

# گزارش کوتاه

## اثر بخشی درمان شناختی رفتاری در کاهش اضطراب سلامتی

\*میر سعید رضائی<sup>۱</sup>، افسانه دارایی<sup>۱</sup>، امیرمحسن راه‌نجات<sup>۲</sup>

### چکیده

**مقدمه:** خود بیمار پنداری (اضطراب سلامتی) اشتغال ذهنی فرد با باورهای غلط و یا بیماری جدی خطرناک در حال رشد است و اختلالی است که بار قابل توجهی بر دوش خدمات سلامت می‌گذارد. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کاهش اضطراب سلامتی بود.

**روش بررسی:** بدین منظور با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس از بین کلیه مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی شهرستان اسلامشهر که مبتلا به خودبیمارپنداری بودند ۳۰ نفر (۹ نفر مرد و ۲۱ نفر زن) انتخاب شدند. این افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفته و مقیاس نگرش به بیماری روی آنها به عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. سپس اعضای گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه تحت مداخله با رویکرد شناختی رفتاری قرار گرفتند. طی این مدت گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام درمان همان ابزار به عنوان پس‌آزمون و سه ماه پس از پایان درمان به عنوان پیگیری بر روی آزمودنی‌ها اجرا گردید.

**یافته‌ها:** نتایج تجزیه و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که پس از درمان میانگین نمرات گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به طور معنی‌دار کاهش یافت ( $p < 0/001$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** این پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری یک مداخله مؤثر در جهت کاهش اضطراب سلامتی است.

**کلمات کلیدی:** درمان شناختی رفتاری، خود بیمار پنداری، اضطراب

(سال بیستم، شماره دوم، تابستان ۱۳۹۷، مسلسل ۶۳)

تاریخ پذیرش: ۹۶/۴/۱۶

فصلنامه علمی پژوهشی ابن سینا / اداره بهداشت، امداد و درمان نهجا

تاریخ دریافت: ۹۶/۳/۲۴

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، تهران، ایران، دانشگاه

علوم پزشکی تهران

(مؤلف مسئول) rezayi\_s@ymail.com

۲. استادیار، تهران، ایران، دانشگاه علوم پزشکی آجا،

دانشکده پزشکی، گروه روانشناسی بالینی

## مقدمه

سلامتی یکی از مهمترین منابع ایجاد ایمنی در زندگی است که بر توانایی ما در مراقبت از خود، خانه، خانواده و کارمان تأثیر می‌گذارد. پس تعجب‌آور نیست که بسیاری از مردم، اضطراب سلامتی<sup>۱</sup> را در خود یا افراد مورد علاقه‌شان تجربه می‌کنند. این نوع از اضطراب ممکن است در اثر تجربه علائم روزمره (تپش قلب، سر درد) و یا تجربه‌های ترسناکی مانند شناسایی توده‌ای در سینه و یا روبه رو شدن با بیماری و مرگ یکی از افراد مورد علاقه برانگیخته شود. همچنین این اضطراب ممکن است به علت وجود اخباری در خصوص سلامتی در جامعه یا رسانه‌ها برانگیخته شود [۱].

ویژگی اساسی خود بیمار پنداری اشتغال ذهنی فرد با باورهای غلط و یا بیماری جدی خطرناک در حال رشد است [۲]. اضطراب سلامتی تقریباً مترادف با خود بیمار پنداری است. با شیوع ۵٪ در طول عمر مشکل رایج جوامع در زمینه مراقبت‌های اولیه و ثانویه بهداشتی است. این بیماری بار قابل توجهی بر دوش خدمات سلامت می‌گذارد، چرا که ترس از داشتن یک بیماری جدی منجر به گرفتن مشاوره‌های پزشکی، پیگیری مکرر و رسیدگی بیشتر می‌شود [۳].

