

Anxiety Sensitivity and Obsessive-Compulsive Disorder: A Mini Review

Sahel Khakpour¹, Fayegh Yousefi², Omid Saed³,

1. Master of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran. ORCID: 0000-0003-2536-3337

2. Associate Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Kurdistan University of Medical Sciences, Kurdistan, Sanandaj, Iran. ORCID: 0000-0001-5503-3326

3. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran. ORCID: 0000-0002-6070-6230 E-mail: o.saed@zums.ac.ir.

Received: 26/07/2018

Accepted: 04/12/2018

Abstract

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is one of the common psychological disorders that effects on the most aspects of individuals' life. In this regard, various studies have been explored to examine underlying factors involved in the psychopathology of this disorder. One of these factors is the anxiety sensitivity (AS) that refers to the fear of anxiety-related sensation. AS can play a role in this disorder in various ways, such as fear of losing control of mental abilities, fear of somatic sensation, and sensitivity to the negative evaluation of others. On the other hand, dimensional models of OCD revealed that each phenotypes of this disorder is associated with different aspects of the AS. Finally, examination of existing treatments suggests that AS can be considered as an important therapeutic factor in the treatment of OCD.

Keywords: Anxiety Sensitivity, Obsessive-compulsive disorder, Mini Review

How to cite this article : Khakpour S, Yousefi F, SaedO, Anxiety Sensitivity and Obsessive-Compulsive Disorder: A Mini Review. 2018; 5 (5): 69-80 .URL :<http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-582-fa.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

مروی مختصر بر حساسیت اضطرابی و اختلال وسواسی- جبری

ساحل خاکپور^۱، فایق یوسفی^۲، امید ساعد^۳

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.
۲. دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۳. استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران. ایمیل: o.saed@zums.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۹/۱۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۵/۰۴

چکیده

اختلال وسواسی- جبری یکی از اختلال‌های روانی شایع است که بر اکثر جنبه‌های زندگی فرد اثر می‌گذارد. در این راستا مطالعات مختلفی به بررسی عوامل زیربنایی در سبب‌شناسی این اختلال پرداخته‌اند. یکی از این عوامل حساسیت اضطرابی است که به ترس از حس‌های بدنی مرتبط با اضطراب اشاره دارد. حساسیت اضطرابی می‌تواند به طرق مختلفی مانند ترس از دست دادن کنترل توانایی‌های ذهنی، ترس از نشانه‌های بدنی و همچنین حساسیت نسبت به ارزیابی منفی دیگران در این اختلال نقش داشته باشد. از طرفی بررسی مدل‌های ابعادی اختلال وسواسی- جبری نشان داد که هر یک از فنوتیپ‌های این اختلال با وجود مختلفی از سازه حساسیت اضطرابی در ارتباط هستند. درنهایت بررسی درمان‌های موجود حاکی از آن است که حساسیت اضطرابی را می‌توان به عنوان یک عامل درمانی مهم در درمان اختلال وسواسی- جبری در نظر گرفت.

کلمات کلیدی: حساسیت اضطرابی، اختلال وسواسی- جبری، مروی مختصر

نشانه‌های اجتماعی قابل مشاهده است (آسموندsson و همکاران^۵، ۲۰۱۱؛ ویتون و همکاران^۶، ۲۰۱۲). با وجود آنکه این عامل در ابتدا در ارتباط با اختلال وحشت- زدگی^۷ مطرح شد، اما نتایج نشان می‌دهد حساسیت اضطرابی را می‌توان به عنوان یک آسیب‌پذیری زیربنایی برای ابتلاء به اختلال‌های محور I در نظر گرفت (اشمیت و همکاران^۸، ۲۰۰۶). مطالعات نشان می‌دهند در مقایسه با افراد سالم، بیماران وسوسی میزان بیشتری از حساسیت اضطرابی را گزارش (دیکون و آبراموویتز ، ۲۰۰۶؛ تیلور و همکاران^۹، ۱۹۹۲؛ ویتون و همکاران، ۲۰۱۲). به ویژه هرچه سطح حساسیت اضطرابی بالاتر باشد، شدت نشانه‌های وسوسی در گروه‌های بالینی و غیر بالینی نیز بیشتر است (laposa و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۵؛ ویتون و همکاران، ۲۰۱۲).

با توجه به مفهوم‌سازی چندوجهی این سازه و همچنین ویژگی‌های روان‌شناختی اختلال وسوسی- جبری مثل ادرارک کنترل پایین، نگرانی نسبت به تجربه نشانه‌های بدنی، گوش‌به‌زنگی بالا و کمال‌گرایی به نظر می‌رسد که بتوان حساسیت اضطرابی را به عنوان یک آسیب‌پذیری مهمی در سبب‌شناسی، تداوم و درمان این اختلال در نظر گرفت؛ بنابراین مطالعه حاضر در تلاش است که تا حد امکان ارتباط میان حساسیت اضطرابی و اختلال وسوسی- جبری را از منظر شروع، تداوم و درمان این اختلال بررسی نماید.

