

The Relationship between Brain-Behavioral Systems, Alexithymia and Somatoform Disorder Symptoms in Female Students

رابطه سیستم های مغزی رفتاری و ناگویی هیجانی با نشانه های اختلال جسمانی شکل در دانشجویان دختر

Farzaneh Kouhi, Jahangir Karami

فرزانه کوهی^۱، جهانگیر کرمی^۲

پذیرش نهایی: ۹۵/۳/۳۰

پذیرش اولیه: ۹۴/۱۲/۱۹

تاریخ دریافت: ۹۳/۸/۱۹

Abstract

This study aimed at investigating the relationship between brain-behavioral systems, alexithymia and somatoform disorder symptoms in students. Statistical population of this study included all female students of Razi University, Kermanshah in the academic year 2012-2013; of this population 500 female students were selected as the sample of the study by random stratified sampling. The tools that were used in this study were somatoform symptom questionnaire (SOMS), brain /behavioral systems (BAS/BIS) scale & alexithymia (FTAS-20). Data analysis showed that there was a positive and significant relationship between alexithymia, brain-behavioral systems and somatoform disorder symptoms. Furthermore, alexithymia and brain-behavioral systems had the ability of predicting somatoform disorder symptoms. Based on the findings of this study, those having higher behavioral inhibition and having a problem in identifying the feelings experience somatoform disorder symptoms more intensely.

Keywords: Brain-Behavioral system, Somatoform disorder symptoms, Alexithymia.

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی رابطه سیستم های مغزی رفتاری و ناگویی هیجانی با نشانه های جسمانی شکل در دانشجویان بود. جامعه آماری این تحقیق را کلیه دانشجویان دختر دانشگاه رازی کرمانشاه تشکیل می دادند که از بین آن ها ۵۰۰ نفر به عنوان نمونه، به روش تصادفی طبقه ای انتخاب شدند. ابزارهای استفاده شده در این پژوهش، پرسشنامه نشانه های جسمانی شکل، پرسشنامه سیستم های مغزی رفتاری و مقیاس ناگویی هیجانی بودند. نتایج تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که بین ناگویی هیجانی و سیستم های مغزی رفتاری با نشانه های جسمانی شکل همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. ناگویی هیجانی و سیستم های مغزی رفتاری توان پیش بینی نشانه های جسمانی شکل را دارند. براساس یافته های این پژوهش افرادی که بازداری رفتاری بالاتری دارند و در شناسایی احساسات مشکل دارند نشانه های اختلال جسمانی شکل را با شدت بیشتری تجربه می کنند.

کلیدواژه ها: سیستم های مغزی رفتاری، اختلال جسمانی شکل، ناگویی هیجانی.

۱. (نویسنده مسدول) کارشناس ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران. Koghi2420@hotmail.com

۲. دانشیار روان شناسی، عضو هیات علمی دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی نویسنده مسئول است.

مقدمه

معمولاً پزشکان با مراجعانی مواجه می‌شوند که از دردهای بدنی شکایت دارند، ولی در معاینات و آزمایش‌های آنها هیچ نشانه‌ای از آسیب جسمی مشاهده نمی‌شود. احتمالاً در بسیاری از این وضعیت‌ها، نشانه‌های جسمانی شکل مطرح است که با شکایات جسمی چندگانه و عودکننده یا مزمن مشخص می‌شود (فرجی، نامداری و ناظمی، ۱۳۹۱). تعریف‌های مختلفی از نشانه‌های جسمانی شکل وجود دارد. اگر چه این تعریف‌ها تفاوت‌هایی با هم دارند، اما در یک عنصر مشترک هستند، در همه‌ی این اختلال‌ها علائمی وجود دارد که به لحاظ طبی قابل تبیین نیستند (دی گاج و فیشر^۱، ۲۰۰۲). نشانه‌های جسمانی شکل به عنوان گرایش به نشان دادن درد یا علائم جسمی تعریف شده که هیچ توضیح طبی مناسبی برای آن وجود ندارد؛ یعنی فرد ناراحتی‌های جسمی و علائمی را گزارش می‌کند که با یافته‌های آسیب‌شناسی مطابقت ندارد و نمی‌توان بیماری جسمی خاصی را به آن‌ها نسبت داد. اختلال جسمانی شکل از چندین نوع نشانه مختلف تشکیل شده است که پیش از سن ۳۰ سالگی شروع می‌شود و چندین سال باقی می‌ماند و بر حسب آمیزه‌ای از نشانه‌های درد، ناراحتی‌های معدی-رووده‌ای، مشکلات جنسی و نشانه‌های عصب‌شناختی کاذب مشخص می‌شود (اریکسن و اورسین^۲، ۲۰۰۲). شیوع اختلالات جسمانی شکل در جمعیت عادی و در موقعیت‌های بالینی نسبتاً بالا است (کلانتری، باقریان سرارودی و بابایی پور، ۱۳۹۰). شکل‌های مزمن و عودکننده نشانه‌های جسمانی شکل به افزایش استفاده از منابع خدمات بهداشتی، افزایش ناتوانی و افزایش روزهای بیکاری منجر می‌شود (اسمیت^۳، ۱۹۹۴). این ویژگی‌ها باعث اختلال در عملکرد تحصیلی، خانوادگی، شغلی و اجتماعی فرد می‌شود و هزینه‌های گزافی را به جامعه تحمیل می‌کند. اغلب نشانه‌های جسمانی شکل از ۱۲ تا ۲۴ سالگی شروع و با افزایش سن شایع‌تر می‌شوند. نشانه‌های جسمانی شکل در بین

