

مجموعه کتاب‌های کاربست بالینی ABCT

کاربردهای پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی



فهرست مطالب

۷	مقدمه
۹	Preface for the Persian edition
۱۰	پیشگفتار برای نسخه فارسی
۱۱	پیشگفتار
۱۳	مقدمه
۱۶	درباره مؤلفان
۱۸	مشارکت کنندگان
۲۱	فصل ۱: مقدمه‌ای بر پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی کاترین آ. کندی و دیوید اچ. بارلو
۴۱	فصل ۲: ارزیابی فراتشخیصی و فرمول‌بندی موردی هانا بوچر و لارن آر. کانکلین
۶۵	فصل ۳: پروتکل یکپارچه برای اختلالات اضطرابی لارن آر. کانکلین، تاد جی. فارچیون و استیون دوفور
۸۴	فصل ۴: پروتکل یکپارچه برای اختلال وسواسی-اجباری و اختلالات مرتبط یوهانا تامپسون-هالندز
۱۰۳	فصل ۵: پروتکل یکپارچه برای اختلال افسردگی اساسی جیمز اف. باسول، لارن آر. کانکلین، جنیفر ام. اوسوالد و متئو بوگاتی
۱۲۵	فصل ۶: پروتکل یکپارچه برای اختلال دوقطبی و اختلالات هم‌آیند کریستن کی. الارد، امیلی ای. برنشتاین، اندرو آ. نیرنبرگ، تیلو دکرزیاخ
۱۵۵	فصل ۷: پروتکل یکپارچه برای اختلال استرس پس از سانحه متئو گالاگر

- فصل ۸: پروتکل یکپارچه برای اختلال مصرف الکل و اختلالات اضطرابی هم‌آیند..... ۱۷۵
تاد جی. فارچیون، تریسی ام. گودنس، کاتلین ام. ای. ویلیامز
- فصل ۹: پروتکل یکپارچه برای اختلالات خوردن..... ۲۰۳
کریستینا ال. بویستو و جیمز اف. باسول
- فصل ۱۰: پروتکل یکپارچه برای اختلال بی‌خوابی..... ۲۲۱
ژاکلین آر. بولیس و شانون ساوئر-زاوالا
- فصل ۱۱: پروتکل یکپارچه برای افکار و رفتارهای خودجرحی غیر خودکشی‌گرا و خودکشی‌گرا..... ۲۳۹
کیت اچ. بنتلی، شانون ساوئر-زاوالا، کلیر کاسیلو و استفانی ونتو
- فصل ۱۲: پروتکل یکپارچه برای اختلال شخصیت مرزی..... ۲۶۵
شانون ساوئر-زاوالا، کیت اچ. بنتلی و جولیان جی. ویلنر
- فصل ۱۳: پروتکل یکپارچه برای درد مزمن..... ۲۸۳
لورا آ. پین
- فصل ۱۴: پروتکل یکپارچه برای موارد پیچیده و بسیار هم‌آیند..... ۳۰۲
هدر موری لاتین و کلر کاسیلو-رابینز
- فصل ۱۵: کاربردهای پروتکل یکپارچه در گروه درمانی..... ۳۲۵
ژاکلین آر. بولیس، کیت اچ. بنتلی و کاترین آ. کندی
- فصل ۱۶: کاربردهای بین‌فرهنگی پروتکل یکپارچه..... ۳۴۴
آمانتا آ. آمیتاژ، نینا وانگ سارور، اوبیانوجونوا آناکونز،
ماسایا ایتو، میشل راتنر-کاسترو، و سری رامیا پوتلوری
- فصل ۱۷: پروتکل یکپارچه..... ۳۷۳
کلر کاسیلو-رابینز، هدیر موری لاتین و شانون ساوئر-زاوالا
- منابع..... ۳۸۹
- واژه‌نامه انگلیسی به فارسی..... ۴۱۹
- واژه‌نامه فارسی به انگلیسی..... ۴۲۱
- فهرست کوتاه نوشته‌ها..... ۴۲۳

این کتاب بر کاربردهای بالینی پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی (UP) تأکید دارد. شاید در ابتدای امر مفید باشد به این موضوع اشاره کنیم که این کتاب چه چیزی نیست. اولاً، کتاب حاضر صرفاً توصیف عمیق دیگری از پروتکل یکپارچه نیست. یک کتاب راهنمای درمانگر به روز شده و اصلاح شده برای کاربرد UP، همراه با یک کتاب کار دقیق و گام به گام برای بیماران که حاوی تمامی عناصر ضروری UP است به زودی منتشر خواهد شد (بارلو، فارچيون و همکاران، ۲۰۱۸؛ بارلو، ساوئر-زاوالا و همکاران، ۲۰۱۸). به علاوه، کتاب حاضر بر توصیف عمیق مبانی نظری و مفهومی UP همراه با یافته‌های تحقیقاتی متمرکز نیست، اگرچه در صورت لزوم در فصل‌های مختلف به آن موضوعات پرداخته شده است. در عوض، تأکید کتاب حاضر بر ارائه توصیه‌های عملی دقیق در خصوص کاربردهای UP در موارد مختلف است، از جمله موارد دارای هم‌آیندی بسیار پیچیده، همراه با موانع رایجی که یک متخصص بالینی ممکن است در فرایند درمان و اجرای راهبردهای رفع مشکل با آنها مواجه شود.

