

بررسی نقش میانجی گری سبک های دلبستگی در تبیین رابطه ابعاد سرشت، منش شخصیت و اختلال جسمانی سازی در بین دبیران زن شهر کرمانشاه

جهانگیر کریمی^۱، کامران یزدانبخش^۲، پروانه کریمی^{۳*}

۱. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
۳. کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه رازی کرمانشاه، پژوهشگر مرکز تحقیقات و ارتقای سلامت کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به اهمیت موضوع اختلال جسمانی سازی در زنان، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی گری سبک های دلبستگی در رابطه بین ابعاد سرشت و منش شخصیت و اختلال جسمانی سازی دبیران زن انجام شد.

روش بررسی: روش پژوهش همبستگی و جامعه آماری شامل کلیه دبیران زن شاغل در آموزش و پرورش کرمانشاه در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ بود. نمونه آماری شامل ۳۰۰ دبیر که با روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انتخاب و پس از جلب رضایت و همکاری در این پژوهش شرکت کردند و از آن ها خواسته شد پرسشنامه سرشت و منش کلونینجر (TCI)، پرسشنامه جسمانی سازی و پرسشنامه سبک های دلبستگی بزرگسالان (AII) را تکمیل کنند. تحلیل داده ها با محاسبه ضرایب همبستگی و تحلیل مسیر با نرم افزارهای SPSS-21 و Amos-18 انجام گرفت.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد که بین سبک های دلبستگی اضطرابی و اجتنابی و ابعاد سرشت و منش شخصیت با اختلال جسمانی سازی رابطه معنی داری وجود دارد ($P < 0/05$). اما رابطه بین سبک دلبستگی ایمن و اختلال جسمانی سازی معنی دار نبود.

نتیجه گیری: ابعاد سرشت و منش شخصیت زمانی به اختلال جسمانی سازی منجر می شود که مدل های درونکاری ناایمن که در چارچوب روابط دلبستگی نوزاد-مادر تشکیل می شوند، در فرد شکل گرفته باشد.

کلمات کلیدی: سبک های دلبستگی، سرشت، منش، جسمانی سازی، دبیران زن

نویسنده مسئول: پروانه کریمی

آدرس: ایران، کرمانشاه، دانشگاه دانشگاه رازی

ایمیل: parvane.kareme1367@gmail.com



مقدمه

واژه جسمانی سازی (Somatization) که توسط Stekel در سال ۱۹۰۸ مطرح گردید (۱)، یکی از انواع اختلالات جسمانی شکل است که با وجود مشکلات جسمانی بدون آن که علت مشخصی داشته باشند، شناخته می شود (۲). علائم جسمانی، عامل بیش از نیمی از همه مراجعات پزشکی است که حداقل ثلث این علائم بعد از ارزیابی های دقیق پزشکی، بدون تشخیص و مبهم باقی می مانند (۳). رفتارهای جسمانی سازی نتیجه هوشیاری بالا در مورد بدن، اشتغال ذهنی در مورد علائم و استنباط بیماری از روی علائم است (۴). این علائم می تواند منفرد، خفیف و زودگذر تا چندگانه، ناتوان کننده و مزمن باشد (۵). علائم جسمانی سازی می تواند شامل درد، علائم معدی-روده ای، مشکلات جنسی و عصبی باشد. این علائم شیوع بالایی دارند، به طوری که ۸۰ درصد افراد سالم در جمعیت عمومی علائم جسمانی سازی را بدون آن که علت مشخصی وجود داشته باشد تجربه می کنند (۶). شیوع علائم جسمانی سازی مشخص نیست، اما در جامعه عادی ممکن است بین ۵ تا ۷ درصد باشد. زنان معمولاً بیشتر از مردان مبتلا می شوند و در نتیجه نرخ شیوع این اختلال ممکن است در زنان بیشتر باشد. اکثر افراد مبتلا به اختلالات جسمانی سازی باور دارند که مشکلاتشان واقعاً جسمی است و وقتی به آن ها گفته می شود که هیچ نشانه ای دال بر وجود مشکل پزشکی ندارند، باور نمی کنند (۷). برای سبب شناسی این اختلال، عوامل مختلفی مطرح است که یکی از این عوامل، عوامل شخصیتی می باشد (۸). Chalabianloo و Garoosi (۹) در تحقیق خود نشان دادند ویژگی های شخصیت، توان پیش بینی اختلال جسمانی سازی را دارد. Cloninger (۱۰) یکی از نظریه پردازان زیستی شخصیت است که با نگاه و تأکید بر بنیان های زیستی

شخصیت، چارچوب نظری مستحکمی در دو زمینه سرشت و منش پدید آورده است. مفهوم سرشت، در دیدگاه Cloninger به تفاوت های فردی در زمینه پاسخ های هیجانی اساسی اشاره دارد، سرشت صفات ارثی هستند که در سراسر زندگی ثابت و پایدار می مانند. از سوی دیگر، منش، منعکس کننده اهداف زندگی، نظام ارزشی و هیجانان خودآگاه فرد است، ولی ابعاد منش، کمتر ارثی است و اغلب تحت تأثیر یادگیری اجتماعی قرار می گیرد (۱۱). Cloninger در مدل زیستی-روانی خود این دو بعد را مطرح کرده است. وی مدل شخصیتی اولیه خود را که مدلی سه بعدی است، بر اساس انتقال دهنده های عصبی دوپامین، سروتونین و نوراپی نفرین طراحی کرد و چهار صفت یا بعد سرشتی نوجویی، آسیب گریزی، پاداش وابستگی و پشتکار را به سطوح این ناقل های عصبی نسبت داده است. در حالی که منش شناسی شخصیت، به تفاوت های بین فردی در انگاره های مربوط به خودپنداره پیرامون اهداف و ارزش ها اشاره دارد. Cloninger جنبه منشی شخصیت را دارای سه بعد می داند که عبارتند از خودفراری، خودراهبری و همکاری (۱۲). تفاوت های فردی در این ابعاد، پروفایل شخصیتی خاص فرد را می سازد. به نظر Cloninger ترکیب های خاص ابعاد، باعث ظهور اختلال خاصی می شوند. ترکیب نمرات پایین در ابعاد منش و نمرات بالا در ابعاد سرشت، عدم بلوغ فراگیر شخصیت را می رساند. چنین افرادی معمولاً نابالغ، غیرمنطقی، واکنشی و بی ثبات هستند. هر قدر نمرات افراد در ابعاد منش افزایش یابد و تعادل بیشتری در نمرات سرشت داشته باشند، بر میزان بهداشت روانی و بلوغ و بالندگی افزوده می شود (۱۳). برخی از پژوهش ها تأیید کرده اند که ترکیبی از ابعاد سرشتی نوجویی، آسیب گریزی و پاداش وابستگی بالا، توان پیش بینی اختلال جسمانی سازی را دارند (۱۴-۱۶).

