

## نقش عوامل شناختی در تداوم اختلال اضطراب فراگیر: تمرکز بر باورهای ناکارآمد و نشخوار ذهنی

مبینا پورملائی

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

### چکیده

نشخوار فکری از جمله ویژگی‌های افراد با نشانه‌های اختلالات اضطرابی است و این مسئله همچنان به افزایش اضطراب در آنان منجر می‌شود، از سویی دیگر درمان شناختی رفتاری، از طریق تشخیص خطاهای شناختی، چالش با آنها و آزمایش رفتاری، منجر به تغییر محتوای نشخوار ذهنی بیماران شد. در تبیینی دیگر احتمالاً صلاح طرح‌های شناختی این افراد از طریق سازماندهی فرآیند افکار، مشکلات هیجانی و نگرانی‌های همراه با اضطراب (اجتناب نمودن، وابستگی، درماندگی نسبت به تغییر و پاسخ‌های نشخواری) که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود باعث کاهش نشخوارهای فکری بیماران اضطرابی شد در نتیجه می‌توان گفت مداخله درمان شناختی رفتاری بر کاهش نشخوار فکری در افراد با نشانه‌های اختلالات اضطرابی مؤثر می‌باشد. در رویکرد شناختی- رفتاری فرض زیربنایی آن است که تغییر شناخت، منجر به تغییرهای رفتاری و هیجانی نیز می‌شود، بنابراین با توجه به این که نگرانی یک هیجان منفی است که موجب خستگی افراد می‌شود، این رویکرد از طریق اصلاح و تغییر مؤلفه‌های شناختی ناکارآمد، می‌تواند موجب تغییرات هیجانی و رفتاری شده و نگرانی را کاهش دهد. درمان شناختی- رفتاری به فرد می‌آموزد که شناخت‌ها و افکار خود را مورد کاوش، ارزیابی و تغییر قرار دهد و افراد دارای اختلال اضطرابی نیز همین کار را در خصوص عوامل اضطراب‌زا و نگران کننده انجام می‌دهد. همچنین، این کاوش و ارزیابی افکار و شناخت‌ها و نظم دادن به آنها به ارتقاء توانایی فراشناخت فرد کمک می‌کند و استراتژی‌های فراشناختی و پردازش عمیق‌تر تقویت می‌کند، در نتیجه با تغییر باورها و شناخت‌های نادرست، میزان نگرانی کاهش می‌یابد.

**واژه‌های کلیدی:** عوامل شناختی، تداوم، اختلال اضطراب، فراگیر، تمرکز، باور، ناکارآمد، نشخوار ذهنی

**بیان مسئله:**

اختلال اضطراب فراگیر به عنوان اختلال اضطرابی «پایه» شناخته می‌شود. این به‌طور ضمنی بیان می‌دارد که بعضی از حالات آن، ویژگی همه‌ی اختلالات اضطرابی محسوب می‌شوند؛ و این تعجب‌آور نیست که شناسایی ویژگی‌های بالینی که مخصوص اختلال اضطراب فراگیر هستند، دشوار است. در این معنا، اختلال اضطراب فراگیر شامل درجات گوناگونی از حالات بالینی زیر است:

۱. نگرانی بیمارگونه و دیگر جنبه‌های شناختی اضطراب مزمن
  ۲. نشانه‌های تنش و پیامدهای تنش و اضطراب
  ۳. نشانه‌های جسمی گوناگون که بیشتر آن‌ها بازتاب بیش‌فعالی سیستم عصبی خودکار است (استارتویچ، ۲۰۰۹).
- اضطراب فراگیر را می‌توان به دو زیرگروه تقسیم کرد: زیرگروه اول معمولاً از خرده نشانه‌های بالینی اضطراب رنج می‌برند. این بیماران همیشه مضطرب‌اند، کنار می‌کشند، حساسیت اجتماعی دارند و نگران‌های ناسازگار محسوب می‌شوند. زیرگروه بعدی سازگاری اجتماعی بهتری نشان می‌دهند؛ به عبارت بهتر در این زیرگروه حوادث نامطلوب برانگیزاننده‌ی اختلال هستند. در هر حال، اگرچه محیط‌های اولیه متفاوت هستند، اما هرچه شرایط وخیم‌تر شود، نشانه‌شناسی در دو گروه تشابه بیشتری پیدا می‌کند (گریز، فراولی، نئوت، جوزف و ویلی، ۲۰۰۱).
- ویژگی اصلی اختلال اضطراب فراگیر نگرانی آسیب‌شناختی است، تظاهرات دیگر شامل اضطراب غیر فوبیک و نشانه‌های متعدد تنش است. معمولاً نشانه‌های فیزیکی اضطراب در اختلال اضطراب فراگیر نسبت به اختلال هراس کمتر برجسته هستند. هرچند می‌توانند مؤلفه‌های مهمی از تظاهرات بالینی محسوب شوند. اغلب رفتارهایی که در دیگر اختلالات اضطرابی، مانند اجتناب آشکار دیده می‌شوند در اختلال اضطراب فراگیر مشخصاً وجود ندارند. برخلاف همه‌ی اختلالات اضطرابی، برای اختلال اضطراب فراگیر بیشتر متحمل است که علت اصلی رجوع برای دریافت کمک حرفه‌ای در مراکز بالینی اغلب اختلال افسردگی و دیگر اختلالات اضطرابی باشد تا اختلال اضطراب فراگیر. اختلال اضطراب فراگیر یکی از اعضای بحث‌برانگیز خانواده‌ی اختلالات اضطرابی به شمار می‌آید: تقریباً هر جنبه از این اختلال به بحث‌هایی دامن زده است و جالب اینکه نشانه‌ای از کاهش آن وجود ندارد (استارتویچ، ۲۰۰۹).

ظهور خطوط مختلف پژوهش، به‌طور فزاینده‌ای سازوکار و فرایندهای چندگانه‌ای را که در اختلال اضطراب فراگیر درگیرند، آشکار می‌سازد. به عنوان یک نتیجه، موارد زیر تصویری جامع و کامل از سازوکارهای دخیل در اختلال اضطراب فراگیر، عوامل چندگانه و ارتباط درونی‌شان را مشخص می‌کنند.

