somatic Symptoms with Difficulty in Emotional Adjustment, Alexithymia and Traumatic Events in Adolescents Offenders

### ARTICLE INFO

#### Article Type

Descriptive Study

#### Authors

Sadeghpour R.\* MA,  
Farhangi A.<sup>1</sup> PhD,  
Tizdast T.<sup>1</sup> PhD

#### How to cite this article

Sadeghpour R, Farhangi A, Tizdast T. Relationship of Somatic Symptoms with Difficulty in Emotional Adjustment, Alexithymia and Traumatic Events in Adolescents Offenders. Journal of Police Medicine. 2018;7(3):123-128.

\*Department of Psychology, Humanities Faculty, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran  
<sup>1</sup>Department of Psychology, Humanities Faculty, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Mazandaran, Iran

#### Correspondence

Address: Unit 6, Floor 5, Block 9, Shahid Chamran Residential Complex, Nobonyad Square, Pasdaran Avenue, Tehran, Iran. Postal code: 1957978315  
Phone: +98 (21) 26100837  
Fax: +98 (21) 55609994  
sadeghpour\_r@yahoo.com

#### Article History

Received: November 18, 2017  
Accepted: February 19, 2018  
ePublished: June 29, 2018

### ABSTRACT

**Aims** Somatization disorder refers to a set of disorders that include physical symptoms but are not fully explained by a general medical condition, direct effects of a substance, or other psychiatric disorder. The purpose of this study was to investigate the relationship between difficulty in emotional adjustment, alexithymia, and traumatic events with somatic symptoms in adolescents of Tehran, Iran, Correctional Center.

**Instrument & Methods** This descriptive-correlational study was carried out in boys offenders of 15 to 18 year old who were in the Tehran, Iran, Correctional Center in 1395. 120 persons of these adolescents were selected by available sampling method. Toronto Alexithymia Scale, Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, Impact of Event Scale-Revised, and Symptom Checklist 90 were used to data collection. The correlation coefficients of the studied indices were analyzed by multiple regression analysis in SPSS 19 software.

**Findings** After conducting the tests among all participants, the total score of the emotional regulation questionnaire was  $123.847 \pm 19.747$ , the total emotional score of  $65.708 \pm 8.28$  and the total score of the accident rate was  $49.150 \pm 16.299$ . Results of multiple regression analysis by enter method showed that 15% of somatic symptoms variance was explained by difficulty in emotional adjustment, alexithymia, and traumatic events ( $F=7.980$ ;  $p=0.001$ ) but the only positive predictor of somatic symptoms was the traumatic events ( $t=4.031$ ;  $p<0.05$ ).

**Conclusion** Childhood traumatic events and their impact on the individual are a strong explanation of somatic symptoms in adolescents residing in the Correctional Center.

**Keywords** Cognitive Behavioral Therapy; Adult Survivors of Child Adverse Events; Alexithymia; Emotional Adjustment

### CITATION LINKS

[1] Diagnostic and statistical manual of the mental ... [2] Review of somatic symptoms in post-traumatic ... [3] Childhood risk factors for adults with medically unexplained ... [4] Epilepsy, pseudoseizures and perceived family characteristics ... [5] Sociopsychological factors in chronic pelvic pain ... [6] Alexithymia and somatization: a quantitative ... [7] The status of alexithymia as a risk factor ... [8] Antecedent-and response-focused ... [9] Affect Dysregulation and disorders ... [10] Polyvagal theory and developmental ... [11] Emotion regulation in depression ... [12] Frontal EEG asymmetry as a moderator ... [13] Cognitive emotion regulation and written ... [14] An experimental investigation of emotion dysregulation ... [15] Emotion regulation difficulties in alexithymia ... [16] The relationship between emotional ... [17] The self-medication hypothesis of substance ... [18] Influence of alexithymic characteristics ... [19] Dissociation, childhood interpersonal trauma ... [20] Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry ... [21] Using multivariate ... [22] Emotional intelligence and academic success: Examining ... [23] The 20-Item Toronto Alexithymia Scale ... [24] Alexithymia and emotion regulation strategies ... [25] Manual for the use of the Cognitive ... [26] Correlation between parenting style and ... [27] The Impact of Event Scale ... [28] Persian version validation in impact ... [29] SCL-90-R ... [30] An epidemiological study of psychological ... [31] Predictive factors for somatization in ... [32] Post-traumatic stress disorder and ... [33] The course of PTSD, major depression ... [34] The relationship between somatic and PTSD symptoms among Bhutanese refugee torture survivors ... [35] Identifying repressors: A methodological ... [36] Childhood trauma and emotional reactivity to daily life stress in adult frequent attenders of ... [37] Mapping the road from childhood trauma to adult somatization ... [38] Alexithymia and emotion regulation strategies in patients with somatization, anxiety disorders, and normal individuals ...

