

مقایسه‌ی علایم بدنی در افراد با پریشانی روانی بالا و پایین*

شهرام وزیری^۱، شوان شیدایی اقدم^۲، لعیا نوبخت^۳، منصوره خلیلی^۴، یاشار وزیری^۵،
رویا معصومی^۶ و آرش وزیری^۷

پریشانی روانی نوعی برای توصیف دوره‌ای کوتاه مدت اما حاد از یک آشفتگی خاص روانی به کار می‌رود که ابتدا با مشخصه‌های افسردگی یا اضطراب تظاهر می‌کند. پریشانی روانی می‌تواند نوعی نابهنجاری تلقی شود که مسوول تفکر و رفتار ناسازگارانه بوده و نیازمند مداخله‌ی تخصصی است. در این شرایط شور و شوق زندگی کاهش یافته، احساس دلشکستگی و ناامیدی به حاکمیتی غالب تبدیل می‌شود. هدف این پژوهش مقایسه‌ی نشانگان جسمانی سازی در افراد با پریشانی روانی بالا و پایین بود. برای این منظور طی یک پژوهش مقطعی، هزار نفر از والدین دانشجویان واحد رودهن انتخاب و از نظر پریشانی و نشانگان جسمانی سازی مرد ارزیابی قرار گرفتند. سپس ۲۸ درصد بالاترین و پایین‌ترین نمرات پریشانی مجزا و به عنوان گروه با پریشانی بالا و پایین از نظر مولفه‌های جسمانی سازی مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که دو گروه در جسمانی سازی و مولفه‌های آن (درد بدنی؛ درد کمر؛ درد در دستها و بازوها؛ سردرد؛ درد سینه، گیجی؛ از حال رفتن؛ تپش قلب؛ نفس نفس زدن؛ درد یا مشکل در حین رابطه‌ی جنسی؛ یبوست، اسهال، روده شل؛ تهوع، نفخ، سواضمه؛ خستگی و انرژی کم؛ مشکلات خواب) تفاوت معناداری با یکدیگر نشان می‌دهند. یافته‌ها از بالا بودن پریشانی در افراد مبتلا به مشکلات روانی حمایت می‌کند.

واژه‌های کلیدی: جسمانی سازی، پریشانی، استرس

مقدمه

احساس تهدید و تیدگی در زندگی روزمره امری اجتناب ناپذیر است (بوندس، ۲۰۰۶). انسان در برابر ادراک تهدید و خطر با استرس واکنش نشان می‌دهد و شدت این واکنش به اینکه یک موقعیت معین تا

* این مقاله بخشی از پژوهش فوق‌دکتری نگارنده، مصوب دانشگاه فرابورگ آلمان و پژوهشکده‌ی روانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است.

۱. دپارتمان روان‌شناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. (نویسنده‌ی مسوول) vaziri@riau.ac.ir

۲. دپارتمان روان‌شناسی، واحد گرگان، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

۳. دپارتمان روان‌شناسی بالینی، واحد رودهن، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۴. دپارتمان روان‌شناسی بالینی، واحد رودهن، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۵. دپارتمان پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۶. پارتمان روان‌شناسی، واحد تهران مرکز، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۷. دپارتمان روان‌شناسی، واحد رودهن، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

چه حد استرس‌زا ادراک می‌شود وابسته است. با پیشرفت علوم و به موازات آن، پیچیده‌تر شدن زندگی فردی و اجتماعی و بالا رفتن میزان استرس افراد، لزوم توجه به مسایل تنش‌زای روانی و عاطفی انسان‌ها بیش از پیش احساس می‌شود (کاپلان، سادوک و گرب، ۲۰۰۳). استرس از جمله تهدیدهای سلامت روانی و جسمانی است (بنت و ولز، ۲۰۱۰). استرس ادراک‌شده حالت یا فرایندی روان‌شناختی است که طی آن فرد بهزیستی جسمی و روان‌شناختی خود را تهدیدآمیز ادراک می‌کند. (کلارک، ۲۰۱۰). استرس از عوامل بینابینی است که با بسیاری از بیماری‌ها (نلسون، گریس، جاف و همکاران، ۲۰۰۳) و حتی کاهش اندازه آمیگدال حیوانات (کریستینا، ۲۰۱۲) ارتباط دارد و استرس ادراک‌شده یک پیش‌بینی‌کننده پیامدهای منفی و آسیب‌شناختی مرتبط با سلامتی است (گولدن-کریوتز، تروتون، ولز-دی جورجیو، فریرسون و همکاران، ۲۰۰۵).

