

مجموعه برنامه‌های اثربخش

## غلبه بر اضطراب و هراس نوجوانان

راهنمای درمانگران

مؤلفان

دونا بی پینکوز  
جیل تی ایرنریج  
سارا جی مایس

ترجمه

علی کمال جو



کتاب ارجمند

سرشناسه: پینکوز، دونا، Pincus, Donna

عنوان و نام پدیدآور: غلبه بر اضطراب و هراس نوجوانان راهنمای درمانگران / دونا بی پینکوز، جیل تی ایرنریچ، سارا جی ماتیس؛ ترجمه علی کمال جو.

مشخصات نشر: تهران، کتاب ارجمند: ارجمند: نسل فردا، ۱۳۹۰

مشخصات ظاهری: ۱۴۴ ص.

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۰۲۶-۲

وضعیت فهرست نویسی: فیبا

یادداشت: *Mastery of anxiety and panic for adolescents: riding the wave: therapist guide*, 2008.

موضوع: وحشت زدگی - درمان، اضطراب - اختلالات - درمان، شناخت درمانی نوجوانان، اضطراب - درمان،

وحشت زدگی - درمان، نوجوانان - روان شناسی - روش ها، شناخت درمانی

شناسه افزوده: ایرنریچ، جیل تی، Ehrenreich, Jill T، ماتیس، سارا گلدن، ۱۹۶۸ - م، Mattis, Sara

Golden، کمال جو، علی، مترجم.

رده بندی کنگره: ۱۳۸۹ غ ۸ پ ۵۳۵/ RC

رده بندی دیویی: ۶۱۶/۸۵۲۲۳

شماره کتابشناسی ملی: ۲۲۱۸۴۷۵



دونا بی پینکوز، جیل تی ایرنریچ، سارا جی ماتیس

غلبه بر اضطراب و هراس نوجوانان

راهنمای درمانگران

فروست: ۶۷

ترجمه: علی کمال جو

چاپ یکم ۱۳۹۰

ویراستار: رزیتا شواخ

صفحه آرای: قدیم خانی، طراحی جلد: احسان ارجمند

چاپ: افرنک، صحافی: دیدآور

شمارگان: ۱۶۵۰ نسخه، بها: ۳۴۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۰۲۶-۲

همه ی حقوق چاپ و نشر این کتاب محفوظ است.

[arjmandpress@gmail.com](mailto:arjmandpress@gmail.com)

مرکز پخش انتشارات ارجمند:

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خ کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن ۸۸۹۷۷۰۰۲

شعبه اصفهان: دروازه شیراز، خ چهارباغ بالا، پاساژ هزارجریب، تلفن ۰۳۱۱۶۲۸۱۵۷۴

شعبه مشهد: خ احمدآباد، پاساژ امیر، کتاب دانشجوی، تلفن ۰۵۱۱۸۴۴۱۰۱۶

شعبه بابل: خ گنج افروز، پاساژ گنج افروز، تلفن ۰۱۱۱۲۲۲۷۷۶۴

شعبه رشت: خ نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی، تلفن ۰۱۳۱۳۲۳۲۸۷۶

در بیش از یک دهه کار بالینی و درمان اختلالات اضطرابی و به طور خاص اختلال هراس (پانیک) شاهد رنج و ناراحتی شدید بیماران مبتلا به این اختلالات و خانواده‌های آنان بوده‌ام آشفتگی والدین و یا دیگر اعضای خانواده و در بسیاری موارد سردرگمی و اینکه نمی‌دانند که چه کاری باید انجام دهند مشکلات بیماران و خانواده‌هایشان را تشدید می‌نماید و باعث طولانی شدن فرایند درمان و در برخی موارد نیمه تمام ماندن درمان می‌شود و یا گاهی رفتار والدین و اعضای خانواده در تعارض با اهداف درمان می‌باشد و این موضوع می‌تواند باعث تشدید بیماری شود و هزینه‌های متعدد و زیادی به بیمار و خانواده تحمیل نماید.

علی‌رغم روش‌ها و شیوه‌های بسیار موثر درمانی که برای درمانگران وجود دارد و از آن استفاده می‌نمایند ولی تا کنون جای یک منبع ارزشمند که تأکید بر کار مشترک و مثلث درمانگر بیمار و خانواده نماید و گام به گام بیمار و خانواده را در مسیر درمان هدایت و راهنمایی نماید خالی به نظر می‌رسید. این اثر ارزشمند و قابل تحسین دقیقاً شکاف بین درمانگر، بیمار و خانواده را پر کرده است و مسیری روشن پیش روی آنان قرار داده است تا بیمار و خانواده بتوانند در مطب و در خانه در فرایند درمان مشارکت فعال نمایند و به سرعت و کیفیت درمان بپردازند. روش‌های ارائه شده در کتاب از بهترین روش‌ها و شیوه‌های موجود در درمان شناختی رفتاری است و موثر بودن آن در تحقیقات و کار درمانی به خوبی اثبات شده است. کاهش مدت درمان به ۱۱ جلسه و در هشت روز و حتی کمتر از آن امیدواری و روزنه‌ی درخشانی برای بیماران و خانواده‌هایشان ایجاد کرده است تا بتوانند با صرف وقت و هزینه‌ی کمتر، درمان را تا آخر ادامه دهند. به نظر می‌رسد با توجه به روند رو به رشد اختلالات اضطرابی و به ویژه هراس در سن نوجوانی کتاب حاضر منبعی ارزشمند برای درمانگران، بیماران، خانواده‌ها، روانشناسان، مشاوران، پزشکان و پرستاران و همه دست‌اندرکاران بهداشت روان می‌باشد.

بدون شک مطالعه کتاب کمک شایان و برجسته‌ای به تشخیص و درمان هراس می‌نماید و امیدواری بی‌ظنیری در شما ایجاد خواهد کرد. شیوایی در نگارش، سهولت بیان، قابلیت اجرا، کاربرد پذیری و استفاده راحت از امتیازات برجسته این کتاب است. لازم می‌دانم از دوستان و همکاران عزیزم که با پیشنهادات و توصیه‌های ارزشمندشان راهنمایی و یاریم نمودند تشکر و سپاسگزاری نمایم. به ویژه از دوست خویم دکتر حسن حمید پور به خاطر همه‌ی لطفی که داشتند همین‌طور از دکتر محمد امین فرشاد به خاطر دقت در مطالعه‌ی متن و نکات موثری که یادآوری نمودند و همچنین از استاد ارزشمند جناب آقای دکتر ارجمند به خاطر همه‌ی محبتی که داشتند و در نهایت از دخترم طاهره به خاطر تایپ کتاب و کمک صمیمانه‌اش متشکر و ممنونم.

علی کمال‌جو

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

در سال‌های گذشته پیشرفت‌های زیادی در زمینه‌ی مراقبت‌های بهداشتی اتفاق افتاده است، با این حال هنوز شواهد تحقیقاتی کافی، بسیاری از درمان‌ها و روش‌ها در بهداشت روانی و پزشکی رفتاری را تایید نکرده است و گاهی نه تنها سودی ندارند شاید زیر سوال هم باشند. اما بر اساس معیارهای پژوهشی فعلی روش‌های دیگری وجود دارند که موثر بودن آن‌ها اثبات شده و می‌توان از آن‌ها استفاده کرد.

پیشرفت‌هایی که اخیراً رخ داده فراتر از یک انقلاب است. برای اینکه، ما از نظر روان‌شناختی و فیزیکی درک عمیق‌تری از آسیب‌شناسی پیدا کرده‌ایم، که در نهایت منجر به پیشرفت‌های جدید شده و به طور بسیار زیادی موجب به وجود آمدن این روش‌های درمانی شده است. دوم اینکه، درک ما از موضوعات مربوط به رشد افزایش یافته و این موضوع به ما اجازه داده در روش‌های درمانی برای سنین مختلف پالایش و تغییرات مناسبی ایجاد کنیم. سوم، روش‌های تحقیقاتی‌مان به طور مداوم بهبود یافته به طوری که توانستیم تهدیدات اعتبار درونی و بیرونی را کاهش دهیم و نتایج تحقیقاتمان را برای موقعیت‌های بالینی به طور موثری کاربردی‌تر کنیم. چهارم، دولت‌ها، سیستم‌های مراقبت بهداشتی و سیاست‌گذاران در سراسر دنیا تصمیم گرفته‌اند که کیفیت مراقبت‌های بهداشتی را بهبود دهند و این مهم باید بر اساس نتایج تحقیقات و بر اساس نیاز عمومی جامعه تأمین شود که خوشبختانه این اتفاق افتاده است (بارلو، ۲۰۰۴، موسسه پزشکی، ۲۰۰۱). البته این روش‌ها مثل یک بنای نو پا می‌باشند که به تازگی بر اساس تحقیقات توسعه یافته‌اند، به طوری که درمانگران در هر جایی که باشند می‌توانند از این روش‌ها استفاده نمایند.

