

راهنمای آموزش های روانشناختی برای اختلالات افسردگی و اضطرابی

تدوین: دکتر فهیمه فتحعلی لواسانی
با همکاری: حسین ناصری، حسن فرهی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

زمستان ۱۳۹۴

راهنمای آموزشهای روانشناختی برای اختلالات افسردگی اضطراب واگیر، پانیک، وسواس	نام سند
۱	نگارش
زمستان ۱۳۹۴	تاریخ صدور
راهنمای آموزشهای روانشناختی برای اختلالات افسردگی اضطراب واگیر، پانیک، وسواس	نام کامل فایل
مداخلات مختصر(آموزش های روانشناختی) برای اختلالات افسردگی اضطراب واگیر، پانیک، وسواس	شرح سند
دکتر فهیمه فتحعلی لواسانی با همکاری حسین ناصری، حسن فرهی	نویسنده/مترجم

پیشگفتار

افسردگی

بخش اول - کلیات افسردگی

- تعریف و علائم افسردگی
- انواع افسردگی
- علل افسردگی
- درمان های موجود برای افسردگی

بخش دوم: راهنمای جلسات

- جلسه اول - ایجاد ارتباط درمانی و آموزش روانشناختی
- جلسه دوم - فعال سازی بیمار

اختلال اضطراب فراگیر

بخش اول - کلیات اضطراب فراگیر

- توصیف اختلال اضطراب فراگیر
- علل اضطراب فراگیر
- اختلالات همراه
- درمان های موجود برای اضطراب فراگیر

بخش دوم - راهنمای جلسات

- جلسه اول - ارزیابی و آموزش روانشناختی
- جلسه دوم - آموزش آرام سازی

اختلال پانیک

بخش نخست: کلیات اختلال پانیک

- علائم اختلال پانیک
- انواع حمله های پانیک
- اختلال های همراه
- درمان های موثر اختلال پانیک

بخش دوم: راهنمای جلسات

- جلسه اول: ارزیابی و آموزش روانشناختی
- جلسه دوم: آرام سازی

اختلال وسواسی- جبری

بخش نخست: کلیات اختلال وسواسی- جبری

- توصیف و تشخیص
- علت اختلال
- اختلالات همراه
- درمان

بخش دوم: راهنمای جلسه

- جلسه اول: ارزیابی و آموزش روانشناختی
- جلسه دوم: آموزش آرام سازی

پیشگفتار

بر اساس نتایج جدیدترین پیمایش ملی سلامت روان در سال ۱۳۹۰، ۲۳٫۶ درصد از افراد ۶۴-۱۵ سال کشور دچار یک یا چند اختلال روان پزشکی در ۱۲ ماه قبل از بررسی بوده اند. علاوه براین، ارزیابی میزان دسترسی افراد به خدمات بهداشتی درمانی نشان داد با اینکه بخش قابل ملاحظه ای از بیماران روان پزشکی برای دریافت خدمات مشاوره ای و درمانی احساس نیاز می کنند اما حدود دو سوم افراد مبتلا، از مداخلات بهداشتی درمانی بهره مند نمی شوند. همچنین، بررسی شاخص حداقل درمان کافی نشان داد فقط ۲۰ درصد از کل بیماران روان پزشکی، حداقل درمان کافی را دریافت می کنند. گروه هایی از بیماران که کمترین بهره مندی را از خدمات بهداشت روانی و نازل ترین کیفیت درمان را داشتند ساکنین شهرها و اقشار کم درآمد بودند (رحیمی موقر و همکاران، ۱۹۹۰). یافته های این پژوهش نشان می دهد به رغم تلاش هایی که در دهه های اخیر برای توسعه کمی و کیفی خدمات بهداشت روانی صورت گرفته، برنامه ریزی و اجرای اقدامات بیشتری برای افزایش دسترسی افراد نیازمند به این خدمات و بهبود کیفیت خدمات مورد نیاز است.

ادغام خدمات سلامت روان در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه (PHC)، یکی از موثرترین استراتژی ها برای تضمین ارائه مراقبت های بهداشت روانی به افراد نیازمند به این خدمات است ولی در این ادغام خدمات روان شناختی به شکل محدودی پیش بینی شده و این درحالی است که مطالعات متعدد، لزوم دسترسی فزاینده به آموزش های روان شناختی را بویژه برای اختلالات اضطرابی و خلقی، کنترل تکانه، مصرف مواد و نیز غربالگری و مداخلات اولیه در کودکان مورد تاکید قرار می دهند. در این نوع رویکرد، مداخلات روانشناختی بطور فشرده و مختصر توسط کارشناس سلامت روان به دریافت کنندگان خدمت ارائه می شود.

در طرح تحول نظام سلامت اغلب مداخلات روانشناختی که در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه برای مدیریت اختلالات روان پزشکی طراحی و اجرا می شود مبتنی بر آموزش های روانشناختی است. در این رویکرد که به منظور افزایش آگاهی، اصلاح نگرش و ارتقاء مهارت های دریافت کنندگان خدمت شکل گرفته است، تمرکز جلسات بر روی برقراری ارتباط درمانی، تعریف و توصیف اختلال، آموزش بیمار در خصوص فرآیندهای درمان و مهارت آموزی می باشد.

امید می رود این راهنما بتواند تا حدودی نیاز افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی را به آموزش های روانشناختی و اصلاح نگرش نسبت به اختلالات روانپزشکی و رویکرد های درمانی موجود برطرف نماید.

افسردگی

آموزش روان شناختی و فعال سازی رفتار

مقدمه

افسردگی اختلال روانی شایعی در سرتاسر دنیاست و تخمین زده می شود که حدود ۳۵۰ میلیون نفر به آن مبتلا هستند. این اختلال یک علت اصلی مرگ و میر و ناتوانی در سرتاسر دنیاست، بطوریکه از جمله ده بیماری محسوب می شود که بار اصلی بیماری ها را تشکیل می دهند. آمارهای سازمان جهانی بهداشت نشان می دهد که به طور کلی بار بیماری افسردگی رو به افزایش است و در بیست سال آینده افسردگی بزرگترین بار سلامتی بر جامعه از نظر اقتصادی و اجتماعی خواهد بود.

اگرچه درمان های موثری برای افسردگی وجود دارد ولی آمارهای جهانی نشان می دهد کمتر از نیمی از افرادی که به این خدمات نیاز دارند (در برخی کشورها کمتر از ۱۰ درصد) خدمات درمانی را دریافت می کنند. عواملی که مانع از دریافت این خدمات می شود شامل فقدان منابع، کارشناسان آموزش دیده و انگ مربوط به بیماری روانی است. مانع دیگر عدم ارزیابی دقیق و تشخیص این بیماری ها است. این درحالیست که تجارب جهانی نشان می دهد افسردگی اختلالی است که می تواند در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه به شکل موثری تشخیص داده شده و تحت درمان قرار گیرد.

در راهنمایی که پیش رو دارید، اصول و راهنمای آموزش روانشناختی و فعال سازی بیمار برای مدیریت اختلال افسردگی آمده است . کتاب شامل دویبخش است. بخش اول اختصاص به کلیات افسردگی دارد. در این بخش یک سری اطلاعات پایه ای در خصوص علائم و انواع اختلالات افسردگی و علل و درمان های رایج ارائه شده است. بخش دوم شامل راهنمای قدم به قدم مدیریت افسردگی است و تمرکز جلسات روی آموزش بیمار در مورد ماهیت افسردگی و درمان های موجود و افزایش سطح فعالیت بیمار است.

بخش اول - کلیات افسردگی

افسردگی قدمتی به اندازه تاریخ بشر دارد و کمتر کسی است که آن را احساس نکرده باشد. گاهی اوقات به دنبال اتفاق ناراحت کننده ای و گاهی نیز بدون هیچ دلیل خاصی ممکن است احساس غم و اندوه کنیم، دنیا تیره و تار شود و خود را تنها و بی کس احساس کنیم. ولی در اغلب اوقات این تجربه موقتی و زودگذر بوده و بعد از مدت کوتاهی برطرف می شود و به حالت طبیعی خود باز می گردیم. اما گاهی شدت این افکار و احساسات شدت می یابد، علائم دیگری هم به آن اضافه می شود و مدت زمان آن هم طولانی می شود. در این موارد با اختلال افسردگی سرو کار داریم که نیاز به درمان تخصصی دارد. بنابراین، افسردگی متفاوت از نوسان های خلقی معمول است که غالباً واکنش طبیعی افراد به مشکلات و استرس های زندگی محسوب می شود و موقتی و زودگذر است. در چنین شرایطی فرد افسرده علائمی مانند غمگینی، از دست دادن علاقه و لذت، احساس گناه، کاهش عزت نفس و مشکل در خواب و خوراک را تجربه می کند و عملکرد ضعیفی در خانه، محل کار و یا تحصیل دارد. افسردگی بویژه وقتی مزمن می شود و یا شدت آن متوسط تا شدید است یک مشکل جدی محسوب شده و در موارد شدید، می تواند منجر به خودکشی شود که عامل یک میلیون مرگ و میر سالانه در دنیا محسوب می شود.

تعریف و علائم افسردگی

افسردگی یک حالت خلقی است که ویژگی های مهم آن خلق افسرده و از دست دادن علاقه و لذت است. علائم افسردگی در چهار طبقه کلی قرار می گیرند که شامل علائم هیجانی (غمگینی، احساس گناه) شناختی (ناامیدی، کاهش اعتمادبنفس) انگیزشی (کندی روانی حرکتی) و جسمی (مشکلات خواب و اشتها) می باشد. علاوه بر این بسیاری از افراد افسرده، اضطراب و یک سری مشکلات جسمی بدون دلیل پزشکی را هم گزارش می کنند. افسردگی در تمام طبقات اجتماعی اقتصادی دیده می شود ولی شیوع آن در زنان دو برابر مردان است. متوسط سن شروع آن حدود چهل سالگی است اگرچه آمارها حاکی از آن افزایش میزان بروز آن در سنین پایین تر است.

مهمترین علائم و نشانه های افسردگی عبارت است از:

- ✓ احساس غمگینی، اضطراب یا احساس پوچی
- ✓ از دست دادن علاقه به فعالیت های لذت بخش شامل رابطه جنسی
- ✓ ناامیدی و بدبینی
- ✓ احساس گناه، بی ارزشی یا درماندگی
- ✓ تحریک پذیری و بیقراری
- ✓ کاهش انرژی و خستگی

- ✓ دشواری در تمرکز، یادآوری جزئیات مسائل و تصمیم گیری
- ✓ مشکلات خواب
- ✓ کاهش اشتها یا پرخوری
- ✓ افکار مرگ و خودکشی

انواع افسردگی

افسردگی را می توان بر اساس وجود یا عدم وجود سابقه حمله مانیک به دو نوع کلی افسردگی یک قطبی و دو قطبی تقسیم کرد. افراد افسرده ای که سابقه حمله مانیک ندارند در طبقه افسردگی یک قطبی قرار می گیرند. این نوع افسردگی را می توان براساس تعداد و شدت این علائم به افسردگی خفیف، متوسط و یا شدید تقسیم بندی کرد. در افسردگی خفیف فرد چند مورد از علائم افسردگی را تجربه کرده ولی می تواند همچنان کارهای روزمره و فعالیت های اجتماعی خود را انجام دهد. در افسردگی متوسط و شدید، شدت علائم به نحوی است که اختلال جدی در عملکرد فرد در زمینه های مختلف تحصیلی، شغلی، خانوادگی و اجتماعی بوجود می آورد.

افراد افسرده ای که تاریخچه حمله مانیک دارند مبتلا به اختلال دوقطبی هستند. این اختلال معمولاً شامل حملات افسردگی و مانیک است که در فاصله بین آنها ممکن است دوره های خلقی طبیعی وجود داشته باشد. علائم مانیا شامل خلق بالا یا تحریک پذیری، پرفعالیتی، پرحرفی و فشار برای حرف زدن، افزایش عزت نفس، کاهش تمرکز و کاهش نیاز به خواب است. هر دو نوع افسردگی اگر درمان نشوند می توانند مزمن و عودکننده شوند.

اختلالات و بیماری های همراه با افسردگی

یک سری بیماری ها و اختلالات جسمی و روانی ممکن است با بیماری افسردگی همراه باشند که در تشخیص و درمان افسردگی باید به آن توجه شود. معمولاً اختلالات اضطرابی شامل اضطراب عمومی فراگیر، اضطراب اجتماعی و اختلال استرس پس از سانحه همبودی بالایی با افسردگی دارند. برای مثال تحقیقات نشان می دهد که ۴۰ درصد افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی نیز دارند. علاوه براین، سوء مصرف الکل و مواد نیز همبودی بالایی با افسردگی داشته و معمولاً درمان آن را پیچیده تر و دشوارتر می کند.

همچنین افسردگی در برخی از بیماری های جسمی جدی مانند بیماری های قلبی، سرطان، اچ آی وی / ایدز، دیابت و پارکینسون نیز دیده می شود. معمولاً شدت بیماری در بیمارانی که افسردگی نیز دارند، بیشتر است و سخت تر با بیماری خود سازگار می شوند. تشخیص و درمان افسردگی می تواند پیامد درمان این بیماری ها را بهتر کند.

