

مقایسه ی رویدادهای استرس زا و راهبردهای مقابله ای در افراد مبتلا به اختلال جسمانی شکل با افراد غیر مبتلا

دکتر فریبرز باقری^۱، مریم الودری^۲، دکتر شهرام ابوطالبی^۳
و دکتر علی اصغر اصغر نژاد فرید^۴

دریافت مقاله June 11, 2012
پذیرش مقاله August 10, 2012

اختلالهای جسمانی شکل و نشانه‌های تنی‌ای که نتوان آنها را به علت‌های جسمانی ربط داد، پدیده‌ای رایج در محیط‌های پزشکی است. هدف پژوهش حاضر، مقایسه ی رویدادهای استرس‌زا و راهبردهای مقابله‌ای در افراد مبتلا به اختلال جسمانی شکل با افراد غیر مبتلا بود. بدین منظور، طی یک طرح علی-مقایسه‌ای، ۳۰ نفر بیمار مبتلا به اختلال جسمانی شکل، به صورت در دسترس انتخاب و با ۳۰ نفر هم‌تای غیر بیمار از نظر رویدادهای مهم زندگی و راهبردهای مقابله‌ای مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که افراد مبتلا به اختلال جسمانی شکل، رویدادهای استرس‌زای بیشتری را در زندگی تجربه کرده بودند و میزان ارزیابی آنها از این رویدادها بیشتر از گروه گواه بود. همچنین افراد مبتلا، بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر مهار هیجانی و جسمانی استفاده می‌کردند و راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر حل مساله در این آنها، کمتر از گروه گواه بود ولی از نظر راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر ارزیابی شناختی و حمایت اجتماعی بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد. با توجه به اهمیت این موضوع در تشخیص و درمان بیماران مبتلا به اختلال جسمانی شکل، همکاری نزدیک بین پزشکان و روان‌شناسان و به کارگیری روان‌شناسان بالینی کارآزموده و متخصص در طب رفتاری، جهت ارائه ی خدمات به این بیماران، ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: اختلال جسمانی شکل، رویدادهای استرس‌زا، راهبردهای مقابله‌ای

مقدمه

اختلالهای جسمانی شکل^۵ و نشانه‌های تنی‌ای که نتوان آنها را به علت‌های جسمانی ربط داد در محیط‌های پزشکی شایع است. متخصصان سلامت روانی و پزشکان، برای منتفی دانستن بیماری

۱. دپارتمان روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران.

۲. دپارتمان روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران. (نویسنده مسوول) mr_aludari@yahoo.com

۳. دپارتمان نورولوژی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۴. دپارتمان روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.

5. Somatoform disorder

جسمانی، معمولاً الگوهای خاصی را در نظر می‌گیرند که ثابت شده در افراد مبتلا به اختلالهای جسمانی شکل شایع است (هالچین و ویتبورن، ۲۰۰۳). بریان و فالن (۲۰۰۳) با مروری بر مقالات چاپ شده، نشان دادند بیماران با خوشه‌ی وسواسی اختلالات جسمانی شکل (نظیر خود بیمار انگاری^۱ و اختلال بد ریختی بدن^۲) به بازدارنده‌های سرتونین^۳ خوب پاسخ می‌دهند. این اختلال معمولاً با سایر اختلالات روانی نظیر افسردگی اساسی، اختلالات شخصیتی، اختلال اضطراب و فوبی‌ها همراه است. داده‌های حاصل از پژوهش تالی، چو، یانگ، یانگ و لی (۲۰۰۹) نشان داد این افراد سطوح بالاتری از اختلالات روانپزشکی، به ویژه افسردگی (۳۵/۶٪) و اختلالهای اضطرابی (۲۹/۷٪) را نشان می‌دهند. پایولی و آلپرس (۲۰۰۲) نشان دادند که بیماران مبتلا به این اختلال، کلمه‌های دارای بار مثبت را کمتر به یاد می‌آورند. نتایج پژوهش نیکندای، والدهر شیلتنولف، هرسوگ و روریش (۲۰۰۹) وجود آسیب‌های شناختی در بیماران جسمانی شکل دارای اسناد ارگانیک را در مقایسه با بیماران جسمانی شکل دارای اسناد روانی-اجتماعی و گروه گواه، در هر دو تکلیف یازشناسی و یادآوری آزاد نشان داده است. تصور بر این است که اختلالات مزبور با عوامل روان شناختی ارتباط دارد (دیویسون، نیل و کرینگ، ۲۰۰۴).