۱/ فهم عمیق طرح‌واره‌های خطر و ارزیابی-تهدید که ترس و راهبردهای خنثی پیامد آن هستند. اخیراً، بک و پرکینز (به نقل از ریسکیند، ۲۰۰۵) فراتحلیلی را اجرا کردند که نشان می‌داد افکار خودآیند تهدید-محور و پدیده‌ی نگرانی مختص به اضطراب نیستند و افسردگی و اضطراب را از همدیگر متمایز نمی‌کند. بعضی از یافته‌ها الگوهای شناختی را برای رسیدن دقیق و کامل به تشخیص محتوای شناختی خاصی که در اختلال اضطراب فراگیر و نشانگان اضطراب وجود دارد اما در افسردگی نیست را به چالش کشیده‌اند.

۲/ درک ماهیت، عملکردها و نقش پاسخ‌های خنثی یا جبرانی در اختلال اضطراب فراگیر. تحقیقات اخیر نقش شناخت، عاطفه و اجتناب رفتاری در اختلال اضطراب فراگیر را مطرح می‌کنند.

۳/ فهم جامع ارتباط بین محتوای ارزیابی، پاسخ‌های خنثی یا اجتناب جبرانی در اختلال اضطراب فراگیر و بدتنظیمی هیجانی و بین فردی. تحقیقات در این موارد بخصوص پیشنهاد می‌کنند که ارزیابی معیوب تهدید و فرایندهای سازگاری مختل (برای مثال کنترل فکر، یا اجتناب تجربه‌ای) منجر به بدتنظیمی می‌شود (ریسکیند، ۲۰۰۵).

حدوداً ۵ درصد مردم جهان از اختلال اضطراب فراگیر در رنج هستند، دیگر تحقیقات نشان داده‌اند که در هر سال حدود ۲-۳ درصد مردم این اختلال را بروز می‌دهند. اختلال پایدار است و فقط یک‌سوم افرادی که در دوره‌ی زندگی خود از آن زجر می‌برند، بهبودی بدون درمان را در طول زمان تجربه می‌کنند. علاوه بر این اختلال اغلب برای اولین بار در دوره‌ی نوجوانی دیده می‌شود، اما شیوع عودکننده‌ی آن بعد از ۳۵ سالگی و با میزان بیشتری از این اختلال در افراد بالاتر از ۳۵ سال است. افراد مجرد، مطلقه، بیوه، بیکاران و زنان خانه‌دار بیشترین خطر ابتلا را دارند (ریسکیند، ۲۰۰۵).

اختلال اضطراب فراگیر با ریسک بالای همبودی با سایر اختلالات همراه است. برای مثال ۶۲٪ از کودکان اختلال اضطراب فراگیر ۷-۱۸ ساله، تشخیص اختلال افسردگی را هم دریافت می‌کنند (الیس و هودسون، ۲۰۱۰). اختلال اضطراب فراگیر تقریباً دو برابر در زنان نسبت به مردان شایع‌تر است. سوءمصرف مواد و اختلال شخصیت (خصوصاً اجتنابی‌ها، وابسته‌ها و هیسترونیک‌ها) دو مورد از هم‌پایندی‌های شایع در اختلال اضطراب فراگیر هستند. حدود سه‌چهارم افراد با اختلالات اضطرابی حداقل ملاک‌های یکی دیگر از اختلالات روان‌شناختی را دریافت می‌کنند (کرین، جانسون، داویسون و نیال، ۲۰۰۹).

در بیماران مبتلا به اختلال هم‌پایند اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی، معمولاً GAD تشخیص اصلی محسوب می‌شود. تبیین‌های مختلفی در تشریح این توالی وجود دارد، با این وجود، هنوز درک سازوکارهای زیربنایی آن مبهم است. در هر حال شواهد موجود در بیمارانی که دارودرمانی دریافت می‌کنند، از این واقعیت حمایت می‌کنند که احتمال افزایش افسردگی اساسی در آن‌ها کمتر می‌شود (ماچ، ایبرو، سارتوریوز، ساتو و اوکاشا، ۲۰۰۵). فقط تعداد کمی از مطالعات به‌طور ویژه هم‌آیندی اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی را مورد بررسی قرار داده‌اند. اگرچه این مطالعات گزارش می‌کنند افرادی که واجد این نوع از هم‌آیندی هستند، تخریب بیشتری را نسبت به مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر از خود نشان می‌دهند، این مطالعات بیشتر بر شیوع‌شناسی، نشانگان و عملکردهای اجتماعی تمرکز داشتند. پس ارائه‌ی رویکردی که به فرایندهای شناختی اختلال اضطراب فراگیر در افرادی که از هم‌آیندی این دو اختلال رنج می‌برند، ضروری است. یافته‌های مطالعاتی داپی و لادوسر (۲۰۰۹) نشان داد که گروه با ملاک‌های تشخیص هم‌آیندی اختلال اضطراب فراگیر/ اختلال افسردگی، عدم تحمل ابهام بیشتر، جهت‌گیری مشکل‌ضعیف‌تر و اجتناب شناختی زیادتری را نشان دادند. دلالت‌های شناختی این یافته‌ها قابل‌بحث هستند.

نیمرخ نشانه‌شناسی اختلال اضطراب فراگیر در تمایز واضح آن از دیگر اختلالات، به‌ویژه اختلال‌های وحشتزدگی شکست‌خورده است. اختلال اضطراب فراگیر به‌عنوان حالت ملایمی از اختلال شخصیت در نظر گرفته می‌شود. از طرف دیگر، اختلال اضطراب فراگیر وانمود مرحله‌ای باقی‌مانده از افسردگی مزمن، یا حتی گونه‌ای از یک اختلال شخصیت مضطربانه محسوب می‌شود.

