

نقش تجارب آسیب‌زای جنسی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و افشاسازی

در تبیین علائم جسمی دختران نوجوان آسیب‌دیده

- سهیلا اعتمادی^۱، *حمید پورشریفی^۲، بیوک تاجری^۳، مهدی کلانتری^۴، ناهید هواسی سومار^۵
۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
 ۲. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
 ۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
 ۴. استادیار، گروه علوم تربیتی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.
 ۵. استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۹۸/۱۲/۲۵ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۴/۰۵)

The Role of Sexual Traumatic Experiences, Cognitive Emotion Regulation Strategies, and Disclosure in somatic Symptoms of Abused adolescent girls

Soheila Etemadi¹, *Hamid Poursharifi², Buok Tajeri³, Mehdi Kalantari⁴, Nahid Hovassi Soomer⁵

1. Ph.D Student in Health Psychology, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
2. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Roudheh Branch Islamic Azad University, Roudheh, Iran.
5. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Original Article

(Received: Mar. 15, 2020 - Accepted: Jun. 25, 2020)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: The purpose of this study was to investigate the role of Traumatic experiences of sexual abuse, cognitive emotion regulation strategies, and disclosure in explaining Somatic Symptoms of adolescent girls. **Method:** The method of the present study was correlation and statistical population of all students of 14-17 years in Tehran province in the academic year 97-98. By screening students with experience of sexual trauma, and eliminating the incomplete questionnaires 273 students were analyzed. For gathering data, Checklist of Traumatic Experiences of Nigent Huys and Wonder Hart & Kruger (2002), Cognitive emotion regulation strategies questionnaire Garnefsky et al. (2001), Grek's Mental Health Questionnaire (2015), Self-disclosure scale of Kun and Hessling (2003) were used and analyzed using multiple regression. **Findings:** The results showed maladaptive cognitive emotion regulation strategies (with $\beta = 0.441$ and $p < 0.01$), disclosure ($\beta = -0.201$ and $p < 0.01$), adaptive cognitive emotion regulation strategies ($\beta = -0.117$ and $p < 0.01$), sexual traumatic experiences ($\beta = 0.170$, $p < 0.05$), have the ability to predict Somatic symptoms. **Conclusion:** The results showed that can be used to control Somatic Symptoms by Investigating the history of sexual abuse experiences, Managing Cognitive Emotion Regulation Strategies, and facilitating disclosure.

Keywords: Traumatic Experiences of Sexual Abuse, Cognitive Emotion Regulation Strategies, Disclosure, Somatic Symptoms.

چکیده

مقدمه: هدف این پژوهش بررسی نقش تجارب آسیب‌زای جنسی، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و افشاسازی در تبیین علائم جسمی دختران نوجوان آسیب‌دیده بود. **روش:** روش پژوهش همبستگی و جامعه آماری کلیه دانش‌آموزان ۱۴ تا ۱۷ سال استان تهران در سال تحصیلی ۹۷-۹۸ بود. با غربالگری دانش‌آموزان دارای تجربه آسیب جنسی و حذف پرسشنامه‌های ناقص، ۲۷۳ دانش‌آموز در تحلیل شرکت کردند. برای جمع‌آوری داده‌ها از چک‌لیست تجارب آسیب‌زای زندگی نیجن‌هوئیس، وندرهارت و کروگر (۲۰۰۲)، پرسشنامه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱)، پرسشنامه سلامت جسمانی گرک (۲۰۱۵)، مقیاس خود افشاسازی پریشانی کان و هسلینگ (۲۰۰۳) استفاده شد و با استفاده از رگرسیون چندگانه تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد راهبردهای شناختی تنظیم هیجان ناسازگارانه با ($\beta = 0.441$ و $p < 0.01$)، افشاسازی ($\beta = -0.201$ و $p < 0.01$)، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان سازگارانه ($\beta = -0.117$ و $p < 0.01$)، تجارب آسیب‌زا ($\beta = 0.170$ و $p < 0.05$) توانایی پیش‌بینی علائم جسمی را دارند. **نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد می‌توان با بررسی تاریخیچه تجارب آسیب‌زای جنسی، مدیریت راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و تسهیل افشاسازی در جهت کنترل علائم جسمی بهره برد.

واژگان کلیدی: تجارب آسیب‌زای جنسی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، افشاسازی، علائم جسمی.

* نویسنده مسئول: حمید پورشریفی

* Corresponding Author: Hamid Poursharifi

Email: poursharifi@gmail.com

مقدمه

وزینوگانون، بورژوازی، ازپوزیتو و هیرت^۷، ۲۰۱۷؛ کراوچ، استرامپولیس، رادکلیف و استاو^۸، ۲۰۱۸)، سرطان و عملکرد جنسی (لیز و همکاران^۹، ۲۰۱۸؛ آکالا، کیم مپس و میچل^{۱۰}، ۲۰۱۷)، چاقی و دیابت (کمپیل، فارمر، نگوین رودریگز، واکر و ایگد^{۱۱}، ۲۰۱۸) و بیماری‌های قلبی - عروقی (تورستون و همکاران^{۱۲}، ۲۰۱۷) اشاره کرد. یکی از پیامدهای مهم تجارب آسیب‌زای زندگی و به‌ویژه سوءاستفاده جنسی دوران کودکی، علائم جسمی^{۱۳} است که توسط چندین پژوهش مورد تأیید قرار گرفته است (کیلی، رایس، اوگروونیکزوک و اسپیدل^{۱۴}، ۲۰۱۸؛ لوب و همکاران^{۱۵}، ۲۰۱۸).

مبتلایان به اختلال علائم جسمی اغلب علائم جسمی متعددی را نشان می‌دهند که ناراحت‌کننده بوده و گسیختگی معناداری در زندگی و عملکرد فرد ایجاد می‌کند؛ اگرچه علامت شایع‌تر به‌صورت درد می‌باشد؛ باین‌حال علائم می‌تواند به‌صورت درد موضعی و یا علائم نامعین مانند احساس خستگی باشد (انجمن روان‌پزشکان آمریکا، ۲۰۱۳).

شیوع شکایت جسمی در کودکان و نوجوانان بسته به جمعیت موردبررسی متفاوت

علی‌رغم آنکه مواجهه با تجارب آسیب‌زا^۱ در طول زندگی، پدیده رایجی است؛ باین‌حال پیامدهای کوتاه و بلندمدت جسمانی و روان‌شناختی آن برکسی پوشیده نیست. در این رابطه ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برحسب نمای بالینی خاص روان‌پزشکی، ارتباط بین تجربه آسیب‌زا، به‌ویژه سوء رفتار جنسی در دوران کودکی و اختلال علائم جسمی را موردتوجه قرار داده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳؛ ترجمه رضاعی و همکاران، ۱۳۹۳). در میان تجارب آسیب‌زای زندگی، کودک‌آزاری^۳ در شکل‌های گوناگون آن خسارت‌های جبران‌ناپذیری را بر روند رشد جسمانی و روانی کودکان و نوجوانان بر جای می‌گذارد. در تعریف کودک‌آزاری، سازمان بهداشت جهانی^۴ کودک‌آزاری را آسیب و تهدید جسمانی و روانی رفاه کودک زیر ۱۸ سال توسط والدین یا بزرگسالانی که نسبت به او مسئولیت دارند تعریف کرده است که چهار حیطة فیزیکی، جنسی، عاطفی و مسامحه را دربر می‌گیرد (آتین و همکاران^۵، ۲۰۰۲). برآورد شده است که حدود ۷۵ درصد افراد جوانی که تجربه آزار جنسی را داشته‌اند، تحت تأثیر پیامدهای منفی آن، دچار آسیب‌های گسترده در طی بزرگسالی خواهند شد (تاونسند^۶، ۲۰۱۸)؛ ازجمله می‌توان به پیامدهای فیزیکی (داینولت،

