

عدم تحمل بلا تکلیفی به عنوان ویژگی مستعدکننده‌ی اختلال‌های اضطراب منتشر، وسواسی

اجباری، و وحشت‌زدگی

صمد فهیمی^۱، مجید محمود علیلو^۲، معصومه رحیم خانلی^۳، علی فخاری^۴، حمید پور شریفی^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: مدل عدم تحمل بلا تکلیفی (Intolerance of uncertainty یا IU) در آغاز برای توضیح و تبیین نگرانی در زمینه‌ی اختلال اضطراب منتشر ایجاد و توسعه یافت. اگر چه پژوهش‌های اخیر عدم تحمل بلا تکلیفی را به عنوان عاملی فراتشخیصی تداوم‌بخش در میان اختلال‌های اضطرابی تعریف شده است. هدف این مطالعه مقایسه‌ی عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر (GAD یا Generalized Anxiety Disorder)، اختلال وسواسی اجباری (OCD یا Obsessive-Compulsive Disorder)، اختلال وحشت‌زدگی (PD یا Panic Disorder) و گروه شاهد بود.

مواد و روش‌ها: مطالعه‌ی حاضر از نوع مقطعی و پس‌رویدادی (روش علی مقایسه‌ای) بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه‌ی بیماران را تشکیل می‌داد که برای اولین بار به کلینیک تخصصی بزرگمهر تبریز در سال ۸۹-۹۰ مراجعه کرده بودند. از بین این مراجعین ۳۰ بیمار مبتلا به GAD، ۳۰ بیمار OCD، ۳۰ بیمار PD و ۳۰ گروه شاهد به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. گروه‌ها تا حد امکان از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی با یکدیگر هم‌تا شدند. برای انتخاب و جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته و مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی استفاده شد. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS-17 و شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس متغیره (MANOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نشان داد که افراد با اختلال‌های GAD، OCD و PD در مقایسه با گروه شاهد با توجه به $F=6/89$ و سطح معنی‌داری $0/001$ عدم تحمل بلا تکلیفی بالاتری برخوردار بودند. اما افراد GAD، OCD و PD تفاوت معنی‌داری در عدم تحمل بلا تکلیفی نداشتند. همچنین نتایج نشان دهنده‌ی تفاوت بین گروه‌های اختلال (GAD، OCD و PD) و گروه شاهد با توجه به $F=7/1$ و سطح معنی‌داری $0/001$ و $F=5/23$ و سطح معنی‌داری $0/002$ ، در دو عامل پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی است.

نتیجه‌گیری: عدم تحمل بلا تکلیفی تنها مختص به اختلال اضطراب منتشر نمی‌باشد و این سازه در اختلال‌های وسواسی اجباری و اختلال وحشت‌زدگی نیز دیده می‌شود و به نظر می‌رسد عامل شناختی عدم تحمل بلا تکلیفی نقش محوری در سبب‌شناسی این اختلال‌ها بازی می‌کند. کاربرد بالقوه‌ی این نتایج برای درمان اختلال‌های اضطرابی قابل بحث هستند.

واژه‌های کلیدی: تحمل بلا تکلیفی، اختلال اضطراب منتشر، اختلال وسواسی اجباری، اختلال وحشت‌زدگی

ارجاع: فهیمی صمد، محمود علیلو مجید، رحیم خانلی معصومه، فخاری علی، پور شریفی حمید. عدم تحمل بلا تکلیفی به عنوان ویژگی مستعدکننده‌ی

اختلال‌های اضطراب منتشر، وسواسی اجباری، و وحشت‌زدگی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۲؛ ۱۱(۴): ۲۳۳-۲۴۴

پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۵/۳۰

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۶/۲۳

Email: samad.fahimi@yahoo.com

۱. کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسؤل)

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۳. کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۴. دانشیار، گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۵. استادیار، روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

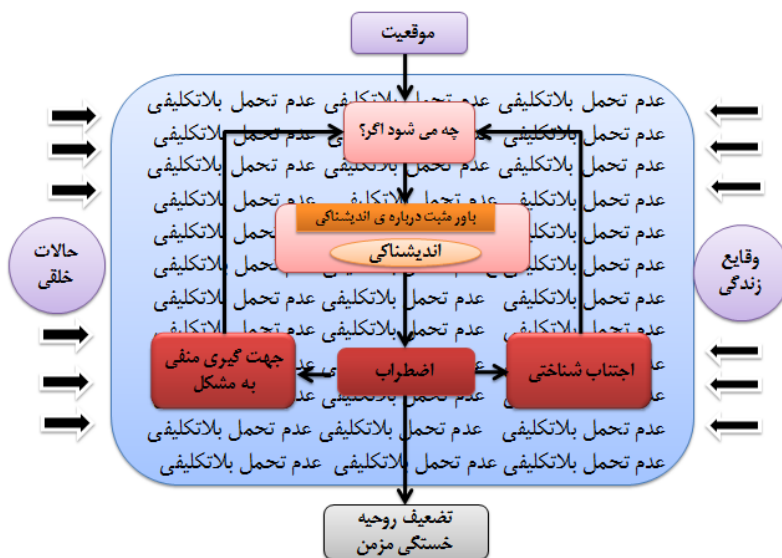
مقدمه

عدم تحمل بلاتکلیفی (IU) به طور گسترده به عنوان واکنشی‌شناختی، هیجانی، و رفتاری به عدم اطمینانی تعریف شده است، که به موجب آنسوگیری در پردازش اطلاعات و افزایش ارزیابی معیوب تهدید و کاهش کنار آمدن رخ می‌دهد (۱). مدل عدم تحمل بلاتکلیفی (IUM) در ابتدا برای اختلال اضطراب منتشر (GAD) گسترش پیدا کرد (2,3)، که سیمایه‌ی اصلی آن نگرانی (worry) مفرط و غیر قابل کنترل است (۴). اما اخیراً، ادعا شده که عدم تحمل بلاتکلیفی ساز و کاری فراتشخیصی (transdiagnostic) است، که در تداوم نشانگان اختلال‌های اضطرابی و افسردگی سهم دارد (۵). اگر ارتباط و وجود عدم تحمل بلاتکلیفی در چندین اختلال نشان داده شود، می‌تواند دلالت‌های مهمی در بسط و رشد فراتشخیصی ابتکاری در پروتکل‌های درمانی داشته باشد. نظریه‌های فراتشخیصی رویکردی برای درک و فهمیدن اختلال‌های روان‌شناختی خارج از ساختار مفهومی به دست آمده از ایده و عقاید تشخیصی هستند. به عنوان نمونه در زمینه اختلال‌های خوردن روان‌شناسان تشخیص داده‌اند که عوامل مؤثر در حفظ و تداوم رفتارها در بی‌اشتهایی روانی، پرخوری روانی و همسان در اختلال افسردگی هستند. از همین رو شناسایی این عوامل مشترک می‌تواند، ما را از درمان مبتنی بر تشخیص نامعطف رها کند و نسل جدیدی از شیوه‌های درمانی کارا را به ارمغان آورد.

