

اثر بخشی مداخله ی شناختی- رفتاری متمرکز بر هراس از مرگ در کاهش خود بیمار پنداری

دکتر مسعود قربانعلی پور^۱، دکتر احمد برجعلی^۲ و دکتر فرامرز سهرابی^۳

هدف پژوهش حاضر، بررسی نتیجه ی تمرکز بر هراس از مرگ، در درمان خود بیمار پنداری است. بدین منظور، ۱۸ نفر از افراد مبتلا به خود بیمار پنداری به صورت در دسترس، انتخاب شدند و در دو گروه آزمایشی و کنترل کاربندی شدند. گروه آزمایش، ده جلسه ی مداخله ی شناختی- رفتاری با تمرکز بر هراس از مرگ دریافت کرد. نتایج، نشان داد که خود بیمار پنداری در گروه آزمایش در مراحل پس آزمون و پی گیری، به طور معناداری کاهش یافته است.

واژه های کلیدی: درمان شناختی رفتاری، خود بیمار پنداری، هراس از مرگ

مقدمه

خود بیمار پنداری^۴، اختلالی است که بر اساس ترس معنادار از ابتلا به یک بیماری جدی یا فکر ابتلای به آن بر اساس تفسیر اشتباه آمیز یک یا چند نشانه ی فیزیکی مشخص می شود. اشتغال ذهنی با موضوع بیماری، حتی با اطمینان آفرینی های مکرر و ارزشیابی های دقیق پزشکی نیز حداقل به مدت شش ماه دوام داشته و پریشانی و درماندگی معناداری را در زمینه های اجتماعی، حرفه ای و سایر زمینه ها ایجاد می کند (انجمن روان پزشکی آمریکا^۵، ۲۰۰۰).

یکی از خصوصیات آشکار و پر دوام این اختلال، اشتغال ذهنی درباره ی **بدن است (لوپر و کیرمیر^۶**، ۲۰۰۱). این اشتغال ذهنی، به حدی است که بیماران مبتلا به خود بیمار پنداری، معمولاً از علائم بدنی گوناگونی شکایت می کنند. 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

۱. استادیار و هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوی Email: masoodghorbanali@yahoo.com

۲. استادیار دانشگاه علامه طباطبایی

۳. دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی

بیماری جسمی قابل تبیین باشد (آبراموویتز، اولاتونجی و دیکون^۱، ۲۰۰۷). همچنین، این بیماران تنها با علایم شان اشتغال ذهنی ندارند بلکه با معنی علایم شان نیز اشتغال ذهنی دارند (نویز، استوارت، واتسون و لانگبن^۲، ۲۰۰۶).

از علایم دیگر این بیماران، رفتارهای خودبیمارپندارانه و مقاومت در برابر اطمینان بخشی های معمول پزشکی است (آبراموویتز و مور^۳، ۲۰۰۷). رفتارهای خود بیمارپندارانه، عموماً عبارتند از: واریسی سلامتی و بررسی های مکرر آزمایشگاهی و پزشکی برای حصول اطمینان از عدم ابتلا به بیماری که نتیجه ی ترس و گمان در خصوص ابتلا به بیماری است (سالکوسکیس، وارویک و دیل^۴، ۲۰۰۳). برخی دیگر از این رفتارها نیز عبارتند از: بستری شدن و جراحی های غیر ضروری و سوال های مکرر از اعضای خانواده، دوستان و پزشکان برای اطمینان از عدم ابتلا به بیماری خطرناک (کرید و بارسکی^۵، ۲۰۰۴).

