

نقش تمیزی تمایزیافتگی خود و بی اعتبارسازی هیجانی ادراک شده در اختلال علائم جسمی نوجوانان

The Differential Role of Self-Differentiation and Perceived Emotional Invalidation in Adolescent Somatic Symptom Disorder

Ismaeel Soleimani, PhD

Arezo Qsemkhanlou, PhD student✉

اسماعیل سلیمانی^۱

آرزو قاسم خانلو^۲

Abstract

Physical symptoms are common complaints among teenagers, and emotional factors play an important role in the occurrence and exacerbation of physical symptoms. Therefore, the aim of the research is to investigate the role of self-differentiation, perceived emotional invalidation in the symptoms of physical symptoms disorder. The current research is a type of correlation design. The statistical population consists of all the students of the second secondary school in Khoy city, 265 of whom were selected in a multi-stage cluster. Data using physical symptom experience questionnaires (SSEQ); Perceived emotional invalidation (PIES) and short version of self-differentiation (DSI-Sf) were collected and analyzed after entering into SPSS using correlation coefficient test and stepwise regression. The results of the present study showed that between the symptoms of physical symptoms disorder with perceived emotional invalidation (0. 46), emotional reactivity (0. 51), mixing with others (0. 42), emotional cutting (0/32) and my position (0/28) there is a significant correlation at the 0/05 level. The results of stepwise regression analysis showed that perceived emotional invalidation, emotional reactivity and integration with others predict 52% of changes in physical symptoms disorder, which is significant at the 0. 05 level. The results showed the role of lack of emotional understanding and lack of differentiation in the symptoms of physical symptoms disorder, it is suggested that teenagers should be given the necessary training in the field of emotional expression and differentiation so that they do not suppress their emotional experiences and express them physically.

Keywords: Somatization, Perceived Emotional Invalidation, Self-Differentiation, Adolescence

چکیده

شکایت‌های جسمی در بین نوجوانان شایع است و عوامل هیجانی نقش مهمی در بروز و تشدید آن دارند. پس هدف پژوهش تعیین نقش تمیزی تمایزیافتگی خود، بی اعتبارسازی هیجانی ادراک شده در نشانه‌های اختلال علائم جسمی است. پژوهش حاضر از نوع طرح‌های همبستگی است. جامعه آماری را کلیه دانش آموزان دوره متوسطه دوم شهر خوی تشکیل می‌دهند که ۲۶۵ نفر به شکل خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده‌اند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه تجربه علائم جسمی (SSEQ)، مقیاس بی اعتبارسازی هیجانی ادراک شده (PIES) و نسخه کوتاه سیاهه تمایزیافتگی خود (DSI-Sf) جمع‌آوری شده و بعد از وارد کردن در SPSS-22 با استفاده از آزمون ضریب همبستگی و رگرسیون گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین نشانه‌های اختلال علائم جسمی با بی اعتبارسازی هیجانی درک شده (۰/۴۶)، واکنش‌پذیری هیجانی (۰/۵۱)، هم آمیختگی با دیگران (۰/۴۲)، برش هیجانی (۰/۳۲) و جایگاه من (۰/۲۸) ارتباط معناداری در سطح ۰/۰۵ وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که بی اعتبارسازی هیجانی ادراک شده، واکنش‌پذیری هیجانی و هم آمیختگی با دیگران ۵۲ درصد از تغییرات اختلال علائم جسمانی را پیش‌بینی می‌کنند که در سطح ۰/۰۵ معنادار است. نتایج نشان‌دهنده نقش نبود درک هیجانی و نبود تمایزیافتگی در نشانه‌های اختلال علائم جسمانی بود، پیشنهاد می‌شود برای نوجوانان آموزش‌های لازم در زمینه ابراز هیجانی و تمایزیافتگی خود داده شود تا تجارب هیجانی خود سرکوب و به شکل جسمانی ابراز نمایند.

واژه‌های کلیدی: جسمانی‌سازی، بی اعتبارسازی هیجانی درک شده، تمایزیافتگی خود، نوجوانان

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۲/۳ تصویب نهایی: ۱۴۰۳/۹/۲۵

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران؛ کارشناس سلامت روان، معاونت بهداشت، دانشکده علوم پزشکی خوی

