

# Comparing the Illness Anxiety Disorder With Obsessive-Compulsive Disorder and Generalized Anxiety Disorder Based on the Cognitive Transdiagnostic Constructs

Daneshmandi S<sup>1</sup>, \*Rahimi Taghanaki Ch<sup>2</sup>, Mohammadi N<sup>3</sup>, Imani M<sup>4</sup>

## Author Address

1. Ph.D. Student in Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran;
  2. Ph.D. in Clinical Psychology, Professor of Department of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran;
  3. Ph.D. in Psychology, Professor of Department of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran;
  4. Ph.D. in Counseling, Assistant Professor of Department of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.
- \*Corresponding Author Email: [Crahimi2016@hotmail.com](mailto:Crahimi2016@hotmail.com)

Received: 2020 July 16; Accepted: 2020 August 10

## Abstract

**Background & Objectives:** Transdiagnostic models are among the most prominent approaches in psychopathology that emphasize basic and underlying processes in mental disorders. Perfectionism, intolerance of uncertainty, responsibility, and anxiety sensitivity are cognitive constructs that have been introduced as transdiagnostic factors seen in many psychological disorders. Illness anxiety disorder is one of the new disorders defined in the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)* under the diagnostic category of "somatic symptoms and related disorders." Anxiety disorder is nosologically similar to obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. This nosological overlap has led some theorists to classify illness anxiety disorder in the diagnostic category of "obsessive-compulsive and related disorders," while others have suggested that illness anxiety disorder belongs to the category of anxiety disorders. Because of these disagreements, the present study aimed to compare illness anxiety disorder with obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder based on the cognitive transdiagnostic constructs of anxiety sensitivity, perfectionism, responsibility, and intolerance of uncertainty.

**Methods:** The method of this research was casual comparative. The statistical population of this study consisted of all patients with anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, or generalized anxiety disorder who were referred to the clinics of Hafez and Ibn Sina hospitals in Shiraz City, Iran, in 2019. The sample consisted of 15 patients with illness anxiety disorder, 15 with obsessive-compulsive disorder, and 15 with generalized anxiety disorder. These patients were selected through a non-random and purposeful sampling method. The inclusion criteria were aged 18 – 60 years, literate, with a definitive diagnosis of the disorder by a psychiatrist and using screening tools. The exclusion criteria included a lifetime diagnosis of psychotic disorders, substance use disorders, organic brain diseases or mental disorders due to physical problems, and a physical illness that justifies the patient's physical complaints. Also, to reduce overlap between diagnostic groups, patients in each group who overlapped with other groups were excluded from the study. The study tools included the Perfectionism Inventory (Hill et al., 2004), Responsibility Attitude Scale (Salkovskis et al., 2002), Intolerance of Uncertainty Scale (Freeston et al., 1994), and Anxiety Sensitivity Index-Revised (Taylor & Cox, 1998). Data analysis was performed using descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (univariate analysis of variance, the Chi-square, multivariate analysis of variance, and LSD post hoc test) in SPSS software version 26. The significance level of all tests was considered 0.05.

**Results:** The findings of multivariate analysis of variance (MANOVA) showed no significant differences between the three groups of illness anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, and generalized anxiety disorder regarding the constructs of intolerance of uncertainty ( $p=0.757$ ), perfectionism ( $p=0.835$ ), and responsibility ( $p=0.616$ ). However, the difference in anxiety sensitivity construct between the three groups was significant ( $p<0.001$ ). Besides, the results of post hoc tests demonstrated that the mean scores of anxiety sensitivity in the illness anxiety disorder group were significantly higher than that in the groups of obsessive-compulsive disorder ( $p<0.001$ ) and generalized anxiety disorder ( $p<0.001$ ).

**Conclusion:** According to the research findings, the constructs of perfectionism, responsibility, and intolerance of uncertainty are common cognitive constructs in illness anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, and generalized anxiety disorder. However, people with illness anxiety disorder suffer from significantly higher levels of anxiety sensitivity.

**Keywords:** Illness anxiety disorder, Obsessive-compulsive disorder, Generalized anxiety disorder, Transdiagnostic approach, Cognitive constructs.

## مقایسه اختلال اضطراب بیماری با اختلال وسواس فکری عملی و اختلال اضطراب فراگیر براساس سازه‌های فراتشخیصی شناختی

سعیده دانشمندی<sup>۱</sup>، \*چنگیز رحیمی طاقانکی<sup>۲</sup>، نوراله محمدی<sup>۳</sup>، مهدی ایمانی<sup>۴</sup>

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران؛
۲. دکتری روان‌شناسی بالینی، استادتمام بخش روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران؛
۳. دکتری روان‌شناسی، استادتمام بخش روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران؛
۴. دکتری مشاوره، استادیار بخش روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

\*ارایانامه نویسنده مسئول: [Crahimi2016@hotmail.com](mailto:Crahimi2016@hotmail.com)

تاریخ دریافت: ۲۶ تیر ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۲۰ مرداد ۱۳۹۹

### چکیده

**زمینه و هدف:** همپوشی نشانه‌شناختی اختلال اضطراب بیماری با اختلال‌های وسواس و اضطراب فراگیر توجه پژوهشگران را به فرایندهای شناختی مشترک میان آن‌ها جلب کرده است. هدف پژوهش حاضر، مقایسه اختلال اضطراب بیماری با اختلال وسواس و اختلال اضطراب فراگیر در سازه‌های فراتشخیصی شناختی بود.