### اهمیت و ضرورت تحقیق:

اختلال اضطراب فراگیر با ریسک بالای همبودی با سایر اختلالات همراه است. برای مثال ۶۲٪ از کودکان اختلال اضطراب فراگیر ۷-۱۸ ساله، تشخیص اختلال افسردگی را هم دریافت می‌کنند (الیس و هودسون، ۲۰۱۰). اختلال اضطراب فراگیر تقریباً دو برابر در زنان نسبت به مردان شایع‌تر است. سوءمصرف مواد و اختلال شخصیت (خصوصاً اجتنابی‌ها، وابسته‌ها و

هیسترونیک‌ها) دو مورد از هم‌آیندی‌های شایع در اختلال اضطراب فراگیر هستند. حدود سه‌چهارم افراد با اختلالات اضطرابی حداقل ملاک‌های یکی دیگر از اختلالات روان‌شناختی را دریافت می‌کنند (کرین، جانسون، داویسون و نیال، ۲۰۰۹). در بیماران مبتلا به اختلال هم‌آیند اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی، معمولاً GAD تشخیص اصلی محسوب می‌شود. تبیین‌های مختلفی در تشریح این توالی وجود دارد، با این وجود، هنوز درک سازوکارهای زیربنایی آن مبهم است. در هر حال شواهد موجود در بیمارانی که دارودرمانی دریافت می‌کنند، از این واقعیت حمایت می‌کنند که احتمال افزایش افسردگی اساسی در آن‌ها کمتر می‌شود (ماچ، ایبرو، سارنوریز، ساتو و اوکاشا، ۲۰۰۵). فقط تعداد کمی از مطالعات به‌طور ویژه هم‌آیندی اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی را مورد بررسی قرار داده‌اند. اگرچه این مطالعات گزارش می‌کنند افرادی که واجد این نوع از هم‌آیندی هستند، تخریب بیشتری را نسبت به مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر از خود نشان می‌دهند، این مطالعات بیشتر بر شیوع‌شناسی، نشانگان و عملکردهای اجتماعی تمرکز داشتند. پس ارائه‌ی رویکردی که به فرایندهای شناختی اختلال اضطراب فراگیر در افرادی که از هم‌آیندی این دو اختلال رنج می‌برند، ضروری است. یافته‌های مطالعه‌ی داپی و لادوسر (۲۰۰۹) نشان داد که گروه با ملاک‌های تشخیص هم‌آیندی اختلال اضطراب فراگیر/اختلال افسردگی، عدم تحمل ابهام بیشتر، جهت‌گیری مشکل‌ضعیف‌تر و اجتناب شناختی زیادتری را نشان دادند. دلالت‌های شناختی این یافته‌ها قابل‌بحث هستند.

نیمرخ‌نشان‌شناسی اختلال اضطراب فراگیر در تمایز واضح آن از دیگر اختلالات، به‌ویژه اختلال‌های وحشتزدگی شکست‌خورده است. اختلال اضطراب فراگیر به‌عنوان حالت ملایمی از اختلال شخصیت در نظر گرفته می‌شود. از طرف دیگر، اختلال اضطراب فراگیر وانمود مرحله‌ای باقی‌مانده از افسردگی مزمن، یا حتی گونه‌ای از یک اختلال شخصیت مضطربانه محسوب می‌شود. اضطراب واکنشی بهنجار و سالم است. اضطراب به‌عنوان مجموعه‌ای از تغییرات بدنی و شیوه‌ی تفکر و رفتار اطلاق می‌شود که ما را قادر می‌کند تا با تهدیدها و خطرات رویارو بشویم؛ تغییراتی که اگر مجبور باشیم سریع پاسخ بدهیم می‌توانند بسیار سودمند باشند (واحد تحقیقات بالینی در مورد اضطراب، بیمارستان وینسنت، ۱۹۹۹). نگرانی در هر شرایطی با انسان است. کدام‌یک از ما در مورد بعضی از تکالیف مهمی که با آن روبرو بوده‌ایم، نگران نشده یا در مورد موقعیت تهدیدآمیز یا منفی در آینده آشفته نشده‌ایم؟

بروکوک ملاحظه کرد که چون انسان از ظرفیت شناختی برای خلق بازنمایی روانی حوادث گذشته و همچنین مواجهه با حوادث آینده به منظور حل مشکل برخوردار است، ما قادر به خلق بازنمایی روانی حوادث تلخ آینده هستیم که علت اضطراب است، در شرایطی که هنوز اتفاق نیفتاده است. یکی از پیامدهای نگرانی توانایی تولید و حفظ اضطراب در غیاب ترس خارجی، با تفکرات و تصاویر فاجعه‌ساز از ترس‌های غیر وجودی و خطرات مواجهه شدن با آن‌ها در آینده است. در این معنی، نگرانی در سبب‌شناسی و حفظ اضطراب سهیم است (کلارک و بک، ۲۰۰۹).

نگرانی یک عکس‌العمل طبیعی است که در آن ذهن تلاش می‌کند با عامل تهدید بیرونی مبارزه کند و جلوی آن را بگیرد. اضطراب یا احساس نگرانی با توجه بیش از حد به مسائل واقعی یا خیالی همراه است. این مسائل معمولاً یا به خود شخص مربوط است (مانند مسائل مالی و سلامتی)، یا به محیط اطراف وی (مانند آلودگی محیط و تغییرات تکنولوژی یا جامعه). اکثر مردم با نگرانی‌های کوتاه‌مدت در زندگی خود روبرو بوده‌اند. نگرانی به‌اندازه‌ی طبیعی خود می‌تواند تأثیرات مثبتی داشته باشد، چون باعث می‌شود که فرد اقدامات پیشگیرانه انجام دهد (مانند بستن کمربند ایمنی خودرو یا خرید بیمه آتش‌سوزی) یا از ریسک‌های خطرناک پرهیز کند (مانند عصبانی کردن حیوانات وحشی یا بدمستی).

اختلال اضطراب فراگیر به عنوان اختلال اضطرابی «پایه» شناخته می‌شود. این به‌طور ضمنی بیان می‌دارد که بعضی از حالات آن، ویژگی همه‌ی اختلالات اضطرابی محسوب می‌شوند؛ و این تعجب‌آور نیست که شناسایی ویژگی‌های بالینی که مخصوص اختلال اضطراب فراگیر هستند، دشوار است. در این معنا، اختلال اضطراب فراگیر شامل درجات گوناگونی از حالات بالینی زیر است:

۱. نگرانی بیمارگونه و دیگر جنبه‌های شناختی اضطراب مزمن
  ۲. نشانه‌های تنش و پیامدهای تنش و اضطراب
  ۳. نشانه‌های جسمی گوناگون که بیشتر آن‌ها بازتاب بیش‌فعالی سیستم عصبی خودکار است (استارتویچ، ۲۰۰۹). آنچه در زیر آمده، سؤالاتی برای درک بهتر اختلال اضطراب فراگیرند که به این ترتیب فهرست شده‌اند:
  ۱. ویژگی‌های اصلی اختلال اضطراب فراگیر که به مفهوم‌سازی آن کمک می‌کنند، کدامند؟ نگرانی آسیب‌شناختی، دیگر جنبه‌های شناختی اضطراب، بروز تنش عضلانی و یا برخی از نشانه‌های برانگیختگی سیستم خودمختار؟ کدام ترکیب از این ویژگی‌ها این اطمینان را ایجاد می‌کند که اختلال اضطراب فراگیر به‌طور مناسب تشخیص داده شده و در مطب‌های بالینی شناسایی شده باشد؟
  ۲. ارتباط آسیب‌شناختی بین نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر چیست؟
  ۳. چگونه می‌توان نظرات متفاوت در مورد تشکیل ماهیت اختلال اضطراب فراگیر را با هم تطبیق داد؟ آیا اختلال اضطراب فراگیر حالتی واحد است یا دو یا چند «نوع» از اختلال اضطراب فراگیر با ویژگی‌های بالینی متمایز قابل تشخیص هستند؟
  ۴. اختلال اضطراب فراگیر چگونه با اختلال افسردگی، دیگر اختلالات اضطرابی و آشفتگی‌های شخصیت مرتبط است؟ آیا حدود مرزی وجود دارد؟ در مواردی که ارتباط نزدیک با افسردگی دارد اختلال اضطراب فراگیر باید با افسردگی طبقه‌بندی شود و آیا باید نام دیگری بر آن نهاد؟
  ۵. آیا اختلال اضطراب فراگیر می‌تواند بدون افسردگی و دیگر اختلالات اضطرابی وجود داشته باشد؟ ویژگی محوری لازم که اجازه می‌دهد اختلال اضطراب فراگیر خودش را به عنوان طبقه‌ای تشخیصی و آسیب‌شناختی نشان دهد، چیست؟
  ۶. همبسته‌های آسیب‌شناختی نگرانی مرضی در اختلال اضطراب فراگیر چیست؟ اضطراب مزمن به چه معنا است؟
  ۷. سازوکارهای زیربنایی نگرانی و مفهوم آسیب‌شناسی آن در اختلال اضطراب فراگیر چیست؟
  ۸. تمایز درمان دارویی اختلال اضطراب فراگیر از اختلال افسردگی به چه صورت است؟ آیا اثرات پزشکی ضد اضطرابی و افسردگی «چند-محوری» کافی برای درمان اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد؟
  ۹. هدف درمان‌های روان‌شناختی برای اختلال اضطراب فراگیر چه باید باشد؟ آیا تأکید بیش از حد بر آسیب‌شناسی نگرانی به درمان‌های روان‌شناختی اختلال اضطراب فراگیر در یک «برنامه مدیریت نگرانی» برمی‌گردد؟ (همان).
- اضطراب فراگیر را می‌توان به دو زیرگروه تقسیم کرد: زیرگروه اول معمولاً از خرده نشانه‌های بالینی اضطراب رنج می‌برند. این بیماران همیشه مضطرب‌اند، کنار می‌کشند، حساسیت اجتماعی دارند و نگران‌های ناسازگار محسوب می‌شوند. زیرگروه بعدی سازگاری اجتماعی بهتری نشان می‌دهند؛ به عبارت بهتر در این زیرگروه حوادث نامطلوب برانگیزاننده‌ی اختلال هستند. در هر حال، اگرچه محیط‌های اولیه متفاوت هستند، اما هرچه شرایط وخیم‌تر شود، نشانه‌شناسی در دو گروه تشابه بیشتری پیدا می‌کند (گریز، فراولی، نثوت، جوزف و ویلی، ۲۰۰۱).
- ویژگی اصلی اختلال اضطراب فراگیر نگرانی آسیب‌شناختی است، تظاهرات دیگر شامل اضطراب غیر فوبیک و نشانه‌های متعدد تنش است. معمولاً نشانه‌های فیزیکی اضطراب در اختلال اضطراب فراگیر نسبت به اختلال هراس کمتر برجسته هستند و هرچند می‌توانند مؤلفه‌های مهمی از تظاهرات بالینی محسوب شوند. اغلب رفتارهایی که در دیگر اختلالات اضطرابی، مانند

اجتناب آشکار دیده می‌شوند در اختلال اضطراب فراگیر مشخصاً وجود ندارند. برخلاف همه‌ی اختلالات اضطرابی، برای اختلال اضطراب فراگیر بیشتر متحمل است که علت اصلی رجوع برای دریافت کمک حرفه‌ای در مراکز بالینی اغلب اختلال افسردگی و دیگر اختلالات اضطرابی باشد تا اختلال اضطراب فراگیر. اختلال اضطراب فراگیر یکی از اعضای بحث‌برانگیز خانواده‌ی اختلالات اضطرابی به شمار می‌آید: تقریباً هر جنبه از این اختلال به بحث‌هایی دامن زده است و جالب اینکه نشانه‌ای از کاهش آن وجود ندارد (استارتویچ، ۲۰۰۹).

ظهور خطوط مختلف پژوهش، به‌طور فزاینده‌ای سازوکار و فرایندهای چندگانه‌ای را که در اختلال اضطراب فراگیر درگیرند، آشکار می‌سازد. به عنوان یک نتیجه، موارد زیر تصویری جامع و کامل از سازوکارهای دخیل در اختلال اضطراب فراگیر، عوامل چندگانه و ارتباط درونی‌شان را مشخص می‌کنند.

۱/ فهم عمیق طرح‌واره‌های خطر و ارزیابی-تهدید که ترس و راهبردهای خنثی پیامد آن هستند. اخیراً، بک و پرکینز (به نقل از ریسکیند، ۲۰۰۵) فراتحلیلی را اجرا کردند که نشان می‌داد افکار خودآیند تهدید-محور و پدیده‌ی نگرانی مختص به اضطراب نیستند و افسردگی و اضطراب را از همدیگر متمایز نمی‌کند. بعضی از یافته‌ها الگوهای شناختی را برای رسیدن دقیق و کامل به تشخیص محتوای شناختی خاصی که در اختلال اضطراب فراگیر و نشانگان اضطراب وجود دارد اما در افسردگی نیست را به چالش کشیده‌اند.