این دستور کار و راهنما توانسته از صرف آشنا کردن دست‌اندرکاران به تعهد و مسئولیت‌شان و کاستی‌های مراقبت‌های رفتاری در کار بالینی‌شان فراتر رود و برای افراد بیمار هم از کاربرد و قابلیت اجرایی بهتری برخوردار شود. سری جدید "برنامه‌هایی برای کار" تمایل داشته بین این مداخلات جدید و جذاب و کار بالینی درمانگران ارتباط برقرار کند.

این سری از کتاب‌های راهنما و دستور کار به بیان جزئیات گام به گام مرحله‌ی ارزیابی، تشخیص و درمان مشکلات خاص می‌پردازد. اما این سری کتاب‌ها، فراتر از کتاب‌ها، دستور کارها و یا مواد کمک آموزشی است که برای آشنایی بیشتر درمانگران و دانشجویان با فرایندهای نظارت و کارهای عملی‌شان ارائه می‌شوند.

در تدوین سیستم مراقبت بهداشتی‌مان، سعی کرده‌ایم توسعه و پیشرفت متوازی ایجاد کنیم و این کار سبب شده که مسیر مسئولیت‌پذیری فعالی را برای متخصصان بهداشت و سلامت مشخص کنیم.

همه درمانگران بهداشت رفتاری عمیقاً علاقه دارند که بهترین مراقبت ممکن را برای بیمارانشان ارائه دهند. در این سری از دستور کارها، تا آنجایی که ممکن بوده، هدف جمع‌آوری و متمرکز کردن اطلاعات و پر کردن خلأ‌های موجود بوده است.

این راهنمای درمانگر و کتاب دستور کار، یک شیوه‌ی درمانی برای اختلال هراس و گذر هراسی نوجوانان ارائه می‌دهد. شروع این اختلال اغلب در نوجوانی است و اگر درمان نشود، نشانه‌های هراس می‌تواند در بزرگسالی هم ادامه یابد. نوجوانی یک دوره مهم در مسیر رشد است. بنابراین، در این دوره دچار اختلال هراس شدن می‌تواند اثرات شدیدی داشته باشد. اختلال هراس و گذر هراسی می‌تواند بر حضور در مدرسه و عملکرد اجتماعی اثر منفی بگذارد، و به طور خودکار گسترش یابد. و همچنین با میزان بالایی از افسردگی همراه شود.

این دستور کار، رویکرد درمان شناختی - رفتاری (CBT) که نقشه‌ی راهنمای درمان بزرگسالان است و موثر بودن آن به خوبی اثبات شده است را مبنای کار خود قرار داده است. این دستور کار به ویژه برای استفاده در سنین ۱۲ تا ۱۷ سال آزمایش و آماده شده است. نوجوانان از طریق آموزش روانی، بازسازی شناختی و روش مواجهه، درباره ماهیت اضطراب و هراس خود می‌آموزند که چگونه با ترسشان روبرو شوند. یک بخش اختیاری برای والدین هم وجود دارد که والدین در هر جلسه مشارکت داده می‌شوند. و جزوه‌هایی به آن‌ها ارائه می‌شود که مطالعه آن‌ها به والدین دارای نوجوان مضطرب کمک می‌کند.

این کتاب راهنما همچنان پیشنهاداتی برای متناسب کردن این شیوه برای بیماران جوان تر و برای درمان فشرده‌تر ارائه می‌کند.

برای درمانگرانی که با جمعیت نوجوان کار می‌کنند، این کتاب راهنما، یک منبع ارزشمند و منحصر به فرد است. این کتاب درمانی برای درمانگر جهت درمان نوجوانان و کمک به آنان جهت غلبه بر اجتناب و مبارزه کردن با هراسشان بسیار موثر و کار آمد است.

دیوید اچ . بارلو، رئیس مؤلفان

برنامه‌هایی برای دستور کار

بوستون، ماسا چوست

## References

Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, *59*, 869-878.

Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.

این دستورالعمل و کتاب همراه، نتیجه چندین سال تجربه و مشارکت بسیاری از همکاران و دانشجویانمان می‌باشد. ابتدا و پیش‌تر از هر چیز دوست داریم از نفوذ و اثر قبلی دستور کار و کتاب راهنمای کنترل و درمان هراس بزرگسالان، دکتر میشل جی. کراسکی و دکتر دیوید اچ. بارلو، از این مؤلفان سپاسگزاری نماییم. کار آن‌ها به ما کمک کرد تا بتوانیم به روش درمان و کنترل هراس نوجوانان دست یابیم. ما همچنین دوست داریم از مشارکت برجسته دکتر رونالد ام. راپی، سوزانی تراس، دکتر ایملی هافمن، دکتر جمی میکو، دکتر مولی چوات - سومرز و دکتر الی تا انجیلو سانتی تقدیر نماییم.

ما همین‌طور دوست داریم از بسیاری خانواده‌ها و نوجوانانی که ما را در طول سال‌ها کار با مشارکت و همراهی‌شان در توسعه و ارزیابی این دستور کار یاری دادند تشکر نماییم.



۱۱	فصل ۱: اطلاعات مقدماتی برای درمانگر.....
۱۱	اطلاعات پایه و اهداف این برنامه.....
۱۲	تمرکز بر اختلال یا مشکل.....
۱۳	وجود هم زمان اختلالات دیگر.....
۱۳	ملاک‌های تشخیص گذر هراسی.....
۱۵	ملاک‌های تشخیصی برای حمله‌ی هراس.....
۱۷	درمان شناختی - رفتاری و مواجهه درمانی چیست؟.....
۱۸	درمان شناختی - رفتاری برای اختلال هراس نوجوانان.....
۱۹	فواید و خطرات این برنامه‌ی درمانی.....
۲۰	نقش داروها.....
۲۳	استفاده‌ها از این دستور کار.....
۲۵	فصل ۲: سنجش.....
۲۵	چالش ارزیابی نوجوانان مبتلا به اختلال هراس.....
۲۵	تشخیص افتراقی.....
۲۶	انواع سنجش و زمان لازم.....
۲۷	سنجش چند منبعی.....
۲۸	مصاحبه‌ی تشخیصی.....
۳۰	فصل ۳: مشارکت دادن والدین.....
۳۰	اهمیت مشارکت دادن والدین.....
۳۱	یک نکته درباره‌ی انعطاف‌پذیری.....
۳۲	یک نکته درباره‌ی موضوع خانواده.....
۳۲	برخورد با والدین مضطرب.....
۳۳	فصل ۴: جلسه‌ی ۱: مقدمه‌ای بر درمان و روش سه عنصر.....
۳۳	مواد موردنیاز.....
۳۴	ماهیت اضطراب.....
۳۵	سه عنصر اضطراب.....
۳۹	الگوی حملات هراس.....
۴۰	مروری بر درمان.....
۴۱	اهمیت و فواید تمرین.....
۴۲	اهداف تمرین.....
۴۳	بخش اختیاری والدین.....
۴۴	فصل ۵: جلسه‌ی ۲: فیزیولوژی هراس و آگاهی از تنفس.....

موارد موردنیاز	۴۴
دستور کار	۴۴
فیزیولوژی عنصر اضطراب	۴۴
تمرین نفس نفس زدن	۴۷
فیزیولوژی نفس نفس زدن	۴۸
تمرین آهسته تنفس کردن	۴۹

### فصل ۶: جلسه ۳: عنصر شناختی اضطراب، احتمالات بیش برآورد شده و تفکرات فاجعه آمیز.....۵۲

مواد موردنیاز	۵۲
دستور کار	۵۲
مرور تکالیف خانگی	۵۲
عنصر شناختی اضطراب	۵۲
برآورد بیش از حد احتمالات	۵۴
تفکر فاجعه آمیز	۵۵
پایش برانگیزاننده‌ها و پیامد این افکار	۵۷
تکالیف خانگی	۵۷
بخش اختیاری والدین	۵۸

### فصل ۷: جلسه ۴: بازسازی شناختی.....۵۹

مواد موردنیاز	۵۹
دستور کار	۵۹
مرور تکالیف خانگی	۵۹
فکر کردن شبیه یک کارگاه	۵۹
مقابله با برآورد بیش از حد احتمالات	۶۰
افسانه‌ها و بدفهمی‌ها	۶۳
تکالیف خانگی	۶۴
بخش اختیاری والدین	۶۴