برخی از خوانندگان که برای اولین بار با فهرست مطالب این کتاب مواجه می‌شوند، ممکن است با مشاهده تمرکز کتاب بر تشخیص‌های طبقه‌بندی DSM موجود (یا دسته‌ای از تشخیص‌ها)، مانند اختلال افسردگی اساسی (MDD)، اختلال دوقطبی و اختلالات خوردن، متعجب شوند. فارغ از تمام این طبقه‌بندی‌ها، ما در حال ارائه یک رویکرد ارزیابی و درمانی فراتشخیصی با تمرکز بر عناصر درمانی محوری مشترک هستیم که برای تمام اختلالات هیجانی قابل استفاده است. ممکن است سؤال کنید پس چرا کتاب حاضر را در چارچوب اختلالات خاص قرار داده‌ایم؟ یک بار دیگر اشاره می‌کنیم که هدف کتاب حاضر تشریح این موضوع است که چگونه می‌توان این اختلالات هیجانی متنوع را که اغلب با اختلالات هم‌آیند نیز همراه هستند، با یک چارچوب مشترک و متمرکز بر خصیصه‌های مزاجی مشترک مفهوم‌سازی کرد، به گونه‌ای که منجر به کاربرد پنج عنصر اصلی فراتشخیصی در طیف کاملی از این اختلالات شود. بنابراین، مراحل این رویکرد درمانی همراه با جزئیات برای هر اختلال ارائه شده است، که با توضیح منطقی درمانی به بیمار و همچنین کاربرد هر یک از بخش‌ها یا عناصر اصلی درمان آغاز می‌شود.

فرض اصلی شکل‌گیری این درمان فراتشخیصی، آسان‌کردن کار برای درمانگرانی است که در خط مقدم درمان قرار دارند، درمانگرانی که با طیف وسیعی از بیماران مبتلا به اختلالات هیجانی مانند

اختلال اضطراب اجتماعی، افسردگی و اختلال هراس مواجه هستند. اکثر این درمانگران تا به امروز پروتکل‌های تک‌تشخیصی مبتنی بر شواهد خود را داشته‌اند، بسیاری از این پروتکل‌ها به طور قابل توجهی با یکدیگر متفاوت هستند. تعداد کمی از درمانگران حتی از تمام پروتکل‌های موجود آگاهی دارند، چه رسد به اینکه در کاربرد آنها مهارت داشته باشند. این موضوع بر اساس تجربه درمانگرانی است که بر عناصر فراتشخیصی اصلی UP تسلط دارند و این عناصر تقریباً تمام چیزی است که آنها برای پرداختن به این اختلالات نیاز دارند.

این کتاب با فصلی شروع می‌شود که به توسعه UP در دهه‌های قبل اشاره می‌کند، به توصیف عناصر این پروتکل درمانی می‌پردازد و به برخی از تحقیقاتی که از اثربخشی این پروتکل در این مقطع زمانی حمایت می‌کنند می‌پردازد، از جمله یک کارآزمایی بالینی بزرگ اخیر که توسط مؤسسه ملی سلامت روان (NIMH) حمایت مالی شده و نشان می‌دهد که UP حداقل به اندازه پروتکل‌های انفرادی و تک‌تشخیصی برای اکثر اختلالات اضطرابی اثربخش است (بارلو و همکاران، ۲۰۲۰). این فصل سپس با یک فصل مهم دنبال می‌شود که ارزیابی فراتشخیصی و فرمول‌بندی موردی را پوشش می‌دهد و با اتخاذ رویکردی گام به گام به بیماران در مورد ماهیت هیجانات و چگونگی ارتباط مشکلات بالینی آنها با کژتنظیمی مکانیسم‌های عملکردی در زندگی هیجانی‌شان، آموزش می‌دهد. به دنبال آن مجموعه‌ای از ۱۱ فصل ارائه می‌شود که اختلالات خاص یا دسته‌ای از اختلالات را که ما اکنون در زمینه آنها تجربه داریم پوشش می‌دهند، از جمله اختلال دوقطبی (فصل ۶)، اختلالات هیجانی هم‌آیند با مصرف الکل (فصل ۸)، اختلال شخصیت مرزی (BPD) که ما آن را شدیدترین اختلال هیجانی در نظر می‌گیریم (فصل ۱۲) و سایر اختلالات عمده. چند فصل آخر کتاب به تظاهرات بالینی پیچیده می‌پردازد (که البته این موارد، در خط مقدم کاربست بالینی، بیش از آنکه استثنا باشند، عادی هستند). در بسیاری از موارد، این تظاهرات ممکن است سایر آماج کژتنظیمی هیجان مانند شرم، گناه یا خجالت را دربرگیرند. در ادامه یک فصل بسیار مهم در مورد کاربردهای درمان گروهی آمده است. اجرای گروهی ممکن است نقطه قوت نوظهور UP باشد زیرا عناصر درمانی فراتشخیصی مشترک به درمانگر اجازه می‌دهد تا گروه‌های ناهمگنی از افراد مبتلا به اختلالات هیجانی (اضطراب، افسردگی و غیره) را تشکیل دهد، در نتیجه کارایی در کلینیک‌ها افزایش می‌یابد. همچنین، اختصاص فصلی به کاربردهای بین‌فرهنگی، بیانگر تجربه رو به رشد ما در زمینه کاربرد UP در بافتارهای فرهنگی بسیار متفاوت در سراسر جهان است، از جمله قربانیان جنگ داخلی کلمبیا و کاربردهای اخیر UP که در ژاپن ایجاد شده است. در نهایت، کتاب را با فصلی درباره جهت‌گیری‌های آینده استفاده از UP، از جمله برخی از تلاش‌های نوپای ما در زمینه به کارگیری این اصول برای پیشگیری از اختلالات هیجانی، پایان می‌دهیم.

صمیمانه امیدواریم درمانگرانی که هر روز با مجموعه‌ای از مشکلات هیجانی مراجعان سر و کار

دارند و این مشکلات اغلب در هیچ کدام از طبقات تشخیصی DSM نمی‌گنجد، عناصر مربوط به مطالعات موردی خاص این کتاب را در کاربست بالینی روزانه خود مفید بدانند. هم‌چنان‌که تجربه کار با UP گسترده‌تر و عمیق‌تر می‌شود، برنامه‌های کاربردی متنوع‌تری نیز در آینده ارائه می‌شود و ما خوشحال می‌شویم که از تجربیات درمانگران در مورد اجرای این پروتکل، بیشتر بشنویم.

