

Θεωρητικές και κλινικές προκλήσεις για τη «μη ανοχή στην αβεβαιότητα» στις αγχώδεις διαταραχές: το παράδειγμα της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής

Λυδία-Αγγελική Μάγκου¹, Μυρτώ Λεμονούδη¹

¹ Εταιρεία Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών Σπουδών, Κέντρο Διά Βίου Μάθησης

Αλληλογραφία: Μάγκου Λυδία-Αγγελική, Εταιρεία Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών Σπουδών – Κέντρο Διά Βίου Μάθησης, Γλάδστωνος 10, Αθήνα, 106 77, Email: lydiamakkou@gmail.com, Τηλέφωνο: 6937868228

Περίληψη

Στόχος αυτής της ανασκόπησης είναι να παρουσιαστούν οι κλινικές και θεωρητικές προκλήσεις αναφορικά με το χαρακτηριστικό της μη ανοχής της αβεβαιότητας στις αγχώδεις διαταραχές, αναλύοντας πιο συγκεκριμένα τον κείμενο ρόλο του στη Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή (ΓΑΔ). Το χαρακτηριστικό της μη ανοχής στην αβεβαιότητα εμφανίζεται στις περισσότερες αγχώδεις διαταραχές (ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, διαταραχή πανικού, κοινωνική αγχώδης διαταραχή, διαταραχή άγχους ασθένειας, διαταραχές σίτισης και πρόσληψης τροφής κ.ά.) και αναδεικνύεται, κατόπιν σύγκρισης ερευνών, η υπεροχή των συμπεριφορικών πειραμάτων έναντι της έκθεσης, ως ένας άμεσος τρόπος μείωσης του χαρακτηριστικού αυτού, και κατ'επέκταση ελαχιστοποίησης των αγχογόνων συμπτωμάτων και της ανησυχίας που προκαλούν. Παρουσιάζονται διάφορα μοντέλα Γνωσιακής Συμπεριφοριστικής Θεραπείας που θέτουν στο επίκεντρο την αντιμετώπιση του χαρακτηριστικού της μη ανοχής στην αβεβαιότητα, με κυριότερο το Πρωτόκολλο CBT-IU για τη ΓΑΔ. Τα αποτελέσματα της εφαρμογής του Πρωτοκόλλου αποκαλύπτουν πως υπήρξε σημαντική μείωση των συμπτωμάτων Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής, της γενικής ψυχοπαθολογίας, καθώς και αύξηση της ανοχής απέναντι στην αβεβαιότητα. Μέσα από την παρουσίαση και τη σύνθεση ερευνών για τη μη ανοχή στην αβεβαιότητα, αναφέρονται προτεινόμενα μοντέλα και αναδεικνύεται η σημασία της βελτίωσης της ανοχής στην αβεβαιότητα, με σκοπό τη μείωση του άγχους και της ανησυχίας που αποτελούν κείμενα συστατικά της πλειονότητας των αγχώδων διαταραχών. Συμπερασματικά, προτείνεται η διεξαγωγή μελλοντικών ερευνών οι οποίες θα μπορούσαν να εστιάσουν και σε άλλες ποικίλες εκδηλώσεις της μη ανοχής στην αβεβαιότητα, με στόχο τη δημιουργία κατάλληλων θεραπευτικών πρωτοκόλλων για ενισχυμένα θεραπευτικά αποτελέσματα.

Λέξεις-κλειδιά: Μη Ανοχή της Αβεβαιότητας, Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή, Αγχώδεις Διαταραχές, Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία

1. Η μη ανοχή στην αβεβαιότητα ως βασικό συστατικό της ΓΑΔ

Η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή (ΓΑΔ) είναι μια διαταραχή που χαρακτηρίζεται από επίμονο, διακυμαινόμενο, μη ρεαλιστικό ή υπερβολικό άγχος, το οποίο είναι διάχυτο και χρόνιο και εξαπλώνεται σε πολλές καταστάσεις της ζωής του ατόμου [1].

Παρά την προσπάθεια της γνωσιο-συμπεριφοριστικής θεωρίας, μέσω της εστίασης στα μεταγνωσιακά πιστεύω για την ανησυχία και τη συναισθηματική απορρύθμιση, δεν επετεύχθη η πλήρης μείωση των συμπτωμάτων στον επανέλεγχο [2, 3]. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία μιας θεραπείας

αποκλειστικά για τη ΓΑΔ, που θα έχει ως βάση της τα συμπεριφορικά πειράματα και θα στοχεύει στη μη ανοχή στην αβεβαιότητα (Intolerance of Uncertainty – IU) [4].

Η μη ανοχή στην αβεβαιότητα είναι ένα αρνητικό χαρακτηριστικό που πηγάζει από πολλά καταστροφικά πιστεύω σχετικά με την αβεβαιότητα, καθώς και από τις συνέπειες που πιστεύει κανείς ότι θα ακολουθήσουν. Η δυσκολία, λοιπόν, ενός ατόμου να διαχειριστεί, έστω και μία μικρή δόση αβεβαιότητας στη ζωή του, αποτελεί έναν από τους βασικότερους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της ΓΑΔ, όπως επίσης και παρά-

γοντας διατήρησης του άγχους και της ανησυχίας, γεγονός που μαρτυρά την ισχυρή σχέση μεταξύ της ΓΑΔ και της μη ανοχής στην αβεβαιότητα. Έτσι, δημιουργείται ένα θεωρητικό μοντέλο βασισμένο στη γνωσιο-συμπεριφοριστική θεραπεία με επίκεντρο τη μη ανοχή στην αβεβαιότητα, (CBT-IU), το οποίο αποτελείται από 14-16 συνεδρίες και στοχεύει απευθείας σε αυτό το χαρακτηριστικό, μέσω συμπεριφορικής έκθεσης, επαναξιολόγησης της χρησιμότητας της ανησυχίας, εκπαίδευσης στην επίλυση προβλημάτων και έκθεσης στη φαντασία [5]. Αλλαγές στη μη ανοχή της αβεβαιότητας οδηγούν σε μείωση της ανησυχίας, χωρίς αυτό να σημαίνει πως δεν υπάρχει χώρος για βελτίωση εφόσον το 20-30% των ατόμων δεν πέτυχαν μείωση στη ΓΑΔ κατά τον επανέλεγχο και συνέχισαν να εμφανίζουν το χαρακτηριστικό της μη ανοχής στην αβεβαιότητα. Γι' αυτόν τον λόγο υπήρξε η ανάγκη πιο αποτελεσματικών μεθόδων, που θα στοχεύουν πιο άμεσα σε αυτή, καθορίζοντας αρχικά την κατάσταση της αβεβαιότητας του καθενός, τα πιστεύω ή την ερμηνεία του για αυτή και τα αγχώδη συμπτώματά του. Βασιζόμενοι σε αυτό, οι ερευνητές πρότειναν ένα Πρωτόκολλο ΓΣΘ, αναδεικνύοντας τα συμπεριφορικά πειράματα ως τη μόνη θεραπευτική τεχνική [4].

Υπήρξαν πολλές θεωρίες που ασχολήθηκαν εκτενώς με τη θεραπεία της ΓΑΔ. Δύο από αυτές είναι η Μεταγνωσιακή Θεωρία (MCT) και η θεωρία Μη Ανοχής στην Αβεβαιότητα (IUT) [3].

Πιο συγκεκριμένα, το μοντέλο Μεταγνωσιακής Θεωρίας (ΜΘ – MCT) θεωρεί πως η ανησυχία είναι στη φύση του ατόμου και αποτελεί μια προσπάθεια να γενικευτούν τρόποι αντιμετώπισης πιθανών απειλητικών καταστάσεων, βασιζόμενοι σε θετικά πιστεύω σχετικά με τη χρησιμότητα της ανησυχίας [6]. Εστιάζει στην τροποποίηση μεταγνωσιακών παραγόντων που συμβάλλουν στην ανάπτυξη και στη διατήρηση της ΓΑΔ, όπως είναι τα αρνητικά πιστεύω για τη μη ελεγχσιμότητα και την επικινδυνότητα που ενέχει η ανησυχία, τα θετικά πιστεύω σχετικά με την πεποίθηση των ασθενών για την ανησυχία ως στρατηγική αντιμετώπισης και οι αποτελεσματικές προσπάθειες να αποφύγουν την ανησυχία και να ελέγξουν τις σκέψεις τους. Ο κύριος στόχος, λοιπόν, της ΜΘ είναι όχι η ανησυχία αυτή καθαυτή, αλλά τα πιστεύω των ασθενών σχετικά με την ανησυχία [3].

Η θεωρία Μη Ανοχής στην Αβεβαιότητα (IUT) εστιάζει ακριβώς στον σημαντικό ρόλο της μη ανοχής της αβεβαιότητας στην ανάπτυξη και στη διατήρηση της ΓΑΔ. Εστιάζει κυρίως στο να μειωθεί το άγχος και η ανησυχία, βοηθώντας τους ασθενείς να αναπτύξουν την ικανότητα να ανέχονται, να αντιμετωπίζουν και επίσης να αποδέχονται την αβεβαιότητα στην καθημερινή τους ζωή [5]. Περιλαμβάνεται η εκπαίδευση στην επίγνωση της ανησυχίας κατά την οποία οι ασθενείς μαθαίνουν να διαχωρίζουν τις ανησυχίες που υπάγονται στην επίλυση προβλήματος από αυτές που δεν υπάγονται. Εκπαιδεύονται στην επίλυση προβλήματος και ενθαρρύνονται να αντιμετωπίσουν, μέσω έκθεσης στη φαντασία, τρομακτικές προσδοκίες ανησυχιών και των πιο άλυτων προβλημάτων [7], με σκοπό να αντιμετωπίσουν τους φόβους τους και να αποφύγουν τη γνωστική αποφυγή. Στην τελική φάση, τα θετικά πιστεύω για την ανησυχία τροποποιούνται μέσω γνωστικών θεραπευτικών παρεμβάσεων.

