



INTERNATIONAL ASSOCIATION
RAZI
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄTS
FREIQUAR KLINIKUM

Philipps
Universität
Marburg

PSYCHOLOGICAL SOCIETY
OF IRAN
CHERRY CLASSICAL
Department of Psychosomatic
Medicine & Psychotherapy

چهارمین کنفرانس بین‌المللی روان‌تنی

ارزیابی و مداخلات روانشناختی در اختلالات روان‌تنی
اعتیاد و اختلالات روان‌تنی

۲۶ تا ۲۸ مهر ۱۳۹۱

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

باورهای غیر منطقی در افراد عادی و بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی

یونس فضل^۱ - سیده مریم الوندی^۲ - حسین داودی^۳

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه باورهای غیر منطقی در افراد عادی و بیماران مبتلا به اختلال روان‌تنی می‌باشد. جامعه مورد پژوهش شامل تمامی افراد عادی و بیماران مبتلا به اختلال روان‌تنی شهرستان خمین در سال ۱۳۹۱ می‌باشد. نمونه آماری عبارت است از تعداد ۲۰ نفر از افراد عادی و ۲۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال روان‌تنی که در این سال به روان‌پزشکان شهرستان خمین مراجعه نموده‌اند. روش نمونه‌گیری عبارت بود از روش نمونه‌گیری در دسترس. جهت سنجش باورهای غیر منطقی از پرسشنامه پرسشنامه باورهای غیر منطقی جونز (IBT) استفاده شده است. داده‌های بدست آمده حاصل از اجرای پرسشنامه‌ها با استفاده از آزمون آماری t مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج بدست آمده نشان داد که بین خرده‌مقیاس‌های سرزنش کردن خود، کنش در مقابل درماندگی، نگرانی توأم با اضطراب و درماندگی برای تغییر در دو گروه تفاوت وجود دارد.

کلیدواژه‌ها: اختلالات روان‌تنی، باورهای غیر منطقی

Abstract

This study compares the Irrational in normal subjects and patients with psychosomatic disorder is. The study population consisted of all individuals and patients with psychosomatic disorders in Khomein city in 1391. The sample consisted of 20 normal subjects and 20 patients with psychosomatic disorders, which psychiatrists Khomein city this year have been referred. Sampling

^۱ - نویسنده مسئول، کارشناس روان‌شناسی، آموزش و پرورش شهرستان محلات، hamraz@mailfa.org

^۲ - کارشناس میکروبیولوژی، آموزش و پرورش شهرستان محلات

^۳ - دانشجوی دکتری مشاوره، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد واحد خمین

were available for sampling. Inventory questionnaire to measure (IBT) is used. Data from the questionnaires were analyzed using t-test. The results showed that the subscales blaming his actions against the helplessness, fear, anxiety and distress associated with changes in the two groups are different

Keywords: psychosomatic disorders, irrational beliefs

مقدمه

فشارهای روانی در کنار هیجان های ناخوشایندی همچون اضطراب و افسردگی جزء لاینفک زندگی مدرن و بشر امروز به حساب می آید. تحولات سریع دنیای مدرن با همه ی رفاه و آسایش معجزه گونه اش امری حیاتی را مورد تخریب قرار داده و آن روان آدمی است. انسان امروزی با مسائلی در زندگی خویش مواجه است که فشارهای روانی و اضطراب بی سابقه ای را بر وی تحمیل می کنند. بیماری های سایکوسوماتیک (روان تنی) بیماری های جسمی هستند که عوامل روانی در شروع و تشدید آنها مؤثرند. منظور این نیست که فقط علل روانی در به وجود آوردن این اختلالات دخالت دارند بلکه عوامل دیگر هم دخالت داشته منتهی عوامل روانی به صورت عوامل تسریع کننده یا کاتالیزور عمل می کنند. عنوان اختلالات روان تنی به شکلی نشان دهنده تقابل و همراهی غیر قابل انکار روان و جسم است. امروزه این بحث بیشتر به صورت عوامل روان شناختی مؤثر بر وضعیت طبی بررسی می شود. عوامل روان شناختی، مثلاً دوران افزایش استرس و تنش های روانی، بر حالات طبی، عملکرد جسمی و سلامتی بدنی تأثیر گذارده و بهبود بیماری را به تأخیر می اندازد. مثلاً علائم افسردگی، بهبود پس از عمل جراحی و یا اختلال اضطرابی منتشر، بهبودی پس از سکتة را به تأخیر می اندازد. اضطراب نیز موجب تشدید آسم می شود. ایمنی و توانایی مقابله افراد با بیماری های فیزیکی می تواند تحت تأثیر وضعیت خلقی و عاطفی قرار گیرد. از جمله بارزترین این بیماری ها می توان به اختلالات پوستی مثل پسوریازیس، آلورپسی آره آتا، آکنه، همچنین کمردرد، زخم اثنی عشر، کولیت اولسراتیو، سندرم روده تحریک پذیر، اختلالات گوارشی، روماتوئید آرتریت، بیماری های عروقی، تنفسی، آسم و اختلالات غدد درون ریز اشاره کرد. نابسامانی های محیطی همیشه اتفاق می افتند و این در حالی است که روان انسان

