

Research Article

Comparison of distress tolerance, anxiety sensitivity, and emotional reactivity in individuals with illness anxiety (IAD) and general anxiety disorder (GAD)

Authors

Masoumeh Moqhbeli Hanzaii¹, Zahra Zanjani^{2*}, Mina Khalili Sefat³

1. Master of Clinical Psychology, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.
2. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.
(Corresponding author) z_zanjani2005@yahoo.com
3. Master of Clinical Psychology, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.

Abstract

Receive Date:
00/00/0000

Accept Date:
00/00/0000



Introduction: Illness anxiety and generalized anxiety disorder are two relatively common disorders that, despite being in two separate diagnostic classes, have many similarities in psychological symptoms. This study was conducted with the aim of comparing these two disorders in the distress tolerance, anxiety sensitivity and emotional reactivity.

Method: The present study was a case-control study. The study sample included 36 individuals with general anxiety, 36 individuals with illness anxiety and 36 normal individuals. Anxiety sensitivity inventory, Distress tolerance scale and Emotional reactivity scale were used to collect data. Data analysis was done using SPSS-19 software and analysis of variance test.

Result: The results showed that individuals with general anxiety and disease anxiety have more anxiety sensitivity and less distress tolerance than normal people ($P < 0.05$). While there was no difference in the level of their emotional reactivity with normal people ($F = 0.54$, $P = 0.58$). Also, the results showed that there is no difference in distress tolerance between the two groups with general anxiety and illness anxiety ($P = 0.06$), but individuals with general anxiety reported more anxiety sensitivity compared to individuals with illness anxiety ($0.5 / 0 > P$).

Discussion and conclusion: Although anxiety sensitivity plays a more prominent role in generalized anxiety disorder, in general, distress tolerance and anxiety sensitivity seem to be common and trans-diagnostic characteristics in psychological disorders, including generalized anxiety disorder and illness anxiety.

Keywords

Generalized anxiety disorder, illness anxiety, Distress tolerance, Anxiety sensitivity, Emotional reactivity

Corresponding Author's E-mail

z_zanjani2005@yahoo.com

مقایسه تحمل پریشانی، واکنش‌پذیری هیجانی و حساسیت اضطرابی در افراد دارای اضطراب بیماری و اضطراب فراگیر

نویسندگان

معصومه مقبلی هنزائی^۱، زهرا زنجانی^{۲*}، مینا خلیلی صفت^۳

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.
۲. (نویسنده مسئول) دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.
۳. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.

چکیده

مقدمه: اختلال اضطراب فراگیر و اضطراب بیماری دو اختلال نسبتاً شایعی است که علی‌رغم قرارگیری آنها در دو طبقه مجزای تشخیصی دارای شباهت‌های زیادی در علائم روانشناختی هستند. این مطالعه با هدف مقایسه این دو اختلال در مشخصه‌های تحمل پریشانی، واکنش‌پذیری هیجانی و حساسیت اضطرابی صورت گرفت.

روش: پژوهش حاضر یک مطالعه مورد-شاهدی بود. نمونه مطالعه شامل ۳۶ فرد مبتلا به اضطراب فراگیر، ۳۶ فرد مبتلا به اضطراب بیماری و ۳۶ فرد عادی بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه حساسیت اضطرابی، مقیاس تحمل پریشانی و مقیاس واکنش‌پذیری هیجانی استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-19 و با آزمون تحلیل واریانس صورت گرفت.

تاریخ دریافت:
....../.../..

تاریخ پذیرش:
....../.../..



نتایج: یافته‌ها نشان داد که افراد دارای اضطراب فراگیر و اضطراب بیماری حساسیت اضطرابی بیشتر و تحمل پریشانی کمتری را نسبت به افراد بهنجار دارند ($P < 0.05$). در حالی که در میزان واکنش‌پذیری با افراد بهنجار تفاوتی نداشتند ($P = 0.58$, $F = 0.54$). همچنین، نتایج نشان داد که در میزان تحمل پریشانی بین دو گروه دارای اضطراب فراگیر و اضطراب سلامت تفاوتی وجود ندارد ($P = 0.06$) ولی افراد دارای اضطراب فراگیر، حساسیت اضطرابی بیشتری را در مقایسه با افراد دارای اضطراب بیماری گزارش دادند ($P < 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری: گرچه حساسیت جسمانی در اختلال اضطراب فراگیر نقش برجسته‌تری دارد ولی به‌طور کلی به نظر می‌رسد تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی، مشخصه‌های مشترک و فراتشخیصی در اختلالات روانشناختی از جمله اختلال اضطراب فراگیر و اضطراب بیماری باشند.

کلیدواژه‌ها

واژگان کلیدی

اختلال اضطراب فراگیر، اضطراب بیماری، تحمل پریشانی، حساسیت اضطرابی، واکنش‌پذیری هیجانی

مقدمه

اضطراب در مورد وقایع روزانه، بیقراری، زود خسته شدن، مشکل در تمرکز، تحریک پذیری، تنش عضلانی و مشکلات خواب مشخص می‌شود [۵ و ۶] و شیوع آن در یک دوره یکساله تقریباً ۳٪ در بزرگسالان [۷] و بین ۲/۵٪ [۸] تا ۷/۵٪ در نوجوانان [۵] گزارش شده است. اختلال اضطراب فراگیر اغلب با اختلالات روانی دیگر مثل پانیک [۹]، وسواس [۱۰] و اختلال اضطراب بیماری^۲ (IAD) همبود است [۱۱ و ۱۲]. به نظر می‌رسد که مشخصه مشترکی بین این اختلالات وجود دارد و آن مشخصه، اضطراب در مورد سلامتی است. به عنوان مثال: ترس از مرگ و حمله قلبی با اختلال پنیک و نگرانی در مورد سلامتی یکی از ابعاد اختلال اضطراب فراگیر است [۱۳] و به عنوان یکی از ملاک‌های اصلی برای تشخیص‌گذاری اختلال اضطراب بیماری در DSM-5 نیز در نظر گرفته می‌شود [۱۳ و ۱۴].