تاد جی. فارچیون

دیوید اچ. بارلو

مقدمه‌ای بر پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی

مقدمه

▪ کاترین آ. کندی و دیوید اچ. بارلو

خاستگاه پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی^۱ (UP) در کتابی است که تقریباً سه دهه پیش با عنوان اضطراب و اختلالات مرتبط (بارلو، ۱۹۸۸) منتشر شد. در فصلی تحت عنوان «فرایند کاهش ترس و اضطراب: درمان عاطفی»، نویسنده تلاش کرد تا بر اساس نظریه هیجان یک رویکرد درمانی منسجم و منطبق با طیف گسترده‌ای از اختلالات هیجانی ترسیم نماید. از جمله اهداف فراتشخیصی برای تغییر که در آن کتاب شرح داده شده، گرایش به عمل^۲ مرتبط با هیجان قوی بود، پدیده‌ای که امروزه از آن تحت عنوان رفتارهای مبتنی بر هیجان^۳ یاد می‌کنیم. سایر اهداف اصلی درمان شامل حس فراگیر ناتوانی در کنترل عوامل استرس‌زای زندگی (موضوعی که اکنون تیم تحقیقاتی ما آن را به عنوان بخشی از مزاج اصلی روان‌رنجورخوبی^۴ در نظر می‌گیرد) و سوگیری‌های توجهی منفی شامل تمرکز بر طرحواره‌های درونی، عاطفی و خودارزیابی بود.

این ایده‌ها به مدت بیش از یک دهه کنار گذاشته شدند و در عین حال ما بیشتر بر توسعه و ارزیابی درمان‌های تک‌تشخیصی^۵، مانند درمان اختلال پانیک در کارآزمایی‌های بالینی بزرگ متمرکز شدیم (بارلو، گورمن، شیپر و وودز، ۲۰۰۰). در سال ۲۰۰۴ ما با انتشار مقاله‌ای تحت عنوان «به سمت یک درمان یکپارچه برای اختلالات هیجانی» (بارلو، آلن و چوات، ۲۰۰۴) کانون تمرکز درمانی بر هدف قراردادن ویژگی‌های مشترک اختلالات هیجانی را احیا کردیم. در آن زمان، با شناسایی تعداد

1. Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders (UP)
2. action tendencies
3. Emotion-Driven Behaviors (EDBs)
4. neuroticism
5. single-diagnosis treatments

گسترده‌ای از کتاب‌های راهنمای درمانی که برای هر یک از اختلالات اضطرابی، خلقی و سایر اختلالات مرتبط با طبقه‌های تشخیصی DSM-IV ایجاد شده بودند، ما به رویکردی بازگشتم که ابتدا در سال ۱۹۹۸ مطرح شده بود: یعنی تلاش برای شناسایی مجموعه مشترکی از اصول تغییر که می‌تواند برای تمامی اختلالات هیجانی کاربرد داشته باشد.

در همان زمان، تحقیقی که توسط همکاران تیموتی براون در مورد طبقه‌بندی و ماهیت اختلالات هیجانی انجام شد بر این واقعیت تأکید کرد که جنبه‌های مزاجی زیربنای اختلالات اضطرابی، خلقی و اختلالات مرتبط بیشتر به ماهیت این اختلالات نزدیک بودند تا حضور سمپتوم‌هایی که ویژگی تعیین‌کننده در سیستم طبقه‌بندی DSM-IV و DSM-5 بودند (براون و بارلو، ۲۰۰۹). این امر به نوبه خود به تمرکز بیشتر بر مزاج زیربنایی روان‌رنجورخویی و سایر صفات مرتبط همچون برون‌گرایی یا عاطفه مثبت و همچنین آغاز مفهوم‌پردازی برای درمان مستقیم این خصیصه‌های مزاجی به جای تمرکز بر علائم خاص اختلال، منجر شد. پروتکلی که سرانجام پدید آمد، همان‌طور که در قسمت‌های بعدی با جزئیات آمده، شامل پنج فرایند اصلی درمانی است که به نظر می‌رسد فراتشخیصی هستند، یعنی به طور گسترده‌ای برای تمام اختلالات هیجانی قابل استفاده هستند. سایر قسمت‌های این فصل به توضیح منطق این رویکرد اختصاص یافته و توصیفی از درمان یکپارچه به صورتی که در حال حاضر وجود دارد ارائه می‌دهد. فصل‌های بعدی این کتاب به توضیح کاربردهای UP در اختلالات مختلف هیجانی می‌پردازد.

منطق شکل‌گیری یک رویکرد یکپارچه

در سال‌های اخیر، رشته‌های مختلف تحقیقات گرد هم آمده اند تا منطق قوی برای ایجاد یک رویکرد فراتشخیصی واحد برای اختلالات هیجانی فراهم آورند. وجوه اشتراک میان اختلالات هیجانی به طور فزاینده‌ای مشخص شده است، از جمله نرخ بالای هم‌آیندی مرضی، پاسخ مشابه به درمان در میان اختلالات هم‌آیند و وجود یک سندرم نورویبولوژیکی مشترک. علاوه بر این، یک ساختار سلسله مراتبی از اختلالات هیجانی با تمرکز بر ابعاد اصلی مزاج ارائه شده است. به عبارت دیگر، به نظر می‌رسد صفات و پیش‌زمینه‌های مشترکی، افراد را در برابر تجربه طیف گسترده‌ای از مشکلات مرتبط با سلامت روان مانند حملات پانیک، افکار مزاحم، استرس پس از سانحه، نگرانی و افسردگی آسیب‌پذیر می‌سازد. اخیراً، یکی از دلایلی را که وجه اشتراک اختلالات هیجانی را تبیین می‌کند کشف کرده‌ایم: به نظر می‌رسد این اختلالات توسط فرایندهای کارکردی مشابه، مانند واکنش‌های منفی مشخص نسبت به تجارب هیجانی شدید، تداوم می‌یابند. اکنون به طور خلاصه جزییاتی را در مورد هر یک از این رشته تحقیقات مختلف شرح می‌دهیم.

