

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال چهاردهم شماره ۵۵ پاییز ۱۳۹۸

## مقایسه شناخت‌های مرتبط با بدن و راهبردهای تنظیم هیجانی در افراد دارای علائم اختلال اضطراب بیماری و گروه کنترل

مینا الهامی اصل<sup>۱</sup>، محسن دهقانی\*<sup>۲</sup>، محمود حیدری<sup>۳</sup>

۱- گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهیدبهشتی، تهران

۲- دانشیار روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهیدبهشتی، تهران

۳- دانشیار روانشناسی بکار بسته، گروه روانشناسی بکار بسته، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهیدبهشتی، تهران

تأیید نهایی: ۱۳۹۸/۰۶/۲۰

وصول مقاله: ۱۳۹۸/۰۲/۲۵

### چکیده

هدف مطالعه تعیین جنبه‌های شناختی اختلال اضطراب بیماری شامل شناخت‌های مرتبط با بدن و سلامتی و راهبردهای تنظیم هیجانی بود. در این راستا، ۳۰ دانشجوی دارای علائم اختلال اضطراب بیماری و ۳۰ دانشجوی فاقد علائم اختلال اضطراب بیماری با استفاده از سیاهه اضطراب سلامت-فرم کوتاه، پرسشنامه شناخت‌های مربوط به بدن و سلامتی و پرسشنامه تنظیم هیجانی مورد مطالعه قرار گرفتند. داده‌های گردآوری شده با استفاده از روش تحلیل واریانس چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج به دست آمده نشان دادند که در مقایسه با گروه کنترل، افراد دارای اضطراب بیماری به طور معناداری، شناخت‌های ناکارآمد مرتبط با بدن و سلامت از جمله تفسیر فاجعه‌آمیز، تحمل ناپذیری علائم بدنی، خودپنداره ضعف و پردازش ارادی احساسات بدنی را بیشتر تجربه می‌کنند. هم‌چنین، کاربرد راهبرد تنظیم هیجانی ارزیابی مجددشناختی در گروه دارای علائم اضطراب بیماری به شکل معناداری کمتر از گروه کنترل بود. نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌کنند که شناخت‌های ناکارآمد مرتبط با بدن یا سلامت و اختلال در راهبرد ارزیابی مجددشناختی در آسیب‌پذیری و تداوم اختلال اضطراب بیماری دخیل‌اند.

واژگان کلیدی: اضطراب بیماری؛ تنظیم هیجانی؛ ارزیابی مجددشناختی؛ سوگیری تفسیر

## مقدمه

اختلال اضطراب بیماری<sup>۱</sup> به مشغله ذهنی با بیماری جدی اشاره دارد. این مشکل با افزایش سطح اضطراب، همواره فرد را نسبت به وضعیت سلامتی‌اش گوش بزنگ نگه می‌دارد و به رفتارهای اجتنابی یا مراقبتی افراطی می‌انجامد. اختلال اضطراب بیماری، که پیش از این تحت عنوان اختلال هاپیوکنندریا و در زیرمجموعه اختلالات سوماتیک طبقه‌بندی می‌شد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۲)، در نسخه جدید راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانپزشکی در طبقه اختلالات سوماتیک و اختلالات مرتبط به آن طبقه‌بندی می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). هرچند، اضطراب بیماری تجربه شایعی است که در سایر اختلالات یا مشکلات روانپزشکی از جمله اختلالات اضطراب فراگیر، فوبی خاص و وسواسی-جبری نیز دیده می‌شود (آبراموویتز، بریجیدی و فوآ<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹؛ دیکون<sup>۳</sup> و آبراموویتز، ۲۰۰۸).

شیوع اضطراب بیماری، مراجعات مکرر به سیستم‌های درمانی و نیاز به گسترش مدل‌های روان‌درمانی، لزوم شناخت آسیب‌شناسی مرتبط با این مشکل را ایجاب کرده‌اند (بارسکی، اتنر، هورسکای و باتس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱؛ گورگن، هیلر و ویتتهوفت<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴). از میان مدل‌های مختلف ارائه شده در زمینه اشتغال ذهنی افراطی با سلامت یا بیماری، مدل‌های شناختی-رفتاری بر ناکارآمدی شناخت‌های مرتبط با بیماری و راهبردهای مقابله با چنین شناخت‌هایی تأکید داشته‌اند.

مطالعات صورت گرفته در زمینه شناخت‌های ناکارآمد دخیل در شکل‌گیری یا تداوم اضطراب بیماری، نقش سوء‌گیری تفسیر<sup>۶</sup> علائم و تغییرات بدنی را برجسته ساخته‌اند (وارویک و سالکووسکیس<sup>۷</sup>، ۱۹۹۰؛ وک، ننگ، ریچبرگ و استانجیر<sup>۸</sup>، ۲۰۱۲). سوء‌گیری تفسیر به تفسیر فاجعه‌آمیز محرکات و موقعیت‌های مرتبط با بیماری اشاره دارد (وارویک و

1- Illness anxiety disorder  
 2- Abramowitz, Brigidi, & Foa  
 3- Deacon  
 4- Barsk, Ettner, Horsky, & Bates  
 5- Gorgen, Hiller, & Witthöft  
 6- interpretation bias  
 7- Warwick & Salkovskis  
 8- Weck, Neng, Richtberg, & Stangier

سالکووسکیس، ۱۹۹۰). افراد مبتلا به اضطراب بیماری، محرکات درونی (یعنی علائم و تغییرات بدنی) را به‌منزله یک بیماری خطرناک تفسیر می‌کنند و پیامدهای بدخیم‌تری را برای بیماری و مشکلات جسمانی در نظر می‌گیرند (وک و همکاران، ۲۰۱۲؛ هینن، دی جانگ، اشمیت، استیون و ویسر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰؛ مارکوس، هاگز و آرنو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). گرچه یافته‌های پژوهشی متعدد نقش تفسیر فاجعه‌آمیز علائم بدنی را به‌عنوان مهم‌ترین جنبه‌شناختی اضطراب بیماری مورد تایید قرار داده‌اند، مطالعات صورت گرفته در زمینه شناسایی سایر افکار ناکارآمد دخیل در نگرانی درباره بیماری و اضطراب ناشی از آن بسیار محدود بوده‌اند. در یکی از مدل‌های مطرح شده، ریف، هیلر و مارگراف<sup>۳</sup> (۱۹۹۶) بیان کردند که ناتوانی در تحمل احساسات بدنی<sup>۴</sup>، پردازش ارادی<sup>۵</sup> اطلاعات مرتبط با احساسات بدنی و خودپنداره ضعف<sup>۶</sup> از دیگر شناخت‌های ناکارآمد دخیل در مشکلات هیجانی مرتبط با ترس از بیماری هستند. آنها بیان کردند که افراد مبتلا به نگرانی‌های حوزه سلامت قادر به تحمل علائم بدنی خفیف و عادی (برای مثال درد ناشی از فعالیت ورزشی) نیستند و تلاش می‌کنند تا از طریق واکنش‌های رفتاری سریع از جمله مصرف دارو چنین علائمی را کاهش دهند. مطالعه ریف و همکاران بر روی بیماران مبتلا به هایپوکندریا (که اصطلاح تشخیصی موجود در چهارمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی بوده و علی‌رغم تفاوت-هایش با اصطلاح جدید اختلال اضطراب بیماری، در برخی از جنبه‌ها همچون اشتغال ذهنی با بیماری مشترک است) نشان دادند که این بیماران، در مقایسه با گروه کنترل، آستانه تحمل پایین‌تری برای احساسات بدنی دارند. پردازش ارادی احساسات بدنی از دیگر جنبه‌های شناختی مرتبط با مشغله ذهنی با بیماری در نظر گرفته شده است. در حالی که احساسات بدنی همچون ضربان قلب به‌صورت خودکار<sup>۷</sup> پردازش می‌شود، ریف و همکاران (۱۹۹۸) بیان کردند که چنین پردازشی در افراد مبتلا به نگرانی‌های مرتبط با حوزه سلامت،