۲/ درک ماهیت، عملکردها و نقش پاسخ‌های خنثی یا جبرانی در اختلال اضطراب فراگیر. تحقیقات اخیر نقش شناخت، عاطفه و اجتناب رفتاری در اختلال اضطراب فراگیر را مطرح می‌کنند.

۳/ فهم جامع ارتباط بین محتوای ارزیابی، پاسخ‌های خنثی یا اجتناب جبرانی در اختلال اضطراب فراگیر و بدتنظیمی هیجانی و بین فردی. تحقیقات در این موارد بخصوص پیشنهاد می‌کنند که ارزیابی معیوب تهدید و فرایندهای سازگاری مختل (برای مثال کنترل فکر، یا اجتناب تجربه‌ای) منجر به بدتنظیمی می‌شود (ریسکیند، ۲۰۰۵).

حدوداً ۵ درصد مردم جهان از اختلال اضطراب فراگیر در رنج هستند، دیگر تحقیقات نشان داده‌اند که در هر سال حدود ۲-۳ درصد مردم این اختلال را بروز می‌دهند. اختلال پایدار است و فقط یک‌سوم افرادی که در دوره‌ی زندگی خود از آن زجر می‌برند، بهبودی بدون درمان را در طول زمان تجربه می‌کنند. بعلاوه این اختلال اغلب برای اولین بار در دوره‌ی نوجوانی دیده می‌شود، اما شیوع عودکننده‌ی آن بعد از ۳۵ سالگی و با میزان بیشتری از این اختلال در افراد بالاتر از ۳۵ سال است. افراد مجرد، مطلقه، بیوه، بیکاران و زنان خانه‌دار بیشترین خطر ابتلا را دارند (ریسکیند، ۲۰۰۵).

اختلال اضطراب فراگیر با ریسک بالای همبودی با سایر اختلالات همراه است. برای مثال ۶۲٪ از کودکان اختلال اضطراب فراگیر ۷-۱۸ ساله، تشخیص اختلال افسردگی را هم دریافت می‌کنند (الیس و هودسون، ۲۰۱۰). اختلال اضطراب فراگیر تقریباً دو برابر در زنان نسبت به مردان شایع‌تر است. سوءمصرف مواد و اختلال شخصیت (خصوصاً اجتنابی‌ها، وابسته‌ها و هیسترونیک‌ها) دو مورد از همپندگی‌های شایع در اختلال اضطراب فراگیر هستند. حدود سه‌چهارم افراد با اختلالات اضطرابی حداقل ملاک‌های یکی دیگر از اختلالات روان‌شناختی را دریافت می‌کنند (کرین، جانسون، داویسون و نیال، ۲۰۰۹).

در بیماران مبتلا به اختلال همپند اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی، معمولاً GAD تشخیص اصلی محسوب می‌شود. تبیین‌های مختلفی در تشریح این توالی وجود دارد، با این وجود، هنوز درک سازوکارهای زیربنایی آن مبهم است. درهرحال شواهد موجود در بیمارانی که دارودرمانی دریافت می‌کنند، از این واقعیت حمایت می‌کنند که احتمال افزایش افسردگی اساسی در آن‌ها کمتر می‌شود (ماج، ایبرو، سارنویوز، ساتو و اوکاشا، ۲۰۰۵). فقط تعداد کمی از مطالعات به‌طور ویژه هم‌آیندی

اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی را مورد بررسی قرار داده‌اند. اگرچه این مطالعات گزارش می‌کنند افرادی که واجد این نوع از هم‌آیندی هستند، تخریب بیشتری را نسبت به مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر از خود نشان می‌دهند، این مطالعات بیشتر بر شیوع‌شناسی، نشانگان و عملکردهای اجتماعی تمرکز داشتند. پس ارائه‌ی رویکردی که به فرایندهای شناختی اختلال اضطراب فراگیر در افرادی که از هم‌آیندی این دو اختلال رنج می‌برند، ضروری است. یافته‌های مطالعه‌ی داپی و لادوسر (۲۰۰۹) نشان داد که گروه با ملاک‌های تشخیص هم‌آیندی اختلال اضطراب فراگیر/ اختلال افسردگی، عدم تحمل ابهام بیشتر، جهت‌گیری مشکل‌ضعیف‌تر و اجتناب شناختی زیادتری را نشان دادند. دلالت‌های شناختی این یافته‌ها قابل‌بحث هستند.

نیمرخ نشانه‌شناسی اختلال اضطراب فراگیر در تمایز واضح آن از دیگر اختلالات، به‌ویژه اختلال‌های وحشتزدگی شکست‌خورده است. اختلال اضطراب فراگیر به‌عنوان حالت ملایمی از اختلال شخصیت در نظر گرفته می‌شود. از طرف دیگر، اختلال اضطراب فراگیر وانمود مرحله‌ای باقی‌مانده از افسردگی مزمن، یا حتی گونه‌ای از یک اختلال شخصیت مضطربانه محسوب می‌شود.

### نگرانی از دیدگاه‌های مختلف

در DSM-IV-TR اختلال اضطراب فراگیر به عنوان موقعیتی که در آن نگرانی آسیب شناسانه آشکارترین حالت محسوب می‌شود تعریف شده است. همچنین در ادامه‌ی DSM-IV-TR، نگرانی آسیب شناسانه باید افراطی، نامتناسب با مشکل (اگر چندین مشکل موجود باشد)، غیرقابل‌کنترل، فراگیر، تقریباً همیشه دائمی و مرتبط با چندین موضوع یا جنبه باشد. بعلاوه، نگرانی آسیب شناسانه اغلب به حوادث و شرایط آینده‌ی دور وابسته است و شاید این یکی از ویژگی‌های خاص اختلال اضطراب فراگیر باشد. بروکووک همکاران اولین تعریف از نگرانی را ارائه داده‌اند که به‌طور گسترده در تحقیق اختلال اضطراب فراگیر مورد پذیرش قرار گرفت: «نگرانی زنجیره‌ای از تفکرات و تصاویری است که به‌طور منفی اثر-سنگین و نسبتاً غیرقابل‌کنترل هستند». فرآیند نگرانی نشان‌دهنده‌ی تلاش برای اجرای حل مسئله‌ی ذهنی، در شرایطی است که پیامد آن غیرقطعی و شامل احتمال یک یا بیشتر از یک پیامد منفی باشد. سرانجام، نگرانی ارتباط نزدیکی با ترس دارد (کلارک و بک، ۲۰۰۹).