های روانی بزرگسالان و نادیده گرفتن مشکل در دوران کودکی امری بی فایده است و شناخت پیش بینی کننده های آسیب پذیری در جامعه امری ضروری است. امروزه بخش نسبتاً عظیمی از بودجه ی مملکت صرف امور آموزش و پرورش می شود. لازمه نیل به توسعه فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی جامعه، باروری و شکوفایی استعدادها و توانایی های نسل کنونی و آتی است که مسئولیت عمده آن بر عهده نظام فراگیر آموزش و پرورش می باشد (۳۳). یکی از اساسی ترین مؤلفه های تعلیم و تربیت معلم است. معلمان، به عنوان نقطه آغاز هر تحول آموزشی و پرورشی، بیشترین و برترین نقش را عهده دار هستند. بدیهی است که یک معلم افسرده، مضطرب، ستیزه جو و تندخو نمی تواند نشاط، امنیت خاطر و ثبات را در کلاس درس و محیط آموزش و پرورش برقرار سازد، بنابراین با توجه به اهمیت مطالب گفته شده، پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش میانجی گری سبک های دلبستگی در تبیین رابطه ابعاد سرشت، منش شخصیت و اختلال جسمانی سازی در بین دبیران زن شهر کرمانشاه انجام شد.

روش بررسی

در این پژوهش رابطه علت و معلولی بررسی می شود، روش پژوهش از نظر رابطه بین متغیرها از نوع علی است. برای انجام پژوهش از بین تمامی دبیران آموزش و پرورش شهر کرمانشاه یک نمونه به حجم ۳۰۰ نفر به روش خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شد. بر اساس جدول مورگان حجم نمونه ۳۰۰ نفر تعیین شد اما با توجه به احتمال ریزش و مخدوش بودن پرسشنامه ها تعداد ۳۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب گردید، پس از آن برای افراد نمونه اهداف پژوهش توضیح داده شد و آزمودنی ها پس از اعلام رضایت، اقدام به پاسخگویی به سؤال ها نمودند. پاسخگویی به شکل انفرادی و در حضور پرسشگر بود. پس از اجرای پژوهش، ۳۰۰ پرسشنامه در مرحله فرضیه آزمایی تحلیل

مطابق نظریه Bowlby (۱۷)، انسان با یک سیستم روانی-زیستی به نام سیستم رفتار دلبستگی متولد می شود. هدف این سیستم، دستیابی به یک احساس ایمنی و حمایت شدگی واقعی یا ادراک شده از تعامل نزدیک و صمیمی با تصویر دلبستگی است (۱۸). Bowlby دلبستگی را یک رابطه ی عاطفی قدرتمند می داند که فرد را به یک مراقب مرتبط می سازد، به نحوی که تعامل با وی باعث احساس نشاط و شغف شود و وجود او به هنگام تنش، مایه ی آرامش باشد (۱۹). به دنبال پژوهش های Bowlby و Ainsworth (۲۰) سبک های دلبستگی را به دو سبک دلبستگی ایمن و سبک دلبستگی نایمن طبقه بندی کرد که سبک نایمن شامل سبک دلبستگی نایمن دوسوگرا و سبک دلبستگی نایمن اجتنابی است. افراد با پرورش سبک دلبستگی نایمن، شخصیتی بی عاطفه خواهند داشت که مشخصه آن کناره گیری هیجانی، فقدان احساس، ناتوانی در برقراری روابط محبت آمیز و عاطفی با دیگران است (۲۱).

سبک های دلبستگی تعیین کننده قواعد عاطفی، شناختی و راهبردهایی است که واکنش های هیجانی را در افراد و روابط بین شخصی هدایت می کند (۲۵-۲۲). نتایج پژوهش ها به طور کلی نشان دهنده اهمیت انکارناپذیر سبک دلبستگی به عنوان یک عامل اساسی در سلامت روانی افراد است و سبک های دلبستگی نایمن را به عنوان یک عامل آسیب پذیری تأیید کرده اند (۲۸-۲۶). نتایج پژوهش های مختلف نشان می دهد که ویژگی های مربوط به اختلال جسمانی سازی در سبک های دلبستگی نایمن بیشتر است (۳۲-۲۹). بنابراین نظریه دلبستگی بر پایدار ماندن پاسخ هایی که در خلال نوزادی در تعامل بین نوزاد و نخستین مراقب وی شکل می گیرند، تأکید دارد. اما به رغم زیربنای زیستی-روانی-اجتماعی این نظریه، به کاربرد آن در قلمرو پزشکی روان-تنی فقط در سال های اخیر توجه شده است و این مسئله مسلم است که تلاش در درمان آسیب پذیری

عمل شد که نتایج گویای ضرایب قوی برای آزمون به این شرح است: نوجویی (۰/۸۶)، آسیب پرهیزی (۰/۸۸)، پاداش وابستگی (۰/۷۳)، پشتکار (۰/۷۹)، همکاری (۰/۸۶)، خودراهبری (۰/۹۰)، و خودفراروی (۰/۸۶). نتایج حاصل از روایی آزمون نیز گویای روایی خوب آزمون بین طیف ۰/۶۶ تا ۰/۹۰ برای خرده مقیاس‌ها است. روایی خرده مقیاس‌ها عبارت بود از: نوجویی (۰/۷۵)، آسیب پرهیزی (۰/۷۲)، پاداش وابستگی (۰/۸۷)، پشتکار (۰/۹۰)، همکاری (۰/۷۶)، خودراهبری (۰/۶۶) و خودفراروی (۰/۸۶) بوده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۷ به دست آمد.

