Review

A review of conceptual models for worry and generalized anxiety disorder

Mohamad Khodayarifard[1*], Ahmad Mansouri[2], Mohammad Ali Besharat[3], Masoud Gholamali Lavasani[4]

1. Professor, Department of Educational Psychology and Counseling, Faculty of Psychology & Education, University of Tehran, Tehran, Iran.
2. PhD Student in General Psychology, Department of Educational Psychology and Counseling, Faculty of Psychology & Education, University of Tehran, Tehran, Iran.
3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology & Education, University of Tehran, Tehran, Iran.
4. Associate Professor, Department of Educational Psychology and Counseling, Faculty of Psychology & Education, University of Tehran, Tehran, Iran.
*. Corresponding Author: E-mail: Khodayar@ut.ac.ir

(Received 29 November 2016; Accepted 6 April 2017)

Abstract

Generalized anxiety disorder is a prevalent, chronic and disabling mental disorder. Several biological and psychological factors can contribute to the development and maintenance of worry and generalized anxiety disorder. So far, different behavioral, cognitive, metacognitive and emotional models have been presented about worry and generalized anxiety disorder. Therefore, the aim of this study was review models of worry and generalized anxiety disorder. ScienceDirect, Elsevier, Google Scholar, PubMed, SID and Magiran databases were searched using related keywords and six models were selected from among those published during 1990-2016. In other word, the results showed that cognitive avoidance model (Borkovec, 1994), metacognitive model (Wells, 1995), intolerance of uncertainty model (Dugas, Gagnon, Ladouceur & Freeston, 1998), acceptance-based model (Roemer & Orsillo, 2002), emotional dysregulation model (Mennin, Heimberg, Turk, & Fresco, 2002) and integrative model (Roemer, Orsillo & Barlow, 2002) are six of main models about worry and generalized anxiety disorder. Although the literature review indicates empirical evidence supporting the main component of these models, but there is mixed evidence. Many of these components are not specific of generalized anxiety disorder and occur in many other disorders. In addition, this disorder comorbidity with other disorders is a rule rather than the exception. However, the results of present study are the importance of developing transdiagnostic models.

Keywords: Cognitive avoidance, generalized anxiety disorder, intolerance of uncertainty, emotional dysregulation, worry.

Clin Exc 2017; 6(2): 23-38 (Persian).

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

مجله تعالی بالینی
آموزشی- پژوهشی
دوره ششم شماره ۲(۳۸-۲۳)

بررسی مروری مدل‌های نظری برای نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر

محمد خدایاری‌فرد[۱*]، احمد منصوری[۲]، محمدعلی بشارت[۳]، مسعود غلامعلی لواسانی[۴]

چکیده

اختلال اضطراب فراگیر یکی از اختلال‌های مزمن و ناتوان‌کننده است که نگرانی بیش‌ازحد و کنترل ناپذیر ویژگی اصلی آن محسوب می‌شود. عوامل زیستی و روان‌شناختی متعددی می‌توانند سبب ایجاد و تداوم این اختلال و نگرانی شوند. تاکنون مدل‌های رفتاری، شناختی، فراشناختی و هیجانی متفاوتی دربارهٔ این اختلال و نگرانی معرفی‌شده است. پژوهش حاضر با هدف بررسی مروری مدل‌های نظری موجود دربارهٔ اختلال اضطراب فراگیر و نگرانی انجام گرفت. کلیدواژه‌های مرتبط به موضوع پژوهش در پایگاه‌های معتبری مانند Science Direct، Elsevier، Google Scholar، PubMed، SID و Magiran جستجو گردید و شش مدل از بین پژوهش‌هایی که بین سال‌های ۲۰۱۶-۱۹۹۰ منتشر شده بودند، انتخاب شد. به‌عبارت‌دیگر، بررسی ادبیات پژوهش نشان داد که مدل‌های اجتناب شناختی(برکووک، ۱۹۹۴)، فراشناختی(ولز، ۱۹۹۵)، تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی(دوگاس و همکاران، ۱۹۹۸)، بدتنظیمی هیجانی(منین و همکاران، ۲۰۰۲)، مبتنی بر پذیرش(رومر و ارسیلو، ۲۰۰۲) و مدل یکپارچه‌شده(رومر، ارسیلو و بارلو، ۲۰۰۲) از مهم‌ترین مدل‌های مطرح‌شده دربارهٔ نگرانی و اختلال اضطراب فراگیرند. اگرچه بررسی ادبیات پژوهش بیانگر شواهد تجربی حمایت‌کننده‌ای از مؤلفه‌های اصلی این مدل‌هاست، اما شواهد متناقضی نیز وجود دارد. بسیاری از این مؤلفه‌ها اختصاصی اختلال اضطراب فراگیر نیستند و در بسیاری از اختلال‌های دیگر نیز اتفاق می‌افتند. به‌علاوه، همبودی این اختلال با سایر اختلال‌های دیگر معمول می‌باشد. ازاین‌رو، نتایج پژوهش حاضر بیانگر اهمیت تدوین مدل‌های فراتشخیصی می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: اجتناب شناختی، اختلال اضطراب فراگیر، بدتنظیمی هیجانی، تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، نگرانی.

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر، یکی از اختلال‌های اساسی در آسیب‌شناسی روانی است، زیرا ویژگی‌های اساسی آن می‌تواند منعکس‌کنندهٔ فرایندهای اصلی موجود در همهٔ اختلال‌های هیجانی باشد(۱). براساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی(۲)، این اختلال به‌واسطهٔ نگرانی و اضطراب بیش‌ازحد، دشواری در کنترل نگرانی و همچنین شکایت‌های روان‌شناختی و جسمانی مختلف از جمله تنش عضلانی، بی‌قراری، خستگی، مشکلات تمرکز، تحریک‌پذیری و مشکلات خواب مشخص می‌شود.

۱. استاد گروه روانشناسی تربیتی و مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
۲. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی تربیتی و مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
۳. استاد گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
۴. دانشیار گروه روانشناسی تربیتی و مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
*نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی تربیتی و مشاوره
E-mail: Khodayar@ut.ac.ir.
تاریخ دریافت:۱۳۹۵/۸/۱۲ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۵/۱۲/۲۲ تاریخ پذیرش:۱۳۹۶/۱/۱۷

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

باوجوداین، نگرانی بیش‌ازحد، مزمن و کنترل‌ناپذیر ویژگی اصلی این اختلال است. شیوع یک‌سالهٔ آن در جمعیت ۶۵-۱۸ سال ایران ۵/۲ درصد گزارش شده است(۳). شیوع یک‌سالهٔ آن در سایر کشورها ۳/۶ -۰/۴ درصد و خطر شیوع مادام‌العمر آن ۹ درصد است. این اختلال در زنان دو برابر مردان اتفاق می‌افتد. شیوع آن در اواسط عمر به اوج می‌رسد و در سال‌های بعدی عمر کاهش می‌یابد. میانگین سنی شروع اختلال ۳۰ سال است، اما سن شروع آن بسیار متفاوت می‌باشد. این اختلال به‌ندرت پیش از نوجوانی اتفاق می‌افتد(۲). سیر طبیعی آن مزمن و نوسان‌دار است(۱) و در صورت درمان نشدن، پیش‌آگهی آن ضعیف خواهد بود. همچنین، پیش‌بینی‌شده قوی اختلال‌های ثانویهٔ بعدی از جمله اختلال افسردگی عمده است(۴). براساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی(۲) این اختلال اغلب با اختلال افسردگی عمده و اختلال‌های اضطرابی دیگر همبود است، اما همبودی کمتری با اختلال‌های مصرف مواد، سلوک، روان‌پریشی، عصبی رشدی و عصب‌شناختی دارد.

سازوکارها و عوامل خطرساز متعددی در ایجاد اختلال اضطراب فراگیر دخیل‌اند. بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که عوامل زیست‌شناختی، شناختی، رفتاری، هیجانی، بین‌فردی و عصب‌زیست‌شناختی متعددی از جمله مزاج، بازداری رفتاری، عاطفهٔ منفی، اجتناب از آسیب، رویدادهای منفی زندگی، سابقهٔ مشکلات روانی والدین، بدرفتاری، فقدان یا جدایی طی دوران کودکی، سبک‌های دل‌بستگی و والدینی، روان بنه‌های مرتبط با تهدید، رضایت کم از زندگی، الگوبرداری، سوگیری‌های مرتبط با پردازش اطلاعات هیجانی و مهارت‌های بین فردی ضعیف، از جمله عوامل خطرساز این اختلال محسوب می‌شوند(۲-۶،۱-۵). اگرچه اختلال اضطراب فراگیر به‌عنوان یک اختلال اساسی در آسیب‌شناسی‌روانی مطرح است(۱)، اما برخلاف سایر اختلال‌های اضطرابی به‌خوبی شناخته‌شده نیست و به درمان مقاوم باقی‌مانده است(۷). مدل‌های متفاوتی دربارهٔ اختلال اضطراب فراگیر و نگرانی ارائه شده است. هر یک از این مدل‌ها بر ابعاد شناختی، هیجانی و رفتاری خاصی تأکید دارند. باوجوداین، ترکیب عوامل محوری این مدل‌ها به‌عنوان عوامل فراتشخیصی می‌تواند جهت طراحی مدل‌های آسیب‌شناسی کامل‌تر و مؤثرتر موردبحث و بررسی قرار گیرد. بعلاوه، نتایج پژوهش حاضر از نظر بالینی و کاربردی می‌تواند زمینه‌ساز طراحی یک برنامه درمانی جامع فراتشخیصی برای این اختلال و سایر اختلال‌های دیگر باشد.

