

مواجهه‌درمانی برای اضطراب
اصول و تمرین

فهرست

پیشگفتار.....	۱۱
تقدیر و تشکر.....	۱۵
بخش ۱: اصول مواجهه‌درمانی.....	۱۷
۱. بررسی اجمالی و تاریخچه مواجهه‌درمانی برای اضطراب.....	۱۹
۲. عملکرد مواجهه‌درمانی چگونه است؟.....	۳۵
۳. ماهیت و درمان اضطراب بالینی.....	۴۹
۴. برنامه درمانی ۱: ارزیابی عملکردی.....	۷۰
۵. برنامه درمانی ۲: مشارکت در درمان و تهیه فهرست مواجهه.....	۹۶
۶. اجرای مواجهه‌درمانی.....	۱۲۵
بخش ۲: اجرای مواجهه‌درمانی برای انواع خاصی از ترس‌ها.....	۱۵۵
۷. ترس‌های مربوط به حیوانات.....	۱۵۷
۸. ترس‌های محیطی.....	۱۷۳
۹. موقعیت‌های اجتماعی.....	۱۸۷
۱۰. افکار مزاحم ناخواسته.....	۲۰۵
۱۱. نشانه‌های بدنی و نگرانی درباره سلامت.....	۲۳۷
۱۲. آلودگی.....	۲۵۸
۱۳. ترس متمرکز بر آسیب یا تروما.....	۲۷۸
۱۴. محرک‌های مرتبط با خون، تزریق و آسیب.....	۲۹۶
۱۵. احساس نقص، عدم تقارن و «درست نبودن».....	۳۱۰
بخش ۳: ملاحظات ویژه در استفاده از تکنیک‌های مواجهه.....	۳۲۳
۱۶. مواجهه‌درمانی با موارد پیچیده.....	۳۲۵
۱۷. مواجهه‌درمانی با کودکان.....	۳۴۱
۱۸. درگیر کردن افراد مهم در درمان.....	۳۵۸

۳۷۴	.....	۱۹. ترکیب مواجهه‌درمانی با دارو.....
۳۸۶	.....	۲۰. حفظ بهبودی پس از درمان
۳۹۵	.....	۲۱. استفاده از تکنولوژی برای اجرای مواجهه‌درمانی
۴۰۵	.....	۲۲. استفاده از درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش همراه با مواجهه
۴۲۲	.....	۲۳. تجزیه و تحلیل سود/ زیان مواجهه‌درمانی
۴۳۷	.....	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی
۴۳۹	.....	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی

پیشگفتار

در طول ۳۰ سال گذشته، کتاب‌های راهنمای تجربی اختلالات اضطرابی خاص بسیار محبوب شده‌اند. اگرچه این کتاب‌ها هدف مهمی را دنبال می‌کنند، بعضی اوقات با این فرض که «با یک کیفیت متناسب برای همه» نوشته شده‌اند، مورد انتقاد قرار می‌گیرند، زیرا چنین فرض می‌کنند که هر بیمار مبتلابه «اختلال اضطرابی» خاص دارای علائم «کلاسیک» مشابهی است و هر بیمار مبتلابه مشکل، نیاز به همان روش‌های درمانی، مطابق با همان برنامه ارائه شده دارد (و به آنها پاسخ خواهد داد). علاوه بر این، بعضی اوقات، کتاب‌های متمرکز بر اختلال فرض می‌کنند که افراد مبتلابه یک اختلال اضطرابی علائم سایر اختلالات اضطرابی را ندارند و یا همه بیماران به‌طور مرتب در چهارچوب تشخیصی ما قرار می‌گیرند. تحقیق و تجربه بالینی، همه این فرضیات را زیر سؤال می‌برد؛ بنابراین، درحالی‌که کتاب‌های درمانی برای انجام تحقیقات درزمینه اثربخشی و تأثیر مداخلات (که معمولاً شامل استفاده از نمونه‌های همگن است) مهم بوده‌اند، کتاب‌های مربوط به اختلالات خاص ممکن است برای متخصصان بالینی در تنظیم بهداشت روان معمولی، درجایی که اضطراب بالینی اغلب به اشکال متنوع و پیچیده بروز می‌یابد (برای مثال، بسیاری از افراد مبتلابه اضطراب اجتماعی نیز دچار حمله‌های هراس و سوءاستفاده از الکل یا مواد مخدر می‌شوند) از ارزش کمتری برخوردار باشد.

بررسی دقیق دستورالعمل‌های درمانی برای اختلالات اضطرابی مختلف نشان می‌دهد که با وجود متنوع بودن این دستورات، محور هر کتاب راهنما در اصل همان تکنیک مواجهه‌درمانی است که شامل کمک به بیمار در روبرو شدن با ترس‌های خود می‌شود. رویارویی مکرر و طولانی با موقعیت‌ها و محرک‌هایی که با ترس بیش‌ازحد همراه است، باعث خاموشی ترس می‌شود، زیرا به فرد می‌آموزد که چنین موقعیت‌ها و محرک‌هایی آن‌طور که قبلاً تصور می‌شد خطرناک نیستند و اضطراب و ترس به‌خودی خود آسیب‌رسان و مضر نیستند. بر این اساس، تفاوت اصلی کتاب‌های درمانی ویژه اختلال خاص در نحوه طراحی مواجهه برای کمک به فرد برای روبرو شدن با موقعیت‌های ترسناک، محرک‌ها، زمینه‌ها و نشانه‌هایی است که مشخصه هر اختلال اضطرابی است. برای مثال، کتاب راهنمای درمان اضطراب اجتماعی، در مورد چگونگی دستیابی متخصص بالینی برای رویارویی با عملکرد اجتماعی یا ارزیابی موقعیت‌ها به بهترین شکل ممکن برای افراد بحث می‌کند. کتاب راهنمای درمان اختلال وسواس جبری کمک می‌کند تا متخصص بالینی، مواجهه‌هایی برای موارد یا مکان‌هایی که باعث تحریک ترس وسواس‌گونه می‌شوند مانند چاقو، حمام یا گورستان‌ها، را خارج از چارچوب

هرگونه اطمینان‌جویی آیین‌های اجباری ترتیب دهد.

