



INTERNATIONAL ASSOCIATION  
RAZI  
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄTSKLINIKUM  
FREIBURG

Philipps  
Universität  
Marburg

PSYCHOLOGISCHES INSTITUT  
FÜR PSYCHOLOGIE UND  
PSYCHOTHERAPIE  
UNIVERSITÄT  
DUISBURG ESSEN  
Department of Psychological  
Science & Psychotherapy

## چهارمین کنفرانس بین‌المللی روان‌تنی

ارزیابی و مداخلات روانشناختی در اختلالات روان‌تنی

اعتیاد و اختلالات روان‌تنی

۲۶ تا ۲۸ مهر ۱۳۹۱

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

ویژگی‌های جمعیت شناختی مبتلایان به اختلالات سوماتوفرم و برخی عوامل مرتبط با آن در افراد بستری در

بیمارستان قدس سنندج در سال ۱۳۹۰

فریده فرجی<sup>۱</sup> - سهیلا نامداری<sup>۲</sup> - علیرضا ناظمی<sup>۳</sup>

### چکیده

**هدف:** مطالعه حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی در افراد مبتلا به اختلالات سوماتوفرم و برخی عوامل مرتبط با آن در بیماران بستری در بیمارستان قدس سنندج در سال ۱۳۹۰ انجام شده است. **روش:** مطالعه حاضر از نوع توصیفی و نمونه پژوهش شامل افراد مبتلا به اختلالات سوماتوفرم و بستری در بیمارستان روانپزشکی قدس سنندج بود. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه جمعیت شناختی و مصاحبه بالینی ساختار یافته بر اساس DSM-IV جمع‌آوری شدند. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که: اختلال تبدیلی شایع‌ترین اختلال است و بیشترین علائم به ترتیب کاهش خواب و اشتها، سرگیجه و سردرد، تشنج و بیهوشی بود. بیشترین شیوع اختلالات سوماتوفرم در زنان، افراد ۴۰-۲۱ ساله، متأهل و بیسواد بود. سن ازدواج در افراد متأهل پایین بود (۲۰-۱۲) و ۴۳ درصد افراد ارتباط خوبی با همسرشان نداشتند. اختلالات همبود روانپزشکی (۷۷/۵)، سابقه بیماری‌های جسمی (۷۰/۴) و روانپزشکی (۵۳/۵) بالا بود. شایع‌ترین استرسورها، اختلاف با همسر (۲۹/۶)، مشکلات مالی و شغلی (۲۳/۹) بود. **نتیجه‌گیری:** نتایج این تحقیق می‌تواند در شناسایی عوامل زمینه‌ساز اختلالات سوماتوفرم کمک‌کننده باشد و راهکارهایی را برای کاهش میزان اختلالات سوماتوفرم پیشنهاد کند.

**کلید واژه‌ها:** اختلالات سوماتوفرم، ویژگی‌های جمعیت شناختی

<sup>۱</sup>. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، بیمارستان قدس: faridefaraj@gmail.com

<sup>۲</sup>. کارشناس روانشناسی بالینی، بیمارستان قدس

<sup>۳</sup>. روانپزشک، بیمارستان قدس

## Demographic characteristics in individual with Somatoform Disorders and Related Factors Some in the Patients Hospitalization in Sanandaj GHods Hospital in ۱۳۹۰

### Abstract

The present study was aimed to investigate the Demographic characteristics in individuals with Somatoform Disorders and Related Factors Some in the Patients Hospitalization in Sanandaj GHods Hospital in ۱۳۹۰. This research was a Descriptive study, targeting all Somatoform cases referred to the Sanandaj GHods hospital. Data were collected by Demographic Inventory and Diagnostic Interview. Results showed that Conversion Disorder is most prevalent and highest Symptom is Sleep and Appetite decrease, Headache and Dizziness, Convulsion and Anesthesia respectively. Highest prevalence of Somatoform Disorders was in women, ۲۱- ۴۰ years, married and illiterate individual. Marriage age in married individual was low (۱۲-۲۰) and ۴۳٪ of individual not have good relationship with their husband. Comorbid psychiatrist disorders (۷۷.۵), Medical diseases (۷۰.۴) and psychiatrist disorders (۵۳.۵) history were high. The most prevalent Stressors were disagreement with husband (۲۹.۶), Vocational and Financial problems (۲۳.۹). The findings of the current study can be helpful in identifying of trigger factor Somatoform Disorders. The findings of the current study can be helpful in identifying and preventing suicide.