افراد دارای اضطراب سلامتی باورهای غلط و تعابیر نادرستی از سلامتی دارند و معتقدند سلامتی یعنی این که فرد هیچ نشانه بدنی نداشته باشد و کوچکترین نشانه‌ها مساوی با بیماری است. بنابراین حساسیت بیش از حدی نسبت به علائم بدنی دارند [۴]. این افراد علائم خوش‌خیم یک بیماری جدی را با وجود اطمینان بخشی‌های پزشکی به خود نسبت می‌دهند [۵].

اضطراب سلامتی بر پایه سوء تعبیر فرد از نشانه‌های بدنی با وجود اطمینان بخشی‌های مکرر پزشکی از عدم بیماری بنا شده است [۲]. اضطراب سلامتی فراتر از نگرانی‌های عادی در مورد سلامت است و می‌تواند عملکرد شغلی، تحصیلی و روابط

میان فردی را به طور جدی تحت تأثیر قرار می‌دهد [۵]. اضطراب بیماری، اشتغال ذهنی به داشتن یا مبتلا شدن به یک بیماری جدی است. هیچ گونه علائم جسمی وجود ندارد و یا اگر وجود دارد شدت آنها خفیف است. اشتغال ذهنی فرد به طور آشکار افراطی یا نامتناسب با شدت بیماری یا احتمال آن است [۶].

اضطراب سلامتی یک تجربه فراگیر است و زمانی که احساسات بدنی یا تغییرات بدن نشان دهنده یک بیماری باشد رخ می‌دهد. اضطراب بیش از حد در مورد سلامتی متشکل از هسته‌های شناختی، جسمانی و ویژگی‌های رفتاری است که نوعاً به دنبال دوره‌هایی از استرس، بیماری جدی و یا رنج از دست دادن عزیزان نمایان می‌شود. همچنین به دنبال مواجه شدن با بیماری در رسانه‌های جمعی نیز ایجاد می‌شود [۷].

این بیماران تنها با علائمشان اشتغال ذهنی ندارند، بلکه با معنی علائمشان نیز اشتغال ذهنی دارند [۸]. جستجوی اطمینان (به عنوان مثال مایل است دیگران تأکید کنند که هیچ علامت جسمی نگران کننده وجود ندارد)، بررسی‌های مکرر (به عنوان مثال لمس کردن توده داخلی یا خراش سطحی، جستجوی اطلاعات در مورد بیماری‌های مخوف از اینترنت) خدمت دایمی برای اعتقاد به اینکه بیماری‌ها احساسات بدنی و تغییرات را ایجاد می‌کند [۷].

برخی از رفتارهای رایج وسواس گونه در این افراد شامل مراجعات مکرر به پزشک، انجام آزمایشات مکرر، بررسی بدنی برای یافتن نشانه‌های بیماری و اجتناب مکرر از تماس با اشیاء و ترس از قرار گرفتن در موقعیتهای بیماری و جستجوی همیشگی در اینترنت برای یافتن اطلاعات در مورد بیماری و علائم خودشان است. به دلیل شباهت زیاد اختلال اضطراب سلامتی با وسواس، تکنیک‌های مؤثر در درمان وسواس برای درمان اضطراب سلامتی نیز به کار می‌رود.

مطالعات اخیر محققان دانشگاه هاروارد و مؤسسه مایو نشان می‌دهد درمان شناختی رفتاری مؤثرترین درمان برای درمان

درمان در دوره زمانی تیر تا بهمن ۱۳۹۵ به یکی از مراکز بهداشتی شهرستان اسلامشهر مراجعه نموده بودند. در این پژوهش برای ارزیابی ویژگی‌ها و شرایط مورد نظر از فرم جمعیت شناختی محقق ساخته، مصاحبه بالینی ساختاریافته<sup>۱</sup> و مقیاس بازخورد نسبت به بیماری<sup>۲</sup> استفاده شد. نمونه‌گیری با روش در دسترس از بین ۳۸ نفری که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، انجام شد و مقیاس بازخورد نسبت به بیماری به منظور غربالگری اجرا شد و کسانی که نمره بالای ۶۰ در مقیاس نگرش به بیماری گرفته بودند، انتخاب شده و مصاحبه بالینی ساختاریافته توسط روانپزشک برای آنها اجرا شد. تعداد ۳۳ نفر از این افراد بعد از غربالگری با مقیاس بازخورد نسبت به بیماری و مصاحبه بالینی ساختار یافته مبتلا به اضطراب سلامتی تشخیص داده شدند که از این تعداد ۳۰ نفر به طور تصادفی انتخاب شدند. آزمودنی‌های انتخاب شده ۲۱ نفر زن و ۹ نفر مرد بودند که به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری، گروه آزمایشی و گروه کنترل (گروه در انتظار درمان) جایگزین شدند.

