

پیش‌بینی اختلال جسمانی کردن براساس ویژگی‌های شخصیت و ناگویی هیجانی

کریم عبدالمحمدی^{۱*}، حسن صبوری مقدم^۲، جلیل باباپور خیرالدین^۳

چکیده

زمینه و هدف: جسمانی کردن، یک اختلال شبه جسمی است که معاینات پزشکی قادر به توضیح علت آن نمی‌باشد. پژوهش حاضر با هدف روشن ساختن نقش ویژگی‌های شخصیت و ناگویی هیجانی در اختلال جسمانی کردن انجام گرفت.

روش بررسی: پژوهش حاضر به روش توصیفی از نوع همبستگی انجام گرفت. در این بررسی، ۳۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. در پژوهش حاضر از پرسشنامه‌های شخصیتی ویرایش شده NEO (NEOPI-R) و پرسشنامه جسمانی کردن PHQ-15 و مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ استفاده گردید. داده‌ها با کمک آزمون تحلیل رگرسیون همزمان تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: در این مطالعه بین مؤلفه‌های پنج عامل شخصیت برونگرایی با جسمانی کردن، رابطه منفی معنی‌داری وجود داشت. همچنین بین روان‌رنجوری و ناگویی هیجانی با جسمانی کردن، رابطه مثبت معنی‌داری مشاهده گردید. بین انعطاف‌پذیری در مقابل تجربه و مؤلفه‌های شخصیت نیز رابطه معنی‌داری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: نتایج تحقیق حاضر نشان داد با تقویت روابط اجتماعی افراد و آموزش شیوه‌های بیان احساسات، می‌توان گام مفیدی در پیشگیری از ابتلا به جسمانی کردن برداشت.

کلید واژه‌ها: اختلال‌های روانی با علائم جسمی؛ نشانه‌های عاطفی؛ شخصیت.

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Abdolmohammadi K, Saburi Moghaddam H, Babapour Kheyrodin J.
Prediction of somatization disorder on the basis of personality traits and
alexithymia. Qom Univ Med Sci J 2015;9(8):32-40. [Full Text in Persian]

^۱کارشناس ارشد روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

^۲استادیار روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

^۳دانشیار روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

کریم عبدالمحمدی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:

karim.abdolmohamadi@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۳/۷/۵

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۱/۲۹

مقدمه

واژه جسمانی کردن (Somatization) که توسط Stekel در سال ۱۹۰۸ مطرح گردید (۱)، اختلالی است که از زمان مصر قدیم شناخته شده است. Paul Briquet در سال ۱۸۵۹، با توجه به تعدد علائم و دستگاه‌های مبتلا، به سیر معمولی مزمن بیماری اشاره داشته و همین امر موجب گردیده است تا مدتی این اختلال به سندرم بریکه شهرت یابد (۲). جسمانی کردن، یک اختلال شبه‌جسمی است که معاینات پزشکی قادر به توضیح علت آن نمی‌باشد (۳). اختلال جسمانی کردن در بین اختلالات شبه‌جسمی، از لحاظ پایداری و ثبات در تشخیص، معتبرترین اختلال محسوب می‌شود (۴). اختلال جسمانی کردن موضوعی است که مورد توجه محققان بسیاری در حوزه روانشناسی و روانپزشکی قرار گرفته و به‌علت مرزهای مشترک با پزشکی، محققان این حوزه نیز تلاش کرده‌اند تا در شناخت این اختلال سهمی داشته باشند (۵). برای سبب‌شناسی این اختلال، عوامل مختلفی مطرح است، که یکی از این عوامل، عوامل شخصیتی می‌باشد (۶). در مطالعات اندکی که در زمینه شخصیت و جسمانی کردن منتشر شده، به‌صورت گسترده‌ای به ارتباط بین شدت، پایداری جسمانی کردن و اختلالات شخصیت پرداخته شده است، در واقع، محققان مختلف مطرح کرده‌اند اختلال جسمانی کردن جزئی از تاریخچه اختلالات شخصیت بوده و این اختلال در DSM بایستی در محور II قرار گیرد (۷). و این اختلال در DSM بایستی در محور II قرار گیرد (۷). نشان دادند ویژگی‌های شخصیت، توان پیش‌بینی جسمانی کردن را دارد. مطالعات محدودی نیز که به‌صورت موردی انجام گرفته، این مسئله را تأیید می‌کند، ولی انجام مطالعات بیشتر در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد (۹).