Key words: somatoform disorders, demographic characteristics

### مقدمه

اصطلاح سوماتوفرم (شبه جسمی) از کلمه یونانی سوما به معنی بدن گرفته شده است و دسته وسیعی از بیماری ها هستند که نشانه ها و علائم جسمی جزء اصلی آن ها را تشکیل می دهند. این اختلالات دربرگیرنده تعاملات میان ذهن و بدن هستند و در آن ها مغز از راه هایی که هنوز به خوبی شناخته نشده است، پیام های مختلفی را ارسال می کند که بر آگاهی فرد تأثیر می گذارد و از وجود یک مشکل جدی در بدن خبر می دهد. در چهارمین متن بازنگری شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR)، هفت اختلال خاص سوماتوفرم شناخته شده است که عبارتند از: اختلال جسمانی سازی، اختلال تبدیلی، خودبیمارپنداری، اختلال زشت پنداری بدن، اختلال درد، اختلال سوماتوفرم نامتمایز و اختلال سوماتوفرم نامعین (کاپلان، سادوک، ۲۰۰۷).

تأثیر حالات روانی بر کنش های بدن از دیرباز مورد توجه بوده است، اما در اوایل قرن بیستم بیشتر مورد توجه قرار گرفت، که نتیجه آن توجه فزاینده به اهمیت عوامل روان شناختی در تاریخچه اختلال ها، پیش گیری از ناتوانی در بیماری ها و پیشرفت سیر درمان بوده است (کاپلان، سادوک، ۲۰۰۷).

فرایند شکل گیری هر بیماری جسمی تحت تأثیر عوامل زیستی، روان شناختی- رفتاری و اجتماعی قرار دارد (لویسون، ۲۰۰۶). مشخص است که وضعیت روانی انسان می تواند بر وضعیت جسمی تأثیرگذار باشد. برای مثال در زمان اضطراب یا ترس ضربان قلب سریع تر می شود. تپش قلب، لرزش، تعریق، دهان خشک، درد قفسه ی سینه، سردرد و احساس پيچش یا گرفتگی در شکم یا تنفس سریع همگی ناشی از تحریک عصبی فرستاده شده از مغز به قسمت های مختلف بدن است (سروین- شاربر، تاباس، کالب، ۲۰۰۰). بنابراین برخی مشکلات فیزیکی افراد می تواند ریشه دراسترس ها و فشارهای روزمره ی زندگی داشته باشد به طور مثال کمردرد و یا افزایش فشار خون به طور مستقیم با استرس های زندگی ارتباط دارد (سارنو، ۲۰۰۹).

مشکلات ناشی از رویدادهای تنیدگی زا در قرن بیستم به ویژه در کشورهای صنعتی و پیشرفته غربی افزایش یافته است (پاول و ان رایت، ۱۹۹۱) تا جایی که بعضی از صاحب نظران، عصر ما را "عصر تنیدگی" نامیده اند (برزنیتر و گلدبرگز، ۱۹۹۲). (به نقل از خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۷۹).

هانس سلیه (۱۹۸۰) استرس را پاسخ نامشخص بدن به هر گونه تقاضا نامیده است. گروهی از صاحب نظران، استرس را بیماری شایع قرن نامگذاری کرده اند. استرس، می تواند نیروها را تحلیل ببرد و فعالیت ها و تلاش ها را تحت تاثیر قرار دهد وقتی که عامل استرس زا، زندگی انسان را تحت تاثیر قرار دهد، حالت هیجانی و تفکر فیزیولوژیکی ما از سطح بهنجار و متعادل خود خارج شده، فعالیت شناختی، آسیب پذیر می گردد و مشکلات رفتاری به صورت احساس اضطراب و افسردگی فرا خوانده می شود (ریو، ۱۹۹۲؛ الوانی، ۱۳۸۰، به نقل از نظامی، ۱۳۸۶).