قابلیت اجرای مصاحبه بالینی ساختاریافته (نسخه فارسی SCID) توسط اکثر مصاحبه‌کنندگان مطلوب گزارش شده است. بنابراین از این ابزار می‌توان در تشخیص‌گذاری‌های بالینی و پژوهشی استفاده کرد [۱۳].

مقیاس بازخورد نسبت به بیماری توسط کلنر<sup>۳</sup> (۱۹۸۶) ساخته شد که شامل ۹ زیر مقیاس (هر کدام ۳ سؤال) است و نمره بالا در هر کدام از زیر مقیاسها بیانگر نابهنجاری در آن زیرمقیاس است. زیر مقیاسها شامل: ۱) نگرانی درباره سلامتی؛ ۲) نگرانی در خصوص درد؛ ۳) آیینهای سلامتی؛ ۴) باورهای خودبیمارپندارانه؛ ۵) هراس از مرگ؛ ۶) هراس از بیماری؛ ۷) اشتغال ذهنی با بدن؛ ۸) تجربه درمان؛ و ۹) تأثیر علائم هستند. در ایران این پرسشنامه توسط عطری فرد و همکاران (۱۳۸۵) مورد بررسی قرار گرفته است. بررسی همسانی درونی

اضطراب سلامتی است. تکنیک با ارزشی که برای این مورد استفاده می‌شود بازسازی شناختی است [۹] که در آن مراجعین یاد می‌گیرند اعتبار و ارزش افکار تحریف شده و شناخت‌های ناکارآمد که به دلیل ماهیت نامعطفشان در پردازش صحیح اطلاعات تداخل ایجاد می‌کند را در رابطه با سلامتی خود به چالش بکشند [۱۰].

بر اساس مدل شناختی، باورهای ناکارآمد، تحریف‌های شناختی و افکار خودآیند منفی علت اختلالات محسوب می‌شود [۱۱] و درمان شناختی رفتاری، درمان با ساختار و کوتاه مدت است که بر اساس درک کاملی از اختلال خاص تحت درمان قرار می‌گیرد و چگونگی تأثیر آن را بر روی بیمار ارزیابی می‌کند [۱۲].

علی‌رغم اهمیت خود بیمار پنداری و با توجه به مزمن شدن این اختلال و ضرورت ابداع و شناسایی رویکردهای درمانی مناسب در راستای حل آن و همچنین با توجه به اثر بخشی بالای رویکردهای شناختی رفتاری در درمان انواع اختلالات با عنایت به اینکه تا کنون پژوهشی در این زمینه در کشور ما صورت پذیرفته است، حتی در سطح جهانی نیز پژوهش‌های انگشت شماری صورت پذیرفته است، از این رو تلاش برای بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری در درمان خود بیمار پنداری در فرایند تولید دانش، انتخاب مناسبی به نظر می‌رسد. در همین راستا پژوهش حاضر در صدد است تا به سؤالاتی در خصوص تمرکز بر درمان شناختی رفتاری در کاهش خود بیمار پنداری پاسخ داده و شیوه‌ای مناسب برای کاهش آن معرفی کند.