حساسیت اضطرابی و نشانه‌های اختلال وسوسی- جبری

مقدمه

اختلال وسوسی- جبری^۱ اختلالی است که با نشانه‌های وسوس فکری شامل افکار، تصاویر و یا تکانه‌های عودکننده و پایداری که به شکلی مزاحم و ناخواسته تجربه می‌شوند و همچنین با رفتارها یا اعمال ذهنی تکراری و وقت‌گیر، مشخص می‌شود. این افکار و اعمال موجب رنج بسیار و مختل شدن چشم گیر عملکرد فرد در حوزه‌های مختلف می‌شوند (انجمان روانپژوهشکی آمریکا، ۲۰۱۳). بهمنظور درک بهتر کار کرد وسوس‌ها و اجراء‌ها، مطالعات به بررسی تجربه‌های هیجانی و درونی افراد مبتلا به اختلال وسوسی- جبری پرداختند و عوامل مختلفی را شناسایی کردند. یکی از عواملی که اخیراً مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است سازه حساسیت اضطرابی^۲ است.

حساسیت اضطرابی یک سبک‌شناختی است که ترس شدید از علائم اضطرابی را شامل می‌شود (تیلور^۳، ۲۰۱۴). افرادی که به علائم اضطرابی بسیار حساس هستند، باور دارند علائم اضطرابی، پیامدهای خطرناک یا فاجعه‌آمیزی مانند بیماری‌های جسمانی و روانی، از دست دادن کنترل و خجالت‌زدگی را به دنبال دارند. این افراد از نظر تعداد دفعات تجربه علائم اضطرابی و ترس از این علائم با یکدیگر متفاوت هستند (رایس و همکاران^۴، ۱۹۸۶). نتایج حاصل از تحلیل‌های عاملی نشان می‌دهد که حساسیت اضطرابی سازه‌ای سلسله مراتبی و چندوجهی است که شامل عامل‌های سطح بالا (حساسیت اضطرابی کلی) و عامل‌های سطح پایین شامل ترس از حس‌های بدنی، ترس از دست دادن کنترل شناختی و ترس از

⁵.Asmundson, Weeks, Carleton, Thibodeau, & Fetzner

⁶.Wheaton, Deacon, McGrath, Berman, & Abramowitz

⁷.panic disorder

⁸.Schmidt, Zvolensky, & Maner

⁹. Koch

¹⁰.Laposa, Collimore, Hawley, & Rector

¹.obsessive compulsive disorder

². Anxiety Sensitivity

³.Taylor

⁴.Reiss, Peterson, Gursky, & McNally

حساسیت اضطرابی و نشانه‌های وسوسی حمایت کرده‌اند (بازول^{۱۷} و همکاران، ۲۰۱۳؛ کالاماری و همکاران^{۱۸}، ۲۰۰۸؛ راینسون و فریستون^{۱۹}، ۲۰۱۴؛ تیمپانو و همکاران^{۲۰}، ۲۰۱۶). اشمیت و لیرو^{۲۱} (۲۰۰۲) در مطالعه‌ای به بررسی ارتباط حساسیت اضطرابی و کنترل ادراک شده در ایجاد نشانه‌های اضطرابی پرداختند. مطالعه آنان نشان داد که حساسیت اضطرابی از طریق کنترل ادراک شده می‌تواند نشانه‌های اضطرابی را پیش‌بینی کند. مطالعه کالاماری^{۲۲} و همکاران نیز نشان داد که حساسیت اضطرابی با باورهای مربوط به کنترل و اهمیت افکار در بیماران وسوسی ارتباط دارد (کالاماری و همکاران، ۲۰۰۸). آن‌ها نتیجه گرفتند که ارتباط میان حساسیت اضطرابی و باورهای مربوط به بیش اهمیت‌دهی به افکار^{۲۳}، می‌تواند احتمال شروع رفتارهای خشی‌کننده اضطراب^{۲۴} را افزایش دهد.

از طرفی برخی از افراد مبتلا به اختلال وسوسی- جبری ممکن است از نشانه‌های بدنی اضطراب بترسند. دانکن و آبرامویچ^{۲۵} بیان کردند که بین خرده مقیاس ترس از حس‌های بدنی و وسوس رابطه وجود دارد (دیکون و آبراموویتز، ۲۰۰۶). این گروه از افراد نسبت به نشانه‌های بدنی خود گوش به زنگ هستند و بیش از اندازه به آن‌ها توجه می‌کنند. درواقع آن‌ها نگران‌اند که در اثر تجربه اضطراب شدید، کنترل ذهنی خود را از دست بدهند. علاوه بر این، برخی از بیماران وسوسی در واکنش به افکار مزاحم خود، نشانه‌های وحشت‌زدگی را تجربه

