

Anxiety Sensitivity as a Transdiagnostic Construct in Development and Maintenance of Emotional Disorders: A Literature Review

Reza Ahmadi¹, Omid Saed², Mazaher Rezaei³, Roya Ahmadizadeh⁴

1. Master of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran. ORCID ID: 0000-0001-5179-3280

2. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran., (Corresponding author), Tel: +98 2433534500, E-mail: o.saed@zums.ac.ir. ORCID ID: 0000-0002-6070-6203

3. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran. ORCID ID: 0000-0002-3568-1796

4. Master of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran. ORCID ID: 0000-0001-6639-6835

ABSTRACT

Background and Aim: Anxiety sensitivity or fear of anxiety and its associated physical sensations as a transdiagnostic construct have attracted increasing attention in the developmental psychopathology of emotional disorders and their treatment. Considering the multidimensional nature of anxiety sensitivity similar response of patients to anxiety, many studies have been conducted on the role of this construct in predicting and maintaining of emotional disorders. The aim of this study was to review various studies in this field for better understanding of the anxiety sensitivity in the development and continuation of emotional disorders, its assessment, and therapeutic measures.

Materials and Methods: This was a literature review study. Articles were searched in the Google Scholar search engine and the databases of PsycINFO, PubMed, and Scopus.

Results: Most studies about anxiety sensitivity in emotional disorders have emphasized the role of this construct in the development and maintenance of these disorders. Currently, the third version of the Anxiety Sensitivity Index as a validated index has the most psychometric evidence. The importance of this construct in psychopathology has given it a special position in both diagnosis-specific cognitive-behavioral therapy and transdiagnostic cognitive-behavioral therapy.

Conclusions: It seems that anxiety treatment not only reduces the symptoms of emotional problems but also improves response to treatment. Therefore anxiety sensitivity should be considered in the assessment, selective conceptualization, and treatment of emotional disorders.

Keywords: Anxiety sensitivity, Psychopathology, Emotional disorders

Received: June 30, 2019

Accepted: Oct 28, 2019

How to cite the article: Reza Ahmadi, Omid Saed, Mazaher Rezaei, Roya Ahmadizadeh. Anxiety Sensitivity as a Transdiagnostic Construct in Development and Maintenance of Emotional Disorders: A Literature Review. SJKU. 2020;25(3):44-60.

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 (CCBYNC), 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

حساسیت اضطرابی به عنوان سازه‌ای فراتشخیصی در پدید آیی و تداوم اختلال‌های هیجانی: مطالعه مرور ادبیات تحقیق

رضا احمدی^۱، امید ساعد^۲، مظاهر رضایی^۳، رؤیا احمدی زاده^۴

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دپارتمان روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران. کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۱-۵۱۷۹-۳۲۸۰
۲. استادیار، دپارتمان روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران (نویسنده مسئول)، تلفن: ۰۲۴-۳۳۵۳۴۵۰۰، پست الکترونیک: o.saed@zums.ac.ir، کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۶۰۷۰-۶۲۰۳
۳. استادیار، دپارتمان روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران. کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۳۵۶۸-۱۷۹۶
۴. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دپارتمان روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران. کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۱-۶۶۳۹-۶۸۳۵

چکیده

زمینه و هدف: حساسیت اضطرابی یا ترس از اضطراب و حس‌های بدنی مرتبط با آن به عنوان یک سازه فرا تشخیصی در روند آسیب‌شناسی تحولی اختلال‌های هیجانی و درمان آن‌ها توجه روزافزونی را به خود جلب کرده است. با توجه به ماهیت چندبعدی حساسیت اضطرابی و واکنش مشابه بیماران به اضطراب، مطالعات زیادی در رابطه با نقش این سازه در پیش‌بینی و تداوم اختلال‌های هیجانی صورت گرفته است. مطالعه حاضر با مرور مطالعات مختلف این حوزه به دنبال درک بهتر حساسیت اضطرابی در تحول و تداوم اختلال‌های هیجانی، سنجش و تلویحات درمانی آن است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع مرور ادبیات پژوهش است. مقالات از موتور جستجوی Google Scholar و پایگاه‌های اطلاعاتی PubMed، PsycINFO، Scopus مورد جستجو قرار گرفتند. در نهایت از اطلاعات ۳۰ مقاله برای نگارش مطالعه حاضر استفاده شد.

یافته‌ها: بیشتر مطالعاتی که حساسیت اضطرابی را در بین اختلال‌های هیجانی مورد بررسی قرار داده‌اند بر نقش این سازه در سیر تحولی و تداوم اختلال تأکید داشته‌اند. همچنین، نسخه سوم شاخص حساسیت اضطرابی به عنوان یک شاخص دارای اعتبار از بیشترین شواهد روان‌سنجی برخوردار است. اهمیت این سازه در آسیب‌شناسی روانی باعث شده است که هم در درمان‌های شناختی-رفتاری تشخیص-ویژه و هم درمان شناختی-رفتاری فراتشخیصی جایگاه ویژه‌ای پیدا کند.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد درمان حساسیت اضطرابی نه تنها می‌تواند علائم مشکلات هیجانی را کاهش دهد بلکه پاسخدهی به درمان را بهبود می‌بخشد، در نتیجه لازم است که حساسیت اضطرابی در سنجش، مفهوم‌سازی موردی و درمان اختلال‌های هیجانی مورد توجه قرار گیرد.