2. Συνοπτική παρουσίαση των Πρωτοκόλλων ΓΣΘ

Το Πρωτόκολλο ΓΣΘ αποτελείται από 12 εβδομαδιαίες 50λεπτες συνεδρίες, αναπτύχθηκε από τους Hebert και Dugas, το 2018 [4], στοχεύει άμεσα, όπως προαναφέρθηκε, στη Μη Ανοχή της

Αβεβαιότητας (IU), μέσω των συμπεριφορικών πειραμάτων, και αποτελείται από 3 ενότητες: (α) ψυχοεκπαίδευση και εκπαίδευση στην επίγνωση της αβεβαιότητας, (β) έλεγχος πεποιθήσεων σχετικά με την αβεβαιότητα μέσω συμπεριφορικών πειραμάτων, και (γ) πρόληψη υποτροπής.

Η 1η ενότητα πραγματοποιείται στις δύο πρώτες θεραπευτικές συνεδρίες. Στόχος είναι να προσφέρει γνώση του μοντέλου ΓΣΘ, των συμπτωμάτων της ΓΑΔ και της λειτουργίας της μη ανοχής στην αβεβαιότητα στην καθημερινή ζωή. Για τον σκοπό αυτό, ο θεραπευτής παρέχει πληροφορίες για καθένα από τα τρία. Υπογραμμίζει τις βασικές αρχές της ΓΣΘ, που περιλαμβάνουν: (α) εστίαση στη σχέση μεταξύ γνωσιών, συμπεριφοράς, συναισθήματος, (β) παροχή νέων προοπτικών σε ένα πρόβλημα, (γ) απόκτηση και εξάσκηση νέων δεξιοτήτων, (δ) συνεργασία θεραπευτή-θεραπευόμενου, (ε) προαγωγή αυτοαποτελεσματικότητας, (στ) την περιορισμένης διάρκειας δομή του, (ζ) τον δομημένο χαρακτήρα του, (η) την εστίαση στο εδώ και τώρα και, τέλος, (θ) έμφαση στις ασκήσεις για το σπίτι ανάμεσα στις συνεδρίες.

Η 2η ενότητα καταλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος της θεραπείας (9 συνεδρίες) [4]. Τα συμπεριφορικά πειράματα ορίζονται ως μια εμπειρική μέθοδος ελέγχου της αβεβαιότητας, της σχετιζόμενης με τις πεποιθήσεις της καθημερινής ζωής. Στόχοι της ενότητας είναι ο καθορισμός: (α) του κατά πόσο οι παρούσες πεποιθήσεις του ατόμου είναι αληθινές ή έχουν μια προσωπική αξία, και (β) του αν υπάρχουν λογικές εναλλακτικές πεποιθήσεις σχετικά με την αβεβαιότητα [8].

Τέλος, η 3η ενότητα πραγματοποιείται στην τελευταία συνεδρία της θεραπείας. Στόχος είναι η επανάληψη των σημαντικών δεξιοτήτων, η αναγνώριση εκείνων των τομέων που χρειάζεται να συνεχιστεί η δουλειά και ο σχεδιασμός στην προετοιμασία αναπόφευκτων αποτυχιών. Αρχικά, ζητείται από τους πελάτες να συγκρίνουν τις παλιές τους πεποιθήσεις σχετικά με την αβεβαιότητα από την αρχή της θεραπείας με τις τωρινές τους πεποιθήσεις στο τέλος της θεραπείας. Στόχος είναι να τονιστεί η πρόοδος και να αλλαχθεί ό,τι συνέβη κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Κεντρικά συμπεριφορικά πειράματα επίσης συζητούνται. Για να συνεχιστεί να υπάρχει κίνητρο, ζητείται από τους πελάτες να αναγνωρίσουν πόσο αυτές οι αλλαγές επηρέασαν την καθημερινή τους ζωή και πόσο καλά συμπίπτουν με προσωπικές αξίες και στόχους της ζωής τους. Έπειτα, ενθαρρύνονται να βάλουν τα πειράματα στην καθημερινή τους ζωή και να τα κάνουν καθημερινή τους συνήθεια. Στόχος είναι η αναγνώριση μεθόδων για διατήρηση και επέκταση όσων αποκτήθηκαν στη θεραπεία [4].

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον εμφανίζει η παρουσίαση ενός άλλου μοντέλου για τη ΓΑΔ, σύμφωνα με άρθρο των Dugas και συνεργατών [9]. Το πρώτο στοιχείο του μοντέλου είναι ακριβώς η μη ανοχή της αβεβαιότητας, που κατέχει κεντρικό ρόλο. Ορίζεται ως ο τρόπος που ένα άτομο αντιλαμβάνεται μια πληροφορία σε αμφίσημες ή αβέβαιες καταστάσεις και ανταποκρίνεται σε αυτή την πληροφορία με γνωστικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις. Είναι το ερώτημα «τι θα γινόταν αν;» που χαρακτηρίζει τη μη ανοχή στην αβεβαιότητα στη Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή. Η μη ανοχή στην αβεβαιότητα, σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες, (α) σχετίζεται με την ανησυχία, ανεξάρτητα από τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, (β) διακρίνει μη κλινικές ανησυχίες που πληρούν τα κριτήρια για τη ΓΑΔ από αυτές που δεν τα πληρούν, και (γ) διαχωρίζει τους ασθενείς με ΓΑΔ από εκείνους που βιώνουν ανησυχία μέτριας έντασης μη κλινικής σημασίας.

Το μοντέλο επίσης [9] υπογραμμίζει τη συνεισφορά των πεποιθήσεων για την ανησυχία στη ΓΑΔ. Παραδείγματα τέτοιων πεποιθήσεων θα μπορούσαν να είναι «το να ανησυχείς, βοηθά να αποφευχθεί η απογοήτευση», «το να ανησυχείς, βοηθά στο να προστατεύονται τα άτομα που αγαπάς», «το να ανησυχείς, βοηθά να γίνονται καλύτερα τα πράγματα» κ.ά. Οι πεποιθήσεις για την ανησυχία σχετίζονται με τα επίπεδα της ανησυχίας και οι ασθενείς με ΓΑΔ πιστεύουν ότι το να ανησυχείς είναι πιο χρήσιμο στο να βρεθούν λύσεις και να προληφθούν αρνητικά αποτελέσματα και συχνά ισχυρίζονται ότι τους βοηθά να προετοιμαστούν για αρνητικές εκβάσεις, ακόμη και αν αυτές οι εκβάσεις είναι γενικά απίθανο να συμβούν. Προφανώς, τέτοιες πεποιθήσεις ενισχύονται αρνητικά από τη μη πραγματοποίηση της φοβογόνας κατάστασης.

Ένα ακόμη στοιχείο του μοντέλου [9] είναι ο φτωχός προσανατολισμός στο πρόβλημα (poor problem orientation), που ορίζεται ως οι μεταγνωσιακές διαδικασίες που αντανάκλουν επίγνωση και εκτίμηση των καθημερινών προβλημάτων και της ικανότητας του καθενός για επίλυση προβλήματος. Περιλαμβάνει αντίληψη του προβλήματος, απόδοση στο πρόβλημα, εκτίμηση του προβλήματος, προσωπικές πεποιθήσεις ελέγχου και συναισθηματικές αντιδράσεις. Η ανησυχία σχετίζεται με φτωχή ικανότητα επίλυσης προβλήματος και φτωχό αντιλαμβανόμενο έλεγχο πάνω στη διαδικασία επίλυσης προβλήματος, τα οποία (και τα δύο) είναι ενδείξεις φτωχού προσανατολισμού στο πρόβλημα. Στην πραγματικότητα, διαχωρισμένη από το χαρακτηριστικό του άγχους, η ανησυχία σχετίζεται με θετικές συμπεριφορές επίλυσης προβλήματος, όπως η εστίαση στο πρόβλημα και οι στρατηγικές αναζήτησης πληροφοριών, ωστόσο παραμένει συσχετισμένη με εκδηλώσεις φτωχού προσανατολισμού προβλήματος, όπως η τάση να αντιμετωπίζονται τα γεγονότα ως απειλές.

Το τελευταίο στοιχείο του μοντέλου [9] είναι η αναγνώριση της γνωσιακής αποφυγής ως μιας σημαντικής διαδικασίας για τη διατήρηση της ΓΑΔ. Ερευνητές από το πανεπιστήμιο του Penn State [10] παρουσιάζουν πως η ανησυχία, πρωταρχικά, αποτελείται από σημασιολογική γνωστική δραστηριότητα ή «λεκτική» σκέψη περισσότερο απ' ό,τι διανοητικές εικόνες, που σημαίνει πως συγκροτείται από σκέψεις και όχι από εικόνες και, επομένως, πως οι ισχυρές ανησυχίες αποτελούνται από μεγάλο ποσοστό σκέψεων. Η σημασιολογική γνωστική δραστηριότητα που υπάρχει στην ανησυχία έχει τη δυνατότητα να μειώσει τη σωματική δραστηριότητα που προκύπτει από τη φοβογόνα φαντασία. Αυτό, οδήγησε την ομάδα του Penn State να προτείνει ότι το λεκτικό περιεχόμενο της ανησυχίας αντιπροσωπεύει την αποφυγή του φόβου, προκαλώντας εικόνες, και αυτή η ανησυχία ενισχύεται αρνητικά από τη μείωση της σωματικής ενεργοποίησης. Η αποφυγή των διανοητικών εικόνων και της περιφερειακής ψυχολογικής ενεργοποίησης οδηγεί σε μείωση της συναισθηματικής επεξεργασίας του απειλητικού υλικού, που μακροπρόθεσμα διατηρεί την ανησυχία. Ως εκ τούτου, η γνωστική αποφυγή και πιο συγκεκριμένα η αποφυγή των απειλητικών διανοητικών εικόνων είναι ένα στοιχείο κλειδί για την ανησυχία στη ΓΑΔ [9].

