پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
سال هجدهم، شماره ۵، پی در پی ۹۵، صفحات ۲۶۷ تا ۲۷۶
آذر و دی ۱۳۹۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۱۲
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۸

بررسی رابطه طرحواره‌های هیجانی، اجتناب شناختی-رفتاری و نظام شناختی-عاطفی با اختلال اضطراب منتشر و اختلال وسواسی-اجباری

دکتر اسحق رحیمیان بوگر[1*]، دکتر فرحناز کیان ارثی[2]، فائزه تربران[3]*

۱. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان
۲. استادیار، گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان

چکیده

سابقه و هدف: طرحواره‌های هیجانی، اجتناب شناختی-رفتاری و نظام شناختی-عاطفی در اختلال اضطراب منتشر و اختلال وسواس-اجباری نقش مهمی دارند. هدف از پژوهش حاضر مقایسه‌ی طرحواره‌ی هیجانی، اجتناب شناختی-رفتاری و نظام شناختی-عاطفی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، اختلال وسواسی- اجباری و افراد سالم بود.

مواد و روش‌ها: در یک مطالعه‌ی تحلیلی از نوع گذشته نگر، ۳۸ بیمار مبتلا به اضطراب منتشر و ۳۵ بیمار وسواسی- اجباری مراجعه‌کننده به کلینیک روانپزشکی بیمارستان ابن سینا و چهار مرکز روانپزشکی خصوصی شهر مشهد و نیز ۵۸ نفر افراد سالم از میان کارمندان و دانشجویان این مراکز به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از مقیاس طرحواره‌ی اصلی (BCSS)، مقیاس اجتناب شناختی-رفتاری (CBAS)، مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی (IUS)، پرسشنامه‌ی نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ) و شاخص حساسیت اضطرابی (ASI-R) گردآوری و سپس با آزمون‌های مناسب مورد قضاوت آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: از لحاظ خود- طرحواره، انواع اجتناب شناختی- رفتاری، عدم تحمل بلاتکلیفی، نگرانی بیمارگونه و حساسیت اضطرابی میان سه گروه، تفاوت معنادار وجود داشت (P<۰/۰۰۱). دیگر- طرحواره میان سه گروه و ترس از نشانه‌های تنفسی در مقایسه‌ی بین گروه وسواسی- اجباری و افراد سالم، تفاوت معناداری نداشتند (P<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه خود- طرحواره‌ی منفی، اجتناب شناختی-رفتاری و نظام شناختی- عاطفی معیوب (عدم تحمل بلاتکلیفی، نگرانی و حساسیت اضطرابی) در میان مبتلایان به اختلال اضطراب منتشر و اختلال وسواسی- اجباری نسبت به افراد سالم بالاتر است، طراحی مداخلات متناسب برای توجه به این علایم اختصاصی در چنین اختلالاتی، ضروری است.

واژگان کلیدی: طرحواره هیجانی، اجتناب، نگرانی، حساسیت اضطرابی، اختلال اضطراب منتشر، اختلال وسواس اجباری

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:
Rahimian Boogar I, Kianersi F, Tarbaran F. Investigating the relationships of emotional schema, cognitive-behavioral avoidance and cognitive-affective system with generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder. Pejouhandeh 2013;18(5):267-276.

مقدمه

اختلال اضطراب منتشر (GAD) و اختلال وسواسی-اجباری (OCD) دو طبقه‌ی مهم از اختلالات اضطرابی هستند که به شدت، کیفیت زندگی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهند. اختلال اضطراب منتشر (GAD) با نگرانی‌های شدید و توأم با ابهام، غیر قابل کنترل و فراگیر با نشانه‌های شناختی و جسمانی نظیر تمرکز ضعیف و تنش عضلانی مشخص است که در اکثر روزها در طی مدت حداقل ۶ ماه، دوام دارد (۱ و ۲). اختلال وسواسی- اجباری نیز با وسواس‌های ذهنی و رفتارهای اجباری تکرارشونده‌ای همراه است که درکارکرد روزمره و فعالیت‌های اجتماعی معمول تداخل قابل ملاحظه ایجاد می‌کند (۳ و ۴). عوامل متعددی در پیدایش، تشدید و تداوم علایم این دو اختلال نقش دارند (۵). بر اساس نظریه‌های شناختی- رفتاری اختلالات اضطرابی و شواهد مرتبط با آنها،

*نویسنده مسؤول مکاتبات: دکتر اسحق رحیمیان بوگر؛ گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، مهدی شهر، سمنان، تلفن: ۰۲۳۲-۳۶۲۳۳۰۰، نمابر: ۰۲۳۲-۳۶۲۵۵۵۴؛ پست الکترونیک: i_rahimian@semnan.ac.ir

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-19]

افراد مبتلا به GAD طرحواره‌های هیجانی خاصی دارند که به صورت افکار ناخوانده و منفی نظیر بازداری، نشخوار، اجتناب شناختی از هیجانات منفی و تداوم نگرانی، تجربه می‌شود (۶ و ۷). طبق نظریه‌ی یانگ، طرحواره‌های هیجانی ناسازگارانه، زیربنایی‌ترین سطوح شناختی هستند که موجب سوگیری در تفسیرهای ما از رویدادها می‌شوند و این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی میان فردی به صورت سوءتفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف شده، گمانه‌زنی‌های نادرست، هدف و چشم داشت‌های غیر واقع بینانه مشخص می‌شوند و در نهایت منجر به تشدید نشانه‌های اختلالات روانشناختی می‌شوند (۶ و ۸). همچنین، منطبق با نظریه‌ی جدید اجتناب تجربی در اختلال اضطراب منتشر، اجتناب از تهدیدآمیز بودن هیجانات در پیدایش سطوح بالینی اضطراب، نقش معناداری داشته و در موقعیت‌های مبهم، میزان پاسخ‌های ناسازگار و علایم GAD را افزایش می‌دهد (۲ و ۹). از طرفی، طرحواره‌های هیجانی خاص، نظیر نیاز به کنترل و اجتناب به شیوه‌ی شناختی- رفتاری، نگرانی بیمارگونه و حساسیت به اضطراب، نقش کلیدی در تشدید علایم اختلال وسواسی- اجباری (OCD) و کاهش کیفیت زندگی این بیماران دارد (۱۰).

فراتحلیل‌های مبتنی بر مضامین نظری و شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که با وجود هم‌پوشی برخی علایم، نظیر نگرانی درباره‌ی پیامدهای منفی و افکار اضطرابی میان اختلال وسواس فکری- اجباری و اختلال اضطراب منتشر، برخی از علایم نظیر اشتغال ذهنی در اختلال وسواسی-اجباری و بلاتکلیفی در اختلال اضطراب منتشر، اختصاصی هستند (۱۱). بر اساس مبانی نظری و شواهد پژوهشی، اجتناب شناختی و رفتاری به عنوان فرایند خودکار دوری از طرحواره‌های تهدیدآمیز و نگرانی‌های بیمار تعریف شده است که به عنوان عاملی مهم در شروع و تداوم علایم GAD شناخته شده است (۱۲). اجتناب از بروز هیجانات، منجر به رفتارهای ناسازگارانه‌ای شده و افراد مبتلا به GAD وOCD تلاش‌هایی برای جلوگیری از این پاسخ‌ها دارند، که همین امر موجب پریشانی بیشتر همراه با تداوم اجتناب شناختی- رفتاری و کاهش کیفیت زندگی این بیماران می‌شود (۱۳).

