

بررسی و مقایسه پروفایل MMPI مجروحین جنگی و بیماران دارای درد مزمن

نجمه وکیلی^{۱*}، هادی کاظمی^۲، پیرحسین کولیوند^۳، فاطمه رضایی^۱، نظام‌الدین قاسمی^۱

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا، ریاست مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا، ^۲ معاون توسعه و منابع انسانی مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا

*نویسنده پاسخگو: Email: vakili.najme@yahoo.com

چکیده

مقدمه: درد مزمن نتیجه تعامل پیچیده عوامل جسمانی، روانی و اجتماعی است. بیماران مبتلا به درد مزمن نیمرخ روانی خاصی داشته و بافت روانشناختی و هیجانی ویژه‌ای را تجربه می‌کنند. بررسی‌ها نشان داده‌اند که تجربه درد مزمن در مجروحین جنگی نیز از لحاظ روانی و هیجانی مهم و مورد توجه است.

هدف: از این مطالعه بررسی و مقایسه پروفایل روانی بیماران مبتلا به درد مزمن و مقایسه آن با پروفایل روانی مجروحین جنگی دارای درد مزمن می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی و مقایسه‌ای است. این پژوهش در کلینیک درد بیمارستان خاتم‌الانبیاء شهر تهران بر روی ۱۰۰ بیمار درد مزمن و ۱۰۰ مجروح جنگی دارای درد مزمن که بصورت تصادفی ساده انتخاب شدند، انجام شد و از پرسشنامه MMPI جهت بررسی نیمرخ روانی این افراد استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های این بررسی نشان داد که پروفایل روانی بیماران دارای درد دارای برافراشتگی در مقیاس‌ها است. همچنین در تمامی مقیاس‌های پرسشنامه MMPI تفاوت معناداری بین دو گروه وجود دارد ($P < 0.05$) و میانگین نمرات در تمامی شاخص‌ها در گروه مجروحین جنگی دارای درد مزمن بیشتر از گروه درد مزمن بود. بیشترین تفاوت‌ها در شاخص‌های خودبیمارانگاری و افسردگی مشاهده شد.

بحث: نتایج نشان‌دهنده پروفایل روانی خاصی در بیماران دارای درد مزمن با بیشترین برافراشتگی در خودبیمارانگاری، افسردگی و هیستری است. همچنین نتایج این پژوهش مبنی بر وجود مشکلات روانشناختی خاص در مجروحین جنگی دارای درد مزمن است.

کلید واژه: مجروحین جنگی، درد مزمن، پروفایل MMPI.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۵/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۷/۷

مقدمه

امروزه بیش از پیش بر نقش مهم عوامل روانی در دردهای مزمن تاکید می‌شود (۱). تحقیقات متعدد نشان داده‌اند که در بیماران درد مزمن به مرور، آشفتگی‌های روانی افزایش می‌یابد. این آشفتگی‌ها دربرگیرنده افسردگی، اضطراب، ترس (۳ و ۲)، مشکلات خواب (۴)، احساس خشم و خصومت، خستگی زیاد، اضطراب سلامتی، اشتغال ذهنی در مورد بدن، نگرانی‌های جسمی متعدد، مراقبت از خود نامناسب و رفتارهای بیمارگونه است (۵ و ۶). این پریشانی‌ها معمولاً به صورت اختلال مشخص و قابل تشخیص بروز نمی‌کنند (۴).