**روش‌بررسی:** روش پژوهش حاضر علی‌مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این مطالعه را تمامی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب بیماری، اختلال وسواس فکری عملی و اختلال اضطراب فراگیر تشکیل دادند که در سال ۱۳۹۸ به درمانگاه‌های دو بیمارستان حافظ و ابن‌سینا در شهر شیراز مراجعه کردند. نمونه پژوهش را پانزده بیمار مبتلا به اضطراب بیماری، پانزده بیمار مبتلا به وسواس و پانزده بیمار مبتلا به اضطراب فراگیر تشکیل دادند که به‌شیوه غیرتصادفی و هدفمند انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه کمال‌گرایی (هیل و همکاران، ۲۰۰۴)، مقیاس نگرش مسئولیت‌پذیری (سالکوسکیس و همکاران، ۲۰۰۲)، مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی (فریستون و همکاران، ۱۹۹۴) و پرسش‌نامه تجدیدنظرشده حساسیت اضطرابی (تیلور و کاکس، ۱۹۹۸) بود. داده‌ها با آزمون‌های تحلیل واریانس تک‌متغیره، خی‌دو، تحلیل واریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی LSD در سطح معناداری ۰/۰۵ در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد، بین سه گروه اختلال اضطراب بیماری، اختلال وسواس فکری عملی و اختلال اضطراب فراگیر، از نظر سازه‌های عدم تحمل ابهام ( $p=0/757$ )، کمال‌گرایی ( $p=0/835$ ) و مسئولیت‌پذیری ( $p=0/616$ ) تفاوت معناداری وجود نداشت؛ اما تفاوت در حساسیت اضطرابی میان سه گروه معنادار بود ( $p<0/001$ ). همچنین در آزمون تعقیبی میانگین حساسیت اضطرابی در گروه اضطراب بیماری به‌طور معناداری بیشتر از دو گروه دیگر بود ( $p<0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های پژوهش، سازه‌های کمال‌گرایی، مسئولیت‌پذیری و عدم تحمل ابهام از سازه‌های شناختی مشترک در اختلال اضطراب بیماری، اختلال وسواس فکری عملی و اختلال اضطراب فراگیر است؛ باوجوداین، افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری به‌طور درخور توجهی از حساسیت اضطرابی بیشتری رنج می‌برند.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال اضطراب بیماری، اختلال وسواس فکری عملی، اختلال اضطراب فراگیر، رویکرد فراتشخیصی، سازه‌های شناختی.

شد، احساس مسئولیت درباره افکار با افکار تکرارشونده همچون نگرانی و افکار وسواسی ارتباط دارد (۱۵).

اگرچه مفهوم پردازش‌های شناختی رفتاری و رویکردهای درمانی درباره اختلال وسواس فکری عملی و اختلال اضطراب فراگیر به‌طور تجربی تأیید شده است، فهم اضطراب بیماری و درمان آن هنوز در مراحل اولیه قرار دارد. بهبودی خودبه‌خودی در بیماران مبتلا به اضطراب سلامتی شدید بسیار بعید است؛ از این رو چنانچه به این بیماری توجه بالینی نشود، احتمال تبدیل شدن به بیماری مزمن را دارد؛ بنابراین شناسایی شباهت‌ها و تفاوت‌های اختلال اضطراب بیماری با سایر اختلالات روانی، ضمن آنکه به بالینگر در تشخیص درست اختلال اضطراب بیماری کمک می‌کند، در مفهوم‌پردازی درست این بیماری و انتخاب درمان مناسب برای افراد مبتلا نیز یاری‌بخش خواهد بود؛ بنابراین اندک‌بودن مطالعات انجام‌شده در زمینه این موضوع و اطلاعات ضدونقیض و پراکنده درباره شباهت‌ها و تفاوت‌های اختلال مذکور با اختلال وسواس و اختلال اضطراب فراگیر توجه پژوهشگران حاضر را به خود جلب کرد؛ بنابراین، هدف پژوهش حاضر، مقایسه اختلال اضطراب بیماری با اختلال وسواس و اختلال اضطراب فراگیر در سازه‌های فراتشخیصی شناختی شامل کمال‌گرایی، مسئولیت‌پذیری، عدم تحمل ابهام و حساسیت اضطرابی بود.

## ۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر علی‌مقیاسه‌ای بود. جامعه آماری این مطالعه را تمامی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب بیماری، اختلال وسواس فکری عملی و اختلال اضطراب فراگیر تشکیل دادند که در سال ۱۳۹۸ به درمانگاه‌های دو بیمارستان حافظ و ابن‌سینا در شهر شیراز مراجعه کردند. با توجه به آنکه طرح‌های پژوهشی گاهی می‌تواند با تعداد پانزده نفر در هر گروه انجام شود (۱۶)، نمونه شامل پانزده بیمار مبتلا به اختلال اضطراب بیماری، پانزده بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی و پانزده بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود که به‌روش غیرتصادفی و هدفمند انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از: دامنه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال؛ داشتن سواد خواندن و نوشتن؛ تشخیص قطعی اختلال با استفاده از نظر روان‌پزشک و ابزارهای غربالگری. ملاک‌های خروج شامل تشخیص طول عمر اختلالات سایکوتیک، اختلالات مصرف مواد، بیماری‌های مغزی ارگانیک یا اختلالات روانی ناشی از مشکلات جسمانی و وجود یک بیماری جسمی توجیه‌کننده شکایت‌های جسمانی افراد بود. همچنین برای کاهش همپوشی میان گروه‌های تشخیصی، بیماران هر گروه که با سایر گروه‌ها همپوشی داشتند، از مطالعه حذف شدند.

آزمودنی‌های این پژوهش در دو مرحله ارزیابی شدند. ابتدا با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و هدفمند افرادی که طبق نظر روان‌پزشک، تشخیص اختلال وسواس فکری عملی، اختلال اضطرابی فراگیر و اختلال اضطراب بیماری را دریافت کردند، به‌منظور تشخیص قطعی با

طبقه‌بندی اختلالات روانی براساس تفاوت‌های نشانه‌شناختی اگرچه پایایی تشخیص را افزایش می‌دهد، بر رویی آن نیز تأثیر دارد (۱). رویکرد فراتشخیصی نشان می‌دهد، برخی از اختلالات تعریف‌شده در راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی سازه‌های منحصربه‌فردی ندارند و در عوض انواعی از نشانه‌های زیربنایی مشترک را انعکاس می‌دهند (۱). از سازه‌های شناختی که به‌عنوان متغیرهای فراتشخیصی معرفی شده است و در اختلالات مختلف دیده می‌شود، می‌توان به عدم تحمل بلا تکلیفی<sup>۱</sup> (۲)، مسئولیت‌پذیری افراطی<sup>۲</sup> (۳)، حساسیت اضطرابی<sup>۳</sup> (۴) و کمال‌گرایی<sup>۴</sup> (۵) اشاره کرد.

