

درمان شناختی رفتاری برای اختلال اضطراب فراگیر

تألیف

مایکل ج. داگاس
ملیسا رابی چاود

ترجمه

دکتر مهدی اکبری

متخصص روان‌شناسی بالینی
عضو هیأت علمی دانشگاه خوارزمی تهران

مسعود چینی‌فروشان

کاندید دکترای روان‌شناسی
دانشگاه علامه طباطبایی

احمد عابدیان

کارشناسی ارشد روان‌شناسی کودکان استثنایی

ویرایش

رؤیا موسوی‌نیا



مایکل ج. داگاس، ملیسا رابی چاود

درمان شناختی رفتاری برای اختلال اضطراب فراگیر

ترجمه: دکتر مهدی اکبری، مسعود چینی فروشان، احمد عابدیان

ویرایش: رؤیا موسوی نیا

فروست: ۶۴

ناشر: کتاب ارجمند با همکاری انتشارات ارجمند

صفحه آرای: معصومه دلنواز

طراح جلد: احسان ارجمند

سرپرست تولید: پروین عبدی

ناظر چاپ: سعید خانکشلو

چاپ: سامان صحافی: روشنگر

چاپ دوم: فروردین ۱۳۹۵، ۱۶۵۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۳۵۱-۵

این اثر، مشمول قانون حمایت مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف، ناشر، نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

www.arjmandpub.com

سرشناسه: داگاس، مایکل ژوزف، ۱۹۶۱-م.

Dugas, Michel J. (miche Joseph)

عنوان و نام پدیدآور: درمان شناختی رفتاری برای اختلال اضطراب فراگیر / تألیف مایکل ج. داگاس، ملیسا رابی چاود؛ ترجمه: دکتر مهدی اکبری، مسعود چینی فروشان، احمد عابدیان.

مشخصات نشر: تهران: کتاب ارجمند: ارجمند: ۱۳۹۲

مشخصات ظاهری: ۲۳۲ ص. وزیری

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۳۵۱-۵

یادداشت: عنوان اصلی: Cognitive-Behavioral treatment for Generalized Anxiety Disorder: from Science to Practice, c2007.

موضوع: شناخت درمانی، اضطراب- اختلالات- درمان، شناخت درمانی- روش ها

شناسه افزوده: رابی چاود، ملیسا Robichaud, Melisa. اکبری، مهدی، ۱۳۶۳-، مترجم. چینی فروشان، مسعود، ۱۳۶۳-

مترجم. عابدیان، احمد، مترجم.

رده بندی کنگره: ۱۳۹۲ ۹۵۸۷/ش ۴۸۹/ RC

رده بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹۱۴۲

شماره کتابشناسی ملی: ۳۳۲۸۹۴۱

مرکز پخش: انتشارات ارجمند

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خ کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن: ۸۸۹۲۰۴۰

شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، انتشارات مجد دانش، تلفن: ۰۵۱-۳۸۴۴۱۰۱۶

شعبه رشت: خ نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی، تلفن: ۰۱۳-۳۳۳۲۸۷۶

شعبه بابل: خ گنج افروز، پاساژ گنج افروز، تلفن: ۰۱۱-۳۲۲۲۷۶۴

شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست تلفن: ۰۹۱۱-۸۰۲۰۰۹۰

شعبه کرمانشاه: خ مدرس، پشت پاساژ سعید، کتابفروشی دانشمند تلفن: ۰۸۳-۳۷۲۸۴۸۲۸

بها: ۱۵۰۰۰ تومان

با ارسال پیامک به شماره ۰۲۱۸۸۹۸۲۰۴۰ در جریان تازه‌های نشر ما قرار بگیرید:

ارسال عدد ۱: دریافت تازه‌های نشر پزشکی به صورت پیامک

ارسال عدد ۲: دریافت تازه‌های نشر روان‌شناسی به صورت پیامک

ارسال ایمیل: دریافت خبرنامه الکترونیکی انتشارات ارجمند به صورت ایمیل

فهرست

پیشگفتار.....	۱۱
فصل ۱: توصیف اختلال اضطراب فراگیر.....	۱۷
تشخیص اختلال اضطراب فراگیر.....	۱۹
تاریخچه طبقه تشخیصی.....	۱۹
اختلال اضطراب فراگیر در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی.....	۲۰
سیمای بالینی: اختلال اضطراب فراگیر شبیه چیست؟.....	۲۳
حوزه‌های نگرانی.....	۲۳
زندگی در آینده.....	۲۵
معرفی ویژگی‌های بالینی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر.....	۲۵
معرفی بیماری به نام کاترین.....	۲۶
همه‌گیرشناسی.....	۲۸
شیوع در جمعیت عمومی.....	۲۸
شیوع در جمعیت بالینی.....	۲۹
سن آغاز، دوره بیماری و بهبود.....	۲۹
سن و تفاوت‌های جنسیتی.....	۳۰
اختلال‌های هم‌آیند با اختلال اضطراب فراگیر.....	۳۲
هزینه اختلال اضطراب فراگیر.....	۳۴
هزینه‌های مستقیم.....	۳۴
هزینه‌های غیرمستقیم.....	۳۵
خلاصه و نکات پایانی.....	۳۵
فصل ۲: مدل شناختی اختلال اضطراب فراگیر.....	۳۷
عدم تحمل بلا تکلیفی.....	۳۸
اختصاصی بودن عدم تحمل بلا تکلیفی.....	۴۰
شواهدی برای علیت عدم تحمل بلا تکلیفی.....	۴۳
مسیرهای عدم تحمل بلا تکلیفی منتهی به اختلال اضطراب فراگیر.....	۴۵
باورهای مثبت در مورد نگرانی.....	۴۸
پژوهش‌های اولیه درباره باورهای مثبت.....	۴۹
پژوهش‌های تخصصی درباره باورهای مثبت.....	۵۰
جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل.....	۵۱
پژوهش‌های پرسشنامه‌ای مربوط به حل مسأله.....	۵۲
پژوهش مصاحبه‌ای مربوط به حل مسأله.....	۵۳
اجتناب شناختی.....	۵۴
راهبردهای اجتناب شناختی ضمنی.....	۵۵

۵۶	..... راهبردهای اجتناب شناختی آشکار
۵۷	..... روابط بین مؤلفه‌های مدل
۵۸	..... تلویحات بالینی مدل

۵۹ فصل ۳: تشخیص و سنجش.....

۵۹	..... مصاحبه بالینی
۶۰	..... نگرانی در اختلال اضطراب فراگیر
۶۱	..... علائم جسمانی اختلال اضطراب فراگیر
۶۲	..... آسیب و پریشانی
۶۳	..... موانع تشخیص اختلال اضطراب فراگیر
۶۴	..... «من آدم نگرانی نیستم»
۶۴	..... «بله، من که بیش از حد...»
۶۶	..... تشخیص نادرست علائم اختلال اضطراب فراگیر
۶۶	..... تشخیص افتراقی
۶۷	..... خودبیمارانگاری (اضطراب تندرستی)
۶۹	..... اختلال اضطراب اجتماعی
۷۰	..... اختلال وسواسی - اجباری
۷۱	..... اختلال افسردگی اساسی و اختلال افسرده‌خویی
۷۴	..... مصاحبه تشخیصی ساختاریافته
۷۵	..... راهنمای استفاده از مصاحبه تشخیصی ساختاریافته
۷۶	..... توصیف مصاحبه‌های تشخیصی ساختاریافته
۷۶	..... برنامه‌ی مصاحبه‌ی اختلال‌های اضطرابی
۷۷	..... مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM
۷۷	..... مصاحبه کوتاه بین‌المللی عصب‌شناختی
۷۸	..... پرسشنامه‌های خودسنجی
۷۸	..... راهنمای استفاده از مقیاس‌های خودسنجی
۷۹	..... مقیاس‌های خودسنجی برای علائم اختلال اضطراب فراگیر
۷۹	..... پرسشنامه نگرانی و اضطراب
۷۹	..... پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا
۸۰	..... مقیاس‌های خودسنجی اجزاء مدل
۸۰	..... مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی
۸۱	..... نسخه دوم پرسشنامه چرا نگرانی
۸۲	..... پرسشنامه جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل
۸۳	..... پرسشنامه اجتناب شناختی
۸۴	..... سایر مقیاس‌های خودسنجی مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر
۸۵	..... خلاصه و نکات پایانی
۸۶	..... پیوست ۱-۳: پرسشنامه نگرانی و اضطراب (WAQ)
۸۸	..... پیوست ۲-۳: پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ)
۸۹	..... پیوست ۳-۳: مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی (IUS)
۹۱	..... پیوست ۴-۳: پرسشنامه چرا نگرانی - ویرایش دوم (WW-II)

۹۲	خرده مقیاس‌های WW-II
۹۳	پیوست ۵-۳: پرسشنامه جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل (NPOQ)
۹۴	پیوست ۶-۳: پرسشنامه اجتناب شناختی (CAQ)
۹۵	خرده مقیاس‌های CAQ

۹۷ فصل ۴: مرور اجمالی درمان

۹۷	طرح کلی درمان
۹۸	اهداف کلی درمان
۹۹	مراحل درمان
۹۹	مرحله ۱: آموزش اصول روان‌شناختی و آگاهی‌افزایی درباره نگرانی
۹۹	آموزش اصول درمان شناختی رفتاری
۱۰۲	آشنایی با اختلال اضطراب فراگیر
۱۰۳	آگاهی‌افزایی درباره نگرانی
۱۰۳	مرحله ۲: تشخیص موقعیت‌های مبهم و مواجهه رفتاری
۱۰۴	بررسی رابطه بین عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی مفرط
۱۰۴	دستیابی به قطعیت غیرممکن است
۱۰۵	شناسایی آشکارکننده‌های عدم تحمل بلا تکلیفی
۱۰۵	تجربه موقعیت‌های مبهم
۱۰۶	مرحله ۳: ارزیابی مجدد مفید بودن نگرانی
۱۰۷	چرا باید باورهای مثبت درباره نگرانی را شناسایی کرد؟
۱۰۷	تشخیص و ارزیابی مجدد باورهای مثبت درباره نگرانی
۱۰۸	مرحله ۴: آموزش حل مسأله
۱۰۹	اصلاح جهت‌گیری نسبت به مشکلات
۱۰۹	بلا تکلیفی در فرآیند حل مسأله
۱۰۹	تأثیر جهت‌گیری منفی نسبت به مشکلات
۱۱۰	بکارگیری مهارت‌های حل مسأله
۱۱۱	مرحله ۵: مواجهه تجسمی
۱۱۳	مرحله ۶: پیشگیری از عود
۱۱۳	خلاصه و نتیجه‌گیری