وجوه اشتراک میان اختلالات هیجانی

از اوایل قرن حاضر، تحقیقات مختلف شروع به برجسته ساختن وجوه اشتراک میان اختلالات هیجانی کرده‌اند (بارلو، ۲۰۰۲؛ براون، ۲۰۰۷؛ براون و بارلو، ۲۰۰۹) به طور خاص، نرخ بالای هم‌آیندی مرضی، پاسخ مشابه به درمان در میان اختلالات هیجانی بیشتر مشابه هم هستند تا متفاوت. در سطح نمونه‌هایی هستند که نشان می‌دهند اختلالات هیجانی بیشتر مشابه هم هستند تا متفاوت. در سطح تشخیصی، هم‌پوشانی میان اختلالات هیجانی توسط نرخ بالای هم‌آیندی فعلی و طول عمری نشان داده شده است (به عنوان مثال، آلن و همکاران، ۲۰۱۰؛ براون، کمپل، لیمن، گریشام و منسیل، ۲۰۰۱؛ کسلر و همکاران، ۱۹۹۶؛ روی-بیرن، کراسکه و استین، ۲۰۰۶؛ تسائو، میستکوفسکی، زاگر و کراسک، ۲۰۰۲، ۲۰۰۵). به عنوان مثال، نتایج حاصل از مطالعه بر روی ۱۱۲۷ بیمار در مرکز اختلالات اضطرابی و اختلالات مرتبط (Center for Anxiety and Related Disorders; CARD) در دانشگاه بوستون نشان داد که ۵۵ درصد بیماران مبتلا به یک اختلال اضطرابی اصلی، حداقل یک اختلال اضطرابی یا افسردگی اضافی نیز در زمان ارزیابی داشتند (براون و همکاران، ۲۰۰۱). با احتساب تشخیص‌های طول عمری، این میزان به ۷۶ درصد افزایش می‌یابد. علاوه براین، ۶۰ درصد از بیماران مبتلا به اختلال پانیک با یا بدون آگورافوبیا (با استفاده از ملاک‌های تشخیصی DSM-III یا DSM-IV) ملاک‌های یک اختلال اضطرابی یا اختلال خلقی اضافی و یا هر دو را برآورده می‌کردند-- آماری که با در نظر گرفتن تشخیص‌های طول عمری به ۷۷ درصد افزایش می‌یابد. تشخیص‌هایی که بالاترین میزان هم‌آیندی را دارا بودند شامل اختلال استرس پس از سانحه، اختلال افسردگی اساسی، افسرده خوبی، و اختلال اضطراب فراگیر می‌شدند. به خصوص الگوهای قوی هم‌آیندی میان اضطراب اجتماعی با اختلالات خلقی، اختلال پانیک با اختلال استرس پس از سانحه، و اختلال استرس پس از سانحه با اختلالات خلقی مشاهده شد. به علاوه مریکانگاس، ژانگ و اونیولی (۲۰۰۳) به مدت ۱۵ سال نزدیک به ۵۰۰ نفر را مطالعه کرده و دریافتند که تعداد نسبتاً کمی از مردم از فقط یک اختلال خلقی یا اضطرابی واحد رنج می‌برند.

دوم اینکه، درمان‌های روان‌شناختی برای یک اختلال واحد اغلب باعث بهبودی در اختلالات اضطرابی یا خلقی هم‌آیندی که به طور خاص در طول درمان مورد هدف قرار نگرفته‌اند، می‌شود (آلن و دیگران، ۲۰۱۰؛ بورکوویک، آبل، و نیومن، ۱۹۹۵؛ براون، آنتونی و بارلو، ۱۹۹۵؛ تسائو، لوین و کراسک، ۱۹۹۸؛ تسائو و همکاران، ۲۰۰۲). براون و همکاران (۱۹۹۵) سیر تشخیص‌های هم‌آیند را در بیمارانی که درمان شناختی-رفتاری را به طور خاص برای اختلال پانیک دریافت کرده بودند، بررسی کرده و دریافتند که هم‌آیندی کلی به طور قابل توجهی از قبل درمان تا بعد درمان کاهش پیدا می‌یابد (از ۴۰٪ تا ۱۷٪). به عنوان مثالی دیگر، طیف گسترده‌ای از اختلالات هیجانی (مانند اختلال افسردگی اساسی، اختلال وسواسی-اجباری، اختلال پانیک) به داروهای ضدافسردگی پاسخ مشابهی می‌دهند

(گورمن، ۲۰۰۷). این یافته‌ها می‌تواند به این معنی باشد که درمان‌های فردی به طور تصادفی علائم بیش از یک اختلال را هدف قرار می‌دهند، یا اینکه درمان‌های تدوین شده برای تشخیص‌های واحد، حداقل تا حدی، ویژگی‌های اصلی تمام اختلالات هیجانی را هدف قرار می‌دهند.