جوانان شایع است و سهم قابل توجهی از مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی و درمانی تلج^۴، ۱۹۹۸، بیسdo^۵، بیتنر^۶، استین^۷، هافلر^۸، لایب^۹ و ویچن^{۱۰}، ۲۰۰۷). دانشجویان دارای مجموعه‌ای از مشکلات درسی، مالی، ازدواج، شخصیتی، رفتاری و اجتماعی هستند و در دوره‌ی دانشجویی در جریان مقابله با مشکلات زندگی ممکن است در معرض خطر بروز نشانه‌های جسمانی شکل قرار بگیرند (گوپتا و پرزادگار^{۱۱}، ۲۰۱۱). بنابراین این گروه از افراد کاندیدای مناسبی برای بررسی مشکلات جسمانی شکل هستند.

نظریه گری^{۱۲} (۱۹۹۱)، چهارچوب مناسبی برای تبیین و تشریح علت اختلال‌های روانپزشکی است. این نظریه که رویکردی روانی فیزیولوژیکی به شخصیت دارد به خوبی توانسته است رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و ابتلا به بیماری‌های جسمی را تبیین کند. در این نظریه دو سیستم فعال ساز رفتاری^{۱۳} و سیستم بازداری رفتاری^{۱۴} عامل زیربنایی تفاوت ویژگی‌های شخصیتی افراد در نظر گرفته شده است (گری، ۱۹۹۱). سیستم فعال ساز رفتاری مسئول رفتارهای گرایشی در پاسخ به پاداش (عاطفه مثبت^{۱۵}) است و سیستم بازداری رفتاری مسئول رفتارهای مهاری در پاسخ به تهدید و تنبیه (عاطفه منفی^{۱۶}) است. به بیان دیگر سیستم فعال ساز رفتاری باعث می‌شود که فرد به پاداش‌های احتمالی حساس‌تر شود و برای جستجوی این پاداش‌ها انگیزش پیدا کند و سیستم بازدارنده رفتاری حساسیت فرد را نسبت به تنبیه تحت تاثیر قرار می‌دهد و باعث می‌شود فرد نسبت به تنبیه

4. Mick & Telch

5. Beesdo

6. Bittner

7. Stein

8. Hofler

9. Lieb

10. Wittchen

11. Gupta & Perez. Edgar

12. Gray

13. Behavioral activation system

14. Behavioral inhibition system

15. Positive affect

16. Negative affect

1. DeGucht & Fischler

2. Eriksen & Ursin

3. Smith



تویکا^{۱۴}، ۲۰۰۶؛ هانکالامپی^{۱۵}، هیتیکا^{۱۶}، سارینن^{۱۷}، لتونن^{۱۸}، ویناماکي^{۱۹}، ۲۰۰۰؛ تیلور وبگی، ۲۰۰۴). عقیده بر این است که ناگویی هیجانی عامل خطر ساز برای بسیاری از اختلالات روان پزشکی است؛ زیرا افراد مبتلا به این عارضه بسیار سخت تحت فشار همبسته های جسمانی هیجاناتی هستند، که به کلام در نمی آیند. این نارسایی جلوی تنظیم هیجانی را می گیرد و سازگاری موفقیت آمیز فرد را مختل می کند (کاکس^{۲۰}، سوینسون^{۲۱}، شالمن^{۲۲} و بوردوا^{۲۳}، ۱۹۹۵).

به نظر می رسد سیستم های مغزی رفتاری و ناگویی هیجانی در قالب یک مدل علت شناسی در نقش عوامل آسیب پذیری سرشتی و مکانیسم های میانجی گر در به وجود آمدن نشانه های جسمانی شکل نقش دارند. در مطالعات قبلی به صورت جداگانه نقش سیستم های مغزی رفتاری و ناگویی هیجانی بررسی شده است و یافته هایی هم وجود داشته که نشان می دهد بین سیستم های مغزی- رفتاری و ناگویی هیجانی رابطه وجود دارد (محمودی، عبداللهی و شاهقلیان، ۱۳۹۳)؛ اما در قالب یک مدل علت شناسی، روابط تعاملی این عوامل خطر با اختلال جسمانی شکل بررسی نشده است. فرضیه پژوهش این است که براساس سیستم های مغزی رفتاری و ناگویی هیجانی می توان فروانی و شدت نشانه های اختلال جسمانی شکل را در نمونه غیربالینی دانشجویان دختر پیش بینی کرد.