با توجه به این مرور مختصر، هدف ما از نوشتن کتاب *مواجهه‌درمانی برای اضطراب* قرار دادن اصول و تمرین تحت پوشش یک راهنمای جامع و عملی، به‌منظور استفاده از مواجهه‌درمانی برای معالجه طیف گسترده‌ای از مشکلات اضطراب بالینی بود. این کتاب به دلیل گستردگی و ارتباط آن با فعالیت‌های بالینی و پژوهشی، برای متخصصان بالینی باتجربه، محققان و دانشجویان جذاب خواهد بود. یک موضوع تکراری مهم این است که هدف مواجهه‌گسترش خاموشی ترس با استفاده از یک مکانیسم مؤثر تغییر (یعنی از نظر تجربی پشتیبانی شده یا بر اساس شواهد) برای غلبه بر ترس و اضطراب بیش‌ازحد (بالینی) بدون در نظر گرفتن طبقه یا وضعیت تشخیصی بیمار است. بر این اساس، به‌جای تمرکز بر اجرای مواجهه برای اختلالات اضطرابی مختلف، ما بر این موضوع تمرکز می‌کنیم که متخصصان بالینی چگونه می‌توانند از اصول مواجهه‌درمانی استفاده کنند تا به افراد برای غلبه بر شکل‌های مختلف اضطراب بالینی و ترس‌های عودکننده کمک کنند (که ممکن است در بیماران با تشخیص یک یا چند اختلال اضطرابی یا حتی در بین کسانی که معیارهای تشخیصی را ندارند، رخ دهد).

استفاده موفقیت‌آمیز از مواجهه‌درمانی مستلزم تسلط بر مهارت‌های متعدد است. بعضی اوقات مواجهه برای اجرا، نسبتاً ساده است؛ مانند درمان بسیاری از فوبیاهای حیوانات. در موارد دیگر، مملو از چالش‌های مفهومی است، مانند درمان ترس و سواسی از رفتن به جهنم، ابتلا به سرطان در ۴۰ سال آینده و زدن به عابران پیاده با خودرو. درمان بازماندگان از تروما (برای مثال، بیماران مبتلابه استرس پس از سانحه) که هنگام یادآوری یا برخورد با یادآوری وقایع هولناک، ترس را تجربه می‌کنند، چالش‌های عملی دیگری را ایجاد می‌کند. درمان بازماندگان تروما (برای مثال، بیماران مبتلابه استرس پس از سانحه) که هنگام به خاطر آوردن یا روبرو شدن یادآورهای رویدادهای هولناک، ترس را تجربه می‌کنند، چالش‌های عملی اضافی دارد. صرف‌نظر از این، متخصصان بالینی نیازمندند که بتوانند اعتماد را منتقل کنند و بیماران را درگیر یک درمان سخت عاطفی کنند. برای این منظور، ما دانش گسترده و تخصص بالینی خود با مواجهه‌درمانی را برای فراهم کردن منبعی برای برنامه‌ریزی و انجام مواجهه‌های چالش‌برانگیز در اختیار خواننده قرار می‌دهیم. این کتاب اعتماد خواننده را در استفاده از مواجهه از طریق بررسی‌های آسان تاریخ و علم مواجهه، از طریق راهنمایی‌های آسان برای ارزیابی عوامل مختلف اضطراب بالینی و از طریق تنظیم و انجام خود درمان، افزایش می‌دهد. مثال‌ها و ایده‌های موردی فراوان آن برای تمرینات مواجهه، توانایی خوانندگان را در طراحی مواجهه‌های خود حتی برای منحصربه‌فردترین بیماران افزایش می‌دهد.

تازه‌های ویرایش دوم این کتاب چیست؟ حوزه مواجهه‌درمانی با اضطراب از زمان انتشار ویرایش اول این کتاب پیشرفت‌های مفهومی و عملی مهمی را پشت سر گذاشته است. بر این اساس، ما تمام

فصل‌های کتاب را به‌روز کردیم تا پیشرفت‌مان در این زمینه را منعکس کند. همچنین ما تأکید خود را از منظر پردازش عاطفی بر مواجهه در ویرایش اول به دیدگاه یادگیری بازدارنده در ویرایش دوم تغییر داده‌ایم. این تغییر نشان‌دهنده پیشرفت در استفاده از تحقیقات در مورد یادگیری، حافظه و خاموشی ترس در مواجهه است. به‌طور خاص، درحالی‌که دیدگاه پردازش عاطفی بر کاهش ترس در طول آزمایش‌های مواجهه تأکید می‌کند، مدل یادگیری بازدارنده بر حداکثر قدرت و دوام یادگیری خاموشی تمرکز دارد تا از بازگشت ترس به مدت طولانی جلوگیری کند. بر این اساس، به‌جای اینکه فقط روی خوگیری اضطراب در حین جلسات و ما بین جلسات مواجهه تمرکز شود، این ویرایش بر روی روش‌های جدید برای اجرای مواجهه به منظور دستیابی به خاموشی ترس کامل‌تر و طولانی‌تر تمرکز دارد. همچنین ویرایش دوم شامل دو فصل کاملاً جدید است: فصل ۲۱، در مورد استفاده از تکنولوژی در مواجهه‌درمانی و فصل ۲۲، در مورد چگونگی انجام مواجهه‌درمانی از طریق چارچوب پذیرش و تعهد درمانی (ACT).