اختلال اضطراب بیماری برای اولین بار در DSM-5 مطرح شد ملاک‌های تشخیصی مهم DSM-5 برای اختلال اضطراب بیماری عبارتند از: مشغولیت ذهنی با ابتلا به بیماری جدی، عدم علائم جسمی و یا در صورت وجود فقط شدت خفیفی دارند، سطوح بالای اضطراب در مورد سلامتی و اقدامات افراطی در مورد سلامتی [۱۳]. شیوع

اختلالات روانی در جهان بسیار شایع هستند و به عنوان یکی از پنج وضعیت ناتوان‌کننده در کنار دیابت، سرطان، بیماری‌های قلبی عروقی و بیماری‌های تنفسی مزمن در نظر گرفته می‌شوند و دارای پیامدهای اجتماعی-اقتصادی زیادی هستند [۱]. در سال‌های اخیر تعریف بیماری روانی از طبقه‌بندی به سیستم طیفی تغییر یافته و این تغییر درک کنونی ما را از آسیب‌شناسی روانی بیشتر کرده است. در واقع، شناخت عوامل مؤثر در آسیب‌پذیری به انواع مختلف اختلالات روانی در حال پیشرفت است. آگاهی از این عوامل می‌تواند به پیشگیری از بیماری‌های روانی کمک کرده و مداخلات ویژه‌ایی را در این زمینه امکان‌پذیر سازد [۲]. در میان اختلالات روانپزشکی، مشکلات اضطرابی جزء شایع‌ترین اختلالات روانی می‌باشند که شیوع یکساله آنها ۱۸ درصد برآورد شده است [۳]. در بین اختلالات اضطرابی، اختلال اضطراب فراگیر جزء رایج‌ترین اختلالات است (۴). اختلال اضطراب فراگیر^۱ (GAD) با عدم کنترل نگرانی و

^۲ Illness Anxiety Disorder

^۱ Generalized Anxiety Disorder

اضطرابی^۵ رابطه معکوس دارند به این صورت که تحمل افراد برای پریشانی، ترس آنها از علایم مربوط به اضطراب را کاهش می‌دهد [۲۲]. حساسیت اضطرابی یک ترس تقویت شده است که باعث می‌شود افراد احساسات بدنی مرتبط با اضطرابشان (نظیر تپش قلب، ناراحتی معده) را به‌عنوان عامل خطر ادراک کنند و این امر منجر به افزایش اضطراب، علایم بدنی و در نهایت ترس از این تجرب می‌شود. فرد حس‌های بدنی مربوط به اضطراب (تپش قلب، لرزش) و تغییرات شناختی (مشکل در تمرکز) را خطرناک و دارای پیامد ناخوشایند ادراک کرده که این خود منجر به افزایش اضطراب و علایم بدنی مربوطه شده و در نهایت منجر به ترس از این تجرب می‌شود [۲۳ و ۲۴]. داده‌های موجود نشان می‌دهد حساسیت اضطرابی با گوش به زنگی به حس‌های بدنی و شدت علایم جسمی ارتباط دارد [۲۵] و می‌تواند منجر به ترس از علایم جسمی حیاتی همچون تپش قلب شود که این خود می‌تواند راه‌انداز اضطراب سلامت شود. به عبارت دیگر یکی از ویژگی‌های افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا ارزیابی منفی و ترس از همه علائم معمولی اضطراب است و این علائم رایج، واکنش شدیدتری در این افراد ایجاد می‌کند و این امر موجب افزایش شدت علائم اضطراب در این افراد می‌شود [۲۶]. از آنجایی که اضطراب ویژگی هسته‌ای اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب بیماری به شمار می‌رود و از طرفی مؤلفه واکنش‌پذیری هیجانی منجر به افزایش اضطراب می‌شود به‌نظر می‌رسد این مؤلفه در تداوم این دسته از اختلالات نقش داشته باشد [۳].

لذا، با توجه به مشابهت‌های این دو اختلال در مشخصه‌هایی همچون واکنش‌پذیری هیجانی، تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی، یافتن میزان تفاوت کمی آنها در این مشخصات احتمالاً بتواند در شناسایی علت‌شناسی، افتراق و همچنین انتخاب تکنیک‌های درمانی مناسب در هر اختلال کمک‌کننده باشد. در نتیجه هدف این مطالعه مقایسه واکنش‌پذیری هیجانی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی در افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب بیماری بود.

این اختلال در کلینیک‌های عمومی شایع است. شیوع آن در بیماران سرپایی پزشکان عمومی تقریباً ۶/۰ درصد و در بیماران بستری ۵ تا ۳۰ درصد برآورد شده است [۱۴].

علی‌رغم اینکه اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب بیماری دو اختلال مجزا در نظر گرفته می‌شوند مانند اینکه در اختلال اضطراب فراگیر حوزه نگرانی‌ها گسترده و فراگیر است و در اختلال اضطراب بیماری نگرانی‌ها متمرکز بر سلامت است [۱۵]، ولی شباهت‌هایی دارند که قابل بررسی است. یکی از عواملی که در دو اختلال دیده می‌شود عدم تحمل پریشانی^۳ است که تا حد زیادی به عنوان فاکتور نگهدارنده این اختلالات پیش‌بینی شده است [۱۶ و ۱۷]. ناتوانی در تحمل پریشانی با افزایش آسیب‌پذیری به تجربه علایم اضطرابی ارتباط دارد [۱۷ و ۱۸]. عدم تحمل پریشانی هیجانی، ادراک فرد از توانایی‌های خودش برای تجربه و تحمل هیجانات منفی که این امر با تمرکز بر پریشانی و ادراک آن به عنوان غیر قابل تحمل و غیر قابل پذیرش و در نهایت اجتناب و فرار از آن، تعریف می‌شود [۱۷]. از دیگر عوامل مؤثر واکنش‌پذیری هیجانی^۴ است که به عنوان حساسیت، شدت و پایداری بالای حالت‌های هیجانی تعریف می‌شود [۱۹]. واکنش‌پذیری هیجانی بالا با استراتژی‌های ناسازگارانه تنظیم هیجان در ایجاد و حفظ اختلالات اضطرابی نقش دارد [۲۰]. در همین راستا افرادی که تحمل پریشانی پایین دارند احتمالاً بیش از حد در برابر استرس و پریشانی واکنش‌پذیرند، همچنین، اعتقاد دارند که توانایی ضعیفی برای مقابله با پریشانی دارند و در نتیجه سعی دارند به وسیله راهبردهایی که هدفشان کاهش سریع هیجانات منفی است از این هیجانات اجتناب کنند. این رابطه‌ها از این فرضیه حمایت می‌کنند که افراد با سطوح پایین تحمل پریشانی با رفتارهای ناسازگارانه اجتناب و فرار با هیجانات منفی خود مقابله می‌کنند [۲۱ و ۲۲].

