

روان درمانی اختلال‌های اضطرابی

(درمان براساس رویکرد درمانی عقلانی عاطفی رفتاری (REBT))

مؤلف

ساره توکلی صابری



روان آگاه

محتوا

۹.....	فصل اول: کلیات و مفاهیم.....
۱۰.....	انواع اضطراب.....
۱۲.....	همه‌گیر شناسی اضطراب.....
۱۲.....	علل اختلالات اضطرابی.....
۱۲.....	عوامل زیست شناختی.....
۱۵.....	عوامل روان شناختی و محیطی.....
۱۶.....	آثار و عوارض اختلالات اضطرابی.....
۱۶.....	اضطراب در سطح جسمی.....
۱۷.....	اضطراب در سطح رفتار.....
۱۹.....	اضطراب در سطح اجتماعی.....
۱۹.....	مولفه‌های اضطراب.....
۲۰.....	افکار اضطرابی.....
۲۲.....	مولفه‌های افکار اضطرابی.....
۲۲.....	فرانگرانی.....
۲۳.....	اضطراب اجتماعی.....
۲۶.....	اضطراب سلامتی.....

چرا رویکرد درمانی در گروه مورد استفاده قرار می‌گیرد؟..... ۳۲

فصل دوم: اختلالات اضطرابی..... ۳۵

تعاریف حساسیت اضطرابی..... ۳۹

مؤلفه‌های حساسیت اضطرابی..... ۴۱

ابعاد اساسی سازه حساسیت اضطرابی عبارت‌اند از:..... ۴۱

تفاوت‌های جنسیتی در حساسیت اضطرابی..... ۴۲

اختلالات اضطرابی..... ۴۳

فصل سوم: درمان عقلانی عاطفی رفتاری (REBT)..... ۴۵

تاریخچه تحول فکری..... ۴۵

ماهیت انسان..... ۴۶

نظریه A - B - C..... ۴۷

ماهیت پریشانی روانشناختی..... ۴۷

ماهیت انسان..... ۴۸

انتظار از درمان..... ۵۱

پروتکل پروتکل مداخله REBT عمومی (مناسب اختلال‌های مختلف)..... ۵۲

کلیات برنامه‌های آموزشی..... ۵۳

تبدیل بایدها به ترجیحات و خواسته‌ها..... ۶۳

فصل چهارم: پروتکل مداخله REBT در درمان اختلال اضطراب فراگیر..... ۷۷

عوامل کلیدی و مهم مداخله REBT..... ۷۷

نتایج اولیه و ثانویه..... ۷۸

اهداف درمان..... ۷۹

ساختار جلسه به جلسه..... ۸۱

مرحله اول..... ۸۲

مرحله میانی: هفته‌های ۵ الی ۸ ام (هفته‌ای یک جلسه).....	۸۶
مرحله نهایی: هفته‌های ۹ ام الی ۱۲ ام (هفته‌ای یک جلسه).....	۸۷
مداخله REBT در درمان GAD: راهنمای بیمار.....	۸۷
هدف مدل اضطراب دستی REBT.....	۸۷
تعاریف.....	۸۸
REBT چیست؟.....	۹۰
مدیریت اضطراب با تکنیک شناختی:.....	۹۱
قدرت افکار ما.....	۹۱
نکات کلیدی تغییر: Bها (باورهای منفی یا بیهوده).....	۹۳
صحبت و مشاجره درباره عقاید و باورهای منفی خودتان.....	۹۵
باورها و دیدگاه‌های مفید / مؤثر.....	۹۶
رفتارها و عواطف کارکردی.....	۹۸
مدیریت اضطراب با تکنیک‌های رفتاری.....	۹۹
ماورای درمان با REBT.....	۱۰۰
فصل پنجم: پروتکل مداخله REBT برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی.....	۱۰۳
راهنمای درمانگر.....	۱۰۳
SAD و درمان آن با استفاده از مداخلات CBT/RE & CBT.....	۱۰۴
تشخیص برای اعمال درمان.....	۱۰۵
مدل CBT/REBT در درمان SAD.....	۱۰۵
مدل CBT و VRET در درمان SAD.....	۱۰۶
ارزیابی ابزارهای مورد استفاده.....	۱۰۷
ابزارهای ارزیابی تشخیصی.....	۱۰۷
ابزارهای ارزیابی علائم رفتاری.....	۱۰۸
ابزارهای ارزیابی مکانیسم‌های شناختی.....	۱۰۹
ابزارهای ارزیابی وجود واقعیت مجازی و غوطه‌وری.....	۱۰۹

