

فهرست مطالب

سخن مترجمان.....	۹
پیش‌گفتار این مجموعه کتاب‌ها.....	۱۱
تقدیر و تشکر.....	۱۲

بخش اول: مفهوم‌سازی و ارزیابی

فصل ۱: مروری بر اختلالات اضطرابی.....	۱۷
فصل ۲: CBT برای اختلالات اضطرابی.....	۳۴
فصل ۳: سنجش اختلالات اضطرابی.....	۵۲
فصل ۴: مفهوم‌سازی مورد و برنامه‌ریزی درمان.....	۷۹

بخش ۲: درمان اختلالات اضطرابی

فصل ۵: آموزش روانی مراجع.....	۹۳
فصل ۶: ابزارهای شناختی.....	۱۱۰
فصل ۷: مواجهه واقعی.....	۱۲۴
فصل ۸: مواجهه تجسمی.....	۱۴۱
فصل ۹: سایر تکنیک‌های CBT.....	۱۵۶
فصل ۱۰: خاتمه و پیشگیری از عود.....	۱۷۷

بخش ۳: سایر موضوعات و ملاحظات درمانی

فصل ۱۱: سایر رویکردهای درمانی.....	۱۹۵
فصل ۱۲: درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات اضطرابی.....	۲۰۸
فصل ۱۳: مشورت و همکاری با متخصصین رشته‌های دیگر.....	۲۲۹
فصل ۱۴: گروه‌درمانی، خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی.....	۲۴۳
فصل ۱۵: نظارت.....	۲۵۷
فصل ۱۶: ده نگرانی و چالش درمانگر در درمان اضطراب.....	۲۶۷
ضمیمه.....	۲۸۱

۲۸۳ واژه‌نامه انگلیسی به فارسی

۲۸۵ واژه‌نامه فارسی به انگلیسی

سخن مترجمان

در چند سال اخیر کتاب‌های متعدد و ارزشمندی توسط متخصصین روان‌شناسی و روان‌پزشکی ترجمه و یا تألیف شده است، ولی نیاز به وجود اثری که بتواند به‌طور فشرده تکنیک‌های درمانی اثربخش و مبتنی بر پژوهش و تجارب بالینی را به خوانندگان معرفی کند بسیار احساس می‌شد. برای پاسخ‌گویی به این نیاز کتاب اختلالات اضطرابی از مجموعه کتاب‌های راهنماهای فشرده و ایلی برای سلامت روان تألیف لارینا کیس و دبورا روث لدلی توسط مترجمان مناسب تشخیص داده شد و تصمیم به ترجمه آن گرفته شد. اگرچه در زمان تألیف و ترجمه کتاب، چهارمین نسخه راهنمای آماری تشخیصی اختلالات روانی مورد استفاده درمانگران این حوزه بود و کتاب هم بر اساس آن به بحث در خصوص اختلالات اضطرابی پرداخته است و در DSM-5 اندکی تغییرات در این‌باره انجام شده است، اما مباحث اساسی و به‌ویژه مفهوم‌سازی مورد، ارایه کیس‌های واقعی و کاربردی بودن روش‌ها و توضیح مفصل شیوه به‌کارگیری روش‌های درمانی از امتیازات مهم این اثر بوده و بر اساس همین امتیاز، این‌گونه تشخیص داده شد که کتاب حاضر ترجمه و در اختیار خوانندگان محترم قرار گیرد.

در ترجمه این اثر ضمن پایبندی به رعایت امانت و تلاش جهت روان بودن آن، از دقت نظر و حساسیت مناسب همکاران در انتشارات ارجمند به‌ویژه راهنمایی‌های ارزشمند جناب آقای دکتر ارجمند بسیار بهره‌گرفتیم و در اینجا از زحمات همه آنها در چاپ کتاب حاضر تشکر نموده و توفیق روزافزون را از خداوند متعال برای تلاش‌های خالصانه آنان در جهت ارتقاء دانش علمی جامعه روان‌شناسی و روان‌پزشکی و سلامت روان مردم عزیز ایران خواستار هستیم.

دکتر یوسف گرجی

فریبا حسینی

مهر ۱۳۹۵

پیش‌گفتار این مجموعه کتاب‌ها

راهنماهای فشرده و ایلی برای سلامت روان زمینه‌ای را برای متخصصین این حوزه فراهم می‌کنند تا مرور بسیار آسانی روی ماهیت و درمان اختلالات روانی داشته باشند. هر یک از کتاب‌های این سری، خاستگاه‌ها، تظاهرات و سیر یک اختلال رایج را مشخص می‌کنند و مراحل و روندهای مؤثر برای درمان آن را توضیح می‌دهند. مؤلفین این کتاب‌ها با تکیه بر پژوهش‌های مربوطه و همچنین تخصص بالینی‌شان، این مطالب را هم بر حسب یافته‌های تجربی و هم چیزهایی که از تجربیات عملی خودشان به دست آمده گردآوری کرده‌اند. با دستیابی به این اختصارها، بدون از دست دادن کلیت و جامعیت آنها، راهنماهای فشرده به عنوان یک منبع در دسترس برای پاسخ‌گویی به سؤالات روزانه کارورزان، بسیار مفید و ثمربخش هستند. همچنین این سری کتاب‌ها برای دانشجویان و متخصصین به عنوان فشرده‌ای از جدیدترین تکنولوژی‌ها در زمینه آسیب‌شناسی روانی، تشخیص و درمان انواع اختلالات روانی بسیار باارزش هستند.

