



مطالعه‌ای کیفی بر الگوهای آسیب‌پذیری نگرانی در اختلال اضطراب منتشر

سیدمحمد داوود حسینی^۱، شعله امیری^{۲*}، کوروش نامداری^۳ حسین مولوی^۴

چکیده

موضوع این مقاله تحلیلی کیفی بر الگوهای آسیب‌پذیری نگرانی در اختلال اضطراب منتشر بود. هدف، بررسی مطالعات مرتبط با نگرانی در اختلال اضطراب منتشر بود که در نهایت به بیان عناصر مشترک سبب‌ساز در ایجاد نگرانی در اختلال اضطراب منتشر پرداخته شد. نتایج این پژوهش نشان داد در این اختلال مجموعه‌ای از عوامل زیستی، روانی و اجتماعی در ایجاد نگرانی دخالت دارند و در حوزه روانشناختی دارای مدل‌های آسیب‌پذیری شامل؛ الگوهای روانی (مدل‌های شناختی) {مدل فعالیت طرحواره‌ای، مدل سوگیری توجه نسبت به تهدید و مدل سوگیری تفسیر نسبت به تهدید}، مدل عدم تحمل ابهام، مدل فراشناخت ولز، مدل مبتنی بر پذیرش، مدل نقص نظم بخشی هیجان)، الگوهای رفتاری، الگوهای اجتماعی و الگوهای جمعیت شناختی است. با بررسی مطالعات پیشین، برخی عناصر مشترک در اختلال اضطراب منتشر عبارتند از؛ شرایط زندگی، اهداف و نگرانی‌های شخصی، شکست در دستیابی به حس امنیت، عدم تحمل بلا تکلیفی، باورهای مثبت درباره نگرانی، جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل، اجتناب شناختی، فرانگرانی، فهم ضعیف و نگرش منفی نسبت به هیجانات، الگوهای والدینی و شیوه فرزند، تجارب فرد در طول زندگی، طبقه اجتماعی- اقتصادی و میزان درآمد ماهیانه. در نهایت در مقایسه با پژوهش درمورد نگرانی در اختلال اضطراب منتشر، پشتوانه تحقیقاتی در روان‌درمانی برای این اختلال نسبتاً جوان بوده و نیاز به پژوهش فراوان، ضروری است.

کلید واژه: الگوهای آسیب‌پذیری، نگرانی، اختلال اضطراب منتشر

^۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

^۲. دکترای روانشناسی، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول) shole_amiri@yahoo.com

^۳. دکترای روانشناسی، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

^۴. دکترای روانشناسی، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران



مقدمه

اختلالات اضطرابی رایج‌ترین مشکلات سلامت روان در سراسر جهان هستند (پرز-پینار^۱ و همکاران، ۲۰۱۷). این اختلالات، با اختلال در عملکرد، کیفیت پایین زندگی و افزایش هزینه‌های بهداشت و سلامتی همراه است (کسلر، مک‌گوناگل، ژائو، نلسون، هیوگز و اشلمن، ۱۹۹۴). مطالعات شیوع‌شناسی نشان می‌دهد که احتمال وقوع این اختلال پیش از ۱۸ سالگی، ۵۰ درصد تخمین زده شده است (بیسدو، ناپ و پین^۲، ۲۰۰۹). همچنین شیوع یک‌ساله این اختلال بین ۱/۷ تا ۳/۷۵ درصد (لیدر^۳، ۲۰۱۵) و شیوع مادام‌العمر آن ۵/۷ درصد تخمین زده شده است (هوک^۴ و همکاران، ۲۰۱۴).

اختلال اضطراب منتشر یکی از انواع اختلالات اضطرابی است که نگرانی غیرقابل کنترل درمورد موضوعات متعدد، ملاک تشخیصی کلیدی در آن محسوب شده و از جمله عوامل مؤثر در اختلالات هیجانی است. درواقع نگرانی یکی از اشکال تفکر قالبی تکراری است که با ویژگی‌هایی چون محتوای منفی، قالب انتزاعی بسیار رایج و (در سطح آسیب‌شناسی) ماهیت آشکارا غیرقابل کنترل و مداوم مشخص می‌شود (کره، متیوز، ویت و هرچ^۵، ۲۰۱۶). از اینرو وجود نگرانی را می‌توان زنگ خطری برای ابتلاء فرد به اختلالات شدیدی مانند اختلال اضطراب منتشر در نظر گرفت.

درحالی که دارودرمانی و روان‌درمانی از راهبردهای درمانی رایج برای این اختلال محسوب می‌شوند گستره‌ای از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درصد پایینی از افراد مبتلا، از انواع درمان‌های مرتبط سود می‌برند (لیدر، ۲۰۱۵). به عبارت دیگر ۳۰ تا ۶۰ درصد از بیماران پس از درمان، بهبود نمی‌یابند (دوگاس^۶ و همکاران، ۲۰۱۰، سیمون^۷ و همکاران ۲۰۱۰). همچنین افراد مبتلا به این اختلال احتمالاً به منظور اجتناب از برچسب بیماری، معمولاً به مراکز روانپزشکی مراجعه نمی‌کنند (هوک و همکاران، ۲۰۱۴).

پیشینه‌های موجود در مورد عوامل خطر ساز نگرانی در اختلال اضطراب منتشر که موجب عود مجدد و یا بقای نشانه‌ها می‌شود و اختلال اضطراب منتشر را موجب می‌گردد محدود است. با این حال در خصوص نگرانی در اختلال اضطراب منتشر این عوامل به شکل بسیار گسترده بیان شده و در رویکردهای مختلف روانشناسی نیز به آن توجه شده است. براساس مدل زیستی روانی اجتماعی (انجل^۸، ۱۹۷۷) رفتار انسان که امروزه به طور گسترده‌ای مورد توجه روانشناسان و دانشمندان علوم دیگر است، عوامل خطر ساز نگرانی در اضطراب منتشر را می‌توان به سه دسته بزرگ عوامل زیستی، عوامل روانی و عوامل اجتماعی دسته‌بندی کرد که اغلب رویکردهای موجود را نیز دربر می‌گیرد. با این حال عوامل ذکر شده در تحقیقات لزوماً نمی‌توانند به همان شکل در اختلال اضطراب منتشر تجلی یابند که این موضوع می‌تواند تشخیص نادرست و درمان نامناسب را در پی داشته باشد. بسیاری اوقات در اختلال اضطراب منتشر نشانه‌های نگرانی ممکن است در نتیجه درمان‌های نامناسب ایجاد گردند و یا نتیجه تشخیص نادرست اولیه و اعمال فرآیندهای نامناسب باشند. باوجود شیوع بالا و اهمیت این اختلال، با بررسی متون و تحقیقات داخلی، یافته‌های زیادی در دسترس نیست. همچنین نگاه به مؤلفه نگرانی به عنوان عاملی محوری از اهمیت ویژه‌ای در فرایند شناخت عوامل و درمان، برخوردار است. شناخت این عوامل و بررسی الگوهای موجود در تبیین نگرانی در اختلال اضطراب منتشر، می‌تواند بر دقت درمان افزوده و دیدگاهی درست و منطقی در درمانگران ایجاد نماید. بنابراین در ادامه به مفهوم نگرانی

^۱. Perez-Pinar

^۲. Beesdo, Knappe, & Pine

^۳. Lader

^۴. Hoge

^۵. Krahe, Mathews, Whyte & Hirsch

^۶. Dugas

^۷. Simon

^۸. Engel

در اختلال اضطراب منتشر و الگوهای مطرح شده در این زمینه با توجه به نتایج مستقیم و غیرمستقیم در رابطه با اختلال اضطراب منتشر پرداخته شده است.

