

فصل ۸

اختلالات اضطرابی، وسواس فکری - عملی، و مرتبط با آسیب و عامل استرس‌زا

عناوین فصل



❖ برگشت به مورد: باربارا وایلدر
❖ خلاصه
❖ اصطلاحات مهم

اهداف یادگیری

- ۸-۱ پاسخ ترس بهنجار را از اختلال اضطرابی متمایز کنید.
- ۸-۲ اختلال اضطراب جدایی را شرح دهید.
- ۸-۳ نظریه‌ها و درمان‌های فوبی‌های اجتماعی را شرح دهید.
- ۸-۴ نظریه‌ها و درمان‌های اختلال اضطراب اجتماعی را شرح دهید.
- ۸-۵ اختلال وحشتزدگی را با آگورافوبی مقایسه کنید.
- ۸-۶ اختلال اضطراب فراگیر را شرح دهید.
- ۸-۷ اختلال وسواس فکری - عملی را با اختلال بدشکلی بدن و ذخیره کردن مقایسه کنید.
- ۸-۸ اختلالات مرتبط با آسیب و عامل استرس‌زا را مشخص کنید.
- ۸-۹ دیدگاه زیستی - روانی - اجتماعی را درباره اختلالات اضطرابی، وسواس فکری - عملی، و مرتبط با آسیب و عامل استرس‌زا توضیح دهید.

❖ گزارش موردی: باربارا وایلدر
❖ اختلالات اضطرابی

- اختلال اضطراب جدایی
 - نظریه‌ها و درمان اختلال اضطراب جدایی
 - لالی انتخابی
- فوبی‌های خاص
 - نظریه‌ها و درمان فوبی‌های خاص
- اختلال اضطراب اجتماعی
 - نظریه‌ها و درمان اختلال اضطراب اجتماعی
- اختلال وحشتزدگی و آگورافوبی
 - اختلال وحشتزدگی
 - آگورافوبی
 - نظریه‌ها و درمان اختلال وحشتزدگی و آگورافوبی
- اختلال اضطراب فراگیر
 - نظریه‌ها و درمان اختلال اضطراب فراگیر
- ❖ وسواس فکری - عملی و اختلالات مربوط
 - نظریه‌ها و درمان اختلالات وسواس فکری - عملی
- ❖ شما قاضی باشید: جراحی روانی
 - اختلال بدشکلی بدن
 - اختلال ذخیره کردن
 - اختلال موکنی
 - اختلال پوست‌کنی
- ❖ اختلالات مرتبط با آسیب و عامل استرس‌زا
 - اختلال دلبستگی واکنشی و اختلال آمیختگی اجتماعی بازدارنده نشده
 - اختلال استرس حاد و اختلال استرس پس از آسیب
 - نظریه‌ها و درمان اختلال استرس پس از آسیب
- ❖ اختلالات اضطرابی، وسواس فکری - عملی، و مرتبط با آسیب و عامل استرس‌زا: دیدگاه زیستی - روانی - اجتماعی

اختلالات اضطرابی

ویژگی اصلی توصیف‌کنندهٔ اختلالات اضطرابی^۱، تجربهٔ احساس مزمن و شدید اضطراب است که در آن، افراد از آنچه ممکن است در آینده برایشان اتفاق افتد، می‌ترسند. اضطرابی که افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی تجربه می‌کنند، باعث می‌شود که آنها مشکل زیادی در

1. anxiety disorders

عملکرد روزمره داشته باشند. این احساس از نگرانی‌های معمول که افراد هر از گاهی درباره انجام دادن فعالیت‌های روزمره‌شان در محل کار یا خانه یا در تعامل با دیگران دارند، فراتر می‌رود.

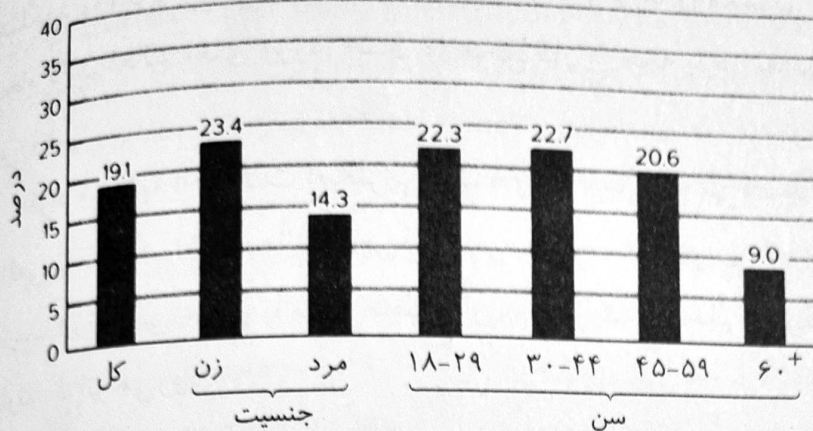
افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی دستخوش ترس نیز می‌شوند، که پاسخ هیجانی به تهدید واقعی یا نزدیک است. مانند تجربه اضطراب، احساس ترسی که افراد مبتلا به این اختلالات دارند، از نگرانی عادی یا حتی منطقی از مخاطرات احتمالی موقعیت‌هایی که در آنها قرار دارند، فراتر می‌رود.

افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی برای اجتناب از موقعیت‌هایی که پاسخ‌های هیجانی اضطراب و ترس را تحریک می‌کنند، دست به هر کار می‌زنند. وقتی آنها قادر به انجام این کار نیستند، در انجام دادن کارها، لذت بردن از فعالیت‌های اوقات فراغت، یا پرداختن به فعالیت‌های اجتماعی با دوستان و خانواده مشکل خواهند داشت.

اختلالات اضطرابی از تمام طبقات، در ایالات متحده، میزان شیوع در طول عمر ۲۸/۸ درصد و شیوع ۱۲ ماهه ۱۸/۱ درصد دارند. از کل موارد شیوع ۱۲ ماهه، تقریباً ۲۳ درصد با عنوان شدید طبقه‌بندی شده‌اند. درصد افرادی که از شیوع تمام اختلالات اضطرابی در طول عمر خبر می‌دهند، بین ۳۰ تا ۴۴ سالگی به اوج می‌رسد و در افراد ۶۰ ساله و بالاتر به ۱۵/۳ درصد افت می‌کند (کسلر، چپو، دلمر، مریکانگاس، و والترز، ۲۰۰۵). میانگین میزان شیوع سالیانه ۱۹/۳ درصد است که در ۳۰ تا ۴۴ سالگی کاهش می‌یابد و در ۶۰ سالگی به ۹ درصد می‌رسد (شکل ۱). میانگین سنی شروع در تمام اختلالات اضطرابی ۲۱/۳ سالگی است که بسته به ماهیت اختلال، از ۱۵ تا ۳۹ سالگی گسترش دارد (دی لیسترو و همکاران، ۲۰۱۷).

اختلال اضطراب جدایی

افراد مبتلا به **اختلال اضطراب جدایی**^۱ درباره جدایی از خانه یا تنها گذاشته شدن توسط شخصیت‌های دلبسته - افرادی که در زندگی‌شان به آنها نزدیک‌اند - اضطراب شدید و نامناسب دارند. کودکان مبتلا به این اختلال ممکن است به قدری نزدیک به والد باشند که به او اجازه ندهند از دید خارج شود. بزرگسالانی که ملاک‌ها برای این اختلال را برآورده می‌سازند،



شکل ۱ شیوع سال
گذشته هرگونه اختلال
اضطراب در بین
بزرگسالان ایالات متحده
(۲۰۰۱-۲۰۰۳)

از جدا بودن از فردی که خیلی به او دلبستگی عاطفی دارند، اضطراب شدید دارند. قبل از DSM-5، اختلال اضطراب جدایی مخصوص کودکان در نظر گرفته می‌شد. با این حال، DSM-5 که تشخیص داد تعداد چشمگیری از موارد شروع بزرگسال وجود دارد، محدودیت سنی این اختلال را اصلاح کرد تا تشخیص آن برای بزرگسالان نیز مانند کودکان کاربرد داشته باشد. گرچه ویژگی‌های اصلی این اختلال می‌توانند بسته به سن فرد تفاوت داشته باشند، ولی آنچه در آن وجود دارد، ناراحتی شدید هنگام جدایی از خانه یا از شخصیت دلبسته یا حتی فکر وقوع چنین جدایی است.

بخشی از اضطرابی که افراد مبتلا به این اختلال تجربه می‌کنند، نگرانی از صدمه دیدن شخصیت دلبسته آنهاست؛ نظیر اینکه ممکن است او را بدزدند - ترسی که می‌تواند شدید و نامعقول شود. این نگرانی باعث می‌شود آنها سعی کنند هیچ‌وقت از خانه دور نشوند، که این در توانایی آنها برای کار کردن یا رفتن به مدرسه اختلال ایجاد می‌کند. آنها نیاز دارند نزدیک شخصیت‌های دلبسته خود بخواهند و ممکن است درباره جدایی کابوس داشته باشند. تصور جدایی ممکن است باعث شود آنها شکایت‌های جسمانی مانند سردرد، دل‌درد، یا حتی تهوع و استفراغ داشته باشند.

در سراسر دنیا، متخصصان همه گیرشناسی برآورد کرده‌اند که ۵/۳ درصد افراد در مقطعی از زندگی دچار اختلال اضطراب جدایی می‌شوند، به طوری که ۴۳/۱ درصد از آنها در بزرگسالی دچار نشانه‌ها می‌شوند. صرف‌نظر از اینکه نشانه‌ها چه موقعی برای اولین بار پدیدار شده باشند، افراد مبتلا به این اختلال در مقطعی از زندگی خود به احتمال زیاد متحمل ناملایماتی در

کودکی یا وقایع آسیب‌زا شده‌اند. افرادی که دچار این اختلال می‌شوند، بعدها بیشتر در معرض خطر مبتلا شدن به اختلالات اضطرابی دیگر و اختلال افسردگی (اختلالات «درونی‌کردن») و همین‌طور ADHD و اختلال سلوک قرار دارند (سی‌لاو و همکاران، ۲۰۱۵).

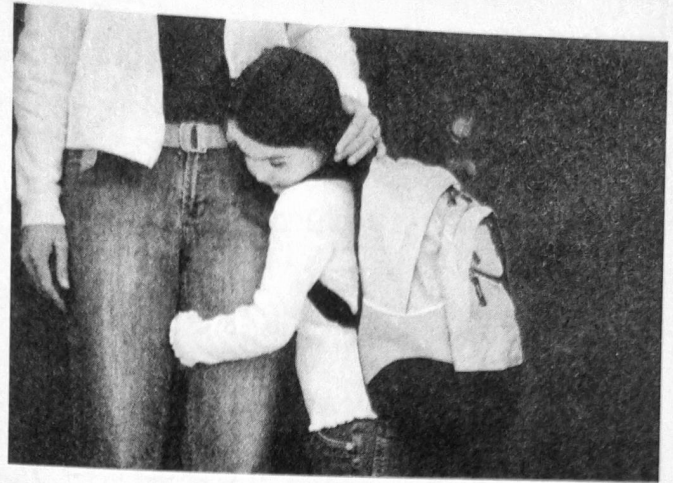
نظریه‌ها و درمان اختلال اضطراب جدایی گرچه تحقیقات دوقلویی نقش عوامل ژنتیکی را در این اختلال تأیید می‌کنند، تحقیق تازه دوقلویی که پژوهشگران سوئدی انجام داده‌اند، اشاره دارد که اضطراب از طریق مکانیزم‌های محیطی و نه ژنتیکی، از والدین به کودکان منتقل می‌شود. به عبارت دیگر، کودکانی که والدین مضطرب دارند، از طریق سرمشق‌گیری یاد می‌گیرند اضطراب را پرورش دهند (الی و همکاران، ۲۰۱۵).

عوامل اجتماعی - فرهنگی نیز در مستعد کردن برخی افراد برای ابتلا به اختلال اضطراب جدایی نقشی را ایفا می‌کنند. به نظر می‌رسد که نشانه‌های این اختلال در کشورهایی که فردگرایی و استقلال را ترغیب می‌کنند، شدیدتر از کشورهایی است که هنجارهای فرهنگی جمع‌گرا دارند (الی و همکاران، ۲۰۱۵). به نظر می‌رسد که ماندن با شخصیت‌های دلبسته در فرهنگ‌های جمع‌گرا، پذیرفتنی‌تر است؛ بنابراین، رفتار افراد مبتلا به اختلال اضطراب جدایی ممکن است غیرعادی به نظر نرسد.

همان‌گونه که اشاره شد، امکان دارد آسیب در ایجاد اختلال اضطراب جدایی نقش داشته باشد. بعد از حملات تروریستی ۱۱ سپتامبر در سال ۲۰۰۱، تقریباً ۱۳ درصد کودکان دبستانی نیویورک سیتی تشخیص احتمالی اختلال اضطراب جدایی داشتند (هوون و همکاران، ۲۰۰۵). احتمال دارد تفاوت‌های خلق و خو که در زیست‌شناسی ریشه دارند، باعث شوند برخی کودکان در این نوع موقعیت‌ها واکنش‌پذیری بیشتری را تجربه کنند.

با توجه به اینکه این اختلال تا زمان انتشار DSM-5 مخصوص کودکی در نظر گرفته می‌شد، در حال حاضر نوشته‌های درمان، تحقیقات درباره بزرگسالان را دربر ندارند. برای کودکان، به نظر می‌رسد که درمان‌های رفتاری و شناختی - رفتاری بسیار نویدبخش باشند. روش‌های رفتاری شامل حساسیت‌زدایی منظم، مواجهه طولانی‌مدت، و سرمشق‌گیری می‌شوند. مدیریت وابستگی و مدیریت شخصی نیز در آموزش دادن به کودکان برای واکنش نشان دادن مثبت‌تر و شایسته‌تر به موقعیت ترس‌برانگیز مفیدند. پژوهشگرانی که درباره تأثیر این رویکرد تحقیق می‌کنند، نوعی CBT را ساخته‌اند که

◀ کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی وقتی از مراقبت‌کنندگان اصلی خود جدا هستند، احساس ناراحتی شدید می‌کنند.



متخصصان بالینی می‌توانند آن را به صورت فشرده و کوتاه مدت اجرا کنند؛ به طوری که کودکان مجبور نباشند خود را به چند هفته یا چند ماه برای درمان متعهد کنند. در یک نوع از درمان شناختی - رفتاری کوتاه مدت، دختران مبتلا به اختلال اضطراب جدایی در یک اردوی یک هفته‌ای شرکت کردند و در آنجا تحت درمان CBT فشرده در موقعیت گروهی قرار گرفتند (سانتوچی و همکاران، ۲۰۰۹). این درمان شامل کار کردن با والدین و کودکان آنها همراه با آموزش روانی، بازسازی شناختی، و آموزش آرمیدگی می‌شد. فعالیت‌های هنرهای دستی بدون حضور والدین طبق زمان‌های برنامه‌ریزی شده صورت گرفتند. در پایان هفته، کودکان و والدین آنها در جشن جایزه شرکت کردند. در آن زمان، به والدین نیز آموزش پیگیری در طول هفته‌های پس از اردو داده شد. آموزش پیشگیری از برگشت نیز در فعالیت‌های روز آخر منظور شد تا تضمین شود اگر اضطراب جدایی دوباره رخ داد، والدین و کودکان به طور کامل به رفتار پیش از درمان برگشت نکنند.

لالی انتخابی

امتناع از صحبت کردن در موقعیت‌های خاص، ویژگی اصلی **لالی انتخابی**^۱ است. کودکان مبتلا به این اختلال می‌توانند از زبان معمولی استفاده کنند، اما تحت برخی شرایط، عموماً در کلاس، تقریباً به طور کامل ساکت می‌شوند. این اختلال نسبتاً نادر است به طوری که برآوردهای شیوع آن ۰/۲ تا ۲ درصد است و بین ۳ تا ۶ سالگی شروع می‌شود؛ فراوانی آن در پسرها و دخترها برابر است (کرنی و وچپو، ۲۰۰۷). با توجه به اینکه کودکان معمولاً لالی انتخابی را در مدرسه و

نه در خانه نشان می‌دهند، اضطراب می‌تواند علت آن باشد (شریور، سگول و گورتمارکر، ۲۰۱۱).

