

Comparison of physical and psychological symptoms of somatic symptom disorder (cognitive, affective and behavioral) in women and men with somatic symptom disorder

Maryam Esmailinasab¹, Sama Bakhshi Khanshir², Mostafa Hamdiah³

1-Associate Professor, Department of Psychology, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran (Corresponding Author). E-mail: Esmailinasab@modares.ac.ir

2- MSc, Department of Psychology, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

3- Professor, Department of Psychiatry, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 02/12/2022

Accepted: 13/04/2023

Abstract

Introduction: Somatic Symptom Disorder (SSD) is characterized by distressing somatic symptoms which are accompanied by disproportionate thoughts, feelings, and behaviors, has wide gender differences in prevalence, which has been less investigated in researches.

Aim: The purpose of this study was to compare the physical (criteria A) and psychological symptom of SSD (criteria B) consist of cognitive, affective and behavioral in female and male patients.

Method: This study was a descriptive and causal-comparative research. The participants included 60 Iranian women and 30 men with SSD in the age range of 18-60 years old who participated in the study based on the diagnosis of a psychiatrist by Convenience sampling method in 2021-2022. Data was collected by The Somatic Symptom Disorder-B (2017) Criteria Scale and The Somatic Symptom Scale8 (2014). For data analysis, MANOVA were applied by using SPSS-22.

Results: The findings revealed that women with SSD generally showed more psychological symptoms compared to men and in the psychological subscales, affective ($P=0.00$) and behavioral ($P=0.00$) was more evident in them, however there was no significant difference between men and women in cognition of psychological subscales ($P=0.18$) and intensity of physical pain ($P=0.13$).

Conclusion: According of the study, one of the factors of the difference in SSD prevalence can be from less expressing, not less suffering from the disorder in men. Studying the main causes of differences in the affective and behavior of psychological subscales such as cultural origin, can be effective in further studies.

Keywords: Somatic symptom disorder, Psychological factors, Sex differences, Cognitive, Behavioral

How to cite this article: Esmailinasab M, Bakhshi Khanshir S, Hamdiah M. Comparison of physical and psychological aspects (cognitive, affective and behavioral) of Somatic Symptom Disorder in men and women with Somatic Symptoms Disorder. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2023; 10(2): 16-27. URL: <https://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1674-en.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

مقایسه علائم جسمانی و روانشناختی اختلال علائم بدنی و سه نمود بالینی شناخت، عاطفه و رفتار در زنان و مردان مبتلا به اختلال علائم بدنی

مریم اسماعیلی نسب^۱، سما بخشی خانشیر^۲، مصطفی حمدیه^۳

۱. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران (مؤلف مسئول). ایمیل: Esmaeilinasab@modares.ac.ir

۲. کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۳. استاد، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۱/۲۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۹/۱۱

چکیده

مقدمه: اختلال علائم بدنی، اختلالی با علائم شایع جسمانی و افکار، احساسات و رفتارهای نامتناسب در مورد آن علائم، دارای تفاوت‌های گسترده جنسیتی در شیوع است که در پژوهش‌ها کمتر مورد بررسی قرار گرفته است.

هدف: هدف پژوهش حاضر، مقایسه علائم دردهای جسمانی (معیارهای A) و نمودهای بالینی علائم روانشناختی اختلال علائم بدنی (معیارهای B) یعنی شناخت، رفتار و عاطفه در زنان و مردان مبتلا به این اختلال بود.

روش: این پژوهش از نوع توصیفی و علی-مقایسه‌ای بود. بدین منظور ۶۰ زن و ۳۰ مرد مبتلا از میان بیماران مبتلا به اختلال علائم بدنی ۱۸ تا ۶۰ ساله ایرانی در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ با تشخیص روانپزشک و به روش در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش، دو پرسشنامه مقیاس ۸ گویه‌ای علائم بدنی (۲۰۱۴) و اختلال علائم بدنی (معیارهای B) (۲۰۱۷) بود. جهت تحلیل داده‌ها، از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

یافته‌ها: زنان دارای این اختلال، به طور کلی علائم روانشناختی بیشتری نسبت به مردان نشان دادند و زیر مقیاس‌های روانشناختی، نمود عاطفه ($P=0/00$) و رفتار ($P=0/00$) در آن‌ها بیشتر دیده شد؛ اما در نمود شناخت ($P=0/18$) و شدت دردهای جسمانی ($P=0/13$) تفاوت معناداری بین زنان و مردان مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: براساس پژوهش حاضر، یکی از عوامل تفاوت در شیوع می‌تواند ناشی از ابراز کمتر بیماری و نه ابتلای کمتر در مردان باشد. بررسی دلایل زیربنایی تفاوت در عاطفه و رفتار علائم روانشناختی، ازجمله دلایل فرهنگی، می‌تواند موضوع پژوهش‌های آتی باشد.