## رابطه علایم جسمانی‌سازی با دشواری در تنظیم هیجان، ناگویی خلقی و رویدادهای آسیب‌زا در نوجوانان بزهکار

رقیه صادقیپور \* MA

گروه روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

عبدالحسن فرهنگی PhD

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، مازندران، ایران

طاهر تیزدست PhD

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، مازندران، ایران

### چکیده

**اهداف:** اختلالات جسمانی‌سازی به مجموعه اختلالاتی اشاره دارند که شامل علایم جسمانی هستند اما به‌طور کامل بر اساس یک وضعیت طبی عمومی، اثرات مستقیم یک ماده یا اختلال روانی دیگری قابل توضیح نیستند. هدف از این مطالعه بررسی ارتباط میان دشواری در تنظیم هیجان، ناگویی خلقی و رویدادهای آسیب‌زا با علایم جسمانی‌سازی در نوجوانان کانون اصلاح و تربیت بود.

**ابزار و روش‌ها:** این مطالعه توصیفی-همبستگی در پسران بزهکار ۱۵ تا ۱۸ ساله کانون اصلاح و تربیت شهر تهران در سال ۱۳۹۵ انجام شد. ۱۲۰ نفر از این نوجوانان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به منظور گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو، پرسش‌نامه تنظیم شناختی-هیجانی، مقیاس تجدیدنظرشده تأثیر حوادث و همچنین چک‌لیست نشانگان اختلالات روانی، استفاده شد. ضرایب همبستگی شاخص‌های مورد مطالعه با استفاده از آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه در قالب نرم‌افزار SPSS 19 تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** پس از برگزاری آزمون‌ها میان تمامی شرکت‌کنندگان، نمره کل پرسش‌نامه تنظیم هیجانی  $19/749 \pm 123/847$ ، نمره کل ناگویی هیجانی  $220/818 \pm 65/708$  و نمره کل مقیاس تأثیر حوادث  $299/16 \pm 49/150$  به‌دست آمد. نتایج حاصل از رگرسیون چندگانه نشان داد که ۱۵٪ از واریانس علایم جسمانی‌سازی توسط متغیرهای دشواری در تنظیم هیجانی، ناگویی خلقی و همچنین رویدادهای آسیب‌زا پیش‌بینی شده بود ( $F=7/980$ ;  $p=0/001$ ) و از میان آنها فقط رویدادهای آسیب‌زا پیش‌بینی‌کننده مثبت جسمانی‌سازی نوجوانان بزهکار بود ( $p<0/05$ ;  $T=4/031$ ).

**نتیجه‌گیری:** رویدادهای آسیب‌زای دوران کودکی و تأثیر آنها بر فرد، تبیین‌کننده قوی علایم جسمانی‌سازی در نوجوانان مقیم کانون اصلاح و تربیت است.

**کلیدواژه‌ها:** علایم جسمانی‌سازی، رویدادهای آسیب‌زا، ناگویی خلقی، تنظیم هیجانی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۹/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۱/۳۰

\*نویسنده مسئول: sadeghpoor\_r@yahoo.com

### مقدمه

اختلالات جسمانی‌سازی، در نسخه بازنگری‌شده چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) به مجموعه اختلالاتی اشاره دارند که شامل علایم جسمانی هستند اما به‌طور کامل بر اساس یک وضعیت طبی عمومی، اثرات مستقیم یک ماده یا اختلال روانی دیگری قابل توضیح نیستند. این علایم، ناراحتی قابل‌توجهی در کارکرد روانی-اجتماعی فرد ایجاد می‌کنند [۱]. علی‌رغم گذشت بیش از ۲۵ سال از ورود اختلال جسمانی‌سازی به DSM، تشخیص جسمانی‌سازی چندان مورد قبول قرار نگرفته است و اختلافات تشخیصی قابل ملاحظه‌ای میان مجامع پزشکی و روان‌شناسی ایجاد شده است [۲]. پژوهش‌های بیشتری برای شناسایی علل این علایم مورد نیاز است. در برخی پژوهش‌ها به

شماره‌ای از این عوامل خطر اشاره شده است: بیماری‌های دوران کودکی [۳]، استرس در محیط خانواده [۴] و داشتن پیشینه‌ای از سوءاستفاده [۵]. علاوه بر این در برخی متون به شماره‌ای از فرآیندهای روان‌شناختی مرتبط با جسمانی‌سازی، از جمله روان‌رنجورخویی [۶]، ناگویی خلقی و دشواری در تنظیم هیجان [۷] نیز اشاره شده است.