همچنین، مؤلفه‌های مهم نظام شناختی- عاطفی در اختلالات اضطرابی یعنی عدم تحمل بلاتکلیفی، نگرانی و حساسیت اضطرابی، نقش مهمی در تداوم علایم اختلالات اضطراب منتشر و وسواسی- اجباری دارد (۱۴). بر اساس نظریه‌ی آسیب پذیری شناختی به اختلالات اضطرابی، عدم تحمل بلاتکلیفی، نگرانی و حساسیت اضطرابی به طور متقابل بر هم اثر می‌گذارند و در تعامل با هم سبب بروز و تشدید علایم اختلالات اضطرابی می‌گردند (۱۵). بر اساس پژوهش‌های مرتبط با نظریه‌ی آسیب‌پذیری شناختی در اختلالات اضطرابی، پایه‌ی شناختی GAD و اختلال وسواسی- اجباری، عدم تحمل بلاتکلیفی است که به معنی درک از موقعیت‌های نامشخص و مبهم با ارزیابی منفی و فاجعه آمیز درک کردن این موقعیت‌ها است (۱۱ و ۱۴). بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر و اختلال وسواسی- اجباری، از راهبردهای متفاوتی برای کنترل عدم تحمل بلاتکلیفی استفاده می‌کنند. برای مثال، در اختلال اضطراب منتشر، تأکید بر نگرانی و در اختلال وسواسی- اجباری، تأکید بر رفتارها و آیین‌های وسواسی، به عنوان ساز و کار مهم کنترل بلاتکلیفی یا تردید و ابهام در موقعیت‌های بالقوه آزارنده است (۱۶). از طرفی، پژوهش‌ها نشان می‌دهند عدم تحمل بلاتکلیفی و حساسیت اضطرابی که شامل سه بعد نشانه‌های جسمانی، نگرانی شناختی و شرم اجتماعی است، در ترس‌های ناشناخته‌ی این دو گروه از بیماران، نقش بنیادی دارند (۱۷). طبق الگوی ترکیبی آسیب‌پذیری به اختلالات اضطرابی نیز حساسیت اضطرابی نوعی ترس از نشانه‌های برانگیختگی اضطراب است که از مهم‌ترین عوامل آسیب‌پذیری به اضطراب و تداوم نگرانی در اغلب اختلالات اضطرابی می‌باشد (۱۸). حساسیت اضطرابی اگر همراه با عدم تحمل بلاتکلیفی افزایش یابد، به طور معناداری نگرانی‌های مربوط به اضطراب منتشر را پیش‌بینی می‌کند (۱۹). بر خلاف بیماران دارای اختلال وسواسی اجباری، نگرانی نیز ویژگی بارز بیماران GAD است و این افراد در مورد افکار و رفتارهای ساده در حالت آماده باش و گوش به زنگی به سر می‌برند (۲۰ و ۲۱).

با وجود علایم اختصاصی در هر دو اختلال، هنوز شواهد قطعی از تفاوت نظام عاطفی- شناختی این بیماران وجود ندارد (۲۲). آنچه مسلم است این است که طرحواره‌های زیربنایی و فرایندهای شناختی نظیر عدم تحمل بلاتکلیفی، نگرانی بیمارگونه و حساسیت به اضطراب، می‌توانند عوامل مهمی در شکل‌گیری و تداوم علایم اختلال اضطراب منتشر و اختلال وسواسی- اجباری باشند (۲۳ و ۲۴). با توجه به اینکه اختلال اضطراب منتشر و اختلال وسواسی- اجباری سیمایه‌های بالینی گوناگونی دارند، بررسی تفاوت آنها با هم و با افراد غیر بیمار در زمینه‌های طرحواره‌های اساسی، اجتناب شناختی- رفتاری و نظام عاطفی- شناختی بیمار یعنی نگرانی، حساسیت اضطرابی و بلاتکلیفی، به منظور طراحی مداخلات متناسب شده، ضروری است. نتایج مطالعات نشان داده است

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-19]

که هریک از این سازه‌ها در ابتلا و تداوم اختلال اضطراب منتشر و اختلال وسواس اجبار نقش مهمی دارند. با وجود این، مطالعات اندکی به بررسی مقایسه‌ای آنها اقدام کرده‌اند. همچنین، یافته‌های حاصل از آنها تا اندازه‌ای متناقض بوده است. در همین راستا، پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی طرحواره‌های هیجانی، اجتناب شناختی-رفتاری و نظام شناختی-عاطفی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، اختلال وسواس اجباری و افراد بهنجار انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر از نوع تحلیلی از نوع گذشته نگر بود. جامعه‌ی آماری افراد بیمار در مطالعه‌ی حاضر شامل بیماران (مرد و زن) مبتلا به اختلال اضطراب منتشر و اختلال وسواسی- اجباری بود که در فروردین تا مرداد ماه ۱۳۹۱ به کلینیک تخصصی روانپزشکی بیمارستان ابن سینا و چهار مرکز روانپزشکی خصوصی شهر مشهد مراجعه کرده بودند. همچنین، کلیه‌ی کارمندان یا دانشجویانی که فاقد نشانه‌های این دو اختلال بودند و در این مراکز حضور داشتند، جامعه‌ی آماری افراد سالم را تشکیل می‌دادند. بنابراین، ۳۸ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، ۳۵ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری و ۵۸ نفر افراد بهنجار از بین کارکنان و دانشجویان این مراکز به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس، از هر دو جنس انتخاب شدند. دامنه‌ی سنی شرکت‌کنندگان بین ۱۸ تا ۵۰ سال با میانگین سنی ۳۷/۲۶ (انحراف استاندارد ۵/۷۸) سال بود. ملاک ورود به مطالعه‌ی حاضر برای گروه‌های بیمار شامل تشخیص اختلال اضطراب منتشر و اختلال وسواسی- اجباری، مراجعه به کلینیک‌های تخصصی فوق‌الذکر و دریافت درمان، و نیز تمایل و رضایت آگاهانه برای مطالعه بود. ملاک ورود برای گروه گواه (افراد سالم) شامل برخورداری از سلامت روانشناختی و عدم بیماری‌های طبی جدی و نیز تمایل و رضایت آگاهانه برای مطالعه بود. ملاک‌های خروج از مطالعه نیز شامل وجود اختلالات همبود روانشناختی و جسمانی یا تشدید علایم حاد اختلالات تحت مطالعه و نیاز به بستری یا درمان دارویی فشرده بود. در این مطالعه، افراد سه گروه، از لحاظ عوامل جمعیت شناختی نظیر سن، وضعیت اجتماعی- اقتصادی، تحصیلات و نیز از لحاظ درمان و مصرف دارو با توجه به دوز، مدت مصرف و نوع دارو کنترل شدند و مورد همسان‌سازی قرار گرفتند. گروه گواه نیز از لحاظ ملاک‌های ورود و خروج از جمله از لحاظ وضعیت سلامت روانشناختی با مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته، مورد بررسی قرار گرفته است.

در این پژوهش، داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور (SCID-I)، مقیاس کوتاه طرحواره‌های اصلی (BCSS)، مقیاس اجتناب شناختی- رفتاری (CBAS)، پرسشنامه‌ی نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ)، مقیاس عدم-تحمل بلاتکلیفی (IUS) و شاخص حساسیت اضطرابی (ASI-R)، جمع‌آوری شد.

مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور (SCID-I)، یک مصاحبه‌ی کلینیکی نیمه ساختار یافته است که توسط فرست، اسپیترز، گیبون و ویلیامز تهیه شده و برای تشخیص‌گذاری اختلال‌های عمده‌ی محور یک، بر اساس DSM-IV به کار می‌رود (۲۵). در این مطالعه، برای تشخیص قطعی GAD و OCD و رد کردن سایر تشخیص‌های بالینی در محور یک، از نسخه‌ی بالینی (SCID-CV) استفاده شد. نسخه‌ی بالینی، دارای کتابچه‌ی راهنما و برنامه‌ی نمره‌گذاری مشخصی است (۲۶). ضریب پایایی ۰/۶۰ را به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID گزارش کرده‌اند (۲۶). شریفی و همکاران (۲۷) پس از ترجمه‌ی این مصاحبه به زبان فارسی، توافق تشخیصی این ابزار را برای بیشتر تشخیص‌های خاص و کلی، مطلوب دانسته‌اند (پایایی بالاتر از ۰/۶۰). ضرایب کاپا برای کل تشخیص‌های فعلی، ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر، ۰/۵۵ به دست آمد (۲۷). همچنین، پایایی و قابلیت اجرای نسخه‌ی فارسی SCID قابل قبول می‌باشد (۲۷).

مقیاس کوتاه طرحواره‌های اصلی (BCSS) در مورد باورهایی درباره‌ی خود و دیگران (خود- طرحواره و دیگر- طرحواره) دارای ۲۴ گویه است و در مقیاس ۵ درجه ای از ۰ (اصلاً) تا ۴ (کاملاً) نمره‌گذاری می‌شود و ۴ نمره در زمینه‌ی دید منفی به خود، دید مثبت به خود، دید منفی به دیگران و دید مثبت به دیگران، به دست می‌دهد (۲۸). دامنه‌ی نمرات آن از ۲۴ تا ۹۶ امتداد داشته و نمرات بالاتر، نشانگر باورهای هسته‌ی منفی در مورد خود و دیگران هستند. دامنه‌ی نمرات خرده مقیاس خود- طرحواره، بین ۴ تا ۴۸ و دامنه‌ی نمرات خرده مقیاس دیگر-طرحواره نیز بین ۴ تا ۴۸ است (۲۸ و ۲۹). همسانی درونی با آلفای کرونباخ در مقیاس خود- طرحواره‌ی مثبت و منفی به ترتیب ۰/۷۸ و۰/۸۶ و برای مقیاس دیگر- طرحواره‌ی منفی و مثبت به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۷ بود. پایایی این مقیاس برای دید منفی به خود، دید مثبت به خود، دید منفی به دیگران و دید مثبت به دیگران به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ است. همسانی درونی با آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، بالا (۰/۸۶) و پایایی این

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-19]

مقیاس با روش آزمون- بازآزمون، برابر با ۰/۷۹ بود (۲۸). پس از تأیید روایی صوری و محتوایی این ابزار توسط پنج متخصص در این نمونه، پایایی آزمون به شیوه‌ی همسانی درونی با آلفای کرونباخ، ۰/۸۶ به دست آمد که نشان از پایایی مطلوب این مقیاس دارد.

مقیاس اجتناب شناختی- رفتاری (CBAS) در برگیرنده‌ی ۳۱ گویه است که در طیف لیکرت، از ۱ تا ۵ نمره گذاری شده، دامنه‌ی کل نمرات بین ۳۱ تا ۱۵۵ است و نمرات بالاتر، مبین اجتناب شناختی- رفتاری بالاتر است. این مقیاس، شامل چهار عامل اجتناب از رفتار اجتماعی، اجتناب از شناخت فردی، اجتناب از شناخت اجتماعی و اجتناب از رفتار فردی است (۳۰). مجموع این نمرات تحت عنوان اجتناب کل در مقیاس CBAS می‌باشد (۳۱). همبستگی بالایی (۰/۷۸ تا ۰/۸۰) بین خرده مقیاس‌ها و نمرات کل مقیاس وجود دارد. ضریب آلفا برای عامل ۱ تا ۴ به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۷۸ و ۰/۷۵، برای کل مقیاس ۰/۹۱ و نیز ضریب پایایی آزمون- باز آزمون برای کل مقیاس ۰/۹۲ می‌باشد (۳۰). روایی صوری و محتوایی این ابزار توسط پنج متخصص در این مطالعه تأیید شد و میزان پایایی آزمون به شیوه‌ی همسانی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۸۴ بدست آمد، که پایایی مطلوبی را نشان می‌دهد.

پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ) یک پرسشنامه‌ی خودگزارشی ۱۶ سؤالی است که نگرانی شدید، مفرط و غیر قابل کنترل را اندازه می‌گیرد (۳۲). مقیاس پاسخگویی به سؤالات لیکرت ۵ درجه ای از ۱ (ابداً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۵ (بی‌نهایت در مورد من صدق می‌کند) است. ۱۱ سؤال پرسشنامه به طور مثبت و ۵ سؤال آن (سؤالات ۱، ۳، ۸، ۱۰ و ۱۱) به طور منفی نمره‌گذاری می‌شود. دامنه‌ی نمرات کل پرسشنامه، بین ۱۶ تا ۸۰ است. این مقیاس، از ثبات درونی بالایی برخوردار است (آلفای ۰/۸۶تا ۰/۹۵) و پایایی آزمون- بازآزمون این ابزار نیز در طی یک دوره‌ی یک ماهه، بین ۰/۷۴تا ۰/۹۳گزارش شده است (۳۲). نتایج پژوهش حمید پور و همکاران نشان داد که PSWQ ثبات درونی بالایی (آلفای ۰/۸۲) دارد (۳۲). این ابزار از روایی، حساسیت و ویژگی مطلوبی برخوردار بوده و طی یک دوره‌ی ۴ هفته‌ای، پایایی آزمون- بازآزمون مطلوبی داشته است (۳۳).

مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی (IUS) برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از بلاتکلیفی، طراحی شده است که دارای ۲۷ سؤال بوده و روی یک مقیاس ۵ درجه ای از یک (به هیچ وجه) تا پنج (بسیار زیاد) پاسخ داده می‌شوند (۳۴). نمرات بالاتر، مبین بلاتکلیفی و تأثیر شدیدتر آن بر ابعاد زندگی فرد است (۳۴). دامنه‌ی نمرات از ۲۷ تا ۱۳۵ امتداد دارد. این ابزار شامل چهار خرده مقیاس تصور منفی از نااطمینانی، نگرش منفی نسبت به پیامد نااطمینانی، دید منفی نسبت به وقایع غیرمنتظره و قضاوت زودهنگام در مورد نااطمینانی است. باهر و داگاس، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۴و ضریب پایایی بازآزمایی آن را در فاصله ۵ هفته ای، ۰/۷۴گزارش کرده‌اند (۳۵). ضریب همبستگی این مقیاس با پرسشنامه نگرانی (r=۰/۶۰)، مقیاس افسردگی بک (r=۰/۵۹) و مقیاس اضطراب بک (r=۰/۵۵) در سطح ۰/۰۰۱ معنادار به دست آمده است (۳۵). همزمان با تأیید روایی صوری و محتوایی این ابزار توسط پنج نفر از متخصصان در این پژوهش، پایایی مقیاس به کمک همسانی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد که حاکی از پایایی مطلوب این مقیاس است.