عکس‌العمل افراد نسبت به استرسورها ابتدا به مشخصات محرک، در مرحله بعد به ویژگی‌های فردی و در درجه بعدی به تجارب قبلی افراد بستگی دارد و در صورت عدم پاسخ صحیح به استرس علائمی مانند خستگی، تحریک‌پذیری، عدم تمرکز حواس، احساس گناه، دردهای گوارشی و جسمی حادث می‌شود (لاسچینگر و رانگ، ۱۹۹۹). در همین راستا نیز نقش و تاثیر استرس در ایجاد یا تشدید بیماری‌ها موضوع تعداد قابل توجهی از تحقیقات در سال‌های اخیر بوده است (کابالو و کاردا، ۱۹۹۷؛ روبرت، گولدینگ، تول، وینرب، ۱۹۹۹؛ کیس، ۲۰۰۲؛ بانرجی، ۲۰۱۲؛ سینها، ۲۰۰۸؛ شواب، دیکسون و وولف، ۲۰۱۱). از گذشته تاکنون بر این بوده که اگر استرس طی دوره‌های زمانی طولانی ادامه یابد واکنش‌های کوتاه مدت تبدیل به واکنش‌های بلند مدت مواجه با استرس مانند مشکلات روان‌تنی می‌شود (استراب، واردل، پولارد و همکاران، ۱۹۹۶) و در این شرایط، علائم بدنی نامعین، مانند نارحتی‌های روان‌شناختی شیوع بیشتری می‌یابند (کرید و بارسکی، ۲۰۰۴).

پرشانی روانی چه در نتیجه فرآیندهای کلامی-معنایی یا بدنی رخ دهد، به صورت یک حالت هیجانی تجربه می‌شود که اغلب با گرایش‌های عمیقی از اجتناب و انفعال آمیخته است. پریشانی روانی مسوول تفکر و رفتار ناسازگارانه بوده و نیازمند مداخله‌ی تخصصی است. در این شرایط شور و شوق زندگی کاهش یافته، احساس دلشکستگی و ناامیدی به حاکمیتی غالب تبدیل می‌شود. پریشانی روانی را می‌توان وضعیتی هیجانی تعریف کرد که در برگیرنده‌ی ناراحتی، ناامیدی و اضطراب است. این وضعیت یک تجربه‌ی پیوسته و حاکم ناهشیار از احساس نگرانی، تحریک‌پذیری و فشار روانی فراهم می‌سازد که رفتارهای آشکار و نا آشکار فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد (وزیری، لطفی کاشانی، ۲۰۱۳).

پریشانی روانی هنگامی روی می‌دهد که فرد با یک عامل استرس زای قوی روبرو شود و نتواند آشفتگی‌های هیجانی و عاطفی خود را به درستی مدیریت کند. این مفهوم که در سازه‌ی تحمل پریشانی تعریف شده است نشان می‌دهد که چگونه پریشانی با اختلالات خوردن (ویوجانویک، دوچر و برنز، ۲۰۱۶) اختلالات اضطرابی (مایکل، رووا، یانگ و همکاران، ۲۰۱۶) اختلالات و سواسی جبری (ماگاتی، کاپرون، گوتری و همکاران، ۲۰۱۵) افسردگی (هالیدی، پدرسون و لونتال، ۲۰۱۶) مشکلات خواب (شرت، بابسون، اسمیت و همکاران، ۲۰۱۶) مرتبط است.

پژوهش‌ها بیانگر ارتباط شدت علایم جسمانی با افزایش پریشانی روانی است (کرید، دیویس، جکسون و همکاران، ۲۰۱۲؛ کرونگ، اپیتزر و ویلیامز، ۲۰۱۰). بررسی رابطه‌ی بین علایم ویژه بیماری‌های سایکوسوماتیک و منابع ایجادکننده پریشانی نشان داده که علایم بیماری سایکوسوماتیک با پریشانی و استرس رابطه‌ی مثبت و معناداری دارد (جین، یونگ، تانگ، لاو، ۲۰۰۸). یافته‌ها نشان می‌دهند که تجربیات پرسترس بیماری‌های سایکوسوماتیک موثر است (گربر، ۲۰۰۸). اگر استرس و در ادامه آن پریشانی بتواند علت مستقیم بیماری باشد، این کار فقط از طریق تاثیرگذاری بر فرایندهای زیست‌شناختی (برانون، فیست و آپدگراف، ۲۰۱۴) و از مسیرهایی مانند دستگاه عصبی پیرامونی، ترشح هورمون‌ها و رفتارهایی خواهد بود که تاثیری منفی بر دستگاه ایمنی می‌گذارند (سکستر و میلر، ۲۰۰۴). هدف ما در این پژوهش مقایسه‌ی نشانگان جسمانی سازی در افراد با پریشانی روانی بالا و پایین بود.