مجروحین جنگی گروهی از مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های درد را تشکیل می‌دهند. مطالعات اخیر، شیوع درد مزمن در بین مجروحین جنگی را ۴۸ درصد تخمین زده‌اند (۷). جنگ ضربه‌ای روان‌شناختی است که از تجربه‌های طبیعی انسان خارج بوده و برای هر کس بالقوه تهدیدکننده است. جنگ ترس دائمی است برای کشته‌شدن خود یا دیگری که باید انسانیت آن‌ها به فراموشی سپرده شود (۸). از عوارض هر جنگی، بروز مشکلات جسمی و روانی است که برای هر فردی که به طور مستقیم یا به طور غیرمستقیم در جنگ حاضر بوده‌اند، به وجود می‌آید. معمولاً جراحات جسمی و روانی تا مدت‌ها، حتی پس از جنگ گریبان‌گیر آسیب‌دیدگان خواهد بود. جنگ به عنوان یکی از عوامل تاثیرگذار بر میزان شیوع، زمان شیوع و سیر اختلالات روانی و رفتاری می‌باشد. وقوع جنگ تحمیلی بسیاری از مشکلات را بر جامعه ایران تحمیل کرد. در این راستا، جانبازان و معلولین نیز از آثار زیان بار آن مصون نماندند (۹). در همین راستا بررسی‌ها نشان می‌دهند که مجروحین جنگی در مقیاس درد پرسشنامه کیفیت زندگی در مقایسه با جمعیت عادی، درد بیشتری را گزارش می‌دهند و آسیب دیده‌تر هستند (۱۰) و مراجعه این مجروحین به سیستم درمانی به مراتب بیشتر از سایر مجروحین جنگی است (۷). به نظر می‌رسد شیوع بیشتر درد در بین مجروحین جنگی به علت مواجهه آن‌ها با تروما و استرس‌های روانی باشد (۱۱). هرچند ارتباط بین مواجهه با تروما و اختلال استرس پس از سانحه^۱ (PTSD) کاملاً شناخته شده‌است، اما برخی افراد مبتلا به تروما، غالباً

گستره‌ای از علائم شبه جسمانی و روانی را نیز نشان می‌دهند (۱۲). اختلال PTSD نشانه‌هایی را شامل می‌شود که پس از مشاهده، درگیر شدن، یا شنیدن عامل استرس‌زای بسیار شدید رخ می‌دهد. شخص نسبت به این تجربه با ترس و درماندگی واکنش نشان می‌دهد و رویداد را مکرراً در ذهن خود زنده می‌کند و همزمان تلاش می‌کند تا آن را به یاد نیاورد. این نشانه‌ها بیش از یک ماه ادامه می‌یابند و مشکلاتی در زمینه‌های مهم زندگی مانند خانواده و شغل را موجب می‌شوند (۸).

محققان شیوع درحال افزایش مشکلات متعددی مانند فیبروما لژیا، سندرم خستگی مزمن، افسردگی، اضطراب، سوء مصرف مواد، مشکلات شناختی (۱۳)، علائم درد مفاصل، سردرد و اختلالات تمرکز در بین مجروحین جنگ خلیج فارس را گزارش داده‌اند (۱۴).

با در نظر گرفتن این نکته که درد مزمن نتیجه تعامل پیچیده‌ی عوامل جسمانی، روانی و اجتماعی است، بررسی ارتباط بین آسیب‌شناسی روانی و تجربه درد مزمن در درمان مفید خواهد بود (۴). رفتارهای درد باید باتوجه به زمینه آسیب‌شناسی روانی و شخصیت بیمار ارزیابی شوند (۱۵)، بنابراین استفاده از پرسشنامه چند وجهی مینه‌سوتا^{II} (MMPI) در بین بیماران مبتلا به دردمزمن کاربرد فراوانی یافته‌است (۱۷ و ۱۶-۱۲). پرسشنامه MMPI با این هدف مورد استفاده قرار می‌گیرد تا بتواند در مورد صفات شخصیتی و اختلالات روانی همراه با درد مزمن که فرایند درمان را پیچیده می‌کنند، به فرض‌هایی دست یابد (۱۶).

هدف این مطالعه بررسی ویژگی‌های شخصیتی و آسیب‌شناسی روانی مجروحین جنگی و بیماران دارای درد مزمن و همچنین بررسی تفاوت بین پروفایل روانی مجروحین جنگی با درد مزمن و بیماران درد مزمن است. در این مطالعه سعی شده به این پرسش پاسخ داده شود که آیا پروفایل روانی مجروحین جنگی دارای درد مزمن با بیماران دردمزمن متفاوت است؟ از آنجا که مجروحین و جانبازان عزیز متحمل درد و رنج فراوان ناشی از درد، قطع عضو و مسائل و مشکلات روانی هستند، پاسخ‌گویی به این سوال ما را در ارائه خدمات بهتر و درک درد و رنج آن‌ها کمک می‌کند، تا با درمان و ارائه خدمات مناسب موجب کاهش هرچه بیشتر درد و رنج آن‌ها شویم.

