



راهنمای درمانگر و بیمار

درمان اختلال اضطراب فراگیر

فهرست

مقدمه مترجم.....	۶
فصل ۱: اختلال اضطراب فراگیر در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و . . .	۹
فصل ۲: مقیاس‌های ارزیابی اختلال اضطراب فراگیر.....	۳۲
فصل ۳: کارآمدی درمان.....	۳۷
فصل ۴: گام‌های بعدی برای بهبود کارآمدی درمان.....	۵۲
فصل ۵: راهنمای بالینی برای درمان.....	۷۳
فصل ۶: راهنمای درمان بیمار.....	۱۲۹
منابع.....	۲۳۹
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....	۲۵۷
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....	۲۶۱

مقدمه مترجم

وقتی می ترسیم، قلب مان تند تند می زند، نفس مان تنگ می شود، عرق سرد بدن مان را فرامی گیرد، می لرزیم و گرچه شاید همه متوجه نشوند، اما حتی مردمک چشم هایمان هم گشاد می شود و توجه مان روی موضوعی متمرکز می شود. این تغییرات جسمانی، تغییراتی انطباقی هستند و پاسخ جنگ یا گریز را تسهیل می کنند. اگر تهدید قریب الوقوع باشد، اما هنوز ما را تهدید نکرده باشد، حین آماده شدن برای واکنش جنگ یا گریز برانگیخته می شویم و تغییرات یکسانی در بدن مان رخ می دهد. خلاصه اینکه مضطرب می شویم و قابلیت مان برای پرداختن به موضوعات دیگر کاهش پیدا می کند.

اگر تهدید مربوط به آینده باشد و قریب الوقوع نباشد، نگران می شویم و به راههایی برای بی اثر کردن آن می اندیشیم. این دوراندیشی در بهترین حالت تصاویر و افکاری از راهبردهای حل مشکل پیش رو را در ذهن مان به وجود می آورد، راهبردهایی که گاه واقع بینانه و گاه غیرواقع بینانه و غیرمنطقی است. تمرکز اصلی نگرانی ما بر روی ارزیابی تهدید و راه حل برطرف کردن آن است، نه اینکه چگونه ممکن است مشکل شدت بگیرد و گسترش پیدا کند. علائم برانگیختگی جنگ یا گریز در این حالت وجود دارد، اما تغییرات بدنی، متناسب با درجه قریب الوقوع بودن تهدید است. اگرچه نگران هستیم، اما می توانیم نگرانی را کنار بگذاریم تا به امور روزمره بپردازیم.

برخی افراد علی رغم نبود خطر، همه جا را پر از تهدید ادراک کرده و هر روز خود را با نگرانی را تجربه می کنند. از آنجایی که واقعیت تهدید تا حدی نامعین است، فکر اینکه «اگر وسیله ای رو که بچه ها تو مدرسه بهش نیاز دارن، فراموش کنم، چی میشه؟» با این فکر نگران کننده توجیه می شود که «اون وقت مادر بدی به نظر می رسم.» و این افکار مخرب همین طور ادامه پیدا می کند، به مرور پیش می رود تا به آینده دورتری برسد و این فکر نامعقول درباره آینده فرزندان شکل می گیرد که «این جوری اونا هرگز نمی توانند کار خوبی پیدا کنند». افکار نگران کننده در چنین افرادی کلامی است، نگاه

غیرقابل کنترل و افراطی به مشکل دارند و این نگرانی‌ها آینده محور است، برانگیختگی بدنی مزمن و درعین حال محدود است و جالب اینجا است که مرور ذهنی راهبردهای حل مسئله در این افراد گره گشا نیست. افکار نگران کننده انجام وظایف روزمره را مختل می کند و رفتار با نگرانی عادی مسئله محور تفاوت دارد.

درمان پیشگیرانه برای افرادی مفید واقع می شود که به شیوه‌ای ناکارآمد و غیر انطباقی نگران و مضطرب می شوند. تمرکز اصلی کتاب حاضر نیز چنین درمانی است. این کتاب برای کلیه طرفداران مدل دانشمند - متخصص سودمند هست. پس از مرور پیشینه اختلال اضطراب فراگیر در سرآغاز کتاب، کارآمدی درمان‌های دارویی و روان‌شناختی بررسی شده است. سپس مدل‌های معاصر اختلال اضطراب فراگیر و پیشرفت‌های به دست آمده در زمینه درمان شناختی رفتاری در فصل چهارم توضیح داده شده است. این فصل برای بیمارانی که درمان آن‌ها دشوار است تا بیمارانی که حالشان رو به بهبود است، کاربردی است. سپس راهنمای درمانی را برای بالینگرانی ارائه می دهد که ارزیابی، فرمول بندی و مراحل مفید و مشکل آفرین را در درمان شناختی رفتاری بکار می گیرند. از راهنمای درمانی که در پایان کتاب آمده است، نیز می توان به عنوان برنامه‌ای برای درمان فردی یا گروهی استفاده کرد یا نسخه‌ای از آن را در اختیار بیماران قرارداد تا خود به تنهایی بر روی آن کار کنند. مرور پیشینه علمی در نیمه نخست کتاب، بیش از همه برای پژوهشگران جالب است و نیمه دوم حاوی توصیه‌هایی کاربردی است که بیش از همه برای بیماران و بالینگران جالب خواهد بود.