یکی از ویژگی‌های مطرح شده در ارتباط با اختلال‌های اضطرابی سازه کنترل ادراک شده است (گلاگر^{۱۱}، ۲۰۱۴). مطالعه مولدینگ و کیروس^{۱۲} نشان داد که افراد مبتلا به اختلال وسوسی- جبری میل به کنترل بالا و احساس کنترل پایینی دارند (مولدینگ و کیروس، ۲۰۰۷). بر اساس نظریه کنترل شناختی فکر^{۱۳} کلارک، افراد مبتلا به اختلال وسوسی- جبری احساس می‌کنند که کنترل کافی بر افکار مزاحم خود ندارند (امیر و همکاران^{۱۴}، ۱۹۹۷). آن‌ها احتمال وقوع تهدید و یا پیامدهای منفی رویدادها را بیش از اندازه ارزیابی می‌کنند (کارگروه شناخت‌های وسوسی- جبری، ۱۹۹۷) و به افکار خود بیش از حد اهمیت می‌دهند (فاؤ^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۴)؛ درنتیجه آشفتگی‌های روانی و نشانه‌های فکری و رفتاری وسوس را تجربه می‌کنند. تفکر جادویی یکی دیگر از ویژگی‌های افراد مبتلا به اختلال وسوسی- جبری است و سبب می‌شود که بیماران باور داشته باشند افکارشان پیامدهای نامطلوبی را به دنبال دارد. بنابراین می‌توان گفت افکار مزاحم و میل به کنترل آن‌ها یکی از نگرانی‌های اصلی این افراد است. از طرفی این افراد فکر خود را با رفتار برابر می‌دانند، ویژگی که به آن آمیختگی فکر- عمل^{۱۶} می‌گویند. این بیماران نگران‌اند که با از دست دادن کنترل افکار، کنترل رفتار خود را نیز از دست بدھند. درواقع به نظر می‌رسد که حساسیت اضطرابی از طریق ترس از دست دادن کنترل شناختی با نشانه‌های اختلال وسوسی- جبری در ارتباط باشد. اکثر مطالعات از ارتباط بین خرده مقیاس نگرانی‌های شناختی

¹⁷.Boswell¹⁸.Calamari, Rector, Woodard, Cohen, & Chik¹⁹.Robinson & Freeston²⁰.Timpano, Raines, Shaw, Keough, & Schmidt²¹.Schmidt and Lerew²².Calamari²³.overimportance²⁴.anxiety-neutralizing behaviors²⁵.Deacon & Abramowitz¹¹.Gallagher, Bentley, & Barlow¹².Moulding & Kyrios¹³.Cognitive Thought Control¹⁴.Amir, Cashman, & Foa¹⁵.Fava¹⁶.Thought Action Fusion

حساس‌اند. علاوه بر این برخی از بیماران وسوسی می- ترسند که دیگران متوجه وجود نشانه‌های بدنی اضطراب در آن‌ها شوند و آنان را مورد ارزیابی منفی قرار دهند (ریومن و همکاران، ۲۰۱۷).

حساسیت اضطرابی و ابعاد اختلال وسوسی- جبری

علی‌رغم نتایج بالا، برخی مطالعات ارتباط متوسط تا ضعیفی را بین حساسیت اضطرابی و نشانه‌های وسوسی- جبری در مقایسه با سایر نشانه‌های اضطرابی، مثل اضطراب اجتماعی یا وحشت‌زدگی، گزارش کرده‌اند (دیکون و آبراموویتز، ۲۰۰۶؛ ویتون و همکاران، ۲۰۱۲). نکته قابل توجه این است که این مطالعات اختلال وسوسی- جبری را به صورت یک ساختار واحد بررسی کرده‌اند، درحالی که این اختلال با فنوتیپ‌های متنوعی شناخته می‌شود (فووآ و همکاران، ۱۹۹۵). به بیان دیگر در نظر گرفتن اختلال وسوسی- جبری به عنوان یک ساختار واحد می‌تواند نقش حساسیت اضطرابی در سبب- شناسی این اختلال را کمرنگ کند. مدل‌های ابعادی عموماً نشانه‌های اختلال وسوسی- جبری را در ۴ بعد دسته‌بندی می‌کنند: ۱) افکار مربوط به آلدگی/ رفتارهای شستشو^{۳۰} ۲) اشتغال ذهنی با مسئولیت/ رفتارهای وارسی^{۳۱} ۳) افکار مربوط به نظام و تقارن/ رفتارهای نظم و ترتیب^{۳۲} ۴) افکار غیرقابل قبول/ رفتارهای خشی‌ساز^{۳۳} (مثل سرکوبی فکر) (آبراموویتز و همکاران، ۲۰۱۰؛ راینسون و فریستون، ۲۰۱۴). این ابعاد، الگوهای همبودی، وراثتی و درمانی مجازی دارند (ماتیکس-کلز و همکاران، ۲۰۱۴).

می‌کنند (بارلو، ۲۰۰۴)، نتیجه آنکه این افراد تلاش می‌کنند با انجام اعمالی، افکار مزاحم خود را کنترل کنند تا اضطراب ناشی از وجود این نشانه‌های بدنی و حالت وحشت‌زدگی را تجربه نکنند. در نهایت، ترس از حس- های بدنی می‌تواند با وسوسه‌های مرتبط با آلدگی در این افراد مرتبط باشد. این گروه از بیماران وسوسی نشانه‌های بدنی خود را بیش برآورد می‌کنند و پیش‌آگهی بیماری‌های جسمانی خود را ضعیف در نظر می‌گیرند (ریومن^{۲۶} و همکاران، ۲۰۱۷). آن‌ها از بیمار شدن می- ترسند و نگران‌اند که نشانه‌های بدنی، نشانه‌ای از ابتلاء به یک بیماری جسمی جدی باشد.