علل افسردگی

افسردگی مانند سایر بیماری های روان شناختی یک علت واحد ندارد و حاصل تعامل عوامل مختلف ژنتیک، زیستی، اجتماعی و روان شناختی است. برای مثال تحقیقات نشان داده است احتمال بروز افسردگی در کسانی که در خانواده و

اقوامشان سابقه افسردگی وجود دارد بیشتر است و این نشان می دهد که احتمالا عوامل ژنتیک در بروز این اختلالات موثرند. علاوه براین، در افسردگی سطح برخی از مواد شیمیایی در مغز که به آنها انتقال دهنده های عصبی می گویند و کارشان انتقال پیام بین سلول های مختلف مغز است، کاهش می یابد. مهمترین این انتقال دهنده های عصبی که در بروز افسردگی نقش دارند، سروتونین و نوراپی نفرین هستند.

علاوه بر عوامل ژنتیک و بیولوژیک، عوامل اجتماعی و روان شناختی نیز از عوامل موثر در بروز افسردگی هستند. تحقیقات نشان می دهد بسیاری از بیماران قبل از شروع افسردگی یک استرس شدید را تجربه می کنند که نقش عامل آشکار ساز افسردگی را بازی می کند. این استرس ها می تواند شامل مانند مرگ یک فرد نزدیک، از دست دادن یک ارتباط مهم، ازدست دادن شغل، شکست تحصیلی و ورشکستگی باشد. عوامل روان شناختی نیز شامل افکار منفی و غیرواقع بینانه در مورد خود، دیگران و آینده می شود که در بروز و تداوم افسردگی نقش دارند.

درمان افسردگی

افسردگی از جمله اختلالاتی است که برای آن درمان های موثری وجود دارد و معمولا هر چه زودتر درمان شروع شود، اثربخشی آن هم بیشتر خواهد بود. به طور کلی می توان درمان های افسردگی را به دو طبقه دارودرمانی و درمان های روان شناختی تقسیم کرد. بررسی ها نشان می دهد که ترکیب این دو نوع درمان بویژه برای افسردگی های متوسط و شدید، بهترین نتیجه را به همراه دارد.

الف- دارو درمانی

داروهای مختلف برای درمان افسردگی وجود دارد که معمولا روی انتقال دهنده های عصبی سروتونین و نوراپی نفرین اثر می گذارند و با افزایش سطح آنها در مغز، موجب کاهش علائم افسردگی می شوند. نکته مهم در مورد تمام داروهای ضد افسردگی این است که آنها حداقل باید بین ۴-۶ هفته مصرف شوند تا اثر کامل خود را بگذارند. علاوه براین تنظیم مقدار دارو و همچنین قطع دارو حتما باید توسط پزشک انجام شود. اگرچه ضدافسردگی ها اعتیاد آور نیستند ولی قطع ناگهانی آنها ممکن است موجب علائم محرومیت و یا عود افسردگی می شود. گاهی لازم است کسانی که افسردگی مزمن یا عود کننده دارند به مدت طولانی دارو مصرف کنند. دو دسته دارویی مهم در درمان افسردگی عبارت است از:

➤ داروهای بازدارنده بازجذب سروتونین (SSRI) و بازدارنده بازجذب سروتونین و نوراپی نفرین (SNRI) - این داروها از جدید ترین داروهای ضد افسردگی هستند که به دلیل اثربخشی بالا و عوارض جانبی کم محبوبیت زیادی دارند. SSRI ها با بازداری جذب مجدد سروتونین باعث افزایش میزان آن در مغز می شوند. فلوکستین (پروزاک)، سرتالین (آسترا)، پاروکستین (پکسل) و سیتالوپرام از جمله مشهورترین این داروها هستند. SNRI ها مانع جذب مجدد سروتونین و نوراپی نفرین شده و از این طریق میزان این دو ماده شیمیایی را در مغز افزایش می دهند. ونلافاکسین و دالوکستین از جمله این داروها محسوب می شوند. اگرچه این دو دسته دارویی عوارض جانبی کمتری

نسبت به داروهای قدیمی تر دارند ولی گاهی موجب سردرد، بیخوابی، تهوع، مشکلات گوارشی و مشکلات جنسی می شود که معمولاً پس از گذشت زمان رفع می شوند.

➤ داروهای سه حلقه ای (TCA) - داروهای سه حلقه‌ای که معروف ترین آنها ایمی پرامین و نورتریپ تیلین هستند در درمان افسردگی موثرند ولی امروزه به دلیل عوارض جانبی بالایی که دارند چندان مورد استفاده قرار نمی گیرند. این داروها برای کسانی که بیماری قلبی دارند ، مضر است و در افراد مسن نیز ممکن است باعث گیجی شود. سایر عوارض جانبی این داروها شامل خواب آلودگی، خشکی دهان و افزایش وزن است.

ب- روان درمانی

انواع مختلف روان درمانی ها می تواند به درمان افسردگی کمک کند. روان درمانی برای افسردگی های خفیف، خط اول درمان محسوب می شود ولی در افسردگی های متوسط و شدید به تنهایی کافی نیست و حتما باید با دارودرمانی همراه باشد. روان درمانی ها روی عوامل اجتماعی و روان شناختی موثر در بروز افسردگی تاثیر می گذارند و از این طریق به بهبود افسردگی کمک می کنند.

درمان های روانی اجتماعی در افسردگی های خفیف در خط اول درمان قرار دارند ولی در افسردگی های متوسط و شدید، ترکیب دارو درمانی و روان درمانی موثرترین رویکرد در درمان افسردگی است

بخش دوم - راهنمای جلسات

مداخله پیش بینی شده برای افسردگی، شامل دو جلسه ۳۰ دقیقه ای است جلسه اول اختصاص به ایجاد ارتباط درمانی، ارزیابی شدت افسردگی و سپس ارائه آموزش های روان شناختی در مورد ماهیت بیماری افسردگی و درمان آن را دارد. در جلسه دوم، از تکنیک فعال سازی رفتار استفاده می شود تا سطح فعالیت بیمار در حوزه های مختلف شخصی، اجتماعی و آموزشی و شغلی افزایش یافته و بدین ترتیب سیکل معیوب افسردگی، عدم فعالیت و تشدید خلق افسرده شکسته شود.

جلسه اول - ایجاد ارتباط و آموزش بیمار

اهداف جلسه:

۱. برقراری ارتباط با بیمار
۲. آموزش بیمار در مورد ماهیت افسردگی و درمان های موجود
۳. توصیف درمان

مروری بر جلسه

جلسه مقدماتی اختصاص به ایجاد ارتباط درمانی، ارزیابی و آموزش بیمار و توضیح درمان و قرارداد درمانی دارد. مراجعه به مرکز درمان، قدم بزرگی است که مراجع برای بهبود برداشته و شما باید هر کار ممکن را برای ایجاد ارتباط درمانی و تسهیل ادامه درمان انجام دهید. بنابراین تمرکز جلسه باید روی برقراری این ارتباط و نیز ارائه اطلاعات ضروری در مورد افسردگی باشد.

۱. ایجاد ارتباط درمانی

یکی از عوامل موثر در موفقیت درمان به ارتباط درمانگر با مراجع برمی گردد. ایجاد چنین ارتباطی یک حادثه نیست بلکه فرایندی است که قاعدتا از اولین جلسه آشنایی بیمار با درمانگر شروع می شود. گوش دادن، همدلی و درک موقعیت زندگی بیمار از نگاه وی و قضاوتی نبودن در ایجاد چنین ارتباطی نقش اساسی را ایفا می کند. در واقع شما باید از تمامی مهارت-

های مشاوره‌ای خود بویژه همدلی، ایجاد امید، پذیرش غیرقضوتی و انعطاف‌پذیری برای ایجاد چنین ارتباطی استفاده کنید. جلسه اول ممکن است برای بسیاری از مراجعان، اولین تجربه درمانی آنها باشد و احساس دوگانه‌ای در مورد درمان داشته باشند. در هر حال، جلسه اولیه یکی از مهمترین بخش‌های فرایند درمانی است و می‌تواند نقش مهمی در ادامه درمان داشته باشد. برخی افراد هم ممکن است در گذشته تجربه‌های ناخوشایندی داشته باشند. شما باید به این احساسات توجه داشته و هر کاری را که می‌توانید انجام دهید تا اولین جلسه، تجربه مثبتی برای مراجع باشد.

برای این منظور می‌توانید پس از معرفی خود، در مورد تصمیم بیمار برای آمدن به جلسه آموزشی بازخورد مثبت بدهید:

" من ... هستم و امیدوارم بتوانم به شما برای حل مشکلاتی که به خاطر آن به این مرکز آمدم، کمک کنم. فکر می‌کنم بهتر است جلسه را با این سوال شروع کنیم که چی شد که به اینجا آمدید؟"

" خوشحالم که تصمیم گرفتید به اینجا بیایید، تصمیم‌گیری و آمدن به جلسات آموزش وقتی افسرده هستیم ممکن است کار سختی باشد و شما با این کار، یک قدم بزرگ را به سوی بهبودی برداشته‌اید."

۲. ارزیابی مشکل

در ادامه، پس از اشاره به منبع و دلیل ارجاع، توضیح دهید برای اینکه بهتر متوجه مشکلات بیمار شوید، ترجیح می‌دهید مشکل بیمار را از زبان خود وی بشنوید. این کار به شما فرصت می‌دهد که متوجه شوید بیمار چه نگاهی به بیماری خود دارد و علاوه بر این می‌توانید اطلاعات مهمی را که در پرونده ارجاع ثبت نشده است، به دست آورید. البته مراقب باشید تاکید شما باید روی برقراری ارتباط و فهم بیمار باشد و با پرسیدن سوالات زیاد احساس مورد بازجویی قرار گرفتن را در بیمار ایجاد نکنید. برای این منظور تا جای ممکن از سوالات باز استفاده کنید و سوال در مورد حوزه های خصوصی برای مثال روابط جنسی یا مصرف مواد را به بعد موکول کنید.

۳. آموزش بیمار

آموزش بیمار در مورد ماهیت افسردگی و درمان های موجود بخش مهمی از مداخلات روانی اجتماعی برای هر بیماری است. این آموزش به بیمار کمک می‌کند تا علائم بیماری را به عنوان یک بخشی از بیماری ببیند که می‌تواند در مورد آن کاری انجام دهد. چنین نگرشی از یک طرف باعث می‌شود که علائم افسردگی را ناشی از ضعف یا نقص شخصیتی و یا تنبلی نبیند و از طرف دیگر نسبت به درمان آن امیدوار شود. امیدواری نسبت به درمان بویژه در افسردگی که احساس ناامیدی و درماندگی بخشی از تابلوی بالینی این بیماری است در ماندگاری در درمان و تبعیت درمانی نقش مهمی بازی می‌کند. مواردی که باید در آموزش روان شناختی بیمار مورد تاکید قرار گیرد در زیر آمده است:

- **توصیف علائم و نشانه های افسردگی و تفاوت آن با غمگینی** - برای بیمار توضیح دهید که همه ما مواقعی با یا بدون دلیل غمگین می‌شویم و ممکن است حوصله دیگران و یا انجام کارهای معمول خود را نداشته باشیم. معمولاً این علائم خفیف بوده و موقتی و زودگذر است و بعد از چند روز از بین می‌رود. این "احساس افسردگی است" که با بیماری افسردگی فرق دارد. سپس علائم و نشانه های مختلف افسردگی را توضیح داده و بگویید

معمولا وقتی افسرده می شویم معتقدیم که درمانده و تنها هستیم و اغلب خود را برای نواقصی که فکر می کنیم داریم سرزنش می کنیم. بطور کلی، احساس ما در مورد خود، دنیا و آینده منفی است. بنابراین علاقه خود را به چیزهایی که در اطراف مان می گذرد، از دست می دهیم و دیگر از انجام کارهایی که به آن علاقه داشتیم، لذت نمی بریم. تصمیم گیری برای انجام کارهای کوچکی که یک وقتی اصلا سخت نبود، سخت می شود. تاکید کنید که همه این موارد علائم یک بیماری واحد هستند که با درمان آن، این علائم هم از بین می روند. برای فهم بهتر مراجع، علائم را به چند دسته تقسیم بندی کنید و بگویید وقتی کسی افسرده می شود، معمولا تغییراتی در افکار، بدن، هیجان ها و رفتار او اتفاق می افتد:

علائم جسمی

✓ خستگی و بی انرژی بودن

✓ بیقراری

✓ مشکلات خواب بویژه زود بیدار شدن و خواب

منقطع

✓ تغییر اشتها و وزن

علائم هیجانی

✓ احساس غمگینی، گناه و نومییدی

✓ از دست دادن علاقه/ یا لذت بردن از چیزها

✓ گریه کردن زیاد و یا گریه نکردن

✓ احساس تنهایی حتی در جمع

علائم رفتاری

✓ مشکل در تصمیم گیری

✓ انجام ندادن کارهایی که معمولا از انجام آن

لذت می بردید

✓ کناره گیری از دیگران

✓ عدم توانایی انجام کارهای روزمره

✓ به تعویق انداختن کارها

علائم شناختی

✓ کاهش اعتماد به نفس

✓ انتظار اتفاق افتادن بدترین چیزها یا افکار منفی یا

تیره و تار

✓ افکار خودکشی

✓ حافظه یا تمرکز ضعیف

در انتها تاکید کنید که افراد افسرده ممکن است همه این علائم را نداشته باشند ولی وقتی حداقل ۵ تا از آنها وجود دارد و برای مدت طولانی یعنی حداقل دو هفته طول کشیده است، نشان می دهد که افسردگی شما جدی است و نیاز به درمان دارد.

