

Research Paper

Predicting the Severity of Panic Disorder Based on Cognitive Avoidance, Distress Tolerance and Cognitive Flexibility of Patients with Panic Disorder

Zahra Yavari¹ , *Mohsen Maroufi² 

1. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Khomeinishahr Branch, Khomeinishahr, Iran.

2. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.



Citation Yavari Z, Maroufi M. [Predicting the Severity of Panic Disorder Based on Cognitive Avoidance, Distress Tolerance and Cognitive Flexibility of Patients with Panic Disorder (Iran) (Persian)]. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2022; 15(12):826-835. <https://doi.org/10.32598/qums.15.12.2570.1>

 <https://doi.org/10.32598/qums.15.12.2570.1>

**Received:** 23 Jan 2022**Accepted:** 23 Feb 2022**Available Online:** 01 Mar 2022**Keywords:**

Panic disorder;
Cognitive psychology;
Psychological distress;
Flexibility.

ABSTRACT

Background and Objectives Panic disorder is one of the most common anxiety disorders that causes many problems for people and the community. This study aims to determine the severity of panic disorder based on cognitive avoidance, distress tolerance and cognitive flexibility in patients with panic disorder.

Methods This is a correlational study with a predictive design conducted on 130 patients with panic disorder in Isfahan, Iran, who were selected by a sequential sampling method. In order to measure the study variables, the Panic Disorder Severity Scale, the Cognitive Avoidance Questionnaire, the Distress Tolerance Scale, and the Cognitive Flexibility Inventory were used. In order to analyze the collected data, we used Pearson correlation test and stepwise regression analysis in SPSS v. 23 software.

Results The results showed that the severity of panic disorder was directly and significantly related to cognitive avoidance ($P < 0.01$) and significantly and indirectly related to distress tolerance ($P < 0.01$). The severity of panic disorder was indirectly related to cognitive flexibility, but it was not significant ($P > 0.05$), although due to the direct and significant correlation between cognitive flexibility and cognitive avoidance ($P < 0.01$), a part of the relationship between panic disorder severity and cognitive flexibility was expected after mediation by cognitive avoidance.

Conclusion Cognitive avoidance, distress tolerance, and cognitive flexibility have the ability to predict the severity of panic disorder.

*** Corresponding Author:****Mohsen Maroufi, PhD****Address:** Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.**Tel:** +98 (913) 1148835**E-Mail:** maroufi@med.mui.ac.ir

مقاله پژوهشی

پیش‌بینی شدت اختلال هراس براساس اجتناب‌شناختی، تحمل‌پریشانی و انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به اختلال هراس در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۰

 زهرا یاوری^۱، *محسن معروفی^۲

۱. گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خمینی‌شهر، خمینی‌شهر، ایران.
 ۲. گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.



Citation Yavari Z, Maroufi M. [Predicting the Severity of Panic Disorder Based on Cognitive Avoidance, Distress Tolerance and Cognitive Flexibility of Patients with Panic Disorder (Iran) (Persian)]. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2022; 15(12):826-835. <https://doi.org/10.32598/qums.15.12.2570.1>

 <https://doi.org/10.32598/qums.15.12.2570.1>

چکیده

تاریخ دریافت: ۰۳ بهمن ۱۴۰۰
 تاریخ پذیرش: ۰۴ اسفند ۱۴۰۰
 تاریخ انتشار: ۱۰ اسفند ۱۴۰۰

زمینه و هدف: اختلال هراس یکی از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی است که مشکلات متعددی را برای افراد درگیر، اطرافیان و جامعه به وجود می‌آورد. پژوهش حاضر با هدف تعیین شدت اختلال هراس براساس اجتناب‌شناختی، تحمل‌پریشانی و انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به اختلال هراس در شهر اصفهان انجام شد.

روش بررسی: روش انجام پژوهش از نوع همبستگی با طرح پیش‌بین بود. جهت انجام پژوهش ۱۳۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال هراس در شهر اصفهان به روش نمونه‌گیری غیراحتمالی متوالی انتخاب شدند. به‌منظور سنجش متغیرهای پژوهش از پرسش‌نامه PDSS (شیر و همکاران، ۱۹۹۷)، CAQ (سکستون و داگاس، ۲۰۰۴)، DTS (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) و CFI (دنيس و ویندروال، ۲۰۱۰) استفاده شد. به‌منظور محاسبه داده‌های به‌دست‌آمده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ سود بردیم.

