



An extensive research in the epistemology, causes, approaches and treatment methods of generalized anxiety disorder

Abutaleb Vafadar¹, Seyed Mahmud Mirzamanibafghi², Marjan Jafariroshan³

1. Ph.D Candidate in General Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: abutalebvafadar@yahoo.com

2. Professor, Department of Clinical Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: Mirzamani2003@gmail.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: Marjan.jafariroshan@gmail.com

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received 18 December 2022
Received in revised form 15 January 2023
Accepted 19 February 2023
Published Online 20 March 2024

Keywords:
Generalized anxiety disorder,
Psychological treatment, treatment methods

ABSTRACT

Background: One of the anxiety disorders that has a high coexistence with other disorders is generalized anxiety disorder. Considering the prevalence and debilitating nature of this disorder, it is very important to identify effective treatments with high potential to improve the treatment outcomes of people with generalized anxiety disorder. It was not found to deal with the descriptive review method.

Aims: The aim of the present study is to review effective therapeutic interventions on generalized anxiety disorder.

Methods: The present study was a descriptive review. Using the keywords of generalized anxiety disorder, treatment methods and psychological treatment, a search was conducted in specific databases such as Medline, SID, Magiran, PubMed, Scopus and Science Direct. A total of 73 articles were retrieved, and after checking the inclusion and exclusion criteria, 21 articles, including those that were not directly related to the topic of discussion, as well as articles with duplicate findings, were removed.

Results: A review of studies showed that the main approaches used for the treatment of generalized anxiety disorder are pharmacological and psychological approaches, that psychological treatments such as emotional schema therapy, education based on acceptance and commitment, and applied relaxation are more effective than drug treatment.

Conclusion: The results of the review and investigation of previous internal and external studies showed that according to the characteristics of anxiety disorders, especially generalized anxiety disorder, which have a great impact on people's cognition, psychological treatment processes with a cognitive-behavioral approach, including those based on acceptance and commitment and emotional therapy schema have a greater and longer effect on the treatment and reduction of the symptoms of this disorder.

Citation: Vafadar, A., Mirzamanibafghi, S.M., & Jafariroshan, M. (2024). An extensive research in the epistemology, causes, approaches and treatment methods of generalized anxiety disorder. *Journal of Psychological Science*, 23(133), 145-163. [10.52547/JPS.23.133.145](https://doi.org/10.52547/JPS.23.133.145)

Journal of Psychological Science, Vol. 23, No. 133, 2024

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.23.133.145](https://doi.org/10.52547/JPS.23.133.145)



✉ **Corresponding Author:** Seyed Mahmud Mirzamanibafghi, Professor, Department of Clinical Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

E-mail: Mirzamani2003@gmail.com, Tel: (+98) 9121169771

Extended Abstract

Introduction

One of the anxiety disorders that has a high coexistence with other disorders is generalized anxiety disorder. Generalized anxiety disorder is a type of generalized disorder in which a person constantly worries about future events and is afraid of them, which leads to chronic and pathological worry about events. In addition to constant worry, this disorder is sometimes accompanied by physical complications (American Psychological Association, 2012).

This state is seen in people who are constantly worried about something happening. The subject of these worries can be very diverse: worry about children getting sick, worry about the death of a friend, etc. This state is similar to the stage of stress resistance and is not very dangerous. Its symptoms include heart palpitations, restlessness, and fatigue, and insomnia, shortness of breath, impaired concentration and memory. People who suffer from generalized anxiety usually have problems with memory, concentration and learning. People with pervasive anxiety can control and reduce their anxiety by replacing positive thoughts (Rebecca et al., 2016). By referring to this disorder as basic anxiety disorder, some researchers stated that a better understanding of the factors involved in the etiology of this disorder will increase our knowledge about the origin of other anxiety disorders or perhaps major depressive disorders. According to what has been said about the harmful effects of generalized anxiety disorder on the personal life of affected people and the society, its course and prevalence, there is a great need for effective treatments, but despite this issue, this disorder has not been sufficiently studied and treated (Romer & Orsillo, 2002).

In general, the high prevalence of this disorder, the direct and indirect costs that are imposed on patients, their families, and society, and the basic line of research on the effectiveness of psychological and non-psychological treatments on patients with this disorder paves the way for conducting research. Therefore, the search for new treatment options or adjunctive treatment options for generalized anxiety

disorder is of great importance. The current research also seeks to obtain various treatment methods for generalized anxiety disorder so that we can choose the approach and treatment method for this type of patients with more knowledge about the treatments and their advantages and disadvantages.

Method

The present study was a descriptive review. Using the keywords of generalized anxiety disorder, treatment methods and psychological treatment, a search was conducted in specific databases such as Medline, SID, Magiran, PubMed, Scopus and Science Direct. After reviewing the inclusion and exclusion criteria, articles that were not directly related to the topic of discussion and articles with duplicate findings were removed.

Results

Through the comprehensive study of domestic and foreign texts, the methods of psychological treatment that we will discuss in the following, affected by biological, cognitive and cognitive-behavioral factors, have been obtained for the treatment of generalized anxiety disorder.

The aim of the present study was to review and investigate the approaches and treatment methods, both psychological and pharmacological, for people with generalized anxiety disorder. The results of the review and review of previous domestic and foreign studies showed that there are two biological and psychological approaches to treatment, that the biological approach has led to the creation of pharmaceutical methods and the psychological approach has led to the creation of cognitive and cognitive-behavioral methods.

As mentioned, generalized anxiety disorder is a very common disease in which people with it are faced with excessive anxiety about everyday events and problems. Examining the research results showed that in the treatment of generalized anxiety disorder, cognitive-behavioral therapies are more effective than other treatment approaches, including drug therapy. Among the cognitive-behavioral therapy methods, we can mention the teaching method based on acceptance and commitment, as well as the emotional schema therapy, which many findings indicated about their effectiveness in treatment.

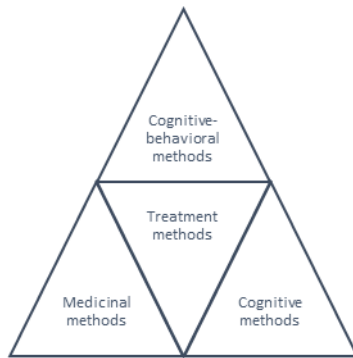


Figure 1. Summary of effective psychological treatments in generalized anxiety disorder

Conclusion

In short, this research supports psychological treatment processes, especially with a cognitive-behavioral approach, including acceptance and commitment and emotional schema therapy. According to these treatments, people are taught to accept what is out of their personal control and while accepting emotions and not suppressing them and not making unrealistic interpretations, try to create a purposeful and meaningful life. Interventions based on acceptance and commitment by removing experiential avoidance and focusing people on the present and moment-to-moment experience of life and emotional schema therapy by teaching acceptance of emotions and understanding them in general by increasing psychological flexibility cause improvement in cognitive avoidance, attention bias and intolerance of uncertainty be.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the PhD thesis of the first author in the field of general psychology in the Faculty of Psychology of Islamic Azad University. In order to maintain the ethical principles in this research, we tried to respect the rights of the researchers and to observe the principle of honesty in the expression of the research results.

Funding: This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author, the second were the supervisors and the third was the advisors.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: I would like to appreciate the supervisor, the advisors, the parents in the study.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی



پژوهشی گسترده در شناخت‌شناسی، علل، رویکردها و روش‌های درمانی اختلال اضطراب فراگیر

ابوطالب وفادار^۱، سید محمود میرزمانی بافقی^۲، مرجان جعفری روشن^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. استاد تمام، گروه روانشناسی بالینی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۲۷

بازنگری: ۱۴۰۱/۱۰/۲۵

پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۳۰

انتشار برخط: ۱۴۰۳/۰۱/۰۱

کلیدواژه‌ها:

اختلال اضطراب فراگیر،

درمان روانشناختی،

روش‌های درمانی

زمینه: یکی از اختلالات اضطرابی که همبودی بالایی با سایر اختلالات دارد، اختلال اضطراب فراگیر است. با توجه به میزان شیوع و ناتوان‌کننده بودن این اختلال، شناسایی درمان‌های مؤثر با پتانسیل بالا برای بهبود نتایج درمان افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بسیار مهم است. با این حال، در پیشینه این حوزه مطالعه‌ای که به بررسی و مرور رویکردهای رایج در درمان این اختلال به روش مروری نقلی پردازد، یافت نشد.

هدف: مطالعه حاضر با هدف مروری بر مداخلات درمانی مؤثر در اختلال اضطراب فراگیر انجام شد.

روش: مطالعه حاضر یک مطالعه مروری نقلی بود. با استفاده از کلیدواژه‌های اختلال اضطراب فراگیر، روش‌های درمانی و درمان روانشناختی در پایگاه‌های اختصاصی نظیر PubMed، Magiran، SID، Medline، Scopus و Science Direct جستجو انجام شد. تعداد ۷۳ مقاله بازیابی شده و پس از بررسی ملاک‌های ورود و خروج، ۲۱ مقاله از جمله مقالاتی که ارتباط مستقیمی با موضوع بحث نداشتند و همچنین مقالات با یافته‌های تکراری حذف شدند.

یافته‌ها: مروری بر مطالعات نشان داد رویکردهای عمده مورده استفاده برای درمان اختلال اضطراب فراگیر رویکرد دارویی و رویکرد روانشناختی هستند که درمان‌های روانشناختی مانند طرحواره درمانی هیجانی، آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و آرام‌سازی کاربردی نسبت به درمان دارویی اثربخشی بیشتری دارد.

نتیجه‌گیری: نتایج مرور و بررسی مطالعات داخلی و خارجی پیشین نشان داد با توجه به ویژگی‌های اختلالات اضطرابی بالاخص اختلال اضطراب فراگیر که بر شناخت افراد تأثیر بسیاری دارند، فرآیندهای درمان روانشناختی با رویکرد شناختی-رفتاری از جمله مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی هیجانی را تأثیر بیشتر و طولانی‌تری بر درمان و کاهش نشانگان این اختلال دارند.

استناد: وفادار، ابوطالب؛ میرزمانی بافقی، سید محمود؛ و جعفری روشن، مرجان (۱۴۰۳). پژوهشی گسترده در شناخت‌شناسی، علل، رویکردها و روش‌های درمانی اختلال اضطراب

فراگیر. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۳، شماره ۱۳۳، ۱۴۵-۱۶۳.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۳، شماره ۱۳۳، ۱۴۰۳. DOI: [10.52547/JPS.23.133.145](https://doi.org/10.52547/JPS.23.133.145)



© نویسنده‌گان.

