Review

Health anxiety: A narrative review of psychological interventions

Masoumeh Modanloo [1], Rahim Bagherzadeh Ledari [2*]

1. Assistant Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
2. M.A in clinical psychology, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran.
*.Corresponding Author: E-mail: rbagherzadehledari@gmail.com.

(Received 28 September 2023; Accepted 6 December 2023)

Abstract

Health anxiety is a common condition that can lead to high levels of psychological distress and impaired functioning and, if not properly treated, a worse prognosis. Therefore, providing an organized view of the work done and examining the effectiveness of psychological treatments in this field it can help specialists in choosing the most effective and efficient treatment from the perspective of the conducted research, accelerating the recovery of patients and reducing health costs. Therefore, the present research was conducted with the aim of reviewing the cognitive and metacognitive theories of health anxiety and the treatments resulting from them. The current narrative review in 2023, considering Persian and English keywords, was searched for articles in the time range of 1990 to now, in several famous databases (PubMed, Science direct, Scopus, Google Scholar and SID). By applying the inclusion and exclusion criteria, 38 articles were finally examined. The findings showed that in explaining the pathology of this disorder, there are important cognitive and metacognitive mechanisms and beliefs, each of which can play a role. Following that, studies showed a significant effect size in the relationship between cognitive and metacognitive therapies with health anxiety. The results of this article showed that each of the generalized or specific cognitive beliefs (such as anxiety sensitivity and Salkoskis and Varik's beliefs) and metacognitive beliefs accounted for unique variance in health anxiety scores. As a result, none of the content-based beliefs or metacognitive beliefs could explain the experience of health anxiety alone. Also, although the cognitive behavioral therapy performed on health anxiety showed a great effect, but more than half of the people did not show improvement. As a result, the effectiveness of metacognitive therapy was more encouraging than cognitive behavioral therapy in improving symptoms of health anxiety disorder and distress caused by it.

Keywords: Health anxiety, illness anxiety, hypochondria, cognitive therapy, metacognitive therapy.

ClinExc 2023;13(89-108) (Persian).

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-08-27]

اضطراب سلامت: مروری روایتی بر مداخلات روانشناختی

معصومه مدانلو[۱]، رحیم باقرزاده لداری[۲*]

چکیده

اضطراب سلامتی، وضعیتی شایع است که می‌تواند منجر به سطوح بالایی از پریشانی روانشناختی و اختلال در عملکرد فرد شود و در صورت عدم انتخاب درمان مناسب، پیش‌آگهی بدتری را به همراه خواهد داشت. از این روی، فراهم کردن یک دیدگاه سازمان‌یافته از کارهای صورت‌گرفته و بررسی اثربخشی درمان‌های روانشناختی مطرح در این حوزه، می‌تواند متخصصان را در انتخاب موثرترین و کارآمدترین درمان از منظر تحقیقات انجام‌شده، تسریع در بهبودی بیماران و کاهش هزینه‌های سلامت یاری دهد. بنابراین تحقیق حاضر، با هدف مرور نظریات شناختی و فراشناختی اضطراب سلامتی و درمان‌های ناشی از آن‌ها انجام شد. مرور روایتی حاضر در سال ۲۰۲۳، با در نظر گرفتن کلیدواژه‌های فارسی و انگلیسی، به جستجو مقالات در محدوده زمانی سال ۱۹۹۰ تاکنون، در چند پایگاه مطرح(PubMed، Science direct، Scopus، Google Scholar و SID) پرداخته شد. با اعمال معیارهای ورود و خروج، در نهایت ۳۸ مقاله مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها نمایانگر آن بود که در تبیین آسیب‌شناسی این اختلال، مکانیسم‌ها و باورهای شناختی و فراشناختی مهمی مطرح هستند که هر یک می‌توانند نقشی را ایفا کنند. به دنبال آن، مطالعات اندازه اثر قابل‌توجهی را در رابطه بین درمان‌های شناختی و فراشناختی با اضطراب سلامت نشان دادند. نتایج حاصل از این مقاله نشان داد که هر یک از باورهای تعمیم‌یافته و یا خاص شناختی(مانند؛ حساسیت اضطرابی و باورهای سالکوسکیس و واریک) و فراشناختی ذکرشده، واریانس منحصر به فردی را در نمرات اضطراب سلامتی به خود اختصاص دادند. در نتیجه هیچ یک از باورهای مبتنی بر محتوا و یا باورهای فراشناختی نتوانستند به‌تنهایی تجربه اضطراب سلامت را توضیح دهند. همچنین اگرچه درمان شناختی رفتاری انجام شده بر اضطراب سلامت اندازه اثر بزرگی را نشان داد، لیکن از این میان، بیش از نیمی از افراد بهبودی نشان ندادند. در نتیجه اثربخشی درمان فراشناختی از درمان شناختی رفتاری در بهبود علائم اختلال اضطراب سلامت و پریشانی ناشی از آن، دلگرم‌کننده‌تر به‌نظر رسید.

واژه‌های کلیدی: اختلال اضطراب سلامتی، اضطراب بیماری، هیپوکندیا، درمان شناختی، درمان فراشناختی.

۱. استادیار روانشناسی بالینی، گروه آموزشی روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
۲. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان.
* نویسنده مسئول: ساری، گروه آموزشی روانپزشکی. Email: rbagherzadehledari@gmail.com

تاریخ دریافت:۱۴۰۲/۰۷/۰۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۲/۰۹/۰۳ تاریخ پذیرش:۱۴۰۲/۰۹/۱۵

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-08-27]

مقدمه

اضطراب سلامتی[1] یا اضطراب بیماری، اختلالی است که نخستین‌بار در پنجمین دستنامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی[2] در طبقه اختلال علائم جسمانی، با این عنوان معرفی شد. تا پیش از این، در DSM-III و DSM-IV تحت عنوان هیپوکندریا[3] شناخته می‌شد(۱). این دو اختلال، همپوشانی بسیار بالایی با هم دارند اما دقیقا، مترادف یکدیگر محسوب نمی‌شوند. چرا که هیپوکندریا با اعتقاد به داشتن یک بیماری خاص مشخص می‌شود در حالی که اضطراب سلامتی، به نگرانی یا ترس بیش از حد و ناموجه در مورد داشتن و یا مبتلا شدن به یک بیماری اشاره دارد که بیش از ۶ ماه ادامه یابد(۲). به طور کلی، اضطراب بیماری زمانی تشخیص داده می‌شود که احساسات و یا تغییرات بدنی، نشان‌دهنده یک بیماری جدی یا ابتلا به آن تفسیر شود. این اختلال، یک وضعیت مزمن، اپیزودیک و عودکننده را ایجاد می‌کند که غالبا در اوایل بزرگسالی شروع و با افزایش سن، تشدید می‌شود و زنان و مردان را به یک نسبت تحت تاثیر قرار می‌دهد(۱). به طور کلی اختلال اضطراب سلامت، به جای یک ساختار طبقه‌بندی شده(به‌عنوان مثال وجود یا عدم وجود تشخیص) یک مفهوم چند بعدی را دربرمی‌گیرد که افراد مبتلا از این حیث، در یک پیوستار از اضطراب سلامت کم(عدم آگاهی از سلامت) تا اضطراب سلامت پاتولوژیک[4] و هیپوکندریا قرار می‌گیرند(۴-۳). در این اختلال ممکن است علائم جسمی وجود نداشته باشد یا در صورت وجود، شدت آن بسیار خفیف است؛ در نتیجه پریشانی فرد نه از علائم جسمی، بلکه بیشتر ناشی از اضطراب و نگرانی فرد از علت و پیامدهای بیماری تشخیص داده نشده، است. در نتیجه این پریشانی وسواس‌گونه، منجر به افزایش توجه به فرایندهای بدنی و تفسیر نادرست محرک‌های مرتبط با سلامتی و انجام افراطی رفتارهای مرتبط با سلامتی مانند بررسی یا نظارت مکرر بدن و سلامتی خود مانند تحقیق در حیطه‌های مرتبط با سلامتی در اینترنت(سایبرکندریا) و یا اجتناب ناسازگارانه از موقعیت‌ها و یا فعالیت‌ها می‌شود(۱، ۵). این بررسی‌های مکرر و بیش‌ازحد و رفتارهای ایمنی‌جویانه مشابه با رفتارهای اطمینان‌طلبی در اختلال پنیک و تشریفات و مناسک اختلال وسواس فکری-جبری است، که در کوتاه مدت ممکن است سبب کاهش اضطراب سلامتی شوند، اما در طولانی مدت سبب حفظ و یا تشدید این اختلال می‌شوند(۷-۶). نرخ شیوع اختلال اضطراب سلامت، بر مبنای تخمین‌های حاصل از تشخیص اضطراب بیماری و هیپوکندریا برآورد می‌شود. بر این اساس، نرخ شیوع این اختلال در جمعیت عمومی از ۱/۳ تا ۱۰ درصد متغیر است و شیوع آن در جمعیت بیماران سرپایی، گاهی به ۲۰ درصد نیز می‌رسد(۱). تحقیقات بسیاری نشان دادند که در دهه اخیر، اضطراب سلامتی به طرز چشمگیری در بین جوامع در حال افزایش است(۸). چرا که از یک‌سو اضطراب ناشی از اپیدمی‌ها و نگرانی‌های مرتبط با سلامتی برخاسته از آن، می‌تواند تأثیر روانی قابل‌توجه(به‌عنوان مثال؛ استرس، افکار مزاحم منفی، اجتناب) و یا رفتارهای پیشگیرانه ناکارآمد یا نامطلوبی(اکثرا وقت‌گیر و افزاینده ترس) را به دنبال داشته باشد؛ در نتیجه پیامدهای منفی بلندمدتی بر سلامت روان مانند؛ بدبینی مداوم، اضطراب، استرس و تشدید اضطراب سلامتی را در پی خواهد داشت(۷، ۹-۱۳)؛ از سوی دیگر گسترش تکنولوژی و استفاده روزافزون از رسانه‌های اجتماعی به واسطه

[1].Health anxiety
[2].Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders-5 :DSM-5
[3].Hypochondria
[4].Pathological

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-08-27]