روش کار

بررسی مروری حاضر با بررسی منابع موجود درباره مدل‌های نظری نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر در بین سال‌های ۲۰۱۶-۱۹۹۰ و به زبان‌های فارسی و انگلیسی انجام شد. کلیدواژه‌های مرتبط از جمله مدل و نگرانی و مدل و اختلال اضطراب فراگیر در پایگاه‌های معتبری مانند Google Scholar ،Elsevier, Science Direct، PubMed، SIDو Magiran جستجو گردید. سرانجام، شش مدل از بین پژوهش‌های منتشر شده انتخاب شد.

یافته‌ها

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مدل‌های اجتناب شناختی(۸)، فراشناختی(۹)، تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی(۱۰)، بدتنظیمی هیجانی(۱۱)، مبتنی بر پذیرش(۱۲) و مدل یکپارچه‌شده(۱۳)، از مهم‌ترین مدل‌های مطرح‌شده درباره نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر می‌باشند. در ادامه ویژگی‌های عمدهٔ هر یک بیان می‌شود.

مدل اجتناب شناختی

از سال ۱۹۷۰ برکووک و همکارانش پژوهش‌های زیادی دربارهٔ ماهیت نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر انجام داده‌اند(۱۴). در سال ۱۹۷۰ برکووک ضمن بررسی ماهیت و درمان بی‌خوابی، مشاهده کرد که اساس روان‌شناختی بی‌خوابی با مداخلات شناختی کنترل نشدنی(افکار مزاحم ناخوانده) رابطه دارد و در موارد شدید این مداخلات

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

ممکن است با توانایی به خواب رفتن و در خواب‌ماندن تداخل کنند، هرچند درون‌مایهٔ آن‌ها ممکن است منطقی بوده و با فعالیت‌های روزمره مرتبط باشد. براساس این مشاهده‌ها برکووک شروع به مطالعهٔ افرادی کرد که آن‌ها را نگران‌های مزمن می‌نامید(۱۵).

مدل آن‌ها پایه و اساس نظریه‌ها و مدل‌های بعدی بوده است. برکووک و همکاران(۱۶) نگرانی را زنجیره‌ای از افکار و تصاویر دارای درون‌مایهٔ عاطفی منفی نسبتاً کنترل نشدنی تعریف کرده‌اند که بر تلاش برای اشتغال به مسئله گشایی روانی در مورد موضوعات واقعی یا خیالی دلالت دارد. پیامدهای آن نامعلوم است، اما شامل یک یا چند پیامد منفی می‌شود، بنابراین نگرانی رابطهٔ نزدیکی با فرایند ترس دارد؛ همچنین منعکس‌کنندهٔ اجتناب از افکار و هیجان‌های پریشان کنندهٔ ناشی از آسیب‌های گذشته، مشکلات مربوط به روابط بین فردی اولیه(مثل تجربه‌های منفی دل‌بستگی) و فعلی(مثل مهارت‌های بین‌فردی ضعیف) است(۱۷).

در مدل اجتناب شناختی اعتقاد بر این است که اجتناب شناختی به‌واسطهٔ فرایند نگرانی اتفاق می‌افتد، زیرا نگرانی به‌عنوان یک فعالیت اغلب فکری یا کلامی بر تلاش به‌منظور اجتناب از وقوع فجایع آینده متمرکز است و در نتیجه به‌عنوان راهبردی اجتنابی در پاسخ به تهدیدهای ادراک‌شده عمل می‌کند. نگرانی با سطوح پایین تصویرسازی ذهنی رابطه دارد و به‌عنوان عاملی برای اجتناب از تصویرهای ذهنی ناخوشایند عمل می‌کند. همچنین سبب تداخل در پردازش هیجانی محرک‌ها می‌شود. نگرانی همچنین از طریق سرکوب فوری واکنش‌های سمپاتیک مربوط به مواد فراخوان اضطراب، باورهای مثبت دربارهٔ نگرانی و همچنین عدم وقوع رویدادهای ترسناک پیش‌بینی‌شده به‌گونه‌ای منفی تقویت می‌شود(۱۹-۱۷)؛ بنابراین، نگرانی مشابه سایر پاسخ‌های اجتنابی دیگر مانع پردازش هیجانی و در نتیجه خاموش‌سازی موفقیت‌آمیز می‌شود. به‌علاوه به تقویت مفاهیم مضطربانهٔ پیرامون موضوعات و محتوای آن‌ها می‌انجامد(۱۷). در مجموع، نگرانی را می‌توان به‌عنوان تلاش شناختی غیر مؤثر برای مسئله گشایی و بدین ترتیب حذف تهدیدهای ادراک‌شده در نظر گرفت، درحالی‌که هم‌زمان از تجربه‌های بدنی و هیجانی نامطلوب که به‌طور طبیعی طی فرایند مواجهه با ترس اتفاق می‌افتند، اجتناب می‌شود(۶).

بهار و همکاران و فیشر و ولز با بررسی مدل‌های موجود شواهدی در حمایت از این مدل ارائه کردند. آن‌ها دریافتند که بین باورهای مثبت دربارهٔ نگرانی، سبک‌های دل‌بستگی و مشکلات بین فردی با اختلال اضطراب فراگیر و نگرانی رابطه وجود دارد(۱۴،۶). به‌علاوه نگرانی به‌عنوان یک فعالیت اغلب کلامی سبب کاهش برانگیختگی بدن می‌شود و به شکل نوعی راهبرد مقابله‌ای عمل می‌کند. مطالعات اخیر نیز نشان داده‌اند که بین باورهای مثبت دربارهٔ نگرانی(۲۰)، سبک‌های دل‌بستگی(۲۲-۲۱) و مشکلات بین فردی(۲۳) با اختلال اضطراب فراگیر و نگرانی رابطه وجود دارد. هیرش و همکاران(۲۴) نشان دادند که تصاویر ذهنی در افراد مبتلا طی نگرانی کمتر معمول بوده و مختصرتر است. باوجوداین، بشارت و میرجلیلی و مرادی و همکارانتفاوتی در شدت نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و وسواس_اجبار مشاهده نکردند(۲۵،۲۰). منصوری و همکاران در بررسی خود دریافتند تفاوت معناداری بین افراد مبتلابه این اختلال با افراد مبتلا به افسردگی عمده و بهنجار در نگرانی آسیب‌شناختی وجود دارد؛ درحالی‌که تفاوتی بین آن‌ها و افراد مبتلا به اختلال وسواس_اجبار وجود ندارد(۲۶). یوک و همکاران تفاوتی در شدت نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی عمده مشاهده نکردند. ازاین‌رو، می‌توان نتیجه گرفت که نگرانی به‌عنوان نوعی اجتناب شناختی محدود به اختلال اضطراب فراگیر نیست(۲۷).

مدل فراشناختی

فراشناخت به شناخت دربارهٔ شناخت اشاره دارد(۲۸) و به‌عنوان هر نوع دانش یا فرایند شناختی دخیل در ارزیابی، کنترل و نظارت بر فکر تعریف‌شده است(۲۹). این مدل به

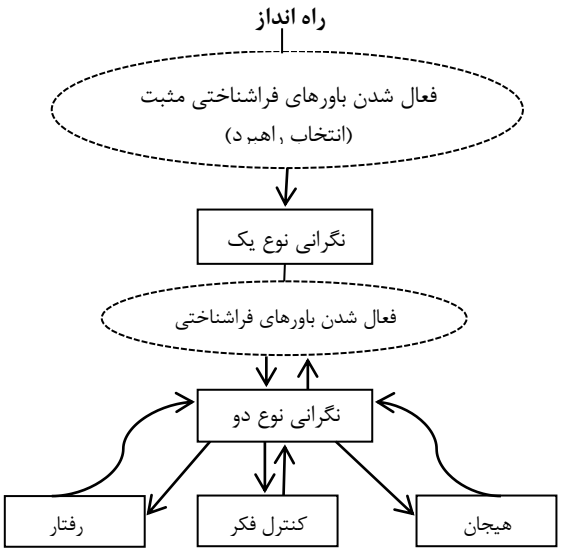
[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

توصیف عوامل و فرایندهای شناختی و فراشناختی اساسی دخیل در آسیب‌پذیری هیجانی و تداوم اختلال‌های روان‌شناختی می‌پردازد. بعلاوه بیان می‌شود که اختلال‌ها با یک سبک تفکر غیراختصاصی(نشانگان شناختی‌ـ توجه) رابطه دارند(۳۰،۲۸،۹). مدل فراشناختی نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر براساس نظریهٔ پردازش اطلاعات فراتشخیصی ایجاد شده است که مدل کارکرد اجرایی خودتنظیمی نامیده می‌شود(۱۴). مدل فراشناختی اختلال اضطراب فراگیر نیز بر این اصل استوار است که باورهای فراشناختی، ارزیابی‌های فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر جزو عوامل اصلی ایجاد و تداوم این اختلال هستند(۳۱). در این مدل نگرانی ناشی از باورهای منفی دربارهٔ نگرانی و راهبردهای ناکارآمد کنترل ذهن است(۳۲). به‌علاوه، باورهای منفی نقش کلیدی در ایجاد و تداوم اختلال اضطراب فراگیر بازی می‌کنند(۳۲،۲۸-۳۰).

