

Research Article

Analyzing the Factors of Formation of Somatic Symptom Disorder in People with Complex Post-Traumatic Stress Disorder Based on Grounded Theory

Fariba Jafari Roshan¹, Seyed Saeid Pournaghsh Tehrani^{2*}
& Masud Gholam Ali Lavasani³

1. Ph.D. Student of Health psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. Email: jafarif87@gmail.com

2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. Email: spnaghsh@ut.ac.ir

3. Associate Professor, Department of Counselling and Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran Email: lavasani@ut.ac.ir

Abstract

Aim: This study aimed to examine the effective factors in the formation of somatic symptom disorder in individuals with complex post-traumatic stress disorder.

Method: The research adopted a qualitative approach based on grounded theory. Fifteen individuals with somatic symptom disorder and complex post-traumatic stress disorder, aged 18-60, in Tehran city, who willingly participated in interviews, were selected through purposeful sampling until theoretical saturation was reached. Semi-structured and in-depth interviews were conducted for data collection. Data analysis followed the method of Strauss and Corbin (2014) using MAXQDA software.

Findings: The research identified around 89 open codes, 8 axial codes, and 4 selective codes, including causal factors (destructive family interactions), contextual factors (child's emotional-cognitive characteristics), intervening factors (passive parenting-idealistic parenting), and strategies (child's behavioral-cognitive strategies).

Conclusion: Children's cognitive, emotional, and behavioral strategies in response to childhood trauma, particularly destructive family interactions and parenting styles, play a significant role in the formation and continuation of somatic symptom disorder. To prevent somatic symptom disorder in children, interventions may focus on improving family interactions, while for adults with somatic symptom disorder, effective strategies for regulating emotions and thoughts, along with changes in interactions, can be considered in treatment.

Key words: *Somatic Symptom Disorder, Post-Traumatic Stress Disorder, Grounded Theory*

Citation: Jafari Roshan, F., Pournaghsh Tehrani, S., & GholamAli Lavasani, M. (2023). Analyzing the Factors of Formation of Somatic Symptom Disorder in People with Complex Post-Traumatic Stress Disorder Based on Grounded Theory. *Appl. Psychol*, 17 (4):59-80.

واکاوی عوامل شکل‌گیری اختلال علائم جسمانی شکل در افراد دارای اختلال استرس پس از سانحه پیچیده براساس نظریه داده‌بنیاد

فریبا جعفری روشن^۱، سیدسعید پورنقاش تهرانی^{۲*} و مسعود غلامعلی لواسانی^۳

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. ایمیل: jafarif87@gmail.com

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. ایمیل: spnaghash@ut.ac.ir

۳. دانشیار گروه مشاوره و روان‌شناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. ایمیل: lavasani@ut.ac.ir

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی عوامل مؤثر در شکل‌گیری اختلال علائم جسمانی شکل در افراد دارای اختلال استرس پس از سانحه پیچیده انجام شد.

روش: رویکرد مورد مطالعه در این پژوهش کیفی و از نوع داده‌بنیاد بود. تعداد ۱۵ نفر دارای اختلال جسمانی شکل و اختلال استرس پس از سانحه پیچیده در دامنه سنی ۱۸-۶۰ ساله شهر تهران که تمایل به مصاحبه و همکاری داشتند با روش نمونه‌گیری هدف‌مند تا رسیدن به اشباع نظری انتخاب شدند. این افراد با استفاده از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و به صورت عمیق مورد بررسی قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با شیوه اشتراک و کوربین (۲۰۱۴) و با استفاده از نرم‌افزار مکس کیودا انجام شد.

یافته‌ها: براساس یافته‌های حاصل از پژوهش، کدهای باز حول ۹۰ مفهوم، کدهای محوری شامل ۸ مفهوم و کدهای انتخابی در ۴ مفهوم شامل عوامل علی (تعاملات مخرب خانواده)، عوامل زمینه‌ای (ویژگی هیجانی - شناختی کودک)، عوامل مداخله‌گر (والدگری منفعلانه - والدگری آرمان‌گرایانه) و راهبردها (راهبردهای رفتاری - شناختی کودک) استخراج شدند.

نتیجه‌گیری: راهبردهای شناختی، هیجانی و رفتاری کودک در پاسخ به آسیب‌های دوران کودکی (تعاملات مخرب خانواده و والدگری مخرب) در شکل‌گیری و تداوم جسمانی‌سازی مؤثر است؛ بنابراین در پیشگیری از اختلال علائم جسمانی شکل در کودکان می‌توان از بهبود تعاملات مخرب خانواده و نیز در درمان افراد بزرگسال دارای اختلال جسمانی شکل می‌توان از راهبردهای مؤثر در تنظیم هیجانات، افکار و تغییر در تعاملات فرد بهره برد.

کلید واژه‌ها: اختلال علائم جسمانی شکل، اختلال استرس پس از سانحه پیچیده، داده‌بنیاد

استناد به این مقاله: جعفری روشن، فریبا، پورنقاش تهرانی، سیدسعید، و غلامعلی لواسانی، مسعود. (۱۴۰۲). واکاوی عوامل شکل‌گیری اختلال علائم

جسمانی شکل در افراد دارای اختلال استرس پس از سانحه پیچیده براساس نظریه داده‌بنیاد. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۷ (۴): ۸۰-۵۹.

مقدمه

اختلال علائم جسمانی شکل^۱ یکی از دغدغه‌های مهم جوامع امروزی است (برانسفیلد و فریدمن، ۲۰۱۹؛ می جی تی و هوچی آ، ۲۰۲۰). عود مکرر نشانه‌های پزشکی و جسمانی که توجیه پزشکی کافی ندارند (وسترلینگ، شاتز-وایک، بیکر، بولز و ایلتز و همکاران، ۲۰۲۳) اختلال زیادی در عملکرد فرد ایجاد می‌کند (کچانر، لموگنه، دیو، رانکو، دبراو و همکاران، ۲۰۲۲). در راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی ویراست پنجم^۲ ملاک تشخیصی اختلال علائم جسمانی شکل که می‌تواند با یک وضعیت پزشکی همراه باشد یا نباشد، واکنش ناسازگارانه فرد نسبت به علامت جسمی است. (هنینگ سن، زیپ فل، ساتل و کرید، ۲۰۱۸). با وجود محدودیت‌های عملکردی بالا در افراد دارای اختلال علائم جسمانی (جوسترا، جانسن، بولتمن و روسمالن، ۲۰۱۵)، سیستم پزشکی سنتی در درمان این علائم به اندازه کافی مؤثر نبوده است (راسک، روزندال، فنگر-گرن، برو، اورنوبول و همکاران، ۲۰۱۵) و درمان‌های طولانی و ناموفق اغلب این بیماران را ناامید می‌کند و هزینه‌های چشمگیر به خانواده‌ها و سیستم مراقبت‌های بهداشتی تحمیل می‌شود (هنینگ سن و همکاران، ۲۰۱۸). بر طبق مدل زیستی روانی اجتماعی،^۳ اختلال جسمانی شکل حاصل تعامل زیست‌پزشکی، تعاملات بین‌فردی و محیطی است. با این حال در حوزه روان‌شناسی، موفقیت محدودی در کشف و توصیف ماهیت (عاطفی/ روانی) علائم جسمانی به دست آمده است. یکی از عوامل مهم در تداوم این علائم، باورهای پایدار در نسبت‌دادن علائم به علل جسمانی، تشخیص غلط یا دیرنگام، درمان نامناسب و در نهایت ناامید شدن بیمار است (هنینگ سن و همکاران، ۲۰۱۸؛ مورای، توپسنت، الزاس و لاهو، ۲۰۱۶). تحقیقات نشان می‌دهند که بیماران مبتلا به اختلال جسمانی شکل، زمانی به بهترین نتیجه دست می‌یابند که به یک چارچوب در زمینه درمان، مراقبت، علل زیست‌پزشکی و علل تشدیدکننده روانی اجتماعی دست یابند (جانسن و رایسر، ۲۰۱۷). پژوهش‌ها در رابطه با سبب‌شناسی این اختلال به عوامل مختلفی پرداخته‌اند. برخی به عوامل ژنتیکی پرداخته‌اند (دنک، مک ماهون و تریسی، ۲۰۱۴). اما همین مکانیسم‌ها نیز ارتباط نزدیکی با ناملایمات دوران کودکی دارند که احتمال ابتلا به اختلالات جسمانی شکل را تا ۴ برابر بالا می‌برند (آفری، اهومادا، رایت، مستوفی و گلناری، ۲۰۱۴). عوامل استرس‌زای اولیه مانند سوءاستفاده جنسی یا جسمی، بی‌توجهی و اختلال عملکرد خانواده در ایجاد پیامدهای زیستی-عصبی (فیلووو، آبینز، پرگا، مستره و زارازاگا و مارتینز، ۲۰۱۸)، ایجاد علائم غیرقابل