## روش بررسی

در این مطالعه از طرح پژوهشی شبه آزمایشی استفاده شد. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه افراد ساکن شهرستان اسلامشهر که مبتلا به اختلال خود بیمار پنداری بوده که برای

3. Kellner

1. SCID  
2. Illness Attitude Scale (IAS)

جدول ۱- محتوی جلسات درمان شناختی - رفتاری مورد استفاده در مطالعه

جلسه	عنوان محتوای آموزشی
جلسه اول	مصاحبه اولیه، آشنا کردن داوطلبان با انواع درمان‌های غیر دارویی و قوانین جلسات
جلسه دوم	معرفی مدل درمان شناختی رفتاری، توضیح مدل سه ستونی و شناسایی افکار
جلسه سوم	خصوصیات افکار خود آیند باورهای مرکزی و خطاهای منطقی آموزش داده شدند
جلسه چهارم	آموزش روش پیکان عمودی برای شناسایی باورهای مرکزی و آرام سازی پیشرونده
جلسه پنجم	پیکان رو به پائین پیشرفته و مواجهه و پیشگیری از پاسخ
جلسه ششم	تهیه فهرست اصلی باورها و بحث در مورد این باورها و طبقه بندی آنها
جلسه هفتم	تحلیل کارآمدی، مواجهه سازی و پیشگیری از پاسخ
جلسه هشتم	اصلاح افکار ناکارآمد و به چالش کشیدن افکار و مبارزه با آنها
جلسه نهم	به چالش کشیدن افکار ناکارآمد به صورت پیشرفته و بررسی انتقادی شواهد حمایت کننده از افکار غیر منطقی
جلسه دهم	اختتامیه جلسات درمانی، انجام پس از آزمون و آماده سازی برای روبه رو شدن با موقعیتهای واقعی و اجتماعی

اشاره به نام و هویت شرکت کنندگان به هنگام گزارش نتایج پژوهش رعایت شد. پس از اتمام دوره درمان اعضای گروه آزمایش، دوره مشابهی از درمان برای اعضای گروه کنترل ارایه شد.

#### یافته‌ها

میانگین سنی گروه آزمایش ۲۶/۶ و گروه کنترل ۲۸/۲ سال بود. ۶۶/۷٪ گروه آزمایش و ۷۳/۳٪ گروه کنترل را زنان تشکیل دادند. در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیر پژوهش، یعنی خودبیماری پنداری شامل کمترین و بیشترین نمره، میانگین و انحراف معیار برای گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده‌اند. نتایج نشان می‌دهد که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته با کای اسکوار ۱۱/۵۶ در سطح ۰/۰۰۱ به صورت معنی‌داری متفاوت است.

جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است. میزان f محاسبه شده در مورد تأثیر گروه‌ها در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار هستند. مجذور

جدول ۳- تحلیل واریانس برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیر خودبیماری پنداری

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع آماره f	مقدار p مجذورات
گروه‌ها	۱۹۱۶۰	۱	۱۹۱۶۰	۰/۷۲
خطا	۳۴۴۴/۴۸	۲۸	۱۲۶/۹۴	۰/۰۰۱
مراحل	۷۹۷۲/۹۵	۱/۵۴	۵۰۶۴/۱۵	۰/۸۳
تعامل مراحل با گروه	۶۰۲۱/۰۶	۱/۵۴	۳۸۳۵/۵۰	۰/۸۰
خطا	۶۸۷/۵۱	۴۲/۸۶	۱۴/۰۵	

زیر مقیاسها حاکی از آن بوده است که همگی دارای همسانی درونی مطلوبی هستند (بالای ۰/۷۰) [۱۴].

در مرحله پیش‌آزمون، مقیاس باز خورد نسبت به بیماری برای اعضای گروه آزمایش و کنترل اجرا شد.