در دهه گذشته، پرداختن به یکی از اساسی‌ترین مسائل روانشناسی شخصیت؛ یعنی جست و جو برای یافتن طبقه‌بندی علمی و قابل قبول از صفات شخصیت، بسیار مورد علاقه بوده است (۱۰). الگوی پنج عاملی شخصیت یک الگوی سلسله‌مراتبی از صفات شخصیتی است که پنج عامل گسترده را در بالاترین سطح انتزاع

بازنمایی می‌کند. هر عامل دو قطبی (مثل برون‌گرایی در مقابل درون‌گرایی) چندین عامل سطحی ویژه (مثل مردم‌آمیزی) را تلیخیص کرده که آن نیز به‌نوبه خود مجموعه‌ای از سایر صفات ویژه سطحی‌تر (مثل صمیمیت و پرحرفی) را در برمی‌گیرد (۱۱). بسیاری از محققان معتقدند این ویژگی‌ها، جهان شمول است و فراتر از زبان و فرهنگ می‌باشد، اما هنوز به‌صورت جهانی پذیرفته نشده است. با این وجود، الگوی پنج عاملی شخصیت با پشتوانه‌های نظری، تجربی و پژوهشی از معتبرترین و مشهورترین الگوهای شخصیت محسوب می‌شوند (۱۲). پنج عامل اصلی شخصیت شامل روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی و انعطاف‌پذیری در مقابل تجربه، دلپذیر بودن و باوجدان بودن می‌باشد (۱۳).

از سویی، نتایج مطالعات انجام‌شده در سالهای گذشته نشان می‌دهد بین ناگویی هیجانی (Alexithymia) و جسمانی کردن رابطه وجود دارد (۱۴). محققان این‌گونه مطرح کرده‌اند که یک زمینه و ساختار واحد و مشابه؛ روان‌تنی، جسمانی کردن و ناگویی هیجانی را به‌وجود آورده و رشد می‌دهد، در مشاهدات بالینی مشخص شده است ناگویی هیجانی منشأ عدم توانایی افراد دارای اختلال جسمانی کردن در مصاحبه روان‌پویشی برای بیان احساسات و تخیلات خود می‌باشد (۱۵). اصطلاح ناگویی هیجانی (Alexithymia) واژه‌ای یونانی است که به معنای (الکسی) نبود واژه (تیموس) هیجان می‌باشد (۱۶). این اصلاح در ابتدا توسط Sifneos شناخته و معرفی شده است و عبارت از مشکلی است که هم در سطح هیجانی و هم در سطح کارکرد شناختی، خود را نشان داده و به‌صورت ناتوانی یا نقص در توضیح یا شناخت هیجان‌ها شناخته می‌شود (۱۷). همچنین از مشخصات برجسته آن، می‌توان به دشواری در شناخت و توصیف احساسات ذهنی، ظرفیت محدود برای تجسم‌سازی و سبک جهت‌گیری بیرونی یا تفکر عینی اشاره کرد (۱۸). ویژگی‌های اصلی نارسایی هیجانی عبارتند از: ناتوانی در بازشناسی و توصیف کلامی هیجان‌های شخصی، فقر شدید تفکر نمادین که آشکارسازی بازخوردها، احساسات، تمایلات و سابق‌ها را محدود می‌کند، ناتوانی در به‌کارگیری احساسات به‌عنوان علائم مشکلات هیجانی، تفکر انتفاعی در مورد واقعیت‌های کم‌اهمیت بیرونی، کاهش یادآوری رؤیاها، دشواری در تمایز بین حالت‌های هیجانی

و حس‌های بدنی، قیافه خشک و رسمی، فقدان جلوه‌های عاطفی چهره، ظرفیت محدود برای همدلی و خودآگاهی (۱۹).

