

درمان شناختی-رفتاری اختلال اضطراب فراگیر

راهنمای جلسه به جلسه درمان مراجع برای
دانش‌آموختگان روان‌پزشکی و روان‌شناسی

فهرست مطالب

۷	مقدمه گروه تألیف.....
۹	مقدمه مترجمان.....
۱۱	جلسه مصاحبه و گرفتن شرح حال.....
۱۱	معیارهای تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر.....
۱۲	وجود اختلالات هم‌زمان (همایند).....
۱۳	تشخیص‌های افتراقی اختلال اضطراب فراگیر.....
۱۸	شیوه درمان و توافق درمانی.....
۲۰	اصول و قواعد درمان.....
۲۳	جلسه اول: آموزش جنبه‌های روانی اختلال اضطراب فراگیر.....
۲۳	اختلال اضطراب فراگیر چیست؟.....
۲۳	نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر.....
۲۴	شیوع اختلال اضطراب فراگیر.....
۲۴	اختلال اضطراب فراگیر و نگرانی‌های روزمره.....
۲۵	علل اختلال اضطراب فراگیر.....
۲۵	درمان اختلال اضطراب فراگیر.....
۲۷	فرمول‌بندی اختلال اضطراب فراگیر.....
۳۰	جلسه دوم: ماهیت اضطراب و نگرانی.....
۳۰	ماهیت اضطراب.....
۳۲	چرخه اضطراب.....
۳۳	اضطراب و عملکرد.....
۳۴	اضطراب مزمن.....
۳۵	علت بروز علائم تنش و اضطراب.....
۳۶	ماهیت نگرانی.....
۳۷	نگرانی درباره نگرانی.....
۳۸	رفتارهایی که می‌توانند سبب تداوم اضطراب شوند.....
۴۰	برگه ثبت نگرانی یا اضطراب.....
۴۰	تمرین نکته‌های آموخته شده و ثبت و ارزیابی آنها تا جلسه آینده.....
۴۵	جلسه سوم: راهکارهای کاهش برانگیختگی.....
۴۵	کنترل تنفس سریع.....
۴۷	روش تنفس آرام.....

۴۹	ثبت روزانه سرعت تنفس
۵۰	آموزش آرام‌سازی چیست؟
۵۰	اهمیت آموزش آرام‌سازی
۵۱	ارکان اصلی آموزش آرام‌سازی
۵۶	نکات مهم در یادگیری سریع آرام‌سازی
۵۶	مراحل آرام‌سازی عضلانی پیشرونده
۶۰	دشواری‌های آرام‌سازی
۶۳	جلسه چهارم: راهکارهای فکر کردن
۶۵	مقابله با افکار اضطراب برانگیز
۶۶	شناسایی افکار اضطراب برانگیز
۶۸	به چالش کشیدن افکار اضطراب برانگیز
۸۰	جلسه پنجم: مدیریت نگرانی
۸۰	حل مسئله
۸۱	تردید در تصمیم‌گیری
۸۲	نگرانی در مورد نگرانی
۸۳	رها کردن نگرانی‌ها
۸۵	جلسه ششم: حل مسئله ساختار یافته
۸۵	طرح‌ریزی یک جلسه حل مسئله
۸۶	شناسایی مشکلات
۸۷	مراحل حل مسئله
۹۴	جلسه هفتم: مقابله با رفتارهای تداوم‌بخش و نگاه‌دارنده اضطراب یا نگرانی
۹۸	جلسه هشتم: استمرار در تمرین
۹۸	مواجهه با بازگشت اضطراب
۹۹	انتظار لغزش موقت
۱۰۱	پیوست‌ها
۱۰۱	پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر، نسخه چهارم (GAD-IV)
۱۰۳	پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ)
۱۰۴	پرسشنامه حوزه‌های نگرانی (WDQ)
۱۰۶	منابع
۱۰۷	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی
۱۰۹	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی

جلسه مصاحبه و گرفتن شرح حال^۱

شروع جلسه

شما به عنوان روان‌درمانگر می‌توانید پس از معرفی خود و آشنایی اولیه با مراجع، برای شروع مصاحبه و گرفتن شرح حال به وی بگویید:

«کمی از خودت بگو، البته نه درباره مشکلاتی که داری، چون کمی بعد به آنها هم خواهیم پرداخت»
برای مثال:

- اهل کجا هستی؟ یا کجا بزرگ شدی؟
- درباره خانوادهات بگو (پدر و مادر، خواهر و برادر و...)?
- شغلت چیست؟ چه کارهایی تا به حال انجام داده‌ای؟
- به چه چیزهایی خیلی علاقه داری؟
- هر مسئله‌ای که فکر می‌کنی درباره خودت مهم است بگو!