دکتر علی ابراهیمی

تابستان ۱۴۰۱

اختلال اضطراب فراگیر در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی: محصول علم ناقص

مقدمه

طبقه‌بندی در روان‌پزشکی کار دشواری است. متخصصان بیماری‌شناسی باید بین کاربردپذیری، پایایی و سنت و روایی تعادلی برقرار کنند، به گونه‌ای که دستورالعملی مبتنی بر شواهد ایجاد شود که در برابر نکته‌گزینی‌های رسانه‌ای تاب بیاورد. در این میان طبقه‌بندی اختلال اضطراب فراگیر یکی از دشوارترین طبقه‌بندی‌ها است. این اختلال نخستین بار در ویراست سوم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-III) به عنوان تشخیصی باقی‌مانده معرفی شد، اختلال اضطراب فراگیر یکی از پایین‌ترین معیارها را در پایایی تشخیص اختلال‌های خلقی و اضطراب داشت؛ اما نسخهٔ بازبینی شده DSM-III جان تازه‌ای را به معیارهای اختلال اضطراب فراگیر بخشید. اضطراب نگران‌کننده دربارهٔ جنبه‌های مختلف زندگی، در این نسخه به عنوان ویژگی تعیین‌کنندهٔ اختلال اضطراب فراگیر شناخته شد. این نوآوری قابلیت اطمینان علائم اختلال اضطراب فراگیر را بهبود بخشید، اما برخی متخصصانی که دغدغهٔ پایایی و روایی تشخیص را داشتند، پیشنهاد کردند که بهتر است اختلال اضطراب فراگیر از DSM-IV حذف شود. البته این اتفاق رخ نداد، معیارهای اختلال اضطراب فراگیر پس از بازبینی DSM-IV، به عنوان تشخیصی مستقل به رسمیت شناخته شد. قریب به سی سال بعد از گنجانده شدن اختلال اضطراب فراگیر در DSM-III، پیشنهاد‌های بیشتری برای افزایش روایی این طبقه‌بندی مطرح شد. علی‌رغم این پیشنهادها و با وجود بدبینی

رسانه‌ها نسبت به روان‌پزشکی به عنوان یک علم، هیچ یک از این پیشنهادها تأثیری بر طبقه‌بندی اختلال اضطراب فراگیر در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی نگذاشت. در این فصل به بررسی اقدامات متعادل‌کننده‌ای می‌پردازیم که سیر تکاملی طبقه‌بندی اختلال اضطراب فراگیر را رقم زده است.

شکل‌گیری طبقه‌بندی روان‌پزشکی پایا و کاربردپذیر

متخصصان باید از راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM) برای تمایز قائل شدن بین انواع اختلال‌های روانی استفاده کنند؛ پژوهشگران نیز به همین دلیل باید به این طبقه‌بندی توجه کنند. حدود تشخیصی تعریف‌شده در DSM در حالت آرمانی باید کاربردپذیر و پایا باشد؛ اما به طور دقیق در همین نقطه است که طبقه‌بندی روان‌پزشکی بغرنج و پیچیده می‌شود. طبقه‌بندی کاربردپذیر باید تصمیم‌گیری‌های علمی و بالینی و انتقال تصمیم‌های اتخاذ شده را تسهیل کند. همچنین پژوهشگران و بالینگران باید بتوانند DSM را بخوانند و ویژگی‌های بالینی اصلی هر اختلال را فهم کنند و این ویژگی‌ها را در زمان ارزیابی و معاینه بیماران به خاطر بیاورند. حال آن که طبقه‌بندی پایا و قابل اطمینان از طریق تعریف ویژگی‌های بالینی خاص هر اختلال و با در نظر گرفتن معیارهای عینی به دست می‌آید. به طور معمول هرچه ویژگی‌های خاص اختلال بیشتر باشد، تشخیص قابلیت اطمینان بالاتری خواهد داشت؛ بنابراین، برقراری تعادل میان کاربردپذیر بودن و قابلیت اطمینان مانند شمشیری دو لبه است. چنانچه طبقه‌بندی روان‌پزشکی قابل اطمینان نباشد، بدون شک بی‌فایده خواهد بود. درعین حال هرچه معیارهای بیشتری برای تعریف اختلال به کار برده شود، طبقه‌بندی بزرگ‌تر و قطورتر می‌شود؛ بنابراین، طبقه‌بندی روان‌پزشکی باید بین نیاز به تشخیص کاربردپذیر و تشخیص قابل اطمینان تعادل برقرار کند؛ تشخیص کاربردپذیر تشخیصی است که شامل حداقل جزئیات لازم برای پی بردن به مشکل اصلی هر اختلال باشد، اما در تشخیص پایا معیارهای مختلفی برای تعیین اختلال به کار برده می‌شود.