### فصل ۸: جلسه ۵: مواجهه‌ی درونی.....۶۵

مواد موردنیاز	۶۵
دستور کار	۶۵
مرور تکالیف خانگی	۶۵
مرور فیزیولوژی اضطراب	۶۶
مدل حملات هراس را مرور کنید	۶۶
شرطی شدن درون نگرانه	۶۶
منطق مواجهه‌ی درون‌نگرانه	۶۷
تمرین ایجاد نشانه	۶۹
تکالیف خانگی	۷۱
بخش اختیاری والدین	۷۱



۷۴	فصل ۹: جلسه‌ی ۶: انجام مواجهه با احساسات
۷۴	مواد موردنیاز
۷۴	دستور کار
۷۴	مرور تکالیف خانگی
۷۵	منطق مواجهه
۷۷	چگونه مقاومت را برطرف کنیم
۸۰	سلسله مراتب ترس و اجتناب
۸۰	جلسه‌ی مواجهه‌ی موقعیتی
۸۱	طرح‌ریزی برای مواجهه‌ی موقعیتی
۸۲	تکالیف خانگی
۸۲	بخش اختیاری والدین

۸۵	فصل ۱۰: جلسه‌ی ۷: رفتارهای امنیت‌بخش
۸۵	مواد موردنیاز
۸۵	دستور کار
۸۵	مرور تکالیف خانگی
۸۵	رفتارهای امنیت‌بخش
۸۶	منطق حذف رفتارهای امنیت‌بخش
۸۷	طرح‌ریزی برای مواجهه‌ی موقعیتی
۹۰	تکالیف خانگی
۹۰	بخش اختیاری والدین

۹۲	فصل ۱۱: جلسه‌ی ۸ تا ۱۰: جلسات مواجهه
۹۲	مواد موردنیاز
۹۲	دستور کار
۹۲	مرور تکالیف خانگی
۹۳	مرور سلسله مراتب ترس و اجتناب
۹۳	روش مواجهه
۹۷	بعد از مواجهه
۹۹	پیدا کردن اشکالات
۱۰۲	طراحی تکلیف مواجهه‌ی خانگی
۱۰۲	تکالیف خانگی
۱۰۳	بخش اختیاری والدین

۱۰۴	فصل ۱۲: جلسه‌ی ۱۱: پیشگیری از برگشت و خاتمه‌ی درمان
۱۰۴	مواد موردنیاز
۱۰۴	دستور کار
۱۰۵	مرور تکالیف خانگی

۱۰۵	.....	سلسله مراتب اجتناب و ترس را مجدداً ارزیابی کنید
۱۰۵	.....	اهداف درمان و رسیدن به آن را مجدداً بررسی نمایید
۱۰۵	.....	ایجاد طرح تمرین.....
۱۰۶	.....	ارزیابی هزینه‌ی بهبودی.....
۱۰۶	.....	آماده بودن برای کم و زیاد شدن نشانه‌ها.....
۱۰۹	.....	لغزش یا عقب‌نشینی.....
۱۱۱	.....	خاتمه دادن به درمان.....
۱۱۲	.....	بخش اختیاری والدین.....
۱۱۳	.....	<b>فصل ۱۳: متناسب‌سازی.....</b>
۱۱۳	.....	تطبیق با سنین متفاوت.....
۱۱۴	.....	تطبیق برای بیماران دچار آسم.....
۱۱۵	.....	درمان فشرده.....
۱۱۷	.....	فواید.....
۱۱۸	.....	ایجاد جدول زمانی.....
۱۱۹	.....	مواجهه.....
۱۲۲	.....	ضمیمه الف: مقیاس شدت اختلال هراس برای نوجوانان.....
۱۲۶	.....	ضمیمه ب: بخش والدین.....
۱۲۶	.....	جزوه اول والدین: رفتار با نوجوان مضطرب.....
۱۳۰	.....	جزوه دوم والدین: اصول رفتاری برای والدین جهت مراقبت از نوجوانان مضطرب.....
۱۳۳	.....	جزوه سوم والدین: والدین دارای فرزندان مضطرب.....
۱۳۵	.....	جزوه چهارم والدین: در مقابل هراس چه کاری انجام دهید.....
۱۳۸	.....	جزوه پنجم والدین: شما و نوجوان کمتر مضطربتان.....
۱۴۰	.....	منابع.....
۱۴۳	.....	درباره‌ی مؤلفان.....

## اطلاعات پایه و اهداف این برنامه

این دستور کار یک برنامه‌ی درمانی است که برای درمان و کنترل اختلال هراس نوجوانان (PCT-A) تدوین شده است، رویکردی است که از درمان شناختی رفتاری اختلال هراس بزرگسالان (PD) با و یا بدون گذر هراسی الهام گرفته است (به کتاب غلبه بر اضطراب یا هراس خود، چاپ چهارم تألیف کراسکی و بارلو ۲۰۰۶ نگاه کنید). درمان و کنترل اختلال هراس نوجوانان توسط درمانگرانی که در انجام رفتار درمانی شناختی (CBT) و مواجهه درمانی اختلال هراس با گذر هراسی تجربه و مهارت داشته‌اند طراحی شده است.

این درمان به ویژه برای درمان بیماران نوجوان سنین ۱۲ تا ۱۷ ساله که دچار اختلال هراس نوجوانی (PDA) هستند طراحی شده است و مفید بودن آن برای این جمعیت ثابت شده است (به فصل ۱۳ کاربرد درمان برای بزرگسالان نگاه کنید). این درمان در ۱۱ جلسه انجام می‌شود. هر فصل با توجه به کاربرد عناصر مهم این درمان جزئیات دقیقی ارائه می‌دهد، که شامل شیوه‌هایی برای برخورد با انواعی از واکنش بیماران به بخش‌های مختلف این روش درمانی است.

علاوه بر این، هم اکنون برای ارزیابی، درمان و کنترل اختلال هراس نوجوانان در میانه‌ی راه هستیم. ما تا هنگامی که بتوانیم در زمان کمتر و در ۸ جلسه به درمان بیماران پردازیم مطالعه و تحقیق را در مرکزمان ادامه می‌دهیم. (لطفاً به فصل ۱۳، مروری بر اینکه این درمان ممکن است در شکل مختصرتری مورد استفاده قرار گیرد، نگاه کنید).

همچنین، این راهنما شامل یک بخش سودمند برای والدین است که جهت مشارکت مستقیم‌تر والدین یا سرپرستان نوجوانان در درمان هراس آن‌ها طراحی شده است. در این روش درمانی والدین می‌آموزند که چگونه با پریشانی و اجتناب‌های مهم فرزندان‌شان که دچار اختلال هراس هستند برخورد کنند.

بخش والدین، شامل شیوه‌ی آموزشی و روانی - تربیتی می‌باشد تا بدانند چگونه با نوجوانان مضطرب‌شان رفتار کنند. به فصل ۳، برای آموزش عمومی جهت به کارگیری این بخش نگاه کنید.

والدین معمولاً در چند دقیقه‌ی پایانی هر جلسه درمان ملاقات می‌شوند. بنابراین در پایان جلسات، درمانگران برای راهنمایی و نوع کمکی که والدین با توجه به محتوای آن جلسه‌ی درمانی می‌توانند به فرزندان‌شان کنند، زمانی را اختصاص می‌دهند و جزوای را برای مطالعه و افزایش آگاهی والدین به آنان می‌دهند.

این جزوها را می‌توان از بخش ضمیمه در پایان کتاب کپی کرد و در اختیار والدین قرار داد.

## تمرکز بر اختلال یا مشکل

تحقیقات نشان داده‌اند که اختلال هراس تنها در دوره‌ی بزرگسالی رخ نمی‌دهد بلکه در شروع و اوج دوره‌ی نوجوانی هم رخ می‌دهد (انجمن روان شناسی آمریکا، ۱۹۹۴). مطالعات، شیوع حملات هراس نوجوانان را ۳۵/۹٪ تا ۶۳/۳٪ گزارش کرده‌اند (مکو آلی و کلین کنجت، ۱۹۸۹، کینگ و همکارانش، ۱۹۹۳، و کینگ و همکارانش، ۱۹۹۶). این نتایج در حالی به دست آمده که ۵٪ تا ۵۰٪ نشانه‌های قبلی یا فعلی کافی بوده که ملاک‌های DSM را برای اختلال هراس دریافت کنند (ملاک‌های DSM در پایین لیست شده، مکو آلی و کلین کنجت، ۱۹۸۹، موری پو و فولر ۱۹۹۳، های وارد و همکاران ۱۹۹۷، ۲۰۰۰، عیسی و همکاران، ۱۹۹۹). تحقیقات در خصوص شیوع اختلال هراس، در یک جمعیت بالینی نشان داد که بین ۰۲٪ تا ۱۰٪ نوجوانانی که برای درمان سرپایی اضطراب و اختلالات خلقی به دیگر درمانگاه‌ها ارجاع داده شده بودند ملاک‌های تشخیص اختلال هراس را داشتند (لاست و استروس، ۱۹۸۹، دیلر و همکاران، ۲۰۰۴) در صورتی که برای حدود ۱۰٪ تا ۱۵٪ نوجوانانی که در بیمارستان بستری بودند این تشخیص گذاشته شده بود (الیسی، روبنیز، و دیلسیور، ۱۹۸۷، مسی و همکاران، ۲۰۰۰). مبنای این تحقیق موافق با این فرض است که اختلال در نوجوانان، با نرخ شیوع حدود ۱٪ رخ می‌دهد (لیوین شوهن و همکاران ۱۹۹۳).

