

فهرست

سخن مترجمان	۵
مقدمه	۹
فصل ۱. اضطراب و افسردگی مختلط: رفتاردرمانی دیالکتیکی، چگونه می‌تواند به شما کمک کند؟	۱۳
فصل ۲. دیالکتیک اضطراب و افسردگی	۳۱
فصل ۳. انکار درستی احساس	۷۴
فصل ۴. حتماً مشکلی دارم	۹۰
فصل ۵. معناسازی	۱۰۱
فصل ۶. مهارت‌های ذهن آگاهی	۱۲۶
فصل ۷. تنظیم هیجان	۱۵۳
فصل ۸. مهارت‌های تحمل پریشانی	۲۰۹
فصل ۹. مهارت‌های رفتار استراتژیک	۲۳۹
نشانه‌ها و چگونگی برخورد با آنها	۲۷۸
ایجاد رابطه DBT	۲۸۳
منابع	۳۰۶

سخن مترجمان

به نام آنکه جان را فکرت آموخت

تمام درمان‌ها تلاش می‌کنند تا عواملی را که تصور می‌شود زیربنای مشکلات درمان جویان است، تغییر دهند یا بهبود بخشند ولی چگونگی این کار می‌تواند خیلی متفاوت باشد. پس از ناکامی رویکردهای روان‌تحلیلی در درمان اختلال‌های روان‌شناختی در دهه ۱۹۵۰، موج اول درمان‌های روان‌شناختی به وجود آمد. این درمان‌ها مبتنی بر مطالعات آزمایشگاهی رفتار و یادگیری بود و از اصول شرطی‌سازی عامل، مهارت‌آموزی و روش‌های مبتنی بر مواجهه استفاده می‌کرد. پس از مدتی به دلیل دیدگاه ماشینی این موج به انسان و در نظر نگرفتن مؤلفه شناخت، نارضایتی‌های زیادی از این سبک درمانی به وجود آمد که منجر به ظهور موج دوم درمان‌ها شد. در موج دوم بر نقش فرآیندهای شناختی در پدید آمدن، ماندگاری و درمان اختلال‌های روان‌شناختی تأکید شد. در این رویکردها بر شناسایی و اصلاح شناخت‌های تحریف‌شده تأکید می‌شود. از درآمیختن درمان‌های موج اول و موج دوم، مجموعه وسیعی از درمان‌ها تحت عنوان "درمان‌های شناختی - رفتاری" ایجاد گردید که به‌عنوان درمانی طلایی برای اکثر اختلال‌ها معرفی شده است. اما این رویکرد نیز به دلیل توجه نکردن به هیجان مورد انتقاد قرار گرفته است. از اواخر دهه ۱۹۹۰ و به دنبال واردکردن مؤلفه هیجان در پروتکل‌های درمانی و کار بر روی رنج هیجانی، تحول و پیشرفت در حوزه درمان‌های روان‌شناختی به صورت دیگری پیش رفت که شکل‌دهنده درمان‌های موج سوم شد. این درمان‌ها عبارت‌اند از درمان پذیرش و تعهد^۱، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۲، رفتاردرمانی دیالکتیکی^۳ و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۴ است.

رفتاردرمانی دیالکتیکی را مارشا لینهان^۵ در سال ۱۹۹۳ از یک سری تلاش‌های شکست‌خورده برای استفاده از پروتکل‌های رفتاردرمانی شناختی برای درمان جویان خودکشی مزمن و افراد دچار اختلال شخصیت مرزی به وجود آورد. لینهان (۱۹۹۳) متوجه شد برخلاف اینکه بعضی از تکنیک‌های شناختی رفتاری برای افراد مؤثر بودند ولی فنون دیگر به خاطر تأکید دائمی‌شان روی تغییر تأثیری بر درمان‌جویان نداشت. درمان جویان احساس می‌کردند میزان رنجشان نادیده گرفته می‌شود. بنابراین، درمان‌ها را رها کرده، خسته و دل‌زده می‌شدند و کار را متوقف می‌کردند. تیم تحقیقی لینهان نتیجه گرفت که با تأکید مداوم روی تغییر، درمان‌جویان احساس می‌کنند درمانگران نه تنها رفتارهای مشکل‌آفرین

1 - Acceptance and Commitment Therapy
2 - Mindfulness-Based Cognitive Therapy
3 - Dialectical Behavior Therapy
4 - Mindfulness-Based Stress Reduction
5 - Marsha Linehan

آنها، بلکه هویتشان را بی اعتبار می کنند. بنابراین برای اینکه درمان جو و درمانگر بتوانند روی مشکلات کار کنند باید مشخص سازند که چگونه می توان هر دو موضوع پذیرش و تغییر را به صورت همزمان در درمان مراعات کرد. تلاش برای تغییر هر تجربه دردناک باید با تلاش برابر برای یادگیری پذیرش درد اجتناب ناپذیر زندگی به حالت تعادل درآید. باید ترکیبی از پذیرش و تغییر وارد درمان شود. چگونه می توان دو قطب متضاد را کنار هم قرار داد و ترکیب آن را بکار برد و از "تز" و "آنتی تز" به "ستتز" رسید. اصولاً این ضرورت "ستتز" یا ترکیب بود که به استفاده از واژه دیالکتیکی برای این شیوه درمانی منتهی شد.

دیالکتیک، مفهومی پیچیده است که ریشه در فلسفه دارد. یک چارچوب دیالکتیکی واقعیت را به عنوان مداوم و پیوسته، پویا و کل نگر تلقی می کند. از این منظر، واقعیت به طور همزمان، کامل، و متشکل از موارد عکس و دوقطبی است (مثل یک اتم که متشکل از بارهای مثبت و منفی است). حقیقت دیالکتیکی ترکیب یا (ستتز) عناصر هر دو وضعیت (تز و آنتی تز) است. تنش میان تز و آنتی تز درون هر سیستم یعنی مثبت و منفی، خوب و بد، کودکان و بزرگسالان، درمان جو و درمانگر، فرد و محیط و غیره، و ادغام آنها، چیزی است که تغییرساز است. وضعیت جدید پس از ستتز نیز متشکل از نیروهای قطبی است. بنابراین تغییر مداوم و پیوسته است و ماهیت لازم و ضروری زندگی است (میلر، راتوس و لینهان^۱، ۲۰۰۷).