کلمات کلیدی: حساسیت اضطرابی، سازه فراتشخیصی، آسیب‌شناسی روانی، اختلال‌های هیجانی

وصول مقاله: ۹۸/۴/۹ اصلاحیه نهایی: ۹۸/۷/۲۸ پذیرش: ۹۸/۸/۶

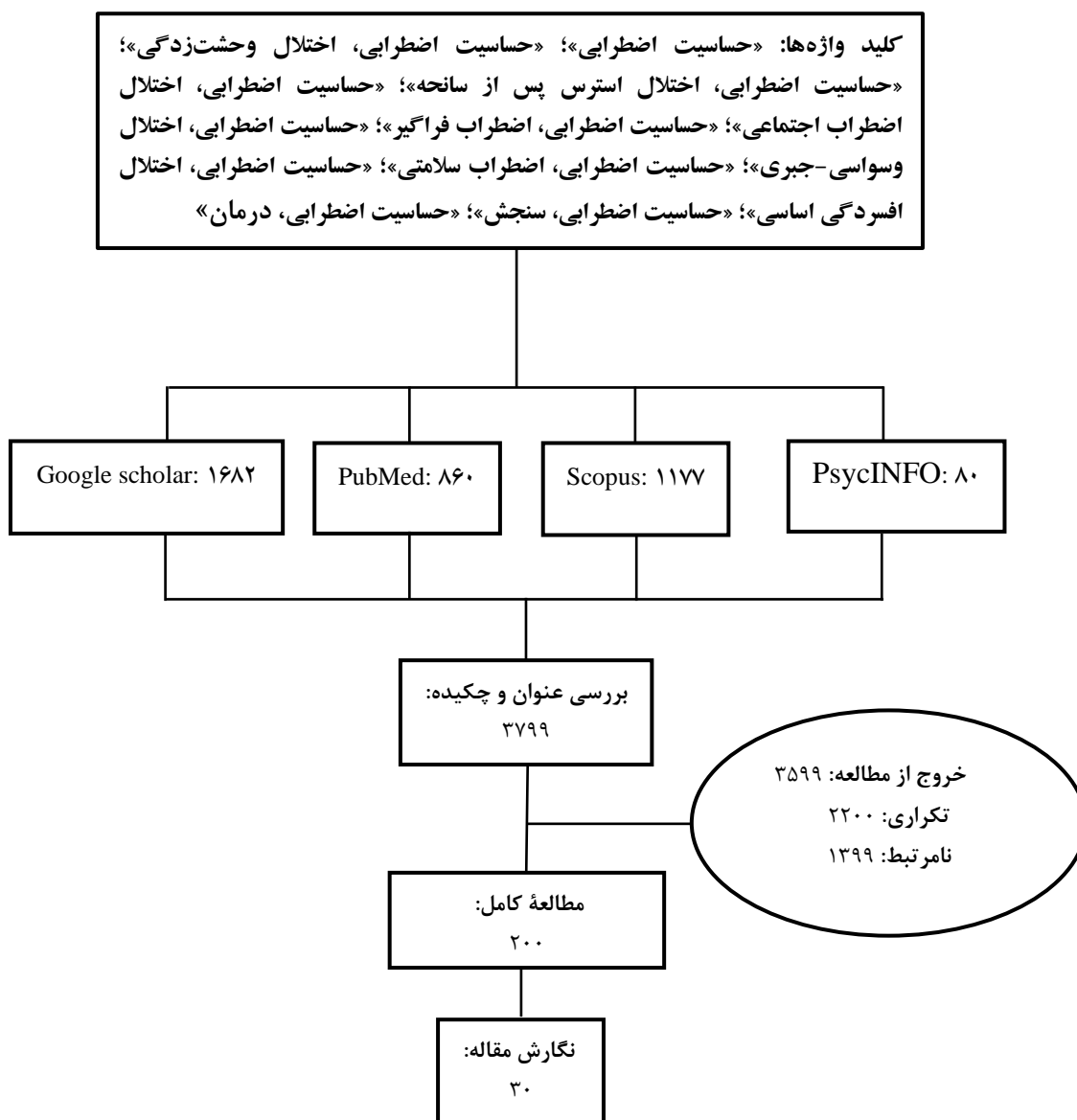
مقدمه

در حال حاضر تحقیقات پیرامون اختلال‌های هیجانی معطوف به مجموعه‌ای از آسیب‌پذیری‌های مشترک و سبک‌های روان‌شناختی مشابه در واکنش به هیجان‌ها شده است؛ که به نظر می‌رسد با توجه به همبودی بالای اختلال‌ها و هم‌پوشانی زیاد بین علائمشان، این نگرش به آسیب‌شناسی روانی توانسته است هم مدل‌های تبیینی و هم درمان‌های اثربخشی را ارائه کند (۱). در واقع برخلاف گذشته که تمرکز بر سازه‌های اختصاصی در سبب‌شناسی اختلال‌های روان‌شناختی بود، رویکرد فرا تشخیصی به درمان شناختی-رفتاری تلاش کرد که نقش این سازه‌ها را به‌عنوان آسیب-پذیری‌های مشترک در گستره اختلال‌های هیجانی تبیین کند. یکی از این سازه‌ها حساسیت اضطرابی است که نقش آن به‌عنوان عامل زمینه‌ساز و تداوم‌بخش در طیفی از اختلال‌های هیجانی از جمله اختلال وحشت‌زدگی، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب سلامتی، افسردگی آشکار شده است (۲). حتی شواهد فزاینده‌ای از نقش حساسیت اضطرابی در اثربخشی مداخله‌های شناختی-رفتاری وجود دارد. برای مثال میزان حساسیت اضطرابی نه تنها با شدت علائم اختلال وسواسی جبری ارتباط مستقیمی دارد بلکه پیش‌بینی کننده میزان پاسخ‌دهی به درمان شناختی-رفتاری این اختلال نیز بوده است، به طوری که بیماران دارای میزان بالای حساسیت اضطرابی بالا نتایج درمانی کمتری را گزارش داده‌اند (۳). همچنین شواهد نشان می‌دهد که کاهش حساسیت اضطرابی با کاهش اضطراب، نگرانی، افسردگی ارتباط دارد (۴). به همین دلیل تأکید بر حساسیت اضطرابی برای فهم آسیب‌شناسی و دستیابی به نتایج درمانی مطلوب ضروری به نظر می‌رسد. در نتیجه مطالعه حاضر با یکپارچه کردن مطالعات مختلف این حوزه به دنبال درک بهتر حساسیت اضطرابی در زمینه اختلال‌های هیجانی، سنجش و تلویحات درمانی آن است.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع مرور ادبیات پژوهش است. در این مطالعه به منظور مرور شواهد پژوهشی مرتبط با حساسیت اضطرابی از موتور جستجوی Google Scholar و پایگاه اطلاعاتی PsycINFO، PubMed و Scopus استفاده شد. به این صورت که به زبان انگلیسی کلیدواژه حساسیت اضطرابی (Anxiety Sensitivity)، یک‌بار به تنهایی و در دفعات بعد هر بار با یکی از کلیدواژه‌های اختلال وحشت‌زدگی (Panic Disorder)، اختلال استرس پس از سانحه (Post-Traumatic Stress Disorder)، اختلال اضطراب اجتماعی (Social Anxiety disorder)، اختلال اضطراب فراگیر (Generalized Anxiety Disorder)، اختلال وسواسی فکری (Obsessive and compulsive disorder)، اضطراب سلامتی (Health Anxiety)، اختلال افسردگی عمده (Major Depression Disorder)، سنجش (Assessment) و درمان (Treatment) در عنوان و چکیده و از سال ۱۹۸۵ تا ۲۰۱۹ مورد جستجو قرار گرفت. در مجموع ۳۷۹۹ مطالعه وجود داشت که بررسی عنوان آن‌ها نشان داد، ۲۲۰۰ مطالعه در پایگاه‌ها مختلف تکرار شده بودند به همین دلیل از مطالعه حاضر کنار گذاشته شدند. همچنین بعد از بررسی چکیده مشخص شد که ۱۳۹۹ مطالعه با موضوع پژوهش حاضر ارتباط اندکی دارند و به همین دلیل از مطالعه خارج شدند. در نهایت ۲۰۰ مطالعه باقی ماند که به طور کامل مورد مطالعه قرار گرفتند. مقاله نهایی بر اساس اطلاعات مربوط به ۳۰ مطالعه نوشته شد (نمودار ۱). در کنار این مطالعات از ۱۰ مطالعه و کتاب ضروری در این حوزه نیز استفاده شد. انتخاب مطالعه‌ها به این صورت بود، مقاله‌هایی که در عنوان و چکیده بیشترین ارتباط را با هدف پژوهش داشتند توسط نویسنده دوم و سوم این مطالعه انتخاب می‌شدند و توسط نویسنده اول و چهارم، مورد مطالعه قرار گرفتند. بعد از تهیه خلاصه از این مقالات، مواردی که برای این پژوهش مورد نیاز نبودند با تصمیم نویسنده دوم

مقاله از مطالعه حذف شدند. نگارش نهایی مطالعه توسط نویسنده اول و دوم صورت گرفت. این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زنجان تأیید شده است (کد کمیته اخلاق: IR.ZUMS.REC.1396.306).



نمودار ۱. نحوه جستجو و انتخاب مقالات

یافته‌ها

ترس از ارزیابی منفی (ب) حساسیت به آسیب یا بیماری و (ج) حساسیت اضطرابی می‌دانستند؛ اما حساسیت اضطرابی بیش از دو نوع دیگر ترس مورد توجه قرار گرفته است و به

Reiss and McNally (۱۹۸۶) در مدل انتظار خود، ترس، اضطراب و وحشت‌زدگی را ناشی از سه ترس بنیادی الف)

نقش آن در اختلال‌های هیجانی پرداخته شده است. حساسیت اضطرابی به صورت ترس از اضطراب و حس‌های بدنی مرتبط با آن تعریف شده است؛ همچنین از گذشته اعتقاد بر این بوده که حساسیت اضطرابی یک سبک شناختی است و به واسطه آن افراد باور پیدا می‌کنند که علائم اضطرابی، پیامدهای خطرناک یا فاجعه‌آمیزی مانند بیماری‌های بدنی و روانی، از دست دادن کنترل و خجالت-زدگی در جمع به همراه دارند (۵). با افزایش پژوهش‌ها در این زمینه، یافته‌ها مؤید این بود اگرچه حساسیت اضطرابی مؤلفه‌های شناختی دارد اما یک سازه چندبعدی است و از ابعاد هیجانی و اجتماعی نیز برخوردار است (۶). بخشی از حساسیت اضطرابی ارثی است و بخش دیگر آن تحت تأثیر عوامل محیطی از جمله شرطی‌سازی پاسخگر، شرطی‌سازی کنشگر و یادگیری مشاهده‌ای است؛ به این معنا که کودکان نحوه واکنش نسبت به علائم اضطرابی را یاد می‌گیرند (۷). با توجه به اینکه حساسیت اضطرابی تحت تأثیر آمادگی‌های ژنتیکی و محیطی متفاوتی قرار دارد، می‌توان به ماهیت چندبعدی و مسیرهای آسیب‌زایی که ممکن است به آن منجر شود، پی برد.

هرچند بیشتر مدل‌های تبیینی مبتنی بر حساسیت اضطرابی در مورد اختلال وحشت‌زدگی فرمول‌بندی شده‌اند اما شواهد فزاینده‌ای از نقش محوری این سازه در سایر اختلال‌های

هیجانی ارائه شده است. برخی از این شواهد نقش مشترک حساسیت اضطرابی در طیف اختلال‌های هیجانی را ناشی از ساختار ابعادی شاخص حساسیت اضطرابی (جسمانی، شناختی و اجتماعی) می‌دانند که توسط تحلیل‌های عاملی گزارش شده است (۶). آن‌ها عقیده دارند که همبستگی هر یک از این ابعاد با یکی از اختلال‌ها موجب افزایش شیوع این آسیب‌پذیری در بین اختلال‌های مجزا شود در حالی که دیدگاه فراتشخیصی برخلاف این دیدگاه ابعادی به صورت پیوستاری به حساسیت اضطرابی می‌نگرد چراکه نه تنها شاخص حساسیت اضطرابی نقطه برش مشخصی برای جدا کردن افراد ناسالم از سالم ندارد بلکه در بسیاری از اختلال‌ها هر سه بعد آن برافراشته است؛ در نتیجه، به نظر می‌رسد که حساسیت اضطرابی بیانگر سبک پاسخ اضطرابی به علائم اضطراب باشد که منجر به اجتناب از آن‌ها می‌شود (۸). به طور خلاصه، حساسیت اضطرابی منجر به افزایش میزان آزارندگی تعداد زیادی از تجربه‌های بدنی می‌شود و در نتیجه تمایل به فرار و اجتناب از آن‌ها را بر می‌انگیزد و به نظر می‌رسد این همان الگوی اساسی است که مبنای اهمیت حساسیت اضطرابی هم به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده الگوهای رفتاری ناسازگار و هم به‌عنوان هدف درمانی بالقوه در اصلاح این رفتارهای ناسازگارانه است.

