مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۲۱، فروردین ۱۴۰۱، ۹۰-۷۱

بررسی ارتباط بین الگوهای روابط موضوعی و علائم جسمانی‌سازی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی(مدلی بر اساس دیدگاه Bion): یک مطالعه توصیفی

فاطمه دوست محمدی[۱]، آزاده طاولی[۲]، زهره خسروی[۳]

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۹/۲۰ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۱۴۰۰/۱۰/۱۲ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۱۴۰۰/۱۱/۲۳ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۱۱/۲۷

چکیده

زمینه و هدف: یکی از مشکلات شایع در جمعیت عمومی، علائم جسمانی‌سازی است؛ بنابراین شناسایی عواملی که در ایجاد این علائم نقش دارند، در پیش‌گیری از بروز آن‌ها مؤثر خواهد بود. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط بین الگوهای روابط موضوعی و علائم جسمانی‌سازی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش این پژوهش توصیفی از نوع مدل‌یابی بود. به این منظور ۲۹۵ نفر از افراد ساکن سمنان در بازه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال در بهمن و اسفند ۱۳۹۹ با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و از طریق پیمایش اینترنتی به پرسش نامه‌های روابط موضوعی Bell، علائم جسمانی‌سازی (PHQ-15) و ناگویی هیجانی Toronto پاسخ دادند. داده‌ها با آزمون همبستگی Pearson و مدل‌سازی معادلات ساختاری تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که این مدل از برازش خوبی برخوردار است و بین الگوهای روابط موضوعی با علائم جسمانی‌سازی (T=۳/۶۰۱، β=۰/۵۳۸) و ناگویی هیجانی (T=۱۱/۷۵۶، β=۰/۸۰۰) رابطه مثبت و معناداری وجود داشت (p<۰/۰۵)، اما بین علائم جسمانی‌سازی و ناگویی هیجانی رابطه معناداری مشاهده نشد (T=۰/۸۱۶، β=۰/۱۱۰) و در نتیجه نقش میانجی ناگویی هیجانی در تحلیل داده‌ها معنی‌دار واقع نشد (p>۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: در مجموع یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که با شناسایی الگوهای روابط موضوعی در افراد می‌توان تا حدی احتمال ابتلاء به علائم جسمانی‌سازی و ناگویی هیجانی را پیش‌بینی کرد. لذا پیشنهاد می‌شود که درمان‌گران بالینی در برقراری ارتباط با افراد مبتلا به علائم جسمانی‌سازی، الگوهای روابط موضوعی آن‌ها را مورد توجه قرار دهند.

واژه‌های کلیدی: روابط موضوعی، جسمانی‌سازی، ناگویی هیجانی، سمنان

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران
۲- (نویسنده مسئول): استادیار گروه روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران
تلفن: ۸۵۶۹۲۸۵۳ -۰۲۱، دورنگار: ۸۸۰۴۱۴۶۴ -۰۲۱، پست الکترونیکی: a.tavoli@alzahra.ac.ir
۳- استاد گروه روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.1.7.4]
[DOI: 10.52547/jrums.21.1.71]

مقدمه

یکی از رایج‌ترین مشکلات سلامت روان در مراکز مراقبت‌های اولیه جسمانی‌سازی (Somatization) است [۱] و در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM–5) در طبقه اختلال علائم جسمی و اختلالات مرتبط قرار گرفت. این طبقه از اختلالات، با یک یا چند علائم بدنی مشخص می‌شود که با افکار، احساسات و رفتارهای بیش از حد همراه است. شیوع این اختلال در جمعیت عمومی حدود ۵ تا ۷ درصد است [۲].

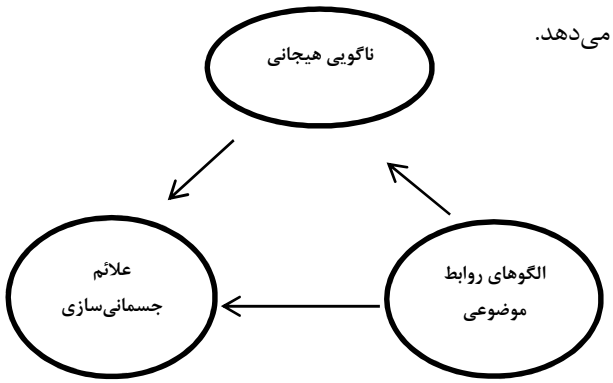
در زمینهٔ سبب‌شناسی جسمانی‌سازی تبیین‌های متعددی ارائه شده است که یکی از آن‌ها نظریات روابط موضوعی است [۳]. یکی از نظریه‌پردازان این گروه که با روش‌های مختلف به درک بیماری‌های روان‌تنی کمک کرد، Wilfred Bion بود. به اعتقاد Bion زمانی که کودک در درونش احساسات آشفته‌ای را تجربه می‌کند، برای رهایی از آن‌ها، از همانندسازی فرافکنانه (Projection Identification) استفاده می‌کند [۴]. مکانیسم همانندسازی فرافکنانه فانتزی است که در آن کودک برای خلاص شدن از بخش ناخواسته و بد خود، آن را در فرد دیگری قرار می‌دهد [۵]. به این ترتیب زمانی که مراقب اولیه نتواند به همانندسازی‌های فرافکنانه‌ای که کودک به وی منتقل می‌کند، پاسخ مناسبی دهد و احساساتش را تنظیم کند، کودک کم‌کم احساس می‌کند که فرافکنی‌هایش بی‌معنا هستند، در این شرایط به گفته Bion (۱۹۶۷a) کودک دچار نوعی وحشت بی‌نام (Nameless dread) می‌شود [۴]. در این حالت، وضعیت درونی کودک فهمیده نشده و به کلام در نمی‌آید، لذا کودک در نمادسازی دچار مشکل می‌شود [۶] و این شکست در خیال‌ورزی و مشکل در نمادسازی می‌تواند زمینه بروز اختلال جسمانی‌سازی را فراهم کند [۷].

هم‌راستا با تبیین نظری فوق، تعدادی از مطالعات نشان داده‌اند که بین روابط موضوعی و ابتلاء به جسمانی‌سازی رابطه وجود دارد [۹-۸]. با توجه به موارد مطرح شده به نظر می‌رسد که رابطه بین دو این متغیر به صورت مستقیم و خطی نیست و متغیرهایی در رابطه بین آن‌ها مداخله می‌کنند. یکی از این متغیرها ناگویی هیجانی است. ناگویی هیجانی، ساختاری شخصیتی بوده و نشان‌دهنده دشواری در تنظیم هیجانات است [۱۰] و ممکن است به‌صورت همبودی با انواع اختلالات روانی و جسمی ظاهر شود [۱۳–۱۱]. یکی از عللی که Taylor و همکاران در رابطه با سبب‌شناسی ناگویی هیجانی مطرح کردند، وجود نقص‌هایی در رشد اولیه است. زمانی که والدین در شناسایی نشانه‌های هیجانی نوزاد ناتوان باشند و نتوانند همچون تنظیم‌کننده بیرونی حالات هیجانی نوزاد عمل کنند، در این شرایط رشد طبیعی وی ممکن نخواهد بود، مسئله‌ای که در دیدگاه Bion به آن اشاره شد [۱۴]. علاوه بر این، مفهوم ناگویی هیجانی در نظریه Bion اشاره به موضوع مسدودکننده‌ای دارد [۷] که شکل اولیه‌ای از سوپرایگو است و به آن سوپرایگوی تخریب‌گر ایگو (ego-destructive superego) می‌گویند؛ به

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.1.7.4]
[DOI: 10.52547/jrums.21.1.71]

عبارت دیگر، بخش سخت‌گیر درون فرد که سوپرایگو نام دارد به ایگو حمله می‌کند و چون یکی از مسائل مرتبط با ایگو بدن است، فرد در این شرایط دچار مشکلات جسمانی‌سازی می‌شود [۱۵]. این موضوع مسدودکننده، تجارب هیجانی ناپخته را یکپارچه و دگرگون نمی‌کند [۷]. در مجموع نقص در روابط موضوعی منجر به نقص در پردازش هیجانی، سرکوب هیجانی، علائم روان‌شناختی و بروز مشکلات روان‌تنی می‌شود [۱۷-۱۶].

