



A Comparative Study on Intolerance of Uncertainty, Emotion Regulation, and Cognitive Avoidance in Patients with Generalized Anxiety Disorder and Healthy People

Mehdi Zemestani^{1,*} 

¹ Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanity and Social Sciences, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran

* **Corresponding author:** Mehdi Zemestani, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanity and Social Sciences, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran. E-mail: m.zemestani@uok.ac.ir

Received: 27 Aug 2018

Accepted: 03 Mar 2019

Abstract

Introduction: Generalized anxiety disorder is one of the most common anxiety disorders that cognitive and emotional components have an important role in its developing and persistence. So, the aim of this study was to comparing intolerance of uncertainty, emotion regulation (cognitive reappraisal, suppression), and cognitive avoidance in patients with generalized anxiety disorder and healthy individual.

Methods: Present study was an applied research in terms of its purpose and post-event (causal-comparative) in terms of its implementation. A total of 30 patients with GAD were selected by convenience sampling method and were matched with 30 normal subjects by the variables of age and gender. The Intolerance of Uncertainty Scale (IUS), Emotional Regulation Questionnaire (ERQ), and Cognitive Avoidance Questionnaires (CAQ) were used to data collection. Data were analyzed by Multivariate Analysis of Variance.

Results: Findings showed there is significant difference between the group of patients with general anxiety disorder and normal people in intolerance of uncertainty ($F=91.82, P<0.0001$), cognitive reappraisal ($F=51.22, P<0.0001$), suppression ($F=80.54, P<0.0001$), and cognitive avoidance ($F=58.27, P<0.0001$).

Conclusions: Considering that these components have a significant role in general anxiety disorder, could be more focused on this component on the treatment of this disorder. This finding have potential implications for mental health practitioners who are involved in mental health area that have been addressed.

Keywords: Generalized Anxiety Disorder, Intolerance of Uncertainty, Emotion Regulation, Cognitive Avoidance



مطالعه تطبیقی عدم تحمل بلا تکلیفی، تنظیم هیجان و اجتناب شناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد سالم

مهدی زمستانی^۱،*، ID

^۱ استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران
* نویسنده مسئول: مهدی زمستانی، استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.
ایمیل: m.zemestani@uok.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۱۲/۱۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۶/۰۵

چکیده

مقدمه: اختلال اضطراب فراگیر (GAD)، یکی از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی است که مؤلفه‌های شناختی و هیجانی نقش بسیار مهمی در ایجاد و تداوم آن ایفا می‌کنند. بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسه مؤلفه‌های عدم تحمل بلا تکلیفی، تنظیم هیجان (بازارزیابی شناختی، فرونشانی) و اجتناب شناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد سالم بود.

روش کار: پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ شیوه اجرا از نوع مطالعات پس رویدادی (علی - مقایسه‌ای) بود. جامعه آماری پژوهش متشکل از دو گروه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد بهنجار بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انتخاب و در متغیرهای سن و جنسیت با ۳۰ نفر از افراد بهنجار هم‌تا شدند. از پرسشنامه‌های عدم تحمل بلا تکلیفی (IUS)، تنظیم هیجان (ERQ)، و اجتناب شناختی (CAQ) به منظور جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین گروه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی در مؤلفه‌های تحمل بلا تکلیفی ($F = ۹۱/۸۲$ ، $P < ۰/۰۰۰۱$)، بازارزیابی شناختی ($F = ۵۱/۲۲$ ، $P < ۰/۰۰۰۱$)، فرونشانی ($F = ۸۰/۵۴$ ، $P < ۰/۰۰۰۱$)، و اجتناب شناختی ($F = ۵۸/۲۷$ ، $P < ۰/۰۰۰۱$)، تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه این مؤلفه‌ها نقش بارزی را در اختلال اضطراب فراگیر ایفا می‌کنند، می‌توان در درمان این اختلال بر این مؤلفه‌ها تمرکز بیشتری داشت. یافته‌های حاضر برای متخصصان بالینی دست‌اندرکار در حوزه سلامت روان، تلوئیحات کاربردی به دنبال دارد که مورد بحث واقع شده است.

واژگان کلیدی: اختلال اضطراب فراگیر، عدم تحمل بلا تکلیفی، تنظیم هیجان، اجتناب شناختی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

جنبه‌های اصیل درگیر در تمام اختلال‌های اضطرابی است [۴-۶]. طبق گزارش انجمن روانپزشکی آمریکا، افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، نسبت به بیماران مبتلا به سایر اختلال‌های اضطرابی تمایل بیشتری به نگرانی دارند و درباره موضوعات بیشتری نگران می‌شوند [۲]. در واقع، نگرانی مفرط و غیرقابل کنترل (excessive and uncontrollable worry)، خصیصه شناختی اصلی این اختلال محسوب می‌شود و افراد مبتلا به این اختلال به طور ناخواسته از نگرانی برای مقابله با وقوع رویدادهای منفی و تغییرات در واکنش‌های هیجانی استفاده می‌کنند [۷، ۸].

اختلال اضطراب فراگیر (GAD: Generalized Anxiety Disorder)، یکی از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی است که معمولاً سیر مزمنی به خود می‌گیرد و هم‌آیندی مرضی بسیار بالایی با سایر اختلالات روانپزشکی دارد [۱، ۲]. شیوع طول عمر این اختلال در حدود ۹٪ برآورد شده است و زنان دو برابر بیشتر از مردان دچار آن می‌شوند [۳].