1- Haenen, de Jong, Schmidt, Stevens, & Visser

2- Marcus, Hughes, & Arna

3- Rief, Hiller, Margraf

4- intolerance of bodily sensations

5- autonomic

6- self-concept of weakness

7- automatic

به شکل ارادی و هشیارانه نمایان می‌شود. خودپنداره ضعف از دیگر شناخت‌های ناکارآمد دخیل در اشتغال ذهنی با بیماری است. بر این اساس، این افراد، در مقایسه با افراد فاقد نگرانی، خود را نسبت به ابتلا به بیماری مستعدتر و در کنترل بیماری ناتوان‌تر می‌دانند. هاجیستاوریپولوس<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۲) با مطالعه دو گروه مبتلا به بیماری‌های پزشکی و گروه فاقد بیماری‌های پزشکی نشان دادند که اضطراب بیماری با ادراک ناتوانی در مقابله با بیماری ارتباط مستقیم داشت. در مطالعه ای دیگر بر روی بیماران مبتلا به جسمانی سازی و هایپوکندریا، خودپنداره ضعف تنها با جسمانی سازی در ارتباط بود (ریف، هیلر و مارگرف، ۱۹۹۸). در مجموع، مدل ریف و همکاران نشان داد که نگرانی درباره بیماری و اضطراب ناشی از آن می‌تواند با شناخت‌های ناکارآمد متعددی در ارتباط باشد. هرچند، با توجه به اینکه اختلال اضطراب بیماری یک اصطلاح تشخیصی جدید است، مطالعه‌ای که اختصاصاً به بررسی این شناخت‌های ناکارآمد در اختلال اضطراب بیماری پرداخته باشد یافت نشد.

علاوه بر نقش شناخت‌های ناکارآمد در تجربه نگرانی پاتولوژیک درباره وضعیت سلامت، اختلال در کنترل این شناخت‌ها و تنظیم هیجانات منفی ناشی از آنها از دیگر جنبه های شناختی این بیماری به‌شمار می‌رود. اختلال در تنظیم هیجانی<sup>۲</sup> ویژگی مشترک هفتاد و پنج درصد از اختلالات روانپزشکی است (کرینگ و ورنر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴) که به فقدان مهارت های مورد نیاز برای مدیریت و تنظیم تجارب هیجانی شدید و در نتیجه، تجربه شدید و غیرقابل کنترل هیجانات منفی اشاره دارد (چمپل-سیلز، الارد و بارلو<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳). مطالعات گروس (۱۹۹۸) در حوزه تنظیم هیجان نشان داد که ارزیابی مجددشناختی<sup>۵</sup> و فرونشانی ابرازی<sup>۶</sup> دو راهبرد تنظیم هیجانی عمده‌اند. ارزیابی مجددشناختی به تفسیر مجدد یک رویداد هیجانی به‌منظور تغییر معنای آن رویداد و اثر هیجانی‌اش اشاره دارد (گروس و جان<sup>۷</sup>، ۲۰۰۳) و فرونشانی ابرازی، تلاشی برای پنهان کردن، بازداری یا کاهش رفتارهای بیانگر

1- Hadjistavropoulos  
2- Emotion Regulation  
3- Kring, Werner  
4- Campbell-Sills, Ellard, & Barlow  
5- cognitive reappraisal  
6- expressive suppression  
7- Gross, John

هیجان است (گروس و لونسون<sup>۱</sup>، ۱۹۹۳؛ گروس و جان، ۲۰۰۳). درحالی‌که ارزیابی مجدد راهبرد کارآمدی است که به کاهش هیجانات منفی از جمله اضطراب و افسردگی منجر می‌شود، فرونشانی یک راهبرد ناکارآمد است که در هر دو گروه بالینی و غیربالینی با افزایش هیجانات منفی در ارتباط است (کوستر، راسین، کرومیز و نارینگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳؛ گروس و لونسون، ۱۹۹۳، گورگن، هیلر و ویتهوفت، ۲۰۱۴).

مطالعات صورت گرفته در زمینه ارتباط تنظیم هیجانی با اضطراب بیماری بیان کردند که ارزیابی مجدد و فرونشانی، به ترتیب، با اضطراب بیماری رابطه منفی و مثبت دارند (باردین و فرگوس<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). هماهنگ با این یافته‌ها، هینن و همکاران (۲۰۰۰) گزارش کردند که بیماران مبتلا به هایپوکندریا هنگام ارزیابی موقعیت‌های مبهم مرتبط با سلامت، پیامد منفی تری را در نظر می‌گیرند. وارویک (۱۹۸۹) هم نشان داد از منظر شناختی، اضطراب بیماری ناشی از ارزیابی نادرست محرک درونی (یعنی علائم بیماری) به منزله یک بیماری خطرناک است. چنین ارزیابی‌های فاجعه‌آمیز می‌توانند ناشی از ناتوانی فرد در لحاظ کردن ارزیابی‌های کارآمدتر و مثبت‌تر باشد. در رابطه با نقش فرونشانی در اضطراب بیماری، راسین (۲۰۰۵) بیان کرد که این افراد تصاویر ذهنی خود درباره ابتلا به بیماری‌های ناتوان کننده را سرکوب می‌کنند. این در حالی است که سرکوب علائم بدنی و افکار مرتبط با آنها، فراوانی این تصاویر را افزایش می‌دهد و نهایتاً به مزمن شدن اضطراب منجر می‌شود. هرچند، نقش این دو راهبرد تنظیم هیجانی در اضطراب بیماری توسط مطالعات دیگر به چالش کشیده شده است. برخی مطالعات بیان کردند که آسیب‌شناسی اضطراب بیماری با راهبردهای کارآمد تنظیم هیجانی همچون ارزیابی مجدد بی‌ارتباط است. برای مثال، گورگن و همکاران (۲۰۱۴) گزارش دادند که فوبی بیماری و بیمارپنداری<sup>۴</sup> با ارزیابی مجدد شناختی همبسته نبودند. هم‌چنین در مطالعه فرگوس و والتینر<sup>۵</sup> (۲۰۱۰)، ارزیابی مجدد تنها با جنبه ادراکی هایپوکندریا (حساسیت به احساسات بدنی بی‌ضرر) ارتباط داشت در حالی که با

1- Levenson, R. W.

2- Koster, Rassin, Crombez, & Näring

3- Bardeen & Fergus

4- disease conviction

5- Valentiner

جنبه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی آن در ارتباط نبود. در مقابل، این دو مطالعه نشان دادند که راهبردهای تنظیم هیجانی ناکارآمد همچون فرونشانی در اضطراب بیماری و مولفه‌های آن همچون گوش بزنگی نسبت به علائم بدنی دخیل است. گرچه در یک مطالعه دیگر، هیچ یک از این دو راهبرد تنظیم هیجانی با اضطراب بیماری در ارتباط نبودند (گرولیماتوس و ادلستین<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲).

یکی از دلایل احتمالی تناقض یافته‌های پیشین در این زمینه می‌تواند ناهمگنی نمونه‌های مورد مطالعه باشد. در حالی که تمامی مطالعات در صدد بررسی نقش تنظیم هیجانی در اضطراب بیماری بوده‌اند، برخی مطالعات به اندازه‌گیری علائم اضطراب بیماری پرداخته‌اند و برخی دیگر علائم هایپوکندریا را معادل اضطراب بیماری در نظر گرفته‌اند. علی‌رغم آنکه اضطراب بیماری طبقه تشخیصی جایگزین هایپوکندریا به شمار می‌رود و در برخی از مولفه‌های تشخیصی اساسی از جمله اشتغال ذهنی با بیماری مشترک‌اند، این دو از برخی جهات متفاوت‌اند. در حالیکه هایپوکندریا به باور عمیق و غیرمنعطف فرد به ابتلایش به یک بیماری جدی اشاره دارد، در اضطراب بیماری فرد به وجود حتمی یک بیماری اعتقاد ندارد. علاوه بر این، افکار افراد دارای هایپوکندریا مبنی بر ابتلا به یک بیماری خود-همخوان است. به عبارت دیگر، آنها قویاً معتقدند که هر تغییر بدنی نشانه یک بیماری است زیرا جسم سالم دچار هیچ تغییری نمی‌شود. این در حالی است که افراد دارای اضطراب بیماری ممکن است به نامناسب بودن افکارشان اذعان داشته باشند (استارسویک<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). تمرکز مطالعات بر نمونه نرمال و غیربالینی از دیگر دلایل مهم احتمالی ناهماهنگی یافته‌ها در زمینه ارتباط اضطراب بیماری و راهبردهای تنظیم هیجانی است. گرچه اضطراب بیماری یک مفهوم ابعادی است اما به نظر می‌رسد مطالعه افراد دارای سطوح بالاتر و آسیب‌زنده‌تر اضطراب بیماری و مقایسه آنها با گروه فاقد نگرانی‌های جدی در زمینه سلامت بتواند در مشخص ساختن نقش راهبرد های تنظیم هیجانی به‌عنوان عوامل تداوم بخش موثرتر باشد.