نتایج تعدادی از پژوهش‌های پیشین نیز این روابط را تائید کرده‌اند [۱۹-۱۸]. علاوه بر موارد ذکرشده، نتایج برخی پژوهش‌ها دال بر رابطه بین ناگویی هیجانی و علائم جسمانی‌سازی است [۲۲–۲۰]. در زمینهٔ این ارتباط پژوهش‌های زیادی انجام شده است که از آن جمله می‌توان به مشکلات پسیوریازیس [۲۳] و کمردرد مزمن [۲۴] اشاره کرد. با توجه به این‌که علائم جسمانی‌سازی در جمعیت عمومی شایع است و بین ۳۰ تا ۴۰ درصد افراد علائم جسمی شدیدی را بیش از یک دوره دو هفته‌ای گزارش می‌کنند [۲۵]، این علائم می‌تواند سلامت فرد را از بعد روانی و فیزیکی مورد تهدید قرار دهد و این‌گونه هزینه مضاعفی به فرد و جامعه تحمیل کند. به این ترتیب ضرورت این مسئله احساس شد که برای شناسایی و پیشگیری از بروز علائم جسمانی‌سازی در بین افراد جامعه، به بررسی عواملی که در ایجاد علائم جسمانی‌سازی نقش دارند، از جمله الگوهای روابط موضوعی و ناگویی هیجانی در قالب پژوهش مدل‌یابی پرداخته شود و به تبیین علائم جسمانی‌سازی از دیدگاه یکی از نظریه‌پردازان روابط موضوعی، Wilfred Bion اشاره شود. از این رو پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط بین الگوهای روابط موضوعی و علائم جسمانی‌سازی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی انجام شد. شکل ۱ مدل مفهومی پژوهش را نشان می‌دهد.



شکل ۱- مدل مفهومی بررسی ارتباط بین الگوهای روابط موضوعی و علائم جسمانی‌سازی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر، توصیفی و طرح پژوهش همبستگی از نوع مدل‌یابی است. جامعه آماری در این پژوهش جمعیت غیر بالینی شامل افراد ساکن سمنان در بازه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال بودند که در بهمن و اسفند سال ۱۳۹۹ مورد بررسی قرار گرفتند و از طریق نمونه‌گیری در دسترس ۳۴۰ نفر از این افراد، انتخاب شدند. در زمینهٔ تعیین حجم نمونه با توجه به اعتقاد Kline [۲۶] حداقل نمونه در پژوهش‌های مدل‌یابی ۲۰۰ نفر است. با توجه به ملاک‌های ورود و خروج، داده‌های ۴۵ نفر از افراد حذف شد، به این ترتیب ۲۹۵ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.1.7.4]
[DOI: 10.52547/jrums.21.1.71]

از: داشتن سواد خواندن و نوشتن، دسترسی به اینترنت و تمایل به شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج از پژوهش هم شامل موارد زیر بود: افراد خارج از بازه سنی فوق، ابتلاء به اختلالات روان‌پزشکی و بیماری‌های جسمانی شدید، مصرف داروهای روان‌پزشکی مانند تثبیت کننده‌های خلق، آنتی‌سایکوتیک‌ها، ضد افسردگی‌ها و سایر داروهایی که متخصص اعصاب و روان جهت درمان اختلالات روان‌پزشکی تجویز نمایند. در پژوهش حاضر، پس از اخذ کد اخلاق به شماره IR.SEMUMS.REC.1399.287 از دانشگاه علوم پزشکی سمنان، نمونه‌گیری انجام شد. با توجه به شیوع ویروس COVID-19، پرسشنامه‌ها به‌طور در دسترس در صفحات فضای مجازی (Telegram و Instagram) مربوط به سمنان در قالب اطلاعیه شرکت در پژوهش، شرایط شرکت و به همراه آن لینک پرسشنامه الکترونیک قرار داده شد. در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: در این پرسشنامه محقق ساخته سن، جنسیت (زن، مرد)، سطح تحصیلات (سیکل و پایین‌تر، دیپلم، فوق دیپلم، کارشناسی، کارشناسی ارشد)، وضعیت تأهل (مجرد، متأهل، مطلقه)، سابقه بیماری جسمی خاص (بله، خیر)، سابقه بیماری روان‌پزشکی (بله، خیر)، مصرف داروهای روان‌پزشکی (بله، خیر) و نوع آن‌ها و ابتلاء به بیماری کرونا (بله، خیر) مورد بررسی قرار گرفتند.

پرسشنامه روابط موضوعی بل (Bell's object relation inventory): این پرسشنامه توسط Bell و همکاران [۲۷] ساخته شد و در سنجش کارکردهای ایگو (کیفیت روابط موضوعی و واقعیت آزمایی) ریشه دارد که پیش‌تر توسط Bellak و همکاران [۲۸] طراحی شده بود. این پرسشنامه بخشی از پرسشنامه ۹۰ سؤالی روابط موضوعی و واقعیت سنجی Bell است و برای جمعیت بالینی و غیر بالینی استاندارد شده است [۲۷]. در این پژوهش، از پرسشنامه روابط موضوعی Bell ۴۵ سؤالی استفاده شد که دارای پاسخ‌دهی درست و نادرست بوده، به‌طوری‌که گزینه درست نمره یک و برای برخی دیگر از سؤالات گزینه نادرست نمره یک می‌گیرد [۲۹]. این پرسشنامه روابط موضوعی را در قالب ۴ خرده مقیاس بیگانگی با سؤالات ۱، ۱۵، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۹، ۳۰، ۳۳، ۳۷، ۴۱، ۴۲ و دلبستگی ناایمن با سؤالات ۲، ۷، ۱۲، ۱۳، ۱۶، ۲۰، ۲۳، ۲۸، ۳۳، ۳۴، ۳۶ و خودمحوری با سؤالات ۴، ۵، ۶، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۷، ۱۹، ۲۲، ۲۴، ۲۷، ۲۹، ۳۱، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۴ و بی‌کفایتی اجتماعی با سؤالات ۶، ۱۴، ۱۸، ۲۷، ۲۸، ۳۱، ۳۲، ۳۷، ۳۸، ۴۳ می‌سنجد. در این پرسشنامه فرد پاسخ‌دهنده در صورت انتخاب گزینه نادرست به سؤالات (۱، ۱۵، ۲۱، ۳۰، ۳۷، ۴۲) در پاسخنامه به آن‌ها نمره تعلق می‌گیرد. هم‌چنین به سؤالات (۳، ۸، ۱۷، ۲۵، ۲۶، ۴۵) نمره صفر تعلق می‌گیرد [۳۰]. نمره‌گذاری این پرسشنامه از طریق نمرات T صورت می‌گیرد. Bell نمره T بالاتر از ۶۰ را به‌عنوان نقطه برش در این پرسشنامه توصیه

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.1.7.4]
[DOI: 10.52547/jrums.21.1.71]