در مدل فراشناختی بین دو نوع نگرانی، یعنی نگرانی نوع یک و دو تفاوت وجود دارد؛ نگرانی نوع یک با رویدادهای بیرونی و درونی غیر شناختی(مثل علائم جسمانی، موضوعات مرتبط با سلامت، دلواپسی‌های بین‌فردی و سایر دلواپسی‌های روزمره) مرتبط است، درحالی‌که نگرانی نوع دو با ارزیابی منفی فرایندهای فکری مرتبط است. این نوع نگرانی در اصل نگرانی در مورد نگرانی یا فرانگرانی نامیده می‌شود. باورهای مثبت در مورد نگرانی به‌طورمعمول در پاسخ به افکار مزاحم و شک و تردیدها یا عوامل بیرونی مانند اخبار یا اطلاعات راه‌اندازی می‌شوند و به‌عنوان راهبردی برای پیش‌بینی و مواجهه با تهدیدها فعال می‌شوند(۳۰). این باورها بهنجارند، هم در جمعیت‌های بالینی و هم غیر بالینی اتفاق می‌افتند و اختصاصی اختلال اضطراب فراگیر نیز نیستند(۳۰،۱۴). باوجوداین، افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به استفادهٔ انعطاف‌ناپذیر از نگرانی به‌عنوان یک روش عمدهٔ مقابله گرایش دارند. به‌علاوه نگرانی آن‌ها تا زمانی ادامه می‌یابد که تشخیص دهند قادر به مقابلهٔ مؤثر با خطر پیش‌بینی‌شده هستند(۳۱-۳۰). ازاین‌رو، نگرانی نوع یک اضطراب و علائم شناختی و جسمانی مرتبط را افزایش می‌دهد؛ اما این اضطراب و علائم هیجانی دیگر هنگام دستیابی به هدف(مثل رسیدن فرد به این حس که می‌تواند مقابله کند) کاهش می‌یابند(۳۰). باوجوداین، اختلال اضطراب فراگیر بهنگام فعال شدن باورهای فراشناختی منفی یا باورهای منفی در مورد نگرانی ایجاد می‌شود. باورهای منفی شامل این باورها هستند که نگرانی کنترل‌ناپذیر است و برای جسم، روان یا کارکردهای روانی اجتماعی آسیب‌زا یا خطرناک‌اند. به‌عبارت‌دیگر، افراد می‌ترسند که نگرانی به از دست دادن کنترل ذهن، دیوانه شدن یا آسیب به بدن آن‌ها منجر شود. باورهای منفی طی دوره‌های نگرانی نوع یک فعال‌شده و به ارزیابی‌های منفی از فرایند نگرانی منجر خواهند شد. این ارزیابی‌ها سبب تشدید احساس تهدید و علائم اضطراب می‌شوند؛ عواملی که می‌توانند به‌عنوان نشانه‌هایی از خطرناک بودن یا کنترل‌ناپذیری نگرانی تفسیر شوند. در نتیجه نگرانی همچنان به‌عنوان یک روش عمدهٔ مقابله توسط افراد مبتلا به این اختلال استفاده خواهد شد(۱۴، ۲۸، ۳۱-۳۰).

در مدل فراشناختی همچنین به نقش تداوم‌بخش طیفی از راهبردهای رفتاری و کنترل فکر توجه شده است. رفتارها(مثل اجتناب از موقعیت‌ها یا اطلاعات، اطمینان‌بخشی، مصرف الکل) با هدف اجتناب از موقعیت‌های راه‌انداز نگرانی و جلوگیری از پیامدهای ترسناک نگرانی انجام می‌گیرند. راهبردهای کنترل فکر(مثل سرکوب فکر) نیز با هدف سرکوب افکار مربوط به راه‌اندازهای نگرانی به‌کار می‌روند. باوجوداین، این راهبردها به‌ندرت مؤثرند. به‌علاوه سبب تداخل با کنترل ذهنی مؤثر، تمرین راهبردهای جایگزین برای ارزیابی و مقابله، رشد باورهای فراشناختی سازگارتر و از دست دادن اعتماد به توانایی‌های خود جهت کنترل نگرانی می‌شوند. در نهایت این راهبردها مانع تجربهٔ رویدادها و شواهد مغایر با کنترل‌پذیری و خطرناک بودن نگرانی و درنتیجه تقویت باورهای مربوط به کنترل‌ناپذیری و خطرناک بودن نگرانی می‌شوند(۳۱-۳۰، ۲۸،۱۴).

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-19]



شکل شماره۲: مدل فراشناختی اختلال اضطراب فراگیر(۹)

بهار و همکاران(۶) و فیشر و ولز(۱۴) شواهدی در حمایت از این مدل ارائه کردند. آن‌ها دریافتند که بین نگرانی نوع دو با اختلال اضطراب فراگیر و نگرانی رابطه وجود دارد. بشارت و همکاران(۳۳) دریافتند که بین باورهای فراشناختی و نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر رابطهٔ معنادار وجود دارد. راجیرو و همکاران(۳۴) گزارش کردند که افراد مبتلا به این اختلال باورهای منفی‌تری دربارهٔ نگرانی دارند. دیفن‌باخ و همکاران(۳۵) دریافتند که بین باورهای منفی با نگرانی و شدت اختلال اضطراب فراگیر رابطه وجود دارد؛ اما رابطه‌ای بین باورهای مثبت با شدت این اختلال وجود ندارد. همچنین دریافتند که بین افراد مبتلا به این اختلال و افراد گروه کنترل در باورهای منفی دربارهٔ نگرانی تفاوت معنادار وجود دارد، اما تفاوتی بین آن‌ها در باورهای مثبت وجود ندارد. کونر و همکاران(۳۶) دریافتند که بین افراد احتمالاً مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و غیرمبتلا در باورهای منفی و مثبت به نگرانی تفاوت معنادار وجود دارد. پنی و همکاران(۳۷) با بررسی یک نمونهٔ غیربالینی دریافتند که بین باورهای مثبت و منفی دربارهٔ نگرانی با شدت علائم اختلال اضطراب فراگیر و نگرانی رابطه وجود دارد. آن‌ها همچنین مشاهده کردند که تنها باورهای منفی دربارهٔ نگرانی پیش‌بینی‌شده علائم این اختلال پس از کنترل نگرانی هستند. باوجوداین، بشارت و میرجلیلی، شیرین زاده دستگیری و همکاران و کارترایت‌هاتون و ولزتفاوتی در باورهای مثبت و منفی درباره نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و وسواس‌ـاجبار مشاهده نکردند(۳۸-۳۹،۲۰). ازاین‌رو، می‌توان نتیجه گرفت که باورهای منفی دربارهٔ نگرانی اختصاصی اختلال اضطراب فراگیر نیست.

مدل تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی

دوگاس و همکاران مدل تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی را ایجاد کردند(۱۰). در مدل شناختی تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی اعتقاد بر این است که باورهای افراد دربارهٔ بلاتکلیفی، باورهای مثبت دربارهٔ نگرانی، جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل و راهبردهای اجتناب شناختی نقش مهمی در ابتلا و تداوم اختلال اضطراب فراگیر بازی می‌کنند. باوجوداین، اعتقاد بر این است که باورهای افراد دربارهٔ بلاتکلیفی نقش مهمی در ایجاد و تداوم نگرانی و همچنین اختلال اضطراب فراگیر دارند(۴۱-۴۰). این مدل دارای چهار مؤلفهٔ تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، باورهای مثبت دربارهٔ نگرانی و جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل است. در این مدل تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی به‌واسطهٔ افزایش سوگیری‌های شناختی به‌طور مستقیم به نگرانی منجر می‌شود، اما سه مؤلفهٔ دیگر به شکل غیرمستقیم به افزایش نگرانی منجر می‌شوند(۱۴). تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی نوعی سوگیری شناختی است که چگونگی ادراک، تفسیر و پاسخ به موقعیت‌های مبهم را در سطح شناختی، هیجانی و رفتاری تحت تأثیر قرار می‌دهد. افرادی که در برابر بلاتکلیفی تحمل‌ناپذیرند؛ معتقدند بلاتکلیفی استرس‌زا و ناراحت‌کننده است؛ بلاتکلیفی در مورد آینده ناعادلانه است؛ رویدادهای منفی غیرمنتظره‌اند و باید از آن‌ها اجتناب کرد. همچنین بلاتکلیفی با توانایی فرد برای عمل تداخل می‌کند(۴۱-۴۰). این افراد در موقعیت‌های مبهم مشکلات کارکردی دارند(۴۳). آن‌ها همچنین به بیش‌برآورد احتمال رویدادهای پیش‌بینی‌ناپذیر

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

یا منفی تمایل دارند و تفسیرهای تهدیدکننده‌ای از اطلاعات مبهم دارند(۲۷).