تسهیل در دست‌یابی، جست‌وجوهای افراطی و مکرر اینترنتی و کسب اطلاعات در مورد بیماری (سایبرکندریا) نیز می‌تواند یکی دیگر از دلایل افزایش اضطراب سلامت محسوب شود که نگرانی‌ها و اضطراب‌های ناشی از سلامتی را حفظ و یا افزایش می‌دهد(۱۵-۱۴). اگرچه علائم جسمی در اضطراب سلامت، جزئی یا خفیف هستند، لیکن پریشانی و اختلال در عملکرد، وجود دارد(۱۶). بنابراین اضطراب سلامتی در صورت عدم درمان، می‌تواند منجر به رنج و پریشانی قابل‌توجه، اثرات منفی بر عملکرد تحصیلی و شغلی، کاهش کیفیت زندگی، اختلال در روابط بین فردی، مرگ زودرس و یا خودکشی شود(۲-۱، ۵، ۱۸-۱۷)؛ افزون بر این، اضطراب سلامت می‌تواند شرایط آزاردهنده‌ای را برای فرد مبتلا و اطرافیان ایجاد کند و به دلیل تمایل به مراجعه مستمر به پزشک و استفاده از خدمات بهداشتی درمانی، هزینه‌های هنگفتی را بر سیستم‌های سلامتی و بهداشتی تحمیل می‌کند؛ اما علیرغم این که آزمایشات و تشخیص پزشک، وجود هرگونه بیماری را رد می‌کند، ترس و نگرانی در مورد بیماری همچنان در آن‌ها ادامه می‌یابد(۱۹). با توجه به روند صعودی شیوع در جوامع، بررسی کارآمدی و اثربخشی درمان‌های مختلف می‌تواند در بهزیستی سلامت روان جوامع و کاهش هزینه‌ها، بسیار حائز اهمیت باشد. مبتلایان به اختلال اضطراب سلامتی، عموما به دلیل عدم آگاهی از ابتلا به یک اختلال روانشناختی و ترس و شرم ناشی از انگ این تشخیص، تمایلی به دریافت خدمات بهداشت روان ندارند؛ در نتیجه این امر، منجر به عدم تشخیص صحیح و زودهنگام این اختلال می‌شود(۲۰-۱۹). به‌همین سبب، اختلال اضطراب سلامت به‌عنوان یک اختلال با سیر مزمن و پیش‌آگهی نامطلوب درنظر گرفته می‌شود که تنها ۳۰ تا ۵۰ درصد از مبتلایان بهبود می‌یابند(۲۱). به دلیل این که افراد مبتلا به اضطراب سلامت نسبت به درمان مقاوم هستند(۱۹) روان‌درمانی‌های روانپویشی نیز، که در گذشته برای این افراد به‌کار گرفته می‌شد، چندان موثر نبود(۲۲). تحت چنین شرایطی، درمان دارویی تنها و موثرترین درمان برای این اختلال به نظر می‌رسید و برای سالیان متمادی، درمان توصیه‌شده و انتخابی برای اضطراب سلامت تلقی می‌شد(۲۳). با این حال، با ظهور درمان‌های جدید روان‌درمانی، استفاده روزافزون از آن را در درمان اختلال اضطراب سلامت میسر ساخت(۲۵- ۲۴). با عنایت به این امر درک و آگاهی از رویکردهای شناختی و فراشناختی تبیین‌کننده اختلال اضطراب سلامتی و بررسی ارتباط موجود میان این دیدگاه‌ها و شباهت و تفاوت‌های آن‌ها، سبب ایجاد نوعی انسجام و یکپارچگی مفهومی بین آنان می‌شود و می‌تواند هم در تحقیق‌های آسیب‌شناسی و هم در فرمول‌بندی و تشخیص و درمان یاری‌گر متخصصان باشد، این تحقیق به مرور و بازنگری نظریه‌های شناختی و فراشناختی مطرح و متعاقب آن، درمان‌های شناختی و فراشناختی به کار برده‌شده در این حوزه می‌پردازد و یک جمع‌بندی نهایی در مورد اثربخشی آن‌ها ارائه می‌دهد.

روش کار

با توجه به این‌که تحقیق حاضر از نوع مطالعات مروری جهت بررسی نظریات و درمان‌های شناختی و فراشناختی صورت‌گرفته در ارتباط با اختلال اضطراب سلامتی است، در وهله اول با انتخاب کلیدواژه‌های مناسب فارسی(اضطراب سلامت، اضطراب بیماری، هیپوکندریا، درمان شناختی و فراشناختی) و انگلیسی (Health anxiety، illness anxiety، hypochondria،

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-08-27]

cognitive و metacognitive therapy) به تفحص در چند پایگاه معتبر علمی فارسی و انگلیسی(PubMed، Science direct، Scopus، Google Scholar و SID) بازه زمانی ۲۰۲۳-۱۹۹۰ پرداخته شد. سپس با بررسی عنوان، چکیده و نهایتا متن اصلی هر یک از مقاله‌ها، میزان انطباق آن‌ها با هدف اصلی تحقیق حاضر مورد ارزیابی قرارگرفت. سرانجام مطالعاتی که در فرمت پایان‌نامه، کتب، چکیده کنگره و همایش بودند و یا امکان دسترسی به متن کامل آن‌ها وجود نداشت از مطالعه خارج شدند. در مجموع ۳۸ مقاله استخراج شدند.

یافته‌ها

رویکرد نظری

اضطراب سلامتی دربرگیرنده ابعاد عاطفی، شناختی، ادراکی و رفتاری است که به صورت احساسات ناراحت‌کننده مانند؛ ترس، افکار خطر و برانگیختگی فیزیولوژیکی تجربه می‌شود؛ اما شدت این تجربه در افراد مختلف متفاوت است و در یک پیوستار از خفیف و گذرا، تا شدید و مزمن مفهوم‌سازی شده‌است(۲۶). تحقیقات انجام‌شده در زمینه سبب‌شناسی اضطراب سلامت، تاکنون عوامل بسیاری از جمله سابقه خانوادگی و تجربیات دوران کودکی، رویدادهای استرس‌زای زندگی، عوامل اجتماعی- فرهنگی و عوامل ژنتیکی را مورد بررسی قرار داده‌است. همچنین، ژنتیک رفتاری نشان می‌دهد که اضطراب سلامتی، نسبتا ارثی است، اما به شدت تحت تاثیر عوامل محیطی است. نتایج مطالعات بسیاری، نقش مستقیم عوامل ژنتیکی در اضطراب سلامت را تایید کردند(۲۷). بررسی صورت گرفته، نقش فاکتورهای ژنتیکی در ابتلا به اضطراب سلامت را، ۳۷-۱۰ درصد برآورد کرده‌است(۲۸). در نتیجه، این اختلال، تا حد زیادی ناشی از عوامل محیطی است. در واقع عوامل ژنتیکی ممکن است، سبب تمایل یا حساسیت به تجربه هیجان‌های منفی و یا حس‌های بدنی(مانند؛ عاطفه منفی یا اضطراب صفت) شوند. اما ارتباط مثبت بین عوامل محیطی با اضطراب سلامت، تا حدی پیچیده است(۲۹). در طول سی سال گذشته نیز، تئوری‌های مختلفی وجود داشته است که در پی ارائه شواهدی مبنی بر نقش متغیرهای روانشناختی در ایجاد این اختلال، بوده‌اند(۳۰). از این رو، استفاده از مداخلاتی مانند؛ روان‌درمانی می‌توانند اثربخشی بالایی را، به‌همراه داشته‌باشند(۲۹). بنابراین، مدل‌های مفهومی و تبیین‌کننده اضطراب سلامت، مجموعه‌ای رویکردها را دربرمی‌گیرد که تا به امروز، مدل‌های شناختی-رفتاری بیشترین حمایت تجربی را به‌دست آورده‌است(۳۱). بر همین اساس، تمرکز این مقاله بر این رویکرد است اما ابتدا به صورت مختصر، دو نظریه روانشناختی مطرح دیگر در سبب‌شناسی این اختلال بیان و سپس به رویکرد شناختی-رفتاری به صورت مبسوط‌تر پرداخته می‌شود.

رویکرد روان‌پویشی

رویکرد روان‌پویشی در تبیین اختلال اضطراب سلامت بیان می‌دارد که امیال پرخاشگرانه و خصمانه‌ای که نسبت به دیگران تجربه می‌شود، از طریق مکانیسم‌های واپس‌زنی و جابه‌جایی به شکایات جسمی تبدیل می‌شود. افزون براین به اعتقاد فروید، پذیرش نقش بیمار به عنوان راه گریزی برای فرد محسوب می‌شود که امکان اجتناب از تعهدات ناخوشایند و به تعویق انداختن چالش‌های نامطلوب را برای شخص فراهم می‌کند(۳۲).

رویکرد یادگیری اجتماعی

اعتقاد رویکرد یادگیری بر این است که ممکن است افراد با استفاده از دو فرایند مشاهده و تقلید، از رفتارهای

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-08-27]

والدین حین بیماری، تجارب ناخوشایند در دوران کودکی مانند بستری‌شدن در بیمارستان و نفع ثانویه از بیمار بودن، بیاموزند و این یادگیری سبب تفسیر غلط و فاجعه‌بار احساس‌های بدنی و شکل‌گیری باور به آسیب‌پذیری نسبت به بیماری‌ها شود(۳۳). به عقیده راچمن(۳۴) حداقل سه تجربه زندگی از طریق فرایندهای یادگیری به اضطراب سلامت و به طور کلی اختلالات اضطرابی کمک می‌کند: تجربه وقایع ناخوشایند و دردناک، یادگیری جانشینی و کسب اطلاعات در مورد عوامل تهدیدکننده. هم‌راستا با این بیان، تحقیقات نشان می‌دهند که افراد بزرگسال مبتلا به اضطراب سلامت شدید، مشکلات روانی، اجتماعی و جسمی دوران کودکی بیشتری را نسبت به افراد فاقد اضطراب گزارش می‌کنند. همچنین افراد ممکن است از طریق مشاهده مشکلات مربوط به سلامتی در اطرافیان نزدیک و یا مرگ والدین خود نیز، از طریق یادگیری جانشینی بر تهدیدات مرتبط با سلامتی خود تمرکز کنند(۳۵-۳۴). تحقیقی دیگر نشان داد که افرادی که تجربه بیماری والدین در دوران کودکی را داشتند، مستعد ارزیابی افراطی از آمادگی خود برای ابتلا به بیماری هستند و به دنبال آن اضطراب سلامت بیشتری را در مقایسه با سایرین نشان می‌دهند(۳۶). این یافته‌ها نشان دادند که قرارگرفتن در چنین شرایطی، سبب فعال‌شدن واکنش‌های شناختی و عاطفی خاصی می‌شود که بر ارزیابی‌های مرتبط با خود و بهزیستی شخصی تاثیر می‌گذارد و ممکن است اضطراب سلامت را برانگیزد(۳۷). به‌علاوه، کودکان ممکن است از طریق کسب اطلاعات در مورد ماهیت تهدیدآمیز مسائل مرتبط با سلامت در خانواده، به شکل‌گیری اضطراب سلامت کمک کنند؛ زیرا نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که سطح اضطراب سلامتی در والدین و کودک، همبستگی مثبتی با یکدیگر دارند(۳۸) و کسب اطلاعات بیشتر در مورد عوامل تهدیدکننده سلامتی، منجر به واکنش‌های مخرب بیشتری می‌شود(۶).