کلیدواژه‌ها: اختلال علائم بدنی، ویژگی‌های روانشناختی، تفاوت‌های جنسیتی، شناخت، رفتار

مقدمه

در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱، طبقه تشخیصی به نام اختلال علائم بدنی^۲ وجود دارد که با درد در نواحی مختلف و علائم شایع جسمانی شناخته می‌شود. این نشانه‌های جسمانی، بسیار ناراحت‌کننده بوده و یا منجر به اختلال قابل توجه در عملکرد فرد می‌شوند (ملاک A/ علائم جسمانی^۳) و همچنین همراه با افکار، احساسات و رفتارهای بیش‌ازحد و نامتناسب با این علائم جسمانی یا نگرانی‌های مربوط به سلامتی هستند (ملاک B/ علائم روانشناختی^۴) (انجمن روانپزشکی آمریکا^۵، ۲۰۱۳). این اختلال دارای شیوع بسیار بالا با نرخ ابتلای حدود ۶ درصد و در محیط‌های مراقبتی اولیه ۸ تا ۲۲ درصد می‌باشد (آبه^۶، ۲۰۲۱). در ایران نیز، شیوع آن ۲۹/۰۸ درصد گزارش شده است که بیانگر شیوع بسیار بالای این اختلال است (بشارت، زاهدی تجربی و نوربالا، ۱۳۹۴). اختلال علائم بدنی می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی، ایجاد محدودیت در انجام فعالیت‌های روزانه، غیبت‌های مکرر از محل کار یا تحصیل و ادراک پایین از سلامت خود شده و حتی با اختلالات دیگری مانند اضطراب و افسردگی همراه شود (روزندل و فینک^۷، ۲۰۱۷).

در معیارهای تشخیصی اختلال علائم بدنی در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ملاک-های تشخیصی مثبت علائم روانشناختی شامل: اشتغال فکری نامتناسب و تمرکز شناختی، پریشانی هیجانی عمیق و نامتناسب، رفتار افراطی و ناسازگار و نقش بیمار بودن

ارائه گردیده است که در نسخه قبلی این راهنما دیده نمی‌شد (بارسکی^۸، ۲۰۱۶) و تأکید می‌گردد که علائم جسمانی، تنها هنگامی که با این افکار، احساسات یا رفتارهای بیش‌ازحد همراه شوند، ارزش بیماری را دریافت می‌کنند (توسنت، هوسینگ، کولمن و لو^۹، ۲۰۲۰). علیرغم اضافه شدن ملاک‌های B روانشناختی، در مورد تعریف افکار، احساسات، رفتارهای بیش‌ازحد و نامتناسب با علائم، اتفاق نظر وجود ندارد (ریف و مارتین^{۱۰}، ۲۰۱۴؛ هوسینگ، لو و توسنت، ۲۰۱۸؛ توسنت، هوسینگ، کولمن، براه‌لر^{۱۱} و لو، ۲۰۲۱) و بسیاری از سؤالات در مورد ارتباط بین ویژگی‌های روانشناختی این اختلال با ویژگی‌های بیماری و نتایج بالینی بی‌پاسخ مانده‌اند (توسنت و همکاران، ۲۰۲۱). علیرغم این تردیدها، برخی از پژوهش‌ها از فواید این ملاک تشخیصی جدید حمایت کرده‌اند؛ بیوتل و همکاران^{۱۲} (۲۰۱۹) بیان کرده‌اند علائم روانشناختی، یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌ها در علائم جسمانی به حساب می‌آیند.

همچنین وجود ویژگی‌های شناختی و رفتاری در بیماران دارای اختلال علائم بدنی، با ناتوانی بالاتر، ماندگاری علائم و افزایش نیاز به مراقبت‌های سلامت (ریف و همکاران، ۲۰۱۰؛ توسنت و همکاران، ۲۰۲۱)، سطوح اضطراب و افسردگی (توسنت و همکاران، ۲۰۱۸؛ ژائونگ و همکاران^{۱۳}، ۲۰۱۷؛ کلاسن وان دیسل و همکاران^{۱۴}، ۲۰۱۶)، اختلال در عملکرد (لیائو و

⁸- Barsky

⁹- Toussaint, Hüsing, Kohlman & Löwe

¹⁰- Rief & Martin

¹¹- Brahler

¹²- Beutel & et al

¹³- Xiong & et al

¹⁴- Claasse-van Dessel & et al

¹- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

²- Somatic Symptom Disorder (SSD)

³- Physical aspects

⁴- Psychological aspects

⁵- American Psychological Association (APA)

⁶- Abe

⁷- Rosendal & Fink

همکاران^۱، ۲۰۱۹؛ توسنت و همکاران، ۲۰۱۸؛ لیمبارگ^۲ لیمبارگ^۲ و همکاران، ۲۰۱۶؛ وان دیسل و همکاران، ۲۰۱۶) و کیفیت زندگی (ژیائونگ و همکاران، ۲۰۱۷) مرتبط هستند و یک رابطه خطی میان تعداد علائم جسمانی گزارش شده و میزان پریشانی روانشناختی وجود دارد (بیوتل و همکاران، ۲۰۱۹).

شواهد نشان داده‌اند در شیوع اختلال علائم بدنی، عوامل متعددی در ایجاد و تداوم علائم اختلال بدنی نقش دارند (آگاروال، نیشال، پراهراج، منون و کومار^۳، ۲۰۲۰) و به نظر می‌آید جنسیت نیز در این میان مؤثر باشد (بالرینگ، بونوانی، اولده هارتمن، موندرن و روزلمن^۴، ۲۰۲۰). شیوع شیوع اختلال علائم بدنی در زنان و مردان بسیار متفاوت است و آن‌ها به طور متفاوتی علائم بدنی، پریشانی بدنی و سلامت جسمانی را تجربه می‌کنند (مندرک، مارچاند و گاموند^۵، ۲۰۱۴). در جمعیت‌های غیر بیمار و در پزشکی، زنان معمولاً علائم مزمن و شدیدتری نسبت به مردان گزارش می‌کنند و شیوع جسمانی سازی در زنان به طور قابل توجهی بیشتر است (ریف و مارتین، ۲۰۱۴؛ جاکوبی و همکاران^۶، ۲۰۱۴؛ بیوتل و همکاران، ۲۰۱۹؛ توسنت و همکاران، ۲۰۲۱). برخی پژوهش‌ها نیز حاکی از این موضوع هستند که زن بودن می‌تواند به عنوان یک عامل خطر در ابتلا به اختلال علائم بدنی در نظر گرفته شود (برامبیلایا^۷ و همکاران، ۲۰۱۹؛ گارسیا سیرا^۸ و همکاران، ۲۰۲۰). دادفر و همکاران (۱۳۹۹) نیز گزارش نمودند در جمعیت ایرانی، زنان علائم جسمانی بیشتری