بر همین اساس، مطالعه حاضر با مقایسه دو گروه دارای علائم اختلال اضطراب بیماری

---

1- Gerolimatos, Edelstein

2- Starcevic

و کنترل به بررسی دقیق‌تر جنبه‌های شناختی دخیل در اضطراب بیماری پرداخته است. با توجه به تاکید مدل‌های شناختی بر نقش شناخت‌های ناکارآمد در آسیب‌شناسی روانی و محدود بودن این مطالعات در زمینه شناسایی اشکال مختلف افکار ناکارآمد در اضطراب بیماری، مطالعه حاضر در وهله اول به بررسی اقسام شناخت‌های ناکارآمد مرتبط با این اختلال از جمله سوء‌گیری تفسیر، عدم تحمل احساسات بدنی، پردازش ارادی احساسات بدنی و خودپنداره ضعف در افراد دارای علائم اضطراب بیماری پرداخته است. علاوه بر این، با توجه به اهمیت برجسته سازی راهبرد های تنظیم هیجان در این مقوله تشخیصی جدید، تفاوت دو راهبرد عمده تنظیم هیجانی یعنی ارزیابی مجددشناختی و فرونشانی در دو گروه دارای علائم اختلال اضطراب بیماری و کنترل نیز مورد مطالعه قرار گرفته است.

### روش تحقیق

#### شرکت‌کنندگان

##### گروه دارای علائم اختلال اضطراب بیماری

گروه دارای علائم اضطراب بیماری متشکل از ۳۰ دانشجوی دانشگاه شهیدبهشتی بود. این افراد از طریق یک اطلاعیه عمومی مبنی بر نیاز پژوهشگران به افراد دارای علائم اضطراب بیماری انتخاب شدند. در این اطلاعیه، به برخی از علائم اضطراب بیماری از جمله نگرانی درباره سلامتی، بررسی مداوم بدن، جستجوی زیاد درباره اطلاعات مرتبط با بیماری و یا اجتناب از این اطلاعات اشاره شده بود. از داوطلبین خواسته شده بود تا از طریق ایمیل یا پیامک، تمایل خود به شرکت در مطالعه را به پژوهشگر اطلاع دهند. به منظور بررسی صحت تجربه این علائم، هر یک از داوطلبین بر اساس مصاحبه نیمه‌ساختاریافته که به بررسی وجود علائم اضطراب بیماری می‌پرداخت، توسط روانشناس بالینی آموزش دیده (مولف اول) مورد مصاحبه قرار گرفتند. هم‌چنین، ملاک‌های ورود شامل اشتغال به تحصیل و سن ما بین ۱۸ تا ۳۰ و ملاک‌های خروج شامل ابتلا به یک بیماری جسمانی جدی، ابتلا به بیماری‌های سایکوتیک و مصرف داروهای روانپزشکی ارزیابی شد. با توجه به وجود علائم اضطراب بیماری، وجود ملاک‌های ورود، عدم وجود ملاک‌های خروج و توزیع یکسان جنسیتی، ۳۰

دانشجو (۱۵ زن) به عنوان نمونه اصلی انتخاب شدند.

### گروه کنترل

گروه کنترل متشکل از ۳۰ دانشجوی دانشگاه شهید بهشتی بود. این افراد از طریق یک اطلاعیه عمومی مبنی بر نیاز پژوهشگران به افراد فاقد علائم اضطراب بیماری انتخاب شده بودند. از داوطلبین خواسته شده بود تا از طریق ایمیل یا پیامک، تمایل خود به شرکت در مطالعه را به پژوهشگر اطلاع دهند. به منظور تایید عدم تجربه علائم اضطراب بیماری، هر یک از داوطلبین بر اساس مصاحبه نیمه ساختاریافته و توسط یک روانشناس بالینی مورد مصاحبه قرار گرفتند. اشتغال به تحصیل و سن ما بین ۱۸ تا ۳۰ ملاک‌های ورود و ابتلا به یک بیماری جسمانی جدی، ابتلا به بیماری‌های سایکوتیک و مصرف داروهای ملاک‌های خروج از مطالعه بود. با توجه به عدم وجود علائم اضطراب بیماری و ملاک‌های خروج، وجود ملاک‌های ورود و همسانی سنی و جنسیتی با نمونه دارای علائم اضطراب بیماری، ۳۰ دانشجو (۱۵ زن) به عنوان نمونه کنترل انتخاب شدند. هر چند، یکی از افراد این گروه به دلیل یک مشکل غیرمنتظره پزشکی از ادامه روند ارزیابی کنار گذاشته شد.

### ابزار پژوهش

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای راهنمای تشخیصی و آماری-نسخه پنجم، نسخه بالینگر<sup>۱</sup> (SCID-5-CV فرست، ویلیامز، کارگ و اسپیتزر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵): این مصاحبه، یک راهنمای مصاحبه نیمه ساختاریافته است که به بررسی ملاک‌های تشخیصی بر اساس پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری می‌پردازد. این مصاحبه توسط یکی از نویسندگان این مقاله که دارای مدرک روانشناسی بالینی است، به منظور بررسی وجود یا عدم وجود ملاک‌های تشخیصی اضطراب بیماری در دو گروه دارای اضطراب بیماری و گروه کنترل مورد استفاده قرار گرفت. سیاهه اضطراب بیماری، نسخه کوتاه<sup>۳</sup> (SHAI، سالکوسکیس، ریمز<sup>۴</sup>، و وارویک، ۲۰۰۲): این سیاهه از ۱۸ آیتم چهار گزینه‌ای تشکیل شده است. این پرسشنامه اضطراب بیماری را

1- Structural clinical Interview for DSM-5, Clinician Version

2- First, Williams, Karg, Spitzer

3- Short Health anxiety Inventory

4- Rimes



مستقل از وضعیت سلامت جسمانی و آیت‌هایی همچون نگرانی درباره سلامت، آگاهی از احساسات یا تغییرات بدنی و پیامدهای ترس آور ابتدا به یک بیماری را بررسی می‌کند. ثبات درونی نسخه اصلی این آزمون ۰/۹۵ است (سالکوسکیس، ریمز، و وارویک، ۲۰۰۲). آلفا کرومباخ نسخه فارسی این سیاهه در یک نمونه دانشجویی، ۰/۷۹ گزارش شده است (کریمی، همایونی و همایونی، ۱۳۹۳).

پرسشنامه شناخت‌های مرتبط با بدن و سلامتی<sup>۱</sup> (CABAH)، ریف، هیلر و مارگراف، ۱۹۹۶): این پرسشنامه از ۳۱ آیت چهار گزینه‌ای تشکیل شده است که پنج مولفه تفسیر فاجعه‌آمیز شکایات بدنی (آیت‌های ۲، ۳، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۵، ۱۶، ۲۰، ۲۱، ۲۴، ۲۷)، احساسات اتونومیک (آیت‌های ۲۳، ۲۸، ۲۹، ۳۰)، خودپنداره ضعف (آیت‌های ۴، ۱۱، ۱۴، ۱۷، ۲۵، ۳۱)، عدم تحمل علائم بدنی (آیت‌های ۱، ۹، ۱۸، ۲۲) و عادات مربوط به سلامتی (آیت‌های ۱۳، ۱۹، ۲۶) را بررسی می‌کند. ثبات درونی نسخه اصلی این پرسشنامه ۰/۹۰ گزارش شده است (ریف و همکاران، ۱۹۹۶). در مطالعه حاضر، بررسی همسانی درونی این پرسشنامه بر روی ۲۲۳ دانشجوی دانشگاه شهیدبهشتی نشان داد که آلفا کرومباخ این پرسشنامه برابر با ۰/۸۱ و برای هر یک از زیرمجموعه‌هایش بالای ۰/۷۰ بود. در مطالعه حاضر، چهار مولفه شناختی این پرسشنامه یعنی تفسیر فاجعه‌آمیز شکایات بدنی، احساسات اتونومیک، خودپنداره ضعف و عدم تحمل علائم بدنی مورد استفاده قرار گرفت.