7. Daigneault, Vézina-Gagnon, Bourgeois, Esposito & Hébert

8. Crouch, Strompolis, Radcliff & Srivastav

9. Lees, & et al

10. Alcalá, Keim-Malpass & Mitchell

11. Campbell, Farmer, Nguyen-Rodriguez, Walker & Egede

12. Thurston & et al

13. Somatic symptoms

14. Kealy, Rice, Ogrodniczuk & Spidel

15. Loeb, & et al

1. Traumatic experiences

2. American Psychiatric Association

3. child abuse

4. The World Health Organization (WHO)

5. Etienne, & et al

6. Townsend

پژوهش‌های گذشته نشان داده است که افراد در مواجهه با شرایط استرس‌زا و تروماتیک از راهبردهای گوناگون تنظیم هیجان استفاده می‌کنند. یکی از راهبردهای متداول تنظیم هیجان، راهبردهای شناختی است که کمک می‌کنند تا فرد تحت تأثیر شدت هیجان خود قرار نگیرد و بتواند هیجان‌ها و احساس‌های خود را تنظیم و مدیریت کند (گروس^۴، ۲۰۱۵). بر همین اساس گرانفسکی، کراوچ و اسپینهاون^۵ (۲۰۰۱)، نه راهبرد تنظیم هیجان شناختی^۶ را به صورت مثبت و منفی (سازگار و ناسازگار) بیان کرده‌اند. پژوهش‌ها نشان داده است که استفاده‌ی هرکدام از این نه راهبرد، می‌تواند پیامد متفاوتی داشته باشد؛ از جمله کان، هوگن‌دورن، تانن‌بوم، گونزالز^۷ (۲۰۱۸) بیان کردند راهبردهای شناختی تنظیم هیجان منفی (ناسازگار) مانند خود انتقادگری و فاجعه سازی با شکایت جسمانی بیشتر در بیماران مبتلا به دیابت همراه بود؛ گرچه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان مثبت (سازگار) با شکایت جسمانی در ارتباط نبود.

از سویی دیگر، یکی از عوامل مهم که موجب تأخیر در مراقب‌های پزشکی و روان شناختی افراد آسیب‌دیده ناشی از تجربه آزار جنسی می‌شود و پیرو آن دریافت حمایت اجتماعی که عامل تعدیل‌کننده استرس است را تقلیل می‌دهد و منجر به پیامدهای بیشتر آسیب جسمی و روان‌شناختی می‌گردد، افشاسازی^۸ آزار

گزارش شده است و بین ۱۰ تا ۴۵ درصد متغیر بوده است (ونسلت و همکاران^۱، ۲۰۱۲). در مطالعه حکمت روان، شریعت، خانی و خادمی (۲۰۱۲) که بر روی مددجویان بهزیستی انجام دادند، نرخ علائم روان‌تنی ۴۵/۷ درصد در سطح خفیف و همچنین ۵۴/۳ درصد در سطح متوسط و بالاتر گزارش شده است و شایع‌ترین اختلالات روان‌تنی، درد مفاصل آرنج و زانو، سردردهای عصبی، درد کتف و کمر، یبوست، زخم معده، اختلالات قاعدگی و آرتروز بوده است.

جدیدترین پژوهش‌ها در زمینه تجارب آسیب‌زا و علائم جسمی، پژوهش مورنا و همکاران^۲ (۲۰۱۸) بوده که بر روی ۱۳۴ پناهنده مهاجر انجام گرفت و نتایج نشان داد علائم جسمی نگرانی قابل توجه در افرادی بوده است که در معرض تجارب آسیب‌زای جدی قرار داشته‌اند. نظریه‌هایی که در مورد اختلال علائم جسمی مطرح شده است بیان می‌کنند که اختلال در تنظیم هیجان، یکی از جنبه‌های روان‌شناختی است که منجر به رشد، پیشرفت بیماری و همچنین درمان می‌گردد (لایتنن، هودن هیو، لئا، تارگت و فانجی^۳، ۲۰۱۳). مشکلات در حوزه تنظیم هیجان‌ات در بیماران با علائم جسمانی، استفاده کمتر از راهبردهای سازگاران تنظیم هیجان مانند ارزیابی مجدد و استفاده بیشتر از راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار؛ مانند نشخوار فکری و سرزنش خود و دیگران و همچنین نوعی عدم انعطاف‌پذیری شناختی می‌باشد. همچنین نتایج

4. Gross

5. Garnefski, Kraaij, & Spinhoven

6. Cognitive emotion regulation strategies

7. Kane, Hoogendoorn, Tanenbaum, Gonzalez

8. Disclosure

1. Vanaelst, & et al

2. Morina, & et al

3. Luyten, Houdenhove, Lemma, Target & Fonagy

تنظیم هیجان سازگار، ناسازگار و افشاسازی، علائم جسمانی را در نوجوانان آسیب‌دیده پیش‌بینی می‌کند؟

روش

روش این پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی است.

جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانش‌آموزان دختر متوسطه دوره اول و دوم استان تهران در سال تحصیلی ۹۷-۹۸ بود و نمونه‌های پژوهش حاضر از بین ۲۵۰۰ دانش‌آموز سنین ۱۴ تا ۱۷ ساله در دو مرحله (گام اول در دسترس و گام دوم هدفمند) انتخاب شدند؛ بدین‌صورت که پس از کسب مجوز از حراست و کارشناسی مشاوره از مناطق مختلف آموزش و پرورش استان تهران، ابتدا مناطق حاضر به همکاری و سپس مدرسی که در هر منطقه همکاری لازم را داشتند، به‌صورت در دسترس انتخاب شدند. به لحاظ رعایت موازین اخلاقی، با توجه به سن کمتر از ۱۸ سال نمونه‌ها (۱۴-۱۷) و همچنین حساسیت موضوع، جلسات توجیهی برای خانواده‌ها با تأکید بر پیامدهای جسمانی و روان‌شناختی تجارب آسیب‌زا برگزار شد. پس از کسب رضایت از آن‌ها، جلسه توجیهی برای دانش‌آموزان با بحث خود مراقبتی اجرا شد. پس از ایجاد جو اعتمادسازی و همچنین بسترسازی در زمینه حفظ اطلاعات شخصی دانش‌آموزان که برای این کار به‌جای اسم دانش‌آموز از کدهای مخصوص هر فرد استفاده شد، پرسش‌نامه تجارب آسیب‌زا به تمام دانش‌آموزان پایه هشتم، نهم، دهم، یازدهم،

جنسی است. به‌صورت کلی سوءاستفاده جنسی از کودک و نوجوان، آسیبی است که نتایج پژوهش‌ها پیرامون آن نشان می‌دهد که اکثر موارد سو استفاده یا با تأخیر افشاسازی می‌گردد و یا هرگز افشاسازی نمی‌شود (مارتین و سیلورستون^۱، ۲۰۱۳).

لذا با توجه به موضوع تابو بودن آزار جنسی و پیامدهای گسترده و عمیق جسمی و روان‌شناختی آن؛ ازجمله علائم جسمانی و با توجه به شیوع علائم جسمی در نوجوانان (وان‌گیلن و هاگ‌کیست^۲، ۲۰۱۶) که موجب غیبت‌های متعدد دانش‌آموزان، مراجعه فراوان به مطب پزشکان و انجام آزمایش‌های گوناگون می‌گردد که خود بار هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی فراوانی برای خانواده و سرویس‌های خدمات بهداشتی را به همراه خواهد داشت، بر همین اساس شناسایی متغیرهای اثرگذار و به‌تبع آن، مداخلات درمانی به‌موقع در این متغیرها، می‌تواند نقش پیشگیرانه مهمی داشته باشد. همچنین گرچه پژوهش‌های زیادی تأثیر شدت تجارب آسیب‌زای جنسی را بر سایر اختلالات ازجمله استرس پس از ضربه موردبررسی قرار داده‌اند؛ اما پژوهش‌های اندکی به بررسی تأثیر تجربه آسیب‌های جنسی و به‌ویژه راهبردهای تنظیم هیجان شناختی و افشاسازی بر علائم جسمی پرداخته‌اند.

