

تحلیل تجربه زیسته بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از بی‌ثباتی ذهنی

۱. مجید عباسیان: گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه مازندران، بابلسر، ایران

۲. بیتا فراهانیان*: گروه مشاوره خانواده، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران. (نویسنده مسئول). bita_farahanian_fc@gmail.com

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۰۲/۲۳

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۵/۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۱۱

تاریخ چاپ: ۱۴۰۴/۰۷/۰۱

چکیده

هدف پژوهش حاضر تحلیل تجربه زیسته بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از بی‌ثباتی ذهنی و شناسایی ابعاد روان‌شناختی، شناختی، هیجانی و کارکردی این تجربه بود. این پژوهش با رویکرد کیفی و طرح پدیدارشناسی تفسیری انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل ۱۸ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در شهر تهران بودند که با روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل داشتن تشخیص اختلال اضطراب فراگیر توسط روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی، سن ۲۰ تا ۵۰ سال، تجربه حداقل شش‌ماهه نشانه‌های اضطرابی، و تمایل به مشارکت در مصاحبه بود. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته عمیق گردآوری شد. فرایند مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت؛ اشباع در مصاحبه شانزدهم حاصل شد و دو مصاحبه تکمیلی برای اطمینان از کفایت داده‌ها انجام گرفت. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل مضمون و با کمک نرم‌افزار NVivo انجام شد. تحلیل داده‌ها به استخراج پنج مقوله اصلی منجر شد: آشفتگی و سیالیت کنترل‌ناپذیر افکار، فرسودگی تصمیم‌گیری و تردید مداوم، حساسیت افراطی به عدم قطعیت، درگیری ذهنی با نشانه‌های بدنی اضطراب، و اختلال در حضور روانی و روابط بین‌فردی. مشارکت‌کنندگان بی‌ثباتی ذهنی را نه صرفاً به‌عنوان افکار زیاد، بلکه به‌صورت تجربه‌ای فرساینده از ناتوانی در تثبیت توجه، نوسان مداوم میان احتمال‌ها، پیش‌بینی فاجعه‌آمیز آینده و احساس کاهش کنترل بر ذهن توصیف کردند. یافته‌ها نشان داد که بی‌ثباتی ذهنی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تجربه‌ای چندبعدی است که از تعامل نگرانی مزمن، تحمل‌ناپذیری عدم قطعیت، باورهای فراشناختی منفی، حساسیت بدنی و فرسودگی عملکردی شکل می‌گیرد. توجه بالینی به این تجربه می‌تواند در طراحی مداخلات روان‌درمانی مبتنی بر تنظیم نگرانی، افزایش تحمل ابهام، اصلاح باورهای فراشناختی و بازسازی کارکرد روزمره بیماران مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها: اختلال اضطراب فراگیر؛ بی‌ثباتی ذهنی؛ تجربه زیسته؛ نگرانی؛ عدم قطعیت؛ پژوهش کیفی؛ تحلیل مضمون.

۱



An Analysis of the Lived Experience of Mental Instability in Patients with Generalized Anxiety Disorder

1. Majid Abbasian: Department of General Psychology, University of Mazandaran, Babolsar, Iran

2. Bitā Farahaniān*: Department of Family Counseling, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran. (Corresponding Author). bita_farahaniān_fc@gmail.com

Submit Date: 2025-05-13

Revise Date: 2025-07-25

Accept Date: 2025-08-02

Publish Date: 2025-09-23

Abstract

This study aimed to analyze the lived experience of patients with generalized anxiety disorder regarding mental instability and to identify its cognitive, emotional, bodily, and functional dimensions. This qualitative study was conducted using an interpretative phenomenological design. The participants were 18 patients with generalized anxiety disorder living in Tehran, selected through purposive sampling. Inclusion criteria were a clinical diagnosis of generalized anxiety disorder by a psychiatrist or clinical psychologist, age between 20 and 50 years, at least six months of anxiety symptoms, and willingness to participate in an in-depth interview. Data were collected through semi-structured interviews. Interviews continued until theoretical saturation was reached. Saturation occurred in the sixteenth interview, and two additional interviews were conducted to confirm data adequacy. Data were analyzed using thematic analysis with the support of NVivo software. Data analysis led to the extraction of five main categories: uncontrollable flow and disturbance of thoughts, decision-making fatigue and persistent doubt, heightened sensitivity to uncertainty, mental preoccupation with bodily symptoms of anxiety, and impairment in psychological presence and interpersonal functioning. Participants described mental instability not merely as having many thoughts, but as an exhausting experience of unstable attention, continuous shifting between possibilities, catastrophic anticipation of the future, and a reduced sense of control over the mind. The findings indicated that mental instability in patients with generalized anxiety disorder is a multidimensional experience shaped by chronic worry, intolerance of uncertainty, negative metacognitive beliefs, bodily hypervigilance, and functional exhaustion. Clinical attention to this lived experience can support the development of psychotherapeutic interventions focused on worry regulation, tolerance of ambiguity, modification of metacognitive beliefs, and restoration of everyday functioning.

Keywords: *Generalized anxiety disorder; mental instability; lived experience; worry; uncertainty; qualitative research; thematic analysis.*

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر یکی از اختلالات شایع، مزمن و ناتوان‌کننده در طیف اختلالات اضطرابی است که با نگرانی افراطی، پایدار و دشوار برای کنترل درباره حوزه‌های گوناگون زندگی روزمره مشخص می‌شود. در توصیف بالینی این اختلال، نگرانی مداوم درباره موضوعاتی مانند سلامت، خانواده، آینده، امور مالی، روابط، شغل یا تحصیل، همراه با نشانه‌هایی مانند بی‌قراری، خستگی‌پذیری، دشواری تمرکز، تحریک‌پذیری، تنش عضلانی و اختلال خواب مورد تأکید قرار گرفته است (American Psychiatric Association, ۲۰۲۲). منابع بالینی نیز اختلال اضطراب فراگیر را با اضطراب و نگرانی بیش از حد درباره رویدادها یا فعالیت‌های متعدد، در بیشتر روزها و برای دست‌کم شش ماه، توصیف کرده‌اند؛ این نگرانی معمولاً با احساس درونی غلبه‌ناپذیری، تنش و دشواری در مهار جریان فکر همراه است. با وجود آنکه معیارهای تشخیصی این اختلال عمدتاً بر شدت و تداوم نگرانی تمرکز دارند، تجربه درونی بیماران اغلب فراتر از «نگرانی زیاد» است و به شکل حالتی از بی‌ثباتی ذهنی، آشفتگی شناختی، ناتوانی در توقف چرخه‌های فکری و احساس کاهش کنترل بر ذهن ظاهر می‌شود.