روش

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختر

احتمالی حساس باشد و از آن اجتناب کند (اردل و راشتون^۱، ۲۰۱۰). افزایش، کاهش و یا اختلال در تعادل فعالیت این سیستم ها با اختلال های روان پزشکی و روان تنی متعددی همراه است (کلانتری، باقریان سرارودی و بابایی پور، ۱۳۹۰؛ سپاه منصور، ۱۳۸۹؛ فهیمی، علیمهدی، بخشی پور رودسری وعلیلو، ۱۳۹۰). براساس نظریه گری گفته می شود افرادی که نظام بازدارنده مسلط دارند به تنبیه حساس هستند و این حساسیت آن ها را مستعد اضطراب و افسردگی می کند (گوپتا و پوزادگار، ۲۰۱۱). نقش سیستم های مغزی رفتاری در سوء مصرف مواد و رفتارهای ضد اجتماعی (نیومن^۲، مک کن^۳، واگن^۴ و ساده^۵، ۲۰۰۵)، اختلال اضطراب فراگیر (فالوز^۶، ۱۹۸۰) و برخی اختلالات روان تنی ثابت شده است.

یکی دیگر از عواملی که احتمالاً در علت شناسی نشانه های جسمانی شکل اثرگذار است، ناگویی هیجانی است. احتمالاً افرادی که ویژگی ناگویی هیجانی دارند به دلیل نداشتن آگاهی هیجانی و باورهای نادرست درباره هیجان ها، نسبت به استرس ها، واکنش های برانگیختگی شدیدتر و طولانی مدت تری را نشان می دهند و این عوامل به صورت بالقوه بر سیستم های عصبی خودمختار، سیستم ایمنی و گذرگاه هیپوفیز - آدرنال، اثر تخریبی دارد (تیلورو بگی^۷، ۲۰۰۴).

پژوهش های اخیر حاکی از آن است که ناگویی هیجانی با بسیاری از اختلالات روان تنی و روان پزشکی مانند افسردگی اساسی، اختلال استرس پس از سانحه، سوء مصرف و وابستگی به مواد، اختلال جسمانی کردن، اختلال خوردن و اختلال وحشت و هراس ارتباط دارد (ریچارد^۸، فورچن^۹، گریفتز^{۱۰} و ماین^{۱۱}، ۲۰۰۵؛ ساریجاروی^{۱۲}، سالممن^{۱۳} و

12. Saarijarvi
13. Salemnen
14. Toikka
15. Honkalampi
16. Hitikka
17. Saarinen
18. Lehtonen
19. Vinamaki
20. Cox
21. Swinson
22. Shulman
23. Bourdeau

1. Erdell & Rushton
2. Newman
3. MacCoon
4. Vaughn
5. Sadeh
6. Fowles
7. Taylor & Bagby
8. Richard
9. Fortune
10. Griffiths
11. Main



و هیلر^۷، ۲۰۰۳): این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی است که ۵۳ نشانه جسمی را بررسی می‌کند. از طریق جمع کردن تعداد پاسخ‌های مثبت شاخص عددی شدت نشانه‌های جسمانی شکل مشخص می‌شود. همبستگی بین نمره در پرسشنامه نشانه‌های جسمانی شکل و مصاحبه بالینی ۰/۷۵ است که نشان‌دهنده اعتبار بالای پرسشنامه نشانه‌های جسمانی شکل است. در تحقیق ریف و هیلر (۲۰۰۳)، اعتبار آزمون ۰/۸۵ به دست آمد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد.

۳. مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو^۸ (بگبی^۹، پارکر^{۱۰} و تیلور^{۱۱}، ۱۹۹۴): یک آزمون ۲۰ سوالی است و دارای سه زیرمقیاس شامل دشواری در تشخیص احساسات (شامل ۷ ماده)، دشواری در توصیف احساسات (شامل ۵ ماده) و تفکر عینی (شامل ۸ ماده) است که به صورت لیکرت پنج درجه‌ای از نمره ۱ (کاملاً مخالفم) تا نمره ۵ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. یک نمره کل برای ناگویی هیجانی محاسبه می‌شود. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ناگویی هیجانی در پژوهش‌های متعدد بررسی و تایید شده است. در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ است (بشارت، ۱۳۸۶). ضریب اعتبار بازآزمایی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله ۴ هفته از $r = 0.80$ تا $r = 0.87$ برای ناگویی هیجانی کل در زیرمقیاس‌های مختلف تایید شد. روایی همزمان مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو نیز مناسب گزارش شده است. نتایج تحلیل عاملی تاییدی نیز وجود سه عامل دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو را تایید کرده است (بشارت، ۱۳۸۶).

