

## ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران جسمانی سازی و اضطرابی

کمیل زاهدی تجربی<sup>۱\*</sup>، محمدعلی بشارت<sup>۲</sup><sup>۱</sup>دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران<sup>۲</sup>گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران

## چکیده

تنظیم هیجانی یکی از حوزه‌های مورد بحث و با اهمیت در زمینه تشخیص و درمان اختلالات روانشناختی است. از این رو، هدف پژوهش حاضر، مقایسه ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به اختلال‌های جسمانی سازی، اضطرابی و افراد عادی بود. برای دستیابی به هدف پژوهش، ۹۰ نفر (۳۰ بیمار جسمانی سازی، ۳۰ بیمار اضطرابی و ۳۰ نفر از افراد عادی) با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های تنظیم شناختی هیجان، ناگویی هیجانی تورنتو و مقیاس افسردگی اضطراب استرس بود. نتایج پژوهش نشان داد که راهبردهای تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی در گروه‌های مورد مطالعه دارای تفاوت معناداری هستند. همچنین میان راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی رابطه منفی و بین راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی در کل اعضاء نمونه رابطه مثبت معنادار وجود داشت. بر این اساس می‌توان گفت که ناگویی هیجانی نوعی نقص در پردازش و تنظیم هیجان‌ها است.

**کلید واژه‌ها:** اختلالات اضطرابی؛ اختلال جسمانی‌سازی؛ راهبردهای تنظیم هیجان؛ ناگویی هیجانی

## مقدمه

شکایات جسمانی یکی از بنیادی‌ترین تجارب انسان در زندگی است. در این میان شناسایی و ارزیابی علائم بسیار حائز اهمیت است، زیرا این علائم می‌توانند نشانه شکل‌گیری یک بیماری جسمانی باشند. نتایج حاصل از چندین مطالعه نشان داده‌اند که ۲۵ تا ۴۰ درصد از کل علائم مورد بررسی در محیط‌های مراقبت اولیه، فاقد علت و منشأ مشخص هستند (هیلر و همکاران، ۲۰۰۶). بیمارانی با این علائم معمولاً به عنوان بیماران مبتلا به اختلالات جسمانی شکل تشخیص داده می‌شوند. طی سال‌های گذشته، تلاش‌های زیادی به منظور توضیح سازوکارهای آسیب‌زایی و علت‌شناختی اختلالات جسمانی‌سازی صورت گرفته است. پیشنهادها موجود در ادبیات پژوهش دامنه گسترده‌ای از ناهنجاری‌های زیستی تا حساسیت فیزیولوژیکی و اختلال در ادراک و شناخت را پوشش می‌دهند. به هر صورت، ماهیت رابطه بین تعارضات روانشناختی و جلوه‌های جسمانی آن‌ها، هنوز مشخص نشده است.

مشاهدات بالینی طی دو قرن اخیر نشان داده‌اند که اختلال جسمانی‌سازی با هیجان‌های شدید یا موقعیت‌هایی که یکبارچگی جسمانی یا روانشناختی فرد را تهدید می‌کنند، رابطه دارند (کازلاسا، ۲۰۰۵). همزمان با این مشاهدات، بسیاری از نظریه‌های جدید در زمینه اختلالات جسمانی‌سازی، این اختلالات را به عنوان جزئی از پاسخ هیجانی فرد به تهدید پیش آمده در نظر می‌گیرند (کازلاسا و ویلیامز، ۲۰۰۹). به عبارت دیگر می‌توان گفت که از لحاظ آسیب‌شناسی روانی، بیمارانی که مبتلا به اختلالات جسمانی‌سازی هستند، از نارسایی تنظیم عاطفی و ناپایداری هیجانی مزمن رنج می‌برند و اغلب هیچ پیشی در مورد جنبه‌های روانشناختی اختلال خود ندارند و این مسئله مانع از درمان‌های مناسب روانی - جسمی و دارویی می‌شود (والر و اشیدت، ۲۰۰۶).