یک اصل دیالکتیکی بسیار مهم این است که تمام مسائل تضادهایی درونشان دارند. انسان از همان روز نخست با این دیالکتیکها روبروست و پیوسته در تلاش است تا راه برای رهایی پیدا کند چه زیبا می گوید شهریار:

با عقل آب عشق به یک جو نمی رود بیچاره من که ساخته از آب و آتشم

زندگی مجموعه ای از دیالکتیکهاست که می تواند ما را دچار تعارض کند. نتیجه تعارض هم یا اجتناب است یا افتادن در دام مشکلات روان شناختی که هر کدام از اینها می تواند ما را از زندگی که ارزش زیستن داشته باشد، دور سازد. رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه ای هنرمندانه بین این نیازهای متعارض، آشتی برقرار می کند و باعث پویایی بیشتر درمان جویان و تلاش آنها برای ساخت زندگی شان می شود. به این ترتیب لینهان در سال ۱۹۹۳ با گنجاندن فنون درمان شناختی رفتاری همراه با ترکیبی از مفاهیم پذیرش بنیادین، فنون مراقبه و ذهن آگاهی برگرفته از آئین های شرقی و سازش با دیالکتیکها، باعث متولد شدن رفتاردرمانی دیالکتیکی شد. پس از اجرای موفقیت آمیز برای درمان اختلال شخصیت مرزی و افراد با رفتارهای خودکشی گرایی، لینهان شروع به گسترش و معرفی برنامه درمانی خود برای کار روی سایر اختلالات کرد و به این ترتیب بود که اکنون رفتاردرمانی دیالکتیکی یکی از درمان های موج سوم روان شناختی معرفی می شود.

1 - Miller, Rathus, , Linehan

این درمان نظریه‌ای مبتنی بر مهارت است و به‌عنوان درمانی حمایت‌گرا که مستلزم ارتباطی قوی بین درمان‌جو و درمانگر است، ارائه داده می‌شود. مک‌کی، وود و برنتلی^۱ (۲۰۰۷) چهار دسته مهارت اصلی رفتاردرمانی دیالکتیکی را به این صورت دسته‌بندی می‌کنند:

۱. **تحمل درماندگی:** با ارائه راهکارهای جدید برای تعدیل آثار شرایط ناراحت‌کننده و افزایش

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به افراد کمک می‌کند تا بهتر با تجربه‌های دردناک زندگی کنار بیایند.

۲. **ذهن‌آگاهی:** به افراد کمک می‌کند تا بجای تمرکز روی تجربه‌های دردناک گذشته یا اتفاق‌های وحشتناک احتمالی آینده، لحظه فعلی را کامل‌تر تجربه کند. ذهن‌آگاهی ابزار غلبه بر قضاوت‌های همیشگی و منفی درباره خود را در اختیار قرار می‌دهد.

۳. **مهارت‌های تنظیم هیجان:** به افراد کمک می‌کند تا هیجان‌های خود را دقیق‌تر تشخیص دهند و سپس هر هیجانی را بدون ناتوان شدن با آن بررسی کنند. هدف این مهارت، تعدیل هیجان‌ها بدون داشتن رفتاری مخرب است.

۴. **اثربخشی میان فردی:** مهارتی است که در آن ابزاری جدید برای بیان نظرها و نیازها، تعیین محدودیت، و بحث درباره راه حل مشکلات، در اختیار می‌گذارد- و تمام آنها ضمن حمایت از روابط و رفتاری محترمانه با سایرین انجام می‌شود.

با این وجود، همان‌طور که خود لینهان نیز اذعان دارد، رفتاردرمانی دیالکتیکی درمانی معجزه‌آسا و مشکل‌گشای تمام دردها نیست. این درمان نیز همانند درمان‌های دیگر محدودیت‌هایی دارد که هنگام کار باید آنها را مدنظر قرار داد. رندی کرجر^۲ (۲۰۰۸) درباره رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌گوید: رفتاردرمانی دیالکتیکی برای افرادی مناسب است که بیماری‌شان را قبول دارند، می‌خواهند در مورد آن یاد بگیرند و برای درمان سخت تلاش می‌کنند.

نویسنده کتاب حاضر "توماس مارا"^۳ از گزیده‌ای از تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی برای غلبه بر افسردگی و اضطراب مختلط استفاده کرده است. متأسفانه امروزه بسیاری از افراد از اضطراب و افسردگی همزمان رنج می‌برند و امید و معنا را در زندگی از دست داده‌اند. ابتلا به افسردگی و اضطراب حتی به تنهایی می‌تواند باعث تجربه‌ی هیجان‌های دردناک در زندگی شود و اگر این دو باهم روی دهند، کنترل و اداره هیجان‌ها در زندگی عادی بسیار مشکل خواهد بود. کتاب‌های خودیاری زیادی در زمینه درمان افسردگی یا اضطراب نوشته شده است ولی این کتاب از چند جهت با سایر کتاب‌ها

1 - Mckay, Wood, Brantley

2 - Kreger

3 - Thomas Marra

متفاوت است. اول، نویسنده در این کتاب خودیاری سعی کرده با خلاقیتی بی‌نظیر تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی را در قالبی ساده و قابل‌فهم بیان کند تا افراد با داشتن چنین مشکلاتی بتوانند به راحتی از آن استفاده کنند. دوم، تأکید این کتاب بر مهارت‌ها و تغییر عملی است نه فقط نظریه‌پردازی. تکنیک‌های این کتاب که بسیار عملی و به زبان ساده نوشته شده است به افراد کمک می‌کند تا بتوانند به جای اجتناب و انکار هیجان‌های خویش که باعث به وجود آمدن هیجان‌های ثانویه می‌شود و بر شدت هیجان اولیه نیز می‌افزاید، کنترل بهتری روی هیجان‌های خود داشته و از زندگی لذت ببرند. سوم، سبک نگارش کتاب به گونه‌ای است که خواننده می‌تواند بدون خواندن همه‌ی فصول، فقط بر فصل‌های خاصی که متناسب با نیازهای وی است، متمرکز شود. و در پایان، این کتاب شامل مثال‌های روشن، برگه‌های فعالیت و تمرین‌های سازنده برای افراد است و منبعی عالی برای آموزش مهارت‌های اساسی است.

در ترجمه این اثر سعی شده است تا حد امکان از جایگزین‌هایی ساده برای لغات متن اصلی استفاده شود تا اثری خوانا و روان پدید آید و همگان بتوانند به آسانی از آن استفاده کنند. مسلماً این ترجمه خالی از اشکال نخواهد بود. امیدواریم دوستان، همکاران، دانشجویان و متخصصان بازخوردها و انتقادهای خود را از ترجمه به ما اعلام نمایند تا راهگشای ما در آثار بعدی باشد. اگرچه این کتاب به عنوان یک منبع خودیاری برای افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب نوشته شده است، با این وجود، متخصصان روان‌شناسی و مشاوران می‌توانند از این کتاب به عنوان ابزاری برای آموزش مهارت‌های اساسی درمان استفاده نمایند.