کرده است و اشاره دارد به زمانی که یک نمره در محدود آسیب‌شناسی قرار دارد. نمره بالا در هر یک از خرده مقیاس‌ها، نشان‌دهنده نقصان‌هایی در آن خرده مقیاس روابط موضوعی است. به این صورت که افرادی که در خرده مقیاس بیگانگی نمره بالایی می‌گیرند، اغلب از فقدان نوعی احساس اعتماد در روابط، بی‌ثباتی و سطحی بودن در ارتباطات خود و مشکلات جدی در برقراری صمیمیت رنج می‌برند. هم‌چنین افرادی که نمره بالایی در دلبستگی ناایمن کسب می‌کنند، به طرد شدن و آسیب دیدن از جانب دیگران حساس هستند. علاوه بر این افرادی که نمره بالایی در خود محوری کسب می‌کنند، سه نگرش نسبت به روابط که شامل بدگمانی، عدم اعتماد نسبت به انگیزه‌های دیگران، بهره‌جویی فرد از روابط و سوءاستفاده از دیگران می‌شود را در راستای دستیابی به خواسته‌های شخصی از خود نشان می‌دهند. در آخر هم افرادی که در بی‌کفایتی اجتماعی نمره بالایی کسب می‌کنند، ارتباط برای آن‌ها بسیار دشوار و غیرقابل‌پیش‌بینی به نظر می‌رسد و غالباً از هر نوع ارتباطی اجتناب می‌کنند. Bell ضرایب اعتبار باز آزمایی چهارهفته‌ای زیر مقیاس‌های این پرسشنامه را ۰/۵۸ تا ۰/۹۰ و همسانی درونی آن‌ها را ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ گزارش کرده است [۲۹]. در ایران Hadinezhad و همکاران [۳۱] با مطالعه‌ای بر روی ۱۴۲ دانشجوی دانشگاه هنر تهران، اعتبار باز آزمایی (۰/۷۰ – ۰/۷۸) و آلفای کرونباخ (۰/۶۶ – ۰/۸۲) مطلوبی را برای این پرسشنامه گزارش کردند. مقدار پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر، با روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۱ و برای زیر مقیاس‌های دلبستگی ناایمن ۰/۶۸، بیگانگی ۰/۸۰، بی‌کفایتی اجتماعی ۰/۶۷ و خود محوری ۰/۸۰ محاسبه شد.

پرسشنامه علائم جسمانی‌سازی (Patient Health Questionnaire 15-Item): در این پرسشنامه، ۱۴ مورد از ۱۵ علائم شایع توصیف شده در طبقه‌بندی اختلال جسمانی‌سازی در DSM-IV که شامل، معده درد، درد کمر، سردرد، درد قفسه سینه، سرگیجه، غش‌کردن، تپش‌قلب، تنگی‌نفس، شکایت‌های روده‌ای (یبوست یا اسهال)، شکایت‌های هاضمه‌ای (استفراغ، گاز یا سوء هاضمه)، خستگی، مشکل خواب، درد در مفاصل یا انگشت‌ها، درد یا مشکلات قاعدگی و درد یا مشکلات حین رابطه جنسی است، بررسی می‌شود و شدت آن‌ها در طی ۴ هفته گذشته در یک مقیاس سه‌درجه‌ای ۰ (اصلاً اذیت نمی‌شوم)، ۱ (کمی اذیت می‌شوم)، یا ۲ (خیلی زیاد اذیت می‌شوم) مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. امتیاز نمره کل پرسشنامه از ۰ تا ۳۰ است [۳۲]. مجموع نمرات این پرسشنامه نشان‌دهنده میزان اختلال جسمانی‌سازی در فرد است، به‌طوری‌که کسب نمره کم‌تر از ۴ نشان‌دهنده ابتلاء خیلی کم، نمره بین ۵-۹ ابتلاء کم، نمره ۱۰-۱۴ ابتلاء متوسط و نمره ۱۵-۳۰، ابتلاء شدید به اختلال جسمانی‌سازی است. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهشی که توسط Lee و همکاران انجام شد، ۰/۷۹ گزارش شد [۳۳]. این پرسشنامه در ایران توسط

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.1.7.4]
[DOI: 10.52547/jrums.21.1.71]

Abdolmohamadi و همکاران [۳۴] هنجاریابی شد و روایی همزمان آن با مقیاس جسمانی‌سازی پرسشنامه SCL-90، ۰/۷۴ و همسانی درونی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۶ گزارش شده است. در پژوهش حاضر مقدار پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۸ محاسبه شد.

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ (Toronto Alexithymia Scale-20: مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو [۳۵]، ۲۰ سؤالی بوده و دارای سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی است و در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) نمره گذاری می‌شود [۳۶]. روش نمره گذاری در این پرسشنامه به این صورت است که سؤالات ۴، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ معکوس نمره گذاری می‌شود (۱=۵، ۲=۴، ۴=۲، ۱=۵، ۳=۳). سپس نمره‌های سؤالات هر زیر مقیاس با هم جمع می‌شود و هر یک از زیر مقیاس‌ها سؤالات زیر را در بر می‌گیرد که شامل: دشواری در شناسایی احساسات سؤالات ۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳، ۱۴ و دشواری در توصیف احساسات سؤالات ۲، ۴، ۱۱، ۱۲، ۱۷ و تفکر عینی سؤالات ۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰ است و برای محاسبه نمره کل ناگویی هیجانی، نمره هر ۲۰ سؤال با یک دیگر جمع می‌شود [۳۷]. در این پرسشنامه، حداقل نمره ۲۰ و حداکثر آن ۱۰۰ است. نمره ۶۰ به بالا به‌عنوان ناگویی خلقی با شدت زیاد و نمره‌های ۵۲ به پایین به‌عنوان ناگویی خلقی با شدت کم در نظر گرفته می‌شود [۳۶]. در پژوهش Sakkinen و همکاران [۳۸] آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۷۳، دشواری در شناسایی احساسات ۰/۷۸، دشواری در توصیف احساسات ۰/۶۴ و تفکر عینی ۰/۵۷ گزارش شد. اعتباریابی نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی Toronto که توسط Besharat [۳۹] انجام شد، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵، ۰/۷۲ محاسبه شد که نشان از همسانی درونی خوب مقیاس دارد. در پژوهش حاضر مقدار پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ برای کل این پرسشنامه ۰/۸۴ و برای زیر مقیاس‌های دشواری در شناسایی احساسات ۰/۸۴، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۴ و تفکر عینی ۰/۳۱ به دست آمد.

داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از نرم‌افزارهای آماری SPSS نسخه ۲۴ و AMOS نسخه ۲۵ و با روش‌های آمار توصیفی (کجی، کشیدگی، میانگین، انحراف استاندارد) و روش‌های آمار استنباطی متناسب با آن (آزمون همبستگی Pearson و مدل‌سازی معادلات ساختاری) تحلیل شد و سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در پژوهش حاضر تعداد ۲۹۵ نفر مورد بررسی قرار گرفتند که ۱۷۹ نفر (۶۰/۹ درصد) زن و ۱۱۵ نفر (۳۹/۱ درصد) مرد بودند. از نظر سطح تحصیلات ۱۰ نفر (۳/۴ درصد) دارای

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.1.7.4]
[DOI: 10.52547/jrums.21.1.71]

مدرک سیکل و پایین‌تر، ۷۷ نفر (۲۶/۱ درصد) دارای مدرک دیپلم، ۲۷ نفر (۹/۲ درصد) دارای مدرک فوق‌دیپلم، ۱۳۵ نفر (۴۵/۸ درصد) دارای مدرک کارشناسی و ۴۶ نفر (۱۵/۵ درصد) دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. ازنظر سنی ۱۶۷ نفر (۵۶/۵ درصد) ۱۸ تا ۲۸ سال، ۹۷ نفر (۳۲/۹ درصد) ۲۹ تا ۳۹ سال، ۲۲ نفر (۷/۵ درصد) ۴۰ تا ۵۰ سال و ۹ نفر (۳/۱ درصد) ۵۰ تا ۶۰ سال سن داشتند. ازنظر وضعیت تأهل ۱۵۲ نفر (۵۱/۵ درصد) مجرد، ۱۳۵ نفر (۴۵/۸ درصد) متأهل و ۸ نفر (۲/۷ درصد) مطلقه بودند.

در ادامه ماتریس همبستگی این متغیرها در جدول ۱ ارائه شده است. بر اساس این نتایج زیر مقیاس‌های خودمحوری، بیگانگی، دلبستگی نا ایمن و بی‌کفایتی اجتماعی از متغیر الگوهای روابط موضوعی، با متغیر علائم جسمانی‌سازی، هم‌چنین با متغیر ناگویی هیجانی رابطه مستقیم دارد. علاوه بر این متغیر ناگویی هیجانی با متغیر علائم جسمانی‌سازی رابطه مستقیم دارد. در نهایت تمام این روابط در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است.