معمولاً پزشکان با مراجعانی روبه رو می شوند که از دردهای بدنی شکایت دارند ولی در معاینات و آزمایش های آنها هیچ نشانی از آسیب جسمی مشاهده نمی شود. احتمالاً در بسیاری از این موارد، اختلال جسمانی سازی مطرح است که با شکایات جسمانی چندگانه عودکننده یا مزمن مشخص می شود. شایع ترین شکایات در این اختلال، سردرد، تپش قلب، دردهای شکمی و روده ای و مشکلات قاعدگی و جنسی است (ولمن، ترجمه فارسی، ۱۳۷۶ به نقل از کایوانی، پورناصح، گلفام، ۱۳۸۴).

اما در ارتباط با ویژگی های جمعیت شناختی، برخی عوامل از جمله نوع ارتباط با همسر، سن ازدواج، بیشترین نوع استرسورها، سابقه روانپزشکی، بیماری های روانپزشکی همبود و اختلالات سوماتوفرم در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان روانپزشکی از جمله بیمارستان قدس سنندج مطالعه ای صورت نگرفته است.

در این مطالعه تلاش شد تا ویژگی های جمعیت شناختی و پاره ای از عوامل در بیماران مبتلا به اختلالات سوماتوفرم و بستری در بیمارستان بررسی گردد تا با دسترسی به پاره ای از اطلاعات بتوانیم برای شناخت بعضی عوامل مؤثر بر پیش گیری یا مدیریت اختلالات سوماتوفرم برنامه ریزی داشته باشیم.

## روش

طرح پژوهش حاضر در مقوله پس رویدادی (علی-مقایسه ای) قرار می‌گیرد و جامعه مورد بررسی تمام افراد مبتلا به اختلالات سوماتوفرم می‌باشند که در بیمارستان روانپزشکی قدس سنج بستی بودند. جهت تشخیص اختلالات سوماتوفرم و اختلالات روانپزشکی همبود از بیماران مصاحبه روانپزشکی براساس چک لیست DSM-IV-TR توسط رزیدنت های روانپزشکی بیمارستان به عمل آمد. داده های جمعیت شناختی با استفاده از پرسشنامه خودساخته جمعیت شناختی گردآوری شدند و با روش های آمار توصیفی و استفاده از نرم افزار SPSS-20 تحلیل گردیدند.

## یافته ها

از میان اختلالات سوماتوفرم ۵۴/۹ درصد افراد مبتلا به اختلال تبدیلی، ۱۸/۳ درصد افراد مبتلا به اختلال جسمانی شدن، ۱۴/۱ درصد افراد مبتلا به اختلال شبه جسمی نامعین، ۹/۹ درصد افراد مبتلا به اختلال شبه جسمی نامتمایز، ۱/۴ افراد مبتلا به اختلال درد و ۱/۴ درصد افراد مبتلا به اختلال خودبیمار پنداری هستند.

از میان علائم بالینی، بیشترین علائم به ترتیب کاهش خواب و اشتها (۷۶/۷)، سرگیجه و سردرد (۷۰/۴)، تشنج و بیهوشی (۶۷/۶) می‌باشد (جدول ۱).

اختلالات سوماتوفرم بیشتر در میان زنان (۸۳/۱)، افراد متأهل (۷۶/۱)، در افراد ۲۱-۴۰ ساله (۵۱/۸)، بیسواد (۴۶/۵) و با وضعیت اقتصادی ضعیف (۳۶/۶) شایع است. تفاوتی زیادی در سکونت افراد در شهر (۴۹/۳) یا روستا (۵۰/۷) وجود ندارد.