نتایج برخی از پژوهش‌های همه‌گیرشناسی در ایران از جمله پژوهش کاپوانی و همکاران (۱۳۸۱) شریفی و همکاران (۱۳۹۴) و زرافشان و همکاران (۱۳۹۴) نیز نشان داده است که GAD جزو شایع‌ترین اختلالات اضطرابی است. فرآیندهای محوری این اختلال معرف

به معنی تلاش برای دیدن موقعیت‌ها به صورت مثبت و ملایم‌تر به منظور تنظیم خلق است و حجم فزاینده‌ای از پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهند که بازاریابی شناختی شیوه سازگاران‌های برای مدیریت تجربیات هیجانی منفی است. فرونشانی به عنوان راهبردی تعریف می‌شود که افراد از طریق آن هیجانات، افکار و حس‌های بدنی‌شان را تغییر داده و یا کنترل می‌کنند [۲۱]. اجتناب، فرونشانی هیجانات و عدم پذیرش آنها از معیارهای مهم اختلال‌های اضطرابی محسوب می‌شوند [۲۱]. در حوزه درمان نیز، اخیراً برخی از پژوهشگران پیشنهاد کرده‌اند که مداخلات درمانی باید به‌طور ویژه بر راهبردهای تنظیم هیجان تمرکز کنند، زیرا چنین مداخلاتی ممکن است اثرات مثبتی بر دامنه گسترده‌ای از اختلال‌های هیجانی داشته باشند [۲۶-۲۹]. بنابراین با بررسی متون علمی، ضرورت گسترش پژوهش‌ها بر روی این مؤلفه‌های مشترک و بین تشخیصی هم در حوزه آسیب شناسی و هم در حوزه درمان، هر چه بیشتر آشکار می‌گردد.

از دیگر مؤلفه‌هایی که در پژوهش‌های مرتبط با اختلالات اضطرابی به نقش آن در ایجاد و تداوم این اختلالات تأکید شده، اجتناب (Avoidance) است. اجتناب هم به لحاظ ملاک‌های تشخیصی [۳] و هم به عنوان یک عامل تداوم بخش در شرایط آسیب شناختی [۲۴] نقش بسیار مهمی را در اختلالات هیجانی ایفا می‌کند. اجتناب شناختی به تنوع راهبردهایی جهت اجتناب از محتوای تهدیدآمیز شناختی و هیجانی اشاره دارد، در واقع اجتناب شناختی، یکی از انواع راهبردهای ذهنی است که افراد بر اساس آن تفکرات خویش را در جریان ارتباط اجتماعی تغییر می‌دهند. همچنین اجتناب تجربه‌ای، اجتناب فعالانه و یا خودکار از تجربه‌های درونی است که به طور تهدید آمیز یا به صورت منفی ادراک شده‌اند که آن شامل نگرانی در مورد رویدادهای احتمالی آینده یا نگرانی در مورد مسائل جزئی برای اجتناب از نگرانی‌های جدی‌تر است. به طور خاص، اجتناب شناختی به نظر می‌رسد برای توسعه و یا حفظ افکار یا تصاویر عودکننده پایدار و مزاحم مهم باشد [۲۵].

با توجه به شیوع بالا، سیر مزمن و ناتوان کننده و هزینه‌های اقتصادی بالا و با توجه به مطالعات بسیار محدود در زمینه اختلال GAD و مؤلفه‌های مرتبط با آن، انجام تحقیقات بیشتر در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. با این‌که اختلال اضطراب فراگیر شیوع بالایی دارد ولی محققان اظهار می‌دارند که این اختلال در مقایسه با سایر اختلال‌های اضطرابی، با چاپ پژوهش‌های اندکی که در دوره‌های قبل به این اختلال اختصاص داده شده، مورد غفلت واقع شده و در این حوزه فقر پژوهشی وجود دارد. نتایج پژوهش داگاس و همکاران (۲۰۱۰) در زمینه مقالات منتشر شده در حوزه اختلال‌های اضطرابی از سال ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۵، نشان داد که مقالات منتشر شده در ارتباط با GAD کمتر از ۸ درصد (تقریباً رتبه آخر) را به خود اختصاص داده است [۳۰]. در مجموع، در حال حاضر، بررسی پیشینه‌های موجود نشان می‌دهد که احتمال ارتباط بین متغیرهای عدم تحمل بلا تکلیفی، تنظیم هیجان و اجتناب شناختی با GAD وجود دارد. این در حالی است که پژوهش‌های درخوری در ارتباط با نقش احتمالی هر سه متغیر در تداوم GAD و تفاوت این مؤلفه‌ها در افراد GAD و عادی صورت نگرفته است. لذا، پژوهش حاضر با هدف مقایسه مؤلفه‌های شناختی عدم تحمل بلا تکلیفی، تنظیم هیجان و اجتناب شناختی در بیماران مبتلا به

به علت طولانی بودن دوره‌های اختلال اضطراب فراگیر، این اختلال تأثیر بسیار منفی و چندگانه‌ای بر زندگی اجتماعی و خانوادگی بیماران دارد و نیز با کاهش قابل توجهی در کیفیت زندگی همراه است [۹]. با توجه به شیوع بالای این اختلال و اثرات منفی آن بر حوزه‌های مختلف زندگی مبتلایان، مدل‌های مختلفی جهت تبیین عوامل سبب شناختی دخیل در ایجاد و تداوم آن ارائه شده است.

در سال‌های اخیر چندین نظریه جدید در چارچوب عمدتاً شناختی - رفتاری برای تبیین اختلال اضطراب فراگیر توسعه یافته است که از جمله آنها می‌توان به مدل اجتنابی نگرانی؛ مدل فراشناختی؛ الگوی بدتنظیمی هیجانی و مدل عدم تحمل بلا تکلیفی اشاره کرد. یکی از مدل‌های نسبتاً قوی GAD، که بر ویژگی اختصاصی عدم تحمل بلا تکلیفی (Intolerance of uncertainty) تأکید می‌ورزد، مدل داگاس و همکاران (۱۹۹۸، ۲۰۰۷) می‌باشد [۱۰، ۱۱]. این مدل در مورد GAD بر مؤلفه‌های اصلی عدم تحمل بلا تکلیفی، باورهای مثبت در مورد نگرانی، اجتناب شناختی و جهت گیری منفی نسبت به مشکل تأکید دارد. عدم تحمل بلا تکلیفی، عاملی مشترک و بین تشخیصی (common and transdiagnostic factor) محسوب می‌شود که در انواع مختلفی از اختلالات هیجانی نقش ایفا می‌کند [۱۲]. مطالعات آسیب شناسی روانی تجربی نشان می‌دهند که یک رابطه علت و معلولی بین عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی وجود دارد، به این معنا که دستکاری عدم تحمل بلا تکلیفی بر روی نگرانی تأثیر می‌گذارد [۱۳].

