

**دانشگاه شهید چمران اهواز**  
**دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی**  
**گروه روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز**

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی بالینی

**عنوان:**

مقایسه ویژگی‌های شخصیتی، کمال‌گرایی و الکسی‌تایمی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر (IBS) مراجعه کننده به مطب‌های گوارش شهر اهواز و افراد سالم با کنترل سلامت روان

**پژوهشگر:**

مرضیه فتاحی نیا

**استادان راهنما:**

دکتر یداله زرگر - دکتر ایران داودی

**استاد مشاور:**

دکتر عبدالرحیم مسجدی زاده

بهمن ۱۳۸۸

صفحه	عنوان
<b>فصل اول: زمینه تحقیق</b>	
۱	مقدمه
۲	بیان مسئله
۳	اهمیت و ضرورت
۳	اهداف پژوهش
۴	سؤال پژوهش
۴	فرضیه‌های پژوهش
۵	تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها
<b>فصل دوم: پیشینه تحقیق</b>	
۹	اختلالات روان تنی
۱۰	اختلالات کارکردی دستگاه گوارش (FGID)
۱۱	سندرم روده تحریک پذیر (IBS)
۱۳	عوامل مرتبط با اختلالات روان تنی از دیدگاه نظریه پردازان
۱۷	شخصیت و اختلالات روان تنی
۱۹	۱. پنج صفت بزرگ شخصیت
۲۰	روان رنجورخویی
۲۱	برون گرایی
۲۲	فراخ ذهنی
۲۲	وجدان گرایی
۲۳	توافق جویی
۲۴	پژوهش های انجام شده پیرامون پنج صفت شخصیتی در مبتلایان به IBS
۲۸	۲. الکسی تایمی

عنوان	صفحه
ویژگی‌های الکی تایمی.....	۲۸
الکی تایمی و اختلالات روان‌تنی.....	۳۲
پژوهش‌های انجام شده پیرامون الکی تایمی در مبتلایان به IBS.....	۳۴
۳. کمال‌گرایی.....	۳۷
پژوهش‌های انجام شده پیرامون کمال‌گرایی در مبتلایان به IBS.....	۴۰
پژوهش‌های انجام شده پیرامون سلامت‌روان در مبتلایان به IBS.....	۴۱
پژوهش‌های انجام شده پیرامون دیگر عوامل مرتبط در مبتلایان به IBS.....	۴۵

#### فصل سوم: روش تحقیق

مقدمه.....	۴۶
جامعه آماری.....	۴۶
نمونه آماری و روش نمونه‌گیری.....	۴۶
اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد نمونه.....	۴۷
ابزارهای پژوهش.....	۴۹
۱. پرسشنامه پنج عاملی نئو (Neo -FFI).....	۵۰
پایایی مقیاس (Neo -FFI).....	۵۰
روایی مقیاس (Neo -FFI).....	۵۱
۲. پرسشنامه الکی تایمی تورنتو (TAS -۲۰).....	۵۱
پایایی مقیاس (TAS -۲۰).....	۵۲
روایی مقیاس (TAS -۲۰).....	۵۳
۳. پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ).....	۵۴
پایایی مقیاس (GHQ).....	۵۶
روایی مقیاس (GHQ).....	۵۷
۴. پرسشنامه کمال‌گرایی (APS).....	۵۷

۵۸	پایایی مقیاس (APS).....
۵۸	روایی مقیاس (APS).....
۵۹	۵. پرسشنامه هوش هیجانی شات (SSRI) .....
۶۰	پایایی مقیاس (SSRI) .....
۶۰	روایی مقیاس (SSRI) .....
۶۱	طرح تحقیق.....
۶۱	روش های آماری تحلیل داده ها.....

### فصل چهارم: یافته های تحقیق

۶۲	مقدمه.....
۶۲	الف) یافته های توصیفی.....
۶۶	ب) یافته های مربوط به فرضیه های پژوهش.....
۶۷	آزمون همگنی واریانس های متغیرهای وابسته در دو گروه.....
۶۸	بررسی تک تک فرضیه های پژوهش.....

### فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۷۵	مقدمه.....
۷۵	بحث در مورد یافته های پژوهش.....
۸۸	محدودیت های پژوهش.....
۸۹	پیشنهادات.....
۸۹	الف-پیشنهاد های پژوهشی.....
۹۰	ب-پیشنهاد های کاربردی.....
۹۳	فهرست منابع.....
۹۳	منابع فارسی.....
۹۸	منابع انگلیسی.....

عنوان	صفحه
جدول ۳-۱. فراوانی و درصد فراوانی آزمودنی‌های گروه‌های بیمار و سالم بر اساس جنسیت.....	47
جدول ۳-۲. میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین سن آزمودنی‌ها.....	47
جدول ۳-۳. توزیع نمونه بیمار و سالم بر اساس تحصیلات.....	48
جدول ۳-۴. توزیع نمونه کل و به تفکیک گروه (بیمار و سالم) بر اساس قومیت.....	48
جدول ۳-۵. توزیع نمونه کل و به تفکیک گروه (بیمار و سالم) بر اساس شغل.....	49
جدول ۳-۶. ضرایب پایایی پنج خرده‌مقیاس نئو در نمونه بیمار، سالم و کل.....	51
جدول ۳-۸. ضرایب پایایی مقیاس TAS-20 در پژوهش حاضر.....	53
جدول ۳-۹. ضرایب روایی هم‌زمان مقیاس TAS-20 و هوش هیجانی شات در پژوهش حاضر.....	54
جدول ۴-۱. یافته‌های توصیفی مربوط به پنج ویژگی شخصیتی در نمونه کل.....	62
جدول ۴-۲. یافته‌های توصیفی مربوط به پنج ویژگی شخصیتی در نمونه بیمار و سالم.....	63
جدول ۴-۳. یافته‌های توصیفی مربوط به الکسی‌تایمی در نمونه کل.....	64
جدول ۴-۴. یافته‌های توصیفی مربوط به الکسی‌تایمی در نمونه‌ی بیمار، سالم و کل.....	64
جدول ۴-۵. یافته‌های توصیفی مربوط به کمال‌گرایی در نمونه‌ی بیمار، سالم و کل.....	65
جدول ۴-۶. یافته‌های توصیفی مربوط به سلامت‌روان در نمونه‌ی بیمار، سالم و کل.....	65
جدول ۴-۷. آزمون همگنی واریانس‌ها در دو گروه بیمار و سالم بر اساس متغیرهای مقایسه.....	۶۷
جدول ۴-۸. نتایج مانوا بر میانگین نمره‌های پنج ویژگی شخصیت، الکسی‌تایمی و کمال‌گرایی	
دوگروه بیمار و سالم.....	۶۸
جدول ۴-۹. نتایج آنوا در متن مانوا بر میانگین نمره‌های پنج ویژگی شخصیتی، الکسی‌تایمی	
و کمال‌گرایی دو گروه بیمار و سالم.....	۶۹
جدول ۴-۱۰. نتایج مانکوا بر میانگین نمره‌های شخصیت، الکسی‌تایمی و کمال‌گرایی دو گروه	
بیمار و سالم.....	۷۱
جدول ۴-۱۱. نتایج آنکوا در متن مانکوا بر میانگین نمره‌های پنج ویژگی شخصیتی، الکسی	
تایمی و کمال‌گرایی دو گروه بیمار و سالم.....	۷۲

