

**عنوان دوره :**

**درمان اختلال اضطراب برای دانشجویان**

**ساعت دوره : 20**

**مشخصات محتوی :**

**کتاب : درمان شناختی رفتاری برای اختلال اضطراب فراگیر**

**مؤلفین : مایکل داگاس، ملیسا رابی چاود**

**مترجم : دکتر مهدی اکبری، مسعود چینی فروشان،احمد عابدیان**

**معاونت فرهنگی دانشجویی**

**سال1403**

**تاریخچه طبقه تشخیصی اختلال اضطراب فَراگیر**

نخستین بار اصطلاح اضطراب فراگیر در سومین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی ( DSM –III) مطرح شد ( انجمن روان پزشکی امریکا ، 1980 ) در آن زمان اختلال اضطراب فراگیر ، به عنوان یک اختلال باقیمانده مطرح بود ، زیرا در تشخیص معلوم نبود که علاِئم ، مربوط به کدام یک از اختلال های هراس ، وسواسی – اجباری یا فوبی ها می باشند . برای این که افراد تشخیص اختلال اضطراب فراگیر را دریافت کنند باید به مدت یک ماه " اضطراب پایدار "و همچنین سه علامت از چهار علامت ( بیقراری ، بیش فعالی خود به خودی ، انتظار توام با تشویش و گوش به زنگی افراطی ) را تجربه می کردند .سپس در راهنمای تشخیصی و آماری DSM- III-R ، برای اختلال اضطراب فراگیر اصلاحاتی صورت گرفت . اولین ویژگی اصلی این اختلال ، از اضطراب پایدار به نگرانی مفرط یا غیر واقعی تغییر یافت . علاوه بر این ، مادامی که نگرانی و اضطراب ارتباطی با وضعیت دیگری نداشته باشد ، اختلال اضطراب فراگیر می تواند با وجود اختلال روان شناختی دیگر هم تشخیص داده شود . بنابراین اختلال اضطراب فراگیر از یک طبقه تشخیصی باقیمانده به یک طبقه تشخیصی اولیه تغییر پیدا کرد و حداقل مدت زمان تشخیص از یک ماه به شش ماه تغییر یافت با وجود این اصلاحات ، ملاک های جسمانی همچنان مبهم باقی مانده بود .

**اختلال اضطراب فراگیر در چهاردهمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی ( DSM –IV)**

اگرچه نگرانی و اضطراب مفرط به عنوان ویژگی مهم اختلال اضطراب فراگیر حفظ شده بود اصطلاح " غیر واقعی " حذف شده و در عوض این جمله که " تسلط بر نگرانی دشوار است " جایگزین آن شده بود به علاوه شرط مدت لازم شش ماه برای تشخیص ابقاء شد . ملاک نگرانی " مفرط و غیرقابل کنترل " این واقعیت بالینی را منعکس میکند که به طور کلی ، افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ، مانند افراد عادی در مورد مسائل روزمره نگران می باشند ولی تفاوت در میزان نگرانی و ناتوانی برای کنترل آن است .

تجدید نظر دیگر در ملاک های DSM – IV حذف تعداد زیادی از علائم جسمانی در تشخیص بود به ویژه همه علائم بیش فعالی خودکار و تنش حرکتی و گوش به زنگی / وارسی. این علائم احتمال بیشتری در بین افراد مبتلا به هراس نسبت به اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد . با توجه به این اصلاحات ، اکنون شش علائم جسمانی مرتبط با تشخیص اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد اگر چه تقریبا یکی از علائم ( تنش حرکتی ) در بین بیماران مبتلا به شش علائم جسمانی عبارتند از :1) بیقراری، 2)خستگی زود هنگام 3- دشواری در تمرکز 4)- تحریک پذیری 5) تنش حرکتی یا عضلانی 6) اشکال در نظم خواب

**حوزه های نگرانی**

ویژگی اصلی اختلال اضطراب فراگیر در DSM – IV ، نگرانی و اضطراب مفرط و غیر قابل کنترل در مورد تعدادی از فعالیت ها می باشد . ملاک نگرانی مفرط در" تعدادی موقعیت " می تواند برای متخصصان بالینی آشنا با اختلال اضطراب فراگیر گمراه کننده باشد . آیا فردی که به شکل مفرط و غیر قابل کنترلی در مورد موقعیت ( برای مثال : سلامتی و تعاملات اجتماعی ) دچار نگرانی می شود واجد شرایط این تشخیص خواهد بود ؟ جواب این پرسش اغلب " خیر " می باشد . برای کسی که تنها در مورد سلامتی و تعاملات اجتماعی خود نگران می باشد ممکن است تشخیص های مجزای اختلال خود بیمار انگاری و اضطراب اجتماعی گزینه بهتری باشند .

افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر معمولا تمایل به نگرانی در حوزه های مختلف دارند و کمتر از آنها سوال می شود که در مورد چه چیزی نگران هستند پاسخ می دهند " در مورد همه چیز نگرانم " این پاسخ تابلوی تمام نمای اختلال اضطراب فراگیر است . چون که محتوای نگرانی شان ، تقریبا هر چیزی در زندگی را در بر گرفته است . نگرانی های این افراد می تواند به صورت زنجیرهای از یک موضوع به موضوع دیگر انتقال یابد . معمولا حوزه نگرانی آن ها شامل خانواده ، روابط ، کار ، تحصیل ، سلامتی و منابع مالی است . پژوهش ها نشان میدهد محتوای نگرانی های این افراد از نگرانی های افراد غیر مضطرب متفاوت نیستند .به هر حال دو تفاوت ظریف وجود دارند که در ارتباط با نگرانی اختلال اضطراب فراگیر مشاهده شده اند .

1- ابتدا به نظر می رسد که افراد مبتلا به این اختلال در مقایسه با افراد غیر بالینی و افراد مبتلا به سایر اختلالات اضطرابی بیشتر در مورد مسائل جزئی نگران می باشند و مطرح کردن این سوال که " آیا به شکل مفرط در مورد مسائل جزئی نگران هستید ؟ " می تواند در تشخیص صحیح اختلال اضطراب فراگیر یاری کند .

2- مراجعین مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بیشتر از افراد مضطرب دیگر تمایل به نگرانی در مورد رویدادهای غیر محتمل یا بعید در آینده دارند . برای مثال ممکن است در مورد سقوط هواپیما یشان یا چگونگی پرداخت هزینه تحصیل فرزندش که هنوز متولد نشده است نگران باشد . این افراد به علت اشتغال ذهنی افراطی در باره اتفاقات ناگوار احتمالی در آینده از زمان حال لذت نمی برند .

**شیوع در جمعیت عمومی**

با توجه به تغییرات بیشمار ملاک های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر در طی سال ها و تدوین ملاک های تشخیصی ثابت و مستقل این اختلال در DSM-IV ، انتظار می رود که گزارش نرخ شیوع اختلال اضطراب فراگیر با هر میزان دقتی ، مشکل باشد . به ویژه ، تعداد زیادی از پژوهش های بزرگ همه گیر شناسی در مورد شیوع این اختلال از ملاک های DSM- III و نسخه ویرایش شده آن ( DSM-III-R ) استفاده شده است که کاملا متفاوت از ملاک های مشاهده شده درDSM-IV می باشد . به همین دلیل اگر میزان شیوع به شکل قابل ملاحظه ای از پژوهشی به پژوهش دیگر تغییر یافته باشد تعجب بر انگیز نخواهد بود .پژوهش های همه گیر شناسی در جمعیت عمومی ، میزان شیوع یک ساله اختلال اضطراب فراگیر را تقریبا بین 2 تا 4 درصد و میزان شیوع طول عمر را بین 4 تا 7 درصد گزارش کرده اند . به عبارت دیگر ، 2 تا 4 درصد از جمعیت عمومی ، ملاک های اختلال اضطراب فراگیر در طول یک سال دریافت می کنند در حالیکه 4 تا 7 درصد از این جمعیت اختلال اضطراب فراگیر را در بعضی از مقاطع زندگی شان تجربه خواهند کرد . با توجه به این یافته ها اگر چه اختلال اضطراب فراگیر شایع ترین اختلال روان شناختی نیست ولی واضح است که بخش قابل توجهی از جمعیت عمومی ، در خطر داشتن اختلال اضطراب فراگیر ، در بعضی مقاطع زندگی خود هستند . البته پژوهش ها نشان میدهد هنوز ابهاماتی در همه گیر شناسی اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد به نظر میرسد این مسئله ناشی از تغییر ملاک های این اختلال در DSM باشد . اکثر پژوهشگران حوزه همه گیر شناسی بر این باورند که شیوع این اختلال در جمعیت عمومی حدود 5 تا 8 درصد باشد .

