

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 Hanzai<sup>1</sup>, Zahra Zanjani<sup>2\*</sup>, Mina Khalili Sefat<sup>3</sup>

1. Master of Clinical Psychology, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.  
moghbelimasoum@yahoo.com

2. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran. (Corresponding Author)

3. Master of Clinical Psychology, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.  
mina\_khalilisefat@yahoo.com

Abstract

Receive Date:  
07/08/2023

Accept Date:  
21/01/2024



**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 to compare these two disorders in terms of 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. Data was collected using the Anxiety Sensitivity Inventory, Distress Tolerance Scale, and Emotional Reactivity Scale. Data analysis was conducted using SPSS-19 software and the analysis of variance test.

**Results:** The study revealed that individuals with general anxiety and illness anxiety exhibit higher levels of anxiety sensitivity and lower distress tolerance compared to individuals without these conditions ( $P < 0.05$ ). However, there was no significant difference in emotional reactivity between the two groups ( $F = 0.54, P = 0.58$ ). Additionally, the findings indicated no variance in distress tolerance between individuals with general anxiety and illness anxiety ( $P = 0.06$ ). Notably, individuals with general anxiety reported higher anxiety sensitivity levels than those with illness anxiety ( $P > 0.5$ ).

**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<sup>۱</sup>، زهرا زنجانی<sup>۲\*</sup>، مینا خلیلی صفت<sup>۳</sup>

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.

moghbelimasoum@yahoo.com

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

۳. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.

mina\_khalilisefat@yahoo.com

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:

۱۴۰۲/۰۵/۱۶

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۲/۱۱/۰۱



**نتایج:** نتایج نشان داد، 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 به‌نظر می‌رسد تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی، مشخصه‌های مشترک و فراتشخیصی در اختلالات روانشناختی از جمله اختلال اضطراب فراگیر و اضطراب بیماری باشند.

کلیدواژه‌ها

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

پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

z\_zanjani2005@yahoo.com

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب (با کد ۹۹۲۹۹) معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان و با حمایت مالی آن معاونت صورت گرفته است.

## مقدمه

شدت خفیفی دارند، سطوح بالای اضطراب درمورد سلامتی و اقدامات افراطی در مورد سلامتی [۱۳]. شیوع 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، اما در اختلال اضطراب فراگیر حوزه‌نگرانی‌ها 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 ناتوانی در تحمل پریشانی<sup>۳</sup> است که تا حد زیادی به عنوان فاکتور نگهدارنده این اختلالات پیش‌بینی شده است [۱۶، ۱۷]. ناتوانی در تحمل پریشانی با افزایش آسیب‌پذیری به تجربه علائم اضطرابی ارتباط دارد [۱۷، ۱۸]. ناتوانی در 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<sup>۴</sup> 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 پایینی دارند، احتمالاً بیش از حد در برابر استرس و پریشانی واکنش‌پذیرند و توانایی ضعیفی برای مقابله با پریشانی دارند. بنابراین، به وسیله راهبردهایی که هدفشان کاهش سریع هیجانات منفی است از این هیجانات اجتناب می‌کنند. این رابطه‌ها در حمایت از این است که افراد با سطوح پایین تحمل پریشانی با رفتارهای ناسازگارانه اجتناب و فرار با هیجانات منفی خود مقابله می‌کنند [۲۱، ۲۲].

پژوهش‌ها نشان داده‌اند، تحمل پریشانی با حساسیت اضطرابی<sup>۵</sup> رابطه معکوس دارند به این صورت که تحمل افراد برای پریشانی، ترس آنها از علائم مربوط به اضطراب را

اختلالات روانی در جهان بسیار شایع هستند و به‌عنوان 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 طبقه‌بندی 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 ویژه‌ای 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<sup>۱</sup> با کنترل‌نکردن نگرانی و اضطراب در مورد وقایع روزانه، بیقراری، زود خسته‌شدن، مشکل در تمرکز، تحریک‌پذیری، 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<sup>۲</sup> همبود است [۱۱، ۱۲]. به‌نظر می‌رسد، مشخصه مشترکی بین این اختلالات وجود دارد و آن مشخصه، اضطراب در مورد سلامتی است. به‌عنوان مثال: ترس از مرگ و حمله قلبی با اختلال پانیک و نگرانی در مورد سلامتی یکی از ابعاد اختلال اضطراب فراگیر است [۱۳] و به‌عنوان یکی از ملاک‌های اصلی برای تشخیص‌گذاری اختلال اضطراب بیماری در DSM-5 نیز در نظر گرفته می‌شود [۱۳، ۱۴].