اختلال اضطراب فراگیر نمونه بارزی است که نشان می‌دهد متخصصان بیماری‌شناسی چگونه می‌توانند در عین ارتقای قابلیت اطمینان تشخیص، کاربردپذیری آن را نیز بهبود دهند.

ویراست سوم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های بالینی (DSM-III)

اختلال اضطراب فراگیر در DSM-III هیچ ویژگی تعیین‌کننده‌ای نداشت. اختلال اضطراب فراگیر (به غیر از فوبیای ساده)، پایین‌ترین تخمین پایایی آزمون-باز آزمون را با ضریب کاپای ۰/۴۷ داشت (دی ناردو و همکاران، ۱۹۸۳). تخمین‌های پایایی بین آزمونگران برای طبقه‌بندی اختلال اضطراب فراگیر در DSM-III فقط کمی بالاتر بود و توافق قابل‌قبولی میان متخصصان مجرب بر سر تشخیص ایزود فعلی اختلال اضطراب فراگیر (کاپا برابر ۰/۵۷) حاصل شده بود (بارلو، ۱۹۸۵). بارلو و همکاران (۱۹۸۶)، الف) بررسی کردند که آیا امکان دارد بر مبنای شدت تنش حرکتی بیمار، بیش‌فعالی خودکار و آزمون گوش‌به‌زنگی، اختلال اضطراب فراگیر را از افسردگی و دیگر اختلال‌های اضطراب تمییز داد یا خیر؛ اما هیچ تمایز قابل‌اطمینانی یافت نشد و پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که نیاز چندانی وجود ندارد تا اختلال اضطراب فراگیر به عنوان یک تشخیص باقی‌مانده در DSM گنجانده شود.

نسخهٔ بازبینی‌شدهٔ ویراست سوم

راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های بالینی (DSM-III-R)

در نسخهٔ بازبینی‌شدهٔ ویراست سوم DSM، مشخصات بیشتری برای اختلال اضطراب فراگیر ذکر شد. فکر کردن مکرر دربارهٔ پیامدهای منفی و بالقوهٔ رخدادهای آتی مربوط به جنبه‌های مختلف زندگی به ویژگی تعریف‌کنندهٔ این طبقه‌بندی تبدیل شد (بارلو و همکاران، ۱۹۸۶ ب). نگرانی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر افراطی، غیرواقع‌بینانه و به‌سختی قابل‌کنترل توصیف شد (کراسک و همکاران، ۱۹۸۹؛ ساندرسن و بارلو، ۱۹۹۰). اختلال اضطراب فراگیر در آن زمان به عنوان یک اختلال مزمن طبقه‌بندی شد (بارلو و همکاران، ۱۹۸۶ الف) و ۱۸ علامت برای آن ذکر شد. پایایی اختلال اضطراب فراگیر در نسخهٔ بازبینی‌شدهٔ ویراست سوم DSM، با وجود این تغییرات در طبقه‌بندی باز هم در حالت آرمانی خود نبود و تخمین‌های آن مشابه

DSM-III بود؛ به علاوه برآوردهای طول عمری آزمون - باز آزمون اختلال اضطراب فراگیر در DSM-III-R پایین بود (کاپا برابر ۰/۳۹) بود (مانوزا و همکاران، ۱۹۸۹). البته پایایی بین آزمونگران کمی بهتر شد، درجه پایایی بین آزمونگران برای موارد فعلی اختلال اضطراب فراگیر تعریف شده در DSM-III-R (ویلیامز و همکاران، ۱۹۹۲) و برای اختلال اضطراب فراگیر به عنوان یک تشخیص اصلی (دی ناردو و همکاران، ۱۹۹۳) بهتر شد و ضریب کاپا به ترتیب به ۰/۵۶ و ۰/۵۷ رسید. هر چند، در آن زمان اختلال اضطراب فراگیر ویژگی بالینی تعریف شده و منحصر به فردی داشت، مشخص نبود که چرا تخمین‌های پایایی افزایش نیافته بود. برخی کارشناسان این فرضیه را مطرح کردند که تمایز قائل شدن بین نگرانی افراطی در اختلال اضطراب فراگیر و وسواس‌های فکری و اختلال وسواس فکری - عملی برای بالینگران دشوار است. با این حال عدم توافقی مبنی بر اختلاف نظر درباره تشخیص اختلال اضطراب فراگیر یا اختلال وسواس فکری - عملی در بین آزمونگران وجود نداشت (براون و همکاران، ۱۹۹۳).