2.1. Παρουσίαση ενός νέου μοντέλου για τη μη ανοχή στην αβεβαιότητα και τα βασικά χαρακτηριστικά του

Το νέο μοντέλο για τη μη ανοχή στην αβεβαιότητα ήταν αναγκαίο ώστε να διασαφηνιστεί η σχέση μεταξύ της αβεβαιότητας, των

πιστεύω ή της ερμηνείας κάποιου για την αβεβαιότητα και των αγχογόνων συμπτωμάτων. Εστιάζει σε παρερμηνείες ερεθισμάτων που οδηγούν σε δυσλειτουργικά συναισθηματικά, γνωστικά και συμπεριφορικά επακόλουθα. Το μοντέλο αποτελείται από (α) καταστάσεις που δημιουργούν (β) μια αβεβαιότητα, η οποία όταν (γ) παρερμηνεύεται καταστροφικά οδηγεί (δ) σε άγχος, ανησυχία και συμπεριφορές ασφαλείας. Το χαρακτηριστικό της μη ανοχής της αβεβαιότητας (ε) ενισχύει την παρατήρηση ερεθισμάτων, τη βίωση της αβεβαιότητας και τη δημιουργία καταστροφικών παρερμηνειών για την αβεβαιότητα. Όλα τα συστατικά του μοντέλου επηρεάζονται από (στ) γεγονότα ζωής και αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις [4].

Υπάρχουν εμπειρικά δεδομένα που φανερώνουν τη σχέση μεταξύ των πεποιθήσεων για την αβεβαιότητα και των αγχογόνων συμπτωμάτων, καθώς και τη σχέση μεταξύ της μη ανοχής της αβεβαιότητας και της ανησυχίας, εφόσον όταν αυξάνεται η μη ανοχή στην αβεβαιότητα αυξάνεται και η ανησυχία [11]. Η ΓΑΔ έχει συσχετιστεί με ποικίλες συμπεριφορές ασφαλείας, όπως η επιβεβαίωση και η αποφυγή [12], αλλά και η ανησυχία με την αναβλητικότητα [13]. Το μοντέλο ΓΣΘ για τη διαχείριση της μη ανοχής στην αβεβαιότητα εξυπηρετεί πολλούς σκοπούς. Πρώτον, τονίζει τη σημαντικότητα της μη ανοχής της αβεβαιότητας στη διατήρηση της ΓΑΔ, δεύτερον, συμβάλλει στον αρχικό κλινικό στόχο της στόχευσης απευθείας στη μη ανοχή στην αβεβαιότητα και, τέλος, η χρήση του μπορεί να επεκταθεί σε άλλες συνθήκες ψυχικής υγείας [4].

Πέρα από τη ΓΑΔ, η μη ανοχή στην αβεβαιότητα ως χαρακτηριστικό έχει παρατηρηθεί και σε άλλες διαταραχές. Σύγχρονες έρευνες έχουν αποδείξει συσχέτιση της μη ανοχής με την αβεβαιότητα με την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή και συγκεκριμένα στα άτομα με ΨΔ και συμπεριφορές ελέγχου [14]. Αυτό συμβαίνει γιατί, παρόμοια με την ανησυχία στη ΓΑΔ, οι εμμονές και οι καταναγκασμοί στην ΨΔ μειώνουν την πιθανότητα να βιώσουν τα άτομα αβεβαιότητα και αυξάνουν την αίσθηση ελέγχου [15].

Επιπρόσθετα, σε δείγματα προπτυχιακών, βρέθηκε σημαντική αλληλεξάρτηση μεταξύ της μη ανοχής στην αβεβαιότητα και της ευαισθησίας άγχους (ο φόβος ότι οι σωματικές αισθήσεις σχετίζονται με το άγχος) και της κρίσης πανικού. Παρά τις αποφυγές (αποφυγή άσκησης ή καφέινης) και τη χρήση σημάτων ασφαλείας, οι ασθενείς με διαταραχή πανικού είναι ανίκανοι να προβλέψουν αξιόπιστα αν ή πότε θα αντιμετωπίσουν μια κατάσταση που θα αυξήσει τα σωματικά τους συμπτώματα [16]. Αυτή ακριβώς η ενίσχυση που σχετίζεται με την αβεβαιότητα μπορεί να γίνει η ίδια ερέθισμα για να βιώσουν μια κρίση πανικού που θα τους οδηγήσει σε επιπρόσθετες αποφυγές [15].

Παρόμοιες μελέτες σε προπτυχιακούς φοιτητές, κοινотικούς και κλινικούς συμμετέχοντες, έδειξαν σχέση μεταξύ της μη ανοχής στην αβεβαιότητα και της κοινωνικής αγχώδους διαταραχής, όπως και μεταξύ της μη ανοχής στην αβεβαιότητα και του άγχους υγείας. Στην κοινωνική αγχώδη διαταραχή, τα άτομα φοβούνται την αρνητική κριτική ή το να ανταποκριθούν φτωχά σε κοινωνικές καταστάσεις. Το άγχος βιώνεται πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τις κοινωνικές καταστάσεις, γεγονός που περιλαμβάνει αβεβαιότητα για παροντική ή μελλοντική κοινωνική αξιολόγηση [15].

Επιπλέον, έντονη συσχέτιση βρέθηκε και με την κατάθλιψη και γενικότερα με τις διαταραχές συναισθήματος, ωστόσο απαιτείται περαιτέρω έρευνα εφόσον μπορεί να υπάρχει συσχέ-

τιση μέσω σύνδεσης της μη ανοχής στην αβεβαιότητα και του άγχους και κατ' επέκταση άγχους και κατάθλιψης [14]. Παρά ταύτα, στην έρευνα των Boswell και συνεργατών, το 2013 [15], παρουσιάζεται σημαντική συσχέτιση μεταξύ τη μη ανοχής στην αβεβαιότητα και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, συμπεριλαμβανομένης της συσχέτισης στην τροποποίηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, γεγονός που μαρτυρά τη σημαντική συμβολή της μη ανοχής στην αβεβαιότητα, στην αιτιολογία, τη διατήρηση και τη θεραπεία της κατάθλιψης.

3. Τα συμπεριφορικά πειράματα ως μέθοδος παρέμβασης για τη μη ανοχή στην αβεβαιότητα συγκριτικά με την τεχνική της έκθεσης

Στη γνωσιακή θεραπεία, θα μπορούσε να διακρίνει κανείς δύο τύπους πειραμάτων. Ο πρώτος τύπος προσεγγίζει περισσότερο την «καθαρή» πειραματική μέθοδο και περιλαμβάνει τους ασθενείς που προτίθενται να χειριστούν σκόπιμα το περιβάλλον με τη συμπεριφορά τους. Τυπικά, αυτό απαιτεί να κάνουν κάτι διαφορετικό από ό,τι συνήθιζαν να κάνουν σε μία συνηθισμένη κατάσταση. Για παράδειγμα, ο ασθενής θα προσπαθούσε να απαντήσει στην ερώτηση: «Αν πάω στο σουπερμάρκετ μόνος και δεν πάρω τις συνήθεις προφυλάξεις, όντως θα λιποθυμήσω; (όπως θα προέβλεπε η υπάρχουσα πεποίθησή μου) Ή μήπως απλά θα αγχωθώ;» (πρόβλεψη μιας εναλλακτικής θεωρίας) [17]. Ο δεύτερος τύπος προσεγγίζει τα πειράματα παρατήρησης στα οποία είτε δεν είναι πιθανό, είτε δεν είναι αναγκαίο να χειριστεί κανείς τις βασικές μεταβλητές. Αντίθετα, οι ασθενείς παρατηρούν και συλλέγουν πληροφορίες σχετικές με τις πεποιθήσεις τους. Για παράδειγμα, ένας ασθενής ίσως προσπαθήσει να απαντήσει στην ερώτηση: «Ο κόσμος θα σκεφτεί πως είμαι ηλίθιος ή περιέργος, αν ιδρώσω σε κοινωνικές καταστάσεις;». Θα ήταν χρήσιμο να συντάξει μια συστηματική έρευνα, συλλέγοντας απόψεις για το τι πιστεύει ο κόσμος για αυτούς που ιδρώνουν [17].

Τα συμπεριφορικά πειράματα έχουν τρεις βασικούς σκοπούς: (α) επεξεργασία της διατύπωσης, (β) έλεγχο αρνητικών συνθηκών και, (γ) δημιουργία και έλεγχο νέων, πιο προσαρμοστικών προοπτικών. Το κλειδί δεν είναι να τροποποιηθεί η σκέψη από μόνη της, αλλά μέσω της γνωσιακής αλλαγής, να αλλάξει η συναισθηματική κατάσταση και να διευκολυνθεί η επίλυση προβλήματος [17]. Τα πειράματα δίνουν τη δυνατότητα στους θεραπευτές να είναι μάρτυρες λεπτών πτυχών της σκέψης και της συμπεριφοράς που είναι αόρατες στους θεραπευόμενους και, ως εκ τούτου, δεν αναφέρονται κατά τη συνεδρία. Τα πειράματα, με αυτόν τον τρόπο, βοηθούν και τους ίδιους τους θεραπευόμενους να παρατηρήσουν τον εαυτό τους [17].

Το Πρωτόκολλο ΓΣΘ [4] στοχεύει απευθείας στη Μη Ανοχή της Αβεβαιότητας (ΙU) μέσω μιας θεραπευτικής τεχνικής των συμπεριφορικών πειραμάτων. Τα συμπεριφορικά πειράματα περιλαμβάνουν αναγνώριση και έλεγχο προσωπικών πιστεύω, μέσω προκαθορισμένων συμπεριφορών ή καταστάσεων. Από την άλλη πλευρά, η παραδοσιακή καταστασιακή έκθεση περιλαμβάνει εμπλοκή σε συμπεριφορές που προκαλούν άγχος, χωρίς απαραίτητα να ελέγχεται μια συγκεκριμένη σκέψη. Για παράδειγμα, μια άσκηση έκθεσης που θα στόχευε στη μη ανοχή στην αβεβαιότητα θα μπορούσε να περιλαμβάνει ένα γεύμα σε ένα καινούργιο εστιατόριο, ενώ ένα συμπεριφορικό πείραμα θα ζητούσε από τον πελάτη να φάει ένα γεύμα σε ένα καινούργιο εστιατόριο, έτσι ώστε να ελέγξει την πεποίθηση «η αβεβαιότητα

καταστρέφει τα πάντα». Η αποτελεσματικότητα της έκθεσης παραδοσιακά εξηγείται λόγω της ψυχολογικής διέγερσης και εξοικείωσης που προσφέρει [18]. Υπάρχουν, ωστόσο, και κάποιες σύγχρονες θεωρίες έκθεσης που υποστηρίζουν πως πρόκειται για ένα ανασταλτικό παράδειγμα μάθησης [19]. Προτείνεται, λοιπόν, η αποτελεσματικότητα των συμπεριφορικών πειραμάτων να εξηγείται τόσο από την ψυχολογική διέγερση όσο και από την ανασταλτική μάθηση. Στα συμπεριφορικά πειράματα, ένα άτομο πρέπει να αναγνωρίσει μια σκέψη που θα ελεγχθεί και να βιώσει έναν βαθμό συναισθηματικής διέγερσης κατά τη διάρκεια του πειράματος.