جدول ۱. مقالات مرتبط با حساسیت اضطرابی که در این مطالعه مورد مرور قرار گرفتند

عنوان مقاله	نویسندگان	سال انتشار	مجله
حساسیت اضطرابی و اختلال‌های اضطرابی: مرور فرا تحلیل و هم‌نهاد	اولاتونجی و ولیتزکی - تیلور	۲۰۰۹	مجله پژوهشنامه روان‌شناختی
حساسیت اضطرابی و شدت علائم اختلال استرس پس از سانحه ارتباط متقابل دارند: شواهدی از مطالعه طولی بازماندگان سوانح جسمانی	مارشال، مایلز و استوارت	۲۰۱۰	مجله روانشناسی مرضی
حساسیت اضطرابی به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده نتایج درمان اختلال وسواسی-جبری	بلاکی، آبرامویتز، رثومان، لئونارد و ریمن	۲۰۱۷	مجله رفتاردرمانی و روان‌پزشکی تجربی
تأثیر مداخله حساسیت اضطرابی بر اضطراب، افسردگی و نگرانی	نور، آلان، مکاتی، کیو و اشمیت	۲۰۱۴	مجله درمان و تحقیقات رفتاری
حساسیت اضطرابی، فراوانی اضطراب و پیش‌بینی بیمناکی	ریس، پترسون، گروسکی و مک‌نالی	۱۹۸۶	مجله درمان و تحقیقات رفتاری
تقویت ابعاد حساسیت اضطرابی: توسعه و اعتبارسنجی اولیه شاخص حساسیت اضطرابی-۳	تیلور، زوولنسکی، کاکس، دیکون، هیمبرگ، لیدلی و همکاران	۲۰۰۷	مجله ارزیابی روان‌شناختی
مدل علی روابط میان تاریخچه یادگیری، حساسیت اضطرابی و حمله‌های وحشت‌زدگی	استوارت، تیلور، جانگک، کاکس، وات و فدوروف و بورگر	۲۰۰۱	مجله درمان و تحقیقات رفتاری
حساسیت اضطرابی و ظرفیت حافظه فعال: عوامل خطر و اهداف برای تقویت سلامت رفتاری	اتو، استمن، لو، هرون، بیگل، زوولنسکی و همکاران	۲۰۱۶	مجله مرور روانشناسی بالینی
حساسیت اضطرابی و اختلال وحشت‌زدگی	مک‌نالی	۲۰۰۲	مجله روان‌پزشکی زیستی
کار آزمایشی بالینی تصادفی برای ارزیابی اثربخشی مداخله کوتاه مدت دلوپسی‌های شناختی حساسیت اضطرابی	اشمیت، کاپرون، راینز و آلان	۲۰۱۴	مجله مرور مشاوره و روانشناسی بالینی
حساسیت اضطرابی به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده دوره‌های بالینی اختلال وحشت‌زدگی: مطالعه پیگیری یک‌ساله	پرز بنیتز، شیا، رافا، رنده، دیک، رامساو و همکاران	۲۰۰۹	مجله اضطراب و افسردگی
خرده‌مقیاس‌های شاخص حساسیت اضطرابی ۳ پیش‌بینی‌کننده تغییرات علائم اضطراب و افسردگی	اولتویس، وات و استوارت	۲۰۱۴	مجله اختلال‌های اضطرابی
حساسیت اضطرابی و رویارویی با حس‌های بدنی: سازه فراتشخیصی و راهبرد تغییر	باسول، فارشیون، ساویر-زاوالا، مورای، فورچن و پارلو	۲۰۱۳	مجله رفتاردرمانی
رابطه بین جنسیت و علائم اختلال استرس پس از سانحه: حساسیت اضطرابی به‌عنوان یک	نور، آلیانسه، بوفاه، شورت و اشمیت	۲۰۱۶	مجله شخصیت و تفاوت‌های فردی

سازوکار			
بررسی حساسیت اضطرابی به عنوان میانجی رابطه اختلال استرس پس از سانحه و خودکشی در بین رنات آتش نشان	استتلی، هوم، سپنسر-توماس	۲۰۱۷	مجله اختلال‌های اضطرابی
تنوع حساسیت اضطرابی در میان اختلال‌های اضطرابی چگونه است؟	تیلور، کوچ، مک‌نالی	۱۹۹۲	مجله اختلال‌های اضطرابی
ابعاد حساسیت اضطرابی در پیش‌بینی گوش‌به‌زنگی نسبت به بدن و اجتناب هیجانی	زوولنسکی و فورسیث	۲۰۰۲	مجله تحقیقات و درمان شناختی
فرا تحلیل رابطه حساسیت اضطرابی با افسردگی و اختلال‌های اضطرابی	نارگون-گینی	۲۰۱۰	مجله پژوهشنامه روان‌شناختی
مفهوم حساسیت اضطرابی در بروز، علامت‌شناسی و درمان اختلال اضطراب اجتماعی: دیدگاه نظری	خاکپور، ساعد، شهسوار	۲۰۱۹	مجله روانشناسی کاگت
حساسیت اضطرابی و نگرانی	فلوید، گارفیلد و لاسوتا	۲۰۰۵	مجله شخصیت و تفاوت‌های فردی
ابعاد حساسیت اضطرابی در اختلال‌های اضطرابی	ویتون، دیکون، مک‌گراث، برمن و آبرامویتز	۲۰۱۲	مجله اختلال‌های اضطرابی
ویژگی‌های روان‌سنجی شاخص حساسیت اضطرابی-۳ در گروه درمان حاد و ناهمگن	ریفکین، بیرد، سو، گارنر و بیورونسون	۲۰۱۵	مجله اختلال‌های اضطرابی
هیجان و تجربه درونی اختلال و سواسی- جبری: مرور نقش ناگویی هیجانی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی	راینسون و فریستون	۲۰۱۴	مجله مرور روانشناسی بالینی
درک نقش حساسیت به آسیب/بیماری، حساسیت اضطرابی در پردازش (خودکار) درد: بررسی با استفاده از آزمون عاطفه بیرونی سیمون	وانکلیف، پترس، گیلسن، دجانگ	۲۰۰۷	مجله درد
حساسیت اضطرابی و اختلال و سواسی-جبری: مرور کوتاه	خاکپور، یوسفی، ساعد	۱۳۹۸	مجله روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت
ترکیب اضطراب سلامتی و علائم بدنی: با محوریت دلواپسی‌های شناختی حساسیت اضطرابی در بین بیماران مراقبت اولیه	فرگاس، کلی و گریگس	۲۰۱۶	مجله تحقیقات روان‌پزشکی
تکرار بین فرهنگی مدل تعاملی حساسیت اضطرابی در رابطه با خودکشی	کاپرن، کوتو، اشمیت	۲۰۱۳	مجله تحقیقات روان‌پزشکی
مدل تعاملی حساسیت اضطرابی در رابطه با تاریخچه اقدام به خودکشی و افکار مبنی بر خودکشی در آینده	کاپرن، کوگل، ریبریو، جوینز و اشمیت	۲۰۱۲	مجله تحقیقات روان‌پزشکی
حساسیت اضطرابی و افسردگی: چگونه باهم در ارتباط هستند؟	تیلور، کوچ، وودی و مک‌لین	۱۹۹۶	مجله روانشناسی مرضی
ساختار سلسله مراتبی و خلوص عامل کلی شاخص حساسیت اضطرابی: شواهد و تلویحات	زینبارگ، بارلو و براون	۱۹۹۷	مجله سنجش روان‌شناختی

حساسیت اضطرابی و اختلال وحشت‌زدگی

ویژگی اصلی اختلال وحشت‌زدگی، حمله‌های وحشت‌زدگی است. Clark (۱۹۸۶) این حمله‌ها را به صورت احساس شدید و ناگهانی دلهره و یا فاجعه در شرف وقوع تعریف کرد که با طیف وسیعی از حس‌های جسمانی ناراحت‌کننده مانند تنگی نفس، تپش قلب، درد قفسه سینه، احساس خفگی، سرگیجه، احساس سوزن سوزن شدن دست‌وپا، احساس سرما یا گرما، غش، لرزش و احساس غیرواقعی بودن همراه است (۹). اگرچه مدل شناختی کلارک فرض را بر این گذاشته بود که حمله‌های وحشت‌زدگی ناشی از سوءتعبیرهای فاجعه‌آمیز از حس‌های بدنی است اما اولین بار McNally و Reiss (۱۹۸۵) توجه خود را بر نقش حساسیت اضطرابی در اختلال وحشت‌زدگی متمرکز کردند. در واقع آن‌ها اعتقاد داشتند که باور افراد در مورد خطرناک بودن حس‌های بدنی مرتبط با اضطراب شدت آن‌ها را افزایش می‌دهد و موجب آسیب‌پذیری افراد در برابر مشکلات اضطرابی، حمله‌های وحشت‌زدگی و به‌ویژه اختلال وحشت‌زدگی می‌شود (۱۰)؛ به طوری که بعدها حساسیت اضطرابی بخش مهمی از مدل‌های سبب‌شناسی وحشت‌زدگی شد. در واقع برخلاف اضطراب صفت و نگرانی که به عنوان گرایش کلی برای واکنش به مجموعه گسترده‌ای از موقعیت‌های اضطرابی تظاهر پیدا می‌کند، حساسیت اضطرابی اختصاصاً به صورت واکنش‌های اغراق‌آمیز به علائم استرس و اضطراب تظاهر پیدا می‌کند (۱۱). به نظر می‌رسد حساسیت اضطرابی یک متغیر زمینه‌ساز است که به طور اختصاصی در افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی بالا است (۱۰). حتی مطالعه‌های مقطعی و طولی نشان داده‌اند که حساسیت اضطرابی با تشخیص اختلال وحشت‌زدگی، شکل‌گیری حمله‌های وحشت‌زدگی جدید و شدت اختلال وحشت‌زدگی همبستگی دارد (۱۲).