● مقدمه

نوجوانی یکی از مراحل مهم زندگی فرد است که با ابعاد اجتماعی، روان‌شناختی و فیزیکی متفاوتی با کودکی متعددی همراه باشد (بیرامی و قدیمی، ۱۴۰۲) که از بین آنها شکایت‌های جسمی شایع است (گلین مشخص می‌شود (مازا و همکاران، ۲۰۱۱). این مرحله از زندگی می‌تواند با استرس‌ها، سردرگمی‌ها و مشکلات همراه باشد (بزرگسکی و همکاران، ۲۰۲۲)؛ که شیوع آنها در سال‌های اخیر رو به افزایش بوده است. در بیشتر موارد، علائم جسمی طولانی‌مدت باقی نمی‌مانند و بنابراین تأثیر منفی طولانی‌مدتی بر عملکرد روزانه یا سیر تکاملی ندارند و باعث ناراحتی قابل توجه نمی‌شوند یا معیارهای یک اختلال روان‌پزشکی را برآورده نمی‌کنند. با این حال، برای برخی دیگر از کودکان و نوجوانان، علائم پایدار هستند و توانایی عملکرد آنها به شدت مختل می‌گردد (گرسفیلد-لیتوین و همکاران، ۲۰۲۲). اختلال علائم جسمی (somatic symptom disorder) به عنوان گزارش ذهنی یک علامت جسمی (معمولاً درد) یا بیشتر که با نگرانی‌های مفرط همراه است که باعث درگیری ذهنی قابل توجهی می‌شود منجر به آسیب‌هایی در زندگی فردی و اجتماعی می‌شود (مانند غیبت از مدرسه، ترک تفریح و فعالیت‌های ورزشی و انزوا از محیط‌های اجتماعی). پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (diagnostic and statistical manual of mental disorders-5) کل دسته اختلال‌های جسمی را بازبینی کرده است که منجر به دسته‌بندی به‌روز شده علائم جسمی و اختلال‌های مرتبط شده است (ناسبوم و همکاران، ۲۰۲۲). در DSM-5 اختلال علائم جسمی جایگزین اختلال جسمانی‌سازی شده است (بنوانیه و همکاران، ۲۰۱۵). تعریف جدید امکان تشخیص دقیق‌تری را فراهم می‌کند که بر جنبه‌های شناختی تمرکز می‌کند نه فقط بر وجود چندین شکایت جسمانی غیرقابل توضیح. در دوران نوجوانی، اختلال علائم جسمی در بین دختران بیشتر از پسران شایع است، درحالی‌که تفاوت جنسی قابل مقایسه‌ای در بین کودکان کوچک‌تر دیده نمی‌شود (هادجی-میشل و همکاران، ۲۰۱۹). علی‌رغم شیوع فزاینده این اختلال در دوران کودکی و نوجوانی، تحقیقات در مورد اختلال علائم جسمی در بین کودکان و نوجوانان به نسبت کمیاب است. با این حال تنها ۵ تا ۷ درصد از کودکان و نوجوانان معیارهای کامل اختلال علائم جسمی را دارند. (هادجی-میشل و همکاران، ۲۰۱۹) داده‌های جمع‌آوری‌شده از بخش‌های اورژانس نشان می‌دهد که ۸/۶ درصد از کودکانی که به دلیل شکایت از درد بستری شده‌اند، معیارهای تشخیصی اختلال علائم جسمی را برآورده می‌کنند (بنوانیه و همکاران، ۲۰۱۵). طیف شدت این شکایت‌ها و رنج‌ها از علایم جزئی تا ناتوانی کامل را دربرمی‌گیرد و بخش قابل توجهی از آن نتیجه یک فرآیند روان‌زا است (حبیب و موزومدر، ۲۰۲۵). علائم شایع ابرازشده در این افراد درد شکمی و سردرد هست؛ علائم دیگر مثل کمردرد، درد اندام، سایر علائم عصبی و خستگی نیز در این افراد گزارش می‌شود (دکونینگ و همکاران، ۲۰۲۳)؛ تقریباً ۴۰ درصد از کودکان مبتلا به اختلال علائم جسمی دارای مشکلات روانی اجتماعی هستند. تعدادی از مطالعات نشان داده‌اند که شایع‌ترین بیماری‌های همراه اختلال علایم جسمی، اضطراب و افسردگی هستند (حسن و همکاران، ۲۰۲۱)؛ حتی برخی مطالعات ارتباط بین افکار خودکشی و اختلال علایم جسمی را نشان داده‌اند ولی ارتباط آنها ناشناخته باقی مانده است (هسو و همکاران، ۲۰۲۵).

عوامل بیولوژیکی، روان‌شناختی و اجتماعی متعددی در ایجاد اختلال علائم جسمی در کودکان و نوجوانان نقش دارند. این عوامل عبارت‌اند از: مشکلات خودتنظیمی دوران کودکی، مهارت‌های مقابله‌ای ناکارآمد، ویژگی‌های کمال‌گرایی، فقدان زبان بیان عاطفی برای پردازش استرس شدید یا مداوم، سابقه بیماری یا صدمات جسمی در دوران کودکی و نرخ بالای رویدادهای منفی زندگی نسبت به جمعیت عمومی (آسک و همکاران، ۲۰۱۶؛ کارخانیس و همکاران، ۲۰۱۶). یکی از مهم‌ترین بخش‌های محیط کودکی و نوجوانی هر فردی، جو هیجانی حاکم بر محیط خانواده است که شامل سطوح مختلفی از بی‌اعتبارسازی هیجانی (invalidation of emotion) است که هر فرد در محیط اجتماعی پیرامون خود درک می‌کند (لوی و همکاران، ۲۰۱۸). بی‌اعتبارسازی هیجانی به عنوان تضعیف، نادیده‌گیری و یا تنبیه تجارب هیجانی شخصی در نظر گرفته می‌شود. بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک شده شامل ادراک بی‌تفاوتی دیگران نسبت به هیجانات شخصی خود فرد می‌شود که با مقابله‌های ناسازگار با هیجان‌های، ادراک منفی نسبت به هیجان، مشکل در پذیرش آنها و همچنین با ناتوانی در کنترل آنها مرتبط است (وستفال و همکاران، ۲۰۱۶). بی‌اعتبارسازی هیجانی با طیف گسترده‌ای از اختلال‌های روان‌شناختی از جمله اختلال خوردن (هاسلام و همکاران، ۲۰۱۲)، افسردگی (شورت و همکاران، ۲۰۱۶)، اختلال‌های اضطرابی و اختلال

شخصیت مرزی (گیل و همکاران، ۲۰۱۴، رابرتسون و همکاران، ۲۰۱۳)، آلکسی تایمی (توماس و همکاران، ۲۰۱۱)، مشکلات ارتباطی (الزی، کیتون، بوگوس و ریموند، ۲۰۲۴) و اختلال علائم جسمی مرتبط است. افراد دارای اختلال علائم جسمی در ابراز و مدیریت هیجانات خود مشکل دارند. این افراد به دلیل نبود توانایی در بیان هیجانات خود، فشار روانی بالایی را تجربه می کنند (اوکور گونی و همکاران، ۲۰۱۹).