باورهای مثبت دربارهٔ نگرانی دومین مؤلفهٔ این مدل است. به نظر دوگاس و همکاران(۱۰، ۴۱-۴۰). افراد مبتلا به این اختلال باورهای غیرواقعی دربارهٔ مفید بودن نگرانی دارند. آن‌ها این باورها را در پنج طبقه قرار دادند:

الف) نگرانی می‌تواند مانع وقوع پیامدهای منفی یا به حداقل رساندن آن‌ها شود (تقویت منفی)، و

ب) نگرانی عمل مناسبی برای یافتن راه‌حل است(تقویت مثبت).

باوجوداین، آن‌ها مفهوم‌سازی خود از این مؤلفه را به پنج نوع گسترش دادند:

۱. **نگرانی به یافتن راه‌حل‌هایی برای مشکلات کمک می‌کند؛**
۲. **نگرانی انگیزهٔ انجام دادان کارها را افزایش می‌دهد؛**
۳. **نگرانی در مورد چیزی که ممکن است در آینده اتفاق افتد، سبب کاهش واکنش منفی فرد می‌شود؛**
٤. **نگرانی به‌خودی‌خود می‌تواند مانع وقوع چیزهای بد شود(به تفکر جادویی یا آمیختگی فکر-عمل اشاره دارد)؛ و**
۵. **نگرانی بیانگر مسئول بودن و دلسوزی فرد است. این باورها به‌واسطهٔ فرایندهای تقویت مثبت و منفی ایجاد می‌شوند و تداوم می‌یابند**(۱۰، ۴۱-۴۰).

تقویت مثبت زمانی اتفاق می‌افتد که نگرانی به‌وسیلهٔ یک پیامد مطلوب از جمله یافتن راه‌حلی برای موقعیت ترسناک پیگیری شود، درحالی‌که تقویت منفی زمانی اتفاق می‌افتد که نگرانی به‌گونه‌ای منفی به‌وسیلهٔ عدم وقوع فجایع تصویرسازی شده و کاهش اثر آن تقویت شود(۱۴).

سومین مؤلفهٔ با جنبهٔ خاصی از مسئله‌گشایی یعنی جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل مرتبط است. جهت‌گیری نسبت به مشکل به جهت‌گیری شناختی کلی افراد هنگام مواجهه با مشکل اشاره دارد. بدین ترتیب جهت‌گیری نسبت به مشکل شامل ادراکات فرد از مشکلات، ارزیابی از خود به‌عنوان عامل مسئله گشایی و انتظارات مربوط به پیامدهای مسئله گشایی است. از طرف دیگر، مهارت‌های مسئله‌گشایی به مهارت‌های واقعی موردنیاز برای حل موفقیت‌آمیز مشکلات روزمره اشاره دارد. براساس نتایج پژوهش‌ها نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر رابطهٔ قوی با جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل دارد. همچنین معلوم شده است که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌دانند چگونه مشکلاتشان را حل کنند، اما به دلیل داشتن جهت‌گیری شناختی منفی در مواجهه با مشکل در انجام موفقیت‌آمیز آن به دشواری‌هایی دچارند(۱۰،۴۲-۴۱). به‌عبارت‌دیگر، آن‌ها اطمینانی به توانایی مسئله‌گشایی خود ندارند، مشکلات را به‌عنوان تهدید درک می‌کنند، هنگام مواجهه با مشکل به‌آسانی احساس ناکامی می‌کنند و در مورد نتایج مسئله‌گشایی بدبین هستند(۴۴).

مؤلفهٔ نهایی این مدل، اجتناب شناختی است که به راهبردهای متنوعی اشاره دارد که به اجتناب از محتوای شناختی و هیجانی تهدیدکننده منجر می‌شود. اجتنابی شناختی نه‌تنها نگرانی آن‌ها را کاهش نمی‌دهد، بلکه سبب تداوم سطوح بالای نگرانی در آن‌ها می‌شود. در این مدل راهبردهای اجتناب شناختی به دو طبقهٔ گستردهٔ ۱. راهبردهای ضمنی یا خودکار(مثل اجتناب خودمختار از تصاویر ذهنی تهدیدکننده)، و

۲. راهبردهای صریح و آشکار تقسیم می‌شوند(مثل سرکوب افکار نگران‌کننده، استفاده از حواس‌پرتی، جایگزین کردن افکار خنثی یا مثبت به‌جای نگرانی‌ها، اجتناب از موقعیت‌هایی که می‌توانند به تفکر نگران‌کننده منجر شوند)(۱۰،۴۲-۴۱).

بهار و همکاران و فیشر و ولز با بررسی مدل‌های موجود شواهدی در حمایت از این مدل ارائه کردند(۱۴،۶). آن‌ها دریافتند که بین تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، اجتناب_شناختی، باورهای مثبت دربارهٔ نگرانی و جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل با این اختلال و نگرانی رابطه وجود دارد. آن‌ها همچنین دریافتند که هیچ‌یک از این مؤلفه‌ها به‌ویژه تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی اختصاصی اختلال اضطراب فراگیر نیست. بشارت و میرجلیلی دریافتند که بین اجتناب شناختی و تحمل‌ناپذیری

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

بلاتکلیفی با نگرانی آسیب‌ـشناختی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر رابطه وجود دارد(۴۵). مطالعات مختلف دیگر نیز نشان دادند که بین اجتناب شناختی و تحمل‌ـناپذیری بلاتکلیفی با نگرانی و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر در نمونه‌های غیر بالینی رابطه وجود دارد(۴۹-۴۶). کونر و همکاران دریافتند که بین افراد احتمالاً مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و غیر مبتلا در باورهای منفی و مثبت به نگرانی تفاوت معنادار وجود دارد(۴۵). بیسدوبام و همکاران مشاهده کردند که افراد مبتلا به این اختلال اجتناب شناختی بیشتری نسبت به افراد سالم تجربه می‌کنند(۵۰). راجیرو و همکاران دریافتند که بین افراد مبتلا به این اختلال و افراد سالم تفاوت معناداری در تحمل‌ناپذیری وجود دارد(۳۴).

شاهجویی و همکاران گزارش کردند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی بیشتری را تجربه می‌کنند؛ همچنین جهت‌گیری منفی‌تری نسبت به مشکل دارند. باوجوداین تفاوتی بین آن‌ها و افراد سالم در اجتناب شناختی و باورهای مثبت دربارهٔ نگرانی وجود ندارد(۵۱). رحیمیان و بوگر و همکاران دریافتند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اجتناب شناختی رفتاری و تحمل‌ناپذیری بیشتری نسبت به افراد مبتلا به وسواس و سالم تجربه می‌کنند(۵۲). باوجوداین، بشارت و میرجلیلی تفاوتی بین افراد مبتلا به این اختلال و افراد مبتلا به وسواس‌ـاجبار در اجتناب شناختی و تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی مشاهده نکردند همچنین دریافتند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و وسواس‌ـاجبار همبود نمره‌های بالاتری نسبت به هر یک از دو گروه کسب کردند(۲۰). اندرسون و همکاران، عاقلی و همکاران و شاهجویی و همکاران مشاهده کردند که بین افراد مبتلا به این اختلال و سالم در تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی تفاوت وجود دارد، اما تفاوتی بین آن‌ها و افراد مبتلا به وسواس‌ـاجبار و گروه مبتلا به اختلال‌های اضطرابی دیگر وجود ندارد(۵۵-۵۳). یوک و همکاران نشان دادند که تفاوتی در تحمل‌ناپذیری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی عمده وجود ندارد(۲۷). جنتس و راسکیو با فراتحلیل مطالعات انجام شده دریافتند که تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی ویژگی مشترک اختلال اضطراب فراگیر، افسردگی عمده و وسواس‌ـاجبار می‌باشد(۵۶).