بی‌ثباتی ذهنی در زمینه اختلال اضطراب فراگیر را می‌توان به‌عنوان تجربه‌ای پدیدارشناختی از ناپایداری توجه، لغزش مداوم ذهن میان سناریوهای تهدیدآمیز، دشواری در تثبیت تصمیم، درگیری افراطی با احتمالات آینده و احساس ناتوانی در رسیدن به آرامش شناختی تعریف کرد. این تجربه لزوماً با گسست از واقعیت یا آشفتگی شدید تفکر به معنای روان‌پریشانه همراه نیست؛ بلکه بیشتر به حالتی اشاره دارد که فرد احساس می‌کند ذهن او پیوسته در حال حرکت، ارزیابی، هشدار، بازبینی و پیش‌بینی است. بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر ممکن است بگویند ذهنشان «خاموش نمی‌شود»، «در یک موضوع نمی‌ماند»، «همیشه دنبال احتمال بدتر می‌گردد» یا «حتی بعد از تصمیم گرفتن، دوباره همه چیز را از اول بررسی می‌کند». این توصیف‌ها نشان می‌دهند که تجربه ذهنی اضطراب فراگیر فقط شامل محتوای نگران‌کننده نیست، بلکه به کیفیت فرایند فکر نیز مربوط است؛ یعنی سرعت، تکرار، چسبندگی، برگشت‌پذیری و کنترل‌ناپذیری افکار.

مدل‌های شناختی اختلال اضطراب فراگیر، نگرانی را فرایندی شناختی می‌دانند که در آن فرد می‌کوشد با پیش‌بینی خطر، آمادگی روانی خود را برای آینده افزایش دهد؛ اما همین تلاش برای پیشگیری از تهدید، به تداوم اضطراب و فرسودگی ذهنی منجر می‌شود. بورکوک و همکاران نگرانی را نوعی فعالیت شناختی کلامی و آینده‌محور توصیف کردند که می‌تواند به‌طور موقت از تصویرسازی هیجانی و تجربه مستقیم هیجان‌های ناخوشایند جلوگیری کند، اما در بلندمدت مانع پردازش هیجانی مؤثر می‌شود (Borkovec et al., ۱۹۹۸). از این منظر، فرد مضطرب با فکر کردن مکرر درباره خطرهای احتمالی تلاش می‌کند احساس کنترل به دست آورد، اما چون آینده ذاتاً قطعی نیست، ذهن او در چرخه‌ای بی‌پایان از پیش‌بینی، بازبینی و تردید گرفتار می‌شود. بنابراین، بی‌ثباتی ذهنی می‌تواند پیامد کوشش ناکام برای تثبیت آینده‌ای باشد که اساساً قابل تثبیت کامل نیست.

یکی از سازه‌های مرکزی در تبیین اختلال اضطراب فراگیر، تحمل‌ناپذیری عدم قطعیت است. این سازه به گرایش فرد برای تجربه واکنش منفی شناختی، هیجانی و رفتاری در برابر موقعیت‌های مبهم، نامطمئن یا پیش‌بینی‌ناپذیر اشاره دارد (Dugas et al., ۱۹۹۸; Freeston et

(al., ۱۹۹۴). در مدل عدم قطعیت، نگرانی زمانی تشدید می‌شود که فرد ابهام را نه بخشی طبیعی از زندگی، بلکه نشانه‌ای از خطر یا ناتوانی در مقابله تلقی کند. چنین فردی برای کاهش ابهام به جست‌وجوی اطمینان، مرور ذهنی سناریوها، درخواست مکرر تأیید، اجتناب از تصمیم‌گیری یا بررسی افراطی پیامدها روی می‌آورد. با این حال، این راهبردها معمولاً اطمینان پایدار ایجاد نمی‌کنند و در نتیجه، ذهن دوباره به نقطه آغاز برمی‌گردد. مطالعات درمانی جدید نیز همچنان نقش محوری تحمل‌ناپذیری عدم قطعیت و فراشناخت در نگرانی پایدار و اختلال اضطراب فراگیر را برجسته می‌کنند.

از سوی دیگر، مدل فراشناختی ولز تأکید می‌کند که مشکل اصلی در اختلال اضطراب فراگیر فقط وجود افکار نگران‌کننده نیست، بلکه نوع رابطه فرد با نگرانی و باورهایی است که درباره نگرانی دارد. در این مدل، افراد ممکن است باورهای مثبت درباره نگرانی داشته باشند؛ مانند اینکه «نگرانی مرا آماده می‌کند» یا «اگر نگران باشم، اتفاق بد کمتر غافلگیرم می‌کند». هم‌زمان، آنان ممکن است باورهای منفی درباره نگرانی نیز داشته باشند؛ مانند اینکه «نگرانی من خطرناک است»، «نمی‌توانم افکارم را کنترل کنم» یا «ممکن است ذهنم از کار بیفتد» (Wells, ۲۰۰۵; Wells, ۱۹۹۵). این تضاد فراشناختی می‌تواند بی‌ثباتی ذهنی را تشدید کند، زیرا فرد هم به نگرانی متکی است و هم از آن می‌ترسد. در نتیجه، ذهن به میدان کشمکش تبدیل می‌شود که در آن فرد نه می‌تواند به نگرانی اعتماد کند و نه می‌تواند از آن رها شود. شواهد مربوط به درمان فراشناختی نیز نشان می‌دهد که باورهای منفی درباره کنترل‌ناپذیری و خطر نگرانی نقش مهمی در تداوم اختلال اضطراب فراگیر دارند.

در کنار فرایندهای شناختی و فراشناختی، تنظیم هیجان نیز در تجربه بی‌ثباتی ذهنی اهمیت دارد. نظریه‌های مبتنی بر اختلال در تنظیم هیجان بیان می‌کنند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ممکن است هیجان‌های خود را شدیدتر، تهدیدآمیزتر یا دشوارتر برای مدیریت تجربه کنند (Mennin et al., ۲۰۰۵). در چنین شرایطی، ذهن نگران نوعی سازوکار تنظیمی ناکارآمد می‌شود؛ فرد با فکر کردن بیش از حد درباره آینده می‌کوشد از مواجهه مستقیم با هیجان‌هایی مانند ترس، شرم، درماندگی یا خشم دور شود. اما چون نگرانی خود هیجان‌زا است، به جای کاهش تنش، نوسان هیجانی را افزایش می‌دهد. بنابراین، بی‌ثباتی ذهنی می‌تواند بیان شناختی نوعی بی‌ثباتی هیجانی پنهان باشد؛ حالتی که در آن فرد ظاهراً در حال فکر کردن است، اما در سطح عمیق‌تر در حال تلاش برای مهار هیجانی است که آن را غیرقابل تحمل می‌داند.

