

## حساسیت اضطرابی: مفاهیم و دیدگاه‌ها

فردین مرادی منش<sup>۱</sup> / دکتر سید احمد میرجعفری<sup>۲</sup>

### چکیده

حساسیت اضطرابی به ترس از اضطراب و نشانه‌های مرتبط با اضطراب اشاره دارد و از این عقیده ناشی می‌شود که این نشانه‌ها به پیامدهای بالقوه آسیب‌زای بدنی، روان‌شناختی و اجتماعی منجر می‌شود. بررسی‌ها نشان داده‌اند که حساسیت اضطرابی یک عامل آسیب‌پذیری مهم در ایجاد و تداوم اختلالات روانی است. حساسیت اضطرابی از طریق ژنتیک و یادگیری کسب و منجر به سوگیری‌هایی در بازیابی و پردازش اطلاعات مرتبط با نشانه‌های فراخوان اضطراب می‌شود. براساس مدل‌های آسیب‌پذیری حساسیت اضطرابی ممکن است منجر به آسیب روانی یا اختلال شود (مدل استعداد یا آمادگی)، بر تجلی یا دوره اختلال تأثیر بگذارد (مدل شکل‌گیری آسیب)، به وسیله تجربه اختلال تحت تأثیر قرار گیرد (مدل درآمیختگی) و همراه با اختلال نشان‌دهنده مشکل زمینه‌ای یکسانی باشد (مدل طیف یا پیوستگی). تحقیقات نشان می‌دهد که درمان شناختی - رفتاری درمان انتخابی برای افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا است.

واژه‌های کلیدی: حساسیت اضطرابی، مفاهیم، دیدگاه‌ها

### Abstract

Anxiety sensitivity refers to the fear of anxiety and anxiety-related symptoms and based on the belief that these symptoms have harmful somatic, psychological, or social consequences. Studies showed that anxiety sensitivity is an important vulnerability factor in development and maintenance of mental disorders. Anxiety sensitivity acquired by genetic and learning, and lead to biases in processing and retrieval of information related to anxiety-provoked cues. anxiety sensitivity, based on vulnerability models, may lead to psychopathology or disorder (Predisposition model), affects the course or expression of disorder (Pathoplasty model), be affected by the experience of disorder (Scar model) and along with disorder represented a

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی از دانشگاه شیراز

<sup>۲</sup> استادیار بخش روان‌شناسی بالینی دانشگاه شیراز

*same underlying problem (Spectrum or Continuity model). Studies indicated that to high anxiety sensitive people, the selective treatment is cognitive-behavior therapy.*  
**Keywords:** Anxiety sensitivity, concepts, perspectives.

## مقدمه

یک سازه اضطرابی که توجه گسترده ای در پیشینه مطالعاتی اختلالات اضطرابی به خود اختصاص داده است، حساسیت اضطرابی است. به نظر می رسد حساسیت اضطرابی از جمله متغیرهای واسطه ای مهم میان استرس و بیماری باشد. فرض بر این است که حساسیت اضطرابی یک متغیر گرایشی با ثبات است که نشان دهنده میل به تفسیر پیامدهای جسمانی، روانشناختی و اجتماعی تجارب اضطرابی به عنوان اموری آزارنده و خطرناک است (رایس و مک نالی، ۱۹۸۵؛ به نقل از هال و همکاران، ۲۰۰۴). حساسیت اضطرابی به ترس از اضطراب و نشانه های مرتبط با اضطراب اشاره دارد و از این عقیده ناشی می شود که این نشانه ها به پیامد های بالقوه آسیب زای بدنی، روانشناختی و اجتماعی منجر می شود (رایس و مک نالی، ۱۹۸۵؛ به نقل از دیکن و همکاران، ۲۰۰۳). افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا اغلب اوقات به نشانه های اضطرابی به طور منفی واکنش نشان می دهند، در حالی که افراد دارای حساسیت اضطرابی پایین اگر چه ممکن است این نشانه ها را به عنوان اموری ناخوشایند تجربه کنند، اما آنها را تهدیدآمیز تلقی نمی کنند (مک نالی، ۱۹۹۶، ۱۹۹۹؛ به نقل از هال و همکاران، ۲۰۰۴). فرد دارای حساسیت اضطرابی بالا نه تنها رویدادهای استرس زا، بلکه وقایع نسبتاً عادی را نیز فاجعه آمیز تلقی می کند، در حالی که فرد دارای حساسیت اضطرابی پایین این رویدادها را نامطلوب تلقی کرده ولی در مورد آنها دست به فاجعه سازی نمی زند. بنابراین، می توان نتیجه گرفت که ارزیابی فرد از یک موقعیت استرس زا در پیامدهای بعدی آن نقشی تعیین کننده دارد. یک رویداد خاص را دو فرد به صورتهای متفاوتی ادراک می کنند و این امر بستگی به ارزیابی آنها از موقعیت مورد نظر دارد و به نظر می رسد که حساسیت اضطرابی این ارزیابی را تحت تأثیر خود قرار می دهد. بر همین اساس، بررسی های متعددی نشان می دهد که حساسیت اضطرابی یک عامل آسیب پذیری مهم در ایجاد و تداوم اختلالات روانی است (تیلور و همکاران، ۱۹۹۲؛ استوارت و همکاران، ۱۹۹۲؛ رایبن و همکاران، ۱۹۹۳؛ لایو و همکاران، ۱۹۹۶؛ اتو و همکاران، ۱۹۹۸؛ مک ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۰؛ کاکس و همکاران،

(۲۰۰۱). همچنین، پژوهش های طولی از نقش حساسیت اضطرابی به عنوان یک عامل آسیب پذیری در ایجاد اختلالات اضطرابی حمایت می کنند (مثلاً، اشمیت و همکاران، ۱۹۹۷).