رویکرد شناختی رفتاری

یکی از اولین تئوری‌ها در این حیطه، توسط گروه شناخت درمانی آکسفورد ارائه شده‌است که به نظریه طرحواره بک شناخته شد. این تئوری برخاسته از مدل اصلی کلارک برای اختلال هراس است؛ به اعتقاد این مدل، اضطراب سلامتی نیز همانند اختلال هراس، توسط ارزیابی‌های شناختی خاصی مانند تفسیرهای نادرست فاجعه‌بار فرد از علائم بدنی، ایجاد و حفظ می‌شود(۳۰). مدل شناختی-رفتاری هیپوکندیا و اضطراب سلامتی مطرح‌شده وارویک و سالکوسکیس(۳۹) نمایانگر آن است که تفسیر نادرست از علائم بدنی مرتبط با سلامتی، منجر به تمرکز مفرط بر روی حالات بدن، برانگیختگی فیزیولوژیکی و رفتارهای ایمنی‌جویانه می‌شود. این تغییرات و رفتارها به نوبه خود باعث تقویت باورهای نارکارآمد در مورد داشتن و یا ابتلا شدن به بیماری می‌شود، در نتیجه مجددا سبب ایجاد و یا حفظ رفتارهای ایمنی می‌شوند. این چرخه، شباهت بسیاری با مدل‌های شناختی-رفتاری تبیین‌کننده اختلالات اضطرابی دارد(۴۰). در واقع، مطابق با جریان اصلی نظریه شناختی-رفتاری که از اواسط دهه ۱۹۸۰ تا اوایل ۱۹۹۰ به‌طور فزاینده‌ای رایج شد، اضطراب سلامت بیمارگونه به عنوان یک اختلال طیف اضطرابی یا وسواسی-جبری در نظر گرفته می‌شد(۴۱). از این روی، دیدگاه شناختی- رفتاری عمدتا از این مشاهدات نشات می‌گیرد که علائم اضطراب سلامتی در سطح توپوگرافی و عملکردی با علائم اختلالات اضطرابی خاص مانند اختلال هراس و اختلال وسواس

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-08-27]

فکری-جبری همپوشانی بالایی دارد. این همپوشانی در دو سطح مشاهده می‌شود:

۱- شباهت آشکار علائم؛ به عنوان مثال اضطراب سلامتی نیز مانند اختلال وسواس فکری-جبری شامل افکار مزاحم، ناراحت‌کننده و رفتارهای تکراری است؛ شباهت برخی تظاهرات بالینی مانند ترس از آلودگی و اشتغال ذهنی به سلامتی و وسواس فکری در مورد بیماری، بررسی مکرر و رفتارهای اطمینان‌جویانه، مانند آنچه در اختلال وسواس دیده می‌شود، است و یا تمرکز بر علائم بدنی و در جست‌وجوی معاینات پزشکی بودن مانند آنچه در اختلال پانیک دیده می‌شود.

۲- مبنای شناختی علائم مشاهده شده؛ به این معنی که باورهای ناکارآمد مشابهی وجود دارد که سبب شکل‌گیری این اختلالات می‌شود(۴۲). در این راستا، یافته‌های مطالعه دیکن و آبراموویتز(۴۳) نشان می‌دهد که علائم اضطراب سلامتی توسط همان فرآیندهای شناختی ایجاد می‌شوند که تصور می‌شود زمینه‌ساز سایر اختلالات اضطرابی هستند. علاوه بر اهمیت نقش باورهای ناکارآمد در ابتلا به اختلال اضطراب سلامت در نمونه‌های بالینی، مطالعات اندکی نشان دادند که باورهای ناکارآمد، در نمونه‌های غیربالینی نیز به‌طور قابل‌توجهی با اضطراب سلامت مرتبط هستند(۴۴).

باورهای شناختی

مدل‌های شناختی رفتاری بر نقش باورها، به عنوان عامل اصلی در تفسیر نادرست حالات بدنی تاکید دارند که منجر به آسیب‌پذیری احتمالی و یا حفظ اضطراب سلامت می‌شوند(۳۴). به اعتقاد این مدل، باورهای ناکارآمد تا زمانی که توسط اطلاعات مرتبط با سلامتی فعال شوند، به شکل نهفته باقی می‌مانند. علاوه بر باورهای ناکارآمد، مدل‌های شناختی اضطراب سلامت، تفاسیر جانبدارانه را نیز، در قالب تفسیرهای نادرست فاجعه‌آمیز از علائم بدنی در ایجاد اضطراب سلامت، مهم می‌دانند(۴۵). این باورها پس از فعال شدن، حس‌ها و حالات بی‌ضرر بدنی را، به صورت نادرست و فاجعه‌بار تفسیر می‌کنند؛ در نتیجه منجر به سطوح بالایی از اضطراب و برانگیختگی فیزیولوژیکی در فرد می‌شوند. از این روی، فرد بیش‌ازحد بر علائم بدنی خود تمرکز می‌کند و اطلاعات دریافتی را از طریق سوگیری‌های شناختی فیلتر می‌کند. بنابراین این فیلترسازی، مشغله‌های ذهنی به حس‌های بدنی و باور به بیمار بودن را تشدید می‌کند و منجر به فاجعه‌سازی بیشتر علائم بدنی می‌شود. در نهایت این باورها باعث می‌شوند که فرد، به منظور کاهش پریشانی ایجاد شده، درگیر رفتارهای اطمینان‌طلبی و اجتناب شود(۳۳). تحقیقات نیز اثرات متوسط تا بزرگی را برای نقش باورهای مرتبط با سلامتی با اضطراب سلامت نشان دادند(۴۷-۴۶). از این روی، دو باور ناکارآمد که در ایجاد و حفظ اضطراب سلامتی نقش بسزایی دارند، در ادامه بیان شده‌است:

یکی از سوگیری‌های شناختی مطرح در اختلال اضطراب سلامت، حساسیت اضطرابی[5] است که به عنوان یک تحریف شناختی، عامل کلیدی در اختلالات اضطرابی محسوب می‌شود و به صورت تمایل به ترس از احساسات برانگیختگی اضطرابی بر اساس این باور که آن‌ها خطرناک هستند، تجربه می‌شود(۴۳). به عبارت دیگر، این سازه با ترس فرد از اثرات اجتماعی، شناختی و فیزیکی اضطراب مربوط می‌شود(۳۰). در واقع، حساسیت اضطرابی به تفاوت‌های فردی در ترس از اضطراب اشاره دارد و فردی که حساسیت اضطرابی شدیدتری را تجربه می‌کند، به احتمال بیشتری حالات

[5]. Anxiety Sensitivity

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-08-27]

بدنی بی‌ضرر را به صورت مشکلات جدی مرتبط با سلامتی درک می‌کند. در نتیجه در حفظ و تشدید اضطراب سلامت نقش دارد(۴۸). مطالعات بسیاری نیز ارتباط مثبتی را بین حساسیت اضطرابی و میزان اضطراب سلامت در افراد یافتند(۵۱-۴۹).

عدم تحمل عدم اطمینان[6] از دیگر خطاهای شناختی رایج در اختلال اضطراب سلامتی در نظر گرفته می‌شود که به شدت با حساسیت اضطرابی مرتبط است(۳۱). در واقع این سازه به کاهش ظرفیت فرد برای تحمل تجربه رویدادهایی که با شک، ابهام و عدم اطمینان همراه هستند، مربوط می‌شود(۵۲). پژوهش‌های بسیاری، وجود ارتباط مثبت بین عدم تحمل عدم اطمینان و اضطراب سلامتی را تایید کردند(۷، ۵۴-۵۳). افراد دارای تحمل پایین در مواجهه با عدم قطعیتی که به شکل مزمن و مکرر تجربه شود، ممکن است دچار اضطراب شوند و به انجام رفتارهای ایمنی‌جویانه غیرموثر با هدف کاهش عدم اطمینان، روی بیاورند(۴۳). از طرفی دیگر، افراد با زمینه اضطراب سلامتی، اغلب تمایل دارند که در مورد وضعیت سلامتی خود اطمینان کسب کنند(۴۸). عدم تحمل عدم اطمینان، ارتباط بین ارزیابی‌های فاجعه‌بار سلامت و اضطراب سلامت را تعدیل می‌کند. به عبارت دیگر، تحقیقات صورت‌گرفته بیانگر آن است که تمایل به شکل‌گیری ارزیابی‌های فاجعه‌بار سلامتی از حالات بدنی بی‌ضرر، زمانی به صورت اضطراب سلامت مرتبط می‌شود که با عدم تحمل عدم اطمینان همراه شود(۵۵).

تاکنون باورهایی که ماهیتی تعمیم‌یافته داشتند مطرح شد؛ در ادامه نیز باورهایی که نسبتا مختص اختلال اضطراب سلامتی هستند بیان می‌شود. بر طبق مدل شناختی رفتاری ارائه شده توسط سالکوسکیس و وارویک(۵۶)، تمایل افراد مبتلا به اضطراب سلامت به تفسیر نادرست علائم بدنی، توسط باورهای ناکارآمد زیربنایی خاصی در مورد بیماری و سلامتی ایجاد و حفظ می‌شود؛ این چهار باور ناکارآمد که می‌تواند زمینه‌ساز ابتلا به اضطراب سلامتی باشد شامل:

۱-درک فرد از احتمال تجربه یک بیماری

۲-درک فرد از پیامدهای تجربه یک بیماری

۳-درک فرد از ناتوانی در کنار آمدن با یک بیماری

۴- درک فرد از کمبود و یا ناکافی بودن منابع خارجی(در دسترس نبودن درمان پزشکی).

