



Article history:
Received 14 March 2025
Revised 05 April 2025
Accepted 22 April 2025
Published online 12 July 2025

The Structural Effect of Personality Organization and Object Relations on Medically Unexplained Symptoms and Psychosomatic Pain: The Mediating Role of Mentalization

Mohadese. Hosn Karyari¹, Mojtaba. Ansari Shahidi^{1*}, Isaac. Rahimian-Boogar², Fardin. Moradimanesh³

¹ Department of Health Psychology, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

² Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran.

³ Department of Psychology, Dez.C., Islamic Azad University, Dezful, Iran.

* Corresponding author email address: Mojtaba.ansari@phu.iaun.ac.ir

Article Info

Article type:

Original Research

How to cite this article:

Hosn Karyari, M., Ansari Shahidi, M., Rahimian-Boogar, I., & Moradimanesh, F. (2025). The Structural Effect of Personality Organization and Object Relations on Medically Unexplained Symptoms and Psychosomatic Pain: The Mediating Role of Mentalization. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 4(3), 1-18.



© 2025 the authors. Published by Maher Talent and Intelligence Testing Institute, Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

ABSTRACT

Objective: The present study aimed to examine the structural relationship between personality organization and object relations with medically unexplained symptoms and psychosomatic pain, considering the mediating role of mentalization.

Methodology: This study was quantitative in nature and conducted using structural equation modeling in a field-based design. The statistical population consisted of 450 individuals (aged 18–45) who visited medical centers in Tehran during 2021–2022, selected through convenience sampling. To measure the variables, five standardized instruments were used: the Inventory of Personality Organization (IPO), the Bell Object Relations and Reality Testing Inventory (BORRTI), the Screening for Somatoform Symptoms (SOMS-2), the Psychosomatic Pain Questionnaire (PSQ), and the Mentalization Questionnaire (MentS). Data analysis was carried out using SPSS-23 and AMOS-22.

Findings: The results indicated that personality organization had a significant and direct positive effect on medically unexplained symptoms ($\beta = 0.697$, $p < 0.001$) and psychosomatic pain ($\beta = 0.711$, $p < 0.001$). Object relations also had a significant and direct positive effect on psychosomatic pain ($\beta = 0.669$, $p < 0.001$), but a significant negative effect on mentalization ($\beta = -0.075$, $p < 0.001$). Additional findings revealed that mentalization had a significant negative effect on medically unexplained symptoms ($\beta = -0.283$, $p < 0.001$), although its effect on psychosomatic pain ($\beta = -0.261$) was not statistically significant. Ultimately, the mediating role of mentalization in the relationship between personality organization and medically unexplained symptoms and psychosomatic pain, as well as between object relations and these symptoms, was not supported. The model fit indices indicated an acceptable fit (RMSEA = 0.11, GFI = 0.848, NFI = 0.750, RFI = 0.893).

Conclusion: The structural model fit supports a significant direct effect of personality organization and object relations on medically unexplained symptoms and psychosomatic pain. Furthermore, personality organization also influences these symptoms through the mediating role of mentalization. These findings have practical implications and can inform the design and implementation of psychological interventions for patient populations.

Keywords: Personality organization, medically unexplained symptoms, mentalization, structural equation modeling, psychodynamic psychotherapy.

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Medically unexplained symptoms (MUS) and psychosomatic pain are among the most persistent and confounding clinical presentations observed in both primary care and specialized mental health settings. These symptoms, which lack sufficient biomedical explanation, contribute significantly to patient distress, increased healthcare utilization, and functional impairment in everyday life (Goldenberg, 2010; Nimnuan et al., 2001). Research has consistently shown that up to half of the patients attending general practice clinics present with bodily complaints for which no organic cause can be identified (Fink et al., 2005). This makes MUS and related functional somatic syndromes (FSS) a major public health issue that demands an integrated biopsychosocial explanatory model.

In this regard, psychodynamic theories have highlighted the relevance of personality structure and internalized relational patterns as central to understanding the persistence and complexity of somatic symptoms. One such construct is personality organization, as conceptualized by Kernberg, which includes three structural levels: neurotic, borderline, and psychotic, differentiated by reality testing, identity integration, and the maturity of defense mechanisms (Clarkin et al., 2005; Kernberg, 1976). Individuals with disorganized or borderline levels of personality organization tend to struggle with emotional regulation, identity diffusion, and disturbed interpersonal relationships, all of which may predispose them to experience emotional dysregulation in somatic terms (Salman Nasab et al., 2024; Sharp & Kalpakci, 2015).

Closely linked to the notion of personality organization is the concept of object relations. Originating in psychoanalytic theory, object relations refer to internalized dyadic representations of self and others developed in early childhood through repeated interpersonal interactions (CalSigor et al., 2007). These internalized models shape individuals' interpretations of social and emotional events throughout life. Dysfunctional object relations, particularly those involving insecure attachments and representations of others as untrustworthy or threatening, are associated with a heightened likelihood of bodily symptom expression as a maladaptive form of affect regulation (Berens et al., 2020; Summers, 2024).

While these structural personality variables offer essential insight, current models also emphasize the importance of mediating psychological functions that modulate the impact of deeper personality dynamics on symptom expression. One such function is mentalization—the ability to reflect on and interpret one's own and others' mental states, including thoughts, feelings, and intentions (Dimitrijevic et al., 2018; Fonagy et al., 2016). Deficits in mentalization have been consistently associated with difficulties in emotional processing and increased somatization, particularly among individuals with impaired personality functioning (Seydi et al., 2019; Sharp & Kalpakci, 2015).

Mentalization, also referred to as reflective functioning, is thought to develop in the context of secure attachment and early caregiving relationships. Disruptions in these formative experiences may result in limited capacity for symbolic representation and emotion regulation, leading individuals to externalize internal distress through somatic channels. Thus, mentalization has been proposed as a potential mediating mechanism linking personality organization and object relations to the emergence of medically unexplained symptoms (Luyten et al., 2013; Stumpf et al., 2018).

Despite the conceptual and empirical support for these relationships, the literature remains limited in contexts outside Western clinical populations. In Iran, there is a notable gap in research examining the interplay between personality structure, relational schemas, and somatization from a psychodynamic lens.

Therefore, the present study aimed to investigate the structural impact of personality organization and object relations on medically unexplained symptoms and psychosomatic pain, with specific attention to the potential mediating role of mentalization, using structural equation modeling (SEM).

Methodology

The study adopted a quantitative, correlational design and employed structural equation modeling (SEM) to assess the proposed relationships among latent variables. The statistical population consisted of 528 individuals (aged 18–45) who had visited medical centers in Districts 1 and 2 of Tehran during 2021–2022. Participants were selected through convenience sampling and informed consent was obtained from all individuals.

Inclusion criteria included a minimum of lower-secondary education, the ability to engage in verbal communication, active presentation of medical complaints or pain, and willingness to complete self-report measures. Exclusion criteria comprised the presence of major psychiatric disorders requiring pharmacological intervention, chronic physical diseases (e.g., diabetes, kidney disease), congenital disorders, history of major surgery, and acute neurological injuries.

Five standardized self-report instruments were used for data collection:

1. Inventory of Personality Organization (IPO-37)
2. Bell Object Relations and Reality Testing Inventory (BORRTI)
3. Mentalization Scale (MentS)
4. Somatic Symptoms Screening Scale (SOMS-2)
5. Psychosomatic Pain Questionnaire (PSQ)

Descriptive statistics, confirmatory factor analysis, and SEM were performed using SPSS-26 and AMOS-22.

Findings

Descriptive analysis showed that participants' mean scores on psychosomatic pain, medically unexplained symptoms, personality organization, object relations, and mentalization were moderate, with notable variation across individual subscales.

Correlation analysis revealed that all key variables were significantly related. Personality organization was positively and significantly associated with both medically unexplained symptoms ($\beta = 0.697, p < 0.001$) and psychosomatic pain ($\beta = 0.711, p < 0.001$). Object relations also showed a significant positive effect on psychosomatic pain ($\beta = 0.669, p < 0.001$) and a significant negative effect on mentalization ($\beta = -0.075, p < 0.001$).

Mentalization had a significant negative effect on medically unexplained symptoms ($\beta = -0.283, p < 0.001$), but its association with psychosomatic pain was not statistically significant ($\beta = -0.261, ns$). Furthermore, mentalization did not serve as a significant mediator in the relationship between personality organization and either psychosomatic pain or medically unexplained symptoms. Likewise, no significant mediating role was found for mentalization between object relations and the outcome variables.

Model fit indices indicated an acceptable fit of the final structural model: RMSEA = 0.11, GFI = 0.848, NFI = 0.750, and RFI = 0.893.

Discussion and Conclusion

The findings of this study confirm the theoretical proposition that both personality organization and object relations have a direct impact on the presence and severity of medically unexplained symptoms and psychosomatic pain. Individuals with disturbed personality organization, particularly those with impaired identity integration and reliance on primitive defenses, appear more susceptible to somatic expression of psychological distress. Likewise, individuals with maladaptive internalized relational schemas are more likely to interpret physiological experiences through a lens of interpersonal threat and emotional dysregulation.