- **توصیف شیوع افسردگی** - توضیح دهید افسردگی یکی از شایع ترین بیماری ها است که در تمام کشورهاست که می تواند برای هر کسی اتفاق بیفتد. اضافه کنید که حدود ۳۵۰ میلیون نفر در دنیا ی از این بیماری رنج می برند. شیوع این اختلال در ایران ۱۲/۷ درصد می باشد. بنابراین، آنها تنها نیستند و افراد زیادی در دنیا مانند او از این بیماری رنج می برند.

- **توصیف علل افسردگی** - توضیح دهید افسردگی یک علت واحد ندارد و یک سری عوامل مختلف با هم جمع می شوند و موجب افسردگی می شوند. این عوامل شامل ژنتیک، بیولوژیک (کاهش برخی از مواد شیمیایی در مغز)، تجربه های اولیه زندگی برای مثال از دست دادن مادر در کودکی و استرس ها و مشکلات زندگی مانند مرگ یا بیماری سخت یک عضو خانواده، از دست دادن کار، مشکلات ارتباطی می باشد. بنابراین، افسردگی تقصیر آنها نیست و نباید بخاطر آن احساس تقصیر و شرم کنند.

- **توصیف درمان و اثربخشی آن** - توضیح دهید خوشبختانه برای افسردگی درمان های موثری وجود دارد و نتیجه تحقیقات مختلف نشان می دهد این بیماری می تواند در اکثر موارد با موفقیت درمان شود. سپس اضافه کنید چون هم عوامل بیولوژیک و هم روان شناختی در بروز این بیماری نقش دارند ، بنابراین برای درمان آن هم دارو درمانی و هم روان درمانی لازم است. در ادامه توضیح دهید داروهای ضدافسردگی که بوسیله پزشک و یا روان پزشک تجویز می شود روی عوامل بیولوژیک اثر می گذارد و باعث می شود سطح مواد شیمیایی که در مغز پایین آمده، افزایش پیدا کند. البته، معمولاً داروها نیاز به ۴-۶ هفته زمان احتیاج دارند تا اثر خود را بگذارند. بنابراین باید صبور باشند و اجازه دهند تا داروها بتدریج اثر خود را بگذارند. همچنین توضیح دهید این داروها اعتیاد آور نیستند و اگرچه ممکن است در ابتدا یک سری عوارض جانبی مثل سردرد، حالت تهوع، بیخوابی و یا اضطراب و بیقراری داشته باشند ولی این عوارض معمولاً با گذشت زمان برطرف می شوند. البته در صورتی که تحمل این عوارض برای آنها دشوار بود می توانند آن را به پزشک بگویند تا یا مقدار دارو را تغییر دهد و یا آن را با داروی دیگری جایگزین کند. تاکید کنید که باید تا وقتی که دکتر توصیه می کند مصرف دارو را ادامه دهید تا بیماری عود نکند. بنابراین حتی وقتی احساس می کنید بهتر شده اید مصرف دارو را قطع نکنید یا مقدار آن را کاهش ندهید.

برای توصیف روان درمانی توضیح دهید که روان درمانی های مختلفی برای درمان افسردگی وجود دارد. در این درمان روی شیوه تفکر افراد که ممکن است در بروز و تداوم افسردگی نقش داشته باشد، کار می شود چون تحقیقات نشان می دهد شیوه ای که ما در مورد اتفاقات مختلف و حوادث زندگی فکر می کنیم روی احساسات و رفتار ما اثر می گذارد.

و علاوه بر آن مهارت هایی به آنها آموزش داده می شود تا بتوانند سطح فعالیت خود را افزایش دهند و مشکلات و استرس های زندگی را به صورت موثری حل کنند. در انتها تاکید کنید یکی از مهمترین عوامل در موفقیت درمان، پیروی از دستورات دارویی پزشک و مشارکت فعال در روان درمانی است و این درمان ها به بسیاری از افراد کمک کرده و می تواند به شما هم کمک کند.

۴. توصیف درمان و قرارداد درمانی

در انتهای جلسه، فرایند درمان را به شکل کوتاه، ساده و قابل فهم برای بیمار توصیف کنید. هدف از انجام این کار، آشنا شدن مراجع با طرح کلی درمان و ایجاد امید و انگیزه برای شروع و ادامه درمان است. در این توصیف روی دو نکته مهم یعنی " بیان انتظارات مثبت از درمان " و " تمایل و توانایی برای کمک به مراجع " تاکید کنید. در ادامه، تاکید کنید ممکن است در حال حاضر فکر کنید هیچ چیز نمی تواند حال شما را بهتر کند ولی کارهایی هست که می توانید انجام دهید تا اوضاع بهتر شود. شما اولین قدم را با آمدن به اینجا برداشته اید. سپس اصول درمان شامل رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات، شرایط ختم درمان و سایر موارد را توضیح دهید و در انتها به بیمار اجازه دهید تا سوالات خود را بپرسد و به آن پاسخ دهید. وقتی بیمار موافقت خود را برای ورود به درمان اعلام کرد، وارد مرحله قرار داد درمانی شوید. قرار داد درمانی توافق روشن بین بیمار و درمانگر برای باهم کار کردن به منظور کاهش یا حل مشکلات روان شناختی بیمار است. در انتها تاکید کنید که شما اینجا هستید تا به او کمک کنید و غیر از جلسات معمول، هر زمان که نیاز به کمک فوری داشت می تواند با شما تماس بگیرد و یا در صورت لزوم به مرکز مراجعه نماید.

یکی از علائم افسردگی افکار خودکشی است. تاکید کنید هر زمان که این افکار در ذهن وی قوت گرفت قبل از انجام هر کاری با شما تماس بگیرد تا قرار یک جلسه فوری را بگذارد. در چنین مواردی ابتدا او را به پزشک مرکز ارجاع دهید و سپس یک مشاوره پیشگیری از خودکشی را انجام دهید

جلسه دوم - فعال سازی بیمار

اهداف:

۱. آشنایی با ارتباط بین خلق افسرده و عدم فعالیت
۲. آموزش فعال سازی رفتاری

وسایل مورد نیاز:

- برگه فعال سازی رفتار
- کار برگ فعالیت های روزانه
- جدول فعالیت های روزانه

مروری بر جلسه

افسردگی همه حوزه های زندگی شامل تحصیلات، کار، روابط خانوادگی و اجتماعی و تفریحات و سرگرمی ها را تحت تاثیر قرار می دهد. وقتی افسردگی شروع می شود، فرد احساس می کند انرژی و تمایل برای انجام هیچ کاری را ندارد. بنابراین، روز به روز سطح فعالیت خود را در زمینه های مختلف کم می کند و خود این کاهش سطح فعالیت، شدت افسردگی را افزایش می دهد. بدین ترتیب، سیکل معیوبی از خلق افسرده، کاهش فعالیت، تشدید افسردگی و کاهش بیشتر در سطح فعالیت پیش می آید. از طرف دیگر، حوزه های مختلف زندگی با هم ارتباط دارند و معمولا وقتی فرد در یکی از زمینه ها، فعالیت خود را کاهش می دهد روی حوزه های دیگر هم تاثیر می گذارد. بنابراین، تغییر منفی در یکی از حوزه های فعالیت موجب بدتر شدن وضعیت در سایر زمینه ها می شود.

فعال سازی رفتار اثر مثبت و موثری روی افسردگی دارد و هدف آن، شکستن سیکل معیوب خلق افسرده و کاهش فعالیت است. وقتی فرد افسرده در یکی دو زمینه سطح فعالیت خود را افزایش می دهد، معمولا انگیزه و انرژی وی برای فعالیت در سایر زمینه ها نیز بیشتر می شود و بدین ترتیب بتدریج شدت افسردگی کاهش می یابد. در فعال سازی رفتاری معمولا از تکنیک هایی مثل آموزش مهارت ها و برنامه ریزی فعالیت برای افزایش مشغول شدن در تجارب بالقوه پاداش دهنده استفاده می شود تا بیمار از طریق آن یک احساس لذت و تسلط و سایر هیجان های مثبت را که ضد افسردگی هستند، تجربه کند.

۱. معرفی موضوع جلسه

برای بیمار رابطه بین خلق افسرده و عدم فعالیت را توضیح دهید برای شروع از او :

- ✓ آیا با دوستان یا خانواده ات بیرون می روی؟
- ✓ آیا کارهای ساده ای مثل تمیز کردن منزل و یا پختن غذا را انجام می دهی؟
- ✓ آیا فعالیت های فیزیکی مثل پیاده روی یا ورزش هاسی سبک را انجام می دهی؟
- ✓ آیا کارهای داوطلبانه انجام می دهی؟

سپس از او بپرسید آیا انجام ندادن این کارها کمکی به بهتر شدن وضعیت خلقی اش کرده است؟ در ادامه سیکل معیوب افسردگی و عدم فعالیت را برای وی توضیح دهید و بگویید برای اینکه فرد بتواند خود را از این سیکل معیوب بیرون بکشد و افسردگی را کاهش دهد باید سطح فعالیت خود را افزایش دهد. در ادامه اضافه کنید منتظر نمانید تا خلقتان بهتر شود و یا احساس کنید انگیزه و تمایل برای انجام کاری را دارید. اول سطح فعالیت خود را افزایش دهید، انگیزه بعدا ایجاد خواهد شد. هر چه بیشتر فعال باشید حس کلی لذت شما افزایش می یابد و به شما کمک می کند تا احساس مفید تر بودن کنید و اعتماد بنفس شما افزایش می یابد. بگویید می فهمید انجام دادن دوباره برخی کارها سخت است ولی می توانند با فعالیت های خیلی کوچک شروع کند و سپس کارهای بزرگتر را امتحان کنند.

در مجموع، هدف این است که حتی وقتی بیمار حوصله انجام کاری را ندارد و یا از انجام آن لذت نمی برد، حداقل یکی دو فعالیت کوچک را انجام دهد و بتدریج خود را از وضعیت سکون و بی فعالیتی درآورد. این کار زندگی وی را در حوزه های مختلف فعال تر خواهد کرد و بدین ترتیب افسردگی کاهش پیدا می کند زیرا هر چیزی که فعالیت وی را زیاد می کند به او کمک می کند تا احساس بهتری پیدا کند.

۲. آموزش فعال سازی رفتار

همانطور که در بالا ذکر شد سطح فعالیت افراد افسرده معمولا در حوزه های مختلف زندگی مانند تحصیل، شغل، روابط خانوادگی و اجتماعی، تفریح و سرگرمی و حتی مراقبت از خود کاهش پیدا می کند. در فعال سازی رفتار ، ابتدا دو حوزه فعالیت با مشارکت بیمار انتخاب می شود تا بیمار در فاصله بین جلسات روی آن کار کند. سپس بتدریج تعداد حوزه ها و فعالیت هایی که بیمار باید آن انجام دهد افزایش می یابد تا زندگی بیمار از حالت سکون و عدم فعالیت خارج شود.

گام اول- شناسایی فعالیت های هدف

برای بیمار توضیح دهید که چهار گروه از فعالیت ها هستند که ارتباط قوی با خلق دارد و معمولا در افسردگی سطح فعالیت افراد در این چهار حوزه کاهش پیدا می کند:

- (۱) ارتباطات و تعاملات اجتماعی مثبت شامل ارتباط با اعضای خانواده، اقوام، دوستان و

۲) فعالیت های تفریحی و سرگرمی که ذاتا خوشایند است شامل مطالعه، سینما رفتن، ورزش، قدم زدن، فیلم دیدن و

۳) مراقبت از خود شامل رسیدگی به سرو وضع و ظاهر، بهداشت شخصی، ورزش کردن، تغذیه مناسب و..

۴) وظایف و مسئولیت ها و کارهای داوطلبانه - که در فرد احساس مفید بودن ایجاد می کند شامل پرداخت صورت حساب ها، تمیز کردن منزل، تعمیر وسایل خانه، خرید کردن برای منزل و...

در ادامه اضافه کنید سکون و عدم فعالیت در این زمینه ها نه تنها موجب تداوم افسردگی و حتی تشدید آن می شود بلکه باعث می شود خود را از حمایت های خانوادگی و اجتماعی که در بهبود افسردگی تاثیر زیادی دارند، محروم کنید، بخاطر انجام ندادن وظایف و مسئولیت هایتان با خانواده مشکل پیدا کنید و یا به سلامت جسمی خود صدمه بزنید. سپس کار برگ فعال سازی رفتاری را به بیمار بدهید و از او بخواهید برای شروع دو حوزه را انتخاب کند و برای هر حوزه یک فعالیت را تعریف کند. تاکید کنید که مهم است فعالیت هایی را انتخاب کنید که در وی یک حس پیشرفت، لذت و صمیمیت و نزدیکی به دیگران را ایجاد می کند. چیزی را پیدا کنید که به آن علاقه دارید و زمانی آن را انجام می دادید. شاید امتحان کردن یک علاقه جدید هم مفید باشد. گاهی هم فعالیت های خلاقانه ای که کمک می کند تا احساساتشان را بیان کنند مثل نقاشی، نوشتن، شعر و یا نواختن موسیقی مفید و کمک کننده است.