همانند ویرایش اول، کتاب به سه بخش تقسیم شده است. قسمت اول شامل شش فصل است و مباحثی را در بر می‌گیرد که برای تمرین مواجهه‌درمانی اساسی هستند. فصل ۱ تعریف و چشم‌انداز تاریخی در مورد مواجهه ارائه می‌دهد و فصل ۲ تحقیقاتی را بررسی می‌کند که به اثبات اثربخشی مواجهه‌درمانی برای مشکلات مرتبط با اضطراب می‌پردازند. فصل سوم مبانی مفهومی استفاده از مواجهه‌درمانی را ارائه می‌دهد و در مورد ماهیت اضطراب بالینی و درمان آن بحث می‌کند. فصل‌های ۴ و ۵ بسیار کاربردی هستند و تکنیک‌های تخصصی ارزیابی و همچنین چگونگی تهیه یک برنامه درمانی و تشخیص اینکه آیا بیمار آماده است تا در معالجه شرکت کند را در برمی‌گیرند. در فصل ششم، کلیاتی در مورد چگونگی اجرای تکنیک‌های مختلف مواجهه ارائه شده است.

بخش دوم شامل نه فصل است که هر یک مربوط به یک حوزه خاص از موقعیت‌ها و محرک‌هایی است که می‌توانند ترس و اضطراب بالینی را برانگیزند و اثربخشی هر درمان مواجهه نشان داده شده است. در فصل‌های نسبتاً مختصر اما بسیار کاربردی ۷ تا ۱۵، ما نحوه اجرای مطالب ارائه شده در فصول ۴ تا ۶ را برای هر نوع ترس توصیف می‌کنیم. این فصل‌ها برای ارائه نمونه‌هایی از برنامه‌های درمانی و مثال‌های موردی توضیح‌دهنده با هدف ایجاد تسهیل در مطالعه و مقایسه در سراسر فصول، به یک قالب منسجم پایبند هستند.

قسمت سوم شامل هشت فصل در مورد مباحث مهم فرعی است که متخصصان بالینی به‌طور معمول با آن روبرو می‌شوند، از جمله مدیریت چالش‌های رایج (فصل ۱۶)، تطبیق مواجهه‌درمانی برای استفاده با کودکان (فصل ۱۷)، کار در چارچوب خانواده یا زوج‌درمانی (فصل ۱۸)، استفاده از مواجهه هنگامی که بیمار داروهایی برای اضطراب مصرف می‌کند (فصل ۱۹) و حفظ دستاوردهای درمان حتی پس از اتمام مواجهه‌درمانی (فصل ۲۰). همان‌طور که قبلاً ذکر شد فصول ۲۱ (در مورد استفاده از

تکنولوژی برای اجرای مواجهه) و ۲۲ (اجرای مواجهه از دیدگاه ACT) کاملاً جدید هستند. فصل ۲۳، فصل آخر، سود و زیان مواجهه و همچنین سایر ملاحظات اخلاقی در استفاده از این رویکرد را مورد بررسی قرار می‌دهد.

به‌طور بهینه، کتاب‌های مربوط به تکنیک‌های درمانی روان‌شناختی باید اصول اساسی ارزیابی و مداخله را مشخص کرده و دستورالعمل‌های مربوط به روش‌های اجرا را در اختیار متخصص بالینی قرار دهند. چالش اساسی در نگارش چنین کتابی مشخص کردن اصول انتزاعی درمان با جزئیات کافی است که می‌توان آنها را برای انواع مختلف بیماران اعمال کرد، اما نه با چنان جزئیاتی که متن ناخوشایند و دست‌وپا گیر شود. رسیدن به این تعادل هیچ‌گاه از آنچه در مورد درمان افراد مبتلابه اضطراب استفاده می‌شود، اهمیت بیشتری ندارد، زیرا جلوه‌های اضطراب بالینی فوق‌العاده گسترده و مختص به بیمار هستند. در حقیقت، هیچ کتابی وجود ندارد که بتواند به‌طور کافی به اجرای روش‌های مواجهه‌درمانی (یا هر روش درمانی دیگر) دربارهٔ تنوع شخصی بی‌شمار اضطراب و ترس بالینی بپردازد؛ بنابراین، راه‌حل ما ارائهٔ دستورالعمل‌های معقول استاندارد برای فرمول‌بندی و درمان رایج‌ترین موارد اضطراب است و در نظر گرفتن نیاز به ارزیابی مداوم، انعطاف‌پذیری و خلاقیت در مقابله با ارائه‌های اختصاصی‌تر که ممکن است در عمل بالینی با آن روبرو شوند. در اکثر مواقع، با رعایت اصول مفهومی که پایه و اساس مواجهه‌درمانی موفقیت‌آمیز را تشکیل می‌دهد، موانع پیش‌بینی نشده قابل مدیریت هستند.