The observed negative relationship between object relations and mentalization reinforces the notion that early dysfunctional relationships may inhibit the development of reflective capacity. As expected, lower mentalization was linked to greater severity of medically unexplained symptoms, underscoring the protective function of reflective functioning in buffering the effects of psychological conflict on bodily symptomatology.

However, the lack of a significant mediating effect of mentalization in the structural model raises questions about the complexity and multi-determined nature of the pathways linking deep personality structures to somatic outcomes. It is possible that mentalization alone does not fully capture the psychological processing required to prevent somatization, or that its effects are contextually dependent on other moderating variables such as emotion regulation strategies, cultural attitudes toward illness, or attachment style.

These results have important implications for clinical practice. Assessment of personality organization and object relations should be integral to the psychological evaluation of patients presenting with unexplained physical symptoms. Interventions aimed at enhancing reflective functioning may offer therapeutic benefits, particularly for those with limited insight into their emotional states. Moreover, psychodynamic treatment approaches that address deep-rooted personality structures and relational patterns may contribute to more sustainable symptom relief than treatments focusing solely on symptom management.



اثر ساختاری سازمان شخصیت و روابط ابژه بر علائم غیر قابل تبیین از لحاظ پزشکی و دردهای سایکوسوماتیک: نقش واسطه‌ای ذهنی سازی

محدثه حسن کار یاری^۱، مجتبی انصاری شهیدی^{۱*}، اسحق رحیمیان بوگر^۲، فردین مرادی منش^۳

۱. گروه روانشناسی سلامت، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

۲. گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

۳. گروه روان شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.

*ایمیل نویسنده مسئول: Mojtaba.ansari@phu.iaun.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله

پژوهشی/اصیل

نحوه استناد به این مقاله:

حسن کار یاری، محدثه، انصاری شهیدی، مجتبی، رحیمیان بوگر، اسحق. و مرادی منش، فردین. (۱۴۰۴). اثر ساختاری سازمان شخصیت و روابط ابژه بر علائم غیر قابل تبیین از لحاظ پزشکی و دردهای سایکوسوماتیک: نقش واسطه‌ای ذهنی سازی. *پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی*، ۴(۳)، ۱۸-۱.



© ۱۴۰۴ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

هدف: این پژوهش با هدف بررسی رابطه ساختاری بین سازمان شخصیت و روابط ابژه بر علائم غیرقابل تبیین پزشکی و دردهای سایکوسوماتیک با توجه به نقش واسطه‌ای ذهنی‌سازی انجام شد. **روش‌شناسی:** مطالعه حاضر از نوع کمی است که با روش مدل‌سازی معادلات ساختاری به شکل میدانی اجرا گردید. جامعه آماری شامل ۴۵۰ نفر (۱۸-۴۵ سال) از مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی تهران در سال‌های ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای سنجش متغیرها از پنج ابزار استاندارد شامل سیاهه سازمان شخصیت کرنبرگ (IPO)، پرسشنامه روابط ابژه و واقعیت‌آزمایی بل (BORRTI)، ابزار سرنده علائم جسمانی (SOMS-۲)، پرسشنامه دردهای سایکوسوماتیک (PSQ) و پرسشنامه ذهنی‌سازی (MentS) استفاده شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزارهای SPSS-۲۳ و AMOS-۲۲ انجام گرفت. **یافته‌ها:** یافته‌های تحقیق نشان داد که سازمان شخصیت اثر مستقیم مثبت و معناداری بر علائم غیرقابل تبیین پزشکی ($\beta = 0.697$ ، $p < 0.001$) و دردهای سایکوسوماتیک ($\beta = 0.711$ ، $p < 0.001$) داشت. روابط ابژه نیز اثر مستقیم مثبت و معناداری بر دردهای سایکوسوماتیک ($\beta = 0.669$ ، $p < 0.001$) دارد، اما اثر منفی و معناداری هم بر ذهنی‌سازی ($\beta = -0.075$ ، $p < 0.001$) داشت. نتایج دیگر مطالعه نشان داد که ذهنی‌سازی اثر منفی و معناداری بر علائم غیرقابل تبیین پزشکی ($\beta = -0.283$ ، $p < 0.001$) داشت، اما اثر آن بر دردهای سایکوسوماتیک ($\beta = -0.261$) معنادار نبود. در پایان نقش واسطه‌ای ذهنی‌سازی در ارتباط بین سازمان شخصیت و علائم غیرقابل تبیین پزشکی و دردهای سایکوسوماتیک، و همچنین بین روابط ابژه و علائم غیرقابل تبیین پزشکی و دردهای سایکوسوماتیک تأیید نشد. شاخص‌های برازش مدل نهایی حاکی از برازش مطلوب با مقادیر ($RMSEA = 0.11$ ، $GFI = 0.848$ ، $NFI = 0.750$ ، $RFI = 0.893$) می‌باشد. **نتیجه‌گیری:** برازش مدل ساختاری حاکی از وجود اثر مستقیم و معنادار سازمان شخصیت و روابط ابژه بر علائم غیرقابل تبیین پزشکی و دردهای سایکوسوماتیک است. علاوه بر این، سازمان شخصیت از طریق نقش واسطه‌ای ذهنی‌سازی نیز بر این علائم تأثیرگذار است. این یافته‌ها دارای پیامدهای کاربردی است که می‌تواند در طراحی و اجرای مداخلات روانشناختی در جمعیت بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژگان: سازمان شخصیت، علائم غیرقابل تبیین پزشکی، ذهنی‌سازی، مدل معادلات ساختاری، روان درمانی پویایی



مقدمه

علائم غیرقابل تبیین از لحاظ پزشکی (MUSS) و دردهای سایکوسوماتیک از جمله چالش‌برانگیزترین پدیده‌ها در حوزه سلامت روان و طب روان‌تنی به شمار می‌روند که نه تنها برای بیماران، بلکه برای متخصصان سلامت نیز پیچیدگی‌های فراوانی ایجاد می‌کنند. این علائم، که فاقد منشأ زیستی مشخص‌اند، سهم قابل توجهی از مراجعات به مراکز درمانی را تشکیل می‌دهند و اغلب با هزینه‌های روانی، اجتماعی و اقتصادی قابل توجهی همراه هستند (Goldenberg, 2010; Nimnuan et al., 2001). بر اساس برخی گزارش‌ها، بین ۲۵ تا ۵۰ درصد مراجعان به درمانگاه‌های عمومی دچار علائمی هستند که نمی‌توان برای آن‌ها علت پزشکی مشخصی یافت (Fink et al., 2005).

علائم غیرقابل تبیین پزشکی اغلب تحت عنوان "نشانه‌های بدنی کارکردی" یا "اختلالات سوماتوفرم" نیز طبقه‌بندی می‌شوند و در بسیاری از موارد با دردهای مزمن، اضطراب، افسردگی و اختلالات شخصیت همپوشانی دارند (Stumpf et al., 2018). در سال‌های اخیر، تلاش‌های علمی گسترده‌ای برای شناسایی عوامل مؤثر بر این نشانه‌ها صورت گرفته است. اگرچه عوامل زیستی نقش مهمی در شکل‌گیری این اختلالات دارند، اما پژوهشگران بر اهمیت عوامل روان‌شناختی و روان‌پویشی نیز تأکید دارند (Fink et al., 2005; Luyten et al., 2013). در همین راستا، سازمان شخصیت و روابط ابژه به‌عنوان دو ساختار روان‌شناختی بنیادین در پدیدآیی و تداوم این علائم مطرح شده‌اند.

مفهوم سازمان شخصیت نخستین‌بار توسط کرنبرگ با هدف تبیین ساختارهای شخصیتی در سطوح مختلف آسیب روانی معرفی شد. او سه سطح از سازمان شخصیت را شامل سازمان شخصیت روان‌رنجور، مرزی و روان‌پریش معرفی کرد که بر اساس کیفیت مکانیزم‌های دفاعی، انسجام هویت و توانایی آزمون واقعیت از یکدیگر متمایز می‌شوند (Kernberg, 1976). این ساختار، چارچوبی برای درک تفاوت‌های بنیادین در تجربه درونی، روابط میان‌فردی، و تنظیم هیجانی فراهم می‌کند (Clarkin et al., 2005). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افرادی با سازمان شخصیت مرزی و روان‌پریش، در پردازش و تفسیر تجربیات بدنی خود دچار تحریف می‌شوند و بیشتر مستعد بروز علائم جسمانی بدون منشأ زیستی هستند (Poshtareh et al., 2024; Sharp & Kalpakci, 2015).