گام دوم - وضع اهداف واقع بینانه

قدم بعدی وضع اهداف واقع بینانه برای انجام فعالیت های انتخابی در فاصله بین جلسات است. بخاطر داشته باشید که افسردگی سرعت انجام کارها را کند می کند، بنابراین اهداف باید کوچک و قابل دسترس باشد. برای شروع از کارهای کوچک شروع کنید که ممکن است از آن اجتناب می کردید. کارهای بزرگ را به چند مرحله کوچک تقسیم کنید و یک به یک به آنها پردازید برای مثال اگر فعالیت تمیز کردن خانه انتخاب شده، هدف اول ممکن است جارو کشیدن و گرد گیری یک اتاق باشد. و یا اگر فعالیت مورد نظر برقراری روابط اجتماعی است، بهتر است هدف اول، تماس تلفنی با یک دوست باشد. برای وضع اهداف واقع بینانه باید به سه نکته توجه داشت:

✓ **اهداف باید اختصاصی باشد:** افسردگی می تواند هر چیزی را مثل یک شکست جلوه دهد. بنابراین، بیمار باید ایده کاملا روشنی از هدف خود داشته باشد تا وقتی به آن دست می یابد احساس موفقیت کند. برای مثال ۱۵ دقیقه پیاده روی در روز هدف بهتری از پیاده روی روزانه است.

✓ **اهداف باید قابل دسترس باشد:** اهداف باید با توجه به شرایط فعلی بیمار و نه وضعیت وی قبل از افسردگی تعیین شود. به بیمار یادآوری کنید که افسردگی سرعت انجام کارها را کند کرده و انجام آنها را دشوارتر می کند. بنابراین اهداف باید بقدر کافی آسان باشد تا حتی اگر احساس افسردگی زیادی می کند باز هم بتواند آن را انجام دهد. مثلا ۱۵ دقیقه پیاده روی در روز هدف بهتری از هدف شرکت در دو ماراتون است و یا شستن ظرف ها و یا تمیز کردن یک اتاق هدف بهتری از تمیز کردن کل خانه است. اگر فعالیت مورد نظر انجام یک فعالیت جدید مانند یک

فعالیت ورزشی یا یادگیری زبان است و چون در افسردگی شروع یک فعالیت جدید، سخت و طاقت فرسا به نظر می رسد، بهتر است هدف اول جمع آوری اطلاعات در مورد کلاس ها یا باشگاه های ورزشی موجود در محل زندگی باشد. همچنین سعی کنید فعالیتی را انتخاب کنید که کمتر در شما احساس خستگی ایجاد می کند.

✓ **اهداف باید زمان بندی داشته باشد** - زمان اجرای اهداف و یا رسیدن به آنها باید مشخص باشد. البته بیمار باید در تعیین زمان انعطاف پذیر باشد ولی داشتن یک زمان تقریبی برای انجام فعالیت و رسیدن به اهداف، امکان انجام آن را افزایش می دهد. برای مثال هدف بیرون رفتن با خانواده در عصر جمعه هدف بهتری از بیرون رفتن با خانواده در هفته آینده است.

در این بخش از بیمار بخواهید تا روی کار برگ خود برای سه فعالیتی که می خواهد در فاصله بین جلسات روی آن کار کند، اهداف واقع بینانه ای وضع کند. به بیمار کمک کنید تا اهداف، اختصاصی و قابل دسترس بوده و زمان بندی داشته باشد. اگر بیمار بخواهد برای هر فعالیت دو یا سه هدف وضع کند، به وی اجازه دهید این کار را انجام دهد ولی تاکید کنید اگر بتواند طی هفته به اهداف بیشتری دست یابد خوب است ولی کاری که قرار است انجام دهد همان رسیدن به هدف اول است و برای شروع، همین مقدار فعالیت قابل پذیرش است.

به بیمار توصیه کنید به اهداف خود مثل یک قرار ملاقات مهم نگاه کند. بنابراین تمام تلاش خود را انجام دهد تا به این قرار برسد. اگر به هر دلیلی نتوانست کار را بموقع انجام دهد می تواند فوراً دوباره برنامه ریزی کند و زمان جدیدی را برای رسیدن به قرار خود تنظیم کند. حتی می توانید به او پیشنهاد کنید که اهداف خود را در دفترچه ای که معمولاً قرار ملاقات های مهم خود را یاد داشت می کند، بنویسد و هر زمان که به این اهداف دست یافت، جلوی آن تیک بزند.

گام سوم - برنامه ریزی برای انجام فعالیت ها

در این مرحله با بیمار برای انجام فعالیت هایی را که بیمار در مرحله قبل آنها را انتخاب کرده بود، برنامه ریزی کنید. کاربرد جدول فعالیت های روزانه را به بیمار بدهید و از او بخواهید مشخص کند دقیقاً این فعالیت ها را در چه روزهایی و در چه ساعتی می خواهد انجام دهد. سپس بررسی کنید آیا مانع یا موانعی برای انجام آن وجود دارد یا خیر. در صورتی که عواملی وجود دارد که مانع از انجام این فعالیت می شود، همراه با بیمار برای برطرف کردن آن فکر کنید و راه حل های خود را ارائه دهید.

به بیمار تاکید کنید در حین انجام فعالیت ممکن است احساس خوبی نداشته باشد و انجام آن برایش سخت باشد. در افسردگی کاهش انگیزه و علاقه طبیعی است و این احتمال وجود دارد که از انجام هیچ فعالیتی لذت نبرند ولی همانطور که بتدریج سطح فعالیت ها افزایش پیدا می کند و احساس لذت برمی گردد و حتی می تواند برای رسیدن به اهداف بزرگتر نیز در خودشان انگیزه ایجاد کنند. بنابراین، مهم است که فقط روی رسیدن به هدف تمرکز کنند و دست از کار نکشند. چون اگر بخواهند منتظر باشند تا احساس خوبی نسبت به آن پیدا کنند احتمالاً هیچ فعالیتی انجام نخواهد شد. بنابراین باید این

فعالیت را به این خاطر انجام دهند که این هدف را برای خود گذاشته اند و می خواهند تمام تلاش خود برای رسیدن به آن انجام دهند.

در ادامه، از آنها بخواهید در کاربرد جدول فعالیت های روزانه هر فعالیتی را که انجام دادند، یادداشت کنند و کنار هر کدام که از آن لذت برده اند علامت "*" و کنار کارهایی که احساس می کنند آن را خوب انجام دادند، علامت "+" را بگذارند. به بیمار بگویید خیلی سخت گیر نباشد و در قبال هر فعالیتی که نسبتاً خوب انجام دادند و یا از آن کمی لذت بردند، خود را تشویق کنید. اما اگر به آن دست نیافتند، دوباره برای انجام آن برنامه ریزی کنند و زمان جدیدی را برای رسیدن به آن تعیین کنند. اما اگر دوباره نیز در رسیدن به آن موفق نبودند، نباید نگران و ناامید شوند و یا فکر کنند آدم ناتوان یا تنبلی هستند. این افراد می توانند بخشی از فعالیت را انجام دهند و مطمئن باشند که حتی انجام یک کار خیلی کوچک هم ارزشمند است و همانطور که انرژی آنها برمی گردد قادر خواهند بود کارهای بیشتر و بیشتری را انجام دهند.

ورزش و فعالیت فیزیکی تاثیر قابل ملاحظه ای در بهبود خلق دارد. در زیر این مزایا آمده است:

- | | |
|--|------------------------------------|
| ✓ ایجاد حس بهتری در مورد خود | ✓ ایجاد یک حس پیشرفت و موفقیت |
| ✓ احساس خستگی کمتر | ✓ بهبود وضعیت سلامت عمومی |
| ✓ ایجاد انگیزه برای فعالیت بیشتر | ✓ لذت بردن |
| ✓ بهبود توانایی تفکر | ✓ با دیگران بودن |
| ✓ فکر کردن در مورد چیز دیگری غیر از افکار منفی | ✓ تحریک اشتها |
| ✓ افزایش انگیزه | ✓ تولید ضدافسردگی های طبیعی در بدن |

۳. تکلیف منزل

از بیمار بخواهید تا در هر هفته، دو فعالیتی را که در برگه فعال سازی رفتار مشخص شده است، انجام داده و نتیجه آن را در برگه کار یادداشت کند. در انتها، جلسه را با تقویت بیمار برای ادامه درمان خاتمه دهید و اضافه کنید این آخرین جلسه بود ولی اگر احساس کرد نیاز به کمک دارد می تواند تلفنی با شما تماس بگیرد و یا حضوری به مرکز مراجعه نماید.

اختلال اضطراب فراگیر

آموزش روان شناختی و آرام سازی

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر، اختلالی است که ویژگی مشخصه آن احساس مستمر اضطراب و نگرانی است که در اغلب زمان ها و موقعیت ها وجود دارد. اضطراب و نگرانی فراگیر است به این معنی که شامل بسیاری از موقعیت ها از سلامت جسمی تا مسائل مالی، خانوادگی و کاری می شود. معمولاً شدت این اضطراب تناسبی با موقعیت نداشته و افراطی است. علائم ممکن است در طی زمان بدتر یا بهتر شود ولی معمولاً در زمان استرس، تشدید می شود. این اختلال در کارکرد فرد تداخل ایجاد می کند و اگر علائم برای یک دوره طولانی مدت وجود داشته باشد ناتوان کننده بوده و اثر مخربی روی زندگی فرد می گذارد. مطالعات همه گیر شناسی نشان می دهد که شیوع این اختلال بین پنج تا هشت درصد است و در زنان دو برابر مردان دیده می شود. اختلال معمولاً به تدریج رشد می کند و در هر نقطه ای از زندگی می تواند شروع شود، اگرچه در سال های بین کودکی و میانسالی بیشترین احتمال شروع را دارد. معمولاً بیمار قبل از این که متوجه این اختلال شود به خاطر سردرد و یا مشکلات خواب به پزشکان متعددی مراجعه کرده و نتیجه نگرفته است. برخی تحقیقات نشان می دهند که افراد مبتلا قبل از دریافت تشخیص و درمان مناسب، بطور متوسط ۲۵ سال مبتلا به این اختلال بوده اند، بنابراین، کارکنان مراکز مراقبت اولیه باید نسبت به وجود این اختلال حساس باشند تا آن را تا جای ممکن زود تشخیص داده و درمان کنند.

بخش اول - کلیات اضطراب فراگیر

هر کسی در زندگیش نگران و مضطرب می شود. همه ما وقتی با استرس هایی مانند بیماری جسمی، یا یک حادثه مانند طلاق، داغدیدگی یا از دست دادن کار مواجه می شویم ممکن است اضطراب و نگرانی قابل ملاحظه ای را تجربه کنیم ولی معمولاً پس از گذشت زمان و حل مشکلی که موجب استرس شده بود به وضعیت عادی برمی گردیم. ولی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر این اضطراب و نگرانی بیش از اندازه و فراگیر است و کنترل آن دشوار است. آنها معمولاً در تمام روز برای موضوعات مختلف نگران هستند حتی وقتی دلیلی برای نگرانی وجود ندارد. آنها در اغلب موارد منتظر وقوع یک بلا و مصیبت هستند و رنج زیادی را تجربه می کنند. برخی از درمانگران و محققین به علت مزمن بودن این اختلال آن را مثل مرض قند یا فشارخون یک اختلال دائمی در نظر می گیرند. در زیر کلیات مربوط به این اختلال آمده است.

توصیف بیماری

ویژگی بارز اختلال اضطراب فراگیر که بعد از این GAD نامیده می شود عبارتست از نگرانی یا دلواپسی و علائم جسمانی نظیر خستگی، بیقراری، دشواری در تمرکز، تحریک پذیری، تنش عضلانی، و یا بی خوابی. GAD با سایر اختلالات اضطرابی که طی آن فرد در مواجهه با موقعیت های مختلف مضطرب می شود فرق دارد. در دیگر اختلالات اضطرابی، نگرانی محدود به یک محرک یا موقعیت مشخص است. برای مثال در اختلال پانیک، نگرانی متمرکز بر حمله های پانیک است، در فوبیای اجتماعی نگرانی در مورد حضور در جمع است، در اختلال وسواسی - اجباری نگرانی معطوف به آلودگی یا ترس از پیامد های انجام ندادن مجموعه ای از عادات است و در اختلال خود بیمار انگاری نگرانی متمرکز بر بیماری احتمالی است. علائم بارز در این اختلال عبارت است از:

- خلق مضطرب
- نگرانی بیش از اندازه
- خلق تحریک پذیر
- بیقراری
- خستگی مفرط
- تمرکز مختل
- تنش عضلانی
- بی خوابی

این اختلال وقتی تشخیص داده می شود که فرد برای چندین واقعه یا فعالیت در اکثر ایام و حداقل برای ۶ ماه نگرانی و اضطراب مفرطی را تجربه کرده باشد و این اضطراب و نگرانی حداقل با سه تا از علائم بالا همراه باشد.

علت

با وجودیکه برخی از مطالعات نشان می دهد عوامل ژنتیک در بروز این بیماری نقش دارد ، یافته های دیگر کمبود برخی انتقال دهنده های عصبی را دخیل می دانند. علاوه براین، عوامل محیطی و استرس های زندگی نیز از عوامل موثر محسوب می شوند. همچنین، این اختلال با ویژگی های خاص دیگری نظیر عصبانیت، افسردگی، آستانه ی تحمل پایین و بازداری نیز همراه است.

اختلالات همراه

اکثر مراجعان مبتلا به GAD - به زیادی ۹۰ درصد آنها - همزمان مبتلا به سایر اختلالات روان پزشکی نیز هستند. شایع ترین این اختلالات شامل فوبیای اجتماعی و فوبیای خاص، افسردگی، سندرم روده ی تحریک پذیر و اختلالات شخصیت می باشد. رایج ترین اختلال های شخصیت، اختلال شخصیت اجتنابی و وابسته است.