در پایان بر خود لازم می‌دانیم از اساتید بزرگواران و تمامی دوستانی که در ترجمه این اثر ما را تشویق کردند، تشکر و قدردانی نماییم. از پرسنل و همکاران انتشارات ارجمند به ویژه جناب آقای دکتر ارجمند کمال تشکر و قدردانی را داریم که با رویی باز این فرصت را در اختیار ما گذاشت و در مدت زمان ترجمه کتاب، بازخوردهای مفیدی را به ما دادند. از جناب آقای دکتر جزایری که ویراستاری این اثر را به عهده داشتند، از آقای نونهال، و خانم‌ها ایزدی و عبدی و دیگر عوامل انتشارات ارجمند که با صبر و متانت راهگشای ما بودند، تشکر می‌نماییم.

دکتر احمد کربلایی محمد میگونی

عضو هیئت‌علمی دانشگاه آزاد اسلامی کرج

دکتر طاهره باغانی

مدرس دانشگاه

منابع

Kreger, Randi (2008) . *Stop Your Family From walking on Eggshells.* - Retrived (2010) from [http:// www. Behavioraltech . org](http://www.Behavioraltech.org).

Linehan, Marsha.M.(1993). *Cognitive– Behavioral Treatment of Borderline personality Disorder.* NewYork/London.the Guilford Press

MCKay, Matthew., Wood, Jeffrey.C., Brantley, Jeffrey.(2007). *The Dialectical Behavior Therapy skills workbook.* New Harbinger publications,Inc.

Miller, Alec.L., Rathus, Jill H., Linehan, Marsha.M.(2007). *Dialectical Behavior Therapy with suicidal Adolescents.* NewYork / London. the Guilford Press.

مقدمه

یکی از مهیج‌ترین پیشرفت‌ها در روان‌شناسی رفتاردرمانی دیالکتیکی است. آرزو داشتیم بگویم من آن را خلق کرده‌ام اما این چنین نیست. ما آن را مدیون مارشا لینهان روان‌شناس برجسته دانشگاه واشنگتن هستیم که رفتاردرمانی و دیگر تکنیک‌های تحلیلی را در قالبی دیالکتیکی قرار داد. زمانی که پژوهش اکتشافی هیجان و ظرفیت سازگاری توسط ریچارد لازاروس منتشر شد، نخستین بار پل واجتل ترکیب رفتاردرمانی و تکنیک‌های روان تحلیلی را آغاز کرد. سوزان برادلی روان‌پزشک، نظریه و پژوهش را در تأثیر تنظیم هیجان به‌عنوان مؤلفه‌ای حیاتی در آسیب‌شناسی روانی درهم آمیخت. هرکدام از این دانشگاهیان برای سهم مؤثر خود در کاربرد بالینی این کتاب برای اضطراب و افسردگی مختلط، شایسته تقدیر هستند. امیدوارم با کمک این کتاب، رفتاردرمانی دیالکتیکی قابل‌فهم‌تر شود و گسترش بیشتری خارج از حوزه تمرکزش یابد و جمعیت عظیم افراد با افسردگی و اضطراب بتوانند از آن بهره‌مند شوند.

من همچنین باید از کارمندان بخش سلامت روان‌پزشکی مونتری تشکر کنم که در برابر اقدامات من در کاربرد این اصول برای هر بیماری که در بخش پذیرش می‌شد شکایا بودند. تشکر از لیندا ویسنر، سرپرستار، که با اشتیاق و جدیت کاربرد این اصول را لذت‌بخش ساخت و برای ما برنامه‌ای متمرکز و کارآمد را ارائه داد. از دکتر جیمز موران که با اعتقادی راسخ برای عملی کردن این پروژه سرمایه لازم را برای آن فراهم نمود. از مدیران پزشکی مان، دکتر واین وچلر و رومئو ماریانو که بیشتر از طبابت در گره‌گشایی از رنج بشری متعهد بودند. از دکتر آن تامپسون و دکتر استفان بوک که برای به کار بستن این اصول با جدیت و حرارت، مانند روان‌شناسان جدید اشتیاق نشان دادند. از کتی رابرتسون، سرپرستار، که در گسترش مهارت‌های ذهن‌آگاهی از بیماران الهام گرفت و همه را متقاعد کرد که کاهش رنج هیجانی قابل دست یافتن است. از همه کارمندان بخش داخلی که بیشتر از آن هستند که بتوان در اینجا از آنها نام برد و در درست کار کردن چنین رویکرد سختی با بیماران ما، عطف و محبت نشان دادند. از گری اندروز، که احتمالاً مرا به یاد نخواهد داشت، اما برای اینکه همه چیز برای من درست باشد، اعتبار اولیه را برای من فراهم کرد. از ویکی بورنی و بونیه هاتچون که برخلاف اضطرابم، مرا استخدام کردند. از دکترها کن بیوچامپ، مارتین گیپسون و کلیفورد هند، که اولین اساتید من در مورد دیالکتیکی بودند و حتی قبل از اینکه دکتر لینهان در این حوزه مطلبی منتشر کند در اعتبارسنجی متخصص بودند. از دکتر جولیان ملتروف، که بسیار مشوق من بودند. تشکر ویژه از دکتر متیو مک‌کی، سردبیر انتشارات نیوهاربینگر، که بعد از اینکه در یکی از کارگاه‌های من حضور یافت، مرا تشویق به نوشتن این کتاب کرد. کاترینه سوتکر، مدیر منابع که در زمانی که مدیر ویرایشی

هیتر میتچنر بود، تمرکز نقادانه‌ای به این کتاب داشت، در برابر خودسری‌های من صبور بود و مدارا کرد. از کارول هانی چارچ ویرایشگر ارشد نیوهاربینگر، که با پشتکار به جزئیات و مهارت نوشتاری توجه نشان داد و باعث شد کتاب جامع‌تر و قابل‌خواندن‌تر شود. از خانواده‌ام (همسرم جودی و پسرانم دانیل و استیون) که حساسیت مرا هنگام نوشتن این کتاب تحمل کردند.