شاغل به تحصیل سطوح کارشناسی و کارشناسی ارشد (۱۳۰۰۰) نفر دانشگاه رازی بود که در سال تحصیلی ۱۳۹۲ مشغول به تحصیل بودند. معیارهای ورود و خروج عبارت بودند از: ۱- سابقه مشروطی نداشتند، ۲- در فاصله سنی ۱۸ تا ۳۲ سال بودند، ۳- قبلاً در دوره دیگری مشغول به تحصیل نبودند. برای انتخاب شرکت‌کنندگان از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای استفاده شد. به این ترتیب که از بین هفت دانشکده دانشگاه رازی با توجه به تعداد دانشجویان در هر دانشکده، با توجه به جدول مورگان، ۴۵۰ نفر انتخاب شدند و در پایان داده‌های مربوط به ۳۸۶ نفر تحلیل شد.

ابزار

۱. مقیاس سیستم‌های مغزی رفتاری^۱ (کارور و وایت^۲، ۱۹۹۴): این پرسشنامه شامل ۲۴ عبارت و دو زیرمقیاس سیستم فعال‌ساز رفتاری و سیستم بازدارنده رفتاری است. سیستم فعال‌ساز رفتاری شامل سه خرده مقیاس شامل سایق^۳، پاسخ‌دهی به پاداش^۴ و جستجوی سرگرمی^۵ است. نحوه نمره‌گذاری این مقیاس به صورت لیکرت ۴ درجه‌ای است؛ از کاملاً درست درباره من (۱) تا کاملاً غلط درباره من (۴). به جز سوالهای ۲ و ۲۲ بقیه سوالات این مقیاس به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. ثبات درونی کل سوالات ۰/۷۴ است و ثبات درونی زیرمقیاس‌های پاسخ‌دهی به پاداش، سایق و جستجوی سرگرمی به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۶ و ۰/۶۶ گزارش شده است (کارور و وایت، ۱۹۹۴). در تحقیق خسرویان (۱۳۸۹) ضریب اعتبار این پرسشنامه برای گروه عادی ۰/۶۵ و برای گروه بیمار ۰/۷۰ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های حساسیت به پاداش، سائق و جستجوی سرگرمی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۶ و ۰/۸۷ به دست آمد.

۲. پرسشنامه نشانه‌های جسمانی شکل^۶ (ریف

^۱. Brian/behavioral systems

^۲. Carver & White

^۳. Drive

^۴. Reward responsiveness

^۵. Fun seeking

^۶. Somatoform symptoms questioner

^۷. Rief & Hiller

^۸. TAS.20(Twenty – item Toronto Alexithymia Scael)

^۹. Bagby

^{۱۰}. Parker

^{۱۱}. Taylor



شناسایی احساسات ($r=0/25$)، دشواری در توصیف احساسات ($r=0/14$) همبستگی مثبت و معنی داری در سطح $0/01$ وجود دارد. رابطه بین نشانه های جسمانی شکل با مقیاس سیستم های مغزی-رفتاری در خرده مقیاس سابق ($r=0/01$)، جستجوی سرگرمی ($r=0/03$) و جستجوی پاداش ($r=0/08$)، معنی دار نبود؛ اما با خرده مقیاس بازداری رفتاری همبستگی مثبت معنی دار در سطح $0/01$ به دست آمد ($r=0/19$).

برای بررسی نقش پیش بینی کننده های نشانه های جسمانی شکل بر اساس عوامل مرتبط با سیستم های مغزی-رفتاری و ناگویی هیجانی از رگرسیون چند متغیره به شیوه همزمان استفاده شد. نتایج تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که مدل استفاده شده در سطح $0/01$ معنی دار است و ۸ درصد از واریانس نشانه های جسمانی شکل توسط متغیرهای دشواری در شناسایی احساسات و بازداری رفتاری تبیین می شود. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که دشواری در شناسایی احساسات با ضریب

در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه $0/83$ به دست آمد.

یافته ها

در جدول ۱ یافته های توصیفی نمونه نشان داده شده است. همان گونه که در جدول ۱ مشاهده می شود، دامنه سنی شرکت کنندگان از ۱۸ تا ۳۸ سال و میانگین سنی نمونه $22/35$ بود. میانگین و انحراف معیار به ترتیب برای متغیرهای سابق، $22/35$ و $2/503$ ، جستجوی سرگرمی، $15/34$ و $2/523$ ، حساسیت به پاداش، $18/69$ و $2/699$ ، بازداری رفتاری، $22/12$ و $4/177$ ، اختلال جسمانی شکل، $11/244$ و $24/24$ ، دشواری در توصیف احساسات، $3/768$ و $14/39$ ، دشواری در شناسایی احساسات، $17/52$ و $6/834$ و تفکر عینی، $24/42$ و $4/803$ به دست آمد.