اروینگ، بی، وینر

تقدیر و تشکر

ما هر دو دوست داریم که در ابتدا و قبل از همه از بیماران بی‌شمار مبتلا به اختلالات اضطرابی که تحت درمان ما بودند تشکر کنیم. ما بی‌نهایت از کارمان لذت بردیم و در تعاملات مان با هر بیمار چیزهای جدیدی یاد گرفتیم. همچنین دوست داریم که از کلیه کارمندان و هیأت علمی مرکز درمان و مطالعه اضطراب در دانشگاه پنسیلوانیا یعنی جایی که ما همدیگر را ملاقات کردیم و با یکدیگر کار کردیم تشکر کنیم. قدردانی ویژه مان را نسبت به ادنا فوآ، شاون کاهیل، کلی کرستمن، مارتی فرانکلین، لیب همبری، جاناتان هوپرت، پت ایمز، مایلز لاورنس، کیت مولر، شیلا راج، سیمون رگو، دیو ریگز و النا یادین برای آموزش بینش‌های بالینی و دوستی‌های ارزشمندشان اعلام می‌داریم. ما همچنین بسیار خرسند هستیم که در CTSA کار نظارت بسیاری از کارآموزان را بر عهده داشتیم و تشکر ویژه خود را نسبت به جولی مک گاورن اظهار می‌داریم، کسی که بیشتر از آنچه ما به او آموزش بدهیم به ما در مورد کار با کودکان یاد داد. به‌تازگی نیز از نظارت همکارانه لین سیکوایلند و تامار چامسکی لذت بردیم.

از ویراستار خودمان دیوید اس برنشتاین در انتشارات وایلی نیز قدردانی می‌کنیم. همچنین از ویراستار سری کتاب‌های راهنماهای فشرده وایلی برای سلامت روان، اروینگ بی وینر به خاطر پیشنهادات و حمایت دلسوزانه‌اش برای این کتاب تشکر می‌کنیم.

دبورا مایل است از مارتی آنتونی که اولین کسی بود که علاقه او را به اختلالات اضطرابی برانگیخت و ریک هایمبرگ که یک همکار و مربی عالی در طی سالیان متمادی بود تشکر کند. لارینا نیز تمایل دارد که از ناظرین عالی و شگفت‌انگیزش به‌خصوص آنهایی که در زمان کارورزی به او کمک کردند یعنی نانسی تالبوت، شارون گوردون، دبورا کینگ، دنیس فولی و مارک لارسون که مشوق او در رسیدن به رؤیای تخصص در درمان شناختی‌رفتاری اختلالات اضطرابی بود تشکر و قدردانی کند.

بخش اول

مفهوم سازی و ارزیابی

فصل ۱

مروری بر اختلالات اضطرابی

تعریف اختلالات اضطرابی

در چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی (DSM-IV^۱، انجمن روان‌پزشکی آمریکا ۱۹۹۴) هفت اختلال اضطرابی منظور شده است: اختلال وحشت‌زدگی، هراس اختصاصی، هراس اجتماعی (که تحت عنوان اختلال اضطراب اجتماعی نیز شناخته شده است)، اختلال وسواسی - اجباری (OCD^۲)، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال استرس پس از ضربه (PTSD^۳) و اختلال استرس حاد. در این فصل، این اختلالات توضیح داده خواهند شد و یک توصیف موردی از هر کدام ارائه خواهد شد. از این موارد در فصل‌های بعدی این کتاب برای توضیح تکنیک‌های درمانی نیز استفاده خواهد شد. این فصل با توضیحی در مورد تشخیص افتراقی (اینکه چگونه یک اختلال اضطرابی از اختلال اضطرابی دیگر و از سایر اختلالات متمایز می‌شود)، بیماری توأم (کدام اختلالات با هر کدام از اختلالات اضطرابی به‌طور هم‌زمان اتفاق می‌افتند) و شیوع اختلالات اضطرابی به پایان می‌رسد.

حملات وحشت‌زدگی، گذرهراسی و اختلال وحشت‌زدگی

حملات وحشت‌زدگی

مشخصه اختلال وحشت‌زدگی حملات مکرر و غیر قابل انتظار (غیر قابل پیش‌بینی) وحشت‌زدگی است. قبل از توصیف مفصل اختلال وحشت‌زدگی، تعریف حملات وحشت‌زدگی دارای اهمیت است. حمله وحشت‌زدگی یک تجربه است نه یک اختلال روان‌پزشکی. تجربه حملات وحشت‌زدگی در درجه اول با اختلال وحشت‌زدگی در ارتباط است، اما در حقیقت، حملات وحشت‌زدگی را می‌توان حول طیف

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, fourth edition
2. Obsessive-Compulsive Disorder
3. Posttraumatic Stress Disorder

۴. تغییرات صورت گرفته در DSM-5 در ضمیمه آورده شده است.