Τα συμπεριφορικά πειράματα που στοχεύουν στη Μη Ανοχή της Αβεβαιότητας έχουν πολλά πλεονεκτήματα. Αρχικά, σύμφωνα με τους Hebert και Dugas [4], εστιάζουν στις πεποιθήσεις για την αβεβαιότητα παρά στην ίδια την ανησυχία. Αυτό μπορεί να θεωρηθεί χρήσιμο σε πελάτες που εστιάζουν στο περιεχόμενο της ανησυχίας κατά τη διάρκεια των θεραπευτικών συνεδριών. Κατά δεύτερον, τα συμπεριφορικά πειράματα για τη μη ανοχή στην αβεβαιότητα είναι πιο αποτελεσματικά από την επαναλαμβανόμενη καταστασιακή έκθεση στην αβεβαιότητα, την πρωταρχική μέθοδο κλινικής στόχευσης στη μη ανοχή στην αβεβαιότητα. Παρότι χρειάζεται ακόμη να διεξαχθεί μια σύγκριση έκθεσης με συμπεριφορικά πειράματα για τη ΓΑΔ, προγενέστερες έρευνες αποδεικνύουν ότι τα συμπεριφορικά πειράματα μπορούν να είναι πιο αποτελεσματικά από την έκθεση σε ορισμένες περιπτώσεις. Αν ο μηχανισμός αλλαγής και στις δύο περιπτώσεις είναι η γνωστική μεσολάβηση, τότε τα συμπεριφορικά πειράματα ίσως έχουν ένα πλεονέκτημα στο ότι συμβάλλουν σε μεγαλύτερη αλλαγή με στόχο τις γνωσίες απ' ό,τι η έκθεση [20]. Κατά τρίτον, τα συμπεριφορικά πειράματα είναι βιωματικά και μπορούν να εννοηθούν ως γνωσιακή αλλαγή με συμπεριφορική βάση [6]. Στην περίπτωση της μη ανοχής στην αβεβαιότητα, τα άτομα χρησιμοποιούν προγραμματισμένες συμπεριφορές για να δημιουργήσουν μια κατάσταση αβεβαιότητας, έτσι ώστε να εξερευνήσουν τα σχετικά με την αβεβαιότητα πιστεύω τους. Η βιωματική μάθηση είναι ιδιαίτερα σημαντική στη ΓΑΔ, δεδομένων των δυσκολιών που σχετίζονται με παραδοσιακές γνωσιακές τεχνικές που εστιάζουν στην ανησυχία. Τα συμπεριφορικά πειράματα μειώνουν τις γνωσίες-στόχους πιο γρήγορα και με μεγαλύτερη γενίκευση [21] και παρέχουν περισσότερες αισθητηριακές πληροφορίες και υψηλότερη συναισθηματική διέγερση [22] συγκρινόμενα με τις καταγραφές σκέψεων. Τέλος, τα συμπεριφορικά πειράματα ενθαρρύνουν τα άτομα να αναγνωρίζουν και να τροποποιούν άμεσα τις συμπεριφορές ασφαλείας που χρησιμοποιούν για να αποφύγουν καταστάσεις αβεβαιότητας, όπως η αναβλητικότητα, η καταστασιακή αποφυγή και η επιδίωξη επιβεβαίωσης/καθυσχύασης [4].

Ο διαχωρισμός αποτελεσματικότητας ανάμεσα στα συμπεριφορικά πειράματα και στην έκθεση έχει εφαρμοστεί και σε άλλες διαταραχές. Πιο συγκεκριμένα, στην *Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή*, σύμφωνα με έρευνα των Fisher και Wells [23], σε ένα πειραματικό σχέδιο 8 συμμετεχόντων, εφαρμόστηκε μια μεταγνωσιακή συλλογιστική (meta-cognitive rationale) και μια συλλογιστική που βασιζόταν στην έννοια της εξοικείωσης. Στη μεταγνωσιακή συλλογιστική οι συμμετέχοντες παροτρύνονται να βιώσουν τις παρεισφρητικές τους σκέψεις σαν σκέψεις, έτσι ώστε να ελέγξουν τη μεταγνωστική πεποίθηση του κατά πόσο οι ιδεοληπτικές σκέψεις είναι κατά κάποιο τρόπο σημαντικές.

Σύμφωνα με τη συλλογιστική της εξοικείωσης, δίνεται έμφαση στη μείωση του άγχους που εμφανίζεται, με παρατεταμένη έκθεση κατά την οποία οι καταναγκασμοί δεν χρησιμοποιούνται. Οι διαφορές που εμφανίζονται, ευνοούν τη μεταγνωστική λογική σε υποκειμενικές μετρήσεις άγχους, πίστης και παρότρυνσης εξουδετέρωσης.

Όσον αφορά τη *διαταραχή πανικού*, οι Salkovskis και συνεργάτες [24] βρήκαν αποδείξεις που ευνοούν τα συμπεριφορικά πειράματα έναντι της έκθεσης, που σημαίνει χαμηλότερα μεταθεραπευτικά ποσοστά άγχους στο ερωτηματολόγιο «Beck Anxiety Inventory», καθώς και μεγαλύτερη βελτίωση στη συχνότητα και στις μετρήσεις πεποϊθήσεων στο ερωτηματολόγιο «Agoraphobic Cognitions Questionnaire».

Αναφορικά με την *κοινωνική αγχώδη διαταραχή*, αποδείχτηκε ξανά [25, 26] πως τα συμπεριφορικά πειράματα ήταν πιο αποτελεσματικά απ' ό,τι η έκθεση από μόνη της για υποκειμενικές μετρήσεις άγχους και για την πίστη σε γνωστές κλειδιά. Αυτό αποδεικνύει πως είναι η εγκατάλειψη των συμπεριφορών ασφαλείας, έτσι ώστε να ελεγχθεί μια γνωσία κατά τη διάρκεια της έκθεσης, παρά η απομάκρυνση των ίδιων των συμπεριφορών ασφαλείας, αυτή που βοηθά στο να υπάρξει ένα καλύτερο αποτέλεσμα.

Τέλος, στις *ειδικές φοβίες*, παρόλο που υπήρχαν αποδείξεις πως οι συνθήκες συμπεριφορικών πειραμάτων αποδεικνύονταν πιο αποτελεσματικές από την έκθεση στη μείωση του άγχους, υπάρχουν πολλές συγκρίσεις που αποδεικνύουν πως δεν υπάρχουν διαφορές. Σε μελέτη των Sloan και Telch [27], η συνθήκη του συμπεριφορικού πειράματος περιλάμβανε μια γνωσιακή λογική που ακολουθήθηκε από μια καθοδηγούμενη επανεκτίμηση απειλής. Η συνθήκη έκθεσης περιλάμβανε έκθεση μέσω εξοικείωσης και έκθεση με κατεύθυνση στη διατήρηση συμπεριφορών ασφαλείας. Παρότι τα συμπεριφορικά πειράματα οδήγησαν σε σημαντικότερη αλλαγή στη μέτρηση των κλειστοφοβικών γνωσίων, οι διαφορές δεν κατέληγαν σε υπεροχή ούτε των συμπεριφορικών πειραμάτων ούτε της έκθεσης.

4. Έρευνες αναφορικά με τη μη ανοχή στην αβεβαιότητα και τα προτεινόμενα μοντέλα

Αναφορικά με τα ευρήματα της έρευνας που αφορά την εφαρμογή του Πρωτοκόλλου CBT-IU [4], υπήρξε σημαντική μείωση των συμπτωμάτων Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής, της γενικής ψυχοπαθολογίας, καθώς και της μη ανοχής στην αβεβαιότητα. Πιο συγκεκριμένα, 6 από τους 7 συμμετέχοντες πέτυχαν μείωση της ΓΑΔ κατά τον επανέλεγχο μετά τη θεραπεία και τα αποτελέσματα διατηρήθηκαν έως και 6 μήνες μετά, κατά την αναμνηστική συνεδρία. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων πέτυχε μέτρια έως υψηλή λειτουργικότητα από τον επανέλεγχο μετά τη θεραπεία έως την αναμνηστική συνεδρία μετά από 6 μήνες. Τα αποτελέσματα αυτά μαρτυρούν πως το συγκεκριμένο μοντέλο μπορεί να προσφέρει σημαντική αλλαγή στα συμπτώματα, καθώς και στις πεποϊθήσεις για την αβεβαιότητα – αποτελέσματα που παραμένουν και για ένα διάστημα 6 μηνών από το πέρας της θεραπείας.