^{II} Minnesota multiphasic Personality Inventory

¹ Posttraumatic Stress Disorder

مواد و روش‌ها

(دروغ‌گویی =L)، (نابسامدی =f) و (دفاعی بودن =K) و ۸ مقیاس بالینی (خودبیمارانگاری =Hs)، (افسردگی =D)، (هیستری =Hy)، (انحراف روانی =Pd)، (بدبینی =Pa)، (ضعف روانی =Pt)، (اسکیزوفرنی =Sc) و (مانیا =Ma) است. ویژگی‌های آماری این آزمون در جامعه ایرانی مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (۱۹). در یک تحقیق مقدماتی پایایی این آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰.۸۲ به دست آمد (۲۰). نتایج این پرسشنامه توسط یک روانشناس بالینی استخراج و نمره‌گذاری شد. داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS و توسط آزمون T بررسی شد. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها توسط آزمون خی دو محاسبه گردید.

یافته‌ها

به منظور تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از آزمون T جهت مقایسه دو گروه استفاده شد. با توجه به حجم نمونه‌ی بالاتر از ۴۰ نفر نیازی به انجام پیش فرض نرمال بودن نیست. پیش فرض تساوی واریانس‌ها با آزمون لوین بررسی شد. این پیش فرض در مورد تمام متغیرهای دو گروه برقرار بود ($P < .05$). نتایج آزمون T رادر جدول ۱ مشاهده می‌کنید.

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی و مقایسه‌ای است. نمونه مورد بررسی شامل ۱۰۰ مجروح جنگی و ۱۰۰ بیمار مراجعه‌کننده به کلینیک درد بیمارستان خاتم‌الانبیاء است. این نمونه از میان مراجعان به کلینیک درد بیمارستان خاتم‌الانبیاء که بین سال‌های ۱۳۸۷ و ۱۳۸۸ مراجعه نموده‌اند به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. معیارهای ورود بیماران به پژوهش شامل طول مدت درد حداقل به مدت ۳ ماه و دارا بودن حداقل تحصیلات سیکل جهت پاسخ‌گویی به پرسشنامه بود. معیار خروج نداشتن روایی تفسیری پرسشنامه بر اساس سه ملاک روایی بود.

شیوه‌ی اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از کسب رضایت از بیماران جهت استفاده از یافته‌های پرسشنامه‌ی آن‌ها در پژوهش، از آنان خواسته شد تا پرسشنامه (فرم کوتاه ایرانی) MMPI را تکمیل کنند. پرسشنامه MMPI از معتبرترین پرسشنامه‌هایی است که به خاطر ویژگی‌های بالینی و فنی آن کاربرد زیادی دارد (۱۸). در این پژوهش به علت شرایط جسمی نمونه مورد مطالعه و وجود درد در آن‌ها از فرم کوتاه ایرانی ۷۱ سوالی آن استفاده گردید. فرم کوتاه دارای ۳ مقیاس روایی

جدول ۱: نتایج آزمون T در مطالعه حاضر

Sig	T	انحراف استاندارد ± میانگین گروه ۲	انحراف استاندارد ± میانگین گروه ۱	
۰.۰۰۰۱	۶.۰۲	۵۴.۷۴ ± ۸.۸۱	۶۳.۴۳ ± ۱۱.۴	خودبیمارانگاری H
۰.۰۰۰۱	۴.۴۶	۵۷.۰۹ ± ۱۰.۴	۶۳.۸۷ ± ۱۱.۰۸	افسردگی D
۰.۰۰۰۱	۳.۲۹	۵۴.۱۷ ± ۹.۷۵	۵۸.۷۵ ± ۹.۹۱	هیستری Hy
۰.۰۰۰۱	۳.۸۱	۴۸.۵۸ ± ۸.۲	۵۳.۵۷ ± ۱۰.۱۹	انحراف روانی Pd
۰.۰۰۰۱	۳.۸۳	۵۱.۳۱ ± ۹.۰۶	۵۶.۴ ± ۹.۷۱	پارانویا Pa
۰.۰۰۰۱	۴.۵۷	۵۲.۲۹ ± ۹.۸۳	۵۸.۳۹ ± ۸.۹۹	ضعف روانی Pt
۰.۰۰۰۱	۵.۱۵۲	۴۹.۰۶ ± ۸.۹۳	۵۶.۲ ± ۱۰.۵۹	اسکیزوفرنیا Sc
۰.۰۰۰۱	۲.۵۵	۵۰.۴۳ ± ۱۰.۲۷	۵۴.۲۲ ± ۱۰.۷۲	هیپومانیا Ma