یافته‌ها: نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل همبستگی داده‌ها نشان داد شدت اختلال هراس با اجتناب‌شناختی رابطه مستقیم و معنادار ($P < 0/01$) و شدت اختلال هراس با تحمل‌پریشانی رابطه معکوس و معنادار ($P < 0/01$) دارد. شدت اختلال هراس با انعطاف‌پذیری شناختی رابطه معکوس دارد، اما معنادار نیست ($P > 0/05$)، اگرچه به‌دلیل همبستگی مستقیم و معنادار انعطاف‌پذیری شناختی و اجتناب‌شناختی ($P < 0/01$)، انتظار می‌رود سهمی از رابطه بین شدت اختلال هراس و انعطاف‌پذیری شناختی از طریق اجتناب‌شناختی ذکر شده باشد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد اجتناب‌شناختی، تحمل‌پریشانی و انعطاف‌پذیری شناختی شدت اختلال هراس را پیش‌بینی می‌کنند و فرضیات پژوهش تأیید شد.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشانگر آن است که متغیرهای اجتناب‌شناختی، تحمل‌پریشانی و انعطاف‌پذیری شناختی توانایی پیش‌بینی‌کنندگی شدت اختلال هراس را دارند.

کلیدواژه‌ها:

اختلال هراس،
 روان‌شناسی شناختی،
 پریشانی، انعطاف‌پذیری

* نویسنده مسئول:

دکتر محسن معروفی

نشانی: اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده پزشکی، گروه روان‌پزشکی.

تلفن: ۱۱۴۸۸۳۵ (۹۱۳) ۹۸+

رایانامه: maroufi@med.mui.ac.ir

مقدمه

متغیر مطرح دیگر تحمل پریشانی است. تحمل پریشانی را می‌توان ظرفیت تجربه و مقاومت فرد در برابر حالات هیجانی منفی و استرس‌زا در موقعیت‌های روان‌شناختی تعریف کرد [۹]. نقش تحمل پریشانی در اختلالات اضطرابی آشکار است و ناتوانی در تحمل پریشانی به آشفتگی‌های روانی، ناسازگاری و مشکلات در روابط بین‌فردی می‌انجامد [۱۰]. عدم تحمل پریشانی با تمایلات بیشتر برای واکنش نسبت به ترس در بیماران اختلال هراس ارتباط دارد. درواقع، عدم تحمل پریشانی به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم با علائم هراس مرتبط است [۱۱].

متغیر دیگر، انعطاف‌پذیری شناختی است. این انعطاف‌پذیری، توانایی تنظیم پاسخ‌های هیجانی، شناختی و رفتاری هر فرد نسبت به شرایط و محیط‌های جدید و به‌دست آوردن اطلاعات نو است [۱۲]. انعطاف‌پذیری شناختی در توانایی سازگاری با محیط‌ها و شرایط درحال‌تغییر، حل مسئله، انجام وظیفه و تصمیم‌گیری نقش اساسی ایفا می‌کند [۱۳]. با درنظر گرفتن این موضوع که افراد مبتلا به اختلال هراس به‌صورت قابل‌ملاحظه‌ای خاطرات حملات هراس خود را به یاد دارند و ترس بالایی از تجربه حملات در آینده را تجربه می‌کنند، این افراد از لحاظ انعطاف‌پذیری شناختی در زمینه فیلتر کردن اطلاعات و داده‌های تهدیدآمیز، نسبت به افراد عادی مشکلات بیشتری تجربه می‌کنند. همچنین مقاومت بالایی را درمقابل تغییر شناخت یا رفتارهای مبتنی بر اطلاعات جدید از خود نشان می‌دهند [۱۴].

با توجه به مباحث ذکرشده هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی شدت اختلال هراس براساس اجتناب‌شناختی، تحمل پریشانی و انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به اختلال هراس در شهر اصفهان است.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع همبستگی با طرح پیش‌بین بود و جامعه آماری را همه بیماران مبتلا به اختلال هراس در شهر اصفهان تشکیل دادند که به مراکز درمانی مراجعه کرده‌اند. جهت تعیین حجم نمونه، با مطالعه چندین پژوهش نسبتاً مشابه در زمینه موضوع (تعداد نمونه در پژوهش‌های مشابه بین ۱۲۰ تا ۱۶۰ نفر بود)، میانگین حجم پژوهش‌های مرتبط درنظر گرفته شد و به‌منظور اعتبار بیرونی ۱۳۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال هراس در شهر اصفهان به‌عنوان نمونه با روش نمونه‌گیری غیراحتمالی متوالی انتخاب شدند.

معیارهای ورود به پژوهش شامل تشخیص اختلال هراس بر اساس ملاک‌های DSM-5 توسط روان‌پزشک، دریافت نکردن درمان در ۳ ماه گذشته (افراد نمونه بعد از تشخیص توسط پزشک و قبل از شروع هرگونه درمانی انتخاب شدند)، سواد حداقل سوم راهنمایی، بازه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، عدم ابتلای هم‌زمان با سایر

اختلالات اضطرابی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است که رنج و مشقت بسیار بالایی برای افراد درگیر اختلال ایجاد می‌کند [۱]. از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی می‌توان به اختلال هراس اشاره کرد. اختلال هراس در درجه نخست با وجود حملات مکرر هراس و غیرمنتظره بودن این حملات مشخص می‌شود و به‌دنبال آن حداقل ۱ ماه نگرانی مداوم پیرامون بروز مجدد، عواقب احتمالی و تغییرات رفتاری ناشی از حملات وجود دارد [۲].

