



درمان شناختی- رفتاری اضطراب؛

راهنمای آموزشی گام به گام درمان

ترس، وحشت زدگی، نگرانی و وسواس فکری- عملی

تألیف:

کیمبرلی جی مارو

الیزابت دوپونت اسپنسر

ترجمه:

دکتر رضا سلطانی شال

استادیار دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه گیلان

حکیمه خیری

انتشارات دانشگاه گیلان

۱۴۰۰



دانشگاه گیلان
۱۳۵۳-۱۹۷۴

شابک: ۳-۲۴۴-۱۵۳-۶۰۰-۹۷۸

سرشناسه	: مارو، کیمبرلی ج. Morrow, Kimberly J
عنوان و نام پدیدآور	: درمان شناختی رفتاری اضطراب؛ راهنمای آموزشی گام به گام درمان ترس، وحشتزدگی، نگرانی و وسواس فکری-عملی / تالیف کیمبرلی جی مارو، الیزابت دوپونت اسپنسر؛ ترجمه رضا سلطانی شال، حکیمه خیری گلپردسری؛ ویراستار علمی: عباس ابوالقاسمی؛ ویراستار ادبی: فرشته گلچین راد.
مشخصات نشر	: رشت: دانشگاه گیلان، ۱۳۹۹.
مشخصات ظاهری	: ۱۴۵ص: جدول، عکس.
شابک	: 978-600-153-244-3
وضعیت فهرست نویسی	: فیپا
یادداشت	: عنوان اصلی: . CBT Anxiety for A Step-by-Step Training Manual for the Treatment of Fear, Panic, Worry and OCD, 2018
یادداشت	: کتاب حاضر با عنوان " درمان شناختی رفتاری برای اضطراب (راهنمای آموزش گام به گام برای درمان ترس، هراس، نگرانی و اختلال وسواس اجباری) " با ترجمه لیلا بابای تبریزی، ندا نیکو، فریبا احمدی دریاکناری توسط نشر نایاب در سال ۱۳۹۸ فیپا گرفته است.
یادداشت	: کتابنامه:ص. ۱۴۱ - ۱۴۵.
عنوان دیگر	: راهنمای آموزشی گام به گام درمان ترس، وحشتزدگی، نگرانی و وسواس فکری-عملی.
عنوان دیگر	: درمان شناختی رفتاری برای اضطراب (راهنمای آموزش گام به گام برای درمان ترس، هراس، نگرانی و اختلال وسواس اجباری).
موضوع	: شناخت درمانی (Cognitive therapy)
موضوع	: رفتار درمانی (Behavior therapy)
شناسه افزوده	: اسپنسر، الیزابت دوپونت، ۱۹۶۶ - م Spencer, Elizabeth Dupont
شناسه افزوده	: سلطانی شال، رضا، ۱۳۶۴ -، مترجم
شناسه افزوده	: خیری گلپردسری، حکیمه، ۱۳۵۶ -، مترجم
شناسه افزوده	: ابوالقاسمی، عباس، ۱۳۴۴ -، ویراستار
شناسه افزوده	: دانشگاه گیلان
رده بندی کنگره	: RC۴۸۹
رده بندی دیویی	: ۶۱۶/۸۹۱۴
شماره کتابشناسی ملی	: ۷۵۴۳۲۲۸

اداره چاپ و انتشارات دانشگاه گیلان

نام کتاب	: درمان شناختی- رفتاری اضطراب؛ راهنمای آموزشی گام به گام درمان ترس، وحشتزدگی، نگرانی، و وسواس فکری-عملی
مؤلفان	: کیمبرلی جی مارو، الیزابت دوپونت اسپنسر
مترجمان	: دکتر رضا سلطانی شال، حکیمه خیری
ویراستار علمی	: دکتر عباس ابوالقاسمی
ویراستار ادبی	: فرشته گلچین راد
نوبت چاپ	: اول، ۱۴۰۰
ناشر	: انتشارات دانشگاه گیلان
شمارگان	: ۱۰۰۰ جلد

* هر گونه چاپ و تکثیر فقط در اختیار انتشارات دانشگاه گیلان است.*



تقدیم

این کتاب کار به میلیون‌ها انسانی که از اضطراب و اختلال وسواسی - جبری رنج می‌برند، تقدیم می‌شود. با یک درمان موفق خواهید توانست زندگی کامل و غنی‌ای را تجربه کنید. ما بهترین راهبردهای درمانی را با شما به اشتراک گذاشته‌ایم تا به‌عنوان متخصص به شما کمک کنیم از طریق این کتاب کار، بهترین درمان‌های مبتنی بر شواهد را یاد بگیرید تا با سرعت بیشتری به‌زیستی خود را افزایش دهید.

فهرست

۲.....	درباره نویسندگان
۳.....	تقدیم
۸.....	مقدمه مترجمین
۹.....	فصل ۱
۹.....	درمان شناختی - رفتاری اضطراب و اختلال وسواسی - جبری
۲۲.....	فصل ۲
۲۲.....	ارزیابی و تشخیص اضطراب و اختلال وسواسی - جبری
۳۳.....	فصل ۳
۳۳.....	یک تیم باشید و به همراه مراجع هدف‌گذاری کنید
۴۲.....	فصل ۴
۴۲.....	به مراجع‌تان کمک کنید که مغز مضطرب خود را درک کند
۵۱.....	فصل ۵
۵۱.....	هنر مواجهه و پیشگیری از پاسخ
۶۷.....	فصل ۶
۶۷.....	مشارکت اعضای خانواده و دوستان در درمان
۷۳.....	فصل ۷
۷۳.....	شناخت درمانی
۸۹.....	فصل ۸
۸۹.....	نقش ذهن آگاهی در درمان اضطراب و اختلال وسواسی - جبری
۹۵.....	فصل ۹
۹۵.....	درمان شناختی - رفتاری برای کودکان
۱۰۸.....	فصل ۱۰
۱۰۸.....	درمان شناختی - رفتاری برای اختلال وسواسی - جبری
۱۱۸.....	فصل ۱۱
۱۱۸.....	درمان شناختی - رفتاری برای اختلال وحشتزدگی
۱۲۵.....	فصل ۱۲

۱۲۵.....	درمان شناختی _ رفتاری نگرانی.....
۱۳۵.....	فصل ۱۳.....
۱۳۵.....	خاتمه و پیشگیری از بازگشت اختلال.....
۱۴۱.....	منابع.....
۱۴۴.....	منابع پیشنهادی.....
۱۴۵.....	تارنماهای پیشنهادی.....

مقدمه

خوش آمدید. خوشحالیم که این کتاب را انتخاب کردید و به سفر ما در آموزش درمان شناختی - رفتاری اختلالات اضطرابی و اختلال وسواس جبری به درمان‌گران پیوستید.

کیمبرلی اهل شهر اری در پنسیلوانیا و الیزابت اهل حومه واشنگتن دی سی است. ما هرکدام تجربه‌ای بالغ بر ۲۵ سال در درمان اضطراب و اختلال وسواس جبری داریم و راه خود را در این زمینه از مسیرهای مختلف سپری کرده‌ایم. خواهر الیزابت وقتی که کودک بودند اضطراب داشت و یکی از اولین مراجعان کیمبرلی نیز شخصی بود که اضطراب شدید بدون تشخیص اختلال وسواس جبری داشت. در طول این مسیر هرکدام از ما نیز لحظات سختی را با اضطراب سپری می‌کردیم. البته شما در این کتاب کار بیشتر درباره داستان ما آشنا خواهید شد.

هردوی ما با استفاده از درمانی که در این کتاب کار ذکر شده، موفقیت فوق‌العاده‌ای برای مراجعان مبتلا به اضطراب و اختلال وسواس جبری مشاهده کرده‌ایم. ما تمرینات کاملاً ویژه با لیست انتظار در مکان‌های مختلف برای خود داریم و مطمئنیم که می‌توانیم به شما نیز در داشتن یک درمان موفق کمک کنیم.

ما ده سال قبل در کنفرانس سالانه انجمن اضطراب و افسردگی آمریکا (ADAA) وقتی که در یک انجمن عضو بودیم همدیگر را ملاقات کردیم. ما اشتیاق مشترکی را برای آموزش بالینگران دارای تحصیلات کارشناسی ارشد که ۶۰ درصد از مراقبت‌های سلامت روان را در این کشور ارائه می‌دهند و درعین حال اغلب آموزش مبتنی بر شواهد اندکی برای درمان اضطراب که شایع‌ترین اختلال سلامت روان است دیده‌اند در خود دیدیم.

انجمن اضطراب و افسردگی آمریکا (ADAA) به‌تازگی دریافته است که بین زمان یک پژوهش که اثبات می‌کند چه کارهایی منجر به درمان اضطراب می‌شود و زمانی که اغلب بالینگران از آن دانش به‌عنوان بخش استاندارد مراقبت استفاده می‌کنند به‌طور متوسط ۳۳/۵ سال طول می‌کشد. ما خودمان نیز بالینگران دارای کارشناسی ارشد هستیم و می‌دانیم که بیشتر ما به این دلیل که یاریگر هستیم به این رشته علمی گرایش پیدا کرده‌ایم. ما می‌خواهیم به مراجعان مان کمک کنیم از این اختلال شایع و گاه ناتوان‌کننده سلامت روان رهایی یابند. مشکل مربوط به بالینگران دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و یا در پیشرفتی که در فرایند درمان اضطراب و اختلال وسواس جبری حاصل می‌شود نیست، بلکه مشکل در عدم دسترسی به آموزش است. کاملاً ساده است؛ بالینگران دارای تحصیلات کارشناسی ارشد دسترسی اندکی به یادگیری از متخصصان این حوزه دارند.

مؤسسه ما، ریشه در تصمیم ما برای کمک به برطرف کردن این شکاف بین آنچه در این زمینه از نظر علمی وجود دارد و به کار بسته می‌شود و آموزشی که بالینگران دارای تحصیلات کارشناسی ارشد دریافت می‌کنند، دارد. هزاران بالینگر در سراسر این کشور و جهان آموزش‌های آنلاین ما را پشت سر گذاشتند، از طریق اتصال ویدیویی برای مشاوره درباره مراجعین بالینی خود با ما صحبت کردند و یا در کارگاه‌های ما شرکت کردند.

ما با کلینیک‌های سلامت روان و مشاوران آموزش‌دیده مدارس و همچنین با بالینگران دارای کلینیک خصوصی همکاری داشتیم. چیزی که ما بارها و بارها از این بالینگران شنیده‌ایم این است که آنها قبل از آموزش ما نمی‌دانستند چگونه درمان شناختی - رفتاری را برای اضطراب و وسواس جبری به کار برند.

به‌طور خاص بالینگران از چگونگی انجام تکنیک مواجهه و پیشگیری از پاسخ نگران هستند. ما درک می‌کنیم. همه ما مشغله داریم و یادگیری یک مهارت جدید درحالی که شما در حال دیدن مراجعان و مدیریت زندگی شخصی خود هستید می‌تواند خیلی مشکل به نظر برسد. چه کسی وقت دارد که مجدد به دوران مدرسه برگردد؟

آموزش آنلاین، دسترس بودن از طریق سایت، مشاوره موردی، دسترس بودن از طریق وبسایت ما و این کتاب کار به‌گونه‌ای طراحی شده اند که برای شما این امکان را فراهم می‌کند که بلافاصله این مهارت را در تمرین خود به کار ببرید.

از طریق این کتاب کار ما شما را گام به گام راهنمایی خواهیم کرد. بنابراین شما دقیقاً می‌دانید چگونه این کار را انجام دهید. هر فصل از همان الگوهایی که برای مراجعان استفاده می‌کنیم پیروی می‌کند: آموزش، تدریس یک مهارت، تمرین مهارت و سپس تکلیف.

امیدوارم یک خودکار بردارید و به سر کارت‌تان بروید! همان‌طور که به مراجعان‌مان می‌گوییم، تمرین برای یادگیری یک مهارت جدید بسیار ضروری است. درک مفاهیم و سپس داشتن یک معلم باتجربه که شما را در به‌کارگیری درمان شناختی - رفتاری برای مراجعان‌تان یاری کند، نقطه قوت کار شما است. برای این منظور در هر فصل فرصت‌های فراهم کردیم که بالینگران بتوانند این مهارت‌ها را با عنوان «نوبت شماست» انجام دهند. ما می‌خواهیم شما نیز همانند سایر بالینگرانی که در گذشته با ما کار کردند، قدرت استفاده از این مهارت‌ها را با مراجعین‌تان پیدا کنید. ما می‌خواهیم شما از بهتر شدن مراجعین‌تان و تداوم زندگی‌ای که با اضطراب و اختلال وسواس جبری محدود نشده باشد، احساس غرور کنید. ما امید داریم که این کتاب کار آغاز آموزش شما باشد. در تارنمای ما می‌توانید از طریق رایانامه ماهانه ثبت‌نام کنید که شامل به‌روزرسانی‌های تحقیقاتی، نکاتی برای برخورد با موقعیت‌های خاص بالینی و پیوند به منابع مفید است. همچنین برای مشاوره شخصی می‌توانید ثبت‌نام کنید یا با ما از طریق ایمیل در ارتباط باشید. یک‌بار دیگر به شما خوش‌آمد می‌گوییم و از شما متشکریم که به ما پیوستید.

مقدمه مترجمین

اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین اختلالات روانی دههٔ اخیر در تمامی طیف‌های سنی محسوب می‌شود و علاوه بر مشکلات جسمانی و اختلالات همبودی که به همراه دارد، از سنین فعال کاری جامعه می‌کاهد و همچنین بار اقتصادی زیادی را بر جوامع تحمیل می‌کند. تصور بر این است که علت اختلالات اضطرابی ترکیبی از عوامل زیستی، روانی، اجتماعی و محیطی است و از طرف دیگر مطالعات نشان داده است که این اختلالات بواسطه مداخلات روانشناختی قابل درمان هستند. این‌که کدام روش‌ها اثربخشی بیشتری نشان داده‌اند را می‌توان با توجه به پژوهش‌های متعدد پاسخ داد، اما بر اساس شواهد بالینی و پژوهشی به طور یقین اصلی‌ترین روش‌های درمانی، درمان‌های در حال رشد و پویای شناختی - رفتاری هستند. کتاب حاضر نیز در همین راستا و توسط دو متخصص کارکشته و مجرب در این حیطه تألیف شده است. با توجه به نوآوری‌های مطرح شده در این کتاب نظیر مقیاس‌های متعدد مرتبط با مراجع و درمانگر، فنون مناسب درمانی در اختلالات اضطرابی و موجز بودن روش‌های درمانی مطرح شده، بر آن شدیم تا به برگردان فارسی این اثر گرانبها بپردازیم. امیدواریم این کتاب ارزشمند بتواند شکاف علمی موجود در درمان‌های شناختی - رفتاری اختلالات اضطراب محور را تا حدی مرتفع سازد. ما این کتاب را به بالینگران اختلالات اضطرابی، روانشناسان و رواندرمانگران و دانشجویان کارشناسی ارشد و دکتری رشته‌های روانشناسی و مشاوره پیشنهاد می‌کنیم. امیدواریم در فرایند درمانی خود بتوانید از رهنمون‌های مولفین مجرب این کتاب بهره‌مند شوید.

رضا سلطانی شال

حکیمه خیری

فصل ۱

درمان شناختی – رفتاری اضطراب و اختلال وسواسی – جبری

هنگامی که حرفه خود را به عنوان مددکار اجتماعی بالینی آغاز کردیم، با این تردید مواجه شدیم که چگونه به بسیاری از مردم با پس‌زمینه‌های مختلف و اختلال‌های متفاوت کمک کنیم. برای این همه تفاوت و تنوع چگونه می‌توانستیم مهارت‌های مورد نیاز را تدوین و طراحی کنیم؟

خانم کیمبرلی اندکی پس از آغاز کارش به عنوان یک درمانگر بیماران بستری در بخش روانپزشکی کودکان^۱ مشغول به کار شد. یکی از مراجعین او رفتار خاص و عجیبی داشت. او دختری بود که مدام حول محوری می‌چرخید. هنگامی که از او درباره دلیل این کارش سؤال شد، پاسخ داد که با چرخش تند، دیگر نمی‌تواند به بدن دوستش نگاه کند و حسرت این را در دل داشته باشد که چرا زیبایی او را ندارد. این رویداد به ۲۵ سال قبل برمی‌گردد و در آن زمان او را بستری کردیم و فرض را بر این گذاشتیم که او دچار یک دوره روان‌پریشی^۲ شده است. در طی زمان بستری بودنش، روز به روز روشن‌تر می‌شد که او از عقل سلیم برخوردار است و حتی از همسالان خود نیز تفکر غنی‌تری دارد اما بجز چرخش سریع، روش و راهبرد دیگری برای متوقف کردن افکار و احساساتش ندارد. او از خانم کیمبرلی پرسیده بود که آیا افراد دیگری هم هستند که مشابه او باشند و اختلالی شبیه اختلال او داشته باشند و برای پاسخ به سؤالش، خانم کیمبرلی نیز به جستجوی علمی بیشتری پرداخته بود. آنچه خانم کیمبرلی دریافت این بود که آن دختر، از اختلال وسواسی - جبری رنج می‌برد. اختلال روان‌شناختی آن دختر باعث شد که خانم کیمبرلی به دنبال بهترین روش درمانی او یعنی درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ^۳ باشد که تکنیکی از درمان شناختی - رفتاری محسوب می‌شود. خانم کیمبرلی نه تنها یک درمان کمک‌کننده برای آن مراجع پیدا کرد، بلکه درمانی را یافت که برای کمک به بسیاری از مردم با پس‌زمینه‌های مختلف و اختلالات متفاوت کاربرد و کارایی دارد.

درمان شناختی - رفتاری یک رویکرد ساختار یافته در روان‌درمانی است که مؤلفه‌های اصلی آن به درمانگر کمک می‌کند برای هر مراجع یک طرح‌ریزی و الگوی درمانی خاصی تدوین کند. در این فصل، ما به بنیان‌های اصلی درمان شناختی - رفتاری، پژوهش‌های حمایت‌کننده از این نوع درمان و به مؤلفه‌های اساسی‌ای اشاره می‌کنیم که به شما کمک می‌کند تا بنیان‌های اصلی درمان شناختی - رفتاری اضطراب و اختلال وسواسی - جبری را بشناسید.

بنیان‌های درمان شناختی - رفتاری^۴

براساس نظر بک^۵ (۱۹۹۵) مفروضه‌های زیر، بنیان‌های درمان شناختی - رفتاری را تشکیل می‌دهند:

۱. زیربنای تمامی رفتارها و هیجان‌ها، تفکر کژکار^۶ و ناکارآمد است و این مسأله در تمام اختلالات روانی متداول است.
۲. به چالش کشیدن افکار سبب تغییر رفتار می‌شود و در نتیجه هیجان و ارتباط شما با هیجان‌تان را تغییر می‌دهد.
۳. پذیرش به جای مقاومت، مؤلفه کلیدی بهبود نشانه‌های روانشناختی است.

1 . child psychiatric unit

2 . psychotic episode

3 . exposure and response prevention (ERP)

4. fundamentals of cognitive behavioral therapy

5. Aaron Temkin Beck

6 . Dysfunctional thinking

به تازگی یک مراجع به خانم کیمبرلی مراجعه کرده است. او در حین ارائه یک مطلب برای مسئولین محل کار دچار تعریق زیاد شد و به دلیل آن حالت، دچار ترس از قضاوت و تماشای شدن شده است و احساس می کند در محیط کارش توانمند نیست. اکنون دائماً به دنبال یک راه حل است تا دیگر در محل کار و برای مسئولین ارائه نداشته باشد و از دوستانش می خواهد که بجای او ارائه دهند. هرچه بیشتر از این موقعیت اجتناب می کند، علائمش بیشتر و بیشتر می شود. علائم و تعریق او به حدی رسیده است که در یک مکالمه دو نفره نیز به مشکل برخورد کرده است و حتی برای شرکت در یک شام دوستانه نیز با آشفتگی مواجه می شود. او از این حالت و تعریقش متنفر است و بجای تجربه این وضعیت های وحشتناکی که دارد، مایل است در خانه بماند، تنها باشد و آرامش بیشتری تجربه کند. این مورد مثال خوبی برای نشان دادن تأثیر افکار و رفتارها بر احساسات و فیزیولوژی ما است. هرچه او بیشتر اجتناب می کند، اختلال اضطرابی بیشتر می شود. هرچه مضطرب تر می شود، بیشتر تعریق می کند و هرچه بیشتر مقاومت کند، وضعیتش بدتر و بدتر می شود. همه این موارد او را به سمتی می برد که زندگی بسیار محدودتری داشته باشد که مسبب آن اضطراب است و این چرخه ناکارآمد همچنان ادامه می یابد تا اوضاع بسیار وخیم تر شود.

نوبت شماست

- موقعیتی که شما یا مراجعتان در آن احساس ترس می کند را توصیف کنید.
- چه علائمی در بدن خود احساس می کردید و در کجای بدن این علائم را تجربه می کردید؟
- برای اینکه احساس بهتری به شما دست دهد چه کارهایی انجام می دادید؟
- این کارها، کارایی و اثربخشی داشتند؟
- در طول تجربیات ترس و اضطراب چه افکاری در ذهن داشتید؟
- آیا این افکار، کارایی و اثربخشی داشتند؟
- در قبل، حین و بعد از تجربیاتان چه احساساتی داشتید؟
- در حین تجربیاتان، هیجانات تان چه تغییری کردند؟

پژوهش در زمینه درمان شناختی - رفتاری

هم اکنون بیش از ۵۰۰ مطالعه وجود دارند که به اثربخشی درمان شناختی - رفتاری پرداخته اند. هرچند مطالعات مروری جامعی از کلارک (۱۹۹۹) و کلارک و بک^۱ (۲۰۱۰) وجود دارند که نشان دهنده اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر اضطراب و افسردگی در سی سال اخیر هستند. این بسیار مهم است که برای درمان اختلالات روانشناختی از درمان های مبتنی بر شواهد^۲ استفاده شود. مشخص شده است که درمان شناختی - رفتاری برای درمان اختلال اضطراب و افسردگی از بهترین درمان هاست و برای بسیاری از اختلالات دیگر نیز مفید و کارآمد است. مطالعات جالب بسیاری نشان داده اند که بعد از درمان شناختی - رفتاری، تغییرات زیستی - عصب شناختی در مغز ایجاد می شود. در همین راستا، مطالعه ای که توسط جوکیچ و بگیچ^۳ (۲۰۱۰) در دانشگاه زاگرب انجام شد نشان داد که بعد از درمان شناختی - رفتاری در بیماران مبتلا به عنکبوت هراسی^۴، اختلال وسواسی-جبری^۵، اختلال وحشت زدگی (آسیمگی)^۶، هراس اجتماعی^۷، اختلال افسردگی اساسی^۸ (عمده) و نشانگان خستگی مزمن^۹، تغییرات زیستی - عصب شناختی به وجود

1. Clark & Beck
 2. evidence-based therapies
 3. joric´-begic´
 4. arachnophobia
 5. obsessive compulsive disorder
 6. panic disorder
 7. social phobia
 8. major depressive disorder
 9. chronic fatigue syndrome

آمده است. بخشی از این مطالعه به فعال شدن قسمت چپ قشر پیش پیشانی و شیار فراهیپوکامپی افراد مبتلا هراس اشاره کرده است. بعد از اتمام درمان شناختی - رفتاری، فعال شدگی معناداری بین قسمت راست قشر پیش پیشانی و شیار فراهیپوکامپی در دو زمان پیش و پس آزمون مشاهده نشد. این مطالعات نشان می‌دهند که درمان شناختی - رفتاری ممکن است در تغییرات برخی نواحی مغزی افرادی که از اضطراب رنج می‌برند نقش داشته باشد.

در مقاله‌ای که توسط اُتو و همکاران^۱ (۲۰۰۴) در دانشکده پزشکی هاروارد انجام و در مجله روانپزشکی بالینی منتشر شد، نشان داده شد که درمان شناختی - رفتاری از چند طریق می‌تواند اثربخش باشد:

- درمان شناختی - رفتاری سبب ایجاد تغییرات بلندمدت و پایدار درمانی می‌شود.
 - درمان شناختی - رفتاری برای افرادی که به دارو درمانی پاسخ نمی‌دهند اثربخش است.
 - درمان شناختی - رفتاری برای افرادی که دارو درمانی اضطراب را ادامه نمی‌دهند اثربخش است.
 - درمان شناختی - رفتاری یک درمان استاندارد برای افزایش تأثیر دارو درمانی است.
- با همه این ویژگی‌های درمان شناختی - رفتاری، چگونه آن را به مراجعین‌تان پیشنهاد خواهید کرد؟

اصول درمان شناختی - رفتاری

درمان شناختی - رفتاری اصولی دارد که یادگیری آنها بسیار مهم است (بک، ۲۰۱۱). هنگامی که با یک مراجع کار می‌کنید می‌بایست در همان جلسه درمانی نخست، او را نسبت به اصول و بنیان‌های درمان شناختی - رفتاری اجتماعی کنید. اصطلاح اجتماعی کردن در درمان شناختی - رفتاری به این معناست که به مراجع بیاموزید که در جلسه درمانی چه انتظاراتی از او دارید؛ این مسئله بخش مهمی از شکل‌گیری یک رابطه درمانی با مراجع محسوب می‌شود. دادن آموزش و آگاهی بیشتر به مراجع درباره انتظاراتی که از او در جلسه و فرایند درمان دارید، می‌تواند فعال بودن و فعالیت بیشتر او را در فرایند روان درمانی در پی داشته باشد.

درمان شناختی - رفتاری دربرگیرنده مشارکت فعال و همکاری است:

- درمانگر و مراجع یک تیم هستند.
- مراجع تصمیم می‌گیرد که روی چه چیزی کار شود.
- مراجع تحریف‌های شناختی خود را شناسایی می‌کند.
- مراجع در مورد تکالیف درمانی در منزل تصمیم می‌گیرد.

درمان شناختی - رفتاری بیشتر زمان خود را صرف اینجا و اکنون می‌کند

- تمرکز اصلی بر موقعیت‌های خاص زمان حال است که سبب آشفتگی مراجع می‌شود.
- با دو دلیل به گذشته نگریسته و رجوع می‌شود:
 - اگر مراجع نیاز شدیدی به رجوع به گذشته نشان دهد و قول دهد که در آن غرق نشود.
 - اگر مراجع در شیوه تفکر ناکارآمد خود در جا می‌زند و درک این موضوع که این باورها از کجا سرچشمه گرفته‌اند بتواند کمک کننده باشد.

درمان شناختی - رفتاری شامل محتوای روانی-آموزشی است: آموزش به مراجع که درمانگر خودش باشد

- مراجع در جلسه درمان نکته‌برداری می‌کند و برای مرور و انجام تکالیف در طول هفته به نکته‌هایش رجوع می‌کند (در فصل ۴ خواهیم گفت که چگونه در جلسه درمان از دفتر یادداشت استفاده شود).

درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر مهارت است

- مهارت‌ها را آموزش دهید و به تمرین بگذارید: بیرون و درون جلسه درمانی تمرین صورت می‌گیرد.

درمان شناختی دربرگیرنده تمرین بین جلسات یا تکلیف منزل است

- در جریان جلسه درمانی، مهارتهایی که باید در منزل تمرین شود تعیین و شناسایی می‌شوند.
- این تمرین‌ها در برگیرنده به چالش کشیدن افکار خودآیند هستند.
- این تمرین‌ها در برگیرنده تغییرات رفتاری در مواجهه و پاسخ به برانگیزنده‌های اضطراب هستند.
- این تمرین‌ها در برگیرنده مواجه کردن مراجعین با موقعیت‌هایی است که از آنها می‌ترسند.

درمان شناختی - رفتاری ساختارمند است

- یک جلسه درمانی شناختی - رفتاری بخش‌های مختلفی دارد که توجه به آنها بسیار مهم است چرا که این توجه سبب می‌شود تمام چیزهای مورد نیاز را در جلسه درمان مدنظر قرار دهید. این بخش‌های مهم عبارت است از: توجه به خلق مراجع، مرور تکالیف، تدوین طرح جلسه درمانی، بحث بر سر مشکلات، تمرین و مهارت‌آموزی در جلسه درمانی، تدوین تکالیف خارج از جلسه درمان، خلاصه و جمع بندی جلسه درمانی و گرفتن بازخورد از مراجع.

درمان شناختی - رفتاری بازخورد مراجع را می‌پذیرد

- این که به مراجع خود شانس بازخورد دادن درباره خودتان را بدهید بسیار مهم است زیرا مطالعات نشان داده‌اند که بالینگران، قضاوت‌کننده‌های خیلی خوبی درباره توانمندی‌های خود نیستند. دیوید برنز^۱ معتقد است که ما باید از مراجعین خود به‌عنوان یک ابزار ارزشیابی استفاده کنیم زیرا ادراک‌های ما از خودمان ممکن است نادرست باشند؛ «پژوهش و تجربه بالینی من نشان داده است که این باور می‌تواند همراه‌کننده باشد» (برنز، ۲۰۱۳).

نوبت شماست

این مسئله که از مراجعین خود بازخورد دریافت کنید می‌تواند اضطراب آور باشد. چه احساسات و افکاری دارید؟ آیا آمادگی این تمرین را ندارید؟
پس از مطالعه بیشتر این کتاب به خودتان بنگرید و ببینید که آیا نسبت به این پرسش حس متفاوتی نسبت به اکنون پیدا کرده اید یا خیر.

جعبه ابزار بالینگر ساختار جلسه درمان شناختی - رفتاری



- **وارسی خُلق**^۱: شما می‌توانید از مقیاس، پرسشنامه‌ها و سیاهه‌ها یا واریسی کلامی استفاده کنید.
- **مرور هفته**: نکات مهم و اتفاقات معنادار هفته گذشته را بررسی کنید. به صورت مختصر واریسی کنید.
- **مرور تکلیف خانگی**^۲: درباره موفقیت‌ها و چالش‌های مراجع سؤال بپرسید. زمان بیشتری برای فهمیدن موانع، مؤلفه‌های شناختی، ... در راستای تدوین تکلیف خانگی موفق‌تر صرف کنید.
- **به همراه مراجع به تدوین دستور جلسه بپردازید**: از مراجع بخواهید عنوانی برای مشکلاتش در نظر بگیرد و بگوید که کدام یک برای در نظر گرفتن در جلسه درمان دارای اولویت است.
- **در مورد مشکلات مرتبط با مؤلفه‌های دستور جلسه درمانی به گفتگو بپردازید**: سعی کنید به صورت خاص و مشخص عمل کنید. از پرسش‌های سقراطی برای فهم باورها، قواعد و مفروضه‌های ذهنی مراجع استفاده کنید. از مراجع بخواهید افکار مرتبط با برانگیزنده‌ها را دریابد. به کمک او راه‌هایی برای شیوه تفکر نوین و رفتارهای جدید بیابید.
- **مهارت‌های جدید را تمرین کنید و یا بخواهید در جلسه به صورت واقعی با ترس‌هایش مواجه شود**: آنچه مراجعین در جلسه درمان یاد می‌گیرند را به تمرین بگذارید. مواجهه واقعی به این صورت است که وقتی مراجع در دنیای واقعی با یک موقعیت اضطراب‌زا مواجه می‌شود به او کمک شود که ترس‌ها و آشفتگی‌اش را تحمل کند و شیوه تفکر، رفتار و احساسش را به نحو سازنده و کارا تغییر و تعدیل دهد. این مواجهه با حضور درمانگر صورت می‌گیرد.
- **یک تکلیف منزل تدوین کنند**: این مسئله بر محتوی جلسه درمانی مبتنی است. مراجع تصمیم می‌گیرد که تکلیف منزل را انجام دهد. در جلسه درمان درباره موانع انجام تکالیف گفتگو کنید.
- **خلاصه‌سازی یا جمع‌بندی**: مراجع، محتوی و موضوعات بحث شده را به صورت نوشتاری جمع‌بندی و خلاصه‌سازی می‌کند.
- **بازخورد**^۳: از مراجع بخواهید که به شما بازخورد دهد که چه چیزی می‌تواند به شما کمک کند و سبب شود که بهتر عمل کنید.

1. mood check
2. Review of homework
3. feedback

کاربرگ فرم بازخورد مراجع



نام:

تاریخ:

من از بازخورد شما درباره جلسه امروز استقبال می‌کنم. لطفاً پرسش‌های زیر را تکمیل کنید تا کارمان را برای جلسات آینده بهبود ببخشد.

	خیلی موافق	موافق	متوسط	مخالف	خیلی مخالف	
۵	۴	۳	۲	۱		فکر کردم درمانگرم مرا درک کرد.
۵	۴	۳	۲	۱		درمانگرم، انسانی گرم و مراقب است.
۵	۴	۳	۲	۱		ما بر روی مطالبی صحبت می‌کنیم که هر دو بر آن اتفاق نظر داریم.
۵	۴	۳	۲	۱		ما با هم اهداف جلسات و درمان را مشخص می‌کنیم.
۵	۴	۳	۲	۱		درمان به من کمک می‌کند که بهتر باشم و بهبود یابم.
۵	۴	۳	۲	۱		برنامه دارم که تمرینها و تکالیفی که با هم تدوین کردیم را انجام دهم.

پیشنهادات:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

نوبت شماست

یک دست‌نوشته از خودتان درباره چگونه اجتماعی کردن مراجعین‌تان با درمان شناختی - رفتاری بنویسید. مطمئن شوید که اجتماعی کردن شامل: محتوی درمان شناختی - رفتاری چیست؛ اهمیت تیم بودن در فرایند درمان؛ چه انتظاراتی از جلسه و فرایند درمان می‌توانیم داشته باشیم؛ تکالیف منزل و گرفتن بازخورد باشد.

.....

.....

.....

.....

.....

ارتباط افکار با هیجانات

همان‌گونه که در اصول درمان شناختی - رفتاری توضیح دادیم، این مسئله مهم است که به مراجع کمک کنیم تا افکارش را به احساساتش مرتبط کند. هنگامی که از یک شخصی می‌پرسیم که درباره یک خبر چه احساسی دارد، معمولاً به افکار و یا رفتارهایی که در آن موقعیت انجام می‌دهد فکر می‌کند. مشابه این مسئله، هنگامی که از یک شخص درباره افکارش می‌پرسید، ممکن است با توضیح چگونگی احساساتش پاسخ دهد. برای کمک به مراجع به منظور متصل کردن افکارش به احساساتش، می‌توانید با یک بحث و گفتگو درباره دیدگاهش در مورد ارتباط و تعامل بین افکار، احساسات و رفتارهایش شروع کنید. از مراجع بخواهید که به این موضوع بیاندیشد که آیا شیوه تفکر آنها درباره رابطه و تعامل افکار، احساسات و رفتار می‌تواند در تعدیل اضطراب کمک‌کننده باشد. این تمرین را به‌عنوان تکلیف منزل او قرار دهید. همچنین از آنها بخواهید برانگیزنده‌ها، افکار، احساسات و پاسخ‌های رفتاری‌شان را یادداشت کنند تا این اتصال و ارتباط را بهتر درک کنند.

نوبت شماست

- ارتباط بین افکار و احساسات را چگونه می‌بینید؟ از نظر شما کدام یک از آنها قوی‌تر است؟ آیا شما از افکار و احساس‌های خود در موقعیت‌های برانگیزنده آگاه هستید؟
- به یکی از تجربیات اخیرتان که در یک موقعیت اضطراب‌زا بوده‌اید فکر کنید. چرا برایتان اضطراب‌زا بوده است؟
- در طی آن موقعیت چه افکاری داشتید و به چه فکر می‌کردید؟
- به اضطراب در آن موقعیت چگونه پاسخ دادید و واکنش نشان دادید؟

در انتها، پرسش‌های سقراطی^۱ می‌تواند در مکالمه و گفتگوی شما و مراجع‌تان بسیار کمک‌کننده باشد. پرسش‌های سقراطی مراجع را به تفکر انتقادی وادار می‌کند. این پرسش‌ها مراجع‌تان را وادار می‌کند که افکار و احساساتی که درباره موقعیت برانگیزنده دارد را پردازش کند. اضطراب بسیار باهوش است و ما را قانع می‌کند که همه چیز ثابت، غیرقابل تغییر و متحول‌نشده است. پرسش‌های سقراطی می‌توانند این پیش‌فرض‌ها و باورها را به چالش بکشند و به ما کمک کنند که احتمال‌های واقع‌بینانه را مورد توجه قرار دهیم. پرسش‌های سقراطی فشار را از روی مراجع بر می‌دارند و اجازه می‌دهند که دیدگاه روشن‌تری از ارتباط بین افکار و احساساتش به دست آورد. در ادامه مثالی آورده شده است.

1. socratic questions

جعبه ابزار بالینگر پرسش‌های سقراطی



پرسش‌های شفاف‌ساز مفهومی^۱

- آیا شما می‌گویید که قضیه این چنین است؟
- دقیقاً منظور چیست؟
- این چیزی که گفتید چگونه با آنچه درباره‌اش صحبت می‌کنیم مرتبط است؟
- ماهیت این گفتار تان چیست؟
- ما در حال حاضر در مورد این چه چیزی می‌دانیم؟
- می‌توانید برایم مثالی بزنید؟
- آیا منظورتان واقعا این است؟

کاوش فرض‌ها

- چه فرض و تصور دیگری می‌توانید داشته باشید و در نظر بگیرید؟
- به نظر می‌رسد این‌گونه فرض کرده‌اید که ...
- چرا این فرض را انتخاب کرده‌اید؟
- چه شواهدی دارید که نشان‌دهنده درستی فرض شما باشد؟
- اگر وقایع برخلاف فرض‌هایتان رخ دهد چه؟

کاوش منطق، دلایل و شواهد

- چرا آن مسئله رخ داد؟
- چگونه متوجه رخ دادنش شدید؟
- وقوعش را نشانم بده؟
- می‌توانید از وقوعش برایم مثالی بزنید؟
- فکر می‌کنید علل وقوعش آن چیست؟
- ماهیت این چیزی که می‌گویید چیست؟

پرسش درباره رویکرد و دیدگاه‌ها

- راه دیگری که می‌توان به این موضوع نگریست این است که ... آیا منطقی به نظر می‌رسد؟
- چه رویکرد جایگزینی برای نگریستن به این مسئله وجود دارد؟
- چرا این رویکردتان الزامی و یقینی است؟
- از این دیدگاه چه فوایدی نصیبتان می‌شود؟
- تفاوت بین این دیدگاه و دیدگاه دیگر چیست؟
- چرا این دیدگاه بهتر از دیدگاه دیگر است؟

1 . conceptual clarification questions

کاوش نتایج و پیامدها

- در نهایت چه چیزی رخ داد؟
- نتایج و پیامدهای آن مفروضه ذهنی شما چه شد؟
- چگونه می‌توان از آن نتیجه استفاده کرد؟
- از این مفروضات، دیدگاه‌ها و نتایجی که به بار می‌آورند، تلویحاً چه چیزی را متوجه می‌شوید؟
- چگونه این نتیجه بر رفتار، هیجان، فیزیولوژی و انگیزش شما تاثیر می‌گذارد؟
- چگونه نتایج و پیامدهای اکنون را می‌توان با آموخته‌های قبلی هماهنگ و ساماندهی کرد؟
- چرا این نتیجه‌گیری اهمیت دارد؟

ایجاد وقفه^۱

در اغلب مواقع مراجعین مضطرب احساس می‌کنند که مجبورند داستان‌ها و ماجراهای اضطراب‌آورشان را برای شما یا هر کسی که به آنها گوش دهد بازگو کنند. فکر می‌کنند این روش به آنها کمک می‌کند، چرا که سبب احساس آسودگی و راحتی‌شان می‌شود و به نوعی یک اطمینان مجدد در آنها شکل می‌گیرد. در فصل چهار خواهید آموخت که هم اطمینان طلبی و هم بازگویی مجدد و بی‌وقفه ماجراهای اضطراب‌آمیز، سبب شدت و ماندگاری اضطراب برای مدت طولانی‌تر می‌شود.

پس از گوش دادن مشفقانه^۲ و اعتبار بخشیدن به آشفتگی‌های مراجع، بسیار کمک کننده خواهد بود که از تکنیک ایجاد وقفه استفاده کنید تا مکالمه را به مسیر اصلی‌اش باز گردانید و به تکلیف مراجع پردازید. یعنی در واقع با ایجاد وقفه احترام‌آمیز در کلام مراجع، وی را به شکل‌دهی پاسخ‌های رفتاری و شناختی سالم‌تر و کارآمدتر در مواجهه با احساسات مضطرب‌کننده‌اش یاری خواهیم کرد؛ بسیاری از پزشکان تمایلی به قطع آن ندارند زیرا نمی‌خواهند بی‌احترامی کنند، اما این مسأله بسیار مهم است که مراجع‌تان را درباره جلسات درمان، اجتماعی کنید. می‌توانید چیزی شبیه به این بگوئید؟ اینکه نگرانی‌هایتان را به من می‌گوئید بسیار مهم است. امیدوارم که درباره دیدگاه‌تان درباره اضطراب و آشفتگی ناشی از آن اطلاعات بیشتری بدست آوریم؛ اما به هر حال اکنون می‌خواهم گفتگوی شما را قطع کنم و دلیلش این است که نمی‌خواهم مسیرهای اضطراب شما را تقویت و به هم متصل‌تر کنم. به‌علاوه نکته مهم‌تر این است که ما در جلسه درمان زمان زیادی را صرف تمرین‌های شما برای تسلط بر مهارت‌های یاد گرفته شده خواهیم گذاشت.

نوبت شماست

از تکنیک ایجاد وقفه استفاده کنید و برای پاسخ به مراجعی که درباره تعطیلات آخر هفته‌اش و از علائم حمله وحشت‌زدگی در هواپیما و هنگام رانندگی‌ش به‌صورت بسیار جزئی صحبت می‌کند، به تمرین پردازید.

.....

.....

.....

1. interrupting
2. compassionately listening

درمان شناختی - رفتاری اضطراب: تفاوت‌ها

چند تمایز مهم هنگام کاربرد درمان شناختی - رفتاری برای درمان اضطراب و اختلال وسواسی - جبری و سایر اختلالات وجود دارد. برای توضیح بیشتر در این کاربرد اطلاعاتی ارائه شده است:

- درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ: این روش ویژگی درمان اضطراب و اختلال وسواسی - جبری است. در این روش، مراجع در مواجهه با مؤلفه ترسناک قرار می‌گیرد. در این روش فهرستی از برانگیزنده‌ها تدوین می‌شوند و براساس اینکه چه شدتی از اضطراب را فراخوانی می‌کنند، در فهرست مرتب می‌شوند. سپس برانگیزنده‌ها تدوین می‌شوند و براساس اینکه چه شدتی برای مواجهه استفاده می‌گردد، به طوری که مراجع مواجه شدن با ترس و یادگیری یک پاسخ سالم‌تر و کارآمدتر به افکار و احساساتش را تمرین می‌کند.
- به چالش کشیدن شناخت‌ها، بخش اصلی دیگری از درمان شناختی - رفتاری برای مقابله اضطراب و اختلال وسواسی - جبری است؛ اما برای درمان سایر اختلالات دو تفاوت عمده وجود دارد؟
 - به جای اینکه راه‌های مثبتی برای مواجهه با موقعیت تهدید ارائه شود، می‌بایست به مراجع آموزش داد که واقع‌بینانه به موقعیت تهدید بنگرد. همچنین مراجعین می‌بایست خودگویی‌های مثبت را بیاموزند تا بتوانند به خودشان در تسلط بر موج اضطرابی که تجربه می‌کنند، کمک کنند.
 - به جای یافتن راه‌هایی به منظور اجتناب یا تسلط بر احساسات مضطرب‌کننده، مراجعین نیازمند تمرین پذیرش احساسات خود هستند. سپس می‌بایست بلافاصله پس از تجربه اضطراب به کار در حال انجام شان ادامه دهند.

چه چیز کمک‌کننده نیست

چند رویکرد درباره درمان شناختی - رفتاری در درمان اضطراب و اختلال وسواسی - جبری وجود دارند که یافته‌ها نشان می‌دهند کمک‌کننده نیستند:

- اطمینان آفرینی مجدد^۱: اطمینان آفرینی مجدد به مراجع به منظور کمک به آنها برای تجربه احساس بهتر در طول موقعیت‌های اضطراب‌زا، به آنها می‌آموزد که قادر به مدیریت و تنظیم احساساتشان نیستند و همین امر سبب افزایش شدت و ماندگاری اضطراب شان می‌شود.
- توجه برگردانی^۲: به همان دلیلی که اطمینان آفرینی مجدد مفید نیست، توجه برگردانی نیز مفید نخواهد بود. و هم اینکه مراجع نیاز دارد با احساسش مواجه شود و با تحمل آنها، اتصالات جدیدی در مغزش ایجاد کند. روش پرت کردن حواس به مغز می‌آموزد که قادر به اداره نظام احساسی فرد نیست.
- فنون آرامش: ذهن آگاهی^۳، مراقبه^۴ و فنون آرامش برای زندگی بهینه همراه با اضطراب ضروری هستند؛ اما استفاده از فنون آرامش در طی تجربه اضطراب یا اختلال وسواسی - جبری از ایجاد یک رویکرد در فرد، که می‌تواند احساسش را مدیریت کند، جلوگیری می‌کند و به همین دلیل کاربرد نابجای این فن، سبب ماندگاری بیشتر اضطراب می‌شود.

1. reassurance
2. distraction
3. mindfulness
4. meditation

پیشگیری از عود^۱

هدف درمان، از بین رفتن علائم است و اینکه مراجع مهارت‌هایی را بیاموزد که بتواند در آینده برای مدیریت خود در موقعیت‌های تهدید و اضطراب استفاده کند. ما در اغلب مواقع به مراجعین می‌گوییم که هدف اصلی درمان این است که بتوانند از مهارت‌ها در خارج از فضای کلینیک و اتاق درمان استفاده کنند. برای کمک به مراجعین برای موفق شدن در درمان چند نکته مهم را می‌بایست به ذهن بسپاریم:

- مراجع را زود آماده کنید: در جلسه اول، مراجع را نسبت به یک درمان با محدودیت زمانی اجتماعی کنید؛
- هنگامی که مراجع شروع به بهتر شدن کرد، درباره دوره بهبود با او گفتگو کنید: بهبودی - یکنواختی - بازگشت؛
- همیشه موفقیت‌های مراجع در هر جلسه را به خود او نسبت دهید؛
- با مراجع برخی علائم جدید احتمالی اختلال را نقش بازی^۲ کنید و او را به مهارت‌هایی مجهز کنید که در صورت بروز احتمالی برخی علائم آنها را بکار ببرد.

نتیجه‌گیری

شاید از خود پرسید که چه اتفاقی برای آن دختری که به دلیل ترس از داشتن افکار و احساسات ناخوشایند مداوم حرکت چرخشی داشت و در بیمارستان بستری شد، افتاد. چند سال قبل، او یک بانوی جوان شده بود و دانشجوی همسر خانم کیمبرلی بود. او از استاد خود پرسید که آیا او همسر خانم کیمبرلی است و استاد پاسخ داده بود بله. آن دختر ادامه داد که یکی از مراجعین قدیمی خانم کیمبرلی بوده است و از درمانی که دریافت کرده بود مجدداً سپاس‌گزاری کرد. درمان او روش مواجهه و پیشگیری از پاسخ که یکی از روش‌های درمان شناختی - رفتاری است، بود. او خواست که به خانم کیمبرلی اطلاع داده شود که او بسیار خوب است.

<ul style="list-style-type: none">• طبق پژوهش‌های انجام شده درمان شناختی - رفتاری برای اضطراب و اختلال وسواسی - جبری اثربخش است؛• به چالش کشیدن افکار و تغییر رفتار، سبب تغییر احساسات می‌گردد؛• کاربرد پرسش‌های سقراطی به ایجاد اتصال بین افکار و احساسات کمک می‌کند؛• روش مواجهه و پیشگیری از پاسخ برای درمان شناختی - رفتاری اضطراب و اختلال وسواسی - جبری مهم است؛• به چالش کشیدن افکار خود آیند باید از طریق جایگزینی با افکار واقع‌بینانه و منطقی باشد نه جایگزینی با افکار مثبت؛• ایجاد وقفه می‌تواند برای شما و مراجع‌تان در جلسه درمانی کمک کننده باشد؛• در حین درمان مواجهه، از اطمینان آفرینی، آموزش پرت کردن حواس یا آموزش آرامش استفاده نکنید؛• به منظور آماده‌سازی ختم جلسه درمانی، موفقیت‌های درمانی را به مراجع اسناد دهید.	نکات برجسته فصل
--	-----------------

1. relapse prevention
2. role-play

گام بعدی را بردارید

درباره این که چرا این کتاب را خریده‌اید فکر کنید. پاسخ‌های تان را براساس سؤالات زیر بنویسید:
امید دارید که به چه کسی کمک کنید؟

.....
.....

چرا فکر می‌کنید این کتاب می‌تواند برای شما کمک‌کننده باشد؟

.....
.....

آیا باور دارید که تغییر شیوه تفکرتان درباره اضطراب و تغییر چگونگی پاسخ‌تان به برانگیزنده‌ها می‌تواند چگونگی احساس شما درباره یک پدیده را تغییر دهد؟

.....
.....

درباره کاربرد تکنیک مواجهه و پیشگیری از پاسخ در مراجع‌تان چه نظری دارید؟

.....
.....

فصل ۲

ارزیابی و تشخیص اضطراب و اختلال وسواسی - جبری

هر زمانی که با مراجع جدیدی جلسه‌ای داریم احساس هیجان‌زدگی به ما دست می‌دهد. این فرایند یک ماجراجویی است و در واقع همانند سفری علمی است که در آن یادگیری از یک مراجع جدید به ما انرژی می‌بخشد. با اینکه حدود ۲۵ سال است که هزاران مراجع داشته‌ام و با روش درمان شناختی - رفتاری روی حل مشکلات اضطراب و اختلال وسواسی - جبری آنها کار کرده‌ام، اما باز هم یک مراجع جدید داستان متفاوت خود و روش درمانی متناسب خود را دارد.

بخشی از این هیجان‌زدگی به این موضوع مرتبط است که فرایند ارزیابی و تشخیص اضطراب و اختلال وسواسی - جبری، یک مرحله مهم و حیاتی در دستیابی به هدف و کمک به یک زندگی خودشکوفا و رشدیافته است. توانایی کمک به مردم برای درک بهتر از مشکل و رنج‌شان، بسیار قدرتمندانه است چرا که از طریق یک تشخیص درست، می‌توانید بهترین درمان را برای مراجع تدوین و او را به منابع در دسترس درمانی متصل کنید. البته در ذهن داشته باشید که در برخی موارد حدود ۱۴ تا ۱۷ سال بصورت میانگین طول می‌کشد که یک مراجع مبتلا به اختلال وسواسی - جبری تشخیص درست دریافت کند؛ بنابراین دانش بالینی شما بسیار مهم است. شما می‌بایست به‌مراه یک تیم تخصصی به درمان بپردازید. هر یک تخصص خود را دارند و شما نیز تخصص درمان شناختی - رفتاری اضطراب و اختلال وسواسی - جبری را دارید (سیمانسکی، ۲۰۱۲).