نسبت به مردان تجربه می‌کنند. پژوهش بیوتل و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که زنان تمایل بیشتری دارند تا احساسات جسمانی خود را به صورت آزاردهنده‌تر قضاوت و توصیف کنند و آن‌ها را به پزشک گزارش دهند. پژوهش اخیر توسنت و همکاران (۲۰۲۱) نیز نشان داد زنان مبتلا به اختلال علائم بدنی نسبت به افراد عادی، روزانه زمان بیشتری را صرف شکایت‌های بدنی می‌کنند و ترکیبی از علائم جسمانی و ویژگی‌های روانشناختی، می‌توانند بدتر شدن وضعیت سلامت جسمی و روانی خود گزارش شده و افزایش استفاده از مراقبت‌های بهداشتی را پیش‌بینی کنند.

از آنجایی که در اختلال علائم بدنی، تفاوت‌های جنسیتی گسترده‌ای دیده می‌شود و این تفاوت‌ها نه تنها در شیوع این اختلال که در نوع و شدت علائمی که زنان و مردان تجربه می‌کنند، دیده می‌شود، پژوهش‌های میان جنسیتی می‌توانند در جهت تبیین این تفاوت‌ها متمرکز باشند. از سوی دیگر، ملاک‌های روانشناختی به عنوان ملاک تشخیصی جدیدی، ممکن است این پتانسیل را داشته باشند که توضیح دهند چرا علائم جسمانی غیرقابل توضیح از نظر پزشکی بدون وجود منشأ بدنی، منجر به اختلالات زیادی در فرد می‌شوند و چرا چنین تفاوت جنسیتی در این اختلال دیده می‌شود. تاکنون در ایران مطالعات بسیار محدودی در حوزه اختلال علائم بدنی و به طور کلی اختلالات روان‌تنی انجام شده است (شبه و همکاران، ۱۳۹۵؛ چراغیان، کیانی، شریف، گیوی و مؤمنی، ۱۴۰۰؛ پورآبادانی و یوسفی‌نیا، ۱۳۹۹؛ میرزائی و خادمی، ۱۳۹۹) و تاکنون پژوهشی به بررسی میان جنسیتی در افراد دارای اختلال علائم بدنی نپرداخته است؛ از این-رو هدف پژوهش حاضر، مقایسه علائم دردهای جسمانی

^۱- Liao & et al

^۲- Limburg

^۳- Agarwal, Nischal, Praharaj, Menon & Kumar

^۴- Ballering, Bonvanie, Olde Hartman, Monden & Rosmalen

^۵- Mendrek, Marchand & Gaumond

^۶- Jacobi

^۷- Brambila-Tapia

^۸- García-Sierra

(معیارهای A) و نمودهای بالینی علائم روانشناختی اختلال علائم بدنی (معیارهای B) یعنی شناخت، رفتار و عاطفه در زنان و مردان مبتلا به این اختلال بود.

روش

پژوهش حاضر، توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری، شامل تمام افراد ایرانی مبتلا به اختلال علائم بدنی ۱۸ تا ۶۰ سال طی سال‌های ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود. به دلیل اختلال محور بودن پژوهش و شرایط دشوار پیدا کردن نمونه‌های مورد نظر، نمونه‌گیری در این پژوهش، به صورت در دسترس انجام شد. آمارها بیان می‌کنند شیوع این اختلال در زنان بسیار بیشتر از مردان است (بیوتل و همکاران، ۲۰۱۹) و این تفاوت شیوع جنسیتی، در نمونه جمع‌آوری شده نیز منعکس شد و نهایتاً ۶۰ زن و ۳۰ مرد مبتلا به اختلال علائم بدنی به عنوان نمونه انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه شامل: بازه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال، تشخیص بالینی اختلال علائم بدنی توسط روانپزشک و رضایت جهت تکمیل پرسشنامه‌ها؛ و معیار خروج نیز شامل: خستگی و عدم پاسخگویی به تمامی پرسشنامه‌های پژوهش توسط شرکت‌کنندگان بود. پژوهشگر پس از کسب مجوزهای اخلاقی و سایر هماهنگی‌های لازم، در جهت جمع‌آوری نمونه موردنظر به بخش روانپزشکی بیمارستان طالقانی و مطب روانپزشکان در شهر تهران مراجعه نمود. پس از ارائه توضیحات لازم در مورد پژوهش و ملاحظات اخلاقی اعم از داوطلبانه بودن مشارکت، حفظ حریم شخصی، محرمانه ماندن اطلاعات مشارکت‌کنندگان و ادامه ندادن همکاری در هر زمان از انجام پژوهش و در نهایت جلب رضایت آن‌ها جهت همکاری در طرح، از هر یک از افراد خواسته شد تا دو مقیاس ۸ گویه‌ای علائم بدنی و