Σε σχέση με το πρωταρχικό CBT-IU Πρωτόκολλο [28], το παρόν μοντέλο [4] πραγματοποιείται σε λιγότερες συνεδρίες (12 έναντι 14), με λιγότερα συστατικά και μια κεντρική γνωσιακή συμπεριφοριστική παρέμβαση, γεγονός που αποδεικνύει πως είναι δυνατόν να μειωθούν τα συμπτώματα της ΓΑΔ στοχεύοντας αποκλειστικά στη μη ανοχή απέναντι στην αβεβαιό-

τητα μέσω των συμπεριφορικών πειραμάτων. Το πρωταρχικό μοντέλο στόχευε στη μη ανοχή στην αβεβαιότητα, άμεσα μέσω συμπεριφορικής έκθεσης και έμμεσα μέσω επανεκτίμησης της χρησιμότητας της ανησυχίας, εκπαίδευσης στην ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και έκθεσης στη φαντασία. Μέσω αυτού του Πρωτοκόλλου, αναγνωρίστηκε η μη ανοχή στην αβεβαιότητα ως κεντρικός παράγοντας και διαπιστώθηκε πως μειώσεις σε αυτή οδηγούν σε μειώσεις στην ανησυχία καθώς και στα συμπτώματα της ΓΑΔ. Ωστόσο, σε ποσοστό περίπου 20-30% των ατόμων δεν παρατηρήθηκε μείωση της ΓΑΔ στον επανέλεγχο και τα άτομα συνέχισαν να εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά IU, γεγονός που απέδειξε πως υπήρχε περιθώριο βελτίωσης [4].

Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε αντίθεση με τα ευρήματα της πειραματικής έρευνας των Hui και Zhihui [29], που εφάρμοσαν το πρότυπο CBT-IU Πρωτόκολλο σε 63 Κινέζους, με εύρος ηλικίας 60 έως 76 ετών, πρωταρχική διάγνωση Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής, χωρίς επιπρόσθετη ψυχική διαταραχή και με την ικανότητα να εκφράζονται και να έχουν μια φυσιολογική ικανότητα σκέψης. Η θεραπεία περιλάμβανε ψυχοεκπαίδευση στις βασικές αρχές του CBT και στη ΓΑΔ, εκπαίδευση στην επίγνωση της ανησυχίας, αναγνώριση της αβεβαιότητας και έκθεση, επανεκτίμηση των θετικών πεποϊθήσεων σχετικά με τη λειτουργία της ανησυχίας, εκπαίδευση και επαναπροσανατολισμό προβλήματος, γνωσιακή έκθεση και, τέλος, πρόληψη υποτροπής. Τα ευρήματα της μελέτης αποδεικνύουν πως το μοντέλο συνέβαλε στην αύξηση της ανοχής απέναντι στην αβεβαιότητα σε αυτά τα άτομα, επιτρέποντας να διακρίνουν ανάμεσα στα καθημερινά γεγονότα και στις πραγματικές απειλές. Αυτό μείωσε την πιθανότητα να αντιμετωπίζονται τα απειλητικά γεγονότα ως αρνητικοί παράγοντες και αύξησε την ανοχή στις επίφοβες συνθήκες. Τα άτομα αυτά αντιλαμβάνονταν τις καταστάσεις ως λιγότερο απειλητικές, αυξήθηκε η ανοχή απέναντι στην αβεβαιότητα και βελτιώθηκε η ικανότητά τους να διαχειρίζονται το γενικευμένο άγχος. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το ότι η αποτελεσματικότητα του CBT-IU Πρωτοκόλλου στη μείωση των συμπτωμάτων της ΓΑΔ διατηρήθηκε για τουλάχιστον 6 μήνες, αποδεικνύοντας πως το συγκεκριμένο μοντέλο είναι μια αποτελεσματική θεραπεία σε ηλικιωμένους ασθενείς με ΓΑΔ [29].

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η μελέτη των Brown και συνεργατών [30], οι οποίοι, μέσω της διεξαγωγής μιας μετα-ανάλυσης και συστηματικής ανασκόπησης, προσπάθησαν να διερευνήσουν τη συσχέτιση της Μη Ανοχής στην Αβεβαιότητα (IU) με τις διαταραχές σίτισης και πρόσληψης τροφής. Τα ευρήματα της μετα-ανάλυσης έδειξαν ότι η μη ανοχή στην αβεβαιότητα σχετίζεται με τις κλινικές διαταραχές σίτισης και πρόσληψης τροφής γενικότερα, με κυρίαρχο εύρημα ότι σχετίζεται τόσο με τη Νευρική Ανορεξία όσο και με την Ψυχογενή Βουλιμία, όταν αυτές εξετάζονται ανεξάρτητα.

Μέσα από τη συστηματική ανασκόπηση ποικίλων ερευνών, σύμφωνα με τους Brown και συνεργάτες [30], αποδείχτηκε, με τη σύνθεση 21 ερευνών, ισχυρή σύνδεση της μη ανοχής στην αβεβαιότητα ως χαρακτηριστικό της νευρικής ανορεξίας και μικρότερη σύνδεση της μη ανοχής στην αβεβαιότητα με την ψυχογενή βουλιμία. Οι γυναίκες με νευρική ανορεξία εκφράζουν κοινές πεποϊθήσεις ότι η αβεβαιότητα είναι κάτι αρνητικό και πρέπει να αποφεύγεται, μια αίσθηση προσωπικής απειλής, καθώς και έγνωιες σχετικές με την πιθανή κριτική από άλλους και με την πεποϊθήση πως δεν είναι τέλειες, που ενέχουν το

στοιχείο της αβεβαιότητας. Οι παθολογικές συμπεριφορές διατροφής θεωρούνται τρόπος αντιμετώπισης της αβεβαιότητας και γίνονται πιο σοβαρές, όταν οι καταστάσεις αβεβαιότητας είναι πιο έντονες. Έτσι, λοιπόν, η μη ανοχή στην αβεβαιότητα και η αλεξιθυμία (η ανικανότητα αναγνώρισης και περιγραφής συναισθημάτων) βρέθηκαν να είναι σημαντικά υψηλές στη νευρική ανορεξία [31].

Οι ερευνητές, βασιζόμενοι σε λίγες πληροφορίες [32, 33], αναφέρουν ότι το χαρακτηριστικό της μη ανοχής στην αβεβαιότητα φαίνεται να είναι ανεβασμένο και στην ψυχογενή βουλιμία. Παραμένει ακόμη να διευκρινιστεί, αν το χαρακτηριστικό της μη ανοχής στην αβεβαιότητα είναι κυρίαρχο στη μία διαταραχή και όχι στην άλλη και αν υπάρχουν διαφορές γνωστικές καθώς και σε στοιχεία προσωπικότητας ανάμεσα στις δύο διαταραχές. Για παράδειγμα, οι ασθενείς με νευρική ανορεξία τείνουν να αποφεύγουν τον κίνδυνο, ενώ τα άτομα με ψυχογενή βουλιμία παίρνουν περισσότερα ρίσκα στη λήψη αποφάσεων και αντιδρούν πιο γρήγορα. Εν κατακλείδι, υπάρχουν κάποιες αποδείξεις πως η μη ανοχή στην αβεβαιότητα μπορεί να σχετίζεται με κάποιες διαταραγμένες παθολογικές διατροφικές συμπεριφορές, όπως ο περιορισμός τροφής και οι καθαρτικές συμπεριφορές, αλλά όχι με την κατανάλωση υπερβολικής ποσότητας τροφής.

Με αυτή ακριβώς τη σχέση, μεταξύ της μη ανοχής στην αβεβαιότητα και της λήψης αποφάσεων σε συμπεριφορικά καθήκοντα που ενέχουν αβεβαιότητα, ασχολήθηκαν σε έρευνά τους οι Carleton και συνεργάτες [34], έχοντας ως συμμετέχοντες άτομα της κοινότητας από όλη τη Βόρεια Αμερική (69% γυναίκες) και προπτυχιακούς φοιτητές (79% γυναίκες). Τα αποτελέσματα έδειξαν μια στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της μη ανοχής στην αβεβαιότητα και της ανταπόκρισης στο εργαλείο MIGT (Modified Iowa Gambling Task) –το οποίο εξετάζει τη λήψη αποφάσεων σε συνθήκες αβεβαιότητας– στο δείγμα των φοιτητών, ενώ δεν βρέθηκε σημαντική σχέση μεταξύ της μη ανοχής στην αβεβαιότητα και της απόκρισης στο εργαλείο WCST (Wisconsin Card Sorting Test), το οποίο ελέγχει την ικανότητα αφηρημένης λογικής και εναλλαγής μεταξύ γνωστικών στρατηγικών σε καθένα από τα δύο δείγματα, γεγονός που αποδεικνύει πως η μη ανοχή στην αβεβαιότητα έχει μικρό αντίκτυπο στον χρόνο επεξεργασίας για τη λήψη αποφάσεων σε καθήκοντα. Γενικά, τα αποτελέσματα έδειξαν πως η αύξηση της μη ανοχής στην αβεβαιότητα συνδέεται με αυξημένες συμπεριφορές αποφυγής κινδύνου. Ωστόσο, η σχέση αυτή είναι περίπλοκη και χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Επιπρόσθετα, ενδιαφέρον προκαλεί το εύρημα της έμμεσης επίδρασης της ενσυνειδητότητας στο άγχος υγείας μέσω της μη ανοχής στην αβεβαιότητα ή του φόβου για το άγνωστο. Σε έρευνα των Kraemer και συνεργατών [35], αποδείχθηκε πως υψηλά επίπεδα ενσυνειδητότητας σχετίζονται με χαμηλά επίπεδα μη ανοχής στην αβεβαιότητα και, ως εκ τούτου, με χαμηλά επίπεδα άγχους υγείας. Επομένως, υπάρχει μια σημαντική έμμεση επίδραση της ενσυνειδητότητας στο άγχος υγείας μέσω της επιρροής που ασκείται στο χαρακτηριστικό της ανοχής στην αβεβαιότητα. Τα άτομα που έχουν μια μη κριτική στάση είναι λιγότερο πιθανό να βιώσουν συμπτώματα άγχους υγείας χάρη στην αυξημένη ικανότητά τους να ανέχονται την αβεβαιότητα. Στην παρούσα έρευνα [35] δεν είναι η ενσυνειδητότητα αυτή καθαυτή που επέδρασε στο άγχος υγείας, αλλά η αύξηση της ανοχής στην αβεβαιότητα συνέβαλε στο να επιδράσει σε αυτό.