مفهوم شناسی

بر اساس پنجمین نسخه تشخیصی آماری اختلالات روانی (DSM-V)، اختلال اضطراب منتشر نوعی نگرانی مفرط و غیرقابل کنترل در مورد گسترده‌های از مسائل است که در بیشتر روزها و حداقل به مدت شش ماه رخ می‌دهد. نگرانی باعث تشویش و نواقصی در عملکردهای فرد شده و حداقل با یکی از سه ویژگی زیر مرتبط می‌باشد: بیقراری و گوش‌بزدگی زیاد، احساس خستگی فراوان، مشکل در تمرکز یا احساس خالی بودن ذهن، زودرنجی، تنش عضلانی و مشکلات خواب (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). مدل‌های نظری حاکی از آنند که نگرانی و تمایل به آن ممکن است یکی از ویژگی‌های اصلی اختلالات اضطرابی، به خصوص اختلال اضطراب منتشر باشد (فرسکو، منین، همبرگ و تورک^۲، ۲۰۰۳). تا به امروز در زمینه نگرانی پژوهش‌های متعددی انجام شده است و این توجه گسترده پژوهشی نسبت به نگرانی، آن را هم ردیف اختلالات اضطراب منتشر، اختلال وسواس جبری، اختلالات الکلیسم و غیره قرار داده است. نگرانی زنجیره‌ای از افکار و تصاویر مملو از عاطفه منفی و نسبتاً کنترل‌ناپذیر است. فرایند نگرانی نماینگر تلاش برای درگیر شدن در یک حل مسئله ذهنی بر روی موضوعی است که پیامد آن معلوم نیست، اما شامل احتمال یک یا چند پیامد منفی است. در نتیجه، نگرانی ارتباط نزدیکی با پردازش ترس دارد (بورکوک، رایبسون، پروزینسکی و دوپری^۳، ۱۹۸۳).

الگوهای اضطراب منتشر

پژوهش‌ها نیز مؤید آنند که مجموعه‌ای از عوامل زیستی، روانی و اجتماعی در شکل‌گیری اختلالات اضطرابی از جمله اختلال اضطراب منتشر دخیل است (کندلر^۴ و همکاران، ۱۹۹۵، بارلو^۵، ۲۰۰۲، کین^۶ و بارلو، ۲۰۰۲). در ایجاد نگرانی در اختلال اضطراب منتشر نیز ترکیبی از این عوامل دخالت دارند. اما تأثیرات زیرمجموعه‌های این عوامل کلی و میزان نقش هر یک از آنها و مستقیم یا غیرمستقیم بودن ارتباطشان با نگرانی در اختلال اضطراب منتشر، هنوز به وضوح مشخص نیست و کارچندانی بر آن صورت نگرفته است و بیشتر مدل‌ها بر اختلال اضطراب منتشر به طور کلی متمرکزند. با این حال الگوهای مطرح در تبیین نگرانی در اختلال اضطراب منتشر شامل این موارد است؛

الگوهای روانی

الف. مدل‌های شناختی

مدل شناختی اختلال اضطراب منتشر با این ادعا آغاز می‌شود که نگرانی در اختلال اضطراب منتشر در حلال اتفاق نمی‌افتد بلکه شرایط زندگی، اهداف و نگرانی‌های شخصی فرد را منعکس می‌کند. دیدگاه شناختی شخصیت مشخص کرده که رفتار فرد

^۱. American Psychiatric Association

^۲. Fresco, Mennin, Heimberg & Turk

^۳. Borkovec, Robinson, Pruzinsky & Dupree

^۴. Kendler

^۵. Barlow

^۶. Keane

بوسیله تعامل موقعیت‌ها یا تجارب روزانه زندگی، محتوای طرحواره‌ای و اهداف شخصی تعیین می‌شود. این اهداف شخصی را تکالیف زندگی یا طرح‌های شخصی می‌داند که افراد بر روی آن کار می‌کنند و در حوزه‌هایی مانند شغل، عشق و قدرت، انرژی صرف می‌کنند. کلینجر^۱ (۱۹۷۵) بیان می‌کند که نگرانی‌های جاری برای پیگیری اهداف خاصی به کار برده می‌شود (مانند اجتناب از تهدیدها برای دستیابی به امنیت شخصی یا رهایی از فقدان). مدل شناختی در سه مرحله؛ مرحله فراخوانی، مرحله پردازش خودکار و مرحله پردازش تفصیلی قابل توضیح است. در مرحله فراخوانی، اهداف، ارزش‌ها و نگرانی‌های شخصی بعلاوه تجارب روزانه افراد نقش مهمی در راه‌اندازی نگرانی ایفا می‌کند. همچنین، طرحواره‌های کمبود اعتماد به نفس و تهدید، عامل زمینه ساز برای اختلال اضطراب منتشر و نگرانی مزمن است. تعامل این طرحواره‌های زمینه‌ساز و آسیب‌پذیری شخصیتی با تکالیف خاص زندگی جاری می‌تواند تصاویر یا افکار مزاحم وابسته به تهدید را راه‌اندازی کند (کلارک و رینو^۲، ۲۰۰۵). در بافت فعلی، افکار مزاحم آینده‌مدار شامل برخی تهدیدهای غیر مقطعی درباره دستیابی به اهداف یا تکالیف مهم زندگی است که اضطراب را فرا می‌خواند و در نهایت، فرایند نگرانی را راه‌اندازی می‌کند. ناتوانی در تحمل عدم قطعیت، در اختلال اضطراب منتشر آشکار است (کوئرر و داگاس^۳، ۲۰۰۶). بنابراین، انتظار می‌رود این عدم قطعیت در افکار مزاحم اضطرابی خودکار در این اختلال نیز نمود یابد.

۱. مدل فعالیت طرحواره ای^۴

طرحواره‌های مربوط به اختلال اضطراب منتشر شامل تهدید کلی (باورهای درباره احتمال و پیامدهای تهدید نسبت به امنیت و سلامتی فیزیولوژیکی و جسمی)، آسیب‌پذیری شخصی (باورهای درباره درماندگی، عدم کفایت، کمبود منابع مقابله‌ای)، فراشناخت نگرانی (باورهای درباره اثرات مثبت و منفی نگرانی و کنترل‌پذیری آن و عدم تحمل ابهام) باورهای درباره فراوانی، پیامد، اجتناب و عدم پذیرش وقایع مبهم و غیر قطعی) است (کلارک و بک^۵، ۲۰۱۰).

۲. مدل سوگیری توجه نسبت به تهدید^۶

شواهد تجربی قابل ملاحظه ای وجود دارد که اختلال اضطراب منتشر و نگرانی با سوگیری‌های توجهی نسبت به تهدید مرتبطند (مک لئود و همکاران، ۲۰۰۴؛ متیوز و مک لئود^۷، ۱۹۹۴). موضوع مهم در این قسمت این است که آیا سوگیری توجه در این اختلال مختص تهدید است یا یک سوگیری کلی‌تری نسبت به اطلاعات هیجانی منفی وجود دارد. البته مورد دوم با ماهیت اضطراب‌زای اختلال اضطراب منتشر کاملاً همخوانی دارد.