به‌علت هزینه بالای درمان، این اختلال مورد توجه سیستم بهداشتی اغلب کشورهای جهان می‌باشد، همچنین علاوه بر هزینه‌های بالا، این اختلال از دید بسیاری از درمانگران در زمره خسته‌کننده‌ترین اختلالات برای درمان است. باید مطرح کرد با توجه به اینکه از ویژگی‌های درمان اختلال جسمانی کردن، طولانی بودن آن است، در نتیجه غیبت زیاد از کار، یکی از ویژگی‌های این بیماران است (۲۰). مطالب مطرح‌شده بُعد اجتماعی، اهمیت پراختن به موضوع جسمانی کردن را نشان می‌دهد. از سوی دیگر، این اختلال از نظر فردی نیز در این بیماری بسیار مشکل‌آفرین بوده و از طرف بیمار، نارضایتی بالایی گزارش شده است (۲۱). بدیهی است توانایی مداخله با شناخت دقیق و کافی مؤثر می‌باشد. بر همین اساس می‌توان گفت پژوهش حاضر از جهت بررسی ویژگی‌های شخصیتی و ناگویی، هیجانی مؤثر بر بروز اختلال جسمانی کردن حایز اهمیت است. همچنین نبود مطالعه منسجم در زمینه رابطه ویژگی‌های شخصیت و ناگویی هیجانی به‌صورت مجزا، مزید بر دلایل بوده تا این تحقیق صورت پذیرد. پژوهش حاضر با هدف تعیین همبستگی ویژگی‌های شخصیت و ناگویی هیجانی با اختلال جسمانی کردن انجام شد. امید است نتایج به‌دست‌آمده در شناخت بهتر و در نهایت، درمان این اختلال برای روانپزشکان و روانشناسان کمک‌کننده باشد.

روش بررسی

تحقیق حاضر به روش توصیفی از نوع همبستگی انجام شد. جامعه آماری این پژوهش را تمامی دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز و پیام نور تبریز در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۱۳۹۲ تشکیل می‌دادند که این از تعداد (حدود ۴۰۰۰۰)، ۳۵۰ دانشجو با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای بر اساس جدول نمونه‌گیری مورگان انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. پس از انتخاب آزمودنی‌ها از مقیاس پرسشنامه شخصیتی ویرایش‌شده (The NEO Personality Inventory-Neo (Toronto Revised) مقیاس ناگویی هیجانی Toronto (Alexithymia Scale-20) و پرسشنامه جسمانی کردن

Patient Health Questionnaire 15-Item استفاده گردید. به‌منظور رعایت اخلاق پژوهش و حقوق آزمودنی‌ها، به‌صورت شفاهی (پیش از اجرا) و کتبی (ذکرشده در بخش نخست پرسشنامه) به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد که اطلاعات درخواستی در این پرسشنامه‌ها، صرفاً به‌منظور اهداف پژوهشی بوده و جهت اطمینان، بجز تعیین جنسیت و سن، نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی و دیگر مشخصات خصوصی نیست. تعداد ۲۶ آزمودنی به دلیل پاسخ ناقص به پرسشنامه‌ها، از تحلیل‌های آماری کنار گذاشته شدند و بدین ترتیب نمونه نهایی مورد پژوهش به ۳۲۴ دانشجو دختر و پسر تقلیل یافت.

پرسشنامه شخصیتی ویرایش‌شده NEO (NEOPI-R): این

پرسشنامه یکی از آزمون‌های شخصیتی براساس تحلیل عوامل ساخته‌شده از جامع‌ترین ابزارها در زمینه شخصیت است که توسط Costa & McCrae در سال ۱۹۹۲ با عنوان پرسشنامه شخصیتی NEO معرفی گردید. این مؤلفان فرم ویرایش‌شده این پرسشنامه را با عنوان فرم ویرایشی پرسشنامه NEO ارائه داده‌اند. فرم بلند این پرسشنامه در ۲۴۰ عبارت به‌منظور اندازه‌گیری پنج ویژگی یا حیطه اصلی (روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، انعطاف‌پذیری در مقابل تجربه، دلپذیر بودن و باوجدان بودن) طراحی شده است. در الگوی کوتاه، هر عامل با ۱۲ پرسش سنجیده می‌شود. نتایج مطالعات Costa & McCrae (۲۲) نشان داد همبستگی ۵ زیرمقیاس فرم کوتاه با فرم بلند از ۰/۹۲ - ۰/۷۷ می‌باشد. همچنین همسانی درونی زیرمقیاس‌های آن در دامنه ۰/۸۶-۰/۶۸ برآورد شده است. فرم کوتاه پرسشنامه در کشورهای مختلف جهان از جمله در ایران اعتباریابی شده که در ایران فرم بلند توسط Garoosi Farshi اعتباریابی شده است و نتایج اعتباریابی شبیه نتایج به‌دست‌آمده در آزمون زبان اصلی می‌باشد. ضرایب آلفا برای ویژگی‌های اصلی C،A،O،E،N به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۵۶، ۰/۶۸ و ۰/۸۷ به دست آمده است (۲۳).