معیارهای تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر

بعد از مصاحبه و گرفتن شرح حال، از مراجع بخواهید در مورد مشکلاتش صحبت کند و با انجام یک مصاحبه بالینی دقیق، علائم تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر و وجود اختلالات هم‌زمان (همایند) و تشخیص افتراقی اختلال اضطراب فراگیر را بررسی کنید.

به‌طور مثال؛ می‌توانید از پرسش‌هایی که رای و ساندرسون (۲۰۰۴) برای تشخیص معیارهای اختلال اضطراب فراگیر مطرح کرده‌اند، استفاده کنید:

- آیا نگرانی و اضطراب شما مربوط به اتفاقات است یا فعالیت‌هایتان؟
- آیا نگرانی و اضطراب شما، بیش از حد است؟
- آیا کنترل نگرانی و اضطراب برای شما دشوار است؟
- آیا بیشتر روزها، نگران و مضطرب هستید؟
- آیا بیشتر از ۶ ماه است که این نگرانی و اضطراب وجود دارد؟

۱. این بخش در متن اصلی وجود ندارد و مترجمان برای تکمیل مباحث به کتاب اضافه کرده‌اند.

• آیا در طول ۶ ماه گذشته از بین نشانه‌های زیر سه مورد یا بیشتر را داشته‌اید؟

- احساس بی‌قراری، عصبی بودن و تحریک‌پذیری
 - زود خسته شدن
 - مشکل در تمرکز یا احساس خالی شدن ذهن (ناتوانی در فکر کردن)
 - زودرنجی و تحریک‌پذیری
 - تنش عضلانی و احساس گرفتگی، سفتی یا سوزش در ماهیچه‌ها
 - اختلال در خواب، مشکل در به خواب رفتن، مشکل در تداوم خواب
- آیا نگرانی و اضطراب یا مشکلات جسمی ناشی از آن، باعث ناراحتی بالینی قابل ملاحظه یا اختلال در عملکرد اجتماعی، شغلی یا فعالیت‌های روزمره شما شده است؟
- برای کمک به مراجع؛ بگویید: «متأسفانه، نگرانی بیش از حد در افرادی که مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر هستند، باعث می‌شود که توانایی آنها در انجام سریع و کارآمد کارهایشان، در خانه یا محل کار، مختل شود، حتی در نوع شدید آن؛ باعث از کارافتادگی فرد می‌شود، زیرا نشانه‌هایی همچون: تنش عضلانی، بی‌قراری، عصبی بودن، خستگی، مشکل در تمرکز، خواب‌آشفته و...، وقت و انرژی زیادی را از آنها می‌گیرد. درضمن، نگرانی بیش از حد والدین مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، ممکن است شکل‌گیری و افزایش اعتماد به نفس را در فرزندان نشان، مختل کند»

وجود اختلالات هم‌زمان (همایند)

حدود ۶۰ تا ۹۰ درصد از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، هم‌زمان به اختلالات دیگری نیز مبتلا هستند، بنابراین؛ لازم است، وجود اختلالات و بیماری‌های هم‌زمان (همایند) با اختلال اضطراب فراگیر را بررسی کنید. برخی از اختلالات و بیماری‌هایی که به‌طور معمول با اختلال اضطراب فراگیر همراه می‌شوند، عبارت‌اند از:

• اختلالات روانی

- اختلال افسردگی: حدود ۶۰ درصد از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، هم‌زمان به اختلال افسردگی اساسی نیز مبتلا هستند (ساندلین و همکاران ۲۰۱۲).
- اختلال حملات وحشت‌زدگی: حدود ۲۵ درصد از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، در نهایت به اختلال حملات وحشت‌زدگی (پانیک) دچار می‌شوند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷).