یکی دیگر از ویژگی‌های افراد مبتلا به اختلال وسوسی- جبری، داشتن استانداردهای سطح بالا است که با کمال- گرایی، احساس گناه و مسئولیت بیش از حد ارتباط دارد. از نظر این افراد افکار ناخواسته‌ای که در شرایط استرس زا ایجاد می‌شوند، غیرقابل قبول‌اند و علامتی از خطر یا شکست بالقوه هستند؛ بنابراین فرد در مقابل آن‌ها مسئول است (بارلو، ۲۰۰۴). کمال‌گرایی در این گروه از بیماران شامل نگرانی در مورد اشتباهات، انتظارات بیرونی و انتقاد است (فراست و همکاران^{۲۷}، ۲۰۰۲). برخی مطالعات ارتباط معناداری را بین خردۀ مقیاس نگرانی‌های اجتماعی و نشانه‌های وسوس تقارن و همچنین رفتارهای وارسی گزارش کرده‌اند (پلی و همکاران^{۲۸}، ۲۰۱۷؛ راینز و همکاران^{۲۹}، ۲۰۱۴). بسیاری از رفتارهای وسوسی برای جلوگیری از اشتباه و همچنین اجتناب از سرزنش دیگران انجام می‌شوند. در واقع می‌توان گفت این افراد نسبت به ارزیابی منفی دیگران و سرزنش شدن از سوی آن‌ها

²⁶.Reuman

²⁷.Frost, Novara, & Rhéaume

²⁸.Poli, Mellì, Ghisi, Bottesi, & Sica

²⁹.Raines, Oglesby, Capron, & Schmidt

حساسیت اضطرابی به بهترین وجه می‌تواند استفاده از خدمات بهداشتی را پیش‌بینی کند (ونکلف و همکاران، ۲۰۰۷).

نتایج مطالعات حاکی از آن است که حساسیت اضطرابی با افکار تکراری مرتبط با مسئولیت‌پذیری ارتباط دارد. مطالعه ویتون و همکاران نشان داد که خرده مقیاس نگرانی‌های شناختی (ترس از دست دادن کنترل) می‌تواند افکار تکراری مرتبط با فنوتاپ مسئولیت‌پذیری را پیش‌بینی کند (ویتون و همکاران، ۲۰۱۲). بیمارانی که اشتغال ذهنی اصلی آن‌ها مسئولیت‌پذیری است، اغلب شک می‌کنند یا نگران‌اند که به دیگران آسیب بزنند یا نتوانند از آسیب پیشگیری کنند. آن‌ها تلاش می‌کنند شک‌های خود را کنترل کنند یا از شر آن‌ها خلاص شوند. این گروه از افراد به توانایی‌های ذهنی خود برای توجه به موقعیت و کنترل آن اطمینان ندارند و می‌ترسند در اثر بی‌توجهی، آسیب‌هایی را ایجاد کنند. از سوی دیگر این افراد برای جلوگیری از آسیب یا شکست احتمالی، دست به وارسی می‌زنند. مطالعه رینز و همکاران نشان داد که بین خرده مقیاس نگرانی‌های اجتماعی و رفتارهای وارسی ارتباط معناداری وجود دارد (راینزو همکاران، ۲۰۱۴). با توجه به آنکه رفتارهای وارسی اغلب قابل مشاهده‌اند، به نظر می‌رسد که این افراد نگران قضاوت دیگران باشند و بترسند که دیگران آن‌ها را دیوانه بنامند.

مطالعات انجام‌شده بر روی اختلال وسوسی - جبری همچنین نشان دادند که بین خرده مقیاس‌های حساسیت اضطرابی و وسوس از نوع تقارن ارتباط وجود دارد (راینزو و فریستون، ۲۰۱۴)؛ هرچند این نتایج ناهمگون هستند. طبق مطالعه ویتون و همکاران خرده مقیاس‌های ترس از دست دادن کنترل شناختی و نگرانی‌های بدنی

با وجود آنکه به نظر می‌رسد بررسی اختلال وسوسی - جبری به عنوان یک ساختار چندبعدی به درک دقیق تر ارتباط حساسیت اضطرابی با این اختلال کمک کند، مطالعات بسیار کمی به بررسی این موضوع پرداخته‌اند. نتایج این مطالعات نشان می‌دهد که بین خرده مقیاس‌های حساسیت اضطرابی و ابعاد مختلف نشانه‌های وسوسی ارتباط معناداری وجود دارد (کالاماری و همکاران، ۲۰۰۸، راینزو و همکاران، ۲۰۱۴؛ راینزو و فریستون، ۲۰۱۴). مطالعه ویتون^{۳۲} و همکاران نشان داد که خرده مقیاس ترس از حس‌های بدنی می‌تواند به طور معناداری وسوس از نوع آلودگی را در نمونه غیر بالینی پیش‌بینی کند (ویتون و همکاران، ۲۰۱۲). بسیاری از افرادی که افکار وسوسی مرتبط با آلودگی دارند در واقع از بیمار شدن می‌ترسند. نگرانی‌های مرتبط با سلامتی در این افراد احتمالاً با ترس از حس‌های بدنی همراه است. در واقع، آن‌ها برخی از نشانه‌های بدنی اضطراب را به غلط تفسیر می‌کنند و نگران‌اند که مشکلات بدنی آن‌ها علامتی از یک بیماری جدی باشند. از طرفی دیگر، مطالعه رینز^{۳۳} و همکاران نشان داد که ارتباط معناداری بین خرده مقیاس ترس از حس‌های بدنی و رفتارهای شستشو وجود ندارد (راینزو همکاران، ۲۰۱۴). نویسنده‌گان این مقاله بیان کردند که رفتارهای شستشو ممکن است به جای سازه حساسیت اضطرابی با بخش دیگری از نظریه انتظاری رایس، یعنی حساسیت نسبت به بیماری^{۳۴}، مرتبط باشد. در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۷ صورت گرفت مشخص شد که حساسیت نسبت به بیماری بهترین پیش‌بینی کننده رفتارهایی است که سلامتی فرد را حفظ می‌کنند (مثل شستشو برای پیشگیری از آلودگی)، در حالی که