۱۱۵ فصل ۵: درمان گام به گام

۱۱۵	مرحله ۱: آموزش اصول روان‌شناختی و آگاهی‌افزایی درباره نگرانی
۱۱۵	ارائه اصول درمان شناختی رفتاری
۱۱۹	تشریح ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر
۱۲۱	معرفی مدل درمانی: علائم اختلال اضطراب فراگیر
۱۲۳	آگاهی‌افزایی درباره نگرانی
۱۲۵	مرحله ۲: تشخیص بلا تکلیفی و مواجهه رفتاری
۱۲۵	تمثیل آلرژي
۱۲۵	تمثیل عینک فیلتردار
۱۲۶	آشکار کننده‌های عدم تحمل بلا تکلیفی

۱۳۰	پیشنهاداتی برای مقابله با بلا تکلیفی
۱۳۱	مرحله ۳: ارزیابی مجدد مفید بودن نگرانی
۱۳۲	شناسایی باورهای مثبت درباره مفید بودن نگرانی
۱۳۴	راهبردهایی برای ارزیابی مجدد باورهای مثبت درباره نگرانی
۱۳۵	ایفای نقش وکیل مدافع- دادستان
۱۳۵	چالش‌های اختصاصی با باورهای متفاوت درباره نگرانی
۱۳۶	ارزیابی مجدد باورهای مثبت: زندگی بدون نگرانی؟
۱۳۸	مرحله ۴: آموزش حل مسأله
۱۳۹	اصلاح جهت‌گیری نسبت به مشکل
۱۴۳	راهبردهایی برای بهبود جهت‌گیری نسبت به مشکل
۱۴۳	شناسایی مشکل، قبل از آن که دیر شود
۱۴۴	نگاه کردن به مشکلات به عنوان بخشی از زندگی
۱۴۵	دیدن مشکل به عنوان فرصتی برای رشد، نه تهدید
۱۴۷	بکارگیری مهارت‌های حل مسأله
۱۴۷	تعریف مشکل و فرمول‌بندی اهداف
۱۴۹	ارائه راه‌حل‌های متفاوت
۱۵۱	تصمیم‌گیری
۱۵۲	اجرای راه‌حل‌ها و ارزیابی مجدد آن‌ها
۱۵۳	توضیح پایانی درباره حل مسأله
۱۵۳	مرحله ۵: مواجهه تجسمی
۱۵۴	کوشش بیهوده برای اجتناب شناختی
۱۵۴	دستورالعمل اجرای آزمایش خرس سفید
۱۵۵	راه‌حل جایگزین برای اجتناب و خنثی‌سازی
۱۶۰	آماده کردن سناریو مواجهه
۱۶۰	شناسایی محتوای مواجهه: تکنیک پیکان رو به پایین
۱۶۲	آماده کردن طرح اولیه سناریوی مواجهه
۱۶۳	تکمیل کردن سناریو
۱۶۳	ضبط سناریو برای تکرار مواجهه
۱۶۳	اجرای مواجهه
۱۶۴	جلسه اول مواجهه
۱۶۴	جلسات بعدی مواجهه
۱۶۵	مرحله ۶: پیشگیری از عود
۱۶۵	عوامل تداوم بخش روزانه
۱۶۶	شناسایی موقعیت‌های پرخطر
۱۶۷	آمادگی برای موقعیت‌های پرخطر
۱۶۸	نکته پایانی
۱۶۹	پیوست ۱-۵: مدل ۱: علائم مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر
۱۷۰	پیوست ۲-۵: کاربرد مدل ۱: فرم نگرانی روزانه
۱۷۱	پیوست ۳-۵: مدل ۲: نقش عدم تحمل بلا تکلیفی
۱۷۲	پیوست ۴-۵: کاربرد مدل ۲: فرم بلا تکلیفی و نظارت رفتاری

پیوست ۵-۵: مدل ۳: نقش باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی	۱۷۳
پیوست ۵-۶: کاربرد مدل ۳: فرم باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی	۱۷۴
پیوست ۵-۷: فرم ۴: نقش جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل	۱۷۵
پیوست ۵-۸: کاربرد مدل ۴: فرم حل مسأله	۱۷۶
پیوست ۵-۹: مدل ۵: نقش اجتناب شناختی	۱۷۷
پیوست ۵-۱۰: کاربرد مدل ۱: فرم سناریوی مواجهه	۱۷۸
پیوست ۵-۱۱: کاربرد مدل ۲: فرم خلاصه مواجهه	۱۷۹
پیوست ۵-۱۲: مدل ۶: تأثیر وضعیت خلقی و وقایع زندگی	۱۸۰

فصل ۶: اثربخشی درمان ۱۸۱

ملاک‌های تعیین اثربخشی درمان	۱۸۱
بهبود تشخیصی	۱۸۱
مقایسه آماری اندازه اثر	۱۸۲
بهبود معناداری بالینی	۱۸۳
پژوهش‌های مبتنی بر اثربخشی درمان	۱۸۵
پژوهش ۱: درمان شناختی رفتاری و گروه کنترل لیست انتظار	۱۸۵
پژوهش ۲: درمان شناختی رفتاری گروهی و گروه کنترل لیست انتظار	۱۸۷
پژوهش ۳: درمان شناختی رفتاری، آرام‌سازی کاربردی و گروه کنترل لیست انتظار	۱۸۹
پژوهش ۴: درمان شناختی رفتاری و قطع مصرف دارو	۱۹۳
نتیجه‌گیری نهایی	۱۹۵
اثرات کوتاه‌مدت	۱۹۵
اثرات بلندمدت	۱۹۷

فصل ۷: برنامه‌ریزی برای رفع عوامل مشکل‌ساز ۱۹۹

عوامل مشکل‌ساز مراجع	۱۹۹
اختلال‌های هم‌آیند محور یک	۱۹۹
اختلال‌های هم‌آیند محور دو	۲۰۱
بیماری‌های پزشکی هم‌آیند	۲۰۳
استفاده از دارو	۲۰۴
انگیزه پایین برای درمان	۲۰۵
عوامل مشکل‌ساز مرتبط با درمانگر	۲۰۸
حساس نبودن نسبت به نیازهای ویژه مراجع	۲۰۸
اعتماد پایین درمانگر نسبت به درمان	۲۰۹
انعطاف‌ناپذیری در اجرای دستورالعمل درمان	۲۱۰
عوامل مشکل‌ساز بافتاری	۲۱۱
محدودیت‌های شرکت‌های بیمه و سازمان‌های حمایتی	۲۱۱
نبود تجهیزات کافی برای مواجهه تجسمی	۲۱۲
منابع	۲۱۵

تقدیم به استاد فرهیخته، دکتر لادن فتی

که بی دریغ علم و اندیشه اش را به شاگردانش می بخشد.

م.ا

م.چ

پیشگفتار

چون نیست حقیقت و یقین اندر دست
نتوان به امید شک همه عمر نشست

حکیم عمر خیام نیشابوری

موضوع شناسایی و مدیریت اضطراب و مؤلفه‌های شناختی، رفتاری و هیجانی آن، بخش عمده‌ای از ظرفیت‌های حوزه سلامت روانی را در دنیا به خود اختصاص داده است. حجم عظیمی از پژوهش‌های آسیب‌شناسی روانی در طی دهه‌های گذشته به این پدیده چند وجهی اختصاص داشته است و به این ترتیب چندین مدل برای تبیین اضطراب و مدیریت آن پیشنهاد شده که هر یک از این مدل‌ها به برخی از جنبه‌های شناختی، رفتاری، زیستی - جسمانی و هیجانی این پدیده بیشتر پرداخته‌اند. از این میان دیدگاه‌های شناختی رفتاری بیشترین سهم در پژوهش و ابداع روش درمان را به خود اختصاص داده‌اند. معرفی الگوهای نظری نظیر بازداری متقابل، بازداری رفتاری، مدل سه بخشی عاطفه‌مندی، مدل سه بخشی بارلو، نظریه شناختی بک درباره اضطراب، و مدل‌های پسااسکینری از جمله این مدل‌ها هستند. اضطراب، هم به عنوان یک پدیده غیربالینی ولی مداخله‌گر و هم به عنوان یک پدیده بالینی مورد توجه متخصصان حوزه سلامت روان بوده است. گفته می‌شود بخش عظیمی از ساختار عاملی طبقه‌بندی تشخیصی اختلالات روانی را عاملی تحت عنوان «عاطفه‌مندی منفی» تشکیل می‌دهد. این عامل، همپوشانی زیادی با مؤلفه‌های اصلی اختلال اضطراب فراگیر دارد. همبودی این اختلال با سایر اختلال‌ها به ویژه اختلال‌های هیجانی بیشتر قاعده محسوب می‌شود، تا استثنا. همچنین خود اختلال اضطرابی به تنهایی به دلیل باری که به جامعه تحمیل می‌کند، همواره مورد توجه سیاست‌گذاران و متولیان نظام سلامت، روان‌آسیب‌شناسان و روان‌درمانگران بوده است. تغییرات اساسی در ملاک‌های تشخیصی این اختلال همزمان با نگاه داشتن شرط زمان، در ویراست‌های متوالی DSM، حاکی از اهمیت این اختلال و البته عدم توافق قطعی درباره چهره بالینی و آسیب‌شناسی تحولی این اختلال است. مؤلفه اصلی در این اختلال «نگرانی» است. نگرانی نوعی تفکر مفهومی تکرار شونده است که معطوف به آینده بوده و بیشتر به شکل سؤالات پر ابهام در ذهن جلوه می‌کند. برای مثال، فرد دائماً به خود می‌گوید: نکند که...؟ وای اگر خدای ناکرده...! اگر... آن وقت چی؟ چه می‌شود اگر...؟ بعدش چه می‌شود؟ تمامی این گفتارهای درونی حاکی از ابهام و شک فرد درباره آینده هستند. به این ترتیب به نظر