حملات هراس علائم روانی و جسمانی بسیاری دارند، از جمله علائم روانی عمده می‌توان به ترس بسیار زیاد، احساس مرگ قریب‌الوقوع، اشکال در تمرکز، مسخ شخصیت و واقعیت اشاره کرد. علائم جسمانی حملات هراس مواردی همچون افزایش ضربان قلب، تعریق، تنفس سخت و سرگیجه را شامل می‌شود [۳]. نرخ شیوع تمام‌عمری اختلال هراس ۱ تا ۴ درصد است [۴].

روان‌شناسان بالینی در دهه ۱۹۸۰ به جنبه‌های شناختی اختلالات روانی توجه نشان دادند. اصلی‌ترین فرضیه مدل‌های شناختی این است که شناخت‌ها، روابط بین اتفاقات و رویدادهایی که افراد تجربه کرده و هیجاناتی که احساس می‌کنند، وساطت می‌کنند. عموماً مدل‌های شناختی بر این ایده پای‌بند هستند که طیفی از فرایندهای شناختی بهنجار و نابهنجار هنگام مواجهه با یک وضعیت آشکار وجود دارد [۵]. به‌نظر می‌رسد پرداختن به عوامل شناختی می‌تواند در کاهش شدت، بهبود و ارتقای کیفیت زندگی بیماران درگیر این اختلال نقش مؤثری ایفا کند.

یکی از متغیرهای شناختی مؤثر بر اختلال هراس، اجتناب‌شناختی است. اجتناب‌شناختی را می‌توان انواع برنامه‌ریزی‌های ذهنی را که بر آن اساس فرد شناخت‌های خویش تغییر می‌دهد، تعریف کرد [۶]. اجتناب‌شناختی شامل طیف گسترده‌ای از رفتارها همانند سرکوب افکار یا تصاویر ناخواسته و حواس‌پرتی می‌شود. در مطالعات انجام‌شده در ارتباط با افزایش اختلالات اضطرابی و درمان این اختلالات بر نقش اجتناب‌شناختی تأکید بسیاری شده‌است. وجود اجتناب‌شناختی بالا می‌تواند در ایجاد و نگهداری انواع اختلالات اضطرابی نقش مهمی ایفا کند [۷].

میزان ترس و اجتناب از موقعیت‌ها و محرک‌های اضطرابی از جنبه‌های اصلی پدیدارشناسی اختلال هراس هستند. اضطراب و ترس شدید از ایجاد حملات جدید، باعث ایجاد اجتناب‌شناختی در افراد مبتلا به اختلال هراس می‌شود و این افراد نسبت به شرایطی که قبلاً حملات هراس را در آن موقعیت‌ها تجربه کرده‌اند و احتمال بروز مجدد حمله را می‌دهند از این راهبرد استفاده می‌کنند [۸].

آخرین پرسش‌نامه، پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی بود. این پرسش‌نامه را دنیس و ویندروال در سال ۲۰۱۰ ساخته‌اند. ابزار موردنظر ۲۰ سؤال و ۳ خرده‌مقیاس دارد که شامل جایگزین‌ها، کنترل و جایگزین‌هایی برای رفتار انسانی است. سؤالات این پرسش‌نامه در یک طیف لیکرتی در مقیاس ۱ تا ۷ نمره‌گذاری می‌شود و سؤالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱ و ۱۷ این پرسش‌نامه به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. اعتبار هم‌زمان این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه افسردگی بک برابر ۰/۳۹ و روایی هم‌گرایی آن با پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و روبین برابر ۰/۷۵ است و پایایی این ابزار با روش آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۱ به‌دست آمده‌است [۲۰]. همچنین فاضلی و همکاران، پایایی این پرسش‌نامه را با آلفای کرونباخ ۰/۷۵ اعلام کردند [۲۱].

داده‌های جمعیت‌شناختی، ازجمله سن، جنسیت، وضعیت تأهل و میزان تحصیلات به‌وسیله پرسش‌نامه محقق‌ساخته جمع‌آوری و بررسی شد.