در کنار سازمان شخصیت، نظریه روابط ابژه یکی دیگر از مولفه‌های کلیدی در دیدگاه روان‌پویشی برای تبیین علائم جسمانی است. روابط ابژه به الگوهای درونی‌شده‌ی تعامل میان خود و دیگری اطلاق می‌شود که از تجربیات اولیه با مراقبان نشأت گرفته‌اند و در سازمان‌دهی روابط بین‌فردی و واکنش‌های هیجانی نقش دارند (CalSigor et al., 2007; Summers, 2024). این الگوهای درونی‌شده نه تنها تعیین‌کننده سبک‌های دلبستگی هستند، بلکه واکنش فرد به درد و ناراحتی جسمانی را نیز شکل می‌دهند. افرادی که روابط ابژه‌ی ناکارآمد یا آشفته‌ای دارند، بیشتر در معرض تفسیر بدنی‌سازی شده‌ی هیجانات خود قرار می‌گیرند (Bahmani Nia & Sohrabi Shegefti, 2024; Berens et al., 2020).

با این حال، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تأثیر سازمان شخصیت و روابط ابژه بر تجربه علائم جسمانی ممکن است مستقیم نباشد و عوامل میانجی متعددی در این میان نقش داشته باشند. یکی از این عوامل، ظرفیت ذهنی‌سازی یا همان عملکرد بازتابی است که در سال‌های اخیر به‌طور گسترده در ادبیات روان‌پویشی و بالینی مورد توجه قرار گرفته است (Fonagy et al., 2016; Seydi et al., 2019). ذهنی‌سازی به توانایی فرد برای درک و تفسیر حالات ذهنی خود و دیگران اشاره دارد و نقص در این ظرفیت می‌تواند منجر به بروز اختلالاتی مانند اختلال شخصیت مرزی، افسردگی، اضطراب، و همچنین اختلالات روان‌تنی شود (Dimitrijevic et al., 2018; Sharp & Kalpakci, 2015).

بر اساس مدل سه‌سطحی سبب‌شناسی اختلالات روان‌تنی که توسط لویتن و همکاران ارائه شده است، عوامل زیستی و محیطی به عنوان عوامل مستعدکننده، استرس‌ها به عنوان عوامل تسریع‌کننده، و ناتوانی در ذهنی‌سازی به عنوان عامل تداوم‌بخش در پدیدآیی و مزمن



شدن این علائم در نظر گرفته می‌شوند (Luyten et al., 2013). بنابراین، کاهش ظرفیت ذهنی‌سازی می‌تواند به افزایش بدنی‌سازی هیجانات، تجربه بیشتر درد، و ناتوانی در تنظیم تجربه‌های بدنی منجر شود.

شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که بین ذهنی‌سازی پایین و حساسیت بالاتر به درد، رابطه‌ای معنادار وجود دارد (Schulz et al., 2012). در این میان، پرسشنامه‌هایی نظیر پرسشنامه ذهنی‌سازی (MentS) و پرسشنامه درد سایکوسوماتیک (PSQ) توانسته‌اند در سنجش این مفاهیم نقش مهمی ایفا کنند (Dimitrijevic et al., 2018; Ruscheweyh et al., 2009). همچنین، پژوهش‌ها حاکی از آن‌اند که سازمان شخصیت از طریق تأثیر بر توانایی ذهنی‌سازی، می‌تواند به طور غیرمستقیم بر علائم روان‌تنی و درد تأثیر بگذارد (Farajī, 2024; Salman, 2024; Nasab et al., 2024).

با توجه به آنچه گفته شد، مطالعه ساختار روانی افراد، به ویژه از حیث سازمان شخصیت و روابط ابژه، در کنار ارزیابی عملکرد ذهنی‌سازی، می‌تواند به درک عمیق‌تری از ریشه‌های روان‌تنی علائم غیرقابل تبیین پزشکی منجر شود. بررسی این متغیرها در قالب یک مدل ساختاری و تحلیل روابط مستقیم و غیرمستقیم آن‌ها، گامی مهم در جهت فهم علت‌شناسی و طراحی مداخلات هدفمند برای کاهش علائم جسمانی مزمن و پیچیده خواهد بود (Kline, 2016; Stumpf et al., 2018).

با وجود حجم گسترده‌ای از مطالعات انجام شده در سایر کشورها، تحقیقات انجام شده در این زمینه در جمعیت ایرانی هنوز اندک و پراکنده‌اند. به ویژه، بررسی توأمان سازمان شخصیت، روابط ابژه و ذهنی‌سازی در قالب مدل‌های علی ساختاری، به‌ندرت مورد توجه قرار گرفته است. این در حالی است که بومی‌سازی یافته‌های روان‌پویشی و بهره‌مندی از مدل‌های تحلیلی، می‌تواند نقش مؤثری در طراحی درمان‌های روان‌شناختی کارآمد و متناسب با زمینه فرهنگی و اجتماعی بیماران ایرانی ایفا نماید (Bahmani Nia & Sohrabi Shegefti, 2024; Poshtareh et al., 2024).

از این‌رو، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثر ساختاری سازمان شخصیت و روابط ابژه بر علائم غیرقابل تبیین پزشکی و دردهای سایکوسوماتیک، با تأکید بر نقش میانجی ذهنی‌سازی انجام گرفته است.

مواد و روش پژوهش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع پژوهش‌های بنیادی، به لحاظ نحوه‌ی جمع‌آوری داده‌ها از نوع همبستگی و به لحاظ روش شناسی علمی در انجام پژوهش مدل‌سازی معادلات ساختاری (SEM) است که داده‌های کمی آن به شکل میدانی جمع‌آوری شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل جمعیت عمومی مردان و زنان در دامنه سنی ۱۸ تا ۴۵ سال منطقه ۱ و ۲ شهر تهران در سال ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ است که به مراکز درمانی مراجعه کرده و دارای پرونده در مراکز درمانی بودند که از میان آن‌ها نمونه‌ای به تعداد ۵۲۸ نفر، با رعایت نکات اخلاقی و ارائه توضیحات لازم به شرکت کنندگان با توجه به مفاد اخلاقی مطرح‌شده توسط انجمن روانشناسی آمریکا انتخاب گردید.

ملاک‌هایی جهت ورود و خروج از نمونه آماری پژوهش در نظر گرفته شده است، که به ترتیب ملاک‌های ورودی شامل: (۱) دارا بودن حداقل تحصیلات سیکل، (۲) توانایی برقراری ارتباط کلامی، (۳) مراجعه به مراکز درمانی جهت دریافت خدمات پزشکی و (۴) ابراز یا احساس درد و ناخوشی می‌باشد. همچنین ملاک‌های خروج از نمونه نیز شامل: (۱) ابتلا به سایر بیماری‌ها و حالات حاد و حالات مزمن جسمانی (برای مثال، دیابت، بیماری‌های کلیوی و...)، (۲) داشتن بیماری روان‌پزشکی که مستلزم مصرف دارو حین انجام پژوهش باشد، (۳) دریافت درمان‌ها یا انجام جراحی‌های تهاجمی قبل از پژوهش و یا حین پژوهش (۴) ابتلا به سایر بیماری‌ها و اختلالات مادرزادی (۵) ابتلا به بیماری‌ها و حالات محیطی از جمله سوختگی، ضایعه نخاعی و... می‌باشد. ملاک‌های ورود و خروج بر اساس پرونده بالینی بیمار و نظر پزشک معالج سنجش شده



است. جهت جمع آوری داده‌ها از ابزار پرسشنامه استفاده گردید. پرسش نامه‌ها با رضایت آگاهانه هر شرکت کننده در اختیار آن‌ها قرار گرفت. پس از تکمیل پرسش نامه‌ها توسط شرکت کنندگان، ایمیل پژوهشگر در اختیار آن‌ها قرار داده شد تا در صورت نیاز، پرسش‌ها و ابهامات خود را با پژوهشگر مطرح نمایند.

اولین پرسشنامه، سیاهه سازمان شخصیت کرنبرگ (IPO)^۱ است که ابزاری خودگزارشی برای ارزیابی سازمان شخصیت است که در سه سطح روان‌رنجور، مرزی و روان‌پریش طراحی شده است. این پرسشنامه در نسخه اصلی ۱۵۵ گویه داشت که ۵۷ گویه آن سه بعد اصلی سازمان شخصیت مرزی (آزمون‌گری واقعیت، دفاع‌های نخستین و سردرگمی هویت) را می‌سنجید. در پژوهش (Al Behbahani & Mohammadi, 2007)، نسخه ۳۷ گویه‌ای آن با حفظ سه بعد اصلی و پایایی مطلوب (α) از ۰.۶۸ تا ۰.۹۱ (برای استفاده در ایران) تأیید شده است. تحلیل عاملی این پرسشنامه نشان داد این گویه‌ها ۳۹.۷۸٪ از واریانس را تبیین می‌کنند و روایی همزمان آن با مقیاس‌های پرخاشگری و عاطفه معنادار است. یافته‌ها حاکی از کاربردپذیری این ابزار در پژوهش‌های روان‌شناختی و تشخیص‌های بالینی است.