می‌رسد ابهام، شک و تردید نسبت به آینده بخش جدایی‌ناپذیر نگرانی است. این همان چیزی است که در این کتاب «عدم تحمل بلا تکلیفی» نامیده شده است. شواهد تجربی حاکی از آنند که نگرانی را جامعه غیربالینی نیز تجربه می‌کند؛ با این تفاوت که در جمعیت غیربالینی میزان و شدت آن کمتر و توان کنترل فرد بیشتر است. به نظر می‌رسد عدم تحمل ابهام در جمعیت بالینی شدیدتر از افرادی است که نگرانی را در سطح غیربالینی تجربه می‌کنند. بنابراین پرداختن به مؤلفه عدم تحمل ابهام و پیامد آن، یعنی نگرانی در شناسایی و درمان این اختلال بسیار مهم است. آنچه باید توجه داشت این که نگرانی به عنوان مهم‌ترین مؤلفه اضطراب فراگیر، با عدم تحمل ابهام ارتباط قوی و مثبت از نوع علت و معلولی دارد. به این ترتیب شناخت و دستکاری عدم تحمل ابهام به دلیل تقدم علی، گامی جدی در مقابله با نگرانی و درمان اختلال اضطراب فراگیر است. عدم تحمل بلا تکلیفی باعث می‌شود که فرد، زمانی که در موقعیت‌های مبهم قرار می‌گیرد و یا اطلاعات موجود دارای ابهام هستند، وضعیت را تهدیدکننده و خطرناک ارزیابی کند و چون موقعیت برای او مبهم است، عملکرد ضعیفی از خود نشان دهد و در انتخاب و تصمیم‌گیری دچار تردید شود. این حالت خود منجر به نگرانی شده و نگرانی نیز به دلیل ماهیت تکرار شونده‌اش، شرایط را از آنچه که هست وخیم‌تر و مبهم‌تر کرده و منجر به اضطراب بیشتر می‌شود. این چرخه معیوب تداوم یافته و در مسیر حرکت خود منجر به ناکنش‌وری رفتاری و اجتناب می‌شود. در واقع فرد به جای این که انرژی خویش را صرف شناسایی نگرانی‌های واقعی و حل مسأله درباره آن‌ها کند، به هر تمهیدی متوسل می‌شود، بدین امید که بتواند ابهام را به یقین تبدیل کند! تمامی رفتارهایی که در پی برطرف کردن ابهام در زندگی بشر هستند، به بن‌بست منتهی می‌شود. انسان‌گریزی و گزیری ندارد، مگر تحمل ابهام. بنابراین درمان موفق نگرانی تنها زمانی میسر است که فرد به جای برطرف کردن ابهام بتواند آن را تحمل کند. پروتکل معرفی شده در این کتاب بر محور ایجاد این قابلیت در بیمار طراحی شده است و این کتاب به مدیریت این مؤلفه اصلی پرداخته است.

مدل مطرح شده در این کتاب یک مدل شناختی است که به چهار مؤلفه اصلی در اضطراب فراگیر می‌پردازد. این چهار مؤلفه عبارتند از: (۱) عدم تحمل بلا تکلیفی، (۲) باورهای مثبت درباره نگرانی، (۳) جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل و (۴) اجتناب شناختی. اگرچه برخی از این عوامل در سایر مدل‌های تبیین اضطراب فراگیر نیز مطرح شده‌اند، ولی مشخصه اصلی مدل حاضر پرداختن به مفهوم عدم تحمل ابهام و بلا تکلیفی و ارتباط تنگاتنگ آن با نگرانی در این اختلال است. وجه بارز دیگر این مدل، تأکید بر روی فرایندهای شناختی و نظام پردازش اطلاعات در این اختلال است. به طور سنتی در درمان اضطراب از فنون عمدتاً رفتاری نظیر آرام‌سازی استفاده می‌شده است، ولی جنبه‌های شناختی اخیراً مورد توجه بیشتری قرار گرفته‌اند. بازسازی شناختی هم اکنون بخش جدایی‌ناپذیر درمان اختلال اضطراب فراگیر است و فنون چندی برای کار روی نگرانی ابداع و تأیید شده‌اند. وجه بارز دیگر، پرداختن به پیش‌شرط حل مسأله، یعنی، مدیریت هیجان منفی است. جهت‌گیری منفی، یعنی نگرش و هیجان منفی نسبت به حل مسأله باعث می‌شود فرد حتی اگر توانایی حل مسأله را دارد، از آن استفاده نکند. بنابراین بخشی از

این درمان مهار جهت‌گیری منفی و افزایش مهارت حل مسأله است. مشکل دیگر این‌که افراد نگران باور دارند که نگرانی مفید و خوب است و منجر به حل مسأله، مسئولیت‌پذیری و وجدان‌مندی نسبت به رویدادهای پیش‌رو می‌شود. باورهای مثبت درباره نگرانی در افراد غیربالینی بیشتر از جمعیت بالینی است و این حالت مختص اختلال اضطراب فراگیر نیز نیست، ولی مؤلفه‌ای بسیار مهم در این اختلال به شما می‌رود. باورهای مثبت درباره نگرانی چندین گونه اصلی دارند که در این کتاب برای مقابله با هر یک، فنونی معرفی شده است. برای مثال افراد نگران بر این باورند که (۱) نگرانی منجر به جستجو و یافتن راه‌حلهایی برای مشکلات آتی می‌شود، (۲) نگرانی، انگیزه فرد را برای حل مسائل و مشکلات آتی بیشتر می‌کند، (۳) نگرانی باعث می‌شود آمادگی فرد برای مقابله با احساسات منفی در هنگام رخداد رویدادهای بد در آینده را افزایش می‌دهد، (۴) نگران بودن موجب می‌شود که احتمال حوادث ناگوار در آینده کاهش یابد (فکر کردن به خطرات باعث کاهش احتمال وقوع آن‌ها در واقعیت می‌شود) و (۵) نگران بودن یک امتیاز و ویژگی شخصیتی مثبت است.

مفهوم دیگری که برنامه درمانی معرفی شده در این کتاب به آن پرداخته است، موضوع اجتناب تلاش‌بر و یا خودکار شناختی است. نکته فریبنده در مدیریت اضطراب آن است که بیمار بر این باور است که اگر به نگرانی‌هایش بیندیشد، می‌تواند از شدت اضطراب خویش بکاهد؛ غافل از این‌که پردازش هیجانی ترس با پردازش مفهومی، یعنی نگرانی بسیار متفاوت است. بیماران نمی‌دانند که فکر کردن به نگرانی‌ها، یعنی تفکر درباره نگرانی یا نگرانی درباره نگرانی، از شدت اضطراب نمی‌کاهد؛ آنچه باعث کاهش نگرانی می‌شود، پردازش هیجانی آن و به روایتی تحمل ابهام و به تبع آن اضطراب است. در این برنامه درمانی فرد می‌آموزد که به جای پردازش مفهومی اضطراب (یعنی نگرانی)، اضطراب را به شکل هیجانی پردازش کند، یا به بیان این کتاب، ابهام را تاب بیاورد.

مؤلفه دیگر این برنامه درمانی، مقابله با اجتناب فعال از محرک‌های تهدیدآمیز است. بسیاری از افرادی که از عدم تحمل ابهام و به تبع آن نگرانی رنج می‌برند، از مجموعه‌ای از تمهیدات، برای مثال توجه برگردانی، سرکوب افکار، جانشین کردن آن‌ها با افکار مثبت و نظایر آن برای مدیریت شناخت‌ها و هیجان‌های منفی خویش استفاده می‌کنند. پرهیز و فرار از ابهام و تهدید، بدترین گزینه برای مقابله با اضطراب است، چرا که فرصت اصلاح تجارب غلط و مهارت آموزی را از فرد می‌گیرد. فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، ناشیانه تمام همت خود را بکار می‌گیرد، بدان امید که آینده را در کنترل خویش درآورد:

مجو درستی عهد از جهان سست نهاد
که این عجز، عروس هزار دامادست

مقابله ناکش‌ور دیگر افرادی که از تاب نیاوردن ابهام و نگرانی رنج می‌برند، اطمینان خواهی و رفتار ایمنی‌بخش است. قبلاً هم اشاره شد که مراجعان ما از دو طریق می‌توانند نگرانی‌های خود را کاهش دهند، یکی این‌که نهایت تلاش خویش را بکار بندند تا قطعیت‌طلبی را افزایش دهند و یا توان خود را برای تحمل بلا تکلیفی بیشتر کنند. در برنامه درمانی پیشنهادی در این کتاب، درمانگر با استفاده از روش

اثبات شده گفت‌وگوی سقراطی، به مراجعان کمک می‌کند تا دریابند کدام یک از این دو روش در عمل شدنی و امکان‌پذیر است و واقعاً می‌تواند در طولانی‌مدت نگرانی و اضطراب، کاهش دهد. امید درمانگر بدان است که اگر فنون و روش‌های پیشنهادی این کتاب را به درستی بکار گیرد، مراجع دریابد، زندگی پر از ابهام است و باید آموخت که روی دادن واقعه نگران‌کننده، به اندازه ابهام درباره احتمال وقوع آن دردناک نیست. به بیان دیگر، «در بلا بودن به از بیم بلا!»

چنین به نظر می‌رسد که ترکیب این عوامل، طرح درمان بدیعی را برای اختلال اضطراب فراگیر به ارمغان آورده است. درمان پیشنهادی در این کتاب به این موضوعات می‌پردازد و برای هر یک، مجموعه‌ای از راهکارها و فنون درمانی ارائه می‌دهد. ناب‌ترین ویژگی این پروتکل، توجه به نکات ظریفی در کیفیت اختلال اضطراب فراگیر، آن هم به شکلی خلاقانه است.