1. Somatic Symptom Disorder (Ssd)

2. Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders, Fifth Edition

3. Biopsychosocial

توضیح، سابقه تشخیص مادام‌العمر اختلالات گوارشی، دردهای مزمن غیراختصاصی، تشنج روان‌زاد و درد مزمن لگن (له، جیست، بیرس و ماندرا، ۲۰۲۱)، شیوع بیماری ایسکمیک قلب، سرطان، سکتة مغزی، آمفیوزم و دیابت (کامپیل، واکر و اجده، ۲۰۱۶)، مؤثر است. یکی از حوزه‌هایی که در زمینه آسیب‌های دوران کودکی و سبب‌شناسی علائم جسمانی به‌تازگی مورد توجه قرار گرفته است، اختلال استرس پس از سانحه پیچیده^۱ است که در یازدهمین نسخه تجدیدنظرشده طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها مطرح شده است. (بچم، لیون، زراچ، کلوتتری و سولومون، ۲۰۲۱؛ مایرکر، بریون، برایانت، کلوتتری، ون امرون و جونس، ۲۰۱۳). اختلال استرس پس از سانحه پیچیده علاوه بر علائم هسته‌ای اختلال استرس پس از سانحه، با اختلال در خودسازمان‌دهی^۲ که شامل بد تنظیمی عاطفی^۳، خودپنداره منفی^۴ و آشفتگی در روابط^۵ است، تعریف شده است (هایلند، شولین، اکلیت، مورفی، ولیاریس، گارونت و همکاران، ۲۰۱۷؛ مایرکر و همکاران، ۲۰۱۳). اختلال در خودسازمان‌دهی، مشخص‌کننده تغییرات روانی مزمن ناشی از قرارگرفتن در معرض ترومای زودهنگام (اولیه) یا مکرر (کومار برند و کورتویز، ۲۰۱۹) مانند (سوءاستفاده جنسی کودکی، شکنجه، کودک سربازی، خشونت خانگی و برده‌داری) است (کلوتتری و همکاران، ۲۰۱۳). شواهد نشان می‌دهد که اختلال استرس پس از سانحه پیچیده از اختلال استرس پس از سانحه شایع‌تر و ناتوان‌کننده‌تر است و آسیب‌های چندگانه مربوط به دوران کودکی و تروماهای بین‌فردی بیشتر با اختلال استرس پس از سانحه پیچیده همراه می‌شوند (هو، کاراتزایاس، ولیریز، بونجرز، شولین، کلوتتری و همکاران، ۲۰۲۱). پیامدهای این وقایع تا بزرگسالی ادامه می‌یابند و تأثیرات زیادی بر عملکرد روانی-اجتماعی افراد می‌گذارند. بنابراین علائم اختلال استرس پس از سانحه پیچیده را که همه‌جا حاضرند و صرف نظر از قرابت به یادآوری حوادث آسیب‌زا در زمینه‌های مختلفی اتفاق می‌افتند (مورفی، الکلیت، دکدال و شولین، ۲۰۱۶)، می‌توان به‌عنوان عاملی در شکل‌گیری اختلالات علائم جسمانی شکل در نظر گرفت (سار و تورک کورتا، ۲۰۲۱؛ شاهین، اوزور و یانارداغ، ۲۰۱۹). تحقیقات محدودی در مورد مکانیسم‌های زمینه‌ساز اختلال علائم جسمانی شکل در اثر اختلال استرس پس از سانحه پیچیده انجام شده است (له و همکاران، ۲۰۲۱). نتایج برخی تحقیقات نشان‌دهنده رابطه بین ناملایمات دوران کودکی و دل‌بستگی ناایمن (ماندر، هاتر، اتکینسون، اسکینر، وازانا، فلمینگ و همکاران، ۲۰۱۷) در شکل‌گیری اختلالات جسمانی شکل و برخی نیز نشان‌دهنده نقش تعارضات خانوادگی

1. Complex Post Traumatic Stress Disorder (Cptsd)

2. The International Classification of Diseases (11 Th Revision)

3. Disturbances in Self-Organization

4. Affective Dysregulation

5. Negative Self-Concept

6. Disturbances in Relationships

(وینیدنگ و اندرسون، ۲۰۱۹) به واسطه اختلال در تنظیم هیجانات (لیوتن، ونهودنلاو، لما، تارگت و فوناجی، ۲۰۱۳؛ براون، بوسکا، فرا، کیرکبای، بیکر، کمپ و همکاران، ۲۰۱۳؛ کوئچین، کوآکلی، شل‌تر، ورنر و کوسواسکای و همکاران، ۲۰۱۸) هستند. با این حال مکانیسم اساسی این ارتباط به وضوح مشخص نشده است (اوکور گونی، ستل، ویتافت و هنین سن، ۲۰۱۹). پرداختن به یک اختلال و درمان مناسب به درک منشأ آن بستگی دارد (له و همکاران، ۲۰۲۱). اما با مرور مطالعات انجام شده در حوزه اختلالات جسمانی‌سازی در داخل و خارج از کشور و بر اساس دانش نویسندگان این مقاله، می‌توان به این نتیجه رسید که مطالعه جامع و کاملی در رابطه با اختلال استرس پس از سانحه پیچیده و جسمانی‌سازی، صورت نگرفته است. این در حالی است که شناسایی مکانیسم‌های خاص و قابل تغییر می‌تواند مراقبت از بیمار را بهبود بخشد و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را کاهش دهد. با توجه به اینکه تحقیقات کیفی نقش مؤثرتری در روشن‌سازی حیطه‌های ابهام‌آمیز و ناشناخته دارند، هدف این پژوهش واکاوی و تبیین علل، شرایط و شناسایی مسیرهای شکل‌گیری اختلال علائم جسمانی شکل در افراد دارای اختلال استرس پس از سانحه پیچیده با رویکرد کیفی و روش گراند تئوری بود.

روش

رویکرد پژوهش حاضر، کیفی بود که با روش گرند تئوری (داده‌بنیاد) انجام شد. جامعه مورد مطالعه، شامل افراد دارای اختلالات علائم جسمانی شکل و اختلال استرس پس از سانحه پیچیده (در دامنه سنی بزرگسال) شهر تهران بودند. نمونه‌گیری به روش هدفمند و با حداکثر تنوع (از نظر جنسیت، سن و سواد) انجام شد. بعد از رسیدن به اشباع نظری تعداد افراد در مطالعه فعلی به ۱۵ نفر رسید. در جدول شماره ۱، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در پژوهش نشان داده شده است.

جدول شماره ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در پژوهش

شماره	سن	جنسیت	تحصیلات	شغل	وضعیت تأهل
۱	۳۴	زن	کارشناسی	کارمند	متاهل
۲	۲۱	زن	دانشجو	دانشجو	مجرد
۳	۳۶	زن	کارشناسی ارشد	ازکارافتاده	مجرد
۴	۴۷	زن	دکتری	کارمند	مطلقه
۵	۲۴	مرد	دانشجوی ارشد	شاغل پاره‌وقت	مجرد
۶	۳۰	مرد	کارشناسی	شاغل پاره‌وقت	مجرد

شماره	سن	جنسیت	تحصیلات	شغل	وضعیت تأهل
۷	۲۱	مرد	دیپلم	سرباز	مجرد
۸	۲۵	مرد	دیپلم	شاغل پاره‌وقت	مجرد
۹	۶۳	زن	دیپلم	خانه‌دار	متاهل
۱۰	۶۱	زن	بی‌سواد	خانه‌دار	متاهل
۱۱	۳۳	زن	کارشناسی	کارمند	متاهل
۱۲	۴۰	مرد	کارشناسی ارشد	کارمند	مجرد
۱۳	۴۱	زن	کارشناسی ارشد	کارمند	مجرد
۱۴	۳۷	زن	کارشناسی	کارمند	مطلقه
۱۵	۴۰	مرد	فوق‌دیپلم	شغل آزاد	متاهل

