مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱۳، ی ۱۳۹۳، ۹۷۲- ۹۶۱

نقش ناگویی خلقی و ابرازگری هیجانی در پیش‌بینی علایم جسمانی‌سازی در دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی در سال ۹۳-۹۲

سجاد بشرپور[۱]، سجاد علمردانی صومعه[۲]، یحیی شاه محمدزاده[۲]

دریافت مقاله: ۹۳/۶/۲۹ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۳/۹/۵ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۳/۱۰/۲۱ پذیرش مقاله: ۹۳/۱۰/۲۸

چکیده

زمینه و هدف: علایم جسمانی‌سازی، سطوح بالایی از نگرانی، اضطراب و واکنش افراطی در پاسخ به علایم فیزیکی را در افراد ایجاد می‌کند و گفته می‌شود که جسمانی‌سازی 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 علایم جسمانی‌سازی در دانشجویان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی است. نمونه مورد مطالعه شامل ۱۱۵ دانشجو (۶۵ دختر و ۵۰ پسر) بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای از جامعه دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از مقیاس ناگویی خلقی Toronto، پرسش‌نامه ابرازگری هیجانی Berkeley و خرده مقیاس جسمانی‌سازی آزمون تجدید نظر شده فهرست علایم ۹۰ سؤالی (SCL-90 R) استفاده شد. داده‌های به دست آمده با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه خطی تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج همبستگی نشان داد علایم جسمانی‌سازی با دشواری در توصیف احساسات ($r=۰/۳۴$؛ $p<۰/۰۰۱$)، دشواری در تشخیص احساسات ($r=۰/۳۹$؛ $p<۰/۰۰۱$)، تفکر معطوف به سطح ($r=۰/۱۸$؛ $p=۰/۰۲$) و نمره کلی ناگویی خلقی ($r=۰/۳۹$؛ $p<۰/۰۰۱$) رابطه مثبت ولی با بیانگری منفی هیجان ($r=-۰/۱۷$؛ $p=۰/۰۳$)، بیانگری مثبت هیجان ($r=-۰/۱۵$؛ $p=۰/۰۵$) و نمره کلی ابرازگری هیجان ($r=-۰/۱۸$؛ $p=۰/۰۲$) ارتباط منفی دارد. نتایج تحلیل رگرسیون خطی نیز نشان داد ۲۰٪ از کل واریانس علایم جسمانی‌سازی به وسیله ناگویی خلقی به ویژه دشواری در تشخیص احساسات تبیین می‌شود.

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

واژه‌های کلیدی: ناگویی خلقی، ابرازگری هیجان، علایم جسمانی‌سازی، دانشجویان

۱- (نویسنده مسئول) استادیار گروه آموزشی روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
تلفن: ۳۵۵۱۶۶۸۶-۰۴۵ دورنگار: ۳۵۵۱۰۱۳۲-۰۴۵ پست الکترونیکی: basharpoor_sajjad@yahoo.com
۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1393.13.10.8.7]

مقدمه

اختلالات جسمانی شکل (Somatoform disorders) 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 علایم جسمانی (Somatic Symptom) تغییر داده است، در این اختلالات برخی نشانه‌های فیزیکی وجود دارد که نشان‌دهنده بیماری‌های فیزیکی یا عصبی هستند، اما معاینات و آزمایشات مختلف هیچ نوع بیماری فیزیکی کشف نمی‌کنند [۱]. علایم جسمانی‌سازی (Somatization symptoms) در اغلب موارد ابتدا در نوجوانی پدیدار می‌شود و به صورت یک دوره همیشگی افت و خیزدار در می‌آید که طی آن، رویدادهای استرس‌زای فرد می‌تواند نشانه‌ها را تشدید کند [۲]. شیوع علایم جسمانی‌سازی مشخص نیست؛ اما در جامعه عادی ممکن است بین ۵ تا ۷٪ باشد. زنان معمولاً بیشتر از مردان مبتلا می‌شوند و در نتیجه نرخ شیوع این اختلال ممکن است در زنان بیشتر باشد. اکثر افراد مبتلا به اختلالات جسمانی‌سازی باور دارند که مشکلاتشان واقعاً جسمی است و وقتی به آنها گفته می‌شود که هیچ نشانه‌ای دال بر وجود مشکل پزشکی وجود ندارد، باور نمی‌کنند [۳].