داستان الیزابت

بر اساس تجربه بالینی در ۲۵ سالی که به عنوان بالینگر کار می‌کردیم، تجربه اضطراب الیزابت به دوره کودکی او در کلاس اول ابتدایی و اختلال ترس از مکانهای بسته خواهر کوچکش برمی‌گشت. در آن زمان، هرگز کسی فکر نمی‌کرد که کودکان به اختلالات اضطرابی دچار شوند. البته این شیوه تفکر اکنون نیز وجود دارد. یک سال قبل از مبتلا شدن خواهرش به اختلال ترس از مکان‌های بسته و درگیر شدن کل خانواده با این اختلال، این دو خواهر در منزل دوستی مشغول قایم‌موشک بازی بودند و در حین بازی در کمد لباس‌ها قایم شده بودند و بطور اتفاقی در آن گیر افتادند. الیزابت به یاد دارد که روزنه‌ای از نور لامپ در پایین درب کمد دیده می‌شد و خواهرش از ترس بیش از حد می‌لرزید. الیزابت سعی می‌کرد که او را آرام و آسوده کند و به او دلداری می‌داد که بزودی آنها را پیدا خواهند کرد. به هر حال بعد از گذشت یک سال، خواهر کوچکش که دانش آموز سال اول دوره ابتدایی شده بود، شروع به امتناع و اجتناب از رفتن به حمام بدون پنجره کرده بود. الیزابت از آنجایی که خواهر کمک‌کننده‌ای بود، برای او یک طرح جدید پیدا کرد و آن اینکه درب اتاق را باز می‌گذاشت و از سالن منزل به او اطمینان می‌داد که حواسش به او است و درحقیقت او را تحت مراقبت مداوم قرار می‌داد.

این روش به خوبی جواب می‌داد تا اینکه مشکلات بسرعت چند برابر شدند. خواهر الیزابت دیگر سوار آسانسور نمی‌شد و در ادامه از ورود به پله‌هایی که در پایین و بالای آنها دربه‌های متعددی وجود داشت، امتناع می‌ورزید. با گذشت زمان مدرسه رفتن او نیز به یک کابوس تبدیل شده بود و مادر الیزابت او را به مدرسه می‌برد و با حالت گریه و کشان‌کشان به کلاس درس می‌رفت. الیزابت کلاس سوم بود و بخاطر این مشکل خواهرش دچار وحشتزدگی و آشفتگی شده بود. پدر او که یک روانپزشک بود نیز بسیار آشفته و متعجب شده بود. در همان موقع یک برنامه درمانی نوین در مرکز اختلال هراس واقع در منطقه وایت پلینت نیویورک یافت و برای اطلاعات بیشتر از منزل که واقع در واشنگتن بود راهی نیویورک شد. این درمان نوین، درمان بافتار محور^۲ که یکی از اشکال اولیه درمان شناختی - رفتاری است نام داشت. هنگامی که به منزل بازگشت، توضیح داد که براساس گفته محققان و درمانگران آن مرکز، خواهر کوچک الیزابت نارسایی‌هایی در ارسال سیگنال‌های مغزی درست دارد و برای درمان آن می‌بایست به تدریج با رویدادهای تهدیدآمیز و موقعیت‌های برانگیزاننده مواجه شود تا از طریق این مواجهه‌ی تدریجی یا پلکانی، ترس‌هایش کاهش یافته و در نهایت از بین برود. والدین الیزابت بتدریج درمان را آغاز کردند و با ادامه روند درمان، بالاخره خواهر کوچکش بصورت کامل از چنگ تنگناهراسی خلاصی یافت و خانواده‌اش نیز کیفیت زندگی بهتری را تجربه کردند.

1. Szymanski
2. contextual therapy

شکبایی کنید

افراد مبتلا به اضطراب، همیشه با شیوه‌های مؤدبانه و منطقی به ترس‌ها و اضطرابشان واکنش نشان نمی‌دهند و همان‌گونه که در مثال الیزابت نشان داده شد، خود الیزابت به موقعیت‌های تهدید پاسخ آرامی می‌داد، اما خواهر کوچکش در مواجهه با اضطراب به‌ویژه در مدرسه، قشقرق به راه می‌انداخت. به‌عنوان یک بالینگر، بسیار ضروری است که برای مراجعین خود یک شخص خوب باشید. اضطراب مراجعین را که ممکن است به صورت اعتراض یا تحقیر بیان شود را درک کنید و با عطف و برخورد کنید. این کار به این معنی نیست که اضطراب او را تأیید کنید و بر آن صحنه گذارید، بلکه در حقیقت تجربیات دشوار او در رویارویی با مشکلش را درک کنید.

همدلی سبب افزایش اعتماد بین بالینگر و مراجع می‌شود و نتایج مثبت درمان را افزایش می‌دهد (هارا^۱ و همکاران، ۲۰۱۶). همدلی را می‌توان در قالب ارتباط کلامی و غیرکلامی نشان داد. هرچند که همدلی به تنهایی سبب حل مشکلات افراد مبتلا به اضطراب و اختلال وسواسی - جبری نمی‌شود، اما در ایجاد یک اتحاد درمانی^۲ که به شما اجازه کار با یک مراجع خیلی مضطرب را می‌دهد، بسیار ضروری است. همدلی، مهربانی و گرم بودن در تمامی بخش‌های کار با مراجعین مضطرب بسیار مهم است (تدینگ ون برخوت و مالوف^۳، ۲۰۱۶).

مؤلفه‌های ایجادکننده همدلی

- هرچند ممکن است برخی مواقع دردناک باشد، اما در همه لحظات در جلسه درمان متمرکز بر مراجع باشید و در هر لحظه در دنیای روانشناختی او حاضر باشید؛
- از طریق کاربرد گوش دادن انعکاسی به مراجع اطمینان دهید که آنچه را می‌گوید کاملاً درک می‌کنید و می‌فهمید؛
- با کاربرد مناسب لبخند، تکان دادن سر و جلوه بصری متمرکز، به او نشان دهید که به حرفهایش علاقه‌مندید؛
- به مراجع اجازه دهید هیجان‌های شما درباره حرفهایش را ببینند؛ واقعی باشید؛
- سعی کنید پدیده‌ها را آنگونه که مراجع می‌بینند، ببینید. از منظر او به وقایع و پدیده‌ها بنگرید؛

جلسه اول یک جهش بزرگ برای ایمان آوردن مراجع مضطرب به شماست. آنها درباره بخش‌های دردناک و وحشتناک زندگی شخصی‌شان با شما صحبت می‌کنند. مطالب و گفته‌هایی را به شما می‌گویند که تاکنون هرگز به شخص دیگری نگفته‌اند. بهترین کاری که می‌توانید برای یک شخص مضطرب انجام دهید این است که به آنچه آنها می‌گویند با احترامی که شایسته آنهاست برخورد کنید. ممکن است درباره افکار وسواسی‌شان که مزاحم زندگی‌شان شده و یا ترس‌هایشان که غیرمعقول و نامحتمل است، با شما صحبت کنند.

الیزابت اولین روزهای مدرسه رفتن خواهرش جنیفر را که هفت ساله بود به یاد می‌آورد. در یکی از آن روزها بدلیل یک رخداد عجیب، او و مادرش بسیار مستأصل و مضطرب شده بودند. مادرش برای انجام یک کار به بیرون از منزل رفته بود و جنیفر هم همراه او بود. مادر قصد می‌کند که سری به پمپ بنزین بزند و باک بنزین را پر کند. نازل سوخت‌گیری را برداشته و در جایگاه باک خودرو قرار داد و برای شروع سوخت‌گیری ماشین به سمت دستگاه بنزین‌رسان می‌رود تا شروع سوخت‌گیری را فعال کند که این کار را نیز انجام می‌دهد. ناگهان جنیفر نازل سوخت‌گیری را از جایگاه باک بنزین خودرو برمی‌دارد و تمام بدنش خیس بنزین می‌شود و در همین لحظه شروع به فریاد بسیار شدیدی می‌کند. مادرش بسیار سراسیمه به سمت او می‌دود و با گرفتن او و همچنین با غیر فعال کردن سوخت‌گیری، به قشقرق پیش آمده پایان می‌دهد. به منزل برمی‌گردند، لباس‌هایش را عوض کرده و او را روانه حمام می‌کند

1. Hara
2. alliance
3. Teding van Berkhou, & Malouff

و البته جنیفر آن شب شام نخورده می‌خوابد. روز بعد که مادر جنیفر می‌خواست درباره اتفاق روز قبل، گفتگو کند، جنیفر شروع به قشقرق و فریاد کرد. این ماجرا ادامه یافت تا یک روز که مادر خواست زیپ ژاکت جنیفر را ببندد تا او به مدرسه برود. اما جنیفر زیپ ژاکت را باز کرد و با قشقرقش و داد و فریاد ژاکت را به گوشه‌ای پرتاب کرد. هم مادر و هم الیزابت هنگام تعریف این داستان برای من، آشفته و ناآرام شده بودند مادر جنیفر خود را به عنوان یک مادر مقصر می‌دانست، شاید ترس این مسئله از توانایی وی به‌عنوان یک مادر منعکس می‌شد.

به این فکر کنید که با مهربانی و همدلی چه می‌توانید بگویید:

- من می‌توانم بفهمم که از این مشکلات تا چه حدی رنج برده‌اید؛
- من بسیار خوشحالم که من را برای صحبت کردن درباره این مسأله انتخاب کرده‌اید؛
- برای حل این مشکل درمان اثربخشی وجود دارد؛
- من می‌توانم بفهمم که این مشکل به زندگی شما آسیب زده است؛
- چه موقعیت و شرایط دشواری داشته‌اید.

جنیفر از اختلال وسواسی - جبری رنج می‌برده است. علائم مثبت و ترس‌های او از انواع علائمی هستند که کودکان مبتلا به اختلال وسواسی - جبری در سنین پایین ابراز می‌کنند. اختلال وسواسی - جبری از نظر زمان شروع به ۲ دسته تقسیم می‌شوند: ۵ تا ۸ ساله‌ها و نوجوانی. دوره سنی یک کودک هفت ساله، مثل جنیفر، دقیقاً می‌تواند زمان آغاز اختلال وسواسی - جبری باشد و یکی از مهم‌ترین بخشهای درمان این است که به مادر او نام آنچه کودکش به آن مبتلا است را بگوییم. به فرم‌های مصاحبه اولیه خود نگاه کنید. در نشست اول با مراجعین خود نیازمند اطلاعات اساسی آنها خواهیم بود. فرم‌های مصاحبه اولیه، اولین برخورد و تماس شما با مراجعین‌تان هستند. بنابراین به‌همراه داشتن سؤالات مناسب و دقیق درباره اضطراب، افسردگی اختلال وسواسی - جبری و علائم اختلالات، مسیر مطمئن و طولانی مناسبی را برای تان می‌گشاید که در آن مراجع متوجه می‌شود که جای درستی برای حل کردن مشکلش آمده است و آنچه می‌گوید از طرف بالینگر به خوبی شنیده و درک می‌شود. شما می‌توانید تعدادی از این فرم‌ها را به صورت آنلاین بدست آورید. ما نیز یک فرم ساده و بسیار مناسب فراهم کرده‌ایم که در صفحه بعد ارائه شده است. به خاطر داشته باشید که چندین اختلال، ممکن است به اشتباه با اختلالات اضطرابی مشابه در نظر گرفته شوند. برای اطمینان از دقت تشخیص اختلال، از مراجعین خود درباره مصرف کافئین، الکل، سوءمصرف مواد و مصرف بیش از حد دارو سؤال کنید. همچنین بررسی کنید که آیا اخیراً آزمایش پزشکی برای بررسی کارکرد مناسب غدد بدن خود داده‌اند یا خیر. چون ممکن است اختلال در کارکرد غده تیروئید، علائم شبیه اضطراب ایجاد کند. برای کودکانی که شروع ناگهانی علائم اختلال وسواسی - جبری را تجربه می‌کنند، حتماً وجود پاناس یا سندرم عصبی روانپزشکی حاد کودکان را مورد توجه قرار دهید چرا که ممکن است برخی ویروس‌ها بیماری‌های دارای علائم مشابه اضطراب را ایجاد کنند.

نسخه پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-5)^۱ یک سیستم ارزیابی آزاد و متناسب با سن دارد که برای متمایز ساختن اختلالات اضطرابی متفاوت بسیار کمک‌کننده است. شما می‌توانید از ارزیابی سطح ۱ استفاده کنید تا اطلاعات و چارچوبی کلی درباره مشکل مراجع بدست آورید و سپس با توجه به پاسخ‌هایی که مراجع می‌دهد به سمت ارزیابی‌های سطح دو و سه گام بردارید.

بسیاری از درمانگرانی که با DSM-5 آشنایی ندارند، تصویرسازی چگونگی یک اختلال هراس خاص برایشان دشوار است. برای مثال، شما چگونه اختلال بدشکلی بدنی را با اختلال وسواسی - جبری متمایز می‌سازید؟ داشتن کتاب DSM-5 و یا مطالعه آنلاین آن

1. diagnostic and statistical manual of mental disorders (dsm-5)

کمک بسیاری به شما می‌کند و می‌توانید از این طریق اطلاعات تشخیص مناسبی را بدست آورید به ویژه در مواقعی که مراجع علائم مبهمی دارد و در یک طبقه خاص DSM-5 قرار نمی‌گیرد. تمرین‌های پیش‌رو به شما کمک می‌کنند که اطلاعات لازم را بدست آورید و از آنها برای یافتن یک تشخیص مناسب استفاده کنید.

کاربرگ



ارزیابی اضطراب، اختلال وسواسی - جبری و افسردگی

نام:..... تاریخ:.....

دور عددی که بهترین وصف کننده پاسخ شماست دایره بکشید. می‌توانید هر جمله را به صورتی که بهتر توصیفتان کند تغییر دهید.

کاملاً درست	درست	تقریباً درست	ناحدهی درست	درست نیست	
۵	۴	۳	۲	۱	۱. من بیشتر اوقات نگرانم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲. من اغلب اوقات خلق پایین و افسردگی دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳. من اضطراب و حمله‌های وحشتزدگی دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۴. موقعیت‌ها و مکان‌هایی هستند که از آنها اجتناب می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۵. من در رویارو شدن با مردم خجالتی هستم و یا عصبی می‌شوم.
۵	۴	۳	۲	۱	۶. اضطراب من خجالت‌آور است.
۵	۴	۳	۲	۱	۷. من افکار بد و ناراحت‌کننده‌ای دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۸. مجبورم برخی کارها را بصورت تکراری و پشت سر هم انجام دهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۹. من همیشه درد دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۰. مشکل خواب دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۱. مشکلات من بر مدرسه و شغلم تأثیر گذاشته است.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۲. خانواده و دوستانم از مشکلات من اطلاع دارند.

عمده‌ترین مشکلی که دارید چیست؟

.....

.....

برای اینکه نتیجه‌ای که از درمان می‌خواهید رضایت‌بخش باشد، دوست دارید به چه اهدافی در درمان دست پیدا کنید؟

.....

.....

جعبه ابزار بالینگر
ارزیابی اضطراب، اختلال وسواسی - جبری و غربالگری افسردگی



سؤالات زیر به پرسش‌های ارزیابی صفحه قبل مرتبط است. دور هر موردی که در ارزیابی این مراجع وجود داشت را دایره بکشید.

شماره سؤال	تشخیص احتمالی
۱	هراس‌ها یا اختلال اضطراب تعمیم یافته
۲	افسردگی
۳	اختلال وحشتزدگی
۴	هراس، اختلال وسواسی - جبری
۵	اختلال اضطراب اجتماعی
۶	اختلال اضطراب اجتماعی
۷	اختلال وسواسی - جبری
۸	اختلال وسواسی - جبری
۹	اضطراب، اختلال وسواسی - جبری ، افسردگی
۱۰	اضطراب، اختلال وسواسی - جبری ، افسردگی
۱۱	اضطراب، اختلال وسواسی - جبری، افسردگی
۱۲	اضطراب، اختلال وسواسی - جبری، افسردگی

جعبه ابزار بالینگر

پرسش‌هایی که در دیدار اول با مراجع باید پرسیده شود



سوالات

۱. عمده‌ترین مشکلی که شما را آزار می‌دهد، چیست؟
۲. این مشکل کی شروع شد و چقدر ادامه داشته است؟
۳. آیا در هنگام آغاز مشکل، رویداد جدید یا تنش‌زایی رخ داد؟
۴. آیا شما نوشیدنی‌های کافئین‌دار یا داروهای خاصی مصرف می‌کنید؟
۵. آیا از ابتدای ایجاد مشکل تاکنون، تغییری در میزان و زوایای مشکل ایجاد شده است یا خیر؟
۶. آیا اخیراً آزمایش خون یا چکاپ پزشکی برای بررسی عملکرد غده تیروئید داشته‌اید؟
۷. می‌توانید از اجتناب‌ها یا نگرانی‌هایتان برایم چند مثال بزنید؟
۸. مشکل‌تان چه تأثیراتی بر زندگی‌تان داشته است؟
۹. بدلیل وجود این مشکل چه اجتناب‌هایی در زندگی‌تان ایجاد شده است؟
۱۰. آیا چیزی هست که بتواند مشکل شما را کمتر کند؟
۱۱. وقتی دچار اضطراب هستید، دیگران چگونه کمک‌تان می‌کنند؟

تمرین بالینگر ارزیابی اختلال اضطرابی



داستان‌های زیر را بخوانید و سپس هر اختلال را به یک شخص مرتبط کنید. پاسخ‌ها را می‌توانید بعد از اتمام داستان‌ها بررسی کنید.

مراجع	گزینه‌های تشخیصی	کد تشخیصی
لیزا	اختلال اضطراب جدایی	F۹۳۰۰
توماس	اختلال بد شکلی بدن	F۴۵۲۲
جنیفر	هراس خاص	F۴۰۰۹
کارولین	ناگویی انتخابی	F۹۴۰۰
جو	اختلال وحشتزدگی	F۴۱۰۰
جنی	اختلال وسواسی - جبری	F۴۲۰۹
جاستین	اختلال جمع هراسی	F۴۰۰۰
کلایتون	اختلال اضطراب اجتماعی	F۴۰۰۱

روایت‌ها

- لیزا، که یک دانش‌آموز پایه دوم است در مدرسه حرف نمی‌زند. در مهد کودک و پایه اول، حرف نمی‌زد، اما از آنجا که برای کسی مشکلی ایجاد نمی‌کرد و تکالیف منزل را به خوبی انجام می‌داد، مشکلی در او شناسایی نشد. اکنون در پایه دوم، معلمش از او خواسته است که در کلاس مشارکت کند و طرحی برای ارتباط با دیگران بریزد. لیزا در منزل با والدین و خواهرش بسیار زیاد صحبت می‌کند اما با سایر اعضای خانواده صحبت نمی‌کند. به تازگی مادر بزرگش به مادر لیزا گفته است که واقعاً خجالت‌آور است که لیزا به عنوان یک نوه، به مادر بزرگش در روز تولد حتی یک سلام هم نگوید.
- توماس یک پسر ۱۲ ساله پر انرژی با چشمانی روشن است. روزی به همراه مادرش در حال قدم زدن در پارکینگ یک سوپرمارکت بود که ناگهان دید یک سگ به آرامی در حال نزدیک شدن به اوست. با سرعت نور به سمت خیابان فرار کرد و نزدیک بود که با یک ماشین تصادف کند. از آن پس هرگز به منزل دوستان و آشنایانی که سگ داشتند، نمی‌رفت. با این حال، این اولین باری بود که او چنین تجربه‌ای داشت.
- جنیفر یک دختر ۲۰ ساله زیبا و خوش اندام بود. هنگامی که پنج سال داشت پدرش به طور ناگهانی فوت کرد و پس از آن مادرش به جای اینکه او را به مدرسه بفرستد به آموزش وی در خانه پرداخت. جنیفر و مادرش رابطه بسیار نزدیکی با هم دارند و هیچ یک بدون دیگری به جایی نمی‌رود. دو سال بود که جنیفر در یک کالج به تحصیل مشغول بود و مادرش در محوطه پارکینگ منتظر او می‌ماند. اکنون می‌خواهد ادامه تحصیل دهد اما مادرش دیگر نمی‌خواهد ساعت‌های طولانی منتظرش بماند و او را به کالج ببرد و بیاورد. اکنون جنیفر از اینکه باید به تنهایی رانندگی کند و برای گذراندن دوره تحصیلی به تنهایی به کالج برود وحشترده است.
- کارولین ۲۱ سال دارد و خوش لباس و مؤدب به کلینیک مراجعه کرده است. او این نیمسال تحصیلی را از دانشکده مرخصی پزشکی گرفته و در خانه مانده است. او همیشه خجالتی بوده است و در برقراری ارتباط با دیگران مشکل داشته است؛ اما در نیمسال تحصیلی اخیر با دوستش درگیر شده بود و برای اولین بار در زندگی‌اش چنین تجربه دشواری از بهم خوردن رابطه

دوستی را تجربه کرده بود، سایر دوستانش او را گریان و پریشان می‌دیدند. کارولین به‌طور کلی احساس حقارت و بی‌حمایتی می‌کرد زیرا دیگران او را ضعیف ادراک می‌کردند و او دیگر نمی‌توانست به چنین مکانی باز گردد و در نهایت مرخصی پزشکی گرفت.

- جو یک پسر ۱۷ ساله مبتلا به اتیسم^۱ است که دوست دارد هنگام رفتن به مدرسه یک ماسک بزند چرا که نمی‌خواهد کسی دهان و بینی او را ببیند. زیرا احساس می‌کند زیبا نیستند. اکنون او در صندلی انتهایی کلاس می‌نشیند و به سایر همکلاسی‌ها پشت می‌کند و هیچکس نمی‌تواند چهره او را ببیند. او اکنون ساعت‌ها در حمام می‌ماند و در آینه به چهره خود نگاه می‌کند تا زشتی‌هایی در چهره خود پیدا کند.
- جنی، یک خانم ۲۸ ساله بسیار جدی و نسبتاً چاق است که یک همسر مهربان و دوست‌داشتنی دارد. او زمانی که نوجوان بود به همراه والدینش به سفرهای زیادی رفته بود اما اکنون به هیچ‌عنوان سوار هواپیما نمی‌شود و در هتل اقامت نمی‌کند. به‌علاوه او به مکان‌های با فاصله دور از خانه نمی‌رود و یا سوار ماشین نمی‌شود. اکنون زمان ازدواج او فرا رسیده است. مکان ازدواجش با منزل پدری حدود یک ساعت و نیم فاصله دارد. سال قبل که بر برنامه‌ریزی چنین رویدادی مشغول بودند همه چیز خوب بود اما اکنون از اینکه سوار اتومبیل شود و به محل عروسی برود برایش غیرممکن بنظر می‌رسد. می‌ترسد مراسم را با عدم حضور خود خراب کند و در عین حال بخاطر ازدواجش هیجان‌زده است.
- جاستین ۱۵ سال دارد. دستانش قرمز و خشک هستند چرا که او هر روز بارها و بارها دستانش را با آب داغ می‌شوید. او از لمس کردن اشیاء آشفته می‌شود زیرا نگران میکروب‌ها و کثیف شدن است. در طی جلسه اول درمان، دستانش را به هم داده بود تا چیزی نظیر صندلی را لمس نکند. او پشت سر هم می‌گفت «مادر دوستت دارم» و انتظار داشت مادرش هم پی در پی بگوید «من هم دوستت دارم».
- کلایتون ۲۲ سال دارد و به استقلالی که دارد افتخار می‌کند. او به کالج نمی‌رود اما نسبت به همسالانی که به کالج می‌روند، درآمد بسیار بهتری دارد. او یک مکانیک ماهر است. او موهای بلندی دارد و بر روی هر دو بازوی دستانش تتو کرده است. کلایتون در دوره مدرسه یک حمله ناگهانی سرگیجه و ترس داشته است و بعدها نیز در دوره‌های دانشگاهی بعضی اوقات دچار این حملات می‌شد تا اینکه تصمیم گرفت دیگر به دانشگاه نرود. او این حملات را به مکان‌هایی که نمی‌تواند به راحتی از آنها فرار کند، ربط می‌دهد. اخیراً برای چک کردن دندانهایش نزد دندانپزشک رفت و متوجه شد جای دیگری که ممکن است دچار آن حملات شود، کلینیک دندان پزشکی است. در ادامه محیط آرایشگاه نیز همین وضعیت را پیدا کرد چرا که اگر دچار حمله می‌شد نمی‌توانست در میان فرایند آرایش و شستشو از آنجا فرار کند. اکنون این وضعیت گسترده شده است و او نگران است که مبادا محیط کارش را نیز تحت‌تأثیر قرار دهد. در نهایت نیز از اینکه مبادا دچار حملات مجدد شود مریض شد و چند روزی در منزل به استراحت پرداخت.

ارزیابی اختلال وسواسی - جبری

چندین مقیاس کمک‌کننده برای ارزیابی مراجعینی که فکر می‌کنید مبتلا به اختلال وسواسی - جبری هستند، وجود دارد. جاناتان گرایسون^۱ ابزارهای کمک‌کننده‌ای در تارنمای خود دارد. مراجع می‌تواند مقیاس اختلال وسواسی - جبری ییل براون^۲ را در کلینیک تکمیل کند و یا می‌تواند به منزل ببرد و در آنجا کامل کند. این مقیاس به شما کمک می‌کند درباره انواع اختلالات وسواسی - جبری از مراجع سؤال پرسید. این مقیاس را می‌توانید در کسانی که قبلاً و یا اکنون مبتلا به اختلال وسواسی - جبری بوده‌اند به کار ببرید. این مقیاس، شدت اختلال وسواسی - جبری را از ۰ تا ۴۰ ارزیابی می‌کند. هدف ما این است که افراد مبتلا به اختلال وسواسی - جبری در پایان دوره درمان به نمره کمتر از ۱۵ در مقیاس ییل براون دست یابند. مراجعی که در مقیاس ییل براون نمره بالاتر از ۲۰ دارد، می‌تواند قبل از روان درمانی به شیوه مواجهه و پیشگیری از پاسخ، دارودرمانی دریافت کند.

نکات برجسته فصل	<ul style="list-style-type: none"> • تشخیص درست، نیازمند مشارکت شما با مراجع است؛ • همدلی و اعتباربخشی، در درک مشکل مراجع ضروری است؛ • هدف این است که مراجع برای درمان شدن امیدوار باشد؛ • از مقیاس‌های مناسب و دقیق برای متمایز ساختن اختلالات اضطرابی استفاده کنید؛ • معیارهای تشخیصی را بویژه برای تشخیص‌های متداولی که با آنها بیشتر سروکار دارید، مرور کنید.
-----------------	--

گام بعدی را بردارید

انواع اشکال اختلالات مراجع را مرور کنید و چک لیست‌ها یا مقیاس‌هایی که افسردگی و اضطراب آنها را بهتر ارزیابی می‌کند، مورد کاربرد قرار دهید. برای پیشنهادات بیشتر می‌توانید به بخش منابع رجوع کنید.

پاسخ به تمرین ارزیابی اختلال اضطراب

مراجع	گزینه‌های تشخیص	کد تشخیصی
جنیفر	اختلال اضطراب جدایی	F۹۳/۰
جو	اختلال بد شکلی بدنی	F۴۵/۲۲
توماس	اختلال هراس خاص	F۴۰/۹
لیزا	اختلال ناگویی انتخابی	F۹۴/۰
کلایتون	اختلال وحشتزدگی	F۴۱/۰
جاستین	اختلال وسواسی - جبری	F۴۲/۹
جنی	اختلال جمع هراسی	F۴۰/۰
کارولین	اختلال اضطراب اجتماعی	F۴۰/۱

1. jonathon grayson

2. the yale-brown obsessive compulsive scale (ybocs)

فصل ۳

یک تیم باشید و به همراه مراجع هدف گذاری کنید

مراجعه‌کنندگان هنگامی به ما رجوع می‌کنند که تحمل اضطراب و اختلال وسواسی - جبری برای شان طاققت فرسا شده باشد و زیر فشار غیرقابل تحمل این اختلالات واقع شده باشند. آنها عموماً از برانگیخته‌های اضطراب اجتناب می‌کنند و به همین دلیل بخش‌های مهمی از زندگی‌شان را از دست می‌دهند و همواره با رنج به زندگی خود ادامه می‌دهند. البته درمانگران به راحتی می‌توانند این شرایط را درک کنند همان‌گونه که ما نیز با دیدن مراجعین درکشان می‌کنیم و خود را جای آنها می‌گذاریم.

الیزابت یک مراجع را چندین سال قبل ملاقات کرده بود. جیمز ۵۵ سال داشت و از طرف یک متخصص مراقبت اولیه^۱ به او ارجاع داده شده بود. یک روز جیمز با مترو در حال برگشت از محل کار به خانه در واشنگتن بود که ناگهان احساس غیرقابل تحمل و طاققت فرسای حمله قلبی به او دست داد. او با حالت افتان و خیزان در ایستگاه بعدی پیاده شد و خود را کشان‌کشان به خروجی مترو رساند و با کمک دیگران از طریق آمبولانس به بیمارستان منتقل شد. پزشک صراحتاً اعلام کرد که هیچ‌گونه مشکل قلبی وجود ندارد. دو هفته بعد از این حادثه، جیمز موفق به ملاقات الیزابت شد. جیمز از آنچه اتفاق افتاده بود آشفته، سراسیمه و نگران بود که مبادا پزشک تشخیصی دقیق نداده باشد.

جیمز محتاطانه سینه‌اش را لمس می‌کرد و بازوی چپش را می‌فشرد تا بررسی کند که آیا درد دارد یا خیر. او بعد از حادثه به سرکار برگشت، ورزش خود را لغو کرد و خواب و غذای مناسبی نداشت. روز قبل از بروز حادثه در مترو، او از ملاقات ضروری پرسر که در کالج در یک ایالت دیگری مشغول به تحصیل بود، برگشت. پرسر با دوستش دچار درگیری و نزاع شده بود. دیدن این واقعه برای او واقعاً دردناک بود. جیمز نگران وضعیت اقتصادی خود نیز بود. همسر جیمز بدلیل استرس‌های جیمز بسیار آشفته شده بود و ساعت‌های زیادی را صرف می‌کرد تا به جیمز اطمینان دهد که وضعیت سلامتی، اوضاع پرسر و نوسانات اقتصادی بهتر خواهد شد.

ما از مثال جیمز استفاده کردیم تا مطرح کنیم که الیزابت دقیقاً به یاد دارد که هنگام شنیدن داستان جیمز چه احساسی داشت و چگونه اضطراب خودش را ارزیابی می‌کرد. در واقع الیزابت نیز احساس فشار می‌کرد چرا که به خود می‌گفت: من باید به او کمک کنم و می‌بایست کاری کنم که او به محل کارش برگردد و بتواند بدلیل مشکل مالی، سریعاً با مترو به رفت و آمد بپردازد. من باید به او این اطمینان را بدهم که کاملاً او را درک کرده‌ام و مشکلاتش را فهمیده‌ام.

این نوع از حس فوریت^۲ و مسئولیت در بین درمانگران بسیار متداول است. در واقع ما کمک‌کننده هستیم و مشاهده افرادی که شرایط برایشان غیرقابل تحمل شده و دردمند هستند، برای ما یک مشکل همیشگی است. مشکل زمانی آغاز می‌شود که حتی اگر الیزابت از تشخیص دقیق اختلالی نظیر اختلال وحشتزدگی مطمئن باشد، اما جیمز از این منظر به زندگی و وقایع نگاه نمی‌کند. او در مجموعه‌ای از ترس‌هایش، مشکل پرسر و وضعیت اقتصادی‌اش گم شده است و تنها کمکی که دریافت می‌کند اطمینان بخشی از جانب همسرش است. اکنون ملاحظه کردید که الیزابت و جیمز در موضعی نبودند که با هم مشارکت و همکاری کنند و در قالب یک تیم قرار بگیرند:

رویکرد الیزابت	رویکرد جیمز
مشکل	اختلال وحشتزدگی
گام بعد	مراقبت از خود، مواجهه
زمان‌بندی	جلسه هفته آینده
	نیاز به کمک فوری

1 . primary care
2 . urgency

کاربرد یک دفتر یادداشت

جیمز و الیزابت می‌بایست با یکدیگر همکاری و مشارکت کنند و با هم فصل مشترکی داشته باشند. الیزابت یک دفتر سیمی به جیمز داد. کاربرد یک دفتر یادداشت و تکمیل آن با همکاری مراجع می‌تواند معجزه کند. جیمز مثال بسیار خوبی برای کاربرد این روش است. الیزابت به جیمز توضیح داد که می‌بایست کاملاً آگاه باشد که مشکل اصلی فعلی چیست و چه سازوکاری دارد. داشتن دفتر یادداشت کمک خواهد کرد که از حالت انجماد و گم‌گشتگی ناشی از اضطراب خارج شود. از او خواست یک مداد بردارد و شروع به نوشتن مرحله آغازین اختلال کند. مرحله آغازین اختلال این است که مشکل اصلی اکنون چیست؟ او سه موضوع اصلی خود را که سلامتی، پسرش و اقتصاد بود را به عنوان مشکلات اصلی فعلی خود فهرست کرد. الیزابت پیشنهاد کرد که لحظه آغاز حمله به ظاهر قلبی در مترو، رفتن به بیمارستان و انجام آزمایشات پزشکی را نیز یادداشت کند. البته جیمز از نوشتن اینها حس خوبی پیدا کرد. سپس الیزابت درباره تعریف اختلال وحشتزدگی براساس DSM-5 با او صحبت کرد و جیمز نیز شروع به نکته‌برداری کرد و دریافت که مشکل اصلی او نه حمله قلبی، بلکه اختلال وحشتزدگی بوده است. جیمز اکنون یاد گرفته است که اختلال وحشتزدگی را تعریف کند.

این یک پیشرفت بسیار بزرگ است چرا که اکنون جیمز می‌داند که اختلال وحشتزدگی بخشی از مشکل است. یافتن یک نقطه مشترک و مورد توافق، یکی از ضروری‌ترین بنیان‌های حرکت رو به جلو در فرایند درمان محسوب می‌شود. یک مسأله بسیار مهم این است که جیمز فقط شش جلسه بود که الیزابت را ملاقات کرده و درمان را شروع کرده بود. جیمز یاد گرفت که به همکاری با درمانگرش ادامه دهد و در درمان باقی بماند و همسر جیمز نیز یاد گرفت که چگونه بجای سازگار شدن مداوم با مشکلات جیمز در زمان قبل از درمان، برای او یک مربی باشد.

نوبت شماست

➤ آیا با این ایده که مراجعین یک دفتر یادداشت داشته باشند موافقید؟ چرا بله و چرا خیر؟

رویکرد مشارکتی^۱ درمان شناختی - رفتاری به این معناست که مراجعین در مراحل اولیه فرایند درمان شروع به نکته‌برداری کنند. در طی جلسه اول، مراجعین درباره مشکلاتشان با ما صحبت می‌کنند و کاربرگ ارزیابی را تکمیل می‌کنند و ما نیز بر روی تشخیص درست متمرکز می‌شویم و دائماً از آنها سؤالاتی می‌پرسیم تا به تشخیص درست برسیم. این سؤالات اولیه بسیار اهمیت دارند.

راهبردهای دفتر یادداشت

الیزابت از تمامی مراجعینش می‌خواهد که یک دفتر یادداشت سیمی که در کلینیک خود دارد را بردارند. از آنها می‌خواهد عنوان صفحه نخست آن را تاریخچه اضطراب من بگذارند و چند خطی درباره اضطراب خود بنویسند. بسیاری از مراجعین دو تا سه خط می‌نویسند و کودکان نیز معمولاً می‌توانند یک تصویر بکشند. برخی مراجعین نیز این دفتر یادداشت را به منزل می‌برند و مایلند که با جزئیات بیشتری به نوشتن پردازند. برای مثال، اگر آنها چندین تجربه روان درمانی یا دارو درمانی داشته باشند، به آنها نیز اشاره می‌کنند. هر هفته، دفتر یادداشت را به کلینیک می‌آورند و در جلسه درمان درباره تکالیف منزل و اتفاقات رخ داده که در آن نوشته‌اند بحث و گفتگو می‌کنند و از این طریق مشارکت فعالانه در ثبت و گزارش اطلاعات تداوم خواهد داشت. به مراجع خود بگویید «تو درباره اضطراب خودت متخصص هستی و این دفتر یادداشت به تو کمک می‌کند تا به من نشان دهی که چه مشکلاتی در زندگی‌ات داری. استفاده از این دفتر یادداشت به تو اجازه می‌دهد بین آنچه در جلسه درمان انجام می‌دهیم و آنچه

1. the collaboration approach

در زندگی واقعی تجربه می‌کنی ارتباط و پیوند ایجاد شود و بتوانی آنچه بیرون از جلسه و در دنیای واقعی رخ می‌دهد را به داخل جلسه درمان بیاوری. این روش اثر زمانی‌هایی که در کلینیک با هم هستیم را چندین برابر می‌کند.

این روش به من کمک می‌کند روش‌های جدیدی برای مقابله با مشکلات به تو یاد بدهم. تو می‌توانی کارهایی را که بیرون از جلسه انجام می‌دهی ثبت کنی و سپس با آوردن آنها به جلسه درمان به من نشان دهی که کدام روش اثربخش بوده و کدام اثربخش نبوده است. در نتیجه ما می‌توانیم با همکاری و مشارکت یکدیگر، به گونه‌ای موفقیت‌آمیز به سمت بهبودی تو گام برداریم.»

برخی اوقات مراجعین در استفاده از دفتر یادداشت تردید دارند و می‌گویند: «این یک روش قدیمی است»، «دوست ندارم چیزی یادداشت کنم»، «من همیشه فراموش می‌کنم آنرا به‌مراه داشته باشم و با خود به جلسه درمان بیاورم». البته این دلایل، می‌توانند دلایل استاندارد و منطقی باشند. ما می‌بایست درک کنیم. زیرا وقتی آنها را ملاقات می‌کنیم و می‌خواهیم به روش‌های مختلف چیزهایی از زندگی و داستان‌شان برایمان بنویسند، سبب اضطراب‌شان می‌شویم. ما معمولاً با این جملات بصورت خیلی آرام مراجعین را ترغیب به ادامه مسیر درمان می‌کنیم:

«بسیار عالی. کاربست و پیگیری چیزهایی که در جلسه درمان یاد گرفته‌اید و همچنین کاربرد آنها در محیط‌های بیرون از جلسه درمان برای بسیاری از مراجعین اثربخش و کارآمد بوده است. نظرتان درباره کاربرد آن در طی هفته اخیر و چگونگی ادامه دادن آن چیست؟». اگر در وهله اول مخالفت یا امتناع کردند، شما به کارتان به آرامی ادامه دهید. هنگامی که در انتهای جلسه درمان به‌مراه مراجع‌تان در حال تدوین یک تکلیف منزل هستید، از پرسش‌گری سقراطی استفاده کنید: «می‌توانم تصور کنم که انجام این تکلیف دشوار است، آیا شما ایده‌ای درباره چگونگی کمک‌رسانی به خود در یادآوری و انجام این تکالیف دارید؟». برخی از مراجعین از روش‌های یادآوری با نرم افزارهای موبایل و یا نوشته‌های دیواری استفاده می‌کنند. اگر این روش‌ها را پیشنهاد کردند، بگذارید که به کار ببرند. در همه درمانها، یک روش برای همه کارایی ندارد.

دفتر یادداشت می‌تواند در طی دوره روان درمانی در طی زندگی روزانه کمک‌کننده و مفید باشد. دو کودک ۸ ساله را به یاد می‌آورم که برای هر دوی آنها در جلسات اول دفتر یادداشت بکار برده شد. در جلسه سوم یکی از آنها، مادرش دفترچه یادداشت او را در منزل فراموش کرده بود و بر این باور بود که دفتر یادداشت زیاد مفید نبود. در جلسه چهارم، کودک شروع به گریه کرد چرا که آنچه در جلسات مختلف گفته بودیم را به خاطر داشت اما ارتباط آنها با اضطرابش را بیاد نمی‌آورد و از این استیصال بسیار غمگین بود. به همین دلیل در جلسه پنجم مادرش دفتر یادداشت او را به‌مراه آورد و در همان جلسه کودک و درمانگر به دفتر یادداشت، اشکالی که در آن ترسیم شده بود و جداولی که کشیده بودند نگاه کردند و با خلق شاد به ادامه مسیر پرداختند و چندی طول نکشید که بعد از چند جلسه اضطراب کودک درمان شد.

کودک دوم، طی سه جلسه بهبود یافت و بسرعت بهتر شد. این موارد برخی اوقات در کودکان روی می‌دهد. یکسال بعد، با یک برانگیزننده جدید اضطرابی به درمان برگشت و چندین جلسه دیگر با او کار کردم. او دفتر یادداشت خود را داشت. او و درمانگرش به مرور محتویات، جلسات درمان، روش‌ها و گام‌های درمانی یادداشت شده در دفتر یادداشت پرداختند و با توجه به یادآوری مطالب آموخته شده، به او کمک شد که سریعتر به حالت عادی و درمان اضطراب برگردد.

برخی درمانگران ترجیح می‌دهند که مراجع از مجموعه‌ای از نت‌برداری‌ها و کارت‌ها استفاده کند تا در همه زمانها بر دشواری‌ها و مشکلات متمرکز شود و موفقیت خود را در نظر داشته باشد. این روش بویژه در اختلال اضطرابی بسیار متداول است، زیرا سبب می‌شود مراجع بطور پیوسته خود را در حال مواجهه و درمان برانگیزننده‌های اضطراب بداند و همواره در مسیر حل و درمان موفقیت‌آمیز اختلال عمل کند و گام بردارد.

می‌خواهیم بگوییم که برای صعود به قله کوه، می‌بایست گام‌های کوتاه برداریم و گام به گام و منزل به منزل به قله کوه صعود کنیم. زندگی موفق نیز شامل گام‌های کوتاه و بلند ماست. درست است هنگامی که پای کوه ایستاده‌ایم، دیدن و فکر رسیدن به قله برایمان سهمگین است اما همین که در مسیر موفقیت قرار بگیریم، رسیدن به هدف برایمان خوشحال‌کننده و برانگیزننده خواهد شد. در

حقیقت ثبت گام‌های فرد در مسیر حل مشکل، بسیار جالب و حیرت‌انگیز خواهد بود چرا که مراجع می‌تواند آنچه را که در طی مسیر موفق شدن انجام داده و نوشته است را بخواند و مشاهده کند.

درمان شناختی - رفتاری، تکلیف منزل را نیز شامل می‌شود و پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مراجعین دارای تکلیف منزل در مقایسه با مراجعینی که تکلیف منزل نداشته‌اند و یا انجام نداده‌اند، ۱۰ درصد بهتر به درمان پاسخ می‌دهد. به‌عنوان بالینگر می‌خواهیم که مراجعین مان از آن ۱۰ درصد بهبودی نیز برخوردار باشند و به همین دلیل می‌بایست از آنها بخواهیم که تکلیف منزل خود را به بهترین شکل ممکن انجام دهند، تکلیف انجام داده را یادداشت کنند و این فرایند را از همان ابتدای درمان می‌بایست عملیاتی کنند. به‌علاوه می‌بایست به مراجعین یادآوری کنیم که هدف ما این است که آنها بتوانند با کمک ما در خارج از فضای درمان نیز به بهترین شکل عمل کنند و درمانگر خودشان باشند و ما این کار را با درخواست از آنها برای نوشتن گام‌ها، موفقیت و تکلیف شان در دفتر خودیاری‌شان^۱ انجام خواهیم داد (لیبو، دیویز، کولور و کراسک^۲، ۲۰۱۳).

هنگامی که با یک کودک و یا فردی که اعضای خانواده‌اش در فرایند درمان همکاری می‌کنند، کار می‌کنید، ۱۰ صفحه از دفتر یادداشت را به «بخش والدین» اختصاص دهید. در این بخش تکالیف والدین و نکات والدگری را مطرح کنید. می‌توانید برای اطلاعات بیشتر به فصل ۶ رجوع کنید. همچنین در این بخش می‌توانید با ارائه راهکارهایی، از نزاع و درگیری والدین و کودک به دلیل علائم اضطراب در منزل بکاهید. اگر والدین و کودک درباره اینکه چه علائمی نشان دهنده اختلال اضطرابی است یا نیست درگیرند و نزاع می‌کنند، از والدین بخواهید که به هیچ عنوان درگیری و نزاع نداشته باشند و صرفاً علائم و میزان بروز آن را یادداشت کنند. اعضای خانواده نقش مهمی در بهبود اضطراب دارند. حق این عزیزان است که از ابتدای درمان بتوانند در روند درمان حضور داشته باشند و برای سؤالات و تکالیف خاص خود بخشی در دفتر یادداشت کودک داشته باشند.

نوشتن تکالیف منزل ساده است و یکی از فنون قدرتمند درمان شناختی - رفتاری محسوب می‌شود و عموماً اکثر مردم این کار مشارکتی را دوست دارند. البته برخی نیز از انجام و نوشتن این تکالیف امتناع می‌ورزند. آنها این سبک را بسیار قدیمی می‌دانند زیرا معتقدند می‌توان این تکالیف را نه بصورت نوشتاری بلکه بصورت تکنولوژیک انجام داد. ما نیز برای این دسته از مراجعین، برنامه‌های رایانه‌ای مناسبی یافته‌ایم که کمک‌کننده هستند اما مانند دفتر یادداشت کاملاً شخصی‌سازی شده و منعطف نیستند. در واقع می‌توان از طریق برخی برنامه‌های رایانه‌ای نصب شده بر روی موبایل، بسیاری از تکالیف انجام شده و فرایندها را ثبت کرد اما نمی‌توان تصاویر و نمودارهای کمک‌کننده را که قبلاً درباره‌شان صحبت کردیم ترسیم کرد. بد نیست بدانید که پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نیازی نیست که مراجعین باور داشته باشند که درمان اثربخش خواهد بود. من همیشه به آنها می‌گویم: «اگر ژستش را بگیری، روی مغزت تأثیر می‌گذارد». به‌علاوه بسیار مهم است که به مراجعین بگوئید تا بدانند که تمرین و انجام تکالیف منزل یکی از اصلی‌ترین بخشهای درمان است، چرا که از طریق تداوم بخشی به درمان به مراجعین کمک می‌کند و یاد می‌دهد به مغزشان بیاموزند که پیوندهای سالمتری در مواجهه با برانگیزنده‌های اضطراب در بین ساختارهای مغزی‌شان ایجاد کند.

مراجعینی که از انجام تکالیف منزل امتناع می‌ورزند، بخش عمده‌ای از اثربخشی درمان را از دست می‌دهند. به این فکر کنید که به مراجعی که تکالیف منزل را انجام نمی‌دهد چه بگوئید. در این مواقع از قانون «سه ضربه بد و اخراج^۳» در ورزش بیسبال استفاده می‌کنیم. براساس این روش به مراجع می‌گوئیم: «که اگر سه بار تکالیف منزل را انجام ندهید، سه ماه نمی‌توانید به جلسه درمان بیایید. بعد از آن، مجدد می‌توانی روان درمانی را در صورت تمایل شروع کنی».

1. self-help

2. LeBeau, Davies, Culver & Craske

3. three strikes and you are out

کاربرد آزمون اضطراب

مقیاس واحدهای ذهنی آشفتگی^۱

اضطراب به صورت صفر و یک یا بود و نبود وجود ندارد و در واقع همواره در یک طیف قرار دارد. از مراجع بخواهید که اضطرابش را ارزیابی کند. مقیاس واحدهای ذهنی آشفتگی را می‌توانید برای سنجش میزان اضطراب مراجع به کار ببرید. این مقیاس کمک می‌کند تا میزان اضطرابی که مراجع هنگام مواجهه با برانگیزنده‌های اضطراب و همچنین در مرحله مواجهه درمانی تجربه می‌کند را ارزیابی کنید.

هر واحد از صفر تا ده در نوسان است. صفر نشان‌دهنده آرامش و ۱۰ نشان‌دهنده حمله وحشت‌زدگی است. از مراجع بخواهید که در ابتدای درمان، میزان اضطرابش در مواجهه با برانگیزنده‌های اضطراب‌زا را از ۰ تا ۱۰ شدت‌سنجی کند. مقیاس واحدهای ذهنی آشفتگی را می‌توان برای سنجش میزان اضطراب مراجع به هنگام مواجهه با برانگیزنده‌های اضطراب‌زا به کار برد. در فصل ۵ که درباره درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ است نیز می‌توانید از این مقیاس برای تعیین اینکه از کدام برانگیزنده‌های اضطراب‌زا برای آغاز درمان استفاده کنید بهره ببرید (ولپ^۲، ۱۹۶۹).

تدوین فهرست برانگیزان‌ها

مهم است که به همراه مراجع خود فهرستی از برانگیزنده‌های اضطراب را تدوین کنید تا از این طریق دریابید که چه برانگیزنده‌هایی سبب فراخوانی اضطراب او می‌شوند، در حین مواجهه با هر یک از برانگیزنده‌ها چه میزان اضطراب تجربه می‌کند و در مواجهه با آنها چه پاسخی می‌دهد. از این فهرست می‌توانید برای انجام تمرین مواجهه درمانی او بهره بگیرید. سطوح اضطراب می‌توانند کمک کنند که کدام برانگیزنده را در گام اول درمان برای مواجهه درمانی قرار دهید. همیشه از پایین‌ترین سطح اضطراب شروع کنید، زیرا از این طریق مراجعین می‌توانند بطور مناسب مهارت‌های مواجهه درمانی را با موفقیت تمرین کنند تا بتوانند به آرامی به موقعیت‌های دشوارتر و اضطراب‌برانگیزتر بعدی بپردازند. تدوین فهرستی از کارهایی که می‌توانند برای احساس آرامش انجام دهند می‌تواند قبل از شروع درمان بسیار کمک‌کننده باشد زیرا سبب شناسایی رفتار ایمنی بخش و آرامش‌دهنده می‌شود. هدف این نیست که مراجع تمامی این رفتارها را در هنگام مراحل مواجهه درمانی با برانگیزنده‌های اضطراب انجام دهد. بلکه در حقیقت این فهرست کمک می‌کند مراجع متوجه شود که والدین و دوستانش به هنگام اضطراب او چه کارهایی برایش انجام می‌دهند. در فصل ۶، خواهید آموخت که چگونه به خانواده و دوستانش بیاموزید که به هنگام اضطراب مراجع همانند یک مربی رفتار کنند. این امر سبب می‌شود آنها نیز بخشی از درمان شما باشند.