۱

اضطراب و افسردگی مختلط: رفتاردرمانی دیالکتیکی، چگونه می‌تواند به شما کمک کند؟

افسردگی، توان فعالیت را از شما می‌گیرد و حتی انگیزه ندارید از جایان تکان بخورید. ابتکار عمل، توانایی و تمایل برای مشارکت در فعالیت‌ها را از دست می‌دهید. می‌خواهید وظایف روزمره خود را انجام دهید اما انجام آنها به تلاش بسیار زیادی نیاز دارد. این کار مثل آن است که برای حرکت ساده‌ای که پیش از این به انرژی و تلاش زیادی نیاز نداشت، مجبور باشید داخل گل‌ولای متراکمی کار انجام دهید. این انرژی که برای زندگی و انجام کارهای ساده از شما گرفته می‌شود، بسیار بیشتر از قبل است. اما این تمام ماجرا نیست. علاوه بر داشتن احساس افسردگی، از اضطراب نیز رنج می‌برید، طوری که هر لحظه از خود می‌پرسید: نکنه اتفاق بدی بیفته. در چنین وضعیتی، عضلاتتان سفت و منقبض می‌شود، گویا قرار است فاجعه‌ای رخ دهد، هیچ انرژی برای انجام دادن کارها ندارید. اما به نظر می‌رسد تمایل فراوانی برای احساس وحشت، ترس و پیش‌بینی منفی آینده در شما وجود دارد و حس می‌کنید جهانی که قبلاً می‌شناختید، تغییر کرده است.

ترکیب اضطراب و افسردگی

اگر این احساس‌ها را همزمان دارید، احتمالاً دچار اضطراب و افسردگی مختلط^۱ هستید، نه فقط افسردگی یا اضطراب، بلکه هر دو را به‌طور همزمان تجربه می‌کنید. در گذشته، ما این حالت را افسردگی آشفته^۲ می‌نامیدیم. این اصطلاح، به معنی از دست دادن انرژی و ابتکار عمل همراه با فشار روانی و اضطراب قابل توجه است. هنگامی که هر دو اختلال را در یک زمان داشته باشید، کارشناسان این حالت را افسردگی و اضطراب مختلط می‌نامند.

به دلیل اینکه افسردگی و اضطراب، نشانه‌ها و علائم مشترک فراوانی دارند، می‌توانند به راحتی غلط تعبیر شوند: از آینده وحشت دارید، پیش‌بینی و انتظاراتتان از آینده منفی است و نتیجه این وضعیت به

1- Mixed Anxiety & Depression

2- Agitated Depression

فلج رفتاری می‌انجامد (نمی‌توانید به راحتی تصمیم بگیرید، هر کاری نیاز به تلاش زیادی دارد و نمی‌توانید کاری انجام دهید) و اعتماد به نفس خود را از دست می‌دهید. فکر می‌کنید مشکلی دارید اما دقیقاً نمی‌دانید مشکل چیست، می‌دانید مشکل در درون شماست (حتی اگر مشکلات قابل توجهی در محیط وجود داشته باشد که برای شما رنج‌آور است).

اضطراب و افسردگی مختلط، دردآور است چرا که هیجان‌های شما را تحت تأثیر قرار می‌دهد و سبب می‌شود اثربخشی کمتری بر محیط و تجارب پیرامونتان داشته باشید. این اختلال، شما را از دیگران بیگانه می‌سازد، لذت زندگی روزمره را می‌گیرد و شما را سردرگم می‌کند زیرا قوانین زندگی را که قبلاً به آن متعهد شده بودید، تغییر می‌دهد.

خوشبختانه، پاسخی برای این رنج هیجانی وجود دارد که «رفتاردرمانی دیالکتیکی»^۱ (DBT) نامیده می‌شود. این کتاب نحوه استفاده از DBT را برای کمک به خود، آموزش می‌دهد. حال پرسش این است که اگر فقط افسرده باشید یا فقط از اضطراب رنج برید، باز هم این کتاب مفید خواهد بود؟ بله، DBT برای هر کدام از این شرایط به تنهایی هم مفید است اما هنگامی که افراد نشانه‌ها و علائم مختلط را دارند، مجموعه خاصی از استراتژی‌ها می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. چون این تمرین‌ها و روش‌ها می‌توانند با یک تیر دو نشان بزنند. DBT برای افرادی که امیدواری و احساس معنا در زندگی را از دست داده‌اند، طراحی شده است. این افراد، توانایی خود را برای مؤثر واقع شدن در جهان زیر سؤال می‌برند، هیجان‌های خود را غیرقابل تحمل می‌دانند و سعی می‌کنند ابعاد و جوانب مهم زندگی را نادیده بگیرند. به طور خلاصه، DBT برای افرادی که هر دو اختلال اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند، می‌تواند فوق‌العاده مفید واقع شود.

چگونه ممکن است به‌طور همزمان از دو اختلال کاملاً متفاوت رنج برید؟ متخصصان بهداشت روانی، اضطراب و افسردگی را دو طبقه متفاوت از همدیگر در نظر می‌گیرند یعنی دو مجموعه مشکل متفاوت و نسبتاً بی‌ربط به یکدیگر. از نظر پزشکی نیز، برای درمان این دو اختلال، طرح‌های متفاوتی پیش‌بینی شده است. برای درمان اختلالات افسردگی یا اختلالات خلقی سطوح مختلفی از درمان دارویی ضد افسردگی وجود دارد و برای اختلالات اضطرابی نیز چنین درمان‌هایی وجود دارد. این شیوه، روشی است که معمولاً از آن در طب مرسوم برای درمان مشکلات استفاده می‌کنیم و اگر امکان داشت مشکلات هیجانی را در جعبه‌ای جای داد و تنها از یک راهبرد مشخص برای مواجهه با مجموعه‌ای از مشکلات استفاده کرد، روش خوبی بود. اما مشکلات پزشکی و جسمانی را در نظر بگیرید. آیا ممکن است هم دچار کمردرد باشید و هم سردرد؟ البته چنین احتمالی وجود دارد و این حالت می‌تواند در مورد مشکلات روانی یا هیجانی نیز صادق باشد. در حقیقت، ما می‌دانیم که

اضطراب طولانی باعث افزایش احتمال به وجود آمدن افسردگی می‌شود و افسردگی درازمدت نیز باعث می‌شود تا افراد احساس اضطراب کنند (مایکن‌بام، ۱۹۹۶). بیانیه اخیر گروه بین‌المللی اجماع افسردگی و اضطراب مستقیماً دربارهٔ همبودی (اختلاط) بالای این دو اختلال صحبت می‌کند، به‌ویژه در مورد شایع‌ترین اختلال اضطرابی (اختلال اضطراب فراگیر) و افسردگی (بالنگر و دیگران، ۲۰۰۱). اضطراب و افسردگی مختلط در بیماران جوان‌تر نسبت به بیماران مسن‌تر، شیوع بیشتری دارد (کولندا و دیگران، ۲۰۰۲).