### تعاریف حساسیت اضطرابی

از جمله تعاریفی که از حساسیت اضطرابی بیان شده است می توان به موارد زیر اشاره کرد:

\* حساسیت اضطرابی به ترس از احساسات مرتبط با اضطراب یا نشانه های اضطرابی اشاره دارد و از این عقیده ناشی می شود که این نشانه ها پیامدهای بالقوه آسیب زای جسمانی، روانشناختی و اجتماعی دارند (رایس و مک نالی، ۱۹۸۵؛ مک نالی، ۱۹۹۹؛ به نقل از دیکن و همکاران، ۲۰۰۳).

\* حساسیت اضطرابی یک متغیر شناختی تفاوت های فردی است که به وسیله ترس از احساسات اضطرابی (ترس از ترس) مشخص می شود و نشان دهنده گرایش به فاجعه سازی در رابطه با پیامدهای چنین احساساتی است (استوارت و همکاران، ۱۹۹۷، ۱۹۹۸).

\* حساسیت اضطرابی نشان دهنده یک انتظار محرک - پیامد است که منعکس کننده تفاوت های فردی در گرایش به تجربه ترس هنگام پاسخ به نشانه های انگیزختگی (خود فرد) است (پترسون و رایس، ۱۹۹۲؛ رایس و مک نالی، ۱۹۸۵؛ به نقل از زالنسکی و همکاران، ۲۰۰۳).

\* حساسیت اضطرابی اشاره به ترس از احساسات بدنی مرتبط با اضطراب دارد که به عنوان اموری که پیامدهای مضر بدنی، روانشناختی یا اجتماعی دارند، تفسیر می شوند (تیلور، ۱۹۹۵).

### مدل سلسله مراتبی اضطراب

اضطراب خصیلتی عموماً به عنوان گرایش برای مضطرب شدن در تمام موقعیتها یا به عنوان گرایش برای دیدن جهان به عنوان یک مکان تهدید کننده یا خطرناک تعریف شده است (بک و امری، ۱۹۸۵؛ اشپیلبرگر، ۱۹۸۵؛ به نقل از گور و همکاران، ۲۰۰۲). این تعریف، بیش کمی راجع به ماهیت خاص اضطراب افراد ارائه می دهد.

مدل مرتبه ای اضطراب (لایلینفلد و همکاران، ۱۹۹۳؛ همان منبع) مفهوم سازی کاملتری را ارائه می دهد. این مدل فرض می کند که اضطراب شامل یک عامل کلی مرتبه بالا، یعنی

اضطراب خصلتی و سه عامل مرتبه پایین است. این سه عامل عبارتند از: حساسیت اضطرابی، ترس از ارزیابی منفی و حساسیت به بیماری یا آسیب. در حالی که تا حدودی بین عوامل مرتبه پایین همپوشی وجود دارد، اما آنها در سطح نظری متمایز هستند.

حساسیت اضطرابی و اضطراب خصلتی هر دو به عنوان عامل آسیب پذیری برای ایجاد اختلالات اضطرابی در نظر گرفته شده اند (راچمن، ۱۹۹۸؛ به نقل از موریس، ۲۰۰۲). در حالی که پژوهشها نشان می دهند که حساسیت اضطرابی و اضطراب خصلتی با یکدیگر ارتباط درونی دارند (موریس، ۲۰۰۲؛ تیلور و همکاران، ۱۹۹۱؛ بنیلورمن و همکاران، ۱۹۹۱)؛ پژوهشگران توافق دارند که هر دو سازه از نظر مفهومی از یکدیگر متمایزند. اضطراب خصلتی به عنوان گرایش برای نشان دادن واکنش اضطرابی به محرکهای بالقوه فراخوان اضطراب تعریف شده است، در حالی که حساسیت اضطرابی به عنوان گرایش بسیار خاص برای نشان دادن واکنش اضطرابی به اضطراب خود یا احساسات مرتبط با اضطراب خود، در نظر گرفته شده است (تیلور، ۱۹۹۵). برخی پژوهشها حمایتهایی برای مدل مرتبه ای فراهم کرده اند (تیلور، ۱۹۹۵؛ رای و مدورو، ۱۹۹۴؛ گور و همکاران، ۲۰۰۲).

### نظریه انتظار اضطراب

این رایس و مک نالی (رایس، ۱۹۹۱؛ رایس و مک نالی، ۱۹۸۵) بودند که برای اولین بار در نظریه انتظار اضطراب پیشنهاد کردند سه ترس بنیادین وجود دارد که در ایجاد آسیب شناسی اضطراب نقش دارند. همان طور که در مدل مرتبه ای اضطراب نیز بیان شد، این سه ترس بنیادین شامل: ترس از آسیب/بیماری، ترس از ارزیابی منفی و حساسیت اضطرابی می باشند. طبق نظریه انتظار اضطراب، ترسهای بنیادین شامل مؤلفه های عاطفی - رفتاری (ترس ذهنی و انگیزش اجتنابی) و مؤلفه شناختی (عقاید فاجعه آمیز راجع به پیامدهای اضطراب، عدم پذیرش یا آسیب/بیماری) می باشد (به نقل از تیلور، ۱۹۹۵).