✉ نویسنده مسئول: سید محمود میرزمانی بافقی، استاد تمام، گروه روانشناسی بالینی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

رایانامه: Mirzamani2003@gmail.com | تلفن: ۰۹۱۲۱۱۶۹۷۷۱

مقدمه

اضطراب^۱ مفهومی است چندبعدی و دارای گستره‌های گوناگون که به‌عنوان پدیده‌ای بدنی، شناختی، عاطفی و بین‌فردی جلوه‌گر می‌شود. اضطراب، حالت خلقی منفی با نشانه‌های جسمی و اندیشناکی نسبت به آینده است (بارلو، ۲۰۱۴). اضطراب ممکن است از کودکی در افراد ظاهر شده و تا بزرگسالی آن‌ها ادامه یابد. در واقع اضطراب تشویشی فراگیر، ناخوشایند، و مبهم است که اغلب، علائم دستگاه خودمختار نظیر سردرد، تعریق، تپش قلب، احساس تنگی در قفسه‌ی سینه، و ناراحتی مختصر معده هم با آن همراه است. اضطراب هشدار است که فرد را گوش به زنگ می‌کند، یعنی به فرد هشدار می‌دهد که خطری در راه است و باعث می‌شود که فرد بتواند برای مقابله با خطر اقداماتی به عمل آورد. ترس هم هشدار است که فرد را گوش به زنگ می‌کند، ولی باید آن را از اضطراب جدا کرد. ترس در پاسخ به خطری معلوم، بیرونی، معین، یا با منشأ غیر تعارضی ایجاد می‌شود، حال آنکه اضطراب در پاسخ به تهدیدی پیدا می‌شود که نامعلوم، درونی، و مبهم است یا از تعارض منشأ گرفته است. اضطراب را می‌توان پاسخی بهنجار و انطباقی نیز تلقی کرد که موجب حفظ حیات می‌شود و باعث می‌شود فرد برای پیشگیری از خطرات و تهدیدها یا برای تخفیف عواقب کاری بکند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۸). پس وقوع مجدد موقعیت‌هایی که قبلاً استرس‌زا بوده‌اند یا طی آن‌ها به فرد آسیب رسیده است می‌تواند باعث اضطراب در افراد شود. همه انسان‌ها در زندگی خود دچار اضطراب می‌شوند، ولی اضطراب مزمن و شدید، غیرعادی و مشکل‌ساز است (دیویسون و جرالند، ۲۰۰۸).

اضطراب هنگامی در فرد ایجاد می‌شود که شرایط استرس‌زا در زندگی او بیش از حد طولانی شود یا به طور مکرر رخ دهد و یا اینکه دستگاه عصبی بدن نتواند به مرحله مقاومت تنیدگی پایان دهد و بدن برای مدتی طولانی همچنان در حالت هشدار باقی بماند. در این صورت بدن فرسوده و در برابر بیماری‌های جسمی و روانی (مانند اضطراب) آسیب‌پذیر می‌شود. در افراد مضطرب، میزان بعضی از هورمون‌های موجود در خون غیرعادی است؛ بنابراین هر آنچه که باعث اختلال در سیستم هورمونی شود، برای بدن خطر محسوب می‌شود (راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی، ۲۰۱۳ به

نقل از سیدمحمدی، ۱۳۹۳). یکی از اختلالات اضطرابی که همبندی بالایی با سایر اختلالات دارد، اختلال اضطراب فراگیر است. اختلال اضطراب فراگیر، نوعی اختلال فراگیر است که در آن، فرد به‌طور دائم درباره رویدادهای آینده نگران است و از آن‌ها می‌ترسد، موضوعی که به نگرانی مزمن و بیمارگونه درباره رویدادها منجر می‌شود، علاوه بر نگرانی دائمی، این اختلال گاهی با عوارض فیزیکی نیز همراه است (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۲). این حالت در افرادی دیده می‌شود که به‌طور مداوم نگران وقوع اتفاقی هستند. موضوع این نگرانی‌ها می‌تواند بسیار متنوع باشد: نگرانی از بیمار شدن فرزندان، نگرانی از مرگ یکی از آشنایان، نگرانی از ته گرفتن غذا و غیره. این حالت به مرحله مقاومت استرس شباهت دارد و خطر چندانی ندارد. از علائم آن می‌توان تپش قلب، بی‌قراری، خستگی، بی‌خوابی، تنگی نفس، اختلال در تمرکز و حافظه را نام برد (ربکا و همکاران، ۲۰۱۶). افرادی که از اضطراب فراگیر رنج می‌برند معمولاً در حافظه، تمرکز و یادگیری نیز با مشکل روبرو هستند. افرادی که دارای اضطراب فراگیر هستند با جایگزین ساختن افکار مثبت می‌توانند اضطراب خود را کنترل کنند و آن را کاهش دهند (ویجرلند و همکاران، ۲۰۱۶).

اضطراب فراگیر در میان زنان شیوع بیشتری دارد، تقریباً دوسوم افراد مبتلا را زنان تشکیل می‌دهند (ویتبورن و هالچین، ۲۰۱۳). این اختلال، نافذ بوده و با نرخ شیوع معادل ۲ تا ۶ درصد و شیوع طول عمر برابر با ۴ تا ۷ درصد از اختلال‌های شایع روانی است (لیب و همکاران، ۲۰۰۵). همچنین نتایج برخی از مطالعات همه‌گیر شناختی در ایران نیز حاکی از آن است که اختلال اضطراب فراگیر شایع‌ترین اختلال اضطرابی در کشور است (سلمانی و همکاران، ۱۳۸۳). مطابق با ملاک‌های تشخیصی DSM-V^۲ بسیاری از کسانی که دچار اختلال اضطراب فراگیر (GAD) هستند از احساس اضطراب و نگرانی مادام‌العمری شکایت دارند. میانگین سنی بروز اختلال اضطراب فراگیر ۳۰ سالگی است. مبتلایان اغلب درباره مسائل عادی زندگی روزمره مثل مسئولیت‌های شغلی، احتمالی، سلامتی و مسائل مالی، سلامتی اعضای خانواده، بداقبالی فرزندان یا مسائل جزئی (مثلاً امور جزئی خانه یا دیر رسیدن به قرار ملاقات) نگران هستند. این نگرانی‌ها از موضوعی به موضوع دیگر تغییر می‌کند، بارزتر و دردسرساز بوده، دوام

^۱. Anxiety

^۲. Diagnostic and Statistical Manual- V

شناخت جامع و کلی در زمینه روش‌های درمان، لزوم جستجو برای گزینه‌های جدید درمانی یا گزینه‌های کمک‌کننده درمانی برای اختلال اضطراب فراگیر را بیش از پیش آشکار می‌سازد.

پژوهش حاضر نیز در پی دستیابی به شناخت انواع روش‌های درمانی برای اختلال اضطراب فراگیر بوده تا با شناخت بیشتری نسبت به درمان‌ها و مزایا و معایب آن‌ها دست به انتخاب رویکرد و روش درمانی برای این نوع بیماران بزنیم.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: با توجه به هدف پژوهش حاضر، مطالعه حاضر یک مطالعه مروری نقلی^۱ بود.

برای انجام این مطالعه در گام اول سؤال پژوهش تعیین شد که عبارت بود از مداخلات درمانی رایج و گزارش شده در مقالات علمی برای درمان اختلال اضطراب فراگیر کدامند؟ بود. در گام دوم برای شناسایی و بازیابی مطالعات ابتدا پایگاه‌های داده و بانک نشریات Magiran, SID, Medline, Scopus, PubMed و Science Direct انتخاب شدند و سپس با استفاده از استراتژی جستجو با ترکیب کلیدواژه‌های "اختلال اضطراب فراگیر، روش‌های درمانی و درمان روانشناختی" در پایگاه‌های اختصاصی نظیر جستجو انجام شد. ملاک ورود به مطالعه، مطالعات علمی-پژوهشی انجام گرفته در فاصله سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۲ و ملاک خروج از مطالعه، نداشتن ارتباط مستقیمی با موضوع مورد بحث و همچنین تکراری بودن یافته‌های مقالات بود. پس از بازیابی مطالعات مرتبط و حذف موارد نامرتب با هدف مطالعه نسبت به بررسی کیفیت مطالعات اقدام شد. برای این منظور از فهرست بررسی کارلسن استفاده شد که مطالعات را در ۳ دسته با کیفیت بالا، متوسط و پایین دسته بندی می‌کند و ملاک تقسیم‌بندی شامل روش نمونه‌گیری، روش گردآوری داده‌ها، تناسب طرح تحقیق با هدف پژوهش، بیان صریح یافته‌ها، نحوه تحلیل داده‌ها بود. پس از این اقدام نسبت به بررسی و خوانش مطالعات توسط دو نفر مرورگر به طور مستقل اقدام شد و از نظر ملاک‌های ذکر شده مورد مذاقه قرار گرفت. سپس به برآورد میزان توافق میان مرورگران پرداخته شد که ضریب کاپا ۰/۷۶ محاسبه شد. در نهایت کلیه منابع پس از تأیید توسط نفر سوم کنترل و تأیید شد. در گام بعدی

بیشتری دارند و اغلب بدون هیچ عامل مشخصی به وجود می‌آیند بعلاوه اضطراب ناشی از این نگرانی‌ها بسیار شدید است و به شکل عمده‌ای مانع کارکرد اجتماعی روانی فرد می‌شود.

این اختلال یک بیماری روانی شایع و جدی است که در طول زندگی حدود ۲٪-۶٪ از جمعیت عمومی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کامر و همکاران، ۲۰۱۱). با توجه به سیر مزمن، شیوع بالا و همراهی اختلال اضطراب فراگیر با سایر اختلال‌های روانشناختی، این اختلال به‌عنوان یکی از مهم‌ترین اختلال‌های ناتوان‌کننده برای بزرگسالان مطرح شده است (بورکوک، ۲۰۰۶). اختلال اضطراب فراگیر ویژگی‌های اضطراب مزمن، اضطراب بیش‌ازحد و نگرانی را داراست (سیو و همکاران، ۲۰۱۶). برخی از پژوهشگران با اطلاق این اختلال به اختلال اضطرابی پایه عنوان کردند که درک بهتر عوامل دخیل در سبب‌شناسی این اختلال، دانش ما درباره منشأ دیگر اختلال‌های اضطرابی و یا شاید اختلال‌های افسردگی اساسی را افزایش می‌دهد (رومر و اورسیلو، ۲۰۰۲). با توجه به آنچه درباره تأثیرات زیان‌بار اختلال اضطراب فراگیر برای زندگی شخصی افراد مبتلا و جامعه، سیر و شیوع آن گفته شد نیاز بالایی به وجود درمان‌های مؤثر احساس می‌شود، اما این اختلال علی‌رغم این مسئله به‌اندازه کافی مورد مطالعه و درمان قرار نگرفته است (منین، ۲۰۰۴).