اختلال اضطراب بیماری برای نخستین بار در DSM-5 مطرح شد، ملاک‌های تشخیصی مهم DSM-5 برای اختلال اضطراب بیماری عبارتند از: مشغولیت ذهنی با ابتلا به بیماری جدی، نبود علائم جسمی و یا در صورت وجود فقط

3 . Distress Tolerance.  
4 . Emotional Reactivity.  
5 . Anxiety Sensitivity.

1 . Generalized Anxiety Disorder. (GAD)  
2 . Illness Anxiety Disorder. (IAD)

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 دردسترس از سطح جامعه به‌عنوان 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، مبتلا نبودن 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، تحمل پریشانی 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 تألیف 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 (0.80) مطلوب بود [۲۷].

#### مقیاس واکنش‌پذیری هیجانی<sup>۱</sup> (ERS)

توسط متیو و ناک در سال ۲۰۰۸ م. به منظور ارزیابی

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، علائم بدنی و در نهایت ترس از این تجارب 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 علائم بدنی مربوطه شده و در نهایت منجر به ترس از این تجارب می‌شود [۲۳، ۲۴]. داده‌های موجود نشان می‌دهد، حساسیت اضطرابی با گوش به زنگی به حس‌های بدنی و شدت علائم جسمی ارتباط دارد [۲۵] و می‌تواند منجر به ترس از علائم 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، به نظر 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.

#### روش

این پژوهش از نوع مورد - شاهدی (علی - مقایسه‌ای) است. کلیه افراد دارای اختلال اضطراب بیماری و دارای اختلال اضطراب فراگیر که به کلینیک‌های روانشناختی شهر

1. Emotional Reactivity Scale.

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 و 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<sup>۲</sup> (DTS)

این پرسشنامه توسط سیمون و باهر در سال ۲۰۰۵ م. به منظور سنجش توانایی فرد برای تحمل و تجربه حالت‌های هیجانی منفی تدوین شد و دارای ۱۶ ماده و ۴ خرده‌مقیاس 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 بازآزمایی آن برابر ۰/۶۱ گزارش شده است [۲۲]. ۳۶. همبستگی بین مقیاس تحمل پریشانی با پریشانی عاطفی ۰/۵۹ -، با کژتنظیمی ۰/۵۱ - 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

واکنش‌پذیری افراد به تجارب هیجانی‌شان تدوین شد و دارای ۲۱ ماده و ۳ خرده‌مقیاس: حساسیت (ماده‌های ۱۸،۱۶،۱۵،۱۴،۱۳،۱۲،۹،۷،۵،۲، ۴،۳، ۱۹،۱۷،۶،۲۰، ۲۱) و پایداری (۱۱،۱۰،۸،۱) 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 بازدارنده/فعال‌سازی رفتاری (BAS/BIS) معنادار نبود که این نشان از اعتبار واگرایی مقیاس دارد و همسانی درونی و پایایی بازآزمایی (به فاصله دو هفته) به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۲ بدست آمد [۳۰].

### پرسشنامه حساسیت اضطرابی<sup>۱</sup> (ASI)

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

2. Distress Tolerance scale.

1. Anxiety Sensitivity Inventory.

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 ( $P < 0/05$ ).

حسب جنس و سن در سه گروه در جدول ۱ ارائه شده است. نتایج آزمون آماری نشان داد، سه گروه در دو متغیر سن و جنسیت تفاوت معنادار نداشتند (جدول ۱).

جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها در سه گروه، آزمون لوین انجام شد، نتایج این آزمون نشان داد، سه گروه در سه متغیر تحمل پریشانی ( $0/08$ )، حساسیت اضطرابی ( $0/28$ ) و واکنش‌پذیری هیجانی ( $0/13$ ) تفاوت معنادار

جدول ۱. توزیع فراوانی و مقایسه شرکت‌کنندگان براساس جنسیت و سن در گروه‌های مورد مطالعه

sig	Normal	IAD	GAD		
0/22 ( $\chi^2=1/47$ )	24 (/66/7)	27 (/75)	31 (/86/1)	دختر	جنسیت
	12 (/33/3)	9 (/25)	5 (/13/9)	پسر	
0/08 ( $F=2/6$ )	23/97 (sd=4/09)	23/97 (sd=5/57)	26/44 (sd=6/05)	سن	

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

sig	F	میانگین مجذوزات	درجه آزادی	مجموع مجذوزات	منع واریانس	تغییر
$P < 0/001$	48/866	3216/259	2	6432/519	بین گروهی	تحمل پریشانی کل
		65/818	105	6910/889	درون گروهی	
			107	13343/407	کل	
$P < 0/001$	27/349	167/528	2	335/056	بین گروهی	تحمل
		6/126	105	643/194	درون گروهی	
			107	978/250	کل	
0/002	6/603	39/083	2	78/167	بین گروهی	جذب
		5/919	105	621/500	درون گروهی	
			107	699/667	کل	
$P < 0/001$	25/769	452/565	2	905/130	بین گروهی	ارزیابی
		17/563	105	1844/083	درون گروهی	
			107	2794/213	کل	
$P < 0/001$	12/337	102/287	2	204/574	بین گروهی	تنظیم
		6/670	105	805/306	درون گروهی	
			107	1009/880	کل	

داشت ( $P < 0/05$ ) همچنین میانگین نمرات در خرده‌مقیاس‌های 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 ( $P < 0/05$ ).

با توجه به نتایج آزمون تعقیبی شفه برای تحمل پریشانی (جدول ۳)، میانگین نمرات تحمل پریشانی کل در دو گروه افراد دارای اختلال اضطراب بیماری و دارای اختلال اضطراب فراگیر تفاوت معناداری نداشت ( $0/06$ )؛ اما میانگین نمرات هر دو گروه با افراد بهنجار تفاوت معنادار

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

متغیر	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	انحراف استاندارد	سطح معناداری
تحمل پریشانی کل	GAD	IAD	۱/۹۱	۰/۰۶
		Normal	۱/۹۱	$P < 0/001$
	IAD	GAD	۱/۹۱	۰/۰۶
		Normal	۱/۹۱	$P < 0/001$
تحمل	GAD	IAD	۰/۵۸	۰/۱۱
		Normal	۰/۵۸	$P < 0/001$
	IAD	GAD	۰/۵۸	۰/۱۱
		Normal	۰/۵۸	$P < 0/001$
جذب	GAD	IAD	۰/۵۷	۰/۰۹
		Normal	۰/۵۷	۰/۰۰۵
	IAD	GAD	۰/۵۷	۰/۰۹
		Normal	۰/۵۷	۰/۰۱
ارزیابی	GAD	IAD	۰/۹۸	۰/۲۸
		Normal	۰/۹۸	$P < 0/001$
	IAD	GAD	۰/۹۸	۰/۲۸
		افراد بهنجار	۰/۹۸	$P < 0/001$
تنظیم	GAD	IAD	۰/۶۵	۰/۸۵
		Normal	۰/۶۵	$P < 0/001$
	IAD	GAD	۰/۶۵	۰/۸۵
		Normal	۰/۶۵	$P < 0/001$

مقیاس‌های آن در سه گروه (افراد دارای اضطراب سلامت، افراد دارای اضطراب فراگیر و افراد بهنجار) دارای تفاوت معنادار هستند ( $P < 0/001$ ).