اختلال علائم بدنی-مقیاس معیارهای B را تکمیل کنند. در نهایت، داده‌های بدست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و در دو سطح توصیفی با استفاده از شاخص‌هایی چون میانگین و انحراف استاندارد، و سطح استنباطی با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار

پرسشنامه اختلال علائم بدنی-مقیاس معیارهای B^۱: این پرسشنامه توسط توسنت و همکاران در سال ۲۰۱۷ و به منظور ارزیابی ملاک‌های B اختلال علائم بدنی براساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (ادراک، رفتار و افکار فرد در مورد علائم بدنی خود و نگرانی‌های مکرر در مورد این علائم) ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۱۲ گویه در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (اصلاً=۰ تا خیلی زیاد=۵) با سه زیر مقیاس شناخت، عاطفه و رفتار است (برای هر مقیاس، ۴ سؤال). در پژوهش توسنت، لو، براهler و جردن^۲ (۲۰۱۷) پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ بدست آمد و تحلیل ساختاری آن، سه عامل شناخت، هیجان و رفتار را برحسب پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی تأیید کرد. در پژوهش بخشی، اسماعیلی نسب، حمدیه و توسنت (زیر چاپ) پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ بدست آمد.

مقیاس ۸ گویه‌ای علائم بدنی^۳: این مقیاس توسط گیرک^۴ گیرک^۴ و همکاران در سال ۲۰۱۴ ساخته شد، یک مقیاس ۸ گویه‌ای در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (اصلاً=۰ تا

^۱- The Somatic Symptom Disorder - B Criteria Scale (SSD-12)

^۲- Toussaint, Löwe, Brähler & Jordan

^۳- The Somatic Symptom Scale - 8 (SSS-8)

^۴- Gierk

یافته‌ها

از نظر جنسیت ۶۰ نفر (۶۶/۷٪) از شرکت‌کنندگان زن و ۳۰ نفر (۳۳/۳٪) مرد بودند. میانگین سنی افراد شرکت‌کننده، ۳۱/۷ سال، همچنین کم‌سن‌ترین شخص ۱۸ سال و مسن‌ترین فرد ۵۸ سال سن داشت. از نظر وضعیت تاهل ۳۹ نفر (۴۳/۳٪) مجرد، ۵۰ نفر (۵۵/۶٪) متأهل و ۱ نفر (۱/۱٪) مطلقه بود. در جدول ۱، شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار مربوط به متغیرهای علائم جسمانی و روانشناختی اختلال علائم بدنی و زیر مقیاس‌های آن در دو گروه زنان و مردان گزارش شده است.

خیلی زیاد=۵) که شدت علائم بدنی را در طی ۷ روز گذشته می‌سنجد و نمره آن از ۰ تا ۳۲ متغیر می‌باشد. این پرسشنامه در واقع نسخه کوتاه شده و به روز شده پرسشنامه سلامت جسمی نسخه ۱۵ سؤالی است که در آن بعضی گویه‌ها حذف شده و یا با گویه‌های دیگر ادغام شده‌اند. ویژگی ممتاز این پرسشنامه این است که برحسب پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی طراحی شده است. در پژوهش گیرک و همکاران (۲۰۱۴)، پایداری این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بدست آمد. در پژوهش گودرزی و همکاران (۱۳۹۹)، پایداری نسخه فارسی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ بدست آمد.

جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه زنان و مردان

متغیر	نمونه	میانگین	انحراف معیار
علائم جسمانی اختلال علائم بدنی (مقیاس ۸ گویه‌ای علائم بدنی)	زنان	۶۲/۱۶	۸۵/۵
	مردان	۶۳/۱۴	۶۷/۵
علائم روانشناختی اختلال علائم بدنی (پرسشنامه اختلال علائم بدنی - مقیاس معیارهای B)	زنان	۷۹/۲۷	۰۴/۶
	مردان	۰۰/۲۴	۹۷/۷
شناخت	زنان	۹۸/۸	۰۱/۳
	مردان	۱۰/۸	۷۴/۲
نمودهای بالینی علائم روانشناختی (پرسشنامه اختلال علائم بدنی - مقیاس معیارهای B)	زنان	۶۸/۱۱	۳۱/۲
	مردان	۲۶/۹	۱۰/۳
عاطفه	زنان	۰۱/۹	۱۲/۳
	مردان	۶۶/۶	۷۸/۳
رفتار	زنان	۰۱/۹	۱۲/۳
	مردان	۶۶/۶	۷۸/۳

گرفت. با توجه به سطح معناداری مقادیر محاسبه شده در آزمون ام‌باکس ($P > ۰/۰۱$)، این آزمون معنادار نبود و به این ترتیب، فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کواریانس در هر گروه زنان و مردان رعایت شده است. سپس فرض یکسانی واریانس‌های خطای گروه‌ها از طریق آزمون لوین (جدول ۲) مورد بررسی قرار گرفت.

با توجه به جدول ۱، مشاهده می‌گردد میانگین زنان در علائم روانشناختی و دو نمود بالینی آن یعنی عاطفه و رفتار بیشتر از مردان و در علائم جسمانی نیز، میانگین زنان کمی بالاتر از مردان بود. جهت مقایسه علائم جسمانی و نمودهای بالینی علائم روانشناختی در زنان و مردان از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. در ابتدا مفروضه‌های این آزمون مورد بررسی قرار

جدول ۲ نتایج آزمون لوین جهت بررسی مفروضه برابری واریانس‌ها در متغیرهای وابسته

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
علائم جسمانی	۰/۲۴	۱	۸۸	۰/۶۲
شناخت	۰/۱۰۰	۱	۸۸	۰/۹۹
علائم روانشناختی	۲/۳۵	۱	۸۸	۱/۲۸
رفتار	۲/۸۰	۱	۸۸	۰/۰۹

پیش‌فرض‌های لازم جهت اجرای تحلیل واریانس چند متغیری رعایت شده‌اند؛ لذا در ادامه، در جدول ۳ نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری ارائه شده است.