داده‌های حاصل از این پژوهش با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ در دو سطح توصیفی و استنباطی بررسی شدند. ابتدا با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، شاخص‌های توصیفی بررسی و سپس با استفاده از روش‌های آمار استنباطی از آزمون همبستگی پیرسون جهت بررسی ارتباط بین متغیرها استفاده شد. در زمینه آزمایش فرضیه‌ها از تحلیل رگرسیون گام به گام سود بردیم.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی پژوهش نشان داد از لحاظ جنسیت ۸۶ نفر از نمونه‌ها خانم و ۴۴ نفر آقا بودند. بازه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال با ۵۲ درصد در کل افراد نمونه از بالاترین میزان برخوردار بود که این موضوع در هر دو جنس نیز صدق می‌کرد. در زمینه وضعیت تأهل در کل افراد نمونه، تعداد افراد مجرد با ۴۵ درصد بالاترین میزان را داشت که این مورد نیز در هر ۲ جنس مشاهده شد. در بررسی تحصیلات، لیسانس با ۲۸ درصد در کل افراد نمونه، بالاترین میزان را به خود اختصاص داد که این مورد در خانم‌ها نیز صدق می‌کند، اما در گروه آقایان، تحصیلات لیسانس و فوق‌دیپلم درصد یکسانی (۳۱/۸) داشت.

روابط همبستگی بین متغیرهای پژوهش از طریق ماتریس همبستگی پیرسون بررسی شد که نتایج حاصل در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

بنابر یافته‌های جدول شماره ۱، بین شدت اختلال هراس با اجتناب‌شناختی رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد ($P < 0/01$)، بین شدت اختلال هراس با تحمل پریشانی رابطه معکوس و معنادار وجود دارد ($P < 0/01$)، در رابطه بین شدت اختلال هراس با انعطاف‌پذیری شناختی رابطه معکوس، اما

اختلالات روان‌پزشکی، ابتلا نداشتن هم‌زمان به بیماری‌های نیازمند درمان و عدم اعتیاد یا سوءمصرف مواد بود. همچنین معیارهای خروج آزمودنی‌ها شامل تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها بود.

جهت انجام این پژوهش از ۴ پرسش‌نامه خودگزارشی استفاده شد:

پرسش‌نامه شدت اختلال هراس^۱ که شیر و همکاران آن را در سال ۱۹۹۷ ساخته‌اند. این پرسش‌نامه ۷ آیتم دارد که آیتم‌ها در ۵ نقطه مقیاس لیکرتی قرار گرفته‌اند، در نمره‌گذاری این پرسش‌نامه هر آیتم در یک مقیاس صفر تا ۴ نمره‌گذاری و نمره کلی از میانگین نمره ۷ آیتم محاسبه می‌شود. مدت زمان موردنیاز برای پاسخ دادن به سؤالات این پرسش‌نامه ۱۰ تا ۱۵ دقیقه است. این پرسش‌نامه هیچ خرده‌مقیاسی ندارد. پرسش‌نامه مذکور روایی ۰/۸۳ و پایایی ۰/۶۴ دارد [۱۵]. در ایران نسخه اصلی پرسش‌نامه زیر نظر متخصصین زبان ترجمه و پس از آن روایی پرسش‌نامه توسط ۵ نفر از متخصصین دارای صلاحیت تأیید و پایایی این پرسش‌نامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۶۸ به‌دست آمد [۱۶]. نمره بالا در این پرسش‌نامه شدت بیشتر اختلال هراس را نشان می‌دهد.

پرسش‌نامه دیگر، پرسش‌نامه اجتناب‌شناختی^۲ بود. این پرسش‌نامه را سکستون و داگاس در سال ۲۰۰۴ ساخته‌اند. این پرسش‌نامه با ۲۵ سؤال و ۵ خرده‌مقیاس شامل واپس زنی افکار نگران‌کننده، جانشینی افکار مثبت به جای افکار نگران‌کننده، استفاده از توجه برگردانی برای قطع روند نگرانی، اجتناب از موقعیت‌ها و فعالیت‌های فعال‌ساز افکار نگران‌کننده و تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی است. سؤالات این پرسش‌نامه از نوع لیکرت بوده که هر آیتم در یک مقیاس ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود. ضریب پایایی این پرسش‌نامه بین ۰/۷۱ تا ۰/۹۱ گزارش شده است [۶]. ضریب روایی این پرسش‌نامه از طریق ضریب همبستگی با سیاهه فرونشانی فکر خرس سفید برابر با ۰/۴۸ به‌دست آمده است [۱۷].

سومین پرسش‌نامه، پرسش‌نامه تحمل پریشانی^۳ بود. این پرسش‌نامه را سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ ساخته‌اند. این پرسش‌نامه ۱۵ سؤال و ۴ خرده‌مقیاس دارد که شامل تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به‌وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی است. سؤالات این پرسش‌نامه در یک طیف لیکرتی در مقیاس ۱ تا ۵ نمره‌گذاری شده و سؤال ۶ این پرسش‌نامه به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. اعتبار بازآزمایی این پرسش‌نامه برابر با ۰/۷۹ گزارش شده‌است [۱۸]. همچنین ضریب آلفا برای کل پرسش‌نامه برابر با ۰/۸۲ است [۱۹].