درمان‌های استاندارد اول، برای اختلال اضطراب فراگیر شامل دارو درمانی و روان‌درمانی است (ستروهل و همکاران، ۲۰۱۸). اضطراب، نگرانی یا علائم جسمی باعث اختلال در عملکردهای مهم مانند کارکردهای شغلی و اجتماعی می‌شود و هزینه پزشکی زیادی را نیز به همراه دارد (باندلو و همکاران، ۲۰۱۷). با این حال، اثرات درمانی روش‌های درمانی به اندازه آنچه انتظار داشتیم خوب نیست، درحالی‌که تقریباً ۵۰٪ از بیماران دارای علائم باقی‌مانده هستند (پترسون و همکاران، ۲۰۱۶). به‌طوری‌که پژوهش‌ها در این زمینه در میان سایر اختلال‌های اضطرابی، تقریباً آخرین رتبه را به خود اختصاص داده است (بوشن، ۲۰۰۸)؛ بنابراین، به‌طور کلی شیوع بالای این اختلال، هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم که بر بیماران، خانواده‌های آن‌ها و جامعه تحمیل می‌شوند و خط اساسی پیرامون پژوهش در زمینه اثربخشی درمان‌های روانشناختی و غیر روانشناختی بر روی بیماران مبتلا به این اختلال، راه را برای انجام پژوهش هموار می‌سازد. با توجه به نبود یک

¹. Narrative Review

درمانی باشند (کسلر و برگلند، ۲۰۰۵). فلذا ممکن است دارو درمانی درمان ترجیحی برای بیمارانی باشد که مایل یا قادر نیستند از یک رویکرد روانشناختی استفاده کنند زیرا این رویکرد وابستگی چندانی به عوامل انگیزشی نداشته و به‌علاوه در مواردی که افسردگی همزمان به عنوان یک اختلال همراه مطرح است دارودرمانی با ضدافسردگی در تسکین هر دو نشانه‌های افسردگی و اضطراب مؤثر است. با این وجود، دارودرمانی نمی‌تواند تغییر بنیادی در مسیر اختلال ایجاد کند و برگشت علائم در بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر شایع است (تایرر، ۱۹۹۹). مطالعات آزمایشی و کنترل‌شده زیادی در زمینه تأثیر دارونما با سه طبقه از داروها از جمله بنزودیازپین‌ها^۱، بوسپیرون^۲ و ضدافسردگی‌ها^۳ بر روی GAD انجام شده‌است (بلنجر و همکاران، ۲۰۰۱). بنزودیازپین‌ها در مقایسه با دارونما، طی یک دوره کوتاه در مبتلایان به GAD به‌طور کارآمد و سریع علائم را کاهش می‌دهند که معادل اثرات درمان شناختی-رفتاری است. در عین حال در بین متخصصان در این زمینه که این نوع داروها برای شرایط مزمن مناسب نبوده و نباید بیش از ۲ الی ۴ هفته استفاده شوند توافق وجود ندارد. اما باید توجه داشت که تعداد قابل توجهی از افراد با قطع درمان بنزودیازپین‌ها بازگشت اضطراب و تشدید شدن نشانه‌های قبلی یا نشانگان کناره‌گیری را نشان می‌دهند، و استفاده حاد نباید به استفاده طولانی‌مدت از دارو تبدیل شود (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۲۰۰۰). بوسپیرون به عنوان یک داروی جایگزین نسبت به درمان بنزودیازپین بسیار نویدبخش بوده‌است، زیرا تسکین‌دهنده نیست و وابستگی ایجاد نمی‌کند. اما آثار ضد اضطراب^۴ آن به‌ویژه در موارد اضطراب شدید، تا حدی کمتر از بنزودیازپین‌هاست، و مرورهای اخیر تنها شواهد مبهمی را ر خصوص برتری آن نسبت به دارونما ارائه می‌کنند. در مجموع به دلیل نرخ ترک درمان و نبود کارآمدی مشخص در درمان شرایط همراه مثل افسردگی و عوارض جانبی دیسفوریک احتمالی بوسپیرون، به‌طور معمول این دارو تجویز نمی‌شود (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۲۰۰۰). رهنمدهای بالینی اخیر، ضدافسردگی‌ها به خصوص بازدارنده‌های باز جذب سروتونین-نورآدرنالین SNRIs را به لحاظ ایمنی، تحمل‌پذیری و اثربخشی هم به عنوان خط مقدم و هم درمان بلندمدت برای GAD توصیه

برای ترکیب مطالعات هر یک از اسناد مورد مطالعه دقیق قرار گرفت و مداخلات درمانی مورد استفاده در درمان اختلال اضطراب فراگیر مورد شناسایی شدند. در گام آخر برای اعتباریابی یافته‌ها از ۵ نفر از اساتید متخصص در حوزه روانشناسی بالینی و روانشناسی سلامت درخواست شد تا بر یافته‌های بدست آمده نظارت داشته باشند و نقدهای خود را ارائه دهند.

یافته‌ها

با مطالعه همه جانبه متون داخلی و خارجی روش‌های درمانی که در ادامه به آن‌ها خواهیم پرداخت متأثر از عوامل زیستی، شناختی و شناختی-رفتاری در جهت درمان اختلال اضطراب فراگیر بدست آمده‌اند.



شکل ۱. خلاصه مداخلات درمانی مؤثر در اختلال اضطراب فراگیر

رویکرد زیستی

روش درمان دارویی

اختلال اضطراب فراگیر با افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های طبعی همراه است و به‌عنوان یکی عامل خطر در سبب‌شناسی گسترده‌ای از اختلالات روان پزشکی به‌ویژه افسردگی و سومصرف الکل مورد توجه قرار گرفته‌است، به‌گونه‌ای که تشخیص و درمان به موقع آن یکی از دل‌مشغولی‌های قابل ملاحظه محافل بالینی است (دورهام، ۲۰۰۵). از آنجا که کسب مهارت‌های مقابله‌ای نیازمند تلاش مستمر است که برخی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ممکن است فاقد انگیزش لازم برای انجام این فرآیند

³. antidepressants

⁴. anxiolytic

¹. benzodiazepines

². buspirone

می‌کنند (بلنگر و همکاران، ۲۰۰۱). با این وجود، نرخ‌های نسبتاً بالای ۳۳٪ ترک درمان در درمان با ضدافسردگی‌ها گزارش شده است (الگولاندر و همکاران، ۲۰۰۱).

در عین حال، داده‌های موجود در پیشینه، از استفاده داروهای ضد اضطراب به‌ویژه بنزودیازپین‌ها به تنهایی (بدون استفاده از مداخلات روانشناختی) در درازمدت برای کنترل اضطراب بیماران حمایت نمی‌کنند، ضمن اینکه اضافه کردن داروهای ضد اضطراب در بلند مدت برای افزایش پیامد درمانی نیز مؤثر نمی‌افتد. در خصوص برتری بوسپیرون نسبت به دارونما نیز شواهد محکمی اراه نشده و نرخ بالای ترک درمان برای آن گزارش شده است (دورهام، ۲۰۰۵). برای سایر داروهای مؤثر (سیتالوپرام، پاروکستین، سرتالین) نیز که به عنوان داروهای خط مقدم برای درمان GAD شناخته شده‌اند نیز نرخ بالای ترک درمان تا ۲۲ درصد و برگشت علامت تا ۶۹ درصد گزارش شده است (دورهام، ۲۰۰۵). به‌طور کلی، علی‌رغم آن که دارودرمانی در تسکین نشانه‌های اضطراب مؤثر است اما در مسیر اختلال نمی‌تواند تغییر بنیادی ایجاد کند و برگشت علائم در بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر شایع است (تایرر، ۱۹۹۹).

رویکرد روانشناختی

درمان‌های شناختی-رفتاری

از میان مدل‌هایی که برای بیان اضطراب و مدیریت آن پیشنهاد شده‌اند، دیدگاه‌های شناختی-رفتاری بیشترین سهم را در پژوهش و ابداع روش درمان به خود اختصاص داده‌اند (اکبری و همکاران، ۲۰۱۳). هانس و هیلر (۲۰۱۳) نیز معتقدند درمان شناختی-رفتاری به عنوان استاندارد طلایی درمان اختلال‌های اضطرابی در نظر گرفته شده و به صورت گسترده برای درمان اختلال‌های اضطرابی به کار می‌رود (هانس و هیلر، ۲۰۱۳). توجه به مؤلفه‌های شناختی در بروز اختلال اضطراب فراگیر باعث شده است که پژوهشگران با استفاده از مدل‌های شناختی و رفتاری پیشین، چندین روش شناختی-رفتاری را برای این اختلال ابداع کنند (منظمی و همکاران، ۲۰۱۳). درمان‌های شناختی-رفتاری مدرن به گروهی از مداخله‌ها اشاره دارد که ترکیبی از تکنیک‌های شناختی، رفتاری و هیجان‌مدار هستند (هافمن و اسمیت، ۲۰۰۸؛ هافمن و همکاران، ۲۰۱۲). از آنجا که درمان شناختی-رفتاری یک درمان کوتاه‌مدت است، معمولاً کم هزینه‌تر از سایر

1. Applied relaxation

گزینه‌های درمانی است. مزایای این روش درمانی از نظر تجربی نیز نشان داده شده است و مشخص شده است که به طور مؤثری به بیماران در غلبه بر انواع گسترده‌ای از رفتارهای ناسازگارانه کمک می‌کند (قاسم‌زاده، ۲۰۱۵). از زمانی که هسته اصلی درمان شناختی-رفتاری براساس نظریه بک و ایس در دهه ۷۰ میلادی شکل گرفت، مطالعات بسیاری درباره اثربخشی این رویکرد انجام شده‌است. مطالعات باتلر و همکاران (۱۹۹۱) یکی از نخستین بررسی‌های انجام شده درباره اثرگذاری درمان شناختی-رفتاری بر روی اختلال اضطراب فراگیر است. پس از آن نیز اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری توسط محققین بسیاری مانند مطالعات رومر و همکاران (۲۰۰۷)؛ کویستدال (۲۰۱۱)؛ آرتز (۲۰۰۳) و باردث و همکاران (۲۰۱۳) حمایت شده است. اما برخی مطالعات کنترل شده نشان می‌دهند که هر یک از این روش‌ها اثر ویژه‌ای بر اختلال اضطراب فراگیر دارند و فقط تا حدی در درمان این اختلال مؤثر هستند (منظمی و همکاران، ۱۳۹۲). در مطالعات دیگری پژوهشگران با ترکیب مؤلفه‌هایی از درمان شناختی و آرام‌سازی کاربردی، نرخ بهبود بالاتری را بدست آورده‌اند اما همچنان بهبودی اساسی که بتواند به لحاظ بالینی معنی‌دار باشد، دور از دسترس است (ولز و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین گفته شده است که هرچند درمان شناختی-رفتاری به بهبودی اساسی معنی‌دار بالینی و اندازه‌های اثر بزرگ در بیماران منجر می‌شود (کاوین و همکاران، ۲۰۰۸)، اما فقط ۵۰ درصد از افرادی که این درمان‌ها را تا پایان دنبال می‌کنند، این پیشرفت و بهبودی را پس از درمان نیز حفظ می‌کنند (وندر هیدن و همکاران، ۲۰۱۲). از جمله روش‌های درمانی مربوط به درمان شناختی-رفتاری می‌توان به روش آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی هیجانی اشاره کرد که در ادامه مورد توصیف و واکاوی قرار گرفته‌اند.

روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از انواع مداخلات روان‌درمانی با رویکردی نوین است که بر بنیاد نظریه چهارچوب ارتباطی (RFT) قرار دارد. این نظریه یک برنامه پژوهشی بنیادی جامع درباره زبان انسان و شناخت اوست که بیش از هفتاد پژوهش تجربی درباره اصول آن انجام شده است. بنا به نظریه چهارچوب ارتباطی نقطه مرکزی زبان و شناخت انسان توانایی آموخته و به‌طور بافتاری کنترل‌شده‌ای است که به‌واسطه آن

می‌آموزد که اضطراب و دیگر رویدادهای درونی‌شان را «بد» ارزیابی کنند و هر کوششی برای اجتناب از این احساس را حمایت می‌کند. در نتیجه این فرآیندهای کلامی، زندگی فرد بر تجربه نکردن رویدادهای منفی متمرکز است تا زندگی کردن به شیوه‌ای که برای وی مهم است. این محدودیت شدید خزانه رفتاری، اصل آسیب‌شناسی روانی از دیدگاه ACT است (توهی و همکاران، ۲۰۰۵؛ به نقل از ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲).

در ارتباط با یافته‌های پژوهشی مرتبط با این نوع درمان؛ نتایج مطالعه هافمن و همکاران (۲۰۱۸) در بیماران دچار اختلال اضطرابی نشان داد که درمان پذیرش و تعهد در کاهش اضطراب فراگیر مؤثر است. همچنین یافته‌های پژوهش هانکوک و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که درمان پذیرش و تعهد درمان (ACT) پایه تجربی در حال رشد در درمان اضطراب بزرگسالان و کودکان و نگرانی‌های آنان مؤثر است.

در پژوهشی لندی و همکاران (۲۰۱۵) گزارش دادند که به لحاظ تجربی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از اثربخشی بالایی بر اختلالات اضطرابی برخوردار است و یک درمان جایگزین مناسب برای انواع مختلط اختلالات اضطرابی و به‌ویژه در اختلال اضطراب فراگیر در مقایسه با درمان شناختی رفتاری است. مطالعه مروری هان و مک کارن (۲۰۱۴) با بررسی ۱۰۳۴ مقاله پژوهشی نشان داد که روش درمانی ACT در بهبود عملکردهای جسمانی و اجتماعی و همچنین کاهش پریشانی و علائم اضطرابی و همچنین سایر شاخص‌های مرتبط با اضطراب (همانند ابعاد حساسیت اضطرابی، تحمل ابهام، اجتناب شناختی، نگرانی و...) مؤثر است.

یافته‌های پژوهش هایس-سلتون و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که ترکیبی از استراتژی‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و پذیرش با رویکردهای رفتاری در کاهش اضطراب فراگیر بیماران اضطرابی مؤثر است. همچنین نتایج پژوهش وثرل و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد درمان (ACT) در کاهش اختلال اضطراب عمومی فراگیر (GAD) افراد سالمند مؤثر است. ایفرت و همکاران (۲۰۰۹) نیز در پژوهشی با عنوان درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) برای اختلالات اضطرابی به انجام رساندند، نتایج کاهش معنی‌داری را در میزان اجتناب، افسردگی و اضطراب گروه آزمایش نشان داد بعلاوه در پیگیری ۳ ماهه نیز نتایج پایدار ارزیابی شد.

می‌تواند ارتباطی متقابل و ترکیبی، بین رویدادها برقرار کند. انسان به واسطه این توانایی قادر است تا کارکرد رویدادهای ویژه را براساس ارتباط آن‌ها با دیگر رویدادها تغییر دهد (سوئین و همکاران، ۲۰۱۳). این مداخله مبتنی بر تجربه است و برخلاف رویکردهای کلاسیک رفتاردرمانی شناختی، هدف این درمان تغییر شکل یا فراوانی افکار و احساسات آزارنده نیست، بلکه هدف اصلی آن تقویت انعطاف‌پذیری روانشناختی است. مراد از انعطاف‌پذیری روانشناختی توانایی تماس با لحظه‌لحظه‌های زندگی و تغییر یا تثبیت رفتار است، رفتاری که به مقتضای موقعیت، همسو با ارزش‌های فرد باشد (هیز و همکاران، ۲۰۰۳). هدف این درمان، کاهش اجتناب شناختی همراه با افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی است. فردی که انعطاف‌پذیری روانشناختی دارد از رویدادهای ناخواسته اجتناب نمی‌کند و سعی در تغییر و کنترل آن‌ها ندارد؛ بنابراین انرژی خود را به‌جای مقابله با اجتناب از رویدادهای ناخواسته، صرف ارزش‌ها و کیفیت زندگی می‌کند (هیز و استروهل، ۲۰۰۴).

ACT بر مبنای این نظر بنیادی است که یادگیری در انسان‌ها تفاوت کیفی با سایر جانوران دارد؛ یعنی نه تنها انسان‌ها به دلیل قدرت یادگیری بیشتر، آموزش‌پذیری بیشتری دارند، بلکه از آنجا که واجد زبان و یادگیری وابسته به زبان هستند، تحت تأثیر ناخواسته بسیاری از مسائل بیرونی هستند که به واسطه استدلال و آموزش کلامی کسب می‌گردند و به‌عنوان اثر محیط شناخته می‌شوند. زیربنای نظریه ACT، نظریه‌ای رفتاری در باب زبان و شناخت آسان است؛ یعنی چهارچوب ارتباطی (RFT). برحسب این نظریه، انسان صرفاً براساس تعاملاتی که قبلاً با محرک‌ها داشته به آن‌ها پاسخ نمی‌دهد، چیزی که مورد تأکید رفتارگرایی است، بلکه پاسخ او به محرک‌ها به روابط متقابل محرک‌ها با رویدادهای دیگر نیز بستگی دارد (هیز و والتز، ۲۰۱۲). فرضیه زیربنایی ACT این است که فرآیندهای کلامی، مجموعه محدودی از پاسخ‌ها را در برخورد با موقعیت‌ها ایجاد می‌کند (هیز و همکاران، ۲۰۰۴). برای مثال، وقتی فردی که مبتلا به اضطراب اجتماعی است وارد یک موقعیت اجتماعی می‌شود، اضطراب بسیار شدیدی تجربه می‌کند و به همین دلیل، گزینه‌های پاسخ‌دهی فرد بسیار محدود می‌شود، مثلاً خروج از موقعیت یا اجتناب از صحبت. مراجعان معمولاً زمان، انرژی و هزینه زیادی را صرف اجتناب و فرار از اضطراب و دیگر رویدادهای منفی می‌کنند. زبان و کلا ذهن و حتی فرهنگ به افراد

و بالینی معنی‌دار است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با فنون رویارویی در کاهش شدت علائم و بهبود اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است.

روش طرحواره درمانی هیجانی

روش درمانی طرحواره درمانی هیجانی^۱ شکل جدیدی از درمان شناختی رفتاری است که لیهی (۲۰۰۲) با اقتباس از نظریه شناختی بک، طرحواره درمانی یانگ، الگوی فراشناختی ولز و رویکردهای مبتنی بر پذیرش برای درمان مشکلات هیجانی تدوین نمود (لیهی، ۲۰۰۲). لیهی و همکاران (۲۰۱۱) معتقدند که طرحواره درمانی هیجانی می‌تواند الگویی منسجم از نظم‌جویی را ارائه کند که بالین‌گر را یاری دهد تا فن‌های بهتری را انتخاب کند و این فن‌ها را در نوعی سازه مفهومی معنی‌دارتری بگنجانند که به درک تلقی کلی بیمار از هیجان‌ها (شامل ارزیابی‌ها، پیش‌بینی‌ها و راهبردهای مقابله) کمک می‌کند؛ به عبارت دیگر در طرحواره درمانی هیجانی با استفاده از فن‌های رویکردهای مختلف، طرحواره‌های ناکارآمد اصلاح شده و میزان کاربرد طرحواره‌های هیجانی کارآمد افزایش می‌یابد. افراد در الگوی طرحواره‌های هیجانی از نظر تفسیر و ارزیابی‌هایی که از تجربه هیجانی خود به عمل می‌آورند با یکدیگر تفاوت داشته و ممکن است با راهبردهای مختلفی مثل، اجتناب تجربی (مانند سرکوبی، کرخی، گریز و اجتناب)، راهبردهای شناختی بی‌ثمر (تکیه بیش‌ازحد بر اندیشناکی و نگرانی)، حمایت اجتماعی (راهبردهای اعتباریابی انطباقی یا غیر انطباقی) بکوشند با هیجان‌های خود مقابله کنند (لیهی و همکاران، ۲۰۱۱). این الگوی درمانی در تلاش است تا درمان‌های موج سوم شناختی-رفتاری را به صورت یکپارچه درآورد. چون اخیراً شواهد نشان داده است که تمام درمان‌های موج سوم به تنهایی به اندازه کافی اثربخش نیستند (کاهل و همکاران، ۲۰۱۲).

طرحواره درمانی هیجانی عبارت است از تفسیر هیجان و به‌کارگیری راهبردهای مقابله با آن (لیهی، ۲۰۰۲) و شامل تعبیر، ارزیابی، تمایل به عمل و الگوهای رفتاری می‌شود که افراد در مواجهه با هیجان‌ات خود اتخاذ می‌کنند (لیهی، ۲۰۰۷). تفاوت‌های موجود بین افراد از نظر این تفسیرها، ارزیابی‌ها، میل به اقدام و راهبردهای رفتاری مربوط به هیجان‌های آنان اساس طرحواره درمانی هیجانی است. طرحواره درمانی هیجانی (EST) به

یافته‌های حاجی اقراری و همکاران (۱۳۹۷) با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بازداری رفتاری و اجتناب شناختی رفتاری زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری را بر بازداری رفتاری و مؤلفه‌های اجتناب شناختی رفتاری زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل داشته است.