متوسط سن شروع اختلال هراس در اواسط دوره‌ی نوجوانی است که معمولاً بعد از ۱۴ سالگی است، با این تفاوت که اختلال هراس در میان نوجوانان دختر شایع‌تر از نوجوانان پسر است (تایر و همکاران، ۱۹۸۵، کرنی و همکاران ۱۹۹۷).

دیلر و همکاران (۲۰۰۴) شکل‌های بالینی هراس را در ۴۲ نوجوان با تشخیص اختلال هراس، در مقایسه با نمونه‌های بزرگ‌تری از کودکان و نوجوانان با دیگر اختلالات اضطرابی (n=۴۰۷) و اختلالات روان پزشکی غیر اضطرابی (n=۱۵۷۶) بررسی کرده‌اند. شبیه به پدیدار شناختی اختلال هراس در نوجوانان، فراوان‌ترین و شدیدترین نشانه‌های گزارش شده شامل تپش قلب، سرگیجه، درد قفسه سینه، احساس سستی، کوتاه شدن تنفس، عرق کردن و لرزش می‌باشد. در بررسی دیگری در مورد هراس در یک نمونه بالینی ۲۰ نوجوان مبتلا به اختلال هراس و یک گروه هم‌متا شده از نظر جنسیت، کودکان و نوجوانان (سنین ۸ تا ۱۷) با اختلالات اضطرابی غیر از هراس، کارنی و همکاران (۱۹۹۷) نشان دادند که رفتار اجتنابی در شکل بالینی در ۱۸ نوجوان که تشخیص اختلال هراس همراه با گذر هراسی دریافت کرده بودند نقش مهمی داشت. رایج‌ترین مجموعه رفتارهای اجتنابی که توسط این گروه انجام می‌شود شامل اجتناب از رفتن به رستوران، در جمعیت قرار گرفتن، مدرسه رفتن، قرار گرفتن در یک اتاق کوچک یا بزرگ، سوار آسانسور شدن، رفتن به پارک و خیابان بود.

## وجود هم‌زمان اختلالات دیگر

اختلال هراس به ویژه با اختلال افسردگی اساسی (MDD) همراه می‌شود (لاست و استراس ۱۹۸۹، بیدرمن و همکاران ۱۹۹۷. عیسی و همکاران و (۱۹۹۹) نشان دادند که در یک نمونه نوجوانان دچار اختلال هراس، ۸۰٪ آن‌ها اختلال افسردگی اساسی داشتند، در صورتی که فقط کمی بیش از ۴۰٪ آن‌ها اختلال دیس تایمیک داشتند. دیلر و همکاران (۲۰۰۴) مشاهده کردند که نوجوانان دچار اختلال هراس، اختلال افسردگی اساسی را بیشتر از آنانی که اختلالات روان پزشکی غیر اضطرابی داشتند نشان می‌دهند ( ۵۰٪ در مقابل ۲۷٪)، اگر چه این میزان به طور معنی داری بزرگ‌تر از میزانی که برای جوانان مبتلا به دیگر اختلالات غیر اضطرابی بودند نبود (۴۴٪). در یک مطالعه نشان داده شد، اختلالات روان پزشکی دیگری که معمولاً هم‌زمان با هراس در میان نوجوانان مبتلا به هراس وجود دارد، شامل اختلال اضطراب منتشر (۵۰٪)، اختلال اضطراب جدایی (۲۱/۴٪) و اختلال دو قطبی (۱۹٪) بود (دیلر و همکاران، ۲۰۰۴).

## پیش‌آگهی

شواهد به‌دست آمده نشان داده که اگر اختلال هراس نوجوانی درمان نشود، نشانه‌های آن می‌تواند مزمن شود و در طول دوره‌ی بزرگسالی هم تداوم یابد و با فراز و فرود همراه باشد (کیلر و همکاران ۱۹۹۴، بیدرمن و همکاران، ۱۹۹۷، و یچمن، ریدر و کیسلر، ۱۹۹۸، یونکرز و همکاران، ۱۹۹۸). همانطور که قبلاً گفته شد، اختلال هراس می‌تواند خطر ابتلای به افسردگی هم‌زمان را افزایش دهد و این موضوع می‌تواند در آینده مشکلات بیمار را بیشتر نماید (پین و همکاران ۱۹۹۸). ویسمن و همکارانش (۱۹۹۹) تحقیقی بر روی اختلالات دوره‌ی بزرگسالی انجام دادند، در میان نمونه‌ی این تحقیق ۷۳ نفر بودند که دچار اختلال افسردگی اساسی در نوجوانی بودند و اولین ارزیابی و تشخیص آنان مربوط به ۱۰ تا ۱۵ سال پیش یعنی در دوره‌ی نوجوانی آنان بود. نتایج نشان داد که در مقایسه با شرکت‌کنندگان گروه کنترل که بدون سابقه‌ی بیماری‌های روان پزشکی بودند، آن‌هایی که شروع اختلال افسردگی اساسی‌شان در نوجوانی بود خودکشی با شیوع بالای ۷/۷٪ در بین آن‌ها وجود داشت و ۵٪ آنان در خطر پایان دادن به زندگی‌شان در اولین اقدام به خودکشی قرار داشتند. همچنین محققان دیگری، یک ارتباط میان افسردگی نوجوانی و شکست در مدرسه و تحصیل در آینده (فلیمینگ، اوفورد، و بویلی، ۱۹۸۹)، و همین‌طور نارضایتی زناشویی در زنان (گوتلیب، لیومن شوهان و سیلی، ۱۹۹۸)، و سوء مصرف مواد در آینده (بیرماهر و همکاران، ۱۹۹۶) مشاهده نمودند.

## ملاک تشخیصی برای اختلال هراس

ملاک DSM-IV-TR- برای اختلال هراس به قرار زیر است:

الف) ۱ تا ۲ از ملاک‌های زیر وجود داشته باشد :

۱- رخداد حملات ناخواسته‌ی هراس

۲- حداقل رخداد یک حمله در یک ماه (یا بیشتر)، یا بیشتر از یک حمله، و به دنبال

آن :

- الف) نگرانی مداوم درباره حمله‌ای دیگر
- ب) نگرانی درباره‌ی پیامدهای حملات (برای مثال از دست دادن کنترل خود، ابتلا به حمله قلبی و یا دیوانه شدن)
- ج) پیدایش تغییرات عمده‌ای در رفتارها به دلیل این حملات
- ب) حملات هراس ناشی از اثرات جسمی مستقیم یک ماده (برای مثال سوء مصرف مواد یا دارو) و یا یک بیماری پزشکی عمومی (مثل تیروئید بالا) نباشد.
- ج) اختلال روانی دیگری نتواند اختلال هراس را بهتر توجیه کند. از قبیل ترس اجتماعی (در مواجهه با یک موقعیت اجتماعی ترسناک)، ترس‌های غیر منطقی ساده (برای مثال در مواجهه با یک موقعیت ساده ترسناک) اختلال وسواس فکری - عملی (OCD) (برای مثال مواجهه با کثیفی در افرادی که وسواس در خصوص آلودگی دارند) اختلال استرس پس از حادثه (PTSD) (که در پاسخ به یک عامل استرس‌زای شدید پیدا می‌شود) و یا اختلال اضطراب جدایی (در پاسخ به جدا شدن از خانه یا از بستگان نزدیک پیدا می‌شود)