1. Panic Disorder Severity Questionnaire (PDSQ)
2. Cognitive Avoidance Questionnaire (CAQ)
3. Distress Tolerance Questionnaire (DTQ)

جدول ۱. ماتریس همبستگی شدت اختلال هراس، اجتناب‌شناختی، تحمل پریشانی و انعطاف‌پذیری‌شناختی کل در مبتلایان به اختلال هراس در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۰

متغیر	شدت اختلال هراس	اجتناب‌شناختی	تحمل پریشانی	انعطاف‌پذیری‌شناختی
شدت اختلال هراس	۱	۰/۵۹۶ (۰/۰۰۱**)	-۰/۴۹۱ (۰/۰۰۱**)	-۰/۰۵۷ (۰/۵۱۷)
اجتناب‌شناختی		۱	-۰/۴۵۶ (۰/۰۰۱**)	۰/۳۰۷ (۰/۰۰۱**)
تحمل پریشانی			۱	-۰/۰۰۴ (۰/۹۶۷)
انعطاف‌پذیری‌شناختی				۱

مجله
دانشگاه علوم پزشکی قم

و ۰/۰۰۲). در ستون ضرایب استاندارد شده مشاهده می‌شود که تأثیرپذیری اجتناب‌شناختی بر مقدار نمره شدت اختلال هراس بیشتر از ۲ نمره انعطاف‌پذیری‌شناختی و تحمل پریشانی است، چون عدد ۱/۷۲۷ از نظر قدرمطلق، از دو عدد ۰/۲۴۳- و ۰/۵۱۸- بیشتر است.

خروجی **جدول شماره ۳** نشان می‌دهد این تحلیل در ۳ مرحله انجام شده است. با توجه به مقدار ضریب تعیین تعدیل شده ۹۶/۵ این گونه تفسیر می‌شود که ۹۶/۵ درصد تغییرات نمره شدت اختلال هراس با توجه به مدل ارائه شده بیان می‌شود و تنها ۳/۵ درصد توسط عوامل دیگر مطرح می‌شود که مدل مناسبی به نظر می‌رسد. مقدار سطح معناداری ۰/۰۰۱ جدول آنووا حکایت از برازش مدل می‌دهد و آماره دوربین واتسن ۲/۱۵ نیز عدم همبستگی خطاها را تأیید می‌کند (۲/۱۵ < ۲/۵).

معناداری یافت نشد ($P > 0.05$) که البته به دلیل رابطه مستقیم و معناداری که بین انعطاف‌پذیری‌شناختی با اجتناب‌شناختی ($P < 0.01$) می‌توان گفت درصدی از رابطه بین شدت اختلال هراس با انعطاف‌پذیری‌شناختی به وسیله اجتناب‌شناختی بیان می‌شود.

بر اساس **جدول شماره ۲** که خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام را برای پیش‌بینی نمره شدت اختلال هراس بر اساس نمرات کل پرسش‌نامه‌های اجتناب‌شناختی، تحمل پریشانی و انعطاف‌پذیری‌شناختی ارائه می‌دهد، مدل پیش‌بینی به صورت زیر است (**فرمول شماره ۱**):

$$1. \text{ تحمل پریشانی } 0.114x - \text{ انعطاف‌پذیری‌شناختی } 0.139x - \text{ اجتناب‌شناختی } 0.291x = \text{ نمره شدت اختلال هراس}$$

با توجه به ستون سطح معناداری **جدول شماره ۲**، حضور نمره هر ۳ پرسش‌نامه در مدل تأیید می‌شود (۰/۰۰۱، ۰/۰۰۱، ۰/۰۰۱).

جدول ۲. ضرایب مدل رگرسیون نمره شدت اختلال هراس بر حسب اجتناب‌شناختی، تحمل پریشانی و انعطاف‌پذیری‌شناختی در بیماران مبتلا به اختلال هراس در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۰

متغیر	ضریب استاندارد نشده	ضریب استاندارد شده	آماره	سطح معناداری
اجتناب‌شناختی	۰/۲۹۱	۱/۷۲۷	۱۱/۸۸۳	۰/۰۰۱**
انعطاف‌پذیری‌شناختی	-۰/۱۳۹	-۰/۲۴۳	-۳/۲۲۹	۰/۰۰۱**
تحمل پریشانی	-۰/۱۱۴	-۰/۵۱۸	-۳/۱۷۳	۰/۰۰۳**

مجله
دانشگاه علوم پزشکی قم

جدول ۳. نتایج مدل رگرسیون نمره شدت اختلال هراس بر حسب اجتناب‌شناختی، تحمل پریشانی و انعطاف‌پذیری‌شناختی در بیماران مبتلا به اختلال هراس در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۰

تعداد مراحل	ضریب همبستگی چندگانه	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	سطح معناداری جدول آنووا	آماره دوربین واتسن
۳	۰/۹۸۳	۰/۹۶۶	۰/۹۶۵	۰/۰۰۱**	۲/۱۵

مجله
دانشگاه علوم پزشکی قم

بحث

با توجه به نتایج به دست آمده می توان گفت متغیرهای اجتناب شناختی، تحمل پریشانی و انعطاف پذیری شناختی در پیش بینی کنندگی شدت اختلال هراس تأثیرگذار هستند. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش های انجام شده توسط ناگاتا و همکاران [۲۲]، لیبرمن و همکاران [۱۲]، الکینز و همکاران [۸] و میشل و همکاران [۱۰] همسو و همخوان است.