**شیوع در جمعیت بالینی**

بر اساس نتایج چندین پژوهش انجام شده در این زمینه نشان میدهند که 8 درصد از همه افرادی که به دنبال درمان مراقبت اولیه می باشند تشخیص اختلال اضطراب فراگیر را دریافت می کنند . علاوه بر این ، در بین افراد مراجعه کننده به مراکز درمانی روان شناختی 25 درصد تشخیص اصلی اختلال اضطراب فراگیر ( بدون هیچ تشخیص همراهی ) دریافت می کردند . در واقع از بین اختلال های اضطرابی ، اختلال اضطراب فراگیر ، شایع ترین مراجعه کنند گان به مرکز مراقبت اولیه بوده است و رتبه دوم در بین همه اختلال های روانشناختی را دارا می باشد . از این رو اختلال اضطراب فراگیر نه تنها یک اختلال ناتوان کننده تلقی می شود و با کیفیت پایین زندگی همراه است ، بلکه یک اختلال خیلی شایع ، به ویژه در محیط های بالینی می باشد .

**سن و تفاوت های جنسیتی**

اختلال اضطراب فراگیر در بین زنان نسبت به مردان از شیوع بیشتری برخوردار است و این یافته به صورت پایا و ثابت در پژوهش های مختلفی تایید شده است . طبق میزان شیوع یک ساله ، تقریبا 4 درصد زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر هستند در حالیکه این میزان در مردان 2 درصد گزارش شده است .

این یافته که زنان نسبت به مردان با احتمال بیشتری تشخیص اختلال اضطراب فراگیر را دریافت می کنند با یافته های به دست آمده برای تعداد زیادی از سایر اختلال های اضطرابی همسو می باشد . در زمینه یابی همبودی ملی ، میزان شیوع زنان در اختلال هراس ، گذر هراسی ، اختلال اضطراب اجتماعی و فوبی اختصاصی ، بیشتر از مردان می باشد در واقع میزان شیوع همه اختلال های اضطراب برای زنان 22 تا 30 درصد و برای مردان 12 تا 20 درصد می باشد . برخی از نظریه های روانی – اجتماعی و زیست شناختی برای اکثر این تفاوت های جنسیتی ، جواب قانع کننده ای مطرح کرده اند ، اما هنوز برای این سوال که چرا زنان نگرانی های بیشتری را نسبت به مردان تجربه می کنند ، جواب قاطعی بیان نشده است . اگر چه رابطه شفافی بین جنسیت و اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد اما بین سن و این اختلال ارتباط پیچیده تری وجود دارد . پژوهش های همه گیرشناسی متعدد نتایج متعدد را نشان میدهند . معمولا اختلال اضطراب فراگیر در بین بزرگسالان بیشترین شیوع را دارد و با افزایش سن این میزان بیشتر می شود . پیچیده شدن موضوع سن و اختلال اضطراب فراگیر زمانی برجسته تر شد که نتایج یک پژوهش در حد نگرانی در بین بزرگسالان سالخورده نشان داد که افراد در طبقه سنی 75 سال یا بالاتر به شکل معناداری کمتر از افراد سنی 65 تا 75 سال نگرانی را تجربه می کنند . بنابراین با توجه به نتایج این پژوهش ، این نظر را که میزان اختلال اضطراب فراگیر به طور یکنواخت در سنین پیری افزایش می یابد، رد می کند . این اختلافات در مورد شیوع اختلال اضطراب فراگیر در گروه های سنی مختلف ، ممکن است ناشی از چند عامل باشد . نخست، این که اختلال اضطراب فراگیر یک اختلال مزمن ، نسبت پایین بهبودی می باشد ، این انتظار وجود دارد که بزرگسالان میانسال، خطر بالاتری در طول عمر برای بروز این اختلال نسبت به گروه های سنی جوانتر دارند. دوم ، طبق اختلاف در میزان شیوع برای بزرگسالان سالخورده ، چنین به نظر میرسد که اختلال های اضطرابی در تعداد زیادی از بزرگسالان سالخورده تشخیص داده نمی شود. به این علت که این افراد ممکن است مشکلات سلامتی دیگر داشته باشند .و علائم آنها شبیه به آن علائمی است که در اختلال اضطراب فراگیر دیده می شود. در نتیجه شناسایی اختلال اضطراب فراگیر و نهایتا میزان گزارش شده ممکن است از پژوهشی تا پژوهش دیگر متفاوت باشد و نقش کلیدی در این تفاوت،میزان تمایز اختلال اضطراب فراگیر از شکایت های جسمانی است و به هر حال از موقعی که می دانیم این اختلال با احتمال زیاد در نوجوانی یا اوایل بزگسالی شروع می شود و دوره های مزمن و بدون بهبودی خود به خودی دارد ، می توانی فرض کنیم که از اواسط بزرگسالی به بعد احتمالا میزان شیوع اختلال اضطراب فراگیر روند افزایشی دارد .

**اختلال های هم آیند با اختلال اضطراب فراگیر**

آیا اختلال اضطراب فراگیر به تنهایی رخ میدهد یا با اختلال های دیگر به وقوع می پیوندد ؟

نتایج اکثر پژوهش های همه گیر شناسی در باره اختلال اضطراب فراگیر نشان می دهند که طیف وسیعی از افراد مبتلا به این اختلال ، همزمان از اختلال روان شناختی دیگری رنج می برند . اختلال های خلقی ، مانند افسردگی اساسی و افسرده خویی ، شایع ترین اختلال های همبودی می باشند . با این حال بیش از نیمی از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اخلال اضطرابی دیگری مانند اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال هراس را دارند در واقع میزان بالای همبودی اختلال اضطراب فراگیر با سایر اختلال های روان شناختی بحث هایی را مطرح کرده است که آیا اختلال اضطراب فراگیر یک اختلال مستقل است یا فقط یک وضعیت پیش مقدماتی است که به اختلال های اضطرابی یا خلقی دیگر گسترش می یابد . چندین پژوهش ویژه نشان دادند که این اختلال یک ماهیت تشخیصی منحصر به فرد دارد . اولا بررسی شیوع طول عمر نشان می دهد که میزان همبودی در بین افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ، بیشتر از افراد مبتلا به سایر اختلال های اضطرابی بوده است . ثانیا ، نتایج پژوهش ها نشان داده است که تقدم زمانی اختلال اضطراب فراگیر شبیه آن چیزی است که در بیشتر اختلال های اضطرابی و خلقی دیگر دیده شده است . یک استثنا برای این قاعده این می باشد که اغلب اختلال افسردگی به عنوان اولین اختلال هم آیند برای افرادی که اختلال اضطراب فراگیر را تجربه می کنند پدیدار می شود . به دلیل ماهیت نوین و مداوم اختلال اضطراب فراگیر، مطمئنا علائم این اختلال ، احساس فرسودگی را برای افراد ایجاد می کنند که ممکن است خلق آن ها را افسرده کنند به عبارت دیگر، احساس بدون تغییر نگرانی و دلواپسی برای مدت زمان زیادی ، بی شک احتمال بروز اختلال افسردگی را افزایش می دهد . این واقعیت که اختلال اضطراب فراگیر اغلب پیش از افسردگی رخ می دهد ، می تواند به همین دلیل باشد .

**مدل شناختی اختلال اضطراب فراگیر**

مدل شناختی ما در مورد اختلال اضطراب فراگیر چهار مشخصه دارد : عدم تحمل بلاتکلیفی ، باورهای مثبت در مورد نگرانی ، جهت گیری منفی نسبت به مشکل و اجتناب شناختی . اگر چه ما در نوشته های قبلی ، مدل خود را " مدل شناختی رفتاری " معرفی کرده ایم ولی فعالیتهای اخیر ما نشان می دهند که استفاده از اصطلاح " مدل شناختی " برای توصیف این مدل مطرح شده ، عنوان مناسب تری برای مفهوم سازی فرایندهای اصلی دخیل در اختلال اضطراب فراگیر می باشد .اگر چه بی شک عوامل رفتاری و هیجانی نقش مهمی در اختلال اضطراب فراگیر ایفا می کنند اما عوامل شناختی نقش بنیادینی در سبب شناسی اختلال اضطراب فراگیر دارد . در واقع ، ترکیب اصلی مدل ما بر روی باورهایی در مورد بلاتکلیفی است که برای ایجاد و تداوم اختلال اضطراب فراگیر نقش محوری دارند . بر اساس مدل های آسیب شناسی شناختی ، باورهای بنیادی ، شیوه پردازش اطلاعات محیطی افراد را هدایت می کنند . این فرض اثبات شده برای مفهوم سازی ما در باب سبب شناسی اختلال اضطراب فراگیر نقش بسزایی را ایفا می کند. بنابراین اصلاح مدل شناختی برای توصیف مدل درمانی ما مناسب تر است .