### ملاک‌های تشخیصی گذر هراسی

- اختلال هراس، به اختلال هراس، با و یا بدون گذر هراسی تقسیم می‌شود. ملاک تشخیصی DSM-IV-TR برای گذر هراسی به شرح زیر است:
- الف) اضطراب به‌خاطر بودن در مکان‌ها یا موقعیت‌هایی که فرار از آن‌ها ممکن است دشوار (یا خجالت آور) باشد. یا در صورت بروز حمله‌ی هراس یا موقعیتی یا علائمی شبیه هراس دسترسی به کمک امکان‌پذیر نباشد. ترس‌های گذر هراسی معمولاً شبیه ترس از فضاهای بسته می‌باشد که در موقعیت‌های مشخصی روی می‌دهد که عبارتند از: به تنهایی خارج از منزل بودن، قرار گرفتن در جای شلوغ یا ایستادن در یک صف، قرار داشتن روی پل و مسافرت با اتوبوس، قطار یا اتومبیل.
- ب) فرد از موقعیت‌های مذکور اجتناب کند (برای مثال کمتر به مسافرت برود) یا برای رفتن به فروشگاه و یا درباره‌ی حمله‌ی هراس یا نشانه‌های مربوط به هراس اضطراب داشته باشد یا برای انجام این کارها لازم باشد کسی او را همراهی کند.
- ج) این اضطراب یا اجتناب غیرمنطقی را اختلال روانی دیگری بهتر توجیه نکند، برای مثال: ترس اجتماعی (اجتناب فقط از موقعیت‌های اجتماعی به دلیل ترس از خجالت کشیدن) ترس‌های اختصاصی (برای مثال اجتناب فقط از یک موقعیت نظیر آسانبر) وسواسی - اجباری (برای مثال فرد دچار وسواس آلودگی باشد و از چیزهای کثیف اجتناب کند) اختلال فشار روانی آسیب‌زاد (برای مثال اجتناب از محرک‌هایی صورت می‌گیرد که با عامل فشار شدیدی همراه بوده‌اند) یا اختلال اضطراب جدایی (برای مثال اجتناب از ترک خانواده یا خانه باشد).



## ملاک‌های تشخیصی برای حمله‌ی هراس

ملاک تشخیصی برای حمله‌ی هراس شامل یک دوره‌ی مجزای ترس یا ناراحتی شدید که ابتدا و انتهای مشخصی دارد و طی آن حداقل چهار تا از علائم زیر به طور ناگهانی شروع می‌شود و در عرض ۱۰ دقیقه به اوج شدت خود می‌رسد:

- ۱- طپش، کوبش یا افزایش ضربان قلب
- ۲- تعرق
- ۳- لرزیدن یا رعشه
- ۴- احساس کوتاه شدن تنفس یا خفه شدن
- ۵- احساس خفقان
- ۶- احساس ناراحتی یا درد در قفسه سینه
- ۷- تهوع یا ناراحتی شکمی
- ۸- احساس سرگیجه، تلو تلو خوردن، سبکی در سر یا ضعف
- ۹- واقعیت زدودگی (احساس غیر واقعی بودن محیط) یا شخصیت باختگی (احساس گسستگی از خود)
- ۱۰- ترس از دیوانه شدن یا از دست دادن تسلط بر خود
- ۱۱- ترس از مردن
- ۱۲- اختلال حسی (بی حسی یا خارش)
- ۱۳- سرما لرزه یا گرگرفتگی

## توسعه‌ی این برنامه‌ی درمانی و شواهد پایه‌ای آن

نسبتاً مطالعات اندکی اثر بخش بودن این درمان را برای اختلال هراس نوجوانی ارزیابی کرده است. در یک مطالعه‌ای که اخیراً از درمانگاه خودمان به دست آمد، بارلو و سیدنر (۱۹۸۳) دریافتند که از سه نوجوان مبتلا به گذر هراسی که درمان شده بودند و از مادرانشان برای مواجهه درمانی کمک گرفته شده بود. دو نوجوان بهبودی قابل توجهی پیدا کردند و رابطه‌ی مادر و فرزند هم خود به خود بهبود یافته بود، ولی نوجوان سومی تغییری نکرده بود.

اولیندیک (۱۹۹۵) در یک طرح تحلیلی چند خط پایه‌ای، عناصر درمان و کنترل هراس را ترکیب کرد، یعنی شیوه‌ای که توسط بارلو و همکارانش (بارلو و همکاران، ۱۹۸۹) و شیوه‌ای که توسط اوست و همکارانش (اوست و همکاران، ۱۹۹۴) طراحی شده بود را ترکیب کرد. شرکت کنندگان سه دختر و یک پسر بودند. دامنه‌ی سنی آنان ۱۳ تا ۱۷ سال بود و ملاک DSM-III-R برای اختلال هراس همراه با گذر هراسی را داشتند.

درمان در حدود ۶ تا ۹ جلسه طول کشید و در دو هفته‌ی پایانی درمان نشانه‌های هراس تقریباً دیده نمی‌شد. درمان موجب کاهش فروانی حملات هراس برای همه‌ی شرکت کنندگان با معدل ۱/۵ تا ۲ حمله‌ی براساس خط پایه شده بود و همه‌ی شرکت کنندگان قبل از پایان درمان دو هفته‌ی بدون حمله‌ی هراس را تجربه کرده بودند. همچنان اجتناب در گذر هراسی کاهش یافت و باعث عملکرد بهتر آنان در موقعیت‌های گذر هراسی شد، تغییرات حاصل شده،

در شش ماه دوره‌ی پیگیری هم تداوم داشت. بر اساس این یافته‌ها، اولیندیک (۱۹۹۵) به این نتیجه رسید که ترکیب روش‌های رفتار درمانی شناختی در درمان اختلال هراس بزرگسالان، می‌تواند در درمان نوجوانان هم کاربرد موفقیت آمیزی داشته باشد.

برای ارزیابی این موضوع، ما اخیراً اولین درمان کنترل شده در مقیاس بزرگ را جهت ارزیابی میزان اثر بخشی روش متناسب شده "درمان و کنترل هراس نوجوانان"، برای درمان اختلال هراس (با و یا بدون گذر هراسی) نوجوانان را تحت نظر مستقیم سارا ماتیس، PI کامل کردیم. هدف این پروژه عبارت بود از: ۱- ارزیابی اثر بخشی درمان و کنترل هراس متناسب شده برای درمان اختلال هراس نوجوانان در مقایسه با افراد در لیست انتظار ۲- تعیین طول اثر درمان در طول دوره‌ی پیگیری و ۳- علاوه بر درمان نشانه‌های هراس، ارزیابی اثر درمان بر کیفیت کلی زندگی نوجوانان. از همه‌ی ۲۶ نوجوان (سنین ۱۲ تا ۱۷ ساله) شرکت کننده در مطالعه؛ ۲۴ نفر از آنان دوره‌ی درمان و دوره‌ی پیگیری را کامل طی نمودند.

گروه الف ۲ (گروه: کنترل و درمان) گروه X2 (زمان: قبل و بعد) بر اساس مقیاس شدت درمانگر و جدول مصاحبه‌ی اختلالات اضطرابی والد - کودک (ADIS -P/C) و بر اساس نمرات کامل از هر کدام از خود ارزیابی‌هایی که انجام شده بود تحلیل ارزیابی مکرر صورت گرفت. تحلیل‌ها اهمیت ارتباط گروه x زمان را با ارزیابی شدت درمانگر ( $P < / 0.05$ )، همین‌طور اهمیت آن با شاخص حساسیت اضطراب کودکان را ( $P < / 0.1$ )، و با مقیاس چند بعدی اضطراب کودکان ( $P < / 0.1$ ) و همچنین با پرسشنامه افسردگی کودکان ( $P < / 0.1$ ) نشان داد. در این تحقیق نوجوانانی که در گروه درمان بودند نسبت به نوجوانانی که در لیست انتظار بودند بهبودی بیشتری نشان دادند. به علاوه گزارش شده که تحلیل سنجش، تنها برای گروه درمان انجام شده که مربوط به اطلاعات دوره‌ی پیگیری سه ماهه بوده است. یک اثر مهم دیگری برای زمان نشان داده شد که ارزیابی شدت درمانگر ( $P < / 0.01$ )، شاخص حساسیت اضطراب کودکان ( $P < / 0.01$ )، مقیاس چند بعدی اضطراب کودکان ( $P < / 0.01$ ) و پرسشنامه افسردگی کودکان ( $P < / 0.1$ ) بود. هم چنان که در نمرات بهبودی نوجوانان انعکاس یافته این سنجش‌ها مربوط به قبل از درمان تا دوره‌ی پیگیری است. آزمون‌تی هم‌تا شده تفاوت مهمی را میان قبل از درمان و دوره‌ی پیگیری برای مقیاس شدت درمانگر ( $P < / 0.01$ )، شاخص حساسیت اضطراب کودکان ( $P < / 0.05$ )، مقیاس تجدید نظر شده‌ی اضطراب آشکار کودکان ( $P < / 0.1$ )، مقیاس چند بعدی اضطراب کودکان ( $P < / 0.05$ ) و پرسشنامه افسردگی کودکان ( $P < / 0.05$ ) نشان داده است. میانگین انحراف استاندارد برای همه متغیرها در جدول ۱-۱ و ۱-۲ آورده شده است.

