مقاله پژوهشی

افکار خود بیمار پندارانه در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی ماژور

دکتر مسعود قربانعلی پور[*1]، دکتر اکبر سلیمان نژاد[2]، دکتر سحر مهرانفر[3]

تاریخ دریافت ۹۰/۰۱/۱۹ تاریخ پذیرش ۹۰/۰۳/۲۹

چکیده

پیش زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه میزان افکار خود بیمار پندارانه در اختلالات اضطرابی و افسردگی می‌باشد.

مواد و روش کار: جامعه آماری شامل کلیه بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی روانپزشکی شهرستان‌های ارومیه و خوی می‌باشد. بدین منظور روش نمونه‌گیری در دسترس، برای انتخاب ۱۲۶ بیمار مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی از میان کلیه مراجعه کنندگان به مراکز درمانی، به کار گرفته شد. مقیاس نگرش به بیماری، بر روی کلیه آزمودنی‌ها اجرا شد و جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاکی از آن بود که در حالی‌که بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر، وسواس و افسردگی، افکار خود بیمارپندارانه را تجربه می‌کنند اما این افکار در این اختلالات به طور چشمگیری کم‌تر از آن چیزی است که در اختلال وحشت‌زدگی وجود دارد.

نتیجه گیری: یافته‌های این پژوهش می‌توانند در مفهوم سازی و درمان وحشت‌زدگی و سایر اختلالات اضطرابی مورد نظر قرار بگیرند.

کلید واژه‌ها: خودبیمارپنداری،اضطراب، افسردگی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و دوم، شماره سوم، ص ۲۲۹-۲۲۳، مرداد وشهریور ۱۳۹۰

آدرس مکاتبه: خوی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوی تلفن: ۰۹۱۴۱۶۳۳۷۸۷

Email: masood_a28493@yahoo.com.au

مقدمه

اضطراب سلامتی[5] در افراد مبتلا به بیماری‌های جسمی و اختلالات روانی شیوع بالایی دارد. افراد مبتلا به اضطراب سلامتی نگرانی شدیدی را در خصوص احتمال وجود یک بیماری خطرناک یا تهدید کننده زندگی، تجربه می‌کنند. در برخی موارد این اضطراب در غیاب هر نوع علایم جسمانی نمایان شده و در موارد دیگر از تعبیر اشتباه آمیز علایم جسمانی ناشی می‌شود. طبق ملاک‌های انجمن روانپزشکی آمریکا[6] در صورتی که اضطراب سلامتی و تعبیر اشتباه آمیز علایم بدنی طی شش ماه تداوم داشته و زمینه ساز پی آمدی منفی در کار کرد روانی و اجتماعی فرد باشد، تشخیص خود بیمار پنداری[7] مطرح می‌شود (۱). این اختلال بر اساس ترس معنی دار از ابتلاء به یک بیماری خطرناک یا فکر ابتلای به آن بر اساس تعبیر اشتباه آمیز علایم بدنی مشخص می‌شود. اشتغال ذهنی با موضوع بیماری حتی با اطمینان آفرینی‌ها و ارزشیابی‌های دقیق پزشکی همچنان پابرجا باقی می‌ماند (۲).

علی‌رغم این‌که خودبیمارپنداری به عنوان اختلالی مجزا در نظر گرفته شده اما بین این اختلال و برخی اختلالات، مرزهای نزدیکی وجود دارد. به عنوان مثال خودبیمارپنداری تنها اختلالی نیست که با غلبه علایم خود بیمارپندارانه مشخص می‌شود.

---

[1] استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوی (نویسنده مسئول)

[2] استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور تهران

[3] پزشک عمومی

اختلال افسردگی ماژور و حداقل سه اختلال اضطرابی[1] همانندی بالایی با اختلال خودبیمارپنداری در زمینه اضطراب سلامتی دارند که این اختلالات عبارتند از: اختلال وحشت‌زدگی[2]، اختلال اضطراب فراگیر[3] و اختلال وسواس - بی‌اختیاری[4]. در واقع دو علامت مرکزی خودبیمارپنداری یعنی ترس از بیماری و اعتقاد به بیماری زمینه ساز این همبودی[8] می‌باشند. ترس از بیماری، زمینه ساز همبودی میان اختلالات اضطرابی و خودبیمارپنداری است و اعتقاد به بیماری زمینه ساز همبودی میان افسردگی و خودبیمارپنداری است (۳).

افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی معمولاً علایم جسمانی شدیدی (تپش و افزایش ضربان قلب، تنگی نفس، درد قفسه سینه، حالت تهوع و از حال رفتن) را در طول حمله وحشت‌زدگی تجربه می‌کنند. این بیماران، علایم خود را به بیماری‌های جسمانی مانند بیماری قلبی یا ریوی منسوب می‌کنند و به امید کشف علل جسمانی بیماری خود در پی آزمایش‌های پزشکی و مشاوره با متخصصان هستند. با توجه به آنچه گفته شد، شباهت زیادی بین واکنش‌های رفتاری، شناختی و هیجانی بیماران مبتلا به وحشت‌زدگی با واکنش‌های افراد مبتلا به خود بیمار پنداری وجود دارد (۴).

تلاش‌هایی نیز برای تبیین رابطه میان خودبیمارپنداری و وحشت‌زدگی صورت پذیرفته است. برای مثال بندتی و همکاران (۵) دریافتند که علایم خودبیمارپندارانه یا هراس از بیماری در نسبتی از بیماران مبتلا به وحشت‌زدگی و گذر هراسی[9] قبل از وقوع اولین حمله وجود داشته است. پروگی و همکاران (۶) در همین راستا معتقدند که نتایج بدست آمده ممکن است بیانگر نقش مستعد کننده علایم خودبیمارپندارانه برای بروز اختلال وحشت‌زدگی باشد.

پژوهش‌ها و مشاهدات بالینی نیز رابطه نزدیکی بین خود بیمارپنداری و اختلال وحشت‌زدگی را نشان داده‌اند. استارسویک (۷) دریافت فراوانی افکار خودبیمارپندارانه در بیماران مبتلا به وحشت‌زدگی و خودبیمارپنداری تشابه بسیار بالایی دارد. فرر و همکاران (۸) در پژوهشی دیگر دریافتند که تقریباً نیمی از افراد مبتلا به وحشت‌زدگی ملاک‌های خودبیمارپنداری را نیز دارند. آن‌ها همچنین دریافتند که افراد مبتلا به وحشت‌زدگی در مقایسه با افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی[5] افکار خودبیمارپندارانه بیشتری دارند. بارسکی و همکاران (۹) نیز در پژوهشی بر روی جمعیت غیربالینی نشان دادند که شواهد اندکی مبنی بر استقلال میان این دو اختلال وجود دارد. آبراموویتز و مور (۱۰) نیز در پژوهشی دریافتند که میزان افکار خودبیمارپندارانه در افراد مبتلا به خودبیمارپنداری و وحشت‌زدگی در مقایسه با سایر اختلالات اضطرابی شیوع و تشابه بیشتری دارد.

افکار خودبیمارپندارانه بخشی از الگوی گسترده نگرانی در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر می‌باشند. گروه کاری[6] انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۱) نیز در پژوهشی دریافت که خودبیمارپنداری در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر شایع است. استارسویک و همکاران (۱۲) نیز در پژوهشی دریافتند که ۱۸ درصد افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر واجد علایم خودبیمارپنداری می‌باشند. با این حال مرزهای میان این دو اختلال در چهارمین ویرایش تشخیصی آماری بیماری‌های روانی به خوبی مورد توجه قرار گرفته است (۲). در همین راستا استارسویک و همکاران (۱۲) معتقدند که نگرانی در خصوص بیماری علامت چندان مهمی در اختلال اضطراب فراگیر تلقی نمی‌شود. وی برای این ادعای خود سه دلیل ارائه می‌کند: ۱- افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر علایم بدنی محدودتری دارند ۲- هراس از مرگ[7] کم‌تری را تجربه می‌کنند ۳- میزان حساسیت اضطرابی کم‌تری دارند. همچنین آن‌ها دریافتند که نگرانی در خصوص بیماری در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر کیفیت مخرب کم‌تری نسبت به هراس‌های خودبیمارپندارانه دارد.