اختلالات اضطرابی مشاهده کرد. یک حمله وحشت‌زدگی با دوره‌ای از ترس که در طی آن شخص حداقل چهار نشانه وحشت‌زدگی را تجربه می‌کند مشخص می‌شود. این نشانه‌ها به‌طور ناگهانی بروز می‌کنند و در عرض ده دقیقه به اوج می‌رسند. البته بدین معنی نیست که حمله وحشت‌زدگی به‌طور کامل در این ۱۰ دقیقه تمام می‌شود، بلکه بدین معناست که این نشانه‌ها با شدت و سرعت زیادی به اوج می‌رسند و سپس به تدریج فروکش می‌کنند. نشانه‌های حملات وحشت‌زدگی در جدول ۱-۱ آمده است. نشانه‌های حملات وحشت‌زدگی را می‌توان شامل نشانه‌های قلبی-عروقی و تنفسی مثل تپش قلب و نفس‌زدن، نشانه‌های معدی-روده‌ای مثل تهوع و ناراحتی‌های شکمی و نشانه‌های شناختی مثل ترس از دست دادن کنترل خود یا دیوانه شدن دانست. برای بعضی از بیمارانی که حملات وحشت‌زدگی را تجربه می‌کنند، نشانه اصلی، حس مسخ واقعیت (احساس غیرواقعی بودن) یا مسخ شخصیت (احساس گسستگی از وجود خویش) است. درمانگران باید به این مسئله توجه داشته باشند که حملات وحشت‌زدگی می‌توانند از فردی به فرد دیگر متفاوت و متغیر باشند؛ بنابراین فقط چهار نشانه از این ۱۳ نشانه لازم است تا بتوان گفت که فرد دچار حملات وحشت‌زدگی شده است.

جدول ۱-۱

نشانه‌های حملات وحشت‌زدگی

یک دوره مشخص از ترس یا ناراحتی شدید که در آن حداقل چهار نشانه از نشانه‌های زیر به‌طور ناگهانی بروز کرده و در عرض ده دقیقه به اوج خود می‌رسند:

۱. تند زدن یا تپش قلب
۲. عرق کردن
۳. رعشه یا لرزش
۴. نفس‌زدن
۵. احساس خفگی
۶. احساس درد یا ناراحتی در سینه
۷. تهوع یا ناراحتی شکمی
۸. احساس گیجی، سستی، یا غش
۹. احساس غیرواقعی بودن یا گسستگی
۱۰. مورمور شدن یا احساس کرختی (به‌طور معمول در دست‌ها و پاها)
۱۱. احساس تب و لرز
۱۲. ترس از دیوانه شدن یا از دست دادن کنترل
۱۳. ترس از مردن

منبع: DSM-IV (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴).

گذرهراسی یا ترس از فضای باز

گذرهراسی نیز مثل حملات وحشت‌زدگی در بخش اختلالات اضطرابی DSM آمده است، اما یک اختلال (مشخص) نیست. گذرهراسی، ترس و اضطراب از حضور در مکان‌ها یا موقعیت‌های خاصی

است که ممکن است گریز از آن مشکل باشد یا در صورت وقوع حمله وحشت‌زدگی یا نشانه‌های شبه وحشت‌زدگی امکان اخذ کمک وجود نداشته باشد.

موقعیت‌های شایع گذرهراسی مشتمل بر استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی، رفتن به سینما، تنها بودن در خارج از منزل و رفتن بین جمعیت به‌تنهایی است. گذرهراسی منجر به اجتناب از این‌گونه موقعیت‌ها می‌شود و در غیر این صورت فرد دچار ناراحتی بسیار زیادی می‌شود.

اختلال وحشت‌زدگی

با توجه به تعریف حملات وحشت‌زدگی و گذرهراسی، جای آن دارد که به معیارهای تشخیصی اختلال وحشت‌زدگی، اختلالی که ارتباط زیادی با این تجربیات دارد، برگردیم (در جدول ۱-۲ خلاصه‌ای از این معیارهای تشخیصی را می‌توانید مشاهده کنید). اختلال وحشت‌زدگی با حملات مکرر و غیر قابل پیش‌بینی وحشت‌زدگی مشخص می‌شود.

جدول ۱-۲

خلاصه‌ای از معیارهای تشخیصی برای اختلال وحشت‌زدگی

- تعریف مشخصه‌ها: حملات مکرر و غیر قابل انتظار وحشت‌زدگی (به جدول ۱-۱ مراجعه کنید)
- و:
- یکی از موارد زیر (برای یک ماه یا بیشتر):
 - نگرانی در مورد وقوع حملات دیگر
 - نگرانی در مورد پیامدهای وقوع حملات (برای مثال، وقوع یک حمله قلبی یا دیوانه شدن)
 - تغییر در رفتارهای مرتبط با حملات (برای مثال، دیگر ورزش نمی‌کند، فیلم‌های ترسناک نمی‌بیند، رابطه جنسی ندارد و نوشیدنی‌های کافئین‌دار نمی‌نوشد و غیره)
- ناشی از عوامل عضوی نیست (برای مثال مشکلات پزشکی، استفاده از مواد).
- توسط سایر اختلالات به‌صورت بهتری توجیه نشود.