گراس [۸] تنظیم هیجان را به عنوان فرآیندی در نظر می‌گیرد که افراد به کمک آن نوع هیجان، زمان و چگونگی تجربه و بیان آن را متأثر می‌سازند؛ بنابراین، تنظیم هیجان فرآیندی پیچیده است که مشتمل بر شروع، بازداری و تعدیل هیجان فرد در یک موقعیت مشخص است [۸]. هنگام رویارویی با موقعیت‌هایی که در آن انتظار می‌رود هیجانات خاصی تجربه شود، وجود جنبه‌هایی از تنظیم هیجان، فرد را درون پنجره تحمل حفظ می‌نماید. هیجانات در پنجره تحمل می‌توانند بدون مختل نمودن عملکرد روزمره فرد، پردازش شوند. پنجره تحمل جایی است که عملکرد بهینه اجتماعی امکان‌پذیر است [۹]. انعطاف‌ناپذیری در راهبردهای تنظیم هیجانی یا به‌کارگیری افراطی آنها احتمالاً منتج به تجربه هیجاناتی خارج از پنجره تحمل می‌شود و عملکرد به‌وسیله این هیجانات مختل می‌گردد. اگر هیجانات دچار کم‌تنظیمی باشند، احتمالاً به‌صورت شدید و مستأصل‌کننده تجربه می‌شوند؛ لیکن، در صورت بیش‌تنظیمی سرکوب خواهند شد. دشواری در تطبیق راهبردهای تنظیم هیجان جهت حفظ خود در پنجره تحمل هیجان، تحت عنوان دشواری در تنظیم هیجان تعریف می‌شود. دشواری در تنظیم هیجان امکان دارد عملکرد روزمره فرد را مختل نماید و در قالب چندین اختلال روان‌شناسی دیگر نشان داده شود [۱۰].

ارتباط اختلال در مهارت‌های تنظیم هیجان در چندین اختلال روان‌شناختی از جمله افسردگی [۱۱]، اضطراب [۱۲]، اختلال استرس پس از سانحه [۱۳] و اختلال شخصیت مرزی [۱۴] بررسی و تأیید شده است. ناگویی هیجانی یک سازه شخصیتی است که وجه مشخصه آن، ناتوانی در درک و بیان هیجانات است. میان سازه‌های دشواری در تنظیم هیجان و ناگویی خلقی، هم‌پوشانی بالایی وجود دارد؛ لیکن، این سازه‌ها بازنماکننده حوزه‌های مستقلی از رفتار انسان هستند. برای مثال، توانمندی برای کنترل رفتار تکانشی، خاص دشواری در تنظیم هیجان است، درحالی‌که شاخص درک هیجانات، در ناگویی هیجانی و در دشواری در تنظیم هیجان به‌صورت مشترک جای دارد [۱۵]. در پژوهش‌های مرتبط با جسمانی‌سازی، سازه‌های دشواری در تنظیم هیجان و ناگویی خلقی در کنار رویدادهای آسیب‌زا قرار گرفته‌اند و مفهوم‌سازی در این قالب صورت گرفته است. دشواری در تنظیم هیجان در تعدادی از مدل‌های تئوری از جمله سایکودینامیک، شناختی و تکاملی به عنوان مکانیزم یا علتی برای جسمانی‌سازی اشاره شده است [۱۶]. علایم جسمانی در تئوری‌های روان‌تحلیلی در حوزه جسمانی‌سازی، به‌عنوان نتیجه دشواری در تنظیم هشیارانه هیجانات در نظر گرفته می‌شوند. این هیجانات حاصل تجربه‌های آسیب‌زای افراد هستند [۱۷]. بر اساس تئوری‌های شناختی، افرادی که دشواری در تنظیم هیجانات مرتبط با استرس در سطح شناختی دارند، پاسخ‌های فیزیولوژیک شدیدتری به موقعیت‌های استرس‌زا از خود نشان دهند [۱۸].

براون [۱۹] در یک مدل مفهومی یکپارچه، رویکردهای تئوری موجود را در یک قالب تبیینی منفرد بیان نموده است. دشواری در تنظیم هیجان در این مدل، به‌عنوان یک عامل مستعدکننده در رشد اختلال جسمانی‌سازی در نظر گرفته می‌شود. این تئوری بیان

**پرسش‌نامه تنظیم شناختی-هیجانی (CERQ):** این پرسش‌نامه خودسنجی توسط گارنفسکی، کریچ و اسپینه‌وون [۲۵] تهیه شده است. نسخه اصلی این پرسش‌نامه با ۳۶ ماده، شامل ۹ زیرمقیاس نشخوار فکری، پذیرش، سرزنش خود، توجه مثبت مجدد، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، اتخاذ دیدگاه، فاجعه‌آمیز پنداری و سرزنش دیگران است. پاسخ‌های این پرسش‌نامه در یک پیوستار ۵ درجه‌ای جمع‌آوری می‌شوند.