با توجه به سطح معناداری مقادیر محاسبه شده آزمون لوین ($P > ۰/۰۱$) در جدول ۲، فرض برابری واریانس خطای گروه‌ها در زنان و مردان در متغیرهای علائم جسمانی اختلال علائم بدنی و سه نمود بالینی علائم روانشناختی رعایت شده است. از آنجایی که

جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس تفاوت دو گروه زنان و مردان در متغیرهای پژوهش

آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۷۱	۴/۹۴	۴	۸۴/۰۰	۰/۰۲
لامبدای ویلکز	۰/۸۵	۴/۹۴	۴	۸۴/۰۰	۰/۰۲
اثر هتلینگ	۰/۲۱	۴/۹۴	۴	۸۴/۰۰	۰/۰۲
بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۲۱	۴/۹۴	۴	۸۴/۰۰	۰/۰۲

نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که در هر چهار شاخص آماره تفاوت در دو گروه زنان و مردان معنادار بود و دو گروه مورد مطالعه حداقل در بروز یکی از علائم اختلال علائم بدنی تفاوت معناداری دارند

نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری متغیرهای پژوهش در بین دو گروه زنان و مردان (P < ۰/۰۵). در ادامه در جدول ۴ نتایج حاصل از تحلیل واریانس چندمتغیری در بین دو گروه زنان و مردان ارائه شده است.

جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس چند متغیری متغیرهای پژوهش در بین دو گروه زنان و مردان

متغیر	میانگین مجذورات	F	درجه آزادی	سطح معناداری	مجذور اتا
علائم جسمانی	۷۸/۶۷	۲/۳۴	۱	۰/۱۳	۰/۰۲
علائم روانشناختی	۱۵/۶۰	۱/۸۱	۱	۰/۱۸	۰/۰۲
شناخت	۱۱۶/۸۰	۱۷/۲۲	۱	۰/۰۰	۰/۱۶
رفتار	۱۱۰/۴۵	۹/۸۲	۱	۰/۰۰	۰/۱۰

نتایج جدول فوق بیانگر این است که نمود عاطفه ($0/00$)، $F=17/22$, $df=1/88$, $P=0/00$) و نمود رفتار ($F=9/82$, $df=1/88$, $P=0/00$) از زیر مقیاس‌های علائم روانشناختی در دو گروه زنان و مردان دارای تفاوت معناداری است ($P<0/01$)؛ درحالی‌که در علائم جسمانی تجربه شده و نمود بالینی شناخت تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P>0/01$). طبق نتایج زنان مبتلا به اختلال علائم بدنی به طور کلی بیش از مردان مبتلا به این اختلال، ویژگی‌های روانشناختی را تجربه و نمود بالینی رفتار و عاطفه در آن‌ها بیشتر دیده می‌شود.

بحث

هدف پژوهش حاضر، مقایسه علائم دردهای جسمانی (معیارهای A) و نمودهای بالینی علائم روانشناختی اختلال علائم بدنی (معیارهای B) یعنی شناخت، رفتار و عاطفه در زنان و مردان مبتلا به این اختلال بود. نتایج آماری نشان دادند علائم روانشناختی در زنان بیشتر دیده می‌شود، در صورتی‌که در میزان دردهای جسمانی گزارش شده در دو گروه تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد. اخیراً، اختلال علائم بدنی به عنوان یک اختلال ادراکی (هنینگسن^۱، ۲۰۱۸) پیشنهاد شده است که در آن بیماران مبتلا، از نشانه‌های جسمانی اذیت کننده و همچنین از افکار، احساسات و رفتارهای مرتبط با این علائم رنج می‌برند که به طور قابل توجهی آزاردهنده و مختل کننده هستند (توسنت و همکاران، ۲۰۲۱). توسنت و همکاران (۲۰۱۶) چهار عامل روانشناختی اختلال علائم بدنی را، براساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی مشخص نمودند که شامل نگرانی‌های

سلامتی، تجربه بیماری، مشکلات در تعامل با پزشکان و تأثیر بیماری است. آن‌ها، این چهار عامل را در سه حوزه کلی شناخت، رفتار و عاطفه دسته‌بندی و برای تشخیص این معیارها، پرسشنامه اختلال علائم بدنی - مقیاس معیارهای B را ساختند.