در واقع نظریه انتظار اضطراب فرض می کند که رفتار ترس شامل دو مؤلفه است:

(۱) این انتظار که خطر اتفاق خواهد افتاد (انتظار خطر) که خود منجر به رفتارهای اجتنابی می شود و (۲) ترس از ترس که از دو انتظار تشکیل می شود: الف) این انتظار که اضطراب به دنبال مواجه شدن با یک محرک فراخوان اضطراب اتفاق می افتد (انتظار اضطراب) و ب) این عقیده که تجربه اضطراب سبب احساس بیماری، خجالت یا احتمالاً نشانه های اضطراب آتی

خواهد شد (حساسیت اضطرابی). بنابراین، حساسیت اضطرابی به طور نزدیکی با گرایش برای نشان دادن واکنشهای ترس به یک محرک فراخوان اضطراب - و نه محرک به خودی خود - ارتباط دارد (به نقل از فلویید و همکاران، ۲۰۰۵).

در نظریه انتظار اضطراب (رایس و مک نالی، ۱۹۸۵) حساسیت اضطرابی به عنوان یک عامل تسریع کننده در نظر گرفته شده است که خطر ایجاد ترس، اضطراب و هراس را افزایش می دهد. بعداً، پیشنهاد شد که حساسیت اضطرابی همچنین یک محرک قوی رفتار اجتنابی می باشد (به نقل از استوارت و کوشنر، ۲۰۰۱).

### دیدگاه شناختی

طبق نظریه های شناختی اضطراب، شیوه ای که به واسطه آن یک فرد نشانه های هیجانی متعدد (به ویژه نشانه های انگیزتی جسمانی) را تفسیر می کند، ممکن است او را برای تجربه واکنشهای شدید اضطرابی آسیب پذیر سازد (بارلو، ۱۹۸۸؛ بک و امری، ۱۹۸۵؛ کلارک، ۱۹۹۳؛ به نقل از کارتر و همکاران، ۱۹۹۹). براساس نظریه های شناختی اضطراب، مفهوم سازی حساسیت اضطرابی نشان می دهد که ارزیابی های شناختی منفی به عنوان عامل خطر در ایجاد و تداوم اضطراب نقش بازی می کنند (گلدشتاین و چمبلس، ۱۹۷۸؛ کلارک، ۱۹۸۶؛ چمبلس و گلدشتاین، ۱۹۸۱؛ رایس، ۱۹۹۱؛ مک نالی، ۱۹۹۵؛ به نقل از مک کابی، ۱۹۹۹). در واقع، بر طبق این نظریه ها، ارزیابی ها و تفسیرهای منفی و فاجعه آمیز از یک احساس بدنی، منجر به یک راه انداز سریع برای اضطراب می شود که به نوبه خود افزایش دهنده احساسات اضطرابی است.

در واقع، عاملی که بین حساسیت اضطرابی بالا و پایین تمایز ایجاد می کند این است که افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا بیشتر احتمال دارد که نشانه های مرتبط با اضطراب را به عنوان نشانه ای از آسیب قریب الوقوع ارزیابی کنند، در حالی که افراد دارای حساسیت اضطرابی پایین گرایش دارند که چنین احساساتی را به عنوان اموری ناخوشایند، اما نه تهدید کننده، در نظر بگیرند. بنابراین، افرادی که دارای حساسیت اضطرابی بالا هستند، احساساتی مانند ضریان سریع قلب، عرق کردن و گیجی را به ترتیب به عنوان نشانه ای از حمله قلبی، شرمساری اجتماعی و بی ثباتی روانی تفسیر می کنند (کاگ و همکاران، ۲۰۰۱). بنابراین، یک چرخه معیوب بین احساسات بدنی، ارزیابی ها و تفسیرهای منفی و اضطراب وجود دارد که به

صورت مداوم و پایدار فرد را در حالت گوش به زنگی نسبت به نشانه های بدنی مرتبط با اضطراب قرار می دهد (بک و امری، ۱۹۸۵؛ کلارک، ۱۹۸۶؛ به نقل از چمبلس و همکاران، ۲۰۰۰).

نظریه های شناختی پیشنهاد می کنند که افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا، با گوش به زنگی و توجه زیاد به محرکهای محیط (محیط درونی و بیرونی) واکنش نشان می دهند (چمبلس و گلدشتاین، ۱۹۸۱؛ مک نالی، ۱۹۹۰؛ رایس، ۱۹۹۱؛ به نقل از دودن و آلن، ۱۹۹۷). نظریه پردازان شناختی عقیده دارند که داشتن آستانه پایین برای واکنش ترس در افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا، ناسازگارانه می باشد؛ زیرا موجب تداوم سطح بالایی از برانگیختگی فیزیولوژیکی و در نهایت اجتناب مفرط از محرک ها و موقعیت های بیرونی خواهد شد (به نقل از دودن و آلن، ۱۹۹۷).

طبق نظر رایس و همکاران (۱۹۹۵) حساسیت اضطرابی، آمادگی برای گوش به زنگی و اجتناب از محرکهای فراخوان اضطراب را افزایش داده و منجر به افزایش نگرانی در رابطه با مضطرب شدن می شود (به نقل از مک کابی، ۱۹۹۹).

نظریه های شناختی اضطراب پیشنهاد می کنند که در افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا، سوگیری هایی در بازیابی و پردازش اطلاعات مربوط به محرکهای فراخوان اضطراب وجود دارد که نقش مهمی در ایجاد و تداوم اضطراب آسیب شناختی بر عهده دارد (چمبلس و گلدشتاین، ۱۹۷۸؛ کلارک، ۱۹۸۶؛ چمبلس و گلدشتاین، ۱۹۸۱؛ رایس، ۱۹۹۱؛ مک نالی، ۱۹۹۵؛ به نقل از مک کابی، ۱۹۹۹). پژوهش نشان می دهند که افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا سوگیری هایی در توجه انتخابی به محرک های تهدید کننده از لحاظ جسمانی و اجتماعی نشان می دهند (مثلاً استوارت و همکاران، ۱۹۹۲، ۱۹۹۳؛ به نقل از استوارت و همکاران، ۱۹۹۸).