درمان

اختلال اضطراب فراگیر اگر تحت درمان قرار نگیرد، مزمن می شود و احتمال بهبودی خودبخود آن پایین است. در حال حاضر درمان هایی وجود دارد که اثر بخشی آنها ثابت شده است. دو درمان اصلی برای این اختلال، دارو درمانی و روان درمانی است.

دارو درمانی - سه دسته از داروهایی که در درمان GAD دارای اثر ثابت شده ای هستند شامل بنزودیازپین ها، آزابیرون ها (خصوصن بازپیرون) و ضد افسردگی ها (خصوصن ایمی پیرامین و SSRI) هستند. معمولاً مراجعانی که دارای علائم جسمانی هستند به بنزودیازپین ها بهتر پاسخ می دهند ولی مراجعانی که دارای علائم روانشناختی نظیر نگرانی، تنش و تحریک پذیری هستند به بازپیرون بهتر پاسخ می دهند. آن دسته از مراجعانی که دارای علائم افسردگی و GAD هستند به ایمی پیرامین و SSRI ها، مانند پاروکستین بهتر پاسخ می دهند.

روان درمانی - موثرترین روان درمانی برای این اختلال ، درمان شناختی رفتاری است که پژوهش ها اثربخشی آن را در کاهش علائم اختلال نشان داده اند. همچنین مطالعات نشان می دهند درمان های شناختی رفتاری، منجر به کاهش استفاده از بنزودیازپین ها می شود و نتایج حاصل شده حتی بعد از قطع درمان ادامه می یابد.

بخش دوم - راهنمای جلسات

افراد مبتلا به GAD دو دسته علایم اصلی شامل علائم فیزیولوژیک (بیقراری، تنش عضلانی، اختلالات خواب) و شناختی (نگرانی، دشواری در کنترل کردن نگرانی و ناتوانی در تمرکز) را نشان می دهند. بنابراین اهداف درمان نیز عبارتست از کاهش سطح کلی برانگیختگی فیزیولوژیک فرد و کمک به بیمار برای کاهش نگرانی به سطحی قابل قبول. برای کاهش سطح برانگیختگی از مداخلاتی نظیر آرمیدگی عضلانی پیشرونده و آرمیدگی تنفسی استفاده می شود. این مازول که شامل دو جلسه ۳۰ دقیقه ای است اختصاص به آموزش روان شناختی و آرام سازی دارد.

جلسه اول - ارزیابی و آموزش روانشناختی

اهداف:

۱. ارزیابی اختلال اضطراب فراگیر
۲. آموزش روان شناختی

وسایل مورد نیاز:

۱. راهنمای آموزش روانشناختی در اختلال اضطراب فراگیر
۲. برگه علائم بارز اختلال اضطراب فراگیر
۳. فهرست علائم اضطراب

مروری بر جلسه

هدف این جلسه، ارزیابی دقیق شرایط بیمار و نیز آموزش روان شناختی وی می باشد. به این منظور باید ابتدا از طریق یک مصاحبه بالینی مختصر اطلاعات نسبتاً کاملی را در مورد ماهیت اضطراب و نگرانی وی به دست آورید و سپس با استفاده از ابزار فهرست علائم اضطراب، سطح پایه اضطراب او را مشخص کنید تا با استفاده از آن بتوانید میزان پیشرفت بیمار را در طی کار ارزیابی کنید. در قسمت دوم، در مورد ماهیت بیماری و علل و درمان آن، اطلاعات لازم را به بیمار بدهید و یک کپی از این اطلاعات را نیز در اختیار وی قرار دهید.

۱. ارزیابی

جلسه را با یک مصاحبه مختصر در مورد علائم، طول مدت بیماری و اقداماتی که برای درمان آن انجام داده، شروع کنید و سپس در مورد سایر جنبه ها مانند تاریخچه فردی مراجع (استفاده از مواد، دوره های اضطرابی گذشته) اطلاعات به دست آورید. برگه علائم بارز در اضطراب فراگیر چارچوبی را برای ارزیابی GAD در اختیار شما قرار می دهد (پیوست را مشاهده کنید). سپس فهرست علائم اضطراب را به بیمار بدهید و از او بخواهید آن را تکمیل کند. این فهرست نه تنها علائم GAD را پوشش می دهد بلکه علائم اختلالات اضطرابی دیگر (نظیر نفس نفس زدن، سرگیجه، ضربان شدید قلب) را نیز ارزیابی می کند. اگر اینگونه علائم نیز ثبت شد، لازم است به احتمال وجود سایر اختلالات اضطرابی نیز توجه داشته باشید. نمرات بین ۵ تا ۱۱ دال بر اضطراب خفیف، ۱۱ تا ۱۵، اضطراب متوسط و ۱۶ یا بالاتر اضطراب بالینی قابل ملاحظه است. کار برگ ارزیابی اختلال اضطراب فراگیر که در پیوست آمده است، راهنمای خوبی برای جمع آوری و ثبت این اطلاعات است.

۲. آموزش بیمار

در این قسمت از جلسه باید اطلاعات اساسی در مورد GAD را در اختیار بیمار قرار دهید و برای وی توضیح دهید GAD یک اختلال اضطرابی است. این اختلال بدین معنی است که مراجع در رابطه با مجموعه ای از موقعیت ها نگران شده و ممکن است تنش عضلانی، بی خوابی، برانگیختگی فیزیولوژیک، خستگی و دیگر علائم را تجربه کند. علاوه بر این افسردگی و دیگر اختلال های اضطرابی نیز محتمل است. همچنین باید تاکید کنید هرکسی "برخی از مواقع نگران می شود"، ولی گاهی این نگرانی می تواند سودمند بوده و یا برعکس فایده ای نداشته و اضطراب بی حاصلی را سبب شود. علاوه بر توضیحات فوق، به روش های درمانی نیز اشاره کنید و در آن به صورت مختصر روش هایی نظیر آرمیدگی، مدیریت استرس، افزایش توان فردی در موقعیت های بین فردی و دیگر تکنیک های خود-یاری را که مراجع می تواند از آنها استفاده کند، توضیح دهید. بهتر است این قسمت را کپی بگیرید و به بیمار بدهید.

• اختلال اضطراب فراگیر چیست؟

همه ی ما برخی از مواقع نگران می شویم. نگران موضوعاتی که شاید اتفاق بیفتند. ولی کسانی که اختلال اضطراب فراگیر دارند علائم این اختلال در زندگی طبیعی آنها تداخل ایجاد می کند. این علائم شامل بیقراری، خستگی، دشواری در تمرکز، تحریک پذیری، تنش عضلانی و یا بی خوابی است. علاوه بر این، این افراد در مورد موضوعات مختلفی نظیر سلامتی، مسائل مالی، طرد شدن توسط دیگران و عملکرد خود نگران هستند و می دانند که کنترل نگرانی برایشان دشوار است. بسیاری از افراد مبتلا به این اختلال احساس می کنند نگرانی شان خارج از کنترل است و این نگرانی آنها را دیوانه یا مریض خواهد کرد.

بر اساس مطالعات جمعیت شناختی شیوع این اختلال در ایران حدود ۵ درصد است. زنان بیش از مردان به این اختلال مبتلا هستند. اختلال اضطراب فراگیر، اختلال مزمنی است. بسیاری از افراد مبتلا می گویند تمام عمرشان نگران بوده اند. افراد زیادی نیز علاوه بر این مشکل، مسائل دیگری مثل فوبیا، افسردگی و مسائل ارتباطی نیز دارند. برخی از آنها ممکن است از دیگران اجتناب کنند چون از طرد شدن توسط دیگران یا وابسته شدن به دیگران می ترسند.

• دلایل اختلال اضطراب فراگیر چیست؟

این اختلال حاصل تعامل عوامل مختلف زیستی و روانی اجتماعی است. یکی از علل بروز این اختلال، ژنتیک است. علاوه بر این کسانی که ویژگی هایی مثل عصبی بودن، افسردگی، ناتوانی در تحمل ناکامی و تمایل به اجتناب از موقعیت ها را نشان می دهند بیشتر احتمال دارد به این اختلال مبتلا شوند. استرس های زندگی مانند تعارض های بین فردی، تغییر در کار و مسوولیت های واگذار شده نیز در بروز این اختلال نقش دارد. علاوه بر این ممکن است این افراد در حل مسایل روزانه خود و همچنین تعارض ها و اختلافات بین فردی به اندازه ی کافی مهارت نداشته باشند و به همین دلیل در مواجهه با هر مشکلی دچار اضطراب می شوند.

• درمان اختلال اضطراب فراگیر

برای این اختلال دو رویکرد درمانی اصلی یعنی دارودرمانی و روان درمانی وجود دارد. بسیاری از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با استفاده از دارو نتیجه خوبی می گیرند. مصرف دارو می تواند احساس اضطراب و نگرانی را کاهش دهد. ارزش مصرف دارو در این است که به سرعت احساس اضطراب را کاهش می دهد. علاوه بر این، روان درمانی بویژه درمان های شناختی رفتاری، اثربخشی قابل ملاحظه ای در کاهش علائم این اختلال دارد.

• درمان چگونه به درمان اختلال اضطراب فراگیر کمک می کند؟

درمان شناختی- رفتاری به شما کمک می کند تا نگرانی های مفید را از نگرانی های مضر تشخیص دهید و پس از آن از نگرانی های خود دست برداشته و آنها را به تعویق بیندازید. علاوه بر این، یاد می گیرید چگونه بر اجتناب خود از انجام فعالیت هایی که شما را نگران می کند، غلبه کنید. همچنین در این رویکرد، روش هایی مثل آرمیدگی عضلانی، تمرین های تنفسی، مدیریت زمان و درمان بی خوابی به شما آموزش داده می شود تا سطح کلی برانگیختگی کاهش پیدا کند. کار دیگری که در این جلسات انجام می شود شناسایی شیوه تفکر اشتباهی است که موجب نگرانی بیش از حد می شود. وقتی این اشتباهات شناسایی شد، یاد خواهید گرفت که چطور آنها را به چالش بکشید و افکار درست تری را جایگزین آنها کنید. در خاتمه، از آنجایی که ممکن است طی روز نگران باشید، به شما تکنیکی آموزش داده می شود تا با استفاده از آن نگرانی های خود را محدود به زمان نگرانی کنید (همچنین می توانید مطالعه کتاب از حال بد به حال خوب نوشته برنز و ترجمه قرچه داغی را نیز توصیه کنید).

جلسه دوم - آموزش آرام سازی

اهداف:

۱. آموزش تمرین های تنفسی
۲. آموزش آرمیدگی عضلانی

۱. دستورالعمل آرام سازی برای اضطراب منتشر

مروری بر جلسه

هدف این جلسه کاهش علائم فیزیولوژیک اضطراب و کاهش اجتناب فرد از موقعیت های اضطراب برانگیز است. برای این منظور روش های مختلف آرام سازی شامل تنفس آرام و آرام سازی پیشرونده عضلانی و تصویر سازی ذهنی هدایت شده به بیمار آموزش داده می شود. تاکید کنید آرام سازی مثل یک مهارت است و مثل هر مهارت دیگر نیاز به تمرین دارد تا فرد بتواند بر آن تسلط یابد و نتیجه لازم را از آن بگیرد. همچنین در این جلسه به بیمار آموزش دهید تا موقعیت هایی را که از آن اجتناب می کرده، تصور کرده و در عین حال از تکنیک های آرام سازی استفاده کند. بدین ترتیب از این موقعیت ها حساسیت دایی شده و فرد کمتر از آنها اجتناب خواهد کرد.

۱. معرفی موضوع جلسه

برای بیمار توضیح دهید که وقتی فردی به لحاظ فیزیولوژیک برانگیخته است، احتمال فعال شدن نگرانی و تشدید اضطراب افزایش می یابد. بنابراین، مراجع می تواند با یادگیری تکنیک های مختلف آرام سازی نظیر آرمیدگی عضلانی پیشرونده، آرمیدگی تنفسی و تصویر سازی هدایت شده، اضطراب خود را کاهش دهد. تاکید کنید در طی آرمیدگی، تغییرات جسمی قابل ملاحظه ای اتفاق می افتد که مهمترین آنها عبارت است از: آرام تر شدن ذهن، کاهش تولید هورمون هایی که موجب اضطراب می شوند، کاهش نرخ تنفس، کاهش ضربان قلب و فشارخون، کاهش تعریق و تنش عضلانی. مجموعه این تغییرات، ذهن و بدن را در شرایط آرام تری قرار می دهد. علاوه بر این، به مراجع توصیه کنید از مصرف محرک ها (نظیر قهوه) اجتناب کند چون این مواد تنش فرد را افزایش می دهند. علاوه بر این، اضافه کنید که ورزش نیز اثر درمانی دارد و اگر مراجع به شکلی مرتب به ورزش های هوازی بپردازد، اثر کلی آرمیدگی افزایش می یابد.