با توجه به اینکه تدارک خدمات حرفه ای بهداشت روانی، برای ارزیابی راهبردهای درمانی اثربخش به منظور مقابله با چالش های مربوط با خود بیمارپنداری ضروری است، امروزه رویکردهای بسیاری برای درمان این اختلال تدارک دیده شده است که یکی از پرکاربردترین آنها رویکرد شناختی- رفتاری^۶ است (نویز، استوارت، واتسون و لانگبن، ۲۰۰۶). این شیوه، چارچوبی برای مراجع فراهم می کند تا عوامل سهمیم در خود بیمار پنداری را شناسایی کرده و آموزش هایی در خصوص چگونگی از بین بردن چرخه ی معیوب اضطراب فراهم کند (استارسویک و لیبیسیت^۷، ۲۰۰۱). این رویکرد، مراجعان را ترغیب می کند تا به این نکته توجه کنند که تمرکز هشیارانه بر علایم یا احساسات بدنی، به سرعت باعث برانگیخته شدن باورهایی در خصوص کارکرد نامناسب نواحی مختلف بدن می شود (فرر والکر و استین^۸، ۲۰۰۷). به طور کلی، رویکرد شناختی- رفتاری در خود بیمارپنداری، عموماً در پی دستیابی به کاهش واریسی بدنی و تلاش برای حصول اطمینان از

1. Abramowitz, Olatunji & Deacon

2. Noyes, Stuart, Watson & Langbehn

3. Abramowitz & Moore

4. Salkovskis, Warwick & Deale

5. Creed & Barsky

6. Cognitive Behavioral

7. Starcevic & Lipisitt

8. Furer, Walker & Stein

عدم ابتلا به بیماری، فایق آمدن بر اجتناب از موقعیت های مرتبط با بیماری و بازسازی شناختی است (سالکوسکیس، وارویک و دیل، ۲۰۰۳).

علی رغم کارایی بالای این رویکرد در درمان اختلال های اضطرابی و افسردگی، این رویکرد در درمان افراد مبتلا به خود بیمارپنداری، توفیق چندانی نداشته است. آمارها نیز حاکی از آن است که میزان موفقیت رویکرد شناختی رفتاری در درمان خود بیمارپنداری، بلافاصله بعد از درمان ۵۵ درصد و میزان بازگشت آن پس از شش ماه، حدود ۳۵ درصد است (فرر و والکر، ۲۰۰۸). یکی از گمانه زنی های موجود در خصوص عدم کارایی این رویکرد درمانی در درمان این اختلال، عدم توجه به هراس از مرگ^۳ در افراد مبتلا به خود بیمارپنداری است (میکولینسر و فلورین^۴، ۲۰۰۸). افراد مبتلا به خود بیمارپنداری، خود را در معرض خطر مرگ در اثر یک بیماری خطرناک می دانند. البته ادراک خطر مرگ توسط این افراد، ناشی از سوانح و خطرات طبیعی (به شکل تصادف، یا سیل) نیست بلکه تهدید تجربه شده این بیماران از بدنشان، ناشی می شود؛ در نتیجه، این بیماران گوش به زنگ تغییرات بدنی خود بوده و مستعد توجه ی مفرط بر احساسات و علائم بدنی و تعبیر اشتباه آمیز این علائم هستند (استارسویک، ۲۰۰۵). حال با توجه به اینکه مرگ به منزله ی از دست رفتن بدن و کارکردهای حیاتی آن است، برخی پژوهشگران چنین استدلال می کنند که هراس از ویرانی بدن همان هراس از مرگ است. در واقع، نگرانی در خصوص مرگ و مردن اغلب دلیل اصلی هراس افراد مبتلا به خود بیمارپنداری از بیماری های خطرناک است (هایبرت، فرر، مک فیل و والکر^۵، ۲۰۰۵). در همین راستا پژوهش قربانعلی پور و همکاران (۱۳۸۹) نشان داد که هراس از مرگ در افراد جوان و سالخورده باعث اشتغال مرضی آنان در رفتارهای ارتقا بخش سلامتی می شود.

سالکوسکیس و کلارک^۶ (۱۹۹۳) نیز در همین زمینه معتقدند که هراس از مرگ در خود بیمارپنداری، خود را به شکل هراس و گمان در خصوص مرگ به واسطه ی یک بیماری کشنده یا درمان ناپذیر نمایان می سازد. استارسویک (۲۰۰۵) نیز بر این باور است که این بیماران، اشتغال ذهنی غیر قابل کنترل و مفرطی با موضوع مرگ داشته و هراس آنها از مرگ، مرضی است (فرر و والکر،

3- fear of death

4- Mikulincer & Florian

5- Hiebert, Furer, McPhail & Walker

6- Salkovskis & Clarc

(۲۰۰۵)؛ به عبارت دیگر، فکر مرگ و تمام موضوع ها مرتبط با مرگ، بر ذهن و فکر آنها حاکم است و علی رغم آنکه این بیماران هراس شدیدی از مرگ دارند ولی هراس خود را به شکل هراس از بدن و بیماری نشان می دهند (فیرستون و کتل^۱، ۲۰۰۹).