## مقدمه

روان و تن و ارتباط بین آنها در سراسر تاریخ بشر مورد بحث و گفتگو بوده است. قرن‌ها پیش متفکرانی مانند افلاطون<sup>۱</sup>، سقراط، جالینوس<sup>۲</sup> و سایرین به اثرات روان بر جسم اشاره نموده‌اند. امروزه نیز اکثر صاحب‌نظران معتقدند دو رویداد روحی و جسمی در واحدی منفرد یعنی انسان قابل تمایز نبوده و جدایی ذهن و بدن تنها یک انتزاع روش‌شناختی است نه واقعی. در نتیجه همین اعتقاد رشته جدیدی در پزشکی به نام روان‌تنی ظهور کرد و لزوم شناخت عوامل روانی مرتبط با اختلالات جسمانی را در دو حوزه روانشناسی و پزشکی مورد توجه قرار داد.

در سال ۱۹۵۴ دوبار<sup>۳</sup>، در کتابی جامع پیرامون تشخیص روان‌تنی تا آنجا پیش رفت که اختلالات روان‌تنی خاصی را به ویژگی‌های شخصیتی خاصی نسبت داد. او معتقد بود افراد با ویژگی‌های شخصیتی معین مستعد فرآیندهای بیماری خاصی می‌شوند، مثلاً افراد پرخاشگر مستعد بیماری قلبی و افراد وابسته مستعد آسم هستند (ولمن<sup>۴</sup>، ۱۹۸۸، ترجمه نجاریان، دهقانی و دباغ، ۱۳۷۵).

بنابر نظریه‌ی زیستی، بعضی دستگاه‌های بدن هم‌چون دستگاه‌گوارش، نسبت به تنش‌های روان‌شناختی حساس‌تر بوده و آسیب‌پذیری بیشتری نشان می‌دهند، در نتیجه، بروز آشفتگی‌ها و نیز ابتلا به علائم روان‌تنی در این نواحی شیوع قابل توجهی دارد (علوی و محمودی، ۱۳۸۶).

برآوردها حاکی از آن است که نیمی از بیماران مراجعه‌کننده به بخش مراقبت‌های اولیه را بیماران مبتلا به شکایات روده‌ای و یا درد معده‌ای-روده‌ای تشکیل می‌دهند که شایع‌ترین آنها نشانگان روده‌تحریک‌پذیر<sup>۵</sup> (IBS) است (گاتری و تامپسون<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳، ترجمه علی‌پور و آگاه‌هریس، ۱۳۸۶). این سندرم که از اختلالات روان‌تنی محسوب می‌شود درعین شیوع بالا، یکی از ناشناخته‌ترین اختلالات بالینی است که تاکنون علی‌رغم تحقیقات پزشکی انجام شده، علت و درمان طبی خاصی برای آن مشخص نشده است. بر همین اساس نقش دیگر عوامل مؤثر از جمله عوامل روان‌شناختی در ابتلا به این بیماری پررنگ‌تر شده و لزوم بررسی و شناخت آن‌ها در تحقیقات مختلف مورد توجه قرار گرفته است.

<sup>1</sup>. Plato

<sup>2</sup>. Galen

<sup>3</sup>. Dunbar

<sup>4</sup>. Wolman

<sup>5</sup>. Irritable bowel syndrome

<sup>6</sup>. Guthrie &Thampson

## بیان مسئله

با وجود این که نشانه‌های جسمی، دلیل بیش از نیمی از موارد مراجعه به پزشکان محسوب می‌شوند اما حداقل یک‌سوم از این نشانه‌ها از نظر پزشکی بدون تبیین باقی می‌مانند. این نقاط ضعف به‌خصوص در تشخیص و درمان مبتلایان به بیماری‌های مزمن هم‌چون سندرم روده‌تحریک‌پذیر مشهودتر است (کرونک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲، ترجمه علی‌پور و دیگران، ۱۳۸۶). این بیماری که با تغییر در اجابت مزاج، درد شکمی و نفخ در غیاب اختلالات ساختاری، قابل شناسایی است، معمولاً در دهه دوم و سوم زندگی آغاز می‌شود و در سیر مزمن خود، به‌طور نامنظم نوسان داشته و به‌طور کامل از بین نمی‌رود (اویانگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸، ترجمه سبحانیان و ارجمند، ۱۳۸۷).

شیوع قابل‌توجه IBS (۹ تا ۲۲ درصد) و ماهیت مزمن و ناتوان‌کننده آن اثرات شدیدی بر کیفیت زندگی بیماران داشته و موجب تحمیل بار اقتصادی زیادی به فرد و جامعه می‌شود (محمودی، پورشمس، ملک زاده و اکبری، ۱۳۸۲) به‌علاوه تداوم در علائم، می‌تواند منشأ ضایعه قابل‌توجه در رفتار و جسم این بیماران شود (ولمن، ۱۹۸۸، ترجمه نجاریان و همکاران، ۱۳۷۵).