یکی دیگر از موضوعات مرتبط تنظیم هیجانی و فشار روانی درباره مسائل مربوط به خانواده در نوجوانان تمایز یافتگی خود (differentiation of self) است. (رودریگوئز و همکاران، ۲۰۱۹). تمایز یافتگی یک مفهوم چندبعدی از نظریه سیستم خانواده بوئن است که به توانایی درون روانی برای تشخیص فرآیندهای عاطفی از شناختی و توانایی بین فردی برای برقراری روابط صمیمانه به طور خودکار با دیگران است (آلوارز-هیرو و اولیور، ۲۰۲۴) یا به عبارت دیگر تمایز یافتگی خود توانایی شخص در نگهداری استقلال خود در روابطی صمیمانه با دیگران و ایجاد تعادل بین هیجانات و منطق است (پین و همکاران، ۲۰۱۶). افراد تمایز یافته خود، به افکار و احساسات خاص خودشان واقف هستند و آنها را ابراز می نمایند و اجباری برای وفق دادن خود با انتظارات نامعقول دیگران احساس نمی کنند، در مقابل افراد تمایز نایافته، معمولاً از نظر هیجانی به دیگران وابسته می شوند و به سختی برای خود، فکر، احساس و عمل می کنند (هوانگ و همکاران، ۲۰۱۸) افرادی که تمایز یافتگی پایینی دارند بیشتر در معرض خطر برای ابتلا به مشکلات روان شناختی و جسمانی هستند. افراد دارای تمایز یافتگی پایین سطح بالاتری از اضطراب مزمن و نشانگان روان شناختی و جسمی از قبیل اضطراب، سردرد، افسردگی، سوء مصرف دارو و الکل و روان پریشی را حس می کنند (جانسون و همکاران، ۲۰۱۳)، در زوجین نیز تمایز یافتگی خود نقش واسطه ای برای رضایت زناشویی (مردانی و همکاران، ۱۴۰۱) و تمایل به روابط فرا زناشویی (نصیری و همکاران، ۱۴۰۰) دارد.

با توجه به شیوع اختلال علائم جسمی در نوجوانان و بار اقتصادی و اجتماعی آن بر خانواده و سیستم بهداشتی و درمانی که افراد را نیازمند دریافت خدمات درمانی می کند (ساندرز و همکاران، ۲۰۲۰)، بررسی مؤلفه های روان شناختی در نشانه های جسمی بیش از پیش ضروری به نظر می رسد. با توجه به اینکه یکی از مهم ترین ابعاد روان شناختی در اختلال علائم جسمی استقلال فردی و تمایز یافتگی از یک سو و ازسوی دیگر هیجانات و نحوه مدیریت و حس درک شدن آنها هست، لذا هدف پژوهش تعیین نقش تمیزی تمایز یافتگی خود، بی اعتبار سازی هیجانی درک شده در نشانه های اختلال علائم جسمی در نوجوانان هست.

• روش

این پژوهش در چارچوب طرح های همبستگی و رگرسیون هست. جامعه آماری پژوهش کلیه نوجوانان رده سنی ۱۵-۱۸ سال در مدارس متوسطه دوم شهرستان خوی در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ هست. حجم نمونه با توجه به طرح مطالعه و تعداد متغیرها و با استفاده از تعیین حجم نمونه هومن (۱۳۸۴)، که معتقدند برای هر متغیر ۴۰ مورد کفایت می کند؛ با توجه به ۶ خرده مقیاس حجم نمونه ۲۴۰ نفر تعیین شد که با در نظر گرفتن ۱۰ درصد افت آزمودنی ۲۶۵ نفر انتخاب شدند. نمونه گیری به صورت خوشه ای چند مرحله ای انجام گرفته که از بین ۲۵ مدرسه ۵ مدرسه به شیوه تصادفی انتخاب و از هر مدرسه یک کلاس به طور تصادفی برای تکمیل پرسشنامه انتخاب شدند. و پس از توضیح فرآیند پژوهش و کسب رضایت آگاهانه، افراد داوطلب به پرسشنامه ها پاسخ دادند. ملاک های ورود شامل رده سنی ۱۵-۱۸ سال، محصل بودن و تمایل برای شرکت در پژوهش و ملاک های خروج نیز شامل پرسشنامه های ناقص و یا ناراحتی قابل ملاحظه ای که در کلاس امکان تکمیل پرسشنامه وجود نداشته باشد. پس از انتخاب آزمودنی به شیوه خوشه ای چند مرحله ای، کسب رضایت آگاهانه و توضیح فرآیند پژوهش، پژوهشگران پرسشنامه ها را بین اعضای شرکت کننده در پژوهش توزیع نمودند. در طول تکمیل پرسشنامه ها، پژوهشگران حضور فعالی داشتند تا از بروز پاسخ های تصادفی جلوگیری نمایند و در صورت لزوم پاسخگوی سؤالات شرکت کنندگان باشند. پس از جمع آوری داده ها و بررسی کامل بودن تکمیل پرسشنامه ها و جداسازی پرسشنامه های ناتمامی که بیش از ۲۰ درصد پرسشنامه تکمیل نشده بود، اطلاعات جمع آوری شده وارد نرم افزار SPSS-22 شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای بررسی آماری علاوه بر آمار توصیفی از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون به شیوه گام به گام استفاده شد.

• ابزارها

الف) پرسشنامه تجربه علائم جسمانی (somatic symptoms experiences questionnaire- SSEQ): این پرسشنامه دربردارنده ۱۳ ماده و شامل ۴ عامل مؤلفه نگرانی‌های سلامتی، تجربه بیماری، مشکلات تعامل با پزشکان و پیامدهای بیماری است که به ترتیب ۵، ۲، ۳ و ۳ ماده هستند. نمره‌گذاری این پرسشنامه براساس طیف ۵ لیکرتی از هرگز (۱) تا همیشه (۵) صورت می‌گیرد. مقیاس همسانی درونی این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و برای خرده‌مقیاس‌های مؤلفه‌های نگرانی سلامتی، تجربه بیماری، مشکلات تعامل با پزشکان و پیامدهای بیماری به ترتیب برابر با ۰/۸۶، ۰/۷۵، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ به‌دست آمده است. نسخه فارسی این پرسشنامه توسط سهرابی و جمالی (۱۳۹۷) به‌روش ترجمه مضاعف صورت گرفت و ضریب همسانی درونی به‌روش آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی و خرده‌مقیاس‌های نگرانی‌های سلامتی، تجربه بیماری، مشکلات تعامل با پزشکان و پیامدهای بیماری به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۶، ۰/۵۸، ۰/۸۴ و ۰/۷۹ به‌دست آمده است. برای بررسی روایی ملاکی نیز میزان همبستگی با افسردگی ۰/۲۵ به‌دست آمده است. همچنین در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ به‌دست آمد.