- درمان شناختی - رفتاری و عقلانی - عاطفی..... ۱۰۹
- عوامل اصلی مداخله رویکرد عقلانی رفتاری..... ۱۱۰
- ساختار جلسات..... ۱۱۱

فصل ششم: پروتکل مداخله REBT برای درمان اضطراب در کودکان و نوجوانان.. ۱۱۷

- علل و عوامل اختلالات اضطرابی در کودکان..... ۱۱۷
- درمان اختلالات اضطرابی کودکان..... ۱۲۰
- مدل REBT در درمان اختلالات اضطرابی کودکان:..... ۱۲۲
- راهنمای درمانگر..... ۱۲۲
- عوامل اصلی مداخله REBT..... ۱۲۳
- ساختار جلسات..... ۱۲۳
- جلسات ۱ - ۲..... ۱۲۴
- جلسات ۳-۷..... ۱۲۷
- تعیین تکالیف منزل برای جلسات ۳-۷..... ۱۳۰
- جلسات والدین هم به صورت مجزا از جلسات کودکان / نوجوانان برگزار می‌شوند..... ۱۳۰
- پیشنهاداتی برای تعیین تکالیف منزل برای جلسات ۸-۱۲..... ۱۳۳
- منابع درمانگر..... ۱۳۷
- شرح تفاوت میان عواطف کارکردی و اختلالی (با تاکید روی اضطراب و ترس)..... ۱۳۷
- تسلط بر بدن خود: کنترل تحریک اضطرابی..... ۱۳۹
- نکات کلیدی و مهم تفکرات اشتباه..... ۱۴۰
- کنترل روی رفتار: غلبه بر اجتناب..... ۱۴۲
- کنترل احساسات و حفظ آن!..... ۱۴۳
- منابع..... ۱۴۵

فصل اول

کلیات و مفاهیم

اضطراب^۱، نوعی احساس تعمیم یافته بسیار ناخوشایند و اغلب مبهم است که با یک یا چند احساس جسمی مانند طپش قلب، تعریق، سردرد، بی‌قراری، تکرار ادرار و... همراه می‌باشد. اضطراب یک علامت هشداردهنده است. خبر خطری قریب الوقوع می‌دهد که شخص را برای مقابله با تهدید آماده می‌سازد:

- اتکینسون و هیلگارد^۲ اضطراب را اینگونه تعریف می‌کنند، حالت نگرانی و دلشوره که با ترس پیوند دارد؛
- ناراحتی روانی و بدنی که بر اثر ترسی مبهم و احساس نا ایمنی و تیره روزی قریب الوقوع در فرد آدمی به وجود می‌آید؛
- ربر^۳ (۱۹۸۵) اضطراب را به منزله حالت هیجانی توام با هشیاری مستقیم نسبت به بی‌معنایی، نقص و نابسامانی جهانی است که در آن زندگی می‌کنیم.

1 Anxiety

2 Atkinson & Hilgard

3. Reber

- لانگ^۱ (۱۹۸۸) یک الگوی سه نظامی از اضطراب پیشنهاد کرده است که در شناخت تعاریف بالقوه مختلف اضطراب کمک زیادی کرده است. اضطراب ممکن است بر حسب تفکر به عنوان مثال «من ترسیده‌ام» احساسات جسمانی مانند افزایش ضربان قلب، عرق کردن، یا بر حسب رفتارها، نظیر اجتناب از یک موقعیت یا فرار کردن تعبیر و تفسیر شود. نیمرخ اضطراب در اشخاص مختلف بر حسب اینکه از کدام نظام بیشتر متاثر است متفاوت خواهد بود، این سه نظام با هم پیوستگی دارند، و تأثیر مستقیمی بر همدیگر می‌گذارند (اسدزاده، ۱۳۹۹).