یکی از این مباحث ناب، توجه این برنامه درمانی به مسئله نقش هیجان منفی در حل مسأله و نقش عدم تحمل ابهام در پیدا کردن راه حل است. توجه به ابهام در مسیر حل مسأله بسیار مهم است. افرادی که ابهام را تاب نمی‌آورند، حل مسأله نمی‌کنند یا به بیانی دیگر از حل مسائل خود اجتناب می‌کنند، چون به دنبال راه حل قطعی و بدون ابهام می‌گردند و البته که چنین راه‌حلی قطعی وجود ندارد و جستجوی راه حل قطعی کاری عبث و بیهوده است. دوم این که مراجعان ترغیب شوند تا عدم قطعیت در فرآیند حل مسأله را تحمل کنند. جنبه خلاقانه دیگر این برنامه درمانی توجه به تمایز نگرانی درباره موقعیت‌های واقعی و نگرانی درباره موقعیت‌های فرضی است. این تمایز در مواردی منجر به تحمل ابهام و در مواردی دیگر منجر به حل مسأله بدون اجتناب شناختی و هیجانی می‌شود. امتیاز دیگر این برنامه درمانی، توجه به مؤلفه‌های مختلف نگرانی یعنی جنبه‌های محتوایی، جنبه‌های فرایندی و جنبه تحمل ابهام است که باید در درمان مدنظر قرار گیرند. در برنامه‌های شناختی رفتاری سنتی درمان اختلال اضطراب فراگیر تنها یکی از این ابعاد مورد توجه و مداخله درمانی قرار می‌گیرد، حال آن که این برنامه هر سه بعد را مورد مداخلات تخصصی قرار می‌دهد. امتیاز این روش این است که تلفیقی هنرمندانه از دیدگاه‌های فرایندی و محتوایی است و امتیازات هر دو را در بردارد. نکته مهم این است که استفاده از هر دو گروه روش‌ها در قالب شناختی رفتاری و با رعایت همان ساختارها و همان فرایند اجرای سنتی و کلاسیک اجرای جلسات است که در کل درمان شناختی رفتاری نامیده می‌شود. استفاده از گفت‌وگوی سقراطی، تجربه‌گرایی مشارکتی و اکتشاف هدایت شده در این برنامه درمانی به همان اندازه مهم است که در سایر برنامه‌های درمانی مبتنی بر نظریه شناختی رفتاری اهمیت دارد.

آنچه در این مقدمه خاطر نشان کردم، دلایل منطقی و مبتنی بر شواهد من برای توصیه مطالعه و کاربرد فنون پیشنهادی این کتاب است. ترجمه و آرایش انشایی این کتاب به قدری خوب انجام شده است که خواندن آن برای خواننده متخصص و حتی نیمه متخصص فارسی زبان به معنی واقعی میسر و ساده است.

در هر حال همواره به خاطر داشته باشیم:

امروز ترا دسترس فردا نیست
و اندیشه فردات بجز سودا نیست
ضایع مکن این دم ار دلت شیدا نیست
کاین باقی عمر را بها پیدا نیست

با تقدیر از زحمات همکاران ارجمندم، آقایان دکتر مهدی اکبری و مسعود چینی‌فروشان

لادن فتی

دکترای تخصصی روانشناسی بالینی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی

زمستان ۱۳۹۲

فصل ۱

توصیف اختلال اضطراب فراگیر

کاترین اولین فرزند از یک خانواده سه فرزندی بود. او در طی دوران کودکی اش، به عنوان بزرگ‌ترین فرزند خانواده، باید دائماً مراقب برادرهای کوچک‌ترش می‌بود. از موقعی که به کلاس سوم رفت، نگرانی‌های او درباره برادرهای کوچک‌ترش شروع شد. برای مثال، دائماً نگران سلامتی جسمی آن‌ها بود و به شدت از آن‌ها مراقبت می‌کرد. اگرچه نگرانی‌اش مشکل‌ساز نبود، ولی خیلی بیشتر از دوستانش نگران بود. کاترین در طول دوره دبیرستان، از لحاظ تحصیلی و ورزشی، فرد موفقی بود. او همیشه نمرات خوبی می‌گرفت و عضو تیم‌های شنا و دو و میدانی بود. نگرانی کاترین تغییر جهت داده بود و این بار بر روی سلامتی والدین‌اش، به ویژه مادرش، متمرکز شده بود. برای مثال، برای اطمینان از سلامتی مادرش، در طول روز چندین بار از محل کار به او تلفن می‌زد. اگرچه شدت نگرانی کاترین خیلی زیاد نبود، ولی گاهی نگرانی و اضطراب، او را اذیت می‌کرد.

از زمانی که کاترین به دانشگاه رفت، نگرانی و اضطرابش به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش یافت. دور بودن از خانه، نگرانی او را درباره‌ی خانواده‌اش تشدید کرد. البته در زمینه‌های دیگر، مانند تحصیل، وضعیت مالی و ارتباط با دوستانش نیز نگران بود. او خواب آشفته‌ای داشت، اغلب چندین ساعت در رختخواب دراز می‌کشید تا به خواب می‌رفت. هر چند عملکرد تحصیلی کاترین خوب بود، ولی همانند گذشته، قبل از امتحان، اضطراب زیادی را تجربه می‌کرد، به طوری که گاهی این اضطراب او را وادار می‌کرد که چندین بار برای اطمینان از صحت یادداشت‌های کلاسی‌اش، با اساتید و همکلاسی‌هایش صحبت کند. همچنین در انجام تکالیف درسی‌اش، نسبت به قبل، زمان بیشتری را صرف می‌کرد، چون گاهی آن‌چه را که نوشته بود، برای اطمینان از صحت آن، چندین بار می‌خواند تا که غلط‌آملائی و انشایی نداشته باشد.

بعد از دانشگاه، کاترین ازدواج کرد و صاحب دو فرزند شد. به دنبال تولد دومین فرزندش، نگرانی و اضطرابش دوباره افزایش یافت. این مسئله سبب شد تا در صدد درمان

خود برآید. او در طول این مدت، به طور مداوم احساس خستگی، بی‌خوابی و نگرانی در مورد «هر کاری و هر چیزی» را تجربه می‌کرد. این علائم تا حدی بود که زندگی خانوادگی و شغلی‌اش را تحت تأثیر قرار داده بود. او فرزندان‌ش را خیلی دوست داشت و بیشتر اوقات را با آن‌ها سپری می‌کرد، ولی دائم در مورد سلامتی آن‌ها نگران بود و این نگرانی او را دچار تنش و بی‌قراری کرده بود. کاترین پی‌برده بود که بی‌نهایت آشفته است و در مورد هر واقعه ناخوشایند احتمالی آینده، آن‌قدر نگران می‌شود که از زندگی خود، اصلاً لذت نمی‌برد. همچنین در شغلش خیلی غرق شده بود و از واگذاری هر مسئولیتی به همکارانش خودداری می‌کرد و معتقد بود تنها موقعی می‌تواند از درستی انجام کاری مطمئن شود که خودش آن را انجام داده باشد.

کاترین از زمانی که مطمئن شد که از لحاظ ژنتیکی، مستعد اضطراب و نگرانی است و تغییر این بخش از شخصیت او غیرممکن است، در مورد فایده هر نوع درمان روان‌شناختی، دچار شک و تردید شد. اما از آنجایی که احساس همیشگی استرس و اضطراب، او را به شدت خسته کرده بود، تمایل به انجام هر کاری برای متوقف کردن این حالت ناخوشایند را داشت. زمانی که برای درمان معرفی شد، مورد سنجش کامل قرار گرفت و با توجه به نگرانی بیش از اندازه‌اش در مورد بعضی از وقایع روزمره و علائم جسمانی مانند خستگی، مشکلات خواب و احساس بی‌قراری، تشخیص اختلال اضطراب فراگیر^۱ (GAD) را دریافت کرد.

همان‌طور که از توضیح قبلی مشخص شد، اختلال اضطراب فراگیر می‌تواند به شدت کیفیت زندگی را کاهش دهد. متأسفانه، افراد دچار اختلال اضطراب فراگیر، به ندرت به دنبال کمک تخصصی برمی‌آیند و هنگامی که در جستجوی این کمک‌ها هستند، متخصصان بالینی اغلب برای شناسایی علائم مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر، دچار مشکل می‌شوند. با توجه به این دلایل، در این بخش دو هدف عمده را پی خواهیم گرفت. اولین هدف، ارائه یک توصیف نسبتاً کامل از ویژگی‌های اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد؛ به ویژه در مورد تاریخچه طبقه‌بندی تشخیصی، شیوع و ویژگی‌های همراه این اختلال و آسیبی که معمولاً اختلال اضطراب فراگیر ایجاد می‌کند. هدف دوم شامل تشریح اختلال اضطراب فراگیر از دیدگاه متخصص بالینی می‌باشد. هنگامی که می‌گوییم «نگرانی و اضطراب مفرط» درباره چندین موقعیت، چه منظوری داریم؟ زندگی روزانه برای فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر چگونه است؟ توصیف فوق از کاترین، تنها یک نمونه از چندین نمونه در بین مراجعین مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد که می‌توان برای درمان ارائه کرد. امیدواریم که با ارائه بیشتر اطلاعات جمع‌آوری شده در طول فعالیت بالینی خود، بتوانیم تصویر کاملی از این اختلال جالب توجه و پیچیده، ارائه کنیم.

1- Generalized anxiety disorder (GAD)

تشخیص اختلال اضطراب فراگیر

اختلال اضطراب فراگیر، یک طبقه تشخیصی نسبتاً جدید می‌باشد که در ویرایش‌های اخیر راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۱ (DSM)، چندین بار دستخوش تغییر شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۰، ۱۹۸۷، ۱۹۹۴). بنابراین، جای تعجب ندارد که گاهی تشخیص اختلال اضطراب فراگیر، حتی برای متخصصان گیج‌کننده باشد. در قسمت زیر، سیر تکاملی اختلال اضطراب فراگیر را در DSM مرور خواهیم کرد، سپس تغییرات ایجاد شده برای ملاک‌ها را توصیف می‌کنیم و دلایل این تغییرات را به بحث خواهیم گذاشت. اگرچه تعریف فعلی از اختلال اضطراب فراگیر، نسبت به ویرایش‌های اولیه کامل‌تر است، ولی هنوز کار زیادی برای رسیدن به یک مجموعه ملاک‌های روشن و پایا وجود دارد که سهولت تشخیص اختلال اضطراب فراگیر را افزایش دهد.

تاریخچه طبقه تشخیصی

نخستین بار اصطلاح اختلال اضطراب فراگیر، در سومین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۲ (DSM-III)، مطرح شد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۰). در آن زمان، اختلال اضطراب فراگیر، در اصل به عنوان یک اختلال باقیمانده مطرح بود، زیرا در تشخیص معلوم نبود که علائم، مربوط به کدام یک از اختلال‌های هراس، وسواسی-اجباری یا فوبی‌ها می‌باشند. برای این که افراد تشخیص اختلال اضطراب فراگیر را دریافت کنند، باید به مدت یک ماه «اضطراب پایدار» و همچنین سه علامت از چهار علامت زیر را تجربه می‌کردند. این علائم شامل بیقراری، بیش‌فعالی خود به خودی، انتظار توأم با تشویش و گوش به زنگی افراطی.