به فهرست برانگیزنده‌های اضطراب جیمز بنگرید:

برانگیزان‌ها	نمره مقیاس واحدهای ذهنی آشفتگی
سوار شدن مترو	۱۰
احساس تپش قلب شدید	۹
دریافت یک تماس تلفنی از فرزندش	۹
مشاهده حساب بانکی	۸
تمرینات ورزشی	۶
صرف یک وعده غذای کامل	۶

توجه داشته باشید که در زندگی جیمز، هیچ چیزی وجود ندارد که اضطراب کمتر از ۶ برایش به‌همراه داشته باشد. حتی وضعیت‌هایی نظیر ورزش کردن و غذا خوردن نیز برایش اضطراب زیادی به‌همراه دارد. اخیراً جیمز به بسیاری از موقعیت‌ها بیش از

1. SSubjective Units of Distress Scale (suds)

2. olpe

حد حساس شده است. مثلاً درباره احساس بدنی چرا که او تمامی احساسات خود را تحت نظر داشت و کم کم به این نتیجه رسیده بود که تمامی احساساتش غریبه، ترسناک و نامأنوس هستند. خواب بیش از حد و بی‌اشتهایی مفرط او شرایط را بدتر و بدتر کرده بود. نوشتن همه این موارد سبب شد که جیمز به یک دیدگاه جدید دست پیدا کند و آن تشخیص این موضوع بود که پیگیری برانگیزنده‌های اضطرابی‌اش اهمیت بسیاری دارد زیرا ماهیت پویایی پیدا کرده اند و هر هفته به سرعت تغییر می‌کنند. همچنین مشاهده کرد که بازگشت به مراحل کمتر اضطراب‌زا و آسان‌تر و تمرین مجدد آنها می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد و به همین دلیل تصمیم گرفت که هر روز با همسرش به پیاده‌روی برود، سه وعده غذایی را در روز صرف کند، و خواب متناسب، سروقت و به اندازه داشته باشد. او تمامی این تکالیف را در دفتر یادداشت خود نوشت:

۱. تدوین فهرست برانگیزنده و تکمیل مقیاس واحدهای ذهنی آشفتگی؛
۲. مطالعه مطالب مرتبط با حمله وحشتزدگی در سایت انجمن اضطراب و افسردگی آمریکا^۱ و به اشتراک‌گذاری مطالب با همسرش؛
۳. پیاده‌روی هر روزه؛
۴. صرف سه وعده غذای سبک در روز؛
۵. خواب متناسب و کافی.

قبل از به پایان رسیدن درمان، الیزابت از جیمز خواست که بصورت مختصر نگاهی به اهدافش داشته باشد. این اولین بار در فرایند درمان نیست که از اهداف مراجع سؤال پرسیده می‌شود، بلکه در ابتدای فرایند درمان نیز این امر واقع می‌شود. در حقیقت پرسش در طی فرایند درمان به این دلیل است که برخی اوقات مراجعین زودتر از موعده‌ی که تصور می‌کردند به اهدافشان دست می‌یابند و از این طریق می‌توانند به پیشرفت‌شان بهتر و واضح‌تر پی ببرند. اهداف جیمز عبارتند از:

- آسان: صرف سه وعده غذا در روز؛ پیاده‌روی هر روزه؛ خواب سر شب و به اندازه؛
- متوسط: بازگشت به کار؛ مشاهده صورت حساب بانکی؛
- سخت: صرف یک وعده غذای کامل؛ پرانرژی ورزش کردن؛
- دست نیافتنی: سوار شدن مترو.

این کارها برای مراجعی مثل جیمز، که در ابتدای فرایند درمان قادر به شناسایی مشکل خود نبود و چگونگی بهتر شدن خود را نمی‌دانست، یک کار وحشت‌آور تلقی می‌شد. الیزابت و جیمز با هم همکاری و مشارکت کردند و از توانمندی‌های درمان شناختی - رفتاری برای تدوین طرح درمان استفاده کردند. جیمز هر جلسه را با این احساس که تحت هدایت و راهنمایی الیزابت است به پایان می‌برد و دقیقاً می‌دانست که برای جلسه‌های آتی می‌بایست چه کارهایی انجام دهد.

1. <https://adaa.org/>

نوبت شماسست

- فهرستی از برانگیزنده‌های ترس‌های خود، میزان اضطراب و عکس‌العمل خود در مواجهه با آنها را تدوین کنید؛
- اکنون بازگردید و براساس شدت و ضعف اضطراب‌زا بودنشان به رتبه‌بندی آنها بپردازید.

رتبه	موقعیت برانگیزنده	نمره مقیاس واحدهای ذهنی آشفتگی	برای احساس بهتر داشتن چه کاری انجام می‌دهم

جعبه ابزار بالینگر

از دفتر یادداشت برای افزایش مشارکت مراجع در انجام تکالیف منزل استفاده کنید



در ادامه مثالی آورده شده که نشان می‌دهد از مراجع چه اطلاعاتی را برای ثبت در دفتر یادداشتش درخواست می‌کنیم.

۱. تاریخچه اضطراب من؛
۲. چرا از درمان شناختی - رفتاری استفاده کنم؟؛
۳. تشخیص من؛
۴. مشکلاتی که به دلیل اضطراب در زندگی ام ایجاد شده است؛
۵. اگر اضطراب نمی‌داشتم، زندگی ام چگونه می‌بود؟؛
۶. تدوین یک فهرست اضطراب نظیر مقیاس واحدهای ذهنی آشفتگی؛
۷. تدوین اهداف اولیه بر اساس اهداف آسان، متوسط، دشوار و غیرقابل دسترس؛
۸. تدوین یک تکلیف منزل؛ البته می‌بایست دربرگیرنده برانگیزنده‌ها و سطوح اضطرابشان باشد؛

<ul style="list-style-type: none">• از مراجع تان بخواهید که یک دفتر یادداشت یا برگه‌های نکته‌برداری برای افزایش انگیزه درمان و تبعیت از فرایند درمان به‌همراه داشته باشد؛• مقیاس اضطراب ۱۰ - ۰ را به مراجع آموزش دهید؛• یک مقیاس واحدهای ذهنی آشفتگی تدوین کنید؛	نکات برجسته فصل
--	------------------------

گام بعدی را بردارید

در فرایند درمان مراجعین، دفتر یادداشت یا برگه‌های نکته‌برداری را به کار ببرید. بنظر شما کاربردشان چطور است؟

.....

.....

.....

.....

فصل ۴

به مراجع تان کمک کنید که مغز مضطرب خود را درک کند

هر کدام از مراجعین مضطرب، متفاوت و منحصر به فرد هستند. حتی دو مراجعی که از آسانسور می ترسند، می بایست محتوای درمانی متفاوتی داشته باشند. در حقیقت، هر کسی که اختلال اضطرابی دارد، یک مشکل مبتنی بر مغز دارد که سبب می گردد، رنج بسیاری را تجربه کند. هر موقع مراجعی دارید که تشخیص خاصی دریافت کرده است، فرایند درمان را به گونه ای تدوین و طرح ریزی کنید که به مراجع کمک شود مغز مضطرب خود را درک کند و بفهمد. می دانم که بسیاری از بالینگران، مایلند که از این فصل بدون مطالعه آن عبور کنند، چرا که تصور می کنند فصل بسیار پیچیده ای است. مراجعین نیز همانند اکثر بالینگران تمایلی به خواندن این فصل ندارند. این فصل را حتی اگر سبب نگرانی تان می شود، مطالعه کنید. این فرصتی مناسب و بزرگ است تا با ترس تان مواجه شوید و بالاخره از آن رهایی یابید. در حقیقت، درک و توانایی تدریس به مراجعین درباره مغز مضطرب^۱ یک درمان شناختی - رفتاری پر قدرت است.

مثال موردی

رالف هنگامی که برای اولین بار به کلینیک برای ملاقات الیزابت آمد، دانشجوی سال دوم کالج بود و ۲۰ سال داشت. او بعد از یک نیمسال تحصیلی در یک پاییز فاجعه بار، به تعطیلات بین دو ترم رفته بود و می دانست که قبل از آغاز ترم جدید و بازگشت او به دانشگاه، فقط چهار جلسه درمان با الیزابت خواهد داشت. نیمسال دوم سال تحصیلی قبلی برای او نسبتاً عالی بود زیرا با هم اتاقیش بسیار صمیمی شده بود. هرچند رشته تحصیلی و کلاس های درسی متفاوتی داشتند، اما زمان زیادی را با هم صرف می کردند و هر روز با هم صمیمی تر می شدند. در پایان سال تحصیلی قبل، هنگامی که در حال تحویل خوابگاه بود، هم اتاقیش او را با دادن یک خبر متعجب کرد. آن خبر این بود که او قصد دارد دانشگاه را رها کند. معنی این خبر این بود که رالف، هیچ طرح جایگزینی برای تهیه خوابگاه نداشت و مجبور بود در ترم جدید در یک اتاق چهار نفره و همراه سه نفر از دانشجویانی زندگی کند آنها را نمی شناخت. بعلاوه، هر سه نفر آنها عضو تیم لاکروس بودند. هنگامی که من رالف را دیدم، او یک فرد غمگین و منزوی بود و تقریباً از تمامی کلاس های ترم پاییز غیبت کرده بود و با مشکلات تحصیلی مواجه شده بود. من به این نتیجه رسیده بودم که او اختلال اضطراب اجتماعی دارد و هنگامی که با فهرست برانگیزنده های اضطراب و فهرست اهداف اولیه نزد من آمد، به او نشان دادم که چگونه یک مغز را ترسیم کند و چگونه با طراحی آن، توضیح دهد که در چه مخصصه ای گرفتار شده است. نشان دادن و تبیین قدرت این مداخلات روانی - آموزشی ساده تقریباً غیرممکن است. او نه تنها بر روی انزوا و رنجهایی که تجربه می کرد نام گذاشت بلکه تصویری واضح از آنچه در مغزش بصورت ناکارآمد اتفاق می افتاد نیز داشت. این روش به او کمک کرد تا درک کند که خودش عامل ایجاد علائم اختلال نیست بلکه مغزش می بایست مجدد سیم پیچی شود.

تکامل مغز^۲

رشد و تحول ساختار مغز ما به زمانی برمی گردد که انسانهای اولیه بودیم و در قبائل کوچک بصورت جوامع شکارچی زندگی می کردیم. ما بصورت عشایری زندگی می کردیم و براساس فصل های سال و ذخیره غذایی کوچ می کردیم. تصور پیشینیان اولیه ما بسیار اعجازانگیز است چرا که آنها چیزی فراتر از آنچه ما اکنون در بدن و مغزمان داریم، نداشتند؛ اما از عصر یخبندان به سلامت عبور کردند و به بقای خود ادامه دادند. مغز مضطرب برایمان بسیار سودمند است. بر اساس زندگی اجدادمان، خانواده هایی که در آنها یک عضو نگران حضور داشت و دائماً مراقب سایر اعضای خانواده بود، نسبت به خانواده هایی که چنین افرادی را نداشتند، ایمن تر بودند. آنها از غذاها و آبهایی که مردم را بیمار می کردند دوری می کردند بویژه هنگامی که آلاینده هایی پیرامون غذا و آب را مشاهده می کردند. همچنین آنها نسبت به غریبه ها بی اعتماد بودند.

توجه داشته باشید که مغز ما قادر است که خود را با بسیاری از موقعیت ها سازگار کند و این به تغییرات رفتاری ما برمی گردد که سبب شده عملکرد مغز نیز منقطع شود و تغییر کند. بسیار مهم است که بدانیم، اگر شخصی از موقعیتهای اضطراب زا فرار کند، مغز یاد می گیرد که آن موقعیت خطرناک است و هنگامی که مجدد قرار باشد با آن موقعیت مواجه شود بسیار مضطرب می گردد. اما

1 . anxious brain

2 . brain evolution

اگر یک فرد در موقعیت اضطراب‌زا بماند، مغز یاد می‌گیرد که می‌توان آن وضعیت را تحمل کرد. توجه کنید که ما نمی‌گوئیم که مغز در یک موقعیت اضطراب‌زا به هیچ عنوان مضطرب نمی‌شود. در حقیقت هنگامی که در موقعیت اضطراب‌زا می‌مانیم، اضطراب بتدریج کاهش می‌یابد، اما اگر اضطراب کاهش نیافت، مغزمان را به گونه‌ای سیم‌پیچی مجدد^۱ می‌کنیم تا به ما نشان دهد که می‌توانیم آن موقعیت را مدیریت کنیم. افزایش تاب‌آوری یا تحمل اضطراب یکی از اهداف درمان شناختی رفتاری برای درمان اضطراب و اختلال وسواسی - جبری است.

اجتناب و رفتارهای ایمنی بخش^۲

مراجعین مضطرب‌تان از چه موقعیت‌هایی اجتناب می‌کنند؟ کدام رفتارهای ایمنی‌بخش را به کار می‌برند؟ هم اجتناب و هم رفتارهای ایمنی‌بخش سبب کاهش اضطراب می‌شوند اما به صورت موقت. به همین دلیل مراجعین فکر می‌کنند که این رفتارهای ایمنی‌بخش کارایی و اثربخشی دارند. در عین حال، این رفتارهای ایمنی‌بخش سبب تقویت آمیگدالا (بادامه) که مرکز ترس و پردازش‌های هیجانی مغز هستند، می‌شوند و این تقویت سبب می‌شود که آن موقعیت اضطراب‌زا بسیار دشوار و خطرناک ادراک شود. اجتناب و رفتارهای ایمنی‌بخش ممکن است رفتارهای واقعی باشند و در عین حال ممکن است نوعی فکر و کاملاً نامحسوس باشند. هر چیزی که سبب اطمینان‌آفرینی مجدد^۳ شود یک رفتار ایمنی‌بخش محسوب می‌شود.

فهرستی از رفتارهای متداول ایمنی‌بخش

- نیاز به داشتن یک بطری آب
- بودن با یک شخص امن مثل والدین، معلم و همسر
- نزدیک منزل بودن
- چک کردن نبض دست
- همراه داشتن همیشگی یک کیسه تهوع
- کسب اطمینان‌آفرینی مجدد
- پرت کردن حواس از افکار اضطراب‌زا
- اجتناب از تماس چشمی و یا زدن عینک آفتابی
- خوب جلوه دادن خود و اجتناب از تعارض
- به‌همراه داشتن تلفن همراه

آموزش مغز

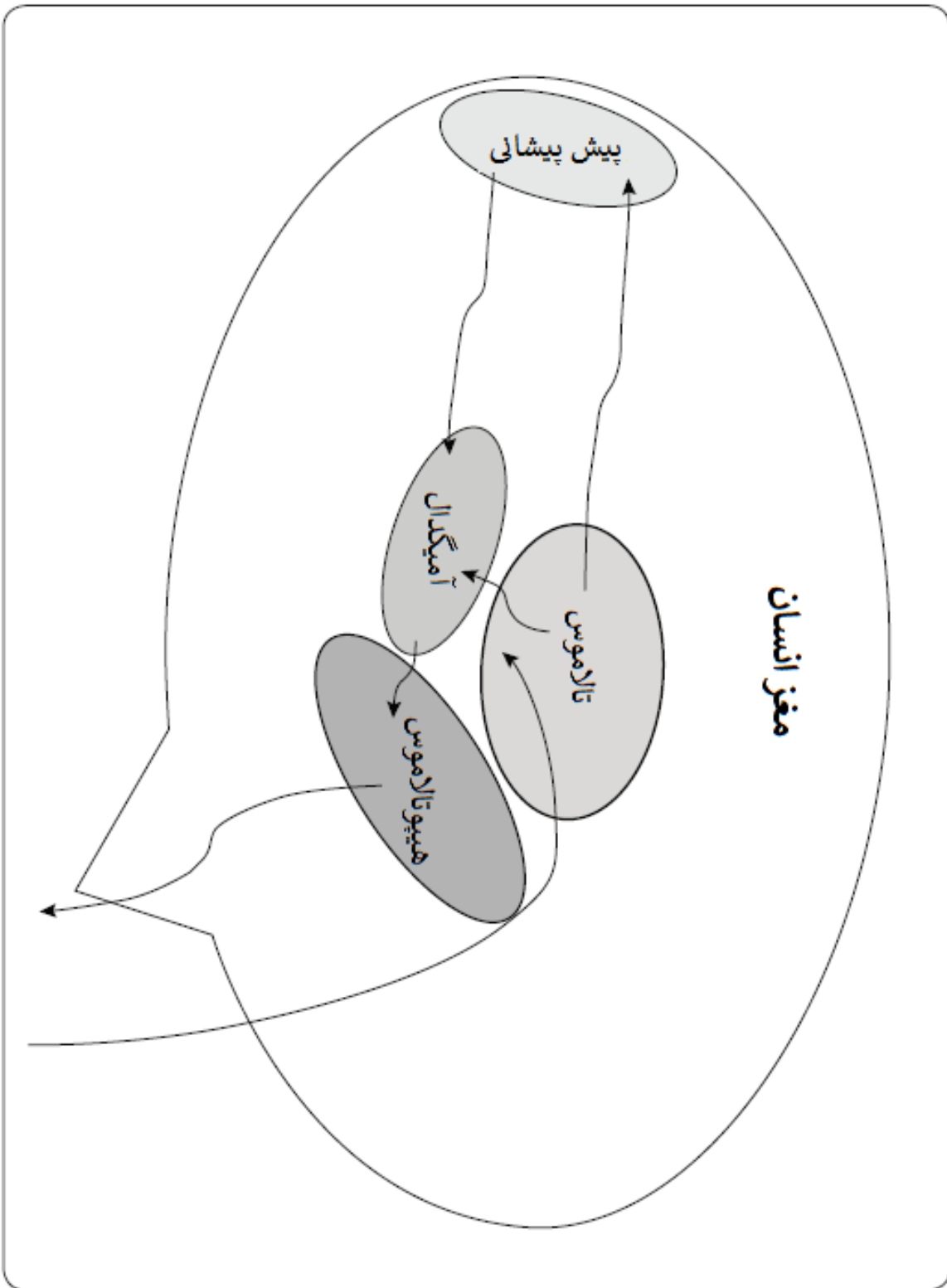
مراجعین مضطرب، بصورت قابل درکی از چگونگی کارکرد مغزشان می‌ترسند. آموزش به آنها درباره اینکه اضطراب و اختلال وسواسی - جبری، هشدارهای اشتباه مغز هستند و احساسات و افکار اگر چه آشفته‌کننده هستند اما خطرناک نیستند، بسیار حیاتی است؛ زیرا به آنها کمک می‌کند که برای مواجهه با اضطراب‌هایشان آماده شوند. در ادامه تصویر ساده‌ای از مغز را ارائه داده‌ایم که می‌توانید آن را به مراجع‌تان دهید و از این طریق به او کمک کنید متوجه شود که در مغزش چه اتفاقی در حال وقوع است.

چگونه داستان مغز را به مراجعین‌تان بگوئید

ما همیشه با طراحی تصویر یک مغز انسان شروع می‌کنیم. در ظاهر دشوار است اما اگر چگونگی ترسیم آن را بدانید، بسیار آسان خواهد بود. با ترسیم یک حباب ساده شروع کنید. یک بیضی بزرگ همانند تصویر صفحه بعد ترسیم کنید و در قسمت چپ پایین

1 . rewiring
2 . safety behaviors
3 . reassures

آن یک گودی مثلث شکل بکشید. اگر خودتان یا مراجعتان مایل به ترسیم این شکل نیستید، می‌توانید از این تصویر کپی بگیرید؛ اما به هر حال همه ما با انجام یک کار، آنرا بهتر می‌آموزیم و البته ترسیم یک مغز می‌تواند برای اکثر مردم بسیار رضایت‌بخش باشد. به‌ویژه کودکان از ترسیم یک مغز و نشان دادن آن به والدین به عنوان چیزی که یاد گرفته‌اند، بسیار لذت می‌برند. البته تماشای میزان تعجب والدین از ترسیم مغز توسط فرزندشان بسیار جالب است. در ادامه تصویر مغزی که می‌بایست به مراجعتان نشان دهید ارائه شده است و پس از آن درباره چگونگی وجود اضطراب در مغز توضیح داده شده است.



کاربرگ بالینگر شیوه‌نامه آموزش مغز



با یک حباب بزرگ شروع کنید، چهار ساختار نمایه شده در شکل را به آن اضافه کنید به گونه‌ای که لوب پیش پیشانی در جلوی آن و بادامه، تالاموس و هیپوتالاموس در نزدیکی یکدیگر و البته در مرکز جای گیرند.

لوب پیش پیشانی ساختاری در مغز است که از طریق آن درباره همه چیز فکر می‌کنیم و به اشیاء و همه چیز معنا می‌دهیم. این بخش همان چیزی است که سبب انسان بودن ما می‌شود. دست‌تان را روی پیشانی‌تان قرار دهید تا جای آن را به مراجع نشان دهید. این جا، جایی نیست که مشکل ما با مغز مضطرب شروع می‌شود. همانند تصویر، اکنون با یک فلش رو به بالا، ستون فقرات را به تالاموس متصل کنید و بگوئید: هر چیزی که ما در بدن خود احساس می‌کنیم از سمت طناب نخاعی به سمت تالاموس می‌آید. تالاموس یک تازه پیمانه^۱ است و همیشه این سؤال را می‌پرسد که «آیا این پیام جدید است؟». تالاموس یک پیام سریع به بادامه و در یک مسیر طولانی‌تر پیامی را به قشر مخ (کرتکس) ارسال می‌کند. اکنون با یک خط، تالاموس را به قشر پیش پیشانی متصل کنید. بادامه یک خطر پیمانه^۲ است و همیشه این سؤال را می‌پرسد که آیا خطری وجود دارد؟ و اگر یک پیام دریافتی جدید و خطرناک ادراک شود، سریعاً یک پیام به هیپوتالاموس ارسال می‌کند. اکنون با یک خط بادامه را به هیپوتالاموس متصل کنید.

هیپوتالاموس همانند یک آبشار است و به سرعت تمام بدن را مملو از آدرنالین می‌کند. با یک فلش رو به پایین هیپوتالاموس را به طناب نخاعی متصل کنید. این همان لحظه انفجار است که به آن واکنش جنگ یا گریز^۳ می‌گویند چرا که سبب می‌شود ضربان قلبمان افزایش یابد، دچار تعریق و دل‌پیچه شویم و برای جنگیدن آماده می‌شویم. حتماً تجربه دست زدن به یک جسم داغ را داشته‌اید. اگر به خاطر داشته باشید با سرعت هرچه تمام‌تر، حتی قبل از اینکه چشم‌های‌تان فرصت رؤیت کلمه داغ را داشته باشد، دست خود را کشیده‌اید. واکنش جنگ یا گریز با همین سرعت عمل می‌کند. با این حال، قشر پیش پیشانی مبتنی بر اطلاعات عمل می‌کند. اکنون با یک خط، قشر پیش پیشانی را به بادامه متصل کنید. قشر پیش پیشانی می‌تواند به بادامه بگوید که اطلاعات رسیده حاکی از خطرناک بودن محرک بیرونی یا امن بودن آن است و در نتیجه واکنش جنگ یا گریز اتفاق بیفتد یا نیفتد.

توجه داشته باشید که به طور معمول با فرا رسیدن پیام از طناب نخاعی به سمت بالا، تپش قلب، تعریق و دل‌پیچه آغاز می‌شود. این پیام به تالاموس می‌رود و از تالاموس به بادامه منتقل می‌شود. توجه داشته باشید که این واکنش‌های رو به بالا که از جانب طناب نخاعی به سمت ساختارهای مغزی ارسال می‌شود، در حقیقت واکنش اولیه بدن به محرک‌های محیطی است و با رسیدن این پیام‌ها به قشر مخ، این بخش خواهد گفت: «اوه نه؛ تمامی این احساسات وحشتناکی را که تجربه می‌کنم، نشان می‌دهد که یک اتفاق بد برایم در حال وقوع است!»

1. newness detector
2. danger monitor
3. fight-or-flight reaction

آموزش مغز^۱

شيوه‌نامه صفحه قبل یک مثال آموزشی بود. ما واژه‌ها و عبارات آموزشی را به سطح آموزشی و شناختی مراجع پیوند می‌زنیم؛ اما با این حال نباید پیچیده‌تر از تصویر مغز ارائه شده در صفحه قبل توضیح دهیم. تنها چند دقیقه طول می‌کشد تا در جلسه درمان این مسئله را توضیح دهید اما با این حال، توضیح مغز مضطرب به مراجع سبب می‌شود، احساسات ناخوشایندش را از طریق یک روش بسیار قدرتمند برایش توضیح دهید و تبیین کنید. آن چیزی که توضیح و تبیین یک مغز مضطرب را ضروری جلوه می‌دهد این است که مراجع به این تشخیص برسد که اختلالات اضطرابی یک سری واکنش‌های ترس کمک‌کننده نیستند. ترس‌های کمک‌کننده^۲ بر رفتار تأثیر مثبت دارند، نه منفی. در سال گذشته، هنگامی که الیزابت با سرعت ۶۰ مایل در اتوبان به سمت منزل در حال رانندگی بود، ناگهان یک گوزن از روبروی ماشین او از یک طرف اتوبان به سمت دیگر آن پرید. در یک موقعیت دیگر، هنگامی که در حال چیدن توت سیاه بود، ناگهان ماری را مشاهده کرد که از پشت سر او در حال تعقیب یک موش بود. در هر دوی این موقعیت‌ها الیزابت یک ترس کمک‌کننده را تجربه کرد. او به دلیل واکنش‌های جنگ یا گریزش بسیار خرسند بود چرا که به او کمک کرد تا بتواند به سرعت واکنش مناسب را انجام دهد، کنترل ماشین را حفظ کند و به سرعت از باغ توت سیاه فرار کند. این دو مثال، گویای ترس کمک‌کننده هستند. در اختلال‌های اضطرابی، واکنش جنگ یا گریز یک هشدار غلط است. دقیقاً همانند چگونگی عملکرد مغز در اختلال وسواسی - جبری، یعنی همانگونه که سبب انجام رفتارها و افکار وسواسی و تکراری در اختلال وسواسی - جبری و یا همانگونه که سبب بیقراری و آشفتگی در اختلال اضطراب تعمیم یافته می‌شود، مغزتان کاملاً غلطی فراهم می‌کند. کمک به مراجع در راستای فهمیدن این موضوع که مغزتان ممکن است کاملاً غافلگیرانه عمل کند و اطلاعات کاملاً نادرست و غلطی در اختیارشان قرار دهد، در بهبودی آنها بسیار ضروری و کمک‌کننده خواهد بود.

نقش اجتناب^۳ در تداوم اختلالات اضطرابی

اولین رفتار غریزی شما در مواجهه با پدیده‌ای که سبب احساس ناخوشایندی‌تان می‌شود، چیست؟ آیا از آن پدیده اجتناب می‌کنید؟ آیا سعی می‌کنید از منظری به آن بنگرید که آنقدر هم احساس ناخوشایند در پی نداشته باشد؟ آیا از دیگران می‌پرسید که آنها هم همچون شما احساس ناخوشایندی دارند؟ به دنبال اطمینان آفرینی مجدد خواهید بود تا از این طریق کاری را انجام دهید تا عوامل ایجاد کننده ناخشنودی را برطرف کنید؟ تمام و یا هر یک از این روش‌ها، پاسخ‌های بهنجار به برانگیزنده‌های تنش‌زا هستند.

کیمبرلی خاطره‌ای به یاد دارد. چند وقت پیش او برنامه‌ای برای ارائه یک کارگاه در نیویورک داشت. چند روز قبل از سفر به نیویورک، گفته شد که طوفان همراه با برف در چند روز آینده در راه است. هرچه به تاریخ کارگاه نزدیک‌تر می‌شد، میزان اضطراب او بیشتر و بیشتر می‌شد. به خودش می‌گفت که چرا می‌بایست در اواسط زمستان یک کارگاه برگزار کند. همچنین به این فکر می‌کرد که اگر با اتومبیل این سفر را انجام دهد بسیار بهتر از پرواز خواهد بود. او از مردم می‌پرسید که آیا این دیوانگی نیست که در اواسط زمستان و با این طوفان برفی با هواپیما به نیویورک سفر می‌کند؟ او صرفاً می‌خواست که این مسافرت استرس‌زا و مضطرب‌کننده را کاملاً لغو کند. این رفتار اجتنابی، کلید اصلی پایداری اختلالات اضطرابی است. انجام رفتارهای ایمنی بخش نظیر اجتناب با تهدید ادارک شده مرتبط است. اگر موقعیت‌های واقعی ایجادکننده ترس‌هایمان را هرگز تجربه نکنیم، نخواهیم توانست به مغزمان فرصت دهیم که این تهدیدها را بی‌اعتبار کند. در نتیجه، مغزمان یاد می‌گیرد که یک تهدید را مشاهده و از آن اجتناب کرده است و بلافاصله به بادامه پیام ارسال می‌کند که پیام‌های ترس و تهدید بیشتری در تجربیات مشابه بعدی ارسال کند. اجازه دهید به این مثال درباره کیمبرلی نگاه کنیم. اگر او بجای پرواز، رانندگی کند و یا پروازش به نیویورک را لغو کند، مغزش یاد خواهد گرفت که پرواز در هوای

1. brain education
2. helpful fear
3. avoidance

بد خطرناک است. در نتیجه تصمیم خواهد گرفت که پرواز در هوای بد به سمت نیویورک خطرناک خواهد بود. در ادامه، با توجه به زمینه آسیب‌پذیری که دارد، ممکن است این تصمیم را تصمیم دهد و هرگونه پرواز را خطرناک ادراک کند. این همان فرایندی است که نشان می‌دهد چگونه اجتناب سبب شکل‌گیری و پایداری اضطراب می‌شود.

نوبت شماست

- اخیراً چه چیزهایی برانگیزنده اضطراب و ترس‌های شما بوده‌اند؟
- برای آنها چه اقداماتی انجام دادید؟
- از چه کسی برای گرفتن حمایت کمک خواستید و به او چه گفتید؟
- آیا در نهایت خود را در مواجهه با تجربیات مضطرب‌کننده یا ترسناک قرار دادید؟

بسیاری از مردم قبل از اینکه این مفاهیم جدید را یاد بگیرند، از عوامل و محرک‌های اضطراب‌زا اجتناب می‌کنند. البته این واکنش، طبیعی است. اجتناب، کارایی دارد چرا که سبب کاهش سطوح اضطراب می‌شود اما در بلند مدت اثرات منفی زیادی در پی خواهد داشت و سبب می‌شود که فرد از بسیاری از موقعیتهایی که برای رشد و زندگی بهینه او مهم هستند، محروم شود. به‌علاوه، اجتناب کمکی به ما برای آموزش به مغزمان برای مقابله با اضطراب نمی‌کند.

آموزش به مغزمان شامل مناطق شناختی (قشر پیش‌پیشانی) و رفتاری (تالاموس، بادامه، هیپوتالاموس) است. بادامه یک یادگیرنده تجربی است و یاد می‌گیرد که برای انجام کارهایی که قبلاً ترسناک بوده‌اند، پیام خطر ارسال نکند (گولد^۱، ۲۰۱۵). ما به این وضعیت مواجهه می‌گوئیم. به مراجعین‌تان کمک کنید با چند مثال مفهوم هشدار غلط را متوجه شوند. از مراجعین بپرسید که «آیا شده است که در منزل، حسگر دود^۲ شروع به فعالیت کند؟» بسیاری از مردم خواهند گفت بله. هنگامی که پیتزا و یا نان تُست در حال سوختن باشد و یا هنگام انجام سایر فعالیتهای معمول محیط منزل، ممکن است حسگر دود فعال شود. بسیار خوب. بپرسید: «هنگامی که پیتزا در حال سوختن است و هشدار حسگر دود فعال شده باشد چه می‌کنید؟» بیشتر آنها خواهند گفت که پنجره را باز می‌کنیم، با پنکه هوای زیر حسگر دود را تهویه می‌کنیم و یا باطری زنگ هشدار حسگر دود را از آن خارج می‌کنیم. از مراجعین بخواهید به حسگر دود فکر کنند و آنرا همانند بادامه مغزشان تصور کنند. به آنها توضیح دهید که بادامه برای حفظ امنیت ما طراحی شده است و از اینکه آن را به عنوان یک هشدار خطر اورژانسی در اختیار داریم می‌بایست بسیار خوشحال باشیم؛ اما در عین حال، اگر پیتزا در حال سوختن باشد ما می‌دانیم که باید بگوییم «اوه، عجب. پیتزا در حال سوختن است» و سپس هشدار را خاموش کنیم. این فرایند دقیقاً همان کاری است که ما می‌خواهیم مراجعین ما با برانگیزنده‌های اضطراب‌شان انجام دهند: «اوه عجب، این فقط یک اضطراب است».

1. Gold, Morey & McCarthy
2. the smoke detector

دارو درمانی اضطراب

برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان شناختی رفتاری در درمان اضطراب بسیار اثربخش است. داروهای مهارکننده‌های باز جذب سروتونین^۱ همانند درمان شناختی - رفتاری اثربخش هستند و کاربست همزمان این دو نوع درمان تا اندازه‌ای نسبت به زمانی که هر یک به تنهایی به کار برده می‌شوند، اثربخشی بیشتری دارد (وان آپلدورن^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). داروها از طریق تعدیل مدار مغزی جنگ یا گریز عمل می‌کنند و به مردم اجازه می‌دهند بسیاری از فعالیت‌هایی که از آنها اجتناب می‌کردند را با اضطراب کمتری انجام دهند.

ما در اغلب مواقع به مراجعین می‌گوییم که مصرف داروهای روانپزشکی همانند کمک گرفتن از یک جلیقه نجات برای شنا کردن در یک استخر است. آنها به شما کمک می‌کنند شنا کنید، تا جایی که شنا کردن را یاد بگیرید و سپس مستقلانه شنا کنید. مهم است بگوییم که اثربخشی درمان شناختی - رفتاری در طی زمان پایدار است، اما درمان دارویی تا زمانی که مراجع آن را مصرف می‌کند اثربخش است. برای مراجعینی که قصد مصرف دارو را داشته باشند و یا از مصرف آن اجتناب می‌کنند خوشحالیم، زیرا پیگیری درمان خود هستند؛ اما در برخی مواقع استثناهایی برای مصرف حتمی دارو وجود دارد و آن در مواقعی است که مراجع از فعالیتهای مهم خود نظیر رفتن به مدرسه (در کودکان) و یا حاضر شدن در محل کار (در بزرگسالان) اجتناب می‌کند و یا هنگامی که مراجع به حدی آسیب دیده است و رنج می‌کشد که نمی‌تواند اولین مراحل درمان شناختی رفتاری را شروع کند. در این موارد، پیشنهاد می‌کنیم که مراجعین به ملاقات یک روان‌پزشک یا متخصص مراقبت‌های اولیه بروند تا به‌مراه دارو درمانی، شروع به دریافت درمان شناختی رفتاری کنند. تکنیک مواجهه و پیشگیری از پاسخ کمک خواهد کرد که مدارهای جدیدی در مغز ایجاد شود و دارو درمانی نیز کمک می‌کند که پاسخ‌های ترس در حین فرایند تکنیک مواجهه و پیشگیری از پاسخ تعدیل یابند.

<ul style="list-style-type: none">• به هر یک از مراجعین مضطرب، درباره مغز مضطرب آموزش دهید؛• واکنش جنگ یا گریز یک پاسخ کمک‌کننده و بهنجار در مواجهه با خطر است؛• اجتناب، سبب حل اضطراب نمی‌شود؛• بادامه یک یادگیرنده تجربی است؛• اگر مراجعین از انجام فعالیتهای مهم زندگی اجتناب می‌کنند و قادر به شرکت در درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ نیستند، آنها را برای مصرف دارو ارجاع دهید؛• نتایج درمان شناختی - رفتاری بلندمدت و پایدار است.	نکات برجسته فصل
--	------------------------

گام بعدی را بردارید

تکلیف شما این است که به یک مراجع یا دوست خود بگویید که یک مغز مضطرب ترسیم کند. او چگونه عمل می‌کند؟

.....

.....

.....

.....

1. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (Ssrís)
2. Van Apeldoorn et al

فصل ۵

هنر مواجهه و پیشگیری از پاسخ

تکنیک مواجهه و پیشگیری از پاسخ، شکلی از درمان شناختی-رفتاری است که بخش مهمی از درمان مبتنی بر شواهد در درمان اضطراب و اختلال وسواسی-جبری می‌باشد. اغلب درمانگران به درمان بینش محور یا روان پویایی مشغول هستند. درمانگر ممکن است سوال بپرسد: در دوران کودکی شما چه اتفاقی افتاده است که ممکن است به این ترس در شما منجر شده باشد؟ چرا فکر می‌کنید مضطربید؟ یا ممکن است زمان زیادی را جهت جایگزین کردن افکار مثبت تر با افکار اضطراب آور مراجعین شان صرف کنند. هر چند ممکن است رویکردهای روان تحلیلی جالب به نظر بیایند، اما فقط در یک درمان اولیه مبتنی بر شواهد است که قطعاً مدارهای مغزی جدیدی ایجاد خواهد شد که در حین آن فرد یاد می‌گیرد احساسات اضطراب آور خود را تحمل کند؛ این درمان شامل تمرین مواجهه و پیشگیری از پاسخ در موقعیت‌های ترسناک است (گلوین^۱ و همکاران، ۲۰۱۳). در مصاحبه با صدها درمانگری که در مواجهه و پیشگیری از پاسخ آموزش داده‌ایم، می‌دانیم که درمانگران مبتدی ممکن است هنگام یادگیری این روش اضطراب زیادی متحمل شوند.

به خاطر می‌آوریم درمانگری را که با یک پسر که از زنبورها می‌ترسید، کار می‌کرد. او تقریباً به حالت گریان به ما گفت: من نمی‌توانستم از عمد باعث شوم که یک زنبور مرا نیش بزند. گمان می‌کنم در مورد این مراجع شکست خورده‌ام. اگر این احساسات به نظر تان آشنا است به خواندن ادامه دهید، بدانید که شما به خوبی با ترس و تردیدتان کنار آمده‌اید.

هدف ما در این فصل این است که شما اطمینان حاصل کنید که قادرید مواجهه درمانی را انجام دهید؛ زیرا شما آن را در خود آزمایش کرده‌اید و مجبور نیستید نیش یک زنبور را برای اینکه یک درمانگر مواجهه و پیشگیری از پاسخ خوبی باشید، تحمل کنید. یکی از کارهایی که ما با مراجعین و همچنین بالینگرانی که در کارگاه‌های ما حضور دارند، انجام می‌دهیم این است که به آنها پیش از توضیح مواجهه و پیشگیری از پاسخ یک آبنبات وارهدز^۲ (بسیار ترش با قسمت میانی شیرین) می‌دهیم. ما هم همراه آنها آبنبات می‌خوریم وقتی به قسمت شیرین آبنبات می‌رسیم برای آنها شرح می‌دهیم که چقدر خوردن این آبنبات شبیه درمان اضطراب است. معمولاً مردم آن را خیلی سریع دریافت می‌کنند. آنها اغلب می‌گویند، «شما باید با بد مواجه شوید تا به خوب برسید» یا «شما باید درد و رنج را برای بدست آوردن پاداش تحمل کنید». بعضی افراد واقعاً به سختی قسمت ترش آبناب را می‌مکند تا به قسمت شیرین آن برسند. این کار به تنهایی می‌تواند موضوع یک گفتگو باشد و همچنین می‌تواند شما را تا حدودی در مورد اینکه احساسات ناخوشایند چقدر برای مراجعین شما قدرتمند هستند مطلع کند. سپس به آموزش مواجهه و پیشگیری از پاسخ ادامه می‌دهیم.

مواجهه درمانی، زمانی است که شما هدفمند در یک موقعیت ترسناک قرار می‌گیرید. با در معرض گذاشتن خود در مقابل برانگیزنده‌هایی که ترس و احساسات اضطراب آور را ایجاد می‌کند.

بازداری از پاسخ، زمانی است که از انجام هر رفتاری که شما را از موقعیت ترسناک یا از تجربه هیجان دور نگاه می‌دارد، خودداری کنید. این رفتارها شامل اجتناب، اجبارها (هر دو، روانی و رفتاری)، رفتارهای ایمنی و رفتارهای فرار است.

1 Goldin
2. warheads candy

سواری بر موج اضطراب

نه تنها از بین بردن رفتارهای اجتنابی مهم است، بلکه تحمل اضطراب همراه آن هم مهم است. ما اغلب این را سواری بر موج اضطراب^۱ می‌نامیم. شما تا کاهش اضطراب در معرض یک مواجهه باقی می‌مانید تا تحمل اضطراب‌تان افزایش یابد (سالکوسکیس^۲، ۱۹۹۱)

اگر از یک موقعیت تحریک‌کننده اضطراب قبل از اینکه اضطراب شما کاهش یافته باشد، کناره‌گیری کنید و توانایی اداره کردن احساسات‌تان را افزایش نداده باشید، شما فقط به مغزتان آموختید که موقعیت واقعا خطرناک است و مدار اضطراب را کامل کردید که تضمین می‌کند زمانی که با این موقعیت مواجه شوید، اضطراب را احساس خواهید کرد.

مغز به گونه‌ای سیم پیچی شده که بر اساس تجربه یاد می‌گیرد، اگر چیزی به ظاهر خطرناک به نظر آید آیا فرار می‌کنیم یا می‌مانیم؟ اگر فرار کنیم به مغزمان یاد دادیم که آن خطرناک است و دفعه بعد بیشتر مضطرب می‌شویم. بمانیم به مغزمان یاد می‌دهیم، می‌توانیم آن را تحمل کنیم و در خودمان اعتماد به نفس ایجاد می‌کنیم. ذهن آگاهی می‌تواند به یادگیری مهارت‌های لازم برای سوار شدن بر موج اضطراب سودمند واقع شود (فصل ۸)

در طول مواجهه درمانی می‌توانید از مقیاس واحدهای ذهنی آشفتگی برای کمک به مراجع استفاده کرد تا سطح مقیاس واحدهای ذهنی آشفتگی به ۵۰ درصد کاهش یابد. آنها یک مواجهه را چندین بار ادامه می‌دهند تا سطح شروع مقیاس واحدهای ذهنی آشفتگی آنها به ۵۰ درصد جایی که از اول آغاز کرده بودند، برسد. به‌عنوان مثال جو چندین ترس داشت که در حال درمان بود. همه آنها مربوط به ارتفاع بودند که موجب ترس او از یک مرگ ترسناک و دردناک شده بود. مقیاس واحدهای ذهنی آشفتگی او به شرح زیر است.

رتبه	موقعیت برانگیزانها	واحدهای ذهنی آشفتگی (-۰) (۱۰)	برای احساس بهتر داشتن چه کاری انجام می‌دهم
۱	پرواز	۱۰	اجتناب
۲	کوه پیمایی	۸	اجتناب
۳	سوار شدن ترن هوایی	۶	اجتناب
۴	بالا رفتن از برج	۴	اجتناب

جو و کیمبرلی با استفاده از مدل درمان شناختی - رفتاری مشارکتی تصمیم گرفتند، مواجهه و پیشگیری از پاسخ خود را که نقطه شروع آن بالا رفتن از برج بود را آغاز کنند، آنها روز و زمان بالا رفتن از برج را با هم تنظیم کردند و قصد داشتند بالا رفتن از برج را تا کاهش سطح اضطراب به درجه ۲ ادامه دهند.

جو متوجه شد که برج آنقدر که او تصور می‌کرد بلند نبود و بالا رفتن از آن مشکل نبود، درجه اضطراب جو هرگز ۴ نبود و ماندن بالای آن به مدت ۳۰ دقیقه برای او خسته کننده بود! جو موافق بود که او به یک کار سخت‌تر نیاز دارد، اما پارک تفریحی بسته بود، بنابراین او نمی‌توانست بالاترین درجه بعدی اضطراب خود را که سوار شدن ترن هوایی بود را تجربه کند. و تصمیم گرفت ساختمان - های بلند دیگری را برای بالا رفتن و نگاه کردن پیدا کند تا زمانی که درجه ترس او ۲ شود و بتواند ترس‌ها و احساسات خود را کنترل کند.

جو به سرعت تمایل داشت با ترس‌هایش روبرو شود و کنجکاو بود موقعیت‌هایی را پیدا کند که مواجهه با آنها منجر به موفقیت شود و همه این‌ها با اولین مواجهه او شروع شد.

1 . riding the wave of anxiety
2 . Salkovskis

جعبه ابزار بالینگر

سلسله مراتب مواجهه و پیشگیری از پاسخ



یک مثال از سلسله مراتب‌های ترس

مقیاس واحدهای ذهنی آشفتگی (۰-۱۰)	موقعیت (سلسله مراتب ترس از میکروپ)
۳	۱. استفاده از توالت عمومی که با کاور پوشیده شده
۳	۲. دست دادن با یک غریبه
۴	۳. استفاده از نوک انگشت (بدون دستکش) برای فشار دادن دکمه آسانسور
۵	۴. دست دادن با یک دوست
۵	۵. به اشتراک گذاشتن یک نوشیدنی با یک دوست
۵	۶. استفاده از توالت خانه یک دوست
۵	۷. خوردن غذا پس از افتادن بر زمین
۷	۸. استفاده از توالت عمومی که با کاور توالت پوشیده نشده
۸	۹. استفاده از حمل و نقل عمومی
۸	۱۰. به اشتراک گذاشتن غذا با یک دوست
۸	۱۱. خوردن غذا پس از افتادن بر زمین خانه یک دوست
۹	۱۲. خوردن سالاد بار
۱۰	۱۳. قرار گرفتن نزدیک کسی که به اختلال گوارشی، سرماخوردگی یا آنفلوآنزا مبتلا است

مقیاس واحدهای ذهنی آشفتگی (۰-۱۰)	موقعیت (سلسله مراتب ترس از رانندگی)
۳	۱. رانندگی در جاده‌های حومه شهر
۴	۲. رانندگی در بزرگراه دو بانده
۵	۳. رانندگی در خیابان‌های شهر
۸	۴. رانندگی در بزرگراه‌های طولانی
۸	۵. رانندگی داخل تونل
۹	۶. رانندگی بالای پل‌ها
۱۰	۷. رانندگی در بزرگراه‌های اصلی

نوبت شما است

برای مراجعی که شما با آن کار می‌کنید یک فهرست عوامل ایجاد کننده اضطراب (برانگیزانها) با نمرات مقیاس واحدهای ذهنی آشفتگی تهیه کنید.

رتبه	موقعیت برانگیزنده	مقیاس واحدهای ذهنی آشفتگی (۰-۱۰)	کاری را که برای بهتر شدن حسم انجام می‌دهیم

تجربه مواجهه درمانی

برای اینکه مراجع شما یک مواجهه موفق داشته باشد، یادآوری نکاتی مفید است:

- از آنها بخواهید نامه‌ای به خود بنویسید و اظهار کنند که اضطراب چه چیزهایی را از آنها گرفته است (آرامش، کار، سلامتی، روابط، شادی) و به چه دلیل مواجهه و پیشگیری از پاسخ را انتخاب کردند. (ارزشهایشان چیست، می‌خواهند زندگی‌شان چگونه باشد چرا؟)
- صفحه بعد نمونه‌ای از یک نامه انگیزشی را ببینید.
- در مورد مغز به مراجع‌تان آموزش دهید چرا مواجهه و پیشگیری از پاسخ همراه با تحمل اضطراب به آنها به ایجاد پاسخ‌های سالم‌تر به اضطراب و مدارهای مغزی جدید کمک خواهد کرد.
- به آنها یادآوری کنید که این یک رویکرد تیمی است. شما هر دو به‌عنوان کارآگاه خواهید بود که دریابید چه طور اضطراب از آنها در لحظات آسیب پذیر سوء استفاده می‌کند. راه حل‌های خلاقانه برای افزایش شجاعت در طول مواجهه برای مراجعین بیابید. اگرچه شما در تعیین تکالیف مواجهه با هم همکاری خواهید کرد، اما حرف آخر را مراجع خواهد زد که در واقع چه چیزی باید تمرین شود.
- نقش خود را به‌عنوان یک معلم، مربی و آموزش دهنده توضیح دهید.
- در مورد اهمیت یادگیری و کیفیت انتظار، پذیرش و اضطراب مجاز بحث کنید.
- اهمیت انجام دادن مواجهه و بازداری از پاسخ را به خودشان تاکید کنند - نه برای شما و دیگران.

دست نوشته شخصی

نامه انگیزشی اختلال وسواسی - جبری

اختلال وسواسی - جبری اعتماد به نفس، توانایی برای شاد بودن و احساس راحتی در کنار مردم را از من گرفته است. اغلب اوقات احساس می‌کنم توسط دیگران قضاوت می‌شوم. اختلال وسواسی - جبری توانایی مشارکت در برآورده کردن نیازهای مالی خانواده و اجتماع بزرگتر را از من گرفته است.

اختلال وسواسی - جبری، هر چه به تو قدرت بیشتری می‌دهم بیشتر افسرده می‌شوم. من احساس می‌کنم مجبورم با دیو بجنگم و فقط می‌خواهم تسلیم شوم، اما تو مرا بر این متمرکز کردی که، «من هرگز موفق نخواهم شد»، بنابراین من دوباره احساس شکست می‌کنم و اغلب اعصابی هستم، چون من از دنیا احساس بیگانگی می‌کنم، من نمی‌دانم جایم کجاست یا چرا من حتی اینجا هستم. اختلال وسواسی - جبری، تو این را از من گرفتی. با کار نکردن، من فکر می‌کردم آرامش بیشتری خواهم داشت و می‌توانم برای بهتر شدن کار کنم. در عوض، برای من فقط نگرانی‌های مختلفی را به همراه داشت که منجر به فلج شدن من شد. کار کردن یا نکردن، من نمی‌توانم از ناراحتی و اضطرابی که هر یک از اینها می‌آورد، فرار کنم. من احساس سردرگمی می‌کنم. نمی‌دانم که آیا گوش به فرمان تو بودن را ادامه دهم و یا منتظر شانس باشم و ببینم روی دیگر سکه چگونه است.

من ممکن است شکست بخورم. من ممکن است خانواده‌ام را ناامید کنم اما من باید تلاش کنم. اگر موفق شوم ممکن است حس خوبی به خودم داشته باشم. من قادر خواهم بود برای خانواده‌ام بهتر خدمات انجام دهم. من به تنظیم ساختاری مجبور خواهم شد که ممکن است خوابم را بهبود بخشد. من مجبور نیستم در مورد خرج کردن پول احساس گناه کنم. من در محافل اجتماعی شرکت خواهم کرد و حتی ممکن است دوستی‌هایم را گسترش دهم.

می‌دانم که انجام این کار بدین معنی است که من باید از طریق ناراحتی، اضطراب، شک و تردید و ترس از شکست جلو بروم. هر چند اگر تلاش نکنم هرگز متوجه نخواهم شد که آیا من موفق خواهم شد یا نه و مطمئنم که افسردگی من ادامه خواهد یافت، بدتر خواهد شد و من را نابود خواهد کرد. من از این درد عبور خواهم کرد و به کارم بر می‌گردم.

