



## The Moderating Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies in the Relationship between the Severity of Sexual Trauma Experience and Somatic Symptom

Soheila Etemadi<sup>1</sup>, Hamid Poursharifi<sup>2</sup>, Buick Tajeri<sup>3</sup>, Mehdi Kalantari<sup>4</sup>, Nahid Hoasi Somar<sup>5</sup>

1. Ph.D. student in health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

2. (Corresponding author)\* Associate Professor in health Psychology, Department of Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

3. Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

4. Assistant Professor of Higher Education Management, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

5. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

### Abstract

**Aim and Background:** Regard to the impact of the sexual traumatic event on somatic and psychological functioning and the importance of this issue in students, the present study was conducted to investigate the relationship between the severity of sexual trauma experience on somatic symptoms and the role of moderating cognitive emotion regulation strategies in Student girls abused.

**Methods and Materials:** The present research method was descriptive-correlation and the statistical population was all students aged 14 to 17 in Tehran province in the academic year of 1997-98. In this study, two areas were selected as available (Rudehen Education Area and Four Area). By screening the cases of sexual experience (sexual harassment and sexual abuse), 273 people participated in the analysis as the main sample. The data were collected by checklist of Traumatic Experiences of Nugent Hues and Wonder Hart & Kruger (2002), Cognitive emotion regulation strategies questionnaire Garnefsky et al. (2001), Greek's Mental Health Questionnaire (2015), and analyzed using correlation, bootstrap test, and conditional effects.

**Findings:** The results of the present study showed that among the strategies of emotion regulation, Catastrophizing and rumination positivity, and acceptance negatively, were able to significantly moderate the effects severity of the experience of sexual trauma on somatic symptoms.

**Conclusions:** Due to the moderating role of cognitive emotion regulation strategies in the relationship between the severity of sexual experience and somatic symptoms in order to promote physical health and reduce somatic symptoms, it is recommended to develop programs to study the history of trauma, especially sexual trauma in adolescents with somatic symptoms, and also by training the emotion regulation consistence strategies, effective interventions should be performed.

**Keywords:** Traumatic experiences of sexual abuse, cognitive emotion regulation strategies Somatic Symptoms.

**Citation:** Etemadi S, Poursharifi H, Tajeri B, Kalantari M, Hoasi Somar N. **The Moderating Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies in the Relationship between the Severity of Sexual Trauma Experience and Somatic Symptom.** J Res Behav Sci 2020; 18(1): 112-121.

\* Hamid Poursharifi,  
Email: [poursharifih@gmail.com](mailto:poursharifih@gmail.com)

# نقش تعدیل‌کننده راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین شدت تجربه آسیب جنسی و علائم جسمی

سهیلا اعتمادی<sup>۱</sup>، حمید پورشریفی<sup>۲</sup>، بیوک تاجری<sup>۳</sup>، مهدی کلانتری<sup>۴</sup>، ناهید هواسی سومار<sup>۵</sup>

۱- دانشجوی دکترا، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)\* گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۳- گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۴- گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه آزاد واحد رودهن، رودهن، ایران.

۵- گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران.

## چکیده

**زمینه و هدف:** با توجه به تأثیر رویداد تروماتیک جنسی بر عملکرد جسمانی و روان شناختی و اهمیت این موضوع در دانش‌آموزان، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه شدت تجربه آسیب‌زای جنسی بر علائم جسمی با نقش تعدیل‌کننده راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در دانش‌آموزان دختر آسیب‌دیده انجام گرفت.

**مواد و روش‌ها:** روش پژوهش حاضر توصیفی - همبستگی بوده و جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان ۱۴ تا ۱۷ سال استان تهران در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ بود. در این پژوهش دو منطقه به‌صورت در دسترس انتخاب شدند (منطقه آموزش و پرورش رودهن و منطقه چهار) که با غربالگری موارد تجربه آسیب‌زای جنسی (آزار و اذیت جنسی و سوءاستفاده جنسی)، ۲۷۳ نفر به‌عنوان نمونه اصلی در تحلیل شرکت کردند. داده‌ها توسط چک‌لیست تجارب آسیب‌زای زندگی نیجن هویس، وندر هارت و کروگر (۲۰۰۲)، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱)، پرسشنامه سلامت جسمانی گرک (۲۰۱۵)، جمع‌آوری شد و با استفاده از روش همبستگی، آزمون بوت استرپ و اثرات شرطی مورد تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** نتایج پژوهش حاضر نشان داد از بین راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، راهبردهای فاجعه‌سازی و نشخوارگری به‌صورت مثبت و راهبرد پذیرش به شکل منفی توانستند اثرات آسیب جنسی بر علائم جسمی را به شکل معنی‌داری تعدیل کنند.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نقش تعدیل‌کننده راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، در رابطه بین شدت تجربه آسیب جنسی و علائم جسمی، پیشنهاد می‌گردد با تدوین برنامه‌هایی جهت بررسی تاریخچه تروما و به‌ویژه ترومای جنسی نوجوانان با علائم جسمی و آموزش راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان در راستای ارتقای سلامت جسمانی و کاهش علائم جسمی، مداخلات مؤثری انجام شود.

**واژه‌های کلیدی:** تجارب آسیب‌زای جنسی، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، علائم جسمی.

**ارجاع:** اعتمادی سهیلا، پورشریفی حمید، تاجری بیوک، کلانتری مهدی، هواسی سومار ناهید. نقش تعدیل‌کننده راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین شدت تجربه آسیب جنسی و علائم جسمی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۹؛ ۱۸(۱): ۱۲۱-۱۱۲.

\*- حمید پورشریفی

رایان نامه: [poursharifih@gmail.com](mailto:poursharifih@gmail.com)

## مقدمه

در ارتباط با مفهوم ترومای روان‌شناختی می‌توان گفت تروما یک تجربه منحصربه‌فرد از رویداد است که الف) توانایی فرد در جهت یکپارچگی تجربه هیجانی را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد و ب) فرد به‌صورت ذهنی، تهدید زندگی و مرگ و نابودی را تجربه خواهد کرد. ج) ممکن است فرد از نظر شناختی، هیجانی و جسمی درهم‌شکسته شود (۱). منابع تروما گسترده است اما به‌صورت کلی می‌توان آن‌ها را به منابع انسانی، فناوری و بلایای طبیعی تقسیم کرد. از جمله منابع انسانی می‌توان به انواع آزار و اذیت، رهاشدگی، در معرض خشونت قرار گرفتن، سوءاستفاده فیزیکی، انواع بدرفتاری‌های شدید، شاهد خشونت بودن و همچنین انواع سوءاستفاده از کودک و به‌ویژه سوءاستفاده جنسی اشاره کرد (۲). یکی از انواع تروماهایی که برخی از کودکان و نوجوانان در طی تحول خود تجربه می‌کنند آزار و سوءاستفاده جنسی است. سازمان بهداشت جهانی سوءاستفاده جنسی از کودک را تحت عنوان: مشارکت کودک در فعالیت جنسی توسط یک بزرگسال و یا کودکی دیگر که از نظر سنی و قدرت به‌مراتب بیشتر از او باشد (حداقل ۴ سال) در جهت رفع نیازهای جنسی درحالی‌که نمی‌تواند رضایت آگاهانه داشته باشد در نظر گرفته است و شامل: وادار کردن و یا تحریک کودک به فعالیت جنسی، استفاده استثمارگرانه از کودک در فحشا، یا سایر شیوه‌های جنسی غیرقانونی ازجمله فعالیت‌های پورنوگرافی باشد. از آنجاکه سن قانونی برای رضایت لازم است، تمام اعمال جنسی بین یک کودک بزرگسال و کودک زیر سن قانونی (حتی با موافقت کودک)، سوءاستفاده جنسی از کودک است (۳). پاسخ به رویداد تروماتیک بر اساس نوع آسیب، عوامل جمعیت شناختی و پس‌زمینه‌ای فرد متفاوت است. در پاسخ به رویداد تروماتیک سه واکنش رفتاری شامل: پاسخ فعالانه؛ واکنشی و منفعلانه مطرح شده است. پاسخ فعالانه شامل رسیدگی و تصحیح استرسور قبل از آنکه بر زندگی فرد اثر بگذارد است. پاسخ واکنشی اشاره به واکنش فرد پس از استرس دارد و هدف آن کاهش آسیب رویداد است و پاسخ‌های منفعلانه اشاره به بی‌حسی هیجانی یا چشم‌پوشی و اجتناب از رویداد تروماتیک دارد (۵ و ۴).

آنچه تحقیقات گذشته مورد تأکید قرار داده‌اند آن است که علائم جسمانی یکی از انواع واکنش‌هایی است که در افراد با تجارب ترومای جنسی مشاهده می‌گردد (۶-۷). در پژوهشی که

با هدف بررسی علائم و نشانه‌های فیزیکی کودکان باتجربه سوءاستفاده جنسی انجام گرفت نشان داده شد که عمده‌ترین شکایت جسمانی، شکایات گوارشی و یبوست و تناسلی است. در رابطه با تفاوت جنسیتی در علائم جسمانی در مطالعه‌ای که بر روی ۲۲۲ پسر و ۶۶۰ دختر انجام گرفت نتایج نشان داد که پسران در مقایسه با دختران در ادامه سوءاستفاده جنسی، علائم روان‌شناختی بیشتری را گزارش کردند و دختران در مقایسه با پسران، علائم جسمانی بیشتری را مطرح کردند (۸).

مبتلایان به اختلال علائم جسمی اغلب علائم جسمی متعددی را نشان می‌دهند که ناراحت‌کننده بوده و گسیختگی معناداری در زندگی و عملکرد فرد ایجاد می‌کند؛ اگرچه علامت شایع‌تر به‌صورت درد هست؛ بااین‌حال علائم می‌تواند به‌صورت درد موضعی و یا علائم نسبتاً نامعین مانند احساس خستگی باشد (۹). شیوع شکایت جسمی در کودکان و نوجوانان بسته به جمعیت موردبررسی متفاوت گزارش شده است و بین ۱۰ تا ۴۵ درصد متغیر بوده است (۱۰). در مطالعه‌ای که در این زمینه در ایران انجام گرفت نتایج نشان داد که شایع‌ترین اختلالات روان‌تنی در کودکان و نوجوانانی که مورد انواع سوءاستفاده قرارگرفته بودند، درد مفاصل آرنج و زانو، سردردهای عصبی، درد کف و کمر، یبوست، زخم معده، اختلالات قاعدگی و آرتروز بوده است (۱۱).

نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که تجارب آسیب‌زا می‌تواند یک پایه بیولوژیکی ایجاد کند که می‌تواند اثرات فیزیولوژیکی مختلفی مانند بیومارکرهای مربوط به التهاب، بیماری‌های قلبی-عروقی و غدد درون‌ریز ایجاد کند (۱۲). در جدیدترین نتایج نقش واسطه تغییرات اپی ژنتیک اشاره شده است به عبارتی نتایج تحقیقات نشان داده است که تجارب آسیب‌زای کودکی ممکن است خطر ابتلا به طیف وسیعی از پیامدهای سلامتی را از طریق مکانیسم‌های اپی ژنتیک به همراه داشته باشد (۱۳). ازجمله عوامل تعدیل‌کننده بین تجربه آسیب‌زای جنسی و پیامدهای جسمانی، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان است. راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در آسیب‌شناسی کودکان و نوجوانان عامل بسیار مهمی است و به عبارتی، شیوه شناختی تنظیم هیجان به آن‌ها در مدیریت و کنترل عاطفه در حین وقوع حادثه استرس‌زا و یا بعدازآن، کمک می‌کند (۱۴). گرچه توانایی تفکر پیشرفته و راهبرد تنظیم هیجان توسط تفکر، یک توانایی و ظرفیت همگانی است؛ بااین‌حال در میان نوجوانان در رابطه با فعالیت شناختی و محتوای افکار و معنایی که بر اساس آن

و دوم استان تهران در سال تحصیلی ۹۸-۹۷ بود. نمونه مورد مطالعه ۲۷۳ نفر بود که تجربه آسیب‌زای جنسی را گزارش کردند و این نمونه از بین ۲۵۰۰ دانش‌آموز سنین ۱۴ تا ۱۷ ساله در دو مرحله (گام اول در دسترس و گام دوم هدفمند) انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه‌ها ابتدا از مناطق مختلف آموزش و پرورش استان تهران، مناطقی که حاضر به همکاری در این پژوهش بودند و در گام بعد مدارسی که در هر منطقه همکاری لازم را داشتند، به صورت در دسترس انتخاب شدند. به لحاظ رعایت موازین اخلاقی، با توجه به سن کمتر از ۱۸ سال نمونه‌ها (۱۴-۱۷) و همچنین حساسیت موضوع، جلسات توجیهی برای خانواده‌ها با تأکید بر پیامدهای جسمانی و روان‌شناختی تجارب آسیب‌زا برگزار شد. پس از کسب رضایت از آن‌ها، جلسه توجیهی برای دانش‌آموزان با بحث خود مراقبتی اجرا شد. پس از ایجاد جو اعتمادسازی و همچنین بسترسازی در زمینه‌ی حفظ اطلاعات شخصی دانش‌آموزان که در راستای این مسئله به جای اسم دانش‌آموز از کدهای مخصوص هر فرد استفاده شد، همچنین با کسب رضایت از آن‌ها، پرسش‌نامه تجارب آسیب‌زا به تمام دانش‌آموزان پایه نهم، دهم، یازدهم، دوازدهم هر آموزشگاه داده شد. در گام دوم پس از بررسی پرسش‌نامه‌ها، نمونه‌هایی که بر اساس پرسش‌نامه شدت تجربه آسیب جنسی (سوءاستفاده و آزار جنسی) را گزارش کرده بودند و حداقل شش ماه از حادثه ترومای جنسی گذشته بود، انتخاب شدند و سپس پرسش‌نامه علائم جسمانی و پرسش‌نامه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان را تکمیل کردند.

در نهایت ۲۹۳ پرسش‌نامه تکمیل شدند که با بررسی پرسش‌نامه‌هایی که به صورت ناقص تکمیل شده بودند، ۲۷۳ پرسش‌نامه مورد تحلیل آماری قرار گرفتند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از روش همبستگی، آزمون بوت استرپ و اثرات شرطی مورد تحلیل قرار گرفتند. در جهت گردآوری داده‌ها از سه پرسش‌نامه استاندارد استفاده شد.

### چک‌لیست تجارب آسیب‌زای زندگی (T.E.C)

**الرت نیجن هویس و وندر هارت و کروگر (۱۸):** این چک‌لیست شکل‌های متنوعی از تجارب به‌طور بالقوه آسیب‌زا را ارزیابی می‌کند. نمره‌ی کلی T.E.C شامل تأیید تعداد تجارب بالقوه آسیب‌زای زندگی است که بین (۰-۲۹). نمره‌گذاری می‌شود. این پرسش‌نامه شامل پنج حیطه آسیب‌زا است که عبارت‌اند از: غفلت هیجانی، سوءاستفاده هیجانی، سوءاستفاده

می‌توانند در رویارویی با تجارب استرس‌زا به تنظیم هیجانات بپردازند، تفاوت‌های فردی وجود دارد (۱۴). رابطه بین فرایندهای تنظیم هیجان با اختلال علائم جسمانی توسط مطالعات نورویولوژیکی مطرح شده است از جمله: ارتباط نورون‌ها، همپوشانی بین هیجان و دستگاه‌های حسی و حرکتی که این شبکه با سیستم خودکار و ایمنی و محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال ارتباط برقرار می‌کند و همچنین این شبکه نقش کلیدی در آگاهی از احساسات درونی بدن و تنظیم هومیواستاتیک در پاسخ به تغییرات هیجانی را بازی می‌کند (۱۵). در جدیدترین مطالعه فراتحلیلی که بر روی مقالات بین سال‌های ۱۹۸۵ تا ۲۰۱۸ در زمینه تنظیم هیجانی در بیماران با اختلال علائم جسمانی و اختلالات مرتبط با آن انجام گرفت، بیان شده است که بیماران با اختلال علائم جسمانی، ارتباط کمی با محتوای شناختی هیجان برقرار می‌کنند و به عبارتی آن‌ها تمایل دارند که در برخورد با مشکلات به شکل غیر انعطاف‌پذیری به موارد هیجانی خود توجه کرده یا به عبارتی آن‌ها را سرکوب کنند. از سویی دیگر در این افراد، اجزای بدن، الگوی بیش برانگیخته‌ای را نشان می‌دهد (۱۶). همچنین شکایت جسمانی یک مشکل عمده در بین کودکان است و از عوامل پیش‌بینی کننده مشکلات درونی‌سازی است. بر همین اساس پژوهشی که بر روی ۴۶۷ کودک دبستانی انجام گرفت نشان داد که راهبردهای تنظیم هیجان خشم از عوامل پیش‌بین شکایت جسمانی در کودکان است (۱۷).

با توجه به مطالب ارائه شده و نقش راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در تعدیل علائم جسمانی و همچنین با توجه به شیوع دردهای متعدد جسمانی در نوجوانان که موجب تأخیر و غیبت‌های مداوم دانش‌آموزان می‌گردد و از سویی تابو بودن آزار و اذیت و سوءاستفاده جنسی از کودکان و نوجوانان که موجب عدم افشاسازی و متعاقب آن پیامدهای جسمانی و روان‌شناختی در آن‌ها می‌گردد، محقق بر آن شد به بررسی رابطه شدت تجربه آسیب‌زای جنسی با علائم جسمانی با نقش تعدیل‌کننده راهبردهای شناختی تنظیم هیجان بپردازد و به این سؤال پاسخ دهد آیا راهبردهای شناختی تنظیم هیجان نقش تعدیل‌کننده در رابطه بین شدت تجربه آسیب‌زای جنسی و علائم جسمانی دارد؟

### مواد و روش‌ها

روش این پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانش‌آموزان دختر متوسطه دوره اول

تدوین شده است. ابزاری است که فرد بر اساس میزان شدت هر یک از نشانگان جسمانی، به هر گویه بین ۰ - ۲ نمره می‌دهد. سه نقطه برش ۵، ۱۰ و ۱۵ دارد که نشان می‌دهد علائم جسمانی فرد خفیف، متوسط یا شدید است. مطالعات مختلف گزارش کرده‌اند که این ابزار از ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی برخوردار است. بر اساس مطالعات لی، کرید و لیونگ (۲۰۱۵)، آلفای کرونباخ، همسانی درونی آن را ۰/۷۹، گزارش کردند (۲۲). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۷۵ به دست آمد. نسخه‌ی کره‌ای این مقیاس در محیط‌های سرپایی روان‌پزشکی برای اندازه‌گیری کردن شدت علائم جسمانی مناسب هستند (۲۳).

### یافته‌ها

شاخص‌های جمعیت شناختی این پژوهش شامل سن، مقطع تحصیلی و منطقه بود. ۲۸/۹٪ شرکت‌کنندگان دارای ۱۴ سال، ۲۴/۲٪ دارای ۱۵ سال، ۲۶٪ دارای ۱۶ سال و ۲۰/۹٪ دارای ۱۷ سال بودند. ۲۲٪ شرکت‌کنندگان در مقطع هشتم، ۲۳/۸٪ در مقطع نهم، ۳۴/۲۲٪ در مقطع دهم و ۲۰/۹٪ در مقطع یازدهم مشغول به تحصیل بودند. همچنین ۷۲/۹٪ شرکت‌کنندگان در مدارس رودهن و ۲۷/۱٪ آن‌ها در مدارس تهران تحصیل می‌کردند. در جدول شماره ۱، شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین و انحراف استاندارد ارائه شده‌اند.

نتایج جدول یک نشان می‌دهد که علائم جسمی و تجارب آسیب‌زای جنسی به ترتیب دارای میانگین ۱۰/۷۹ و ۴/۲۲ است و میانگین تمام راهبردها در جدول مشاهده می‌شود. جدول ۲ همبستگی بین راهبردهای تنظیم هیجان سازگارانه و ناسازگارانه را با تجارب آسیب‌زای جنسی و علائم جسمی نشان می‌دهد.

بر اساس مندرجات جدول ۲، راهبرد تنظیم هیجان نشخوار گری بیشترین همبستگی را با تجارب آسیب‌زای جنسی با ضریب استاندارد ۰/۲۷۵ و ارزیابی مجدد مثبت، کمترین همبستگی را دارد و از سویی دیگر فاجعه سازی نیز بیشترین همبستگی را با علائم جسمی با ضریب استاندارد ۰/۴۱۱ دارد.

جدول ۳ نتایج تحلیل تعدیل گر برای نقش تعدیل‌کنندگی راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در ارتباط بین تجارب آسیب‌زای جنسی و علائم جسمی را نشان می‌دهد. این جدول شامل ضرایب رگرسیون (ضرایب غیراستاندارد)، فاصله‌های اطمینان، خطای استاندارد، مقادیر بحرانی  $t$  و سطح معنی‌داری

بدنی و تهدید، آزار جنسی و سوءاستفاده جنسی که هر حیطه شامل سه سؤال است که بین (۱۲-۰) نمره‌گذاری می‌شود.

نمره‌گذاری هر سؤال بر اساس وقوع هرکدام از تجارب، طول مدت تجارب آسیب‌زا، ارتباط فرد با عامل آن، شدت تجربه آسیب‌زا یک نمره محاسبه می‌شود؛ لذا مجموع نمرات هر سؤال بین ۰ تا ۴ خواهد بود و با احتساب سه سؤال برای هر حیطه، بین ۰ تا ۱۲ نمره‌گذاری می‌گردد. نمره شدت تجربه آسیب‌زا برای تمام پنج حیطه پرسشنامه بین ۰-۶۹ هست. نارینگ و نیچن هویز (۲۰۰۵) روایی همگرا و وابسته به ملاک را خوب تا عالی بیان کرده است (۱۹). آلفای کرونباخ چک‌لیست تجارب آسیب‌زا در مطالعه نیچن هویز که به صورت ساختاریافته اجرا شده بود، ۰/۶۲ گزارش شده است (۱۸). آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۷۱ به دست آمد.

### پرسشنامه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان: این

پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱)، در جهت ارزیابی راهبردهای شناختی تنظیم هیجان افراد در پاسخ به تجارب تهدیدکننده و استرس‌آور زندگی طراحی گردید (۱۴). این پرسشنامه، یک ابزار خود گزارشی ۳۶ گویه‌ای با نه خرده مقیاس متفاوت شامل، ملامت خویش، ملامت دیگران، پذیرش، نشخوار گری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، فاجعه سازی و دیدگاه پذیری است. نمرات هر زیر مقیاس در دامنه ۴ تا ۲۰ و جمع کل نمرات در دامنه بین ۳۶ تا ۱۸۰ قرار می‌گیرد. گارنفسکی و همکاران پایایی این آزمون را با استفاده از ضریب کرونباخ برابر ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ گزارش داده‌اند (۱۴). نسخه فارسی پرسش‌نامه نظم جویی شناختی هیجان در فرهنگ ایرانی توسط حسنی (۲۰۱۱) مورد هنجاریابی قرار گرفته است. در این مطالعه، پایایی مقیاس بر اساس روش‌های همسانی درونی ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ و از طریق باز آزمایی با دامنه همبستگی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷ گزارش شده است و روایی پرسش‌نامه مذکور از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش، همبستگی بین خرده مقیاس‌ها با دامنه همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ و روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است (۲۰). همچنین در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

### پرسشنامه سلامت جسمانی (PHQ-15):

پرسشنامه سلامت جسمانی یک پرسش‌نامه ۱۵ گویه‌ای است که توسط گرک (۲۰۱۵)، طراحی شد (۲۱). این ابزار که برای سنجش شدت نشانگان جسمانی طی چهار هفته گذشته

از میان راهبردهای تنظیم هیجان، فاجعه سازی، نشخوار و پذیرش می‌تواند اثر تجارب آسیب‌زای جنسی را بر علائم جسمی تعدیل کنند. سایر راهبردها، اثر معنی‌دار ندارند.

