

نقش نظام شناختی - عاطفی و خصوصیات جمعیتی در پیش‌بینی شدت علایم اختلال اضطراب منتشر

اسحق رحیمیان بوگر^۱

تاریخ دریافت 1392/09/16 تاریخ پذیرش 1392/11/23

چکیده

پیش زمینه و هدف: عوامل شناختی - عاطفی و خصوصیات جمعیتی نقش مهمی در شدت علایم و کیفیت زندگی در اختلال اضطراب منتشر دارند. هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش نظام شناختی - عاطفی و خصوصیات جمعیتی در پیش‌بینی شدت علایم اختلال اضطراب منتشر بود.

مواد و روش کار: در یک مطالعه توصیفی مقطعی، ۱۲۸ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب منتشر مراجعه کننده به سه درمانگاه سرپایی روان‌پزشکی شهر تهران به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از مصاحبه بالینی ساختار یافته، مقیاس کوتاه طرح‌واره‌های اصلی، مقیاس اجتناب شناختی - رفتاری، مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی، پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا، شاخص حساسیت اضطرابی و پرسشنامه جمعیت شناختی گردآوری و سپس با تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام با نرم افزار PASW تحلیل شدند.

یافته‌ها: نگرانی، حساسیت اضطرابی و وضعیت اجتماعی - اقتصادی نقش معنی‌داری در پیش‌بینی شدت علایم اختلال اضطراب منتشر دارند ($F(۳,۱۲۴) = ۶۰/۸۵$) و ($P < ۰/۰۰۱$). این سه متغیر $۰/۵۸$ تغییرات در شدت علایم اختلال اضطراب منتشر را پیش‌بینی کردند ($R^2 = ۰/۵۸$). سن، جنسیت، سطح تحصیلات، عدم تحمل بلاتکلیفی، طرح‌واره هیجانی، و اجتناب شناختی - رفتاری سهم معنی‌داری در پیش‌بینی شدت علایم اختلال اضطراب منتشر نداشتند ($P > ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نقش مهم نگرانی، حساسیت اضطرابی و وضعیت اجتماعی - اقتصادی در پیش‌بینی شدت علایم اختلال اضطراب منتشر، طراحی مداخلات متناسب شده برای مداخله در این علائم به عنوان مبنایی برای ارتقای کیفیت زندگی این بیماران ضروری است.

کلید واژه‌ها: طرح‌واره، حساسیت اضطرابی، نگرانی، اجتناب، اختلال اضطراب منتشر

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و پنجم، شماره اول، ص ۶۶-۵۶، فروردین ۱۳۹۳

آدرس مکاتبه: گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، مهدی شهر، سمنان، ایران، تلفن: ۰۹۱۹۶۰۵۸۹۹۶

Email: i_rahimian@semnan.ac.ir

مقدمه

و در یک فرایند علیت حلقوی بر هم اثر گذاشته و زمینه آسیب شناختی را فراهم می‌کند و شامل مؤلفه‌هایی نظیر طرح‌واره‌های هیجانی، اجتناب شناختی - رفتاری، نگرانی، عدم تحمل بلاتکلیفی، و حساسیت به اضطراب است (۳). همچنین، 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 (۴ و ۵). بر اساس پژوهش‌های اخیر، اجتناب از تهدیدآمیز بودن هیجانات در تشدید علایم و پیدایش سطوح بالینی اضطراب، نقش معنی‌داری دارد و در موقعیت‌های مبهم میزان پاسخ‌های ناسازگار و علائم GAD را افزایش می‌دهد (۱،۶).

اختلال اضطراب منتشر (GAD)^۲ از جمله اختلالات اضطرابی است که به شدت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مبتلایان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این اختلال 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 ضمن حداقل شش ماه دوام دارد (۲،۱). عوامل متعددی از جمله نظام شناختی - رفتاری و خصوصیات جمعیت شناختی در پیدایش، تشدید و تداوم علائم این اختلال نقش دارند (۳). نظام شناختی - عاطفی به مجموعه حالات شناختی و هیجانی اطلاق می‌گردد که در روابطی متقابل

^۱ استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ Generalized anxiety disorder (GAD)

در زمینه طرح‌واره‌های اساسی، اجتناب شناختی - رفتاری، نگرانی، حساسیت اضطرابی و بلا تکلیفی و نیز نقش خصوصیات جمعیتی و اجتماعی - اقتصادی در شدت علائم این اختلال به منظور طراحی مداخلات متناسب شده ضروری است. نتایج مطالعات نشان داده است که هر یک از این عوامل در ابتلا، تشدید و تداوم علائم اختلال اضطراب منتشر نقش مهمی دارند. با وجود این، مطالعات اندکی به بررسی این مؤلفه‌ها در کنار هم اقدام کرده‌اند. همچنین، یافته‌های برخی از مطالعات تا اندازه‌ای متناقض بوده است (۱۵). این بررسی واجد پیامدهای ارزشمندی خواهد بود. همچنین از منظر بالینی و عملی شناسایی روند تشدید علامت‌شناسی این اختلال به بینش جدیدی در این مورد می‌انجامد تا روش‌های مختلف درمانی موجود متناسب با عوامل درگیر در علائم آن تعدیل شده یا روش‌های جدید درمانی طراحی شود. این پژوهش از جهتی نه تنها به پیشبرد دانش نظری در مورد عوامل پیش بینی کننده علائم GAD کمک می‌کند، بلکه زمینه کارآزمایی بالینی تصادفی را فراهم خواهد نمود که متناسب با شرایط بیماران ایرانی قابلیت فرضیه آزمایی دارند و می‌توانند پیشرو طراحی مدل درمانی متناسب باشد. در همین راستا، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش نظام شناختی - عاطفی و خصوصیات جمعیتی در شدت علائم اختلال اضطراب منتشر انجام شد. بنابراین، مسئله پژوهش حاضر این است که آیا نظام شناختی - عاطفی و خصوصیات جمعیتی در پیش بینی شدت اختلال اضطراب منتشر نقش معنی‌داری دارند؟

