

## پاسخ‌های فرافکن مبتلایان به اختلال علائم جسمی در مقایسه با افراد غیرمبتلا بر اساس نمرات محل ادراک آزمون رورشاخ

زینب عبدالحسینی<sup>۱</sup>، \* اسحق رحیمیان بوگر<sup>۱</sup>، سیاوش طالع پسند<sup>۲</sup>

۱. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران  
 ۲. گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

### چکیده

**زمینه و هدف:** شکایت‌های جسمی که دارای علت‌های مشخصی نیست، فرابندی است که در بیماران اختلال علائم جسمی به طور معمول مشاهده می‌شود. تعداد روزافزون بیماران مبتلا به اختلال علائم جسمی و مسائل مربوط به علائم مزمن از جمله تغییر کیفیت زندگی، افت کارآمدی فرد، برای این بیماران و خانواده‌هایشان ایجاد هزینه‌های اقتصادی، اجتماعی و روان‌شناختی کرده است.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش از نوع توصیفی و مقطعی بود و ۷۰ بیمار مبتلا به اختلال علائم جسمی دارای علائم گوارشی و درد مزمن که در زمستان ۱۳۹۶ به مراکز درمانی شهر سمنان مراجعه کردند به روش نمونه‌گیری در دسترس، در پژوهش شرکت کردند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه سلامت بیمار (PHQ-15) و آزمون رورشاخ (نظام جامع آکستر) بودند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل رگرسیون خطی چندگانه، تحلیل رگرسیون لجستیک و تحلیل واریانس چندمتغیره با استفاده از نسخه ۲۲ نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

**ملاحظات اخلاقی:** پژوهش حاضر توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان تأیید و با شماره IR.SEMUMS.REC.1397.029 به ثبت رسید.

**یافته‌ها:** شاخص‌های محل ادراک شامل نمرات D و Dd در آزمون رورشاخ، قادرند به طور معنی‌داری ( $P < 0/05$ ) افراد مبتلا را از گروه غیرمبتلا تفکیک کنند. در این مدل رگرسیون لجستیک، ۷۰ درصد افراد به درستی طبقه‌بندی شدند.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش ضمن تأیید تفاوت پاسخ مبتلایان به اختلال علائم جسمی و افراد غیرمبتلا، نشان می‌دهد که افراد مبتلا کلی‌نگری کمتری دارند. همچنین اضطراب و علائم روان‌رنجوری بیشتری در افراد مبتلا به اختلال علائم جسمی نشان داده شده است.

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۹ مرداد ۱۳۹۸

تاریخ پذیرش: ۲۱ آبان ۱۳۹۸

تاریخ انتشار: ۱۲ بهمن ۱۳۹۸

### کلیدواژه‌ها:

اختلال علائم جسمی، آزمون رورشاخ، نمرات محل ادراک

### مقدمه

از لحاظ پزشکی قابل توجه نباشد [۲]. پژوهش‌ها حاکی از این است که حدود ۱۰ درصد از جمعیت مراجعه‌کننده به مراکز درمانی، نشانه‌های فیزیکی و پایداری را در خود گزارش می‌دهند که اغلب در غربالگری‌ها و بررسی‌های بالینی گسترده‌ای که در این زمینه انجام می‌شود هیچ دلیل منطقی جسمی در مورد آن‌ها یافت نمی‌شود [۳].

بیمارانی که دارای اختلال علائم جسمی هستند خدمات درمان‌های پزشکی را تقریباً دو برابر بیشتر از افرادی که دارای این اختلال نیستند دریافت می‌کنند [۴]. بررسی‌های طبی و پزشکی که در مورد این افراد انجام می‌شود اغلب بی‌نتیجه است و در بررسی‌هایی که در مورد آن‌ها انجام می‌شود اغلب به نتایج درست و نرمالی منجر نمی‌شود [۵].

سلامتی انسان همواره متأثر از دو عامل جسمی و روانی بوده است [۱]. در چند دهه اخیر، طبقه‌ای از اختلالات روانی تحت عنوان اختلال علائم جسمی شیوع یافته‌اند که عوامل هیجانی و روانی در بروز آن‌ها نقش دارند. اختلال علائم جسمی در ویرایش پنجم کتابچه آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی (DSM-5)، طبقه‌ای جدیدی از اختلالات است که رویکرد بالینی مفیدتری را برای توصیف افرادی ارائه می‌دهد که در گذشته تشخیص اختلال جسمانی‌سازی دریافت می‌کردند.

مبتلایان به اختلال علائم جسمی به طور معمول علائم جسمی شایع و متعددی دارند که ناراحت‌کننده بوده و یا منجر به گسپختگی قابل توجه در زندگی روزانه می‌شود و ممکن است

\* نویسنده مسئول:

اسحق رحیمیان بوگر

نشانی: دانشگاه سمنان، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه روان‌شناسی بالینی.

تلفن: ۴۴۴ (۴۴۴) +۹۸

پست الکترونیکی: i\_rahimian@semnan.ac.ir

اهمیت ناهشیار، سعی دارند بخش نادیدنی شخصیت انسان را بررسی کنند [۱۳]. آزمون رورشاخ به عنوان یک آزمون فرافکن، علاوه بر جنبه‌های شناختی مختلف، هم به سوی مفاهیم عاطفی و هم کنش‌های متأثر از آن‌ها جهت یافته است. علاوه بر این، در آزمون رورشاخ تلاش‌های پاسخ‌دهندگان برای به حداقل رساندن مشکلات ممکن است نتایج را تحت تأثیر قرار ندهد؛ زیرا آن‌ها از نوع تفسیری که باید برای پاسخ استفاده کنند، آگاهی کمی دارند [۱۴].

فرض اصلی رورشاخ این بود که محرک‌های محیطی به وسیله نیازها، انگیزه‌ها، تعارض‌ها و آمایه ادراکی شخص سازمان داده می‌شوند. این نیاز به سازمان‌دادن هنگامی که آزمودنی‌ها با محرک‌های مبهم مانند لکه‌های جوهر روبه‌رو می‌شوند، اغراق‌آمیزتر، گسترده‌تر و بارزترند. از این رو افراد باید تصورها، افکار و روابط درونی خویش را به بیرون کشیده تا بتوانند پاسخی به وجود آورند، این فرایند مستلزم سازمان‌دهی ادراک‌ها و مرتبط‌ساختن آن‌ها با تجارب و برداشت‌های گذشته فرد است. تفسیر رورشاخ نیز مبتنی بر این نکته است که نحوه سازمان‌دهی افراد به پاسخ‌هایشان به رورشاخ معرف چگونگی برخورد آن‌ها با سایر موقعیت‌های مهمی است که مستلزم قضاوت و سازمان‌دهی است [۱۵].

