

اثربخشی طرحواره درمانی در درمان خودبیمارپنداری

مسعود قربانعلی پور¹، علی اسماعیلی²

تاریخ وصول: 91/5/20 تاریخ پذیرش: 91/10/5

چکیده

هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش خودبیمارپنداری در افراد مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر ارومیه بود. بدین منظور با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی از بین کلیه مراجعه کنندگان به مراکز درمانی شهر ارومیه 20 نفر انتخاب شدند. این افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفته و مقیاس نگرش به بیماری بر روی آنها به عنوان پیش آزمون اجرا شد. سپس گروه طرحواره درمانی طی 20 جلسه تحت مداخله با رویکرد طرحواره درمانی قرار گرفتند. طی این مدت گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام درمان، همان ابزار به عنوان پس آزمون و یک ماه پس از پایان درمان، به عنوان پی گیری بر روی آزمودنی‌ها اجرا گردیدند. برای تجزیه و تحلیل نتایج از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج حاکی از آن بود که میزان خودبیمارپنداری گروه آزمایش در مراحل پیش آزمون و پی گیری به طور معناداری پایین تر از گروه کنترل می باشد.

واژگان کلیدی: طرحواره درمانی، خودبیمارپنداری، اضطراب سلامتی

1. عضو گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوی masood_a28493@yahoo.com.au

2. دکتری تخصصی روان‌شناسی

مقدمه

خودبیمارپنداری^۱ اختلالی است که بر اساس ترس معنادار از ابتلاء به یک بیماری جدی و یا فکر ابتلای به آن بر اساس تفسیر اشتباه آمیز یک یا چند نشانه فیزیکی مشخص می‌شود. اشتغال ذهنی با موضوع بیماری حتی با اطمینان آفرینی‌های مکرر و ارزشیابی‌های دقیق پزشکی نیز حداقل به مدت شش ماه دوام داشته و پریشانی و درماندگی معناداری را در زمینه‌های اجتماعی، حرفه‌ای و سایر زمینه‌ها ایجاد می‌نماید (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، 2000).

یکی از خصوصیات آشکار و پر دوام خودبیمارپنداری، اشتغال ذهنی بدنی است. (لوپر و کیرمیر^۳، 2001). این اشتغال ذهنی به حدی است که بیماران مبتلا به خودبیمارپنداری معمولاً از علائم بدنی گوناگونی شکایت می‌کنند. البته این علائم بدنی اغلب مبنای جسمانی نداشته یا حتی اگر بیمار مبتلا به بیماری جسمی باشد، علائم تجربه شده بسیار فراتر از چیزی است که بتوان بر مبنای بیماری جسمی قابل تبیین باشد (آبراموویتز، اولاتونجی و دیکون^۴، 2007). همچنین این بیماران تنها با علائمشان اشتغال ذهنی ندارند بلکه با معنی علائمشان نیز اشتغال ذهنی دارند (نویز، استوارت، واتسون و لانگبن^۵، 2006).

از علائم دیگر این بیماران رفتارهای خودبیمارپندارانه و مقاومت در برابر اطمینان بخشی‌های معمول پزشکی است (آبراموویتز و مور^۶، 2007). رفتارهای خودبیمارپندارانه عموماً عبارتند از: واریسی سلامتی و جستجوی اطمینان بخشی برای اطمینان از عدم ابتلاء به بیماری، که هر دو این رفتارها نتیجه ترس از بیماری و گمان به بیماری است (سالکوسکیس، وارویک و دیل^۱، 2003). برخی دیگر از این رفتارها نیز عبارتند از: بررسی‌های فیزیکی، آزمون‌های

-
1. hypochondriasis
 2. American Psychiatric Association
 3. Loper & Kirmayer
 4. Abramowitz, Olatunji & Deacon
 5. Noyes, Stuart, Watson & Langbehn
 6. Abramowitz & Moore
1. Salkovskis, Warwick & Deale

آزمایشگاهی و دیگر اقدامات تشخیصی، همچنین بستری شدن و جراحی‌های غیر ضروری و سوالات مکرر از اعضای خانواده، دوستان و پزشکان برای اطمینان از عدم ابتلاء به بیماری خطرناک (کرید و بارسکی¹، 2004).