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی مقطعی بود که به شیوه گذشته نگر انجام گرفت. جامعه آماری در مطالعه حاضر شامل بیماران (مرد و زن) مبتلا به اختلال اضطراب منتشر بود که از تیرماه تا دی ماه ۱۳۹۱ به سه درمانگاه سرپایی روان‌پزشکی شهر تهران (کلینیک انسیتو روان‌پزشکی تهران، کلینیک مشاوره و روانشناسی بیمارستان روان‌پزشکی آزادی و کلینیک سرپایی بیمارستان روان‌پزشکی روزبه) مراجعه کردند. برای تعیین حجم نمونه با توجه به برآورد تعداد جامعه آماری، از فرمول کوکران استفاده شد. نمونه برآورد شده از این فرمول ۱۲۲ نفر بود که با توجه به کاهش احتمالی حجم نمونه و کنترل خطای نمونه‌گیری در ابتدا ۱۳۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند که ۷ نفر به دلیل عدم تکمیل دقیق ابزارها و نیز با ملاحظه ملاک‌های ورود و خروج از مطالعه حذف شدند. بنابراین، نمونه نهایی شامل ۱۲۸ بیمار مبتلا به اضطراب منتشر (۴۲ نفر مرد و ۸۶ نفر زن) انتخاب شده با روش نمونه‌گیری در دسترس از میان

بر اساس پژوهش‌های دیگری، اجتناب شناختی - رفتاری فرایند خودآیند دوری از طرح‌واره‌های تهدیدآمیز و یا عدم تجربه هیجانات، افکار و نگرانی بیمار و عاملی مهم در شروع، تشدید و تداوم علائم GAD است (۷). اجتناب از بروز هیجانات منجر به رفتارهای ناسازگارانه‌ای شده و افراد مبتلا به GAD تلاش‌هایی برای جلوگیری از این پاسخ‌ها دارند که این موجب پریشانی بیشتر همراه با تداوم اجتناب شناختی - رفتاری و کاهش کیفیت زندگی این بیماران می‌شود (۸).

همچنین، شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که عدم تحمل بلا تکلیفی، نگرانی و حساسیت اضطرابی نقش مهمی در تشدید و تداوم علائم اختلالات اضطراب منتشر دارند (۴، ۹). برخی از پژوهش‌های قبلی پایه شناختی GAD را عدم تحمل بلا تکلیفی می‌دانند که به معنی درک از موقعیت‌های نامشخص و مبهم با ارزیابی منفی و فاجعه آمیز درک کردن این موقعیت‌ها است (۵ و ۱۰). در یک مطالعه‌ای اخیراً نشان داده شد که در اختلال اضطراب منتشر تأکید بر نگرانی به عنوان سازوکار مهم کنترل بلا تکلیفی یا تردید و ابهام در موقعیت‌های بالقوه آزارنده است که به طور مستقیم شدت علائم این اختلال را افزایش می‌دهد (۱۱). از طرفی، پژوهش‌ها نشان می‌دهند عدم تحمل بلا تکلیفی و حساسیت اضطرابی که شامل سه بعد نشانه‌های جسمانی، نگرانی شناختی و شرم اجتماعی است در ترس‌های ناشناخته این بیماران و افزایش شدت علائم در آنان نقش بنیادی دارند (۱۲). حساسیت اضطرابی ترس از نشانه‌های برانگیختگی اضطراب است که از مهم‌ترین عوامل آسیب‌پذیری به اضطراب و تداوم نگرانی در اغلب اختلالات اضطرابی می‌باشد (۱۳). حساسیت اضطرابی اگر همراه با عدم تحمل بلا تکلیفی افزایش یابد، به طور معنی‌داری نگرانی‌های مربوط به اضطراب منتشر را پیش‌بینی می‌کند (۱۴).

با وجود علائم اختصاصی این اختلال، هنوز شواهد قطعی از نظام عاطفی - شناختی خاصی در این بیماران وجود ندارد (۱۵). آنچه مسلم است این است که طبق شواهد پژوهشی، طرح‌واره‌های زیربنایی و فرایندهای شناختی نظیر عدم تحمل بلا تکلیفی، نگرانی بیمارگونه و حساسیت به اضطراب می‌تواند عوامل مهمی در شکل‌گیری، تشدید و تداوم علائم اختلال اضطراب منتشر باشند (۱۲، ۱۵). همچنین، بر مبنای پژوهش‌های دیگری، عوامل جمعیتی نظیر جنسیت و سن نیز می‌توانند شدت علائم اختلال اضطراب منتشر را تحت تأثیر قرار دهند (۱۶، ۱۷). پژوهش‌ها نشان داده‌اند در کنار عوامل جمعیت شناختی، محرومیت‌های اجتماعی - اقتصادی نقش مهمی در تشدید علائم اختلال اضطراب منتشر دارند (۱۸). با توجه به اینکه اختلال اضطراب منتشر سیمایه بالینی نسبتاً مشخصی دارد، بررسی نقش نظام شناختی - عاطفی

خود، دید مثبت به خود، دید منفی به دیگران و دید مثبت به دیگران به دست می‌دهد و دامنه نمرات آن از ۲۴ تا ۹۶ امتداد دارد به گونه‌ای که نمرات بالاتر نشانگر باورهای هسته منفی در مورد خود و دیگران هستند (۲۲). دامنه نمرات خرده مقیاس خود- طرح‌واره و خرده مقیاس دیگر- طرح‌واره به ترتیب بین ۴ تا ۴۸ و ۴ تا ۴۸ است (۲۲ و ۲۳). همسانی درونی (آلفای کرونباخ) مقیاس خود- طرح‌واره مثبت و منفی به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۶ و نیز همسانی درونی (آلفای کرونباخ) مقیاس دیگر- طرح‌واره منفی و مثبت به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۷ بود. دید منفی به خود، دید مثبت به خود، دید منفی به دیگران و دید مثبت به دیگران به ترتیب دارای پایایی ۰/۸۴، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ هستند. همسانی درونی (آلفای کرونباخ) کل مقیاس ۰/۸۶ و پایایی آن با روش آزمون- بازآزمون ۰/۷۹ بود (۲۲). روایی صوری و محتوایی این ابزار توسط پنج متخصص تأیید شد و پایایی آن نیز به شیوه همسانی درونی با آلفای کرونباخ بالا (۰/۸۶) بدست آمد.