چرا مختلط؟

چرا اضطراب به افسردگی منتهی می‌شود و افسردگی به اضطراب؟ البته زندگی کردن با اضطراب برای مدت زمان طولانی افسرده‌کننده است. اضطراب ممکن است باعث درد در عضلات شود، تمرکز حواس و توجه به مسائل پایین بیاید، قدرت تصمیم‌گیری کم شود و توانایی تجربه لذت و شادمانی کاهش یابد. چه کسی با چنین نشانه‌های مرضی و با گذشت زمان، افسردگی را تجربه نخواهد کرد؟ همین موضوع برای افسردگی نیز صدق می‌کند. با گذشت زمان، افراد میل و علاقه به لذت‌های حتی ساده و پیش‌پاافتاده را از دست می‌دهند، به غذا خوردن و داشتن رابطه جنسی بی‌علاقه می‌شوند و تماس‌های فردی کاهش می‌یابد و خواب، می‌تواند شدیداً برهم بخورد. یا به‌صورت دیگر، افسردگی می‌تواند باعث شود افراد سعی کنند خلأ درونی‌شان را با غذا، نوشیدنی (مشروبات) و روابط جنسی پر کنند. فقط می‌خواهید بخوابید. پس، محیط پیرامون کم‌کم شروع به اعتراض می‌کند. اعضای خانواده از اینکه چرا به اندازهٔ قبل کار نمی‌کنید و دیگر در برابر آن‌ها احساس مسئولیت ندارید، از شما دلخور می‌شوند. همکاران و مدیران از اینکه قدرت تولیدتان در کار کاهش یافته، عصبانی می‌شوند. افراد تمایلی به صحبت با شما ندارند زیرا بخش اعظم حرف‌هایتان منفی و بدبینانه است (گوتلیب و کوین، ۱۹۸۳). همان‌طور که می‌دانید، جهان‌تان از هم‌گسسته می‌شود. وقتی دیگران از ما خواسته‌ای دارند و احساس می‌کنیم قادر به انجام آن نیستیم، چه کسی می‌تواند مضطرب نشود؟ اضطراب و افسردگی مارپیچ‌های منفی هستند. یکی از آنها دیگری را به وجود می‌آورد به‌ویژه اگر یکی از آنها طولانی یا شدید باشد.

اختلالات اضطرابی

اضطراب و افسردگی، فرآیندهای ساده‌ای نیستند و هر دو، موضوع‌های پیچیده‌ای هستند. آنها برحسب جلوه‌های بیرونی (این جلوه‌های بیرونی در رفتار روزانه، از نگاه دیگران چگونه به نظر می‌رسد) و تجربه (در آگاهی شخصی، چگونه تصور می‌شود)، پیچیده‌اند. بسیاری از اختلالات اضطرابی در کتاب

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) - که انجیل بهداشت روانی است - فهرست بندی شده‌اند.

هراس^۱ و اضطراب اجتماعی^۲

بر اثر حملات هراس، وحشت، ترس شدید، تنگی نفس، تپش قلب و پیش‌بینی سرنوشت شوم یا از دست دادن کنترل خود را احساس خواهید کرد. این حملات غالباً فقط چند دقیقه طول می‌کشد اما آنقدر شدیدند که افراد در مورد احتمال وجود حملات بعدی، وسواس فکری پیدا می‌کنند و بنابراین دچار سندرم ترس از ترس می‌شوند که حملات ناشی از هراس را برای بیمار پیش‌بینی می‌کند. تخمین زده شده که حداکثر تا ۷۰٪ از بیماران دارای اختلال هراس، افسردگی اساسی را در برهه‌ای از زندگی تجربه می‌کنند (مکنالی، ۱۹۹۴) و اغلب اوقات دچار حملات وحشت‌زدگی نیز می‌شوند. در اختلال اضطراب اجتماعی، اضطراب به موقعیت‌ها و شرایط اجتماعی مرتبط است. هنگامی که منتظرید تا افراد ناآشنایی را ملاقات کنید، یا هنگامی که انتظار دارید مورد ارزیابی عمومی قرار گیرید (حتی اگر آن عموم، فقط یک نفر باشد) نشانه‌ها و علائم مرضی مشابه حملات ناشی از وحشت را احساس خواهید کرد. در اختلال اضطراب اجتماعی، فرد می‌آموزد که می‌تواند اضطرابش را به راحتی از طریق اجتناب از موقعیت‌ها و شرایط اجتماعی کنترل کند. آنها به این نتیجه می‌رسند برای اینکه اضطراب را تجربه نکنند، زندگی اجتماعی‌شان را محدود کنند.

ترس از مکان‌های باز^۳

ترس از مکان‌های باز یا آگورافوبیا، اختلالی جدا از حملات وحشت‌زدگی و اضطراب اجتماعی است. در مورد ترس از مکان‌های باز، فقط زمانی احساس امنیت می‌کنید که در محیط‌های مطمئن قرار دارید. هر بار که مکان امن در دسترس نباشد، اضطراب افزایش می‌یابد. فقط زمانی احساس خوب دارید که در خانه یا در اتومبیل هستید، هنگامی که پشت فرمان قرار دارید و درب‌های اتومبیل قفل نشده‌اند. فکر بودن در سینما، تئاتر تاریک (دور از درب‌های خروجی) غیرقابل تحمل است. هر کاری انجام می‌دهید تا در مکان‌های امتنان باقی بمانید و هر محیط جدید، چالشی برای شناسایی راه‌های فرار به وجود خواهد آورد و در آن محیط‌ها دچار وحشت و ترس می‌شوید. هر سفری که می‌خواهید بروید، محدود می‌شود زیرا با دوری از مکان امتنان، اضطراب افزایش می‌یابد. اگر ترس از مکان‌های باز درمان نشود، جغرافیای مکان امتنان کاهش پیدا می‌کند تا اینکه سرانجام مثل یک زندانی در خانه یا

1- Panic
2- Social Anxiety
3- Agoraphobia

اتاق خواب محبوس می‌شوید. ترس نهفته، مربوط به خود اضطراب است یعنی می‌ترسید که مجبور شوید تهوع، فوران آدرنالین که نظیر آن را هیچ‌کس نمی‌خواهد، قلب پرطپش و احساس سرنوشت شوم که شکست محض را پیش‌بینی می‌کند، تحمل کنید.