مدل مبتنی بر پذیرش

رومر و ارسیلو در تدوین مدل اولیهٔ خود از مدل اجتناب شناختی برکووک و اجتناب تجربه‌ای هیز و همکاران استفاده کردند(۱۲). رومر و همکاران بیان کردند که اختلال اضطراب فراگیر به‌واسطهٔ روابط واکنشی و مشکل‌زا با تجربه‌های درونی(افکار، احساسات، رانه‌ها، تصاویر، حواس بدنی)، پاسخ‌های درونی و رفتاری هدفمند جهت اجتناب و کاهش پریشانی و همچنین محدودیت رفتاری ایجاد و تداوم می‌یابند(۵۷). مدل آن‌ها شامل سه مؤلفهٔ رابطه با تجربه‌های درونی، اجتناب تجربه‌ای و محدودیت رفتاری است(۵۹-۵۸). افراد مبتلابه این اختلال تجربه‌های درونی خود از جمله افکار، هیجان‌ها و حواس فیزیولوژیکی خود را به‌گونه‌ای منفی(قضاوتی، واکنشی و آمیخته) ارزیابی کرده و از نگرانی به‌تنهایی یا همراه با سایر راهبردهای دیگر به‌عنوان ابزاری برای فرار یا اجتناب از این تجربه‌ها استفاده می‌کنند(۵۹-۵۷). تجربه‌های درونی می‌توانند از طریق یادگیری، هیجان‌های منفی، افکار قضاوتی و رانه‌های زیادی را جهت اجتناب فراخوانند(۶۰). دومین مؤلفهٔ این مدل، اجتناب تجربه‌ای یا تلاش‌های هیجانی، شناختی و رفتاری برای اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات و حواس پریشان کننده است(۵۹-۵۸). افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر رابطهٔ مشکل‌زایی(واکنش منفی به تجربه‌های درونی و آمیختگی با آن‌ها) باتجربه‌های درونی خود دارند و واکنش آن‌ها به این تجربه‌ها سبب برانگیخته شدن آن‌ها برای اجتناب تجربه‌ای(اجتناب فعال یا خودکار از تجربه‌های درونی تهدیدکننده یا منفی) با استفاده از راهبردهای متنوع از جمله نگرانی می‌شود(۶۱). این افراد امیدوارند به این طریق پریشانی‌شان کاهش یابد، اما به‌طور متناقضی سبب افزایش نشانه‌های خود می‌شوند. ازاین‌رو دو مؤلفهٔ

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

ذکرشده با یکدیگر مرتبط‌اند(۵۹). مؤلفهٔ نهایی این مدل محدودیت رفتاری است. محدودیت رفتاری معرف روش‌هایی است که مانع اشتغال افراد به اعمال ارزشمند می‌شود(۵۹). به‌عبارت‌دیگر، اگرچه اجتناب تجربه‌ای پریشانی ناشی از تجربهٔ درونی را در کوتاه‌مدت کاهش می‌دهد، در طولانی‌مدت محدودیت رفتاری را تقویت می‌کند. درنتیجه فرد مبتلا کمتر درگیر فعالیت‌هایی می‌شود که او آن‌ها را ارزشمند می‌داند(مثل صرف وقت در کنار خانواده). این مسئله سبب افزایش پریشانی می‌شود؛ پریشانی‌ای که سبب راه‌اندازی تجربه‌های درونی منفی‌تر و در نتیجه سبب تداوم این چرخه می‌شود(۶).

بررسی ادبیات پژوهش بیانگر رابطهٔ بین اجتناب تجربه‌ای و اختلال اضطراب فراگیر است. برای مثال رومر و همکاران، بوئر و دوگاس و همچنین لی و همکاران در بررسی خود دریافتند که بین اجتناب تجربه‌ای و نگرانی افراد مبتلا به این اختلال و افراد غیر بالینی رابطهٔ معنادار وجود دارد. به‌علاوه افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر سطوح بالاتری از اجتناب تجربه‌ای را تجربه می‌کنند(۴۷، ۵۸-۵۹). منصوری و همکاران دریافتند که بین اجتناب تجربه‌ای، نگرانی بیش‌ازحد و ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر نمونه‌های غیربالینی رابطه وجود دارد(۴۶). محمدخانی و همکاران گزارش کردند که رابطهٔ معناداری بین اجتناب تجربه‌ای و شدت اضطراب فراگیر یک نمونهٔ غیر بالینی وجود دارد(۶۲). اما اجتناب تجربه‌ای اختصاصی اختلال اضطراب فراگیر نیست. پژوهش‌های دیگر نشان دادند که بین اجتناب تجربه‌ای، اختلال‌های اضطراب اجتماعی(۶۳)، نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه(۶۴) و اختلال شخصیت مرزی(۶۵) رابطه وجود دارد.

مدل بد تنظیمی هیجانی

مدل بدتنظیمی هیجانی از ادبیات مربوط به نظریهٔ هیجان و تنظیم حالت‌های هیجانی مشتق شده است. به‌علاوه ویژگی‌های مشترکی با مفهوم‌سازی لینهان از نقایص هیجانی موجود در اختلال شخصیت مرزی دارد(۶). این مدل بر اهمیت فهم نگرانی در چارچوب دشواری‌های موجود در تنظیم هیجان تأکید دارد(۱۱)، زیرا نگرانی می‌تواند به‌عنوان یک پاسخ اجتنابی به هیجان‌های پریشان کننده عمل کند(۱۴). در مدل بد تنظیمی هیجانی اختلال اضطراب فراگیر اعتقاد بر این است که این اختلال به‌وسیلهٔ نقایص شایان توجه در تجربه و تنظیم هیجان مشخص می‌شود(۱۱،۶۶). به‌عبارت‌دیگر، افراد مبتلا به این اختلال مشکلاتی در چهار مؤلفهٔ کارکرد هیجان یعنی شدت هیجان‌ها، فهم ضعیف هیجان‌ها، واکنش منفی نسبت به هیجان‌ها و راهبردهای نابهنجار مدیریت هیجان، دارند. در این مدل راهبردهای ناسازگار مدیریت هیجان را می‌توان به‌عنوان مشکلات مرتبط با تعدیل تجربه‌ها و ابراز هیجان‌ها یا تلاش‌های خودکار ناهنجار برای کنترل یا سرکوب تجربه‌ها و ابراز هیجان دسته‌بندی کرد(۶۷-۶۶).

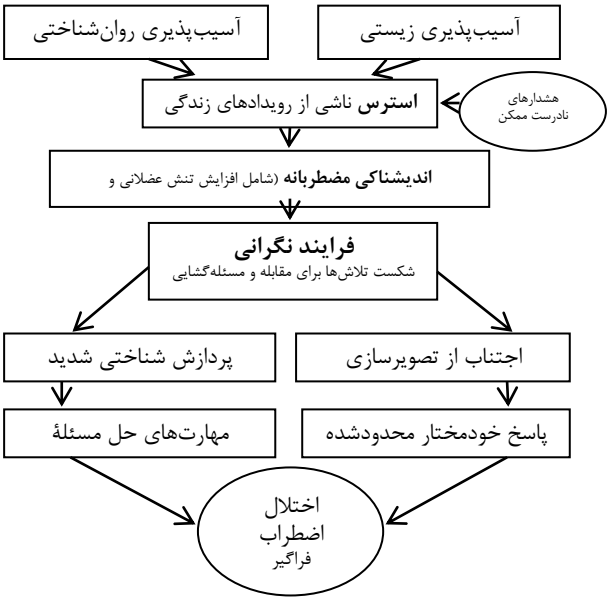
سالترز-پدنلت و همکاران با بررسی نمونه‌ای از افراد غیر کلینیکی دریافتند که بین بد تنظیمی هیجانی، نگرانی آسیب‌شناختی و علائم اختلال اضطراب فراگیر رابطه وجود دارد(۶۸). آن‌ها با مقایسهٔ گروهی از افراد شبه اختلال اضطراب فراگیر و سالم دریافتند که تفاوت معناداری بین آن‌ها در بد تنظیمی هیجانی و ابعاد آن وجود دارد. رومر و همکاران دریافتند که بین بد تنظیمی هیجان و اختلال یا نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر رابطه وجود دارد(۶۹). داودی و همکاران با بررسی گروهی از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دریافتند که بین بد تنظیمی هیجانی(دشواری در شناسایی و توصیف هیجان‌ها و راهبردهای تنظیم هیجان سازگار و ناسازگار) با اختلال اضطراب فراگیر رابطه وجود دارد(۷۰). به‌علاوه، دشواری در شناسایی و توصیف هیجان‌ها و راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار پیش‌بینی‌شده این اختلال هستند. مارگنسکا و همکاران گزارش کردند که بین بد تنظیمی هیجانی و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر رابطه وجود دارد(۲۱). فردایني‌سفلی و همکاران دریافتند که بین بدتنظیمی هیجانی، نگرانی و علائم اختلال اضطراب فراگیر نمونه‌ای غیرکلینیکی رابطه وجود دارد(۷۱). بشارت و همکاران دریافتند که بین بد تنظیمی شناختی هیجان و

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر رابطه وجود دارد(۳۳). بررسی ادبیات پژوهش بیانگر شواهد متناقضی نیز می‌باشد. برای مثال، پیرخائفی و همکاران نشان دادند که تفاوتی بین افراد مبتلا به این اختلال با افراد مبتلا به وسواس-اجبار و عادی در راهبردهای تنظیم شناختی ناسازگار وجود ندارد(۷۲). سعیدی و حاتمی نشان دادند که تفاوتی بین افراد مبتلا به این اختلال و افراد مبتلا به افسردگی اساسی در راهبردهای تنظیم شناختی ناسازگار وجود ندارد(۷۳).