مصاحبه نیمه‌ساختاریافته

با هدف بررسی عمیق مسئله در این پژوهش از ابزار مصاحبه نیمه‌ساختاریافته استفاده شد. این نوع مصاحبه به مصاحبه‌گر آزادی می‌دهد تا به بررسی و پرسیدن سؤالاتی بپردازد که روشن‌سازی موضوعات خاص را به دنبال دارد. پس از بررسی، مطالعه و بهره‌مندی از نظر افراد متخصص در زمینه اختلال علائم جسمانی شکل و اختلال استرس پس از سانحه پیچیده، سؤال‌های مصاحبه، نهایی و آماده شد. سؤالات مصاحبه بر روی علائم بیماری، روند بیماری روان‌شناختی، زمان آغاز علائم جسمانی شکل و تشدید آن‌ها و آسیب‌های دوران کودکی (تعاملات خانواده مانند روابط والدین، رابطه والد-کودک و تجربیات شناختی-هیجانی فرد در دوران کودکی) متمرکز بود. از مصاحبه‌کنندگان خواسته شد تا درباره جزئیات مربوط به سؤالات به اندازه شناخت و تجربه‌های خود پاسخ دهند. نمونه‌ای از سؤالات مصاحبه عبارت‌اند از: علائم جسمانی تو از چه زمانی آغاز شده است؟ در چه موقعیت‌هایی این علائم تشدید می‌شوند؟ رابطه مادر و پدر در زمان کودکی از نظر شما چگونه بود؟ والدین شما مسائل و مشکلات بین خودشان را چگونه حل و فصل می‌کردند؟ زمانی که آن‌ها مشاغر می‌کردند شما چه افکار و احساساتی را تجربه می‌کردید؟ آن‌ها در چه زمان‌هایی شما را تشویق و در چه زمان‌هایی تنبیه می‌کردند؟ اگر در فعالیتی شکست می‌خوردید آن‌ها چه عکس‌العملی نشان می‌دادند؟ زمان‌هایی که نیاز به کمک داشتید از چه کسی کمک می‌گرفتید؟ مصاحبه برای هر شرکت‌کننده حدود ۴۵ دقیقه تا یک ساعت و نیم به طول می‌انجامید. برای حفظ محرمانه بودن اطلاعات به هر یک از شرکت‌کنندگان یک کد اختصاص یافت.

شیوه جمع‌آوری داده‌ها

ملاک‌های ورود به پژوهش به این ترتیب بود: (۱) افراد دامنه سنی بزرگسال، (۲) داشتن اختلال علائم جسمانی شکل که توسط متخصصان، شناسایی و سپس توسط چک‌لیست علائم جسمانی‌سازی و پرسش‌نامه بین‌المللی تروما غربال‌گری شده باشند، (۳) عدم شرکت در پژوهش دیگر به صورت همزمان. ملاک خروج از پژوهش شامل: (۱) داشتن وابستگی به مواد مخدر، (۲) داشتن اختلالات روان‌شناختی که با اختلال استرس پس از سانحه پیچیده همبودی دارند (مانند اختلال شخصیت مرزی) و (۳) پاسخ‌دهی ناقص در مصاحبه. قبل از مصاحبه، هدف از مطالعه و سابقه پژوهش‌گر توضیح داده شد و موافقت به دست آمد. در شروع هر مصاحبه در خصوص محرمانه بودن موضوعات، آگاهی‌های لازم ارائه شد. قبل از مصاحبه به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد که هر زمان که تمایل داشته باشند، مصاحبه به اتمام می‌رسد.

شیوه تحلیل داده‌ها: برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تجزیه و تحلیل اشتراک و کوربین (۲۰۱۴) استفاده شد. تحلیل داده‌ها، بلافاصله پس از انجام اولین مصاحبه، آغاز شد. مصاحبه‌های ضبط شده به منظور درک کلی محتوا، پیاده‌سازی و سپس به صورت کلمه به کلمه و جمله به جمله بازخوانی شدند و کدگذاری‌ها انجام گرفت. از روش مقایسه داده‌ها و یادآورنویسی برای تشکیل زیرطبقات و طبقات فرعی و اصلی استفاده شد. برای اعتبار یافته‌های کیفی از روش گوبا و لینکن (۱۹۸۶) استفاده شد. معیار قابلیت اعتماد یافته‌ها دربرگیرنده ۵ ملاک است: باورپذیری، اطمینان‌پذیری، تاییدپذیری، انتقال‌پذیری و سندیت. (ترابی، مطلبی، باب‌الحوایجی و حریری، ۱۴۰۰). **باورپذیری** قابل باور بودن یافته‌ها را نشان می‌دهد. تعامل طولانی مدت با شرکت‌کنندگان برای توصیف تجربیات خود، یکی از بهترین راه‌ها برای افزایش باورپذیری است. بنابراین در این پژوهش صرف زمان کافی جهت مصاحبه، شفاف‌سازی گفته‌ها در طی مصاحبه، بازبینی و تایید متن مصاحبه‌ها و کدها توسط اساتید متخصص، از راه‌های افزایش مقبولیت و باورپذیری داده‌ها بود. **اطمینان‌پذیری** به معنی توانایی شناسایی جایی که داده‌های یک مطالعه معین از آن آمده، گردآوری شده و به کار رفته‌اند، است؛ بنابراین، یافته‌ها در اختیار ۶ نفر از مشارکت‌کنندگان برای تایید صحت آن‌ها قرار گرفت. در طول مصاحبه نیز از انعکاس محتوی برای تایید گفته‌های مشارکت‌کننده، استفاده شد. **تاییدپذیری** به کیفیت عینی گزارش اطلاق می‌شود که در آن محقق نشان می‌دهد یافته‌های او مبتنی بر داده‌ها است. نظارت اساتید متخصص در نگاشت سوال‌ها، اجرا و تحلیل مصاحبه‌ها، تاییدپذیری یافته‌ها را افزایش داد. **انتقال‌پذیری**

1. Constant Comparative Analysis

2. Memo Writing

به اعتبار بیرونی و قابلیت تعمیم یافته‌ها اشاره دارد. برای تضمین قابلیت تعمیم یافته‌ها، پژوهشگر، مشارکت‌کنندگان را از سنین، موقعیت‌های تحصیلی، شغلی و محیطی متفاوتی انتخاب کرد و با گسترده کردن و متنوع کردن میدان انتخاب نمونه خویش، موجبات دستیابی به جامع‌ترین اطلاعات ممکن را فراهم نمود. **سندیت** عبارت است از ارائه شرحی کامل، درست و عادلانه از زندگی شرکت‌کنندگان. در این پژوهش توصیف تجارب مختلف شرکت‌کنندگان از پدیده مورد مطالعه با استفاده از واژه‌های خود شرکت‌کنندگان، انجام شد.

برای افزایش مقبولیت داده‌ها، متن مصاحبه‌ها به همراه کدها توسط اساتید متخصص مورد بازبینی قرار گرفت و از روش‌هایی نظیر تحلیل، مقایسه مداوم و بازبینی برای افزایش ثبات یافته‌ها استفاده شد (مه‌مون، اورمانی و پسان، ۲۰۱۷). از نرم‌افزار مکس کیودا (۲۰۲۰) جهت تسهیل در فرایند کدگذاری و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول ۲ کدهای یافت شده در کدگذاری گزارش شده است. در مجموع در پژوهش فعلی در کدگذاری سطح اول ۷۹۶ کد و در کدگذاری سطح دوم ۹۰ کد باز، ۸ کد محوری و ۴ کد انتخابی یافت شد که در جدول ۲ مشخص شده است.

جدول شماره ۲. کدگذاری باز، محوری، انتخابی

کدگذاری انتخابی	کدگذاری محوری	کدگذاری باز
عوامل علی (روابط مخرب خانواده)	والدگری دیکتاتورم‌بانه	پرخاشگری والد/ سرزنش‌گری والد/ کنترل بیش از حد فعالیت‌های کودک/ عدم همدلی والد با کودک/ ایجاد حلقه بسته مذاکره والد- کودک و ایجاد کلاف سردرگم در رابطه با کودک/ عدم وجود گفتگوی هدف‌مند با کودک برای حل مسائل در رابطه والد- فرزند/ عدم وجود صمیمیت عاطفی/ بی‌توجهی به نیازهای عاطفی کودک/ عدم حمایت‌گری تعارضات لاینحل/ ناتوانی در مدیریت چالش‌ها/ جروبحث زیاد و ناتوانی در رسیدن به توافق دوطرفه/ ناتوانی در انجام گفتگوی هدف‌مند، ناتوانی در حل مسائل خانوادگی/ راهبرد مقصریابی، سرزنش‌گری/ فاجعه‌سازی در چالش‌ها و مشکلات روابط پر تنش و سینوسی یا روابط منفی دائمی/ نابرابری نقش‌های زناشویی، ترکیب همسر پرخاشگر، سرزنش‌گر، دانای کل یا همسر منفعل، درمانده/ خودخواهی یک همسر/ راهبرد تحقیرکردن/ عدم وجود صمیمیت در زوجین/ عدم وجود تصمیمات مشترک/ قهرهای مکرر
عوامل زمینه‌ای (ویژگی‌های شناختی-هیجانی کودک)	ویژگی هیجانی کودک	وجود مثلث ترس- شرم- خشم/ ترس از واکنش والد پرخاشگر/ ترس از تنهایی/ شرم، خجالت و احساس حقارت از وضعیت خانوادگی/ شرم از بیان نیازهای خود/ شرم از وضعیت جسمانی/ سرافکندگی و شرم از ناتوانی در ارضای نیازهای آرمان‌گرایانه والدین/ خجالت