اگرچه نقش حساسیت اضطرابی در اختلال وحشت‌زدگی آشکار است و میزان کلی حساسیت اضطرابی در افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی بالاتر از سایر افراد است، اما رابطه هریک از ابعاد آن با حمله‌های وحشت‌زدگی و اختلال وحشت‌زدگی مورد بحث است (۲). فارغ از اینکه کدام‌یک از ابعاد حساسیت اضطرابی با اختلال وحشت‌زدگی ارتباط دارد، نحوه واکنش افراد به علائمشان اهمیت بیشتری دارد؛ برخی شواهد حاکی از این است که مداخله‌های شناختی-رفتاری به‌ویژه رویارویی با حس‌های بدنی باعث می‌شوند افراد برخلاف گذشته علائمشان را به صورت بی‌خطر و ایمن ارزیابی کنند و با آن‌ها روبه‌رو شوند (۱۳).

حساسیت اضطرابی و اختلال استرس پس از سانحه

به‌طور معمول تجربه آسیب با تجربه هیجانی شدیدی همراه است که ممکن است منجر به اختلال استرس پس از سانحه شود. این اختلال با طیفی از علائم از جمله بیش‌برانگیختگی، حالت‌های تجزیه‌ای، تجربه مجدد رویداد، اجتناب، شناخت‌های منفی و خلق منفی شناخته می‌شود (۱۴). باینکه عوامل جمعیت شناختی، فرهنگی و روان‌شناختی متعددی در پدید آیی و تداوم اختلال استرس پس از سانحه نقش دارند اما نقش حساسیت اضطرابی در این اختلال قابل توجه است. حساسیت اضطرابی نه تنها می‌تواند تفاوت شیوع بالای اختلال استرس پس از سانحه در زنان، نسبت به مردان را تبیین کند بلکه می‌تواند از دو جهت در تبیین علل روان‌شناختی آن حائز اهمیت باشد. نخست، افرادی که حساسیت اضطرابی بالایی دارند ممکن است نسبت به سایر افراد واکنش شدیدتری به رویداد آسیب‌زا نشان دهند. در این حالت ترس از اضطراب منجر به حساسیت بیشتر نسبت به آسیب، کاهش آستانه واکنش ترس و افزایش احتمال بروز واکنش‌های شدید نسبت به محرک‌های مرتبط با رویداد می‌شود. دوم اینکه ممکن است حساسیت اضطرابی و آشفتگی پس از تجربه رویداد

هم‌زمان ظاهر شوند و در نهایت منجر به تشدید واکنش‌های ناسازگار شوند (۱۵). احتمالاً حساسیت اضطرابی بالا از طریق چرخهٔ پس‌خوراند مثبت افزایش علائم اضطرابی، منجر به افزایش پریشانی در حین و بعد از تجربهٔ رویداد آسیب‌زا می‌شود؛ در نتیجه، افراد هم از رویداد آسیب‌زا و هم از علائم اضطرابی برآمده از آن می‌ترسند که در نهایت به اجتناب و سایر علائم اختلال استرس پس از سانحه منجر می‌شود (۱۶)؛ به همین دلیل بیماران مبتلا به این اختلال غالباً نگران هستند که در خاطرات و برانگیختگی‌های هیجانی و فیزیولوژیکی مربوط به آن‌ها احاطه شوند. شواهد فزاینده‌ای در رابطه با نقش حساسیت اضطرابی در پیش‌بینی اختلال استرس پس از سانحه وجود دارد و حتی در بعضی از این مطالعات میزان حساسیت اضطرابی افراد مبتلا به این اختلال بیشتر از افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی بوده است (۱۷). مسئلهٔ جالب توجه نقش پیش‌بینی‌کنندهٔ اختلال استرس پس از سانحه به‌وسیلهٔ ابعاد شاخص حساسیت اضطرابی است. اگرچه دلواپسی‌های جسمانی و شناختی حساسیت اضطرابی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بالاست ولی به نظر می‌رسد که نقش هر یک متفاوت باشد. شواهد حاکی از این است که دلواپسی‌های جسمانی پیش‌بینی‌کنندهٔ گوش‌به‌زنگی نسبت به علائم بدنی و دلواپسی‌های شناختی پیش‌بینی‌کنندهٔ اجتناب هیجانی هستند (۱۸). در حالی که مطالعهٔ دیگری نشان داده است که اگرچه هر دو دلواپسی‌های جسمانی و شناختی حساسیت اضطرابی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بالا هستند ولی نقش دلواپسی‌های شناختی برجسته‌تر است؛ به طوری که حتی دلواپسی‌های شناختی حساسیت اضطرابی، احتمال اقدام به خودکشی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه را افزایش می‌دهند (۱۹).

حساسیت اضطرابی و اختلال اضطراب اجتماعی

اختلال اضطراب اجتماعی با ترس شدید و مداوم از یک یا چند موقعیت اجتماعی یا عملکردی شناخته می‌شود. شواهد

نشان می‌دهند افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی برانگیختگی فیزیولوژیکی بالایی (مانند تپش قلب، تعریق، لرزش) را تجربه می‌کنند و توجه خود را به سمت این نشانه‌های برانگیختگی متمرکز می‌کنند تا بتوانند خود را از منظر دیگران تصور کنند؛ در حالی که این وضعیت منجر به اضطراب بیشتر، ادراک ناقص از توانایی خود برای عملکرد می‌شود (۱۴). احتمالاً افراد یا این علائم را به‌عنوان نشانهٔ خطر تعبیر می‌کنند یا اعتقاد دارند که به‌واسطهٔ تجربهٔ این علائم، کنترل روانی خود را از دست می‌دهند و یا به‌طور اختصاصی در مورد ارزیابی منفی دیگران از این علائم می‌ترسند. با این وجود در آخرین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (۱۴)، ترس از ارزیابی منفی هنگام اجرا به‌مراتب بیشتر مورد تأکید قرار گرفته است. احتمالاً حلقهٔ اصلی اتصال حساسیت اضطرابی و اختلال اضطراب اجتماعی همین ترس از ارزیابی منفی باشد که هم‌سو با دلواپسی‌های اجتماعی در حساسیت اضطرابی است (۲۰). نتایج یک فرا تحلیل که به‌منظور بررسی حساسیت اضطرابی و اختلال‌های هیجانی انجام شده بود نشان داد که اضطراب اجتماعی با حساسیت اضطرابی ارتباط دارد ($r = 0.49$). همچنین علی‌رغم اینکه در این مطالعه ارتباط ضعیف ولی معنی‌داری بین اضطراب اجتماعی با دلواپسی‌های جسمانی ($r = 0.31$) و با دلواپسی‌های شناختی ($r = 0.45$) حساسیت اضطرابی وجود داشت ولی رابطهٔ آن با دلواپسی‌های اجتماعی به‌طور بارزی معنی‌دار بود ($r = 0.70$) (۲۱). سایر مطالعات نیز نقش اختصاصی دلواپسی‌های اجتماعی در تبیین واریانس اضطراب اجتماعی را گزارش کرده‌اند (۲۲). با وجود اینکه در مدل‌های آسیب‌شناسی شناخته‌شدهٔ اضطراب اجتماعی به‌طور مستقیم به حساسیت اضطرابی اشاره نشده است، اما می‌توان ردپای این سازه را در برخی از این مدل‌ها پیدا کرد. برای مثال در مدل Wells و Clark (۱۹۹۵) افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در ابتدا به‌واسطهٔ تغییر مسیر توجه و ارزیابی برانگیختگی حس-

