



Comparison of The Anxiety, Worry and Intolerance of Uncertainty among individuals with Obsessive-Compulsive and Substance Use Disorders

Tohid Ranjbari¹, Elahe Hafezi^{*2}, Abolfazl Mohammadi³, Farzane Ranjbar Shirazi⁴, Fatima Ghafari⁵

1. M.A in clinical Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

2. (corresponding author): M.A in clinical Psychology, Department of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran

3. Assistant professor, of Department of Psychiatry, Tehran University of Medical Science

4. M.A in clinical Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

5. M.A in clinical Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

Citation: Ranjbari T, Hafezi E, Mohamadi A, Ranjbar shirazi F, Ghafari F. Comparison of The Anxiety, Worry and Intolerance of Uncertainty among individuals with Obsessive-Compulsive and Substance Use Disorders. Journal of Research in Psychological Health, 2018; 12 (1) : 54-65.

Highlights

- Individuals with obsessive-compulsive and substance use disorders experience more anxiety and worry than normal individuals, and they are less able to tolerate uncertainty.
- Obsessive-compulsive and substance use disorders are similar in high levels of anxiety, worry and Intolerance of uncertainty.

Abstract

Recently, clinical studies consider a different picture of obsessive-compulsive disorder. An image that similar to addictive behaviors in people with substance use disorder. The aim of the present study was to compare the anxiety, worry and intolerance of uncertainty among people with obsessive-compulsive disorder and substance use with normal people. It is a case control study. For this purpose, 120 people with obsessive compulsive disorder and 120 substance use disorder were selected through target sampling. Also, for comparison with two clinical sampling groups 120 people were selected from the normal population. Beck Anxiety Inventory (BAI), Pennsylvania Worry Questionnaire (PSWQ) and Intolerance of Uncertainty Scale (IUS) were divided between three groups. The results showed that there was a significant difference between the scores of clinical groups and normal people in anxiety, worry and intolerance of uncertainty variables. However, there was no significant difference between obsessive-compulsive and substance use disorders. In general, according to the findings of this study and the similarity of people with obsessive-compulsive and substance use disorders, it is necessary to study the meta-diagnostic components in both of these disorders in order to prevent them.

Keywords: Anxiety, Worry, Obsessive Compulsive Disorder, Substance Use Disorder, Intolerance of Uncertainty.

مقایسه‌ی اضطراب، نگرانی و عدم تحمل بلا تکلیفی در افراد با اختلال وسوسی جبری و اختلال مصرف مواد

توحید رنجبری^۱، الهه حافظی^{۲*}، ابوالفضل محمدی^۳، فرزانه رنجبر شیرازی^۴، فاطیما غفاری^۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۲/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۳/۱۰

یافته‌های اصلی

- افراد با اختلال وسوسی جبری و اختلال مصرف مواد نسبت به افراد بهنجار، اضطراب و نگرانی بیشتری را تجربه می‌کنند و کمتر قادر به تحمل بلا تکلیفی هستند.
- دو اختلال وسوسی جبری و مصرف مواد از نظر میزان بالای اضطراب، نگرانی و عدم تحمل بلا تکلیفی شبیه هم هستند.

چکیده

اخیراً، مطالعات بالینی تصویری متفاوت از اختلال وسوسی جبری ترسیم کرده‌اند؛ تصویری که شباهت زیادی به رفتارهای اعتیادگونه در افراد مبتلا به مصرف مواد دارد و این فرض را که احتمالاً این دو اختلال دو وجه از یک وضعیت مشابه هستند، به وجود آورده است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی اضطراب، نگرانی و عدم تحمل بلا تکلیفی در افراد مبتلا به اختلال وسوسی جبری، اختلال مصرف مواد و افراد بهنجار انجام شد. پژوهش کنونی از نوع بنیادی و به شیوه‌ی علی‌مقایسه‌ای طراحی شد. بدین‌منظور ۱۲۰ فرد مبتلا به اختلال وسوسی جبری و ۱۲۰ نفر با اختلال مصرف مواد، به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند؛ همچنین بهمنظور مقایسه با دو گروه بالینی، ۱۲۰ نفر نیز از جمعیت بهنجار، به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس گزینش شدند؛ سپس پرسشنامه‌های اضطراب بک، نگرانی پنسیلوانیا و عدم تحمل بلا تکلیفی در اختیار سه گروه قرار گرفت. نتایج نشان داد بین نمرات گروه‌های بالینی با افراد بهنجار در متغیرهای اضطراب، نگرانی و عدم تحمل بلا تکلیفی، تفاوت معناداری وجود دارد؛ با این حال، بین افراد با اختلال وسوسی جبری و افراد با اختلال مصرف مواد، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. در مجموع با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و شباهت افراد مبتلا به اختلال وسوسی جبری و اختلال مصرف مواد، لزوم بررسی مؤلفه‌های فراتشخصی در هر دوی این اختلالات جهت پیش‌گیری ضروری می‌نماید.

واژگان کلیدی: اضطراب، نگرانی، اختلال وسوسی جبری، اختلال مصرف مواد، عدم تحمل بلا تکلیفی

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه تهران، تهران، ایران

۲. (نویسنده مسول)، کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. elah.hafezi39@gmail.com

۳. دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان روزبه، تهران، ایران

۴. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه تهران، تهران، ایران

۵. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه تهران، تهران، ایران

مقدمه

۴۰ درصد موارد علائم اضطراب در مراحل مختلف اختلال وسوسای دیده می‌شود (۸). تحقیقات نیز نشان داده‌اند سابقه‌ی اضطراب در خانواده‌ی افراد مبتلا به وسوسات وجود دارد (۹)؛ به عنوان مثال در خانواده‌هایی که کودک یا نوجوانی با تشخیص وسوسای جبری وجود دارد با بررسی تاریخچه‌ی خانوادگی، سابقه‌ی حداقل یک اختلال اضطرابی مشاهده شده است (۱۰). اضطراب نیز یکی از عوامل مهم در تبیین نشانه‌های وسوسات است (۱۱). مصرف مواد نیز به عنوان یک اختلال رفتاری مختلط‌کننده، در دوره‌ی نوجوانی بروز پیدا می‌کند که تجربه‌ی اضطراب شدید در دوره‌ی کودکی می‌تواند منبع و منشأ آن باشد (۱۲). طی سی سال گذشته همبودی اختلالات مصرف مواد^۳ با اختلالات روان‌پزشکی، موضوع تحقیقات زیادی بوده است. از بین اختلالات روانی، یکی از مهم‌ترین و شایع‌ترین عامل مرتبط با مصرف مواد، اضطراب معرفی شده است (۱۳). یافته‌ها نیز نشان داده‌اند اختلال مصرف مواد با اضطراب، نگرانی و به‌طورکلی با انواع اختلال‌های اضطرابی، یعنی اضطراب فرآگیر^۴، اضطراب اجتماعی^۵، آگورافوبیا^۶ و اختلال وحشت‌زدگی^۷، همبودی بالایی دارد (۱۵-۱۳). مطالعه‌ای در این زمینه نشان داده است حدود ۲۴ درصد از افرادی که اضطراب و نگرانی را تجربه می‌کنند از همبودی مصرف یک ماده‌ی مخدر نیز شکایت دارند (۱۶). این همبودی ناشی از تأثیرگذاری اضطراب به عنوان یک عامل زیربنایی از دوره‌ی کودکی با بروز کارکرد آن در بزرگسالی به شکل مصرف مواد است (۱۷)؛ به گونه‌ای که شروع مصرف مواد، تلاشی برای کاهش ناراحتی‌های ناشی از اضطراب است به مرور زمان این رابطه دوطرفه شده و استفاده از مواد شدت اضطراب را در فرد افزایش می‌دهد (۱۵).