پرسشنامه جسمانی سازی (PHQ-15): پرسشنامه ۱۵ سؤالی برای اندازه گیری علائم جسمی و غربالگری اختلال جسمانی کردن می باشد. این مقیاس قسمتی از پرسشنامه کامل PHQ بوده و میزان بروز ۱۵ علامت جسمانی آزردهنده را از پاسخ دهنده‌ها می پرسد، ۱۴ مورد از این ۱۵ مورد، شایع ترین علائم جسمانی کردن است که در ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال روانی (DSM-IV) مطرح شده است (۳۷). در مطالعاتی که توسط Lee, Ma, Tsang (۳۸) انجام گرفت آلفای کرونباخ ۰/۷۹ برای این پرسشنامه گزارش گردید. هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط عبدالمحمدی و همکاران صورت گرفته است. روایی همزمان این پرسشنامه با مقیاس جسمانی کردن پرسشنامه SCL-90، ۰/۷۴ می باشد و همسانی درونی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۶ گزارش شده است (۳۹). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۷ به دست آمد.

شدند. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر با نرم افزارهای SPSS-21 و Amos-18 انجام گرفت.

ابزار پژوهش: برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

پرسشنامه سبک‌های دلبستگی بزرگسالان (AAI): پرسشنامه سبک‌های دلبستگی بزرگسالان توسط Hazan, Shaver (۳۴) ساخته شده، یک ابزار خودگزارشی دهی ۲۱ سؤالی است و سه زیر مقیاس دلبستگی ایمن، دلبستگی نایمن اجتنابی و دلبستگی نایمن دوسوگرا (اضطرابی) را در طیف ۵ درجه‌ای از نمره ۱ (هیچ) تا نمره ۵ (خیلی زیاد) می‌سنجد. این مقیاس شامل توصیف در زمینه احساسات فرد درباره ادراک او از روابط خود با افراد مهم زندگی فعلی وی می‌باشد. طاهری (۳۵) روایی این پرسشنامه را به وسیله همسانی درونی سبک‌های دلبستگی ۰/۵۵ تا ۰/۷۴ به دست آورد و پایایی آن را با استفاده از روش بازآزمایی در دلبستگی ایمن ($r=0/84$) و در دلبستگی نایمن اضطرابی و اجتنابی ($r=0/78$) گزارش کرده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۶۵ به دست آمد.

پرسشنامه سرشت و منش (TCI): توسط Cloninger (۱۰) ساخته شده است. این ابزار یک مقیاس خود-گزارشی مداد-کاغذی است که ۱۲۵ ماده دارد و آزمودنی به هر یک از سؤالات به صورت بله، خیر پاسخ می‌دهد. این پرسشنامه برای سنجش خصلت‌ها و ویژگی‌های شخصیتی ساخته شده است که یا از طریق وراثت (سرشت) یا از طریق محیط (منش) در فرد وجود دارد. این مدل هفت عامل را اندازه‌گیری می‌کند. پرسشنامه مذکور که توسط کلوپانی و پورناصح (۳۶) در ایران هنجاریابی شده و دارای پایایی روایی مناسب برای استفاده در پژوهش‌ها است. برای دست‌یابی به ضریب پایایی، به روش باز-آزمون

یافته ها

برای آزمون فرض پژوهش با کمک نرم افزار لیزرل به تحلیل مسیر متغیرها پرداخته شد. مفروضه های انجام تحلیل مسیر شامل روابط خطی میان متغیرها، توزیع طبیعی، استقلال خطاها می باشد (۴۰).

نتایج جدول شماره ۱ نشان می دهد که بین سبک های دل بستگی نایمن و ابعاد سرشتی نوجویی، آسیب گریزی، پاداش وابستگی و پشتکار و ویژگی های منشی خودراهبری و همکاری با جسمانی سازی همبستگی معنی داری وجود دارد اما بین سبک دل بستگی ایمن و ویژگی منشی خودفراروی با اختلال جسمانی همبستگی معنی داری وجود ندارد.