پژوهش‌ها نشان دادند استفاده ترکیبی از این پرسشنامه همراه با ابزارهای دیگری مانند پرسشنامه سلامت جسمی نسخه ۱۵ سؤالی یا مقیاس ۸ گویه‌ای علائم بدنی جهت تشخیص اختلال علائم بدنی، هم‌راستا با تشخیص‌های بالینی است و فرصتی راحت و مناسب برای شناسایی افراد در معرض خطر این اختلال فراهم می‌کند (توسنت، هوسینگ، کولمن و لو، ۲۰۲۰). لو و همکاران (۲۰۲۲) نیز در یک مطالعه مروری بر روی ۵۹ مقاله به این نتیجه رسیدند بیشتر علائم روانشناختی (معیارهای B) اضافه شده به پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ضروری و کاربرد بالینی دارند. علیرغم نتایج یافت شده در خصوص ملاک‌های روانشناختی، برخی پژوهش‌ها مانند بورتون^۲ و همکاران (۲۰۲۰) اذعان نمودند، ممکن است مواردی نیز وجود داشته باشد که ملاک‌ها و علائم روانشناختی برای تشخیص اجباری نباشند. از این سو و در جهت پژوهش‌هایی که تأثیرگذاری ملاک‌های روانشناختی در تشخیص بالینی اختلال علائم بدنی را تأیید کرده‌اند، در این پژوهش از دو پرسشنامه اختلال علائم بدنی - مقیاس معیارهای B به منظور ارزیابی علائم روانشناختی و مقیاس ۸ گویه‌ای علائم بدنی به منظور بررسی میزان دردهای جسمانی گزارش شده استفاده شد.

²- Burton

¹- Henningsen

خود و شدت علائم روانشناختی (شناخت، عاطفه و رفتار) در آنها باشد.

در گام بعدی، سه نمود بالینی روانشناختی این اختلال یعنی عاطفه، شناخت و تفکر در زنان و مردان مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج بیانگر بروز بیشتر نمود بالینی عاطفه و رفتار در زنان بود. در پژوهش مشابه دیگر که توسط توسنت و همکاران (۲۰۲۱) انجام شده، زنان دارای اختلال علائم بدنی، نسبت به مردان زمان بیشتری را صرف گله و شکایت از علائم جسمانی خود می‌کنند؛ بنابراین به نظر می‌رسد زنان بیش از مردان در مورد علائم بدنی خود نگران هستند، از آنها می‌ترسند و این علائم سد راه زندگی آنها می‌شود. همچنین زمانی را که این بیماران به شکایات جسمانی خود اختصاص می‌دهند، به احتمال زیاد در فعالیت‌های روزمره آنها تداخل ایجاد می‌کند، به عنوان مثال ممکن است توانایی آنها در کار یا ایفای نقش‌های اجتماعی را محدود کند (توسنت و همکاران، ۲۰۲۱). این تفاوت در نمود بالینی عاطفه و رفتار در میان زنان و مردان، ممکن است ناشی از میزان بالاتر آسیب‌پذیری اجتماعی در زنان و یا نقش‌های جنسیتی ناشی از اجتماعی شدن و تفاوت‌های زیستی باشد که می‌تواند منجر به عدم گزارش پریشانی‌ها در مردان شود (بارسکی، پیکنا و بورو، ۲۰۰۱).

یک معنای دیگر نتایج می‌تواند ناشی از این مسئله باشد که مردان به دلیل ترس از به خطر افتادن جایگاه اجتماعی خود و ضعیف و ناتوان به نظر رسیدن، از نشان دادن علائم روانشناختی و مطرح کردن علائم خود و به دنبال آن، مراجعه به مراکز سلامت روان اجتناب می‌کنند؛ اتفاقی که احتمالاً در سایر اختلالات روانشناختی نیز دیده می‌شود. همین موضوع نیز می‌تواند یکی از چندین دلیل

همچنین پژوهش حاضر نشان داد زنان علائم روانشناختی بیشتری از مردان نشان می‌دهند که این نتیجه با پژوهش کوپ^۱، توسنت، مولز و لو (۲۰۱۹) نیز هم‌راستا است، که بیان نمودند جنسیت زن و سن فرد، با نمره او در پرسشنامه اختلال علائم بدنی - مقیاس معیارهای B رابطه مثبت معنادار دارد و جنسیت زن می‌تواند یک عامل خطر در ابتلا به اختلال علائم بدنی باشد (برامبیل تاپیا^۲ و همکاران، ۲۰۱۹؛ گارسیا سیررا^۳ و همکاران، ۲۰۲۰). طبق یافته‌های قبلی اختلال علائم بدنی معمولاً در زنان، با شدت و علائم بیشتری قابل رؤیت است و آنها تمایل دارند تا علائم را به شیوه آزاردهنده‌تری تفسیر کنند (بیوتل و همکاران، ۲۰۱۹). پژوهش برامبیل تاپیا و همکاران (۲۰۲۱) نیز نشان داد زنان دارای علائم جسمانی‌سازی بیشتر و نسبت به مردان، متغیرهای روانشناختی بیشتری در آنها با جسمانی شدن مرتبط بوده و مقادیر بالاتری از متغیرهای آسیب‌شناختی روانی را نشان داده‌اند. همچنین این تفاوت جنسیتی در جامعه ایرانی، در پژوهش دادفر و همکاران (۱۳۹۹) نیز مشاهده شده است. هرچند در پژوهش کائو^۴ و همکاران (۲۰۲۰) در بیماران سرپایی هیچ تفاوتی دیده نشد. مطابق پژوهش آتاسوی^۵ و همکاران (۲۰۲۲) اختلال علائم بدنی شدید در مردان بیش از زنان است و اگرچه هم در مردان و هم زنان با علائم جسمانی شدید، عوامل روانی - اجتماعی همانند سن، تحصیلات و وضعیت شغلی به عنوان عوامل خطر دیده شدند؛ اما مردان عموماً سلامت بدتری داشتند. در تبیین این یافته می‌توان ذکر نمود که تفاوت جنسیتی در بروز و شدت اختلال علائم بدنی در زنان، ناشی از تفاوت در نحوه ادراک نشانه‌های بدنی