سوم اینکه، نتایج حاصل از تحقیقات علوم اعصاب پیشنهاد کرده‌اند که اختلالات هیجانی مکانیسم‌های نورویولوژیکی مشترکی دارند. به عنوان مثال، هیجان‌پذیری منفی^۱ بالا در افراد مبتلا به اضطراب و اختلالات مرتبط، با بیش تحریک‌پذیری ساختارهای لیمبیک و کنترل مهاری محدود ساختارهای قشر مغزی مرتبط است (اتکین و ویجر، ۲۰۰۷؛ مایرگ و همکاران، ۱۹۹۹؛ پورتو و دیگران، ۲۰۰۹؛ شین و لیبرزون، ۲۰۱۰). به خصوص، افزایش پردازش "پایین به بالا"، همراه با بازداری نامنظم قشری پاسخ‌های آمیگدال در مطالعات مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر (اتکین، پراتر، هوفت، منون و شاتزبرگ، ۲۰۱۰؛ هون-ساریک، اسکولوند و وونگ، ۲۰۰۴؛ پاولسو و دیگران، ۲۰۱۰) اختلال اضطراب اجتماعی (لوربرام و همکاران، ۲۰۰۴؛ فان، فیتزجرالد، نیتن و تانسر، ۲۰۰۶؛ تیلفور، فورمارک، مارتینزدوتیر و فردریکسون، ۲۰۰۲) هراس خاص (پاکت و دیگران، ۲۰۰۳؛ استروب، منتزل و میلتنر، ۲۰۰۶) اختلال استرس پس از سانحه (شین و دیگران، ۲۰۰۵) و افسردگی (هولمز و همکاران، ۲۰۱۲) نشان داده شده است. افرادی که سطوح بالای روان‌رنجورخویی دارند نیز دارای این فزون‌کنشی نسبتاً مهار نشده آمیگدال هستند (کیتلی و همکاران، ۲۰۰۳).

ساختار سلسله مراتبی اختلالات هیجانی

تحقیقات بر روی ویژگی‌های ابعادی مکنون اختلالات هیجانی، ساختار سلسله مراتبی مبتنی بر دو بعد اصلی روان‌رنجورخویی و برون‌گرایی را آشکار کرده‌اند (بارلو، ۲۰۰۲). برون‌گرایی به طور کلی اشاره دارد به داشتن نگرش مثبت نسبت به جهان، از جمله تمایل به پرانرژی بودن و اجتماعی بودن. در مقابل، روان‌رنجورخویی تمایل به تجربه هیجانات منفی مکرر و شدید همراه با حس کنترل ناپذیری (ادراک مقابله ناکافی) در پاسخ به استرس را توصیف می‌کند. برون‌گرایی عاطفه مثبت یا فعال‌سازی رفتاری نیز نامیده می‌شود، در حالی که سازه‌های هم‌خوان با روان‌رنجورخویی شامل عاطفه منفی، بازداری رفتاری و اضطراب صفتی هستند. همچنین مشخص شده است که روان‌رنجورخویی و برون‌گرایی در تبیین شروع، هم‌پوشانی و تداوم اختلالات اضطرابی و خلقی نقش کلیدی ایفا می‌کنند (براون، ۲۰۰۷؛ براون و بارلو، ۲۰۰۹؛ براون، چورپیتا و بارلو، ۱۹۹۸؛ گرشونی و شر، ۱۹۹۸؛ گریفیث و همکاران، ۲۰۱۰).

مطالعه بر روی روان‌رنجورخویی چندین دهه است که ادامه دارد و محققان زیادی در کار خود به

1. Negative emotionality

ویژگی‌های مشابه با روان‌رنجورخویی (و همچنین برون‌گرایی) اشاره کرده‌اند (آیزنک و آیزنک، ۱۹۷۵؛ گری، ۱۹۸۲؛ کاگان، ۱۹۸۹، ۱۹۹۴؛ مک‌کری و کاستا، ۱۹۸۷؛ تلگن، ۱۹۸۵؛ واتسون و کلارک، ۱۹۹۳). مفاهیم شخصیتی برجسته، از قبیل سه عامل بزرگ و پنج عامل بزرگ (نگاه کنید به مک‌کری و کاستا، ۱۹۸۷؛ تلگن، ۱۹۸۵) به این ابعاد شخصیتی اشاره دارند. مفاهیم گری (۱۹۸۲) از سیستم بازداری رفتاری (BIS) و سیستم فعال سازی رفتاری (BAS) به نظر می‌رسد با شدت‌های مختلف روان‌رنجورخویی و برون‌گرایی مطابقت داشته باشند (به عنوان مثال، سطوح بالای بازداری رفتاری با سطوح بالای روان‌رنجورخویی مرتبط است). در حالی که سیستم جنگ-گریز با هیجان ترس (پانیک) مطابقت دارد، کلارک و واتسون (۱۹۹۱) نظریه سه وجهی خود را بر اساس این دو بعد اصلی ارائه دادند: روان‌رنجورخویی/هیجان‌پذیری منفی و برون‌گرایی/هیجان‌پذیری مثبت (کلارک، ۲۰۰۵؛ کلارک، واتسون و مینه‌کا، ۱۹۹۴؛ واتسون، ۲۰۰۵).

به منظور درک واضح‌تر این مفاهیم، محققان از مدل‌سازی متغیرهای مکنون (پنهان) به منظور بررسی نقش آنها در اختلالات اضطرابی و خلقی استفاده کرده‌اند (براون و همکاران، ۱۹۹۸؛ چورپیتا، آلبانو و بارلو، ۱۹۹۸؛ کلارک، ۲۰۰۵؛ کلارک و واتسون، ۱۹۹۱؛ واتسون، ۲۰۰۵). براون و همکاران (۱۹۹۸) یک ساختار سلسله‌مراتبی برای اختلالات هیجانی را مورد تأیید قرار دادند که در آن روان‌رنجورخویی و برون‌گرایی عوامل مرتبه بالایی بودند که با مسیرهای معنی‌دار از روان‌رنجورخویی به سمت اختلال اضطراب فراگیر، اضطراب اجتماعی، اختلال پانیک، اختلال وسواسی-اجباری، و اختلال افسردگی اساسی منتهی می‌شد. به ویژه، عاطفه مثبت پایین با مسیرهای معنی‌دار به سمت اختلال افسردگی اساسی و اختلال هراس اجتماعی مرتبط بود. علاوه بر این، روزلینی، لارنس، میر و براون (۲۰۱۰) دریافتند که آگورافوبیا نیز با برون‌گرایی پایین در ارتباط است، موضوعی که آن را از اختلال پانیک جدا می‌سازد.