«اضطراب عبارت است از واکنش فرد در مقابل یک موقعیت ضربه‌آمیز، یعنی موقعیتی که زیر تأثیر بالا گرفتن تحریکات اعم از بیرونی یا درونی واقع شده و فرد در مهار کردن آنها ناتوان است». در یک جمع بندی کلی، شاید بتوان اضطراب را به عنوان احساس رنج آوری که با یک موقعیت ضربه‌آمیز کنونی یا با انتظار خطری که به شیء نامعین وابسته است، تعریف کرد. در واقع، به جز در پاره ای از نظریه‌های رفتاری نگر، از اصطلاح اضطراب معمولاً معنای وسیع‌تر از آنچه با تجربه‌های رنج آور فرد مرتبط است، استنباط می‌شود. به عبارت دیگر، اضطراب مستلزم مفهوم ناایمنی یا تهدیدی است که فرد منبع آن را به وضوح درک نمی‌کند (پرستار، ۱۴۰۳).

انواع اضطراب

- **اضطراب طبیعی:** اضطراب را در واقع همه انسان‌ها تجربه می‌کنند. اضطراب یک احساس منتشر، بسیار ناخوشایند و اغلب مبهم دلواپسی است که اغلب با علائم دستگاه اتونوم همراه می‌گردد (ماکارو، ۲۰۰۶). مثل تنگی قفسه سینه، طپش قلب، تعریق، سردرد، ناراحتی مختصر معده و بی‌قراری که با عدم توانایی برای

1.Lang

2 Mascaro

نشستن یا ایستادن مشخص می‌شود. مجموع علائمی که هنگام اضطراب وجود دارد، بین افراد متفاوت است.

- **اضطراب مزمن:** اضطراب مزمن به صورت یک ناراحتی کم و بیش دائم در سطح روانی، جسمانی و یا ارتباطی آشکار می‌شود. از دیدگاه اطرافیان، اضطراب مزمن به صورت «رفتارهای امتناعی» و «بلهوسی‌های» کم اهمیتی جلوه‌گر می‌شود که مدتها معنای آن را بدرستی درک نمی‌کنند. اضطراب مزمن می‌تواند به شکل ظاهری احتراز از دیگران یا بی‌توجهی نمایان شود، واکنش‌هایی که برای اطرافیان به منزله علائم هشدار دهنده به حساب آیند. گریز از انزوا یکی از رگه‌های متمایز کننده اضطراب از افسردگی است.

- **اضطراب حاد:** این اضطراب چندین بار در روز یا گاه و بیگاه بروز می‌کنند، مدت آنها محدود و آغاز و پایانشان ناگهانی است. کودکان نیز مانند بزرگسالان می‌توانند به بحرانهای اضطرابی حاد دچار شوند. در اکثر مواقع، این واکنش‌ها در برابر رویدادی ناگهانی یا موقعیتی خاص (مانند مرگ یکی از نزدیکان، مشکلات تحصیلی و یا شغلی) و در زمینه اضطرابی مزمنی بروز می‌کنند. در واقع، اضطراب حاد به منزله علامت یک ترس کم و بیش هشیار از رها شدن و از دست دادن محبت والدین یا از خطری جسمانی (معلولیت یا مرگ) است. در بروز اضطراب‌های حاد معمولاً ابتدا شاهد افزایش تدریجی اضطراب و بروز دفاع‌هایی هستیم که فرد برای مبارزه علیه آن به کار می‌بندد، اما عدم درک اطرافیان موجب می‌شود تا راهبردهای دفاعی، مؤثر واقع نشوند و بحران‌های اضطرابی حاد به وجود آیند. در هنگام بروز اضطراب حاد فرد ممکن است توانائی مهار خود را از دست بدهد. در این مواقع عمل کردن به صورت نا آرامی کم و بیش مهار نشدنی جانشین بیان روانی اضطراب می‌شود یا بالعکس با یک بازداري رفتاری که مشابه حالت بهت زدگی است مواجه می‌شویم. غالباً در قله بحران اضطرابی حالت ناآرامی شدید و حرکات نامنظم و زایدی مانند به هم مالیدن دست‌ها یا باز کردن و بستن انگشتان مشاهده می‌شود.