برای مثال، آسموندسون و همکاران (۱۹۹۷)؛ به نقل از کاگ و همکاران، ۲۰۰۱) در یک پژوهش با استفاده از آزمایش *dote-probe* دریافتند که بیماران دارای اختلال درد که حساسیت اضطرابی پایین داشتند، به طور انتخابی از موضع یابی کلمات مرتبط با درد اجتناب می کردند، در حالی که بیماران دارای اختلال درد که حساسیت اضطرابی بالا داشتند، از موضع یابی کلمات مرتبط با درد اجتناب نمی کردند. این یافته پیشنهاد می کند که حساسیت اضطرابی ممکن است نقش تعدیل کننده ای در سوگیری های توجهی انتخابی داشته باشد.

همچنین کاگ و همکاران (۲۰۰۱) در پژوهشی بر روی ۱۰۰ دانشجوی کارشناسی و با استفاده از پرسشنامه ASI و آزمایش dote-probe نشان دادند که در پردازش اطلاعات آزمودنی های دارای حساسیت اضطرابی جسمانی بالا و پایین تفاوت هایی وجود دارد. در این پژوهش، افرادی که دارای حساسیت اضطرابی جسمانی بالا بودند به طور انتخابی به کلمات تهدید کننده از لحاظ جسمانی توجه می کردند، در حالی که آنهایی که دارای حساسیت اضطرابی پایین بودند از چنین کلماتی اجتناب میکردند. همچنین، آزمودنی هایی که دارای حساسیت اضطرابی بالا بودند نسبت به گروه کنترل دارای حساسیت اضطرابی پایین، به طور انتخابی از کلمات مثبت اجتناب می کردند. در این پژوهش هیچ گونه تفاوتی بین گروه ها در پردازش کلمات تهدید کننده از لحاظ اجتماعی وجود نداشت. این یافته ها پیشنهاد می کند که آگاهی بیشتر از احساسات بدنی و گوش به زنگی نسبت به این نشانه ها در افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا ممکن است در نتیجه پردازش های توجهی سودار باشد. این یافته ها، همچنین نشان می دهد که حساسیت اضطرابی با گوش به زنگی بیشتر برای کلمات تهدید کننده از لحاظ جسمانی ارتباط دارد.

استوارت و همکاران (۱۹۹۸) در پژوهشی جهت بررسی سوگیری در پردازش انتخابی زنان و مردان دارای حساسیت اضطرابی، از پرسشنامه ASI و آزمایش اصلاح شده استروپ استفاده کردند. نتایج پژوهش آنها بر روی ۶۰ دانشجو نشان داد که زنان دارای حساسیت اضطرابی بالا در مقایسه با زنان دارای حساسیت اضطرابی پایین، فقط نشانه های تهدید کننده از لحاظ جسمانی را به طور انتخابی پردازش کردند. همچنین، مردان دارای حساسیت اضطرابی بالا در مقایسه با مردان دارای حساسیت اضطرابی پایین، تنها نشانه های مربوط به تهدید روانشناختی یا اجتماعی را به طور انتخابی پردازش کردند.

استوارت و همکاران (۱۹۹۸) عقیده دارند که ممکن است چندین مکانیزم در سوگیری های پردازش انتخابی برای نشانه های تهدید در افراد دارای حساسیت اضطرابی نقش داشته باشد. اولاً، سطوح بالای حساسیت اضطرابی ممکن است با فروانی افزایش یافته نشخوار فکری مربوط به فاجعه سازی مفرط موضوعات مرتبط با اضطراب ارتباط داشته باشد که این مسأله خود منجر به افزایش پردازش انتخابی کلمات مربوط به موضوعات مرتبط با اضطراب در آزمودنی های دارای حساسیت اضطرابی بالا در مقایسه با افراد دارای حساسیت اضطرابی پایین می شود. ثانیاً، افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا ممکن است هنگامی که مضطرب می شوند

- در نتیجه یک وضعیت گوش به زنگی - محیط را برای یافتن هر نشانه ای از فاجعه بالقوه مورد کاوش قرار دهند. در اثر تکرار این وضعیت، سیستم شناختی آنها شرطی می شود تا برای رمزگردانی خودکار اولیه چنین نشانه های تهدیدی اولویت قائل شود.

برخی پژوهشها نشان داده اند که با انجام مداخله های شناختی - رفتاری بر روی بیماران دارای اختلالات اضطرابی، به ویژه بیماران دارای اختلال هراس، نه تنها بیماری آنها رو به بهبود می رود بلکه تفکرات فاجعه ساز و ترس مرتبط با احساسات بدنی در آنها کاهش می یابد (تلج و همکاران، ۱۹۹۳؛ براون و بارلو، ۱۹۹۵؛ اولندیک، ۱۹۹۵؛ اشمیت و تلج، ۱۹۹۷؛ به نقل از دی رایس و کریتس - کریستف، ۱۹۹۸). این یافته ها از دیدگاه های شناختی در مورد حساسیت اضطرابی حمایت می کنند.

نظریه های شناختی اضطراب، ممکن است به روشن کردن مکانیسمی که به واسطه آن حساسیت اضطرابی موجب رفتار اضطرابی می شود، کمک کنند.