انواع مواجهه و پیشگیری از پاسخ

مواجهه و پیشگیری از پاسخ در داخل یا خارج از دفتر همراه مراجع شما خواهد بود. چندین راه مختلف برای انجام این کار وجود دارد که در ادامه توضیح داده شده است. این به شما کمک می‌کند پاسخ‌های شناختی و رفتاری خود را نسبت به برانگیزاننده‌ها ببیند و به شما اجازه می‌دهد برای تمرین پاسخ‌های سالم‌تر با آنها کار کنید. بسیاری از درمانگران این قسمت را از قلم می‌اندازند و مواجهه و پیشگیری از پاسخ را فقط به عنوان تکلیف می‌دهند، مواجهه واقعی (زنده) اطلاعات لازم را برای موفقیت مراجع در خانه فراهم می‌کند. از قلم نیندازیدش!

خود به خودی^۱: این مواجهه به طور طبیعی برای مراجع اتفاق می‌افتد. این شرایط ممکنه برای مراجعینی که عادت به اجتناب یا رها کردن اختلال اضطرابشان را دارند، استرس‌زا باشد که در طول روز بدون برنامه ریزی اتفاق بیفتد. تحمل این نوع مواجهه می‌تواند سخت باشد، ایفای نقش در یک جلسه و بحث و گفتگو در مورد بهترین راه حل برای کنترل مواجهه خود به خودی می‌تواند مفید باشد.

تصویر سازی ذهنی / نمایشنامه ای^۲: این مواجهه سازی زمانی انجام می‌شود که مراجع شما می‌ترسد و نمی‌تواند تمرین را انجام دهد، چیزی که آنها می‌ترسند ممکن است مربوط به گذشته باشد که به طور وسواسی وجود داشته باشد (اگر سقط جنین داشتیم چه؟)، یا چیزی که آنها در حال حاضر از آن می‌ترسند (من می‌ترسم شخصی را بکشم). در یک نمایشنامه تخیلی شما از مراجع می‌خواهید ترس خود را به عنوان بدترین کابوس با پایان بد بنویسید. آنها می‌توانند آن را ضبط کنند و بارها و بارها گوش کنند تا به افکار و احساساتشان عادت کنند. یا می‌توانند آن را بارها و بارها بخوانند تا سطح مقیاس واحدهای ذهنی آشفتگی به ۵۰ درصد کاهش یابد یا از مواجهه با آن خسته شوند.

درون نگرانه^۳: این نوع مواجهه اغلب برای اختلال وحشتزدگی استفاده می‌شود. بیشتر افراد مبتلا به اختلال وحشتزدگی برانگیزنده-ای ندارند، برای اینکه آنها از احساسات وحشتزدگی می‌ترسند. در این نوع مواجهه آنها القاء وحشتزدگی را تمرین می‌کنند و پاسخ خود را به آن احساسات یا حس‌های فیزیولوژیکی تغییر می‌دهند.

یک مثال از این نوع مواجهه ایجاد تنفس عمیق و سریع است از طریق نفس کشیدن با نی به طوری که نفس کشیدن از بینی صورت نگیرد. این کار را یک دقیقه با مراجع تان انجام دهید. علائم مختلفی از جمله عرق کردن، سرگیجه، فشارقفسه سینه و احساسی شبیه به اینکه نمی‌توانید هوای کافی استنشاق کنید، یک گفتگوی پرثمری فراهم می‌کند، اینکه چطور مراجعین با خودشان در مورد این احساسات صحبت می‌کنند، چه کاری باید انجام دهد وقتی این احساسات را دارند و چه طور می‌توانند مغزشان را برای کنترل خودشان آموزش دهند.

تمرین برنامه ریزی شده^۴: اینها مواجهه‌هایی هستند که شما در یک جلسه با مراجع تان تنظیم می‌کنید تا چند بار در یک روز، بین جلسات تمرین کند. یادگیری پاسخ جدید برای مواجهه سازی اضطراب کافی تولید می‌کند. البته نه آنقدر اضطراب زیاد که باعث رها کردن تمرین شود. بنابراین این موضوع اهمیت دارد که شما و مراجع همکاری برای مواجهه را تنظیم کنید، اجازه دهید مراجع بداند که این تمرین بی‌عیب و کامل نخواهد بود، هر روز بهتر از قبل خواهد شد، و موفقیت در تلاش نهفته است. در جلسه بعد از مواجهه، گفتگو در زمینه چگونگی مواجهه و اینکه چه طور آنها می‌توانند تغییر کنند، برای موفقیت بیشتر مراجع سودمند است.

تدوین یک مواجهه درمانی

مراجع ما جیمز را که حمله وحشتزدگی (آسیمگی) ناگهانی در مترو داشت را به یاد دارید؟ یاد دارید که اولین تمرین‌های مواجهه او با سطح مقیاس واحدهای ذهنی آشفتگی ۶ بود چون سطح پایین‌تر از آن در فهرست برانگیزنده‌های او وجود نداشت؟ او تصمیم

1. spontaneous
2. imaginary/script
3. interoceptive
4. planned practice

گرفت که روی خوردن وعده‌های کوچک سه بار در روز و پیاده‌روی در هر روز کار کند او اضطراب درجه ۶ برای انجام این فعالیت‌ها پیش بینی می‌کرد، اما متوجه شد که در دو روز اول تمرین درجه او به ۲ کاهش یافته است و بعد آن درجه به صفر رسید. وقتی که او برای جلسه دوم خود آمد، همسرش الیزابت را با خود آورده بود و تقاضا داشت که الیزابت به او کمک کند و مربی او باشد. جیمز عصبانی بود از اینکه اضطرابش مانع رفتن او به مترو می‌گردد و او می‌خواست به بالاترین آیتم فهرست برانگیزنده خود که درجه ۱۰ داشت پرش کند و با همسرش رفتن به مترو را تمرین کند. این به طور معمول مرحله بعدی در درمان شناختی - رفتاری نخواهد بود. با این حال ما می‌خواهیم آن را گاهی به دلایل مختلف به رسمیت بشناسیم. گاهی مراجع نمی‌خواهد یا نمی‌تواند بر اساس سلسله مراتب به راحتی و روان حرکت کند.

مثال‌های که می‌توانیم در مورد شروع مواجهه از یک نقطه متفاوت در سلسله مراتب بزنیم، یکی موقعیتی مثل موقعیت جیمز است، وقتی که مراجع یک چالش خاص را انتخاب می‌کند یا موقعیتی مثل ترس از پرواز وقتی که مراجع به زودی سفری در پیش دارد و زمان لازم برای انجام دادن همه مراحل آسان‌تر را در ابتدا ندارد. باید توجه داشته باشیم به محضی که مراجع متوجه شد که احتمالا او اضطراب خواهد داشت باید آماده باشد در همان موقعیت بماند تا زمانی که اضطراب او به ۵۰ درصد از آنچه که بوده، برسد. با انتخاب رویکردی مثل جیمز. ما نمی‌خواهیم مراجع از درجه بالای سطح مقیاس واحدهای ذهنی آشفستگی بترسد، و هرگز قصدمان این نیست که شما هم از آن بترسید.

چگونگی یاری رساندن در حین مواجهه

وقتی مواجهه زنده (واقعی) تمرین می‌کنیم، چند روش برای کمک به مراجع در حین مواجهه وجود دارد. یک روش ذهن آگاهانه می‌تواند بین یک مواجهه موفق و ناامید کننده فرق ایجاد کند. این بدین معنی است که مراجع شما نیاز دارد یاد بگیرد که چه طور در زمان حال حاضر باقی بماند. گفتگو کردن در مورد احساسات فیزیولوژی اضطراب و افکار آنها در مورد تجربه شان به شما در راهنمایی کردن آنها در حین مواجهه کمک خواهد کرد. از آنها درخواست کنید تجاربشان را، نه ترس شان را، به طور واقعی توصیف کنند، این کار به آنها کمک می‌کند. همچنین از آنها بخواهید یک روش جدید صحبت کردن در مورد یک تجربه اضطراب آور را توسعه دهند که قدرت اضطراب را کم می‌کند.

مهارت ذهن آگاهانه دیگر این است که به آنها یاد دهید تا از احساساتشان برای توصیف محیط اطرافشان استفاده کنند. این همچنین می‌تواند به مراجع کمک کند تا پاسخ خود را به برانگیزنده‌ها (عوامل تنش زا اضطراب) کاهش دهد.

توجه به تنفس می‌تواند مفید واقع گردد؛ اما فقط به مراجعین کمک کنید که تنفس شان را با بازدم‌های طولانی تنظیم کنند. افراد مضطرب تمایل دارند با اکسیژن زیاد نفس بکشند که از پاسخ جنگ و گریز حمایت می‌کند.

تمرکز بر تنفس، به عنوان روشی برای نگاه داشتن یک فضا برای تجربه مواجهه در حین سوار بودن بر موج اضطراب، می‌تواند یک روش استفاده از تنفس باشد. تنفس، پاسخ به استراحت و هضم را فعال می‌کند و تمایل به مقابله با پاسخ و جنگ و گریز دارد، بنا براین بازدم طولانی بهتر است.

هر تلاشی که آنها جهت تمرین مواجهه و پیشگیری از پاسخ انجام دادند را جشن بگیرید، حتی نتایج خیلی کوچک را. تشویق کمک می‌کند تا مراجع بر مواجهه باقی بماند و در برابر اضطرابشان بیشتر مقاومت کنند. توجه کردن به تلاش‌های شجاعانه آنها به جای نتیجه عمل، نیز می‌تواند مفید واقع گردد.

با آنها در مورد تغییر روابطشان با ترس صحبت کنید. ترس و اضطراب همیشه بخشی از زندگی آنهاست. اینکه آنها چه پاسخی به این تجارب می‌دهند، می‌تواند مسیر اختلال اضطرابی آنها را تغییر دهد.

روشن کردن این موضوع برای مراجع که چرا در حال مواجهه درمانی هستیم هم می‌تواند مفید واقع گردد. شناسایی ارزشهای مراجع تان و برگشتن به نامه انگیزشی که آنها برای خودشان نوشته بودند، می‌تواند یک یادآوری واضحی از اینکه چرا آنها در حال روبرو شدن با ترس‌هایشان هستند، باشد. ما مراجع‌ای داریم که به اختلال وحشتزدگی همراه آگورافوبیا مبتلا است، او نشانه‌ای را در آستانه

اتاق آویزان کرده که می‌گوید، به عقب نگاه نکن، تو اینطوری نیستی! این به تمرین مواجهه‌اش در خانه کمک می‌کرد. از طریق یادآوری این که او به یک آینده سالم بیشتر از یک زندگی کوچک و به انزوا کشیده شده همراه با اضطراب بها می‌دهد. تغییر هیجان در حین مواجهه به مراجع قدرت می‌دهد و خشم، اشک و ناامیدی به اضطراب قدرت می‌دهد. خنده می‌تواند اضطراب را از بین ببرد.

یک جمله جهت توجه: مراجع شما نیاز دارد در حین مواجهه بخندد یا بخش مضحکه ترسش را حین مواجهه ببیند. اگر شما یک مواجهه را بدون موافقت مراجع اجرا کنید می‌توانید نتیجه منفی دهد، در نظر نگرفتن احساسات مراجع مثل این است که شما متوجه قدرت احساسات اضطراب آور نیستند.

استفاده از پاداش

اینکه آیا شما با یک کودک، نوجوان یا بزرگسال کار می‌کنید، پاداش‌ها می‌تواند در حین مواجهه و پیشگیری از پاسخ تفاوت زیادی داشته باشد، به یاد داشته باشید شما در حال پاداش دادن به شجاعت هستید، بنابراین بحث در مورد شجاعت مفید به نظر می‌رسد. پاداش برای تلاش داده می‌شود، چه نتیجه خوگیری با اضطراب باشد یا نباشد. اول یک فهرستی از چیزهایی که موجب انگیزه مراجع حین مواجهه می‌شود را تهیه کنید من در کلینیک یک جعبه پاداش دارم که از اقلام فروشگاه دلار پر شده است این جعبه پاداش برای بچه های کوچک می‌تواند مفید باشد. نوجوانان از پاداش کلامی قدردانی می‌کنند، بزرگسالان هم خیلی خوب می‌توانند راه‌هایی برای پاداش دادن خودشان پیدا کنند.

پاداش کوچک

- اجازه برای تماشای تلویزیون
- یک لیوان بستنی مخصوص
- شب منزل یک دوست ماندن

پاداش متوسط

- یک دلار برای هر مواجهه
- شام در یک رستوران انتخابی
- دیدن یک فیلم

پاداش بزرگ

- چادر جدید برای کمپینگ
- یک سگ / گربه / خزنده
- اسکی آخر هفته

ارائه تکلیف

تمرین خارج از جلسه، کلید غلبه بر اختلالات اضطرابی یا اختلال وسواسی _ جبری است. آموزش روانی شامل آموزش مراجع به‌منظور ایجاد مدارای مغزی جدید است. آنها باید یک پاسخ جدید را منظم، مکرر و شدید تمرین کنند. این بدان معنی است که هر چه آنها بیشتر تمرین کنند، بهتر است. همچنین برای آنها مهم است که فرصتی برای تمرین روزانه فراهم آورند و سعی می‌کنند حتی یک

روز را از دست ندهند. حتی اگر یکبار بیشتر آنها با عوامل تنش‌زای (برانگیزنده‌ی) فهرست‌شان مواجهه شوند، فرصتی برای به چالش کشیدن شدت مواجهه خواهد بود. شاید متعجب شوید چرا مواجهه سازی زیاد مهم است. تحقیقات نشان داده است که این عمل می‌تواند بهترین روش برای مراجع باشد تا به مغزشان آموزش دهند که دیگر نمی‌ترسند (گلیهن، ولیمز، مالکان، یادین و فوآ، ۲۰۱۲). همچنین به مراجع آموزش دهید از برانگیزنده‌های کوچک سلسله مراتب اضطراب، کار را شروع کنند. شروع برانگیزنده‌های خیلی بالا ممکن است سخت باشد. آنها در معرض مواجهه قرار گیرند تا سطح مقیاس واحدهای ذهنی آشفتگی به ۵۰ درصد کاهش یابد و مواجهه شان را چند بار در روز انجام دهند تا سطح اولیه مواجهه آن ۵۰ درصد کمتر از زمانی باشد که شروع کردند. زمانی که آنها به این سطح رسیدند آنها می‌توانند به برانگیزنده‌های بعدی از سلسله مراتب حرکت کنند. برگه ثبت تمرین مواجهه در صفحه بعد می‌تواند به مراجع داده شود تا در خانه تمرین مواجهه خود را یادداشت کند این عمل مسئولیتی را در خانه ایجاد می‌کند و اجازه می‌دهد آنها از افکار و احساساتشان و اعمال قبل، در حین و بعد مواجهه آگاه باشند همچنین اطلاعات خوبی برای گفتگو با مراجع تان در جلسه آینده فراهم خواهد کرد.

ما برای شما نیز یک دفترچه ثبت مواجهه که در صفحات بعدی خواهید دید آماده کرده‌ایم که یک نوع کوتاه‌تر ثبت تمرین مواجهه است. شما همراه مراجع تان می‌توانید تصمیم بگیرید که کدام نوع از مواجهه برای تمرین شان مفیدتر خواهد بود.

مثال

هانا یازده ساله موافق بود که با ترس از عنکبوت خود، با استفاده از مواجهه برنامه‌ریزی شده روبه‌رو شود. او با نوشتن کلمه عنکبوت شروع کرد. این عمل درجه ۳ را از مقیاس ۰ تا ۱۰ را به خود اختصاص داده بود. او به نوشتن کلمه عنکبوت در دفترچه مدرسه و برآینه حمام ادامه داد، او حتی در آن هفته یک داستان در مورد عنکبوت‌ها برای کلاس انگلیسی‌اش نوشت. زمانی که اضطراب زیادی در مورد نوشتن کلمه عنکبوت احساس نکرد، سراغ گوگل در مورد تصاویر عنکبوت‌ها رفت که درجه ۵ را از مقیاس واحدهای ذهنی آشفتگی به خود اختصاص داده بود. او همچنین توافق کرد به تصاویر عنکبوت‌ها هر روز قبل از رفتن به شبکه‌های اجتماعی نگاه کند، وقتی که اضطرابش پایین آمد؛ و به رتبه ۲ یا ۳ رسید. او توافق کرد با یک دوست در طول زنگ تفریح به دنبال عنکبوت‌ها بگردند که درجه مقیاس واحدهای ذهنی آشفتگی این عمل درجه ۹ بود، اما دوستش آن را به نوعی سرگرمی تبدیل کرده بود، او خیلی سریع به درجه ۵ رفت و در پایان تمرینش او قادر بود اضطرابش را در طول مواجهه واقعی با عنکبوت کنترل کند. برای مراجع مهم است که یک دفتر ثبت وقایع روزانه از تمرین مواجهه داشته باشند. بدون داشتن سابقه‌ای از آنچه انجام شده، اضطراب قوی به چیزهایی که هنوز باقی مانده توجه می‌کند، نه اینکه چه پیشرفت‌های صورت گرفته است. دفتر وقایع روزانه باید شامل موارد زیر باشد.

- مواجهه چه بوده؟
- سطح مقیاس واحدهای ذهنی آشفتگی قبل، در حین و بعد از مواجهه؛
- افکار مراجع قبل، در حین و بعد از مواجهه؛
- احساس جسمی که در حین قرار گرفتن در مواجهه تجربه کردند و چقدر آن احساسات ادامه داشته است.

کاربرگ

ثبت تمرین مواجهه درمانی

تاریخ:

تمرین مواجهه:

قبل از مواجهه: آشفته‌گی مورد انتظار (۰-۱۰):

- افکار، احساسات و رفتارها قبل از مواجهه درمانی:
- افکار، احساسات و رفتارها در حین مواجهه درمانی:
- افکار، احساسات و رفتارها بعد از اتمام مواجهه درمانی:

تعداد دفعاتی که مواجهه درمانی صورت گرفته است:

حداکثر پریشانی در حین کار (۰-۱۰):

پریشانی در پایان کار (۰-۱۰):

هرگونه تلاش برای اجتناب از هیجانات (حواس پرتی، رفتارهای ایمنی، اطمینان مجدد و غیره)؟

.....

شما از این روش مواجهه درمانی چه چیزی بدست آوردید؟

.....

آیا پیامدهای ناشی از ترس برای شما رخ داده است؟ اگر چنین است، چقدر شما قادر بودید با آنها کنار بیایید؟

.....

جعبه ابزار بالینگر
گزارش مواجهه درمانی



۱. تاریخ:

مواجهه درمانی:

سطح مقیاس واحدهای ذهنی آشفتگی (۰-۱۰): قبل در حین: بعد:

افکار: قبل در حین: بعد:

احساسات جسمی قبل در حین: بعد:

طول مدت احساسات جسمی:

۲. تاریخ:

مواجهه درمانی:

سطح مقیاس واحدهای ذهنی آشفتگی (۰-۱۰): قبل در حین: بعد:

افکار: قبل در حین: بعد:

احساسات جسمی قبل در حین: بعد:

طول مدت احساسات جسمی:

۳. تاریخ:

مواجهه درمانی:

سطح مقیاس واحدهای ذهنی آشفتگی (۰-۱۰): قبل در حین: بعد:

افکار: قبل در حین: بعد:

احساسات جسمی قبل در حین: بعد:

طول مدت احساسات جسمی:

نوبت شماست

با استفاده از این اطلاعات، خود را با چیزی که برای شما ترس / اضطراب ایجاد می‌کند مواجهه کنید و برگه ثبت تمرین مواجهه را پر کنید.

کارکردن با مقاومت در مواجهه

اگر مراجع شما انجام یک مواجهه را رد کند چه؟ سعی کنید به اضطراب اجازه ندهید تا برای شما قلدری کند. یک مربی خوب قدرت اضطراب اولیه را که یک شخص در شروع مواجهه می‌تواند احساس کند را درک می‌کند. یک پاسخ مفید وقتی که آنها مقاومت می‌کنند می‌تواند این باشد «شاید باور نکنید که می‌توانید مواجهه برنامه ریزی شده ما را انجام دهید. کدام قسمت آن را می‌توانید انجام دهید؟» سپس شما دوباره یک تیم شوید کوچک‌ترین بخش مواجهه را که می‌تواند تمرین کند را پیدا کنید. مهم نیست که چقدر کوچک است، مهم این است که آنها موفق شوند. این موجب می‌شود که رفتن به مواجهه بعدی و تحمل اضطراب بیشتر آسانتر گردد. مقاومت طبیعی است گوش دادن به آمیگدال و اجتناب از ناراحتی و خطر به طور غریزی صورت می‌گیرد. در اینجا چند نکته درباره نحوه برخورد با مقاومت ارائه می‌شود.

- نپرسید «آیا می‌خواهید این مواجهه را انجام دهید؟» یک مراجع هرگز نخواهد گفت که کاری را که او از آن وحشت دارد، انجام خواهد داد. در عوض، منطق انجام دادن مواجهه‌ها را توضیح دهید و به آنها حق انتخاب دهید که می‌خواهند با چه سطحی از مواجهه شروع کنند.
- اگر آنها می‌گویند برای تمرین مواجهه وقت ندارند، از آنها بپرسید چقدر زمان صرف انجام رفتارهای اجتنابی و اجباری می‌کنند. به آنها کمک کنید روشی را برای فائق آمدن بر موانع ادراک شده پیدا کنند از جمله استفاده از بازسازی شناختی.
- بازگشت به آموزش روانی^۱. از آنها بخواهید به شما در مورد مغزشان و چرا مواجهه درمانی مفید است آموزش دهند.
- مواجهه و پیشگیری از پاسخ را به بخش‌های کوچک تقسیم کنید. اغلب ما مواجهه را از سطح خیلی بالا در سلسله مراتب شروع می‌کنیم. فقط مسئولیت اشتباه کردن و شروع کردن از سطح خیلی بالا را بپذیریم. سپس ببینیم آنها چه چیزی می‌توانند انجام دهند، به جای صحبت درباره آنچه آنها نمی‌توانند انجام دهند.
- پاسخگویی برای مقاومت بسیار مفید است. به خاطر داشته باشید شرکت دادن اعضای خانواده و دوستان و جلب مسئولیت در انجام تمرین روزانه انرژی را در درمان افزایش می‌دهد. فرستادن یک پیام متنی به یک دوست بعد از یک مواجهه کامل می‌تواند خیلی مفید واقع گردد.
- بعضی اوقات افراد سیستم‌های حمایتی ندارند تا آنها را پاسخگو یا مسئولیت پذیر نگه دارد. در این مورد، ما از مراجع می‌خواهیم یک پست صوتی یا ایمیل در پایان هر روز به ما دهد و اطلاع دهد که مواجهه‌هایش را کامل کرده است. از آنها بخواهید یک دفتر ثبت وقایع روزانه دقیق داشته باشند، بنابراین شما می‌توانید در مورد تجربه آنها در جلسه آینده گفتگو کنید.

چه کاری را نباید انجام دهید

کیمبرلی به تازگی یک مراجع مبتلا به اختلال وسواسی - جبری با مسئولیت پذیری بالا داشت. برانگیزنده (عامل تنش زا) او آسیب دیدگی کمر پسرش بود. او پسرش را به دکتر برد و به دکتر گفت که قلنج کمر پسرش را شکسته است. به او گفته شد پسرش را وادار به درمان فیزیوتراپی کند، در جلسه روان درمانی او می خواست بداند که آیا کار درستی انجام داده که گفته او قلنج کمر پسرش را شکسته است. کیمبرلی گفت فکر نمی کند که این واقعاً مسئله مهمی باشد. خیلی از افراد قلنج کمرشان را می شکنند او می خواست بداند که به فیزیوتراپیست بگوید که قلنج را شکسته یا نه، او همچنین به کیمبرلی گفت که هر گز دوباره قلنج کمر پسرش را نخواهد شکست و از کیمبرلی سوال کرد که در مورد شکستن قلنج کمر چه فکری می کند.

این نمونه‌ای از همکاری در اجبار است. کیمبرلی در اجبار این مراجع گرفتار بود زیرا مسئول بود به سوالاتش پاسخ دهد و در گفتگوش در مورد قلنج کمر شرکت کند. بسیاری از درمانگران همکاری در اجبار دارند بدون درک این موضوع که آنها با مشغول شدن به محتوای ترس مراجع شان، به اضطراب آنها قدرت بیشتری می دهند.

در ادامه مواردی وجود دارد که نباید هنگام مواجهه و پیشگیری از پاسخ انجام داد.

- نباید به محتوای ترس چسبید یا وصل شد، در عوض آن را به عنوان اضطراب شناسایی کنید و به مراجعین کمک کنید با عدم اطمینان و ناراحتی ناشی از قطعی نبودن پاسخ، زندگی کنند.
- اطمینان آفرینی مجدد به مراجع ندهید. هر اطمینانی که شما می دهید تا آنها در طول مواجهه احساس بهتری داشته باشند به مداری در مغز متصل می شود که به آمیگدال آنها می گوید آنها نمی توانند افکار و احساسات شان را کنترل کنند برای اینکه شما باید کمک کنید تا آنها احساس بهتری داشته باشند.
- به فرایند روانکاو مشغول نشوید. آن مثل یک سوراخ خرگوش است شما نمی خواهید به پایین بروید. فهمیدن این که ترسها از کجا آمده اند به تغییر مغز کمک نخواهد کرد - مواجهه و پیشگیری از پاسخ به تغییر مغز کمک خواهد کرد.
- آرام سازی را به آنها آموزش ندهید. هدف ما کمک به مراجع جهت کنترل کردن احساسات است و آرام سازی سعی می کند فرد را از این احساسات خلاص کند. آرام سازی می تواند به عنوان یک بخش از برنامه سلامتی به فرد کمک کند تا زیر استانه استرس باقی بماند. آنها در طول مواجهه مفید نیستند. مراجع نیاز دارد هدایت کردن موج اضطراب را یاد بگیرد.
- به مدت طولانی به داستان اضطراب آنها گوش ندهید، احترام بگذارید و با مراجع تان معاشرت داشته باشید. تا مراجع برجسته ترین و مهم ترین برانگیزنده ها (عوامل تنش زا) را به شما بگوید، اما توضیح دهید که گفتن داستان می تواند بخشی از اجبار آنها باشد که آنها به کار می برند تا احساس بهتری داشته باشند. درست این است که مودبانه قطع اش کنید؛ و آنچه را که از داستان نیاز دارید را توضیح دهید؛ و شروع به طرح ریزی مواجهه و پیشگیری از پاسخ برای مواجهه با ترس کنید.

کار کردن شجاعانه

بعد از صحبت با درمانگری که با پسر بچه‌ای که از زنبورها ترسیده بود، کار می‌کرد آگاه شدیم که او و پسر پیشرفت شگرفی داشتند. آنها یک داستان درباره زنبورها گفته بودند، فیلمی در مورد زنبورها دیده بودند و عروسک انگشتی کاغذی کوچک ساخته بودند و در کلینیک وز وز می‌کردند.

مادرش همچنین آموخته بود که مواجهه را در خانه به او آموزش دهد و پسر توانست برگردد به کمپ تابستانی‌اش، جایی که از آن اجتناب می‌کرد،

برای اینکه آنها ناهار را بیرون می‌خوردند و این کار زنبورها را جذب می‌کرد. این یک موفقیت فوق العاده‌ای بود به‌ویژه به دلیل اینکه درمانگر آموزش قبلی در درمان شناختی - رفتاری نداشت. زمانی که ما به موفقیت او اشاره کردیم، درمانگر خوشحال شد! گاهی اوقات ما باید مواجهه شدید انجام دهیم در فصل ۱۰ درباره آن صحبت خواهیم کرد؛ اما برای این مورد و خیلی از موارد دیگر نیاز نیست. خاطر جمع شوید که در هر مرحله از یادگیری مواجهه و پیشگیری از پاسخ به خود امتیاز می‌دهید. این مهارت‌های مهم را به مراجع تان آموزش دهید. درمان مثل معادلات میدانی انشتین نیست که تاثیرات جاذبه بر فضا و زمان را توضیح دهد، جایی که قوانین پیچیده و ثابت اعمال می‌شود. مواجهه و پیشگیری از پاسخ انعطاف پذیر است هیچ دو درمانگری با یک مراجعی دارای یک مشکل مشابه به یک صورت مشابه برخورد نخواهند کرد؛ و نتیجه یکسانی بدست نخواهند آورد و هیچ دو مواجهه‌ای دقیق به یک شیوه پیش نمی‌رود. اگر می‌توانید از یک درمانگر دیگر که این کار را می‌کند مشاوره موردی بگیرید.

برای اینکه اضطراب شما را به اشتباه می‌اندازد. خواه یک درمانگر تازه کار یا با تجربه باشد. این یک بخش از فرایند درمان اضطراب و اختلال وسواسی - جبری است؛ بنابراین از تجربه یاد بگیرید و برگردید به انجام کار مهم درمان مراجعی که به کمک تان احتیاج دارد.

<ul style="list-style-type: none"> • مواجهه و پیشگیری از پاسخ اولین درمان مبتنی بر شواهد اضطراب و اختلال وسواسی - جبری است. • اجتناب نقش مهمی در حفظ اختلالات اضطرابی ایفا می‌کند. این مهم است که توانایی هدایت کردن موج اضطراب را در حین مواجهه و پیشگیری از پاسخ توسعه دهید. • بسته به نوع اضطراب، انواع مختلفی از تمرین مواجهه سازی وجود دارد که می‌تواند در داخل یا خارج از کلینیک مفید باشد. • آماده سازی یک مراجع برای مواجهه، به آنها کمک خواهد کرد تا موفق شوند. شما یک تیم هستید. انجام دادن مواجهه با یکدیگر به هر دوی شما کمک می‌کند تا به وضوح در مورد ترس و افکار و احساسات همراه ترس مطلع شوید. • این به شما کمک خواهد کرد تا بهتر مواجهه‌ها را برای تمرین مراجع در خانه فراهم کنید. • پاداش دادن به یک مراجع بعد از مواجهه موجب ایجاد انگیزه می‌شود. • شروع با یک مواجهه و پیشگیری از پاسخ کوچک، بهترین روش تجربه موفقیت و افزایش توانایی برای انجام مواجهه‌ی چالش برانگیز تر است. • شوخی و سرگرمی هنگام تمرین داشته باشید. تغییر هیجان از ناراحتی به شادی می‌تواند اضطراب را از بین ببرد. • پای اعضای خانواده و دوستان را به میان بکشید تا بخشی از راه حل باشند و به پذیرش مسئولیت آنها کمک کند. • تنها راه تغییر تجربه یک ترس، تمرین روبرو شدن با آن و احساس آن و انجام دادن برخلاف آن در بیشتر اوقات است. 	<p>نکات برجسته فصل</p>
---	-------------------------------

گام بعدی را بردارید

- ارائهٔ تکلیف به مراجع (در مورد آنچه انجام می‌دهند دقیق باشید)
- هر چند وقت به چند وقت، مراجع شما باید این را تمرین کند؟
- مراجع شما باید چه مدت این مواجهه را تمرین کند؟
- از چه رفتارهای ایمنی / اجباری مراجع، باید خودداری کند؟
- از این که مراجع شما چگونه می‌تواند خود را در طول مواجهه توصیف کند، نمونه ای بنویسید.

فصل ۶

مشارکت اعضای خانواده و دوستان در درمان

در جلسه اول، از مراجعین درخواست می‌کنیم که اعضای خانواده و دوستان خود را در یک جلسه به کلینیک دعوت کنند، در این صورت می‌توانیم بیشتر در مورد اضطراب مراجعین اطلاعات کسب کنیم و خانواده و دوستان هم در مورد اینکه چه طور می‌توانند بخشی از فرایند بهبود باشند، اطلاعات بیشتری کسب خواهند کرد. اعضای خانواده می‌توانند یک بخش مهمی از فرایند ارزیابی باشند و نیز درک بهتری از نقشی که آنها در نهادینه کردن اضطراب دارند، به شما می‌دهد. همانطور که در فصل ۳ بحث شد، هم درک علائمی که مراجع در حال تجربه است و هم عملی که آنها و دیگران در پاسخ به آن علائم انجام می‌دهند، حائز اهمیت است. به همان اندازه توانایی یادگیری خانواده یا دوستان در مورد اضطراب نیز مهم است و وقتی یکی از عزیزانشان در معرض عامل اضطراب قرار می‌گیرد، چگونه پاسخ دهند و چگونه تا انتهای یک مواجهه آنها را رهبری کنند.

به‌تازگی کمیبرلی زنی را مورد ارزیابی قرار می‌داد که نگران بود اتفاقات بدی برای فرزندانش که حالا دیگر نوجوان و جوان بودند، رخ دهد. پاسخ او به ترسش در طی سالها این بود که از خطرات بالقوه برای فرزندانش بیش از حد آگاه باشد. او همچنین مانع رفتن فرزندانش به مکان‌هایی و انجام کارهایی که ممکن بود نا امن باشد، می‌شد.

کمیبرلی از او تقاضا کرد که همسر و فرزندانش را یک جلسه به کلینیک دعوت کند، او مایل بود همسرش را دعوت کند اما در ابتدا مشارکت فرزندانش را رد کرد تا از آنها در برابر بیماریش محافظت کند. مشارکت دادن اعضای خانواده اغلب مانند انجام یک مواجهه می‌باشد.

مانند هر کار مواجهه‌ی دیگری، کمیبرلی موافقت کرد کار مواجهه را با همسر او شروع کند. حضور او (شوهر) خیلی مفید بود برای اینکه او با همسرش مهربان بود؛ اما برای کمیبرلی آشکار بود که چقدر اضطراب خانوم بر روی هر یک از اعضای خانواده تاثیر گذاشته است. اعضای خانواده به او (خانوم) عشق می‌ورزیدند، اما او (شوهر) برای کاهش ترس‌های همسرش چیزی زیادی نمی‌دانست، او (شوهر) تقریباً همیشه به همسرش قوت قلب می‌داد. کمیبرلی به او (شوهر) در مورد اضطراب و مغز آموزش داد. مراجع می‌تواند چیزهایی را بگوید و انجام دهد که مفید واقع شود و چیزهایی که مفید نبودند را مرور کند. هر دوی آنها برای درک بهتر اضطراب از کمیبرلی سپاسگزار بودند و با احساس امیدواری که درمان خوبی وجود دارد، آنجا را ترک کردند.

در پایان جلسه، شوهر به همسرش گفت که او واقعا می‌خواهد فرزندانشان در یک جلسه حضور داشته باشند. او (مراجع) نگران دختر ۲۰ ساله اش بود که علائم اختلال وسواسی - جبری را نشان می‌داد این موجب نگرانی مراجع شد، زیرا او عقیده داشت که نتوانسته است دخترش را از بروز بیماری روحی محافظت کند.

آنها تصمیم گرفتند مشارکت فرزندانشان خود را در روند درمان به تاخیر بیندازد، سپس مواجهه و پیشگیری از پاسخ را شروع کردند. با مشاهده سود بخش بودن درمان او موافقت کرد که ۳ فرزندش را هم در روند درمان سهیم کند. آنها بی‌محابا می‌گفتند که چقدر مادرشان را دوست دارند اما اینکه چقدر ناامید کننده بود با اضطراب والدین رشد کنند. این منجر به اختلاف زیادی بین مادر و دختر شده بود. آموزش زیادی به این خانواده داده شد که چگونه به مادرشان / همسر در مقابل اضطراب کمک کنند.

نوبت شماست

- آیا شما هنگام درمان یک مراجع مضطرب یا اختلال وسواسی - جبری اعضای خانواده را مشارکت می‌دهید؟
- چه کار انجام خواهید داد وقتی که یک مراجع با مشارکت خانواده در روند درمان مقاومت می‌کند؟
- آیا مراجع ای داشته‌اید که هیچ حامی نداشته باشد؟ آنگاه چه کاری انجام دادید؟
- موقعیتی را شرح دهید که با دعوت خانواده / دوستان در نتایج درمان تغییر ایجاد شد.

ارزیابی مساعادت خانواده

در ابتدا، این موضوع حائز اهمیت است که نقشی را که خانواده / دوستان در مساعادت مراجع دارند را مورد ارزیابی قرار دهیم. فصل ۴ را به یاد داشته باشید: هر آنچه را که خانواده / دوستان برای کمک به مراجع انجام می‌دهند تا حس بهتری داشته باشد تنها باید مربوط به مدار اضطراب و حصول اطمینان از اضطراب آینده باشد. پس از ملحق شدن خانواده به مراجع و آموزش در مورد مغز مضطرب ما چندین سؤال می‌پرسیم.

- وقتی اضطراب تام برانگیخته می‌شود چه می‌کنید؟
- چه چیزی مفید است و چه چیزی مفید نیست؟
- آیا فکر می‌کنید قادرید به تام زمانی که نیاز به قوت قلب داشت، قوت قلب دهید؟
- آیا شما به تام کمک می‌کنید از چیزها و موقعیت‌هایی که موجب اضطرابش می‌شود، دوری کند؟
- آیا شما به او کمک می‌کنید تا بتواند اجبارهایش را کامل کند؟
- آیا چیزی هست شما به خاطر اضطراب تام انجام نمی‌دهید؟ مانند تفریحات

برای مفرح شدن جلسه، اغلب هشدار می‌دهیم « هر چیزی شما به من بگویید در طول جلسات علیه شما مورد استفاده قرار می‌گیرد و ما می‌خندیم. در طول ارزیابی ممکن است برای شما مفید باشد که اعضای خانواده مقیاس همکاری خانواده را برای اختلال وسواسی - جبری پر کنند (لیوویتز^۱ و همکاران، ۲۰۱۲). در حین جمع‌آوری این اطلاعات شما قادر خواهید بود تصویر واضح‌تری داشته باشید از کسی که شخص مضطرب برای کمک گرفتن به سراغش می‌رود. ما به خانواده‌ها می‌گوییم همیشه اضطراب به ضعیف‌ترین حلقه می‌رود، بنابراین ما نیاز داریم مطمئن شویم همه افراد شرکت‌کننده قوی هستند! روشی که موجب می‌شود آنها قوی شوند داشتن اطلاعات خوب است که از شما به آنها می‌رسد. شما نیز اطلاعاتی در مورد اجبارها و رفتارهای ایمنی‌ساز جمع‌آوری خواهید کرد. اغلب مراجع این رفتارها را بخشی از اختلال شان نمی‌بینند، زیرا این رفتارها فقط بخشی از سبک زندگی آنها شده است. اگر آنها این رفتارها را بخشی از اختلال شان نبینند، چه طور با شما در میان بگذارند؟ به همین علت است که مشارکت خانواده و دوستان بسیار مهم است.

آموزش خانواده و دوستان

بعد از ارزیابی برای مساعادت، مغز مضطرب را به خانواده آموزش می‌دهیم (به فصل ۴ مراجعه شود). بخشی که توضیح می‌دهیم این است که صحبت کردن با کسی که سطحی از اضطراب را دارد بسیار نا امیدکننده است. برای اینکه شخص محبوب ما با مواد شیمیایی جنگ و گریز در حال هدایت است، ذهن هوشیار آن فعال و در حالت معقول خود نیست. بنابراین به جای صحبت با تام (مثال قبلی)، آنها در واقع با اضطراب صحبت می‌کنند که حریف توانمندی است. در طول این جلسات ما اغلب از مراجع می‌خواهیم یک تصویر از مغز مضطرب خود رسم کنند (فصل ۴) و آن را به خانواده / دوستانشان شرح دهد. در پایان می‌پرسیم چه طور آنها خواهند دانست که شخص محبوبشان بهتر است. چه چیزهایی در زندگی آنها تغییر خواهد یافت؟ چه کارهایی را خواهند انجام داد که تا به حال انجام نداده‌اند؟ وقتی اوضاع بهتر شود خانه چه طور به نظر می‌آید؟

1. Lebowitz

➤ یک متن در مورد اضطراب برای آموزش اعضای خانواده بنویسید.

مربی گری از طریق یک برانگیزنده اضطراب / تکلیف مواجهه و پیشگیری از پاسخ

وقتی که همه با هم همکار و هم هدف شدند، آموزش در مورد نحوه پاسخگویی با یک روش مفید در طول دوره اضطراب یا وقتی که مراجع در حال تمرین تکلیف مواجهه و پیشگیری از پاسخ است را شروع می‌کنیم. ایفای نقش¹ در طول جلسه می‌تواند برای مراجع و خانواده یا دوستان بسیار مفید باشد. آموزش شخصی به روش درست در طول اضطراب می‌تواند به شدت چالش برانگیز باشد چون آن اغلب برخلاف چیزی است که به طور طبیعی وجود دارد. وقتی که ما یک فرد مهربان و یاری رسان یکی از اعضای خانواده باشیم، در واقع ما ممکن است به ماندگاری اضطراب او کمک کنیم. نکات زیر را برای اضطراب و اختیارات مربیان اختلال وسواسی - جبری ارائه دادیم، و مراحل بعدی را که وقتی در کلینیک نیستند و در خانه تمرین می‌کنند را مرور کردیم.

به داشتن یک مربی تمرین از اعضای خانواده یا دوست که به مهارت لازم رسیده است در جلسه مطمئن گردید. باز خوردی که مراجع به کارهایی که خانواده‌اش انجام می‌دهند، می‌تواند جالب باشد. تغییر زبان اعضای خانواده یا دوست وقتی که با شخص مضطرب روبرو می‌شوند به مراتب سخت‌تر از وادار کردن مراجع به تمرین مواجهه‌هایش است.

1 . role-playing

دست نوشته شخصی

نکاتی برای مربیان اضطراب و اختلال وسواسی - جبری

- ۱- به شخصی که مضطرب یا مبتلا به اختلال وسواسی - جبری است قوت قلب ندهید. احساسات ناراحت کننده آنها را تایید کنید و کمک کنید تا آنها را بدون حل مشکل تحمل کنند.
- ۲- به یاد داشته باشید وحشت زدگی و اضطراب واکنش طبیعی بدن هستند و مضر نیستند.
- ۳- یک راهنمای تشویق گر باشید آنها را قانع کنید که می توانند احساسات اضطرابی و افکار اختلال وسواسی - جبری را بدون انجام کاری برای حس بهتر، تحمل کنند.
- ۴- آنها را به چالش بکشید تا حس بدتری داشته باشند، اگر آنها می توانند به یک عنکبوت نگاه کنند، آیا می توانند آن را لمس نیز کنند؟
- ۵- برای تغییر هیجان به آنها کمک کنید. خشم، سرخوردگی و مقاومت به اضطراب قدرت می دهد، خنده می تواند آن را از بین ببرد!
- ۶- به شخص مضطرب، ارزیابی سطح اضطراب از ۵ تا ۱۰ را آموزش دهید (صفر نفس راحت و ۱۰ حمله پنیک)
- ۷- شخص مضطرب را با این احساس باقی بگذارید تا اضطرابش به ۵۰ درصد کاهش یابد. بنابراین آنها را با احساسات بد به چالش بکشید تا تحمل آنها بیشتر شود.
- ۸- به اضطراب قدرت یا اجازه ندهید که شما را توسط عوامل تنش زای شخص مضطرب به هر سمتی بکشد. بگویید، من می دانم این اضطراب یا اختلال وسواسی - جبری است که در حال صحبت است نه شما.
- ۹- انتظار داشته باشید و اجازه دهید اضطراب یا اختلال وسواسی - جبری دوباره ظاهر شود. هدف رها شدن از احساسات اضطراب آور نیست بلکه هدف خوب زندگی کردن است و پذیرفتن این موضوع که اضطراب می آید و می رود.
- ۱۰- به کارهای سخت آنها پاداش دهید! از هدایای کوچک برای بچه ها کوچکتر و برای بچه های بزرگتر تشویق های کلامی استفاده کنید با بزرگتر ها با شوخ طبعی و خلاقانه رفتار کنید.

کمیبرلی به تازگی با پسر بچه ۷ ساله‌ای که به علت سندرم حاد عصبی کودکان^۱ به اختلال وسواسی - جبری شدید مبتلا بود، کار می‌کرد. به والدین و خواهرش آموزش داد که چه طور در طول مواجهه او را هدایت کنند. بعد از چندین بار تلاش برای کمک، مادرش موفق شد. برای اینکه اغلب تلاش می‌کرد با آواز خواندن او را راضی کند. او مودبانه به مادرش می‌گفت « متشکرم ». «مامان نمی‌خواهم آن را انجام دهم» سپس می‌رفت. کمیبرلی مجبور شد با استفاده از زبان واضح و هدایت کننده برای مادرش الگو سازی کند که نباید از او بپرسد او می‌خواهد مواجهه را انجام دهد یا نه، بلکه او باید به پسرش اطمینان دهد که بعد از مواجهه پاداش در انتظار اوست. سپس کمیبرلی با پدرش کار کرد او خیلی با گذشت نبود به محض اینکه پسر در انجام مواجهه مقاومت می‌کرد او خیلی زود عصبانی می‌شد. کمیبرلی با او صحبت کرد و سعی کرد او را متوجه کند که چقدر این احساس ها برای پسرش وحشتناک است. کمیبرلی به او گفت به پسرش برای روبرو شدن با ترسش با وجود اینکه حس بدی داشت افتخار کند. کمیبرلی پدر را تشویق کرد تا مثال‌هایی برای پسرش از روزهایی که او با ترس‌هایش مبارزه می‌کرد، و اینکه چقدر در انجام کارهایی که نیاز بود توانمند بود بزند. کمیبرلی همچنین چندین روش جهت داشتن لحظات شاد با اختلال وسواسی - جبری را به آنها آموزش داد (به فصل ۹ رجوع شود) معلوم شد خواهر ۹ ساله پسر بهترین مربی بود! تصمیم گرفتیم مسابقه‌ای به این صورت اجرا کنیم؛ پدر مربی صبح خواهد شد، خواهر بعد از مدرسه و مادر هم بعد از شام مربی خواهد شد. هر کس او را در معرض مواجهه بیشتر یا مواجهه خیلی سخت قرار دهد، برنده است و جایزه‌اش یک دسر در شب به همراه پسر بود. همه هیجان داشتند این کار را امتحان کنند. حتی پسر جوان برای اینکه هر شب دسر داشته باشد.

<ul style="list-style-type: none"> • مشارکت اعضای خانواده بخش مهمی از درمان اضطراب اختلال وسواسی - جبری است. اگر مراجع شما مقاومت کرد مقاومت او را به عنوان یک مواجهه درمان کنید و تسلیم اضطراب نشوید و یک گام کوچک پیدا کنید تا آنها تمایل به شرکت خانواده و دوستان داشته باشند. • شناسایی نحوه برخورد خانواده و دوستان با اضطراب برای دریافت تصویر واضح تری از اجبارها و رفتارهایی ایمنی • آموزش خانواده / دوستان در مورد مغز مضطرب و اینکه چگونه می‌توانند بخشی از درمان باشند. • تمرین مربیگری از طریق عوامل اضطراب زا با استفاده از نکات دست نوشته شخصی 	نکات برجسته فصل
--	------------------------

گام بعدی را بردارید

- مثالی بزنید از شخصی که برایش اهمیت قایلید و به خاطر اضطراب از انجام کاری اجتناب می‌کرد.
- با استفاده از اطلاعات این فصل شما چه طور یک شخص را هدایت خواهید کرد تا کارهایی را که قبلا اجتناب می‌کرد، انجام دهد؟

1. pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome (pans)

فصل ۷

شناخت درمانی

شناخت درمانی یک گروه وسیعی از راهبردهای درمانی است که هدفش تغییر تصور مراجعین درباره فکر کردن است. اغلب مردم عادت ندارند در مورد طرز تفکرشان، فکر کنند و یا بیاموزند که افکار غیرواقعی، می‌توانند تأثیرات عمیقی بر سلامت روان و کارکرد کلی‌شان داشته باشند.

با این حال، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در مراجعین مبتلا به اضطراب و اختلال وسواسی-جبری، درمان رفتاریِ مواجهه و پیشگیری از پاسخ اصلی‌ترین روش برای بهبود آنها بوده است (مکمانوس، ون دورن دنیوا، ۲۰۱۲). بعلاوه نشان داده شده است که در تشخیص‌های خاص نظیر اختلال اضطراب اجتماعی، از طریق مداخله در مولفه‌های شناختی در مقایسه با مواجهه‌ی درمانی، درمان موثرتری صورت خواهد گرفت؛ زیرا اکثر افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، دارای افکار تحریف شده هستند. هنگامی که مراجعین در حال تمرین مواجهه‌ی درمانی روزانه هستند و اعضای خانواده آنها نیز تعلیم دیده‌اند که مربی آنها باشند، شما باید، به صورتی اختصاصی‌تر به کار بر روی شناخت مراجعین بازگردید.

ما می‌گوییم، بازگردید زیرا بسیاری از آموزش‌های روانی^۲ که شما در ابتدای کارتان با مراجع انجام داده‌اید، شناختی بوده است. وقتی از مراجع درخواست می‌کنید که یک کارآگاه باشد، در حقیقت به او کمک کرده‌اید تا افکارشان را در یک مسیر جدید و جدای از الگوهای انعطاف‌ناپذیر قبلی حرکت دهد. وقتی به مراجع پیشنهاد می‌دهید که قبل از شروع مواجهه‌ی درمانی، یک نامه انگیزشی بنویسید، در حقیقت به او فرصتی می‌دهید تا گرتکس یا قشر مخ مغزش را درگیر کمک کردن به عملیات بازنویسی (سیمکشی مجدد) که روش پاسخ‌گویی به آمیگدال است، کند.

مهمتر از همه، یک مولفه شناختی وجود دارد که باید توسط مراجعین ما به رسمیت شناخته شود و آن اینکه باید بلا تکلیفی (عدم قطعیت) و احساسات ناخوشایند را تحمل کنند. بازسازی شناختی منجر می‌شود بفهمیم که افکار، رفتارها و احساسات ما با هم در ارتباط هستند. برای تغییر احساسات نیاز داریم افکار و رفتارهای مان را تغییر دهیم. این روش را به این دلیل درمان شناختی-رفتاری نام نهاده‌اند که هم شناخت و هم رفتار در درمان مورد مداخله قرار می‌گیرند (ویک^۳ و همکاران، ۲۰۱۵).

راهبردهای شناختی

- افکار خود آیند
- تحریف‌های شناختی
- پشت سر گذاشتن
- فقط یک فکر است
- اضطراب انتظاری
- پدید آوردن اضطراب
- تفکر، عمل، احساس
- ثبت روزانه تفکر
- روشن‌سازی ارزشها
- پیش‌فرض‌ها و باورهای هسته‌ای

افکار خودآیند

افکار خودآیند مثل یک روند عادی در میان روزهای ما جاری می‌شوند. برای اکثر افراد مبتلا به اضطراب و اختلال وسواسی-جبری این روند عادی مشوش و منفی است. ما به افکارمان عادت می‌کنیم، به همین علت است که آنها افکار خودآیند نامیده می‌شوند. با این حال اولین قدم برای ایجاد تغییر، شناسایی این افکار است. همین حالا دست از فکر کردن بردارید. ببینید می‌توانید فکری را به دام بیاندازید. از خودتان بپرسید، همین الان داشتم به چه چیزی فکر می‌کردم.