^۱ - Kop

^۲ - Brambila-Tapia

^۳ - García-Sierra

^۴ - Cao

^۵ - Atasoy

- Abe AM. (2021). Management of physical symptoms in the absence of organic disease. *Medicine*, 47(2), 83-87.
- Agarwal V, Nischal A, Praharaj SK, Menon V, Kumar Kar S. (2020). Clinical Practice Guideline: Psychotherapies for Somatoform Disorders. *Indian J Psychiatry*, 62(2), 263-271.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edition ed). United State of America: American Psychiatric Association Publication.
- Atasoy S, Hausteiner-Wiehle C, Sattel H, Johar H, Roenneberg C, Peters A, Karl-Heinz L, Henningsen P. (2022). Gender specific somatic symptom burden and mortality risk in the general population. *Scientific Reports*, 12(1), 1-9.
- Ballering A, Bonvanie I, Olde Hartman T, Monden R, Rosmalen J. (2020). Gender and sex independently associate with common somatic symptoms and lifetime prevalence of chronic disease. *Social Science & Medicine*, 253, 1-11.
- Barsky A, Peekna H, Boru J. (2001). Somatic Symptom Reporting in Women and Men. *Journal of General Internal Medicine*, 16(4), 266-275.
- Barsky A. (2016). Assessing the New DSM-5 Diagnosis of Somatic Symptom Disorder. *Psychosomatic Medicine*, 78(1), 2-4.
- Besharat MA, Zahedi Tajrishi K, Noorbala A. (2013). Alexithymia and Emotion Regulation Strategies In Patients Withsomatization, Anxiety Disorders, And Normal Ndividuals: A Comparative Study. *Contemporary Psychology*, 2(16), 3-16. (In Persian)
- Beutel T, Weiser P, Zwerenz R, Wiltink J, Subic-Wrana C, Michal M. (2014). Unhealthy lifestyle in patients of a psychosomatic outpatient and consultation-liaison clinic. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 64(9-10), 378-383.
- Brambila-Tapia AJL, Meda-Lara RM, Palomera-Chávez A, de-Santos-Ávila F, Hernández-Rivas MI, Bórquez-Hernández P, Juárez-Rodríguez P. (2019). Association between

تشخیص کمتر این اختلال در مردان و به وجود آمدن تفاوت بسیار زیاد جنسیتی در شیوع اختلال علائم بدنی در مردان و زنان باشد.

نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد زنان مبتلا به اختلال علائم بدنی، علائم روانشناختی بیشتری نسبت به مردان دارای این اختلال نشان می دهند و در میان نمودهای روانشناختی این اختلال، نمود بالینی عاطفه و رفتار در آن ها بیشتر دیده می شود. از آنجایی که در شیوع اختلال علائم بدنی تفاوت گسترده ای دیده می شود؛ از سوی دیگر نتایج پژوهش حاضر، خبر از تفاوت در نوع علائم دیده شده در آنان می دهد. بنابراین از نتایج این پژوهش می توان در طرح ریزی درمان به خصوص برای زنان استفاده نمود. از محدودیت هایی پژوهش حاضر تعداد محدود نمونه ها بود که تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه می کند. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی به تمایزهای جنسیتی، نقش ها و جایگاه های وابسته به آن و نحوه نمود بالینی این اختلال پرداخته شود.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی دانشگاه تربیت مدرس با کد اخلاق IR.MODARES.REC.1399.178 می باشد. همچنین هیچگونه تعارض منافع از سوی نویسندگان مقاله وجود ندارد و نویسندگان از تمامی شرکت کنندگانی که در این پژوهش مشارکت داشتند و اجرای این تحقیق را میسر کردند، کمال تشکر را دارند.