از بین عمده‌ترین عوامل روان شناختی که بر وضعیت طبی و سلامت افراد تاثیر می‌گذارد، می‌توان به استرس اشاره کرد. در دهه‌ی ۱۹۲۰، والتر کنون^۴ نشان داد که تخریک سلسله اعصاب خودکار به خصوص سیستم سمپاتیك، ارگانیزم را برای پاسخ «ستیز یا گریز»^۵ که با افزایش فشار خون تپش قلب و افزایش برون ده قلب همراه است، آماده می‌سازد. این واکنش در حیواناتی که توان گریز داشتند، مفید بود اما در انسانی که به دلیل تمدن، نه قدرت ستیز دارد نه گریز، استرس حاصل موجب بروز بیماری می‌شود (سجادی نژاد، ۱۳۸۵). استرس، عاملی مهم در بسیاری از بدکاری‌های فیزیکی و روان شناختی به شمار می‌رود (گلدبرگر و برزینتز، ۱۹۸۲ و سارافینو، ۱۹۹۹). اولین بار، ولف^۶ برای تبیین ماهیت استرس، مفهوم بنیادی روانی-اجتماعی استفاده کرد. او معتقد بود انسان نه فقط به تجربه‌ی واقعی خطر بلکه نسبت به تهدیدها و سمبل‌های خطر نیز واکنش نشان می‌دهد و در خلال استرس، متغیرهای فیزیولوژی و روانی اجتماعی با هم تعامل کرده و سبب ایجاد یک اختلال روانی-اجتماعی می‌شود (سجادی نژاد، ۲۰۰۵).

1. hypochondriasis

2. Body dysformic disorder

3. Serotonin Reuptake Inhibitors (SRIs)

4. Walter Canon

5. Fight or flight

6. Wolf

در سالهای اخیر، پژوهشگران از دیدگاههای متفاوتی به موضوع استرس روانی پرداخته اند. استراتژ بارمن، نیکل، کرلوکا و گاوان (۲۰۰۷) به منظور مشاهده ی فعالیت مغزی در بیماران مبتلا به اختلال درد جسمانی شکل به هنگام مواجهه با درد و استرس، نشان دادند که این بیماران در مناطق پردازش درد و بعضی از قسمتهای پیش پیشانی، گیجگاهی و آهیانه‌ای در طی مواجهه ی اولین درد مناطق گیجگاهی و آهیانه‌ای در طی استرس شناختی (شامل تکلیف منطقی برای پیگیری زنجیره‌ای از نمادها تحت یک زمان خاص) افزایش فعالیت نشان می دهند.

ایمپرویسز و یولریش اگل (۲۰۰۳) نشان دادند که بیماران فیرومی و افراد مبتلا به اختلال جسمانی شکل در رویدادهای ناگوار زندگی، نمره ی بالایی می گیرند. این بیماران، علاوه بر اینکه مورد سو استفاده قرار گرفته بودند، روابط عاطفی ضعیفی با هر دو والد داشته و تجارب نزاعهای فیزیکی والدین، مشکلات اعتیاد و مصرف الکل در مادران این کودکان، جدایی و موقعیت اقتصادی پایین تا قبل از سن ۷ سالگی در آنها وجود داشت در حالی که در گروه گواه، به طور محسوسی این عوامل کمتر بود.

از نظر لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) وجود بالقوه ی استرس با وقایع تنش‌زا در زندگی افراد منجر به اختلال در عملکرد آنها نمی شود بلکه مقابله ی ناموثر با این استرس‌ها، می تواند مشکل ساز باشد. هر محرک تنش‌زایی راهبرد مقابله‌ای خود را می طلبد. بررسیها نشان داده است که افراد، به گونه ی متفاوتی به استرس واکنش نشان می دهند (تایلور، ۱۹۹۹). راهبردهای مقابله‌ای به عنوان واسطه ی بین استرس و بیماری، عمل می کنند (کارور، پزو، هاریس، نوریکا، شایر، ۱۹۹۳) و بیماریهای استرس مدار بیشتر در کسانی مشاهده می شود که پیوسته از مقابله ی هیجانی (پیکو، ۲۰۰۱) یا اجتنابی (بریانت، ۱۹۹۵) استفاده می کنند.