شاخص تجدید نظر شده‌ی حساسیت اضطرابی (ASI-R) نیز یک ابزار خود گزارشی ۳۶ گویه‌ای و دارای چهار عامل است که ترس از نشانه‌های مربوط به اضطراب را مورد سنجش قرار می‌دهد (۳۶). در مقیاس لیکرت از دامنه‌ی هرگز (نمره صفر) تا همیشه (نمره چهار) گسترده است و حدود نمرات آن بین صفر تا ۱۴۴ می‌باشد که به ترتیب نشان دهنده‌ی پایین‌ترین و بالاترین نمرات است. خرده مقیاس‌ها شامل ترس از نشانه‌های قلبی عروقی- معدی روده‌ای، ترس از نشانه‌های تنفسی، ترس از واکنش‌های اضطرابی قابل مشاهده در جمع، ترس از عدم مهار شناختی و گویه‌های مشترک بین عوامل است. تحلیل عاملی تأییدی بر یک نمونه‌ی ایرانی مطلوب به دست آمد (۳۷). اعتبار شاخص تجدید نظر شده‌ی حساسیت اضطرابی بر اساس سه روش همسانی درونی، بازآزمایی و تصنیفی برای کل مقیاس، به ترتیب با ضرایب اعتبار ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۷ به دست آمد. روایی همزمان شاخص تجدید نظر شده‌ی حساسیت اضطرابی، از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه‌ی فهرست بازبینی شده‌ی تجدید نظر شده‌ی ۹۰ نشانگانی انجام شد که ضریب همبستگی ۰/۵۶ حاصل آن بود. ضرایب همبستگی بین خرده مقیاس‌های شاخص تجدید نظر شده‌ی حساسیت اضطرابی با نمره‌ی کل، در حد رضایت بخش و بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ متغیر بود. همبستگی بین خرده مقیاس‌ها نیز بین ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ بود (۳۷).

روش اجرای مطالعه به این صورت بود که بیماران پس از مراجعه به مراکز مربوطه، ابتدا توسط روانپزشک معاینه می‌شدند. سپس، بیماران با تشخیص اصلی اختلال اضطراب

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-19]

منتشر و وسواس اجباری به روانشناس بالینی ارجاع شدند. پس از معرفی اولیه و بیان توضیحات کلی درباره‌ی اهداف و چگونگی انجام کار و اخذ رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان برای همکاری، دستور العمل پرسشنامه‌ها برای بیماران توضیح داده شد و به اجرای مقیاس‌ها پرداخته شد. مطالعه بر اساس رعایت اصول اخلاق پژوهشی در چهارچوب معاهده‌ی تهران انجام گرفت. پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر و به صورت انفرادی برای بیماران اجرا شد و از لحاظ زمانی محدودیتی برای پاسخگویی وجود نداشت. به علت زیاد بودن تعداد مقیاس‌ها، وقت‌گیر بودن و به منظور جلوگیری از خستگی و بالا بردن دقت پاسخگویی به درخواست برخی شرکت‌کنندگان این مقیاس‌ها در منزل تکمیل و در جلسه بعد دریافت شد. برای اجرای مقیاس‌ها در گروه بیماران، یکی از اتاق‌های درمانگاه یا کلینیک در اختیار پژوهشگر قرار گرفت. داده‌های مطالعه با کمک آماره‌های توصیفی (درصد و فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد)، تحلیل کوواریانس چند متغیره و آزمون تعقیبی شفه با نرم افزار PASW انجام گرفت.

یافته‌ها

از لحاظ جنسیت، گروه GAD شامل ۱۲ نفر مرد (۳۱/۵٪) و ۲۶ نفر زن (۶۸/۵٪)، گروه OCD شامل ۱۲ نفر مرد (۳۴/۳٪) و ۲۳ نفر زن (۶۵/۷٪) و گروه سالم شامل ۱۸ نفر مرد (۳۱/۱٪) و ۴۰ نفر زن (۶۸/۹٪) بودند. از لحاظ مقطع تحصیلی، در گروه GAD یازده نفر سیکل (۲۸/۹٪)، ۱۸ نفر دیپلم (۴۷/۳٪)، ۵ نفر لیسانس (۱۳/۳٪)، ۴ نفر فوق لیسانس و بالاتر (۱۰/۵٪)، در گروه OCD سه نفر سیکل (۸/۷٪)، ۱۵ نفر دیپلم (۴۲/۸٪)، ۹ نفر لیسانس (۲۵/۷٪) و ۸ نفر فوق لیسانس و بالاتر (۲۲/۸٪)، و در گروه افراد سالم دو نفر سیکل (۳/۶٪)، ۳۳ نفر دیپلم (۵۶/۸٪)، ۲۲ نفر لیسانس (۳۷/۹٪) و ۱ نفر فوق لیسانس و بالاتر (۱/۷٪) حضور داشتند. در گروه‌های GAD، OCD و سالم به ترتیب شمار افراد مجرد ۱۳ نفر (۳۴/۳٪)، ۲۱ نفر (۶۰٪)، ۲۸ نفر (۴۸/۳٪) و شمار افراد متأهل به ترتیب ۲۵ نفر (۶۵/۷٪)، ۱۴ (۴۰٪) و ۳۰ نفر (۵۱/۷٪) بود. در جدول ۱ اطلاعات مربوط به آمار توصیفی متغیرهای پژوهش (میانگین و انحراف استاندارد) ارایه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد طرحواره‌ی هیجانی، اجتناب شناختی- عاطفی و نظام شناختی- عاطفی در گروه‌ها.

متغیر	اختلال اضطراب منتشر (۳۸ نفر)	اختلال وسواس اجباری (۳۵ نفر)	بهنجار (۵۸ نفر)
خود- طرحواره	۲۱/۹۲±۶/۷۳	۱۹/۸۳±۵/۶۹	۱۶/۶۵±۴/۷۲
دیگر- طرحواره	۲۱/۱۸±۶/۹۴	۲۰/۶۳±۶/۹۶	۱۹/۸۴±۵/۵۵
اجتناب از رفتار فردی	۳/۹۸±۱/۳۳۳	۳/۶۷±۱/۳۶۷	۳/۵۱±۱/۳۱۶
اجتناب از رفتار اجتماعی	۴/۰۹±۱/۴۹۳	۳/۸۱±۱/۳۹۲	۳/۵۰±۱/۳۲۶
اجتناب از شناخت اجتماعی	۳/۰۱±۱/۳۴۷	۳/۷۰±۱/۳۶۳	۳/۵۰±۱/۳۲۱
اجتناب از شناخت فردی	۴/۴۱±۱/۴۴۷	۳/۹۹±۱/۳۸۹	۳/۷۵±۱/۳۰۰
اجتناب کل	۴/۵۸±۱/۸۲۶	۴/۴۸±۱/۹۱۹	۴/۰۳±۱/۹۷۲
نگرانی	۶۱/۰۰±۹/۸۰	۵۴/۰۵±۱۱/۵۸	۴۲/۴۱±۸/۹۲
عدم تحمل بلاتکلیفی	۹۸/۶۸±۱۵/۷۹	۸۹/۸۳±۱۶/۰۵	۷۰/۱۹±۱۴/۵۷
ترس از نشانه‌های قلبی-عروقی معدی-روده‌ای	۳/۴۸±۱/۸۹۰	۲/۴۵±۲/۱۴	۱/۹۹±۱/۹۳۹
ترس از نشانه‌های تنفسی	۳/۳۱±۱/۸۴۱	۲/۴۸±۲/۰۲	۲/۲۴±۱/۸۹
ترس از واکنش‌های اضطرابی قابل مشاهده درجمع	۱۵/۸۷±۶/۶۹	۱۲/۲۶±۷/۳۶	۹/۳۴±۵/۷۱
حساسیت اضطرابی مشترک	۳/۰۹±۱/۶۲۰	۲/۳۵±۱/۸۳۲	۱/۹۳±۱/۶۸۷
ترس از عدم مهارشناختی	۲/۹۳±۱/۸۶۷	۱/۸۴±۱/۸۹۶	۱/۲۲±۱/۵۳۹