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

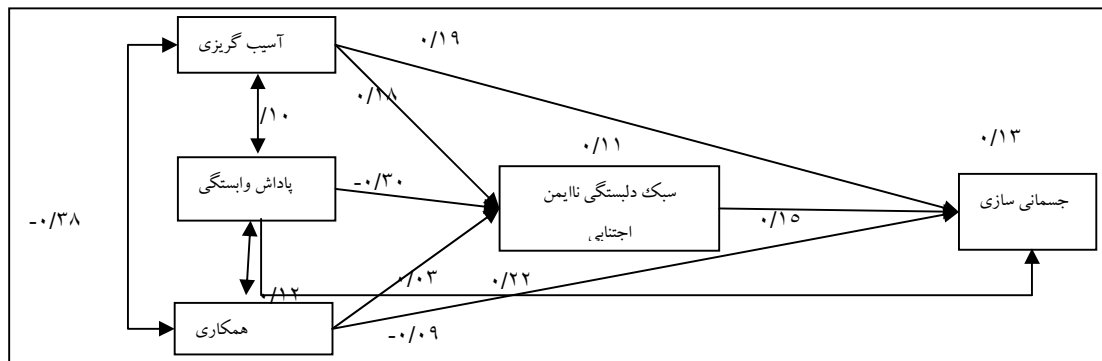
۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	SD	MD	
										۱	۳/۱۵	۷/۷۲	نوجویی
									۱	۰/۰۸۳	۴/۱۰	۷/۸۵	آسیب گریزی
								۱	۰/۰۹۹	۰/۱۱*	۲/۲۶	۸/۹۰	پاداش وابستگی
							۱	۰/۰۶۹	-۰/۱۶**	۰/۱۱	۱/۳۲	۳/۲۸	پشتکار
						۱	۰/۱۱	-۰/۱۵**	۰/۵۳**	-۰/۴۳**	۴/۹۰	۱۵/۹۲	خودراهبری
					۱	۰/۴۰**	۰/۷۷	۰/۱۱*	-۰/۳۷**	-۰/۲۶**	۳/۰۸	۱۹/۱۱	همکاری
				۱	۰/۱۸**	۰/۲۴**	۰/۱۵**	۰/۰۷۸	-۰/۳۳**	-۰/۰۸۷	۲/۷۵	۱۱/۱۰	خودفراروی
			۱	۰/۱۴*	-۰/۵۳	-۰/۳۰	۰/۰۷۳	۰/۱۴*	-۰/۱۵**	۰/۱۳*	۳/۹۴	۴/۹۴	دل بستگی ایمن
		۱	۰/۲۹**	-۰/۰۲۸	-۰/۱۲*	-۰/۰۸۱	-۰/۰۲۳	-۰/۲۸**	۰/۱۵**	-۰/۰۸۲	۳/۱۰	۷/۷۰	دل بستگی نایمن اجتنابی
	۱	۰/۱۳*	۰/۲۵**	-۰/۰۷۰	-۰/۳۶**	-۰/۵۳**	۰/۱۲*	۰/۲۲**	۰/۳۸**	۰/۲۹**	۵/۹۴	۱۴/۲۶	دل بستگی نایمن اضطرابی
۱	۰/۲۴**	۰/۱۵*	-۰/۰۲۲	-۰/۰۴۱	-۰/۱۵**	-۰/۴۰**	۰/۱۵*	۰/۱۸	۰/۲۹**	۰/۱۲**	۶/۳۵	۱۶/۴۸	جسمانی سازی

**P<0/01 , *P<0/05

شاخص RMSEA، برابر با ۰/۰۳ بود. همان گونه که مشاهده می شود تمام مقادیر مربوط به شاخص های تطبیقی الگو، حاکی از برازش مناسب آن در این پژوهش می باشد.

برای بررسی اثر ابعاد سرشت و منش شخصیت بر اختلال جسمانی سازی از طریق سبک دل بستگی اجتنابی از تحلیل مسیر استفاده شد که خلاصه نتایج تحلیل در جدول شماره ۲ آمده است.

بنابراین در پژوهش حاضر با توجه به برقرار بودن پیش فرض ها از تحلیل مسیر استفاده شد. در تحلیل مسیر برای ارزیابی برازش الگو، آماره هایی به وسیله لیزرل عرضه می شود که این آماره ها در پژوهش حاضر شامل شاخص نسبت مجذور کای به درجه آزادی (χ^2/df) برابر با ۱/۶۲، شاخص GFI برابر با ۰/۹۷۷، شاخص AGFI، برابر با ۰/۹۵۹، شاخص NFI، برابر با ۰/۹۶۳، شاخص CFI، برابر با ۰/۹۸۵، شاخص IFI، برابر با ۰/۹۸۶، شاخص TLI، برابر با ۰/۹۷۸ و



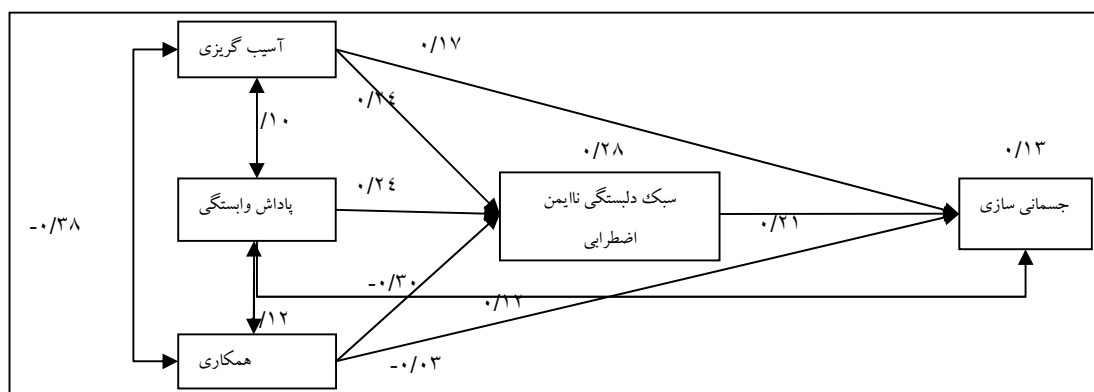
شکل ۱. نمودار مدل پیشنهادی پژوهش

جدول ۲. تحلیل مسیر اثر ابعاد سرشت و منش شخصیت با جسمانی سازی از طریق سبک دلبستگی اجتنابی

متغیر	ضرایب مستقیم			ضرایب غیرمستقیم		
	P-Value	استاندارد	غیراستاندارد	P-Value	استاندارد	غیراستاندارد
آسب گریزی	۰/۰۰۳	۰/۱۸	۰/۰۳۱	۰/۰۰۴	۰/۰۲۷	۰/۰۳۶
پاداش وابستگی	۰/۰۰۱	-۰/۳۰	-۰/۰۹۶	۰/۰۰۶	-۰/۰۴۵	-۰/۰۹۶
همکاری	۰/۶۷	-۰/۰۳	-۰/۰۰۶	۰/۵۷	-۰/۰۰۴	-۰/۰۰۶

دلبستگی اجتنابی به ترتیب ۰/۰۲۷، ۰/۰۴۵- می باشد که در سطح $P < ۰/۰۰۴$ و $P < ۰/۰۰۶$ معنی دار می باشند. همچنین نتایج نشان می دهد که ضرایب مستقیم و غیرمستقیم بعد منشی همکاری با اختلال جسمانی سازی معنی دار نمی باشد.