مقیاس اجتناب شناختی- رفتاری (CBAS) ابزاری ۳۱ گویه‌ای است که به وسیله Ottenbreit و Dobson ساخته شده است و در درجه لیکرتی ۱ تا ۵ نمره گذاری می‌شود، دامنه کل نمرات ۳۱ تا ۱۵۵ و نمرات بالاتر مبین اجتناب شناختی- رفتاری بالاتر است. اجتناب از رفتار اجتماعی، اجتناب از شناخت فردی، اجتناب از شناخت اجتماعی و اجتناب از رفتار فردی چهار عامل این مقیاس هستند که مجموع این نمرات تحت عنوان اجتناب کل در مقیاس CBAS می‌باشد (۲۴، ۲۵). همبستگی بالایی بین خرده مقیاس‌ها و نمرات کل مقیاس وجود دارد (۰/۷۸ تا ۰/۸۰). ضریب آلفا برای عامل یک تا چهار به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۷۸ و ۰/۷۵ و برای کل مقیاس ۰/۹۱ است. به علاوه، ضریب پایایی آزمون- باز آزمون برای کل مقیاس ۰/۹۲ می‌باشد (۲۴). بعد از تأیید روایی صوری و محتوایی این ابزار توسط پنج متخصص در این مطالعه، پایایی آزمون به شیوه همسانی درونی با آلفای کرونباخ بالا (۰/۸۴) بدست آمد.

مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی (IUS) ساخته شده به وسیله Buhr و Dugas در سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از بلا تکلیفی کاربرد دارد که دارای ۲۷ سؤال است و در مقیاس ۵ درجه‌ای از یک (به هیچ وجه) تا ۵ (بسیار زیاد) پاسخ داده می‌شوند (۲۶). نمرات برافراشته مبین بلا تکلیفی و تاثیر شدیدتر آن بر ابعاد زندگی فرد است (۲۶، ۲۷). دامنه نمرات از ۲۷ تا ۱۳۵ امتداد دارد. تصور منفی از ناطمینانی، نگرش منفی نسبت به پیامد ناطمینانی، دید منفی نسبت به وقایع غیرمنتظره و قضاوت زود هنگام در مورد ناطمینانی چهار خرده مقیاس این ابزار هستند. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۴ و

مراجعه کنندگان به این مراکز بودند. دامنه سنی شرکت کنندگان بین ۱۸ تا ۵۰ سال با میانگین سنی 30.17 ± 7.98 بود. ملاک ورود به مطالعه حاضر شامل تشخیص اختلال اضطراب منتشر، مراجعه به کلینیک‌های تخصصی فوق‌الذکر و دریافت درمان، و نیز تمایل و رضایت آگاهانه برای مطالعه بود. ملاک‌های خروج از مطالعه نیز شامل وجود اختلالات هم بود روان‌شناختی و جسمانی یا تشدید حاد علائم اختلال اضطراب منتشر و نیاز به بستری یا درمان دارویی فشرده بود. در این مطالعه شرکت کنندگان از لحاظ عوامل جمعیت شناختی نظیر وضعیت اجتماعی- اقتصادی، تحصیلات و نیز از لحاظ درمان و مصرف دارو با توجه به دوز، مدت مصرف و نوع دارو کنترل شدند. در این پژوهش داده‌ها با استفاده از مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور یک (SCID-I)^۱، مقیاس کوتاه طرح‌واره‌های اصلی (BCSS)^۲، مقیاس اجتناب شناختی- رفتاری (CBAS)^۳، مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی (IUS)^۴، پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ)^۵، شاخص حساسیت اضطرابی (ASI-R)^۶ و پرسشنامه جمعیت شناختی جمع آوری شد.

مصاحبه بالینی ساختار یافته (SCID-I) یک مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته است که توسط First و همکاران ساخته شده است و برای تشخیص اختلال‌های محور یک بر اساس DSM-IV به کار می‌رود (۱۹). در این مطالعه برای تشخیص قطعی GAD و رد کردن سایر تشخیص‌های بالینی محور یک از نسخه بالینی (SCID-CV) استفاده شد. نسخه بالینی دارای کتاچه‌ی راهنما و برنامه نمره‌گذاری مشخص است (۲۰). ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID، ۰/۶۰ گزارش شده است (۲۰). توافق تشخیصی این ابزار به زبان فارسی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی با پایایی بالاتر از ۰/۶۰ مطلوب بوده است (۲۱). ضرایب کاپا برای کل تشخیص‌های فعلی و تشخیص‌های طول عمر به ترتیب ۰/۵۲ و ۰/۵۵ به دست آمد (۲۱). همچنین، شواهد نشان می‌دهند که پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی SCID قابل قبول است (۲۱). مقیاس کوتاه طرح‌واره‌های اصلی (BCSS) که توسط Fowler و همکاران ساخته شده است باورهایی فرد در مورد خود و دیگران (خود- طرح‌واره و دیگر- طرح‌واره) را می‌سنجد و دارای ۲۴ گویه است که در مقیاس ۵ درجه‌ای از ۰ (اصلاً) تا ۴ (کاملاً) نمره گذاری می‌شود. این مقیاس چهار نمره در زمینه دید منفی به