افراد مبتلا به اختلال وسواس - بی‌اختیاری نیز نگرانی‌هایی را در خصوص سلامتی و وسواس‌هایی را در خصوص هراس از بیماری یا جراحت تجربه می‌کنند (۱۳). شباهت‌های زیادی نیز بین رفتارهای خودبیمارپندارانه و آیین‌های وسواسی وجود دارد. رفتارهای خودبیمارپندارانه که شامل بازبینی بدنی، بررسی خود، جستجوی اطمینان و جستجوی مراقبت‌های پزشکی می‌باشد، همانند وسواس‌ها، وسیع، دارای کیفیتی مقاومت ناپذیر و به قصد رهایی از اضطراب صورت می‌پذیرند (۱۴). با این حال انجمن روانپزشکی آمریکا مرزهای میان این دو اختلال را نیز به خوبی مشخص کرده است. اختلال وسواس - بی‌اختیاری با اشتغال ذهنی نسبت به یک بیماری مشخص نمی‌شود و در صورتی که وسواس‌ها منحصر به اشتغال ذهنی با یک بیماری خطرناک باشد، تشخیص اختلال وسواس - بی‌اختیاری گذاشته نمی‌شود. در همین راستا راسماسن و ایسن (۱۵) معتقدند که بیماران مبتلا به وسواس – بی‌اختیاری از بیماران مبتلا به خودبیمارپنداری قابل تمیز نیستند

[1] anxiety disorder
[2] panic disorder
[3] generalized anxiety disorder
[4] obsessive compulsive disorder
[8] comorbidity
[9] agoraphobia
[5] social anxiety
[6] Task force
[7] fear of death

مگر از طریق داشتن وسواس‌ها و اجبارهایی به غیر از وسواس‌های جسمانی. علی‌رغم تمام این تمایزات در پژوهشی که توسط ساورون و همکاران (۱۶) صورت پذیرفت مشخص شد که ۱۰درصد افراد مبتلا به وسواس – بی‌اختیاری دارای ملاک‌های خودبیمارپنداری نیز می‌باشند. داکون و آبرامو‌ویتز (۱۷) نیز در پژوهشی نشان دادند که افراد مبتلا به وسواس - بی‌اختیاری و وحشت‌زدگی دارای افکار خودبیمارپندارانه می‌باشند ولی این افکار در افراد مبتلا به وحشت‌زدگی در مقایسه با افراد مبتلا به وسواس - بی‌اختیاری دارای شیوع بیشتری می‌باشد.

افکار خود بیمار پندارانه در ۱۸ تا ۶۵ درصد بیماران بستری مبتلا به افسردگی ماژور[1] نیز مشاهده شده است (۱۸). این افکار مخصوصاً در میان بیماران افسرده سالخورده (۶۰ تا ۶۴ درصد) مشاهده می‌شود (۱۹). زمینه‌یابی‌هایی نیز که در مورد بیماران افسرده صورت پذیرفته حاکی از وقوع همزمان علایم خودبیمارپندارانه با افسردگی ماژور بوده است (۲۰). در پژوهشی دی‌مپلوس و همکاران(۲۱) نگرانی‌های خودبیمارپندارانه برجسته‌ای را در میان بیماران سرپایی مبتلا به افسردگی دریافتند، ولی تنها ۲ درصد از آن‌ها واجد ملاک‌های اختلال خودبیمارپنداری بودند. نویز و همکاران (۲۲) نیز در پژوهشی افکار خودبیمارپندارانه را در افراد مبتلا به وحشت‌زدگی و افسردگی ماژور مورد مقایسه قرار دادند. آن‌ها دریافتند که بیماران مبتلا به وحشت‌زدگی قبل از درمان، افکار خود بیمارپندارانه بیشتری در مقایسه با افراد مبتلا به افسردگی دارند. همچنین مشخص شد که پس از درمان، افکارخودبیمارپندارانه افراد مبتلا به وحشت‌زدگی کاهش یافته ولی این افکار در افراد مبتلا به افسردگی کاهش زیادی نشان نمی‌دهد. دو گروه پس از درمان تفاوت معنی‌داری در میزان افکار خودبیمارپندارانه نشان ندادند.