یکی از مزیت‌های رورشاخ که اغلب به آن اشاره می‌شود این است که رورشاخ از سد ساختار هشیار فرد می‌گذرد و به‌سادگی به سطح زیرین شخصیت فرد و ساختار ناهشیار او راه می‌یابد. این نقطه قوت می‌تواند تا حدی مهم تلقی شود. اگر فرد دارای بعضی ناسازگاری‌های رفتاری باشد، روان‌شناس چنین فرض می‌کند که در این مورد آسیب‌شناسی زیربنایی وجود دارد. در مقابل آزمون ساخت یافته شخصیت، مثل mmppi، ممکن است در سنجش این سطوح نسبتاً پنهان آسیب‌شناسی با مشکل روبه‌رو شود. مطمئناً در سازمان‌دادن به محرک‌های مبهم رورشاخ است که احتمالاً این سطوح آسیب‌شناسی پنهان هویدا می‌شود [۱۶].

در پژوهشی که توسط کازومی و همکاران در ژاپن با هدف پیش‌بینی خصوصیات روان‌شناختی بیماران ژاپنی با درد مزمن ارزیابی شده با بررسی رورشاخ بر روی ۴۹ نفر انجام گرفت، بیماران مبتلا به درد مزمن سطح بالایی از اختلال هیجانی را با احساس ناراحتی با توجه به استرس موقعیتی، سردرگمی و احساسات دوطرفه نشان دادند که این احساسات توسط بیماران به نحوی نامناسب مدیریت می‌شدند. در پردازش اطلاعات، بیمار تمایل داشت که بر ویژگی‌های لحظه‌به‌لحظه، به شیوه‌ای سخت‌گیرانه و منفی تمرکز کند [۱۳]. یافته‌های پژوهشی که توسط کیشوموتو و پامامورو با هدف بررسی تمایز در بین بزرگسالان اسکیزوفرنی و ایتسم با استفاده از پروفایل رورشاخ انجام گرفت نشان داد که آزمون رورشاخ می‌تواند به تفکیک تمایزات بین اسکیزوفرنی و ایتسم به شکل بسیار مؤثری عمل کند [۱۷].

آسیب‌شناسی‌های روانی نشان می‌دهد که این دسته از بیماران اغلب از عدم تنظیم احساسات و عواطف به شکل پایداری رنج می‌برند و در آن‌ها ثبات هیجانی کمتری مشاهده می‌شود [۶]. افراد مبتلا به این اختلال هیچ دیدگاهی در مورد نشانه‌های روان‌شناختی بیماری خود ندارند و از اینکه تحت درمان‌های بالینی روان‌شناختی قرار بگیرند، امتناع می‌کنند [۷]. لازم است که برای شناسایی این اختلال تنها به نشانه‌های جسمی بدون دلیل اکتفا نشود و نشانه‌های رفتاری و شناختی هم مورد توجه قرار گیرد [۸].

در DSM-5 یک دسته از فرایندهای روان‌شناختی به عنوان معیارهای تشخیص مورد توجه قرار گرفته است از جمله افکار، احساسات و رفتارهای افراسی به این نشانه‌ها و یا نگرانی‌های بیش از اندازه و داشتن اضطراب نسبت به وضعیت سلامت و یا صرف هزینه و انرژی زیاد در این رابطه. به هر حال مطالعاتی که در گذشته انجام شده است، خصوصیات روان‌شناختی چندگانه‌ای را در این زمینه مورد شناسایی قرار داده است. برای نمونه می‌توان به خودپنداره پایین، اضطراب در مورد شرایط بدن و سلامتی، اشاره کرد [۹].

بیمارانی که از اختلال علائم جسمی رنج می‌برند آسیب‌های کارکردی بیشتری را از خود نشان می‌دهند. رفتارهای ناسالمی مانند افزایش ناتوانی و یا عدم مراقبت از سلامت می‌تواند از این دسته رفتارها باشد [۸]. همچنین بیماری علائم جسمی همراه با افزایش شکایت‌های جسمانی است [۳]. این بیماران اغلب بدن خود را ضعیف می‌دانند و نمره بالاتری را در اضطراب بیماری به دست می‌آورند و در برابر نشانه‌های اضطرابی و روان‌شناختی آسیب بیشتری را متحمل می‌شوند. هیلر و همکارانش نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به اختلال علائم جسمی نشانه‌های جسمانی خود را به عوامل و مشکلات هیجانی و ذهنی و بیماری جسمی نسبت می‌دهند [۱۰].

خصوصیات رفتاری و روان‌شناختی گوناگونی وجود دارد که می‌توان هر کدام از آن‌ها را در طبقه خاصی از اختلال نشانه‌های جسمانی قرار داد. سنجش روان‌شناختی مطالعات انجام‌شده، با استفاده از پرسش‌نامه‌هایی که عمدتاً بر روی ارزیابی آسیب‌شناسی روانی متمرکز بود، انجام شد [۱۱]. با این حال، یافته‌ها اغلب به جای در نظر گرفتن عوامل آسیب‌شناسی روان‌شناختی، متأثر از درد و علائم مربوط به اختلال بود و منابع روان‌شناختی اصلی بیماران مربوطه را نشان نمی‌داد. با توجه به پیچیدگی‌های تجارب در اختلال علائم جسمی، آزمون‌های فرافکن شخصیت، می‌تواند برای ارائه جنبه‌های روان‌شناختی چندبعدی بیماران مبتلا به این اختلال استفاده شود [۱۲].

روان‌شناسان بالینی، آزمون‌های فرافکن شخصیت را برای کارکردن با افرادی ساختند که از لحاظ هیجانی، آشفته هستند. آزمون‌های فرافکن با الهام گرفتن از تأکید زیگموند فروید بر

## مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر از نوع تحلیلی و مقطعی است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان و مردان ۲۰ تا ۶۰ ساله مبتلا به بیماری گوارشی و دردهای جسمانی است که در زمستان ۱۳۹۶ (بهمن و اسفند) و بهار ۱۳۹۷ به مراکز درمانی شهر سمنان مراجعه کرده بودند. نمونه‌ای به حجم ۷۰ نفر شامل مرد و زن به روش نمونه‌گیری در دسترس و با استفاده از ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شد.