منبع DSM-IV (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴)

در DSM واژه «مکرر» به دو یا چند حمله غیر قابل پیش‌بینی وحشت‌زدگی اشاره دارد. هنگامی که بیماران از قبل گاه‌گاهی دچار حملات وحشت‌زدگی شده باشند، ممکن است غیر قابل پیش‌بینی بودن حملات را انکار نمایند؛ زیرا حملات غیر قابل پیش‌بینی به‌طور معمول در مراحل اولیه در این اختلال روی می‌دهند. به‌تدریج بیماران حملات وحشت‌زدگی را با موقعیت‌های ویژه مرتبط می‌کنند (تداعی می‌کنند). برای مثال، یک بیمار ممکن است یک حمله وحشت‌زدگی غیرمنتظره در سوپرمارکت داشته باشد و بعدازآن از این بترسد که حملات وحشت‌زدگی دیگری در سوپرمارکت به او دست دهد. درواقع این انتظار می‌تواند باعث بروز حملات شود زیرا بیماران به موقعیتی وارد می‌شوند که پیشتر احساس اضطراب داشته‌اند و این، گوش‌به‌زنگی بالایی را برای حالت فیزیکی و درونی آنها فراهم

می‌کند. اغلب هنگامی که یک بیمار برای درمان مراجعه می‌کند گزارش می‌دهد که همه حملات وحشت‌زدگی او با نشانه یا قابل‌انتظار بوده‌اند (برای مثال، من همیشه در سوپرمارکت و بانک دچار حملات وحشت‌زدگی می‌شوم). درمانگر باید بررسی کند که آیا آنها تاکنون یک حمله «غیر قابل پیش‌بینی» را به‌ویژه هنگامی که برای دفعه اول حملات وحشت‌زدگی به آنها دست داده، تجربه کرده‌اند یا نه. اکثر آنها خواهند گفت که اولین حملات‌شان در واقع غیر قابل‌انتظار و غیرمنتظره بوده‌اند.

DSM همچنین تأکید دارد که حداقل یک حمله وحشت‌زدگی باید ماهی یک‌بار یا بیشتر به همراه احساس نگرانی زیاد راجع به وقوع حملات بعدی، نگرانی در مورد پیامدهای حملات (برای مثال، نگرانی در مورد یک حمله قلبی یا دیوانه شدن)، یا تغییر در رفتار در نتیجه حملات (برای مثال اجتناب از رفتن به سوپرمارکت) باشد. بعضی از این تغییرات رفتاری مبهم و نامحسوس هستند، مثل کسی که دیگر کافئین نمی‌نوشد، رابطه جنسی ندارد یا به‌راحتی فیلم‌های ترسناک نمی‌بیند، زیرا انجام این کارها همان حس فیزیکی که حین حملات وحشت‌زدگی به آنها دست می‌داده را به آنها القاء می‌کند.

لازم است تا هرگونه علت فیزیولوژیکی برای نشانه‌های وحشت‌زدگی رد شوند، چراکه نشانه‌های وحشت‌زدگی می‌توانند با مشکلات پزشکی متعددی مثل پرکاری تیروئید، یا با استفاده از مواد، مثل کافئین یا ماری‌جوآنا همراه شوند. به بیمارانی که هرگز مشکلات اضطرابی نداشته‌اند توصیه می‌شود تا برای معاینه پزشکی کامل جهت رد هرگونه مشکل پزشکی به پزشک مخصوص‌شان مراجعه کنند. البته هنگامی که بیماران مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی برای معاینه نزد یک متخصص سلامت روان می‌روند، اغلب پیش از این برای معاینه پزشکی - برای چندین بار متوالی - مراجعه کرده‌اند. به خاطر اینکه بیماران اغلب هنگامی که برای اولین بار حملات وحشت‌زدگی را تجربه می‌کنند، فکر می‌کنند که دچار حمله قلبی شده‌اند و غیرمعمول هم نیست که آنها در ابتدا به اورژانس مراجعه می‌کنند. وقتی که خطر مشکلات قلبی منتفی شد، بسیاری از پزشکان حاذق بیان می‌دارند که ممکن است دلیل این مشکلات و ناراحتی‌ها اضطراب باشد و بنابراین به بیمار توصیه می‌کنند به یک متخصص سلامت روان مراجعه کند. اختلال وحشت‌زدگی را می‌توان با یا بدون گذرهراسی تشخیص داد. درمانگران به این نکته توجه دارند که تشخیص اختلال وحشت‌زدگی با گذرهراسی هنگامی اتفاق می‌افتد که (۱) بیماران به دلیل ترس درونی از حمله وحشت‌زدگی از موقعیت‌ها اجتناب می‌کنند، (۲) این موقعیت‌ها را با حالت ناراحتی بسیار زیاد تحمل می‌کنند و یا (۳) با یک شخص مطمئن یا پرداختن به رفتارهای ایمنی‌بخش مثل همراه داشتن داروی ضد اضطراب، نشستن نزدیک درب خروج یا در دسترس داشتن یک دستگاه تلفن به این موقعیت‌ها وارد می‌شوند. جای تعجب نیست که اکثر بیماران مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی حداقل یک گذرهراسی ضعیف نیز داشته باشند. (وایت و بارلو، ۲۰۰۲)