پرسشنامه جسمانی کردن (PHQ-15): پرسشنامه ۱۵ سؤالی

برای اندازه‌گیری علائم جسمی و غربالگری اختلال جسمانی کردن می‌باشد. این مقیاس قسمتی از پرسشنامه کامل PHQ بوده و میزان بروز ۱۵ علامت جسمانی آزاردهنده را از پاسخ‌دهنده‌ها می‌پرسد، ۱۴ مورد از این ۱۵ مورد، شایع‌ترین علائم

کرونباخ را نیز برای ناگویی هیجانی کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی هیجان‌ها، دشواری در توصیف آنها و جهت‌گیری بیرونی در تفکر به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش کرد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. نتایج تحلیل عاملی نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی هیجان‌ها، دشواری در توصیف آنها و جهت‌گیری بیرونی در تفکر را در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی TAS_20 تأیید کرده است (۲۸)، در این پژوهش ضریب آلفا برای این مقیاس ۰/۷۹ به دست آمد.

برای بررسی وجود رابطه معنی‌دار بین ناگویی هیجانی و ویژگی‌های شخصیت با جسمانی کردن، از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و روش تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، از ۳۲۴ فرد بررسی شده با میانگین سنی $22/2 \pm 2$ سال، ۱۲۰ مرد (۳۷/۳٪) با میانگین سنی $21/8 \pm 1/9$ سال و ۶۲/۷٪ زن با میانگین سنی $22/5 \pm 2/2$ سال بودند.

بین جسمانی کردن با برونگرایی، سازش‌پذیری و وظیفه‌شناسی، همبستگی معکوس و معنی‌دار منفی و بین جسمانی کردن با ناگویی هیجانی و روان‌رنجوری، همبستگی مستقیم و مثبت معنی‌داری مشاهده گردید (جدول شماره ۱).

جسمانی کردن است که در ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال روانی (DSM-IV) مطرح شده است (۲۴). در مطالعاتی که توسط Sing Lee و همکاران (سال ۲۰۱۲) انجام گرفت آلفای کرونباخ ۰/۷۹ برای این پرسشنامه گزارش گردید (۲۵). هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط عبدالمحمدی و همکاران صورت گرفته است. روایی همزمان این پرسشنامه با مقیاس جسمانی کردن پرسشنامه SCL-90، ۰/۷۴ می‌باشد و همسانی درونی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۶ گزارش شده است (۲۶).

مقیاس ناگویی هیجانی 20_Toronto (TAS_20): این مقیاس، آزمونی ۲۰ سؤالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی هیجان‌ها (Identifying Emotions Difficulty)، دشواری در توصیف هیجان‌ها (Difficulty Describing Emotions) شامل ۵ گویه و جهت‌گیری بیرونی در تفکر (Externally Oriented Thinking) شامل ۸ گویه را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. یک نمره کل نیز از جمع نمره‌های سه زیرمقیاس برای ناگویی هیجانی محاسبه می‌شود (۲۷). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ناگویی هیجانی TAS_20 در تحقیقات متعدد بررسی و تأیید شده است، بشارت (سال ۲۰۰۷)، مقیاس ناگویی هیجانی TAS_20 را تهیه و ضرایب آلفای

جدول شماره ۱: ماتریس ضرایب همبستگی ساده بین ابعاد شخصیت و جسمانی کردن

مؤلفه‌ها	میانگین \pm انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
جسمانی کردن	۱۵/۶۹ \pm ۲/۴۹	۱						
برونگرایی	۲۴/۹۲ \pm ۵/۵۴	۰/۲۲ ^{**}	۱					
سازش‌پذیری	۳۲/۷۶ \pm ۶/۲۶	۰/۰۸	۰/۱۲ [*]	۱				
وظیفه‌شناسی	۳۰/۹۵ \pm ۴/۵۹	۰/۲۴ ^{**}	۰/۱۹ ^{**}	۰/۲۴ ^{**}	۱			
روان‌رنجوری	۲۳/۷۱ \pm ۵/۵۹	۰/۳۶ ^{**}	۰/۳۰ ^{**}	۰/۲۱ ^{**}	۰/۲۷ ^{**}	۱		
پذیرا بودن	۳۸/۴۳ \pm ۴/۶۱	۰/۰۱	۰/۲۹ ^{**}	۰/۰۷	۰/۲۳ ^{**}	۰/۰۱	۱	
ناگویی هیجانی	۵۸/۲۱ \pm ۱۰/۳۶	۰/۳۷ ^{**}	۰/۱۱ [*]	۰/۱۳ [*]	۰/۲۳ ^{**}	۰/۳۳ ^{**}	۰/۰۸ [*]	۱