References

- personal, medical and positive psychological variables with somatization in university health sciences students. *Psychology, Health & Medicine*, 7, 879-886.
- Brambila-Tapia AJL, Saldaña-Cruz AM, Meléndez-Monreal KC, Esparza-Guerrero Y, Martínez-Hernández A, Rosales-Torres BG, Ríos-González BE. (2023). Association of personal, behavioral and positive psychological variables with somatization and number of diseases in Mexican general population: the influence of gender. *Psychology, Health & Medicine*, 4, 995-1003.
- Burton C, Fink P, Henningsen P, Löwe B, Rief W. (2020). Functional somatic disorders: discussion paper for a new common classification for research and clinical use. *BMC medicine*, 18(1), 34.
- Cao JW. (2020). Prevalence of DSM-5 somatic symptom disorder in Chinese outpatients from general hospital care. *General Hospital Psychiatry*, 62, 63-71.
- Cheraghian H, Kiani A, Sharif A, Ghamari Ghivi H, Momeni A. (2021). Emotion regulation in psychosomatic diseases: qualitative study. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 8(1), 121-133. (In Persian)
- Claassen-van Dessel N, van der Wouden J, Dekker J, van der Horst H. (2016). Clinical value of DSM IV and DSM 5 criteria for diagnosing the most prevalent somatoform disorders in patients with medically unexplained physical symptoms (MUPS). *Journal of Psychosomatic Research*, 82, 4-10.
- Dadfar M, Asghamejadfarid AA, Hosseini AF, Nasr Esfahani M, Lester D, Kalibatseva Z. (2020). Measuring somatic symptoms with the PHQ-15: a comparative study of three Iranian samples. *Mental Health Religion & Culture*, 289-301. (In Persian)
- García-Sierra R, Fernández-Cano MI, Manresa-Domínguez JM, Feijoo-Cid M, Moreno Gabriel E, Areciado Marañón A, Ramos-Roure F, Segura-Bernal J, Torán-Monserrat P. (2020). Psychological Distress and Somatization in Immigrants in Primary Health Care Practices. *Healthcare*, 4, 557.
- Gierk B, Kohlmann S, Kroenke K, Spangenberg L, Zenger M, Brähler E, Löwe B. (2014). The Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8), A Brief Measure of Somatic Symptom Burden. *JAMA Intern Med*, 174(3), 399-407.
- Goodarzi M, Ahmadi S, Asle Zaker Lighvan M, Rahmati F, Molavi M, Mohammadi M. (2020). Investigating the Psychometric Properties of the 8-Item Somatic Symptom Scale in Non-Clinical Sample of Iranian People. *Practice in Clinical Psychology*, 8(1), 57-64. (In Persian)
- Henningsen P. (2018). Management of somatic symptom disorder. *Dialogues Clin Neurosci*, 1, 23-31.
- Hüsing P, Löwe B, Toussaint A. (2018). Comparing the diagnostic concepts of ICD-10 somatoform disorders and DSM-5 somatic symptom disorders in patients from a psychosomatic outpatient clinic. *Journal of Psychosomatic Research*, 113, 74-80.
- Jacobi F, Höfler M, Siegert J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, ... & Wittchen HU. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(3), 304-319.
- Kop W, Toussaint A, Mols F, Lowe B. (2019). Somatic symptom disorder in the general population: Associations with medical status and health care utilization using the SSD-12. *General Hospital Psychiatry*, 56, 4-36.
- Liao SC, Ma HM, Lin YL, Huang WL. (2019). Functioning and quality of life in patients with somatic symptom disorder: The association with comorbid depression. *Comprehensive Psychiatry*, 90, 88-94.
- Limburg K, Sattel H, Radziej K, Lahmann C. (2016). DSM-5 somatic symptom disorder in patients with vertigo and dizziness symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 91, 26-32.

- Löwe B, Levenson J, Depping M, Hüsing P, Kohlmann S, Lehmann M, Shedden-Mora M, Toussaint A, Uhlenbusch N, Weigel A. (2022). Somatic symptom disorder: a scoping review on the empirical evidence of a new diagnosis. *Psychological medicine*, 52(4), 632-648.
- Mendrek A, Marchand S, Gaumond I. (2014). Sex and gender differences in pain and mental health. Mental health and pain: somatic and psychiatric components of pain in mental health. In D. S. Marchand, Mental health and pain: Somatic and psychiatric components of pain in mental health (pp. 47-80). New York: Springer-Verlag Publishing.
- Mirzaei F, Khademi A. (2021). Comparison of brain-behavioral systems (BAS/BIS), adjustment components and schizoid personality syndrome in patients with migraine and nervous peptic ulcer and normal subjects. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 8(1), 134-146. (In Persian)
- Pourabadei P, Yousefinia F. (2020). Effectiveness of mindfulness on resiliency and cognitive distortion of patients with physical symptoms. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 7(3), 16-31. (In Persian)
- Rief W, Martin A. (2014). How to use the new DSM-5 somatic symptom disorder diagnosis in research and practice: A critical evaluation and a proposal for modifications. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10(1), 339-367.
- Rief W, Mewes R, Martin A, Glaesmer H, Brähler E. (2010). Are psychological features useful in classifying. *Psychosomatic Medicine*, 72(7), 648-655.
- Rosendal M, Hartman TC, Aamland A, van der Horst H, Lucassen P, Budtz-Lilly A, Burton C. (2017). "Medically unexplained" symptoms and symptom disorders in primary care: prognosis-based recognition and classification. *BMC Family Practice*, 1, 1-9.
- Shabbeh Z, Feizi A, Afshar H, Hassanzade Kashtali A, Adibi P. (2016). Identifying the Profiles of Psychosomatic Disorders in an Iranian Adult Population and their Relation to Psychological Problems. *J Mazandaran Univ Med Sci*, 26(137), 82-94. (In Persian)
- Toussaint A, Hüsing P, Kohlmann S, Brähler E, Löwe B. (2021). Excessiveness in symptom-related thoughts, feelings, and behaviors: An investigation of somatic symptom disorders in the general population. *Psychosomatic Medicine*, 83(1), 164-170.
- Toussaint A, Hüsing P, Kohlmann S, Löwe B. (2020). Detecting DSM-5 somatic symptom disorder: criterion validity of the Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15) and the Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8) in combination with the Somatic Symptom Disorder – B Criteria Scale (SSD-12). *Psychological Medicine*, 1-10.
- Toussaint A, Löwe B, Brähler E, Jordan P. (2017). The Somatic Symptom Disorder - B Criteria Scale (SSD-12): Factorial structure, validity and population-based norms. *Journal of Psychosomatic Research*, 97, 9-17.
- Toussaint A, Murray AM, Voigt K, Herzog A, Gierk B, Kroenke K, ... & Löwe B. (2016). Development and Validation of the Somatic. *Psychosomatic Medicine*, 78(1), 5-12.
- Toussaint A, Riedl B, Kehrner S, Schneider A, Löwe B, Linde K. (2018). Validity of the Somatic Symptom Disorder-B Criteria Scale (SSD-12) in primary care. *Family Practice*, 35(3), 342-347.
- Xiong N, Zhang Y, Wei J, Leonhart R, Fritzsche K, Mewes R, ... & Schaefer R. (2017). Operationalization of diagnostic criteria of DSM-5 somatic symptom disorders. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1-10.