Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 5/ No. 5/ 2018
Page: 69-80

Anxiety Sensitivity and Obsessive-Compulsive Disorder: A Mini Review

Sahel Khakpour[1], Fayegh Yousefi[2], Omid Saed[3],

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.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.6.7]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.69]

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال پنجم، شماره ۵، ۱۳۹۷
صفحات: ۸۰-۶۹

مروری 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، دانشکده پزشکی، 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 دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۵/۰۴ **تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۹/۱۳**

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 کنترلِ توانایی‌های ذهنی، ترس از نشانه‌های بدنی و همچنین حساسیت نسبت به ارزیابی منفی دیگران در این اختلال نقش داشته باشد. از طرفی بررسی مدل‌های ابعادیِ اختلال وسواسی- جبری نشان داد که هر یک از فنوتیپ‌های این اختلال با وجوه مختلفی از سازهٔ حساسیت اضطرابی در ارتباط هستند. درنهایت بررسی درمان‌های موجود حاکی از آن است که حساسیت اضطرابی را می‌توان به‌عنوان یک عامل درمانی مهم در درمان اختلال وسواسی- جبری در نظر گرفت.

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

تمامی حقوق نشر براي دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.6.7]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.69]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.6.7]

[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.69]

مقدمه

اختلال وسواسی- جبری[1] اختلالی است که با نشانه‌های وسواس 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 چشم‌گیر عملکرد فرد در حوزه‌های مختلف می‌شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). به‌منظور درک بهتر کارکرد وسواس‌ها و اجبارها، مطالعات به بررسی تجربه‌های هیجانی و درونی افراد مبتلابه اختلال وسواسی- جبری پرداختند و عوامل مختلفی را شناسایی کردند. یکی از عواملی که اخیراً مورد توجّه پژوهشگران قرار گرفته است سازۀ حساسیت اضطرابی[2] است.

حساسیت اضطرابی یک سبک‌شناختی است که ترس شدید از علائم اضطرابی را شامل می‌شود (تیلور[3]، 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 تجربۀ علائم اضطرابی و ترس از این علائم با یکدیگر متفاوت هستند (رایس و همکاران[4]، 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 نشانه‌های اجتماعی قابل‌مشاهده است (آسموندسون و همکاران[5]، ۲۰۱۱؛ ویتون و همکاران[6]، ۲۰۱۲). با وجود آنکه این عامل در ابتدا در ارتباط با اختلال وحشت-زدگی[7] مطرح شد، اما نتایج نشان می‌دهد حساسیت اضطرابی را می‌توان به‌عنوان یک آسیب‌پذیری زیربنایی برای ابتلا به اختلال‌های محور I در نظر گرفت (اشمیت و همکاران[8]، ۲۰۰۶). مطالعات نشان می‌دهند در مقایسه با افراد سالم، بیماران وسواسی میزان بیشتری از حساسیت اضطرابی را گزارش (دیکون و آبراموویتز ، ۲۰۰۶؛ تیلور و همکاران[9]، ۱۹۹۲؛ ویتون و همکاران، ۲۰۱۲). به ویژه هرچه سطح حساسیت اضطرابی بالاتر باشد، شدت نشانه‌های وسواسی در گروه‌های بالینی و غیر بالینی نیز بیشتر است (لاپوسا و همکاران[10]، ۲۰۱۵؛ ویتون و همکاران، ۲۰۱۲).

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

حساسیت اضطرابی و نشانه‌های اختلال وسواسی- جبری

[1].obsessive compulsive disorder
[2]. Anxiety Sensitivity
[3].Taylor
[4].Reiss, Peterson, Gursky, & McNally