در مرحله اجرای دوره درمان، درمان شناختی - رفتاری به صورت فردی به مدت ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا شد. طرح درمان و پروتکل جلسات درمانی از کتاب راهنمای درمان شناختی - رفتاری سایمنز و همکاران اقتباس شد [۱۵]. (جدول ۱)

مرحله پس‌آزمون و پیگیری، بلافاصله پس از پایان دوره درمان، مقیاس بازخورد نسبت به بیماری به عنوان پس‌آزمون اجرا شد. سه ماه پس از اتمام جلسات درمانی نیز همان ابزار به عنوان پیگیری توسط افراد دو گروه تکمیل گردید. سپس داده‌های حاصل با استفاده از روش تجزیه و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر توسط نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

شرکت افراد در این پژوهش به صورت داوطلبانه بود و اطلاعات مربوط به افراد با کد شناساننده مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گرفت. همچنین تمام ملاحظات اخلاقی در مورد عدم

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی خودبیماری پنداری برای گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مرحله	گروه	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	آزمایش	۶۰	۷۲	۶۶/۱۳	۳۷/۳
	کنترل	۶۲	۸۸	۸۶/۷۱	۴/۸۵
پس آزمون	آزمایش	۱۸	۵۲	۳۶/۲۶	۱۰/۹۶
	کنترل	۶۲	۸۸	۷۱/۶۰	۷/۰۲
پیگیری	آزمایش	۱۹	۵۱	۳۶/۵۳	۱۰/۲۱
	کنترل	۶۱	۸۷	۷۱/۶۰	۷/۰۸

جدول ۴- نتایج مقایسه زوجی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل و کل

مقایسه	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد برآورد	مقدار p
پیش‌آزمون - پس‌آزمون	آزمایش	۲۹/۸۷	۱/۵۳	۰/۰۰۱
	کنترل	۰/۲۶	۱/۰۹	۰/۶۲
	کل گروه‌ها	۱۳/۳۰	۰/۹۴	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون - پیگیری	آزمایش	۰۶/۲۹	۱/۵۳	۰/۰۰۱
	کنترل	۰/۲۶	۱/۲۸	۰/۰۴
	کل گروه‌ها	۲۹/۸۶	۱/۰۵	۰/۰۰۱
پس‌آزمون - پیگیری	آزمایش	۰/۰۳	۰/۵۵	۰/۰۲
	کنترل	۰	۱/۰۱	۰/۰۶
	کل گروه‌ها	۰/۰۳	۰/۵۷	۰/۴۲

اتای محاسبه شده نشان می‌دهد بین گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

در جدول ۴ نتایج مقایسه زوجی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل و همچنین کل گروه‌ها گزارش شده است. تفاوت میانگین گروه آزمایش در مقایسه پیش‌آزمون با پس‌آزمون در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این مقدار برای گروه کنترل ۰/۲۶ است که معنی‌دار نیست. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت از مرحله پیش‌آزمون تا پس‌آزمون میانگین گروه کنترل کاهش معنی‌داری نداشته است. تفاوت میانگین مقایسه پیش‌آزمون با پیگیری در کل گروه‌ها نیز ۱۳/۳۰ به دست آمد که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که میانگین کل گروه‌ها از پیش‌آزمون تا پیگیری افزایش معنی‌داری داشته است. همچنین تفاوت میانگین کل گروه‌ها از پس‌آزمون تا مرحله پیگیری (۰/۰۳) نیز معنی‌دار نیست که نشان می‌دهد میانگین کل گروه‌ها در این مرحله تغییر معنی‌داری پیدا نکرده است.

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که رویکرد شناختی رفتاری، اثر بخشی بالایی در درمان اضطراب سلامتی دارد. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش آقاخانی و همکاران (۱۳۹۰) در باب مقایسه میزان اثر بخشی درمان‌های گروهی در اختلال