بخش ۱

اصول مواجهه‌درمانی

بخش اول این کتاب شامل ۶ فصل است که مباحث اساسی مواجهه‌درمانی را که مداخله‌ای برای اضطراب بالینی است در بر می‌گیرد. در فصل ۱ تعریف و دیدگاه تاریخی مربوط به این مداخله را ارائه می‌دهیم. در فصل ۲ پژوهش‌های موجود برای تأیید اثر مواجهه در درمان مشکلات اضطرابی بررسی می‌شود. ماهیت اضطراب بالینی و مبنای مفهومی استفاده از مواجهه‌درمانی در فصل ۳ مورد بحث قرار می‌گیرد. فصل ۴ و ۵ بسیار کاربردی هستند و تکنیک‌های ارزیابی ویژه مواجهه‌درمانی، نحوه آماده‌سازی برنامه مواجهه‌درمانی و اطمینان از آمادگی بیماران برای مواجهه را پوشش می‌دهند. به‌طور مشابه در فصل ۶ مروری کلی درباره نحوه اجرای تکنیک‌های مواجهه ارائه می‌شود.

همان‌طور که در تمام فصل‌های این بخش از کتاب نشان می‌دهیم، اضطراب بالینی به شدت ناهمگن است و شکایات بیماران بسیار خاص هستند؛ بنابراین هدف از طراحی بخش اول کتاب (به‌طور خاص فصل‌های ۳ تا ۶) ارائه چارچوبی کلی برای مفهوم‌سازی، ارزیابی و اجرای مواجهه‌درمانی برای خواننده‌گان است. در فصل‌های بخش دوم، مطالب اختصاصی برای اعمال این چهارچوب در ارائه‌های خاص اضطراب بالینی ارائه می‌شوند.

بررسی اجمالی و تاریخچه مواجهه‌درمانی برای اضطراب

دامنه ترس‌های انسان گسترده است. درحالی‌که فکر سوار آسانسور شدن یا رانندگی کردن روی پل، عرق سرد بر پیشانی بعضی از افراد می‌نشانند، برخی افراد از صحبت در مقابل دیگران، حیوانات (بزرگ یا کوچک، زنده یا مرده)، از دست دادن کنترل یا تجربه احساس انگیختگی جسمانی می‌ترسند. برخی دیگر نیز از عذاب ابدی، کلمات «غیراخلاقی»، کلمات و اعداد «نحس»، افکار ناخواسته درباره رابطه جنسی، خشونت و یا استفاده از دستشویی عمومی می‌ترسند. حتی کسانی هستند که از دیدن دلچک، قبرستان یا ناف خود می‌ترسند.

متخصصان بهداشت سلامت برای کمک به این دسته از افراد برای غلبه بر اضطراب ناتوان‌کننده‌شان، باید راهکارهای درمانی مؤثری را از میان گستره بسیار وسیع و گیج‌کننده‌ای از گزینه‌های درمانی مختلف انتخاب کنند. برخی از این راهکارها به‌منزله «درمانی» برای طیف گسترده‌ای از مشکلات روانی (و پزشکی) ترویج می‌شوند. برخی از آنها کوتاه‌مدت یا «مختصر» هستند، درحالی‌که برخی دیگر در طولانی‌مدت اثر می‌کنند. برخی از آنها برای درمان‌های فردی و برخی دیگر برای موقعیت‌های گروهی طراحی شده‌اند. اگرچه طرفداران بیشتر این مداخلات ادعا می‌کنند که رویکردهای آنها مؤثر هستند، اما در اکثر موارد این ادعاها فاقد شواهد متقاعدکننده علمی هستند.

خواه‌ناخواه برخی از این مداخله‌های بسیار متنوع و پرشمار، ناکارآمد یا حتی مضر خواهند بود. در واقع، درمان اضطراب تاریخی طولانی و رنگینی دارد که قدمت آن به قرن پنجم قبل از میلاد مسیح برمی‌گردد. دیموپولوس، رایبسنون و فونتاس (۲۰۰۸) نمونه‌های آموزنده‌ای از «درمان» حمله‌های هراس را از طریق «سوراخ کردن (مغز)»، همان‌طور که معاصران بقراط توصیف می‌کنند، بازگو می‌کنند. در اصل، «پزشکان» آن روزگار (که دانش کمی از آناتومی انسان داشتند) قصد داشتند با سوراخ کردن جمجمه مبتلایان، شیاطینی را که به عقیده آنان باعث «جنون» شده بودند بیرون بکشند. اگرچه ممکن است در

حال حاضر به این عمل بختیم، اما این روش با تغییراتی همچنان پابرجاست و هنوز هم در برخی از نقاط جهان در حال استفاده است. پزشکان از حفر جمجمه استفاده می‌کردند، زیرا «جواب می‌داد»، به این معنی که گاهی به قطع حمله‌های وحشت‌زدگی می‌انجامید. با این حال، تقریباً یک‌سوم مبتلایان به فوبی، خود به خود و بدون هیچگونه مداخله‌ای بهبود می‌یابند (سوبوتا، امرینگ، ویندهاگر و کشینگ، ۲۰۰۱) که این موضوع نیمی از بیماران را از سوراخ شدن جمجمه نجات می‌دهد! با توجه به پیچیدگی و ظرافت ترس و اضطراب بالینی، جای تعجب نیست که تاکنون بسیاری از روش‌های درمانی مورد آزمایش قرار گرفته و برخی از آنها علی‌رغم فقدان شواهدی که اثربخشی‌شان را تأیید کند ادامه یافته‌اند.