در بیماران مبتلا به اختلال جسمانی‌سازی ناراحتی‌های روانی و مسائل بین فردی آشکار وجود دارد. اضطراب و افسردگی شایع‌ترین حالات روانپزشکی این بیماران است. معمولاً علایم جسمانی‌سازی اغلب با سلامتی روانی پایین و مشکلات روان شناختی همراه می‌باشند [۴]. از لحاظ شخصیتی، روان پزشکان افراد مبتلا به اختلالات جسمانی‌سازی را افرادی وظیفه شناس حتی وسواسی، حساس، نا ایمن و مضطرب توصیف می‌کنند [۸-۵].

شواهد زیادی نشان می‌دهند که ناگویی خلقی (Alexithymia) و دشواری در شناسایی و ابراز هیجانات با بسیاری از مشکلات سلامتی فیزیکی چون بیماری التهابی روده [۹]، درد مزمن پشت [۱۰]، اختلال درد بدنی [۱۱] و سردردهای تنشی [۱۲] ارتباط دارند. ناگویی خلقی اصطلاحی است که Sifneos 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 [۱۳].

Mattila و همکاران نشان دادند ناگویی خلقی مستقل از بیماری جسمانی، افسردگی و اضطراب و متغیرهای جمعیت‌شناختی با علایم جسمانی‌سازی همراه می‌باشد [۱۴]. Rieffe و همکاران [۱۵]، Allen و همکاران [۱۶] دریافتند که بین ناگویی خلقی، حالت خلق و علایم درونی‌سازی نظیر علایم جسمانی و نگرانی/ نشخوارگری (Rumination) ارتباط وجود دارد. Basharpoor و همکاران نیز نشان دادند که ناگویی خلقی با علایم اختلال شخصیت مرزی در جمعیت عمومی ارتباط دارد [۱۷].

در مبتلایان به علایم جسمانی‌سازی، ابرازگری هیجانی (Emotional expressiveness) بازداری می‌شود. ابرازگری هیجانی به ابراز پاسخ‌های هیجانی (برای مثال غم با گریه کردن) گفته می‌شود و به معنای تمایل درونی برای سهیم

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1393.13.10.8.7]

شدن یا نشدن هیجانات درونی با دیگران است [۱۸]. ناگویی خلقی و ابرازگری هیجانی دو سازه جدا بوده ولی با همدیگر همپوشی دارند. به باور King و همکاران 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 [۱۹]. Quinton و همکارش نشان داده‌اند که ناگویی خلق با دوسوگرایی ذهنی در ابرازگری هیجانی مشخص می شود که نتیجه آن همان عدم ابراز هیجان می باشد [۲۰].

Shaw و همکاران در مطالعه‌ای روی گروهی از افراد بزرگسال نشان دادند که فشارِ خون دیاستولیک بالا با ابرازگری پایین هیجانی همراه می‌باشد [۲۱]. Tops و همکاران نشان دادند که ابرازگری هیجانی با سرطان پستان مرتبط می‌باشد [۲۲]. Sparrevohn و همکارش با مقایسه ۵۸ بیمار مبتلا به فوبیای اجتماعی و ۵۸ فرد سالم گزارش کردند که شرکت کنندگان مبتلا به فوبیای اجتماعی ابرازگری هیجانی، خودفاش سازی و بیان صمیمیت کمتری نسبت به گروه کنترل سالم دارند [۲۳]. Perry و همکارش نشان دادند ناگویی خلقی و ابرازگری هیجان در اختلال پرخوری عصبی (Bulimia Nervosa) نقش دارد [۲۴]. Basharpoor و همکاران نیز نشان دادند شدت تکانه و ابراز منفی هیجان به طور مستقیم و ابراز مثبت هیجان نیز به طور معکوس رفتارهای قلدری در نوجوانان را پیش‌بینی می‌کند [۲۵].