با توجه به آنچه گفته شد، تلاش برای بررسی اثربخشی تمرکز بر هراس از مرگ در درمان خود بیمار پنداری در فرایند تولید دانش انتخاب مناسبی به نظر می رسد. در همین راستا، پژوهش حاضر در صدد است نقش هراس از مرگ را در درمان خود بیمار پنداری پر رنگ کرده و از طرف دیگر شیوه ای مناسب برای کاهش خود بیمار پنداری معرفی کند.

روش

جامعه ی آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه ی پژوهش حاضر، شامل ساکنین شهر ارومیه بود که مبتلا به اختلال خود بیمار پنداری بوده و برای درمان به یکی از مراکز مشاوره ی شهر ارومیه مراجعه کرده بودند. بدین منظور، ۳۹ نفر که تمایل به شرکت در این پژوهش داشتند و نمره ی آنها در مقیاس نگرش به بیماری، بالای ۶۰ بود انتخاب شدند و در مصاحبه ی بالینی ساختار یافته توسط روان پزشک شرکت کردند. از این تعداد، ۳۱ نفر مبتلا به خود بیمار پنداری تشخیص داده شدند که از بین آنها ۲۰ نفر به تصادف انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۰ نفری آزمایشی و کنترل، قرار گرفتند.

ابزار

مقیاس نگرش به بیماری (IAS)^۱: این پرسشنامه که در سال ۱۹۸۶ توسط کلنر^۲ ساخته شد، دارای ۲۹ پرسش، به منظور اندازه گیری خود بیمار پنداری است. فرم اصلی این مقیاس، شامل ۹ زیر مقیاس است اما در پژوهش های بعدی که در خصوص ساختار عاملی این پرسشنامه صورت گرفت ۵ عامل دیگر مورد شناسایی قرار گرفت (نویز، وودمن، بادکین و یاگلا^۳، ۲۰۰۴). در ایران، این پرسشنامه توسط عطری فرد و همکاران (۲۰۰۷) مورد بررسی قرار گرفته است. در این پژوهش، ۵ عامل ترس از بیماری و ناخوشایندی، فراوانی درمان، باورهای خود بیمار پندارانه و آثار علایم، رفتار سلامتی و

-
- 1- Firestone & Catlett
 - 1- Illnes Attitude Scale
 - 2- Kellner
 - 3- Noyes, Woodman, Bodkin & Yagla

هراس از مرگ مورد شناسایی قرار گرفتند که هر یک به ترتیب شامل ۷، ۳، ۱۰، ۴ و ۳ گویه است. بررسی همسانی درونی زیر مقیاس ها حاکی از آن است که هم ی زیر مقیاس ها دارای همسانی درونی مطلوبی است (بالای ۷۰/۰). همچنین، در این پژوهش مشخص شد که بین عامل ۱، ۲ و ۴ با مقیاس خود بیماری پنداری MMPI و بین عامل ۱ و ۳ با خرده مقیاس نشانه های بدنی SCL-90R و بین عامل ۳ با خرده مقیاس نشانه های بدنی GHQ، رابطه وجود دارد و تنها بین عامل ۵ با مقیاس های دیگر رابطه ی معنادار وجود ندارد (عطری فرد و همکاران، ۲۰۰۷).