Συνολικά, η ενσυνειδητότητα σχετίζεται με παράγοντες επικινδυνότητας που περιλαμβάνουν άγχος, καθώς και με άλλες γνωστικές διεργασίες κεντρικές στην ανάπτυξη και τη διατήρηση της ψυχοπαθολογίας. Υψηλά ποσοστά στην ενσυνειδητότητα οδηγούν στο να γίνονται αντιληπτές οι εσωτερικές εμπειρίες ως λιγότερο απειλητικές και έτσι αυξάνεται η ικανότητα ανοχής της αβεβαιότητας. Τα χαμηλά, λοιπόν, ποσοστά στη μη ανοχή στην αβεβαιότητα μειώνουν την ανάγκη να εμπλακεί κανείς στην ανησυχία ή σε συμπεριφορές ασφαλείας που διατηρούν και ενισχύουν το άγχος υγείας.

Ολοκληρώνοντας, με τα ερευνητικά ευρήματα που σχετίζονται με τον ρόλο της μη ανοχής στην αβεβαιότητα, διαφαίνεται η σημασία διεξαγωγής ερευνών αναφορικά με την ανησυχία και τον ρόλο της μη ανοχής της αβεβαιότητας σε αυτή. Θέμα έρευνας αποτελεί και το κατά πόσο η αύξηση της ανοχής στην αβεβαιότητα συμβάλλει σε μείωση της ανησυχίας. Με το θέμα αυτό ασχολήθηκαν σε μελέτη τους οι Bomyea και συνεργάτες [36]. Οι συμμετέχοντες ήταν 28 άτομα, ηλικίας 18 έως 55 ετών, που πληρούσαν κριτήρια για ΓΑΔ και είχαν ένα επίπεδο μόρφωσης τουλάχιστον γυμνασίου. Το πρόγραμμα ΓΣΘ πραγματοποιήθηκε σε 10 μονόωρες ατομικές συνεδρίες σε βάθος χρόνου 10-12 εβδομάδων. Η παρέμβαση περιλάμβανε αυτοπαρατήρηση, ψυχοεκπαίδευση, εκπαίδευση στην αναπνοή και πρόληψη υποτροπής, καθώς επίσης φαντασιακή έκθεση σε θέματα που εκλύουν ανησυχία και γνωστική αναδόμηση με εναλλακτικές σκέψεις σε καταστροφικές αρνητικές προβλέψεις. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως αλλαγές στο χαρακτηριστικό της μη ανοχής στην αβεβαιότητα αντιπροσωπεύουν το 59% της χρονικής επίδρασης στη μείωση της ανησυχίας, γεγονός που αποδεικνύει πως οι αλλαγές στη μη ανοχή στην αβεβαιότητα δεν είναι απλά συνεπακόλουθες των αλλαγών στην ανησυχία. Ωστόσο, δεν υπάρχουν αποδείξεις στατιστικά σημαντικής μεσολάβησης της ανησυχίας – είναι λιγότερες από 1% της χρονικής επίδρασης.

Πιο συγκεκριμένα, η μη ανοχή στην αβεβαιότητα και η ανησυχία βελτιώθηκαν στην πάροδο του χρόνου και η αύξηση στην ανοχή απέναντι στην αβεβαιότητα συνέβαλε σημαντικά στη μείωση της ανησυχίας κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η αντίστροφη διαμεσολάβηση φαίνεται πως δεν υποστηρίζεται. Δεν επιτυγχάνονται αλλαγές στη μη ανοχή στην αβεβαιότητα μέσω αλλαγών στην ανησυχία κατά την πάροδο του χρόνου [36].

Έναν χρόνο μετά, οι Torbit και Laposa [37], διερευνώντας τον τομέα μελέτης τους, διερεύνησαν τις επιδράσεις της μη ανοχής στην αβεβαιότητα στην ανησυχία, το άγχος, το στρες και την κατάθλιψη. Οι συμμετέχοντες ήταν 119 άτομα, επιλεγμένα από μία πανεπιστημιακή κλινική εξειδικευμένη στις διαταραχές διάθεσης και άγχους και είχαν όλοι αρχική διάγνωση ΓΑΔ. Η θεραπεία περιλάμβανε εισαγωγή στο ΓΣΘ μοντέλο για τη ΓΑΔ, γνωστικές διαστρεβλώσεις, ανάπτυξη ιεραρχίας φοβιών, έκθεση σε καταστάσεις που ενέχουν ανησυχία, ημερολόγια καταγραφής σκέψεων που σχετίζονται με τη μη ανοχή στην αβεβαιότητα, χρόνος ανησυχίας, επίλυση προβλήματος, παραγωγική έναντι μη παραγωγικής ανησυχίας, πυρηνικές πεποιθήσεις και πρόληψη υποτροπής. Μόνο η 5η συνεδρία αφιερώθηκε εξ ολοκλήρου στο χαρακτηριστικό της μη ανοχής στην αβεβαιότητα μέσω ψυχοεκπαίδευσης, εκπαίδευση στο πώς ενισχύεται η μη ανοχή στην αβεβαιότητα και ενθάρρυνση ενσωμάτωσης καταστάσεων αβεβαιότητας στην ιεραρχία συμπεριφορικής έκθεσης.

Τα ευρήματα της έρευνας [37] επιβεβαιώνουν μια σημαντική μείωση της ανησυχίας και της μη ανοχής στην αβεβαιότητα

κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η αλλαγή στη μη ανοχή στην αβεβαιότητα σχετίζεται και με μείωση στην κατάθλιψη, στο στρες, στην ανησυχία, σε συγκεκριμένους τομείς ανησυχίας (έλλειψη αυτοπεποίθησης, εργασία, οικονομικά, σχέσεις, και μέλλον χωρίς στόχους) και με μια τάση να θεωρείται σημαντική στο άγχος.

Τέλος, τα αποτελέσματα της έρευνας [37] αποκαλύπτουν πως η θεραπεία με άμεση εστίαση στη μη ανοχή στην αβεβαιότητα (1 συνεδρία) μπορεί να καταστεί επαρκής για να προκληθούν αλλαγές στην ανοχή απέναντι στην αβεβαιότητα και την ανησυχία, ενώ μια εκτεταμένη εστίαση σε αυτή μπορεί να μην είναι απαραίτητα προς βελτίωση.

5. Συζήτηση

Η ανασκόπηση που διεξήχθη αφορά στην ανάδειξη του σημαντικού ρόλου της μη ανοχής στην αβεβαιότητα, στη διατήρηση του άγχους και της ανησυχίας στις περισσότερες αγχώδεις διαταραχές. Κατόπιν παρουσιάζονται σύνθεσης ερευνών, ποικίλες μέθοδοι και μοντέλα ΓΣΘ που στοχεύουν στη μείωση αυτού του χαρακτηριστικού σε διάφορες διαταραχές, όπως η Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή, η Κοινωνική Αγχώδης Διαταραχή, οι Διαταραχές Σίτισης και Πρόσληψης Τροφής, η Διαταραχή Άγχους Ασθένειας και άλλες. Καίρια θέση κατέχει το Πρωτόκολλο ΓΣΘ [4], το οποίο παρουσιάζει εκτεταμένα μια θεραπευτική διαδικασία για τη ΓΑΔ και στοχεύει απευθείας στη μη ανοχή στην αβεβαιότητα μέσω μιας τεχνικής των συμπεριφορικών πειραμάτων. Το Πρωτόκολλο παρουσιάζει πολλά πλεονεκτήματα όπως και περιορισμούς. Αναφορικά με τα θετικά της μελέτης, πρόκειται για μια κλινική αναπαραγωγή περιπτώσεων που επέτρεψε να διεξαχθεί μια μικρής κλίμακας εκτίμηση ενός καινούργιου Πρωτοκόλλου. Χρησιμοποιήθηκαν εργαλεία αυτοαναφοράς για τη συμπτωματολογία της ΓΑΔ, της γενικής ψυχοπαθολογίας και της μη ανοχής στην αβεβαιότητα. Συμπεριλήφθηκε μια περίοδος αναμνηστικών συνεδριών για να εντοπιστεί και το βραχυπρόθεσμο και το μακροπρόθεσμο όφελος της θεραπείας και ετερότη η συννοσηρότητα για τη βελτίωση της αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος. Οι συμμετέχοντες αποδέχτηκαν σε μεγάλο βαθμό τη θεραπεία, γεγονός που βελτιώνει την προθυμία των πελατών να ενταχθούν πλήρως και να ολοκληρώσουν τη θεραπεία [38] και, τέλος, το Πρωτόκολλο μειώνει την ανάγκη μελλοντικών μελετών που θα σύγκριναν τις σχετικές συνεισφορές πολλαπλών γνωσιακών συμπεριφοριστικών τεχνικών [5, 28].

Αναφορικά με τους περιορισμούς, αναδεικνύεται το μικρό μέγεθος του δείγματος που περιορίζει τον αριθμό και τον τύπο της στατιστικής ανάλυσης. Δεν είναι σαφές κατά πόσο τα αποτελέσματα μπορούν να γενικευτούν γεωγραφικά και δημογραφικά. Δεν χρησιμοποιήθηκε μια συνθήκη ελέγχου αναμονής και δεν είναι βέβαιο πως τα αποτελέσματα δεν είναι αποδοτικά στην επίδραση του χρόνου. Επιπρόσθετα, το εργαλείο συμπεριφορών ασφαλείας που αναπτύχθηκε γι' αυτή τη μελέτη δεν είναι ακόμη έγκυρο παρότι περιλαμβάνει πληθώρα συμπεριφορών ασφαλείας που εμφανίζονται στη ΓΑΔ. Τέλος, δεν γίνεται να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα της παρούσας θεραπείας για τη δημιουργία ΓΣΘ Πρωτοκόλλων για τη ΓΑΔ ή τη μη ανοχή στην αβεβαιότητα [28], εφόσον στη θεραπεία δεν χρησιμοποιήθηκε ομάδα ελέγχου.