[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

یکی از ویژگی‌های مطرح شده در ارتباط با اختلال‌های اضطرابی سازهٔ کنترل ادراک‌شده است (گلاگر[11]، ۲۰۱۴). مطالعهٔ مولدینگ و کیروس[12] نشان داد که افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری میل به کنترل بالا و احساس کنترل پایینی دارند (مولدینگ و کیروس، ۲۰۰۷). بر اساس نظریهٔ کنترل شناختیِ فکر[13] کلارک، افراد مبتلابه اختلال وسواسی-جبری احساس می‌کنند که کنترل کافی بر افکار مزاحم خود ندارند (امیر و همکاران[14]، ۱۹۹۷). آن‌ها احتمال وقوع تهدید و یا پیامدهای منفی رویدادها را بیش از اندازه ارزیابی می‌کنند (کارگروه شناخت‌های وسواسی- جبری، ۱۹۹۷) و به افکار خود بیش از حد اهمیت می‌دهند(فاوا[15] و همکاران، ۲۰۱۴) ؛ درنتیجه آشفتگی‌های روانی و نشانه-های فکری و رفتاری وسواس را تجربه می‌کنند. تفکر جادویی یکی دیگر از ویژگی‌های افراد مبتلا به اختلال وسواسی-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[16] می‌گویند. این بیماران نگران‌اند که با از دست دادن کنترل افکار، کنترل رفتار خود را نیز از دست بدهند. درواقع به نظر می‌رسد که حساسیت اضطرابی از طریق ترس از دست دادن کنترل شناختی با نشانه‌های اختلال وسواسی- جبری در ارتباط باشد. اکثر مطالعات از ارتباط بین خرده مقیاس نگرانی‌های شناختیِ حساسیت اضطرابی و نشانه‌های وسواسی حمایت کرده‌اند (بازول[17] و همکاران، ۲۰۱۳؛ کالاماری و همکاران[18]، ۲۰۰۸؛ رابینسون و فریستون[19]، ۲۰۱۴؛ تیمپانو و همکاران[20]، ۲۰۱۶). اشمیت و لِرو[21] (۲۰۰۲) در مطالعه‌ای به بررسی ارتباط حساسیت اضطرابی و کنترل ادراک‌شده در ایجاد نشانه‌های اضطرابی پرداختند. مطالعهٔ آنان نشان داد که حساسیت اضطرابی از طریق کنترل ادراک‌شده می‌تواند نشانه‌های اضطرابی را پیش‌بینی کند. مطالعهٔ کالماری[22] و همکاران نیز نشان داد که حساسیت اضطرابی با باورهای مربوط به کنترل و اهمیت افکار در بیماران وسواسی ارتباط دارد (کالاماری و همکاران، ۲۰۰۸). آن‌ها نتیجه گرفتند که ارتباط میان حساسیت اضطرابی و باورهای مربوط به بیش اهمیت‌دهی به افکار[23]، می‌تواند احتمال شروع رفتارهای خنثی‌کنندهٔ اضطراب[24] را افزایش دهد.

از طرفی برخی از افراد مبتلا به اختلال وسواسی- جبری ممکن است از نشانه‌های بدنی اضطراب بترسند. دانکن و آبراموویچ[25] بیان کردند که بین خرده مقیاس ترس از حس‌های بدنی و وسواس رابطه وجود دارد (دیکون و آبراموویتز، ۲۰۰۶). این گروه از افراد نسبت به نشانه‌های بدنی خود گوش‌به‌زنگ هستند و بیش از اندازه به آن‌ها توجه می‌کنند. درواقع آن‌ها نگران‌اند که در اثر تجربهٔ اضطرابِ شدید، کنترل ذهنی خود را از دست بدهند. علاوه بر این، برخی از بیماران وسواسی در واکنش به افکار مزاحم خود، نشانه‌های وحشت‌زدگی را تجربه

[11].Gallagher, Bentley, & Barlow
[12]. Moulding & Kyrios
[13]. Cognitive Thought Control
[14].Amir, Cashman, & Foa
[15].Fava
[16]. Thought Action Fusion

[17].Boswell
[18].Calamari, Rector, Woodard, Cohen, & Chik
[19].Robinson & Freeston
[20].Timpano, Raines, Shaw, Keough, & Schmidt
[21]. Schmidt and Lerew
[22]. Calamari
[23]. overimportance
[24]. anxiety-neutralizing behaviors
[25]. Deacon & Abramowitz

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.6.7]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.69]

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 وسواس‌های مرتبط با آلودگی در این افراد مرتبط باشد. این گروه از بیماران وسواسی 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 ابتلا به یک بیماری جسمی جدی باشد.

یکی دیگر از ویژگی‌های افراد مبتلابه اختلال وسواسی-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 استرس‌زا ایجاد می‌شوند، غیرقابل‌قبول‌اند و علامتی از خطر یا شکست بالقوه هستند؛ بنابراین فرد در قِبال 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 خرده مقیاس نگرانی‌های اجتماعی و نشانه‌های وسواس تقارن و همچنین رفتارهای وارسی گزارش کرده‌اند (پلی و همکاران[۲۸]، ۲۰۱۷؛ راینز و همکاران[۲۹]، ۲۰۱۴). بسیاری از رفتارهای وسواسی 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 حساس‌اند. علاوه بر این برخی از بیماران وسواسی می-ترسند که دیگران متوجّه وجود نشانه‌های بدنی اضطراب در آن‌ها شوند و آنان را مورد ارزیابی منفی قرار دهند (ریومن و همکاران، ۲۰۱۷).