مثال موردی: افتلال وحشت‌زدگی با گذرهراسی

سوزان یک مادر ۳۰ ساله بود که یک پسر کوچک داشت. او اولین حمله وحشت‌زدگی خود را چند

ماه بعد از به دنیا آوردن پسرش تجربه کرد. او در آن زمان با پسرش تنها در خانه بود و یک روز پر از استرس داشت. بچه بی‌قرار بود و نه چیزی می‌خورد و نه می‌خوابید. سوزان خسته و نگران بود. ناگهان بسیار گیج و منگ شد، احساس تپش قلب پیدا کرد و در قفسه سینه‌اش احساس درد و فشار داشت. بسیار وحشت کرد و فکر کرد که دارد دیوانه می‌شود. برادرش اسکیزوفرنی داشت و لذا نگران بود که او نیز دچار این اختلال شود. سوزان به همسرش که سر کار بود زنگ زد و او به خانه آمد و سوزان را به اورژانس برد. بعد از معاینه کامل، سوزان به نظر سالم آمد و به او توصیه شد تا کافئین و سیگار را کنار بگذارد (او بسیار چای می‌نوشید و روزانه دو بسته سیگار می‌کشید)، سعی کند که در خانه استراحت بیشتری داشته باشد. در حدود یک هفته بعد، سوزان پسرش را به سوپرمارکت برد و احساس کرد که لامپ‌های فلورسنت بسیار اذیت‌کننده‌اند و احساس اضطراب کرد. قبل از اینکه چیزی بفهمد دچار حمله وحشت‌زدگی دیگری شد و سبب خریدش را رها کرد و باعجله از مغازه بیرون دوید. در عرض ماه‌های دیگر، سوزان در جاهای مختلفی دچار حملات وحشت‌زدگی شد و حتی در خانه نیز این حملات شروع شدند. وقتی در خانه با پسرش تنها می‌ماند از ترس دیوانه شدن از مادرش می‌خواست که وقتی شوهرش به سر کار می‌رود به خانه آنها بیاید. به مرور زمان او حاضر به درمان شد، به‌طور کامل خانه‌نشین شده بود و چندین حمله وحشت‌زدگی را به‌طور روزانه تجربه می‌کرد. حتی زمانی که یک حمله وحشت‌زدگی فروکش می‌کرد او تمام‌روز را با یک اضطراب مزمن سطح پایین سر می‌کرد.

هراس اختصاصی و هراس اجتماعی

هراس اختصاصی

DSM-IV دو نوع هراس را در بر می‌گیرد: هراس اختصاصی و هراس اجتماعی. هراس اختصاصی با یک ترس مداوم و مشخص از یک شیء یا یک موقعیت ویژه تشخیص داده می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴، صفحه ۴۱۰، در جدول ۳-۱ می‌توانید خلاصه‌ای از این معیارهای تشخیصی را مشاهده کنید). فرق این هراس با یک هراس ساده و معمولی در این است که این ترس بیش‌ازحد یا غیرمنطقی است. این معیار برای کودکان کاربردی ندارد، اگرچه آنها نیز باید نشانه‌هایی از هراس اختصاصی را حداقل به مدت ۶ ماه به منظور متمایز ساختن یک هراس معنادار بالینی از ترس‌های گذرا و موقتی شایع دوران کودکی از خود نشان بدهند. هراس اختصاصی فقط وقتی تشخیص داده می‌شود که بیماران گزارش دهند که ترس آنان باعث ناراحتی بسیار زیاد یا اختلال در عملکردشان شده است. DSM-IV پنج زیرگروه را برای هراس اختصاصی در نظر می‌گیرد: نوع حیوانی، نوع محیط طبیعی (برای مثال، ترس از طوفان‌ها، آب، ارتفاع). نوع خون-تزریق-جراحی، نوع موقعیتی (برای مثال پرواز، رانندگی، انواع پل‌ها) و سایر موارد (برای مثال ترس از خفگی یا استفراغ و

غیره). هراس‌های شایع و رایج شامل ترس از ارتفاع، پرواز، بودن در مکان‌های بسته، طوفان‌ها، جانوران، خون و آب هستند (به جدول ۴-۱ مراجعه فرمایید، کورتیس، مگی، ایتون، ویچن و کسلر، ۱۹۹۸).