### ویژگی‌های آسیب شناسانه نگرانی

- ۱- شدت بیش‌ازاندازه و یا نامتناسب بودن با مشکل واقعی (اگر مشکل وجود داشته باشد)
  - ۲- تقریباً دائمی (همیشه حضورداشته باشد، بیشتر طول روز، تقریباً هرروز)
  - ۳- فراگیر
  - ۴- غیرقابل‌کنترل: اگرچه خود-آغاز است، کیفیتی ناخوانده دارد (مانند فردی که بیان می‌کند که نمی‌تواند نگرانی‌اش را کنترل کند)
  - ۵- در ارتباط با چندین موضوع یا بعد (مانند کسی که در مورد سلامتی، مسائل مالی و کار در زمان مشخص نگران است).
  - ۶- در ارتباط باعاطفه‌ی منفی.
  - ۷- گرایش به ممانعت فرد از تغییر تمرکز، جلوگیری از حل مسئله و تداخل با فرایند حل مسئله (استارتویچ، ۲۰۰۹).
- اکنون بیشتر تحقیقات بالینی نگرانی را به عنوان راهبرد انطباقی ناسازگارانه‌ی اجتناب شناختی در نظر می‌گیرند (کلارک و بک، ۲۰۰۹).

## ویژگی‌های نگرانی آسیب شناسانه که با احتمال بیشتر در اختلال اضطراب فراگیر دیده می‌شوند:

- ۱- الگویی فزاینده‌ای از سبک پرسشی «اگر...چه می‌شود»
- ۲- نگرانی معمولاً به شرایط آینده‌ی دور، همراه با ادراک منفی از آینده وابسته است.
- ۳- وقوع باورهای منفی در مورد نگرانی.
- ۴- عدم تحمل ابهام، خصوصاً ضعف تحمل در عدم قطعیت (استارتویچ، ۲۰۰۹).

## تمایز بین دو نوع نگرانی:

- ۱- نگرانی‌ای که وابسته به «اینجا اکنون» است و بیشتر پایه‌ی آن در واقعیت است. (مانند نگرانی در مورد مسائل جاری و پیامدهای آن).
  - ۲- نگرانی‌ای که نسبتاً وابسته به آینده‌ی دور است و ماهیتی فرضی دارد. (مانند نگرانی از سرطان در آینده‌ی دور). این تمایز بین این دو نوع نگرانی مهم است چون تعیین‌کننده‌ی نوع درمانی است که باید انجام شود.
- جهت‌دهی مشکل معمولاً برای نگرانی نوع ۱ مناسب‌تر است و درحالی‌که مواجهه‌ی شناختی برای نگرانی نوع دو که ماهیتی فرضی و آینده‌نگر دارد سودمندتر به نظر می‌رسد (استارتویچ، ۲۰۰۹).
- کلارک و بک (۲۰۰۹) بیان می‌کنند که نگرانی سه نوع عملکرد دارد: ۱- هشدار؛ نشانه‌های ترس را در آگاهی هشیار عرضه می‌کند. ۲- برانگیختن؛ مکرراً تفکرات و تصاویر مرتبط با ترس را در هشیار نشان می‌دهد و ۳- آماده‌سازی؛ اجازه به افراد نگران برای مواجهه با موقعیت آینده با تولید راه‌حلی برای مشکل یا آمادگی هیجانی برای پیامدهای منفی. آن‌ها بحث می‌کنند که نگرانی می‌تواند سودمند باشد (مثلاً منجر به حل مشکل می‌شود) یا اگر ترس ادراک‌شده قویاً محتمل، قریب‌الوقوع، بی‌زاری آور و غیرقابل مدیریت باشد می‌تواند فراگیر و ناسازگارانه شود. (مثلاً ادراک دسترسی محدود به راهبردهای سازگاری با حوادثی که سریع واقع می‌شوند)، این کیفیتی خود-فاجعه ساز برای نگرانی است چون با خلق خطای ادراکی قطعیت، به عنوان توانایی پیش‌بینی و کنترل خطر یا ترس مواجهه شده عمل می‌کند.
- معمولاً نگرانی به عنوان جزء شناختی اضطراب طبقه‌بندی می‌شود. همچنین به عنوان زنجیره‌ای تکراری از افکار و تصورات، سنگین-اثر و به‌طور گسترده غیرقابل کنترل، در مورد حادثه‌ای در آینده که پیامد آن ادراک ابهام‌آمیز و احتمالاً منفی است و هدفش کاهش رخداد پیامدهای ترسناک (و اثرات آن) است (فیالکو، بولتون و پیرن، ۲۰۱۱).
- اختلال اضطراب فراگیر مسئله‌ای ویرانگر است که اثرات تخریبی معنادار و ناتوان‌کننده‌ای را تولید می‌کند که بیشتر در اختلالات وابستگی به دارو و افسردگی اساسی قابل‌مشاهده است. بعلاوه، اختلال اضطراب فراگیر با نگرانی افراطی و غیرقابل‌کنترلی که می‌تواند شرایط سلامتی را وخیم‌تر و بدتر کند مشخص می‌شود. همچنین باعث تضعیف روحیه، افسردگی و اختلالات اضطرابی دیگر می‌شود (ریسکیند، ۲۰۰۵).
- نگرانی ویژگی سایر اختلالات اضطرابی مثل اختلال اضطراب جدایی و هراس اجتماعی هم هست؛ اما نگرانی‌ای که در اختلال اضطراب فراگیر مشاهده می‌شود به مراتب گسترده‌تر از نگرانی در سایر اختلالات است (الیس و هودسون، ۲۰۱۰).