نتایج تحلیل مسیر که در جدول شماره ۲ آمده است نشان می دهد که ضریب استاندارد مسیر مستقیم ابعاد سرشتی آسب گریزی ۰/۱۸ و پاداش وابستگی ۰/۳۰- می باشد، بر این اساس ضریب استاندارد غیرمستقیم آسب گریزی و پاداش وابستگی به اختلال جسمانی سازی از طریق سبک



شکل ۲. نمودار مدل پیشنهادی پژوهش

جدول ۳. تحلیل مسیر اثر ابعاد سرشت و منش شخصیت با جسمانی سازی از طریق سبک

دل‌بستگی اضطرابی

ضرایب غیرمستقیم			ضرایب مستقیم			متغیر
P-Value	استاندارد	غیراستاندارد	P-Value	استاندارد	غیراستاندارد	
۰/۰۰۱	۰/۰۵	۰/۰۵۹	۰/۰۰۱	۰/۲۴	۰/۳۵	آسیب‌گریزی
۰/۰۰۱	۰/۰۴۹	۰/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۲۴	۰/۶۳	پاداش‌وابستگی
۰۰/۰۰۱	-۰/۰۶۳	-۰/۰۹۹	۰/۰۰۱	-۰/۳	-۰/۵۹	همکاری

که در نتیجه، اختلال‌های جسمانی زیادی را در پی دارد (۴۲).

در تبیین رابطه ابعاد سرشتی شخصیت با اختلال جسمانی سازی می‌توان گفت ویژگی‌های کسانی که در مقیاس آسیب‌گریزی نمره بالایی کسب می‌کنند شامل خستگی‌پذیری، ترس از عدم قطعیت، بازداری اجتماعی، خجالت‌زدگی در برخورد با افراد ناآشنا است. ویژگی‌های فردی با نمره پایین در مقیاس پاداش‌وابستگی بدین قرار است؛ سرد، بی‌توجه به حساسیت جمع و گروه، تمایل به رعایت فاصله با دیگران، جدی و منطقی، تکرو، غیرحساس به احساسات دیگران، خوددار و محتاط و غیرحساس به طرد و بی‌مهری دیگران هستند. همچنین نمرات پایین در مقیاس پشتکار با ویژگی‌های چون عدم تلاش برای گسترش و عمق بخشیدن به کارها، تطابق‌پذیری کم همراه می‌باشد. این افراد گرایش دارند به هنگام مواجهه با ناکامی به آسانی تسلیم شوند و به ندرت برای دستاوردهای بالاتر می‌کوشند (۴۳).

Cloninger دریافت جسمانی‌سازی ریشه در اضطراب دارد که بیماران با اضطراب جسمانی دارای نشانه‌های شخصیتی تکانش‌ور-پرخاشگر هستند. طبق نظر وی نیمرخ خلقی افرادی که پاداش‌وابستگی بالا و آسیب‌گریزی پایین دارند می‌تواند منجر به اضطراب جسمی مزمن شود که می‌توان به وسیله تعریف بالینی جسمانی‌سازی، آن را به صورت خاص تر مشخص کرد (۱۰). افراد جسمانی‌ساز افراد برانگیخته‌ای هستند که ناراحتی‌های هیجانی خود را از

جدول شماره ۳ نتایج تحلیل مسیر اثر ابعاد سرشت و منش شخصیت بر اختلال جسمانی سازی از طریق سبک دل‌بستگی اضطرابی را نشان می‌دهد. نتایج تحلیل مسیر که در جدول آمده است نشان می‌دهد. ضریب استاندارد مسیر مستقیم ابعاد سرشتی آسیب‌گریزی ۰/۲۴، پاداش‌وابستگی ۰/۲۴- و همکاری ۰/۳- می‌باشد، بر این اساس ضریب استاندارد غیرمستقیم آسیب‌گریزی، پاداش‌وابستگی و همکاری به اختلال جسمانی سازی از طریق سبک دل‌بستگی اضطرابی به ترتیب ۰/۰۵، ۰/۰۴۹، ۰/۰۶۳- می‌باشد که در سطح $P < 0.001$ معنی‌دار می‌باشند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی‌گری سبک‌های دل‌بستگی در رابطه ابعاد سرشت و منش شخصیت و اختلال جسمانی سازی در دبیران زن انجام گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که سبک‌های دل‌بستگی ناایمن می‌تواند در رابطه بین ابعاد سرشت و منش و اختلال جسمانی سازی نقش واسطه‌ای ایفا کند. Shedler در مطالعه خود نشان داد ناراحتی‌های عاطفی، استرس و اضطراب می‌تواند باعث طیف گسترده‌ای از اختلالات فیزیولوژیکی و جسمانی شود (۴۱). در علت‌یابی این ارتباط می‌توان به گزارش تحقیقی توسط Rief اشاره کرد. Rief در تحقیق خود نشان داد اضطراب و استرس زیاد و مداوم در زندگی روزمره باعث افزایش ترشح کورتیزول در بدن شده و وجود کورتیزول زیاد در گردش خون باعث تضعیف سیستم ایمنی بدن می‌گردد

ایجاد دلبستگی نایمن با اولین پرستار (مراقب) بعدها از طریق ویژگی های شخصیتی در رفتارهای بین فردی نمود پیدا می کند (مثل رفتار مراقبت طلبی مزمن) و تا دوران بزرگسالی ادامه می یابد. دلبستگی نایمن رفتار مراقبت طلبی را به شدت گسترش می دهد و قرار گرفتن در معرض اولین بیماری احتمال بروز جسمانی سازی را در افراد نایمن افزایش می دهد (۲۸). بنابراین می توان نتیجه گرفت که بر اساس نظریه دلبستگی شکایات جسمانی راهی است که به کودک این فرصت را می دهد که برای همیشه در نزدیکی منبع دلبستگی باقی بماند. به این ترتیب که ابراز ناراحتی توسط کودک باعث دریافت مراقبت بیشتر از سوی پرستار می شود.