۳. مدل سوگیری تفسیر نسبت به تهدید^۸

آخرین پروسه خودکاری که در مدل شناختی ارائه می‌شود، سوگیری انتخابی غیرارادی و سریع برای تفسیر اطلاعات شخصی مبهم به صورت تهدیدزا است. مک‌لئود و همکاران (۲۰۰۴) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر تمایل دارند موضوعات مبهم را به صورت تهدیدزا تفسیر کنند. البته بعید نیست که با توجه به اولویت پردازش اطلاعات همسان با طرحواره مربوط به ناتوانی در تحمل عدم قطعیت، سوگیری تفسیر نسبت به تهدید صورت بگیرد. ضمناً سوگیری‌های پردازش خودکار که مرتبط است با فعالیت طرحواره‌های اختلال اضطراب منتشر، یک پاسخ پردازشی آهسته‌تر و تفصیلی‌تری را

۱. Klinger

۲. Clark & Rhyno

۳. Koerner & Dugas

۴. Schematic Activation

۵. Beck

۶. Attentional Threat Bias

۷. Mathews and MacLeod

۸. Interpretation Threat Bias



راه اندازی خواهد کرد که به منزله تلاشی برای تعدیل کردن ذهنیت افراطی تهدید است. مرحله ی پردازش تفصیلی اساس مدل شناختی اختلال اضطراب منتشر است و درمان شناختی در این سطح اعمال می شود. نگرانی، پردازش شناختی تفصیلی و بسیار آگاهانه ای است که در مدل حاضر به صورت تلاشی عمدی برای ارزیابی مجدد امکانات منفی به صورت کمتر تهدیدزا انگاشته می شود. نگرانی، پاسخی عمدی و تلاشمندانه به منظور سرکوبی یا موضع گرفتن علیه فعالیت طرحواره تهدید و اضطراب مرتبط با آن بوده که به وسیله درگیر شدن در ارزیابی مجدد تهدید و سطح آسیب پذیری فرد صورت می گیرد (بک و کلارک، ۲۰۱۰). بنابراین نگرانی یک پاسخ اجتنابی شناختی است که هدفش جلوگیری از برانگیختگی هیجانی خواهد بود (کسیدی^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). اختلال اضطراب منتشر زمانی به وجود می آید که باورهای منفی درباره نگرانی در فرد فعال شود. دو نوع باور منفی مهم هستند: باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری نگرانی و باورهای منفی درباره پیامدهای آسیب زا یا مخاطره آمیز نگرانی. باورهای منفی درباره پیامدهای نگرانی، شامل باورهایی هستند مبنی بر اینکه نگرانی می تواند به پیامدهای ناگوار جسمی، روانشناختی یا اجتماعی منجر شود. هنگامی که باورهای فراشناختی منفی فعال می شوند، فرد به ارزیابی منفی نگرانی می پردازد، یعنی دچار نگرانی درباره نگرانی می شود و همین امر موجب افزایش اضطراب و احساس ناتوانی در مقابله می گردد. نگرانی درباره نگرانی، نمونه ای از ارزیابی فراشناختی^۲ است که فرانگرانی^۳ خوانده می شود (ولز^۴ و متیوز، ۱۹۹۴).

همچنین، وودی و راجمن^۵ (۱۹۹۴) مطرح می کنند که اختلال اضطراب منتشر با شکست در دستیابی به حس امنیت به دلیل استفاده غیر موثر و ناکافی از علائم امنیت، توصیف می شود. با این وجود آن ها در جستجوی به حداکثر رساندن امنیت و اجتناب از حتی کوچکترین خطر به وسیله چک کردن و اطمینان جویی از دیگران بوده که به ندرت موفقیت آمیز است. در نتیجه، آن ها نسبت به تهدید گوش به زنگ، نگران و در جستجوی دائمی برای امنیت باقی می ماندند.

ب. مدل عدم تحمل ابهام (IUM)

داگاس، گانگون، لاداسر و فریستون^۶ (۱۹۹۷) مدلی شناختی را برای تبیین اختلال اضطراب منتشر ارائه نموده اند که از ۴ مولفه اصلی تشکیل شده است. این مولفه ها عبارتند از ۱. عدم تحمل بلا تکلیفی ۲. باورهای مثبت درباره نگرانی ۳. جهت گیری منفی نسبت به مشکل و ۴. اجتناب شناختی. موقعیت های اضطراب انگیز یا مبهم باعث می شوند فرد درگیر سوالات بی پایان "چه می شود اگر" شود که معمولاً این سوال ها بدون جواب می مانند. به دلیل اینکه فرد مبتلا به این اختلال قادر به تحمل بلا تکلیفی نیست و از طرف دیگر، به نگرانی و پیامدهای مثبت آن اعتقاد دارد، دچار نگرانی می شود. این نگرانی منجر به اضطراب می شود و فرد برای رهایی از شر این مشکل دست به دامان اجتناب های شناختی می شود. از طرف دیگر، به خاطر اینکه مبتلایان به این اختلال از مشکلات خود فاجعه می سازند و اعتقادی به توانایی های خود برای حل مشکلات خود ندارند، باعث می شود سوالات "چه می شود اگر" بیشتر به ذهن فرد متبادر شود و ابعاد گسترده تری از مشکل را در بر بگیرند. حالات خلقی و وقایع زندگی نیز در این بین دخیل هستند. این در حالی است که درگیر شدن فرد در چنین چرخه ای دستاوردی جز فرسودگی ندارد.

ج. مدل فرا شناخت ولز (MCM)^۷

آدریان ولز، به عنوان یکی از نظریه پردازان اصلی فرا شناخت بر این باور است که یک مدل اختلال اضطراب منتشر، باید تلاش کند تا آن چیزی که موجب حفظ نگرانی افراطی تعمیم یافته و غیر قابل کنترل می شود را به عنوان ویژگی آشفته ساز اصلی این اختلال در نظر بگیرد (باتلر و ولز^۸، ۱۹۹۵). ولز برای اولین بار در سال ۱۹۹۵ مدل فرا شناخت اختلال اضطراب منتشر را با تأکید

^۱. Cassidy

^۶. Metacognitive reappraisal

^۷. meta-worry

^۴. Wells

^۵. Woody and Rachman

^۲. Gagnon Ladoucer and Freeston

^۳. Metacognitive Model

^۴. Wells and Bulter



بر نقش محوری نگرانی در اختلال اضطراب منتشر (باتلر و ولز، ۱۹۹۵) مطرح کرد که در آن نقش اصلی را فرآشناختها ایفا می کنند. به علاوه، ولز و میتوز (۱۹۹۴) با ارائه مدل عملکرد اجرایی خودنظم بخشی (S-REF)^۱ مدعی هستند که بدین وسیله توانسته اند تبیین قانع کننده ای از عوامل زمینه ساز و تداوم بخش اختلالات هیجانی فراهم کنند. در مدل فرآشناخت ولز، فرآشناختها، که به سه شکل باورها، ارزیابی ها و راهبردهای کنترل هستند، از جمله عوامل اساسی ایجاد و حفظ این اختلال است. ولز و باتلر (۱۹۹۵) معتقدند که مبتلایان به اختلال اضطراب منتشر احتمال رویدادهای منفی را بیش برآورد می کنند، اهمیت رویدادهای تهدید کننده را بسیار بالا ارزیابی می کنند و در مقایسه با افرادی که مبتلا به این اختلال نیستند، رویدادهای مهم را بیشتر تهدید آمیز تفسیر می کنند. همچنین، این مؤلفان بین نگرانی نوع یک و دو تمایز قائل شده اند. نگرانی نوع یک به دلواپسی و گوش به زنگی درباره تهدیدات بیرونی و درونی مربوط می شود، در حالی که نگرانی نوع دو یا "فرانگرانی" با ارزیابی منفی فرد از فرایندهای شناختی خود، در ارتباط است (لیهی و هالند^۲، ۲۰۰۰).