جدول ۳-۱

خلاصه‌ای از معیارهای تشخیصی برای هراس اختصاصی

- **تعریف مشخصه‌ها:** ترس مشخص و مداوم که بیش‌ازحد یا غیرمنطقی است و با حضور (پیش‌بینی) یک شیء یا موقعیت خاص بروز می‌کند.
 - فرد باید تقریباً هر دفعه که با محرک‌های ترس‌آور مواجه می‌شود اضطرابی را تجربه کند.
 - فرد باید تشخیص دهد که این ترس بیش‌ازحد یا غیرمنطقی است.
 - فرد باید از شیء ترس‌آور اجتناب کند یا مواجهه با آن را با اضطراب بسیار زیاد تجربه کند.
 - فرد باید به خاطر این ترس یا اجتناب، ناراحتی زیاد یا اختلال در عملکرد را تجربه کند.
 - فرد باید این ترس را برای بیش از ۶ ماه داشته باشد.
 - توسط سایر اختلالات به صورت بهتری توجیه نشود.
- انواع فرعی هراس اختصاصی:
- نوع حیوانی (برای مثال، ترس از انواع عنکبوت، سگ)
 - نوع محیط طبیعی (برای مثال، ترس از رعدوبرق، آب)
 - نوع خون-تزریق-جراحی (برای مثال، ترس از انواع تزریق، خونریزی کردن)
 - نوع موقعیتی (برای مثال، ترس از پرواز، رانندگی)
 - سایر موارد (برای مثال، ترس از خفگی یا استفراغ)

منبع: DSM-IV (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴)

جدول ۴-۱

شیوع هراس‌های اختصاصی شایع در طول عمر افراد

محرک‌ها	شیوع (%)
طوفان‌ها	۲/۹
آب	۳/۴
پرواز	۳/۵
مکان‌های بسته	۴/۲
خون	۴/۵
ارتفاعات	۵/۳
جانوران	۵/۷

منبع: کورتیس و همکاران (۱۹۹۸)

هراس اجتماعی

هراس اجتماعی معیارهای تشخیصی مشابهی با هراس اختصاصی دارد، اما کانون توجه این ترس روی موقعیت‌های اجتماعی و/ یا اجرایی است (برای معیارهای تشخیصی به جدول ۵-۱ مراجعه کنید). نگرانی اصلی بیماران دارای هراس اجتماعی این است که کاری انجام دهند یا چیزی بگویند که باعث خجالت شده (نشانه‌هایی از اضطراب مثل سرخ شدن، لرزیدن یا عرق کردن را از خود نشان دهند) و منجر به ارزیابی منفی دیگران از آنان شود. موقعیت‌های ترس‌آور رایجی که بیماران مبتلا به هراس اجتماعی با آن روبه‌رو هستند شامل شروع و ادامه مکالمه، صحبت کردن در جمع، انجام کارها جلوی افراد دیگر (برای مثال، خوردن، پر کردن فرم) و داشتن تقاضا از دیگران و تقاضای تغییر رفتار از دیگران است (به جدول ۶-۱ مراجعه فرماید). DSM-IV، درمانگران را ملزم می‌کند تا تشخیص دهند که آیا ترس‌های اجتماعی تعمیم‌یافته هستند. به این معنا که آیا فرد از اکثر موقعیت‌های اجتماعی می‌ترسد؟ در مقابل، بعضی از افراد دارای هراس اجتماعی، ترس‌های اجتماعی مجزا و مشخصی از قبیل ترس محدود از صحبت کردن در اجتماعات عمومی دارند.

بیماران دارای هراس اجتماعی تعمیم‌یافته نشانه‌های شدیدتری از هراس اجتماعی را تجربه می‌کنند و اختلال بیشتری در عملکردشان (مانوزا و همکاران، ۱۹۹۵) در مقایسه با ترس اجتماعی مشخص و مجزا تجربه می‌نمایند.

جدول ۵-۱

خلاصه‌ای از معیارهای تشخیصی برای هراس اجتماعی

- تعریف مشخصه‌ها: یک ترس مشخص و پایدار از یک یا چند موقعیت اجتماعی یا اجرایی که در آن فرد در معرض افراد ناآشنا یا نگاه موشکافانه احتمالی دیگران قرار می‌گیرد. فرد می‌ترسد که طوری عمل کند (نشانه‌هایی از اضطراب را از خود نشان دهد) که تحقیرآمیز یا خجالت‌آور باشد.
- فرد باید به‌طور نسبی هر دفعه که با موقعیت‌های اجتماعی یا اجرایی ترس‌آور مواجه می‌شود اضطرابی را تجربه کند.
- فرد باید دریابد که این ترس بیش‌ازحد و غیرمنطقی است.
- فرد باید از موقعیت‌های ترس‌آور اجتناب کند، یا این مواجهه را با اضطراب شدید تحمل کند.
- فرد باید ناراحتی شدید یا اختلال در عملکرد را به خاطر این ترس یا اجتناب تجربه کند.
- فرد باید این ترس را برای بیش از ۶ ماه داشته باشد.
- ناشی از عوامل عضوی نباشد (برای مثال، مشکلات پزشکی یا استفاده از مواد).
- توسط سایر اختلالات به‌صورت بهتری توجیه نشود.

منبع DSM-IV (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴).