در این مرحله، مقیاس نگرش به بیماری به عنوان پیش آزمون روی آزمودنی ها اجرا شد. سپس گروه آزمایشی، مداخله ی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری را طبق پروتکل ارایه شده توسط سالکوسکیس، وارویک و دیل، طی ۱۰ جلسه دریافت نمودند. در طی این مدت، گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. لازم به ذکر است با وجود تلاش پژوهشگر و پیگیری مسوولان مراکز مشاوره، ۲ نفر از مراجعان گروه آزمایشی بعد از جلسه ی پنجم و ششم درمان، از شرکت در جلسات درمانی خودداری کردند و به این ترتیب حجم گروه های پژوهش به ۱۸ نفر کاهش یافت (۸ مراجع گروه شناختی رفتاری و ۱۰ مراجع گروه کنترل). بعد از اتمام جلسات درمانی، مجددا ابزار پژوهش به عنوان پس آزمون و یک ماه پس از اتمام درمان به عنوان پیگیری روی آزمودنی ها اجرا شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها نیز از روش تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد. همانطور که گفته شد، برای اعضای گروه آزمایشی، رویکرد شناختی رفتاری به صورت فردی به مدت ۱۰ جلسه و هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه اجرا شد. عناوینی که در هر جلسه ارایه شد، به شرح زیر بود:

ف	موضوع ها	عناوین محتوای آموزشی
۱-۲	برقراری ارتباط و آموزش	درک بیمار، بررسی چگونگی شکل گیری و بقای مشکل و آموزش به بیمار در خصوص ماهیت اختلال، مشخص کردن انتظارات بیمار و درمانگر از درمان، آموزش الگوی شناختی رفتاری و نقش هراس از مرگ و ایجاد یک توافق درمانی.
۳-۴	بررسی افکار، پیشایندها و پس آیندها و شناسایی افکار تحریف شده	ارزیابی چرخه ی افکار و رفتار مراجع، شناسایی تحریف های شناختی و شناسایی اجبارها، اجتناب ها و باورهای بنیادین در خصوص سلامتی و مرگ

۵-۷	به کارگیری تکنیکهای مواجهه و پیشگیری از پاسخ حذف رفتارهای تداوم بخش و حذف رفتاری
۸-۱۰	اصلاح افکار ناکارآمد بررسی انتقادی شواهد حمایت کننده از افکار، مرور و بررسی (تکنیک های شناختی) شواهد متناقض با افکار مرتب با سلامتی و مرگ

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 می گرفت. در ابتدای پژوهش، ضمن ارایه ی توضیحات کافی به تمام داوطلبین شرکت در پژوهش در مورد اهمیت، شیوه، مدت و شرایط اجرای مداخله ی پژوهشی و ارزیابی ها، از آنها رضایت نامه ی کتبی برای شرکت در پژوهش گرفته شد. همچنین، تمام ملاحظات اخلاقی در مورد عدم اشاره به نام و هویت شرکت کنندگان در پژوهش، به هنگام گزارش نتایج پژوهش رعایت شد. پس از اتمام آموزش گروه آزمایشی، دوره ی مشابهی از آموزش برای افراد گروه لیست انتظار نیز برگزار شد.

یافته ها

از آنجا که هر گروه سه بار در مرحله ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مورد سنجش قرار گرفته است. اطلاعات توصیفی مربوط به آزمودنی ها میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری هر دو گروه در جدول ۱، ارایه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد گروه ها در نمره های خود بیمارپنداری

مرحل	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
	آزمایش	۴۵/۹۶	۸۸/۸	۸
پیش آزمون	کنترل	۱۳/۹۳	۲۳/۱۰	۱۰
	کل	۳۲/۹۴	۴۲/۱۵	۱۸
	آزمایش	۵/۶۳	۷۶/۸	۸
پس آزمون	کنترل	۹۰/۹۳	۳۳/۱۱	۱۰
	کل	۳۸/۸۰	۵۹/۱۸	۱۸
	آزمایش	۲۵/۶۵	۸۶/۸	۸
پیگیری	کنترل	۷۰/۹۵	۶۲/۶	۱۰
	کل	۱۶/۸۲	۵۲/۱۷	۱۸

به منظور مقایسه ی میانگین نمره های خود بیمارپنداری گروه ها در پس آزمون، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. به این صورت که نمره های پیش آزمون به عنوان متغیر هم پراش کنترل شد و سپس نمره های پس آزمون مورد مقایسه قرار گرفت. به منظور مقایسه ی میانگین نمره های پس آزمون خود بیمارپنداری بعد از کنترل اثر پیش آزمون، از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارایه شده است.