۹/۹ درصد افراد سابقه ازدواج قبلی دارند. بیشترین سن ازدواج در رده سنی ۲۰-۱۲ سال (۷۸/۹) و سن همسر ۵۰-۳۶ سال (۳۹/۲) می‌باشد. نوع ارتباط با همسر در اکثریت افراد (۶۰/۶) بد توصیف شده است. ۴۲/۳ درصد افراد سابقه بستری در بیمارستان روانپزشکی را دارند (جدول ۲).

۵۳/۵ درصد افراد سابقه اختلالات روانپزشکی دارند که بیشترین اختلالات به ترتیب اختلالات خلقی (۴۶/۵) و اختلالات اضطرابی (۱۱/۲) و کم ترین اختلال، اعتیاد (۱/۴) می‌باشد. ۷۷/۵ درصد افراد در زمان بستری علاوه بر اختلالات سوماتوفرم اختلالات روانپزشکی همبود نیز دارند که بیشترین اختلالات به ترتیب اختلالات خلقی (۴۳/۷) و اختلالات اضطرابی (۳۱/۲) و کم ترین اختلال، اعتیاد (۲/۶) می‌باشد. ۱۸/۳ درصد افراد نیز مبتلا به اختلال شخصیت بودند که بیشترین اختلال به ترتیب اختلال شخصیت نمایشی

(۹/۹) و افسرده (۴/۲) بود. ۲/۸ درصد افراد اختلال شخصیت پرخاشگر- منفعل و ۱/۴ درصد اختلال شخصیت مرزی داشتند. ۷۰/۴ درصد افراد سابقه بیماری های جسمی و بستری، ۲۹/۶ درصد سابقه جراحی و ۷/۱ درصد سابقه بیماری صرع داشته اند. سابقه اعتیاد در خانواده بیمار ۱۱/۳ درصد بود (جدول ۳).

بیشترین استرسورهای زمینه ساز بیماری در افراد به ترتیب، مشکلات خانوادگی و اختلاف با همسر (۴۲/۲)، مشکلات مالی و مرتبط با شغل همسر (۲۳/۹)، اختلاف با خانواده همسر (۱۱/۳)، طلاق (۹/۹) و مریضی فرزند (۹/۹) می باشد (جدول ۴).

جدول ۱. توزیع فراوانی علایم بالینی در بیماران بستری مبتلا به اختلالات سوماتوفرم

درصد	فراوانی	علایم
۶۷/۶	۴۸	تشنج و بیهوشی
۲۱/۱	۱۵	درد نشانه ها و گردن
۵/۶	۴	عدم تکلم
۷۴/۷	۵۳	کاهش خواب و اشتها
۲۲/۶	۱۶	عدم حرکت دست و پا
۲۵/۴	۱۸	درد معده
۳۵/۲	۲۵	درد پا یا دست
۵/۶	۴	کاهش حافظه
۷۰/۴	۵۰	سرگیجه و سردرد
۱۴/۱	۱۰	طپش قلب
۱۱/۳	۸	درد عضلات و مفاصل
۱۸/۳	۱۳	دل درد
۳۶/۷	۲۶	تهوع و استفراغ
۱۵/۵	۱۱	لرزش دست و پا
۵/۶	۴	مشکلات تناسلی

۱۱/۳	۸	مشکلات بینایی
۱۲/۷	۹	مشکلات تنفسی
۱/۴	۱	مشکلات پوستی
۷/۰	۵	مشکلات روده
۲/۸	۲	درد سینه در خانم ها
۲۵/۴	۱۸	سابقه خودکشی

جدول ۲. توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب ویژگی های جمعیت شناختی

درصد	فراوانی	عوامل جمعیت شناختی	
		جنس	سن
۱۶/۹	۱۲	مرد	جنس
۸۳/۱	۵۹	زن	
۷/۰	۵	۱۳-۲۰	سن
۵۱/۸	۳۷	۲۱-۴۰	
۴۰/۶	۲۹	۴۱-۶۱	
۱۲/۷	۹	مجرد	تأهل
۷۶/۱	۵۴	متأهل	
۷/۰	۵	مطلقه	
۴/۲	۳	بیوه	
۴۶/۵	۳۳	بیسواد	تحصیلات
۳۶/۸	۱۹	ابتدایی	
۱۸/۳	۱۳	سیکل	
۸/۴	۶	دیپلم و بالاتر	