تجزیه و تحلیل دیدگاه‌های نظری و عملی عدم تحمل بلا تکلیفی در زمینه اختلالات اضطرابی نشان داده است که عدم تحمل بلا تکلیفی یک عامل سرشتی بین تشخیصی گسترده محسوب می‌شود که در انواع مختلفی از اختلالات هیجانی ایفای نقش می‌کند و این عامل باعث استمرار نگرانی و اضطراب می‌شود [۱۲، ۱۵]. عدم تحمل بلا تکلیفی، یک تمایل سرشتی به تجربه ترس از ناشناخته‌ها است که به عنوان یک عامل مهم در ایجاد و حفظ اختلالات اضطرابی در نظر گرفته می‌شود [۱۶]. پژوهش‌های مرتبط با مداخلات شناختی رفتاری برای اختلال اضطراب فراگیر نشان داده‌اند که ایجاد تغییرات در مؤلفه عدم تحمل بلا تکلیفی منجر به تغییرات مربوطه در نگرانی می‌شود [۱۷].

مؤلفه دیگری که در پژوهش‌های مختلف به نقش آن در ایجاد و تداوم اختلالات روانپزشکی تأکید شده، تنظیم هیجان (Emotion regulation) است. اخیراً تنظیم هیجان به عنوان عاملی مشترک و بین تشخیصی معرفی شده است که با انواع مختلفی از آسیب‌های روانی از جمله اختلالات خلقی و اضطرابی مرتبط است [۱۸-۲۳]. در واقع، اختلال‌های خلقی و اضطرابی دقیقاً با هیجان‌های منفی که مداوم و شدید هستند، توصیف می‌شوند. نقش مؤلفه تنظیم هیجان به قدری در این اختلال‌ها دارای اهمیت است که بارلو (Barlow) و کارگروه مرکز اختلالات اضطرابی دانشگاه بوستون (Center for Anxiety and Related Disorders, Boston University)، این اختلال‌ها را اختلالات هیجانی نامیده‌اند [۲۴، ۲۵].

یکی از قوی‌ترین مدل‌های ارائه شده در حوزه تنظیم هیجان، مدل فرایندی گراس (Gross) (۲۰۱۴) است. در این مدل راهبردهای تنظیم هیجان به دو دسته (بازارزیابی شناختی (Cognitive reappraisal) و فرونشانی (Suppression)) تقسیم شده‌اند [۲۱]. بازارزیابی شناختی

بازآزمایی پنج هفته‌ای این پرسشنامه، (۰/۷۴) گزارش شده است. علاوه بر این، مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی اعتبار همگرا و واگرا قابل قبولی با مقیاس‌های نگرانی، افسردگی و اضطراب نشان می‌دهد [۳۲]. در ایران، ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از ۵ هفته) به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۷۴ گزارش شده است [۳۳].

پرسشنامه تنظیم هیجان (ERQ: Emotion Regulation Questionnaire)، پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان (۲۰۰۳) تفاوت‌های افراد در زمینه دو راهبرد تنظیم هیجان بازارزیایی شناختی (cognitive reapprais) (۶ ماده) و فرونشانی (suppression) (۴ ماده) بررسی می‌کند. این پرسشنامه بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از ۱ کاملاً مخالف تا ۷ کاملاً موافق، برای هر گزینه نمره‌گذاری می‌شود. در دستورالعمل این پرسشنامه از آزمودنی خواسته می‌شود تا به برخی پرسشها در زمینه زندگی هیجانی، به ویژه چگونگی تنظیم و مدیریت هیجان‌ها پاسخ دهد. برای نسخه اصلی این پرسشنامه، همسانی درونی ۰/۸۰ و پایایی بازآزمایی ۲ ماهه برای خرده‌مقیاس بازارزیایی شناختی ۰/۶۷ و برای خرده‌مقیاس فرونشانی ۰/۷۱ گزارش شده است [۳۱]. این ابزار در فرهنگ‌های مختلف به کار رفته و مشخصات روان‌سنجی مناسبی نیز برای آن گزارش شده است. ضریب همسانی درونی این پرسشنامه در دانشگاه میلان ایتالیا، برای بازارزیایی شناختی از ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ و برای فرونشانی ۰/۴۲ تا ۰/۶۳ به دست آمده است [۳۴].

نسخه فارسی این پرسشنامه در فرهنگ ایرانی توسط قاسم پور و همکاران (۱۳۹۱) هنجاریابی شده است. اعتبار این مقیاس بر اساس روش همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶۰ تا ۰/۸۱) و روایی آن از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین دو خرده‌مقیاس $r = 0.13$ و روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است [۳۵].

پرسشنامه اجتناب شناختی (CAQ: Cognitive Avoidance Questionnaire)، پرسشنامه اجتناب شناختی سکستون و داگاس، برای سنجش اجتناب شناختی تهیه شده است و شامل ۲۵ آیتم است که پنج نوع راهبرد شناختی را می‌سنجد [۳۶]. این پرسشنامه از همسانی درونی خوبی برخوردار است ضریب آلفای کرونباخ (۰/۹۵) و پایایی بازآزمایی این مقیاس در شش هفته (۰/۸۵) بوده است. همچنین پرسشنامه اجتناب شناختی در مقایسه با مقیاس‌های نگرانی، سرکوبی افکار و سبک‌های مقابله‌ای، از اعتبار همگرا و واگرا بهتری برخوردار است [۳۶]. در ایران، ضرایب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی زیرمقیاس‌ها و نمره کل اجتناب شناختی از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ محاسبه شده و برای اعتبار بازآزمایی در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای زیرمقیاس‌ها و نمره کل اجتناب شناختی از ۰/۶۸ تا ۰/۸۰ گزارش شده است [۳۷].