شیوع روز افزون اختلالات روان‌تنی از جمله IBS که به لحاظ سبب‌شناسی از ابهام و پیچیدگی خاصی برخوردارند محققین را برآن داشته تا عوامل زیستی-روانی-اجتماعی مؤثر بر آنها را مورد تحقیق و بررسی قرار دهند. در حوزه بررسی عوامل روانی مؤثر، علی‌رغم پیشینه‌ی پژوهشی وسیع پیرامون ارتباط این سندرم با اختلالات روانپزشکی هم‌زمان، تحقیق پیرامون ویژگی‌های شخصیتی این بیماران، به ندرت انجام شده است. به‌علاوه، غالب پژوهش‌ها در حوزه شخصیت، به تفکیک بیماران از نظر اختلالات روانی توأم، توجهی نکرده‌اند و همین امر می‌تواند در نتایج حاصل از بررسی عوامل شخصیتی بیماران، مؤثر باشد. بنابر اطلاعات در دسترس، این اولین پژوهشی است که به‌طور هم‌زمان به مقایسه عوامل شخصیتی، ویژگی الکسی‌تایمی<sup>۳</sup> و کمال‌گرایی در بیماران مبتلا به IBS و افراد سالم پرداخته و نیز سلامت‌روان را به‌عنوان متغیر کنترل در نظر گرفته است.

<sup>۱</sup>. Kroenke

<sup>۲</sup>. Owyang

<sup>۳</sup>. Alexithymia

## اهمیت و ضرورت تحقیق

مرکز پزشکی عمومی انگلیس برآورد کرده است در طول یک هفته حداقل ۸ بیمار مبتلا به IBS برای اولین بار به پزشک مراجعه می‌کنند (گاتری و تامپسون، ۲۰۰۳، ترجمه علی‌پور و آگاه-هریس، ۱۳۸۶). به گفته پژوهشگران کانادایی، بعد از سرماخوردگی معمولی، اختلال IBS دومین علت شایع غیبت کارکنان مراکز شغلی در امریکاست (یزدانی، پورحمیدی و مقصودی، ۱۳۸۶). هزینه‌های درمانی و مراقبت از سلامتی بیماران مبتلا به IBS تنها در کانادا (با شیوع ۲۰٪) به طور سالانه ۳۵۲ میلیون دلار به طور مستقیم و بالغ بر یک بیلیون دلار به طور غیرمستقیم برآورد می‌شود که موجب هدررفت وقت و ازکارافتادگی مبتلایان شده است.

به‌علاوه مروری بر تأثیرات درمان‌های پزشکی نشان می‌دهد این حوزه‌ی درمانی تاکنون به گروه اندکی از بیماران IBS کمک کرده است. پژوهشی بر بیماران مبتلا به IBS حاکی از آن است که علی‌رغم مصرف دارو توسط ۸۰٪ بیماران، تنها ۳۴٪ آنان، دارو را در رفع علائم خود مؤثر دانستند (گراف، ۲۰۰۸) و در موارد قابل توجهی، درمان مشکلات روانی سبب کاهش نشانه‌های بیماری و بهبود آن‌ها گشته است (وفایی و گلابی، ۱۳۸۳). بنابراین در این پژوهش سعی بر آن است تا با شناخت عوامل شخصیتی در این بیماران، علاوه بر پیشگیری از بروز این بیماری در افراد مستعد، زمینه‌ساز ایجاد درمان‌های مؤثر در این زمینه باشیم.

## اهداف پژوهش

هدف عمده از این پژوهش، مقایسه بیماران IBS مراجعه کننده به مطب‌های فوق تخصص گوارش اهواز با افراد سالم از نظر متغیرهای روان‌شناختی (۵ عامل شخصیتی، کمال‌گرایی و الکسی-تایمی) می‌باشد. همچنین با توجه به نرخ بالای اختلالات روانپزشکی توأم در این بیماران و تأثیر آن بر نتایج حاصل از تفاوت‌های شخصیتی دو گروه، این مقایسه با کنترل سلامت‌روان نیز انجام شد. در این پژوهش برآنیم تا با شناخت تفاوت‌های روان‌شناختی این بیماران با دیگر افراد، زمینه‌ساز شناسایی راهکارهای درمانی در زمینه اصلاح این ویژگی‌ها بوده و با آموزش مهارت‌های لازم به این بیماران جمعیت قابل توجهی از افراد درگیر را در کاهش دوره درمان طبی و هزینه‌های درمانی یاری رسانیم.



همچنین با تعیین الگویی شخصیتی در این بیماران، می‌توان به دست‌اندرکاران بهداشت روانی کمک کرد تا در فراهم کردن برنامه‌های حمایتی و مداخلات مناسب، جهت پیشگیری از ابتلای افراد مستعد، گام بردارند.

### سؤال‌های پژوهش

۱. آیا بین ۵ عامل شخصیتی، کمال‌گرایی و الکسی‌تایمی بیماران IBS و افراد سالم تفاوت وجود دارد؟
۲. آیا بین ۵ عامل شخصیتی، کمال‌گرایی و الکسی‌تایمی بیماران IBS و افراد سالم با کنترل سلامت-روان تفاوت وجود دارد؟

### فرضیه‌های پژوهش

۱. بین بیماران IBS با افراد سالم از نظر پنج ویژگی شخصیتی (روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، فراخ‌ذهنی، توافق‌جویی و وجدان‌گرایی)، الکسی‌تایمی و کمال‌گرایی تفاوت وجود دارد.
  - ۱-۱. روان‌رنجورخویی بیماران IBS از افراد سالم بالاتر است.
  - ۱-۲. برون‌گرایی بیماران IBS از افراد سالم پایین‌تر است.
  - ۱-۳. بین بیماران IBS با افراد سالم از نظر ویژگی فراخ‌ذهنی تفاوت وجود دارد.
  - ۱-۴. توافق‌جویی بیماران IBS از افراد سالم پایین‌تر است.
  - ۱-۵. بین بیماران IBS با افراد سالم از نظر ویژگی وجدان‌گرایی تفاوت وجود دارد.
  - ۱-۶. ویژگی الکسی‌تایمی بیماران IBS از افراد سالم بالاتر است.
  - ۱-۷. کمال‌گرایی بیماران IBS از کمال‌گرایی افراد سالم بالاتر است.
۲. بین بیماران IBS با افراد سالم از نظر پنج ویژگی شخصیتی (روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، فراخ‌ذهنی، توافق‌جویی، وجدان‌گرایی)، الکسی‌تایمی و کمال‌گرایی با کنترل سلامت‌روان تفاوت وجود دارد.
  - ۲-۱. روان‌رنجورخویی بیماران IBS از افراد سالم با کنترل سلامت‌روان بالاتر است.
  - ۲-۲. برون‌گرایی بیماران IBS از افراد سالم با کنترل سلامت‌روان پایین‌تر است.
  - ۲-۳. بین بیماران IBS با افراد سالم از نظر ویژگی فراخ‌ذهنی با کنترل سلامت‌روان تفاوت وجود دارد.
  - ۲-۴. بین بیماران IBS با افراد سالم از نظر ویژگی توافق‌جویی با کنترل سلامت‌روان تفاوت وجود دارد.