۳۶/۶	۲۶	ضعیف	وضعیت اقتصادی
۳۱/۰	۲۲	متوسط	
۳۱/۰	۲۲	خوب	
۵۰/۷	۳۶	روستا	ساکن
۴۹/۳	۳۵	شهر	
۹/۹	۷	—	سابقه ازدواج قبلی
۱۵/۴	۱۱	۱۸-۳۵	سن همسر
۳۹/۲	۲۸	۳۶-۵۰	
۳۲/۲	۲۳	۵۱-۶۹	
۷۸/۹	۴۸	۱۲-۲۰	سن ازدواج
۲۱/۰	۱۵	۲۱-۲۸	
۳۹/۴	۲۸	خوب	نوع ارتباط با همسر
۶۰/۶	۴۳	بد	
۴۲/۳	۳۰	—	سابقه بستری

جدول ۳. توزیع فراوانی سابقه مشکلات روانشناختی و جسمی در بیماران مبتلا به سوماتوفرم

درصد	فراوانی	اختلال
۵۳/۵	۳۸	سابقه روانپزشکی
۷۷/۵	۵۵	اختلالات همبود روانپزشکی
۷۰/۴	۵۰	سابقه بیماری های جسمی
۲۹/۶	۲۱	سابقه جراحی
۱۱/۳	۸	سابقه اعتیاد در خانواده بیمار
۷/۱	۵	سابقه صرع

جدول ۴. توزیع فراوانی استرسورهای افراد مبتلا به اختلالات سوماتوفرم

استرسور	فراوانی	درصد
مشکلات خانوادگی و اختلاف با همسر	۳۰	۴۲/۲
مشکلات مالی و شغلی	۱۷	۲۳/۹
اختلاف با خانواده همسر	۸	۱۱/۳
طلاق	۷	۹/۹
مریضی فرزند	۷	۹/۹
فوت فرزند یا همسر	۴	۵/۶
فوت پدر یا مادر	۳	۴/۲
مریضی اقوام درجه یک	۲	۲/۸
تصادف	۲	۲/۸
رفتن به سربازی	۲	۲/۸
مشکل مرتبط با مدرسه یا دانشگاه	۱	۱/۴
بچه دار نشدن	۱	۱/۴
زایمان	۱	۱/۴
به زندان افتادن همسر یا فرزند	۱	۱/۴

### نتیجه گیری

هدف این پژوهش بررسی ویژگی های جمعیت شناختی و برخی عوامل مرتبط و تأثیرگذار بر شروع و تداوم اختلالات سوماتوفرم بود. در سال ۱۳۹۰، ۷۱ بیمار با تشخیص اختلالات سوماتوفرم در بیمارستان روانپزشکی قدس سنندج بستری شدند که از میان اختلالات سوماتوفرم، اختلال تبدیلی و اختلال جسمانی شدن بیشتر بود. اختلال تبدیلی شامل علائم یا نقایصی است که بر کارکردهای حسی و یا حرکتی ارادی تأثیر می گذارد و وجود یک اختلال طبی را به ذهن متبادر می کند اما به نظر می رسد ناشی از عوامل روانشناختی باشد زیرا به دنبال تعارضات یا عوامل استرس زا بروز می کند (کاپلان، سادوک، ۲۰۰۷). مطالعات نشان داده اند که اضطراب و عوامل



استرس را قادر هستند، بدن را تحت تأثیر قرار دهند و باعث ایجاد، شدت یافتن مشکلات جسمی و یا تغییر در فرایندهای مختلف مرتبط با بیماری جسمی شوند (میلند، ۲۰۰۱؛ وریس، ۱۹۸۷).