۲. آموزش آرام سازی

همانطور که ذکر شد برای آرام سازی بدن تکنیک های مختلفی وجود دارد که باید آن را در جلسه درمان به بیمار آموزش دهید و سپس به عنوان تکلیف منزل از او بخواهید در فاصله بین جلسات آنها را به شکل روزانه تمرین کند. در زیر چند مورد از این تکنیک ها آمده است:

• آموزش تنفس کند و آرام

این تکنیک برای مدیریت تنفس تند است که در حالت اضطراب اتفاق می افتد و به بیمار کمک می کند تا نرخ تنفس خود را کاهش می دهد. از بیمار بخواهید به صورت راحت در صندلی بنشیند و کارهایی که به او می گوید انجام دهد:

- نفس خود را نگه دارد و تا ۶ بشمارد (تاکید کنید نفس عمیق نکشد)
 - وقتی به شماره ۶ رسید، نفش را بیرون بدهد و بصورت آهسته و کلمه " آرام " را به خود بگوید
 - در یک سیکل ۶ ثانیه ای نفش را به کندی به درون ببرد و سپس بیرون دهد، یعنی برای ۳ ثانیه هوا را به درون ببرد و به مدت ۳ ثانیه نیز بیرون دهد. بدین ترتیب در هر دقیقه، ۱۰ تنفس خواهد داشت. تاکید کنید که هوا را از طریق بینی به درون تا شکم - و نه قفسه سینه - ببرد و از دهان هوا را بیرون دهد و کلمه آرام را به خود بگوید.
 - در انتهای هر دقیقه (۱۰ تنفس)، دوباره نفس خود را برای ۶ ثانیه نگه دارد ، سپس آن را بیرون بدهد و کلمه آرام را به خود بگوید.
 - دوباره سیکل تنفس ۶ ثانیه ای یعنی ۳ ثانیه دم و ۳ ثانیه بازدم را تکرار کند.
- از بیمار بخواهید تا هر وقت متوجه شد دارد تند تند نفس می کشد این تمرین را انجام دهد تن نرخ تنفسش کاهش پیدا کند. اضافه کنید اگر پس از مدت کوتاهی دوباره علائم اضطراب برگشت، اشکالی ندارد، فقط باید دوباره این تمرین را انجام دهد.

• آموزش آرمیدگی

روش های مختلفی برای آرمیدگی وجود دارد که در اینجا به دو تکنیک کوتاه اشاره می شود. در صورتی که مراجع نیاز به یادگیری روش های دیگر آرمیدگی نیز دارد می توانید از راهنمای مختصر برای اضطراب اجتماعی و اختلال پانیک استفاده کنید.

قبل از آموزش آرمیدگی توضیح دهید که مراجع می تواند از این روش ها حداقل یک بار در روز استفاده کند. در اوایل، تمرین ها را باید در یک جای ساکت و آرام انجام دهد تا بتواند روی آرمیدگی تمرکز داشته باشد و چیزی حواسش را پرت نکند. می تواند روی یک صندلی راحت که بتواند شانه ها و سر را به آن تکیه بدهد، بنشیند و آرمیدگی را شروع کند و یا دراز بکشد. البته باید مراقب باشد که خوابش نبرد چون در حین خواب نمی تواند این روش را یاد بگیرد. همچنین تاکید کنید تمرین های آرمیدگی را در حین انجام فعالیت هایی که نیاز به هوشیار بودن دارد- مانند رانندگی و یا کار با دستگاه ها- انجام ندهد.

تکنیک اول

- ۱) یک نفس کوتاه بکشید و آن را برای ۷ ثانیه نگه دارید
- ۲) در طی این ۷ ثانیه دست ها و پاها را به سمت جلو دراز کنید و همه عضلات بدن را سفت کنید
- ۳) پس از ۷ ثانیه، نفس را بیرون دهید و به آرامی کلمه " آرام " را به خودتان بگویید
- ۴) بگذارید تنش از عضلات تان بیرون برود
- ۵) یک بار دیگر این کار را تکرار کنید. هر بار که نفس تان را بیرون می دهید کلمه آرام را به خود بگویید و اجازه دهید تنش از عضلات تان بیرون برود

تکنیک دوم

- ۱) یک نفس کوتاه بکشید و آن را ۷ ثانیه نگه دارید
- ۲) در طی این ۷ ثانیه، کم کم در پاهایتان تنش ایجاد کنید، به این ترتیب که پاهایتان را از قسمت قوزک پا در هم قفل کنید و پایی را که پایین تر است روی زمین فشار دهید و یا سعی کنید در حالیکه پاهایتان را به صورت ضربدری در هم قفل کرده اید، هر کدام از پاها را در جهت متضاد بکشید.
- ۳) پس از ۷ ثانیه ، نفس تان را بیرون بدهید و همزمان پایتان را به وضعیت عادی برگردانید و کلمه آرام را به خود بگویید
- ۴) بگذارید تمام تنش از عضلات پایتان بیرون برود
- ۵) دوباره یک نفس کوتاه بکشید و ؟آن را برای ۷ ثانیه نگه دارید
- ۶) این بار در عضلات شانه و سر تنش ایجاد کنید، به این ترتیب که شانه هایتان را به طرف سرتان بالا ببرید
- ۷) پس از ۷ ثانیه ، نفس تان را بیرون بدهید و همزمان شانه ها را به وضعیت عادی برگردانید و شل کنید و کلمه آرام را به خود بگویید

در انتها، تاکید کنید اگر برایشان سخت است که نفس شان را ۷ ثانیه نگه دارند می توانند این زمان را کوتاه کنند. علاوه براین تاکید کنید نباید آنقدر در عضلات شان تنش ایجاد کنند که موجب درد و ناراحتی شود. نکته ای که باید به آن توجه داشته باشید رفع مشکلاتی است که در آموزش آرمیدگی پیش می آید. برخی از مراجعان معتقدند حتی بعد از یادگیری آرمیدگی در آرام کردن خود مشکل دارند. در اینگونه مواقع می توانید توانایی مراجع را در آرمیدگی از طریق آموزش آرمیدگی در هر جلسه و طی چندین هفته افزایش دهید. همچنین این موضوع را بررسی کنید که آیا مراجع بدرستی تمرین های آرمیدگی را انجام می دهد یا نه. برای مثال آیا بیمار در هنگام تمرین کردن، تحت فشار زمانی است یا خیر و آیا تمرین آرمیدگی را همراه با یک محرک پرت کننده ی حواس (نظیر تلوزیون یا موسیقی) انجام می دهد یا نه. برخی از مراجعان مضطرب از این موضوع می ترسند که آرمیدگی آنها را آسیب پذیر کرده و از خطرات احتمالی غافل شوند. وقتی اینگونه افکار وجود دارد، می توان بواسطه ی تکنیک های شناختی آنها را به چالش کشید. در مراجعانی

که دارای اختلال پانیک نیز هستند این امکان وجود دارد که کاهش تنش در عمل حملات پانیک آنها را فعال کند؛ در اینگونه مواقع می توان برای مراجع توضیح داد که بعضا این اتفاق می افتد ولی حملات پانیک حاصل از آرمیدگی معمولا با تداوم تمرین کاهش می یابد.

تکلیف منزل

برای بیمار توضیح دهید که آرام سازی یک مهارت است و مثل هر مهارت دیگری نیاز به تمرین و تکرار دارد. سپس از او بخواهید برای اینکه در این کار مهارت لازم را پیدا کند تمرین های آرمیدگی را در فاصله بین جلسات انجام دهد و قبل و بعد از آن میزان اضطراب خود را از ۱ تا ۱۰۰ درجه بندی کند. تمرین تنفس کند باید چهار بار در روز یعنی صبح، ظهر، عصر و شب انجام شود ولی تمرین های آرمیدگی را می تواند یک بار در روز انجام دهد. در انتها، جلسه را با تقویت بیمار برای ادامه درمان خاتمه دهید و اضافه کنید این آخرین جلسه در این مرحله بود ولی اگر در این فاصله احساس کرد نیاز به کمک دارد می تواند تلفنی با شما تماس بگیرد و یا حضوری به مرکز مراجعه نماید.

اختلال پانیک

آموزش روان شناختی و آرام سازی

مقدمه

حمله پانیک تجربه ناراحت کننده و رایجی است. تحقیقات نشان می دهد حمله های پانیک در ۲۲ درصد جمعیت عمومی رخ میدهد بدون اینکه نیازی به تشخیص اختلال پانیک باشد. با این همه، برخی از آنان در نهایت به اختلال پانیک مبتلا می-شوند. شیوع زیاد این اختلال اضطرابی موجب می شود که بسیاری از متخصصان سلامت در مراکز درمان بیماری های روانی و جسمی به کرات با آن مواجه می شوند.

این بیماران نه تنها از خدمات اورژانس پزشکی زیاد استفاده می کنند، بلکه بیشتر از سایر بیماران روان پزشکی احتمال دارد به خاطر مشکلات جسمی مانند مشکلات قلبی یا تنفسی بستری شوند. به همین دلیل معمولاً بیماران مبتلا به اختلال پانیک هزینه سنگینی را بر نظام سلامت کشورها تحمیل می کنند و لذا شناسایی به موقع و درمان موثر آن از اولویت های نظام سلامت و درمان به شمار می آید.

بخش نخست - کلیات اختلال پانیک

شیوع طول عمر اختلال پانیک در جمعیت عمومی بین ۲ تا ۴.۷ درصد است ولی شیوع آن در مراکز درمانی بسیار بالاتر است. زنان تقریباً دو برابر مردان مبتلا به این بیماری می‌شوند. اگرچه حمله‌های پانیک در کودکان نیز رخ می‌دهد، اما شیوع اختلال پانیک قبل از ۱۴ سالگی اندک است. شیوع اختلال پانیک در نوجوانی به تدریج افزایش پیدا کرده و در جوانی (میانگین ۲۴ سالگی) به اوج خود می‌رسد. فراوانی این اختلال در سنین سالمندی کاهش می‌یابد. نتایج پیمایش ملی سلامت روان در سال ۱۳۹۰ نشان می‌دهد که شیوع اختلال پانیک با یا بدون آگورافوبیا در ایران حدود ۱/۹ درصد است که در زنان بیشتر از مردان است.

بیمارانی که مبتلا به اختلال پانیک هستند اغلب در ابتدای شروع بیماری نگران آنند که به بیماری جسمی جدی دچار شده باشند، لذا ممکن است به مراکزی از قبیل درمانگاه‌ها یا اورژانس‌های غیر روان‌پزشکی مراجعه کنند. معمولاً این افراد وقتی به متخصصان سلامت روانی مراجعه می‌کنند که اختلال پانیک گرفتاری‌های متعددی برای آنها پدید آورده است.

تعریف و علائم اختلال پانیک

ویژگی اختلال پانیک وقوع خود به خود و غیرمنتظره حملات پانیک است که موجب ترس و وحشت زیادی در فرد می‌شود. این حمله‌ها که به "سونامی اضطراب" معروف هستند ترس‌های ناگهانی شدیدی هستند که به طور ناگهانی شروع شده و در عرض ده دقیقه یا کمتر به اوج می‌رسند و به ندرت بیش از سی دقیقه طول می‌کشند. علائم این حملات را می‌توان به دو دسته جسمی و شناختی طبقه بندی کرد:

علائم جسمی - تپش قلب، عرق کردن، لرزیدن، نفس نفس زدن، احساس خفه شدن، درد یا ناراحتی سینه، تهوع یا ناراحتی در شکم، احساس سرد و یا داغ شدن، احساس کرختی، گیجی و منگی، گزگز کردن و مور مور شدن، گر گرفتگی

علائم شناختی - ترس از مردن یا دیوانه شدن، ترس از سکت قلبی، ترس از دست دادن کنترل، احساس جدا شدن از واقعیت یا از خود.

در اختلال پانیک افکار یا اقدام به خودکشی نسبت به بسیاری از اختلالات روانی دیگر بالاست. بنابراین، درمانگر باید به احتمال وقوع آن حساس بوده و در باره آن به طور مستقیم از بیمار سوال کند.

انواع حمله‌های پانیک

بعضی از حمله‌های پانیک "غیرمنتظره" هستند یعنی ظاهراً به طور ناگهانی رخ داده و در زمان وقوع آن هیچ محرک قابل تشخیصی وجود ندارد، مثلاً وقتی فرد از خواب بیدار شده یا وارد اداره می‌شود دچار حمله پانیک می‌شود. حمله‌های دیگر "منتظره" یا وابسته به موقعیت هستند یعنی محرک مشخصی باعث وقوع آنها می‌شود، مثلاً حمله پانیک پس از جر و بحث با همسر شروع می‌شود. پس از چند بار تکرار حمله، فرد مبتلا، نگرانی شدیدی پیدا کرده و انتظار وقوع

حمله‌های بعدی را دارد. این نگرانی ناشی از "انتظار کشیدن حمله‌های بعدی" باعث می‌شود فرد همیشه در حالت هول و هراس به سر ببرد. برخی از حمله‌ها نیز "شبانه" هستند. افراد مبتلا به اختلال پانیک ممکن است با احساس وحشت و ترس شدید از خواب بیدار شوند بدون اینکه عامل مشخصی (مانند کابوس) برای آن وجود داشته باشد. حمله‌های پانیک از نظر فراوانی و شدت نیز فرق می‌کنند. در برخی بیماران، حملات پانیک ممکن است هفته ای یک بار و در برخی دیگر هر روز اتفاق بیفتد. علاوه بر این، بیماران از نظر شدت بیماری و تعداد علائم نیز متفاوت هستند. برخی همه علائم و برخی فقط چند علامت را در طی حملات تجربه می‌کنند. با این حال، برای تشخیص اختلال پانیک لازم است که بیمار بیش از یک حمله پانیک غیر منتظره را با چهار علامت یا بیشتر تجربه کند.