یافته‌های تحقیقات موجود نیز، ارتباط مثبت معنی‌داری، بین هر یک از این چهار باور را با اضطراب سلامتی تایید کردند(۳۶-۳۵، ۴۴، ۵۷). این چهار باور ناکارآمد از طریق چهار فرایند شناختی و رفتاری بر تفسیر تغییرات بدنی تاثیر منفی خواهند گذاشت:

۱- افزایش تمرکز انتخابی بر روی باورهای مرتبط با سلامت؛

۲- افزایش نظارت و پاسخ‌های جسمانی؛

۳- استفاده از راهبردهای جستجوی ایمنی(مانند؛راهبردهای مقابله ناسازگارانه همچون اطمینان‌جویی یا بررسی بیش از حد بدن)؛ و

۴- افزایش پاسخ‌های عاطفی(۵۶).

باورهای فوق الذکر را می‌توان به‌طور گسترده، به عنوان باورهای مبتنی بر محتوا درباره خود و جهان مفهوم‌پردازی کرد؛ اما یافته‌ها حاکی از آن است که اختلال اضطراب سلامت و به طور کلی اختلالات اضطرابی، ممکن است به دلیل باورهای افراد در مورد تفکر خویش نیز ایجاد شوند(۵۸). در واقع، رویکرد جدیدتری برای مفهوم‌پردازی گسترش و حفظ اضطراب سلامت، تحت‌عنوان نظریه فراشناختی اختلالات روانشناختی مطرح شده‌است. در ادامه به بررسی باورهای فراشناختی مرتبط با اضطراب سلامتی می‌پردازیم.

[6]. Intolerance of Uncertainty

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-08-27]

باورهای فراشناختی

برخلاف رویکردهای شناختی، مدل فراشناختی پیشنهاد می‌کند که اختلالات روان‌شناختی مانند اضطراب سلامت، عمدتاً ناشی از باورهای فراشناختی است، نه طرحواره‌های ایجاد شده مرتبط با سلامتی(۵۹). شواهد فزاینده، نشان می‌دهند که باورهای فراشناختی، ممکن است مکانیسم‌های فراتشخیصی زیربنایی در حفظ آسیب‌شناسی روانی باشند(۱۶، ۶۰). مطالعات انجام‌شده قویا نشان دادند که باورهای فراشناختی مرتبط با اضطراب و اختلالات اضطرابی، با اضطراب سلامتی نیز مرتبط هستند(۶۲-۶۱). در تحقیقی که به منظور بررسی نقش حساسیت اضطرابی، باورهای ناکارآمد مرتبط با سلامتی و باورهای فراشناختی بر اضطراب سلامت انجام شد، نشان داد که اگر چه هر یک از این مولفه‌ها، پیش‌بینی‌کننده مهم اضطراب سلامت هستند، اما ارتباط بین باورهای فراشناختی و اضطراب سلامت از دیگر خرده مقیاس‌ها قوی‌تر است(۳۰). در تایید این یافته، بیلی و ولز(۶۳) نیز دریافتند که واریانسی که باورهای فراشناختی در ارتباط با علائم اضطراب سلامت پ یش‌بینی می‌کنند، بیش از سایر متغیرهای مرتبط مانند تفسیرهای نادرست فاجعه‌آمیز، گوش‌بزنگی و روانرنجوری می‌باشد. بنابراین درک جامع از نقش باورهای فراشناختی در پریشانی ایجاد شده در این مبتلایان، می‌تواند اجرای مداخله مناسب را تسهیل کند. به‌طور کلی، باورهای فراشناختی به باورهایی اطلاق می‌شود که فرد در مورد فرایندهای تفکر خود دارد. به بیانی دیگر، نظریه فراشناختی معتقد است که باورهای فرد در مورد تفکر خود، اهمیت بیشتری نسبت به محتوای واقعی افکار آن‌ها دارد. این باورهای فراشناختی می‌توانند مثبت یا منفی باشند که ممکن است منجر به پاسخ‌های ناسازگاری مانند نگرانی و نشخوار فکری شود. این فراخوانی پاسخ‌ها نیز به نوبه خود سبب ایجاد و تداوم اختلالات روانی می‌شوند. بنابراین بر اساس این مدل، این فراشناخت‌ها هستند که شناخت‌ها را کنترل می‌کنند و مسئول نحوه واکنش یک فرد به افکار خود هستند(۵۸). نتایج مطالعات صورت‌گرفته در این زمینه، همبستگی مثبت و قابل‌توجهی را بین فراشناخت‌های کلی مانند نیاز به کنترل افکار، اعتماد شناختی، خودآگاهی شناختی، باورهای مثبت و منفی در مورد افکار خود با اضطراب سلامت، گزارش کردند(۶۱، ۶۳). در برخی موارد، باورهای فراشناختی، می‌توانند سبب راه‌اندازی راهبردهای خودتنظیمی ناسازگار شوند؛ به عنوان مثال، این تفکر که نگرانی برای من ممکن است کمک‌کننده باشد می‌تواند تفکر نشخوارکننده مرتبط با سلامتی را تشدید کند(۱۶). همچنین در پی بررسی باورهای فراشناختی خاص مرتبط با اضطراب سلامت(۴۵، ۶۱، ۶۴)، بیلی و ولز(۶۱) سه مجموعه باور فراشناختی که پررنگ‌ترین نقش را در زمینه اضطراب سلامت نشان دادند، بیان کردند. این باورهای اختصاصی شامل:

۱) افکار می‌توانند باعث ایجاد بیماری در افراد شوند، به عنوان مثال، نگرانی و ترس در مورد بیماری، باعث بروز آن می‌شود؛

۲) افکار می‌توانند سبب طرز تفکر جانبدارانه شوند، مثلا نگرانی در مورد سلامتی، به من این امکان را می‌دهد تا بتوانم با بیماری مقابله کنم؛ و

۳) افکار غیرقابل کنترل هستند، به عنوان مثال، تمرکز بر افکار بیماری قابل کنترل نیستند.

مطالعه نیز ارتباط بین این باورهای فراشناختی خاص با اضطراب سلامت را تایید کردند(۳۰، ۶۶-۶۵). همچنین، نتیجه یک مطالعه طولی(۴۵)، از این باورهای‌های شناختی به عنوان تعدیل‌کننده رابطه بین ارزیابی‌های نادرست فاجعه‌آمیز از حالات بدنی با اضطراب سلامت حمایت می‌کند. به بیانی دیگر، اگر فردی در مورد

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-08-27]

علائم خود، ارزیابی‌های نادرست فاجعه‌باری انجام دهد، در صورتی خطر تجربه اضطراب سلامتی افزایش می‌یابد که فرد، همزمان باورهای فراشناختی در مورد افکار مربوط به سلامتی نیز داشته باشد. در نتیجه، این یافته‌ها بر نقش علی باورهای فراشناختی در ارتباط با اضطراب سلامتی اشاره دارند(۶۱).

تاکنون، نقش باورهای ناکارآمد در مفهوم‌سازی اختلال اضطراب سلامت مورد بررسی قرار گرفت. در ادامه نیز، برخی دیگر از مکانیسم‌های شناختی دخیل، در اختلال اضطراب سلامت مطرح می‌شود.

سوگیری توجه به تهدید، یکی دیگر از مدل‌های مفهومی به کار برده‌شده برای اختلالات اضطرابی محسوب می‌شود. به‌طور دقیق‌تر، مدل‌های شناختی بیان می‌دارند که تمایل به تخصیص توجه به اطلاعات تهدیدکننده در مقابل اطلاعات خنثی، عاملی سببی و نگهدارنده برای اختلالات اضطرابی است. این سوگیری در توجه ممکن است ناشی از توجه تسهیل‌شده با اطلاعات تهدیدکننده و یا مشکل در جداسازی توجه از چنین اطلاعاتی باشد. طبق تعریف، توجه تسهیل‌شده نشان‌دهنده سرعتی است که توجه به سمت اطلاعات تهدیدکننده معطوف می‌شود و مشکل در جداسازی، نشان‌دهنده اختلال در تغییردادن توجه از تهدید است. افزون براین، اجتناب از توجه به تهدید نیز از دیگر مشخصه‌های اختلالات اضطرابی می‌باشد؛ چرا که سبب پرت‌شدن حواس و در نتیجه تنظیم عواطف منفی در این افراد می‌شود(۳۱، ۶۷).

پردازش اطلاعات حسی-تنی

گوش‌بزنگی نسبت به احساسات بدنی به عنوان یک مکانیسم شناختی در افراد مبتلا به اضطراب سلامتی درنظر گرفته می‌شود که با افزایش هوشیاری نسبت به نشانه‌های بی‌ضرر در جهت حفظ این اختلال عمل می‌کند. این هوشیاری مفرط نسبت به بدن، گاهی سبب ایجاد باورهای ناکارآمد و گاهی محصول یک باور ناکارآمد مرتبط با سلامتی است. این تفسیرهای نادرست فاجعه‌آمیز منجر به شکل‌گیری یک چرخه معیوب از توجه مفرط به نشانه‌های جسمی، تفسیر نادرست اغراق‌آمیز، افزایش اضطراب و هوشیاری نسبت به نشانه‌های بدنی و غیره می‌شود(۴۳). به این ترتیب، گوش‌بزنگی نسبت به بدن، ممکن است سبب تشدید اضطراب سلامتی شود، چرا که فرد به احتمال بیشتری، حالات بدنی را تهدیدکننده درک می‌کند(۶۸).