جدول ۱- ماتریس همبستگی، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جمعیت عادی افراد ۱۸ تا ۶۰ سال ساکن سمنان در سال ۱۳۹۹ (n = ۲۹۵)

متغیر	انحراف معیار ± میانگین	۱	۲	۳	٤	٥	٦	۷	۸	۹
۱. علائم جسمانی‌سازی	٤/٦١ ± ۷/۸۳	۱								
۲. ناگویی هیجانی	۱۱/۸۸ ± ۵۴/۸۸	۰/۳۸۸**	۱							
۳. شناسایی احساس	٦/۳۹ ± ۱۹/۹۹	۰/۴۵۲**	۰/۹۰۴**	۱						
۴. توصیف احساس	٤/۳۹ ± ١٤/٤٣	۰/۲۸۷**	۰/۸۶۲**	۰/۶۸۱**	۱					
۵. تفکر عینی	۳/٥١ ± ۲۰/٤٦	۰/۱۳۰*	۰/۶۶۱**	۰/۳۸۶**	۰/۴۲۶**	۱				
٦. خود محوری	۳/۲۲ ± ٤/٤٠	۰/۴۲۲**	۰/۵۱۴**	۰/۵۵۰**	۰/۳۹۳**	۰/۲۴۴**	۱			
۷. بیگانگی	۲/۸٤ ± ۳/۰۱	۰/۳۵۷**	۰/۵۶۳**	۰/۵۲۱**	۰/۴۸۸**	۰/۳۴۷**	۰/۵۰۸**	۱		
۸. دلبستگی ناایمن	۲/۲۹ ± ٥/١٦	۰/۳۵۱**	۰/۴۸۰**	۰/۵۵۴**	۰/۳۹۴**	۰/۱۲۳*	۰/۵۴۷**	۰/۳۸۵**	۱	
۹. بی‌کفایتی اجتماعی	۱/۷۱ ± ۳/۱۳	۰/۱۹۲**	۰/۳۱۱**	۰/۲۸۰**	۰/۳۲۹**	۰/۱۲۹*	۰/۲۷۱**	۰/۴۱۴**	۰/۲۵۰**	۱

ضریب همبستگی Pearson، *P <۰/۰۵، **P <۰/۰۱

در گام بعد به‌منظور بررسی نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه بین الگوهای روابط موضوعی و علائم جسمانی‌سازی روابط بین متغیرها در قالب مدل‌یابی معادلات ساختاری بررسی شد و شاخص‌های برازش مدل ساختاری محاسبه گردید. در پژوهش حاضر برای ارزیابی برازش کلی مدل از شاخص کای اسکوئر (χ^2) استفاده شد، این شاخص به‌شدت تحت تأثیر اندازه نمونه است و در نمونه‌های بالا عموماً برازش خوب مدل را نشان می‌دهد [۴۰]. علاوه بر این اگر مقدار شاخص نسبت خی دو به درجه آزادی (Chi-Square/ Degrees of freedom; χ 2/df) کم‌تر از ۳، شاخص‌های

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.1.7.4]
[DOI: 10.52547/jrums.21.1.71]

برازندگی تطبیقی (Comparative Fit Index; CFI)، برازندگی فزآینده (Incremental Fit Index; IFI)، نیکویی برازش (Goodness of fit index; GFI) بزرگ‌تر از ۰/۹۵ و شاخص‌های ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب (Root Mean Square Error of Approximation; RMSEA) و ریشه دوم میانگین مربعات باقی‌مانده (Standardized Root Mean Square Residual; SRMR) کم‌تر از ۰/۰۸ باشد، معمولاً بیان‌گر برازش خوب مدل است [۲۶]. در پژوهش حاضر مقدار شاخص‌های برازش مدل ساختاری (۸۲/۰۵۴ = $\chi 2$، ۲/۸۲۹ = $\chi 2/df$، ۰/۹۴۷= CFI، ۰/۹۴۸ = IFI، ۰/۹۵۲ = GFI، ۰/۰۷۹ = RMSEA و ۰/۰۴۹ = SRMR) به دست آمد. با توجه به آن‌چه اشاره شد، شاخص‌های برازش مدل ساختاری نشان‌گر برازش مناسب مدل است و تمام شاخص‌های آن در محدوده پذیرش مدل قرار دارند، بنابراین ساختار مدل فرضی پژوهش مورد تأیید است.

در ادامه ضرایب محاسبه‌شده برای مسیرهای بین متغیرها در جدول ۲ نشان داده شده است. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، تمام متغیرهایی که مسیرهای مستقیم آن‌ها به متغیر وابسته دارای مقدار T بزرگ‌تر یا کوچک‌تر از ۱/۹۶± است یا سطح معنی‌داری آن‌ها کم‌تر از ۰/۰۵ است تأثیر معنی‌داری بر متغیر وابسته دارند. بر این اساس، مسیر مستقیم متغیر الگوهای روابط موضوعی به متغیر علائم جسمانی‌سازی معنی‌دار است (T = ۳/۶۰۱، β = ۰/۵۳۸)، هم‌چنین مسیر مستقیم متغیر الگوهای روابط موضوعی به متغیر ناگویی هیجانی نیز معنی‌دار است (T = ۱۱/۷۵۶، β = ۰/۸۰۰). در کنار این نتایج، مسیر مستقیم متغیر ناگویی هیجانی به متغیر علائم جسمانی‌سازی معنی‌دار نیست (T = ۰/۸۱۶، β = ۰/۱۱۰).

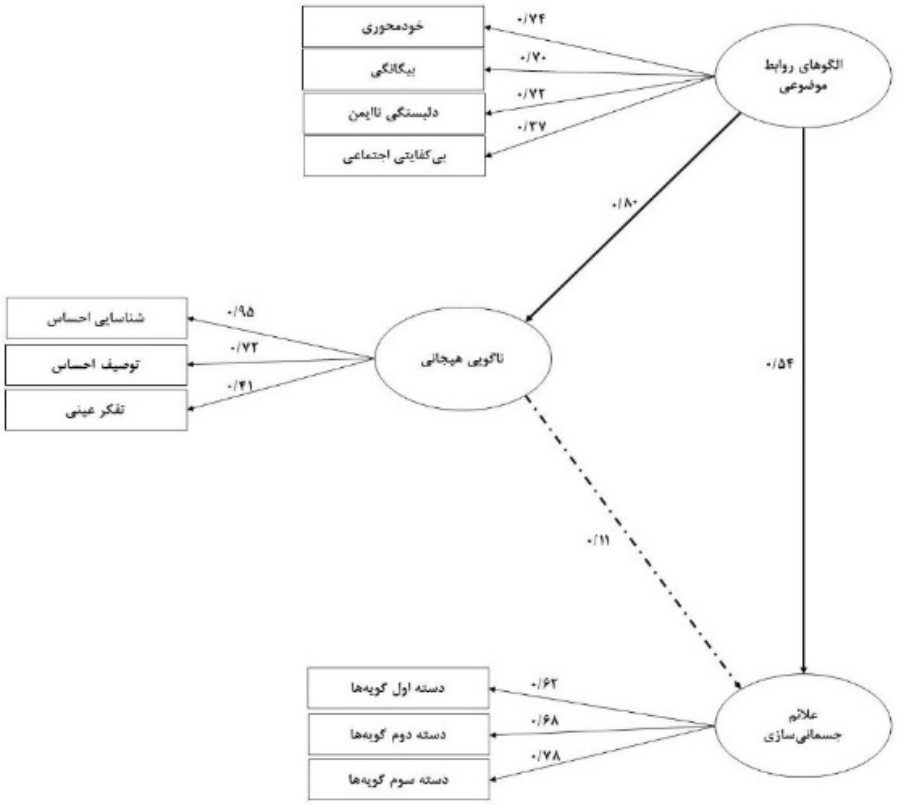
جدول ۲- ضرایب مسیر اثرات متغیرهای مکنون و معنی‌داری پارامترهای برآورد شده در جمعیت عادی افراد ۱۸ تا ۶۰ سال ساکن سمنان در سال ۱۳۹۹ (n=۲۹۵)