یکی از رویکردهای درمانی که به طور گسترده در درمان خودبیمارپنداری بکارگرفته شده، رویکرد شناختی رفتاری² است. اما این رویکرد در درمان افراد مبتلا به خودبیمارپنداری توفیق چندانی نداشته است و همان‌طور که DSM-IV³ متذکر می‌شود این اختلال اغلب به صورت مزمن درمی‌آید و نشانه‌های مرضی سالیان دراز پابرجا می‌مانند. آمارها نیز حاکی از آن است که میزان موفقیت درمان شناختی رفتاری در درمان خودبیمارپنداری بلافاصله بعد از درمان 55 درصد است و میزان بازگشت آن پس از شش ماه حدود 35 درصد است. در نتیجه یکی از مشکلات مهم روانپزشکان و روان‌درمانگران در رابطه با این اختلال عدم کارایی بالا و بازگشت مجدد این بیماری پس از درمان‌های ظاهراً موفقیت‌آمیز است (فرر، والکر و استین⁴، 2007).

یکی از رویکردهای درمانی که برای حل مشکلات مزمن و سخت طراحی شده، طرحواره درمانی⁵ است. حدود سی سال قبل بک⁶ (1967 و 1976) بر نقش بنیادی طرحواره‌های شناختی⁷ در اختلالات هیجانی تاکید کرد (به نقل از ریسو، توایت، استین و یانگ⁸، 2007). علی‌رغم نقش مرکزی طرحواره‌های شناختی در نوشته‌های اولیه شناخت درمانگران، تکنیک‌های شناختی و رویکردهای درمانی که پدید آمدند، تمایل بیشتری به بررسی افکار منفی، باورهای ناکارآمد و سبک‌های اسنادی نشان دادند. در همین راستا پروتکل‌های درمانی

1. Creed & Barsky
2. cognitive- behavioral
3. diagnostic and statistical manual of mental disorders
4. Furer, Walker & Stein
5. Schema Therapy
6. Beck
7. cognitive schema
8. Riso, Toit, Stein & Young

به وجود آمده نیز به درمان‌های کوتاه مدت تمایل داشتند و توجه کمتری به طرحواره‌های شناختی می‌شد (یانگ، 1999).

در سال‌های اخیر برخی پژوهشگران به نظریه ابتدایی بک که بر نقش طرحواره‌های شناختی در مفهوم سازی مشکل بیمار تاکید می‌کرد، بازگشتند. یانگ (1990) از پیشگامان رویکرد بالینی طرحواره‌محور بود. هدف اصلی این رویکرد تغییر و بهبود طرحواره‌هاست. طرحواره‌ها را می‌توان ساختارهایی برای بازیابی مفاهیم کلی ذخیره شده در حافظه یا مجموعه سازمان یافته‌ای از اطلاعات، باورها و فرض‌ها دانست. محتوی هر طرحواره از طریق تجربه‌های زندگی فردی ساخته و پرداخته می‌شود، سازمان می‌یابد، در ادراک و ارزیابی اطلاعات جدید مورد استفاده قرار می‌گیرد (یانگ، کلسکو و ویشار، 2003).

طرحواره درمانی درون مایه‌های روان‌شناختی را که شاخصه بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی هستند را مد نظر قرار می‌دهد و این درون مایه‌ها را طرحواره‌های ناکارآمد اولیه^۲ می‌نامد. این طرحواره‌های ناکارآمد اولیه: «الگوها یا درون مایه‌های فراگیر و عمیقی هستند، از خاطرات، هیجان‌ات و احساسات بدنی تشکیل شده‌اند، در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته‌اند، در سیر زندگی تداوم دارند، درباره رابطه خود با دیگران هستند، به شدت ناکارآمدند و برای بقایشان می‌جنگند و با اینکه فرد می‌داند طرحواره منجر به ناراحتی او می‌شود ولی با آن احساس راحتی می‌کند و همین عامل باعث می‌شود فرد به این نتیجه برسد که طرحواره اش درست است». عوامل به وجود آورنده این طرح‌واره‌ها 1- ارضاء نشدن نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی، 2- تجارب اولیه زندگی و 3- خلق و خوی هیجانی می‌باشد. این طرحواره‌ها ساختارهای شناختی ثابتی هستند که در دوران بهبودی حالت نهفته دارند. این ساختارهای بالقوه توسط وقایع استرس‌زای زندگی فعال می‌شوند و دست‌یابی به یک شبکه به شدت سازماندهی