ماشه نگرانی اغلب توسط یک فکر مزاحم کشیده می شود که ممکن است به صورت تصویر یا به شکل سوال "چه می شود اگر"، ظاهر شود. عوامل خارجی مثل موضوعات خبری، می توانند به عنوان ماشه چکان افکار مزاحم اولیه عمل کنند. ولز (۲۰۰۵) و ولز و باتلر (۱۹۹۵) بیان می کنند که مبتلایان به اختلال اضطراب منتشر درباره نگرانی باورهای مثبت و منفی دارند. به این معنا که آن ها درباره ی نگرانی خود، نگران هستند، اما با این وجود این مبتلایان بر این باورند که دست برداشتن از نگرانی، ممکن است آن ها را با خطر یا تهدید پیش بینی نشده ای مواجه کند. بر طبق این مدل، فرد مضطرب در یک تعارض بین این ترس که "نگرانی غیرقابل کنترل است" و این باور که "نگرانی از او محافظت می کند" گیر افتاده است. به طور کلی نگرش های مثبت درباره نگرانی شامل باورهایی نظیر "نگرانی به من کمک می کند تا با مشکلات آینده مقابله کنم" و "نگرانی مرا امن نگه می دارد" است. گرچه این نوع باورها کاملاً طبیعی هستند و مختص بیماران اختلال اضطراب منتشر نیستند، اما فرد مبتلا به این اختلال زنجیره های نگرانی را به اجرا در می آورد که شامل افکار عمیقی است و سوالات مربوط به خطر، یعنی "چه می شود اگر" را ایجاد می کند (ولز و باتلر، ۱۹۹۵). افراد مبتلا، به همان اندازه که دارای باور مثبت نسبت به نگرانی هستند، باورهای منفی درباره نگرانی هم دارند. عموماً مشکلاتی که با ویژگی های نگرانی اختلال اضطراب منتشر همراه هستند، ناشی از پیامدهای باورهای فرآشناختی منفی درباره پردازش نگرانی و پیامدهای نگرانی، مانند "من باید نگرانی خود را کنترل کنم وگرنه نمی توانم خوب عمل کنم"، است.

د. مدل مبتنی بر پذیرش (ABM)^۳

روئمر و ارسیلو^۴ (۲۰۰۷) بر اساس مدل اجتناب تجربه ای^۵ هیز^۶ و همکارانش (هیز، ویلسون^۷، گیفورد^۸، فولت^۹ و استروسال^{۱۰}، ۱۹۹۶) و مدل AMW بور کووک (روشویو و بور کووک^{۱۱}، ۲۰۰۴)، مدل ابتدایی ABM را در مورد اختلال اضطراب منتشر مطرح کردند (روئمر و ارسیلو، ۲۰۰۵). این مدل از چهار مولفه تشکیل شده است: ۱. تجارب درونی ۲. ارتباط مشکل آفرین با تجارب درونی ۳. اجتناب تجربه ای ۴. محدودیت رفتاری.

بر اساس مدل مبتنی بر پذیرش اختلال اضطراب منتشر، ارتباط مشکل دار با تجارب درونی (افکار، احساسات یا حس های بدنی) دربردارنده دو بعد واکنش منفی به تجارب درونی و در آمیختگی با تجارب درونی است. بعد اول هر نوع فکر منفی و

^۵.Self-Regulatory Executive Function (S-REF)

^۶.Leahy and Holland

^۱.Acceptance – Based Model of GAD

^۲.Roemer and Orsillo

^۳.Experiential avoidance

^۴.Hayes

^۵.Wilson

^۶.Gifford

^۷.Follette

^۸.Strosahl

^{۱۰}.Ruscio



فراهیجانات را در بر می گیرد که در زمان وقوع تجارب درونی افزایش می یابد. زمانی که این اتفاق می افتد، افراد مشکلاتی در بازنگری، پذیرش و تفسیر هیجانات شان تجربه می کنند. البته این نکته نیز قابل توجه است که این مشکل ابتدایی از لحاظ مفهومی شبیه تأکید مدل نقص در نظم بخشی هیجانی^۱ (EMD) بر نگرش منفی نسبت به هیجانات است (منین^۲ و همکاران، ۲۰۰۲). بعد دوم، یکی شدن با تجارب درونی است که شامل درگیر شدن و یکی شدن با تجارب درونی از طریق واکنش منفی است، بعبارت دیگر، یکی شدن با تجارب درونی باور داشتن به این است که این واکنش های منفی گذرا نسبت به تجارب درونی، پایدار و دائمی هستند و یک خصوصیت مشخص فردند. سومین مولفه این مدل، اجتناب تجربه ای است که به صورت اجتناب فعالانه یا خودکار از تجارب درونی که به صورت تهدیدزا و یا منفی ادراک شده اند. محدودیت رفتاری نیز متضمن کاهش دادن درگیری در کارها یا فعالیت هایی است که برای فرد معنا دارند. محدودیت رفتاری ناشی از این موضوع است که مبتلایان به این اختلال از تجارب درونی خود، بیشتر از لحاظ تجربه ای اجتناب می کنند. آن ها اغلب اجتناب خود را به فعالیت های با ارزش دیگری در زندگی شان نیز تعمیم می دهند. یکی از پیامدهای محدودیت رفتاری، کاهش آگاهی از زمان حال است که می تواند آگاهی افراد از تجاربی که برای شان با ارزش است را نیز محدود کند. نظریه پردازان ABM بیان می کنند " افراد مبتلا، به تجارب درونی شان واکنش منفی نشان می دهند و تمایل دارند از این تجارب شناختی و رفتاری، از طریق درگیری مکرر در فرآیند نگرانی، اجتناب کنند (روئمر و ارسیلو، ۲۰۰۵).

۵. مدل نقص نظم بخشی هیجان (EDM)^۳

به طور کلی مدل EDM نشأت گرفته از نظریه هیجان و نظم بخشی هیجانات است (میر^۴ و همکاران، ۲۰۰۱). منین^۵ و همکارانش (۲۰۰۴) در مدل EDM چهار ویژگی عمده برای مبتلایان به اختلال اضطراب منتشر مطرح نموده اند. این ویژگی ها عبارتند از:

۱. مبتلایان، برانگیختگی هیجانی را تجربه می کنند و هیجانات شان از بقیه مردم شدیدتر است. این هیجانات شامل هیجانات مثبت و به خصوص حالات هیجانی منفی می شود (ترک، همیبرگ، لوترک^۶، منین و فرسکو، ۲۰۰۵).
۲. مبتلایان، نسبت به بقیه افراد فهم ضعیف تری نسبت به هیجانات شان دارند.
۳. مبتلایان، نگرش منفی تری درباره هیجانات دارند.
۴. مبتلایان، در نظم بخشی به هیجانات شان نقص دارند و راهبردهای مدیریت هیجانی غیر موثری را به کار می برند که به طور بالقوه آن ها را به سمت حالات هیجانی بدتری به نسبت هیجانات ابتدایی شان سوق می دهد (منین و همکاران، ۲۰۰۴).

منین و همکارانش (۲۰۰۵) بر این باورند که توالی این رویدادها می تواند اثر معکوسی داشته باشد. به موجب این اثرات معکوس چرخه دوسویه ای از عدم نظم بخشی هیجانات و عواطف منفی شکل می گیرد. علاوه بر این، به نظر می رسد نگرانی نیز در این مدل، به عنوان یک راهبرد غیر موثر برای مقابله با هیجانات، اهمیت زیادی داشته باشد (منین و همکارانش، ۲۰۰۵).

الگوهای رفتاری

10. Emotion Disregulation Model

^۲. Mennin

1. Emotion Disregulation Model

^۴. Meyer

^۵. Mennin

^۶. Luterek



فرایند دیگری که به حفظ مشکل مربوط می شود، رفتار است. در تبیین عوامل رفتاری به مصرف الکل در بین افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر اشاره شده است. از آنجایی که مصرف محدود الکل در این افراد میزان نگرانی و مشکلات خواب را کاهش می دهد، منجر به تشویق آن ها به سمت مصرف در دفعات متعدد می گردد. این الگو با افزایش سن و بخصوص در بین زنان بیشتر مشاهده می گردد (ایوان^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). این در حالی است که ورزش نیز منجر به افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به این اختلال می گردد و اختلال در عملکردهای مرتبط با نقش، عملکرد فیزیکی، سرزندگی و سلامت روان را در این افراد بهبود می بخشد (هرینگا^۲ و همکاران، ۲۰۱۶).