فوبی اجتماعی، سه روش روان‌درمانی رفتاری، شناختی و شناختی رفتاری همسو است [۱۶]. همچنین تحقیق حاضر با پژوهش رضایی اردانی و همکاران (۱۳۹۲) که تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری به روش فرا نظری بر میزان نشانه‌های افسردگی و دوز متادون مصرفی بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون را مورد مطالعه قرار داده بودند هم جهت است [۱۷]. یافته‌های فوق با مطالعه محمدی و همکاران (۱۳۹۳) با عنوان اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر نشانه‌های مثبت اختلال اسکیزوفرنی همسو است [۱۸]. نتیجه این تحقیق با مطالعه داداش‌زاده و همکاران (۱۳۹۱) مبنی بر اثر بخشی درمان شناختی رفتاری گروهی و مواجهه درمانی بر میزان سوگیری تعبیر و ترس از ارزیابی منفی در اختلال اضطراب اجتماعی همسو است [۱۹]. تحقیق حاضر با مطالعه فاوا و همکاران (۲۰۰۲) در زمینه تأثیر درمان توضیحی (نوعی درمان شناختی رفتاری) بر روی خودبیمار پنداری همسو و هم جهت است [۲۰]. تحقیق حاضر با مطالعه ناکاؤ و همکاران (۲۰۱۱) که تأثیر درمان شناختی رفتاری را بر روی افراد خودبیمار پندار با کمر درد مزمن مطالعه می‌کردند، همسو است [۲۱]. همچنین نتایج این مطالعه با تحقیق تایرر و همکاران (۲۰۱۳) مبنی بر درمان شناختی رفتاری در اضطراب سلامتی بیمار پزشکی با آزمایش تصادفی کنترل شده همسو است [۲۲].

فرضیه دیگر این پژوهش، ماندگاری اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کاهش اضطراب سلامتی پس از گذشت سه ماه بود که این فرضیه هم تأیید شد. یافته‌های تحقیق حاضر با مطالعه بارسکی و آهن (۲۰۰۴) که درمان شناختی رفتاری را پس از گذشت ۶ ماه بر روی افراد خودبیمار پندار پیگیری کرده بودند همسو و هم جهت است [۲۳]. همچنین یافته‌های فوق مؤید مطالعه اثر بخشی درمان شناختی رفتاری در پیگیری یک‌ماهه واتار و همکاران (۲۰۰۵) است [۲۴]. نتیجه تحقیق حاضر با مطالعات صرامی (۱۳۸۸) که اثر بخشی درمان شناختی رفتاری و سواس مادران بر اختلالات رفتاری کودکان آنها پس از گذشت یک ماه بررسی کردند هم سو و هم جهت است [۲۵].

می‌شود [۲۶].

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی درمانی نه تنها نشانه‌های اضطراب سلامتی، بلکه همبودی آن با دیگر اختلالات و نیز اثر بخشی دیگر درمان‌های روانشناختی در کاهش اضطراب سلامتی مثل درمان فراشناختی و مقایسه این درمانها نیز بررسی شود. با توجه به اینکه اختلالات همایند اضطراب سلامتی در این مطالعه بررسی نشده‌اند، محدودیت مطالعه حاضر تعمیم نتایج آن به افراد با اضطراب سلامتی همایند با دیگر اختلالات است.

### تشکر و قدردانی

برخود لازم میدانیم که از کلیه کارکنان مراکز بهداشتی شهرستان اسلامشهر و همچنین دیگر دوستانی که ما را در تهیه این پژوهش یاری کردند، قدردانی نماییم.

در تبیین یافته‌های بدست آمده از این پژوهش می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: اول اینکه که مؤلفه‌های شناختی در اضطراب سلامتی مختل است و آموزش بازسازی شناختی در کاهش علائم آن مؤثر است؛ دوم اینکه درمان شناختی رفتاری به بیماران کمک می‌کند تا الگوهای تفکر و سبک‌های مقابله‌ای خاصی که آنان را در حالت پریشانی هیجانی مداوم گرفتار می‌سازد و نیز باورهای منفی خود درباره افکار و احساسات را شناسایی و تغییر دهند. در آخر می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری نه تنها بر واقعیت‌سنجی باورهای منفی معمولی درباره خود و جهان متمرکز می‌شوند بلکه به ارزیابی افکار نیز می‌پردازند، درمانگر باور بیمار را از طریق بررسی شواهد تأیید کننده و نفی کننده آن مورد واقعیت‌آزمایی قرار می‌دهد و درمان از طریق چالش باورهای غیر منطقی به بیمار کمک می‌کند تا پاسخ‌های بدیلی برای افکار خود پیدا کند. فکر یا باور فرد مبنی بر این که اوضاع تغییر نخواهد کرد، یک باور پایدار و مهم تلقی