همچنین Bowlby (۱۷) به این نتیجه رسید که پیوندهای مادر و کودک مسئول تنظیم تجربه های عاطفی و رفتاری کودک است. تعاملی که بین نوزاد و مادر در موقعیت دلبستگی ایمن وجود دارد، باعث یادگیری مهارت های زبانی بهتر کودک می گردد. بنابراین کودکان دلبسته ی ایمن، واژگان هیجانی بیشتری می آموزند و این مسئله می تواند به آن ها در درک حالات ذهنی و عواطف و احساسات دیگران کمک کند. اشخاص دارای سبک دلبستگی ایمن از راهبردهای تنظیم هیجانی استفاده می کنند که از طریق آن، فرد هیجان های خود را به منظور ارائه پاسخ های متناسب با مطالبات محیطی، به طور هشیار یا ناهشیار تعدیل و تنظیم می کند. نداشتن آگاهی از هیجان ها، منجر به تشدید برانگیختگی هیجانی می شود. اگر این وضعیت به طول انجامد، منجر به فشار بر سیستم های ایمنی، غده هیپوفیز، آدرنال و سیستم های خودمختار می شود. تداوم تحریکات روی این سیستم ها، موجب ناراحتی فیزیکی، روانی و تلاش های واسطه ای برای توضیح این احساسات می شود.

طریق جسم خود نشان می دهند. آن ها به خاطر ویژگی های شخصیتی خود شکست دهندگی، منفی بافی سازگاری پایینی در کنترل ناراحتی هیجانی خود دارند. مطالعات نشان داده اند که بیشترین شکایات جسمی در کودکانی که حساس، نگران و از نظر عاطفی منفعل هستند و افرادی که به دنبال هیجان و خطر به صورت تخیلی و واقعی در محیط اطراف خود هستند، دیده شده است (۴۴).

بنابراین می توان نتیجه گرفت که افراد جسمانی ساز با ایفای نقش بیمار به صورت ناهشیار به دنبال دریافت پاداش از محیط هستند. همچنین اجتناب از آسیب و فقدان خودکنترلی پیش بین های خوبی برای خستگی مزمن هستند. به این ترتیب ادراک ها و توجه فرد از محیط تحت تأثیر ویژگی های خلقی قرار می گیرد و این ویژگی ها در نهایت فرد را مستعد گزارش بیشتر علائم جسمانی می کند. در نهایت با توجه به این که ابعاد سرشتی با جسمانی سازی ارتباط دارند می توان نتیجه گرفت که بعضی از استعدادهای ذاتی ممکن است آسیب پذیری در مقابل بروز علائم جسمانی سازی را افزایش دهد.

در این پژوهش مشخص شد که بین دلبستگی نایمن و علائم جسمانی سازی رابطه مثبت وجود دارد. نتایج پژوهش Berardis (۴۵) نشان داد که تجربه بیماری جسمی در کودکی با بروز علائم مبهم در بزرگسالی رابطه ندارد، در مقابل رویدادهای آسیب زا با علائم مبهم پزشکی در دوره های بعدی زندگی رابطه دارد. پژوهش Tominaga (۴۶) نیز مشخص کرد که علائم شبه جسمانی به طور پایدار با رویدادهای آسیب زا ارتباط دارد. رویدادهای آسیب زا منجر به شکل گیری سبک های دلبستگی نایمن در بزرگسالی می شود. افرادی دارای سبک دلبستگی نایمن هستند عواطف منفی زیادی را تجربه می کنند و بدین ترتیب زمینه برای بروز علائم جسمانی سازی فراهم می شود (۴۷).



یافته های پژوهش حاضر می توانند مبنای تجربی مناسبی برای تدوین برنامه های آموزشی و بهداشتی در چارچوب روابط مادر-کودک قرار گیرد. مهم ترین کاربرد عملی این پژوهش، اخطار به والدین و مراقبان کودک در ایجاد سبک دلبستگی ایمن در کودکانشان برای پیشگیری اولیه از اضطراب کودک است. همان گونه پژوهش ها نیز نشان می دهند، با ارزیابی سبک های دلبستگی بزرگسال می توان افراد در معرض خطر را شناسایی و راهکارهای مداخله ای و درمانی لازم را در مورد آن ها به کار ببریم. از آن جایی که سبک دلبستگی افراد ریشه در روابط خانوادگی اولیه آن ها دارد و از طرفی این روابط، تأثیری شگرف بر روابط آینده افراد دارد، به مشاوران و درمانگران پیشنهاد می شود در برنامه های آموزشی پیشگیرانه، نحوه صحیح فرزند پروری را به والدین آموزش دهند و آن ها را متوجه این مهم سازند. با توجه به این که کودکان امروز والدین فردا هستند، در مراکز آموزشی کنش های اجتماعی و شیوه ی برقراری تعامل صحیح با دیگران نیز به کودکان آموزش داده شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه رازی مورخ ۹۳/۷/۲۹ با کد ۲۱۸۶۸۲۰ می باشد. نویسندگان این مقاله از همکاری شایسته دبیران محترم شهر کرمانشاه تشکر و قدردانی می نمایند.

بنابراین می توان نتیجه گرفت که شیوه های مراقبت دوران کودکی که باعث شکل گیری دلبستگی در کودک می شود و این شیوه های مراقبتی می توانند بر روند تحولی اختلال های اضطرابی تأثیرگذار باشند. ایجاد روان بنه های مضطرب به دلیل الگوهای ناکارآمد دلبستگی است. دلیل اصلی مسیر رشد افراد به سمت اضطراب، پیشرفت احساس فقدان است که در دلبستگی شان در ارتباط به والدین خود داشته اند. بنابراین جسمانی کردن با طرحواره ناکارآمد وابستگی و بی کفایتی رابطه دارد. در خانواده هایی که اعتماد کودک را کاهش داده و عملکرد مستقل کودک را با شکست مواجه می سازند، به وجود می آید. از آن جا که این طرحواره به انفعال زیاد در فعالیت و درماندگی منجر می شود؛ این افراد به بدنی سازی علائم خود می پردازند. با توجه به شیوع بیشتر اختلال جسمانی سازی در زنان نسبت به مردان و نقش حساس دبیران این پژوهش به بررسی این اختلال در دبیران پرداخت.