قبل از ارائه‌ی نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری، به بررسی رعایت پیش‌فرض‌های این آزمون پرداخته شد. همگنی واریانس‌های مربوط به متغیرهای وابسته در سه گروه، از طریق آزمون لوین مورد تأیید قرار گرفت و نرمال بودن باقیمانده‌ها با بررسی نمودار مانده، تأیید شد ($P<۰/۰۵$). همچنین، مقدار آزمون ام باکس، فرضیه‌ی همگنی و نرمال بودن باقیمانده‌ها را تأیید کرد. نتایج نشان داد آماره‌ی ام باکس (۱۵/۲۶) با مقدار F برابر با ۱/۴۰ با اندازه‌ی معناداری ۰/۴۰ معنادار نیست ($P>۰/۰۵$) که به معنای همسانی واریانس‌ها در سه گروه است.

با توجه به رعایت پیش فرض‌های کواریانس، به بررسی فرضیه‌های پژوهش با این آزمون پرداخته شد. در ابتدا نتایج

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-19]

تحلیل کوواریانس چند متغیری با ارزش لامبدای ویلکز (۰/۳۷۹) نشان داد که بین طرحواره‌های هیجانی، اجتناب شناختی- رفتاری و نظام شناختی- عاطفی (نگرانی، عدم تحمل بلاتکلیفی و حساسیت اضطرابی) در بین بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، اختلال وسواس اجباری و افراد سالم تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). بنابراین، با توجه به میزان F به دست آمده (۵/۰۸۲)، بین میانگین نمرات طرحواره‌های هیجانی، اجتناب شناختی-رفتاری و نظام شناختی- عاطفی (نگرانی، عدم تحمل بلاتکلیفی و حساسیت اضطرابی) در سه گروه تفاوت معناداری وجود داشت. اثرات بین آزمودنی‌ها در طرحواره‌ی هیجانی بین بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، اختلال وسواسی- اجباری و افراد سالم نشان داد که بین میانگین نمرات خود- طرحواره در گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد (P=۰/۰۰۱). در حالی که بین میانگین نمرات دیگر- طرحواره‌ی سه گروه، تفاوت معناداری وجود ندارد (P=۰/۷۸۹). بعد از تحلیل واریانس و آزمون تفاوت میانگین‌ها در بین سه گروه، با توجه به نابرابری حجم نمونه با فرض برابری واریانس‌ها، از آزمون شفه برای مقایسه‌ی جفت میانگین‌ها استفاده شد. نتایج مقایسه‌ی جفت میانگین‌ها با آزمون شفه نشان داد که بین میانگین نمرات خود- طرحواره به جز در مقایسه‌ی دو گروه اضطراب منتشر و وسواس اجباری، در بقیه‌ی مقایسه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). اثرات بین آزمودنی‌ها در اجتناب شناختی- رفتاری بین بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، وسواس اجباری و افراد سالم نشان داد که بین میانگین نمرات اجتناب از رفتار فردی در سه گروه، تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۰۱)، بین میانگین نمرات اجتناب از رفتار اجتماعی در سه گروه، تفاوت معنادار است (P<۰/۰۰۱)، بین میانگین نمرات اجتناب از شناخت اجتماعی در سه گروه تفاوت معنادار است (P<۰/۰۰۱)، بین میانگین نمرات اجتناب از شناخت فردی در سه گروه تفاوت معنادار است (P<۰/۰۰۱) و بین میانگین نمرات اجتناب کل ۳ گروه تفاوت معنادار است (P<۰/۰۰۶). بنابراین، با توجه به اندازه‌ی F (۵/۲۷) و سطح معناداری تفاوت میانگین‌ها، نمرات تمام زیرمقیاس‌های اجتناب شناختی- رفتاری در بین افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، وسواس اجباری و افراد سالم، تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین، نتایج آزمون شفه برای مقایسه ی جفت میانگین‌ها در تمام مقیاس‌ها به جز اجتناب کل بین گروه اضطراب منتشر و وسواس اجباری، حاکی از تفاوت معنادار بین سه گروه بود (P<۰/۰۰۱). اثرات بین آزمودنی‌ها در نظام شناختی-عاطفی (نگرانی، عدم تحمل بلاتکلیفی و حساسیت اضطرابی) بین بیماران مبتلا به اختلال منتشر، وسواس اجباری و افراد سالم نشان داد که با توجه به مقدار سطح معناداری، بین میانگین نمرات مؤلفه‌های نظام شناختی- عاطفی (نگرانی، عدم تحمل بلاتکلیفی و حساسیت اضطرابی) در افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، وسواس اجباری و افراد سالم تفاوت معناداری دارد. همچنین، نتایج آزمون شفه برای مقایسه‌ی جفت میانگین‌ها در تمام موارد فوق بجز ترس از نشانه‌های تنفسی از زیر مقیاس‌های حساسیت اضطرابی، حاکی از تفاوت معنادار بین سه گروه بود (P<۰/۰۰۱).

بحث

نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که از لحاظ طرحواره‌های هیجانی، اجتناب شناختی-رفتاری و نظام شناختی-عاطفی (نگرانی، عدم تحمل بلاتکلیفی و حساسیت اضطرابی) در مبتلایان به اختلال اضطراب منتشر، مبتلایان به اختلال وسواس اجباری و افراد سالم، تفاوت معناداری وجود دارد. با مروری بر پژوهش‌های قبلی، با توجه به اینکه بدتنظیمی هیجانات، اجتناب شناختی-رفتاری، نگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی، از عوامل پیش‌بین و تسهیل‌کننده‌ی این اختلالات و از مؤلفه‌های مهم اضطراب هستند، بنابراین یافته‌های این پژوهش با مبانی نظری اختلالات اضطرابی و پژوهش‌های واسطه‌ای در این زمینه (۲، ۶، ۱۱، ۲۱ و ۲۴) همسو و همخوان است. این نتایج نشان می‌دهند که مشکلات در تنظیم هیجانات، عدم تحمل بلاتکلیفی، تداوم نگرانی و حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به اضطراب منتشر در واقع به عنوان مکانیسمی در برابر هیجان‌های ناشی از شرایط استرس‌زا عمل می‌کند و به این دلیل است که سطوح این سازه‌های شناختی در این دسته از بیماران، بالاتر است (۱۲ و ۳۸). از طرفی، بیماران وسواس اجباری توانایی خنثی کردن افکار و هیجانات سرزده را ندارند که با احساس گناه و شرمساری و آسیب بیشتر به طرحواره‌های مربوط به خود همراه است تا طرحواره‌های مربوط به دیگران که در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر بیشتر آسیب می‌بینند (۵ و ۳۹). همچنین، می‌توان استدلال نمود که فهم پایین از حالات هیجانی، واکنش منفی به هیجان‌ها و راهبردهای ناسازگارانه در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، باعث تشدید بلاتکلیفی و نگرانی این بیماران می‌گردد. از طرفی دیگر، پاسخ‌های اجتنابی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، موجب بروز مشکل در شناسایی و پذیرش هیجان‌های خود