**معنی‌داری در سطح $p < 0/01$

*معنی‌داری در سطح $p < 0/05$

به عبارت دیگر، ۰/۲۰ تغییرات جسمانی کردن به وسیله ویژگی‌های شخصیت (برونگرایی و روان‌رنجوری) و ناگویی هیجانی تبیین می‌شود. از بین این متغیرها، ناگویی هیجانی، بیشترین توان را در پیش‌بینی جسمانی کردن دارا بود و بعد از آن، متغیر روان‌رنجوری قرار داشت. برونگرایی نیز به صورت منفی، جسمانی کردن را پیش‌بینی کرد. لازم به ذکر است پذیرا بودن، وظیفه‌شناسی و سازش‌پذیری، سهم معنی‌داری در پیش‌بینی جسمانی کردن نداشتند (جدول شماره ۲).

برای استفاده از رگرسیون چندگانه، شاخص تحمل متغیرها در دامنه ۰/۷۵-۰/۹۱ و شاخص عامل تورم واریانس در دامنه ۱/۳۸-۱/۱۰ قرار داشت، از این رو می‌توان پذیرفت متغیرهای پیش‌بین از یکدیگر مستقل بوده و هم‌خطی بودن چندگانه اتفاق نیفتاده است، همچنین نمودار طبیعی (Normal Plot) نشان داد انحراف از طبیعی بودن رخ نداده است. همبستگی چندگانه برای مدل رگرسیون فوق، برابر $MR=0/47$ می‌باشد که مجذور آن؛ یعنی ضریب تبیین برابر $R^2=0/22$ بوده و ضریب تبیین تصحیح شده نیز ۰/۲۰ می‌باشد.

جدول شماره ۲: پیش‌بینی جسمانی کردن براساس ویژگی‌های شخصیت و ناگویی هیجانی

شاخص						متغیر			
p	F	E.S	$R\Delta^2$	R^2	R	p	t	β	B
۰/۰۰۰۱	۱۰/۳۶	۲/۲۲	۰/۲۰	۰/۲۲	۰/۴۷				
						۰/۰۴۳	-۱/۹۷	-۰/۱۳	-۰/۰۶
						۰/۲۸	-۱/۰۷	-۰/۰۶۸	-۰/۰۲
						۰/۱۳	-۱/۶۳	-۰/۱۱	-۰/۰۶
						۰/۰۰۱	۲/۷۳	۰/۱۹	۰/۰۸
						۰/۲۲	۱/۲۲	۰/۰۸	۰/۰۴
						۰/۰۰۰۱	۳/۷۸	۰/۲۴	۰/۰۶

پیش‌بینی‌کننده‌ها: ویژگی‌های شخصیت و ناگویی هیجانی
متغیر ملاک: جسمانی کردن

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین سهم ویژگی‌های شخصیتی و ناگویی هیجانی در پیش‌بینی اختلال جسمانی کردن انجام گرفت. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد ۰/۲۰ تغییرات جسمانی کردن به وسیله ویژگی‌های شخصیت (برونگرایی و روان‌رنجوری) و ناگویی هیجانی پیش‌بینی می‌شود. متغیر ناگویی هیجانی و متغیر روان‌رنجوری به ترتیب بیشترین توان را در پیش‌بینی جسمانی کردن دارا هستند. برونگرایی نیز به صورت منفی، جسمانی کردن را پیش‌بینی می‌کند که این یافته‌ها با نتایج برخی مطالعات (۲۹،۲۱۸) همخوانی داشت.

تحقیقات انجام‌شده، نشان‌دهنده ارتباط قوی بین ویژگی‌های شخصیت و جسمانی کردن است. روان‌رنجوری یکی از عوامل شخصیتی بوده و حالتی است که در مقابل ثبات هیجانی قرار می‌گیرد و افراد دارای این ویژگی شخصیتی، تمایل عمومی به تجربه عواطف منفی مانند ترس، اضطراب، عصبانیت و احساس

گناه دارند (۳۰). Shedler و همکاران (سال ۱۹۹۳) در مطالعه خود نشان دادند وجود ناراحتی‌های عاطفی، استرس و اضطراب می‌تواند باعث طیف گسترده‌ای از اختلالات فیزیولوژیکی و جسمانی شود (۳۱). گزارش‌های پزشکی و روانپزشکی نیز قویاً ارتباط بین جسمانی کردن و روان‌رنجوری را ثابت کرده است (۳۲). در تحقیق حاضر، این مطلب نیز تأیید شده است. علت‌یابی این ارتباط می‌تواند به گزارش تحقیقی توسط Rief و همکاران (سال ۲۰۰۱) اشاره کرد. Rief و همکاران در تحقیق خود نشان دادند اضطراب و استرس زیاد و مداوم در زندگی روزمره باعث افزایش ترشح کورتیزول در بدن شده و وجود کورتیزول زیاد در گردش خون باعث تضعیف سیستم ایمنی بدن می‌گردد که در نتیجه، اختلال‌های جسمانی زیادی را در پی دارد (۳۳). از سویی، مطالعات نشان داده است از بین ویژگی‌های شخصیتی، برونگرایی به صورت مؤثر بروز کرده و پایداری جسمانی کردن را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به بیان دیگر، افرادی که