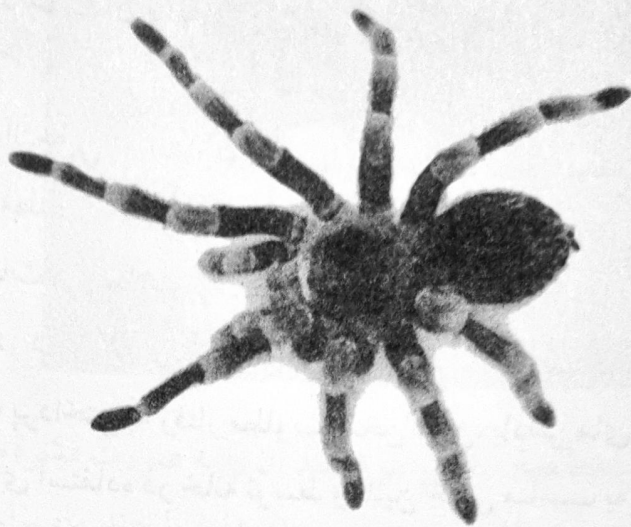
به نظر می‌رسد که کودکان مبتلا به لالی انتخابی به رفتار درمانی پاسخ مناسب می‌دهند. متخصص بالینی سلسله‌مراتبی از پاسخ‌های مطلوب تهیه می‌کند و با تقویت کردن کودک برای هرگونه سخن گفتن شروع می‌نماید، بعد کلمات و جملات بیشتری را مطالبه می‌کند، و از خانه به کلینیک و سرانجام به مدرسه پیش می‌رود. در روش رفتاری دیگری از مدیریت وابستگی استفاده می‌شود که در آن، کودکان در صورت پرداختن به رفتار مطلوب سخن گفتن، پاداش‌های خوبی دریافت می‌کنند. مدیریت وابستگی برای استفاده در خانه توسط والدین خیلی مناسب به نظر می‌رسد. از این دو روش، شکل دهی به علاوة درمان مواجهه‌سازی، مؤثرتر به نظر می‌رسد، اما مدیریت وابستگی در خانه، پیوست مهمی است (وچیو و کرنی، ۲۰۰۹). CBT روش دیگری است که موجب بهبود در کودکان مبتلا به لالی انتخابی می‌شود.

فوبی‌های خاص

فوبی^۱ ترس غیرمنطقی مرتبط با شیء یا موقعیت خاصی است. ترسیدن از چیزهایی مانند عنکبوت‌ها یا موقعیت‌هایی با فضاهاى بسته یا ارتفاعات، شایع است یا دست‌کم افراد گرایش دارند از آنها اجتناب کنند. اما در **فوبی خاص**^۲، ترس یا اضطراب به قدری شدید است که ناتوان‌کننده می‌شود. افراد مبتلا به فوبی خاص برای اجتناب از شیء یا موقعیتی که از آن می‌ترسند، از هیچ کوششی فروگذار نمی‌کنند. اگر آنها نتوانند اجتناب کنند، آن موقعیت را با اضطراب و ناراحتی زیاد تحمل می‌کنند. فوبی خاص، همچون تمام اختلالات اضطرابی، ناراحتی چشمگیری ایجاد می‌کند. به علاوه، این اختلال زودگذر نیست، بلکه باید حداقل به مدت ۶ ماه ادامه داشته باشد تا تشخیص را موجه سازد.

تقریباً هر چیز یا موقعیتی، از رانندگی گرفته تا تزریق، می‌تواند هدف فوبی را تشکیل دهد. با اینکه فهرست فوبی‌های خاص می‌تواند بی‌انتهای باشد، ولی آنها در چهار طبقه عمده جای می‌گیرند: حشرات و حیوانات، محیط طبیعی (طوفان یا آتش)، خون - تزریق - جراحی (دیدن خون، داشتن عمل جراحی)، و پرداختن به فعالیت‌هایی در موقعیت‌های خاص (سوار شدن در

آسانسور، پرواز). پنجمین طبقه فوبی‌های خاص، انواع محرک‌ها یا موقعیت‌ها نظیر ترس از استفراغ را شامل می‌شود.



در مجموع، شیوع فوبی خاص در ایالات متحده در طول عمر ۱۲/۵ درصد است (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵). بالاترین میزان شیوع در طول عمر، ترس از موقعیت‌های طبیعی، به‌ویژه ارتفاعات است که بین ۳/۱ تا ۵/۳ درصد یک فوبی رایج، ترس بیش از اندازه از عنکبوت‌هاست. برآورد شده است. میزان شیوع فوبی حیوان ۳/۳ تا ۷ درصد است. اینکه اینها دو نوع از شایع‌ترین فوبی‌های خاص هستند به این واقعیت اشاره دارد که در بین افراد مبتلا به هر نوع فوبی خاص، ۵۰ درصد ترس از حیوانات یا ترس از ارتفاعات دارند (لی‌بیو و همکاران، ۲۰۱۰). مقایسه شیوع در طول عمر در ۲۲ کشور، میزان ۱۲/۵ درصد مشابه در ایالات متحده، کلمبیا، و برزیل را نشان می‌دهد، به‌طوری که پایین‌ترین میزان در چین است (۲/۶ درصد). فوبی حیوان از همه شایع‌تر است (۳/۸ درصد)، و ترس از عمل‌های پزشکی (۳ درصد)، و آب ساکن و پیشامدهای هوا (۲/۳ درصد) در مرتبه‌های بعدی قرار دارند. در سراسر دنیا، فوبی‌های خاص در بزرگسالان ۶۰ ساله و بالاتر کمتر از جوانان شایع‌اند. در مردان نیز کمتر از زنان شایع هستند (واردنار و همکاران، ۲۰۱۷).

نظریه‌ها و درمان فوبی‌های خاص همان‌گونه که اشاره شد، انواع مختلف فوبی‌های خاص وجود دارد که از متداول تا نسبتاً مبهم گسترش دارند. اما این واقعیت که آنها با هم دسته‌بندی شده‌اند، اشاره دارد که موضوع یا عنصر مشترکی زیربنای علت و احتمالاً درمان آنها را تشکیل می‌دهد.

پژوهشگران در دیدگاه زیستی، معتقدند که اضطراب مرتبط با فوبی‌های خاص ممکن است با ناپهنجاری‌هایی در قشر جزیره‌ای قدامی^۱ ارتباط داشته باشد (روسو و همکاران، ۲۰۱۰). این

منطقه از مغز، بین قطعه‌های گیجگاهی و پیشانی قرار دارد و با هیجان و خودآگاهی مرتبط است. به نظر می‌رسد بادامه نیز که پاسخ ترس را تعدیل می‌کند، در فوبی‌های خاص نقش دارد؛ به‌ویژه آنهایی که از طریق یادگیری فراگیری می‌شوند که در آنها، افراد محرک معینی را با هیجان ترس تداعی می‌کنند (گارسیا، ۲۰۱۷).

درمان فوبی‌های خاص از دیدگاه زیستی، بر مدیریت نشانه تمرکز دارد. متخصصان بالینی که از این دیدگاه عمل می‌کنند، داروها، عمدتاً بنزودیازپین‌ها^۱ را تجویز می‌کنند، اما فقط در صورتی که مراجعان آنها به درمان‌های دیگر جواب ندهند (کیمل و همکاران، ۲۰۱۵). برخلاف انواع دیگر اختلال اضطرابی، فوبی‌های خاص از نظر ماهیت محدودترند و از موقعیت‌ها عموماً راحت‌تر می‌توان اجتناب کرد. بنابراین، متخصصان بالینی فقط زمانی داروها را تجویز خواهند کرد که فوبی‌های خاص در توانایی انجام دادن فعالیت‌های روزانه فرد اختلال ایجاد کنند.

رویکرد رفتاری به فوبی‌های خاص بر شرطی‌سازی تأکید می‌کند که وقتی روی می‌دهد که فرد یاد گرفته باشد احساس‌های جسمانی ناخوشایند را با نوع خاصی از محرک یا موقعیت تداعی کند. رفتارگرایان فرض می‌کنند که ممکن است داشتن چنین واکنش‌هایی ارزش انطباقی داشته باشند، زیرا این موقعیت‌ها، مانند روبرو شدن با مار سمی، واقعاً همان‌هایی هستند که باید از آنها اجتناب کنیم. بر طبق این دیدگاه، وقتی افراد واکنش ترس مناسبی را به تمام محرک‌ها در آن طبقه تعمیم دهند، از جمله محرک‌های بی‌ضرر، نشانه‌ها غیرانطباقی می‌شوند.

فوبی‌های خاص ممکن است جنبه‌های رشدی نیز داشته باشند. کودکان خردسال گرایش دارند از چیزها یا موقعیت‌هایی بترسند که بتوانند آنها را ببینند؛ وقتی آنها بزرگتر می‌شوند، چیزهایی که از آنها می‌ترسند، انتزاعی می‌شوند (مثل «لولو») (دیویس و اولندیک، ۲۰۱۱). به‌علاوه، کودکان بزرگتر ممکن است چیزها یا موقعیت‌هایی را که از آنها می‌ترسند، فاجعه‌آمیزتر از کودکان با همان فوبی‌ها بدانند (اولندیک و همکاران، ۲۰۱۷). در انتهای دیگر طیف سنی، بزرگسالان مبتلا به فوبی‌های خاص ممکن است نشانه‌ها را گزارش ندهند، بلکه در عوض اضطراب خود را اشتباهاً به بیماری جسمانی نسبت دهند (کونلو و همکاران، ۲۰۱۰). بر طبق دیدگاه شناختی - رفتاری، افراد مبتلا به فوبی‌های خاص سیستم‌های هشدار بیش‌فعال برای خطر دارند، و چون محرک‌های بی‌ضرر را اشتباه تعبیر می‌کنند، چیزها را به

صورت خطرناک درک می‌کنند. برای مثال، درک اشتباه چیز یا موقعیتی به صورت کنترل‌ناپذیر، پیش‌بینی‌ناپذیر، خطرناک، یا نفرت‌انگیز، با احساس‌های آسیب‌پذیری همبستگی دارد. این اسنادها ممکن است فوبی رایج عنکبوت‌ها را توجیه کنند؛ حشره‌ای که افراد برداشت‌های اشتباه و نگرانی‌های زیادی از آن دارند. در مقابل، در فوبی خون - تزریق - جراحی، ترس و نفرت از آلودگی نقش اصلی را دارند (دی‌یانگ و پیترز، ۲۰۰۷). افراد مبتلا به فوبی‌ها همچنین گرایش دارند بعد از مواجهه با محرکی که از آن می‌ترسند، احتمال پیامد خطرناک را بیش از حد برآورد کنند (دی‌یانگ و مرک‌ل‌باخ، ۲۰۰۰).

مورد کوتاه

فوبی خاص، محیط طبیعی

آرمان مرد ۳۲ ساله متاهلی است که برای ترس غیرمنطقی خود از توفان‌های تندری، جویای درمان است. او از ۴ سالگی این فوبی را داشته و در طول زندگی خود راهبردهای مختلفی را برای مقابله با آن پرورش داده است. هر وقت ممکن باشد، او زمانی که توفان پیش‌بینی شده باشد، از بیرون رفتن خودداری می‌کند. او نه تنها در ساختمان می‌ماند، بلکه به اتاق بدون پنجره می‌رود که هیچ وسیله برقی در آن نباشد. وقتی مسئولیت کاری آرمان به عنوان وکیل بیشتر شد، دریافت که دیگر نمی‌تواند به علت ترس خود که می‌داند نامعقول است، وقت را از دست بدهد.

تمام روش‌های رفتاری بر تقویت مثبت به عنوان مکانیزمی برای دستیابی به تسکین نشانه اتکا می‌کنند. با این حال، رویکردهای خاص متخصصان بالینی به فراهم کردن این تقویت تفاوت دارند. در درمان مواجهه‌سازی، برای اینکه به مراجعان کمک شود پاسخ‌های سازگارانه (آرمیدگی) را جایگزین پاسخ‌های ناسازگارانه کنند (ترس یا اضطراب)، از تقویت مثبت استفاده می‌شود. چهار روش درمان مواجهه‌سازی از نظر شیوه‌ای که این روش اجرا می‌شود، تفاوت دارند (جدول ۱ را ببینید). در حساسیت‌زدایی منظم، در حالی که مراجع آموزش می‌بیند آرمیده باشد، از او خواسته می‌شود تصاویر ذهنی را که به تدریج اضطراب‌آورتر می‌شوند، تجسم کند. مفهوم این است که مراجع نمی‌تواند در عین حال هم مضطرب و هم آرمیده باشد، و در طول مدت درمان، آرمیدگی به طور کامل جایگزین اضطراب می‌شود.

جدول ۱ روش‌های مواجهه‌سازی که در درمان رفتاری فوبی‌ها استفاده می‌شوند

مواجهه کامل ناگهانی	مواجهه تدریجی
غرقه‌سازی تجسمی	حساسیت‌زدایی منظم
غرقه‌سازی واقعی	درجه‌بندی‌شده به صورت واقعی

تجسمی

زنده

در روش رفتاری به نام **غرقه‌سازی**^۱، مراجعان کاملاً در موقعیتی که از آن می‌ترسند غرق می‌شوند، به‌طوری که اضطراب را با شدت تمام احساس کنند. **غرقه‌سازی واقعی**^۲ مراجع را با موقعیتی که از آن می‌ترسد مواجه می‌سازد، مانند طبقه بالای ساختمانی بلند برای مراجعی که از ارتفاعات می‌ترسد. نوع دیگری از غرقه‌سازی، **غرقه‌سازی تجسمی**^۳ است که در آن، متخصص بالینی مراجع را به صورت مجازی با موقعیتی که از آن می‌ترسد مواجه می‌سازد. غرقه‌سازی واقعی احتمالاً از همه درمان‌هایی که شرح داده شدند، استرس‌زاتر است و بنابراین، میزان بالای ترک درمان دارد (جوی، فیرو و لپسیتز، ۲۰۰۷). روش جایگزین، **غرقه‌سازی واقعی درجه‌بندی‌شده**^۴ است. در این روش، مراجعان ابتدا با موقعیت‌هایی مواجه می‌شوند که اضطراب کمی را ایجاد می‌کنند و بعد به تدریج به سمت موقعیت‌هایی پیش می‌روند که موجب اضطراب بیشتر می‌شوند. درمانگر اغلب سعی می‌کند ترغیب‌کننده باشد و پاسخ غیراضطرابی مطلوب را الگو قرار دهد. درمانگر در درمان مراجعی که از مکان‌های بسته می‌ترسد، می‌تواند با او به اتاق‌های کوچکتر و کوچکتر برود. وقتی مراجع می‌بیند که درمانگر هیچ علائمی از ترس نشان نمی‌دهد، از پاسخ او الگوبرداری می‌کند. درمانگر همچنین می‌تواند مراجع را تحسین کند تا پاسخی را که یاد می‌گیرد، بیشتر تقویت کند. به‌طوری که در جدول ۱ نشان داده شده است، درمان‌های رفتاری بسته به ماهیت مواجهه مراجع با محرک فوبیک (واقعی یا تجسمی) و درجه شدتی که با آن روبرو می‌شود (مواجهه ناگهانی کامل یا مواجهه در مراحل تدریجی)، تفاوت دارند.

جدیدترین نوع درمان مواجهه‌سازی از درمان **مواجهه‌سازی واقعیت مجازی**^۵ استفاده می‌کند که در آن، مراجعان در محیط‌های تولیدشده توسط کامپیوتر غرق می‌شوند که به موقعیت‌هایی

که از آنها می‌ترسند شباهت دارند. درمان مواجهه‌سازی واقعیت مجازی که از درمان مواجهه‌سازی واقعی، امن‌تر و از روش‌های دیگر واقع‌گرایانه است، روشی ایده‌آل برای فراهم کردن تجربیات جهت مراجعان است که به آنها امکان می‌دهد ترس‌های خود را یادگیری‌زدایی کنند. فراتحلیلی که در مورد آزمایش‌های بالینی اجرا شد که از درمان مواجهه‌سازی واقعیت مجازی برای درمان افراد مبتلا به ترس از ارتفاعات یا ترس از عنکبوت‌ها استفاده کرده بودند، نشان داد که تأثیرات آن بر رفتارهای فوبیک با تأثیرات رفتاردرمانی برابرند (مورینا و همکاران، ۲۰۰۵).