معیارهای ورود شامل داشتن دامنه سنی ۲۰ تا ۶۰ سال، تشخیص بیماری گوارشی توسط پزشک متخصص، تشخیص از طریق پرسش‌نامه PHQ-15، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن که در پرونده پزشکی ذکر شده و در مصاحبه نیز از فرد سؤال شد و حداقل شش ماه ابتلا به بیماری بود که به وسیله پرونده پزشکی و شروع درمان بررسی و کنترل شد. معیارهای خروج شامل تشخیص سایر بیماری‌های طبی، اختلال پانیک، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال افسردگی، اضطراب بیماری، اختلال تبدیلی، اختلال هذیانی، بدریخت‌انگاری بدن، اختلال وسواسی جبری، سایر اختلالات روان‌شناختی، تشخیص بیماری جسمی و اختلال شخصیت هم‌زمان بود که از طریق مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس DSM-5 و تشخیص پزشک متخصص در پرونده، مورد سنجش قرار گرفت.

پژوهش در مراکز درمانی شهر سمنان به مدت ۵۰ روز انجام گرفت. زمان در نظر گرفته‌شده برای هر فرد ۶۰ دقیقه بود که با توجه به نحوه همکاری مراجعین افزایش یا کاهش می‌یافت. به منظور کنترل متغیرهای مداخله‌کننده، تلاش شد تا دو گروه هم‌تا باشند؛ از این رو همه افراد در دو گروه مبتلا و غیرمبتلا از لحاظ طول مدت ابتلا به بیماری، نوع داروی مصرفی و شدت علائم، به گونه‌ای هم‌تا انتخاب شدند تا اثرات احتمالی این عوامل بر نتیجه مطالعه کنترل شود.

برای جمع‌آوری داده‌ها از دو ابزار پژوهشی (پرسش‌نامه سلامت بیمار (PHQ-15) و آزمون رورشاخ استفاده شد. بیمار پس از دریافت تشخیص اولیه از پزشک، پرسش‌نامه سلامت بیمار را تکمیل کرد و در صورت دارا بودن نمره مناسب، پس از انجام مصاحبه نیمه‌ساختاریافته، آزمون رورشاخ توسط پژوهشگران به صورت انفرادی، اجرا شد. ۹۳ بیمار از طرف گروه پزشکی به محققان معرفی شدند که ۲۳ نفر به دلایل مختلف چون عدم همکاری، تعداد کم پاسخ در آزمون رورشاخ (با توجه به دستورالعمل سیستم جامع) و انصراف از انجام ادامه آزمون حذف شدند؛ بنابراین ۷۰ پرسش‌نامه (۳۵ نفر مبتلا و ۳۵ نفر غیرمبتلا) برای تجزیه و تحلیل داده‌ها باقی ماند.

طبق تحقیق به عمل آمده توسط طالع‌پسند و همکاران که با هدف بررسی پروفایل شخصیتی بیماران مبتلا به متامفتامین به‌وسیله رورشاخ انجام گرفت، فراوانی پاسخ‌های فرافکن منفی انسانی در گروه وابسته به متامفتامین نشان داد که این گروه به علت شخصیت خودشیفته تا حدی در مورد کمال شخصی نامطمئن بودند و تمایل داشتند با حالت تدافعی موقعیت‌های چالش‌برانگیز با ارزش‌هایشان را خنثی یا کنترل کنند [۱۸].

نتایج پژوهش پاشا شریفی و خرد پی با هدف مقایسه پاسخ‌های افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب با افراد سالم به کارت‌های رورشاخ نشان داد که بین افراد سالم با افراد افسرده و افراد سالم با افراد اضطرابی و افراد اضطرابی با افراد افسرده به لکه‌های رورشاخ از نظر تعیین‌کننده‌ها و محل ادراک تفاوت معناداری وجود ندارد و بین پاسخ‌های افراد سالم با افراد افسرده و افراد سالم با افراد اضطرابی و افراد اضطرابی با افراد افسرده به لکه‌های رورشاخ از نظر محل ادراک تفاوت معنادار وجود ندارد [۱۹].

با توجه به شواهد مستند و پژوهش‌هایی که عنوان شد، می‌توان گفت که مشخص کردن اختلال علائم جسمی به عنوان یک اختلال کاملاً جسمی، بدون در نظر گرفتن دیدگاه فراگیر از حالت‌های هیجانی و افکار همراه که نقش اصلی را در راهبردهای کنترل بالینی دارند، کافی نیست. شناخت عوامل شخصیتی خطرناک می‌تواند نقش بسزایی در پیشگیری و درمان بیماران داشته باشد. این امر اهمیت توجه به عوامل روان‌شناختی و شخصیتی زمینه‌ساز مبتلایان به این بیماری را مورد تأکید قرار می‌دهد [۱۶]. همچنین آزمون رورشاخ می‌تواند پیش‌بینی‌کننده ساختار شخصیتی‌ای باشد که شامل تمام جنبه‌های روان‌شناختی افراد است.

بر اساس اهمیت عوامل هیجانی و روان‌شناختی در اختلال علائم جسمی و اثرات بسیار جدی آن بر سلامت روان از یک‌سو و شیوع بالای این نشانگان در جمعیت عمومی در کشورمان و همراهی بالای آن با اختلال‌های روانی از سوی دیگر و همچنین کمبود پژوهش‌های روان‌شناختی در داخل و خارج از کشور، این پرسش مطرح است که پاسخ‌های فرافکن افراد مبتلا و غیرمبتلا از نظر شاخص محل ادراک در آزمون رورشاخ چه تفاوتی باهم دارند. پاسخ به این پرسش و روشن شدن آن می‌تواند نقش بسیار مؤثری در پیشگیری و فرایند بهبود این بیماران فراهم کند.