روش

پژوهش حاضر، در قالب یک پژوهش مقطعی و به عنوان بخشی از یک پژوهش جامع در رابطه با جسمانی سازی و مشکلات روان‌تنی انجام شد. جامعه‌ی آماری مورد مطالعه در این پژوهش، شامل والدین دانشجویان ورودی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن سال ۱۳۹۶ بود. این دانشگاه در سال ۹۶ حدود تعداد ۳۰۰۰ دانشجو جذب کرده بود که در پنج دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم اجتماعی، کشاورزی و علوم پایه، ادبیات فارسی و زبان‌های خارجی، فنی مهندسی و هنر و معماری تقسیم شده‌اند. با توجه به جدول مورگان، نمونه‌ی معرف برای این حجم از جامعه‌تعداد ۳۴۱ نفر خواهد بود. برای حصول اطمینان از این جامعه ۱۰۰۰ والد (پدر یا مادر و یا هر دو) به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و بعد از توضیح اهداف پژوهش و اخذ رضایت با پرسشنامه‌ی پریشانی کسلر^۱ (K10)، دولت

1. Kessler Psychological Distress Scale (K10)

(DS-14)، نشانگان جسمانی سازی^۱ (PHQ-15)، سلامت^۲ (GHQ-28)، ارزیابی جامع مراجع^۳ (CEC) مورد آزمون قرار گرفت. سپس با توجه به اینکه از نظر مگنسون (۱۹۶۷) در یک توزیع ۲۷ درصد بالا و پایین ویژگی در نظر گرفت، ۲۷ درصد آزمودنی‌هایی که بالاترین و پایین‌ترین نمرات را در پرسشنامه کسلر اخذ کرده بودند (هر گروه ۲۷۰ نفر) انتخاب و نمرات آنها در متغیرهای پژوهشی مورد تحلیل قرار گرفت.

ارزیابی پریشانی روان شناختی کسلر ۱۰ (K10) برای ارزیابی میزان پریشانی در طی یک ماه اخیر طراحی شده است (کسلر، ۲۰۰۳) معرفی شده است. این پرسشنامه توسط کسلر و همکارانش در سال ۲۰۰۲ به صورت ۱۰ سوالی تدوین شده است. پاسخ سوالات به صورت ۵ گزینه‌ای (همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، بندرت و هرگز) بوده و هر پاسخ بین صفر تا ۴ نمره گذاری می‌شوند. فوروکاوا، کسلر، اسلاد و همکاران (۲۰۰۳) فسارت، دی ویت، توینبریجر و همکاران (۲۰۰۹) و بوگی، آریم، کوهن و همکاران (۲۰۱۲) اعتبار و پایایی این پرسشنامه را تایید کرده‌اند.

پرسشنامه‌ی نشانگان جسمانی سازی (PHQ-15) پرسشنامه‌ی ای است که انجمن روان پزشکی آمریکا (۲۰۱۳) در کنار پنجمین ویرایش طبقه بندی تشخیصی آماری اختلالات روانی برای ارزیابی نشانگان جسمانی در بین مراجعین معرفی کرده است. انجمن روان پزشکی آمریکا این پرسشنامه را دارای روایی سازه معرفی کرده و به علت داشتن شیوه ملاک مرجع (نه نرم مرجع) وسیله‌ی ای پایا و معتبر اعلام کرده است. شبه، فیضی، افشار و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهش خود این پرسشنامه را از نظر پایایی و اعتبار مورد تایید قرار داده‌اند. این پرسشنامه با ۱۵ سوال، شدت علایم جسمانی شکل را در حوزه علایم روان تنی، ارزیابی می‌کند.