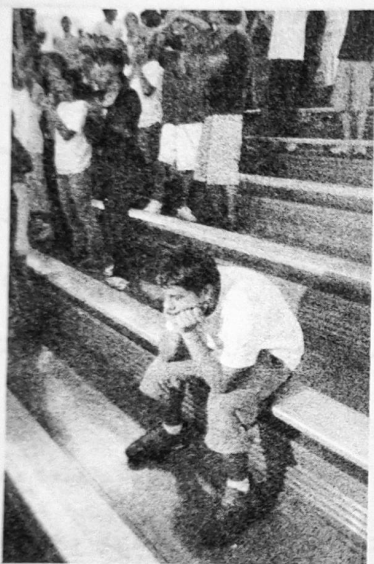
درمان شناختی-رفتاری برای فوبی‌های خاص، با به چالش کشیدن عقاید نامعقول مراجعان درباره محرک‌هایی که از آنها می‌ترسند، به آنها کمک می‌کند روش‌های سازگارانه‌تر فکر کردن به موقعیت‌ها و چیزهایی را که قبلاً تهدیدکننده بودند، یاد بگیرند. برای مثال، ممکن است درمانگر به مرد جوانی که فوبی آسانسور دارد، نشان دهد پیامدهای فاجعه‌آمیزی که او معتقد است از سوار شدن در آسانسور ایجاد خواهند شد، نامعقول و اغراق‌آمیزند. این مراجع همچنین می‌تواند در حالی که در این موقعیت قرار دارد، روش «صحبت کردن با خود» را یاد بگیرد و به خودش بگوید که ترس‌های او مضحک هستند، واقعاً هیچ اتفاق بدی رخ نخواهد داد، و او زود به مقصد خود خواهد رسید.

اختلال اضطراب اجتماعی

ویژگی اصلی اختلال اضطراب اجتماعی^۱ ترس از تحقیر یا شرم‌نده شدن جلوی دیگران است. این اختلال از نگرانی‌های معمول که ممکن است افراد از احمق به نظر رسیدن یا اشتباه کردن هنگام انجام دادن کاری دارند، فراتر می‌رود و باعث می‌شود که افراد حتی وقتی فکر خوردن یا آشامیدن جلوی دیگران را می‌کنند، مضطرب شوند. بنابراین، این ترس از دیگران نیست، بلکه ترس از آن چیزی است که دیگران ممکن است درباره فرد فکر کنند. در DSM-IV-TR این اختلال فوبی اجتماعی نامیده می‌شد؛ در DSM-5 دوباره در پراونتز «فوبی اجتماعی» ذکر می‌شود.

میزان شیوع اختلال اضطراب اجتماعی در ایالات متحده ۱۲/۱ درصد و بنابراین، دومین نوع اختلال اضطرابی بسیار شایع است. از ۶/۸ درصد افرادی که طی دوره ۱۲ ماهه دچار این اختلال می‌شوند، تقریباً ۳۰ درصد با عنوان شدید طبقه‌بندی شده‌اند (کسلرو و همکاران، ۲۰۰۵).

نظریه‌ها و درمان اختلال اضطراب اجتماعی برخی پژوهشگران معتقدند که شالوده زیستی اختلال اضطراب اجتماعی تا اندازه‌ای با مکانیزم‌های توارث‌پذیر ارتباط دارد (استین نو گلرتر، ۲۰۱۴). بر طبق این دیدگاه، اضطراب شدیدی که فرد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تجربه می‌کند، در واقع نوعی از کمرویی شدید همراه با صفت شخصیت روان‌رنجورخویی است. این ویژگی‌ها به نوبه خود، در اثر تغییرات در مناطقی از مغز که مسئول توجه هستند ایجاد می‌شوند، یا موجب تغییرات در این مناطق می‌شوند. بر طبق این دیدگاه، افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، خیلی متمرکز بر خود می‌شوند و بنابراین، درجه‌ای را که دیگران به حالت انتقادی به آنها می‌نگرند، اغراق می‌کنند.



از بین داروهایی که می‌توانند برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی مصرف شوند، بازدارنده‌های بازجذب گزینشی سروتونین یا نوراپی‌نفرین (SSRIs و SNRIs) بیشترین تأثیر را دارند. داروهای دیگری که ممکن است مؤثر باشند، مشکلات زیادی دارند. بنزودیازپین‌ها توان چشمگیری برای سوءمصرف دارند؛ به علاوه، ممکن است در درمانی که روش‌های روان‌شناختی مانند مواجهه‌سازی با موقعیت ترسناک را دربر دارند، اخلاص ایجاد کنند. MAOIs نیز که می‌توانند به نحو مؤثری نشانه‌های اضطراب اجتماعی را کنترل کنند، عوارض جانبی بالقوه خطرناکی دارند (جورستاد - استین و همبرگ، ۲۰۰۹).

◀ اختلال اضطراب اجتماعی با جلوگیری از پرداختن فرد به فعالیت‌های اجتماعی که می‌توانند از آنها لذت ببرند، موجب ناراحتی می‌شود.

در بین رویکردهای روان‌شناختی، دیدگاه شناختی - رفتاری، افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی را به صورتی در نظر می‌گیرد که قادر نیستند نظر واقع‌بینانه‌ای درباره اینکه دیگران واقعاً چگونه آنها را درک می‌کنند، کسب کنند. همچون در انواع دیگر درمان شناختی - رفتاری، متخصص بالینی سعی می‌کند افکار مراجع را همراه با مواجهه‌سازی واقعی یا تجسمی، تغییر دهد.

درمان اختلال اضطراب اجتماعی می‌تواند بسیار دشوار باشد، زیرا مراجعان گرایش دارند خود را از لحاظ اجتماعی منزوی کنند و بنابراین، برای مواجهه ساختن خودشان با موقعیت‌های

مورد کوتاه

اختلال اضطراب اجتماعی، نوع فقط عملکردی

تئو دانشجوی ۱۹ ساله‌ای است که می‌گوید از فکر صحبت کردن در کلاس وحشت دارد. اضطراب او در این باره به قدری شدید است که در کلاس‌های بسیار بزرگی ثبت نام کرده که بتواند در انتهای کلاس بنشیند و خود را در صندلی خم کند تا در حد امکان دیده نشود. برخی مواقع، یکی از استادان او به‌طور اتفاقی دانشجویانی را برای پاسخ دادن به برخی سؤال‌ها صدا می‌کند. وقتی این اتفاق می‌افتد، تئو عرق می‌کند و می‌لرزد. گاهی او با عجله از کلاس خارج می‌شود و به مدت چند ساعت به خوابگاه می‌رود تا خود را آرام کند.

چالش‌انگیز در زندگی روزمره، فرصت‌های کمتری دارند. مهارت‌های اجتماعی معیوب افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی ممکن است باعث شود که آنها واکنش‌های منفی از جانب دیگران را تجربه کنند و بنابراین، ترس‌های آنها تأیید شوند. متأسفانه، پژوهشگرانی که سعی کرده‌اند از درمان مواجهه‌سازی واقعیت مجازی استفاده کنند، سناریوهای مجازی را کمتر از درمان فوبی‌های خاص مؤثر یافته‌اند.

برای مراجعانی که به روان‌درمانی یا دارو جواب نمی‌دهند، نشانه‌های نویدبخشی درباره سودمندی روش‌های دیگری مانند مصاحبه انگیزشی، درمان پذیرش و تعهد، و ذهن‌آگاهی / مراقبه وجود دارند. عنصر مشترک آنها که در CBT هم وجود دارد، مشخص کردن و به چالش کشیدن افکار خودکار است (کوکوسکی و همکاران، ۲۰۱۵).

اختلال وحشتزدگی و آگورافوبی

در DSM-IV-TR، آگورافوبی^۱ تشخیص مجزا از اختلال وحشتزدگی محسوب نشده بود. DSM-5، هماهنگ با پژوهش جدید و با ICD، اکنون این دو اختلال را جدا می‌کند؛ هرچند اگر فرد ملاک‌های هر دو اختلال را برآورده کند، هر دو تشخیص می‌توانند داده شوند. ما آنها را در یک بخش ارائه می‌دهیم، زیرا اکثر پژوهش‌ها درباره نظریه‌ها و درمان، بر مبنای طبقه‌بندی تشخیصی DSM-IV-TR انجام شده‌اند.

اختلال وحشتزدگی افراد مبتلا به **اختلال وحشتزدگی**^۱ دوره‌های ناراحتی جسمانی شدید معروف به **حملات وحشتزدگی**^۲ را تجربه می‌کنند. فرد در مدت حملات وحشتزدگی احساس می‌کند دامنه‌ای از احساس‌های جسمانی بسیار ناخوشایند بر او غلبه کرده است. این احساس‌ها می‌توانند ناراحتی تنفسی (نفس‌تنگی، نفس‌نفس‌زدن، احساس خفگی)، بی‌نظمی‌های خودمختار (عرق کردن، ناراحتی معده، لرزیدن، تپش قلب)، و ناپهنجاری‌های حسی (سرگیجه، کرختی، یا احساس مورمور) را دربر داشته باشند. افراد همچنین در مدت حمله وحشتزدگی ممکن است احساس کنند «دیوانه شده‌اند» یا کنترل خود را از دست داده‌اند. DSM-5 شاخص‌هایی را برای حملات وحشتزدگی دربر دارد که به ماهیت نشانه‌هایی که فرد تجربه می‌کند اشاره دارند، مانند تپش قلب، عرق کردن، لرزیدن، درد قفسه سینه، تهوع، احساس سرما، ترس از «دیوانه شدن»، و ترس از مردن. از بین این نشانه‌ها، تپش قلب و سرگیجه بیش از همه گزارش داده می‌شوند (کراسک و همکاران، ۲۰۱۰).

داشتن حمله وحشتزدگی گاه‌وبیگاه برای توجیه کردن تشخیص حمله وحشتزدگی کفایت نمی‌کند. برای برآورده ساختن ملاک‌های تشخیصی، حملات وحشتزدگی باید به‌طور مکرر روی دهند و با ترس از داشتن حمله‌ای دیگر همراه باشند. افراد مبتلا به این اختلال همچنین ممکن است به رفتارهای اجتنابی پردازند، و از موقعیت‌هایی که شاید در آنها حمله دیگری روی دهد، فاصله می‌گیرند.

آگورافوبی در آگورافوبی، فرد ترس یا اضطراب شدیدی را احساس می‌کند که مواجهه واقعی یا پیش‌بینی شده با موقعیت‌هایی مانند استفاده از وسیله حمل و نقل عمومی، بودن در مکان بسته مانند تئاتر یا مکان باز نظیر پارکینگ بی‌سقف، و تنها بیرون از خانه بودن، آن را راه‌اندازی می‌کند. افراد مبتلا به آگورافوبی از خود این موقعیت‌ها نمی‌ترسند، بلکه از آن می‌ترسند که اگر به نشانه‌های شبه‌وحشتزدگی یا نشانه‌های خجالت‌آور یا ناتوان‌کننده دیگر دچار شوند، نتوانند کمک بگیرند یا بگریزند. ترس یا اضطراب آنها با خطر واقعی در چنین موقعیت‌هایی بی‌تناسب است. اگر آنها نتوانند از این موقعیت اجتناب کنند، بسیار مضطرب می‌شوند و می‌ترسند، و برای مقابله ممکن است به حضور یک همراه نیاز داشته باشند. این نشانه‌ها، همچون در

اختلالات روانی دیگر، باید با گذشت زمان ادامه داشته باشند (در این مورد، حداقل ۶ ماه)، موجب ناراحتی چشمگیر شوند، و ناشی از اختلال روانی یا پزشکی دیگر نباشند. حملات وحشتزدگی نسبتاً شایع‌اند، به‌طوری که برآورد شده است در ۲۰ درصد یا تعداد بیشتری از افراد بزرگسال روی می‌دهند؛ شیوع اختلال وحشتزدگی در طول عمر خیلی پایین‌تر، بین ۳ تا ۵ درصد است. در تحقیقات، موقعیت‌ها، و ملاک‌های تشخیصی مختلف، تقریباً ۲۵ درصد افرادی که اختلال وحشتزدگی DSM-5 همراه با سندرم آگورافوبی دارند، ملاک‌های تشخیصی برای آگورافوبی به‌تنهایی را برآورده می‌کنند (ویتچن و همکاران، ۲۰۱۰).

نظریه‌ها و درمان اختلال وحشتزدگی و آگورافوبی پژوهشگرانی که درباره عوامل زیستی در اختلال وحشتزدگی تحقیق می‌کنند، بر نوراپی‌نفرین، انتقال‌دهنده عصبی که بدن را برای واکنش نشان دادن به موقعیت‌های استرس‌زا آماده می‌سازد، تمرکز کرده‌اند. سطوح بالاتر نوراپی‌نفرین می‌توانند باعث شوند که فرد به احتمال بیشتری دستخوش ترس، اضطراب، و وحشتزدگی شود. انتقال‌دهنده عصبی سروتونین نیز ممکن است در افزایش احتمال مبتلا شدن فرد به اختلال وحشتزدگی نقش داشته باشد، زیرا کمبودها در سروتونین با اضطراب ارتباط دارند (کالک، نات و لینگ‌فورد - هاجز، ۲۰۱۱). از این گذشته، بر طبق نظریه حساسیت نسبت به اضطراب، افرادی که دچار حمله وحشتزدگی می‌شوند، حساسیت بیشتری به وجود دی‌اکسید کربن در خون دارند. بنابراین، آنها به علت اینکه احساس می‌کنند خفه می‌شوند، بیشتر احتمال دارد دچار وحشتزدگی شوند (پرز بنیتز و همکاران، ۲۰۰۹).

مؤثرترین داروهای ضد اضطراب برای حمله وحشتزدگی و آگورافوبی، بنزودیازپین‌ها هستند که موجودی GABA، انتقال‌دهنده عصبی بازدارنده را افزایش می‌دهند. با این حال، چون بنزودیازپین‌ها می‌توانند باعث شوند مراجعان به آنها وابسته شوند یا آنها را سوء مصرف کنند، متخصصان بالینی ممکن است تجویز بازدارنده‌های بازجذب گزینشی سروتونین یا نوراپی‌نفرین (SNRIs یا SSRIs) را ترجیح دهند (پولاک و سیمون، ۲۰۰۹).

از دیدگاه شرطی‌سازی کلاسیک، حمله وحشتزدگی از واکنش‌های ترس شرطی ناشی می‌شود که در آن، فرد احساسات جسمانی مانند مشکل تنفس را با خاطرات حمله وحشتزدگی اخیر تداعی می‌کند، که باعث می‌شود حمله وحشتزدگی تمام عیار ایجاد شود. مدل شناختی-رفتاری اعلام می‌دارد که افراد مبتلا به اختلال وحشتزدگی، به محض اینکه احساسات

ناخوشایند حمله وحشتزدگی شروع می‌شوند (تنگی نفس)، معتقدند که این حمله پیش‌بینی‌ناپذیر و کنترل‌ناپذیر است و قادر نیستند آن را متوقف کنند (وایت، براون، سومرز و بارلو، ۲۰۰۶).

افراد مبتلا به اختلال وحشتزدگی و آگورافوبی، علاوه بر اینکه تمایل دارند از هیجانات ناخوشایند مرتبط با این تجربیات اجتناب ورزند، ممکن است صفات شخصیتی مانند سطح بالای روان‌رنجورخویی یا سطح پایین برون‌گرایی نیز داشته باشند که نشانه‌های آنها را تشدید می‌کنند (زاگلیانی و همکاران، ۲۰۱۷). گرایش آنها به نشخوار کردن، و ترجیح تجربه نکردن هیجانات نیرومند، ممکن است نشانه‌های آنها را نگه دارند.