³² Wheaton

³³ Raines

³⁴ illness sensitivity

داده‌اند. با تداوم این روند افراد وسوسی که افکار غیرقابل قبولی دارند، نگران‌اند که از دست دادن کنترل توانایی‌های شناختی منجر به از دست دادن کنترل رفتارها در آینده شود. این افراد افکار خود را غیرقابل قبول می‌دانند و تلاش می‌کنند آن‌ها را از دیگران مخفی کنند، زیرا نگران‌اند که از سمت دیگران مورد قضاوت قرار گیرند و سرزنش شوند (نیوت و راجمن، ۲۰۰۱). این افراد حتی می‌ترسند که نشانه‌های اضطرابی آن‌ها به عنوان علامتی مبني بر وجود افکار غیرقابل قبولشان تلقی شود (ویتون و همکاران، ۲۰۱۲).

حساسیت اضطرابی و درمان اختلال وسوسی- جبری

نشانه‌های وسوسی- جبری در ۲ تا ۳ درصد مبتلایان، موجب پریشانی قابل توجه و نقص عملکرد می‌شود (کسلر و همکاران، ۲۰۰۷). بدین منظور، درمان‌های روان‌شناختی متعددی برای اختلال وسوسی- جبری پیشنهاد شده است. با توجه به شواهد موجود مبني بر ارتباط حساسیت اضطرابی و اختلال وسوسی- جبری، به نظر می‌رسد درمان‌هایی که این سازه شناختی را هدف قرار می‌دهند، بتوانند بر کاهش نشانه‌های وسوسی نیز اثر بگذارند. بازول^{۳۸} و همکاران در مطالعه خود به بررسی اثر درمان فرا تشخیصی در کاهش حساسیت اضطرابی و نشانه‌های اضطرابی پرداختند. علی‌رغم آنکه نتایج این مطالعه ارتباط علی‌را مطرح نکرد اما توانست ارتباط معناداری را بین رویارویی با نشانه‌های بدنی^{۳۹} با کاهش حساسیت اضطرابی و نشانه‌های اضطرابی نشان دهد (بازول و همکاران، ۲۰۱۳). رویارویی با نشانه‌های بدنی به طور

می‌توانند نشانه‌های وسوسی تقارن را در گروه غیربالینی پیش‌بینی کنند (ویتون و همکاران، ۲۰۱۲). این گروه از افراد وسوسی تمایل دارند که کارها را دقیق و بدون کوچک‌ترین اشتباہی انجام دهند و کنترل امور را در دست بگیرند (راسموسن و آیسن^{۳۵}، ۱۹۹۲). این گروه نیز مانند دسته قبل به توانایی‌های ذهنی خود برای کنترل موقعیت اطمینان ندارند و باور دارند که اگر اشیا به درستی سر جای خود قرار نگیرند، نمی‌توانند به خوبی با موقعیت کنار بیانند و اضطراب و آشفتگی نامحدودی را تجربه خواهند کرد (کلیز و همکاران^{۳۶}، ۲۰۰۳). مطالعات دیگر ارتباط معناداری را بین خرد مقياس نگرانی‌های اجتماعی و نشانه‌های وسوسی تقارن گزارش کردند (پلی و همکاران، ۲۰۱۷؛ راینز و همکاران، ۲۰۱۴). با با توجه به اینکه رفتارهای وسوسی مرتبط با این بعد از نشانه‌های وسوسی نیز اغلب قابل مشاهده است، طبیعی به نظر می‌رسد که این گروه از بیماران نسبت به قضاوت‌های دیگران و برچسب خوردن از سمت آن‌ها حساس باشند. درنهایت طبق مطالعات انجام‌شده بین خرد مقياس نگرانی‌های شناختی و اجتماعی حساسیت اضطرابی و افکار غیرقابل قبول تکراری ارتباط وجود دارد (راینز و همکاران، ۲۰۱۴؛ ویتون و همکاران، ۲۰۱۲). این افراد افکار خود را بیش از اندازه بالهیت ارزیابی می‌کنند و احساس می‌کنند که کنترلی بر روی آن‌ها ندارند. آن‌ها تلاش بیشتری برای کنترل این افکار می‌کنند اما از آنجایی که سرکوب افکار عموماً با شکست همراه است (وگنر و زاناکوس^{۳۷}، ۱۹۹۴)، این افکار باشدت بیشتری تداوم می‌یابند. این گروه از بیماران وسوسی گمان می‌کنند که کنترل توانایی‌های شناختی خود را از دست