درمان

از آن‌جایی که اطمینان‌دهی پزشکی منجر به بهبود پایدار علائم و پریشانی ناشی از اضطراب سلامت نمی‌شود، در نتیجه باید مداخلات خاصی مورد هدف قرار گیرد(۷۰-۶۹). چندین کارآزمایی بالینی، از درمان دارویی که همگی شامل داروهای ضدافسردگی می‌باشند، در افراد مبتلا به هیپوکندریا، استفاده کردند(۷۱). نتایج تحقیقات نشان داد که امروزه، اگرچه درمان دارویی با داروهای ضدافسردگی تا حدی اثربخشی دارند(۷۱)، اما مورد پسند اکثریت آحاد جامعه نیست، چرا که افرادی که براساس معیارهای تشخیصی اضطراب سلامت انتخاب می‌شوند، طیف وسیع‌تری از بیماران را دربر می‌گیرند؛ از طرفی دیگر، افراد مبتلا به اضطراب سلامت، نسبت به عوارض و اثرات نامطلوب داروها نیز بسیار حساس هستند و اغلب آن را شواهدی از وجود یک بیماری جداگانه تصور می‌کنند. از این روی، افراد مبتلا به اضطراب سلامتی، ترجیح می‌دهند که از درمان‌های روانشناختی استفاده کنند(۵). بررسی‌هایی که تاکنون انجام شد نشان داد که

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-08-27]

فرایندهایی مانند توجه انتخابی، تفسیرهای نادرست و رفتارهای اطمینان‌طلبی برای تداوم اضطراب سلامت و اختلال اضطرابی حائز اهمیت هستند. این فرایندهای مشترک، و شباهت‌های پدیدارشناختی بین اضطراب سلامت و اختلالات اضطرابی، برای انتخاب و ایجاد راهبردهای درمانی موثر، مهم هستند(۴۰). در زیر به تفصیل در مورد دو نوع از پرکاربردترین درمان های به کارگرفته‌شده برای اختلال اضطراب سلامت(درمان شناختی و فراشناختی)، پرداخته می‌شود.

- **درمان‌های شناختی**

درمان‌های شناختی، از جمله درمان شناختی رفتاری[۷]، مدیریت استرس، آموزش ذهن‌آگاهی، و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[۸]، که به‌صورت فردی، گروهی یا از طریق اینترنت انجام می‌شود، همگی ثابت کرده‌اند که هم در کوتاه‌مدت و هم در بلندمدت موثر واقع می‌شوند(۵). همچنین راهبردهای همراه با ذهن‌آگاهی(شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی) نیز، اثرات قابل‌توجهی را بر روی اضطراب سلامتی شدید نشان دادند(۲۹).

درمان شناختی رفتاری: علیرغم این که درمان شناختی رفتاری یک درمان مبتنی بر پژوهش است، اما یک رویکرد درمانی نسبتا جوان محسوب می‌شود. این درمان ریشه در نظریه یادگیری و شناختی دارد(۷۲). همان‌طور که پیش‌تر گفته شد، رویکرد شناختی رفتاری بر شباهت اضطراب سلامتی با اختلالات طیف اضطرابی و اختلال وسواس فکری-جبری، در سطح توپوگرافی و عملکردی تاکید دارد؛ اما افزون بر شباهت در این دو سطح، میزان همبودی این اختلال با سایر اختلالات اضطرابی(۷۳)، تصویر بالینی مشابه آن‌ها(۷۴)، شباهت اثربخشی درمان‌های موثر بر آن‌ها(۷۲) و میزان بهبودی مشابه(۷۶-۷۵) نیز، مورد توجه قرار گرفته است. در نتیجه، درمان شناختی رفتاری اضطراب سلامت، از اصول کلی استفاده شده از این درمان، برای همه اختلالات اضطرابی پیروی می‌کند(۷۷). متاآنالیزها نشان دادند که CBT نه تنها یک درمان موثر با اثرات بزرگ و طولانی‌مدت بر علائم اصلی اختلال اضطراب سلامت است، بلکه اثرات درمانی بر علائم ثانویه افسردگی و اضطراب عمومی همراه آن نیز دارد(۲۲، ۸۰-۷۸). در نتیجه برطبق بسیاری از پژوهش‌ها، درمان شناختی رفتاری، درمان توصیه‌شده و اثربخش در اضطراب سلامت به‌شمار می‌آید که شباهت زیادی با درمان اختلالات اضطرابی و اختلال وسواس فکری-جبری دارد(۷۲، ۷۶-۷۵، ۷۹). شواهد حاکی از آن است که حدود ۶۶ درصد از مبتلایان به اختلال اضطراب سلامت، به درمان CBT پاسخ می‌دهند(۷۵). درمان CBT معمولا باورهای خاص و شناخت‌های ناکارآمدی را مورد هدف قرار می‌دهد که عامل ایجادکننده و حفظ‌کننده این اختلال درنظر گرفته می‌شود تا از این طریق، علائم مرتبط با اضطراب سلامت را کاهش دهد(۲۲). مطابق با یافته‌ها، رفتاردرمانی شناختی بر مبنای مواجهه و پیشگیری از پاسخ[۹] و یا تکنیک‌های بازسازی شناختی[۱۰] مانند آزمایش‌های رفتاری[۱۱]، بیشترین کاربرد را در این زمینه دارند(۴۰). درمان بازسازی شناختی(CT) بر تغییر شناخت‌های ناکارآمد متمرکز است، درحالی که مواجهه درمانی(ET) یک رویکرد درمانی رفتاری محسوب می‌شود که شامل قرار دادن بیمار در معرض شی یا موقعیت اضطراب‌آور برای جلوگیری از اضطراب‌های نشئت‌گرفته از آن است(۴۰). در طی این

[7]. Cognitive Behavioral Therapy: CBT
[8]. Acceptance Commitment Therapy: ACT
[9]. Exposure And Response Prevention
[10]. Cognitive Restructuring
[11]. Behavioral Experiment

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-08-27]

درمان، بیمار در معرض محرک‌های تحریک‌کننده اضطراب سلامت قرار می‌گیرد، سپس تشویق می‌شود تا با موقعیت‌هایی که باعث ایجاد افکار نافذ در مورد بیماری می‌شوند، مقابله و از رفتارهایی که سبب حفظ اضطراب سلامتی در طول زمان می‌شوند، خودداری کنند. علاوه بر این، این درمان شامل آموزش ذهن-آگاهی، به عنوان روشی برای افزایش تمایل و ارتقا توانایی افراد برای تجربه افکار و احساسات ناخواسته می‌شود(۶۹). شواهد فعلی در مورد رابطه بین تعداد جلسات و نتایج درمان، مبهم است. با وجود این که، برخی تحقیقات بر رابطه بین دوز-پاسخ تاکید دارند(۲۲)، برخی دیگر به عدم رابطه بین طول درمان اضطراب سلامت و نتایج درمان آن اشاره می‌کنند(۸۱). در مبتلایانی که از اختلالات همبود نیز رنج می‌برند، اغلب طول مدت درمان اضطراب سلامت، طولانی‌تر نیز است(۸۱). در این درمان، از فرد مبتلا خواسته می‌شود تا محتوای افکار جایگزین در مورد علائم و حس‌های بدنی ارائه دهد و تفسیرهای نادرست فاجعه‌بار را به چالش بکشند(۴۵).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

درمان پذیرش و تعهد[12]، بخشی از نسل جدید درمان-های رفتاری است که تکنیک‌های رفتاری شناخته‌شده در درمان شناختی رفتاری را با استراتژی پذیرش، ترکیب می‌کند(۸۲) و اجازه می‌دهد برای این که فرد بتواند در مسیر ارزش‌هایش حرکت کند رویدادهای روانی دردناک(مانند نگرانی در مورد ابتلا به بیماری) احساس و تجربه شوند(۸۳). بنابراین درمان(ACT)، ترکیبی از فرایندهای مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی با تکنیک‌های رفتاری است تا انعطاف‌پذیری روانی فرد را افزایش دهد. طبق تعریف، انعطاف‌پذیری روانشناختی را می‌توان به عنوان طیف وسیعی از توانایی‌های فرد در تشخیص و سازگاری با خواسته‌های موقعیتی مختلف در لحظه حال درنظر گرفت که فرد زمانی که افکار، احساس و هیجان‌های متفاوتی را تجربه می‌کند، بدون به کارگیری مکانیسم‌های دفاعی غیرضروری بتواند در راستای ارزش‌هایش قدم بردارد. در مقابل، عدم انعطاف‌پذیری روانی در(ACT)، به تلاش‌های سفت و سختی و بی‌نتیجه‌ای که در بلندمدت به منظور اجتناب و یا به‌دست آوردن کنترل بر رویدادها(مانند افکار تنفرآمیز یا احساسات بدنی) انجام می‌شود، اشاره دارد که تحت عنوان اجتناب تجربه‌ای شناخته می‌شود. سبک‌ها و الگوهای رفتاری که تحت سیطره اجتناب تجربی انجام می‌شود، ممکن است مشکل‌ساز باشد، چرا که رفتار را محدود می‌کند تا فرد به جای رفتارهای ارزش محور، بر مبنای قواعد زبانی رفتار کند. در نتیجه کیفیت زندگی فرد کاهش می‌یابد. در واقع،(ACT) به جای بررسی اعتبار، شکل، شدت یا فرآوانی چنین تجربیات درونی‌ای، به عملکرد(چگونگی تجربه افکار) این افکار توجه و آنان را تنظیم می‌کند(۲۹). با وجود استفاده ACT از تکنیک‌های CBT، اهداف این دو درمان با یکدیگر متفاوت است. در واقع، هدف نهایی ACT افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و در نتیجه تقویت توانایی عمل، مطابق با ارزش‌های فرد، حتی در صورت داشتن اضطراب است؛ به عبارت دیگر تمرکز ACT بر افزایش ذهن‌آگاهی و تغییر عملکرد تجربیات درونی است، در حالی که تمرکز CBT بر اصلاح محتوای شناخت، مانند افکار ناکارآمد، به منظور تأثیرگذاری بر رفتار و احساسات است(۸۳). اگرچه CBT و ACT از نظر آسیب‌شناسی روانی و تمرکز اصلی درمان با یکدیگر تفاوت‌های اساسی دارند، اما

[12]. ACT

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-08-27]

تحقیقات نشان داد که تکنیک‌های درمانی مورد استفاده در ACT با CBT سازگاری دارد و این تکنیک‌های مبتنی بر پذیرش، ممکن است نتیجه درمان بسیاری از اختلالات را بهبود بخشد(۸۴). یافته‌های پژوهشی از ACT به عنوان درمانی موثر برای اضطراب سلامت یاد می‌کنند که اثرات پایداری را به‌همراه دارند(۱۹، ۸۵).