تحقیق فراتحلیلی در این زمینه نشان می‌داد رفتارهای وسوسای اعتیاد‌گونه، شباهت زیادی به اختلال مصرف مواد دارند که می‌تواند در فرد پتانسیلی برای تبدیل این رفتارها به اختلال مصرف مواد ایجاد کند. از طرفی زمینه‌های اضطرابی نیز هم‌زمان با این اختلالات مشاهده شده است. به صورتی

از مهم‌ترین تغییراتی که در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۸ (DSM) انجام شده، جدا کردن اختلالات وسوساتی جبری، از طبقه‌ی اختلالات اضطرابی و قراردادن آن در یک طبقه‌ی مجراست (۱). اختلال وسوساتی جبری، یک اختلال عصب روان‌شناسی با شیوع تخمینی ۲ تا ۳ درصد در طول عمر است (۲) که به دشواری می‌توان آن را درمان کرد؛ این اختلال مزمن، همراه با دوره‌های نوسانی و بهبودی کم است و روی عملکرد و کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد (۳).

طبق تعریف ۵ DSM، ویژگی اصلی رفتارهای اعتیادی و اختلالات مرتبط با مصرف مواد مجموعه‌ای از علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک است که نشان می‌دهند فرد، به رغم مشکلات مهمی که برایش بوجود می‌آید، به مصرف مواد ادامه می‌دهد. این الگوی غیرانطباقی، منجر به تحریب چشمگیر عملکرد فرد در حوزه‌های مختلف می‌شود و در طول یک دوره‌ی ۱۲ ماهه ظهور پیدا می‌کند (۱). اعتیاد نیز همچون وسوسات، نوعی رفتار اجباری بدون کنترل و مهار است که مکانیسم عصبی مشترکی در اختلالات وسوساتی جبری و مصرف مواد وجود دارد (۵).

از آنجاکه در هر دو اختلال وسوساتی جبری و مصرف مواد، اعمال هدفمند پیشین^۹ مثل وارسی کردن در افراد با اختلال وسوساتی جبری و استفاده‌ی مکرر از مواد لذت‌بخش در افراد با اختلال مصرف مواد، تبدیل به رفتارهای انعطاف‌ناپذیر، تکراری و خارج از کنترل می‌شود (۴)، بنابراین به علت شباهت (اجباری و تکراری بودن رفتار) و همپوشانی زیاد این دو اختلال، احتمالاً عامل آسیب‌پذیری مشترکی وجود دارد که می‌تواند منجر به ابتلا، تداوم و تشدید این دو اختلال شود (۶).

علی‌رغم جدایی اختلالات وسوساتی جبری از اضطرابی، همچنان شباهت‌های زیادی از نظر بالینی، سبب‌شناسی، زیستی و درمانی بین وسوسات و اضطراب وجود دارد. مدل مفهومی غالب برای اختلال وسوسات نشان می‌دهد عامل زیربنایی وسوسات، اضطراب است (۷). به این صورت که در

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
2. priori goal-directed actions

3. Substance Use Disorders (SUDs)

4. Generalized Anxiety Disorders (GAD)

5. social phobia

6. agoraphobia

7. panic disorder

بهوضوح با جنبه‌های مختلف مصرف مواد رابطه دارند (۳۰). یک مکانیسم آسیب‌شناسی روانی مرتبط با اضطراب و نگرانی، عدم تحمل بلاتکلیفی است. عدم تحمل بلاتکلیفی، یک سوگیری شناختی است که بر دریافت، تعبیر، تفسیر و نوع پاسخ هیجانی، شناختی و رفتاری فرد به موقعیت‌های مبهم و نامشخص تأثیر می‌گذارد (۳۱). اکثر افرادی که قادر به تحمل بلاتکلیفی نیستند ابهام را استرسزا، تهدیدکننده و فراخوان اضطراب می‌دانند و معتقد هستند که باید از موقعیت‌های مبهم اجتناب کرد؛ بنابراین ادراک تهدید مریبوط به عدم قطعیت در آینده و بازداری، دو بعد عدم تحمل بلاتکلیفی هستند (۳۱). از آنجاکه افراد نمی‌توانند ابهام و بلاتکلیفی را تحمل کنند با پافشاری بر نتایج بدون نقص، به دنبال ایجاد شرایطی هستند تا بدین طریق بلاتکلیفی خود را کاهش دهند؛ بنابراین، هدف تمایلات کمال‌گرایانه تبدیل به رفتارها و افکار تکراری می‌شود تا شرایطی معلوم برای آینده فراهم کند (۳۲).

در سال ۱۹۹۵ گروهی که به بررسی عقاید و باورهای غالبي که منجر به شکل‌گیری وسوسات می‌شد، پرداخته بودند عدم تحمل بلاتکلیفی را یکی از شش باور اصلی در شکل‌گیری وسوسات معرفی کردند (۳۳). این گروه عدم تحمل بلاتکلیفی را در افراد با اختلال وسوسی جبری این‌گونه تعریف کرده‌اند: عقایدی در مورد لزوم قطعیت برای کنار آمدن با شرایط غیرقابل‌پیش‌بینی که ذاتاً مبهم هستند (۳۳). مطالعات عدم تحمل بلاتکلیفی را مهم‌ترین پیش‌بین نگرانی و اضطراب در جمعیت‌های بالینی و عمومی معرفی کرده‌اند و نشان داده‌اند این رابطه‌ی قوی، ناشی از واریانس مشترک با سایر اختلالات همچون اضطراب یا افسردگی نیست (۳۴، ۲۶). به این صورت که افراد دارای عدم تحمل بلاتکلیفی بالا، اطلاعات مبهم را تهدیدآمیز تعبیر و تفسیر می‌کنند (۲۲) که منجر به تشدید اضطراب و نگرانی در آن‌ها می‌شود و این باور را در فرد ایجاد می‌کند که توانایی کنار آمدن با موقعیت مبهم به وجود آمده را ندارد و هیچ‌یک از پاسخ‌های مقابله‌ای وی نمی‌تواند پیامدهای منفی آینده را کنترل کند (۳۵). از آنجاکه این افراد پیامدهای منفی قطعیت و یقین را به اضطراب و نگرانی حاصل از بلاتکلیفی ترجیح می‌دهند به راهکارهای ناسازگار جهت کاهش اضطراب و نگرانی حاصل از بلاتکلیفی رو می‌آورند (۳۶).