سازندگان این پرسش‌نامه پایایی آن را از طریق محاسبه آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱ و برای راهبردهای منفی ۰/۸۶ و برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند [۲۵]./مین‌آبادی این پرسش‌نامه را از طریق تحلیل عاملی اکتشافی با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی بررسی کرده است و در نتیجه آن، ۳۶ سؤال به ۲۶ سؤال و ۹ زیرمقیاس به ۴ زیرمقیاس (سرزنش خود و فاجعه پنداری، مقابله (پذیرش)، مثبت‌اندیشی و سرزنش یا ملامت دیگران) کاهش یافته‌اند. ضریب پایایی برای زیرمقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۰، ۰/۷۶ و ۰/۶۴ و برای کل پرسش‌نامه ضریب پایایی ۰/۷۰ به‌دست آمده است [۲۶].

**مقیاس تجدیدنظرشده تأثیر حوادث (IES-R):** این مقیاس مطابق با ملاک‌های DSM-IV برای تشخیص اختلال استرس پس از سانحه تدوین شده است. مقیاس تجدیدنظرشده تأثیر حوادث، یک ابزار خودگزارش‌دهی متشکل از ۲۲ آیتم است که ۳ بُعد اصلی اختلال یعنی افکار مزاحم، برانگیختگی بیش‌ازحد و اجتناب را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در مطالعه ویس و مارمار [۲۷] که در ۴ جامعه مختلف انجام شده است، همسانی درونی ۳ زیرمقیاس، ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ به‌دست آمده است. در مطالعه انجام‌شده توسط پناهی، حکیم شوشتری و عطاری‌مقدم [۲۸] مشخص شده است که این مقیاس دارای سازگاری درونی مناسبی با آلفای کرونباخ ۰/۶۷ تا ۰/۸۷ و اعتبار خوب در آزمون-بازآزمون است.

**زیرمقیاس جسمانی‌سازی چک‌لیست نشانگان ۹۰سئوالی (SCL-90R):** این پرسش‌نامه ۹۰سئوالی شامل فهرستی از علایم روانی از جمله نشانگان جسمانی‌سازی، وسواسی-جبری، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، اضطراب فوبیک، افکار پارانوئید و سایکوتیزم است. سئوال‌های این آزمون به‌صورت لیکرت ۵نمره‌ای از صفر تا ۴ است [۲۹]. حساسیت، ویژگی و کارایی این آزمون با اعتبار بالا، به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۸ و ۰/۹۶ گزارش شده است و از این‌رو می‌تواند به عنوان یک وسیله غربالگری تشخیصی در مطالعات همه‌گیر شناختی اختلالات روانی به‌طور موفقیت‌آمیزی به‌کار رود [۳۰]. در این پژوهش از زیرمقیاس جسمانی این پرسش‌نامه استفاده شد.

برای اجرا ابتدا پیرامون پژوهش، اهمیت آن و لزوم دقت در پاسخ‌گویی به سؤال‌ها و همچنین نحوه پاسخ‌گویی، به آزمودنی‌ها توضیحاتی داده شد. سپس تمامی پرسش‌نامه‌ها به هر یک از آزمودنی‌ها داده شد.

این آزمون به‌صورت فردی بر نمونه‌هایی که به‌صورت در دسترس انتخاب شدند، اجرا گردید. قابل‌ذکر است که نوشتن نام آزمودنی‌ها الزامی نبود. تمام اصول اخلاقی از جمله امین‌بودن به منابعی که از آن استفاده شده توسط نویسندگان رعایت شده و تمامی شرکت‌کنندگان با آگاهی و رضایت کامل به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند.

ضرایب همبستگی شاخص‌های مورد مطالعه با استفاده از آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه در قالب نرم‌افزار SPSS 19 تجزیه و تحلیل شدند.

می‌کند که افرادی با دشواری در تنظیم هیجان در موقعیت‌هایی که انتظار می‌رود هیجاناتی را تجربه کنند، احتمالاً علایمی بدنی از خود نشان می‌دهند. این علایم با توجه به دشواری در شناسایی و مدیریت هیجانات احتمالاً به‌عنوان بیماری تعبیر و تفسیر می‌شوند [۱۹]. بنابراین آنچه گفته شد، رویدادهای استرس‌زا و درک فرد از این رویدادها، دشواری در تنظیم هیجان و ناگویی خلقی، نقشی کلیدی در علایم جسمانی با منشأ روانی دارند. علاوه بر این مشخص شده است که افرادی با ویژگی‌های شخصیت ضداجتماعی و پرخاشگر، ویژگی ناگویی خلقی و دشواری در تنظیم هیجان بیشتری دارند [۲۰]. بنابراین انتظار بر این است که در این دسته افراد، علایم جسمانی‌سازی بیشتری مشاهده شود.