آموزش آرمیدگی یکی از روش‌های رفتاری است که به مراجعان کمک می‌کند بر واکنش‌های جسمانی که در حملات وحشتزدگی روی می‌دهند، کنترل کسب کنند. بعد از آموزش، مراجع باید بتواند هنگام روبرو شدن با موقعیتی که از آن می‌ترسد، کل بدن را شل کند. روش دیگر بر تنفس تمرکز می‌کند. از مراجع درخواست می‌شود عمداً نفس نفس بزند و بعد آهسته نفس بکشد - پاسخی که با نفس نفس زدن ناسازگار است. مراجع بعد از این آموزش، می‌تواند هنگام اولین علائم نفس نفس زدن، تنفس آهسته را شروع کند. این روش علاوه بر تغییر دادن خود پاسخ، به مراجعان امکان می‌دهد تا احساس کنند می‌توانند بر ایجاد حمله وحشتزدگی کنترل ارادی داشته باشند. در روش معروف به **درمان کنترل وحشتزدگی (PCT)**^۱، درمانگر بازآموزی تنفس، آموزش روانی، و بازسازی شناختی را ترکیب می‌کند تا به افراد کمک شود علائم جسمانی مرتبط با حملات وحشتزدگی را تشخیص دهند و در نهایت آنها را کنترل کنند (هافمن، ریف و اسپیگل، ۲۰۱۰).

اختلال اضطراب فراگیر

برخلاف انواع اختلالات اضطرابی که تا اینجا از آنها آگاه شدید، **اختلال اضطراب فراگیر**^۲ تمرکز خاصی ندارد. افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بیشتر مواقع احساس می‌کنند مضطرب هستند، هرچند ممکن است نتوانند دقیقاً بگویند چرا به این شیوه احساس می‌کنند. به علاوه، آنها خیلی نگران هستند و با دلوپسی انتظار دارند بدترین اتفاقات برایشان روی دهند.



◀ در درمان آرمیدگی، بیماران روش‌های مختلفی را یاد می‌گیرند که بر تنفس و آرمیدگی تمرکز دارند تا از این راه بتوانند بر نشانه‌های فیزیولوژیکی اضطراب غلبه کنند.

مورد کوتاه

اختلال وحشتزدگی و آگورافوبی

فریدا پستچی سابق ۳۱ ساله است که به علت حملات وحشتزدگی عودکننده که باعث شده‌اند از رانندگی بترسد، جویای درمان است. او از فکر اینکه در محل کار دچار حمله شود به قدری می‌ترسد که درخواست مرخصی استعلاجی کرده است. گرچه او در آغاز هنگامی که مادرش وی را همراهی می‌کرد از خانه خارج می‌شد، اما اکنون تحت هیچ شرایطی قادر نیست بیرون برود و خانواده او نگران است که کاملاً آدم منزوی شود.

نشانه‌های آنها دامنه‌ای از تجربیات جسمانی و روانی را دربر دارند، از جمله بی‌قراری کلی، بی‌نظمی‌های خواب، احساس خستگی، تحریک‌پذیری، تنش عضلانی، و مشکل تمرکز کردن، تا حدی که ذهن آنها بی‌محتوا می‌شود. موقعیت خاصی وجود ندارد که آنها بتوانند به‌عنوان علت اضطراب خود مشخص کنند، و کنترل کردن نگرانی را بسیار دشوار می‌دانند.

بین افراد مسن و جوان از نظر ماهیت اختلال اضطراب فراگیر تفاوت‌هایی وجود دارند. افراد مسن بیشتر نگران سلامتی خودشان و خانواده‌اند، و افراد جوان بیشتر نگران آینده خودشان و سلامتی دیگران هستند. افراد مسن بی‌نظمی‌های خواب بیشتری نیز دارند، کمتر احتمال دارد

جوپای اطمینان خاطر باشند، و میزان و شدت بالاتر افسردگی را همراه با اضطرابشان آشکار می‌سازند (آلتونوز و همکاران، ۲۰۱۸).
میزان شیوع اختلال اضطراب فراگیر در طول عمر ۵/۷ درصد است. گزارش شده است که میزان شیوع این اختلال در طول ۱۲ ماه، ۳/۱ درصد است، که ۳۲ درصد با عنوان شدید طبقه‌بندی شده‌اند (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵).

نظریه‌ها و درمان اختلال اضطراب فراگیر نظریه‌های زیستی اختلال اضطراب فراگیر بر بی‌نظمی‌ها در سیستم‌های GABA، سروتونرژیک، و نورآدرنرژیک تمرکز دارند (نات و مالیزیا ۲۰۰۱). آنچه این نظر را تأیید می‌کند که اختلال اضطراب فراگیر عنصر زیستی دارد، این یافته است که بین آسیب‌پذیری ژنتیکی و صفت شخصیت روان‌رنجورخویی (به فصل «ارزیابی» مراجعه کنید) همپوشانی وجود دارد. به عبارت دیگر، افرادی که مستعد ابتلا به این اختلال هستند، سبک شخصیت روان‌رنجور اساسی را به ارث برده‌اند (هتما، پریسکات و کندلر، ۲۰۰۴).

درمان شناختی - رفتاری بر این فرض استوار است که اضطراب افراد مبتلا به این اختلال از تحریف‌های شناختی آنها در تعبیرشان از گرفتاری‌های جزئی در زندگی ناشی می‌شود (بروکوک و راسیو، ۲۰۰۱). متخصصان بالینی که از این روش استفاده می‌کنند، می‌کوشند به مراجعان کمک کنند یاد بگیرند چگونه افکار اضطرابی را تشخیص دهند، گزینه‌های منطقی‌تری را برای نگرانی بیابند، و این گزینه‌ها را آزمایش کنند، تا از این راه چرخه افکار منفی و نگرانی‌ها را قطع کنند. بعد از اینکه این چرخه قطع شد، فرد می‌تواند بر رفتار نگران‌کننده، احساس کنترل داشته باشد و بهتر بتواند افکار اضطرابی را مدیریت کند و آنها را کاهش دهد.

عامل دیگری که اختلال اضطراب فراگیر را تشدید می‌کند ممکن است ناتوانی فرد در تحمل کردن بلا تکلیفی یا ابهام باشد. نتایج بسیاری از موقعیت‌های رایج در زندگی در واقع مبهم‌اند. افراد مبتلا به این اختلال بدون به شمار آوردن این واقعیت که همیشه آگاهی از نتیجه هر موقعیت امکان‌پذیر نیست، سعی می‌کنند دقیقاً بدانند چه اتفاقی خواهد افتاد تا از این طریق بلا تکلیفی خود را کاهش دهند. درمان شناختی - رفتاری به افراد مبتلا به این اختلال کمک می‌کند این‌گونه ابهام‌ها را بپذیرند (بومیا و همکاران، ۲۰۱۴).

بنابراین، درمان شناختی - رفتاری روش ارجح برای درمان افراد مبتلا به اختلال اضطراب

فراگیر است؛ به‌ویژه به این دلیل که عوارض جانبی بالقوه منفی داروهای ضد اضطراب را ندارد. پژوهشگران در حال بررسی انواع رویکردهای شناختی-رفتاری هستند تا گزینه‌های بیشتری را برای افراد مبتلا به این اختلال فراهم آورند. تصور می‌شود که درمان پذیرش و تعهد (ACT) مکانیزم‌های مشابه با CBT داشته باشد و به‌عنوان درمان مناسبی برای انواع اختلالات اضطرابی، شواهدی را کسب کرده است (آرچ و همکاران، ۲۰۱۲).

مورد کوتاه

اختلال اضطراب فراگیر

جینا مادر ۳۲ ساله بدون همسر، اهل کره است که دو فرزند دارد و برای احساس اضطراب بادوام خود جویای کمک حرفه‌ای است. با وجود این واقعیت که زندگی او از لحاظ مالی و مسائل بین‌فردی نسبتاً باثبات است، اغلب اوقات نگران است که دچار مشکلات مالی خواهد شد، فرزندانش مریض خواهند شد، و وضعیت سیاسی در کشور، زندگی را برای او و فرزندانش دشوارتر خواهد کرد. گرچه او سعی می‌کند این نگرانی‌ها را از سر بیرون کند، ولی کنترل کردن نگرانی‌هایش برای او تقریباً ناممکن است. او بیشتر اوقات احساس ناراحتی و تنش می‌کند، و گاهی تنش او به قدری شدید می‌شود که شروع به لرزیدن و عرق کردن می‌کند. خوابیدن هنگام شب برایش دشوار است. او در طول روز بی‌قرار، برانگیخته، و عصبی است. او با چند متخصص پزشکی مشورت کرده است و هیچ‌یک از آنها نتوانسته‌اند مشکل جسمانی وی را تشخیص دهند.

وسواس فکری - عملی و اختلالات مربوط

وسواس فکری^۱، فکر، میل شدید، یا تصور مکرر و مداومی است که فرد آن را به صورت مزاحم و ناخواسته تجربه می‌کند. افراد می‌کوشند این وسواس فکری را نادیده بگیرند یا متوقف کنند، یا سعی می‌کنند با پرداختن به فکر یا عملی دیگر آن را بی‌اثر کنند. فکر یا عملی که فرد از آن استفاده می‌کند تا وسواس فکری را بی‌اثر سازد، وسواس عملی^۲ نامیده می‌شود - رفتار یا عمل ذهنی مکرری که بر طبق مقررات خشک انجام می‌گیرد، به‌طوری که فرد احساس

می‌کند مجبور به انجام دادن آن است. با این حال، وسواس‌های عملی لزومی ندارد که با وسواس‌های فکری همایند باشند.

در اختلال وسواس فکری - عملی (OCD)^۱، افراد وسواس‌های فکری یا وسواس‌های عملی را با چنان شدتی تجربه می‌کنند که انجام دادن فعالیت‌های روزانه را مشکل می‌یابند. آنها به عنوان بخشی از این اختلال، ممکن است ناراحتی یا مشکلات چشمگیری را در توانایی کار کردن و داشتن زندگی خانوادگی یا اجتماعی رضایت‌بخش تجربه کنند.

رایج‌ترین وسواس‌های عملی که افراد مبتلا به OCD تجربه می‌کنند، رفتارهای مکرری مانند شستن و نظافت کردن، شمردن، منظم چیدن اشیاء، واریسی کردن یا درخواست اطمینان‌خاطر هستند. این وسواس‌های عملی ممکن است شکل تشریفات ذهنی نیز به خود بگیرند، نظیر شمردن تا عددی خاص هر بار که فرد فکر ناخواسته‌ای دارد. برخی افراد مبتلا به OCD، دستخوش تیک می‌شوند. حرکات جنبشی کنترل‌ناپذیر، مانند کشش‌های عضلانی، آواگری‌ها، و شکلک‌های صورت.

در مجموع، به نظر می‌رسد که نشانه‌های OCD چهار بُعد عمده دارند. اینها عبارت‌اند از: نیاز به تقارن، نظم، تمیزی و ذخیره کردن اقلام ظاهراً بی‌مصرف (ماتایکس - کولز، روساریو - کامپوز و لکمن، ۲۰۰۵). در جدول ۲ موادی از فهرست نشانه‌ و وسواس فکری - عملی ییل - براون^۲ آمده است. این ابزار عموماً برای ارزیابی افراد مبتلا به OCD استفاده می‌شود.

سازمان بهداشت جهانی، OCD را به عنوان یکی از ۱۰ اختلال ناتوان‌کننده ارزیابی کرده است. شیوع OCD در طول عمر در ایالات متحده ۱/۶ درصد برآورد شده است. شیوع ۱۲ ماهه با قدری پایین‌تر، ۱ درصد است و از بین اینها تقریباً نیمی با عنوان شدید طبقه‌بندی شده‌اند (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵). افراد بیشتری که جویای کمک برای نشانه‌های شبه OCD هستند، مبتلا به این اختلال تشخیص داده نمی‌شوند (لکمن و همکاران، ۲۰۱۰).

نظریه‌ها و درمان اختلال وسواس فکری - عملی با توجه به نقش برجسته حرکات در OCD، مانند نظافت کردن و نظم دادن، از دیرباز تصور می‌شد که مبنای زیستی این اختلال از ناهنجاری‌هایی در عقده‌های پایه^۳ - مناطق زیرقشری مغز که در کنترل حرکتی فعال‌اند -

مورد کوتاه

اختلال وسواس فکری - عملی با بینش ضعیف

مارک دانش‌آموز دبیرستانی ۱۶ ساله توسط یکی از معلمان خود برای درمان ارجاع داده شد که از نگرانی نامعقول مارک درباره خطر پریز برق در جلوی کلاس ناراحت شده بود. مارک هر روز به این معلم تمنا می‌کرد که سیم پریز برق را قطع کند تا از برق‌گرفتگی اتفاقی کسی که از کنار آن رد می‌شود، جلوگیری شود. معلم به مارک می‌گفت که نگرانی او بی‌اساس است، اما او همچنان به قدری ناراحت می‌ماند که وقتی وارد کلاس یا از آن خارج می‌شد، احساس ناراحتی می‌کرد و با چراغ‌قوه به داخل پریز برق نگاه می‌انداخت تا مطمئن شود سیم شل‌شده‌ای وجود نداشته باشد. او در طول کلاس به جز پریز برق نمی‌توانست به چیز دیگری فکر کند.

جدول ۲ مواد نمونه از فهرست نشانه اختلال وسواس فکری - عملی ییل - براون

مقیاس	مواد نمونه
وسواس‌های فکری پرخاشگرانه	ترس از اینکه ممکن است به خود صدمه بزند ترس از بر زبان آوردن حرف‌های رکیک ترس از اینکه فرد مسبب بروز اتفاق وحشتناکی باشد (مثل آتش‌سوزی، سرقت)
وسواس‌های فکری آلودگی	نگرانی‌ها یا انزجار از مواد زائد یا ترشحات بدن (مثل ادرار، مدفوع، بزاق) ناراحتی از مواد یا پس‌مانده‌های چسبناک
وسواس‌های فکری جنسی	افکار، تصورات ذهنی، یا تکانه‌های جنسی ممنوع یا منحرف رفتار جنسی نسبت به دیگران (پرخاشگرانه)
وسواس‌های فکری ذخیره کردن / پس‌انداز کردن	تمایز از سرگرمی‌ها یا علاقه به اشیای مادی یا اشیایی که ارزش احساسی دارند
وسواس‌های فکری مذهبی	مرتبط با توهین به مقدسات و کفرگویی نگرانی بیش از اندازه درباره درست / غلط، اصول اخلاقی
وسواس فکری در ارتباط با نیاز به تقارن یا دقیق بودن	همراه با تفکر سحرآمیز (مثل نگرانی از اینکه اگر چیزها در مکان مناسبی قرار نگرفته باشند، فردی صدمه خواهد دید)

ادامه

وسواس‌های فکری گوناگون	ترس از بیان کردن برخی حرف‌ها اعداد خوش‌شانس / بدشانس رنگ‌هایی با اهمیت خاص ترس‌های خرافی
وسواس‌های فکری جسمانی	در ارتباط با بیماری نگرانی بیش از اندازه دربارهٔ اندام یا جنبه‌ای از ظاهر بدن (مثل فوبی بدشکلی)
وسواس‌های عملی تمیزی / شستشو	دست شستن بیش از اندازه یا تشریفاتی دوش گرفتن، حمام کردن، مسواک زدن، آرایش کردن، یا توالت رفتن بیش از اندازه یا تشریفاتی
وسواس‌های عملی وارسی کردن	وارسی کردن قفل‌ها، اجاق گاز، وسایل برقی و غیره وارسی کردن اینکه اتفاق وحشتناکی رخ ندهد که به فرد صدمه برساند وارسی کردن اینکه در انجام دادن یک کار، اشتباهی نشده باشد
تشریفات تکراری	بازخوانی یا بازنویسی نیاز به تکرار کردن فعالیت‌های عادی (مثل بالا / پایین شدن از صندلی)
وسواس‌های عملی شمردن	(وجود آن را بررسی کنید)
وسواس‌های عملی نظم دادن / چیدن	(وجود آن را بررسی کنید)
وسواس‌های عملی ذخیره کردن / جمع کردن	متمایز از سرگرمی‌ها و علاقه به اشیای مادی یا اشیایی که ارزش احساسی دارند (مثل با دقت خواندن اقلام پستی ناخواسته، گشتن داخل سطل آشغال)
وسواس‌های عملی گوناگون	تهیهٔ فهرست بیش از اندازه نیاز به گفتن، پرسیدن، یا اعتراف کردن نیاز به لمس کردن، ضربه زدن با انگشتان، یا مالیدن تشریفاتی که شامل چشمک زدن یا زل زدن می‌شوند

سرچشمه می‌گیرد. به علاوه، تصور می‌شد که آنچه در نشانه‌های حرکتی مشارکت دارد، ناتوانی قشر پیش‌پیشانی در جلوگیری از افکار، تصورات ذهنی، یا امیال شدید است. اکنون شواهد

اسکن مغز این توجیهات را تأیید می‌کنند. این اسکن‌ها سطح بیشتر فعالیت را در مراکز کنترل حرکتی عقده‌های پایه و قطعه‌های پیشانی نشان می‌دهند (کوچی و همکاران، ۲۰۱۲).