از نظر شخصیتی برون‌گرا هستند کمتر به اختلال جسمانی کردن مبتلا می‌شوند (۳۴). افراد برون‌گرا به علت داشتن ارتباط‌های مؤثر با اطرافیان در موقعیت‌های استرس‌آفرین می‌توانند در مورد مشکلات خود با دیگران حرف بزنند که این امر باعث می‌شود میزان فشار وارده بر آنها کمتر شود که این امر در افراد درون‌گرا برعکس بوده و این افراد در موقعیت‌هایی که تجربه استرس و ناراحتی دارند در سطح شناختی از موضوع، فاجعه‌سازی می‌کنند و ارتباط‌های محدود باعث می‌شود که به جای بیان ناراحتی روانشناختی از اختلال جسمانی کردن به‌عنوان روشی برای ارتباط برقرار کردن با اطرافیان و فریاد کمک‌خواهی استفاده کنند (۳۵). از سویی، در تحقیق حاضر، ناگویی هیجانی دارای توان پیش‌بینی اختلال جسمانی کردن بود، که این یافته نیز با نتایج مطالعات دیگر (۳۷،۳۶،۱۵،۱۴) همخوانی داشت. در تبیین این یافته می‌توان این‌گونه مطرح نمود که افراد دچار الکسیتمیا در ایجاد بازنمایی ذهنی از هیجانات خود مشکل دارند که همین امر باعث شده است این افراد بر جسم خود تمرکز بیشتری داشته باشند. تمرکز زیاد بر جسم توسط فرد مبتلا به اختلال ناگویی هیجانی با انگیزتگی هیجانی همراه بوده که منجر به تقویت مسائل حسی حرکتی می‌شود و در نتیجه فرد مبتلا به جسمانی کردن، یک حس معمولی جسمی را به‌عنوان نشانه‌ای از اختلال جسمانی تعبیر می‌دهد (۳۷). Lumley و همکاران (سال ۱۹۹۶) بیان کردند افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، بیش از حد به احساس‌های جسمانی خود توجه دارند، همچنین در تحقیقات خود نشان دادند افراد دارای ناگویی هیجانی در بازشناسی احساسات جسمی خود نیز دچار نقصان شده که همین مسئله باعث می‌شود احتمال تأثیر ناگویی هیجانی بر بروز جسمانی کردن تقویت گردد (۳۸). محققان علم فیزیولوژی نیز مطرح کرده‌اند تغییرات طولانی مدت در برانگیختگی فیزیولوژیک به خاطر عدم بیان عواطف و احساسات احتمالاً باعث تغییرات فیزیولوژیکی یا تجربه حس‌های جسمی خاصی شده که منجر به ناراحتی و درد جسمانی می‌گردد (۳۶).

براساس دیدگاه روان‌کاوی نیز یکی از عوامل اصلی که باعث بروز جسمانی کردن می‌شود ناتوانی فرد در مطرح کردن احساسات و هیجانات خود است (۱۴). در نهایت، با بررسی دقیق صفات مربوط به عوامل شخصیتی و ناگویی هیجانی می‌توان چنین استنباط نمود که با افزایش علائمی چون افسردگی، اضطراب و هیجانات منفی، همراه با تمایلات مربوط به رفتارهای جمع‌گریزی، احتمال این‌را که افراد مشکلات روانشناختی خود را به‌صورت علائم جسمانی بروز دهند، افزایش می‌دهد. علاوه بر آن، ناتوانی در برقراری روابط مناسب با اطرافیان، نشان‌دادن واکنش‌های مناسب عاطفی و سرکوب هیجانات باعث بروز و پایداری بیشتر اختلال جسمانی کردن می‌شود. در پایان، می‌توان نتیجه گرفت بین اختلال جسمانی کردن، ویژگی‌های شخصیت و ناگویی هیجانی نیز در سطح بالینی و هم در سطح غیربالینی رابطه آشکاری وجود دارد.