Συνολικά, αναδεικνύονται τα συμπεριφορικά πειράματα ως η πρωταρχική γνωσιο-συμπεριφοριστική μέθοδος που στο-

χεύει άμεσα στη μη ανοχή στην αβεβαιότητα για τις αγχώδεις διαταραχές. Τα ευρήματα προτείνουν πως τα συμπεριφορικά πειράματα μέσω στόχευσης σε πεποιθήσεις για την αβεβαιότητα μπορούν να προκαλέσουν αλλαγές και στη μη ανοχή στην αβεβαιότητα, αλλά και στα συμπτώματα της ΓΑΔ γενικότερα και στη γενική ψυχοπαθολογία [4], αποσκοπώντας σε τρεις βασικούς στόχους: (α) την επεξεργασία της διατύπωσης, (β) τον έλεγχο αρνητικών συνθηκών και (γ) τη δημιουργία και τον έλεγχο νέων, πιο προσαρμοστικών προοπτικών. Αρχικά, αποδυναμώνονται οι καταστροφικές αρνητικές πεποιθήσεις για την αβεβαιότητα και υιοθετούνται πιο ουδέτερες ή θετικές πεποιθήσεις, πηγαίνοντας κόντρα στις προσδοκίες αρνητικών εκβάσεων για τις καταστάσεις [39]. Διευκολύνεται, έτσι, η εξάλειψη των φοβικών αποκρίσεων μέσω νέας ανασταλτικής μάθησης [40], τροποποιώντας τις υπάρχουσες δομές πεποιθήσεων [24] ή δημιουργώντας νέα πιστεύω ή ψυχικές αναπαραστάσεις. Με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται η αύξηση της ανοχής απέναντι στην αβεβαιότητα.

Αντικείμενο μελέτης υπήρξε και η σύγκριση μεταξύ των συμπεριφορικών πειραμάτων και της έκθεσης [4, 23-27]. Τα συμπεριφορικά πειράματα ταυτοποιούν και ελέγχουν προσωπικές πεποιθήσεις μέσω προκαθορισμένων συμπεριφορών ή καταστάσεων, ενώ κατά την έκθεση τα άτομα εμπλέκονται σε συμπεριφορές που τους προκαλούν άγχος χωρίς απαραίτητα να ελέγχεται μια συγκεκριμένη δυσλειτουργική σκέψη, προκαλώντας, όμως, ψυχολογική διέγερση και εξοικείωση. Η αποτελεσματικότητα των πειραμάτων έγκειται ακριβώς στην αναγνώριση μιας σκέψης που θα ελεγχθεί και στον βαθμό συναισθηματικής διέγερσης κατά τη διάρκεια του πειράματος [4]. Οι έρευνες που παρουσιάστηκαν ανωτέρω φανερώνουν μια σαφή υπεροχή των συμπεριφορικών πειραμάτων για διάφορες διαταραχές, όπως η ιδιοψυχαναγκαστική, η διαταραχή πανικού, η κοινωνική αγχώδης διαταραχή. Χρήσιμο θα ήταν, σε μελλοντικές έρευνες, να υπάρξει σύγκριση της απόδοσης των συμπεριφορικών πειραμάτων, της συμπεριφορικής έκθεσης, καθώς και άλλων μεθόδων με στόχο τη μη ανοχή στην αβεβαιότητα.

Καθ' όλη τη διάρκεια της ανασκόπησης έχει αναδειχθεί ο πολύ σημαντικός ρόλος του χαρακτηριστικού της μη ανοχής στην αβεβαιότητα, τόσο στη λειτουργία και τη διατήρηση της ΓΑΔ όσο και σε άλλες αγχώδεις διαταραχές. Η μη ανοχή στην αβεβαιότητα, η τάση να βιώνει κανείς φόβο για το άγνωστο, θεωρείται ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για την ανάπτυξη και τη διατήρηση των αγχωδών διαταραχών [41]. Περιλαμβάνει πεποιθήσεις πως η αβεβαιότητα είναι απειλητική, στρεσογόνα και προκαλεί άγχος, όπως επίσης δημιουργεί και την επιθυμία να αποφευχθούν καταστάσεις που η αβεβαιότητα και η ασάφεια είναι παρούσες. Στα άτομα με υψηλό το χαρακτηριστικό της μη ανοχής στην αβεβαιότητα, η πιθανότητα αρνητικών εκβάσεων αποτελεί ερέθισμα εμφάνισης δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών και γνωστικών αντιδράσεων (προκατειλημμένες ερμηνείες μιας κατάστασης, αυξημένη ανάγκη για πληροφορίες κατά τη διάρκεια της λήψης αποφάσεων) που συντείνουν στην αύξηση της ανησυχίας και του άγχους [5, 11, 42].

Υπάρχουν πολλά αποτελέσματα ερευνών [14-15, 30] που αποδεικνύουν ότι οι παρεμβάσεις για το άγχος επιδρούν στη μη ανοχή στην αβεβαιότητα και προτείνουν πως παίζει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση του άγχους. Σε πολλές αγχώδεις διαταραχές έχει αναδειχθεί ο σημαντικός ρόλος στη διατήρησή τους, όπως στην ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή, που οι εμμονές και

οι καταναγκασμοί, μειώνουν την πιθανότητα να βιώσουν τα άτομα αβεβαιότητα και αυξάνουν την αίσθηση ελέγχου [15]. Στη διαταραχή πανικού που ενυπάρχει έντονη η αβεβαιότητα εμφάνισης σωματικών συμπτωμάτων και επέλευσης μιας νέας κρίσης, στην κοινωνική αγχώδη διαταραχή που υπάρχει άγχος και αβεβαιότητα για επερχόμενη παροντική ή μελλοντική αξιολόγηση από τους άλλους, καθώς και στις διαταραχές διατροφής και συγκεκριμένα στην ψυχογενή ανορεξία που υπάρχει έντονη η αβεβαιότητα για κριτική από τους άλλους και ένα αίσθημα μη τελειότητας που δημιουργεί έντονο άγχος.

Έτσι, λοιπόν, τα ευρήματα πολλών ερευνών που παρατίθενται και στην ανασκόπηση [4, 29-30, 34-37] αποδεικνύουν πως, εφόσον η μη ανοχή στην αβεβαιότητα ενυπάρχει στις περισσότερες αγχώδεις διαταραχές, και τις διατηρεί σε σημαντικό βαθμό, η παρέμβαση θα πρέπει ακριβώς να επικεντρώνεται στη μείωσή της. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως παρεμβαίνοντας άμεσα στο χαρακτηριστικό, είναι δυνατόν να μειωθούν πολλά από τα συμπτώματα διαφόρων διαταραχών, όπως το άγχος υγείας, το στρες, η κατάθλιψη, η ανησυχία σε διάφορους τομείς, οι συμπεριφορές αποφυγής κινδύνου, καθώς και τα συμπτώματα της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής. Η μέθοδος, επομένως, που αναδεικνύεται συγκεκριμένα για τη θεραπεία της ΓΑΔ είναι η εφαρμογή του ΓΣΘ Πρωτοκόλλου, που θα εστιάζει άμεσα στη μη ανοχή στην αβεβαιότητα, μέσω των συμπεριφορικών πειραμάτων. Το Πρωτόκολλο είναι δομημένο και ευέλικτο και η ευελιξία του αυτή ενθαρρύνει την εξατομίκευση, εφόσον βασίζεται στη διατύπωση περίπτωσης, και έτσι προωθεί την οικολογική εγκυρότητα [43].

Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν μεγαλύτερο αριθμό δείγματος και να ενσωματώσουν διαφορετικούς τύπους θεραπείας, έτσι ώστε να αποδειχθεί κατά πόσο οι αλλαγές είναι συνεπείς και σε άλλα άτομα, με κάποια άλλη παρέμβαση. Θα μπορούσε επίσης να ελεγχθεί το πώς η μη ανοχή στην αβεβαιότητα αλλάζει στην πάροδο του χρόνου σε διαφορετικές διαταραχές και πως οι μειώσεις σε αυτή προκαλούν αλλαγές στην ανησυχία και σε άλλα στοιχεία συγκεκριμένων διαταραχών (όπως ιδεοληψίες/καταναγκασμοί στην ΙΨΔ) [36]. Αναφορικά με τις διαταραχές διάθεσης, οι μελλοντικές έρευνες θα έπρεπε να συνεχίσουν να ερευνούν τον ρόλο της μη ανοχής στην αβεβαιότητα, αναφορικά με την αιτιολογία, τη διατήρηση και τη θεραπεία των διαταραχών του συναισθήματος συμπεριλαμβανομένων των καταθλιπτικών διαταραχών και της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες. Θα μπορούσε να διερευνηθεί η σχέση της μη ανοχής στην αβεβαιότητα, στη δόμηση του αντιληπτικού ελέγχου, περιλαμβάνοντας περισσότερα επεξηγηματικά μοντέλα ελέγχου που θα απαιτούσαν πιο μακροσκελή σχέδια. Μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να εστιάσουν και σε άλλες εκδηλώσεις της μη ανοχής στην αβεβαιότητα (εκτιμήσεις συμπτωμάτων πανικού στη διαταραχή πανικού, το κοινωνικό κόστος στην κοινωνική αγχώδη διαταραχή) [15].

Στις διαταραχές σίτισης και πρόσληψης τροφής, μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν πιο ακριβείς εκτιμήσεις που θα διερευνούσαν το πώς δομείται η μη ανοχή στην αβεβαιότητα σε αυτές, συμπεριλαμβανομένων συμπεριφορικών καθηκόντων και νευροαπεικονιστικών μεθόδων [30].

Η μη ανοχή στην αβεβαιότητα θα πρέπει να αποτελεί στόχο στη θεραπεία των αγχωδών διαταραχών και πιο συγκεκριμένα της ΓΑΔ, μέσα από τη μείωση της ανησυχίας. Εφόσον τα αποτελέσματα αποδεικνύουν ότι η μη ανοχή στην αβεβαιότητα

μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο χειρισμού, θα ήταν ενδιαφέρον να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή σε συγγυτικές μεταβλητές που παίζουν έναν αιτιώδη ρόλο σε αυτόν τον χειρισμό. Θα ήταν επίσης ενδιαφέρον να παρθούν γενικές μετρήσεις της μη ανοχής της αβεβαιότητας και της ανησυχίας έτσι ώστε να φανεί ο αντίκτυπος του χειρισμού [11].