ماهیت رابطه بین خودبیمارپنداری و افسردگی ماژور در برخی پژوهش‌ها مورد بررسی قرار گرفته است. کلنر و همکاران(۲۳) در پژوهشی دریافتند که نگرانی‌های خودبیمارپندارانه در طی دوره افسردگی ماژور افزایش یافته و با درمان موفقیت آمیز از بین می‌روند. دی مپلوس و همکاران (۲۱) نیز در پژوهشی دریافتند که برخی نگرانی‌های خودبیمارپندارانه حتی پس از درمان افسردگی نیز باقی می‌مانند.

علی‌رغم پژوهش‌های انجام شده در این خصوص، نیاز به انجام پژوهش‌های دیگر با توجه به این‌که هیچ پژوهشی تاکنون سطوح خودبیمارپنداری را در میان انواع اختلالات روانی مورد بررسی و مقایسه قرار نداده است، ضروری است. همچنین لازم به ذکر است که شناخت افکار خودبیمارپندارانه در میان انواع بیماری‌های روانی از یک طرف زمینه را برای بازشناسی و تشخیص روابط میان آن‌ها و از طرف دیگر زمینه ساز طرح‌های درمانی موثرتر برای این اختلالات می‌گردد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش به صورت مقطعی انجام شده و یک مطالعه توصیفی است. انتخاب آزمودنی‌ها با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس صورت پذیرفت. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: وجود سابقه اختلال نورولوژیک یا ضربه به سر، مشکل طبی جدی، مصرف الکل و مواد. نمونه بیماران از میان بیماران سرپایی مراجعه کننده به مراکز درمانی روانپزشکی شهرستان‌های ارومیه و خوی انتخاب شدند. بیمار ابتدا توسط روانپزشک به وسیله SCID[2] ویژه اختلالات محور یک، ارزیابی می‌شد و در صورت تایید اختلالات اضطرابی (وحشت‌زدگی، اضطراب تعمیم یافته و وسواس – بی‌اختیاری) و افسردگی مهاد یا تایید سلامت روانی (گروه شواهد)، آزمون بالینی مورد نظر روی آن‌ها اجرا می‌شد. گروه شاهد نیز از میان همراهان بیماران مراجعه کننده انتخاب شد. آزمودنی‌ها شامل ۱۴۶ نفر (۳۱ نفر مبتلا به وسواس – بی‌اختیاری، ۲۶ فرد مبتلا به وحشت‌زدگی، ۲۴ فرد مبتلا به اضطراب فراگیر، ۳۰ فرد مبتلا به افسردگی ماژور و ۳۵ فرد سالم) بودند که پس از اتمام نمونه گیری، پرسش‌نامه‌هایشان بررسی شد و پس از اعمال معیارهای خروج از مطالعه چهار نفر از گروه وسواسی سه نفر از گروه وحشت‌زدگی، چهار نفر از گروه اضطراب فراگیر پنج نفر از گروه افسردگی و چهار نفر از گروه سالم حذف گردیدند. بنابراین نمونه پژوهش شامل ۱۲۶ نفر بود.

ابزار پژوهش:

مقیاس نگرش به بیماری (IAS) [3]

این پرسش‌نامه در سال ۱۹۸۶ توسط کلنر ساخته شد که شامل ۲۷ گویه به منظور اندازه گیری خودبیمارپنداری می‌باشد. پرسش‌ها در طیف لیکرت از صفر (هرگز) تا چهار (اغلب اوقات) نمره گذاری می‌شوند. اگر چه کلنر معتقد است که این پرسش‌نامه دارای ۹ زیر مقیاس، 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- تاثیر علایم، می‌باشد اما فرگوس و والنتینر (۲۴) با تحلیل عوامل بر روی این مقیاس نشان دادند که این

[1] major depression

[2] Structured Clinical Interview for Diagnosi(SCID)

[3] The Illness Attitude Scale

مقیاس دارای پنج بعد، ترس از بیماری و درد، تاثیر علایم، تجربه درمان، اعتقاد به بیماری و آیین‌های سلامتی می‌باشد. کلنر (۲۵) ثبات درونی این پرسش‌نامه را با آلفای کرونباخ ۹۰ درصد گزارش کرده است. این پرسش‌نامه ابتدا به فارسی ترجمه و سپس توسط دو نفر که مدرک دکتری زبان انگلیسی داشتند به انگلیسی برگردانده شد و نواقص ترجمه اصلاح شد. ضریب اعتبار مقیاس نگرش به بیماری برای پژوهش حاضر از طریق بازآزمایی r=۰/۷۷ و هماهنگی درونی گویه‌های مقیاس ازطریق آلفای کرونباخ α=۰/۸۹ به دست آمد.