¹ The structured clinical interview (SCID-I)

² The Brief Core Schema Scales (BCSS)

³ The Cognitive-Behavioral Avoidance Scale (CBAS)

⁴ The Intolerance of Uncertainty Scale (IUS)

⁵ Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)

⁶ Anxiety Sensitivity Index-revised (ASI-R)

دارای ضرایب همبستگی رضایت بخش و بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ بودند. همچنین، همبستگی خرده مقیاس‌ها از ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ بود (۳۱). پرسشنامه جمعیت شناختی نیز برای جمع آوری اطلاعات مربوط به سن، جنسیت، وضعیت اجتماعی- اقتصادی، سطح تحصیلات، اختلالات احتمالی همراه و مشخصات مصرف دارو استفاده شد.

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 منتشر به روان شناس بالینی ارجاع شدند. پس از معرفی اولیه و بیان توضیحات کلی درباره اهداف و چگونگی انجام کار و اخذ رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان برای همکاری، دستورالعمل پرسشنامه‌ها برای بیماران توضیح داده شد و به اجرای مقیاس‌ها پرداخته شد. مطالعه بر اساس رعایت اصول اخلاق پژوهشی در چارچوب معاهده تهران و با توجه به گمنام ماندن شرکت کنندگان و حفظ اسرار و محرمانه بودن اطلاعات آن‌ها انجام گرفت. مقیاس‌ها توسط پژوهشگر و به صورت انفرادی برای بیماران اجرا شد و از لحاظ زمانی محدودیتی برای پاسخگویی وجود نداشت. به علت طولانی بودن مقیاس‌ها و به منظور جلوگیری از خستگی و بالا بردن دقت اجرا به درخواست برخی شرکت‌کنندگان این مقیاس‌ها در منزل تکمیل و در جلسه بعد دریافت شد. داده‌های مطالعه با کمک آماره‌های توصیفی (درصد و فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد) و تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام با نرم‌افزار PASW تحلیل شدند.

یافته‌ها

از کل شرکت کنندگان، ۴۲ نفر (۳۲/۸ درصد) را مردان و ۸۶ نفر (۶۷/۲ درصد) را زنان تشکیل می‌دادند. طبق یافته‌ها، بیماران طی مدت ۹ ماه الی ۵ سال با میانگین زمانی ۲/۷۵ سال به اختلال اضطراب منتشر مبتلا بودند. از لحاظ وضعیت اجتماعی- اقتصادی، ۱۶ نفر (۱۲/۵ درصد) درآمد زیر ۵۰۰ هزار تومان، ۶۴ نفر (۵۰/۰ درصد) درآمد زیر یک میلیون تومان، ۳۶ نفر (۲۸/۱ درصد) درآمد زیر دو میلیون تومان، و ۱۲ نفر (۹/۴ درصد) درآمد بالاتر از دو میلیون تومان داشتند. از لحاظ تحصیلات، ۶۰ نفر (۴۶/۹ درصد) فاقد تحصیلات دانشگاهی و ۶۸ نفر (۵۳/۱ درصد) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. همچنین، میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت کنندگان در مقیاس‌های پژوهش و نیز ماتریس همبستگی بین متغیرها در جدول ۱ ارائه شده است.

ضریب پایایی بازآزمایی آن در فاصله پنج هفته‌ای، ۰/۷۴ گزارش شده است (۲۷). ضریب همبستگی این مقیاس با مقیاس افسردگی بک (۰/۵۹)، پرسشنامه نگرانی (۰/۶۰) و مقیاس اضطراب بک (۰/۵۵) در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بود (۲۷). همزمان با تأیید روایی صوری و محتوایی این ابزار توسط پنج نفر از متخصصان در این پژوهش، پایایی مقیاس به کمک همسانی درونی (آلفای کرونباخ) حاکی از پایایی مطلوب این مقیاس بود (۰/۸۹).

پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ) توسط Brown و همکاران ساخته شده است و یک ابزار خودگزارشی ۱۶ سؤالی است که نگرانی شدید، مفرط و غیرقابل کنترل را اندازه می‌گیرد (۲۸). نمره گذاری در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از یک (ابتدا در مورد من صدق نمی‌کند) تا پنج (بی نهایت در مورد من صدق می‌کند) انجام می‌گیرد. یازده سؤال پرسشنامه مثبت و پنج سؤال آن (سؤالات ۳، ۱۰، ۱۱، ۸، ۱) منفی نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات کل پرسشنامه بین ۱۶ تا ۸۰ است. ثبات درونی این مقیاس بالا است (آلفای ۰/۸۶ تا ۰/۹۵) و پایایی آزمون- بازآزمون این ابزار نیز در طی یک دوره یک ماهه در دامنه ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ گزارش شده است (۲۸). در مطالعه‌ای در ایران، PSWQ ثبات درونی بالایی (آلفای ۰/۸۲) داشت (۲۸). روایی، حساسیت و ویژگی این ابزار مطلوب است و طی یک دوره چهار هفته‌ای این مقیاس پایایی آزمون- بازآزمون مطلوبی داشته است (۲۹).