³⁸.Boswell

³⁹. interoceptive exposure

³⁵.Rasmussen & Eisen

³⁶.Coles, Frost, Heimberg, & Rhéaume

³⁷.Wegner & Zanakos

اضطرابی^{۴۴} در این گروه از بیماران می‌گردد. درواقع بیماران وسوسی با حساسیت اضطرابی بالا، علاوه بر محركی که با آن مواجه شده‌اند، از احساسات بدنی خود حین رویارویی نیز می‌ترسند، درست مانند حالتی که در اختلال وحشت‌زدگی مشاهده می‌شود (پنس و همکاران^{۴۵}، ۲۰۱۰). افراد مبتلا به اختلال وسوسی- جبری که حساسیت اضطرابی بالایی نیز دارند، در حین رویارویی ممکن است حملات وحشت‌زدگی را تجربه کنند که این خود اجتناب را افزایش و همکاری در درمان را کاهش می‌دهد. بلاکی و همکاران^{۴۶} در مطالعه‌ای نقش حساسیت اضطرابی در پیامدهای درمان شناختی رفتاری بیماران وسوسی را بررسی نمودند (بلاکی و همکاران^{۴۷}، ۲۰۱۷). نتایج آن‌ها نشان داد که میزان اولیه حساسیت اضطرابی می‌تواند شدت نشانه‌های وسوسی، در این بیماران را پس از درمان پیش‌بینی کند (هرچه میزان حساسیت اضطرابی در ابتداء بیشتر باشد، شدت نشانه‌های وسوسی، پس از درمان نیز بیشتر خواهد بود).

از طرفی افراد مبتلا به اختلال وسوسی- جبری با حساسیت اضطرابی بالا، عملکردی مختلف دارند و اضطراب بالایی تجربه می‌کنند. این حالت ممکن است موجب شود که اعضای خانواده و اطرافیان آن‌ها، دست به رفتارهایی بزنند که آشتفتگی این بیماران را در کوتاه مدت کمتر می‌کند، مثلاً اجتناب‌هایشان را تسهیل کنند یا در آعمال اجباری شان مشارکت نمایند (ویو^{۴۸} و همکاران، ۲۰۱۶). درواقع می‌توان گفت عملکرد و ساختار خانواده می‌تواند در تداوم این اختلال نقش داشته باشد. مطالعات

ستی راهبردی برای کاهش حساسیت اضطرابی و درنتیجه، کاهش نشانه‌ها در اختلال پنیک در نظر گرفته می‌شد، اما امروزه به نظر می‌رسد که این راهبردی برای بیشتر اختلال‌های اضطرابی کاربرد داشته باشد.

راینر و همکاران در کارآزمایی خود اثر مداخله کوتاه‌مدت در کاهش نگرانی‌های شناختی حساسیت اضطرابی^{۴۹} را بروی گرایش به خودکشی افراد وسوسی بررسی کردند (راینر و همکاران^{۴۱}، ۲۰۱۵). نتایج آن‌ها نشان داد که این درمان از طریق کاهش بعد شناختی حساسیت اضطرابی می‌تواند گرایش به خودکشی را در افراد وسوسی کاهش دهد. تیمپانو^{۴۳} و همکاران نیز بیان کردند که مداخله کوتاه‌مدت کاهش حساسیت اضطرابی، می‌تواند با کاهش حساسیت اضطرابی، نشانه‌های فکری و عملی وسوس را کاهش دهد (تیمپانو و همکاران، ۲۰۱۶). این محققان پیشنهاد کردند که با توجه به ماهیت چند‌بعدی اختلال وسوسی- جبری، مطالعات بعدی به بررسی اثر کاهش حساسیت اضطرابی در درمان ابعاد مختلف این اختلال و تفاوت‌های آن‌ها بپردازند.

از سوی دیگر شواهدی وجود دارند که لزوم بررسی حساسیت اضطرابی به عنوان عامل پیش‌بینی کننده پیامدهای درمان اختلال وسوسی- جبری را مطرح می‌کند. برای مثال، علی‌رغم حمایت‌های تجربی که از درمان‌های شناختی- رفتاری در درمان اختلال وسوسی- جبری صورت گرفته است، برخی از بیماران به این درمان‌ها به طور مناسب پاسخ نمی‌دهند. علاوه بر این، در درمان این اختلال اغلب از تکنیک‌های رویارویی^{۴۳} استفاده می‌شود که این خود موجب برانگیختگی

⁴⁴. anxious arousal

⁴⁵. Pence Jr, Sulkowski, Jordan, & Storch

⁴⁶. Blakey et al.

⁴⁷. Blakey, Abramowitz, Reuman, Leonard, & Riemann

⁴⁸. Wu

⁴⁰. brief anxiety sensitivity cognitive concerns intervention

⁴¹. Raines, Short, Allan, Oglesby, & Schmidt

⁴². Timpano

⁴³. exposure

به در که هرچه بیشتر نشانه‌های اختلال وسوسی- جبری و همچنین بهبود مدل‌های تبیینی و فرایندهای درمانی کمک کند. از این منظر در مطالعه حاضر تلاش شد تا با ارائه شواهد نظری و عملی، نقش ابعاد مختلف این سازه شناختی در ابتلا به اختلال وسوسی- جبری و تداوم نشانه‌های آن موردنرسی قرار گیرد. در نهایت با توجه به مطالعات مطرح شده می‌توان گفت، سازهٔ حساسیت اضطرابی نقش قابل توجهی در سبب‌شناسی و درمان اختلال وسوسی- جبری دارد و بالینگران باید به این سازه شناختی و اثرات چندوجهی آن در کار با بیماران وسوسی توجه کنند.