از محدودیت‌های تحقیق حاضر می‌توان به توصیفی بودن مطالعه اشاره کرد که همین مسئله باعث گردید نتوان نتایج این پژوهش را به‌صورت علت معلولی مطرح کرد. علاوه بر آن، پژوهش حاضر از لحاظ جامعه آماری دارای محدودیت بود و نمونه‌ها از بین جامعه دانشجویی انتخاب شد که اختصاص به منطقه خاص جغرافیایی داشت که همین مسئله باعث گردید در تعمیم نتایج به کل جامعه احتیاط بیشتری صورت گیرد. کمبود منابع پژوهشی اختصاص یافته برای این موضوع را نیز می‌توان از دیگر محدودیت‌های این پژوهش برشمرد.

نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق حاضر نشان داد جسمانی کردن تحت تأثیر عوامل شخصیتی و ناگویی هیجانی می‌باشد، لذا می‌توان با انجام آموزش‌هایی در بهبود و جلوگیری از این اختلال گام‌های مفیدی برداشت. برای مثال با تقویت روابط اجتماعی افراد و ایجاد گرایش به کاهش اضطراب و افزایش ویژگی‌های برون‌گرایانه می‌توان احتمال ابتلا به جسمانی کردن را کاهش داد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از دانشجویان محترم دانشگاه تبریز، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان و دانشگاه پیام نور تبریز تشکر می‌شود که با نهایت صداقت و بدون هیچ توقعی در تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش شرکت کردند.

از سویی، با آموزش شیوه‌های بیان احساسات، و برقراری ارتباط‌های عمیق‌تر مراجع با اطرافیان می‌توان گام مفیدی در کاهش علائم اختلال جسمانی کردن برداشت. در پایان پیشنهاد می‌گردد در صورت امکان در مطالعات بعدی، نمونه‌های کلینیکی که از جسمانی کردن رنج می‌برند مورد بررسی قرار گیرند.

References:

1. Marin C, Carron R. The origin of the concept of somatization. *Psychosomatics* 2002;(43):249-50.
2. Sadock B, Sadock V. Kaplan and Sadocks comprehensive textbook of psychiatry. New York: Williams & Wilkins; 2000. p. 925-71.
3. Mayou R. Somatization. In: Fava GA, Freyberger H, editors. Handbook of psychosomatic medicine. Connecticut: International Universities Press; 1998. p. 41-67.
4. Guze SB. The validity and significance of hysteria (Briquet's syndrome). *Am J Psychiatry* 1975;132(2):138-41.
5. Jackson JL, Kroenke K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: Clinical predictors and outcomes. *Arch Intern Med* 1999;159(10):1069-75.
6. Russo J, Katon W, Lin E, Von Korff M, Bush T, Simon G, Walker E. Neuroticism and extraversion as predictors of health outcomes in depressed primary care patients. *Psychosomatics* 1997;38(4):339-48.
7. Bass C, Murphy M. Somatoform and personality disorders: Syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *J Psychosom Res* 1995;39(4):403-27.
8. Chalabianloo GhR, Garoosi Farshi MT. Relation of NEO-PI-R personality inventory and SCL-90-R: Ability of NEO inventory in mental health evaluation. *J Behav Sci* 2010;4(1) 15-16. [Full Text in Persian]
9. Mezzich JE, Kleinman A, Fabrega H. Culture and psychiatric diagnosis A DSM-IV perspective. Washington: American Psychiatric Press; 1996.
10. Goldberg LR. The development of markers for the Big-five factor structure. *Psycholo Assess* 1992;4(1):26-42.
11. Rammstedt B, John OP. Measuring personality in one minute or less: A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *J Res Personal* 2007;41(1):203-12.
12. Yamagata S, Suzuki A, Ando J, Ono Y, Kijima N, Yoshimura K, et al. Is the genetic structure of human personality universal? A cross-cultural twin study from North America, Europe, and Asia. *J Personal Social Psychol* 2006;90(6):987-98.
13. Wasylikiw L, Fekken GC. Personality and self-reported health: Matching predictors and criteria. *Personal Individ Diff* 2002;33(4):607-20.
14. De Gucht V, Heiser W. Alexithymia and somatisation. A quantitative review of the literature. *J Psychosom Res* 2003;54(5):425-34.
15. Sifneos PE. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 1973;22(2):255-62.
16. Larsen JK, Brand N, Bermond B, Hijman R. Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: A review of neurobiological studies. *J Psychosom Res* 2003(54):533-41.