از پرسشنامه ۲۸ آیتمی ذهنی‌سازی (MentS) مربوط به (Dimitrijevic et al., 2018) نیز که با مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ اندازه‌گیری می‌شود، استفاده گردید که سه خرده‌مقیاس ذهنی‌سازی خودمرتبط (MentS-S)، ذهنی‌سازی دیگرمرتبط (MentS-O) و انگیزه ذهنی‌سازی (MentS-M) را می‌سنجد. پایایی این ابزار در نمونه‌های نرمال و بالینی به ترتیب ۰.۸۴ و ۰.۷۵ گزارش شده است. در نسخه ایرانی (Seydi et al., 2019)، آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰.۷۸ و برای خرده‌مقیاس‌های امیال شخصی، نیازها و احساسات به ترتیب ۰.۸۳، ۰.۸۱ و ۰.۶۲ به‌دست آمده است. همبستگی مثبت با همدلی و هوش هیجانی و همبستگی منفی با روان‌رنجوری و اجتناب از دلبستگی نشان می‌دهد، که این پرسشنامه می‌تواند به ابزاری کارآمد در پژوهش‌های بالینی و تفاوت‌های فردی تبدیل شود.

در این پژوهش برای سنجش علائم غیرقابل تبیین پزشکی از پرسشنامه سرند علائم جسمانی^۲ (SOMS-2) استفاده شد. این پرسشنامه ۲۹ گویه‌ای، با برخورداری از ویژگی و حساسیت بالا، علائم شایع و اختلالات جسمانی‌سازی نظیر درد قفسه سینه غیر قلبی، نشانگان روده تحریک‌پذیر و فیبرومیالژیا را طی دو سال گذشته ارزیابی می‌کند. شرکت‌کنندگان علائمی را که بدون علت پزشکی مشخص موجب اختلال در عملکرد یا بهزیستی آن‌ها شده است، گزارش می‌دهند. پایایی داخلی این ابزار با آلفای کرونباخ ۰.۸۳ و ویژگی و حساسیت به ترتیب ۹۵.۵٪ و ۸۶٪ تأیید شده است. این مقیاس به طور گسترده در مطالعات بالینی و پژوهشی برای شناسایی و غربالگری علائم جسمانی‌سازی معتبر شناخته می‌شود.

ابزار بعدی مورد استفاده در این مطالعه، پرسشنامه روابط ابژه و واقعیت‌آزمایی بل (BORRTI) می‌باشد که توسط (Bell et al., 1986) طراحی شده است تا کارکردهای "من" شامل کیفیت روابط ابژه و واقعیت‌آزمایی را در تبیین مدل روان‌کاوی سلامت روان و بیماری مورد ارزیابی قرار دهد. این پرسشنامه به‌طور گسترده در حوزه‌های آسیب‌شناسی روانی و رفتار بهنجار نیز مورد استفاده قرار گرفته است. این ابزار شامل ۹۰ گویه بسته‌پاسخ (بله/خیر) است که به دو بخش اصلی تقسیم می‌شود: بخش اول متشکل از ۴۵ گویه است که روابط ابژه را از طریق چهار عامل بیگانگی، دلبستگی ناایمن، خودمیان‌بینی و بی‌کفایتی اجتماعی می‌سنجد؛ بخش دوم نیز شامل ۴۵ گویه است که واقعیت‌آزمایی را با سه عامل تحریف واقعیت، عدم قطعیت ادراک و هذیان و توهم ارزیابی می‌کند. در ایران، (Hadi-Nejad et al., 2014) در یک مطالعه مقدماتی، روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه را بررسی و تأیید نموده‌اند. نتایج آن‌ها نشان داد که ضرایب پایایی بازآزمایی در فاصله ۲۱ هفته‌ای بین ۰.۶۵ (برای عدم قطعیت ادراک) تا ۰.۷۸ (برای هذیان و توهم) متغیر است. همچنین، آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها

¹ Inventory of Personality Organization (IPO)

² Screening for Somatoform Symptoms-2 (SOMS-2)



بین ۰.۶۶ (برای بی‌کفایتی اجتماعی) تا ۰.۸۲ (برای بیگانگی) گزارش شده است. بنابراین، نسخه فارسی این پرسشنامه از پایایی و روایی مطلوبی در ارزیابی سازه‌های مورد نظر برخوردار است.

نهایتاً پرسشنامه دردهای سایکوسوماتیک (PSQ) هم که توسط (Ruscheweyh et al., 2009) طراحی شده تا شدت درد ادراک شده در موقعیت‌های زندگی روزمره را از طریق دو خرده مقیاس درد ملایم و درد شدید ارزیابی کند، استفاده گردید. این ابزار شامل ۱۷ گویه است که شرکت‌کنندگان شدت درد برانگیخته‌شده توسط موقعیت‌های تصویری (مانند گرما، سرما، فشار، زخم) را روی یک مقیاس عددی ۱۱ نقطه‌ای (۰ تا ۱۰) ارزیابی می‌کنند. این پرسشنامه به دلیل داشتن پایایی و اعتبار بالا (ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰.۹۲، برای خرده مقیاس درد ملایم ۰.۸۱ و برای درد شدید ۰.۹۱، و پایایی آزمون-بازآزمون در فاصله ۱ تا ۳ هفته بین ۰.۷۹ تا ۰.۸۶)، به عنوان ابزاری مناسب برای ارزیابی ابعاد مختلف تجربه درد در جمعیت مورد مطالعه انتخاب شد.

جهت اجرای پژوهش نیز به صورت میدانی و انفرادی اقدام شده و پس از هماهنگی با مراکز درمانی مناطق ۱ و ۲ تهران؛ پس از اجرای یک بررسی پایلوت با ۲۵ نفر، پس از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه از شرکت‌کنندگان اصلی، پرسشنامه‌های ذکر شده را به شیوه توازن‌سازی متقابل تکمیل کردند. داده‌های جمع‌آوری شده پس از غربالگری و حذف پرسشنامه‌های ناقص، نهایتاً داده‌های ۵۲۸ شرکت‌کننده نهایی مورد تحلیل قرار گرفت. داده‌ها پس از جمع‌آوری و غربالگری، در ابتدا جهت بررسی آماره‌های توصیفی از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۶ و سپس برای آزمون فرضیه‌ها و بررسی روابط بین متغیرها، از تحلیل عاملی تأییدی و مدل‌سازی معادلات ساختاری با نرم‌افزار AMOS-۲۲ استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۲۴۰ نفر (۴۷/۴ درصد) مرد و ۲۶۶ نفر (۵۲/۶ درصد) آن‌ها زن بودند. اکثر شرکت‌کنندگان در پژوهش به ترتیب دارای مدرک دیپلم، لیسانس و فوق لیسانس بوده‌اند. وضعیت درآمد شرکت‌کنندگان در بازه ماهیانه ۷ تا ۲۰ میلیون تومان توزیع شده است. ۱۶۹ نفر (۳۸/۷٪) شرکت‌کنندگان سابقه بیماری‌های پزشکی داشته‌اند و ۱۸۵ نفر نیز سابقه بیماری‌های روانشناختی را گزارش نموده‌اند. ۱۹۹ نفر (۳۹/۳٪) از شرکت‌کنندگان در پژوهش مجرد بوده و ۲۶۲ نفر (۶۳/۴٪) متاهل، تعداد ۴۰ نفر (۷/۹٪) مطلقه و ۵ نفر (۱٪) هم‌بیوه بوده‌اند. ۴۶ نفر (۹/۱٪) فاقد شغل و بقیه در مشاغل پاره وقت، تمام وقت، دولتی یا آزاد مشغول به کار بوده‌اند. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در این پژوهش به ترتیب به مقدار $30/98 \pm 4/06$ سال و نیز میانگین و انحراف معیار مدت طول مدت تجربه علائم غیر قابل تبیین از لحاظ پزشکی به مقدار $2/10 \pm 8/27$ (سال) بوده است. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش نیز در جدول زیر گزارش شده است.

بر اساس نتایج آمار توصیفی، میانگین متغیرهای مورد بررسی در جامعه نمونه به ترتیب شامل درد سایکوسوماتیک (۴۱.۰۷)، ذهنی‌سازی (۲۷.۰۱)، سازمان شخصیت (۳۵.۱۷)، روابط ابژه (۱۱.۹۶) و علائم غیرقابل تبیین پزشکی (۴.۶۸) است که نشان‌دهنده حضور متوسط این ویژگی‌ها در جمعیت مورد مطالعه است. انحراف معیار متغیرها نیز دامنه‌ای از تنوع را آشکار می‌کند؛ به طوری که سازمان شخصیت (۹.۱۸)، علائم غیرقابل تبیین پزشکی (۹.۷۳) و ذهنی‌سازی (۷) دارای توزیع امتیازات پراکنده‌تری هستند، در حالی که درد سایکوسوماتیک (۲۰.۴۸)، و روابط ابژه (۳.۹۳) توزیع نسبتاً هماهنگ‌تری نشان می‌دهند. این الگوی توزیع امتیازات ضمن تأیید میزان متوسط متغیرها، نشان‌دهنده تنوع قابل توجه در برخی ابعاد مانند سازمان شخصیت و روابط ابژه است که می‌تواند در تحلیل‌های بعدی و بررسی ارتباط بین متغیرها مورد توجه قرار گیرد. نتایج حاصل از اجرای آزمون همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش نیز نشان داد که همه متغیرهای پژوهش با هم همبستگی معناداری در سطح خطای کمتر از ۰/۰۱ دارند. یافته‌ها نشان می‌دهد که سه مولفه ذهنی سازی خودمربط، ذهنی سازی



مرتبط با دیگری و انگیزه برای ذهنی سازی که در این پژوهش به عنوان متغیر میانجی مطرح شده است همبستگی منفی و معناداری با سایر متغیرهای مدل دارد اما سایر متغیرهای مدل با همدیگر همبستگی مثبت و معناداری نشان داده‌اند ($p < 0.01$).