مدل عدم تحمل بلاتکلیفی پیشنهاد می‌کند که، افراد مبتلا به GAD بلاتکلیفی را پریشان‌آور می‌یابند، که منجر به آغاز نگرانی در مواجهه با موقعیت‌های مبهم و نامطمئن می‌گردد، یعنی موقعیت‌های مبهم باعث می‌شود فرد درگیر سوالات بی‌پایان "چه می‌شود اگر؟" گردد و از آن جا که این سوالات معمولاً بدون جواب می‌مانند، فرد درگیر نگرانی می‌شود. به طور گسترده این افراد بر این عقیده هستند که نگرانی می‌تواند کمک‌کننده باشد (به عنوان مثال، نگرانی کمک می‌کند تا از وقوع چیزهای ناگوار جلوگیری کرد)، سپس این باور منجر به سوگیری توجه به سوی تهدید و درگیر شدن با افکار مزاحم می‌کند، که این روند منجر به اضطراب می‌شود (۶). رؤس

مطالب مدل عدم تحمل بلاتکلیفی دوحلقه‌ی بازخوردی (feedback loop) است. حلقه‌ی بازخوردی اول نشان می‌دهد که اضطراب منجر به جهت‌گیری منفی به مشکل (negative problem orientation) می‌شود، که به نوبه‌ی خود با این عقیده که مسائل تهدیدآمیز هستند و عدم اطمینان در حل مسأله، رابطه دارد، که این روند باعث می‌شود شدت نگرانی افزایش یابد. حلقه‌ی بازخوردی دوم پیشنهاد می‌کند، اضطراب منجر به اجتناب‌شناختی (cognitive avoidance) می‌شود، که به موجب آن افراد درگیر در استفاده از راهبردهای غیرسودمندی همچون سرکوب فکر (thought suppression)، توجه‌برگردانی (distraction)، و جایگزینی فکر (thought replacement) می‌گردند. به طور کلی این راهبردها از طریق تقویت منفی (negatively reinforced) افکار مزاحم و اضطراب را کاهش می‌دهند. هرچند آن‌ها از ارزیابی‌های اساسی تهدید به واسطه‌ی اصلاح‌شدن جلوگیری می‌کنند، اما، سرانجام افکار مزاحم بیشتر می‌شود و در نتیجه چرخه کامل می‌گردد. حالت خلقی و وقایع زندگی (شکل ۱) نیز آتش‌بیار معرکه می‌شوند. درگیر شدن فرد در چنین چرخه‌ای دستاوردی جز فرسودگی و تضعیف روحیه را ندارد (7,8).

شواهد قابل توجهی وجود دارد که نشان می‌دهد IU عامل آسیب‌پذیری شناختی برای نگرانی است (۹، ۱۰) و احتمالاً عامل مهم تداوم GAD است (۷). پژوهش‌ها نشان داده که IU بدون تناقض با نگرانی ارتباط داشته است (۱۱)، و نسبت به دیگر عامل‌های تداوم‌بخش پیشنهاد شده همچون فرااورهای مثبت، جهت‌گیری منفی به مشکل، اجتناب‌شناختی، بی‌نقص‌گرایی، کنترل ادراک شده، و عدم تحمل ابهام (بخشی از عدم تحمل بلاتکلیفی با مفهوم اولیه عدم تحمل ابهام IA شباهت دارد و به عنوان گرایش به تفسیر موقعیت‌های مبهم به عنوان تهدید یا منبع ناراحتی و واکنش انعطاف‌ناپذیر، اضطراب، و اجتناب به چنین موقعیت‌هایی توصیف گردید در بررسی مروری، ارتباط عدم تحمل بلاتکلیفی و عدم تحمل ابهام را مورد بحث قرار دادند. و به این نتیجه دست‌یافتند که، هر دو صفت‌هایی هستند که به وسیله‌ی رنج بردن در غیاب اطمینان و روشنی مشخص می‌شوند، عدم تحمل بلاتکلیفی آشکارا به نااطمینانی



شکل ۱. مدل عدم تحمل بلاتکلیفی به نقل از داگاس و رابی چاد ص ۱۷۸ (۸)

تکرار در مقایسه با وسواس‌های اجباری غیر واری و گروه کنترل غیر اضطرابی بالاتر است (۱۷). همچنین نتایج پژوهش‌های دیگری در این زمینه نشان می‌دهد IU به صورت هم‌اندازه‌ای در مقایسه با گروه شاهد غیر اضطرابی با نشانگان GAD و OCD رابطه دارد (۱۸). همچنین با استفاده از یک نمونه‌ی ترکیبی از وسواس اجباری واری و گروه شاهد غیربالینی محققین دریافتند که IU کاملاً واسطه‌مند رابطه‌ی بین رفتارهای واری و مسؤلیت‌پذیری بود (۱۹). مهم‌تر این‌که IU نشانگان OCD را پس از کنترل کردن خلق و نگرانی پیش‌بینی می‌کند (۲۰) و زمانی که اطلاعات جمعیت‌شناختی و نشانگان وحشت‌زدگی کنترل شدند IU تنها پیش‌بینی‌کننده‌ی نشانگان OCD و نگرانی بود (۲۱).