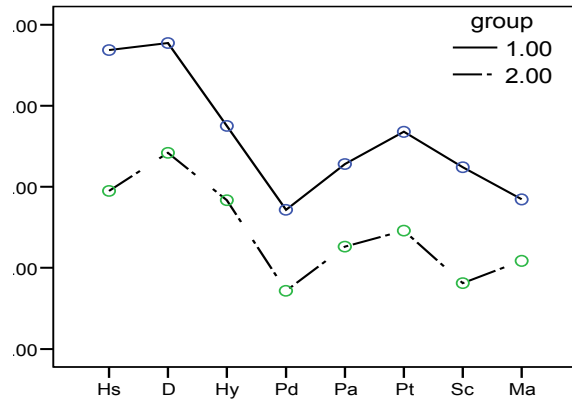
بیشترین تفاوت‌ها در شاخص‌های خودبیمارانگاری و افسردگی مشاهده می‌شود. همانطور که در نمودار مشاهده می‌شود، پروفایل روانی مجروحین جنگی نسبت به پروفایل روانی بیماران برافراشته‌تر است و نشان‌دهنده آسیب روانی بیشتر در بین مجروحین دارای درد نسبت به بیماران دارای درد است.

همانطور که در جدول مشاهده می‌شود در تمامی مقیاس‌ها تفاوت معناداری بین دو گروه دیده می‌شود ($P < .05$). یعنی میانگین نمرات دو گروه در تمامی شاخص‌های بالینی بایکدیگر تفاوت دارد. در جدول مشاهده می‌کنیم که میانگین نمرات در تمامی شاخص‌ها در گروه مجروحین جنگی بیشتر از گروه بیماران است.

جنگی دارای درد، بیشتر از بیماران دارای درد مزمن است. در مطالعات متعددی شیوع افسردگی در میان مجروحین جنگی مورد توجه قرار گرفته است (۲۵-۲۷). به نظر می‌رسد شیوع بالای افسردگی در میان مجروحین جنگی با شیوع PTSD، مشکلات اجتماعی، ادراک بیشتر درد در بین آن‌ها مرتبط است (۲۸-۲۹).

دومین مقیاس بالینی که پس از افسردگی در هر دو گروه از شدت بیشتری برخوردار است، مقیاس خودبیمارانگاری است که نشان‌دهنده شکایت‌های جسمانی مبهم و نامشخص یا نشانه‌هایی مانند درد مزمن، سردرد، ضعف مزمن و اشتغال ذهنی در مورد سلامتی است. این افراد در پاسخ به استرس، نشانه‌های جسمانی بروز می‌دهند (۳۰). افراد خودبیمارانگار تحریکات خوش خیم جسمی را مهلک تجربه می‌کنند و آن‌ها را به صورت یک بیماری جدی تفسیر می‌کنند (۳۱). نمره‌های بالا در این مقیاس نشان می‌دهد که این افراد خودشان را بیمار جسمی می‌دانند. در زمینه علل نشانه‌های جسمی شان بصیرتی ندارند و در مقابل تفسیرهای روانشناختی مقاومت می‌کنند. نمره‌های نسبتاً بالا در این مقیاس با تشخیص‌هایی از قبیل اختلالات شبه جسمانی، اختلال درد شبه جسمانی، اختلالات اضطرابی و افسردگی همراه است (۲۲). بیماران شکایت‌های جسمانی باید به عنوان یک هشجاری یا اضطراب افزایش‌یافته در مورد جسم در نظر گرفته شود و به عنوان آشفتگی هیجانی قلمداد شود. هر چند هر دو گروه در این مقیاس نمرات بالایی کسب کرده‌اند، اما ۴۰ درصد گروه مجروحین جنگی دارای خودبیمارانگاری مرضی هستند، که حاکی از وجود مشکلات روانشناختی قویتر در آن‌ها است. نویس و همکاران (۲۰۰۴) نشان دادند که بالابودن خودبیمارانگاری در بین مجروحین جنگی ارتباط چندانی با تروما ندارد، بلکه بیشتر تحت تاثیر این عامل قرار می‌گیرد که این افراد در مقابل استرس، با نشانه‌ها و علائم بیماری جسمی واکنش می‌دهند. خودبیمارانگاری بیشتر تحت تاثیر شرایط جسمی قبل از مجروحیت، خلق و خوی منفی، فقدان حمایت اجتماعی و استرس‌های زندگی قرار می‌گیرد (۳۱). هرچند شواهد کافی در این زمینه وجود دارد، اما متخصصان نمی‌توانند توجیح قابل قبولی برای آن ارائه دهند.