یافته‌ها

نتایج دموگرافیک تحقیق حاکی از آن است که تعداد ۳۰ نفر بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و ۳۰ نفر افراد عادی با میانگین سنی (انحراف معیار) ۲۷/۷۴ (۴/۶۰) و با جنسیت مؤنث در این پژوهش شرکت داشتند. در ابتدا شاخص‌های آماری (میانگین و انحراف معیار) دو گروه در متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه گردیده است.

اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی انجام شد. یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر برای متخصصان بالینی دست اندرکار در مراکز درمانی که هدفشان مداخله و پیشگیری از آسیب‌های روان‌شناختی و روان‌پزشکی است تلویحات کاربردی خواهد داشت. این نتایج می‌تواند اطلاعات ارزنده‌ای در زمینه عوامل سبب ساز و تداوم بخش اختلال GAD ارائه نماید.

روش کار

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ شیوه اجرا و گردآوری داده‌ها از نوع علی-مقایسه‌ای (causal-comparative research) بود. از آنجا که اختلال اضطراب فراگیر در میان زنان شایع بوده و بیشتر، این افراد برای درمان مراجعه می‌کنند، جامعه پژوهش شامل تمامی بیماران زن GAD مراجعه کننده به مراکز درمانی خصوصی شهر سنندج و دانشجویان عادی دانشگاه کردستان بود. با توجه به قانون حداقل حجم نمونه در تحقیقات علی-مقایسه‌ای که برای هر گروه ۱۵ نفر ذکر شده است [۳۱]، برای افزایش اعتبار تحقیق ۳۰ نفر برای هر گروه به عنوان نمونه انتخاب شدند. گروه نمونه GAD شامل ۳۰ نفر از زنان مراجعه کننده به مطب‌های روانپزشکی شهر سنندج بود که توسط روانپزشک تشخیص GAD داده شده بودند و به شیوه در دسترس انتخاب شدند.

گروه مقایسه نیز ۳۰ نفر دانشجوی دختر دانشگاه کردستان بودند که پس از هم‌سازی با آنان انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از تشخیص اختلال اضطراب فراگیر براساس نظر روانپزشک، کسب رضایت آگاهانه از ورود به پژوهش، حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم سابقه بستری در بیمارستان، عدم وجود اختلالات روانپزشکی هم‌آیند، عدم سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد مخدر. معیارهای خروج نیز عبارت بودند از وجود اختلال روانپزشکی و علائم سایکوتیک (توهم، هذیان)، هم‌آیندی مرضی با سایر اختلالات روانپزشکی، وجود هرگونه بیماری جسمی، مصرف داروهای روانپزشکی، سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد مخدر. پس از توضیحات کامل و روشن در مورد اهداف و روش انجام پژوهش و تأکید در خصوص بی نام ماندن آزمودنی‌ها و محرمانه ماندن اطلاعات، و آزادی در خصوص خروج از پژوهش در هر زمان که بخواهند؛ پرسشنامه‌ها به آنان ارائه گردید. سپس از شرکت کنندگان خواسته شد تا سؤالات پرسشنامه‌ها را با دقت خوانده و پاسخ دهند.

پژوهش مبتنی بر رعایت موازین اخلاق پژوهش از جمله اخذ رضایت کتبی آگاهانه، محرمانه ماندن داده‌ها، عدم تعارض منافع در پژوهش‌های بالینی و با رعایت دیگر نکات مهم اخلاق پژوهش صورت گرفته است.

ابزار جمع‌آوری داده‌های پژوهش شامل مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی، پرسشنامه تنظیم هیجان، پرسشنامه اجتناب شناختی بوده است. مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی (IUS: Intolerance of Uncertainty Scale) مقیاس عدم تحمل بوهر و داگاس، شامل ۲۷ آیتم برای سنجش باورهای منفی درباره بلا تکلیفی است [۳۲]. آیتم‌ها بر روی مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (هرگز، بندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند و هر یک از گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴، و ۵ نمره می‌گیرند. ضریب آلفای کرونباخ (۰/۹۴) و پایایی

بدین منظور از تحلیل واریانس یک متغیره با هدف مقایسه متغیره‌های پژوهش در بین دو گروه GAD و عادی استفاده شد که داده‌های حاصل از آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس یک متغیره در متن تحلیل واریانس چند متغیره با هدف مقایسه متغیره‌های پژوهش در بین دو گروه GAD و عادی

متغیرها	مجموع مجزورات	df	F	P	مجذور Eta
عدم تحمل	۲۰۴۹۸/۰۱	۱	۹۱/۸۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱
بلا تکلیفی					
بازارزیابی	۳۱۲/۸۱	۱	۵۱/۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶
شناختی					
فرونشانی	۸۱۴/۰۱	۱	۸۰/۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸
اجتناب	۱۲۷۶۰/۴۱	۱	۵۸/۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰
شناختی					

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۳، مشاهده می‌شود که بین دو گروه مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و سالم در متغیره‌های عدم تحمل بلا تکلیفی ($F = ۹۱/۸۲, P < ۰/۰۰۰۱$)، بازارزیابی شناختی ($F = ۵۱/۲۲, P < ۰/۰۰۰۱$)، فرونشانی ($F = ۸۰/۵۴, P < ۰/۰۰۰۱$)، و اجتناب شناختی ($F = ۵۸/۲۷, P < ۰/۰۰۰۱$)، تفاوت معنی دار وجود دارد. به این ترتیب که عدم تحمل بلا تکلیفی گروه مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بالاتر از افراد عادی است؛ همچنین افراد سالم بیشتر از راهبرد بازارزیابی شناختی و افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بیشتر از راهبرد فرونشانی استفاده می‌کنند و اجتناب شناختی نیز در گروه اخیر در مقایسه با افراد سالم بیشتر مشاهده می‌شود.