### دیدگاه رفتاری

براساس دیدگاه رفتاری، حساسیت اضطرابی یک صفت گرایشی است که ممکن است به وسیله مکانیزمهای متعددی همچون تجربه مستقیم اضطراب، یادگیری مشاهده ای، انتقال کلامی و اطلاعات غلط کسب شود (وات و همکاران، ۱۹۹۸). طبق نظریه یادگیری، سبب شناسی، ایجاد و تداوم رفتار وابسته به سه مکانیزم اولیه یادگیری است: ۱- شرطی شدن کلاسیک، ۲- شرطی شدن ابزار و ۳- یادگیری مشاهده ای.

۱- شرطی شدن کلاسیک: شرطی شدن کلاسیک در ایجاد تعداد زیادی از ترسهای خاص نقش دارد. به همین شکل، می توان فرض کرد که حساسیت اضطرابی ممکن است به واسطه شرطی شدن کلاسیک ایجاد شود. اگر نشانه های برانگیختگی بدنی مثل تپش قلب (محرک شرطی)، با بعضی از وقایع بالقوه ترس آور مثل یک حمله هراس غیرقابل انتظار (محرک غیر شرطی) همراه شود، آنگاه فرد ممکن است یاد بگیرد که از نشانه های آتی برانگیختگی بدنی بترسد (پاسخ شرطی) (فورسیث و همکاران، ۱۹۹۶؛ به نقل از وات و همکاران، ۱۹۹۸).

دائل و مک نالی (۱۹۹۰) در مطالعه ای بر روی ۴۲۵ دانشجو به این نتیجه رسیدند که حدود ۷۵٪ دانشجویان دارای حساسیت اضطرابی بالا، هرگز حمله هراس را تجربه نکرده



بودند. بر اساس این پژوهش، می توان نتیجه گرفت که شرطی شدن کلاسیک تنها توضیح مطلق برای حساسیت اضطرابی نیست. به عبارت روشن تر، حساسیت اضطرابی صرفاً پیامد ثانویه حمله هراس نیست (به نقل از وات و همکاران، ۱۹۹۸).

۲- شرطی شدن ابزاری: اگر رفتار اضطرابی کودک یا شکایتهای او راجع به نشانه های اضطرابی توسط والدین تقویت شود، آنگاه او یاد خواهد گرفت که در آینده نیز این رفتار را تکرار کند. در مقابل، اگر این شکایات و رفتارها با تنبیه یا عدم پاداش همراه شود، احتمال زیادی وجود دارد که در آینده متوقف شود. به این ترتیب، حالت اول (پاداش) منجر به افزایش حساسیت اضطرابی و حالت دوم (تنبیه و عدم پاداش) منجر به کاهش آن خواهد شد (وات و همکاران، ۱۹۹۸).

۳- یادگیری مشاهده ای: این نوع یادگیری نیز می تواند در ایجاد حساسیت اضطرابی نقش داشته باشد. هنگامی که والدین در مورد نشانه های مرتبط با اضطرابشان واکنشهای ترس آمیز نشان می دهند، برای کودکان نقش یک الگو یا سرمشق را بازی می کنند. گاهی اوقات نیز والدین فرزندان را برای نشان دادن چنین واکنشهایی تشویق می کنند. والدین، همچنین ممکن است به صورت کلامی عقایدشان را راجع به آسیب زا بودن نشانه های مرتبط با اضطراب، به کودکان منتقل کنند. فرد ممکن است در نتیجه مشاهده مرگ عضوی از خانواده به دلیل حمله قلبی از احساسات قلبی بترسد و این مسأله هنگامی که تپش قلب را تجربه می کند، راه انداز یک حمله قلبی برای او شود (کاکس، ۱۹۹۶).

مطالعات گذشته نگر متعددی از نقش یادگیری وسیله ای و مشاهده ای در ایجاد سطوح بالای حساسیت اضطرابی حمایت کرده اند (دائل و مک نالی، ۱۹۹۰؛ اهلرز، ۱۹۹۳؛ اولندیک و کینگ، ۱۹۹۱؛ وات و همکاران، ۱۹۹۸).

برای مثال، وات و همکاران (۱۹۹۸) با استفاده از پرسشنامه های بازنگرانه، رابطه بین تجارب یادگیری کودکی و شکل گیری حساسیت اضطرابی را در یک نمونه غیربالینی از دانشجویان مورد بررسی قرار دادند. آنها دریافتند که سطوح حساسیت اضطرابی در بزرگسالان جوان به طور مثبتی با تجارب شرطی مشاهده ای و ابزاری آنها در دوران کودکی ارتباط دارد. به ویژه، دانشجویان دارای حساسیت اضطرابی بالا موارد بیشتری را نسبت به گروه کنترل گزارش کردند که در آن آنها به وسیله والدین برای اظهار رفتار نقش بیمار در پاسخ به نشانه های اضطراب دوران کودکی، تشویق شده بودند. به طور مشابهی، دانشجویان دارای حساسیت

اضطرابی بالا موارد بیشتری را گزارش کرده بودند که در آن والدین برای آنها با نشان دادن واکنشهای ترس به نشانه های اضطرابی خودشان یا انتقال کلامی عقایدشان راجع به آسیب زا بودن این نشانه ها، نقش سرمشق و پاداش دهنده را ایفا کرده بودند. این یافته ها در دو مطالعه بعدی (استوارت و همکاران، ۲۰۰۱؛ وات و استوارت، ۲۰۰۰) تکرار شدند.