همچنین در حالی که شکل های عمده اجتناب مشخصه اختلال اضطراب منتشر نیستند، اما در برخی موارد، شکل های خاصی از اجتناب، در این اختلال مشاهده می شود. برای مثال، برخی مبتلایان، برای پایان دادن به زنجیره نگرانی خود و یا حتی برای اجتناب از نیاز به نگرانی، ابتدا اطمینان جویی می کنند. همچنین برخی دیگر از مبتلایان از ماشه چکان های نگرانی مثل موقعیت ها، مردم یا اطلاعات اجتناب می کنند. با این وجود، این راهبردهای نگرانی از چندین نظر مشکل آفرین هستند. فردی که از ماشه چکان های نگرانی اجتناب می کند، قادر به تجربه راهبردهای جایگزین و غیر نگران کننده برای ارزیابی و مقابله نیست. همچنین، اجتناب یا جستجوی اطمینان مجدد، فرصت ایجاد باورهای را که در آن فرد به این نتیجه می رسد که نگرانی وسیله ای برای خودکنترلی شناختی است از بین می برد. در نهایت، این راهبردهای رفتاری مانع مواجه شدن فرد با شواهدی می شود که ثابت می کنند نگرانی، قابل کنترل، بدون صدمه و غیر مداوم است. در نتیجه باورهای منفی حفظ می شوند (ولز، ۲۰۰۵). مدل مبتنی بر پذیرش نیز، بر اهمیت اجتناب از تجربه و درگیر شدن در فعالیت هایی که از تجربیات ناخوشایند درونی باز داری می کنند، تأکید دارد. از نظر مدل مبتنی بر پذیرش، این راهبردها منجر به محدودسازی رفتاری و کاهش رفتارهای مهم و معنادار در زندگی فرد می شوند (روئمر و اورسیو، ۲۰۰۲).

همچنین در مدل فرانگرانی، اینطور بیان شده است که فرانگرانی به دو عامل منجر می شود که موجب تداوم مشکل می شوند: پاسخ های رفتاری^۳ و راهبردهای کنترل فکر. رفتارهای مقابله ای، چنانچه بیان شد، شامل اطمینان جویی^۴، اجتناب^۵، جستجوی اطلاعات، توجه بر گردانی، استفاده از الکل و غیره است. فرایند دیگر در مدل فراشناختی نگرانی، استفاده بیمار از راهبردهای کنترل فکر است. استفاده غیر مفید از راهبردهای کنترل فکر اغلب شامل فرونشانی و سرکوب^۶ برانگیزاننده های نگرانی و ناتوانی در رها شدن از فرایند نگرانی به هنگام فعال شدن آن است. فرونشانی به تلاش برای فکر نکردن در مورد افکاری که ممکن است نگرانی را برانگیزاند، اطلاق می شود. فرونشانی کاملاً موثر نیست و شکست آن می تواند باورهای فرد در مورد از دست دادن کنترل را تقویت نموده و یا موجب افزایش اهمیت یا موجب افزایش اهمیت برانگیزان های افکار منفی شود. دومین فرایند مهم، ناتوانی فرد در درگیر نشدن در فرایند نگرانی به هنگام فعال شدن آن است. این ناتوانی به صورت تفکر مداوم درباره نگرانی، به منظور مقابله با آن یا تلاش برای اطمینان دادن به خود از طریق خودگویی^۷، آشکار می شود. این کار نوعی فعالیت مفهومی مداوم است که در آن بیمار قادر به متوقف کردن فرایند مقابله دائمی خود نیست (لیهی و هالند، ۲۰۰۰).

الگوهای اجتماعی

در بین عوامل محیطی و اجتماعی به اثرات الگوهای والدینی و شیوه فرزندگی در ابتلا به اختلال اضطراب منتشر اشاره شده است. بر مبنای دیدگاه بالبی^۸ (۱۹۶۰) که اضطراب پاسخی است به قطع رابطه مادر-کودک، این فرض وجود دارد که بیش مراقبتی از

^۱. Ivan

^۲.Herringa

1.behavioral responses

2.reassurance seeking

3.avoidance

4. Suppression

5. Self – talk

^۸. Bowlby



سوی مادر با اضطراب در ارتباط است. بزرگسالان مبتلا به اضطراب معمولاً والدین خود را به عنوان افرادی سهل انگار در مراقبت یا بیش مراقب به خاطر می‌آوردند (پارکر، تاپلینگ و برون^۱، ۱۹۷۹). به نظر می‌رسد در بین افراد مبتلا به این اختلال سبک دل بستگی نایمن و از جمله سبک دل بستگی اجتنابی بیش از سایرین مشاهده می‌شود. همچنین به در افراد مبتلا، معمولاً خاطرات مربوط به دوران کودکی ناچیز است (نیومنا^۲ و همکاران، ۲۰۱۶).

همچنین ابتلای والدین به اختلالات اضطرابی از جمله عوامل خطر ساز ابتلای کودکان به اختلال اضطراب منتشر است (ترنر^۳ و همکاران، ۱۹۸۷، بیدرمن^۴ و همکاران، ۱۹۹۱، سیلوستر^۵ و همکاران، ۱۹۸۸، لست^۶ و همکاران، ۱۹۹۱، وارنر^۷ و همکاران، ۱۹۹۵، بیدل^۸ و همکاران، ۱۹۹۷، کپس^۹ و همکاران، ۱۹۹۶، مریکانگاس^{۱۰} و همکاران، ۱۹۹۸، آنور^{۱۱} و همکاران، ۱۹۹۸، وارنر و همکاران، ۱۹۹۵). در این راستا نه تنها عوامل ژنتیکی از جمله عوامل مؤثر در ابتلاست بلکه والدین مبتلا به اضطراب، سبک فرزند پروری مضطربی را در پرورش کودکان خود به کار می‌گیرند. به عبارت دیگر حساسیت پذیری بالای والدین نسبت به اضطراب که از طریق افزودن مداوم آگاهی شناختی کودک به سمت رویدادها و موقعیت‌های خاصی چون عملکردهای جسمانی، کارهای روزمره مهم و لازمه‌های امنیت شخصی خود را نشان می‌دهد، از جمله الگوهای والدینی اثرگذار در شکل‌گیری اضطراب است (بنت و استیرلینگ^{۱۲}، ۱۹۹۸). همچنین این والدین پذیرش کمتری دارند و کمتر به فرزندانشان استقلال روانی اعطا می‌کنند.

همچنین نقش تجارب فرد در طول زندگی نیز در ابتلا به این اختلال، موضوع پژوهش‌های متعددی بوده است. از این بین، مواجهه با ترومای شدید در کودکی، از جمله عوامل اثرگذار در شکل‌گیری این اختلال عنوان شده است (بالبی، ۱۹۶۰، استین^{۱۳} و همکاران، ۱۹۹۶). همچنین مشکلات بین فردی در طی زندگی از دیگر عوامل مؤثر بر حفظ و ادامه یافتن اختلال اضطراب منتشر بوده (سیبیراوا و بورکووک، ۲۰۰۶) و می‌تواند پیش‌بین نتایج ضعیف از درمان شناختی-رفتاری (چه در کوتاه مدت و چه در بلندمدت) باشد (بورکووک و همکاران، ۲۰۰۲).