Theoretical and Clinical Challenges for Intolerance of Uncertainty in Anxiety Disorders: the paradigm of Generalized Anxiety Disorder

Makkou, Lydia-Aggeliki¹, Lemonoudi, Myrto¹

¹Association for Cognitive Behavioral Studies

Abstract

The aim of this review is to present the clinical and theoretical challenges concerning the characteristic of Intolerance of Uncertainty (IU) in anxiety disorders, by analyzing more specifically its main role on Generalized Anxiety Disorder (GAD). The characteristic of Intolerance of Uncertainty appears in most anxiety disorders, such as obsessive compulsive disorder, panic disorder, social phobia, health anxiety, eating disorder etc. After comparing researches, the dominance of behavioral experiments stands out against the exposure, as a direct way of reducing IU and consequently of minimizing the anxiety symptoms and the worry that the anxiety disorders evoke. Various models of CBT are presented, which place the treatment of IU in focus, mainly the CBT-IU Protocol for GAD. Results of the implication of this Protocol indicated a major decrease in GAD symptoms, general psychopathology, and IU. Through the presentation and the composition of surveys for Intolerance of Uncertainty, proposed models are mentioned and the meaning of improvement of tolerance of uncertainty is highlighted, aiming at reducing anxiety and worry, which constitute the elements of most anxiety disorders. Conclusively, it is suggested that limitations should be considered, such as the small sample size, the weakness of generalization outside of the sample's geographic and demographic boundaries, as well as the lack of an active treatment control group, which constitute the need for a further improvement and a future research for GAD as well as for other anxiety disorders.

Keywords: Intolerance of Uncertainty, Generalized Anxiety Disorder, Anxiety Disorders, Cognitive Behavioral Therapy

Βιβλιογραφία

- [1] Καλλάκογλου, Θ. (1997). *Άγχος και Πανικός, Γνωσιακή θεωρία και θεραπεία*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- [2] Hayes-Skelton, S., Roemer, L. & Orsillo, S.M. (2013). A randomized clinical trial comparing an acceptance-based behavior therapy to applied relaxation for generalized anxiety disorder. *J Consult Clin Psychol*, 81(5), 761-773.
- [3] 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. *Behav Res Ther*, 50, 100-109.
- [4] Hebert, E.A. & Dugas, M.J. (2018). Behavioral Experiments for Intolerance of Uncertainty: Challenging the Unknown in the treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Cogn Behav Pract*.
- [5] Dugas, M.J. & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York, NY: Routledge.
- [6] Wells, A. (1995). Metacognition and worry: a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behav Cogn Psychother*, 23, 301-320.
- [7] van der Heiden, C. & Ten Broeke, E. (2009). The when, why and how of worry exposure. *Cogn Behav Pract*, 16, 386-393.
- [8] Bennett-Levy, J., Westbrook, D., Fennell, M., Cooper, M., Rouf, K. & Hackmann, A. (2005). Behavioral experiments: Historical and conceptual underpinnings. In J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann, & M. Muell (eds). *The Oxford guide to behavioral experiments in cognitive therapy* (pp. 1-20). New York, NY: Oxford University Press.
- [9] Dugas, M.J., Gagnon, F., Ladouceur, R. & Freeston, M.H. (1998). Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. *Behav Res Ther*, 36, 215-226.
- [10] Borkovec, T.D. & Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behav Res Ther*, 28, 153-158.
- [11] Ladouceur, R., Gosselin, P. & Dugas, M.J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behav Res Ther*, 38, 933-941.
- [12] Beesdo-Baum, K., Jenjahn, E., Hoffer, M., Lueken, U., Becker, E.S. & Hoyer, J. (2012). Avoidance safety behavior and reassurance seeking in generalized anxiety disorder. *Depress Anxiety*, 29(11), 948-957.
- [13] Stöber, J. & Joorman, J. (2001). Worry, procrastination and perfectionism: Differentiating amount of worry, pathological worry, anxiety and depression. *Cogn Ther Res*, 25(1), 49-60.
- [14] Carleton, N.R. (2012). The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders: theoretical and practical perspectives. *Expert Rev. Neurother*, 12(8), 937-947.
- [15] Boswell, J.F., Thomson-Hollands, J., Farchione, T.J. & Barlow, D.H. (2013). Intolerance of Uncertainty: A Common Factor in the Treatment of Emotional Disorders. *J Clin Psychol*, 0, 1-16.
- [16] McNally, R.J. (2002). Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biol Psychiatry*, 52, 938-946.
- [17] Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackmann, A., Mueller, M., Westbrook, D. (2004). *Oxford Guide to Behavioral Experiments in Cognitive Therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- [18] Foa, E.B. & Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychol Bull*, 99(1), 20-35.
- [19] Craske, M.G., Treanor, M., Conway, C., Zbozinek, T. & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behav Res Ther*, 58, 10-23.
- [20] Raes, A.K., Koster, E.H.W., Loeys, T. & De Raedt, R. (2011). Pathways to change in one-session exposure with and without cognitive intervention: An exploratory study in spider phobia. *J Anxiety Disord*, 25, 964-971.
- [21] McManus, F., Van Doorn, K. & Yiend, J. (2012). Examining the effects of thought records and behavioral experiments in instigating belief change. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 43, 540-547.
- [22] Bennett-Levy, J. (2003). Mechanisms of change in cognitive therapy: The case of automatic thought records and behavioral experiments. *Behav Cogn Psychother*, 31, 261-277.
- [23] Fisher, P.L. & Wells, A. (2005). Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: A test of the metacognitive model. *Behav Res Ther*, 43(6), 821-829.
- [24] Salkovskis, P.M., Hakmann, A., Wells, A., Gelder, M.G. & Clark, D.M. (2006). Belief disconfirmation versus habituation approaches to situational exposure in panic disorder with agoraphobia: A pilot study. *Behav Res Ther*, 45(5), 877-885.
- [25] Kim, E.J. (2005). The effect of the decreased safety behaviors on anxiety and negative thoughts in social phobics. *J Anxiety Disord*, 19(1), 69-86.
- [26] Wells, A., Clark, D.M., Salkovskis, P., Ludgate, J., Hackmann, A. & Gelder, M. (1995). Social phobia: The role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behav Ther*, 26(1), 153-161.
- [27] Sloan, T. & Telch, M.J. (2002). The effects of safety-seeking behavior and guided threat reappraisal on fear reduction during exposure: An experimental investigation. *Behav Res Ther*, 40(3), 235-251.
- [28] Dugas, M.J. & Ladouceur, R. (2000). Treatment of GAD: Targeting Intolerance of Uncertainty in two types of worry. *Behav Modif*, 24, 635-657.
- [29] Hui, C. & Zhihui, Y. (2016). Group cognitive behavioral therapy targeting intolerance of uncertainty: a randomized trial for older Chinese adults with generalized anxiety disorder. *Aging Ment Health*, 1-9.
- [30] Brown, M., Robinson, L., Campione, G.C., Wuensch, K., Hildebrandt, T. & Micali, N. (2017). Intolerance of Uncertainty in Eating Disorders: A systematic review and Meta-Analysis. Δημοσιεύτηκε διαδικτυακά στο Wiley Online Library.
- [31] Abbate-Daga, G., Quaranta, M., Marzola, E., Arnianto, F. & Fassino, S. (2015). The relationship between alexithymia and intolerance of uncertainty in anorexia nervosa. *Psychopathology*, 48(3), 202-208.
- [32] Frank, G.K., Roblek, T., Shott, M.E., Jappe, L.M., Rollin, M.D., Hagman, J.O. et al. (2012). Heightened fear of uncertainty in anorexia and bulimia nervosa. *J Eat Disord*, 45(2), 227-232.
- [33] Sternheim, L., Startup, H. & Schmidt, U. (2011). An experimental exploration of behavioral and cognitive-emotional aspects of intolerance of uncertainty in eating disorder patients. *J Anxiety Disord*, 25(6), 806-812.
- [34] Carleton, R.N., Durand, S., Shulman, E.P., Zerff, M., Gonzales, J. & Mishra, S. (2016). Self-reported intolerance of uncertainty and behavioral decisions. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 1-26.
- [35] Kraemer, K.M., O'Bryan, E.M. & McLeish, A.C. (2016). Intolerance of uncertainty as a mediator of the relationship between Mindfulness and Health anxiety. *Mindfulness*, 4, 859-865.
- [36] Bomyea, J., Ramsawh, H., Ball, T.M., Taylor, C.T., Paulus, M.P., Lang, A.J. & Stein, M.B. (2015). Intolerance of uncertainty as a mediator of reductions in worry in a cognitive behavioral treatment program for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord*, 33, 90-94.
- [37] Torbit, L. & Laposa, J.M. (2016). Group CBT for GAD: The Role of Change in Intolerance of Uncertainty in Treatment Outcomes. *Int J Cogn Ther*, 9(4), 356-368.
- [38] Rachman, S., Radomsky, A.S. & Shafran, R. (2008). Safety behavior: a reconsideration. *Behav Res Ther*, 46, 163-173.
- [39] McMillan, D. & Lee, R. (2010). A systematic review of behavioral experiments vs exposure alone in the treatment of anxiety disorders: A case of exposure while wearing the emperor's new clothes? *Clin Psychol Rev*, 30, 467-478.
- [40] Bouton, M. (2004). Context and behavioral processes in extinction. *Learn Mem*, 11(5), 485.
- [41] Carleton, R.N., Mulvogue, M.K., Thibodeau, M.A., McCabe, R.E., Antony, M.M. & Asmundson, G.J.G. (2012). Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *J Anxiety Disord*, 26, 468-479.
- [42] Dugas, M.J., Hedayati, M., Karavidas, A., Buhr, K., Francis, K. & Phillips, N.A. (2005). Intolerance of uncertainty and information processing: Evidence of biased recall and interpretations. *Cogn Ther Res*, 29, 57-70.
- [43] Persons, J.B. (2006). Empiricism, mechanism, and the practice of cognitive-behavior therapy. *Behav Ther*, 36, 107-118.