مدل اجتناب از تضاد هیجانی نیز یکی از رویکردهای مهم در تبیین نگرانی مزمن است. بر اساس این دیدگاه، افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ممکن است نگرانی را به عنوان راهی برای حفظ حالت هیجانی منفی پایدار به کار گیرند تا در برابر تغییر ناگهانی از حالت آرامش به اضطراب شدید آسیب‌پذیر نباشند (Newman & Llera, ۲۰۱۱). به بیان دیگر، ذهن نگران می‌کوشد با باقی ماندن در سطحی از تنش دائمی، خود را برای اتفاقات ناگوار آماده نگه دارد. این مدل به فهم بی‌ثباتی ذهنی کمک می‌کند، زیرا نشان می‌دهد که ذهن مضطرب از یک سو ناآرام و متلاطم است، اما از سوی دیگر همین ناآرامی را به عنوان نوعی سپر دفاعی تجربه می‌کند. فرد ممکن است بگوید «اگر آرام باشم،

حتماً اتفاق بدی می‌افتد» یا «وقتی نگرانم، حداقل آماده‌ام». چنین تجربه‌ای موجب می‌شود آرامش ذهنی نه به‌عنوان وضعیت مطلوب، بلکه به‌عنوان وضعیتی خطرناک و مشکوک ادراک شود.

بعد بدنی اختلال اضطراب فراگیر نیز با تجربه بی‌ثباتی ذهنی پیوند دارد. بسیاری از بیماران نشانه‌هایی مانند تپش قلب، فشار عضلانی، سردرد، ناراحتی گوارشی، احساس خستگی، بی‌خوابی یا تنفس سطحی را تجربه می‌کنند. این نشانه‌ها می‌توانند به محرک‌هایی برای نگرانی بیشتر تبدیل شوند؛ یعنی فرد نه تنها درباره رویدادهای بیرونی، بلکه درباره وضعیت درونی بدن خود نیز دچار پایش و تفسیر تهدیدآمیز می‌شود. این چرخه موجب می‌شود ذهن از آینده به بدن، از بدن به آینده، و از آینده به روابط یا عملکرد روزمره حرکت کند. در چنین وضعیتی، بی‌ثباتی ذهنی به معنای ناتوانی در ماندن در اکنون است؛ ذهن پیوسته میان نشانه‌های بدنی، خاطرات، پیش‌بینی‌ها، تردیدها و پیامدهای احتمالی در رفت‌وآمد است.

با وجود گستردگی مطالعات کمی درباره اختلال اضطراب فراگیر، شدت نشانه‌ها، اثربخشی درمان‌ها و متغیرهایی مانند نگرانی، فراشناخت و عدم قطعیت، فهم تجربه زیسته بیماران همچنان نیازمند توجه کیفی بیشتری است. پژوهش‌های کیفی نشان داده‌اند که افراد مبتلا به اضطراب، تجربه خود را فقط در قالب نشانه‌های تشخیصی بیان نمی‌کنند، بلکه آن را به صورت اختلال در حس امنیت، رابطه با بدن، کیفیت حضور، کنترل ذهن و معنا دادن به زندگی روزمره روایت می‌کنند. مطالعات مربوط به تجربه زیسته اضطراب نیز نشان می‌دهند که اضطراب می‌تواند درک فرد از بدن، زمان، روابط و آینده را دگرگون کند. بنابراین، بررسی کیفی بی‌ثباتی ذهنی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌تواند لایه‌هایی را آشکار کند که در مقیاس‌های کمی یا مصاحبه‌های تشخیصی کمتر دیده می‌شوند.

اهمیت چنین پژوهشی در بافت فرهنگی - اجتماعی تهران نیز قابل توجه است. زندگی شهری، فشارهای اقتصادی، رقابت شغلی و تحصیلی، پیچیدگی روابط خانوادگی، نااطمینانی نسبت به آینده و دسترسی متغیر به خدمات سلامت روان می‌توانند تجربه اضطراب را در بیماران ایرانی شکل خاصی ببخشند. بی‌ثباتی ذهنی در این بافت ممکن است با نگرانی درباره آینده شغلی، ازدواج، امنیت اقتصادی، قضاوت اجتماعی، مسئولیت خانوادگی و سلامت جسمانی پیوند بخورد. از این رو، تحلیل تجربه زیسته بیماران ایرانی مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌تواند هم به غنای نظری ادبیات اضطراب کمک کند و هم برای متخصصان بالینی، مشاوران و درمانگران ایرانی کاربرد عملی داشته باشد. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر تحلیل تجربه زیسته بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از بی‌ثباتی ذهنی بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و بر اساس طرح پدیدارشناسی تفسیری انجام شد. انتخاب این طرح به دلیل آن بود که هدف پژوهش، اندازه‌گیری شدت اضطراب یا آزمون رابطه میان متغیرها نبود، بلکه فهم عمیق تجربه زیسته بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از بی‌ثباتی ذهنی مدنظر قرار داشت. پدیدارشناسی تفسیری این امکان را فراهم می‌کند که پژوهشگر نه تنها توصیف‌های مشارکت‌کنندگان از تجربه خود را بررسی کند، بلکه به لایه‌های معنایی، تفسیری و زمینه‌ای آن نیز توجه داشته باشد. در این پژوهش، بی‌ثباتی ذهنی به‌عنوان تجربه‌ای ذهنی، سیال و

چندبعدی در نظر گرفته شد که از طریق روایت‌های بیماران درباره نگرانی، تردید، آشفتگی فکر، ناتوانی در تمرکز، ترس از آینده، درگیری با نشانه‌های بدنی و اختلال در عملکرد روزمره آشکار می‌شود.

جامعه پژوهش شامل بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در شهر تهران بود. مشارکت‌کنندگان با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل داشتن تشخیص اختلال اضطراب فراگیر توسط روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی، قرار داشتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، تجربه دست‌کم شش‌ماهه نشانه‌های اضطرابی، توانایی بیان تجربه‌های شخصی در مصاحبه، سکونت در تهران، و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش بود. معیارهای خروج شامل وجود نشانه‌های روان‌پریشی فعال، وابستگی شدید به مواد، بحران حاد خودکشی، ابتلا به اختلال شناختی جدی، یا ناتوانی در ادامه مصاحبه به دلیل آشفتگی شدید هیجانی بود. در مجموع، ۱۸ نفر در پژوهش شرکت کردند. اشباع نظری در مصاحبه شانزدهم حاصل شد، اما برای اطمینان از تثبیت مقوله‌ها و نبود مضمون جدید، دو مصاحبه تکمیلی دیگر نیز انجام شد. از میان مشارکت‌کنندگان، ۱۱ نفر زن و ۷ نفر مرد بودند. دامنه سنی آنان بین ۲۲ تا ۴۸ سال بود. سطح تحصیلات مشارکت‌کنندگان از دیپلم تا کارشناسی ارشد متغیر بود و وضعیت اشتغال آنان شامل دانشجو، کارمند، شاغل آزاد و خانه‌دار بود.