پژوهشها نشان می دهد که مبتلایان به بیماریهای حاد گوارشی در مقایسه با افراد سالم، استرس بیشتری را تجربه کرده و از مقابله‌های هیجانی و مولفه ی اجتنابی بیشتری استفاده می کنند (متقیان، ۲۰۰۷). مبتلایان به انفارکتوس قلبی نسبت به گروه شاهد، تعداد رویدادهای استرس‌زای بیشتری را تجربه کرده‌اند (روحانی، ۲۰۰۶). افراد مبتلا به سو هاویه‌ای کشی در مقایسه با افراد سالم، کمتر از مقابله‌های متمرکز بر مساله، فعال، برنامه‌ریزی و حویشتن‌داری استفاده می کنند. این گروه، دوری کردن از مشکل و درگیر نشدن با مشکل و پذیرفتن آن را به عنوان راهبرد مقابله با مشکل ترجیح می دهند و از سخت رویی، تعهد، چالش و کنترل کمتری در مقایسه با افراد سالم

برخوردارند (علی دوستی، ۲۰۰۶). با توجه به آنچه گفته شد و با عنایت به شیوع اختلال جسمانی شکل در محیط‌های درمانی و نیاز به برنامه‌ریزی و اجرای طرح‌های متعددی در زمینه ی بهداشت روان، در مطالعه ی حاضر به دنبال مقایسه ی میزان رویدادهای استرس زا و راهبردهای مقابله ای در افراد مبتلا به اختلال جسمانی شکل و افراد غیر مبتلا بودیم.

روش

این پژوهش از نوع پژوهش های علی-مقایسه‌ای است. جامعه ی مورد نظر در این پژوهش بیماران مبتلا به اختلال جسمانی شکل شهر تهران بود که به مراکز درمانی شهر تهران مراجعه می کردند. از این جامعه، مراجعین بیمارستان عرفان و یک کلینیک خصوصی انتخاب و از بین بیمارانی که تشخیص اختلال جسمانی شکل گرفته بودند، ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب و با عنایت به متغیرهای سن، جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت تاهل با ۳۰ نفر از افراد غیربیمار هم‌تاسازی شده و با پرسشنامه ی رویدادهای مهم زندگی^۲ (CLEI) و پرسشنامه ی راهبردهای مقابله ای بیلینگز و موس (CRI) مورد ارزیابی قرار گرفتند.

پرسشنامه ی رویدادهای مهم زندگی، توسط پیکل^۳ (۱۹۷۱) ساخته شده و با ۶۵ سوال تعداد عوامل استرس‌زا و میزان استرس فرد را اندازه می گیرد. پایایی این پرسشنامه، توسط حسینی قدمگاهی (۱۹۹۷) ۰/۷۲۶ و ۰/۷۲۹ گزارش شده است. محمدیان (۱۹۹۹) اعتبار این پرسشنامه را ۰/۸۲ و پایایی آن را ۰/۷۸ گزارش کرده است.

پرسشنامه ی راهبرد مقابله‌ای بیلینگز و موس (۱۹۸۱) با ۳۲ عبارت، ۵ راهبرد مقابله‌ای مبتنی بر حل مساله، مهار هیجانی، ارزیابی شناختی، مهار جسمانی یا جسمانی کردن مشکلات و جلب حمایت اجتماعی را می سنجد. حسینی قدمگاهی (۱۹۹۷) ضریب پایایی کل پرسشنامه را ۰/۷۹۵ و پایایی خرده مقیاسهای مقابله‌ای مبتنی بر حل مساله، مهار هیجانی، ارزیابی شناختی، مهار جسمانی یا جسمانی کردن مشکلات و جلب حمایت اجتماعی را به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۶۵، ۰/۶۸، ۰/۹۰ و ۰/۹۰ گزارش کرده است.

در این پژوهش، با توجه به اینکه قصد داشتیم تا چند نوع راهبردهای مقابله‌ای و رویداد های فشار زای زندگی را در دو گروه مقایسه کنیم، از روش آماری تحلیل واریانس چهرمتغیری (MANOVA) استفاده کرده و داده های پژوهش را با نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ مورد تحلیل قرار دادیم.