با توجه به نکات یادشده، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این پرسش است که آیا تجارب آسیب‌زای جنسی، راهبردهای شناختی

1. Martin & Silverstone
2. Van Geelen & Hagquist.

آن بین ۰-۶۹ است. نارینگ و نیجنهویس^۳ (۲۰۰۵) روایی همگرا و وابسته به ملاک را خوب تا عالی بیان کرده‌اند. آلفای کرونباخ چکلیست تجارب آسیب‌زا در مطالعه‌ی نیجنهویس که به صورت ساختاریافته اجرا شد، ۶۲ درصد گزارش شده است (نیجنهویس، واندرهارت و کروگر، ۲۰۰۲).

پرسشنامه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان: این پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱)، در جهت ارزیابی راهبردهای شناختی تنظیم هیجان افراد در پاسخ به تجارب تهدیدکننده و استرس‌آور زندگی طراحی گردید. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی ۳۶ گویه‌ای با نه خرده مقیاس متفاوت شامل، ملامت خویش، ملامت دیگران، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، فاجعه‌سازی و دیدگاه‌پذیری است. نمرات هر زیر مقیاس در دامنه ۴ تا ۲۰ و جمع کل نمرات در دامنه بین ۳۶ تا ۱۸۰ قرار می‌گیرد. گارنفسکی و همکاران پایایی این آزمون را با استفاده از ضریب کرونباخ برابر ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ گزارش داده‌اند. نسخه فارسی پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان در فرهنگ ایرانی توسط حسنی مورد هنجاریابی قرار گرفته است. در این مطالعه، پایایی مقیاس بر اساس روش‌های همسانی درونی ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ و از طریق بازآزمایی با دامنه همبستگی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷ گزارش شده است و روایی پرسشنامه‌ی مذکور

هر آموزشگاه داده شد. در گام دوم پس از بررسی پرسش‌نامه‌ها، نمونه‌هایی که بر اساس پرسش‌نامه، شدت تجربه آسیب جنسی، (سوءاستفاده و آزار جنسی) را گزارش کرده بودند و حداقل شش ماه از حادثه ترومای جنسی گذشته بود انتخاب شدند و در مرحله دوم پرسش‌نامه علائم جسمانی و پرسش‌نامه راهبردهای تنظیم هیجان و افشاسازی را تکمیل کردند. در نهایت ۲۹۳ پرسش‌نامه تکمیل شدند که با بررسی پرسش‌نامه‌هایی که به صورت ناقص تکمیل شده بودند، ۲۷۳ پرسش‌نامه مورد تحلیل آماری قرار گرفتند.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار پژوهش

چکلیست تجارب آسیب‌زای زندگی (T.E.C)^۱ نیجنهویس، واندرهارت و کروگر^۲ (۲۰۰۲): این چکلیست شکل‌های متنوعی از تجارب به طور بالقوه آسیب‌زا را ارزیابی می‌کند. نمره کلی T.E.C شامل تأیید تعداد تجارب بالقوه آسیب‌زای زندگی (۰-۲۹) است. نمره‌های مرکب ناحیه آسیب (طیف: ۰-۱۲) غفلت هیجانی، سوءاستفاده هیجانی، سوءاستفاده بدنی، تهدید، آزار جنسی و سوءاستفاده جنسی محاسبه می‌شود. یک نمره به وقوع برای هرکدام از جنبه‌های زیر اضافه می‌شود: (طول مدت تجارب آسیب‌زا، ارتباط فرد با عامل آن، شدت تجارب و وجود تجارب آسیب‌زا). نمره‌ی کلی مرکب ناحیه تروما شامل جمع این خرده مقیاس‌ها است که نمره کل

3. Näring, & Nijenhuis
2. The Physical Health Questionnaire (PHQ)

1. Traumatic Experience Checklist (TEC)
2. Nijenhuis Van, der Hart, Kruger

این مقیاس برای میزان خود افشاسازی فرد ساخته شده است. دوازده گویه دارد و در طیف لیکرت ۵ درجه ای طراحی شده است. شرکت‌کنندگان به گویه‌ها از یک کاملاً مخالفم تا پنج کاملاً مخالفم نمره می‌گیرند از این رو حداقل نمره در این مقیاس ۹ و حداکثر ۶۰ می‌تواند باشد. پایایی این مقیاس از طریق بازآزمایی در چند پژوهش بالای ۰/۹۰ به‌دست آمده است (کان و هسلینگ، ۲۰۰۱). در پژوهش زارع و همکاران (۱۳۹۲) پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به‌دست آمده است

یافته‌ها

شاخص‌های جمعیت شناختی این پژوهش شامل سن، مقطع تحصیلی و منطقه بود. ۲۸/۹٪ شرکت‌کنندگان دارای سن ۱۴ سال، ۲۴/۲٪ دارای سن ۱۵ سال، ۲۶٪ دارای سن ۱۶ سال و ۲۰/۹٪ دارای سن ۱۷ سال بودند. ۲۲٪ شرکت‌کنندگان در مقطع هشتم، ۲۳/۸٪ در مقطع نهم، ۲۲/۳۴٪ در مقطع دهم و ۲۰/۹٪ در مقطع یازدهم مشغول به تحصیل بودند. همچنین ۷۲/۹٪ شرکت‌کنندگان در مدارس رودهن و ۲۷/۱٪ آن‌ها در مدارس تهران تحصیل می‌کردند

در جدول شماره ۱، شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین و انحراف استاندارد ارائه شده‌اند.

از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش، همبستگی بین خرده مقیاس‌ها با دامنه همبستگی. ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ و روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است (حسینی، ۱۳۹۰).

پرسشنامه سلامت جسمانی (PHQ-15): پرسشنامه سلامت جسمانی یک پرسشنامه ۱۵ گویه‌ای است که توسط گرک^۲ (۲۰۱۵) طراحی شد. این ابزار برای سنجش شدت نشانگان جسمانی (شکم‌درد، کمردرد، درد در بازوها و پاها، درد قاعدگی، سردرد، درد قفسه سینه، سرگیجه، احساس تپش قلب، تنگی نفس، یبوست، اسهال، احساس خستگی و مشکلات خواب) در طی ۴ هفته گذشته تدوین شده است. فرد بر اساس میزان شدت هر یک از نشانگان جسمانی، به هر گویه بین ۰، ۱، ۲ نمره می‌دهد. سه نقطه برش ۵، ۱۰ و ۱۵ دارد که نشان می‌دهد علائم جسمانی فرد خفیف، متوسط یا شدید است. مطالعات مختلف گزارش کرده‌اند که این ابزار از ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی برخوردار است. بر اساس پژوهش لی، کرید و لیونگ^۳ (۲۰۱۵) آلفای کرونباخ همسانی درونی ۰/۷۹ گزارش شده است. نسخه‌ی کره‌ای این مقیاس در محیط‌های سرپایی روان‌پزشکی برای اندازه‌گیری کردن شدت علائم جسمانی مناسب هستند (شونگ و همکاران^۴، ۲۰۱۵).