الگوهای جمعیت شناختی

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که زمینه ابتلا به اختلال اضطراب منتشر در زنان بیش از مردان فراهم است. در دوران کودکی و نوجوانی نیز، دختران بیش از پسران به این اختلال مبتلا می‌شوند (مریکانگاس و پین^{۱۴}، ۲۰۰۲). همچنین میزان این اختلال در طبقات اجتماعی-اقتصادی پایین (هرواث و ویسمن^{۱۵}، ۱۹۹۵). و احتمال ابتلای بستگان درجه اول افراد مبتلا به اختلال اضطراب

^۱. Parker, Tupling & Brown

^۲. Newmana

^۳. Turner

^۴. Biederman

^۵. Sylvester

^۶. Last

^۷. Warner

^۸. Beidel

^۹. Capps

^{۱۰}. Merikangas

^{۱۱}. Unnewehr

^{۱۲}. Bennet & Stirling,

^{۱۳}. Stein

^{۱۴}. Merikangas & Pin

^{۱۵}. Horwath & Weissman



منتشر به این اختلال بیش از سایرین است (مریکانگاس و پین، ۲۰۰۲). میزان درآمد ماهیانه نیز از جمله عوامل پیش بین در ابتلا به اضطراب است به گونه ای که میزان درآمد با اضطراب رابطه منفی دارد (هات^۱ و همکاران، ۲۰۱۵).

بحث:

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در این اختلال اضطراب منتشر، مجموعه ای از عوامل زیستی، روانی و اجتماعی در ایجاد نگرانی دخالت دارند و در حوزه روان شناختی دارای مدل های آسیب پذیری شامل؛ الگوهای روانی مدل های شناختی (مدل فعالیت طرحواره ای، مدل سوگیری توجه نسبت به تهدید و مدل سوگیری تفسیر نسبت به تهدید)، مدل عدم تحمل ابهام، مدل فرا شناخت و لز، مدل مبتنی بر پذیرش، مدل نقص نظم بخشی هیجان)، الگوهای رفتاری، الگوهای اجتماعی و الگوهای جمعیت شناختی است. با بررسی مطالعات پیشین، برخی عناصر مشترک در اختلال اضطراب منتشر عبارت بودند از شرایط زندگی، اهداف و نگرانی های شخصی، شکست در دست یابی به حس امنیت، عدم تحمل بلا تکلیفی، باورهای مثبت درباره نگرانی، جهت گیری منفی نسبت به مشکل، اجتناب شناختی، فرا نگرانی، فهم ضعیف و نگرش منفی نسبت به هیجانات، الگوهای والدینی و شیوه فرزند، تجارب فرد در طول زندگی، طبقه اجتماعی - اقتصادی و میزان درآمد ماهیانه. این یافته ها با نتایج پژوهش های انگ و هاینبرگ (۲۰۰۶)، ویجسبروک، هیل، رایجمیکرز و مویز (۲۰۱۱)، آلوی (۲۰۰۶) و ریسکیند، ویلیامز و جوینر (۲۰۰۶) همخوانی دارد.

در تبیین یافته های پژوهش در زمینه فهم ضعیف و نگرش منفی نسبت به هیجانات، جهت گیری منفی نسبت به مشکل، اجتناب شناختی، و شکست در دست یابی به حس امنیت می توان گفت همچنان که در پژوهش انگ و هاینبرگ (۲۰۰۶) تایید شد، افراد دارای اختلال اضطراب منتشر از مشکلات بین فردی، پریشانی در ابراز خود رنج می برند و رفتارهای خودخواهانه یا تهاجمی از خود نشان می دهند. آن ها همچنین به طور عمده مشکلات بیشتری با بازداری اجتماعی از خود بروز می دهند. آن ها عزت نفس کمتری داشته و خواهان برقراری روابط نزدیک با دیگران هستند اما در عین حال گرایش دارند فرمان بردار و متفاوت باشند. این سبک های بین فردی احتمالاً موجب تجربیات عاطفی منفی بیش تر می شود که ممکن است به چالش بیشتر در توانایی فرد برای مداخله یا بیان احساسات، نیازها و یا ترس خود منجر شود (منین، ترک، هایمبرگ و کارمین، ۲۰۰۴). همچنین براساس دیدگاه بالبی (۱۹۶۹) و آیزورث، بلهار، واترز و وال (۱۹۷۸) روابط دوگانه والدین و نوجوان به شدت بر دیدگاه های درونی فرد نسبت به جهان پیرامون تاثیر می گذارد که به نوبه خود بر توانایی آن ها در ارتباط با دیگران اثرگذار است. تبیین های مختلفی در مورد به دست آمدن یافته های حاضر وجود دارد. یک تبیین ممکن است این باشد که افراد دارای اختلال اضطراب منتشر بینش کمتری نسبت به واکنش های دیگران دارند و دیدگاه های غیر واقع بینانه تری از خودشان نسبت به آن چه که دوستان شان در مورد آنها ممکن است داشته باشند، دارند. آن ها ممکن است بر کیفیت روابطشان تاکید کنند و نگران این باشند که رفتارهای مشکل آفرین آن ها ممکن است تاثیر منفی روی روابطشان داشته باشد. یک توضیح جایگزین آن است که افراد دارای این اختلال ممکن است کمتر درونیات خودشان را با دوستان شان به اشتراک گذاشته باشند. بنابراین آن ها ممکن است مشکلاتی را در روابط بین فردی تجربه کرده باشند اما دوستان شان هرگز از این مشکلات اطلاع پیدا نکرده اند. احتمال دیگر آن است که افراد دارای اختلال اضطراب منتشر و دوستان نزدیک شان درگیر یک سری پاسخ های متقابل بین فردی (که به منظور حفظ رابطه متعادل انجام می شود) می شوند. این پاسخ ها ممکن است به طور متقابل تقویت شود، به طوری که فردی که رفتار دوستانه و مطیع از خود

^۱. Bhat



نشان می دهد، ممکن است یک دوست نزدیک داشته باشد که مشاوره و حمایت بیشتری در اختیار او قرار می دهد و رفتارهای مطیعانه او را تقویت می کند.

از سوی دیگر، در تبیین یافته های حاصل از پژوهش حاضر در مورد شرایط زندگی، اهداف و نگرانی های شخصی می توان گفت مدل شناختی اختلال اضطراب منتشر بر این باور است که نگرانی در اختلال اضطراب منتشر، شرایط زندگی، اهداف و نگرانی های شخصی فرد را منعکس می کند. نگرانی های جاری برای پیگیری اهداف خاصی به کار برده می شود (مانند اجتناب از تهدیدها برای دستیابی به امنیت شخصی یا رهایی از فقدان). مدل شناختی در سه مرحله؛ مرحله فراخوانی، مرحله پردازش خودکار و مرحله پردازش تفصیلی قابل توضیح است (کلینجر، ۱۹۷۵). در مرحله فراخوانی، اهداف، ارزش ها و نگرانی های شخصی بعلاوه تجارب روزانه افراد نقش مهمی در راه اندازی نگرانی ایفا می کند. همچنین، طرحواره های کمبود اعتماد به نفس و تهدید، عامل زمینه ساز برای اختلال اضطراب منتشر و نگرانی مزمن است. تعامل این طرحواره های زمینه ساز و آسیب پذیری شخصیتی با تکالیف خاص زندگی جاری می تواند تصاویر یا افکار مزاحم وابسته به تهدید را راه اندازی کند (کلارک و رینو، ۲۰۰۵). در بافت فعلی، افکار مزاحم آینده مدار شامل برخی تهدیدهای غیر مقطعی درباره دستیابی به اهداف یا تکالیف مهم زندگی است که اضطراب را فرا می خواند و در نهایت، فرایند نگرانی را راه اندازی می کند. ناتوانی در تحمل عدم قطعیت، در اختلال اضطراب منتشر آشکار است (کوئرر و داگاس^۲، ۲۰۰۶)، بنابراین، انتظار می رود این عدم قطعیت در افکار مزاحم اضطرابی خودکار در این اختلال نیز نمود یابد.