بحث

هدف پژوهش حاضر، مقایسه عدم تحمل بلا تکلیفی، تنظیم هیجان (بازارزیابی شناختی، فرونشانی) و اجتناب شناختی در افراد مبتلا به GAD و عادی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین دو گروه مبتلا به GAD و عادی در متغیره‌های مذکور تفاوت معنی داری وجود دارد. نتایج پژوهش نشان داد که میانگین نمرات افراد مبتلا به GAD در مؤلفه عدم تحمل بلا تکلیفی بالاتر از افراد عادی است. این یافته با نتایج پژوهش‌های قبلی [۱۲-۱۶، ۳۸، ۳۹] همسو است. این نتیجه احتمالاً بیانگر این واقعیت است که افراد مبتلا به GAD بیشتر دچار سوگیری شناختی هستند و درباره حوادث آینده دیدی منفی و نگران دارند و بر این باورند که نامطمئن بودن، یک ویژگی منفی است که باید از آن اجتناب کرد [۸، ۳۸]. عدم تحمل بلا تکلیفی زنجیره‌ای از نگرانی، جهت گیری منفی نسبت به مشکل و اجتناب شناختی را که مؤلفه‌های اساسی دخیل در GAD هستند، به وجود می‌آورد. در ادبیات پژوهشی نیز عدم تحمل بلا تکلیفی، عاملی مشترک و بین تشخیصی (common and transdiagnostic factor) محسوب می‌شود که در انواع مختلفی از اختلالات هیجانی نقش ایفا می‌کند و باعث تداوم نگرانی و اضطراب می‌شود [۱۶]. داگاس و همکاران (۲۰۱۲) بر نقش عدم تحمل بلا تکلیفی در سبب شناسی GAD تأکید کرده و اظهار می‌دارند که باورهای منفی در مورد عدم قطعیت در مورد موقعیت‌های مبهم و غیر قابل پیش بینی منجر به مشکلاتی برای افراد می‌شود، که این به نوبه خود منجر به نگرانی بیش از حد و GAD می‌شود [۳۸]. گرایش افراد

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره‌های دو گروه در متغیره‌های پژوهش

گروه	میانگین	انحراف استاندارد
عدم تحمل بلا تکلیفی		
GAD	۱۰۵/۱۶	۱۴/۴۵
افراد عادی	۶۸/۲۰	۱۵/۴۰
بازارزیابی شناختی		
GAD	۱۶/۷۳	۲/۵۷
افراد عادی	۲۱/۳۰	۲/۳۶
تنظیم هیجان (زیر مقیاس فرونشانی)		
GAD	۲۰/۰۶	۳/۵۶
افراد عادی	۱۲/۷۰	۲/۴۷
تنظیم هیجان (زیر مقیاس اجتناب شناختی)		
GAD	۹۱/۱۰	۱۵/۴۵
افراد عادی	۶۱/۹۳	۱۴/۱۱

به منظور بررسی معنی‌داری تفاوت میانگین نمرات آزمودنی‌ها در متغیره‌های عدم تحمل بلا تکلیفی، تنظیم هیجان (بازارزیابی، فرونشانی) و اجتناب شناختی از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. قبل از استفاده از این آزمون، ابتدا پیش فرض‌های آن بررسی شد. بدین منظور، از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای نرمال بودن توزیع داده‌ها استفاده شد و از آزمون لون (Leven) برای ارزیابی یکسان بودن واریانس گروه‌ها استفاده شد. نتایج این آزمون‌ها برای هیچ کدام از متغیره‌ها معنی دار نبود و تفاوت معنی‌داری در واریانس دو گروه مشاهده نشد ($P > ۰/۰۵$). لذا شرط تساوی واریانس‌های دو گروه مورد تأیید قرار گرفت و می‌توان اطمینان حاصل کرد که پراکندگی نمرات در هر دو گروه یکسان است. بررسی نتایج آزمون M Box نیز حاکی از آن بود که تفاوت کوواریانس دو گروه در سطح جامعه معنی‌دار نیست و مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کواریانس برقرار است ($F = ۱/۴۷, P = ۰/۱۴$). بنابراین، می‌توان اطمینان حاصل کرد که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی استفاده از آزمون‌های پارامتریک را برآورد می‌کنند. بر اساس نتایج جدول ۲، اثر گروه بر ترکیب خطی متغیره‌های وابسته معنی‌دار است ($F = ۷۷/۹۶۷, P = ۰/۱۵۰$ ، لامبدای ویلکز). این معنی‌داری بیانگر آن است که دو گروه حداقل در یک متغیره پژوهشی با یکدیگر تفاوت معنی‌دار دارند.

جدول ۲: نتایج آزمون‌های معنی‌داری تحلیل واریانس چند متغیره بر حسب تفاوت دو گروه در متغیره‌های مورد پژوهش

آزمون	ارزش	F	P	مجذور Eta
پیلای-بارتلت	۰/۸۵۰	۷۷/۹۶۷	۰/۰۰۰	۰/۸۵۰
لامبدای ویلکز	۰/۱۵۰	۷۷/۹۶۷	۰/۰۰۰	۰/۸۵۰
اثر هتلینگ	۰/۶۷۰	۷۷/۹۶۷	۰/۰۰۰	۰/۸۵۰
بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۶۷۰	۷۷/۹۶۷	۰/۰۰۰	۰/۸۵۰

معنی‌دار بودن آزمون لامبدای ویلکز نشان می‌دهد که بین دو گروه در متغیره‌های مورد پژوهش تفاوت معنی‌دار وجود دارد، ولی این معنی‌داری مشخص نمی‌کند که در کدام متغیره‌ها بین دو گروه اختلاف وجود دارد.

نشان داد که میانگین نمرات افراد مبتلا به GAD در مؤلفه اجتناب شناختی بالاتر از افراد عادی است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های قبلی [۱۷، ۲۱] همسو است که این نتایج منطبق با ادبیات پژوهشی بیانگر این واقعیت هستند که افراد مبتلا به GAD بیشتر از هیجان‌های خود اجتناب کرده و آنها را سرکوب می‌کنند. در نظریه گراس (۲۰۱۴)، فرونشانی به عنوان راهبردی تعریف می‌شود که افراد از طریق آن هیجان‌ها، افکار و حس‌های بدنی‌شان را تغییر داده یا کنترل می‌کنند [۲۱]. اجتناب شناختی و تجربه‌ای، فرونشانی هیجان‌ها و عدم پذیرش آنها از معیارهای مهم اختلال‌های اضطرابی محسوب می‌شوند [۲۴].