17. Moriguchi Y, Ohnishi T, Lane RD, Maeda M, Mori T, et al. Impaired self-awareness and theory of mind: An fMRI study of mentalizing in alexithymia. *NeuroImage* 2006;32(3):1472-82.
18. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: Cambridge University Press; 1997.
19. Tull MT, Medaglia E, Roemer L. An investigation of the construct validity of the 20-item Toronto alexithymia scale through the use of a verbalization task. *J Psychosom Res* 2005;59(2):77-84.
20. Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(8):903-10.
21. Kroenke K. Somatoform disorders and recent diagnostic controversies. *Psychiatr Clin North Am* 2007;30(4):593-619.
22. Costa PT, McCrae R. Revised NEO personality inventory and NEO Five-factor inventory. Odessa: Psychological Assessment Resources; 1992.
23. Garoosi Farshi MT. Normalization the new test personality and analysis of its characteristics and factor structure among Iranian College Students. [PhD Thesis]. Tehran: University of Shahid Modares 2001. [Text in Persian]
24. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med* 2002;64(2):258-66.
25. 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.
26. 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.
27. Henry JD, Phillips LH, Maylor EA, Hosie J, Milne AB, Meyer C. A new conceptualization of alexithymia in the general adult population: Implications for research involving older adults. *J Psychosom Res* 2006;(60),535-43.
28. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Persian version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological* 2007;(101):209-20.
29. Smith ER, Macki DM. Social psychology. Philadelphia: Psychology Press; 2000.
30. Hagshenas H. Comparison of personality traits and mental health of high school students in gifted and normal schools. [MSc Thesis]. Tehran: Islamic Azad University, Science and Research; 2007. [Text in Persian]
31. Shedler J, Mayman M, Manis M. The illusion of mental health. *Am Psychol* 1993;48(11):1117-31.
32. Vassend O. Negative affectivity. Subjective somatic complaints and objective health indicators. In: Maes S, Leventhal H, Johnston M, editors. *Mind and body still separated? International Review of Health Psychology*. London: Wiley; 1994. p. 97-118.
33. Rief W, Hessel A, Braehler E. Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosom Med* 2001;63(4):595-602.
34. Stern J, Murphy M, Bass C. Personality disorders in patients with somatization disorder: A controlled study. *Br J Psychiatry* 1993;163:787-9.
35. Martin JB, Pihl RO. The stress-alexithymia hypothesis: Theoretical and empirical considerations. *Psychother Psychosom* 1985;43(4):169-76.
36. Gross JJ, Levenson RW. Emotional suppression: Physiology, self-report, and expressive behavior. *J Pers Soc Psychol* 1993;64(6):970-86.
37. Taylor GJ. Recent developments in alexithymia theory and research. *Can J Psychiatry* 2000;45(2):134-42.
38. Lumley AM, Ovies T, Stettner L, Wehmer F, Lakey B. Alexithymia, social support and health problems. *J Psychosom Res* 1996;41(6),519-30.

Prediction of Somatization Disorder on the Basis of Personality Traits and Alexithymia

Karim Abdolmohammadi^{1*}, Hassan Saburi Moghaddam², Jalil Babapour Kheyroodin³

¹Master of Sciences in Psychology, Faculty of Educational Sciences & Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

²Assistant Professor of Psychology, Faculty of Educational Sciences & Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

³Associate Professor of Psychology, Faculty of Educational Sciences & Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

***Corresponding Author:**
Karim Abdolmohammadi,
Faculty of Educational Sciences & Psychology,
University of Tabriz, Tabriz, Iran.

Email:
karim.abdolmohamadi@yahoo.com

Received: 27 Sep, 2014

Accepted: 18 Feb, 2015

Abstract

Background and Objectives: Somatization is a somatoform disorder, which medical examinations are not able to explain its reason. This study was conducted with the purpose of clarifying the role of personal traits and alexithymia in somatization disorder.

Methods: The present research was performed as a descriptive correlational study. In this investigation, 350 subjects were selected through stratified random sampling method. In the current study, NEO Personality Inventory-revised (NEO PI-R), somatization PHQ-15 questionnaire, and Toronto Alexithymia Scale-20 were used. Data were analyzed using simultaneous regression analysis.

Results: In this study, there was a significant negative relationship between somatization and five factors of extraversion. Also, neuroticism and alexithymia had significant positive relationships with somatization. There was not any relationship between openness to experience and personality traits.

Conclusion: The results of the present study indicated that with strengthening individual's social relationships and training the methods of expressing feelings, steps can be taken towards preventing somatization.

Keywords: Somatoform disorders; Affective symptoms; Personality.