این بیماران هزینه‌های اقتصادی، اجتماعی و روان‌شناختی فراوانی دارند که لازم است برای کاهش آن از متغیرهای قابل دست‌کاری همچون مدیریت هیجانات کمک گرفت. در این پژوهش هدف اصلی، بررسی تفاوت پاسخ‌های فرافکن مبتلایان به اختلال علائم جسمی و افراد غیرمبتلا بر اساس نمرات محل ادراک در آزمون رورشاخ است تا بر اساس آن بتوان رویکردهای روان‌شناختی مفید را برای کمک به بیماران مبتلا به اختلال علائم جسمی پیشنهاد داد و از آن برای درمان و تشخیص مبتلایان به این اختلال بهره‌مند شد.



## ابزار پژوهش

طبقه نمره‌گذاری تنها در صورتی که پایایی ارزیابی آن توسط آزمایش‌کنندگان مختلف دست کم ۸۵ درصد بود، در نظام جدید نمره‌گذاری گنجانده می‌شد [۲۱]. پایایی این آزمون در ایران، برای متغیرهای مختلف بین ۱۴ درصد تا ۹۴ درصد است.

مصاحبه و آزمون با رضایت آگاهانه مراجعین که هم توسط پزشک متخصص و هم توسط پژوهشگر جلب شده و بررسی زمان مراجع، بیان دلیل انجام پژوهش، مدت‌زمان انجام و شیوه انجام پژوهش صورت پذیرفت. چنانچه مراجعی در حین اجرا ابراز ناراضی‌ت و یا انصراف از ادامه پاسخ‌دهی می‌کردند، روند اجرا متوقف می‌شد.

تجزیه و تحلیل داده با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی میانگین، انحراف استاندارد، درصد فراوانی و آزمون استنباطی رگرسیون لجستیک انجام گرفت. سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ ملاک قضاوت در این پژوهش بود. نمرات محل ادراک به عنوان متغیرهای پیش‌بین و گروه مبتلا و غیرمبتلا به عنوان متغیر وابسته با هدف تشخیص مؤثرترین متغیرها در تفکیک دو گروه مبتلا به اختلال علائم جسمی و غیرمبتلا وارد تحلیل شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق تحلیل رگرسیون، تحلیل واریانس چندمتغیره و تحلیل رگرسیون لجستیک با استفاده از نسخه ۲۲ نرم‌افزار SPSS جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد.

## یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه در جدول شماره ۱ ارائه شده است. گروه‌های مبتلا و غیرمبتلا، از لحاظ سطح تحصیلات، جنسیت، اشتغال، تحصیلات و سایر مؤلفه‌ها مورد مقایسه قرار گرفتند. از تعداد ۷۰ نفر که مورد بررسی قرار گرفتند ۶۷/۱ درصد شرکت‌کنندگان زن بودند. میانگین و انحراف استاندارد سن، حداقل و حداکثر سن به ترتیب ۳۴±۲/۵۱، ۲۱ و ۵۷ سال بوده است. همچنین از تعداد ۳۵ نفر افراد گروه مبتلا، تعداد ۱۸ نفر نمرات بین ۳۵ تا ۴۵ و ۱۲ نفر نمرات ۳۰ تا ۳۵ را در پرسش‌نامه سلامت بیمار به دست آوردند. در ۳۵ نفر گروه غیرمبتلا نمره پرسش‌نامه کمتر از ۳۰ بود.

در جدول شماره ۲، فراوانی شاخص مکان (محل ادراک) آزمون رورشاخ به تفکیک هر طبقه (دفعات تکرار در پاسخ آزمودنی‌ها) گزارش شده است که بیشترین تعداد پاسخ کل در طبقه ۱۵ تا ۲۰ پاسخ قرار دارد و در صددرصد شرکت‌کنندگان پاسخ با محل ادراک WS وجود نداشته است. در این جدول W نماد پاسخ کل، D نماد پاسخ جزء عام، Dd نماد پاسخ جزء غیرمعمول، WS نماد پاسخ کل در ترکیب با ناحیه سفید، DS نماد پاسخ جزء عام در ترکیب با ناحیه سفید و Dds نماد پاسخ جزء غیرمعمول در ترکیب با ناحیه سفید است.

به منظور آزمون فرضیه فوق، از تحلیل رگرسیون لجستیک

۱. پرسش‌نامه جسمانی سازی (سلامت بیمار): نسخه اولیه این پرسش‌نامه توسط اسپنس، هلمریچ و پرد در سال ۱۹۸۷ تدوین شد و پس از آن مورد تجدید نظر قرار گرفت. آن‌ها در مطالعه خود ۳۲ ماده پیشنهاد دادند که چهار حوزه اختلال خواب، مشکلات گوارشی، سردرد و مشکلات تنفسی را دربر می‌گرفت. سپس بر اساس همبستگی کلی بین ماده‌ها، ۳۲ ماده به ۲۲ ماده کاهش یافت و همبستگی درونی برای چهار خرده‌مقیاس در دامنه ۰/۱۷ تا ۰/۴۳ قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۵ به دست آمد [۱۰]. در پژوهش اسکات و کلووی سال ۲۰۰۳ یک مقیاس ۱۵ ماده‌ای بر اساس ماده‌های به کاررفته توسط اسپنس و همکاران (۱۹۸۷) جهت اندازه‌گیری سلامت جسمی در ۴ بعد تدوین شد. در واقع پرسش‌نامه ۱۵ سؤالی برای اندازه‌گیری علائم جسمی و غربالگری اختلال جسمانی کردن است.

این مقیاس قسمتی از پرسش‌نامه کامل PHQ بوده و میزان بروز ۱۵ علائم جسمانی آزاردهنده را از پاسخ‌دهنده‌ها می‌پرسد. ۱۴ مورد از این ۱۵ مورد، شایع‌ترین علائم جسمانی کردن است که در ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) مطرح شده است. در مطالعاتی که توسط Tsang, Ma, Lee انجام گرفت، آلفای کرونباخ ۷۹ درصد برای این پرسش‌نامه گزارش شد. هنجاریابی این پرسش‌نامه در ایران توسط عبدالحمیدی و همکاران صورت گرفته است. روایی هم‌زمان این پرسش‌نامه با مقیاس جسمانی کردن پرسش‌نامه SCL-90، ۷۴ درصد است و همسانی درونی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ، ۷۶ درصد گزارش شده است [۲۰].