چندین گروه تحقیقاتی دیگر این یافته‌ها را تکرار کرده‌اند (به عنوان مثال، گریفیت و همکاران، ۲۰۱۰؛ کسلر و همکاران، ۲۰۱۱). نتایج حاصل از یک مطالعه بزرگ در مورد نوجوانان، با استفاده از ابزارهای خودگزارشی و گزارش همسالان، روان‌رنجورخویی را به عنوان یک عامل مشترک در تشخیص‌های طول عمری اختلالات خلقی و اضطرابی شناسایی کرده است (گریفیت و همکاران، ۲۰۱۰). اگرچه علائم خاصی که هر دسته تشخیصی از اختلالات اضطرابی و خلقی را تعریف می‌کنند، نمی‌توانند به طور کامل در ابعاد مزاجی مرتبه بالا ادغام شوند، براساس داده‌های حاصل از این تحقیقات به این نتیجه رسیده‌ایم که شباهت‌های موجود میان اختلالات هیجانی بیش از تفاوت‌های آنها است.

واکنش‌های منفی به تجربه هیجانی

افراد مبتلا به اختلالات هیجانی، برخلاف همسالان سالم خود، سطوح بالاتری از هیجان‌پذیری منفی/ روان‌رنجورخویی را تجربه می‌کنند (براون و بارلو، ۲۰۰۹) و میزان بیشتری از هیجان‌ات منفی را بروز می‌دهند (کمپیل-سیلز، بارلو، براون و هافمن، ۲۰۰۶؛ مننن، هایمبرگ، ترک و فرسکو، ۲۰۰۵). در عین حال، نکته مهم این است که آنها به تجارب هیجانی خود نیز واکنش منفی بیشتری نشان می‌دهند (بارلو، ۱۹۹۱؛ بارلو و دیگران، ۲۰۱۱؛ کمپیل-سیلز و همکاران، ۲۰۰۶؛ براون و بارلو، ۲۰۰۹)، در پذیرش هیجان‌ات خود مشکل بیشتری دارند (مکلین لافلین، منین و فاراچ، ۲۰۰۷؛ تول و رومر، ۲۰۰۷؛ ویس و همکاران، ۲۰۱۲) و نسبت به تجربه هیجان‌ات منفی خود تحمل کمتری دارند (رومر، سالترز، رافا و اورسیلو، ۲۰۰۵). در نتیجه، بسیاری از افراد مبتلا به اختلالات هیجانی در تلاش‌اند تا هر طور شده این تجارب هیجانی منفی را کاهش دهند یا از تجربه آنها اجتناب کنند (آلدو، نولن-هوکسما و شووایزر، ۲۰۱۰؛ بیکر، هولوی، توماس، توماس و اوونز، ۲۰۰۴).

این واکنش‌پذیری منفی نسبت به تجربه هیجانی بر اساس نحوه پردازش هیجان‌ات افراد به هنگام وقوع آنها، شکل می‌گیرد (سائوئر-زاوالا و بائر، ۲۰۰۹؛ سائوئر-زاوالا و همکاران، ۲۰۱۲). به عنوان مثال، در مدل‌های اولیه اختلال پانیک، که این رابطه کارکردی برای اولین بار مورد توجه قرار گرفت، پس از اینکه فرد دچار حمله پانیک می‌شود، علائم جسمانی مرتبط با حمله (مانند تنگی نفس) نشانه‌ای می‌شوند برای اینکه اضطراب بر آنچه که بعداً اتفاق خواهد افتاد متمرکز شود (مانند غش کردن؛ حمله پانیک دیگر)، که این فرایند باعث تشدید علائم جسمانی و شناختی مرتبط با پانیک می‌شود (بارلو، ۱۹۸۸؛ کلارک، ۱۹۸۶). از آنجایی که حملات پانیک در افرادی که این اختلال را ندارند نشانه‌ای برای واکنش‌های هیجانی مشابه نمی‌باشد (حملات پانیک غیربالینی^۱) (بوتون، مینکا و بارلو، ۲۰۰۱)، واکنش هیجانی منفی به پانیک در افراد مبتلا به این اختلال، برای ایجاد اختلال پانیک بالینی مهم‌تر از خود حملات پانیک است.

تعبیر و تفسیرهای منفی از هیجان‌ات که یک تجربه هیجانی را تشدید می‌کنند مختص به اختلال پانیک نیستند و در سایر اختلالات اضطرابی و خلقی شایع است. به عنوان مثال، راجمن و داسیلوا (۱۹۷۸) دریافتند که بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری و شرکت‌کنندگان گروه کنترل، تحت شرایط استرس‌زا افکار منفی مزاحم مشابهی داشتند، اما فقط بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری با پریشانی و اضطراب شدید به این افکار هیجانی واکنش نشان دادند. به عنوان یک مثال دیگر، وقتی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با شرایط بالقوه استرس‌زا روبرو می‌شوند، ممکن است سعی کنند هیجان‌ات خود را با نگرانی (یک فرایند قوی کلامی-زبانی که ساختار مغز را فعال می‌کند) یا