یافته‌ها

در این قسمت به تحلیل و آزمون داده‌های پژوهش پرداخته شده است. ابتدا آماره‌های توصیفی مربوط به متغیر وابسته قبل از کنترل آماری متغیر مداخله‌گر ارائه شده و نتایج آزمون لوین مبنی بر تساوی واریانس‌ها در مورد متغیر وابسته آمده است و آنگاه نتایج تحلیل کوواریانس در مورد متغیر وابسته ارائه گردیده است. در این تحلیل‌ها سن به عنوان متغیر کنترل در نظر گرفته شده است. سپس آماره‌های توصیفی مربوط به متغیر وابسته پس از کنترل آماری متغیر مداخله‌گر و در نهایت آزمون تعقیبی برای مقایسه جفتی گروه‌ها ارائه شده است.

در این پژوهش ۱۲۶ نفر، شامل ۲۷ نفر مبتلا به اختلال وسواس - بی‌اختیاری، ۲۳ نفر مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی، ۲۰ نفر مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته، ۲۵ نفر مبتلا به اختلال افسردگی مهاد و ۳۱ نفر فرد سالم مورد بررسی قرار گرفتند که میانگین و انحراف معیار آن‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول شماره (۱): شاخص‌های توصیفی افکار خودبیمارپندارانه در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی

اختلال	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
وسواس	۲۷	۲۳/۹۰	۲/۹۶
وحشت‌زدگی	۲۳	۴۰/۵۶	۳/۵۶
اضطراب فراگیر	۲۰	۲۵/۲۵	۴/۲۱
افسردگی	۲۵	۲۳/۶۰	۳/۰۸
گروه سالم	۳۱	۱۱/۵۴	۳/۲۰

همان‌طور که در جدول شماره یک مشاهده می‌شود گروه‌های وحشت‌زدگی، اضطراب تعمیم یافته، وسواس – بی‌اختیاری و افسردگی به ترتیب دارای بالاترین میزان خودبیمارپنداری می‌باشند.

پیش فرض لوین مبنی بر تساوی واریانس‌های گروه‌ها در جامعه تایید گردید (p > ۰/۲۲). تایید پیش فرض تساوی واریانس‌ها در جامعه بدین معنی است که واریانس یا پراکندگی نمرات خودبیمارپنداری در جامعه مساوی است.

نتایج تحلیل کوواریانس نمرات خودبیمارپنداری در جدول (۲) ارائه شده است. در این تحلیل سن کنترل گردید یعنی اثر آن از روی نمرات خودبیمارپنداری برداشته شد و سپس گروه‌ها با توجه به نمرات باقی مانده مقایسه شدند.

جدول شماره (۲): نتایج تحلیل کوواریانس نمرات افکار خود بیمارپندارانه در بین گروه‌ها پس از کنترل متغیر مداخله گر

متغیر	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	P	مجذور اتا	توان
سن	۱	۱۷/۲۲	۵/۱۶۲	۰/۰۲	۰/۰۴۵	۰/۶۱
گروه	۴	۲۷۸۷/۴۲	۱۲۷۸/۳۸	۰/۰۰۰	۰/۹۷	۱
خطا	۱۲۰	۲/۱۸				

همان‌گونه که نتایج در جدول (۲) نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین نمرات باقی مانده افکار خودبیمارپندارانه پس از کنترل متغیر مداخله‌گر در بین گروه‌ها معنی‌دار است (p<۰/۰۰۰). میزان تفاوت بین گروه‌ها ۰/۹۷ است، یعنی ۹۷ درصد از واریانس نمرات کل باقی مانده مربوط به عضویت گروهی است. توان آماری برابر یک بوده است یعنی میزان دقت این تحلیل در کشف تفاوت‌های معنی‌دار ۱۰۰ درصد است. میانگین و خطای استاندارد نمرات کل باقیمانده در دو گروه‌ها پس از کنترل متغیر مداخله گر در جدول (۳) آمده است.