### دیدگاه رفتاری - زیستی

بر مبنای این دیدگاه، حساسیت اضطرابی علاوه بر این که توسط یادگیری کسب می شود، تحت تأثیر عوامل ژنتیکی نیز قرار دارد (رایس و مک نالی، ۱۹۸۵؛ به نقل از وات و همکاران، ۱۹۹۸). رایس و مک نالی (۱۹۸۵؛ به نقل از وات و همکاران، ۱۹۹۸) راجع به تأثیرات ژنتیکی پیشنهاد می کنند افرادی که از نظر سیستم اعصاب خودمختار دارای برانگیختگی بیشتری هستند، نسبت به افرادی که برانگیختگی کمتری دارند، نگرانی های بیشتری راجع به مضطرب شدن دارند.

به اعتقاد برخی از پژوهشگران تفاوت های فردی در حساسیت اضطرابی ناشی از ترکیبی از عوامل ژنتیک و شماری از تجاربی است که نهایتاً منجر به داشتن این عقیده می شود که نشانه های بدنی پیامدهای بالقوه آسیب زایی دربردارند (استاین و همکاران، ۱۹۹۹). مثلاً، استاین و همکاران (۱۹۹۹) در طی پژوهشی وراثت پذیری حساسیت اضطرابی را بر روی ۱۷۹ دوقلوی یک تخمکی و ۱۵۸ دوقلوی دو تخمکی مورد بررسی قرار دادند. آنها دریافتند که ۴۵ درصد واریانس سطوح حساسیت اضطرابی را عوامل ژنتیکی تشکیل می دهد. با این وجود، بیش از نیمی (یعنی ۵۵ درصد) از واریانس سطوح حساسیت اضطرابی را تأثیرات محیطی در بر می گرفت که نشان می دهد تجربه نقش نیرومندی در شکل دادن به حساسیت اضطرابی بر عهده دارد. این یافته با پیشنهاد اولیه رایس و مک نالی (۱۹۸۵)؛ به نقل از مک فرسون و همکاران، (۲۰۰۱) مبنی بر این که حساسیت اضطرابی از ترکیب عوامل ژنتیکی و تجارب یادگیری ایجاد می شود، موافق و سازگار است. بنابراین، حساسیت اضطرابی زمینه ای برای ایجاد اضطراب تشکیل می دهد و الزاماً مستلزم تجربه اضطراب یا هراس نیست (تیلور، ۱۹۹۹؛ به نقل از اشمیت و همکاران، ۲۰۰۰). نتایج مطالعات جانگ و همکاران (۱۹۹۹)؛ به نقل از وات و همکاران، (۱۹۹۸) و استاین و همکاران (۱۹۹۹) نشان می دهد که وراثت و یادگیری های

رفتاری به صورت مشترک بر میزان حساسیت اضطرابی افراد تأثیر می گذارند. این مطالعات از دیدگاه رفتاری - زیستی حمایت می کنند.

### مدل های آسیب پذیری

برخی پژوهشها سعی کرده اند تا براساس مدل های آسیب پذیری به تبیین نقش حساسیت اضطرابی در آسیب روانی بپردازند. این مدل ها عبارتند از: مدل آسیب پذیری - استرس، مدل زمینه ای، مدل شکل گیری آسیب، مدل طیف یا پیوستگی و مدل درآمیختگی.

۱- مدل استعداد یا آمادگی: براساس این مدل، عامل آسیب پذیری (حساسیت اضطرابی) یک نقش علی در ایجاد اختلال بازی می کند (کلارک و همکاران، ۱۹۹۴؛ به نقل از اشمیت و همکاران، ۲۰۰۰).

۲- مدل شکل گیری آسیب: در این مدل، عامل آسیب پذیری (حساسیت اضطرابی) بر دوره یا تظاهرات اختلال تأثیر می گذارد. مثلاً سطوح مختلف حساسیت اضطرابی ممکن است مجموعه متفاوتی از نشانه های بالینی در میان بیماران دارای اختلال هراس پیش بینی کند (باتس و اشمیت، ۱۹۹۸؛ به نقل از اشمیت و همکاران، ۲۰۰۰).

۳- مدل طیف یا پیوستگی: در این مدل، عامل آسیب پذیری (حساسیت اضطرابی) و اختلال منعکس کننده مشکل زمینه ای یکسانی هستند (اشمیت و همکاران، ۲۰۰۰).

۴- مدل درآمیختگی: در این مدل، اختلال بر عامل آسیب پذیری (حساسیت اضطرابی) تأثیر می گذارد (اشمیت و همکاران، ۲۰۰۰).

برخی مطالعات (استاین و همکاران، ۱۹۹۹؛ اشمیت و همکاران، ۲۰۰۰؛ وات و همکاران، ۱۹۹۸؛ زالنسکی و همکاران، ۲۰۰۵؛ دی بیورس و همکاران، ۲۰۰۴) حمایتهایی برای مدل های زمینه ای، درآمیختگی و آسیب پذیری - استرس فراهم کرده اند.

### بحث و نتیجه گیری

تحقیقات نشان می دهد که حساسیت اضطرابی به عنوان یک متغیر واسطه ای میان استرس و بیماری، نقش مهم و تعیین کننده ای در ایجاد و تداوم اختلالات روانی و به ویژه اختلالات اضطرابی دارد (تیلور و همکاران، ۱۹۹۲؛ استوارت و همکاران، ۱۹۹۲؛ رابین و

همکاران، ۱۹۹۳؛ لایو و همکاران، ۱۹۹۶؛ اتو و همکاران، ۱۹۹۸؛ مک ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۰؛ کاکس و همکاران، (۲۰۰۱).