اختلالات همراه

حملات پانیک اغلب با سایر اختلال‌های روانی مانند گذر هراسی، افسردگی اساسی و اختلال مصرف مواد همراه است. از میان این اختلال‌ها، شیوع حملات پانیک در گذر هراسی از همه بیشتر است. ویژگی اساسی گذر هراسی، ترس یا اضطراب شدید است که در اثر روبه‌رو شدن واقعی یا احتمالی با حداقل دو موقعیت زیر برانگیخته شود:

۱. استفاده از سیستم حمل‌ونقل عمومی مانند اتومبیل‌ها و اتوبوس‌ها
۲. بودن در فضاهای باز مانند پارکینگ‌ها، بازارها یا پل‌ها
۳. بودن در فضاهای بسته مانند سینما
۴. ایستادن در صف یا در ازدحام جمعیت قرار داشتن
۵. به تنهایی خارج از منزل بودن

علت ترس در موقعیت‌های فوق این است که افراد مبتلا به این اختلال معتقدند که اگر حمله پانیک یا علائم شبیه پانیک مانند تپش قلب شدید و نفس نفس زدن در آن موقعیت‌ها رخ دهد، نمی‌توانند به راحتی از آن موقعیت‌ها فرار کرده یا از دیگران کمک بگیرند. بنابراین یا از حضور در این موقعیت‌های اجتناب می‌کنند یا سعی می‌کنند حتی‌الامکان شخص مطمئنی مانند همسر یا دوست صمیمی آنها را همراهی نماید تا در صورت وقوع مشکل به او کمک کند.

علت حملات پانیک

عوامل مختلفی در بروز حمله پانیک نقش دارد. عوامل زیستی مربوط به ساختار مغز و انتقال دهنده های عصبی، عوامل ژنتیک و تجربیات اولیه زندگی از مهمترین عوامل در این رابطه هستند. معمولاً وقتی اولین حمله پانیک اتفاق می‌افتد، فرایندهایی مانند شرطی سازی کلاسیک و یا تحریفات شناختی می‌تواند موجب تداوم آن شود.

یک عامل بسیار مهم در اختلال پانیک، تجربه عوامل استرس برانگیز پیش از شروع علائم می‌باشد. اکثر مبتلایان گزارش می‌کنند که در ماه‌های قبل از اولین حمله پانیک، استرس‌های مهمی برایشان رخ داده بود، استرس‌هایی مانند تعارض بین فردی یا مشکلات و بیماری‌های جسمی

درمان پانیک

دو درمان اصلی اختلال پانیک، دارو درمانی و درمان شناختی-رفتاری می‌باشند. داروهای ضد افسردگی مانند پروزاک (فلوکستین)، زولوفت (سرتالین) و داروهای ضد اضطراب مانند زاناکس (آلپرازولام) و کلونوپین (کلونازپام) و همچنین درمان شناختی-رفتاری در پیشگیری از عود حمله های پانیک موثرند.

بخش دوم - راهنمای جلسات

جلسه اول، اختصاص به برقراری ارتباط، ارزیابی بیمار و آموزش روان شناختی وی دارد. در جلسه دوم روش های مختلف آرام سازی برای کاهش تنش و اضطراب آموزش داده می شود.

جلسه اول - ارزیابی و آموزش بیمار

اهداف جلسه:

۱. برقراری ارتباط درمانی
۲. اخذ شرح حال از بیمار
۳. آموزش روان شناختی

وسایل مورد نیاز:

۱. راهنمای آموزش روانشناختی در اختلال پانیک

مروری بر جلسه

جلسه اول به تعبیری مهمترین جلسه درمان است چرا که بیشتر بیماران بعد از این جلسه است که تصمیم می‌گیرند درمان را ادامه دهند یا آن را قطع کنند. بنابراین، شما باید بتوانید رابطه درمانی خوبی با بیمار برقرار کرده و او را نسبت به درمان امیدوار سازید. همچنین، در این جلسه باید یک سری اطلاعات را در مورد حمله پانیک، و علل و درمان آن در اختیار بیمار بگذارید و در نهایت، با همکاری بیمار اهداف درمان را تعیین کنید.

۱. برقراری ارتباط درمانی

بیمار وقتی نزد درمانگر می آید دو انتظار از او دارد: اول این که درمانگر اضطراب و درماندگی او را درک کند و دوم این که برای مشکل وی راه حلی داشته باشد. در یک ارتباط درمانی موفق، باید بتوانید به بیمار نشان دهید که می توانید به این انتظارات بیمار پاسخ دهید.

بنابراین، برای ایجاد یک ارتباط درمانی خوب، سعی کنید وقتی بیمار درباره ترس و وحشتش حرف می زند، احساس او را بفهمید. برای این کار به دقت به حرف های بیمار گوش کنید، سر خود را به علامت گوش دادن تکان دهید، در حالت نشسته بر روی صندلی کمی به جلو خم شوید تا نشان دهید موضوع برایتان مهم است و در نهایت با احساس بیمار همدلی کنید. برای مثال بگویید "این حمله ها باید خیلی آزاردهنده باشند".

علاوه بر این، امیدواری خود را نسبت به بهبود بیمار نشان دهید. مثلاً به بیمار بگویید "می دونم این بیماری تاب و توانت را گرفته، اما خوشبختانه درمان های خوب و موثری برای آن وجود دارد".

نکته مهم آن است که بهیچوجه بیمار را نصیحت نکنید چون این کار به رابطه درمانی صدمه می زند. مثلاً به بیمار نگویید "حل این مشکل فقط به سعی و پشتکار تو بستگی دارد. تو باید سخت تلاش کنی، اون موقع مقابله با حمله پانیک سخت نخواهد بود". اگرچه این حرف اشتباه نیست اما لحن نصیحت گرانه دارد.

۲. اخذ شرح حال از بیمار

بیماران به درمانگران باتجربه، اعتماد می کنند. بنابراین، دانش بالینی و تجربه درمانی خود را با سوالات دقیق نشان دهید. حتی وقتی بیمار از طرف همکاران به شما ارجاع شده و در نامه ارجاعی و یا پرونده وی، تشخیص او ذکر شده است، باز هم گرفتن شرح حال مناسب ضروری است. این کار هم به بهبود رابطه درمانی کمک می نماید و هم اطلاعات لازم را برای مراحل بعدی مداخله آماده می کند.

در اخذ شرح حال، موضوعات زیر را روشن کنید:

- بیمار به خاطر چه مشکلی مراجعه کرده است؟ و علائم آن کدامند؟
- مشکل از کی شروع شد؟ و چرا؟
- بیمار درباره این مشکل چطور فکر می کند؟
- بیمار برای از برطرف کردن مشکل تا حالا چه کارهایی کرده است؟ و نتیجه آن چه بوده است؟
- مشکل فعلی چه تأثیری بر زندگی و روابط بیمار داشته است؟

۳. آموزش بیمار

درست است که بیماران، حمله پانیک را به کرات تجربه کرده اند ولی ممکن است چیز زیادی درباره ماهیت ندانند. توصیف ماهیت این اختلال می تواند باورهای اشتباه آنان را در مورد عواقب ترسناک این بیماری مانند سکنه، غش و غیره اصلاح کرده و دیدگاه او را درباره بیماری اش تغییر دهد. این تغییر نگرش، سنگ بنای اولیه درمان است.

• توضیح حملات پانیک

حمله پانیک را به صورت زیر برای بیمار توضیح دهید. در تمامی موارد سعی کنید توضیحات خود را با سطح سواد و درک بیمار انطباق دهید:

تقریباً همه افراد گاهی دچار اضطراب می‌شوند. اما علامت بارز حمله‌های پانیک این است که میزان اضطراب خیلی زیاد است. شما ممکن است تفسیر نادرستی از این اضطراب شدید داشته باشید و فکر کنید دارید سکتة قلبی می‌کنید یا یک مشکل پزشکی دیگر دارید، دارید دیوانه می‌شوید و یا ممکن است کاملاً کنترل‌تان را از دست بدهید. در طی حمله پانیک، ممکن است احساس نفس نفس زدن، گرگرفتی، ناراحتی معده، وزوز گوش، احساس قریب‌الوقوع بودن مرگ، لرزش، گیجی، خفگی، درد سینه، عرق کردن و تپش قلب را تجربه کنید (این‌ها علائم حمله پانیک هستند).

اختلال پانیک را اغلب "ترس از ترس" می‌نامند چون افراد مبتلا به این اختلال از علائم ترس (یا یک حمله پانیک) هراس دارند و این علائم را طوری تفسیر می‌کنند که انگار دارد اتفاق بدی برایشان می‌افتد. ترس بهنجار زمانی اتفاق می‌افتد که ما در خطر واقعی هستیم و ترس مثل یک آژیر به مغزمان خبر می‌دهد که در خطر قرار داریم تا بتوانیم از خودمان در برابر این خطر محافظت کنیم. علائم ترس (تپش قلب، نفس نفس زدن و...) به این خاطر ایجاد می‌شوند که به ما نیرو و انرژی لازم را برای فرار یا مقابله بدهد که اصطلاحاً به آن پاسخ جنگ/گریز می‌گویند. در اختلال پانیک، بدن ما فکر می‌کند در خطر هستیم، درحالی‌که هیچ خطر واقعی وجود ندارد. وقتی ترس در غیاب خطر اتفاق می‌افتد، آن را "آژیر اشتباه" می‌نامیم. این شبیه یک آژیر آتش‌سوزی است وقتی که هیچ جایی آتش نگرفته است. وقتی این حملات تکرار می‌شود و شما نمی‌دانید چرا این علائم را تجربه می‌کنید ممکن است فرض کنید که حمله پانیک نشانه آن است که اتفاق بدی دارد در بدن یا ذهن شما اتفاق می‌افتد. طنز تلخ قضیه اینجاست که شما به تدریج از همان علائمی می‌ترسید که برای محافظت شما در برابر خطر ایجاد شده بودند.

علاوه براین، چون افراد مبتلا به اختلال پانیک معتقدند که حملات پانیک خطرناک هستند، درباره رخ دادن حملات در آینده نگران می‌شوند (به این نگرانی، "اضطراب انتظاری" می‌گویند). همچنین آنها از هر چیزی که شبیه علائم پانیک بوده و احساس‌های مشابهی را به وجود آورد (گرما، ورزش، لذت یا به هیجان آمدن، تحریک جنسی، خشم، نور آفتاب، و غیره) می‌ترسند و از آن اجتناب می‌کنند (به این رفتار، "اجتناب" می‌گویند، که نقش مهمی در تداوم و عدم بهبودی پانیک دارد). افراد مبتلا به اختلال پانیک به این احساس‌های درونی توجه زیادی می‌کنند: "قلبم داره تند می‌زنه. دارم حمله قلبی پیدا می‌کنم" یا "احساس ضعف و گیجی می‌کنم. دارم از حال می‌رم" (به این حالت، "گوش‌به‌زنگی نسبت به احساس‌های درونی" و "سوء‌تعبیر" آن‌ها می‌گویند). همچنین بسیاری از این افراد حمله پانیک را موقع خواب تجربه می‌کنند.

بسیاری از بیمارانی که اختلال پانیک دارند "گذر هراسی" را هم تجربه می‌کنند. آنها از موقعیت‌هایی که بیرون آمدن یا فرار از آن جاها مشکل است، می‌ترسند (مثلاً، "ممکن است تو مترو دچار حمله اضطرابی شوم و جلوی مردم غش کنم"). آنها ممکن است تنها در خانه نمانند و یا به تنهایی بیرون نروند. این افراد می‌ترسند که در مکان‌ها یا موقعیت‌هایی مثل سوپر مارکت‌ها، بازار، قطار، مترو، هواپیما، پل، جاهای مرتفع، تونل، آسانسور و... دچار حمله پانیک شده و نتوانند از آن‌ها فرار کنند. اگر هم مجبور شوند به این مکان‌ها بروند معمولاً به روش‌های گوناگون سعی می‌کنند در خود احساس "در امنیت بودن" ایجاد کنند. مثلاً همیشه همراه یک فرد دیگر بیرون بروند که بتواند در صورت لزوم به آنها کمک کند. اگرچه این تلاش‌ها در کوتاه‌مدت موفقیت‌آمیز هستند، ولی در درازمدت واقعاً مشکل آنها را تشدید می‌کند.

• توصیف علت پانیک

تحقیقات نشان می دهد اختلال پانیک علل متعددی دارد و در واقع از ترکیبی از عوامل زیستی و روان شناختی ناشی می شود. اضطراب ممکن است وراثتی باشد و یا از تجارب اولیه زندگی آموخته شود. افراد مبتلا به پانیک شدیداً به احساس های جسمی شان توجه کرده و آنها را به شکل فاجعه آمیزی تعبیر می کنند. برای مثال، آنها ممکن است به ضربان قلب شان توجه کرده و عجلوانه نتیجه بگیرند که دارند حمله قلبی می کنند. همچنین موقعیت های استرس برانگیز ممکن است حمله های پانیک اولیه را در افراد مستعد فعال کنند - برای مثال، ترک خانه، مشکلات ارتباطی، جراحی، مسئولیت های جدید، یا بیماری جسمی.