که با بهبود یکی از این اختلالات، اختلال اضطرابی همراه نیز کاهش می‌یابد؛ بنابراین اضطراب باید زمینه‌ی پاتولوژی مشترکی بین این دو اختلال باشد (۱۸).

اضطراب به معنی تجربه‌ی تنفس و برانگیختگی سیستم خودکار است (۱۹). با این حال از بین ابعاد و مؤلفه‌های اضطراب (جسمانی^۱ و شناختی^۲)، اضطراب شناختی به شکل «نگرانی» نیز پیش‌بینی کننده‌ی اختلالات همبود با اضطراب است (۲۰)؛ بنابراین، نگرانی یکی از عناصر شناختی اصلی اضطراب است؛ اما به لحاظ مفهومی متمایز از آن است. نگرانی شکلی از شناخت به صورت افکار و تصاویر ناخوشایند و غیرقابل‌کنترل است که کلامی، آینده‌محور و آمیخته با تجربه‌ی هیجانی منفی است (۲۱). نگرانی بر پردازش اطلاعات تأثیر می‌گذارد و مرتبط با سوگیری توجه نسبت به محرك‌های تهدیدکننده است (۲۲). سطوح بالای نگرانی برای سلامت روان پیامدهای منفی دارد؛ با این حال اعتقاد به اینکه نگرانی در تنظیم بلندمدت هیجان‌های منفی مفید است و منجر به حل مسئله می‌شود، دلیل استفاده از آن است (۲۱). نگرانی بالا، نشان‌دهنده‌ی زیرمجموعه‌ای از نشانه‌های اضطراب، همراه با افکار منفی تکراری است (۲۳)؛ بنابراین نگرانی در اکثر اختلالات روان‌پزشکی به‌ویژه اختلال وسوسات دیده می‌شود (۲۴-۲۷). نگرانی با ایجاد انگیزه‌ی اجتناب در فرد، از پردازش اطلاعات هیجانی و پریشان‌کننده جلوگیری می‌کند و این موضوع باعث می‌شود فرد توانایی مقابله با محرك‌های ناخوشایند را از دست بدهد و از این طریق مستعد اختلالاتی همچون وسوس شود (۲۸). علیلو و همکاران (۱۳۹۰) نیز نشان دادند که نگرانی در کنار سایر سازه‌های شناختی مثل نشخوار فکری، منجر به تشدید و تداوم علائم وسوس می‌شود. نتایج آن‌ها نشان می‌داد گروه‌های بالینی (اضطرابی، وسوس و افسردگی) نگرانی بیشتری را نسبت به گروه‌های بهنجار تجربه می‌کنند (۲۷). نگرانی به عنوان راهبردی برای کنترل فکر، یک عنصر مشترک بین اضطراب و وسوس است. با این حال نگرانی‌ای که فرد وسوسی تجربه می‌کند، بیشتر متمرکز بر آینده است (۲۹). یافته‌ها درباره‌ی رابطه‌ی نگرانی و اعتماد نیز نشان داده‌اند که نگرانی‌های فیزیکی، اجتماعی و روان‌شناختی

1. somatic

2. cognitive

شدن. معیار خروج از پژوهش، نارضایتی آزمودنی از ادامه‌ی همکاری بود. در ادامه بهمنظور همتاسازی گروه‌ها با توجه به دسترسی دشوار به گروه‌های بالینی بر اساس سن، جنسیت، وضعیت تأهل و تحصیلات افراد با اختلال وسوسی جبری و مصرف مواد راهیافته به پژوهش، در گروه بهنجار افرادی با همین نسبت از تحصیلات، سن و جنس انتخاب شدند.

پس از کسب رضایت آزمودنی‌ها، توضیح اهداف پژوهش و حفظ محرمانه بودن اطلاعات، پرسشنامه‌ها در اختیار گروه‌های بالینی و عادی قرار گرفت. در گروه بهنجار نیز به‌منظور بررسی نبود هرگونه بیماری روانی جدی، پرسشنامه‌ی DASS-21 و مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته^۲ (SCID) توسط روان‌شناس بالینی انجام شد. علت استفاده از پرسشنامه‌ی DASS-21 در کنار مصاحبه‌ی بالینی، اطمینان پیداکردن از نبود همبودی اضطراب و افسردگی خفیف در گروه بهنجار بود که احتمالاً بر میزان اضطراب و نگرانی تأثیر می‌گذاشت و نتایج را به انحراف ممکن کشاند.

ب) ابزار و مواد

۱- پرسشنامه‌ی اضطراب بک^۳ (BAI): برای اندازه‌گیری اضطراب، از پرسشنامه‌ی اضطراب بک (BAI) استفاده شد. این سیاهه، ۲۱ ماده دارد که نشانه‌های اضطراب را در مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از صفر تا سه می‌سنجد. اعتبار و مقایسه^۴ درجه‌ای لیکرت از صفر تا سه می‌سنجد. اعتبار و همسانی درونی (۰/۹۲) سیاهه‌ی موردنظر مناسب است (۳۸).

۲- پرسشنامه‌ی نگرانی ایالت پنسیلوانیا^۴ (PSWQ): این ابزار یک پرسشنامه‌ی خودگزارش‌دهی ۱۶ سؤالی است که نگرانی شدید، مفرط و غیرقابل‌کنترل را اندازه‌می‌گیرد. پاسخ به سؤالات پرسشنامه در لیکرت ۵ درجه‌ای است. نتایج پژوهش دهشیری نشان داد که نسخه‌ی فارسی پرسشنامه از خصوصیات قابل قبولی برخوردار است. آن‌ها آلغای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۸۸ گزارش کردند که بیانگر همسانی درونی بالای پرسشنامه است؛ همچنین ضریب بازآزمایی (۱ماه)

علی‌رغم وجود شواهد مبنی بر شیوع بالای اضطراب و نگرانی در افراد مبتلا به وسوسات و اعتیاد، تاکنون هیچ تحقیقی به مقایسه‌های مؤلفه‌های مختلف اضطرابی (اضطراب، نگرانی و عدم تحمل بلاستکلیفی) در این اختلالات نپرداخته است؛ بنابراین نوآوری پژوهش حاضر، پیدا کردن عامل مشترکی بین اختلال وسوسات و اعتیاد است تا بتواند تفکر و رفتار پاتولوژیک در وسوسات و اعتیاد را توضیح دهد؛ به عبارتی اضطراب، نگرانی و عدم تحمل بلاستکلیفی، عواملی فراتاشخیصی هست که در صورت توجه صحیح به آن‌ها، پتانسیل کاهش اختلالات وسوسی جبری و مصرف مواد را فراهم می‌کنند. بر این اساس هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ای اضطراب، نگرانی و عدم تحمل بلاستکلیفی در افراد با اختلال وسوسی جبری، افراد با اختلال مصرف مواد و بنهنجار بود.