- ۲-۵. بین بیماران IBS با افراد سالم از نظر وجدان‌گرایی با کنترل سلامت‌روان تفاوت وجود دارد.
- ۲-۶. ویژگی الکسی‌تایمی بیماران IBS از افراد سالم با کنترل سلامت‌روان بالاتر است.
- ۲-۷. کمال‌گرایی بیماران IBS از کمال‌گرایی افراد سالم با کنترل سلامت‌روان بالاتر است.

## تعاریف عملیاتی و مفهومی متغیرها

### ۱. صفات شخصیتی

تعریف مفهومی : براساس نظر آلپورت، شخصیت عبارت است از سازماندهی پویای نظام‌های روانی فیزیولوژیکی درون فرد که رفتار و افکار شاخص را تعیین می‌کند و به صورت یک واحد، از کارکرد ذهن و بدن تشکیل می‌شود و صفات شخصیت، عمیق‌ترین و نوعی‌ترین خصوصیات فرد است که با پاسخ دادن به شیوه‌ای یکسان یا مشابه به انواع مختلف محرک‌ها مشخص می‌شود و ویژگی الگوهای رفتاری فرد را توصیف می‌کند (استنلی، استارت و پرتوریس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹).

تعریف عملیاتی : در این پژوهش نمره آزمودنی‌ها در هر یک از شاخص‌های فرم تجدید نظر شده سیاهه پنج عاملی نئو<sup>۲</sup> (کاستا و مک کری<sup>۳</sup>، ۱۹۸۹) بیانگر صفات شخصیتی آزمودنی می‌باشد. که در زیر به هریک از این صفات شخصیتی اشاره شده است:

### ۱-۱) روان رنجورخویی

تعریف مفهومی : بعدی است که اساس آن را تجربه هیجانات نامطلوب و مضر تشکیل می‌دهد. شش جنبه مرتبط با شاخص روان رنجورخویی عبارتند از اضطراب، خشم و کینه‌توزی، افسردگی، هوشیاری به خویشتن، تکانشوری و آسیب‌پذیری (کاستا و مک کری، ۱۹۹۲)

تعریف عملیاتی : منظور از روان رنجورخویی در این پژوهش نمره‌ای است که آزمودنی در شاخص مذکور در سیاهه نئو کسب می‌کند.

### ۱-۲) برون‌گرایی

تعریف مفهومی : این شاخص در برگیرنده ویژگی‌هایی از قبیل اجتماعی‌بودن، قاطع‌بودن و فعال‌بودن است. شش جنبه مربوط به برون‌گرایی عبارتند از صمیمیت، جمع‌گرایی، قاطعیت، فعالیت، هیجان‌خواهی و هیجان‌های مثبت.

<sup>1</sup>.Stanley, Stuart & Pretorius

<sup>2</sup>. NEO Five-Factor Inventory

<sup>3</sup>.Costa & Mc Crae

تعریف عملیاتی : منظور از برون‌گرایی در این پژوهش نمره‌ای است که آزمودنی در شاخص مذکور در سیاهه نئو کسب می‌کند.

### ۳-۱ فراخ‌ذهنی

تعریف مفهومی : کاستا و مک کری (۱۹۹۲) در توصیف افراد فراخ‌ذهن و غیرفراخ‌ذهن می‌گویند "این افراد به خاطر خود تجربه به تجربه کردن علاقه‌مندند، مشتاق تنوعند، ابهام را تحمل می‌کنند و زندگی غنی‌تر، پیچیده‌تر و نامتعارف‌تری دارند. برعکس افراد غیرفراخ‌ذهن در تخیل ضعیف به نظر می‌رسند، به هنر و زیبایی حساس نیستند، در عواطف محدودند، از لحاظ رفتاری خشک و از لحاظ ایدئولوژی متعصبند" جنبه‌های عنوان شده این شاخص عبارتند از تخیل، زیباشناسی، عواطف، فعالیت، نظرات و ارزش‌ها.

تعریف عملیاتی : منظور از فراخ‌ذهنی در این پژوهش نمره‌ای است که آزمودنی در شاخص مذکور در سیاهه نئو کسب می‌کند.

### ۴-۱ توافق‌جویی

تعریف مفهومی : این شاخص بر گرایش‌ها بین فردی تأکید دارد. مطابق تعریف فرد موافق به فردی گفته می‌شود که نوع دوست است، با دیگران احساس همدردی می‌کند و مشتاق کمک به آنهاست (حق شناس، ۱۳۷۸). جنبه‌های مرتبط با این شاخص عبارتند از اعتماد، سادگی، نوع دوستی، تبعیت، تواضع و درک دیگران.

تعریف عملیاتی : منظور از توافق در این پژوهش نمره‌ای است که آزمودنی در شاخص مذکور در سیاهه نئو کسب می‌کند.

### ۵-۱ وجدان‌گرایی

تعریف مفهومی : این شاخص شامل احساس وظیفه، نیاز با پیشرفت و سازماندهی است. جنبه‌های مرتبط با این شاخص عبارتند از شایستگی، نظم، وظیفه‌شناسی، تلاش برای موفقیت، نظم درونی و انعطاف‌پذیری.

تعریف عملیاتی : منظور از وجدانی بودن در این پژوهش نمره‌ای است که آزمودنی در شاخص مذکور در سیاهه نئو کسب می‌کند.