تلاش می کند تا در هر لحظه با فشار های روحی و جسمی ناشی از این عوامل و نابسامانی ها مبارزه کند و آنها را به یک تعادل نسبی برساند. هر گاه فشار این نابسامانی ها از حد قابل تحمل انسان فراتر رود امکان بروز علائم و آثار بیماری های گوناگون وجود دارد. در اغلب موارد علائم این بیماری ها در نقاطی از بدن که پیش از این دچار آسیب دیدگی یا ضعف بوده اند نمایان می شود. برای مثال، علائم ناشی از یک فشار روحی شدید می تواند در محل یک شکستگی قدیمی و بهبود یافته استخوان دوباره درد ایجاد کند. اغلب مردم این نوع دردها را به عنوان درد های عصبی می شناسند (یاسین، ۱۳۸۵). در بیشتر موارد در ناحیه ای که دچار درد عصبی است هیچ گونه ناهنجاری جسمی یافت نمی شود و هیچگونه ارتباط مشخصی بین جراحی قبلی و آثار بیماری جدید وجود نخواهد داشت. مساله کلیدی دیگری که در مورد اینگونه بیماری ها می بایستی به آن توجه داشت، این است که مسائل و مشکلات مشابه می توانند در افراد مختلف عکس العمل های متفاوتی را ایجاد کنند. عامل مؤثر در این زمینه از نظر محققان، هورمون ها (کورتیزول)، اعصاب اوتونوم و سلول های ایمنی خصوصاً لنفوسیت ها که مطالعات نشانگر این است که سلول های مذکور دارای گیرنده های مربوط به هورمون ها و ناقل های عصبی است که می توانند به اندورفین ها، هورمون های استرس و... پاسخ داده، فعالیت و عملکرد آن را تغییر دهند. افرادی که در استرس های زندگی خوشبینانه برخورد می کنند کمتر در معرض ابتلا به اختلالات روان تنی هستند و در صورت ابتلا سریعتر بهبود می یابند. دیدگاه های متفاوتی در تبیین اختلالات روان تنی و درمان آنها وجود دارد. چهار نظریه که با چهار مکتب ناهنجاری مطابقت دارند، عبارتند از: زیست پزشکی، روان پویشی، رفتاری و شناختی. همه این نظریه ها با رویکرد بیماری پذیری ارثی - استرس هماهنگ هستند (همان منبع).

رویکرد بیماری پذیری ارثی - استرس: "بیماری پذیری ارثی" به ضعف سرشتی اشاره دارد که زیربنای آسیب جسمانی است و "استرس" حاکی از واکنش روانی به رویدادهای معنادار است. طبق این رویکرد، زمانی فرد دچار اختلال روان تنی می شود که هم آسیب پذیری جسمانی داشته باشد و هم فشار روانی (استرس) را تجربه کرده باشد. اگر فردی از نظر سرشتی شدیداً ضعیف باشد، استرس بسیار کمی کافی است تا آغازگر بیماری باشد؛ از طرف دیگر، در صورتی که استرس شدیدی رخ دهد، حتی افرادی که از نظر

سرشتی قوی هستند، می توانند به بیماری مبتلا شوند. در واقع، این رویکرد می گوید، افرادی که دچار زخم های گوارشی می شوند، هم از نظر سرشتی در برابر مشکلات روده ای - معدی آسیب پذیرند و هم استرس کافی برای راه اندازی آسیب را تجربه می کنند.