این وضعیت تقریباً ناعادلانه، نه تنها مستلزم این است که نتایج درمان‌ها در پژوهش‌های کنترل‌شده تأیید شود، بلکه نیازمند کسب اطلاعات درباره فرآیندهایی است که سبب این نتایج می‌شوند. انجام این کار مستلزم مشخص کردن اصول بالقوه مفید و معتبر درباره تغییر درمانی است. چندین مولفه مشترک در اکثر (یا همه) درمان‌های روان‌شناختی برای ترس و اضطراب بالینی شامل رابطه درمانی، محیط درمانی و انتظارات بیمار (و انتظارات درمانگر) از بهبود است (فرانک، ۱۹۸۹). با وجود این، اصول رایج دیگر در تغییر درمانی (آن چیزی که ما در این کتاب به آن توجه می‌کنیم) از این دیدگاه ناشی می‌شود که واکنش عاطفی شدید به مطالب ارائه شده در چارچوب درمان سبب تغییر در افکار، احساسات و رفتار می‌شود. برای مثال روان‌شناسان دارای رویکرد روانکاوی، از طریق ارتباط آزاد و تفسیر رؤیاه، اطلاعاتی درباره درگیری‌های به اصطلاح ناخودآگاه و خواسته‌های غیرقابل قبول به بیماران ارائه می‌دهند (فروید، ۱۹۴۹/۱۹۸۹). به همین ترتیب درمانگران گشتالت از تصویرسازی، نقش‌آفرینی و تعامل گروهی برای همدردی با بیماران، در مواجهه با اطلاعاتی که از آنها جلوگیری شده است، استفاده می‌کنند (پرلز، ۱۹۶۹). در این کتاب ما روی رویکردی شناختی/ رفتاری، یعنی مواجهه‌درمانی که شامل نوعی برخورد مستقیم و منظم برای مواجهه با محرک‌های ترسناک است تمرکز داریم.

مواجهه‌درمانی شامل کمک به بیمار برای روبرو شدن با محرک‌های تحریک‌کننده اضطراب بدون استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای برای کاهش اضطراب است که خطرات ناشی از آن، بیش‌تر از خطرات روزمره نیست. محرک‌های اضطراب‌آور می‌توانند زنده (برای مثال مارها، دلقک‌ها)، بی‌جان (برای مثال بالن‌ها، توالت)، موقعیتی (برای مثال مکان تشییع جنازه، پل)، شناختی (برای مثال ایده‌هایی برای انجام اعمال فجیع، خاطرات واقعه آسیب‌زا) یا فیزیولوژیکی (برای مثال تپش قلب، سرگیجه) باشند. درگیر شدن با محرک عینی و ایمن (یا «کم‌خطر») که باعث ترس می‌شود، معمولاً پاسخی از دلهره خفیف تا وحشت شدید ایجاد می‌کند که اساس آن انتظارات اغراق‌آمیز بیمار از خطر است. تصور می‌شود یادگیری این مدل در شرایطی اتفاق می‌افتد که فرد به‌طور مکرر با محرک ترسناک (برای مثال، سگ) روبرو می‌شود اما ترس مورد انتظار (برای مثال، سگ گاز می‌گیرد) رخ نمی‌دهد. اگرچه همچنان بحث

درباره آنچه دقیقاً در ذهن و مغز در طول مواجهه‌درمانی اتفاق می‌افتد ادامه دارد، اما به نظر می‌رسد وقوع هر رفتار جدید توسط فرد، به‌طور مؤثری توسط نشانه‌های ایمنی یا راهکارهای کاهش اضطراب تقویت می‌شود. با این حال، قبل از اینکه درباره اجرای روش مواجهه‌درمانی صحبت کنیم، مفهوم اضطراب و تاریخچه مواجهه‌درمانی را بررسی خواهیم کرد.

اضطراب: طبیعی و غیرطبیعی

اگرچه ارائه تعریف کاملی از اضطراب خارج از محدوده کتاب حاضر است (کتاب‌های زیادی در این زمینه نوشته شده‌اند؛ برای مثال، بارلو، ۲۰۰۲)، اما به‌طور کلی، اضطراب پاسخ ارگانیسم به درک تهدید است. این موضوع نشان می‌دهد که برای تجربه اضطراب نیازی به تهدید واقعی نیست. مطمئناً شما مواردی از ترس و دلهره شدید را به یاد می‌آوردید که بی‌اساس به نظر می‌رسد. به همین ترتیب، ممکن است واقعاً در معرض خطر قرار داشته باشید، اما اضطراب نداشته باشید، زیرا هنوز تهدید را درک نکرده‌اید. احتمالاً همه ما تجربه‌هایی داشته‌ایم و بعداً متوجه شده‌ایم که موقعیتی خاص چقدر خطرناک است. در هر صورت، همه با تجربه روان‌شناختی احساس تهدید آشنا هستیم، خواه آن را اضطراب، دلهره، ترس، وحشت، نگرانی، استرس یا چیز دیگری بدانیم. علاوه بر این، همه ما با برانگیختگی فیزیولوژیکی که این احساسات را همراهی می‌کند، آشنا هستیم.