1. Credibility

2. Maxqda

کدگذاری انتخابی	کدگذاری محوری	کدگذاری باز
	ویژگی شناختی کودک	و شرم در صورت ناتوانی در انجام یک فعالیت/ خشم و تنفر نسبت به والد پرخاشگر و ناتوانی در ابراز خشم/ خشم و تنفر از خود/ احساس گناه ناسالم در برابر والد درمانده نشخوار فکری/ افکار خودکشی یا آرزوی مرگ داشتن/ خود- مقصربنداری/ نگرانی شدید از بهترین نبودن/ احساس بدبختی و استیصال/ باربار اضافی دانستن خود/ نگرانی زیاد درباره سلامتی والدین/ نگرانی شدید از برهم خوردن ثبات خانواده/ نگرانی درباره مرگ والدین/ خودسرزنجگری زیاد/ حساسیت مفرط به طرد/ حساسیت زیاد به انتقاد
عوامل مداخله‌گر (ترکیب والد آرمان‌گرا- والد منفعل)	والد آرمان‌گرا	آرمان‌گرایی بیمارگونه والد/ فاجعه‌انگاری نقص و خطا/ پیام والد: ایرانسان باش، همیشه قوی باش/ نگرش به کودک به‌عنوان ابزار تولید نتیجه/ تشویق سمی (تشویق کودک صرفاً در صورت انجام کارهای بسیار عالی و بزرگ‌تر از سن)/ ایجاد درماندگی در کودک در برآورده کردن خواسته‌های والد/ تأکید زیاد بر درست رفتار کردن کودک در اجتماع/ تأکید زیاد به مسئولیت‌پذیری کودک در برابر سایر هم‌شیرها/ راهبرد مقایسه‌گری کودک با سایرین/ بی‌توجهی به ظرفیت و توانایی‌های روان‌شناختی کودک والد منفعل، درمانده/ والد مسئله‌ساز/ وادار کردن به مراقبت از خود و ایجاد سردرگمی نقش در کودک (والد باشم یا کودک)/ عدم حساسیت به دنیای درون روانی کودک/ عدم حمایت عاطفی/ نداشتن همدلی/ عدم حساسیت به نیازهای عاطفی/ عدم توجه به ظرفیت روانی کودک برای بیان مشکلات خانواده/ والد نگران/ احساس بدبختی والد و نارضایتی همیشگی از زندگی/ عدم جرئت‌مندی والد/ ابراز قربانی بودن/ ابراز ناامیدی/ تشکیل ائتلاف با کودک در برابر همسر پرخاشگر
راهبردها (راهبردهای شناختی- رفتاری کودک)	راهبردهای شناختی کودک	الزام به مطیع بودن/ نداشتن هویت مستقل از والد/ همسویی شناختی در کمال پرستی با والد و تمایل به بهترین بودن و کامل بودن/ نداشتن استقلال فکری و خودمختاری در تصمیمات/ تأکید بیش از حد بر قوی بودن/ ناتوانی در تحمل نقص یا شکست/ ناتوانی در اعتراض به والدین/ تمایل زیاد به اثبات خود/ گوش به زنگی و مراقبت زیاد درباره رفتارهای خود/ نارضایتی همیشگی از زندگی/ نداشتن اعتمادبه‌نفس در روابط/ عدم وجود خود مهرورزی همدلی بیش از حد با دیگران/ ایفای نقش ناجی، میانجی، مصلح، برج مراقبت در خانواده و مسئولیت‌پذیری مرضی/ سعی در کنترل عوامل محیطی برای حفظ ثبات خانواده/ نداشتن خودمراقبتی/ اجتناب از بیان نیازها و احساسات خود و رها کردن نیازهای خود/ سعی در حل کردن مشکلات به تنهایی/ اهمیت زیاد کنترل دیگران و شرایط/ اهمال‌کاری به‌خاطر ترس از شکست
رفتارهای والد گونه (جابه‌جایی نقش والد-کودک، ایفای نقش کودک (قهرمان)		

یافته‌ها شامل عوامل علی (تعامل مخرب خانواده)، عوامل زمینه‌ای (ویژگی‌های شناختی- هیجانی کودک)، عوامل مداخله‌گر (ترکیب والد آرمان‌گرا- والد منفعل) و راهبردهای کودک (راهبردهای رفتاری- شناختی کودک) بود.

عوامل علی: تعاملات مغرب خانواده

والدگری دیکتاتورمآبانه: در تمام مصاحبه‌های انجام شده یک والد پرخاشگر-سرزنش‌گر حضور داشت که با سبک دیکتاتورمآبانه با کودک تعامل داشت. در این زمینه مشارکت‌کننده ۱ می‌گوید که "رابطه من و پدرم شبیه کاموای گره‌خورده بود. هرچقدر من سعی می‌کردم که مسائل را به او توضیح دهم، او کار خودش را می‌کرد". شرکت‌کننده ۴ بیان می‌کند که "بچه که بودم پدرم خیلی سرزنش می‌کرد. یک‌بار موقع رانندگی کلاچ ماشین ول شد. خیلی دادوبیداد کرد. انگار کل ماشین خراب شده بود. من گریه می‌کردم او هم فحش می‌داد. تحقیر می‌کرد. او خیلی پرخاشگر بود. من هم هیچ راهی برای اعتراض به او نداشتم".

روابط ناکارآمد زوجی: والدین تمام شرکت‌کنندگان، تعارضات حل نشده و دائمی داشتند. در این زمینه آزمودنی شماره ۱ می‌گوید: "وقتی در خانه با چالشی مواجه می‌شدیم شرایط خوبی ایجاد نمی‌شد. باعث پرخاش و کارهای غیرعقلانی می‌شد و مصاحبه‌شونده ۱۱ می‌گوید "مسئله‌ای که در خانواده ما همیشه ادامه داشت، دخالت خانواده پدرم بود. پدر و مادرم همیشه به‌خاطر دخالت خانواده‌ها دعوا داشتند که هیچ‌وقت تمام نشد. حتی تا بعد مرگ پدرم".

عوامل زمینه‌ای: ویژگی‌های هیجانی-شناختی

ویژگی‌های شناختی: یکی از ویژگی‌های مشابه در شرکت‌کنندگان این پژوهش داشتن افکار منفی و نگران‌کننده مکرر و مداوم درباره اطرافیان، آینده، افکار درباره خودکشی یا آرزوی مرگ از دوران کودکی بود. برای مثال شرکت‌کننده ۱ در این زمینه می‌گوید: "پدرم محور خانه بود و من همیشه از مردن او می‌ترسیدم. با گفتن این جمله او شروع به گریه کرد" و مشارکت‌کننده ۱۰ می‌گوید "همیشه می‌ترسیدم مادرم بمیرد و پدرم ما را رها کند".

ویژگی‌های هیجانی: هیجانات افراد مصاحبه‌شونده در این پژوهش شامل یک مثلث ترس-شرم-خشم می‌شود. در این زمینه مصاحبه‌کننده ۱۲ می‌گوید "همیشه زمان‌هایی که مامان و بابا گوشزد می‌کردند که چطور رفتار کنم، اضطراب می‌گرفتم و خیلی شرم‌منده می‌شدم. لاغر بودم. از بدنم هم شرم داشتم". شرکت‌کننده ۸ می‌گوید "من همیشه از مادرم می‌ترسیدم. او به همه چیز تسلط داشت. از نگاه‌های مادرم خیلی ترس داشتم".

عوامل مداخله‌گر: ترکیب والد آرمان‌گرا-والد منفعل درمانده

والد آرمان‌گرا: آزمودنی‌ها در این پژوهش گرفتار آرمان‌گرایی یک والد بودند. مصاحبه‌شونده ۱ می‌گوید: "بچه که بودم زمان‌هایی که کار خفن می‌کردم که بچه‌های هم سن و سالم نمی‌کردند تشویق می‌شدم. پدر و مادرم خیلی تأکید داشتند که درست رفتار کنم. پدرم همیشه می‌گفت آدم باید قوی باشد (بازوهایش باید کلفت باشد). ما مریض که می‌شویم پدرم می‌گوید "اگر ورزش می‌کردی و قوی بودی این‌طوری نمی‌شد". او می‌گفت در همه زمین‌ها خوب باشید این نشانه قوی بودن هست. شرکت‌کننده ۱۴ اظهار می‌کند، "مادرم همیشه می‌خواست من بهترین باشم برای همین همه رفتارهای من را زیر نظر داشت".