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تحمل پریشانی با حساسیت

^۳ Distress tolerance^۴ Emotional reactivity^۵ Anxiety sensitivity

روش:

این پژوهش از نوع مورد-شاهدی (علی-مقایسه‌ای) بود. کلیه افراد دارای اختلال اضطراب بیماری و دارای اختلال اضطراب فراگیر که به کلینیک‌های روانشناختی شهر کاشان و درمانگاه روانشناسی بیمارستان کارگرنژاد کاشان در سال ۱۳۹۹ مراجعه کرده بودند و طی ارزیابی و مصاحبه بالینی توسط متخصص، تشخیص اختلال اضطراب فراگیر یا IAD دریافت کرده بودند به‌عنوان جامعه این مطالعه در نظر گرفته شدند. تعداد ۳۶ نفر از افراد دارای اختلال اضطراب بیماری و ۳۶ نفر از افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و ۳۶ نفر افراد عادی به روش در دسترس از سطح جامعه به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ملاک‌های ورود مطالعه عبارت بودند از: سن بالاتر از ۱۸ سال، داشتن تشخیص اختلال اضطراب بیماری یا اختلال اضطراب فراگیر برای قرار گرفتن در گروه مربوطه، عدم ابتلا به اختلالات روانپزشکی برای شرکت‌کنندگان در گروه افراد بهنجار، فقدان اختلالات سایکوتیک، فقدان سابقه مصرف مواد، فقدان سابقه خودکشی، فقدان اختلالات شخصیت، تمایل به شرکت در پژوهش. پس از آنکه نمونه‌های مورد مطالعه انتخاب شدند، هدف پژوهش برای آنان توضیح داده شد و پس از کسب رضایت کتبی، شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های حساسیت اضطرابی، تحمل‌پیشانی و واکنش‌پذیری هیجانی را تکمیل نمودند و داده‌های جمع‌آوری شده با کمک نرم افزار SPSS-19 و با آزمون تحلیل واریانس مورد تحلیل قرار گرفت.

ابزارهای پژوهش:

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک دارای پرسش‌هایی در زمینه سن، جنسیت، میزان تحصیلات، سابقه ابتلا به بیماری‌های روانپزشکی، سابقه مصرف دارو و سابقه خودکشی بود.

مصاحبه بالینی ساخت یافته (SCID_5):

این ابزار ابتدا توسط مارک زیمرمن تالیف شده است و در این پژوهش برای تشخیص اختلال اضطراب بیماری و همچنین برای تشخیص اختلالات همبود با اضطراب بیماری قبل از مرحله ارزیابی و برای رعایت معیارهای ورود و خروج بکار می‌رود روایی همزمان، ضریب بازآزمایی و

پایایی این مقیاس به شیوه الفای کرونباخ ($\alpha > .80$) مطلوب بود [۲۷].

مقیاس واکنش‌پذیری هیجانی^۶ (ERS)

توسط متیو و ناک در سال ۲۰۰۸ به منظور ارزیابی واکنش‌پذیری افراد به تجارب هیجانی‌شان تدوین شد و دارای ۲۱ ماده و ۳ خرده مقیاس: حساسیت (ماده‌های ۲، ۵، ۷، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۸)، شدت (ماده‌های ۳، ۴، ۶، ۱۷، ۱۹، ۲۰، ۲۱) و پایداری (۱، ۸، ۱۰، ۱۱) است. عبارت‌های این پرسشنامه روی مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (از ۰ = اصلاً شبیه من نیست تا ۴ = کاملاً شبیه من است) نمره‌گذاری می‌شوند و نمره بالاتر نشان‌دهنده واکنش‌پذیری بالاتر است [۲۸]. پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۵ و برای حساسیت ۰/۹۰، شدت ۰/۸۰، پایداری ۰/۷۸ است [۲۹] در مطالعه دیگری آلفای کرونباخ مقیاس واکنش‌پذیری هیجانی کلی ۰/۹۴، خرده مقیاس حساسیت ۰/۸۸، شدت ۰/۸۶ و پایداری ۰/۸۱ گزارش شده است [۲۸]. ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی این پرسشنامه به این صورت بود: اعتبار همگرایی این پرسشنامه با پرسشنامه اضطراب سلامت (۰/۳۳)، پرسشنامه حساسیت اضطرابی (۰/۴۱) مطلوب بود و همبستگی آن با پرسشنامه سیستم‌های بازداری/فعال‌سازی رفتاری (BAS/BIS) معنادار نبود که این نشان از اعتبار واگرایی مقیاس دارد و همسانی درونی و پایایی باز آزمایی (به فاصله دوهفته) به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۲ بدست آمد [۳۰].

پرسشنامه حساسیت اضطرابی^۷ (ASI)

ابتدا در سال ۱۹۸۵ توسط ریس و پترسون [۳۱] تدوین شد و ترس فرد را از علایم اضطرابی و پیامدهای آنها می‌سنجد. این پرسشنامه دارای ۱۶ گویه و سه عامل ترس از علایم جسمانی (ماده‌های ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱)، ترس از کژکاری کنترل شناختی (۲، ۱۲، ۱۵) و ترس از مشاهده

^۶ Emotional reactivity scale
^۷ Anxiety sensitivity inventory

بازآزمایی آن برابر ۰/۶۱ گزارش شده است [۳۶ و ۳۷]. همبستگی بین مقیاس تحمل پریشانی با پریشانی عاطفی ۰/۵۹-، با کژتنظیمی ۰/۵۱- بود و همبستگی مثبت با تنظیم خلق برابر ۰/۵۴- و همبستگی قوی با پذیرش خلق ۰/۴۷- داشت [۳۵].

ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در نمونه ایرانی نیز مطلوب گزارش شده است و پایایی به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۶۷ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده‌مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۶۹ و ۰/۷۳ می‌باشد. همبستگی مقیاس تحمل آشفتگی با شیوه‌های مقابله‌ای مسئله‌محور، هیجان‌محور به ترتیب ۰/۳۳- و ۰/۲۷- بود [۳۷].

نتایج

مطالعه حاضر روی ۳۶ فرد دارای اختلال اضطراب فراگیر و ۳۶ فرد دارای اختلال اضطراب بیماری و ۳۶ فرد بهنجار صورت گرفت. توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان بر حسب جنس و همچنین، سن در سه گروه در جدول ۱ ارائه شده است. با توجه به نتایج آزمون آماری نشان داد که سه گروه در دو متغیر سن و جنسیت تفاوت معنادار نداشتند (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع فراوانی و مقایسه شرکت‌کنندگان براساس

جنسیت و سن در گروه‌های مورد مطالعه

sig	Normal	IAD	GAD		
۰/۲۲	۲۴	۲۷	۳۱	دخ	جنس
=۱/۴۷)	(/۶۶/۷)	(/۷۵)	(/۸۶/۱)	تر	یت
(x^2)	۱۲	۹	۵	پسر	
	(/۲۳/۳)	(/۲۵)	(/۱۳/۹)		
۰/۰۸	۲۳/۹۷	۲۳/۹۷	۲۶/۴۴	سن	
($F=۲/۶$)	=۴/۰۹)	=۵/۵۷)	=۶/۰۵)		
	(sd	(sd	(sd		

واکنش‌های اضطرابی توسط دیگران (۱۴،۱۳،۱۲،۵،۴،۳،۱) است [۳۲] هر گویه بر اساس یک مقیاس لیکرت از ۰ = خیلی کم تا ۴ = خیلی زیاد نمره‌گذاری می‌شوند و نمره بالاتر نشان دهنده حساسیت اضطرابی بالاتر است. بررسی ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس نشان می‌دهد که روایی درونی آن بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۰ است و پایایی به روش بازآزمایی بعد از دو هفته ۰/۷۵ و در مدت سه سال ۰/۷۱ نشان داده است که حساسیت اضطرابی یک سازه شخصیتی پایدار است [۳۳]. ویژگی‌های روانسنجی آن در نمونه ایرانی بررسی شده که نشان می‌دهد روایی درونی برای مقیاس کلی برابر ۰/۹۵ و پایایی آن به روش بازآزمایی و دونیمه‌سازی به ترتیب برابر ۰/۹۳ و ۰/۹۷ است. روایی همزمان آن از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه SCL 90 انجام شد که ضریب همبستگی ۰/۵۶ بدست آمد. ضرایب همبستگی با نمره کل در حد رضایت‌بخش بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ متغیر بود همبستگی بین خرده مقیاس‌ها نیز بین ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ متغیر بود [۳۴].

مقیاس تحمل پریشانی^۱ (DTS)

این پرسشنامه توسط سیمون و باهر در سال ۲۰۰۵ به منظور سنجش توانایی فرد برای تحمل و تجربه حالت‌های هیجانی منفی تدوین شد و دارای ۱۶ ماده و ۴ خرده-مقیاس است: ۱- تحمل: تحمل پریشانی هیجانی (۵،۳،۱)، ۲- جذب: جذب شدن به وسیله هیجانات منفی (۱۶،۴،۲)، ۳- ارزیابی: برآورد ذهنی پریشانی (۱۳،۱۲،۱۱،۱۰،۸،۷)، ۴- تنظیم: تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی (۱۵،۱۴،۹). هر عبارت در یک مقیاس ۵ درجه‌ای (۱=کاملاً موافقم تا ۵=کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری می‌شود. ماده ۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود [۳۵]. نمره بالا نشان دهنده تحمل پریشانی بالا است. این مقیاس ویژگی‌های روانسنجی خوبی دارد. پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۳ و به روش

^۱ Distress tolerance scale

(جدول ۳)، میانگین نمرات تحمل پریشانی کل در دو گروه افراد دارای اختلال اضطراب بیماری و دارای اختلال اضطراب فراگیر تفاوت معناداری نداشت (۰/۰۶)، اما میانگین نمرات هر دو گروه با افراد بهنجار تفاوت معنادار داشت ($P < 0/05$) همچنین میانگین نمرات در خرده-مقیاس‌های تحمل پریشانی در دو گروه افراد دارای اختلال اضطراب بیماری و افراد با اختلال اضطراب فراگیر تفاوت معنادار نداشتند ($P > 0/05$). اما بین هر دو گروه با گروه افراد بهنجار تفاوت معنادار وجود داشت ($P < 0/05$).

جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها در سه گروه، آزمون لوین انجام شد، نتایج این آزمون نشان داد سه گروه در سه متغیر تحمل پریشانی (۰/۰۸)، حساسیت اضطرابی (۰/۲۸) و واکنش‌پذیری هیجانی (۰/۱۳) تفاوت معنادار نداشتند و مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار بود. در جدول ۲ اثر درون گروهی و بین گروهی برای متغیر تحمل پریشانی نشان داده شده است. اثر گروه نشان می‌دهد میانگین نمرات متغیر تحمل پریشانی و خرده مقیاس‌های آن در سه گروه دارای تفاوت معنادار هستند ($P < 0/05$). با توجه به نتایج آزمون تعقیبی شفه برای تحمل پریشانی

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس جهت مقایسه سه گروه مطالعه در متغیر تحمل پریشانی و خرده مقیاس‌های آن