مقیاس خود افشاسازی پریشانی کان و هسلینگ^۵ (۲۰۰۳):

1. The Physical Health Questionnaire (PHQ)
2. Gierk & et al
3. Lee, Creed, & Leung
4. Xiong & et al
5. Kahn & Hessling

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمرات تجارب آسیب‌زا، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان سازگار و

ناسازگار، افشاسازی و علائم جسمانی

متغیر	خرده مقیاس	میانگین	انحراف استاندارد
	آزار جنسی	۲/۰۲	۱/۷۵۴
	سوءاستفاده جنسی	۲/۲۳	۱/۷۵۲
تجارب آسیب‌زا	غفلت هیجانی	۳/۳۲	۳/۱۹۷
	سوءاستفاده هیجانی	۲/۷۹	۳/۰۱۲
	سوءاستفاده بدنی	۱/۵۳	۲/۲۵۹
	تهدید زندگی، درد، تنبیه غیرعادی	۱/۸۳	۲/۱۰۶
	پذیرش	۱۲/۰۲	۳/۴۶۵
راهبردهای شناختی تنظیم هیجان سازگارانه	تمرکز مجدد مثبت	۱۱/۶۲	۳/۹۹۶
	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۱۱/۹۹	۳/۷۴۶
	ارزیابی مجدد مثبت	۱۱/۱۶	۳/۷۹۹
	دیدگاه‌گیری	۱۱/۰۷	۳/۳۴۲
	ملامت خود	۱۳/۵۹	۴/۰۰۹
هیجان ناسازگارانه	ملامت دیگری	۱۲/۵۸	۴/۰۱۹
	فاجعه‌سازی	۱۲/۲۷	۴/۰۵۷
	نشخوارگری	۱۰/۷۷	۴/۱۲۳
افشاسازی	-	۳۳/۴۹	۷/۴۵۷
علائم جسمی	-	۱۰/۷۹	۵/۱۹۳

جدول شماره ۲ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. بر اساس مندرجات این جدول تجارب آسیب‌زا، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان سازگارانه، راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه و افشاسازی به ترتیب با مقادیر ۰/۲۲۴، ۰/۱۵۵، -۰/۵۰۷ و -۰/۲۳۱ - با علائم جسمی همبستگی معنی‌دار دارند. همچنین راهبردهای شناختی تنظیم هیجان سازگارانه و ناسازگارانه همبستگی ۰/۱۵۳ - با همدیگر داشتند.

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

	۱	۲	۳	۴	۵
۱ تجارب آسیب‌زا	۱				
۲ راهبردهای شناختی تنظیم هیجان سازگارانه	-۰/۰۴۷	۱			
۳ راهبردهای شناختی تنظیم هیجان ناسازگارانه	۰/۲۵۵**	-۰/۱۵۳*	۱		
۴ افشاسازی	۰/۰۴۹	۰/۰۴۱	۰/۰۴۶	۱	
۵ علائم جسمی	۰/۲۲۴**	-۰/۱۵۵**	۰/۵۰۷**	-۰/۲۳۱**	۱

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه علائم جسمی دختران آسیب‌دیده بر اساس تجارب آسیب‌زای

جنسی، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان سازگار و ناسازگار و افشاسازی

ضریب استاندارد	t	سطح معنی‌داری	F	سطح معنی‌داری
۰/۱۱۷	۲/۲۷	۰/۰۲۴	۳۵/۱۹	۰/۰۰۱
-۰/۱۷۲	-۳/۴۳	۰/۰۰۱		
۰/۴۴۱	۸/۵۰	۰/۰۰۱		
-۰/۲۱۳	-۴/۲۹	۰/۰۰۱		

متغیرهای پیش‌بین می‌توانند به‌صورت معنی‌داری علائم جسمی دختران آسیب‌دیده را پیش‌بینی کنند. میزان F محاسبه‌شده برابر $۳۵/۱۹$ به‌دست آمد که حائز معنی‌داری در سطح $p < ۰/۰۰۱$ بود. از بین متغیرهای پیش‌بین پژوهش، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان ناسازگارانه با ضریب استاندارد $۰/۴۴۱$ و با سطح معنی‌داری $p < ۰/۰۱$ بیشترین سهم را در تبیین علائم جسمی دارد. سپس افشاسازی با ضریب استاندارد $-۰/۲۱۳$ و سطح معنی‌داری $p < ۰/۰۱$ دومین سهم را در پیش‌بینی علائم جسمی دارد. راهبردهای شناختی تنظیم هیجان سازگارانه با ضریب استاندارد $-۰/۱۷۲$ و سطح معنی‌داری $p < ۰/۰۱$ سومین سهم را در پیش‌بینی علائم جسمی و درنهایت تجارب آسیب‌زا با ضریب استاندارد $۰/۱۱۷$ و سطح معنی‌داری $p < ۰/۰۵$ کمترین سهم معنی‌دار را در پیش‌بینی علائم جسمی نشان می‌دهد.

نتیجه‌گیری و بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش تجارب آسیب‌زای جنسی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و افشاسازی در پیش‌بینی علائم جسمانی نوجوانان دختر آسیب‌دیده بود. در این پژوهش علائم جسمی بر اساس پرسشنامه سلامت جسمانی به‌صورت شکایات متعدد جسمانی (دردهای شکمی، درد قاعدگی، دردهای عضلانی، سردرد و سرگیجه، درد قفسه سینه و تپش قلب، یبوست، تهوع، احساس خستگی و مشکلات خواب) در نظر گرفته شد. نتایج حاکی از آن است که متغیرهای (تجارب آسیب‌زای جنسی،

برای بررسی نقش تجارب آسیب‌زای جنسی، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان سازگار و ناسازگار و افشاسازی در تبیین علائم جسمی دختران نوجوان آسیب‌دیده، از روش تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. قبل از انجام تحلیل به‌منظور بررسی استقلال خطاها در تحلیل رگرسیون از آزمون دوربین - واتسون استفاده شد. مقدار آماره دوربین - واتسون برابر $۱/۶۹$ به‌دست آمد. مقادیر بین $۱/۵$ تا $۲/۵$ نشانگر وجود استقلال خطاها در داده‌ها هستند؛ بنابراین می‌توان بر تحقق پیش‌فرض استقلال خطاها صحه گذاشت. از طرفی برای بررسی پیش‌فرض عدم وجود هم‌خطی چندگانه از شاخص VIF و شاخص تحمل استفاده شد. مقادیر شاخص VIF برای تجارب آسیب‌زای جنسی، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان سازگار و ناسازگار و افشاسازی به ترتیب برابر $۱/۰۷۱$ ، $۱/۰۲۶$ ، $۱/۱۰۰$ و $۱/۰۰۷$ به‌دست آمد. همچنین مقادیر شاخص تحمل برای این متغیرها به ترتیب برابر $۰/۹۳۴$ ، $۰/۹۷۵$ ، $۰/۹۰۹$ و $۰/۹۹۳$ به‌دست آمد. برای تحقق پیش‌فرض عدم هم‌خطی مقادیر شاخص VIF نباید کمتر از $۰/۱$ و مقادیر شاخص تحمل نباید بالای ۱۰ باشد. بر اساس مقادیر به‌دست‌آمده این فرض محقق شده است. نتایج تحلیل رگرسیون به شفافیت بیشتر روابط تجارب آسیب‌زای جنسی، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان سازگار و ناسازگار و افشاسازی با علائم جسمی دختران نوجوان آسیب‌دیده منجر شد.