والد منفعل درمانده: یکی از والدین تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش منفعل و درمانده بود که به‌عنوان "والد مسئله‌ساز" نام‌گذاری شده است. مشارکت‌کننده ۱۳ اظهار می‌کند که "من ترس‌هایم را به مادرم نمی‌گفتم؛ چون مادرم خیلی از بدبختی‌هایش حرف می‌زد و من اگر از مشکلاتم می‌گفتم باری به دوش او اضافه می‌کردم". شرکت‌کننده ۳ در این زمینه می‌گوید "مادرم همیشه غمگین بود، خیلی با من درد دل می‌کرد. من همیشه فکر می‌کردم که خیلی بدبخت است".

راهبردها: راهبردهای رفتاری - شناختی

راهبردهای شناختی: مشارکت‌کنندگان این پژوهش در کودکی ویژگی‌های شناختی مشابه و همانندی داشتند که همسو با والد دیکتاتور و آرمان‌گرا و در راستای کمک به والد درمانده، بود. در این زمینه مصاحبه‌شونده ۱۵ می‌گوید "دائماً می‌خواهم درست رفتار کنم. درست حرف بزنم. کامل بودن برای من خیلی مهم است" و مصاحبه‌شونده ۱۴ می‌گوید "خیلی مراقب بودم که تذکر نشنوم. بی‌عیب‌ونقص رفتار کنم"

راهبردهای رفتاری: یکی از راهبردهای کودکان برای تنظیم رابطه با والد، پذیرش نقش کودک قهرمان، ابرنسان (مدافع، ناجی، مراقب، ثبات‌دهنده، میانجی‌گر، والد هم‌شیرها، همسر والد، خادم، قربانی، حلال مشکلات) بود. مصاحبه‌شونده شماره ۱ می‌گوید "من همیشه سعی می‌کنم قوی باشم. یک ابر انسان که هیچ وضعی ندارد و می‌تواند به مادرش کمک کند". مصاحبه‌شونده ۳ می‌گوید من همیشه مراقب دو برادر و خواهرم بودم. همیشه حامی آن‌ها بودم؛ چون نه مامان نه بابا از آن‌ها حمایت نمی‌کردند".

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی عوامل مؤثر در شکل‌گیری اختلال علائم جسمانی شکل در افراد دارای اختلال استرس پس از سانحه پیچیده انجام شد. بر اساس یافته‌های حاصل از پژوهش، کدهای باز حول ۹۰ مفهوم، کدهای محوری شامل ۸ مفهوم و کدهای انتخابی در ۴ مفهوم شامل عوامل علی (تعاملات مخرب خانواده)، عوامل زمینه‌ای (ویژگی هیجانی-شناختی کودک)، عوامل مداخله‌گر (والدگری منفعلانه - والدگری آرمان‌گرایانه) و راهبردها (راهبردهای رفتاری-شناختی کودک) استخراج شدند. نتایج این پژوهش نشان داد افراد دارای اختلال جسمانی شکل با انواع آسیب‌های دوران کودکی مواجه بودند. یافته‌های این پژوهش همسو با سایر پژوهش‌ها نشان می‌دهد که غفلت، بدرفتاری و سوءرفتار جنسی و جسمی که در اختلال استرس پس از سانحه پیچیده، دیده می‌شود (پیونتیکی، وایزمن، آفمباچر، زولاک و گریب، ۲۰۲۱؛ بیرنه، اوکانر، ویلسون اوراهالاج و مک‌هیل، ۲۰۱۹) می‌تواند باعث کاهش یا افزایش برانگیختگی جسمانی، تغییر ساختار مولکولی - ژنتیکی، عملکرد سیستم عصبی ایمنی و غدد درون‌ریز کودک، تغییر در سیستم ایمنی، تغییر در سیستم تنظیم‌کننده درد و تغییر در نحوه رشد شود و جسمانی شدن بعدی در بزرگسالی شود (کراسکا، میلر، روچه، کروسکا و اوهارا، ۲۰۱۸). در تبیین شکل‌گیری اختلالات جسمانی شکل در اثر اختلال استرس پس از سانحه پیچیده، تحقیقات نشان می‌دهند افرادی که تحت آسیب‌های طولانی مدت و مکرر بوده‌اند، شناخت‌ها و احساسات ناکارآمدی درباره خود دارند و به راهکارهای مقابله‌ای ناکارآمد متوسل می‌شوند (پولک، مک‌هب، سوتهارد و زایگلر، ۲۰۱۶). باید گفت پاسخی که فرد در جهت ایمنی و بقا به یک رویداد نشان می‌دهد، باعث آسیب می‌شود. هنگامی که تهدیدهای داخلی یا خارجی باعث ایجاد ناراحتی می‌شود، کودک به گونه‌ای پاسخ می‌دهد که احساس امنیت او را افزایش دهد (مناکم، ۲۰۱۷). هدف راهبردهای مقابله‌ای یا سازش‌نیافته (چامیزو- نیتو، ری و سنچز-الوارز و همکاران، ۲۰۲۰) سازگاری کودکان در محیط‌های تهدیدکننده و ایجاد احساس امنیت است؛ با این حال این تغییرات ممکن است منجر به شناسایی بیش از حد تهدید در فضای امن شود (کدینگ و هریمگا، ۲۰۱۶). علاوه بر راهبردهایی که در تحقیقات پیشین به آن‌ها اشاره شده است، شرکت‌کنندگان این پژوهش برای مقابله با شرایط تنش‌زا از راهبردهای رفتاری-شناختی مختلفی مانند "انجام کارهای والدگونه و همسویی شناختی با والد کمال‌گرا" استفاده می‌کردند. اما به علت وجود مسائل لاینحل مداوم و مکرر این راهبردها به نتیجه مطلوب نمی‌رسیدند؛ بنابراین احساس شرم و گناه به آن‌ها تحمیل می‌شد. استفاده مکرر و طولانی از این راهبردها که تا بزرگسالی ادامه می‌یابند، می‌تواند در شکل‌گیری و تداوم اختلالات علائم جسمانی شکل در اثر اختلال استرس پس از سانحه پیچیده،

مؤثر باشد. ضمناً اختلال استرس پس از سانحه پیچیده می‌تواند باعث اختلال در جنبه‌های متعدد رشد عصبی، از جمله ساختار مغز (مکلافین، شریدن، گلد، دیوس، لمبرت و پوریل، ۲۰۱۶؛ تایچر، سامسون، اندرسن و اوهاشی، ۲۰۱۶)، کاهش حجم آمیگدال قشر پیش پیشانی شکمی، کاهش حجم هیپوکامپ در کودکان و نوجوانان و افزایش فعالیت در شبکه برجسته در پاسخ به محرک‌های عاطفی منفی (کولیچ، کواکلی، اسپکتر، ورنر و کوسوسکی، ۲۰۲۰؛ گلد، شریدان، پوریل، بوسو، لمبرت، الوس و همکاران، ۲۰۱۶؛ کلی، ویدینگ، پیوتر، پالمر، مچیلی و همکاران، ۲۰۱۵) در کودک شود و عملکرد اجرایی و توجه را کاهش دهد (پوریل، روزن، لیوره، سمبورک، شریدن و مک لافلین، ۲۰۲۳؛ فاین، میناس، لئونارد، مک کی، سالوتور، اسلاتور و جوتز و همکاران، ۲۰۱۷)، و باعث تغییر در پردازش اطلاعات (سوگیری توجه به تهدید) (جنس، پوریل، میلر، هلنیاک، روبرستن و سامبروک، ۲۰۲۱)، تغییر در یادگیری ترس (دکراس، سامبورک، شریدن، توتنهام و مک لافلین و همکاران، ۲۰۲۲)، ایجاد تغییرات حافظه در نشانه‌های تهدید (لمبرت، پوریل، سمبورک، روزن، شریدن و مک لافلین، ۲۰۱۹) شود؛ بنابراین می‌توان گفت تغییر در ساختار و فرایندهای مغزی کودک را همیشه در حالت آماده‌باش قرار می‌دهد تا بتواند در محیط پرخطر احساس امنیت بیشتری داشته باشد؛ بنابراین همان‌گونه که نتایج پژوهش نشان داد، این کودکان با دارا بودن ویژگی‌های شناختی؛ مانند خودانتقادگری زیاد و احساساتی مانند شرم و خشم مزمن حتی در زمان‌هایی که تنش در محیط وجود ندارد نیز در حالت برانگیختگی قرار دارند. استرس مزمن و فراگیر باعث می‌شود آدرنال بیش از حد فعال شده و علائم روان‌تنی ایجاد شوند. محور هیپوتالاموس، هیپوفیز، آدرنال در اوایل کودکی حساسیت زیادی به استرس نشان می‌دهد. در کودکی که در اوایل رشد در معرض استرس شدید قرار می‌گیرند، الگوی از بیش‌فعالی این محور ایجاد می‌شود که با افزایش سن، این بیش‌فعالی ادامه می‌یابد یا به الگوی کم-فعالی تبدیل می‌شود. وضعیت دلبستگی به‌عنوان یک تنظیم‌کننده زیستی-روانی می‌تواند از بیش‌فعال‌سازی این محور با انجام رفتارهای مراقبتی حساس، جلوگیری کند (برنارد، ۲۰۱۵). اما در این کودکان رفتارهای مراقبتی حساس، در والدین نسبت به کودک وجود نداشت. یکی از مسائل مهم در زمینه رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی و جسمانی‌سازی، دلبستگی ناسالم است. آسیب‌های دوران کودکی با سطح بالایی از دلبستگی نایمن و دلبستگی اجتنابی در بزرگسالی همراه است (فاولر، آلن، اولدهام و فروئه ۲۰۱۳). برخی معتقدند الگوهای دلبستگی واسطه بین ناملايمات دوران کودکی و جسمانی شدن هستند، به‌طوری‌که عدم حساسیت مادر