در تبیین نتایج به دست آمده می توان بیان کرد بسیاری از موقعیت های استرس زای روزمره زندگی و ناتوانی در انطباق با استرس های مکرر زندگی می تواند عملکرد شناختی را در افراد مختل کند که این روند می تواند بسیاری از اختلالات روان پزشکی را در افراد مستعد، تحریک و در افراد درگیر اختلال موجب تشدید شدت علائم شود. از جمله اختلالاتی که ممکن است درگیر این روند شود، اختلال هراس است [۲۳]. افراد درگیر اختلال هراس در پاسخ به انواع محرک ها کندتر عمل می کنند. به عبارت دیگر، می توان گفت شاید این موضوع به واسطه مشکل در عوامل شناختی موجود در این افراد باشد که سبب افزایش بیماری و نداشتن پاسخ درست در آن ها می شود [۲۴].

اگر سطوح بالایی از اجتناب شناختی در افراد به صورت مکرر وجود داشته باشد، موجب ایجاد و حفظ اختلالات اضطرابی می شود. همچنین به هر میزان که شدت افکار و احساساتی که فرد سعی در اجتناب آن ها دارد بیشتر باشد، بر شدت استرس و در نهایت شدت اختلال افزوده می شود [۲۵].

نتایج پژوهش جاکوب و همکاران نشان داد افراد مبتلا به اختلال هراس معمولاً از فرار و اجتناب (شناختی و عملی) به عنوان راهبردهای معمول برای کنترل شرایط موجود استفاده می کنند. اجتناب شناختی به عنوان راهبرد مقابله ای در بیماران مبتلا به اختلال هراس طی حملات استفاده می شود، اما اجتناب شناختی، شیوه ای بی اثر و ناسازگار برای مقابله با استرس و شرایط استرس زاست و امکان اثر معکوس و افزایش اضطراب و شدت اختلال را به همراه دارد [۲۶].

نتایج پژوهش مک هیو و همکاران، نشانگر آن بود که تحمل پریشانی با آسیب پذیری روان شناختی اختلال هراس در ارتباط است. تحمل پریشانی ضعیف ممکن است با رفتارهای مبتنی بر اجتناب ناسازگار، همانند اجتناب آگورافوبیک در بیماران مبتلا به اختلال هراس مرتبط باشد [۲۷]. همچنین سطوح پایین تحمل پریشانی در زمینه استرس های عاطفی، جسمانی و توانایی پایین در مقابله با دوره های حاد استرس عاطفی، به صورت قابل توجهی با افزایش علائم اضطراب و حملات اختلال هراس مرتبط است [۲۸].

تعداد قابل توجهی از بیماران درگیر اختلالات روانی، از جمله

اختلال هراس در حوزه های مختلف روان شناختی دچار مشکل هستند. یکی از این حوزه های شناختی، انعطاف پذیری شناختی است. در پژوهش لیبرمن و همکاران مشخص شد افراد درگیر اختلال هراس، از نظر شناختی در حیطه انعطاف پذیری شناختی دچار مشکل هستند و به خوبی توانایی فیلتر اطلاعات تهدید کننده را ندارند و همچنین این افراد مقاومت بالایی را در مقابل تغییر در شناخت و رفتارهای مبتنی بر اطلاعات جدید را از خود نشان می دهند [۱۲]. افزایش انعطاف پذیری شناختی در افراد درگیر اختلال هراس موجب می شود تا آن ها افکار فاجعه آمیز خود را در ارتباط با علائم اختلال هراس به افکار عینی تر تبدیل کنند و این موضوع موجب کاهش شدت علائم این اختلال در افراد درگیر می شود [۲۲].

نتیجه گیری

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد اجتناب شناختی، تحمل پریشانی و انعطاف پذیری شناختی می توانند در پیش بینی کنندگی شدت اختلال هراس سهیم باشند. به هر میزان که افراد درگیر این اختلال از اجتناب شناختی بالاتری استفاده کنند، سطح اضطراب در آن ها افزایش یافته و همین موضوع موجب افزایش شدت اختلال می شود.

همچنین کاهش سطح تحمل پریشانی موجب می شود این افراد به درستی توانایی تحمل اضطراب حاصل از حملات را نداشته و در نهایت واکنش بالاتری نسبت به شرایط موجود از خود بروز داده که این مسئله می تواند در افزایش شدت اختلال سهیم باشد. افراد درگیر اختلال هراس که از انعطاف پذیری شناختی پایینی برخوردار هستند، به خوبی توانایی تبدیل افکار فاجعه آمیز خود را به افکار مناسب تر با موقعیت موجود ندارند و معمولاً از آموخته های پیشین خود استفاده می کنند که این موضوع موجب افزایش ترس و اضطراب در این افراد می شود که نهایتاً این موضوع موجب افزایش شدت اختلال می شود. می توان با آموزش برای به تعادل رساندن عوامل روان شناختی یاد شده تا حدودی از میزان شدت این اختلال کاست تا افراد درگیر بتوانند زندگی با کیفیت تری را تجربه کنند.