اضطراب طبیعی

در سطح نوروفیزیولوژیک، به نظر می‌رسد پاسخ اضطراب (یا ترس) تحت تأثیر ساختارهای مختلف مغزی از جمله تالاموس بینایی، قشر بینایی و آمیگدال قرار دارد (البته توجه داشته باشید که نحوه دقیق چگونگی بروز اضطراب در مغز مشخص نیست). مغز باعث آزادسازی آدرنالین از غده‌های آدرنال می‌شود که سیستم عصبی سمپاتیک را فعال می‌کند و واکنش «جنگ یا گریز» را راه‌اندازی می‌کند. این پاسخ بر اساس ترجیح ارگانیسم برای واکنش به تهدیدی که توسط بدن همچون حمله (جنگ برای زندگی) یا فرار (گریز برای امنیت) درک شده است شکل می‌گیرد.

پاسخ جنگ یا گریز هم‌زمان در سه سطح اتفاق می‌افتد. ابتدا، در سطح فیزیولوژیکی، بدن از طریق غنی‌سازی خون با اکسیژن (که برای استفاده عضلات به انرژی تبدیل می‌شود) برای انجام اعمال جسمی آماده می‌شود. این تغییر شامل افزایش ناگهانی و قابل توجه در شدت ضربان قلب و عمق تنفس است. علاوه بر این، احساس تهوع نیز متداول است، زیرا در هنگام جنگ یا گریز، سیستم گوارش نقشی ندارد؛ بنابراین، ذخایر سیستم گوارش به مناطق دیگر بدن منحرف می‌شوند. دوم، در سطح شناختی، تغییری خودکار در توجه به تهدید درک شده (و راه‌هایی برای جستجوی ایمنی) اتفاق

می‌افتد، به طوری که ممکن است تمرکز بر امور فرعی دشوار شود. این تغییر شامل یادآوری مداوم رویدادهای آسیب‌زا است و امکان شناسایی زودهنگام تهدیدها و فرار از آنها را فراهم می‌کند. سرانجام، در سطح رفتاری، فرد مجبور می‌شود اقداماتی در جهت مبارزه، جلوگیری یا فرار از محرک‌های ترسناک همانند فرار کردن انجام دهد و در نتیجه شانس بقا افزایش می‌یابد.

پاسخ جنگ یا گریز برای بقای بشر (و بیشتر گونه‌های دیگر حیوانات) بسیار مهم است. تصور کنید در حال عبور از خیابانی شلوغ در شهری بزرگ هستید، چه اتفاقی می‌افتد (هنگامی که اتومبیل‌ها به سمت شما می‌آیند و شما مطلقاً احساس فشار و اضطراب نمی‌کنید). بیشتر ما می‌توانیم زمانی را به خاطر بسپاریم که اقدامات خودجوش ناشی از پاسخ جنگ یا گریز زندگی ما را نجات داده یا حداقل به ما کمک کرده تا از صدمات جدی جلوگیری کنیم. در همین راستا پژوهشگران متعددی معتقدند «در مواقع خطر، اضطراب می‌تواند بهترین دوست شخص باشد» (برای مثال، راسکوئیست، ۲۰۰۵).

اضطراب غیرطبیعی

متأسفانه، گاهی اوقات پاسخ جنگ یا گریز نوعی «دوست» هستند که ما را از دشمنان بی‌نیاز می‌کنند. این اتفاق در شرایطی اتفاق می‌افتد که اضطراب در غیاب خطر و/یا خطر نامتناسب با تهدید واقعی رخ دهد. در این شرایط (همانند اجبار به صحبت در مقابل دیگران) آماده‌سازی بدن برای فرار، شما را ایمن نمی‌کند، اما ممکن است با افزایش فشار عضلات باعث عرق کردن و یا لکنت زبان شود. چنین اضطراب بیش از حدی (ناشی از سوءبرداشت از وضعیت ایمن و خطرناک) اساس بسیاری از مشکلات اضطراب بالینی (یعنی اختلالات اضطرابی) است (بارلو، ۲۰۰۲؛ بک، امری و گرینبرگ، ۱۹۸۵). در چنین مواردی، پاسخ جنگ یا گریز به صورت غیرضروری شروع می‌شود و حتی ممکن است اوضاع را با هدایت افکار منفی مانند «همه متوجه اضطراب من خواهند شد و فکر می‌کنند بی‌کفایت هستم» بدتر کند؛ چنین سوءبرداشتی به افزایش درک تهدید کمک می‌کند (آرتنر، رونر و وان، دن هات، ۱۹۹۵)، پاسخ فیزیولوژیکی را حفظ می‌کند و در نتیجه چرخه‌ای معیوب ایجاد می‌شود که در آن درک تهدید منجر به پاسخ اضطراب می‌شود و پاسخ اضطراب منجر به درک بیشتر تهدید می‌شود.

یکی دیگر از پیامدهای ناگوار عادت به سوءبرداشت خطرناک از محرک‌های بی‌خطر، تدوین راهکارهایی برای جلوگیری از این نشانه‌ها است. ممکن است این راهکارها شامل «اجتناب غیرفعال» باشد، همانند دانش‌آموز مبتلا به اضطراب اجتماعی که از بالا بردن دست خود در کلاس خودداری می‌کند، زیرا می‌ترسد اگر پاسخ نادرست بدهد هم‌کلاسی‌هایش به او بخندند. از برخی محرک‌های ترسناک، از جمله میکروب‌ها و خاطرات پس از سانحه، نمی‌توان به طور کامل اجتناب کرد. در چنین مواردی، فرد مضطرب راهکارهایی را تدوین می‌کند که شامل «فرار» از احساس اضطراب ناشی از مواجهه با این محرک‌ها است (بارلو، ۲۰۰۲)؛ این راهکارهای «اجتناب فعال» شامل شست‌وشو و تمیز