متغیر	منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	sig
تحمل پریشانی کل	بین گروهی	۶۴۳۲/۵۱۹	۲	۳۲۱۶/۲۵۹	۴۸/۸۶۶	$P < 0/001$
	درون گروهی	۶۹۱۰/۸۸۹	۱۰۵	۶۵/۸۱۸		
	کل	۱۳۳۴۳/۴۰۷	۱۰۷			
تحمل	بین گروهی	۳۳۵/۰۵۶	۲	۱۶۷/۵۲۸	۲۷/۳۴۹	$P < 0/001$
	درون گروهی	۶۴۳/۱۹۴	۱۰۵	۶/۱۲۶		
	کل	۹۷۸/۲۵۰	۱۰۷			
جذب	بین گروهی	۷۸/۱۶۷	۲	۳۹/۰۸۳	۶/۶۰۳	۰/۰۰۲
	درون گروهی	۶۲۱/۵۰۰	۱۰۵	۵/۹۱۹		
	کل	۶۹۹/۶۶۷	۱۰۷			
ارزیابی	بین گروهی	۹۰۵/۱۳۰	۲	۴۵۲/۵۶۵	۲۵/۷۶۹	$P < 0/001$
	درون گروهی	۱۸۴۴/۰۸۳	۱۰۵	۱۷/۵۶۳		
	کل	۲۷۹۴/۲۱۳	۱۰۷			
تنظیم	بین گروهی	۲۰۴/۵۷۴	۲	۱۰۲/۲۸۷	۱۲/۳۳۷	$P < 0/001$
	درون گروهی	۸۰۵/۳۰۶	۱۰۵	۶/۶۷۰		
	کل	۱۰۰۹/۸۸۰	۱۰۷			

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی شفه جهت مقایسه سه گروه مورد مطالعه در متغیر تحمل پریشانی و خرده مقیاس

متغیر	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	انحراف استاندارد	سطح معناداری
تحمل پریشانی کل	GAD	IAD	۴/۵۵	۱/۹۱
	Normal		-۱۸/۱۶	۰/۰۶ P<۰/۰۰۱
	IAD	GAD	۴/۵۵	۱/۹۱
	Normal		-۱۳/۶۱	۰/۰۶ P<۰/۰۰۱
تحمل	GAD	IAD	۱/۲۲	۰/۵۸
	Normal		-۴/۱۹	۰/۱۱ P<۰/۰۰۱
	IAD	GAD	۱/۲۲	۰/۵۸
	Normal		-۲/۹۷	۰/۱۱ P<۰/۰۰۱
جذب	GAD	IAD	-۰/۲۵	۰/۵۷
	Normal		-۱/۶۶	۰/۹ ۰/۰۰۵
	IAD	GAD	۰/۲۵	۰/۵۷
	Normal		-۱/۶۶	۰/۹ ۰/۰۱
ارزیابی	GAD	IAD	۱/۵۸	۰/۹۸
	Normal		-۶/۷۷	۰/۲۸ P<۰/۰۰۱
	IAD	GAD	۱/۵۸	۰/۹۸
	افراد بهنجار		-۵/۱۹	۰/۲۸ P<۰/۰۰۱
تنظیم	GAD	IAD	-۰/۳۶	۰/۶۵
	Normal		-۳/۰۸	۰/۸۵ P<۰/۰۰۱
	IAD	GAD	۰/۳۶	۰/۶۵
	Normal		-۲/۷۲	۰/۸۵ P<۰/۰۰۱

کژکاری روانشناختی در دو گروه افراد دارای اضطراب سلامت و افراد دارای اضطراب فراگیر تفاوت معناداری داشتند ($P<۰/۰۵$)، اما میانگین نمرات خرده مقیاس ترس از واکنش دیگران در دو گروه افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب بیماری تفاوت معنادار نداشت ($P>۰/۰۵$)، این در حالی است که میانگین نمرات هر دو گروه اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب بیماری در این خرده مقیاس بیشتر از افراد بهنجار بود ($P<۰/۰۵$).

در جدول ۴ اثر درون‌گروهی و بین‌گروهی برای متغیر حساسیت اضطرابی نشان داده شده است. اثر گروه نشان می‌دهد میانگین نمرات متغیر حساسیت اضطرابی و خرده مقیاس‌های آن در سه گروه (افراد دارای اضطراب سلامت، افراد دارای اضطراب فراگیر و افراد بهنجار) دارای تفاوت معنادار هستند ($P<۰/۰۰۱$).

با توجه به نتایج آزمون تعقیبی شفه در مورد متغیر حساسیت اضطرابی (جدول ۵)، میانگین نمرات حساسیت اضطرابی کل و خرده مقیاس‌های علایم جسمانی و ترس از

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه برای حساسیت اضطرابی و خرده مقیاس‌های آن

متغیر	طبقات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	sig
حساسیت اضطرابی	بین گروهی	۲۷۶۰/۷۲۲	۲	۱۳۸۰/۳۶۱	۲۶/۹۴۲	P<۰/۰۰۱
	درون گروهی	۵۳۷۹/۵۲۸	۱۰۵	۵۱/۲۳۴		
	کل	۸۱۴۰/۲۵۰	۱۰۷			
علائم جسمی	بین گروهی	۴۸۲/۳۸۹	۲	۲۴۱/۱۹۴	۲۱/۵۳۰	P<۰/۰۰۱
	درون گروهی	۱۱۷۶/۲۷۸	۱۰۵	۱۱/۲۰۳		
	کل	۱۶۵۸/۶۶۷	۱۰۷			
ترس از کژکاری شناختی	بین گروهی	۱۶۵/۰۱۹	۲	۸۲/۵۰۹	۳۱/۰۲۱	P<۰/۰۰۱
	درون گروهی	۲۷۹/۲۷۸	۱۰۵	۲/۶۶۰		
	کل	۴۴۴/۲۹۶	۱۰۷			
ترس از مشاهده واکنش	بین گروهی	۲۵۷/۳۵۲	۲	۱۲۸/۶۷۶	۹/۶۷۳	P<۰/۰۰۱
	درون گروهی	۱۳۹۶/۷۵۰	۱۰۵	۱۳/۳۰۲		
	کل	۱۶۵۴/۱۰۲	۱۰۷			

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی شفه جهت مقایسه سه گروه در حساسیت اضطرابی و خرده مقیاس‌های آن