روشن است که انجام هر پژوهش، به ویژه در حوزه علوم انسانی که مخاطبان افرادی با ویژگی های منحصر به فرد هستند با محدودیت ها و موانعی همراه است. جامعه آماری پژوهش محدودیت هایی را در زمینه تعمیم یافته ها، تفسیرها و اسنادهای علت شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می کند که باید در نظر گرفته شوند. نمونه مورد بررسی دبیران بوده و در تعمیم یافته ها به سایر جمعیت ها باید احتیاط شود. از آن جا که نشانه شناسی اختلال های جسمانی سازی در DSM-5 تغییر کرده و تنها به میزان ناراحتی فرد از علائم استناد می کند، بنابراین این احتمال وجود دارد اجرای این پژوهش براساس DSM-5 می توانست نتایج متفاوتی در پی داشته باشد. اما به دلیل موجود نبودن مقیاس جدید و مبتنی بر DSM-5 امکان استفاده از طبقه بندی جدید وجود نداشت. در سطح عملی،

References

1. Marin C, and Carron R. The origin of the concept of somatization. *Psychosomatics*, 2002. 43(3):249-50.
2. Van Assche L, Persoons P, and Vandenbulcke M. Neurocognitive disorders in DSM-5: a critical review. *Tijdschr Psychiatr*, 2014.56:211-6.
3. Bonvanie IJ, Van Gils A, Janssens KA, and Rosmalen JG. Sexual abuse predicts functional somatic symptoms: An adolescent population study. *Child Abuse Negl*, 2015. 46:1-7.
4. Gupta D, and Perez- Edgar K. *The role of temperament in somatic complaints among young female adults*. *Journal of health psychology*, 2011. 17 (1): 26-35.
5. Hiller W, Rief W, and Brahler E. Somatization in the population from mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *PsychiatryPsychiatr.Epidemiology*, 2006. 41:704-12.
6. Tomenson B, Essau C, Jacobi F, Ladwig KH, Leiknes KA, Lieb R, Meinschmidt G, McBeth J, Rosmalen J, Rief W, Sumathipala A, and Creed F. Total somatic symptom score as a predictor of health outcome in somatic symptom disorders. *Br J Psychiatry*, 2013. 203:373-80.
7. Ganji M. *Psychopathology based on DSM-5*. Tehran, Salavalan Publication, 2013. pp: 232-5. [Persian]
8. Russo J, Katon W, Lin E, Von Korff M, Bush T, Simon G, and Walker E. Neuroticism and extraversion as predictors of health outcomes in depressed primary care patients. *Psychosomatics*, 1997. 38(4):339-48.
9. Chalabianloo GhR, and Garoosi Farshi MT. Relation of NEO-PI-R personality inventory and SCL-90-R: Ability of NEO inventory in mental health evaluation. *J Behav Sci*, 2010.4(1):15-16. [Full Text in Persian].
10. Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatr Dev*, 1986. 3:167-226.
11. Takeuchi M, Miyaoka H, Tomoda A, Suzuki M, Lu X, and Kitamura T. Validity and reliability of the Japanese version of the temperament and character inventory: a study of university and college student. *Compr Psychiatry*, 2011. 52: 109-117.
12. Yang S, Sung J, Kim JH, Song YM, Lee K, Kim HN, and Cloninger CR. Some personality traits converge gradually by long-term partnership through the life course-genetic and environmental structure of cloningers temperament and character dimensions. *J Psychiatr Res*, 2015. 63: 43-9.
13. Shvrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, and Cloninger CR. Differentia diagnosis of personality disorder's by the seven-factor model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 1993, Dec. 50(12): 991-9.
14. Cloninger CR. *A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states*. *Psychiatric Developments*, 1986. 3:167-226.
15. Karvonen JT, Veijola J, Kantojarvi L, Miettunen J, Ekelund J, Lichtermann D, Laksy K, and Joukamaa M. *Temperament profiles and somatization- an epidemiological study of young adult people*. *Journal of psychosomatic research*, 2006. 61: 841-846.
16. Battaglia M, Bertella S, Bajo S, Politi E, and Bellodi L. *An investigation of the co-occurrence of panic and somatization disorders through temperament variables*. *Psychosom Med*, 1998, 60(6): 726-9.
17. Bowlby J. *Attachment and loss: Attachment*. New York: Basic Books, 1969. p: 759.
18. Mikulincer M, and Shaver P. Attachment theory and research: Resurrection of the psychodynamic approach to personality. *J res Pers*, 2005. 39: 22-45.
19. Sigelman CK, and Rider EA. *Life- span human development*. Six th edition. Wadsworth engage learning, USA, 2009.
20. Ainsworth MS. *Patterns of attachment: A Psychological Situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1978.