مدل یکپارچه‌شده

بارلو در سال ۱۹۹۸ بیان کرد که همهٔ اختلال‌های اضطرابی از جمله اختلال اضطراب فراگیر ناشی از تعامل آسیب¬پذیری زیستی(مثل عوامل نوروبیولوژیکال و ژنتیک) و روان‌شناختی(مثل تجربه‌های پیش‌بینی‌ناپذیر و فقدان کنترل بر محیط) هستند(۷۴). در مدل جدید اعتقاد بر این است که تعامل این آسیب‌پذیری‌های تعمیم‌یافتهٔ زیستی و روان‌شناختی با رویدادهای منفی یا استرس‌زای زندگی سبب بروز حالتی از اندیشناکی مضطربانه شامل افزایش تنش عضلانی و گوش‌به‌زنگی نسبت به تهدید می‌شود(۱۳). در کانون این اضطراب احساس پایدار پیش‌بینی‌ناپذیری و کنترل‌ناپذیری رویدادهای آینده وجود دارد که اغلب تهدیدکننده و خطرناک ادراک می‌شوند. فرایند نگرانی نیز به‌نظر می‌رسد با تلاش به‌منظور پیش‌بینی پیامدهای منفی آینده و این باور که پیش‌بینی انجام‌گرفته اجازهٔ افزایش کنترل بر این پیامدها را به‌واسطهٔ آمادگی برای رویدادها، مسئله‌گشایی مؤثر یا توانایی اجتناب از پیامد می‌دهد، مرتبط باشد(۱۳). با توجه به آنچه ذکر شد نگرانی راهبرد اولیهٔ افراد برای مقابله با تهدیدهای ادراک‌شده می‌شود، به‌طوری‌که فرد برای کنترل تهدیدهای بالقوه و همچنین تنش فزاینده و برانگیختگی مضطربانه تلاش می‌کند(۷۴). باوجوداین شکست در تلاش‌ها به‌منظور مقابله و مسئله‌گشایی و همچنین به‌دقت آوردن کنترل به پردازش شناختی مختل منجر می‌شود که خود به جلوگیری از مسئله‌گشایی مؤثر می‌انجامد. همچنین، اجتناب از تصاویر مرتبط با نگرانی سبب کاهش پاسخ خودمختار می‌شود و فرایند نگرانی به‌گونه‌ای منفی از طریق فقدان پیامدهای فاجعه‌آمیز تقویت می‌شود(۷۴،۱۳). اختلال کامل زمانی اتفاق می‌افتد که فرایند نگرانی آن‌چنان مزمن شود که به علائم جسمانی مرتبط، پریشانی و اختلال بالینی شدید بینجامد(۷۴).



شکل شماره٤: مدل یکپارچه‌شدهٔ اختلال اضطراب فراگیر(۱۳)

رویکردهای فراتشخیصی

در اوایل و میانهٔ قرن ۲۰ روانشناسی تحت سلطه مدل‌های گسترده‌ای بود که فرایندهایی را که گمان می‌رفت اساس شکل‌گیری بسیاری از اشکال آسیب‌های روانی بود، توصیف می‌کردند. اما از اوایل قرن ۲۱ توجه معطوف به فرایندهایی شد که می‌توانند نقش علّی در اختلال‌های روان‌شناختی متعدد بازی کنند؛ فرایندهای که اغلب به‌عنوان فرایندهای معرفی‌شده‌اند(۷۵). این رویکرد با فرایندهای دخیل در آمادگی، سبب‌شناسی و همچنین تداوم اختلال روان‌شناختی مرتبط هست(۷۶).

رویکردهای فراتشخیصی مزایایی به لحاظ نظری و بالینی نسبت به رویکردهای اختصاصی دارند. ابتدا، توافق

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

فزاینده‌ای وجود دارد که اختلال‌های ناهمگن موجود در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی هر یک متشکل از فرایندهای مختلف کژکاری هستند که پیوستار متفاوتی در جمعیت عمومی دارند. بعلاوه، این فرایندهای کژکار در شماری از اختلال‌های متفاوت نیز دیده می‌شوند. رویکردهای فراتشخیصی بر این فرایندهای کژکار اساسی متمرکز هستند و به‌این‌ترتیب به درک دقیق‌تر ماهیت آسیب‌های روانی به روشی اقتصادی‌تر کمک می‌کنند(۷۵). دوم، رویکردهای می‌توانند به در درک همبودی بین اختلال‌های روانی کمک کنند(۷۶-۷۵). سوم اگر یک عامل فراتشخیصی به‌طور علّی با دو یا چند اختلال مرتبط است، ارزیابی و درمان می‌تواند به‌طور اقتصادی‌تری بر این عوامل تا بر تعداد زیادی از اختلال‌های مجزا متمرکز باشد. به‌علاوه، درمان‌های مؤثر در تغییر یک عامل فراتشخیصی می‌توانند اثراتی بر همهٔ اختلال‌های مرتبط داشته باشند(۷۵). اما، مدل‌های فراتشخیصی حال حاضر مشکلاتی در تبیین مکانیزم‌هایی دارند که بوسیلهٔ آن عوامل خطرساز فراتشخیصی منجر به اختلال‌های روانی متعدد می‌شوند. همچنین، مشکلاتی در تبیین اینکه چرا برخی از افراد باوجود عوامل خطرساز فراتشخیصی خاص یکسری از علائم و افراد دیگر باوجود همان عوامل، یکسری علائم دیگر را تجربه می‌کنند، دارند(۷۶).

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی مدل‌های مفهومی موجود دربارهٔ نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر انجام گرفت. نتایج نشان داد که مدل‌های متفاوتی از جمله مدل‌های اجتناب شناختی(۸)، فراشناختی(۹)، تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی(۱۰)، بدتنظیمی هیجانی(۱۱)، مبتنی بر پذیرش(۱۲) و مدل یکپارچه‌شده(۱۳) دربارهٔ نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد؛ مدل‌هایی که هر یک مفهوم‌سازی متفاوتی از نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر دارند. باوجوداین، مدل‌های موجود ویژگی‌های مشترکی با یکدیگر دارند. ابتدا، نگرانی شکلی از تفکر درخودمانده یا تکرارشونده در پاسخ به افکار، احساس‌ها، موقعیت‌ها و رویدادهای راه‌انداز است؛ دوم، نگرانی به‌عنوان یک فعالیت اغلب فکری شامل تفکر دربارهٔ روش‌های مقابله و اجتناب از تجربه‌های درونی(افکار، احساسات، تصاویر و حواس بدنی) و رویدادهای منفی یا فجایع آینده است؛ سوم، نگرانی مشابه سایر پاسخ‌های اجتنابی مانع پردازش هیجانی و مقابلهٔ کارآمد می‌شود. هرچند افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر امیدوارند پریشانی‌شان از این طریق کاهش یابد، نگرانی به‌طور متناقضی سبب افزایش نشانه‌های آن‌ها می‌شود. ویژگی مشترک دیگر این مدل‌ها نقش تداوم‌بخش باورهای مثبت دربارهٔ نگرانی است که به‌گونه‌ای مثبت و منفی تقویت می‌شوند(۱۴). علاوه این همهٔ این مدل‌ها بر اهمیت اجتناب از تجربه‌های درونی تأکید دارند. برای مثال در مدل اجتناب شناختی بیان می‌شود که نگرانی راهبردی برای اجتناب از محرک‌های دارای درون‌مایهٔ عاطفی منفی کنترل‌نشدنی است، درحالی‌که مدل تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی نگرانی را به‌عنوان راهبردی برای اجتناب از بلاتکلیفی مطرح می‌کند. در مدل فراشناختی نگرانی ناشی از باورهای منفی دربارهٔ نگرانی و راهبردهای ناکارآمد کنترل ذهن است و بر اشتغال افراد در راهبردهای رفتاری و کنترل توجه جهت اجتناب از نگرانی در مورد نگرانی متمرکز است، درحالی‌که مدل بدتنظیمی هیجانی نگرانی را به‌عنوان یکی از راهبردهای مقابلهٔ ناکارآمد متعدد به‌منظور مدیریت و احتمالاً اجتناب از هیجان‌های پریشان‌کننده معرفی کرده است. در مدل مبتنی بر پذیرش، نگرانی ابزاری برای فرار یا اجتناب از تجربه‌های درونی است(۶)، درحالی‌که در مدل یکپارچه‌شده نگرانی راهبرد اولیه‌ای برای مقابله با تهدیدهای ادراک‌شده است. به‌عبارت‌دیگر، در این مدل نگرانی با تلاش برای پیش‌بینی پیامدهای منفی آینده و افزایش کنترل بر این پیامدها به‌واسطهٔ ادراک موقعیت، مسئله‌گشایی مؤثر یا توانایی اجتناب از این پیامدها، مرتبط است(۱۳).

مدل‌های موجود همچنین تفاوت‌هایی با یکدیگر دارند. هریک از آن‌ها بر مکانیزم‌ها و فرایندهای بیماری‌زای

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

متفاوتی در ابتلا و تداوم اختلال اضطراب فراگیر تأکید دارند که منجر به راهبردهای متعددی برای درمان این اختلال شده است. مدل اجتناب شناختی بر مجموعه‌ای از عوامل شناختی، هیجانی و رفتاری در ابتلا و تداوم اختلال اضطراب فراگیر تأکید دارد. باوجوداین، اعتقاد بر این است که اجتناب شناختی به‌واسطه فرایند نگرانی اتفاق می‌افتد(۱۷،۸). در مدل فراشناختی باورهای فراشناختی دربارهٔ کنترل ناپذیری و خطرناک بودن نگرانی نقش کلیدی در ایجاد و تداوم این اختلال بازی می‌کنند(۳۲،۲۸-۳۰). در مدل شناختی تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی اگرچه عوامل رفتاری و هیجانی نقش مهمی در سبب‌شناسی این اختلال دارند، اما اعتقاد بر این است که عوامل شناختی از جمله باورهای افراد درباره بلاتکلیفی نقش مهم‌تری بازی می‌کنند(۴۲،۱۰-۴۰). در مدل مبتنی بر پذیرش رابطه با تجربه‌های درونی، اجتناب تجربه‌ای و محدودیت رفتاری نقش مهمی در ایجاد و تداوم اختلال اضطراب فراگیر بازی می‌کنند(۵۸،۱۲-۵۷). مدل بدتنظیمی هیجانی بر نقایص شایان توجه در تجربه و تنظیم هیجان(مثل شدت هیجان‌ها، فهم ضعیف هیجان‌ها، واکنش منفی نسبت به هیجان‌ها و راهبردهای نابهنجار مدیریت هیجان) تأکید دارد(۱۱، ۶۷-۶۶). سرانجام، در مدل یکپارچه‌شده رومر و همکاران(۷۴،۱۳) نیز بر مجموعه‌ای از عناصر زیستی، شناختی، هیجانی و رفتاری در ابتلا و تداوم این اختلال تأکید می‌شود.