ب) مقیاس بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده (the perceived invalidation of emotion scale- TPIES): این مقیاس در سال ۲۰۱۶ توسط زلینسکی در جهت طراحی مقیاسی که برخلاف مقیاس‌های موجود نه تنها بی‌اعتبارسازی‌های والدین، بلکه بی‌اعتبارسازی‌های ناشی از دوستان، شریک زندگی، همکار و یا آشنایان را نیز شامل می‌شود و همچنین در جهت رفع محدودیت‌های مقیاس‌های گذشته‌نگر، طراحی شد. یک مقیاس خودگزارشی تک‌بعدی، شامل ۱۲ ماده است که اعتبارسازی‌های تجربه‌شده توسط آزمودنی را به‌صورت بازتابی از چگونگی پاسخ‌دهی اطرافیان او به هیجان‌هایش در یک‌ماه گذشته اندازه‌گیری می‌کند. از آزمودنی خواسته می‌شود به بی‌اعتبارسازی‌هایی که تا یک‌ماه پیش از طرف خانواده، دوستان، شریک زندگی، همکار و یا آشنایان احساس کرده است، براساس یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای نمره دهند. در نسخه اصلی ضریب اعتبار درونی آلفا کرونباخ بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ و ضریب اعتبار بازآزمایی، همسانی متوسط تا بزرگی را نشان می‌دهد ($p < 0.001$, $r = 0.67$) اعتبار ملاکی هم‌زمان پرسشنامه با مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS)، مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS) نیز تأیید شد (زلینسکی و همکاران، ۲۰۱۸) ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار در نمونه ایرانی نشان می‌دهد که این ابزار در نمونه ایرانی از اعتبار خوبی برخوردار است و ضریب آلفا کرونباخ آن نیز ۰/۸۴۹ و در پژوهش حاضر ۰/۸۷ گزارش شده است (خوشینی و همکاران، ۱۴۰۰).

ج) سیاهه تمایز یافتگی خود- فرم کوتاه (differentiation of self-inventory-Short Form- DSI): سیاهه تمایز یافتگی خود توسط دریک در سال ۲۰۱۱ ساخته شد. این مقیاس شامل ۲۰ ماده است که ۴ خرده‌مقیاس را شامل می‌شود. ماده‌های ۱، ۳، ۱۰، ۱۲، ۱۹ و ۲۰ مربوط به خرده‌مقیاس جایگاه من؛ ماده‌های ۲، ۵، ۸، ۱۳ و ۱۷ مربوط به خرده‌مقیاس هم‌آمیختگی با دیگران؛ گویه‌های ۴، ۷ و ۱۵ مربوط به خرده‌مقیاس برش هیجانی و ماده‌های ۶، ۹، ۱۱، ۱۴، ۱۶ و ۱۸ مربوط به خرده‌مقیاس واکنش‌پذیری هیجانی است. همچنین ماده‌های ۲، ۴-۹، ۱۱، ۱۳-۱۹ نمره‌گذاری معکوس دارد. نمره‌گذاری به‌شیوه ۵ لیکرتی هست. دریک (۲۰۱۱)، در پژوهش خود اعتبار این خرده‌مقیاس را از طریق روش آلفای کرونباخ بررسی کرد. وی ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده‌مقیاس واکنش‌پذیری هیجانی ۰/۸۸، جایگاه من ۰/۸۵، برش هیجانی ۰/۷۹ و هم‌آمیختگی با دیگران ۰/۷۰ برآورد کرد. همچنین تحلیل عاملی تأییدی وجود ۴ عامل ذکرشده را تأیید کرد. در ایران، فخاری، لطیفیان و اعتماد (۱۳۹۳) به بررسی مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه اقدام کردند. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۸، جایگاه من ۰/۶۷، واکنش‌پذیری هیجانی ۰/۴۸، هم‌آمیختگی با دیگران ۰/۷۶ و برش هیجانی ۰/۷۳ به‌دست آمد. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ به‌دست آمده است.

• یافته‌ها

از میان ۲۶۵ شرکت‌کننده در پژوهش و بعد از کنار گذاشتن پرسشنامه‌های ناقص ۲۴۶ نفر وارد تحلیل نهایی پژوهش شدند که میانگین سنی و انحراف معیار شرکت‌کنندگان ۱۶/۷۸ و ۰/۸۹ بود و از بین شرکت‌کنندگان ۱۰۹ نفر پسر و ۱۳۷ نفر نیز دختر بودند. در جدول ۱ ضرایب همبستگی بین متغیرها و میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش قابل مشاهده است.