1. Klosko & Weishaar
2. primary maladaptive schema

شده از اطلاعات ذخیره شده شخصی که عمدتاً نامطلوب هستند را مهیا می کنند که این مسئله بروز بیماری را تسریع می کند (بامبر¹، 2006).

پژوهش های صورت پذیرفته نیز عمدتاً از اثربخشی بالای طرحواره در متنی در درمان اختلالات مزمن دارند. برای مثال سوکمن و پینارد² (1999)، به نقل از سوکمن، دلفان، آنابل³ و و پینارد، (2003) در پژوهشی 39 بیمار مبتلا به وسواس مقاوم به درمان را با استفاده از طرحواره درمانی مورد درمان قرار دادند. همچنین اونز، پیک و چارد⁴ (2001) 28 زن بزرگسال با سابقه تجاوز جنسی کودکی را با رویکرد طرحواره درمانی مورد درمان قرار دادند. در پژوهش آنها تنها 2 نفر از 28 فردی که در گروه طرحواره درمانی قرار داشتند پس از اتمام درمان هنوز علائم اختلال استرس پس از ضربه را داشتند. در پژوهشی دیگر بال و رانسوالی⁵ (2006) در پژوهش خود دریافتند طرحواره درمانی باعث کاهش چشمگیر اختلال شخصیت و سوء مصرف مواد می گردد.

حال با توجه عدم کارایی رویکردهای بکار گرفته شده در درمان خودبیمارپنداری و در نتیجه مزمن شدن این بیماری و همچنین با عنایت به اینکه بخش قابل توجهی از پژوهش های انجام شده یا در حال انجام در گستره آسیب شناسی، روان درمانی و مشاوره به پژوهش وجوه مختلف مکاتب، شیوه ها و فنون درمانی اختصاص یافته است. تلاش برای بررسی اثربخشی طرحواره درمانی به عنوان درمان انتخابی اختلالات مزمن، در مقابل خودبیمارپنداری که اختلالی مزمن است در فرایند تولید دانش انتخاب مناسبی به نظر می رسد. در همین راستا پژوهش حاضر در صدد است تا به سوالاتی در خصوص اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش خودبیمارپنداری پاسخ داده و شیوه ای مناسب برای کاهش خودبیمارپنداری معرفی کند.

-
1. Bamber
 2. Sookman & Pinard
 3. Dalfen & Annable
 4. Owens, Pike & Chard
 5. Ball & Rounsaville

روش تحقیق

در این مطالعه از طرح پژوهشی آزمایشی استفاده شده است. طرح آزمایشی پژوهش حاضر طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون - پیگیری با گروه کنترل است که شامل مراحل اجرایی زیر است:

- 1- جایگزین کردن تصادفی آزمودنی‌ها 2- اجرای پیش‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها 3- اجرای متغیر مستقل بر روی گروه آزمایشی 4- اجرای پس‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها 5- اجرای آزمون پیگیری و جمع‌آوری داده‌ها (با فاصله زمانی یک ماه).

جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه افراد ساکن شهر ارومیه که مبتلا به اختلال خودبیمارپنداری بوده و برای درمان به یکی از مراکز مشاوره شهر ارومیه مراجعه نموده بودند. برای تعیین نمونه از بین افراد مبتلا به خودبیمارپنداری که به مراکز درمانی مراجعه نموده بودند 42 نفر که تمایل به شرکت در این پژوهش داشتند و نمره آنها در مقیاس نگرش به بیماری بالای 60 بود، انتخاب شده و مصاحبه بالینی ساختاریافته¹ توسط روانپزشک برای آنها اجرا شد. تعداد 32 نفر از این افراد مبتلا به خودبیمارپنداری تشخیص داده شدند که از این تعداد 20 نفر به تصادف انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه 10 نفری، آزمایشی و گروه کنترل (گروه در لیست انتظار) قرار گرفتند. در این مرحله مقیاس نگرش به بیماری به عنوان پیش‌آزمون بر روی آزمودنی‌ها اجرا شد. سپس گروه آزمایشی، مداخله مبتنی بر طرحواره درمانی را طبق پروتکل ارائه شده توسط یانگ (1990) طی 20 جلسه دریافت نمودند. در طی این مدت گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. لازم به ذکر است با وجود تلاش پژوهشگر و پیگیری مسئولان مراکز مشاوره 2 نفر از مراجعان گروه آزمایشی طرحواره درمانی بعد از جلسه چهارم و هفتم درمان، از شرکت در جلسات درمانی خودداری کردند و به این ترتیب حجم گروه‌های پژوهش به 18 نفر کاهش پیدا کرد. 8 مراجع گروه طرحواره درمانی و 10 مراجع گروه کنترل. بعد از اتمام جلسات درمانی مجدداً ابزار پژوهش به عنوان پس‌آزمون و یک ماه

پس از اتمام درمان به عنوان پیگیری بر روی آزمودنی‌ها اجرا شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از روش تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد. همان‌طور که گفته شد برای اعضای گروه آزمایش، طرحواره درمانی به صورت فردی به مدت 20 جلسه و هر جلسه به مدت 45 دقیقه اجرا شد. عناوینی که در هر جلسه ارائه شد، به شرح زیر بود:

جلسه	موضوعات	عناوین محتوای آموزشی
1	برقراری ارتباط	درک بیمار و بررسی چگونگی شکل‌گیری و بقاء مشکل
2	آموزش	آموزش به بیمار در خصوص ماهیت اختلال، مشخص کردن انتظارات بیمار و درمانگر از درمان، آموزش الگوی شناختی رفتاری و ایجاد یک توافق درمانی.
3	بررسی افکار، پیش‌بینی‌ها و پس‌آیندها	شناسایی اجبارها، اجتناب‌ها و باورهای بنیادین
4	شناسایی افکار تحریف شده	ارزیابی چرخه افکار و رفتار مراجع و آموزش در خصوص تحریف‌های شناختی و شناسایی تحریف‌های شناختی.
5	مواجهه	مواجهه با اجتناب‌ها و اصلاح تحریف‌های شناختی
6	اصلاح افکار ناکارآمد	تغییر و اصلاح تحریف‌های شناختی
7	آموزش الگوی طرحواره محور	آموزش الگوی طرحواره درمانی و مفهوم سازی مشکل بیمار در قالب طرحواره‌ها
8-10	شناسایی طرحواره‌ها - های ناکارآمد	شناسایی طرحواره‌های ناکارآمد اولیه، شناسایی حوزه‌ها، فرآیندها، رفتارها و سبک‌های طرحواره ای
11-13	اصلاح طرحواره	استفاده از تکنیک‌های هیجانی (بحث و گفتگو در مورد تجارب گذشته، گفتگوی خیالی با والدین، بحث و گفتگو در مورد وقایع فعلی، تصویر سازی ذهنی و تخلیه هیجانی).
14-16	اصلاح طرحواره ها	استفاده از تکنیک‌های رفتاری (حذف رفتارهای تداوم بخش طرحواره، حذف

اجتناب‌ها و افزایش رفتارهای مقابله‌ای سالم).

استفاده از تکنیک‌های شناختی (بررسی انتقادی شواهد حمایت‌کننده از طرحواره‌ها، مرور و بررسی شواهد متناقض با طرحواره‌ها، تکنیک موضع - ضد موضع، تهیه کارت‌های آموزشی مصور که با طرحواره‌ها متناقض است و تحلیل سود و زیان طرحواره‌ها).