شواهد پژوهشی همچنین دریافته‌اند که IU با حساسیت اضطرابی (AS یا anxiety sensitivity) ارتباط دارد، که نقش اساسی در رشد و تداوم اختلال وحشت‌زدگی PD دارد. فرض شده است، احتمالاً ارتباط بین AS و IU در افراد PD شاید در نتیجه‌ی عدم تحمل بلاتکلیفی درباره‌ی نشانگان بدنی اضطراب است. در واقع هر چند IU به طور نیرومندی با GAD ارتباط دارد اما با این حال با هسته‌ی ترس‌ها در اختلال‌های دیگر نیز مرتبط است (۲۲). هر چند نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان داد که نشانگان PD با IU رابطه‌ی معنی‌داری ندارد (۲۳). این پژوهشگران دریافته‌اند افراد PD نسبت به افراد

رخداد‌های آینده اشاره دارد، در حالی که عدم تحمل ابهام تنها ابهام در زمان حال (اکنون) اشاره دارد. شاید به خاطر این تفاوت در کانون زمانی، عدم تحمل ابهام عمدتاً در مدیریت، سازمانی صنعتی، و حسابداری مطالعه شده است. تنها دو مقاله عدم تحمل ابهام را در ارتباط با نشانه‌های خلق یا اضطراب آزمایش کرده است، که نشان دهنده‌ی، اهمیت کم آن در مطالعه‌ی اختلال‌های اضطرابی و خلقی است، درمقابل عدم تحمل بلاتکلیفی با حساسیت زیادی در ارتباط با اختلال‌های هیجانی، به خصوص اختلال اضطراب منتشر بررسی و پژوهش شده است (به نقل از ۱۲) بهترین پیش‌بین، برای نگرانی بوده است (۱۲). مطالعه‌های تجربی (آزمایشی) نیز ارتباط قابل اطمینانی بین IU و نگرانی یافته‌اند (۷،۱۳). IU به عنوان تفکیک‌کننده‌ی نگرانی‌های غیربالینی و GAD با شدت مختلف در نظر گرفته شده است (۱۴)، همچنین پژوهشگران دریافتند روان‌رنجور خوبی با GAD با واسطه‌مندی عدم تحمل بلاتکلیفی و فراشناخت منفی رابطه دارد (۹). نهایتاً تغییر در IU با بهبود در نگرانی و نشانگان اضطرابی در طی درمان‌شناختی رفتاری رابطه دارد (۱۵).

اخیراً شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که IU با نشانگان دیگر اختلال‌های اضطرابی و افسردگی ارتباط دارد (۱۶). برای نمونه، IU با نشانگان اختلال وسواسی اجباری OCD ارتباط دارد. پژوهشگران دریافتند که IU در وسواس‌های اجباری واری و

درمان‌های روان‌شناختی و دارودرمانی، عدم وجود اختلال هم‌ایند در محورهای یک و دو DSM-IV بود. معیار ورود افراد سالم نیز داشتن حداقل مدرک دیپلم، عدم سابقه‌ی اختلال‌های روان‌پزشکی، و نداشتن بیماری پزشکی مزمن بود. از چک‌لیست جمعیت‌شناختی جهت جمع‌آوری ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد شرکت‌کننده‌ها در پژوهش استفاده شد که حاوی سؤالاتی درباره جنسیت، سن و سطح تحصیلات بود.

برای جمع‌آوری اطلاعات مربوط به عدم تحمل بلا تکلیفی از مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی (IUS) استفاده شد. این مقیاس توسط Freeston و همکاران برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از بلا تکلیفی، طراحی شده است. این مقیاس از ۲۷ آیت تشکیل شده است که آزمودنی‌ها بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای (به هیچ وجه=۱ تا بسیار زیاد=۵) به سؤالات پاسخ می‌دهند. Buhr, K & Dugas ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده را برای این مقیاس ۰/۹۴ و ضریب پایایی بازآزمایی آن را در فاصله ۵ هفته‌ای، ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند (۲۴). برای این پرسشنامه دو عامل بیرون کشیده شده است که عبارت هستند از: (۱) بلا تکلیفی تلویحات خودارجاعی و رفتار منفی دارد (Uncertainty has negative behavioral implications) (۲) بلا تکلیفی غیرمنصفانه است و همه چیز را تباہ می‌کند (Uncertainty is unfair and spoils everything) (۲۵). در پژوهش حمیدپور و اندوز گزارش نهایی در دست تهیه) آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۸ و پایایی بازآزمایی (در فاصله ۳ هفته) برابر ۰/۷۶ برای این مقیاس به دست آمد. در بررسی مقدماتی پژوهش حاضر نیز، آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۳۷ به دست آمد (۱).

یافته‌ها

در جدول ۱ یافته‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به عدم تحمل بلا تکلیفی برای گروه‌های پژوهش ارائه شده است. به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش، از تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) استفاده شد. قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیره جهت رعایت پیش فرض‌های آن، از آزمون‌های باکس و لوین استفاده شد. براساس آزمون باکس

GAD نمره کمتری در IU به دست آوردند، هرچند در این پژوهش‌ها از گروه شاهد استفاده نشده بود. بنابراین به نظر می‌رسد که IU در بیماران مبتلا به PD در مقایسه با گروه شاهد بیشتر باشد که نیاز به پژوهش‌های بیشتری است. در مجموع، اگر پژوهش‌ها نشان دهند که IU با اختلال‌های اضطرابی غیر از GAD از جمله OCD و PD رابطه دارد، می‌تواند عاملی حمایتی مهم فراتشخیص باشد. پژوهش‌های پیشین در این زمینه محدودیت‌هایی داشته‌اند. اول این که بیشتر پژوهش‌ها در نمونه غیربالینی انجام شده است. دوم این که اکثر پژوهش‌ها IU در گروه‌های مختلف مقایسه نکرده است. در این پژوهش سعی شده محدودیت‌های پژوهش‌های پیشین رفع گردد. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی عامل اصلی مدل عدم تحمل بلا تکلیفی یعنی IU در گروه‌های GAD، OCD، PD و گروه شاهد افراد سالم انجام شد.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر با توجه به موضوع، اهداف و فرضیه‌های مورد نظر از نوع پژوهش‌های بنیادی و علی‌مقایسه‌ای است. جامعه‌ی پژوهش حاضر بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطراب منتشر، اختلال وسواسی اجباری، اختلال وحشت‌زدگی، و افراد سالم شهر تبریز بود. بیماران از مراجعه‌کنندگان کلینیک تخصصی روان‌پزشکی بزرگمهر انتخاب شدند. نمونه‌ی مورد بررسی شامل ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب منتشر (۱۱ مرد، ۱۹ زن)، ۳۰ بیمار مبتلا به وسواسی اجباری (۱۵ مرد، ۱۵ زن)، ۳۰ بیمار مبتلا به وحشت‌زدگی (۱۳ مرد، ۱۷ زن)، و ۳۰ نفر سالم (۱۵ مرد، ۱۵ زن) بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. گروه‌های مورد مطالعه تا حد ممکن از نظر سن، جنسیت، تحصیلات، و وضعیت زناشویی هم‌تا شدند. مراجعان پس از دریافت تشخیص اولیه روان‌پزشک، به روان‌شناس بالینی برای انجام مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های محور یک در DSM-IV (SCID-I) ارجاع داده می‌شدند. بیماران پس از دریافت معیارهای ورود به پژوهش و تکمیل فرم رضایت‌نامه، ابزارهای پژوهش را تکمیل می‌کردند. معیارهای ورود به گروه‌های بیمار پژوهش داشتن حداقل مدرک دیپلم، عدم دریافت