نهایتاً سومین برافراشتگی در پروفایل روانی هر دو گروه مربوط به بالابودن نمرات هیستری است. نمرات نسبتاً بالا



نمودار ۱: مقایسه پروفایل روانی MMPI-2 گروه جانبازان جنگی (گروه ۱) و بیماران (گروه ۲)

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این مطالعه، بررسی و مقایسه پروفایل روانی بیماران درد مزمن و مجروحین جنگی دارای درد مزمن بود. نتایج این پژوهش نشان داد که بیماران درد مزمن، در سه مقیاس خودبیمارانگاری، افسردگی و هیستری بالاترین نمرات را بدست آوردند که مطابق با پژوهش‌های گراهام (۲۰۰۶) و بلاک و همکاران (۲۰۰۳) می‌باشد (۲۱ و ۲۲). نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که هر دو گروه بالاترین نمرات را در شاخص افسردگی کسب کرده‌اند. ۴۳ درصد از مجروحین و ۱۶ درصد از بیماران درد مزمن در مقیاس افسردگی نمرات بالاتر از ۷۰ کسب کرده‌اند، یعنی دارای اختلال افسردگی هستند. هرچند نمرات پائین‌تر از ۷۰ نشان‌دهنده اختلال افسردگی عمده نیستند، ولی می‌تواند نشانی از احساس پریشانی و درماندگی زیاد، اختلال خواب، تحریک پذیری، بیقراری، تنش و شکایت‌های جسمی باشد. نتایج تحقیقات متعددی (۲ و ۲۳) نیز نشان می‌دهد که در بیماران درد مزمن، افسردگی یکی از اختلالات همراه است. افرادی که درد مزمن را تجربه می‌کنند به مرور در مورد درد خود دچار افکار منفی، تفسیرهای غلط و تحریف‌های شناختی همچون فاجعه آفرینی می‌شوند. احساس عدم کنترل، عدم کفایت و ناتوانی ناشی از درد، عواملی هستند که منجر به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای منفعلانه و ناکارآمد می‌گردند و به احساس درماندگی و افسردگی منتهی می‌شوند. همچنین وجود خشم و افسردگی در این بیماران بر طبق مکانیسم کنترل دروازه‌ای درد باعث افزایش میزان درد آن‌ها می‌گردد (۲۴). همانطور که مشاهده می‌شود شیوع افسردگی در بین مجروحین

است (۳۵). با افزایش درد، کیفیت زندگی پائین می‌آید، تداخل درد با فعالیت‌های فرد باعث کاهش بیشتر رضایت از زندگی در فرد می‌شود. هردو این فرایندها نشان می‌دهد که تجربه درد بسیار فراگیرتر از وجود علائم جسمی است (۳۶).