- **درمان فراشناختی**

تا چندی پیش، رویکردهای شناختی رفتاری هم در مفهوم‌سازی اضطراب سلامت و هم در درمان آن، رویکردی غالب بوده‌است(۸۶). درمان فراشناختی[۱۳](MCT) یک رویکرد درمانی نسبتاً جدید است که برای اختلالات روانپزشکی توسعه یافته‌است(۵۸). مبنای این درمان، برگرفته از مدل فراشناختی مطرح‌شده ولز و متیوز برای اختلالات خلقی و اضطرابی است که مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی[۱۴](S-REF) را پیشنهاد می‌کند(۸۷). این مدل با ارائه چارچوبی، به توضیح و تبیین نقش بالقوه باورهای فراشناختی در پریشانی جسمانی می‌پردازد(۸۹-۸۸). ولز و متیوز بیان کردند که ممکن است باورهایی که در رویکردهای شناختی رفتاری مورد تاکید قرار گرفتند، در اختلال‌های روانشناختی چندان محوریت نداشته باشند؛ در عوض، بر اساس این مدل، سبکی خاصی از پردازش اطلاعات به نام سندرم توجه شناختی[۱۵](CAS) در بروز، تداوم و عود اکثر اختلالات روانی نقش دارد. این سندرم با الگوهای تفکر، توجه و اشتغال ذهنی مداوم به تمرکز بر فرایندهای درونی(بر افکار، احساسات/ هیجان‌ها و حس‌های بدن)، نشخوار فکری در مورد گذشته و نگرانی در مورد آینده مشخص می‌شود(۱۶، ۹۰). فعال شدن سندرم توجه شناختی، منجر به تلاش‌های غیرانطباقی و ناکارآمد مانند سرکوب فکر، راهبردهای کنترل ذهنی ناسازگار، اجتناب و نشخوار فکری بیشتر، با هدف خودتنظیمی می‌شود که در نهایت با شکست مواجه شده و اختلال در عملکرد را حفظ می‌کنند(۸۷). در واقع مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی، این‌طور فرض می‌کند که سندرم توجه شناختی توسط باورهای فراشناختی پشتیبانی می‌شود. در نتیجه این باورهای فراشناختی است که راهبردهای ناسازگار را حفظ می‌کند. این باورها می‌توانند مثبت یا منفی باشند. باورهای فراشناختی مثبت شامل مفروضاتی در مورد سودمندی نشخوار فکری و نگرانی(به عنوان مثال نگرانی به من کمک می‌کند تا مشکلاتم را حل کنم) و باورهای فراشناختی منفی شامل فرض‌هایی مبنی بر غیرقابل کنترل بودن نشخوارها، نگرانی‌ها و توجه به تهدید است (مثلا نگرانی من خطرناک است ولی نمی‌شود آن را متوقف کرد)(۸۷). همان‌طور که پیش‌تر اشاره شد، شواهد نیز نشان می‌دهد که باورهای فراشناختی ناسازگار، در افراد مبتلا به اختلالات روان‌شناختی مختلف بیش از افراد سالم است(۶۰). در نتیجه درمان فراشناختی پیشنهاد می‌کند که آن‌چه در درمان اختلالات محوریت دارد، تنظیم سبک‌های تفکر و باورهای فراشناختی ناکارآمد در مورد افکار است(۹۱)؛ بنابراین با کاهش سندرم توجه شناختی، تغییر شکل باورهای فراشناختی و امکان پردازش هیجانی سازگارانه‌تر، سعی در درمان اختلالات روانشناختی دارد(۵۸). به‌طور کلی، درمان فراشناختی به بیمار می‌آموزد که چگونه پاسخ‌های فکری مفرط خود به مسائل مربوط به سلامتی و بیماری را کاهش دهند. این امر به این صورت است که درمانگر همراه با بیمار، راه‌های جدیدی را، در رابطه با تفسیرهای نادرست بررسی می‌کند که می‌تواند باورهای مربوط به غیرقابل

[13]. Metacognitive Therapy
[14]. Self-Regulatory Executive Function
[15]. Cognitive-Attentional Syndrome

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-08-27]

کنترل بودن افکار و نگرانی‌های مرتبط با سلامتی را اصلاح کند و منجر به کاهش تفکر شود(۴۵).

بحث

مرور روایتی حاضر، با هدف بررسی مداخلات روانشناختی صورت گرفته در ارتباط با اضطراب سلامتی و تعیین کارآمدترین درمان انجام شد. اگرچه مطالعات زیادی نشان دادند که حساسیت اضطرابی پیش‌بینی‌کننده مهمی برای اضطراب سلامتی محسوب می‌شود اما نتوانست به طور کامل، علائم اضطراب سلامت را تبیین کند(۴۳). مطالعه‌ای که توسط بیلی و ولز(۸۶) با هدف بررسی نقش دو مدل شناختی و فراشناختی در رابطه با اضطراب سلامت صورت گرفت، نمایانگر ارتباط قوی‌تر باورهای فراشناختی نسبت به باورهای ناکارآمد، با اضطراب سلامت است و مقدار قابل‌توجهی(۴۷ درصد) از واریانس تبیین این اختلال را دربرمی‌گیرد. مطالعه‌ای که با همین هدف بر روی نمونه بالینی انجام شد نیز، ارتباط قوی بین باور فراشناختی(مبنی بر این که افکار غیرقابل کنترل هستند) با اضطراب سلامت را تایید کرد(۳۰). این ارتباط در نمونه غیربالینی نیز مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت، به طور دقیق‌تر، میان باورهای فراشناختی و اضطراب سلامتی در نمونه‌های غیربالینی نیز، ارتباط قوی و معنی‌داری مشاهده شد(۹۲). از سوی دیگر، در مطالعه‌ای دیگری مشخص شد که این باورهای فراشناختی است که رابطه بین تعبیر نادرست فاجعه‌آمیز از علائم بدنی با اضطراب سلامت را تعدیل می‌کند و این تفسیرهای نادرست، به تنهایی و بدون ورود فراشناخت، قادر به پیش‌بینی اضطراب سلامت نیستند. این یافته بیانگر آن است که رابطه علی بین شناخت و اضطراب سلامت، وابسته به مداخله فراشناخت است(۶۱). هر دو باور فراشناختی ناکارآمد کلی و خاص اختلال اضطراب سلامت، روابط مثبت و معنی‌داری را نه‌تنها با پریشانی عاطفی و روانشناختی(۹۴-۹۳)، بلکه با علائم جسمانی نیز نشان دادند(۱۶). مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی، بیان می‌دارد که باورهای فراشناختی با فعال کردن سندرم توجه شناختی، به تشدید پریشانی و اختلال در عملکرد ناشی از اختلال اضطراب سلامتی، کمک می‌کند(۱۶). افزون بر این، نقش سندرم توجه شناختی در تبیین افسردگی و اضطراب همبود با اضطراب سلامتی نیز حائز اهمیت است(۹۵). اما نهایتا تحقیقات اولیه نمایانگر آن است که هر یک از باورهای تعمیم‌یافته و یا خاص شناختی(مانند؛ حساسیت اضطرابی و باورهای سالکوسکیس و واریک) و فراشناختی بیان‌شده، واریانس منحصر به فردی را در نمرات اضطراب سلامتی دارند. این یافته بر این موضوع تاکید دارد که هیچ یک از باورهای مبتنی بر محتوا و یا باورهای فراشناختی نمی‌توانند به تنهایی تجربه اضطراب سلامت را توضیح دهند(۶۴). بنابراین اگر چه که هم باورهای شناختی و هم باورهای فراشناختی با اضطراب سلامت مرتبط هستند، اما همبستگی بین باورهای فراشناختی و اضطراب سلامت، قوی‌تر از همبستگی باورهای ناکارآمد با اضطراب سلامت است که همسو با نتایج قبلی است(۴۶). مطالعات انجام‌شده در زمینه اثربخشی درمان CBT بر اضطراب سلامت در طول دو دهه نشان داد که این درمان یکی از موثرترین درمان‌ها برای این اختلال محسوب می‌شود. شواهد کارآزمایی‌ها بیانگر آن است که CBT منجر به کاهش شدید علائم اضطراب سلامت می‌شود؛ به‌گونه‌ای که دو سوم شرکت‌کنندگان به این درمان پاسخ می‌دهند و در حدود نیمی از افراد، اثرات طولانی‌مدت بهبودی پس از درمان مشاهده می‌شود. افزون بر این، این اثرات تنها بر کاهش علائم اضطراب

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-08-27]

سلامت خلاصه نمی‌شود، بلکه بر افسردگی، اضطراب کلی و پریشانی همراه با این اختلال نیز، موثر واقع می‌گردد(۷۵). تا چندی پیش، درمان شناختی رفتاری، بهترین مداخله روان‌درمانی برای اضطراب سلامت به‌شمار می‌رفت، با این حال، برخی مطالعات، با ارائه یافته‌هایی متناقض از تاثیرات CBT بر اضطراب سلامت، نشان دادند که می‌توان در این نتیجه‌گیری تردید کرد. در کارآزمایی بالینی که توسط فالون[16] و همکاران انجام شد، چهار گروه درمان شناختی-رفتاری، استفاده از فلوکسیتین، درمان تلفیقی فلوکسیتین و CBT و گروه دارونما مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج حاصله، اساسا استفاده انتخابی از هیچ‌یک از این چهار درمان را حمایت نمی‌کند(۷۱). همسو با این نتیجه، تحقیقی دیگر نمایانگر آن است که CBT برای اضطراب سلامت پاتولوژیک، حدود ۱۲-۱۰ هفته به طول می‌انجامد که ۶۶ درصد از بیماران به این درمان پاسخ می‌دهند اما تنها ۴۸ درصد بهبود می‌یابند (۹۶). همچنین راث راوالد[17] و همکاران نشان دادند که رویکرد مواجهه درمانی بر بیماران مبتلا به اضطراب سلامت، سبب بهبود قابل‌توجه اضطراب سلامت آن‌ها و افسردگی، علائم جسمی و اضطراب همبود با آن می‌شود، لیکن درحالی که ۵۱-۶۳ درصد از این افراد به درمان پاسخ دادند، از این تعداد، تنها ۲۹-۴۳ درصد بهبودی نشان دادند و نیمی دیگر از افراد شرکت کننده در مطالعه، علیرغم اندازه اثر بزرگ، به‌طور قابل‌اعتمادی بهبود نیافتند (۸۱). علاوه بر این، اخیرا یک متاآنالیز نشان داد که یک سوم از مبتلایان به اضطراب سلامت که درمان شناختی رفتاری دریافت کرده‌بودند، به این درمان پاسخ ندادند و از میان باقی افراد، تنها ۵۰ درصد پس از مداخله به بهبودی دست یافتند(۷۵). این در حالی است که استفاده از تکنیک‌های خاص درمان فراشناختی به عنوان یک درمان مستقل در مدیریت اضطراب سلامت، نتایج خوبی را به‌همراه داشت(۹۷). همچنین اثربخشی این درمان در افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری، نشان دادن بهبودی‌های چشمگیر در علائم افسردگی و اضطراب همراه با این اختلال و کاهش قابل‌ملاحظه‌ی باورهای فراشناختی ناکارآمد در پیگیری شش ماهه این افراد، حائز اهمیت است(۹۸).