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب استاندارد	ضریب غیراستاندارد	خطای استاندارد	T	P
الگوهای روابط موضوعی	**علائم جسمانی‌سازی**	۰/۵۳۸	۰/۲۹۴	۰/۰۸۲	۳/۶۰۱	<۰/۰۰۱
ناگویی هیجانی	**علائم جسمانی‌سازی**	۰/۱۱۰	۰/۰۲۴	۰/۰۲۹	۰/۸۱۶	۰/۴۱۵
الگوهای روابط موضوعی	**ناگویی هیجانی**	۰/۸۰۰	۲/۰۱۸	۰/۱۷۲	۱۱/۷۵۶	<۰/۰۰۱

در مرحله بعد به‌منظور بررسی اثر میانجی متغیر ناگویی هیجانی از روش Bootstrap استفاده شد و نتایج آن با فاصله‌ی اطمینان ۹۵ درصد نشان داد، اثر غیر مستقیم متغیر الگوهای روابط موضوعی به متغیر علائم جسمانی‌سازی از طریق ناگویی هیجانی معنی‌دار نیست (p>۰/۰۵، b = ۰/۰۴۸)، به این ترتیب ناگویی هیجانی در رابطه بین الگوهای روابط موضوعی و علائم جسمانی‌سازی نقش میانجی را ایفاء نمی‌کند و نتایج آن در شکل ۲ قابل مشاهده است. در این

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.1.7.4]
[DOI: 10.52547/jrums.21.1.71]

شکل ضرایب مسیر استاندارد شده در دامنه‌ی ۰/۳۷ تا ۰/۹۵ قرار دارند و تمام مسیرهای متغیر مکنون به متغیرهای مشهودِ خود در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشند.



شکل ۲- مدل مفهومی پژوهش برای نقش میانجی‌گری ناگویی هیجانی در رابطه بین الگوهای روابط موضوعی و علائم جسمانی‌سازی به همراه ضریب مسیر استاندارد شده

بحث

هدف از پژوهش حاضر تعیین ارتباط بین الگوهای روابط موضوعی و علائم جسمانی‌سازی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین الگوهای روابط موضوعی و علائم جسمانی‌سازی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های Bizzi و همکاران [۴۱] و Landa و همکاران [۴۲] همسو است.

Piontek و همکاران [۸] در پژوهشی طولی، به این نتایج دست یافتند که سابقه بدرفتاری کودکی به‌ویژه سوءاستفاده جنسی و هیجانی و غفلت فیزیکی عامل خطری برای جسمانی‌سازی در بزرگسالان است، بنابراین افراد مبتلا به جسمانی‌سازی یکی از گروه‌های مهمی هستند که باید سابقه بدرفتاری دوران کودکی در آن‌ها مورد بررسی قرار گیرد.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.1.7.4]
[DOI: 10.52547/jrums.21.1.71]

هم‌چنین در مطالعه‌ی Byrne و همکاران [۴۳] که با روش مصاحبه چندگانه انجام شد و عوامل احتمالی مؤثر در علائم جسمانی‌سازی شناسایی شد، نتایج نشان داد آشفتگی که افراد مبتلا به علائم جسمانی‌سازی تجربه می‌کنند، تغییرات زندگی، روابط و تجربیات دوران کودکی، از بافت علائم جسمانی‌سازی آن‌ها آشکار می‌شود.

در پژوهش‌ها هم مطرح‌شده است که مراقبت هیجانی ضعیف، افزایش محافظت بیش‌ازحد و کنترل توسط والدین با گزارش‌هایی از درد شدیدتر به هنگام طرد شدن رابطه دارد. بر اساس شواهد افرادی که در چنین محیط‌هایی بزرگ می‌شوند، ممکن است زمانی که احساس تنهایی، صدمه دیدن یا طرد شدن می‌کنند، بیش‌تر مستعد درد جسمی باشند. این یافته‌ها با گزارش‌های متعددی از مشکلات بین‌فردی در اوایل زندگی و محیط‌هایی که رشد هیجانی را در بیماران مبتلا به درد مزمن و جسمانی‌سازی محدود می‌کنند، مرتبط است [۴۴]

در راستای تبیین ارتباط بین الگوهای روابط موضوعی و علائم جسمانی‌سازی Engel (۱۹۵۶) مطرح کرد که در شروع، تشدید و برگشت کولیت التهابی روده بزرگ، عواملی چون کشمکش‌های پیش از مرحله ادیپ، تعاملات بیمارگونه بین مادر و کودک، وابستگی‌های افراطی و نامناسب، انگیزه‌های آسیب‌زای درونی و سرانجام فرآیند فقدان نقش مهمی دارند [۴۵]، به این ترتیب موارد اشاره شده شواهدی هستند مبنی بر این‌که افرادی که در روابط موضوعی خود دچار ضعف و مشکلاتی هستند، احتمال این‌که دچار علائم جسمانی‌سازی شوند، بیش‌تر است.

یافته دیگر پژوهش، ارتباط مثبت و معنادار بین الگوهای روابط موضوعی و ناگویی هیجانی را نشان داد که پژوهش‌های Uzun و همکاران [۴۶] و Ferraro و همکاران [۴۷] نیز این نتایج را تأیید می‌کنند. در راستای این ارتباط می‌توان اشاره کرد به گروه‌هایی از نوجوانان که انتظار می‌رود در معرض خطر بالای نشان دادن ناگویی هیجانی باشند و از تاریخچه رشدی آن‌ها قابل ردیابی است. برای مثال: تجربیات آزار دهنده اولیه در محیط ابتدایی همچون غفلت، سوء استفاده، مرگ والدین، رها کردن یا زندانی شدن [۴۸] اگر توسط مراقبین اولیه تداوم یابد، می‌تواند به‌شدت بر فرآیندهای تنظیم هیجانی بین فردی در رابطه والد-کودک آسیب بزند و سیستم رشد نایافته نوزاد را تحت تأثیر قرار دهد، به این ترتیب مسدود شدن تجربه هیجانی و خطرناک تلقی شدن این هیجانات شروع می‌شود. بنابراین مسدود شدن تجربه هیجانی نشانه‌ای از تروماهای ارتباطی است و می‌تواند از رشد مهارت‌های تنظیم هیجانی جلوگیری کند و این نوزادان می‌توانند حتی در مراحل بعدی نیز ناگویی هیجانی بیش‌تری را از خود نشان دهند [۴۹]. به این ترتیب در بطن تحول بهنجار، رابطه نزدیکی بین مراقب و نوزاد برقرار می‌شود که بر شکل‌گیری طبیعی ساختارهای مغزی، پاسخ‌های اجتماعی، احساس بهزیستی و تنظیم هیجان فرد اثرگذار خواهد بود [۵۰]. در راستای حمایت از این نتایج

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.1.7.4]
[DOI: 10.52547/jrums.21.1.71]

Freud و حامیان روانکاوی همچون Winnicot، Mahler ، Klein، Horney، Sullivan و بسیاری دیگر از روان‌کاوان به اهمیت رابطه اولیه با کیفیت بالا با مراقب برای پرورش زندگی هیجانی تأکید کرده‌اند [۵۱].