وجود PTSD همراه با درد مزمن، ترس و برانگیختگی، اجتناب، عدم ثبات هیجانات و توجه به نشانه‌های جسمی درد و پانیک را افزایش می‌دهد (۳۷). در مجروحین جنگی شدت درد با عواملی مانند آوارگی، جراحات جنگی و سوء مصرف موارد تحت تاثیر قرار می‌گیرد (۱۰). مطالعات نشان داده‌اند که شکایات جسمانی با تعداد نواحی دردناک در ارتباط است. در مجروحین جنگی میزان آسیب‌های جسمانی، و ضایعات جدی وارد شده، بیشتر از ضایعات بیمار درد مزمن است، بنابراین این انتظار وجود دارد که میزان شکایات جسمانی و خودبیمارانگاری در بین مجروحین جنگی بیش از بیماران درد مزمن باشد. همچنین میزان درد، طول مدت تجربه درد و محدود شدن فعالیت‌ها در بین مجروحین جنگی بیشتر از بیماران درد مزمن است (۴). استکر و همکاران نشان دادند که اکثریت مجروحین جنگی که از درد رنج می‌بردند، از مشکلات متعدد روانپزشکی نیز همزمان رنج می‌برند (۳۸).

با توجه به نتایج این پژوهش مبنی بر وجود مشکلات روانشناختی خاص در مجروحین جنگی همراه با تجربه درد مزمن و همچنین به علت تأثیر نامطلوب مشکلات روانشناختی بر کیفیت زندگی و دیگر ابعاد زندگی، در نظر گرفتن روان‌درمانی و ارائه خدمات روانشناختی برای این بیماران در کنار کنترل درد لازم و ضروری می‌نماید. در حقیقت وجود نیمرخ روانی خاص در بیماران درد مزمن در این پژوهش، تصور غلط در مورد دوگانگی ذهن و بدن را رد می‌کند. امید است نتایج این پژوهش متخصصان درد را به اهمیت دادن بیشتر به جنبه روانی بیماری تشویق کند که نتیجه مستقیم آن می‌تواند درمان بیشتر و سریع‌تر این افراد باشد.

و متوسط در این مقیاس حاکی از آن است که این افراد در پاسخ به استرس‌های زندگی با بیماری جسمی پاسخ می‌دهند. آن‌ها معمولاً از دریافت توجه و یا فرار از مسئولیت، به علت بیماری نفع می‌برند. این افراد در مقابل کسب بینش درباره علل زیربنایی رفتارهایشان مقاومت نشان می‌دهند (۲۲).

متوسط میانگین پروفایل روانی بیماران درد مزمن، همانطور که ذکر شد ترکیبی از بیشترین برافراشتگی‌ها در سه مقیاس خودبیمارانگاری، افسردگی و هیستری است، که به عنوان پروفایل افسرده‌وار، جسمانی‌سازی یا خودبیمارانگاری در نظر گرفته می‌شود (۲۱ و ۲۲ و ۳۰). افراد با این پروفایل معمولاً شکایات جسمانی بیشتری دارند، احساس افسردگی و مشکلات خواب در بین آن‌ها شایع است. مضطرب، تنیده، حساس، بیقرار و تحریک‌پذیر هستند. احساساتی از قبیل غم، ملالت و آشفتگی فکری در بین آن‌ها شایع است. متداول‌ترین تشخیص‌های دارندگان این پروفایل اختلال اضطرابی، افسردگی و شبه جسمانی است. افرادی با این پروفایل روانی ممکن است در طی درمان از لحاظ جسمانی منفعتی نبرند، اما از لحاظ روانی بسیار سود می‌برند (۲۲ و ۳۳).

بررسی تفاوت بین پروفایل روانی بیماران با درد مزمن و مجروحین جنگی دارای درد مزمن نشان می‌دهد که شدت مشکلات روانشناختی، در بین مجروحین بیشتر است. آن‌ها افسردگی بیشتر و خودبیمارانگاری شدیدتری را نسبت به گروه دیگر نشان می‌دهند. بررسی‌ها نشان می‌دهد که در مجروحین جنگی ادراک درد به عنوان نوعی تهدید و به یادآورنده تروما، موجب برانگیختگی بیشتر، ادراک شدیدتر درد و فاجعه آفرینی بیشتری می‌گردد و واکنش بیشتری را نسبت به درد در آن‌ها بر می‌انگیزد (۲۹ و ۳۴). افرادی که با تروما مواجه می‌شوند از وضعیت سلامتی نامطلوب‌تری برخوردارند و مراجعاتشان به مراکز درمانی نیز بیشتر است. بیماران PTSD درد مزمن بیشتری را تجربه می‌کنند. درد در بین بیماران PTSD گسترده‌تر، پیچیده‌تر و شدیدتر از درد در افراد عادی است و شدت درد با میزان شدت تروما در ارتباط

منابع

1- McBeth J, Macfarlane GJ, Silman A. Dose chronic pain predict future psychological distress? *Pain*, 2002, 96, 239-245.