جدول ۱

میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	مولفه	میانگین	انحراف معیار
دردهای سایکوسوماتیک	درد ملایم	۳۸/۸۴	۲۰/۲۴
	درد شدید	۴۴/۳۰	۲۰/۷۲
علائم غیر قابل تبیین از لحاظ پزشکی	نشانگان اضطراب	۴/۴۵	۲/۸۴
	نشانگان افسردگی	۴/۸۷	۳/۰۵
	نشانگان بدنی کارکردی	۴/۷۴	۲۳/۳
	ذهنی سازی خودمرتبط	۲۲/۷۵	۶/۳۰
ذهنی سازی	ذهنی سازی مرتبط با دیگری	۲۹/۱۵	۷/۴۴
	انگیزه برای ذهنی سازی	۲۹/۱۳	۷/۲۸
	بیگانگی	۵/۵۱	۲/۶۰
	دلبستگی ناایمن	۳۱/۵۹	۸/۱۰
روابط ابژه	خود میان بینی	۵/۸۶	۲/۶۹
	بی کفایتی اجتماعی	۴/۹۰	۲/۳۶
	آزمون واقعیت	۵۳/۹۲	۱۳/۴۲
	دفاع‌های روانشناختی نخستین	۲۸/۵۴	۸/۴۳
سازمان شخصیت	سردرگمی هویت	۲۳/۰۷	۵/۶۹

در ادامه ارزیابی‌ها به بررسی مفروضات رگرسیونی، یعنی نرمال بودن مقادیر پسماند برای متغیرهای ملاک (درونزاد) شامل دردهای سایکوسوماتیک، علائم غیرقابل تبیین از نظر پزشکی و ذهنی سازی، با استفاده از نمودار P-P Plot اقدام گردید که نتایج حاکی از نرمال بودن مقادیر پسماند این متغیرها بود. همچنین، مفروضه استقلال خطاها با استفاده از شاخص دوربین-واتسون مورد ارزیابی قرار گرفت. این شاخص برای متغیر دردهای سایکوسوماتیک به میزان ۱.۶۹، برای ذهنی سازی ۱.۸۸ و برای علائم غیرقابل تبیین پزشکی ۱.۷۸ به دست آمد که در بازه قابل قبول قرار گرفت و نشان‌دهنده برقراری این مفروضه است. در خصوص داده‌های گم‌شده نیز مشاهده شد که نسبت داده‌های گم‌شده به داده‌های کامل در هر متغیر کمتر از ۵٪ بود که بر اساس دیدگاه کلاین (۲۰۱۶)، این سطح از داده‌های گم‌شده قابل قبول است. برای مدیریت داده‌های گم‌شده، از روش بیشینه انتظار (EM) استفاده شد که به دلیل کارآمدی بالای آن در مقایسه با سایر روش‌ها، توسط بسیاری از محققان توصیه شده است. بنابراین، تمامی مفروضات رگرسیونی و مدیریت داده‌های گم‌شده در این پژوهش به صورت دقیق بررسی و برقرار شدند.



در ابتدا با محاسبه بارهای عاملی، ضرایب مسیر بین متغیرهای پژوهش و نهایتاً محاسبه شاخص‌های برازندگی یک مدل اولیه، مشخص گردید که اگرچه اکثر شاخص‌های استخراج شده نشان دهنده قابل برازش بودن مدل اولیه مان است ولی طبق فرضیه‌های اولیه در نظر گرفته شده مان؛ روابط در برخی از مسیرهای تعیین شده معنادار نمی باشند، لذا مدل اولیه مبتنی بر مبانی نظری و با حذف روابط غیر معنادار مورد اصلاح و تعدیل قرار گرفت و مدل نهایی تحقیق به شرح زیر مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۲

ضرایب مسیر بین متغیرهای پژوهش در مدل نهایی تحقیق

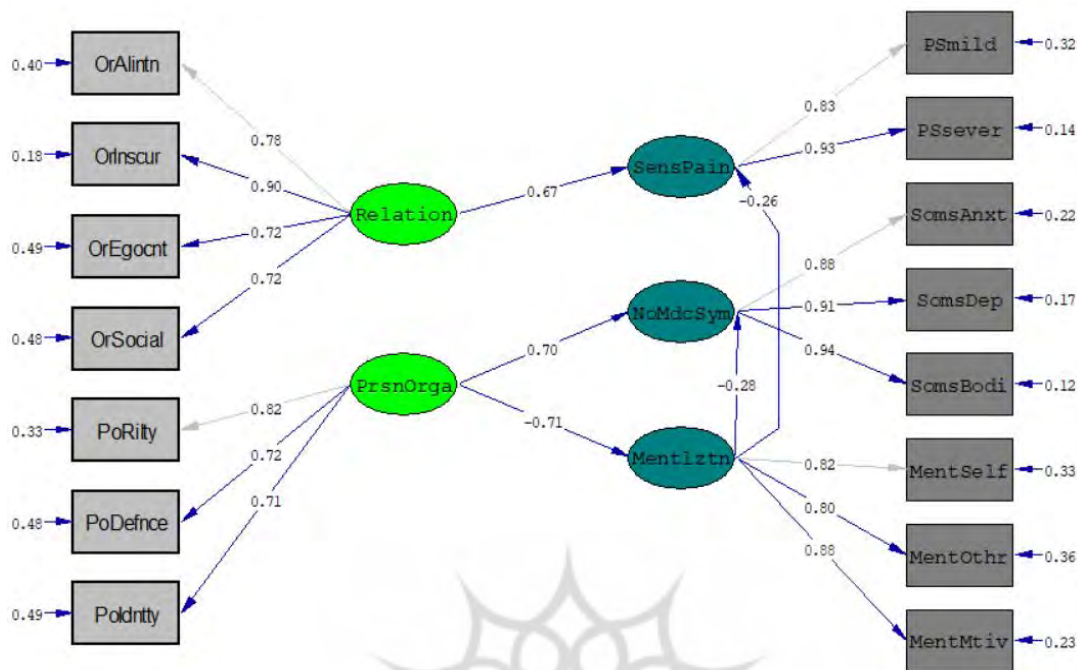
ضرایب	ضرایب غیر استاندارد	خطای استاندارد	مقدار t	ضرایب استاندارد
ضریب مستقیم ذهنی سازی بر دردهای سایکوسوماتیک	-۰/۸۴۱	۰/۱۵۹	-۵/۲۹	-۰/۲۶۱
ضریب مستقیم ذهنی سازی بر علائم غیر قابل تبیین از نظر پزشکی	-۰/۱۳۷	۰/۰۱۹	-۷/۳۰	-۰/۲۸۳
ضریب مستقیم روابط ابژه بر دردهای سایکوسوماتیک	۵/۲۱	۰/۴۵۸	۱۲/۰۵	۰/۶۶۹
ضریب مستقیم سازمان شخصیت بر علائم غیر قابل تبیین از نظر پزشکی	۰/۱۶۰	۰/۰۱۰	۱۵/۹۲	۰/۶۹۷
ضریب مستقیم سازمان شخصیت بر ذهنی سازی	-۰/۳۳۵	۰/۰۲۲	-۱۵/۰۲	۰/۷۱۱
اثر غیر مستقیم سازمان شخصیت بر دردهای سایکوسوماتیک	۰/۲۸۲	۰/۰۵۴	۵/۲۴	۰/۱۲۱
اثر غیر مستقیم سازمان شخصیت بر علائم غیر قابل تبیین از نظر پزشکی	۰/۰۴۶	۰/۰۰۷	۶/۹۰	۰/۱۱۷

یافته‌ها نشان می دهد که در برازش انجام یافته، همه ضرایب مسیر معنادار شده است. ضریب مستقیم غیر استاندارد و استاندارد ذهنی سازی بر دردهای سایکوسوماتیک به ترتیب -۰/۸۴۱ و -۰/۲۶۱ می باشد، اثر غیر استاندارد و استاندارد ذهنی سازی بر علائم غیر قابل تبیین از نظر پزشکی به ترتیب -۰/۱۳۷ و -۰/۲۸۳ می باشد، اثر غیر استاندارد و استاندارد روابط ابژه بر دردهای سایکوسوماتیک ۵/۲۱ و ۰/۶۶۹ می باشد، ضریب غیر استاندارد و استاندارد سازمان شخصیت بر علائم غیر قابل تبیین از نظر پزشکی به ترتیب ۰/۱۶۰ و ۰/۶۹۷ می باشد، اثر غیر استاندارد و استاندارد سازمان شخصیت بر ذهنی سازی به ترتیب -۰/۳۳۵ و ۰/۷۱۱ می باشد، اثر غیر مستقیم غیر استاندارد و استاندارد سازمان شخصیت بر دردهای سایکوسوماتیک به ترتیب ۰/۲۸۲ و ۰/۱۲۱ و در نهایت اثر غیر استاندارد و استاندارد سازمان شخصیت بر علائم غیر قابل تبیین از نظر پزشکی به ترتیب به میزان ۰/۰۴۶ و ۰/۱۱۷ می باشد ($t > 1.96$).