نتیجه‌گیری

علی‌رغم اینکه که در بسیاری از پژوهش‌ها، استفاده از درمان شناختی رفتاری برای اضطراب سلامت پیشنهاد شده است، اما بررسی نتایج مطالعات نشان داد که درمان فراشناختی، درمانی کارآمدتر و اثربخش‌تر در این اختلال به شمار می‌آید؛ چرا که نه تنها منجر به بهبود علائم روانپزشکی در اختلال اضطراب بیماری، وسواس فکری-جبری، اختلال دوقطبی، افسردگی و بسیاری دیگر از اختلالات روانپزشکی می‌شود، بلکه اثرات آن برای مدت نسبتا طولانی(یک سال)، همچنان باقی می‌ماند؛ افزون بر این، در کاهش پریشانی‌های عاطفی تجربه‌شده در خلال بیماری‌های مزمن و استرس‌های روزمره نیز موثر واقع شده‌است. در نتیجه با توجه به میزان پاسخ‌دهی و بهبودی کم در درمان CBT از یک سو و اثربخشی قابل‌ملاحظه درمان فراشناختی از سوی دیگر، می‌توان این‌طور برآورد کرد، که اثربخشی درمان فراشناختی از درمان شناختی رفتاری در بهبود علائم اختلال اضطراب سلامت، پریشانی ناشی ازآن، دلگرم‌کننده‌تر به‌نظر می‌رسد. بر این اساس، پیشنهاد می‌گردد که درمانگران، به منظور حصول نتایج بهتر و اثربخش‌تر، از درمان فراشناختی برای بهبود مبتلایان به

16. Fallon
17. Roth-Rawald

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-08-27]

اضطراب سلامتی، بهره گیرند. افزون بر این، با توجه به این که تحقیق حاضر، مروری روایتی از نظریات شناختی و فراشناختی مطرح در اضطراب سلامتی و درمان‌های ناشی از آن‌ها می‌باشد، پیشنهاد می‌شود که تحقیقات آینده به بررسی اثربخشی درمان شناختی و فراشناختی در نمونه‌های بالینی و مقایسه آن‌ها با یکدیگر بپردازند.

References

1. American Psychiatric Association D, Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR: American psychiatric association Washington, DC; 2022.
2. Tyrer P, Tyrer H. Health anxiety: detection and treatment. BJPsych Advances. 2018;24(1):66-72.
3. Leal PC, Goes TC, da Silva LCF, Teixeira-Silva F. Trait vs. state anxiety in different threatening situations. Trends in psychiatry and psychotherapy. 2017;39:147-157.
4. Bailer J, Kerstner T, Witthöft M, Diener C, Mier D, Rist F. Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. Anxiety, Stress, & Coping. 2016;29(2):219-239.
5. Tyrer P. Recent advances in the understanding and treatment of health anxiety. Current psychiatry reports. 2018;20:1-8.
6. Blakey SM, Abramowitz JS. Psychological predictors of health anxiety in response to the Zika virus. Journal of clinical psychology in medical settings. 2017;24:270-278.
7. Tull MT, Barbano AC, Scamaldo KM, Richmond JR, Edmonds KA, Rose JP, Gratz KL. The prospective influence of COVID-19 affective risk assessments and intolerance of uncertainty on later dimensions of health anxiety. Journal of anxiety disorders. 2020;75:102290.
8. Kosic A, Lindholm P, Järvholm K, Hedman-Lagerlöf E, Axelsson E. Three decades of increase in health anxiety: Systematic review and meta-analysis of birth cohort changes in university student samples from 1985 to 2017. Journal of Anxiety Disorders. 2020;71:102208.
9. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. General psychiatry. 2020;33(2).
10. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, Ho RC. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. International journal of environmental research and public health. 2020;17(5):1729.
11. Shabani MJ, Mohsenabadi H, Gharraee B, Shayanfar F, Corcoran VP, McKay D. Psychological correlates of health anxiety in response to the coronavirus (COVID-19) pandemic: A cross-sectional online study in Iran. International Journal of Cognitive Therapy. 2023;16(1):103-122.
12. Zhu K, Niu Z, Freudenheim JL, Zhang Z-F, Lei L, Homish GG, et al. COVID-19 related symptoms of anxiety, depression, and PTSD among US adults. Psychiatry research. 2021;301:113959.
13. Benke C, Schönborn T, Habermann N, Pané-Farré CA. Health anxiety is associated with fearful imagery of contracting COVID-19: An experimental study. Journal of affective disorders. 2022;298:316-321.
14. Jungmann SM, Brand S, Kolb J, Witthöft M. Do Dr. Google and health apps have (comparable) side effects? An experimental study. Clinical Psychological Science. 2020;8(2):306-317.
15. Jungmann SM, Witthöft M. Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: Which factors are related to coronavirus anxiety? Journal of anxiety disorders. 2020;73:102239.
16. Keen E, Kangas M, Gilchrist PT. A systematic review evaluating metacognitive beliefs in health anxiety and somatic distress. British Journal of Health Psychology. 2022;27(4):1398-1422.
17. McBride CG. Linguistic Characteristics of Health Anxiety from Online Discourse. 2022.
18. Urs G, Vinay H. Health anxiety and academic performance among undergraduate medical students: A

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-08-27]

correlational study. International Health Trends and Perspectives. 2023;3(1):106-114.
19. Hoffmann D, Rask CU, Hedman-Lagerlöf E, Jensen JS, Frostholm L. Efficacy of internet-delivered acceptance and commitment therapy for severe health anxiety: results from a randomized, controlled trial. Psychological medicine. 2021;51(15):2685-2695.
20. Belloch A, López-Santiago J, Arnáez S. Hipocondría: la ansiedad por la salud. 2019.
21. Chávez-León E. A propósito de la hipocondría, su fenomenología y diagnóstico actual. Revista Latinoamericana de Psiquiatria. 2012;11(2):31-32.
22. Olatunji BO, Kauffman BY, Meltzer S, Davis ML, Smits JA, Powers MB. Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. Behaviour research and therapy. 2014;58:65-74.
23. Rodríguez-Ceberio M, De la Cruz R. Eficacia de la psicoterapia en comparación con la terapia farmacológica en el tratamiento de la hipocondría o ansiedad por la enfermedad. Revista Científica Retos de la Ciencia. 2023;7(15):100-111.
24. Bartoli S, De la Cruz Gil R. Epistemología, historia y fundamentos de la Terapia Breve Estratégica. El Modelo de Giorgio Nardone. Papeles del psicólogo. 2023;44(1).
25. Sørensen P, Birket-Smith M, Wattar U, Buemann I, Salkovskis P. A randomized clinical trial of cognitive behavioural therapy versus short-term psychodynamic psychotherapy versus no intervention for patients with hypochondriasis. Psychological medicine. 2011;41(2):431-441.
26. Lebel S, Mutsaers B, Tomei C, Leclair CS, Jones G, Petricone-Westwood D, et al. Health anxiety and illness-related fears across diverse chronic illnesses: a systematic review on conceptualization, measurement, prevalence, course, and correlates. Plos one. 2020;15(7):e0234124.
27. Taylor S, Jang KL, Stein MB, Asmundson GJ. A behavioral-genetic analysis of health anxiety: Implications for the cognitive-behavioral model of hypochondriasis. Journal of Cognitive Psychotherapy. 2008;22(2):143-153.
28. Taylor S, Thordarson DS, Jang KL, Asmundson GJ. Genetic and environmental origins of health anxiety: A twin study. World Psychiatry. 2006;5(1):47.
29. Eilenberg T, Fink P, Jensen J, Rief W, Frostholm L. Acceptance and commitment group therapy (ACT-G) for health anxiety: a randomized controlled trial. Psychological medicine. 2016;46(1):103-115.
30. Melli G, Bailey R, Carraresi C, Poli A. Metacognitive beliefs as a predictor of health anxiety in a self-reporting Italian clinical sample. Clinical psychology & psychotherapy. 2018;25(2):263-271.
31. Fergus TA, Asmundson GJ. Cognitive and Behavioral Mechanisms of Health Anxiety. The Clinician's Guide to Treating Health Anxiety: Elsevier; 2019: 43-64.
32. Noyes Jr R, Stuart SP, Langbehn DR, Happel RL, Longley SL, Muller BA, Yagla SJ. Test of an interpersonal model of hypochondriasis. Psychosomatic Medicine. 2003;65(2):292-300.
33. Taylor S, Asmundson GJ, Hyprochondria. Treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach: Guilford Press New York; 2004.
34. Rachman S. Health anxiety disorders: A cognitive construal. Behaviour research and therapy. 2012;50(7-8):502-512.
35. Alberts NM, Hadjistavropoulos HD. Parental illness, attachment dimensions, and health beliefs: testing the cognitive-behavioural and interpersonal models of health anxiety. Anxiety, Stress & Coping. 2014;27(2):216-228.
36. Alberts NM, Hadjistavropoulos HD, Sherry SB, Stewart SH. Linking illness in parents to health anxiety in offspring: Do beliefs about health play a role? Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2016;44(1):18-29.
37. Karademas EC. Effects of exposure to the suffering of unknown persons on health-related cognitions, and the role of mood. Health:. 2009;13(5):491-504.
38. Wright KD, Reiser SJ, Delparte CA. The relationship between childhood health anxiety, parent health anxiety, and associated constructs. Journal of