هر چند دلیل پایین بودن نسبی تخمین‌های پایایی مبهم باقی ماند، با اطمینان می‌شد علائم نگرانی اختلال اضطراب فراگیر را در DSM-III-R ارزیابی کرد. ساندرسون و بارلو (۱۹۹۰) نشان دادند که بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بیشتر از همه نگران خانواده، مسائل مالی، شغلی و سلامتی بودند و ارزیابی‌هایی با ماهیت غیرواقع بینانه و یا افراطی بودن این نگرانی‌ها پایایی فوق‌العاده‌ای (کاپا برابر ۰/۹۰) داشت (ساندرسون و بارلو، ۱۹۹۰). همچنین کراسک و همکاران متوجه توافق بالای (۰/۹۱/۲) بین آزمونگران درباره انواع مسائلی شدند که موجب نگرانی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌شدند (کراسک و همکاران، ۱۹۸۹). در هر حال اختلال اضطراب فراگیر در نسخهٔ بازبینی شده ویراست سوم DSM به عنوان یکی از اختلال‌هایی در بیماری‌شناسی روانی باقی ماند که تشخیص آن به لحاظ مفهومی چالش‌برانگیزتر از دیگر اختلال‌ها بود.

تشخیص اختلال اضطراب فراگیر در DSM-III-R در بهترین حالت پایایی قابل قبولی داشت و این طبقه‌بندی در بدترین حالت کاربردپذیری ناچیزی برای

بالینگران یا پژوهشگران داشت؛ یا دست کم برخی متخصصان و پژوهشگران چنین نظری داشتند. بروز هم‌زمان و مکرر اختلال اضطراب فراگیر تعریف شده در DSM-III-R با دیگر اختلال‌های خلقی و اضطرابی، آینده طبقه‌بندی اختلال اضطراب فراگیر را بیش از پیش پیچیده کرد و به بحث‌هایی درباره تلفیق اختلال اضطراب فراگیر با دیگر اختلال‌های خلقی یا اضطرابی دامن زد (براون، بارلو و لایبویتز، ۱۹۹۴). در واقع تنی چند از اعضای کارگروه اختلال‌های اضطرابی DSM-IV پیشنهاد دادند که بنیان تجربی اختلال اضطراب فراگیر برای گنجاندن این اختلال در DSM-IV توجیه کافی ندارد. در این میان پیشنهاد دیگری نیز مطرح شد؛ اختلال اضطراب فراگیر را می‌شد از متن اصلی DSM-IV حذف و به پیوست منتقل کرد.

ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های بالینی (DSM-IV)

اختلال اضطراب فراگیر با وجود تمام این بحث‌ها و پیشنهادهای مختلف در DSM-IV باقی ماند. دلیل اتخاذ این تصمیم آن بود که هر چند ابتلای هم‌زمان یا به عبارتی همبودی مرضی اختلال اضطراب فراگیر و دیگر اختلال‌های افسردگی و اضطراب مسئله شایعی بود، اما درصدی از بیماران آستانه تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر در مورد ایشان صدق می‌کرد، حال آن که معیارهای آستانه‌ای را برای تأیید ابتلا به اختلال خلقی یا اضطراب دیگری نداشتند. در دفاع از لزوم وجود اختلال اضطراب فراگیر در ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های بالینی گفته شد که اختلال‌های دیگری به جز اختلال اضطراب فراگیر نیز هستند که نرخ همبودی مرضی بالایی دارند (براون - مینترز و همکاران، ۱۹۹۳؛ براون و بارلو، ۱۹۹۲)، به علاوه، سن ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر با سن ابتلا به اختلال‌های اضطرابی دیگر تفاوت داشت (براون، بارلو و لایبویتز، ۱۹۹۴).