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

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیذگی
۱ بی‌اعتبارسازی هیجانی	۱	۰/۳۳**	۰/۳۵**	۰/۳۸**	۰/۲۶**	۰/۴۶**	۲۴/۵۴	۵/۷۴	۰/۱۵	۰/۴۲
۲ واکنش‌پذیری هیجانی		۱	۰/۴۳**	۰/۴۸**	۰/۳۹**	۰/۵۱**	۹/۵۴	۲/۷۸	۰/۴۵	۰/۳۴
۳ جایگاه من			۱	۰/۳۳**	۰/۲۹**	۰/۲۸**	۱۴/۷۸	۴/۵۲	-۰/۳۸	۰/۲۸
۴ برش هیجانی				۱	۰/۴۲**	۰/۳۲**	۱۳/۲۷	۳/۹۷	۰/۶۵	۰/۴۵
۵ هم‌آمیختگی با دیگران					۱	۰/۴۲**	۲۵/۶۵	۷/۴۵	۰/۴۲	۰/۴۹
۶ اختلال علائم جسمانی						۱	۳۵/۲۸	۷/۳۹	-۰/۱۹	-۰/۵۶

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار هریک از متغیرهای بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده، خرده‌مقیاس‌های تمایز یافتگی خود و علائم جسمانی گزارش شده است. همچنین طبق جدول ۱ مقادیر چولگی متغیرها در دامنه ۰/۱۹- تا ۰/۶۵ و مقادیر کشیذگی آنها در دامنه ۰/۵۶- تا ۰/۴۹ قرار دارد. بنابراین مفروضه نرمال بودن داده‌ها با توجه به قرارگیری چولگی و کشیذگی در بازه ± 2 رعایت شده است (میرز، گامست و گارینو، ۲۰۰۶)

به‌علاوه، مقدار آماره دوربین- واتسون مد رگرسیون ۲/۲۳ به‌دست آمده که نشانگر رعایت‌شدن مفروضه استقلال خطای پیش‌بین است. همچنین مفروضه هم‌خطی نیز ارزیابی شد. طبق نظر میرز و همکاران (۲۰۰۶) اگر مقدار شاخص تحمل پایین‌تر از ۰/۴ و مقدار VIF برابر یا بالاتر از ۲/۵ باشد، میزان هم‌خطی میان متغیرها نگران‌کننده است. مقادیر شاخص تحمل متغیرها در دامنه ۰/۴۵ تا ۰/۹۲ و مقادیر VIF آنها در دامنه ۱/۱۳ تا ۲/۲۶ به‌دست آمده که نشان‌دهنده رعایت مفروضه استقلال خطای پیش‌بین است. همچنین طبق جدول ۱ رابطه بین متغیرهای مورد مطالعه با جسمانی‌سازی در سطح ۰/۰۵ معنادار است و از سوی دیگر همبستگی بالای ۰/۸۵ برای بررسی هم‌خطی چندگانه وجود ندارد. با توجه به برآورد مفروضه‌ها در گام بعدی نتایج رگرسیون گام‌به‌گام در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. مشخصات آماری رگرسیون گام‌به‌گام تمایز یافتگی خود، بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده بر جسمانی‌سازی

گام	پیش‌بین	R	R2	DF	F	B	beta	T
اول	بی‌اعتبارسازی هیجانی	۰/۶۸	۰/۴۶	(۱، ۲۴۵)	۱۲۶/۷۲**	۰/۹۲	۰/۷۴	۱۰/۴۵
دوم	بی‌اعتبارسازی هیجانی	۰/۷۱	۰/۵۰	(۲، ۲۴۴)	۶۸/۳۵**	۰/۶۴	۰/۵۶	۶/۶۵
	واکنش‌پذیری هیجانی					۰/۴۵	۰/۳۸	۵/۴۵
سوم	بی‌اعتبارسازی هیجانی	۷۳	۰/۵۲	(۳، ۲۴۳)	۴۸/۱۹**	۰/۵۴	۰/۴۲	۵/۲۳
	واکنش‌پذیری هیجانی					۰/۳۵	۰/۳۰	۴/۳۴
	هم‌آمیختگی با دیگران					۰/۲۸	۰/۲۲	۳/۷۸

* $P < 0.05$ ، ** $P < 0.01$

طبق جدول ۲، در اولین گام مدل رگرسیون متغیر بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده وارد مدل شد و ۴۶ درصد از واریانس اختلال علائم جسمانی را به‌طور معناداری پیش‌بینی کرد ($F = 126.72$ ، $P < 0.001$). در گام دوم متغیر واکنش‌پذیری هیجانی به مدل اضافه شد و در این گام ۵۰ درصد از واریانس اختلال علائم جسمانی تبیین گردید ($F = 68.35$ ، $P < 0.001$) و در گام سوم و آخر متغیر هم‌آمیختگی با دیگران به مدل اضافه گردید و در این گام ۵۲ درصد از واریانس اختلال علائم جسمانی را تبیین می‌کند ($P < 0.001$ ، $F = 48.19$).

طبق جدول ۲، متغیر بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده ($\beta = 0.42$)، واکنش‌پذیری هیجانی ($\beta = 0.30$) و هم‌آمیختگی با دیگران ($\beta = 0.22$) به ترتیب نیرومندترین پیش‌بینی‌کننده‌های اختلال علائم جسمانی هستند.

• بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش تمیزی تمایز یافتگی خود، بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده در نشانه‌های علائم جسمی نوجوانان صورت گرفت؛ نتایج نشان داد که بی‌اعتبارسازی هیجانی، واکنش‌پذیری هیجانی و هم‌آمیختگی با دیگران می‌توانند نشانه‌های اختلال علائم جسمی را پیش‌بینی کنند. پژوهش مستقیمی که رابطه بین بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده و اختلال علائم جسمانی را