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می شود ضرایب همبستگی بین نشانه های جسمانی شکل با ناگویی هیجانی ($r=0/22$) و خرده مقیاس های دشواری در

جدول ۱. یافته های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

انحراف استاندارد	میانگین	حداکثرنمره	حداقل نمره	سن
۲/۶۷۳	۲۲/۳۵	۳۸	۱۸	سن
۲/۵۰۳	۱۴/۳۱	۲۰	۶	سابق
۲/۵۲۳	۱۵/۳۴	۲۰	۵	جستجوی سرگرمی
۲/۶۹۹	۱۸/۶۹	۲۴	۱۱	حساسیت به پاداش
۴/۱۷۷	۲۲/۱۲	۳۱	۱۲	بازداری رفتاری
۱۱/۲۴۴	۲۴/۲۴	۶۲	۳	اختلال جسمانی سازی
۳/۷۶۸	۱۴/۳۹	۲۴	۵	دشواری در توصیف احساسات
۶/۸۳۴	۱۷/۵۲	۳۵	۷	دشواری در شناسایی احساسات
۴/۸۰۳	۲۴/۴۲	۳۷	۸	تفکر عینی

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین مقیاس ها و خرده مقیاس های پژوهش

دشواری در شناسایی احساسات	دشواری در توصیف احساسات	تفکر عینی	نمره کلی ناگویی هیجانی	سابق	جستجوی سرگرمی	جستجوی پاداش رفتاری	بازداری رفتاری	نشانه های جسمانی شکل
$0/25^{**}$	$0/14^{**}$	$0/05$	$0/22^{**}$	$-0/01$	$0/03$	$0/08$	$0/19^{**}$	

جدول ۳. تحلیل رگرسیون همزمان برای پیش بینی نشانه های جسمانی شکل از روی سیستم های مغزی رفتاری و ناگویی هیجانی

Sig	T	β	B	sig	F	R^2	R	
$0/001$	$4/19$	$0/21$	$0/35$					دشواری در شناسایی احساسات
$0/88$	$-0/15$	$0/08$	$0/01$	$0/001$	$11/47$	$0/08$	$0/28$	تفکر عینی
$0/009$	$2/62$	$0/49$	$0/49$					بازداری رفتاری



(هسلینک^۷، پنینکس^۸، اسکوسر^۹، وینهوون^{۱۰}، وندرویند^{۱۱} و کریگسمن^{۱۲}، ۲۰۰۴). تحقیقات نشان داده‌اند که اضطراب بر میزان شیوع تظاهرات بالینی و شدت زخم‌های گوارشی اثر می‌گذارد (فلدمن^{۱۳}، ۱۹۹۸). با توجه به افزایش فعالیت سیستم بازداری رفتار در افراد انتظار می‌رود میزان برانگیختگی و آمادگی که از بروندهای سیستم بازداری رفتار هستند، بالا باشد. تاثیرپذیری و درک متفاوت افراد مبتلا به نشانه‌های جسمانی شکل از نشانه‌های بیماری در زمان تنیدگی ناشی از افزایش میزان توجه و واکنش این افراد به محرک‌های ناآشنا یا محرک‌های مرتبط با تنبیه و در کل حساسیت سیستم بازداری رفتار در آنان است (گرانو^{۱۴}، پوتتن^{۱۵}، الووینیو^{۱۶}، ویرتان^{۱۷}، وانان^{۱۸}، واترا^{۱۹}، ۲۰۰۶). وجود همبودی بین افسردگی، اختلال‌های اضطرابی و اختلال جسمانی شکل این مسئله را روشن می‌کند که مکانیزم‌های شناختی - هیجانی مرتبط با اختلالات ذکر شده و نشانه‌های جسمانی شکل شباهت‌ها و تفاوت‌هایی با هم دارند. از یک طرف هر کدام ممکن است در بردارنده ناهنجاریهایی در تنظیم واکنش به استرس باشند و از طرف دیگر به نظر می‌رسد در اختلال جسمانی شکل فاجعه‌سازی درد و استفاده از بدن برای مواجهه با خواسته‌های موقعیت‌های استرس برانگیز بیشتر است (سمینوویز و دیویس^{۲۰}، ۲۰۰۷). همچنین یافته‌های تصویربرداری عصبی مغز در افراد مبتلا به اختلالات جسمانی شکل نیز نقایص سیستم بازدارنده‌ی مغز را تایید می‌کند (وود^{۲۱}، پترسون^{۲۲}،