حساسیت اضطرابی و ابعاد اختلال وسواسی-جبری

علی‌رغم نتایج بالا، برخی مطالعات ارتباط متوسط تا ضعیفی را بین حساسیت اضطرابی و نشانه‌های وسواسی-جبری در مقایسه با سایر نشانه‌های اضطرابی، مثل اضطراب اجتماعی یا وحشت‌زدگی، گزارش کرده‌اند (دیکون و آبراموویتز، ۲۰۰۶؛ ویتون و همکاران، ۲۰۱۲). نکتهٔ قابل‌توجه این است که این مطالعات اختلال وسواسی- جبری را به‌صورت یک ساختار واحد بررسی کرده‌اند، درحالی‌که این اختلال با فنوتیپ‌های متنوعی شناخته می‌شود (فووآ و همکاران، ۱۹۹۵). به بیان دیگر در نظر گرفتن اختلال وسواسی- جبری به‌عنوان یک ساختار واحد می‌تواند نقش حساسیت اضطرابی در سبب-شناسی این اختلال را کمرنگ کند. مدل‌های ابعادی عموماً نشانه‌های اختلال وسواسی- جبری را در ۴ بُعد دسته‌بندی می‌کنند: ۱) افکار مربوط به آلودگی/ رفتارهای شستشو ۲) اشتغال ذهنی با مسئولیت/ رفتارهای وارسی ۳) افکار مربوط به نظم و تقارن/ رفتارهای نظم و ترتیب ۴) افکار غیرقابل قبول/ رفتارهای خنثی‌ساز[۳۰] (مثل سرکوبی فکر) (آبراموویتز و همکاران، ۲۰۱۰؛ رابینسون و فریستون، ۲۰۱۴). این ابعاد، الگوهای همبودی، وراثتی و درمانی مجزایی دارند (ماتیکس-کلز و همکاران[۳۱]، ۲۰۰۵).

[26].Reuman
[27].Frost, Novara, & Rhéaume
[28].Poli, Melli, Ghisi, Bottesi, & Sica
[29].Raines, Oglesby, Capron, & Schmidt

[30]. Neutralizing compulsions
[31].Mataix-Cols, Rosario-Campos, & Leckman

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.6.7]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.69]

با وجود آنکه به نظر می‌رسد بررسی اختلال وسواسی- جبری به‌عنوان یک ساختار چندبعدی به درک دقیق‌تر 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 وسواسی ارتباط معناداری وجود دارد (کالاماری و همکاران، ۲۰۰۸، راینز و همکاران، ۲۰۱۴؛ رابینسون و فریستون، ۲۰۱۴). مطالعه ویتون[۳۲] و همکاران نشان داد که خرده مقیاس ترس از حس‌های بدنی می‌تواند به‌طور معناداری وسواس از نوع آلودگی را در نمونهٔ غیر بالینی پیش‌بینی کند (ویتون و همکاران، ۲۰۱۲). بسیاری از افرادی که افکار وسواسی مرتبط با آلودگی دارند درواقع از بیمار شدن می‌ترسند. نگرانی‌های مرتبط با سلامتی در این افراد احتمالاً با ترس از حس‌های بدنی همراه است. درواقع، 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، مطالعهٔ رینز[۳۳] و همکاران نشان داد که ارتباط معناداری بین خرده مقیاس ترس از حس‌های بدنی و رفتارهای شستشو وجود ندارد (راینزو همکاران، ۲۰۱۴). نویسندگان این مقاله بیان کردند که رفتارهای شستشو ممکن است به‌جای سازهٔ حساسیت اضطرابی با بخش دیگری از نظریهٔ 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 کنندهٔ رفتارهایی است که سلامتی فرد را حفظ می‌کنند (مثل شستشو برای پیشگیری از آلودگی)، در حالی که 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 فنوتایپ مسئولیت‌پذیری را پیش-بینی کند (ویتون و همکاران، ۲۰۱۲). بیمارانی که اشتغالِ 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 توجّه 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. مطالعهٔ 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 وسواسی- جبری همچنین نشان دادند که بین خرده مقیاس‌های حساسیت اضطرابی و وسواس از نوع تقارن ارتباط وجود دارد (رابینسون و فریستون، ۲۰۱۴)؛ هرچند این نتایج ناهمگون هستند. طبق مطالعهٔ ویتون و همکاران خرده مقیاس‌های ترس از دست دادن کنترل شناختی و نگرانی‌های بدنی