بررسی ادبیات پژوهش بیانگر شواهد تجربی حمایت‌کننده و متناقضی برای هر یک از این مدل‌ها و به‌خصوص مؤلفه‌های اصلی آن‌ها(اجتناب شناختی، تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، باورهای منفی درباره نگرانی، اجتناب تجربه‌ای، بدتنظیمی هیجانی) بود. بسیاری از این مؤلفه‌ها اختصاصی اختلال اضطراب فراگیر نیستند و در بسیاری از اختلال‌های دیگر اتفاق می‌افتند. به‌علاوه، همبودی اختلال‌های روانی از جمله اختلال اضطراب فراگیر با سایر اختلال‌های روانی دیگر امری معمول می‌باشد. اگرچه درمان‌های فعلی اختلال‌های اضطرابی پیامدهای مثبتی را در پی داشته‌اند، اختلال اضطراب فراگیر به‌خوبی شناخته‌نشده و موفقیت درمانی کمتری نسبت به سایر اختلال‌های اضطرابی دیگر داشته است(۷، ۴۷). همچنین، از اوایل قرن بیست‌ویک نیز توجه معطوف به فرایندهایی شده است که می‌توانند نقش علّی در اختلال‌های متعدد بازی کنند؛ فرایندهای که اغلب به‌عنوان فرایندهای فراتشخیصی معرفی شده‌اند(۷۶-۷۵). ازاین‌رو نتایج به‌دست‌آمده می‌تواند نشان‌دهندهٔ اهمیت تدوین مدل‌ها و همچنین درمان‌های فراتشخیصی برای اختلال اضطراب فراگیر و سایر اختلال‌های روانی دیگر به‌خصوص اختلال-های هیجانی است. زیرا که این مدل‌ها و درمان‌ها می-توانند به درک دقیق‌تر ماهیت آسیب‌های روانی به روشی اقتصادی‌تر(۷۵) و همچنین درک همبودی بین اختلال‌های روانی کمک کنند(۷۶-۷۵). سرانجام، اگر یک عامل فراتشخیصی به‌طور علّی با دو یا چند اختلال مرتبط است، ارزیابی و درمان می‌تواند به‌طور اقتصادی‌تری بر این عوامل تا بر تعداد زیادی از اختلال‌های مجزا متمرکز باشد. درمان‌های مؤثر در تغییر یک عامل فراتشخیصی نیز می‌توانند اثراتی بر همهٔ اختلال‌های مرتبط داشته باشند(۷۵).

References

1. Newman MG, Lera SL, Erickson TM, Przeworski A, Castonguay LG. Worry and generalized anxiety disorder: a review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and treatment. Annu Rev Clin Psychol. 2013; 9: 275–297.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
3. Sharifi V, Amin-Esmaeili M, Hajebi A, Motevalian A, Radgoodarzi R, Hefazi M, Rahimi-Movaghar A. Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: The Iranian Mental

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

Health Survey, 2011. Arch Iran Med. 2015; 18(2): 76- 84.
4. Heiden C, Muris P, Molen HT. Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. Behav Res Ther. 2012; 50(2): 100-109.
5. Behar E, DiMarco ID, Hekler EB, Mohlman J, Staples A. Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): conceptual review and treatment implications. J Anxiety Disord. 2009; 23(8): 1011–1023.
6. Zhang X, Norton J, Carrière I, Ritchie K, Chaudieu I, Ancelin ML. Risk factors for late-onset generalized anxiety disorder: Results from a 12-year prospective cohort (the ESPRIT study). Transl Psychiatry. 2015; 5(3): e536.
7. Heimberg RG, Turk CL, Mennin DS. Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice. New York: The Guilford Press, 2004.
8. Borkovec TD. The nature, functions, and origins of worry. In Davey GCL, Tallis F, editors. Worrying: Perspectives on Theory, Assessment, and Treatment. Oxford, England: Wiley; 1994. 5-33.
9. Wells A. Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. Behav Cogn Psychother. 1995; 23(3): 301–320.
10. Dugas MJ, Gagnon F, Ladouceur R, Freeston H. Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. Behav Res Ther. 1998; 36(2); 215–226.
11. Mennin DS, Heimberg R, Turk CL, Fresco DM. Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. Clin Psychol. 2002; 9(1): 85–90.
12. Roemer L, Orsillo SM. Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive behavioral models. Clin Psychol. 2002; 9(1): 54–68.
13. Roemer L, Orsillo SM, Barlow DH. Generalized anxiety disorder. In Barlow DH. Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic. New York: Guilford Press; 2002. 477-515.
14. Fisher PL, Wells A. Cnceptual models of generalized anxiety disorder. Psychiatr Ann. 2011; 41(2): 127-132.
15. Barlow DH. Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic, 2rd ed. Nwe York: The Guilford Press, 2002.
16. Borkovec T, Robinson E, Pruzinsky T, DePree J. Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. Behav Res Ther.1983; 21(1): 9–16.
17. Borkovec TD, Alcaine OM, Behar E. Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In: Heimberg RG, Turk CL, Mennin DS. Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice. New York: Guilford Press; 2004. 77-108.
18. Borkovec TD, Hazellt-Stevens H, Diaz ML. The role of positive beliefs about worry in generalized anxiety disorder and its treatment. Clin Psychol Psychother. 1999; 6(2): 126-138.
19. Borkovec TD, Ray WJ, Stober J. Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. Cognit Ther Res. 1998; 22(6): 561-576.
20. Besharat MA, Mirjalili RS. Worry, cognitive avoidance, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs as transdiagnostic factors in generalized anxiety disorder and obsessive compulsive disorder. The Shefaye Khatam. 2014; 2(S1): 67-67.
21. Marganska A, Gallagher M, Miranda R. Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. Am J Orthopsychiatry. 2013; 83(1), 131–141.
22. Newman MG, Castonguay LG, Jacobson NC, Moore GA. Adult attachment as a moderator of treatment outcome for generalized anxiety disorder: Comparison between cognitive-behavioral therapy (CBT) plus supportive listening and CBT plus interpersonal and emotional processing therapy. J Consult Clin Psychol. 2015; 83(5): 915-925.
23. Salzer S, Pincus AL, Winkelbach C, Leichsenring F, Leibing E. Interpersonal subtypes and change of interpersonal problems in the treatment of patients with generalized anxiety