عدم تحمل بلاتکلیفی

عدم تحمل بلاتکلیفی مشخصه بنیادین مدل ما می باشد که به یک ویژگی سرشتی ناشی از یک سری باورهای منفی در مورد بلاتکلیفی و معانی ضمنی آن اشاره دارد . برای مثال ، افرادی که قادر به تحمل بلاتکلیفی نیستند ، بر این باورند که بلاتکلیفی فشار زا و نگران کننده می باشد، بلاتکلیفی در مورد وقایع آینده نا خوش آیند است ، وقایع غیر قابل پیش بینی ناگوارمی باشند و باید از آنها اجتناب کرد و همچنین بلاتکلیفی در توانایی عملکردی افراد دخالت می کند .اگر چه قبلا عدم تحمل بلاتکلیفی را به شیوه های مختلفی تعریف کردیم ، نتایج پژوهش ها به این مسئله اشاره دارند که واژه سرشتی به بهترین نحو ماهیت بنیادی عدم تحمل بلاتکلیفی را توصیف می کند ( همانند حساسیت اضطرابی که یک ویژگی سرشتی بالقوه برای ابتلا به اختلال هراس است . ). در دهه 1980 درمان های رفتاری و شناختی اختلال اضطراب فراگیر به طور کلی به دو مقوله تقسیم می شدند:

1)- فنون کلی کاهش اضطراب مثل آرام سازی پیشرونده عضلانی و آموزش مدیریت اضطراب .

2)- مداخلات شناختی نظیر بازسازی شناختی یا ارزیابی مجدد

اگر چه این مداخلات برای تعداد زیادی از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ثمربخش می باشد ، پیشینه پژوهشی و تجربه بالینی ما نشان می دهد که دستاورد این درمان ها در مراحل پیگیری طولانی مدت باقی نمی ماند . در باره مداخلات عمومی ( رایج ) کاهش اضطراب ، مانند آرام سازی پیشرونده عضلانی ، یافته های کارآزمایی بالینی حاکی از آن می باشند که فنون آرام سازی منجر به تغییرات قابل ملاحظه ای در علائم اختلال اضطراب فراگیر میشوند ، اما بیماران زیادی با علائم باقیمانده رها می شدند .یکی از این دلایل ممکن است این باشد که اگر چه شکل ها و تنوع زیادی برای شناخت درمانی اضطراب وجود دارد ، بیشترین تاکید بر ارزیابی مجدد احتمال و هزینه می باشد که با برآوردهای ترس مرتبط است. برای مثال بیماری را تصور کنید که نگران از دست دادن شغل اش است . این بیمارممکن است احتمال رخداد این مشکل را بیشتر از حد واقعی برآورد کند ( " اگر هر کاری را کامل انجام ندهم ، شغلم را از دست می دهم . ") . هیچ امیدی برای به دست آوردن شغل دیگری در صورت اخراج از شغل فعلی وجود ندارد ( " کارفرماهای دیگر می فهمند که من از شغلم اخراج شده ام ، بنابراین من را استخدام نمیکنند .") هنگام استفاده از شناخت درمانی ، درمانگر برای ارزیابی مجدد این افکار و رسیدن به برآوردهای واقع گرایانه تر در مورد احتمال از دست دادن شغل و عدم فرصت های استخدامی در شغل های دیگر ، به مراجع کمک می کند .طبق نظریه شناختی اضطراب ، ارزیابی مجدد احتمال و هزینه های پیامد مورد ترس ، منجر به کاهش نگرانی و اضطراب در مورد پیامد بالقوه می باشد . به ویژه ، بیمار ممکن است بر اساس یک مساله تصادفی نتیجه گیری کند ، اما عملکرد ناقص ، لزوما منجر به اخراج نمی شود و در صورت از دست دادن این شغل ، فرد با احتمال بیشتری قادر به یافتن شغل دیگری می باشد.هنگام استفاده از شناخت درمانی استاندارد برای بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ، متوجه مسائلی شدیم که انتظارش را نداشتیم ، به خصوص ، به دنبال ارزیابی مجدد احتمال و برآوردهای هزینه ، بیماران اغلب گزارش میکردند که نگرانی و اضطراب شان کاهش نیافته است . برای مثال ، بیماری در مورد برخاستن هواپیما ، احتمال سقوط آن را در طی مسافرت آتی این گونه ارزیابی مجدد کرده است : من می دانم که تنها در حدود یک در سه میلیون پرواز احتمال سقوط هواپیما وجود دارد ، اما تا زمانی که یک احتمال وجود دارد ، اهمیتی ندارد که چقدر کوچک باشد ، نمی توانم به آن بی توجه باشم و نگران نباشم . آن چه را که مرتبا در کار با بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تجربه کرده ایم ، این است که این افراد برای متوقف کردن نگرانی خود، نیاز به قطعیت مطلقی دارند که به آن ها این اطمینان را بدهد که یا واقعه معینی رخ نخواهد داد و یا قادر به مقابله با پیامدهای ناگوار احتمالی در آینده هستند. بنابراین ، با استناد به این موارد ، می توان نتیجه گرفت که شناخت درمانی استاندارد برای بیشتر افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از اثربخشی کافی برخودار نیست ، چون که ارزیابی مجدد شناختی ( به عبارت دیگر ، آن رویداد ناخوشایند احتمالا رخ نمی دهد و یا این فرد قادر به مقابله با رویداد ناخوشایند خواهد بود ) برای کمک به بیشتر بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ،‌جهت کاهش قابل توجه نگرانی و اضطراب شان در مورد یک واقعه ناکافی است . این دلایل مارا به این نتیجه رهنمون می سازد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ممکن است دچار عدم تحمل بلاتکلیفی باشند .

**اختصاصی بودن عدم تحمل بلاتکلیفی**

ما در پژوهش های اولیه خود ، ابتدا به بررسی رابطه بین عدم تحمل بلاتکلیفی و نگرانی مفرط در افراد غیر بالینی پرداختیم . از آنجا که نگرانی یک پدیده همگانی است ، پس احتمالا اگر عدم تحمل بلاتکلیفی در سبب شناسی اختلال اضطراب فراگیر نقش اساسی ایفا می کند ، احتمالا باید بتوان شاهد ارتباط بین عدم بلاتکلیفی و نگرانی افراد عادی هم باشیم . پژوهش های اولیه ما تایید کردند که عدم تحمل بلاتکلیفی و نگرانی در بین افراد غیر بالینی ارتباط معنا داری با هم دارند . همچنین ما می خواستیم مطمئن شویم که رابطه بین عدم تحمل بلاتکیفی و نگرانی واقعا از روابط نسبی آن ها با اضطراب و افسردگی ناشی نمی شود . یافته های پژوهش های اولیه نیز تایید کردند که بین عدم تحمل بلاتکلیفی و نگرانی مفرط ، رابطه مستقل و قوی ، بدون ارتباط نسبی با اضطراب و افسردگی وجود دارد .

جهت بررسی بیشتر موضوع اختصاصی بودن ، علاقمند بودیم که بدانیم آیا متغیر های شخصیتی مانند کمال گرایی و نیاز به کنترل که با نگرانی و اضطراب مرتبط هستند ، رابطه بین عدم تحمل بلاتکلیفی و نگرانی غیر بالینی را تحت تاثیر قرار می دهند . برای بررسی این سوال ارتباط بین نگرانی ، عدم تحمل بلاتکلیفی ، کمال گرایی و نیاز به کنترل را بررسی کردیم . همانطور که قابل انتظار بود ، نگرانی بیشتر مربوط به عدم تحمل بلاتکلیفی بود تا کمال گرایی و نیاز به کنترل . به علاوه ، رابطه ی بین عدم تحمل بلاتکلیفی و نگرانی تا حدزیادی مستقل از دیگر متغیر ها بودند ، در حالی که رابطه بین نگرانی ، کمال گرایی و نیاز به کنترل تا حد زیادی توسط عدم تحمل بلاتکلیفی توجیه می شدند .در واقع کمال گرایی ونیاز به کنترل زمانی می توانند نگرانی را پیش بینی کنند که عدم تحمل بلاتکلیفی کنترل شده باشد .از لحاظ نظری ، می توان نتیجه گرفت که کمالگرایی و نیاز به کنترل ، مولفه های اساسی الگوی شناختی اختلال اضطراب فراگیر نیستند . از لحاظ بالینی می توان این گونه نتیجه گرفت که برای افزایش تحمل بلاتکلیفی مراجعان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ، باید کمال گرایی و نیاز به کنترل آن ها را کاهش داد . ما همچنین علاقمند بودیم که بدانیم آیا عدم بلاتکلیفی بیشتر با نگرانی مرتبط است یا با علائم اضطرابی دیگر نیز ارتباط دارد . نتایج اکثر پژوهش ها ی انجام گرفته در این زمینه از رابطه اختصاصی بین عدم تحمل بلاتکلیفی و نگرانی حمایت می کند . اگر چه عدم تحمل بلاتکلیفی با علائم اضطرابی دیگرمرتبط است ، اما بدیهی است که انواع مختلف علائم اضطرابی ، دارای آسیب پذیری های مشترکی می باشند و به نظر می رسد که با نگرانی مفرط ، ارتباط قوی تری داشته باشند .برای مثال در یک نمونه غیر بالینی ، عدم تحمل بلاتکلیفی با نگرانی ارتباط قوی تری نسبت به وسواس های فکری و علائم هراس داشت . علاوه بر این ، به دلیل ارتباط قوی بین نگرانی و افسردگی ، ، روابط بین عدم تحمل بلاتکلیفی ، نگرانی و افسرگی را هم بررسی کردیم . نتایج نشان داد که اگر چه عدم تحمل بلاتکلیفی با افسردگی در افراد غیر بالینی مرتبط هستند ، ولی در مقایسه با نگرانی ، این ارتباط از شدت کمتری برخوردار بود . اگرچه ، نتایج یکی از پژوهش های غیر بالینی نشان داد که ارتباط بین عدم تحمل بلاتکلیفی و نگرانی نسبت به رابطه بین عدم تحمل بلاتکلیفی و زیر مجموعه های اختلال وسواسی – اجباری تفاوت معناداری با هم ندارند ولی در سایر پژوهش ها این نتیجه بارها مورد تایید قرار گرفت که عدم تحمل بلاتکلیفی به شکل ویژه ای با نگرانی مفرط در جمعیت غیر بالینی ارتباط دارد .

**مسیرهای عدم تحمل بلاتکلیفی منتهی به اختلال اضطراب فراگیر**

با توجه به حمایت یافته های پژوهشی از این فرضیه که عدم تحمل بلاتکلیفی یک عامل خطر علی برای اختلال اضطراب فراگیر محسوب می شود ، اکنون قصد داریم به این موضوع بپردازیم که چگونه عدم تحمل بلاتکلیفی منجر به اختلال اضطراب فراگیر می شود . به عبارت دیگر ، مسیرهای مختلف منتهی به عدم تحمل بلاتکلیفی کدامند ؟ پژوهش در مسیری که افراد مضطرب اطلاعات را از محیط خود پردازش می کنند ، توان بالقوه برای توضیح نقش عدم تحمل بلاتکلیفی در اختلال اضطراب فراگیر دارد . به طور خاص ، پژوهش های مربوط به سوگیری پردازش در افراد مضطرب ، به یک مسیر احتمالی اشاره دارد که عدم تحمل بلاتکلیفی به سطوح بالایی از نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر منجر می شود . به ویژه ، این پژوهش ها نشان می دهند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تمایل اغراق آمیزی به تفسیرهای تهدید آمیز اطلاعات مبهم دارند . بیماران هنگام مواجهه با موقعیت دو یا چند پیامد ، احتمال وقوع پیامد منفی را بیشتر برآورد می کنند .برای مثال ، اگر این افراد یک پرواز متلاطمی را تجربه کنند ، بیشتر تمایل دارند که این موقعیت را اینگونه تفسیر کنند که هواپیمای آن ها سقوط خواهد کرد یا این که اگر تاکسی به طور موقت در ترافیک بماند ، آن ها حتما دیر به جلسه خواهند رسید .

تمایل به تفسیر های تهدید آمیز از اطلاعات مبهم در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ، احتمالا ناشی از عدم تحمل بلاتکلیفی است . در واقع ، باورهای منفی آن ها در باره عدم تحمل بلاتکلیفی منجر به تفسیر های تهدیدآمیز از اطلاعات نامشخص و مبهم می شود . به عبارت دیگر ، عدم تحمل بلاتکلیفی یک عامل علی برای ایجاد سوگیری تفسیری در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر محسوب می شود . پس این مساله مشخص می کند که در افراد غیر بالینی ، احتمالا عدم تحمل بلاتکلیفی ریشه تفسیرهای سوگیرانه اطلاعات مبهم را به عهده داشته باشد . این نتیجه گیری در راستای نظریه آسیب شناسی شناختی می باشد که بیان می کند باورهای بنیادی ( و نه علائمی مانند اضطراب یا افسردگی ) تاثیرمستقیمی بر روش پردازش اطلاعات از محیط ما دارد . بنا براین ، یک مسیر احتمالی از عدم تحمل بلاتکلیفی به اختلال اضطراب فراگیر می توان این باشد که " افراد با عدم تحمل بلاتکلیفی بالا،تمایل نیرومندی به ایجاد تفسیرهای تهدید آمیز از اطلاعات مبهم دارند که ممکن است به سطوح فزاینده نگرانی و اضطراب در مورد معانی ضمنی تفسیرهایشان منجر گردد .

**پژوهش های اولیه در باره باورهای مثبت در مورد نگرانی**

در پژوهش های اولیه ، باورهای مثبت در باره نگرانی را در دوطبقه مورد ارزیابی قرار دادیم : 1) نگرانی می تواند از پیامدهای منفی پیشگیری کند یا ان ها را به حداقل برساند ( تقویت منفی ) و 2) نگرانی یک عمل مثبت ، برای یافتن راه حل می باشد( تقویت مثبت). افراد غیر بالینی که بعضی از ملاک های اختلال اضطراب فراگیر را تجربه کرده اند ، نسبت به افراد غیر بالینی که هیچ یک از علائم این اختلال را نداشته اند ، باورهای مثبت بیشتری را گزارش کردند . همچنین متوجه شدیم که رابطه بین باورهای مثبت وسطح نگرانی ، مستقل از اضطراب و افسردگی می باشد .نتایج تلویحی این پژوهش بر این مساله دلالت دارد که باورهای مثبت در باره نگرانی ، مشارکت منحصر به فردی در تبیین میزان نگرانی افراد دارد . در پژوهش دوم ، به باورهای مثبت تقریبا یکسانی در باره نگرانی دست یافتیم و متوجه شدیم که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ، باورهای قوی تری را نسبت به افراد غیر بالینی با نگرانی متوسط گزارش کردند . سپس این باورهای مثبت را در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ، سایر اختلال های اضطرابی و افراد غیر بالینی بررسی کردیم . اگرچه افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نسبت به افراد غیر بالینی ، باورهای مثبت بیشتری را گزارش کردند ، اما هر دو گروه بالینی ، سطوح مشابهی از این باورها را گزارش نمودند . نتایج تلویحی این پژوهش بر این مساله دلالت دارد که اگر چه افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نسبت به افراد مبتلا به سایر اختلال های اضطرابی ، سطوح بالاتری از نگرانی را دارند ، اما از لحاظ باورهای مثبت در باره نگرانی ، تفاوت معنا داری با هم نداشتند . مقایسه بین افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با افراد مبتلا به اختلال هراس از لحاظ میزان باورهای مثبت در باره نگرانی نیز در حمایت از یافته فوق بود و به این نکته اشاره دارد که باورهای مثبت در باره نگرانی یک ویژگی بالینی افراد مضطرب در مقابل یک ویژگی خاص اختلال اضطراب فراگیر می باشد .

اگر باورهای مثبت در مورد نگرانی ، یک ویژگی اختصاصی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نمی باشند ، چرا این باورها یکی از مولفه های الگوی شناختی ما محسوب می شوند ؟ در پاسخ به این سوال می توان این گونه بیان کرد که اختصاصی بودن و علیت ، سازه های متفاوتی هستند ( معمولا افراد این دورا با هم اشتباه می گیرند ) . از طرف دیگر ، اگر چه باورهای مثبت در باره نگرانی ، منحصرا مربوط به اختلال اضطراب فراگیر نیست ، ولی می تواند در ایجاد و تداوم این اختلال نقش بسزایی ایفا کند . در واقع ، برای اختصاصی بودن یک مدل برای یک اختلال ، وجود یک مولفه اختصاصی لازم است ، اما لزوما نیازی به اختصاصی بودن همه مولفه ها نیست . همان طور که قبلا بیان کردیم ، بر اساس این مدل ، عدم تحمل بلاتکلیفی اختصاصی ترین مولفه برای اختلال اضطراب فراگیر است .

**پژوهش های تخصصی در باره باورهای مثبت**

در تلاش برای دستیابی به درک مفید ، جامع و بالینی باورهای مثبت در مورد نگرانی ، آن ها را در پنج طبقه مفهوم بندی کردیم : 1) نگرانی به یافتن راه حل هایی برای مشکلات کمک می کند ، 2) نگرانی ، انگیزه افراد را برای انجام دادن فعالیت ها افزایش می دهد 3) نگرانی قبل از وقوع احتمالی وقایع ناخوشایند ، هیجان ها و واکنش های منفی مانند ناامیدی ، غمگینی و یا احساس گناه را هنگام وقوع رویدادهای ناخوشایند ، کاهش می دهد 4) نگرانی به خودی خود ، وقوع حوادث ناگوار را کاهش می دهد ( این طرز فکر را تفکر جادویی یا همجوشی فکر – عمل می گویند ) و 5) نگرانی یک صفت شخصیتی مثبت است . بعد از مفهوم سازی باورهای مثبت در قالب این پنج طبقه ، پرسشنامه ای طراحی و اعتباریابی کردیم تا این پنج باور مثبت در مورد نگرانی را اندازه گیری کند . نتایج برخی از پژوهش ها در مورد باورهای مثبت در افراد غیربالینی نشان می دهند که ترکیب این باورهای نگرانی مفرط و غیر قابل کنترل را پیش بینی می کند . از میان این باورهای مثبت ، باور شماره پنج ( نگرانی یک صفت شخصیتی مثبت است ) ، بهترین پیش بین کننده ی نگرانی مفرط در جمعیت عمومی به شمار می آید . در نمونه های بالینی ، نتایج یک پژوهش اخیر چاپ نشده ، نشان می دهد که در پایان درمان شناختی رفتاری برای اختلال اضطراب فراگیر ، چهار تا از این پنج باور مثبت ، به طور معناداری ، کاهش یافته اند .تنها باور دوم ( نگرانی ، انگیزه افراد را برای انجام دادن فعالیت ها افزایش می دهد ) در طی درمان شناختی رفتاری ، تغییر پیدا نکرد . نکته قابل توجه این بود که بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر که درمان های دیگری مانند ، آرام سازی کاربردی ، دریافت کرده بودند ، هیچ تغییری در باور مثبت آن ها در باره نگرانی مشاهده نشده بود . بنابر این ، با توجه به این پژوهش می توان این گونه استنباط کرد که باورهای مثبت در باره نگرانی ، فقط در صورتی تغییر می یابند که مستقیما توسط درمانگر و مراجع مورد توجه قرار گیرند .

به طور خلاصه ، نتایج برخی از پژوهش های غیر بالینی و بالینی نشان می دهند که باورهای مثبت در مورد نگرانی با سطح نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر مرتبط می باشد . اگر چه ما معتقدیم که این باورها در ایجاد و تداوم اختلال اضطراب فراگیر نقش مهمی دارند ، اما مشخص شدن ماهیت رابطه این باورها با اختلال اضطراب فراگیر ، مستلزم انجام پژوهش های آزمایشی و طولی در آینده می باشد .

**جهت گیری منفی نسبت به مشکل**

طبق مدل های رایج در باره حل مساله ، فرایند حل مساله شامل دو مرحله می باشد : 1)جهت گیری نسبت به مشکل 2) مهارتهای حل مساله . جهت گیری نسبت به مشکل ، به چارجوب شناختی کلی فرد هنگام مواجه با یک مشکل اشاره دارد. جهت گیری نسبت به مشکل شامل درک مشکلات ، ارزیابی از خود به عنوان حل کننده مساله و انتظارات مربوط به پیامدهای حل مساله می شود . از طرف دیگر ، مهارتهای حل مساله به مهارتهای واقعی اشاره دارد که لازمه حل موفقیت آمیز مسائل روزمره می باشد . این مهارتها عبارتند از : 1) تعریف مشکل و فرمول بندی اهداف حل مساله 2) ارائه راه حل های متنوع 3) انتخاب یک راه حل و 4) اجرای راه حل برگزیده و ارزیابی اثربخشی آن .

نتایج پژوهش ها نشان می دهند .که نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر ، ارتباط تنگاتنگی با جهت گیری منفی نسبت به مشکل دارد ، اما با مهارتهای حل مساله ارتباط چندانی ندارد . در واقع اگر چه افراد مبتلال به اختلال اضطراب فراگیر دانش حل مشکلات خود را دارند ، اما به علت داشتن چارچوب شناختی منفی در باره مشکلات هنگام مواجه با آن ها به سختی می توانند خودشان را برای استفاده از دانش حل مسئله قانع کنند . این بیماران ، مشکل را به عنوان یک عامل تهدید می بینند ، در توانایی حل مسئله (علیرغم دارا بودن این دانش ) خود تردید می کنند و در مورد پیامدهای حل مسئله بدبین می باشند . بدین سان ، سومین مولفه مدل شناختی ما از اختلال اضطراب فراگیر ، جهت گیری منفی نسبت به مشکل است .

**پژوهش های پرسشنامه ای مربوط به حل مساله**

در پژوهش های اولیه ، به بررسی رابطه بین حل مساله و نگرانی در بین افراد غیر بالین با استفاده از پرسشنامه های خودسنجی پرداختیم .نتایج هر دو پژوهش نشان دادند که اگر چه میزان نگرانی با جهت گیری منفی نسبت به مشکل ارتباط قوی داشت ، اما با دانش مهارتهای حل مساله ارتباطی نداشت .در اولین پژوهش ، یافته نشان دادند که هنگامی که اضطراب و افسردگی از لحاظ آماری کنترل شدند ، جهت گیری منفی نسبت به مشکل ، نگرانی را پیش بینی می کند . به عبارت دیگر ، رابطه بین جهت گیری منفی نسبت به مشکل و نگرانی ، مستقل از اضطراب و افسردگی است . در پژوهش دوم با اضافه کردن متغیر عدم تحمل بلاتکلیفی به پژوهش فوق ، نتایج پژوهش همچنان از اختصاصی بودن رابطه بین جهت گیری منفی نسبت به مشکل و نگرانی مفرط حمایت می کرد .به ویژه هنگامی که اضطراب ، افسردگی و عدم تحمل بلاتکلیفی از لحاظ آماری کنترل شده بودند ، همچنان جهت گیری منفی نسبت به مشکل با نگرانی ارتباط تنگاتنگ داشت . با فرض این که جهت گیری منفی نسبت به مشکل با بعضی ویژگی هی شخصیتی مانند بدبینی ، مهارت خود تسلطی پایین و روان رنجوری همپوشانی دارد ، اخیرا روابط ان ها را با نگرانی مفرط بررسی کردیم . بر اساس مدل ما ، ارتباط جهت گیری منفی نسبت به مشکل ونگرانی ، مستقل از همه ویژگی های شخصیتی فوق الذکر می باشد . به عبارت دیگر ، جهت گیری منفی نسبت به مشکل ، سهم ویژه ای در پیش بینی نگرانی دارد که این مساله را به سادگی نمی توان توسط ویژگی های عمومی شخصیت مانند بدبینی ، مهارت خودتسلطی پایین و روان رنجوری تبیین کرد . نتایج مهم دیگر این پژوهش این است که جهت گیری منفی ، نسبت به افسردگی ، نگرانی را بیشتر پیش بینی می کند . هنگامیکه ویژگی های شخصیتی ذکر شده در بالا، کنترل می شوند . بنابراین ، اگر چه جهت گیری منفی نسبت به مشکل ، علائم افسرگی را پیش بینی می کند ، ولی به نظر می رسد که تمایل بیشتری به پیش بینی نگرانی دارد . در واقع نتایج اکثر پژوهش های غیر بالینی انجام شده در این زمینه نشان می دهند که جهت گیری منفی نسبت به مشکل ، یک شاخص حساس .و ویژه از نگرانی مزمن و مفرط است .

**پژوهش مصاحبه ای مربوط به حل مساله**

طبق مدل حل مساله افراد ماهر در حل مساله در صورتی که جهت گیری منفی نسبت به مساله داشته باشند ، مساله گشاهای کار آمدی نخواهند بود ، چون جهت گیری منفی نسبت به مساله ، می تواند در کاربرد مناسب مهارتهای حل مساله فرد دخالت کند . این مساله برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مساله قابل توجهی به نظر می رسد . اگر چه ، نتایج پژوهش ها نشان می دهند که این افراد از نظر مهارت های حل مساله مشکلی ندارند و تقریبا مشابه افراد غیر بالینی هستند ، اما تجارب بالینی اظهار می کند که اغلب آن ها در برخورد با مشکلات نسبتا کوچک روزانه ، دچار مشکل می باشند .اما واقعا چگونه جهت گیری منفی نسبت به مشکل ، مهارت های حل مساله فرد را تحت تاثیر قرار می دهد ؟آیا همیشه جهت گیری منفی نسبت به مشکل در حل موفقیت آمیز مشکلات روزمره دخالت می کند یا این جهت گیری تنها در موقعیت معینی تاثیر گذار میباشد ؟ آیا جهت گیری منفی نسبت به مشکل ، مانع به کارگیری همه مهارت های حل مساله می شود یا تنها در یک زیر مجموعه از مهارت ها مداخله گرمی باشد ؟ به طور کلی ، در مصاحبه حل مساله از شرکت کنندگان درخواست میشود که آن چه را که در هر مرحله از فرایند حل مساله انجام می دهند توصیف کنند ( تعریف مشکل ، فرمول بندی هدف ،‌ارائه راهه حل های پیشنهادی ، اتخاذ تصمیم و اجرای راه حل انتخاب شده و بازبینی اثر بخشی راه حل اجرا شده ) همچنان شرکت کنندگان باید فرایند حل مساله را برای دو مشکل مختلف توصیف کنند : یک مشکل فرضی و یک مشکل واقعی در زندگی روزمره ، در یک پژوهش از شرکت کنندگان غیر بالینی درخواست کردیم که مصاحبه حل مساله ومجموعه ای از پرسشنامه ها که شامل پرسشنامه جهت گیری منفی نسبت به مشکل و مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی بود را کامل کنند . نتایج این پژوهش نشان داد که داشتن جهت گیری منفی نسبت به مشکل با عملکرد ضعیف حل مساله در موقعیت های معین ارتباط دارد . در واقع ، نتایج این پژوهش ها مار را به سمت سه استباط کلی در باره مدل پیشنهادی ، رهنمون می سازد .نخست ، صرف نظر از سطوح عدم بلاتکلیفی شرکت کنندگان جهت گیری منفی نسبت به مشکل با عملکرد افراد در تمام گامهای حل مساله در مواجهه با مشکلات فرضی مرتبط نمی باشد . دوم ، برای شرکت کنندگان با سطوح پایین عدم تحمل بلاتکلیفی ، جهت گیری منفی نسبت به مشکل با عملکرد ضعیف در یک گام حل مساله ) یعنی ، اتخاذ راه حل از بین راه حل های پیشنهادی یا همان تصمیم گیری ) در مواجهه با مشکلات واقعی زندگی روزمره ارتباط دارد . سرانجام در شرکت کنندگان با سطوح بالای عدم تحمل بلاتکلیفی ، جهت گیری منفی نسبت به مشکل با عملکرد ضعیف در تمام گام های حل مساله برای مشکلات واقعی زندگی ، همراه می باشد . بنابراین ، می توان این گونه نتیجه گرفت که در صورت بالا بودن عدم تحمل بلاتکلیفی ، جهت گیری منفی نسبت به مشکل در کاربرد مناسب مهارت های حل مساله دخالت می کند . با توجه به این که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ، معمولا دارای سطوح بالای عدم تحمل بلاتکلیفی هستند ، احتمالا جهت گیری منفی آنها نسبت به مشکل ، تاثیر منفی بر بکارگیری توانایی شان در برخورد با مشکلات زندگی روزمره داشته باشد .

**راهبردهای اجتناب شناختی ضمنی**

از اواخر دهه 1980 ، توماس بورکووک ، پژوهشگر دانشگاه ایالتی پنسیلوانیا ، ماهیت اجتنابی نگرانی را مورد بررسی قرار داده است . نتایج پژوهش های انجام شده توسط بورکووک ، نشان می دهد که راهبردهای اجتنابی ضمنی به افراد این فرصت را می دهد که از محتوای شناختی تهدید آمیز اجتناب کنند و همچنین این راهبردها ، برانگیختگی فیزیولوژیکی ناخوشایند را کاهش می دهند . در اواخر دهه 1980 و اوایل ا990 ، بورکووک مشاهده کرد که اساسا نگرانی ، نوعی فعالیت ذهنی کلامی – زبان شناختی است . در واقع ، نگرانی به عنوان یک فرایند کلامی ، جایگزین تصاویر ذهنی ناخوشایند می شود . همچنین به نظر می رسد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در مقایسه با افراد غیر مضطرب ، تصاویر ذهنی ناخوشایند کمتری تجربه می کنند . نتایج یک پژوهش نشان داد که تصاویر ذهنی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیردر طی درمان موفقیت آمیز ، افزایش پیدا کرده و بار هیجانی منفی این تصاویر ذهنی ناخوشایند کاهش می یابد .

**راهبردهای اجتناب شناختی آشکار**

شواهد محکم پژوهش نشان می دهد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر علاوه بر این که از راهبردهای اجتناب شناختی ضمنی مانند اجتناب خودکار از تصاویر ذهنی تهدید آمیز استفاده می کنند ، راهبردهای اجتناب شناختی آشکار یا ارادی را نیز به کار میگیرند .این موارد شامل راهبردهای ارادی زیر می باشند 1- سرکوب کردن افکار نگران کننده 2- جایگزینی افکار خنثی یا مثبت به جای افکار نگران کننده 3- استفاده از حواس پرتی به عنوان روشی جهت توقف افکار نگران کننده و 4- اجتناب از موقعیت های برانگیزاننده افکار نگران کننده . یافته های اخیر نشان می دهند که هر چهار راهبرد اجتناب شناختی فوق ، به صورت مستقلی با نگرانی مفرط و فاجعه انگیز مرتبط هستند .

**نگرانی در اختلال اضطراب فراگیر**

با توجه به این که مفهوم نگرانی مفرط ،ذهنی و به شدت وابسته به شرایط زندگی فرد است ، مهم است که ابتدا به سنجش عوامل استرس زا ، تغییرات و یا مشکلات موجود در زندگی مراجع بپردازیم . این موضوع از اهمیت بالایی برخوردار است ، زیرا دور از انتظار نیست که مراجع به خاطر عوامل استرس زای اخیر ، نگرانی زیادی را تجربه کند . به عنوان مثال ، مراجعی را تصور کنید که بیش از حد نگران سلامتی مادرش باشد ، اما اگر مادرش به تازگی مبتلا به یک بیماری لاعلاج شده شده است یا در فهرست انتظار برای عمل جراحی در آینده ای نزدیک باشد ، سطح نگرانی که مراجع تجربه می نماید ، می تواند با توجه به وضعیت فعلی اش ، طبیعی باشد . به همین دلیل ، باید از مراجعان در مورد عوامل استرس زای احتمالی ، شامل مسائل خانوادگی ، روابط بین فردی ، سلامت جسمانی ، مسائل مالی ، شغلی و تحصیلی ، بررسی های لازم به عمل آید . علاوه بر این ، باید در باره رویدادهای مثبت نیز از مراجعان سوال شود ( برای مثال نقل مکان ، فارغ التحصیل شدن از مدرسه یا دانشگاه ، ازدواج ) . این تحولات می تواند استرس زا باشند .وطبیعی است که افراد در رابطه با این رویداد ، نگرانی بیشتری را تجربه کنند . حال که سطوح نگرانی ، اغلب در مواجه با عوامل استرس زای زندگی روزمره افزایش می یابد ، چگونه می توان تعیین کرد که آیا نگرانی مراجع مفرط است یا نه ؟ چندین سوال مفید و خاص وجود دارد که می تواند به این موضوع بپردازد . از آنجا که مشخصه اختلال اضطراب فراگیر ، نگرانی در مورد چند رویداد یا فعالیت است ،‌متخصصان بالینی باید به سراغ هر یک از حوزه های مهم زندگی مراجع بروند تا سر نخی از فراوانی و مفرط بودن نگرانی مشاهده کنند . این موارد ، شامل مسائل خانوادگی ، روابط بین فردی ، شغل ، تحصیلی ، سلامتی ، اقتصادی و مسائل جزئی روزانه می شود . یعنی در عمل ، متخصصان بالینی باید سعی کنند در مورد نگرانی مراجعان ، در باره هر موضوع در شش ماه گذشته ، اطلاعات حاصل کنند . سنجش نگرانی اختلال اضطراب فراگیر ، علاوه بر فراوانی و مفرط بودن ، باید شامل ارزیابی احساس عدم کنترل مراجع بر نگرانی خود نیز باشد . افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ، اغلب اوقات نگرانی های خود را خارج از کنترل توصیف می کنند ، به این صورت که یک نگرانی خاص ( اگر یک روز دچار تصادف شود، چه اتفاقی می افتد ؟ ) سبب ایجاد نگرانی دیگر می شود ( اگر این تصادف خیلی وحشتناک باشد و من بهبود پیدا نکنم ، چه اتفاقی می افتد ؟ برای بچه هایم چه اتفاقی می افتد ؟ ) و به همین ترتیب ، یک زنجیره ای از نگرانی راه اندازی می شود که منجر به ایجاد احساس عدم کنترل مراجع می گردد . اثر زنجیره ای و احساس غیر قابل کنترل بودن نگرانی ، مشخصه اختلال اضطراب فراگیر است که می توان آن را مثل یک قطار باری توصیف کرد . بنابراین متخصص بالینی باید این سوالات را در مورد هر موضوع نگران کننده ای بپردازد . این مساله نه تنها برای تشخیص اختلال اضطراب فراگیر مفید است ، بلکه برای کمک به تشخیص افتراقی نیز مهم است . از آن جایی که افراد مبتلا به سایر اختلال های اضطرابی ، عموما نگرانی هایی را در ارتباط با ترس های اصلی خود گزارش می کنند ، کسب اطمینان از این که مراجع واقعا در مورد تعدادی از موضوع ها نگران است ، از ضرورت خاصی برخوردار است .

**آُسیب و پریشانی**

ملاک نهایی مورد نیاز برای تشخیص اختلال اضطراب فراگیر ، بروز معنا دار پریشانی و افت عملکرد است . این مساله قطعا می تواند به سادگی و با پرسش از مراجعان در باره تجربه پریشانی و افت عملکرد خفیف ، متوسط و یا شدید تعیین گردد. از آنجا که دیدگاه بسیاری از این افراد این است که آن ها " نگران به دنیا آمده اند " تصور زندگی بدون نگرانی مفرط ، می تواند برای آن ها مشکل باشد . به همین دلیل ، برای درمانگران داشتن درک درستی از تاثیر منفی نگرانی در زندگی مراجع مهم خواهد بود ، زیرا این اطلاعات می تواند در درمان مورد استفاده قرار گیرد .

به طور خلاصه ، هنگام تشخیص اختلال اضطراب فراگیر ، جنبه های متعدد ی برای بررسی وجود دارد که طولانی ترین آنها ، سنجش نگرانی است. از آنجایی که نگرانی یک پدیده همگانی می باشد ، مهم است که از افراطی بودن و کنترل ناپذیر بودن آنها مطمئن شوید و آنها را در ارتباط با چندین رویداد مختلف روزمره زندگی مشاهده کنید. علاوه بر این ، نگرانی باید مزمن و طولانی مدت باشد و تنها نتیجه عوامل فشارزای بیرونی نباشد. جزئیات شرح داده شده در این باره را می توان اغلب در یک مصاحبه بالینی نسبتا طولانی به دست آورد . به خصوص هنگامی که زمانی برای گردآوری اطلاعات خاص در مورد هر موضوع عمده نگرانی در نظر گرفته شود.

**تشخیص نادرست علائم اختلال اضطراب فراگیر**

مشکل شایع دیگر در تشخیص ، برچسب زنی این اختلال است زمانیکه واقعا وجود ندارد . یک دلیل عمده این مشکل مربوط به واژه های بهداشت روان در زبان رایج است یعنی رفته رفته مراجعان بیشتری اضطراب بالا را به عنوان "حمله هراس " دوره هایی از خلق پایین را به عنوان " افسردگی " و فکر و خیال را به عنوان " وسواس فکری " توصیف خواهند کرد . در مورد اختلال اضطراب فراگیر ، همانطور که برای مراجعان رایج است که نگرانی های خود را ترس بنامند ، همچنین برای مراجعان مبتلا به سایر اختلال های اضطرابی و خلقی رایج است که عنوان کنند : "من در مورد بسیاری از چیزهای مختلف نگرانم» " . به همین دلیل ، درمانگران همیشه به پرسیدن سوال فرعی از مراجعان درباره نگرانی هایشان نیاز دارند.

**تشخیص افتراقی**

در میان تمامی اختلال های اضطرابی ، اختلال اضطراب فراگیر می تواند یکی از فریبنده ترین تشخیص ها باشد . حتی در کلینیک اختلال های اضطرابی که درمانگران انتظار دارند با این اختلال مواجه شوند اختلال اضطراب فراگیر یک تشخیص آشکار نیست . این مسئله برای درمانگران در موقعیت های غیر تخصصی ، میتواند بیشتر از یک چالش تشخیصی باشد و این مشکل زمانی بغرنج تر میشود که پزشکان مراجعان مضطرب را برای درمان روانشناختی ارجاع می دهند و فقط به یادداشت " اضطراب فراگیر " بسنده می کنند . درچنین مواردی برچسب اضطراب فراگیر می تواند به هر یک از اختلال های اضطرابی نه لزوما اختلال اضطراب فراگیر نسبت داده شود . به همین دلیل داشتن برخی دستورالعمل ها برای کمک به تشخیص افتراقی اختلال اضطراب فراگیر نسبت به سایر احتلال های اضطرابی مفید است .

**خود بیمار انگاری (‌اضطراب تندرستی )**

این اختلال به عنوان یکی از اختلال های جسمانی شکل طبقه بندی شده است . البته به ان اضطراب تندرستی نیز اطلاق میشود . این اختلال شامل اشتغال ذهنی مفرط در باره ابتلا به یک بیماری جدی است . این اختلال ناشی از سوء تعبیر علائم جسمانی و احساس های بدنی است . به عنوان مثال ، سرفه مداوم یا یک برآمدگی کوچک در بخشی از بدن ممکن است به اشتباه به عنوان نشانه هایی از سرطان تفسیر شود . افراد مبتلا به خود بیمار انگاری مکررا با پزشکان متخصص در مورد بیماری های مورد نظرشان مشورت می کنند ، هر چند اطمینانی که از این ملاقات پیدا می کنند عموما کوتاه مدت است و همچنان بر این باور پافشاری می کنند که به این بیماری مبتلا شده اند و پزشکان قادر به تشخیص ان نیستند . اما در اختلال اضطراب فراگیر افراد دائما نگران ابتلا به یک بیماری لاعلاج در آینده هستند بنابراین تمرکز بر امکان ابتلا به این بیماری است . در خود بیمار انگاری ، افراد اعتقاد راسخ دارند که این بیماری قبلا ایجاد شده است و از این رو مشاوره های پزشکی متعددی برای شناسایی و شروع درمان بیماری مورد ترس انجام داده اند .

افراد مبتلا به خود بیمار انگاری تمایل به فاجعه سازی هر گونه تغییر جسمی به عنوان شواهدی بر یک بیماری جدی دارند. در مشاوره های پزشکی ، ممکن است افراد مبتلا به خود بیمار انگاری در موقعیت های متعدد ، تست های مشابهی را انجام دهند به این دلیل که اعتقاد دارند که به یک بیماری خاص مبتلا هستند اما شناسایی نشده است. اغلب معاینه های پزشکی ناشی از نگرانی های بیهوده یا جزئی است. اگر چه افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نیز به طور مرتب با پزشکان متخصص مشورت میکنند ، احتمال کمتری دارد که چندین بار آزمایش های همسان را انجام دهند. در خود بیمار انگاری ، همه این رفتارها ، اطمینان خاطر کمی را ایجاد میکند.

**اختلال اضطراب اجتماعی**

این اختلال با ترس شدید از موقعیت های اجتماعی یا عملکردی مشخص میشود که امکان دارد در آن موقعیت ، فرد مورد قضاوت یا فکر منفی از جانب دیگران قرار گیرد. افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی تمایل به اجتناب قابل توجهی از موقعیت های اجتماعی اضطراب زا دارند و عموما زمانیکه رویداد یا فعالیت اجتماعی قریب الوقوع را پیش بینی میکنند اضطراب شدیدی را تجربه می نمایند. این اختلال میتوانند خود را در موقعیت های مختلفی که در آنها فرد ممکن است در معرض قضاوت و یا مشاهده دیگران قرار گیرد از جمله مهمانی ها ، همایشهای تجاری ، گفتگوهای تک به تک یا جاهای شلوغ بروز دهد. این اختلال به دلیل نا همگنی موقعیت های اضطراب زا و نگرانی در مورد این موقعیت ها پیش از مواجهه با آنها کاملا مشابه اختلال اضطراب فراگیر میباشد . همانند خود بیمار انگاری ، اگر نگرانی ها به ارزیابی منفی دیگران در شرایط اجتماعی محدود شود ، احتمالا تشخیص اختلال اضطراب فراگیر موجه نخواهد بود. تمایز اصلی ، بین اختلال اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی ، زمینه ترس است.

**اختلال وسواسی – اجباری**

این اختلال یکی از اختلال های اضطرابی است که با حضور وسواس های فکری یا عملی که باعث مزاحمت و آشفتگی قابل توجه می شود مشخص میگردد . از آنجا که وسواس های فکری شامل : افکار مزاحم و عود کنننده هستند بعضی اوقات ممکن است کاملا مشابه نگرانی های اختلال اضطراب فراگیر به نظر برسند . وسواس های عملی آشکار ، مانند شستشوی افراطی ويا، لمس کردن یا ضربه زدن به اشیاء به شیوه آیین مند و یا وارسی بیش از حد قفل ها و وسایل خانگی جزء جدایی ناپذیر اختلال وسواسی اجباری می باشند . به این ترتیب اگر مراجعان این نوع از وسواس های عملی آشکار را تایید کننند تشخیص اختلال وسواسی اجباری از توجیح بیشتری برخوردار است با این حال افراد مبتلا به این اختلال نیز می توانند وجود وسواس های فکری را بدون وسواس عملی تجربه کنند . تمایز بین این دو میتواند به طور موثر با پرس وجو از مراجعان در مورد ابعاد مختلف افکارشان انجام شود .

اولاً ، محتوای نگرانی ها بیشتر در مورد وقایع زندگی روزمره و واقعی می باشند به عنوان مثال عملکرد در محیط کار یا مدرسه ، تحصیلی ، روابط بین فردی . در مقابل افکار وسواسی معمولا غیر عادی یا نامناسب به نظر میرسند . مانند افکار جنسی یا کفر آمیز.

دوماً ، افکار وسواسی در مراجع ، ناخواسته و مزاحم هستند به این معنا که به شکل بسیار ناخوش آیند و ناراحت کننده تجربه میشوند و به طور معمول مراجع تلاش زیادی برای مقاومت یا اجتناب از افکار دارد . این وضعیت مشابه نگرانی های اختلال اضطراب فراگیر می باشد . به طور معمول محتوای نگرانی ها نامناسب نموده و بسیار خود همخوان هستند و دارای کارکرد مثبت تلقی میشوند . در نهایت ، محتوای وسواس های فکری ماهیتی ایستا دارند به این معنی که افراد مبتلا به این اختلال معمولا فکر ، تصویر یا تکانه ناراحت کننده یکسان و مشابه ایی را تجربه می کنند در مقابل نگرانی ها تا حد زیادی ماهیت پویا دارند محتوای آنها روز به روز تغییر خواهند یافت و به طور مستمر همانند یک سناریو در حال تحول ، تجربه میشوند .

**اختلال افسردگی اساسی و اختلال افسرده خویی**

اختلال افسردگی اساسی ، با احساس های دیر پای غم و فقدان علاقه به فعالیت هایی لذت بخش گذشته ، به مدت حداقل دو هفته مشخص می شود . اختلال افسرده خویی شکل مزمن تر افسردگی است که شدت کمتری دارد و نشانه ها باید حداقل به مدت دو سال حضور داشته باشند . دو دلیل اصلی وجود دارد که بیانگر چالش زا بودن این اختلال ها و اختلال اضطراب فراگیر است . اولا ، در علائم جسمانی همپوشانی وجود دارد . به ویژه نشانه های جسمانی اختلال اضطراب فراگیر ، مانند عدم تمرکز مشکلات خواب و خستگی زود هنگام در افسردگی یا افسرده خویی وجود دارند . دوما ، افراد افسرده یا افسرده خو ، مستعد نشخوارهای فکری باشند .منظور از نشخوارهای فکری تمرکز منفعل و تکراری بر پریشانی است . این نوع فرایند فکر سازی ، می تواند شباهت بسیاری با نگرانی اختلال اضطراب فراگیر داشته باشد . علاوه بر این ، اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی غالبا به عنوان یک رویداد همزمان تشخیص داده می شوند .به همین دلیل ، تعیین این که آیا مراجعان از یکی یا هر دو اختلال رنج می برند ، از اهمیت خاصی برخوردار است تا بتوان راهبردهای درمانی مناسبی اتخاذ نمود . افراد نگران ، تمایل به تمرکز بر رویدادهای منفی بالقوه در آینده دارند . ( یعنی اتفاقات ناخوشایند ی که ممکن است رخ دهند . ) در حالی که افراد دچار نشخوارهای فکری ، تمایل به تمرکز بر رویدادهای منفی دارند که در گذشته رخ داده است (‌یعنی اتفاقات ناخوشایندی که قبلا اتفاق افتاده اند ) . با این حال ، تمایز بین نگرانی یا نشخوار فکری ، به تمرکز مراجع بر موضوع مورد نظر بستگی دارد . یعنی ، اگر فرد در حال فکر کردن به یک رویداد گذشته ، برای پیشگیر از پیامدهای آینده آن باشد ، این مساله ممکن است در واقع یک نگرانی باشد ، در حالی که اگر فرد زمان زیادی را صرف یک رویداد ، به عنوان نمونه دیگری از شکست می کند . بیشتر منعکس کننده نشخوار فکرس است . مانند اختلال های دیگر ، بهترین راه برای اطمینان از تشخیص اختلال اضطراب فراگیر ، کسب اطلاعات دقیق در مورد محتوای افکار مراجع و دلایل زیر بنای مزاحم آن ها می باشد . به طور خلاصه ، تشخیص افتراقی اختلال اضطراب فراگیر می تواند کاملا چالش بر انگیز باشد . این چالش تنها به خاطر گنجاندن ملاک های نسبتا ذهنی این اختلال در DSM-IV نیست ( یعنی ، نگرانی مفرط و غیر قابل کنترل ) ، بلکه به درجات بالای همبودی بین اختلال اضطراب فراگیر اختلال های دیگر مربوط است . به همین دلیل ، اختصاص زمان برای سنجش کامل محتوای فکر مراجعان از اهمیت بالایی برخوردار است . اگر چه ممکن است فرایند ارزیابی طولانی به نظر برسد ، اطلاعات به دست آمده هم برای درمانگران و هم برای مراجعان فوق العاده ارزشمند است هنگامی که تشخیص مرط شده به درستی منعکس کننده علائم مراجعان باشد ، درمانگران احساس اطمینان می کنند و مراجعان می تونند با درک بهتری از خود و پریشانی شان ، فرایند سنجش را به پایان برسانند . اگر چه اطلاعات قبلی ، به طور اولیه در قالب مصاحبه بالینی توصیف شد ، ولی نظر ما این است که استفاده از ابزار تشخیصی ساختاریافته برای یک سنجش کامل و دقیق ، بسیار ضروری است . مناسب ترین ابزارهای ساختار یافته مربوط به اختلال اضطراب فراگیر : مصاحبه تشخیصی ساختار یافته و پرسشنامه های خود سنجی .

**مصاحبه تشخیصی ساختار یافته**

اگر چه بسیاری از درمانگران هنگام سنجش مراجعان خود ، مصاحبه بالینی غیر ساختار یافته را ترجیح می دهند ، ولی تجربه نشان می دهد که استفاده از مصاحبه تشخیصی ساختار یافته در شناسایی اختلال اضطراب فراگیر ضروری است . علاوه بر این ، مراجعان واکنش بسیار خوبی به ساختار یافته بودن مصاحبه نشان می دهند و اغلب ماهیت ساختار یافته وجامع مصاحبه را به عنوان نشانه ای از " مراجعه به یک مکان تخصصی " تفسیر می کنند . در واقع بسیاری از مراجعان هرگز بررسی کاملی از اضطراب خود نداشته اند و از فرصت بحث در مورد بسیاری از جنبه های اضطراب و مشکلات مرتبط با اضطراب خود استقبال می کنند . مزیت اصلی مصاحبه تشخیصی ساختاریافته این است که میزان اشتباه درمانگر را به حداقل می رساند . با بررسی طیف گسترده ای از مشکلات هیجانی ، ممکن است درمانگر پی ببرد که آنچه به صورت یک اختلال اضطراب فراگیر به نظر می رسد ، در واقع یک اختلال پیچیده با همبودهای تشخیصی فراوانی است . یکی دیگر از مزیت های مصاحبه تشخیصی ساختار یافته این است که اطلاعاتی فراهم می آورد که می تواند یک " خط پایه " برای مقایسه تغییرات در طول درمان و پس از آن محسوب شود . این مسئله نه تنها برای درمانگران جهت نظارت بر پیشرفت در درمان مفید است بلکه برای خود مراجعان نیز مفید است . زیرا ممکن است در طول دوره درمان نسبت به میزان تغییرات مثبت ایجاد شده بی اطلاع و یا نسبت به آن بی اعتنا باشند . مزیت نهایی قابل ذکر دیگر این است که مصاحبه های تشخیصی ساختار یافته درمانگر را از تفسیر شخصی در باره ملاک های اختلال های خاص باز می دارد با این حال برای استفاده از این مصاحبه حداقل دو نقطه ضعف وجود دارد و اولین و بارزترین نقطه ضعف مصاحبه تشخیصی ساختار یافته این است که این مصاحبه ها زمان قابل توجهی را برای اجرا به خود اختصاص می دهند و معمولا 20 دقیقه تا 2 ساعت به طول می انجامد . دومین نقطه ضعف قابل ذکر این است که منحنی یادگیری مهمی برای استفاده مناسب از مصاحبه تشخیصی وجود دارد . زمانی که درمانگر به طور یکنواخت و تکراری از مصاحبه ساختاریافته استفاده کند این احتمال وجود دارد که مصاحبه فضای کسالت آوری را ایجاد کند و در برقراری یک رابطه درمانی سالم با مراجع مداخله کند .درمانگران ممکن است در اولین دفعاتی که از مصاحبه ساختاریافته استفاده می کنند مهارت لازم برای اجرای آن را نداشته باشند .

**پرسشنامه های خود سنجی**

پرسشنامه های خود سنجی روش سنجشی بسیار مفیدی هستند زیرا دارای اطلاعات بسیار مفید و کاربردی می باشند . از آن جایی که این مقیاس ها به راحتی اجرا می شوند بسیاری از آن ها با دستورالعمل های واضحی برای تفسیر ، استاندار شده اند .این پرسشنامه ها عبارتند از :پرسشنامه نگرانی و اضطراب ( WAQ ) ، پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا ( PSWQ ) ، مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی ( IUS ) ، نسخه دوم پرسشنامه چرا نگرانی ( WW-II )، پرسشنامه جهت گیری منفی نسبت به مشکل ( NPOQ ) ، پرسشنامه اجتناب شناختی ( CAQ ) و سایر مقیاس های خودسنجی مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر .

به دلایل بسیار ، سنجش جامع اختلال اضطراب فراگیر مهم است . اولا ، با توجه به این که پایایی تشخیص اختلال اضطراب فراگیر کمتر از سایر اختلال های اضطرابی است ، یک سنجش دقیق و کامل لازم است . از لحاظ نظری ممکن است شناسایی اختلال اضطراب فراگیر نسبتا آسان به نظر برسد ، اما معمولا در عمل این گونه نیست . دوم ، چون افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ، اغلب ملاک های تشخیصی سایر اختلال ها را دارا می باشند ، نه تنها تعیین هر کدام از مشکلات همراه ضروری به نظر می رسد ، بلکه تعیین شدیدترین مشکل از اهمیت خاصی برخوردار است . سوما، یک سنجش جامع در زمینه هایی مانند علایم ، فرآیند ها ، آسیب شناسی روانی کلی و کیفیت زندگی مورد استفاده قرار گیرد .