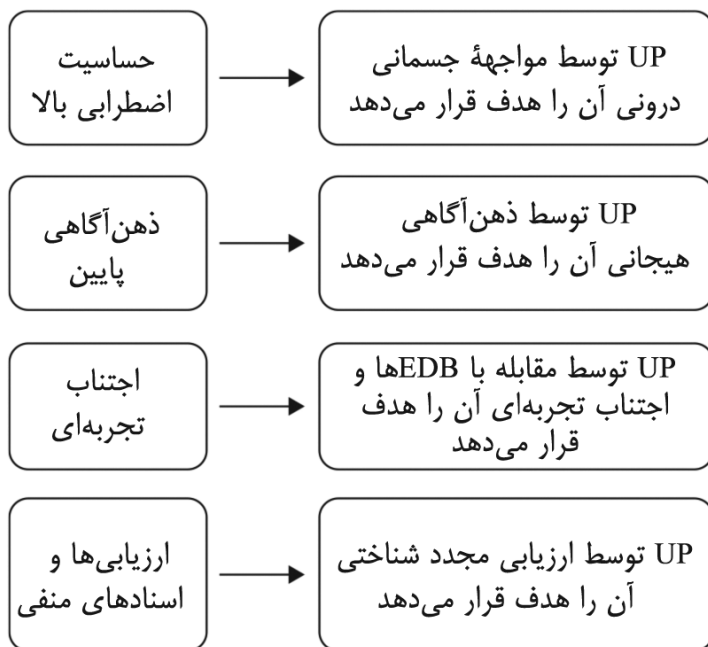
1. non-clinical panic attacks

چک کردن، کاهش دهند (نیومن و للرا، ۲۰۱۱). تفاوت در میان اختلالات هیجانی (به عنوان مثال، تظاهرات علائم در اختلال پانیک، اختلال وسواسی-اجباری و اضطراب اجتماعی) ممکن است توسط تجارب یادگیری اولیه تعیین شود (بارلو، الارد، ساوئر-زاوالا، بولیس و کارل، ۲۰۱۴)؛ با این حال، مکانیسم اصلی آسیب شناسی روانی یا ارتباط کارکردی میان آنها، از واکنش‌های منفی و تلاش‌های بعدی برای کاهش تجارب هیجانی تشکیل شده است.

سازه‌های مرتبط بیانگر این ارتباط کارکردی

تحقیقات چندین سازه‌ی فراتشخیصی مرتبط با ایجاد و تداوم اختلالات هیجانی را شناسایی کرده اند که به طور کلی تمایل به درک تجارب هیجانی به صورت آزاردهنده را توصیف می‌کنند (بارلو، ساوئر-زاوالا، کارل، بولیس، و الارد، ۲۰۱۴). این سازه‌ها شامل اجتناب تجربه‌ای، نشخوارفکری، حساسیت اضطرابی، نقص در ذهن‌آگاهی و ارزیابی‌ها و اسنادهای منفی است (شکل ۱.۱ را ببینید).

اجتناب تجربه‌ای میل به فرار یا اجتناب از تجارب درونی ناخوشایند مانند افکار، خاطرات یا هیجانان است (هیز، ویلسون، گیفورد، فولت و استروسال، ۱۹۹۶). مطالعات نشان داده است که افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی سطوح بالایی از اجتناب تجربه‌ای را گزارش می‌کنند (بگوتکا، وودز و واترنک، ۲۰۰۴؛ برکینگ، نیاسیو، کامتویز و لینهان، ۲۰۰۹؛ کاشدان، برین، افرام و ترهار، ۲۰۱۰؛ شاهر و هر، ۲۰۱۱) لی، اورسیلو، رومر و آلن (۲۰۱۰) پس از محاسبه واریانس مربوط به فروانی عاطفه منفی دریافتند که اجتناب تجربه‌ای علائم اختلال اضطراب فراگیر را پیش بینی می‌کند. همچنین قابل توجه است که این سازه ارتباط بین روان‌رنجورخویی و اختلال استرس پس از سانحه را میانجی‌گری می‌کند (ماک، تال و گراتز، ۲۰۱۲؛ پیکت، لودیس، پارک‌هیل و اورکات، ۲۰۱۲). تحقیقات اخیر نشان می‌دهد که ارتباط بین تجربه هیجانان منفی و علائم افسردگی اساسی تاحدودی توسط راهبرد مقابله‌ای اجتنابی در افراد با سطح بالایی اجتناب تجربه‌ای میانجی‌گری می‌شود (شیونز و هی، ۲۰۱۱). افراد مبتلا به اختلالات هیجانی از انواع مختلفی از راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی از جمله سرکوب هیجان و نشخوار فکری استفاده می‌کنند. سرکوب هیجان راهبردی است که توسط آن افراد سعی می‌کنند تجارب منفی، ناخواسته و برانگیزاننده هیجان را حذف کنند. با این حال، این هیجانان اغلب با شدت بیشتری باز می‌گردند و باعث افزایش عاطفه منفی می‌شود (آبراموویتز، تولین، استریت، ۲۰۰۱؛ راسین، موریس، اشمیت و مرکلباخ، ۲۰۰۰؛ شناپدر، کارتر و وایت، ۱۹۸۷). افراد مبتلا به اختلالات هیجانی، از جمله افسردگی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی-اجباری و اختلال استرس پس از سانحه، سطوح بالایی از سرکوبی هیجانان را نشان می‌دهند (پوردون، ۱۹۹۹).



شکل ۱-۱ سازه‌های مرتبط بیانگر واکنش پذیری منفی و ادراک فقدان کنترل هیجان شدید.