داده‌ها تنها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته عمیق گردآوری شد. مصاحبه نیمه‌ساختاریافته به این دلیل انتخاب شد که از یک سو امکان تمرکز بر موضوع اصلی پژوهش، یعنی تجربه بی‌ثباتی ذهنی، را فراهم می‌کرد و از سوی دیگر به مشارکت‌کنندگان اجازه می‌داد تجربه‌های شخصی خود را آزادانه و با زبان خود بیان کنند. پیش از آغاز هر مصاحبه، هدف پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات، اختیاری بودن مشارکت و امکان انصراف در هر مرحله برای مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد. سپس رضایت آگاهانه شفاهی و کتبی دریافت شد. مصاحبه‌ها در محیطی آرام، خصوصی و بدون مزاحمت انجام گرفتند. مدت هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۷۵ دقیقه بود. با اجازه مشارکت‌کنندگان، مصاحبه‌ها ضبط و سپس کلمه به کلمه پیاده‌سازی شدند.

راهنمای مصاحبه شامل پرسش‌های باز درباره تجربه ذهنی اضطراب، کیفیت افکار نگران‌کننده، احساس کنترل یا بی‌کنترلی ذهن، تجربه تردید و تصمیم‌گیری، رابطه میان بدن و ذهن، تأثیر نگرانی بر روابط و عملکرد روزمره، و راهبردهای فرد برای آرام کردن ذهن بود. نمونه پرسش‌ها شامل این موارد بود: «وقتی می‌گویید ذهنتان آرام نیست، دقیقاً چه تجربه‌ای دارید؟»، «در لحظه‌هایی که اضطراب شدید می‌شود، جریان افکار شما چگونه تغییر می‌کند؟»، «چه موقعیت‌هایی باعث می‌شود احساس کنید کنترل ذهنتان را از دست داده‌اید؟»، «بی‌ثباتی ذهنی چه اثری بر تصمیم‌گیری‌های روزمره شما دارد؟»، «آیا نشانه‌های بدنی اضطراب باعث درگیری ذهنی بیشتر می‌شوند؟»، و «این وضعیت چه تأثیری بر روابط شما با دیگران گذاشته است؟». پرسش‌های پیگیری مانند «می‌توانید یک مثال بزنید؟»، «آن لحظه چه فکری از ذهن شما گذشت؟»، «چه احساسی در بدنتان داشتید؟» و «بعد از آن چه کاری انجام دادید؟» برای عمیق‌تر شدن داده‌ها استفاده شد.

تحلیل داده‌ها با روش تحلیل مضمون و با کمک نرم‌افزار NVivo انجام شد. پس از پیاده‌سازی کامل مصاحبه‌ها، متن‌ها چندین بار خوانده شد تا پژوهشگر با کل داده‌ها آشنا شود. سپس کدگذاری اولیه انجام گرفت. در این مرحله، عبارت‌ها، جمله‌ها و بخش‌هایی از روایت‌ها که به تجربه بی‌ثباتی ذهنی، نگرانی، تردید، عدم قطعیت، احساس بی‌کنترلی، نشانه‌های بدنی و پیامدهای عملکردی مربوط بودند، به‌عنوان واحدهای معنایی

مشخص شدند. در مرحله بعد، کدهای مشابه در خوشه‌های معنایی قرار گرفتند و زیرمقوله‌ها شکل گرفتند. سپس زیرمقوله‌ها بر اساس پیوند مفهومی و تکرار در روایت‌ها در مقوله‌های اصلی سازمان‌دهی شدند. نرم‌افزار NVivo برای مدیریت داده‌ها، ذخیره کدها، مقایسه روایت‌ها، بازیابی نقل‌قول‌ها و بررسی ارتباط میان کدها استفاده شد.

برای افزایش اعتبار پژوهش از چند راهبرد استفاده شد. نخست، بازبینی مشارکت‌کنندگان انجام شد؛ به این صورت که خلاصه‌ای از برداشت پژوهشگر از برخی مصاحبه‌ها در اختیار تعدادی از مشارکت‌کنندگان قرار گرفت و آنان صحت و نزدیکی آن به تجربه خود را تأیید کردند. دوم، کدگذاری بخشی از داده‌ها توسط پژوهشگر دوم بررسی شد و موارد اختلاف از طریق گفت‌وگو حل شد. سوم، یادداشت‌برداری تحلیلی در طول فرایند پژوهش انجام شد تا مسیر شکل‌گیری کدها و مقوله‌ها قابل پیگیری باشد. چهارم، تلاش شد نمونه‌گیری از نظر جنسیت، سن، وضعیت تأهل و وضعیت شغلی تا حد امکان تنوع داشته باشد تا ابعاد مختلف تجربه بی‌ثباتی ذهنی آشکار شود. در تمام مراحل پژوهش، اصول اخلاقی شامل محرمانگی اطلاعات، حذف نام‌ها و نشانه‌های شناسایی‌کننده، رضایت آگاهانه، حق انصراف و استفاده پژوهشی از داده‌ها رعایت شد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۱۸ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ساکن تهران شرکت کردند. از میان مشارکت‌کنندگان، ۱۱ نفر زن، معادل ۶۱.۱ درصد، و ۷ نفر مرد، معادل ۳۸.۹ درصد، بودند. از نظر وضعیت تأهل، ۱۰ نفر مجرد، معادل ۵۵.۶ درصد، و ۸ نفر متأهل، معادل ۴۴.۴ درصد، بودند. دامنه سنی مشارکت‌کنندگان بین ۲۲ تا ۴۸ سال بود؛ ۶ نفر در گروه سنی ۲۰ تا ۲۹ سال، ۷ نفر در گروه سنی ۳۰ تا ۳۹ سال، و ۵ نفر در گروه سنی ۴۰ تا ۵۰ سال قرار داشتند. از نظر تحصیلات، ۳ نفر دارای دیپلم، ۵ نفر دارای مدرک کاردانی یا کارشناسی ناپیوسته، ۷ نفر دارای مدرک کارشناسی، و ۳ نفر دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. از نظر وضعیت شغلی، ۵ نفر کارمند، ۴ نفر شاغل آزاد، ۴ نفر دانشجوی، ۳ نفر خانه‌دار و ۲ نفر بیکار بودند. مدت تجربه نشانه‌های اضطراب فراگیر در میان مشارکت‌کنندگان از ۱ سال تا ۱۲ سال متغیر بود. ۱۲ نفر سابقه دریافت روان‌درمانی و ۹ نفر سابقه مصرف داروهای ضداضطراب یا ضدافسردگی را گزارش کردند. تحلیل داده‌ها به استخراج پنج مقوله اصلی منجر شد: آشفتگی و سیالیت کنترل‌ناپذیر افکار، فرسودگی تصمیم‌گیری و تردید مداوم، حساسیت افراطی به عدم قطعیت، درگیری ذهنی با نشانه‌های بدنی اضطراب، و اختلال در حضور روانی و روابط بین‌فردی.