روش پژوهش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر به شیوه‌ای مقایسه‌ای^۱ طراحی شد.
جامعه‌ی آماری شامل تمامی افراد مبتلا به اختلال وسوسی
جبیری و افراد با اختلال مصرف مواد در سنین ۱۸ تا ۶۰ سال
مراجعةه کننده به کلینیک خصوصی روان‌پزشکی شهرستان قم
بود. پس از بررسی ملاک‌های ورود و خروج، تعداد ۱۲۰ فرد
مبتلا به اختلال وسوسی جبیری و ۱۲۰ فرد مبتلا به مصرف
مواد از تیرماه تا شهریور ۱۳۹۶ به شیوه نمونه‌گیری هدفمند
و با تشخیص و ارجاع توسط روان‌پزشک انتخاب شدند. ۱۲۰
نفر نیز از جمعیت بهنجار ساکن شهر قم در همان سال
به منظور مقایسه با دو گروه بالینی به شیوه نمونه‌گیری در

ملاک‌های ورود برای گروه بالینی شامل ابتلا به یکی از اختلالات وسوسی‌جبری یا مصرف مواد و نبود همبودی و ابتلای هم‌زمان این دو اختلال، همچنین نداشتن سایر بیماری‌های روانی و جسمانی شدید، استفاده نکردن از داروهای روان‌پرشکی و مواد در ۶ ماه اخیر بود. بدین منظور با تمامی شرکت‌کنندگان، مصاحبه‌ی بالینی توسط روان‌پرشک انجام شد و مواردی که واحد ملاک‌های ورود نبودند، حذف

2. Structured Clinical Interview for DSM

3. Beck Anxiety Inventory

3. Beck Anxiety Inventory 4 Pennsylvania State Worry Questionnaire

1. casual -comparative

کرونباخ به دست آمده را برای این مقیاس ۰/۹۴ و ضریب پایابی بازآزمایی آن را در فاصله‌ی ۵ هفته‌ای، ۰/۷۸ گزارش کردند (۴۰).

در جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌های پژوهش رائه شده است:

پرسشنامه ۰/۷۹ در این پژوهش بیانگر ثبات نمره‌های پرسشنامه در طول زمان است (۳۹).

۳- مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی (IUS): برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از بلاتکلیفی، از مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی (IUS) استفاده شد. این مقیاس از ۲۷ گویه و در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت تشکیل شده است. بوهر و داگاس (۲۰۰۲)، ضریب آلفای

جدول ۱. فراوانی و درصد فراوانی گروه‌ها براساس جنس، تأهل و تحصیلات

گروه	متغیر	سطح	فراآنی	درصد فراوانی
جنسیت	مرد	مرد	۱۵۲	۶۶/۳
	زن	زن	۸۸	۲۶/۷
	مجرد	مجرد	۸۶	۲۵/۸
	متاهل	متاهل	۱۵۴	۶۴/۲
وضعیت تأهل	ابتدایی	ابتدایی	۱۶	۶/۷
	سیکل	سیکل	۴۰	۱۶/۷
	دیپلم	دیپلم	۸۲	۲۴/۲
	فوق دیپلم	فوق دیپلم	۴۰	۱۶/۷
تحصیلات	لیسانس	لیسانس	۵۴	۲۲/۵
	فوق لیسانس	فوق لیسانس	۸	۲/۳
	مرد	مرد	۷۶	۶۶/۳
	زن	زن	۴۴	۲۶/۷
جنسیت	مجرد	مجرد	۴۲	۲۵/۸
	متاهل	متاهل	۷۷	۶۴/۲
	ابتدایی	ابتدایی	۸	۶/۷
	سیکل	سیکل	۲۰	۱۶/۷
تحصیلات	دیپلم	دیپلم	۴۱	۲۴/۲
	فوق دیپلم	فوق دیپلم	۲۰	۱۶/۷
	لیسانس	لیسانس	۲۷	۲۲/۵
	فوق لیسانس	فوق لیسانس	۴	۲/۳
غیر بالینی	بالینی			

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروههای پژوهش

متغیر	اختلال وسوسی جبری	اختلال مصرف مواد	گروه غیر بالینی
انحراف استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	میانگین
عدم تحمل بلاتکلیفی	۲۶/۸۲	۵۵/۱۷	۱۷/۴۷
اضطراب	۴۶/۲۹	۳۰/۹۲	۷/۳۶
نگرانی	۵۳/۴۴	۳۸/۳۲	۸/۹۳

با اختلال وسوسی جبری، مصرف مواد و افراد بهنجار در هر سه متغیر عدم تحمل بلاتکلیفی، اضطراب و نگرانی تفاوت معنادار $p=0.001$ وجود دارد. برای مقایسه دو گروهها نیز از روش یو مان ویتنی استفاده شد تا تفاوت بین آنها دقیق‌تر مشخص گردد. نتایج مربوط به آزمون یو مان ویتنی برای مقایسه دو گروه گروههای بالینی با گروه بهنجار در جدول ۳ و ۴ آمده است.