با توجه به این نکته که در جامعه امروز به دلایلی همچون عدم آموزش و عدم وجود مهارت‌های زندگی، شاهد افزایش جرم به خصوص در قشر نوجوان و جوان هستیم و از آنجایی که نیروی انتظامی مسئول برقراری آرامش در تمام جنبه‌ها در جامعه است، نتایج این پژوهش می‌تواند در جهت برنامه‌ریزی و آگاهی نسبت به مسائل روحی نوجوانان بزهکار یاری رساند تا مسیر برای برگشت این نوجوانان به اجتماع میسر شود. مطالعه حاضر با توجه به عدم وجود پژوهش منسجمی در این حوزه، به بررسی ارتباط این سازه‌ها در افراد بزهکار پرداخته است. هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی رابطه میان دشواری در تنظیم هیجان، ناگویی خلقی و رویدادهای آسیب‌زا در جسمانی‌سازی نوجوانان بزهکار ۱۵ تا ۱۸ سال بود.

## ابزار و روش‌ها

این مطالعه توصیفی-همبستگی در پسران بزهکار ۱۵ تا ۱۸ساله کانون اصلاح و تربیت شهر تهران در سال ۱۳۹۵ انجام شد. با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، ۱۲۰ نمونه انتخاب شدند. برآورد تعداد نمونه بر اساس روابط و مطالعات موجود و با توجه به وجود ۳ متغیر مستقل (ناگویی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان، تأثیر حوادث) بود [۱۲]. معیارهای ورود به مطالعه محدوده سنی ۱۵ تا ۱۸ سال و همچنین عدم وجود اختلالات سایکوتیک بود.

به منظور گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو، پرسش‌نامه تنظیم شناختی-هیجانی، مقیاس تجدیدنظرشده تأثیر حوادث و همچنین چک‌لیست نشانگان اختلالات روانی، استفاده شد.

**مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20):** این آزمون ۲۰سئوالی، ۳ زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در مقیاس ۵درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ مورد سنجش قرار می‌دهد. یک نمره کل نیز از جمع نمره‌های ۳ زیرمقیاس برای ناگویی هیجانی کلی محاسبه می‌گردد. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است [۲۲، ۲۳]. در نسخه فارسی این مقیاس، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و ۳ زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شده است. پایایی بازآزمایی نیز در یک نمونه ۶۷ نفری در ۲ نوبت با فاصله ۴ هفته از ۰/۷۰ تا ۰/۷۷، برای ناگویی هیجانی کل و زیرمقیاس‌های مختلف تأیید شده است.

روایی هم‌زمان مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو نیز بر اساس همبستگی میان زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی، بررسی و مورد تأیید قرار گرفته است [۲۴].

## یافته‌ها

میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در پژوهش  $16/56 \pm 1/23$  بود. پس از برگزاری آزمون‌ها میان تمامی شرکت‌کنندگان، نمره کل پرسش‌نامه تنظیم هیجانی  $123/847 \pm 19/749$ ، نمره کل ناگویی هیجانی  $65/708 \pm 8/220$  و نمره کل مقیاس تأثیر حوادث  $49/150 \pm 16/299$  به دست آمد (جدول ۱).

جدول ۱) شاخص‌های توصیفی مربوط به داده‌های حاصل از پرسش‌نامه‌های تنظیم هیجانی، جسمانی‌سازی، ناگویی خلقی و مقیاس تأثیر حوادث

متغیر	میانگین	حداقل	حداکثر
سلامت خویش	$12/761 \pm 4/082$	۴	۲۰
پذیرش	$13/170 \pm 3/801$	۵	۲۰
نشخوارگری	$14/391 \pm 3/100$	۷	۲۰
تمرکز مجدد مثبت	$14/031 \pm 3/024$	۴	۲۰
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	$10/320 \pm 3/053$	۶	۲۰
ارزیابی مجدد مثبت	$14/870 \pm 3/724$	۵	۲۰
دیدگاه‌گیری	$13/700 \pm 3/800$	۴	۲۰
فاجعه‌سازی	$12/770 \pm 3/421$	۵	۲۰
ملاطمت دیگران	$13/141 \pm 4/730$	۴	۲۰
نمره کل پرسش‌نامه تنظیم هیجانی	$123/847 \pm 19/749$	۷۷	۱۶۳
جسمانی‌سازی	$1/802 \pm 0/780$	۰	۳/۶۰
دشواری در شناسایی احساسات	$20/033 \pm 4/088$	۱۱	۳۵
دشواری در توصیف احساسات	$16/080 \pm 3/299$	۸	۲۵
تفکر عینی	$23/820 \pm 3/004$	۱۵	۳۶
نمره کل ناگویی	$65/708 \pm 8/220$	۴۴	۸۴
اجتناب	$10/408 \pm 6/393$	۰	۳۰
افکار ناخواسته	$16/700 \pm 6/328$	۰	۲۸
پیش‌انگیزگی	$17/041 \pm 6/412$	۲	۲۸
نمره کل مقیاس تأثیر حوادث	$49/150 \pm 16/299$	۱۰	۸۶

با استفاده از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف، پیش‌فرض نرمال بودن متغیر جسمانی‌سازی تأیید شد ( $p=0/2$ ;  $df=120$ ;  $f=0/071$ ).