مؤثرترین درمان زیستی برای OCD، کلومی‌پرامین^۱ (داروی ضدافسردگی سه‌حلقه‌ای) یا SSRI مانند فلوکستین (پروزاک)^۲ یا سرتالین (زولوفت)^۳ است (کلنر، ۲۰۱۰). در موارد شدید که هیچ درمان دیگری موجب تسکین نشانه نمی‌شود، افراد مبتلا به OCD ممکن است با جراحی روانی درمان شوند. برای مثال، تحریک عمیق مغز در نواحی فعال در کنترل حرکتی می‌تواند با کاهش دادن فعالیت قشر پیش‌پیشانی، به تسکین نشانه‌ها کمک کند، که این به نوبه خود ممکن است به کاهش فراوانی افکار وسواس فکری - عملی کمک کند (لی جون و همکاران، ۲۰۱۰).

دیدگاه شناختی - رفتاری درباره OCD اعلام می‌دارد که الگوهای فکر ناسازگارانه در ایجاد و نگهداری نشانه‌های OCD مشارکت دارند. افراد مبتلا به OCD ممکن است آمادگی داشته باشند که به وقایع اضطراب‌آور در محیط‌شان واکنش بیش از حد نشان دهند. این‌گونه آمادگی ممکن است OCD را در طیف معروف به اختلالات درونی کردن قرار دهد که اختلالات اضطرابی و خلقی دیگر را دربر می‌گیرند که الگوی مشابه واکنش‌پذیری یک‌خوردن را فراخوانی می‌کنند. این تجربیات برای افراد مبتلا به OCD به تصورات ذهنی ناراحت‌کننده تبدیل می‌شوند که بعداً با انجام دادن تشریفات وسواسی سعی می‌کنند آنها را متوقف یا بی‌اثر کنند. آنچه نشانه‌های افراد مبتلا به OCD را بدتر می‌کند اعتقاد به خطر و معنی افکار آنها، یا «فراشناخت‌های» آنهاست که باعث می‌شود احساس کنند باید هر فکر خود را زیر نظر بگیرند (سولم و همکاران، ۲۰۰۹). به علاوه، افراد مبتلا به OCD ممکن است در صفت شخصیت کمال‌گرایی بالا باشند - عنصری از روان‌رنجورخویی که می‌توان آن را به صورت آسیب‌پذیری شناختی منحصر به این اختلال در نظر گرفت (ناراگون - گینی و واتسون، ۲۰۱۸).

در حال حاضر درمان شناختی - رفتاری مؤثرترین درمان برای OCD انگاشته می‌شود (اوست و همکاران، ۲۰۱۵). با این حال، بررسی گسترده تحقیقاتی که ملاک‌ها را برای درمان ارتباطی - فرهنگی (RCT)^۴ برآورده می‌سازند، تأثیرات برای OCD را بیشتر از اختلالات دیگر نشان داد. درمان شناختی - رفتاری علاوه بر کاهش دادن نشانه‌های آماج، تأثیرات مفیدی بر کیفیت زندگی روزمره افراد دارد (کارپنتر و همکاران، ۲۰۱۸).

نیستند، آیا این ایجاد تغییرات دائمی در مغز فرد را توجیه می‌کند؟ قربانیان قطعه‌بُری‌های انجام‌شده توسط فریمن از این نظر «بهبود یافتند» که رفتارشان مطیع‌تر شد، اما آنها برای همیشه تغییر کرده بودند.

سؤال: شما قاضی باشید: آیا تغییر دادن فرد با استفاده از روش‌های دائمی که مبنای تأثیر آنها را نمی‌توان به صورت علمی ثابت کرد، مناسب است؟ ژیلت چنین نتیجه می‌گیرد: «مغز را بسوزانید، داغ کنید، سیخ بزنید، شوک بدهید، قطع کنید، تحریک کنید یا به شیوه دیگر تکان دهید (اما به هم نزنید) و به این طریق بر روان تأثیر خواهید گذاشت» (ص ۴۳).

اختلال بدشکلی بدن

افراد مبتلا به **اختلال بدشکلی بدن (BDD)**^۱ دلمشغول این فکر هستند که قسمتی از بدن آنها زشت یا معیوب است. اشتغال ذهنی آنها خیلی فراتر از نارضایتی معمولی است که خیلی از افراد در مورد اندازه و شکل بدن یا ظاهر قسمتی از بدنشان احساس می‌کنند. افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن ممکن است دائماً خود را واریسی کنند، در حد افراط خود را آرایش کنند، یا همواره درباره اینکه چگونه به نظر می‌رسند، از دیگران اطمینان خاطر بخواهند. آنها لزوماً خود را خیلی چاق یا خیلی سنگین وزن نمی‌دانند - که هر دو نگرانی‌های شایع در فرهنگ‌های غربی هستند - بلکه ممکن است باور داشته باشند که هیکل آنها خیلی کوچک است یا به قدر کافی عضلانی نیست.

DSM-5 اختلال بدشکلی بدن را از جای قبلی آن در اختلالات اضطرابی، به جای کنونی آن با وسواس فکری - عملی و اختلالات مربوط تغییر داد. تغییر اصلی، وارد کردن رفتارهای مکرر مانند واریسی کردن در آینه یا اطمینان خاطرجویی به عنوان بخشی از ملاک‌ها بود - تغییراتی که به نظر می‌رسد دقت تشخیصی بهتری داشته باشند. جدول ۳ این انواع رفتارهای تکراری را نشان می‌دهد که موادی از اختلال بدشکلی بدن نسخه مقیاس اختلال وسواس فکری - عملی ییل - براون را دربر دارد.

بالغ بر ۸۷ درصد زنان، از برخی جنبه‌های ظاهر بدنشان ناراضی‌اند (موند و همکاران،

جدول ۳ اختلال بدشکلی بدن نسخه مقیاس اختلال وسواس فکری - عملی ییل - براون

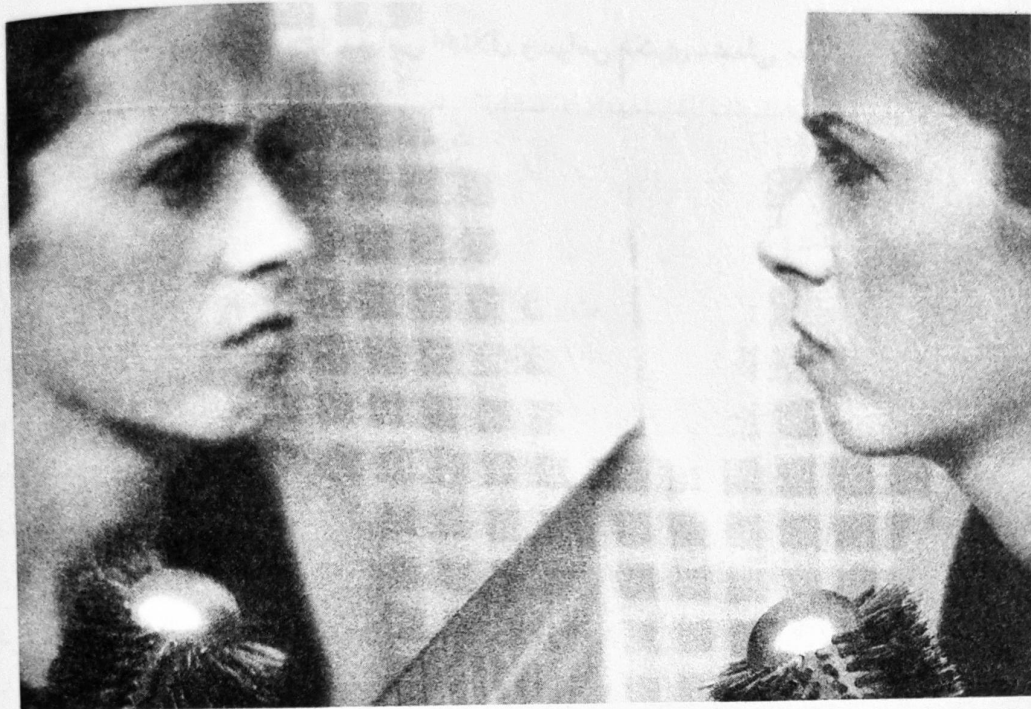
مقیاس وسواس فکری - عملی ییل - براون از ملاک‌های زیر برای تعیین شدت نشانه‌های مراجع در ارتباط با نقص یا نقایص خیالی بدن استفاده می‌کند:

۱. مدت زمان اشتغال ذهنی به افکار مربوط به نقص بدن
۲. اختلال ناشی از افکار مربوط به نقص بدن
۳. ناراحتی مرتبط با افکار مربوط به نقص بدن
۴. مقاومت در برابر افکار مربوط به نقص بدن
۵. میزان کنترل بر افکار مربوط به نقص بدن
۶. مدت زمانی که صرف فعالیت‌های مرتبط با نقص بدن می‌شود، مانند واریسی کردن در آینه، آرایش کردن، ورزش مفرط، استتار، کندن پوست، جویا شدن از دیگران درباره نقص
۷. اختلال ناشی از فعالیت‌های مربوط به نقص بدن
۸. ناراحتی مرتبط با فعالیت‌های مربوط به نقص بدن
۹. مقاومت در برابر وسواس‌های عملی
۱۰. میزان کنترل بر رفتار وسواسی
۱۱. بینش نسبت به ماهیت نگرانی مفرط از نقص
۱۲. اجتناب از فعالیت‌ها به علت نگرانی از نقص

(۲۰۱۳). با این حال، در مجموع، در هر مقطع زمانی، شیوع اختلال بدشکلی بدن خیلی پایین‌تر از ۲/۵ درصد در زنان و ۲/۲ درصد در مردان است. شایع‌ترین نواحی که افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن را نگران می‌کند بسته به جنسیت تفاوت دارند، به‌طوری که مردان به احتمال بیشتری نگران هیکل و نازک شدن مو و زنان نگران وزن و اندازه لُمبرشان هستند.

اختلال بدشکلی بدن اغلب با اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال وسواس فکری - عملی، و اختلالات خوردن همراه است. ناراحتی مراجعان می‌تواند شدید شود. خودکشی‌های به‌انجام‌رسیده در افراد مبتلا به این اختلال ۴۵ بار شایع‌تر از کل جمعیت ایالات متحده است (فیلیپس و همکاران، ۲۰۰۵).

اختلال بدشکلی بدن جنبه‌های بین‌فرهنگی دارد. در ژاپن، اعتقاد به اینکه ظاهر جسمانی از نظر دیگران زشت است، *shubo-kyufo*، نوع فرعی *taijin kyofusho* یا «ترس از روابط بین‌فردی» نامیده می‌شود. سندرم *koro* یا *suoyang* («ناپدید شدن آلت مردی» در چین) نیز



◀ افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن اغلب احساس می‌کنند ظاهر آنها خیلی بیشتر از آنچه به نظر دیگران می‌رسد، معیوب است.

شامل نشانه‌های دیگر اختلال بدشکلی بدن می‌شود (فنگ و هافمن، ۲۰۱۰).

درمان اختلال بدشکلی بدن از دیدگاه زیستی، داروها، به‌ویژه SSRIs را شامل می‌شود که می‌توانند نشانه‌های مرتبط افسردگی و اضطراب، به‌علاوه نشانه‌های وسواسی ناراحتی، دلمشغولی‌ها به بدن، و وسواس‌های عملی را کاهش دهند. افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن بعد از مصرف داروهای SSRI می‌توانند کیفیت زندگی، عملکرد کلی، و شاید بینش بهتری درباره اختلال خود داشته باشند.

از دیدگاه روانی - اجتماعی، ممکن است افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن احساس کنند که به خاطر ظاهرشان مسخره می‌شوند یا در مواقعی که هویت‌شان در دوره مهم شکل‌گیری است نسبت به ظاهرشان حساس شوند. وقتی آنها به این باور می‌رسند که ظاهر بدنشان معیوب یا از آرمانی که آرزو دارند منحرف شده است، به این عقیده اشتغال ذهنی پیدا می‌کنند؛ که این خود زمینه را برای یک رشته افکار کژکار و رفتارهای تکراری آماده می‌سازد. برای مثال، ممکن است آنها به ویژگی عادی ظاهرشان توجه کنند، مانند اندازه کمرشان، و وقتی خود را در نظر می‌گیرند، فقط دور کمر «خیلی بزرگ» را ببینند. توجه‌گزینشی آنها به این قسمت از بدن با این عقیده همراه است که هیچ‌کس احتمالاً آنها را دوست نخواهد داشت، که به نوبه خود می‌تواند

باعث شود آنها از موقعیت‌های اجتماعی دوری کنند و به تشریفاتی مانند نگاه کردن در آینه و بررسی مکرر دور کمرشان بپردازند.

متخصصان بالینی که مراجعان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن را از دیدگاه شناختی - رفتاری درمان می‌کنند، به آنها کمک می‌کنند بفهمند ظاهر فقط یک جنبه از هویت آنهاست، و در عین حال، فرض‌های آنها را که ظاهرشان معیوب است، به چالش می‌طلبند. ممکن است متخصص بالینی همچنین به این افراد کمک کند بفهمند دیگران که به آنها نگاه می‌کنند، شاید حتی به ظاهر آنها اصلاً فکر نکنند یا اگر فکر کنند، از دید انتقادی این کار را انجام ندهند (فنگ و ویلهلم، ۲۰۱۵).

در یک روش شناختی، متخصصان بالینی مراجعان را ترغیب می‌کنند به خودشان در آینه نگاه کنند و افکار منفی خود را درباره آنچه می‌بینند تغییر دهند. درمان بین فردی نیز می‌تواند به افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن کمک کند راهکارهای بهتری را برای رسیدگی به ناراحتی که آنها در روابط خود با دیگران احساس می‌کنند پرورش دهند و همین‌طور به عزت نفس پایین و خلق افسرده‌شان رسیدگی کنند (بورنسون و همکاران، ۲۰۱۰).

مورد کوتاه

اختلال بدشکلی بدن با بینش ضعیف

لیدیا خانم ۶۳ ساله طلاق گرفته‌ای است که جراح محلی او را به کلینیک سلامت ارجاع داد. لیدیا ظرف ۸ ساله گذشته در سرتاسر کشور به جراحان پلاستیک مراجعه کرده بود تا یکی را پیدا کند که برای کاهش دادن اندازه دستان او، که آنها را «خیلی چاق» تصور می‌کند، عمل جراحی انجام دهد. او تا وقتی که این جراحی انجام نشده باشد، از خانه خود بدون پوشیدن دستکش خارج نمی‌شود. جراح پلاستیک با اعضای خانواده لیدیا هم عقیده است که ادراک لیدیا از دستانش تحریف شده و جراحی پلاستیک نامناسب و غیرمسئولانه است.