[۲۵]. اجتناب شناختی به تنوع راهبردهایی جهت اجتناب از محتوای تهدیدآمیز شناختی و هیجانی اشاره دارد. در واقع اجتناب شناختی، نوعی راهبرد ذهنی است که بر اساس آن افراد تفکرات خویش را در جریان موقعیت‌های اضطراب برانگیز تغییر می‌دهند [۳۶]. اجتناب تجربه‌ای نیز، اجتناب فعالانه و یا خودکار از تجربه‌های درونی است که به صورت تهدید آمیز یا منفی ادراک شده‌اند. این نوع اجتناب شامل نگرانی در مورد رویدادهای احتمالی آینده یا نگرانی در مورد مسائل جزئی برای اجتناب از نگرانی‌های جدی‌تر است [۲۵]. به طور خاص، به نظر می‌رسد اجتناب شناختی در ایجاد و یا حفظ افکار یا تصاویر عود کننده پایدار و مزاحم نقش مهمی ایفا می‌کند. اجتناب هم به لحاظ ملاک‌های تشخیصی [۳] و هم به عنوان یک عامل تداوم بخش در شرایط آسیب شناختی [۲۴، ۲۵] نقش بسیار مهمی را در اختلالات هیجانی ایفا می‌کند. به دلیل اینکه اجتناب شناختی خصیصه محوری بسیاری از اختلالات اضطرابی (به ویژه GAD) است بنابراین، مواجهه سازی (exposure) به عنوان اصلی‌ترین تکنیک در مداخلات شناختی رفتاری برای اختلالات اضطرابی به شمار می‌آید [۴۱]. شواهد پژوهشی نیز نشان داده‌اند که درمان‌های مبتنی بر تکنیک‌های مواجهه سازی از اثربخشی بالایی برخوردار هستند [۴۲]. بنابراین، الگوهای اجتنابی و نیز فرونشانی هیجان‌ها به طور کلی یکی از آماج مهم درمانی در رویکردهای نوین درمانی هستند [۴۳]. آگاهی از هیجان‌ها، مواجهه هیجان‌مدار، پذیرش هیجان‌ها و عدم فرونشانی آنها از جمله راهبردهای مؤثر در تنظیم هیجان هستند که در رویکردهای نوین درمانی به ویژه درمان‌های موج سوم (third wave) به طور مکرر به کار می‌روند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر به طور بالقوه تلویحات کاربردی مهمی برای ارتقای سلامت روانی افراد و مداخلات روان‌شناختی اختلال GAD دارد. یکی از تلویحات بالینی نتایج پژوهش حاضر این می‌تواند باشد که در پروتکل‌های درمانی به این مؤلفه‌های پایه‌ای و اساسی بیشتر توجه شود و از تکنیک‌های برگرفته از درمان‌های مبتنی بر مؤلفه‌های فراتشخیصی که به طور اختصاصی این مؤلفه‌های محوری را کانون هدف درمانی قرار می‌دهند، استفاده شود.

در نتیجه گیری نهایی می‌توان اظهار داشت با توجه به اینکه مؤلفه‌های مورد بررسی در پژوهش حاضر، نقش بارزی در اختلال اضطراب فراگیر ایفا می‌کنند، در درمان این اختلال می‌توان بر این مؤلفه‌ها تمرکز بیشتری داشت. پژوهش حاضر محدودیت‌هایی را به همراه داشت که عبارت‌اند از حجم پایین نمونه، تک جنسیتی بودن نمونه، عدم امکان نمونه‌گیری تصادفی برای گروه GAD، استفاده از مطالعه مقطعی،

مبتلا به GAD به تهدیدآمیز دانستن داده‌های مبهم، همسو با این نظر است که آنها نمی‌توانند بالاتکلیفی را تحمل کنند. به بیان دیگر، عدم تحمل بالاتکلیفی بهترین عامل در تبیین سوگیری افراد مبتلا به GAD برای تهدیدآمیز دانستن وقایعی است که در آینده رخ می‌دهد [۱۶]. از این رو افرادی که نمی‌توانند بالاتکلیفی را تحمل کنند، مستعد تجربه سطح بالایی از نگرانی هستند. به بیان دیگر افراد مبتلا به GAD استعداد بالایی در ادراک موقعیت‌های منفی دارند. این افراد می‌پذیرند که در آینده وقایع منفی رخ می‌دهد، بنابراین در موقعیت‌هایی که امور مربوط به آینده نامعلوم و مبهم هستند، نگرانی را به عنوان راهکاری برای حل مشکل به کار می‌برند [۳۸]. بر مبنای مدل عدم تحمل بالاتکلیفی داگاس و همکاران (۲۰۰۷، ۲۰۱۲)، تفاوت افراد مضطرب با افراد سالم عمدتاً به این موضوع مربوط می‌شود که افراد تا چه اندازه می‌توانند بپذیرند که در زندگی واقعی موقعیت‌های مبهمی می‌توانند وجود داشته باشند و تا چه اندازه قدرت تحمل این موقعیت‌های مبهم را دارند [۱۰، ۳۸]. پیش بینی می‌شود که افراد مضطرب وجود موقعیت‌های منفی و مبهم احتمالی را غیر قابل قبول می‌دانند و وقتی با چنین موقعیت‌هایی روبه‌رو می‌شوند از نگرانی به عنوان راهبرد اصلی برای کاهش سطوح بالاتکلیفی خود استفاده می‌کنند که این موضوع نشان‌دهنده رابطه تنگاتنگ عدم تحمل بالاتکلیفی با نگرانی است [۱۰، ۳۸، ۳۹]. اگرچه در دو دهه گذشته نگرانی به عنوان ویژگی شناختی اصلی GAD شناخته شده بود ولی چنین به نظر می‌رسد که نگرانی پیامد عدم تحمل بالاتکلیفی است و از نگرانی به عنوان راهکاری برای مقابله با عدم تحمل بالاتکلیفی بهره گرفته می‌شود [۳۸].