است. توسعه‌دهندگان آزمون بوت استرپ در افزونه Process Macro در تحلیل‌های تعدیل گر توصیه بر عدم گزارش و تفسیر ضرایب استاندارد می‌کنند. بر اساس مندرجات این جدول،

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	خرده مقیاس	میانگین	انحراف استاندارد
راهبردهای شناختی تنظیم هیجان سازگارانه	پذیرش	۱۲/۰۲	۳/۴۶۵
	تمرکز مجدد مثبت	۱۱/۶۲	۳/۹۹۶
	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۱۱/۹۹	۳/۷۴۶
	ارزیابی مجدد مثبت	۱۱/۱۶	۳/۷۹۹
	دیدگاه گیری	۱۱/۰۷	۳/۳۴۲
راهبردهای شناختی تنظیم هیجان ناسازگارانه	ملامت خود	۱۳/۵۹	۴/۰۰۹
	ملامت دیگری	۱۲/۵۸	۴/۰۱۹
	فاجعه سازی	۱۲/۲۷	۴/۰۵۷
	نشخوار گری	۱۰/۷۷	۴/۱۲۳
علائم جسمی	-	۱۰/۷۹	۵/۱۹۳
تجارب آسیب‌زای جنسی	-	۴/۲۲	۱/۹۴

جدول ۲. همبستگی بین راهبردهای شناختی تنظیم هیجان سازگارانه و ناسازگارانه با تجارب آسیب‌زای جنسی و علائم جسمی

متغیرها	پذیرش	تمرکز مجدد مثبت	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	ارزیابی مجدد مثبت	دیدگاه‌گیری	ملامت خود	ملامت دیگری	فاجعه‌سازی	نشخوارگری
تجارب آسیب‌زای جنسی	۰/۰۸۰	-۰/۰۷۵	-۰/۰۸۲	-۰/۰۳۴	-۰/۰۵۵	۰/۱۶۷**	۰/۱۶۸**	۰/۱۲۵**	۰/۲۷۵**
علائم جسمی	-۰/۱۵۴*	-۰/۳۴۰**	-۰/۳۱۳**	-۰/۱۷۱**	-۰/۱۳۳*	۰/۳۲۹**	۰/۳۱۹**	۰/۴۱۱**	۰/۴۰۸**

$$P < ۰/۰۵ \quad **P < ۰/۰۱$$

جدول ۳. تحلیل تعدیل گر برای نقش تعدیل‌کنندگی راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در اثر تجارب آسیب‌زای جنسی بر علائم جسمی

متغیر تعدیل کننده	ضریب رگرسیون (B)	حدود بوت استرپ (فاصله‌های اطمینان)		خطای استاندارد	t	p	VIF
		حد پایین	حد بالا				
ملاحت خود	-۰/۰۷۱۴	-۰/۱۶۶۶	۰/۰۲۳۹	۰/۰۴۸۴	-۱/۴۷۵	۰/۱۴۱۴	
ملاحت دیگران	-۰/۰۵۰۲	-۰/۱۲۰۷	۰/۰۲۰۳	۰/۰۳۵۸	-۱/۴۰۱	۰/۱۶۲۱	
فاجعه سازی	۰/۰۷۸۹	۰/۰۰۴۸	۰/۱۵۲۹	۰/۰۳۷۶	۲/۰۹۷	۰/۰۳۶۹	
نشخوار	۰/۰۹۲۸	۰/۰۱۷۱	۰/۱۶۸۵	۰/۰۳۸۴	۲/۴۱۳	۰/۰۱۶۵	
پذیرش	-۰/۱۱۵۵	-۰/۲۱۴۱	-۰/۰۱۶۸	۰/۰۵۰۱	-۲/۳۰۴	۰/۰۲۲۰	
تمرکز مجدد مثبت	-۰/۰۲۱۱	-۰/۰۹۷۲	۰/۰۵۵۰	۰/۰۳۸۶	-۰/۵۴۵۸	۰/۵۸۵۶	
تمرکز مجدد برنامه‌ریزی	۰/۰۱۹۰	-۰/۰۶۴۹	۰/۱۰۲۸	۰/۰۴۲۶	۰/۴۴۵۲	۰/۶۵۶۵	
ارزیابی مجدد	۰/۰۰۵۶	-۰/۰۷۹۴	۰/۰۹۰۶	۰/۰۴۳۲	۰/۱۲۸۸	۰/۸۹۷۶	
دیدگاه گیری	۰/۰۰۷۱	-۰/۰۸۶۲	۰/۱۰۰۴	۰/۰۴۷۴	۰/۱۴۹۸	۰/۸۸۱۱	



از راهبرد فاجعه سازی استفاده کنند، به احتمال بیشتری تجربه آسیب‌زای جنسی آن‌ها منجر به علائم جسمی خواهد شد و برعکس هرچقدر کمتر از فاجعه سازی استفاده کنند، احتمال بروز علائم جسمی کمتر است. از طرفی بر اساس بررسی اثرات شرطی، مشخص می‌شود که در پایین‌ترین سطح فاجعه سازی، اثر تجارب آسیب‌زای جنسی بر علائم جسمی معنی‌دار نیست. این یافته حاکی از آن است که در نوجوانانی که کمترین میزان فاجعه سازی را دارند، تجارب آسیب‌زای جنسی نمی‌تواند منجر به علائم جسمی شود.