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-19]

می‌شود به طوری که هیجان‌ها را غیر روشن و ناواضح، و خود را فاقد راهبردهای مؤثر در تعدیل آنها می‌دانند. از این رو، همان‌گونه که ژاکوب و همکاران و نیز بچ و همکاران بیان داشتند، حالات اجتنابی در اختلال اضطراب منتشر موجب دور باطل نگرانی و تداوم اختلال در مقایسه با بیماران مبتلا به وسواس و یا افراد سالم می‌گردد (۲۱ و ۴۰). در این رابطه، مدل GAD بورکویک به دو نوع از اجتناب اشاره می کند:۱) نگرانی، به عنوان کوششی برای جلوگیری از بروز اتفاقات ناخوشایند و یا آماده ساختن فرد برای مواجهه با این رخدادها است و ۲) نگرانی، زمینه‌ای برای انگاره‌های ترسناک است که به بروز پاسخ فیزیولوژیکی می‌انجامد (۶). به نظر بورکویک در هر دو نوع، اجتناب شناختی سبب تقویت منفی پردازش هیجانات مربوط به محرک‌های ترس آور شده و باعث تداوم نگرانی می‌شود (۶). افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری برخلاف بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، تمایل دارند در شرایط نگرانی و بلاتکلیفی، از اطلاعات احساس محور برای ارزیابی تهدید و تنظیم راهبردهای مقابله‌ای عملی نظیر آداب وسواسی استفاده کنند، لذا تا زمانی که تشریفات را به جا نیاورند، احساس‌های منفی آنها ادامه دارد (۴۱). طبق نظر گنتز و راسکیو نیز در هر دو گروه از بیماران دارای اختلال اضطراب منتشر و اختلال وسواسی- اجباری در مقایسه با افراد سالم، بازداری از افکار و اجتناب از هیجانات فرایند یادگیری واکنش‌های اضطرابی را تداوم و نگهداری می‌کند و بازداری از عمل و درنتیجه پاسخ‌های ناسازگارانه را در پی دارد که موجب تشدید و تداوم علایم این دو اختلال می‌گردد (۱۱). در تبیین دیگری، رئینیک معتقد است که بیماران مبتلا به اضطراب منتشر در مقایسه با گروه کنترل، به دلیل داشتن تفکرات آزار دهنده، تجارب درونی و رفتاری منفی بالاتر، تمایل به اجتناب و گریز از این تفکرات آسیب‌زا دارند (۴۲). همچنین یافته‌های این پژوهش، همخوان با یافته‌ی پژوهش پارلمو و همکاران بود که بیان داشتند افراد دارای اختلال وسواس اجباری در مقایسه با افراد سالم، بازداری رفتاری را به طور اختصاصی به عنوان یک سبک رفتاری نشان می‌دهند و بیشتر از راهبردهای خنثی سازی، منع و سرکوب‌گری استفاده می‌کنند، که این اجتناب از تجربه‌ی هیجانات منفی، نقش معناداری در شدت و تداوم علایم داشت (۳۹). در تبیین نتایج حاضر، می‌توان از مدل کایرک‌کالدی و سیفن برای توضیح راهبردهای اجتناب شناختی از قبیل سوگیری توجه بر شدت افکار ناخوانده در مفهوم سازی اختلالات هیجانی مانند وسواس- اجباری استفاده کرد (۴۳). همچنین، اجتناب فعال و بی‌میلی به تحمل هیجانات مضطرب‌کننده، فرضیه‌ای مهم در تئوری اجتناب شناختی-رفتاری در مورد افکار ناخوانده در این بیماران بوده و تبیین قابل قبولی در این مورد فراهم می‌آورد که چرا این بیماران در مقایسه با افراد سالم، اجتناب شناختی-رفتاری را به طور رایج‌تر نشان می‌دهند.

پژوهش حاضر نشان داد که میانگین نمرات نگرانی، عدم تحمل بلاتکلیفی و حساسیت اضطرابی در بین افراد مبتلا به اضطراب منتشر، وسواس اجباری و افراد سالم تفاوت معناداری دارد، اما میانگین نمرات ترس از نشانه‌های تنفسی از زیر مقیاس‌های حساسیت اضطرابی، هیچ گونه تفاوتی در بین گروه‌ها نداشت. این نتیجه نیز همخوان با پژوهش‌های پیشین بود (۶ و ۴۴). می‌توان گفت نگرانی، بیشتر با مفاهیم شناختی مرتبط است تا مفاهیم رفتاری، و تحمل نکردن بلاتکلیفی نیز سازه‌ی اصلی در شماری از اختلال‌های اضطرابی است. در مطالعه‌ی حاضر، OCD نظیر GAD، با میزان بالایی از عدم تحمل بلاتکلیفی همراه بود. در تبیین این موضوع، آرمسترانگ و همکاران معتقدند عدم تحمل بلاتکلیفی با رفتارهای اجباری و آیینی مرتبط و درهم تنیده است و شاید افراد وسواسی، بکارگیری اجبارها و آیین‌ها را تنها راهبرد در دسترس خود برای کاستن آشفتگی مربوط به پیامدهای احتمالی ترسناک در نظر می‌گیرند (۴۵). از طرفی دیگر، در تبیین این نتیجه، مدل شناختی برای مفهوم‌سازی این فرایند، مناسب‌تر است. در مدل شناختی، عدم تحمل بلاتکلیفی به چهار دلیل در افراد مبتلا به OCD و GAD نسبت به افراد سالم بالاتر است: تحمل پایین در موقعیت‌های مبهم، عقاید مثبت درباره نگرانی، اجتناب شناختی و جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل (۱۵). بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، هنگام برخورد با موقعیت مشکل‌ساز، زود احساس ناکامی می‌کنند و به نتایج کوشش خود در حل مسأله، بدبین می‌شوند که در نهایت همین امر موجب تشدید اضطراب و نگرانی آنها می‌گردد (۴۶). همچنین، در الگوی مفهومی OCD، بلاتکلیفی و ناتوانی در تصمیم‌گیری به صورت نیاز افراطی به یقین و تجربه پریشانی در صورت به دست نیاوردن یقین بروز می کند و در نتیجه سبب تداوم و تشدید علایم اختلال می‌گردد (۲۴). مطابق با این الگو در تبیینی دیگر، بیماران وسواسی اغلب در شک و تردید هستند و نمی‌توانند بلاتکلیفی را تحمل کنند (۴۶). تبیین دیگر در رابطه‌ی عدم تحمل بلاتکلیفی با وسواس، ارتباط آن با کنترل شخصی است. کنترل شخصی بنیانی شناختی برای سلامتی فراهم کرده و در موقعیت‌های مبهم و غیرقطعی به این انتظار منتهی می‌شود که هیچ یک از