برای اصلاح ماهیت گسترده و مبهم ملاک‌های تشخیصی DSM-III برای اختلال اضطراب فراگیر، چندین تغییر مهم در نسخه ویرایش شده سومین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۳ (DSM-III-R) اعمال شد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۷). اولین ویژگی اصلی این اختلال، از اضطراب پایدار به نگرانی مفرط یا غیر واقعی تغییر یافت. علاوه بر این، مادامی که نگرانی و اضطراب ارتباطی با وضعیت دیگری نداشته باشد، اختلال اضطراب فراگیر می‌تواند با وجود اختلال روان‌شناختی دیگر هم تشخیص داده شود. بنابراین، اختلال اضطراب فراگیر از یک طبقه تشخیصی باقیمانده، به یک طبقه تشخیصی اولیه تغییر پیدا کرد. علاوه بر این، حداقل مدت زمان مورد نیاز برای تشخیص، از یک ماه به شش ماه تغییر پیدا کرد که این تغییر با ماهیت مزمن اختلال اضطراب فراگیر، همخوان‌تر است. با وجود این اصلاحات، ملاک‌های جسمانی همچنان مبهم باقی مانده بود.

1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

2- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III (DSM-III)

3- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III-R (DSM-III-R)

اختلال اضطراب فراگیر در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی

با معرفی چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۱ (DSM-IV) در سال ۱۹۹۴، ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر مورد تأیید بیشتری واقع شد و به طور مناسبی، استقلال این اختلال را منعکس می‌کرد (ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر بر طبق DSM-IV، در جدول ۱-۱ ارائه شده است). اگرچه نگرانی و اضطراب مفرط، به عنوان ویژگی مهم اختلال اضطراب فراگیر حفظ شده بود، اصطلاح «غیر واقعی» حذف شده و در عوض این جمله که «تسلط بر نگرانی دشوار است»، جایگزین آن شده بود. به علاوه، شرط حداقل مدت لازم شش ماهه، ابقاء شد. این دو ملاک، به روشنی ویژگی بنیادی اختلال اضطراب فراگیر را به عنوان یک اختلال مزمن، منعکس کرده است و آن را با یک تفاوت کمی در مورد فراوانی و شدت نگرانی و نه توسط تفاوت کیفی (آنچنان که توسط اصطلاح «غیر واقعی» بیان شده بود) از نگرانی غیربالینی متمایز می‌کند. ملاک نگرانی «مفرط و غیرقابل کنترل» این واقعیت بالینی را منعکس می‌کند که به طور کلی، افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، مانند افراد عادی در مورد مسائل روزمره نگران می‌باشند، ولی تفاوت در میزان نگرانی و ناتوانی برای کنترل آن است. در واقع، ملاک نگرانی «غیرقابل کنترل» برای تمایز اختلال اضطراب فراگیر از نگرانی معمولی و نگرانی مرتبط با سایر اختلال‌های مطرح شده بود و بیانگر این است که این تفاوت در میزان و اندازه می‌باشد، نه محتوا.

تجدید نظر دیگر در ملاک‌های DSM-IV، حذف تعداد زیادی از علائم جسمانی از تشخیص بود. به ویژه، همه علائم بیش فعالی خودکار و نیز بخشی از طبقات تنش حرکتی و گوش به زنگی/ واریسی حذف شده بود. مخصوصاً حذف علائم بیش فعالی مفید بود، چون که این علائم با احتمال بیشتری در بین افراد مبتلا به اختلال هراس نسبت به مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد. قبل از این تجدید نظر، تشخیص بین اختلال هراس و اختلال اضطراب فراگیر برای متخصصان بالینی، چالش اساسی به همراه داشت. با توجه به این اصلاحات، اکنون شش علائم جسمانی مرتبط با تشخیص اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد. اگرچه تقریباً یکی از علائم (تنش حرکتی) در بین بیماران مبتلا به اختلال‌های خلقی و سایر اختلال‌های اضطرابی دیده می‌شود، ولی این شش علائم به شکلی پایا در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد.

تغییر نهایی قابل توجه در DSM-IV، شامل «پریشانی و آسیب معنادار» در ملاک‌های اختلال اضطراب فراگیر بود. ویرایش‌های قبلی DSM، اختلال اضطراب فراگیر را صرفاً به عنوان اختلال ایجاد کننده آسیب اجتماعی و شغلی خفیف توصیف کرده بودند. تصور غالب درباره افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، «تندرس‌نگران^۲» است؛ یعنی، افرادی بسیار نگران که هنوز هم قادر به انجام بیشتر فعالیت‌های روزانه خود می‌باشند، در حالی که هنوز سطح قابل قبولی از بهزیستی و کیفیت زندگی را

1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV)

2- worried well

جدول ۱-۱ ملاک‌های تشخیصی DSM-IV برای اختلال اضطراب فراگیر

- اضطراب و نگرانی مفرط (انتظار توأم با تشویش) درباره چند رویداد یا فعالیت (نظیر عملکرد شغلی یا تحصیلی) که حداقل به مدت شش ماه در اکثر روزها ادامه داشته باشد.
- تسلط بر نگرانی، دشوار باشد.
- اضطراب و نگرانی مزبور، حداقل با سه علائم از شش علائم زیر همراه باشد (به طوری که حداقل برخی از این علائم در شش ماه گذشته، در اکثر روزها وجود داشته باشند). نکته: در کودکان وجود فقط یکی از موارد زیر کافی است:
 - بیقراری یا احساس دلواپسی
 - خستگی زودهنگام
 - دشواری در تمرکز
 - تحریک پذیری
 - تنش عضلانی
 - اشکال در نظم خواب (دشواری در به خواب رفتن یا حفظ تداوم خواب یا خوابیدن توأم با بیقراری)
- اضطراب و نگرانی مذکور، مربوط به علائم سایر اختلال‌های محور یک نباشد، مثلاً اضطراب یا نگرانی ناشی از حمله هراس (چنان که در اختلال هراس وجود دارد)، خجالت کشیدن از جمع (چنان که در اضطراب اجتماعی وجود دارد)، آلوده شدن (چنان که در اختلال وسواسی-اجباری وجود دارد)، دور ماندن از خانه و نزدیکان (چنان که در اختلال اضطراب جدایی وجود دارد)، چاق شدن (چنان که در بی‌اشتهایی عصبی وجود دارد)، وجود شکایات متعدد جسمی (چنان که در اختلال جسمانی‌سازی وجود دارد)، یا ابتلا به یک بیماری جدی (چنان که در خودبیمارانگاری وجود دارد) نباشد و صرفاً در حین اختلال استرس پس از سانحه بروز پیدا نکند.
- اضطراب، نگرانی یا علائم جسمانی، رنج و عذابی ایجاد کرده باشد که به لحاظ بالینی چشمگیر باشد یا کارکردهای اجتماعی، شغلی یا سایر کارکردهای فرد را مختل کرده باشد.
- علائم مزبور ناشی از اثرات جسمی مستقیم یک ماده (مثلاً ناشی از سوءمصرف مواد یا داروها) یا یک بیماری طبی عمومی (مثل پرکاری تیروئید) نباشد و صرفاً در حین یک اختلال خلقی، یک اختلال سایکوتیک یا یک اختلال نافذ رشد، نباشد.

دارا می‌باشند. از آنجایی که نگرانی یک تجربه همگانی می‌باشد، بنابراین جای تعجب ندارد که نگرانی افراطی هم به عنوان یک عامل ناتوان کننده ویژه در زندگی روزانه، مورد توجه قرار نگیرد. البته تجارب پژوهشی و بالینی این باور را زیر سؤال می‌برند. در واقع، توصیف مناسب‌تر افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، «مجروح سرپایی»^۱ می‌باشد؛ یعنی، نه تنها دردهای ناشی از بیماری را برای سال‌های زیادی، بدون دریافت درمان تحمل می‌کنند، بلکه ممکن است زیان‌های اجتماعی و اقتصادی قابل توجهی را نیز متحمل شوند. برای نمونه، افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اغلب مجرد یا مطلقه می‌باشند و

1- walking wounded

معمولاً با درآمدهای سالانه خیلی پایین، هزینه‌های ناتوان کننده‌ای را در مقاطعی از زندگی خود، متحمل می‌شوند (برای مثال، بلیزر، هیوز، جرج، شوارتز و بویر، ۱۹۹۱؛ هانت، ایساکیدیس و اندروز، ۲۰۰۲). به علاوه، خیلی اوقات، نارضایتی قابل توجهی را در زندگی حرفه‌ای و شخصی خود تجربه می‌کنند (استاین و هیمبرگ، ۲۰۰۴). همچنین، نسخه ویرایش شده چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۱ (DSM-IV-TR)، در ملاک آسیب و آشفتگی اختلال اضطراب فراگیر، انعکاس بیشتری از عملکرد واقعی این اختلال را به همراه دارد.

نکته قابل توجه این است که اختلال اضطراب فراگیر علی‌رغم ارتباط تنگاتنگ با کیفیت پایین زندگی و نیز آسیب اجتماعی و شغلی، به عنوان یک اختلال نسبتاً خفیف مورد توجه قرار گرفته بود. این تناقض به احتمال زیاد، مربوط به این واقعیت است که آسیب‌های مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر، اغلب با آنچه در سایر اختلال‌های اضطرابی دیده شده، مورد مقایسه قرار گرفته است. برای مثال، آسیب ایجاد شده در زندگی روزانه‌ی افراد مبتلا به اختلال هراس، اختلال اضطراب اجتماعی یا اختلال وسواسی-اجباری، کاملاً آشکار می‌باشند. به ویژه، افراد مبتلا به این اختلال‌ها، اغلب رفتارهای انزواطلبانه و اجتنابی دارند. برای مثال، افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری با نگرانی‌های مربوط به آلودگی، ممکن است آنقدر دست‌هایشان را بشویند که منجر به خونریزی شود یا فرد مبتلا به اختلال هراس، ممکن است آنقدر از تجربه یک حمله هراس بیمناک باشد که به ندرت خانه را ترک کند. در مقابل، اکثر افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، نه درگیر رفتارهای مخرب هستند و نه لزوماً به شکل خاصی آشفتگی یا آسیب‌دیدگی در عملکرد گزارش می‌دهند. در واقع، زندگی مراجعان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، بیشتر مملو از نگرانی‌های جزئی می‌باشند. برای مثال، ممکن است به علت نگرانی در مورد بازنشستگی خود، تمرکز بر فعالیت‌های روزمره به سختی انجام شود. یا به علت نگرانی در مورد مسائل شغلی، از جمع دوستانه پایان هفته لذت نبرند. این نگران‌اندیشی که در بین مراجعین اختلال اضطراب فراگیر شایع می‌باشد، تأثیر منفی قابل ملاحظه‌ای بر بهره‌وری سطح حرفه‌ای و رفتارهای لذت‌بخش فردی دارد. به علاوه، به علت ماهیت طولانی‌مدت این اختلال، تأثیر فزاینده‌ای بر کارکرد روزانه افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارد و احساس کسالت و فرسودگی، اغلب نتیجه سال‌ها نگرانی می‌باشد. اگرچه آسیب‌های ایجاد شده توسط اختلال اضطراب فراگیر، بعضی اوقات چندان مشخص نمی‌باشند، ولی بر روی کیفیت زندگی بی‌تأثیر نیستند و می‌توانند علائم بالینی قابل ملاحظه‌ای ایجاد کنند.