یافته‌های تحلیل رگرسیون که در جدول ۳ نشان داده شده است، حاکی از آن است که

معکوس توان پیش‌بینی علائم جسمانی را دارد. این نتایج با یافته‌های مطالعه کلاینسبور، گوتچالک، برکینگ، راو وریف^۵ (۲۰۱۶)، همسو بود. آن‌ها در مطالعه خود که با عنوان "پذیرش و ارزیابی شناختی به‌عنوان راهبردهای خودتنظیمی در جهت بررسی علائم افراد دارای شکایات جسمی غیرقابل توضیح پزشکی" بر روی ۴۸ نفر با علائم اختلال جسمانی و ۴۸ نفر افراد سالم انجام دادند به این نتیجه اشاره کردند که راهبردهای شناختی تنظیم هیجان مثبت مانند ارزیابی مجدد شناختی و پذیرش با کاهش علائم جسمانی همراه بود. همچنین در پژوهش حسینی و همکاران (۱۳۹۳) که به بررسی مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به سردرد میگرنی، سردرد تنشی و افراد بهنجار پرداخت، نتایج نشان داد، افراد مبتلا به سردرد از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان مثبت، کمتر استفاده می‌کنند. در تبیین این ارتباط می‌توان به تأثیر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان بر کیفیت زندگی افراد با علائم جسمانی اشاره کرد؛ بدین معنا که راهبردهای مثبت مانند ارزیابی مجدد، بازنگری مثبت و پذیرش تأثیر مثبتی بر کیفیت زندگی، مدیریت درد و تاب‌آوری دارد و متعاقب آن، روند بهبودی و کاهش درد را به همراه خواهد داشت.

همچنین با توجه به این مسئله که درد یک تجربه هیجانی و حسی است (وایزبرگ، ۱۹۷۷ به نقل از دیماتو، ترجمه عباسپور و همکاران، ۱۳۷۸) و تحت تأثیر فرایندهای شناختی فرد قرار

راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگار، ناسازگار و افشاسازی) می‌توانند به‌صورت معنی داری علائم جسمی دختران آسیب‌دیده را پیش‌بینی کنند.

نتایج پژوهش نشان داد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان منفی (ناسازگار) به‌صورت مستقیم توان پیش‌بینی علائم جسمانی را دارد. این یافته با نتایج پژوهش اوگرگونی، ساتل، ویتهوف و هنینگزن^۱ (۲۰۱۹)؛ کین، هوگندورن، تاننام و گونزالز (۲۰۱۸)؛ اتروپل، استرانگ‌هونر، ورهاویس و شووینگر^۲ (۲۰۱۷) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان به این مطلب اشاره کرد، با توجه به اینکه نظریه‌های مربوط به اختلال علائم جسمانی، اختلال در فرایند تنظیم هیجان را یکی از عوامل مؤثر در پیشرفت و درمان علائم در نظر دارد و تجربه‌های بالینی و پژوهشی گویای این مطلب هستند (براوون و همکاران^۳، ۲۰۱۳ و کوچلین، کوکلی، سچچتر، ورنر و کوسوفسکی^۴، ۲۰۱۸)؛ لذا می‌توان گفت که راهبردهای منفی تنظیم هیجان با توجه به ماهیت ناسازگارانه خود از جمله ملامت خویش، ملامت دیگران، فاجعه‌سازی و نشخوارگری موجب تداوم علائم جسمانی گردد و از سویی با تأثیر بر کیفیت زندگی (عربی و باقری، ۱۳۹۶) و مدیریت درد (گلابی، عبدالهی و شاهقلیان، ۱۳۹۵) به‌صورت منفی، روند بهبود را با تأخیر مواجه سازد.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان، به‌صورت

5. Kleinstaubner, Gottschalk, Berking, Rau & Rief

1. Okur Güney, Sattel, Withhöft, & Henningsen
2. Otterpohl, Stranghoener, Vierhaus, Schwinger,
3. Brown & et al
4. Koechlin, Coakley, Schechter, Werner, Kossowsky

این افراد در برابر رویدادهای پرتنش از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان ناسازگار استفاده می‌کنند که خود موجب ماندگاری مشکلات روحی و روانی و همچنین شکایات جسمانی می‌گردد.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تجربه آسیب‌زای جنسی به شکل معنی‌داری توان پیش‌بینی علائم جسمانی را دارد. این یافته با نتایج مطالعات اسلامی و همکاران^۳ (۲۰۱۹)؛ کیلی و همکاران (۲۰۱۸)؛ لوب و همکاران (۲۰۱۸)، همسو است. در مطالعه کیلی و همکاران (۲۰۱۸)، با عنوان "ترومای دوران کودکی و علائم جسمی در بیماران سرپایی روان‌پزشکی" نتایج نشان داد سوءاستفاده جنسی با علائم جسمانی رابطه مستقیم دارد. همچنین در مطالعه مارکوس و همکاران^۴ (۲۰۱۶)، با عنوان "اختلال سوماتوفرم در نوجوان قربانی کودک‌آزاری" که در نوجوانان بین سنین ۱۱ تا ۱۶ ساله بستری انجام گرفت، نتایج نشان داد که از جمع ۲۳۱ نوجوانان بستری، ۳۳ درصد سابقه سوءاستفاده داشتند. در تبیین این ارتباط می‌توان به این نکته اشاره کرد همان‌طور که (لیبلیچ، مک آدامز و جوزلسون^۵، ۲۰۰۴) در رابطه با کودکانی که مورد آزار و اذیت جنسی قرار گرفته‌اند اصطلاح "هویت قربانی" را مطرح می‌سازد و بیان می‌دارند که هسته این هویت قربانی در کودکی شکل می‌گیرد، لذا ممکن است این هویت قربانی موجب گردد که کودکان و نوجوانان دنیای پیرامون خود را از لنز همین نگاه

دارد (فویراشتاین، پاپسیک و هون، به نقل از دیماتو، ترجمه عباسپور و همکاران، ۱۳۷۸) می‌توان این تبیین را مطرح کرد که ممکن است راهبردهای شناختی تنظیم هیجان منفی بر شدت ادراک تجربه درد افزوده و برعکس استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مثبت بر بهبود و کاهش ادراک درد مؤثر باشد و بر همین اساس، می‌توان به اثربخش بودن درمان‌های هیجان‌مدار که موجب رویارویی با هیجان‌ات منفی و مدیریت هیجان‌ات می‌گردد، در کاهش درد اشاره کرد. ازجمله نتایج پژوهش اورکی، مهدی زاده و درتاج (۱۳۹۷) نشان داد که درمان‌های شناختی رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان می‌تواند موجب کاهش درد شود. با این حال با توجه به سهم پایین راهبردهای تنظیم هیجان مثبت در علائم جسمانی می‌توان این تبیین را مطرح کرد که با توجه به نظریات مطرح شده ازجمله عواملی که در بد تنظیمی هیجان مطرح شده است، تعاملات بین فردی اولیه است (لویتن و همکاران^۱، ۲۰۱۳)؛ بنابراین با توجه به اینکه راهبردهای تنظیم هیجان در ابتدای زندگی در چهارچوب رابطه بین کودک و مراقب شکل می‌گیرد، کیفیت این مبادله ارتباطی می‌تواند عامل بسیار مهمی در توانایی و ظرفیت راهبردهای تنظیم هیجان باشد (هوو، کیم، لی و چا^۲، ۲۰۱۷)؛ لذا زمانی که کودک و یا نوجوان در معرض تعرض و شکستن مرز و حریم شخصی خویش قرار می‌گیرد، این توانایی و ظرفیت راهبردهای تنظیم هیجان به شکل سالمی شکل نخواهد گرفت و نتیجه آن خواهد بود که اغلب

3. Eslami & et al

4. Marquis, Vabres, Caldagues, Bonnot,

5. Lieblich, McAdams, & Josselson

1. Luyten, P. & et al

2. Huh, Kim, Lee, Chae

علائم جسمانی عوامل و متغیرهای دیگری نقش داشته باشند؛ از جمله نقش شرم و احساس گناه (کیلی، ۲۰۱۸)، حمایت اجتماعی و ویژگی‌های شخصیتی (استین و همکاران^۴، ۲۰۱۷) و متغیرهای دیگر که پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی مورد بررسی قرار گیرد.