شاخص تجدید نظر شده حساسیت اضطرابی (ASI-R) به عنوان یک ابزار خودگزارشی ۳۶ گویه‌ای و دارای چهار عامل توسط Deacon و همکاران ساخته شده است که ترس از نشانه‌های مربوط به اضطراب را در مقیاس لیکرتی از هرگز (نمره صفر) تا همیشه (نمره چهار) مورد سنجش قرار می‌دهد (۳۰). گستره نمرات این مقیاس بین صفر تا ۱۴۴ می‌باشد که به ترتیب نشان دهنده پایین‌ترین و بالاترین نمرات است. 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 خرده مقیاس‌های این ابزار هستند. تحلیل عامل تأییدی این ابزار در ایران مطلوب بود (۳۱). اعتبار به شیوه همسانی درونی، بازآزمایی و تنصیفی این مقیاس به ترتیب با ضرایب اعتبار ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۷ به دست آمد. روایی همزمان شاخص تجدید نظر شده حساسیت اضطرابی با چک لیست تجدیدنظر شده ۹۰ نشانگانی ۰/۵۶ بدست آمد. خرده مقیاس‌های شاخص تجدیدنظر شده حساسیت اضطرابی با نمره کل

جدول (۱): ماتریس همبستگی، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش (تعداد ۱۲۸)

ضریب همبستگی	Mean±SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱. شدت علایم GAD	۱۱/۳۹±۶/۲۱	۱									
۲. سن	۳۰/۱۷±۷/۹۸	-۰/۵۰	۱								
۳. جنسیت	-	۰/۱۰	-۰/۱۴*	۱							
۴. وضعیت اجتماعی - اقتصادی	-	-۰/۳۳**	-۰/۰۴	-۰/۰۳	۱						
۵. سطح تحصیلات	-	۰/۱۶*	۰/۴۴**	۰/۰۴	-۰/۲۹**	۱					
۶. نگرانی	۵۰/۸۳±۱۲/۷۱	-۰/۷۲**	۰/۰۹	۰/۰۳	-۰/۲۱*	۰/۰۹	۱				
۷. عدم تحمل بلاتکلیفی	۸۳/۹۲±۱۴/۵۸	-۰/۵۸**	۰/۱۰	۰/۰۴	-۰/۲۳*	-۰/۰۷	۰/۶۵**	۱			
۸. طرح‌واره هیجانی	۳۹/۴۵±۱۰/۴۷	۰/۲۴*	۰/۱۴*	۰/۰۱	-۰/۰۵	۰/۱۵*	۰/۲۶*	۰/۳۱*	۱		
۹. حساسیت اضطرابی	۳۷/۵۴±۱۳/۸۸	۰/۶۳**	۰/۰۵	۰/۰۲	-۰/۳۰**	۰/۱۵*	۰/۶۲*	۰/۵۲*	۰/۲۹**	۱	
۱۰. اجتناب شناختی - رفتاری	۷۰/۹۵±۱۷/۳۵	۰/۵۸**	۰/۱۸*	۰/۰۶	-۰/۳۲**	۰/۱۷*	۰/۵۶*	۰/۵۳*	۰/۳۸**	۰/۶۵**	۱

** $P < 0.001$, * $P < 0.05$

ملاک‌های استفاده از این آزمون آماری را داشتند. با تعیین آماره تولرانس برای تمامی متغیرهای پیش بین از طریق انجام تحلیل رگرسیون در حالتی که متغیرهای دیگر بر آن متغیر برگشت داده شدند مشخص شد که آماره تولرانس دارای ضرایب بین ۰/۰۹ تا ۰/۱ است که در واقع حاکی از عدم هم خطی و نیز از طرفی حاکی از ثبات مدل رگرسیونی است. مقدار تولرانس و VIF^۴ برای هر متغیر در سه گام تحلیل به ترتیب در دامنه ۰/۵۸۰ تا ۱/۰۰ تا ۱/۲۳۱ تا ۱/۷۲۵ قرار داشتند. همچنین، وجود همبستگی کمتر از ۰/۹ بین متغیرهای پیش بین و ملاک به معنای عدم هم خطی بین متغیرها است. یافته‌ها نشان می‌دهند که طی سه گام با افزودن متغیر یا متغیرهای جدیدی به گام قبلی متغیرها به گونه‌ای معنی‌دار می‌توانند شدت علایم اختلال اضطراب منتشر را پیش‌بینی کنند (جدول ۲).

در این مطالعه، در سطح اطمینان ۹۹ درصد ($P < 0.01$) با آزمون یک دامنه، بین متغیرهای پیش بین سطح تحصیلات، نگرانی، عدم تحمل بلاتکلیفی، طرح‌واره هیجانی، حساسیت اضطرابی و اجتناب شناختی - رفتاری با شدت علایم اختلال اضطراب منتشر رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد. یعنی هر چه نمره فرد در این متغیرها بالاتر باشد، شدت علایم اختلال اضطراب منتشر بالاتر است. همچنین، بین وضعیت اجتماعی - اقتصادی و شدت علایم اختلال اضطراب منتشر رابطه منفی و معنی‌دار وجود دارد. یعنی هرچه وضعیت اجتماعی - اقتصادی فرد مطلوب تر باشد، شدت علایم اختلال اضطراب منتشر کمتر است (جدول ۱). پیش از استفاده از تحلیل رگرسیون، توزیع داده‌ها با بررسی هم خطی چندگانه^۱ به کمک آماره تولرانس^۲، داده‌های پرت^۳، نمودارهای مانده و داده‌های مفقود بررسی شد و داده‌ها