۲. آزمون رورشاخ: آزمون رورشاخ از آزمون‌های فرافکن جهان است که توسط هرمان رورشاخ، روان‌پزشک سوئیسی مطرح شد [۲۱]. رورشاخ یک آزمون شخصیت مبتنی بر عملکرد است که بر مبنای پاسخ‌های فرد به ۱۰ لکه جوهر متقارن، تفسیر می‌شود. هدف کلی این فن‌سنجش ساختار شخصیت، با تأکید خاص بر کیفیت سازمان‌دهی تجارب از سوی افراد و معانی ادراک‌شده این تجارب خاص برای آن‌هاست [۲۲].

پنج نظام برای نمره‌گذاری و کدگذاری رورشاخ توسط بک، پیتروفسکی، هرتز، راپاپورت و کلاپفر مطرح شد. به گونه‌ای که این آزمون به سبب این پنج نظام نمره‌گذاری نه به صورت آزمونی واحد بلکه به صورت پنج نظام مختلف درآمد. تا زمانی که اکسندر و همکارانش به گردآوری داده‌های پایه هنجار و تدوین یک نظام نمره‌گذاری و تفسیر یکپارچه پرداختند. آن‌ها سعی کردند بهترین ویژگی‌های نمره‌گذاری و تفسیر را از میان پنج نظام مذکور انتخاب کنند. انتخاب این ویژگی‌ها بر اساس اعتباریابی تجربی و مشترک‌بودن آن‌ها در همه پنج نظام صورت گرفت. هر

1. Patient Health Questionnaire (PHQ-15)

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه

| متغیرها         | مقوله‌ها              | فراوانی (درصد) |
|-----------------|-----------------------|----------------|
| جنسیت           | زن                    | ۴۷ (۶۷/۱)      |
|                 | مرد                   | ۲۳ (۳۲/۹)      |
| اشتغال          | بیکار                 | ۳۰ (۴۲/۹)      |
|                 | آزاد                  | ۱۵ (۲۱/۴)      |
|                 | کارمند                | ۲۵ (۳۵/۷)      |
| وضعیت تأهل      | متاهل                 | ۵۹ (۸۴/۳)      |
|                 | مجرد                  | ۹ (۱۲/۹)       |
|                 | طلاق گرفته            | ۲ (۲/۹)        |
| تحصیلات         | سیکل                  | ۱۰ (۱۴/۳)      |
|                 | دیپلم                 | ۲۳ (۳۲/۹)      |
|                 | لیسانس                | ۳۰ (۴۲/۹)      |
|                 | فوق لیسانس            | ۷ (۱۰)         |
| نوع گروه        | بیمار                 | ۳۵ (۵۰)        |
|                 | سالم                  | ۳۵ (۵۰)        |
| تشخیص پزشکی     | دارد                  | ۳۵ (۵۰)        |
|                 | ندارد                 | ۳۵ (۵۰)        |
|                 | ندارد                 | ۳۵ (۵۰)        |
| نوع تشخیص پزشکی | سندرم روده تحریک‌پذیر | ۱۷ (۲۴/۳)      |
|                 | سوءهاضمه کنشی         | ۸ (۱۱/۴)       |
|                 | سایر                  | ۱۰ (۱۴/۳)      |



متغیرهای مستقل را تبیین کرد.

طبق جدول شماره ۳، متغیرهای پیش‌بین پاسخ جزء عام (D) و پاسخ جزء غیرمعمول (Dd) تفاوت‌های معناداری بین دو گروه داشتند ( $P < 0/05$ ) و در کنار هم از لحاظ آماری به طور صحیح سهم معناداری در متغیر وابسته یعنی بیمار مبتلا به اختلال علائم جسمی و غیرمبتلا داشتند ( $P < 0/05$ ). در گام بعد، صحت و درستی مدل رگرسیون لجستیک با توجه به ضرایب متغیرهای پیش‌بین در معادله برای پیش‌بینی احتمال نوع عضویت گروهی بررسی شد.

بررسی ضرایب متغیرهای پیش‌بین نشان داد که آزمون والد<sup>۲</sup> با درجه آزادی ۱ برای متغیر D ( $P = 0/04$ ) و Dd ( $P = 0/01$ ) از

دومقوله‌ای با ورود همگام استفاده شد. مدل، شامل پنج متغیر مستقل پاسخ کل (W)، پاسخ جزء عام (D)، پاسخ جزء غیرمعمول (Dd)، پاسخ جزء عام در ترکیب با ناحیه سفید (Ds) و پاسخ جزء غیرمعمول در ترکیب با ناحیه سفید (Dds) بود.

در بررسی نتایج، آزمون نیکویی برازش هوسمر و لمشوبه عنوان پایاترین آزمون برازش مدل در رگرسیون لجستیک، ارزش‌خ دو برابر با ۳/۹۸ ( $Df=8$ ) با سطح معناداری ۸۵ درصد را نشان داد. همچنین، آزمون‌های امنیاس در مورد ضرایب و خلاصه آماره‌های مدل، بیانگر آن بود که مدل مذکور (با مجموعه متغیرهای پیش‌بین) از توان پیش‌بین بالاتری نسبت به مدل فرضیه اولیه رگرسیون لجستیک برخوردار است ( $X^2=15/65, P=0/008$ ).

مقادیر مجذور کاکس و اسنل (۰/۲۰) و مجذور ناگلکرک (۰/۲۶۷) نیز تغییرپذیری متغیر وابسته توسط این مجموعه