در ویراست چهارم DSM فهرست طولانی از علائم مرتبط به تعداد مناسبی تقلیل یافته بود و به این ترتیب کفه ترازوی بین پایایی و کاربردپذیری به نفع کاربردپذیری

سنگین شده بود. درست است که پایایی طبقه‌بندی اختلال اضطراب فراگیر عالی نبود، اما به نظر می‌رسید که مشکل اصلی گروهی از بیماران، نگرانی افراطی و فراگیر باشد، به همین دلیل بالینگران کاربرد مستمری را برای این طبقه‌بندی قائل شدند. هر چند اختلال اضطراب فراگیر در DSM-IV به بخش پیوست منتقل نشد، اما قبل از گنجاندن این اختلال در DSM-IV، اصلاحات مختلفی بر روی آن انجام شد. نگرانی افراطی مزمنی که کنترل کردن آن دشوار باشد، همچنان به عنوان ویژگی تعریف‌کننده اختلال اضطراب فراگیر باقی ماند؛ البته این طبقه‌بندی از جهات دیگری کوتاه شد. معیار «غیرواقع‌بینانه» از طبقه‌بندی حذف شد؛ فهرست علائم هجده‌گانه کوتاه شد و فقط شش علامت که بیشتر از بقیه مورد تأیید بود، حفظ شد؛ البته افرادی بودند که علائم حذف‌شده را برآورد می‌کردند. در هر حال وظیفه یک طبقه‌بندی روان‌پزشکی این نیست که تمام متغیرهای مربوط به مشکلات سلامت روان را ثبت کند؛ یک طبقه‌بندی مناسب باید کاربردی باشد، هر اختلال را با استفاده از حداقل علائم تعریف کند و جزئیات بسنده‌ای را در اختیار متخصصین و پژوهشگران بگذارد تا بر مبنای آن‌ها تصمیم بگیرند که چه افرادی معیارهای لازم را برای تأیید ابتلا به یک اختلال دارند.

به نظر می‌رسد که کاهش تعداد علائم اختلال اضطراب فراگیر در DSM-IV تعادل مناسبی بین جزئیات و کاربردپذیری ایجاد می‌کند. پایایی بین آزمونگران طبقه‌بندی اختلال اضطراب فراگیر در DSM-IV موجب برتری این طبقه‌بندی بر طبقه‌بندی‌های پیشین شد. توافق قابل‌قبولی دربارهٔ موارد فعلی (کاپا برابر ۰/۶۵) و مادام‌العمر (کاپا برابر ۰/۶۵) اختلال اضطراب فراگیر در DSM-IV وجود دارد (براون و همکاران، ۲۰۰۱ ب؛ لاب‌استایل، لورگانز و آرتنز، ۲۰۱۱؛ زانارینی و همکاران، ۲۰۰۰).

برقراری تعادل بین سنت و روایی

شکل‌گیری طبقه‌بندی که کاربردی و قابل‌اطمینان باشد، ممکن است دشوار باشد، اما ایجاد طبقه‌بندی قابل‌اطمینانی که از اعتبار هم برخوردار باشد، همواره چالش مهمی برای متخصصان بیماری‌شناسی بوده است. بروز هم‌زمان اختلال اضطراب فراگیر و

دیگر اختلال‌های خلقی و اضطرابی و پیامد این هم‌زمانی برای روایی تشخیصی، موضوعی فراگیر در متون تخصصی اولیه مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر بود. متخصصان به طور معمول با افرادی مواجه می‌شوند که علاوه بر اختلال اضطراب فراگیر به اختلال دیگری نیز مبتلا هستند و این ابتلای هم‌زمان میزان شیوع بالاتری نسبت به ابتلای صرف به اختلال اضطراب فراگیر دارد (براون و بارلو، ۱۹۹۲؛ براون و همکاران، ۲۰۰۱ الف). همچنین، در جمعیت عمومی نیز اختلال اضطراب فراگیر هم‌زمان با اختلال خلقی و دیگر اختلال‌های اضطرابی بروز می‌یابد، البته میزان این همبودی مرضی در جمعیت عمومی نسبت به نمونه‌های بالینی کمتر است. دوسوم بیماران فعلی مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، دست‌کم اختلالی دیگر را نیز تجربه خواهند کرد (هانت، ایساکیدیس و اندروز، ۲۰۰۲). البته ابتلای هم‌زمان مختص اختلال اضطراب فراگیر نیست؛ تمام اختلال‌های خلقی و اضطرابی اغلب هم‌زمان با یکدیگر بروز می‌یابند (هتما، پرسکات و کندلر، ۲۰۰۳؛ مافیت و همکاران، ۲۰۰۷؛ پاین و همکاران، ۱۹۹۸). بیش از نیمی از افرادی که در طول زندگی‌شان دچار نوعی اختلال روانی شایع می‌شوند، بیش از یک نوع اختلال روانی را تجربه خواهند کرد (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵ الف؛ اسلید و همکاران، ۲۰۰۹).