اجتماعی به ترتیب ۸/۸۵، ۱۰/۲۵ و ۱۰/۸۱ گزارش شده است (۲). در مطالعه Rifkin و همکاران (۲۰۱۵) نیز نمره کلی نسخه سوم شاخص حساسیت اضطرابی افراد مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر، ۲۲/۳۸ و نمره آنها در خرده مقیاس‌های جسمانی، شناختی و اجتماعی به ترتیب ۴/۴۲، ۷/۲۷ و ۱۰/۶۹ گزارش شده است (۲۶). با اینکه در هر سه مطالعه نمره بعد جسمانی حساسیت اضطرابی پایین تر از سایر ابعاد به نظر می‌رسد اما در حقیقت مقدار دلواپسی‌های جسمانی در افراد مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر بیش از میانگین جمعیت عادی و حتی بیش از میانگین افراد مبتلابه اضطراب اجتماعی است (۲). شواهد مهمی وجود دارند که به نقش بی‌نظمی‌های ریتم ضربان قلب و ناپایداری فیزیولوژیکی در بیماران مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر اشاره کرده‌اند (۲۷). به نظر می‌رسد ترس از این برانگیختگی‌های فیزیولوژیکی به‌عنوان یک متغیر زمینه‌ساز در شروع دلواپسی‌های این افراد نقش داشته باشد و باعث تشدید نگرانی‌های آنها شود. از طرف دیگر بعد دلواپسی‌های شناختی شاخص حساسیت اضطرابی بیش از هر اختلال دیگری در اختلال اضطراب فراگیر دیده می‌شود (۲). افراد مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر به دلیل تجربه نگرانی‌های مفرط و غیرقابل کنترل و همچنین سایر علائم اضطرابی دلواپس هستند که کنترل شناختی خود را از دست بدهند و به یک بیماری مرتبط با روان دچار شوند (۲۵). نتایج مطالعه‌ای که به دنبال نقش متغیرهای میانجی در رابطه حساسیت اضطرابی و اختلال اضطراب فراگیر بود نشان داد که حساسیت اضطرابی به‌واسطه افکار تکرارشونده منفی منجر به اختلال اضطراب فراگیر می‌شود؛ در نهایت دلواپسی‌های اجتماعی نه تنها در بیماران مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر بالاست بلکه در اغلب اختلال‌های اضطرابی دیده می‌شود (۲). این دلواپسی‌ها هم ناشی از آسیب‌های خود اختلال در رابطه با مورد ارزیابی قرار گرفتن و هم بازنمای ترس از برچسب

های بدنی ناشی از قرار گرفتن در موقعیت نسبت به خود گوش‌به‌زنگ می‌شوند، سپس با یادآوری خاطرات گذشته، بیش برآورد احتمال خطر و همچنین احتمال مورد تمسخر واقع شدن باعث تشدید علائم اضطرابی می‌شوند (۲۳). حتی نتایج یک مطالعه در ژاپن نشان داده که تعریف‌های شناختی در مورد حس‌های بدنی تحت تأثیر نوع اضطراب اجتماعی قرار دارد. به این ترتیب که اضطراب اجتماعی با محوریت تعامل بیشتر ترس از ارزیابی منفی دیگران از علائم است در حالی که اضطراب اجتماعی با محوریت عملکرد بیشتر تحت تأثیر بیش‌برآورد احتمال دیده شدن علائم به‌وسیله دیگران است (۲۴). در نهایت ناتوانی در متعادل کردن این علائم اضطرابی منجر به الگوهای اجتنابی می‌شود که اختلال اضطراب اجتماعی را به وجود می‌آورند.

حساسیت اضطرابی و اختلال اضطراب فراگیر

مشخصه اختلال اضطراب فراگیر، اضطراب و نگرانی مفرط در مورد رویدادها و فعالیت‌های مختلف است که با علائم جسمانی (به‌طور مثال، بی‌قراری، خستگی، تپیدگی عضلانی)، شناختی (به‌طور مثال، اشکال در تمرکز، خالی شدن ذهن، تحریک‌پذیری) و افت عملکرد همراه است (۱۴). احتمالاً این افراد وقتی با عوامل استرس‌زای برانگیزاننده اضطراب مواجه می‌شوند دلواپس می‌شوند که احتمالاً چیزی غیرقابل کنترل و خطرناک اتفاق خواهد افتاد. شواهد حاکی از این است که حساسیت اضطرابی هم با نگرانی‌های آسیب‌شناختی و هم نگرانی‌های غیر آسیب‌شناختی همبستگی معنی‌داری دارد (۲۵). مطالعه اولیه Taylor و همکاران (۲۰۰۷) روی سومین شاخص حساسیت اضطرابی (ASI-3) نشان داد که میانگین نمره کلی افراد مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر در این شاخص ۲۷/۵ و نمره آنها در خرده مقیاس‌های جسمانی، شناختی و اجتماعی به ترتیب ۸/۱، ۸/۹ و ۱۰/۵ است (۶). در مطالعه دیگری نیز نمره کلی نسخه سوم شاخص حساسیت اضطرابی این افراد ۲۹/۹۱ و نمره آنها در خرده مقیاس‌های جسمانی، شناختی و

خوردن است که در تشدید چرخه اضطراب و دلواپسی‌های آن‌ها نقش دارد.

حساسیت اضطرابی و اختلال وسواسی-جبری

اختلال وسواسی جبری با افکار وسواسی مانند افکار، تمایلات شدید و تصاویر ذهنی مکرر و مداوم که مزاحم و ناخواسته هستند و رفتارهای اجباری مانند فعالیت‌های ذهنی یا رفتارهای عمدی و تکراری که در پاسخ به وسواس‌های فکری هستند شناخته می‌شود (۱۴). در حالی که مطالعات مختلفی نشان داده‌اند که میزان حساسیت اضطرابی در افراد مبتلا اختلال وسواسی جبری نسبت به افراد سالم بالا است (۲۶, ۶, ۲)، اما برخی از شواهد حاکی از این هستند که اختلال وسواسی جبری در مقایسه با سایر اختلال‌های اضطرابی مانند وحشت-زدگی و اضطراب اجتماعی، ارتباط ضعیفی با حساسیت اضطرابی دارد (۲). مطالعات محدودی به بررسی رابطه ابعاد حساسیت اضطرابی با اختلال وسواسی جبری پرداخته‌اند. هرچند مطالعه Wheaton و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند که اگرچه نمره کل و ابعاد حساسیت اضطرابی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری به‌طور معنی‌داری بیشتر از افراد سالم است؛ اما ارتباط این ابعاد با علائم وسواسی جبری ضعیف گزارش شده است (۲). هم‌سو با مدل‌های شناختی، احتمالاً افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری خطرات ناشی از فقدان کنترل شناختی را بیش برآورد می‌کنند و اعتقاد دارند که اضطراب ناشی از افکار مزاحم، غیرقابل کنترل و خطرناک است تا جایی که ممکن است نگران شوند فکر کردن به یک موضوع منجر به وقوع آن شود. بر همین اساس، مطالعات زیادی به نقش دلواپسی‌های شناختی حساسیت اضطرابی در شروع و تداوم اختلال وسواسی جبری اشاره کرده‌اند (۱۳). با توجه به این که اختلال وسواسی جبری از چهار بُعد متفاوت افکار مربوط به آلودگی/ رفتارهای شستشو، اشتغال ذهنی با مسئولیت/ رفتارهای وارسی، افکار مربوط به نظم و تقارن/ رفتارهای نظم و ترتیب، افکار غیرقابل قبول/ رفتارهای خنثی-

ساز دارد (۲۸). به نظر می‌رسد ارتباط حساسیت اضطرابی با هریک از این ابعاد متفاوت باشد. برای مثال شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهند حساسیت نسبت به بیماری پیش‌بینی کننده رفتارهای مرتبط با سلامتی و حساسیت اضطرابی پیش-بینی کننده استفاده از خدمات بهداشتی را پیش‌بینی کند (۲۹). افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری هنگام تجربه افکار مربوط به مسئولیت‌پذیری نسبت به فجاج دچار اضطراب می‌شوند در نتیجه برای کنترل این افکار تلاش می‌کنند. آن‌ها نسبت به توانایی ذهنی خود برای توجه به موقعیت و کنترل آن اطمینان ندارند و می‌ترسند در اثر بی‌توجهی متحمل آسیب و صدمه شوند (۳۰). در رابطه با افکار مربوط به نظم و تقارن/ رفتارهای نظم و ترتیب نیز قضیه به همین شکل است؛ این افراد باور دارند که فقدان هماهنگی در محل قرارگیری اشیاء موجب اضطراب و برانگیختگی‌شان می‌شود در نتیجه برای کنترل این افراد دست به تلاش و تقلا می‌زنند. حساسیت اضطرابی به ویژه دلواپسی‌های شناختی و اجتماعی آن با افکار غیرقابل قبول/ رفتارهای خنثی‌ساز ارتباط دارد (۲). تلاش افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری برای کنترل و سرکوب افکار غیرقابل قبول در آن‌ها ادراک ناتوانی در کنترل شناختی ایجاد می‌کند تا جایی که حتی نگران می‌شوند پی بردن دیگران به این افکار موجب تمسخر و سرزنش آن‌ها شود (۳۱). در نهایت اخیراً یک مطالعه مروری پیشنهاد کرده است که حساسیت اضطرابی می‌تواند از طریق ترس از فقدان کنترل و توانایی‌های روان‌شناختی، ترس از حس‌های بدنی و ترس از ارزیابی منفی دیگران در مسیر تحولی اختلال وسواسی جبری و فنوتیپ‌های آن نقش داشته باشد (۳۰).