References

- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Olatunji, B. O., Wheaton, M. G., Berman, N. C., Losardo, D., . . . Hale, L. R. (2010). Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychol Assess*, 22(1), 180-198. doi:10.1037/a0018260
- Amir, N., Cashman, L., & Foa, E. B. (1997). Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 35(8), 775-IN771.
- Asmundson, G. J., Weeks, J. W., Carleton, R. N., Thibodeau, M. A., & Fetzner, M. G. (2011). Revisiting the latent structure of the anxiety sensitivity construct: more evidence of dimensionality. *J Anxiety Disord*, 25(1), 138-147. doi:10.1016/j.janxdis.2010.08.013
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub.
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford press.
- Blakey, S. M., Abramowitz, J. S., Reuman, L., Leonard, R. C., & Riemann, B. C. (2017). Anxiety

نشان دادند که مساعدت‌های خانوادگی^{۴۹} بر پیامدهای درمان اختلال وسوسی- جبری اثر می‌گذارد (لیبوویچ و همکاران، ۲۰۱۶). به نظر می‌رسد هرچه آشتگی و حساسیت این بیماران بیشتر باشد، مساعدت‌های خانوادگی که دریافت می‌کنند نیز بیشتر می‌شود. چنین شرایطی با اهداف درمانی رویارویی در تضاد است؛ یعنی بیمار کمتر با نشانه‌های خود روبه‌رو می‌شود. بر اساس مطالعه وُیو^{۵۰} و همکاران، حساسیت اضطرابی به طور معناداری با مساعدت‌های خانوادگی ارتباط دارد، به ویژه بعد نگرانی‌های شناختی حساسیت اضطرابی می‌تواند افزایش مساعدت‌های خانوادگی کسب شده توسط این بیماران را پیش‌بینی کند (ویو و همکاران، ۲۰۱۶). این مساعدت‌ها با تقویت منفی نشانه‌های وسوسی موجب تداوم آن‌ها می‌شوند و از ایجاد ارزیابی‌ها و رفتارهای سازگارانه‌تر جلوگیری می‌کنند.

از سوی دیگر نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهند هرچه حساسیت اضطرابی در اعضای خانواده و مراقبان بیمار بیشتر باشد، آن‌ها با احتمال بیشتری درگیر نشانه‌های وسوسی عضو بیمار خانواده می‌شوند و نشانه‌های او را تقویت می‌کنند (کاستینو، ۲۰۱۵). به بیان دیگر ناتوانی مراقب در تحمل آشتگی و اضطراب فرزند وسوسی به تشدید نشانه‌های او منجر می‌شود.

نتیجه‌گیری

اختلال وسوسی- جبری اختلالی چندوجهی و ناتوان‌کننده است و عوامل شناختی مختلفی در سبب- شناسی و تداوم آن دخیل هستند. حساسیت اضطرابی یکی از عوامل مطرح شده در این حوزه است که می‌تواند

⁴⁹ Family accommodation

⁵⁰ Wu

- disorder. *Am J Psychiatry*, 152(1), 90-96. doi:10.1176/ajp.152.1.90
- Frost, R. O., Novara, C., & Rhéaume, J. (2002). Perfectionism in obsessive compulsive disorder *Cognitive approaches to obsessions and compulsions* (pp. 91-105): Elsevier.
- Gallagher, M. W., Bentley, K. H., & Barlow, D. H. (2014). Perceived Control and Vulnerability to Anxiety Disorders: A Meta-analytic Review. *Cognitive therapy and research*, 38(6), 571-584. doi:10.1007/s10608-014-9624-x
- Group, O. C. C. W. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 35(7), 667-681.
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., R. D. E. G., Demyttenaere, K., Gasquet, I., ... Ustun, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World psychiatry*, 6(3), 168-176.
- Laposa, J. M., Collimore, K. C., Hawley, L. L., & Rector, N. A. (2015). Distress tolerance in OCD and anxiety disorders, and its relationship with anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty. *J Anxiety Disord*, 33, 8-14. doi:10.1016/j.janxdis.2015.04.003
- Lebowitz, E. R., Panza, K. E., & Bloch, M. H. (2016). Family accommodation in obsessive-compulsive and anxiety disorders: a five-year update. *Expert Rev Neurother*, 16(1), 45-53. doi:10.1586/14737175.2016.1126181
- Mataix-Cols, D., Rosario-Campos, M. C., & Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 162(2), 228-238. doi:10.1176/appi.ajp.162.2.228
- Moulding, R., & Kyrios, M. (2007). Desire for control, sense of control and obsessive-compulsive symptoms. *Cognitive therapy and research*, 31(6), 759-772. doi:10.1007/s10608-006-9086-x
- Newth, S., & Rachman, S. (2001). The concealment of obsessions. *Behav Res Ther*, 39(4), 457-464.
- Pence Jr, S. L., Sulkowski, M. L., Jordan, C., & Storch, E. A. (2010). When exposures go wrong: sensitivity as a predictor of outcome in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 57, 113-117. doi:10.1016/j.jbtep.2017.05.003
- Boswell, J. F., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray, H. W., Fortune, M. R., & Barlow, D. H. (2013). Anxiety sensitivity and interoceptive exposure: a transdiagnostic construct and change strategy. *Behav Ther*, 44(3), 417-431. doi:10.1016/j.beth.2013.03.006
- Calamari, J. E., Rector, N. A., Woodard, J. L., Cohen, R. J., & Chik, H. M. (2008). Anxiety sensitivity and obsessive-compulsive disorder. *Assessment*, 15(3), 351-363.
- Coles, M. E., Frost, R. O., Heimberg, R. G., & Rhéaume, J. (2003). "Not just right experiences": perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behaviour research and therapy*, 41(6), 681-700.
- Cosentino, T., Faraci, P., Coda, D., D'Angelo, R., De Pari, L. A., Di Crescenzo, M. R., ... Scelza, A. (2015). FAMILY ACCOMMODATION IN OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: A STUDY ON ASSOCIATED VARIABLES. *Clinical Neuropsychiatry*, 12(5).
- Deacon, B., & Abramowitz, J. (2006). Anxiety sensitivity and its dimensions across the anxiety disorders. *J Anxiety Disord*, 20(7), 837-857. doi:10.1016/j.janxdis.2006.01.003
- Deacon, B., & Abramowitz, J. (2006). Anxiety sensitivity and its dimensions across the anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 20(7), 837-857.
- Fava, L., Bellantuono, S., Bizzi, A., Cesario, M., Costa, B., De Simoni, E., ... Iacono, A. L. (2014). Review of Obsessive Compulsive Disorders Theories. *Global Journal of Epidemiology and Public Health*, 1, 1-13.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Goodman, W. K., Hollander, E., Jenike, M. A., & Rasmussen, S. A. (1995). DSM-IV field trial: obsessive-compulsive