یافته ها

مولفه های توصیفی متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش، به تفکیک گروه مبتلا و غیرمبتلا در جدول ۱، ارائه شده است.

جدول ۱: مولفه های توصیفی مربوط به متغیرهای رویدادهای استرس زا، میزان فشارروانی و راهبردهای مقابله ای در دو گروه مبتلا و سالم

متغیر	مبتلا		غیر مبتلا	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
رویدادهای استرس زا زندگی	۱۷/۲۳	۱۲/۶۷	۵/۵۷	۷/۱۵
میزان فشارروانی	۲۰۶/۷۷	۱۱۹/۰۹	۸۳/۳۷	۵۳/۳۰
حل مساله	۴/۸۷	۲/۰۶۳	۶/۱۷	۱/۷۲۴
مهار هیجانی	۱۴/۴۰	۴/۶۸۰	۱۱/۹۰	۳/۴۰۷
مهار جسمانی	۱۲/۱۰	۴/۱۳۹	۶/۸۳	۲/۹۶۰
ارزیابی شناختی	۹/۳۷	۲/۷۲۳	۱۰/۳۰	۲/۴۳۷
حمایت اجتماعی	۵/۴۷	۲/۳۶۰	۴/۷۷	۱/۸۸۸

برای انجام آزمون تحلیل واریانس، ابتدا مقروضه های این روش مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۲: نتایج آزمون لون درمورد پیش فرض برابری واریانس نمردهای پس آزمون گروههای مورد مطالعه

مولفه ها	شاخص متغیر	F	p
راهبردهای مقابله ای	حل مساله	۰/۰۲۳	۰/۸۸۰
	مهار هیجانی	۰/۰۰۱	۰/۹۷۲
	مهار جسمانی	۰/۰۲۶	۰/۸۷۳
	ارزیابی شناختی	۰/۰۲۲	۰/۱۶۰
	حمایت اجتماعی	۰/۵۰۳	۰/۱۱۹
رویدادهای فشار زای زندگی	رویدادهای استرس زای زندگی	۰/۷۳۳	۰/۱۳۴
میزان فشار روانی	میزان فشار روانی	۰/۱۴۵	۰/۷۰۵

نتایج آزمون لون (جدول ۲) نشان می دهد که سطح معناداری F برای راهبردهای مقابله ای و رویداد های فشارزای زندگی و میزان فشار روانی، از ۰/۰۵ بزرگتر است، بنابراین مفروضه

یکسانی واریانسها تایید می شود. بررسی ها نشان می دهد که با توجه به تایید مفروضه ی خطی بودن رابطه ی متغیرها، همگنی ماتریسهای واریانس - کوواریانس و توزیع طبیعی متغیرها می توان از آزمونهای تحلیل چند متغیری (MANOVA) برای تحلیل داده ها استفاده نمود.

نتایج مشخصه های تحلیل واریانس چند متغیره ی مربوط به رویدادهای استرسزای زندگی و میزان فشار روانی با آزمونهای پیلایی، لامبدای ویلکز، هتینگ و ری، مقدار F را برابر $11/781$ نشان می دهد که در سطح $p < 0/001$ معنادار است؛ یعنی حداقل در یکی از مولفه های رویدادهای استرسزای زندگی و میزان فشار روانی بین افراد مبتلا به اختلال جسمانی شکل و افراد غیر مبتلا، تفاوت معناداری وجود دارد. این نتایج در روش های مقابله ای، برابر $10/260$ است که در سطح $p < 0/001$ معنادار است، یعنی حداقل در یکی از مولفه های حل مساله، مهار هیجانی مهار جسمانی، ارزیابی شناختی و حمایت اجتماعی بین افراد مبتلا به اختلال جسمانی شکل و افراد غیر مبتلا تفاوت معناداری وجود دارد. در جدول ۴، خلاصه ی تحلیل واریانس چند متغیره را برای مقایسه ی روش های مقابله ای و رویدادهای فشارزای زندگی افراد مبتلا به اختلال جسمانی و افراد سالم ارایه شده است.