علامت‌های بدنی اضطراب مانند تعریق، لرزش، تشنج و غیره نیز دیده می‌شوند. تظاهرات شبانه اضطراب حاد به صورت کابوسها و یا وحشت زدگی‌های شبانگاهی بروز می‌کنند و در آخر خستگی شدیدی بر فرد مستولی می‌شود و فرد به جستجوی پایگاهی ایمنی بخش می‌پردازد (سیدآبادی، ۱۳۹۹)

همه‌گیر شناسی اضطراب

اختلالات اضطرابی از شایعترین اختلالات روانی است. در «مطالعه ملی ابتلای همزمان» گزارش شده است که از هر چهار نفر یکی واجد ملاک‌های تشخیصی لاقبل یک اختلال اضطرابی است و میزان شیوع دوازده ماهه این اختلال‌ها ۱۷/۷ درصد است. زنان با شیوع مادام‌العمر ۳۰ درصد در مقایسه با مردان با شیوع مادام‌العمر ۱۹/۲ درصد، بیشتر ممکن است دچار یک اختلال اضطرابی شوند. دست آخر این که با افزایش طبقه اجتماعی-اقتصادی از شیوع اختلالات اضطرابی کاسته می‌شود.

علل اختلالات اضطرابی

اضطراب پدیده‌ای پیچیده است که علت‌های زیستی، روان‌شناختی و محیطی دارد. هر یک از این عوامل می‌تواند آمادگی برای پاسخ دادن به عوامل استرس‌زا توأم با اختلال اضطرابی را ایجاد کند.

عوامل زیست‌شناختی

سه ناقل عصبی عمده که بر اساس مطالعه بر روی حیوانات و پاسخ به درمان دارویی با اضطراب رابطه دارند عبارتند از:

- نوراپی نفرین^۱

1. Norepinephrine

- سروتونین^۱
- گاما آمینوبوتیریک اسید^۲ (عبدالله^۳ و همکاران، ۲۰۰۹).

نظریه کلی در ارتباط با نقش نوراپی نفرین اختلالات اضطرابی این است که افراد مبتلا ممکن است سیستم نورآدرنرژیک نامنظمی داشته باشند که گاه‌به‌گاه دوره‌هایی فعالیت پیدا می‌کند. تنه‌های سلولی سیستم نورآدرنرژیک عمدتاً در لوکوس سرولئوس در قسمت قدامی پل دماغی قرار گرفته‌اند و آکسون‌های خود را به قشر مخ، سیستم لیمبیک، ساقه مغز، و نخاع شوکی می‌فرستند. مطالعه بر روی انسانها به این رسیده است که، در بیماران مبتلا به اختلال هراس، آگونیست‌های بتا (B) آدرنرژیک مثل یوهیمبین می‌توانند حملات شدید و مکرر هراس را برانگیزند بر عکس، کلونیدین یک آگونیست آلفا^۴ (a) آدرنرژیک^۵، علائم اضطراب را در بعضی از موقعیت‌های تجربی و درمانی کاهش می‌دهد. شناسایی انواع زیاد گیرنده‌های سروتونین پژوهش در زمینه نقش سروتونین در بیماری‌زایی اختلالات اضطرابی را دامن زده است. علاقه در این زمینه ابتدا با مشاهده اینکه ضد افسردگی‌های سروتونرژیک اثر درمانی در بعضی از اختلالات اضطرابی دارند برانگیخته شد. تاثیر با سپیرون آگونیست A1 سروتونرژیک (۵- HT_{1A}) در درمان اختلالات اضطرابی را مطرح می‌سازد و چندین گزارش حاکی است که ام کلرفنیل پپرازین^۶ دارویی با اثرات متعدد سروتونینی و فن فلورامین که موجب آزاد شدن سروتونین می‌گردد، موجب افزایش اضطراب در بیمارانی می‌گردند که به اختلالات اضطرابی دچارند، بسیاری از گزارش‌های روایتی حاکی است که محرک‌ها و توهم‌زاهای سروتونرژیک مثل لیزرژیک اتیل آمید (Isd) با پیدایش اختلالات حاد و

1 .Serotonin

2 .Gamma-aminobutyric acid

۳ Abdullah

4 Agonist, alpha

5 Adrenergic

6 mepp