جدول ۴ اثرات شرطی تجارب آسیب‌زای جنسی بر علائم جسمی بر اساس سطوح راهبردهای شناختی تنظیم هیجان (فاجعه سازی، نشخوار و پذیرش) نشان می‌دهد. با توجه به اینکه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان متغیرهای کمی پیوسته هستند، میانگین، یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین و یک انحراف معیار بالاتر از میانگین به‌عنوان سه سطح متغیر تعدیل‌کننده در نظر گرفته شده و اثرات شرطی در این سه سطح محاسبه شدند. همان‌گونه که مشاهده می‌شود با افزایش سطح راهبرد فاجعه سازی، اثر مثبت تجارب آسیب‌زای جنسی بر علائم جسمی افزایش می‌یابد. به این معنی که هر چه نوجوانان بیشتر

جدول ۴. اثرات شرطی تجارب آسیب‌زای جنسی بر علائم جسمی بر اساس سطوح متغیر تعدیل‌گر (راهبردهای شناختی تنظیم هیجان)

متغیر تعدیل‌کننده	سطوح متغیر تعدیل‌کننده	اثر شرطی	خطای استاندارد	t	p
فاجعه سازی	۸/۳۱۳	-۰/۲۰۲۸	-۰/۱۹۰۷	۱/۰۶۳	-۰/۲۸۸۴
	۱۲/۲۷۱	-۰/۵۲۲۸	-۰/۱۵۲۲	۳/۴۳۴	-۰/۰۰۰۷
	۱۶/۳۲۸	-۰/۸۴۲۹	-۰/۲۳۷۸	۳/۵۴۵	-۰/۰۰۰۵
نشخوار	۹/۶۵۳	-۰/۰۹۰۰	-۰/۱۷۸۲	-۰/۵۰۴۹	-۰/۶۱۴۱
	۱۳/۷۸۷	-۰/۴۷۳۶	-۰/۱۷۰۰	۲/۷۸۴	-۰/۰۰۵۷
	۱۷/۹۲۲	-۰/۸۵۷۲	-۰/۲۷۶۶	۳/۰۹۸	-۰/۰۰۲۱
پذیرش	۸/۵۵۳	-۰/۹۷۹۴	-۰/۲۴۳۲	۴/۰۲۷	-۰/۰۰۰۱
	۱۲/۰۱۸	-۰/۵۷۹۴	-۰/۱۵۹۶	۳/۶۳۱	-۰/۰۰۰۳
	۱۵/۴۸۲	-۰/۱۷۹۵	-۰/۲۲۸۱	-۰/۷۸۶۷	-۰/۴۳۲۲

جسمی کاهش می‌یابد. به این صورت که هر چه نوجوانان بیشتر از راهبرد پذیرش استفاده کنند، به احتمال کمتری تجربه آسیب‌زای جنسی آن‌ها منجر به علائم جسمی خواهد شد؛ به‌گونه‌ای که در بالاترین سطح پذیرش، اثر تجارب آسیب‌زای جنسی بر علائم جسمی معنی‌دار نیست.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش تعیین نقش تعدیل‌کننده راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در رابطه بین شدت تجربه آسیب جنسی و علائم جسمانی بود. نتایج پژوهش نشان داد که از بین راهبردهای شناختی تنظیم هیجان ناسازگار، نشخوار گری و فاجعه سازی و از بین راهبردهای شناختی تنظیم هیجان سازگار، پذیرش نقش تعدیل‌کننده دارند.

در مطالعه مشابهی که با عنوان رابطه رویدادهای تروماتیک زندگی با راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و شکایت جسمانی بر روی ۴۶۵ بزرگسال انجام گرفت، نتایج نشان داد که شکایات

همچنین نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد نقش راهبرد نشخوار نیز مشابه نقش راهبرد فاجعه سازی است. با افزایش سطح راهبرد نشخوار، اثر مثبت تجارب آسیب‌زای جنسی بر علائم جسمی افزایش می‌یابد. به این معنی که هر چه نوجوانان بیشتر از راهبرد نشخوار استفاده کنند، به احتمال بیشتری تجربه آسیب‌زای جنسی آن‌ها منجر به علائم جسمی خواهد شد و برعکس هرچقدر کمتر از نشخوار استفاده کنند، احتمال بروز علائم جسمی کمتر است. مشابه با راهبرد فاجعه سازی، یافته‌ها نشان می‌دهد که در پایین‌ترین سطح نشخوار، اثر تجارب آسیب‌زای جنسی بر علائم جسمی معنی‌دار نیست. این یافته حاکی از آن است که در نوجوانانی که کمترین میزان نشخوار را دارند، تجارب آسیب‌زای جنسی نمی‌تواند منجر به علائم جسمی شود. همان‌گونه که انتظار می‌رفت نقش راهبرد پذیرش متفاوت از نقش راهبرد فاجعه سازی و نشخوار بود. با افزایش سطح راهبرد پذیرش، اثر مثبت تجارب آسیب‌زای جنسی بر علائم

در طناب نخاعی و به‌ویژه مایع ژلاتینی شاخ‌های پشتی که بخشی از ماده از خاکستری مغز است وجود دارد که می‌تواند علائم درد را پیش از رسیدن به مغز تنظیم کند و از جمله شرایطی که می‌تواند این دروازه درد را باز و بسته کند شامل تنش، اضطراب و نگرانی، شرایط ذهنی، شرایط هیجانی و عاطفی هست (۳۰). لذا با توجه این مطلب می‌توان این تبیین را ارائه کرد که تروماهای مختلف دوران کودکی که منبعی از تنش شدید است به همراه هیجانات منفی شدید و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان ناسازگار از جمله سرزنش خود و ملامت دیگران، نشخوار گری و فاجعه سازی می‌توانند موجب باز شدن این دروازه درد گردند و متعاقب آن موجب شکایات متعدد جسمانی در فرد گردد.

به‌صورت کلی نتایج این پژوهش نشان داد که راهبردهای شناختی تنظیم هیجان نشخوار گری، فاجعه سازی و پذیرش نقش تعدیل‌کننده در رابطه بین شدت تجربه آسیب جنسی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان دارد. با توجه به محدودیت انتخاب نمونه‌ها از مناطق مختلف، تعمیم نتایج برای افراد با طبقات مختلف فرهنگی و قومی و منطقه‌ای با محدودیت روبرو است. همچنین با توجه به بررسی علائم به‌صورت پرسشنامه، ممکن است سوگیری در پاسخ‌ها و یا بیان حادثه آسیب‌زا، منجر به برانگیختگی هیجانی شده باشد و نوعی اغراق و یا پنهان کاری در شرح علائم صورت گرفته باشد که این امر می‌تواند در دقت نتیجه‌گیری کلی خلل ایجاد کند که با توجه به این مسئله پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده این عنوان به‌صورت تحقیقی کیفی به همراه مصاحبه عمیق تکرار گردد.