یکی از عواملی که می‌تواند در زمینه اختلالات جسمانی‌سازی مؤثر باشد، تنظیم هیجان است. تنظیم هیجان مؤثر، شامل مهارت‌های مربوط به الف) آگاهی و ارزیابی هیجان‌ها، ب) تنظیم هیجان‌ها و ج) استفاده سازش‌یافته (انطباقی) از هیجان‌ها است (برکینگ و همکاران، ۲۰۰۸). تنظیم هیجان‌ها مستلزم مدیریت هیجان‌های مثبت و منفی، در خود و در دیگران بر مبنای شرایط فعلی است. مهارت‌های تنظیم هیجان به چند دلیل حائز اهمیت هستند: اول، هیجان‌های منفی که لزوماً در ملاک‌های تشخیصی اختلالات ذکر نشده‌اند و اغلب علائم الگوهای رفتاری مرتبط با اختلال هستند. دوم، هیجان‌های منفی که لزوماً در ملاک‌های تشخیصی اختلالات ذکر نشده‌اند، اغلب به شدت با مقابله مؤثر و اجرای مهارت‌های آموخته شده در درمان، تداخل می‌کنند و در پایان، بسیاری از بیماران از بیش از یک بیماری رنج می‌برند که می‌توان حداقل تا حدودی آن‌ها را به وسیله نقص‌های موجود در تنظیم هیجان توضیح داد (کازلاسا، ۲۰۰۵).

یکی از سازه‌هایی که به منظور بررسی مشکلات مرتبط با پردازش و تنظیم هیجان مورد مطالعه قرار گرفته است، ناگویی هیجانی است (والر و اشیدت، ۲۰۰۶). ناگویی هیجانی سازه‌ای چند بعدی متشکل از چهار مشخصه مجزا است: الف) مشکل در شناسایی و توصیف احساسات، ب) مشکل در تمایز میان احساسات و تهییج‌های بدنی، ج) فقر در خیال‌پردازی‌ها، و د) تفکر عینی و تفکر درون‌نگرایانه ضعیف. تعریف ویژگی‌های ناگویی هیجانی در تضاد با تنظیم هیجان مؤثر قرار دارد و پژوهش‌ها رابطه میان ناگویی هیجانی و سبک‌های ناکارآمد تنظیم هیجان را تأیید کرده‌اند. برای مثال، افراد دارای ناگویی هیجانی نسبت به افراد عادی، به احتمال بیشتری از راهبردهای فرورنشانی استفاده می‌کنند و کمتر از راهبردهای ارزیابی مجدد بهره می‌برند. از میان دو راهبرد ذکر شده، راهبردهای فرورنشانی رابطه بیشتری با مشکلات سلامت روانی و جسمانی دارند و راهبرد ناسازگارانه برای تنظیم هیجان‌ها محسوب می‌شوند (دوبی، پاندی، و میشر، ۲۰۱۰).

\* e-mail: [Komeil.zahedi@gmail.com](mailto:Komeil.zahedi@gmail.com)

هدف اصلی پژوهش حاضر مقایسه ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان در بین بیماران مبتلا به اختلال‌های جسمانی‌سازی، اضطرابی و افراد عادی بود و فرضیه‌های آن به این صورت مطرح شدند:

- ۱) تنظیم هیجان در بیماران جسمانی‌سازی، بیماران اضطرابی، و افراد عادی متفاوت است.
- ۲) ناگویی هیجانی در بیماران جسمانی‌سازی، بیماران اضطرابی، و افراد عادی متفاوت است.
- ۳) بین ناگویی هیجانی و راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان در گروه‌های مورد بررسی رابطه منفی معنادار وجود دارد.
- ۴) بین ناگویی هیجانی و راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان در گروه‌های مورد بررسی رابطه مثبت معنادار وجود دارد.