داد که اثر گروه بر ترکیب عدم تحمل بلاتکلیفی و دو عامل آن با توجه به $p=0/004$ ، $F=75/2$ ، $x=81/0$ لامبدای ویلکز معنی دار می باشد. بنابراین فرض کلی پژوهش مبنی بر تفاوت گروه ها در متغیرهای مورد بررسی، تأیید می شود. یعنی بین چهار گروه، حداقل در یکی از متغیرهای پژوهش تفاوت معنی دار وجود دارد. اطلاعات مربوط به مانوآ در جداول شماره ۴ و ۵ ارایه شده است.

که برای هیچ یک از متغیرها معنی دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس های واریانس/کواریانس به درستی رعایت شده است ($F=65/0$ ، $p=0/86$)، همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود بر اساس آزمون لوین و عدم معنی داری آن برای همه متغیرها، شرط همسانی واریانس های بین گروهی رعایت شده است. بنابراین آزمون تحلیل واریانس چند متغیری قابل اجرا است. نتایج مشخصه آماری لامبدای ویلکز در جدول ۳ نشان

جدول ۱. شاخص های توصیفی عدم تحمل بلاتکلیفی در گروه های پژوهش ($n=30$)

عوامل	عامل اول	عامل دوم	عدم تحمل بلاتکلیفی
	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)
GAD	۴۴/۱۷ (۱۲/۰۵)	۳۹/۱۰ (۹/۷۴)	۸۵/۷۰ (۲۱/۳۴)
OCD	۴۴/۶۶ (۱۲/۳۹)	۳۶/۸۳ (۱۱/۸۳)	۸۴/۲۰ (۲۳/۱۶)
PD	۳۹/۳۰ (۱۰/۹۴)	۳۴/۹۷ (۸/۵۹)	۷۶/۶۰ (۱۹/۰۱)
G.N	۳۲/۶۳ (۹/۳۹)	۲۹/۷۷ (۷/۹۵)	۶۴/۳۶ (۱۶/۷۱)

جدول ۲. نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض برابری واریانس های چهار گروه در عدم تحمل بلاتکلیفی و دو عامل آن

متغیر	F	Df1	Df2	سطح معنی داری
IU	۲/۱۸	۳	۱۱۶	۰/۰۹۳
عامل اول	۱/۵۸	۳	۱۱۶	۰/۱۹۸
عامل دوم	۱/۶۹	۳	۱۱۶	۰/۱۷۱

جدول ۳. نتایج آزمون های معنی داری MANOVA برای اثر اصلی متغیر گروه بر متغیرهای وابسته

متغیر	آزمون	ارزش	F	P
گروه	اثر پیلایی	۰/۱۹۳	۲/۶۵	۰/۰۰۵
	لامبدای ویلکز	۰/۸۱۲	۲/۷۴	۰/۰۰۴
	اثر هتلینگک گروه	۰/۲۲۵	۲/۸۱	۰/۰۰۳
	بزرگترین ریشه روی	۰/۱۹۲	۷/۴۱	۰/۰۰۰

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره اثرات گروه بر عدم تحمل بلاتکلیفی

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	P
IU	۸۵۵۷/۱۰	۳	۲۸۵۲/۳۶	۶/۸۹	۰/۰۰۰۱
عامل اول	۲۸۱۲/۴۹	۳	۹۳۷/۵۰	۷/۱۰	۰/۰۰۰۱
عامل دوم	۴۷۴/۴۸	۳	۴۷۴/۴۹	۵/۲۳	۰/۰۰۲

افراد این سه گروه در مقایسه با افراد سالم از سطوح بالاتر عدم تحمل بلا تکلیفی برخوردار هستند، اما بین سه گروه اختلال اضطراب منتشر، وسواسی اجباری، و وحشت‌زدگی تفاوت معنی‌دار وجود ندارد. همچنین بنابر جدول ۵ بین افراد مبتلا اختلال اضطراب منتشر، وسواسی اجباری، و وحشت‌زدگی و افراد سالم در عامل اول و دوم عدم تحمل بلا تکلیفی تفاوت معنی‌دار مشاهده می‌شود که نشان می‌دهد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، وسواسی اجباری، و وحشت‌زدگی نمره بالاتری در این دو عامل نسبت به گروه شاهد سالم دارند.

با توجه به نتایج ارایه شده در جدول ۴ مشاهده می‌شود که بین چهار گروه افراد مورد مطالعه، در متغیرهای عدم تحمل بلا تکلیفی، و دو عامل آن تفاوت معنی‌دار وجود دارد. با توجه به معنی‌داری تفاوت‌ها در متغیرهای مورد نظر، برای مشخص کردن دقیق تفاوت‌ها در بین چهار گروه از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. نتایج حاصل از این آزمون در جدول ۵ ارایه شده است. نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که بین افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، وسواسی اجباری، و وحشت‌زدگی با افراد سالم در متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی تفاوت معنی‌دار وجود دارد، یعنی

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی LSD

متغیر	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین (۱-۲)	خطای استاندارد	سطح معناداری
IU		OCD	۱/۵	۵/۲۱	۰/۷۷
	GAD	PD	۹/۱	۵/۲۱	۰/۰۸
		افراد سالم	۲۱/۳۳	۵/۲۱	۰/۰۰۰۱
	OCD	PD	۷/۶	۵/۲۱	۰/۱۵
		افراد سالم	۱۹/۸۳	۵/۲۱	۰/۰۰۰۱
	PD	افراد سالم	۱۲/۲۳	۵/۲۱	۰/۰۲
عامل اول		OCD	۰/۵	۲/۹۱	۰/۸۶
	GAD	PD	۴/۸۶	۲/۹۱	۰/۰۹
		افراد سالم	۱۱/۵۳	۲/۹۱	۰/۰۰۰۱
	OCD	PD	۵/۳۶	۲/۹۱	۰/۰۶۷
		افراد سالم	۱۲/۰۳	۲/۹۱	۰/۰۰۰۱
	PD	افراد سالم	۶/۶۷	۲/۹۱	۰/۰۲۴
عامل دوم		OCD	۲/۲۶	۲/۴۶	۰/۳۶
	GAD	PD	۴/۱۳	۲/۴۶	۰/۰۹
		افراد سالم	۹/۳۳	۲/۴۶	۰/۰۰۰۱
	OCD	PD	۱/۸۷	۲/۴۶	۰/۴۵
		افراد سالم	۷/۰۷	۲/۴۶	۰/۰۰۵
	PD	افراد سالم	۵/۲۰	۲/۴۶	۰/۰۳