[32]. Wheaton
[33]. Raines
[34]. illness sensitivity

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.6.7]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.69]

می‌توانند نشانه‌های وسواس تقارن را در گروه غیربالینی پیش‌بینی کنند (ویتون و همکاران، ۲۰۱۲). این گروه از افراد وسواسی تمایل دارند که کارها را دقیق و بدون کوچک‌ترین اشتباهی انجام دهند و کنترل امور را در دست بگیرند (راسموسن و آیسن[۳۵]، ۱۹۹۲). این گروه نیز مانند دستهٔ قبل به توانایی‌های ذهنی خود برای کنترل موقعیت اطمینان ندارند و باور دارند که اگر اشیا به‌درستی سر جای خود قرار نگیرند، نمی‌توانند به خوبی با موقعیت کنار بیایند و اضطراب و آشفتگی نامحدودی را تجربه خواهند کرد (کلیز و همکاران[۳۶]، ۲۰۰۳). مطالعات دیگر ارتباط معناداری را بین خرده مقیاس نگرانی‌های اجتماعی و نشانه‌های وسواس تقارن گزارش کردند (پلی و همکاران، ۲۰۱۷؛ راینز و همکاران، ۲۰۱۴). با توجه به اینکه رفتارهای وسواسی مرتبط با این بُعد از نشانه‌های وسواسی نیز اغلب قابل‌مشاهده است، طبیعی به نظر می‌رسد که این گروه از بیماران نسبت به قضاوت‌های دیگران و برچسب خوردن از سَمت آن‌ها حساس باشند.

درنهایت طبق مطالعات انجام‌شده بین خرده مقیاس 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 بااهمیت 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 با شدّت بیشتری تداوم می‌یابند. این گروه از بیماران وسواسی گمان می‌کنند که کنترل توانایی‌های شناختی خود را از دست داده‌اند. با تداوم این روند افراد وسواسی 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 راچمن، ۲۰۰۱). این افراد حتّی می‌ترسند که نشانه‌های اضطرابی آن‌ها به عنوان علامتی مبنی بر وجود افکار غیرقابل قبولشان تلقی شود (ویتون و همکاران، ۲۰۱۲).

حساسیت اضطرابی و درمان اختلال وسواسی- جبری

نشانه‌های وسواسی- جبری در ۲ تا ۳ درصد مبتلایان، موجب پریشانی قابل‌توجه و نقص عملکرد می‌شود (کسلر و همکاران، ۲۰۰۷). بدین منظور، درمان‌های روان‌شناختی متعددی برای اختلال وسواسی- جبری پیشنهاد شده است. با توجه به شواهد موجود مبنی بر ارتباط حساسیت اضطرابی و اختلال وسواسی- جبری، به نظر می‌رسد درمان‌هایی که این سازهٔ شناختی را هدف قرار می‌دهند، بتوانند بر کاهش نشانه‌های وسواسی 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 علّی را 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

[35].Rasmussen & Eisen
[36].Coles, Frost, Heimberg, & Rhéaume
[37].Wegner & Zanakos
[38].Boswell
[39]. interoceptive exposure

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.6.7]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.69]

سنتی 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.