اختلال هراس یکی از اختلالات روانی است که نقش درمان های روان شناختی در درمان آن به میزان درمان های دارویی اهمیت دارد؛ بنابراین هر پژوهشی که بتواند جنبه هایی از ابعاد روان شناختی این اختلال را روشن کند، احتمالاً می تواند راهگشای روش های روان درمانی مؤثرتری نیز شود. با توجه به کم بودن پژوهش های داخلی در این زمینه، نتایج پژوهش حاضر می تواند حائز اهمیت باشد و از نقاط قوت این پژوهش در نظر گرفته شود.

باید به این نکته توجه داشت که هر پژوهش در کنار نقاط قوت و مثبت خود محدودیت‌هایی دارد. در پژوهش حاضر نیز محدودیت‌هایی اعم از اینکه ابزار سنجش در این پژوهش تنها پرسش‌نامه بود که امکان سوگیری افراد نمونه را فراهم می‌آورد و این پژوهش تنها روی افراد مبتلا به اختلال هراس در شهر اصفهان اجرا شد که با توجه به این موضوع امکان تعمیم نتایج به سایر نقاط کشور امکان‌پذیر نیست، وجود داشت.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

اصل محرمانه بودن اطلاعات، اطلاع از نتایج حاصل، اخذ رضایت‌نامه و خروج داوطلبانه در هر مرحله از پژوهش برای افراد نمونه در نظر گرفته شد. جهت انجام این پژوهش، شناسه اخلاق IR.IAU.KHSH.REC.1400.012 در واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی بررسی و تصویب شد.

حامی مالی

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در گروه روان‌شناسی گرایش روان‌شناسی بالینی، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی است و با هزینه‌های شخصی نویسنده اول انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در طراحی، اجرا و نگارش بخش‌های پژوهش حاضر مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از تمام مسئولین محترم واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بیماران مبتلا به اختلال هراس در شهر اصفهان و همه عزیزانی که در این پژوهش همکاری داشته‌اند، به‌ویژه همکار محترم آقای طاهریان کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References