است و همه چیز را تباه می‌کند، در مقایسه با افراد سالم از سطوح بالاتری برخوردار بودند. همچنین با این که نمره‌ی عدم تحمل بلا تکلیفی افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر در مقایسه به افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری و اختلال وحشت‌زدگی بالاتر بود با این حال این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. همچنین افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری در مقایسه به

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی عدم تحمل بلا تکلیفی در اختلال‌های اضطراب منتشر، اختلال وسواسی اجباری، اختلال وحشت‌زدگی بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که گروه‌های اختلال در سازه‌ی عدم تحمل بلا تکلیفی و دو عامل بلا تکلیفی تلوپحات خودارجاعی و رفتار منفی دارد و بلا تکلیفی غیرمنصفانه

که شامل پیامدهای احتمالی می‌شوند (دو پیامد یا بیشتر)، افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر گرایش به این دارند که، پیامد منفی رخ خواهد داد. برای نمونه، اگر در طول پرواز آشفتگی را تجربه کنند نتیجه خواهند گرفت که در طرح‌هایشان شکست خواهند خورد، یا اگر تا کسی‌شان به‌طور موقت در ترافیک معطل شوند نتیجه خواهند گرفت، پس به ملاقات دیر خواهند رسید.

یافته‌هایی که نشان می‌دهند افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی گرایش به تفسیرهای تهدیدآمیز از اطلاعات مبهم دارند، با این عقیده که افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی در تحمل بلاتکلیفی مشکل دارند، همسو است. در حقیقت، عدم تحمل بلاتکلیفی می‌تواند بهترین توضیح برای سوگیری تفسیری در افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی باشد. در پژوهشی که توسط Dugas و همکاران، انجام شد نتایج نشان دادند که شرکت‌کنندگان با سطوح بالای عدم تحمل بلاتکلیفی اطلاعات مبهم را تفسیرهای تهدیدآمیز می‌کردند، مهم‌تر این‌که، میزان تفسیرهای تهدید، بیشتر با عدم تحمل بلاتکلیفی رابطه داشت تا اضطراب، افسردگی، و نگرانی. علاوه بر این، ارتباط بین عدم-تحمل بلاتکلیفی و میزان تهدید مستقل از خلق (mood) بود (۲۸). این یافته‌ها هم‌راستا با نظریه‌ی شناختی آسیب‌شناسی روانی است که توضیح می‌دهد باورهای بنیادی (و نه نشانه‌هایی همچون اضطراب و افسردگی) بر سبک پردازش اطلاعات، از محیط‌مان اثر می‌گذارد (۳۲-۳۹). بنابراین، یک گذرگاه بالقوه که عدم تحمل بلاتکلیفی منجر به اختلال‌های اضطراب می‌شود این است که افرادی که دارای عدم تحمل بلاتکلیفی، گرایشی نیرومندی به خلق تفسیرهای تهدیدآمیز از اطلاعات مبهم دارند، که این منجر به بالا بردن سطوح نگرانی، و سواس‌های اجباری، گوش‌بزدگی، حتی حساسیت اضطرابی (به عنوان ساز و کارهایی که به اجتناب یا کنترل ختم می‌شود)، می‌شود.

در ارتباط با مطالعه‌ی پردازش اطلاعات، تعدادی از پژوهش‌ها اثر سطوح نگرانی و اضطراب را بر تصمیم‌گیری (decision making) در محیط آزمایشگاهی را مورد آزمایش قرار دادند (۸). اگر چه عدم تحمل بلاتکلیفی در بیشتر این مطالعه‌ها مورد ارزیابی قرار نگرفته‌اند، با این وجود، حاوی اطلاعات مهمی برای درک

افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی از عدم تحمل بلاتکلیفی برخوردار بودند که این تفاوت نیز از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. بنابراین عدم تحمل بلاتکلیفی در سه گروه اختلال اضطراب منتشر، و سواسی اجباری، و وحشت‌زدگی تفاوت معنی‌دار ندارند. همچنین گروه‌های اختلال در دو عامل عدم تحمل بلاتکلیفی نیز با هم تفاوت معنی‌داری نداشتند. نتایج پژوهش حاضر با پیشینه پژوهش همسو است (۲۲، ۲۶، ۲۷-۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۱۷).

عدم تحمل بلاتکلیفی اشاره به ویژگی مستعدکننده‌ای دارد که منتج به باورهای منفی درباره‌ی نااطمینانی و دلالت‌هایش می‌شود. برای نمونه، افرادی که دارای عدم تحمل بلاتکلیفی هستند، بر این عقیده هستند که نااطمینانی و بلاتکلیفی استرس‌زا و آشفتنه‌کننده، بلاتکلیف بودن درباره‌ی آینده غیرمنصفانه (unfair) است، رویدادهای غیرمنتظره منفی هستند و باید از آن اجتناب شود، و نهایتاً نااطمینانی با توانایی فرد برای فعالیت مداخله می‌کند (۸). اگر چه عدم تحمل بلاتکلیفی به طُرق مختلفی تعریف شده، اما ویژگی‌های مستعدکننده (dispositional characteristic) به بهترین شکل ماهیت بنیادی آن را نشان می‌دهد. داده‌های نتایج پژوهش حاضر با این ایده که عدم تحمل بلاتکلیفی عامل خطر برای اختلال اضطراب منتشر و اختلال و سواسی اجباری، اختلال وحشت‌زدگی است حمایت می‌کند، ما اکنون توجه خود را به سوی این‌که چگونه عدم تحمل بلاتکلیفی منجر به اختلال می‌شود، برمی‌گردانیم. از چه راه‌هایی عدم تحمل بلاتکلیفی منجر به اختلال‌های اضطرابی می‌شود؟