بر مبنای شواهد موجود می‌توان فرض کرد که برعکس ناگویی خلقی و سرکوب هیجان، ابرازگری هیجان می‌تواند به عنوان یک عامل دفاعی در برابر مشکلات روان شناختی باشد. نتایج مطالعات نیز نشان می‌دهند که تفاوت‌های فردی در استفاده از مهارت‌های هیجانی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده پیامدهای سلامتی باشد. علایم جسمانی‌سازی معمولاً در پاسخ به مشکلات روان‌شناختی ظاهر می‌شوند، ولی تظاهرات بیماری به صورت جسمانی است. از آن جا که دانشجویان به دلیل عوامل فشارزای خاص این دوره در معرض مخاطرات روان شناختی بیشتری قرار دارند، بیشتر احتمال دارد که علایم جسمانی‌سازی از خود نشان دهند، ولی به نظر می رسد که با توجه به تفاوت‌های فردی در ناگویی خلقی و ابرازگری هیجانی، تجربه این علایم در آن‌ها متفاوت باشد. با توجه به اهمیت این امر، پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش ناگویی خلقی و ابرازگری هیجان در پیش بینی علایم جسمانی‌سازی در دانشجویان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر توصیفی است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی بود که در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ مشغول به تحصیل بودند (N=۱۰۱۸۳). با توجه به قانون حداقل حجم نمونه در تحقیقات همبستگی که ۳۰ نفر به ازای هر متغیر پیش‌بین ذکر شده است [۲۶]، در این پژوهش با توجه به وجود دو متغیر پیش‌بین حداقل حجم ۶۰ نفر کفایت می‌کرد که برای افزایش اعتبار بیرونی نتایج، تعداد ۱۲۰ نفر به شیوه تصادفی چند مرحله‌ای از میان دانشجویان دانشکده‌های علوم انسانی، علوم پایه، فنی مهندسی و کشاورزی انتخاب و در این پژوهش شرکت کردند که در نهایت داده‌های ۵ نفر به دلیل ناقص بودن کنار گذاشته شد و داده‌های ۱۱۵ نفر در تحلیل نهایی شرکت داده

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1393.13.10.8.7]

شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌های زیر استفاده شد:

۱- مقیاس ناگویی خلقی Toronto: این پرسش‌نامه توسط Bagby و همکاران 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 بر حسب 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 به عنوان ناگویی خلقی با شدت زیاد و نمره‌های ۵۲ به پایین به عنوان ناگویی خلقی با شدت کم در نظر گرفته می‌شوند [۲۷]. 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 ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شده است [۲۸].

۲- پرسش‌نامه ابراز هیجانی Berkeley: این آزمون یک ابراز ۱۶ سؤالی است که توسط Gross و همکارش 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 ۳ مقیاس شدت تکانه، بیانگری منفی هیجان (Negative expression)، و بیانگری مثبت هیجان (Positive expression) 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 و پایایی بازآزمایی خوبی دارد. اعتبار همگرا و واگرای هر یک از خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه خوب گزارش شده است [۱۸]. در مطالعه Dobbs 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 [۲۹]. 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 و مثبت به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶۸، ۰/۷۴ و برای کل پرسش‌نامه نیز ۰/۷۵ به دست آمد [۲۵].

۳- آزمون تجدید نظر شده فهرست علایم ۹۰ سؤالی (SCL-90 R): این آزمون شامل۹۰ سؤال برای ارزشیابی علایم روانی است که شدت نشانه‌ها و شکایت‌های معمول روانی را می‌سنجد. برای هر ماده پرسش‌نامه پنج گزینه هیچ (صفر) تا به شدت [۴] وجود دارد که آزمودنی با در نظر گرفتن این که چه میزان این مشکل را در طول هفته گذشته تا به امروز تجربه کرده است گزینه مورد نظر را مشخص می کند. این پرسش‌نامه دارای ۹ بعد است. ابعاد ۹ گانه این آزمون عبارت اند از ۱. شکایت‌های جسمانی، ۲. وسواس- اجبار، ۳. حساسیت در روابط متقابل، ۴. افسردگی، ۵. اضطراب، ۶. پرخاشگری، ۷. ترس مرضی، ۸. افکار پارانوئیدی و ۹. روان پریشی. پایایی این آزمون به روش بازآزمایی 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

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1393.13.10.8.7]

پرفشار روانی بوده‌اند انجام شده و رضایت‌بخش گزارش شده است [۳۰]. پایایی و روایی این آزمون در ایران قابل قبول بوده است به طوری که ثبات درونی آن از ۰/۷۷ برای بعد روان پریشی تا ۰/۹۰ برای بعد افسردگی گزارش شده است. پایایی این آزمون به کمک بازآزمایی نیز از ۰/۸۰ برای بعد شکایت‌های جسمانی تا ۰/۹۰ برای افکار پارانوئیدی گزارش شده است [۳۱]. در این پژوهش فقط از خرده مقیاس شکایات فیزیکی این ابزار که مشتمل بر ۱۲ سؤال می‌باشد برای اندازه‌گیری مشکلات جسمانی‌سازی استفاده شد که حداقل نمره این آزمون صفر و حداکثر آن ۴۸ می‌باشد.

جهت اجرای این پژوهش از بین ۱۰ دانشکده دانشگاه محقق اردبیلی به تصادف چهار دانشکده و سپس از هر دانشکده نیز یک کلاس به تصادف انتخاب شد. بعد از مراجعه به محل کلاس‌ها در پایان وقت آموزشی و بیان اهداف پژوهش، از کل دانشجویان کلاس‌ها درخواست شد به پرسش‌نامه‌های ناگویی خلقی، شیوه‌های ابرازگری هیجان و خرده مقیاس جسمانی‌سازی آزمون تجدید نظر شده فهرست علایم ۹۰ سؤالی (SCL-90 R) در حضور پژوهشگر پاسخ دهند. داشتن هر نوع اختلال پزشکی و روانپزشکی معیار خروج آزمودنی‌ها از مطالعه بود. داده‌های جمع‌آوری شده نیز با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون خطی چندگانه با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۷ با نظر گرفتن سطح معنی دار ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

تعداد ۱۱۵ دانشجو (۶۵ دختر و ۵۰ پسر) با میانگین سنی ۲۲/۸۸ و انحراف استاندارد ۳/۰۸ سال در این پژوهش شرکت کردند که ۳۲ نفر (۲۷/۸۳٪) از دانشکده علوم انسانی، ۲۹ نفر (۲۵/۲۲٪) از دانشکده علوم پایه، ۲۶ نفر (۲۲/۶۱٪) از دانشکده فنی مهندسی و ۲۸ نفر (۲/۳۴٪) نیز از دانشکده کشاورزی انتخاب شده بودند. جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای ناگویی خلقی، ابرازگری هیجان و جسمانی‌سازی را نشان می‌دهد.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد علایم جسمانی‌سازی با دشواری در توصیف احساسات (r=۰/۳۴؛ p<۰/۰۰۱)، دشواری در تشخیص احساسات (r=۰/۳۹؛ p<۰/۰۰۱)، تفکر معطوف به سطح (r=۰/۱۸؛ p=۰/۰۲)، و نمره کلی ناگویی خلقی (r=۰/۳۹؛ p<۰/۰۰۱) رابطه مثبت ولی با بیانگری منفی (r=-۰/۱۷؛ p=۰/۰۳)، بیانگری مثبت (r=-۰/۱۵؛ p=۰/۰۵) و نمره کلی ابرازگری هیجان (r=-۰/۱۸؛ p=۰/۰۲) ارتباط منفی دارد.

قبل از اجرای تحلیل رگرسیون پیش فرض‌های آن آزمون شد. برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیر ملاک از آزمون کولموگروف- اسمیرنف استفاده شد. سطح معنی‌داری این آزمون بیشتر از ۰/۰۵ به دست آمد که نشانگر نرمال بودن توزیع متغیر ملاک می‌باشد. مقدار آماره Durbin-Watson نیز ۱/۸۱ به دست آمد و با توجه به این که این 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 علایم جسمانی‌سازی به وسیله ناگویی خلقی تبیین می‌شود. نتیجه آزمون آنالیز واریانس نیز معرف معنی‌دار بودن مدل رگرسیون می‌باشد (F=۴/۴۳، p<۰/۰۰۱). نتایج ضرایب رگرسیون در جدول ۲ نیز نشان می‌دهد که از بین مؤلفه‌های ناگویی خلقی فقط اختلال در تشخیص احساسات می‌تواند به صورت

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1393.13.10.8.7]

معنی‌داری علایم جسمانی‌سازی را پیش‌بینی نماید (t=۲/۴۷، p=۰/۰۱۴). آماره‌های هم خطی هم نشان می‌دهند که مؤلفه‌های ناگویی خلقی و ابرازگری هیجان که به عنوان پیش‌بینی کننده وارد معادله رگرسیون شده‌اند، به صورت خطی مستقل از هم می‌باشند.

جدول ۱- میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی پیرسون جسمانی‌سازی با ناگویی خلقی، ابرازگری هیجان و مؤلفه‌های آنها

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

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

جدول ۲- نتایج تحلیل رگرسیون جسمانی‌سازی بر اساس ناگویی خلقی و ابرازگری هیجان و مؤلفه‌های آنها

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	B(استاندارد)	SE B	(غیراستاندارد)	t	مقدار p	تشخیص‌های هم‌خطی: تحمل	تشخیص‌های هم‌خطی: عامل تورم واریانس
علایم جسمانی سازی	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
	تفکر معطوف به سطح	۰/۱۴	۰/۱۶	۰/۰۸	۰/۸۸	۰/۳۷۵	۰/۹۱	۱/۰۹
	شدت تکانه	-۰/۱۲	۰/۲۳	-۰/۰۸	-۰/۵۱	۰/۶۱۵	۰/۷۵	۱/۳۳
	بیانگری مثبت	-۰/۰۷	۰/۱۴	-۰/۰۵	-۰/۵۳	۰/۵۹۲	۰/۶۴	۱/۵۷
	بیانگری منفی	-۰/۱۲	۰/۱۳	-۰/۱۰	-۰/۹۲	۰/۳۵۸	۰/۷۴	۱/۳۴

بحث

علایم جسمانی‌سازی و اختلال‌های مرتبط به آن که نمی‌توان آنها را به علت‌های جسمانی ربط داد در محیط‌های پزشکی شایع می‌باشند ولی در ایجاد و تداوم این اختلالات نقش عوامل روان شناختی پر رنگ هستند. در این راستا، پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش ناگویی خلقی و ابرازگری هیجان در علایم جسمانی‌سازی انجام گرفت. نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد علایم جسمانی‌سازی با دشواری در توصیف احساسات، دشواری در تشخیص احساسات، تفکر معطوف به سطح و

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1393.13.10.8.7]

نمره کلی ناگویی خلقی ارتباط مثبت دارد. این یافته‌ها با نتایج Mattila و همکاران [۱۴]، Rieffe و همکاران [۱۵]، Allen و همکاران [۱۶] و Basharpoor و همکاران [۱۷] همخوان می‌باشد. نتایج فوق از این مدل فرض شده توسط Rieffe و همکاران [۳۲] حمایت می‌کنند که افراد دارای ناگویی خلقی در دادن پاسخ سازگارانه به موقعیت‌های هیجانی شکست می‌خورند و این امر به هیجان‌های منفی مزمن و پاسخ‌های ناسازگارانه بیشتر آن‌ها منجر می‌گردد. این چرخه شکست در پاسخ سازگارانه نسبت به سرنخ‌های درونی و بیرونی (نظیر احساس‌های بدنی) می‌تواند به مشکلات فیزیکی و روانی منجر گردد.

نتایج تحلیل رگرسیون خطی نیز نشان داد از بین مؤلفه‌های ناگویی خلقی، دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات می‌تواند به صورت معنی‌داری علایم جسمانی‌سازی را پیش‌بینی کند. این یافته نیز با نتایج Mattila و همکاران [۱۴]، Rieffe و همکاران [۱۵]، Allen و همکاران [۱۶] و Basharpoor و همکاران [۱۷] همخوانی دارد. ضعف در توصیف، تشخیص و شناسایی احساسات، می‌تواند باعث ناتوانی فرد در متمایز ساختن احساساتش شده و این نیز به نوبه خود منجر به تجربه هیجان‌های دو پهلو در فرد گردد. اولاً چنین هیجانات دو پهلویی می‌توانند با ابهام و اضطرابی که در فرد ایجاد می‌کند، زمینه‌ساز مشکلات جسمانی‌سازی 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 باقی مانده و می‌تواند به صورت علایم جسمانی‌سازی تجربه شود [۳۳].

نتایج همبستگی همچنین، نشان داد علایم جسمانی‌سازی با بیانگری منفی و مثبت هیجان و نمره کلی ابرازگری هیجان ارتباط منفی دارد. این نتایج نیز همسو با یافته‌های shaw و همکاران [۲۱]، Perry و همکارش [۲۴] و Tops و همکاران [۲۲] مبنی بر ارتباط ابرازگری پایین هیجان با بیمارهای جسمانی و نتایج Sparrevohn و همکارش [۲۳] 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 [۳۴]. Gross و همکارش [۳۵] گزارش کردند افرادی که سعی می‌کنند هیجان خود را سرکوب نمایند در واقع واکنش‌پذیری فیزیولوژیکی 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 غیر واقعی بودن (Inauthenticity) را به وجود بیاورد و افرادی که تلاش می کنند افکار ناخواسته را سرکوب کنند انعکاسی از این افکار را به میزان بالاتری از آن چه که اگر این افکار ناخواسته ابراز شده بود تجربه می‌کنند. در مقابل، ابرازگری هیجان با کارکرد تخلیه هیجانی که دارد باعث می شود عواطف و هیجانات به روش مناسبی بیان شده و از ابرازگری آن‌ها به صورت علایم جسمانی‌سازی جلوگیری شود. این پژوهش چند محدودیت نیز داشت: اولاً داده‌های این پژوهش از نمونه‌های غیر بالینی جمع آوری شد و مبتنی بر پرسش‌نامه‌های خودگزارشی بود، دوماً ناتوانی در کنترل برخی متغیرهای مزاحم به ویژه شدت علایم و وجود بیماری زمینه‌ای می‌تواند نتایج این مطالعه را محدود سازد. طرح تحقیق همبستگی که امکان ارزیابی علّی را

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1393.13.10.8.7]

فراهم نمی کند نیز محدودیت دیگر این پژوهش به حساب می‌آید. در راستای گسترش پیشینه پژوهشی و کاهش محدویت‌ها پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی با استفاده از نمونه‌های بالینی دارای علایم جسمانی‌سازی و با کنترل متغیرهای مزاحم انجام گیرد. نتایج این مطالعه آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان و روش‌های ابرازگری هیجانی را به عنوان یک روش مداخله در علایم جسمانی‌سازی پیشنهاد می‌کنند.