حساسیت اضطرابی و اختلال اضطراب سلامتی

از دیرباز مشکلات روان‌تنی مورد توجه پژوهشگران بوده است و تشخیص‌های متعددی را شامل می‌شود ولی اختلال اضطراب سلامتی اولین بار در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی به‌عنوان یک تشخیص مطرح شد (۱۴).

نشان داده است که اگرچه ارتباط معنی‌داری بین بعد دلواپسی‌های جسمانی حساسیت اضطرابی و اضطراب سلامتی وجود دارد اما وقتی اضطراب سلامتی با علائم جسمانی شدید همراه می‌شود از بین ابعاد حساسیت اضطرابی، تنها بُعد دلواپسی‌های شناختی ارتباط معنی‌داری با این وضعیت دارد (۳۴). احتمالاً دلواپسی‌های شناختی در زمینه اختلال اضطراب سلامتی و علائم جسمی شدید به صورت الف) ترس از فقدان کنترل رفتاری (برای مثال ناتوانی در انجام کارهای روزمره) و ب) ترس از فقدان کنترل عملکرد فیزیولوژیکی (برای مثال ناتوانی در کنترل دفع و کنترل گوارش) تجربه شوند.

حساسیت اضطرابی و اختلال افسردگی اساسی اختلال افسردگی اساسی شایع‌ترین اختلال روانی است که تأثیرات منفی بر احساس، افکار و رفتار می‌گذارد. خلق افسرده، از دست رفتن علاقه یا لذت، مشکل خواب، مشکل اشتها و تغییر وزن، سراسیمگی، خستگی و فقدان انرژی، احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه مفرط، کاهش توانایی تفکر و تمرکز و افکار مکرر مربوط به مرگ از مهم‌ترین علائم اختلال افسردگی اساسی هستند (۱۴). نظریه‌ها و مدل‌های سبب‌شناسی زیادی از جمله مدل درماندگی آموخته‌شده، مدل ناامیدی و مدل شناختی به تبیین اختلال افسردگی اساسی پرداخته‌اند. علاوه بر این آسیب‌پذیری‌ها و سازه‌های روان-شناختی مختلفی مانند نشخوار، خود-انتقادی، ترس از شکست و فرسودگی در شروع و تداوم افسردگی شناخته شده هستند؛ اما کمتر کسی تصور می‌کند که حساسیت اضطرابی به عنوان یک آسیب‌پذیری در پیدایش و تحول افسردگی مطرح باشد. Taylor و همکاران (۱۹۹۶) نقش حساسیت اضطرابی در افسردگی را بسط و گسترش داد. او متوجه شد که احتمالاً حساسیت اضطرابی به واسطه بُعد فرنونوفیبا (ترس از دیوانه شدن؛ بعد دلواپسی‌های شناختی حساسیت اضطرابی) با

به طوری که تمرکز اصلی آن بر مشغولیت ذهنی با ابتلا به نوعی بیماری طبی وخیم است و در آن نگرانی فرد مبتلا ممکن است از نوعی حس یا نشانه جسمی غیر بیمارگونه نشأت گرفته باشد، ولی ناراحتی به وجود آمده نه از خود آن شکایت جسمانی بلکه از اضطراب وی درباره مفهوم، اهمیت یا علت آن ناشی می‌شود که در مدل‌های شناختی-رفتاری اضطراب سلامتی به صورت سوء تفسیر حس‌های بدنی (برای مثال تپش قلب) یا علائم بدنی (برای مثال گلودرد) مفهوم‌پردازی می‌شود؛ به طوری که فرد تصور می‌کند این حس‌ها یا علائم نشان دهنده یک بیماری طبی هستند. به نظر می‌رسد برانگیختگی مرتبط با حس‌های بدنی باعث می‌شود که افراد به اشتباه تصور کنند حس‌ها و علائم بی‌خطر به معنای ابتلا به بیماری هستند که در نهایت همین تصورات منجر به اختلال اضطراب سلامتی می‌شوند (۳۲). اگرچه تئوری انتظار Reiss و McNally، ترس و اضطراب بیماری را بیشتر ناشی از حساسیت به آسیب/بیماری می‌دانند و معتقدند که ممکن است حساسیت به آسیب/بیماری پیش‌بینی‌کننده اضطراب سلامتی باشد اما شواهد حاکی از این هستند که افراد مبتلا به اضطراب سلامتی نسبت به افراد سالم از حساسیت اضطرابی بیشتری برخوردار هستند و حساسیت نقش مهمی در تحول و تداوم اضطراب سلامتی دارد (۲). همچنین بخشی از شواهد پژوهشی حاکی از این هستند که از بین ابعاد شاخص حساسیت اضطرابی تنها بُعد دلواپسی‌های جسمانی با اضطراب سلامتی ارتباط دارد (۳۳)، به طوری که میزان دلواپسی‌های جسمانی در افراد مبتلا به اضطراب سلامتی بیش از سایر اختلال‌های هیجانی بوده است (۲)؛ به همین دلیل به عنوان یک عامل اختصاصی در اضطراب سلامتی مطرح است؛ به عبارت دیگر وقتی این افراد برانگیختگی فیزیولوژیکی (برای مثال تپش، قلب و تنگی نفس) را تجربه می‌کنند به احتمال بیشتری این علائم را به وضعیت‌های طبی حاد (برای مثال سکته قلبی و مرگ قریب‌الوقوع) نسبت می‌دهند. از طرف دیگر نتایج یک مطالعه

افسردگی ارتباط دارد و احتمالاً ترس از فقدان کنترل شکل افسردگی-ویژه حساسیت اضطرابی است؛ به این صورت که احتمالاً افراد مبتلا به اختلال افسردگی عمده هنگام ناتوانی در تمرکز، دشواری در تصمیم‌گیری یا سایر علائم مرتبط با اضطراب دلوپس می‌شوند که احتمالاً در حال دیوانه شدن هستند (۳۵). بعدها سایر مطالعات نیز شواهدی در رابطه با نقش دلوپسی‌های شناختی در افسردگی و خودکشی ارائه کردند (۳۶). در برخی از مدل‌های سبب‌شناسی، نیاز به حفظ کنترل به‌عنوان عامل اصلی در سبب‌شناسی افسردگی شناخته شده است؛ از آنجایی که بسیاری از مسائل زندگی خارج از کنترل هستند و دستیابی به آن غیرممکن است، مطمئناً نیاز به حفظ کنترل می‌تواند خسته‌کننده باشد. در نتیجه تلاش برای حفظ کنترل می‌تواند منجر به احساس دل‌سردی، درماندگی و در نهایت ناامیدی شود. برخی از مطالعات نیز به رابطه دلوپسی‌های اجتماعی حساسیت اضطرابی و افسردگی اشاره کرده‌اند (۲۱، ۲). حتی شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد بعد دلوپسی‌های اجتماعی در بین تعداد زیادی از بیماران سرپایی که سابقه اقدام به خودکشی داشتند بالا بوده است (۳۶). از طرف دیگر شواهدی نیز در رابطه با نقش دلوپسی‌های جسمانی به‌عنوان میانجی دلوپسی‌های شناختی و اقدام به خودکشی وجود دارد، به این معنا که دلوپسی‌های جسمانی باعث تشدید دلوپسی‌های شناختی و پریشانی بیماران می‌شود، در نتیجه، احتمال اقدام به خودکشی را در آن‌ها افزایش می‌دهد (۳۷).

سنجش حساسیت اضطرابی

یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های کار بالینی سنجش درست و دقیق مفهوم مورد بررسی است. برای سنجش حساسیت اضطرابی هم از راهبردهای رفتاری و هم مقیاس‌های خود گزارشی استفاده می‌شود. بخشی از این راهبردهای رفتاری شامل استنشاق CO₂، تمرین‌های ورزشی، نوشیدنی‌های محرک، نفس کشیدن با نی و سخنرانی در شرایط بدون آمادگی است (۳۸).

اما مقیاس‌های خود گزارشی رایج‌ترین شکل سنجش حساسیت اضطرابی هستند که میزان ترس و دلوپسی‌های افراد را در مورد تجربه اضطراب و علائم مرتبط با آن مشخص می‌کنند. اولین بار شاخص حساسیت اضطرابی شانزده گویه‌ای به‌عنوان یک مقیاس تک عاملی معرفی شد که از ویژگی‌های روان‌سنجی خوبی برخوردار بود (۵). مطالعه‌های بعدی نشان داد که ساختار عاملی این شاخص چندعاملی است؛ یعنی از یک عامل سطح بالای حساسیت اضطرابی و سه عامل سطح پایین الف) ترس بدنی، ب) ترس از ناتوانی‌های روانی و ج) ترس اجتماعی تشکیل شده است (۳۹). در حال حاضر شاخص حساسیت اضطرابی متداول‌ترین ابزار در سنجش حساسیت اضطرابی است. این شاخص که ۱۸ گویه دارد توسط Taylor، Deacon، Cox، Zvolensky و همکاران (۲۰۰۷) ارائه شد؛ مطالعه اولیه آن روی ۴۴۹۴ نمونه غیر بالینی از ایالات متحده، کانادا، فرانسه، مکزیک، هلند و اسپانیا و ۳۹۰ نمونه بالینی از ایالات متحده و کانادا نشان داد که این شاخص علاوه بر ویژگی روان‌سنجی بسیار خوب از ساختار سه عاملی جسمانی، شناختی و اجتماعی برخوردار است (۶). در رابطه با نقطه برش حساسیت اضطرابی نیز نظرات متفاوتی وجود دارد، برای شاخص اصلی حساسیت اضطرابی نمره برش ۲۵ پیشنهاد شده است. در حالی که در مورد نسخه سوم شاخص حساسیت اضطرابی پیشنهاد شده است که از نمره برش ۱۷ و برای اطمینان از نمره برش ۲۳ استفاده شود (۴۰).

بحث

دیدگاه فراتشخیصی به درمان شناختی-رفتاری اختلال‌های هیجانی به‌جای علائم، عوامل مشترک اختلال‌ها را مورد آماج قرار می‌دهد (۱)، به همین دلیل حساسیت اضطرابی را به‌عنوان یک آسیب‌پذیری روان‌شناختی عمومی در سیر تحولی اختلال‌ها معرفی می‌کند و از رویارویی با حس‌های درونی به‌عنوان استراتژی تغییر آن استفاده می‌کند (۱۳). حساسیت

این برنامه‌ها به‌جای کاهش علائم یا کاهش شدت آن‌ها به دنبال افزایش آستانه تحمل اضطراب و حس‌های بدنی مرتبط با آن هستند. در نتیجه، مودال‌های درمانی فراتشخیصی مانند آموزش روانی، آگاهی هیجانی، بازسازی شناختی و رویارویی با حس‌های بدنی به‌منظور اصلاح و بهبود تجربه هیجانی طراحی شده‌اند. اخیراً تقابل اثربخشی دیدگاه‌های سنتی و فراتشخیصی شناختی-رفتاری در درمان مشکلات هیجانی مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، برخی از این مطالعات مانند شواهدی در حمایت از دیدگاه‌های سنتی ارائه کرده‌اند، برخی نیز اثربخشی این درمان‌ها را یکسان گزارش کرده‌اند و برخی هم بر اثربخشی و به‌صرف بودن درمان فراتشخیصی تأکید کرده‌اند. با این حال تاکنون شواهدی در رابطه با تفاوت درمان‌های سنتی و فراتشخیصی شناختی-رفتاری در کاهش حساسیت اضطرابی گزارش نشده است.

این مطالعه با مرور مفاهیم نظری و تجربی حساسیت اضطرابی به‌عنوان یک سازه مهم در سبب‌شناسی مشکلات روان-شناختی، شواهد موجود را در راستای نقش فراتشخیصی آن در پدید آیی و تداوم اختلال‌های هیجانی جمع‌آوری کرد و در عین حال می‌تواند چشم‌انداز مناسبی برای پژوهشگران و درمانگران حوزه اختلال‌های هیجانی باشد. توجه به سازه حساسیت اضطرابی به‌مثابه سازه‌ای فراتشخیصی این ایده را به درمانگران می‌دهد که در پروتکل‌ها و منوال‌های درمانی طراحی شده برای طیف وسیعی از اختلال‌های هیجانی نه تنها باید این سازه را مدنظر داشته باشند بلکه در ارزیابی پیامدهای درمانی نیز باید به آن توجه کنند. به‌عنوان مثال پژوهش‌ها حکایت از این دارند که اگر پروتکل درمانی مواجهه‌جویی از پاسخ که درمان انتخابی اختلال وسواسی جبری است بدون توجه به سطح پایه حساسیت اضطرابی بیماران به کار گرفته شود می‌تواند نه‌تنها در اثربخشی درمان مداخله کند بلکه فرآیند خاموشی پاسخ‌های اجتنابی یاد گرفته شده را طولانی‌تر کند؛ پدیده‌ای که در رفتاردرمانی اختلال وسواسی

اضطرابی نه‌تنها می‌تواند به‌عنوان یک آماج درمانی برای کاهش علائم مشکلات هیجانی موردنظر قرار بگیرد، بلکه می‌تواند پاسخی به درمان شناختی-رفتاری اختلال‌های هیجانی را تحت تأثیر قرار دهد (۳)، در نتیجه مداخلات مبتنی بر حساسیت اضطرابی همواره می‌توانند در کار بالینی مفید باشند. در رابطه با مفهوم‌سازی موردی و طرح درمان مرتبط با حساسیت اضطرابی دو دیدگاه کلی وجود دارد: نخست دیدگاه رایج شناختی، رفتاری است که حساسیت اضطرابی را به‌عنوان یک سازه شناختی اختصاصی برای اختلال وحشت-زدگی در نظر می‌گیرد که به‌صورت سوء تعبیر اضطراب و علائم مرتبط با آن تظاهر پیدا می‌کند؛ در این دیدگاه اعتقاد بر این است که حساسیت اضطرابی به‌طور اختصاصی پیش‌بینی‌کننده حمله‌های وحشت‌زدگی است. دوم، دیدگاه جدید فراتشخیصی است که هیجان محور است و حساسیت اضطرابی را با آستانه تحمل حس‌های بدنی تبیین می‌کند. در این دیدگاه حساسیت اضطرابی یا به دلیل ابعاد مختلفی که دارد و یا به دلیل نوع واکنش مشترک بیماران به اضطراب، به‌عنوان یکی از عوامل مشترک بین اختلال‌های هیجانی شناخته می‌شود. در رابطه با دیدگاه نخست برنامه‌های درمانی اختلال ویژه اختلال وحشت‌زدگی در بخشی از کار خود به حساسیت اضطرابی پرداخته‌اند؛ علاوه بر این برنامه‌های درمانی اختصاصی نیز برای حساسیت اضطرابی ارائه کرده‌اند (برای مثال وات و استوارت، ۲۰۰۸، برنامه درمانی خودیاری غلبه بر حساسیت اضطرابی). این برنامه‌های درمانی با ارائه آموزش روانی، بازسازی شناختی، رویارویی با حس‌های بدنی و مدیریت استرس به دنبال تغییرات شناختی در مورد اضطراب و علائم مرتبط با آن هستند، به‌طوری‌که باورهای فاجعه‌آمیز در مورد آن‌ها فاجعه‌زدایی شود و به‌این‌ترتیب شدت علائم کاهش پیدا کند و از راهکارهای مقابله‌ای ناکارآمد کاسته شود. در مقابل اگرچه در برنامه‌های درمانی فراتشخیصی نیز سازوکارهای مشابه با برنامه‌های درمانی تشخیص ویژه در پیش گرفته می‌شود، اما

جبری به دنبال فرآیندی عکس آن هستیم یعنی می‌خواهیم بعد از مواجهه رفتارهای اجتنابی خاموش شوند (۳۰). این مقاله در تلاش بوده است که مروری بر جایگاه حساسیت اضطرابی در پدید آیی و تداوم اختلال‌های هیجانی داشته باشد، ابزارهای مناسب ارزیابی آن را معرفی کند و نقش آن را در هر اختلال به‌طور اختصاصی تشریح کند. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌ها و مقالات در آینده به مکانیسم‌های میانجی، واسطه-ای و پیش‌بین در ارتباط حساسیت اضطرابی با اختلال‌های هیجانی بپردازند تا در پرتو این پژوهش‌ها، دانش ما از فرآیندهای آسیب‌شناختی این اختلال‌ها افزایش یابد. در این صورت، مداخله‌های درمانی دقیق‌تر بر پایه‌چنین دانشی هم می‌تواند کانونی‌تر باشد، هم از هزینه‌های درمانی تحمیلی به بیماران بکاهد و هم به درمانگران کمک کند تا در چارچوبی منسجم که به‌راحتی قابل یادگیری و قابل اجرا است، بتوانند پروتکل‌های مناسب‌تری را انجام دهند.

دوران زندگی همواره با تجارب زندگی افراد پیوند می‌خورد؛ فهم آن به متخصصان بالینی کمک می‌کند تا درک درستی از ابعاد آسیب‌شناسی مشکل هیجانی کنونی بیماران پیدا کنند و در نتیجه راهبردهای درمانی اختصاصی برای آن‌ها طراحی کنند. اهمیت حساسیت اضطرابی به‌عنوان یک سازه مجزا تا اندازه‌ای است که هم در دیدگاه‌های سنتی و هم دیدگاه‌های فراتشخیصی شناختی-رفتاری به‌طوری ویژه به آن پرداخته شده است. به نظر می‌رسد که مداخلات حساسیت اضطرابی علاوه بر نقش درمانی می‌توانند در جهت پیشگیری از بروز مشکلات هیجانی و تسهیل فرآیند درمان این مشکلات نقش ویژه‌ای داشته باشد. پیشنهاد می‌شود که مطالعات آینده علاوه بر مقایسه اثربخشی برنامه‌های درمانی سنتی با برنامه‌های درمانی فراتشخیصی، برنامه‌های درمانی فراتشخیصی متمرکز بر حساسیت اضطرابی را با برنامه‌های درمانی جامع‌تر نیز مقایسه کنند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی زنجان با کد: IR.ZUMS.REC.1396.306 است. نویسندگان مقاله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان به خاطر حمایت از این مطالعه تقدیر و تشکر می‌نمایند.

نتیجه‌گیری

شواهد فزاینده‌ای در رابطه با نقش حساسیت اضطرابی در سیر تحول و تداوم اختلال‌های هیجانی وجود دارد که نه تنها به درک و فهم بهتر آسیب‌شناسی این اختلال‌ها کمک می‌کند بلکه تلویحات و مضامین بسیار باارزشی در روند درمان این اختلال‌ها دارد. با توجه به اینکه حساسیت اضطرابی هم جنبه-های ژنتیکی دارد و هم تحت تأثیر محیط قرار دارد و در طول

منابع

1. Khakpoor S, Saed O. Transdiagnostic cognitive behavioral therapy based on unified protocol: new approach to emotional disorders. *Asia Pac J Clin Trials Nerv Syst Dis*. 2018;3(4):151.
2. Wheaton MG, Deacon BJ, McGrath PB, Berman NC, Abramowitz JS. Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: Evaluation of the ASI-3. *J Anxiety Disord*. 2012;26(3):401-8.
3. Blakey SM, Abramowitz JS, Reuman L, Leonard RC, Riemann BC. Anxiety sensitivity as a predictor of outcome in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Ther Exp Psychiatry*. 2017;57:113-7.

4. Norr AM, Allan NP, Macatee RJ, Keough ME, Schmidt NB. The effects of an anxiety sensitivity intervention on anxiety, depression, and worry: Mediation through affect tolerances. *Behav Res Ther.* 2014;59:12-9.
5. Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behav Res Ther.* 1986;24(1):1-8.
6. Taylor S, Zvolensky MJ, Cox BJ, Deacon B, Heimberg RG, Ledley DR, et al. Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychol Assess.* 2007;19(2):176.
7. Stewart SH, Taylor S, Jang KL, Cox BJ, Watt MC, Fedoroff IC, et al. Causal modeling of relations among learning history, anxiety sensitivity, and panic attacks. *Behav Res Ther.* 2001;39(4):443-56.
8. Otto MW, Eastman A, Lo S, Hearon BA, Bickel WK, Zvolensky M, et al. Anxiety sensitivity and working memory capacity: Risk factors and targets for health behavior promotion. *Clin Psychol Rev.* 2016;49:67-78.
9. Clark DM. A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther.* 1986;24(4):461-70.
10. McNally RJ. Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biol Psychiatry.* 2002;52(10):938-46.
11. Schmidt NB, Capron DW, Raines AM, Allan NP. Randomized clinical trial evaluating the efficacy of a brief intervention targeting anxiety sensitivity cognitive concerns. *J Consult Clin Psychol.* 2014;82(6):1023.
12. Pérez Benítez CI, Shea MT, Raffa S, Rende R, Dyck IR, Ramsawh HJ, et al. Anxiety sensitivity as a predictor of the clinical course of panic disorder: a 1-year follow-up study. *J Depress Anxiety.* 2009;26(4):335-42.
13. Boswell JF, Farchione TJ, Sauer-Zavala S, Murray HW, Fortune MR, Barlow DH. Anxiety sensitivity and interoceptive exposure: a transdiagnostic construct and change strategy. *Behav Ther.* 2013;44(3):417-31.
14. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
15. Marshall GN, Miles JN, Stewart SH. Anxiety sensitivity and PTSD symptom severity are reciprocally related: evidence from a longitudinal study of physical trauma survivors. *J Abnorm Psychol.* 2010;119(1):143.
16. Norr AM, Albanese BJ, Boffa JW, Short NA, Schmidt NB. The relationship between gender and PTSD symptoms: Anxiety sensitivity as a mechanism. *Pers Individ Differ.* 2016;90:210-3.
17. Taylor S, Koch WJ, McNally RJ. How does anxiety sensitivity vary across the anxiety disorders? *J Anxiety Disord.* 1992;6(3):249-59.
18. Zvolensky MJ, Forsyth JP. Anxiety sensitivity dimensions in the prediction of body vigilance and emotional avoidance. *Cognit Ther Res.* 2002;26(4):449-60.
19. Stanley IH, Hom MA, Spencer-Thomas S, Joiner TE. Examining anxiety sensitivity as a mediator of the association between PTSD symptoms and suicide risk among women firefighters. *J Anxiety Disord.* 2017;50(13):94-102.
20. Khakpoor S, Saed O, Shahsavari AJCP. The concept of “Anxiety sensitivity” in social anxiety disorders presentations, symptomatology, and treatment: A theoretical perspective. 2019(just-accepted):1617658.
21. Naragon-Gainey K. Meta-analysis of the relations of anxiety sensitivity to the depressive and anxiety disorders. *Psychol Bull.* 2010;136(1):128-50.

22. Olthuis JV, Watt MC, Stewart SH. Anxiety Sensitivity Index (ASI-3) subscales predict unique variance in anxiety and depressive symptoms. *J Anxiety Disord.* 2014;28(2):115-24.
23. Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia [press release]. New York, NY, US: The Guilford Press 1995.
24. Kanai Y, Sasaki S, Iwanaga M, Seiwa H. Distorted cognition of bodily sensations in subtypes of social anxiety. *Journal of Shinrigaku kenkyu: The Japanese journal of psychology.* 2010;80(6):520-6.
25. Floyd M, Garfield A, LaSota MT. Anxiety sensitivity and worry. *Pers Individ Differ.* 2005;38(5):1223-9.
26. Rifkin LS, Beard C, Hsu KJ, Garner L, Björgvinsson T. Psychometric properties of the anxiety sensitivity index-3 in an acute and heterogeneous treatment sample. *J Anxiety Disord.* 2015;36:99-102.
27. Wilhelm FH, Trabert W, Roth WT. Physiologic instability in panic disorder and generalized anxiety disorder. *Biol Psychiatry.* 2001;49(7):596-605.
28. Robinson LJ, Freeston MH. Emotion and internal experience in Obsessive Compulsive Disorder: reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. *Clin Psychol Rev.* 2014;34(3):256-71.
29. Vancleef LM, Peters ML, Gilissen SM, De Jong PJ. Understanding the role of injury/illness sensitivity and anxiety sensitivity in (automatic) pain processing: An examination using the Extrinsic Affective Simon Task. *J Pain.* 2007;8(7):563-72.
30. Khakpoor S, Yousefi F, Saed O. Anxiety Sensitivity and Obsessive-Compulsive Disorder: A Mini Review. *Shenakht J Psycholo Psychiat.* 2018;5(5):69-80.
31. Newth S, Rachman S. The concealment of obsessions. *Behav Res Ther.* 2001;39(4):457-64.
32. Abramowitz JS, Braddock A. Psychological treatment of health anxiety and hypochondriasis: A biopsychosocial approach. Ashland, OH, US: Hogrefe & Huber Publishers; 2008. xii, 331-xii, p.
33. Olatunji BO, Wolitzky-Taylor KB. Anxiety sensitivity and the anxiety disorders: a meta-analytic review and synthesis. *Psychol Bull.* 2009;135(6):974.
34. Fergus TA, Kelley LP, Griggs JO. The combination of health anxiety and somatic symptoms: Specificity to anxiety sensitivity cognitive concerns among patients in primary care. *J Psychiatr Res* 2016;239:117-21.
35. Taylor S, Koch WJ, Woody S, McLean PJJ. Anxiety sensitivity and depression: how are they related? *1996;105(3):474.*
36. Capron DW, Kotov R, Schmidt NB. A cross-cultural replication of an interactive model of anxiety sensitivity relevant to suicide. *J Psychiatr Res.* 2013;205(1-2):74-8.
37. Capron DW, Cogle JR, Ribeiro JD, Joiner TE, Schmidt NB. An interactive model of anxiety sensitivity relevant to suicide attempt history and future suicidal ideation. *J Psychiatr Res.* 2012;46(2):174-80.
38. Smits JA, Otto M, Powers M, Baird S. *The Clinician's Guide to Anxiety Sensitivity Treatment and Assessment.* San Diego, CA, US: Academic Press; 2018.
39. Zinbarg RE, Barlow DH, Brown TA. Hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index: Evidence and implications. *Psychol Assess.* 1997;9(3):277.
40. Otto MW, Smits JA, Fitzgerald HE, Powers MB, Baird SO. Anxiety sensitivity and your clinical practice. *The Clinician's Guide to Anxiety Sensitivity Treatment and Assessment.* San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press; 2019. p. 179-93.