جدول ۱-۱: میانگین دامنه شدت بالینی برای اختلال هراس

گروه درمان	گروه کنترل	
الف ( ۶۵ / ۶۲ )	الف ( ۱ / ۰۰ ) ۵ / ۴۱	قبل از درمان
ب ( ۳۶ / ۳۱ )	الف ( ۶۰ / ۷۵ ) ۴ / ۷۵	بعد از درمان
ب ( ۷۵ / ۷۰ )		سه ماه پیگیری

یادآوری: میانگین‌هایی که در هر ستون بالا نوشته شده معناداری متفاوتی در سطح  $P < / 0.01$  دارند.

جدول ۲-۱: میانگین نمرات کامل (انحراف استاندارد) در سنجش‌های گزارش شده

گروه درمان	قبل از درمان	بعد از درمان	دوره‌ی پیگیری
MASC	الف (۱۶/۲۵) ۶۵/۸۵	ب (۲۲/۷۵) ۴۵/۳۱	ب (۲۳/۰۳) ۴۷/۲۷
RCMAS	الف (۵/۱۹) ۱۸/۰۹	ب (۸/۳۱) ۹/۶۲	ب (۷/۸۷) ۱۰/۳۶
CASI	الف (۶/۳۶) ۴۰/۰۰	ب (۶/۵۵) ۲۸/۶۲	ب (۶/۵۸) ۳۰/۲۷
CDI	الف (۷/۶۳) ۱۵/۵۴	ب (۸/۰۱) ۸/۷۷	ب (۶/۹۷) ۸/۶۴

  

گروه کنترل	قبل از درمان	بعد از درمان	دوره‌ی پیگیری
MAS	الف (۲۳/۵۳) ۵۲/۲۷	الف (۲۵/۷۷) ۵۱/۲۵	N/A
RCMAS	الف (۳/۹۵) ۱۵/۲۵	الف (۸/۳۲) ۱۰/۷۵	N/A
CASI	الف (۷/۲۹) ۳۵/۴۰	الف (۹/۴۹) ۳۲/۶۷	N/A
CDI	الف (۷/۶۸) ۱۰/۲۵	الف (۸/۰۵) ۱۱/۱۸	N/A

یادآوری: میانگین قبل و بعد از درمان در هر یک از دوره‌های متفاوت که در بالا آمده در  $P < /0.05$  معنی داری متفاوت دارند.

روی هم رفته، این مطالعه حمایت لازم برای اثر بخشی درمان شناختی رفتاری اختلال هراس به ویژه متناسب شده برای نوجوانان را فراهم کرده است. این یافته‌ها نشان داد نوجوانانی که با شیوه‌ی درمان و کنترل هراس نوجوانان درمان می‌شوند در مقایسه با گروه کنترل، کاهش شدید و مهمی در اختلال هراس، اضطراب و حساسیت به اضطراب و افسردگی نشان می‌دهند. قابل ذکر است که میانگین مقیاس شدت درمانگر در دامنه‌ی بالینی برای گروه کنترل باقی ماند، اما در دامنه‌ی غیر بالینی بعد از درمان با شیوه‌ی درمان و کنترل هراس نوجوانان کاهش پیدا کرد. بهر حال تحلیل‌ها نشان می‌دهند که اهداف درمانی در سه ماه دوره‌ی پیگیری تداوم یافته است. این یافته‌ها برای دست یافتن به درک بهتری از درمان اختلال هراس در مراحل اولیه‌اش کمک می‌کند و نشان دهنده‌ی این است که شیوه‌ی درمان و کنترل هراس نوجوانان در کاهش نشانه‌های اختلال هراس نوجوانان موثر بوده و همچنین به کاهش تأثیر منفی اختلال هراس در زندگی روزمره‌ی نوجوانان و خانواده‌هایشان کمک کرده است.

## درمان شناختی – رفتاری و مواجهه درمانی چیست؟

رفتار درمانی شناختی (CBT) یک شکل از روان درمانی است که به طور سنتی روش‌های رفتاری با روش‌های شناختی ترکیب شده است، هرچند تفاوت‌هایی هم در این شیوه‌ها وجود دارد. رفتار درمانی شناختی اساساً کوتاه مدت، متمرکز بر مسئله و عمل گراست، همچنین تمرکز گسترده‌ای بر تغییر دادن رفتارها و شناخت‌هایی دارد که ممکن است هم اکنون در تداوم نشانه‌ها و موقعیت‌های مشکل ساز نقش فعال داشته باشند. با این حال، این شکل درمان با اشکال سنتی روان درمانی که تأکیدشان بر ایجاد بینش نسبت به متغیرهایی است که ممکن

است علت مشکل باشند متفاوت است (برای مثال درمان روان پویایی و امثال آن). دیگر شیوه‌های رایج در رفتار درمانی شناختی استفاده از روش‌هایی است که از اصول علوم شناختی یا یادگیری پایه به دست آمده است. در این روش درمانی تأکید بر ارتباط متقابل میان احساسات، افکار و رفتار می‌باشد، و از تکالیف برای تسهیل و تعمیم مهارت‌ها در کل زندگی استفاده می‌نماید. همین‌طور بر ارزیابی تجربی برای بررسی اثر بخشی درمان تأکید دارند (آنتونی ۲۰۰۵).

یکی از اجزاء مهم‌تر شیوهی رفتار درمانی شناختی استفاده از روش مواجهه درمانی، به ویژه در درمان اضطراب و اختلالات وابسته به ترس است. روش مواجهه‌ی درمانی بر این فرض استوار است که از طریق مواجهه‌ی مکرر با یک شیء، موقعیت، شخص یا احساس، سرانجام ترس کاهش می‌یابد. یا همچنین عواطف منفی‌ای که قبلاً با یک محرک یا موقعیت از قبیل اضطراب یا ترس همراه می‌شده در نهایت کاهش می‌یابد، به عبارت روشن‌تر، از طریق روبرو شدن مکرر شخص با ترس، از شدت اضطرابش کاسته می‌شود. بیشتر محققان بر فرآیند خوگیری با محرک ترسناک به عنوان یک منطبق قوی برای اثر بخشی شیوهی مواجهه تأکید دارند. این فرآیند در فصل ۸ و ۹ بیشتر توضیح داده شده است.

مواجهه‌ی درمانی می‌تواند به روش‌های متعددی انجام شود و از شیوه‌های متفاوتی استفاده می‌شود. دو تا از شیوه‌های رایج مواجهه‌ی درمانی برای بیماران "غرچه سازی" و "مواجهه‌ی تدریجی" است. تفاوت میان این دو شیوه در میزان محرک ترسناکی است که در بیمار وجود دارد، روش غرچه سازی شامل ترس‌های نسبتاً شدید می‌شود و مواجهه با مهم‌ترین عامل ترس را در شروع درمان و یکباره انجام می‌شود ولی مواجهه‌ی تدریجی شامل روبرو شدن با محرک‌هایی است که ترس کمتری ایجاد می‌کنند و به تدریج با محرک‌هایی که ترس بیشتری ایجاد می‌کنند روبرو می‌شود. این شیوه فرصت بیشتری به بیمار می‌دهد که بتواند برخورد بیشتری با محرک‌های ترس‌زا داشته باشد. در درمان و کنترل هراس نوجوانان به طور معمول رویکرد مواجهه‌ی تدریجی استفاده می‌شود، این موضوع به طور جزئی‌تر در فصل‌های بعدی توصیف خواهد شد.