2- Demyttenaere K, Brucefaerts R, Lee S, Posada-Villa J, Konvess V, Angermeyer MC and et al. Mental disorder among persons with chronic

- back or neck pain: Results from the word mental health surveys. *Pain*. 2007. 129, 332-342.
- 3- Mok LC, Lee LF. Anxiety, depression and pain intensity in patient with low back pain who are admitted to acute care hospital. *Clinical nursing*. 2008. 17, 1471-1480.
- 4- Vendrig A, Mey HR, Derksen JJJ, and Akkerveeken PF. Assessment of chronic back pain patient characteristic using factor analysis of the MMPI-2: which dimensions are actually assessed? *Pain*. 1998, 76, 179-188.
- 5- Hunt IM, Silman AJ, Benjamin S, McBeth J, Macfarlane GJ. The prevalence and association features of chronic widespread pain in the community using the Manchester definition of chronic widespread pain. *Rheumatology*. 1999. 38. 275-279.
- 6- Bener A, El-Rufaie O, Kamran S, georgievski AB, Farooq A, Rysavy M. Disability, depression and somatization in a low back pain population. *Rheumatology*, 2006, 9. 257-263.
- 7- Kaure S, Stechuckak KM, Coffman CJ, Allen KD, Bastian LB. Gender differences in health care utilization among veterans with chronic pain. *General Internal Medicine* 2007. 22, 228-233.
- 8- Alizadeh H, Hashemi M, The effectiveness of treatment programs spouses of veterans with post traumatic stress disorder, reducing symptoms of this disorder in veterans with Adler's approach and increasing marital satisfaction. *Psychological Studies*. 2008, 4, 93-114.(Persian)
- 9- Sadeghi S, Ghaderi Z, Jahedi S. The effectiveness of Gestalt therapy and cognitive therapy on quality of life in veterans. *Armaghane-danesh*. 2012. 66, 517-526.(Persian)
- 10-Kazis L, Ren X, Kee A, Skinner K, Rogers W, Clark J, & et al. Health status in VA patients: results from the veteran's health study. *The American Journal of Medical Quality*. 1999, 14,28-38.
- 11-Arnstein P, Cadill M, Mandel C, Norris A, Beasley R. Self-efficacy as a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. 1999, *Pain*, 80, 483-491.
- 12-Peres JFP, Goncalves AL, Peres M. Psychological trauma in chronic pain: implications of PTSD for Fibromyalgia and headache disorders. *Current pain & headache reports*. 2009. 13, 350-357.
- 13-Forman-Hoffman V, Peloso PM, Black DW, woolson RF, Letuchy EM, Doebbeling BN. Chronic widespread pain in veterans of the first Gulf War: impact of deployment status and association health effects. *Pain*, 2007, 8, 954-961.
- 14-Hoge CW, Terhakopain A, Castro CA & et al. Association of posttraumatic stress disorders among Iraq War veterans. *AM J Psychiatry*. 2007. 164, 150-153.
- 15-Hapidou, EG. Grover VK. MMPI-2 profile cluster in patients with chronic pain. 11th World Congress on Pain. 2005.
- 16-Vendrige AA, The Minnesota Multiphasic Personality Inventory and chronic pain: a conceptual analysis of a long-standing but complicated relationship. *Clinical psychology Review*, 2000, 20,533-559.
- 17-Wade JB, Dougherty LM, Hart RP, Cook DB. Patterns of normal personality structure among chronic pain patients. *Pain*. 1992, 48, 37-43.
- 18-Butcher JN, Dahlstrom WG, Graham JR, and Tellegen A. *MMPI-2*. Minneapolis: Minnesota University press; 1989.
- 19-Narimani M. *Personality Assessment*. Sheikh Safi Press. Ardabil. 2001.(Persian)
- 20-Samadi H, Rajabi R, Shahi Y. Investigating the relationship between the degree of kyphosis and psychological factors in male students of Tehran University. *Fundamentals of Mental Health*. 2008. 10, 55-61.(Persian)
- 21-Block AR, Gatchel RJ, Dearthoff W, And Guyer RD. *The psychology of spine surgery*. American psychological association. Washington. 2003.
- 22-Graham JR. *MMPI_2*. Assessing personality and psychopathology. 4 ed. Oxford University Press. New York. 2006.
- 23- Waxman SE, Tripp DA, Flamenbaum R. The mediating role of depression and negative partner responses in chronic low back pain and relationship satisfaction. *Pain*. 2008, 9(5), 434-442.
- 24-Gatchel, RJ, Turk DC. *Psychological approaches to pain management. A practical handbook*. Guilford press. 1996.
- 25-Ikin, JF, Creamer MC, Sim MR, McKenzie DP. Comorbidity of PTSD and depression in Korean War veterans: prevalence, predictors and impairment. *J of Affective Disorders*. 2010, 125, 279-286.
- 26-Self-reported illness and health status among Gulf War veterans: Population-based study. The Iowa Persian Gulf Study Group. *The Journal of American Medical Association*. 1997 277, 238-245.
- 27-Fukuda K, Nisebaum R, Stewart G, Thompson WW, Robin L, Washko RM, Noah DL, Barrent DH, Randall B & et al. Chronic multisymptom illness affecting Air force veterans of the Gulf War .*The Journal of American Medical Association*. 1998, 280, 981- 988.
- 28-Hafman SG, Litz BT, Weathers FW. Social anxiety, depression and PTSD in Vietnam veterans. *Anxiety Disorder*. 2003, 17. 573-582.
- 29-Defrin R, Ginzburg K, Solomon Z, Polad E, Bloch M, Govezensky M, Schreiber S. Quantitative testing of pain perception in subjects with PTSD- implication for the mechanism of the coexistence between PTSD and chronic pain. *Pain*. 2008, 138. 450-459.
- 30-Butcher JN, and Williams CL. *Essentials of MMPL-2 and MMPI-A interpretation* University of Minnesota Press. Minneapolis. 1993.
- 31-Salkovskis PM, Warwick HMC. Meaning, misinterpretations, and medicacine: a cognitive-