## ۲. کمال‌گرایی

تعریف مفهومی : کمال‌گرایی به عنوان مجموعه‌ای از معیارهای بالا برای عملکرد تعریف شده است که با نوعی خودارزیابی انتقادی افراطی همراه است توجه انتخابی، تعمیم افراطی شکست‌ها، ارزیابی سخت‌گیرانه از خود و گرایش به تفکر همه یا هیچ از جمله ویژگی‌های مهم افراد کمال‌گرا است (نجاریان، عطاری و زرگر، ۱۳۷۸).

تعریف عملیاتی : منظور از کمال‌گرایی در این پژوهش نمره‌ای است که آزمودنی در شاخص مذکور در سیاهه کمال‌گرایی<sup>۱</sup> (نجاریان و همکاران، ۱۳۷۸) کسب می‌کند.

## ۳. الکسی‌تایمی

تعریف مفهومی : واژه‌ای است به معنای ناتوانی در توصیف یا آگاهی از هیجانات و خلق خویش. این اصطلاح را سیف‌نوز برای توصیف افرادی بکار برده است که هیجانات را بر حسب احساسات جسمی یا واکنش‌های رفتاری تعریف می‌کنند تا ارتباط دادن آنها با افکار ملازم (پور افکاری، ۱۳۷۶).

تعریف عملیاتی : منظور از الکسی‌تایمی در این پژوهش نمره‌ای است که آزمودنی در شاخص مذکور در سیاهه الکسی‌تایمی-۲۰ تورنتو<sup>۲</sup> (بگی، پارکر و تیلور، ۱۹۹۴) کسب می‌کند.

## ۴. سلامت عمومی

تعریف مفهومی : سلامت عمومی عبارتست از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح فردی و اجتماعی، حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور منطقی، عادلانه و مناسب (میلانی‌فر، ۱۳۸۲). همچنین منظور از سلامت‌روان، درجه‌ای است که فرد در مواجهه با مشکلات اجتماعی و سازگاری با محیط پیرامون خود، بین رفتارهای خویش تعامل برقرار می‌کند و رفتار موزون و منطقی از خود نشان می‌دهد (نوابی‌نژاد، ۱۳۷۴).

تعریف عملیاتی: منظور از سلامت عمومی در این پژوهش، نمره‌ای است که آزمودنی در پرسشنامه سلامت عمومی<sup>۳</sup> (گلدبرگ<sup>۴</sup>، ۱۹۷۲) فرم ۲۸ سؤالی کسب می‌کند.

<sup>۱</sup>. Ahvaz Perfectionism Scale

<sup>۲</sup>. Toronto Alexithymia Scale

<sup>۳</sup>. General Health Questionnaire

<sup>۴</sup>. Goldberg

۵. سندرم روده تحریک پذیر

تعریف مفهومی : اختلالی گوارشی است از نوع روان تنی که با تغییر در اجابت مزاج، درد شکمی و نفخ در غیاب اختلالات ساختاری قابل شناسایی است (اویانگ، ۲۰۰۸، ترجمه سبحانیان و ارجمند، ۱۳۸۷).

تعریف عملیاتی : ملاک دارا بودن نشانگان IBS در این پژوهش، تشخیص پزشک فوق-تخصص گوارش است.

## اختلالات روان‌تنی

اختلال‌های روانی فیزیولوژیکی<sup>۱</sup> یا اختلالات روان‌تنی<sup>۲</sup> به نشانه‌های جسمی و بیماری‌هایی گفته می‌شود که در نتیجه‌ی تأثیر متقابل فرآیندهای روانی، اجتماعی و فیزیولوژیکی به وجود می‌آیند. عموماً این علائم نتیجه‌ی استفاده از مکانیزمی دفاعی به نام مکانیزم تبدیل یا واکنشی<sup>۳</sup> است که به وسیله‌ی آن آشفتگی‌ها و تعارضات عاطفی به صورت جسمی در بدن تجربه می‌شوند. نام‌های دیگری هم به این اختلال داده‌اند از جمله: اختلال جسمانی شده<sup>۴</sup>، هیپوکوندریا<sup>۵</sup> و اختلال درد جسمانی<sup>۶</sup> (سیاروچی و همکاران، ۲۰۰۳، ترجمه نوری و نصیری، ۱۳۸۴).

وقتی یک بیمار مبتلا به اختلالات روان‌تنی به یک درمانگر مراجعه می‌کند، بدین معنا است که او دارای نوعی بیماری با علائم جسمانی است که نه پزشک نه متخصص حرفه‌ای بهداشت روانی، هیچ‌کدام نمی‌توانند علت بیماری او را تشخیص دهند. با وجود این که نشانه‌های جسمی، دلیل بیش از نیمی از موارد مراجعه به پزشکان محسوب می‌شوند ولی حداقل یک‌سوم از این نشانه‌ها از نظر پزشکی بدون تبیین باقی می‌مانند. این نقاط ضعف به خصوص در درمان بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مشهودتر است (کرونک<sup>۷</sup>، ۲۰۰۲، ترجمه علی‌پور و دیگران، ۱۳۸۶).

علائم روان‌تنی به هر شکلی که بروز کنند، همیشه پیامی در خود نهفته دارند و هدف همه آن‌ها یکسان است: فرار از یک موقعیت دشوار، شرم‌آور یا دردآور، اما طی سالیان طولانی، شکل علائم و نوع بیماری‌های روان‌تنی تغییر کرد و در الگوهای جدیدی هم‌چون الگوهای پوستی، معدی-روده‌ای، قلبی، سردردها . . . و در کل نوروز نباتی (عضوی) تجلی یافت. تفاوت علائم تبدیلی با نوروز نباتی (عضوی) در این است که علامت تبدیلی در دستگاه‌های ارادی، اعصاب ماهیچه‌ای، و حسی-ادراکی روی می‌دهد که کنش اصلی آنان در جهت ثبت، بیان و تسکین تنش هیجانی است، در مقابل نوروز عضوی تلاش در جهت بیان یک هیجان نیست بلکه پاسخ انطباقی فیزیولوژیک اندام‌های نباتی به حالت‌های هیجانی دوره‌ای یا ثابت است و لزوماً باعث تسکین حالت هیجانی نمی‌گردد.