## روش

### شرکت‌کنندگان

طرح کلی پژوهش حاضر با توجه به هدف آن توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای محسوب می‌شود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام بیماران مبتلا به اختلالات جسمانی‌سازی و اختلالات اضطرابی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های دولتی و خصوصی سطح شهر تهران در سال ۱۳۹۱ و همچنین افراد عادی ساکن این شهر بود. تعداد نمونه اولیه پژوهش حاضر ۱۰۵ نفر بود که پس از حذف موارد نامعتبر که به‌صورت ناقص به مقیاس‌های پژوهش پاسخ داده بودند، به ۹۰ نفر (۳۰ نفر مبتلا به اختلال جسمانی‌سازی، ۳۰ نفر مبتلا به اختلالات اضطرابی، ۳۰ نفر افراد عادی) تقلیل یافت. این نمونه شامل ۴۵ نفر زن (۱۵ نفر مبتلا به اختلال جسمانی‌سازی، ۱۵ نفر مبتلا به اختلالات اضطرابی و ۱۵ نفر افراد عادی) و ۴۵ نفر مرد (۱۵ نفر مبتلا به اختلال جسمانی‌سازی، ۱۵ نفر مبتلا به اختلالات اضطرابی و ۱۵ نفر افراد عادی) بود که از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج پژوهش، انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: مبتلا بودن به اختلالات اضطرابی یا اختلال جسمانی‌سازی، مراجعه برای نخستین بار (به‌منظور کنترل اثر درمان‌های دارویی یا روان‌درمانی) و دامنه سنی ۶۵-۱۸ سال. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: ابتلا به بیماری‌های جسمی شدید (مانند سرطان و MS)، ابتلا به سایر اختلالات روانی همزمان با اختلالات اضطرابی یا جسمانی‌سازی و مصرف طولانی‌مدت داروهای روان‌پزشکی. در هنگام تشکیل گروه‌های موردبررسی در پژوهش حاضر، سعی شد تا نمونه بر اساس متغیرهای سن، جنس و سطح تحصیلات همتا شوند. علاوه بر این، افراد عادی علاوه بر پرسشنامه سایر گروه‌های مورد مطالعه، به مقیاس افسردگی اضطراب استرس (DASS-21) نیز پاسخ دادند تا فقدان اختلالات روانی جدی در آن‌ها مشخص شود. افرادی که نمرات آن‌ها در این پرسشنامه از نقاط برش تجاوز کرد، از نمونه پژوهش کنار گذاشته شدند.

### ابزار

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ): پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان یک ابزار ۱۸ گویه‌ای است و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و استرس‌زای زندگی در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) برحسب نُه زیرمقیاس به این شرح می‌سنجد: خود سرزنشگری، دیگر سرزنشگری، تمرکز بر فکر نشخوارگری، فاجعه‌ناپی، کم‌اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶). حداقل و حداکثر نمره در هر زیرمقیاس به ترتیب ۲ و ۱۰ خواهد بود و نمره بالاتر نشان‌دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی است. ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در پژوهش‌های خارجی مورد تأیید قرار گرفته است. در بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در نمونه‌ای از جمعیت عمومی ( $n=368$ ;  $\eta^2=0.197$ ، زن، ۱۷۱ مرد)، ضرایب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۶۷ تا ۰/۸۹ محاسبه شد که در سطح  $p<0.001$  معنادار بودند، همسانی درونی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان را تأیید می‌کنند. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از شرکت‌کنندگان در پژوهش (۴۳ زن، ۳۶ مرد) در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای زیرمقیاس‌های پرسشنامه از  $r=0.57$  تا  $r=0.76$  محاسبه شد. این ضرایب که در سطح  $p<0.001$  معنادار بودند، اعتبار از طریق بازآزمایی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان را تأیید می‌کنند (بشارت، ۱۳۹۰).

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20): مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو یک آزمون ۲۰ سؤالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. یک نمره کل نیز از جمع نمره‌های سه زیرمقیاس برای ناگویی هیجانی کلی محاسبه می‌شود. در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ (بشارت، ۲۰۰۷)، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه‌ی همسانی درونی خوب مقیاس است. اعتبار از طریق بازآزمایی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ در یک نمونه‌ی ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله‌ی چهار هفته از  $r=0.70$  تا  $r=0.77$  برای ناگویی هیجانی کل و زیرمقیاس‌های مختلف تأیید شد (بشارت، ۲۰۰۷).

مقیاس افسردگی اضطراب استرس (DASS-21): مقیاس افسردگی اضطراب استرس (لاویباند و لایویباند، ۱۹۹۵) یک آزمون ۲۱ سؤالی است که علائم افسردگی، اضطراب و استرس را در مقیاس چهاردرجه‌ای از نمره ۰ تا ۳ می‌سنجد. این آزمون از سه زیرمقیاس افسردگی، اضطراب و استرس تشکیل شده است. نمره فرد در هر مقیاس برحسب هفت گویه مختص آن مقیاس سنجیده می‌شود. این مقیاس یکی از ابزارهای معتبر برای سنجش نشانه‌های عواطف منفی محسوب می‌شود و اعتبار و روایی آن در پژوهش‌های متعدد تأیید شده است. بشارت (۱۳۸۴) ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس افسردگی اضطراب استرس را در مورد نمره نمونه‌هایی از جمعیت عمومی ( $n=278$ ;  $\eta^2=0.87$ ) برای افسردگی، ۰/۸۵ برای اضطراب، ۰/۸۹ برای استرس و ۰/۹۱ برای کل مقیاس گزارش کرده است. این ضرایب در خصوص نمره نمونه‌های بالینی ( $n=194$ ) ۰/۸۹ برای افسردگی، ۰/۹۱ برای اضطراب، ۰/۸۷ برای استرس و ۰/۹۳ برای کل مقیاس گزارش شده است. این ضرایب، همسانی درونی مقیاس افسردگی اضطراب استرس را در حد