2. Wald test

جدول ۲. توزیع فراوانی (درصد) نمره محل ادراک آزمون رورشاخ

| فراوانی (درصد) |    | فراوانی (درصد) |       |                                          |
|----------------|----|----------------|-------|------------------------------------------|
| ۵۰ (۷۱/۴)      | ۰  | ۱۵ (۲۱/۴)      | ۱۴    |                                          |
| ۱۴ (۲۰)        | ۱  | ۳۷ (۵۲/۹)      | ۲۰-۱۵ | مجموع پاسخ‌ها (R)                        |
| ۵ (۷/۱)        | ۲  | ۱۷ (۲۴/۳)      | ۳۰-۲۰ |                                          |
| ۱ (۱/۴)        | ۴  | ۱ (۱/۴)        | ۴۰-۳۰ |                                          |
| ۸ (۱۱/۴)       | ۷  | ۳ (۴/۳)        | ۲     |                                          |
| ۶ (۸/۶)        | ۸  | ۹ (۱۲/۹)       | ۳     |                                          |
| ۱ (۱/۴)        | ۹  | ۱۲ (۱۷/۱)      | ۴     | پاسخ کل (W)                              |
| ۱ (۱/۴)        | ۱۰ | ۱۳ (۱۸/۶)      | ۵     |                                          |
| ۱ (۱/۴)        | ۱۲ | ۱۵ (۲۱/۴)      | ۶     |                                          |
| ۱ (۱/۴)        | ۱۵ |                |       |                                          |
| ۷ (۱۰/۰)       | ۱۲ | ۱ (۱/۴)        | ۲     |                                          |
| ۸ (۱۱/۴)       | ۱۴ | ۵ (۷/۱)        | ۶     |                                          |
| ۲ (۲/۹)        | ۱۵ | ۴ (۵/۷)        | ۷     |                                          |
| ۳ (۴/۳)        | ۱۶ | ۵ (۷/۱)        | ۸     | پاسخ جزء عام (D)                         |
| ۱ (۱/۴)        | ۱۷ | ۸ (۱۱/۴)       | ۹     |                                          |
| ۲ (۲/۹)        | ۱۸ | ۸ (۱۱/۴)       | ۱۰    |                                          |
| ۲ (۲/۹)        | ۱۹ | ۱۳ (۱۸/۶)      | ۱۱    |                                          |
| ۱ (۱/۴)        | ۲۰ | ۷۰ (۱۰۰)       |       |                                          |
| ۶۴ (۹۱/۴)      | ۰  | ۵۰ (۷۱/۴)      | ۰     | پاسخ کل در ترکیب با ناحیه سفید (Ws)      |
| ۴ (۵/۷)        | ۱  | ۱۶ (۲۲/۹)      | ۰     | پاسخ جزء عام در ترکیب با ناحیه سفید (Ds) |
| ۳ (۲/۹)        | ۲  | ۴ (۵/۷)        | ۱     |                                          |



جدول ۳. ضرایب متغیرهای پیش‌بین در معادله رگرسیون لجستیک در پیش‌بینی نوع گروه

| عامل پیش‌بین                                   | B      | S.E.  | Wald  | P    | Exp (B) | CL % 95     |
|------------------------------------------------|--------|-------|-------|------|---------|-------------|
| پاسخ کلی (W)                                   | -۰/۱۹۶ | ۰/۱۴۰ | ۱/۹۵  | ۰/۱۶ | ۰/۸۲۲   | ۱/۰۸-۰/۶۲   |
| پاسخ جزء عام (D)                               | -۰/۱۷۹ | ۰/۰۹  | ۴/۰۰۴ | ۰/۰۴ | ۰/۸۳۶   | ۰/۹۹۶-۰/۷۰۱ |
| پاسخ جزء غیرمعمول (Dd)                         | -۱/۴۵  | ۰/۵۸۴ | ۶/۱۷  | ۰/۰۱ | ۰/۲۳۵   | ۰/۷۳۶-۰/۰۷۵ |
| پاسخ جزء عام در ترکیب با ناحیه سفید (Ds)       | -۰/۱۶۱ | ۰/۵۴۴ | ۰/۰۸۸ | ۰/۷۶ | ۰/۸۵۱   | ۲/۴۷-۰/۲۹۳  |
| پاسخ جزء غیرمعمول در ترکیب با ناحیه سفید (Dds) | -۰/۳۲۲ | ۰/۷۵۸ | ۰/۱۸۰ | ۰/۶۷ | ۰/۷۲۵   | ۳/۲۰۳-۰/۱۶۴ |
| عدد ثابت                                       | ۳/۶۰۹  | ۱/۵۱  | ۵/۶۷  | ۰/۰۱ | ۳۶/۹۲   |             |



در نتیجه‌های متفاوت پژوهش شریفی و خرد پی با هدف مقایسه پاسخ‌های افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب با افراد سالم به کارت‌های رورشاخ نشان داد که بین نمرات افراد اضطرابی و افراد افسرده به لکه‌های رورشاخ از نظر تعیین کننده‌ها تفاوت معناداری وجود ندارد که به نظر می‌رسد طبق مبانی نظری بتوان این‌گونه تبیین کرد که با توجه به علائم مشابه این دو گروه (اضطراب و نشانگان وسواسی) مکان پاسخ درک‌شده مشابه بوده و تفاوت معناداری نداشته است [۱۹].

### نتیجه‌گیری

اخیراً نقش علائم روان‌شناختی در سیر بیماری‌های مزمن و به‌کارگیری درمان‌های روان‌شناختی به عنوان درمان‌های مکمل مورد توجه قرار گرفته است [۲۵]. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که ابتلا به اختلال علائم جسمی می‌تواند در انتخاب محل ادراک و پاسخ به کارت‌های آزمون رورشاخ مؤثر باشد. در واقع استرس و اضطراب در نحوه پاسخ‌دهی افراد و توجه به جزئیات اثرگذار خواهد بود. فراوانی بالای نمره Dd در افراد مبتلا می‌تواند نشان‌دهنده علائم روان‌رنجوری مانند اضطراب و گرایش‌ها وسواسی باشد که باعث شود این بیماران با توجه کردن به جزئیات پاسخ از اضطراب خود بکاهند. می‌توان گفت این بیماران در صورت تشخیص نادرست و عدم درمان به‌موقع در خطر ابتلا به اختلالات اضطرابی و روان‌رنجوری هستند.

نتایج این پژوهش ضمن تأیید تفاوت پاسخ‌ها و اهمیت آزمون رورشاخ در تشخیص اختلالاتی که عوامل روان‌شناختی در آن مؤثرند، می‌تواند در طراحی برنامه‌های درمانی برای افراد مبتلا به این‌گونه اختلالات همچون اختلال علائم جسمی نیز مؤثر باشد. از آنجایی که نتایج، بیانگر میزان اضطراب بالایی در این افراد است، در برنامه‌های درمانی این بیماران، روان‌درمانی نیز باید مدنظر قرار گیرد. بنابراین نتایج پژوهش حاضر می‌تواند برای متخصصین فعال در حوزه‌های روان‌درمانی قابل استفاده باشد. بدین صورت که شناسایی متغیرهای مؤثر در بروز اختلال علائم جسمی کمک می‌کند تا بر عوامل مذکور تمرکز کنند و فعالیت‌های درمانی‌شان را سازمان‌دهی کنند که این امر منجر به ارائه خدمات مؤثرتر به مراجعان می‌شود.