نظریه زیست پزشکی: نظریه زیست پزشکی بر بیماری پذیری ارثی به عنوان زیربنای بیماری روان تنی تأکید می کند. اغلب نظریه پردازان زیست پزشکی به جای یک مؤلفه، بر چند مورد تأکید می کنند. در وهله اول در الگوی زیست پزشکی، داشتن آمادگی برای اختلال های روان تنی که از نظر ژنتیکی، ارثی است، بررسی می شود. تحقیقات نشان می دهد اگر یکی از دوقلوهای یک تخمکی مبتلا به زخم معده شده باشد، احتمال اینکه دیگری نیز به آن مبتلا شود بیشتر از ابتلای دوقلوهای دوتخمکی است. تمام ژن های دوقلوهای یک تخمکی مشابه اند، در حالی که تنها نیمی از ژن های دوقلوهای دوتخمکی مشابه اند. تشابه بیشتر دوقلوهای یک تخمکی به احتمال زیاد توسط عوامل ارثی، توجیه می شود، زیرا محیطی که دوقلوهای دوتخمکی در آن سهیمند، تقریباً مشابه محیط دوقلوهای یک تخمکی است. در یک دیدگاه ژنتیکی دیگر، ارثی بودن ضعف در یک اندام به خصوصی، مطرح می شود. یعنی وقتی فردی دچار استرس می شود، ضعیف ترین عضو بدنی او آسیب می بیند. معمولاً برخی از ما با معده ضعیف به استرس واکنش نشان می دهیم، افراد دیگر با سردرد و ...، اما شواهد جدید این دیدگاه را تأیید نمی کند. بررسی ۹۵ مرد نشان داد، مردانی که یک الگوی نشانه های جسمانی تحت شرایط استرس را در یک دوره از زندگی خود گزارش کرده بودند، بعدها از الگوهای متفاوتی خبر دادند (روزنهان و سلیگمن، ترجمه سیمحمدی، ۱۳۸۷).

نظریه روان پویایی: نظریه های روان پویایی، رفتار را به عنوان نشانه هیجانات پنهان مورد توجه قرار می دهند. بنابراین، تعجب آور نیست که این مکتب قبل از هر چیز، مسائل روانی را که ممکن است به طور معناداری در ایجاد بیماری های بدنی دخالت داشته باشند، مورد توجه قرار دهد. در نظریه های روان پویایی نخستین، اختلالات روان تنی به اختلالات رشد روانی - جنسی نسبت داده می شوند که در اثر تعارض های پنهان، آشکار می گردند. مثلاً زخم معده به تعارض های دهانی، کولیت به تعارض مقعدی و از این قبیل نسبت داده می شوند. لیکن دیدگاه های روان پویایی جدید، تعامل خانوادگی را به عنوان هسته اصلی سبب شناسی رابطه بین استرس و اختلالات

روان‌تنی در نظر می‌گیرند. مثلاً فشارخون، آسم و زخم معده در بین افراد خانواده‌هایی که این اختلالات در آنها وجود داشته، شایع‌تر از جمعیت کلی است. اما به‌طور کلی در این دیدگاه، اختلالات روان‌تنی تابعی از ژن‌ها و استرس زندگی هستند (آزاد، ۱۳۷۶). فرانز الکساندر، مشهورترین نظریه‌پرداز روانکاوی، آسیب‌پذیری ژنتیکی اندام، عوامل شخصیت و استرس زندگی را در هم ادغام می‌کند. شخصی که از نظر ژنتیکی در اندام خاصی آسیب‌پذیر است و تعارض‌های روان‌پوشی به‌خصوصی دارد، زمانی که استرس زندگی تعارض‌های روان‌پوشی او را برانگیخته می‌کند و او دیگر قادر نیست از خود در برابر آنها دفاع کند، به بیماری آن اندام مبتلا خواهد شد (روزنهان و سلیگمن، ترجمه سیمحمدی، ۱۳۸۷).