همچنین با توجه با تفاوت‌های فرهنگی و بومی و منطقه‌ای در بیان شرح آسیب جنسی، پیشنهاد می‌گردد که در تحقیقات آینده این پژوهش در بافت‌های فرهنگی دیگر نیز بررسی گردد و سبک‌های شناختی تنظیم هیجان در مواجهه با ترومای جنسی در سایر بافت‌های قومی و منطقه‌ای موردتوجه قرار گیرد. علاوه بر این، باید اذعان داشت که تروما و عوامل شناختی تنها عوامل مهم در رابطه با شکایات جسمی نیستند. لذا ایجاد یک مطالعه تحقیقاتی در آینده که طیف گسترده‌تری از عوامل، مانند عوامل روان‌شناختی، پزشکی / بیولوژیکی، ژنتیکی و اجتماعی را در یک تحقیق واحد بررسی کند، یک چالش شایسته خواهد بود. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، توصیه می‌گردد که در بخش‌های درمانی به‌ویژه حوزه‌های دردهای جسمانی بدون علت پزشکی، با پرسش از تاریخچه ترومای فرد (با پرسیدن تنها

جسمی با استفاده مکرر از راهبردهای مقابله‌ای شناختی ناسازگار، مانند سرزنش کردن خود، نشخوار کردن و فاجعه‌آمیز بودن در مورد وقایع منفی زندگی، به‌طور قابل‌توجهی مرتبط بود (۲۴). همچنین نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش (۲۵-۲۷) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان به این مطلب اشاره کرد که با توجه به دیدگاه‌های مطرح‌شده که تعاملات بین فردی اولیه و تروماها نقش مهمی در تنظیم راهبردهای هیجان دارد؛ این مسیر زیستی-روانی و اجتماعی می‌تواند موجب تغییرات در مسیر سیستم تنظیم ایمنی، غدد و همچنین تنظیم درد گردد که می‌تواند بیانگر چرایی نقش راهبردهای شناختی تنظیم هیجان ناسازگار در تعدیل رابطه تجارب تروماتیک بر شکایات جسمانی باشد (۲۸). در تبیین دیگر می‌توان به این مطلب اشاره کرد که نوجوانانی که شکایات متعدد جسمانی دارند اغلب نمی‌توانند با هیجان نامطلوب خود روبرو گردند و اغلب این هیجانات را به‌جای پذیرش، سرکوب کرده با این حال تنش و برانگیختگی را در علائم جسمانی خود بیان می‌کنند (۱۶).

همچنین می‌توان به این نکته اشاره کرد که راهبردهای شناختی تنظیم هیجان به‌عنوان راهبردهای واکنش به رویدادهای استرس‌آور و پرتنش و مدیریت اطلاعات برانگیزاننده هیجان، اطلاق می‌گردد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند مشکلات در راهبردهای تنظیم هیجان در افرادی که در معرض آسیب‌های بین فردی قرار گرفته‌اند شایع است و در رابطه با تبیین تأثیر ترومای آسیب جنسی بر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان می‌توان به این نکته اشاره کرد که با توجه به اینکه راهبردهای تنظیم هیجان در ابتدای زندگی در چهارچوب رابطه بین کودک و مراقب ایجاد می‌شود، کیفیت این مبادله ارتباطی می‌تواند عامل بسیار مهمی در توانایی و ظرفیت راهبردهای تنظیم هیجان باشد (۲۹)؛ لذا زمانی که کودک و یا نوجوان در معرض تعرض و شکستن مرز و حریم شخصی خویش قرار می‌گیرد و با تهدید و ترس و وحشت بارها و بارها مورد آزار و اذیت قرار می‌گیرد این توانایی و ظرفیت راهبردهای تنظیم هیجان به شکل سالمی شکل نخواهد گرفت و نتیجه آن خواهد بود که اغلب این افراد در برابر رویدادهای پرتنش از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان ناسازگار استفاده می‌کنند که خود موجب ماندگاری مشکلات روحی و روانی و همچنین شکایات جسمانی می‌گردد.

از سویی دیگر می‌توان به نظریه دروازه درد اشاره کرد. بر اساس این نظریه، یک دروازه عصبی قابل باز و بسته شدن که



آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در بسته‌های آموزش درمان شناختی - رفتاری، اقدام کرد.

### تقدیر و تشکر

از کلیه مسئولان محترم آموزش و پرورش شهرستان رودهن و منطقه چهار تهران و تمامی دانش‌آموزان شرکت‌کننده تقدیر و تشکر می‌شود. این مقاله مستخرج از رساله دکترا دانشگاه آزاد واحد کرج هست؛ از این‌رو از کلیه مسئولان و به‌ویژه معاونت پژوهشی سپاسگزاریم.

یک سؤال ساده) درباره حضور خاطرات آسیب‌زای حل‌نشده (مانند از دست دادن یا سوءاستفاده)، احتمال وقوع و عدم وقوع آن‌ها را تأیید کرد. سؤال ارائه‌شده در پژوهش حاضر یک سؤال بسیار کاربردی، کوتاه و حائز اهمیت است که می‌تواند توسط هر یک از ارائه‌دهندگان کادر درمانی پرسیده شود. اگر کسی درواقع چنین حادثه‌ای زندگی آسیب‌زا را با تأثیر فعلی گزارش کند، در مرحله دوم می‌توان بیمار را برای ارزیابی بیشتر به روانشناس یا روان‌پزشک ارجاع داد و در صورت لزوم به درمان تروما پرداخته شود. در بخش درمان‌های روان‌شناختی می‌توان با بررسی تاریخچه تروما و سبک‌های مقابله‌ای فرد و به چالش کشیدن راهبردهای ناسازگارانه شناختی تنظیم هیجان و ارائه سبک‌های سازگارانه به‌صورت آموزش مهارت‌های زندگی تحت عنوان