شرکت افراد در این طرح به صورت داوطلبانه بود و اطلاعات مربوط به افراد بدون نام و تنها با کد شناساننده مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گرفتند. در ابتدای پژوهش ضمن ارایه توضیحات کافی به تمام داوطلبین شرکت در پژوهش در مورد اهمیت، شیوه، مدت و شرایط اجرای مداخله پژوهشی و ارزیابی‌ها، از آنها رضایت‌نامه‌ی کتبی برای شرکت در پژوهش گرفته شد. همچنین کلیه‌ی ملاحظات اخلاقی در مورد عدم اشاره به نام و هویت شرکت‌کنندگان در پژوهش، به هنگام گزارش نتایج پژوهش رعایت گردید. پس از اتمام آموزش گروه آزمایشی، دوره‌ی مشابهی از آموزش برای افراد گروه لیست انتظار نیز برگزار شد.

ابزار پژوهش:

مقیاس نگرش به بیماری (IAS)¹

این پرسشنامه در سال 1986 توسط کلنر² ساخته شد که شامل 29 پرسش در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از صفر تا چهار نمره گذاری می‌شود و به منظور اندازه‌گیری خودبیمار پنداری طراحی شده است. فرم اصلی این مقیاس شامل 9 زیر مقیاس است اما در پژوهش‌های بعدی که در خصوص ساختار عاملی این پرسشنامه صورت گرفت هاجیستاوروپولوس و آسماندسون¹ (1998)، به نقل از نویز وودمن، بادکین و یاگلا² (2004) 5 عامل را مورد شناسایی قرار دادند.

1. The Illness Attitudes Scale (IAS)
2. Kellner
1. Hadjistavropoulos & Asmundson
2. Noyes, Woodman, Bodkin & Yagla

در ایران این پرسشنامه توسط عطری فرد و همکاران (1385) مورد بررسی قرار گرفته است. در این پژوهش 5 عامل ترس از بیماری و ناخوشایندی، فراوانی درمان، باورهای خودبیمارپندارانه و آثار علائم، رفتار سلامتی و هراس از مرگ مورد شناسایی قرار گرفتند که هر یک به ترتیب شامل 7، 3، 10، 4 و 3 گویه هستند. بررسی همسانی درونی زیر مقیاس‌ها حاکی از آن است که همگی زیر مقیاس‌ها دارای همسانی درونی مطلوبی می‌باشند (بالای 0/70). همچنین در این پژوهش مشخص شد که بین عامل 1، 2 و 4 با مقیاس خودبیمارپنداری MMPI و بین عامل 1 و 3 با خرده مقیاس نشانه‌های بدنی SCL-90R و بین عامل 3 با خرده مقیاس نشانه‌های بدنی GHQ رابطه متوسط وجود دارد و تنها بین عامل 5 با مقیاس‌های دیگر رابطه معنادار وجود ندارد (عطری فرد و همکاران، 1385).

نتایج: در این قسمت به تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش پرداخته شده است. ابتدا اطلاعات توصیفی مربوط به آزمودنی‌های پژوهش ارائه شده است و سپس با استفاده از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس فرضیات پژوهش مورد آزمون قرار گرفته‌اند. در جدول 1 توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش به تفکیک جنسیت و گروه آزمایشی ارائه شده است.

جدول 1: فراوانی و درصد فراوانی جنسیت آزمودنی‌ها

گروه	جنسیت		کل
	زن	مرد	
	فراوانی	درصد	فراوانی
طرحواره درمانی	6	75	8
کنترل	5	50	10
کل	11	61/11	18

چنانچه از جدول مشاهده می‌شود 61 درصد از آزمودنی‌ها زن و 39 درصد از آنها مرد می‌باشند از آنجا که هر گروه سه بار در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری مورد

سنجش قرار گرفته است. ابتدا میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در هر سه گروه نشان داده شده و در ادامه آمار استنباطی مربوط به این فرضیه‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد. جدول 2 میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در هر سه گروه نشان داده شده است.