اختلال ذخیره کردن

دروسواس عملی معروف به اختلال ذخیره کردن^۱، افراد مشکلات مداومی در دور ریختن اموالشان یا دل‌کندن از آنها دارند، حتی اگر آنها ارزش چندانی نداشته باشند. این مشکلات

شامل هر نوع دور ریختن، از جمله ریختن چیزها در سطل زباله می‌شوند. افراد مبتلا به اختلال ذخیره کردن معتقدند که این اقلام فایده دارند، ارزش زیبایی شناختی یا احساسی دارند، اما در واقع این اقلام اغلب از روزنامه‌های قدیمی، کیسه‌ها، یا پس‌مانده‌های غذا تشکیل می‌شوند. وقتی این افراد به فکر دور ریختن چیزها می‌افتند، ناراحت می‌شوند. با این حال، در واقع، خانه آنها می‌تواند به علت انباشته شدن چیزها ظرف چندین سال، غیر قابل زیست شود. اتاق‌ها پر از ترکیب چیزهایی است که در واقع ارزش دارند و چیزهایی که معمولاً دور ریختنی هستند، مثل مجله‌های قدیمی. برخلاف کلکسیونرهای معمولی که اقلام خود را به صورت منظم سازمان می‌دهند، افراد مبتلا به اختلال ذخیره کردن، اقلام را بدون هرگونه نظم و ترتیب انباشته می‌کنند.

چون این اختلال در DSM-5 تشخیص مستقلی شده است، تنها داده‌های موجود درباره میزان شیوع، برآوردهایی است که مؤلفان نقل کرده‌اند و بین ۲ تا ۶ درصد بزرگسالان به آن مبتلا می‌شوند. درصد چشمگیری از بزرگسالان مبتلا به اختلال ذخیره کردن، نشانه‌های افسردگی همزمان نیز دارند (هال، فراست و استکتی، ۲۰۱۳). افراد سالمندی که دچار اختلال ذخیره کردن می‌شوند، احتمالاً از لحاظ جسمانی و شناختی صدمه دیده‌اند و تأثیرات چشمگیری را بر عملکرد روزانه خود تجربه می‌کنند (آیزو و همکاران، ۲۰۱۵).

به نظر می‌رسد درمان اختلال ذخیره کردن که از رویکرد زیستی - روانی - اجتماعی پیروی کند، مؤثرترین درمان باشد. درمان‌های زیستی به‌طور سنتی SSRIs را شامل می‌شود، اما پژوهشگران معتقدند این اختلال ممکن است عنصر عصبی - شناختی نیز داشته باشد که درمان از طریق رسیدگی به عملکرد شناختی را موجه می‌سازد. برای مثال، افراد مبتلا به اختلال ذخیره کردن ممکن است نوعی ADHD داشته باشند که در آن، توانایی متمرکز کردن توجه بر جزئیات خاص را ندارند (تولین، ۲۰۱۱). اختلال ذخیره کردن همچنین از دیدگاه رشدی نیز برداشت شده است. از این دیدگاه، این اختلال مشکلات دلبستگی و بزرگ شدن در خانواده بدون صمیمیت را منعکس می‌کند (کاریوس و همکاران، ۲۰۱۷).

ملاقات‌ها در خانه که در آنها درمانگر از روش‌های شناختی - رفتاری استفاده می‌کند، بسیار نویدبخش به نظر می‌رسند؛ به‌ویژه در ترغیب مراجعان به دور ریختن اقلام ذخیره‌شده (تولین و همکاران، ۲۰۱۵). کمک عملی از جانب سازمان‌دهندگان حرفه‌ای نیز ممکن است همراه با

داروها و درمان شناختی - رفتاری مفید باشد. برای کمک به نظافت فضای زندگی فرد، با دوستان، اعضای خانواده، و مقامات محلی نیز می‌توان مشورت کرد.

اختلال موکنی

تشخیص اختلال موکنی^۱ برای افرادی داده می‌شود که موی خود را در پاسخ به احساس تنش یا میل شدید فزاینده می‌کنند. آنها بعد از کندن موی خود احساس آرامش، لذت، یا ارضای موقتی می‌کنند. افراد مبتلا به اختلال موکنی از رفتار کنترل‌ناپذیر خود ناراحت هستند و ممکن است زمینه‌های اجتماعی، شغلی، و زمینه‌های دیگر عملکرد آنها به خاطر این اختلال مختل شوند. آنها احساس می‌کنند قادر نیستند این رفتار را متوقف کنند، حتی زمانی که کندن مو به تکه‌های طاسی و از دست دادن ابروها، مژه‌ها، موی زیر بغل، و موی شرمگاهی منجر شده باشد. وقتی افراد بزرگتر می‌شوند، تعداد مناطق بدن را که از آنها مو کنده‌اند، افزایش می‌دهند.

افراد مبتلا به این اختلال در زمینه‌های مختلف زندگی، از صمیمیت جنسی گرفته تا فعالیت‌های اجتماعی، معاینات پزشکی، و آرایشگری، اختلال چشمگیری را تجربه می‌کنند. امکان دارد آنها همچنین به عفونت‌های پوستی، درد یا خونریزی کاسه سر، و سندرم تونل کارپال^۲ دچار شوند. از لحاظ روان‌شناختی، ممکن است آنها از عزت نفس پایین، خجالت و شرمندگی، خلق افسرده، تحریک‌پذیری، و جروبحث رنج ببرند. اختلال آنها در اوایل زندگی آشکار می‌شود و تا اواسط و اواخر بزرگسالی ادامه می‌یابد (دوک، کیلی، گفکن و استورچ، ۲۰۱۰). آنهایی نیز که موی کنده شده خود را می‌خورند می‌توانند دچار گوی‌های مو^۳ شوند که در دستگاه معدی - روده‌ای آنها قرار می‌گیرند و موجب دل‌درد، تهوع و استفراغ، ضعف، و کاهش وزن می‌شوند.

اختلال موکنی قابل تشخیص نسبتاً نادر است، به طوری که میزان شیوع کنونی آن ۰/۶ درصد برآورد شده است. اما چون افراد مبتلا به اختلال موکنی درباره رفتاری که انجام می‌دهند پنهان‌کاری می‌کنند و فقط وقتی تنها هستند به موکنی می‌پردازند، این اختلال ممکن است گزارش داده نشود (دوک و همکاران، ۲۰۰۹).



◀ این مرد، مانند خیلی از افرادی که به اختلال موکنی مبتلا هستند، در نتیجه میل شدید مکرر و کنترل‌ناپذیر به کندن مو، از دست دادن موی چشمگیر دارد.

اختلال موکنی در DSM-IV-TR در طبقه اختلالات کنترل تکانه منظور شده بود، اما در DSM-5 به طبقه‌ای انتقال یافته که شامل وسواس فکری - عملی و اختلالات مربوط می‌شود. به علاوه، نام این اختلال به موکنی تغییر یافت که مؤلفان DSM-5 هم عقیده‌اند بهتر از «مانیا» این اختلال را توصیف می‌کند.

امکان دارد دو نوع موکنی وجود داشته باشد. در نوع «متمرکز»، که یک چهارم موارد را تشکیل می‌دهد، فرد می‌داند میل شدیدی به کندن مو دارد و ممکن است برای اجتناب از انجام دادن این کار، رفتارها یا تشریفات وسواسی را پرورش دهد. در موکنی «خودکار»، فرد هنگام کندن مو، مشغول کاری دیگر یا غرق در فکر است. افرادی که در طبقه خودکار موکنی قرار می‌گیرند، دستخوش استرس و اضطراب محسوسی می‌شوند. در افراد نوع متمرکز، افسردگی و ناتوانی نیز احتمالاً همراه با استرس و اضطراب روی می‌دهند (دوک و همکاران، ۲۰۱۰).

به نظر می‌رسد که وراثت نقش مهمی در اختلال موکنی دارد، به طوری که توارث‌پذیری این اختلال ۸۰ درصد برآورد شده است (نوواک، کتن، استوارت و پائولز، ۲۰۰۹). نابهنجاری‌هایی

در ژن روی کروموزوم ۱ معروف به SLTRK1، ممکن است در این اختلال نقش داشته باشند؛ این ژن با اختلال توره نیز ارتباط دارد (آبلسون و همکاران، ۲۰۰۵). پژوهشگران نابهنجاری‌هایی را نیز در SAPAP3، ژنی که با گلوتامیت^۱ ارتباط دارد، پیدا کرده‌اند که به نوبه خود، در اختلال وسواس فکری - عملی درگیر است (زاچنرو و همکاران، ۲۰۰۹). تصور می‌شود که انتقال‌دهنده‌های عصبی سروتونین، دوپامین، و گلوتامیت به نوبه خود در ایجاد اختلال موکنی نقش دارند (دوک و همکاران، ۲۰۰۹). تحقیقات تصویربرداری از مغز در افراد مبتلا به اختلال موکنی اشاره دارند که ممکن است آنها نابهنجاری‌هایی در مناطقی از مغز داشته باشند که در کنترل توجه، حافظه، و توانایی متوقف کردن واکنش‌های حرکتی خودکار فعال‌اند (اسلیک‌بور و همکاران، ۲۰۱۸).

مدل تنظیم اختلال موکنی با به حساب آوردن این نابهنجاری‌ها در انتقال‌دهنده عصبی و عملکرد مغز، اشاره دارد که افراد مبتلا به این اختلال، وقتی کم تحریک شده باشند، جویای حالت مطلوب برانگیختگی هیجانی هستند که تحریک بیشتر برای آنها تأمین می‌کند، و وقتی زیاد تحریک شده باشند، آرام می‌شوند. در عین حال، موکنی ممکن است آنها را از حالت عاطفی منفی به حالت عاطفی مثبت ببرد. پژوهشگران که با استفاده از پرسشنامه نشانه‌های اختلال موکنی (جدول ۴) زمینه‌یابی آنلاین انجام داده‌اند، معلوم کرده‌اند افرادی که به موکنی می‌پردازند، از آنهایی که این کار را انجام نمی‌دهند، مشکل بیشتری در کنترل کردن هیجانات خود دارند. در این نمونه، خرده‌گروه‌هایی وجود داشتند. این خرده‌گروه‌ها از لحاظ اینکه به احتمال بیشتری کسالت در برابر اضطراب یا تنش را تجربه می‌کردند و از نظر شدت کلی هیجاناتی که احساس می‌کردند آنها را به موکنی وادار می‌کرد، تفاوت داشتند. پژوهشگران اظهار داشتند که به نظر می‌رسید این خرده‌گروه‌ها در پرسشنامه، با انواع فرعی خودکار در برابر متمرکز این اختلال مطابقت داشتند (شاسترمن، فلد، بیر و کتن، ۲۰۰۹).

درمان‌های دارویی برای اختلال موکنی، شامل داروهای ضدافسردگی، داروهای ضدروان‌پریشی نامتعارف، لیتیوم^۲، و نالترکسون^۳ می‌شوند. از بین اینها، به نظر می‌رسد که نالترکسون نتایج بسیار نویدبخشی دارد. با این حال، نتایج تحقیقات کنترل‌شده قاطع نیستند و به نظر نمی‌رسد که مصرف این داروها را وقتی در برابر عوارض جانبی آنها سبک‌سنگین شوند

مورد کوتاه

اختلال موکنی

ژانت ۱۵ ساله در بخش عمده‌ای از دوران کودکی و نوجوانی خود در حالت انزوا زندگی کرده و هیچ دوست صمیمی نداشته است. گرچه او هرگز با کسی درباره ناخشنودی خود صحبت نمی‌کرد، اما اغلب احساس می‌کرد خیلی افسرده و ناامید است. ژانت در کودکی وقتی روی تخت دراز می‌کشید، مخفیانه موی خود را می‌گند. به مرور زمان، این رفتار به نقطه‌ای رسید که او دسته دسته موی کاسه سر خود را می‌گند. او معمولاً موی خود را می‌گند، آن را معاینه می‌کرد، گاز می‌گرفت، و دور می‌انداخت یا می‌بلعید. چون موی او ضخیم و مجعد بود، در آغاز کاهش موی وی آشکار نبود، و با دقت سعی می‌کرد نقطه‌های طاسی را مخفی نگه دارد. یکی از معلمان ژانت متوجه شد که او موی خود را در کلاس می‌گند و وقتی با دقت بیشتری نگاه کرد، تکه‌های طاسی را روی سر وی دید. او ژانت را به روان‌شناس مدرسه ارجاع داد، که مادر وی را فراخواند و کمک حرفه‌ای را توصیه نمود.

جدول ۴ پرسشنامه نشانه‌های اختلال موکنی

۱. آیا در حال حاضر موی خود را می‌کنید؟
۲. در هر مرحله‌ای از زندگی خود، از جمله اکنون، دوره‌های موکنی کنترل‌ناپذیر داشته‌اید؟
۳. آیا (اکنون یا در گذشته) میل شدیدی به کندن موی خود داشته‌اید؟
۴. آیا (اکنون یا در گذشته) سعی کرده‌اید در برابر کندن موی خود مقاومت کنید؟
۵. آیا (اکنون یا در گذشته) وقتی موی خود را می‌کنید، احساس آرامش می‌کنید؟
۶. آیا (اکنون یا در گذشته) دوست دارید میل شدید به کندن مو در شما از بین برود؟
۷. آیا توسط متخصصان، مبتلا به اختلال موکنی تشخیص داده شده‌اید؟
۸. آیا اکنون، یا در گذشته، از کندن موی خود احساس شرمندگی یا ناراحتی کرده‌اید؟

توجه کنند که می‌توانند چاقی، دیابت، مسمومیت عصبی، دلیریوم، بیماری مغزی، رعشه، و پرکاری تیروئید باشند (دوک و همکاران، ۲۰۱۰).

درمان رفتاری آموزش وارونه‌سازی عادت (HRT)^۱ مؤثرترین رویکرد به درمان اختلال

موکنی محسوب شده است. این روش نه تنها از عوارض جانبی دارو پیشگیری می‌کند، بلکه در کاهش دادن نشانه‌های موکنی بسیار موفق است (دوک و همکاران، ۲۰۱۰). با این حال، برای افراد مقاوم در برابر درمان، ترکیب دارو و HRT ممکن است ضروری باشد (فرانکلین، زاگرب و بناویدز، ۲۰۱۱).

در HRT، فرد پاسخ جدیدی مثل گره کردن مشتم را برای رقابت با عادت موکنی یاد می‌گیرد. ویژگی اصلی این است که این پاسخ جدید با عادت ناخوشایند، ناسازگار است. وقتی HTR چند دهه قبل برای اولین بار ابداع شد، فقط یک جلسه اجرا می‌شد. از آن زمان به بعد، متخصصان بالینی طول درمان را بیشتر کرده‌اند و چند مؤلفه شناختی، از جمله نظارت بر خود و بازسازی شناختی را به آن افزوده‌اند. برای مثال، مراجعان یاد می‌گیرند تحریف‌های شناختی خود، مانند عقاید کمال‌گرایانه را به چالش بکشند. رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) ممکن است ترکیبی از آموزش ذهن آگاهی را به این روش‌ها بیفزاید که در آن، مراجعان یاد می‌گیرند علائمی که موکنی آنها را راه‌اندازی می‌کنند، تشخیص دهند.

معلوم شده است که ترکیب درمان پذیرش و تعهد (ACT) با HRT نیز موجب تسکین نشانه‌های موکنی می‌شود. درمان شناختی - رفتاری می‌تواند در درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال موکنی مفید باشد. در یک تحقیق، ۷۷ درصد افرادی که تحت درمان قرار گرفتند، بعد از ۶ ماه، بدون نشانه مانده بودند (تولین و همکاران، ۲۰۰۷). امتیاز ACT برای این اختلال در این است که می‌تواند همراه با درمان شناختی - رفتاری در قالب گروهی اجرا شود و نتایجی به بار آورد که با نتایجی که از درمان فردی به دست می‌آیند برابر باشند.