1. Mcmanus, Van Doorn, & Yiend
2. psyeducation
3. Weck

نوبت شماست

➤ در حال حاضر متوجه کدام فکر خودآیند شدید؟

شاید فکر می‌کردید، تمرین دیگر کافی است! من فقط از کیمبرلی و الیزابت می‌خواهم به من بگویند چگونه این کار را انجام دهم، نه اینکه در کارم با نوشتن این چیزها وقفه ایجاد کنم. این فکر در واقع نشان دهنده احساس ناامیدی شما است؛ در واقع می‌خواهید کار یادگیری‌تان را پیش ببرید و یاد بگیرید چگونه باید بازسازی شناختی برای کمک به مراجع‌تان را انجام دهید نه اینکه افکار خودتان را مطرح کنید. مفهوم این فکر این است که زمانی را که شما صرف نوشتن می‌کنید یادگیری شما را به تاخیر می‌اندازد. می‌توانیم این فکر را نیز اضافه کنیم که این کار بیشتر از نیاز وقت گیر شده. البته ممکن است افکار شما کمی متفاوت از این باشد. حالا باید در نظر بگیریم که آیا این افکار واقعاً درست هستند یا خیر. بیشتر افکار تا حدودی از فردیت یا نسبی‌گرایی برخوردارند. فکر «من چشم‌های آبی دارم» درست است، اما بیشتر اوقات این گونه فکر نمی‌کنیم. ممکن است فکر کنیم «چشم‌هایم امروز خسته به نظر می‌رسند» یا «احتمالاً وقتی مسن‌تر می‌شوم به عینک نیاز خواهم داشت». توجه داشته باشید که فکر اول در مورد داشتن چشم‌های آبی تنها فکری است که حقیقت داشت. افکار دیگر با یک قضاوت یا یک حدس همراه هستند که کاملاً درست نیستند. من نمی‌دانم که چشم‌هایم به نظر دیگران خسته بنظر می‌آید یا نه. یا من وقتی مسن‌تر شدم نیاز به عینک خواهم داشت یا نه. من فقط آن چیزهای را حدس می‌زنم و حدس‌ها و مغز ما به سمت منفی گرایش دارند. این بدین معناست که وقتی دو فکر یا حادثه که اهمیت نسبت مشابه‌ای دارند در ذهن ما وجود داشته باشند، ما به افکار منفی بیشتر توجه می‌کنیم تا آنهایی که کاملاً خنثی یا مثبت هستند.

توجه داشته باشید که ذهن ما به ما نمی‌گوید که گرایش به افکار منفی داریم یا اینکه در حال حدس زدن آینده هستیم. ذهن ما وادارمان می‌کند که احساس کنیم افکار ما حقیقت محض هستند. به دام انداختن افکار کار دشواری است. برای موفقیت در آموزش بازسازی شناختی به مراجع، خیلی مهم است که در ابتدا خود قادر به انجام این کار باشید.

نوبت شماست

سمت راست نمودار زیر را با افکار خودآیند خود در مورد یک موقعیت یا رویداد مشخص تکمیل کنید و سمت چپ نمودار را خالی بگذارید. اگر فکر می‌کنید همه افکار را نوشته‌اید، از خودتان بپرسید، «آیا افکار بیشتری وجود دارد؟»

جعبه ابزار بالینگر
افکار خود آیند



موقعیت یا رویداد:

پاسخ منطقی / خنثی	افکار منفی / اضطراب خود آیند

ما از یک نمودار دو ستونه برای افکار خود آیند خودمان و مراجعین استفاده می کنیم. نمودار می تواند با یک ستون میانی ترسیم شود. در این صورت می توان تحریفات شناختی که موجب اضطراب خود آیند و افکار منفی شده را نیز دسته بندی کرد.

تحریفات شناختی^۱

تحریفات شناختی برای اولین بار توسط آرون بک که پدر درمان شناختی، در نظر گرفته می‌شود، توصیف شد. بعدها دیوید برنز^۲ نام‌ها را تغییر داد و نمونه‌هایی از تحریف‌ها را ارائه کرد. اکثر ما عادت نداریم در مورد افکارمان فکر کنیم و فقط فکر می‌کنیم. هر کسی اگر تجربه انجام دادن کاری مثل رفتن به سینما با یک دوست را داشته باشد و بعد درباره آن فیلم صحبت کنند خواهد پذیرفت که گویا فیلم‌های مختلفی دیده‌اند. وقتی فیلم شروع می‌شود ممکن است فکر کنید این بازیگر مورد علاقه من است و با خود بگویید که من خیلی خوشحالم که امروز با دوستم اینجا هستم. در همین موقع دوست شما با خود فکر می‌کند که نمی‌خواستم امروز به سینما بیایم، بیرون هوا خیلی دلنشین است، ای کاش به جای سینما به پیاده روی رفته بودم. این افکار متفاوت دیدگاه‌های متفاوتی ایجاد می‌کنند و منجر به هیجان‌های مختلفی درباره فیلم می‌شوند. شما احساس خوشحالی و رضایت می‌کنید در حالی که دوست شما احساس آزرده‌گی و نارضایتی می‌کند.

افکار ما تأثیری فوق‌العاده بر هیجان‌ها و تجارب ما در زندگی دارند. افکار ما قدرت تغییر وقایع را ندارند. نه من و نه شما نمی‌توانیم با فکر کردن باران را قطع کنیم، اما آنها قدرت شکل دادن تجارب ما از وقایع را دارند و به جای ناامید شدن در یک روز بارانی، ما می‌توانیم اینگونه فکر کنیم که باران برای رشد و بالندگی طبیعت مفید است، یا من از بوی سنگ فرش باران خورده لذت می‌برم (شرایبر^۳ و همکاران، ۲۰۱۵).

در صفحه بعد فهرستی از تحریفات شناختی وجود دارد. آنها را بین مراجعین تان توزیع کنید و به آنها بازسازی شناختی را آموزش دهید. بسیاری از مردم با نگاه کردن به این فهرست آن را بسیار آشنا می‌یابند و می‌گویند اوه! اینها از همان دسته از افکار آشفته‌ای است که همیشه دارم، من تمام وقت آن را دارم.

1. cognitive distortions
2. Burns
3. Schreiber

دست نوشته شخصی تحریفات شناختی

- ۱- تفکر همه یا هیچ: شما وسط میدان را نمی بیند. شما فکر می کنید که اگر ترفیع نگیرید، موسسه خیلی راحت شما را اخراج می کند.
- ۲- تعمیم افراطی: شما آینده خود را تنها بر اساس یک رویداد پیش بینی می کنید. شما تصور می کنید که اگر دفعه اول در آزمون وکالت شکست بخورید یعنی شایستگی لازم برای وکالت را ندارید.
- ۳- کوچک نمایی و بزرگ نمایی: شما دستاوردهای خود را نادیده می گیرید و خطاهای خود را بزرگ جلوه می دهید. یک اشتباه کوچک در ارائه سخنرانی داشته اید و به خودتان می گوئید کلا تکلیف تان را خراب کرده اید.
- ۴- پیش گویی کردن^۱: شما پیش بینی می کنید که همه چیز بد از کار در می آید و مهم نیست که چه بگوئید و چه انجام دهید. دوست تان به شما تلفن نزد درحالی که قول داده بود پیش از سفر کاری با شما تماس بگیرد. شما تمام هفته را مطمئن بودید که او می خواهد با شما قطع رابطه کند.
- ۵- استدلال هیجانی: شما باور دارید که همه چیز همانطوری هستند که شما احساس می کنید. شما در یک رستوران غذا را روی خودتان می ریزید و احساس حماقت می کنید، بنابراین فکر می کنید دیگران هم در مورد شما چنین نظری دارند.
- ۶- بایدها و بایستها^۲: شما بر انتظارات خود و یا انتظارات دیگران از خودتان تمرکز دارید. حس می کنید که باید به همکارتان در پروژه ای کمک کنید، اگرچه این کار شما را از کار خودتان عقب باندازد.
- ۷- دید تونلی^۳: شما فقط بر جنبه های منفی یک موقعیت متمرکز می شوید. معلم پسر نمی تواند کاری را درست انجام دهد. او در تدریس بی احساس و افتضاح است.
- ۸- فاجعه سازی^۴: شما آینده را بدون در نظر گرفتن نتایج احتمالی دیگر، منفی پیش بینی می کنید.

1. fortune-telling
2. shoulds and oughts
3. tunnel vision
4. catastrophizing

نوبت شماست

کدام یک از تحریفات شناختی را مشابه افکار خودتان تشخیص می‌دهید؟

اکنون به فهرست دوستونی خود برگردید و آگاه باشید که افکار شما کاملاً درست نیست و راه‌های جایگزینی را که معقولانه‌تر و خنثی‌تر هستند برای نگرستن به این موضوعات ارائه دهید. آنها را در سمت چپ ستون بنویسید. شما مجبور نیستید این افکار جدید را کامل باور داشته باشید، اما مهم است که کاملاً هم به آنها بی‌اعتقاد نباشید. توجه داشته باشید که هدف این نیست که فوق‌العاده خوشحال یا مشتاق باشید. روی پیدا کردن افکار منطقی و خنثی کار کنید و به آنها بپردازید.

افکار خود آیند	پاسخ های منطقی
تمرین دیگر بس است! نمی‌خواهم بیشتر بنویسم.	انجام این کار به من کمک خواهد کرد که افکار تحریف شده‌ام را بشناسم و به من کمک خواهد کرد به مراجعین آموزش دهم.
این تمرین طولانی‌تر از آن است که لازم باشد.	اگر بخواهم می‌توانم از زیر کار در بروم، اما هدف من یادگیری چگونگی انجام دادن آن است، بنابراین من برای تمرین این تکنیک زمان صرف خواهم کرد.

برونی سازی / به عقب راندن^۱

اضطراب و اختلال وسواسی - جبری، افکار خود آیند منفی^۲ را به‌گونه‌ای به وجود می‌آورند که بسیار واقعی به نظر می‌رسند. این یک حقه آمیگدال بیش فعال است. همان طور که در فصل ۴ مشاهده کردید، برونی سازی یک مشکل با این تصور که افکار منفی و تولید کننده آنها یعنی آمیگدال بخشی از مغز ما هستند، یک راهبرد شناختی کمک کننده محسوب می‌شود. مراجع را ترغیب کنید که بخشی از مغز که در حال فریب اوست را به شکل اژدها یا یک موجود یا تصور منفی دیگر تصویر سازی کند. این روش جدید را برای این نوع تفکر به کار ببرید: این من نیستم، این اژدها است که مرا می‌ترساند. این موجود یا تصویر ذهنی قادر است که با ترس شما رشد می‌کند و می‌داند هر چه بیشتر از آن اجتناب کنید و دوستش نداشته باشید، قوی تر می‌شود. سعی کنید از یک تصویر، یک موجود یا یک عروسک حیوانی استفاده کنید و به مراجع خود کمک کنید تا یاد بگیرد با آن صحبت کند. الیزابت پیشنهاد کرد که مراجعین استفاده از یک اژدها را امتحان کنند. او مجموعه ای بزرگ از اژدها را برای این کار در کلینیک خود دارد. او یک اژدها را بر صندلی دیگری قرار می‌دهد و جلوی مراجع نقش بازی می‌کند. «اژدها می‌گوید تو شکست خواهی خورد؛ شما قبل این هم تلاش کرده بودی، ولی هرگز تاثیر نداشته است، این کار را رها کن و از انجامش پرهیز کن». این ها همه جملات متداول این اژدها هستند. - پس روی گفتن کلمات و عبارات شجاعانه به این اژدهای زورگو کار کنید. «ممکن است تو در من احساس انزجار ایجاد کنی اما من قصد دارم هر طور که شده این کار را انجام دهم. حق انتخاب انجام دادن یا ندادن این کار با من است نه تو، ای اژدها هرچند مدت زمان زیادی است که با تو مبارزه می‌کنم اما خوشحالم که دارم یاد می‌گیرم که گوش به فرمان تو نباشم».

1. externalizing/bossing back
2. negative automatic thoughts

فقط یک فکر^۱

سریع! ۶۰ ثانیه به یک فیل صورتی فکر نکن! این یک روش عالی برای معرفی ایده «فقط یک فکر» به مراجعین تان است. یک تایم را روی ۶۰ ثانیه تنظیم کنید. ببینید آیا شما و آنها می‌توانید به فیل صورتی فکر نکنید. هر زمان هر کدام از شما به فیل صورتی فکر کردید دوباره تایمر را تنظیم کنید. این کار فقط ۶۰ ثانیه است اما کسی نمی‌تواند آن را انجام دهد. در مورد افکار این خنده دار است - شما نمی‌توانید در مورد چیزی فکر نکنید چون با این تعریف، شما در حال فکر کردن به آن هستید هر چند سعی می‌کنید به آن فکر نکنید. من این مثال را خیلی دوست دارم چون خوب آن را حس می‌کنم و اینکه تصور خنده دار یک فیل صورتی حتی چیزی نیست که دارای بار هیجانی زیادی مثال اضطراب یا افکارمنفی وسواسی باشد که مراجعین ما تلاش می‌کنند تا آن را کنار بزنند. ما می‌دانیم که بار هیجانی ناخواسته افکار است که به این افکار قدرت می‌دهد. یک راهبرد شناختی عالی کار کردن روی این جمله است «این فقط یک فکر است». یک مراجع احساس می‌کند، ممکن است یک پدوفیلیا^۲ (میل مقاربت جنسی با کودکان) باشد. این فقط یک فکر است. ترسیدن از صداها در شب به این علت که فرد مزاحمی است که آماده کشتن خانواده او است. این فقط یک فکر است. درست مانند فیل صورتی واقعی نیست. آن فقط یک فکر است؛ بنابراین شناسایی موضوعات ترس مانند افکار می‌تواند به مغز کمک کند و اجازه دهد به جای گیر کردن در محتوای ترس به موضوعات دیگر بپردازد.

اضطراب انتظار

شما احتمالاً به مراجع خود در انجام تکنیک مواجهه و پیشگیری از پاسخ و مواردی مثل آنچه در فصل ۵ وجود دارد، توجه داشتید که بدترین اضطراب معمولاً انتظار عامل تنش زاست. یک مراجع با اضطراب اجتماعی قبل از مهمانی بالاترین سطح مقیاس واحدهای ذهنی آشفتگی را خواهد داشت و سپس در طول مهمانی سطح مقیاس واحدهای ذهنی آشفتگی شروع به پایین آمدن می‌کند. باز آموزی مغز به معنی گذشتن از میان سطح بالای اضطراب است. به منظور آموختن به خودمان که ما می‌توانیم آن را تحمل کنیم، مطمئن شوید که مراجع شما نقش اضطراب انتظار را شناخته است - که چگونه موج اضطراب با اجتناب کردن ایجاد می‌شود و موجب رنج بیشتری در زندگی آنها می‌گردد.

بازسازی شناختی ناشی از شناخت این موضوع است که داخل شدن در آب سرد استخر شنا وقتی بدنمان گرم است مشکل است - فرقی نمی‌کند کم کم وارد آب شویم یا به درون آب بپریم اما به محض این که داخل استخر شویم آب دلنشین خواهد شد. اما اگر به خاطر اینکه نمی‌خواهیم لحظه‌ای سرما را حس کنیم از رفتن به درون آب پرهیز کنیم. لذت‌های زندگی را از دست خواهیم داد.

ایجادش کنید

تمام درمان شناختی تغییر دادن نحوه فکر کردن شما است. یک رویکرد متناقض که اضطراب را به عنوان یک فرصت برای تکنیک مواجهه و پیشگیری از پاسخ بیشتر به کار می‌برد. این یک راهبرد بازسازی شناختی عالی است. وقتی مراجعین شما از عوامل اضطراب آور (برانگیزنده‌ها) خود اجتناب می‌کنند، اضطراب و اختلال وسواسی - جبری رشد خواهد کرد، بنابراین اگر آنها تمایل به بهبود دارند، به آنها کمک کنید تا فرصت‌هایی پیدا کنند که اضطراب ایجاد کند. فرصت‌هایی که اضطراب بیشتری پدید می‌آورد را بجویند. من امیدوارم اضطراب رفتن به مرکز خرید را احساس کنم، به هر حال آن یک فرصت عالی برای تمرین تحمل این احساسات و خرید خواهد بود.

یک روش عالی برای کمک کردن به مراجعین به چالش کشاندن یک فکر و دلایل قبول و رد کردن آن پیش از یافتن یک فکر منطقی به وسیله کامل کردن جدول ثبت افکار است.

ثبت افکار ابزار اساسی در درمان شناختی - رفتاری است که می‌تواند برای شناسایی افکار خود آیند استفاده شود و همین طور به مراجعین کمک می‌کند تا ارتباط بین افکار و هیجانات را درک کنند. ماری با دوستش در یک کافی شاپ قرار ملاقات داشت، دوستش

1. just a thought
2. pedophile

دیر کرد. افکار خودآیند منفی او این چنین بود «او باید فراموش کرده باشد. شاید واقعا نمی‌خواست با من قهوه میل کند». سطح اضطرابش ۵ بود. شواهد حمایتی این است که دوستش قبلاً هم دیر کرده بود. شواهد متضاد این است که دوستش خودش زمان رفتن به کافی شاپ را تعیین کرده بود و این در واقع نشان دهنده یک قرار ملاقات از قبل برنامه ریزی شده بود. افکار منطقی او شامل این بود که «او قبلاً هم دیر کرده، من اغلب وقتی افراد دیر می‌کنند، مضطرب می‌شوم. این بدان معنی نیست که او نمی‌خواهد با من قهوه میل کند، من می‌توانم در حالی که منتظر هستم تمرین صبر و انعطاف پذیری کنم». سطح اضطراب ماری بعد از به چالش کشیدن افکار خودآیند منفی به ۳ رسید.

کاربرگ ثبت افکار

افکار خود آیند	اضطراب ۱۰-۰	شواهد حمایتی	شواهد متناقض	افکار منطقی	اضطراب ۱۰-۰

آشکارسازی ارزش‌ها^۱

اضطراب و اختلال وسواسی - جبری از طریق کارهایی که برای مراجعین ما ارزشمند هستند، وارد می‌شوند؛ اما اکثر مردم به این واقعیت آگاه نیستند مگر اینکه شما به اختلاف بین آنچه آنها انجام می‌دهند یا برایش زمان صرف می‌کنند و چیزی که برای آنها ارزش است، اشاره کنید. کیمبرلی مراجعی داشت که می‌خواست دکتر شود، اما ساعت‌ها وقتش را در حمام صرف انجام اجبارهایش می‌کرد که مانع درس خواندن او بود. یک بار او این ارزش را آشکار کرد که می‌خواهد دکتر شود نه اینکه با اختلال وسواسی - جبری تنها بماند. این تصریح ارزش سبب شد که انرژی تازه‌ای برای مقابله با وسواس و اجبارهایش در حمام برایش ایجاد شود.

تصریح ارزش‌ها برای بزرگسالان و افراد دارای اضطراب اجتماعی بسیار مهم است. آنها ممکن است به خاطر مشکل اضطرابشان از موقعیت و موفقیتی که می‌خواهند در زندگی داشته باشند، خیلی عقب بمانند. وقتی شما همانطور که دستور کار یک جلسه درمانی را با مراجع تنظیم می‌کنید، تصریح ارزش‌هایش را مطرح می‌کنید. البته بعضی از مراجعین از تمرکز بر این موضوع خوشحال خواهند شد و بعضی دیگر خواهند گفت نظری ندارند و این کار برایشان خیلی مشکل است. اگر این عمل برای مراجع خیلی سخت است، یک گام به عقب برگردید. به بیان پیش فرض‌های خود جهت تصریح کردن ارزشهای مراجع برگردید. چراکه این کار می‌تواند یک تمرین بازسازی شناختی ارزشمند برای مراجع باشد.

1 . values clarification

نوبت شماست

- ارزش‌های شما چیست؟
- چه چیزی موجب می‌شود تا شما برای ارزش‌هایتان زمان صرف کنید؟

دست نوشته شخصی برای چه چیزهایی ارزش قائم

این فهرست فرصتی برای بررسی کردن ارزش‌های شما فراهم می‌کند. هیچ جواب درست یا غلطی وجود ندارد. دور موضوعاتی که برای شما اهمیت دارد دایره بکشید و موضوعات دیگر را به خطوط زیر اضافه کنید، نظیر صاحب خانه شدن، مسافرت با هواپیما برای دیدن خواهر یا بچه دار شدن.

- دوستی
- ثروت
- خانواده
- مسافرت و ماجراجویی
- استقلال
- محترم بودن در زمینه کار
- قدرت
- عدالت اجتماعی
- خلاقیت و هنر
- یک شخص خوب بودن
- کمک به دیگران
- امنیت

یک تمرین عالی دیگر این است که مراجعین‌تان را ترغیب کنید تا خودشان را در ۱۰ سال آینده با یک زندگی جدید و ایده آل تصور کنند و با کمک هم با عکس‌هایی که مناسب آن زندگی ایده آل است، یک تکه چسبان^۱ (کولاژ) روی تابلوی اعلانات بسازید. هدف شما از انجام این عمل اطمینان از این است که مراجع متوجه شده است که چه طور اختلال اضطراب و اختلال وسواسی - جبری به عنوان یک مانع در مسیر آنچه که واقعا برای آنها ارزشمند است، ایستاده‌اند. این کار می‌تواند یک انگیزه عالی برای برداشتن گام‌های دشوار در مواجهه با اختلال باشد.

پیش فرض‌ها و باورهای مرکزی نهفته

گاهی اوقات مراجعین باورهای مرکزی یا مفروضاتی دارند که مبنای افکار و اعمال شان قرار گرفته‌اند. این باورهای مرکزی به دلیل اینکه بسیار واضح به نظر می‌رسند یا مراجعین از گفتن آنها احساس شرم می‌کنند، اغلب بیان نمی‌شوند. این باورهای مرکزی معمولاً الگوهای فکری‌ای هستند که از دوران کودکی یا نوجوانی نشأت گرفته است و از ترکیب تجارب کودکی و خُلق و خو برخاسته است. باورهای مرکزی برای مراجع درست به نظر می‌رسند. مراجعین در مواجهه با باورهای مرکزی به کار بسیار بیشتری از یک بازسازی شناختی ساده نیاز خواهند داشت. بنابراین اگر با یک مراجع در یک موضوع خاص به چالش کشیده شده اید، بی تردید با یک باور مرکزی رو به رو شده‌اید. دانستن این موضوع که باورهای مرکزی که عمیقاً احساس می‌شوند، برای خود دارای نامی هستند، برای مراجع مهم است. اما این فقط گام اول در مقابله با قدرتی است که باورهای مرکزی در زندگی یک شخص دارند (ویلهم^۲ و همکاران، ۲۰۱۵).

1 . Collage
2 . Wilhelm

دست نوشته شخصی
جدول باورهای مرکزی^۱

باور	افکار عمومی
بی ارزش / نقص	<ul style="list-style-type: none"> • من به اندازه کافی خوب نیستم • من شخص بدی هستم • من بی ارزشم
دوست داشتنی نبودن	<ul style="list-style-type: none"> • من تنها هستم • من شایسته نیستم • من همیشه طرد شده ام
رها شدگی	<ul style="list-style-type: none"> • افرادی که دوستشان دارم من را ترک خواهند کرد • شریکم به من علاقه ای ندارد
وابستگی / درماندگی	<ul style="list-style-type: none"> • من ضعیفم • من آسیب پذیرم • من نیازمندم
استانداردهای بالا / استحقاق	<ul style="list-style-type: none"> • من برتر هستم • اگر من موفق نشوم، یک انسان بی ارزش یا شکست خورده هستم
ایثار (فداکاری)	<ul style="list-style-type: none"> • من مسئول همه هستم • نیازهای من بی اهمیت هستند • من فقط زمانی یک فرد ارزشمند هستم که به دیگران کمک کنم
بد گمانی	<ul style="list-style-type: none"> • اگر به مردم اعتماد کنم، ممکن است به من آسیب برسانند

به مراجعین تان با توجه دادن آنها به قواعدی که به دلیل باورهای مرکزیشان از آنها پیروی می‌کنند، کمک کنید تا باورهای مرکزی‌شان را تغییر دهند. یک مراجع با استانداردهای بالا یا کمال‌گرایی ممکن است بر روی کارها به طور کامل و بیش از حد متمرکز شود. قاعده‌ای که آنها دارند این است که اگر این کار به طور کامل و عالی انجام نشود، گویا اصلاً انجام نشده است. با این حال، این کار معمولاً نتیجه معکوس می‌دهد زیرا باعث می‌شود کارهایشان بیش از حد طول بکشد. بعلاوه سبب می‌شود به سختی با دیگران همکاری و مشارکت کنند زیرا کارها و فعالیتها را بیش از حد کنترل می‌کنند و ممکن است از جانب دیگران به عنوان یک فرد خودستا یا کسی که کارهای دیگران را دست پایین می‌گیرد، تلقی شوند. این مشکلات می‌تواند در محل کار جدی تر باشد. یک مواجهه قصد متناقض را برای سنجش باور مرکزی انجام دهید. این مواجهه می‌تواند تقاضای کمک از یک همکار یا رها کردن یک کار قبل از اتمام کامل یا ایده‌آل آن باشد. این روش می‌تواند برای مراجع احساسی شبیه احساس یک خطر بزرگ ایجاد کند، بنابراین نتایج احتمالی را در نظر بگیرید و چیزی را برای شروع انتخاب کنید که خطر کمتری داشته باشد. اگر حتی یک مواجهه تصویری یا ایفای نقش با شما به عنوان یک روش ملایم تر می‌تواند مراجع را ترغیب کند که با شیوه‌ای انعطاف‌پذیر تر فکر کند، این کار را می‌توانید به عنوان نقطه آغازین قرار دهید. یک راه دیگر تغییر باورهای مرکزی این است که یک باور جدید بر خلاف باور مرکزی را در ذهن مراجع ایجاد کنیم. به خاطر داشته باشید که ما هرگز نمی‌توانیم فکر نکنیم. حتی چیز ساده‌ای مثل فیل‌های صورتی را هم اگر سعی کنیم مورد تفکر قرار ندهیم، باز هم در ذهن ما ظاهر می‌شوند. در مجموع، اضافه کردن یک فکر جدید می‌تواند بسیار اثربخش باشد. به جای «کار من همیشه عالی است» سعی کنید بگویید که «کارم به اندازه کافی خوب است». سپس از مراجع بخواهید در دفتر ثبت وقایع روزانه شواهدی مبنی بر درست بودن این باور جدید را ثبت کند. وقتی که مراجع آن را به یک گزارش کار تبدیل کرد حتی اگر عالی نباشد، باز هم آنها را در دفتر ثبت وقایع روزانه یادداشت کنید. بسیار اهمیت دارد که از مراجعین بخواهید که بیان کنند بعد از تغییر باور مرکزی‌شان چه اتفاقی افتاد یا در حقیقت چه پیامدهایی ایجاد شد؟ مراجع شما قبلاً عواقب ناشی از کمال‌گرایی را دیده است و صرفاً ثبت افکار و فهرست کردن شان چیزی نیست که آنها به دنبالش باشند. در واقع این فرصتی است که تلاش کنند تا نسبت به قبل متفاوت عمل کنند.

مثال

اکنون از طریق یک مثال نشان داده می‌شود که چه طور درمان شناختی می‌تواند رفتار درمانی را نیز وارد درمان کند. الیزابت با جیمز ده ساله که در خوردن غذاهای جدید مشکل داشت، کار می‌کرد. او از این که همیشه غذاهای تکراری می‌خورد احساس رضایت می‌کرد. او غذاهای سالم می‌خورد و نسبت به قدش از وزن طبیعی برخوردار بود. با این حال نمی‌توانست به جشن تولد برود یا برای شام در خانه یکی از دوستانش بماند زیرا در مورد هر غذایی که آشنا نبود، مخصوصاً اگر ارگانیک و سالم نبود مضطرب می‌شد. جیمز می‌خواست که بتواند با دوستانش در رستوران غذا بخورد و از استیکی که مادرش در تابستان کباب می‌کند، بخورد. مادرش می‌خواست که او بتواند پیتزاهای مختلف بهمراه مخلفات متنوع بخورد و همین طور بتواند در زمان تماشای بازی‌های بیس بال که خانواده‌اش علاقه‌ی وافری برای شرکت در آن داشتند، هات داگ بخورد. فکر کردن به هات داگ سبب ناراحتی جیمز می‌شد چرا که او می‌خواست فقط غذاهای سالم و ارگانیک بخورد.

سلسله مراتب عوامل اضطراب آور جیمز در جدول زیر نمایه شده است:

مقیاس واحدهای ذهنی آشفتگی	غذاهای برانگیزنده (اضطراب آور)
۰	غذاهای آشنا مثل نودل، نیمرو، کسادیا (خوراک مکزیکی) و غیره
۱	
۲	نوع جدیدی از سوپ یا مافین (نوعی نان نیمه شیرین یا کیک)
۳	خوراک گوشت گاو
۴	یک برند جدید از پنیر پیتزا
۵	
۶	
۷	استیکی که مادرم کباب می کند یا پیتزا پپرونی
۸	چیپوتل (یک نوع ساندیچ مکزیکی تند)
۹	دونات یا باکن
۱۰	هات داگ

الیزابت تکلیف خانگی مواجهه هفتگی را خوردن کینوا^۱ که یک نوع مافین جدید است به همراه سوپ قرار داد. جیمز فکر می کرد انجام این کار با سطح اضطراب ۲ کار آسانی است. به هر حال جیمز و مادرش اول سوپ توفو را که باهم درست کرده بودند امتحان کردند و جیمز نتوانست آن را بخورد. آنها بعداً یک سوپ آماده و مافین هایی که با تراشه های شکلات موزی ساخته شده بود و او نیز دوست داشت را امتحان کردند. آنها موفق به امتحان کردن کینوا نشدند.

جیمز خیلی نسبت به خودش سختگیر بود و تمام فکرش عدم موفقیتش در خوردن سوپ توفو و امتحان کردن کینوا شده بود. این یک فرصت عالی برای مطرح کردن این بود که چه طور افکارش به او کمک کردند یا نکردند تا بتواند با عوامل اضطراب زای غذاهای جدید مواجه شود.

الیزابت به جیمز توضیح داد که افکار او همیشه دقیق و درست نیستند. جیمز از شنیدن این جمله واقعاً لذت برد زیرا متوجه شد که در تمام جنبه های زندگی اش به خودش سخت گرفته است. الیزابت از جیمز خواست که در هنگام تلاش برای امتحان کردن مافین با تراشه های شکلات موزی افکارش را مورد توجه قرار دهد. او خیلی راحت توانست آنها را در سمت چپ فهرست که در زیر نشان داده شده یادداشت کند. سپس جیمز فکر می کرد که چطور با رویکردی متفاوت به این افکار بنگرد به صورتی که کمتر هیجانی شود و در حقیقت بیشتر منطقی باشد. الیزابت در نوشتن این فهرست به او کمک کرد و آنها ستون سمت راست را با همکاری هم تدوین کردند. جیمز احساس کرد می تواند حداقل تا حدی به آنها اعتقاد داشته باشد.

1 . eating quinoa

	موقعیت: خوردن یک مافین با تراشه‌های شکلات موزی برای اولین بار
تحریف شناختی	پاسخ های منطقی یا خنثی
قبلاً هرگز این غذا را نخورده ام	این کاملاً هم جدید نیست
احتمالاً وحشتناک است	نمی‌دانم، من که امتحانش نکردم
ممکن است برای من مضر باشد	خوردن یک مقدار کم، احتمالاً به من آسیبی نمی‌رساند
از گرسنگی خواهم مُرد؛ این چیزی نیست که قابل خوردن باشد	اگر من به غذا نیاز داشته باشم می‌توانم بعداً غذای بیشتری بخورم
من فقط کاسادیلای خودم را می‌خواهم	من می‌توانم زمان دیگری آن را بخورم
چرا نمی‌توانم فقط چیزی را که دوست دارم بخورم	من روی خوردن غذاهای جدید کار می‌کنم

توجه ویژه داشته باشید که ما روی استفاده نکردن از اطمینان بخشی کار کردیم. تمایل به داشتن فکر «همه یا هی» جیمز را به این فکر سوق داد که اگر مجبور باشد مافین بخورد و آن را دوست نداشته باشد گرسنه خواهد ماند، اما در واقع خانواده برای میان وعده هایی که می‌توانست بخورد محدودیتی قرار نداده بودند. یک فرد یا بزرگسال دیگر ممکن است نیاز داشته باشد که روی گفتن جمله «ممکن است گرسنه بمانم. این ممکن است» کار کند؛ اما همانطور که در یک مثال در فصل ۵ بیان شد، درمانگر در درمان مراجعی که فوبیای زنبور^۱ داشت خود را ناموفق می‌دانست چون نمی‌توانست نیش زنبور را به عنوان بخشی از مواجهه، دریافت کند. بنابراین این مساله اهمیت دارد که تشخیصی دهیم که هر مراجع به اهداف شخصی نیاز دارد.

نکات برجسته فصل	<ul style="list-style-type: none"> • افکار واقعیت نیستند. • ما حق انتخاب داریم که افکار مان را چه طور تفسیر کنیم. • افکار ممکن است تحریفات شناختی که ما از آن آگاه نیستیم، داشته باشند. • تصریح ارزشها می‌تواند برای مراجعین انگیزه تغییر ایجاد کند. • پیش فرض‌ها و باورهای مرکزی نهفته ممکن است در مسیر تغییر قرار گیرند. • درمان شناختی - رفتاری همراه با هم مورد استفاده قرار می‌گیرند.
-----------------	--

گام بعدی را بردارید

در جلسه آینده با یک مراجع اضطرابی در مورد اینکه آنها برای چه چیز به جز اضطراب ارزش بیشتری قائل هستند، به بحث بپردازید. یک راهبرد برای بازاندیشی درباره اضطراب اتخاذ کنید، ارزش جدید را ایجاد کنید. چه طرحی را ارائه می‌دهند؟

فصل ۸

نقش ذهن آگاهی در درمان اضطراب و اختلال وسواسی - جبری

جان کابات زین^۱: ذهن آگاهی، توجه کردن به شیوه‌ای خاص؛ هدفمند، در زمان حال و بدون قضاوت است

تیج نات هان^۲: فقط کاری انجام نده، بنشین

هنگامی که ما به‌عنوان مددکار اجتماعی در سال ۱۹۹۱ شروع به کار کردیم، رویکرد استاندارد برای درمان اضطراب، توجه برگردانی (پرت کردن حواس) مراجع بود و لذا آنها مجبور به تجربه شدت علائم اضطرابشان نبودند. امروزه تکنیک توجه برگردانی برای درمان اضطراب و اختلال وسواسی - جبری درمان مبتنی بر شواهد^۳ نیست. مشکل این است که تا زمانی که افراد از نشانه‌های اضطرابشان بترسند، به مغزشان نیاموخته‌اند که بتوانند این احساسات ناخوشایند را کنترل و مدیریت کنند. در نتیجه، ممکن است ابتدا احساس بهتری داشته باشند اما در بلند مدت باز هم توسط نشانه‌های اضطرابشان تحت فشار طاقت فرسای قرار خواهند گرفت (گیلیهان^۴ و همکاران، ۲۰۱۲).

در حرفه ما چندین سال است که درمانگران شروع به تغییر روشی که به مراجعین خود آموزش می‌دادند، کردند. در واقع، به جای اینکه به مراجع کمک کنند تا از احساسات اضطراب آور اجتناب کنند، به آنها آموزش می‌دهند که این گونه احساسات را بپذیرند و تحمل کنند. در طول این زمان، جان کابات زین به کنفرانس سالانه انجمن آمریکایی اختلالات اضطرابی آمد. کسانی که در کارگاه آموزشی او شرکت کردند قبلاً در مورد این رویکرد شنیده بودند و هیجان داشتند که این روش را با او تمرین کنند. من از این موضوع شگفت زده بودم که چقدر سخت خواهد بود که فرد بتواند تجربه‌ای را بدون تلاش برای تغییر آن و یا برجسب خوب یا بد زدن به آن بپذیرد. در این فصل بعضی از مفاهیم ذهن آگاهی^۵ که برای افراد مبتلا به اختلال اضطرابی و اختلال وسواسی - جبری مفید است را معرفی خواهیم کرد.

هنگامی که مراجعین ما تکنیک مواجهه و پیشگیری از پاسخ و تحمل اضطراب را درک کردند، ما شروع به تمرین ذهن آگاهی می‌کنیم. وقتی آنها شروع به صحبت در مورد یک تجربه اضطراب زای خود می‌کنند، ما اغلب از آنها می‌پرسیم: خُب در مورد آن چه کار کردید؟ امیدوارم پاسخ دهند «هیچ چیز». فرهنگ غرب طوری برنامه ریزی شده که وقتی احساس ناراحتی می‌کنیم، کاری در مورد آن انجام می‌دهیم. انجام ندادن کاری در این مواقع می‌تواند غیر ممکن به نظر برسد. پس چرا آموزش ذهن آگاهی برای مراجعین ما مفید است؟

- ذهن آگاهی به مراجعین کمک می‌کند تا در زمان حال باقی بمانند. زیرا اضطراب دائماً تلاش می‌کند از طریق پرسیدن سوالات «چه می‌شد ... اگر؟»^۶ در مورد آینده و یا احیای مجدد گذشته، ما را از زمان حال دور کند.
- ذهن آگاهی روش متفاوتی برای نگرستن به اضطراب برای مراجع ایجاد می‌کند: پذیرش و درآغوش گرفتن اضطراب به جای مقاومت در برابر آن.
- ذهن آگاهی به شخص خود شفقتی^۷، پذیرش و اهمیت ارزشمندانه زیستن را آموزش می‌دهد.

1 . Jon Kabat-Zinn, (born June 5, 1944)

2 . Thich Nhat Hanh

3 . evidence-based treatment

4 . Gillihan

5 . mindfulness

6 . what-if questions

7 . self-compassion

نوبت شماست

- حادثه‌ای را که واقعا برای شما چالش برانگیز بوده و ناراحتی قابل توجه‌ای برایتان ایجاد کرد را به یاد بیاورید.
- پاسخ‌گریزی شما به آن حادثه چه بود؟
- تصور کنید که در مورد آن حادثه هیچ کاری نمی‌کردید، چه اتفاقی می‌افتاد؟
- اگر اجازه می‌دادید که آن رویداد اتفاق می‌افتاد، چه طور تحملش می‌کردید؟

در ادامه تمریناتی آمده است که می‌توانید به مراجع تان آموزش دهید تا بواسطه آنها متوجه احساسات فیزیکی و افکارش شود:

خوردن یک کشمش! وقتی شما از کسی درخواست می‌کنید به تجربه کشمش خوردن خود توجه کند، ممکن است برای بسیاری از افراد تا حدی ناخوشایند باشد چون کشمش دوست ندارند. این تمرین یک فرصت عالی برای کنترل چیزهایی که ناراحت کننده هستند، ایجاد می‌کند. این کار را با مراجعین خود انجام دهید و از آنها بخواهید توجه کنند که طعم و مزه کشمش چه طور است و چه مزه ای به دهان‌شان می‌دهد، چه طعمی زیر دندان‌هایشان حس می‌کنند و چه افکاری در نتیجه این احساسات در ذهن‌شان بوجود می‌آید. به آنها کمک کنید بدون انجام دادن هر کاری که از آن تجربه دوری کنند (هم از لحاظ رفتاری هم شناختی) تجربه‌شان را بپذیرند. پس از آن می‌توانند «در زمان حال بودن» را با طعم چیزهای دیگری که می‌خورند، تمرین کنند.

برچسب زنی^۱: ما مراجعین را ترغیب می‌کنیم که بگویند: فقط (یک فکر، یک نگرانی، یک حس اضطراب، یک احساس). مهم است که در انتهای جمله با صدایی بلند بگویند: «فقط یک فکر، تمام». سپس ما می‌پرسیم چرا فکر می‌کنید گفتن «فقط» مفید است؟ معمولاً آنها خیلی سریع قضیه را درک می‌کنند. «فقط» اهمیت تجربه را به حداقل می‌رساند. همچنین خواهیم پرسید چرا گفتن «تمام» در آخر جمله مفید است؟ پاسخ آنها اغلب این است که کلمه «تمام» مکالمه را به پایان می‌رساند. برچسب زدن به مراجعین کمک می‌کند یک فکر یا احساس را بدون محو شدن در محتوای آن درک کنند، از آن آگاه شوند و آن را بپذیرند.

بهره‌گیری از حواس مان: برای مراجعینی که اضطراب دارند، ماندن در زمان و مکان حال مفید است زیرا اضطراب می‌خواهد آنها را به مکان‌هایی فاجعه‌انگیز در آینده ببرد. آنها با توجه کردن به این که چه چیزهایی را می‌توانند در لحظه اینجا و اکنون ببینند، بشنوند و احساس کنند، می‌توانند به خود کمک کنند تا در زمان حال حضور داشته باشند. در کلینیک، اغلب از مراجعین می‌خواهیم که در یک دقیقه چیزهایی را که می‌بینند را برایمان توصیف کنند. سپس از آنها می‌خواهیم چشمانشان را ببندند و به چیزهایی که می‌شنوند توجه کنند. بعد از یک دقیقه از آنها می‌خواهیم چیزهایی که احساس می‌کنند را بگویند. این کار می‌تواند برای افرادی که شب‌ها در به خواب رفتن مشکل دارند، مفید باشد.

توجه و توصیف^۲: ما به مراجعین آموزش می‌دهیم که بجای تعمق یا نشخوار در محتوای افکارشان، به آنچه در فضای فیزیکی اطراف‌شان وجود دارد توجه و آن را توصیف کنند. اغلب ما هنگامی که عملیات ذهن آگاهی را انجام می‌دهیم هیچ صحبتی نمی‌کنیم، اما در ذهنمان چیزهایی که می‌بینیم و احساس می‌کنیم را توصیف می‌کنیم. ما به مراجعین آموزش می‌دهیم هرگاه متوجه شدند که در افکارشان فرو رفته اند به آرامی برگردند و بدون هیچ قضاوتی به محیط اطرافشان توجه و آن را توصیف کنند.

نفس کشیدن^۳: ما همیشه به تنفس مان دسترسی داریم. گاهی افراد در پاسخ به اضطراب از نفس کشیدن استفاده می‌کنند. آنها ممکن است یک نفس عمیق بکشند زیرا احساس می‌کنند نمی‌توانند اکسیژن کافی دریافت کنند. یا ممکن است در تلاش برای از بین رفتن اضطرابشان چندین نفس طولانی بکشند. با تنفس ذهن آگاهانه به مراجعین آموزش می‌دهیم که چگونه با این نوع تنفس جایی برای تجاربشان نگه دارند. با این نوع برقراری ارتباط با تنفس، افراد مضطرب می‌توانند میل شدیدی را که برای پاسخ دادن به برانگیزاننده‌های اضطراب دارند، آرام کنند و منتظر بمانند تا ذهن خردمندشان آنها را در آن موقعیت هدایت کند.

1 . eating a raisin
2 . labeling
3 . noting and describing
4 . breathing

مراقبه: دان هریس^۲ خبرنگار ABC، در حالی که در تلویزیون ملی خبر می‌خواند دچار حمله وحشتزدگی شد. او ترسیده بود، دنبال درمان بود و دریافت که مراقبه و درمان شناختی - رفتاری درمان‌هایی هستند که برای او خیلی مفید هستند. مراقبه به ما اجازه می‌دهد که تمرین کنیم و افکار و احساساتمان را بدون آن که به آنها پاسخ دهیم بشناسیم. ترغیب یک فرد مضطرب به اینکه تمرین‌های مراقبه را آغاز کند ممکن است کار دشواری باشد. ما متوجه شدیم که اگر از آنها بخواهیم که یک برنامه تمرین مراقبه دانلود کنند و وقتی در کلینیک هستند ۱۰ دقیقه در پایان جلسات با هم آن را تمرین کنیم، برایشان بسیار مفید و کمک کننده خواهد بود. این کار سبب می‌شود آنها تجربه خود را از طریق مراقبه پردازش کنند و عادت‌های خوب برای کمک به ذهنشان ایجاد کنند. اهمیت چنین تمرینی این است که به مراجع کمک می‌کند ارتباط بین احساسات و افکارشان را باز تعریف کنند. ما این کار را برای این انجام می‌دهیم که بین عامل اضطراب و افکار فاصله ایجاد کنیم. این تمرینات همچنین کمک می‌کند تا افراد در داستان اضطراب گرفتار و زمین گیر نشوند. مثل تمام مهارت‌های دیگر، ذهن آگاهی از طریق تمرین‌های پایدار دست یافتنی خواهد بود.

نوبت شماست

- یک تمرین ذهن آگاهی برای تمرین روزانه به مدت یک هفته را انتخاب کنید و تجارب خود را یادداشت کنید.
- کدام تمرین را انتخاب کردید؟
- آیا مشکلی برای شروع یا در تداوم آن داشتید؟ چه موانعی را تجربه کردید (داخلی و خارجی)؟
- تجربه شما در اولین باری که این تمرین را انجام دادید در مقایسه با آخرین بار انجام آن، چه بوده است؟
- چقدر احتمال دارد این تمرین را ادامه دهید؟
- یک تمرین ذهن آگاهی دیگر را انتخاب کنید و به تجارب تان با استفاده از سوالات بالا توجه کنید.

ذهن آگاهی و اضطراب

اضطراب می‌خواهد افراد، آینده را فاجعه آمیز ببینند یا از گذشته ناراحت شوند. اما تنها چیزی که وجود دارد زمان حال است. احساسات و افکار ناخوشایند، با اینکه ناراحت کننده هستند، اما خطرناک نیستند. اجازه دهید این احساسات و افکار بیایند و بروند. این یک روش سودمند برای مواجهه با اضطراب است. برخی از دانشمندان می‌گویند که ما در یک روز بیش از ۵۰۰۰۰ فکر داریم. افراد مضطرب تمایل دارند به این افکار بچسبند و بارها و بارها آنها را در ذهن خود مرور کنند. صرف این که فکری در ذهن ماست آن را به واقعیت تبدیل نمی‌کند. یادگیری اینکه چه طور متوجه یک فکر شویم بدون اینکه باورش کنیم، بسیار سودمند خواهد بود. مقاومت در برابر اضطراب فقط آن را قوی تر خواهد کرد. این جمله را شنیده‌اید «هر چه بیشتر مقاومت کنید، آن بیشتر پافشاری می‌کند». در مورد اضطراب هم بیش از این نمی‌تواند حقیقت داشته باشد. به طور غریزی ما سعی می‌کنیم از چیزی که برایمان دردناک و دشوار است، دوری کنیم. ذهن آگاهی می‌تواند به افراد مضطرب کمک کند که یاد بگیرند اضطراب را بپذیرند و به آن اجازه ظهور و بروز دهند. ما در کلینیک مان تله انگشتی چینی^۳ نکه می‌داریم و از افراد می‌خواهیم انگشتانشان را داخل آن فرو کنند و سپس سعی کنند آنها را بیرون بکشند. این یک روش عالی برای نشان دادن این مفهوم به مراجعین است.

مهربانی و عطوفت یک ابزار قدرتمند برای درمان اضطراب است. افراد مضطرب وقتی که همه کارها خیلی خوب پیش نمی‌رود بسیار احساس خجالت، شرمندگی و خود انتقادی می‌کنند. وقتی با مراجعین تان کار می‌کنید به این نکته توجه داشته باشید. آنها به طور غیر ارادی به خودشان در مقابل شما حمله می‌کنند. فکرش را بکنید که چطور آنها اغلب به خاطر داشتن افکار ناخوشایند یا تسلیم

1 . meditation
2 . Dan Harris
3 . Chinese handcuffs

شدن در مقابل اجبارهایشان در اوقاتی که شما در کنارشان نیستند، خود را مجازات می‌کنند. به یاد داشته باشید که ذهن‌آگاهی به معنای غیر قضاوتی بودن است. ما دوست داریم که مراجعین دست خود را روی قلب شان بگذارند و آن را دایره وار مالش دهند و بگویند «اگرچه من به عنوان مثال: تسلیم اضطراب شدم، اما من عاشق خودم هستم و خودم را می‌پذیرم». خود شفقتی نه تنها احساس خوبی ایجاد می‌کند بلکه به آرام شدن آن بخش از مغز که بیش از حد فعال است، کمک می‌کند. مراقبه مهربانی نیز مفید است. مراقبه عشق ورزی - مهربانی¹ روشی عالی برای پروراندن مهربانی نسبت به خودمان و دیگران است که شامل ارسال ذهنی افکار مثبت و شفقت نسبت به دیگران از طریق تکرار آرام و بدون صدای یک سری عبارات و کلمات ذهنی است.

نکات برجسته فصل	<ul style="list-style-type: none"> • ذهن‌آگاهی، بودن در زمان حال، در لحظه حال و بدون قضاوت کردن است. • ذهن‌آگاهی به ما می‌آموزد که چگونه ناظر بر اضطراب خود باشیم. • ذهن‌آگاهی به ما کمک می‌کند به جای آنکه در برابر اضطراب مقاومت کنیم، آن را بپذیریم و تصدیق کنیم. • تمرین روزانه‌ی تکنیک‌های ذهن‌آگاهی این فصل، درمان شناختی - رفتاری اختلالات اضطرابی و اختلال وسواسی - جبری را تایید خواهد کرد. • مهربانی عشق ورزانه به خود پاسخ استرس را تسکین و تقلیل می‌دهد.
------------------------	---

گام بعدی را بردارید

- ۱- در کلینیک خود کوشش داشته باشید تا با مراجعین خود توجه به احساسات و افکار را تمرین کنید.
- ۲- تعدادی تله انگشتی چینی اینترنتی خریداری کنید و از آنها برای بازی کردن خودتان و سپس برای آموزش اثرات مقاومت به مراجعین خود استفاده کنید.
- ۳- کارهایی که در امروز انجام دادید و به شما احساس پوچی و ناامیدی می‌دهد را به یاد آورید و دست خود را روی چاکرای (در یوگا هر یک از هفت مرکز روانی و روحی در بدن است) قلب تان بگذارید و آن را بصورت چرخشی لمس کنید، بگویید «با وجود این اتفاقی که افتاده، اما من خودم را دوست دارم و می‌پذیرم». این عمل در شما چه احساسی ایجاد کرد؟
- ۴- به یوتیوب مراجعه کنید و کلیبی از مراقبه عشق ورزی - مهربانی تماشا کنید. بر روی خودتان تمرین کنید. سپس با یک مراجع تمرین کنید. چه چیزی متوجه شدید؟
- ۵- تمرین های زیر را به عنوان تکلیف به مراجع خود دهید و در جلسه بعدی در مورد آن بحث کنید.