جدول شماره (۳): میانگین و خطای استاندارد نمرات باقی‌مانده در افکار خودبیمارپندارانه پس از کنترل متغیر مداخله‌گر

گروه‌ها	میانگین	خطای استاندار
وسواس	۲۳/۸۸	۰/۲۳۰
وحشت‌زدگی	۴۰/۶۱	۰/۳۰۹
اضطراب فراگیر	۳۵/۲۴	۰/۲۸۴
افسردگی	۲۳/۶۰	۰/۲۹۵
گروه سالم	۱۱/۶۳	۰/۲۶۵

مقایسه دو به دو گروه‌ها در میزان افکار خودبیمارپندارانه که با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرنی صورت گرفته در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

جدول شماره (۴): مقایسه چند گانه اختلالات اضطرابی و افسردگی در افکار خود بیمارپندارنه

منبع		تفاوت میانگین‌ها	معنی‌داری
اضطراب تعمیم یافته	وحشت‌زدگی	-۱۵/۳۷	۰/۰۰۰
	وسواس	۱/۳۵	۰/۰۰۲
	افسردگی	۱/۶۴	۰/۰۰۰
	گروه سالم	۱۳/۷۰	۰/۰۰۰
وحشت‌زدگی	وسواس	۱۶/۷۲	۰/۰۰۰
	افسردگی	۱۷/۰۱	۰/۰۰۰
	گروه سالم	۲۹/۰۷	۰/۰۰۰
وسواس	افسردگی	۰/۲۸	۰/۵۲۲
	گروه سالم	۱۲/۳۵	۰/۰۰۰
افسردگی	گروه سالم	۱۲/۶۰	۰/۰۰۰

همانطور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود به غیر از دو گروه وسواس – بی‌اختیاری و افسردگی مهاد تفاوت کلیه گروه‌ها با یکدیگر در میزان خودبیمارپنداری معنی‌دار می‌باشد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام این پژوهش مقایسه میزان خودبیمارپنداری در اختلالات اضطرابی و افسردگی بود. در این راستا مشخص شد که افراد مبتلا به وحشت‌زدگی، اضطراب فراگیر، وسواس - بی‌اختیاری و افسردگی ماژور به ترتیب دارای بالاترین میزان خودبیمارپنداری می‌باشند. همچنین مشخص شد که بین افراد مبتلا به وحشت‌زدگی با افراد مبتلا به وسواس - بی‌اختیاری، اضطراب فراگیر، افسردگی ماژور و گروه سالم در میزان خودبیمارپنداری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این یافته با نتیجه پژوهش فرر و همکاران (۸) که در تحقیق خود دریافته بودند تقریباً نیمی از افراد مبتلا به وحشت‌زدگی دارای ملاک‌های خودبیمارپنداری بوده و در مقایسه با افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی افکار خودبیمارپندارانه بیشتری دارند، همسو می‌باشد. نتایج این پژوهش با نتیجه پژوهش داکون و آبراموویتز(۱۷) که دریافتند افراد مبتلا به وحشت‌زدگی در مقایسه با افراد مبتلا به وسواس بی‌اختیاری، دارای افکار خودبیمارپندارانه بیشتری می‌باشند، نیز همسو و هماهنگ است. همچنین نتایج این پژوهش با نتیجه پژوهش نویز و همکاران (۲۲) که دریافتند افراد مبتلا به وحشت‌زدگی در مقایسه با افراد مبتلا به افسردگی دارای افکار خودبیمارانه بیشتری می‌باشند نیز هماهنگ است. در تبیین این یافته پژوهش می‌توان چندین استدلال ارائه کرد: اول این‌که تجربه علایم شدید جسمانی در طی حمله وحشت‌زدگی، زمینه ساز تفاوت معنی‌دار افراد مبتلا به وحشت‌زدگی و سایر اختلالات می‌باشد. زیرا سایر اختلالات مورد نظر علایم جسمانی را به شدت افراد مبتلا به وحشت‌زدگی تجربه نمی‌کنند ولی تجربه این علایم توسط افراد مبتلا به وحشت‌زدگی سبب اشتغال ذهنی به علایم جسمانی، در مقایسه با سایر اختلالات می‌گردد. دوم این‌که تشابه خودبیمارپنداری و وحشت‌زدگی در ترس افراطی از بیماری بدنی، اعتقاد به ابتلاء به