به نظر می رسد فهم ضعیف و نگرش منفی نسبت به هیجانات، الگوهای والدینی و شیوه فرزند، تجارب فرد در طول زندگی را بتوان در یک راستا مورد تبیین قرار داد. در تبیین این یافته می توان گفت که افرادی که از علایم اختلال اضطراب منتشر رنج می برند، کنترل رفتاری بیشتری از طرف والدین شان ادراک می کنند. این یافته مطابق با پژوهش های پیشین (آلوی، ۲۰۰۶؛ ریسکیند، ویلیامز و جوینر، ۲۰۰۶) از مبانی شناختی از افراد دارای نشانه های اضطراب است. ریسکیند و ویلیامز (۲۰۰۵) در این زمینه، سبک شناختی سرگردان ناکارآمد (LCS) را پیشنهاد می کنند که به بهترین روش افراد دارای علایم اضطرابی را توصیف می کنند. LCS فرض را بر این قرار می دهد که ایجاد سناریوهای آزارنده و ارزیابی ها منجر به شناخت هایی (مانند نگرانی) می شود که واکنش های رفتاری خاصی را فعال می کند (ریسکیند، تزور، ویلیامز، مان و شاهار، ۲۰۰۷). برای افراد مبتلا به علایم اضطراب منتشر، سوگیری های سیستماتیک در تعبیر و تفسیر حوادث مبهم مشاهده می شود، و افکار خودکار و پردازش اطلاعات مرتبط با تهدید گزارش می کنند (بک و کلارک، ۱۹۹۷؛ راسکیند و ویلیامز، ۲۰۰۵). احتمال دیگر این است که والدین نوجوانانی که علایم اضطراب را گزارش می کنند در واقع، رفتارهای شان را تغییر می دهند و نسبت به نوجوانان شان کنترل گری بیشتری نشان می دهند. براساس مدل اثر فرزند، ویژگی های کودک در شکل دادن رفتار والدین تاثیر می گذارد (بل و چپمن، ۱۹۸۶؛ بلسکی، ۱۹۸۴). نوجوانان دارای علایم اختلال اضطراب منتشر یا اختلال اضطراب اجتماعی ممکن است موجب کنترل رفتاری و روان-شناختی والدین هنگامی که آن ها (والدین) سعی در جلوگیری از استرس دارند، شوند در حالی که تلاش می کنند به حساسیت فرزندان شان در شرایط خاص انطباق یابند. در پژوهش های پیشین، پیشنهاد شده است که به طور کلی، مشکلات هیجانی منفی نوجوانان می تواند به راحتی منجر به واکنش های منفی والدین شان شود (آلبرشت، گلامبوس و جنسن، ۲۰۰۷؛ راجرز، بوچانان و وینچل، ۲۰۰۳). به طور خاص، تجربیات منفی از نوجوانان دارای علایم اختلال اضطراب منتشر یا اضطراب اجتماعی می تواند منجر به کاهش میزان حساسیت و افزایش توقع والدین (از طریق کنترل رفتاری و کنترل روان شناختی) شود (بوگلز و برچمن-توساینت، ۲۰۰۶). با توجه به مدل اثر فرزند، علایم بالینی اختلال اضطراب منتشر و اضطراب اجتماعی قوی تر هستند و به طور

^۱. Clark & Rhyno

^۲. Koerner & Dugas



منظم تر با کنترل روان شناختی نسبت به کنترل رفتاری والدین مرتبط است. افرادی که علایم اختلال اضطراب منتشر و اضطراب اجتماعی گزارش می کنند، والدین شان را از نظر روان شناختی کنترل کننده تر درک می کنند.



نتیجه گیری

می توان نتیجه گرفت در اختلال اضطراب منتشر، مجموعه ای از عوامل زیستی، روانی و اجتماعی در ایجاد نگرانی دخالت دارند و در حوزه روان شناختی دارای مدل های آسیب پذیری، مدل عدم تحمل ابهام، مدل فرا شناخت و لز، مدل مبتنی بر پذیرش، مدل نقص نظم بخشی هیجان، الگوهای رفتاری، الگوهای اجتماعی و الگوهای جمعیت شناختی است. عناصر مشترک در اختلال اضطراب منتشر عبارتند از شرایط زندگی، اهداف و نگرانی های شخصی، شکست در دستیابی به حس امنیت، عدم تحمل بلا تکلیفی، باورهای مثبت درباره نگرانی، جهت گیری منفی نسبت به مشکل، اجتناب شناختی، فرا نگرانی، فهم ضعیف و نگرش منفی نسبت به هیجانات، الگوهای والدینی و شیوه فرزند، تجارب فرد در طول زندگی، طبقه اجتماعی - اقتصادی و میزان درآمد ماهیانه. در نهایت در مقایسه با پژوهش در مورد نگرانی در اختلال اضطراب منتشر، پشتوانه تحقیقاتی در روان درمانی برای این اختلال نسبتاً جوان بوده و نیاز به پژوهش فراوان، ضروری است. یافته های این پژوهش حاکی از آن است که افراد دارای علائم اختلال اضطراب منتشر نیازمند روان درمانی به همراه آموزش است.

سپاسگذاری: از همه مصاحبه شوندگان عزیز و گرامی که در این پژوهش شرکت نمودند، کمال تشکر و قدردانی به عمل می آید.



منابع

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.). Washington, DC
- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hilldale, NJ: Erlbaum.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and Loss, Attachment (vol. 1). New York: Basic Books.
- Mennin, D. S., Turk, C. L., Heimberg, R. G., & Carmin, C. (2004). Regulation of emotion in generalized anxiety disorder. In: M. A. Reinecke, & D. A. Clark (Eds.), Cognitive therapy over the lifespan: Evidence and practice (pp. 60–89). New York: Cambridge University Press.
- Eng, W., & Heimberg, R. G. (2006). Interpersonal correlates of generalized anxiety disorder: Self versus other perception. *Journal of anxiety disorders*, 20(3), 380-387.
- Barlow, D.H. (2002). Anxiety and its disorders: The nature and Treatment of Anxiety and Panic, 2nd ed. New York: Guilford press. 65-75.
- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D.S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: Developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32, 483–524.
- Beidel, D. C. (1988). Psychophysiological assessment of anxious emotional states in children. *J Abnorm Psychol*, 97:80–82.
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (1997). At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:918–924.
- Bennet, A., & Stirling, J. (1998). Vulnerability factors in the anxiety disorders. *Br J Med Psychology*, 71:31–321.
- Bhat, N. A., Hassan, R., Shafiq, M., & Sheikh, S. (2015). Sociodemographic factors: A major predictor of anxiety and depression among pregnant women. *Delhi Psychiatry Journal*, Vol. 18 No. 1, p 86-94.
- Biederman, J., Rosenbaum, J. F., Bolduc, E. A., et al. (1991). A high risk study of young children of parents with panic disorders and agoraphobia with and without comorbid major depression. *Psychiatry*, 37:333–348.
- Bowlby, J. (1960). The making and breaking of affectional bonds. *Br J Psychiatry*, 130:201–210.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T. & Dupree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9-16.
- Butler G, Wells A, Dewick H. Differential effects of worry and imagery after exposure to a stressful stimulus: a pilot study. *Behav Cogn Psychother*. 1995;23:45–56.