از نظر وایت (۲۰۰۱) زمانی که افراد تحت استرس هستند، باید مهارت‌های مقابله‌ای لازم را داشته باشند تا بتوانند، اثر استرس را کاهش دهند. چنانچه استرس، مدیریت شود و مهارت‌های مقابله‌ای موثر فراهم شود، فرد قادر خواهد بود تا با نیازها و چالش‌های زندگی خود به شیوه‌ی بهتری کنار آید. پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهد، آنان که انتظار خودکارآمدی بیشتری دارند از اعتماد به نفس بالایی برخوردارند در زندگی خود تعهد، چالش و کنترل بیشتری اعمال می‌کنند، شوخ طبع هستند (ماسی جفسکی، پریجوسن، مازور ۲۰۰۰) از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردارند مقاومت بیشتری در مقابل آن نشان می‌دهند و به اصطلاح دیرتر پریشان می‌شوند و در مقابل پریشانی، مقاوم ترند (هاوی، ۲۰۰۰).

در این پژوهش سن ازدواج در افراد نمونه پایین و در دوره نوجوانی بود. نوجوانی دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی است و انتقال از یک دوره تحول به دوره دیگر معمولاً با تنیدگی‌هایی همراه است (رستریو و براگز، ۱۹۹۱ به نقل از خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۷۹). از طرفی هم این افراد رابطه خوبی با همسرشان و خانواده همسرشان ندارند بنابراین علاوه بر تنیدگی‌های دوران نوجوانی استرس‌های عدیده‌ای هم در ارتباط با زندگی متأهلی، مشکلات اقتصادی، و نگهداری و تربیت فرزندان شان دارند. و پژوهش‌های قبلی نیز عنوان کرده‌اند که حمایت‌های اجتماعی و منابع حمایتی درون خانواده تعدیل‌کننده‌های بسیار قوی عوامل تنش‌زا و نشانگان «تنیدگی می‌باشند» (دانست و همکاران، ۱۹۸۶ به نقل از خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۷۹).

پژوهش‌ها بر نقش اساسی حمایت اجتماعی در حفظ سلامتی تأکید کرده‌اند و نشان داده‌اند که دریافت حمایت مسلماً مرتبط با سلامت جسمی و روانی و توانایی مقابله با استرس‌ها است (اسپیل بیجر، ساراسون، ۲۰۰۵) و در بسیاری بررسی‌ها مشخص شده است که خانواده و تأهل نقش بزرگی در مقاومت افراد در مقابله با مشکلات و بیماری‌های جسمی و روانی دارد (محمد، ویس، ورینگ، ۱۹۷۸) و خانواده و ازدواج موفق می‌تواند نیازهای عاطفی و جسمی افراد را فراهم نماید و از بروز بیماری‌های جسمی و روانی جلوگیری کند (گاف، هیوس، استایل، ۱۹۸۳). اما براساس نتایج این پژوهش بیماران مبتلا به اختلالات سوماتوفرم از حمایت خانوادگی برخوردار نبودند و رابطه خوبی با همسر و خانواده شان نداشتند و حتی از طرف همسرشان مورد پرخاشگری فیزیکی و کلامی قرار می‌گرفتند.

مردان سطوح بالایی از پرخاشگری فیزیکی و جنسی را بر علیه همسران شان مرتکب می‌شوند (کروگ، دال برگ، مرسی، زوی، و لوزانو، ۲۰۰۲، به نقل از کراهه و برگر، ۲۰۰۵) و زمینه‌یایی جنایی بریتانیایی (۱۹۹۶) گزارش کرد که در حدود ۳۰ درصد جنایت‌های خشن، خشونت‌های خانگی است که ۹۰ درصد زنان و ۴۸ درصد مردان حمله‌هایی را از همسرشان گزارش کرده‌اند (کوپر، ویتز،

۲۰۰۶). اما اگر چه زنان و مردان سطوح مشابهی از هیجانان از جمله خشم را تجربه می کنند اما زنان در ابراز خشم در مقایسه با مردان، بیشتر خشم خود را سرکوب می کنند که این می تواند مرتبط با بافت اجتماعی باشد که به نقش زن اجازه بروز هیجانات را نمی دهد و همین سرکوب کردن هیجانان واکنش های جسمانی را بالا می برد (اسپیل بیجر، ساراسون، ۲۰۰۵).