برای اینکه ترس‌هایمان را درباره همبودی مرضی و اختلال اضطراب فراگیر کنار بگذاریم، پرسیدن این سؤال که «آیا اختلال اضطراب فراگیر هم‌زمان با اختلال‌های دیگر رخ می‌دهد و یا اختلال اضطراب فراگیر نتیجه ابتلا به اختلال‌های دیگر است؟» کمکی نمی‌کند؛ سؤال اصلی که باید جواب آن را بیابیم، این است: «آیا افرادی هستند که معیارهای اختلال اضطراب فراگیر را داشته باشند و آن را ناتوان‌کننده‌تر و ناراحت‌کننده‌تر از اختلال‌های دیگر بدانند و آیا افرادی هستند که معیارهای اختلال اضطراب فراگیر را داشته باشند، اما به هیچ اختلال روانی دیگری مبتلا نباشند و در نتیجه ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر دچار ناراحتی و اختلال قابل توجه باشند؟» واقعیت این است که چنین بیمارانی با چنین شرایطی وجود دارند (کسلر و همکاران، ۲۰۰۲؛ ویجن و همکاران، ۲۰۰۲). با این توصیف ابتلای هم‌زمان به اختلال اضطراب فراگیر و اختلال‌های دیگر نباید مشکلی را برای طبقه‌بندی اختلال اضطراب فراگیر

ایجاد می‌کرد. در هر حال معما چو حل گشت، آسان شود.

طبقه‌بندی روان‌پزشکی ممکن است دشوار باشد، اما بارلو، براون و کارگروه‌های DSM-IV هم‌دوره آن‌ها معیارهای مفید و قابل‌اطمینانی را برای اختلال اضطراب فراگیر در نظر گرفتند. این طبقه‌بندی در حال تکامل، امکان تمایز بین اختلال اضطراب فراگیر و نگرانی انطباقی و همچنین بین اختلال اضطراب فراگیر و دیگر اختلال‌های خلقی و اضطرابی را به طور پیش‌رونده‌ای تسهیل کرده است. پژوهشگران نیز توانسته‌اند بنیان تجربی شیوع اختلال اضطراب فراگیر و عوامل خطر و هم‌بستگی‌های بالینی این اختلال را گسترش دهند.

اختلال اضطراب فراگیر تعریف‌شده در ویراست چهارم DSM، اختلال شایعی است. یک نفر از هر بیست نفر بزرگ‌سال اختلال اضطراب فراگیر را در زندگی خود تجربه می‌کنند و به عبارتی میزان شیوع این اختلال ۱/۴ تا ۶ درصد است (گرنیت و همکاران، ۲۰۰۵؛ کسلر و همکاران، ۲۰۰۵ ب، کسلر و ویچن، ۲۰۰۲؛ مک‌ایوی، گرو و اسلید، ۲۰۱۱)؛ به علاوه نیمی از این بزرگ‌سالان (۱/۵ تا ۳/۶ درصد) گزارش می‌دهند که در سال گذشته به این اختلال دچار شده‌اند (کارتز و همکاران، ۲۰۰۱؛ هانت، ایساکیدیس و اندروز، ۲۰۰۲؛ کسلر، ۲۰۰۵ الف). داده‌های کمتری در خصوص درصد شیوع اختلال اضطراب فراگیر در دوران کودکی و نوجوانی در دست است. ابتلای مادام‌العمر به این اختلال ۰/۸ تا ۲/۲ درصد و ابتلا در طی سال گذشته ۰/۵ تا ۱/۱ درصد تخمین زده می‌شود (کسلر و همکاران، ۲۰۱۲ الف و ب؛ ویچن، نلسون و لچنر، ۱۹۹۸). درصد شیوع اختلال اضطراب فراگیر به سن و جنسیت بستگی دارد. زنان دو برابر بیشتر از مردان در معرض خطر ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر قرار دارند (کارتز و همکاران، ۲۰۰۱؛ گرنیت و همکاران، ۲۰۰۵؛ میر و همکاران، ۲۰۰۰). درصد شیوع اختلال اضطراب فراگیر در میان‌سال‌ها به اوج می‌رسد و در سنین بالاتر رو به کاهش می‌گذارد (کارتز و همکاران، ۲۰۰۱؛ گرنیت و همکاران، ۲۰۰۵؛ هانت، ایساکیدیس و اندروز، ۲۰۰۲؛ کسلر و همکاران، ۲۰۰۵ ب).