خوب تأیید می‌کنند. روایی همزمان، همگرا و تشخیصی (افترقی) مقیاس افسردگی اضطراب استرس از طریق اجرای همزمان مقیاس افسردگی بک، مقیاس اضطراب بک، فهرست عواطف مثبت و منفی و مقیاس سلامت روانی در مورد آزمودنی‌ها و مقایسه نمره‌های دو گروه جمعیت عمومی و بالینی محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت (بشارت، ۱۳۸۴).

### شیوه‌ی اجرا

به‌منظور جمع‌آوری نمونه و اجرای پرسشنامه‌های پژوهش، به تعداد زیادی از بیمارستان‌ها و مراکز درمانی روان‌پزشکی و روانشناسی واقع در شهر تهران مراجعه شد. سرانجام از میان این مراکز درمانی، مسئولین بخش روان-تنی بیمارستان امام خمینی (ره)، مرکز مشاوره دانشگاه تهران و یک کلینیک تخصصی روانشناسی واقع در میدان ونک، آمادگی خود را جهت همکاری اعلام کردند. پس‌از آن، نمونه اعضای گروه بیمار پژوهش از میان افرادی که بعد از اجرای مصاحبه بالینی ساختاریافته اختلالات محور یک (SCID-I) توسط روان‌پزشک یا روانشناس بالینی، دارای اختلالات اضطرابی (هراس اجتماعی یا وسواس فکری-عملی) و یا اختلال جسمانی‌سازی تشخیص داده می‌شدند، انتخاب شد. قبل از اجرای پرسشنامه‌ها، هدف از پژوهش برای افراد توضیح داده می‌شد و پس از کسب رضایت آن‌ها، پرسشنامه‌ها در اختیار ایشان قرار می‌گرفت. از آنجایی که به علت ماهیت اختلال جسمانی‌سازی، اکثر افراد مبتلا دارای سطح سواد پایین یا فاقد سواد لازم بودند، سوالات برای همه افراد نمونه خوانده شد تا سوگیری در این زمینه به وجود نیاید. همچنین گروه افراد عادی از میان همراهان بیماران و یا کارکنان سایر بخش‌های مراکز درمانی که از لحاظ سن، جنس و سطح تحصیلات مشابه با افراد موردبررسی بودند، انتخاب شدند. برای تحلیل داده‌های پژوهش حاضر، از شاخص‌های آمار توصیفی مانند درصد، فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. در قسمت شاخص‌های آمار استنباطی، تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) و آزمون تعقیبی مورد استفاده قرار گرفتند. تمامی شاخص‌های ذکر شده، با استفاده از نرم‌افزار SPSS 18 محاسبه شدند.

### نتایج

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات مربوط به ناگویی هیجانی، راهبردهای تنظیم هیجان، اضطراب، افسردگی و استرس را به تفکیک گروه شرکت کنندگان نشان می‌دهد. بر اساس اطلاعات مندرج در این جدول، میانگین نمرات راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان در افراد عادی بیشتر از سایر گروه‌ها است. علاوه بر این، در تمامی زیرمقیاس‌های ناگویی هیجانی و همچنین نمره کلی آن، میانگین نمرات گروه بیماران جسمانی‌سازی بیش از سایر گروه‌ها است.

جدول ۱

شاخص‌های توصیفی مربوط به ناگویی هیجانی، راهبردهای تنظیم هیجان، اضطراب، افسردگی و استرس به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه

افراد عادی		بیماران اضطرابی		بیماران جسمانی‌سازی		
میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
۷/۴۹	۰/۷۸	۵/۴۰	۰/۸۰	۵/۲۸	۱/۴۲	راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان
۴/۶۹	۰/۹۳	۵/۹۸	۱/۱۹	۷/۲۲	۰/۹۵	راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان
۱۴/۲۶	۴/۲۲	۱۹/۵۵	۴/۲۸	۲۴/۷۰	۴/۰۶	دشواری در شناسایی احساسات
۱۲/۵۰	۲/۳۴	۱۴/۳۳	۲/۸۲	۱۶/۵۰	۲/۹۴	دشواری در توصیف احساسات
۲۲/۴۶	۲/۲۵	۲۳/۷۷	۳/۰۹	۲۶/۵۷	۳/۲۴	تفکر عینی
۴۹/۲۳	۶/۴۳	۵۷/۶۷	۷/۸۳	۶۷/۷۷	۷/۰۱	نمره کلی ناگویی هیجانی
۴	۴/۹۲	-	-	-	-	افسردگی
۱/۶۰	۲/۱۵	-	-	-	-	اضطراب
۳/۵۰	۴/۱۱	-	-	-	-	استرس

برای بررسی فرضیه اول پژوهش از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. که نتایج حاصل از آن در جدول ۲ آمده است. اطلاعات این جدول حاکی از این است که در هر دو زیرمقیاس تنظیم هیجان بین گروه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد. برای مشخص شدن جزئیات تفاوت‌ها و مقایسه دو به دو گروه‌ها از آزمون تعقیبی بانفرونی استفاده شد. در زمینه راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان بین میانگین نمرات گروه‌های افراد عادی، بیماران اضطرابی و جسمانی‌سازی تفاوت معنادار وجود دارد، در حالی که تفاوت معناداری میان گروه بیماران اضطرابی و جسمانی‌سازی مشاهده نشد. در مورد راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان، میانگین‌های هر سه گروه با یکدیگر تفاوت معنادار دارند. بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود. برای بررسی فرضیه دوم پژوهش نیز از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد که نتایج حاصل از آن در جدول ۲ آمده است. نتایج حاصل از این جدول و آزمون بانفرونی بعد از آن نشان می‌دهد که در همه زیرمقیاس‌ها و همچنین نمره کلی ناگویی هیجانی میان سه گروه افراد عادی، بیماران اضطرابی و جسمانی‌سازی تفاوت معنادار وجود دارد. بنابراین فرضیه دوم پژوهش نیز تأیید می‌شود.

جدول ۲

نتایج تحلیل واریانس چند متغیری

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر (مجذور اتا)
راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان	۹۲/۱۱	۲	۴۶/۰۵	۴۱/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۴۹

## ناگوی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران جسمانی سازی و اضطرابی

۰/۵۱	۰/۰۰۱	۴۵/۰۹	۴۸/۱۴	۲	۹۶/۲۸	راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان
۰/۵۲	۰/۰۰۱	۴۶/۴۴	۸۱۶/۴۷	۲	۱۶۳۲/۹۵	دشواری در شناسایی احساسات
۰/۲۷	۰/۰۰۱	۱۶/۳۰	۱۲۰/۲۷	۲	۲۴۰/۵۵	دشواری در توصیف احساسات
۰/۲۶	۰/۰۰۱	۱۵/۶۹	۱۳۱/۷۰	۲	۲۶۳/۴۰	تفکر عینی
۰/۵۴	۰/۰۰۱	۵۱/۰۵	۲۵۸۳/۰۷	۲	۵۱۶۶/۱۶	نمره کل

برای بررسی فرضیه سوم از محاسبه ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج این بررسی در جدول ۴ آمده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول میان راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان و ناگوی هیجانی در افراد عادی، بیماران جسمانی سازی و کل نمونه رابطه منفی معنادار وجود دارد. بنابراین این فرضیه تأیید می‌شود.

جدول ۳

همبستگی پیرسون بین ناگوی هیجانی و راهبردهای انطباقی و غیر انطباقی تنظیم هیجان به تفکیک گروه‌ها

گروه‌ها	متغیرها	راهبرد انطباقی تنظیم هیجان	p	راهبرد غیر انطباقی تنظیم هیجان	p
افراد عادی		۰/۵۰**	۰/۰۰۲	۰/۱۶	۰/۱۹۱
بیماران اضطرابی		۰/۱۹	۰/۱۴۵	۰/۱۱	۰/۲۷۰
بیماران جسمانی سازی		۰/۳۳*	۰/۰۴۰	۰/۱۷	۰/۱۹۱
کل		۰/۵۹**	۰/۰۰۱	۰/۶۰**	۰/۰۰۱

\*\* معنادار در سطح  $P < ۰/۰۱$  \* معنادار در سطح  $P < ۰/۰۵$

برای بررسی فرضیه چهارم پژوهش نیز از شاخص ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج این بررسی در جدول ۵ خلاصه شده است. بر اساس اطلاعات مندرج در جدول، بین راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان و ناگوی هیجانی در کل اعضای نمونه رابطه مثبت معنادار وجود دارد. بنابراین، فرضیه چهارم پژوهش تأیید می‌گردد.