- Capps, L., Sigman, M., Sena, R., et al(1996). Fear, anxiety and perceived control in children of agoraphobic parents. *J Child Psychol Psychiatry Allied Disc* 1996;37:445–452.
- Cassidy, J., Lichtenstein-Phelps, J., Sibrava, N. J., Thomas, C. L., & Borkovec, T. D. (2009). generalized anxiety disorder: connections with self-reported attachment. *Behavior Therapy*, 40, 23–38.
- Clark, D. A., & Beck, A. T(2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in cognitive science*, Volume 14, Issue 9, p418–424.
- Clark, D. A. & Rhyno, S. (2005). Unwanted intrusive thoughts in non-clinical individuals: Implications for clinical disorders. In D. A.Clark (Ed.), *Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, research, and treatment* (pp. 1–29). New York: Guilford Press.
- Dugas, M. J., Brillon, P., Savard, P., et al(2010). A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder. *Behav Ther*,41(1):46–58. [PMC free article] [PubMed]
- Engel, G. L (1977). "The need for a new medical model: A challenge for biomedicine". *Science* 196:129–136.
- Freeston, M.H., Ladouceur, R., Gagnon, F., Thibodeau, N., Rheaume, J., Letarte, H., et al. (1997) Cognitive-Behavioral Treatment of Obsessive Thoughts: A Controlled Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 405-413.
- Fresco, D. M., Mennin, D. S., Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2003). Using the Penn State Worry Questionnaire to identify individuals with generalized anxiety disorder: A receiver operating characteristic analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 285-293.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Herringa, M. P., Johnsonc, K. E., & O'Connorc P. J(2016). Exercise training and health-related quality of life in generalized anxiety disorder. *Psychology of Sport and Exercise*, Volume 27, Pages 138–141.
- Hoge, E. A., Bui, E., Marques, L., Metcalf, C. A., Morris, L. K., Robinaugh, D. J., Worthington, J. J., Pollack, M. H., & Simon, N. M(2013). Randomized Controlled Trial of Mindfulness Meditation for Generalized Anxiety Disorder: Effects on Anxiety and Stress Reactivity, *J Clin Psychiatry*. 2013 Aug; 74(8): 786–792.



- Horwath, E., & Weissman, M. M. (1995). Epidemiology of depression and anxiety disorder. In: Tsuang MT, Tohen M, Zahner GEP, eds. Textbook in psychiatric epidemiology. New York: Wiley-Liss.
- Ivan, M. C., Amspoker, A. B., Nadorff, M. R., Kunik, M. E., Jeffrey A. Cully, J. A., Nancy Wilson, N., Calleo, J., Kraus-Schuman, C., & Stanley, M. A. Ph.D. (2014). Alcohol Use, Anxiety, and Insomnia in Older Adults with Generalized Anxiety Disorder. The American Journal of Geriatric Psychiatry, Volume 22, Issue 9, Pages 875–883.
- Keane, T. M., & Barlow, D. H. (2002). Posttraumatic stress disorder. In D.H. Barlow (Ed.). Anxiety and Its Disorders, 2nd ed. (pp. 418-453). New York: Guilford Press.
- Kendler, K. S., Walters, E. E., Neale, M. C., et al (1995). The Structure of the Genetic and Environmental Risk Factors for Six Major Psychiatric Disorders in Women: Phobia, Generalized Anxiety Disorder, Panic Disorder, Bulimia, Major Depression, and Alcoholism, Arch Gen Psychiatry, 52(5):374-383.
- Klinger, E. (1975). Consequences of commitment to and disengagement from incentives. Psychological Review, 82, 1–25. doi:10.1037/h0076171.
- Krahé, C., Mathews, A., Whyte, J., Hirsch, C. R. (2016). Cognitive bias modification for interpretation with and without prior repetitive negative thinking to reduce worry and rumination in generalised anxiety disorder and depression: protocol for a multisession experimental study with an active control condition. BMJ;6:e013404.
- Koerner, N., & Dugas, M. J. (2008). An investigation of appraisals in individuals vulnerable to excessive worry: the role of intolerance of uncertainty. Cognitive Therapy and Research, 32, 619–638.
- Lader, M. (2015). Generalized Anxiety Disorder. Encyclopedia of Psychopharmacology pp699-702.
- Last, C., Hersen, M., Kazdin, A., et al (1991). Anxiety disorders in children and their families. Arch Gen Psychiatry, 48:928–934.
- Leahy, Robert L., and Stephen J. Holland. Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders. New York: Guilford, 2000.
- MacLeod, C., Campbell, L.W., Rutherford, E.M., Wilson, E.J. 2004, The causal status of anxiety-linked attentional and interpretive bias in Cognition, emotion and psychopathology: Theoretical, empirical and clinical directions, Cambridge University Press, United Kingdom Detail.
- Matthews, A., Macleod, C. (1985). Selective processing of threat cues in anxiety states. Behavioral research and therapy. 23:536-569.
- Mayer, J., Salovey, P., Caruso, D. R., & Sitarenios, G. (2003). Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0. Emotion, 3, 97–105.



- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Cynthia, L., Turk, C. L. & Fresco, D. M., (2004). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behavioral Research and Therapy*, 43, 1281-1310.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2002). Is GAD a risk factor for PTSD and can emotion regulation protect individuals from this slippery slope? Paper presented at the Annual Meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Reno, NV.
- Merikangas, K. R., Dierker, L. C., & Szatmari, P. (1998). Psychopathology among offspring of parents with substance abuse and/or anxiety: A high risk study. *J Child Adolesc Psychiatry*, 39:711-720.
- Merikangas, K. R., & Pin, D. (2002). Genetic and other vulnerability factors for anxiety and stress disorder. National Institute of Mental Health, Bethesda, Md, 61-882.
- Newmana, M. G., Shina, K. E., & Zuellig, A. R. (2016). Developmental risk factors in generalized anxiety disorder and panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, Volume 206, Pages 94-102.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. (1979). A parental bonding instrument. *Br J Med Psychology*, 52:1-10.
- Perez-Pinar, M., Ayerbe, L., Gonzalez, E., Mathur, R., Foguet-Boreu, Q., & Ayis, S. (2017). Anxiety disorders and risk of stroke: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, Volume 41, p 102-108.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 38, 72-85.
- Ruscio, A. M., & Borkovec, T. D. (2004). Experience and appraisal of worry among high worriers with and without generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1469-1482.
- Unnewehr, S., Schneider, S., & Florin, I., et al. (1998). Psychopathology in children of patients with panic disorder or animal phobia. *Psychopathology*; 31:69-84.
- Simon, N. M., Worthington, J. J., Moshier, S. J., et al. (2010) Duloxetine for the treatment of generalized social anxiety disorder: a preliminary randomized trial of increased dose to optimize response. *CNS Spectr*, 15(7):367-373. [PubMed]
- Stein, M. B., Walker, J. R., Anderson, G., et al. (1996). Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *Am J Psychiatry*, 153:275-276.
- Sylvester, C. E., Hyde, T. S., Reichler, R. J. (1988). Clinical psychopathology among children of adults with panic disorder. In: Dunner DL, Gershon ES, Barrett JE, eds. *Relatives at risk for mental disorder*. New York: Raven Press, 87-102.



- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Luterek, J. A., Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2005). Emotion Dysregulation in Generalized Anxiety Disorder: A Comparison with Social Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 29, No. 1, pp. 89–106 .
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Costello, A. (1987). Psychopathology in the offspring of anxiety disorders patients. *J Consult Clin Psychology*;55:229–235.
- Warner, L. A., Kessler, R. C., Hughes, M., et al. (1995). Prevalence and correlates of drug use and dependence in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:219–229.
- Warner, V., Mufson, L., & Weissman, M. (1995). Offspring at high risk for depression and anxiety: mechanisms of psychiatric disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*;34:786–797.
- Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 107–121.
- Wells, A., Matthews, G. (1996). Modeling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behavioral research and practice*(34):881-888.
- Woody, S., & Rachman, S. (1994). Generalized anxiety disorder (GAD) as an unsuccessful search for safety. *Clinical Psychology Review*, 14, 743–753.