نشخوار فکری یکی دیگر از راهبردهای شناختی است که طی آن افراد به طور مداوم بر حالات خلقی منفی و علل احتمالی، معانی و پیامدهای خلق منفی خود متمرکز می‌شوند (نولن-هوکسما، ۱۹۹۱). مشخص شده است که نشخوار فکری، عاطفه منفی را تشدید می‌کند و منجر به نشخوار فکری بیشتر در مورد خلق منفی می‌شود. این فرآیند اغلب تا زمانی ادامه می‌یابد که افراد یک رفتار اجتنابی (مانند اطمینان طلبی، مصرف مواد یا آسیب رساندن به خود) را برای منحرف کردن توجه شان انجام دهند (سلیبی، آنستیس و وسل، ۲۰۰۸). این چرخه همچنین به طور منفی تقویت می‌شود، زیرا به طور موقت از افراد در برابر نگرانی‌های ناراحت کننده محافظت می‌کند (لیوبومیرسکی و نولن-هوکسما، ۱۹۹۵؛ لیوبومیرسکی، تاکر، کالدول و برگ، ۱۹۹۹). به نظر می‌رسد استفاده از این راهبرد در میان اختلالات هیجانی ثابت بوده و افزایش علائم اضطراب و افسردگی را پیش بینی می‌کند (آلداو و همکاران، ۲۰۱۰؛ باتلر و نولن-هوکسما، ۲۰۰۰، ۲۰۰۷؛ هنگ، ۲۰۰۷؛ نولن-هوکسما، ۲۰۰۰؛ نولن-هوکسما، لارسون و گریسون، ۱۹۹۹؛ اوکانر، اوکانر و مارشال، ۲۰۰۷؛ سارین، آبل و اورباخ، ۲۰۰۵؛ سجراسترم، سائو، آلدن و کراسک، ۲۰۰۰).

سازه فراتشخیصی دیگری که به عنوان یک عامل در شکل‌گیری اختلالات هیجانی شناسایی شده،

حساسیت اضطرابی است، که اشاره به این باور دارد که علائم اضطراب و ترس عواقب منفی برای فرد خواهند داشت (ریس، ۱۹۹۱). این سازه به طور خاص به پاسخ منحصر به فرد افراد به یک تجربه هیجانی در زمان وقوع آن، جدا از مدت یا شدت خود هیجان می‌پردازد. اگرچه حساسیت اضطرابی در ابتدا در زمینه اختلال پانیک مورد مطالعه قرار گرفته است (مالر و ریس، ۱۹۹۲؛ پلن و پترسون، ۲۰۰۲؛ راسووسکی، کاشنر، شوارز و ونگستین، ۲۰۰۰)، تحقیقات نشان داده اند که با سایر اختلالات اضطرابی و افسردگی نیز همراه است (بوسول و همکاران، ۲۰۱۳؛ ناراگون-گاین، ۲۰۱۰؛ تیلور، ۱۹۹۹؛ بوچر، بریک و بارلو، ۲۰۱۶).

جالب است بدانید که مشخص شده حساسیت اضطرابی به صورت فراتشخیصی شروع اختلالات اضطرابی و افسردگی را فراتر از تمایل به تجربه اضطراب پیش‌بینی می‌کند (مالر و ریس، ۱۹۹۲؛ اشمیت، کیوگ، تیمپانو و ریشی، ۲۰۰۸). کاهش حساسیت اضطرابی در حین درمان، بهبود بیمار را پیش‌بینی می‌کند (گالاگر و همکاران، ۲۰۱۳). علاوه بر این، حساسیت اضطرابی علائم اختلالات خلقی و اضطرابی را حتی با اعتبار افزایشی بیشتری نسبت به روان‌رنجورخویی پیش‌بینی می‌کند (کالیمور، مک‌کاب، کارلتون و آسموندسون، ۲۰۰۸؛ کاکس، انس، واکر، کرنستد و پیدلابنی، ۲۰۰۱؛ کوتوف، واتسون، روبلز و اشمیت، ۲۰۰۷؛ نورتون و همکاران، ۱۹۹۷؛ ریردون و ویلیامز، ۲۰۰۷). این موضوع از این پیشنهاد حمایت می‌کند که نحوه ارتباط یک فرد با هیجانات منفی اش به اندازه مدت یا شدت عاطفه منفی در ایجاد اختلال هیجانی تعیین کننده است. به همین دلیل، ما در حال حاضر بر روی بسط و گسترش سازه حساسیت اضطرابی به حساسیت هیجانی به طور کلی کار می‌کنیم.

نقص در ذهن آگاهی یکی دیگر از ویژگی‌های اختلالات هیجانی است. ذهن آگاهی به آگاه بودن و پذیرش تجارب درونی شخص از جمله هیجانات، افکار، تصاویر ذهنی و تمایلات درونی در لحظه حال اشاره دارد، صرف نظر از اینکه این تجارب چقدر ناخوشایند باشند (شیونز و همکاران، ۲۰۰۵؛ هیز و همکاران، ۱۹۹۶؛ کابات-زین، ۱۹۸۲). نقص در ذهن آگاهی به صورت فراتشخیصی در میان اختلالات هیجانی بروز می‌یابد (بائر، اسمیت، هاپکینز، کریتیمایر و تونی، ۲۰۰۶؛ براون و رایان، ۲۰۰۳؛ کش و ویتینگهام، ۲۰۱۰؛ راسموسن و پیجون، ۲۰۱۱). یک مطالعه اخیر نشان داد که پس از یک عامل استرس زای آزمایشگاهی، افراد با سطوح بالاتر ذهن آگاهی نسبت به افرادی که سطوح ذهن آگاهی کمتری داشتند، احساس اضطراب کمتر و پاسخ کورتیزول کمتری را گزارش کردند (براون، وینستین و کرسول، ۲۰۱۱). علاوه بر این، دفعات استفاده افراد از ذهن آگاهی هنگام پاسخ‌دهی به هیجانات منفی، بیش از تمایل ذاتی به تجربه هیجانات منفی آسیب‌شناسی روانی را پیش‌بینی می‌کند (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲؛ ساوئر و بائر، ۲۰۰۹). مشابه اجتناب تجربه‌ای و