نتیجه‌گیری

در کل نتایج این پژوهش نشان داد ناگویی خلقی و ابرازگری هیجان در پیش‌بینی علایم جسمانی‌سازی نقش دارند. این یافته از این فرض حمایت می‌کند که علایم جسمانی‌سازی 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 علایم جسمانی‌سازی برآمد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت محترم آموزشی دانشگاه محقق اردبیلی و کلیه دانشجویانی که در این پژوهش ما را یاری کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

References

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

[2] Halgin R, Whitbourne SK. Abnormal Psychology: Clinical perspectives on psychological disorders. Translated by: Y. Seyyed Mohammadi. Tehran, Ravan Press, 2003; pp 241. [Farsi]

[3] Ganji M. Psychopathology based on DSM-5. Tehran, Salavalan Publication, 2013; pp: 232-5. [Farsi]

[4] Rief W, Schaefer S, Hiller W, Fichter MM. Lifetime diagnoses in patients with somatoform disorders: which came first? *Eur Arch Psychi Clin Neuro* 1992; 241: 236-40.

[5] Garralda E. Somatization and somatoform disorders. *Psychiatry* 2008; 7: 8.

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

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1393.13.10.8.7]

[7] Kaplan C, Lipkin M, Jr. Gordon G H. Somatization in primary care. *J Gene Int Med* 1988; 3(2): 177-90.

[8] Liu L, Cohen S, Schulz MS, Waldinger RJ. Sources of somatization: exploring the roles of insecurity in relationships and styles of anger experience and expression. *Soc Sci Med* 2011; 73(9): 1436-43.

[9] Iglesias M, Barreiro M, Vazquez I, Nieto L, Martinez I, Seoane M, et al. Prevalence of alexithymia in inflammatory bowel disease: Relationship with sociodemographic and clinical parameters. *Gastroenterology* 2010; 138(5): 194-202.

[10] Tuzer V, Dogan Bulut S, Bastug B, Kayalar G, Göka E, Bestepe E. Causal attributions and alexithymia in female patients with fibromyalgia or chronic low back pain. *Nordic J Psych* 2010; 00: 1-7.

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

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

[13] Sifneos PE. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychosom* 1973; 22: 255-62.

[14] Mattila AK, Kronholm E, Jula A, Salminen JK, Koivisto Anna-Maija, Mielonen Riitta-Liisa, Joukamaa M. Alexithymia and Somatization in General Population. *Psychoso Med* 2008; 70 (6): 716-22.

[15] Rieffe C, Oosterveld P, Terwogt MM, Novin S, Nasiri H, Latifan M. Relationship between alexithymia, mood and internalizing symptoms in children and young adolescents: Evidence from an Iranian sample. *Person and Indivi Differ* 2010; 48(4): 425-30.

[16] Allen L B, Lu QTsao JCI, Hayes LP, Zeltzer LK. Depression partially mediatesthe relationship betweenalexithymia and somatizationin a sample of healthy children. *J Heal Psycho* 2011; 16(8): 1177-86.

[17] Basharpoor S, Toloi Mehmandoostolya A, Narimani M, Atadokht A. Relation of emotion processing styles and alexithymia with symptoms of borderline personality disorder. *J Babol Univ Med Sci* 2014; 16(7): 55-62. [Farsi]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1393.13.10.8.7]

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

[19] King LA, Emmons RA, Woodley S. The structure of inhibition. *J Res in Person* 1992; 26: 85-102.

[20] Quinton S, Wagner HL. Alexithymia, ambivalence over emotional expression, and eating attitudes. *Person and Indivi Differ* 2005; 38: 1163-73.

[21] Shaw WS, Patterson TL, Semple SJ, Dimsdale J E, Ziegler MG, Grant I. Emotional expressiveness, hostility and blood pressure in a longitudinal cohort of Alzheimer caregivers. *J Psycho Res* 2003; 54: 293-302.