<sup>۱</sup>. psychophysiological disorders

<sup>۲</sup>. psychosomatic disorders

<sup>۳</sup>. Conversion Disorders

<sup>۴</sup>. Somatization Disorders

<sup>۵</sup>. Hypochondriasis

<sup>۶</sup>. Somatoform Pain Disorders

<sup>۷</sup>. Kroenke

امروزه بیشتر علائم، از نوع عضوی و در دستگاه‌های غیرارادی بدن هم‌چون دستگاه گوارش رخ می‌دهد که در صورت تداوم ممکن است منشأ ضایعه قابل توجه در رفتار و جسم شوند (ولمن، ۱۹۸۸، ترجمه نجاریان و همکاران، ۱۳۷۵).

## اختلالات کارکردی دستگاه گوارش<sup>۱</sup> (FGID)

دستگاه گوارش از جمله اعضای آسیب‌پذیر بدن در بروز علائم روان‌تنی است که نسبت به عوامل فشارزا و حالات هیجانی فوق‌العاده حساس است. سلیه (۱۹۵۶) حساسیت بیش از حد دستگاه عصبی - غددی را واسطه‌ی بین متغیرهای روان‌شناختی و بیماری می‌دانست (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳، ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۲).

انواع متفاوتی از نشانگان درد معدی - روده‌ای در دستگاه گوارش مشخص شده‌اند که میان آن‌ها شباهت‌های زیادی وجود دارد. از جمله این شباهت‌ها که منجر به شکل‌گیری طبقه‌ی اختلالات کارکردی دستگاه گوارش (FGID) شده است، ماهیت روان‌تنی بودن آن‌هاست به طوری که بدون وجود علائم ساختاری و ناهنجاری‌های عضوی قابل شناسایی ناحیه‌ای از دستگاه گوارش را درگیر کرده و علت آن ناشناخته است.

از جمله این اختلالات کارکردی گوارش می‌توان سوءهاضمه کارکردی، اسهال یا یبوست کارکردی، سندرم روده تحریک‌پذیر، اتساع شکمی کارکردی، نشانگان درد کارکردی شکم و اختلال کارکردی روده نوع تصریح نشده را نام برد.

مطالعات نشان می‌دهد اگرچه اغلب این افراد در جستجوی درمان بر نمی‌آیند اما از هر چهار نفر در جمعیت عمومی یک نفر درگیر با یک یا بیشتر از این اختلالات (FGID) است (استنلی، استارت و پرتوریس<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹). شایع‌ترین اختلال کارکردی دستگاه گوارش که بیش از نیمی از بیماران این حوزه را تشکیل می‌دهد IBS است، به طوری که برآورد شده است یک‌سوم بیماران مراجعه‌کننده به متخصصین گوارش بیماران مبتلا به IBS هستند (استنلی و همکاران، ۱۹۹۹ و تانام و مالت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱).

<sup>۱</sup>.Functional Gastrointestinal Disorders

<sup>۲</sup>.Stanley, Stuart & Pretorius

<sup>۳</sup>.Tanum & Malt

**سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS)**

سندرم روده تحریک‌پذیر نوعی اختلال گوارشی است که یافته تشخیصی بارزی برای آن شناسایی نشده است، از این رو تشخیص آن بر یافته‌های بالینی و رد سایر بیماری‌های عضوی استوار می‌باشد. از بارزترین تظاهرات بالینی دال بر سندرم روده تحریک‌پذیر، عود دردهای شکمی و تغییر در اجابت مزاج (یبوست و/یا اسهال) است. این بیماران که اغلب از اتساع شکم و آروغ‌زدن یا نفخ نیز شکایت دارند در ۲۵٪ تا ۵۰٪ موارد، سوءهاضمه، سوزش سردل، تهوع و استفراغ را نیز گزارش می‌کنند. البته عدم وجود نشانه‌های سیستمیک دیگر نظیر کاهش وزن یا تب یا اختلالات خواب و نیز آغاز نشانه‌ها به واسطه استرس‌ها یا مشکلات عاطفی، از علائم بالینی این بیماری محسوب می‌شود (اویانگ، ۲۰۰۸، ترجمه سبحانیان و ارجمند، ۱۳۸۷).

نشانه‌ها اغلب در دهه دوم و سوم زندگی و قبل از ۴۵ سالگی آغاز می‌شوند، در بعضی افراد در دوره کودکی با معده حساس و در برخی دیگر به‌طور ناگهانی و یا طی یک دوره فشار روانی شروع می‌گردد (گراف<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸) علائم این سندرم ممکن است با عفونت گوارشی برانگیخته شود، به‌طوری‌که یک‌سوم بیماران IBS که عمدتاً زنان و جوانان هستند یک عفونت رودی-معدده‌ای را آغاز علائم بیماری مزمن خود، تجربه می‌کنند (اویانگ، ۲۰۰۸، ترجمه سبحانیان و ارجمند، ۱۳۸۷).

شیوع IBS در بین زنان تقریباً دو تا سه برابر مردان گزارش شده است و زنان ۸۰٪ از موارد ابتلای شدید را تشکیل می‌دهند (اویانگ، ۲۰۰۸، ترجمه سبحانیان و ارجمند، ۱۳۸۷) که البته با تبیین‌های مختلفی مواجه است. تفاوت‌های فیزیولوژیکی در هورمون‌های جنسی، واکنش به استرس و پاسخ‌های ایمنی از جمله دلایل این تفاوت بیان می‌شود. البته برخی دیگر از محققان با این استدلال که زنان نسبت به نشانه‌هایی که تجربه می‌کنند حساس‌ترند و بیشتر از مردان در جستجوی مراقبت‌های سلامتی هستند بیان می‌دارند که تفاوت‌های فرهنگی اجتماعی در پاسخ به درد یا الگوی تغییرات درونی در دوجنس باعث تفاوت در شیوع IBS میان دوجنس می‌شود (هیت کمپر و جارت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸ و کورتیس، ۱۹۶۳، ترجمه محمدی، ۱۳۸۵).

<sup>۱</sup>.Graff

<sup>۲</sup>.Heitkemper & Jarrett



جوی<sup>۱</sup> (۲۰۰۵، به نقل از نیکول و همکاران، ۲۰۰۸) اخیراً افزایش شیوع سندرم روده تحریک-پذیر را در کشورهای درحال توسعه نشان داده است. علی‌رغم همه تحقیقات، هنوز علت IBS که بیش از ۲۲٪ از جمعیت عمومی را درگیر کرده به درستی مشخص نشده است، با این حال پیشرفت‌های حاصل شده در تحقیقات پایه، مکانیزمی و بالینی، عوامل فیزیولوژیک و روانی اجتماعی دخیل در این بیماری را تا حدی روشن‌تر ساخته است.