1 . Loving-kindness meditations

تمرین ذهن آگاهی تنفس

در این تمرین، شما فرصتی برای تمرین مهارت‌های پایه ذهن آگاهی خواهید داشت، همزمان با توجه کردن به تنفس خود این متن را ضبط کنید و سپس برای خودتان پخش کنید. توجه کنید که چه طور آرامش یا فشار در صدایتان این تجربه را تغییر می‌دهد. سعی کنید فردی که عاشقش هستید آن را برای شما ضبط کند تا احساس کنید که او شما را جهت تمرین این مهارت جدید حمایت و تشویق می‌کند.

- ۱- چشم هایتان را ببندید یا اجازه دهید چشم هایتان به آرامی بر نقطه‌ای روی زمین خیره شود.
- ۲- به نقطه‌ای از بدنتان که تنفس را در آن جا احساس می‌کنید، توجه کنید و اجازه دهید توجه شما بر این نقطه باقی بماند. آن نقطه ممکن است در شکم، گلو یا بینی باشد.
- ۳- تمرکز خود را روی تنفس تان نگه دارید. به احساس تنفس خود وقتی دم و بازدم انجام می‌دهید توجه کنید. تصور کنید که امواج تنفس تان را هدایت می‌کنید.
- ۴- هر زمان که متوجه شدید ذهن شما از تنفس منحرف شده، به آرامی توجه خود را به جایی که تنفس را احساس می‌کنید برگردانید.
- ۵- هر زمانی ذهن شما منحرف شد، حواستان را دوباره به تنفس برگردانید و این کار را دوباره و دوباره انجام دهید.
- ۶- اگر شما متوجه افکاری شدید که می‌گوید «شما این کار را درست انجام نمی‌دهید» یا «شما خوب انجامش نمی‌دهید» فقط متوجه آن باشید و دوباره به آرامی توجه خود را به تنفس تان برگردانید. این‌ها فقط فکر هستند، بدین معنی نیست که شما این کار را درست انجام نمی‌دهید.
- ۷- اگر متوجه احساسات ناخوشایند شدید، فقط به آنها توجه کنید بدون اینکه به آنها بر چسب خوب یا بد بودن بزنید. تنفس خود را ادامه دهید و مسیر افکارتان را هدایت کنید.

فصل ۹

درمان شناختی - رفتاری برای کودکان

اختلالات اضطرابی شایع‌ترین مشکل سلامت روان در کودکان و جوانان به شمار می‌رود و ۵ تا ۱۸ درصد در افراد کمتر از ۱۸ سال تشخیص داده می‌شود. بیشتر اختلالات اضطرابی از دوران کودکی شروع می‌شوند و میانگین سن شروع این اختلال ۱۱ سالگی است. ما کار با کودکان را دوست داریم زیرا می‌توانیم کمک کنیم تا مانع از استقرار این اختلال به صورت طولانی مدت شویم. ما می‌دانیم که این پیشگیری واقعا کارآمد هستند.

درمان شناختی - رفتاری برای کودکان از این جهت اهمیت دارد که مانع آن می‌شود تا اضطراب و اختلال وسواسی - جبری به‌عنوان بخشی از سبکی شوند که کودک خودش را در قالب آن تصور کند و می‌بیند. کودکان درمان نشده اغلب به علت غیبت‌های زیاد از مدرسه و اجتناب از انجام فعالیت‌های فرادسی^۱ در فعالیت‌های اجتماعی و تحصیلی از همتایان خود عقب می‌ماند. فلسفه درمان شناختی - رفتاری که شما در سراسر این کتاب خواهید خواند، تحمل درد و رنج و عدم اطمینان (בלاتکلیفی) و ایجاد انعطاف پذیری است و این فلسفه برای کودکان هم به خوبی کارآمد است. البته اگر به زبان استعاره^۲ و بازی‌های متناسب با سن کودکان بازگردانده شود. درمان شناختی - رفتاری، دارو درمانی، یا ترکیبی از این دو درمان، درمان‌های مؤثر هستند (جیمز، سولر و ویتلار^۳، ۲۰۰۵). کودکان به صورت بالقوه توانایی یادگیری سریع‌تر دارند به گونه‌ای که حتی در اولین بار که درمان شناختی - رفتاری با روش تکنیک مواجهه و پیشگیری از پاسخ به آنها آموزش داده می‌شود، آن را فرا می‌گیرند. ما در اغلب مواقع استفاده از دارو را به تأخیر می‌اندازیم مگر اینکه کودکان به وظایف خود در امور زندگی به درستی عمل نکنند و پیشرفتی در درمان نداشته باشند.

سن و تشخیص

هنگام ارزیابی یک کودک برای تشخیص اختلال اضطرابی یا اختلال وسواسی - جبری در نظر داشته باشید که تجربه اضطراب یا اختلال وسواسی - جبری در مراحل مختلف زندگی متفاوت است. اضطراب بی‌رحم است و از پشت هر چیزی که ما بیشتر از آن می‌ترسیم خودنمایی می‌کند. ترس کودک کاملاً با ترس نوجوان متفاوت است. ما در اغلب مواقع از بالینگران می‌شنویم که چگونه ترس‌های بهنجار و مقتضی سن را از اضطراب اختلال وسواسی - جبری که با شدت، اجتناب و رنج همراه است، تشخیص افتراقی دهیم. ترس‌های بهنجار و مقتضی سن هم می‌تواند شدید باشد و این نباید ما را به اشتباه اندازد. اما معمولاً یک کودک توسط والدین یا یک بزرگسال آرام می‌شود و به سایر افکار و فعالیت‌ها سوق داده می‌شود.

اما کودکان مبتلا به اختلال اضطرابی و اختلال وسواسی - جبری قادر نخواهند بود به فعالیت‌های خود ادامه دهند و تمام تلاش خود را خواهند کرد تا از عامل اضطراب‌زا به بهترین نحو دوری کنند. دیدن درد و رنج این کودکان می‌تواند خیلی دشوار باشد. آنها از عوامل تنش‌زا (برانگیزنده‌ها) می‌ترسند چراکه می‌توانند مثل یک تهدید خیلی واقعی برای این گروه از کودکان به نظر برسند. کودک ۱۰ ساله‌ای را به یاد داریم که از رفتن به اتاق خواب خود در مواقعی که کسی در طبقه بالا نبود وحشت داشت. او به شدت از این ترس خجالت می‌کشید و چندین بار توسط والدین خود به دلیل نرفتن به تخت خوابش تنبیه شد. البته قبل از اینکه والدین او یاد بگیرند که او از تنها بودن در طبقه بالا هراس دارد و این دلیل امتناع او از رفتن به طبقه بالا است، ترسی را که تجربه کرد باور اشتباهی درباره خودش به او داد. آن هراس خود-ناهمخوان^۴ بود به این معنا که آن ترس با باوری که او نسبت به خودش داشت، تناسب و همخوانی نداشت. یک مراجع دیگر دختر ۱۲ ساله‌ای بود که از استفرغ کردن وحشت داشت. این اختلال امتوفوبیا نام دارد. این دختر ترس از استفرغ خود را کاملاً قبول داشت، اما متوجه شد که دوستان او به اندازه او نمی‌ترسند. بنابراین ترسش را از دوستانش مخفی می‌کرد. این کار سبب شد که از موقعیت‌های اجتماعی نظیر ماندن شب‌هنگام در منزل همکلاسی‌ها یعنی جایی که ممکن بود برانگیزنده ترسش باشد و قادر نباشد در کنار مادرش باشد، اجتناب می‌کرد.

ما نوجوان ۱۷ ساله‌ای را به یاد می‌آوریم که با وجود پیوند خویش با بزرگسالان، ترس فراگیری از صحبت کردن با همسالان داشت. او در کلاس نهم و دهم تعداد کمی دوست داشت اما در سال‌های اخیر تنها شده و در نهایت از رفتن به مدرسه امتناع کرد. او احساس

1. extracurricular activities
2. metaphors
3. James, Soler & Weatherall
4. ego-dystonic

ناتوانی می‌کرد زیرا مانند هر شخص دیگری که به صورت خودکار در این سن قادر است با اشخاص دیگر صحبت کند نمی‌توانست حرف بزند.

شروع اختلال وسواسی - جبری به دو گروه سنی ۵ تا ۸ ساله‌ها و نوجوانی تقسیم می‌شود. از آنجا که هنوز به طور متوسط ۱۴ تا ۱۷ سال طول می‌کشد تا افراد مبتلا به اختلال وسواسی - جبری تشخیص و درمان مناسب دریافت کنند، توجه به این که اختلال وسواسی - جبری در این گروه‌های سنی متفاوت چگونه به نظر می‌رسد، حائز اهمیت است.

کودکان کوچکتر در گروه سنی اول ممکن است عادت‌ها یا ترس‌هایی داشته باشند که به نظر عجیب بیایند. یک کودک ۶ ساله از مسموم شدن توسط لوازم پاک کننده وحشت داشت. لذا یک دستمال کهنه کوچک را به مدرسه می‌برد و صندلی خود را قبل از نشستن روی آن پاک می‌کرد. او در خانه فقط در یک بشقاب خاص غذا می‌خورد و مجبور بود فقط خودش ناهارش را بسته بندی کند. اگر مادرش فراموش می‌کرد ناهارش را به شیوه‌ای که او احساس امنیت و آرامش می‌کند بسته بندی کند، او آن غذا را نمی‌خورد. ممکن است داستان قبلی در مورد دختر ۸ ساله را بیاد بیاورید که ترس غیر منتظره از این داشت که مبادا چیزهای غیر خوردنی را خورده باشد. مثلاً وقتی که روی صندلی اتومبیل نشسته و مادرش در حال بنزین زدن اتومبیل بود با خودش فکر می‌کند که مبادا بنزین را خورده باشد و یا وقتی که زیپ لباس را بالا می‌کشد با خود فکر می‌کند که مبادا زیپ لباسش را خورده باشد.

این نوع ترس‌ها به مراتب بیشتر از انواع مشابه نظیر ترس از اتومبیل‌ها یا کفش‌ها یا دعا کردن به شیوه خاص در چند شب وجود دارند. این کودکان اگر مجبور به انجام کاری شوند که به نظرشان خطرناک باشد تسکین ناپذیر خواهند بود. هر مقدار که والدین شان در مورد امکان ناپذیری ترس هایشان به آنها اطمینان دهند، باز هم نمی‌توانند آنها را آرام کنند.

اختلال وسواسی-جبری در نوجوانی می‌تواند شکل وجودی به خود بگیرد چنانکه برای یک نوجوان ۱۷ ساله به این شکل ظهور کرد که برای مثال ساعت‌ها صرف صحبت کردن با بهترین دوستش می‌کرد، بصورتی که تصور می‌شد دوستش واقعاً در کنار او حضور دارد و هیجاناتی را که او احساس می‌کند دوستش هم تجربه می‌کند. نمرات او به وضوح با شروع اختلال وسواسی - جبری کاهش یافته بود زیرا با کشف چیزهایی که احساس می‌کرد سوالاتی مهم و حیاتی هستند، تحلیل رفته بود. نسخه اصلاح شده مقیاس وسواسی - جبری ییل براون^۱ (YBOCS) در ارزیابی کودکان مبتلا به اختلال وسواسی - جبری مفید است. شما می‌توانید آن را آنلاین بیابید و از آن جهت پیگیری بهبود در طول زمان استفاده کنید.

در تمام این مثال‌ها از اضطراب اجتماعی تا فوبیا ساده و اختلال وسواسی-جبری چگونگی بروز علائم و تمرکز بر مشکل در مراحل رشد کودک متفاوت و خاص هستند. رشد کودکان می‌تواند بوسیله اضطراب و اختلال وسواسی - جبری متوقف شود و به همین دلیل ممکن است کوچکتر از سن خود به نظر آیند.

درمان شناختی - رفتاری برای کودکان و نوجوانان کارآمد است

خوشبختانه درمان شناختی - رفتاری به خوبی برای کودکان نوجوانان کارآمد است و به‌عنوان درمان خط اول توصیه می‌شود. یک مقاله پژوهشی با عنوان جالب بروزرسانی مبتنی بر شواهد: ۵۰ سال پژوهش درباره درمان اضطراب کودکان و نوجوانان^۲ اشاره می‌کند که درمان شناختی - رفتاری موجب بهبود عملکرد و کاهش علائم می‌شود و علاوه بر این درمانی انعطاف پذیر است. بنابراین می‌تواند برای مشکلات خاصی که کودک در حال تجربه است، مناسب باشد (هیگامک میلان، فرانسیس، ریت نجاریان، چورپیتا، ۲۰۱۶). وقتی درمان شناختی - رفتاری بصورت اشتراکی و همکاری با کودک باشد و نه یک مواجهه درمانی اجباری، موثرتر خواهد بود. ایجاد این همکاری و مشارکت در کار کردن با کودکان، وقتی تمایل به شرکت در مواجهه با برانگیزنده‌ها را داشته باشند، معجزه می‌کند.

درگیر کردن کودکان و والدین در درمان

1 . Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale

2 . Higa-Mcmillan, Francis, Rith-Najarian, & Chorpita

کودکان و نوجوانان مبتلا به اضطراب و اختلال وسواسی - جبری که برای دریافت کمک مراجعه می‌کنند، معمولاً در رنج هستند و قادر به انجام فعالیت‌ها و تجارب مهم خود نیستند. مانند تمام موارد، درمان شناختی - رفتاری، یک درمان خوب شامل تمرکز اولیه بر همدردی با این رنج در راستای ایجاد نوعی اتحاد بین کودک و درمانگر است. جالب است که اکثر کودکان و نوجوانانی که اتحاد خوبی با درمانگر دارند، در فعالیت‌های درمانی بصورت بهتری مشارکت می‌کنند (مک لود^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). درگیر کردن کودکان و والدین مثل درگیر کردن بزرگسالان نیازمند آشنا کردن آنها با تشخیص، حوزه مشکل و درک مغز مضطرب است. البته استفاده از زبان دوستانه‌ی کودکان مهم است. انتخاب یک نام مناسب برای اضطراب توسط کودک می‌تواند مفید باشد. یک مراجع اسم «ماند» که ترکیب دو حرف اول دو کلمه متضاد است را روی اضطراب خود گذاشته بود. پس از نامگذاری اختلال، والدین، برادر و خواهرها و معلمین نیز می‌توانند به جای اضطراب و اختلال وسواسی - جبری این اختلال را «ماند» بخوانند.

در بچه‌های خیلی کوچک یا افرادی در سنین مختلف که به علت برخی ناتوانایی‌ها به سختی می‌توانند بنویسند بهتر است یک بزرگسال وظیفه نوشتن را به عهده بگیرد و یا برای درک مشکل به ترسیم تصاویر یا ساخت کولاژ بپردازند. برای مثال کودکی که از تنها ماندن در طبقه بالا بدون حضور والدین می‌ترسید، مشکلات یادگیری داشت که خواندن و نوشتن را برای او دشوار کرده بود. اگر چه او ۱۰ سال داشت ولی می‌توانست تصاویری ترسیم کند و به همین دلیل الیزابت به جای اینکه خودش بنویسد، جدولی برای او طراحی کرده بود تا آن را تکمیل کند. او تصاویر فوق‌العاده خنده داری از مغز که به دنبال او در پله‌ها می‌آمد، ترسیم کرد که به او کمک کرد به این تشخیص مهم برسد که این خودش نبوده که ترسیده بلکه این مغز مضطرب بود که او را ترسانده است.

ما همچنین پله‌های لگویی ساختیم و از آدمکهای لگویی استفاده کردیم که به بالا و پایین پله‌ها بروند. والدین او هم در جلسات با ما حضور داشتند و از این کارها شگفت زده شده بودند. این رویکرد به آنها یاد داد که پرسیدن این سوال از کودک که «چرا تو از اینکه طبقه بالا بمانی می‌ترسی؟» به پیشرفت فرزندشان کمک نمی‌کند و این هرگز یک سوال خوبی نیست! در حقیقت کودک ترسیده است زیرا در حال تجربه یک برانگیزنده است. این منطقی نیست زیرا مغز می‌گوید آن برانگیزاننده ترسناک است.

کودکان بزرگتر تمایل زیادی به درک کردن مغز ندارند اما توضیح دادن به والدین می‌تواند بسیار اساسی باشد زیرا والدین نقش مهمی در کمک به کودکان برای تحمل موقعیت‌ها و احساسات شان را دارند. اگر والدین درک کنند که این یک اشتباه مغزی است، آنها می‌توانند این نکته را در لحظات و موقعیتهای دشوار به کودکشان انتقال دهند. مطمئن شوید که بخشی از دفترچه یادداشت را به نوشتن والدین اختصاص داده اید. ما عنوان «یادداشت را پست کن» را به این بخش از دفترچه داده‌ایم و والدین را دعوت می‌کنیم که نگرانی‌ها و سوالاتشان را و بعدترها موفقیت‌ها و مواجهه‌هایشان را که به خوبی انجام شده را در این بخش یادداشت کنند. والدین و کودکان در هر سنی از قیاس تمثیلی نان تست سوخته لذت برده‌اند. این قیاس تمثیلی عبارت بود از اینکه وقتی نان تست سوخته زنگ هشدار آتش سوزی را فعال می‌کند، این زنگ هشدار گمراه کننده و کاذب است و هشدار برای یک خطر واقعی نبوده است.

درمان را با سن و توانایی رشدی متناسب‌سازی کنید

کودکان اضطرابی با هر سن و توانایی برای درمان مراجع خواهند کرد. نه تنها سن تقویمی، بلکه اختلالات یادگیری یا چالش‌های تحولی کودکان را برای تصمیم‌گیری درباره بهترین شیوه ارتباطی را در نظر بگیرید (کندال و پترمن^۲، ۲۰۱۵).

به‌طور کلی والدین یک دارایی بزرگ برای درمان هستند و یکی از مهم‌ترین بخش‌های آموزش روانی همکاری والدین و کودک در درمان اضطراب است. وجود یک تیم با اعضای درمانگر، مراجع و والدین حیاتی است. به یاد داشته باشید که والدین هم ممکن است اضطراب داشته باشند. ما دختری که اضطراب اجتماعی داشت و الیزابت با او کار می‌کرد را به خاطر داریم. استفاده از یک مشکل اضطرابی یا هراس دیگر برای نشان دادن این هدف، اغلب برای بچه‌ها که کمک کردن به دیگران را دوست دارند، خیلی سودمند

1. Mcleod

2. Kendall & Pete

است. الیزابت برای توضیح درباره این که مواجهه‌ی درمانی به چه صورتی عمل می‌کند، از مثال یک کودک که خود اضطراب اجتماعی و مادرش عنکبوت هراسی داشت، استفاده کرد. او تصاویر لمینت عنکبوت را بر روی زمین بین خود و دختر قرار داد. دختر که بسیار آرام بود شروع کرد به خندیدن و به مادرش که پاهای خود را روی صندلی کشیده بود تا از تصاویر دور شود، اشاره کرد. الیزابت یکی از دفترچه‌های یادداشت خالی خود را بیرون کشید و از این دختر خواست به مادرش در کاهش عنکبوت هراسی کمک کند و آن را به‌عنوان طرح اولیه خود استفاده کند. این اتفاق در تمام اوقات در طول درمان می‌افتد. ما دوست داریم این تجربه را عادی سازی کنیم و به مراجعین یادآوری کنیم که می‌توانند از هر کسی دیگر در خانواده یاد بگیرند. یادگیری همیشه از جانب والدین به کودک نیست!

سن مراجع	والدین در اتاق درمان باشند؟	تمرکز ویژه درمان شناختی - رفتاری
نوزاد - ۴ ساله	بله	بازی؛ آموزش تکنیک‌ها به والدین برای خانه
۵-۸ ساله	بله	نقاشی، بازی و نمایش یا ایفای نقش
۵-۱۲ ساله	گاهی اوقات	رویکرد علمی؛ نوشتن تمام موارد
۱۳-۱۷ ساله	معمولا در پایان	آگاهی از هویت خود؛ تصریح ارزشها

نوبت شماست

کدامیک از کودکان مبتلا به اضطراب و اختلال وسواسی - جبری که با آنها کار می‌کردید را به یاد می‌آورید؟

هدف‌گذاری و پاداش

برای موفق شدن در کار با کودکان و نوجوانان یافتن اهدافی که برای آنها اهمیت دارد، خیلی مهم است. اشخاص برای رسیدن به اهدافی که برایشان اهمیت دارد، بهتر کار می‌کنند.

نوجوان ۱۷ ساله‌ای که اضطراب اجتماعی داشت و بیرون از مدرسه بود یک هوادار ورزش هاکی بود و هدفش تماشا کردن تمرینهای تیم هاکی مورد علاقه اش بود. مطمئنا بازگرداندن او به مدرسه مهم بود. اما او فکر می‌کرد این یک هدف دست نیافتنی است زیرا مدتهای طولانی از مدرسه و محیط آموزشی دور بود و مدتی را در منزل و بیمارستان تحت مراقبت بود. خارج کردن او از خانه اولین هدف منطقی بود. او عکسی از خودش در یک بازی هاکی را در جلسه بعدی برای ما آورد که برای ما بسیار گرانبها بود و ما نمی‌دانستیم که او می‌تواند همانند آن تصویر یک لبخند بسیار زیبا بزند. این تصویر به او این اطمینان را داد که مراحل دشوار را برای برگشتن به مدرسه پشت سر بگذارد. در این مواجهه‌ی درمانی، رفتن به یک بازی هاکی یک پاداش عالی محسوب می‌شد. برای بچه‌های کوچکتر، اسباب بازی‌های کوچک و برچسب‌ها می‌تواند برای حرکت به سمت رفتارها و اهداف بزرگ مفید واقع شود.

ما دوست داریم از والدین و بچه‌ها بخواهیم که پاداش‌هایی که برای خانواده آنها مناسب است را مشخص کنند. برای بعضی از خانواده‌ها بیرون رفتن برای خوردن بستنی یا سفارش پیتزا پاداش معقولی محسوب می‌شود. در خانواده‌ای که ما با آنها کار می‌کردیم گرفتن یک توله سگ پاداش بسیار بزرگی بود که والدین تصمیم داشتند پس از اینکه کودک به اندازه کافی برای آموزش تلاش کند به او هدیه بدهند. خیلی مهم است که به والدین آموزش دهید که پاداش را بعد از انجام مواجهه‌ی درمانی به کودک ارائه دهند. اگر والدین وعده دادند و به وعده خود وفا نکنند که اغلب مواقع هم همینگونه است، پاداش محسوب نمی‌شود.

پاداش های ممکن

- رفتن به بیرون از خانه برای خوردن پیتزا با خانواده
- خرید اسباب بازی های کوچک
- صرف وقت اضافه با والدین مثل کتاب خواندن و غیره
- رفتن به بولینگ با یک دوست
- رفتن به سینما با یک دوست
- خرید و مطالعه یک کتاب جدید
- انجام بازی خانوادگی
- خرید بازی جدید برای کامپیوتر یا موبایل
- انجام یک سرگرمی یا فعالیتی مثل پاشیدن بذر در باغ یا خرید یک چوب بیسبال جدید
- دادن زمان اضافه برای تماشای تلویزیون
- رفتن به یک پارک تفریحی

نوبت شماست

- چه پاداش های موفقی را برای کودکان و نوجوانان به کار می برید؟
- اسباب بازی هایی که در کلینیک دارید می توانید آنها را به کودک بدهید؟
 - با والدین درباره دادن اسباب بازی به کودک صحبت می کنید؟
 - از والدین تعهدنامه غیررسمی برای انجام برخی بازی ها مثل بولینگ دریافت می کنید؟
 - به عنوان پاداش بعد از مواجهه ی درمانی با کودک بازی می کنید؟
 - سایر موارد

تنظیم سلسله مراتب عوامل تنش زا و شروع روش مواجهه و پیشگیری از پاسخ

یک سلسله مراتب عوامل تنش زا برای کودک کم سن و سال ممکن است ساده باشد، اما برای داشتن یک شروع موفق در مواجهه درمانی باید ساده ترین گام را پیدا کنید. هر دوی ما این کار را برای ۲۵ سال انجام دادیم و می توانیم با اطمینان بگوییم که همیشه ساده ترین گام برای مواجهه درمانی وجود دارد. در اغلب مواقع مراجعین و والدین نمی دانند که چطور می توانند آن را ایجاد کنند. لذا تعیین ساده ترین گام برای شروع مواجهه درمانی مهمترین بخش برای شروع کار با مراجع است.

به کودک ۱۰ ساله ای که از تنها رفتن به طبقه بالا می ترسید فکر کنید، در سلسله مراتب عوامل تنش زای او تنها یک مورد وجود داشت: تنها به طبقه بالا رفتن. این مورد برای شروع خوب بود. بنابراین به عنوان عامل تنش زای درجه ۱۰ به سلسله مراتب اضافه شد. اما در مورد نقاشی کردن یک کودک که به طبقه بالا می رفت چه طور؟ این برای او ترسناک نبود، پس ما به نقاشی کردن درجه ۲ دادیم. در مورد اینکه مادر پایین پله ها بایستد و کودک در طبقه بالا برای مادر آواز بخواند چه طور؟ یا ضبط داستانی برای خودش که در مورد رفتن به طبقه بالا و ترسیدن و در عین حال استقامت کردن باشد چه طور؟ وقتی که ما این موارد را تمام کردیم یک فهرست طولانی خوب برای کار کردن با او داشتیم. اگر والدین تصمیم دارند بخشی از مواجهه ی درمانی باشند، آغاز روش مواجهه و پیشگیری از پاسخ در یک جلسه با مراجع و والدین بسیار مهم است. این مواجهه درمانی می تواند زنده، همراه با بازی یا تخیلی باشد. نکته این است که کودک به طور داوطلبانه کاری را انجام دهد که موجب اضطراب یا اختلال وسواسی - جبری اش می شود. شما می خواهید برای اولین بار برای کمک آنجا باشید:

- یک راهنمای تشویق کننده باشید.
- بپذیرید که مواجهه کار سختی است.
- از تلاش کودک قدردانی کنید حتی آن یک گام خیلی کوچک باشد.

نکته آخر بسیار مهم است. برای اینکه اغلب والدین و کودکان مضطرب به گام‌های کوچک ارج نمی‌دهند و این کار عموماً انجام مواجهه درمانی سخت‌تر را غیر ممکن می‌سازد.

نوبت شماست

- کدام هدف در کودکی که با او کار می‌کنید، به نظر همه یا هیچ می‌رسد؟
- اکنون که مثال ایجاد وظایف جدید و ساده‌تر را خواندید، آیا می‌توانید تعدادی اهداف ممکن جدید برای این مواجهه درمانی بیاورید؟

تبیین‌های متناسب با سن بازسازی شناختی

کودکان کم سن ممکن است زیاد قادر نباشند مغز و بازسازی شناختی را درک کنند، اما تقریباً هر کس این ایده را می‌پذیرد که شما در حال کمک به کودک هستید تا به مغزش آموزش دهید. تمرین بیان، تمرین هجی کردن کلمات یا تمرین فوتبال همه مثال‌هایی هستند که ممکن است به یک کودک کمک کند تشخیص دهد که درست مثل هر فعالیت دیگر، برای بهتر شدن در انجام کاری که می‌ترسد باید آنها را تمرین کند.

مفهوم سازی اضطراب به عنوان یک فریب مغزی یا یک زورگویی به کودک کمک می‌کند که در برابر مغز زورگو سر تعظیم فرود بیاورد. این مفهوم سازی برای کودکان تمام سنین مناسب است. این خیلی مهم است که بسیاری از کودکان از قواعد و قوانین پیروی می‌کنند و کودکان مضطرب نیز از قوانینی که اضطراب برایشان وضع می‌کند، اطاعت و پیروی می‌کنند. والدین می‌توانند با تشویق، کمک کنند کودک یاد بگیرد که نیاز نیست برای یک زورگو آدم خوبی باشند. این کاملاً جالب است که یک کودک همانطور که به اضطراب خود شخصیت می‌دهد (هیولا، اژدها و غیره)، آنها را نیز به تصویر بکشد. این تصاویر را روی زمین جلوی او قرار دهید و بخواهید با اضطرابش مقابله به مثل کند:

- ممکن است که تو باعث شده باشی من حس بدی داشته باشم، اما نمی‌توانی باعث شوی من در خانه بمانم.
- تو فقط یک زورگوی بزرگ هستی.
- تو بد هستی، اما من می‌توانم تو را اداره کنم.
- تو من را تحت سلطه خودت در آوردی، اما منم دوباره تلاش می‌کنم.
- تو نمی‌توانی من را از کاری که می‌خواهم انجام دهم متوقف کنی.

استعاره فرو بردن انگشت پا در آب استخر شنای سرد در ابتدای تابستان کمک می‌کند تا کودکان تشخیص دهند که می‌توانند در ابتدا فقط یک بخش کوچکی از اضطراب شان را در نظر بگیرند و با آن مواجه شوند. مجبور نیستند با همه اضطراب خود رو برو شوند. اگر نیاز باشد که با همه اضطرابشان روبرو شوند، آن را به شیوه سریع و کارآمد پریدن در آب سرد استخر انجام دهید. ما می‌خواهیم کودکان و والدین آگاه شوند که لحظاتی که اضطراب بالاست لحظات بدی نیست. این لحظات فرصت‌های بیشتری برای تمرین شکل دهی نگرش‌های جدید فراهم می‌کنند.

توصیه‌های ویژه برای نوجوانان

گاهی اوقات مهم است که با نوجوانان در برخی مواقع بدون حضور والدین در جلسه کار کنید. به‌ویژه نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی یا اضطراب جدایی نیازمند فرصتی هستند تا شما برای آنها بدون اینکه از والدین بازخورد بگیرند هدف‌گذاری و برای جلسات برنامه‌ریزی کنید. بسیاری از نوجوانان مضطرب معمولاً تمرین کافی برای تنظیم برنامه ریزی و فرصت لازم برای دور شدن از والدین را ندارند. سعی کنید ۱۵ دقیقه آخر جلسه را والد باشید و از نوجوانان بخواهید با خلاصه کردن کارهایی که انجام داده‌اند و تشریح و تبیین هر مواجهه جدید یا بازسازی شناختی که یاد گرفته‌اند، با شما به گفتگو بپردازند.

کار با مدرسه

هنگامی که با کودکان کار می‌کنید ممکن است نیاز داشته باشید که با پرسنل مدرسه صحبت کنید تا مطمئن شوید که همه درباره مشکل مورد نظر اتفاق نظر دارند. همچنین درخواست برقراری یک جلسه ملاقات که در آن معلمان، مشاوران، پرستار مدرسه، روانشناس مدرسه و مدیر مدرسه حضور داشته باشند، می‌تواند مفید واقع گردد. همچنین از والدین و کودک با توجه به سن و توانایی که دارد دعوت خواهیم کرد که در این جلسه حضور داشته باشند. در این جلسه و ارتباطات آینده مهم است که به همه افراد در مورد اضطراب آموزش دهید. به طور خاص در مورد این موضوع که چگونه دانش آموز در مدرسه در حال مبارزه با ابعاد مختلف مشکل خود است، به بحث و گفتگو بپردازید و یک طرح درمانی تنظیم کنید که به آنها در غلبه بر ترس‌شان در مدرسه کمک کند. شما می‌توانید از منابع زیر جهت آموزش پرسنل مدرسه برای یادگیری روش‌های کارآمد گفتگو با دانش آموز مضطرب استفاده کنید. سازش و همکاری و کنار آمدن با مشکل دانش آموز در ابتدا موثر است ولی به نظارت دقیق نیاز دارد تا دانش آموز به تدریج و به آهستگی با ترس‌هایش روبرو شود و بیاموزد که چگونه زمانی که سازش و همکاری کم می‌شود و از بین می‌رود افکار و احساساتش را تحمل کند. در این جلسه ما از دانش آموز می‌خواهیم که چالش‌ها و موانع خود برای بهتر شدن و اینکه از آنها چه چیز آموخته است را برای دیگران بازگو کند. همچنین به معلمین توضیح می‌دهیم که چگونه دانش آموز را در یک وهله اضطرابی^۱ هدایت کنند.

امتناع از مدرسه رفتن^۲

بچه‌ها نیاز دارند در مدرسه یعنی جایی که آموزش تحصیلی و اجتماعی می‌بینند حضور داشته باشند. این یک مبحث در مورد آموزش در منزل نیست بلکه تشخیص این موضوع که برای بیشتر بچه‌های مضطرب مدرسه اهمیت ویژه‌ای دارد، بسیار مهم است؛ زیرا یک مکان ساختاریافته برای بهنجار کردن افکار و احساسات اضطرابی است که توسط همسالان و والدین حمایت‌گر احاطه شده است. کودکانی که به علت اضطراب در خانه آموزش می‌بینند نیاز به کمک دارند تا به طور عادی به مدرسه برگردند. به سایت کودک-خرد-نگرانی^۳ مراجعه کنید. در این سایت یک فهرست عالی برای سازش و همکاری و کنار آمدن با مشکل دانش آموز وجود دارد که می‌تواند برای شروع درمان شناختی-رفتاری یک کودک کارآمد و اثربخش باشد. در حقیقت، سازش و همکاری و کنار آمدن با مشکل نمی‌تواند یک راه حل دراز مدت و همیشگی باشد بلکه یک گام در فرایند بازگشت به مدرسه است. معمولاً بهتر است کودک در ابتدا بعضی از روزهای هفته را به مدرسه برود و باز بهتر است که کلاسهای اول آن روزها را در مدرسه حضور یابد. ماندن طولانی مدت در مدرسه می‌تواند اضطرابشان را چندین برابر کند. به کودک کمک کنید پاسخ‌سوال‌های همکلاسی‌ها را در مورد عدم حضورش در مدرسه را پیدا کند و به معلم کمک کنید انتظار منطقی از کودکی که از کار عقب مانده است، داشته باشد. در اغلب مواقع بازگشت به مدرسه بسیار مهمتر از تکمیل هر تکلیف دیگری است.

1 . anxiety episode

2 . school refusal

3 . <http://www.WorryWiseKids.org>

دست نوشته شخصی

اضطراب در مدرسه: نکاتی برای معلمان

- ۱- احساسات کودک را تأیید کنید و به آنها کمک کنید آن را به عنوان اضطراب تشخیص دهند.
 - احساس بدی داری، درباره چیزی نگران هستی؟
 - این طبیعی است که قبل از آزمون یا صحبت کردن در کلاس احساس اضطراب داشته باشی.
- ۲- به کودک مضطرب اطمینان بخشی مجدد ندهید.
 - «شما خوب هستید.
 - شما همیشه در آزمون خوب عمل کردید.
 - شما چیزی برای نگرانی ندارید.
- ۳- به کودک کمک کنید تا احساسات ناخوشایند خود را تحمل کند.
 - من می دانم که شما احساس خیلی بدی دارید. اما می خواستم بدانم که آیا می توانید در صندلی خود در حالی که احساس بدی دارید بنشینند، من در عرض چند دقیقه با شما بررسی می کنم
 - شما واقعا امروز صبح از مادرت جدا شدی، آن سخت بود اما من قول می دهم که می توانی کار را با نبود مادرت شروع کنی، حتی اگر دلتنگش باشی و ممکن است متوجه شوی که کار کردن کمک می کند تا آن احساسات کمی آرام شوند.
 - طوفان بیرون ممکن است شما را خیلی ترسانده باشد، دارم فکر می کنم که چند نفر از شما می تواند با آنکه ترسیده به کارش ادامه دهد.
- ۴- یک راهنمایی تشویق کننده برای آنها باشید تا اضطراب خود را تحمل کنند.
 - من به شما افتخار می کنم. کارت را با آنکه مضطرب بودی به اتمام رساندی.
 - امروز با بودن در مدرسه عالی کار کردید، اگر چه شما مادرتان همراهتان نبود.
 - من واقعا از شما قدردانی می کنم چون هر چند که کارت سخت بود اما تمام روز از من سوال نپرسیدی. این در حالی است که ممکن است نگران درست انجام دادن کارتتان هم بوده اید.
- ۵- او را برای گذراندن زمان های طولانی تر یا انجام کارهایی که به او احساس بدتر می دهد به چالش بکشید (البته پس از شروع احساس قدرت در آنها).
 - شما واقعا در ۱۵ دقیقه ای که در کلاس ماندید سخت کار کردید با آنکه می خواستید به دفتر پرستاری بروید. آیا می توانید برای ۱۵ دقیقه دیگر هم سخت کار کنید؟
 - شما بخشی از آزمون را با آنکه مضطرب بودید کامل کردید. نمی دانم آیا می توانید با وجود اضطراب، بخش بعدی آزمون را هم تکمیل کنید؟
- ۶- کمک کنید تا مشاهده کنند که وقتی کاری انجام می دهند، اگر چه احساس اضطراب دارند، اما اضطرابشان در نهایت کم می شود.
- ۷- به بچه های خیلی مضطرب اسباب بازی کوچک، آب نبات یا جوایزی را برای کامل کردن وظایفی که موجب اضطراب می شود پاداش دهید و برای کودکان بزرگتر از تحسین زیاد استفاده کنید.
- ۸- به یاد داشته باشید که کودکان یاد نخواهند گرفت که اضطرابشان را تحمل کنند مگر اینکه این مهارت را تمرین کنند. آنها نیاز دارند بخاطر نشستن و انجام دادن کارهایشان با وجود احساس بد تشویق شوند. اگر به آنها اطمینان بخشی مجدد

دهید یا آنها را به دفتر پرستاری بفرستید فقط یاد می‌گیرند که نمی‌توانند این احساسات را تحمل کنند و اضطراب‌شان بدتر خواهد شد.

نکات برجسته فصل	<ul style="list-style-type: none">• اختلالات اضطرابی شایع‌ترین اختلال سلامت روان در کودکان و نوجوانان است.• اضطراب از ترس‌های نرمال و متناسب با سن از نظر شدت، اجتناب و رنج آور بودن متفاوت و متمایز است.• درمان شناختی - رفتاری یک درمان کارآمد برای کودکان و نوجوانان است و خط اول درمان محسوب می‌گردد.• وقتی کودکان به درمان متعهد هستند و نه زمانی که مجبور به آن می‌شوند، درمان بهترین کارآمدی را دارد.• درمان را می‌توان متناسب با سن و سطح تحول کودک و نوجوان تنظیم کرد.• قبل از شروع روش مواجهه و پیشگیری از پاسخ پاداش‌ها را با خانواده برای افزایش موفقیت مرور کنید.• به تنظیم یک سلسله مراتب از عوامل اضطراب‌زا با گام‌های کوچک قابل کنترل برای شروع درمان بپردازید.
------------------------	---

گام بعدی را بردارید

- موانع شما برای کار کردن با کودکان مبتلا به اضطراب و اختلال وسواسی - جبری چیست؟
- بر اساس آنچه در این فصل آموختید، چه کارهای متفاوتی برای اعتماد بیشتر به خود در شروع کار با کودکان اضطرابی و اختلال وسواسی - جبری می‌توانید انجام دهید؟

جعبه ابزار بالینگر ایده‌هایی برای بازی



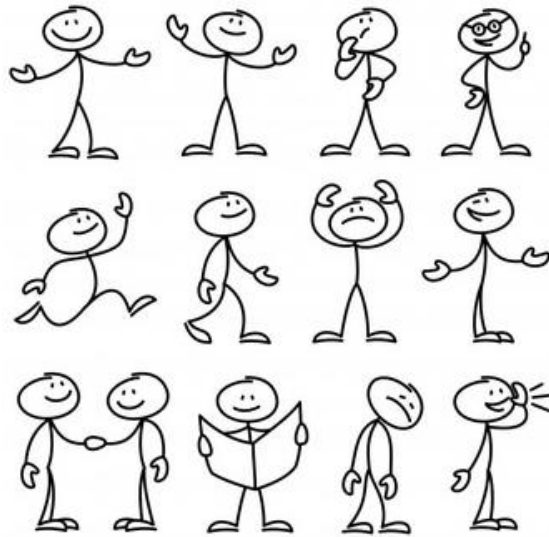
از ایده‌های بازی زیر در هنگام کار با کودکان استفاده کنید. مطمئن شوید که سطح مقیاس واحدهای ذهنی آشفستگی را بررسی کرده اید (۱۰-۰).

۱. **پایکوبی هیولا:** کودک ترس‌هایش را روی کاغذهایی با اندازه ۸×۱۱ بنویسید و هر ترس را روی یک کاغذ نوشته و وانمود می‌کند که هر یک از آن کاغذها یک هیولا هستند. با پریدن بر روی هر یک از آن کاغذها با صدای بلند یک پاسخ سالم به آن ترس بدهد. او به پریدن بر روی هر یک از ترس‌هایش که در قطعات کاغذ نوشته شده، ادامه دهد تا جایی که برای هر یک از ترس‌هایش پاسخ‌های سالم پیدا کند. این بازی به آنها کمک می‌کند تا احساس قربانی شدن به وسیله ترس‌هایشان را متوقف کنند و روش‌های سالم برای صحبت کردن با ترس‌هایشان را شکل دهند.
۲. **بسکتبال:** از کودک بخواهید ترس‌ها یا افکار بد خود را روی تکه‌های مختلف کاغذ بنویسد. سپس ترس‌هایش را با صدای بلند بخواند و کاغذ را مچاله کرده و مانند بازی بسکتبال به داخل یک سطل زباله پرتاب کند. این بازی به آنها کمک می‌کند تا ترس‌های خود را با صدای بلند بگویند و هیجان خود را تغییر دهند.
۳. **مطابقت دادن:** هر یک از ترس‌های کودک را دوبار روی تکه‌های مختلف کاغذ بنویسید. ترس‌ها را مخلوط کنید و سپس بازی جور کردن را با او انجام دهید. این کار به کودک کمک می‌کند با ترس‌های خود بازی کند.
۴. **پرتاب توپ:** یک توپ بردارید و در حالی که چیزی بدی که احتمال می‌دهید برای او اتفاق بیفتد و منجر به ترسش شود را بگویید و به سمتش پرتاب کنید. سپس کودک توپ را به شما پاس می‌دهد و چیزی بدی را که برای شما اتفاق می‌افتد را می‌گوید. شما می‌توانید این بازی را با محتوای افکار پوچ و ترس‌های کودک انجام دهید. برای مثال جان نگران است زمانی که در مدرسه است اتفاق بدی برای مادرش بیفتد. درمانگر کمک می‌کند که جان متوجه شود که صرفاً داشتن این افکار به معنی درست بودن آن نیست. درمانگر توپ را به او پاس می‌دهد در اولین پاس به او می‌گوید «امروز طوفانی خواهد شد، جان توپ را می‌گیرد و می‌گوید فکر کنم زمین لرزه بیاید، درمانگر توپ را می‌گیرد و می‌گوید ممکن است من مریض شوم، جان توپ را می‌گیرد و می‌گوید ممکن است مادرم مریض شود. آنها همچنان پرت کردن توپ به سمت یکدیگر را ادامه می‌دهند و افکار تحریک کننده اضطراب را بیشتر و بیشتر تبادل می‌کنند. بازی با نگرانی‌ها به کودکان کمک می‌کند تا متوجه شوند که ما نمی‌توانیم اتفاقات آینده را پیش بینی کنیم. این بازی همچنین کمک می‌کند کودکان تحمل افکار و احساس اضطراب آور را تمرین کنند.
۵. **بازی تفکر جادویی:** با گفتن عکس از روی دیوار سقوط خواهد کرد شروع کنید. سپس کودک چیزی را از کلینیک شما انتخاب می‌کند و می‌گوید سقوط خواهد کرد. این کار را با اضافه کردن ترس‌ها و افکار وحشتناکی که کودک درباره آنها نگران است ادامه دهید (به عنوان مثال مادرم امروز خواهد مرد، من استفراغ خواهم زد، فردا طوفان خواهد شد. این بازی به کودک کمک می‌کند که پی ببرد، افکارش با فعالیت‌ها و رفتارهایش ارتباطی ندارند.
۶. **ارزیابی استفراغ:** به سایت مربوط به این ارزیابی استفراغ^۳ بروید و تصاویر استفراغ کودکان که در آن سایت قرار دارد را به همراه کودکی که ترس از استفراغ دارد ارزیابی کنید.
۷. **حاضر جواب بودن به اضطراب:** از فضاهای خالی در صفحه بعد استفاده کنید و به مراجع ترس‌هایشان و حاضر جواب بودنش به آن ترسها را نشان دهید. به عنوان مثال در فضای خالی ۱ اضطراب می‌گوید اگر استفراغ کنی چی؟، در فضای خالی ۲ من







1 . Matching
2 . Magical Thinking
3 . <http://rate.myvomot.com>

پاسخ می‌دهم نه من استفراغ نمی‌کنم در فضای خالی ۳ اضطراب بلندتر می‌گوید از کجا می‌دانی؟ سامی دیروز استفراغ زده، در فضای خالی ۴ من قوی تر پاسخ می‌دهم ممکن است من استفراغ بزنم، ولی برای من اهمیتی ندارد. در فضای خالی ۵ من بسیار قوی تر پاسخ می‌دهم استفراغ بدتر از آن چیزی نیست که من هر روز احساس می‌کنم. حتی زمانی که استفراغ نمی‌زنم. در فضای خالی ۶ من بسیار قوی تر و قوی تر پاسخ می‌دهم امیدوارم استفراغ بزنم چون تو از ناراحت کردن من دست بر می‌داری.

از صفحه ۹۲ یک نسخه کپی تهیه کنید و به مراجع خود بدهید تا جواب‌های درست را در فضاهای خالی آن بنویسید. اگر برایشان امکان داشت می‌توانند شکلک‌های کارتونی^۱ زیر یا نظیر آنها را ترسیم و به پاسخ‌هایشان در فضای خالی بیفزایند و یا اگر شما می‌توانید یک شخصیت واقعی ترسیم کنید و سپس قدرتمند بودن پاسخهای کودکان را بررسی کنید.



1 . stick figure

<p>۳. اضطراب بانگذار می گویند:</p> 	<p>۲. من پاسخ می دهم:</p> 	<p>۱. اضطراب می گویند:</p> 
<p>۴. من بسیار قوی تر و قوی تر پاسخ می دهم:</p> 	<p>۵. من بسیار قوی تر پاسخ می دهم:</p> 	<p>۴. من قوی تر پاسخ می دهم:</p> 

فصل ۱۰

درمان شناختی - رفتاری برای اختلال وسواسی - جبری

درمان اختلال وسواسی - جبری می‌تواند در اغلب مواقع برای بالینگر چالش برانگیز و ترسناک باشد. مفاهیم درمان شناختی - رفتاری با روش مواجهه و پیشگیری از پاسخ را زمانی درک خواهید کرد که چگونگی کاربرد آن در موقعیت‌ها و برانگیزنده‌هایی که در شما احساس انزجار و در مراجع احساس شرمساری می‌کند را درک کرده باشید. کیمبرلی به‌تازگی با فرد متاهلی که یک پسر ۵ ساله داشت کار می‌کرد. او مبتلا به اضطرابی بود که در طول زندگی‌اش نوسان داشت و قادر به مدیریت آن نبود. او اخیراً برنامه‌ای در تلویزیون تماشا کرده بود که در آن مردی پسرش را با گلوله مورد هدف قرار داده و پسرش را کشته بود. این موضوع مراجع را عمیقاً تحت‌تأثیر قرار داده بود و در خودش اضطراب و نگرانی زیادی درباره اینکه مبدا همان کار را با پسرش انجام دهد، ادراک می‌کرد. برای او بسیار سخت بود ترس‌هایش را با کیمبرلی در میان بگذارد، اما کیمبرلی توانست با توضیح درباره مغز مضطرب و نمونه‌هایی از داستان‌های ترس که ما هر روز می‌شنویم به او کمک و در او حس امنیت ایجاد کند.

او به کیمبرلی گفت درباره شلیک به پسرش در ذهن خود تصویرهایی ساخته می‌شود که سبب آزارش شده و او سعی می‌کند آنها را متوقف کند. او بارها به کیمبرلی گفت که هرگز نمی‌خواهد این کار را انجام دهد. اما مطمئن نیست و اگر واقعاً این اتفاق بیفتد چه؟ او در این دوره اضطرابی، تمام تفنگ‌های شکاری خود را فروخت و از همسرش درخواست کرد که هر شب به او اطمینان دهد که او به پسرش آسیبی نخواهد زد. اما با گذشت زمان این افکار و تصاویر بیشتر رشد کردند و قوی‌تر شدند. اختلال وسواسی - جبری در بردارنده وسواس‌های فکری^۱ و رفتاریهای جبری یا اجبارها^۲ است. وسواس‌ها شامل تصاویر، افکار، یا ترس‌هایی هستند که اضطراب زیادی ایجاد می‌کنند. این وسواس‌های فکری اغلب مخالف باورها و افکار شخص هستند و سبب آسیب‌پذیری فرد می‌شوند. اجبارها، رفتارها یا تشریفات هستند که افراد درگیر و مشغول آن می‌شوند، تا از این افکار وسواسی دور شوند یا شدت احساسات را خنثی کنند. این اجبارها می‌تواند ذهنی یا فیزیکی باشد. تشریفات ذهنی ممکن است شامل دعا کردن برای هرگز اتفاق نیفتادن چیزی باشد که از آن می‌ترسند، یا گفتن چیزهایی در ذهنشان باشد که دقیقاً مخالف آن چیزی باشد که فکر می‌کنند و یا واریسی تجسمی چیزی به جای واریسی واقعی آن باشد. جنبه مهم دیگر اختلال وسواسی - جبری این است که مراجع قادر به تشخیص این موضوع باشد که افکارش واقعی نیستند. اغلب مراجعین چیزی شبیه به این را خواهند گفت که می‌دانم هرگز این کار را انجام نخواهم داد ولی نمی‌توانم فکر ممکن است را متوقف کنم. این نشان می‌دهد این افکار خود-ناهمخوان^۳ هستند و این به درمانگر در تشخیص اختلال وسواسی - جبری کمک می‌کند. گاهی کودکان قادر نیستند افکارشان را جدا از خود تشخیص دهند.

1. obsessions
2. compulsions
3. ego-dystonic

نوبت شماست

در هر یک از موارد زیر مشخص کنید که کدام افکار ممکن است اختلال وسواسی - جبری O، نامشخص u و یا غیر اختلال وسواسی - جبری N باشد. پاسخ درست در انتهای فصل ارائه شده است.