از دیگر نتایج این پژوهش سهم افشاسازی در پیش‌بینی علائم جسمانی است. یافته‌های این پژوهش با مطالعات گذشته زیادنی و همکاران^۵ (۲۰۱۸)؛ پائولوو گیلبرت^۶ (۲۰۱۵)؛ آیرونسون و همکاران^۷ (۲۰۱۳)، همسو است و در اغلب مطالعات گذشته این نتایج به دست آمده است که افشاسازی می‌تواند در بهبود علائم جسمانی مؤثر باشد. از جمله آیرونسون و همکاران در مطالعه خود که بر روی بزرگ‌سالان مبتلا به HIV انجام دادند، به این نتیجه اشاره می‌کنند که افشاسازی نوشتاری می‌تواند موجب کاهش علائم جسمانی مرتبط به HIV شود؛ و همچنین آذرکلاه و همکاران (۱۳۹۸) بر اثربخشی افشاسازی هیجانی بر کیفیت زندگی و حس انسجام تأکید دارند. در تبیین تأثیر افشاسازی بر علائم جسمانی می‌توان به عامل ناگویی هیجانی (خلقی) اشاره کرد. همان‌طور که نتایج این پژوهش نشان داد قربانیان آزار و اذیت و سوءاستفاده جنسی به کرات از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار مانند ملامت خود، ملامت دیگران، نشخوار گری و فاجعه سازی استفاده می‌کنند که تمام این راهبردها پیش‌بینی کننده ناگویی هیجانی (خلقی)

"من قربانی" نگاه کنند و این "هویت قربانی" را در سایر موقعیت‌ها به‌ویژه موقعیت‌های سلامتی و بهداشتی تعمیم داده و منجر به این نگاه غیرقابل کنترل بودن شرایط گردد و در نهایت با اسناد دادن روند زندگی خویش به قضا و قدر، اقدامات مفیدی در راستای سلامتی انجام ندهند و در نهایت موجب کاهش کیفیت زندگی و تداوم شکایات جسمی گردد. در تبیین دیگر می‌توان به این مطلب اشاره کرد که اغلب مطالعات بیان می‌کنند که مواجه طولانی مدت با منبع استرسور، موجب فعال‌سازی محور HPA، فعالیت نامنظم کورتیزول و پاسخ‌های نامناسب سیستم ایمنی پیش التهابی می‌گردد که موجب شکایت جسمانی می‌گردد (می^۱، ۲۰۰۴). از جمله در مطالعه هیم واهلرت و هلهامر^۲ (۲۰۰۰) و اهلرت، ناتر و بهملت^۳ (۲۰۰۵) که به بررسی نقش سطح کورتیزول در پاتولوژی اختلالات مربوط به استرس پرداختند، نتایج نشان داد اختلالات جسمانی با کاهش غلظت کورتیزول همراه بوده است؛ لذا می‌توان به این نتیجه اشاره کرد که ترومای جنسی به‌عنوان یک منبع استرسور و به‌ویژه با نشخوار فکری خاطرات این تروما، تداوم یافته و با تغییر در محور هیپوتالاموس-هیپوفیز - ادرنال و همچنین تغییر در سطح کورتیزول موجب تداوم علائم جسمانی گردد. با این حال با توجه به سهم کم تجارب آسیب‌زای جنسی در علائم جسمانی می‌توان گفت که ممکن است در رابطه بین تجارب آسیب‌زای جنسی و

4. Steine, I. M & et al

5. Ziadni & et al

6. Palo & Gilbert

7. Ironson & et al

1. Mai

2. Heim, Ehlert & Hellhammer

3. Ehlert, Nater & Böhmelt,

اطلاعات، ارتقاء در انسجام و درک حوادث زندگی و تغییر در طرحواره‌های فرد از حادثه می‌گردد؛ لذا آشفستگی فرد را کاهش می‌دهد (اسلوان و مارک،^۴ ۲۰۰۶)؛ بنابراین می‌توان گفت که ممکن است افشاسازی مانع از ناگویی هیجانی، نشخوار فکری و سرانجام کاهش ادراک درد گردد. باین‌حال در مقایسه با راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار، نتایج بیانگر سهم پایین افشاسازی در پیش‌بینی علائم جسمانی است که در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که بر اساس آنکه افشاسازی متغیری است که به شدت تحت تأثیر فرهنگ و باورهای فرهنگی است (المان و فیلیپاس،^۵ ۲۰۰۱) و عوامل زیادی از جمله تأخیر افشاسازی، واکنش به افشاسازی، افشاسازی کامل یا ناقص (مک تاویش و وکرل،^۶ ۲۰۱۹) می‌تواند افشاسازی و پیامدهای آن را تحت تأثیر قرار دهد و با توجه به این مسئله که این عوامل اثرگذار در پژوهش حاضر لحاظ نگردیده، ممکن است موجب تضعیف توان پیش‌بینی شده باشد. به صورت کلی بر اساس نتایج پژوهش حاضر به ترتیب راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار، افشاسازی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگار و تجارب آسیب‌زای جنسی به صورت معنی‌داری توان پیش‌بینی علائم جسمانی (شکایات متعدد جسمانی) را دارند. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر شامل نمونه در دسترس و منحصر به منطقه جغرافیایی خاص بود؛ لذا تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. از

است که با ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات مبتنی بر هیجان و تنظیم آن تعریف می‌گردد. این افراد در فهم هیجان و تنظیم آن با مشکل روبرو هستند و به کرات از نشخوار فکری به‌ویژه نشخوار خشم استفاده می‌کنند (بشارت، اعتمادی نیا و فراهانی، ۲۰۱۳) و گرچه سعی در فرونشانی هیجان منفی دارند این اجتناب و فرونشانی منجر به اشتغال ذهنی و نشخوار بیشتر می‌گردد (لیوران، کامهولز، سلوان و براون،^۱ ۲۰۱۱). همان‌طور که کانو و فوکدو^۲ (۲۰۱۳) به این نکته اشاره می‌کنند که افراد با ناگویی هیجانی به سبب نقص در سیستم تنظیم هیجان پاسخ‌های طولانی تری به محرک‌های درد نشان می‌دهند، لذا می‌توان به این نکته اشاره کرد آسیب جنسی به دلیل ماهیت تروما بودن موجب درهم شکستن سیستم هیجانی فرد می‌گردد و متعاقب آن راهبردهای منفی همچون نشخوار فکری و تداوم آن موجب ناگویی هیجانی و سرانجام پاسخ‌های بیشتر و طولانی‌تر به محرک‌های درد می‌شود. از سوی دیگر شوتز، ریس، اسلاتر، اسمیت و سالیوان^۳ (۲۰۱۷) بر این اعتقاد هستند که باورهای فراشناختی مانند نگرانی، بر فاجعه‌آمیز بودن درد و ادراک بیشتر درد اثرگذار است و همان‌طور که پژوهش‌های گذشته نشان داده است، بیان هیجان‌ات و افشاسازی (کلامی و نوشتاری) به‌ویژه ابراز عواطف منفی و گفتگو در مورد حادثه تروماتیک باعث کاهش نشخوارگری و آشکارسازی هیجانی و همچنین موجب پردازش

4. Sloan & Marx
5. Ullman & Filipas
6. Mctavish & Wekerle

1. Liverant, Sloan & Brown
2. Kano & Fukudo
3. Schutze, Rees, Slater, Smith & Sullivan,

بررسی راهبردهای شناختی تنظیم هیجان همراه با آموزش، به مدیریت و تنظیم هیجان در نوجوانان آسیب‌دیده کمک کرد تا متعاقب آن بتوان شاهد کاهش شکایات متعدد جسمانی این افراد بود.