ناگویی هیجانی همان‌طور که پیش‌تر به آن پرداخته شد، یکی از مفاهیمی است که می‌تواند با علائم جسمانی‌سازی رابطه داشته باشد، اما نتایج پژوهش‌ها حاکی از یافته‌های ضد و نقیضی در این رابطه است. برخی از پژوهش‌ها که به بررسی ارتباط بین ناگویی هیجانی و علائم جسمانی‌سازی پرداخته‌اند، ارتباط قوی بین این دو و برخی دیگر ارتباط ضعیف‌تری را نشان می‌دهند [۵۲]. به این ترتیب نتایج پژوهش‌ها را می‌توان به دو دسته تقسیم کرد: دسته اول، زمانی‌که ناگویی هیجانی و علائم جسمانی‌سازی در جمعیت عادی مورد بررسی قرار گرفت، رابطه بین این دو متغیر چندان معنادار نشد که ازجمله این پژوهش‌ها، می‌توان به پژوهش Lundh و همکاران [۵۲] اشاره کرد. هم‌راستا با این نتایج پژوهش Petrova [۵۳] نشان داد که بین ناگویی هیجانی و علائم جسمانی‌سازی هنگامی‌که اضطراب و افسردگی کنترل نشده بود، ضریب همبستگی جزئی وجود داشت، ولی زمانی که افسردگی و اضطراب کنترل شد همبستگی جزئی معنادار نشد. نتایج پژوهش Karvonen و همکاران [۵۴] نیز نشان از عدم وجود رابطه معنادار بین ناگویی هیجانی و علائم جسمانی‌سازی دارد. در پژوهش De Gucht و همکاران [۵۵] یافته‌ها حاکی از ارتباط کم تا متوسط بین این دو متغیر است. یافته‌های پژوهش حاضر نیز هم‌سو با نتایج پژوهش‌ها در این دسته است که نشان داد رابطه غیر مستقیم الگوهای روابط موضوعی و علائم جسمانی‌سازی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی معنادار نیست. نتایج پژوهش با مطالعه Rady و همکاران [۵۶] همسو است. در تبیین این عدم معناداری متخصصان روان‌تنی اشاره کردند که در مراکز مراقبت اولیه بین اضطراب، افسردگی و ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به علائم غیرقابل توضیح پزشکی همپوشانی وجود دارد [۵۷] و پژوهش kani و همکاران [۵۸] نرخ بالای این سه علامت را در بیماران سوءهاضمه مورد تأیید قراردادند. با توجه به موارد مطرح شده و یافته‌های حاصل از پژوهش‌ها [۵۹] در رابطه بین علائم جسمانی‌سازی و ناگویی هیجانی، متغیرهای هیجانی همچون اضطراب و افسردگی می‌توانند نقش واسطه‌ای داشته باشند.

در مجموع برای تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان اشاره کرد که ارتباط بین الگوهای روابط موضوعی و علائم جسمانی‌سازی به‌صورت مستقیم است، یعنی بین دو متغیر الگوهای روابط موضوعی و علائم جسمانی‌سازی، رابطه قوی وجود دارد و ناگویی هیجانی نقش میانجی را ایفاء نمی‌کند. در راستای تبیین عدم میانجی‌گری ناگویی هیجانی، می‌توان به این مسئله اشاره کرد که در پژوهش حاضر افرادی که مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی ازجمله (اضطراب و افسردگی و دیگر موارد) بودند از پژوهش کنار گذاشته شدند و پژوهش

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.1.7.4]
[DOI: 10.52547/jrums.21.1.71]

بر روی جمعیت غیر بالینی انجام شد. درواقع با کنترل اضطراب و افسردگی که در پژوهش‌های پیشین به‌عنوان متغیرهای اثر گذار در رابطه بین جسمانی‌سازی و ناگویی هیجانی شناخته‌اند، این رابطه همبستگی کمی را نشان داد و می‌توان به‌عنوان علتی از آن یاد کرد که به تبیین عدم میانجی‌گری ناگویی هیجانی می‌پردازد. از دیگر دلایل این یافته، این است که اندازه‌گیری ناگویی هیجانی با پرسشنامه‌های خود گزارش دهی دشوار است به این دلیل که اگر افراد مبتلا به ناگویی هیجانی مشکلاتی در درک و توصیف هیجان‌هایشان داشته باشند، ممکن است از وجود چنین نقصی نا آگاه باشند و بنابراین خود قادر به گزارش آن نباشند [۶۰].

در تضاد با پژوهش‌های اشاره شده، نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین ناگویی هیجانی و علائم جسمانی‌سازی در جمعیت عادی ارتباط معناداری وجود دارد [۲۲, ۶۱]. به این ترتیب دلایل متعددی می‌تواند در تبیین نتیجه متفاوت پژوهش‌ها اثرگذار باشد که از جمله آن می‌توان به جامعه آماری پژوهش، بازه‌ی سنی مورد پژوهش و روش‌های متفاوت آزمون‌های آماری همچون (همبستگی و مدل‌یابی) اشاره کرد.

دسته دوم پژوهش‌هایی هستند که در آن‌ها به مطالعه ناگویی هیجانی و علائم جسمانی‌سازی در افراد دچار مشکلات جسمی پرداخته شده است، در این مطالعات ارتباط بین دو متغیر فوق معنادار واقع شد، در این راستا می‌توان به پژوهش Romeo و همکاران [۶۲] اشاره کرد که بر روی افراد مبتلا به فیبرومیالژیا انجام شد و نشان داد که ناگویی هیجانی به‌طور قابل‌توجهی تجربه علائم فیبرومیالژیا را پیش‌بینی می‌کند. هم‌چنین در پژوهش Ozlem و همکاران [۶۳] نتایج حاکی از آن بود که بزرگ‌سالان مبتلا به تشنج‌های غیرصرعی روان‌زاد، تجربه‌های آسیب‌زای هیجانی و جنسی و علائم اختلال استرس پس از آسیب بیش‌تری را نسبت به گروه کنترل داشتند. هم‌چنین روابط دلبستگی این افراد با مادران و پدران با اعتماد کم‌تری همراه بود. در مجموع می‌توان گفت که تروماهای کودکی، علائم اختلال استرس پس از آسیب در طول زندگی و ناگویی هیجانی ارتباط معناداری با عامل‌های خطر ابتلاء به تشنج‌های غیرصرعی روان‌زاد در بزرگ‌سالی دارد.

با توجه به آنچه اشاره شد، به نظر می‌رسد که تئوری Bion از جسمانی‌سازی برای افراد مبتلا به مشکلات جسمانی قابل تبیین است. به این صورت که شکست در خیال‌ورزی و مشکل در نمادسازی اولیه مواردی هستند که در افراد مبتلا نقش دارند. این شکست در تبدیل تجارب هیجانی و حسی ناپخته به عوامل روانی ناشی از وجود ناگویی هیجانی است.

پژوهش حاضر همچون دیگر پژوهش‌های حوزه علوم رفتاری و روان‌شناسی دارای محدودیت‌هایی است، از جمله مهم‌ترین آن‌ها استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، اجرای پژوهش بر روی نمونه غیر بالینی، استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی و اجرای آنلاین پژوهش

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.1.7.4]
[DOI: 10.52547/jrums.21.1.71]

است. در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود از مصاحبه‌های کیفی به‌ویژه مواردی که بر مبنای نظریه‌های روابط موضوعی ساخته‌شده است، به این دلیل که می‌تواند داده‌های غنی‌تری را در اختیار پژوهش‌گران بگذارد و از چک‌لیست‌های سلامت روان همچون (SCL-90) که بتواند علاوه بر علائم جسمانی‌سازی، مشکلات دیگر را هم بسنجد، استفاده شود، تا به این منظور مسائلی همچون اضطراب و افسردگی و دیگر مواردی را که ممکن است فرد تحت تأثیر آن‌ها علائم جسمانی‌سازی را بیش‌تر گزارش دهد، کنترل شود.