نخستین مقوله اصلی، آشفتگی و سیالیت کنترل‌ناپذیر افکار بود. مشارکت‌کنندگان بی‌ثباتی ذهنی را بیشتر به شکل جریان مداوم، سریع و مهارناپذیر افکار توصیف کردند؛ جریانی که از یک موضوع آغاز می‌شد، اما به سرعت به موضوعات دیگر گسترش می‌یافت و فرد را از تمرکز بر اکنون بازمی‌داشت. در روایت‌ها، ذهن اغلب به «موتور روشن»، «اتاق شلوغ»، «چرخ‌دنده گیر کرده» یا «صفحه‌ای که مدام عوض می‌شود» تشبیه شد. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «وقتی یک فکر می‌آید، همان‌جا تمام نمی‌شود. مثلاً از یک پیام جواب‌نداده شروع می‌شود، بعد می‌رود سمت اینکه شاید طرف ناراحت شده، بعد اینکه شاید رابطه خراب شود، بعد اینکه من همیشه اشتباه می‌کنم. انگار ذهنم خودش مسیر می‌سازد و من فقط دنبالش کشیده می‌شوم.» مشارکت‌کننده دیگری بیان کرد: «مشکل من فقط فکر زیاد نیست؛ مشکل این است که هیچ فکری سر

جای خودش نمی‌ماند. هنوز یکی تمام نشده، بعدی شروع می‌شود.» این مقوله نشان داد که بی‌ثباتی ذهنی برای بیماران به معنای تعدد افکار نیست، بلکه به معنای تجربه از دست رفتن انسجام، توقف‌ناپذیری و ناتوانی در بازگرداندن ذهن به نقطه‌ای ثابت است.

دومین مقوله، فرسودگی تصمیم‌گیری و تردید مداوم بود. بسیاری از مشارکت‌کنندگان اظهار کردند که بی‌ثباتی ذهنی در موقعیت‌هایی تشدید می‌شود که باید تصمیم بگیرند، حتی اگر تصمیم کوچک و روزمره باشد. آنان تصمیم‌گیری را نه فرایندی ساده، بلکه زنجیره‌ای از بررسی، مقایسه، پیش‌بینی، پشیمانی احتمالی و بازنگری مکرر تجربه می‌کردند. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «برای خرید یک چیز ساده شاید نیم ساعت فکر کنم. بعد که می‌خرم، باز ذهنم می‌گوید شاید اشتباه کردی. حتی بعد از تصمیم هم خلاص نمی‌شوم.» مشارکت‌کننده دیگری توضیح داد: «انگار هیچ تصمیمی برایم نهایی نیست. همیشه یک صدایی هست که می‌گوید اگر راه دیگر بهتر بود چه؟» این تجربه موجب فرسودگی شناختی، کاهش اعتماد به خود و وابستگی به نظر دیگران می‌شد. برخی مشارکت‌کنندگان گزارش کردند که برای رهایی از فشار تصمیم‌گیری، تصمیم‌ها را به تعویق می‌اندازند یا از دیگران می‌خواهند به‌جای آنان تصمیم بگیرند. با این حال، این راهبردها معمولاً آرامش پایدار ایجاد نمی‌کرد، زیرا ذهن پس از تصمیم دیگران نیز به ارزیابی پیامدهای احتمالی ادامه می‌داد.

سومین مقوله اصلی، حساسیت افراطی به عدم قطعیت بود. مشارکت‌کنندگان موقعیت‌های مبهم، پاسخ‌های نامشخص، آینده نامعلوم، تأخیر در دریافت پیام، تغییر برنامه‌ها و نبود اطلاعات کافی را محرک‌های اصلی بی‌ثباتی ذهنی معرفی کردند. برای آنان، ابهام صرفاً به معنای «ندانستن» نبود، بلکه به‌عنوان نشانه‌ای از خطر، شکست یا از دست دادن کنترل تجربه می‌شد. یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرد: «وقتی چیزی معلوم نیست، ذهنم بدترین حالت را می‌سازد. مثلاً اگر جواب آزمایشم دیر بیاید، قبل از اینکه نتیجه را ببینم، چند بار در ذهنم بیمار شده‌ام، بستری شده‌ام، حتی مرده‌ام.» مشارکت‌کننده دیگری گفت: «من با نمی‌دانم مشکل دارم. وقتی کسی می‌گوید بعداً خبر می‌دهم، ذهنم آرام نمی‌گیرد. باید بدانم دقیقاً چه می‌شود.» این مقوله نشان داد که بی‌ثباتی ذهنی در اختلال اضطراب فراگیر با ناتوانی در تحمل فضای باز و نامعین زندگی پیوند دارد. بیماران برای کاهش عدم قطعیت به جست‌وجوی اطمینان، سؤال‌های مکرر، چک کردن، برنامه‌ریزی افراطی یا آماده‌سازی ذهنی برای بدترین حالت روی می‌آوردند، اما این رفتارها بیشتر موجب تداوم درگیری ذهنی می‌شد.

چهارمین مقوله، درگیری ذهنی با نشانه‌های بدنی اضطراب بود. مشارکت‌کنندگان گزارش کردند که بی‌ثباتی ذهنی اغلب با افزایش توجه به بدن همراه است. تپش قلب، فشار قفسه سینه، گرفتگی عضلات، سردرد، بی‌خوابی، لرزش، مشکلات گوارشی یا احساس خستگی به سرعت وارد چرخه تفسیر شناختی می‌شدند و ذهن را بی‌ثبات‌تر می‌کردند. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «وقتی قلبم تند می‌زند، ذهنم فوراً می‌گوید شاید مشکلی دارم. بعد شروع می‌کنم سرچ کردن، بعد بدتر می‌شوم. دیگر نمی‌فهمم اول اضطراب بود یا بدنم.» مشارکت‌کننده دیگری بیان کرد: «گاهی فقط یک گرفتگی گردن دارم، اما ذهنم از همان یک نشانه داستان می‌سازد.» این تجربه نشان می‌دهد که بدن برای بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر فقط محل بروز نشانه‌ها نیست، بلکه به منبعی برای تولید معناهای تهدیدآمیز تبدیل می‌شود. در نتیجه، ذهن میان توجه به بدن، تفسیر خطر، نگرانی درباره سلامت و تلاش برای اطمینان‌یابی حرکت می‌کند و ثبات خود را از دست می‌دهد.