فرایند بازداری رفتاری می تواند منجر به مشکلات مرتبط با سلامتی شود آن چنان که پژوهش ها نشان داده اند سرکوبی هیجانان باعث ایجاد عاطفه منفی و افزایش اضطراب می شود (اسپیل بیجر، ساراسون، ۲۰۰۵) به عنوان مثال کوپر و ایپرسون (۱۹۹۶) دریافتند که سرکوب کردن خشم باعث افسردگی، تنفر، سؤظن، گناه و تعارض و رابطه ای منفی با جرأت مندی و اعتماد به نفس دارد. تمایز بین سرکوبی و افشا همانند تمایز بین مقابله فعال در مقابل مقابله منفعل است. محققان دریافته اند افرادی که متکی بر راهبرد مقابله ای منفعل و اجتناب شناختی هستند، افسردگی بیشتر و نشانه های جسمی بیشتری را گزارش می کنند و نیز مشکلات بین فردی بیشتری را از جمله خصومت، پرخاشگری و فقدان همدلی را تجربه می کنند (اسپیل بیجر، ساراسون، ۲۰۰۵). اگر فرهنگ دارای الگوی رفتاری واپس ران باشد، یعنی بیان آشکار احساس و افکار را تشویق نکند، نه تنها علائم به صورت جسمانی ابراز می شوند، بلکه کلام از اعضای بدن کمک می گیرد (کلین من و بایرون، ۱۹۸۵ به نقل از کاویانی، پورناصح، گلفام، ۱۳۸۴). بیماران مبتلا به اختلالات سوماتوفرم در چگونگی مقابله با استرس های زندگی از راهبرد مقابله ای صحیح استفاده نمی کنند و اگر چه زنان در مقایسه با مردان از استرس بیشتری رنج می برند در مقابله با این استرس ها بیشتر از سبک مقابله ای هیجان مدار و سبک مقابله ای اجتنابی استفاده می کنند (ماتد، ۲۰۰۴) و حتی سبک مقابله اجتنابی و هیجانی با سازگاری روانی - اجتماعی، رابطه منفی دارند (رووش، واینر، ۲۰۰۱).

بنابراین استرس نقش مستقیمی را در رضایت از زندگی و نشانه های روانشناختی بازی می کند در صورتی که سبک حل مسأله نقش غیر مستقیمی را از طریق استرس بازی می کند (چانگ و دیگران، ۲۰۰۷)

اختلال تبدیلی که شایع ترین اختلال سوماتوفرم است میزان گزارش شده آن در جمعیت عمومی متفاوت است و از ۱۱ در صد هزار نفر تا سیصد در صد هزار نفر را شامل می شود. این اختلال در زنان، جوامع روستایی، افراد کم سواد و کم هوش و افراد متعلق به گروه های اجتماعی - اقتصادی پایین شایع تر است (کاپلان، سادوک، ۲۰۰۷). در این پژوهش نیز، این اختلال در زنان، افراد بیسواد و کم سواد، افراد متعلق به گروه های اجتماعی - اقتصادی پایین شایع تر بود اما تفاوتی بین جمعیت روستایی و شهری وجود نداشت و در ساکن شهر و روستا تقریباً به اندازه شایع بود.

اختلال تبدیلی اغلب با اختلالات روانپزشکی همبود از جمله اختلال افسردگی اساسی، اختلالات اضطرابی و اسکیزوفرنی همراه است (کاپلان، سادوک، ۲۰۰۷) که در این پژوهش نیز اختلالات خلقی و اضطرابی بالا بود اما موردی از اختلال اسکیزوفرنی یافت نشد.

این پژوهش در میان اقلیت قومی کرد انجام شده است بهتر است که در میان دیگر اقلیت ها نیز انجام شود و نتایج با هم مقایسه گردند.