نتیجه‌گیری

در مجموع نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین الگوهای روابط موضوعی و علائم جسمانی‌سازی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد، هم‌چنین نشان داده شد که ناگویی هیجانی بین الگوهای روابط موضوعی و علائم جسمانی‌سازی، نقش میانجی را ایفاء نمی‌کند. در واقع الگوهای روابط موضوعی اثر خود را بی واسطه بر روی علائم جسمانی‌سازی می‌گذارد نه به واسطه ناگویی هیجانی. بر اساس نتایج پژوهش به درمان‌گران بالینی و پزشکان مربوطه توصیه می‌شود که در بررسی و ارتباط خود با افراد مبتلا به علائم جسمانی‌سازی، الگوی روابط موضوعی آن‌ها را در نظر بگیرند تا به این طریق فرد مبتلا بتواند با برقراری ارتباطی سالم و جدید، بازنمایی جدیدی از روابط در ذهنش شکل‌گرفته و اثر روابط موضوعی نامناسب اولیه‌ای که بر اساس پژوهش‌های اشاره‌شده قبلی در این افراد وجود دارد، کمرنگ‌تر گردد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش حاصل کار پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی است. نویسندگان این مقاله از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش کمال قدردانی را دارند.

References

[1] Fergus TA, Limbers CA, Griggs JO, Kelley LP. Somatic symptom severity among primary care patients who are obese: examining the unique contributions of anxiety sensitivity, discomfort intolerance, and health anxiety. *J Behav Med* 2018; 41(1): 43–51.

[2] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed,

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.1.7.4]
[DOI: 10.52547/jrums.21.1.71]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-05]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.1.7.4]

[DOI: 10.52547/jrums.21.1.71]

Washington DC, American Psychiatric Publishing. 2013; 311.

[3] Jarry JL. Psychodynamic Perspectives on Body Image. In: Cash TBT-E of BI and HA, editor. Encyclopedia of Body Image and Human Appearance. Oxford, Academic Press. 2012; 693–9.

[4] Bleandonu G. Wilfred Bion: His Life and Works, 1897-1979. Londen, Free Association Books. 1994; 51.

[5] Ogden HT. On projective identification. *Int J Psychoanal* 1979; 60: 357–73.

[6] Lagos CM. The theory of thinking and the capacity to mentalize: a comparison of Fonagy's and Bion's models. *Span J Psychol* 2007; 10(1): 189–98.

[7] Magnenat L. Psychosomatic breast and alexithymic breast: A Bionian psychosomatic perspective. *Int J Psychoanal* 2016; 97(1): 41–63.

[8] Piontek K, Wiesmann U, Apfelbacher C, Völzke H, Grabe HJ. The association of childhood maltreatment, somatization and health-related quality of life in adult age: results from a population-based cohort study. *Child Abuse Negl* 2021; 120: 105226.

[9] Yesil H, Ozdogan B, Unubol H, Sayar GH. Examining the relationship between attachment, somatization, and expressing emotions. *J Neurobehav Sci* 2021; 8(2): 119–24.

[10] Kojima M. Alexithymia as a prognostic risk factor for health problems: a brief review of epidemiological studies. *Biopsychosoc Med* 2012; 6(1): 1–9.

[11] Orru G, Gemignani A, Ciacchini R, Bazzichi L, Conversano C. Machine learning increases diagnosticity in psychometric evaluation of alexithymia in fibromyalgia. *Front Med* 2020; 6: 319.

[12] Martino G, Caputo A, Vicario CM, Catalano A, Schwarz P, Quattropani MC. The relationship between alexithymia and type 2 diabetes: a systematic review. *Front Psychol* 2020; 11: 2026.

[13] Thavamani A, Umapathi KK, Khatana J, Gulati R. Burden of psychiatric disorders among pediatric and young adults with inflammatory bowel

disease: a population-based analysis. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr* 2019; 22(6): 527–35.

[14] Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge, Cambridge University Press. 1997;15.

[15] Bion W. Attacks on linking. IN: Second Thoughts. Londen, Karnac Books. 1959; 93–109.

[16] Kealy D, Ogrodniczuk JS, Howell-Jones G. Object relations and emotional processing deficits among psychiatric outpatients. *J Nerv Ment Dis* 2011; 199(2): 132–5.

[17] Fuchshuber J, Hiebler-Ragger M, Kresse A, Kapfhammer H-P, Unterrainer HF. The influence of attachment styles and personality organization on emotional functioning after childhood trauma. *Front Psychiatry* 2019; 10: 643.

[18] Dinc PK, Oktay S, Batigun AD. Mediation role of alexithymia, sensory processing sensitivity and emotional-mental processes between childhood trauma and adult psychopathology: a self-report study. *BMC Psychiatry* 2021; 21(1): 508.

[19] Bottiroli S, Galli F, Viana M, Sances G, Tassorelli C. Traumatic experiences, stressful events, and alexithymia in chronic migraine with medication overuse. *Front Psychol* 2018; 9: 704.

[20] Zdankiewicz-Scigała E, Odachowska E, Tworek B. Early childhood trauma, alexithymia, dissociation and the power of the body self. *Psychiatr I Psychol Klin* 2018; 18(3): 255–70.

[21] Ozsoy F, Tasci I. Defense mechanisms, dissociation, alexithymia and childhood traumas in chronic migraine patients. *J Ration Cogn Ther* 2021; 39(1): 101–13.

[22] Khazen F, Ahmadi E. The structural relationship between alexithymia and somatization in the students of Islamic Azad University, Marand Branch. *Eur J Mol Clin Med* 2021; 8(1): 1831–9.

[23] Panasiti MS, Ponsi G, Violani C. Emotions, Alexithymia, and Emotion Regulation in Patients With Psoriasis. *Front Psychol* 2020; 11: 836.

[24] Elander J, Kapadi R, Bateman AH. A systematic review of evidence about the role of alexithymia in chronic back pain. *Heal Psychol Updat* 2021; 1(30): 3–13.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.1.7.4]
[DOI: 10.52547/jrums.21.1.71]

[25] Kroenke K, Price RK. Symptoms in the community: prevalence, classification, and psychiatric comorbidity. *Arch Intern Med* 1993; 153(21): 2474–80.

[26] Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 4nd ed, New York, Guilford. 2015; 277.

[27] Bell M, Billington R, Becker B. A scale for the assessment of object relations: Reliability, validity, and factorial invariance. *J Clin Psychol* 1986; 42(5): 733–41.

[28] Bellak L, Hurvich M, Gediman HK. Ego functions in schizophrenics, neurotics, and normals: A systematic study of conceptual, diagnostic, and therapeutic aspects. New York, John Wiley & Sons Incorporated. 1973.

[29] Bell MD. Bell Object Relations and Reality Testing Inventory (BORRTI) Manual. Los Angeles, Western Psychological Services. 1995; 48-61.

[30] Mesgarian F, Azadfallah P, Farahani H, Ghorbani N. Psychometric properties of Bell object relations inventory (BORI). *Clin Psychol Personal* 2018; 15(2): 193–204. [Farsi]

[31] Hadinezhad H, Tabatabaeian M, Dehghani M. A Preliminary Study for Validity and Reliability of Bell Object Relations and Reality Testing Inventory. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2014; 20(2): 162–9. [Farsi]

[32] Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med* 2002; 64(2): 258–66.

[33] Lee S, Ma YL, Tsang A. Psychometric properties of the Chinese 15-item patient health questionnaire in the general population of Hong Kong. *J Psychosom Res* 2011; 71(2): 69–73.

[34] Abdolmohamadi K, Beirami M, Mohammadzadeh A, Ahmadi E, Hossein Alizade M. Iranian validation of the somatization inventory (PHQ-15). *Int J Psychol Behav Res* 2014; 1(4): 1–12.

[35] Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 1994; 38(1): 23–32.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.1.7.4]
[DOI: 10.52547/jrums.21.1.71]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-05]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.1.7.4]

[DOI: 10.52547/jrums.21.1.71]

[36] Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res* 1994; 38(1): 33–40.

[37] Besharat MA. Toronto alexithymia scale: Questionnaire, instruction and scoring. *Dev Psychol* 2013; 37(10): 90–2. [Farsi]

[38] Sakkinen P, Kaltiala-Heino R, Ranta K, Haataja R, Joukamaa M. Psychometric Properties of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale and Prevalence of Alexithymia in a Finnish Adolescent Population. *Psychosomatics* 2007; 48(2): 154–61.