اختلال پوست‌کنی

در تشخیص تازه DSM-5، اگر افراد بارها پوست خود را بکنند، شاید به مدت چند ساعت در روز، مبتلا به **اختلال پوست‌کنی**^۱ محسوب می‌شوند. پوست‌کنی می‌تواند از پوست سالم، از پوستی که بی‌نظمی‌های خفیف دارد (مثل خال‌ها)، جوش‌ها، پینه‌ها، یا زخم‌ها انجام شود. افراد مبتلا به این اختلال با ناخن یا با ابزارهایی نظیر موچین، پوست این نواحی از بدن را می‌کنند. وقتی آنها مشغول کردن پوست خود نیستند، به کندن آن فکر می‌کنند و می‌کوشند در برابر میل

شدید خود به انجام دادن این کار مقاومت کنند. این افراد با استفاده از پوشاک یا نوار زخم‌بندی، ممکن است سعی کنند شواهد پوست‌کنی خود را مخفی کنند و از این رفتار خود خجالت می‌کشند و احساس شرمندگی می‌کنند.

چون این تشخیص جدیدی است، داده‌های همه‌گیرشناختی محدودند، اما DSM-5 میزان شیوع حداقل ۱/۴ درصد را در بزرگسالان برآورد می‌کند که سه چهارم آنها زن هستند. پژوهشگران معتقدند که اختلال پوست‌کنی به عنوان تشخیص مجزا از اختلال موکنی، معتبر است (لاچنر، گرانت، اولاو، و استین، ۲۰۱۲). با این حال، این دو اختلال از نظر علت‌ها و روش‌های درمان مؤثر، ویژگی‌های مشترکی دارند (اسنوراسون، بلو و وودز، ۲۰۱۲). برای برخی افراد مبتلا به اختلال پوست‌کنی، به نظر می‌رسد که سطح بالای تکانشگری نیز نقش مهمی را ایفا می‌کند (اولیویرا و همکاران، ۲۰۱۵).

اختلالات مرتبط با آسیب و عامل استرس‌زا

افرادی که با آسیب یا واقعه استرس‌زا مواجه می‌شوند، ممکن است در معرض خطر مبتلا شدن به اختلال روانی باشند. DSM-5 اختلالاتی را در این گروه وارد می‌کند که در آغاز در طبقه اختلالات اضطرابی قرار داشتند. DSM-5 همچنین مجموعه‌ای از اختلالات در کودکی را در این طبقه قرار می‌دهد که می‌توانند تا مواجهه با استرس یا آسیب ردیابی شوند.

اختلال دلبستگی واکنشی و اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری‌نشده

ما در اولین اختلال مرتبط با آسیب و عامل استرس‌زا، اختلال دلبستگی واکنشی^۱ را می‌یابیم. این تشخیص برای کودکانی داده می‌شود که به معنای واقعی کلمه علیه دلبستگی به دیگران واکنش نشان می‌دهند. نشانه‌های آنها شامل کناره‌گیری و بازداری شده می‌شود. آنها گرایش دارند عاطفه مثبت نشان ندهند، اما توانایی کنترل کردن هیجانانشان را نیز ندارند. برخلاف کودکان عادی، وقتی آنها ناراحت می‌شوند، از بزرگسالان آرامش نمی‌خواهند.

تشخیص اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری‌نشده^۲ وضعیت متضادی را توصیف می‌کند

که در آن، کودکی که سابقه آسیب دارد، به رفتار بیش از حد خودمانی با غریبه‌ها می‌پردازد که از لحاظ فرهنگی نامناسب است.

علت اینکه این اختلالات در بین اختلالات مرتبط با آسیب و عامل استرس‌زا قرار گرفته‌اند این است که در کودکانی یافت شده‌اند که الگوی بد رفتاری، غفلت اجتماعی، تغییرات مکرر مراقبت‌کنندگان اصلی، یا بزرگ شدن در نهادهایی را تجربه کرده‌اند که نسبت کودک به مراقبت‌کننده بالا بوده است. در نتیجه، این کودکان از لحاظ توانایی تعامل با کودکان دیگر و بزرگسالان، صدمه دیده‌اند.

پژوهشگرانی که روی کودکان رومانی که قبلاً نهادینه شده بودند تحقیق طولی انجام دادند، معلوم کردند که آنها در نتیجه مراقبت نامناسب در اوایل نوباوگی، به صورت کودکان بازداری نشده پرورش یافتند. اختلالات آنها حتی زمانی که کیفیت مراقبت‌شان بهتر شد، بهبود نیافتند (شکل ۲).

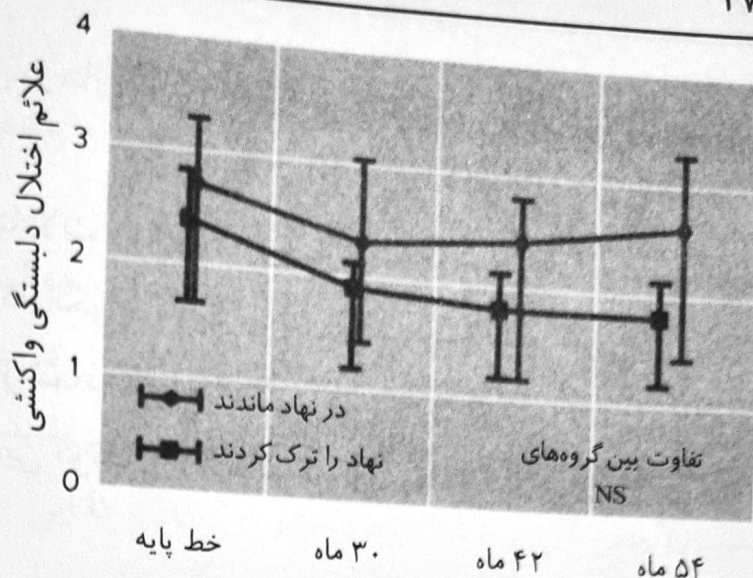
کودکان مبتلا به اختلال دلبستگی واکنشی نیز تحت مراقبت نامناسب قرار داشته‌اند و وقتی بزرگتر می‌شوند، به احتمال زیاد سبک دلبستگی ناایمن خواهند داشت (گلیسون و همکاران، ۲۰۱۱). این تأثیرات می‌توانند سال‌ها، حداقل تا ۱۲ سالگی ادامه یابند (هامفریز و همکاران، ۲۰۱۷).

شبهات‌های اساسی در منشأ این دو اختلال وجود دارند. با این حال، پژوهش تمایز بین آنها را تأیید می‌کند و بنابراین، برداشت DSM-5 از آنها به عنوان ابعاد مجزای آسیب روانی در کودکی تأیید می‌شود (لمن و همکاران، ۲۰۱۵).

اختلال استرس حاد و اختلال استرس پس از آسیب

گفته می‌شود آسیب^۱ وقتی روی می‌دهد که فردی یک بار یا بارها با شرایطی مواجه شده باشد که زیان‌آور یا تهدیدکننده زندگی باشند و عوارض نامطلوب بادام بر عملکرد یا سلامت روانی او داشته باشند. وقتی افراد با تهدید به مرگ، یا صدمه جدی واقعی یا تهدید به آن، یا تجاوز جنسی مواجه می‌شوند، در معرض خطر ابتلا به **اختلال استرس حاد**^۲ قرار می‌گیرند. مواجه شدن با مرگ دیگران، یا هریک از این وقایع، واقعی یا تهدید شده به آن، نیز می‌تواند به ایجاد این اختلال

شکل ۲ علائم اختلال دلبستگی واکنشی بازدارنده در طول مقاطع زمانی به وسیله وضع قرارگیری در ۵۴ ماه



منجر شود. برای مثال، پاسخ‌دهندگان اول به صحنه یک تصادف یا افسران پلیس نیز که به‌طور منظم با جزئیات بدرفتاری با کودک مواجه می‌شوند، این اختلال را تجربه می‌کنند. نشانه‌های اختلال استرس حاد در چهار طبقه قرار می‌گیرند: مزاحمت یادآورهای ناراحت‌کننده واقعه، نشانه‌های تجزیه‌ای مانند احساس کمرختی یا بُهت یا جدایی از دیگران، اجتناب از موقعیت‌هایی که ممکن است به‌عنوان یادآورهای واقعه عمل کنند، و بیش‌برانگیختگی، از جمله اختلالات خواب یا تحریک‌پذیری. نشانه‌ها ممکن است به مدت چند روز تا چند ماه پس از واقعه آسیب‌زا ادامه یابند.

وقایعی که می‌توانند موجب اختلال استرس حاد شوند ممکن است به اختلال بادوام‌تری به نام اختلال استرس پس از آسیب (PTSD)^۱ بینجامند. اگر فرد نشانه‌های اختلال استرس حاد را به مدت بیشتر از یک ماه تجربه کند، متخصص بالینی تشخیص PTSD می‌دهد. مزاحمت‌ها، تجزیه، و اجتناب که در اختلال استرس حاد دیده می‌شوند نیز در PTSD وجود دارند. نشانه‌ها همچنین شامل از دست دادن حافظه واقعه، سرزنش بیش از حد خود، فاصله‌گیری از دیگران، و ناتوانی در تجربه کردن هیجانات مثبت می‌شوند.

تشخیص PTSD سابقه‌ای طولانی دارد. در مورد جنگ ویتنام خیلی تبلیغ شد، اما قطعاً تنها جنگی نبود که موجب ضایعات روان‌شناختی شد. گزارش‌های کژکاری روان‌شناختی بعد از مواجه شدن با نبرد، پس از جنگ داخلی پدیدار شدند. در جنگ جهانی اول و دوم، به این

اختلال با اصطلاحاتی مانند روان‌رنجوری جنگ^۱، روان‌رنجوری آسیب‌زا^۲، استرس جنگ^۳، و نخست‌نگی جنگ^۴ اشاره می‌شد. افرادی نیز که از اردوگاه‌های کار اجباری اروپا در دهه‌های ۱۹۳۰ و ۱۹۴۰ جان به در برده بودند، از عوارض روان‌شناختی طولانی‌مدت، از جمله افسردگی مزمن، اضطراب، و مشکلات روابط بین‌فردی به علت احساس گناه زنده ماندن وقتی بسیاری از دیگران کشته شده بودند، رنج می‌بردند.

مورد کوتاه

اختلال استرس حاد

برندان کارمند ۴۰ ساله متأهلی است که تا دو هفته قبل از اینکه از یک آتش‌سوزی مهیب جان به برد که آپارتمان او و چند ساختمان در محله وی را نابود کرد، از لحاظ روان‌شناختی سالم بود. برندان از زمان پس از تصویر ذهنی بیدار شدن و دیدن اتاقش که پر از دود شده است، عذاب می‌کشید. گرچه او در بخش اورژانس تحت درمان قرار گرفت و بعد از چند ساعت مرخص شد، اما احساس گیجی، بی‌تفاوتی هیجانی نسبت به نگرانی‌های دوستان و خانواده، و کرختی و بهت‌زدگی می‌کرد. او به مدت چند هفته این نشانه‌ها را تجربه کرد و بعد به تدریج بهبود یافت.

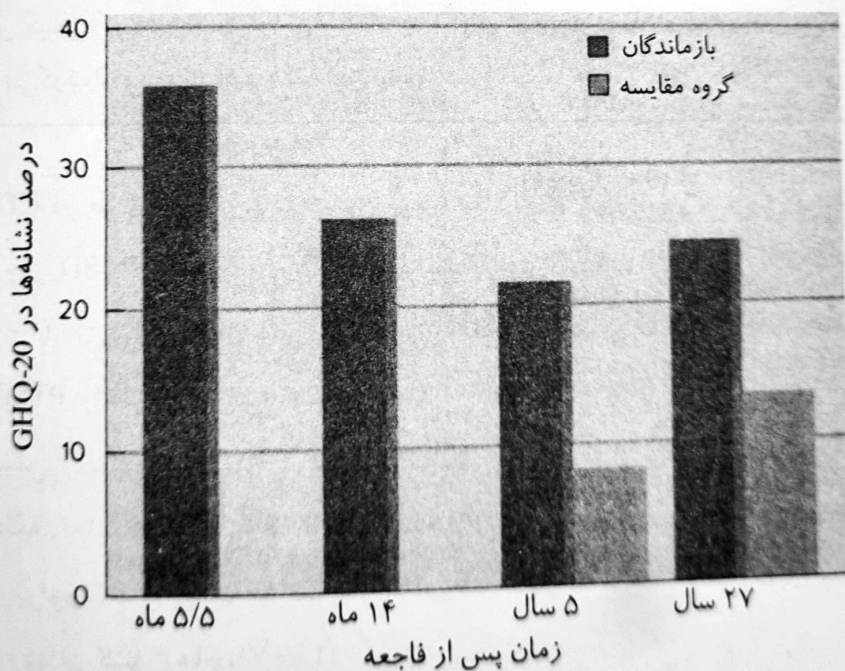
شیوع PTSD در طول عمر ۶/۸ درصد و شیوع سالانه ۳/۵ درصد است. از بین کسانی که در سال معینی دچار PTSD می‌شوند، ۳۷ درصد نشانه‌های شدید را تجربه می‌کنند (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵). از بین سربازان آمریکایی که از افغانستان برمی‌گردند، ۶/۲ درصد ملاک‌های تشخیصی PTSD را برآورده می‌کنند، در حالی که این میزان در سربازانی که از عراق برمی‌گردند، بیش از دو برابر، ۱۲/۹ درصد است (هاج و همکاران، ۲۰۰۴). با ادامه یافتن جنگ در این دو منطقه، تعداد سربازانی که دچار مشکلات روانی، به‌ویژه PTSD می‌شوند، رو به افزایش است. برآورد شده است که تقریباً ۱۷ درصد کهنه‌سربازان جنگ عراق ملاک‌های این اختلال را برآورده می‌کنند (هاج، ۲۰۰۷).

گرچه PTSD اغلب در کهنه‌سربازان مرد تحقیق شده است، پژوهشگران بررسی این پدیده را در زنانی آغاز کرده‌اند که در مدت خدمت نظامی با آسیب مواجه شده‌اند. تجربه آسیب‌زایی

که به احتمال بیشتری زنان را بیشتر از مردان مبتلا می‌کند، تجاوز جنسی است. زنانی که با آسیب مرتبط با جنگ و تجاوز جنسی مواجه شده‌اند، خطر بسیار بیشتر ابتلا به PTSD و اختلالات سوء مصرف مواد دارند (یالچ و همکاران، ۲۰۱۸).

نشانه‌های PTSD و اختلالات مربوط، مانند افسردگی، می‌توانند به مدت چند سال ادامه یابند. برای مثال، بازماندگان فاجعه دکل نفتی دریای شمال در سال ۱۹۸۰، همچنان نشانه‌های PTSD را همراه با اختلالات اضطرابی، اختلالات افسردگی، و اختلالات مصرف مواد تجربه می‌کنند (شکل ۳) (بو، هالگرسون، و هولن، ۲۰۱۱). به علاوه، افرادی که قبلاً با آسیب مواجه شده بودند، پس از مواجهه با واقعه آسیب‌زای دوم، مانند بلایای طبیعی، به احتمال بیشتری دستخوش افکار خودکشی می‌شوند (براون و همکاران، ۲۰۱۸).