پنجمین مقوله اصلی، اختلال در حضور روانی و روابط بین‌فردی بود. مشارکت‌کنندگان اظهار کردند که بی‌ثباتی ذهنی باعث می‌شود در موقعیت‌های خانوادگی، شغلی، عاطفی و اجتماعی «حضور کامل» نداشته باشند. آنان ممکن است در ظاهر کنار دیگران باشند، اما ذهنشان درگیر نگرانی، تحلیل رفتار دیگران، ترس از قضاوت، مرور مکالمه‌های گذشته یا پیش‌بینی پیامدهای آینده باشد. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «وقتی با خانواده‌ام نشسته‌ام، بدنم آنجاست ولی ذهنم جای دیگری است. به حرف‌ها گوش می‌دهم اما هم‌زمان دارم فکر می‌کنم فردا چه می‌شود یا فلانی از حرفم ناراحت شد یا نه.» مشارکت‌کننده دیگری بیان کرد: «بعد از هر گفت‌وگو، ذهنم شروع می‌کند به بازپخش. چرا این را گفتم؟ چرا آن‌طور نگاه کرد؟ شاید بد برداشت کرد.» این وضعیت موجب خستگی ارتباطی، کاهش لذت از روابط، اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی و افزایش احساس تنهایی شد. برخی مشارکت‌کنندگان بیان کردند که دیگران آنان را «حواس‌پرت»، «کم‌حوصله» یا «بیش از حد حساس» می‌دانند، در حالی که آنان از درون درگیر تلاش مداوم برای کنترل ذهن خود هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تحلیل تجربه زیسته بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از بی‌ثباتی ذهنی بود. یافته‌ها نشان داد که بی‌ثباتی ذهنی در این بیماران تجربه‌ای چندبعدی است که در قالب آشفتگی و سیالیت کنترل‌ناپذیر افکار، فرسودگی تصمیم‌گیری و تردید مداوم، حساسیت افراطی به عدم قطعیت، درگیری ذهنی با نشانه‌های بدنی اضطراب، و اختلال در حضور روانی و روابط بین‌فردی بروز می‌کند. این یافته‌ها با توصیف بالینی اختلال اضطراب فراگیر همسو است؛ زیرا در منابع تشخیصی، نگرانی پایدار و دشوار برای کنترل، همراه با دشواری تمرکز، بی‌قراری، تنش و خستگی‌پذیری از ویژگی‌های اصلی این اختلال دانسته شده است (American Psychiatric Association, ۲۰۲۲). با این حال، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بیماران تجربه خود را صرفاً در قالب «نگرانی زیاد» بیان نمی‌کنند، بلکه آن را به صورت ناپایداری کیفیت حضور ذهن، حرکت مداوم افکار، کاهش حس کنترل شناختی و ناتوانی در دستیابی به سکون ذهنی تجربه می‌کنند. این امر اهمیت رویکردهای کیفی را برجسته می‌سازد، زیرا مصاحبه‌های عمیق می‌توانند لایه‌هایی از تجربه اضطراب را آشکار کنند که در پرسشنامه‌ها یا معیارهای تشخیصی به‌طور کامل منعکس نمی‌شوند.

مقوله نخست، یعنی آشفتگی و سیالیت کنترل‌ناپذیر افکار، با نظریه‌های شناختی نگرانی همخوان است. بورکووک و همکاران نگرانی را فعالیتی کلامی، آینده‌محور و تکرارشونده دانسته‌اند که می‌تواند به شکل اجتناب شناختی از تصاویر هیجانی عمل کند (Borkovec et al., ۱۹۹۸). در پژوهش حاضر، مشارکت‌کنندگان دقیقاً چنین تجربه‌ای را گزارش کردند: ذهن آنان از یک فکر آغاز می‌کرد و سپس به زنجیره‌ای از احتمالات، پیامدها و سناریوهای تهدیدآمیز کشیده می‌شد. این یافته با دیدگاه هیرش و متیوز نیز همسو است که تأکید می‌کنند نگرانی بیمارگون با سوگیری توجه، تفسیر تهدیدآمیز و دشواری در رهاسازی افکار منفی ارتباط دارد (Hirsch & Mathews, ۲۰۱۲). بنابراین، بی‌ثباتی ذهنی را می‌توان کیفیت پدیدارشناختی چرخه نگرانی دانست؛ چرخه‌ای که در آن مشکل فقط محتوای تهدیدآمیز افکار نیست، بلکه ناتوانی فرد در توقف، جهت‌دهی و تثبیت جریان فکر است.

مقوله دوم، یعنی فرسودگی تصمیم‌گیری و تردید مداوم، نشان داد که بی‌ثباتی ذهنی در اختلال اضطراب فراگیر در موقعیت‌های انتخاب و تصمیم‌گیری تشدید می‌شود. این یافته با مدل‌های مبتنی بر عدم قطعیت همسو است. دوگاس و همکاران بیان کرده‌اند که تحمل‌ناپذیری عدم قطعیت یکی از سازه‌های اصلی در شکل‌گیری و تداوم نگرانی در اختلال اضطراب فراگیر است (Dugas et al., ۱۹۹۸). وقتی فرد نتواند احتمال خطا، پیامدهای نامعلوم یا نبود اطمینان کامل را تحمل کند، تصمیم‌گیری به فرایندی فرساینده تبدیل می‌شود. از این منظر، تردید مداوم مشارکت‌کنندگان را می‌توان تلاشی برای حذف عدم قطعیت از تصمیم‌ها دانست؛ تلاشی که به دلیل ناممکن بودن اطمینان کامل، به فرسودگی ذهنی منجر می‌شود. یافته‌های پژوهش حاضر همچنین با دیدگاه فریستون و همکاران همخوان است که نشان دادند نگرانی با ادراک تهدیدآمیز از عدم قطعیت و تلاش برای پیش‌بینی پیامدهای منفی پیوند دارد (Freeston et al., ۱۹۹۴). بنابراین، در مداخلات بالینی، کار بر روی تصمیم‌گیری کافی، پذیرش احتمال خطا و کاهش اطمینان‌جویی می‌تواند برای کاهش بی‌ثباتی ذهنی اهمیت داشته باشد.