در مرحله اول فاز تجزیه و تحلیل داده ها، بایستی مدل اندازه گیری سنجیده شود تا مشخص گردد که مدل دارای سطح قابل قبولی از روایی و پایایی می باشد. با بررسی این مدل ارتباط بین متغیرها و نشانگرهای مشاهده شده معین می شود. نتایج این مرحله که نشان دهنده خروجی مدل بیرونی (ضرایب استاندارد) مدل پژوهش است در نمودار زیر نشان داده می شود.



نمودار ضرایب مسیر بین متغیرهای پژوهش (مدل اندازه‌گیری)



با توجه به نمودار ارائه‌شده (مدل اندازه‌گیری)، نتایج بدست آمده را می‌توان به شرح زیر تحلیل نمود:

۱. روابط ابژه (**Relation**): بارهای عاملی شاخص‌های این متغیر به ترتیب ۰.۷۸، ۰.۹۰، ۰.۷۲ و ۰.۷۲ هستند. بارهای عاملی نسبتاً بالا نشان‌دهنده آن است که این شاخص‌ها به خوبی قادر به تبیین و اندازه‌گیری سازه روابط ابژه هستند. به عبارت دیگر، هر چهار مؤلفه به طور معناداری با مفهوم روابط ابژه مرتبط بوده و سهم قابل توجهی در تبیین واریانس آن دارند.

۲. سازمان شخصیت (**PrsnOrga**): بارهای عاملی شاخص‌های این متغیر به ترتیب ۰.۸۲، ۰.۷۲ و ۰.۷۱ است که نشان می‌دهد هر سه شاخص به خوبی قادر به اندازه‌گیری سازمان شخصیت هستند. بارهای عاملی بالاتر از ۰.۷ نشان‌دهنده روایی بالای شاخص‌ها در اندازه‌گیری سازه مورد نظر است.

۳. درد سایکوسوماتیک (**SensPain**): بارهای عاملی مربوط به این متغیر ۰.۸۳ و ۰.۹۳ است. بارهای عاملی این متغیر نیز بالا بوده و نشان‌دهنده این است که این دو شاخص به خوبی قادر به تبیین و اندازه‌گیری مفهوم درد سایکوسوماتیک هستند. به ویژه، شاخص **PSsever** (درد شدید) بار عاملی بالاتری دارد که ممکن است نشان‌دهنده اهمیت بیشتر این جنبه در تجربه کلی درد سایکوسوماتیک باشد.

۴. علائم غیرقابل تبیین پزشکی (**NoMdcSym**): بارهای عاملی مربوط به این متغیر ۰.۸۸، ۰.۹۱ و ۰.۹۴ است. بارهای عاملی بالا در اینجا نیز حاکی از آن است که این شاخص‌ها به خوبی قادر به اندازه‌گیری سازه علائم غیرقابل تبیین پزشکی هستند و روایی بالایی در اندازه‌گیری این مفهوم دارند.

۵. ذهنی‌سازی (**Mentlztzn**): بارهای عاملی مؤلفه‌های آن هم به ترتیب ۰.۸۲، ۰.۸۰ و ۰.۸۸ است. این بارهای عاملی نشان می‌دهد که هر سه شاخص به خوبی قادر به تبیین و اندازه‌گیری مفهوم ذهنی‌سازی هستند.



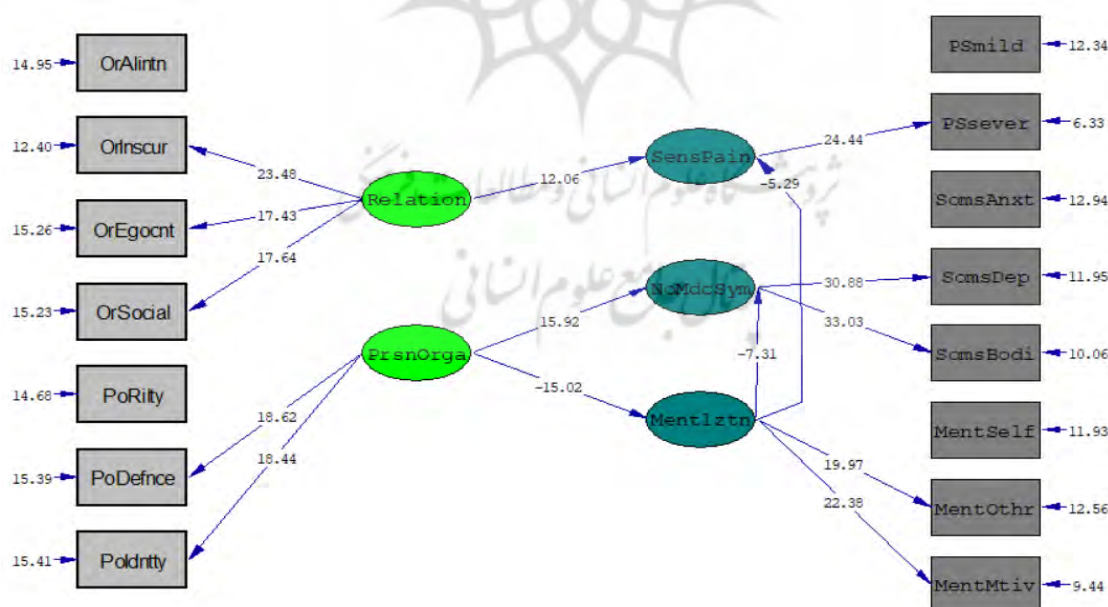
در مجموع، تحلیل مدل اندازه‌گیری نشان می‌دهد که شاخص‌های انتخاب‌شده برای هر یک از سازه‌ها، از روایی و اعتبار بالایی برخوردار بوده و به خوبی قادر به تبیین و اندازه‌گیری مفاهیم مورد نظر هستند. این امر نشان می‌دهد که مدل اندازه‌گیری پژوهش از کیفیت مناسبی برخوردار بوده و می‌توان به نتایج حاصل از تحلیل مدل ساختاری (بررسی روابط بین سازه‌ها) اعتماد کرد.

در مرحله بعد مدل ساختاری و روابط بین سازه‌ها باید مورد بررسی قرار گیرد. برای این منظور از تابع Bootstrapping استفاده می‌شود. مقدار عددی در رابطه‌ها نشان‌دهنده آماره تی می‌باشد که درواقع مالک اصلی تأیید یا رد فرضیه‌ها است. اگر این مقدار آمار به ترتیب از ۱.۶۴، ۱.۹۶ و ۲.۵۷ بیشتر باشد نتیجه می‌گیریم که آن فرضیه در سطوح ۹۰، ۹۵ و ۹۹ درصد تأیید می‌شود.

با توجه به نمودار زیر مربوط به ضرایب t ارائه شده (مدل ساختاری)، می‌توان گفت که در این مطالعه، روابط ابژه و سازمان شخصیت ($t=15.92$) به طور مستقیم و معناداری و به ترتیب با درد سایکوسوماتیک و علائم غیرقابل تبیین پزشکی مرتبط هستند و در مقام مقایسه، الگوهای ارتباطی و ویژگی‌های ساختاری شخصیت نقش مهمی در تجربه این علائم ایفا می‌کنند. علاوه بر این، روابط ابژه ($t=23.48$) نیز به طور مستقیم بر علائم غیرقابل تبیین پزشکی تأثیرگذار است. از سوی دیگر، سازمان شخصیت ($t=-15.02$) و ذهنی‌سازی ($t=-7.31$ و $t=-5.29$) به ترتیب با علائم پزشکی و درد سایکوسوماتیک رابطه معکوس دارند، به این معنا که انسجام شخصیتی و توانایی درک حالات ذهنی با کاهش این مشکلات همراه است. در مجموع، این یافته‌ها تأیید می‌کنند که روابط ابژه و سازمان شخصیت نقش مهمی در تجربه دردهای سایکوسوماتیک و علائم غیرقابل تبیین پزشکی دارند و ذهنی‌سازی می‌تواند به عنوان یک عامل محافظت‌کننده در برابر این مشکلات عمل کند، هرچند رابطه معکوس بین سازمان شخصیت و ذهنی‌سازی نیازمند بررسی بیشتر است.