شواهد نشان می‌دهد که تعامل عوامل مختلف، در علت‌شناسی این بیماری دخیل بوده و می‌تواند از بیماری به بیمار دیگر متفاوت باشد (پرسلی و دیگران، ۲۰۰۳)، اما به‌طور کلی از نظر عوامل فیزیولوژیک نقش احتمالی فعالیت غیرطبیعی اعصاب حسی و حرکتی روده، تغییر در حرکات دستگاه گوارش، اختلال در پردازش اعصاب مرکزی، اختلال تعامل میان مغز و لوله گوارش، حوادث اتونوم و هورمونی، افزایش ادراک درد در احشاء و نیز عوامل ژنتیکی را در ایجاد این اختلال گزارش کرده‌اند. از نظر عوامل روانی اجتماعی نیز مشکلات شخصیتی، حالات هیجانی و عوامل و فشارهای روان‌شناختی را نه تنها بر فیزیولوژی گوارش مؤثر دانستند، بلکه این عوامل را در چگونگی ادراک، یا تجربه اختلال کارکردی دستگاه گوارش و تأثیر درمان نیز مهم می‌دانند (اویانگ، ۲۰۰۸، ترجمه سبحانیان و ارجمند، ۱۳۸۷).

در اغلب موارد پاسخ‌های حسی این بیماران به محرک‌های احشایی تشدید می‌شود به‌طوری‌که در ۷۴٪ بیماران پس از خوردن غذا درد ایجاد می‌شود، از این‌رو اغلب فکر می‌کنند علائم آزار دهنده بیماری‌شان ناشی از مصرف بعضی غذاهاست، درحالی‌که شواهد پزشکی از این اعتقاد حمایت نمی‌کند و علاوه بر مواد غذایی، حالات هیجانی، استرس و حتی هورمون‌ها را آغازگر علائم می‌دانند. چرا که به علت ارتباط شیمیایی مغز و روده، دوسوم افراد، در پاسخ به استرس (هم استرس‌های حاد هم‌چون زمان امتحان، مصاحبه‌های شغلی یا تعارضات بین‌فردی و هم استرس‌های مزمن هم‌چون نگرانی‌های مالی، مسائل خانوادگی و فشارهای زمانی) علائم درد در ناحیه‌ی شکمی و روده‌ای را گزارش می‌دهند (گراف، ۲۰۰۸). البته مطالعات نشان می‌دهد استرس حاد در معده، موجب کاهش فعالیت حرکتی روده باریک و افزایش حرکات در روده‌ی بزرگ می‌گردد و این عامل نیز می‌تواند مسئول علائم روده‌ای نظیر سندرم روده تحریک‌پذیر باشد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳، ترجمه پور

<sup>۱</sup>.Gwee

افکاری، ۱۳۸۲). شدت علائم در مبتلایان به IBS طیف وسیعی را تشکیل می‌دهد. در یک سو افراد قوی و سالمی قرار دارند که گاه دچار این مشکل شده و اختلالی در زندگی روزمره‌شان ایجاد نمی‌کند در نتیجه با وجود داشتن علائم IBS اغلب به پزشک مراجعه نمی‌کنند. اما در سویی دیگر، کسانی هستند که IBS برایشان ویرانگر است. گوشه‌گیر، منزوی و دستپاچه می‌شوند، زندگی اجتماعی‌شان تخریب شده و گاه منجر به از دست دادن شغل‌شان می‌شود (نیکول، ۱۹۸۹ ترجمه طاهر، ۱۳۸۶).

مروری بر تأثیرات درمان‌های پزشکی حاکی از آن است که علی‌رغم مصرف دارو توسط ۸۰٪ بیماران، تنها ۳۴٪ آنان، دارو را در رفع علائم خود مؤثر دانستند که همین امر لزوم شناخت بیشتر عوامل روانی مرتبط با این نوع اختلالات را مشخص می‌کند.

### عوامل مرتبط با اختلالات روان‌تنی از دیدگاه نظریه پردازان

اندیشمندان حوزه‌های مختلف روانشناسی و روانپزشکی در خصوص سبب‌شناسی اختلالات روان‌تنی و طریقه تأثیر و تأثر روان و تن بر یکدیگر نظریه‌ها، مدل‌ها و رویکردهای متعددی را مطرح کرده‌اند.

زیگموند فروید (۱۹۰۰) تنها به دانستن این مطلب بسنده نمود که میان سطوح ناخودآگاه و خودآگاه واکنش‌های بدنی رابطه‌ای وجود دارد و ابتلای جسمی در هیستری تبدیلی ناشی از ریشه‌ی روانزاست، چرا که به‌طور هم‌زمان با تعارضات روانی آغاز و با حل این تعارضات پایان می‌پذیرفت.

چند سال بعد فرنزی<sup>۱</sup> (۱۹۱۰) خون‌ریزی کولیت قرحه‌ای را تظاهر یک تخیل‌روانی خاص تلقی کرد. تعبیر فرنزی از علائم روان‌تنی به‌عنوان واکنش‌های تبدیلی، نخستین انطباق این مفهوم بر بیماری‌هایی مثل کولیت بود چرا که کولیت به‌عنوان یک نوروز عضوی با علائم تبدیلی در دستگاه‌های ارادی بدن، متفاوت بود.

گروهی دیگر از نظریه‌پردازان همچون دوویچ<sup>۲</sup> (۱۹۳۹) و گرین اکر<sup>۳</sup> (۱۹۴۹) معتقد بودند که ضربه‌های تولد، شیرخوارگی و کودکی، شخص را مستعد بیماری روان‌تنی در بزرگسالی می‌سازد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳، ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۲).