1. Hypothalamic Pituitary Adrenal

در ۱۸ ماهگی، با جسمانی‌سازی در کودکان ۵ ساله (له و همکاران، ۲۰۲۱؛ ماندر و همکاران، ۲۰۱۷) جسمانی‌سازی بزرگسالان (ماندر و همکاران، ۲۰۱۷)، اضطراب سلامتی (آلبرتز و هاجیستاو روپولوس، ۲۰۱۴؛ شری، شری، وینسنت، استوارت، هاجیستاو روپولوس و دوستته و همکاران، ۲۰۱۳)، علائم جسمانی غیر قابل توضیح (شروتر، چارلزوت، کیتزیچلر، پالسن و بولمور، ۲۰۱۵) آنژین یا بیماری عروق کرونر قلب، دیابت، فشارخون بالا و سکتة مغزی بالای ۳۰ سال، مرتبط است (پیوگ، اینکلند، سیمسون و کالینز، ۲۰۱۳). در تحقیقات مختلف مکانیزم ایجاد علائم جسمانی شکل توسط الگوهای دل‌بستگی با واسطهٔ اختلال در تنظیم هیجان تبیین شده است. تنظیم هیجان فرایندی است که افراد توسط آن هیجان‌ها، خود را تحت تأثیر قرار می‌دهند (نصیری، شریفی، غضنفری و چرامی، ۱۴۰۱) و برای مدیریت هیجان‌ها و عواطف در فرد به کار می‌روند (ناندینو، کلایسه، دوپرز، دفرانسه و برونله و همکاران، ۲۰۲۱). همان‌گونه که نتایج این تحقیق نیز نشان داد افراد دارای اختلال علائم جسمانی شکل، ویژگی‌های شناختی و هیجانی ناکارآمدی داشتند و در پاسخ به این ویژگی‌ها از راهبردهای ناکارآمدی استفاده می‌کردند زیرا تنظیم هیجان‌ها در دیناک کودک، توسط والد انجام نمی‌شد؛ بنابراین این افراد در کودکی برای تنظیم هیجان‌ها خود از راهبردهای رفتاری (مانند پذیرفتن نقش والد) یا راهبردهای شناختی (کمال‌گرایی) استفاده می‌کردند تا احساس شرم، ترس و خشم خود را تنظیم کنند. تداوم آسیب‌های دوران کودکی مانند غفلت و سوءاستفاده، می‌تواند به شدت فرایندهای تنظیم هیجانی را تحت تأثیر قرار دهد؛ زیرا در رابطهٔ والد-کودک تجربهٔ هیجان خطرناک تلقی می‌شود (اسچیمنتی و کارتی، ۲۰۱۸)، بنابراین از رشد مهارت‌های تنظیم هیجان جلوگیری می‌شود. مطالعات طولی نیز نشان داده‌اند که تعارضات خانوادگی و سختی در بیان هیجان‌ها در اوایل کودکی و سنین دبستان، پیش‌بینی‌کننده جسمانی‌سازی در بزرگسالی است (ویندینگ و اندرسون، ۲۰۱۹). مرور کلی از گزارش‌های نظری نشان می‌دهد که تنظیم هیجان در اختلال جسمانی شکل با عملکرد نامنسجم سیستم‌های پاسخ عاطفی (شناخت و بدن) همراه است (اوکورگونی، ستل، ویتهافت و هنینگ‌سن، ۲۰۱۹). زمانی که کودک در درونش احساسات آشفته‌ای را تجربه می‌کند، برای رهایی از آن‌ها، از همانندسازی فراقنانه استفاده می‌کند. زمانی که مراقب اولیه نتواند به همانندسازی‌های فراقنانه‌ای که کودک به وی منتقل می‌کند، پاسخ مناسبی دهد کودک احساس می‌کند که فراقنتی‌هایش بی‌معنا هستند، در این شرایط کودک دچار نوعی وحشت بی‌نام‌آمی شود و در نمادسازی دچار مشکل می‌شود. شکست در نمادسازی زمینهٔ بروز اختلال جسمانی شکل را در کودک ایجاد می‌کند (مگنات، ۲۰۱۶). در اصل دشواری

1. Projection Identification

2. Nameless Dreed

تنظیم هیجان متغیری است که در رابطه با روابط موضوعی و جسمانی‌سازی مداخله می‌کند (اوربو، جمیگنایی، سیاجینی، بازیچی و کانورسانو، ۲۰۲۰)؛ تاوامانی، آماپاتی، خاتانا و گولاتی، (۲۰۱۹) و نقص در روابط موضوعی منجر به نقص در پردازش هیجانی و بروز مشکلات روان‌تنی می‌شود (فاجشایر، هایبلررگر، کرسه، کاپفامر و آنترینر، ۲۰۱۹). متخصصان در زمینه اختلالات جسمانی شکل می‌توانند از نتایج این پژوهش در پیشگیری و درمان اختلالات جسمانی شکل بهره ببرند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از نتایج این پژوهش در تهیه و اعتبارسنجی بسته آموزشی برای افراد دارای این اختلال استفاده شود. با توجه به اینکه در این پژوهش یکی از عوامل مهم در ایجاد و تداوم اختلال جسمانی شکل، اختلال در تنظیم هیجانات بود و تئوری‌های مربوط به اختلالات جسمانی شکل، اختلال در فرایندهای تنظیم احساسات را به‌عنوان یکی از جنبه‌های روان‌شناختی که در توسعه، پیشرفت و درمان نقش دارد تأیید می‌کنند (براون، بوسکا، فراو، کیرکبای، برکر و کمپ، ۲۰۱۳)؛ کوئچین، کوآکلی، شچتر، ورنر و کوسواسکای، ۲۰۱۸)؛ پیشنهاد می‌شود بهبود در تنظیم هیجانات (به‌ویژه شرم و خشم) به‌عنوان یکی از اهداف درمان اختلالات علائم جسمانی شکل، مورد توجه بیشتری قرار بگیرد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این موارد اشاره کرد: در این مطالعه، افراد دارای اختلالات جسمانی شکل به‌صورت کلی مورد بررسی قرار گرفتند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده اختلالات جسمانی شکل مانند سندروم روده تحریک‌پذیر به‌صورت خاص در یک پژوهش کیفی مورد بررسی قرار بگیرند. از دیگر محدودیت‌ها عدم دسترسی به والدین و عدم بررسی رابطه مادر-کودک در سال‌های اولیه بعد از تولد و خلق‌وخو مزاج کودک بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات بعدی به این موضوعات پرداخته شود. اینکه نمونه این تحقیق افراد دارای اختلال علائم جسمانی شکل و اختلال استرس پس از سانحه پیچیده بودند، به‌عنوان محدودیت‌های این پژوهش مطرح می‌شود و پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی یک مطالعه کیفی در افراد دارای اختلال جسمانی شکل همراه با سایر اختلالات روان‌شناختی انجام شود.