نظریه رفتارگرایی: سال‌های متمادی پذیرفته شده بود که اگر نوعی شرطی‌سازی در ایجاد اختلالات روان‌تنی نقش داشته باشد، شرطی‌سازی عاملی است، زیرا در شرطی‌سازی عاملی لازم است که ارگانیزم بتواند به صورت ارادی پاسخ‌های خود را تغییر دهد تا به تقویت برسد یا از تنبیه اجتناب ورزد. مثلاً کاملاً باورکردنی به نظر می‌رسید که آسم به دلیل دستیابی به تقویت‌هایی نظیر؛ توجه مادر، نرفتن به مدرسه و از این قبیل ظاهر شود، اما براساس گزارش‌های تحقیقی جدید بسیاری از افراد توانسته‌اند پاسخ‌های خودکار و غیرارادی خود را تحت کنترل اراده درآورند. مثلاً آزمودنی‌ها توانسته‌اند ضربان قلب خود را در جهت اجتناب از دریافت شوک تغییر دهند. یافته‌های مذکور نشان داد که تنها یادگیری عاملی نمی‌تواند در ظهور اختلالات بدنی مؤثر باشد، بلکه کنترل ارادی رفتارهای غیرارادی نیز در ظهور یا فرونشاندن این اختلالات عامل مؤثری محسوب می‌شود (آزاد، ۱۳۷۶).

نظریه شناختی: ویلیام گریس و دیوید گراهام معتقدند که ادارک فرد از دنیا و اینکه او درباره تهدید چه فکری می‌کند، پیش‌بینی می‌کنند که چه اختلال روان‌تنی ایجاد خواهد شد. تحقیقات آنها نشان داد که افکار به‌خصوصی با بیماری‌های به‌خصوصی در ارتباط هستند. برای مثال، افراد مبتلا به فشار خون بالا همواره برای مواجه شدن با تهدید در حالت آمادگی دائمی بودند و زمانی که با تهدید روبرو می‌شدند، فکر می‌کردند که «هیچ کس تا به حال بر من غلبه نکرده است، من برای هر چیزی آمادگی دارم» (روزنهان و سلیگمن، ترجمه سیمحمدی، ۱۳۸۷).

درمان اختلالات روان‌تنی

دارودرمانی: آرام‌بخش‌ها و ضدافسردگی‌ها فقط در تسکین و آرام کردن بیمار مفیدند. بارزترین این مواد: لیبریوم، والیوم، انسودن، سیناکوان، بنتوتال، بارنیت، بارستلین و داروهای دیگر می‌باشند (باسین، ۱۳۸۵).

رفتاردرمانی: روش‌های درمانگری رفتاری به‌ویژه بیوفیدبک (پسخوراند زیستی) در درمان اختلالات روان‌تنی بسیار مؤثر بوده است. این روش عبارتست از: کنترل پاسخ‌های غیرارادی مانند تنفس، نبض، ضربان قلب و تشدید یا کاهش آنها به صورت ارادی. به تعبیر دیگر، جریان بیوفیدبک عبارتست از: آموزش و تعلیم کنترل ارادی پاسخ‌های فیزیولوژیایی اندام‌هایی از قبیل مغز، قلب، عضلات و غدد. محققان نشان داده‌اند که انسان قادر است این جریان‌های بدنی غیرارادی را تحت کنترل و اراده خود درآورد. از طریق کنترل ارادی جریان‌های غیرارادی بدن این امکان به وجود می‌آید که شخص از تأثیرات استرس بر اعضای خود بکاهد و در نتیجه به درمان اختلالاتی از قبیل میگرن، فشارخون و زخم معده نایل آید. ارزش روش بیوفیدبک در درمان اختلالات روان‌تنی از قبیل تنظیم فشار خون و سایر عملکردهای دستگاه عصبی خودکار آشکار گردیده است (آزاد، ۱۳۷۶).