پرسشنامه تنظیم هیجانی<sup>۲</sup> (ERQ، گروس و جان، ۲۰۰۳): این پرسشنامه از ۱۰ آیت و دو زیرمقیاس ارزیابی مجدد (آیت‌های ۱، ۳، ۵، ۷، ۸، ۱۰) و فرونشانی (آیت‌های ۲، ۴، ۶، ۹) تشکیل شده است. ضریب آلفای کرونباخ نسخه اصلی این پرسشنامه برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای فرونشانی ۰/۷۳ و اعتبار بازآزمایی بعد از ۳ ماه برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است (گروس و جان، ۲۰۰۳). همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶۰ تا ۰/۸۱) و روایی نسخه فارسی این پرسشنامه مطلوب گزارش شده است (قاسمپور، ایل‌بیگی و حسن‌زاده، ۱۳۹۱).

1- The Cognitions about Body and Health Questionnaire

2- Emotion Regulation Questionnaire

## روند اجرای پژوهش

در ابتدا، مطالعه حاضر توسط کمیته اخلاق دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی تایید شد. به منظور دعوت داوطلبان دارای علائم اضطراب بیماری، اطلاعیه‌هایی در مکان‌های عمومی دانشگاه شهید بهشتی قرار گرفت. با توجه به تمایل شرکت‌کنندگان و اذعان آنها به تجربه اضطراب بیماری، از داوطلبین برای شرکت در جلسه مصاحبه تشخیصی دعوت به عمل آمد. ۳۰ داوطلب اولی (۱۵ زن و ۱۵ مرد) که علاوه بر تجربه علائم اضطراب بیماری، ملاک‌های ورود را دارا و فاقد ملاک‌های خروج بودند، به عنوان نمونه دارای علائم اضطراب بیماری انتخاب شدند. سپس، زمان جلسه دوم برای ملاقات با پژوهشگر در آزمایشگاه روانشناسی دانشکده روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی به منظور اجرای اندازه‌گیری‌ها تعیین شد. در جلسه دوم، پس از امضای فرم رضایت‌نامه، پرسشنامه‌های مورد مطالعه و دستورالعمل‌های مربوط به آن در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، خلاصه‌ای از اهداف اصلی مطالعه به شرکت‌کنندگان ارائه شد. پس از تکمیل اطلاعات گروه دارای علائم اضطراب بیماری، فراخوانی مبنی بر نیاز پژوهشگران به افراد فاقد علائم اضطراب بیماری در مکان‌های عمومی دانشگاه شهید بهشتی قرار گرفت. با توجه به تمایل شرکت‌کنندگان، از داوطلبین برای شرکت در جلسه مصاحبه تشخیصی دعوت به عمل آمد. بر اساس مصاحبه، ۳۰ داوطلب اولی که فاقد علائم اضطراب بیماری و ملاک‌های خروج و دارای ملاک‌های ورود بودند و همچنین، از نظر جنسیت و سن با گروه اول همسان بودند، به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. روند جمع‌آوری داده در این گروه کاملاً مشابه روند جمع‌آوری داده در گروه دارای علائم اضطراب بیماری بود. داده‌های به دست آمده با استفاده از روش‌های آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) مورد تحلیل قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها به وسیله نسخه ۲۳ نرم‌افزار آماری IBM-SPSS انجام شد.

## یافته‌ها

پیش از تحلیل آماری اصلی، داده‌های متعلق به یکی از شرکت‌کنندگان (مرد در گروه دارای علائم اضطراب بیماری) به دلیل فراوانی بالای داده‌های ناقص<sup>۱</sup> از روند تحلیل کنار گذاشته شد. توزیع جنسیتی در دو گروه دارای اضطراب بیماری و گروه کنترل نیز بسیار نزدیک بود (۱۵ زن/۱۴ مرد در گروه دارای اضطراب بیماری و ۱۴ زن/۱۵ مرد در گروه کنترل). هر دو گروه بر اساس فاکتور سن همسان بودند (گروه دارای اضطراب بیماری: میانگین = ۲۳/۲۰، انحراف معیار = ۲/۳۵؛ گروه کنترل، میانگین = ۲۳/۸۶، انحراف معیار = ۲/۵۷). همچنین، تفاوت زنان و مردان از نظر میزان اضطراب بیماری که با سیاهه اضطراب سلامت (سالکوسکیس و همکاران، ۲۰۰۲) اندازه‌گیری و به وسیله آزمون t مستقل تحلیل شده بود معنادار نبود (زنان: میانگین = ۲۷/۲۰، انحراف معیار = ۱۰/۸۲؛ گروه کنترل، میانگین = ۲۷/۲۰ انحراف معیار ۱۰/۵۴).

سپس، تفاوت دو گروه دارای علائم اضطراب بیماری و کنترل از نظر شناخت‌های ناکارآمد مرتبط با بدن و سلامت و همچنین راهبرد های تنظیم هیجانی با استفاده از روش آماری مانوا مورد مطالعه قرار گرفت. فاصله ای بودن مقیاس اندازه‌گیری، نرمال بودن توزیع متغیر ها و مستقل بودن دو گروه در مطالعه حاضر، نشان‌دهنده رعایت پیش‌فرض‌های اولیه استفاده از این روش آماری پارامتریک است. سایر پیش‌فرض‌های این روش آماری از جمله همگنی کوواریانس‌ها و واریانس‌ها نیز با استفاده از آزمون‌های مربوطه مورد تأیید قرار گرفتند. بر این اساس، همگنی کوواریانس با استفاده از آزمون باکس مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به اینکه مقدار باکس (۳۵/۰۴) معنادار نبود ( $p= ۰/۰۷$ )، پیش‌فرض همگنی کوواریانس مورد تأیید قرار گرفت. دیگر پیش‌فرض آزمون مانوا یعنی همگنی واریانس نیز با استفاده از آزمون لون بررسی شد. سطح معناداری آزمون لون برای هر یک از متغیر های تفسیر فاجعه‌آمیز، پردازش اتونومیک، خودپنداره ضعف، تحمل ناپذیری علائم بدنی، ارزیابی مجدد و فرونشانی بالاتر از  $P=۰/۰۵$  بود. بدین ترتیب، فرضیه صفر مبنی بر برابری واریانس‌ها نیز مورد تأیید قرار گرفت. در مجموع، برقرار بودن همه پیش‌فرض‌های آزمون

---

1- missing data

مانوا، امکان استفاده از این روش آماری را تأیید کردند. میانگین و انحراف معیار مربوط به نمرات دو گروه در هر یک از متغیرهای مورد مطالعه در جدول (۱) گزارش شده‌اند.

جدول (۱) شاخصه‌های توصیفی شناخت‌های مرتبط با بدن و راهبردهای تنظیم هیجانی در دو گروه دارای علائم اختلال اضطراب بیماری و کنترل

کنترل (n= 29)		دارای علائم اضطراب بیماری (n= 29)		متغیر
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۴/۳۰	۶۸/۱۲	۶/۶۶	۲۲/۶۸	تفسیر فاجعه‌آمیز
۱/۳۹	۴/۳۱	۲/۲۹	۷/۱۳	پردازش اتونومی
۲/۵۲	۴/۱۰	۳/۳۳	۱۰/۹۶	خودپنداره ضعف
۱/۱۸	۴/۷۲	۲/۱۷	۷/۱۰	تحمل‌ناپذیری علائم بدنی
۴/۹۵	۲۷/۷۲	۵/۰۱	۲۳/۵۱	ارزیابی مجدد
۴/۵۴	۱۴/۸۶	۵/۵۱	۱۳/۳۴	فرونشانی

مندرجات جدول آزمون‌های معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری نشان دادند که تفاوت دو گروه مورد مطالعه در ترکیب متغیرهای مورد مطالعه از نظر آماری معنادار است [F (۶، ۵۱) = ۱۶/۱۰، p= ۰/۰۰۱] (جدول ۲).