پژوهش درباره‌ی راه‌هایی که افراد مضطرب، اطلاعات محیطی‌شان را پردازش می‌کنند، بالقوه از نقش عدم تحمل بلاتکلیفی در اختلال‌های اضطرابی حکایت می‌کند. به‌ویژه، بررسی‌های سوگیری تفسیری در افراد مضطرب، نقش بالقوه‌ی عدم تحمل بلاتکلیفی برای سطوح بالای نگرانی و اختلال اضطراب منتشر را نشان می‌دهند. به‌ویژه این مطالعه‌ها نشان می‌دهند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر به‌طور اغراق‌آمیزی گرایش به ساختن تفسیرهای تهدیدآمیز از اطلاعات مبهم دارند. بنابراین، وقتی افراد با موقعیت‌های مواجه می‌شوند

عقیده که شناخت‌واره‌ی (cognition) منفی و هیجان می‌تواند سهم متقابلی در ایجاد و تداوم آسیب‌روانی داشته باشد، موافق هستند. هم‌کنشی بالقوه بین باورها و حالت هیجانی مشخص است. پژوهشگران هم‌کنشی بین عدم تحمل بلاتکلیفی و حالت اضطرابی را در بین شرکت‌کنندگان غیربالینی مورد بررسی قرار دادند. نتیجه‌ی این بررسی منتج به این نتیجه‌گیری شد که افراد با عدم تحمل بلاتکلیفی هنگامی که مضطرب هستند، در تصمیم‌های‌شان در موقعیت‌های مبهم از اطمینان کمتری برخوردار بودند، که این احتمالاً منجر به نگرانی، نشخوار فکری، گوش به زنگی افراطی درباره‌ی دلالت‌های تصمیم‌های‌شان می‌شود (۸).

در مجموع می‌توان چنین خلاصه کرد که، افراد که دارای سطوح بالای عدم تحمل بلاتکلیفی هستند، در معرض خطر مبتلا شدن به اختلال‌های اضطرابی و خلقی هستند زیرا آن‌ها گرایش به: (۱) خلق تفسیرهای تهدیدآمیز از اطلاعات مبهم، (۲) ایفای نقش ضعیف در موقعیت‌هایی با ابهام متوسط، و (۳) اطمینان کم در تصمیم گرفتن هنگامی که مضطرب هستند.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهند که گروه‌های پژوهش در مقایسه با گروه شاهد سالم در عامل اول متغیر شناختی عدم تحمل بلاتکلیفی، یعنی بلاتکلیفی تلویحات خود ارجاعی و رفتار منفی دارد، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. افرادی که از عدم تحمل بلاتکلیفی بالایی برخوردار هستند، نااطمینانی را پریشان‌کننده می‌دانند. در واقع این افراد در هنگام قرار گرفتن در این موقعیت‌ها نیاز افراطی به کسب اطمینان پیدا می‌کنند، که این خود موجب می‌شود فرد در انجام فعالیت‌های عادی روزمره دچار مشکل شود. این افراد بر این عقیده پافشاری می‌کنند، راهبردهای مقابله‌ای و مهارت‌های حل مسأله‌ی کافی برای مدیریت هر چه مؤثرتر موقعیت‌های تهدیدآمیز (موقعیت‌های بلاتکلیفی) که بالقوه منجر به ناراحتی، استرس، و هیجان‌های منفی می‌شود، را ندارند. همچنین، از آنجا که این افراد اکثر موقعیت‌های روزمره‌ی زندگی را تهدیدآمیز درک می‌کنند، از همین‌رو در ارزیابی و برآورد مسأله مشکل دارند، این ضعف در ارزیابی منجر به این می‌شود که فرد در انجام فعالیت‌های مؤثر

نقش بالقوه‌ی عدم تحمل بلاتکلیفی در اختلال‌های اضطرابی هستند. پژوهشگران اثر مستقیم عدم تحمل بلاتکلیفی بر روی تصمیم گرفتن را در نمونه غیربالینی، مورد آزمایش قرار دادند. آن‌ها تکالیف آزمایشی خود را بر حسب ابهام بر سه درجه تقسیم کردند. نتایج در این آزمایش نشان داد که، عدم تحمل بلاتکلیفی در موقعیت‌هایی با ابهام متوسط اثر مهمی دارد. این منطقی به نظر می‌رسد که، موقعیت‌های غیرمبهم بطور کلی تهدید کمی را برای همه‌ی افراد به ارمغان می‌آورند (که این افراد با سطوح بالای عدم تحمل بلاتکلیفی را نیز شامل می‌شود)، و موقعیت‌های با ابهام زیاد بطور معمول برای اکثر افراد تهدیدکننده هستند (افراد با سطوح پایین عدم تحمل بلاتکلیفی را نیز در برمی‌گیرد). متأسفانه افرادی که سطوح بالای عدم تحمل بلاتکلیفی دارند، اکثر موقعیت‌های زندگی روزمره را، موقعیت‌هایی با سطوح متوسط ابهام توصیف می‌کنند (برخلاف افراد با سطوح پایین عدم تحمل بلاتکلیفی) (۳۲). بنابراین، دومین گذرگاه بالقوه‌ای که سبب می‌شود عدم تحمل بلاتکلیفی منجر به اختلال اضطرابی می‌گردد، این است که افرادی که از سطوح بالای عدم تحمل بلاتکلیفی برخوردارند، در موقعیت‌هایی با ابهام متوسط، به اطلاعات بیشتری برای تصمیم‌گیری نیاز دارند، که این خود منجر به بسط نگرانی و اضطراب درباره‌ی این موقعیت‌ها می‌شود (۸). به عنوان نمونه فردی که مبتلا به اختلال وسواس اجباری است، در روز موقعیت‌های زیادی برای واری کردن تجربه می‌کند، و به طور مشابه افراد مبتلا به وحشت‌زدگی نشانه‌های جسمانی را به همین علت که چه اتفاقی خواهد افتاد نمی‌توانند تحمل کنند.