درمان متمرکز: این درمان عبارتست از روش کارل راجرز که در برخورد صمیمانه با مریض او را به‌طور غیرمستقیم درمان می‌کند. این روش بر تخفیف از شدت عکس‌العمل‌های دفاعی بیمار و تقویت بصیرت او تکیه می‌کند. ایس به عنوان یک روان‌شناس و صاحب نظر به درمان عقلانی-هیجانی، معتقد است فرد ضمن قبول نکردن واقعیت و جذب شدن در فرآیند افکار غیر منطقی در برتری جویی مفرط خود مبتلا به عوارض نسبتاً شدید می‌شود که اغلب آن را اختلال عاطفی می‌نماییم. به عقیده وی توسل به این عقاید، به اضطراب و ناراحتی روانی منجر می‌شود. وقتی که فرد به چنین عقایدی توسل می‌جوید در نگرش و برداشت‌های خود شدیداً بر اجبار، الزام و وظیفه تأکید دارد و اگر خود را از این قیدها براند به احتمال قوی در جهت سلامت و رشد شخصیت حرکت خواهد کرد. ایس اضطراب و اختلالات عاطفی را نتیجه طرز تفکر غیر منطقی و غیر عقلانی می‌داند و به نظر او افکار و عواطف واکنش‌های متفاوت و جداگانه‌ای نیستند. از این رو تا زمانی که تفکر غیر منطقی جریان دارد اختلالات عاطفی نیز به قوت خود باقی خواهد بود.

انسان اختلالات و رفتار غیر منطقی اش را از طریق بازگو کردن آن‌ها برای خود تداوم می‌بخشد به نظر ایس فردی که خود را اسیر و گرفتار افکار غیر منطقی می‌کند، احتمالاً خود را در حالت احساس خشم، مقاومت، خصومت، دفاع، گناه، سستی و رخوت مفرط، عدم کنترل و ناچاری قرار می‌دهد انسان به وسیله‌ی اشیاء خارجی مضطرب نمی‌شود و بلکه دیدگاه و تصویری که او از اشیاء دارد موجب نگرانی و اضطرابش می‌شوند. تمام مشکلات عاطفی افراد از تفکرات جادویی و موهومی آن‌ها سرچشمه می‌گیرد که از نظر تجربی معتبر نیستند (یاسین، ۱۳۸۵). باورهای غیر منطقی از نظر آلبرت ایس روان‌درمانگر مشهور مکتب شناختی ایس اضطراب و اختلالات رفتاری را زاده‌ی طرز تفکر خیالی و بی‌معنی انسان می‌داند به همین دلیل وجود چند اعتقاد را در ذهن فرد غیر منطقی می‌داند که اهم آن‌ها را بر می‌شمیریم. منظور از باورهای غیر منطقی؛ توقعات خشک و تعصب آمیزی هستند که معمولاً با کلمات باید و حتماً بیان می‌شوند. این تفکر الزام‌آور است. همچنین این باورها؛ فلسفه‌های خود آشفته‌سازبی می‌باشند که معمولاً حاصل این توقعات هستند، انتساب‌های بسیار نامعقول و بیش از حد تعمیم یافته ایجاد می‌کنند. این یک استنباط فاجعه‌آمیز است. فرد عقلانی تلاش دارد بهترین کارها را به خاطر دیگران و نیز درصد است که از خود فعالیت لذت‌بیرد و نه از نتایج آن یعنی کار را برای کار دوست دارد نه برای منافع آن. اوبه جای آن که از خود انتظار کمال داشته باشد، همواره درصد رسیدن به آن است. اگر فردی بپذیرد که اختلالات و عواطف نتیجه‌ی احساسات و ارزش‌یابی‌ها و تلقین فرد به خودش است، در این صورت کنترل و تغییر آنها ساده و امکان‌پذیر خواهد بود. فرد عاقل و باهوش می‌داند که بخش اعظم ناراحتی از درون او ناشی می‌شود. بدین معنی که گرچه عوامل خارجی باعث ناراحتی او شده‌اند، ولی فرد می‌تواند با شناسایی موضوع و حادثه و تلقین آن به خود، عکس‌العمل‌ها و رفتارهایش را دگرگون کند. وابستگی موجب وابستگی شدید تر مقصور یادگیری و ناامنی می‌شود. چرا که در این حالت انسان همواره در پناه کسانی زندگی می‌کند که بر آن‌ها وابسته است. فرد عقلانی برای کسب استقلال و مسئولیت برای خویش تلاش می‌کند، ولی هیچ‌گاه هم از دریافت کمک‌های لازم امتناع نمی‌ورزد. به هنگام لزوم خطر می‌کند و اگر شکست خورد آن امر وحشتناکی نمی‌پندارد، بلکه بر ارزیابی مجدد موضوع و تجهیز نیروهای خود جهت‌گیری جدید دست می‌زند (یاسین، ۱۳۸۵).