- behavioral approach to understanding health anxiety and hypochondriasis. In: Starcevic V, Lipsitt DR, editors. *Hypochondriasis: modern perspective on an ancient malady*. New York : Oxford University Press, 2001. 202-22.
- 32- Noyes R, Watson DB, Carney CP, Letuchy EM, Peloso PM, Black DW, Doebbeling BN. Risk factors for hypochondriacal concerns in a sample of military veterans. *J of psychosomatic research*. 2004. 57, 529-539.
- 33- Mongini F, Rota E, Evangelista A, Ciccone G, Milani C, Ugolini A, Ferrero L, Mongini T, Rosato R. Personality profiles and subjective perception of pain in head pain patients. *Pain*, 2009, 144, 125-129.
- 34- Sullivan MJ, Thorn B, Haythornthwaite JA, Keefe F, Martin M, Bradley LA, et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clinical J Pain*. 2001, 17, 52-64.
- 35- Keane TM, Marshall AD, Taft CT. posttraumatic stress disorder: etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annual Reviewed Clinical Psychology*. 2006, 2 .161-197.
- 36- Crosby FE, Colestro J, Ventura MR, Graham K. Survey of pain among veterans in western New York. *Pain Management Nursing*, 2006, 7(1), 12-22.
- 37- Kraus A, Geuze E, Schmahl C, Greffrath W, Treede R, Bohus M, Vermetten E. Differentiation of pain rating in combat-related posttraumatic stress disorder. *Pain*. 2009, 143, 179-185.
- 38- Stecker T, Fortney J, Owen R, McGovern MP, Williams S. Co-Occurring medical, psychiatric, and alcohol-related disorders among veterans returning from Iraq and Afghanistan. *Psychosomatics*, 2010, 51(6). 503-507.