پژوهش زینتی و فله کار (۱۳۹۶) با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل بلا تکلیفی، نگرانی و افکار ناکارآمد منفی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون افکار ناکارآمد منفی، نگرانی و عدم تحمل بلا تکلیفی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. لذا می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل بلا تکلیفی، نگرانی و افکار ناکارآمد منفی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر بوده است.

یافته‌های پژوهش ذوالفقاری و همکاران (۱۳۹۶) تحت عنوان اثربخشی مداخله تلفیقی شناختی رفتاری و پذیرش و تعهد بر اختلال اضطراب فراگیر در بین دانشجویان نشان داد که مداخله تلفیقی یک مداخله اثربخش در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر است و این مداخله همانند مداخله شناختی-رفتاری و مداخله پذیرش و تعهد موجب کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر در مبتلایان می‌شود.

علیلو و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهش اثربخشی مداخله ترکیبی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با فنون رویارویی بر شدت علائم و ابعاد حساسیت اضطرابی بیماران در اختلال اضطراب فراگیر نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با فنون رویارویی در کاهش شدت علائم و بهبود اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است.

سهرابی (۱۳۹۵) در پژوهش کارایی مداخله ترکیبی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) همراه با فنون رویارویی بر کاهش شدت علائم اضطرابی، ابعاد حساسیت اضطرابی، نگرانی و عدم تحمل ابهام در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (GAD)، دریافت که تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با فنون رویارویی بر شدت علائم اختلال GAD، کاهش ابعاد حساسیت اضطرابی، میزان نگرانی، عدم تحمل ابهام و شدت و آسیب عملکرد در بیماران مبتلا به این اختلال از نظر آماری (در سطح $P < 0/05$)

¹. Emotional schema therapy

ترکیب با درمان باورهای فراشناختی به عنوان درمانی مؤثر و کامل تر نسبت به درمان‌های دیگر در مداخلات روانشناختی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مدنظر قرار داد.

فرخزادیان و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی با عنوان اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی همراه با درمان فراشناختی بر کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر در سالمندان، داده‌های حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که ترکیب طرحواره درمانی هیجانی و درمان باورهای فراشناختی می‌تواند به طور معناداری باعث کاهش نگرانی و علائم و نشانه‌های اضطراب سالمندان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شود. طرحواره درمانی هیجانی را می‌توان در ترکیب با درمان باورهای فراشناختی به عنوان درمانی مؤثر و کامل تر نسبت به درمان‌های دیگر در مداخلات روانشناختی سالمندان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مدنظر قرار داد.

نتایج مطالعه رضایی و همکاران (۱۳۹۶) با عنوان اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر اجتناب شناختی-رفتاری و شدت نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر در دانشجویان دختر مبتلا به اضطراب فراگیر نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی به‌طور معناداری موجب کاهش اجتناب شناختی رفتاری و شدت نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون شد. به‌طورکلی نتایج پژوهش نشان می‌دهد که طرحواره درمانی هیجانی در کاهش اجتناب شناختی رفتاری و شدت نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است.

پژوهش خالقی و همکاران (۱۳۹۵) با عنوان اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی در کاهش نگرانی و علائم و نشانه‌های اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی به‌طور معناداری در کاهش نگرانی و علائم و نشانه‌های اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است.

مطالعه امام‌زمانی (۱۳۹۵) تحت عنوان اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی، اضطراب و نگرانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی گروهی باعث کاهش معنادار در نمرات نگرانی، اضطراب و عدم تحمل بلا تکلیفی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد. همچنین این درمان باعث افزایش معنادار کاربرد همه طرحواره‌های هیجانی سازگار و کاهش معنادار کاربرد طرحواره‌های هیجانی ناسازگار احساس گناه، ساده‌انگاری،

عنوان الگویی یکپارچه‌ساز و آزاد، به افراد کمک می‌کند تا مطالبی درباره هیجان بیاموزند، با هیجان مقابله کنند و استقلال عملی را برای بیمار فراهم می‌آورد تا بتواند با هیجان‌هایش بیشتر آشنا شده و نحوه برخورد با هیجان را بیاموزد (لیهی و همکاران، ۲۰۱۴).

جاکوب و ارتنر (۲۰۱۳) در پژوهش خود دریافتند که طرحواره درمانی در کاهش اختلالات اضطرابی از جمله اضطراب فراگیر مؤثر است. مطالعه هاوک و پرونچر (۲۰۱۱) در یک مطالعه مروری نشان دادند که طرحواره درمانی در حالت‌های رفتاری و اضطرابی مؤثر است.

مطالعه خوشنویس و همکاران (۱۳۹۷) تحت عنوان اثربخشی آموزش مبتنی بر طرحواره درمانی بر اضطراب فراگیر، عدم تحمل بلا تکلیفی و تحریف‌های شناختی دانشجویان نشان داد که بین میانگین اضطراب فراگیر، عدم تحمل بلا تکلیفی و مؤلفه‌های آن (تلویحات خود ارجاعی و غیرمنصفانه و تباه‌کنندگی) و تحریف‌های شناختی و مؤلفه‌های آن (طرد در روابط بین‌فردی، انتظارات غیرواقع‌بینانه و سوء ادراک در روابط بین فردی) در گروه مداخله و کنترل، در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت، لذا می‌توان گفت که آموزش مبتنی بر طرحواره درمانی می‌تواند، اضطراب فراگیر، عدم تحمل بلا تکلیفی و تحریف‌های شناختی دانشجویان را بهبود بخشد.

مومنی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی تحت عنوان ارزیابی کارایی طرحواره درمانی هیجانی بر سوگیری تفسیر (تفسیر مربوط به خود، تفسیر مربوط به دیگران) در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر نشان دادند که در گروه آزمایش کاهش معنی‌داری در سوگیری تفسیر مربوط به خود و دیگران بعد از مداخله مشاهده شد. این نتایج در مرحله پیگیری حفظ شد. با توجه به نتایج حاصله، مداخله طرحواره درمانی هیجانی برای کاهش میزان سوگیری تفسیر در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر توصیه می‌شود.

رضایی و همکاران (۱۳۹۷) به بررسی اثربخشی درمان ترکیبی فراشناختی و طرحواره درمانی هیجانی مبتنی بر آسیب‌های دوره کودکی بر اختلال اضطراب فراگیر پرداختند و یافته‌های پژوهش نشان داد که ترکیب طرحواره درمانی هیجانی و درمان باورهای فراشناختی می‌تواند به طور معناداری در کاهش نگرانی و علائم و نشانه‌های اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر باشد. طرحواره درمانی هیجانی را می‌توان در

خردگرایی، دوام، سرزنش و نشخوار فکری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد. بر اساس نتایج پژوهش حاضر می‌توان طرحواره درمانی هیجانی گروهی را به‌عنوان درمانی اثربخش برای اختلال اضطراب فراگیر، در نظر گرفت.

مطالعه حمیدپور و همکاران (۱۳۸۹) با عنوان کارآیی طرحواره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نشان داد که طرحواره درمانی در درمان اختلال اضطراب فراگیر زنان از کارآیی لازم برخوردار است.

تن‌آرامی کاربردی

مدل‌های شناختی تبیین‌کننده اختلالات اضطرابی در دو دهه اخیر پیشرفت زیادی کرده است. در سال‌های اخیر، شواهد بسیاری عامل حساسیت اضطرابی را مطرح کرده‌اند و معتقدند نقش مهمی در شکل‌گیری و گسترش انواع مختلف ترس و اختلالات اضطرابی ایفا می‌کند و یکی از مؤلفه‌های مهم، پردازش اطلاعات می‌باشد. حساسیت اضطرابی به ترس از محرکات مرتبط با اضطراب گفته می‌شود و شامل افکاری درباره مضر بودن این محرک‌هاست (تیلور، ۱۹۹۹). فرض بر این است که تفاوت‌های فردی در حساسیت اضطرابی از تنوع تجاربی نشأت می‌گیرد که سرانجام منجر به یادگرفتن اعتقادات درباره پیامدهای ناگوار علائم مختلف می‌شود. این تجارب شامل شنیدن اظهار ترس افراد دیگر، دریافت اطلاعات غلط درباره مضر بودن احساسات خاص، تجربه یک بیماری شدید در دوره کودکی، شاهد یک رویداد فاجعه‌بار بودن و غیره می‌باشد. بنابراین در حساسیت اضطرابی نیازی نیست که فرد خودش رویداد اضطراب‌زا را تجربه کند (اسچر و استین، ۲۰۰۳).

بنابراین حساسیت اضطرابی توجه، حافظه و سوگیری تفسیر را تحت تأثیر قرار می‌دهد و همین سوگیری شناختی با تفسیر محرکات مبهم به عنوان خطر، دوره‌های اضطراب را افزایش می‌دهد. در نتیجه حساسیت اضطرابی بر توجه و نشانه‌های بدنی، تفسیر معنادار این نشانه‌ها و تحریک خاطرات درباره مضر بودن، اشاره دارد و تفسیر لحظه به لحظه نشانه‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (تیلور، ۱۹۹۹).

سبک‌های شناختی افراد و میزان حساسیت اضطرابی آنان نه تنها باعث تجربه اضطراب بعد از اتفاقات استرس‌زا می‌شود، بلکه به احتمال زیاد باعث ایجاد و ترویج رویدادهای استرس‌زا می‌شود (ریکیند و همکاران، ۲۰۱۰). اخیراً درمان‌های گسترش‌یافته اختلال اضطراب فراگیر از انواع اولیه

راهبردها (مثل شناختی-رفتاری) متفاوت هستند. راهبردهای جدید بویژه پردازش‌های شناختی، رفتاری و هیجانی را مورد هدف قرار می‌دهند. یکی از مدل‌های رایج، مدل مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌باشد. تمرکز اصلی مدل ذهن‌آگاهی، تأکید بر ناراحتی حاصل از اجتناب از تجارب درونی است. تن‌آرامی کاربردی مبتنی بر مدل ذهن‌آگاهی بوده و یکی از مشهورترین درمان‌ها در اختلال اضطراب فراگیر نیز درمان تن‌آرامی کاربردی است. اثربخشی این روش در درمان اختلال اضطراب فراگیر به دفعات گزارش شده است (سیو و چمبلس، ۲۰۰۷؛ آرنتز، ۲۰۰۳؛ دوگاس و همکاران، ۲۰۱۰). در یک مطالعه فراتحلیل، نتایج مشخص کرد که درمان شناختی-رفتاری و درمان تن‌آرامی به یک اندازه مؤثرند (سیو و چمبلس، ۲۰۰۷). اما بعضی مطالعات بر اثربخش بودن درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با آموزش تن‌آرامی پیشرونده (سیو و چمبلس، ۲۰۰۷) یا به طولانی بودن آثار درمان شناختی-رفتاری اشاره می‌کنند (دوگاس و همکاران، ۲۰۱۰). نتیجه تحقیقات نشان می‌دهد که تن‌آرامی کاربردی در پذیرش بیشتر و اجتناب کمتر تجارب درونی دخیل است. در حقیقت افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر، فاقد آگاهی‌های بدون قضاوت و کنجکاوانه نسبت به لحظه حال هستند (کابات زین، ۲۰۰۵). بنابراین به واسطه آموزش تن‌آرامی، پردازش افکار و احساس قابل مشاهده به عنوان اتفاقات عینی در ذهن روی می‌دهد. همچنین آموزش تن‌آرامی کاربردی بر مولفه‌های فیزیولوژیکی حساسیت اضطرابی نیز اثربخش است (هیز و همکاران، ۲۰۱۲).