اهداف

هدف کلی از پژوهش حاضر مقایسه باورهای غیر منطقی در افراد عادی و بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی می باشد. اهداف ویژه شامل مقایسه ده خرده مقیاس مربوط به باورهای غیر منطقی در این دو گروه می باشد که در قسمت یافته های پژوهش ذکر گردیده اند.

روش

در پژوهش حاضر از روش علی - مقایسه ای استفاده شده است. هدف از پژوهش مقایسه باورهای غیر منطقی در افراد عادی و بیماران مبتلا به اختلال روان تنی می باشد. جامعه مورد پژوهش شامل تمامی افراد عادی و بیماران مبتلا به اختلال روان تنی شهرستان خمین در سال ۱۳۹۱ می باشد. نمونه آماری عبارت است از تعداد ۲۰ نفر از افراد عادی و ۲۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال روان تنی که در این سال به روان پزشکان شهرستان خمین مراجعه نموده اند. روش نمونه گیری عبارت بود از روش نمونه گیری در دسترس. جهت سنجش باورهای غیر منطقی از آزمون باورهای غیر منطقی جونز (IBT) استفاده شده است. این آزمون دارای ۱۰۰ سؤال است که هر ۱۰ سؤال به یک خرده مقیاس متعلق است و هر خرده مقیاس، یکی از باورهای غیر منطقی نظریه عقلانی عاطفی - رفتاری آلبرت الیس و اندازه گیری می کند. اعتبار این آزمون در ایران در سال ۱۳۷۵ توسط تقی پور که از یک نمونه ۱۰۶ نفری از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی با میانگین سنی ۲۵-۲۴ صورت گرفت به دست آمد که نتیجه آن آزمون از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۱ است. همچنین در اریبهشت ۱۳۷۵ توسط سودانی پرسشنامه بر روی یک گروه ۱۵۰ نفری از دانشجویان پسر مجرد با میانگین سنی ۲۱ سال در رشته های دبیری، ریاضی، فیزیک، شیمی و زیست شناسی دانشکده علوم دانشگاه شهید چمران اهواز اجرا گردید و از طریق محاسبه آلفای کرونباخ ضریب اعتبار ۰/۷۹، بدست آمد.

یافته ها

نتایج حاصل از اجرای آزمون های آماری به جهت مقایسه میانگین های دو گروه از افراد عادی و بیماران دارای اختلال روان تنی در جدول زیر ارائه شده است؛

t	df	Sig	واریانس	میانگین	گروه ها	مقیاس ها
-۱/۲۷	۹۸	۰/۲۰	۲/۲۵	۴/۳۸	عادی	انتظار تأیید دیگران
			۱/۹۲	۴/۷۵	روان تنی	
۰/۷۲	۹۸	۰/۴۶	۱/۷۴	۵/۱۴	عادی	انتظار بیش از حد از خود
			۲/۴۰	۴/۹۳	روان تنی	
-۱/۸۶	۹۸	۰/۰۵	۲/۲۷	۴/۹۴	عادی	سرزنش کردن خود
			۲/۲۴	۵/۵۰	روان تنی	
-۱/۹۵	۹۸	۰/۰۴	۲/۶۸	۴/۷۸	عادی	کنش در مقابل درماندگی
			۵/۱۶	۵/۰۴	روان تنی	
-۱/۲۹	۹۸	۰/۹۸	۵/۱۶	۳/۹۹	عادی	بی مسئولیتی
			۴/۵۱	۴/۵۶	روان تنی	
۱/۹۷	۹۸	۰/۰۴	۲/۱۷	۵/۰۷	عادی	نگرانی توأم با اضطراب
			۲/۳۸	۵/۰۱	روان تنی	
۱/۳۸	۹۸	۰/۸۹	۲/۱۹	۴/۷۵	عادی	اجتناب از مشکل
			۲/۰۰	۴/۷۱	روان تنی	
۱/۶۰	۹۸	۰/۱۱	۲/۴۱	۵/۳۵	عادی	وابستگی
			۲/۴۴	۴/۸۵	روان تنی	
۱/۹۳	۹۸	۰/۰۵	۱/۶۵	۴/۳۰	عادی	درماندگی برای تغییر
			۱/۹۳	۴/۷۶	روان تنی	
-۱/۸۹	۹۸	۰/۴۱	۱/۳۶	۴/۵۷	عادی	کمال گرایی
			۱/۶۴	۴/۷۷	روان تنی	