ممکن است اختلال اضطراب فراگیر اختلال شایعی باشد، اما علل لازم و کافی ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر، مانند بیشتر اختلال‌های روانی مشخص نیست. آنچه می‌

دانیم این است که یکسوم افراد مستعد ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر علت ژنتیکی دارند (هتما، پرسکات و کندلر، ۲۰۰۴؛ کندلر و همکاران، ۱۹۹۴؛ ۲۰۰۳) و محیط درون خانوادگی تأثیر فراوانی در ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر ندارد و نقش آن در ابتلا به این اختلال فقط ۰ تا ۴ درصد است (هتما و همکاران، ۲۰۰۶؛ کندلر و همکاران، ۱۹۹۲). به عبارت دیگر عواملی غیر از عوامل محیط درون خانوادگی، مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده اختلال اضطراب فراگیر است و این عوامل ارتباط ناچیزی با دیگر عوامل مربوط به اختلال افسردگی اساسی دارند (هتما و همکاران، ۲۰۰۶؛ هتما، پرسکات و کندلر، ۲۰۰۴؛ کندلر و همکاران، ۱۹۹۵، ۲۰۰۳، ۲۰۰۷). با این حال محرک‌های خاص محیطی اختلال اضطراب فراگیر نامعلوم است. می‌دانیم که سختی‌ها و ناملازمات دوران کودکی احتمال ابتلا به انواع اختلال‌های روانی شایع و استمرار این اختلال‌ها را افزایش می‌دهد (گرین و همکاران، ۲۰۱۰؛ مک‌لافلین و همکاران، ۲۰۱۰)، اما این عامل نه علت لازم و کافی اختلال اضطراب فراگیر است و نه علت خاص این اختلال است. برخی ارتباط‌های بین عوامل محیطی و اختلال اضطراب فراگیر توضیح می‌دهد که چرا این اختلال در سنین نسبتاً بالا، به طور معمول اوایل سی‌سالگی شروع می‌شود (گرنٹ و همکاران، ۲۰۰۵؛ کسر و همکاران، ۲۰۰۵ ب). ممکن است اختلال اضطراب فراگیر در سنین پایین شروع شود، اما به صورت مزاج‌های مضطرب و عصبی نمود می‌یابد که در ترکیب با محرک‌های محیطی منجر به اپیزودهای حاد اضطراب می‌شود (آکیسکال، ۱۹۹۸؛ کاگان و اسنیدمن، ۱۹۹۹). این دوره‌های حاد اضطراب به‌مرور زمان طولانی‌تر می‌شود و در نتیجه افرادی که معیارهای تعریف‌شده اختلال اضطراب فراگیر در DSM-IV را در نخستین دوره اختلال تا سی‌سالگی ندارند، ممکن است دوره‌های فزاینده‌ای از اضطراب و نگرانی را قبل از این سن تجربه کرده باشند (کسلر و ویچن، ۲۰۰۲). این فرضیه هم‌راستا با دوره آهسته و تدریجی اختلال اضطراب به مدت فراگیر است (انگست و همکاران، ۲۰۰۹؛ بالنگر و همکاران، ۲۰۰۱). دوره‌های نگرانی که به طور معمول نه فقط به مدت چند روز یا چند ساعت، بلکه به مدت چند ماه یا چند سال طول می‌کشد، مشخصه اصلی اختلال اضطراب فراگیر به شمار می‌آید (گرنٹ و همکاران، ۲۰۰۵؛ یانکرز و همکاران، ۲۰۰۳).

هر چند اختلال اضطراب فراگیر دورهٔ مزمنی دارد، کمتر از نیمی از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر درصدد درمان برمی‌آیند. آن دسته از بیمارانی هم که برای درمان اقدام می‌کنند، بیش از ده سال برای شروع درمان صبر می‌کنند (ونگ و همکاران، ۲۰۰۵). حتی در آن زمان نیز درمان به طور معمول برای رفع علائم افسردگی و وحشت زدگی جسمانی دنبال می‌شود و اضطراب انگیزهٔ اصلی‌شان جهت اقدام برای درمان نیست (جود و همکاران، ۱۹۹۸؛ کسلر و ویچن، ۲۰۰۲). شمار اندکی از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر جهت درمان به مراکز تخصصی سلامت روان مراجعه می‌کنند و ترجیح می‌دهند که به‌جای روانشناس یا روانپزشک با پزشکان عمومی معالجه خود مشورت کنند؛ در این میان اختلال اضطراب فراگیر شایع‌ترین اختلالی است که بیماران برای درمان آن به پزشکان عمومی مراجعه می‌کنند (میر و همکاران، ۲۰۰۰؛ آستن و سارتوریس، ۱۹۹۵؛ ویچن، ۲۰۰۲).