<sup>۱</sup>.Ferenczi

<sup>۲</sup>.Deutsch

<sup>۳</sup>.Greenacre

شور<sup>۱</sup> (۱۹۵۵) معتقد بود نوزاد ابتدا نسبت به محرک‌ها، واکنش‌های بدنی نشان می‌دهد و به تدریج می‌آموزد خود را کنترل کند. به موازاتی که کودک می‌آموزد در هنگام واکنش به فشار بر عاطفه، شناخت و رفتار خود کنترل داشته باشد این واکنش‌ها غیربدنی می‌شوند، حال واکنش‌های روان‌تنی در واقع بازگشتی به مراحل اولیه رشد و یا به عبارتی دیگر "جسمی‌شدن مجدد"<sup>۲</sup> هستند. در حوزه نظریات یادگیری، میلر<sup>۳</sup> (۱۹۶۶) طی تحقیقی بیان‌داشت اختلالات روان‌تنی می‌تواند از طریق شرطی‌شدن وسیله‌ای توسط رفتار والدین در کودک ایجاد شود. وقتی کودک روز امتحان رنگ‌پریدگی ضعف و سایر علائم روان‌تنی را نشان می‌دهد و مادر به او اجازه ماندن در منزل را داده و از او مراقبت می‌کند، کودک آن‌را پاداش تلقی کرده و آماده می‌شود در آینده علائم مشابهی نشان‌دهد حتی میلر نشان‌داد کودک به دفعات می‌آموزد علائم روان‌تنی را که از سوی والدین نادیده گرفته شده حذف و علائم مورد توجه آن‌ها را نشان دهد. به‌علاوه میلر (۱۹۶۹) با اجرای چند آزمون ثابت کرد که می‌توان ضربان قلب، انقباضات روده‌ای و ترشح بزاق، فشارخون و حتی میزان تجمع ادرار در کلیه‌ها را به‌طور وسیله‌ای شرطی کرد (ولمن، ۱۹۸۸، ترجمه نجاریان و همکاران، ۱۳۷۵).

تایلور در سال ۱۹۸۷ تکامل علم اختلالات روان‌تنی در نظریه روان‌کاوی را شرح داده و به دنبال آن از نظریات روان‌پوییشان روابط بین‌فردی سخن به‌میان می‌آورد و می‌گوید در نظریه‌ی رابطه‌ی شیء و روانشناسی خود، به‌جای تأکید بر نقش سابق‌ها و دفاع‌ها، بر نقش روابط بین‌فردی انگشت می‌گذارند و بیشتر به رابطه‌ی اولیه مادر-فرزند و اهمیت آن در رشد وحدت روان‌تنی و شخصیت سالم توجه نموده‌اند.

این تغییر قابل ملاحظه از مشغولیت فکری با تعارضات درون‌روانی به خصیصه‌های غیر-انطباقی روان‌شناختی توسط آنجل (۱۹۶۸)، گرین<sup>۴</sup> (۱۹۵۴) و شامیل<sup>۵</sup> (۱۹۵۸) نیز مورد حمایت و توجه قرار گرفته بود. آن‌ها تأکید نموده‌اند که بسیاری از بیماری‌ها در اوضاع و شرایط جدایی یا سوگ آغاز می‌شوند که پیامد چنین جدایی‌هایی در این افراد، حالتی از ضعف انطباقی است که می‌تواند منجر به بیماری شود (ولمن، ۱۹۸۸، ترجمه نجاریان و همکاران، ۱۳۷۵).

<sup>۱</sup>.Schur

<sup>۲</sup>.Resomatization

<sup>۳</sup>.Miller

<sup>۴</sup>.Greene

<sup>۵</sup>.Schamale

از دیگر عوامل مؤثر بر اختلالات روان‌تنی، استرس می‌باشد که در دهه ۱۹۲۰، والترکانن<sup>۱</sup> با هدایت نخستین مطالعه منظم نشان داد که تحریک سلسله اعصاب اتونومیک، مخصوصاً سیستم سمپاتیک، ارگانیسیم را برای پاسخ ستیز یا گریز آماده می‌سازد. این واکنش در حیواناتی که توان گریز داشتند مفید بود، اما در انسانی که به دلیل تمدن نه قدرت ستیز دارد نه گریز، استرس حاضر موجب بروز بیماری می‌گردد.

البته مفهوم روان‌تنی بعدها توسط استود مایر تعدیل یافت، او از اصطلاح "سوماتوتایمی"<sup>۲</sup> با تأکید بر عوامل فرهنگی در استفاده از زبان تن و علائم جسمی برای بیان ناراحتی استفاده کرد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳، ترجمه پور افکاری، ۱۳۸۲).

### نظریه اجتماعی فرهنگی

عده‌ای دیگر از نظریه پردازان معتقدند گروهی از عوامل اجتماعی فرهنگی نقش تعیین‌کننده‌ای در رابطه با اختلالات روان‌تنی دارند.

کارن هورنای (۱۹۳۹)، جیمز هالییدی<sup>۳</sup> (۱۹۴۸) و مارگات مید<sup>۴</sup> (۱۹۴۷) بر نقش فرهنگ در پیدایش بیماری روان‌تنی تأکید نمودند. به نظر آن‌ها فرهنگ بر مادر تأثیر می‌گذارد و او به نوبه‌ی خود از طریق روابطش با کودک مثل تغذیه، مواظبت و انتقال اضطراب بر او اثر می‌کند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳، ترجمه پور افکاری، ۱۳۸۲).

البته از سویی دیگر، برخی محققین با مطرح کردن نسبی بودن درد بسته به فرهنگ، نظریات جدید و متفاوتی را مطرح کردند. وایزبرگ (۱۹۷۷) معتقد است که احتمالاً در هر فرهنگ، یادگیری و مقایسه‌ی اجتماعی که سبب تجربه‌ی درد در افراد می‌شود، متفاوت است. درد تجربه‌ای نسبتاً مبهم و شخصی است که محیط اجتماعی نیز می‌تواند بر معنا و مفهوم آن از نظر فرد تأثیر بگذارد. در برخی محیط‌ها افراد یاد می‌گیرند باید برخی از احساس‌ها را نادیده بگیرند درحالی که در محیط‌های دیگر همان احساس، اظهار نگرانی زیادی به دنبال دارد (دی‌ماتئو<sup>۵</sup>، ۱۹۹۱، ترجمه موسوی-موسوی اصل، ۱۳۷۸).

<sup>۱</sup>.Cannon

<sup>۲</sup>.Somatothymia

<sup>۳</sup>.Halliday

<sup>۴</sup>.Mead

<sup>۵</sup>.Di Matto