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-08-27]

health psychology. 2017;22(5):617-626.
39. Warwick HM, Salkovskis PM. Hypochondriasis. Behaviour research and therapy. 1990;28(2):105-117.
40. Weck F, Neng J, Richtberg S, Jakob M, Stangier U. Cognitive therapy versus exposure therapy for hypochondriasis (health anxiety): A randomized controlled trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2015;83(4):665.
41. Axelsson E, Hedman-Lagerlöf E. Validity and clinical utility of distinguishing between DSM-5 somatic symptom disorder and illness anxiety disorder in pathological health anxiety: Should we close the chapter? Journal of Psychosomatic Research. 2023;165:111133.
42. Asmundson GJ, Abramowitz JS, Richter AA, Whedon M. Health anxiety: current perspectives and future directions. Current psychiatry reports. 2010;12:306-312.
43. Deacon B, Abramowitz JS. Is hypochondriasis related to obsessive-compulsive disorder, panic disorder, or both? An empirical evaluation. Journal of Cognitive Psychotherapy. 2008;22(2):115-127.
44. Fergus TA. Health-related dysfunctional beliefs and health anxiety: Further evidence of cognitive specificity. Journal of Clinical Psychology. 2014;70(3):248-259.
45. Bailey R, Wells A. Is metacognition a causal moderator of the relationship between catastrophic misinterpretation and health anxiety? A prospective study. Behaviour research and therapy. 2016;78:43-50.
46. L Norris A, Marcus DK. Cognition in health anxiety and hypochondriasis: Recent advances. Current Psychiatry Reviews. 2014;10(1):44-49.
47. Marcus DK, Gurley JR, Marchi MM, Bauer C. Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: A systematic review. Clinical psychology review. 2007;27(2):127-139.
48. Abramowitz JS, Braddock A. Psychological treatment of health anxiety and hypochondriasis: A biopsychosocial approach: Hogrefe Publishing GmbH; 2008.
49. Boelen PA, Carleton RN. Intolerance of uncertainty, hypochondriacal concerns, obsessive-compulsive symptoms, and worry. The Journal of nervous and mental disease. 2012;200(3):208-213.
50. Fetzner MG, Asmundson GJ, Carey C, Thibodeau MA, Brandt C, Zvolensky MJ, Carleton RN. How do elements of a reduced capacity to withstand uncertainty relate to the severity of health anxiety? Cognitive behaviour therapy. 2014;43(3):262-274.
51. Reuman L, Jacoby RJ, Blakey SM, Riemann BC, Leonard RC, Abramowitz JS. Predictors of illness anxiety symptoms in patients with obsessive compulsive disorder. Psychiatry Research. 2017;256:417-422.
52. Carleton RN. Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. Journal of anxiety disorders. 2016;39:30-43.
53. Wheaton MG, Messner GR, Marks JB. Intolerance of uncertainty as a factor linking obsessive-compulsive symptoms, health anxiety and concerns about the spread of the novel coronavirus (COVID-19) in the United States. Journal of obsessive-compulsive and related disorders. 2021;28:100605.
54. Akbari M, Spada MM, Nikčević AV, Zamani E. The relationship between fear of COVID-19 and health anxiety among families with COVID-19 infected: The mediating role of metacognitions, intolerance of uncertainty and emotion regulation. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2021;28(6):1354-1366.
55. Fergus TA, Valentiner DP. Intolerance of uncertainty moderates the relationship between catastrophic health appraisals and health anxiety. Cognitive Therapy and Research. 2011;35:560-565.
56. Salkovskis PM, Warwick HM, Deale AC. Cognitive-Behavioral Treatment for Severe and Persistent Health Anxiety (Hypochondriasis). Brief Treatment & Crisis Intervention. 2003;3(3).
57. Hadjistavropoulos HD, Janzen JA, Kehler MD, Leclerc JA, Sharpe D, Bourgault-Fagnou MD. Core cognitions related to health anxiety in self-reported medical and non-medical samples. Journal of Behavioral Medicine. 2012;35:167-178.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-08-27]

58. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression: Guilford press; 2011.
59. Wells A, Matthews G. Attention and emotion: A clinical perspective (Classic Edition). 2015.
60. Sun X, Zhu C, So S. Dysfunctional metacognition across psychopathologies: a meta-analytic review. European Psychiatry. 2017;45:139-153.
61. Bailey R, Wells A. Metacognitive beliefs moderate the relationship between catastrophic misinterpretation and health anxiety. Journal of Anxiety Disorders. 2015;34:8-14.
62. Solem S, Borgejordet S, Haseth S, Hansen B, Håland Å, Bailey R. Symptoms of health anxiety in obsessive–compulsive disorder: Relationship with treatment outcome and metacognition. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2015;5:76-81.
63. Bailey R, Wells A. Does metacognition make a unique contribution to health anxiety when controlling for neuroticism, illness cognition, and somatosensory amplification? Journal of Cognitive Psychotherapy. 2013;27(4):327-337.
64. Melli G, Carraresi C, Poli A, Bailey R. The role of metacognitive beliefs in health anxiety. Personality and Individual Differences. 2016;89:80-85.
65. Fergus TA, Wilder K, Koester P, Kelley LP, Griggs JO. Metacognitive beliefs about uncontrollability relate most strongly to health anxiety among US-based non-Latinx White primary care patients: Comparing strength of relations with US-based non-Latinx Black and Latinx primary care patients. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2022;29(4):1331-1341.
66. Dai L, Bailey R, Deng Y. The reliability and validity of the Chinese version of the Metacognitions about Health Questionnaire in college students. Quality of Life Research. 2018;27:1099-1108.
67. Cisler JM, Koster EH. Mechanisms of attentional biases towards threat in anxiety disorders: An integrative review. Clinical psychology review. 2010;30(2):203-216.
68. Köteles F, Witthöft M. Somatosensory amplification–An old construct from a new perspective. Journal of psychosomatic research. 2017;101:1-9.
69. Axelsson E, Andersson E, Ljótsson B, Björkander D, Hedman-Lagerlöf M, Hedman-Lagerlöf E. Effect of internet vs face-to-face cognitive behavior therapy for health anxiety: a randomized noninferiority clinical trial. JAMA psychiatry. 2020;77(9):915-924.
70. Gasteiger C, Sherriff R, Fraser A, Shedden-Mora MC, Petrie KJ, Serlachius AS. Predicting patient reassurance after colonoscopy: the role of illness beliefs. Journal of psychosomatic research. 2018;114:58-61.
71. Fallon BA, Ahern DK, Pavlicova M, Slavov I, Skritskya N, Barsky AJ. A randomized controlled trial of medication and cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis. American Journal of Psychiatry. 2017;174(8):756-764.
72. Hedman-Lagerlöf E, Axelsson E. Cognitive behavioral therapy for health anxiety. The Clinician's Guide to Treating Health Anxiety: Elsevier; 2019: 79-122.
73. Sunderland M, Newby JM, Andrews G. Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. The British Journal of Psychiatry. 2013;202(1):56-61.
74. Craske MG, Rauch SL, Ursano R, Prenoveau J, Pine DS, Zinbarg RE. What is an anxiety disorder? Focus. 2011;9(3):369-388.
75. Axelsson E, Hedman-Lagerlöf E. Cognitive behavior therapy for health anxiety: systematic review and meta-analysis of clinical efficacy and health economic outcomes. Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research. 2019;19(6):663-676.
76. Springer KS, Levy HC, Tolin DF. Remission in CBT for adult anxiety disorders: a meta-analysis. Clinical psychology review. 2018;61:1-8.
77. 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.
78. K Bouman T. Psychological treatments for hypochondriasis: a narrative

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-08-27]

review. Current Psychiatry Reviews. 2014;10(1):58-69.
79. Cooper K, Gregory JD, Walker I, Lambe S, Salkovskis PM. Cognitive behaviour therapy for health anxiety: A systematic review and meta-analysis. Behavioural and cognitive psychotherapy. 2017;45(2):110-123.
80. Liu J, Gill NS, Teodorczuk A, Li Z-j, Sun J. The efficacy of cognitive behavioural therapy in somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. Journal of affective disorders. 2019;245:98-112.
81. Roth-Rawald J, Maaß U, Mai S, Weck F. Exposure therapy for health anxiety: Effectiveness and response rates in routine care of an outpatient clinic. Journal of Clinical Psychology. 2023.
82. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change: Guilford press; 2011.
83. Hayes SC, Villatte M, Levin M, Hildebrandt M. Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. Annual review of clinical psychology. 2011;7:141-168.
84. Hofmann SG, Asmundson GJ. Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat? Clinical psychology review. 2008;28(1):1-16.
85. Masengale T. The Influence of Biblically Integrated Acceptance and Commitment Therapy on Mental Health in Self-Identified Christians: Midwestern Baptist Theological Seminary; 2021.
86. Bailey R, Wells A. The contribution of metacognitive beliefs and dysfunctional illness beliefs in predicting health anxiety: An evaluation of the metacognitive versus the cognitive models. Clinical Psychologist. 2016;20(3):129-137.
87. Sharma V, Sagar R, Kaloiya G, Mehta M. The scope of metacognitive therapy in the treatment of psychiatric disorders. Cureus. 2022;14(3).
88. Wells A, Matthews G. Attention and emotion: A clinical perspective Lawrence Erlbaum. 1994.
89. Wells A, Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. Behaviour research and therapy. 1996;34(11-12):881-888.
90. Ricci A, Bonini S, Continanza M, Turano MT, Puliti E, Finocchietti A, Bertolucci D. Worry and anger rumination in fibromyalgia syndrome. Reumatismo. 2016;68(4):195-198.
91. Bailey R, Wells A. Development and initial validation of a measure of metacognitive beliefs in health anxiety: The MCQ-HA. Psychiatry Research. 2015;230(3):871-877.
92. Fergus TA, Bardeen JR. Examining the incremental contribution of metacognitive beliefs beyond content-specific beliefs in relation to posttraumatic stress in a community sample. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2017;9(6):723.
93. Capobianco L, Faija C, Husain Z, Wells A. Metacognitive beliefs and their relationship with anxiety and depression in physical illnesses: A systematic review. PloS one. 2020;15(9):e0238457.
94. Lenzo V, Sardella A, Martino G, Quattropani MC. A systematic review of metacognitive beliefs in chronic medical conditions. Frontiers in psychology. 2020;10:2875.
95. Fergus TA, Valentiner DP, McGrath PB, Gier-Lonsway S, Jencius S. The cognitive attentional syndrome: examining relations with mood and anxiety symptoms and distinctiveness from psychological inflexibility in a clinical sample. Psychiatry research. 2013;210(1):215-219.
96. Axelsson E, Hedman-Lagerlöf E. Unwanted outcomes in cognitive behavior therapy for pathological health anxiety: a systematic review and a secondary original study of two randomized controlled trials. Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research. 2023:1-15.
97. Weck F, Neng JM, Stangier U. The effects of attention training on the perception of bodily sensations in patients with hypochondriasis: A randomized controlled pilot trial. Cognitive Therapy and Research. 2013;37:514-520.
98. Bailey R, Wells A. Metacognitive therapy in the treatment of hypochondriasis: A systematic case series. Cognitive Therapy and Research. 2014;38:541-550.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-08-27]