O-U-N	جملات
	۱. من از کثیف بودن متنفرم.
	۲. تا زمانی که تا پایان روز کثیفی ها را بشویم می توانم آن را کنترل کنم. در غیر این صورت نمی توانم بخوابم.
	۳. می دانم فرد خوبی هستم. اما هر وقت به بهترین دوستم نگاه می کنم فکر می کنم شدیداً وابسته ی او هستم، اما می دانم که نیستم.
	۴. فکر می کنم عواطف مردانه یا زنانه دارم و مطمئن نیستم که دوست دارم مردانه رفتار کنم یا زنانه.
	۵. گاهی اوقات که از دست کودکم خیلی عصبانی می شوم، احساس می کنم ممکن است به آنها آسیب بزنم.
	۶. افکار خفه کردن کودکانه را دارم، به همین دلیل می ترسم حتی آنها را در آغوش بگیرم.
	۷. اغلب در مورد کودک ربایی و آزار رساندن دیگران به کودکانه خیال بافی می کنم.
	۸. اگر کاری انجام دهم که خداوند از من ناراضی نباشد چه؟ می ترسم به جهنم بروم.
	۹. من فکر نمی کنم که ایمان قوی ای داشته باشم.
	۱۰. قبل اینکه خانه را ترک کنم در یادآوری اینکه درها را قفل کرده ام یا دو شاخه ها را از پریش کشیدم با مشکل مواجه هستم.
	۱۱. در مورد وسایل برقی ای که از پریش جدا نکردم خیلی نگرانم. مجبور می شوم کارم را ترک کنم و برای واریسی شان به خانه برگردم.

ارزیابی و تشخیص اختلال وسواسی - جبری

ارزیابی و تشخیص اختلال وسواسی - جبری گاهی می تواند به دلایلی چالش برانگیز باشد. ابتدا اینکه مفهوم وسواس ها اگر مراجع واقعاً بر اساس ترس های خود عمل کند می تواند هر بالینگر را به حیرت وادارد. کیمبرلی تشخیص اختلال وسواسی - جبری را به رزیدنت های روانپزشکی آموزش می داد. بعد از اینکه تفاوت بین خود-همخوان (افکار و احساساتی که با حس خود سازگار و همخوان است) و خود - ناهمخوان (افکار و احساساتی که با حس خود در تعارض هستند) را توضیح داد، درباره مراجعینی که با ترس گشتن خود یا شخص دیگری به اتاق اورژانس می آمدند صحبت کردیم. برای امنیت همه، اغلب روانپزشکان بدون اینکه ارزیابی کاملی برای تشخیص اختلال وسواسی - جبری انجام دهند این اشخاص را در بیمارستان بستری می کنند. اشخاصی که ترس آسیب رساندن به خود یا دیگران را دارند و برای محافظت خود و دیگران در بیمارستان بستری می شوند، عموماً می گویند من نمی خواهم خودم یا شخص دیگری را به قتل برسانم، اما نمی توانم فکر کردن به این کار در ذهنم را متوقف کنم. فقط می خواهم در بیمارستان باشم. یعنی جایی که می دانم خودم و دیگران ایمن می مانیم

یکی دیگر از دلایل سخت بودن ارزیابی اختلال وسواسی - جبری این است که اشکال و تظاهرات زیادی از وسواس ها و اجبارها وجود دارد. بنابراین اگر درک خوبی از همه علائم اختلال وسواسی - جبری داشته باشیم غالباً به ما حس بسیار خوبی خواهد داد. ما از مراجعین درخواست می کنیم که یک فهرست از برانگیزنده ها و کارهایی که انجام می دهند تا حس بهتری داشته باشند را تدوین کرده و با خود بیاورند. اشخاص مبتلا به اختلال وسواسی - جبری می توانند آن را در یک صفحه پشت و رو فهرست کنند تا هم ما و هم مراجع به آن اشراف داشته باشیم.

ما از مقیاس وسواسی - جبری ییل - براون^۱ استفاده می‌کنیم. توسط این مقیاس می‌توانید هم وسواس‌ها و هم اجبارهای فعلی و گذشته افراد را شناسایی کنید. همچنین می‌توانید شدت علائم را مشخص کنید و شدت علائم را در فواصل زمانی معین ارزیابی مجدد کنید. شما و مراجعین از دیدن پیشرفت یکدیگر خوشحال خواهید شد.

نوبت شماست

مقیاس وسواسی - جبری ییل-براون را دانلود و کپی کنید و برای کاربستش در مراجعین آماده داشته باشید.

رو در رو شوید، حسش کنید و مخالف آن را انجام دهید

یکی از خودگویی‌های ذهنی که در درمان اضطراب استفاده می‌کنیم این است با او رو در رو شو و حسش کن. از مشخصه‌های اصلی درمان اضطراب این است که مراجع توانایی مواجهه شدن با عدم قطعیت موقعیت‌های برانگیزاننده ترس خود را داشته باشد تا اینکه اضطراب ایجاد شده برطرف شود.

در اختلال وسواسی - جبری، ما یک بخش دیگر را به عبارت قبلی اضافه می‌کنیم مخالف آن را انجام دهید. این عبارت می‌تواند موجب سردرگمی مراجع شود زیرا آنها تمام وقت خودشان را دقیقاً صرف انجام کاری می‌کنند که اختلال وسواسی - جبری به آنها می‌گویند. به مراجع خود توضیح دهید که اختلال وسواسی - جبری وقتی که برخلاف آن عمل کنید، در اغلب مواقع عقب نشینی می‌کند. مراجعین وسواسی خیلی مراقب این هستند که اختلال وسواسی - جبری چه چیزی به آنها دستور می‌دهد. تا دستوراتش را انجام دهند و از این طریق مطمئن شوند که افکار وسواسی درست نیستند و اتفاق نخواهند افتاد. یعنی با انجام اجبارها، فکر می‌کنند که وسواس‌های فکری از بین می‌روند یا حداقل تسکین می‌یابند و تعدیل می‌شوند. به همین دلیل ما اغلب استعاره زورگو را برایشان استفاده می‌کنیم. یک زورگو تلاش می‌کند از طریق مسیرهایی که از آنها بیشتر آسیب پذیر هستیم به ما آسیب برساند. ما در اغلب مواقع با تلاش برای انجام کاری که توسط یک زورگو به ما دستور داده شده است به امید اینکه با او روبرو نشویم تسلیم می‌شویم. اما انجام دقیقاً برعکس دستورات او بهترین روش درس دادن به یک زورگو است تا از آشفتگی و درگیر کردن شما دست بردارد. به زورگو نشان دهید که می‌توانید شماتت‌های او را کنترل کنید، این قدرتمندترین ابزار شماست.

کیمبرلی اغلب نمونه‌ای از یک زورگو را استفاده می‌کند که به فرد می‌گوید با عینک احماقانه به نظر می‌رسد. او مدت زیادی است که عینک می‌زند و آرزو دارد که هرگز به عینک نیاز نداشته باشد. اگر او به حرف زورگو گوش کند احتمالاً دفعات بعدی که زورگو به سراغش بیاید عینک نخواهد زد. این شیوه پاسخ منفعلانه به دستورات و نظرات زورگو باعث می‌شود که تشویق شود و حتی سبب آشفتگی و درهم ریختگی بیشتر او شود. با این حال، اگر او عینک به چشم بزند و در پاسخ به زورگو یگوید برو جلو، هر چه می‌خواهی بگو، من می‌توانم آن را کنترل کنم! سبب می‌شود که زورگو قدرت خود را از دست دهد. کیمبرلی مراجعی دارد که فقط برای اختلال وسواسی - جبری در مورد ابتلا به بیماری در ترم اول از دانشگاه اخراج شد. او از بودن در اطراف مردم به این علت که ممکن است آنها مریض باشند، اجتناب می‌کرد. همچنین تشریفات نظافت دقیقی داشت تا مطمئن شود که مبتلا به ویروس نشده است. هنگامی که کیمبرلی به او در مورد اختلالش آموزش داد، در مورد با او روبرو شو، احساسش کن و مخالف آن را انجام بده نیز شرح داد. او به طور هدفمند به دنبال مردم می‌رفت و از آنها یک سوال می‌پرسید. همچنین دیگر ماشین لباسشویی را واریسی نمی‌کرد که در ماشین پودر شستشو ریخته است یا نه. در عوض می‌گفت ممکن است پودر ریخته باشم و ممکن هم است نریخته باشم. امیدوارم پودر نریخته باشم. در این صورت می‌توانم احساس اضطراب را تمرین کنم و به مغزم آموزش دهم تا آن را کنترل کند.

به یاد داشته باشید که اضطراب انتظاری^۲ قدرتمندترین راه برای مغز است تا شما را از انجام عمل مخالف باز دارد. اضطراب انتظاری زمانی است که فرد هنگام فکر کردن در مورد چیزی که ممکن است در آینده اتفاق بیفتد، احساس نگرانی و ترس می‌کند. این

1. yale-brown obsessive compulsive scale (y-bocs)

2. anticipatory anxiety

شرایط بسیار فرد را آزار خواهد داد زیرا ممکن است در هر جایی و از چند دقیقه قبل یا حتی سال ها پیش از وقوع آن اتفاق شروع شود. در برخی موارد حتی ممکن است فرد از رخ دادن این اتفاق در واقعیت مطمئن نباشد. این موضوع را به مراجعین آموزش دهید و به نمره مقیاس واحدهای ذهنی آشفنگی آنها قبل، در حین و بعد از مواجهه‌ی درمانی توجه داشته باشید. اگر آنها در تلاش برای انجام عمل مخالف هستند، برای آنها راه‌هایی برای گفتگو با آمیگدال خود ارائه دهید. در این صورت می‌توانند موفق‌تر باشند.

نوبت شماست

یک رفتار مخالف که می‌تواند همراه وسواس‌ها و اجبارهای زیر باشد را فهرست کنید:

عمل مخالف	وسواس فکری و عملی
	دعا برای از بین رفتن اختلال وسواسی-جبری
	تعویض لباس تمیز بعد مدرسه یا کار
	ترسیدن از این که چیزی بگویند که سبب رنجش کسی شود
	واداشتن همسر به مهیا کردن شامی که از بیمار شدن جلوگیری کند
	نگران بودن درباره بیماری‌ها و تماس گرفتن با پزشک
	صرف مدت زمان زیادی برای یک پروژه به طوری که هر چیز از قلم نیافتد
	وارسی مجدد شیوه تعاملتان با یک کودک تا مطمئن شوید کاری نامناسبی انجام نداده اید

درمان مواجهه درمانی واقعی (زنده)^۱

درمان مواجهه‌ی درمانی واقعی شکلی از درمان شناختی-رفتاری است که به مردم امکان می‌دهد تا ترسهای مرتبط با برانگیزنده‌های خود را کاهش دهند. دو نوع مواجهه درمانی وجود دارد: واقعی و تصویری. مواجهه درمانی واقعی شامل ایجاد تجربیات ساختگی است که مراجع می‌تواند وجود برانگیزنده‌ها را تمرین کند و با ترس‌هایش در زمان واقعی مواجه شود. ایجاد یک فهرست از برانگیزنده‌ها و رتبه‌بندی برانگیزنده‌ها از حداقل فراخوانی اضطراب^۲ تا حداکثر فراخوانی اضطراب مهم است. شما با برانگیزنده‌ای که رتبه حداقل فراخوانی اضطراب را دارد شروع کنید و روش مواجهه و پیشگیری از پاسخ را با راهنمایی و مشارکت مراجع خود تدوین و طراحی کنید. برای یک مراجع این یک مساله عادی است که فکر کند می‌تواند کاری را انجام دهد ولی در عمل قادر به انجامش نباشد و یا اعتقاد داشته باشند که نمی‌توانند کاری را انجام دهند ولی در واقع قادر به انجامش باشند. این مهم است که مواجهه درمانی را به شیوه‌ای تنظیم کنید که به موفقیت مراجع کمک کند. مهم نیست که مواجهه درمانی ظاهراً چقدر کوچک باشد.

یکی از مراجعین کیمبرلی پسر نوجوانی بود که می‌ترسید بعد از بوسیدن یکی از همکلاسی‌هایش مبتلا به ویروس ایدز شده باشد. او از صحبت کردن در این مورد بسیار خجالت زده بود و فقط قادر به گفتن این بود که من می‌دانم که حتی فکرم درست نیست، اما نمی‌توانم وحشتی که درباره این مساله دارم را متوقف کنم. کیمبرلی تمام تلاشش را کرد تا او محتوای ترسش را به او بگوید تا با کمک هم بتوانند روش مواجهه و پیشگیری از پاسخ را طراحی و تنظیم کنند. ولی او قادر به گفتن ترسش نبود. در حقیقت، دو مواجهه صورت می‌گیرد: یکی مواجهه شدن ما با ترس‌های بیمار و دیگری مواجهه شدن بیمار با ترس‌های خود. ما بسیار سخت تلاش می‌کنیم تا هرگز تسلیم ترس مراجع نشویم. بعد از تلاش‌های بسیار برای به اشتراک گذاشتن محتوای ترسش، او فقط موافقت کرد که به کیمبرلی پیامک بزند. هنگامی که در حال خروج از ماشینش بود توانست اولین حرف از اولین کلمه را بنویسد. همین مسئله باعث شد تشویق شود و ادامه عبارت‌ها را هم برایش پیامک کند. هنگامی که اولین گام کوچک را برداشت، توانست موفقیت خود را

1. in vivo exposure therapy

2. anxiety-provoking

جشن بگیرد. کیمبرلی از او خواست با پیامک کردن بقیه صحبت‌هایش، شجاع تر عمل کند. در جلسه بعدی با مشارکت یکدیگر روش مواجهه و پیشگیری از ترس را برای این ترس آغاز کردند (برای اطلاعات بیشتر در مورد مواجهه درمانی به فصل ۵ مراجعه کنید). گاهی اوقات در درمان اختلال وسواسی - جبری، مجبوریم از مواجهه‌ی درمانی تصویری استفاده کنیم زیرا نمی‌توانیم مراجع را با چیزهایی که موجب ترسش شده مواجهه کنیم. نمونه‌هایی از این موارد عبارتند از: مراجعی که معتقد بود ۲۵ سال بیش سقط جنین داشته و به خاطر آن کار به جهنم خواهد رفت. مادری که می‌ترسید به فرزندانش با چاقو آسیب برساند. یک نوجوان که ترسش بردن اسلحه جنگی به مدرسه بود و زنی که متقاعد شده بود از سرطان خواهد مرد.

وقتی ترس‌ها و اجبارها فقط در ذهن افراد وجود دارند به آن فکر وسواسی خالص گفته می‌شود. در این موارد که شکلی از اختلال وسواسی - جبری است صرفاً افکار وسواسی بدون حضور اجبار وجود دارند. در این مواقع، مواجهه‌های درمانی تصویری مفید هستند. مراجعینی که می‌گویند به هیچ نوع اجبار رفتاری مشغول نیستند یا می‌گویند که فکر وسواسی خالص دارند و اغلب تشخیص نمی‌دهند که مشغول اجبارهای ذهنی هستند.

یک شکل از مواجهه درمانی تصویری نوشتن آن به صورت نمایشنامه^۱ است. نمایشنامه می‌تواند شامل نوشتن یا ضبط کردن کابوسهای مراجع مبتلا به اختلال وسواسی - جبری باشد. این کار به شما آگاهی می‌دهد که بدانید مراجع به چه صورت آسیب پذیر است. ابتدا، درمانگر به مراجع کمک خواهد کرد تا نمایشنامه را بنویسد. هدف این است که مراجع بتواند زمانی که درمان به پایان رسید هم بتواند مستقلانه خودش نمایشنامه را بنویسد. اغلب مواقع در شروع نمایشنامه نویسی ترس مراجع بسیار زیاد است، بنابراین شجاعت خود را الگو قرار دهید و خود را به عنوان قدم اول در نمایشنامه اضافه کنید. مثلاً برای یک مراجع که از رانندگی در بزرگراه وحشت دارد چون تصور می‌کند که تصادف خواهد کرد و در یک آتش سوزی خواهد مرد. می‌توانیم اینگونه شروع کنیم که درمانگر من بعد از جلسه درمانی به سمت خانه رانندگی کرد و در مسیر تصادف کرد. او در این حادثه که سبب آتش سوزی اتومبیلش شد فوت کرد. این کار چندین ویژگی دارد. به مراجع اجازه می‌دهد تصویر ذهنی را با شما تجربه کند نه با خودش و افرادی که نگرانیشان است و همچنین تمایل شما برای اجازه دادن به افکار وحشتناک ذهنی تان را به او نشان خواهد داد.

نمایشنامه می‌تواند قدرتمند باشند. برای مثال یک مراجع داشتیم که فرزندان خود را در آغوش نمی‌گرفت زیرا می‌ترسید به آنها آسیب بزند. وقتی که بدترین کابوس خود را یادداشت کرد، پایانش این بود من خانه را بدون داشتن حتی یک نگرانی در جهان ترک کردم. این اطلاعات مهمی برای ما بود. او زنی بود که عمیقاً نگران بود و اختلال وسواسی - جبری سعی داشت او را متقاعد کند که برای جلوگیری از آسیب دیدن فرزندانش اصلاً نگران نیست. او بیشتر سعی کرد خودش را متقاعد کند که نگران بچه‌ها است و هرگز به آنها آسیب نمی‌رساند و همین مساله سبب تشدید نشانه‌های او شده بود. بعدها در مواجهه درمانی واقعی به خودش اینگونه می‌گفت ممکن است نگران آسیب رساندن به فرزندانش باشم یا نباشم، اما تصمیم دارم در آغوششان بگیرم زیرا این کاری است که یک مادر انجام می‌دهد. وقتی که مراجع یک مواجهه درمانی نمایشنامه‌ای را نوشت تکلیفش این است که آن را بصورت مداوم بخواند یا ضبط کند و گوش کند تا سطح مقیاس واحدهای ذهنی آشفتگی آنها به ۵۰ درصد مقدار اصلی آن کاهش یابد. مواجهه درمانی تصویری می‌تواند تجربه قدرتمندی برای مراجع باشد و به آنها کمک کند تا افکار خود را آن طوری که هستند مشاهده کنند: فقط افکار. زنی که می‌ترسید که اهمیت نمی‌دهد به بچه‌هایش آسیب برساند سه بار نمایشنامه خود را خواند و سپس آن را ضبط کرد تا آن را بشنود. اولین بار در حالی که نمایشنامه را می‌خواند گریه کرد و چندین بار نفسی تازه کرد. بار دوم توانست بدون مکث آن را بخواند، اما هنوز گریه می‌کرد. بار سوم نه مکث کرد و نه گریه و حتی داستان را با توضیحات بیشتری از ماجرای ذهنی کشتنش بهبود بخشید. او گفت که نمایشنامه بخش مهمی از درمان او بوده است.

نوبت شماست

- ۱- یک نمایشنامه از کابوس خود بنویسید. تاجایی که ممکن است توصیفش کنید و با بدترین حالت ممکن به پایان برسانید. این نمایشنامه را چندین بار بخوانید تا یک تغییر در وابستگی عاطفی^۱ به داستان احساس کنید.
- ۲- بنویسید امیدوارم کسی که برایتان عزیز است، مرگ دردناکی در این هفته داشته باشد. این نوشته را با خود در طول روز حمل کنید و هنگام خواب زیر بالش خود قرار دهید تا زمانی که بتوانید وقتی این افکار را با خودت حمل می‌کنید با محتوای آن ارتباطی نداشته باشید. پریشانی هیجانی شما هم باید آرام گردد. اما ممکن است این امر اتفاق نیفتد.

1 . emotional attachment

تمرین



نمایشنامه تصویری برای اختلال وسواسی - جبری

افکار ما فقط افکار هستند، البته هر چقدر که ما انرژی بیشتری صرف می‌کنیم تا افکار را از ذهنمان دور کنیم، در عوض بیشتر به آن توجه می‌کنیم و بیشتر ذهن ما را تحت تسلط خود می‌گیرند. در این تمرین به یک فکر ناخوشایند خوش آمد می‌گوییم. عمداً به یک فکر ناخوشایند فکر می‌کنیم و سپس به جای عقب‌نشینی از آن به آن می‌چسبیم. چه اتفاقی برای سطح مقیاس واحدهای ذهنی آشفتگی شما می‌افتد؟ آیا فکر می‌کنید که اگر اجازه دهید افکارتان بدون مقاومت پدید آیند و حضور داشته باشند، سطح مقیاس واحدهای ذهنی آشفتگی پایین می‌آید؟

ترس: من مسئول اتفاقات بدی هستم که روی خواهند داد.

من عاشق مراقبت از حیوانات هستم و در حال حاضر سگی به نام اسنیکرز را پرورش می‌دهم. یک تماس تلفنی دریافت کردم که شخصی می‌خواست او را برای نگهداری بگیرد. من مضطرب شدم، از کجا مطمئن شوم که آنها خانواده‌ای خوبی برای او هستند؟ اگر به او صدمه بزنند چه؟ من توافق کردم که آن خانواده را ببینم، اما باید عجله کنم زیرا مجبورم سر وقت به کارم برسم. آنها به نظر خوب بودند، من نمی‌خواستم سگ را به آنها بدهم اما می‌دانم مجبورم. من فقط یک پرورش دهنده سگ هستم و نه نگهدارنده آن. آن خانواده روز بعد آمدند تا اسنیکرز را بگیرند و من احساس عجیبی در شکم داشتم. مطمئن نبودم این‌ها خانواده مناسبی هستند ولی چیزی برای اثبات آن نداشتم. آن‌ها اسنیکرز را با خود بردند و من احساس وحشتناکی داشتم. آن شب نخوابیدم. نگران بودم که اسنیکرز را به خانواده‌ای داده‌ام که ممکن است به او آسیب برسانند. فردا بعد از کار با آنها تماس می‌گیرم زیرا نمی‌توانم نگران نباشم. چه طور می‌توانم اینقدر بی‌پروا باشم؟ من مدت زمان کمی را با خانواده‌ای که علاقمند سرپرستی اسنیکرز هستند صرف کردم. من واقعاً نمی‌دانم آنها خانواده مناسبی هستند یا برای اسنیکرز اهمیت قائل هستند.

تکلیف: این نمایشنامه را تا زمانی که سطح مقیاس واحدهای ذهنی آشفتگی شما به ۵۰ درصد کاهش یابد، بخوانید. به خواندن این نمایشنامه چند بار در روز ادامه دهید تا سطح مقیاس واحدهای ذهنی آشفتگی شما به زیر ۵۰ درصد برسد.

جعبه ابزار بالینگر

باید و نبایدهای درمان اختلال وسواسی - جبری



اختلال وسواسی-جبری می‌تواند یک اختلال چالش‌انگیز و تهدید کننده برای درمان باشد، اما بسیار پاداش دهنده است! در اینجا فهرستی از بایدها و نبایدها وجود دارد که به شما و مراجع در موقعیت درمانی کمک خواهد کرد.

بایدها

- با یک فهرست برانگیزاننده شروع کنید.
- یک سلسله مراتب ایجاد کنید.
- با کمترین فراخواننده و برانگیزنده اضطراب شروع کنید.
- خانواده و دوستان را به عنوان مربی، درگیر درمان کنید و به آنها آموزش دهید (به فصل ۶ مراجعه کنید)
- برای تسهیل مواجهه درمانی، با مراجع یک تیم باشید.
- برسید که مراجع ممکن است چه موانعی را هنگام تمرین روش مواجهه و پیشگیری از پاسخ تجربه کند؟
- روش مواجهه و پیشگیری از پاسخ را در جلسه تمرین کنید تا بتوانید رفتارها و افکاری که ممکن است از موفقیت در حین مواجهه درمانی در خانه جلوگیری کند را بشناسید.
- با برانگیزنده کوچک شروع کنید. مهم نیست که چقدر کوچک است. مهم این است که آنها موفق شوند و یاد بگیرند که بر موج ترس و اضطرابشان سوار شوند.
- شدت مواجهه درمانی را هنگامی که آنها مواجهه درمانی قبلی را با موفقیت انجام دادند، افزایش دهید.
- روشی برای صحبت کردن با اختلال وسواسی - جبری بیابید و به ترس‌ها نپردازید.
- از مراجع بخواهید که مواجهه درمانی خود را بصورت عمیق، با پشتکار و پی در پی انجام دهد. احتمال بهبودی با ایجاد مدارهای مغزی جدید در مغز آنها همراه خواهد بود.
- هر مرحله را جشن بگیرید زیرا موفقیت در تلاش کردن نهفته است.

نبایدها

- ترس یا انزجار خود درباره محتوای وسواس مراجعین را نشان ندهید.
- مواجهه درمانی را با درجات بسیار بالای اضطراب در سلسله مراتب شروع نکنید.
- بدون تمرین روش مواجهه و پیشگیری از پاسخ با مراجعین در جلسه درمان، نخواهید که در خانه به تمرین آن بپردازند.
- فقط به مواجهه توجه نکنید و به افکاری که سبب حفظ و تداوم ترس می‌شود نیز توجه کنید (به فصل ۷ رجوع کنید)
- اطمینان بخشی مجدد به مراجع ندهید.
- اصطلاحاً در لانه خرگوش برای فهمیدن اینکه چرا آنها این وسواس خاص را دارند، به جستجو نپردازید.
- به مراجع برای کمک به او در کاهش اضطراب مرتبط با مواجهه درمانی، تکنیک آرام سازی آموزش ندهید.

نکات برجسته فصل	<ul style="list-style-type: none"> • اختلال وسواسی-جبری بر آسیب پذیری مردم تاثیر می‌گذارد و مخالف چیزی که آنها هستند است. • یک محیط امن و پذیرا برای مردم برای به اشتراک گذاشتن ترس‌ها یا افکار اختلال وسواسی - جبری فراهم کنید. • از مقیاس ییل براون برای ارزیابی و توسعه سلسله مراتب اضطراب اختلال وسواسی - جبری استفاده کنید. • لازم است روش مواجهه درمانی در جلسه و خارج از جلسه تمرین گردد. • به مراجع کمک کنید راههایی برای گفتگو با اختلال وسواسی - جبری بیاموزد.
-----------------	---

گام بعدی را بردارید

فهرستی از ترس‌ها و موانع مربوط به کار با مراجعین مبتلا به اختلال وسواسی - جبری را تهیه کنید و از همکاران خود که در زمینه درمان اختلال وسواسی - جبری کار می‌کنند، کمک بگیرید.

پاسخ به تمرین برجسب اختلال وسواسی - جبری

۱. U
۲. U
۳. O
۴. N
۵. N
۶. O
۷. N
۸. O
۹. N
۱۰. U

فصل ۱۱

درمان شناختی - رفتاری برای اختلال وحشتزدگی

اکثر مردم هنگامی که برای اولین بار با حمله وحشتزدگی^۱ مواجه می‌شوند به شدت دچار ترس می‌شوند. احساسات طاقت‌فرسای جسمانی آنها ممکن است شامل تپش قلب^۲، تعریق دست‌ها، تهوع و استفراغ، لرزش، رعشه و تعریق بدن باشد. تعجبی ندارد که اکثر افرادی که دچار حمله وحشتزدگی شده‌اند در اتاق اورژانس به این فکر کنند که دچار حمله قلبی شده‌اند (وود و همکاران^۳، ۲۰۱۴). حمله‌های وحشتزدگی ممکن است موقعیتی باشند، به این معنی که در حضور موقعیت‌های برانگیزنده رخ دهند یعنی به طور معمول در موقعیت‌های رخ دهند که یک شخصی ایمنی‌بخش حضور ندارد و یا موقعیتی باشد که فرار کردن از آن بسیار دشوار باشد. حملات وحشتزدگی ممکن است ناتوانی‌های بسیاری نظیر رنج ناشی از اجتناب از مکان‌ها و موقعیت‌ها به منظور جلوگیری از ایجاد احساسات دردناک را ایجاد کنند. خبر بسیار خوب این است که درمان شناختی - رفتاری به ۷۰ تا ۸۰ درصد مراجعین کمک می‌کند تا از علائم اختلال رهایی یابند (کراسک و بارلو^۴، ۲۰۱۴).

برای مثال، الیزابت با دنی ۴۸ ساله فرایند درمان اختلال هراس از فضای بسته را شروع کرده بود چراکه دنی از رفتن به پارکینگ و مسافرت با هواپیما اجتناب می‌کرد. او تا جایی که برایش امکان داشت از این برانگیزنده‌های اضطراب اجتناب می‌کرد. اما در برخی مواقع مجبور بود با هواپیما مسافرت کند. با اینکه داروهای بنزودیازپین^۵ مصرف می‌کرد اما در تمام طول سفر دست همسرش را گرفته و رها نمی‌کرد. دنی می‌دانست که اضطراب او برای پارک ماشین در پارکینگ و ترس از مسافرت با هواپیما از مشکلاتش هستند. دنی به الیزابت توضیح داد که بخشی از دلایل درخواست کمک از او به اتفاقات چند ماه اخیر زندگی برمی‌گردد. او افزود که دقیقاً چنین ترسی را هنگامی که چند وقت قبل در یک روز بارانی در پشت چراغ قرمز توقف نموده بود، تجربه کرده بود و در یک زمان دیگر هنگامی که در محوطه پارک ماشین بود بعد از چندبار پارک بدون ترس، این ترس را تجربه کرده بود. دنی چندین جلسه برای درمان مشکلاتش نزد الیزابت رفته بود و الیزابت به او توصیه کرده بود که تمرین تنفس عمیق انجام دهد و تا حد امکان مکان‌های خلوت و بدون دردسر را برای پارک پیدا کند. در جلسه اول، الیزابت برای دنی الگوی شناختی - رفتاری را توضیح داد و تبیین کرد که هدفش این است که به او کمک کند تا بتواند به تمام معنا یک زندگی کامل، غنی و شکوفا داشته باشد، نه اینکه هرگز احساسات ترسناک را تجربه نکند. هنگامی که مغز شما این‌گونه ادراک می‌کند که حمله وحشتزدگی در حال وقوع است، بلافاصله و بصورت غیرقابل انتظار دستور واکنش‌های وحشتزدگی را صادر می‌کند. تمامی ناتوانایی‌ها و اغلب رنج‌ها و آشفتگی‌ها از افکار ترسناکی که ما به واکنش‌های وحشتزدگی اضافه می‌کنیم و به میزانی که از موقعیت‌های برانگیزنده اجتناب می‌کنیم، نشأت می‌گیرد. الیزابت از دنی خواست که از برانگیزنده‌های ترسش آگاهی پیدا کند و از او خواست که یک هفته را صرف ثبت احساسات اضطرابی‌اش در تمامی موقعیت‌ها کند. دنی زندگی بسیار خوبی داشت، اما از این که می‌ترسید در پارکینگ قرار بگیرد و یا با هواپیما مسافرت کند از خود خجالت‌زده و شرم‌منده بود. او درمان شناختی - رفتاری با الیزابت را در حالی آغاز کرد که با تجربه قبلی درمانی او بسیار متفاوت بود. هنگامی که برای جلسه دوم به کلینیک آمد موقعیت‌های اضطرابی و حملات خودبه‌خودی وحشتزدگی بیشتری را ثبت کرده بود. او اکنون به این تشخیص رسیده بود چیزی که تجربه می‌کند واقعاً یک حمله وحشتزدگی است.

همانند تمامی فرایندهای درمانی که با سایر مراجعین به کار می‌بریم، مطمئن شوید که در اولین گام، با مراجعین تان بصورت همدلانه درباره احساسات وحشتزدگی‌شان صحبت می‌کنید و متوجه این هستید که این مشکل چقدر زندگی‌شان را آشفته و مختل کرده است. از آن‌ها بپرسید که آیا تاکنون کارهایی که برای حل مشکلاتشان انجام داده‌اند، کارآمد بوده اند یا خیر؟ سعی کنید ناکامی‌های مراجعین را به یک اشتیاق و کنجکاوی برای تلاش و کاربست یک رویکرد جدید تبدیل کنید. داشتن یک نگرش کنجکاوانه درباره اختلال وحشتزدگی کمک بزرگی خواهد بود زیرا سبب می‌شود که یک تغییر اساسی در افکار و واکنش‌های مراجعین درباره وحشتزدگی ایجاد شود؛ یعنی همان چیزی که شما در فرآیند درمان به دنبال آن هستید.

1 . panic attack

2 . racing heart

3. Woud, Zhang, Becker, McNally & Margraf

4. Craske & Barlow

5. benzodiazepines (bzd, bdz, bzs)

آگورافوبیا^۱ (ترس از مکان‌های باز و بسته)

بسیاری از مراجعین دارای اختلال وحشت‌زدگی، مشابه دنی هستند، اما برخی از آن‌ها بسیار بیشتر تحت‌تأثیر اختلال قرار می‌گیرند و شدیداً ناتوان شده و عملاً خانه‌نشین می‌شوند. جلسات ویدیویی ایمن (درمان از راه دور) برای این نوع از مراجعین می‌تواند تنها روش ممکن برای کمک به آن‌ها باشد زیرا اضطراب آن‌ها مانع از حضور یافتن آن‌ها در جلسات درمانی کلینیک می‌شود. برای مثال اولین ۲۵ ساله و همسرش با والدینش زندگی می‌کنند و دلیل این زندگی اضطرابش است. همسرش هر روز از ساعت ۹ صبح تا ۵ عصر به محل کارش می‌رود اما فضای خانواده آشفته و تنش‌زا است زیرا همیشه یک نفر می‌بایست در منزل بماند و مراقب اولین باشد. او هرگز تنها در منزل نمی‌ماند و منزل را یا با والدین و یا با همسرش آن‌هم در مواقعی که ترافیک کم باشد، ترک می‌کند. دلیلش هم این است که اگر ناگهان دچار حمله وحشت‌زدگی شد بتواند سریع به منزل بازگردد. تنها فروشگاهی که برای خرید می‌رود مکانی است که حتی یک چراغ راهنمایی هم بین آنجا و منزل وجود ندارد و در حقیقت مسیر آن فروشگاه بسیار نزدیک و کم ترافیک است. در فروشگاه یک یا دو قلم کالا برمی‌دارد و سریع درحالی که همسر یا والدینش در صف انتظار برای پرداخت هزینه هستند، به ماشین باز می‌گردد. او یک زن باهوش بود و به دانشگاه رفته بود و قبلاً مشغول حرفه‌ای ویراستاری بود و در خارج از منزل کار می‌کرد. روش‌ها و مسیر پیچیده‌ای که او و خانواده‌اش برای مقابله و کنار آمدن با مشکل اولین در پیش گرفته بودند ما را عمیقاً متعجب کرده بود.

ایجاد یک نگرش درمانی: ایجاد احساسات اضطراب‌زا

اختلال وحشت‌زدگی کاملاً درباره ترس از احساساتی است که در حین یک حمله وحشت‌زدگی ایجاد می‌شوند. برای اینکه این اختلال درمان شود، مراجع می‌بایست به تمرین احساساتی که از آن‌ها می‌ترسد بپردازد و در حقیقت آن‌ها را ایجاد کند. این یک تغییر روش بسیار تند و رادیکالی در شیوه‌ای است که بسیاری از مراجعین با اختلال وحشت‌زدگی می‌بایست در مدیریت اضطرابشان اتخاذ کنند. به مراجعین تان کمک کنید تا بنگرند که شما چگونه یک نگرش جدید درباره اختلال وحشت‌زدگی به وجود می‌آورید. این کار به آن‌ها کمک می‌کند از زندانی که خود را در آن اسیر کرده‌اند، رهایی یابند؛ چراکه آنها سعی می‌کنند از تمامی احساسات ترسناک حین حمله وحشت‌زدگی فرار کنند. این روش نیز مانند سایر روش‌هایی است که شما از طریق آن با مراجعین تان کار کرده‌اید، اما در اختلال وحشت‌زدگی این مسئله به‌صورت ویژه اهمیت دارد که مراجعین به‌صورت ارادی احساسات فیزیولوژیک مشابه احساساتی که در حین حمله وحشت‌زدگی تجربه می‌کنند را ایجاد کنند. ما این روش را مواجهه درون‌نگرانه می‌نامیم. هدف این است که مراجع علائم فیزیولوژیکی حمله وحشت‌زدگی را در خود ایجاد کند و بطور همزمان باورها و شناخت‌هایش درباره این احساسات را بازسازی کند. این روش به مراجع کمک می‌کند که به جای مقاومت یا اجتناب، احساسات فیزیولوژیک خود را تحمل کند و ظرفیت خود برای پذیرش این احساسات را افزایش دهد. تنفس عمیق و سریع، سریع‌ترین روش برای ایجاد یک حمله وحشت‌زدگی است. داشتن یک نی در کلینیک کافی است تا با مراجع خود به تمرین مواجهه درون‌نگرانه بپردازید. برای ایجاد یک حمله وحشت‌زدگی یک نی در دهان خود قرار دهید و شروع به تنفس از مسیر نی^۲ کنید. دهان خود را باز نکنید و به مدت ۱۵ تا ۳۰ ثانیه یا یک دقیقه این شیوه تنفس از مسیر نی را تمرین کنید. الیزابت در جلسه دوم به تمرین تنفس از مسیر نی با دنی پرداخت. الیزابت همیشه به مراجعین خود توضیح می‌دهد که خودش هم تجربه حمله وحشت‌زدگی داشته است و هنگامی که آن‌ها به تمرین می‌پردازند او نیز به همراه آن‌ها این تمرین‌ها را انجام می‌دهد و این حالات را در خود ایجاد می‌کند. برخی از مراجعین الیزابت از این که او نیز خود را دچار حمله وحشت‌زدگی می‌کند هراسان می‌شوند و این بهترین زمان آموزش به آن‌هاست. الیزابت در این موقع توضیح می‌دهد که یک حمله وحشت‌زدگی هرگز تبدیل به یک اختلال وحشت‌زدگی نمی‌شود زیرا همیشه می‌داند که در چه وضعیتی قرار دارد و هرگز از تجربه این احساسات اجتناب نمی‌کند. الیزابت از طریق تجربه خودش به‌عنوان یک مثال، به مراجعین آموزش می‌دهد که پیشگیری

1. agoraphobia

2. straw breathing

چقدر عالی عمل می‌کند. زمانی که کودک بود یعنی زمانی که هنوز نشانه‌ای از اضطراب نداشت درباره اضطراب آموزش دیده بود. او در جلسه درمان، از ایجاد و تجربه حمله وحشتزدگی در خودش استقبال می‌کند. دنی برای غلبه بر اختلال وحشتزدگی‌اش بسیار آماده بود اما تمام طول زندگی بزرگسالی‌اش را با این ترس گذرانده بود و در نبود این ترس‌ها یقیناً زندگی شادی در انتظارش بود. در مقابل، اولین هنوز آمادگی نداشت و نیازمند جلسات هفتگی به مدت دو ماه بود تا برای تمرین و مواجهه درون‌نگرانه در جلسات درمان آماده شود.

مواجهه درون‌نگرانه-تغییر رفتاری^۱

دنی همراه الیزابت تنفس از مسیر نی را به مدت ۳۰ ثانیه انجام داد و در مقایسه با الیزابت علائم کمتری تجربه کرد. آنها در حین علائم فیزیولوژیک شبه وحشتزدگی به مدت چند دقیقه درباره علائم جسمانی خود و به آنچه درباره‌اش فکر می‌کنند و در ذهنشان می‌گذرد باهم به گفتگو پرداختند و این در حالی بود که علائم بیشتر و بیشتر می‌شد. آنها مجدداً تمرین تنفس از مسیر نی را ادامه دادند. همه آنچه دنی در این تمرین ادراک کرده بود این بود که او در همه این سالها که از حمله وحشتزدگی رنج می‌برد هرگز متوجه نشده بود که ۱. حملات وحشتزدگی خطرناک نیستند و ۲. او مجبور نبود که از این ترس‌ها فرار کند. مواجهه‌های بیشتری وجود دارند که می‌توانید شما و مراجعین تان با هم انجام دهید و یا به عنوان تکلیف برای انجام در حین بروز احساسات وحشتزدگی تدوین کنید.

1. interoceptive exposure-behavioral change

تمرین مواجهه درون‌نگرانه-تغییر رفتاری



نبود هوای کافی

- تنفس سریع: عمیق و سریع‌تر نفس بکشید (یک دقیقه)
- تنفس با نی: بینی‌تان را با دست بگیرید و از طریق نی تنفس کنید (دو دقیقه)
- نفس‌تان را حبس کنید (۳۰ ثانیه)

تپش قلب

- در یک مکان به سرعت در جا بزنید (دو دقیقه)
- زانوهایتان را بالا بگیرید (دو دقیقه)
- از پله‌ها بالا و پایین بروید (یک دقیقه)

سرگیجه

- صندلی چرخانی که روی آن نشسته‌اید را سریعاً بچرخانید (یک دقیقه)
- تا جایی که ممکن است دور خود بچرخد (سی ثانیه)

گم‌گشتگی

- در حالت ایستاده سرتان را پایین آورده و بین دو پای خود قرار دهید و پشت سرتان را ببینید و سپس سریع بنشینید (یک دقیقه)
- دراز بکشید و حداقل برای یک دقیقه آرام شوید و سپس بلافاصله بنشینید

واقعیت زدایی

- به خودتان در آینه نگاه کنید (دو دقیقه)
- بدون پلک زدن به یک شیء تمرکز کنید (دو دقیقه)
- به یک دیوار نانوخته خیره شوید و بدون پلک زدن به آن نگاه کنید (یک دقیقه)
- به یک لامپ فلورسنت نگاه کنید و بعد از آن سعی کنید چیزی بخوانید (یک دقیقه)

نوبت شماست

درباره اینکه با مراجع خود به انجام تمرین‌های مواجهه درون‌نگران بپردازید چه احساسی دارید؟ آیا از اینکه بخواهید خودتان را با این احساسات ناخوشایند مواجه کنید تردید و کشمکش ذهنی دارید؟ آیا حس می‌کنید الگوی مناسبی خواهید بود که مراجع‌تان با دیدن شما بتوانند این مسیر درمانی را به خوبی طی کنند؟ خوب است که از یک بالینگر که قبلاً این تجربه را داشته مشورت و کمک بخواهید.

شناسایی و حذف رفتارهای ایمنی‌بخش^۱

در تمامی اختلالات اضطرابی، مراجعین دست به انجام دسته‌ای از رفتارهای ایمنی‌بخشی می‌زنند تا از طریق آن‌ها بتوانند سطوح آشفتگی خود را تعدیل و تنظیم کنند. اما با این حال همان‌گونه که مطالعه کردید رفتارهای ایمنی‌بخشی صرفاً به‌عنوان یک تقویت‌کننده برای تداوم مشکل عمل می‌کنند زیرا بر این دلالت دارند که بدون انجام آن رفتارها نمی‌توان موقعیت اضطرابی را مدیریت کرد. برای مثال دنی فکر می‌کرد که اگر یک داروی بنزودیازپین مصرف کند و دست همسرش را بگیرد می‌تواند به‌راحتی با هواپیما مسافرت کند. اولین احساس می‌کرد که اگر بتواند طی چند دقیقه فروشگاه را ترک کند و برای پرداخت بهای چیزهایی که می‌خواهد بخرد در صف انتظار قرار نگیرد خواهد توانست به تنهایی به فروشگاه برود. این دو نمونه می‌توانند مثال‌های آشکاری باشند که نشان می‌دهند چگونه رفتارهای ایمنی‌بخش سبب می‌شوند یک مراجع اضطرابی، ناتوان، وابسته و درمانده شود.

مطمئناً دنی می‌تواند با هواپیما مسافرت کند و اولین هم می‌تواند به تنهایی به فروشگاه برود اما آن‌ها صرفاً زمانی قادر به انجام این کارها هستند که افراد ایمنی‌بخش در کنارشان باشند و همین مسئله سبب وابستگی بیمارگونه آن‌ها شده است. برای هر دوی آنها رفتارهای ایمنی‌بخش یکی از محدودیت‌هایی بود که اختلال وحشت‌زدگی برایشان ایجاد کرده بود. برخی از رفتارهای ایمنی‌بخش عبارتند از: خوردن بعضی از غذاهای خاص، به همراه داشتن موبایل، ملاقات افراد خاص، رفتن به مکان‌های خاص، نشستن در مکان‌های خاص نظیر ماشین یا یک ساختمان و چیزهایی شبیه این‌ها. این موارد صرفاً بخشی از راه‌های متعددی هستند که مراجعین مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی به اشتباه آن‌ها را به عنوان مسکن و به عنوان رفتارهای ایمنی‌بخش انجام می‌دهند. یک تمرین بسیار کمک‌کننده این است که فهرستی از رفتارهای ایمنی‌بخش مراجع‌تان را تهیه کنید و بر اساس توانایی‌هایش به تدریج تعداد آن‌ها را کاهش دهید.

نوبت شماست

به یکی از مراجعین‌تان که دارای اختلال وحشت‌زدگی بود و درمان شد، فکر کنید. رفتارهای ایمنی‌بخشی که انجام می‌داد را به یاد بیاورید و فهرست کنید.

روش‌های گفتگو با اختلال وحشت‌زدگی: بازسازی شناختی

مؤلفه شناختی^۲ درمان اختلال وحشت‌زدگی بسیار مهم است. در حقیقت درمان رفتاری به تنهایی اثربخش نبوده است (پمپولی^۳ و همکاران، ۲۰۱۶). بسیار حیاتی است که به مراجع خود کمک کنید تا اختلال وحشت‌زدگی را به‌عنوان یک مشکل آشفته ساز و نه خطرناک در نظر بگیرد. از استعاره هشدار اشتباه یا حسگر دود هنگامی که پیتزا در حال سوختن است استفاده کنید و برای این کار می‌توانید به فصل ۷ رجوع کنید. این واکنش‌های فیزیولوژیک کاملاً بهنجار و عادی هستند و صرفاً یک هشدار اشتباه تلقی می‌شوند و نه یک هشدار خطر واقعی.

به مراجع آموزش دهید که با اضطراب خود گفتگو کند: من این احساس را دوست ندارم. ای اضطراب تا می‌توانی بیشتر شو. من قصد دارم حتی اگر تو به بالاترین حد ممکن افزایش پیدا کنی، باز هم زندگی‌ام را به بهترین شکل ادامه دهم. تو نمی‌توانی من را متوقف کنی. البته در برخی مراجعین این یک روش متناقض است زیرا با خود می‌گویند مگر می‌توان بطور همزمان، هم درخواست افزایش اضطراب را داشته باشند و هم قصد کم شدن تجربه وحشت‌زدگی را مد نظر قرار دهند. برخی از مراجعین همواره اندکی از تجربه وحشت‌زدگی را خواهند داشت و این هرگز به معنی شکست در درمان نخواهد بود. در این مواقع می‌توان کاربرد یک داروی ضد اضطرابی نظیر بازدارنده بازجذب سروتونین (SSRI) را به طرح درمان افزود. در واقع در مراجعینی که با سخت‌کوشی تمریناتشان را

1. identifying and eliminating safety behaviors

2. The cognitive component

3. Pompoli et al

انجام می‌دهند اما باز هم حملات وحشتزدگی شدیدی را تجربه می‌کنند می‌توان از گزینه‌های دارودرمانی بهره برد (پاین و همکاران^۱، ۲۰۱۶).

نکات برجسته فصل	<ul style="list-style-type: none">• حملات وحشتزدگی عموماً شدید هستند اما اجتناب و انجام رفتارهای ایمنی بخش می‌توانند سبب ایجاد ناتوانی و رنج قابل ملاحظه ای شوند.• درمان شناختی _ رفتاری اختلال وحشتزدگی دربرگیرنده درک روان‌شناختی اختلال وحشتزدگی و شکل‌دهی یک نگرش جدید درباره این اختلال است.• تکنیک مواجهه‌ی درون‌نگرانه یک روش سودمند برای تمرین احساسات فیزیولوژیک ناخوشایند یک حمله وحشتزدگی است.• از بازسازی شناختی برای کمک به مراجعین در گفتگو با اضطراب‌شان استفاده کنید.• داروهای بازدارنده‌های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRI) می‌توانند به فرایند درمان شناختی _ رفتاری اختلال وحشتزدگی اضافه شوند.
------------------------	---

گام بعدی را بردارید

فهرست مواجهه^۲ درون‌نگرانه ما را تمرین کنید. این فهرست برای مراجعین دارای اختلال وحشتزدگی و سایر اختلالات اضطرابی نظیر استفراغ هراسی^۲ بسیار حیاتی است. تجربیات خود در حین انجام این تمرین‌ها را ثبت کنید. اکنون آماده هستید که به مراجع بعدی خود کمک کنید تا اختلال وحشتزدگی‌اش را درمان کند و به پایان برساند.

1. Payne et al
2. emetophobia

فصل ۱۲

درمان شناختی - رفتاری نگرانی

اختلال اضطراب فراگیر^۱ ممکن است یک اختلال چالش برانگیز در فرایند درمان باشد. مبتلایان به این اختلال را اغلب به‌عنوان افراد نگران می‌شناسند. نگرانی‌های این افراد بی‌وقفه است و باوجود تلاش ما و خود مراجعین، در جلسه درمان نیز ادامه پیدا می‌کند. استین و سارین^۲ (۲۰۱۵) در مقاله خود با عنوان اختلال اضطراب فراگیر مطرح کردند که مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر معمولاً در گام‌های اولیه خود به پزشک‌های مراقبت اولیه رجوع می‌کنند و در آنجا نیز بندرت درباره نگرانی خود صحبت می‌کنند. این در حالی است که آنها معمولاً شکایات جسمی چندگانه‌ای^۳ تجربه می‌کنند. نگرانی‌های مزمن در اغلب مواقع منجر به سردردهای پی‌درپی و مشکلات دستگاه گوارش می‌شود. ما به مراجعین دارای این اختلال آموزش می‌دهیم آگاه شوند که هدف از نگرانی این است که از آنها در برابر تجربیات منفی آینده که سبب احساسات منفی‌شان خواهد شد حفاظت کند. آن‌ها سریعاً به این نوع تعریف از نگرانی توجه می‌کنند و در اغلب مواقع سعی می‌کنند ما را متقاعد کنند که حفاظت و مراقبتی که از آنها درباره آسیب‌های پیش رو می‌شود، بسیار اهمیت دارد.

نگرانی یک واکنش مغزی است

اگر محتوای فصل چهارم این کتاب که درباره مغز مضطرب بود را به خاطر داشته باشید، این یک رفتار غریزی است و هنگامی که مغزمان درباره یک خطر بالقوه هشدار می‌دهد به آن گوش دهیم. به مراجع‌تان کمک کنید تا دریابد که این یک رفتار غریزی مغزی است که سعی می‌کند به فرد اطلاعاتی درباره وقوع یک رویداد در آینده دهد. البته رویدادی که هرگز رخ نخواهد داد. آموزش درباره مغز در گام اول درمان نگرانی بسیار مهم است. ما اغلب اوقات به مراجعین خود مقالاتی برای مطالعه می‌دهیم تا درباره اختلالی که به آن مبتلا هستند اطلاعات بیشتری کسب کنند. یکی از مقالاتی که عموماً به مراجعین خود معرفی می‌کنم مقاله نگرانی درباره آینده، نشخوار درباره گذشته: چگونه افکار بر بهداشت روانی تأثیر می‌گذارند نوشته وانگ^۴ (۲۰۱۵) است که در مجله وال‌استریت^۵ منتشر شده است. نویسنده این مقاله به شرح حال افرادی می‌پردازد که گویی فکرایشان به مغزشان چسبیده است و دچار نشخوار فکری شده‌اند. به‌علاوه وانگ با متخصصان مصاحبه انجام داده و به بحث درباره تعدیل و درمان نگرانی پرداخته است. شما می‌توانید این مقاله و یا سایر منابع موجود درباره اختلال اضطراب فراگیر را به اشتراک مراجعین بگذارید. همچنین به مراجعین بگوییم که نگرانی درباره شخصی که نگرانش هستید، سبب تحمیل انرژی منفی به او می‌شود. انتقال این پیام به مراجعین سبب می‌شود که کارکرد و پیامد نگرانی‌شان را مورد بازبینی و بازنگری قرار دهند. در اغلب مواقع، مادران نمی‌خواهند که بر نگرانی یا حجم تنیدگی فرزندان خود بیفزایند. بعد از این گفتگوهای منطقی، آنها سعی می‌کنند که از فرزندان‌شان مراقبت کنند. با این حال، نگرانی یک نیروی قدرتمند است و مراجعین نگران در اغلب مواقع فکر می‌کنند که در یک چرخه معیوب از افکار آینده‌نگر گیر افتاده‌اند.