ضریب همبستگی ناگویی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان و تأثیر حوادث با استفاده از آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه،  $0/414$  به دست آمد و با توجه به اینکه شاخص دوربین-واتسون برابر با  $2/248$  بود، بنابراین میان خطاها همبستگی وجود نداشت. هیچ‌یک از شاخص‌های تحمل پایین‌تر از  $0/2$  و شاخص‌های VIF بیشتر از  $10$  نبود؛ بنابراین خطر خطای چندخطی نیز وجود نداشت. نتایج این آزمون نشان داد که  $0/10$  از واریانس علایم جسمانی‌سازی توسط این ۳ متغیر تبیین شده بود.

متغیرهای پیش‌بین دشواری در تنظیم هیجانی، ناگویی خلقی و همچنین تأثیر حوادث توانایی تبیین جسمانی‌سازی را داشتند ( $F=7/980$ ;  $p=0/001$ ).

با توجه به ضرایب رگرسیون استاندارد شده، از میان متغیرهای پیش‌بین تنها رویدادهای آسیب‌زا پیش‌بینی‌کننده مثبت جسمانی‌سازی نوجوانان بزهکار بود ( $p<0/05$ ;  $t=4/031$ ; جدول ۲).

جدول ۲) ضرایب رگرسیون استاندارد شده

متغیر پیش‌بین	B	Beta	t	p
مقدار ثابت	$0/074$		$0/963$	$0/338$
رویدادهای آسیب‌زا	$0/016$	$0/384$	$4/031$	$0/001$
تنظیم شناختی هیجان	$-0/001$	$-0/033$	$-0/308$	$0/721$
ناگویی خلقی	$0/010$	$0/110$	$1/310$	$0/191$

## بحث

پژوهش حاضر به منظور بررسی نقش رویدادهای آسیب‌زا، تنظیم هیجانی و ناگویی خلقی در علایم جسمانی‌سازی انجام شد. نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که رویدادهای آسیب‌زا می‌توانند پیش‌بینی‌کننده معناداری در تبیین نشانه‌های جسمانی‌سازی باشند. همسو با نتایج حاصل از این پژوهش، الکیت و کریستیانسن [۳۱] در پژوهشی با هدف بررسی عوامل پیش‌بینی‌کننده جسمانی‌سازی به این نتیجه دست یافته‌اند که احساس عدم کفایت و عاطفه منفی با جسمانی‌سازی در ارتباط است و این عوامل ابتلا به جسمانی‌سازی را در قربانیان رویدادهای آسیب‌زا پیش‌بینی می‌کنند. اندرسکی و همکاران [۳۲] و همچنین نورث و همکاران [۳۳] همسو با پژوهش حاضر به این نتیجه دست یافته‌اند که علایم شبه جسمانی به‌طور پایدار با رویدادهای آسیب‌زا ارتباط دارند. در واقع جسمانی‌سازی یک روش سازگاری با رویدادهای آسیب‌زا در طولانی‌مدت است.

بروز علایم جسمانی‌سازی در افرادی که در کودکی با رویدادهای آسیب‌زا مواجه بوده‌اند، می‌تواند ناشی از تغییرات نورویولوژیکی باشد که باعث برانگیختگی فیزیکی و رفتارهایی ناسالم پس از رویدادهای آسیب‌زا می‌شود که در نهایت به جسمانی‌سازی منتهی می‌گردد [۳۴]. مدل مایر [۳۵] نشان می‌دهد کمبود کورتیزول و افزایش بازخورد بازداری در محور هیپوفیز-آدرنال محور HPA در افرادی که با یک رویدادهای آسیب‌زا مواجه شده‌اند، دیده می‌شود. از سوی دیگر، در بیمارانی با طیف گسترده‌ای از علایم مبهم نظیر سندرم روده تحریک‌پذیر، فرسودگی و فیبرومیالژیا کمبود کورتیزول نیز مشاهده می‌شود. بنابراین، می‌توان این فرض را مطرح کرد که رویدادهای آسیب‌زا منجر به کاهش سطح کورتیزول شده و در نتیجه منجر به ایجاد علایم جسمانی‌سازی می‌شود. همچنین، رویدادهای آسیب‌زا می‌تواند منجر به تجربه سطوح بالای عاطفه منفی شود و از این طریق، احتمال بروز علایم جسمانی‌سازی را افزایش دهد. رویدادهای آسیب‌زای دوران کودکی، می‌تواند واکنش فرد به استرس‌های روزانه در زندگی بزرگسالی را افزایش دهد. این مسأله، فرایندهای روان‌شناختی بزرگسالی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و فرد در برابر استرس کوچک، عاطفه منفی زیادی را تجربه می‌کند [۳۶].