جدول ۲: نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس، جهت مقایسه ی میانگین نمره های پس آزمون خود بیمارپنداری گروه ها

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه ی آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
پیش آزمون	۸۶/۱۳۳۴	۱	۸۶/۱۳۳۴	۷۱/۴۵	۰۰۰۱/۰	۷۵/۰	۰۰۰/۱
گروه	۸۶/۳۳۸۲	۱	۸۶/۳۳۸۲	۸۴/۱۱۵	۰۰۰۱/۰	۷۷/۰	۰۰۰/۱
خطا	۰۴/۴۳۸	۱۵	۲۰/۲۹				
کل	۱۲۲۲۰۳	۱۸					

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود، تاثیر نمره های پیش آزمون بر نمره های پس آزمون است $[F(15,1) = 71/45, P < 0/0001]$ و همچنین، اثر گروه، بر نمره های پس آزمون معنی دار است $[F(1, 15) = 84/115, P < 0/0001]$ ؛ به این صورت که بین میانگین نمره های پس آزمون گروه ها تفاوت معنی داری وجود دارد. به منظور مقایسه ی میانگین نمره های خود بیمار پنداری گروه ها در مرحله ی پیگیری، از آزمون ANCOVA استفاده شد. به این صورت که نمره های پیش آزمون به عنوان متغیر هم پراش کنترل شد و سپس نمره های پیگیری مورد مقایسه قرار گرفت. به منظور مقایسه ی میانگین نمره های پیگیری خود بیمار پنداری، بعد از کنترل اثر پیش آزمون از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارایه شده است.

جدول ۳: نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس، جهت مقایسه ی میانگین نمره های پیگیری خود

بیمارپنداری در گروه ها							
منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه ی آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
پیش آزمون	۸۲/۸۸۹	۱	۸۲/۸۸۹	۶۲/۶۳	۰۰۰۱/۰	۸۰/۰	۰۰۰/۱

۰۰۰/۱	۹۴/۰	۰۰۰۱/۰	۸۷/۲۵۰	۴۲/۳۵۰۸	۱	۴۲/۳۵۰۸	گروه
				۹۸/۱۳	۱۵	۷۷/۲۰۹	خطا
					۱۸	۱۲۶۷۴۵	کل

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، تاثیر نمره های پیش‌آزمون بر نمره های پیگیری معنی‌دار است [F (۱، ۱۵) = ۶۲/۶۳، P < ۰/۰۰۰۱] همچنین، اثر گروه بر نمره های پیگیری معنی‌دار است [F (۱، ۱۵) = ۸۷/۲۵۰، P < ۰/۰۰۰۱]؛ به این صورت که بین میانگین نمره های پیگیری گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام این پژوهش، بررسی اثربخشی رویکرد شناختی- رفتاری متمرکز بر هراس از مرگ در درمان بیمار پنداری بود. نتایج این پژوهش، حاکی از آن بود که رویکرد شناختی رفتاری متمرکز بر هراس از مرگ، اثر بخشی بالایی در درمان خود بیمار پنداری دارد. در تبیین این یافته می‌توان به سه نکته ی اساسی اشاره کرد؛ اول اینکه بیماران مبتلا به خود بیمار پنداری، خود را تحت ریسک بالایی برای مرگ در اثر ابتلا به بیماری فیزیکی خطرناک می‌دانند و از آنجایی که تهدید ادراک شده از جانب بیماران مبتلا به خود بیمار پنداری، از بدنشان ناشی می‌شود و با توجه به اینکه مرگ، مشتمل بر فروپاشی بدن و کارکردهای آن است، این فرض قابل استدلال است که بخش عمده‌ای از هراس افراد مبتلا به خود بیمار پنداری، مشتمل بر هراس از مرگ است (هایبرت، فر، مک فیل و والکر، ۲۰۰۵) و در صورت برطرف شدن هراس از مرگ، میزان ادراک تهدید بدنی و در نتیجه، خود بیمار پنداری نیز کاهش خواهد یافت؛ دوم اینکه افراد در برابر هراس از مرگ واکنش‌های متفاوتی انجام می‌دهند. از یک طرف آنها به افزایش رفتارهای ارتقا بخش سلامتی متمایل می‌شوند و از طرف دیگر، ممکن است رفتارهایی را اتخاذ کنند که سلامتی آنها را مورد تهدید قرار دهد. یکی از واکنش‌های افراد در برابر هراس از مرگ، خود بیمار پنداری است در واقع طبق این دیدگاه خود بیمار پنداری، دفاعی در برابر هراس از مرگ تلقی می‌شود. با توجه به آنچه گفته شد، تمرکز بر هراس از مرگ و کاهش آن، موجب حذف یا کاهش رفتارهای دفاعی ناشی از