- اختلالات شخصیت: ۴۹ درصد از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، هم‌زمان واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت نیز هستند (کمبل و براون، ۲۰۰۲) و شایع‌ترین اختلالات شخصیت در آنها اختلالات شخصیت وابسته و اجتنابی است (کلارک و فرورن، ۱۹۹۷، ترجمه کاویانی، ۱۳۸۲).
- هراس اجتماعی: احتمال وجود هم‌زمان این اختلال نیز، در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد.
- اختلال سوء مصرف مواد: افرادی که از اختلال اضطراب فراگیر رنج می‌برند، برای رهایی از تنش و نگرانی ممکن است به مواد مخدر نیز پناه ببرند.

• اختلالاتی با نشانگان و بیماری‌های پزشکی

اختلالاتی مانند:

- سندرم خستگی مزمن
- سندرم روده تحریک‌پذیر
- سردردهای تنشی
- مشکلات فشارخون
- بیماری دیابت
- بیماری‌های قلبی (اشتاین ۲۰۰۱، به نقل از رای و ساندرسون، ۲۰۰۴)

تشخیص‌های افتراقی اختلال اضطراب فراگیر

همان‌طور که پیشتر گفته شد، اختلال اضطراب فراگیر با اختلالات دیگری نیز هم‌ایند است که لازم است شما به‌عنوان روان‌درمانگر، تشخیص افتراقی اختلال اضطراب فراگیر را از سایر اختلالات دیگر، بررسی کنید. برخی از این اختلالات عبارت‌اند از:

• تشخیص افتراقی اختلال اضطراب فراگیر از اختلالات افسردگی، دوقطبی و روان‌پریشی

اضطراب فراگیر، ویژگی مرتبط رایج اختلالات افسردگی، دوقطبی و روان‌پریشی است و اگر نگرانی و اضطراب بیش از حد، فقط در طول دوره این اختلالات روی داده باشد، نباید به‌طور جداگانه تشخیص داده شود.

• تشخیص افتراقی اختلال اضطراب فراگیر از اختلال اضطرابی ناشی از بیماری‌های پزشکی دیگر

اگر براساس سابقه، نتایج آزمایشگاه، یا معاینهٔ بدنی مشخص شود که اضطراب و نگرانی فرد، ناشی از تأثیر فیزیولوژیکی بیماری پزشکی خاص دیگر مثل پرکاری تیروئید است؛ باید اختلال اضطرابی مرتبط با بیماری جسمانی دیگر تشخیص داده شود.

• تشخیص افتراقی اختلال اضطراب فراگیر از اختلال اضطرابی ناشی از مصرف مواد / دارو

باید مشخص شود که اختلال اضطرابی ناشی از مصرف مواد/ دارو، (مثل سوء مصرف مواد مخدر، استفاده از داروهای پزشکی، یا مواد دیگر) نیست. برای مثال؛ اضطراب شدیدی که فقط در زمینهٔ مصرف زیاد قهوه روی می‌دهد، اختلال اضطراب ناشی از کافئین تشخیص داده خواهد شد.

• تشخیص افتراقی اختلال اضطراب فراگیر از اختلال اضطراب اجتماعی

افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، اغلب دچار اضطراب پیش‌بین هستند. این اضطراب بر موقعیت‌های اجتماعی که فرد در آنها قرار می‌گیرد، متمرکز است که اغلب در این موقعیت‌ها وی باید عملی را انجام دهد (مانند رفتن به مهمانی) یا توسط دیگران ارزیابی شود (مانند سخنرانی کردن در جمع). درحالی‌که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، چه در موقعیت‌های اجتماعی قرار بگیرند و چه نگیرند، مضطرب و نگران هستند.

• تشخیص افتراقی اختلال اضطراب فراگیر از اختلال وسواس فکری-عملی

ضروری است؛ نگرانی بیش از حد مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر را، از افکار وسواسی اختلال وسواس فکری - عملی متمایز کنید. در اختلال اضطراب فراگیر، تمرکز نگرانی بر مشکلات آینده است و همین بیش از حد بودن نگرانی از وقایع آینده، نابهنجار محسوب می‌شود، درحالی‌که در اختلال وسواس فکری - عملی، وسواس‌ها، افکار و امیال، تصورات اجباری و ناخواسته‌ای هستند که به-صورت تکراری به ذهن هجوم می‌آورند و سبب بروز اضطراب در فرد می‌شوند.