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
مجله علمی روانشناسی، دوره ۱۳، شماره ۱، ۱۳۹۳، ۱۴۰۳

جدول ۱. خلاصه‌ای از یافته‌های پژوهشی مرتبط با مداخلات درمانی

روش درمانی	پژوهشگران	نتایج
	تایرر، ۱۹۹۹	دارودرمانی با ضدافسردگی در تسکین نشانه‌های افسردگی و اضطراب مؤثر است. برگشت علائم در بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر شایع است.
دارو درمانی	بلنجر و همکاران، ۲۰۰۱	بنزودیازپین‌ها در مقایسه با دارونما، طی یک دوره کوتاه در مبتلایان به GAD به‌طور کارآمد و سریع علائم را کاهش می‌دهند.
	الگولاندر و همکاران، ۲۰۰۱	تعداد قابل توجهی از افراد با قطع درمان بنزودیازپین‌ها بازگشت اضطراب و تشدید شدن نشانه‌های قبلی یا نشانگان کناره‌گیری را نشان می‌دهند، و استفاده حاد نباید به استفاده طولانی‌مدت از دارو تبدیل شود.
	دورهام، ۲۰۰۵	نرخ‌های نسبتاً بالای ۳۳٪ ترک درمان در درمان با ضدافسردگی‌ها گزارش شده‌است.
	لندی و همکاران، ۲۰۱۵	برای سایر داروهای مؤثر (سیتالوپرام، پاروکستین، سرتالین) نیز که به عنوان داروهای خط مقدم برای درمان GAD شناخته شده‌اند نیز نرخ بالای ترک درمان تا ۲۲ درصد و برگشت علام تا ۶۹ درصد گزارش شده‌است.
آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد	هان و مک کارن، ۲۰۱۴	به لحاظ تجربی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از اثربخشی بالایی بر اختلالات اضطرابی برخوردار است. روش درمانی ACT در بهبود عملکردهای جسمانی و اجتماعی و همچنین کاهش پریشانی و علائم اضطرابی و همچنین سایر شاخص‌های مرتبط با اضطراب (همانند ابعاد حساسیت اضطرابی، تحمل ابهام، اجتناب شناختی، نگرانی و...) مؤثر است.
	وثرل و همکاران، ۲۰۱۱	رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد درمان (ACT) در کاهش اختلال اضطراب عمومی فراگیر (GAD) افراد سالمند مؤثر است.
طرحواره درمانی هیجانی	جاکوب و آرنتز، ۲۰۱۳	طرحواره درمانی در کاهش اختلالات اضطرابی از جمله اضطراب فراگیر مؤثر است.
	هاوک و پرونچر، ۲۰۱۱	طرحواره درمانی در حالت‌های رفتاری و اضطرابی مؤثر است.
تن آرامی کاربردی	سیو و چمبلس، ۲۰۰۷؛ آرنتز، ۲۰۰۳؛ دوگاس و همکاران، ۲۰۱۰	اثربخشی این روش در درمان اختلال اضطراب فراگیر به دفعات گزارش شده‌است.
	کابات زین، ۲۰۰۵	تن آرامی کاربردی در پذیرش بیشتر و اجتناب کمتر تجارب درونی دخیل است.
	هیز و همکاران، ۲۰۱۲	آموزش تن آرامی کاربردی بر مؤلفه‌های فیزیولوژیکی حساسیت اضطرابی نیز اثربخش است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر مرور و بررسی رویکردها و روش‌ها درمانی اعم از روانشناختی و دارویی برای بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. نتایج مرور و بررسی مطالعات داخلی و خارجی پیشین نشان داد دو رویکرد زیستی و روانشناختی برای درمان وجود دارد که رویکرد زیستی باعث ایجاد روش‌های دارویی و رویکرد روانشناختی منجر به ایجاد روش‌های شناختی و شناختی-رفتاری گردیده است.

همانطور که در بخش‌های دیگر ذکر شد، اختلال اضطراب فراگیر یک بیماری بسیار شایع است که افراد مبتلا به آن، با اضطراب بیش از حد در مورد رویدادها و مشکلات روزمره مواجه‌اند. بررسی نتایج پژوهش‌ها نشان داد که در درمان اختلال اضطراب فراگیر، درمان‌های شناختی-رفتاری مؤثرتر از دیگر مداخلات درمانی از جمله دارودرمانی هستند. از جمله روش‌های درمانی شناختی-رفتاری می‌توان به روش آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و همچنین طرحواره درمانی هیجانی اشاره کرد که یافته‌های

فراوانی (از جمله پژوهش هانکوک و همکاران، ۲۰۱۸؛ لندی و همکاران، ۲۰۱۵؛ هان و مک کارن، ۲۰۱۴؛ هایس-سلتون و همکاران، ۲۰۱۳؛ ایفرت و همکاران، ۲۰۰۹؛ جاکوب و آرنتز، ۲۰۱۳؛ هاوک و پرونچر، ۲۰۱۱؛ حاجی اقراری و همکاران، ۱۳۹۷؛ زیتی و فعله کار، ۱۳۹۶؛ ذوالفقاری و همکاران، ۱۳۹۶؛ خوشنویس و همکاران، ۱۳۹۷؛ مومنی و همکاران، ۱۳۹۷) از اثربخشی آن‌ها در درمان حکایت می‌کردند. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برقراری ارتباط با تجارب خود است. از این جهت در این درمان به بیمار کمک می‌شود تا با زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش خود درگیر شده و با تجارت خود درگیر شود. بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با نگرانی مستمر و مداوم نسبت به همه چیز از هدف زندگی دور شده و در برهه‌ای از مسیر اجتناب و بازداری رفتاری را بر مقابله و پذیرش ترجیح می‌دهند، از این جهت با ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، آمیختگی و پذیرش را تجربه می‌کنند که اثرات مثبتی را بر بازداری و اجتناب شناختی رفتاری بر جای می‌گذارد.

به‌طور خلاصه، می‌توان گفت با توجه به ویژگی‌های اختلالات اضطرابی بالاخص اختلال اضطراب فراگیر که بر شناخت افراد تأثیر بسیاری دارند، فرآیندهای درمان روانشناختی بالاخص با رویکرد شناختی-رفتاری از جمله مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی هیجانی را تأثیر بیشتر و طولانی‌تری بر درمان و کاهش نشانگان این اختلال دارند. مطابق با این درمان‌ها افراد آموزش می‌بینند که آنچه خارج از کنترل شخصی آنان است را بپذیرند و در عین پذیرش هیجانات و سرکوب نکردن آن‌ها و عدم تفسیرهای غیرواقعی، در جهت ایجاد یک زندگی هدفمند و بامعنا تلاش کنند. مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد با حذف اجتناب‌های تجربه‌ای و متمرکز کردن افراد بر زمان حال و تجربه لحظه‌به‌لحظه زندگی و طرحواره درمانی هیجانی با آموزش پذیرش هیجانات و درک آن‌ها در کل با افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی باعث بهبود در اجتناب شناختی، سوگیری توجه و عدم تحمل بلا تکلیفی می‌شوند. تن‌آرامی کاربردی نیز نتایج خوبی در ارتباط با کاهش اضطراب از طریق آموزش چگونگی کنترل اضطراب و کاهش سطح برانگیختگی فیزیولوژیکی به افراد دارد. اما درمان‌های شناختی و رفتاری با توجه به اینکه بر شناخت تأثیر دارند، بصورت غیرمستقیم، کنترل فرآیندهای فیزیولوژیکی اضطراب را نیز می‌توانند در دست بگیرند، فلذا درمان‌های شناختی-رفتاری نسبت به درمان‌های دارویی و دیگر درمان‌ها در ارجحیت هستند. بنابراین درمان‌گران برای اتخاذ روش درمانی مناسب، لازم است به مباحث ذکر شده توجه داشته باشند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی عمومی در دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا حقوق پژوهشگران رعایت شده و در بیان نتایج پژوهش‌ها اصل صداقت رعایت گردد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از اساتید راهنما و مشاوران این تحقیق تشکر و قدردانی می‌گردد.

اگرچه افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، توانایی تجربه کردن هیجانات مثبت را دارند (کندال و همکاران، ۲۰۱۶)، عامل متمایزکننده آن‌ها از افراد عادی، میزان بالای تجربه هیجانات منفی است. افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، از نظر زیستی، آمادگی دارند به هیجانات منفی؛ بیش واکنش نشان دهند. این مکانیسم باعث می‌شود به صورت افراطی به محرک‌های منفی و تهدیدکننده محیط، توجه کنند (مختاری و همکاران، ۱۳۹۴). نظریه‌های شناختی نیز در زمینه اضطراب حاکی از آن است که توجه انتخابی به محرک‌های تهدیدآمیز و منفی، اضطراب را تشدید کرده و قضاوت در زمینه رویدادها را به انحراف می‌کشاند (دود و همکاران، ۲۰۱۶).