جدول (۲) آزمون‌های معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری برای شناخت‌های مرتبط با بدن و راهبردهای تنظیم هیجانی در دو گروه دارای علائم اختلال اضطراب بیماری و کنترل

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری	مجذور اتا
اثر پیلائی	۰/۶۵	۱۶/۱۰	۶	۱۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵
لابمدا ویلکز	۰/۳۴	۱۶/۱۰	۶	۱۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵
اثر هتلینگ	۱/۸۹	۱۶/۱۰	۶	۱۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵

نتایج به‌دست آمده از تحلیل مانوا نشان دادند که تفاوت دو گروه از نظر تفسیر فاجعه‌آمیز شکایات بدنی [F (۱، ۵۶) = ۴۶/۰۷، p=۰/۰۰۱،  $\eta_p^2=۰/۴۵$ ]، پردازش اتونومیک احساسات بدنی [F (۱، ۵۶) = ۳۲/۱۹، p=۰/۰۰۱،  $\eta_p^2=۰/۳۶$ ]، خودپنداره ضعف [F (۱، ۵۶) = ۷۸/۰۸، p=۰/۰۰۱،  $\eta_p^2=۰/۲۶$ ] و عدم تحمل علائم بدنی [F (۱، ۵۶) = ۲۰/۴۷، p=۰/۰۰۱] معنادار بود. یافته‌ها، هم‌چنین، نشان دادند که تفاوت دو گروه از نظر

کاربرد راهبرد تنظیم هیجانی ارزیابی مجدد معنادار بود [ $\eta_p^2 = 0/15$ ،  $p = 0/002$ ،  $\eta_p^2 = 0/30$ ،  $p = 0/25$ ]، تفاوت دو گروه در کاربرد استراتژی فرونشانی معنادار گزارش نشد [ $\eta_p^2 = 0/02$ ،  $F(1, 56) = 1/30$ ،  $p = 0/25$ ]، نتایج تحلیل مانوا در جدول (۳) گزارش شده‌اند.

جدول (۳) نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری برای شناخت‌های مرتبط با بدن و راهبردهای تنظیم هیجانی در دو گروه دارای علائم اختلال اضطراب بیماری و کنترل

$\eta_p^2$	F	MS	df	SS	متغیر وابسته	
۴۵/۰	***۴۶/۰۷	۱۴۵۰	۱	۱۴۵۰	تفسیر فاجعه‌آمیز	مدل اصلاحی
۳۶/۰	***۳۲/۱۹	۱۱۵/۹۳	۱	۱۱۵/۹۳	پردازش اتونومیک	
۵۸/۰	***۷۸/۰۸	۶۸۲/۷۷	۱	۶۸۲/۷۷	خودپنداره ضعف	
۲۶/۰	***۲۰/۴۷	۸۲/۰۸	۱	۸۲/۰۸	تحمل‌ناپذیری علایم بدنی	
۰/۱۵	**۱۰/۳۰	۲۵۶/۶۲	۱	۲۵۶/۶۲	ارزیابی مجدد	
۰/۰۲	۱/۳۰	۳۳/۳۷	۱	۳۳/۳۷	فرونشانی	
۰/۹۱	۷۶/۶۹***	۱۸۱۴۹/۵۸	۱	۱۸۱۴۹/۵۸	تفسیر فاجعه‌آمیز	intercept
۰/۹۰	۵۲۷/۷۴***	۱۹۰۰/۴۱	۱	۱۹۰۰/۴۱	پردازش اتونومیک	
۰/۸۷	۳۷۶/۵۵۸***	۳۲۹۲/۵۶	۱	۳۲۹۲/۵۶	خودپنداره ضعف	
۰/۹۰	۵۰۶/۰۱***	۲۰۲۸/۴۳	۱	۲۰۲۸/۴۳	تحمل‌ناپذیری علایم بدنی	
۰/۹۶	۱۵۲۸/۳۱***	۳۸۰۷۲/۳۴	۱	۳۸۰۷۲/۳۴	ارزیابی مجدد	
۰/۸۹	۴۵۱/۷۸***	۱۱۵۳۶/۶۲	۱	۱۱۵۳۶/۶۲	فرونشانی	
۴۵/۰	***۴۶/۰۷	۱۴۵۰	۱	۱۴۵۰	تفسیر فاجعه‌آمیز	گروه
۳۶/۰	***۳۲/۱۹	۱۱۵/۹۳	۱	۱۱۵/۹۳	پردازش اتونومیک	
۵۸/۰	***۷۸/۰۸	۶۸۲/۷۷	۱	۶۸۲/۷۷	خودپنداره ضعف	
۲۶/۰	***۲۰/۴۷	۸۲/۰۸	۱	۸۲/۰۸	تحمل‌ناپذیری علایم بدنی	
۰/۱۵	**۱۰/۳۰	۲۵۶/۶۲	۱	۲۵۶/۶۲	ارزیابی مجدد	
۰/۰۲	۱/۳۰	۳۳/۳۷	۱	۳۳/۳۷	فرونشانی	
		۳۱/۴۷	۵۶	۱۷۶۲/۴۱	تفسیر فاجعه‌آمیز	خطا
		۳/۶۰	۵۶	۲۰۱/۶۵	پردازش اتونومیک	
		۸/۷۴	۵۶	۴۸۹/۶۵	خودپنداره ضعف	
		۴/۰۰	۵۶	۲۲۴/۴۸	تحمل‌ناپذیری علایم بدنی	
		۲۴/۹۱	۵۶	۱۳۹۵/۰۳	ارزیابی مجدد	
		۲۵/۵۳	۵۶	۱۴۳۰/۰۰	فرونشانی	
			۵۸	۲۱۴۶۲/۰۰	تفسیر فاجعه‌آمیز	کل
			۵۸	۲۲۱۸/۰۰	پردازش اتونومیک	

## بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر، جنبه‌های شناختی اختلال اضطراب بیماری شامل شناخت‌های مرتبط با جسم و بیماری و راهبردهای شناختی تنظیم هیجانی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج مطالعه حاضر نشان دادند که افراد دارای علائم اختلال اضطراب بیماری، در مقایسه با گروه کنترل، شکایات بدنی را به صورت فاجعه‌آمیز تفسیر می‌کنند، نسبت به علائم بدنی جزئی تحمل‌ناپذیراند و خودپنداره ضعف بیشتری را تجربه می‌کنند. همچنین، در مقایسه با گروه کنترل، پردازش اطلاعات مرتبط با احساسات بدنی در افراد دارای اضطراب بیماری به صورت ارادی است. علاوه بر این، کاربرد راهبرد تنظیم هیجانی ارزیابی مجددشناختی در گروه کنترل بیشتر از گروه دارای علائم اختلال اضطراب بیماری بود. این در حالی است که طبق نتایج به‌دست آمده، دو گروه از نظر کاربرد راهبرد فرونشانی تفاوت معناداری نداشتند.

نتایج مطالعه حاضر مبنی بر تفاوت معنادار دو گروه دارای اضطراب بیماری و کنترل در شناخت‌های مرتبط با بدن و بیماری می‌تواند نشان‌دهنده این باشد که افکار ناکارآمد از مولفه‌های شناختی دخیل در شکل‌گیری یا تداوم اضطراب بیماری است. تفاوت معنادار دو گروه در تفسیر فاجعه‌آمیز تغییرات و شکایان بدنی با ادبیات پژوهشی موجود در زمینه نقش سوءگیری تفسیر در اضطراب بیماری هماهنگ است (وارویک و سالکووسکیس، ۱۹۹۰؛ وک و همکاران، ۲۰۱۲). این مطالعات، با استفاده از روش‌های اندازه‌گیری مختلف از جمله تکلیف‌های ضمنی کامپیوتری و پرسشنامه‌ها، نقش سوءگیری تفسیر در افزایش یا تداوم اضطراب بیماری را تأیید کردند (لئونیدو و پانایوتو<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸). افراد مبتلا به اضطراب بیماری معتقدند علائم مبهم بدنی نشانگر یک بیماری جدی است و اگر به سرعت درمان نشود می‌تواند فاجعه‌آمیز باشد (هینن و همکاران، ۲۰۰۰). این افراد معمولاً علائم بدنی را به‌عنوان علامت بیماری و نه به‌منزله عملکرد طبیعی بدن تلقی می‌کنند. بر اساس مدل تقویت جسمانی-حسی در اختلال هایپوکندریا (بارسکی و وایشک<sup>۲</sup>، ۱۹۹۰)، افراد دارای اضطراب بیماری نسبت به احساسات بدنی گوش بزرگ‌اند و آنها را نشانه‌های بیماری تفسیر می‌کنند.