کردن اجباری برای جلوگیری از بیماری پس از دست زدن به پول و ماندن در نزدیکی «شخص امن» برای محافظت از خود است؛ این اقدامات در شرایطی است که در حال حاضر هیچ خطری وجود ندارد و این رفتارها صرفاً یادآور رویدادهای آسیب‌زای قبلی هستند. با به حداقل رسیدن مواجهه با محرک‌های مرتبط با اضطراب بالینی، صرف‌نظر از شکل اجتناب، فرد هرگز فرصت یادگیری اینکه چنین محرک‌هایی بی‌خطر یا کم‌خطر هستند نخواهد داشت (کلارک، ۱۹۹۹)؛ یعنی فرد نمی‌تواند سوءبرداشت خود را از انگیزهٔ ترس اصلاح کند و به اعتقاد (اشتباه) خود مبنی بر اینکه اضطراب خطرناک است ادامه می‌دهد.

نه تنها تلاش برای فرار و اجتناب از تهدیدهای درک شده سبب جلوگیری از اصلاح اضطراب بالینی می‌شود، بلکه می‌تواند مشکلات ناشی از اضطراب را بدتر کند. بر این اساس، بسیاری از اثرات مخرب اضطراب بالینی ناشی از بازه‌های طولانی‌ای است که افراد از طریق اجتناب و فرار از نشانه‌های ترس سعی در حفظ امنیت خود دارند. برای مثال، ما مردی با ترس از ایدز می‌شناسیم که تا ۵ سال پس از ملاقات با کسی که به HIV مبتلا شده بود، نمی‌توانست اتاق‌خواب خود را ترک کند. یک زن هر روز ۴۵ مایل از محل کار خود فاصله می‌گرفت تا با عبور از پلی خاص از اضطرابش جلوگیری کند. زنی دیگر فقط برای اینکه بتواند در صورت وقوع شرایط پزشکی اضطراری و غیرمترقبه در نزدیکی کلینیک مایو باشد، از ساحل غربی ایالات متحده به روجستر مینه‌سوتا نقل مکان کرده بود. اگرچه این شخص از نظر پزشکی سالم بود، اما خود را محدود به مسافرت نکردن بیش از چند مایل از کلینیک کرده بود و همیشه همراه خود وسایل مختلف پزشکی، کیت‌های خودآزمایی و دارو داشت. اطلاعات دقیق‌تر در مورد نحوهٔ ایجاد و نگه‌داری اضطراب غیرطبیعی در فصل ۳ ارائه شده است.

تشخیص خصوصیات اضطرابی در DSM-5

نسخهٔ پنجم کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، (۲۰۱۳) موضعی معین و تعریف شده دارد و اختلالات روان‌پزشکی را بر اساس علائم قابل مشاهده و «نشانه‌ها» تعریف می‌کند. این تشخیص‌ها با هدف اطلاع پزشک در مورد روند احتمالی مشکل و معالجهٔ مناسب انجام می‌شود. همان‌طور که در جدول ۱-۱ ذکر شده است نسخهٔ پنجم DSM شامل تعدادی شرایط مشخص برای اضطراب است. اگرچه برای اکثر این شرایط کتاب‌های درمانی مجزایی تهیه و ارزیابی شده است، اما رویکرد تشخیصی DSM دارای محدودیت‌هایی است که برنامه‌ریزی درمانی را کند می‌کند. برای شروع، توصیف طبقه‌ای سیستم DSM نمی‌تواند وسعت و عمق تجربهٔ عاطفی انسان را به‌طور کامل دربر بگیرد. در مورد اختلالات اضطرابی، برچسب‌های تشخیصی مختلف DSM صرفاً منعکس‌کنندهٔ تفاوت‌های توپوگرافی (و عمدتاً سطحی) در بین مشکلاتی هستند که دارای مکانیسم روان‌شناختی مشابهی هستند (برای مثال، ابرامویز و دیکن، ۲۰۰۵)؛ یعنی اختلالات ذکر شده

جدول ۱-۱. اختلالات مرتبط با اضطراب ذکر شده در DSM-5

<p><u>اختلالات اضطرابی</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • اختلال فوبی با یا بدون آگورافوبیا • فوبیای خاص • اختلال اضطراب اجتماعی • اختلال اضطراب فراگیر • اختلال اضطراب جدایی • لالی انتخایی <p><u>اختلالات مربوط به وسواس و اجبار</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • اختلال وسواس فکری عملی <p><u>تروما و اختلالات مرتبط با آن</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • اختلال استرس پس از سانحه • اختلال استرس حاد <p><u>علائم جسمی و اختلالات مرتبط با آن</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • اختلال اضطراب بیماری
--

در جدول ۱-۱ را می‌توان با استفاده از چارچوبی که در بالا ذکر شده است مفهوم‌سازی کرد؛ که کدام محرک‌های نسبتاً ایمن، به‌مثابه خطر، سوءبرداشت می‌شوند و منجر به اضطراب غیرضروری می‌شوند و چگونه رفتارهای اجتنابی یا فرار بی‌مورد باعث بروز مشکل می‌شوند. با وجود این، هر نهاد تشخیصی دارای مجموعه‌ای منحصر به فرد از نشانه‌های ترس، راه‌هایی که نشان دهد کدام نشانه‌ها سوءبرداشت شده‌اند و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار است. جدول ۱-۲ این پدیده‌ها را در بین اختلالات اضطرابی DSM-5 نشان می‌دهد.