بر مبنای تعاریفی که از حساسیت اضطرابی صورت گرفته است می توان به دو نتیجه گیری مهم دست یافت:

۱- حساسیت اضطرابی یک متغیر تفاوت فردی است و ۲- حساسیت اضطرابی یک جزء هیجانی (ترس از نشانه های اضطرابی یا احساسات مرتبط با اضطراب) و یک جزء شناختی (فاجعه سازی راجع به این نشانه ها) دارد.

براساس دیدگاه های نظری راجع به حساسیت اضطرابی می توان گفت که حساسیت اضطرابی از طریق ژنتیک و یادگیری کسب (دیدگاه رفتاری و رفتاری - زیستی) و منجر به سوگیری هایی در بازیابی و پردازش اطلاعات مربوط به محرکهای فراخوان اضطراب می شود (دیدگاه شناختی) که این خود زمینه ای برای ابتلای فرد به اختلالات روانی، به ویژه اختلالات اضطرابی، می شود.

براساس دیدگاه های رفتاری، حساسیت اضطرابی ممکن است به وسیله مکانیزم های متعددی همچون تجربه مستقیم اضطراب، یادگیری مشاهده ای، انتقال کلامی و اطلاعات غلط کسب شود (وات و همکاران، ۱۹۹۸). از این رو، والدین به عنوان افرادی که بیشترین سطح تعامل را با کودکان دارند، بایستی به چند نکته توجه داشته باشند:

۱) رفتار اضطرابی کودک یا شکایت های او را راجع به نشانه های اضطرابی تقویت نکنند.

۲) با نشان دادن واکنش های ترس به نشانه های اضطرابی خودشان یا انتقال کلامی عقایدشان راجع به آسیب زا بودن این نشانه ها، نقش سرمشق و پاداش دهنده را برای کودکانشان ایفا نکنند.

۳) راجع به مسائل اضطرابی، اطلاعات غلط و اغراق آمیز در اختیار کودکانشان قرار ندهند.

هر کدام از مدل های آسیب پذیری ممکن است در مورد حساسیت اضطرابی صدق کند: حساسیت اضطرابی ممکن است منجر به آسیب روانی یا اختلال شود (مدل استعداد یا آمادگی)، تجلی یا دوره اختلال را تحت تأثیر قرار دهد (مدل شکل گیری آسیب) و به وسیله

تجربه اختلال تحت تأثیر قرار گیرد (مدل درآمیختگی) و همراه با اختلال نشان دهنده یک مشکل زمینه ای یکسان باشد (مدل طیف یا پیوستگی).

تحقیقات نشان می دهد که درمان های شناختی - رفتاری مؤثرترین درمانها برای کاهش سطوح مرضی حساسیت اضطرابی در بیماران است (تلج و همکاران، ۱۹۹۳؛ براون و بارلو، ۱۹۹۵؛ اولندیک، ۱۹۹۵؛ اشمیت و تلج، ۱۹۹۷؛ به نقل از دی رایبس و کریتس - کریستف، ۱۹۹۸). بنابراین، به نظر می رسد که جهت گیری های مداخله ای درمانگران بایستی معطوف به درمان های شناختی باشد. نکته آخر این که سطوح بالای حساسیت اضطرابی منجر به سوگیری هایی در بازیابی و پردازش اطلاعات، خصوصاً اطلاعات مربوط به موضوعات دارای بار تهدید کننده جسمی، روانشناختی و اجتماعی می شود. از این رو، جهت تشخیص و درمان افراد دارای سطوح بالای حساسیت اضطرابی، تهیه و ساخت آزمایشه هایی که بتوان براساس آنها سوگیری های شناختی این افراد را شناسایی کرد، حائز اهمیت است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

## REFERENCES

- 1- Carter, M. M., Miller, O., Sbrocco, T., Suchday, S., Lewis, E. (1999). "Factor structure of the Anxiety Sensitivity Index among African American college students". *Psychological Assessment*, 11, 525-533.
- 2- Chambless, D. L., Beck, A. T., Gracely, E. T., Crisman, J. R. (2000). "Relationship of fear of somatic symptoms: A test of the cognitive theory of panic". *Depression and Anxiety*, 11, 1-9.
- 3- Cox, B. J. (1996). "The nature and assessment of catastrophic thought in panic disorder". *Behaviour Research and Therapy*, 34, 363-374.
- 4- Cox, B. J., Enss, M. W., Freeman, P., & Walker, J. R. (2001). "Anxiety sensitivity and major depression: Examination of affective state dependence". *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1349-1356.
- 5- Deacon, B. J., Abramovitz, T. S., Woods, C. M., & Tolin, D. F. (2003). "The Anxiety Sensitivity Index-Revised: Psychometric properties and factor structure in two nonclinical samples". *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1427-1449.
- 6- Deeg, D. (2005). "Stability and change of emotional functioning in late life: Modeling of vulnerability profiles". *Journal of Affective Disorders*, 84, 53-62.
- 7- De Beurs, E., Comijs, H., Twisk, J. W. R., Sonnenberg, C., Beekman, A. T. F., & Deeg, D. (2005). "Stability and change of emotional functioning in late life: Modeling of vulnerability profiles". *Journal of Affective Disorders*, 84, 53-62.
- 8- De Rubies, R. J., & Crits-Cristoph, P. (1998). "Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 37-52.
- 9- Donnell, C. D., & McNally, R. J. (1990). "Anxiety sensitivity and panic attacks in a nonclinical population". *Behaviour Research and Therapy*, 28, 83-85.
- 10- Dowden, S. L., & Allen, G. J. (1997). "Relationship between anxiety sensitivity, hyperventilation, and emotional reactivity to displays of facial emotions". *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 63-75.