1- Leonidou, Panayiotou

2- Barsky, Wyshak

این سوءگیری تفسیر به واکنش‌های هیجانی و فیزیولوژیکی منجر می‌شود که در ادامه، احساسات بدنی را افزایش می‌دهد. در نتیجه افزایش توجه به این احساسات، برانگیختگی بیشتر فیزیولوژیک صورت می‌گیرد (بارسکی و وایشک، ۱۹۹۰). هینن و همکاران (۲۰۱۶) با کاربرد تصاویر چهره نشان دادند که افراد دارای اضطراب بیماری، در مقایسه با افراد گروه کنترل، وضعیت سلامت دیگران را نیز بیشتر در معرض خطر تلقی می‌کنند. در این مطالعه، نگرانی بیشتر درباره وضعیت سلامت خود، با سطوح بالاتر بیمار انگاشتن چهره‌های ارائه شده در تکلیف کامپیوتری ارتباط داشت. در مطالعه‌ای دیگر، سطوح بالاتر اضطراب بیماری با ادراک بیشتر تهدیدات جسمانی همراه بود (اسمیتز، د جانگ و مایر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). از سوی دیگر، افراد دارای اضطراب بیماری فکر می‌کنند که در نظر گرفتن پیامدهای فاجعه‌آمیز می‌تواند آمادگی آنها برای شناسایی تهدید (مثلاً بیماری) و مقابله یا سازگاری با آن (مثلاً پیشگیری یا درمان بیماری) را افزایش دهد. بویژه آنکه این افراد اساساً خود را نسبت به ابتلا به بیماری‌های جدی آسیب‌پذیرتر و در مقابله با آنها ناتوان‌تر و ضعیف‌تر می‌دانند (مارکوس<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ سالکوسکیس و وارویک، ۱۹۹۸). این شناخت ناکارآمد در مطالعه حاضر مورد تایید قرار گرفت. گروه دارای اضطراب بیماری، در مقایسه با گروه کنترل، خودپنداره ضعف بالاتری را گزارش کردند. این افراد معتقد بودند وضعیت سلامتی‌شان نسبت به دیگران ضعیف‌تر است و فعالیت‌های جزئی همچون ورزش هم می‌تواند به افزایش ضعف‌شان بینجامد. از همین رو، حتی از فعالیت‌های بدنی هم اجتناب می‌کنند. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (برای مثال هاجیستا و رپولوس و همکاران، ۲۰۱۲) همسو بود. علاوه بر این، حساسیت به تغییرات بدنی طبیعی ناشی از تمرین‌های بدنی و تلاش برای آن اجتناب از آن می‌تواند با آستانه تحمل پایین این افراد برای تجربه هرگونه تغییر یا احساس بدنی نیز در ارتباط باشد. این ویژگی شناختی نیز در مطالعه حاضر مورد تایید قرار گرفت. افراد دارای اضطراب بیماری در مقایسه با گروه کنترل، تحمل‌پذیری کمتری را نسبت به احساسات بدنی گزارش دادند. تحمل‌ناپذیری علائم جسمانی در افراد دارای اضطراب بیماری می‌تواند ناشی از سازه عمومی‌تر شناختی یعنی عدم تحمل ابهام باشد که بر اساس آن، افراد در

1- Smeets, de Jong, Mayer

2- Marcus

مواجهه با محرک‌های ناشناخته دچار اضطراب می‌شوند. کسانی که سطح تحمل کمتری دارند معمولاً نسبت به ابهام و عدم قطعیت رویکرد منفی تری داشته و نمی‌توانند آن را تحمل کنند و لذا تلاش می‌کنند تا از شرایط ابهام آمیز خارج شوند (داگاس و همکاران، ۲۰۰۱). مطالعات صورت گرفته در زمینه رابطه اضطراب بیماری و تحمل‌ناپذیری تاییدکننده رابطه قابل توجه این دو متغیر است (آبراموویتز و برادوک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸؛ فرگوس و باردین، ۲۰۱۳). حساسیت به احساسات بدنی، همچنین، می‌تواند به افزایش توجه انتخابی به احساسات جسمانی و ادراک شدیدتر احساسات جسمی-حسی از جمله تنفس و ضربان قلب منجر شود (بارسکی، ۱۹۹۲). یافته پژوهش حاضر مبنی بر پردازش ارادی احساسات بدنی طبیعی در افراد دارای اضطراب بیماری، در مقایسه با گروه کنترل، از این نکته حمایت کرد. در حالیکه احساسات بدنی همچون ضربان قلب، نبض و تنفس کردن در افراد فاقد نگرانی درباره بیماری به صورت خودکار پردازش می‌شود، افراد دارای اضطراب بیماری گزارش کردند که صدای نبض و ضربان قلب خود را می‌شنوند و می‌توانند آن را احساس کنند. بنابراین، پردازش احساسات بدنی در فرد مبتلا به اضطراب بیماری به صورت هشیارانه صورت می‌گیرد و از این رو نیازمند تخصیص بخشی از ظرفیت پردازش شناختی است. این یافته، با نتایج به‌دست آمده در مطالعه ریف و همکاران (۱۹۹۸) بر روی افراد دارای هایپوکندریا هماهنگ بود. مطالعات صورت گرفته در زمینه رابطه اضطراب بیماری و آگاهی از احساسات بدنی نیز نشان‌دهنده رابطه مثبت آنها بود (گودوین، فیرکلایف و پوله<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳؛ ویتون<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه عدم تحمل تغییرات بدنی و پردازش ارادی احساسات بدنی، می‌تواند با نتایج به دست آمده در زمینه ارتباط اضطراب بیماری و حساسیت اضطرابی نیز همسو باشد. حساسیت اضطرابی به ترس از احساسات بدنی مرتبط با اضطراب همچون افزایش ضربان قلب و تنفس اشاره دارد (ریس و مک‌نالی<sup>۴</sup>، ۱۹۸۵) که می‌تواند ناشی از افزایش توجه به تغییرات بدنی و پردازش هشیارانه آنها باشد. هماهنگ با این نتیجه‌گیری، در یک مطالعه نشان داده شد که حساسیت اضطرابی جسمانی

1- Braddock

2- Goodwin, Fairclough, Poole

3- Wheaton

4- McNally



با برخی از علائم اضطراب بیماری از جمله گوش بزرگی نسبت به احساسات بدنی<sup>۱</sup> در ارتباط بود (اولاتونجی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). با این حال، برخی مطالعات ادعا کردند که شناسایی این احساسات در افراد دارای اضطراب بیماری با خطا همراه است. به عبارت دیگر، ادراک علائم بدنی لزوماً به معنی درستی این ادراک نیست (مارکوس و همکاران، ۲۰۰۷). استپتو و نول<sup>۳</sup> (۱۹۹۷) نشان دادند که اضطراب بیماری با نادرستی تشخیص تغییرات غدد تعرق همراه بود. در مطالعه‌ای دیگر، سطوح بالاتر اضطراب بیماری با ادراک نادرست ضربان قلب ارتباط داشت (کراتورست<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). آنها همچنین گزارش دادند که افراد دارای سطوح بالای اضطراب بیماری هدایت پوستی غیراختصاصی را بیشتر گزارش می‌کنند. علاوه بر این، اضطراب بیماری با آستانه تحمل پایین‌تر و هشدار نادرست در حس لامسه در ارتباط بود (کاتزر<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). بررسی افراد مبتلا به هایپوکندریا نیز نشان داد که این افراد، در مقایسه با گروه کنترل، نسبت به علائم بدنی حساس‌تراند اما در تشخیص دو سیگنال لمسی بهتر عمل نمی‌کنند (هینن و همکاران، ۱۹۹۷). ادراک نادرست احساسات بدنی به همراه تفسیر فاجعه‌آمیز این احساسات می‌تواند چرخه تداوم اضطراب بیماری را تشدید کند. در مجموع، یافته‌های به‌دست آمده پیشنهاد می‌کنند که ترکیبی از شناخت‌های متعدد مرتبط با جسم و بیماری می‌تواند در شکل‌گیری یا تداوم اضطراب بیماری دخیل باشند. این افکار با یکدیگر تعامل داشته و فعال شدن هر یک می‌تواند شروع یا تشدید فکر دیگر را متاثر کند. برای مثال توجه و پردازش ارادی ضربان قلب به‌نگام ورزش می‌تواند به ادراک تغییرات جزئی و طبیعی آن بینجامد. تحمل‌ناپذیری چنین تغییری در کنار تفسیر فاجعه‌آمیز آن به منزله قریب‌الوقوع بودن سکت قلبی می‌تواند اضطراب فرد را فعال کرده و یا افزایش دهد. با تداوم اضطراب، علائم جسمانی وابسته به آن همچون افزایش تپش قلب و کوتاهی تنفس نیز افزایش پیدا می‌کند و تفسیر فاجعه‌آمیز فرد مبنی بر احتمال وقوع حمله قلبی را قوت می‌بخشد.