با توجه به اینکه داده‌های پژوهش حاضر دارای توزیع نرمال نبودند و این موضوع از پیش‌فرضهای آزمون‌های پارامتریک است؛ بنابراین در پژوهش حاضر از روش کروسکال والیس برای تعیین اینکه بین گروه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد یا خیر استفاده شد؛ از روش یو مان ویتنی نیز برای مقایسه‌ی گروههای بالینی با گروه بهنجار به صورت دوبعدی استفاده شد. نتایج آزمون کروسکال والیس نشان داد که بین سه گروه افراد

جدول ۳. نتایج آزمون یو مان ویتنی برای مقایسه‌ی گروه افراد با اختلال وسوسی جبری با گروه غیربالینی در متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	تعداد	مجموع رتبه‌ها	میانگین رتبه‌ای	توزیع Z	معناداری
عدم تحمل بلاتکلیفی	اختلال وسوسی جبری	۱۲۰	۱۵۷/۸۷	۱۸۹۴۵	-۸/۳۴	+/+/+/-
	گروه غیربالینی	۱۲۰	۸۳/۱۳	۹۹۷۵		
	کل	۲۴۰				
اضطراب	اختلال وسوسی جبری	۱۲۰	۱۶۶/۵۹	۱۹۹۹۱	-۱۰/۲۹	+/+/+/-
	گروه غیربالینی	۱۲۰	۷۴/۴۱	۸۹۲۹		
	کل	۲۴۰				
نگرانی	اختلال وسوسی جبری	۱۲۰	۱۶۴/۶۳	۱۹۷۵۵/۵	-۹/۸۵	+/+/+/-
	گروه غیربالینی	۱۲۰	۷۶/۳۷	۹۱۶۴/۵		
	کل	۲۴۰				

جدول ۴. نتایج آزمون یو مان ویتنی برای مقایسه‌ی گروه افراد با اختلال مصرف مواد با گروه غیربالینی در متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	تعداد	مجموع رتبه‌ها	میانگین رتبه‌ای	توزیع Z	معناداری
عدم تحمل بلاتکلیفی	اختلال مصرف مواد	۱۲۰	۱۵۱/۳۴	۱۸۱۶۱	-۶/۸۸	+/+/+/-
	گروه غیربالینی	۱۲۰	۸۹/۶۶	۱۰۷۵۹		
	کل	۲۴۰				
اضطراب	اختلال مصرف مواد	۱۲۰	۱۵۷/۷۵	۱۸۹۳۰	-۸/۳۲	+/+/+/-
	گروه غیربالینی	۱۲۰	۸۳/۲۵	۹۹۹۰		
	کل	۲۴۰				
نگرانی	اختلال مصرف مواد	۱۲۰	۱۶۱/۲۵	۵۱۹۳۵۰	-۸/۶۷	+/+/+/-
	گروه غیربالینی	۱۲۰	۸۴/۲۵	۱۰۱۱۰		
	کل	۲۴۰				

نتایج آزمون یو مان ویتنی، در جدول ۵ نیز نشان می‌دهد که بین گروه افراد با اختلال وسوسی جبری در مقایسه با گروه افراد با اختلال مصرف مواد در هیچ‌یک از متغیرها تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود.

نتایج آزمون یو مان ویتنی در جدول ۳ و ۴ نشان می‌دهد که نمرات گروه‌های بالینی با گروه افراد بهنجار در متغیرهای عدم تحمل بلاتکلیفی، اضطراب و نگرانی تفاوت معنادار دارد. گروه‌های بالینی نسبت به گروه بهنجار در هر سه متغیر پژوهش، میانگین بالاتری دارند.

جدول ۵. نتایج آزمون یو مان ویتنی برای مقایسه افراد با اختلال وسوسی جبری با افراد با اختلال مصرف مواد در متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	تعداد	مجموع رتبه‌ها	میانگین رتبه‌ای	توزیع Z	معناداری
عدم تحمل بلاتکلیفی	اختلال وسوسی جبری	۱۲۰	۱۲۸/۵۹	۱۵۳۳۱	-۱/۸	.۰/۰۶
	اختلال مصرف مواد	۱۲۰	۱۱۱/۴۱	۱۳۳۸۹		
	کل	۲۴۰				
اضطراب	اختلال وسوسی جبری	۱۲۰	۱۲۹/۰۱	۱۵۴۸۱	-۱/۹	.۰/۰۶
	اختلال مصرف مواد	۱۲۰	۱۱۱/۹۹	۱۳۴۳۹		
	کل	۲۴۰				
نگرانی	اختلال وسوسی جبری	۱۲۰	۱۲۶/۹۸	۱۵۱۵۰	-۱/۲۸	.۰/۲
	اختلال مصرف مواد	۱۲۰	۱۱۴/۰۲	۱۳۷۷۰		
	کل	۲۴۰				

بلاتکلیفی و رابطه‌ی آن با اضطراب و نگرانی شباهت وجود دارد (۲۶، ۳۴، ۴۹)؛ بنابراین، اکثر تحقیقات این شباهت را براساس رابطه‌ی متقابل عدم تحمل بلاتکلیفی با اضطراب و نگرانی توجیه می‌کنند. یکی از ویژگی‌های این اختلالات به دست آوردن اطمینان برای کاهش اضطراب است تا پیامدهای ابهام و عدم قطعیت را کم کنند؛ همچنین نگرانی سازوکاری است که فرد بهمنظور کنترل احساسات مبهم و اضطراب خود در مورد رویدادهای آینده به آن متولّ می‌شود (۵۰)؛ بنابراین در مقایسه با افراد بهنجار، افرادی که قادر به تحمل ابهام نبوده و اضطراب و نگرانی شدیدی را تجربه می‌کنند، بهنچار به رفتارهای اجباری و تکراری روی می‌آورند (۴۶). براساس این رابطه‌ی متقابل، افرادی که نگرانی بالایی دارند، بر رویدادهای آینده صرف‌نظر از احتمال رخ دادن یا ندادن آن‌ها تمرکز می‌کنند و قادر به تحمل هیچ ابهامی نیستند و بهدلیل آن سطوح اضطراب بالایی را تجربه می‌کنند (۳۱). این افراد برای جلوگیری از پردازش عاطفی به نگرانی به عنوان یک راهبرد اجتنابی متولّ می‌شوند (۵۱). براساس شواهد موجود، اضطراب و نگرانی به عنوان راهبردی شناختی در کثیر راهبردهایی مثل رفتارهای اجباری و تکراری در افراد با اختلال وسوسی جبری و مصرف مواد عمل می‌کنند.

از طرفی عدم تحمل بلاتکلیفی بالا در افراد مبتلا به اختلال وسوسی جبری و مصرف مواد باعث می‌شود فرد اعتماد به نفس

بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه‌ی حاضر مقایسه‌ی اضطراب، نگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی در افراد مبتلا به اختلال وسوسی جبری، مصرف مواد و جمعیت بهنجار بود. یافته‌ها نشان داد مبتلایان به اختلال وسوسی جبری و افراد با اختلال مصرف مواد در مقایسه با افراد بهنجار سطوح بالاتری از اضطراب، نگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی را تجربه می‌کنند؛ اما تفاوتی بین گروه‌های بالینی مشاهده نشد؛ بنابراین فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر شباهت دو اختلال وسوسی و مصرف مواد در متغیرهای اضطراب، نگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی تأیید می‌شود. گرچه هیچ مطالعه‌ای دقیقاً به مقایسه‌ی این سازه‌ها بین افراد مبتلا به اختلال وسوسی جبری، اختلال مصرف مواد و بهنجار نپرداخته است؛ اما می‌توان گفت نتایج این پژوهش تقریباً همسو با پژوهش‌های پیشین است (۴۱-۴۷، ۲۵).