همچنین، نتایج پژوهش حاضر در خصوص مؤلفه تنظیم هیجان نشان داد که افراد سالم بیشتر از راهبرد ارزیابی مجدد شناختی استفاده می‌کنند در حالی که افراد مبتلا به GAD کمتر از این راهبرد استفاده می‌کنند و بیشتر از راهبرد فرونشانی برای تعدیل هیجان‌های خود استفاده می‌کنند. این یافته با نتایج پژوهش‌های قبلی [۱۷-۲۱] که معتقدند تنظیم هیجان نقش مهمی در سازگاری و تعادل روان‌شناختی افراد ایفا می‌کند، همسو است. تنظیم هیجان نیز به عنوان یک عامل بین‌تشخیصی، در انواع مختلفی از اختلال‌های هیجانی از جمله GAD نقش دارد و مهم است که در درمان مورد توجه قرار گیرد [۲، ۲۲، ۲۶-۲۹]. در نظریه گراس (۲۰۱۴) ارزیابی مجدد شناختی به معنای تلاش برای دیدن موقعیت‌ها به صورت مثبت و ملایم‌تر به منظور تنظیم خلق است و حجم فزاینده‌ای از پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهند که ارزیابی مجدد شناختی شیوه سازگارانهای برای مدیریت تجربیات هیجانی منفی است [۲۱]. طبق مدل آسیب‌شناسی بک [۴۰]، سوگیری‌های شناختی (cognitive biases) باعث آسیب‌پذیری در برابر رویدادهای منفی زندگی می‌شوند. در این حالت احتمال دارد که یک فقدان یا برخورد به مانعی در زندگی، به شیوه‌ای اغراق آمیز، منفی و شخصی‌سازی شده (personalized)، تفسیر شود [۴۱]. راهبرد ارزیابی مجدد شناختی به طور گسترده‌ای در زندگی روزمره به کار می‌رود و تکنیک‌های ارزیابی مجدد که در درمان شناختی-رفتاری کلاسیک به کار می‌روند، با مهارت‌های گردآوری شده در مداخلات نوین اختلال‌های خلقی و اضطرابی مرتبط هستند [۲۹].

از سوی دیگر، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که افراد مبتلا به GAD بیشتر از راهبرد فرونشانی استفاده می‌کنند. همچنین، نتایج پژوهش

از تمامی کسانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

هیچگونه تضاد منافی برای این مطالعه وجود ندارد.

استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی به عنوان ابزار جمع آوری داده‌ها. بر این اساس، تعمیم‌پذیری نتایج مستلزم پژوهش‌های بیشتری در این زمینه است. لذا، پیشنهاد می‌شود که مطالعات بعدی این پژوهش را با نمونه بزرگ‌تر و بر روی افرادی از هر دو جنس اجرا نمایند.

سپاسگزاری

References

1. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen HU. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2012;21(3):169-84. doi: 10.1002/mpr.1359 pmid: 22865617
2. Mennin DS, Fresco DM, O'Toole MS, Heimberg RG. A randomized controlled trial of emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder with and without co-occurring depression. *J Consult Clin Psychol.* 2018;86(3):268-81. doi: 10.1037/ccp0000289 pmid: 29504794
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). USA: American Psychiatric Pub; 2013.
4. Kaviani H, Ahmadi Abhari S, Dehghan M, Mansornia M, Khoramshahi M, Ghadirzade M, et al. Prevalence of Anxiety Disorders in Tehran City. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2002;8(3):4-11.
5. Sharifi V, Amin-Esmaeili M, Hajebi A, Motevalian A, Radgoodarzi R, Hefazi M, et al. Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: the Iranian Mental Health Survey, 2011. *Arch Iran Med.* 2015;18(2):76-84. doi: 015182/AIM.004 pmid: 25644794
6. Zarafshan H, Mohammadi MR, Salmanian M. Prevalence of Anxiety Disorders among Children and Adolescents in Iran: A Systematic Review. *Iran J Psychiatry.* 2015;10(1):1-7. pmid: 26005473
7. Hirsch CR, Mathews A, Lequertier B, Perman G, Hayes S. Characteristics of worry in generalized anxiety disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2013;44(4):388-95. doi: 10.1016/j.jbtep.2013.03.004 pmid: 23651607
8. Newman MG, Llera SJ. A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: a review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clin Psychol Rev.* 2011;31(3):371-82. doi: 10.1016/j.cpr.2011.01.008 pmid: 21334285
9. Hofmann SG, Wu JQ, Boettcher H, Sturm J. Effect of pharmacotherapy for anxiety disorders on quality of life: a meta-analysis. *Qual Life Res.* 2014;23(4):1141-53. doi: 10.1007/s11136-013-0573-8 pmid: 24241771
10. Dugas M, Robichaud M. Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice: Taylor & Francis; 2007.
11. 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. doi: 10.1016/s0005-7967(97)00070-3 pmid: 9613027
12. Boswell JF, Thompson-Hollands J, Farchione TJ, Barlow DH. Intolerance of uncertainty: a common factor in the treatment of emotional disorders. *J Clin Psychol.* 2013;69(6):630-45. doi: 10.1002/jclp.21965 pmid: 23381685
13. Meeten F, Dash SR, Scarlet AL, Davey GC. Investigating the effect of intolerance of uncertainty on catastrophic worrying and mood. *Behav Res Ther.* 2012;50(11):690-8. doi: 10.1016/j.brat.2012.08.003 pmid: 22982084
14. Koerner N, Mejia T, Kusec A. What's in a name? Intolerance of uncertainty, other uncertainty-relevant constructs, and their differential relations to worry and generalized anxiety disorder. *Cogn Behav Ther.* 2017;46(2):141-61. doi: 10.1080/16506073.2016.1211172 pmid: 27684470
15. Kawamoto T, Furutani K. The mediating role of intolerance of uncertainty on the relationships between perfectionism dimensions and psychological adjustment/maladjustment among mothers. *Pers Individ Dif.* 2018;122:62-7. doi: 10.1016/j.paid.2017.10.008
16. McEvoy PM, Erceg-Hurn DM. The search for universal transdiagnostic and trans-therapy change processes: Evidence for intolerance of uncertainty. *J Anxiety Disord.* 2016;41:96-107. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.02.002 pmid: 26898177