جدول (۲): تحلیل واریانس مدل رگرسیون گام به گام در تعیین سهم متغیرهای پیش بین

مدل	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	R	R ²	Adj R ²
۱. نگرانی	رگرسیون	۲۵۷۳/۷۳	۱	۲۵۷۳/۷۳	۱۳۸/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۷۲۴	۰/۵۲۴	۰/۵۲۰
	باقی مانده	۲۳۳۸/۹۴	۱۲۶	۱۸۵۶۳					
	کل	۴۹۱۲/۶۸	۱۲۷						
۲. نگرانی + حساسیت اضطرابی	رگرسیون	۲۸۴۶/۲۵	۲	۱۴۲۳/۱۲	۸۶/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۷۶۱	۰/۵۷۹	۰/۵۷۳
	باقی مانده	۲۰۶۶/۴۲	۱۲۵	۱۶/۵۳۱					
	کل	۴۹۱۲/۶۸	۱۲۷						
۳. نگرانی + حساسیت اضطرابی + وضعیت اجتماعی - اقتصادی	رگرسیون	۲۹۲۵/۵۸	۳	۹۷۵/۱۹	۶۰/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۷۷۲	۰/۵۹۶	۰/۵۸۶
	باقی مانده	۱۹۸۷/۰۹	۱۲۴	۱۶/۰۲					
	کل	۴۹۱۲/۶۸	۱۲۷						

^۱ multicollinearity^۲ Tolerance^۳ outliers^۴ variance inflation factor

۳۴). در تبیین‌های دیگری، Armstrong و همکاران (۳۵) و Reinecke و همکاران (۳۶) معتقد هستند که بیماران مبتلا به اضطراب منتشر به دلیل داشتن تفکرات آزاردهنده و تجارب درونی و رفتاری منفی تمایل بالایی به استمرار نگرانی و حساسیت اضطرابی دارند که این دو سازه نقش مهمی در تشدید علائم این اختلال دارند. از طرفی، مبتنی بر مبانی نظری اختلال اضطراب منتشر می‌توان استدلال نمود که نگرانی به عنوان عامل مهم مرتبط با وضعیت شناختی بیمار و نیز حساسیت اضطرابی که غالباً عاملی رفتاری است از سازه‌های اصلی اختلال اضطراب منتشر هستند که این دو عامل با تقویت کردن سیر منفی اختلال، نقش مهمی در شدت علائم و سطوح بالینی این اختلال دارند.

در این مطالعه، وضعیت اجتماعی-اقتصادی نیز نقش معنی‌داری در پیش‌بینی شدت علائم اختلال اضطراب منتشر داشت. در این راستا، پژوهش‌های قبلی شواهد تأییدکننده‌ای ارائه داده‌اند (۵، ۱۸). از لحاظ نظری، Behar و همکاران استدلال می‌نمایند که وضعیت اجتماعی-اقتصادی نامطلوب با کاهش دسترسی به خدمات درمانی، افزایش بار اختلال، آسیب به فرایندهای درمانی و کاهش تبعیت از درمان به تشدید علائم اضطراب منتشر منجر می‌گردد (۳۵). به نظر Kirkaldy و Siefen بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر با تجربه شرایط نامساعد اجتماعی-اقتصادی و در مواقع رویارویی با موقعیت مشکل ساز زود احساس ناکامی می‌کنند و به نتایج کوشش خود در حل مسئله بدبین می‌شوند و در نهایت این موجب تشدید علائم می‌گردد (۳۷). به علاوه، می‌توان استدلال نمود که محرومیت‌های اجتماعی-اقتصادی با افزایش سطوح استرس و اختلال در تنظیم هیجانات همراه است که سبب می‌گردد افراد هنگام مواجهه با شرایط استرس آور، نگرانی و به تبع آن اضطراب و درماندگی نشان دهند و در نتیجه علائم اختلال در این شرایط تشدید می‌گردد. همچنین، در زمینه این یافته استدلال می‌شود که عدم برخورداری از رفاه اجتماعی-اقتصادی سبب دشواری در دستیابی به درمان مناسب برای کنترل علائم اختلال اضطراب منتشر می‌گردد که به واسطه عدم دریافت درمان مناسب، علائم اختلال تشدید می‌گردد. در این مطالعه، سن، جنسیت، سطح تحصیلات، عدم تحمل بلاتکلیفی، طرح‌واره هیجانی، و اجتناب شناختی-رفتاری سهم معنی‌داری در پیش‌بینی شدت علائم اختلال اضطراب منتشر نداشتند. اگرچه در مورد نقش سن و جنسیت در شدت علائم اختلال اضطراب منتشر پژوهش منسجمی وجود ندارد، ولی یافته پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های قبلی (۴۰، ۳۸) ناهمسو است. طبق مطالعه McEvoy و Mahoney طرح‌واره‌ها و عدم تحمل بلاتکلیفی نقش تعیین‌کننده‌ای در شدت علائم اختلال

علائم اختلال اضطراب منتشر را تبیین نماید که در صورت تعمیم نمونه مورد مطالعه به جامعه اصلی، وزن حساسیت اضطرابی $0/364$ (Beta) خواهد بود. در نهایت این که هرچه حساسیت اضطرابی در فرد بالاتر باشد، شدت علائم اختلال اضطراب منتشر افزایش می‌یابد. وزن وضعیت اجتماعی-اقتصادی $(B = -1/017)$ ، $(t = -2/225)$ و $(P < 0/008)$ نشان می‌دهد که این متغیر با اطمینان ۹۹ درصد می‌تواند در کنار نگرانی و حساسیت اضطرابی تغییرات مربوط به شدت علائم اختلال اضطراب منتشر را تبیین نماید که در صورت تعمیم نمونه مورد مطالعه به جامعه اصلی، وزن وضعیت اجتماعی-اقتصادی $0/234$ (Beta) خواهد بود. در نهایت این که هر چه وضعیت اجتماعی-اقتصادی نامطلوب تر باشد، شدت علائم اختلال اضطراب منتشر افزایش می‌یابد (جدول ۳). مدل بدست آمده در گام نهایی (گام سوم) این مطالعه برای پیش‌بینی شدت علائم اختلال اضطراب منتشر به صورت زیر است.

شدت علائم اختلال اضطراب منتشر $= 1/790 - 0/530$ (نگرانی) $+ 0/364$ (حساسیت اضطرابی) $+ 0/234$ (وضعیت اجتماعی-اقتصادی)

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش نظام شناختی - عاطفی و خصوصیات جمعیتی در شدت علائم اختلال اضطراب منتشر بود. نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که نگرانی، حساسیت اضطرابی و وضعیت اجتماعی-اقتصادی نقش معنی‌داری در پیش‌بینی شدت علائم اختلال اضطراب منتشر دارند و این سه متغیر تغییرات در شدت علائم اختلال اضطراب منتشر را به طور معنی‌داری پیش‌بینی کردند. یافته‌های این پژوهش از این منظر با مبانی نظری اختلالات اضطرابی و پژوهش‌های قبلی در این زمینه (۱، ۵، ۷، ۳۲) همسو و همخوان است. در مطالعه Beesdo-Baum و همکاران، نگرانی و حساسیت اضطرابی نقش اساسی در تشدید علائم اختلال اضطراب منتشر داشتند (۷). همچنین، Ansseau و همکاران نتیجه گرفتند که وضعیت اجتماعی-اقتصادی آشفته و نابسامان سبب تشدید و استمرار علائم اختلال اضطراب منتشر خواهد شد (۱۸). 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 سطوح این سازه‌های شناختی با افزایش شدت علائم بیماران همراه است (۱۰، ۳۳). همچنین، بر اساس مبانی نظری می‌توان استدلال نمود که نگرانی و حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر خود باعث تشدید بلاتکلیفی و دور باطل نگرانی و سپس تشدید و تداوم علائم اختلال می‌گردد (۱۳)،

طرح‌های آمیخته استفاده شود. ضرورت استفاده از رویکردهای درمانی با هدف قرار دادن نگرانی و حساسیت اضطرابی بیش از پیش احساس می‌شود. انجام کارآزمایی بالینی تصادفی برای تهیه برنامه درمانی مناسب این اختلالات از دیگر پیشنهادهاى برخاسته از مطالعه حاضر است.

پیامد اصلی این مطالعه آن است که مبتلایان به GAD به واسطه نگرانی بالاتر، حساسیت زیاد به علائم اضطراب و وضعیت اجتماعی- اقتصادی نامطلوب، علائم شدیدتری را تجربه خواهند نمود. با در نظر گرفتن این نتیجه نیاز به آموزش این افراد در زمینه‌ی افزایش تنظیم هیجان‌ها، کنترل افکار و مداخلات مسئله محورانه احساس می‌گردد. هر اندازه آگاهی از طرح‌واره هیجانی و شناخت‌ها افزایش یابد نگرانی و حساسیت به علائم کاهش می‌یابد و احساس توانمندی بیماران در برخورد با موقعیت‌های تهدیدکننده آینده افزایش و در نتیجه علائم اختلال کاهش می‌یابد. همچنین، اقدامات مددکاری اجتماعی با هدف بهبود وضعیت اجتماعی- اقتصادی به منظور کاهش شدت علائم این اختلال ضرورت می‌یابد.

سپاسگزاری

این مطالعه مستقل و بدون حمایت سازمانی انجام گرفته است. از کلیه شرکت‌کنندگان محترم، پرسنل محترم کلینیک انستیتو روان‌پزشکی تهران، کلینیک مشاوره و روانشناسی بیمارستان روان‌پزشکی آزادی و کلینیک سرپایی بیمارستان روان‌پزشکی روزبه تشکر و قدردانی می‌گردد.

References:

1. Newman MG, Liera 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.
2. Gordon D, Heimberg RG. Reliability and validity of DSM-IV generalized anxiety disorder features. *J Anxiety Disord* 2011; 25(6):813-21.
3. Dugas MJ, Savard P, Gaudet A, Turcotte J, Laugesen N, Robichaud M, et al. Can the components of a cognitive model predict the severity of generalized anxiety disorder? *Behav Ther* 2007; 38(2):169-78.

اضطراب منتشر دارد (۳۸). مطالعه Newman و Liera نیز نشان داد که اجتناب شناختی- رفتاری به صورت آزمایشی نقش مهمی در تشدید علائم اختلال اضطراب منتشر دارد (۱). در زمینه دست‌یابی به این یافته‌های ناهمخوان می‌توان دو استدلال مطرح نمود. اول آن که افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر بیشتر از آنکه تحت تأثیر عوامل جمعیت شناختی نظیر سن و جنسیت آشفته گردند شدت علائم اختلال در آنان بیشتر تحت تأثیر عوامل شناختی- عاطفی قرار دارد. دوم آنکه، در این بیماران نگرانی و حساسیت اضطرابی نسبت به دیگر عوامل شناختی ارتباط قوی‌تری با شدت علائم دارد، به گونه‌ای که در مقایسه با عدم تحمل بلا تکلیفی، طرح‌واره هیجانی، و اجتناب شناختی- رفتاری که بیشتر با علامت شناسی اختلال ارتباط دارند، دو عامل نگرانی و حساسیت اضطرابی بیشتر با تشدید علائم و کاهش کیفیت زندگی بیماران همراه هستند. در تبیین دیگر، می‌توان استدلال نمود که استفاده از روش‌های متفاوت پژوهشی با ابزارها و طرح‌های مختلف به خصوص در مورد متغیرهای مفهومی و نهفته احتمال دست‌یابی به نتایج متناقض را افزایش می‌دهد.