---

1- body vigilance

2- Olatunji

3-Steptoe, Noll

4- Krautwurst

5- Katzer

علاوه بر این، مطالعه حاضر نقش راهبرد های تنظیم گری در آسیب‌شناسی اضطراب بیماری را برجسته ساخت. مطالعه حاضر نشان داد که کاربرد استراتژی ارزیابی مجدد شناختی در افراد دارای علائم اختلال اضطراب بیماری، در مقایسه با افراد گروه کنترل، به شکل معناداری کمتر بود. این مشکل در تنظیم هیجان می‌تواند افزایش اضطراب در این افراد را تبیین کند (لتونیدو و پاناییوتو، ۲۰۱۸). باردین و فرگوس (۲۰۱۴) بیان کردند که کاربرد کمتر ارزیابی مجدد با سطوح بالاتر نگرانی درباره سلامت و اشتغال ذهنی با احساسات بدنی همراه است. اختلال در ارزیابی مجدد تغییرات بدنی می‌تواند با تداوم شناخت‌های ناکارآمد مورد مطالعه یعنی تفسیر مجدد، تحمل ناپذیری علائم بدنی، خودپنداره ضعف و پردازش ارادی احساسات بدنی در ارتباط باشد. هماهنگ با این مسئله، مطالعات صورت گرفته نشان دادند که بین ارزیابی مجدد و افکار ناکارآمدی همچون تفسیر فاجعه‌آمیز تغییرات بدنی و ادراک ناتوانی در مقابله با بیماری‌ها (هینن و همکاران، ۲۰۰۰؛ وک و همکاران، ۲۰۱۲) رابطه مثبت وجود دارد. از چنین یافته‌هایی می‌توان اینگونه استنباط کرد که اختلال در ارزیابی مجدد به ناتوانی افراد در لحاظ کردن تفاسیر جایگزین متعدد و گزینش مطلوب‌ترین و مثبت‌ترین تفسیر منجر می‌شود. برای مثال، تفسیر سلامتی به عنوان وضعیت فاقد هرگونه احساس بدنی (بارسکی و همکاران، ۱۹۹۳) و ناتوانی در جایگزین کردن تفاسیر مثبت‌تری همچون "هر احساس بدنی به معنای بیماری نیست" می‌تواند به توجه و ادراک بیشتر احساسات و تغییرات بدنی جزئی یا طبیعی منجر می‌شود. این نشانه‌های جسمانی ضمن تخصیص توجه به-خود، مجدداً مورد تفسیر قرار می‌گیرند و ناتوانی در کنترل آنها ممکن است خودپنداره ضعف را تقویت کند. یافته تکمیلی به دست آمده در مطالعه حاضر مبنی بر همبستگی منفی بین ارزیابی مجدد و شناخت‌های ناکارآمد تفسیر فاجعه‌آمیز ( $^* -0/32$ )، تحمل ناپذیری احساسات بدنی ( $^{**} -0/46$ ) خودپنداره ضعف ( $^* -0/31$ ) و پردازش اتوماتیک احساسات بدنی ( $^{**} -0/34$ ) در نمونه ۵۸ نفری مورد مطالعه از این استنتاج حمایت کرد. دو گروه مورد مطالعه، تفاوت معناداری در استفاده از استراتژی فرونشانی نداشتند. ناهماهنگی یافته‌های پژوهشی در زمینه نقش فرونشانی در اضطراب بیماری بسیار زیاد است. درحالی‌که برخی مطالعات از ارتباط فرونشانی و اضطراب بیماری و مولفه‌های آن از جمله گوش‌بزدگی نسبت به تغییرات بدنی حمایت کردند (گورگن و

همکاران، ۲۰۱۴؛ فرگوس و والتینز، ۲۰۱۰)، این ارتباط در برخی مطالعات تأیید نشد (گرولیماتوس و ادلستین، ۲۰۱۲). به عبارت دیگر، برخی پژوهشگران معتقدند که فرونشانی و اجتناب رفتاری یکی از عوامل تداوم بخش اختلال اضطراب بیماری به شمار می‌رود زیرا اجتناب مانع ادراک و پردازش اطلاعات متناقض شده و افکار منفی را تقویت می‌کند (تانگ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). هماهنگ با این فرضیه، مطالعات نشان دادند که فرونشانی افکار و احساسات بدنی به افزایش طول درمان و ادراک منفی‌تر احساس درد انجامید (کیوفی و هولوی<sup>۲</sup>، ۱۹۸۲). این در حالی است که گروهی دیگر از مطالعات معتقدند که کارآمدی یا ناکارآمدی فرونشانی به موقعیت و انعطاف در استفاده از آن وابسته است (گرتز و رومر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴؛ باردین و فرگوس، ۲۰۱۴). هماهنگ با این نظریه، می‌توان نتایج مطالعه حاضر را اینگونه تبیین کرد که هر دو گروه دارای علائم اضطراب بیماری و کنترل از راهبرد فرونشانی استفاده می‌کنند، گرچه پیامد آن می‌تواند وابسته به موقعیت باشد.

مطالعه حاضر، دارای محدودیت‌هایی است که می‌بایست در تفسیر یافته‌های به دست آمده مورد توجه قرار گیرند. افراد حاضر در هر دو گروه مورد مطالعه را دانشجویان تشکیل می‌دادند. بنابراین، تعمیم یافته‌ها می‌بایست با احتیاط صورت گیرد. علاوه بر این، نمونه مورد مطالعه از طریق فراخونی افراد داوطلب و نه انتخاب نمونه بالینی مراجعه کننده به کلینیک‌های درمانی صورت گرفت. از این رو، سطوح اختلال عملکرد در نمونه مورد مطالعه ما ممکن است کمتر از افرادی باشد که به منظور دریافت خدمات روان‌درمانی یا روانپزشکی به کلینیک‌ها مراجعه می‌کنند. این مسئله به دلیل افزایش احتمال خطای نوع دوم می‌بایست به هنگام تفسیر یافته‌های پژوهش در نظر گرفته شود.

علی‌رغم این محدودیت‌ها، مطالعه حاضر از معدود پژوهش‌هایی است که شناخت‌های ناکارآمد و راهبرد های تنظیم هیجانی را در دو گروه دارای علائم اضطراب بیماری و کنترل مورد مطالعه قرار داده است. مطالعه حاضر نشان داد افراد دارای اضطراب بیماری شناخت‌های ناکارآمد مختلفی را فراتر از تفسیر فاجعه آمیز احساسات بدنی مبهم تجربه می‌کنند. علاوه بر

1- Tang

2- Cioffi, Holloway

3- Gratz, Roemer

سوءگیری تفسیر، این افراد آستانه پایین تری برای تجربه و تحمل تغییرات بدنی دارند که می‌تواند به گوش بزنگی نسبت تغییرات بدنی و تلاش افراطی برای کاهش آنها منجر شود. علاوه بر تغییرات بدنی، آنها احساسات بدنی طبیعی و خودکار همچون ضربان قلب و تنفس را به صورت هشیارانه‌تر پردازش می‌کنند. خودپنداره ضعف، شناخت ناکارآمد دیگری است که می‌تواند ترس از بیماری و گوش بزنگی برای تشخیص تغییرات بدنی و تفسیر آنها به منزله بیماری را تشدید کند. علاوه بر این، ناتوانی در کاربرد راهبردهای تنظیم‌گری هیجانی مطلوب همچون ارزیابی مجدد شناختی از دیگر مولفه‌هایی است که می‌تواند شکل‌گیری یا تداوم اختلال اضطراب بیماری را متاثر سازد. اختلال در ارزیابی مجدد، می‌تواند به گزینش تفسیرهای فاجعه‌آمیزتر درباره تغییرات بدنی جزئی یا احساسات بدنی طبیعی و یا ارزیابی منفی توانمندی‌های فرد برای مقابله با بیماری‌ها منجر شود. مطالعات بیشتر در این زمینه می‌تواند به آشکارسازی بیشتر تعامل شناخت‌های ناکارآمد و راهبردهای تنظیم هیجانی کمک کند.