[39] Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychol Rep* 2007; 101(1): 209–20.

[40] Raykov T, Marcoulides GA. A first course in structural equation modeling. England, Routledge. 2012; 42.

[41] Bizzi F, Ensink K, Borelli JL, Mora SC, Cavanna D. Attachment and reflective functioning in children with somatic symptom disorders and disruptive behavior disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2019; 28(5): 705–17.

[42] Landa A, Fallon BA, Wang Z, Duan Y, Liu F, Wager TD, et al. When it hurts even more: The neural dynamics of pain and interpersonal emotions. *J Psychosom Res* 2020; 128: 11–30.

[43] Byrne A, O'Connor J, Wilson O'Raghallaigh J, MacHale S. Something torn or burst or unbearable: a psychoanalytically-informed exploration of the experience of somatic symptoms. *Psychoanal Psychother* 2019; 33(1): 5–19.

[44] Landa A, Peterson BS, Fallon BA. Somatoform pain: a developmental theory and translational research review. *Psychosom Med* 2012; 74(7): 717–27.

[45] Schwartz HJ, Bleiberg E, Weissman SH. Psychodynamic concepts in general psychiatry. Washington DC, American Psychiatric Pub. 1995; 293.

[46] Uzun O, Akdemir D, Topcu M, Ozsungur B. Childhood Traumas, Attachment and Alexithymia in Adolescents with Psychogenic Nonepileptic

Seizure Type of Conversion Disorder. *Turk Psikiyatri Derg* 2019; 30(2): 109–17.

[47] Ferraro IK, Taylor AM. Adult attachment styles and emotional regulation: The role of interoceptive awareness and alexithymia. *Pers Individ Dif* 2021; 173: 110641.

[48] Schimmenti A, Caretti V. Attachment, trauma, and alexithymia. Alexithymia Adv Res theory, Clin Pract. England, Cambridge University Press. 2018; 127–41.

[49] Krystal H, Krystal JH. Integration and self healing: Affect, trauma, alexithymia. New York, Routledge. 2015; 167.

[50] Kraemer GW. A psychobiological theory of attachment. *Behav Brain Sci* 1992; 15(3): 493–541.

[51] Prochazka R, Lecbych M. Problems in spekifying alexithymia: A review of the empirical literature. *Ad Alta J Interdiscip Res* 2018; 8(2): 198–203.

[52] Lundh L, Simonsson-Sarnecki M. Alexithymia, emotion, and somatic complaints. *J Pers* 2001; 69(3): 483–510.

[53] Petrova EA. The relationship between alexithymia and functional somatization in college students in the United States. [Doctoral Dissertation]. Auburn: Auburn University, Counselor Education, School Psychology; 2008.

[54] Karvonen JT, Veijola J, Kokkonen P, Laksy K, Miettunen J, Joukamaa M. Somatization and alexithymia in young adult Finnish population. *Gen Hosp Psychiatry* 2005; 27(4): 244–9.

[55] De Gucht V, Heiser W. Alexithymia and somatisation: a quantitative review of the literature. *J Psychosom Res* 2003; 54(5): 425–34.

[56] Rady A, Alamrawy R, Ramadan I, Abd El Raouf M. Does alexithymia, independent of depressive and anxiety disorders, correlate with the severity of somatic manifestations among patients with medically unexplained physical symptoms? *J Exp Psychopathol* 2021; 12(4): 20438087211043730.

[57] Lowe B, Spitzer RL, Williams JBW, Mussell M, Schellberg D, Kroenke K. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30(3): 191–9.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.1.7.4]
[DOI: 10.52547/jrums.21.1.71]

[58] Kani HT, Dural U, Sakalli Kani A, Yanartas O, Kiziltas S, Yilmaz Enc F, et al. Evaluation of depression, anxiety, alexithymia, attachment, social support and somatization in functional dyspepsia. *Psychiatry Clin Psychopharmacol* 2019; 29(1): 45–51.

[59] Saeed S, Islam S, Khawar R. Mediating Role of Negative Affect in Relationship between Illness Anxiety and Alexithymia. *FWU J Soc Sci* 2019; 13(3): 86–98.

[60] Kirmayer LJ, Robbins JM, Paris J. Somatoform disorders: Personality and the social matrix of somatic distress. *J Abnorm Psychol* 1994; 103(1): 125–36.

[61] Kouhi F, Karami J. The Relationship between Brain- Behavioral Systems, Alexithymia and Somatoform Disorder Symptoms in Female Students. *Rph* 2015; 9(3): 13–21. [Farsi]

[62] Romeo A, Di Tella M, Ghiggia A, Tesio V, Fusaro E, Geminiani GC, et al. Attachment style and parental bonding: Relationships with fibromyalgia and alexithymia. *PLoS One* 2020; 15(4): e0231674.

[63] Ozlem U, Akdemir D, Topcu M, Ozsungur B. Childhood Traumas, Attachment and Alexithymia in Adolescentswith Psychogenic Nonepileptic Seizure Type of Conversion Disorder. *Turk Psikiyatr Derg* 2019; 30(2): 109.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-05]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.1.7.4]

[DOI: 10.52547/jrums.21.1.71]

Investigating the Relationship between Object Relations Patterns and Somatization Symptoms Mediated by Alexithymia (A model Based on Bion's Point of View): A Descriptive Study

Fatemeh Doustmohammadi[1], Azadeh Tavoli[2], Zohreh Khosravi[3]

Received: 11/12/21Sent for Revision: 02/01/22 Received Revised Manuscript: 12/02/22 Accepted: 16/02/22

Background and Objectives: One of the most common problems in the general population is somatization symptoms. Therefore, identifying the factors that play a role in causing these symptoms will be effective in preventing their occurrence. Therefore, this study aimed to determine the relationship between object relations patterns and somatization symptoms mediated by alexithymia.

Materials and Methods: The method of this research was descriptive modeling. For this purpose, 295 people living in Semnan in the age range of 18 to 60 years were selected by convenience sampling method and answered the questionnaires of Bell Object Relations, somatization symptoms (PHQ-15), and Toronto Alexithymia with an internet survey in February and March 2021. Data were analyzed by Pearson's correlation test and structural equation modeling.

Results: The results showed that this model has a good fitness, and there was a significant positive relationship ($p<0.05$) between object relations patterns and somatization symptoms ($T= 3.601$, $\beta= 0.538$) and alexithymia ($T=11.756$, $\beta= 0.800$), but no significant relationship was observed between somatization symptoms and alexithymia ($T=0.816$, $\beta=0.110$) and as a result, the mediating role of alexithymia in data analysis was not significant ($p>0.05$).

Conclusion: These findings show that by identifying the object relations patterns in individuals, it is possible to predict the likelihood of developing somatization symptoms and alexithymia to some extent. Therefore, it is recommended that clinical therapists need to consider the object relations patterns of the individuals with somatization symptoms in communicating with them.

Key words: Object relations, Somatization, Alexithymia, Semnan

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Semnan University of Medical Sciences approved the study (IR.SEMUMS.REC.1399.287)

How to cite this article: Doustmohammadi Fatemeh, Tavoli Azadeh, Khosravi Zohreh. Investigating the Relationship between Object Relations Patterns and Somatization Symptoms Mediated by Alexithymia: (A model Based on Bion's Point of View): A Descriptive Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2022; 21 (1): 71-90. [Farsi]

1- MA in Clinical Psychology, Dept. of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran
2- Assistant Prof., Dept. of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran, ORCID: 0000-0002-3636-7096
(Corresponding Author) Tel: (021) 85692853, Fax: (021) 88041464, E-mail: a.tavoli@alzahra.ac.ir
3- Prof. of Psychology, Dept. of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.1.7.4]
[DOI: 10.52547/jrums.21.1.71]