با توجه به این شرایط، حالا می‌توان جواب این سؤال را یافت که چرا اختلال اضطراب فراگیر از ۱۹۸۰ (اولین باری که در DSM مطرح شد) تاکنون دستخوش تغییرات زیادی شده است. در ویرایش‌های مختلف DSM، برای تعریف اختلال اضطراب فراگیر سعی شده است که از اصطلاحات تخصصی‌تر که مبتنی بر پژوهش‌های بنیادین و کاربردی است، در مورد نگرانی، اضطراب و اختلال اضطراب فراگیر استفاده شود. به هر حال، اگرچه توانایی ما برای تشخیص این اختلال نسبت به سایر ویرایش‌های قبلی،

بهبود قابل توجهی یافته است، ولی همچنان اختلال اضطراب فراگیر از پایین‌ترین ثبات تشخیصی نسبت به سایر اختلال‌های اضطرابی برخوردار است (براون، دی‌ناردو، لیمن و کمپبل، ۲۰۰۱). به عبارت دیگر، متخصصان بالینی توافق قابل قبولی درباره وجود یا عدم اختلال اضطراب فراگیر نسبت به سایر اختلال‌های اضطرابی ندارند. بنابراین، با وجود پیشرفت‌های قابل توجه در این زمینه، افزایش ثبات تشخیصی این اختلال، مستلزم پژوهش‌های کنترل شده بسیاری در این حوزه است. به هر حال در DSM-IV-TR (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)، هیچ تغییری در ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر نسبت به DSM-IV، اعمال نشده است. از این رو، در ادامه به ملاک‌های تشخیصی این اختلال در DSM-IV اشاره خواهد شد.

سیمای بالینی: اختلال اضطراب فراگیر شبیه چیست؟

همان‌طور که قبلاً ذکر شد، ملاک‌های تشخیصی DSM-IV برای اختلال اضطراب فراگیر، ملاک‌های کاربردی مفیدی می‌باشند؛ اگرچه، تصویر کاملی از خصایص بالینی این اختلال را عرضه نمی‌دارند. از این رو، در بخش‌های بعدی برخی از ظرافت‌های سیمای بالینی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را با تأکید ویژه‌ای بر تجربه منحصر به فرد آنان توصیف خواهیم کرد.

حوزه‌های نگرانی

ویژگی اصلی اختلال اضطراب فراگیر در DSM-IV، نگرانی و اضطراب مفرط و غیرقابل کنترل در مورد تعدادی از موقعیت‌ها می‌باشد. معنی ضمنی این ملاک چیست؟ شکایت اصلی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر چیست؟ ملاک نگرانی مفرط در مورد «تعدادی موقعیت» می‌تواند برای متخصصان بالینی ناآشنا با اختلال اضطراب فراگیر، گمراه‌کننده باشد. آیا فردی که به شکل مفرط و غیرقابل کنترلی در مورد دو موقعیت (برای مثال، سلامتی و تعاملات اجتماعی) دچار نگرانی می‌شود، واجد شرایط این تشخیص خواهد شد؟ در تجربه بالینی ما، جواب این پرسش اغلب «خیر» می‌باشد. ما بر این باوریم که مراجعی که در مورد تعداد خیلی محدودی از مسائل، نگران هستند، معمولاً به اختلال اضطراب فراگیر مبتلا نمی‌باشند. در نتیجه، بهترین گزینه، حساس بودن نسبت به اختلال‌های دیگری است که این علائم را بهتر توجیه می‌کنند. برای مثال، برای کسی که تنها در مورد سلامتی و تعاملات اجتماعی خود نگران می‌باشد، ممکن است تشخیص‌های مجزای اختلال خودبیمارانگاری و اضطراب اجتماعی، گزینه بهتری باشند.

افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر معمولاً تمایل به نگرانی در حوزه‌های مختلف دارند. وقتی از این مراجعین سؤال می‌شود که در مورد چه چیزی نگران هستند، پاسخ می‌دهند: «در مورد همه چیز نگرانم». این پاسخ، تابلوی تمام‌نمای اختلال اضطراب فراگیر است، چون که محتوای نگرانی‌شان، تقریباً هر چیزی در زندگی را در بر گرفته است. البته، نگرانی‌های افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، معمولاً

متمرکز بر دو یا سه موضوع خاص می‌باشد، ولی این مسأله در مورد همه مراجعین مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر صادق نیست. به طور نمونه، در ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر، این مسأله لحاظ شده است که مراجع باید «تقریباً در مورد هر چیزی نگران» باشد. به علاوه، نگرانی‌های مراجعین اختلال اضطراب فراگیر می‌تواند به صورت زنجیرهای از یک موضوع به موضوع دیگر انتقال یابد. برای مثال، چرخه نگرانی مراجعین ممکن است با نگرانی در مورد سلامتی‌اش شروع شود («چه اتفاقی می‌افتد، اگر به سرطان مبتلا شوم؟») و متعاقباً به نگرانی در مورد خانواده و وضع مالی‌اش (برای مثال، «اگر من بمیرم چه کسی از بچه‌هایم مراقبت می‌کند؟ آیا به آن‌ها خوب رسیدگی می‌شود؟ اگر خانواده‌ام نتوانند از عهده مراسم تشییع جنازه‌ام برآیند، چه اتفاقی می‌افتد؟») منجر شود.

وقتی از متخصصان بالینی پرسیده می‌شود که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دقیقاً در مورد چه چیزهایی نگران می‌باشند، جواب کوتاه به این سؤال این است که آن‌ها در مورد همان چیزهایی نگران می‌باشند که هر فرد دیگری نگران می‌باشند (بنابراین می‌توان این گونه نتیجه گرفت که آن‌ها در مورد موقعیت‌های مختلف زندگی روزانه نگران می‌باشند). معمولاً حوزه نگرانی آن‌ها شامل خانواده، روابط، کار، تحصیل، سلامتی و منابع مالی است. یافته‌های پژوهشی و تجربه بالینی نشان می‌دهند که به طور کلی، نگرانی‌های افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از نظر محتوا از نگرانی‌های افراد غیرمضطرب متفاوت نیستند. به هر حال دو تفاوت ظریف وجود دارند که در ارتباط با نگرانی اختلال اضطراب فراگیر مشاهده شده‌اند. ابتدا به نظر می‌رسد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در مقایسه با افراد غیربالینی و افراد مبتلا به سایر اختلال‌های اضطرابی، بیشتر در مورد مسائل جزئی نگران می‌باشند (براون، مورس، زینبارگ و بارلو، ۱۹۹۳؛ هویر، بکر و راث، ۲۰۰۱). در واقع به نظر می‌رسد که حوزه اصلی نگرانی در اختلال اضطراب فراگیر، مربوط به مسائل جزئی است. دی‌ناردو (۱۹۹۱)، به نقل از براون، اولیری و بارلو، (۱۹۹۳) به طور غیرمستقیم از این یافته حمایت کرده و پیشنهاد می‌کند که مطرح کردن این سؤال که «آیا به شکل مفرد در مورد مسائل جزئی نگران می‌باشید؟»، می‌تواند در تشخیص صحیح اختلال اضطراب فراگیر، یاری رسان باشد. در واقع، معنی ضمنی این سؤال این است که هنگامی فرد به شکل افراطی در مورد مسائل جزئی نگران می‌باشد (برای مثال، «چه نوع سرخ کنی بخرم؟»، کدام کتاب را بخوانم؟)، احتمالاً این فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است.

گذشته از این، مراجعین مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، بیشتر از افراد مضطرب دیگر، تمایل به نگرانی در مورد رویدادهای غیر محتمل یا بعید در آینده دارند (داگاس و همکاران، ۱۹۹۸). برای مثال، ممکن است در مورد سقوط هواپیمایشان (هر چند احتمال این واقعه خیلی ناچیز باشد) یا چگونگی پرداخت هزینه تحصیل فرزندش (که هنوز متولد نشده است) نگران باشند. با وجود این تفاوت‌ها (یعنی، نگرانی در مورد مسائل جزئی و وقایع غیرممکن یا بعید در آینده)، می‌توان گفت که حوزه نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، به طور کلی در مورد موضوعاتی خاص و منحصر به فرد نمی‌باشند و شبیه نگرانی‌هایی هر فرد عادی است.

زندگی در آینده

معمولاً کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر پایین است و این افراد بیشتر در «آینده» زندگی می‌کنند. در واقع، این افراد به سختی قادر به زندگی کردن در زمان حال هستند. حتی زمانی که سرگرم رویداد خوشایندی هستند، اغلب از آن لذت نمی‌برند، چون خیلی درگیر نگرانی در مورد وقایع گوناگون آینده می‌باشند. برای مثال، یک فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، ممکن است به جای لذت بردن از یک مهمانی، در مورد تمیز کردن خانه بعد از مهمانی، دائماً نگران باشد و یا اگر قرار باشد که فردا صبح به نزد دندانپزشک برود، شب قبل از آن، به جای خوابیدن، دائم مشغول واریسی پیامدهای دیر از خواب بیدار شدن باشد و تا دیر وقت بیدار بماند. توجه افراطی به آینده در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اغلب از همان دقایق اول نخستین جلسه درمان مشخص می‌باشد. برای مثال، مراجع ممکن است پرسد: «آیا این درمان برای من مفید است؟» یا «چقدر طول می‌کشد تا احساس بهتری پیدا کنم؟» حتی ممکن است به دلیل تمایل به بحث درباره آینده، دستیابی متخصص بالینی به اطلاعاتی در مورد حالت اخیر مراجع، مشکل باشد.