[22] Tops M, van Peer JM, Korf J. Individual differences in emotional expressivity predict oxytocin responses to cortisol administration: Relevance to breast cancer? *Bio Psycho* 2007; 75(2): 119-23.

[23] Sparrevohn RM, Rapee RM. Self-disclosure, emotional expression and intimacy within romantic relationships of people with social phobia. *Beh Res and Thera* 2009; 1-5.

[24] Perry RM, Hayaki J. Gender differences in the role of alexithymia and emotional expressivity in disordered eating. *Person and Indivi Differ* 2014; 71, 60-5.

[25] Basharpoor S, Molavi P, Sheykhi S, Khanjani S, Rajabi M, Mosavi S. The Relationship between Emotion Regulation and Emotion Expression Styles with Bullying Behaviors in Adolescent Students. *J Ardabil Uni Med Sci* 2013; 13(3): 264-75. [Farsi]

[26] Delavar A. the theorical and practical fundamental of research in social and human science. Tehran, Roshd publication, 2004; pp: 181.

[27] Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychoso Res* 1994; 38(3): 33-40.

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

[29] Dobbs JL, Sloan DM, Karpinski A. A psychometric investigation of two self-report measures of emotional expressivity. *Person and Indivi Differ* 2007; 43: 693-702.

[30] Deragotis KR, Lipman RS, Covi L. SCL-90-AR outpatients psychiatric rating scale preliminary report. *Psycho pharma Bull* 1973; 9: 13-27.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1393.13.10.8.7]

[31] Mirzaie 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.

[32] Rieffe C, Terwogt MM, Bosch JD, Kneepkens CMF, Douwes AC, Jellesma FC. Interaction between emotions and somatic complaints in children who did or did not seek medical care. *Cog and Emot* 2007; 21(8): 1630-46.

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

[34] Sloan DM, Marx BP. Taking pen to hand: Evaluating theories underlying the written emotional disclosure paradigm. *Clin Psycho: Scie and Pract* 2004; 11, 121-37.

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

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1393.13.10.8.7]

The Role of Alexithymia and Emotional Expressivity in Predicting Somatization Symptoms among Students of Mohaghegh Ardabili University during 2014-2015

S. Basharpoor[1], S. Almardani someeh[2], Y. Shahmohammadzadeh [2]

Received: 20/09/2014 Sent for Revision: 26/11/2014 Received Revised Manuscript: 10/02/2015 Accepted: 17/02/2015

Background and Objective: 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 students.

Materials and Methods: The method of this study was descriptive. The studied sample included 115 students (65 girls and 50 boys) who were selected by a multistage random sampling from the population of Mohaghegh Ardabili university students during 2013-2014 educational years. Toronto alexithymia scale, Berkeley emotional expressivity questionnaire and somatization subscale of SCL-90-R were used to collect data. Data were analyzed by Pearson's correlation and multiple linear regression.

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 results of linear regression analyze also showed that 20% of the whole variance of the somatization symptoms was explained by alexithymia, especially, difficulty in identifying feelings.

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

Key words: Alexithymia, Emotional expressivity, Somatization symptoms, Students

Funding: No grant has supported the present study.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of the Mohaghegh Ardabili University approved the study.

How to cite this article: Basharpoor S, Almardani someeh S, Shahmohammadzadeh Y. The Role of Alexithymia and Emotional Expressivity in Predicting Somatization Symptoms among Students of Mohaghegh Ardabili University during 2014-2015. *J RafsanjanUniv Med Sci* 2015; 13(10): 961-72. [Farsi]

1- Assistant Prof., Dept. of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

(Corresponding Author) Tel: (045) 35516686, Fax: (045) 35510132, E-mail: basharpoor_sajjad@yahoo.com

2- MA, Dept. of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1393.13.10.8.7]