بیماری فیزیکی خطرناک، تحریف‌های شناختی در خصوص سلامتی و گوش به زنگی افراطی به تغییرات فیزیولوژیایی، زمینه ساز شیوع بیشتر افکارخودبیمارپندارانه در افراد مبتلا به وحشت‌زدگی می‌باشد. در نهایت این‌که افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی در مقایسه با سایر اختلالات مورد نظر، هراس از مرگ گسترده‌تری را به دلیل تجربه علایم جسمانی نشان می‌دهند که این هراس زمینه ساز توجه افراطی بر علایم بدنی می‌گردد.

دست آورد دیگر این پژوهش تفاوت معنی‌دار گروه اضطراب فراگیر با دو گروه وسواس - بی‌اختیاری و افسردگی ماژور در میزان افکار خودبیمارپندارانه می‌باشد. این یافته پژوهش نیز با نتایج پژوهش استارسویک و همکاران (۱۲)که در پژوهشی دریافتند ۱۸ درصد افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر واجد علایم خودبیمارپنداری می‌باشند و پژوهش ساورون و همکاران (۱۶) که دریافتند تنها ۱۰ درصد افراد مبتلا به وسواس – بی‌اختیاری دارای ملاک‌های خودبیمارپنداری می‌باشند، همسو و هماهنگ است.

از دیگر یافته‌های این پژوهش عدم تفاوت معنی‌دار افراد مبتلا به وسواس – بی‌اختیاری و افسردگی ماژور در میزان افکار خودبیمارپندارانه می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها باید متذکر شد که در ادبیات پژوهش نیز میزان افکار خودبیمارپندارانه میان این دو اختلال به نسبت سایر اختلالات کم‌تر گزارش شده و همچنین احتمالاً، همبودی بالای میان این دو اختلال زمینه ساز عدم تفاوت معنی‌دار آن‌ها در میزان افکار خود بیمارپندارانه گردیده است.

در نهایت نتایج حاکی از آن بود که وحشت‌زدگی در مقایسه با افسردگی و سایر اختلالات اضطرابی با سطوح بالاتری از افکار خودبیمارپندارانه همراه می‌باشد. این یافته، رابطه منحصر به فرد وحشت‌زدگی و خودبیمارپنداری را که در ادبیات پژوهش نیز به آن اشاره شد، مورد تایید قرار می‌دهد. در همین راستا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی در راه شناسایی زیرگونه‌های خودبیمارپنداری که زمینه ساز وجود مرزهای مشترک میان این اختلال و اختلالات اضطراب و افسردگی می‌گردد، گام بردارند. همچنین پیشنهاد می‌گردد که پژوهش‌های آتی بر نوع رابطه بین دو اختلال وحشت‌زدگی و خود بیمارپنداری و همچنین تفاوت‌های میان آن‌ها در سطوح و نوع افکار خودبیمارپندارانه تمرکز داشته باشند.

در پایان لازم به ذکر است که این پژوهش از چند محدودیت برخوردار است. اولین محدودیت این پژوهش عدم دسترسی به افراد مبتلا به هراس خاص از بیماری و همچنین افراد مبتلا به اختلال جسمانی کردن، اختلال درد و اختلال جسمانی شکل نامتمایز، در جهت مقایسه با سایر اختلالات در میزان افکارخودبیمارپندارنه می‌باشد. دومین محدودیت این پژوهش طولی نبودن طرح پژوهشی و در نتیجه عدم دسترسی به اطلاعاتی درخصوص نقش افکار خودبیمارپندارانه در افسردگی و اختلالات اضطرابی است و سومین محدودیت این پژوهش استفاده از پرسش‌نامه خودگزارش‌دهی است که این مساله قدرت تعمیم پذیری نتایج را با محدودیت روبرو می‌سازد. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی در جهت رفع محدودیت‌های این پژوهش گام بردارند.