پرسشنامه تیپ شخصیتی D دنولت (DS-14) در سال ۲۰۰۵ توسط دنولت ساخته شد. این پرسشنامه با ۱۴ سوال دارای دو خرده مقیاس عواطف منفی و بازداری اجتماعی است. منظور از عواطف منفی تمایل فرد به تجربه احساسات منفی در اوقات و موقعیت‌های مختلف است؛ درحالی که بازداری اجتماعی به تمایل فرد به اجتناب از ابراز این هیجانات منفی در تعاملات اجتماعی اشاره دارد. از نقطه نظر بالینی افراد سنخ D مستعد نگرانی، تنش، احساس ناشادی، و نگاه تیره و منفی به زندگی هستند. آن‌ها به سادگی عصبی می‌شوند و در کل کمتر احساسات مثبت را تجربه می‌کنند. گراند، جوردان،

1. Patient Health Questionnaire (PHQ-15)
2. The General Health Questionnaire (GHQ-28)
3. Comprehensive Evaluation of Client (CEC)

کومل و همکاران (۲۰۰۴) یو، زانگ و لیو (۲۰۰۸) و پدرسن و دنولت (۲۰۰۴) اعتبار و پایایی این پرسشنامه را تایید کرده‌اند.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) توسط گلدبرگ (۱۹۷۸) منتشر شد. گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) فرم ۲۸ ماده ای پرسشنامه را اولین بار از طریق اجرای روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند آن، طراحی کردند. این پرسشنامه دارای چهار خرده مقیاس (علایم جسمانی، علایم اضطرابی و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی، علایم افسردگی) است و نمره کلی هر فرد از حاصل جمع نمرات ۴ این خرده مقیاسها به دست می آید. اعتبار و پایایی پرسشنامه‌ی سلامت عمومی در پژوهش‌های متعددی مورد تایید قرار گرفته است (گلد برگ و هیلر، ۱۹۷۹؛ روبین و پرایس، ۱۹۸۲؛ فیلد و راموس، ۲۰۰۰؛ ساکایبارا، میلر، اورنزیک و همکاران، ۲۰۰۹).

پرسشنامه ارزیابی جامع مراجع، توسط وزیری و لطفی کاشانی (۲۰۱۶) ساخته شده است. این پرسشنامه ۴۸ سوال و ۱۶ خرده مقیاس تحت عنوان معنویت، درماندگی، حساسیت میان فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، رضایت از زندگی، حمایت ادراک شده، کارکرد اجتماعی، سبک سالم زندگی، مشکل جنسی، شادمانی، اجتناب، کنترل بیرونی، عاطفه منفی، ادراک کنترل در زندگی دارد. این پرسشنامه از اعتبار سازه مناسبی برخوردار است و میانگین پایایی خرده مقیاس‌های آن با روش بازآزمایی ۰/۶۷۱ بدست آمده است.

با توجه به تقسیم آزمودنی‌ها به دو گروه با پریشانی روان شناختی بالا و پایین، برای مقایسه‌ی نمرات گروهها در جسمانی سازی، از تحلیل واریانس استفاده شد. داده‌ها با هجدهمین ویرایش نرم افزار SPSS تحلیل شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ مولفه‌های توصیفی سن آزمودنیها ارایه شده است.

جدول ۱. مولفه‌های توصیفی سن آزمودنیها

Mi	Ma	M	sd	n	
۵۲	۳۴	۴۴/۷۳	۴/۳۴۵	۳۰۱	زنان
۵۵	۳۷	۴۶/۶۲	۳/۵۶۸	۲۳۹	مردان
۵۵	۳۴	۴۵/۵۷	۴/۱۲۵	۵۴۰	کل

همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، ۳۰۱ زن و ۲۳۹ مرد در دو گروه قرار دارند. میانگین سنی زنان، ۴۴/۷۳ سال و میانگین سنی مردان ۴۶/۶۲ سال است. در جدول ۲ مولفه‌های توصیفی و استنباطی نمرات جسمانی سازی ۱ ارایه شده است.