جدول ۶-۱

موقعیت‌های ترس آور رایج برای افراد دارای هراس اجتماعی

- صحبت در مجامع عمومی (برای مثال، سخنرانی کردن، گرم کردن یک مجلس عروسی، خواندن در کلیسا/کنیسه، ارائه یک کنفرانس در کلاس درس)
- مرکز توجه بودن (برای مثال، گفتن یک داستان یا یک جک، مورد تمجید قرار گرفتن)
- شروع و یا ادامه گفتگوهای غیررسمی و خودمانی
- ملاقات با افراد جدید (برای مثال، معرفی خود، قطع کردن مکالمات و غیره)
- خوردن، نوشیدن، نوشتن و کار کردن جلوی جمع
- قاطع و جسور بودن، تقاضا از دیگران برای تغییر رفتارشان یا امتناع از درخواست‌های نامعقول دیگران
- ابراز عقاید، به‌ویژه وقتی آنها بحث‌برانگیز باشند
- گفتگو با شخصیت‌های بزرگ
- مصاحبه برای یافتن یک شغل
- وعده ملاقات گذاشتن
- صحبت از طریق تلفن
- رفتن به ورزش یا شرکت در فعالیت‌های ورزشی
- اجرای برنامه در حضور تماشاگران (برای مثال، نواختن یک ساز موسیقی، ایفا نقش در یک فیلم)

مثال موردی: هراس اجتماعی

فلیشیا دانشجوی ۱۹ ساله‌ای بود که به‌تازگی ترس وحشتناکی از کبوتر پیدا کرده بود. بر طبق گفته فلیشیا او و دوستش حدود شش ماه قبل از ارزیابی‌اش در محوطه دانشگاه قدم می‌زدند که ناگهان یک کبوتر روی سر دوستش می‌نشیند و در موهای او گیر می‌کند. از آن زمان به بعد هر دفعه که یک کبوتر را می‌دید دچار وحشت می‌شد و این اتفاق چندین دفعه در روز در محوطه دانشگاه و شهری که او در آنجا اقامت داشت می‌افتاد. هنگامی که فلیشیا برای درمان حضور پیدا کرد، او از بیرون رفتن اجتناب نمی‌کرد بلکه رنج زیادی را برای اجتناب و دوری کردن از کبوترها متحمل می‌شد. او هر دفعه که یک کبوتر می‌دید به آن طرف خیابان می‌رفت (گاهی اوقات لازم بود که چندین بار به این طرف و آن طرف خیابان برود!) و اغلب با چتری که روی سرش حتی در روزهای کاملاً آفتابی می‌گرفت در خیابان قدم می‌زد. انگیزه شروع درمان وقتی در او قوت گرفت که دخترعمویش از او دعوت کرد که برای ملاقات با او به ونیز برود. این بیمار می‌دانست که کبوتر در ونیز چیز شایعی است؛ اما تصور نرفتن هم برای او سخت بود زیرا بیمار مشتاق بود که هم ایتالیا را ببیند و هم خانواده گسترده‌اش را بشناسد.

مثال موردی: هراس اجتماعی

جف مرد جوان ۲۷ ساله‌ای بود که از زمان اخذ مدرک لیسانس به‌عنوان یک دستیار حقوقی کار می‌کرد. او چند هفته قبل از شروع به تحصیل در دانشکده حقوق، برای درمان مراجعه کرد. او از زمان

فارغ‌التحصیلی‌اش چندین مرتبه در دانشکده حقوق پذیرفته شده بود، اما به خاطر اضطراب اجتماعی‌اش نوبت پذیرشش را به تعویق انداخته بود. جف از اینکه در کلاس‌های دانشکده حقوق مورد خطاب قرار گیرد هراس داشت. نگران بود که به پرسش‌ها اشتباه جواب دهد و جلوی همکلاسی‌ها و استادانش خجالت‌زده شود. حتی از اینکه باید مواردی را در دادگاه مورد بحث قرار می‌داد عصبی‌تر می‌شد. نمی‌توانست تصور کند که بتواند جلوی چشم‌هایی که در دادگاه به او دوخته می‌شوند منسجم و قاطع صحبت کند. تصور می‌کرد تپق خواهد زد و به لکنت خواهد افتاد یا حتی به‌طور کامل همه چیزهایی را که می‌خواست بگوید را فراموش می‌کند. ملاقات مراجعین جدید نیز او را مضطرب می‌کرد. نگران بود که چیز اشتباهی بگوید یا کار اشتباهی انجام دهد و همچنین در مورد گفتگوهای غیررسمی و خودمانی که به‌طور معمول در شروع ملاقات روی می‌دهد نیز احساس ناراحتی می‌کرد.

جف احساس کرد که همین شغل دستیار حقوقی برای او راحت‌تر است. او با یک زوج وکیل کار می‌کرد و با آنها احساس بسیار راحتی داشت و همه کارش به پشت صحنه بودن محدود می‌شد، پژوهش و تحقیق انجام می‌داد و مدارک و اسناد را فراهم می‌کرد. جف احساس می‌کرد که برای همیشه می‌تواند در این شغل بماند، اما این را نیز درک می‌کرد که این با استعدادش سازگار نیست. او بالاخره تصمیم گرفت که در دانشکده حقوق ثبت نام کند و برای درمان اضطراب اجتماعی‌اش اقدام نماید به‌گونه‌ای که بتواند به این هدف بلندمدت زندگی‌اش برسد.