## درمان شناختی – رفتاری برای اختلال هراس نوجوانان: یک نگاه کلی

درمان و کنترل هراس نوجوانان یک رویکرد انطباق یافته است که برای درمان و کنترل هراس طراحی شده است (کراسکی و بارلو ۲۰۰۶)، این روش ترکیبی از مواجهه‌ی درونی (مواجهه با احساسات بدنی ترسناکی که با هراس همراه است)، مواجهه‌ی موقعیتی، آموزش کنترل تنفس، آموزش روانی و بازسازی شناختی در طول یازده جلسه‌ی درمانی است. شبیه درمان بزرگسالان، هدف درمان و کنترل هراس نوجوانان و کنترل بر سه جنبه حملات هراس است که مربوط به اضطراب می‌باشد؛ و شامل جنبه شناختی یا بد تعبیر و تفسیر کردن، واکنش نفس نفس زدن، و پاسخ‌های شرطی شده به احساسات بدنی است (به هافمن و ماتیس، ۲۰۰۰ نگاه کنید). جلسات اولیه هدفش اصلاح جنبه شناختی یا بد تعبیر و تفسیر کردن از طریق آموزش

روانی به نوجوانان است که بدین منظور به آنان اطلاعات مناسبی درباره‌ی احساسات بدنی اضطراب و هراس و ارتباطشان با واکنش جنگ و گریز داده می‌شود. از طریق چنین اطلاعاتی نوجوانان یاد می‌گیرند که این قبیل احساسات خطرناک نیستند و روش‌هایی بروز حملات هراس یک واکنش ترسناک به احساسات طبیعی بدن است. همچنین نوجوانان از طریق ارزیابی درست یا غلط این افکار روش‌هایی را برای تشخیص و مبارزه با افکار اضطراب‌زای‌شان می‌آموزند (برای مثال: ممکن است غش کنم. "در واقع چند بار من بر اثر به‌علاوه هراس غش کرده‌ام؟"). به علاوه توانایی مقابله‌ی آنان هم افزایش می‌یابد (برای مثال: "حتی اگر من غش کنم آیا آخر دنیاست و آیا واقعاً می‌توانم غش کنم؟"). در این شیوه‌ی درمانی نقش افزایش نفس نفس زدن در حملات هراس مورد بحث قرار می‌گیرد و نوجوانان یاد می‌گیرند که به طور آهسته و عمیق نفس بکشند تا فراوانی و شدت احساسات بدنی که محرک تداوم هراس است کاهش یابد. در طول نیمه‌ی دوم درمان، رفتارهای شرطی شده که ناشی از احساسات بدنی است و باعث ترس می‌شود، از طریق مواجهه‌ی درونی، درمان می‌شود. برای این منظور از تمرینات و فعالیت‌های طبیعی به همراه مواجهه‌ی تدریجی و مکرر با احساسات بدنی که باعث هراس می‌شوند برای حذف واکنش‌های شرطی شده ترسناک، استفاده می‌شود.

برای نمونه، از نوجوانان خواسته می‌شود تا در یک نی باریک تنفس کنند یا به سرعت در یک کیسه پلاستیکی تنفس کنند تا احساس خفگی در آن‌ها ایجاد شود. از طریق چنین تمریناتی، نوجوانان می‌توانند، احساسات بدنی را از یک واکنش خودکار به ترس جدا نمایند و یاد بگیرند که این چنین احساساتی واقعاً خطرناک نیستند. در نهایت، نوجوانان یک فهرست سلسله‌مراتبی از موقعیت‌های گذر هراسی در شروع درمان تهیه می‌نمایند و مواجهه‌ی با این موقعیت‌ها بخشی از تکالیف درمانی آنان است و نوجوانان تشویق می‌شوند با این موقعیت‌ها که باعث هراس آن‌ها در زندگی روزمره‌ی شان می‌شود روبرو شوند.

## فواید و خطرات این برنامه‌ی درمانی

درمان بر مبنای مواجهه‌سازی، شبیه شیوه‌ی درمان و کنترل هراس نوجوانان، می‌تواند برای اختلال هراس و دیگر اختلالات اضطرابی کاملاً مفید باشد. بعد از اتمام درمان، بسیاری از بیماران تغییرات زیاد و مثبتی حتی نسبت به نشانه‌های غیر از اضطراب، یعنی در دیگر زمینه‌های عملکردی شان گزارش کرده‌اند. در این درمان اجتناب به طور جدی و مهم مورد توجه قرار می‌گیرد، و در نتیجه موقعیت‌هایی که قبلاً باعث ترس می‌شد می‌تواند کاهش یابد، بنابراین در مجموع کیفیت زندگی بهبود می‌یابد. به هر حال این درمان اساساً طوری طراحی شده که فرد با ترس خودش روبرو شود، ولی انگیزه ورود و تحمل موقعیت‌های ترسناک برای برخی نوجوانان شاید مشکل باشد و باید این موضوع را در نظر داشت.

نوجوانانی هستند که نمی‌توانند از روی میل خودشان وارد چنین موقعیت‌هایی شوند زیرا احتمال دارد مشکلات خانوادگی، موقعیت‌های محیطی و یا اختلالات شدید هم زمان دیگری وجود داشته باشد. یا ممکن است آسیب‌های شناختی مهمی وجود داشته باشد که مانع از تأثیر مثبت روش مواجهه‌ی درونی شود یا شاید مراجعان بیان نمایند که احساس می‌کنند، چنین

روشی با انتظاری که آنان از درمان دارند همخوانی ندارد. این مشکل را می‌تواند از طریق استفاده از ارزیابی و آموزش روانی درباره‌ی درمان کاهش داد، و در چنین مواقعی یک بحث روشن برای ادامه‌ی درمان نوجوانان لازم به نظر می‌رسد. اگر چه مطالعات اولیه نشان داده که این درمان نسبت به هر درمان دیگری تأثیرات زیادتری دارد. ولی ضمانتی برای موفقیت درمانی وجود ندارد. بنابراین مدیریت انتظارات بیماران برای حذف نشانه‌ها وقتی که انگیزه‌ی کافی نسبت به درمان وجود ندارد، یک وظیفه‌ی کلیدی درمانی است.

## نقش داروها

برخی نوجوانان که تحت درمان با این روش می‌باشند ممکن است تحت مراقبت متخصص کودکان، روانپزشک کودک، یا پزشکان دیگر هم باشند. رایج‌ترین داروهایی که برای درمان اختلال هراس نوجوانان تجویز می‌شوند، شامل بنزودیازپین‌ها (برای مثال زاناکس، کلونوپین و امثالهم) و SSRI‌ها (شامل پیکسیل، زولفت و غیره) می‌باشد. گر چه برای برخی از این داروها شواهدی وجود دارد که برای درمان اختلال هراس نوجوانان موثرند ولی برای برخی داروهای دیگر شواهد محدودی وجود دارد که برای کاهش نشانه‌های شبیه هراس یا رفتار اجتنابی مربوط به آن موثر باشند. وقتی که نوجوانان تحت درمان با روش درمان و کنترل هراس نوجوانان و این داروها می‌باشند معمولاً پیشنهاد می‌دهیم که آن‌ها یک نوع دارو با دوز مشخص موثری مصرف نمایند و سعی کنند که هر گونه کاهش یا افزایش در میزان مصرف دارو را در طی درمان تحت نظر مستقیم پزشکشان انجام دهند. به ویژه اگر درمان دارویی با SSRI باشد و یا مخصوصاً وقتی که بنزودیازپین‌ها براساس "PRN" تجویز شده‌اند یا درمان اصلی نوجوانان باشند. وقتی که نوجوان توسط پزشکان دیگری هم تحت درمان است، در طول نیمه‌ی دوم درمان که مواجهه‌ی درمانی باید انجام شود اغلب استفاده از داروها باید کاهش یابد. این موضوع به ویژه می‌تواند برای نوجوانانی که بنزودیازپین‌ها را به عنوان یک "علامت اطمینان" یا یک راه سریع کاهش پریشانی خود استفاده می‌کنند، یا حتی در موقعیتی که آن‌ها می‌دانند که خطری اندک یا خطری به دنبال نشانه‌های روانشناختی هراس وجود ندارد، از این داروها استفاده می‌کنند مهم است.

## نمای کلی این برنامه‌ی درمانی

### اهداف درمان

اهداف کلی درمان و کنترل هراس نوجوانان کاهش سه جنبه از اختلال هراس نوجوان است که باعث تشدید و تداوم این اختلال می‌شوند: ۱- باورهای غیر منطقی و افکار اضطراب‌زا درباره‌ی پیامدهای ضمنی یا احساساتی که ممکن است با حملات هراس همراه باشد ۲- واکنش‌های ترس شرطی شده، به ویژه احساساتی شبیه هراس ۳- استفاده از اجتناب و رفتارهای امنیت بخش به خاطر نگرانی درباره‌ی حملات هراس و احساسات وابسته به آن.



برای کاهش افکار غیر منطقی و اضطراب‌زا درباره‌ی پیامدهای هراس و احساسات وابسته به آن به دو شکل عمل می‌شود. ابتدا، به بیمار اطلاعاتی درباره‌ی عملکرد و اساس روانشناختی اضطراب، ترس و تغییرات بدنی داده می‌شود و در مورد آن‌ها بحث می‌شود. هدف از این اطمینان بخشی این است که برای نوجوان توضیح داده می‌شود احساساتی که در طول اضطراب و هراس تجربه می‌کند تهدید کننده نیستند. و دوم اینکه به بیمار روش‌های ویژه‌ای یاد داده می‌شود که بتوانند افکار و برآوردهای غیر واقعی‌شان درباره‌ی احتمال وقوع پیامدهای حوادث فاجعه آمیز و ترسناک مربوط به هراسشان را تشخیص دهند و با آن مقابله نمایند.