سپاسگزاری

از اولیاء، دانش‌آموزان و مدیران مدارس منطقه چهار تهران و شهرستان رودهن، به‌ویژه کارشناسی مشاوره و حراست منطقه، در جهت همکاری صمیمانه در اجرای پژوهش حاضر کمال تشکر را دارم.

دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر نبود پرسشنامه تجربه آسیب‌زای جنسی و افشاسازی مطابق با فرهنگ ایرانی بود. به‌ویژه در رابطه با افشاسازی توصیه می‌گردد عوامل متعددی که می‌تواند افشاسازی را در فرهنگ ایران تحت تأثیر خود قرار دهد؛ از جمله واکنش به افشاسازی و حمایت‌هایی که در مقابل افشاسازی صورت می‌گیرد و متعاقب آن پیامدهای جسمانی و روان‌شناختی فرد را تحت‌الشعاع خود قرار می‌دهد، در پژوهش‌های آتی قرار گیرد. همچنین در این پژوهش به دلیل محدودیت‌های نمونه‌گیری، اختلالات همبود با علائم جسمانی در نظر گرفته نشد لذا توصیه می‌گردد که نتایج با احتیاط تفسیر گردد. همچنین توصیه می‌شود در محیط‌های درمانی با توجه به شکایات متعدد جسمانی با ایجاد محیطی امن و قابل‌اعتماد، تاریخچه آسیب‌های دوران کودکی موردبررسی قرار گیرد و با

منابع

اورکی، م؛ مهدی‌زاده، آ؛ درتاج، ا. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم کمردرد، افسردگی و افزایش رضایت از زندگی در زنان مبتلابه کمردرد مزمن با اختلال افسردگی اساسی همبود. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، ۷(۲۶)، ۴۳-۲۵.

حسنی، ج. (۱۳۹۰). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه پرسش‌نامه نظم جویی شناختی هیجان. تحقیقات علوم رفتاری، ۹(۴)، ۲۳۸-۲۲۹.

آذرکلاه، آ؛ ابوالقاسمی، ع؛ ندرمحمدی، م؛ سلوت، ح. (۱۳۹۸). ارتباط حس انسجام، تفکر مثبت و خود افشایی هیجانی با کیفیت زندگی بیماران مبتلابه سرطان. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، ۸(۳۲)، ۲۴-۷.

انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۱۳۹۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی. ترجمه فرزین رضاعی و همکاران. تهران: نشر ارجمند.

خود افشاسازی. پژوهش‌های روان‌شناختی
اجتماعی، ۳(۱۱): ۱۳-۳۲.

عربی، ا و باقری، م. (۱۳۹۷). نقش میانجیگری
راهبردهای تنظیم هیجان بین شدت درد و
کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال درد
مزمن. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی
سلامت، ۶(۲۲): ۷۲-۸۷.

گلایی، ن؛ عبدالمهی، م.ح؛ شاهقلیان، م. (۱۳۹۵).
رابطه تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی با
مدیریت درد در افراد دچار سردرد مزمن.
فصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت، ۴(۱)،
۶۱-۷۰.

Alcalá, H. E., Keim-Malpass, J., &
Mitchell, E. (2017). Colorectal
cancer screening and adverse
childhood experiences: Which
adversities matter? *Child Abuse &
Neglect*, 69, 145-150.

Besharat, M.A., EtemadiNia, M.
Farahani, H. (2013). Anger and
major depressive disorder: The
mediating role of emotion regulation
and anger rumination. *Asian Journal
of Psychiatry*, Volume 6, Issue 1,
Pages 35-41.

Brown, R.J., Bouska, J.F., Frow, A.,
Kirkby, A., Baker, G.A., Kemp, S., et
al. (2013) Emotional dysregulation,
alexithymia, and attachment in
psychogenic nonepileptic seizures.
Epilepsy Behav, 29, 178-
183. DOI:10.1016/j.yebeh.2013.

حسینی، آ؛ خرماپی، ف؛ عصار زادگان، ف؛
حسامی، ا؛ تقوی، م.ر؛ محمدی، ن.ا. (۱۳۹۳).
مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در
افراد مبتلا به سردرد میگرنی، سردرد تنشی و
افراد بهنجار. فصلنامه علمی پژوهشی
روانشناسی سلامت، ۳(۱۱)، ۸۹-۱۰۱.

دیماتئو، رابین (۱۳۸۷). *روانشناسی سلامت*.
ترجمه محمد کاویانی و همکاران. تهران: نشر
سمت.

زارع، م؛ لطیفیان، م؛ فولاد چنگ، م. (۱۳۹۲).
مدل علی ابعاد دلبستگی و راهکارهای تنظیم
هیجان با واسطه‌گری خودکارآمدی اجتماعی و

Campbell, J. A. Farmer, G. C., Nguyen-
Rodriguez, S., Walker, R. & Egede,
L.E. (2018). Using path analysis to
examine the Relationship between
sexual abuse in childhood and
diabetes in adulthood in a sample of
US adults. *Preventive Medicine*, 108,
1-7.

Crouch, E., Stropolis, M., Radcliff,
E., & Srivastav, A. (2018).
Examining exposure to adverse
childhood experiences and later
outcomes of poor physical and
mental health among South Carolina
adults. *Children and Youth Services
Review*, 84, 193-197.

Daigneault, I., Vézina-Gagnon, P.,
Bourgeois, C., Esposito, T., &
Hébert, M. (2017). Physical and
mental health of children with
substantiated sexual abuse: Gender
comparisons from a matched-control
cohort study. *Child Abuse & Neglect*,
66, 155-165.

- Ehlert, U., Nater, U.M., Böhmelt, A.H. (2005). High and low unstimulated salivary cortisol levels correspond to different symptoms of functional gastrointestinal disorders. *J Psychosom Res*; 59:7-10.
- Eslami, B., Di Rosa, M., Barros, H., Torres-Gonzalez, F., Stankunas, M., Ioannidi-Kapolou, E., & et al. (2019). Lifetime abuse and somatic symptoms among older women and men in Europe. *PLoS one*, PLoS ONE 14(8): e0220741.
- Etienne, G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi and Rafael, L. (2002). World report on violence and health. *World Health Organization*. Geneva., pp. 59-60.
- Garnefski, N., Kraaij, V. & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327.
- Gierk, B., Kohlmann, S., Toussaint, A., Wahl, I., Brünahl, C. A., Murray, A. M., & Löwe. (2015). Assessing somatic symptom burden: a psychometric comparison of the patient health questionnaire-15 (PHQ-15) and the somatic symptom scale-8 (SSS-8). *J Psychosom Res*; 78(4): 352-5.
- Gross, J.J. (2015). Handbook of Emotion Regulation, Second edition, Guilford Publications.
- Heim, C. Ehlert, U. Hellhammer, D. (2000). The potential role of hypocortisolism in the pathophysiology of stress-related bodily disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 25: 1-35.
- Hekmatravan, R., Samsum Shariat, M., Khani, F., Khademi, M. (2012). The relationship between anxiety and depression with Somatization in Blind people of Isfahan city. *4th international congress on psychosomatic*. Azad university, Isfahan, Iran. 2012; Oct, 17-19.
- Huh, H.J., Kim, K.H., Lee, H.K., Chae, J.H. (2017) The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *J Affect Disord*; 213: 44-50. DOI: 10.1016/j.jad.2017.02.009.
- Ironson, G. O'Cleirigh, C., Leserman, J., Stuetzle, R., Fordiani, J., Fletcher, M., Schneiderman, N. (2013). Gender-Specific Effects of an Augmented Written Emotional Disclosure Intervention on Posttraumatic, Depressive, and HIV-Disease-Related Outcomes: A Randomized, Controlled Trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, Volume 81, Issue 2, 284 – 298.
- Kahn, J. H., & Hessling, R. M. (2001). Measuring the tendency to conceal versus disclose psychological distress. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 41-65.
- Kane, N. S., Hoogendoorn, C. J., Tanenbaum, M. L., Gonzalez, J. S. (2018). Physical symptom complaints, cognitive emotion regulation strategies self compassion and diabetes distress among adults with Type 2. *Diabetic Medicine*, Volume 35, Issue 12. 1671 – 1677.
- Kano, M., Fukudo, S. (2013). The alexithymic brain: The neural pathways linking alexithymia to physical disorders. *BioPsychoSocial Medicine*, DOI: 10.1186/1751-0759-7-1.
- Kealy, D., Rice, S. M., Ogrodniczuk, J. S., & Spidel, A. (2018). Childhood trauma and somatic symptoms among psychiatric outpatients: Investigating the role of shame and guilt. *Psychiatry Research*, 268, 169-174.
- Kleinstauber, M., Gottschalk, J., Berking, M., Rau, J., Rief, W. (2016). Enriching cognitive behavior