## نتیجه‌گیری:

درمان فراشناختی به این موضوع علاقه‌مند است که پردازش اطلاعات در فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از چه مسیر یا مسیرهایی عبور می‌کند؛ به عبارت دیگر درمان فراشناختی به چگونگی تفکر و فرایندهای پی‌آیند آن می‌پردازد. ولز معتقد است فرایندهایی در پردازش اطلاعات وجود دارند که محتوای تفکر فرد را کنترل می‌کنند و از طریق همین فرایندهاست که مسیر پاتولوژی اختلالات اضطرابی شکل می‌گیرد که وی آن را فراشناخت می‌نامد. این مدل تبیین بسیار جالبی از نحوی شکل‌گیری (چگونگی) آشفته‌گی‌های روانی به دست می‌دهد. به این ترتیب که فرایندهای سطح بالا (فراشناخت) نحوی اهمیت دادن به رویدادها، افکار و تجارب فرد را - توجه انتخابی (یا سوگیری توجه) - تعیین می‌کنند؛ یعنی توجه کردن به محرک‌ها و برانگیزانندهایی در محیط که فراشناخت‌های فرد آن‌ها را هدایت می‌کند. برای مثال، در فرد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی پردازش اطلاعات از طریق فراشناخت‌هایی مبنی بر اینکه، گوش‌به‌زنگ بودن، آماده بودن و مسئولیت در قبال هر آنچه پیرامون فرد در حال اتفاق است، مختل می‌گردد. از طریق همین فراشناخت‌هاست که محتوای افکار فرد تعیین و بر اساس آن‌ها رفتارها شکل می‌گیرند؛ بنابراین نگرانی و نشخوار فکری محصول فرایندهای سطح بالایی هستند که در ادبیات شناختی یا بهتر بگوییم فراشناختی به «فراشناخت» معروف هستند. درمجموع به نظر می‌رسد آنچه از نظریه‌ی فراشناختی در مورد شکل‌گیری اختلالات در انسان به دست می‌آید چگونگی بروز یا توصیف فرایند تداوم این اختلالات است.

در ارتباط با مطالب فوق، احتمالاً یکی از چالش‌های نظری پیش روی این رویکرد، عدم توجه به تبیین و دلایل چنین فرایندهای سوگیرانه‌ای در افراد مبتلا به اختلالات روانی است؛ به عبارت دیگر این مدل در مورد اینکه چرا عده‌ای از افراد از فرا‌باورهای ناسازگارانه استفاده می‌کنند درحالی‌که عده‌ی دیگر واجد چنین ویژگی‌ای نیستند صحبتی به میان نمی‌آورد. اینکه چرا افرادی بر این باورند که نگرانی یا نشخوار فکری مفید هستند و باید از آن‌ها به عنوان سازوکارهای مقابله‌ای استفاده کرد؟ جای خالی چنین پاسخی در نظریه‌ی فراشناختی بسیار به چشم می‌خورد.

در تحلیل نهایی سؤال اصلی و اساسی دراین‌باره این است که چه عوامل یا ویژگی‌هایی باعث بروز چنین مسیرهای پاتولوژی در افراد مبتلا به اختلال‌های روانی می‌شود. آیا این ویژگی‌ها در فرایندهای پردازش اطلاعات سوگیرانه نهفته است، یا مؤلفه‌هایی تحولی در این امر سهیم می‌باشند.

در پاسخ به این سؤال باید خاطرنشان ساخت که بر اساس ادبیات تحقیق به نظر می‌رسد که مؤلفه‌ای بنیادی-تحولی در شکل‌گیری چنین شرایطی دخیل است. ولز (۲۰۰۹) معتقد است که افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی و خلقی برای تنظیم خود و آنچه او فرایندهای خود نظم‌بخش می‌نامد، مجبورند تا خود و جهان خود را بر اساس یک فکر، باور یا تجربه‌ی مزاحم تعریف نمایند. به این ترتیب می‌توانند موقعیت‌های هیجانی را از طریق فرایندهای تفکر مفهومی کلامی کنترل نمایند؛ به عبارت دیگر تعریف خود و جهان خود به عنوان نوعی رفتار مقابله‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرد که نام دیگر آن می‌تواند تنظیم هیجانی باشد.

در چنین شرایطی بود که در ذهن من فرض یا فرضیه‌ای مبنی بر این شکل‌گرفت که فرایند تعریف خود و جهان خود باید چیزی فراتر از نوعی تنظیم هیجانی ساده باشد که فرد از این راهبرد در موارد خاصی استفاده کند. در معنای بهتر، شاید این تعریف از خود و جهان خود شرایط و سازوکاری زیر بنایی برای تمامی فراشناخت‌های مرتبط با این نوع از پردازش اطلاعات باشد.

اگر در مسیر تحولی نگاهی به مراحل و وهله‌های مترتب بر رشد بیندایم تقریباً نوعی از این نوع پردازش شناختی در یکی از مراحل چندگانه تحولی (مشخصاً نوجوانی) اتفاق می‌افتد. بر اساس ادبیات موجود در روان‌شناسی تحولی، نوجوانی سنی است

که در آن فرد با تعارضی به نام «بحران هویت» روبروست. جایی که نوجوان باید در مورد هر آنچه قرار است در آینده باشد و بشود تصمیم‌گیری کند. اینکه چه شغلی یا چگونه همسری یا چه رشته‌ی تحصیلی و... را باید انتخاب نماید. به عبارت بهتر نتیجه بحران هویت این است که فرد باید به‌نوعی تعریف از خود و جهان خود دست بزند و به عبارتی پیش‌نویس زندگی خود را که در کودکی نوشته پیش روی بیاورد و آن را دوباره بازنویسی نماید. فرایندی که هر نوجوان آن را می‌گذراند و بسته به اینکه چه پاسخی به آن می‌دهد نوع هویت فرد را مشخص می‌نماید.

در یک طبقه‌بندی کلی هویت یا مکتسب است یا کسب نشده. افرادی که هویت کسب شده دارند، دارای تعریفی نسبتاً روشن و البته (تقریباً) پایدار در طول زمان از خود و جهان خود هستند. در مقابل افرادی که هویت کسب‌شده ندارند نمی‌توانند تعریف واحد و روشن از خود و دنیای اطراف خود به دست بدهند و اگر هم چنین چیزی میسر باشد معمولاً در طول زمان دستخوش تغییر و دگرگونی می‌شود تا جایی که فرد دارای هویت نامکتسب اجبار دارد که در شرایط و موقعیت‌های مختلف خود را به نوعی بازخوانی مجدد نماید.

با اوصافی که در بالا ذکر شد احتمالاً تشابه فرایند شکل‌گیری هویت از یک‌طرف و همچنین سازوکارهای مقابله‌ای خودتنظیمی از طرف دیگر تا حدودی معین شده است.