جدول ۲. مولفه‌های توصیفی و استنباطی نمرات گروهها در متغیر جسمانی سازی

ANOVA	گروه پایین		گروه بالا				
	Sig.	F	M	sd		M	sd
	۰/۰۰۱	۱۱/۶۴۰	۰/۷۱	۰/۶۹۵	۰/۹۲	۰/۷۴۲	درد بدنی
	۰/۰۳۱	۴/۶۵۸	۰/۹۷	۰/۷۱۱	۰/۸۰	۰/۷۲۵	درد کمر
	۰/۰۰۸	۷/۰۵۵	۰/۷۵	۰/۷۰۱	۰/۹۱	۰/۷۲۴	درد در دستها و بازوها
	۰/۳۴۳	۰/۹۰۴	۱/۱۱	۰/۶۸۱	۱/۰۴	۰/۶۶۲	مشکلات مربوط به پیروید (فقط زنان)
	۰/۰۱۷	۵/۶۹۱	۰/۶۹	۰/۷۱۵	۰/۸۳	۰/۶۱۶	سردرد
	۰/۰۰۴	۸/۴۳۱	۰/۸۱	۰/۷۱۳	۱	۰/۷۳۹	درد سینه
	۰/۰۱۹	۵/۴۹۶	۰/۴۶	۰/۵۹۵	۰/۵۷	۰/۵۰۳	گیجی
	۰/۰۱۵	۵/۹۸۱	۰/۸۶	۰/۶۴۳	۱	۰/۷۲۷	از حال رفتن
	۰/۰۱۸	۵/۶۳۷	۰/۷۶	۰/۷۳۰	۰/۹۰	۰/۶۸۳	طپش قلب
	۰/۰۱۹	۵/۴۹۰	۰/۵۷	۰/۵۷۲	۰/۶۸	۰/۴۹۰	نفس زدن
	۰/۰۰۸	۷/۰۶۲	۰/۶۸	۰/۷۶۹	۰/۸۴	۰/۶۵۱	درد یا مشکل در حین رابطه‌ی جنسی
	۰/۰۳۲	۴/۶۲۹	۰/۵۶	۰/۶۵۳	۰/۶۶	۰/۴۹۷	یبوست، اسهال، روده شل
	۰/۰۰۸	۷/۰۵۴	۰/۵۶	۰/۶۱۸	۰/۶۸	۰/۴۷۵	تهوع، نفخ، سواضمه
	۰/۰۰۵	۷/۸۸۶	۰/۹۲	۰/۵۷۶	۱/۰۷	۰/۶۱۸	خستگی و انرژی کم
	۰/۰۱۶	۵/۸۳۲	۰/۹۶	۰/۶۰۲	۱/۰۹	۰/۶۰۹	مشکلات خواب
	۰/۰۰۱	۴۷/۵۵۲	۱۰/۷۵	۲/۹۴۳	۱۲/۴۱	۲/۶۵۳	نمره‌ی کل در جسمانی سازی

همانگونه که مشاهده می‌شود نتایج مقایسه‌ی دو گروه در متغیرهای درد بدنی؛ درد کمر؛ درد در دستها و بازوها؛ سردرد؛ درد سینه، گیجی؛ از حال رفتن؛ طپش قلب؛ نفس زدن؛ درد یا مشکل در حین رابطه‌ی جنسی؛ یبوست، اسهال، روده شل؛ تهوع، نفخ، سواضمه؛ خستگی و انرژی کم؛ مشکلات خواب

به غیر از مشکلات مربوط به پرئود در گروه زنان، گروه‌های دارای احساس پریشانی بالا و پایین در جسمانی سازی و مولفه‌های آن تفاوت معناداری باهم دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

در بیماری روان‌تنی یا سایکوسوماتیک ذهن و جسم درگیر می‌شوند. متخصصان از زمانهای قدیم متوجه شده بودند که تعدادی از بیماریهای جسمی در مقابل برخی از مولفه‌های روانی از قبیل استرس و اضطراب شدت می‌گیرند. به نظر می‌رسد بیماری‌های روان‌تنی (سایکوسوماتیک) به با نشانه‌های بیماری‌های بدنی شروع می‌شوند، اما، منشا اصلی آنها مشکلات روانی است. هدف ما در این پژوهش مقایسه‌ی نشانگان جسمانی سازی در افراد با پریشانی روانی بالا و پایین بود. در این پژوهش با مقایسه‌ی نمرات افرادی که پریشانی روانی بالایی را تجربه می‌کردند با افرادی که پریشانی روانی پایینی را تجربه می‌کردند معلوم شد که به غیر از مشکلات مربوط به پرئود در گروه زنان، گروه‌های دارای احساس پریشانی بالا و پایین در جسمانی سازی و مولفه‌های آن تفاوت معناداری باهم داشتند. بسیاری از مطالعات انجام شده وجود رابطه نسبتاً قوی بین استرس، پریشانی و مشکلات روانی را نشان می‌دهند. به نظر می‌رسد، افرادی که دچار بیماری‌های روان‌تنی می‌شوند، فشارهای روانی مهم‌تر و معنادارتری را نسبت به افراد سالم و بهنجار تجربه کرده‌اند.