همانگونه که در جدول مشاهده می شود بین مقیاس های سرزنش کردن خود - کنش در مقابل درماندگی - نگرانی توأم با اضطراب و درماندگی برای تغییر در دو گروه از افراد عادی و بیماران مبتلا به اختلال روان تنی تفاوت وجود دارد. بین سایر خرده مقیاس های باورهای غیر منطقی (انتظار تأیید دیگران - انتظار از خود - بی مسئولیتی - اجتناب از مشکل - وابستگی و کمال گرایی) تفاوت معناداری بدست نیامد.

نتیجه گیری

همانگونه که نتایج نشان داد در چهار خرده مقیاس از ۱۰ خرده مقیاس مربوط به باورهای غیر منطقی در افراد عادی و بیماران مبتلا به اختلال روان تنی با یکدیگر تفاوت داشتند. افکار و هیجان های آدمی نحوه واکنش دهی وی را تغییر می دهند. یکی از واکنش های بدنی انسان، بیماری است و ما معمولاً از این مسأله غافل هستیم که بیماری های جسمانی نظیر زخم معده، بیماری قلبی و عروقی و آسم ممکن است تحت تأثیر افکار و احساسات قرار گیرند. شواهد زیادی وجود دارد که نشان می دهد، مدت و شاید حتی وقوع این نوع بیماری ها می تواند تحت تأثیر حالت های روانی مبتلایان به آنها قرار گیرد. چنین اختلالی، اختلال روان تنی نام دارد و به صورت اختلال بدنی که تحت تأثیر ذهن قرار دارد، یا در شدیدترین حالت، توسط ذهن ایجاد می شود، تعریف شده است. اختلال های روان تنی، شامل اختلال هایی است که در آنها نشانه ها مستقیماً مربوط به آسیب مغزی یا وجود یک وضع غیر عادی در محیط زیست شیمیایی مغز است. این اختلالات ممکن است در نتیجه پیری، بیماری های تباه کننده دستگاه عصبی (مثل سیفلیس)، یا فروبری مواد سمی (مثل مسمومیت ناشی از سرب یا الکلسم شدید) ایجاد شوند. تشخیص اختلال روان تنی زمانی صورت می گیرد که یک اختلال با آسیب جسمانی شناخته شده وجود داشته باشد و رویدادهایی که از نظر روان شناختی معنادار هستند قبل از اختلال واقع شده و به شروع یا وخیم تر شدن آن کمک کنند. عوامل روانی می توانند شرایط جسمانی متعدد را در تعداد زیادی از دستگاه های عضوی تحت تأثیر قرار دهند؛ دستگاه هایی نظیر دستگاه تنفسی، دستگاه قلبی - عروقی، پوست و دستگاه معدی - روده ای و اندام های حسی. در هر فرد ممکن است تنها یک دستگاه عضوی در برابر تأثیرات روانی آسیب پذیر باشد.

منابع

- آزاد، حسین. (۱۳۷۶). آسیب‌شناسی روانی، تهران، انتشارات بعثت، چاپ چهارم.
- اتکینسون، ریتا و همکاران. (۱۳۷۸) زمینه روان‌شناسی، ترجمه محمدنقی پراهنی و همکاران، تهران، رشد، چاپ هشتم.
- روزنهان، دیوید و سلیگمن، مارتین. (۱۳۸۷). آسیب‌شناسی روانی، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، انتشارات ساوالان، چاپ اول، جلد ۱.
- یاسین، عطوف. (۱۳۸۵). بیماری‌های روان‌تنی.