از این پژوهش با توجه به معناداری تفاوت پاسخ‌های فراقکن آزمودنی‌ها می‌توان استنباط کرد که شاخص‌های این آزمون با توجه به اهمیت نمره‌گذاری و تفسیر آن می‌تواند جنبه تشخیصی و پیش‌بینی داشته باشد و می‌توان از پاسخ‌های فراقکن و شاخص‌های مطرح‌شده در بررسی پیشرفت درمانی این بیماران و انجام حمایت‌هایی در جهت رسیدگی بیشتر به این دسته از بیماران و پیشگیری از ابتلا به اختلالات همراه (اضطراب، افسردگی، وسواس جبری) استفاده کرد.

از آنجا که این پژوهش واجد کاستی‌هایی است، در

لحاظ آماری معنادار (دارای مقادیر کمتر از پنج صدم) است و این متغیرها در توانایی پیش‌بینی مدل سهم دارند. تأثیر متغیرهای D و Dd در پیش‌بینی نوع عضویت گروهی (مبتلا غیرمبتلا)، منفی است؛ یعنی با افزایش تعداد این پاسخ‌ها احتمال غیرمبتلا بودن فرد کاهش می‌یابد. بدین معنا که با افزایش یک واحد در متغیر D، احتمال سالم‌بودن فرد ۰/۸۳۶ و یا ۱۶/۴- درصد کاهش می‌یابد. در خصوص شاخص Dd نیز با افزایش یک واحد در آن، احتمال غیرمبتلا بودن فرد به اندازه ۰/۲۳۵ و یا ۷۶/۵- درصد کاهش می‌یابد.

### بحث

هدف این پژوهش، بررسی پاسخ‌های فراقکن افراد مبتلا به اختلال علائم جسمی در مقایسه با افراد غیرمبتلا بر اساس نمرات محل ادراک آزمون رورشاخ بود که نتایج آماری نشان داد که بین پاسخ‌های فراقکن شرکت‌کنندگان (افراد مبتلا و غیرمبتلا) به کارت‌های آزمون رورشاخ از نظر محل ادراک تفاوت وجود دارد. همچنین نشان داده شد که نمرات محل ادراک دارای نقش پیش‌بینی‌کننده در تفکیک دو گروه مبتلا و غیرمبتلا هستند.

نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک نشان داد در میان نمرات مکان پاسخ در آزمون رورشاخ، نمرات D و Dd در نشان دادن تفاوت پاسخ در دو گروه مبتلا و غیرمبتلا نقش دارند. در تفسیر نظام جامع اکسندر از آزمون رورشاخ، نمرات D در مقایسه با نمرات پاسخ کلی (W) مورد مقایسه قرار می‌گیرد. نمره W نشان‌دهنده کلی‌نگری افراد و داشتن دیدی همه‌جانبه‌تر است که در این فرضیه می‌توان این‌طور تبیین کرد که افراد مبتلا به اختلال علائم جسمی از یکپارچه‌نگری کمتری برخوردارند و فراوانی بالای نمره Dd در بیماران می‌تواند نشان‌دهنده علائم روان‌رنجوری مانند اضطراب و گرایش‌های وسواسی باشد که این بیماران با توجه به جزئیات پاسخ از اضطراب خود کاسته‌اند.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت، همان‌طور که شعیری و هادئی با مقایسه پاسخ‌های نمونه غیربالیینی ایرانی و غیرایرانی به نتیجه رسیدند که بین دو گروه تفاوت معناداری در محل ادراک پاسخ‌ها وجود داشت، نمرات محل ادراک می‌تواند تفاوت پاسخ‌های افراد را نشان دهد [۲۳]. در پژوهش تالی، چو، یانگ، یانگ و لی<sup>۳</sup> نیز این افراد (مبتلایان به اختلال علائم جسمی) سطوح بالاتری از اختلالات روان‌پزشکی، به‌ویژه افسردگی و اختلال‌های اضطرابی را داشتند که با توجه به تبیین نظام جامع می‌تواند با پژوهش حاضر همسو باشد [۲۴]. نتایج پژوهش یامامور و همکاران نیز همسو با پژوهش حاضر نشان داد نمرات دو گروه مبتلا به اسکیزوفرنی و ایتسم در محل ادراک دارای تفاوت معناداری است و افراد اسکیزوفرنی دارای نمرات بالاتری در D هستند [۱۷].

3. Tally, Cho, Yang, Yang & Lee

نصیری (متخصص داخلی) که با همکاری صمیمانه در انجام این پژوهش، یاری‌رسان بودند کمال تشکر را دارند.

تعمیم‌یافته‌ها و استنباط نهایی از پژوهش باید به آن‌ها توجه کرد. محدودیت‌هایی در خصوص روند و شرایط اجرای آزمون که شامل مشکلات فرایند اجرا از جمله سروصدای غیرقابل کنترل و غیرمنتظره در حین اجرای آزمون به علت استفاده از اتاق ریکاوری پزشکان، همتانشدن دو گروه از نظر سواد و پایگاه اجتماعی اقتصادی، استناد به تشخیص‌های پرونده پزشکی مراکز، شتاب‌زدگی شرکت‌کنندگان به دلیل زمان زیاد صرف‌شده در مراکز درمانی وجود داشت. همچنین وجود محدودیت زمانی در اجرای پژوهش، فرایند فردی و نسبتاً طولانی در جمع‌آوری داده‌ها، همچنین انتخاب نمونه به شیوه در دسترس ریزش نمونه‌ها. کمبود شواهد پژوهشی مرتبط با این پژوهش در ایران با وجود غنای منابع علمی و پژوهشی در این زمینه در خارج از کشور نیز از محدودیت‌های این پژوهش بود.

به‌منظور کاهش این کاستی‌ها پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، ضمن همتاکردن دو گروه آزمودنی از نظر سطح سواد و پایگاه اجتماعی اقتصادی، فضای انجام پژوهش استانداردسازی شود. پیشنهاد می‌شود آزمودنی‌ها از مراکز روان‌پزشکی انتخاب شوند تا ضمن مدیریت در زمان صرف‌شده و عدم لزوم انجام مصاحبه روان‌پزشکی توسط پژوهشگر، بتوان به تشخیص روان‌پزشک نیز استناد کرد.