متغیر	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	انحراف استاندارد	sig
حساسیت اضطرابی	IAD	۴/۹۴	۱/۶۸	۰/۰۱
	GAD	۱۲/۳۰	۱/۶۸	P<۰/۰۰۱
	Normal	-۴/۹۴	۱/۶۸	۰/۰۱
علائم جسمی	IAD	۷/۳۶	۱/۶۸	P<۰/۰۰۱
	GAD	۲/۰۲	۰/۷۸	۰/۰۴
	Normal	۵/۱۳	۰/۷۸	P<۰/۰۰۱
ترس از کژکاری شناختی	IAD	۳/۱۱	۰/۷۸	۰/۰۰۱
	GAD	-۱/۵۰	۰/۳۸	۰/۰۰۱
	Normal	۳/۰۲	۰/۳۸	P<۰/۰۰۱
ترس از واکنش دیگران	IAD	۱/۵۲	۰/۳۸	۰/۰۰۱
	GAD	-۱/۷۵	۰/۸۵	۰/۱۳
	Normal	۳/۷۷	۰/۸۵	P<۰/۰۰۱
	IAD	-۱/۷۵	۰/۸۵	۰/۱۳

۰/۰۵	۰/۷۰	۲/۰۲	Normal
------	------	------	--------

در جدول ۶ مشاهده می‌شود که میانگین نمرات متغیر واکنش‌پذیری هیجانی و خرده مقیاس‌های آن در سه گروه (افراد دارای اضطراب سلامت، افراد دارای اضطراب فراگیر و افراد بهنجار) تفاوت معناداری ندارد ($P > 0.05$).

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای متغیر واکنش‌پذیری هیجانی و خرده مقیاس‌های آن

متغیر	منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	sig
نمره کل واکنش-پذیری هیجانی	بین گروهی	۱۲۵/۳۸۹	۲	۶۲/۶۹۴	۰/۵۴۱	۰/۵۸۴
	درون گروهی	۱۲۱۶۱/۶۱۱	۱۰۵	۱۱۵/۸۲۵		
	کل	۱۲۲۸۷/۰۰۰	۱۰۷			
حساسیت	بین گروهی	۱۴/۲۴۱	۲	۷/۱۲۰	۰/۲۰۳	۰/۸۱۶
	درون گروهی	۳۶۷۹/۴۱۷	۱۰۵	۳۵/۰۴۲		
	کل	۳۶۹۳/۶۵۷	۱۰۷			
شدت	بین گروهی	۸۴/۷۹۶	۲	۴۲/۳۹۸	۲/۷۳۰	۰/۰۷۰
	درون گروهی	۱۶۳۰/۸۶۱	۱۰۵	۱۵/۵۳۲		
	کل	۱۷۱۵/۶۵۷	۱۰۷			
پایداری	بین گروهی	۱/۰۵۶	۲	۰/۵۲۸	۰/۰۸۴	۰/۹۱۹
	درون گروهی	۶۵۷/۹۴۴	۱۰۵	۶/۲۶۶		
	کل	۶۵۹/۰۰۰	۱۰۷			

بحث و نتیجه گیری.

هدف پژوهش حاضر مقایسه حساسیت اضطرابی، واکنش‌پذیری هیجانی و تحمل پریشانی در افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب بیماری و افراد بهنجار بود. یافته‌ها نشان داد میزان حساسیت اضطرابی و عدم تحمل پریشانی در دو گروه دارای اختلال اضطراب فراگیر و IAD نسبت به گروه بهنجار بیشتر است ولی تفاوتی در متغیر واکنش‌پذیری هیجانی در بین سه گروه مشاهده نشد.

بنابراین، می‌توان چنین نتیجه گرفت افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب بیماری حساسیت بیشتری نسبت به علائم بدنی خود دارند. به عبارت دیگر

این افراد نسبت به افراد عادی توجه بیشتری نسبت به تغییرات و حس‌های بدنی دارند. این امر می‌تواند منجر به ترس از علائم جسمی حیاتی همچون تپش قلب شود که این خود راه‌انداز اضطراب افراد در مورد سلامتی‌شان گردد. این یافته همسو با مطالعات قبلی در این زمینه می‌باشد [۲۳ و ۲۶]. در مقایسه دو گروه دارای اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب بیماری در حساسیت اضطرابی دیده شده که افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر حساسیت اضطرابی بیشتری را نسبت به گروه اختلال اضطراب بیماری تجربه می‌کنند. به نظر می‌رسد این امر به خاطر تجربه بیشتر علائم جسمانی در این افراد باشد که در یک سیکل معیوب، حساسیت آنها به این علائم را بیشتر می‌کند.

باشد.

سیمون و گاهر در تبیین این پدیده گفته‌اند که افراد دارای تحمل پریشانی پایین، بیشتر جذب هیجانات منفی و کمتر جذب هیجانات مثبت می‌شوند و این اشتغال ذهنی با هیجانات منفی منجر به برآورد شدیدتر این هیجانات و ارزیابی معیوب آنها شده که این خود منجر به افت عملکرد آنان در مدیریت هیجان و تحمل این هیجانات می‌شود. در نهایت در عملکردهای شخصی و اجتماعی این افراد اختلال ایجاد می‌شود [۳۵] ولی از آنجایی که نتایج این مطالعه نشان داد که سه گروه در واکنش‌پذیری هیجانی تفاوتی ندارند به نظر می‌رسد راه‌انداز مشکلات این افراد عمدتاً تجارب جسمانی و یا ادراک تغییرات جسمانی در بدن خود باشد تا هیجانات ناشی از مشکلات ارتباطی، شغلی، تحصیلی و... این افراد در پاسخ به پریشانی جسمانی تجربه شده و ادراک مشکلات جسمانی خود، احتمالاً این علائم را فاجعه‌سازی کرده و دچار اضطراب می‌شوند و تلاش می‌کنند با استفاده از راهبردهایی که هدفش کاهش سریع این اضطراب است، از هیجانات منفی دوری کنند و این امر خود زمینه‌ساز مشکلات عملکردی بیشتر آنها می‌شود. یافته‌های مطالعه همسو با نظریات شناختی-رفتاری در مورد این دو اختلال است که اشاره داد تجربه علائم جسمانی و سپس فاجعه‌سازی این علائم راه‌انداز اضطراب بیشتر در این افراد می‌باشد.