### References

1. Pearlman LA, Saakvitne Kw. Trauma and the Therapist. Trauma and the Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors 1st Edition, New York: Norton, 1995.
2. Giller E. What Is Psychological Trauma? United States: Sidran Institute. May, 1999.
3. Murray LK, Nguyen A, Cohen JA. Child Sexual Abuse. Child Adolescent Psychiatric Clin N Am. 2014; 23(2): 321-337.
4. Ozer EJ, Weiss DS. Who Develops Posttraumatic Stress Disorder? Current Directions in psychological Science. 2004; 13(4), 169-172.
5. Street AE, Gibson LE, Holohan DR. Impact of childhood traumatic events, trauma-related guilt, and avoidant coping strategies on PTSD symptoms in female survivors of domestic violence. Journal of Traumatic Stress. 2005; 18: 245-252.
6. Kealy D, Rice SM, Ogronczuk JS, Spidel A. Childhood trauma and somatic symptoms among psychiatric outpatients: Investigating the role of shame and guilt. Psychiatry Research. 2018; 268: 169-174.
7. Loeb TB, Joseph NT, Wyatt GE, Zhang M, Chin D, Thames A, et al Predictors of somatic symptom severity: The role of cumulative history of trauma and adversity in a diverse community sample. Psychol Trauma. 2018; 10(5): 491-498.
8. Daigneault I, Vézina-Gagnon P, Bourgeois C, Esposito T, Hébert M. Physical and mental health of children with substantiated sexual abuse: Gender comparisons from a matched-control cohort study. Child abuse & neglect. 2017 Apr 1;66:155-65.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2013.
10. Vanaelst B, Huybrechts I, De Bourdeaudhuij I, Bammann K, Hadjigeorgiou C, Eiben G, Konstabel K, Michels N, Molnar D, Moreno LA, Pigeot I. Prevalence of negative life events and chronic adversities in European pre-and primary-school children: results from the IDEFICS study. Archives of Public Health. 2012 Dec 1;70(1):26.
11. Hekmatravan R, Samsun Shariat M, Khani F, Khademi M. The relationship between anxiety and depression with Somatization in Blind people of Isfahan city. 4th international congress on psychosomatic. Azad University, Isfahan, Iran. 2012; 17-19. [In Persian.].
12. Deightona S, Nevillea A, Putsch D, Dobson K. Biomarkers of adverse childhood experiences: A scoping review. Psychiatry Research. 2018; 269: 719-732.

13. Kaufman J, Montalvo-Ortiz JL, Holbrook H, O'Loughlin K, Orr C, Kearney C, Yang BZ, Wang T, Zhao H, Althoff R, Garavan H. Adverse childhood experiences, epigenetic measures, and obesity in youth. *The Journal of pediatrics*. 2018 Nov 1;202:150-6.
14. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*. 2001; 30(8): 1311-1327.
15. Kanbara K, Fukunaga M. Links among emotional awareness, somatic awareness and autonomic homeostatic processing. *Biopsychosocial Med*. 2016; 10(1): 16.
16. Okur Güney ZE, Sattel H, Witthöft M, Henningsen P. Emotion regulation in patients with somatic symptom and related disorders: A systematic review. *PLoS One*. 2019; 14(6): e0217277.
17. Otterpohl N, Stranghoener D, Vierhaus M, Schwinger M. Anger regulation and school-related somatic complaints in children with special educational needs: a longitudinal study. *Learning and Individual Differences*. 2017 May 1;56:59-67.
18. Nijenhuis ER, Van der Hart O, Kruger K. The psychometric characteristics of the Traumatic Experiences Checklist (TEC): First findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2002; 9(3): 200-210.
19. Näring G, Nijenhuis ER. Relationships between self-reported potentially traumatizing events, psychoform and somatoform dissociation, and absorption, in two non-clinical populations. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2005; 39(11-12): 982-988.
20. Hasani J. The psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ). *Journal of Clinical Psychology*. 2011; 2(3): 73-83. [In Persian.]
21. Gierk B, Kohlmann S, Toussaint A, Wahl I, Brünahl CA, Murray A M, et al. Assessing somatic symptom burden: A psychometric. *Journal of Psychosomatic Research*. 2015; 78(4): 352-355.
22. Lee S, Creed FH, Ma YL, Leung CM. Somatic symptom burden and health anxiety in the population and their correlates. *Journal of Psychosomatic Research*. 2015; 78(1): 71-76.
23. Xiong N, Fritzsche K, Wei J, Hong X, Leonhart R, Zhao X, Nolte S. Validation of patient health questionnaire (PHQ) for major depression in Chinese outpatients with multiple somatic symptoms: A multicenter cross-sectional study. *Journal of affective disorders*. 2015; 174, 636- 643.
24. Garnefski N, van Rood Y, de Roos C, Kraaij V. Relationships between Traumatic Life Events, Cognitive Emotion Regulation Strategies, and Somatic Complaints. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2017; 24(2): 144-151.
25. Yıldız MA, Duy B. The predictive role of emotion regulation strategies on depressive and psychosomatic symptoms in adolescents. *Current Psychology*. 2019 Apr 15;38(2):387-96.
26. Powers A, Fani N, Pallos A, Stevens J, Ressler KJ, Bradley B. Childhood abuse and the experience of pain in adulthood: the mediating effects of PTSD and emotion dysregulation on pain levels and pain-related functional impairment. *Psychosomatics*. 2014 Sep 1;55(5):491-9.
27. Katz LF, Heleniak Ch, Kawamura J, Jakubiak J. Emotion regulation, internalizing symptoms and somatic complaints in pediatric survivors of acute lymphoblastic leukemia. *Psycho- Oncology*. 2015; 24(11): 1536 – 1544.
28. Luyten P, Van Houdenhove B, Lemma A, Target M, Fonagy P. Vulnerability for functional somatic disorders: A contemporary psychodynamic approach. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2013 Sep;23(3):250.
29. Huh HJ, Kim KH, Lee HK, Chae JH. The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *Journal of affective disorders*. 2017 Apr 15;213:44-50.
30. Sarafino EP, Smith TW. *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. New York: John Wiley & Sons; 2014 Jan 13.