مقوله سوم، یعنی حساسیت افراطی به عدم قطعیت، یکی از مرکزی‌ترین ابعاد تجربه بیماران بود. مشارکت‌کنندگان موقعیت‌های مبهم را نه صرفاً نامطلوب، بلکه تهدیدآمیز، ناامن و کنترل‌ناپذیر تجربه می‌کردند. این یافته با مدل عدم قطعیت اختلال اضطراب فراگیر کاملاً همسو است. بر اساس این مدل، افراد دارای تحمل‌ناپذیری بالا نسبت به عدم قطعیت، حتی احتمال اندک رویداد منفی را غیرقابل قبول می‌دانند و برای کاهش اضطراب به نگرانی، چک کردن، اطمینان‌جویی یا اجتناب متوسل می‌شوند (Dugas et al., ۲۰۰۴). اما این راهبردها در بلندمدت نه تنها عدم قطعیت را کاهش نمی‌دهند، بلکه حساسیت فرد به ابهام را بیشتر می‌کنند. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بیماران در مواجهه با «نمی‌دانم»، «بعداً»، «شاید» یا «هنوز معلوم نیست» دچار تشدید آشفتگی ذهنی می‌شوند. این امر نشان می‌دهد که مداخله درمانی نباید فقط بر کاهش محتوای نگرانی متمرکز باشد، بلکه باید رابطه فرد با ابهام و آینده نامعلوم را هدف قرار دهد.

مقوله چهارم، یعنی درگیری ذهنی با نشانه‌های بدنی اضطراب، نشان داد که بی‌ثباتی ذهنی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با تجربه بدنی اضطراب پیوند تنگاتنگ دارد. اگرچه اختلال اضطراب فراگیر معمولاً به عنوان اختلالی مبتنی بر نگرانی شناختی شناخته می‌شود، اما نشانه‌های بدنی مانند تنش عضلانی، خستگی، بی‌خوابی و تحریک‌پذیری بخش مهمی از تجربه بیماران را تشکیل می‌دهند (American Psychiatric Association, ۲۰۲۲). در پژوهش حاضر، نشانه‌های بدنی به محرک‌های شناختی تبدیل می‌شدند؛ یعنی بیمار پس از احساس تپش قلب، درد عضلانی یا خستگی، به سرعت وارد چرخه تفسیر تهدیدآمیز و جست‌وجوی اطمینان می‌شد. این یافته با مدل‌های شناختی اضطراب همسو است که بر نقش توجه انتخابی به نشانه‌های تهدید و تفسیر فاجعه‌آمیز تأکید دارند (Clark & Beck, ۲۰۱۰). همچنین می‌توان آن را با دیدگاه تنظیم هیجان مرتبط دانست؛ زیرا تمرکز افراطی بر بدن ممکن است تلاشی برای فهم یا کنترل هیجان اضطرابی باشد، اما در عمل موجب افزایش اضطراب و بی‌ثباتی ذهنی می‌شود.

مقوله پنجم، یعنی اختلال در حضور روانی و روابط بین‌فردی، نشان داد که بی‌ثباتی ذهنی فقط تجربه‌ای درونی فردی نیست، بلکه پیامدهای ارتباطی و اجتماعی دارد. مشارکت‌کنندگان گزارش کردند که حتی هنگام حضور فیزیکی در جمع، ذهن آنان درگیر تحلیل، نگرانی، بازپخش مکالمات یا پیش‌بینی واکنش دیگران است. این یافته با مطالعاتی همسو است که نشان داده‌اند اختلال اضطراب فراگیر می‌تواند کیفیت زندگی،

کارکرد اجتماعی و رضایت از روابط را کاهش دهد (Grant et al., ۲۰۰۵; Kessler et al., ۲۰۰۵). همچنین این یافته با مدل‌های بین‌فردی نگرانی قابل تبیین است؛ زیرا نگرانی مزمن می‌تواند باعث افزایش نیاز به اطمینان‌جویی، حساسیت به نشانه‌های طرد، اجتناب از تعارض و تحلیل بیش از حد تعاملات شود. در چنین شرایطی، بیمار در روابط حضور کامل ندارد، زیرا ذهن او هم‌زمان درگیر گذشته، آینده و احتمال قضاوت دیگران است. این وضعیت می‌تواند به سوءتفاهم بین‌فردی منجر شود؛ دیگران ممکن است فرد را بی‌توجه یا کم‌حوصله بدانند، در حالی که او از درون در حال تلاش برای مهار آشفتگی ذهنی است.

یافته‌های پژوهش حاضر همچنین با مدل فراشناختی اختلال اضطراب فراگیر همخوانی دارد. بر اساس مدل ولز، باورهای منفی درباره کنترل‌ناپذیری و خطر نگرانی نقش مهمی در تداوم نگرانی بیمارگون دارند (Wells, ۱۹۹۵, ۲۰۰۵). بسیاری از مشارکت‌کنندگان در این پژوهش از ذهن خود به‌عنوان چیزی خارج از کنترل یاد کردند؛ گویی افکار مستقل از اراده آنان حرکت می‌کنند و فرد تنها شاهد یا قربانی این حرکت است. چنین تجربه‌ای می‌تواند نشان‌دهنده فعال شدن باورهای فراشناختی منفی باشد؛ باورهایی مانند «نمی‌توانم ذهنم را کنترل کنم» یا «این همه فکر ممکن است به من آسیب بزند». از سوی دیگر، برخی مشارکت‌کنندگان نگرانی را نوعی آمادگی برای خطر می‌دانستند که با باورهای مثبت درباره نگرانی همخوان است. بنابراین، بی‌ثباتی ذهنی احتمالاً از تعارض میان اتکا به نگرانی و ترس از نگرانی شکل می‌گیرد. این تعارض درمانی اهمیت دارد، زیرا تا زمانی که بیمار نگرانی را هم مفید و هم خطرناک بداند، رهاسازی آن دشوار خواهد بود.