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

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	GAD	IAD	۱/۶۸	۰/۰۱	
		Normal	۱/۶۸	P<۰/۰۰۱	
	IAD	GAD	-۴/۹۴	۱/۶۸	۰/۰۱
		Normal	۷/۳۶	۱/۶۸	P<۰/۰۰۱
علائم جسمی	GAD	IAD	۰/۷۸	۰/۰۴	
		Normal	۵/۱۳	P<۰/۰۰۱	
	IAD	GAD	-۲/۰۲	۰/۷۸	۰/۰۴
		Normal	۳/۱۱	۰/۷۸	۰/۰۰۱
ترس از کژکاری شناختی	GAD	IAD	۰/۳۸	۰/۰۰۱	
		Normal	۳/۰۲	P<۰/۰۰۱	
	IAD	GAD	-۱/۵۰	۰/۳۸	۰/۰۰۱
		Normal	۱/۵۲	۰/۳۸	۰/۰۰۱
ترس از واکنش دیگران	GAD	IAD	۰/۸۵	۰/۱۳	
		Normal	۳/۷۷	P<۰/۰۰۱	
	IAD	GAD	-۱/۷۵	۰/۸۵	۰/۱۳
		Normal	۲/۰۲	۰/۷۰	۰/۰۵



( $P > 0/05$ )، 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 ( $P < 0/05$ ).

در جدول ۶، مشاهده می‌شود، 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 ( $P > 0/05$ ).

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 کژکاری روانشناختی در دو گروه افراد دارای اضطراب سلامت و افراد دارای اضطراب فراگیر تفاوت معناداری داشتند ( $P < 0/05$ )؛ اما میانگین نمرات خرده مقیاس ترس از واکنش دیگران در دو گروه افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب بیماری تفاوت معنادار نداشت.

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

متغیر	منبع واریانس	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	sig
نمره کل واکنش‌پذیری 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			

بیشتری نسبت به علایم 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 علایم 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 [۲۶، ۲۳، ۲۴]. 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

## بحث و نتیجه‌گیری

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 ناتوانی در 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

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 نتایج این مطالعه نشان داد، 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 و بیانگر این مطلب است که تجربه علائم جسمانی و سپس فاجعه‌سازی این علائم راه‌انداز اضطراب بیشتر در این افراد می‌باشد.

به‌طور خلاصه می‌توان گفت: با توجه به بالا بودن حساسیت اضطرابی و ناتوانی در 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 و این امر خود منجر به افزایش اضطراب آنها می‌شود. همچنین، به نظر می‌رسد تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی، مشخصه‌های مشترک و فراتشخیصی در اختلالات روانشناختی از جمله اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب بیماری باشند.

### محدودیت‌ها و پیشنهادات

لازم به ذکر است، این مطالعه از نوع مقطعی بود؛ بنابراین، در صورت انجام مطالعه‌ای طولی می‌توان نتایج دقیق‌تری در ارتباط با نقش تحمل پریشانی و اجتناب

بیشتر نشانه‌های جسمانی در این افراد باشد که در یک سیکل معیوب، حساسیت آنها به این نشانه‌ها را بیشتر می‌کند. همانگونه که نتایج مطالعه حاضر هم نشان داد، افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر در مقایسه با افراد دارای اختلال اضطراب بیماری حساسیت بالاتری نسبت به علائم جسمانی (از جمله خرده‌مقیاس‌های حساسیت اضطرابی) دارند.

دیگر پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند، نگرانی‌های جسمانی به‌طور 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 (به‌عنوان 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 خرده‌مقیاس ترس از کژکاری روانشناختی به‌طور 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 ناتوانی در 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، 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 ناتوانی در تحمل پریشانی فرایندهای فراتشخیصی در تمام اختلالات اضطرابی هستند و بیانگر این مطلب است: ناتوانی در تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی مشخصه‌های مشترک بین اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب بیماری باشد.

سیمون و گاهر در تبیین این پدیده گفته‌اند: افراد دارای

- 6- Qubty W, A. Gelfand A. Psychological and Behavioral Issues in the Management of Migraine in Children and Adolescents 2016. <https://doi.org/10.1007/s11916-016-0597>
- 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. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03042-3>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102234>
- 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. <https://doi.org/10.3109/13651501.2014.959972>
- 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). <https://doi.org/10.5812/ijpbs-131505>
- 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. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.103960>
- 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. <https://doi.org/10.12740/APP/76932>

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.