تعادلی که متخصصان بیماری‌شناسی همواره بین پایایی، کاربردپذیری و روایی طبقه‌بندی ایجاد کرده‌اند، میزان شیوع و برخی عوامل خطر و هم‌بستگی‌های بالینی اختلال اضطراب فراگیر را مشخص ساخته است. این داده‌ها نشان می‌دهد که اختلال اضطراب فراگیر را می‌توان از اختلال‌های دیگر افتراق داد. ما می‌گوییم که این داده‌ها در یک سطح، از اعتبار تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر حمایت می‌کند؛ اما رویکرد سنتی نسبت به طبقه‌بندی اختلال اضطراب فراگیر به عنوان یک اختلال قطعی، در سطح دیگر با محدودیت‌هایی روبه‌رو است. داده‌های ساختاریافتهٔ فزاینده‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد اختلال‌های مختلفی به درجات مختلف تجربه می‌شود. شکاف‌های فراوانی در حدود تشخیصی بین اختلال‌های روانی، رفتارها و شناخت‌های انطباقی وجود دارد. بیشتر اختلال‌های روانی به‌صورت پیوسته و بیشتر ابعادی هستند. برای مثال بیمار می‌تواند ناراحت باشد، اما این ناراحتی ممکن است زودگذر باشد. بیماران می‌توانند فقط چند علامت اختلال افسردگی اساسی را داشته باشند و زیر آستانهٔ تشخیصی باشند، بیمارانی هم که بالای آستانهٔ تشخیصی هستند، می‌توانند به اختلال افسردگی اساسی خفیف، متوسط یا شدید مبتلا باشند. اختلال اضطراب فراگیر نیز به طور دقیق می‌تواند همین جنبه را داشته باشد، بیماری ممکن است به‌صورت دوره‌های

کوتاه نگرانی شدید تا نگرانی شدید و مزمنی بروز یابد که اختلال و ناراحتی قابل توجهی را تولید می‌کند؛ بنابراین استفاده از آستانه‌ها و علائم تشخیصی برای تعریف اختلال، بیماری‌های مجزا و مستقل از رفتارها و شناخت‌های انطباقی و سالم را مشخص نمی‌سازد (کندل و جبلنسکی، ۲۰۰۳). در عوض، علائم DSM درجات متفاوتی از شدت اختلال را فهرست می‌کند؛ معیارهای تشخیصی نقطه‌ای را تعریف می‌کند که اختلال در آن نقطه ممکن است نیاز به درمان داشته باشد.

داده‌های ساختاریافته روایی نسبی درمان اختلال اضطراب فراگیر را به عنوان یک فنوتیپ قطعی یا ابعادی بررسی نکرده‌اند. با این حال درجه اضطراب تمام افراد یکسان نیست (روشو، بورکوویک و روشو، ۲۰۰۱) و این نکته به عنوان ویژگی اصلی اختلال اضطراب فراگیر، ابعادی بودن این اختلال را نشان می‌دهد. داده‌های همه‌گیرشناختی درباره اختلال اضطراب فراگیر نیز این ویژگی را تأیید می‌کند. اگر موارد آستانه‌ای و زیر آستانه‌ای اختلال اضطراب فراگیر مجزا بودند، انتظار می‌رفت که این گروه‌ها از نظر عوامل خطر، هم‌بستگی‌های بالینی و یا ناتوانایی‌های مرتبط نیز به لحاظ کیفی از هم قابل تفکیک باشند؛ اما مطالعات همه‌گیرشناختی که به بررسی عوامل خطر و هم‌بستگی‌های موارد آستانه‌ای و زیر آستانه‌ای اختلال اضطراب فراگیر پرداخته‌اند، نشان می‌دهند که این گروه‌ها به لحاظ کیفی از هم مجزا نیستند. بالعکس افرادی که تمام معیارهای تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر را دارند، به جز اینکه برای مثال اضطرابشان شدید نبوده یا علائمشان کمتر از شش ماه استمرار داشته است، از نظر عوامل خطر و هم‌بستگی‌های بالینی مشابه افرادی هستند که تمام معیارهای اختلال اضطراب فراگیر را دارند (انگست و همکاران، ۲۰۰۹؛ بیئن‌ونو، نشات و ایتون، ۱۹۹۸؛ لی و همکاران، ۲۰۰۹؛ میر و همکاران، ۲۰۰۰؛ روشو و همکاران، ۲۰۰۵؛ اسلید و اندروز، ۲۰۰۱). این داده‌ها بیانگر وجود حدی از پیوستگی میان موارد آستانه‌ای و زیر آستانه‌ای اختلال اضطراب فراگیر است. تعادلی که DSM بین میراث طبقه‌بندی‌اش و آنچه این داده‌ها می‌گویند برقرار کرده، آسان و مفید است؛ اما می‌تواند گمراه‌کننده هم باشد.

رویکرد طبقه‌بندی سنتی در طبقه‌بندی روان‌پزشکی برای تعیین انواع متمایزی از اختلال‌ها نیز مشکل‌آفرین است. این داده‌ها برخلاف مفاهیم سنتی مربوط به روایی