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

disorder: A pilot study. Psychotherapy (Chic). 2011; 48(3): 304-310.
24. Hirsch CR, Hayes S, Mathews A, Perman G, Borkovec T. The extent and nature of imagery during worry and positive thinking in generalized anxiety disorder. J Abnorm Psychol. 2012; 121(1): 238-243.
25. Moradi M, Fata L, Ahmadi Abhari A, Abbasi I. Comparing attentional control and intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and non-clinical population. Iran J Psychiatry. 2014; 9(2): 69-75.
26. Mansouri A, Bakhshipur Roodsari A, Mahmood Alilou M, Farnam A, Fakhari A. The comparison of worry, obsession and rumination in individual with generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, major depression disorder and normal individual. Quarterly Journal of Psychological Studies 2012; 7(4): 55-74.
27. Yook K, Kim KH, Suh SY, Lee KS. Intolerance of uncertainty, worry, and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. J Anxiety Disord. 2010; 24(6): 623-628.
28. Wells A. Cognition about cognition: metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. Cogn Behav Pract. 2007; 14(1): 18-25.
29. Flavell JH. Metacognition and metacognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. Am Psychol. 1979; 34(10): 906–911.
30. Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin C.R. Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. Behav Res Ther. 2012; 50(6): 367-373.
31. Wells, A., & Carter, K. Preliminary tests of a cognitive model of GAD. Behav Res Ther. 1999; 37(6): 585- 594.
32. Wells A. Metacognitive theory and therapy for worry and generalized anxiety disorder: Review and status. J Exp Psychopathol. 2010; 1(1): 133-145.
33. Besharat MA, Mirjalili RS, Bahrami Ehsan H. The mediating role of meta-cognitive beliefs and cognitive emotion regulation deficit on the relationship between cognitive perfectionism and worry in generalized anxiety disorder. J Fundam Ment Health. 2015; 17(3): 116-124.
34. Ruggiero GM, Stapinski L, Caselli G, Fiore F, Gallucci M, Sassaroli S, Rapee RM. Beliefs over control and meta-worry interact with the effect of intolerance of uncertainty on worry. Pers Individ Dif. 2012; 53(3): 224–230.
35. Diefenbach GD, Gilliam CM, Tolin DF. Metacognitive beliefs in late-life generalized anxiety disorder. J Exp Psychopathol. 2012; 3(5): 768–781.
36. Koerner, N, Tallon K, Kusec A. Maladaptive core beliefs and their relation to generalized anxiety disorder. Cogn Behav Ther. 2015; 44(6): 441-455.
37. Penney AM, Mazmanian D, Rudanycz C. Comparing positive and negative beliefs about worry in predicting generalized anxiety disorder symptoms. Can J Behav Sci. 2013; 45(1): 34-41.
38. Shirinzadeh Dastgiri S, Gudarzi MA, Ghanizadeh A, Taghavi SMR. Comparison of metacognitive and responsibility beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and normal individuals. IJPCP. 2008; 14(1): 46-55.
39. Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: The metacognitions questionnaire and its correlates. J Anxiety Disord. 1997; 11(3): 279–296.
40. Dugas MJ, Savard P, Gaudet A, Turcotte J, Laugesen N, Robichaud M, Francis K, Koerner N. Can the components of a cognitive model predict the severity of generalized anxiety disorder? Behav The. 2007; 38(2): 169–178.
41. Dugas MJ, Robichaud M. Cognitive Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder: From Science to Practice. New York: Taylor & Francis Group, 2007.
42. Dugas MJ, Marchand A, Ladouceur R. Further validation of a cognitive behavioral model of generalized anxiety disorder: diagnostic and symptom specificity. J Anxiety Disord. 2005; 19(3), 329–343.
43. Dugas MJ, Schwartz A, Francis K. Intolerance of uncertainty, worry, and depression. Cognit Ther Res. 2004; 28(6): 835–842.
44. Koerner N, Dugas MJ. A cognitive model of generalized anxiety disorder: The role of intolerance of uncertainty. In: Davey G, Wells A, editorss. Worry and its Psychological Disorders: Theory, Assessment and Treatment. West Sussex, England: Wiley and Sons; 2006. 201-216.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

45. Besharat MA, Mirjalili RS. The simple and multiple relationships of cognitive avoidance, intolerance of uncertainty, metacognitive beliefs, perfectionism and cognitive avoidance with worry in patients with generalized anxiety disorder and obsessive compulsive disorder. The Shefaye Khatam. 2014; 2(S1): 45-45.
46. Mansouri A, Ahmadabadi M. Modeling the relationship between transdiagnostic factors, general anxiety disorder's symptoms and burnout in teachers. Journal of Psychological Researches in Management. 2016; 2(1): 91-121.
47. Buhr K, Dugas MJ. Fear of emotions, experiential avoidance, and intolerance of uncertainty in worry and generalized anxiety disorder. Int J Cogn Ther. 2012; 5(1): 1–17.
48. Pawluk EJ, Koerner N. The relationship between negative urgency and generalized anxiety disorder symptoms: the role of intolerance of negative emotions and intolerance of uncertainty. Anxiety Stress Coping. 2016; 29(6): 606-615.
49. Kusec A, Tallon K, Koerner N. Intolerance of uncertainty, causal uncertainty, causal importance, self-concept clarity and their relations to generalized anxiety disorder. Cogn Behav Ther. 2016; 45(4): 307-323.
50. Beesdo-Baum K, Jenjahn E, Höfler M, Lueken U, Becker ES, Hoyer J. Avoidance, safety behavior, and reassurance seeking in generalized anxiety disorder. Depress Anxiety. 2012; 29(11): 948-957.
51. Mahmudaliloo M, Shahjoee T, Hashemi Z. Comparison of intolerance of uncertainty, negative problem orientation, cognitive avoidance, positive beliefs about worries in patient with generalized anxiety disorder and control group. Journal of Psychology (Tabriz University). 2011; 5(20): 167-185.
52. Rahimian Boogar I, Kianersi F, Tarbaran F. Investigating the relationships of emotional schema, cognitive-behavioral avoidance and cognitive-affective system with generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder. Pejouhandeh. 2013; 18(5): 267-276.
53. Anderson KG, Dugas MJ, Koerner N, Radomsky AS, Savard P, Turcotte, J. Interpretive style and intolerance of uncertainty in individuals with anxiety disorders: A focus on generalized anxiety disorder. J Anxiety Disord. 2012; 26(8): 823– 832.
54. Agheli F, Hasanzadeh R, Ghasemian D. Compare of intolerance of uncertainty among obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and healthy subjects. J Nov Appl Sci. 2013; 2 (S2): 896-899.
55. Shahjoee T, Mahmood Aliloo M, Bakhshipour Roodsari A, Fakhari, A. Intolerance of uncertainty and worry among patients with generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2012; 17(4): 304-312.
56. Gentes EL, Ruscio AM. A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder. Clin Psychol Rev. 2011; 31(6): 923-933.
57. Roemer L, Salters K, Raffa S, Orsillo S. M. Fear and avoidance of internal experiences in GAD: Preliminary tests of a conceptual model. Cognit Ther Res. 2005; 29(1): 71–88.
58. Roemer L, Orsillo SM. An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. Behav Ther. 2007; 38(1): 72-85.
59. Lee JK, Orsillo SM, Roemer L, Allen LB. Distress and avoidance in generalized anxiety disorder: Exploring the relationships with intolerance of uncertainty and worry. Cognit Behav Ther. 2010; 39(2): 126-136.
60. Hayes SA, Orsillo SM, Roemer L. Changes in proposed mechanisms of action during an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. Behav Res Ther. 2010; 48(3): 238–245.
61. Hayes-Skelton SA, Orsillo SM, Roemer L. An acceptance-based behavioral therapy for individuals with generalized anxiety disorder. Cognit Behav Prac. 2013; 20(3), 264–281.
62. Mohammadkhani P, Pourshahbaz A, Kami M, Mazidi M, Abasi I. Anxiety sensitivity dimensions and generalized anxiety severity: The mediating role of experiential avoidance and repetitive negative thinking. Iran J Psychiatry. 2016; 11(3): 140-146.
63. Kashdan TB, Goodman FR, Machell KA, Kleiman EM, Monfort SS, Ciarrochi J, Nezlek JB. A contextual approach to experiential avoidance and

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

social anxiety: Evidence from an experimental interaction and daily interactions of people with social anxiety disorder. Emotion. 2014; 14(4): 769-781.
64. Bordieri MJ, Tull MT, McDermott MJ, Gratz KL. The moderating role of experiential avoidance in the relationship between posttraumatic stress disorder symptom severity and cannabis dependence. J Contextual Behav Sci. 2014; 3(4): 273-278.
65. Chapman AL, Dixon-Gordon KL, Walters KN. Experiential avoidance and emotion regulation in borderline personality disorder. J Ration Emot Cogn Behav Ther. 2011; 29(1): 35-52.
66. Mennin DS, Heimberg R, Turk CL, Fresco DM. Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. Behav Res Ther. 2005; 43(10): 1281–1310.
67. Mennin DS, McLaughlin KA, Flanagan TJ. Emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and their co-occurrence. J Anxiety Disord. 2009; 23(7): 866-871.
68. Salters-Pedneault K, Roemer L, Tull MT, Rucker L, Mennin DS. Evidence of broad deficits in emotion regulation associated with chronic worry and generalized anxiety disorder. Cognit Ther Res. 2006; 30(4): 469-480.
69. Roemer L, Lee JK, Salters-Pedneault K, Erisman SM, Orsillo SM, Mennin DS. Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: preliminary evidence for independent and overlapping contributions. Behav Ther. 2009; 40(2):142-154.
70. Davoodi A, Taher Neshat Doost H, Abedi MR, Talebi H. Explaining generalized anxiety disorder based on cognitive regulation strategies of emotion, poor understanding of emotions and thought-action combination. J Sociological Research. 2014; 5(1): 182-193.
71. Fardaeni Sofla, H., Karsazi, H., Emami Ezat, A., Bakhshipour Roodsari, A. The structural relationship of anxiety sensitivity, worry and difficulty in regulating emotions with generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder. Journal of Clinical Psychology Ndishe va Raftar. 2015. 9(36): 77-87.
72. Pirkhaefi AR, Tabe-Bordbar F, Abshari L. Comparison of neuropsychological profile and cognitive emotion regulation in patients with obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety. Journal of Clinical Psychology. 2016; 8(4): 11-21.
73. Saeedi A, Hatami M. Compare schema emotional and cognitive emotion regulation strategies in patients with generalized anxiety disorder and major depression. Nurse and Physician Within War. 2016; 4(10 and 11): 44-49.
74. Hazlett-Stevens H. Psychological Approaches to Generalized Anxiety Disorder: A Clinician's Guide to Assessment and Treatment. New York, NY: Springer. 2008.
75. Nolen-Hoeksema S, Watkins ER. A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: Explaining multifinality and divergent trajectories review. Perspect Psychol Sci. 2011; 6(6): 589-609.
76. Harvey AG, Watkins E, Mensell W, Shafran R. Cognitive Behavioural Processes across Psychological Disorders: A Transdiagnostic Approach to Research and Treatment. New York: Oxford University Press. 2004.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-19]