• تشخیص افتراقی اختلال اضطراب فراگیر از اختلال استرس پس از آسیب (سانحه) و اختلالات سازگاری

در اختلال استرس پس از آسیب، اضطراب یکی از علائم اصلی است. در صورتی‌که اضطراب و نگرانی با نشانه‌های اختلال استرس پس از آسیب بهتر توجیه شوند، اختلال اضطراب فراگیر تشخیص داده نمی‌شود. اضطراب ممکن است در اختلال سازگاری نیز وجود داشته باشد، اما از این طبقه فقط زمانی باید استفاده شود که؛ ملاک‌ها برای هر اختلال دیگر (از جمله اختلال اضطراب فراگیر) برآورده نشده

باشند. از این گذشته، در اختلالات سازگاری، اضطراب در پاسخ به عامل فشارآفرین مشخص، ظرف ۳ ماه از شروع این عامل روی می‌دهد و بیشتر از ۶ ماه یا پس از خاتمه آن عامل یا پیامدهای آن، ادامه نمی‌یابد.

• تشخیص افتراقی اختلال اضطراب فراگیر از خودبیمار انگاری

از آنجاکه اغلب افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، نگران سلامتی خود هستند، این احتمال وجود دارد که تمایز آن از اختلالات شبه جسمی، به‌ویژه اختلال خودبیمار انگاری دشوار باشد. افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، ممکن است علائم جسمی خاصی را که در خود می‌یابند، نشانه‌ای از یک بیماری فاجعه‌آمیز قلمداد کنند. برای مثال: ممکن است در ناحیه قفسه سینه خود احساس سفتی کنند و فکر کنند که دچار آمفیزم^۱ شده‌اند و یا در روزنامه، درباره بیماری تهدید کننده‌ای بخوانند و درباره اینکه مبدا نشانه این بیماری‌ها را داشته باشند، اشتغال فکری پیدا کنند. این‌گونه افکار مشغول کننده ذهن، درباره ابتلا به بیماری‌های کشنده و جدی، از نگرانی‌های مربوط به خودبیمار انگاری متفاوت‌اند. اولین تفاوت آنها؛ اعتقاد سفت و سخت به چنین افکار و باورهایی است. افرادی که تشخیص خود-بیمار انگاری دریافت کرده‌اند، به شدت معتقدند که نوعی بیماری یا اختلال جسمی مشخص دارند. این باور، به قدری قوی است که مدت زمان زیادی یا دست کم ۶ ماه تداوم پیدا می‌کند. این افراد، احتمال ابتلای خود به یک بیماری خطرناک مانند ایدز را در حدود ۸۰ تا ۹۰ درصد ارزیابی می‌کنند، درحالی‌که در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، به‌ندرت با چنین باور محکمی درباره بیمار بودن روبرو هستیم. نکته دیگری که به تمایز این دو اختلال کمک می‌کند؛ وجود نشانه‌های جسمی پایدار در افراد مبتلا به خودبیمار انگاری است، جالب اینکه؛ همین نشانه‌ها، اساس باور قوی آنها مبنی بر ابتلا به یک بیماری ناشناخته است، درحالی‌که چنین موضوعی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مشاهده نمی‌شود (کمپل و براون، ۲۰۰۲).

• تشخیص افتراقی اختلال اضطراب فراگیر از اختلال وحشت‌زدگی

تمایز این دو اختلال، گاهی از هم دشوار می‌شود، زیرا در اختلال اضطراب فراگیر، حمله‌های گاه‌به‌گاه وحشت‌زدگی وجود دارد. ۷۳ درصد از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، در کل زندگی خود، حداقل یک‌بار به حمله وحشت‌زدگی دچار شده‌اند و حدود ۲۵ درصد از آنها در نهایت به اختلال وحشت‌زدگی دچار می‌شوند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷). از سوی دیگر، اگرچه در بسیاری از موارد، افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به حمله‌های گاه‌به‌گاه وحشت‌زدگی مبتلا می‌شوند، ولی؛ علائم آنها در حد تشخیص جداگانه اختلال وحشت‌زدگی نیست. در این موارد، حمله‌های وحشت‌زدگی،

۱. بیماری ریوی که به تدریج پیشرفت نموده و منجر به نارسایی تنفسی می‌شود.