در توجیه این یافته‌ی نظریه‌های علمی، سازوکار شباهت بین افراد با اختلال وسوسی جبری و افراد با اختلال مصرف مواد را براساس ماهیت این اختلالات توجیه می‌کنند. اضطراب و نگرانی، ویژگی اصلی این اختلالات است و از آنجایی که رابطه‌ای قوی بین عدم تحمل

بلاتکلیفی با اضطراب و نگرانی وجود دارد (۴۸)، می‌توان نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر را این‌گونه توضیح داد که بین وسوسی و اعتیاد از منظر میزان بالای عدم تحمل

توجهیه‌کننده‌ی میزان بالای مؤلفه‌های اضطرابی در آن‌هاست، تکانشگری، روان‌رنجورخویی و جست‌وجوی رفتارهای ریسک‌پذیر است (۵۴). طبق نظریه‌های شخصیت‌گرایی، اکثر بیماری‌های روان‌شناسی به شدت با شخصیت و مؤلفه‌های آن مرتبط هستند. فراتحلیلی در این زمینه نشان داد در بین صفات شخصیتی، صفت روان‌رنجوری که ارتباط زیادی با اضطراب و نگرانی دارد در این افراد بیشترین میزان را دارد که می‌تواند توجیهی برای میزان بالای مؤلفه‌های اضطرابی در این افراد در مقایسه با گروه بهنجار باشد (۵۵).

از آنجایی که تحقیقات بسیار کمی در زمینه‌ی توضیح ابتلا به اختلال مصرف مواد براساس میزان اضطراب، نگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی انجام شده است، فرضیه پژوهش حاضر این است که میزان بالای اضطراب، نگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی، این حس را در فرد ایجاد می‌کند که قادر به کنترل موقعیت نیست؛ بنابراین، به جای رفتار سازنده بهمنظور کاهش اضطراب و نگرانی، به رفتارهای تکراری برای ایجاد قطعیت رو می‌آورد (۵۶). از طرفی افرادی که واکنش شدید نسبت به موقعیت‌های مبهم و تهدیدآمیز دارند، از مصرف مواد به عنوان یک تقویت‌کننده منفی جهت کاهش اضطراب و نگرانی خود استفاده می‌کنند. ادامه یافتن این فرآیند، خطری برای تداوم مصرف و نوعی نیاز فرد برای مصرف مکرر به حساب می‌آید (۵۷). ترس از وقایع نامعلوم آینده و پیش‌بینی یک رویداد منفی، با واکنش‌های روانی هیجانی شدید همراه است. این افراد بدون درنظر گرفتن نتایج مطلوب، جهت پایان دادن به عدم قطعیت تمايل به تصمیم‌گیری شتابزده برای کاهش شرایط استرس‌زا را دارند؛ بنابراین مهارت‌های حل مسئله ضعیف، اجتناب شناختی، باورهای اشتباہ درباره‌ی مفید بودن نگرانی، منجر به تجربه‌ی اضطراب بیشتر در این افراد می‌شود. فرد برای کاهش اضطراب به وجود آمده به راهبردهای ناسالم تکراری در غالب مصرف مواد روی می‌آورد (۲۸).

در مجموع با توجه به شباهت افراد با اختلال وسوسی جبری و افراد با اختلال مصرف مواد در میزان بالای اضطراب و مؤلفه‌های آن، صرف‌نظر از نوع تشخیصی که فرد دریافت می‌کند باید نسبت به وجود این علائم خطر در هر دو گروه آگاه بود و برای کاهش آن اقدام کرد.

خود را از دست بدهد و با سوگیری در پردازش اطلاعات شناختی، پیامدهای منفی را بیش‌از حد برآورد کند؛ درنتیجه توانایی مقابله با شرایط و حل مسئله را از دست می‌دهد و همزمان اضطراب و نگرانی در فرد افزایش می‌یابد (۵۲)؛ بنابراین فرد به رفتارهای کثکار مثل جست‌وجوی اطلاعات بیشتر در محیط قبل از اتخاذ تصمیم برای مقابله با موقعیت پیش‌آمده می‌پردازد که این جست‌وجوی فعال ممکن است به شکل‌گیری افکار یا رفتار وسوسی در فرد بینجامد (۳۶).

مطالعات نشان می‌دهند که اختلال مصرف مواد همچون اختلال وسوسی جبری با عادات غیرطبیعی همراه است؛ یکی از ویژگی‌های گیج‌کننده رفتار پاتولوژیک در این اختلالات این است که فرد مرتبأ رفتارهایی را انتخاب می‌کند که علی‌رغم اینکه عواقب شدید منفی دارد آن‌ها را بازها تکرار می‌کند. مطالعه‌ی فراتحلیلی بهمنظور توجیه این رفتارها نشان داد تصمیم‌گیری می‌تواند از دو سیستم متمایز هدف هدایت شده^۱ و سیستم عادتی^۲ حاصل شود، از آنجایی که انتخاب فرد در چنین شرایطی وابسته به حالت هیجانی دریافتی از محیط است، اضطراب بالا در این افراد باعث می‌شود فرد سیستمی را انتخاب کند که مبتنی بر عادات قبلی است که توجیه‌کننده‌ی رفتارهای تکراری در افراد مبتلا به اختلال وسوسی جبری و مصرف مواد است (۵).

نظریه‌ی کنترل جبرانی^۳ معتقد است افرادی که در موقعیت‌های مبهم سطوح پایین‌تری از کنترل درکشده را دارند، به احتمال بیشتری در پی محیط‌های منسجم و ساختارمند هستند؛ بنابراین در هر دوی این اختلالات، چون فرد احساس کنترل کمتری نسبت به شرایط خود دارد، نیاز شدیدی به یک ساختار از پیش تعیین‌شده احساس می‌کند؛ پس در پاسخ به شرایط غیرقابل‌پیش‌بینی و اضطراب و نگرانی حاصل از آن، مشاهده می‌شود که هر دو گروه با مصرف مکرر مواد یا توسل به افکار و رفتارهای کلیشه‌ای و رسمی، به‌دبانی ایجاد ساختاری بیرونی و منظم هستند که در آن بتوانند احتمالات را پیش‌بینی کنند و قادر به کنترل خود و دیگران باشند (۵۳). از دیگر ویژگی‌های مشترک این دو اختلال که

1. goal-directed

2. habitual

3. Compensatory Control Theory

پروتکل‌های درمانی فراتشخیصی فراهم کرد تا با فهم ماهیت مشترک آسیب‌شناسی این اختلالات، زمینه‌ی درمان سریع‌تر و مؤثرتری پیدید آید.