همچنین DSM در مورد شدت اختلال‌های اضطرابی تمایز قائل می‌شود (ویدینگ و میلر، ۲۰۰۸). در این سیستم اختلال‌های اضطرابی همانند بیماری‌های پزشکی درمان می‌شوند، برای مثال سرطان، که شما یا سرطان دارید یا ندارید. با این حال، همان‌طور که در بحث اضطراب طبیعی و غیرطبیعی دیده می‌شود، ترس و نگرانی بیشتر شبیه فشارخون است که در همه افراد وجود دارد، اما داشتن سطح بسیار بالا (و همچنین خیلی پایین) می‌تواند مشکل‌ساز باشد. سیستم تشخیصی مبتنی بر طبقه‌بندی، برای افرادی که علائم‌شان در اختلالی خاص قرار نمی‌گیرند یا علائم زیر آستانه ندارند، توصیه‌های درمانی ارائه نمی‌دهد.

بر این اساس، ما از رویکردی جایگزین برای تشخیص اختلال‌ها پشتیبانی می‌کنیم که در آن اختلال روانی «اختلال در ارگاناسمی که نمی‌تواند عملکرد روان‌شناختی را کنترل کند» تلقی می‌شود

جدول ۲-۱. نشانه‌های ترس، سوءبرداشت‌ها و پاسخ‌های ناسازگار مقابله‌ای در بیشتر اختلالات اضطرابی

اختلال DSM	نشانه‌گان هراس	سوءبرداشت‌ها	پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار
اختلال وسواسی جبری	افکار مزاحم، نشانه‌های موقعیتی	افکار بسیار مهم و معادل عمل هستند؛ و مسئول جلوگیری از آسیب	اجتناب، آیین‌های اجباری (برای مثال چک کردن، شست‌وشو، پنهان‌کاری)، اطمینان‌جویی
فوبیای خاص	مارها، ارتفاع، آمپول و ...	ارزیابی احتمال یا شدت بیش‌ازحد خطر	اجتناب، استفاده از داروها (الکل، بنزودیازپین‌ها)، پرت کردن حواس
اختلال اضطراب اجتماعی	موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی	افراد بسیار قضاوت‌گر هستند. ارزیابی منفی غیرقابل تحمل است.	اجتناب، رفتارهای ایمنی در موقعیت (برای مثال، استفاده از الکل در مهمانی)
اختلال وحشت (پنیک) و آگورافوبیا	احساس برانگیختگی بدن؛ نشانه‌های موقعیتی	تفسیر نادرست از احساسات بدنی، ناشی از اینکه برانگیخته بودن خطرناک است (برای مثال علائم تپش قلب به معنای حملهٔ قلبی است)	اجتناب آگورافوبیایی، رفتارهای ایمنی (برای مثال، رفتن به اورژانس) و علائم ایمنی (برای مثال، یک فرد امن در نزدیکی خود داشته باشند، حمل تلفن همراه)
اختلال اضطراب بیماری	احساسات بدنی غیرقابل توضیح (برانگیختگی یا برانگیخته نشدن مرتبط با آن)	ارزیابی نادرست از احساسات غیرقابل توضیح بدنی، اختلالات یا تغییراتی که نشان‌دهندهٔ بیماری جدی پزشکی هستند (برای مثال سرطان)	جستجوی اطلاعات از پزشکان یا اینترنت، چک کردن بدن خود (از جمله عملکردهای حیاتی)، جلوگیری از یادآوری ترس بیماری
اختلال استرس پس از سانحه و اختلال استرس حاد	خاطرات سرزده از وقایع آسیب‌زای	هیچ‌جا امن نیست، یادآوری خاطرهٔ آسیب‌زا غیرقابل تحمل است	جلوگیری از یادآوری، پرت کردن حواس، نشانه‌های ایمنی (برای مثال حمل اسلحه)
اختلال اضطراب فراگیر	افکار یا تصاویر رویدادهای منفی غیرمحمتم	عدم تحمل عدم قطعیت؛ ارزیابی بیش‌ازحد احتمال و شدت نتایج منفی	اطمینان‌جویی، نگرانی به منزلهٔ نوعی حل مسئله
اختلال اضطراب جدایی	جدایی جسمی از والدین یا مراقبین دیگر	ارزیابی بیش‌ازحد احتمال خطر آسیب یا جدایی دائمی	چسبیدن به والدین، گریه کردن، اجتناب از موقعیت‌هایی که نیازمند جدایی است

(ویدیگر و میلر، ۲۰۰۸)؛ به عبارت دیگر، برخی از سازکارهای روان‌شناختی فرد، همانند نحوهٔ پاسخ دادن وی به برخی از نشانه‌های ترس به صورت بهینه عمل نمی‌کنند. این عملیات سازگار با این دیدگاه است که درمان‌های روان‌شناختی مؤثر به همان اندازه که «اختلالات» را درمان می‌کنند مکانیسم‌های روان‌شناختی ناسازگار را (که این مشکلات را مشخص می‌کنند) نیز تغییر می‌دهند (آبرامویتز و بلکی، در مطبوعات الف). همان‌طور که خواننده متوجه می‌شود، ما به مواجهه‌درمانی به‌مثابهٔ درمانی برای هدف قرار دادن فرآیندهای کلیدی زیربنای تداوم اضطراب بالینی می‌پردازیم و نه به‌مثابهٔ درمانی برای یک «اختلال» خاص (نگاه کنید به فصل ۳).