به طور خلاصه می‌توان گفت با توجه به بالا بودن حساسیت اضطرابی و عدم تحمل پریشانی در این گروه از افراد به نظر می‌رسد به دنبال تجربه علائم بدنی مبهم، این افراد به دلیل حساسیت اضطرابی بالایی که دارند توجه زیادی به این علائم نموده و اضطراب بیشتری را در رابطه با آن تجربه می‌کنند و از انجایی که تحمل پریشانی پایینی دارند برای کسب اطمینان و کاهش اضطراب خود به روش اطمینان‌جویی و یا اجتماب بر می‌آیند که این امر خود منجر به افزایش اضطراب آنها می‌شود. همچنین، به نظر می‌رسد تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی، مشخصه‌های

همانگونه که نتایج مطالعه حاضر هم نشان داد که افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر در مقایسه با افراد دارای اختلال اضطراب بیماری حساسیت بالاتری نسبت به علائم جسمانی (از جمله خرده مقیاس‌های حساسیت اضطرابی) دارند.

دیگر پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که نگرانی‌های جسمانی به طور قابل توجه و منحصر به فردی با نگرانی و تشخیص اختلال اضطراب فراگیر همبستگی دارد. لذا، این داده‌ها ممکن است به عنوان تأکید بر اولویت نگرانی‌های فیزیکی در زمینه علائم اختلال اضطراب فراگیر (به عنوان مثال، فاجعه‌سازی برانگیختگی جسمی مرتبط با دوره‌های نگرانی) تفسیر شوند، که ممکن است با توجه به تغییرات بیولوژیکی باشد که این افراد در حال تجربه هستند [۲۳]. در مقابل نتایج نشان داد که افراد دارای اختلال اضطراب بیماری در خرده مقیاس ترس از کژکاری روانشناختی به طور معنادار نمرات بیشتری نسبت به افراد دارای اضطراب فراگیر دارند. به نظر می‌رسد افراد اختلال اضطراب فراگیر بیشتر حساسیت و اضطراب نسبت به تجربه علائم جسمانی و ترس از عدم کنترل علائم بدنی اضطراب‌شان داشته باشند، در حالی که افراد دارای اختلال اضطراب بیماری حساسیت روانشناختی و شناختی داشته باشند. همچنین نتایج نشان داد که هر دو اختلال به میزان مشابهی نگران جنبه‌های اجتماعی تجارب و مشکلاتشان هستند.

در رابطه با متغیر تحمل پریشانی نتایج نشان داد که افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب بیماری، تحمل پریشانی پایین‌تری نسبت به افراد بهنجار داشتند. این یافته همسو با مطالعه عبدالله‌زاده و معروفی [۱۶]؛ مقبلی و همکاران [۱۷]؛ اکبری و همکاران [۲۱] بود. نتایج این مطالعه همسو با مطالعه اکبری و همکاران [۲۱] که نشان دادند عدم تحمل پریشانی فرایندهای فراتشخیصی در تمام اختلالات اضطرابی هستند، نشان داد که عدم تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی مشخصه‌های مشترک بین اختلال اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب بیماری

headaches in patients with generalized anxiety disorder. The journal of headache and pain. 2011;12(3):331-8.

5. Steinsbekk S, Ranum B, Wichstrøm L. Prevalence and course of anxiety disorders and symptoms from preschool to adolescence: a 6-wave community study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2022 May;63(5):527-34.
6. Qubty W, A. Gelfand A. Psychological and Behavioral Issues in the Management of Migraine in Children and Adolescents 2016.
7. Preti A, Demontis R, Cossu G, Kalcev G, Cabras F, Moro MF, Romano F, Balestrieri M, Caraci F, Dell'Osso L, Di Sciascio G. The lifetime prevalence and impact of generalized anxiety disorders in an epidemiologic Italian National Survey carried out by clinicians by means of semi-structured interviews. *BMC psychiatry*. 2021 Dec;21(1):1-8.
8. Mohammadi MR, Pourdehghan P, Mostafavi SA, Hooshyari Z, Ahmadi N, Khaleghi A. Generalized anxiety disorder: Prevalence, predictors, and comorbidity in children and adolescents. *Journal of anxiety disorders*. 2020 Jun 1;73:102234.
9. Camuri G, Oldani L, Dell'Osso B, Benatti B, Lietti L, Palazzo C, et al. Prevalence and disability of comorbid social phobia and obsessive-compulsive disorder in patients with panic disorder and generalized anxiety disorder. *International journal of psychiatry in clinical practice*. 2014;18(4):248-54.
10. Khalkhali M, Habibi B, Eslamdoust-Siahestalkhi F, Farrahi H, Zare R, Khalkhali P. Symptomatic and Therapeutic Significance of Generalized Anxiety Disorder Comorbidity in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2023 Dec 31 (In Press).
11. Sunderland M, Newby JM, Andrews G. Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *The British Journal of Psychiatry*. 2013;202(1):56-61.
12. Pandey S, Parikh M, Brahmabhatt M, Vankar GK. Clinical study of illness anxiety disorder in medical outpatients. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 2017 Dec 1;4:32-41.

مشترک و فراتشخیصی در اختلالات روانشناختی از جمله اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب بیماری باشند.

محدودیت‌ها و پیشنهادات پژوهش

لازم به ذکر است که این مطالعه از نوع مقطعی بود، بنابراین در صورت انجام مطالعه‌ای طولی می‌توان نتایج دقیق‌تری در ارتباط با نقش تحمل پریشانی و اجتناب تجربه‌ای در اضطراب سلامت به دست آورد. از دیگر محدودیت‌های این مطالعه، محدود بودن جامعه و نمونه مطالعه می‌باشد؛ این پژوهش عمدتاً در دختران و با میانگین سنی حدود ۲۵ سال اجرا گردیده است و این امر تعمیم یافته را به کل جامعه تا حدودی محدود می‌کند. در نتیجه پیشنهاد می‌شود این مطالعه در سنین بالاتر نیز صورت بگیرد. علاوه بر این، به دلیل تعداد محدود حجم نمونه، پیشنهاد می‌شود مطالعه با نمونه‌های بزرگتر صورت گیرد.