از سویی، رویدادهای آسیب‌زا، از طریق سبک‌های دلبستگی اضطرابی نیز با جسمانی‌سازی ارتباط دارد. رویدادهای آسیب‌زا، منجر به شکل‌گیری سبک‌های دلبستگی ناپایمن در بزرگسالی می‌شود. افرادی که دارای سبک دلبستگی ناپایمن هستند، عواطف منفی زیادی را تجربه می‌کنند و به این ترتیب، زمینه برای بروز علایم جسمانی‌سازی فراهم می‌شود [۳۷]. همسو با نتایج این مطالعه، نتایج مطالعه‌ی بشارت و همکاران [۳۸] نیز نشان می‌دهد که ناگویی‌های خلقی به‌طور مستقیم بر تنظیم و راهبردهای هیجانی افراد تأثیرگذار هستند؛ زیرا با توجه به شرایط نوجوانانی که در کانون اصلاح و تربیت زندگی می‌کنند، احتمال ایجاد مشکل در پردازش شناختی ایشان، وجود دارد.

به علت عدم وجود پشتوانه پژوهشی قوی در ایران، در این پژوهش از شیوه‌های آماری قوی‌تری همچون تحلیل مسیر، استفاده نشد. همچنین، استفاده از پرسش‌نامه‌های خودسنجی به عنوان ابزار پژوهش که خود از قضاوت آزمودنی‌ها تأثیر می‌پذیرد، محدودیت دیگر این پژوهش بود. با توجه به اینکه در پژوهش حاضر از نمونه‌های غیربالینی استفاده شد؛ تکرار پژوهش در نمونه‌های بالینی پیشنهاد می‌شود زیرا احتمال ارتباط متفاوت ناگویی خلقی

- 9- Schore AN. *Affect Dysregulation and disorders of the self* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New York: Norton & Company; 2003.
- 10- Beauchaine TP, Gatzke-Kopp L, Mead HK. Polyvagal theory and developmental psychopathology: Emotion dysregulation and conduct problems from preschool to adolescence. *Biol Psychol*. 2007;74(2):174-84.
- 11- Joormann J, Gotlib IH. Emotion regulation in depression: Relation to cognitive inhibition. *Cogn Emot*. 2010;24(2):281-98.
- 12- Coan JA, Allen JJ. Frontal EEG asymmetry as a moderator and mediator of emotion. *Biol Psychol*. 2004;67(1-2):7-50.
- 13- Wisco BE, Sloan DM, Marx BP. Cognitive emotion regulation and written exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Clin Psychol Sci*. 2013;1(4):435-42.
- 14- Gratz KL, Rosenthal MZ, Tull MT, Lejuez CW, Gunderson JG. An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol*. 2006;115(4):850-5.
- 15- Pandey R, Saxena P, Dubey A. Emotion regulation difficulties in alexithymia and mental health. *Eur J Psychol*. 2011;7(4):604-23.
- 16- Parker JD, Taylor GJ, Bagby RM. The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personal Individ Differ*. 2001;30(1):107-15.
- 17- Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry*. 1997;4(5):231-44.
- 18- Martin JB, Pihl RO. Influence of alexithymic characteristics on physiological and subjective stress responses in normal individuals. *Psychother Psychosom*. 1986;45(2):66-77.
- 19- Brown RJ, Schrag A, Trimble MR. Dissociation, childhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder. *Am J Psychiatry*. 2005;162(5):899-905.
- 20- Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
- 21- Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics*. Boston: Allyn & Bacon/Pearson Education; 2007.
- 22- Parker JD, Summerfeldt LJ, Hogan MJ, Majeski SA. Emotional intelligence and academic success: Examining the transition from high school to university. *Personal Individ Differ*. 2004;36(1):163-72.
- 23- Parker JD, Taylor GJ, Bagby RM. The 20-Item Toronto Alexithymia Scale: III. Reliability and factorial validity in a community population. *J Psychosom Res*. 2003;55(3):269-75.
- 24- Besharat MA, Tajrishi Z, Noorbala AA. Alexithymia and emotion regulation strategies in patients with somatization, anxiety disorders, and normal individuals: A comparative study. *Contemp Psychol*. 2014;8(2):3-16. [Persian]
- 25- Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. *Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*. Leiderdorp: Datec; 2002.
- 26- Aminabadi Z. *Correlation between parenting style and cognitive emotion regulation with educational function [Dissertation]*. Tehran: Shahid Beheshti University; 2009. [Persian]
- 27- Weiss DS, Marmar CR. The Impact of Event Scale Revised. In: Wilson JP, Keane TM, editors. *Assessing*

و راهبردهای تنظیم هیجانی با جسمانی‌سازی در آن جمعیت‌ها وجود دارد. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در آینده پژوهش حاضر را با به‌کارگیری شیوه‌های آماری قوی‌تر همچون تحلیل معادلات ساختاری یا تحلیل مسیر انجام دهند.

## نتیجه‌گیری

رویدادهای آسیب‌زای دوران کودکی و تأثیر آنها بر فرد، تبیین‌کننده قوی علایم جسمانی‌سازی در نوجوانان مقیم کانون اصلاح و تربیت است. بنابراین، بایستی در درمان این علایم جسمانی همواره رویدادهای آسیب‌زا و راهبردهای تنظیم هیجانی این افراد را مدنظر قرار دهیم.