اختلال وسواس فکری- عملی^۱

اختلال وسواس فکری- عملی، اختلال اضطرابی شدیداً ناتوان‌کننده و پیچیده‌ای است. وسواس فکری یعنی فکری منفی و ناخواسته که درون ذهن شماست و به آن چسبیده است. این فکر می‌تواند کاملاً غیرمنطقی و نامعقول باشد و فرد غیرمعقول بودن و غیرمحمتمل بودن فکر منفی را قبول دارد. برای مثال، فکر می‌کنید اگر خانه را تمیز و عاری از میکروب نگه ندارید، فرزندان می‌میرد. این فکر اضطراب‌آور است (طپش قلب، تنگی نفس، گرفتگی عضلات گردن و پشت آنقدر شدید می‌شوند که باعث درد بدن و احتمالاً خشکی دهان و احساس تهوع خواهد شد). وسواس‌های عملی، معمولاً رفتاری، هستند و برای اینکه از رویداد پیش‌بینی شده بد، جلوگیری کنید، انجام می‌شود. برای مثال خانه را تمیز و مرتب نگه می‌دارید تا فرزندان نمیرد. زمانی که خانه را تمیز می‌کنید و دست‌ها را مانند یک جراح قبل از عمل جراحی می‌شوئید، می‌فهمید که اضطراب مرتبط با وسواس فکری کاهش پیدا کرده است. پس رفتار وسواس عملی (تمیز کردن خانه)، اضطراب مرتبط با وسواس فکری را کاهش می‌دهد (فکری که فرزندان خواهد مرد) و هر بار که این اتفاق روی می‌دهد (برای کاهش وسواس فکری، دست به وسواس عملی می‌زنید)، ارتباط میان این دو قوی‌تر می‌شود. به نیت کاهش وسواس فکری، میل به انجام وسواس عملی بیشتر می‌شود و بنابراین هر دوی آنها افزایش خواهند یافت.

اختلال فشار روانی پس از آسیب^۲

در *اختلال فشار روانی پس از آسیب*، رویداد تهدیدکننده بالقوه یا واقعی را در زندگی تجربه کرده‌اید. این رویداد می‌تواند حادثه رانندگی اتومبیل، سرقت، جنگ، تجاوز جنسی، یا تهدید زندگی یک دوست باشد (یا تماشای این رویدادها نظیر سرقت، مورد تجاوز قرار گرفتن یا حادثه مرگبار برای نزدیکان). بعد از رویداد، بارها و بارها آسیب را تجربه خواهید کرد، نظیر فیلم سینمایی ترسناک و بدی که برخلاف میلتان مداوم در برابرش قرار می‌گیرید. هر موضوعی که شما را به یاد آن رویداد بیاندازد، می‌تواند تجربه فشار اولین رویداد را بازگرداند. این یادآورها می‌توانند تصویر، مزه، صداها یا حتی لباس‌های مرتبط با آسیب نخست باشند. بیماری که اختلال روانی فشار پس از آسیب دارد، پیوسته ترس را به خاطر خواهد آورد و هر کاری انجام می‌دهد تا از تجربه مجدد احساس‌های بد جلوگیری

1- Obsessive-Compulsive Disorder

2- Post-traumatic Stress Disorder

کند. مانند بیمار دچار اختلال ناشی از حملات هراس، از هر رویدادی که اضطراب را برمی‌انگیزاند، اجتناب و فرار خواهید کرد. دنیایان، محدود و محدودتر می‌شود و کاملاً قابل‌درک است که افسردگی کم‌کم در رأس اضطراب قرار می‌گیرد.

اختلال اضطراب فراگیر^۱

اختلال اضطراب فراگیر نیز شامل تجربه اضطراب است (بی‌قراری، خستگی، کشیدگی عضله، تحریک‌پذیری، تپش قلب، تنگی نفس و به‌ویژه نگرانی) که با رویدادی خاص (مانند اختلال فشار پس از آسیب) یا الزاماً با رویدادهای اجتماعی ساده (مانند اختلال اضطراب اجتماعی) مرتبط نیست. به‌اندازه حملات ناشی از هراس، شدید یا کوتاه نیست و نسبتاً ارتباطی با مکان جغرافیایی آن ندارد (مانند هراس از مکان‌های باز). در مورد اختلال اضطراب فراگیر، دچار اضطرابی طولانی هستید که احتمالاً به خاطر نگرانی عمومی و پیش‌بینی منفی آینده است. با این اختلال، تصور می‌کنید مشکلی وجود دارد و نگرانید که آیا آن اتفاق در حال وقوع است یا در آینده اتفاق خواهد افتاد.

من فقط به اختلال‌های اضطرابی اصلی اشاره کردم اما حتی با این توضیح مختصر، می‌توانید ببینید که اختلال‌های اضطرابی پیچیده‌اند. آن‌ها می‌توانند علل مختلف، راه‌انداز و تأثیرهای متفاوتی روی افراد داشته باشند. در اختلال‌های اضطرابی، با فشاری بیشتر از فشارها و تنش‌های زندگی روزمره مواجه می‌شوید. با ناراحتی بدنی شدید به شکل کشیدگی عضلات، دمای ناراحت‌کننده بدن، بیماری معده و روده‌ای، تنگی نفس، خشکی دهان و تعریق بیش‌ازحد بدن مواجه می‌شوید و تمام این نشانه‌ها و علائم مرضی دشوار به موارد «واقعی» لحظه‌حال زندگی مرتبط نیستند. اما اضطراب شما واقعی و دردناک است و می‌تواند مدت زمان طولانی ادامه یابد. این موضوع به افسرده شدن می‌انجامد.

اختلالات افسردگی

افسردگی نظیر اختلال‌های اضطرابی می‌تواند ناتوان‌کننده و حتی گاهی اوقات بدتر باشد. اختلال‌های افسردگی را که کارشناسان بهداشت روانی آن را اختلال‌های خلقی می‌نامند، می‌توان به سه گروه بزرگ تفکیک کرد: اختلال افسردگی اساسی، اختلال دوقطبی، و اختلال افسرده‌خویی.

اختلال افسردگی اساسی^۲

اختلال افسردگی اساسی همان چیزی است که بسیاری از افراد هنگام فکر کردن به افسردگی، آن را تصور می‌کنند: دائماً گریه کردن، بی‌علاقگی، کاهش یا افزایش وزن، ناتوانی برای به خواب رفتن یا

1- Generalized Anxiety Disorder
2- Major Depressive Disorder

میل زیاد به خوابیدن، از دست دادن انرژی و ابتکار عمل، احساس بی‌ارزشی و گناه کردن، ناتوانی برای تمرکز روی یک موضوع، کاهش احساس یا دچار دلشوره شدن، افکار مرگ یا خودکشی داشتن، تحریک‌پذیری، احساس پوچی و احساس ناامیدی کردن.