نتایج این پژوهش با پژوهش‌های دیگر که نشان می‌دادند پریشانی روانی با مجموعه‌ای از اختلالات مرتبط هستند (ویوجانویک، دوچر و برنز، ۲۰۱۶؛ مایکل، رُوا، یانگ و همکاران، ۲۰۱۶؛ ماگاتی، کاپرون، گوتتری و همکاران، ۲۰۱۵؛ هالیدی، پدرسون و لونتال، ۲۰۱۶؛ شرت، بابسون، اسمیت و همکاران، ۲۰۱۶؛ کرید، دیویس، جکسون و همکاران، ۲۰۱۲؛ کرونگ، اپیتزر و ویلیامز، ۲۰۱۰؛ کابالو و کاردنا، ۱۹۹۷؛ روبرت، گولدینگ، توول، وینرب، ۱۹۹۹؛ کیس، ۲۰۰۲؛ بانرجی، ۲۰۱۲؛ سینها، ۲۰۰۸؛ شواب، دیکسون و وولف، ۲۰۱۱) همسو است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت هرچند عکس‌العمل افراد نسبت به استرسورها ابتدا به مشخصات محرک، در مرحله بعد به ویژگی‌های فردی و در درجه بعدی به تجارب قبلی افراد بستگی دارد با این حال تاثیر استرس در ایجاد یا تشدید بیماری‌های روان‌تنی موضوع جدیدی نیست. به نظر می‌رسد اگر استرس طی دوره‌های زمانی طولانی ادامه‌یابد واکنش‌های کوتاه مدت تبدیل به واکنش‌های بلند مدت مواجه با استرس مانند مشکلات روان‌تنی می‌شود (استراپ، واردل، پولارد و همکاران، ۱۹۹۶) وزیری و لطفی (۲۰۱۳) اعتقاد دارند که به صورت یک حالت هیجانی، اغلب با گرایشهای عمیقی از اجتناب و

انفعال آمیخته و مسوول تفکر و رفتار ناسازگارانه است. در پریشانی روانی شور و شوق زندگی کاهش یافته، احساس دلشکستگی و ناامیدی غالب می‌شود. در این وضعیت، یک تجربه‌ی پیوسته و حاکم ناهشیار از احساس نگرانی، تحریک پذیری و فشار روانی فراهم می‌شود که رفتارهای آشکار و نا آشکار فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. از این طریق فرد نمی‌تواند آشفته‌گی‌های هیجانی و عاطفی خود را به درستی مدیریت کند. این افراد از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجانی مثل سرکوبی و اجتناب، پنهان کردن یا نادیده گرفتن آنها استفاده می‌کنند (گراس و تامپسون، ۲۰۰۷). این الگو آنها را در چرخه‌ی معیوبی از برانگیختگی هیجانی و روان شناختی، تلاش ناموفق، و سرکوبی و اجتناب بیشتر در گیر می‌سازد و موجب پریشانی روان شناختی افراد می‌شود.

هرچند از لحاظ نظری تحمل پریشانی ممکن است بر فرایندهایی مانند توجه، ارزیابی وضعیتهای هیجانی یا جسمانی پریشانی آور اثر بگذارد یا از آنها اثر بپذیرد، در این پژوهش نتوانستیم موضوع تحمل پریشانی را در گروهها کنترل کنیم. از طرف دیگر، هم استرس، هم پویایی‌های روانی و هم آسیب پذیری عضوی خاص، می‌تواند در ایجاد و بروز بیماری سایکوسوماتیک موثر باشند و در نگاه سبب شناسانه به مشکلات سایکوسوماتیک باید در نظر گرفته شوند.

از تمام والدینی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند و در اوج شلوغی‌های مربوط به ثبت نام فرزندان،شان، برای پاسخ به سوالات ما وقت گذاشتند صمیمانه سپاسگزاریم

References

- Banerjee, P. (2012). Relationship between Perceived Psychological Stress and Depression : Testing Moderating Effect of Dispositional Optimism. *Journal Workplace Behavioral Health*, 27(1): 32-46 .
- Bougie, E., Arim, R. G., Kohen, D. E., & Findlay, L. C. (2016). Validation of the 10-item Kessler Psychological distress scale (K10) in the 2012 aboriginal peoples survey. *Health reports*, 27(1), 3-11.
- Bounds, R. (2006). Factors Affecting Perceived Stress in Pre-Hospital Emergency Medical Services. *Journal of Health Promotion*, 4 (2): 113-131.
- Brannon, L., Feist, J., & Updegraff, J. A. (2014). *Health psychology: An introduction to behavior and health* (8th ed.). Belmont, CA: Wadsworth
- Caballo, V. E. & Cardena, E. (1997). Sex differences in the perception of stressful life events in a Spanish sample, some implication for the axis IV of DSM-IV, *Personality and Individual Differences*, 23, 2, 353-359.
- Christina, A., Wilson, Alvin, V., Terry, J. R. (2012). Variable maternal stress in rats alters locomotor activity, social behavior and recognition memory in the adult offspring. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 47-61.
- Clark, K. D. (2010). The relationship of perceived stress and self-efficacy among correctional employees in close- security and medium- security level Institutions. of doctor of philosophy, psychology, Walden University. *Cognition and Emotion*, 16 (4): 473-494.
- Creed, F. H., Davies, I., Jackson, J., Littlewood, A., Chew-Graham, C., Tomenson, B., ... & McBeth, J. (2012). The epidemiology of multiple somatic symptoms. *Journal of psychosomatic research*, 72(4), 311-317.
- Creed, F., & Barsky, A. (2004). A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *Journal of psychosomatic research*, 56(4), 391-408.