هم راستا با دیگر مدل‌های شناختی آسیب‌شناسی روانی، مدل عدم تحمل بلاتکلیفی داگاس مبتنی بر این ایده است که باورها (در این مورد، درباره‌ی نااطمینانی و بلاتکلیفی) زمانی که فرد در حالت خلقی (mood state) منفی قرار دارد، بطور کامل فعال است (۳۳). Beck and Emery به این باور به عنوان فعالیت نهفته‌ی طرح‌واره‌ها (activation of latent schemas) اشاره کرده‌اند. اگرچه Dugas & Robichaud اصطلاح باور به طرح‌واره (belief to schema) را ترجیح می‌دهند، اما با این

اختلال‌های اضطرابی بازی می‌کنند، اما به نظر عامل‌های شناختی نقش محوری در سبب‌شناسی این اختلال‌ها بازی می‌کنند. به‌طور اختصاصی این مدل توضیح می‌دهد که باورهای درباره‌ی نااطمینانی و بالاتکلیفی در ایجاد و تداوم اختلال اضطراب منتشر، و همین‌طور اختلال وسواسی اجباری و اختلال وحشت‌زدگی اساسی هستند. مدل‌های شناختی آسیب‌شناسی روانی، بر باورهای بنیادی در سبک پردازش اطلاعات افراد از محیطشان تأکید کرده‌اند. می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد عدم تحمل بالاتکلیفی طرح‌واره‌ی مشترک در اختلال‌های حاضر می‌باشد، در نتیجه نتایج حاضر می‌تواند بسیار در درمان اختلال‌های حاضر راه‌گشا باشد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نمونه کم گروه‌های مورد مطالعه اشاره کرد. از آنجا شرط ورود به بیماران به گروه‌های پژوهش خالص بودن اختلال و عدم دریافت درمان دارویی یا روان‌شناختی بود، از همین‌رو نمونه‌گیری با تعداد زیاد و به‌صورت تصادفی امکان‌پذیر نبود. از محدودیت دیگر پژوهش حاضر می‌توان به ابزار خودگزارش‌دهی برای جمع‌آوری داده‌ها اشاره کرد که این می‌تواند نتایج را تحت تأثیر قرار دهد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی این موارد مورد لحاظ قرار گیرد که نتایج قابل اتکاتری به‌دست آید.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کارمندان کلینیک تخصصی روان‌پزشکی بزرگمهر که نهایت همکاری را در جهت انجام این پژوهش داشته‌اند و همچنین از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش تقدیر و تشکر می‌گردد. برای انجام این پژوهش، هیچ کمک مالی از طرف نهاد خاصی دریافت نشد.

حل مسأله مشکل پیدا کنند (به عنوان نمونه، جستجوی افراطی در کسب اطمینان)، که خود عملکرد ضعیف فرد در موقعیت‌های مختلف را در پی خواهد داشت و این منجر به فرسودگی و تضعیف روحیه می‌شود.

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که گروه‌های اختلال در مقایسه با گروه شاهد سالم در عامل دوم مقیاس عدم تحمل بالاتکلیفی یعنی، نااطمینانی ناعادلانه است و همه چیز را تباه می‌کند، نمره‌های بالاتری کسب کردند. فردی که نمی‌تواند عدم تحمل بالاتکلیفی را تحمل کند، معتقد است بالاتکلیفی درباره‌ی آینده ناعادلانه است و باید به هر نحو ممکن از وقایع منفی آینده اجتناب کرد و نااطمینانی مانع عملکرد درست می‌شود. در واقع افرادی که از عدم تحمل بالاتکلیفی بالایی برخوردار هستند، برخلاف اکثر افراد در موقعیت‌های زندگی، نااطمینانی متوسط (نه شدید) را تهدیدآمیز درک می‌کنند و این مشکل را سال‌ها در موقعیت‌های مختلف تجربه می‌کنند، و اعتقاد دارند که تا زمانی که همه‌ی اطلاعات مورد نیاز برای مقابله با موقعیت را نداشته باشند آن‌ها دلسرد و مأیوس می‌شوند و در صورت وقوع رویداد غیرمنتظره‌ی کوچکی می‌تواند همه چیز را خراب کند. روشن است که این روند در نهایت منجر به این می‌شود فرد در حیطه‌های مختلف زندگی دچار افت در عملکرد می‌شود و رضایت وی را از زندگی کاهش می‌دهد تا جایی که فرد نتیجه می‌گیرد بالاتکلیفی و نااطمینانی ناعادلانه است و زندگی وی را تباه می‌کند.

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که عدم تحمل بالاتکلیفی تنها مختص به اختلال اضطراب منتشر نمی‌باشد و این سازه در اختلال‌های وسواسی اجباری و اختلال وحشت‌زدگی نیز دیده می‌شود. حتی اگر عامل‌های رفتاری و هیجانی، نقش حتمی در

References

1. Fahimi S. Attentional bias toward signs of intolerance of uncertainty in information processing process of people with generalized anxiety disorder (GAD) [Thesis]. Tabriz: University of Tabriz; 2012
2. Dugas M J, Letarte H, Rhéaume J, Freeston MH, Ladouceur R. Worry and problem solving: evidence of a specific relationship. *Cognit Ther Res* 1995; 19(1): 109–20.
3. Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? *Pers Individ Dif* 1994; 17(6): 791–802.

4. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
5. Boelen PA, Reijntjes A. Intolerance of uncertainty and social anxiety. *J Anxiety Disord* 2009; 23(1):130-5.
6. McEvoy PM, Mahoney AEJ. Achieving certainty about the structure of intolerance of uncertainty in a treatment-seeking sample with anxiety and depression. *J Anxiety Disord* 2011; 25(1):112-22.
7. Buhr K, Dugas MJ. The role of fear of anxiety and intolerance of uncertainty in worry: An experimental manipulation. *Behav Res Ther* 2009; 47(3): 215-23.
8. Dugas MJ, Robichaud M. *Cognitive-Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder: From Science to practice*. New York: Routledge; 2007
9. van der Heiden C, Melchior K, Muris P, Bouwmeester S, Bos AE, van der Molen HT. A hierarchical model for the relationships between general and specific vulnerability factors and symptom levels of generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord* 2010; 24(2): 284-9.
10. Koerner N, Dugas MJ. An investigation of appraisals in individuals vulnerable to excessive worry: The role of intolerance of uncertainty. *Cognit Ther Res* 2008; 32(5): 619-38.
11. Berenbaum H, Bredemeier K, Thompson RJ. Intolerance of uncertainty: Exploring its dimensionality and associations with need for cognitive closure, psychopathology, and personality. *J Anxiety Disord*; 22(1): 117-25.
12. Buhr K, Dugas MJ. Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *J Anxiety Disord* 2006; 20(2): 222-36.
13. Rosen NO, Knäuper B. A little uncertainty goes a long way: State and trait differences in uncertainty interact to increase information seeking but also increase worry. *Health Commun* 2009; 24(3): 228-38.
14. Dugas MJ, Sevard P, Gaudet A, Turcotte J, Laugesen N, Robichaud M, et al. The components of a cognitive model predict the severity of generalized anxiety disorder? *Behav Ther* 2007; 38(2): 169-78.
15. Dugas MJ, Brillion P, Savard P, Turcotte J, Gaudet A, Ladouceur R, et al. A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder. *Behav Ther* 2010; 41(1): 46-58.
16. Fahimi S, Mahmoud Aliloo M, poursharifi H, fakhari A, Akbari E, Rahimkhanli M. Repetitive thinking worry and rumination as mechanisms to coping with Intolerance of uncertainty in generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *The Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2012. [In Persian].
17. Tolin D, Abramowitz JS, Brigidi BD, Foa EB. Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2003; 17(2): 233-42.
18. Holaway RM, Heimberg RG, Coles ME. A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord* 2006; 20(2): 158-74.
19. Lind C, Bosch MJ. Intolerance of uncertainty mediates the relationship between responsibility beliefs and compulsive checking. *J Anxiety Disord* 2009; 23(8): 1047-52.
20. Steketee G, Frost RO, Cohen I. Beliefs in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 1998; 12(6): 525-37.
21. Dugas MJ, Gosselin P, Ladouceur R. Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognit Ther Res*. 2001; 25(5): 551-8.
22. Carleton RN, Sharpe D, Asmundson GJG. Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: Requisites of the fundamental fears? *Behavior Research and Therapy* 2007; 45(10): 2307-16.
23. Dugas MJ, Marchand A, Ladouceur R. Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: Diagnostic and symptom specificity. *J Anxiety Disord* 2005; 19(3): 329-43.
24. Buhr K, Dugas MJ. The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behav Res Ther* 2002; 40(8), 931-45.
25. Sexton KA, Dugas MJ. Defining distinct negative beliefs about uncertainty: Validating the factor structure of the intolerance of uncertainty scale. *Psychol Assess* 2009; 21(2): 176-86.
26. Gentes EL, Ruscio AM. A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review* 2011; 31 (6): 923-33.
27. McEvoy PM, Mahoney AEJ. To be sure, to be sure: Intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. *Behavior Therapy* 2012; 43(3): 533-45.

28. Dugas MJ, Hedayati M, Karavidas A, Buhr K, Francis K, Phillips NA. Intolerance of uncertainty and information processing: Evidence of biased recall and interpretations. *Cognit Ther Res* 2005; 29(1): 57–70.
29. Beck AT, Clark DA. An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behav Res Ther* 1997; 35(1): 49–58.
30. Fakhari A, Fahimi S, Rahimkhanli M, Poursharifi H, Mahmoud Aliloo M. The comparison of attentional biases in patients with panic disorder, obsessive-compulsive disorder and normal individuals. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Science and Health Service* 2013; 35(2): 64-71. [In Persian].
31. Fakhari A, Fahimi S, Rahimkhanli M, Mahmoud Aliloo M, poursharifi H. The Comparison of attentional biases in patients with generalized anxiety disorder , major depressive disorder and Normal Individuals. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Science & Health Service* 2013; 104(2). [In Persian].
32. Ladouceur R, Talbot F, Dugas MJ. Behavioral expressions of intolerance of uncertainty in worry. *Behav Modif* 1997; 21(3): 355–71.
33. Dugas MJ, Gagnon F, Ladouceur R, Freeston MH. Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behav Res Ther* 1998; 36(2): 215–26.

Compare intolerance of uncertainty in the generalized anxiety disorder, obsessive compulsive disorder, panic disorder and normal people

Samad Fahimi¹, Majid Mahmoud Aliloo², Masoume RahimKhanli, Ali Fakhari³, Hamid Poursharifi⁴

Original Article

Abstract

Aim and Background: The Intolerance of Uncertainty Model was initially developed as an explanation for worry within the context of generalized anxiety disorder. However, recent research has identified intolerance of uncertainty (IU) as a transdiagnostic maintaining factor across the anxiety disorders. The aim of the present study was to compare the Intolerance of Uncertainty in patients with generalized anxiety disorder (GAD), obsessive compulsive disorder (OCD), panic disorder (PD) and control group.

Methods and Materials: The present study was a cross-sectional and ex-post facto investigation (causal comparative method). Statistical universe constituted all patients had been referred the first to the Bozorgmehr clinic in Tabriz in the 1389-1390. In this study, 30 client with Generalized anxiety disorder (GAD), 30 client with Obsessive-Compulsive disorder (OCD), panic disorder (PD) and 30 control group were selected accessibility. The groups were matched in demographic characteristics with other. Data were collected through a structured clinical interview and the Intolerance of Uncertainty Scale (IUS). The gathered data is analyzed by SPSS-17 and descriptive statistic indexes and Multivariate Analysis of Variance (MANOVA).

Findings: The present study has found that people with GAD, OCD, and PD disorders compared with controls, according to the $f=89.6$ significance levels of 0.0001 had higher intolerance of uncertainty, but people with GAD, OCD, and PD disorders were not significantly different in the intolerance of uncertainty. The results showed differences between the (GAD, OCD, and PD) disorders and control groups in the ($F=1.7$), significance level 0.0001, $F=23.5$, and significance level 0.002, in the two factors the intolerance of uncertainty questionnaire

Conclusions: in tolerance of uncertainty is not just for generalized anxiety disorder, It construct seen in the obsessive compulsive disorder and panic disorder. It seems cognitive factor of intolerance of uncertainty plays a pivotal role in causing in this disorders. A potential application of these results for the treatment of anxiety disorders are treatable.

Keywords: Multiple Sclerosis, Deficit in Planning Performance, Tower of Hanoi task, Executive Function

Citation: Fahimi S, Mahmoud Aliloo M, RahimKhanli M, Fakhari A, Poursharifi H. **Compare intolerance of uncertainty in the generalized anxiety disorder, obsessive compulsive disorder, panic disorder and normal people.** J Res Behave Sci 2013; 11(4): 233-244

Received: 17.12.2012

Accepted: 02.10.2013

1. MA, Clinical Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran. (Corresponding Author) Email: samad.fahimi@yahoo.com

2. PhD, Clinical Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran

3. MSc, Clinical Psychology, University of Kharazmi, Tehran, Iran

4. Associate Professor, Department of Psychiatry, Clinical Psychiatry Research Center (CPRC), Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

5. PhD, Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran