



دانشگاه اراک

دانشکده ادبیات و علوم انسانی

گروه علوم تربیتی و روانشناسی

رشته روانشناسی

پروژه عملی درس آسیب شناسی

اختلال اضطراب فراگیر

نام استاد:

آقای دکتر سعید موسوی پور

نام دانشجو:

مریم فلاح

سال تحصیلی:

۱۴۰۰-۱۴۰۱

چکیده

هدف از این پژوهش، آگاهی بیشتر و اطلاعات افزون تر درمورد اختلال اضطراب فراگیر است. اختلال اضطراب فراگیر، شایع ترین اختلال روانی است که به صورت نگرانی مفرط و بیش از حد درمورد رویداد های زندگی تعریف می شود. این اختلال در کودکان و نوجوانان نیز شایع است که اگر درمان نشود تا بزرگسالی ادامه پیدا خواهد کرد. یکی از مهمترین علائم این اختلال، نگرانی و عدم کنترل آن است. شروع اضطراب فراگیر تدریجی است اما سیری مزمن دارد.

بیماران مبتلا به این اختلال، افکار منفی زیادی دارند و دائما برای هر موضوعی هرچند ناچیز نگران و مضطرب می شوند. این اختلال در اواسط میانسالی به اوج می رسد و از ۶۰ سالگی به بعد رو به کاهش می رود.

این اختلال، نشانه هایی دارد که حداقل ۶ ماه باید تداوم داشته باشند. برای درمان اضطراب فراگیر، درمان های شناختی-رفتاری و درمان دارویی در نظر گرفته شده است که بر اساس هر بیمار یکی از درمان ها مورد استفاده قرار می گیرد. همچنین، میزان همبودی اضطراب فراگیر با افسردگی بالا است و بالینگر در تشخیص آن باید از دقت بالایی برخوردار باشد.

در مجموع، به دلیل شیوع بالای این اختلال و سیز مزمن آن، باید به زودی تشخیص و درمان انجام شود تا بتوان بیمار را از حجم زیاد نگرانی و اضطراب و نیز افکار منفی دور کرد. به همین جهت، اگر درمان انجام نشود زندگی فرد را مختل می سازد و در نهایت به افسردگی منجر خواهد شد.

کلید واژه: اضطراب، نگرانی، اضطراب فراگیر، اضطراب فراگیر در کودکان

فهرست مطالب

۱.....	مقدمه.....
۳.....	اضطراب فراگیر.....
۴.....	اضطراب فراگیر در کودکان و نوجوانان.....
۵.....	تفاوت نگرانی بیماران اضطراب فراگیر و نگرانی افراد بهنجار.....
۶.....	سیر بالینی.....
۶.....	تظاهرات بالینی اضطراب فراگیر.....
۷.....	اختلالات همایند.....
۸.....	تشخیص افتراقی.....
۹.....	خصایص بالینی.....
۱۰.....	ملاک های تشخیصی DSM-5 برای اختلال اضطراب فراگیر.....
۱۰.....	مدل های تبیینی معاصر برای GAD.....
۱۰.....	مدل اجتناب از نگرانی.....
۱۱.....	مدل فراشناختی ولز.....
۱۲.....	مدل عدم تحمل بلاتکلیفی داگاس.....
۱۴.....	مدل بدتنظیمی هیجانی منین.....
۱۵.....	مدل مبتنی بر پذیرش رومر و اوسلیو.....
۱۶.....	درمان اضطراب فراگیر.....
۱۸.....	داروهای مورد استفاده برای درمان اضطراب فراگیر.....
۲۰.....	درمان ذهن آگاهی.....
۲۱.....	بحث و نتیجه گیری.....
۲۲.....	منابع.....

فهرست جداول

جدول ۱..... ۱

جدول ۲..... ۱۰

فهرست شکل ها

شکل ۱..... ۱۱

شکل ۲..... ۱۲

شکل ۳..... ۱۴

شکل ۴..... ۱۵

شکل ۵..... ۱۶

مقدمه

اضطراب^۱، معمول ترین پاسخ به محرک تنش زا است. منظور از اضطراب، هیجانی ناخوشایند است که همه ما درجاتی از آن را در قالب کلمه هایی مانند «دلشوره»، «نگرانی»، «تنش»، «ترس» تجربه کرده ایم. اغلب اوقات اضطراب به سراغ ما می آید. در واقع در سنین معین و موقعیت های خاصی، اضطراب مورد انتظار و طبیعی است. مثلاً نوزادان یکساله وقتی از مادر خود جدا می شوند، دچار اضطراب می شوند که تقریباً تمام کودکان ترس و اضطراب های خاص زودگذری دارند. اضطراب تا حدی به افراد می تواند کمک کند به عنوان مثال، اضطراب به کودک کمک می کند تا برای رویداد های درسی، رزشی و... سخت آماده شود. از این نظر، اضطراب حالتی روانشناختی سازگارانه است که از لحاظ فیزیکی و روانشناختی، کودکان را برای رویدادها آماده می کند. اما اضطراب بیش از حد خوب نیست زیرا اضطراب غیر قابل کنترل و زیاد می تواند طاقت فرسا باشد. مثلاً کودکی که در امتحان مردود شده است، زمان زیادی را صرف فکر کردن به این موضوع می کند. اضطراب شامل واکنش بلادرنگ به خطر یا تهدید درک شده است، و واکنشی است که به عنوان پاسخ جنگ یا گریز شناخته می شود.

نشانه های اضطراب از سه طریق نظام پاسخ که ارتباط متقابل دارند ابراز می شود: نظام بدنی^۲، نظام شناختی^۳ و نظام رفتاری^۴ (بریوس و هارتمن^۵، ۱۹۹۷).

نشانه های چندگانه اضطراب

بدنی افزایش ضربان قلب، افزایش تنفس خستگی، حالت تهوع، ناراحتی شکم	گیجی- دید کدر- خشکی دهان تپش قلب- تنود ماهیچه	سرخ شدن- استفراغ کرختی- عرق کرن
شناختی افکار درمورد احساس هراس یا صدمه-افکار یا تصویری درباره هیولا یا حیوانات وحشی- تفکراتی درباره نكوهش یا انتقاد از خود	تفکراتی درمورد عدم کارایی یا کارایی ناکافی-دشواری در تمرکز عدم تمرکز و فراموشکاری-تفکراتی درباره احمق به نظر رسیدن	تفکراتی درمورد جراحت جسمی-تصوراتی از صدمه زدن به یک فرد مورد علاقه- افکاری درمورد دیوانه شدن-افکاری درمورد آلودگی
رفتاری اجتناب-فریاد کشیدن یا جیغ زدن چنگ زدن-صدای لرزان-لکنت زبان	لرزش لب-قورت دادن آب دهان میخکوب شدن-لقوه داشتن مکیدن انگشت	اجتناب از تماس چشمی-مجاورت فیزیکی-فشردن فک ها به یکدیگر-وول خوردن

¹ Anxiety

² Physical System

³ Cognitive System

⁴ Behavioral System

⁵ Barrios & Hartmann

جدول ۱. (منبع: ترس ها و اضطراب ها. بی. ای بریوس و دی پی هارتمن، ۱۹۹۷، ص ۲۳۵)

اضطراب ها در کودکی بسیار شایع هستند. تا ۴ سالگی انواع گوناگونی از اضطراب آشکار می شود (الی^۱ و همکاران، ۲۰۰۳) و حدود ۲۵ درصد والدین گزارش می کنند که کودک بیش از حد عصبانی، هراسان و مضطرب است (اخنباچ^۲، ۱۹۹۱). کودکان کوچک تر در درجه اول به خاطر جدایی از والدین، معمولاً نشانه های اضطراب بیشتری نسبت به کودکان بزرگتر تجربه می کنند (بل^۳، دولان^۴، لاست و استراوس^۵، ۱۹۹۰). دختران بیشتر از پسران اضطراب نشان می دهند اما انواع نشانه هایی که تجربه می کنند، کاملاً مشابه است.

علاوه بر این، اختلالات اضطرابی^۶ شایع ترین اختلالات روانپزشکی در ایالات متحده و جمعیت های دیگر هستند و مورد مطالعه قرار گرفته اند. این مطالعات حاکی از آن است که این اختلالات مشکلات و عوارض زیادی را به دنبال دارند و اختلالات زیادی در کارکرد افراد به وجود می آورند. مطالعات جدید نشان داده است که اختلال اضطرابی مزمن می تواند میزان مرگ و میر با عوارض فشارخون را افزایش دهد. در نتیجه روانپزشکان و متخصصان باید اختلال اضطرابی را به سرعت تشخیص داده و درمان کنند. ویژگی اختلالات اضطرابی، تجربه شدید و مزمن احساس اضطراب است، احساس ترس درمورد اینکه ممکن است در آینده اتفاق ناگواری رخ دهد. افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، اضطرابی که تجربه می کنند، باعث می شود در زندگی روزمره مشکل عملکردی زیادی داشته باشند. اختلالات اضطرابی انواعی دارد که عبارتند از: اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب جدایی، اختلال هراس (فوبیا) و اختلال استرس پس از حادثه.

همچنین، یکی از مهمترین دوره های زندگی هر انسان دوره نوجوانی است و بیشترین تغییرات شخصیت در این دوره شکل می گیرد. رایج ترین اختلالات در این دوره اختلالات اضطرابی هستند. اضطراب در نوجوانان می تواند تحت تاثیر عوامل مختلفی به وجود آید مانند ژنتیک، فرآیند بلوغ مغزی، تغییرات هورمونی، خلق و تجربیات منفی زندگی. در این راستا، مطالعات همه گیر شناسی نشان داده اند که اختلالات اضطرابی شایع ترین اشکال آسیب های روانی در بین کودکان و نوجوانان هستند. نتایج برخی پژوهش ها نشان می دهد که از هر ۱۰ نفر ۱ نفر قبل از ۱۶ سالگی به یکی از اختلالات اضطرابی دچار می شود. مطالعات دیگر نیز نشان داده اند که از هر ۱۱ کودک پیش دبستانی و از هر ۴ نوجوان، یک نفر دارای ملاک های تشخیصی یک اختلال اضطرابی در طی یکسال گذشته است. در نتیجه، مطالعات انجام شده درمورد شیوع این اختلال ها نشان داده اند که مشکلات روانی حدود ۸ تا ۱۲ درصد کودکان و ۵ تا ۱۰ درصد نوجوان، با یکی از معیارهای تشخیصی اختلال اضطرابی مطابقت دارند و این

¹ Eley

² Achenbach

³ Bell

⁴ Dolan

⁵ Last & Strauss

⁶ Anxiety disorders

مشکلات به حدی هستند که عملکرد روزانه آنها را مختل می سازد (موسوی و همکاران، ۱۳۸۷). این درحالی است که دخترها بیشتر از پسرها دچار اختلالات اضطرابی می شوند (کنولی و برنستین^۱، ۲۰۰۷).

اما به طور کلی، اختلالات اضطرابی شیوع طول عمر ۲۸/۸ درصد و شیوع ۱۲ ماهه ۱۸/۱ درصد دارند. از کل موارد شیوع ۱۲ ماهه، تقریباً ۲۳ درصد با عنوان شدید طبقه بندی شده اند. افرادی که از شیوع تمام اختلالات اضطرابی در طول عمر خبر میدهند، درصد آنها بین ۳۰ تا ۴۴ سالگی به اوج می رسد و در افراد ۶۰ ساله و بالاتر به ۱۵/۳ درصد تنزل می یابد (کسلر^۲، چپو، دلمر، مریکانگاس^۳، و والترز، ۲۰۰۵).

اضطراب فراگیر

اختلال اضطراب فراگیر (GAD)^۴، یکی از اختلال های اضطرابی و از شایع ترین اختلال های روانشناختی است. این اختلال به صورت نگرانی مفرط و بیش از حد درمورد رویداد های روزمره بیان می شود و می تواند برای مدت زمان طولانی فرد را در بر گیرد و کارکرد های او را مختل سازد. برخلاف نام این اختلال، یکی از مهمترین علائم آن غیر قابل کنترل بودن نگرانی است که با شدت اختلال، همبودی آن و پیامدهای منفی بعد از کنترل نشانه های دیگر GAD همراه است (هالین و راسکیو، ۲۰۱۳). افراد مبتلا به این اختلال به حدی درگیر نگرانی های احتمالی مربوط به آینده هستند که به سختی میتوانند در زمان حال زندگی کنند تا جایی که قادر نیستند اتفاقات مثبت و خوشایندی را که در زمان حال است تجربه کنند و از آن لذت ببرند. دلیل اینکه این اضطراب و نگرانی را فراگیر می گوئیم این است که محتوای نگرانی میتواند وقایع و موقعیت های مختلفی را در بر بگیرد. افراد مبتلا بیشتر مواقع مضطرب هستند ولی نمیتوانند دلیل آن را بیان کنند. این افراد با دلواپسی انتظار دارند بدترین اتفاق برای آنها رخ دهد. آنها خود را ذاتا حساس می دانند و می گویند گرایش آنها به نگرانی از کودکی و یا آغاز نوجوانی وجود داشته است.

اصطلاح اضطراب فراگیر، نخستین بار در سومین ویرایش راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی^۵ مطرح شد. برای اینکه بیمار با معیارهای تشخیصی اصلی DSM-III، انطباق داشته باشد، باید نشانه هایی مانند تنش حرکتی، بیش فعالی، انتظار بیمناکانه و گوش به زنگی را حداقل به مدت یک ماه دارا باشد. در سال ۱۹۸۷ ویژگی های این اختلال مورد تجدید نظر قرار گرفت و نگرانی ویژگی اصلی آن در نظر گرفته شد و طول مدت از یک ماه به شش ماه تغییر پیدا کرد (DSM-III-R، ۱۹۸۷). در سال ۱۹۹۴ در چاپ چهارم راهنمای تشخیصی^۶، تشخیص این

¹ Connolly & Bernstein

² Wechsler

³ Merikangas

⁴ Generalized anxiety disorder

⁵ DSM-III

⁶ DSM-IV

اختلال از استقلال بیشتری برخوردار شد و طول مدت زمان شش ماه حفظ شد. در نهایت، در سال ۲۰۱۳ در DSM-5 ملاک های تشخیصی این اختلال تغییری نکرد و به صورت زیر مطرح شد:

۱- اضطراب و نگرانی بیش از حد، در بیشتر روزها و حداقل به مدت شش ماه

۲- دشواری در کنترل نگرانی

۳- وجود حداقل برخی علائم در بیشتر روزها طی شش ماه گذشته مانند بی قراری یا احساس عصبی بودن، به راحتی خسته شدن، مشکل تمرکز کردن یا تهی بودن ذهن، تحریک پذیری، تنش عضلانی، اختلال خواب.

علاوه بر این، اضطراب و نگرانی یا نشانه های جسمانی در عملکرد اجتماعی، شغلی و تحصیلی یا زمینه های دیگر اختلال ایجاد می کند. به طور کلی، نگرانی بخشی از ویژگی های هر فردی است و همه افراد به نوعی نگرانی را در زندگی رومزه خود تجربه می کنند. به همین جهت، میتوان نگرانی را به دو دسته نگرانی طبیعی و نگرانی شدید تقسیم کرد. در نگرانی طبیعی، فرد میتواند نگرانی خود را به آسانی کنترل کند اما در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، میزان نگرانی آنقدر زیاد است که فرد در زندگی دچار مشکل می شود و قدرت و تمرکز او کاهش پیدا می کند. گاهی این نگرانی با پیامدهای جسمانی مانند تنش عضلانی، سردرد و خستگی مفرط همراه است.

افراد مبتلا به این اختلال علی رغم پیامدهای نگرانی، قادر به رها کردن آن نیستند و یا تمایلی به این کار ندارند. در میان همه اختلالات اضطرابی، اختلال اضطراب فراگیر بالاترین میزان هم ابتلایی را دارد (نویس^۱، ۲۰۰۱). علاوه بر این، مک لافلین^۲، بهار و بورکووک^۳ (۲۰۰۸) نشان دادند که افرادی که مبتلا به GAD هستند بیشتر احتمال دارد که اعضای خانواده آنها مشکلات اضطرابی داشته باشند. همچنین این اختلال، به دلیل کاهش بهره وری کار و افزایش استفاده از خدمات مراقبت های بهداشتی به ویژه مراقبت های بهداشتی اولیه، هزینه های زیادی را به دنبال دارد (ویتچن^۴، ۲۰۰۲). هزینه های بهداشتی برای بیماران مبتلا به GAD، ۶۴ درصد بیشتر از بیماران بدون GAD است. از طرف دیگر، اختلال اضطراب فراگیر عامل خطری برای ابتلا به بیماری قلبی-عروقی است (بارگر و سایدمن^۴، ۲۰۰۵).

اضطراب فراگیر در کودکان و نوجوانان

اضطراب شایع ترین اختلال روانپزشکی در میان کودکان است و به دلیل مراجعه به مراکز درمان سلامت روانی در مقام اول قرار دارد. اضطراب به همان میزان که شایع است، می تواند مشکل ساز باشد. علائم اضطراب در کودکان عبارتند از: عدم تمرکز، بد خوابی، بی خوابی، کابوس دیدن، درست غذا نخوردن، عصبانیت، گریه، شکایت از شکم درد و احساس ناخوشی. تحقیقات نشان داده اند که تعداد قابل توجهی از کودکان از میزان بالای استرس و اضطراب

¹ Noyes

² McLaughlin

³ Borkovec

⁴ Kagan & Snidman

رنج می برند، به گونه ای که میتوان با قاطعیت درمورد آنها تشخیص اختلال اضطرابی داد. همانطور که گفته شد اختلالات اضطرابی یکی از اختلالات روانی شایع در دوران کودکی است. از جمله اختلالات اضطرابی شایع در دوران کودکی میتوان به اضطراب جدایی، اضطراب فراگیر، اختلال وحشت زدگی با یا بدون گدر هراسی، اختلال وسواس فکری-عملی و هراس های خاص اشاره کرد (بیدل^۱، ۲۰۰۵). طبق تحقیقات، اختلالات اضطرابی کودکی تاثیر منفی بر بسیاری از عوامل از جمله عملکرد تحصیلی و اجتماعی دارند. روند طبیعی اختلالات اضطرابی چندان دلگرم کننده نیست، و شواهد نشان داده اند که اختلالات اضطرابی در ابتدای کودکی شروع می شوند و می توانند تا بزرگسالی ادامه یابند. همچنین، علائم اضطراب می توانند در طول زمان وخیم تر شوند و در نهایت به افسردگی منجر شود. بسیاری از کودکان دچار اختلال اضطرابی، بدون درمان باقی می مانند (ماناسیز^۲، ۲۰۰۸)، و یکی از مهمترین دلایل آن، عدم تشخیص علائم اضطرابی در کودکان توسط والدین و عدم توانایی کامل کودک در بروز حالات اضطرابی و گزارش آن به درمانگر است (بالدوین و دادز^۳، ۲۰۰۷).

یکی از اختلال های اضطرابی، اختلال اضطراب فراگیر است که در کودکان و نوجوانان وجود دارد. درمورد این کودکان، اضطراب می تواند مقطعی یا مداوم باشد. کودکان مبتلا به این اختلال، هر رویداد اضطراب زا در فیلم، کتاب و تلویزیون به خود نسبت می دهند. این کودکان، در پایان دادن و کنترل نگرانی خود دچار مشکل هستند و این نگرانی اغلب روزها و حداقل برای ۶ ماه تداوم پیدا می کند. علاوه بر نگرانی، کودک ممکن است علائم دیگری مانند بی تابي، خستگی، ضعف، تنش و زود رنجی را تجربه کند. این اختلال تا حدودی در میان نوجوانان شایع تر بوده و می تواند شامل نگرانی هایی درمورد خانواده، دوستان، نمرات و حتی چیزهای کم اهمیت تر باشد. کودک اغلب خجالتی، شکاک به خود و نگران برآورده کردن انتظارات دیگران است. اختلال اضطراب فراگیر، اغلب با اختلال دیگری در کودکان دیده می شود (گاله و میلیکامپ^۴، ۲۰۱۶). در پژوهشی که کسلر^۵، کلر و ویتمن^۶ (۲۰۰۱) انجام داده اند، نشان دادند که اگر شروع اضطراب فراگیر در کودکی باشد، سیری مزمن دارد و در صورت عدم درمان تا بزرگسالی ادامه می یابد و عملکرد فرد را مختل می سازد.

تفاوت نگرانی بیماران اضطراب فراگیر و نگرانی افراد بهنجار

از نظر محتوایی، نگرانی بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر با نگرانی طبیعی افراد عادی تفاوتی ندارد. اما فقط دو تفاوت بین نگرانی این افراد وجود دارد: الف) بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر، در مقایسه با افراد عادی و افراد مبتلا به سایر اختلالات اضطرابی، بابت موضوعات جزئی مانند چه نوع نانی بخرم؟ یا الان چه کتابی بخوانم؟ نگران می

¹ Beidel

² Manassis

³ Baldwin & Dadds

⁴ Gale & Millichamp

⁵ Kesler

⁶ Keller & Witman

شوند (هایر^۱ و همکاران، ۲۰۰۱). ب) تفاوت دیگر این است که افراد مبتلا به GAD در مقایسه با افراد دیگر، در مورد موضوعات بسیار دور و بعید در آینده نگران هستند؛ مثلاً نگرانی بابت سقوط هواپیما یا نگرانی بابت تحصیلات فرزند خود، در حالی که خود در حال حاضر مشغول به تحصیل است (داگاس و روبیچاد^۲، ۲۰۰۷).

سیر بالینی GAD

تعیین دقیق سن شروع این اختلال مشکل است؛ اکثر بیماران گزارش می دهند که از وقتی که به یاد دارند دچار اضطراب بوده اند. معمولاً بیماران در سنین ۲۰ تا ۳۰ سالگی مورد توجه بالینگران قرار می گیرند اگرچه مراجعه آنها در هر سنی می تواند اتفاق بیفتد و فقط یک سوم مبتلایان درصدد درمان روانپزشکی بر می آیند. شروع اضطراب فراگیر تدریجی است. احتمال بهبودی خود به خودی این اختلال بسیار پایین است (گونکالوس و بایرن^۳، ۲۰۱۲). سیر آن مزمن اما نوسانی است و در مواقع فشار روانی شدید می شود و خیلی وقت ها هم میتواند مادام العمر شود. همچنین، بهبودی اختلال افسردگی عمده با اضطراب فراگیر، باعث افزایش خطر خودکشی در بیماران مضطرب می شود (رویکی^۴ و همکاران، ۲۰۱۲). دابسون^۵ و همکاران (۱۹۹۰) نتیجه گرفته اند که اختلالات اضطرابی من جمله اضطراب فراگیر، ممکن است بدون افسردگی رخ دهند، اما افسردگی خالص بدون اختلال اضطرابی تقریباً نادر است.

برآورد های صورت گرفته در مورد کودکان و نوجوانان سنین مختلف، از حدود ۲ تا ۱۴ درصد نوسان دارند. برآورد های میزان شیوع در جمعیت عمومی نوجوانان از ۳/۷ تا ۷/۳ درصد نوسان دارند. کلو و همکاران (۱۹۹۲) گزارش می کنند که ۸۵ درصد کودکان و نوجوانان مبتلا به یک اختلال اضطرابی، تشخیص اختلال اضطراب فراگیر را دریافت کرده اند. این اختلال در اکثر کشورها مانند ایالات متحده آمریکا، هلند و کانادا، در زنان بیشتر از مردان است. نتایج برخی از پژوهش های همه گیر شناسی در ایران نشان داده است که اختلال اضطراب فراگیر، شایع ترین اختلال اضطرابی است، اما نسبت جنسیتی آن دقیقاً مشخص نیست. به طور کلی، طبق گزارش انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۰۰)، در موقعیت های بالینی، این اختلال در زنان تا اندازه ای بیشتر از مردان تشخیص داده می شود (تقریباً ۵۵ تا ۶۰ درصد از مبتلایان را زنان تشکیل می دهند).

تظاهرات بالینی اضطراب فراگیر

شکل دقیق اضطراب در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر متفاوت است. برخی از تنش جسمانی یا نداشتن احساس آرامش شکایت می کنند، در حالی که برخی دیگر از علائم فیزیولوژیک (تعرق، تپش قلب و لرزش)، علائم رفتاری

¹ Hoyer

² Robichaud

³ Goncalves & Byrne

⁴ Revicki

⁵ Dobson

(بی قراری، اجتناب)، یا علائم شناختی (تمرکز ضعیف، نگرش منفی یا گوش به زنگی) رنج می برند. در واقع شکل دقیق اضطراب برحسب خصوصیات شخص و شرایطش تغییر می کند (لاست و هرسن^۱، ۱۹۹۳). تظاهرات بالینی اضطراب فراگیر را بر اساس موارد زیر بهتر می توان شناخت:

ظاهر بیمار: پهره این افراد، عصبی و نگران است و ابروهایش چین خورده اند؛ خود را منقبض می کنند، بی قرار هستند و ممکن است لرزش داشته باشند. پوست آن ها رنگ پریده است و معمولاً تعرق وجود دارد. با این حال، ممکن است این افراد در ابتدا خونسرد و آرام به نظر برسند، اما زمانی که بالینگر با آنها درمورد نگرانی شان صحبت می کند، علائم در آنها ظاهر می شود.

علائم جسمانی: فقط ۱۳ درصد بیماران اضطراب فراگیر، وقتی به پزشک خود مراجعه می کنند، اضطراب را شکایت اصلی خود ذکر می کنند. شکایت رایج تر آنها عبارتند از: نشانه های بدنی (۴۸٪)، درد (۳۵٪)، آشفتگی خواب (۳۳٪)، و افسردگی (۱۶٪) (ویتچن و همکاران، ۲۰۰۲، به نقل از کریتس-کریستف^۲ و همکاران، ۲۰۰۱). فهرست علائم جسمی بیماران GAD طولانی است، و میتوان بر اساس دستگاه های بدن به شکل زیر گروه بندی کرد: علائم گوارشی، علائم تنفسی، علائم قلبی-عروقی، علائم ادراری-تنفسی، سردرد و درد عضلانی، علائم مرتبط با دستگاه عصبی-عضلانی.

علائم روانشناختی: این علائم عمدتاً شامل موارد زیر هستند: انتظار همراه با ترس و نگرانی، تحریک پذیری خلقی، حساسیت به سر و صدا، ناآرامی، ضعف تمرکز و افکار نگران کننده. از بین علائم روانشناختی، نگرانی مهمتر است. بین ۶۰ تا ۸۰ درصد از بیماران گزارش می کنند که در تمام طول عمرشان نگران و مضطرب هستند.

اختلالات همایند با GAD

اختلال اضطراب فراگیر شایع ترین اختلالی است که همزمان با اختلال روانی دیگر یافت می شود (کاپلان و سادوک^۳، ۲۰۰۷). حدود ۶۰ تا ۹۰ درصد از افراد مبتلا به اضطراب فراگیر، همزمان با معیارهای تشخیصی اختلال دیگر مطابقت دارند. اختلال افسردگی عمده بیشترین همبودی را با اختلال اضطراب فراگیر دارد، به طوریکه تقریباً ۶۰٪ از بیماران مبتلا به این اختلال، همزمان تشخیص اختلال افسردگی عمده دریافت می کنند (ساندلین^۴ و همکاران، ۲۰۱۲). تعداد زیادی از افراد اضطراب فراگیر (۲۵٪) در نهایت به اختلال وحشت زدگی (پانیک) دچار می شوند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷). همچنین، ۴۹ درصد این افراد همان واجد ملاک های تشخیصی اختلالات شخصیت هستند (کمبل و براون^۵، ۲۰۰۲). کلارک و بک (۲۰۱۰) نتیجه گیری کرده اند که افسردگی، فوبی اجتماعی، اختلال وحشت زدگی، سوء مصرف مواد و اختلال شخصیت اجتنابی، از متداول ترین تشخیص های ثانویه اختلال

¹ Last & Hersen

² Crits-Christoph

³ Kaplan & Sadock

⁴ Sandelin

⁵ Campbell & Brown

اضطراب فراگیر هستند. GAD با اختلالات طبی مختلفی نیز ارتباط دارد که شامل موارد زیر می شوند: سندروم خستگی مزمن، سندروم روده تحریک پذیر، سردردهای تنشی، فشارخون، دیابت و بیماری های قلبی (اشتاین^۱، ۲۰۰۱، به نقل از رای^۲ و ساندرسون^۳، ۲۰۰۸).

تشخیص افتراقی

(۱) اختلالات افسردگی و دو قطبی و روان پریشی: اضطراب فراگیر، ویژگی مرتبط رایج اختلالات افسردگی، دو قطبی و روان پریشی است و اگر نگرانی بیش از حد فقط در طول دوره این اختلالات روی داده باشد، نباید به طور جداگانه تشخیص داده شود.

(۲) اختلال اضطرابی ناشی از مصرف مواد/دارو: تمایز این اختلال از اختلال اضطراب فراگیر ناشی از این قضاوت است که مواد یا دارو از لحاظ سبب شناختی با اضطراب ارتباط دارد. برای مثال، اضطراب شدیدی که فقط در زمینه مصرف زیاد قهوه روی می دهد، اختلال اضطراب ناشی از کافئین تشخیص داده می شود.

(۳) اختلال اضطراب اجتماعی: افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، اغلب اضطراب انتظاری دارند. آنها اغلب در موقعیت هایی که در آن باید عملی را انجام دهند یا توسط دیگران ارزیابی شوند، مضطرب می شوند، درحالی که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، مورد ارزیابی قرار بگیرند یا نگیرند، نگران هستند.

(۴) اختلال وسواس فکری و عملی: در اختلال اضطراب فراگیر، تمرکز نگرانی بر مشکلات آینده است و این بیش از حد بودن نگرانی از وقایع آینده، نابهنجار محسوب می شود. اما در اختلال وسواس فکری-عملی، وسواس ها افکار نامناسبی هستند که شکل افکار، امیال، یا تصورات مزاحم و ناخواسته به خود می گیرند.

(۵) اختلال استرس پس از آسیب و اختلالات سازگاری: اضطراب همیشه در اختلال استرس پس از آسیب وجود دارد. در صورتی که اضطراب و نگرانی با نشانه های اختلال استرس پس از آسیب بهتر توجیه شوند، اختلال اضطراب فراگیر تشخیص داده نمی شود. از این طبقه باقیمانده فقط زمانی باید استفاده شود که ملاک ها برای هر اختلال دیگر برآورده نشده باشند. علاوه بر این، در اختلالات سازگاری، اضطراب در پاسخ به عامل استرس زای مشخص، ظرف ۳ ماه از شروع عامل استرس زا روی می دهد و بیشتر از ۶ ماه یا پس از خاتمه آن عامل استرس زا یا پیامدهای آن، ادامه نمی یابد.

(۶) اختلال اضطرابی ناشی از بیماری های پزشکی دیگر: اگر بر اساس سابقه، نتایج آزمایشگاه یا معاینه فنی بدنی قضاوت شده باشد که اضطراب و نگرانی فرد ناشی از تاثیر فیزیولوژیکی بیماری پزشکی خاص دیگر مانند پرکاری تیروئید است باید اختلال اضطرابی مرتبط با بیماری جسمانی دیگر تشخیص داده شود.

¹ Stein

² Rygh

³ Sanderson

۷) خود بیمار انگاری: از آنجا که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نگران سلامتی خود هستند، این احتمال وجود دارد که تمایز آن از اختلالات شبه جسمی به ویژه اختلال خود بیمار انگاری دشوار باشد. افراد مبتلا به GAD ممکن است در مورد علائم جسمانی خاصی که در خورد پیدا می کنند آن را نشانه ای از یک بیماری و فاجعه آمیز تلقی کنند. برای مثال ممکن است در ناحیه قفسه سینه خود احساس سفتی کنند و فکر کنند دچار آمفیزم شده اند. افرادی که دچار خود بیمار انگاری هستند، به شدت معتقدند که نوعی بیماری یا اختلال جسمی مشخص دارند و این باور به قدری قوی است که مدت زمان زیادی یا حداقل ۶ ماه تداوم پیدا می کند. در حالی که افراد مبتلا به GAD به ندرت چنین باور محکمی درباره بیمار بودن خود دارند. نکته دیگر در مورد تمایز آنها این است که نشانه های جسمی پایدار در افراد مبتلا به خود بیمار انگاری دیده می شود، و همین نشانه ها اساس باور قوی آنها مبنی بر ابتلا به یک بیماری ناشناخته است. در حالی که چنین موضوعی در بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر دیده نمی شود.

۸) اختلال وحشت زدگی: گاهی اوقات تمایز این دو اختلال دشوار است و به این دلیل است که حمله های گه گاهی وحشت زدگی در افراد مبتلا به GAD بر می گردد. ۷۳٪ افراد مبتلا به اضطراب فراگیر، در کل زندگی خود حداقل یکبار به حمله وحشت زدگی دچار شده اند و حدود ۲۵٪ آنها در نهایت به اختلال وحشت زدگی مبتلا می شوند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷). در اکثر موارد، افراد مبتلا به اضطراب فراگیر به حمله های گه گاهی وحشت زدگی دچار می شوند؛ ولی علائم آنها در حد تشخی جداگانه اختلال وحشت زدگی نیست. در این موارد، اختلال وحشت زدگی به دلیل تجمع بیش از حد دوره های نگرانی شدید، رخ می دهد. درمانگر می تواند وجود هر دو اختلال را در وجود بیمار تشخیص دهد، به شرطی که دلواپسی دائمی درباره حمله وحشت زدگی و ترس از عواقب آن وجود داشته باشد و همزمان نوعی نگرانی مزمن وجود داشته باشد که با حمله های وحشت زدگی مرتبط نباشد (کمپبل^۱ و براون، ۲۰۰۲).

خصایص بالینی

خصوصیت اصلی اختلال اضطراب فراگیر، اضطراب مفرط و دائمی همراه با تنیدگی حرکتی یا بی قراری است. این اضطراب باید بسیار شدید و سایر جنبه های زندگی را مختل سازد. این الگو باید طی یک دوره حداقل ۶ ماهه اکثر روزها وجود داشته باشد. شایع ترین تظاهرات تنش حرکتی عبارت است از لرزیدن، بی قراری و سردرد.

این بیماران معمولاً به خاطر علائم جسمانی سراغ پزشک عمومی یا متخصص داخلی می روند. درواقع برخی از بیماران، اختلال اضطراب فراگیر را به عنوان تشخیص بیماری خود می پذیرند و به درمان آن می پردازند اما دیگران بازهم برای حل مشکل خود با پزشکان دیگری مشورت می کنند.

¹ Campbell

ملاک های تشخیصی DSM-5 برای اختلال اضطراب فراگیر

A	اضطراب و نگرانی بیش از حد (انتظار بیمناک)، که در بیشتر روزها حداقل به مدت ۶ ماه، در مورد چند واقعه یا فعالیت رخ می دهند (مانند عملکرد شغلی یا تحصیلی).
B	فرد کنترل کردن این نگرانی را دشوار می داند.
C	اضطراب و نگرانی با سه (یا تعداد بیشتری) از ۶ نشانه زیر ارتباط دارند (به طوری که حداقل برخی نشانه ها در بیشتر روزها ظرف ۶ ماه گذشته وجود داشته اند). توجه: فقط یک مورد در کودکان ضروری است. ۱. بی قراری یا احساس عصبی یا کفری بودن. ۲. به راحتی خسته شدن. ۳. مشکل تمرکز کردن یا تهی بودن ذهن. ۴. تحریک پذیری. ۵. تنش عضلانی. ۶. اختلال خواب (مشکل به خواب رفتن یا خفته ماندن، یا خواب بی قرار، نامطلوب)
D	اضطراب، نگرانی، یا نشانه های جسمانی، ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه های مهم دیگر عملکرد ایجاد می کنند.
E	این اختلال ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل سوء مصرف مواد مخدر، دارو) یا بیماری جسمانی دیگر (مثل پرکاری تیروئید) نیست.
F	این اختلال با اختلال روانی دیگر بهتر توجیه نمی شود (مثل اضطراب یا نگرانی درمورد داشتن حملات وحشت زدگی در اختلال وحشت زدگی، ارزیابی منفی در اختلال اجتماعی [فوبی اجتماعی]، آلودگی یا وسواس های دیگر در اختلال وسواس فکری-عملی، جدایی از اشخاص دلبسته در اختلال اضطراب جدایی، یادآوری وقایع آسیب زا در اختلال استرس پس از آسیب، افزایش وزن در بی اشتها عصبی، شکایت های جسمانی در اختلال نشانه جسمانی، تصور نقص هایی در ظاهر در اختلال بد شکلی بدن، مبتلا بودن به بیماری جدی در اختلال اضطراب بیماری، یا محتوای عقاید هذیانی در اسکیزوفرنی یا اختلال هذیانی).

جدول ۱ (منبع: آسیب شناسی روانی، ص ۲۷۳)

مدل های تبیینی معاصر برای GAD

پژوهش هایی که طی ۱۵ سال اخیر در زمینه اضطراب فراگیر انجام شده است، منجر به مدل های نظری معاصر و افزایش توانایی بالینگران برای درمان این اختلال شده است.

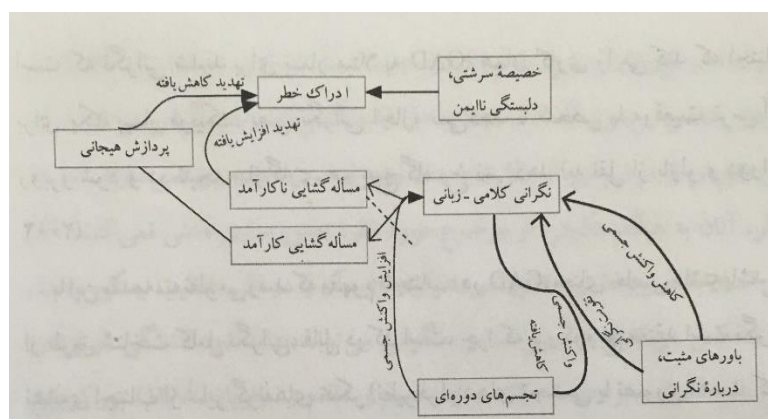
مدل اجتناب از نگرانی (AMW)^۱

مدل اجتناب از نگرانی توسط بورکوویچ^۲ (۱۹۹۴، ۲۰۰۴) مطرح شد. این مدل مبتنی بر نظریه دو مرحله ای ماورر و مدل پردازش هیجانی فوآ و کوزک است. AMW ادعا می کند که نگرانی یک فعالیت زبانی کلامی و مبتنی بر تفکر است که موجب بازدارداری تصویر سازی ذهنی واضح و فعالیت هیجانی مرتبط با نگرانی می شود. بورکوویچ

^۱ Avoidance Model of Worry

^۲ Burckovich

روی نشانه اصلی اضطراب فراگیر، یعنی نگرانی متمرکز شده است. او نگرانی را زنجیره ای از تفکرات و تصورات مملو از عواطف منفی و نسبتاً غیر قابل کنترل تعریف می کند که حاکی از تلاشی است برای حل مشکلی با پیامد نامعلوم و احتمالاً منفی. بورکوویچ معتقد است نگرانی نشانه اجتناب از سایر گونه های تفکر (مانند فرآیندهای تجسمی یا تصویری) است که به شدت با احساس منفی پیوند دارد. درواقع، ممکن است بیماران مبتلا به GAD از نگرانی به صورت نوعی اجتناب شناختی استفاده کنند. نگرانی دارای اثر کاهنده یا بازدارنده بر هیجان منفی است، به همین دلیل میتوان آن را تقویت کرد. نگرانی ممکن است به صورت منفی تقویت شود، به این صورت که هنگام فعال شدن تصاویر ذهنی فاجعه آمیز، نوعی فعالیت کلامی-زبانی خاص که کمتر پریشان کننده است به بار می آورد. بنابراین، نگرانی به صورت منفی، با رفع تجسم های ترسناک و آزاردهنده، تقویت می شود؛ و اینکه مجموعه باورهای مثبت درباره نگرانی، موجب تقویت نگرانی می شوند.



شکل ۱. مدل اجتناب از نگرانی بورکوویچ (منبع: بهار و همکاران، ۲۰۰۹)

زمانی که رویدادهای منفی اتفاق نمی افتند و یا به صورت کارآمد کنترل می شوند، فرد معتقد می شود که باورهایش درباره نگرانی درست و به جا هستند و در نتیجه نگرانی در او تقویت می شود (بهار^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). علاوه بر فرآیند نگرانی، بورکوویچ و همکاران (۲۰۰۴) به بررسی عوامل سبب شناختی نگرانی پرداخته اند. آنها معتقدند که مهارت های بین فردی ضعیف در تداوم GAD نقش دارد. علاوه بر این، حوادث ابتدای دوران کودکی مانند تروماهای گذشته و سبک دلبستگی نا ایمن، ممکن است در شکل گیری GAD نقش داشته باشند.

مدل فراشناختی ولز (MCM)

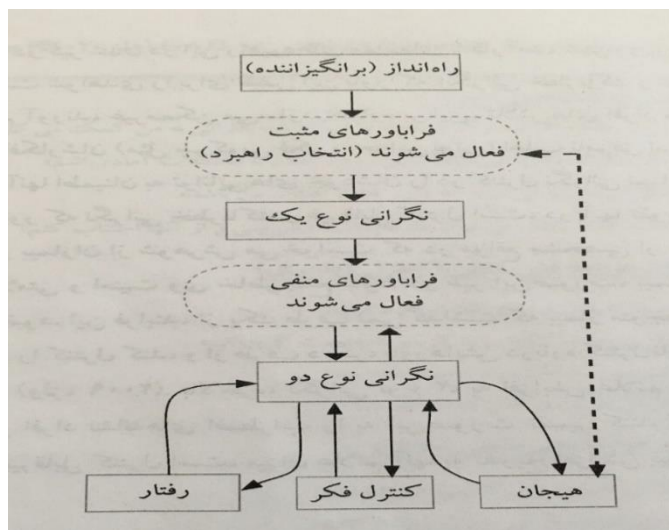
مدل فراشناختی^۲ (MCM) را ولز^۳ (۱۹۹۹، ۲۰۰۵، ۲۰۰۹) پیشنهاد کرده است، که این فرض را مطرح می کند که فرد مبتلا به اضطراب فراگیر، برای روبه رو شدن با خطرهای پیش بینی مشکلات آینده و تولید راه های مقابله

¹ Behar

² Metacognitive Model

³ Wells

ای، عمدتاً از نگرانی استفاده می کند. در این دیدگاه، افراد مبتلا به اضطراب فراگیر، با دو نوع نگرانی دست به گریبان هستند. وقتی این افراد با موقعیت برانگیزاننده اضطراب مواجه می شوند، باورهای مثبتی درباره نگرانی در ذهنشان به وجود می آید که ولز این فرآیند را نگرانی نوع ۱ نامیده است. وی نگرانی نوع ۱ را نگرانی درمورد رویداد های غیر شناختی (مثل موقعیت های بیرونی و رویدادهای غیر شناختی درونی مثل علائم جسمی) تعریف می کند. در طی دوره نگرانی نوع ۱، باورهای منفی درمورد نگرانی فعال می شوند. افراد مبتلا به GAD، شروع به نگرانی درباره نگرانی نوع ۱ می کنند؛ ولز این نگرانی درباره نگرانی یعنی فرانگری را نگرانی نوع ۲ می نامد.



شکل ۲. مدل فراشناختی ولز (منبع: ولز، ۲۰۰۹؛ ص ۹۳)

درواقع، نگرانی نوع ۱ مربوط به رخداد های بیرونی و درونی غیر شناختی مانند علائم جسمانی است، درحالی که نگرانی نوع ۲ مربوط به ارزیابی های منفی فرد از پردازش های فکری خود است (ولز، ۲۰۰۴). مطابق MCM، باورهای منفی درباره نگرانی و نگرانی نوع ۲ افراد مبتلا به GAD را از نگرانی های غیر بالینی متمایز می کند. فرض بر آن است که نگرانی نوع ۲ با تعداد زیادی راهبردهای غیر موثری که هدف آنها اجتناب از نگرانی است (مانند اطمینان جویی مجدد، واریسی کردن، سرکوبی فکر و ...) مرتبط است. علاوه بر این، تلاش های افراد مبتلا به اضطراب فراگیر برای کنترل افکارشان (مانند سرکوبی فکر و حواس پرتی) اغلب ناموفق است. در نتیجه، ممکن است آنها اطمینان به توانایی های خودشان درمورد کنترل نگرانی را از دست بدهند و این باور که نگرانی خطرناک و غیر قابل کنترل است، در آنها تقویت شود. در نهایت، نگرانی نوع ۲، منجر به افزایش علائم اضطراب می شود و اگر افراد نشانه های اضطراب را این گونه تفسیر کنند که نگرانی خطرناک و غیر قابل کنترل است، میزان علائم آنها به تدریج افزایش پیدا می کند.

مدل عدم تحمل بلاتکلیفی داگاس (IUM^۱)

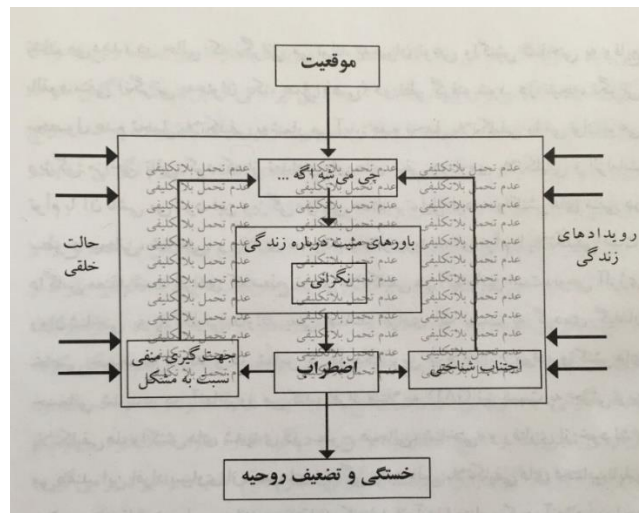
¹ Intolerance of Uncertainty Model

داگاس، نقش عدم تحمل بلاتکلیفی را در ایجاد و تداوم GAD برجسته ساخته است. او مشاهده کرد که در نتیجه درمان های مبتنی بر اکثر مدل های موجود، و علی رغم تاکید بر تکنیک هایی همچون ارزیابی مجدد احتمال وقوع رویداد ناخوشایند و تکنیک های مشابه، گاهی اضطراب و نگرانی برخی از مراجعان کاهش نمی یابد و فرد اگرچه می داند که احتمال این رویدادها ناچیز است، ولی همچنان نگران است (داگاس و روبیچارد، ۲۰۰۷). داگاس متوجه این نکته شد که اکثر مراجعان از حالتی مانند تردید و عدم اطمینان، رنج می برند و این احساس بلاتکلیفی می تواند دلیل عمده ایجاد و تداوم نگرانی شدید و غیر قابل کنترل آنها باشد (داگاس و همکاران، ۱۹۹۸).

بر اساس IUM، افراد مبتلا به اضطراب فراگیر، موقعیت های مبهم و نامتقن را استرس زا و پریشان کننده تلقی می کنند و در واکنش به این موقعیت ها، به نگرانی مفرط و مزمنی دچار می شوند، زیرا ناشناخته ها را معادل خطر میدانند. نگرانی، از یک سو، به دلواپسی درباره وقایع منفی آینده، و از سوی دیگر، به عدم اطمینان فرد درباره تجربیات و نتایج اضطراب، اشاره دارد (مک لئود^۱، ویلیام^۲ و بیکیران، ۱۹۹۱)؛ درحالی که در مدل عدم تحمل بلاتکلیفی، بر پایین بود آستانه تحمل و اینکه وقایع منفی ممکن است در زمان مشخصی در آینده رخ دهند، تاکید می شود (داگاس و همکاران، ۲۰۰۱). اگرچه نگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی، هردو به وقایع منفی در آینده اشاره می کنند، اما تمایزی بین آنها وجود دارد: عدم تحمل بلاتکلیفی، نوعی طرحواره شناختی با فیلتری است که دیدگاه افراد از محیطشان را نشان می دهد، اما نگرانی می تواند به عنوان نوعی واکنش شناختی به وقایع بالقوه منفی در نظر گرفته شود؛ در نتیجه، نگرانی محصول عدم تحمل بلاتکلیفی است. داگاس معتقد است افرادی که سطح تحمل بلاتکلیفی آنها پایین است، نوعی آلرژی روانشناختی به بلاتکلیفی دارند. همچنین افراد مبتلا به اضطراب فراگیر، نسبت به جزئی ترین بلاتکلیفی ها، واکنش های شدیدی در سطوح هیجانی، شناختی و رفتاری از خود نشان می دهند. این افراد بسیاری از جنبه های زندگی را به دلیل بلاتکلیفی های اجتناب ناپذیر، غیر قابل تحمل می دانند و معتقدند که باید از آنها اجتناب کرد. در مدل داگاس، باورهای مثبت درباره نگرانی، موجب تشدید نگرانی در افراد مبتلا به GAD می شوند که این افراد بر این باورند که نگرانی یا برای مقابله کارآمد با رویداد های ترسناک به آنها کمک می کند، و یا به آنها کمک می کند تا از وقوع چنین رویدادهایی جلوگیری کنند.

¹ MacLeod

² William



شکل ۳. مدل عدم تحمل بلا تکلیفی داگاس (منبع: بهار و همکاران، ۲۰۰۹)

مولفه دیگر در مدل داگاس، جهت گیری منفی نسبت به مشکل است. جهت گیری به مشکلات، آگاهی و ارزیابی فرد از مشکلات را منعکس می کند و مهارت های حل مسئله او را می سنجد. تحقیقات نشان می دهند که تغییرات در اطمینان به حل مسئله، می تواند بر نگرانی فاجعه آمیز تاثیر بگذارد. زمانی که نگرانی با احساسات ملازم آن یعنی اضطراب همراه شود/ف به جهت گیری منفی نسبت به مشکل و اجتناب شناختی منتهی می گردد. فآیند حل مسئله از دو جزء اساسی تشکیل شده است: جهت گیری به مشکل و مهارت های حل مسئله. داگاس تاکید می کند که افراد مبتلا به اضطراب فراگیر، علارغم بهره مندی از توانایی و مهارت کافی برای حل مشکل، نسبت به آن جهت گیری منفی دارند و آن را تهدید لاینحل می دانند.

مولفه نهایی در مدل داگاس، اجتناب شناختی است که ایده آن از پژوهش های بورکوویچ گرفته شده است. افراد مبتلا به GAD سعی می کنند از یادآوری تصاویر ذهنی تهدید آمیز و برانگیختگی فیزیولوژیکی توأم با آن اجتناب کنند، که این حالت مانع خاموشی ترس می شود و منجر به تداوم ترس ها و نگرانی ها و حتی تشدید آنها می شود.

مدل بدتنظیمی هیجانی منین (EDM)

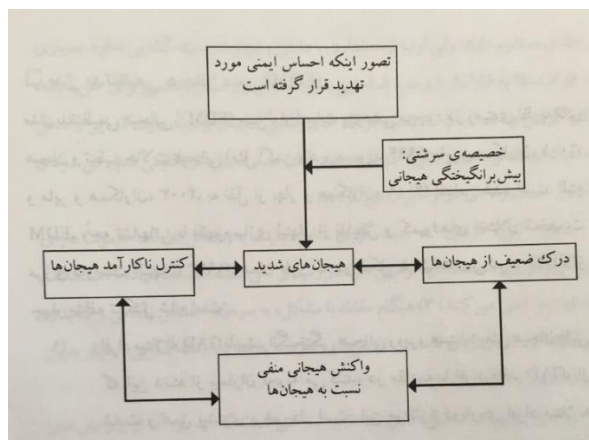
مدل بدتنظیمی هیجانی^۱ (EDM) منین^۲، از ادبیات پژوهشی موجود در زمینه نظریه های هیجان و تنظیم حالات هیجانی گرفته شده است. این مدل از ۴ مولفه تشکیل شده است:

- ۱- افراد مبتلا به GAD، با پیش برانگیختگی هیجانی رو به رو هستند؛ یعنی هیجان هایی که این دسته از بیماران تجربه می کنند، در مقایسه با افراد عادی، از شدت و عمق بیشتری برخوردار است. این موضوع درمورد افراد مبتلا به اختلال شخصیت رزی کاملاً صادق است. ۲- افراد مبتلا به GAD، در مقایسه با افراد عادی، شناخت یا

¹ Emotion Dysregulation Model

² Mennin

درک ضعیف تری از هیجان های خودشان دارند. ۳- در مقایسه با افراد عادی، افراد مبتلا به GAD نگرش های منفی تری نسبت به هیجان ها دارند. ۴- روش تنظیم هیجان در افراد مبتلا به GAD غیر انطباقی است. یعنی آنها از راهبردهایی استفاده می کنند که موجب رها شدن آنها در حالات هیجانی ناخوشایند می شود (منین و همکاران، ۲۰۰۴).



شکل ۴. مدل بدتنظیمی هیجانی منین (منبع: بهار و همکاران، ۲۰۰۹)

منین و همکاران (۲۰۰۵) معتقدند که این توالی رویدادها می تواند در مسیر مخالف حرکت کند (یعنی رهمبردهای غیر انطباقی تنظیم هیجان به افزایش هیجان های منفی منجر شود). در نتیجه موجب شکل گیری چرخه دوسویه بدتنظیمی هیجانی و عاطفی منفی شود.

مدل مبتنی بر پذیرش (ABM) رومر و اورسیلو

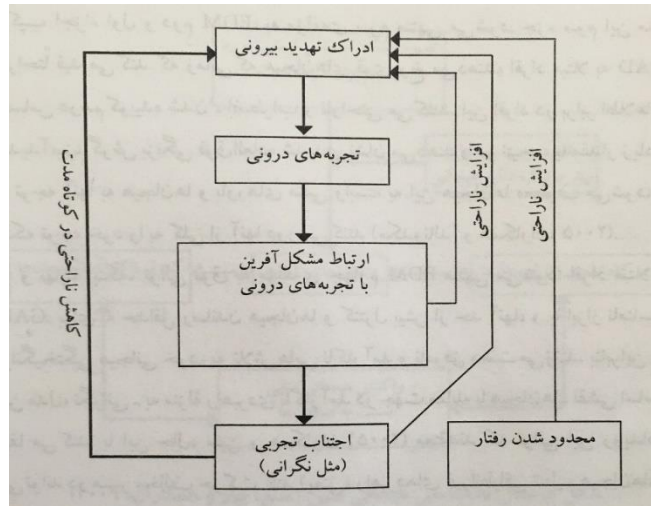
مدل مبتنی بر پذیرش^۱ (ABM) رومر و اورسیلو^۲ (۲۰۰۵) از مدل اجتناب تجربی هیز^۳ و همکاران (۱۹۹۶) و مدل AMW بورکوویچ و همکاران (۲۰۰۴) گرفته شده است. این مدل از ۴ مولفه تشکیل شده است:

- ۱- تجربه های درونی ۲- ارتباط مشکل آفرین با تجربه های درونی ۳- اجتناب تجربی ۴- محدودیت رفتاری

¹ Acceptance-Based Model

² Roemer & Orsillo

³ Hayes



شکل ۵. مدل مبتنی بر پذیرش رومر و اورسیلو (منبع: بهار و همکاران، ۲۰۰۹)

مطابق این مدل، ارتباط مشکل آفرین با با تجربه های درونی (یعنی افکار، احساسات، احساس های بدنی) از دو بعد اختصاصی تشکیل شده است:

۱- واکنش نشان دادن به تجربه های درونی به صورت منفی. این بعد، شامل هرگونه فکر منفی یا فراشناخت می شود. زمانی که فرد نوعی تجربه هیجانی دارد مانند ترس از ترس، این افکار یا فراشناخت ها پدید می آیند. در چنین مواقعی، فرد با مشکلاتی در زمینه بازنگری، پذیرش، و تفسیر هیجان ها دچار می شود.

۲- هم جوشی با تجربه های درونی. به این اشاره دارد که واکنش های منفی گذرا به تجربه های هیجانی، درواقع واکنش هایی دیرپا و دائمی هستند و طبیعتاً، افراد مبتلا به GAD را به خوبی توصیف می کنند.

مولفه سوم این مدل، یعنی اجتناب تجربی، به معنای اجتناب فعالانه و یا اتوماتیک از تجربه های درونی است که به منظور تجارب تهدید آمیز یا منفی و ناخوشایند ادراک شده اند. آخرین مولفه این مدل، یعنی محدودیت رفتاری، به معنای کاهش درگیری در کنش ها یا فعالیت های ارزشمندی است که فرد آنها را واجد معنا می داند مثل گذراندن اوقات فراغت با خانواده.

رومر و اورسیلو (۲۰۰۵) معتقدند که افراد مبتلا به GAD، در برابر تجربه های درونی خود، واکنش منفی نشان می دهند و برای اجتناب از این تجربه ها، انگیزه ای قوی دارند.

درمان اضطراب فراگیر

برای درمان اضطراب فراگیر دو روش رایج وجود دارد. زمانی که بیمار مبتلا به اضطراب فراگیر برای درمان مراجعه می کند، بالینگر بهتر است بر اساس روند زیر گزینه درمانی مناسب را انتخاب کند:

الف) اگر بیمار توانایی بالایی برای تحمل اضطراب و آشفتگی داشته باشد، بهتر است از CBT^۱ استفاده شود. اگر درمان خوب پیش رفت، بهتر است که فقط CBT را ادامه داد، در غیراین صورت باید دارو درمانی را به CBT اضافه کرد.

ب) اگر از همان ابتدا داده های مصاحبه بالینی نشان داد که بیمار توانایی کمی برای تحمل اضطراب و آشفتگی دارد، باید از دارو درمانی استفاده کرد.

۱- درمان شناختی-رفتاری: درمان شناختی-رفتاری، درمان انتخابی روانشناختی برای اختلال اضطراب فراگیر است. بخش زیادی از این درمان مبتنی بر عقاید منطقی است. در این نوع درمان، درمانجو یاد می گیرد چگونه افکار اضطراب آور را تشخیص دهند، گزینه های معقول تری را برای نگرانی پیدا کنند و برای آزمایش کردن این گزینه ها، دست به کار شوند. هدف این درمان در اضطراب فراگیر، کاهش فراوانی، شدت و طول مدت وهله های نگرانی است که منجر به کاهش افکار مزاحم مضطربانه خودکار و اضطراب فراگیر می شود. در کار بالینی، به مراجع گفته می شود که یاد می گیرند چگونه درمانگر خود شوند؛ و این به این معنی است که مراجع در شناسایی مشکل و اقدام سالم و موثر توانمند شود. در این درمان، به جای تمرکز بر تجربیات دوران کودکی یا گذشته دور بر افکار، رفتارها و احساس های حال حاضر تمرکز می شود؛ در واقع درمان شناختی-رفتاری بر تاثیر افکار و رفتارهای حال حاضر متمرکز است زیرا ممکن است چیزی که ابتدا منجر به مشکل شده بسیار متفاوت تر از چیزی باشد که منجر به تداوم مشکل شده است. این درمان، رویکردی آموزشی دارد که در آن فنون شناختی و رفتاری از طریق بازسازی شناختی، تمرین های مواجهه سازی و در نهایت تکالیف خانگی آموزش داده می شود (سلوآپندیان^۲، ۲۰۱۹).

بازسازی شناختی^۳ (CR) یکی از مولفه های درمان مهم در شناخت درمانی GAD است. شناخت درمانگر، با شناسایی باورها و افکار مرتبط با تهدید، کار خود را آغاز می کند. درمانگر برای اینکه تعیین کند که برآورد یا تخمین های درمانجو از تهدید، واقع گرایانه هستند یا اغراق شده اند، از تکنیک جمع آوری شواهد استفاده می کند. گاهی درمانجو به جای تلاش برای اثبات اینکه تهدید های نگران کننده می توانند هرگز اتفاق نیفتند، فقط نگران می شود؛ در چنین مواقعی درمانگر باید شواهد را جمعه آوری کند و از درمانجو بخواهد تا دیدگاه جانبدار دیگری را جایگزین کند که واقع گرایانه باشد. پس از بازسازی شناختی باید از تکالیف خانگی استفاده کرد.

مواجهه سازی با نگرانی یکی دیگر از مولفه های درمان شناختی-رفتاری است. افراد ابتدا افکار نگران کننده خود را شناسایی می کنند سپس هر روز به هنگام بروز این افکار، یک دوره ۳۰ دقیقه ای رویارویی با نگرانی را شروع می کنند. اگر افراد هروقت دیگری از روز، دچار نگرانی شوند، باید توجه خود را به تجربه های زمان حال معطوف کنند از این طریق، نگرانی خود را به تعویق بیندازند.

¹ Cognitive Behavioral Therapy

² Selvapandian

³ Cognitive restructuring

درمان شناختی-رفتاری، شامل یادگیری مهارت های جدید است و برای تسلط بر این مهارت ها، تمرین بسیار مهم است. معمولاً ترین شامل فکر کردن درمورد چیزی به شیوه ای جدید و یا تلاش برای متفاوت عمل کردن در موقعیت های خاص است. اصل نهایی درمان شناختی-رفتاری، اهمیت پیگیری پیشرفت است. هنگام انجام تمرین ها، تجربه های زیادی به دست می آید که نوشتن آنها بسیار موثر است. بنابراین، اگر تمام افکار در ذهن نگه داشته شوند، توجه به الگوهای افکار و رفتار می تواند دشوار باشد. در واقع بیمار می تواند به نوشته های خود نگاه کند و ببیند برای آنچه انجام می دهد یا فکر می کند الگویی وجود دارد؟ یکی دیگر از مزیت های ثبت نتایج تمرین ها این است که این امکان را به فرد می دهد تا پیشرفت خود را پیگیری کند و متوجه تغییرات خود شود.

یافته ها نشان می دهد که ۷۰ تا ۸۰ درصد از افراد مبتلا به اضطراب فراگیر که این نوع درمان را در جلسات انفرادی دریافت می کنند، بعد از درمان دیگر ملاک های تشخیصی برای این اختلال دریافت نمی کنند. علاوه بر این، یافته های طولانی مدت این مطالعات نشان می دهد که اکثر افرادی که درمان خود را حداقل ۲ سال ادامه می دهند، به طور موفقیت آمیزی درمان می شوند. با این حال، پژوهش ها نشان می دهد که افراد که سال مبتلا به اضطراب فراگیر، به خوبی بیماران جوان تر، به CBT جواب نمی دهند (کاوین^۱، اومیت^۲، سیدز^۳، ۲۰۰۸). ولی شواهدی مبنی بر اینکه CBT، موثرتر از دارو درمانی است وجود ندارد، به همین دلیل نتیجه گیری کرد که اثر بخشی CBT دست کم برابر با دارو درمانی است.

۲- دارو درمانی: دارو درمانی بر پایه این یافته علمی قرار دارد که تغییرات فیزیولوژیک، اساس بروز علائم اضطرابی است. این روش به تدریج از نیمه دوم قرن ۲۰ پا گرفت و با پژوهش های نورو سایکولوژیک، جای پای خود را محکم کرد. از آنجا که اضطراب فراگیر سیری مزمن دارد و اغلب با افسردگی همراه می شود، موثرترین درمان برای آن، احتمالاً ترکیبی از دارو درمانی، روان درمانی و درمان های حمایتی است. بیش از ۷۰ درصد بیماران با دارو درمانی بهبود پیدا می کنند و اگر دارو درمانی با روان درمانی ترکیب شود، بهترین تاثیر را خواهد داشت. بعد از قطع درمان، در ماه های اول ۲۵ درصد و در سال اول ۶۰ تا ۸۰ درصد بیماران دچار عود می شوند. چون اضطراب فراگیر اغلب با افسردگی همراه است، بهتر است بیمار از نظر ابتلا به افسردگی ارزیابی شود تا در صورت لزوم از داروهای ضد افسردگی استفاده کند. سه گروه از داروهایی که برای درمان GAD توصیه می شوند، یعنی SSRIs، SNRIs و TCAs، از داروهای مشهور ضد افسردگی هستند و بهتر است برای درمان از آنها استفاده شود.

داروهای مورد استفاده برای درمان اضطراب فراگیر

داروهایی که برای درمان GAD استفاده می شوند، عبارتند از: بنزودیازپین ها، داروهای ضد افسردگی (SSRIs، SNRIs، TCAs و ونلافاکسین)، بوسپیرون، بتابلوکرها، آنتی هیستامین ها و داروهای ضد صرع اضطراب زدا. مشابه

¹ Covin

² Ouimet

³ Seeds

تأثیرات درمانی CBT، پاسخ رضایت بخش به درمان های کوتاه مدت SSRIs، SNRIs فقط در حدود ۶۰ درصد از بیماران، بهبودی کامل در حدود ۳۷ درصد از بیماران اتفاق می افتد (گلنبرگ^۱ و همکاران، ۲۰۰۰؛ پولاک^۲ و همکاران، ۲۰۰۱).

الف) بنزودیازپین ها: یکی از بهترین داروها برای کاهش اضطراب هستند و بیشترین پژوهش ها در مورد داروهای موثر بر GAD، روی بنزودیازپین ها انجام شده است (ریکلس و راین^۳، ۲۰۰۲). وجه مشترک این داروها، تاثیر بر گیرنده هایی تحت عنوان گیرنده های بنزودیازپین است. این گیرنده ها، تنظیم فعالیت گاما را برعهده دارند. بنزودیازپین ها در کاهش اضطراب بیماران مبتلا به GAD بسیار موثر هستند. اکثر این بیماران برای مدتی نسبتا کوتاه، و مشخص و از قبل تعیین شده تحت درمان قرار می گیرند، زیرا استفاده بی رویه و دراز مدت از بنزودیازپین ها می تواند باعث وابستگی دارویی، ایجاد تحمل، و یا مشکلات شناختی نظیر اختلال در حافظه شود. ۲۵ تا ۳۰ درصد از بیماران مبتلا به GAD، به بنزودیازپین ها پاسخ نمی دهند یا ممکن است در آنها تحمل به وجود آید. بهتر است درمان با بنزودیازپین ها به مدت ۲ تا ۶ هفته ادامه یابد و پس از رفع علائم، به تدریج یعنی ظرف دو هفته، مصرف آنها قطع شود. تجویز این دارو با دوز پایین، معمولا اثر های ضد اصرابی، و با دوز بالا، اثر خواب آوری دارد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷).

ب) مهار کننده های اختصاصی بازجذب سروتونین^۴ (SSRIs): طبق راهنمای فدراسیون جهانی انجمن های بیولوژیک روانپزشکی^۵ (WFBSP)، داروهای SSRI و داروهای SNRI، به عنوان درمان های دارویی خط اول GAD معرفی شده اند (باندیللو همکاران، ۲۰۰۸). داروهای SSRI اثرات درمانی خود را از طریق مهار باز جذب 5TH اعمال می میکنند و به همین علت است که این داروها، مهار کننده بازجذب سروتونین خوانده می شوند. این داروها عمدتا در درمان افسردگی، وسواس و اختلال وحشت زدگی به کار می روند. کاهش فعالیت و غلظت گیرنده 5HTA₁، به علت نقص ژنتیکی یا عوامل استرس زای محیطی، باعث تشدید اضطراب می گردد و SSRI ها از طریق مهار بازجذب سروتونین و افزایش میزان آن در سیناپس های سروتونین، باعث تحریک گیرنده های پس سیناپسی سروتونین 5HTA₁ می شوند و در نهایت اضطراب را کاهش می دهند.

داروهای SSRI های موجود عبارتند از: سیتالوپرام، اسسیتالوپرام، سرتالین، فلوکستین، فلووکسامین و پاروکستین. از بین این داروها برای درمان GAD، سرتالین، پاروکستین و سیتالوپرام انتخاب بهتری هستند. شایع ترین عارضه آنها تهوع گذرا، سردرد و مشکلات جنسی است. در صورت مصرف بیش از حد آنها، مسمومیت خفیف تری به بار می آید. اثرات درمانی کامل آنها معمولا ۲ تا ۴ هفته ظاهر می شود. دوز شروع SSRI ها باید ابتدا کم و سپس به تدریج تا همان دوز ضد افسردگی افزایش پیدا کند. شایع ترین عوارض SSRI ها عبارتند از:

¹ Gelenberg

² Pollack

³ Rickels & Rynn

⁴ Selective serotonin reuptake inhibitors

⁵ World Federation of Biological Societies of Psychiatry

سردرد، تحریک پذیری، اضطراب، بی خوابی، خواب آلودگی، عوارض گوارشی، تغییرات قاعدگی، کاهش میل جنسی، بی اشتها، لرزش و تشنج.

پ) ونلافاکسین: ونلافاکسین مهار کننده قوی بازجذب سروتونین و نورا پی نفرین (SNRI) و مهار کننده ضعیف بازجذب دوپامین است. این دارو با دوز ۷۵ تا ۲۲۵ میلیگرم، بی خوابی، تحریک پذیری، بی قراری، ضعف تمرکز و انقباض عضلانی ناشی از اضطراب فراگیر را کنترل می کند. ونلافاکسین یک داری ضد افسردگی است و تجویز آن برای بیمارانی که همزمان افسردگی دارند توصیه می شود (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷). مصرف آن فاقد اثرات جانبی آنتیکولینرژیک و قلبی-عروقی است و احتمال کمی وجود دارد که مصرف آن در دوزهای پایین موجب افزایش فشارخون شود (پاپ^۱ و همکاران، ۲۰۱۰).

ت) داروهای سه حلقه ای (TCAs): داروهای این گروه شامل ایمپیرامین، آمیتریپتیلین، نوروتریپتیلین و کلومیپرامین هستند که خاصیت ضد افسردگی دارند و شدت اضطراب را کاهش می دهند. برخی از داروهای سه حلقه ای تمایل به آرام بخش بیشتری دارند مانند آمیتریپتیلین، ایمپیرامین و تریمیپرامین. مقدار مصرف این دارو از ۲۵ تا ۲۵۰ میلیگرم توصیه می شود و تجویز دوزهای بالا ضرورت پیدا نمی کند.

ج) بوسپیرون: بوسپیرون یک آنتاگونیست سروتونین (SHTA₁) با ویژگی های ضد اضطرابی واضح است. این دارو برخلاف ضد اضطراب های رایج مانند بنزودیازپین ها، باعث رخوت و خواب آلودگی نمی شوند و خطر وابستگی یا سندروم ترک یا سوء مصرف ندارد. این دارو در ۶۰ تا ۸۰ درصد موارد در GAD موثر است. بوسپیرون ها بر خلاف بنزودیازپین ها هیچگونه آثار فوری ندارد و پاسخ بالینی ۲ تا ۴ هفته بعد از شروع درمان ظاهر می شود. اثر بخشی کامل بوسپیرون با دوزهای بالا ۳۰ میلیگرم در روز ظاهر می شود.

د) آنتاگونیست های گیرنده ی آدرنرژیک (بتابلوکرها): این گروه از داروها بیشتر بر تظاهرات جسمی اضطراب مانند تپش قلب، لرزش و تعریق موثر هستند تا خود اضطراب. در اضطراب فراگیر، بتابلوکرها می توانند به عنوان درمان کمکی با یکی دیگر از اعضای گره های SSRI ها و یا بنزودیازپین ها و یا بوسپیرون مورد استفاده قرار گیرند. پروپرانولول، بتابلوکری است که در درمان اضطراب بسیار به کار می رود.

ه) ضد تشنج های ضد اضطراب: پره گابالین، گاباپنتین و والپروئیت از جمله داروهای ضد صرع هستند که در اختلالات اضطرابی به کار برده می شوند. این داروها به اندازه بنزودیازپین ها موثر هستند و هنگام قطع مصرف آن، بیمار به علائم ترک دچار نمی شود. تحقیقات نشان داده اند که پره گابالین از هنگام شروع مصرف، از اثر سریع و اثربخشی کوتاه مدت و بلند مدتی در GAD برخوردار است.

درمان ذهن آگاهی

مطابق بررسی های انجام شده، عدم آگاهی از احساسات و ناتوانی در مدیریت آن، سطح بالای اضطراب را به همراه دارد. درواقع افرادی که شناخت صحیحی از خود ندارند، با ارزیابی منفی از موقعیت ها دچار اضطراب می

¹ Papp

شوند. هدف اصلی این درمان تغییر آگاهی و ایجاد رابطه جدید با افکار است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۱ به فرد کمک می کند از هیجان های منفی فاصله گرفته و با استفاده از تمرین و تکالیف ها از کارکرد ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی پیدا کند و به وسیله این آگاهی، افکار و احساسات خود را کنترل کند. در بسیاری از مطالعات نشان داده شده که فنون ذهن آگاهی در افزایش آرمیدگی عضلانی، کاهش اضطراب و نگرانی و استرس نقش دارد. والستاد و همکاران در پژوهشی نشان دادند که ذهن آگاهی، نشانه های اضطراب و نگرانی را در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر کاهش می دهد. در مطالعه ای، پژوهشگران نتیجه گرفتند که میزان ذهن آگاهی در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر پایین است. همچنین، والستد، سیورتنسن و نیلسن (۲۰۱۱) نشان دادند که آموزش ذهن آگاهی باعث تعدیل نشانه های اضطراب و نگرانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می شود.

بحث و نتیجه گیری

هدف از این پژوهش، آگاهی بیشتر و اطلاعات افزون تر درمورد اختلال اضطراب فراگیر بود. این اختلال یکی از شاخه های اختلالات اضطرابی است که شیوع نسبتا بالایی دارد؛ به همین دلیل اگر درمان انجام نشود زندگی فرد دچار اختلال می شود.

برای این اختلال، درمان های دارویی و شناختی مختلفی وجود دارد که درمان ترکیبی نتیجه بهتری نیز خواهد داشت. همچنین این افراد تمایل زیادی به افکار منفی دارند و درمان باید در راستای کاهش افکار منفی و جایگزین راهبردهایی برای این افکار صورت بگیرد. علاوه بر این، کودکانی که دچار اضطراب فراگیر می شوند باید به زودی درمان شوند، زیرا اگر درمان صورت نگیرد این اختلال تا بزرگسالی همراه آنها خواهد بود و ممکن است به افسردگی منجر شود.

به طور کلی، به خاطر اینکه این اختلال با اختلالات دیگر همبودی دارد، درمانگر باید در تشخیص آن دقت بالایی داشته باشد تا بتواند درمان موثرتری را به کار ببرد. همچنین اضطراب فراگیر بیشترین همبودی را با افسردگی دارد، به همین خاطر دقت بالینگر باید به حدی باشد تا تشخیص به درستی صورت بگیرد.

¹ Mindfulness

منابع

- کراس، سوزان و پی. هالجین، ریچارد. (۲۰۱۴). آسیب شناسی روانی: دیدگاه های بالینی درباره اختلالات روانی. ترجمه: یحیی سید محمدی. تهران: انتشارات روان.
- ال. اتکینسون، ریتا؛ سی. اتکینسون، ریچارد؛ اسمیت، ادوارد دی؛ ج. بم، داریل و نولن-هوکسما، سوزان. (۱۳۸۴). هیلگارد. ویراستار: دکتر محمد نقی براهنی. تهران: انتشارات رشد.
- دادستان، پریخ. (۱۳۷۸). روانشناسی مرضی تحولی: از کودکی تا بزرگسالی. تهران: انتشارات سمت.
- رابیچارد، ملیسا و داگاس، مایکل. (۱۳۹۷). کتاب کار اختلال اضطراب فراگیر. ترجمه: حمید امیری و سمیرا معصومیان. تهران: انتشارات دانژه.
- ریکاردو، مونز، جین میراندا. (۱۳۹۹). درمان شناختی-رفتاری اختلال اضطراب فراگیر. ترجمه: محمد قهرمانی و رویا شرافت و معصومه زنگنه. تهران: انتشارات ندای کادح.
- محمود علیلو، مجید؛ شریفی، محمد امین؛ قافله باشی، حسین. (۱۳۹۱). تکنیک های درمانی اختلال اضطراب فراگیر. تهران: انتشارات نیوند.
- جی. ماش، اریک و ای. ولف، دیوید. (۱۳۹۱). روانشناسی مرضی کودک: با تاکید بر آسیب شناسی روانی تحولی کودک و نوجوانی. ترجمه: پرویز شریفی درآمدی و حسین مرادی. تهران: انتشارات آوای نور.
- جیمز سادوک، بنیامین؛ آلکوت سادوک، ویرجینیا و روئیز، پدرو. (۱۳۹۴). خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک: علوم رفتاری/روانپزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند.
- ویکس-نلسون، ویتا و س. ایزرئل. (۱۳۹۷). روانشناسی مرضی کودک و نوجوان. ترجمه: حسن فرهی و فاطمه قدیری. تهران: انتشارات ارجمند.
- گنجی، حمزه. (۱۳۷۶). روانشناسی عمومی. تهران: نشر دانا.
- کشاوری، حسین؛ رافعی، زهرا و میرزایی، عباس. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) بر اضطراب فراگیر. نشریه پایش، ۱۷(۳)، ص ۲۸۹-۲۹۶.

عطارد، نسترن؛ نریمانی، محمد؛ صادقی، گودرز؛ محمود علیلو، مجید و عطادخت، اکبر. (۱۳۹۸). تبیین اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال افسردگی اساسی براساس مدل آسیب شناسی روانی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. *نشریه علوم پزشکی رازی*، ۲۶(۹)، ص ۴۷-۵۸.

میکائیلی منیع، فرزانه و آب خیز، شلر. (۱۳۹۹). بررسی ویژگی های روانسنجی سنجه ی اضطراب کودکان و نوجوانان بر اساس DSM-5. *نشریه روانشناسی بالینی*، ۱۲(۴)، ص ۴۶-۶۲.

عبداللهی، ملیحه و داوودی، اعظم. (۱۳۹۸). پیش بینی اضطراب نوجوانان بر اساس ادراک نوجوانان از کنترل والدین: نقش میانجی باورهای فراشناختی. *نشریه روشها و مدلهای روان شناختی*، ۱۰(۳۵)، ص ۶۵-۸۰.

روحی، علیرضا. (۱۳۹۳). رویکرد های نظری و کاربردی در اختلال های اضطرابی کودکان. *تعلیم تربیت / استثنایی*، شماره ۳، ص ۴۷-۵۸.

بیبا، فاطمه؛ محمدی، نورالله؛ تقوی، سید محمدرضا و رحیمی، چنگیز. (۱۳۹۷). تاثیر نگرانی بر واکنش فیزیولوژیک و عاطفی به محرک هیجانی در افراد با اختلال اضطراب فراگیر و افراد بهنجار. *نشریه روانشناسی معاصر*، ۳(۲)، ص ۸۹-۹۹.

شعبان، ناهید؛ دهقانی، مهسا؛ رفعتی، الهه؛ قربانی، سحر و امانی، امید. (۱۳۹۹). تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودآگاهی هیجانی و باورهای فراشناختی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر. *نشریه روان پرستاری*، ۱(۵)، ص ۵۵-۶۶.

سعید منش، محسن؛ همتیان، زهرا و عزیزی، مهدیه. (۱۳۹۹). اثربخشی برنامه تلفیقی اصلاح سوگیری توجه و ذهن آگاهی بر کارکردهای اجرایی (توجه، بازداری و کنترل هیجانی) کودکان دارای اختلال اضطراب فراگیر. *فصلنامه روانشناسی شناختی*، ۱(۲)، ص ۳۳-۴۵.

شکراللهی، مژگان و نعیمی، عبدالزهره. (۱۴۰۰). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر چشم انداز زمان و بهزیستی هیجانی در افراد دارای علائم اختلال اضطراب فراگیر. *انتشارات دانشگاه علامه طباطبائی*، ۱(۴۲)، ص ۱۱۷-۱۴۳.

Otared, N., Narimani, M., Sadeghi, G., Mahmoud Aliloo, M., & Atadokht, A. (2019).

Explanation of generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and major depression disorder based on psychopathological model of acceptance and commitment therapy, 26(2), 47-58.

Borkovec, T. D. (1985). Worry: a potentially valuable concept, 23(4), 481-482.

Behar, E., Dobrow Dimarco, Ilyse., Hekler, B. Eric., Mohlman, J., & M. Staples, A. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications, *23*(8), 1011-1023.

Mohammadi, M. R., Pourdehghan, P., Mostafavi, S. A., Hooshyari, Z., Ahmadi, N., Khaleghi, A. (2020). Generalized anxiety disorder: Prevalence, predictors, and comorbidity in children and adolescents, *Journal of Anxiety Disorders*, *73*, 102234.

Shaban, N., Dehghani, M., Rafaati, E., Ghorbani, S., & Amani, O. (2020). The Efficacy of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Emotional Self-awareness and Meta-Cognitive Beliefs in Adolescents With Generalized Anxiety Disorder, *8*(5), 55-66.