- therapy with emotion regulation training for patients with multiple medically unexplained symptoms (ENCERT): Design and implementation of a multicenter, randomized, active-controlled trial. *Contemp Clin Trials*; 47: 54–63.
- Koechlin, H., Coakley, R., Schechter, N., Werner, C., Kossowsky, J. (2018). The role of emotion regulation in chronic pain: A systematic literature review. *J Psychosom Res*; 107: 38–45.
- Lee, S., Creed, F. H., Ma, Y. L., & Leung, C. M. (2015). Somatic symptom burden and health anxiety in the population and their correlates. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(1), 71–6.
- Lees, B. F., Stewart, T. P., Rash, J. K., Baron, S. R., Lindau, S. T., & Kushner, D. M. (2018). Abuse, cancer and sexual dysfunction in women: A potentially vicious, cycle *Gynecologic Oncology*, 150(1), 166–172.
- Lieblich, A., McAdams, D. P., & Josselson, R. (Eds). (2004). Healing plots: The narrative basis of psychotherapy. American Psychological Association (APA). doi.org/10.1037/10682-000.
- Liverant, G. I., Kamholz, B. W., Sloan, D. M., & Brown, T. A. (2011). Rumination in clinical depression: A type of emotional suppression? *Cognitive Therapy and Research*, 35, 253-265.
- Loeb, T. B., Joseph, N. T., Wyatt, G. E., Zhang, M., Chin, D., Thames, A., & Aswad, Y. (2018). Predictors of somatic symptom severity: The role of cumulative history of trauma and adversity in a diverse community sample. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(5), 491-498.
- Luyten, P., van Houdenhove, B., Lemma, A., Target, M., Fonagy, P. (2013). Vulnerability for functional somatic disorders: A contemporary psychodynamic approach. *Journal of Psychotherapy Integration*. 23: 250–262.
- Marquis, C., Vabres, N., Caldagues, E., Bonnot, O. (2016). Clinicof somatoform disorders in abused adolescents. *Presse medicale* (Paris, France: 1983) Volume 45, Issue 4 Pt 1.
- Martin, E., Silverstone, P. (2013). How Much Child Sexual Abuse is "Below the Surface," and Can We Help Adults Identify it Early? *Frontiers In Psychiatry* 4: 58-58.
- Mctavish, J.R., Wekerle, ch. (2019). Child Sexual Abuse, Disclosure and PTSD: A Systematic and Critical Review. *Child Sexual Abuse, Disclosure & PTSD*. DOI: 10.1016/j.chiabu.2019.04.006.
- Morina, N., Kuenburg, A., Schnyder, U., Bryant, R. A., Nickerson, A., & Schick, M. (2018). The Association of Post-traumatic and Post migration Stress with Pain and Other Somatic Symptoms: An Explorative Analysis in Traumatized Refugees and Asylum Seekers. *Pain Medicine*, 19(1), 50-59.
- Närning, G., Nijenhuis, ER. (2005). Relationships between self-reported potentially traumatizing events, psychoform and somatoform dissociation, and absorption, in two non-clinical populations. Australian and New Zealand, *Journal of Psychiatry*, 39(11-12), 982-988. DOI: 10.1111/j.1440-1614.2005 .01701.x.
- Nijenhuis, E. R., Van der Hart, O., & Kruger, K. (2002). The psychometric characteristics of the Traumatic Experiences Checklist (TEC): First findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(3), 200-210.
- Okur Güney, Z.E., Sattel, H. Witthöft, M. & Henningsen, P. (2019). Emotion regulation in patients with somatic symptom and related

- disorders: A systematic review. Published: *PloS one*; 14(6): e0217277.
- Otterpohl, N., Stranghoener, D., Vierhaus, M., Schwinger, M. (2017). Anger regulation and school-related somatic complaints in children with special educational needs: A longitudinal study. *Learning and Individual Differences*, Volume 56. 59 – 67.
- Palo, AD. & Gilbert, BO. (2015). The Relationship Between Perceptions of Response to Disclosure of Childhood Sexual Abuse and Later Outcomes. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24: 5, 445-463,
- Schutze, R., Rees, C., Slater, H., Smith, A., Sullivan, P. O. (2017). I call it stinkin thinkin: A qualitative analysis of metacognition in people with chronic low back pain and elevated catastrophizing. *British Journal of Health Psychology*, 22, 463–480.
- Sloan, D. M., & Marx, B. P. (2006). Exposure through written emotional disclosure: Two case examples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13, 227-234.
- Steine, I. M., Winje, D., Krystal, J. H., Bjorvatn, B., Milde, A. M., Grønli, J., & et al. (2017). Cumulative childhood maltreatment and its dose-response relation with adult symptomatology: Findings in a sample of adult survivors of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, Volume 65.
- Thurston, R. C., Chang, Y., Barinas-Mitchell, E., von Känel, R., Jennings, J. R., Santoro, N., Matthews, K. A. (2017). Child Abuse and Neglect and Subclinical Cardiovascular Disease Among Midlife Women: *Psychosomatic Medicine*, 79(4), 441-449.
- Townsend. C. (2013). Prevalence and consequences of CSA compared with other childhood http://missourikidsfirst.org/wpcontent/uploads/2013/08/Comparison_of_Child_Sexual_Abuse_to_Other_Adverse_Experiences-8-6.
- Ullman, SE., Filipas, HH. (2001). Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *Journal of Traumatic Stress*; 14(2): 369–389.
- Van Geelen, S. M., & Hagquist, C. (2016). Are the time trends in adolescent psychosomatic problems related to functional impairment in daily life? A 23-year study among 20,000 15–16 year olds in Sweden. *Journal of Psychosomatic Research*, 87, 50-56.
- Vanaelst, B., Huybrechts, I., De Bourdeaudhuij, I., Bammann, K., Hadjigeorgiou, Ch.Eiben, G. De Henauw, S. (2012). Prevalence of negative life events and chronic adversities in European pre- and primary-school children: results from the IDEFICS study. *Archives of Public Health*, 70(1). 26.
- Xiong N, Fritzsche K, Wei J, Hong X, Leonhart R, Zhao X, Nolte S. (2015). Validation of patient health questionnaire (PHQ) for major depression in Chinese outpatients with multiple somatic symptoms: A multicenter cross-sectional study. *Journal of affective disorders* 174, 636- 643. DOI: 10.1016/ j.jad.2014 .12.042.
- Ziadni, MS., Carty, JN., Doherty, HK., Porcerelli, JH., Rapport, LJ., Schubiner, H., & et al. (2018). A life-stress, emotional awareness, and expression interview for primary care patients with medically unexplained symptoms: A randomized controlled trial. *Health Psychol*; 37(3): 282-290. doi: 10.1037/hea0000566.