- 11- Ehlers, A. (1993). "Somatic symptoms and panic attacks: Retrospective study of learning experiences". *Behaviour Research and Therapy*, 31, 269-278.
- 12- Floyd, M., Garfield, A., & LaSota, M. T. (2005). "Anxiety sensitivity and Worry". *Personality and Individual Differences*, 38, 1223-1229.
- 13- Gore, K. L., Carter, M. M., & Parker, S. (2002). "Predicting anxious response to a social challenge: The predictive utility of the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale in college population". *Behaviour Research and Therapy*, 40, 689-700.
- 14- Keogh, E., Dillon, C., Georgiou, C., & Hunt, C. (2001). "Selective attentional biases for physical threat in physical anxiety sensitivity". *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 299-315.
- 15- Lau, J. J., Calamari, J. E., & Waraczynski, M. (1996). "Panic attack symptomatology and anxiety sensitivity in adolescents". *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 355-364.
- 16- MacPherson, P. S. R., Stewart, S. H., & McWilliams, L. A. (2001). "Parental problem drinking and anxiety disorder symptoms in adult offspring examining the mediating role of anxiety sensitivity components". *Addictive Behaviors*, 26, 917-939.
- 17- McCabe, R. E. (1999). "Implicit and explicit memory for threat words in high-and low-anxiety-sensitive participants". *Cognitive Therapy and Research*, 23, 21-38.
- 18- McWilliams, L. A., Stewart, S. H., & MacPherson, P. S. R. (2000). "Does the social concerns component of the Anxiety Sensitivity Index belong to the domain of anxiety sensitivity or negative evaluation sensitivity?" *Behaviour Research and Therapy*, 38, 985-992.
- 19- Muris, P. (2002). "An expanded childhood anxiety sensitivity index: Its factor structure, reliability and validity in a non-clinical adolescent sample". *Behaviour Research and Therapy*, 40, 299-311.
- 20- Ollendick, T. H., & King, N. J. (1991). "Origins of childhood fears: An evaluation of Rachman's theory of fear acquisition". *Behaviour Research and Therapy*, 29, 117-123.
- 21- Rabian, B., Peterson, R. A., Richters, J., & Jensen, P. S. (1993). "Anxiety sensitivity among anxious children". *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 441-446.
- 22- Rapee, R. M., Medoro, L. (1994). "Fear of physical sensation and trait anxiety as mediators of the response to hyperventilation in nonclinical subjects". *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 693-699.
- 23- Schmidt, N. D., & Koselka, M. (2000). "Gender differences in patient with panic disorder: Evaluating cognitive mediation of phobic avoidance". *Cognitive Research and Therapy*, 24, 533-550.
- 24- Schmidt, N. B., Larew, D. R., & Jackson, R. J. (1997). "The role of anxiety sensitivity in pathogenesis of panic: Prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress". *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 355-364.
- 25- Silverman, W. K., Fleisig, W., Rabian, B., & Peterson, R. A. (1991). "Childhood Anxiety Sensitivity Index". *Journal of Clinical Child Psychology*, 141, 565-570.
- 26- Stein, M. B., Jang, K. L., & Livesley, W. J. (1999). "Heritability of anxiety sensitivity: A twin study". *American Journal of Psychiatry*, 156, 246-251.
- 27- Stewart, S. H., Conrod, P. J., Gignac, M. L., & Phil, R. O. (1998). "Selective processing biases in anxiety-sensitive men and women". *Cognition and Emotion*, 12, 105-133.
- 28- Stewart, S. H., Knize, K., & Pihl, R. O. (1992). "Anxiety sensitivity and dependency in clinical and non-clinical panickers and controls". *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 119-131.
- 29- Stewart, S. H., Taylor, S., & Baker, J. M. (1997). "Gender differences in dimensions of anxiety sensitivity". *Journal of Anxiety disorders*, 11, 179-200.
- 30- Otto, M. W., Demopulos, C. M., McLean, N. L., Pollack, M. H., & Fava, M. (1998). Additional findings on the association between anxiety sensitivity and hypochondriacal concerns: "Examination of patients with major depression". *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 225-232.
- 31- Taylor, S. (1995). "Issues in the conceptualization and measurement of anxiety sensitivity". *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 163-174.
- 32- Taylor, S., Koch, W. J., & McNally, R. J. (1992). "How does anxiety sensitivity vary across the anxiety disorder?" *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 249-259.
- 33- Taylor, S., Koch, W. J., & Crockett, D. J. (1991). "Anxiety sensitivity, trait anxiety, and the anxiety disorders". *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 293-311.
- 34- Hale, L. R., Goldstein, D. S., Abramovitz, C. S., Calamari, J. E., & Kosson, D. S. (2004). "Psychopathy is related to negative affectivity but not to anxiety sensitivity". *Behaviour Research and Therapy*, 42, 697-710.
- 35- Stewart, S. H., & Kushner, M. G. (2001). "Introduction to the special issue on anxiety sensitivity and addictive behaviors". *Addictive Behaviors*, 26, 775-785.

- 36- Watt, M. C., & Stewart, S. H. (2000). "Anxiety sensitivity mediates the relationships between childhood learning experiences and elevated hypochondriacal concerns in young adulthood". *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 107-118.
- 37- Watt, M. C., Stewart, S. H., & Cox, B. J. (1998). "A retrospective study of the learning history origins of anxiety sensitivity". *Behaviour Research and Therapy*, 36, 505-525.
- 38- Zvolensky, M. J., Arrindell, W. A., Taylor, S., Bouvard, M., Cox, B. J., Stewart, S. H., Sandin, B., Cardenas, S. J., & Eifert, G. H. (2003). "Anxiety sensitivity in six countries". *Behaviour Research and Therapy*, 41, 841-859.