به دلیل تکرار بیش از حد دوره‌های نگرانی شدید، رخ می‌دهد. گاهی اوقات؛ روان‌درمانگر می‌تواند هر دو اختلال را در مراجع به‌عنوان تشخیص ثبت کند، به شرطی که؛ دلواپسی دائمی دربارهٔ حملهٔ وحشت‌زدگی و ترس از عواقب آن وجود داشته باشد و هم‌زمان نوعی نگرانی مزمن که با حمله‌های وحشت‌زدگی مرتبط نیست نیز، تشخیص داده شود (کمپیل و براون، ۲۰۰۲).

تفاوت نگرانی با افکار وسواسی و افکار خودآیند

علاوه بر تشخیص‌های افتراقی مطرح شده، لازم است درمان‌گر بتواند بین نگرانی با افکار وسواسی، افکار خودآیند منفی و اشتغال فکری، تمایز قائل شود. در ادامه، این تفاوت‌ها بررسی خواهند شد.

تفاوت نگرانی با افکار وسواسی: شباهت نگرانی و افکار وسواسی در این است که؛ هر دو تکراری، غیر قابل کنترل، غیر قابل پذیرش و افراطی هستند. حتی افرادی که نگرانی افراطی دارند، اغلب درگیر تشریفات غیر قابل مشاهده در بررسی‌های بالینی نیز می‌شوند. با این حال، مطالعات نشان می‌دهند که؛ نگرانی و افکار وسواسی، به لحاظ محتوا (بور کوویچ و همکاران، ۱۹۹۱)، طول مدت (ولز و موریسون ۱۹۹۴)، شکل (بور کوویچ و اینز، ۱۹۹۰) و قابل پذیرش بودن برای شخص (فریستون و لادوکر، ۱۹۹۳) با یکدیگر فرق دارند (به نقل از برلی و استار چویچ، ۲۰۰۵). برای مثال، محتوای نگرانی، اغلب به تجارب زندگی روزمره مربوط است (مثل مسائل مالی، خانواده و کار)، درحالی‌که محتوای افکار وسواسی، بیشتر شامل: آلودگی، روابط جنسی، آسیب دیدن یا رساندن و مذهب است، هرچند محتوای بیماری و آسیب می‌توانند وجه مشخصهٔ هر دو حالت نگرانی و افکار وسواسی باشند. از سوی دیگر؛ نگرانی، بیشتر به شکل فکر و در قالب بازنمایی‌های کلامی بروز می‌کند، اما وسواس در اشکال مختلف فکری، تصویری و تکانشی ظاهر می‌شود.

در واقع، در مقایسه با افکار وسواسی، درون‌مایهٔ نگرانی، بیشتر کلامی است، اما افکار وسواسی، تصویری هستند (ولز و موریسون، ۱۹۹۴). علاوه بر این موارد، با وجود اینکه هم نگرانی و هم افکار وسواسی می‌توانند برای بیمار غیر قابل کنترل باشند، ولی نگرانی به اندازهٔ وسواس غیر قابل مقاومت و مزاحم در نظر گرفته نمی‌شود و شخص با احتمال کمتری محتوای نگرانی را، موضوعاتی غیر قابل پذیرش تلقی می‌کند، یعنی؛ احتمال «خود ناهمخوان»^۱ بودن آن کمتر است (تایلور و همکاران، ۲۰۰۲)، درحالی‌که افکار وسواسی، برای ایگو پذیرفتنی نیستند و معنای چندانی ندارد (دیویسون و همکاران، ۲۰۰۷).

تفاوت دیگر بین افکار وسواسی و نگرانی در این است که امکان دارد وسواس، دربرگیرندهٔ امیال قوی و تکانه‌ها باشد ولی این مورد، از ویژگی‌های نگرانی محسوب نمی‌شود (ولز، ۲۰۰۹). در نهایت، در مقایسه با افکار وسواسی، فرد، نگرانی را واقعی‌تر و طولانی‌تر می‌داند که به میزان کمتری غیر ارادی

است و حواس او را به میزان بیشتری پرت می‌کند (کلارک و فربورن، ۱۹۹۷ ترجمه کاویانی، ۱۳۸۰).