جدول ۳: خلاصه ی تحلیل واریانس چند متغیره در مقایسه ی روش های مقابله ای رویداد های فشارزای زندگی و میزان فشار روانی افراد مبتلا به اختلال جسمانی و افراد سالم

شاخص	SS	df	MS	F	Sig
اثر گروه	۹۸۱/۶	۱	۹۸۱/۶	۱۳/۰۷۴	۰/۰۱
رویدادهای استرسزای زندگی					
میزان فشار روانی	۲۱۳۳۵۱/۶۳	۱	۲۱۳۳۵۱/۶۳	۲۳/۳۲۵	۰/۰۰۱
اثر گروه	۲۵/۳۵۰	۱	۲۵/۳۵	۷/۰۱۴	۰/۰۱۰
حل مساله					
مهار هیجانی	۹۳/۷۵۰	۱	۹۳/۷۵	۵/۵۹۵	۰/۰۲۱
مهار جسمانی	۴۱۶/۰۶۷	۱	۴۱۶/۰۶۷	۳۲/۱۳۹	۰/۰۰۱
ارزیابی شناختی	۱۳/۰۶۷	۱	۱۳/۰۶۷	۱/۹۵۷	۰/۱۶۷
حمایت اجتماعی	۷/۳۵۰	۱	۷/۳۵	۱/۶۱۰	۰/۲۱۰

نتایج آزمون تحلیل واریانس جدول ۳، نشان می دهد که دو گروه در میزان فشار روانی و رویدادهای فشارزای زندگی، حل مساله، مهار هیجانی و مهار جسمانی تفاوت معناداری دارند. مقایسه ی دو گروه، نشان می دهد که رویدادهای فشارزای زندگی و میزان فشار روانی در افراد

مبتلا به اختلال جسمانی شکل، بیشتر از افراد غیرمبتلا به این اختلال است. نتایج آزمون تعقیبی LSD در مورد روشهای مقابله ای نیز نشان می دهد که افراد غیرمبتلا به اختلال جسمانی شکل راهبرد مقابله ای مبتنی بر حل مساله را بیشتر از افراد مبتلا به این اختلال استفاده می کنند و میزان استفاده ی افراد مبتلا به اختلال جسمانی شکل از راهبردهای مقابله ای مبتنی بر مهار هیجانی و مهار جسمانی، بیشتر از افراد غیر مبتلا به این اختلال است.

بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی این پژوهش، مقایسه ی میزان رویدادهای استرس زا و راهبردهای مقابله ای در افراد مبتلا به اختلال جسمانی شکل و افراد سالم بود. نتایج، نشان داد افراد مبتلا به اختلال جسمانی شکل در مقایسه با افراد غیرمبتلا در زندگی با مسایل و مشکلات بیشتری مواجه بوده اند و میزان ارزیابی آنها از این رویداد و فشار روانی حاصل از آن بیشتر از افراد غیرمبتلا است. این یافته با سایر پژوهشهای ایمپرویز و اگل (۲۰۰۳) همسو است. همچنین، یافته ها نشان داد افراد مبتلا به اختلال جسمانی شکل در مقایسه با افراد غیر مبتلا در مقابله با مشکلات و استرس های زندگی بیشتر از راهبرد مقابله ای مبتنی بر مهار جسمانی و مهار هیجانی استفاده می کنند و در واقع به جای حل مشکلات، آن را جسمانی می کنند. به این ترتیب می توان گفت شیوه ی هیجانی برخورد با استرسها و مشکلات زندگی، بیماران مبتلا به اختلال جسمانی شکل را دچار آشفتگی هیجانی و ناراحتی روانی بیشتری کرده و نه تنها باعث می شود آنها بر موقعیت و فشارهای ناشی از آن غلبه نیابند بلکه با شیوه ی هیجان مدار خود در مقابله با استرس بر میزان آشفتگی خود نیز بیافزایند؛ علاوه بر این افراد مبتلا به اختلال جسمانی شکل، کمتر از افراد غیر مبتلا از راهبردهای مبتنی بر حل مساله استفاده می کنند و در هنگام بروز مشکل، به دنبال راه حل هایی برای تغییر موقعیت هستند. افراد مبتلا به اختلال جسمانی شکل، در به کار بردن راهبردهای مقابله ای به هنگام مواجهه با مسایل و مشکلات همانند بیماران کرونری قلب و بیماران زخم گوارشی عمل کرده بودند که این مساله در پژوهشهای پیشین مورد تایید قرار گرفته است (هالچین و ویتبورن، ۲۰۰۳؛ علی دوستی، ۲۰۰۶؛ حسینی قدمگاهی، ۱۹۹۷).