بررسی کرده باشد وجود نداشت ولی از مدل‌ها و پژوهش‌های غیرمستقیم می‌توان برای تبیین آن استفاده کرد. مدل‌های نظری مختلفی بر نقش الگوی تنظیم هیجانی در اختلال علائم جسمانی تأکید کرده‌اند. برای مثال نظریات روان پویایی اولیه علائم جسمی را به‌عنوان دفاعی از تعارض‌های عاطفی حل‌نشده ناخودآگاه می‌دانند (اوکور گونی و همکاران، ۲۰۱۵). الکساندر به‌عنوان یکی از بنیان‌گذاران پزشکی روان‌تنی مطرح کرده که اگر برانگیختگی فیزیولوژیکی مربوط به عاطفه به عمل تبدیل نشود، به مرور زمان به‌عنوان حالات فیزیولوژیکی مزاحم تجربه می‌گردد، نقایص در بازنمایی عاطفه نمادین، مانند آگاهی عاطفی محدود و یا نبود درک هیجانی از طرف دیگران در اختلال علائم جسمانی بارز می‌شوند (دیگوچت و همکاران، ۲۰۰۳؛ سوییک-وارنا و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین فرض بر این است که افراد دارای اختلال علائم جسمانی با مشکل نبود درک هیجانی و راهبردهای هیجانی دردرساز مواجه هستند و استرس را با استفاده از برون‌سازی علائم جسمی تنظیم کنند (لوتین و همکاران، ۲۰۱۲). تجارب هیجانی مانند استرس یا غم علاوه بر ابعاد هیجانی، شناختی و رفتاری یک بعد فیزیولوژیکی نیز دارند؛ بدن به‌منظور توانمندسازی فرد برای مبارزه یا فرار از موقعیت‌هایی که باعث هیجانات منفی می‌شود، پاسخ می‌دهد. براساس مدل رفتاری زیستی درد کودکان و فرضیه شناخت-پایدار، بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده می‌تواند به‌شکل افسردگی، اضطراب یا نگرانی طولانی‌مدت ظاهر شود (وایت و فارل، ۲۰۰۶). پاسخ‌های فیزیولوژیکی تعلقی که به‌دلیل این تأثیر منفی بی‌اعتبارسازی هیجانی درک شده وجود دارد، می‌تواند منجر به تجربه شکایت‌های جسمانی شود (بروشوت، گرین، تایر، ۲۰۰۶). تحقیقات قبلی به‌وضوح نشان می‌دهد که کودکان مبتلا به علائم افسردگی یا اضطراب درواقع بیشتر از همسالان خود شکایت‌های جسمی را گزارش می‌کنند که این علائم را ندارند. همچنین نشان داده‌شده است که کودکانی که اغلب نگران هستند، شکایت‌های جسمی بیشتری را نسبت به همسالان خود تجربه می‌کنند (جالسما، ورکول و بروشوت، ۲۰۰۹).

همچنین پژوهش حاضر نشان داد که از بین مؤلفه‌های تمایزیافتگی خود، واکنش‌پذیری هیجانی و هم‌آمیختگی با دیگران در پیش‌بینی علائم جسمی نقش دارند، که در راستای پژوهش پلگ-پوپکو (۲۰۲۲) قرار دارد. در آن مطالعه دانش‌آموزانی که سطح تمایزیافتگی خود پایینی داشتند بیشتر علائم جسمانی را گزارش می‌دادند. بوئن مطرح می‌کند تمایزیافتگی جنبه مهمی از بهزیستی روان‌شناختی و جسمانی است. براساس نظریه بوئن افرادی تمایزیافتگی پایینی دارند در برابر فشار و تنش آسیب‌پذیرترند، و بیشتر علائم جسمانی هیجانات را نشان می‌دهند (لامپیس و همکاران، ۲۰۲۰). در این‌گونه افراد بهبود علائم بیماری به‌کندی پیش می‌رود و یا حتی در برخی افراد ممکن است اصلاً بهبودی حاصل نشود، درحالی‌که افراد تمایزیافته کمتر دچار تن و فشار دید می‌شوند و در صورت بیماری نیز به‌سرعت بهبود می‌یابند و عموماً کمتر آسیب‌پذیر هستند. افراد دارای تمایزیافتگی خود پایین با احتمال بیشتری به شیوه مختل در شرایط فشار روان‌شناختی و استرس‌زا رفتار می‌کنند و تحمل کمتری برای تحمل فشار دارند و در صورت ناتوانی در بروز هیجانات منفی، فشار روانی به شکل علائم جسمی خود را بروز می‌دهد.

• نتیجه‌گیری

به‌طورکلی می‌توان نتیجه گرفت که بی‌اعتبارسازی هیجانی و تمایزیافتگی خود نقش مهمی در علائم جسمی دارد. نوجوانان با احساس نبود درک‌شدن هیجان‌های خود توسط اطرافیان و در صورت نبود تمایزیافتگی خود، در مواجهه با فشارهای روانی که در دوره نوجوانی شدت می‌گیرد، افراد را در معرض بیماری‌ها و علائم جسمی قرار می‌دهد تا توجه و درک شدن از طرف والدین را تجربه نمایند، بهتر است خانواده‌ها به استقلال نوجوانان و اعتباربخشی هیجان‌های آنها توجه ویژه داشته باشند تا نوجوانان بتوانند به سمت استقلال و ابراز هیجانی پیش بروند. پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بوده است، این پژوهش روی نمونه سالم صورت گرفته است که اگر روی آزمودنی‌های بالینی با استفاده از رگرسیون لجستیک صورت بگیرد نتایج اعتبار بیشتری خواهد داشت. همچنین نمونه محدود به دوره نوجوانی هست که می‌توان در پژوهش‌های آتی گستره سنی نمونه را به بزرگسالی افزایش داد تا تعمیم‌پذیری نتایج به‌کل جامعه تحت تأثیر قرار نگیرد. نیز مؤلفه بی‌اعتبارسازی هیجانی و تمایزیافتگی به‌شدت تحت تأثیر فرهنگ و قومیت قرار دارد، پژوهش حاضر روی نوجوانان ترک‌زبان صورت گرفته است، بهتر است در پژوهش‌های آتی روی نمونه‌های سایر اقوام نیز صورت بگیرد.

• تعارض منافع

هیچ تعارض منفعی بین نویسندگان گزارش نشده است.

• تشکر و قدردانی

بر خود لازم می‌دانیم از تمام دانش‌آموزان، معلمان و مدیران مدرسی که در تکمیل پرسشنامه سعه‌صدر به خرج داده و با پژوهشگران همکاری لازم را داشتند، تشکر نماییم.