شکل ۲

خروجی مدل درونی (معادلات ساختاری) مدل پژوهش (ضرایب t)



در مدل‌های معادلات ساختاری، شاخص‌های برازش به ارزیابی میزان تطابق مدل نظری با داده‌های تجربی می‌پردازند. شاخص‌های مهم شامل χ^2 ، شاخص برازش تطبیقی (CFI)، شاخص ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) و شاخص نیکویی برازش



(GFI) هستند. مقادیر بالاتر از ۰.۹۰ برای CFI و GFI، و مقادیر کمتر از ۰.۰۸ برای RMSEA، نشان‌دهنده برازش خوب مدل با داده‌ها است، در حالی که خی دو به دلیل حساسیت به حجم نمونه، کمتر به عنوان شاخص اصلی در نظر گرفته می‌شود و نسبت آن به درجه آزادی (χ^2/df) معمولاً باید کمتر از ۳ باشد. نتایج حاصل از محاسبه این شاخص‌ها به شرح جدول زیر می باشد.

جدول ۳

معیار و شاخص‌های برازش مدل

نوع شاخص	نام شاخص	مقدار مطلوب	مقادیر الگوی پژوهش
شاخص‌های برازش مطلق	درجه آزادی (df)	-	۸۴
	کای اسکوتر (NIMC)	-	۵۸۴/۴۳
	سطح معناداری (P)	کمتر از ۰/۰۵	۰/۰۰۱
شاخص‌های نسبی	ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)	۰/۱۰ به پایین	۰/۱۱
	شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۰ به بالا	۰/۸۴۸
	شاخص برازش اصلاح شده (NFI)	نزدیک به یک	۰/۷۵۰
	شاخص برازندگی فزاینده (IFI)	۰/۹۰ به بالا	۰/۹۱۴
	شاخص برازش نسبی (RFI)	۰/۶۰ به بالا	۰/۸۹۳
	شاخص برازش هنجار شده مقتصد (PNFI)	۰/۶۰ به بالا	۰/۷۳۲

شاخص‌های برازندگی مدل نشان می دهند که اکثر شاخص‌های استخراج شده مدل مفروض این پژوهش قابل قبول و مناسب می باشند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که سازمان شخصیت اثر مستقیم، مثبت و معناداری بر علائم غیرقابل تبیین از لحاظ پزشکی و دردهای سایکوسوماتیک دارد. همچنین روابط ابژه نیز به‌طور مستقیم و معنادار با دردهای سایکوسوماتیک رابطه مثبت دارد، اما با ذهنی‌سازی رابطه منفی و معناداری نشان داد. از سوی دیگر، ذهنی‌سازی تنها با علائم غیرقابل تبیین از لحاظ پزشکی رابطه معکوس و معناداری داشت، ولی رابطه آن با دردهای سایکوسوماتیک معنادار نبود. در نهایت، نقش واسطه‌ای ذهنی‌سازی در روابط بین سازمان شخصیت و روابط ابژه با متغیرهای پیامدی تأیید نشد.

یافته‌های حاصل از تأثیر مستقیم سازمان شخصیت بر علائم غیرقابل تبیین پزشکی و دردهای سایکوسوماتیک، با پیشینه پژوهشی و نظری کاملاً همخوان است. ساختار سازمان شخصیت به‌ویژه در سطوح مرزی و روان‌پریش، با ضعف در انسجام هویتی، استفاده از دفاع‌های اولیه و آزمون‌گری واقعیت ناکارآمد همراه است (Clarkin et al., 2005). چنین افرادی در پردازش هیجانات، تنظیم رفتار و تفسیر تجربه‌های درونی خود دچار ناکامی هستند، که این ناکامی می‌تواند به بروز نشانه‌های بدنی نامشخص و دردهای مزمن منتهی شود (Salman Nasab et al., 2024; Sharp & Kalpakci, 2015).

از سوی دیگر، یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر تأثیر مستقیم و مثبت روابط ابژه بر دردهای سایکوسوماتیک نیز با دیدگاه‌های روان‌پویشی مدرن همراستا است. روابط ابژه ناکارآمد، که از تجارب اولیه آسیب‌زا در ارتباط با مراقبان شکل گرفته‌اند، با افزایش آسیب‌پذیری در برابر اضطراب و ناتوانی در بیان نمادین هیجانات مرتبط هستند. چنین الگوهایی از روابط می‌توانند افراد را مستعد برون‌ریزی هیجانات در



قالب نشانه‌های بدنی نمایند (Bahmani Nia & Sohrabi Shegefti, 2024; CalSigor et al., 2007; Summers, 2024). در همین زمینه، مطالعه (Berens et al., 2020) نیز رابطه بین تجارب آسیب‌زای کودکی و اضطراب بیماری را از مسیر روابط ابژه تبیین نموده است. رابطه منفی بین روابط ابژه و ذهنی‌سازی یافته‌ی قابل‌توجهی دیگر از این مطالعه بود. این نتیجه نشان می‌دهد که هر چه ساختار روابط درونی‌شده فرد ناپایدارتر و آشفته‌تر باشد، ظرفیت تأمل درباره‌ی حالات ذهنی خود و دیگران نیز تضعیف می‌شود. این موضوع با مدل‌های مفهومی مرتبط با تحول عملکرد بازتابی هم‌راستا است؛ به‌ویژه آنکه ذهنی‌سازی عمدتاً در بستر روابط دلبستگی ایمن رشد می‌کند (Fonagy et al., 2016; Luyten et al., 2013). زمانی که روابط ابژه به‌صورت ناهماهنگ و مملو از تعارض‌های کنترل‌نشده باشند، ذهن کودک فرصت کافی برای تکوین قابلیت بازتابی را نخواهد داشت. یافته‌ی مذکور در مطالعات (Seydi et al., 2019) و (Poshtareh et al., 2024) نیز مورد تأیید قرار گرفته است که نشان داده‌اند ذهنی‌سازی پایین با روابط بین‌فردی معیوب و تعارضات حل‌نشده در ارتباط است.

یافته دیگری که در این مطالعه تأیید شد، رابطه منفی و معنادار ذهنی‌سازی با علائم غیرقابل تبیین از لحاظ پزشکی بود. این یافته با نتایج مطالعات گسترده‌ای که در زمینه‌ی نقش ذهنی‌سازی در تنظیم هیجانات و جلوگیری از بروز علائم بدنی کارکردی انجام شده، سازگاری دارد (Dimitrijevic et al., 2018; Fonagy et al., 2016; Sharp & Kalpakci, 2015). ذهنی‌سازی به فرد این امکان را می‌دهد که هیجانات، تنش‌ها و نیازهای درونی را در قالب نمادهای شناختی و زبانی پردازش کند، نه اینکه آن‌ها را از طریق بدن بیان نماید. در این چارچوب، ضعف در عملکرد بازتابی به معنای ناکامی در معنا دادن به تجارب درونی است و در نتیجه افزایش بدن‌سازی هیجانات و علائم غیرقابل تبیین پزشکی را در پی خواهد داشت (Stumpf et al., 2018).

در عین حال، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رابطه بین ذهنی‌سازی و دردهای سایکوسوماتیک از نظر آماری معنادار نیست. این یافته ممکن است ناشی از تفاوت‌های مفهومی و تجربی بین "علائم غیرقابل تبیین پزشکی" و "دردهای سایکوسوماتیک" باشد. در حالی که اولی بیشتر جنبه شناختی و هیجانی دارد و با سوءتعبیرات ذهنی از احساسات جسمی در ارتباط است، دومی ممکن است بیشتر تحت تأثیر آستانه درد، عوامل زیستی و الگوهای رفتاری مزمن قرار گیرد (Ruscheweyh et al., 2009; Schulz et al., 2012). به‌علاوه، ابزارهای سنجش مورد استفاده در پژوهش ممکن است قادر به تمایز دقیق میان ابعاد عاطفی، شناختی و بدنی درد نبوده باشند.

نهایتاً، یافته قابل‌توجه دیگر این پژوهش عدم تأیید نقش واسطه‌ای ذهنی‌سازی در روابط بین سازمان شخصیت و روابط ابژه با علائم غیرقابل تبیین پزشکی و دردهای سایکوسوماتیک بود. این نتیجه در نگاه اول ممکن است با مدل‌های نظری روان‌پویشی ناسازگار به نظر برسد، اما با توجه به تحلیل‌های دقیق‌تر می‌توان دریافت که نقش واسطه‌گری ذهنی‌سازی احتمالاً در سطوح خاصی از آسیب روانی فعال می‌شود، یا اینکه سایر متغیرهای میانجی همچون سبک‌های دفاعی، تنظیم هیجانی یا دلبستگی در این میان مداخله می‌کنند (Farajl, 2024; Fink et al., 2005). در واقع، ساختار پیچیده‌ی روابط بین متغیرهای روانی-جسمی ایجاب می‌کند که مدل‌های چندسطحی با درنظر گرفتن متغیرهای مداخله‌گر طراحی و آزمون شوند.