- Schmidt, N. B., & Lerew, D. R. (2002). Prospective evaluation of perceived control, predictability, and anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24(4), 207-214. doi:10.1023/A:1020795114296
- Schmidt, N. B., Zvolensky, M. J., & Maner, J. K. (2006). Anxiety sensitivity: prospective prediction of panic attacks and Axis I pathology. *J Psychiatr Res*, 40(8), 691-699. doi:10.1016/j.jpsychires.2006.07.009
- Taylor, S. (2014). *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety*: Routledge.
- Taylor, S., Koch, W. J., & McNally, R. J. (1992). How does anxiety sensitivity vary across the anxiety disorders? *Journal of anxiety disorders*, 6(3), 249-259. doi:10.1016/0887-6185(92)90037-8
- Timpano, K. R., Raines, A. M., Shaw, A. M., Keough, M. E., & Schmidt, N. B. (2016). Effects of a brief anxiety sensitivity reduction intervention on obsessive compulsive spectrum symptoms in a young adult sample. *J Psychiatr Res*, 83, 8-15. doi:10.1016/j.jpsychires.2016.07.022
- Vancleef, L. M. G., Peters, M. L., Gilissen, S. M. P., & De Jong, P. J. (2007). Understanding the role of injury/illness sensitivity and anxiety sensitivity in (Automatic) pain processing: An examination using the extrinsic affective Simon task. *Journal of Pain*, 8(7), 563-572. doi:10.1016/j.jpain.2007.02.431
- Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *J Pers*, 62(4), 616-640.
- Wheaton, M. G., Deacon, B. J., McGrath, P. B., Berman, N. C., & Abramowitz, J. S. (2012). Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: evaluation of the ASI-3. *J Anxiety Disord*, 26(3), 401-408. doi:10.1016/j.janxdis.2012.01.002
- Wheaton, M. G., Mahaffey, B., Timpano, K. R., Berman, N. C., & Abramowitz, J. S. (2012). The relationship between anxiety sensitivity and obsessive-compulsive symptom dimensions. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 43(3), 891-896. doi:10.1016/j.jbtep.2012.01.001
- Trouble-shooting guidelines for managing difficult scenarios that arise in exposure-based treatment for obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 64(1), 39-53.
- Poli, A., Melli, G., Ghisi, M., Bottesi, G., & Sica, C. (2017). Anxiety sensitivity and obsessive-compulsive symptom dimensions: Further evidence of specific relationships in a clinical sample. *Personality and Individual Differences*, 109, 130-136. doi:10.1016/j.paid.2017.01.002
- Raines, A. M., Oglesby, M. E., Capron, D. W., & Schmidt, N. B. (2014). Obsessive compulsive disorder and anxiety sensitivity: Identification of specific relations among symptom dimensions. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 71-76. doi:10.1016/j.jocrd.2014.01.001
- Raines, A. M., Short, N. A., Allan, N. P., Oglesby, M. E., & Schmidt, N. B. (2015). Examination of a brief anxiety sensitivity cognitive concerns intervention on suicidality among individuals with obsessive-compulsive symptoms. *Contemp Clin Trials*, 45(Pt B), 191-195. doi:10.1016/j.cct.2015.09.006
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 15(4), 743-758.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behav Res Ther*, 24(1), 1-8.
- Reuman, L., Jacoby, R. J., Blakey, S. M., Riemann, B. C., Leonard, R. C., & Abramowitz, J. S. (2017). Predictors of illness anxiety symptoms in patients with obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Res*, 256, 417-422. doi:10.1016/j.psychres.2017.07.012
- Robinson, L. J., & Freeston, M. H. (2014). Emotion and internal experience in Obsessive Compulsive Disorder: reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. *Clin Psychol Rev*, 34(3), 256-271. doi:10.1016/j.cpr.2014.03.003

Wu, M. S., McGuire, J. F., & Storch, E. A. (2016). Anxiety sensitivity and family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*, 205, 344-350. doi:10.1016/j.jad.2016.08.024

Wu, M. S., McGuire, J. F., Martino, C., Phares, V., Selles, R. R., & Storch, E. A. (2016). A meta-analysis of family accommodation and OCD symptom severity. *Clin Psychol Rev*, 45, 34-44. doi:10.1016/j.cpr.2016.03.003