آن خواهد شد (باست^۱، ۲۰۰۷). طبق این رویکرد، هراس از مرگ تشابه بسیاری با اختلال وسواس اجباری دارد و همانطور که بیمار وسواسی به وسیله ی سیستم های حفاظتی شامل شمارش، بازرسی اعمال اجباری، نظم و تمیزی و بازبینی دقیق و بیش از اندازه در پی حفاظت از خود در برابر افکار وسواسی است، بیمار مبتلا به خود بیمار پنداری نیز به وسیله ی بازبینی بدنی و تلاش برای کسب اطمینان در پی حفاظت از خود در برابر مرگ تلاش می کند و نهایتاً اینکه کاهش هراس از مرگ سبب می شود تا بیماران به جای اینکه تسلیم ناامیدی فلج کننده شوند، تمایل بیشتری به قبول خطر تغییرات چشمگیر، رویارویی با مسوولیت های اساسی زندگی، سر و سامان دادن به زندگی و لذت از زندگی داشته باشند. در واقع کاهش هراس از مرگ، زمینه ساز ارتقای کیفیت زندگی و در نتیجه ی کاهش خود بیمار پنداری می شود.

References

- Abramowitz, J. S., & Moore, E. L. (2007). An experimental analysis of hypochondriasis. *Behavior 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.
- Bassett, J. F. (2007). Psychological defenses against death anxiety: Integrating terror management theory and firestone's separation theory. *Death Studies*, 31, 727-750.
- Creed, F., & Barsky, A. (2004). A systematic review of the epidemiology of somatization disorder and hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic research*, 56, 391-408.
- Firestone, R. W., & Catlett, J. (2009). *Beyond Death anxiety*. New York: Springer Publishing.
- Furer, P., & Walker, J. R. (2005). Treatment of Hypochondriasis with exposure. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35, 251-267.
- Furer, P., & Walker, J. R. (2008). Death anxiety: A cognitive-behavioral approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22, 167-180.
- Furer, P., Walker, J. R., & Stein, M. (2007). *Treating health anxiety and fear of death: A practitioner's guide*. New York: Springer Publishing.

¹. Bassett

- Ghorbanali pour, M., Borjali, A., Sohrabi, F., & Falsafi Nezhad, M. R. (2010). The effect of fear of death and age on improving health-providing behaviors. *Urmia Medical Journal*, 2(21), 186-192. (Persian).
- Hiebert, C., Furer, P., McPhail, C., & Walker, J. R. (2005). Death Anxiety: A central feature of hypochondriasis. *Depression and Anxiety*, 22, 215-217.
- Looper, K. J., & Kirmayer, L. J. (2001). Hypochondriacal concerns in a community population. *Psychological Medicine*, 31, 577-584.
- Mikulincer, M., & Florian, V. (2008). The complex and multifaceted nature of the fear of personal death: The multidimensional model of Victor Florian. In A. Tomer, G. T. Eliason, & P. T. P. Wong (Eds.), *Existential and spiritual issues in death attitudes* (pp. 39-64). New York: Lawrence Erlbaum.
- 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.
- Ray Fard, M., Shaeiri, M. R., & Asgari Moghaddam, M. (2007). A construction factor and psychometric properties of feedback scale toward illness in an Iranian sample. *Journal of Daneshvar-E-Raftar*, (16), 57-70. (Persian).
- Salkovskis, P. M., & Clark, D. M. (1993). Panic disorder and hypochondriasis. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 15, 23-48.
- 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.
- Starcevic, V. (2005). Fear of death in hypochondriasis: Bodily threat and its treatment implications. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35, 227-237.
- Starcevic, V., & Lipisitt, R. D. (2001). *Hypochondriasis: Modern Perspectives on an ancient malady*. London: Oxford University Press.