بتای ۰/۲۱ و بازداری رفتاری با ضریب بتای ۰/۴۹ می‌توانند به صورت معنی‌داری نشانه‌های جسمانی شکل را پیش‌بینی کنند. خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون همزمان در جدول ۳ آمده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط بین سیستم‌های مغزی رفتاری و ناگویی هیجانی با نشانه‌های جسمانی شکل در دانشجویان انجام گرفت. با توجه به نتایج پژوهش حاضر بین سیستم بازدارنده رفتار و ناگویی هیجانی و نشانه‌های جسمانی شکل رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد که با نتایج تحقیقات پیشین همسو است (کلانتیری، ۱۳۹۰، شهیدی شادکام، آزادفلاح و خدمت، ۱۳۸۹؛ آلوی^۱، آبرامسون^۲، والشا^۳، ۲۰۰۸). البته تحقیقات پیشین نشان داده بودند که سیستم بازدارنده رفتار در اختلال‌های اضطرابی و خلقی نقش دارد. براساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد هرچه میزان فعالیت سیستم بازدارنده رفتار بیشتر باشد احتمال ابتلا به نشانه‌های جسمانی شکل بیشتر خواهد شد. نتیجه به دست آمده براساس نظریه حساسیت به تقویت^۴ (گری، ۱۹۹۱) قابل تبیین است. سیستم بازدارنده رفتار اساس اضطراب است و ایجاد اضطراب با دو دسته از مکانیزم‌های بازداری رفتار مرتبط است و مسیره‌های عصبی سیستم جداری - هیپوکامپی^۵ و آمیگدال^۶ در این فرایندها نقش دارند. فعالیت بالای این سیستم‌های عصبی باعث افزایش ارزیابی‌های تهدیدآمیز از محرک‌های محیطی می‌شود که نتیجه آن بازداری رفتاری و ایجاد اضطراب است (گری، ۱۹۹۴). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که افراد مبتلا به نشانه‌های جسمانی شکل سیستم بازداری رفتار فعال‌تری دارند و فعالیت سیستم فعال ساز رفتاری‌شان محدودتر است. این یافته همبودی بالای اختلال‌های اضطرابی و نشانه‌های جسمانی شکل را نیز تبیین می‌کند

7. Hesselink

8. Penninx

9. Schlosser

10. Wijnhoven

11. Vander Windt

12. Kriegsman

13. Feldman

14. Grano

15. Puttonen

16. Elovainio

17. Virtanen

18. Vananen

19. Vahtera

20. Sminowicz & Davis

21. Wood

22. Patterson

1. Alloy

2. Abramson

3. Walshaw

4. Reinforcement sensitivity

5. Septal Hippocampus System

6. Amygdale



می‌شود، آسیب‌پذیری فرد را در مقابل استرس و شرایط محیطی نامطلوب تشدید می‌کند و از سوی دیگر امکان مقابله موثر و کارآمد را نیز از فرد سلب می‌کند. افراد مبتلا به ناگویی هیجانی بسیار سخت تحت فشار همبسته‌های جسمانی هیجاناتی هستند، که به کلام در نمی‌آیند. این نارسایی مانع تنظیم هیجانی می‌شود و سازگاری موفقیت‌آمیز را مشکل می‌سازد. از این رو توصیه می‌شود در درمان نشانه‌های جسمانی شکل به نقش ناگویی هیجانی و بازداری رفتاری توجه شود. از آنجا که این پژوهش روی دانشجویان دختر انجام شد، تعمیم پذیری نتایج را به مردان و جامعه عادی کاهش می‌دهد. از این رو پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی همین فرضیه‌ها روی مردان و جمعیت غیر دانشجویی بررسی شود.

منابع

- Ahadi, B. (2010). Personality characteristics of alexithymia in nasal symptoms of psychopathology in patients with essential depression. *Behavioral Sciences Research*, 1, 25-32. [Persian]
- Alloy, L.B., Abramson, L.Y., & Walshaw, P.D. (2008). Behavioral approach system and behavioral inhibition system sensitivities and bipolar spectrum disorders: prospective prediction of bipolar mood episodes. *Bipolar Disorder*, 10(2), 310-22.
- Bagby, R.M., Parker, J.D.A., & Taylor, G.J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale - Item Selection and Cross-Validation of the Factor Structure. *Department of Psychiatry. Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.
- Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D.S., Stein, M.B., Hofler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of General Psychiatry*, 64(8), 903-912
- Besharat, M. (2010). Relationship between Alexithymia and personal problems, *Educational and Psychology Studies*, 1, 129-141. [Persian]
- Burgess, K.B., & Younger, A.J. (2006). Self-schemas, anxiety, somatic and depressive symptoms in socially withdrawn children and adolescents. *Journal of Research in Childhood Education*, 20(3), 175-187.
- Carver, C.S., & White, T.L. (1994). Behavioural inhibition, behavioural activation, and affective responses to impending reward and punishment: The BIS/BAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(2), 319-33.