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-19]

پاسخ‌های فرد نمی‌تواند پیامدهای آینده را کنترل کند و در نتیجه فرد به نگرانی، اضطراب و ترس دچار می‌شود (۲۴). نتایج این پژوهش با یافته‌های محققان پیشین در این راستا همسو بود که حساسیت اضطرابی یا ترس از نشانه‌های برانگیختگی اضطراب با پایه‌ی شناختی این بیماران یعنی عدم تحمل بلاتکلیفی عوامل مهمی در شکل‌گیری و تداوم این دو اختلال هستند. طبق شواهد قبلی نیز حساسیت اضطرابی و عدم تحمل بلاتکلیفی در ترس‌های ناشناخته، نقش بنیادی دارد و هر دو، از عوامل آسیب‌پذیری به اضطراب این دو گروه از بیماران در مقایسه با افراد سالم می‌باشد (۱۸ و ۱۹). می‌توان استدلال نمود که ناتوانی در تنظیم هیجانات، سبب می‌گردد افراد هنگام مواجهه با شرایط استرس‌آور، نگرانی و به تبع آن اضطراب و درماندگی نشان دهند و برای رهایی از هیجان‌ها و افکار ناشی از این موقعیت‌ها، راه‌کارهای نامناسبی را انتخاب می‌کنند. افرادی که به طور مکرر اضطراب را تجربه می‌کنند ترس زیادی از نشانه‌های اضطرابشان و مشکلاتی در شناسایی و توصیف هیجانات داشته و دی پی آن نگرانی از این طریق، سبب جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل شده و اجتناب شناختی- رفتاری را در پی خواهد داشت و این چرخه‌ی معیوب، موجب ابقای نگرانی می‌شود. علاوه بر مبتلایان به GAD، افراد مبتلا به OCD نیز نسبت به افراد سالم، توانایی کمتری در تحمل موقعیت بلاتکلیف دارند. استدلال می‌شود عدم تحمل بلاتکلیفی ویژگی مشترک این بیماران است و به نظر می‌رسد ویژگی اساسی‌تری در بیماران GAD باشد و نگرانی، نتیجه‌ی عدم تحمل بلاتکلیفی است. در این مطالعه، دیگر- طرحواره میان سه گروه نظیر ترس از نشانه‌های تنفسی در مقایسه گروه وسواسی- اجباری و افراد سالم، تفاوت معناداری نداشتند. پژوهش‌های قبلی نیز چنین یافته‌هایی داشتند (۱۲ و ۲۱). در زمینه‌ی دست یابی به این یافته، هم عقیده با ژاکوب و همکاران (۲۱)، می‌توان استدلال نمود که افراد وسواسی نسبت به افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و نیز افراد سالم، بیشتر از آنکه تحت تأثیر عوامل اجتماعی یا نحوه‌ی دیدگاه نسبت به دیگران آشفته گردند، به شدت تحت تأثیر خصوصیات فردی یا دیدگاه نسبت به خودآشفتگی را تجربه می‌کنند.

پیامد اصلی این مطالعه آن است که مبتلایان به GAD و OCD به ترتیب در مقایسه با افراد سالم، از طرحواره‌های هیجانی معیوب، اجتناب شناختی-رفتاری بالاتر و نظام شناختی-عاطفی ناکارآمد (نگرانی بیمارگونه، حساسیت اضطرابی و عدم تحمل بلاتکلیفی بالاتر) برخوردار هستند. با در نظر گرفتن این نتیجه، نیاز به آموزش این افراد در زمینه‌ی افزایش تنظیم هیجان‌ها، کنترل افکار و مداخلات مسأله‌محورانه، احساس می‌گردد. هر اندازه آگاهی از طرحواره‌ی هیجانی و شناخت‌ها افزایش یابد، اجتناب از هیجان‌ها کاهش یافته و احساس توانمندی بیماران در برخورد با موقعیت‌های تهدیدکننده‌ی آینده، افزایش می‌یابد.

عدم امکان نمونه‌گیری تصادفی و دسترسی سخت به نمونه‌های پژوهش به خصوص بیماران دارای تشخیص خالص، طراحی کوتاه مدت و مقطعی پژوهش و استفاده از ابزار خودگزارشی برای جمع‌آوری داده‌ها، از محدودیت‌های پژوهش بودند.

پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی از مراکز درمانی متعدد و بیماران متنوع‌تر استفاده شوند. همچنین، به جای مقیاس‌های خودگزارشی، جهت اطمینان بیشتر از صحت و واقعی بودن نتایج، از طرح‌های آمیخته استفاده شود. ضرورت استفاده از رویکردهای درمانی تلفیقی مبتنی بر طرحواره‌ی درمانی، بیش از پیش احساس می‌شود. انجام کارآزمایی بالینی تصادفی برای تهیه‌ی برنامه‌ی درمانی مناسب این اختلالات، از دیگر پیشنهادهای برخاسته از مطالعه‌ی حاضر است.

تشکر و قدردانی

این مطالعه، برگرفته از رساله‌ی کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی بالینی دانشگاه سمنان است. از معاونت محترم تحصیلات تکمیلی این دانشگاه و سایر افراد شرکت‌کننده در پژوهش در کلینیک روانپزشکی بیمارستان ابن سینا و مراکز روانپزشکی خصوصی شهر مشهد، تشکر و قدردانی می‌گردد.

REFERENCES

1. Gordon D, Heimberg RG. Reliability and validity of DSM-IV generalized anxiety disorder features. J Anxiety Disord 2011;25(6):813–21.

2. Newman MG, Llera SJ. A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: a review and synthesis of research supporting contrast avoidance model of worry. Clin Psychol Rev 2011;31(3):371–82.

3. Brakoulias V, Starcevic V, Sammut P, Berle D, Milicevic D, Moses K, et al. Obsessive-compulsive spectrum

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-19]

disorders: a comorbidity and family history perspective. Australas Psychiatry 2011;19(2):151–5.

4. Otte C. Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. Dialogues Clin Neurosci 2011;13(4):413–21.

5. West B, Willner P. Magical thinking in obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. Behav Cogn Psychother 2011;39(4):399–411.

6. Behar E, DiMarco ID, Hekler EB, Mohlman J, Staples AM. Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): conceptual review and treatment implications. J Anxiety Disord 2009;23(8):1011–23.

7. Olatunji BO, Moretz MW, Zlomke KR. linking cognitive avoidance and GAD symptoms: the mediating role of fear of emotion. Behav Res Ther 2010;48:435–41.

8. Calvete E, Orue I, Hankin BL. Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: the mediating role of anxious automatic thoughts. J Anxiety Disord 2013;27(3):278–88.

9. Reinecke A, Becker ES, Hoyer J, Rinck M. Generalized implicit fear associations in generalized anxiety disorder. Depress Anxiety 2010;27(3):252–9.

10. Kugler BB, Lewin AB, Phares V, Geffken GR, Murphy TK, Storch EA. Quality of life in obsessive-compulsive disorder: The role of mediating variables. Psychiatry Res 2012;30:165–78.