### بحث

هدف مطالعه حاضر مقایسه ناگوی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران جسمانی سازی، بیماران اضطرابی و افراد عادی بود. در رابطه با فرضیه اول پژوهش، اگرچه هیچ مطالعه‌ای دقیقاً به مقایسه بیماران اضطرابی و جسمانی سازی نپرداخته ولی این نتایج همسو با یافته‌های پژوهش‌های پیشین هستند. به طور کلی، می‌توان تنظیم هیجان را به عنوان فرآیندی در نظر گرفت که از طریق آن، فرد هیجان‌های خود را به منظور ارائه پاسخ‌های متناسب با مطالبات محیطی، به‌طور هشیار یا ناهشیار تعدیل و تنظیم می‌کند. از سوی دیگر، نارسایی تنظیم هیجان مؤلفه مرکزی اختلالات جسمانی شکل محسوب می‌شود. این توضیحات می‌تواند تفاوت معنادار استفاده از راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان را میان گروه‌های مورد مطالعه پژوهش حاضر توجیه نماید (کازلاسکا و ویلیامز، ۲۰۰۹).

در رابطه با فرضیه دوم، یافته‌های پژوهش نشان دادند که در همه زیرمقیاس‌ها و همچنین نمره کلی ناگوی هیجانی میان سه گروه افراد عادی، بیماران اضطرابی و جسمانی سازی تفاوت معنادار وجود دارد. اگرچه در زمینه مقایسه ناگوی هیجانی میان گروه‌های مختلف بیماران روانی پژوهش‌های چندانی صورت نگرفته است، ولی می‌توان یافته‌های پژوهش حاضر را با نتایج پژوهش‌های پیشین همسو دانست. همان‌طور که ذکر شد، افراد دارای ناگوی هیجانی به این دلیل که نمی‌توانند هیجان‌ها خود را ابراز دارند، به احتمال بیشتری مشکلات و ناراحتی‌های روانشناختی‌شان را به‌صورت جسمانی نشان می‌دهند (دوبی، پاندی، و میشر، ۲۰۱۰). در رابطه با فرضیه‌های سوم و چهارم پژوهش باید خاطر نشان ساخت که تنظیم هیجانی مؤثر نیازمند آگاهی، فهم و روشن بودن پاسخ‌های هیجانی است. با توجه به تعاریف و ویژگی‌های ذکر شده از ناگوی هیجانی، از لحاظ نظری نیز رابطه میان این سازه و راهبردهای تنظیم هیجان کاملاً قابل پیش‌بینی است (کازلاسکا، ۲۰۰۵). در این رابطه نتایج پژوهش حاضر می‌تواند رهنمون پژوهش‌های جدیدتر به منظور گسترش دانش روانشناختی در زمینه اختلالات جسمانی سازی و اضطرابی گردد. در سطح عملی و به خصوص بالینی، نتایج پژوهش حاضر می‌تواند به متخصصان بالینی در تشخیص بهتر اختلال جسمانی سازی کمک نماید.

### منابع

- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۴). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس افسردگی اضطراب استرس (DASS-21) در نمونه‌های بالینی و جمعیت عمومی. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۹۰). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.
- Besharat, M. A. (2007). Reliability and factorial validity of Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports, 101*, 209-220.
- Dubey, A., Pandey, R., & Mishra, K. (2010). Role of emotion regulation difficulties and positive/negative affectivity in explaining alexithymia-health relationship: An overview. *Indian Journal of Social Science Researches, 7*, 20-31.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire – development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences, 41*, 1045-1053.

- Hiller, W., Rief, W., & Brähler, E. (2006). Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 704–712.
- Kozłowska, K., & Williams, L. M. (2009). Self-protective organization in children with conversion and somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 223–233.
- Kozłowska, K. (2005). Healing the disembodied mind: contemporary models of conversion disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 13, 1–13.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Sydney: Psychological Foundation Monograph.
- Waller, E., & Scheidt, C. E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a development perspective. *International Review of Psychiatry*, 18, 13–24.

Archive of SID