## سپاسگزاری

از ریاست محترم بیمارستان روانپزشکی قدس سنندج که در انجام این کار پژوهشی با ما همکاری کردند نهایت تشکر و قدردانی را داریم

## منابع

خدایاری فرد، محمد؛ غباری بناب ، باقر؛ شکوهی یکتا، محسن؛ نصفت، مرتضی؛ عابدینی، یاسمین (۱۳۷۹). بررسی رابطه بین عوامل تنش زا و نشانگان استرس در جوانان و راه های مقابله با آن. طرح پژوهشی، دانشگاه تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. کاویانی، حسین؛ پورناصح، مهرانگیز؛ گلفام، ارسلان. (۱۳۸۴). تقابل واژه های آسیب شناسی روانی و درمان در لغت نامه های زبان فارسی. تازه های علوم شناختی، سال ۷، شماره ۳، ۳۵-۴۱.

نظامی، مریم. (۱۳۸۶). مقایسه ی اثر بخشی آموزش مهارت کنترل استرس بر کاهش میزان استرس دانشجویان ایرانی و خارجی دانشگاه بین المللی امام خمینی) ره (قزوی. ن پایان نامه ارشد تهران، دانشگاه علامه طباطبایی.

Chang, E. C., & et al. (۲۰۰۷). Relations between problem-solving styles and psychological adjustment in young adults: Is stress a mediating variable?. *Personality and Individual Differences*, ۴۲, ۱۳۵-۱۴۴.

Cooper, J., Vetere, A. (۲۰۰۶). *Domestic Violence and Family Safety*. London. Whurr Publishers Ltd.

Gove, W.R., Hughes, M., Style, C.B. (۱۹۸۳). Does marriage have positive effects on the psychological wellbeing of the individual?. *J Health Soc Behav*, ۲۴(۲): ۱۲۲-۳۱.

Hovey, J. D. (۲۰۰۰). Acculturative stress, depression, and suicidal ideation in

Hovey, J. D. (۲۰۰۰). Acculturative stress, depression, and suicidal ideation in

Kaplan & Sadock. (۲۰۰۷). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences /clinical psychiatry*. New York: Wolters kluwer /Lippincott Williams & wilkins.

Krahe, B., Berger, A. (۲۰۰۵). Sex differences in relationship aggression among young adults in Germany. *Sex Roles*, ۵۲, ۱۱/۱۲, ۸۲۹-۸۳۸.

- Levenson, J.L. (2006). *Essentials of Psychosomatic Medicine*. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Maciejewski, P. K., Prigerson, H. G., & Mazure (2000), stressful life events and depressive symptoms: Differences based on history of Prior depression. *British Journal of Psychiatry*, 176, 373- 378
- Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37, 141-145.
- Melmed, R.N. (2001). *Mind, Body, and Medicine*. 1st ed. New York: Oxford University Press.
- Mexican immigrants. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 6 (2), 134- 151.
- Mexican immigrants. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 6 (2), 134- 151.
- Mohamed, S.N., Weisz, G.M., Waring, E.M. (1998). The relationship of chronic pain to depression, marital adjustment, and family dynamics. *Pain*, 8(3): 280-92.
- Roesch, S.C., Weiner, B. A. (2001). meta-analytic review of coping with illness: do causal attributions matter? *J Psychosom Res*, 50(4): 200-19.
- Sarno, J.E. (2009). *The Divided Mind*. 1st ed. New York: HarperCollins e-books.
- Servan-Schreiber, D., Tabas, G., Kolb, R. (2000). Somatizing patients: part II. Practical management. *Am Fam Physician*. 61(9): 1423-2.
- Spielberger, C. D., Sarason, L. G. (2000). *Stress and Emotion*. VOLUME 17. Routledge. New York, London.
- Varis, K. (1987). Psychosomatic factors in gastrointestinal disorders. *Ann Clin Res*, 19(2): 130-42.
- Whit, J. (2001). *Mental health concepts and skill*. Salem- Keizer Public School