ساندرلند^۱، استوتر^۲، باورمن^۳، نیکل^۴، (۲۰۰۷).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ناگویی هیجانی با نشانه‌های جسمانی شکل رابطه دارد و از میان ابعاد ناگویی هیجانی، بُعد دشواری در شناسایی احساسات توان پیش‌بینی نشانه‌های جسمانی شکل را به صورت معناداری داشت. همبسته عصب‌شناختی حالت ناگویی هیجانی احتمالاً نقایص کارکردهای جسم پینه‌ای است؛ بخشی از مغز که وظیفه‌ی انتقال اطلاعات بین نیمکره‌های راست و چپ را دارد (برموند، ۱۹۹۴ به نقل از لارسن^۵، وبرند^۶، برموند^۷، هایمن^۸، ۲۰۰۳). ناگویی هیجانی موجب برانگیختگی فیزیولوژیک طولانی و واکنش‌های عصبی شدیدتر به محرک‌های استرس برانگیز می‌شود و این عوامل به صورت بالقوه بر سیستم‌های خودمختار، سیستم ایمنی و گذرگاه هیپوفیز-آدرنال، اثر تخریبی می‌گذارد (اینفراسکا^۹، ۱۹۹۷؛ فیل^{۱۰} و مارتین^{۱۱}، ۱۹۸۶؛ اسپیکل^{۱۲}، پاپکیاک^{۱۳} و فیورستین^{۱۴}، ۱۹۸۵، به نقل از مارتینز^{۱۵}، سانچز^{۱۶}، اتوگارسیا^{۱۷} و مورتیزسوریا^{۱۸}، ۲۰۰۳). براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که بالا بودن فعالیت سیستم بازدارنده رفتار که منجر به ارزیابی تهدیدآمیز محرک‌های محیط می‌شود و فرد را در مقابل فشار و استرس آسیب‌پذیر می‌سازد و از سوی دیگر وجود علائم ناگویی هیجانی که موجب برانگیختگی فیزیولوژیک طولانی و واکنش‌های عصبی شدیدتر به محرک‌های استرس برانگیز