11. Gentes EL, Ruscio AM. A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder. Clin Psychol Rev 2011;31(6):923–33.

12. Beesdo-Baum K, Jenjahn E, Höfler M, Lueken U, Becker ES, Hoyer J. Avoidance, safety behavior, and reassurance seeking in generalized anxiety disorder. Depress Anxiety 2012;29(11):948–57.

13. Lorian CN, Grisham JR. Clinical implications of risk aversion: an online study of risk-avoidance and treatment utilization in pathological anxiety. J Anxiety Disord 2011;25(6):840–8.

14. Buhr K, Dugas MJ. The role of fear of anxiety and intolerance of uncertainty in worry: an experimental manipulation. Behav Res Ther 2009;47(3):215–23.

15. Norr AM, Oglesby ME, Capron DW, Raines AM, Korte KJ, Schmidt NB. Evaluating the unique contribution of intolerance of uncertainty relative to other cognitive vulnerability factors in anxiety psychopathology. J Affect Disord 2013;151(1):136–42.

16. Holaway RM, Heimberg RG, Coles ME. A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. J Anxiety Disord 2006;20(2):158–74.

17. Mantar A, Yemez B, Alkın T. Anxiety sensitivity and its importance in psychiatric disorders. Turk Psikiyatri Derg 2011;22(3):187–93.

18. Bernstein A, Stickle TR, Schmidt NB. Factor mixture model of anxiety sensitivity and anxiety psychopathology vulnerability. J Affect Disor 2012;19:115–27.

19. Carleton RN, Sharpe D, Asmundson GJ. Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: requisites of the fundamental fears? Behav Res Ther 2007;45(10):2307–16.

20. Frala JL, Leen-Feldner EW, Blumenthal H, Barreto CC. Relations among perceived control over anxiety-related events, worry, and generalized anxiety disorder in a sample of adolescents. J Abnorm Child Psychol 2010; 38(2): 237–47.

21. Jacob ML, Morelen D, Suveg C, Brown Jacobsen AM, Whiteside SP. Emotional, behavioral, and cognitive factors that differentiate obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders in youth. Anxiety Stress Coping 2012;25(2):229–37.

22. Rosellini AJ, Fairholme CP, Brown TA. The temporal course of anxiety sensitivity in outpatients with anxiety and mood disorders: relationships with behavioral inhibition and depression. Anxiety Disord 2011;25(4):615–21.

23. Starcevic V, Berle D. Cognitive specificity of anxiety disorders: a review of selected key constructs. Depress Anxiety 2006;23(2):51–61.

224. Boelen PA, Carleton RN. Intolerance of uncertainty, hypochondriacal concerns, obsessive-compulsive symptoms, and worry. J Nerv Ment Dis 2012;200(3):208–13.

25. Ventura J, Liberman RP, Green MF, Shaner A, Mintz J. Training and quality assurance with the structured clinical interview for DSM-IV (SCID-I/P). Psychiatry Res 1998;79(2):163–73.

26. Nordgaard J, Revsbech R, Sæbye D, Parnas J. Assessing the diagnostic validity of a structured psychiatric interview in a first-admission hospital sample. World Psychiatry 2012;11(3):181–5.

27. Sharifi V, Assadi S M, Mohammadi M-R, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. A Persian translation of the Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed: psychometric properties. Comprehensive Psychiatry 2009;50:86–91. (Full Text in Persian).

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-19]

28. Fowler D, Freeman D, Smith B, Kuipers E, Bebbington P, Bashforth H, et al. The Brief Core Schema Scales (BCSS): psychometric properties and associations with paranoia and grandiosity in non-clinical and psychosis samples. Psychol Med 2006;36(6):749–59.

29. Yamauchi T, Sudo A, Tanno Y. Reliability and validity of the Japanese version of the Brief Core Schema Scales. Shinrigaku Kenkyu 2009;79(6):498–505.

30. Ottenbreit ND, Dobson KS. Avoidance and depression: the construction of the cognitive-behavioral avoidance scale. Behav Res Ther 2004;42(3):293–313.

31. Dumitrescu AL, Toma C, Lascu V. Aluation of inter-relationship between behavioral inhibition, behavioral activation, avoidance, daily stressors and oral health. Rom J Intern Med 2010;48(3):281–90.

32. Dear BF, Titov N, Sunderland M, McMillan D, Anderson T, Lorian C, et al. Psychometric comparison of the generalized anxiety disorder scale-7 and the Penn State Worry Questionnaire for measuring response during treatment of generalised anxiety disorder. Cogn Behav Ther 2011;40(3):216–27.

33. Rodríguez-Biglieri R, Vetere GL. Psychometric characteristics of the Penn State Worry Questionnaire in an Argentinean sample: a cross-cultural contribution. Span J Psychol 2011;14(1):452–63.

34. Sexton KA, Dugas MJ. Defining distinct negative beliefs about uncertainty: validating the factor structure of the Intolerance of Uncertainty Scale. Psychol Assess 2009;21(2):176–86.

35. Buhr K, Dugas MJ. The Intolerance of Uncertainty Scale: psychometric properties of the English version. Behav Res Ther 2002;40(8):931–45.

36. Arnau RC, Broman-Fulks JJ, Green BA, Berman ME. The Anxiety Sensitivity Index-Revised: confirmatory factor analyses, structural invariance in Caucasian and African American samples, and score reliability and validity. Assessment 2009;16(2):165–80.

37. Moradimanesh F. The study of psychometric characteristics Anxiety Sensitivity Index-Revised and its relationship with mental health in Shiraz university students. (Dissertation). Shiraz: Shiraz University; 2005. (Full Text in Persian).

38. Miranda R, Fontes M, Marroquín B. Cognitive content-specificity in future expectancies: role of hopelessness and intolerance of uncertainty in depression and GAD symptoms. Behav Res Ther 2008;46(10):1151–9.

39. Palermou B, Efstathiou G, Kalantzi-Azizi A. The responsibility schema in obsessive compulsive checking and washing. Psychiatrike 2009;20(3):239–44.

40. Bech P, Lönn SL, Overø KF. Relapse prevention and residual symptoms: a closer analysis of placebo-controlled continuation studies with escitalopram in major depressive disorder, generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychiatry 2010;71(2):121–9.

41. Coleman SL, Pietrefesa AS, Holaway RM, Coles ME, Heimberg RG. Content and correlates of checking related to symptoms of obsessive compulsive disorder and generalized anxiety disorder. J Anxiety Disord 2011;25(2):293–301.

42. Reinecke A, Rinck M, Becker ES, Hoyer J. Cognitive-behavior therapy resolves implicit fear associations in generalized anxiety disorder. Behav Res Ther 2013;51(1):15–23.

43. Kirkcaldy BD, Siefen RG. Subjective models of psychological disorders: mental health professional's perspectives. Asian J Psychiatr 2012;5(4):319–26.

44. Keough ME, Riccardi CJ, Timpano KR, Mitchell MA, Schmidt NB. Anxiety symptomatology: the association with distress tolerance and anxiety sensitivity. Behav Ther 2010;41(4):567–74.

45. Armstrong T, Zald DH, Olatunji BO. Attentional control in OCD and GAD: specificity and associations with core cognitive symptoms. Behav Res Ther 2011;49(11):756–62.

46. McEvoy PM, Mahoney AE. To be sure, to be sure: intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. Behav Ther 2012;43(3):533–45.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-19]