کارشناسان آن را افسردگی «بالینی» می‌نامند زیرا بسیاری از اوقات، فرد احساس بی‌ارزشی یا غمگین بودن را گزارش نخواهد داد اما تمام علائم و نشانه‌های دیگر افسردگی (مانند اختلال خواب، بی‌علاقگی به مسائل جنسی، بی‌اشتهایی و از دست دادن توان و انرژی) را بدون آگاهی از مؤلفه‌های احساسی (مانند حالت درد روانی، ناامیدی، بی‌پناهی، افکار خودکشی و بدبینی شدید) آشکار خواهد ساخت. فرد افسرده است اما از آن بی‌اطلاع است.

اختلالات دوقطبی^۱

اختلال دوقطبی، تمام یا بسیاری از ویژگی‌های اختلال افسردگی اساسی را دارد اما در دوره‌های زمانی، فرد بین غم و خوشی زیاد، از دست دادن انرژی و شیدایی، بلندپروازی، پرنرژی بودن، عصبانیت یا تحریک‌پذیری خواهد بود. با گذشت زمان، دو قطب انرژی و خمودگی، غم و عصبانیت، نداشتن ابتکار عمل و بیش‌فعالی، ناتوانی برای کار کردن و ناتوانی برای متوقف ساختن کار، خجالت‌زدگی و قدرت خیلی زیاد (همراه با پرخاشگری و تحریک‌پذیری و شور و شعف بی‌دلیل) به‌صورت چرخه‌ای می‌آیند و می‌روند.

در اختلال ادواری خوبی^۲ (برادر کوچک اختلال دوقطبی) تماس با خود واقعی‌تان را از دست نمی‌دهید اما وارد چرخه‌های بی‌انرژی بودن و انرژی زیاد داشتن می‌شوید. در اختلال ادواری خوبی، علائم و نشانه‌ها، اختلال دوقطبی را نشان نمی‌دهد اما تغییرپذیری در خلق، چشمگیر است و با توانایی عملکرد بهینه در محیط تداخل دارد.

اختلالات دوقطبی به‌عنوان عدم تعادل عصب - شیمیایی در نظر گرفته می‌شوند و بسیاری از شواهد تأیید می‌کنند که اختلالات دوقطبی از طریق ژنتیک به ارث می‌رسند. این حقیقت که اختلالات دوقطبی اساس عصب - شیمیایی دارند، آنها را گیج‌کننده‌تر می‌سازد. احساس‌های شدیدی را تجربه می‌کنید اما به‌راحتی نمی‌توانید تشخیص دهید که آیا این احساسات بر اساس رویداد محیطی ضمنی است یا بازتاب مستقیم عدم تعادل شیمیایی. اختلالات دوقطبی بیشتر از اختلالات دیگر باعث می‌شود تا به هیجان‌های خود اعتماد نکنید (از آنجایی که گاهی اوقات بدون هیچ اتفاقی در محیط، احساس‌های شدیدی را تجربه می‌کنید).

1- Bipolar Disorder
2- Cyclothymic disorder

اختلال افسرده خویی^۱

در *اختلال افسرده خویی*، فشار کامل یک دوره افسردگی اساسی را که در آن، انجام فعالیت یا انگیزه برای هر کاری تقریباً غیرممکن است، احساس نمی‌کنید. اما اختلال افسرده خویی باعث می‌شود تا زندگی مثل کشمکشی دائمی احساس شود، کشمکشی که برای مدت زمان طولانی ادامه یافته است. بدبینی، نداشتن انرژی و ناامیدی امری طبیعی شده و با این امور آنقدر خو گرفته‌اید که هر کار دیگری ظاهراً غریب و ناآشنا به نظر می‌رسد.

اضطراب و افسردگی مختلط

اختلال‌های اضطراب و افسردگی پیچیده‌اند و متأسفانه، شایع نیز هستند. انجمن اختلالات اضطرابی آمریکا (۲۰۰۳) تخمین می‌زند که ۱۹ میلیون نفر ساکن آمریکا دچار یک اختلال اضطرابی قابل تشخیص هستند و بیماری آنها آنقدر شدید است که به درمان نیاز دارند (نه فقط افراد پرمشغله و تحت فشار که وقت سر خارانند ندارند) و مؤسسه ملی بهداشت روانی (۲۰۰۳) تخمین می‌زند که به همان تعداد نیز دچار یک اختلال خلقی آنقدر شدید هستند که درمان نیاز دارند. بیست‌وشش درصد از زنان بزرگسال و دوازده درصد از مردان بزرگسال دچار یک دوره افسردگی در طی عمرشان خواهند شد (مؤسسه ملی بهداشت، ۱۹۹۱). سال‌هاست که می‌دانیم اختلال‌های افسردگی و اضطراب می‌توانند با همدیگر ترکیب یا با همدیگر تجربه شوند (براون، آنتونی و بارلو، ۱۹۹۵؛ کلونینگر و مسر، ۱۹۹۰). در حقیقت، افراد دچار اضطراب و افسردگی مختلط آنقدر زیادند که زین‌برگ و همکارانش (۱۹۹۴) پیشنهاد دادند برای توصیف این موضوع، تشخیصی کاملاً جدید را باید مطرح کرد (اختلال اضطراب-افسردگی مختلط).

نقش دارودرمانی

تأکید این کتاب بر روش‌های روان‌شناختی است که در درمان این اختلال‌ها مؤثرند. در حال حاضر، شواهد علمی و تجربی فراوانی وجود دارد که نشان می‌دهد مداخله‌های روان‌شناختی برای درمان افسردگی، اضطراب و بسیاری از اختلال‌های هیجانی مؤثرند (سلیگمن، ۱۹۹۵a & b). این مداخلات محیط امنی را به وجود می‌آورند که در آن، می‌توانید با روشی به‌جز اجتناب، برای چگونگی کاهش تنش روانی و جلوگیری از احساس وحشت آموزش ببینید و از راه تغییر افکار و تأثیر مستقیم روی هیجان‌ها، با هیجان‌های پیچیده مواجه شوید. ولی اگر من به استثناها اشاره نمی‌کردم، فراموش کار بودم. شواهد فراوانی وجود دارند که برخی اختلال‌های هیجانی مستلزم دارودرمانی نیز هست. افرادی که

1- Dysthymic Disorder

اختلال دوقطبی (رزبام و آستین، ۲۰۰۰) یا موارد شدید اختلال وسواس فکری- عملی دارند، به دارودرمانی نیاز دارند. روش‌های روان‌شناختی (نظیر روش‌های ارائه شده در این کتاب) می‌توانند کمک فراوانی به بهبود واکنش در برابر این اختلال‌ها کنند اما فرآیند نهفته‌ای را که باعث این گروه اختلال‌ها می‌شود، درمان نمی‌کنند یا نمی‌توانند درمان کنند. متأسفانه، دارودرمانی نیز نمی‌تواند کاملاً آنها را معالجه کند. اما دارودرمانی بهترین امید را به کاهش علائم و نشانه‌های مرضی می‌دهد تا زندگی دوباره قابل تحمل شود.