1. Sunderland

2. Stoeter

3. Bauermann

4. Nickel

5. Larsen

6. Brand

7. Bermond

8. Hijman

9. Yenfraska

10. Phil

11. Martine

12. Spigel

13. Papkiak

14. Fiurestin

15. Martinz

16. Sanchez

17. AtoGarsia

18. MortizSoria

- impulsivity. *Journal of research in personality*, 21, 417-435.
- Gray, J.R. (1991). *The neuropsychology of anxiety*. London: Oxford University Press.
- Gupta, D., & Perez-Edgar, K. (2011). The role of temperament in somatic complaints among young female adults. *Journal of health psychology*, 17(1), 26-35.
- Hesselink, A.E., Penninx, B.W., Schlosser, M.A., Wijnhoven, H.A., Van der Windt, D.A., & Kriegsman DM. (2004). The role of coping resources and coping style in quality of life of patients with asthma or COPD. *Quality of Life Research*, 13(2), 509-18.
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Saarinen, P., Lehtonen, J., & Viinamaki, H. (2000). Is alexithymia a permanent feature in depressed outpatients? Results from a 6-month followup study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 303-308.
- Larsen, J.K., Brand, N., Bermond, B., & Hijman, R. (2003). Cognitive and emotional characteristics of Alexithymia: review of neurobiological studies. *Journal of psychosomatic Research*, 54, 533-41.
- Khosravian, B., Hasheminasratabadi, T., & Alilo, M. (2010). Comparison between perfectionism, negative affect and brain behavioral systems bulimia patients' and general persons. *Journal of Research in psychological health*, 4 (3), 43-56. [Persian]
- Kalantari, H., Bagheriansarodi, R., & Babaeepoor, E. (2011). Comparison between activate of inhibition system and activation system in IBS patient with control group. *Journal of Babol medical sciences university*, 14(2), 59- 65. [Persian]
- Mahmoodi, N., Abdollahi, M. N., & Shahgholian, M. (2014). The Relationship between Brain/Behavioral Systems and Alexithymia by the Mediating Role of Positive and Negative Affect. *Journal of Research in Psychological Health*, 8(3). 11-20. [Persian]
- Martinez-Sanchez, F., Ato-Garcia, Mortiz-Soria, B. (2003). Alexithymia-state or trait? *The Spanish Journal of psychology*, 6(1), 51-59.
- Mick, M. A., & Telch, M. J. (1998). Social anxiety and history of behavioral inhibition in young adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 1-20.
- Newman, J.P., MacCoon, D.G., Vaughn, L.J., & Sadeh N. (2005). Validating a distinction between primary and secondary psychopathy with measures of gray's BIS and BAS constructs. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(2), 319-323.
- Richards, H. L., Fortune, D. G., Griffiths, C. E. M., & Main, C. J. (2005). Alexithymia in patients with psoriasis: clinical correlates and psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale-20. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 89-96.
- Rief, W & Hiller, W. (2003). A new approach to the assessment of the treatment effects of somatoform disorders. *Psychosomatics Journal*, 44(6), 492 – 498.
- Saarijarvi, S., Saalemnen, J. K., & Toikka, T. B. (2006). Alexithymia and depression: A 1-year study
- Coles, M. E., Schofield, C. A., & Pietrefesa, A. S. (2006). Behavioral inhibition and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 1118-1132.
- Corr, P. J., Perkins, A. M. (2006). The role of theory in the Psychophysiology of personality: From Ivan Pavlov to Jeffrey Gray. *International Journal of Psychophysiology*, 62, 367- 376.
- Cox, B. J., Swinson, R. P., Shulman, I. D., & Bourdeau, D. (1995). Alexithymia in panic disorder and social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 195-198.
- De Gucht, V., & Fischler, B. (2002). Somatization: a critical review of conceptual and methodological issues. *Psychosomatics*, 43, 1-9.
- Erdle, S., Rushton, J.P. (2010). The general factor of personality, BIS – BAS, expectancies of reward and punishment, self – esteem and positive and negative affect. *Personality and individual differences*, 48, 762-766.
- Eriksen, H.R., & Ursin, H. (2002). Subjective health complaints, somatization, and sustained cognitive activation (stress). *Journal of Psychosomatic Research*, 5(4), 445-448.
- Escobar, J.I., Rubio-Stipec, M., Canino, G., & Karno M. (1989). Somatic Symptoms Index (SSI): A New and Abridged Somatization Construct. *Journal of Nervous Mental Disorder*, 177(3), 140-146.
- Fahimi, S., Alimahdi, M., Bakhshpooroodsari, A., & Alilo, M. (2011). Gray biological model of personality and addiction. *Andishe Va Raftar. Addiction Behavior*, 22 (2), 51-67.
- Faragi, F., Namdari, S., & Nazemi, A. (2012). Demographic characteristic of somatoform patient and some reasons related with that in hospitalized patients in Ghods hospital. *Forth psychosomatic international congeress*. [Persian].
- Feldman, M. (1998). Mental stress and peptic ulcers: An earthshaking association. *The American Journal of Gastroenterology*, 93 (3), 291-193.
- Fowles, D. (1980). The arousal model: implications of Grays tow factor learning theory for heart rate, electro dermal activity & psychopath. *Psychophysiology*, 17, 87-104.
- Esazadegan, A., Mikaeili Manie, F., & Afrasiyab, N. (2014). Behavioral and sensory processing sensitivity of brain systems in alexithymia. *Journal of Psychological research*. 9(34), 83-98. [Persian].
- Grabe, H.J., Spitzer. C., & Freyberger HJ. (2004). Alexithymia and personality in relation to dimensions of psychopathology. *The American Journal of Psychiatry*, 161(7), 1299-301.
- Grano, N., Putonen, S., Elovainio, M., Virtanen, M., Vananen, A., Vahtera, J. (2006). Impulsivity as a predictor of newly – diagnosed peptic ulcer disease: a prospective cohort study. *Personality and Individual Differences*, 41, 1539 -1550.
- Gray, J.R. (1987). Application of behavioral theory of motivation to the concept of anxiety &



in outpatients with major depression. *Journal of Psychosomatic research*, 51(6), 729-733.

Seminowicz, D.A., & Davis, K.D. (2006). Cortical responses to pain in healthy individuals depends on pain catastrophizing. *Pain*, 120, 297-306.

Sepahmansor, M. (2010). The relationship between activation and inhibition systems with students behavioral disorders. *Andishe va Raftar*, 5(17), 57 – 64. [Persian]

Shahidi, M., Azadfalsh, P., & khedmat, H. (2010). The comparison between activation of brain behavioral systems in reflex patients and general persons. *Behavioral Sciences Magezin*, 4 (2), 83.

Smith, G. R. (1994). The course of somatization and its effects on utilization of health care resources. *Psychosomatics*, 35, 263–267.

Stoeter, P., Bauermann, T., Nickel, R. (2007). Cerebral activation in patients with somatoform pain disorder exposed to pain and stress: an fMRI study. *Neuroimage*, 36, 418-430.

Taylor, G. J. & Bagby, M. (2004). New trends in alexithymia research. *The Journal of Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 68-77.

Terre, L., & Ghiselli, W. (1997). A developmental perspective on family risk factors in somatization. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(2), 197-208.

VanGoozen, S. Van de poll, N, & Sergeant., A. (1994). Framework for a taxonomy of psychiatric disorders. *Emotions: Essays on Emotion Theory*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers Hillsdale.

Wood, P.B., Patterson, J.C., Sunderland, J.J. (2007). Reduced presynaptic dopamine activity in fibromyalgia syndrome demonstrated with positron emission tomography: a pilot study. *Pain Journal*, 8, 51-58.

Zisseron, R.N., Palfai, T.P. (2007). Behavioral activation system (BAS) sensitivity and reactivity to alcohol cues among hazardous drinkers. *Addictive Behaviors -Journal*, 32(10), 2178-2186.