گروههای مورد مطالعه در راهبردهای مقابله ای مبتنی بر حمایت اجتماعی و ارزیابی شناختی تفاوتی نشان ندادند. هر چند این یافته به ظاهر خلاف انتظار اولیه است اما می تواند بیانگر این

واقعیت باشد که بیماران مبتلا به اختلال جسمانی شکل از نظر دریافت حمایت و کمک‌های مختلف از اطرافیان، همانند افراد سالم اند.

بر اساس نظر فیفل (۱۹۸۱) می‌توان گفت اصولاً حمایت اجتماعی، طبیعتی ناپایدار دارد و به ویژه در بافت فرهنگی کشور ما (عدم صراحت و تعارفات زیاد)، اطرافیان و به خصوص همسر و والدین اغلب علیرغم وجود برخی مناقشات فیمابین از آرایه ی کمک دریغ نمی‌کنند و افراد مورد حمایت نیز اطمینان خود را نسبت به دریافت این کمک‌ها به کلی از دست نمی‌دهند. در حقیقت یکی از دلایلی که بیماران، مسایل و مشکلات خود را به شکل شبه جسمی نشان می‌دهند این است که به دنبال نفع ثانویه و نیاز به توجه و همدردی از سوی اطرافیان هستند و این موضوع باید در درمان این افراد مورد توجه قرار گیرد. بنابراین با وجود اینکه در نظر اول، انتظار می‌رود بیماران جسمانی شکل از پیشینه ی حمایتی پایین‌تری در روابط خود برخوردار باشند، نتایج این پژوهش نشان داد که از این نظر با افراد سالم، تفاوت معناداری ندارند.

با توجه به یافته های پژوهش حاضر، می‌توان گفت که حوادث زندگی تأثیر فراوانی بر میزان ابتلا به بیماری دارد و افراد مبتلا به اختلال جسمانی شکل به دلیل مواجهه با رویدادهای استرس‌زای بیشمار در زندگی، تنش زیادی را متحمل می‌شوند، از این رو در برخورد با مشکلات به جای آن که مساله مدار عمل کنند، هیجانی و تکانشگرانه واکنش نشان می‌دهند و بخشی از وقت و انرژی آنها صرف مشکلات ناشی از جسمانی شدن تعارض‌های روانی شان می‌شود و در نتیجه فرصت حل مساله از آنها گرفته می‌شود. آنها به جای این که مساله را حل کنند، تنها به طور گذرا هیجان آن را با رفتارهای تکانشی یا جسمانی کردن کاهش می‌دهند در حالی که این راهکارها در دراز مدت بر مسایل فرد می‌افزایند. راههای مقابله، به عنوان متغیر واسطه‌ای در رابطه استرس-بیماری عمل می‌کند. برحسب اینکه راهبرد مقابله ای کارآمد یا ناکارآمد باشد، مواجهه با مشکلات و مسایل، فعال یا نفعال خواهد بود.

نتایج این پژوهش را می‌توان در حیطه ی پیشگیری توسط روان‌شناسان بالینی کارآزموده به کار گرفت. از آنجا که این اختلال در محیط‌های پزشکی شایع است و بیماران مبتلا، مشکل خود را جسمانی دانسته و برای درمان به پزشک مراجعه می‌کنند، همکاری نزدیک بین پزشکان و روان‌شناسان متخصص در طب رفتاری، ضروری به نظر می‌رسد.