برای کاهش واکنش‌های ترس شرطی شده به شکل زیر عمل می‌شود. ابتدا، مفهوم چگونگی شرطی شدن ترس توضیح داده می‌شود. سپس، به بیمار آموزش داده می‌شود که از طریق روش‌هایی نشانه‌های بدنی‌اش در هنگام هراس را به طور مصنوعی ایجاد کند، و از طریق این تجربه، چگونگی شکل‌گیری ترس‌های شرطی شده را تشخیص دهد. و سرانجام، ترس شرطی شده از طریق تمرین مواجهه‌ی زنده‌ی قوی از بین برده می‌شود. در زمانی که مواجهه‌ی درونی انجام می‌شود علامت‌های موقعیتی هم با آن ترکیب می‌شود. این اعمال ابتدا با حضور درمانگر انجام می‌شود.

نوجوانان برای انجام این تکالیف و وارد شدن به موقعیت‌های ترسناکی که قبلاً از آن‌ها اجتناب می‌کرده‌اند بسیار تشویق می‌شوند. و همچنین از طریق آموزش روانی آگاه می‌شوند که چگونه از اجتناب و رفتارهای اطمینان بخش استفاده می‌نمایند و همچنین راه تشخیص و حذف این رفتارها به آن‌ها یاد داده می‌شود.

### ویژگی‌های خاص درمان و کنترل هراس نوجوانان

- برخی از ویژگی‌های منحصر به فرد درمان و کنترل هراس نوجوانان به قرار زیر است:
- ۱- درمان و کنترل هراس نوجوانان با عناصر رفتاردرمانی شناختی ترکیب شده است (آموزش-بازسازی شناختی و تلقین رفتاری) که به شکل همراهی درمانگر با بیمار، درونگری زیاد و مواجهه با موقعیت‌ها انجام می‌شود. در این شیوه‌ی درمانی برخی مهارت‌ها در یک روش "خود خوانی" آموزش داده می‌شوند و برخی از مهارت‌ها هم توسط درمانگر در طول جلسات درمان آموزش داده می‌شود و آن‌ها را با نوجوانان مرور و تمرین می‌کند.
  - ۲- این درمان بسیار فشرده است، این برنامه در یک دوره‌ی ۱۲ هفته‌ای انجام می‌شود (یا در یک برنامه‌ی دیگر در ۸ روز پیاپی انجام می‌شود، به این شکل که بیماران این روش را بر روی خودشان کار می‌کنند به فصل ۱۳ نگاه کنید). در این شیوه تمام سعی بر این است تا بیمار با بالاترین مراتب ترس‌هایش در موقعیت‌ها مواجهه شود. بنابراین ممکن است برای برخی افراد جهت جلسات مواجهه، زمان بیشتری لازم باشد. پس زمانی را که بیمار و درمانگر در ابتدای درمان مشخص می‌کنند ممکن است دقیق نباشد. زمان لازم به نوع مواجهه و مدت زمان دسترسی به موقعیت‌ها برای انجام آن بستگی دارد.
  - ۳- ابتدا تمرکز درمان حتی در طول مواجهه بر عوامل آشکار ساز ترس‌های بدنی، اضطراب و ترس می‌باشد.

- ۴- علی رغم اینکه درمانگر مدیریت ترس و نشانه‌های بدنی وابسته به آن را آموزش می‌دهد یا از مواجهه برای روبرو شدن با ترس‌ها و کاهش اضطراب استفاده می‌کند، و چندین روش کاهش برانگیختگی به بیماران آموزش داده می‌شود (از قبیل کنترل تنفس). ولی استفاده از آنان در طول درمان معمولاً ممنوع می‌شود. روش‌های کاهش برانگیختگی، از قبیل کنترل تنفس، روش مناسبی برای مواجهه با تمامی رفتارهای اجتنابی و اطمینان بخش است. به این معنا که نتایج و فواید این شیوه‌ها یادآوری می‌شود و آموزش داده می‌شود ولی تأکید می‌شود که در هنگام مواجهه‌ی درمانی از آن استفاده نشود.
- ۵- بیماران تشویق می‌شوند که خطر و خطر پذیری را قبول نمایند. برای مثال وقتی افراد برای شناسایی نشانه‌های حملات هراس جستجو را شروع می‌کنند این کار به عنوان یک عامل مهم افراد را بسیار حساس یا اجتنابی بار می‌آورد. در چنین مواقعی به عدم توجه بر عوامل و نشانه‌هایی که باعث استرس می‌شوند تأکید می‌شود چه این نشانه‌ها آشکار باشند یا نباشند، همه واکنش‌های ترس اساساً شبیه به هم هستند و یکسری نشانه‌های جسمانی مشابه را ایجاد می‌کنند (از قبیل حملات هراس). این موضوعات در بحث‌های مربوط به رفتار درمانی شناختی مورد توجه قرار می‌گیرد.
- ۶- سرانجام، مهارت‌هایی را که درمانگران باید در این درمان با بیماران کار کنند مشکل‌تر از روش متقاعد سازی در رفتار درمانی شناختی یا درمان‌های مواجهه سازی تدریجی است. برای مثال برای اینکه بیماران جهت روبرو شدن با عوامل برانگیزاننده ترس شدیدشان انگیزه پیدا کنند و رفتارهای اجتنابی را کنار بگذارند و عواطفشان را تغییر دهند باید تلاش زیادی شود. درمانگران باید یاد بگیرند و تشخیص دهند که چه موقع باید به بیماران فشار بیاورند و چه موقع این کار را نکنند. آن‌ها باید با دلسوزی، وابستگی، طرد شدن یا خشم خودشان مبارزه کنند و همچنین باید در مقابل پریشانی بارز بیمارانشان مقاوم باشند. درمانگران و بیماران در طول درمان یک رابطه‌ی دلبسته‌ی عاطفی را ایجاد می‌کنند که به آن‌ها اجازه نمی‌دهد که از اهداف درمانی دور شوند.

### فراوانی و طول جلسات

این درمان در ۱۱ جلسه انجام می‌شود و به طور مطلوب در یک دوره‌ی ۱۲ هفته‌ای انجام می‌شود. جلسات ۵۰ تا ۶۰ دقیقه‌ای طراحی می‌شوند اما درمانگر در این خصوص انعطاف پذیری دارد. همان طور که در ابتدا ذکر شد به ویژه جلسات مواجهه سازی ممکن است به زمان بیشتری احتیاج داشته باشد.

جدول ۳-۱ نمای کلی جلسات

تعداد جلسات	اجزای درمانی
۱-۲	آموزش روانی (شامل ماهیت اضطراب، شیوهی حملات هراس واکنش جنگ و فرار، و فیزیولوژی نفس نفس زدن)
۳-۴	درمان رفتاری - شناختی (شامل، تشخیص، پیدا کردن خطاهای شناختی از قبیل تفکر فاجعه آمیز و برآورد بیش از حد احتمالات، بازبینی افکار و بازسازی شناختی)
۵	مواجهه‌ی درونی (یکسری از فرضیاتی ذهنی که نشانه‌ها را تولید می‌کنند)
۶-۱۰	مواجهه‌ی فشرده ابتدا با حضور درمانگر (شامل، استفاده از فهرست سلسله مراتبی تهیه شده از عوامل اجتنابی و تکالیف مواجهه‌ی با آن عوامل)
۱۱	مهارت‌های تثبیت کننده درمان و پیشگیری از برگشت

### استفاده از این دستور کار

این روش برای درمان نوجوانان با مشارکت والدین آن‌ها طراحی شده است، و مشارکت والدین بخش مهمی از این درمان را تشکیل می‌دهد. این دستور کار شامل همه موارد آموزشی لازم در طول فرآیند درمان است همین‌طور حاوی تمریناتی کاربردی است که انجام این درمان را تسهیل می‌کند و یا شامل نکات ویژه‌ای است که شرح داده شده است.

همچنین برای هر فصل یک سری سؤالات یا کتاب‌هایی برای مطالعه‌ی بیشتر در نظر گرفته شده است. همین‌طور بنا به نیاز بیماران، برای هر فصل تکالیفی در نظر گرفته شده تا برای راهنمایی آن‌ها در خصوص مطالبی که لازم است مطالعه کنند استفاده شود و یا از آن‌ها برای پی بردن به دانش و درکشان از جلسه قبلی، سؤالاتی استخراج شود و برای "امتحان" در شروع هر جلسه استفاده شود. برای بیمارانی که نیاز به انگیزه یا تشویق بیشتری دارند یا احتیاج به مطالعه‌ی بیشتری دارند، این کار می‌تواند پاسخ صحیحی به این نیازها باشد. بنابر این، در پایان هر جلسه‌ی درمان این نکات می‌تواند مورد توجه قرار گیرد.

مهم است که بیماران این دستور کار را در تمام جلسات همراه داشته باشند و تمرینات آن را کامل نمایند.