موازین اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی سلامت در دانشگاه تهران با کد اخلاق به شماره IR. UT. PSYEDU. REC. 1402.014 است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش، مصاحبه پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان انجام شود. هم‌چنین به شرکت‌کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات افراد، اطمینان داده شد.

مشاركت نويسندگان

نويسنده اول، دانشجوى دكتري و پژوهشگر اصلى است. نويسنده دوم، استاد راهنماى رساله و نويسنده مسئول مقاله و نويسنده سوم استاد مشاور رساله است.

تعارض منافع

نويسندگان هيچ تضاد منافعى در رابطه با اين پژوهش اعلام نمى نمايند.

سپاسگزارى

از تمامى افرادى كه در انجام اين پژوهش ما را يارى كردند، تشكر و قدردانى مى كنيم. لازم به ذكر است كه مقاله بدون حمايت مالى نگاشته شده است.

References

- Afari, N., Ahumada, S. M., Wright, L. J., Mostoufi, S., Golnari, G., Reis, V., & Cuneo, J. G. (2014). Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, 76(1), 2. [[link](#)]
- Alberts, N. M., & Hadjistavropoulos, H. D. (2014). Parental illness, attachment dimensions, and health beliefs: testing the cognitive-behavioural and interpersonal models of health anxiety. *Anxiety, Stress & Coping*, 27(2), 216-228. [[link](#)]
- Bachem, R., Levin, Y., Zerach, G., Cloitre, M., & Solomon, Z. (2021). The interpersonal implications of PTSD and complex PTSD: The role of disturbances in self-organization. *Journal of Affective Disorders*, 290, 149-156. [[link](#)]
- Bernard, K., Hostinar, C. E., & Dozier, M. (2015). Intervention effects on diurnal cortisol rhythms of child Protective Services-referred infants in early childhood: Preschool follow-up results of a randomized clinical trial. *JAMA pediatrics*, 169(2), 112-119. [[link](#)]
- Bransfield, R. C., & Friedman, K. J. (2019). Differentiating psychosomatic, somatopsychic, multisystem illnesses and medical uncertainty. *In Healthcare*, 7 (4), 114. [[link](#)]
- Brown, R. J., Bouska, J. F., Frow, A., Kirkby, A., Baker, G. A., Kemp, S., ... & Reuber, M. (2013). Emotional dysregulation, alexithymia, and attachment in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 29(1), 178-183. [[link](#)]

- Byrne, A., O'Connor, J., Wilson O'Raghallaigh, J., & MacHale, S. (2019). Something torn or burst or unbearable: a psychoanalytically-informed exploration of the experience of somatic symptoms. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 33(1), 5-19. [[link](#)]
- Campbell, J. A., Walker, R. J., & Egede, L. E. (2016). Associations between adverse childhood experiences, high-risk behaviors, and morbidity in adulthood. *American journal of preventive medicine*, 50(3), 344-352. [[link](#)]
- Chamizo-Nieto, M. T., Rey, L., & Sánchez-Álvarez, N. (2020). Validation of the spanish version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in adolescents. *Psicothema*, 32 (1), 153-159. [[Link](#)]
- Chun Tie, Y., Birks, M., & Francis, K. (2019). Grounded theory research: A design framework for novice researchers. *Saga open medicine*, 7, 2050312118822927. [[link](#)]
- Colich, N. L., Rosen, M. L., Williams, E. S., & McLaughlin, K. A. (2020). Biological aging in childhood and adolescence following experiences of threat and deprivation: A systematic review and meta-analysis. *Psychological bulletin*, 146(9), 721. [[link](#)]
- DeCross, S. N., Sambrook, K. A., Sheridan, M. A., Tottenham, N., & McLaughlin, K. A. (2022). Dynamic alterations in neural networks supporting aversive learning in children exposed to trauma: Neural mechanisms underlying psychopathology. *Biological Psychiatry*, 91(7), 667-675. [[link](#)]
- Denk, F., McMahon, S. B., & Tracey, I. (2014). Pain vulnerability: a neurobiological perspective. *Nature neuroscience*, 17(2), 192-200. [[link](#)]
- Eslamiyan, S., Nouri Ghasemabadi, R., & Hasani, J. (2022). The Mediating Role of Maladaptive Cognitive Emotion Regulation Strategies in the Relationship between Metacognitive Beliefs and Test Anxiety. *Quarterly of Applied Psychology*, 16 (4): 111, 132, 2. [[link](#)]
- Fillo, C, Ibáñez, E. R., Párraga, G. T., Maestre, C., Zarazaga, R., Martínez, A. E. (2018). Effective therapies for the treatment of complex posttraumatic stress disorder: A qualitative systematic review. *Salud Mental*, 41(2), 81-90. [[link](#)]
- Finn, A. S., Minas, J. E., Leonard, J. A., Mackey, A. P., Salvatore, J., Goetz, C., ... & Gabrieli, J. D. (2017). Functional brain organization of working memory in adolescents varies in relation to family income and academic achievement. *Developmental Science*, 20(5), e12450. [[link](#)]
- Fowler, J. C., Allen, J. G., Oldham, J. M., & Frueh, B. C. (2013). Exposure to interpersonal trauma, attachment insecurity, and depression severity. *Journal of affective disorders*, 149(1-3), 313-318. [[link](#)]

- Fuchshuber, J., Hiebler-Ragger, M., Kresse, A., Kapfhammer, H. P., & Unterrainer, H. F. (2019). The influence of attachment styles and personality organization on emotional functioning after childhood trauma. *Frontiers in psychiatry*, *10*, 643. [[link](#)]
- Gold, A. L., Sheridan, M. A., Peverill, M., Busso, D. S., Lambert, H. K., Alves, S., ... & McLaughlin, K. A. (2016). Childhood abuse and reduced cortical thickness in brain regions involved in emotional processing. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *57*(10), 1154-1164. [[link](#)]
- Henningsen, P., Zipfel, S., Sattel, H., & Creed, F. (2018). Management of functional somatic syndromes and bodily distress. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *87*(1), 12-31. [[link](#)]
- Hennink, M., Hutter, I., & Bailey, A. (2020). *Qualitative research methods*. Sage. [[link](#)]
- Ho, G. W., Karatzias, T., Vallières, F., Bondjers, K., Shevlin, M., Cloitre, M., ... & Hyland, P. (2021). Complex PTSD symptoms mediate the association between childhood trauma and physical health problems. *Journal of psychosomatic research*, *142*, 110358. [[link](#)]
- Hyland, P., Shevlin, M., Elklit, A., Murphy, J., Vallières, F., Garvert, D. W., & Cloitre, M. (2017). An assessment of the construct validity of the ICD-11 proposal for complex posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *9*(1), 1. [[link](#)]
- Jenness, J. L., Peverill, M., Miller, A. B., Heleniak, C., Robertson, M. M., Sambrook, K. A., ... & McLaughlin, K. A. (2021). Alterations in neural circuits underlying emotion regulation following child maltreatment: A mechanism underlying trauma-related psychopathology. *Psychological medicine*, *51*(11), 1880-1889. [[link](#)]
- Johansen, M. L., & Risor, M. B. (2017). What is the problem with medically unexplained symptoms for GPs? A meta-synthesis of qualitative studies. *Patient education and counseling*, *100*(4), 647-654. [[link](#)]
- Joustra, M. L., Janssens, K. A., Bültmann, U., & Rosmalen, J. G. (2015). Functional limitations in functional somatic syndromes and well-defined medical diseases. Results from the general population cohort LifeLines. *Journal of psychosomatic research*, *79*(2), 94-99. [[link](#)]
- Kachaner, A., Lemogne, C., Dave, J., Ranque, B., de Broucker, T., & Meppiel, E. (2022). Somatic symptom disorder in patients with post-COVID-19 neurological symptoms: a preliminary report from the somatic study (Somatic Symptom Disorder Triggered by COVID-19). *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, *93*(11), 1174-1180. [[Link](#)]