مطابق مدل طرحواره درمانی هیجانی نیز، هنگامی که یک هیجان برانگیخته و یا فراخوانده می‌شود، تفسیرها، واکنش‌ها و راهبردهای تنظیم هیجان تعیین خواهد نمود که آیا این هیجان تداوم خواهد یافت، تشدید می‌شود و یا کاهش می‌یابد. در مدل طرحواره درمانی هیجانی زمانی که فرد دچار آشفتگی هیجانی می‌شود، ارزیابی‌ها درباره هیجان‌ها و راهبردهای به کار گرفته شده توسط فرد شناسایی می‌شود. در ابتدا، با افزایش و تقویت آگاهی درباره هیجان‌ها، ترس و اجتناب هیجانی بیماران مورد هدف قرار می‌گیرد تا تجربه هیجانی را به صورت بهنجار و همگانی در نظر بگیرند. این بازشناسی درباره هیجان‌ها که همگانی هستند به جای قضاوت، سرکوب کردن، فرار یا اجتناب از هیجان به عادی‌سازی، اعتباربخشی و ترغیب به پذیرش طیف گسترده‌ای از هیجان‌ها کمک می‌کند. منطق اساسی طرحواره درمانی هیجانی این است که هیجان به‌خودی‌خود دردسرساز نیست، بلکه تفسیرها و راهبردهای مقابله‌ای-برای واکنش به هیجان- و تمایل به اقدام کردن بر اساس استدلال هیجان تعیین‌کننده هستند (رضایی و همکاران، ۱۳۹۶). و از آنجایی که طرحواره درمانی هیجانی کمک‌کننده در استدلال و تفسیر درست هیجانات می‌تواند به‌عنوان یکی از درمان‌های شناختی مناسب برای کاهش سوگیری توجه مطرح شود. از جمله محدودیت‌های این پژوهش، محدودیت دسترسی به بعضی مقالات و عدم دسترسی به پژوهش‌های در انتظار انتشار یا منتشر نشده مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر بوده است.

منابع

ذوالفقاری، علیرضا؛ بهرامی، هادی؛ گنجی، کامران. (۱۳۹۶). بررسی و مقایسه اثربخشی مداخله‌های پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری بر اختلال اضطراب فراگیر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*. ۲۰ (۱۲): ۲۴-۳۴.

<http://jams.arakmu.ac.ir/article-۵۴۴۰-۱-fa.html>

حاجی‌اقراری، لعیاء، اسدی فاطمه، جوازی ثمینا، عاطف وحید طناز. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر بازداری رفتاری و اجتناب شناختی رفتاری زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر. *نشریه پژوهش پرستاری ایران*. ۱۳۹۷؛ ۱۳ (۶): ۳۱-۳۸.

<http://ijnr.ir/article-1-2126-fa.html>

سلمانی، بهزاد، حسینی، جعفر، محمدخانی، شهرام، و کرمی، غلامرضا. (۱۳۹۳). ارزیابی اثربخشی درمان فراشناختی در باورهای فراشناختی، فرانگرانی، و علائم و نشانه‌های بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (GAD). *فیض*، ۱۸ (۵)، ۴۲۸-۴۳۹.

<https://sid.ir/paper/40773/fa>

References

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Press. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

Ezadi, R., & Abedi, M. R. (2014). *Acceptance and Commitment Therapy*. Jungle Publications. <https://www.gisoom.com/book/11244183>

Zinati, P., & Fele Kar, A. (2016). The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on tolerance of uncertainty, worry and negative dysfunctional thoughts of people with generalized anxiety disorder, *Quarterly Journal of Psychology and Educational Sciences*, 26(3), 125-139. <https://elmnet.ir/article/21115218-12502/>

Sadok, V., & Sadok, B. (2009). *Summary of psychiatry; behavioral sciences/clinical psychiatry*: Farzin Rezaei. Honorable.

Nainian, M., Babapour, J., Garoosi Farshi, T., Shaeri, M., & Rostami, R. (2013). Comparing the Influence of Drug Ther-apy and Neurofeedback Training on Reduction of Anxiety Symptoms and Life Quality of Generalized Anxiety Disorder (GAD) Patients. *Clinical Psychology and Personality*, 10(2), 1-14. http://cpap.shahed.ac.ir/article_2664.html?lang=en

Emam Zamani, Z. (2017). *The Effectiveness of Group Therapy Based on Emotional Schema Therapy on Increase of tolerance of Uncertainty and Decrease of Anxiety and Worry on Women with Generalized Anxiety Disorder*. [Unpublished doctoral Dissertation]. Ferdowsi University of Mashhad.

Haji eghrari, L., Asadi, F., Javazi, S., & Atef vahid, T. (2019). Effectiveness of acceptance and commitment (ACT) therapy on behavioral inhibition and cognitive-behavioral avoidance of women with generalized anxiety disorder. *IJNR*, 13(6), 31-38. URL: <http://ijnr.ir/article-1-2126-fa.html>

Salmani, B., Hasani, J., Mohammad Khani, S., & Karami, G. R. (2014). The efficacy of metacognitive therapy on metacognitive beliefs, metaworry and the signs and symptoms of patients with generalized anxiety disorder, *Feyz*, 18(5), 428-439. <https://Magiran.com/p1327787>

Farokhzadian, A. A., Rezaei, F., & Sadeghi, M. (2018). The Effectiveness of Combined Metacognitive Therapy with Childhood traumas -Based Emotional Schema Therapy on Generalized Anxiety Disorder, *Quarterly Journal of Psychological Studies*, 14(3), 81-96. <https://Magiran.com/p1907780>

Alilou, M., Hashemi-Nosratabad, T., & Sohrabi, F. (2016). Effectiveness of Combined Intervention Based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with Exposure Techniques on Patient's Anxiety Symptoms Intensity and Sensitivity Dimensions in General Anxiety Disorder (GAD). *Journal of Clinical Psychology*, 8(3), 61-76. <https://doi:10.22075/jcp.2017.2245>

Mokhtari, S., Khosravi, S., & Nejatbakhsh, A. (2015). Comparison of intolerance of Uncertainty, Worry, Cognitive Avoidance, Negative problem orientation among people with generalized anxiety disorder, major depression disorder and Normal subjects (population). *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 13(2), 188-207. <https://magiran.com/p1457982>

Hamidpour, H., Dolatshai, B., Pour Shahbaz, A., & Dadkhan, A. (2011). The Efficacy of Schema Therapy in Treating Women's Generalized Anxiety Disorder. *IJPCP*, 16(4), 420-431. <http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-1207-fa.html>

Farokhzadian, A. A., Rezaei, F., & Sadeghi, M. (2018). The Effectiveness of Emotional Schema Therapy with Metacognitive Therapy on Reducing Symptoms of Generalized Anxiety Disorder in

- elderly people. *Journal of Aging Psychology*, 4(2), 83-91. <https://magiran.com/p1936141>
- Momeni, K., & Radmehr, F. (2018). Evaluating the Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Interpretation Bias (Self-Interpretation, Interpretation of Others) in Patients with Generalized Anxiety Disorder. *Quarterly of Clinical Psychology Studies*, 8(32), 49-65. <https://magiran.com/p1951798>
- Alilou, M., Hashemi-Nosratabad, T., & Sohrabi, F. (2016). Effectiveness of Combined Intervention Based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with Exposure Techniques on Patient's Anxiety Symptoms Intensity and Sensitivity Dimensions in General Anxiety Disorder (GAD). *Journal of Clinical Psychology*, 8(3), 61-76. <https://magiran.com/p1590095>
- Khaleghi, M., Mohammadkhani, S., & Hasani, J. (2016). Effectiveness of Emotional Schema Therapy in Reduction of Worry and Anxiety's Signs and Symptoms in Patients with Generalized Anxiety Disorder: Single-Subject Design. *Journal of Clinical Psychology*, 8(2), 43-55. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2235>
- Rezaee, F., Sepahvandi, M. A., & Mirzaee Haabili, K. (2017). The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Cognitive-behavioral Avoidance and the Severity of Generalized Anxiety of Symptoms in Female Students with Generalized Anxiety Disorder. *Quarterly Journal of Psychological Studies*, 13(1), 43-62. <https://Magiran.com/p1716647>
- Zare, H. (2017). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Improving the Flexibility and Cognitive Fusion. *Quarterly Journal of Social Cognition*, 6(11), 121-130. <https://Magiran.com/p1726816>
- Zoalfaghari, A., Bahrami, H., & Ganji, K. (2018). A Comparative Analysis of Acceptance-Commitment and Cognitive-Behavioral Interferences Effectiveness on Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Arak University of Medical Sciences*, 20(12), 24-34. <https://Magiran.com/p1793867>
- Khoshnevis, E., Ahmadzadeh, S., & Zomorodi, S. (2018). The Effectiveness of Schema Therapy-based Training on Generalized Anxiety, Intolerance of Uncertainty and Cognitive Distortion in University Students. *Health and Development Journal*, 7(3), 250-261. <https://Magiran.com/p1920342>
- Akbari, M., & mohamadkhani, S. (2018). Transdiagnostic Processes of Cognitive, Behavioral and Emotional in Depression and Anxiety Disorders. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 9(35), 117-146. <https://Doi:10.22054/qccpc.2018.26177.1644>
- Allgulander, C., Hackett, D., & Salinas, E. (2001). Venlafaxine extended release (ER) in the treatment of generalized anxiety disorder: twenty four week placebo-controlled doseranging study. *Br J Psychiatry*; 179, 15-22. DOI: [10.1192/bjp.179.1.15](https://doi.org/10.1192/bjp.179.1.15)
- Arntz, A. (2003). Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther*, 41(6), 633-646. DOI: [10.1016/s0005-7967\(02\)00045-1](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00045-1)
- Association, Psychiatric Association (2012). DSM-IV and DSM-5 criteria for the personality disorders. Washington (DC).
- Baardseth, T. P., Goldberg, S. B., Pace, B. T., Wislocki, A. P., Frost, N. D., Siddiqui, J. R., Lindemann, A. M., Kivlighan, D. M., 3rd, Laska, K. M., Del Re, A. C., Minami, T., & Wampold, B. E. (2013). Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: redux. *Clinical psychology review*, 33(3), 395-405. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.01.004>
- Ballenger, J. C., Davidson, J. R., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Borkovec, T. D., Rickels, K., Stein, D. J., & Wittchen, H. U. (2001). Consensus statement on generalized anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *The Journal of clinical psychiatry*, 62 Suppl 11, 53-58. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11414552/>
- Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(2), 93. DOI: [10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow](https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow)
- Borkovec, T. D. (2006). Applied relaxation and cognitive therapy for pathological worry and generalized anxiety disorder. *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment*, 273-287. <https://doi.org/10.1002/9780470713143.ch16>
- Boschen, M. J. (2008). Publication trends in individual anxiety disorders: 1980-2015. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3), 570-575. DOI: [10.1016/j.janxdis.2007.04.004](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.04.004)
- Brinkborg, H., Michanek, J., Hesser, H., & Berglund, G. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: a randomized controlled trial. *Behav Res Ther*. 49(6-7), 389-98. DOI: [10.1016/j.brat.2011.03.009](https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.03.009)
- Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive

- clients with GAD. *J Anxiety Disord*, 22(1), 108-16.
DOI: [10.1037/0022-006x.59.1.167](https://doi.org/10.1037/0022-006x.59.1.167)
- Comer, J. S., Blanco, C., Hasin, D. S., Liu, S. M., Grant, B. F., Turner, J. B., & Olfson, M. (2011). Health-related quality of life across the anxiety disorders. *The Journal of clinical psychiatry*, 72(1), 43.
DOI: [10.4088/JCP.09m05094blu](https://doi.org/10.4088/JCP.09m05094blu)
- Covin, R., Ouimet, A. J., Seeds, P.M., Dozois, D.J. (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *J Anxiety Disord*; 22(1):108-16.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.01.002>.
- Cui, H., Zhang, J., Liu, Y., Li, Q., Li, H., Zhang, L., Hu, Q., Cheng, W., Luo, Q., Li, J., Li, W., Wang, J., Feng, J., Li, C., & Northoff, G. (2016). Differential alterations of resting-state functional connectivity in generalized anxiety disorder and panic disorder. *Hum Brain Mapp*, 37(4), 1459-73.
<https://doi.org/10.1002/hbm.23113>
- Davison, G. C. (2008). *Abnormal Psychology*. Toronto: *Veronica Visentin*. p. 154. ISBN 978-0-470-84072-6
- Dood, H. F., Vogt, J., Turkileri, N., & Notebaert, L. (2106). Task relevance of emotional information affects anxiety-linked attention bias in visual search. *Journal Biological Psychology*, 57(2), 1-9.
DOI: [10.1016/j.biopsycho.2016.01.017](https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2016.01.017)
- Dugas, M. J., Brillon, P., Savard, P., Turcotte, J., Gaudet, A., Ladouceur, R., Leblanc, R., & Gervais N. J. (2010). Randomized Clinical Trial of Cognitive-Behavioral Therapy and Applied Relaxation for Adults with Generalized Anxiety Disorder. *Behav Thera*, (41), 46-58.
DOI: [10.1016/j.beth.2008.12.004](https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.12.004)
- Durham, R. C. (2005). Treatment of generalized anxiety disorder. *Psychiatry*, 6(5), 183-187.
<https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2007.03.003>
- Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 368-385.
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.001>
- Ghasemzade, H. A. (2015). Cognitive behavior therapy for psychiatric problems (A practical guide). *Tehran Virayesh*, 213-4.
<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780192615879.001.0001>
- Hancock, K. M., Swain, J., Hainsworth, C. J., Dixon, A. L., Koo, S., & Munro, K. (2018). Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavior therapy for children with anxiety: Outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(2), 296-311.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1110822>
- Hann, K. E., & McCracken, L. M. (2014). A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. *Journal of contextual behavioral science*, 3(4), 217-227.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.10.001>
- Hans, E., & Hiller, W. (2013). A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies on outpatient cognitive behavioral therapy for adult anxiety disorders. *Clin Psychol Rev*, 33(8), 954-64.
DOI: [10.1016/j.cpr.2013.07.003](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.003)
- Hawke, L. D., & Provencher, M. D. (2011). Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A review. *Journal of cognitive psychotherapy*, 25(4), 257-276.
DOI: [10.1891/0889-8391.25.4.257](https://doi.org/10.1891/0889-8391.25.4.257)
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth, J. P., Karekla, M., & Mccurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychological Record*, 54(4), 553-578.
<https://doi.org/10.1007/BF03395492>
- Hayes-Skelton, S. A., Usmani, A., Lee, J. K., Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2012). A Fresh Look at Potential Mechanisms of Change in Applied Relaxation for Generalized Anxiety Disorder: A Case Series. *Cog Beh Pract*, 19(3), 451-62.
Doi: [10.1016/j.cbpra.2011.12.005](https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.12.005)
- Hayes-Skelton, S. A., Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2013). A randomized clinical trial comparing an acceptance-based behavior therapy to applied relaxation for generalized anxiety disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(5), 761.
DOI: [10.1037/a0032871](https://doi.org/10.1037/a0032871)
- Hoffman, S. G., & Smits, J. A. J. (2008). Cognitive-Behavioral Therapy for Adult Anxiety Disorders. *J*

- ClinPsychiatry*, 69(4), 621-32.
DOI: [10.4088/jcp.v69n0415](https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0415)
- Hoffmann, D., Rask, C. U., Hedman-Lagerlöf, E., Ljótsson, B., & Frostholm, L. (2018). Development and feasibility testing of internet-delivered acceptance and commitment therapy for severe health anxiety: Pilot study. *JMIR mental health*, 5(2), e28. DOI: [10.2196/mental.9198](https://doi.org/10.2196/mental.9198)
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427-440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Holzel, L., Harter, M., Reese, C., & Kriston, L. (2011). Risk factors for chronic depression-A systematic review. *J Affect Disord*, 129(1), 1-13. DOI: [10.1016/j.jad.2010.03.025](https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.03.025)
- Jacob, G. A., & Arntz, A. (2013). Schema Therapy for Personality Disorders: A Review. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(2), 171-185. <https://doi.org/10.1521/ijct.2013.6.2.171>
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness*. Hyperion. 103-105.
- Kahl, K. G., Winter, L., & Schweiger, U. (2012). The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? *Current opinion in psychiatry*, 25(6), 522-528. DOI: [10.1097/YCO.0b013e328358e531](https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328358e531)
- Kendall, A. D., Zinbarg, R.E., Bobova, L., Mineka, S., Reville, W., Prenoveau, J. M., & Craske, M. G. (2016). Measuring positive emotion with the mood and anxiety symptom questionnaire psychometric properties of the anhedonic depression scale. *Assessment*, 23(1), 86-95. DOI: [10.1177/1073191115569528](https://doi.org/10.1177/1073191115569528)
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Solem, S., Wells, A., Kennair, L. E. O., Hagen, R., Nordahl, H., & Hjemdal, O. (2021). Metacognitive therapy versus cognitive-behavioral therapy in adults with generalized anxiety disorder: A 9-year follow-up study. *Brain and behavior*, 11(10), e2358. <https://doi.org/10.1002/brb3.2358>
- Landy, L. N., Schneider, R. L., & Arch, J. J. (2015). Acceptance and commitment therapy for the treatment of anxiety disorders: a concise review. *Current Opinion in Psychology*, 2, 70-74. https://www.colorado.edu/clinicalpsychology/sites/default/files/attachedfiles/landy_schneider_arch_2015_act_for_anxiety_disorders_brief_review_copy.pdf
- Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and behavioral practice*, 9(3), 177-190. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.11.004>
- Leahy, R. L. (2015). *Emotional Schema Therapy*. Guilford.
- Leahy, R. L., Tirsch, D., & Napolitano, L. A. (2011). *Emotion Regulation in Psychotherapy. A Practitioner's Guide*. Guilford press.
- Lieb, R., Becker, E., & Altamura, C. (2005). The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *EuropeanNeuropsychopharmacology*, 15(4), 445-452. DOI: [10.1016/j.euroneuro.2005.04.010](https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.010)
- Fresco, D. M., Mennin, D. S., Heimberg, R. G., & Ritter, M. (2013). Emotion Regulation Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive and behavioral practice*, 20(3), 282-300. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.02.001>
- Monnazami, F., Bagherian-Sararuodi, R., Ahmadi Tahour Soltani, M., & Rabiei, M. (2013). Comparison of Metacognitive (MCT) and Cognitive-Behavioral (CBT) Interventions on Reducing the General Anxiety Symptoms and Metacognitive Beliefs of Patient with This Disorder. *Journal of Isfahan Medical School*, 31(233), 475-485. https://jims.mui.ac.ir/article_14053.html?lang=en
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognit Ther Res*, 27(3), 261-73. <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1023962332399>
- Patterson, B., & Van Ameringen, M. (2016). Augmentation strategies for treatment-resistant anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Depression and anxiety*, 33(8), 728-736. DOI: [10.1002/da.22525](https://doi.org/10.1002/da.22525)
- Riskind, J. H., Black, D., & Shahar, G. (2010). Cognitive vulnerability to anxiety in the stress generation process: interaction between the Looming Cognitive Style and Anxiety Sensitivity. *Journal of anxiety disorders*, 24(1), 124-128. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.09.007>
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized

- anxiety disorder. *Behavior therapy*, 38(1), 72–85.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.04.004>
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 54–68.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.54>
- Scher, C. D. & Stein, M. B. (2003) Developmental antecedents of anxiety sensitivity. *J Anx Dis*, (17), 253–69. DOI: 10.1016/s0887-6185(02)00202-5
- Siev, J., & Chambless, D. L. (2007). Specificity of treatment effects: Cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. *J Consult Clin Psycho*, (75), 513–22. DOI: 10.1037/0022-006X.75.4.513
- Ströhle, A., Gensichen, J., & Domschke, K. (2018). The diagnosis and treatment of anxiety disorders. *Deutsches Ärzteblatt International*, 115(37), 611. DOI: 10.3238/arztebl.2018.0611
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. (2013). Acceptance and commitment therapy in the treatment of anxiety: a systematic review. *Clinical psychology review*, 33(8), 965–978.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.002>
- Taylor, S. (Ed.). (1999). *Anxiety Sensitivity: theory, Research, and Treatment of the Fear of Anxiety* (1st ed.). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781410603326>
- Tyrer, P. (1999). *Anxiety: a multidisciplinary review*, Imperial College Press, London.
<https://doi.org/10.1142/p062>
- van der Heiden, C., Muris, P., & van der Molen, H. T. (2012). Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 50(2), 100–109.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.12.005>
- Vigerland, S., Serlachius, E., Thulin, U., Andersson, G., Larsson, J. O., & Ljótsson, B. (2017). Long-term outcomes and predictors of internet-delivered cognitive behavioral therapy for childhood anxiety disorders. *Behaviour research and therapy*, 90, 67–75. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.12.008>
- Wells, A., Welford, M., King, P., Papageorgiou, C., Wisely, J., & Mendel, E. (2010). A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 48(5), 429–434.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.11.013>
- Wetherell, J. L., Afari, N., Ayers, C. R., Stoddard, J. A., Ruberg, J., Sorrell, J. T., Liu, L., Petkus, A. J., Thorp, S. R., Kraft, A., & Patterson, T. L. (2011). Acceptance and Commitment Therapy for generalized anxiety disorder in older adults: a preliminary report. *Behavior therapy*, 42(1), 127–134. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.07.002>
- Whitbourne, S. K., & Halgin, R. P. (2013). *Abnormal psychology: Clinical perspectives on psychological disorders*. McGraw-Hill.
<https://www.mheducation.com/highered/product/abnormal-psychology-clinical-perspectivespsychological-disorderswhitbourne/M9781265407988.html>