تقدیر و تشکر

در پایان، پژوهشگران از تامی شرکت‌کننده‌ها و روان‌پژوه مترم، جانب آقای دکتر محمد ریسی که امکان علی‌شدن این پژوهش را فراهم آوردند، کمال شکر وقد روانی را درآوردند.

منابع

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5 th ed, text revision (DSM-V). Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.
2. Ruscio A, Stein D, Chiu W, Kessler R. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. Mol Psychiatry. 2010;15(1):53-63.
3. Subramaniam M, Soh P, Vaingankar JA, Picco L, Chong SA. Quality of life in obsessive-compulsive disorder: impact of the disorder and of treatment. CNS Drugs. 2013;27(5):367-383.
4. Smith P, Benzina N, Vorspan F, Mallet L, N'Diaye K. Compulsivity and probabilistic reversal learning in OCD and cocaine addiction. Eur J Psychiatry. 2015;30(8):110-111.
5. Voon V, Derbyshire K, Rück C, Irvine MA, Worbe Y, Enander J, et al. Disorders of compulsivity: a common bias towards learning habits. Mol Psychiatry. 2015;20(3):345-352.
6. Grassi G, Pallanti S. Common neural networks between ocd and behavioural addictions: Is ocd a behavioral addiction? Eur J Psychiatry. 2017; 41:21-22.
7. Stein DJ, Fineberg NA, Bienvenu OJ, Denys D, Lochner C, Nestadt G, et al. Should OCD be classified as an anxiety disorder in DSM-V? J Depress Anxiety. 2010;27(6):495-506.
8. Ivarsson T, Melin K, Wallin L. Categorical and dimensional aspects of co-morbidity in obsessive-compulsive disorder (OCD). Eur Child Adolesc Psychiatry. 2008;17(1):20-31.
9. Nissen JB, Skarphedinsson G, Weidle B, Torp NC, Lenhard F, Dahl K, et al. Familial occurrence of tic disorder, anxiety and depression is associated with the clinical presentation of obsessive compulsive disorder (OCD) in children and adolescents. J Obsessive Compuls Relat Disord. 2016; 9:59-65.
10. Skriner L, Freeman J, Garcia A, Benito K, Sapyta

از جمله محدودیت‌های پژوهش، نرمال نبودن نمونه و درنتیجه فراهم نبودن امکان پیش‌بینی بود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده با حجم نمونه‌ی بالاتر به نقش پیش‌بینی‌کننده و زیربنایی عدم تحمل بلاتکلیفی بپردازند. کمیود مطالعات داخلی و خارجی، از دیگر محدودیت‌ها برای جمع‌آوری پیشینه بود که از طرفی نقطه‌ی قوتی برای نوآوری نیز به حساب می‌آید. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به بررسی خردۀ مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی در پیش‌بینی اختلالات مختلف پرداخته شود؛ همچنین اثر متغیرهای میانجی مثل باورهای فراشناخت و راهبردهای تنظیم هیجان نیز به عنوان متغیرهای تعديل‌کننده بین عدم تحمل بلاتکلیفی با اضطراب و نگرانی در جمعیت‌های بالینی مورد بررسی قرار گرفته و نتایج آن با نتایج پژوهش حاضر مقایسه شود.

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد اضطراب، نگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی، از عوامل خطر برای سوق دادن افراد به رفتارهای اجباری و تکانشی به شکل وسوساً یا مصرف مواد هستند؛ بنابراین کسب اطلاعات در این زمینه راهبردهایی را برای پیشگیری و مداخله جهت کاهش اختلال وسوسایی جبری، کاهش استفاده از مواد یا حتی پیشگیری قبل از اینکه مصرف حالت وابستگی ایجاد کند فراهم می‌کند؛ بنابراین، نتایج پژوهش حاضر تلویحات بالینی مهمی دارد. بر این اساس متخصصان بالینی می‌توانند در درمان این اختلالات، به خصوص اختلال مصرف مواد، روی مؤلفه‌های مشترک آن با اختلال وسوسایی جبری تمرکز کنند. به زبان ساده در درمان افراد با اختلال مصرف مواد و اختلال وسوسایی جبری، مداخلات باید با درنظر گرفتن شباهت‌های این دو اختلال و مقابله با اضطراب، نگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی انجام شود. از طرفی وجود اضطراب درمان‌نشده می‌تواند تأثیر منفی جدی بر روند درمان اعتیاد بگذارد؛ به صورتی که بعد ۶ ماه درمان اعتیاد وجود نشانه‌های اضطراب باعث عود و برگشت مواد می‌شود؛ بنابراین بهتر است پزشکان با در نظر گرفتن علائم اضطراب، نگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی در افراد با اختلال مصرف مواد و اختلال وسوسایی جبری به درمان بپردازند. در پایان با تمرکز بر شباهت افراد مبتلا به اختلال وسوسایی جبری و مصرف مواد در این متغیرهای فراتشخیصی، می‌توان بستری برای ایجاد