- 21-Borhani Y. Substance abuse and insecure attachment styles: a relational study. J Tran discip Writ res Claremont grad univ, 2013. 2(1): 142-159.
- 22-Baker CN, and Horger M. Parental childrearing strategies influence self-regulation, socio emotional adjustment, and psychopathology in early adulthood: Evidence from a retrospective cohort study. Personal individ differ, 2012. 52: 800-805.
- 23-Grugnola CR, Tambelli R, Spinelli M, Gazzotti S, Caprin C, and Albizzati A. Attachment patterns and emotion regulation strategies in the second year. Infant behav and dev, 2011. 34: 136-151.
- 24-Gresham D, and Gullone E. Emotion regulation strategy use in children and adolescent: The explanatory roles of personality and attachment. Personal Individ Differ, 2012. 52: 616-621.
- 25-Berdiozounidavaji R, Valizadeh SH, and Nikmal M. The relationship between attachment styles and suicide ideation: The study of Turkman student. Procedia Soc Behav sci, 2010. 5: 1190- 11940.
- 26-Ozturk A, and Mutlu T. The relationship between attachment style, subjective well-being, happiness and social anxiety among university student. Proced Soc Behav Sci, 2010. 9:1772-1776.
- 27-Korver N, Meijer C, and Haan LD. The relationship between insecure attachment and psychotic symptoms: preliminary results. Schizophr Res, 2010. 117 (2-3): 521-530.
- 28-Morley TE, and Moran G. The origins of cognitive vulnerability in early childhood: Mechanisms linking early attachment to later depression. clin psychol rev, 2011. 31:1071-1082.
- 29- Liu L, Schulz MS, and Waldinger R J. *Sources of somatization: Exploring the roles of insecurity in relationships and styles of anger experience and expression.* Social Science & Medicine, 2011. 73:1436-1443.
- 30- Ghobari Bonab B, and Haddadi Koohsar AA. *Relation among quality of attachment, paranoid ideation and somatization in college students.* Social and Behavioral sciences, 2011. 30: 207-211.
- 31- Brumariu LE. and Korus KA. Mother- Child attachment patterns and different types of anxiety symptoms. Is there specificity of relations? Child Psychiatry and Human Development, 2010. 41:663-674.
- 32- Stuart S, and Noyes R. *Attachment and interpersonal communication in somatization.* Psychosomatics, 1999. 40(1): 34-43.
- 33-MahdaviBakhsh M. Evaluation of teaching teachers in Tehran. Master's thesis. Allameh Tabatabai University Faculty of Psychology and Educational Sciences, 2010.(Persian).
- 34- Hazan C, and Shaver P. *Romantic love conceptualized as an attachment process.* Journal of Personality and Social Psychology, 1987. 52: 511-524.
- 35- Taheri M. The relationship between Mothers attachment styles and social maturation of students mentally retarded students boys Shiraz. J Hakim Res, 2009. 7: 18-20 (Persian).
- 36- Kaviani H. Reliability and validity of Temperament and Character Inventory in an Iranian population. J Fac Med, Univ Med Sci, 2005. 2: 98-89.(Persian).
37. Kroenke K, Spitzer RL, and Williams JB. The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somaticsymptoms. Psychosom Med, 2002.64(2):258-66.
38. Lee S, Ma YL, and Tsang A. Psychometric properties of the chinese 15-item patient health questionnaire in the generalpopulation of Hong Kong. J Psychosom Res, 2011.71(2):69-73.
39. Abdolmohamadi K, Beirami M, Mohammadzadeh A, Ahmadi E, and Hossein Alizade M. Iranian validation of the somatization inventory(PHQ-15). Int J Psychol Behav Res, 2014. 1(4):1-12.
40. Beshlideh K. Research methods and statistical analysis of research examples using SPSS and Amos. Shahid chamran univ, Ahvaz-Iran , 2014.
41. Shedler J, Mayman M, and Manis M. The illusion of mental health. Am Psychol, 1993. 48(11):1117-31.



42. Rief W, Hessel A, and Braehler E. Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosom Med*, 2001. 63(4):595-602.
- 43- Cloninger C R, and Svrakic D M. Personality dimension as conceptual framework for explaining variation in normal, neurotic, and personality disordered behavior, in Burrows G.D., Noyes R, Roth M.(eds). *Handbook of Anxiety*, Elsevier, Netherlands.1993.
- 44- Beck J E. A developmental perspective on functional somatic symptoms. *Journal of pediatric psychology*, 2008. 3(5); 547-562.
45. Berardis DD, Carano AG, Gambi F, Campanella D, Giannetti P, Ceci A, Mancini E, La Rovere R, Cicconetti A, Penna L, Di Matteo D, Scorrano B, Cotellessa C, Salerno RM, Serroni N, and Ferro FM. Alexithymia and its relationships with bodychecking and body image in non clinical female sample. *Eat Behav*, 2007. 38: 296-304.
46. Tominaga T, Choi H, Nagoshi Y, Wada Y, and Fukui K. Relationship between alexithymia and coping strategies in patients with somatoform disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2014. 12:28-33.
47. Hamid PN, and Cheng ST. The development and validation of an index of emotional disposition and mood state, the chinese affect scale. *Edu Psychol Measure*, 1996. 56:995-1014.



Investigating the mediating role of attachment styles in explaining the relationship between temperament, character dimensions and somatization disorders among female teachers in Kermanshah

Jahangir Karami¹, Kamran Yazdanbakhsh², Parvaneh Karimi^{3*}

1. Associate professor, Department of Psychology, Razi University of Kermanshah, Kermanshah, Iran.
2. Assistant professor, Department of Psychology, Razi University of Kermanshah, Kermanshah, Iran.
3. M.Sc. in Psychology, Razi University of Kermanshah, Health Promotion Research Center, Kermanshah, Iran.

Abstract

Background & Objective: According to the importance of somatization disorder in women, this study was conducted to investigate the mediating role of attachment styles in relationship with temperament and character dimensions of personality and somatization disorder among female teachers in Kermanshah city.

Methods: The study population consisted of all female teachers working in Kermanshah educational system in 2013-2014. The sample population included 300 teachers who were allocated by multistep cluster sampling. They were asked to complete *Cloninger* Temperament and character Inventor Questionnaire (TCI), somatization questionnaire and Adult Attachment Styles Inventory Questionnaire (AII). The data analysis was done by correlation coefficient calculation and path analysis using SPSS 21.0 and Amos 18.0 software.

Results: Our findings showed that there was a significant correlation between anxiety and avoidance attachment styles and dimensions of personality with somatoform disorder. However, the relationship between safe attachment style and physical disorder was not significant.

Conclusion: Temperament and character dimensions of personality result in somatization disorder when the insecure internal models which are set according to the framework of mother-neonate attachment relationships had been formed.

Keywords: temperament, character, attachment styles, somatization disorders, female teachers

Corresponding Author: Parvaneh Karimi

Address: Health Promotion Research Center, Razi University of Kermanshah, Kermanshah, Iran.

E-mail: parvane.kareme1367@gmail.com