جدول 2: میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در نمرات

خودبیمارپنداری

مراحل	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
پیش‌آزمون	طرحواره درمانی	91/63	9/88	8
	کنترل	94/10	8/18	10
	کل	93/14	8/92	18
پس‌آزمون	طرحواره درمانی	57/5	12/96	8
	کنترل	93/94	8/14	10
	کل	81	15/69	18
پی‌گیری	طرحواره درمانی	59/25	9/99	8
	کنترل	95/72	8/66	10
	کل	83/14	15/08	18

به منظور مقایسه میانگین نمرات خودبیمارپنداری گروه‌ها در پس‌آزمون از آزمون ANCOVA استفاده شد. به این صورت که نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش کنترل شد و سپس نمرات پس‌آزمون مورد مقایسه قرار گرفت. به منظور مقایسه میانگین نمرات پس

آزمون خودبیمارپنداری بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول 3 ارائه شده است.

جدول 3: نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون خودبیمارپنداری گروه‌ها

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذورات اتا	توان آزمون
پیش‌آزمون	1499/75	1	1499/75	35/14	0/0001	0/59	1/000
گروه	3451/93	1	1725/96	40/45	0/0001	0/77	1/000
خطا	1024/04	15	42/66				
کل	190358	18					

همان‌طور که در جدول 3 مشاهده می‌شود تأثیر نمرات پیش‌آزمون بر نمرات پس‌آزمون معنی‌دار است $[F(1, 15) = 35/14, P < 0/0001]$. همچنین اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون معنی‌دار است $[F(1, 15) = 40/45, P < 0/0001]$. به این صورت که بین میانگین نمرات پی‌گیری گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

به منظور مقایسه میانگین نمرات خودبیمارپنداری گروه‌ها در پی‌گیری از آزمون ANCOVA استفاده شد. به این صورت که نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش کنترل شد و سپس نمرات پی‌گیری مورد مقایسه قرار گرفت. به منظور مقایسه میانگین نمرات پی‌گیری خودبیمارپنداری بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول 4 ارائه شده است.

جدول 4: نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات پی‌گیری خودبیمارپنداری در گروه‌ها

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذورات اتا	توان آزمون
پیش‌آزمون	1193/51	1	1193/51	36/49	0/0001	0/60	1/000

1/000	0/81	0/0001	54/28	1775/58	1	3551/17	گروه
				32/70	15	784/98	خطا
					18	199704	کل

همان‌طور که در جدول 4 مشاهده می‌شود تأثیر نمرات پیش‌آزمون بر نمرات پس‌آزمون معنی‌دار است $[F(1, 15) = 36/49, P < 0/0001]$. همچنین اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون معنی‌دار است $[F(1, 15) = 54/28, P < 0/0001]$. به این صورت که بین میانگین نمرات پی‌گیری گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی در درمان اختلال خودبیمارپنداری است. نتایج این پژوهش حاکی از آن است که طرحواره‌درمانی در درمان خودبیمارپنداری اثربخشی بالایی دارد. این یافته پژوهش با نتایج سوکمن و پینارد (1999) که در پژوهشی 39 بیمار مبتلا به وسواس مقاوم به درمان را با استفاده از طرحواره‌درمانی مورد درمان قرار دادند، همسو است. این یافته با نتایج پژوهش اونز، پیک و چارد (2001) نیز که 28 زن بزرگسال با سابقه تجاوز جنسی کودکی را با رویکرد طرحواره‌درمانی مورد درمان قرار دادند، همسو است. در پژوهش آنها تنها 2 نفر از 28 فردی که در گروه طرحواره‌درمانی قرار داشتند پس از اتمام درمان هنوز علائم اختلال استرس پس از ضربه را داشتند. این یافته با نتایج پژوهش بال و رانساوالی (2006) نیز که در پژوهش خود دریافتند طرحواره‌درمانی باعث کاهش چشمگیر اختلال شخصیت و سوء مصرف مواد می‌گردد، همسو هماهنگ است. همچنین با نتایج پژوهش ذوالفقاری (1388) که حاکی از آن بود که طرحواره‌درمانی بر ابعاد اسنادها شامل اسندهای درونی/ بیرونی نسبت به همسر، درونی/ بیرونی به خود، عمدی/ غیر عمدی، انگیزه خودخواهانه/ نوع‌دوستانه و سزاوار سرزنش و گذشت موثر بوده است، همسو است. نهایتاً این یافته با نتایج پژوهش حمید پور (1388) که نشان داد طرحواره‌درمانی در

مقایسه با شناخت درمانی در درمان اضطراب فراگیر اثربخشی بیشتری دارد، همسو و هماهنگ است.