تفاوت نگرانی با افکار خودآیند (خودکار) منفی: افکار خودآیند به سرعت روی می‌دهند و در ظاهر، جنبه خود به خودی دارند و به شکل تصویری یا کلامی موجز بروز می‌کنند. این ماهیت کوتاه و تلگرافی افکار خودآیند، در تقابل با ماهیت نگرانی است که به صورت ارزیابی‌های گسترده فکری بروز پیدا می‌کند. آغاز نگرانی ممکن است به صورت نسبی خودآیند باشد، ولی ماهیت پیچیده و دشوار رفتارهای عادی مربوط به نگرانی و اصلاح آنها به وسیلهٔ پسخوراند درونی و بیرونی، نشانگر آن است که تداوم نگرانی مستلزم توجه دائمی فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است (کلارک و فربورن ۱۹۹۷ ترجمه کاویانی ۱۳۸۰).

• تفاوت نگرانی با اشتغال فکری:

نگرانی، زیرمجموعهٔ مقوله‌ای قرار می‌گیرد که امروزه تحت عنوان: «افکار تکراری» از آن یاد می‌کنیم. افکار تکراری انواع مختلفی دارند، متداول‌ترین آنها، عبارت‌اند از: نگرانی و اشتغال فکری. برنهام (۲۰۱۰)، نولن - هوکسیما (۱۹۹۸) اشتغال فکری را این‌طور تعریف کرده‌اند: «رفتارها و افکاری که به صورت منفعلانه، توجه شخص را بر نشانه‌های افسردگی و نتایج این نشانه‌ها (مثل غمگینی، بی‌انگیزه بودن، بی‌انرژی بودن) متمرکز می‌کند». اشتغال فکری، یکی از عوامل آسیب‌پذیری مهم برای پیش‌بینی شروع علائم افسردگی و تداوم یافتن آنهاست. این درحالی است که؛ نگرانی را به‌طور عمده، با اضطراب مرتبط دانسته‌اند. همچنین؛ یکی از تفاوت‌های میان نگرانی و اشتغال فکری، به جهت‌گیری زمانی آنها مربوط می‌شود. اشتغال فکری و افکار افسرده‌کننده، به‌طور معمول، رو به گذشته هستند، درحالی‌که جهت‌گیری زمانی نگرانی، اغلب معطوف به رویدادهای آینده است (پاپا جورجیو و ولز، ۱۹۹۹، واتکینز ۲۰۰۵). این دو فرایند شناختی، به لحاظ محتوا نیز، با یکدیگر فرق دارند. نگرانی، بیشتر متمرکز بر مسئله‌گشایی است، درحالی‌که اشتغال فکری با موضوع فقدان ارتباط دارد (اسمیت والوی، ۲۰۰۹). به بیان روشن‌تر، هنگام اشتغال فکری، فرد بر علل و عواقب مشکلات گذشته تمرکز می‌کند، بدون آنکه به سمت نوعی مسئله‌گشایی سازنده و فعال حرکت کند، درحالی‌که نگرانی نوعی فرایند انتظاری است که طی آن، بیمار برای جلوگیری از مشکلات آینده یا، به حداقل رساندن آنها تلاش می‌کند و حتی ممکن است به‌منظور کاهش هیجان‌های منفی مرتبط با تجسم‌های فاجعه‌آمیز و مزاحم، از راهکار اجتناب شناختی استفاده کند (هافن و همکاران، ۲۰۱۰). هر پردازشی از نوع اشتغال فکری، در جست‌وجوی پاسخی به سؤال «چرا» است، در مقابل، نگرانی؛ در جست‌وجوی پاسخی به سؤال «چه می‌شود اگر...» است (فیشر و ولز، ۲۰۰۹ ترجمه بیرامی و خادمی، ۱۳۸۹). همچنین؛ نگرانی، در پاسخ به افکار ذهنی مزاحم و فاجعه‌آمیز آغاز می‌شود، اما اشتغال فکری، نوعی تلاش ذهنی برای حل و فصل اهدافی است که شخص به آنها نائل نشده است و زمانی آغاز می‌شود