هر چند بعضی‌ها استدلال می‌کنند که زندگی در آینده، مزایایی مانند آمادگی بهتر برای موقعیت‌های ناخوشایند احتمالی در آینده داشته باشد، ولی واضح است که توجه افراطی به آینده، مانع لذت بردن فرد از لحظات حال می‌شود. در واقع، تعداد زیادی از مراجعین مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر گزارش می‌کنند که به علت اشتغال ذهنی افراطی درباره اتفاقات ناگوار احتمالی، از زمان حال لذت نمی‌برند. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تمرکز افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بر روی افکاری قفل می‌شود که با جمله «چه اتفاقی می‌افتد اگر...؟»^۱ شروع می‌شود. بنابراین واضح است هنگامی که افراد بر روی افکاری مانند «چه اتفاقی می‌افتد، اگر سر موعد در سر کارم حاضر نباشم؟» «چه اتفاقی می‌افتد اگر فرزندم به بیماری لاعلاجی مبتلا شود؟» و «چه اتفاقی می‌افتد اگر همسرم تصمیم بگیرد که مرا ترک کند؟» تمرکز کنند، لذت بردن از لحظه حال برایشان سخت است.

معرفی ویژگی‌های بالینی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

اگرچه این موضوع در فصل سوم با جزئیات بیشتری مورد بحث قرار می‌گیرد، در این بخش نیز به طور مختصر به برخی از ویژگی‌های بالینی، به ویژه هنگام قرار ملاقات با درمانگر، پرداخته خواهد شد. به محض تماس اولیه در خلال سنجش، تعداد زیادی از مراجعین مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، به شکل خاصی مضطرب و بیقرار به نظر نمی‌رسند. برخلاف بیماران مبتلا به اختلال هراس یا اختلال وسواسی-اجباری که اغلب اضطراب آن‌ها در همان جلسات اول قابل مشاهده می‌باشند، افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در ابتدا ممکن است آرام و خونسرد به نظر برسند، ولی در ادامه با ذکر نگرانی‌های

1- what if ...

خود، اضطراب‌شان شروع می‌شود. علاوه بر این، مصاحبه‌های تشخیصی اجرا شده با مراجعین اختلال اضطراب فراگیر ممکن است به علت تمایل به ارائه پاسخ کاملی برای همه سؤالات، طولانی باشد (برای نمونه، «چه اتفاقی می‌افتد اگر بعضی مطالب مهم را فراموش کنم؟ چه اتفاقی می‌افتد اگر درمان به علت عدم توضیح برخی موارد، به خوبی پیش نرود؟»).

نکته مهم دیگر، استفاده از واژه «نگرانی مفرط» برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است. بعضی اوقات، این بیماران هنگام توصیف علائم خود از اصطلاح نگرانی استفاده نمی‌کنند. بنابراین، متخصصان بالینی باید به این نکته توجه کنند و واژگان فنی متفاوتی را به کار گیرند. در واقع، نگرانی مفرط و غیرقابل کنترل افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، تلاشی در جهت کنترل و آمادگی مقابله با رویدادهای ناخوشایند احتمالی در آینده است. بنابراین، نگرانی به عنوان سناریو اصلی در اختلال اضطراب فراگیر، می‌تواند به شکل زیر دیده شود: «چه اتفاقی می‌افتد اگر فلان اتفاق بیفتد؟ خوب، پس می‌توانم فلان کار را انجام دهم، اما چه اتفاقی می‌افتد اگر فلان اتفاق بیفتد؟ خوب، پس می‌توانم بهمان کار را انجام دهم...». به این صورت، متخصص بالینی می‌تواند تشخیص اختلال اضطراب فراگیر را بگذارد (حتی اگر مراجع، نگرانی خود را انکار کند) و شروع به فرمول‌بندی این اختلال کند.

اگر افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، علائم خود را در قالب نگرانی توصیف نمی‌کنند، پس در چه قالبی آن‌ها را مطرح می‌کنند و چرا؟ بعضی از این بیماران، نگرانی‌های خود را به عنوان ترس‌هایشان توصیف می‌کنند، به همین دلیل، تشخیص را به سمت فوبی اختصاصی منحرف می‌کند، نه به سمت اختلال اضطراب فراگیر. برای نمونه، یک فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ممکن است شکایت اصلی خود را «ترس» از رانندگی توصیف کند، اما به محض پرسش بیشتر، این ترس را در قالب عبارت «چه اتفاقی می‌افتد اگر...» مطرح می‌کند: «چه اتفاقی می‌افتد اگر تصادف کنم و به بیمارستان منتقل شوم؟ چه اتفاقی می‌افتد اگر نتوانم هزینه بیمارستان را پرداخت کنیم و مجبور به فروش خانه شوم؟ چه اتفاقی می‌افتد اگر به خاطر مصدومیت ناشی از تصادف، شغلم را از دست بدهم؟» اگرچه استفاده از کلماتی مانند «ترس» یا «اضطراب» به جای «نگرانی»، می‌تواند به دلیل شباهت این کلمات در ذهن مراجع باشد، ولی گاهی نیز می‌تواند ناشی از این باور باشد که واژه «نگرانی»، نمی‌تواند درد و رنج آن‌ها را به طور واقعی منعکس کند و واژه‌های «ترس» و «اضطراب» شرایط سخت روانی آن‌ها بهتر توصیف می‌کنند.

معرفی بیماری به نام کاترین

با توجه به ویژگی‌های بالینی اختلال اضطراب فراگیر که پیش‌تر توصیف شد، می‌خواهیم به معرفی یک بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به نام «کاترین» پردازیم. بعد از مصاحبه اولیه و گرفتن شرح حال، می‌توان درباره وضعیت روان‌شناختی کاترین این گونه بیان کرد که نگرانی و اضطراب در سراسر زندگی او قابل مشاهده است و تبدیل به یک ویژگی شخصیتی شده است. برای مثال، در دوران کودکی، به طور دائم نگران سلامتی خواهرها و برادرهایش بود، اگرچه این نگرانی‌ها در سال‌های اخیر کاهش یافت،

ولی در گذر زمان جای خود را به نگرانی‌های دیگری داده است. برای مثال، در دوران دانشجویی خود، نگران عملکرد تحصیلی‌اش بود. بعد از استخدام، ازدواج و بچه‌دار شدن، نگرانی‌هایش به سمت کار و سلامتی کودکانش تغییر یافت. علائم جسمانی‌اش نیز به موازات نگرانی‌اش به تدریج افزایش پیدا کرد. حین تحصیل در دانشگاه، کاترین به اختلال خواب مبتلا شده بود و «اغلب قبل از این که به خواب برود، ساعت‌ها در رختخواب پیچ و تاب می‌خورد». بعد از تولد دومین فرزندش، علائم جسمانی کاترین به سطح غیرقابل کنترلی رسید، به طوری که تقریباً احساس دائمی خستگی، تنیدگی و بیقراری را گزارش می‌کرد. تجربه بالینی ما نشان می‌دهد که حضور فزاینده علائم جسمانی شدید و غیرقابل کنترل، اغلب به عنوان نیروی محرک بیمار برای پیگیری درمان تلقی می‌شود. این تجربه در مورد کاترین هم صدق می‌کرد. در واقع او انتظار نداشت که در فرآیند درمان به نگرانی‌های مفرط او پرداخته شود، چون معتقد بود که این نگرانی از قبل هم وجود داشته است و مسأله اصلی او علائم جسمانی‌اش است.

ذکر این نکته مفید است که کاترین در طول این سال‌ها سعی می‌کرد که با انجام رفتارهایی، نگرانی‌های خود را کاهش دهد. برای مثال، هنگامی که در مورد سلامتی مادرش نگران بود، مرتباً به مادرش تلفن می‌زد تا از سلامتی او اطمینان پیدا کند. به علاوه، در حین تحصیل در دانشگاه، بارها و بارها جزوات خود را با همکلاسی‌ها و استادانش واری می‌کرد تا از صحت آن‌ها اطمینان حاصل کند. پس از آن، این رفتارهای جبرانی معطوف به شغل‌اش شد، به طوری که علی‌رغم احساس فرسودگی ناشی از فشار کار و مسئولیت‌های زیاد، کاترین هیچ وظیفه‌ای را به همکاران دیگرش واگذار نمی‌کرد. این نوع رفتارها، نه تنها باعث ابقاء علائم‌اش شدند، بلکه احساس خستگی و اضطراب او را تشدید کردند.

یکی از مهم‌ترین نکات تشخیصی در مورد کاترین، تداخل و پریشانی ناشی از علائم‌اش می‌باشد. در واقع کاترین، علی‌رغم این که شاهد کاهش تدریجی کیفیت زندگی‌اش بود، ولی از معیارهای سخت‌گیرانه خود در زمینه شغلی و شخصی (مانند برتری تحصیلی، حرفه‌ای و خانوادگی) دست بردار نبود. در دوران کودکی نسبت به همسالان خود، «بیشتر نگران» بود. در دوران دبیرستان، اگرچه از لحاظ تحصیلی به پیشرفت‌های زیادی دست پیدا کرده بود، ولی دائماً با فشار روانی مزمن و اضطراب دست و پنجه نرم می‌کرد. به دنبال تولد دومین فرزندش، کیفیت زندگی‌اش بسیار کاهش یافت و آن زمان بود که احساس «تنیدگی» و «استرس» به اوج خود رسید. اگرچه بعضی از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، به واسطه آسیب اجتماعی و شغلی، علائم بارز اضطراب و تنش را بروز می‌دهند (برای مثال، مشکلات بین فردی یا از دست دادن شغل) و کیفیت زندگی‌شان به شدت کاهش می‌یابد، ولی کاترین با وجود موفقیت‌های قابل ملاحظه‌اش، نمونه بارزی از اختلال اضطراب فراگیر بود. به عبارت دیگر، بعضی از این بیماران، علی‌رغم این که در ظاهر عملکرد بالایی در شغل و زندگی خانوادگی‌شان دارند، ولی علائم بیماری آن‌ها را شکننده و آسیب‌پذیر کرده است. خصوصاً افرادی مانند کاترین ممکن است این گونه فکر کنند که خستگی مفرطی‌شان ناشی از کار زیاد است و نیاز به تغییر فعالیت دارند، ولی بالاخره به این نتیجه می‌رسند که احساس «فرسودگی» ناشی از نگرانی و اضطراب مزمن‌شان است.