سیاسگزاری (در صورت وجود)

در پایان از همکاری مراکز مشاوره دانشگاه سراسری کاشان، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کلیه مراکز مشاوره شهر کاشان و شرکت کنندگان در این پژوهش بابت همکاری و تکمیل ابزارهای پژوهش نهایت تشکر و قدردانی را داریم. لازم به ذکر است که این مطالعه با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کاشان صورت گرفته است.

منابع

1. Kamenov K, Cabello M, Ballert CS, Cieza A, Chatterji S, Rojas D, et al. What makes the difference in people's lives when they have a mental disorder? *International journal of public health*. 2018;63(1):57-67.
2. Beard C, Björgvinsson T. Psychological vulnerability: An integrative approach. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2013;23(3):281.
3. Bögels SM, Alden L, Beidel DC, Clark LA, Pine DS, Stein MB, et al. Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depression and anxiety*. 2010;27:۸۹-۱۶۸:(۲)
4. Mercante JP, Peres MF, Bernik MA. Primary

23. Knapp AA, Blumenthal H, Mischel ER, Badour CL, Leen-Feldner EW. Anxiety sensitivity and its factors in relation to generalized anxiety disorder among adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2016;44(2):233-44.
24. Biracyaza E, Mutabaruka J, Habimana S. Validation of Anxiety Sensitivity Index (ASI-16) on Nonclinical Sample of Rwandans: A Cross-Sectional Study. *Int'l J. Soc. Sci. Stud*. 2019;7:53.
25. Rashid Z, Rathore MA, Khushk IA, Mashhadi SF, Ahmed M, Shahzeb M. Intolerance of Uncertainty and Anxiety Sensitivity as Prospective Risk Factors for Cyberchondria in Undergraduate Students. *Annals of King Edward Medical University*. 2022 Apr 30;28(1):91-6.
۲۶. حاجی شعبانی، عبدی. نقش اجتناب تجربی، ذهن آگاهی و حساسیت اضطرابی به‌عنوان عوامل فراتشخیصی و پیش‌بینی نشانه‌های اختلالات هیجانی. روانشناسی بالینی و شخصیت. ۲۰۲۰ Sep ۲۶;۱۷(۱):۱۲-۲۰.
27. Shankman SA, Funkhouser CJ, Klein DN, Davila J, Lerner D, Hee D. Reliability and validity of severity dimensions of psychopathology assessed using the Structured Clinical Interview for DSM- 5 (SCID). *International journal of methods in psychiatric research*. 2018;27(1):e1590.
28. Nock MK, Wedig MM, Holmberg EB, Hooley JM. The emotion reactivity scale: development, evaluation, and relation to self-injurious thoughts and behaviors. *Behavior therapy*. 2008;39(2):107-16.
29. O'Bryan EM, McLeish AC, Johnson AL. The Role of Emotion Reactivity in Health Anxiety. *Behavior Modification*. 2017;0145445517719398.
30. Moghbeli hanzaei M, Zanjani Z, Omid A. Psychometric Properties of the Persian Version of the of the Emotional Reaction Scale (ERS) in Students. *J Jiroft Univ Med Sci* 2020; 7 (1) :302-312.
31. Peterson RA, Heilbronner RL. The anxiety sensitivity index:: Construct validity and factor
13. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
14. Bailer J, Kerstner T, Witthöft M, Diener C, Mier D, Rist F. Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. *Anxiety, Stress, & Coping*. 2016;29(2):219-39.
15. French JH, Hameed S. Illness anxiety disorder. *InStatPearls [Internet]* 2022 Apr 28. StatPearls Publishing.
16. Abdellahzadeh R & Maroufi M. [Predicting the Improvement of Generalized Anxiety Disorder based on DistressTolerance, Tolerance of Uncertainty, and Cognitive Avoidance (Persian)]. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2022; 16(4). <https://doi.org/10.32598/qums.16.4.2570.2>
17. Moghbeli-Hanzaii M, Omid A, Zanjani Z. The comparison of distress tolerance and experiential avoidance in people with health anxiety and normal people. *Feyz* 2020; 23(6): 689-97
۱۸. اکبری. بررسی سهم نسبی سازه‌های فراتشخیصی در پیش‌بینی اختلال وسواسی-اجباری در یک جمعیت بالینی: عدم تحمل بلا تکلیفی، همجوشی شناختی، عدم تحمل آشفتگی. روانشناسی بالینی و شخصیت. ۲۰۲۰ Sep 26;15(2):167-77
19. O'Bryan EM, McLeish AC, Johnson AL. The Role of Emotion Reactivity in Health Anxiety. *Behavior modification*. 2017;41(6):829-45.
20. Mennin DS, McLaughlin KA, Flanagan TJ. Emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and their co-occurrence. *Journal of anxiety disorders*. 2009;23(7):866-71.
21. Akbari M, Mohamadkhani S. Transdiagnostic processes of cognitive, behavioral and emotional in depression and anxiety disorders (Persian). *Couns Cult Psychothe*. 2018; 9(35):117-46.[DOI:10.22054/QCCPC.2018.26177.1644]
22. Keough ME, Riccardi CJ, Timpano KR, Mitchell MA, Schmidt NB. Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior Therapy*. 2010;41(4):567-74 .

35. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*. 2005;29(2):83-102.
36. Hsu SH, Collins SE, Marlatt GA. Examining psychometric properties of distress tolerance and its moderation of mindfulness-based relapse prevention effects on alcohol and other drug use outcomes. *Addictive behaviors*. 2013;38(3):1852-8.
37. Shams J, Azizi A, Mirzaei A. Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence. *Hakim Research Journal*. 2010;13(1):11-8.
- analytic structure. *Journal of anxiety disorders*. 1987;1(2):117-21.
32. Fergus TA, Limbers CA, Griggs JO, Kelley LP. Somatic symptom severity among primary care patients who are obese: examining the unique contributions of anxiety sensitivity, discomfort intolerance, and health anxiety. *Journal of Behavioral Medicine*. 2017:1-9.
33. Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour research and therapy*. 1986;24(1):1-8.
34. Narimani M, Sharbati A. Comparison of anxiety sensitivity and cognitive function in students with and without dysgraphia. 2015.

زودآیند ویرایش نشده