• منابع

- امیری، سهراب؛ جمالی، یوسف. (۱۳۹۷). ارزیابی روان‌سنجی ابزار سنجش تجربه علائم اختلال جسمانی مبتنی بر DSM-5. مجله کوشش. ۲۰ (۴). ۷۰۴-۶۹۹.
- بیرامی، منصور؛ قدیمی باویل، نگار. (۱۴۰۲). روابط ساختاری سبک‌های دلبستگی و نشانه‌های افسردگی اساسی نوجوانان با واسطه‌گری تحمل‌پریشانی و انعطاف‌پذیری شناختی. مجله روان‌شناسی. ۲۷ (۲). ۱۴۳-۱۳۴.
- خوشینی، فاطمه، اکبری، مهدی، و محمدخانی، شهرام. (۱۴۰۰). رابطه ساختاری اختلال بدریخت‌انگاری بدن با طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده: نقش میانجی فراشناخت، تصویر بدن و تحمل‌پریشانی. مجله روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، ۱۹ (۲ (پیاپی ۳۷))، ۱۱۹-۱۰۱.
- فخاری، نرگس، لطیفیان، مرتضی و اعتماد، جلیل. (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه پرسشنامه تمایزافتگی خود در دانشجویان ایرانی. فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی ۴ (۱۵). ۵۸-۳۵.
- مردانی، مریم؛ بساک نژاد، سودابه؛ منصوری کربانی، رضا. (۱۴۰۱). نقش واسطه‌ای تمایز خود در رابطه بین علی بین افسردگی و رضایت زناشویی زنان متأهل. مجله روان‌شناسی. ۲۶ (۴). ۳۶۵-۳۵۸.
- میرز، گامست و گارینو. (۲۰۰۶). پژوهش چندمتغیری کاربردی، ترجمه پاشاشریفی، فرزاد، رضاخانی، حسن آبادی، ایزانلو و حبیبی. سال ۱۳۹۹. انتشارات رشد
- نصیری جوتقانی؛ اسغری، فرهاد؛ پورصفر، علی. (۱۴۰۰). بررسی رابطه ساختاری طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تمایزافتگی خود و عملکرد جنسی با تمایل به رابطه فرازناشویی. مجله روان‌شناسی. سال ۲۵ (۳). ۳۴۹-۳۲۹.
- هومن، حیدرعلی. (۱۳۸۴)، مدلیابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم افزار لیزرل، تهران: سمت
- Álvarez-Hierro, S., & Oliver, J. (2024). Differentiation of self and its relationship with metacognitions about worry and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 222, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2024.112596>
- Bonvanie, I. J., van Gils, A., Janssens, K. A., & Rosmalen, J. G. (2015). Sexual abuse predicts functional somatic symptoms: An adolescent population study. *Child Abuse & Neglect*, 46, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.06.001>.
- Ask, H., Waaktaar, T., Seglem, K. B., & Torgersen, S. (2016). Common etiological sources of anxiety, depression, and somatic complaints in adolescents: a multiple rater twin study. *Journal of abnormal child psychology*, 44, 101-114. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-9977-y>
- Berezowski, L., Ludwig, L., Martin, A., Löwe, B., & Shedden-Mora, M. C. (2022). Early psychological interventions for somatic symptom disorder and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, 84 (3), 325. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000001011>.
- Bonvanie, I. J., Rosmalen, J. G., Oldehinkel, A. J., & Janssens, K. A. (2015). Functional somatic symptoms are associated with perfectionism in adolescents. *Journal of Psychosomatic Research*, 79 (4), 328-330. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.07.009>
- Brosschot, J. F., Gerin, W., & Thayer, J. F. (2006). The perseverative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *Journal of psychosomatic research*, 60 (2), 113-124. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.06.074>
- De Gucht, V., & Heiser, W. (2003). Alexithymia and somatisation: a quantitative review of the literature. *Journal of psychosomatic research*, 54 (5), 425-434. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(02\)00467-1](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00467-1).
- de Koning, L. E., Warnink-Kavelaars, J., van Rossum, M. A., Bosman, D., Menke, L. A., Malfait, F., ... & Pediatric Heritable Connective Tissue Disorders Study Group. (2023). Somatic symptoms, pain, catastrophizing and the association with disability among children with heritable connective tissue disorders. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 191(7), 1792-1803. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.63204>
- Drake, J. R. (2011). Differentiation of Self Inventory –Short Form: Creation & Initial Evidence of Construct Validity. PhD Dissertation, University of Missouri-Kansas City.