رینز و همکاران در کارآزمایی خود اثر مداخلهٔ کوتاه‌مدّت در کاهش نگرانی‌های شناختی حساسیت اضطرابی[۴۰] را بر روی گرایش به خودکشی افراد وسواسی بررسی کردند (راینز و همکاران[۴۱]، ۲۰۱۵). نتایج آن‌ها نشان داد که این درمان از طریق کاهش بُعد شناختی حساسیت اضطرابی می‌تواند گرایش به خودکشی را در افراد وسواسی کاهش دهد. تیمپانو[۴۲] و همکاران نیز بیان کردند که مداخلهٔ کوتاه‌مدت کاهش حساسیت اضطرابی، می‌تواند با کاهش حساسیت اضطرابی، نشانه‌های فکری و عملی وسواس را کاهش دهد (تیمپانو و همکاران، ۲۰۱۶). این محققان پیشنهاد کردند که با توجه به ماهیت چندبُعدی اختلال وسواسی- 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 به‌عنوان عامل پیش‌بینی کنندهٔ پیامدهای درمان اختلال وسواسی- جبری را مطرح می‌کند. برای مثال، علی‌رغم حمایت‌های تجربی که از درمان‌های شناختی- رفتاری در درمان اختلال وسواسی- 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 خودْ موجب برانگیختگی اضطرابی[۴۴] در این گروه از بیماران می‌گردد. درواقع بیماران وسواسی با حساسیت اضطرابی بالا، علاوه بر محرکی 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 مبتلابه اختلال وسواسی- 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 وسواسی را بررسی نمودند (بلاکی و همکاران[۴۷]، ۲۰۱۷). نتایج آن‌ها نشان داد که میزان اولیهٔ حساسیت اضطرابی می‌تواند شدّت نشانه‌های وسواسی، در این بیماران را پس از درمان پیش‌بینی کند (هرچه میزان حساسیت اضطرابی در ابتدا بیشتر باشد، شدّت نشانه‌های وسواسی، پس از درمان نیز بیشتر خواهد بود).

از طرفی افراد مبتلا به اختلال وسواسی- جبری با حساسیت اضطرابی بالا، عملکردی مختل دارند و اضطراب بالایی تجربه می‌کنند. این حالت ممکن است موجب شود که اعضای خانواده و اطرافیان آن‌ها، دست به رفتارهایی بزنند که آشفتگی این بیماران را در کوتاه مدّت کمتر می‌کند، مثلاً اجتناب‌هایشان را تسهیل کنند یا در اَعمال اجباری‌شان مشارکت نمایند (ویو[۴۸] و همکاران، ۲۰۱۶) . درواقع می‌توان گفت عملکرد و ساختار خانواده می‌تواند در تداوم این اختلال نقش داشته باشد. مطالعات

40. brief anxiety sensitivity cognitive concerns intervention
41. Raines, Short, Allan, Oglesby, & Schmidt
42. Timpano
43. exposure
44. anxious arousal
45. Pence Jr, Sulkowski, Jordan, & Storch
46. Blakey et al.
47. Blakey, Abramowitz, Reuman, Leonard, & Riemann
48. Wu

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.6.7]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.69]

نشان دادند که مساعدت‌های خانوادگی[۴۹] بر پیامدهای درمان اختلال وسواسی- جبری اثر می‌گذارد (لیبوویتچ و همکاران، ۲۰۱۶). به نظر می‌رسد هرچه آشفتگی 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 بُعد نگرانی‌های شناختی حساسیت اضطرابی می‌تواند افزایش مساعدت‌های خانوادگی کسب‌شده توسط این بیماران را پیش‌بینی کند (ویو و همکاران، ۲۰۱۶). این مساعدت‌ها با تقویت منفیِ نشانه‌های وسواسی 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 به‌احتمال بیشتری درگیر نشانه‌های وسواسی عضو بیمار خانواده می‌شوند و نشانه‌های او را تقویت می‌کنند (کاسنتینو، ۲۰۱۵). به بیان‌دیگر ناتوانی مراقب در تحمل آشفتگی و اضطراب فرزند وسواسی به تشدید نشانه‌های او منجر می‌شود.

نتیجه‌گیری

اختلال وسواسی- 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 به درک هرچه بیشتر نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری و همچنین بهبود مدل‌های تبیینی و فرایندهای درمانی کمک کند. از این منظر در مطالعهٔ حاضر تلاش شد تا با ارائهٔ شواهد نظری و عملی، نقش ابعاد مختلف این سازهٔ شناختی در ابتلا به اختلال وسواسی- جبری و تداوم نشانه‌های آن موردبررسی قرار گیرد. در نهایت با توجه به مطالعات مطرح‌شده می‌توان گفت، سازهٔ حساسیت اضطرابی نقش قابل‌توجهی در سبب‌شناسی و درمان اختلال وسواسی- جبری دارد و بالینگران باید به این سازهٔ شناختی و اثرات چندوجهی آن در کار با بیماران وسواسی توجه کنند.

[49]. Family accommodation
[50]. Wu

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

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.6.7]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.69]

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

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.6.7]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.69]

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: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

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.6.7]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.69]

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

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

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.6.7]

[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.69]