همه گیرشناسی

از آنجایی که اختلال اضطراب فراگیر، یک اختلال مزمن می‌باشد که اغلب منجر به آشفتگی و آسیب قابل توجهی می‌شود، پژوهش در مورد شیوع و ویژگی‌های همراه این اختلال می‌تواند پاسخی برای سوالات ضروری و با اهمیت فراهم کند. برای مثال، چند نفر از این اختلال رنج می‌برند؟ آیا شیوع این اختلال در بین زنان بیشتر از مردان است؟ چه موقعی علائم بروز پیدا می‌کنند؟ مدت زمان این علائم چقدر است؟ آیا این اختلال به تنهایی بروز پیدا می‌کند و یا به صورت هم‌آیند با سایر اختلال‌های دیگر به وقوع می‌پیوندد؟ بخش‌های زیر این سوالات را از طریق ارائه داده‌های همه‌گیرشناسی بالینی و غیربالینی درباره اختلال اضطراب فراگیر، مورد ملاحظه قرار خواهند داد.

شیوع در جمعیت عمومی

با توجه به تغییرات بی‌شمار ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر در طی سال‌ها و تدوین ملاک‌های تشخیصی ثابت و مستقل این اختلال در DSM-IV، انتظار می‌رود که گزارش نرخ شیوع اختلال اضطراب فراگیر با هر میزان دقیقی، مشکل باشد. به ویژه، تعداد زیادی از پژوهش‌های بزرگ همه‌گیرشناسی در مورد شیوع این اختلال از ملاک‌های DSM-III و نسخه ویرایش شده آن (DSM-III-R)، استفاده شده است که کاملاً متفاوت از ملاک‌های مشاهده شده در DSM-IV می‌باشد. به همین دلیل، اگر میزان شیوع به شکل قابل ملاحظه‌ای از پژوهشی به پژوهش دیگر تغییر یافته باشد، تعجب برانگیز نخواهد بود. پژوهش‌های همه‌گیرشناسی در جمعیت عمومی، میزان شیوع یک ساله اختلال اضطراب فراگیر را تقریباً بین ۲ تا ۴ درصد و میزان شیوع طول عمر را بین ۴ تا ۷ درصد گزارش کرده‌اند (جدول ۱-۲، میزان شیوع پژوهش‌های مقطعی را نشان می‌دهد). به عبارت دیگر، ۲ تا ۴ درصد از جمعیت عمومی، ملاک‌های اختلال اضطراب فراگیر را در طول یک سال دریافت می‌کنند، در حالی که ۴ تا ۷ درصد از این جمعیت، اختلال اضطراب فراگیر را در بعضی از مقاطع زندگی‌شان تجربه خواهند کرد. با توجه به این یافته‌ها، اگرچه اختلال اضطراب فراگیر شایع‌ترین اختلال روان‌شناختی نیست، ولی واضح است که بخش قابل توجهی از جمعیت عمومی، در خطر داشتن اختلال اضطراب فراگیر، در بعضی مقاطع زندگی خود هستند. البته میزان‌های مذکور ممکن است برآورد کمتری از شیوع واقعی اختلال اضطراب فراگیر در جمعیت عمومی را نشان دهند. نتایج پژوهش گسترده کسلر و همکارانش (کسلر، والترز، و ویچین، ۲۰۰۴) در زمینه همه‌گیرشناسی اختلال‌های روان‌شناختی نشان می‌دهد که هنوز بعضی ابهامات در مورد همه‌گیرشناسی اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد. به نظر می‌رسد این مسأله ناشی از تغییر ملاک‌های این اختلال در DSM باشد. اکثر پژوهشگران حوزه‌ی همه‌گیرشناسی بر این باورند که شیوع این اختلال در جمعیت عمومی حدود ۵ تا ۸ درصد باشد. پژوهش‌های بیشتری برای تعیین میزان دقیقاً اختلال اضطراب فراگیر در جمعیت عمومی مورد نیاز می‌باشد.

جدول ۱-۲: میزان شیوع اختلال اضطراب فراگیر در سه پژوهش وسیع همه‌گیرشناسی با استفاده از ملاک‌های تشخیصی

DSM-III، DSM-III-R و DSM-IV

پژوهش	شیوع GAD در یکسال (%)	شیوع GAD در طول عمر (%)
پژوهش ناحیه تحت پوشش همه‌گیرشناسانه (ECA) * (بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-III)	۲-۳/۶	۴/۱-۶/۶
زمینه‌یابی همبودی ملی (NCS) ** (بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-III-R)	۳/۱	۵/۱
زمینه‌یابی ملی بهداشت روان استرالیا *** (بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV)	۳/۶	n/a

* بلازر و همکاران (۱۹۹۱).

** ویچین و همکاران (۱۹۹۴).

*** هانت و همکاران (۲۰۰۲).

شیوع در جمعیت بالینی

هنگامی که از جمعیت عمومی به سراغ محیط‌های مراقبت اولیه می‌رویم، افزایش چشمگیری در شیوع اختلال اضطراب فراگیر مشاهده می‌کنیم. بر اساس نتایج چندین پژوهش انجام شده در این زمینه (که شامل یک مطالعه چند کانونی که توسط سازمان بهداشت جهانی انجام شده بود) نشان می‌دهند که ۸ درصد از همه افرادی که به دنبال درمان مراقبت اولیه می‌باشند، تشخیص اختلال اضطراب فراگیر را دریافت می‌کنند (مایر و همکاران، ۲۰۰۰؛ اوستن و سارتوریس، ۱۹۹۵). علاوه بر این، در بین افراد مراجعه کننده به مراکز درمانی روان‌شناختی، ۲۵ درصد تشخیص اصلی اختلال اضطراب فراگیر (بدون هیچ تشخیص همراهی) دریافت می‌کردند. در واقع، از بین اختلال‌های اضطرابی، اختلال اضطراب فراگیر، شایع‌ترین مراجعه کنندگان به مراکز مراقبت اولیه بوده است و رتبه دوم در بین همه اختلال‌های روان‌شناختی را دارا می‌باشد (برت، اوکسمن و گربر، ۱۹۸۸؛ ویچین و همکاران، ۲۰۰۲). از این رو اختلال اضطراب فراگیر نه تنها یک اختلال ناتوان کننده تلقی می‌شود و با کیفیت پایین زندگی همراه است، بلکه یک اختلال خیلی شایع، به‌ویژه در محیط‌های بالینی می‌باشد.

سن آغاز، دوره بیماری و بهبود

زمان احتمالی بروز اختلال اضطراب فراگیر در چه سنی است؟ چنین به نظر می‌رسد که سن شروع اختلال اضطراب فراگیر، یک توزیع دو نمایی دارد. به عبارت دیگر، افراد در طول دو دوره، بیشترین احتمال ابتلا به

این اختلال را دارند. به طور تقریبی، دو سوم افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، شروع اولیه (زود هنگام) این اختلال را بین ۱۱ تا ۲۰ سالگی تجربه می‌کنند. با این وجود، اقلیت قابل توجهی هم، شروع دیر هنگام این اختلال را در اواسط بزرگسالی تجربه می‌کنند (بلیزر، هوقس و جرج ۱۹۸۷؛ براون، بارلو و لیبویتز، ۱۹۹۴). در دوره زود هنگام این اختلال، معمولاً استرس‌های زندگی یا تغییر (مکان) از یک موقعیت اولیه موجب بروز این اختلال نمی‌شود، اگرچه افزایش تدریجی مسئولیت‌ها و چالش‌های انتقالی ویژه نوجوانی، می‌توانند نقش بسزایی را ایفا کنند (کول، پیک، مارتین، تراگلیو و سرزینسکی، ۱۹۹۸؛ اسپروچیت‌متر، ۱۹۹۷). برخلاف رشد مرموزانه دوره زود هنگام اختلال اضطراب فراگیر، چنین به نظر می‌رسد که با احتمال بیشتری، یک عامل استرس‌زای مشخص (برای مثال، مرگ یک عزیز یا یک انتقال عمده در زندگی فرد)، در بروز دوره دیر هنگام این اختلال مؤثر باشد (هون‌سریک، هزلت و مک‌لئود، ۱۹۹۳).

بدون در نظر گرفتن سن در این اختلال گسترش یافته، در کل علائم اختلال اضطراب فراگیر ماهیت مزمن و مداومی دارد. اگرچه بیشتر اوقات نوسان‌هایی در شدت اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد و می‌تواند در پاسخ به استرس‌های زندگی روزمره باشد، به طور معمول دوره‌های این اختلال بیش از ۱۰ سال طول می‌کشد (کسلر، کلر و ویچین، ۲۰۰۱؛ استین، ۲۰۰۴). در عین حال، با وجود دوره‌های مداوم این اختلال، تعداد زیادی از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، هنگامی برای درمان مراجعه می‌کنند که از حدود ۲۵ سال قبل با این مشکل دست و پنجه نرم می‌کردند (رپی، ۱۹۹۱).

علائم اختلال اضطراب فراگیر، به ندرت به طور طبیعی فروکش می‌کنند. در مطالعه‌ای با مقیاس وسیع که توسط برنامه پژوهشی اضطراب هاروارد/ براون^۱ (HARP؛ یانکر، وارشاو، ماژن و کلر، ۱۹۹۶) برای بررسی تاریخچه طبیعی اختلال اضطراب فراگیر طراحی شد، تنها ۱۵ درصد از شرکت‌کننده‌ها، بهبودی کامل علائم‌شان بعد از یک سال، ۲۵ درصد بهبودی بعد از دو سال و ۳۸ درصد بهبودی بعد از ۵ سال را نشان دادند. در این پژوهش ملاک بهبودی این گونه تعیین می‌شد که شرکت‌کنندگان برای هشت هفته متوالی بدون علائم باشند. البته لازم به ذکر است که چون بیشتر اوقات علائم اختلال اضطراب فراگیر ممکن است افزایش یا کاهش پیدا کنند، این درصدها برآوردهای کمتری از میزان بهبود واقعی هستند. در واقع، تعداد قابل توجهی از شرکت‌کنندگان بعد از بهبودی کامل، تجربه عود برخی علائم را داشتند که این یافته خود بیانگر استمرار علائم اختلال اضطراب فراگیر و مزمن بودن این اختلال می‌باشد. در اصل، برخی از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر برای درمان روان‌شناختی مراجعه می‌کنند، احتمالاً مابقی به تجربه نگرانی و اضطراب مفرط در طول زندگی خود ادامه خواهند داد.

سن و تفاوت‌های جنسیتی

اختلال اضطراب فراگیر در بین زنان نسبت به مردان از شیوع بیشتری برخوردار است و این یافته به صورت پایا و ثابت در پژوهش‌های مختلفی تأیید شده است. برای مثال، در هر دو زمینه‌یابی همبودی

1- Harvard/Brown Anxiety Research Program (HARP)