**تشکر و قدردانی:** بدین‌وسیله از همه نوجوانانی که در این مطالعه شرکت کردند، تشکر می‌نمایم.

**تأییدیه اخلاقی:** تمامی مجوزهای لازم جهت انجام پژوهش دریافت شده بود. نتایج این پژوهش توسط سازمان زندان‌ها استفاده خواهد شد. پروتکل مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه آزاد تهران شمال به تصویب رسید.

**تعارض منافع:** این مقاله استخراج‌شده از پایان‌نامه یک دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی بود.

**سهم نویسندگان:** رقیه صادقی‌پور (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/پژوهشگر اصلی/تحلیل‌گر آماری/نگارنده بحث (۶۰٪)؛ عبدالحسن فرهنگی (نویسنده دوم)، روش‌شناس (۲۰٪)؛ طاهر تیزدست (نویسنده سوم)، پژوهشگر کمکی (۲۰٪).

**منابع مالی:** منابع مالی توسط نویسنده مسئول تأمین شد و بقیه همکاران نقش راهنمایی در جهت هرچه بهتر اجراشدن پژوهش را عهده‌دار بودند.

## منابع

- 1- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of the mental disorders DSM-III-R*. Arlington: American Psychaitric Association; 2013.
- 2- Gupta MA. Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder. *Int Rev Psychiatry*. 2013;25(1):86-99.
- 3- Hotopf M, Mayou R, Wadsworth M, Wessely S. Childhood risk factors for adults with medically unexplained symptoms: Results from a national birth cohort study. *Am J Psychiatry*. 1999;156(11):1796-800.
- 4- Moore PM, Baker GA, McDade G, Chadwick D, Brown S. Epilepsy, pseudoseizures and perceived family characteristics: A controlled study. *Epilepsy Res*. 1994;18(1):75-83.
- 5- Fry RP, Crisp AH, Beard RW. Sociopsychological factors in chronic pelvic pain: A review. *J Psychosom Res*. 1997;42(1):1-5.
- 6- De Gucht V, Heiser W. Alexithymia and somatization: A quantitative review of the literature. *J Psychosom Res*. 2003;54(5):425-34.
- 7- Kooiman CG. The status of alexithymia as a risk factor in medically unexplained physical symptoms. *Compr Psychiatry*. 1998;39(3):152-9.
- 8- Gross JJ. Antecedent-and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *J Personal Soc Psychol*. 1998;74(1):224-37.

- 2004;192(12):823-9.
- 34- Van Ommeren M, Sharma B, Sharma GK, Komproe I, Cardena E, de Jong JT. The relationship between somatic and PTSD symptoms among Bhutanese refugee torture survivors: Examination of comorbidity with anxiety and depression. *J Trauma Stress*. 2002;15(5):415-21.
- 35- Myers LB. Identifying repressors: A methodological issue for health psychology. *Psychol Health*. 2000;15(2):205-14.
- 36- Glaser JP, Van Os J, Portegijs PJ, Myin-Germeys I. Childhood trauma and emotional reactivity to daily life stress in adult frequent attenders of general practitioners. *J Psychosom Res*. 2006;61(2):229-36.
- 37- Waldinger RJ, Schulz MS, Barsky AJ, Ahern DK. Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: the role of attachment. *Psychosom Med*. 2006;68(1):129-35.
- 38- Besharat M, Tajrishi KZ, Noorbala AA. Alexithymia and emotion regulation strategies in patients with somatization, anxiety disorders, and normal individuals: A comparative study. *Contempor Psychol*. 2014;8(2):3-16.
- psychological trauma and PTSD. New York: Guilford Press; 2004. pp. 168-90.
- 28- Mogadam JA, Shooshtari MH, Panaghi L. Persian version validation in impact of event Scale-Revised. *Tehran Univ Med J*. 2006;64(3):52-60. [Persian]
- 29- Derogotis L. SCL-90-R administration, scoring and procedures manual. Towson, MD: Clinical Psychometric Research; 1986.
- 30- Bagheriyazdi A, Bolhari J, Shahmohammad D. An epidemiological study of psychological disorders on a rural area (Meibod, Yazd) in Iran. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 1994;1(1):32-41. [Persian]
- 31- Elklit A, Christiansen DM. Predictive factors for somatization in a trauma sample. *Clin Prac Epidemiol Ment Health*. 2009;1(5):1-8.
- 32- Andreski P, Chilcoat H, Breslau N. Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: A prospective study. *Psychiatry Res*. 1998;79(2):131-8.
- 33- North CS, Kawasaki A, Spitznagel EL, Hong BA. The course of PTSD, major depression, substance abuse, and somatization after a natural disaster. *J Nerv Ment Dis*.