- J, Franklin M. Characteristics of Young Children with Obsessive–Compulsive Disorder: Baseline Features from the POTS Jr. Sample. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2016;47(1):83-93.
11. Ahadi B, Narimani M. The role of disgust, anxiety and depression in explaining obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical sample. *J Res Psychol Health.* 2010;3(4):37-44.
12. Cerdá M, Sagdeo A, Galea S. Comorbid forms of psychopathology: key patterns and future research directions. *Epidemiol Rev.* 2008;30(1):155-177.
13. Hodgson K, Almasy L, Knowles E, Kent J, Curran J, Dyer T, et al. Genome-wide significant loci for addiction and anxiety. *Eur Psychiatry.* 2016; 36:47-54.
14. Smith JP, Book SW. Comorbidity of generalized anxiety disorder and alcohol use disorders among individuals seeking outpatient substance abuse treatment. *J Addict Behav.* 2010;35(1):42-45.
15. Book SW, Thomas SE, Smith JP, Miller PM. Severity of anxiety in mental health versus addiction treatment settings when social anxiety and substance abuse are comorbid. *J Addict Behav.* 2012;37(10):1158-1161.
16. Sánchez IP, Domínguez MR, León SF, Domínguez MR, Torres NG, Martínez AR, et al. Anxiety disorders and substance abuse. *Eur Psychiatry.* 2016; 33:474-485.
17. Eaton NR, Krueger RF, Markon KE, Keyes KM, Skodol AE, Wall M, et al. The structure and predictive validity of the internalizing disorders. *J Abnorm Psychol.* 2013;122(1):86-92.
18. Yau YH, Crowley MJ, Mayes LC, Potenza MN. Are Internet use and video-game-playing addictive behaviors? Biological, clinical and public health implications for youths and adults. *Minerva Psychiatr.* 2012;53(3):153-170.
19. Borkovec TD, Robinson E, Pruzinsky T, DePree JA. Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behav Res Ther.* 1983;21(1):9-16.
20. Alexander JR, Houghton DC, Twohig MP, Franklin ME, Saunders SM, Neal-Barnett AM, et al. Clarifying the relationship between Trichotillomania and anxiety. *J Obsessive Compuls Relat Disord.* 2017; 13:30-34.
21. Borkovec T, Inz J. The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behav Res Ther.* 1990;28(2):153-158.
22. Hirsch CR, Mathews A. A cognitive model of pathological worry. *Behav Res Ther.* 2012;50(10):636-646.
23. Williams MO, Mathews A, Hirsch CR. Verbal worry facilitates attention to threat in high-worriers. *J Behav Exp Psychiatry.* 2014;45(1):8-14.
24. Besharat MA, Mirjalili RS. The Simple and multiple relation of cognitive characteristics and worry in patients with generalized anxiety and obsessive compulsive disorders. *Dev Psychol.* 2014;11(41):3-17.
25. Besharat MA, Mirjalili R, Bahrami ehsan H. The role of moderating meta-cognitive beliefs and cognitive-emotional regulation in the relationship between uncertainty and worry in obsessive-compulsive patients. *Mood Psychology Research.* 2015;10(37):1-24.
26. Dar KA, Iqbal N, Mushtaq A. Intolerance of uncertainty, depression, and anxiety: Examining the indirect and moderating effects of worry. *Asian J Psychiatry.* 2017; 29:129-133.
27. Alilou MM, Bakshipour RA, Mansouri A, Farnam A, Fakhari A. The comparison of worry, obsession and rumination in individual with generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, major depression disorder and normal individual. *J Psychol Stud.* 2012;7(4):55-74.
28. Ottaviani C, Borlimi R, Brighetti G, Caselli G, Favaretto E, Giardini I, et al. Worry as an adaptive avoidance strategy in healthy controls but not in pathological worriers. *Int J Psychophysiol.* 2014;93(3):349-355.
29. Carney CE, Harris AL, Moss TG, Edinger JD. Distinguishing rumination from worry in clinical insomnia. *Behav Res Ther.* 2010;48(6):540-546.
30. Norton GR. Substance use/abuse and anxiety sensitivity: what are the relationships? *J Addict Behav.* 2001;26(6):935-946.
31. Dugas MJ, Schwartz A, Francis K. Brief report: Intolerance of uncertainty, worry, and depression. *Cognit Ther Res.* 2004;28(6):835-842.
32. Naghavi N, Akbari M, Moradi A. The structural model of perfectionism based on cognitive, behavioral and emotional transdiagnostic constructs. *J Res Psychol Health.* 2017;11(2):19-33.
33. Steketee G, Frost RO, Cohen I. Beliefs in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord.* 1998;12(6):525-537.
34. Laugesen N, Dugas MJ, Bukowski WM. Understanding adolescent worry: The application of a cognitive model. *J Abnorm Child Psychol.* 2003;31(1):55-64.
35. Jensen D, Kind AJ, Morrison AS, Heimberg RG. Intolerance of uncertainty and immediate decision-making in high-risk situations. *J Exp Psychopathol.* 2014;5(2):178-190.
36. Carleton RN, Sharpe D, Asmundson GJ. Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: requisites of the fundamental fears? *Behav Res Ther.* 2007;45(10):2307-2316.
37. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56(6):893-897.
38. Kaviani H, Mousavi A. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran Univ Med J.* 2008;66(2):136-140.
39. Dehshiri G, Golzari M, Borjali A, Sohrabi F. Psychometrics particularity of farsi version of Pennsyl-

- vania state worry questionnaire for college students. *J Appl Psychol.* 2010;4(1):67-75.
40. Buhr K, Dugas MJ. The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Beh Res Ther.* 2002;40(8):931-945.
41. Oglesby ME, Albanese BJ, Chavarria J, Schmidt NB. Intolerance of uncertainty in relation to motives for alcohol use. *Cog Ther Res.* 2015;39(3):356-365.
42. Chen CY, Hong RY. Intolerance of uncertainty moderates the relation between negative life events and anxiety. *Pers Individ Dif.* 2010;49(1):49-53.
43. Soltani M, Najafi M. Comparison of metacognitive beliefs and tolerance of ambiguity in addicted, cigarette and normal people. *J Clin Psychol.* 2011;3(4):59-67.
44. Shahjoe T, Aliloo MM, Bakhshipour Roodsari A, Fakhari A. Intolerance of Uncertainty and Worry among Patients with Generalized Anxiety Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2012;17(4):304-312.
45. Fahimi S, Aliloo MM, 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 Behav Sci.* 2013;11(4):233-244.
46. 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):923-933.
47. Meeten F, Dash S, Scarlet A, Davey G. Investigating the effect of intolerance of uncertainty on catastrophic worrying and mood. *Behav Res Ther.* 2012;50(11):690-698.
48. Buhr K, Dugas MJ. Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *J Anxiety Disord.* 2006;20(2):222-236.
49. Dekkers LM, Jansen BR, Salemink E, Huizenga HM. Intolerance of Uncertainty Scale: Measurement invariance among adolescent boys and girls and relationships with anxiety and risk taking. *J Behav Ther and Exp Psychiatry.* 2017; 55:57-65.
50. Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? *Pers Individ Dif.* 1994;17(6):791-802.
51. Borkovec T, Ray WJ, Stober J. Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cog Ther Res.* 1998;22(6):561-576.
52. 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):176-186.
53. Ma A, Kay AC. Compensatory control and ambiguity intolerance. *Organ Behav Hum Decis Process.* 2017; 140:46-61.
54. Di Nicola M, Tedeschi D, De Risio L, Pettorusso M, Martinotti G, Ruggeri F, et al. Co-occurrence of alcohol use disorder and behavioral addictions: relevance of impulsivity and craving. *Drug Alcohol Depend.* 2015; 148:118-125.
55. Kotov R, Gamez W, Schmidt F, Watson D. Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychol Bull.* 2010;136(5):768-821.
56. Banducci AN, Bujarski SJ, Bonn-Miller MO, Patel A, Connolly KM. The impact of intolerance of emotional distress and uncertainty on veterans with co-occurring PTSD and substance use disorders. *J Anxiety Disord.* 2016; 41:73-81.
57. Koob GF. Negative reinforcement in drug addiction: the darkness within. *Curr Opin Neurobiol.* 2013;23(4):559-563.