عدم امکان نمونه‌گیری تصادفی و دسترسی دشوار به نمونه‌های پژوهش به خصوص بیماران دارای تشخیص خاص، طرح کوتاه مدت و مقطعی پژوهش، استفاده از ابزارهای خودگزارشی برای جمع‌آوری داده‌ها از محدودیت‌های پژوهش بودند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی از مراکز درمانی متعدد و بیماران متنوع‌تر استفاده شوند. پیشنهاد می‌شود به جای مقیاس‌های خودگزارشی جهت اطمینان بیشتر از صحت و واقعی بودن نتایج از

4. Olatunji BO, Moretz MW, Zlomke KR. Linking cognitive avoidance and GAD symptoms: The mediating role of fear of emotion. *Behav Res Ther* 2010; 48(5):435-41.
5. 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.
6. Reinecke A, Becker ES, Hoyer J, Rinck M. Generalized implicit fear associations in generalized anxiety disorder. *Depress Anxiety* 2010; 27(3):252-9.
7. 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.
8. 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.
 9. 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.
 10. 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.
 11. Roseman AS, Cully JA, Kunik ME, Novy DM, Rhoades HM, Wilson NL, et al. Treatment response for late-life generalized anxiety disorder: moving beyond symptom-based measures. *J Nerv Ment Dis* 2011; 199(10):811-4.
 12. Bernstein A, Stickle TR, Schmidt NB. Factor mixture model of anxiety sensitivity and anxiety psychopathology vulnerability. *J Affect Disor* 2012; 19: 115-27.
 13. Mantar A, Yemez B, Alkın T. Anxiety sensitivity and its importance in psychiatric disorders. *Turk Psikiyatri Derg* 2011; 22(3):187-93.
 14. 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.
 15. Starcevic V, Berle D. Cognitive specificity of anxiety disorders: a review of selected key constructs. *Depress Anxiety* 2006; 23(2):51-61.
 16. Layne AE, Bernat DH, Victor AM, Bernstein GA. Generalized anxiety disorder in a nonclinical sample of children: symptom presentation and predictors of impairment. *J Anxiety Disord*. 2009; 23(2):283-9.
 17. Mululo SC, Menezes GB, Vigne P, Fontenelle LF. A review on predictors of treatment outcome in social anxiety disorder. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012; 34(1):92-100.
 18. Anseau M, Fischler B, Dierick M, Albert A, Leyman S, Mignon A. Socioeconomic correlates of generalized anxiety disorder and major depression in primary care: the GADIS II study (Generalized Anxiety and Depression Impact Survey II). *Depress Anxiety* 2008; 25(6):506-13.
 19. 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.
 20. 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.
 21. 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, Fourth Edition: psychometric properties. *Comprehensive Psychiatry* 2009; 50: 86-91. (Persian)
 22. 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.
 23. 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.
 24. Ottenbreit ND, Dobson KS. Avoidance and depression: the construction of the cognitive-behavioral avoidance scale. *Behav Res Ther* 2004; 42(3):293-313.

25. Dumitrescu AL, Toma C, Lascu V. evaluation of inter-relationship between behavioral inhibition, behavioral activation, avoidance, daily stressors and oral health. *Rom J Intern Med* 2010; 48(3):281-90.
26. 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.
27. Buhr K, Dugas MJ. The Intolerance of Uncertainty Scale: psychometric properties of the English version. *Behav Res Ther* 2002; 40(8):931-45.
28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. 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. (Persian)
32. Amir N, Taylor CT, Donohue MC. Predictors of response to an attention modification program in generalized social phobia. *J Consult Clin Psychol*. 2011; 79(4):533-41.
33. Borkovec TD, Alcaine O, Behar E. Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In: Heimberg RG, Turk CL, Mennin DS. Editors. *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. New York: The Guilford Press; 2004. P.77-108.
34. 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.
35. 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.
36. 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.
37. Kirkcaldy BD, Siefen RG. Subjective models of psychological disorders: Mental health professional's perspectives. *Asian J Psychiatr* 2012; 5(4):319-26.
38. 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.

THE ROLE OF COGNITIVE-AFFECTIVE SYSTEM AND DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS IN PREDICTION OF SYMPTOMS SEVERITY FOR GENERALIZED ANXIETY DISORDER

Isaac Rahimian Boogar^{1*}

Received: 7 Dec , 2013; Accepted: 12 Feb , 2014

Abstract

Background & Aims: Cognitive-affective factors and demographical characteristics have an important role in prediction of symptoms severity and quality of life in generalized anxiety disorder. The purpose of this study was to investigate the role of cognitive-affective system and demographic characteristics in the severity of symptoms for generalized anxiety disorder.

Materials & Methods: In a cross-sectional descriptive study, 128 outpatients with generalized anxiety disorder who attended three psychiatric outpatient's clinics of Tehran were selected by convenience sampling. Data were collected by The structured clinical interview, The Brief Core Schema Scales, The Cognitive-Behavioral Avoidance Scale, the Intolerance of Uncertainty Scale, Penn State Worry Questionnaire, Anxiety Sensitivity Index-revised, and demographical questionnaire and then analyzed by multiple regression analysis in stepwise method with PASW software.

Results: Feeling worried, anxiety sensitivity and socio-economic status have important predictive role in severity of symptoms for generalized anxiety disorder ($F_{(3,124)}=60.85$, $p<0.001$). These three variables were predicted 0.58 variation in symptoms of generalized anxiety disorder ($R^2=0.58$). Age, gender, literacy, intolerance of uncertainty, emotional schema and cognitive-behavioral avoidance didn't have significant predictive role in prediction of severity of symptoms in generalized anxiety disorder ($P>0.05$).

Conclusion: Regarding the important role of feeling worried, anxiety sensitivity, and socio-economic status in prediction of symptoms severity for generalized anxiety disorder, it is necessity to pay attention to tailored interventions in these symptoms for basic quality of life promotion in these patients.

Keywords: Schema, Anxiety sensitivity, Worry, Avoidance, Generalized anxiety disorder

Address: Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology & Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran Tel: +98 2323623300

Email: i_rahimian@semnan.ac.ir

SOURCE: URMIA MED J 2014; 25(66): 20 ISSN: 1027-3727

¹ Assistant Professor of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran (Corresponding Author)