References

- Abdollahiyan, E., & Mokhber, N., & Kafai Razavi, Z. (2006). A comparative study on coping and life important events in patients with coronary artery disease. *Journal of Mental Health*, 8, 37-42. (Persian)
- Alidoosti, F. (2006). *Comparing coping styles and hardness in patients with indigestion action disease and Peptic ulcer disease and healthy*. MA Thesis, Shahid beheshti University. (Persian)
- Brian, A., & Fallon. (2003). Pharmacotherapy of somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 455-460.
- Bryant, R. A., & Harvey, A. G. (1995). Avoidant coping style and post- traumatic stress following motor vehicle accidents. *Behaviour Research and Therapy*, 33: 631-635.
- Carver, C. S., & Pozo, C., & Harris, SD., & Noriega, V., & Scheier, MF., & Robinson, DS., & Ketcham, AS. (1993). How coping mediates the effect of optimism and distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of personality and Social Psychology*, 65: 375-390.
- Compas, E.B., & Malkarne, L. V., & Fondacaro, M. K. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(3), 405-411.
- Davison, G. C., & Neal, J. M., & Kring, M. A. (2004). *Abnormal psychology*. (9th ed.), New York: Wiley. Translated by M. Dehestani. (2006). Tehran: Virayesh Press. (Persian)
- Feifel, H. (1981). Coping strategies and associated features of medically ill patients. *Psychosommed*, 49 (6): 616-25.
- Goldberger, L., & Breznitz, S. (1982). *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. New York: Free Press.
- Halgin, R., & Whitbourne, S. K. (2003). *Abnormal Psychology: Clinical perspectives on psychological disorders*. Translated by: Y. Seyyed Mohammadi. (2008). Tehran: Ravan Press. (Persian)
- Hosseini Ghadamgahi, J. (1997). *Quality of social relations, stress and coping strategies in patients with coronary heart disease*. MA Thesis, Tehran Psychiatric Institute and Center for Mental Health Research. (Persian)
- Imbierowicz, K., & Egel, U.T. (2003). Childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder. *European Journal of pain*, 7, (1), 113-119.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2003). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences- Psychiatry*. Translated by: N. Pourafkary (2005). Tehran: Ab Press. (Persian).
- Kimbrelly, K., & Gary, C. (2003). The relation of gender, gender identity, and coping Strategies in late adolescents. *Journal of Adolescence*, 26, 159-168.
- Lazarus, R., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Mahmoodi, J. (2005). An epidemiologic study of patients with conversion disorder referring to Farabi hospital in Kermanshah in 2005. MA Thesis, Tehran Psychiatric Institute and Center for Mental Health Research. (Persian).
- Mohamadiyan, F. (1999). *Study of personality characteristics, stress and coping strategies in people with suicidal suicide in Ilam*. MA Thesis, Tehran Psychiatric Institute and Center for Mental Health Research. (Persian).
- Motaghiyan, L. (2007). Comparing stress and coping strategies with it in patients with acute gastrointestinal and healthy. MA Thesis, Rudehen Branch, Islamic Azad University. (Persian).
- Nikendei, Ch., & Waldherr, S., & Shiltewolf, M., & Herzog, W. (2009). Memory performance related to organic and psychosocial illness attributions in somatoform pain disorder patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(3):199-206.
- Nur Ali, Z. (2004). *Relationship between emotional intelligence, attributional style and coping strategies*. MA Thesis, Tehran Psychiatric Institute and Center for Mental Health Research. (Persian).
- Pauli, P. Alpers, G.W. (2002). Memory bias in patients with hypochondriasis and somatoform Pain disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 45-53.
- Piko, B. (2001). Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *Psychological Record*, 51, 223-236.
- Roohani, S. (2006). *The role of stress and coping strategies in patients with MI at Aria and Farabi Hospitals in 2005*. MA Thesis, Mashhad Branch, Islamic Azad University.
- Saami, C. (1999). The development of emotional competence. New York: Guildford Press.
- Sadeghzade, B. (2009). *Compare life skills, personal values and coping skills in people with Somatization disorder and non-infected individuals*. MA Thesis, Science and Research Branch, Islamic Azad University. (Persian).

- Sajjadi Nezhad, M. S. (2005). *A review of the effectiveness of group cognitive therapy in the treatment of recurring headaches and pattern comparison of response to treatment of migraine and tension headaches in university students*. MA Thesis, University of Shiraz. (Persian).
- Stoeter, P., Bauerman, T.h., & Nickel, R., Corluka, L., Gawehn, J., & Vucurevic, G. (2007). Cerebral activation in patients with somatoform Pain disorder exposed to pain and stress. *NeuroImage*, 36, 418-430.
- Ta Li, C., Chou, Y., Yang, K., Yang, C., Lee, Y., & Su, T. (2009). Medically Unexplained Symptoms and Somatoform Disorders: Diagnostic challenges to Psychiatrists. *Journal of the Chinese Medical Association*, 72(5), 251-256.
- Taylor, S. E. (1999). *Health psychology* (4th. ed.). New York: McGraw-Hill.
- Zolfaghari, Z. (2009). *Compare coping styles with stress in patients diagnosed with irritable bowel syndrome and non-infected individuals*. MA Thesis, Science and Research Branch, Islamic Azad University.