در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد. یکی اینکه در این رویکرد درمانی، طرحواره‌های خاص هر بیمار مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفته و نیمرخ چند بعدی برای وی ترسیم می‌شود. راهبردهای درمانی مناسب و مرتبط با تجربیات هر شخص به ویژه تجربیاتی که مانع از همکاری، یادگیری و مواجهه و پیشگیری از پاسخ می‌شوند طراحی می‌شوند.

دیگر اینکه طرحواره درمانی در فرایند درمان به بیمار کمک می‌کند تا با زیر سوال بردن طرحواره‌ها، صدای سالمی را در ذهن خود به وجود بیاورد و بدین ترتیب ذهنیت سالم خود را توانمند سازد. این رویکرد درمانی به بیماران کمک می‌کند تا درستی طرحواره‌هایشان را ارزیابی کنند. در اثر کاربرد این رویکرد، بیماران طرحواره را به عنوان یک حقیقت بیرونی می‌نگرند که می‌توانند با استفاده از شواهد عینی و تجربی بر علیه آن بجنگند. در واقع یکی از دلایل موفقیت طرحواره درمانی نیز هدف قرار دادن این ساخت‌های زیر بنایی با استفاده از تکنیک‌های عمدتاً شناختی است. همچنین یکی دیگر از دلایل اثربخشی طرحواره درمانی استفاده از تکنیک‌های رفتاری است. تکنیک‌های رفتاری به مراجع کمک می‌کنند تا به جای الگوهای رفتاری طرحواره- خاست، سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تری را جانشین سازد. تکنیک‌های رفتاری به مراجع کمک می‌کنند تا از طرحواره‌ها فاصله بگیرد و به او کمک می‌کنند تا به جای اینکه طرحواره را یک حقیقت مسلم درباره خود بدانند، آن را به صورت یک موجود مزاحم بدانند. یکی از تکنیک‌های عمده رفتاری در این رویکرد مواجهه و پیشگیری از پاسخ است. در واقع مواجهه بافت مناسبی برای فعال سازی و اصلاح طرحواره‌های مرتبط با خودبیمارپنداری و هراس از مرگ ایجاد می‌نماید. همچنین مواجهه در یک معنای وسیع به سادگی شامل حفظ اشتغال با افکار یا محرک‌هایی است که شخص در تلاش است تا

از آنها اجتناب کند. در واقع هر مداخله‌ای که تلاش می‌کند تا طرحواره‌های را فعال و اصلاح کند ضرورتاً مستلزم حفظ اشتغال با موادی است که مراجع در تلاش برای اجتناب از آنهاست. نهایتاً اینکه اتحاد درمانی یک عامل مهم در ایجاد تغییرات درمانی است. در واقع اتحاد درمانی مثبت با درمانگر یک تجربه هیجانی تصحیح کننده برای بیماران فراهم می‌آورد و بنابراین، ممکن است یکی از دلایل درمان موثر باشد. اتحاد درمانی مثبت یک محیط امن را ایجاد می‌کند که در آن بیمار برای نزدیک شدن به عواطف و هیجانات ترسناک به اندازه کافی احساس ایمنی می‌کند. محیط امن ناشی از اتحاد درمانی می‌تواند به بیمار اجازه دهد که کمتر دفاعی باشد و به ترس‌هایی که در حالت عادی به آنها فکر نمی‌کند آگاهی پیدا کند. این محیط امن، نه تنها به بیمار اجازه می‌دهد که به عواطف دردناک خود آگاهی پیدا کند بلکه او را در انجام رفتارهای جدید حمایت می‌کند. بال و یانگ (2000)، به نقل از ریسو و همکاران، (2007) در پژوهشی بر روی بیماران مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد دریافتند گروهی که تحت طرحواره درمانی قرار گرفته بودند در مقایسه با گروه دارو درمانی اتحاد درمانی قوی‌تری را گزارش کردند.