### References

1. Furer P, Walker JR, Stein MB. Treating health anxiety and fear of death: a practitioner's guide. New York: Springer; 2007.
2. Abramowitz JS, Braddock AE. Hypochondriasis: conceptualization, treatment, and relationship to obsessive-compulsive disorder. The psychiatric clinics of North America. 2006; 29(2):503-519.
3. Tyrer P, Salkovskis P, Tyrer H, Wang D, Crawford MJ, Dupont S, et al. Cognitive-behaviour therapy for health anxiety in medical patients (CHAMP): a randomised controlled trial with outcomes to 5 years. Health technology assessment. 2017; 21(50):1-58.
4. Tang NK, Salkovskis PM, Poplavskaya E, Wright KJ, Hanna M, Hester J. Increased use of safety-seeking behaviors in chronic back pain patients with high health anxiety. Behaviour research and therapy. 2007; 45(12):2821-2835.
5. McManus F, Surawy C, Muse K, Vazquez-Montes M, Williams JM. A randomized clinical trial of mindfulness-based cognitive therapy versus unrestricted services for health anxiety (hypochondriasis). Journal of consulting and clinical psychology. 2012; 80(5):817-828.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). 15th ed: American psychiatric publication; 2013.
7. Asmundson GJ, Abramowitz JS, Richter AA, Whedon M. Health anxiety: current perspectives and future directions. Current psychiatry reports. 2010; 12(4):306-312.
8. Noyes R, Stuart S, Watson DB, Langbehn DR. Distinguishing between hypochondriasis and somatization disorder: a review of the existing literature. Psychotherapy and psychosomatics. 2006; 75(5):270-281.
9. OCD Center of Los Angeles. Hypochondria (health anxiety) – symptoms and treatment. [Accessed 2016 March 15]; Available from: <https://ocdla.com/hypochondriasis>.
10. Rabiei M, Nikfarjam M, Rahnejat AM, Taghva A, Haghani M. Development and validation a metacognitive-cognitive-behavioral model for obsessive-compulsive disorder. Ebnesina. 2014; 16(1-2):27-36. [Persian]

11. Aghayousefi A, Amirpour B, Alipour A, Zare H. Evaluation of effectiveness the cognitive processing therapy on reducing anger and hostility in veterans with posttraumatic stress disorder. *Ebnesina*. 2014; 16(1-2):6-14. [Persian]
12. Donaghy M, Nicol M, Davidson KM. *Cognitive behavioural interventions in physiotherapy and occupational therapy*. Edinburgh, New York: Elsevier/Butterworth-Heinemann; 2008.
13. Amini H, Sharifi V, Asadi M, Mohammadi MR, Kaviani H, Semnani Y, et al. The validity to execute the Persian version of the diagnostic structured interview for I-axis disorders based on DSM-4 (SCID-I). *Payesh*. 2007; 7(1):49-57. [Persian]
14. Atrifard M, Shaeiri Mohammad R, Asghari Moghadam MA. Factor structure and psychometric properties of the Illness Attitude Scale (IAS) for Iranian samples. *Daneshvar Raftar*. 2006; 13(16):57-69. [Persian]
15. Simmons J, Griffiths R. *CBT for beginners*. 2nd ed. London: SAGE publications; 2013.
16. Aghakhani N, Khanjani Z, Mahmood Aliloo M, Hamed MH. Comparing effectiveness of group therapies on social phobia disorder: three treating styles of behavioral, cognitive, and cognitive/behavioral. *Urmia medical journal*. 2011; 22(4):282-289. [Persian]
17. Rezaei Ardani A, Erfanian Taghvaei Yazdi-Nejad Z, Shayesteh Zarrin M. The effect of cognitive-behavioral group therapy using trans-theoretical model on the level of depressive symptoms and methadone dose consumed by patients undergoing methadone maintenance treatment. *Journal of fundamentals of mental health*. 2013; 15(2):91-99. [Persian]
18. Mohammadi J, Narimani M, Bagyan MJ, Dereke M. Effects of cognitive-behavioral therapy on positive symptoms of schizophrenia. *The Journal of Urmia University of Medical Sciences*. 2014; 25(3):182-190. [Persian]
19. Dadashzadeh H, Yazdandoost R, Gharraee B. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy and exposure therapy on interpretation bias and fear of negative evaluation in social anxiety disorder. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*. 2012; 18(1):40-51. [Persian]
20. Fava GA, Grandi S, Rafanelli C, Fabbri S, Cazzaro M. Explanatory therapy in hypochondriasis. *The journal of clinical psychiatry*. 2000; 61(4):317-322.
21. Nakao M, Shinozaki Y, Nolido N, Ahern DK, Barsky AJ. Responsiveness of hypochondriacal patients with chronic low-back pain to cognitive-behavioral therapy. *Psychosomatics*. 2012; 53(2):139-147.
22. Tyrer P, Cooper S, Salkovskis P, Tyrer H, Crawford M, Byford S, et al. Clinical and cost-effectiveness of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients: a multicentre randomised controlled trial. *The lancet*. 2014; 383(9913):219-225.
23. Barsky AJ, Ahern DK. Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: a randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*. 2004; 291(12):1464-1470.
24. Wattar U, Sorensen P, Buemann I, Birket-Smith M, Salkovskis PM, Albertsen M, et al. Outcome of cognitive-behavioural treatment for health anxiety (hypochondriasis) in a routine clinical setting. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2005; 33(2):165-175.
25. Sarrami Z, Neshat Doost HT, Amiri S, Molavi H, Akochekiyan S. The efficacy of cognitive behavioral therapy on mothers with obsessive-compulsive disorder and on their children's depression. *Journal of family research*. 2009; 5(4):533-552. [Persian]
26. Bouman TK, Visser S. Cognitive and behavioural treatment of hypochondriasis. *Psychotherapy and psychosomatics*. 1998; 67(4-5):214-221.

## The effectiveness of cognitive behavioral therapy on decreasing health anxiety

\*Rezaei M<sup>1</sup>, Darabi A<sup>1</sup>, Rahnejat AM<sup>2</sup>

### Abstract

**Background:** Hypochondria (health anxiety) is a condition in which a person is excessively and unduly worried about having a serious illness. This disorder puts a significant burden on health services. The purpose of this study was to determine the effect of cognitive behavioral therapy (CBT) on decreasing health anxiety.

**Materials and methods:** For this purpose, out of the whole individuals referred to the health care centers in Islam-shahr city, Iran, 30 patients (9 male and 21 female) with hypochondria were selected with a convenience sampling technique and were randomly divided into experimental and control groups. The illness attitudes scale was administered for the pre-test. Then 10 CBT sessions were conducted for the experimental group. The control group received no intervention. The same test was administered to both groups as the post test and also after three months follow-up.

**Results:** The results of analysis of mixed repeated measure showed that after CBT the means of the health anxiety in experimental group was significantly lower in comparison to the control group ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** This study showed that CBT is an effective intervention to decrease health anxiety.

**Key word:** cognitive behavior therapy, health anxiety, illness anxiety, hypochondriasis

**Keywords:** Cognitive Behavioral Therapy, Hypochondriasis, Anxiety

1. MSc in clinical psychology,  
Tehran University of Medical  
Sciences, Tehran, Iran  
(\*Corresponding Author)  
rezayi\_s@ymail.com

2. Assistant professor, Department  
of clinical psychology, AJA  
University of Medical Sciences,  
Tehran, Iran