از نظر کاربردی، یافته‌های این پژوهش اهمیت ویژه‌ای برای درمانگران و روانشناسان سلامت دارد. درک این نکته که سازمان شخصیت و روابط ابژه نقش‌های مستقیمی در تبیین علائم روان‌تنی ایفا می‌کنند، زمینه را برای تدوین مداخلات درمانی مبتنی بر تحلیل ساختار شخصیت و اصلاح روابط بین‌فردی فراهم می‌سازد. همچنین، نتایج پژوهش مؤید آن است که تقویت عملکرد ذهنی‌سازی می‌تواند به‌عنوان یک مؤلفه کلیدی در کاهش علائم غیرقابل تبیین پزشکی مطرح شود، حتی اگر در برخی موارد همچون دردهای سایکوسوماتیک نقش مستقیمی نداشته باشد.



این پژوهش با وجود طراحی دقیق و استفاده از ابزارهای استاندارد، محدودیت‌هایی نیز دارد. نخست، به دلیل استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، امکان تعمیم نتایج به کل جمعیت وجود ندارد. دوم، داده‌ها صرفاً از طریق ابزارهای خودگزارشی گردآوری شده‌اند که می‌تواند تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی، حافظه و نگرش‌های فردی قرار گیرد. سوم، عدم بهره‌گیری از ارزیابی‌های بالینی عمیق و مصاحبه‌های ساختاریافته می‌تواند بر دقت یافته‌ها تأثیرگذار باشد. چهارم، متغیرهای روان‌شناختی و زیستی متعدد دیگری نیز ممکن است در شکل‌گیری علائم روان‌تنی نقش داشته باشند که در این پژوهش مورد بررسی قرار نگرفتند.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی‌تر و در جوامع بالینی متنوع‌تر انجام شوند. استفاده از روش‌های کیفی و مصاحبه‌های بالینی می‌تواند به غنای داده‌ها و تفسیرهای عمیق‌تر کمک کند. همچنین، بررسی نقش واسطه‌ای متغیرهای دیگر مانند سبک‌های دلبستگی، راهبردهای مقابله‌ای، یا مکانیزم‌های دفاعی در رابطه بین ساختارهای شخصیت و علائم روان‌تنی، می‌تواند درک جامع‌تری از سازوکارهای علی فراهم آورد. بررسی تغییرات متغیرهای پژوهش در طول زمان و در پی مداخلات روان‌درمانی نیز می‌تواند مسیر مناسبی برای مطالعات طولی آینده باشد.

بر اساس یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود روان‌درمانگران در ارزیابی اولیه بیماران دارای علائم غیرقابل تبیین پزشکی و دردهای مزمن، به بررسی دقیق سازمان شخصیت و الگوهای روابط ابژه آنان بپردازند. همچنین، آموزش و تقویت ظرفیت ذهنی‌سازی از طریق رویکردهایی مانند درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (MBT) یا روان‌درمانی‌های تحلیلی، می‌تواند به عنوان راهبردی مکمل در برنامه‌های درمانی گنجانده شود. در سطوح کلان‌تر، نتایج این پژوهش می‌تواند در طراحی پروتکل‌های آموزشی برای روانشناسان سلامت و همچنین توسعه مداخلات بین‌رشته‌ای برای کاهش بار روان‌تنی بیماران در مراکز درمانی مورد استفاده قرار گیرد. ایجاد آگاهی عمومی درباره پیوند میان سلامت روان و جسم نیز از اولویت‌های سیاست‌گذاری سلامت روان در کشور محسوب می‌شود.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.



حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

References

- Al Behbahani, M., & Mohammadi, N. (2007). A Survey of Psychometric Properties of Kernberg's Inventory of Personality Organization. *Iranian Journal of Psychology*, 42, 185-195. <https://www.sid.ir/paper/442914/fa>
- Bahmani Nia, M., & Sohrabi Shegefti, N. (2024). Comparison of Ego Strength, Defense Mechanisms, and Object Relations in Individuals with Depression and Healthy Individuals. *Clinical Psychology and Personality*, 22(1), 126-145. https://cpap.shahed.ac.ir/article_4316.html?lang=en
- Bell, M. D., Billington, R. J., & Becker, B. R. (1986). A scale for the assessment of object relations: Reliability, validity, and factorial invariance. *Journal of Clinical Psychology*, 42(5), 733-741. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198609\)42:5<733::AID-JCLP2270420509>3.0.CO;2-C](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198609)42:5<733::AID-JCLP2270420509>3.0.CO;2-C)
- Berens, S., Banzhaf, P., Baumeister, D., Gauss, A., Eich, W., Schaefer, R., & Tesarz, J. (2020). Relationship between adverse childhood experiences and illness anxiety in irritable bowel syndrome - The impact of gender. *Journal of psychosomatic research*, 128, 109846. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109846>
- CalSigor, E., Kernberg, O. F., & Clarkin, J. F. (2007). *Handbook of Dynamic Psychotherapy for Higher Level Personality Pathology*. American Psychiatric Publication, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781615377589>
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., & Schiavi, J. M. (2005). Transference focused psychotherapy: Development of a psychodynamic treatment for severe personality disorders. *Clinical Neuroscience Research*, 4(5-6), 379-386. <https://doi.org/10.1016/j.cnr.2005.03.003>
- Dimitrijevic, A., Hanak, N., Altaras Dimitrijević, A., & Jolić Marjanović, Z. (2018). The Mentalization Scale (MentS): A Self-Report Measure for the Assessment of Mentalizing Capacity. *Journal of Personality Assessment*, 100(3), 268-280. <https://doi.org/10.1080/00223891.2017.1310730>
- Farajl, H. (2024). Investigation of the Relationship Between Borderline Personality Organization and Perceived Abuse Experiences in Romantic Relationships: Moderating Role of Rejection Sensitivity. *Journal of Health Sciences and Medicine*, 7(3), 259-263. <https://doi.org/10.32322/jhsm.1452696>
- Fink, P., Rosendal, M., & Olesen, F. (2005). Classification of Somatization and Functional Somatic Symptoms in Primary Care. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 772-781. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01682.x>
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y. W., Warren, F., Howard, S., Ghinai, R., Fearon, P., & Lowyck, B. (2016). Development and Validation of a Self-Report Measure of Mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLoS One*, 11(7), e0158678. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>
- Goldenberg, D. L. (2010). Pain/depression dyad: a key to a better understanding and treatment of functional somatic syndromes. *The American Journal of Medicine*, 123(8), 675-682. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2010.01.014>
- Hadi-Nejad, H., Tabatabaei, M., & Dehghani, M. (2014). A Preliminary Study of the Validity and Reliability of Bell Object Relations and Reality Testing Inventory. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 20(2), 162-169. <https://www.sid.ir/paper/17110/en>
- Kernberg, O. F. (1976). *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York, Jason Aronson. https://books.google.com.fj/books?id=D-2UHAtqAUeC&source=gbs_navlinks_s
- Kline, R. B. (2016). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling, 4th Edition*. New York, NY: Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2015-56948-000>
- Luyten, P., Van Houdenhove, B., Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2013). Vulnerability for functional somatic disorders: A contemporary psychodynamic approach. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(3), 250-262. <https://doi.org/10.1037/a0032360>
- Nimnuan, C., Hotopf, M., & Wessely, S. (2001). Medically unexplained symptoms: An epidemiological study in seven specialities. *Journal of psychosomatic research*, 51(1), 361-367. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00223-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00223-9)
- Poshtareh, S., Ebrahimi Moghadam, H., Moradi, H., & Allah, H. (2024). Modeling the Relationship Between Reality Testing and Object Relations with Psychological Well-being Through the Mediation of Defense Mechanisms in Grief Disorder. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*, 5(3), 147-158. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.5.3.16>
- Ruscheweyh, R., Marziniak, M., Stumpfenhorst, F., Reinholz, J., & Knecht, S. (2009). Pain sensitivity can be assessed by self-rating: Development and validation of the Pain Sensitivity Questionnaire. *Pain*, 146(1-2), 65-74. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.06.020>
- Salman Nasab, A., Yusefi, R., & Yagubi, H. (2024). Comparison of Personality Organization in People with Dark and Bright Personality Traits. *Iranian Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 2(4), 28-35. <https://doi.org/10.61838/kman.jndd.2.4.4>



- Schulz, E., Zherdin, A., Tiemann, L., Plant, C., & Ploner, M. (2012). Decoding an individual's sensitivity to pain from the multivariate analysis of EEG data. *Cerebral Cortex*, 22(5), 1118-1123. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhr186>
- Seydi, M., Rahimian Boogar, I., & Talepasand, S. (2019). Determining Risky Driving according to the Constructs of Mentalization and Personality Organization with the Modifying Role of Aggressive Driving. *Iranian Journal of Psychiatry*, 14(4), 274-282. <https://doi.org/10.18502/ijps.v14i4.1977>
- Sharp, C., & Kalpakci, A. (2015). Mentalization in borderline personality disorder: From bench to bedside. *Personality disorders*, 6(4), 347-355. <https://doi.org/10.1037/per0000106>
- Stumpf, A., Schneider, G., & Ständer, S. (2018). Psychosomatic and psychiatric disorders and psychologic factors in pruritus. *Clinics in Dermatology*, 36(6), 704-708. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2018.08.015>
- Summers, F. (2024). *Object relations theories and psychopathology: A comprehensive text*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003265795>