شکل ۳ درصد بازماندگان فاجعه دریای شمال که پس از ۲۷ سال نشانه‌ها را تجربه می‌کردند



نظریه‌ها و درمان اختلال استرس پس از آسیب تجربه آسیب‌زا واقعه‌ای بیرونی است که بر فرد تأثیر می‌گذارد و بنابراین، «علیت» زیستی ندارد. با این حال، پژوهشگران اعلام می‌دارند تجربیات آسیب‌زا تا اندازه‌ای به این دلیل تأثیر دارند که به تغییراتی در مغز می‌انجامد که نواحی

خاصی از آن را نسبت به خطر احتمالی در آینده خیلی حساس می‌کند. افراد مبتلا به PTSD دچار تغییراتی در هیپوکامپ می‌شوند - ساختاری در مغز که مسئول تحکیم بخشیدن به حافظه کوتاه مدت است. در نتیجه، این افراد قادر نیستند موقعیت‌های نسبتاً بی‌ضرر (مانند آتش‌بازی) را از موقعیت‌هایی که در آنها آسیب واقعی رخ داده است (مانند جنگ) متمایز کنند. آنها همچنان به تجربه کردن مجدد واقعه با برانگیختگی زیاد ادامه می‌دهند و بنابراین، از موقعیت‌هایی شبیه آنهایی که دچار آسیب شده‌اند، اجتناب می‌کنند (هیز و همکاران، ۲۰۱۱). داروهای ضد افسردگی SSRI تنها داروهای تأیید شده توسط FDA برای افراد مبتلا به PTSD هستند. با این حال، میزان پاسخ بیماران مبتلا به PTSD به این داروها به ندرت بیشتر از ۶۰ درصد است، و کمتر از ۲۰ تا ۳۰ درصد به بهبود کامل نشانه‌های خود دست می‌یابند. پژوهش، مصرف بنزودیازپین‌ها را در درمان PTSD تأیید نمی‌کند، هرچند این داروها ممکن است بی‌خوابی یا اضطراب را برطرف کنند (برگر و همکاران، ۲۰۰۹). گرچه پژوهشگران معتقد بودند که داروی ضد روان‌پریشی ریسپریدون ممکن است برای افراد مبتلا به PTSD مفید باشد، اما یافته‌های به دست آمده از تحقیق انجام شده در مقیاس بزرگ روی تقریباً ۳۰۰ کهنه‌سرباز، از مصرف آن برای کاهش دادن نشانه‌ها، حمایت تجربی نکرده است (کریستال و همکاران، ۲۰۱۱).

از دیدگاه روان‌شناختی، افراد مبتلا به PTSD، به علت آسیبی که تجربه کرده‌اند، سبک پردازش اطلاعات سودار دارند، که باعث می‌شود توجه آنها به سمت علائم بالقوه تهدیدکننده گرایش یابد. بنابراین، آنها به احتمال بیشتری احساس می‌کنند در خطرند و بیشتر احتمال دارد از موقعیت‌هایی اجتناب ورزند که آنها را بالقوه تهدیدکننده درک می‌کنند (هاپرت، فو، مک نالی و کاهیل، ۲۰۰۹). شخصیت و سبک مقابله‌گری نیز پاسخ‌ها به آسیب را پیش‌بینی می‌کنند؛ از جمله سطح بالای روان‌رنجورخویی و حساسیت زیاد به علائم درونی اضطراب (ناراگون - گینی و واتسون، ۲۰۱۸).

به‌طور کلی، درمان شناختی - رفتاری همراه با نوعی مواجهه‌سازی (واقعی یا تجسمی) با آموزش آرمیدگی و بازسازی شناختی، مؤثرترین درمان روان‌شناختی برای PTSD محسوب شده است. روان‌درمانی خاص متمرکز بر آسیب که روی حافظه و واقعه آسیب‌زا یا معنی آن تمرکز می‌کند، به عنوان درمان ارجح تأیید شده است (لی و همکاران، ۲۰۱۶). درمان متمرکز بر آسیب، نتایج بلندمدت‌تری به بار می‌آورد بدون اینکه عوارض جانبی مرتبط با مداخله‌های دارویی داشته باشد. رهنمودهای کاربست بالینی انجمن روان‌شناسی آمریکا برای درمان PTSD

◀ کهنه‌سربازانی که به PTSD مبتلا هستند برای مواجهه دادن خودشان با تصویرسازی ذهنی اضطراب‌آور به‌عنوان بخشی از درمان در بیمارستان کهنه‌سربازان، از تکنولوژی واقعیت مجازی استفاده می‌کنند.

در بزرگسالان (۲۰۱۷) نیز قویاً درمان شناختی - رفتاری و مواجهه‌سازی را توصیه می‌کند و اگر داروها نیز مصرف شوند، SSRIs، اما نه داروهای ضدروان‌پریشی، توصیه شده‌اند.

زوج درمانی روش دیگری است که ثابت شده در کاهش دادن نشانه‌ها، به‌علاوه کاستن از ناراحتی در فرد و در همسر او مفید است (ساتر و همکاران، ۲۰۱۵). چنین روشی می‌تواند استرس را در هر دو همسر کاهش دهد، ارتباط و ابراز صمیمیت آنها را بهتر کند و از تعداد مشاجرات دربارهٔ فرزندپروری بکاهد (دی‌آنیلو و همکاران، ۲۰۱۷).

نظر دیگری دربارهٔ PTSD، از روان‌شناسی مثبت‌نگر حاصل شده است که اعلام می‌دارد افراد می‌توانند از طریق تجربهٔ آسیب‌زا رشد کنند؛ پدیده‌ای که رشد پس از آسیب نامیده شده است. بر طبق این رویکرد، آسیب می‌تواند به صورت بالقوه به مراجعان امکان دهد به‌وسیلهٔ تعبیرهای مثبت از تجربیاتشان، با آنها کنار بیایند.

اختلالات اضطرابی، وسواس فکری - عملی و مرتبط با آسیب و عامل استرس‌زا: دیدگاه زیستی - روانی - اجتماعی

اختلالاتی که در این فصل پوشش دادیم، طیف گسترده‌ای از مشکلات را دربر می‌گیرند که از پاسخ‌های خاص، و ظاهراً شخصی و نامتعارف تا احساسات وحشت‌پراکنده و نامتمايز گسترش دارند. بین این اختلالات از نظر نشانه‌ها و علت‌ها تفاوت‌هایی وجود دارند، اما به نظر می‌رسد که شباهت‌های مهمی نیز دارند، زیرا همه آنها مناطقی از مغز را شامل می‌شوند که در پاسخ دادن به موقعیت‌های ترسناک یا تهدیدکننده فعال هستند. شاید آنچه تعیین می‌کند که یک نفر برای مبتلا شدن به اختلال اضطرابی آمادگی دارد، تأثیرات ترکیبی وراثت، عملکرد مغز، تجربیات زندگی، و موقعیت اجتماعی باشد. به نظر می‌رسد که این اختلالات روش درمان مشابهی نیز دارند؛ به طوری که روش‌های شناختی - رفتاری شاید بیشترین تأثیر را داشته باشند.

بهبود یافت. کرختی هیجانی، تحریک‌پذیری، و نشانه‌های اضطراب او ظرف دو ماه کاملاً فروکش کردند. باربارا اغلب به درمانگر خود می‌گفت که احساس می‌کند دوباره «خودش» است. او چند ماه بعد، شغل نیمه‌وقتی را در یک فروشگاه لوازم برقی به دست آورد و در برنامه نیمه‌وقت MBA در یک کالج ثبت نام کرد. او به آپارتمان خودش که چند شهر دورتر از خانه والدینش بود نقل مکان کرد و دوباره ارتباط خود را با دوستان قدیمی‌اش برقرار نمود. باربارا همچنان هر هفته برای درمان فردی به مرکز درمانی کهنه‌سربازان مراجعه می‌کند.

گزارش‌های دکتر توبین: از همان ابتدا معلوم بود که باربارا به نشانه‌های کلاسیک PTSD مبتلاست. خوشبختانه، او توانست از امکاناتی که برای وی مهیا بودند استفاده کند و رنج خود را تسکین دهد. مداخله درمانی به موقع برای افراد مبتلا به PTSD جهت پیشگیری از طولانی شدن نشانه‌ها در طول عمر، حیاتی است و باربارا توانست در نتیجه رسیدگی به موقع به PTSD خود، زندگی عادی را از سر گیرد. در زمان‌های گذشته، منابع لازم برای خیلی از کهنه‌سربازان جنگ (مانند ویتنام) که به وطن برمی‌گشتند، فراهم نبودند. این کهنه‌سربازان اکنون جمعیت بزرگی از سیستم امور مربوط به کهنه‌سربازان را تشکیل می‌دهند؛ هرچند میزان PTSD همچنان در سربازانی که در جنگ‌های عراق و افغانستان درگیرند، روبه‌افزایش است.

خلاصه

- اختلالات اضطرابی با تجربه برانگیختگی فیزیولوژیکی، دلشوره، احساس وحشت، گوش‌به‌زنگی، اجتناب، و گاهی ترس یا فوبی خاص مشخص می‌شوند.
- اختلال اضطراب جدایی، اختلال کودکی است که با اضطراب شدید و نامناسب در مورد جدا شدن از خانه یا از مراقبت‌کنندگان مشخص می‌شود. خیلی از نوباوگان مرحله رشدی را طی می‌کنند که در آن، هنگام جدا شدن از مراقبت‌کنندگان خود، مضطرب و سراسیمه می‌شوند. در اختلال اضطراب جدایی، این هیجانات به مدت طولانی‌تر از آنچه متناسب با سن است، ادامه می‌یابند. حتی فکر جدایی موجب اضطراب شدید می‌شود. گرچه به نظر می‌رسد اختلال اضطراب جدایی عنصر ژنتیکی نیرومند دارد، اما عوامل محیطی نیز دخالت دارند. روش‌های رفتاری و شناختی - رفتاری ممکن است از همه مؤثرتر باشند.

اختلال کودکی دیگری که تصور می‌شود بر اضطراب تمرکز داشته باشد، لالی انتخابی است، که به موجب آن، کودک از صحبت کردن در موقعیت‌های خاص، مانند کلاس، امتناع می‌ورزد. به نظر می‌رسد روش‌های رفتارگرا که از شکل‌دهی و مواجهه‌سازی استفاده می‌کنند، برای درمان کودکان مبتلا به لالی انتخابی بسیار مناسب باشند.

● فوبی‌های خاص ترس‌های نامعقول از چیزها یا موقعیت‌های خاص هستند. رفتارگرایان شناختی اظهار می‌دارند که تجربیات یادگیری قبلی و چرخه افکار منفی و ناسازگار موجب فوبی‌های خاص می‌شوند. درمان‌های توصیه‌شده توسط رویکردهای رفتاری و شناختی - رفتاری عبارت‌اند از: غرقه‌سازی، حساسیت‌زدایی منظم، تصویرسازی ذهنی، مواجهه واقعی، و روش‌هایی که هدفشان تغییر دادن افکار ناسازگارانه فرد هستند، مانند بازسازی شناختی. درمان مبتنی بر دیدگاه زیستی، شامل دارو می‌شود.

● اختلال اضطراب اجتماعی ترس از دیده شدن توسط دیگران هنگام عمل کردن به شیوه‌ای است که خجالت‌آور یا تحقیرآمیز خواهد بود. رویکردهای شناختی - رفتاری به اختلال اضطراب اجتماعی، این اختلال را ناشی از ترس نامعقول از انتقاد می‌دانند که باعث می‌شود افراد مبتلا به این اختلال، توانایی خود را در تمرکز کردن روی عملکرد خویش از دست بدهند. این بعداً باعث می‌شود آنها مرتکب اشتباهاتی شوند و بنابراین، بیشتر بترسند. روش‌های رفتاری که مواجهه واقعی همراه با بازسازی شناختی و آموزش مهارت‌های اجتماعی تأمین می‌کنند، برای کمک به افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بسیار مؤثرند. برای موارد شدید این اختلال، دارودرمانی توصیه شده است.

● اختلال وحشتزدگی با حملات وحشتزدگی مکرر و عودکننده مشخص می‌شود - احساسات شدید ترس و ناراحتی جسمانی. این اختلال اغلب با آگورافوبی، اختلال جدید در DSM-5، همزمان است. آگورافوبی اضطراب شدید درباره فکر یا تجربه بودن در مکان عمومی است؛ به‌ویژه، ترس از گرفتار شدن در مکان عمومی یا ناتوانی در گریختن از این مکان، شایع است. دیدگاه‌های زیستی و شناختی - رفتاری برای آگاهی از این اختلال و درمان آن خیلی مفید بوده‌اند. درمان مبتنی بر دیدگاه شناختی - رفتاری، روش‌هایی را مانند آموزش آرمیدگی و درمان کنترل وحشتزدگی شامل می‌شوند. داروها نیز می‌توانند به تسکین نشانه‌ها کمک کنند. داروهایی که عموماً تجویز می‌شوند، داروهای ضد اضطراب و ضدافسردگی هستند.

● افرادی که مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تشخیص داده شده‌اند، چند نگرانی نامعقول دارند که به چند زمینه در زندگی گسترش می‌یابند. رویکرد شناختی - رفتاری به اختلال اضطراب فراگیر، بر ماهیت نامعقول این نگرانی‌ها تأکید می‌کند و این اختلال را به صورت چرخه معیوبی در نظر می‌گیرد که خودش را تغذیه می‌کند. روش‌های درمان شناختی - رفتاری با آموزش دادن فنونی به افراد که به آنها امکان می‌دهند احساس کنند بر نگرانی خود کنترل دارند، قطع کردن چرخه معیوب نگرانی را توصیه می‌کنند. درمان زیستی بر مصرف دارو تأکید می‌کند.

● افراد در اختلال وسواس فکری - عملی، وسواس‌های فکری، یا افکاری که نمی‌توانند خود را از آنها خلاص کنند، و وسواس‌های عملی را که رفتارهای مقاومت‌ناپذیر و تکراری هستند، پرورش می‌دهند. دیدگاه شناختی - رفتاری، وسواس فکری - عملی را به صورت نشانه‌هایی در نظر می‌گیرد که حاصل ارتباط آموخته‌شده بین اضطراب و افکار یا اعمالی هستند که به‌طور موقتی می‌توانند موجب تسکین شوند. شواهد فزاینده‌ای از توجیه زیستی این اختلال حمایت می‌کنند، به‌طوری که جدیدترین پژوهش اشاره دارد که این اختلال با زیادی سروتونین ارتباط دارد. درمان با داروهایی مانند کلومی‌پرامین مؤثر به نظر می‌رسد، هرچند روش‌های شناختی - رفتاری نیز که مواجهه و توقف فکر را شامل می‌شوند کاملاً مؤثرند. اختلال بدشکلی بدن شامل اشتغال ذهنی به این فکر است که قسمتی از بدن زشت یا معیوب است. اختلالات دیگر مرتبط با OCD، اختلال ذخیره کردن، اختلال موکنی، و اختلال پوست‌کنی هستند.

● افرادی که با آسیب یا عامل استرس‌زا مواجه شده‌اند، ممکن است دچار یکی از مجموعه اختلالات شوند. DSM-5 در این گروه از اختلالات، اختلال استرس پس از آسیب و اختلال استرس حاد، همراه با اختلالات کودکی، اختلال دلبستگی واکنشی، و اختلال آمیختگی اجتماعی بازدارنده را منظور کرده است. کودکان مبتلا به اختلال دلبستگی واکنشی آشفتگی‌های شدیدی در شیوه برقراری ارتباط با دیگران نشان می‌دهند و از لحاظ هیجانی، کناره‌گیر و بازدارنده شده‌اند. در مقابل، کودکان مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازدارنده با افرادی که غریبه هستند، به رفتاری که از لحاظ فرهنگی نامناسب و خیلی خودمانی است، می‌پردازند.

• در اختلال استرس پس از آسیب، فرد نمی‌تواند از اضطراب مربوط به واقعه آسیب‌زای زندگی‌های یابد. عوارض بعدی این واقعه آسیب‌زا فلاش‌بک‌ها، کابوس‌ها، و افکار مزاحم هستند. برخی افراد پاسخ کوتاه‌تر، اما بسیار مشکل‌آفرین را به واقعه آسیب‌زا تجربه می‌کنند؛ اختلال استرس حاد نامیده می‌شود که از ۲ روز تا ۴ هفته ادامه دارد و انواع نشانه‌هایی را که افراد مبتلا به PTSD تجربه می‌کنند، شامل می‌شود. رویکردهای شناختی - رفتاری، PTSD را حاصل افکار منفی و ناسازگارانه درباره نقش خویشتن در ایجاد وقایع آسیب‌زا، احساس جدایی از دیگران و نگرش بدبینانه به زندگی در نتیجه تجربه آسیب‌زا می‌دانند. درمان می‌تواند آموزش مهارت‌های مقابله‌گری جدید به افراد مبتلا به PTSD را دربرگیرد تا آنها بتوانند به‌طور مؤثرتری استرس را مدیریت کنند و پیوندهای اجتماعی خود را با دیگران که می‌توانند از آنها حمایت کنند، از نو برقرار نمایند.