- Drapeau, A., Beaulieu-Prévost, D., Marchand, A., Boyer, R., Prévile, M., & Kairouz, S. (2010). A life-course and time perspective on the construct validity of psychological distress in women and men. Measurement invariance of the K6 across gender. *BMC Medical Research Methodology*, 10(1), 68.
- Failde, I., Ramos, I., & Fernandez-Palacin, F. (2000). Comparison between the GHQ-28 and SF-36 (MH 1-5) for the assessment of the mental health in patients with ischaemic heart disease. *European journal of epidemiology*, 16(4), 311-316.
- Fassaert, T., De Wit, M. A. S., Tuinebreijer, W. C., Wouters, H., Verhoeff, A. P., Beekman, A. T. F., & Dekker, J. (2009). Psychometric properties of an interviewer-administered version of the Kessler Psychological Distress scale (K10) among Dutch, Moroccan and Turkish respondents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 18(3), 159-168.
- Furukawa, T. A., Kessler, R. C., Slade, T., & Andrews, G. (2003). The performance of the K6 and K10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological medicine*, 33(2), 357-362.
- Gerber, M., & Pühse, U. (2008). "Don't crack under pressure!"—Do leisure time physical activity and self-esteem moderate the relationship between school-based stress and psychosomatic complaints?. *Journal of psychosomatic research*, 65(4), 363-369.
- Goldberg, D. (1978). Manual of the general health questionnaire. *Windsor: NFER-Nelson*.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*, 9(1), 139-145.
- Golden-Kreutz, D. M., Thornton, L. M., Wells-Di Gregorio, S., Frierson, G. M., Jim, H. S., Carpenter, K. M., Shelby, R.A., Anderson, B. L. (2005). Traumatic stress, perceived global stress, and life events: Prospectively predicting quality of life in breastcancer patients. *Health Psychology*, 24: 288–296.
- Grande, G., Jordan, J., Kümmel, M., Struwe, C., Schubmann, R., Schulze, F., ... & Herrmann-Lingen, C. (2004). Evaluation of the German Type D Scale (DS14) and prevalence of the Type D personality pattern in cardiological and psychosomatic patients and healthy subjects. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 54(11), 413-422.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations.
- Holliday, S. B., Pedersen, E. R., & Leventhal, A. M. (2016). Depression, posttraumatic stress, and alcohol misuse in young adult veterans: The transdiagnostic role of distress tolerance. *Drug and alcohol dependence*, 161, 348-355.
- Jin, P., Yeung, A. S., Tang, T. O., & Low, R. (2008). Identifying teachers at risk in Hong Kong: Psychosomatic symptoms and sources of stress. *Journal of psychosomatic research*, 65(4), 357-362.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., Grebb, J. A. (2003). Contributions of the psychosocial sciences to human behavior in: *Synopsis of psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins, 157-206.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in *life*. *Journal of Health and Social Behavior*. 43: 207-222
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Löwe, B. (2010). The patient health questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: a systematic review. *General hospital psychiatry*, 32(4), 345-359.
- Laschinger HK, Rong C. (1999), Leader behavior impact on staff nurse empowerment and job tension and work effectiveness. *J Nurse Adm*: 29 (5);28-39.
- Macatee, R. J., Capron, D. W., Guthrie, W., Schmidt, N. B., & Coughle, J. R. (2015). Distress tolerance and pathological worry: tests of incremental and prospective relationships. *Behavior therapy*, 46(4), 449-462.
- Magnusson, D. (1967). *Test Theory*. Addison-Wesley, Reading, M
- Michel, N. M., Rowa, K., Young, L., & McCabe, R. E. (2016). Emotional distress tolerance across anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 40, 94-103.
- Nelson, D. B., Grisso, J. A., Joffe, M. M., Brensinger, C., Shaw, L., & Datner, E. (2003). Does stress influence early pregnancy loss?. *Annals of epidemiology*, 13(4), 223-229.
- Pedersen, S. S., & Denollet, J. (2004). Validity of the Type D personality construct in Danish post-MI patients and healthy controls. *Journal of psychosomatic research*, 57(3), 265-272.
- Roberts, R., Golding, J., Towell, T., & Weinreb, I. (1999). The effects of economic circumstances on British students' mental and physical health. *Journal of American College Health*. 48:103-10.
- Robinson, R. G., & Price, T. R. (1982). Post-stroke depressive disorders: a follow-up study of 103 patients. *Stroke*, 13(5), 635-641.
- Sakakibara, B. M., Miller, W. C., Orenczuk, S. G., & Wolfe, D. L. (2009). A systematic review of depression and anxiety measures used with individuals with spinal cord injury. *Spinal cord*, 47(12), 841.