فرضیه‌ای که بنده در نظر دارم به این شرح است: افرادی که از نگرانی و نشخوار فکری به عنوان راهبردهای شناختی حل مسائل روزمره در ارتباط با یک فکر و تجربه مزاحم استفاده می‌کنند کسانی هستند که یک مؤلفه زیر بنایی در آن‌ها به شکل ناقص شکل‌گرفته است. به این صورت که فرایند شکل‌گیری هویت در دوره نوجوانی‌شان به نوعی مختل شده و هویتی کسب‌شده به این معنا که تعریفی واحد و ثابت از خود داشته باشند در خزانه‌ی شناختی آن‌ها موجود نیست؛ بنابراین در ارتباط با یک فکر مزاحم که می‌تواند در ذهن هر فردی خطور نماید مجبورند خود را تعریف مجدد نمایند. به این دلیل که معیار و ملاک ثابت و واضحی از خود استعدادها، توانایی‌ها و نقاط ضعف خود ندارند؛ به عبارت دیگر پاسخی روشن و مشخص به اینکه من کیستم و باورها، اهداف و آرزوهایم چه باید باشند ندارند. در نتیجه‌ی چنین شرایطی بالاجبار باید زمانی را صرف این کنند که آیا آن باور مزاحم (مثلاً من آدم بی‌ارزشی هستم) درست است یا نه و آیا من واجد آن ویژگی هستم یا نه نمایند. شرایطی که در قالب نظریه فراشناختی به نگرانی یا نشخوار فکری معروف است.

از طرف دیگر کسی که هویت مکتسب دارد در ارتباط با همان فکر مزاحم به تعریفی که از خود و جهان پیرامون خود که مرتبط به وی است رجوع می‌کند و بر اساس همین ملاک مشخص و معین (هویت) آن فکر را یا رد یا تأیید می‌کند و در کمترین زمان ممکن از دور باطلی که شامل نگرانی و نشخوار فکری است بیرون می‌آید.

سؤال اولیه‌ی خود را یک‌بار دیگر مطرح می‌کنم و آن عبارت از این است که در نظریه‌ی فراشناختی دلایل شکل‌گیری فراشناخت‌های مختل درگیر در اختلالات روانی محلی از اعراب نیست و جای پاسخ به این سؤال در این رویکرد خالی است. به نظر می‌رسد اگر بخواهیم دلیلی احتمالی و البته زیربنایی در کنار دلایل بی‌شمار ناشناخته برای آن ذکر کنیم بحران هویت جوابی مناسب و درخور توجه به چنین پرسشی است. امید است که تحقیقات آتی در زمینه بتوانند پاسخی مطلوب به چنین پرسش‌هایی از این دست داشته باشند.

## منابع:

۱. انجمن روان پزشکی آمریکا (۱۳۹۴). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. ترجمه: یحیی سید محمدی، تهران: نشر روان (تایخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۳).
۲. باقری‌نژاد، مینا، صالحی‌فرددی، جواد و طباطبایی، سیدمحمود (۱۳۸۹). رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی. *مجله مطالعات تربیتی و روانشناسی*، ۱۱(۱)، ۳۸-۲۱.
۳. دهشیری، غلامرضا، گلزاری، محمود، برجعلی، احمد و سهرابی، فرامرز (۱۳۸۹). خصوصیات روان‌سنجی نسخه فارس پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا در دانشجویان، *مجله روان شناسی بالینی*، ۱(۴)، ۶۷-۷۵.
۴. طبیب زاده، فریناز و سپهریان آذر، فیروزه (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تاب آوری و نشخوار ذهنی بیماران مولتیپل اسکلروزیس. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۷(۱۴)، ۹-۱.
۵. علی مهدی، منصور، احتشام‌زاده، پروین، نادری، فرخ، افتخار صادی، زهرا و پاشا، رضا (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر عدم تحمل بلا تکلیفی و حساسیت اضطرابی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *اندیشه و رفتار*، ۱۰(۳۸)، ۴۳-۴۹.
۶. فرقانی طرقي، ام البنین، جوانبخت، مریم، بیاضی، محمدحسین، صاحبی، علی، وحیدی، شعیب و دروگر، خدیجه (۱۳۹۱). مقایسه‌ی اثربخشی آموزش گروهی شناختی رفتاری و واقعیت درمانی بر عزت نفس دانش آموزان دبیرستانی، *مجله‌ی اصول بهداشت روانی*، سال ۱۴(۲)، ۱۷۲-۱۸۰.
۷. قاسمی، نوشاد (۱۳۹۱). مقایسه حساسیت اضطرابی و شادکامی بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر با افراد سالم در شیراز، *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا*، ۲(۶)، ۱۱۲-۱۰۱.
۸. مرادی‌منش، فاطمه (۱۳۸۶). حساسیت اضطرابی: مفاهیم و دیدگاه‌ها. تازه‌های روان درمانی. ۱۱ (۳۹ و ۴۰)، ۴۲-۲۸.
۹. مقتدر، لیلا (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری، نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند منفی در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر. *مجله پزشکی ارومیه*. ۲۷ (۹)، ۸۲۵-۸۳۵.
۱۰. منصوری، احمد، فرنام، علیرضا، بخشی‌پور رودسری، عباس و محمودعلیلو، مجید (۱۳۸۹). مقایسه نشخوار فکری در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده، اختلال وسواس-اجبار، اختلال اضطراب فراگیر و افراد بهنجار. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۱۷(۳)، ۱۹۵-۱۸۹.
11. Ali Mehdi, M., Ehteshamzadeh, P., Naderi, F., Eftekhaesaadi, Z., & Pasha, R. (2015). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on uncertainty intolerance and anxiety sensitivity in people with generalized anxiety disorder. *Thought and Behavior*, 10(38): 43-49 [In Persian].
12. Bagheri Nejad, M., Salehi Fadredi, J., & Tabatabai, S. M. (2010). The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian students. *Journal of Educational Studies and Psychology*, 11(1): 38-21 [In Persian].
13. Barlow, D. H., Craske, M. G., Cerny, J., & Klosko, J. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Journal Behavior Therapy*, 20(2): 261-282.
14. Beck, A. T. (1996). Cognitive therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current Psychotherapies*.
15. Bernstein, A., & Zolensky, M. J. (2007). Anxiety sensitivity: Selective review of promising research and future directions. *Expert Review of Aerotherapeutics*, 7(2): 97-101.