## ملاحظات اخلاقی

### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

پژوهش حاضر توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان تأیید و با شماره IR.SEMUMS.REC.1397.029 به ثبت رسید.

### حامی مالی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد نویسنده اول در رشته روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان است.

### مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در آماده‌سازی این مقاله مشارکت داشته‌اند.

### تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

### تشکر و قدردانی

بنا بر اظهار نویسندگان مقاله، حمایت مالی از پژوهش وجود نداشته است. بدین‌وسیله نویسندگان از جناب آقای دکتر رضا دبیری (فوق تخصص گوارش و کبد) و جناب آقای دکتر فرهان



## References

- [1] Sadrai A, Barati S, Hadadi M, Pormoghaddami Z. Compression of psychosomatic disorders among opiate and methamphetamine users. Fourth International Psychosomatic Congress. Islamic Azad University of Khorasgan Branch; 2012.
- [2] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical manual of mental disorder (DSM) 5<sup>th</sup> ed. American Psychiatric Association; 2013.
- [3] Rief W, Pilger F, Ihle D. Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosom Med*; 2001; 63:595-602 [DOI:10.1097/00006842-200107000-00012] [PMID]
- [4] Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62(8):903-10 [DOI:10.1001/archpsyc.62.8.903] [PMID]
- [5] Bonvanine IJ, Van Gils A, Janssens KA, Rosmalen JG. Sexual abuse predicts functional somatic symptoms: An adolescent population study. *Child Abuse Negl*. 2015; 46:1-7. [DOI:10.1016/j.chiabu.2015.06.001] [PMID]
- [6] Waller E, Scheidt CE. Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A somatoform pain disorder. *European Journal of Pain*. 2006; 7(1):113-9 [DOI:10.1080/09540260500466774] [PMID]
- [7] Burton C. Beyond somatisation: A review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptom (MUPS). *Br J Gen Pract*. 2003; 53:231-9.
- [8] Rief W, Broadbent E. Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clin Psychol Rev*. 2007; 27(7):821-41. [DOI:10.1016/j.cpr.2007.07.005] [PMID]
- [9] Wollburg E, Voigt K, Braukhaus CH, Herzog A, Lowe B. Construct validity and descriptive validity of somatoform disorders in light of proposed changes for the DSM-5. *J Psychosom Res*. 2013; 74(1):18-24. [DOI:10.1016/j.jpsychores.2012.09.015] [PMID]
- [10] Groben S, Hausteiner C. Somatoform disorders and causal attributions in patients with suspected allergies: Do somatic causal attributions matter? *J Psychosom Res*. 2011; 70(3):229-38 [DOI:10.1016/j.jpsychores.2010.09.002] [PMID]
- [11] Duddu V, Chaturvedi SK, Isaac MK. Amplification and attribution styles in somatoform and depressive disorders-a study from Bangalore, India. *Psychopathology*. 2003; 36(2):98-103 [DOI:10.1159/000070365] [PMID]
- [12] Yamamoto K, Kanbara K, Mitsuura H, Ban I, Mizuno Y, Abe T, et al. Psychological characteristics of Japanese patients with chronic pain assessed by the Rorschach test. *Biopsychosoc Med*. 2010; 4:20. [DOI:10.1186/1751-0759-4-20] [PMID]
- [13] Lwasa K, Ogawa T. Psychological basis of the relationship between the Rorschach texture response and adult attachment: The mediational role of the accessibility of tactile knowledge. *J Pers Assess*. 2016; 98(3):238-46. [DOI:10.1080/00223891.2015.1099540] [PMID]
- [14] Exner JE. The Rorschach: A comprehensive system Vol. 1. Basic Foundations 4<sup>th</sup> ed. New York: Wiley; 2003.
- [15] Marnat G. Psychological sensory handwriting, Fifth ed. [Hosseini Nasab AF, Persian Trans]. Tehran: Arjmand Publishing; 2008.
- [16] Eudell-Simmons EM, Hilsenroth MJ. A review of empirical research supporting four conceptual uses of dreams in psychotherapy. *Clin Psychol Psychother*. 2005; 12(4):255-69. [DOI:10.1002/cpp.445]
- [17] Kishimoto N, Yamamuro K, Iida J, Ota T, Tanaka SH, Kyo M, et al. Distinctive Rorschach profiles of young adults with schizophrenia and autism spectrum disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016; 12:2403-10 [DOI:10.2147/NDT.S116223] [PMID]
- [18] Anbari Meibodi N, Talepasand S, Rahimian Boogar I. The projective responses of substance dependants in Rorschach test. *Principles of Mental Health*. 2014; 16(63):192-9
- [19] Khordpey Z. [Comparing the responses of people with depression and anxiety with healthy people to Rorschach cards (Persian)]. [MSc. thesis] Tehran: Islamic Azad University of Tehran; 2014.
- [20] Kato K, Sullivan PF, Pedersen NL. Latent class analysis of functional somatic symptoms in a population-based sample of twins. *J Psychosom Res*. 2010; 68(5):447-53 [DOI:10.1016/j.jpsychores.2010.01.010] [PMID]
- [21] Esposito M, Messina A, Monda V, Bitetti I, Salerno F, Precenzano F, et al. The Rorschach test evaluation in chronic childhood migraine: a preliminary multicenter case-control study. *front neurol*. 2017; 8:680. [DOI:10.3389/fneur.2017.00680] [PMID]
- [22] Weiner IB. Principles of Rorschach interpretation, 2<sup>nd</sup> ed. Mahwah: Erlbaum; 2003 [DOI:10.4324/9781410607799]
- [23] Kashefi N, Shoeiri M, Asghari Moghadam M. Comparison of Rorschach test variables in a non-Iranian non-Iranian sample based on Axner's comprehensive system. *J Dev Psychol*. 2013; 9(32):410-21.
- [24] Ta Li C, Chou Y, Yang K, Yang C, Lee Y, Su T. Medically unexplained symptoms and somatoform disorders: Diagnostic challenges to Psychiatrists. *J Chin Med Assoc*. 2009; 72(5):251-6 [DOI:10.1016/S1726-4901(09)70065-6]
- [25] Sajjadinezhad M, Asgari K, Molavi H, Adibi P. Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral stress management, optimism training and medical therapy on somatic symptoms, perceived stress, illness perception and quality of life in patients with ulcerative colitis. *Arak Med Univ J*. 2016; 18(103):40-54.