از منظر تنظیم هیجان، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بی‌ثباتی ذهنی می‌تواند راهبردی ناکارآمد برای مدیریت هیجان‌های دشوار باشد. نظریه منین و همکاران نشان می‌دهد که اختلال اضطراب فراگیر با شدت هیجانی بالا، دشواری در فهم هیجان و راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجان مرتبط است (Mennin et al., ۲۰۰۵). در پژوهش حاضر، مشارکت‌کنندگان اغلب از فکر کردن مداوم به‌عنوان راهی برای آماده شدن، پیشگیری یا جلوگیری از غافلگیری استفاده می‌کردند. با این حال، این راهبرد به جای تنظیم هیجان، موجب افزایش فرسودگی و آشفتگی می‌شد. این یافته با مدل اجتناب از تضاد هیجانی نیز قابل تبیین است؛ بر اساس این مدل، نگرانی ممکن است به فرد کمک کند در حالت هیجانی منفی مزمن باقی بماند تا از تغییر ناگهانی به اضطراب شدید جلوگیری کند (Newman & Llera, ۲۰۱۱). بنابراین، درمانگر باید توجه کند که آرام کردن ذهن برای برخی بیماران ممکن است در ابتدا تهدیدآمیز باشد، زیرا آنان آرامش را با آمادگی ناکافی یا آسیب‌پذیری در برابر خطر برابر می‌دانند.

از نظر کاربرد بالینی، یافته‌ها نشان می‌دهد که مفهوم بی‌ثباتی ذهنی می‌تواند به غنی‌سازی فرمول‌بندی بالینی اختلال اضطراب فراگیر کمک کند. در ارزیابی بالینی، پرسش از «شدت نگرانی» کافی نیست؛ بلکه لازم است کیفیت تجربه ذهنی بیمار بررسی شود. پرسش‌هایی مانند «ذهن شما چگونه از یک فکر به فکر دیگر می‌رود؟»، «چه زمانی احساس می‌کنید کنترل ذهن خود را از دست داده‌اید؟»، «چه چیزهایی باعث می‌شود ذهنتان بی‌ثبات‌تر شود؟»، «تصمیم‌گیری چه اثری بر جریان افکارتان دارد؟» و «نشانه‌های بدنی چگونه وارد چرخه نگرانی می‌شوند؟» می‌توانند به فهم دقیق‌تر مشکل کمک کنند. همچنین مداخلاتی مانند درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر تحمل عدم قطعیت، درمان فراشناختی،

ذهن‌آگاهی و آموزش تنظیم هیجان می‌توانند بر اساس الگوی تجربه‌شده بیماران تنظیم شوند (Cuijpers et al., ۲۰۱۴; Hayes et al., ۲۰۱۱; Wells, ۲۰۰۹).

محدودیت‌های پژوهش حاضر باید در تفسیر یافته‌ها مورد توجه قرار گیرد. نخست، مشارکت‌کنندگان پژوهش فقط از شهر تهران انتخاب شدند؛ بنابراین، تجربه بیماران در شهرهای کوچک‌تر، مناطق روستایی یا زمینه‌های فرهنگی متفاوت ممکن است ابعاد دیگری داشته باشد. دوم، داده‌ها بر اساس خودگزارش‌دهی و مصاحبه گردآوری شد؛ از این رو، امکان تأثیر حافظه، تمایل به ارائه تصویر خاص از خود یا دشواری در بیان تجربه‌های ذهنی وجود دارد. سوم، پژوهش حاضر بر بیماران دارای تشخیص اختلال اضطراب فراگیر تمرکز داشت، اما همبودی‌هایی مانند افسردگی خفیف، اضطراب اجتماعی یا مشکلات خواب ممکن است بر تجربه بی‌ثباتی ذهنی اثر گذاشته باشند. چهارم، به دلیل ماهیت کیفی مطالعه، هدف تعمیم آماری یافته‌ها نبود، بلکه فهم عمیق تجربه مشارکت‌کنندگان مدنظر قرار داشت.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده تجربه بی‌ثباتی ذهنی را در گروه‌های مختلف، از جمله نوجوانان، سالمندان، زنان خانه‌دار، دانشجویان، کارکنان مشاغل پرفشار و بیماران دارای اختلالات همبود بررسی کنند. همچنین انجام پژوهش‌های مقایسه‌ای میان بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال پانیک، افسردگی اساسی و وسواس فکری - عملی می‌تواند نشان دهد که بی‌ثباتی ذهنی در هر اختلال چه ویژگی‌های مشترک و متمایزی دارد. استفاده از روش‌های ترکیبی نیز پیشنهاد می‌شود؛ به گونه‌ای که یافته‌های کیفی درباره بی‌ثباتی ذهنی با مقیاس‌های کمی مربوط به نگرانی، تحمل‌ناپذیری عدم قطعیت، باورهای فراشناختی، نشخوار فکری و دشواری تنظیم هیجان ترکیب شود. علاوه بر این، پژوهش‌های مداخله‌ای می‌توانند بررسی کنند که آیا کاهش تحمل‌ناپذیری عدم قطعیت یا اصلاح باورهای فراشناختی موجب کاهش تجربه بی‌ثباتی ذهنی می‌شود یا خیر.

از نظر کاربرد عملی، پیشنهاد می‌شود درمانگران در کار با بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، بی‌ثباتی ذهنی را به عنوان یک هدف درمانی مستقل در نظر بگیرند. آموزش روانی درباره ماهیت نگرانی، چرخه عدم قطعیت، نقش اطمینان‌جویی، رابطه میان بدن و ذهن، و تأثیر اجتناب شناختی می‌تواند به بیماران کمک کند تجربه خود را بهتر بفهمند و کمتر از ذهن خود بترسند. همچنین تمرین‌هایی مانند ثبت زنجیره نگرانی، زمان‌بندی نگرانی، مواجهه با عدم قطعیت، کاهش رفتارهای اطمینان‌جویانه، تمرین توجه‌آگاهی، بازسازی باورهای فراشناختی و آموزش تصمیم‌گیری کافی می‌تواند در کاهش بی‌ثباتی ذهنی مؤثر باشد. در سطح خدمات سلامت روان نیز توصیه می‌شود مداخلات گروهی برای بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر طراحی شود تا آنان بتوانند تجربه‌های مشترک خود از ذهن ناآرام، تردید مداوم و ترس از آینده را در فضایی امن و غیرقضاوت‌گرانه بیان کنند.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در انجام این پژوهش ما را همراهی کردند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

موازن اخلاقی

در این پژوهش اصول اخلاقی مرتبط با نشر و انجام پژوهش رعایت گردیده است.

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تعارض منافع

بر اساس اظهار نویسندگان، در این مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

فهرست منابع

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder: Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1011–1023. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.006>
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77–108). Guilford Press.
- Borkovec, T. D., Ray, W. J., & Stöber, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22(6), 561–576. <https://doi.org/10.1023/A:1018790003416>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). SAGE Publications.
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Huibers, M., Berking, M., & Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 130–140. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.002>
- Dugas, M. J., Buhr, K., & Ladouceur, R. (2004). The role of intolerance of uncertainty in etiology and maintenance. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 143–163). Guilford Press.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 215–226. <https://doi.org/10.1016/S0005->