از محدودیت‌های عمده این پژوهش، عدم مقایسه این رویکرد با سایر رویکردهای موجود در درمان خودبیمارپنداری برای معرفی بهترین رویکرد درمانی می‌باشد. همچنین کلیه مراحل اجرای پژوهش بر عهده پژوهشگران بود، بر این اساس، این احتمال وجود دارد که در پاسخ آزمودنی‌ها به پرسشنامه، در مرحله پس آزمون و پی گیری سوگیری‌هایی وجود داشته باشد. در این راستا پیشنهاد می‌شود مقایسه بین رویکردهای مختلف درمان خودبیمارپنداری با حضور درمانگران و آزمون گران غیر همسان صورت پذیرد.

منابع فارسی

آزاد، حسین. (1372). آسیب‌شناسی روانی. تهران. انتشارات بعثت.

ذوالفقاری، مریم. (1387). تأثیر طرحواره درمانی بر اسنادهای زناشویی و باورهای ارتباطی زوجین در شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.

حمیدپور، حسن. (1388). کارایی و اثربخشی طرحواره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. پایان نامه دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

عطری فرد، مهدیه، شعیری، محمد رضا و اصغری مقدم، محمد علی. (1386). ساخت عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس بازخورد نسبت به بیماری در نمونه‌های ایرانی. *مجله دانشور رفتار* 16. 57 تا 70.

منابع لاتین

- Abramowitz, J. S., & Moore, E. L. (2007). An experimental analysis of hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 413–424.
- Abramowitz, J. S., Olatunji, B. O., & Deacon, B. J. (2007). Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 38, 86–94.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revised). Washington.
- Ball, S. A., & Rounsaville, B. J. (2006). Refinishing without rebuilding: Dual focus schema therapy for personality disorder and addiction. In R. L. Spitzer, M. B. First, J. B. W. Williams, & M. Gibbon (Eds.), *Treatment companion to the DSM-IV-TR casebook* (2nd ed., pp. 53-65). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bamber, R. M. (2006). *CBT for Occupational Stress in Health Professionals*. London: Rutledge Publishing.
- Creed, F. & Barsky, A. (2004). A systematic review of the epidemiology of somatization disorder and hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic research*, 56, 391-408.
- Furer, P., Walker, J. R. Stein, M. (2007). *Treating health anxiety and fear of death: A practitioners guide*. New York: Springer Publishing.
- Looper, K. J., & Kirmayer, L. J. (2001). Hypochondriacal concerns in a community population. *Psychological Medicine*, 31, 577–584.
- Noyes, J. R., Woodman, C. L., Bodkin, J. A., & Yagla, S. J. (2004). Hypochondriacal concerns in panic disorder and major depressive disorder: A comparison. *Psychiatry in Medicine*, 34, 143 – 154.
- Noyes, R., Stuart, S., Watson, D.B. & Langbehn, D.R. (2006). Distinguishing between hypochondriasis and somatization disorder: a review of the existing literature. *Psychother Psychosom*; 75: 270–281.

- Owens, G. P., Pike, J. L., & Chard, K. M. (2001). Treatment effects of cognitive processing therapy on cognitive distortions of female child sexual abuse survivors. *Behavior Therapy*, 32, 413-424.
- Riso, P. L., du Toit, L. P., Stein, J. D., & Young, E. J. (2007). *Cognitive Schemas and Core Beliefs in Psychological Problems: A practioners guide*. Washington: American Psychological Association.
- Salkovskis, P.M., Warwic C. M. & Deal, C. A. (2003). Cognitive Behavioral Treatment for Sever and Persistant Health Anxiety. *Journal of treatment and crisis intervention*, 3, 353-367.
- Sookman, D., Dalfen, S., Annable, L., & Pinard, G. (2003, March). Change in dysfunctional beliefs and symptoms during CBT for resistant OCD. Paper presented at the 23rd annual convention of the Anxiety Disorders Association of America, Toronto, Ontario, Canada.
- Young, J. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema – focused approach*. Sarasota, FL: Professional resource exchange Inc. (3rd ed). Professional resource exchange.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema Focused Approach* (3rd edn). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J. E, Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practioners Guide*. New York: The Guilford Press.