اختلال وسواسی-اجباری

اختلال وسواسی-اجباری (OCD)

این اختلال اضطرابی با حضور وسواس‌های فکری و یا وسواس‌های عملی تشخیص داده می‌شود (به جدول ۷-۱ مراجعه فرمایید). به‌طور شاخص، وسواس‌های فکری و وسواس‌های عملی با یکدیگر روی می‌دهند و از لحاظ عملکردی و اجرایی به یکدیگر مرتبط هستند. وسواس‌های فکری تحت عنوان «افکار، تکانه‌ها یا تصاویر تکراری و پایدار که به‌صورت مزاحم و نامناسب تجربه شده و باعث اضطراب یا ناراحتی بسیار زیادی می‌شوند» تعریف شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا ۱۹۹۴، صفحه ۴۲۲). وسواس‌های فکری رایج شامل ترس از آلودگی، ترس از انجام عمل جنسی ناخواسته یا تکانه‌های پرخاشگرانه، ترس از دور انداختن چیزها و ترس از اشتباه کردن هستند. بیماران مبتلا به OCD در پاسخ به اضطراب ایجاد شده توسط وسواس‌های فکری به وسواس‌های عملی یا تشریفات وسواسی مبادرت می‌ورزند. تشریفات وسواسی به منظور کاهش یا جلوگیری از تجربه اضطراب و پیشگیری از وقوع پیامدهای ترسناک صورت می‌گیرند. تشریفات وسواسی می‌توانند در رفتارها (برای مثال شستن دست‌ها بعد از لمس چیزهای آلوده برای پیشگیری از بیماری) یا اعمال ذهنی (برای مثال

دعا خواندن برای کاهش احتمال سوختن فرد موردعلاقه در حال آشپزی) آشکار شوند. فهرستی از وسواس‌های فکری و عملی رایج در جدول ۸-۱ آورده شده است.

جدول ۷-۱

خلاصه‌ای از معیارهای تشخیصی برای OCD

- **تعریف مشخصه‌ها:** OCD با حضور وسواس‌های فکری و یا وسواس‌های عملی تشخیص داده می‌شود.
- **وسواس‌های فکری** این‌گونه تعریف می‌شوند:
 - (۱) افکار، تکانه‌ها یا تصاویری که پایدار و مزاحم هستند و باعث ناراحتی می‌شوند.
 - (۲) این افکار، تکانه‌ها یا تصاویر، محتوایی متفاوت از نگرانی‌های روزمره دارند.
 - (۳) شخص تلاش می‌کند که از این افکار، تکانه‌ها یا تصاویر رهایی یابد.
 - (۴) شخص قبول دارد که این افکار، تکانه‌ها یا تصاویر محصول ذهن خودش هستند.
- **وسواس‌های عملی** این‌گونه تعریف می‌شوند:
 - (۱) رفتارها یا اعمال ذهنی تکراری که شخص احساس می‌کند باید در پاسخ به یک وسواس فکری انجام دهد.
 - (۲) وسواس‌های عملی به منظور کاهش اضطراب ایجاد شده به وسیله وسواس‌های فکری یا جلوگیری از پیامدهای ترسناک به وجود می‌آیند.
- بعضی مواقع در طی این اختلال، شخص باید تأیید کند که وسواس‌های فکری و یا وسواس‌های عملی بیش‌ازحد یا غیرمنطقی هستند.
- وسواس‌های فکری و یا وسواس‌های عملی باید باعث ایجاد ناراحتی شوند یا بیش از یک ساعت در روز وقت بیمار را بگیرند یا منجر به اختلال در عملکرد شوند.
- ناشی از عوامل عضوی نباشند (برای مثال، مشکلات پزشکی، استفاده از مواد).
- توسط سایر اختلالات به صورت بهتری توجیه نشوند.

منبع: DSM-IV (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴).

چند نکته مهم در ارتباط با معیارهای تشخیصی باید در نظر گرفته شود. اول اینکه وسواس‌های فکری نگرانی‌های بیش‌ازحد ساده در مورد مشکلات روزمره نیستند. محتوای وسواس‌های فکری تا حدی غیرمعمول‌تر و کمتر بر اساس واقعیت هستند تا نگرانی‌های روزمره که ویژگی مشخص اختلال اضطراب تعمیم‌یافته هستند. این تمایز می‌تواند چالش‌برانگیز باشد به خاطر اینکه همپوشانی زیادی در مضامین و تم‌های وسواس‌های فکری و نگرانی‌ها وجود دارد. برای مثال، نگرانی در مورد سلامتی و امنیت افراد موردعلاقه را در OCD و GAD (اختلال اضطراب فراگیر) در نظر بگیرید. در GAD، بیماران ممکن است نگران باشند که همسر آنها در راه برگشت به خانه از سر کار دچار تصادف وحشتناک شوند. به‌طور واضح، این اتفاق می‌تواند بیفتد (اگرچه احتمال آن بسیار کم است). از طرف دیگر، یک بیمار مبتلا به OCD ممکن است نگران این موضوع باشد که اگر او بعد از آمدن به خانه دوش نگیرد آلودگی‌های سر کار و دفترش را به همسرش منتقل خواهد کرد. بی‌دقتی‌های او باعث