- Elzy, M. B., Keaton, A., Bogus, M., & Raymond, K. (2024). Emotional Invalidation and Relationship Quality: A Mediation Model Through a Social Learning Lens. *Psychological Reports*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/00332941241259670>
- Elzy, M. B., Keaton, A., Bogus, M., & Raymond, K. (2024). Emotional Invalidation and Relationship Quality: A Mediation Model Through a Social Learning Lens. *Psychological Reports*, 00332941241259670.
- Gershfeld-Litvin, A., Hertz-Palmor, N., Shtilerman, A., Rapaport, S., Gothelf, D., & Weisman, H. (2022). The development of somatic symptom disorder in children: psychological characteristics and psychiatric comorbidity. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, 63 (4), 324-333. <https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2021.10.008>
- Gill, D., & Warburton, W. (2014). An investigation of the biosocial model of borderline personality disorder. *Journal of clinical psychology*, 70 (9), 866-873. <https://doi.org/10.1002/jclp.22074>
- Habib, S., & Mozumder, M. K. (2025). Validation of the somatic symptom disorder—B Criteria Scale (SSD-12) in Bangladesh. *PloS one*, 20 (1), e0318062.
- Hadji-Michael, M., McAllister, E., Reilly, C., Heyman, I., & Bennett, S. (2019). Alexithymia in children with medically unexplained symptoms: a systematic review. *Journal of psychosomatic research*, 123, 109736. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109736>
- Haslam, M., Arcelus, J., Farrow, C., & Meyer, C. (2012). Attitudes towards emotional expression mediate the relationship between childhood invalidation and adult eating concern. *European Eating Disorders Review*, 20 (6), 510-514. <https://doi.org/10.1002/erv.2198>
- Hassan, H., Paulis, W. D., Bindels, P. J., Koes, B. W., & van Middelkoop, M. (2021). Somatic complaints as a mediator in the association between body mass index and quality of life in children and adolescents. *BMC Family Practice*, 22, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01562-1>
- Huang, L., Liang, Y., MA, X., Long, X., & Zhao, X. (2018). The Association between self-differentiation and mental health among medical students. *Chinese Journal of Medical Education Research*, 853-858.
- Hsu, J. W., Lin, W. C., Tsai, S. J., Cheng, C. M., Chang, W. H., Bai, Y. M., ... & Chen, M. H. (2025). Somatic symptom disorder, psychiatric comorbidities, and suicide. *Journal of Affective Disorders*, 373, 459-464.
- Jellesma, F. C., Rieffe, C., & Terwogt, M. M. (2008). My peers, my friend, and I: Peer interactions and somatic complaints in boys and girls. *Social Science & Medicine*, 66 (11), 2195-2205. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.029>
- Jellesma, F. C., Verkuil, B., & Brosschot, J. F. (2009). Postponing worrisome thoughts in children: The effects of a postponement intervention on perseverative thoughts, emotions and somatic complaints. *Social Science & Medicine*, 69 (2), 278-284. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.04.031>
- Karkhanis, D. G., & Winsler, A. (2016). Somatization in children and adolescents: practical implications. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 12 (1), 79-115.
- Lampis, J., Cataudella, S., Speziale, R., & Elat, S. (2020). The role of differentiation of self-dimensions in the anxiety problems. *The Family Journal*, 28 (1), 90-97.
- Levy, K. N., McMain, S., Bateman, A., & Clouthier, T. (2018). Treatment of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics*, 41 (4), 711-728. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.011>
- Luyten, P., Van Houdenhove, B., Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2012). A mentalization-based approach to the understanding and treatment of functional somatic disorders. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26 (2), 121-140.
- Nussbaum, A. M. (2022). *The Pocket Guide to the DSM-5-TR™ Diagnostic Exam*. American Psychiatric Pub.
- Okur Güney, Z. E., Sattel, H., Withöft, M., & Henningsen, P. (2019). Emotion regulation in patients with somatic symptom and related disorders: A systematic review. *PloS one*, 14 (6), e0217277. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217277>
- Okur Güney, Z., Sattel, H., Cardone, D., & Merla, A. (2015). Assessing embodied interpersonal emotion regulation in somatic symptom disorders: a case study. *Frontiers in Psychology*, 6, 68. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00068>
- Paine, D. R., Jankowski, P. J., & Sandage, S. J. (2016). Humility as a predictor of intercultural competence: Mediator effects for differentiation-of-self. *The Family Journal*, 24 (1), 15-22.
- Peleg-Popko, O. (2022). Bowen theory: A study of differentiation of self, social anxiety, and physiological symptoms. *Contemporary Family Therapy*, 24, 355-369.
- Robertson, C. D., Kimbrel, N. A., & Nelson-Gray, R. O. (2013). The Invalidating Childhood Environment Scale (ICES): psychometric properties and relationship to borderline personality symptomatology. *Journal of personality disorders*, 27 (3), 402-410.
- Rodríguez-González, M., Schweer-Collins, M., Skowron, E. A., Jódar, R., Cagigal, V., & Major, S. O. (2019). Stressful life events and physical and psychological health: Mediating effects of differentiation of self in a Spanish sample. *Journal of Marital and Family Therapy*, 45 (4), 578-591. <https://doi.org/10.1111/jmft.12358>
- Saunders, N. R., Gandhi, S., Chen, S., Vigod, S., Fung, K., De Souza, C., ... & Kurdyak, P. (2020). Health care use and costs of children, adolescents, and young adults with somatic symptom and related disorders. *JAMA network open*, 3 (7), e2011295-e2011295. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.11295>
- Shortt, J. W., Katz, L. F., Allen, N. B., Leve, C., Davis, B., & Sheeber, L. B. (2016). Emotion socialization in the context of risk and psychopathology: Mother and father socialization of anger and sadness in adolescents with depressive disorder. *Social development*, 25 (1), 27-46. <https://doi.org/10.1111/sode.12138>

- Subic-Wrana, C., Beutel, M. E., Knebel, A., & Lane, R. D. (2010). Theory of mind and emotional awareness deficits in patients with somatoform disorders. *Psychosomatic Medicine*, 72 (4), 404-411. <https://doi.org/10.1097/psy.0b013e3181d35e83>
- Thomas, R., DiLillo, D., Walsh, K., & Polusny, M. A. (2011). Pathways from child sexual abuse to adult depression: The role of parental socialization of emotions and alexithymia. *Psychology of Violence*, 1 (2), 121.
- van Geelen, S. M., Rydelius, P. A., & Hagquist, C. (2015). Somatic symptoms and psychological concerns in a general adolescent population: Exploring the relevance of DSM-5 somatic symptom disorder. *Journal of psychosomatic research*, 79 (4), 251-255. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.07.012>
- Westphal, M., Leahy, R. L., Pala, A. N., & Wupperman, P. (2016). Self-compassion and emotional invalidation mediate the effects of parental indifference on psychopathology. *Psychiatry research*, 242, 186-191. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.040>
- White, K. S., & Farrell, A. D. (2006). Anxiety and psychosocial stress as predictors of headache and abdominal pain in urban early adolescents. *Journal of pediatric psychology*, 31 (6), 582-596. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsj050>
- Zielinski MJ, Veilleux JC. (2018). The Perceived Invalidation of Emotion Scale (PIES): Development and psychometric properties of a novel measure of current emotion invalidation. *Psychol Assess.* ;30 (11):1454-1467 <https://doi.org/10.1037/pas0000584>