- Schwabe, L., Dickinson, A., Wolf, O. T., (2011). Stress, Habits, and Drug Addiction: A Psychoneuroendocrinological Perspective. *Experimental and Clinical Psychopharmacology American Psychological Association*, Vol. 19, No. 1, 53–63
- Segerstrom, S. C., & Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological bulletin*, 130(4), 601.
- Short, N. A., Babson, K. A., Schmidt, N. B., Knight, C. B., Johnson, J., & Bonn-Miller, M. O. (2016). Sleep and affective functioning: Examining the association between sleep quality and distress tolerance among veterans. *Personality and Individual Differences*, 90, 247-253.
- Sinha, R. (2008). Chronic stress, drug abuse, and vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1141, 105–130.
- Steptoe, A., Wardle, J., Pollard, T. M., Canaan, L., & Davies, G. J. (1996). Stress, social support and health-related behavior: a study of smoking, alcohol consumption and physical exercise. *Journal of psychosomatic research*, 41(2), 171-180.
- Vaziri, S. h., & Lotfi-Kashani, F. (2013). Identity Styles and Psychological Distress. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 7(26): 77-86. (Persian).
- Vujanovic, A. A., Dutcher, C. D., & Berenz, E. C. (2017). Multimodal examination of distress tolerance and posttraumatic stress disorder symptoms in acute-care psychiatric inpatients. *Journal of anxiety disorders*, 48, 45-53.
- Yu, X. N., Zhang, J., & Liu, X. (2008). Application of the Type D Scale (DS14) in Chinese coronary heart disease patients and healthy controls. *Journal of psychosomatic research*, 65(6), 595-601.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 13 (No. 49), pp.57-66, 2018

Comparison of physical symptoms in people with low and high psychological distress Patients Disease

Vaziri, Shahram

Dept. Clinical psy, Roudehen branch, Islamic Azad University, Roudehen Iran
Saydayi Aghdam, Shoan

Dept. Psy, Ghorghan branch, Islamic Azad University, Ghorghan Iran
Nobakht, Laya

Dept. Clinical psy, Roudehen branch, Islamic Azad University, Roudehen Iran
Khalili, Mansoreh

Dept. Clinical psy, Roudehen branch, Islamic Azad University, Roudehen Iran
Vaziri, Yashahar

Dept Medicine, Tehran University, Tehran, Iran
Masumi, Roya

Dept. Psy, Tehran markaz branch, Islamic Azad University, Tehran Iran
Vaziri, Arash

Dept. Clinical psy, Roudehen branch, Islamic Azad University, Roudehen Iran

Received: 21.11.2017

Accepted: 17.06.2018

Psychological distress may be deemed as a type of abnormality that is responsible for maladaptive thinking and behavior, and requires specialized intervention. In such conditions, the passion of life is reduced, and feeling of heartbreaking and disappointment is converted to a dominant governance. This research aims to compare the somatization syndrome in people with low and high psychological distress. For this purpose, in a cross-sectional research, thousands of the parents of students of Roudehen Branch were selected and assessed in terms of distress and somatization syndrome. Later, 28% of the highest and lowest distress scores were compared singly and as group with high and low distress with regards to somatization elements. The results of one-way analysis of variance indicated that two groups have significant difference with each other in somatization and its elements (physical pain, backache, pain in hands and arms, headache, chest pain, confusion, fainting, heartbeat, panting, pain or problem during sexual relationship, constipation, diarrhea, loose bowel, nausea, bloating, dyspepsia, fatigue and low energy, sleep problems). The findings demonstrate the high distress of patients infected with psychosomatic problems.

Keywords: Somatization, Distress, Stress

Electronic mail may be sent to: vaziri@riau.ac.ir