کیمبرلی مراجعی داشت که فرزندان نوجوان خود را بسیار تحسین و از آنها بسیار مراقبت می‌کرد. مغزش این‌گونه تحلیل می‌کرد که همواره یک خطر بالقوه در کمین آنها نشسته است. او بسیار حساس بود و به همه چیز دقت می‌کرد و به علائم مرتبط با خطر به دقت گوش می‌داد تا بتواند بلافاصله هر چیزی را که سبب خطر می‌شود شناسایی، کنترل و مدیریت کند. نتیجه این مراقبت بیش از حد و گوش‌به‌زنگی او این بود که دختر ۱۶ ساله اش هرگز به مرکز خرید نرفته بود، زیرا ترس از دزدیده شدن ناشی از نگرانی‌های عمده مادرش و سپس خودش شده بود. فرزندانش هرگز به اندازه کافی نمی‌خوابیدند. پسر نوجوان و مدرسه‌روی او هرگز اجازه نداشت با همکلاسی‌هایش در جشن شرکت کند چراکه این ترس در مادر او وجود داشت که ممکن است در یک مراسم دوستانه نوشیدنی سمی مصرف کند و به دلیل مسمومیت جان خود را از دست دهد. فرزندانش در طول روز می‌بایست از طریق پیامک به او اطلاع می‌دادند که در چه موقعیتی قرار دارند و حال‌شان مساعد است یا خیر. همسر او می‌بایست ساعت‌های زیادی را صرف اطمینان

1. generalized anxiety disorder (GAD)
2. Stein & Sareen
3. multiple somatic complaints
4. Wang
5. The Wall Street Journal

آفرینی مجدد او می‌کرد و به او توضیح می‌داد که همسر مناسب و شایسته‌ای است و خانواده بسیار خوبی دارد. با این حال، هیچ‌گاه این میزان اطمینان آفرینی مجدد سبب آرامش و تسکین او نشده بود. به‌علاوه اخیراً این نگرانی‌های او درباره فرزندانش به حرفه‌اش به‌عنوان یک معلم نیز تاثیر گذاشته بود و تعامل با دوستانش را تحت تأثیر منفی خود قرار داده بود. در این فصل، روش‌هایی که سبب تغییر رابطه مراجع با نگرانی‌هایش می‌شود را بررسی خواهیم کرد. این روش‌ها عبارت‌اند از: بازی با نگرانی، مواجهه درمانی، استفاده از نمایشنامه و به چالش کشیدن باورها^۱.

1 . challenging beliefs



کاربرگ بالینگر نکات درمان شناختی - رفتاری برای نگرانی

اطلاعات نادرست را یک بار اصلاح کنید: نگرانی‌ها اغلب اوقات زمان زیادی را صرف مسائلی می‌کنند که در حقیقت اطلاعات نادرستی درباره آن‌ها وجود دارد. بسیار خوب است که اطلاعات درست را کسب کنید و بعد از آن در چرخه نگرانی نیفتید. این کار را با عدم ادامه گفتگوی درونی نگران‌کننده خود انجام دهید.

درباره محتوای نگرانی سؤال نپرسید و در محتوای فکر غرق نشوید: افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در اغلب مواقع یک سؤال را چندین بار می‌پرسند تا نیاز مغزشان به اطمینان و قطعیت را اقناع کنند. اما اگر بیش از یک بار به سؤالات ذهنی‌شان پاسخ دهند، مدار اضطراب برقرار می‌شود و سبب آشفتگی ناشی از عدم قطعیت می‌شود. به مراجعین خود و همچنین به خانواده و دوستان آن‌ها اطلاع دهید که غرق شدن و گیر افتادن در محتوای نگرانی ذهنی مراجع روش کمک‌کننده‌ای نیست و صرفاً سبب قدرتمند شدن اضطرابشان می‌شود.

درگیر داستان اضطراب مراجع نشوید: یک مراجع مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دو سال بود که درباره داستان و ماجرای اضطرابش برای درمانگرش حرف می‌زد و توضیح می‌داد. درمانگر نیز با جدیت به او گوش می‌داد و به او اطمینان بخشی مجدد می‌داد و درگیر حل مسئله او شده بود. مشکل همیشه در آینده وجود داشت و هرگز رخ نداده بود و رخ نمی‌داد. در نتیجه آن‌ها زمان بسیار زیادی را صرف صحبت کردن درباره چیزهایی کرده بودند که هرگز رخ نداده بود و هیچ‌وقت نیز رخ نمی‌داد.

نگرانی را به شکل یک استعاره ببینید: ما به مراجعینمان آموزش می‌دهیم که نگرانی را به‌عنوان یک سر و صدای ملایم تلقی کنند. این سرو صدا می‌تواند آزاردهنده باشد اما نیازی نیست که پاسخ داده شود. همچنین از مراجعین می‌خواهیم که در هنگام رانندگی به موسیقی گوش دهند و هم‌زمان سعی کنند صدای محیط اطراف را نیز بشنود. در یک روش دیگر از مراجعین می‌خواهیم که در یک مسیر در حال رانندگی از شخصی که می‌تواند یکی از اعضای خانواده، فرزندان یا دوستان باشد و در صندلی عقب نشسته است بخواهد که شروع به صحبت کردن کند و از راننده که مراجع ماست می‌خواهیم که بدون اینکه به سرو صداها و صحبت‌های او پاسخ دهد با آرامش به رانندگی خود ادامه دهد.

رویکرد قصد متناقض^۱ را تمرین کنید: برخی مراجعین از اینکه ۱۵ دقیقه زمان برای فکر کردن عمیق درباره نگرانی‌هایشان اختصاص دهند بسیار بهره‌بردار خواهند بود. اگر در غیر از زمان برنامه‌ریزی شده، نگرانی‌هایشان افزایش یافت می‌توانند به نگرانی‌هایشان بگویند که در زمان نگرانی به آن‌ها فکر خواهند کرد. این روش می‌تواند چالش برانگیز باشد زیرا در آن ۱۵ دقیقه برای نگران شدن برنامه‌ریزی می‌شود. این راهبرد می‌تواند به مراجعین نگران کمک کند تا به بهبودی نگرانی‌هایی که قبل از موعد معین یا زمان نگرانی به وجود می‌آیند، پی ببرند.

به دنبال فرصت‌هایی برای نگران شدن باشید: همان‌گونه که در این کتاب‌کار ملاحظه کردید، اغلب مراجعین در طی فرآیند بهبودی می‌توانند به‌جای مغلوب اضطراب شدن، بر آن مسلط شوند. مراجعین مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌توانند به تمرین مواجهه درمانی درباره چیزهایی که نگران‌شان می‌کنند، بپردازند. برخی از مثال‌های این تمرین عبارت‌اند از: ممکن است امروز تصادف کنم. ممکن است دیر به محل کارم برسم. هوا ابری است و ممکن است طوفانی در راه باشد و برق قطع شود. هیچ‌کس از شام امشب من خوشش نخواهد آمد.

تسلط مراجع بر خود بعد از تجربه نگرانی و پیگیری نگرانی‌ها و مواجهه پیشاپیش با آنها، به او کمک می‌کند که از این پس تصمیم بگیرد که می‌خواهد زمانش را صرف افکار مرتبط با نگرانی از آینده کند یا خیر؟

1. paradoxical approach

برچسب زدن^۱: یک روش کمک‌کننده این است که به مراجع آموزش دهید که در محتوای نگرانی‌هایش با برچسب زدن به آن‌ها با عنوان این فقط یک نگرانی است، یک نگرانی موقت مشغول نگردد. هنگامی که مراجع این آموزش را دریافت کند با او درباره هدف کاربرد واژه‌های فقط و موقت گفتگو خواهیم کرد.

نوبت شماسست

➤ نظرتان درباره دلایل کمک‌کننده بودن تکنیک برچسب زدن را بنویسید.

بازی کردن با نگرانی^۲

در فصل ۶ که درباره درگیر کردن اعضای خانواده در فرایند درمان اضطراب صحبت کردیم به اهمیت تغییر دادن هیجان اشاره کردیم. آنها می‌توانند هر کاری انجام دهند تا هیجانشان را تغییر دهند. آنها می‌توانند با شوخی پنداشتن هیجان و یا بیش‌ازحد بزرگ پنداشتن آن سبب تغییر هیجان‌اتشان شوند و یا از قدرت هیجان‌هایشان بکاهند. در هر دو صورت قدرت اضطراب کاهش می‌یابد. یک روش این است که از مراجع بخواهید نگرانی‌هایش را بر روی یک برگه چسبان قرمز رنگ یادداشت کند و آن را بر روی دیوار بچسباند. از مراجع بخواهید که دیوار را با این برگه‌ها پر کند. سپس بخواهید که بر روی هر یک از برگه‌های چسبان قرمز رنگ که نشان‌دهنده نگرانی‌های مختلف است، یک برگه چسبان غیر قرمز رنگ که بر روی آن‌ها شیوه‌های مدیریت این نگرانی‌ها را نوشته است، بچسباند. برخی از مثال‌های کمک‌کننده‌ای که می‌توانند سبب تعدیل نگرانی شوند عبارت‌اند از: تنفس عمیق، من می‌توانم مدیریتش کنم، من در آینده نیستم، من نباید این گفتگوی‌های درونی نگران‌کننده را داشته باشم، این فقط یک نگرانی است. از مراجع بخواهید که برای هر نگرانی ذهنی یک برگه چسبان قرمز رنگ به دیوار بچسباند و برای هر برگه نگرانی یک برگه چسبان غیر قرمز رنگ که حاوی روش مقابله با آن نگرانی است را دقیقاً روی آن بچسباند. درباره نگرانی‌ها و روش‌هایی که برای مقابله با نگرانی‌ها تدوین کرده‌اند و به دیوار چسباندند به بحث و گفتگو بپردازید.

نوبت شماسست

فهرستی از نگرانی‌ها و روش‌های مقابله با آنها را تهیه کنید. به خاطر داشته باشید که روش‌های مقابله‌ای نه فقط مثبت، بلکه واقع‌بینانه، کاربردی و کارآمدی را در نظر بگیرید.

راهبرد مقابله‌ای	نگرانی
	۱.
	۲.
	۳.

1. labeling
2. play with worry

مواجهه با نگرانی

درمانگران در اغلب مواقع در تدوین مواجهه‌ی درمانی با نگرانی‌های مراجعین به چالش می‌افتند زیرا ماهیت نگرانی این است که ترس در لحظه اکنون و زمان حال واقعاً خود را نشان نمی‌دهد. برنامه‌های تدوین‌شده مواجهه درمانی و تصویرسازی ذهنی^۱ می‌توانند ابزارهای کمک‌کننده‌ای برای درمان نگرانی باشند.

برنامه تدوین‌شده مواجهه درمانی یک طرح کلی درباره برانگیزنده‌های اضطراب است و افکار، احساسات و کارهایی که برای تعدیل نگرانی انجام می‌گیرد را در برمی‌گیرد. از مراجع بخواهید چنین طرحی را بنویسد و البته در کنار آن راهبردهای مقابله با نگرانی را نیز بنویسید که می‌توانند شامل این موارد باشند: شناسایی علل نگرانی، کاربرد خود گویی‌های کارآمد و انتخاب پاسخهایی که به نگرانی می‌دهند. از مراجعین مضطرب و نگران خود بخواهید که برنامه مواجهه درمانی صفحه بعد را حداقل ۳ بار در روز مطالعه کنند تا موعد جلسه دیگر فرا برسد.

نوبت شماست

یک برنامه مواجهه درمانی درباره چیزی که سبب نگرانی‌تان می‌شود، تدوین کنید.

کاربرگ نمونه نمایشنامه‌ی نگرانی



نمونه‌ای از چگونگی کاربرد یک نمایشنامه‌ی مواجهه درمانی نگرانی را در ادامه خواهید دید. آن را در طی روز چند بار مطالعه کنید. به این توجه کنید که چقدر به آن باور دارید و چقدر به یک برنامه دیگر متمایل هستید. آیا مایلید تغییرش دهید؟

نمایشنامه نگرانی

صبح که بیدار شدم احساس کردم در گلویم چیزی احساس می‌کنم. شروع کردم به لمس کردن و واریسی گلو و گردنم تا دلیل این احساس گرفتگی را پیدا کند. متوجه شدم قسمتی که درد می‌کند نسبت به سایر بخش‌های گردنم اندکی ورم کرده است و به همین دلیل ترسیدم که نکنه سرطان باشد. آیا برایم مشکلی جدی پیش آمده است و یا اینکه نباید آن را اینقدر جدی تلقی کند؟ نتوانستم تا ۸ صبح صبر کنم و منتظر بمانم که کلینیک پزشک باز شود. فکر می‌کنم در حال ابتلا به یک حمله وحشتزدگی هستم. شاید با دکتر اورژانس تماس بگیرم. همسرم را بیدار کردم و به او گفتم که یک اتفاق وحشتناک رخ داده است.

نمایشنامه راهبردهای مقابله‌ای

صبح که بیدار شدم احساس کردم در گلویم چیزی احساس می‌کنم. شروع کردم به لمس و واریسی گلو و گردنم تا دلیل این احساس گرفتگی در گلویم را پیدا کنم. متوجه شدم که اضطرابم در حال افزایش است. به خودم گفتم این مسئله می‌تواند مهم باشد و یا اینکه چیز مهمی نباشد، اما الآن قصد ندارم قضیه را پیگیری کنم چراکه هنوز به‌طور کامل هشیار نشده‌ام و اضطراب هم دارم. یک دوش می‌گیرم و صبحانه می‌خورم. همسرم که بیدار شد وسوسه خواهیم شد درباره نگرانی‌ام با او صحبت می‌کنم اما تا ۲۴ ساعت آینده چیزی به او نخواهم گفت. هنگامی که ساعت ۸ صبح شد با دکترم تماس می‌گیرم و برای امروز یک وقت ملاقات تعیین می‌کنم. اما تصمیم می‌گیرم، به‌جای آن، سه روز صبر کنم تا اضطرابم کاهش یابد و شاید اگر اضطرابم کاهش یابد، بدنم بتواند خودش مشکل را برطرف کند. در واقع می‌خواهم ببینم اضطرابم چقدر در ایجاد این مشکل نقش داشته است. اگر در سه روز آینده مشکل برطرف نشد، آن وقت کاری درباره آن انجام می‌دهم.

کاربرگ نمایشنامه‌ی نگرانی شما



از این برنامه نگرانی برای کمک به خود در راستای بررسی سایر روش‌هایی که می‌توانید به ترس‌هایتان بنگرید استفاده کنید. این برنامه را روزی چند بار مطالعه کنید و به این نکته توجه کنید که چقدر به برنامه تدوین‌شده خود اعتقاد دارید و چقدر مایل به تغییرش هستید. آیا قصد دارید تغییر دهید؟

نمایشنامه نگرانی

.....

.....

.....

.....

.....

.....

نمایشنامه راهبردهای مقابله‌ای

.....

.....

.....

.....

.....

.....

تصویرسازی ذهنی

تصویرسازی ذهنی می‌تواند به مراجع کمک کند ظرفیت تحمل احساسات، هیجانات و افکار مرتبط با نگرانی خود را افزایش دهد. در جلسه درمان از مراجع بخواهید که بدترین وضعیت خود را در نظر بگیرد و تصویرسازی ذهنی کند. به مراجع خود بگویید تا حد ممکن تصور کند که چه کسی اینجا حضور دارد، چه افکار و احساساتی دارد و چه احساسات بدنی و جسمانی‌ای را تجربه می‌کند. اکنون از او بخواهید که از دید یک مشاهده کننده بیرونی به تصاویر ذهنی خود بنگرد. به مراجعین خود کمک کنید تا به تجربه خود بدون ارتباط دادن آن به محتوای نگرانی‌شان توجه کنند. از آن‌ها بخواهید که این تمرین را هر روز انجام دهند.

باورهای درباره نگرانی

افرادی که نگران هستند بر این باورند که تداوم نگرانی بسیار مهم است، چراکه سبب جلوگیری از وقوع رویدادهای بد می‌شود. این مسئله بدین دلیل است که آن‌ها توانایی مدیریت و تنظیم رویدادها و هیجان‌های ناخوشایند را ندارند. بسیار مهم است که باورهایشان درباره افکارشان را تغییر دهند و همچنین هیجان‌های دشوار و ناخوشایندشان را تجربه و مدیریت کنند. مراجعی را که قبلاً درباره‌اش صحبت کردیم و گفتیم که نگرانی‌اش زندگی خانواده‌اش را تحت تأثیر منفی قرار داده بود، اکنون به راحتی در حال زندگی با اضطرابش است. اکنون می‌تواند بدون اینکه کسی همراهش باشد شب‌ها به بیرون از منزل برود. دخترش به همراه دوستانش به فروشگاه و سینما می‌رود. همسرش دیگر به او اطمینان بخشی مجدد نمی‌دهد و به جای آن به او می‌گوید که این اضطراب تو است. من درباره اضطراب چیزی نمی‌گویم و فقط قصد دارم با تو قدم بزنم و پیاده‌روی کنم. فرزند کوچک‌ترش به دانشگاه می‌رود و در حال ادامه تحصیل است و اکنون می‌داند که نگرانی بخشی از زندگی اوست و متوجه شده است که باورهای فاجعه‌آمیز و واکنش‌های افراطی به ترس‌ها، نتیجه‌ای در بهبودی نگرانی‌اش نخواهد داشت. در ادامه باورهای رایجی که افراد نگران درباره افکارشان دارند را فهرست کرده‌ایم. شما به عنوان درمانگر می‌بایست از طریق پرسشگری سقراطی این باورها را به چالش بکشید:

- ۱) هر فکری ارزش فکر کردن را دارد.
- ۲) هر فکری ارزشمند است و معنایی دارد.
- ۳) مهم است بدانم که ریشه این افکار در کجاست.
- ۴) من مسئول افکار خود هستم.
- ۵) اگر نتوانم افکار بد را از ذهنم دور کنم، یک جای کارم مشکل دارد.
- ۶) خاطر جمع نبودن، علامت یک خطر مشخص است.
- ۷) به یاد نیاوردن افکار نگران کننده خطرناک و نایمن است.
- ۸) برای شاد بودن باید افکار ناخواسته داشته باشم.
- ۹) نادیده انگاشتن افکار روش درستی نیست.

نوبت شماست

برای هر یک از باورهایی که در بالا فهرست شده‌اند یک پرسش سقراطی تدوین کنید.

نکات برجسته فصل	<ul style="list-style-type: none"> ● افکار منفی تکرارشونده در ذهن یا همان اختلال اضطراب فراگیر در اغلب مواقع بدون تشخیص مانده و در نتیجه درمان نمی‌شوند. ● اختلال اضطراب فراگیر این باور را در مراجعین به وجود می‌آورد که زندگی و اعضای خانواده‌شان باید از آنها سپاسگزار باشند زیرا این افراد با انجام کارها و رفتارهای ایمنی‌بخش، سبب جلوگیری از وقوع رویدادهای ناخوشایند و ناگوار برای آنها می‌شوند. ● نگرانی زمان بسیار زیادی را از بین می‌برد، خواب را آشفته می‌کند و سبب می‌شود که افراد دچار فرسودگی جسمی و عاطفی شوند. ● نکته کلیدی در درمان نگرانی یا اختلال اضطراب فراگیر این است که توانایی افراد در تحمل آشفتگی و عدم قطعیت افزایش یابد.
------------------------	--

گام بعدی را بردارید

- با مراجعین خود چگونه درباره نگرانی به گفتگو می‌پردازید؟
- تا چه حدی باور دارید که نگرانی کمک‌کننده است؟
- آیا احساس می‌کنید اطمینان بخشیدن به مراجع کمکی در به چالش کشیدن باورهایش درباره نگرانی می‌کند؟
- اگر نه، برای به چالش کشیدن باورهایش درباره نگرانی چه می‌کنید؟ از چه کسی حمایت یا مشورت می‌گیرید؟
- چه ایده و طرح‌هایی برای مواجه کردن مراجع با آشفتگی و عدم قطعیت دارید؟

فصل ۱۳

خاتمه و پیشگیری از بازگشت اختلال

خاتمه درمان^۱ به صورت ایده آل از نخستین جلسه درمان شروع می‌شود، یعنی هنگامی که به مراجع خود اطلاع می‌دهید که هدف این است که بتواند در خارج از جلسات درمانی نیز به صورت بهینه به زندگی بپردازد. درمان شناختی - رفتاری یک درمان کوتاه مدت است. ما از مراجعین خود می‌خواهیم زمانی که درمان کامل شد یک زندگی غنی و پرمعنا داشته باشند به گونه‌ای که اضطراب و اختلال وسواسی - جبری نتواند هیچ‌گونه محدودیتی در زندگی برایشان ایجاد کند. این بدین معنا نیست که قبل از تکمیل فرآیند درمان، انتظار داشته باشیم مراجعین هیچ‌گونه علائمی از اضطراب یا اختلال وسواسی - جبری نداشته باشند. واقع‌بینانه این است که قبل از اتمام دوره درمان ممکن است اضطراب در حد پایین خود وجود داشته باشد.

ما به مراجعین آموزش می‌دهیم که درمانگر خود - یاور^۲ باشند و هر زمان که وسواس یا اضطرابشان افزایش یافت بتوانند به خودشان کمک کنند. دقیقاً همانند مدیریت هر نوع مشکل بهداشتی مزمن این اختلالات نیز یک مشکل همیشگی و غیرقابل درمان نیستند. اضطراب و اختلال وسواسی - جبری قابل مدیریت هستند و در برخی مراجعین به مدت بسیار زیادی ناپدید می‌شود. با این حال احتمال بازگشت و عود مجدد علائم و نشانگان آنها نیز وجود دارد و این مسئله نشان‌دهنده ماهیت پویای اضطراب و اختلال وسواسی - جبری است و به همین دلیل مهم است که ماهیت شناور و پویای اضطراب و اختلال وسواسی - جبری و احتمال عود مجدد آن و مدیریت بازگشت آن بخشی از خاتمه درمان و پیشگیری از عود آن باشد.

به عنوان درمانگر با مراجعین خود همدل و مانوس می‌شویم و دوست داریم از موفقیت‌ها و پیشرفت‌هایشان درباره شکل‌دهی سبک جدیدی از زندگی که در آن به صورت بلندمدت بر اضطراب متمرکز نمی‌شوند، بشنویم. برای برخی از مراجعین بسیار سخت است که از ما واژه خداحافظی را بشنوند. نتایج بسیاری از مطالعات نشان داده است که هر چه پیوند همدلانه بین مراجع و درمانگر بیشتر باشد، نتایج بهتری در درمان شناختی - رفتاری مشاهده می‌شود. اینکه ما روابط همدلانه با مراجعین برقرار می‌کنیم، نشان‌دهنده انس و پیوستگی بین ما و آنهاست. ما باید قدر این احساسات و عواطف را بدانیم. بخشی از درمان شناختی - رفتاری ایده آل این است که به مراجعین خود اجازه دهیم هر موقع که آماده بودند درمان را به پایان برسانند (تدینون^۳ و همکاران، ۲۰۱۶). بسیار سخت بود که از دیوید خداحافظی کنم. او ۱۸ سال داشت و قبل از ورود به دانشگاه در یک ایالت دیگر، یک تابستان را در اروپا سپری کرده بود. ما دو سال بود که عمیقاً مثل همه مراجعین دیگر باهم کار می‌کردیم. او دچار اختلال وسواسی - جبری بود و البته والدینش نیز چند سال قبل از هم جدا شده بودند. قبل از شروع درمان، در طی روز ساعت‌ها با دوستانش درباره اینکه چطور می‌تواند با این وضع به زندگی ادامه دهد و سایر موضوعات وجودگرایانه صحبت و گفت‌وگو می‌کرد. هر چند که قبل از آغاز علائم اختلال وسواسی - جبری به دلیل هوشمندی و سخت‌کوشی‌اش در مدرسه نمرات بسیار خوبی کسب می‌کرد، اما بعد از ابتلا به اختلال وسواسی - جبری نمراتش شدیداً افت کرده بود، زیرا در شروع و اتمام هر تکلیف با دشواری مواجه می‌شد. او معمولاً شب‌ها چند ساعت بیشتر نمی‌خوابید زیرا پایان دادن به یک روز برایش بسیار سخت بود. والدین دیوید مشغول مشکلات شخصی خود بودند و به ندرت برای درمان دیوید وقت می‌گذاشتند و درگیر می‌شدند.

هنگامی که کارمان را با مراجعینی آغاز می‌کنیم که به شدت به دلیل اضطراب و اختلال وسواس ناتوان شده‌اند، در آغاز مسیر تصورش برایمان سخت است که کارمان خوب پیش برود و بهبودی خوبی حاصل شود. مثلاً برای من تصورش هم سخت بود که دیوید بتواند به صورت مستقل به دانشگاه برود. در طی درمان، او به خوبی متوجه شد که چگونه اختلال وسواسی - جبری افکارش را تحت تسلط و مدیریت خود گرفته است و او را از آغاز و تکمیل تکالیف و فعالیت‌ها بازداشته است. او با گفتن این جمله درمان خود را آغاز کرد راه دیگری وجود ندارد، من باید راه خودم را حتی اگر دچار احساسات ناخوشایند شوم به پیش ببرم. البته دارودرمانی نیز در بهبود او نقش مهمی داشت.

نوبت شماست

➤ آیا مراجعی داشته‌اید که شنیدن واژه خداحافظی از شما برایش سخت بوده باشد؟

1 . Treatment termination
2 . self-help therapist
3. Teding van Berkhout., & Malouff

فرمول بهزیستی^۱

داشتن یک زندگی کامل، غنی و شکوفا مستلزم شکل‌دهی یک فرمول بهزیستی است. این فرمول در زندگی اکثر افرادی که درگیر اضطراب هستند و علائم طاقت‌فرسای اختلالات اضطرابی آزارشان می‌دهد، وجود ندارد. فرمول بهزیستی شامل چند مؤلفه مهم است که عبارت‌اند از: تمرینات ورزشی، سبک تغذیه سالم، خواب مناسب، فعالیت‌های شغلی و یا بشردوستانه، تفریح و سرگرمی و روابط خانوادگی و دوستی. در یک جلسه با مراجع خود به طرح فرمول بهزیستی بپردازید و درباره موضوعات مطرح‌شده در این فرمول با او گفتگو کنید و در نهایت به تدوین اهداف دست‌یافتنی برای ایجاد تغییر در مدیریت مشکلات شناسایی‌شده بپردازید. همانند همه کارهایمان در طی فرایند روان‌درمانی، به همراه مراجع اهداف درمانی را شناسایی و سپس گام‌های قابل ارزیابی و واقع‌بینانه‌ای برای رسیدن به اهداف درمانی تدوین کنید. البته فرمول بهزیستی و هدف‌گذاری و تدوین گام‌های رسیدن به اهداف درمانی را می‌بایست برای همه افرادی که به‌دلیل مشکلاتشان، زندگی محدودی دارند اعمال کرد. آئی یک زن ۳۰ ساله است که تنها زندگی می‌کند. او همیشه پیاده به سر کار می‌رود و برمی‌گردد و همواره تنها است. او دچار اختلال وسواسی - جبری از نوع وسواس پاکیزگی و رفتارهای ایمنی‌بخش قالبی شده است. نگه‌داشتن یک حیوان همراه^۲ مثل یک گربه خانگی یک گام بزرگ در مسیر درمانش بود و درواقع سبب شد پل بزرگی در مسیر آغاز دوست‌یابی برایش ایجاد شود.

شکست و لغزش‌های درمانی

درمان موفقیت‌آمیز، زمینه‌ها و فضاهای مرتبط با لغزش‌ها را نیز مدنظر قرار می‌دهد. تعداد اندکی از افراد مبتلا به اضطراب اختلال وسواسی - جبری، درمان را کاملاً بدون علائم ترک می‌کنند و هرگز بعد از درمان دچار اضطراب نمی‌شود. به‌طور معمول در مواقع تنش‌زا و یا در هنگام ایجاد تغییراتی در چرخه‌های زندگی، اضطراب فرصت ظهور مجدد پیدا می‌کند. در چنین مواقعی، مراجع به بحث درباره اضطراب ناخواسته خواهد پرداخت. اگر چنین شد، به خاطر داشته باشید که به او در قالب‌گیری مجدد کمک کنید. دیدگاه مراجع را این‌گونه تغییر دهید که: این اضطراب‌های ناخواسته، فرصتی خواهد بود تا تاب‌آوری خود را هنگامی که در فرایند درمان هستید و به‌صورت ناخواسته با موقعیت‌ها و برانگیزنده‌های اضطراب‌زا مواجه می‌شوید افزایش دهید و تقویت کنید. مراجعین معمولاً بعد از لغزش در فرایند درمان دچار عواطف منفی می‌شوند و از گفتن آن به شما احساس ناخوشایندی تجربه خواهند کرد. این یک فریب بزرگ است توسط اضطراب ایجاد می‌شود. چراکه سبب می‌شود مراجعینی که لغزش داشته‌اند فقط بر زمان‌های لغزش تمرکز کنند و احساسات شکست و خجالت را بیش‌از پیش تجربه کنند. از مراجعین‌تان بخواهید توجه کنند که این‌ها نیز افکار خودآیند منفی هستند و باید با غلبه بر آن‌ها، به دنبال پاسخ‌های منطقی و خنثی باشند: من خوشحالم که این اتفاق افتاد چراکه من هنوز با درمانگر در ارتباطم و با او درباره این اضطراب ناخواسته جدید صحبت خواهم کرد. من می‌دانم که در فرایند زندگی‌ام، نوسان‌هایی از افزایش و کاهش اضطراب خواهم داشت. خوب است که چگونگی مدیریت اضطراب در طی روزها و موقعیت‌های مختلف را یاد بگیرم. من شکست خورده نیستم زیرا یک روز سخت را سپری کردم. در واقع تجربه یک روز سخت و دشوار سبب شکست فرایند درمان من نخواهد شد.

برخی مواقع وقوع یک شکست یا لغزش در فرایند درمان یک ایده خوب به نظر می‌رسد چراکه سبب می‌شود مراجع یک گام به عقب برگردد. شما می‌توانید به یادداشت‌های خود بنگرید و از مراجع بخواهید که به دفتر یادداشتش رجوع کند بویژه مواقعی که همه چیز روال مثبت و خوبی داشت.

سوگیری توجه منفی^۳ ممکن است سبب شود مراجعین به واسطه یک شکست یا لغزش فکر کنند که برای یک مدت طولانی موفقیتی نداشته‌اند بویژه در مواقعی که می‌بایست در مواجهه‌های جدید رفتارهای مناسبی نشان دهند. سعی کنید به عقب برگردید و بر آخرین تکالیف مراجع که در آن موفق بوده است، تمرکز کنید. به خاطر داشته‌باشید که این شکست‌ها در حقیقت می‌توانند

1. wellness formula
2. companion animal
3. negative attention bias

فرصتهایی برای یادگیری‌های جدید درباره اضطراب باشند و زمینه مناسبی برای موفقیت‌های جدید ایجاد کنند. بر اساس این شکست‌ها می‌توانید اهداف جدیدی تدوین کنید، مواجهه‌های درمانی جدیدی طراحی کنید، درباره ذهن آگاهی مطالب بیشتری یاد بگیرید و همه این موارد را در گام‌های بعد از شکست یا لغزش در فرایند درمان، پی‌ریزی کنید و قرار دهید. این در حالی است که در آغاز فرایند درمان، این روش‌های جدید نگرستن به شکست و لغزش به‌ندرت مدنظر قرار می‌گیرند. به مراجع خود کمک کنید روش جدید نگرستن به شکست و لغزش در فرایند روان‌درمانی را مورد توجه جدی قرار دهد، یاد بگیرد و در نتیجه این روش را برای موفقیت در دوره بعد از درمان که می‌بایست به‌صورت مستقلانه عمل کند، مورد کاربست قرار دهد.

از مراجع خود بخواهید که در دفتر یادداشت خود یک طرح برای مدیریت لغزش‌ها و شکست‌های خود از طریق پاسخ به پرسش‌های زیر تدوین کند:

- چه برانگیزنده‌هایی باعث لرزش و شکست می‌شود؟
- آیا هیچ یک از رفتارهای خودم نظیر عدم مواجهه درمانی، خواب کم و ... را تغییر داده‌ام؟
- چه افکار خودآیند منفی‌ای دارم؟
- چه افکار منطقی یا خنثی‌ای را می‌توانم جایگزین افکار خودآیند منفی خود کنم؟
- چه رفتارهای سالم و مواجهه‌هایی را می‌توانم جایگزین رفتارهای اجتنابی خود کنم؟
- از چه کسی می‌توانم حمایت و کمک دریافت کنم؟

پیشگیری از لغزش - پرچم قرمز

هدف این است که در افراد مبتلا به اضطراب یا اختلال وسواسی - جبری یک لغزش یا شکست تبدیل به یک لغزش یا شکست کامل در تمامی مشکلات مشابه نشود. قبل از به پایان رساندن فرآیند روان‌درمانی، یک طرح ساده برای پیشگیری از لغزش یا شکست تدوین کنید و از مراجع خود بخواهید که آن را در دفتر یادداشت خود بنویسد و با یک پرچم قرمز رنگ آن را نشانه‌گذاری کند. پرچم‌های قرمز نشان‌دهنده و نماد رفتارها، هیجان‌ها و نگرش‌هایی هستند که ایجاد اضطراب و احتمال شکست را هشدار می‌دهند. این پرچم‌های قرمز علامت می‌دهند که نیاز است تا کاری انجام شود. همانند فرایند روان‌درمانی که منحصر به فرد است، این پرچم‌های قرمز نیز مختص به هر مراجع است. اکنون به مثالی در این باره می‌پردازیم تا ایده‌هایی درباره کاربرد پرچم‌های قرمز ارائه دهیم:

پرچم‌های قرمز آنی

- خوابیدن بیش از ۹ ساعت در طی سه روز در هفته؛
- انجام ندادن مواجهه درمانی در دو روز در طی هفته؛
- اجتناب از صحبت کردن با مردم در محیط کار در دو روز در طی هفته؛
- از یاد بردن کارها و امور روزانه؛

پرچم‌های قرمز دیوید

- کاربرد اپلیکیشن سنجش خُلق برای پیگیری خُلق در هر یکشنبه و ارزیابی خُلق پایین بصورت یکبار در هر دو هفته
- عدم مصرف داروهای ضد اضطراب و وسواس بدون اجازه از متخصص
- درگیر کردن دوستان در مکالمه‌های تُند و تنش‌زای طولانی یا مختصر
- عدم حضور به موقع در محل کار
- نداشتن حداقل ۵ ساعت خواب در شب به مدت دو شب در هفته
- عدم حضور در کلاس درس

توجه داشته باشید که این اهداف، خاص دیوید هستند و به کار و درس او مربوط می‌شوند و در حقیقت پرچم‌های قرمز دیوید به حیطه‌های مهم زندگی او که به واسطه اضطراب شدید و اختلال وسواسی - جبری دچار آسیب و آشفتگی شده‌اند، مربوط می‌شوند. بر اساس امور مهم مراجع که تحت تأثیر اضطراب و اختلال وسواسی - جبری قرار گرفته‌اند می‌توان از بیش از یک پرچم قرمز استفاده کرد، اما باید توجه داشت که هر شخص ممکن است یک روز بد داشته باشد و برای یک روز بد نیاز به یک پرچم قرمز نیست بلکه امور مهم مراجع که تحت تأثیر اضطراب واقع شده‌اند می‌بایست مورد توجه قرار گیرند.

نوبت شماست

کدامیک از موارد زیر پرچم قرمز محسوب می‌شود؟ (پاسخ‌ها در انتهای فصل ارائه شده‌اند)

- ۱) تماس با محل کار و اطلاع دادن درباره بیمار شدن / لغو کردن کلاس درس
- ۲) فراموش کردن انجام تمرین‌ها به دلیل داشتن یک مهمان
- ۳) مصرف نوشابه کافئین دار و دچار شدن به حمله‌های وحشت‌زدگی
- ۴) لغو کردن قرار ملاقات با دوستان
- ۵) عصبانی و زودرنج شدن از مردم طی چندین روز در هفته
- ۶) عمل نکردن بر اساس طرح درمانی اضطراب به دلیل دشوار بودن آن
- ۷) بازگشت به روش‌های قبلی اجتناب از اضطراب

خاتمه درمان

همان‌گونه که گفته شد، دیوید می‌بایست درمان خود را خاتمه دهد چراکه باید به اروپا مسافرت می‌کرد و به‌علاوه در دانشگاهی که در یک ایالت دیگر مستقر بود، ثبت‌نام می‌کرد. او با این ایده موافقت کرد که در مرکز بهداشت روان دانشگاه به دیدار یک متخصص برود تا در مواقعی که نیاز باشد با او مشورت کند و از او کمک بگیرد. تردیدی وجود ندارد که او در برخی از لحظات زندگی آینده‌اش نیازمند کمک خواهد بود. هرچند که زمان مشخصی برای خاتمه درمان مشخص نشده بود ولی دیوید آماده خاتمه دادن به فرایند روان‌درمانی خود شده بود چراکه اخیراً چند بار لغزش و شکست داشت اما هر بار قوی‌تر از قبل بر شکست‌ها و لغزش‌هایش غلبه کرده بود.

دیوید از طریق مطالعه داستان زندگی بسیاری از افرادی که مبتلا به اختلال وسواسی - جبری بودند، چیزهای زیادی آموخته بود و همین امر باعث آرامش او شده بود. او با بنیاد بین‌المللی اختلال وسواسی - جبری آشنا شده بود که یک منبع مفید و اثرگذار برای او تلقی می‌شد. او به اهدافش دست‌یافته بود و یک زندگی غنی، کامل و شکوفا را شکل داده بود. به‌علاوه او دیگر می‌دانست که مواجهه درمانی بخشی از زندگی هر روزی او تلقی می‌شد و اگر روزی را بدون مواجهه درمانی سپری می‌کرد ممکن بود علائم اختلال اضطراب به او بازگردد و مجدداً دچار شکست یا لغزش شود. او برای مسافرتی که برنامه‌ریزی کرده بود و برای گام‌های بعدی زندگی‌اش آمادگی خوبی کسب کرده بود.

علائم نشان‌دهنده آمادگی مراجع برای خاتمه دادن به درمان

- دستیابی به اهداف
- کاربست فنون درمان شناختی - رفتاری در موقعیت‌های جدید
- کاربست فعالیت‌ها و علائق جدید، به‌جای صرف زمان بر روی اضطراب یا اختلال وسواسی - جبری
- زندگی غنی، کامل و شکوفا

ما نمی‌دانیم ادامه داستان زندگی دیوید و راهی که در آن قرار دارد چه می‌شود. ما بخشی از داستان زندگی او بودیم و او نیز به دنبال زندگی خودش رفته است. موفقیت‌های او حاصل زحمات خودش است. با این حال ما به واسطه سایر مراجعین مضطرب و تجربیات

شخصی‌مان می‌دانیم که درمان شناختی - رفتاری در تعدیل و کاهش اضطراب و اختلال وسواسی - جبری سودمند است و این سودمندی بسیار فراتر از موضوعات خاصی است که ما در زمان محدود بر روی آن‌ها کار کرده و می‌کنیم. زندگی غیرقابل‌پیش‌بینی است و داشتن توانایی تحمل عدم قطعیت به ما کمک می‌کند تا در حین مدیریت مشکلاتی که در زندگی برایمان ایجاد می‌شود، از چیزهای شگفت‌انگیز زندگی لذت ببریم.

نکات برجسته فصل	<ul style="list-style-type: none"> • همدلی منجر به ایجاد ارتباط قوی بین بالینگر و مراجع می‌شود؛ گفتن واژه خداحافظی سخت است. • لغزش‌های درمانی فرصت‌هایی هستند که زمینه مناسبی برای درمان و زندگی به وجود می‌آورند. • به همراه مراجع به تدوین طرح یا فرمول بهزیستی بپردازید. • به‌منظور ایجاد هشدار لغزش‌های درمانی، به تدوین پرچم‌های قرمز بپردازید. • توجه داشته باشید که مواجهه درمانی یکی از بخش‌های اصلی و همیشگی زندگی است. • طرحی برای جستجوی مجدد درمان برای مراجع تدوین کنید.
------------------------	---

گام بعدی را بردارید

مراجعی را در نظر بگیرید که می‌بایست برای خاتمه دادن به فرایند روان‌درمانی آماده شود و شما می‌خواهید این موضوع را در جلسه مطرح کنید. چگونه عمل می‌کنید؟

پاسخ‌های تمرین پرچم قرمز

- (۱) تماس با محل کار و اطلاع دادن درباره بیمار شدن/ لغو کردن کلاس درس
- (۲) لغو کردن قرار ملاقات با دوستان
- (۳) عصبانی و زود رنج شدن از مردم طی چندین روز در هفته
- (۴) عمل نکردن بر اساس طرح درمانی اضطراب به دلیل دشوار بودن آن
- (۵) بازگشت به روش‌های قبلی اجتناب از اضطراب

Chapter 1

- Beck, J. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (second edition). New York: Guilford Press.
- Burns, D. (2013, October 3). The ten worst errors therapists make, and how to avoid them. Feeling good: A webpage of David D. Burns, MD [Blog].
- Clark, D.A. (1999). Anxiety disorders: Why they persist and how to treat them. *Behaviour Research and Therapy* 37, S5±S27.
- Clark, D.A. & Beck, A. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Science*, 14(9), 418-24.
- Otto, M., Smits, J., & Reese, H. (2004). Cognitive-behavioral therapy for the treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(5), 34–41.
- Jokic´-Begic´, N. (2010). Cognitive-behavioral therapy and neuroscience: Towards closer integration. *Psychological Topics*, 19(2), 235–254.

Chapter 2

- Hara, K. M., Aviram, A., Constantino, M. J., Westra, H. A., & Antony, M. M. (2016). Therapist empathy, homework compliance, and outcome in cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Partitioning within- and between-therapist effects. *Cognitive Behavior Therapy*, 15, 1–16.
- Teding van Berkhout, E., & Malouff, J. M. (2016). The efficacy of empathy training: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 32–41. Doi: 10.1037/cou0000093. Epub 2015 Jul 20.
- Szymanski, J. (2012). Using direct-to-consumer marketing strategies with obsessive-compulsive disorder in the nonprofit sector. *Behavior Therapy*, 43(2), 251–256. Doi: 10.1016/j.beth.2011.05.005. Epub 2011 Jun 12.

Chapter 3

- LeBeau, R. T., Davies, C. D., Culver, N. C., & Craske, M. G. (2013). Homework compliance counts in cognitivebehavioral therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42(3), 171–179.
- Wolpe, Joseph (1969). *The practice of behavior therapy*, New York: pergamon press.

Chapter 4

- Gold, A. L., Morey, R. A., & McCarthy, G. (2015). Amygdala–prefrontal cortex functional connectivity during threat-induced anxiety and goal distraction. *Biological Psychiatry*, 77(4), 394–403. doi: 10.1016/j.biopsych.2014.03.030. Epub 2014 Apr 19.
- van Apeldoorn, F. J., van Hout, W. J. P. J., Mersch, P. P. A., Huisman, M., Slaap, B. R., Hale, W. W., ... den Boer, J. A. (2008). Is a combined therapy more effective than either CBT or SSRI alone? Results of a multicenter trial on panic disorder with or without agoraphobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117(4), 260–270.

Chapter 5

- Gillihan, S. J., Williams, M. T., Malcoun, E., Yadin, E., & Foa, E. B. (2012). Common pitfalls in exposure and response prevention (EX/RP) for OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1(4), 251–257.
- Goldin, P. R., Ziv, M., Jazaieri, H., Hahn, K., Heimberg, R., & Gross, J. (2013). Impact of cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder on the neural dynamics of

cognitive reappraisal of negative self-beliefs: Randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 70(10), 1048–1056. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.234

- Salkovskis, P. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Journal of Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 19, 6–19.

Chapter 6

- Lebowitz, E. R., Panza, K. E., Su, J., Bloch, M. H. (2012). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(2), 229–238.

Chapter 7

- McManus, F., Van Doorn, K., & Yiend, J. (2012). Examining the effects of thought records and behavioral experiments in instigating belief change. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(1), 540–547.
- Schreiber, F., Heimlich, C., Schweitzer, C., & Stangier, U. (2015). Cognitive therapy for social anxiety disorder: The impact of the self-focused attention and safety behaviours experiment on the course of treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(2), 158–166.
- Weck, F., Neng, J., Richtberg, S., Jakob, M., & Stangier, U. (2015). Cognitive therapy versus exposure therapy for hypochondriasis (health anxiety): A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 665–676.
- Wilhelm, S., Berman, N. C., Keshaviah, A., Schwartz, R. A., & Steketee, G. (2015). Mechanisms of change in cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: Role of maladaptive beliefs and schemas. *Behaviour Research and Therapy*, 65, 5–10. doi:10.1016/j.brat.2014.12.006

Chapter 8

- Gillihan, S.J., Williams, M. T., Malcoun, E., Yadin, E., & Foa, E. B. (2012). Common pitfalls in exposure and response prevention (EX/RP) for OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1(4), 251–257.

Chapter 9

- Higa-McMillan, C. K., Francis, S. E., Rith-Najarian, L., & Chorpita, B. F. (2016). Evidence base update: 50 years of research on treatment for child and adolescent anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(2), 91–113.
- James, A., Soler, A., Weatherall, R. (2005). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*,(4):CD004690.
- Kendall, P. C., & Peterman, J. S. (2015). CBT for adolescents with anxiety: Mature yet still developing. *American Journal of Psychiatry*, 172(6), 519–530. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.14081061
- McLeod, B. D., Islam, N. Y., Chiu, A. W., Smith, M. M., Chu, B. C., & Wood, J. J. (2014). The relationship between alliance and client involvement in CBT for child anxiety disorders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(5), 735–741.

Chapter 11

- Craske, M.G. & Barlow, D.H. (2014). Panic disorder and agoraphobia. In *Clinical Handbook of Psychological Disorders, Fifth Edition* (pp. 1-61). D.H. Barlow (Ed.). Guilford Press: New York, New York.
- Payne, L. A., White, K. S., Gallagher, M. W., Woods, S. W., Shear, M. K., Gorman, J. M., ... & Barlow, D. H. (2016). Second-stage treatments for relative nonresponders to cognitive

behavioral therapy (CBT) for panic disorder with or without agoraphobia—continued CBT versus SSRI: A randomized controlled trial. *Depression and Anxiety*, 33(5), 392–399.

- Pompoli, A., Furukawa, T. A., Imai, H., Tajika, A., Efthimiou, O., & Salanti, G. (2016). Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: A network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 13(4):CD011004.
- Woud, M. L., Zhang, X. C., Becker, E. S., McNally, R. J., & Margraf, J. (2014). Don't panic: Interpretation bias is predictive of new onsets of panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(1), 83–87.

Chapter 12

- Stein, M., & Sareen, J. (2015). Generalized anxiety disorder. *New England Journal of Medicine*, 373, 2059–2068.
- Wang, S. (2015, August 10). Worrying about the future, ruminating on the past: How thoughts affect mental health. *Wall Street Journal*.

Chapter 13

- Teding van Berkhout, E., & Malouff, J. M. (2016). The efficacy of empathy training: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 32–41.

- Anxiety and Depression Association of America. Myth-conceptions, about anxiety. <https://www.adaa.org/understandinganxiety/>
- myth-conceptions. (Some common myths vs. actual facts about anxiety disorders and effective treatment.)
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapies and emotional disorders*. New York: New American Library.
- Beck, J. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (second edition). New York: Guilford Press.
- Brantley, J. (2007). *Calming your anxious mind: How mindfulness and compassion can free you from anxiety, fear, and panic* (2nd ed.). Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. New York: New American Library.
- Chansky, T. (2000). *Freeing your child from obsessive compulsive disorder*. New York: Crown Publishers.
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2014). Panic disorder and agoraphobia. In D. H. Barlow (ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (5th ed.), pp. 1–61. New York: Guilford Press.
- Huebner, D. (2005). *What to do when you worry too much: A kid's guide to overcoming anxiety*. Washington, DC: Magination Press.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness* (rev.ed.). New York: Bantam Books.
- Morrow, K. (2011). *Face it and feel it: 10 simple (but not easy) ways to live well with anxiety*. Published by Kimberly Morrow.
- Orsillo, S., & Roemer, L. (2011). *The mindful way through anxiety: Break free from chronic worry and reclaim your life*. New York: Guilford Press.
- Pittman, C. (01/09/2013). *Why me? Explaining anxiety in the brain*. <https://www.adaa.org/living-with-anxiety/ask-and-learn/webinars>.
- Seif, M., & Winston, S. (2014). *What every therapist needs to know about anxiety disorders*. New York: Routledge.
- Wagner, A. P. (2013). *Up and down the worry hill: A children's book about obsessive-compulsive disorder and its treatment*. n.p.: North Carolina: Lighthouse Press.
- Wilson, R. (2009). *Don't panic* (3rd ed.). New York: Harper Collins.
- Wilson, R. (2016). *Stopping the noise in your head: The new way to overcome anxiety and worry*. Deerfield Beach, FL: Health Communications, Inc.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Beck, A. T. (1994). *Reinventing your life: The breakthrough program to end negative behavior and feel great again*. New York: Plume.

- 10% Happier: <http://www.10percenthappier.com/mindfulness-meditation-the-basics/>
- Anxiety and Depression Association of America (ADAA): <http://www.adaa.org>
- Buddhify: app for mindfulness.
- Current guidelines about medicines for anxiety disorders in adults and children:
<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml>
- Headspace—Meditation Made Simple: <https://www.headspace.com/>
- International Obsessive Compulsive Foundation (YBOCS): <http://www.iocdf.org>
- Reducing Family Accommodation Behaviors: <https://iocdf.org/families/>

University of Guilan Press

CBT for Anxiety
A Step-by-Step Training
Manual for the Treatment of Fear, Panic, Worry and OCD

Edited by:
Kimberly J Morrow
Elizabeth DuPont Spencer

Translated by:
Reza SoltaniShal, Ph. D
Hakimeh Kheiry