- [1] Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P, et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3:415-24. [DOI:10.1016/S2215-0366(16)=4]
- [2] Alves MR, Pereira VM, Machado S, Nardi AE, Oliveira e Silva AC. Cognitive functions in patients with panic disorder: A literature review. *Braz J Psychiatry*. 2013; 35(2):193-200. [DOI:10.1590/1516-4446-2012-1000] [PMID]
- [3] Koesters M, Ostuzzi G, Guaiana G, Breilmann J, Barbui C. Vortioxetine for depression in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 7(7):CD011520. [DOI:10.1002/14651858.CD012729] [PMID]
- [4] Šago D, Babić G, Bajić Ž, Filipčić I. Panic disorder as unthinkable emotions: Alexithymia in panic disorder, a croatian cross-sectional study. *Front Psychiatry*. 2020; 11:466. [DOI:10.3389/fpsy.2020.00466] [PMID] [PMCID]
- [5] Amiri L. [Predicting the symptoms of generalized anxiety disorder based on willpower. Patience and intolerance of uncertainty mediated by personality traits (Persian)] [MA Thesis]. Shiraz: Shiraz University; 2017. [Link]
- [6] 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] [PMID]
- [7] Vanderveren E, Debeer E, Craeynest M, Hermans D, Raes F. Psychometric properties of the Dutch cognitive avoidance questionnaire. *Psychologica Belgica*. 2020; 60(1):184-97. [DOI:10.5334/pb.522] [PMID] [PMCID]
- [8] Elkins RM, Gallo KP, Pincus DB, Comer JS. Moderators of intensive cognitive behavioral therapy for adolescent panic disorder: The roles of fear and avoidance. *Child Adolesc Ment Health*. 2016; 21(1):30-6. [DOI:10.1111/camh.12122] [PMID] [PMCID]
- [9] Faqih S, Kazemi H. [The effectiveness of emotion-oriented couple therapy on enduring the distress of infertile couples in Isfahan (Persian)]. *J Community Health*. 2018; 12(1):22-9. [DOI:10.22123/CHJ.2018.110652.1068]
- [10] Michel NM, Rowa K, Young L, McCabe RE. Emotional distress tolerance across anxiety disorders. *J Anxiety Disord*. 2016; 40:94-103. [DOI:10.1016/j.janxdis.2016.04.009] [PMID]
- [11] Farris SG, Zvolensky MJ, Otto MW, Leyro TM. The role of distress intolerance for panic and nicotine withdrawal symptoms during a biological challenge. *J Psychopharmacol*. 2015; 29(7):783-91. [DOI:10.1177/0269881115575536] [PMID] [PMCID]
- [12] Lieberman L, Gorka SM, Sarapas C, Shankman SA. Cognitive flexibility mediates the relation between intolerance of uncertainty and safety signal responding in those with panic disorder. *Cogn Emot*. 2016; 30(8):1495-503. [DOI:10.1080/02699931.2015.1067189] [PMID] [PMCID]
- [13] Gabrys RL, Tabri N, Anisman H, Matheson K. Cognitive control and flexibility in the context of stress and depressive symptoms: The cognitive control and flexibility questionnaire. *Front Psychol*. 2018; 9:2219. [DOI:10.3389/fpsyg.2018.02219] [PMID] [PMCID]
- [14] Hamtiaux A, Houssemand C. Adaptability, cognitive flexibility, personal need for structure, and rigidity. *Psychol Res*. 2012; 2(10):563-85. [DOI:10.17265/2159-5542/2012.10.001]
- [15] Shear MK, Rucci P, Williams J, Frank E, Grochocinski V, Vander Bilt J, et al. Reliability and validity of the panic disorder severity scale: Replication and extension. *J Psychiatr Res*. 2001; 35:293-6. [DOI:10.1016/S0022-3956(01)00028-0]
- [16] Mesbahi Taheri N. [The effectiveness of a combination of drug therapy and neurofeedback training on reducing symptoms and increasing the quality of life of patients with panic (persian)] [MA Thesis]. Sanandaj: University of Kurdistan; 2016. [Link]
- [17] Basaknejad S, Moeini N, Mehrabizadeh Honarmand M. [The relationship between post-event processing and cognitive avoidance with social anxiety in students (Persian)]. *Int J Behav Sci*. 2010; 4(4):335-40. [Link]
- [18] Azizi A, Mirzaei A, Shams J. [Investigating the relationship between agitation tolerance and emotional regulation with students' dependence on smoking (Persian)]. *Hakim*. 2010; 13(1):11-8. [Link]
- [19] Simons JS, Gaher R. The distress tolerance scale: Development and validation of a self report measure. *Motiv Emot*. 2005; 29:83-102. [DOI:10.1007/s11031-005-7955-3]
- [20] Dennis JP, Vander wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognit Ther and Res*. 2010; 34:241-53. [DOI:10.1007/s10608-009-9276-4]
- [21] Fazeli M, Ehteshamzadeh P, Hashemi Sheikh Shabani SI. [The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on cognitive flexibility in depressed people (Persian)]. *J Thought Behav Clinical Psychol*. 2015; 9(34):27-36. [Link]
- [22] Nagata SH, Seki Y, Shibuya T, Yokoo M, Murata T, Hiramatsu Y, et al. Does cognitive behavioral therapy alter mental defeat and cognitive flexibility in patients with panic disorder? *BMC Res Notes*. 2018; 11(1):23. [DOI:10.1186/s13104-018-3130-2] [PMID] [PMCID]
- [23] Grafe LA, Cornfeld A, Luz S, Valentino R, Bhatnagar S. Orexins mediate sex differences in the stress response and in cognitive flexibility. *Biol Psychiatry*. 2017; 81(8):683-92. [DOI:10.1016/j.biopsych.2016.10.013] [PMID] [PMCID]
- [24] Chen J, Wang Z, Wu Y, Cai Y, Shen Y, Wang L, et al. Differential attentional bias in generalized anxiety disorder and panic disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013; 9:73-80. [DOI:10.2147/NDT.S36822] [PMID] [PMCID]
- [25] Anniko M. Stuck on repeat: Adolescent stress and the role of repetitive negative thinking and cognitive avoidance [PhD Thesis]. Örebro: Örebro University; 2018. [Link]
- [26] Jacob ML, Morelen D, Suveg C, Brown Jacobsen AM, Whiteside SP. Emotional, behavioral, and cognitive factors that differentiate obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders in youth. *Anxiety, Stress Coping*. 2012; 25(2):229-37. [DOI:10.1080/10615806.2011.571255] [PMID]

- [27] McHugh RK, Otto MW. Refining the measurement of distress intolerance. *Behav Ther.* 2012; 43(3):641-51. [DOI:10.1016/j.beth.2011.12.001] [PMID] [PMCID]
- [28] Brandt CP, Johnson KA, Schmidt NB, Zvolensky MJ. Main and interactive effects of emotion dysregulation and breath-holding duration in relation to panic-relevant fear and expectancies about anxiety-related sensations among adult daily smokers. *J Anxiety Disord.* 2012; 26(1):173-81. [DOI:10.1016/j.janxdis.2011.10.007] [PMID] [PMCID]

This Page Intentionally Left Blank