## منابع

- قاسمپور، عبدالله؛ ایل بیگی، رضا؛ حسن‌زاده، شهناز (۱۳۹۱). خصوصیات روانسنجی پرسشنامه تنظیم هیجانی گروس و جاندر یک نمونه ایرانی. ششمین همایش بهداشت روانی دانشجویان. دانشگاه گیلان، ۷۲۲-۷۲۴.
- کریمی، جواد؛ همایونی نجف‌آبادی، عاطفه؛ همایونی نجف‌آبادی، فرشته (۱۳۹۳). ارزشیابی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه اضطراب سلامت. مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم، ۲۹۷-۳۰۵.
- Abramowitz, J.S., & Braddock, A. (2008). *Psychological treatment of health anxiety and hypochondriasis: A biopsychosocial approach*. Hogrefe publishing.
- Abramowitz, J.S., Brigidi, B.D., & Foa, E.B. (1999). Health concerns in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 13*(5), 529-539.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Bardeen, J.R., & Fergus, T.A. (2014). An examination of the incremental contribution of emotion regulation difficulties to health anxiety beyond specific emotion regulation strategies. *Journal of anxiety disorders, 28*(4), 394-401.
- Barsky, A.J. (1992). Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*.
- Barsky, A. J., & Wyshak, G. (1990). Hypochondriasis and somatosensory amplification. *The British Journal of Psychiatry, 157*(3), 404-409.
- Barsky, A.J., Brenner, J., Coeytaux, R.R., & Cleary, P.D. (1995). Accurate awareness of heartbeat in hypochondriacal and non-hypochondriacal patients. *Journal of Psychosomatic Research, 39*(4), 489-497.
- Barsky, A.J., Ettner, S.L., Horsky, J., & Bates, D.W. (2001). Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Medical care, 39*(7), 705-715.
- Campbell-Sills, L., Ellard, K., & Barlow, D. (2013). Emotion regulation in anxiety disorders. In J. Gross, *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.
- Cioffi, D., & Holloway, J. (1993). Delayed costs of suppressed pain. *Journal of personality and Social Psychology, 64*(2), 274.

- Deacon, B., & Abramowitz, J. S. (2008). Is hypochondriasis related to obsessive-compulsive disorder, panic disorder, or both? An empirical evaluation. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(2), 115.
- Diagnostic, A.P.A. (2000). *Statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR*. American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV.
- Dugas, M.J., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive therapy and Research*, 25(5), 551-558.
- Fergus, T. A., & Bardeen, J. R. (2013). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: Evidence of incremental specificity in relation to health anxiety. *Personality and Individual Differences*, 55(6), 640-644.
- Fergus, T.A., & Valentiner, D.P. (2010). Disease phobia and disease conviction are separate dimensions underlying hypochondriasis. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 41(4), 438-444.
- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R.S., & Spitzer, R.L. (2015). Structured clinical interview for DSM-5 disorders, clinician version (SCID-5-CV). *Arlington, VA: American Psychiatric Association*.
- Gautreau, C.M., Sherry, S.B., Sherry, D.L., Birnie, K.A., Mackinnon, S. P., & Stewart, S. H. (2015). Does catastrophizing of bodily sensations maintain health-related anxiety? A 14-day daily diary study with longitudinal follow-up. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 43(4), 502-512.
- Gerolimatos, L.A., & Edelstein, B.A. (2012). Predictors of health anxiety among older and young adults. *International psychogeriatrics*, 24(12), 1998-2008.
- Goodwin, L., Fairclough, S. H., & Poole, H.M. (2013). A cognitive-perceptual model of symptom perception in males and females: The roles of negative affect, selective attention, health anxiety and psychological job demands. *Journal of health psychology*, 18(6), 848-857.
- Görge, S.M., Hiller, W., & Witthöft, M. (2014). Health anxiety, cognitive coping, and emotion regulation: A latent variable approach. *International journal of behavioral medicine*, 21(2), 364-374.
- Gratz, K.L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271.

- Gross, J.J., & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348.
- Gross, J.J., & Levenson, R.W. (1993). Emotional suppression: physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of Personality and social Psychology*, 64(6), 970.
- Hadjistavropoulos, H.D., Janzen, J.A., Kehler, M.D., Leclerc, J.A., Sharpe, D., & Bourgault-Fagnou, M. D. (2012). Core cognitions related to health anxiety in self-reported medical and non-medical samples. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(2), 167-178.
- Haenen, M.A., de Jong, P.J., Schmidt, A.J., Stevens, S., & Visser, L. (2000). Hypochondriacs' estimation of negative outcomes: domain-specificity and responsiveness to reassuring and alarming information. *Behaviour Research and Therapy*, 38(8), 819-833.
- Haenen, M.A., Schmidt, A.J., Schoenmakers, M., & van den Hout, M.A. (1997). Tactual sensitivity in hypochondriasis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66(3), 128-132.
- Hedman, E., Lekander, M., Karshikoff, B., Ljótsson, B., Axelsson, E., & Axelsson, J. (2016). Health anxiety in a disease-avoidance framework: Investigation of anxiety, disgust and disease perception in response to sickness cues. *Journal of abnormal psychology*, 125(7), 868.
- Katzer, A., Oberfeld, D., Hiller, W., & Witthöft, M. (2011). Tactile perceptual processes and their relationship to medically unexplained symptoms and health anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, 71(5), 335-341.
- Koster, E.H., Rassin, E., Crombez, G., & Näring, G. W. (2003). The paradoxical effects of suppressing anxious thoughts during imminent threat. *Behaviour Research and Therapy*, 41(9), 1113-1120.
- Krautwurst, S., Gerlach, A.L., Gomme, L., Hiller, W., & Witthöft, M. (2014). Health anxiety—An indicator of higher interoceptive sensitivity?. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(2), 303-309.
- Kring, A.M., & Werner, K.H. (2004). Emotion regulation and psychopathology. *The regulation of emotion*, 359-385.
- Leonidou, C., & Panayiotou, G. (2018). How do illness-anxious individuals process health-threatening information? A systematic review of evidence for the cognitive-behavioral model. *Journal of Psychosomatic Research*.
- Marcus, D.K., Gurley, J.R., Marchi, M.M., & Bauer, C. (2007). Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: A systematic review. *Clinical psychology review*, 27(2), 127-139.

- Marcus, D.K., Hughes, K.T., & Arnau, R.C. (2008). Health anxiety, rumination, and negative affect: a mediational analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 64*(5), 495-501.
- Olatunji, B.O., Wolitzky-Taylor, K.B., Elwood, L., Connolly, K., Gonzales, B., & Armstrong, T. (2009). Anxiety sensitivity and health anxiety in a nonclinical sample: Specificity and prospective relations with clinical stress. *Cognitive Therapy and Research, 33*(4), 416-424.
- Rassin, E. (2005). *Thought suppression*. Elsevier.
- Reiss, S., & McNally, R.J. (1985). Expectancy model of fear. S. Reiss, RR Bootzin (Eds). *Theoretical issues in behavior therapy inside*.
- Rief, W., Hiller, W., & Margraf, J. (1998). Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of Abnormal Psychology, 107*(4), 587.
- Salkovskis, P.M., Rimes, K.A., Warwick, H.M.C., & Clark, D.M. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological medicine, 32*(5), 843-853.
- Smeets, G., de Jong, P.J., & Mayer, B. (2000). If you suffer from a headache, then you have a brain tumour: Domain-specific reasoning 'bias' and hypochondriasis. *Behaviour Research and therapy, 38*(8), 763-776.
- Starcevic, V. (2013). Hypochondriasis and health anxiety: conceptual challenges.
- Tang, N.K., Salkovskis, P.M., Poplavskaya, E., Wright, K.J., Hanna, M., & Hester, J. (2007). Increased use of safety-seeking behaviors in chronic back pain patients with high health anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 45*(12), 2821-2835.
- Warwick, H.M. (1989). A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis and health anxiety. *Journal of Psychosomatic Research, 33*(6), 705-711.
- Warwick, H.M., & Salkovskis, P.M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour research and therapy, 28*(2), 105-117.
- Weck, F., Neng, J.M., Richtberg, S., & Stangier, U. (2012). Dysfunctional beliefs about symptoms and illness in patients with hypochondriasis. *Psychosomatics, 53*(2), 148-154.
- Wheaton, M.G., Berman, N.C., Franklin, J.C., & Abramowitz, J.S. (2010). Health anxiety: latent structure and associations with anxiety-related psychological processes in a student sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 32*(4), 565-574.