اختلال دوقطبی

در اختلال دوقطبی، تناوبی میان افت‌وخیز احساس‌ها وجود دارد. تشخیص به‌کاررفته به‌عنوان اختلال افسردگی - شیدایی^۱ نامیده می‌شود اما این اسم مردم را گیج می‌کند زیرا شیدایی به سنگولی (احساس‌های افراطی و نامتناسب) اشاره می‌کند و در حقیقت، فاز بالای اختلال دوقطبی به‌صورت خشم، تحریک‌پذیری و پریشانی آشکار می‌شود (پس احساس سنگولی نیست، زیرا بسیاری از ما آن را خواهیم داشت). در اختلال دوقطبی کمبود زیستی باعث عدم تنظیم هیجان است. برخی محققین بر این باورند که بین اختلالات دوقطبی و اختلالات تشنجی^۲ رابطه وجود دارد زیرا بسیاری از روش‌های دارودرمانی هر دو را به‌طور مؤثر می‌تواند درمان کند. ما به‌طور کامل نمی‌دانیم فرآیندهای بیولوژیکی اختلال‌های دوقطبی چیست اما می‌دانیم که افراد معدودی می‌توانند به‌طور مؤثر زندگی‌شان را بدون کمک گرفتن از دارودرمانی، همان‌طوری که دوست دارند، اداره کنند.

البته، مقاله‌ها و کتاب‌های تحقیقی دیدگاه‌های مختلفی را بیان می‌کنند. برخی محققین استدلال می‌کنند رویکردهای روان‌درمانی باید به درمان دارویی بیماران دچار اختلال دوقطبی افزوده شود (هوکسلی، پاریک و بالدسارینی، ۲۰۰۰ و وازکوزه ریواز و دیگران، ۲۰۰۲) ولی محققین دیگر استدلال می‌آورند که روش‌های روان‌شناختی به تنهایی به‌اندازه درمان دارودرمانی مؤثر واقع می‌شوند (باسکو، ۲۰۰۰ و رزبام و آستین، ۲۰۰۰).

اختلال وسواس فکری- عملی

در اختلال وسواس فکری- عملی (OCD)، احساس اضطراب شدید می‌کنید مگر اینکه برخی کارها را با روش‌های خاصی انجام دهید. رفتارهای خیلی خرافاتی (رفتارهای غیرمنطقی که به‌صورت ذهنی یا بیرونی انجام می‌دهید) دارید و مجبورید آنها را بارها تکرار کنید. این رفتارها با زندگی عادی تداخل پیدا می‌کنند زیرا آنها یک سری اعمال را به وجود می‌آورند که برای احساس نرمال بودن،

1- Manic-Depressive Disorder
2- Seizure Disorder

مجبورید این کارها را انجام دهید و به این ترتیب زندگی غیرقابل کنترل می‌شود. برخی افراد، علائم و نشانه‌های مرضی که در زندگی عادی تداخل ایجاد می‌کند و باعث درد هیجانی می‌شود را دارند اما هنوز می‌توانند عملکرد عادی خود را داشته باشند. این افراد می‌توانند فقط از تکنیک‌های رفتاری برای حل این مشکلات استفاده کنند (کولار و بجانین، ۲۰۰۱). ولی اگر علائم و نشانه‌های وسواس آنقدر شدید است که تلاش برای استفاده از استراتژی‌های رفتاری به تنهایی سخت و رنج‌آور است، افزودن دارودرمانی به برنامه درمان، کاری عاقلانه است.

وسواس ملایم تا متوسط را می‌توان بدون دارودرمانی مداوا کرد (کولار و اسوتیر، ۲۰۰۱). شدت علائم و نشانه‌ها و اینکه چقدر عملکرد روزمره را مختل می‌سازند، تعیین می‌کند که آیا می‌خواهید شیوه‌های روان‌شناختی و رفتاری را بدون دارودرمانی امتحان کنید یا نه؟ برخلاف اینکه این کتاب استراتژی‌های روان‌شناختی را برای افسردگی و اضطراب توصیه می‌کند ولی اگر علائم و نشانه‌هایی دارید که نمی‌توانید به محیط و استراتژی‌های روان‌شناختی، پاسخ مناسب بدهید، توصیه می‌کنم به روان‌پزشک مراجعه کنید. او نیز مانند یک روان‌شناس، برای کمک به کاهش رنج هیجانی، هرگونه ابزاری را در اختیارتان قرار می‌دهد.

اضطراب فراگیر

بسیاری از اختلال‌های اضطرابی بدون دارودرمانی به بهترین وجه درمان می‌شوند. چرا؟ بنزودیازپین‌ها یا داروهای ضد اضطراب در حقیقت فقط در حکم چسب زخم هستند. آنها علائم و نشانه‌های مرضی را کاهش می‌دهند، بدون اینکه اختلال نهفته را مداوا کنند. علاوه بر این، آنها وابستگی ایجاد می‌کنند. در صورتی که مدت زمان طولانی از این داروها استفاده کنید، در حقیقت وابستگی تان را درمان می‌کنید نه اینکه اختلال اضطرابی را. برخی اختلال‌های اضطرابی نظیر اختلال وحشت‌زدگی، در کوتاه‌مدت می‌تواند به دارودرمانی عکس‌العمل خیلی خوبی نشان دهد تا از شدت نشانه‌ها و علائم مرضی کاسته شود و سپس اقدامات روان‌شناختی انجام گیرد (هلدت و دیگران، ۲۰۰۳). نشان داده شده است که هر دو روش دارودرمانی و درمان روان‌شناختی برای اختلال اضطراب فراگیر مؤثر واقع می‌شوند (گرم، ۲۰۰۳). برخی داده‌ها نشان می‌دهد که دارودرمانی بر درمان‌های روان‌شناختی در درمان ترس‌های خاص (فوبیها) برتری دارد (تایلر و فدوروف، ۲۰۰۱).

افسردگی

در مورد افسردگی چگونه؟ برای غلبه بر درماندگی، ناامیدی و احساس انرژی نداشتن که با این اختلال همراه است، آیا به دارودرمانی نیاز است؟ پاسخ در شدت افسردگی مستتر است. اگر به