References:

1. Furer P, Walker JR, Stein MB. Treating health anxiety and fear of death: a practitioner guide. New York: Springer Publishing; 2007.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th Ed. Washington: The Institute; 2000.
3. Marcus DK, Gurley JR, Marchi MM, Bauer C. Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: a systematic review. Clin Psychol Rev 2007;27:127-39.
4. Abramowitz JS, Olatunji BO, Deacon BJ. Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. Behav Ther 2007; 38: 86-94.
5. Hiller W, Fichter MM, Rief W. A controlled treatment study of somatoform disorders including analysis of health care utilization and cost-effectiveness. Psychosom Res 2003; 54: 369-80.
6. Perugi G, Toni C, Benedetti A, Simonetti B, Simoncini M, Torti C, et al. Delineating a putative phobic-anxious temperament in 126 panic-agoraphobic patients: toward a rapprochement of European and US views. J Affect Disord 1998; 47: 11-23.
7. Starcevic V. Pathological fear of death, panic attacks, and hypochondrias is. Psychoanalysis 1989; 49: 347-61.

8. Furer P, Walker JR, Chartier MJ, Stein MB. Hypochondrial concerns and somatization in panic disorder. Depress Anxiety 1997; 6: 78-85.
9. Barsky AJ, Barnett MC, Cleary PD. Hypochondrias is and panic disorder: Boundary and overlap. Arch Gen Psychiat 1994; 51: 18-925.
10. Abramowitz JS, Moore EL. An experimental analysis of hypochondriasis. Behav Res Ther 2007; 45: 413-24.
11. American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV: work in progress. Washington, DC: The Institute; 1991.
12. Starcevic V, Kellner R, Uhlenhuth EH, Pathak D. Panic disorder and hypochondria cal fears and beliefs. Affec Disorders 1994; 24: 73-85.
13. Mc Kay D, Abramowitz JS, Calamari JE, Kyrios M, Sookman D, Taylor S. A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: Symptoms versus mechanisms. Clin Psychol Rev 2004; 24: 283-313.
14. Barsky AJ. Hypochondrias is and obsessive-compulsive disorder. Psychiatr Clin N Am 1992; 15: 791-801.
15. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder. Psychiatr Clin N Am 1992; 15: 743-58.
16. Savro, G, Fava GA, Grandi S, Rafanelli C, Raffi AR, Belluardo P. Hypochondria cal fears and belifes in obsessive compulsive disorder. Acta Psychiatr Scand 1996; 55: 345-8.
17. Deacon B, Abramowitz JS. Is hypochondriasis related to obsessivecompulsive disorder, panic disorder, or both? an empirical evaluation. Cogn Psychoth 2008; 22: 115-27.
18. El-Islam MF, Malasi TA, Suleiman MA, Mirza I. The correlates of hypochondrias in depressed patients. Int J Psychiat Med 1988; 18: 253-61.
19. Kramer-Ginsberg E, Greenwald BS, Aisen PS, Brod-Miller C. Hypochondrias is the elderly depressed. American Geriatric Society 1989; 37: 507-10.
20. Otto MN, Demopulos CM, Mc Lean NE, Pollack MH, Fava M. Additional findings on the association between anxiety sensitivity and hypochondria cal concerns: examination of patients with major depression. J Anxiety Disord 1998; 12: 225-32.
21. Demopulos C, Fava M, Mc Lean NE, Alpert JE, Nierenberg AA, Rosenbaum JF. Hypochondria cal concerns in depressed outpatients. Psychosomat Med 1996; 58, 314-20.
22. Noyes JR, Woodman CL, Bodkin JA, Yagla SJ. Hypochondriacal concerns in panic disorder and major depressive disorder: a comparison. Psychiat Med 2004; 34: 143-54.
23. Kellner R, Fava FA, Lisansky J, Perini FI, Zielezny M. Hypochondria cal fears and beliefs in DSM-IV melancholia: changes with amytriptyline. Affect Disord 1986; 10: 21-6.
24. Fergus TA, Valentiner DP. Reexamining the domain of hypochondriasis: Comparing the Illness attitudes scale to other approaches. Anxiety Disord 2009; 23: 760-6.
25. Kellner R, Abbott P, Winslow WW, Pathak D. Fears, beliefs, and attitudes in DSM-III hypochondrias is. J Nerv Ment Dis 1987; 175: 20-5.