17. Beheshti N, Zemestani M, Rezaei F. Comparing The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy Focused on Intolerance of Uncertainty and Pharmacotherapy on Worry, Intolerance of Uncertainty, and Cognitive Avoidance in Patients With Generalized Anxiety Disorder. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2018. doi: [10.32598/ijpcp.24.3.240](https://doi.org/10.32598/ijpcp.24.3.240)
18. Aldao A. The Future of Emotion Regulation Research: Capturing Context. *Perspect Psychol Sci*. 2013;8(2):155-72. doi: [10.1177/1745691612459518](https://doi.org/10.1177/1745691612459518) pmid: 26172497
19. Aldao A, Gee DG, De Los Reyes A, Seager I. Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of internalizing and externalizing psychopathology: Current and future directions. *Dev Psychopathol*. 2016;28(4pt1):927-46. doi: [10.1017/S0954579416000638](https://doi.org/10.1017/S0954579416000638) pmid: 27739387
20. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(2):217-37. doi: [10.1016/j.cpr.2009.11.004](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004) pmid: 20015584
21. Gross J. Emotion regulation: Conceptual and Empirical foundations. In: Gross J, editor. *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press; 2014.
22. Gross JJ. Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychol Inq*. 2015;26(1):1-26. doi: [10.1080/1047840x.2014.940781](https://doi.org/10.1080/1047840x.2014.940781)
23. Gross JJ, Jazaieri H. Emotion, Emotion Regulation, and Psychopathology. *Clin Psychol Sci*. 2014;2(4):387-401. doi: [10.1177/2167702614536164](https://doi.org/10.1177/2167702614536164)
24. Barlow DH, Allen LB, Choate ML. Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behav Ther*. 2004;35(2):205-30. doi: [10.1016/s0005-7894\(04\)80036-4](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(04)80036-4)
25. Borkovec TD, Alcaine O, Behar E. Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In: Mennin DS, editor. *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. New York: Guilford Press; 2004. p. 77-108.
26. Mennin DS, Fresco DM. Emotion regulation therapy. In: Mennin DS, editor. *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press; 2014. p. 469-90.
27. Zemestani M, Imani M, Ottaviani C. A Preliminary Investigation on the Effectiveness of Unified and Transdiagnostic Cognitive Behavior Therapy for Patients With Comorbid Depression and Anxiety. *Int J Cogn Ther*. 2017;10(2):175-85. doi: [10.1521/ijct.2017.10.2.175](https://doi.org/10.1521/ijct.2017.10.2.175)
28. Payne LA, Ellard KK, Farchione TJ, Fairholme CP, Barlow D. Emotional disorders: A unified Trans diagnostic protocol. In: Mennin DS, editor. *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. 5th ed. New York: Guilford Press; 2014. p. 237-75.
29. Zemestani M, Davoodi I, Honarmand MM, Zargar Y, Ottaviani C. Comparative effects of group metacognitive therapy versus behavioural activation in moderately depressed students. *J Ment Health*. 2016;25(6):479-85. doi: [10.3109/09638237.2015.1057326](https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1057326) pmid: 26439473
30. Dugas MJ, Anderson KG, Deschenes SS, Donegan E. Generalized anxiety disorder publications: where do we stand a decade later? *J Anxiety Disord*. 2010;24(7):780-4. doi: [10.1016/j.janxdis.2010.05.012](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.05.012) pmid: 20554425
31. Delavar A. [Research Methods in Psychology and Educational Sciences]. Tehran: Virayesh Publication; 2012.
32. Buhr K, Dugas MJ. The Intolerance of Uncertainty Scale: psychometric properties of the English version. *Behav Res Ther*. 2002;40(8):931-45. doi: [10.1016/s0005-7967\(01\)00092-4](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00092-4) pmid: 12186356
33. Abolghasemi A, Narimani M. [Psychological tests]. Ardebil: Bagh Rezvan Publication; 2005.
34. Balzarotti S, John OP, Gross JJ. An Italian Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *Eur J Psychol Assess*. 2010;26(1):61-7. doi: [10.1027/1015-5759/a000009](https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000009)
35. Ghasempour A, Ilbeigi R, Hassanzadeh S, editors. [Psychiatric Properties of Emotion Regulation Questionnaire of Gross and John in an Iranian Sample]. *Proceedings of the Sixth Conference on Mental Health*; 2012 Guilan Guilan University.
36. Sexton KA, Dugas MJ. The Cognitive Avoidance Questionnaire: validation of the English translation. *J Anxiety Disord*. 2008;22(3):355-70. doi: [10.1016/j.janxdis.2007.04.005](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.04.005) pmid: 17544253
37. Besharat M. [Psychometric properties of a Farsi version of the cognitive avoidance questionnaire]. Tehran: University of Tehran; 2010.

38. Dugas MJ, Laugesen N, Bukowski WM. Intolerance of uncertainty, fear of anxiety, and adolescent worry. *J Abnorm Child Psychol*. 2012;40(6):863-70. doi: [10.1007/s10802-012-9611-1](https://doi.org/10.1007/s10802-012-9611-1) pmid: 22302481
39. 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. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(6):923-33. doi: [10.1016/j.cpr.2011.05.001](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.001) pmid: 21664339
40. Beck A. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press; 1976.
41. Leahy RL, Holland SJ, McGinn L. *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2012.
42. Opris D, Pinteá S, Garcia-Palacios A, Botella C, Szamoskozi S, David D. Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: a quantitative meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2012;29(2):85-93. doi: [10.1002/da.20910](https://doi.org/10.1002/da.20910) pmid: 22065564
43. Hofmann SG, Asmundson GJG. Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat? *Clin Psychol Rev*. 2008;28(1):1-16. doi: [10.1016/j.cpr.2007.09.003](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.09.003) pmid: 17904260