اختلال اضطراب بیماری<sup>۵</sup> تشخیص جدیدی است و شامل افرادی می‌شود که با بیمار شدن یا ابتلا به نوعی بیماری اشتغال ذهنی دارند (۶). این اختلال دارای همپوشی زیادی با اختلال وسواس فکری عملی<sup>۶</sup> است و برخی پژوهشگران بر این باور هستند که میان این دو اختلال از نظر کارکردی شباهت وجود دارد (۷). از سوی دیگر، ارتباط نزدیک میان اختلال اضطراب بیماری و اختلال اضطراب فراگیر<sup>۷</sup> تا آنجا است که وجود سابقه اضطراب بیماری احتمال ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر را تا شش برابر افزایش می‌دهد (۸). بدین ترتیب، با وجود آنکه اختلال اضطراب بیماری در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی در طبقه تشخیصی متفاوتی از اختلال وسواس فکری عملی و اختلال اضطراب فراگیر قرار دارد، شباهت آن با اختلال‌های وسواس و اضطراب فراگیر منجر به بحث درباره جایگاه مناسب این اختلال در سیستم‌های تشخیصی شده است؛ به‌طوری‌که برخی پژوهشگران پیشنهاد دادند، اختلال اضطراب بیماری در طبقه اختلال وسواس فکری عملی قرار بگیرد؛ اما برخی دیگر یکی‌بودن این دو گروه اختلال را حمایت نکردند (۹). در مقابل، نظریه‌پردازان دیگری درباره قرارگرفتن یا ننگرفتن اختلال اضطراب بیماری در طبقه اختلالات اضطرابی بحث و تبادل نظر داشتند (۱۰، ۱۱).

باتوجه به وجود اختلاف نظرهای متعدد در این حوزه، پژوهشگران دیگری از بحث در زمینه طبقه‌بندی مناسب اختلال اضطراب بیماری فراتر رفته‌اند و با استفاده از رویکردهای فراتشخیصی به بررسی فرایندهای شناختی مشترک میان این سه اختلال پرداخته‌اند؛ به‌طور مثال در مقایسه‌های زوجی میان اختلال اضطراب بیماری و اختلال اضطراب فراگیر (۱۲) و اختلال اضطراب بیماری و اختلال وسواس (۱۳) سازه عدم تحمل ابهام، سازه‌ای شناختی مشترک بود و میان اختلالات مذکور تفاوتی وجود نداشت. همچنین نتایج پژوهش دیکون و آبراموویتز حاکی از آن بود که بیماران مبتلا به اضطراب بیماری در مقایسه با بیماران وسواس نمرات بیشتری در حساسیت اضطرابی گزارش می‌کنند (۱۳). در پژوهش رومان و همکاران نیز نتایج نشان داد، حساسیت اضطرابی و مسئولیت‌پذیری از پیش‌بینی‌کننده‌های اضطراب سلامتی است؛ اما اضطراب بیماری با کمال‌گرایی و عدم تحمل ابهام ارتباط ندارد (۱۴). در مطالعه سوگیورا و فساک مشخص

5. Illness Anxiety Disorder  
6. Obsessive Compulsive Disorder  
7. Generalized Anxiety Disorder

1. Intolerance of uncertainty  
2. Inflated responsibility  
3. Anxiety sensitivity  
4. Perfectionism

در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این پرسش‌نامه توسط حمیدپور و همکارانش، آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۸ و پایایی بازآزمایی برابر با ۰/۷۶ به دست آمد (۲۲).

پرسش‌نامه تجدیدنظرشده حساسیت اضطرابی<sup>۶</sup>: این پرسش‌نامه خودگزارشی توسط تیلور و کاکس در سال ۱۹۹۸ به منظور ارزیابی میزان ترس از نشانه‌های اضطرابی طراحی شد (۲۳). پرسش‌نامه ۳۶ گویه دارد و براساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرتی صفر تا ۴ (خیلی کم تا خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل پرسش‌نامه در دامنه صفر تا ۱۴۴ قرار دارد. نمرات بیشتر نشان‌دهنده ترس بیشتر از نشانه‌های اضطراب است (۲۳). ضریب همسانی درونی پرسش‌نامه براساس آلفای کرونباخ ۰/۹۱ ارزیابی شد و ضریب همبستگی آن با شاخص حساسیت اضطرابی ۰/۹۴ به دست آمد (۲۳). اعتبار نسخه فارسی این پرسش‌نامه توسط مرادی‌منش و همکاران براساس سه روش همسانی درونی، بازآزمایی و تنصیفی محاسبه شد که برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۵، و ۰/۹۷ بود. همچنین روایی هم‌زمان این پرسش‌نامه با چک‌لیست نشانگان اختلالات روانی (SCL-90)<sup>۷</sup>، ۰/۵۶ به دست آمد و ضرایب همبستگی با نمره کل در دامنه ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ گزارش شد (۲۴).

تحلیل داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل آزمون‌های تحلیل واریانس تک‌متغیره، خی‌دو، تحلیل واریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی LSD در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام گرفت. همچنین به منظور بررسی پیش‌فرض‌های آماری تحلیل واریانس چندمتغیره از آزمون‌های کولموگوروف-اسمیرنوف، آزمون لوین و ام‌باکس استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### ۳ یافته‌ها

جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی و مدت‌زمان بیماری آزمودنی‌ها را در هر یک از گروه‌های تشخیصی نشان می‌دهد. براساس نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیره، بین سه گروه از نظر سن ( $p=0/257$ )، تحصیلات ( $p=0/323$ ) و مدت‌زمان بیماری ( $p=0/352$ ) تفاوت معناداری مشاهده نشد. همچنین براساس نتایج آزمون خی‌دو، بین سه گروه از نظر جنس تفاوت معناداری وجود نداشت ( $p=0/367$ )؛ بنابراین توزیع گروه‌ها از نظر سن، جنسیت، تحصیلات و مدت‌زمان بیماری دارای اختلاف معناداری نبود.

در بررسی پیش‌فرض‌های آماری به منظور استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیره، نتایج آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف نشان داد، نمرات چهار سازه شناختی (حساسیت اضطرابی، کمال‌گرایی، عدم تحمل ابهام و مسئولیت‌پذیری) در گروه‌های مطالعه‌شده از پیش‌فرض توزیع نرمال تبعیت کرد ( $p>0/05$ ). همچنین نتایج آزمون لون برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها مشخص کرد، واریانس گروه‌ها در متغیرهای حساسیت اضطرابی، کمال‌گرایی، عدم تحمل ابهام و

استفاده از مصاحبه تشخیصی ساختاریافته و ابزارهای غربالگری به روان‌شناس بالینی ارجاع داده شدند. سپس بیمارانی که پس از گذراندن مرحله غربالگری و برآورده‌ساختن ملاک‌های ورود واجد شرایط بودند، وارد مطالعه شدند. پس از کسب رضایت آگاهانه از آزمودنی‌ها از طریق ارائه فرم رضایت آگاهانه و بیان توضیحات لازم به آن‌ها درباره هدف و فرایند پژوهش، اجرای پرسش‌نامه‌های خودگزارشی به صورت انفرادی انجام شد. به منظور کاهش خطا، انتخاب اولویت اجرای پرسش‌نامه‌ها برای هر آزمودنی به‌طور تصادفی صورت پذیرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارهای زیر در پژوهش به‌کار رفت.

پرسش‌نامه کمال‌گرایی<sup>۱</sup>: این پرسش‌نامه توسط هیل و همکاران در سال ۲۰۰۴ به منظور سنجش جنبه‌های مختلف کمال‌گرایی طراحی شد (۱۷) و شامل ۵۹ گویه است که آزمودنی باید در مقیاس پنج‌گزینه‌ای ۱ تا ۵ (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) به سوالات پاسخ دهد. دامنه نمرات بین ۲۹۵ تا ۲۹۵ است. کسب نمرات بیشتر نشان‌دهنده کمال‌گرایی بیشتر است (۱۷). پایایی نسخه اصلی این پرسش‌نامه به روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۸۹ و ۰/۸۳ به دست آمد. همچنین به منظور بررسی روایی همگرای پرسش‌نامه، همبستگی آن با مقیاس کمال‌گرایی فراست<sup>۲</sup> ۰/۷۲ گزارش شد (۱۷). در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این پرسش‌نامه توسط جمشیدی و همکاران، پایایی به دست آمده برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۰ و روایی همگرای آن با پرسش‌نامه سلامت عمومی<sup>۳</sup> ۰/۲۴ بود (۱۸).

مقیاس نگرش مسئولیت‌پذیری<sup>۴</sup>: این مقیاس توسط سالکوسکیس و همکارانش در سال ۲۰۰۲ به منظور سنجش شدت باورهای فرد درباره مسئولیت‌پذیری در قبال افکارش طراحی شد (۱۹). مقیاس دارای ۲۶ پرسش است که آزمودنی میزان موافقت خود را با هر گویه در مقیاس هفت‌درجه‌ای ۱ تا ۷ (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) بیان می‌کند. دامنه نمرات بین ۱۸۲ تا ۱۸۲ است. نمرات بیشتر شدت باور فرد را به داشتن مسئولیت درباره افکار خود و آسیب‌رساندن به خود یا دیگری نشان می‌دهد (۱۹). پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و همسانی درونی برابر با ۰/۹۲ به دست آمد (۱۹). در ایران صولاتی پایایی این مقیاس را به روش همسانی درونی و دونیم‌سازی به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۶۳ گزارش کرد. همچنین روایی هم‌زمان آن با پرسش‌نامه اختلال وسواس فکری عملی پادوا<sup>۵</sup>، ۰/۵۵ به دست آمد (۲۰).

مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی<sup>۶</sup>: این مقیاس توسط فریستون و همکارانش در سال ۱۹۹۴ برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از بلا تکلیفی طراحی شد (۲۱). مقیاس از ۲۷ آیتم تشکیل شده است که آزمودنی‌ها براساس مقیاس پنج‌درجه‌ای ۱ تا ۵ (هرگز تا همیشه) به سوال‌ها پاسخ می‌دهند. نمرات بیشتر نشان‌دهنده میزان آشفتگی بیشتر در موقعیت‌های مبهم است (۲۱). ضریب آلفای کرونباخ حاصل برای این مقیاس ۰/۹۴ و ضریب همبستگی آن با پرسش‌نامه نگرانی پنیلووانیا<sup>۷</sup> ۰/۶۳ ارزیابی شد (۲۱).

۶. Intolerance of Uncertainty Scale

۷. Pennsylvania State Worry Questionnaire

۸. Anxiety Sensitivity Index-Revised

۹. The Symptom Checklist-90

۱. The Perfectionism Inventory

۲. Frost Perfectionism Scale

۳. General Health Questionnaire

۴. Responsibility Attitude Scale

۵. Padua Obsessive-Compulsive Questionnaire

مسئولیت‌پذیری همسان بود ( $p > 0/05$ ). علاوه بر این، نتایج آزمون ام‌باکس نشان داد، مفروضه همگنی کوواریانس‌ها برقرار بود ( $p > 0/05$ ). در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار مسئولیت‌پذیری، کمال‌گرایی، حساسیت اضطرابی و عدم تحمل ابهام به تفکیک گروه‌ها مشاهده می‌شود.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی به تفکیک گروه‌ها

گروه تشخیصی	تعداد زن-مرد	دامنه سنی	میانگین سنی	انحراف معیار سنی	دامنه سال‌های تحصیل	میانگین سال‌های تحصیل	انحراف معیار سال‌های تحصیل	مدت زمان بیماری (سال)	میانگین مدت زمان بیماری (سال)	انحراف معیار مدت زمان بیماری (سال)
اضطراب بیماری	۹-۶	۴۵ تا ۱۸	۲۸/۴۶	۷/۲۴	۱۲ تا ۲۲	۱۵/۶۰	۳/۰۴	۸	۱/۹۲	
وسواس	۱۲-۳	۶۱ تا ۲۰	۳۳/۵۳	۱۰/۴۴	۱۸ تا ۸	۱۴	۲/۷۲	۷	۲/۴۲	
اضطراب فراگیر	۱۵-۰	۴۶ تا ۱۸	۳۰	۷/۳۹	۱۸ تا ۸	۱۴/۶۶	۲/۸۹	۷	۲/۱۰	

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی سازه‌های شناختی به تفکیک گروه‌ها

متغیر	اضطراب بیماری		وسواس		اضطراب فراگیر	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مسئولیت‌پذیری	۱۱۷/۸۰	۲۰/۰۳	۱۱۹/۵۳	۲۷/۱۳	۱۲۵/۸۰	۲۲/۰۷
کمال‌گرایی	۲۰/۰۵۳	۸۲/۳۲	۲۰/۸۵۳	۴۰/۴۸	۲۰۴/۹۳	۳۵/۷۷
حساسیت اضطرابی	۷۰/۹۳	۲۱/۶۳	۲۷/۴۶	۱۸/۲۱	۳۸/۶۶	۲۸/۹۷
عدم تحمل ابهام	۸۴۳/۹۳	۱۸/۸۹	۸۴/۸۶	۲۰/۷۶	۸۹/۸۶	۲۳/۰۸

بر اساس نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره، باتوجه به آنکه مقدار لامبدای ویلکز  $0/48$  به دست آمد ( $p < 0/01$ )، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که تحلیل انجام شده  $52$  درصد ( $0/48$ ) از واریانس گروه‌ها را از یکدیگر تفکیک کرده است. جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره را به منظور بررسی تفاوت بین سه گروه اضطراب بیماری، وسواس و اضطراب فراگیر نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره به منظور بررسی تفاوت سه گروه در سازه‌های شناختی

سازه‌های شناختی	درجه آزادی	مقدار F	مقدار p	مجذور اتا	توان آماری
حساسیت اضطرابی	۲	۱۳/۹۸	$< 0/001$	۰/۴۰۰	۰/۹۹۷
کمال‌گرایی	۲	۰/۱۸	۰/۸۳۵	۰/۰۰۹	۰/۰۷۶
عدم تحمل ابهام	۲	۰/۲۸	۰/۷۵۷	۰/۰۱۳	۰/۰۹۱
مسئولیت‌پذیری	۲	۰/۴۹	۰/۶۱۶	۰/۰۲۳	۰/۱۲۵

بر اساس جدول ۳، بین سه گروه از نظر سازه‌های عدم تحمل ابهام ( $p = 0/757$ )، کمال‌گرایی ( $p = 0/835$ ) و مسئولیت‌پذیری ( $p = 0/616$ ) تفاوت معناداری وجود نداشت؛ اما تفاوت در حساسیت اضطرابی میان سه گروه معنادار بود ( $p < 0/001$ ). داده‌های مربوط به مجذور اتا در این جدول نشان می‌دهد،  $40$  درصد از تفاوت میان سه

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه زوجی گروه‌ها در شاخص حساسیت اضطرابی

گروه‌های تشخیصی	تفاوت میانگین	مقدار p
اضطراب بیماری	وسواس	$< 0/001$
	اضطراب فراگیر	$< 0/001$
وسواس	اضطراب بیماری	$< 0/001$
	اضطراب فراگیر	۰/۱۹۷

در جدول ۴ نتایج حاصل از آزمون تعقیبی LSD در بررسی مقایسه زوجی در گروه‌های تشخیصی بر اساس میانگین حساسیت اضطرابی مشاهده می‌شود. باتوجه به نتایج جدول ۴، میانگین حساسیت اضطرابی در گروه اختلال اضطراب بیماری به طور معناداری بیشتر از

میانگین آن در گروه‌های اختلال وسواس ( $p < 0/001$ ) و اختلال اضطراب فراگیر ( $p < 0/001$ ) بود. همچنین بین گروه‌های اختلال وسواس و اختلال اضطراب فراگیر در میانگین حساسیت اضطرابی تفاوت معناداری وجود نداشت ( $p = 0/197$ ).

#### ۴ بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه اختلال اضطراب بیماری با اختلال وسواس و اختلال اضطراب فراگیر در سازه‌های فراتشخصی شناختی شامل کمال‌گرایی، مسئولیت‌پذیری، عدم تحمل ابهام و حساسیت اضطرابی بود. نتایج این مطالعه نشان داد، اختلال اضطراب بیماری در سازه‌های شناختی کمال‌گرایی، مسئولیت‌پذیری و عدم تحمل ابهام تفاوت معنادار با اختلال وسواس فکری عملی و اختلال اضطراب فراگیر نداشت. این یافته با نتایج پژوهش‌های خواجه‌منصور و همکاران (۱۲)، دیکون و آبراموویتز (۱۳) و سوگیرا و فیساک (۱۵) همخوان است و با نتایج مطالعه ریومن و همکاران (۱۴) ناهمخوان است. همچنین یافته دیگر این پژوهش حاکی از آن بود که اختلال اضطراب بیماری در سازه حساسیت اضطرابی با اختلال وسواس و اختلال اضطراب فراگیر تفاوت معناداری داشت و افراد دچار اضطراب بیماری در مقایسه با دو گروه دیگر به‌طور درخور توجهی حساسیت بیشتری به نشانه‌های اضطراب نشان دادند. این یافته نیز با نتایج پژوهش‌های دیکون و آبراموویتز (۱۳) و ریومن و همکاران (۱۴) همخوان است.

بر اساس یافته‌های به‌دست آمده، اختلال اضطراب بیماری اگرچه از نظر ملاک‌های تشخیصی با اختلال‌های وسواس و اضطراب فراگیر تفاوت دارد، از نظر سازه‌های شناختی به یکدیگر شبیه است. به عبارت دیگر، کمال‌گرایی، عدم تحمل ابهام و مسئولیت‌پذیری سه عامل شناختی مشترک در این سه اختلال محسوب می‌شود. در مدل‌های شناختی رفتاری ارائه شده درباره اختلال اضطراب بیماری (۱۱)، اختلال وسواس فکری عملی و اختلال اضطراب فراگیر (۱۸)، اهمیت باورهای ناکارآمد همچون مسئولیت‌پذیری افراطی، کمال‌گرایی و عدم تحمل ابهام تأیید شده است؛ بدین ترتیب که افراد مبتلا به اختلال وسواس به دلیل نیاز به دستیابی به قطعیت و کمال دچار شک درباره انجام دادن درست یک عمل می‌شوند و ناتوانی در تحمل ابهام، آن‌ها را وادار می‌سازد تا برای کاهش تردید خود درباره موقعیت، اقدام به انجام رفتارهای وسواسی کنند. افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نیز موقعیت‌های ابهام‌آمیز و گیج‌کننده را استرس‌زا و مختل‌کننده ادراک می‌کنند. این اشخاص معتقد هستند که نگرانی می‌تواند به آن‌ها برای سازگاری با موقعیت‌های ترس‌آور کمک کند و به‌طور مؤثر و کامل از اتفاق افتادن آن حوادث در آینده جلوگیری نماید. این نگرانی که فقط با اضطراب همراه است، منجر به جهت‌گیری منفی به مشکل و اجتناب شناختی می‌شود و به حفظ نگرانی کمک می‌کند. مشابه با این اختلالات، اختلال اضطراب بیماری نیز به دلیل آنکه با سوءتعبیر اغراق‌آمیز نشانه‌های بدنی همراه است (مثلاً سردرد نشانه تومور مغزی است)، موجب می‌شود که افراد مبتلا تمایل افراطی به دستیابی به قطعیت درباره وضعیت سلامتی خود پیدا کنند (۷). این افراد که از موقعیت مبهم می‌گریزند و در پی دست‌یافتن به قطعیت کامل و

صددرد برای سلامت جسمانی خود هستند، با رفتارهای اطمینان‌طلبانه و مراجعه‌های مکرر به مراکز پزشکی به دنبال کاهش ابهام درباره نشانه‌های جسمانی خود هستند. به عبارت دیگر، در هر سه اختلال افراد دچار شک، ابهام و عدم قطعیت درباره احتمال بروز پیامد ترسناک می‌شوند و با رفتارهای ایمنی سعی در کاهش ابهام خود دارند (۷). در همین راستا، خواجه منصور و همکاران (۱۲) و دیکون و آبراموویتز (۱۳) نشان دادند، عدم تحمل ابهام، ویژگی شناختی همپوش در سه اختلال مذکور است. برخلاف نتایج این مطالعات، ریومن و همکاران ارتباط بین کمال‌گرایی و عدم تحمل ابهام را با اضطراب بیماری تأیید نکردند (۱۴). از دلایل بسیار مهم این ناهمخوانی آن بود که آزمودنی‌های مطالعه ریومن و همکاران، تنها بیماران مبتلا به اختلال وسواس بوده‌اند و مقایسه جداگانه‌ای بین گروه‌های مختلف بیماری صورت نگرفته است.

همچنین، مسئولیت‌پذیری افراطی در اختلال وسواس فکری عملی، اختلال اضطراب بیماری و اختلال اضطراب فراگیر موجب می‌شود که افراد افکار مزاحم خود را نشانه وجود آسیب و خطر قلمداد می‌کنند و برای پیشگیری از آسیب‌رسیدن به خود یا دیگران احساس مسئولیت دارند. در همین راستا، سوگیرا و فیساک مسئولیت‌پذیری در قبال افکار را عامل زمینه‌ساز برای افکار تکرار شونده همچون نگرانی و افکار وسواسی معرفی کردند. بدین ترتیب، علاوه بر آنکه مهم‌پنداشتن افکار احساس مسئولیت در قبال آن‌ها قابلیت تبدیل شدن به فکر وسواسی را دارد، نگرانی‌ها نیز با مسئولیت‌پذیری افراطی همراه است (۱۵). افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری نیز به دلیل داشتن این باور که فکر بیماری به معنای داشتن بیماری است، در قبال افکارشان احساس مسئولیت می‌کنند و سعی در پیشگیری از بروز بیماری جسمی دارند. این یافته با نتایج مطالعه ریومن و همکاران همخوان است. آن‌ها نشان دادند، اضطراب بیماری با سوگیری‌های شناختی بیش‌برآورد خطر و مسئولیت‌پذیری درباره آسیب ارتباط دارد (۱۴).

یافته دیگر این پژوهش حاکی از آن بود که اختلال اضطراب بیماری در سازه کمال‌گرایی تفاوت معناداری با اختلال وسواس فکری عملی و اختلال اضطراب فراگیر نداشت. در اختلال وسواس اجبارهای واری کردن و تمیز کردن اغلب توسط افرادی تداوم می‌یابد که احساس می‌کنند باید هر آیین را به‌طور بی‌نقص انجام دهند؛ زیرا معتقد هستند اگر این کارها را به‌صورت بی‌نقص انجام ندهند، پیامد ناخوشایند یا وحشتناکی رخ خواهد داد. از سوی دیگر، در اختلال اضطراب فراگیر نگرانی برای اشتباهات و تردید درباره اعمال توجیه‌کننده ارتباط بین نگرانی و کمال‌گرایی است. به عبارت دیگر، افراد کمال‌گرا نه تنها درباره دستیابی به معیارهای شخصی خود برای عملکردها نگران هستند، بلکه نگرانی‌های افراطی برای موضوعات روزمره‌ای دارند که در اختلال اضطراب فراگیر دیده می‌شود. در اختلال اضطراب بیماری نیز باورهای کمال‌گرایانه درباره سلامتی منجر به سوءتفسیر نشانه‌های جسمی می‌شود (۷)؛ بدین ترتیب که این افراد باور دارند، سلامتی کامل به معنای نبودن هیچ نشانه جسمی است و همه نشانه‌های جسمی، توضیحی پزشکی دارد؛ در نتیجه، با بروز یک علامت جسمی دچار نگرانی درباره ماهیت این نشانه و پیامد آن می‌شوند و برای کاهش این نگرانی اقدام

به استفاده از راهبردهای ناسازگارانه مثل واری بدن، جست و جوی اینترنتی و اطمینان طلبی می‌کنند.

از دیگر سو، این پژوهش نشان داد، افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری درمقایسه با افراد دچار وسواس و اضطراب فراگیر حساسیت اضطرابی بیشتری را گزارش می‌دهند. به عبارت دیگر، حساسیت اضطرابی می‌تواند توجیه‌کننده نگرانی‌های افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری درباره بیماری و اشتغال ذهنی آن‌ها با بدنشان باشد. طبق مدل شناختی رفتاری ارائه شده برای اضطراب سلامتی (۱۱)، باورهای ناکارآمد مربوط به سلامتی منجر به ارزیابی اشتباه نشانه‌های بدنی بی‌خطر خواهد شد (به طور مثال، سردرد نشانه تومور مغزی ادراک می‌شود). علاوه بر این، سوگیری توجه درباره اطلاعات تهدیدکننده باعث می‌شود که فرد به طور مکرر به نشانه‌های بدنی خود اشتغال ذهنی پیدا کند و گوش به زنگ شود (۷)؛ در نتیجه فرد مبتلا به منظور پیشگیری از بروز یک مشکل جسمی به وضعیت و نشانه‌های خود به طور دقیق توجه می‌کند و به کوچک‌ترین نشانه‌های اضطراب به خصوص نشانه‌های جسمانی که سایر افراد به آن‌ها بی‌توجه هستند، واکنش افراطی نشان می‌دهد. این حساسیت فرد را دچار سوءتعبیر اغراق آمیز علائم و توجه بیشتر به سرنخ‌های جسمانی می‌کند و بدین ترتیب فرد در چرخه‌ای معیوب گرفتار می‌شود. در همین راستا، دیکون و آبراموویتز (۱۳) و ریومن و همکاران (۱۴) نقش حساسیت اضطرابی را در پیش‌بینی اضطراب سلامتی تأیید کردند.

در مجموع، نتایج این پژوهش نشان داد، اختلال اضطراب بیماری در برخی از سازه‌های شناختی (عدم تحمل ابهام، مسئولیت‌پذیری و کمال‌گرایی) با اختلال وسواس و اختلال اضطراب فراگیر شباهت دارد؛ اما عامل حساسیت اضطرابی در این اختلال به طور درخور توجهی از دو اختلال دیگر بیشتر است. بدین ترتیب، عدم تحمل ابهام، مسئولیت‌پذیری و کمال‌گرایی از جمله سازه‌های فراتشخیصی است که زیربنای شناختی اختلالات مذکور را تشکیل می‌دهد.

یافته‌های این مطالعه به دلیل تأکید بر رویکرد فراتشخیصی می‌تواند در مفهوم‌پردازی، ارزیابی و درمان افراد مبتلا به اضطراب بیماری راهگشا باشد. رویکرد فراتشخیصی با استفاده از مکانیزم‌های زیربنایی مشابه، همپوشی میان اختلالات مختلف را نشان می‌دهد و به توسعه درمان اختلالات روانی کمک می‌کند؛ زیرا به جای تأکید روش‌های درمانی مختلف بر هریک از اختلالات روانی، هدف درمان بر نقص‌های کلیدی متمرکز می‌شود (۱). به عبارت بهتر، با توجه به آنکه افراد مبتلا به اختلالات روانی به ندرت تنها از یک اختلال رنج می‌برند و هم‌زمان نشانه‌های اختلالات دیگر را نیز گزارش می‌کنند، رویکرد فراتشخیصی می‌تواند همپوشی زیاد میان اختلالات روانی را توضیح دهد و درمانگر به جای اولویت‌بندی اختلالات مختلف در فرایند درمان، ویژگی‌های همپوش را هدف قرار می‌دهد. همچنین پیشرفت‌های نظری و تجربی صورت گرفته در یک اختلال قابلیت استفاده را برای اختلالات روانی دیگر به دست می‌آورد (۱)؛ بنابراین، یافته‌های این مطالعه نه تنها پیشنهاد می‌کند که ارزیابی‌های شناختی و تکنیک‌های درمانی استفاده شده به منظور کاهش عدم تحمل ابهام، مسئولیت‌پذیری و کمال‌گرایی در بیماران وسواس و اضطراب فراگیر، برای بیماران دچار

اضطراب بیماری نیز قابلیت کاربرد دارد، بلکه تبیین و توضیح همپوشی میان این سه اختلال را تسهیل می‌کند. با وجود این شباهت، در درمان افراد دچار اختلال اضطراب بیماری علاوه بر تکنیک‌ها و آموزش‌هایی که برای کاهش این سه عامل شناختی اجرا می‌شود، لازم است عامل حساسیت اضطرابی به طور ویژه هدف قرار گیرد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به غنی نبودن پژوهش‌های ایرانی درباره این موضوع اشاره کرد؛ به طوری که تنها یک مطالعه ایرانی در راستای موضوع پژوهش حاضر یافت شد. به همین سبب، امکان مقایسه یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات داخلی قبلی با محدودیت جدی روبه‌رو بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران بعدی بررسی جنبه‌های مختلف شناختی اختلال اضطراب بیماری و وجوه تفاوت و شباهت آن را با اختلالات اضطرابی و وسواس مدنظر قرار دهند. همچنین، به دلیل همپوشی زیاد سه اختلال مذکور و تأکید نکردن این مطالعه بر وجود حداقل همپوشی میان آن‌ها، تعداد افراد مطالعه شده محدود بود و تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با محدودیت روبه‌رو می‌کند؛ از این رو لازم است مطالعات بعدی با حجم نمونه بیشتری انجام شود.

## ۵ نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد، اختلال اضطراب بیماری، اختلال وسواس و اختلال اضطراب فراگیر در سازه‌های کمال‌گرایی، عدم تحمل ابهام و مسئولیت‌پذیری تفاوتی با یکدیگر ندارند؛ اما افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری درمقایسه با دو اختلال دیگر، دارای حساسیت بیشتری در قبال نشانه‌های اضطرابی هستند. لازم است که درمانگران کاهش حساسیت اضطرابی این بیماران را در برنامه درمانی خود قرار دهند.

## ۶ تشکر و قدردانی

از شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر که با صبر و حوصله در تمامی مراحل ارزیابی با پژوهشگران این مطالعه همکاری کردند، بسیار قدردانی می‌شود.

## ۷ بیانیه‌ها

### تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

رضایت آگاهانه آزمودنی‌های پژوهش از طریق ارائه فرم رضایت آگاهانه و بیان توضیحات لازم به آن‌ها درباره هدف و فرایند پژوهش دریافت شد.

### رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

### تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند. این مقاله برگرفته از رساله دکتری است که در تاریخ ۱۷ تیر ۱۳۹۸ در تحصیلات تکمیلی دانشگاه شیراز تصویب شده است. همچنین مجوز اجرای این پژوهش بر گروه‌های بالینی مطالعه شده از دانشگاه علوم پزشکی شیراز با شناسه IR.SUMS.REC.1398.1184 صادر شده است.

## References

1. Sauer-Zavala S, Gutner CA, Farchione TJ, Boettcher HT, Bullis JR, Barlow DH. Current definitions of "transdiagnostic" in treatment development: a search for consensus. *Behav Ther.* 2017;48(1):128–38. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.004>
2. McEvoy PM, Hyett MP, Shihata S, Price JE, Strachan L. The impact of methodological and measurement factors on transdiagnostic associations with intolerance of uncertainty: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2019;73:101778. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101778>
3. Pugh K, Luzon O, Ellett L. Responsibility beliefs and persecutory delusions. *Psychiatr Res.* 2018;259:340–44. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.10.044>
4. Smits JA, Otto MW, Powers MB, Baird SO. Anxiety sensitivity as a transdiagnostic treatment target. In: Smits JA, Otto MW, Powers MB, Baird SO; editors. *The clinician's guide to anxiety sensitivity treatment and assessment*. US: Academic Press; 2019. pp: 1–18. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813495-5.00001-2>
5. Coughtrey A, Shafraan R, Bennett S, Kothari R, Wade T. Mental contamination: relationship with psychopathology and transdiagnostic processes. *J Obsessive Compuls Relat Disord.* 2018;17:39–45. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.08.009>
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. USA: American Psychiatric Pub; 2013.
7. Abramowitz JS, Braddock AE. Hypochondriasis: conceptualization, treatment, and relationship to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2006;29(2):503–19. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2006.02.008>
8. Sunderland M, Newby JM, Andrews G. Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *Br J Psychiatr.* 2013;202(1):56–61. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.103960>
9. Solem S, Borgejordet S, Haseth S, Hansen B, Haland A, Bailey R. Symptoms of health anxiety in obsessive-compulsive disorder: relationship with treatment outcome and metacognition. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders.* 2015;5:76–81. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.03.002>
10. Schmidt AJM. Bottlenecks in the diagnosis of hypochondriasis. *Compr Psychiatry.* 1994;35(4):306–15. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(94\)90024-8](https://doi.org/10.1016/0010-440X(94)90024-8)
11. Asmundson GJG, Abramowitz JS, Richter AA, Whedon M. health anxiety: current perspectives and future directions. *Curr Psychiatry Rep.* 2010;12(4):306–12. <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0123-9>
12. Khaje Mansoori A, Mohammadkhani P, Mazidi M, Kami M, Bakhshi Nodoooshan M, Shahidi S. The role of metacognition and intolerance of uncertainty in differentiating illness anxiety and generalized anxiety. *Pract Clin Psychol.* 2016;4(1):57–65. [Persian] <http://jpcp.uswr.ac.ir/article-1-303-en.html>
13. Deacon B, Abramowitz JS. Is hypochondriasis anxiety related to obsessive compulsive disorder, panic disorder, or both? An empirical evaluation. *J Cogn Psychother.* 2008;22(2):115–27. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.22.2.115>
14. Reuman L, Jacoby RJ, Blakey SM, Riemann BC, Leonard RC, Abramowitz JS. Predictors of illness anxiety symptoms in patients with obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Res.* 2017;256:417–22. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.012>
15. Sugiura Y, Fisak B. Inflated responsibility in worry and obsessive thinking. *Int J Cogn Ther.* 2019;12(2):97–108. <https://doi.org/10.1007/s41811-019-00041-x>
16. Delavar MA. *Ehtemalat va amar karbordi dar ravan shenasi va oloom tarbiati [Probabilities and applied statistics in psychology and educational sciences]*. Tehran: Roshd; 2009. [Persian]
17. Hill RW, Huelsman TJ, Furr RM, Kibler J, Vicente BB, Kennedy C. A new measure of perfectionism: the Perfectionism Inventory. *J Pers Assess.* 2004;82(1):80–91. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8201\\_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8201_13)
18. Jamshidy B, Hosseinchari M, Haghightat S, Razmi MR. Validation of a new measure of perfectionism. *J Behav Sci.* 2009;3(1):35–43. [Persian]
19. Salkovskis PM, Rimes K, Warwick H, Clark D. The health anxiety inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med.* 2002;32(5):843–53. <http://doi.org/10.1017/S0033291702005822>
20. Salavati M. *The study of responsibility attitude in obsessive-compulsive disorder patients*. Tehran Psychitric Institute: Iran University; 2003. [Persian] <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?ID=197815>
21. Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? *Pers Individ Differ.* 1994;17(6):791–802. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5)
22. Hamidpour H, Dolatshai B, Shahbaz AP, Dadkhah A. The efficacy of schema therapy in treating women's generalized anxiety disorder. *Iranian J Psychiatr Clin Psychol.* 2011;16(4):420–31. [Persian] <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-1207-en.html>
23. Taylor S, Cox BJ. An expanded anxiety sensitivity index: evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. *J Anxiety Disord.* 1998;12(5):463–83. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(98\)00028-0](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(98)00028-0)
24. Moradimanesh F, Mirjafari SA, Goudarzi MA, Mohammadi N. Barrasiye vizhegi haye ravan sanji shakhes tajdid nazar shode hassasiyat ezterabi (ASIR) [Psychometric properties of the revised anxiety sensitivity index (ASIR)]. *J Psychol.* 2008;11(4):426–46. [Persian]