### تشکر و قدردانی

در پایان از همکاری مراکز مشاوره دانشگاه سراسری کاشان، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، مراکز مشاوره شهر کاشان و شرکت‌کنندگان در این پژوهش بابت همکاری و تکمیل ابزارهای پژوهش نهایت تشکر و قدردانی را داریم. لازم به ذکر است، 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. <https://doi.org/10.1007/s00038-017-1047-5>
- 2- Beard C, Björgvinsson T. Psychological vulnerability: An integrative approach. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2013; 23(3): 281. <https://doi.org/10.1037/a0032361>
- 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(2): 89-168. <https://doi.org/10.1002/da.20670>
- 4- Mercante JP, Peres MF, Bernik MA. Primary headaches in patients with generalized anxiety disorder. *The journal of headache and pain*. 2011; 12(3): 331-8. <https://doi.org/10.1007/s10194-010-0290-4>
- 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. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13487>

- 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. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.04.002>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-9991-0>
- 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. <https://doi.org/10.11114/ijsss.v7i1.3917>
- 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. <https://doi.org/10.21649>
- ۲۶-حاجی شعبانی، عبدی. نقش اجتناب تجربی، ذهن آگاهی و حساسیت اضطرابی به عنوان عوامل فراتشخیصی در پیش بینی نشانه های اختلالات هیجانی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۲۶ سپتامبر ۲۰۲۰؛ ۱۷(۱): ۲۰۳-۲۱۲. <https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2897>
- 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. <https://doi.org/10.1002/mpr.1590>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.05.005>
- 29-O'Bryan EM, McLeish AC, Johnson AL. The Role of Emotion Reactivity in Health Anxiety. *Behavior Modification*. 2017; 0145445517719398.
- 13-Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013. [https://www.hakjisa.co.kr/common\\_file/bbs\\_DS\\_M-5\\_Update\\_October2018\\_NewMaster.pdf](https://www.hakjisa.co.kr/common_file/bbs_DS_M-5_Update_October2018_NewMaster.pdf)
- 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. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1036243>
- 15-French JH, Hameed S. Illness anxiety disorder. InStatPearls [Internet] 2022 Apr 28. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554399/>
- 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-Moghbali-Hanzai 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. <http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-3866-en.html>
- ۱۸-اکبری، مهدی. بررسی سهم نسبی سازه های فراتشخیصی در پیش بینی اختلال وسواسی-اجباری در یک جمعیت بالینی: عدم تحمل بلا تکلیفی، همجوشی شناختی، عدم تحمل آشفتگی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۲۶ سپتامبر؛ ۱۵(۲): ۱۶۷ - ۱۷۷. <https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2826>
- 19-O'Bryan EM, McLeish AC, Johnson AL. The Role of Emotion Reactivity in Health Anxiety. *Behavior modification*. 2017; 41(6): 829-45. <https://doi.org/10.1177/0145445517719>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.04.006>
- 21-Akbari M, Mohamadkhani S. Transdiagnostic processes of cognitive, behavioral and emotional in depression and anxiety disorders (Persian). *Couns Cult Psycothe*. 2018; 9(35): 117-46. <https://doi.org/10.22054/QCCPC.2018.26177.1644>

- 34-Narimani M, Sharbati A. Comparison of anxiety sensitivity and cognitive function in students with and without dysgraphia. 2015.  
[https://jld.uma.ac.ir/article\\_320.html?lang=en](https://jld.uma.ac.ir/article_320.html?lang=en)
- 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. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
- 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.  
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.11.002>
- 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.  
<https://www.sid.ir/paper/29476/en>
- 30-Moghbeli hanzaei M, Zanjani Z, Omidi 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.  
<https://doi.org/10.22070/cpap.2024.17821.1374>  
[In Persian].
- 31-Peterson RA, Heilbronner RL. The anxiety sensitivity index: Construct validity and factor analytic structure. *Journal of anxiety disorders*. 1987; 1(2): 117-21. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(87\)90002-8](https://doi.org/10.1016/0887-6185(87)90002-8)
- 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.  
<https://doi.org/10.1007/s10865-017-9873-8>
- 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.  
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90143-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90143-9)