- Keding, T. J., & Herringa, R. J. (2016). Paradoxical prefrontal-amygdala recruitment to angry and happy expressions in pediatric posttraumatic stress disorder. *Neuropsychopharmacology*, 41(12), 2903-2912. [[link](#)]
- Kelly, P. A., Viding, E., Puetz, V. B., Palmer, A. L., Mechelli, A., Pingault, J. B., ... & McCrory, E. J. (2015). Sex differences in socioemotional functioning, attentional bias, and gray matter volume in maltreated children: A multilevel investigation. *Development and psychopathology*, 27(4pt2), 1591-1609. [[link](#)]
- Koechlin, H., Coakley, R., Schechter, N., Werner, C., & Kossowsky, J. (2018). The role of emotion regulation in chronic pain: A systematic literature review. *Journal of psychosomatic research*, 107, 38-45. [[link](#)]
- Kroska, E. B., Miller, M. L., Roche, A. I., Kroska, S. K., & O'Hara, M. W. (2018). Effects of traumatic experiences on obsessive-compulsive and internalizing symptoms: The role of avoidance and mindfulness. *Journal of affective disorders*, 225, 326-336. [[link](#)]
- Kumar, S. A., Brand, B. L., & Courtois, C. A. (2022). The need for trauma training: Clinicians' reactions to training on complex trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(8), 1387-1394. [[link](#)]
- Lambert, H. K., Peverill, M., Sambrook, K. A., Rosen, M. L., Sheridan, M. A., & McLaughlin, K. A. (2019). Altered development of hippocampus-dependent associative learning following early-life adversity. *Developmental cognitive neuroscience*, 38, 100666. [[link](#)]
- Le, T. L., Geist, R., Bearss, E., & Maunder, R. G. (2021). Childhood adversity and attachment anxiety predict adult symptom severity and health anxiety. *Child Abuse & Neglect*, 120, 105216. [[link](#)]
- Lim, L., Radua, J., & Rubia, K. (2014). Gray matter abnormalities in childhood maltreatment: a voxel-wise meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 171(8), 854-863. [[link](#)]
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., ... & Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12(3), 198-206. [[link](#)]
- Magenat, L. (2016). Psychosomatic breast and alexithymic breast: A Bionian psychosomatic perspective. *The International Journal of Psychoanalysis*, 97(1), 41-63. [[link](#)]
- Maunder, R. G., Hunter, J. J., Atkinson, L., Steiner, M., Wazana, A., Fleming, A. S., ... & Levitan, R. D. (2017). An attachment-based model of the relationship between childhood adversity and somatization in children and adults. *Psychosomatic Medicine*, 79(5), 506-513. [[link](#)]

- McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., Gold, A. L., Duys, A., Lambert, H. K., Peverill, M., ... & Pine, D. S. (2016). Maltreatment exposure, brain structure, and fear conditioning in children and adolescents. *Neuropsychopharmacology*, *41*(8), 1956-1964. [[link](#)]
- McLaughlin, K. A., Weissman, D., & Bitrán, D. (2019). Childhood adversity and neural development: A systematic review. *Annual review of developmental psychology*, *1*, 277-312. [[link](#)]
- Memon, S., Umrani, S., & Pathan, H. (2017). Application Of constant comparison method social sciences: a useful technique to analyze interviews. *Grassroots (17260396)*, *51*(1). [[link](#)]
- Menakem, R. (2021). *My grandmother's hands: Racialized trauma and the pathway to mending our hearts and bodies*. penguin UK. [[link](#)]
- Mijiti, A., & Huojia, M. (2020). Psychosomatic problems. *British Dental Journal*, *228*(10), 738-738. [[link](#)]
- Murphy, S., Elklit, A., Dokkedahl, S., & Shevlin, M. (2016). Testing the validity of the proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD criteria using a sample from Northern Uganda. *European Journal of Psychotraumatology*, *7*(1), 32678. [[link](#)]
- Murray, A. M., Toussaint, A., Althaus, A., & Löwe, B. (2016). The challenge of diagnosing non-specific, functional, and somatoform disorders: a systematic review of barriers to diagnosis in primary care. *Journal of psychosomatic research*, *80*, 1-10. [[link](#)]
- Nandrino, J. L., Claisse, C., Duprez, C., Defrance, L., Brunelle, E., Naassila, M., & Gandolphe, M. C. (2021). Training emotion regulation processes in alcohol-abstinent individuals: A pilot study. *Addictive Behaviors*, *114*, 106652. [[link](#)]
- Nasiri, A., Sharifi, T., Ghazanfari, A., & Chorami, M. (2022). Comparison of the effectiveness of schema-therapy and reality-therapy on psychological flexibility and emotional self-regulation of preschool teachers. *Quarterly of Applied Psychology*, *16* (4): 161, 183, 2. [[link](#)]
- Neumann, E., Sattel, H., Gundel, H., Henningsen, P., & Kruse, J. (2015). Attachment in romantic relationships and somatization. *The Journal of nervous and mental disease*, *203*(2), 101-106. [[link](#)]
- Okur Güney, Z. E., Sattel, H., Witthöft, M., & Henningsen, P. (2019). Emotion regulation in patients with somatic symptom and related disorders: A systematic review. *PloS one*, *14*(6), e0217277. [[link](#)]
- Orrù, G., Gemignani, A., Ciacchini, R., Bazzichi, L., & Conversano, C. (2020). Machine learning increases diagnosticity in psychometric evaluation of alexithymia in fibromyalgia. *Frontiers in medicine*, *6*, 319. [[link](#)]

- Peverill, M., Rosen, M. L., Lurie, L. A., Sambrook, K. A., Sheridan, M. A., & McLaughlin, K. A. (2023). Childhood trauma and brain structure in children and adolescents. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 59, 101180. [[link](#)]
- Piontek, K., Wiesmann, U., Apfelbacher, C., Völzke, H., & Grabe, H. J. (2021). The association of childhood maltreatment, somatization and health-related quality of life in adult age: Results from a population-based cohort study. *Child Abuse & Neglect*, 120, 105226. [[link](#)]
- Pollock, N. C., McCabe, G. A., Southard, A. C., & Zeigler-Hill, V. (2016). Pathological personality traits and emotion regulation difficulties. *Personality and Individual Differences*, 95, 168-177. [[link](#)]
- Puig, J., Englund M. M., Simpson, J. A., Collins, W. A. (2013). Predicting adult physical illness from infant attachment: a prospective longitudinal study. *Health Psychology*. 32(4):409-17. [[link](#)]
- Rask, M. T., Rosendal, M., Fenger-Grøn, M., Bro, F., Ørnbøl, E., & Fink, P. (2015). Sick leave and work disability in primary care patients with recent-onset multiple medically unexplained symptoms and persistent somatoform disorders: a 10-year follow-up of the FIP study. *General Hospital Psychiatry*, 37(1), 53-59. [[link](#)]
- Şahin, D. S., Özer, Ö., & Yanardağ, M. Z. (2019). Perceived social support, quality of life and satisfaction with life in elderly people. *Educational Gerontology*, 45(1), 69-77. [[link](#)]
- Şar, V., & Türk-Kurtça, T. (2021). The vicious cycle of traumatic narcissism and dissociative depression among young adults: A trans-diagnostic approach. *Journal of Trauma & Dissociation*, 22(5), 502-521. [[link](#)]
- Schimmenti, A., & Caretti, V. (2018). Attachment, trauma, and alexithymia. *Alexithymia: Advances in research, theory, and clinical practice*, 127-141. [[link](#)]
- Schroeter, M. S., Charlesworth, P., Kitzbichler, M. G., Paulsen, O., & Bullmore, E. T. (2015). Emergence of rich-club topology and coordinated dynamics in development of hippocampal functional networks in vitro. *Journal of Neuroscience*, 35(14), 5459-5470. [[link](#)]
- Sherry, D. L., Sherry, S. B., Vincent, N. A., Stewart, S. H., Hadjistavropoulos, H. D., Doucette, S., & Hartling, N. (2014). Anxious attachment and emotional instability interact to predict health anxiety: An extension of the interpersonal model of health anxiety. *Personality and Individual Differences*, 56, 89-94. [[link](#)]
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M., & Ohashi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature reviews neuroscience*, 17(10), 652-666. [[link](#)]

- Thavamani, A., Umapathi, K. K., Khatana, J., & Gulati, R. (2019). Burden of psychiatric disorders among pediatric and young adults with inflammatory bowel disease: a population-based analysis. *Pediatric gastroenterology, hepatology & nutrition*, 22(6), 527-535. [[link](#)]
- Torabi Alamuti, M., Matlabi, D., Babalhavaeji, F., & Hariri, N. (2021). Paradigm Model of Book Distribution in Iran: A Grounded Theory Approach. *Journal of Studies in Library and Information Science*, 13(2), 46-67. [[link](#)]
- Vesterling, C., Schütz-Wilke, J., Bäker, N., Bolz, T., Eilts, J., Koglin, U., ... & Goagoses, N. (2023). Epidemiology of Somatoform Symptoms and Disorders in Childhood and Adolescence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Health & Social Care in the Community*, 2023. [[link](#)]
- Winding, T. N., & Andersen, J. H. (2019). Do negative childhood conditions increase the risk of somatic symptoms in adolescence? –a prospective cohort study. *BMC Public Health*, 19, 1-9. [[link](#)]