• برداشت های نادرستی که در مورد حمله پانیک وجود دارد

اکثر افراد، علایم پانیک را نشانه ای از وجود یک بیماری خطرناک جسمی، روانی یا از دست دادن کنترل تفسیر می کنند. آنها ممکن است معتقد باشند که واقعاً بیماری قلبی یا اسکیزوفرنی دارند؛ ممکن است ارتباط شان را با واقعیت را از دست بدهند، غش و یا سکت قلبی کنند؛ یا حوادث ترسناک دیگری برایشان اتفاق بیفتد. آنها همچنین ممکن است بترسند که حمله های پانیک علامت یک مشکل شدید روانی باشد و در نتیجه ممکن است افسرده و وابسته شوند. برخی هم ممکن است به غلط معتقد باشند که حملات پانیک علامت مشکلات عمیق و ریشه دار هستند. آنها اغلب باورهای غیر واقع بینانه ای درباره اضطراب دارند، مانند "اضطراب در هر صورت بد است"، و "من باید فوراً از شر اضطرابم خلاص شوم". بقیه معتقدند که چون سال ها، اختلال پانیک داشته اند پس هیچ وقت نمی توانند بهبود پیدا کنند. با این همه، باید برای بیمار توضیح دهید که این بیماری به درمان خوب پاسخ می دهد. درمان شناختی-رفتاری به افراد کمک می کند برداشت ها و قضاوت هایشان اشتباه شان را درباره این اختلال اصلاح کنند.»

• درمان پانیک

برای حملات پانیک درمان های موثری وجود دارد. دو نوع مهم درمان، دارو درمانی و درمان شناختی رفتاری است. داروها کمک می کند تا علایم اختلال پانیک و گذرهراسی کم شوند. بنابراین لازم است تا هر وقت که پزشک صلاح می داند داروی خود را ادامه دهید چون قطع خودسرانه آن ممکن است موجب عود پانیک شود. درمان شناختی-رفتاری از جمله درمان های موثر برای اختلالات اضطرابی از جمله پانیک و گذرهراسی است. این درمان به بیمار کمک می کند تا اضطراب خود را با استفاده از تکنیک های آرام سازی کاهش دهد، باورهای غلط خود را در مورد علائم پانیک اصلاح کند، و با موقعیت هایی که از آن اجتناب می کند، بتدریج مواجه شود.

جلسه دوم- آرام سازی و بازآموزی تنفسی

اهداف جلسه:

۱. آشنایی با نقش عوامل فیزیولوژیک در تشدید پانیک

۲. یادگیری آرام سازی

۳. یادگیری بازآموزی تنفس

وسایل مورد نیاز:

۱. برگه دستورالعمل آرام سازی

۲. برگه دستورالعمل بازآموزی تنفس

مروری بر جلسه

بیماران مبتلا به اختلال پانیک علایم فیزیولوژیک یا بدنی زیادی مانند تنش عضلانی، نفس نفس زدن، گیجی و منگی، مور مور شدن و غیره را تجربه می کنند. این علایم علاوه بر اینکه باعث رنج بیماران می شوند، مورد سوء تفسیر نیز قرار گرفته و بیمار آن را علامت وقوع سکنه، غش، دیوانگی یا اتفاق خطرناک قریب الوقوع دیگری تفسیر می کند. از طرف دیگر، سوء تفسیر این علایم، باعث تشدید آنها می گردد. در این جلسه باید این دور باطل را برای بیمار شرح دهید و خاطر نشان کنید که یکی از راه های مقابله با پانیک، کاهش برانگیختگی عمومی بدن و کنترل تنفس می باشد. در ادامه، تکنیک های آرام سازی و بازآموزی تنفس را به بیمار یاد دهید و تکالیف لازم را ارائه کنید.

۱. معرفی موضوع و هدف جلسه

برای بیمار توضیح دهید که واکنش فرد به احتمال وقوع حمله پانیک شامل چهار جزء متفاوت است: شناختی، رفتاری، هیجانی و فیزیولوژیک. این چهار جزء روی هم تاثیر می گذارند و ممکن است موجب تشدید و یا تضعیف یک دیگر می شوند. ترس از حمله پانیک (جزء هیجانی) باعث بروز علائم فیزیولوژیک شده (جزء فیزیولوژیک)، این علائم مورد سوء تفسیر قرار می گیرند (جزء شناختی) و باعث می شود بیمار از برخی موقعیت ها اجتناب کند. اصطلاحاً به این مساله "دور باطل" می گویند. بنابراین، یکی از اهداف مداخله های درمانی از بین بردن این دور باطل است. یکی از راه های مناسب برای قطع این دور باطل آن است که بیمار روی واکنش های فیزیولوژیک خود کار کند و یاد بگیرد که واکنش شدیدی نشان ندهد؛ مثلاً جلوی تنش عضلانی را بگیرید و تنفس آرام داشته باشید. سپس اضافه کنید امروز می خواهیم در مورد دو تکنیک آرام سازی و بازآموزی تنفس صحبت کنیم. اولی تنش عضلانی و برانگیختگی را کم می کند و دومی هم تنفس- هایتان را آرام و آهسته می سازد.

۲. آموزش آرام سازی

برای بیمار توضیح دهید برای آرامش بخشیدن به خود و کاهش تنش عضلانی و برانگیختگی بهتر است از تکنیک آرام سازی استفاده کند. در این تکنیک از روش منقبض و شل کردن عضلات مختلف بدن استفاده می شود تا تنش عضلانی تخلیه شده و فرد به آرامش دست پیدا کند. در طول آموزش آرام سازی، از دستورالعمل های ضبط شده روی کاست استفاده نکنید یا بیمار را در حالت درازکش بر روی کاناچه قرار ندهید. از بیمار بخواهید روی یک صندلی دسته دار راحت بنشیند. سپس ابتدا خود درمانگر نحوه سفت و شل کردن گروه های عضلانی مختلف را نشان می دهد (سرمشق دهی). همزمان، بیمار سفت و شل کردن عضلات را به تناوب انجام داده و درمانگر واری می کند که آیا تمرین به طور صحیح انجام می گیرد. معمولاً عضلات باید حدود ۵ ثانیه سفت نگهداشته شود و سپس ۱۰ تا ۱۵ ثانیه شل شود. از بیمار بخواهید قبل و بعد

از آرام سازی، میزان برانگیختگی و تنش عضلانی خود را از صفر تا صد درجه بندی کند. بدین ترتیب بیمار می تواند متوجه میزان کاهش برانگیختگی و تنش عضلانی خود در نتیجه تمرین آرام سازی بشود (دستورالعمل های مربوط به تمرین آرام سازی در بخش پیوست ها ارائه شده اند).

بیماران می توانند از تکنیک آرام سازی در بین حمله های پانیک برای کاهش تنش جسمی مزمن خود استفاده کنند. از آرام سازی در حین حمله های پانیک و یا تمرین مواجهه شدن در موقعیت های آغازگر حمله پانیک فقط به این شرط می توان استفاده کرد که بیمار از آن برای اجتناب از اضطراب پانیک یا به عنوان یک رفتار ایمنی جویی استفاده نکند. اجزاء اصلی درمان، مواجهه شدن با اضطراب و عدم اعتقاد به وقوع احتمالی یک حادثه خطرناک است. به بیان دیگر، به بیمار بگویید که او زمانی درمان خواهد شد که اضطراب پانیک را تجربه کرده و آن را به عنوان یک تجربه غیر خطرناک بپذیرد. تمرین آرام سازی فقط برای آن است که مواجهه شدن با موقعیت های استرس انگیز برای وی قابل تحمل باشد و به پیشرفت کار کمک کند.

برخی از بیماران وقتی تمرین های آرام سازی را انجام می دهند ممکن است دچار تنش و اضطراب شده و حمله پانیک پیدا کنند. اگر چه تعداد این بیماران کم است، با این همه، همیشه این احتمال را در نظر داشته باشید و از ادامه تمرین آرام سازی برای این افراد خودداری کنید.

بخش قابل ملاحظه ای از افراد مبتلا به اختلال پانیک معمولاً در حین حمله پانیک نفس نفس می زنند و تعداد قابل توجهی از آنها نیز علائم زیرآستانه ای نفس نفس زدن را تجربه می کنند. آنان وقتی با یک موقعیت ترسناک مواجه می شوند سریع و کوتاه نفس می کشند، و چون فکر می کنند که هوای کافی نمی گیرند می ترسند و شروع به نفس نفس زدن می کنند.

برای بیمار توضیح دهید از یک سو، ترس از حمله پانیک باعث افزایش تعداد تنفس ها می شود و از طرف دیگر ترس از کم بودن هوا یا تنگی نفس و خفه شدن موجب تشدید نفس نفس زدن برای گرفتن هوا می شود. نفس نفس زدن، اکسیژن زیادی را به اندام های مختلف بدن از جمله مغز رسانده و تعادل بین اکسیژن و دی اکسید کربن را در خون به هم می زند. در این موقع فرد احساس گیجی و منگی می کند، اما این احساس گیجی و منگی را به حساب مشکل نفس کشیدن خود نمی گذارد بلکه آن را سو تعبیر کرده و علامت یک فاجعه قریب الوقوع قلمداد می کند.

بازآموزی تنفس به بیماران مبتلا به اختلال پانیک کمک می کند شیوه صحیح تنفس را یاد بگیرند و از این طریق بین اکسیژن و دی اکسید کربن خون خود تعادل را برقرار سازند. بدین ترتیب، افراد یاد می گیرند آهسته تر و با عضلات شکمی یا دیافراگمی نفس بکشند.

تکنیک بازآموزی تنفس در دو مرحله اجرا می شود. در مرحله اول، از بیمار بخواهید علائم زیرآستانه ای یا فراآستانه ای نفس نفس زدن را به موقع شناسایی کند. این شناسایی به موقع موجب می شود بیمار در زمان مناسب تمرین را شروع کرده و نتیجه دلخواه را بگیرد. در مرحله دوم، از بیمار بخواهید دستورالعمل های بازآموزی تنفس را به دقت تمرین کرده (به بخش پیوست ها مراجعه کنید) و متوجه این نکته شود که تنفس با قسمت فوقانی ریه موجب نفس های کوتاه و کم عمق می شود، همان تنفسی که در هنگام اضطراب نیز تجربه می شود، اما تنفس با قسمت تحتانی ریه، یا همان تنفس شکمی یا دیافراگمی، تنفس عادی و آرام، و نه عمیق، را در پی دارد، همان تنفسی که در لحظات عاری از اضطراب تجربه می کنیم.

همان طور که در مورد تمرین آرامسازی نیز گفته شد، بیمار می‌تواند بین دوره‌های حمله پانیک از تمرین‌های بازآموزی تنفس برای اصلاح شیوه تنفس خود و عادی کردن آن استفاده کند. از این تمرین می‌توان در زمان استرس و مواجه شدن با موقعیت‌های آغازگر پانیک نیز استفاده کرد به شرط این که بیمار تصور نکند که تمرین بازآموزی تنفس قرار است حمله پانیک را متوقف کند. تنها چیزی که پانیک را از بین می‌برد تحمل اضطراب و باور نداشتن به قریب‌الوقوع بودن فاجعه است. تمرین تنفس دیافراگمی فقط باید با این قصد مورد استفاده قرار گیرد که بیمار را برای مواجه شدن با موقعیت اضطراب‌آور و مقابله با افکار منفی مربوط به خطرناک بودن موقعیت آماده سازد. به عبارت دیگر، بیمار باید از آن برای قابل تحمل ساختن اضطراب و نه پایان بخشیدن به احساس اضطراب استفاده کند.

برخی بیماران به این دلیل از تمرین‌های آرامسازی و بازآموزی تنفس استفاده می‌کنند که گمان می‌کنند این تمرین‌ها جلوی یک اتفاق وحشتناک را گرفته و خطر را برطرف می‌کنند. برای آنان توضیح دهید چنین تمرین‌هایی جلوی هیچ خطری را نمی‌گیرند بلکه فقط شرایط استرس‌آمیز را قابل تحمل می‌کنند تا با شجاعت در برابر موقعیت‌های آغازگر پانیک قرار بگیرند و افکار منفی شان را در مورد فاجعه آمیز بودن موقعیت موجود به چالش بگیرند. فقط در این صورت است که می‌توانند از این تمرین‌ها استفاده درمانی کنند.

۴. تکلیف منزل

در ادامه جلسه برای بیمار توضیح دهید که فقط تمرین مکرر و پی در پی او را قادر می‌کند بر شرایط موجود فائق آید. همچنین یادآور شوید که تمرین‌ها را هر روز دست کم در سه نوبت انجام دهد. در انتها، جلسه را با تقویت بیمار برای ادامه درمان خاتمه دهید و اضافه کنید که این آخرین جلسه در این مرحله بود ولی اگر در این فاصله احساس کرد نیاز به کمک دارد می‌تواند تلفنی با شما تماس بگیرد و یا حضوری به مرکز مراجعه نماید.

اختلال وسواسی - جبری

آموزش روان شناختی

مقدمه

اختلال وسواسی جبری یکی از مشکلات رایج روان پزشکی است که شیوع آن بین ۱/۹ درصد و ۳/۲ درصد است. سن شروع آن اواخر دوره ی نوجوانی یا اوایل ۲۰ سالگی است ولی گاهی در دوره ی کودکی نیز مشاهده شده است. نرخ شیوع آن در مردان و زنان تقریباً برابر است و با سایر اختلالات اضطرابی، افسردگی و اختلال خوردن همبندی دارد. پیمایش ملی سلامت روان در سال ۱۳۹۰ نشان می دهد که شیوع این اختلال در ایران حدود ۵ درصد است و شیوع آن در زنان بیشتر از مردان است.

افراد مبتلابه این اختلال، افکار مستمر و ناراحت کننده ای دارند (وسواس) و از مناسک یا عادات تکراری برای کنترل اضطرابی که این افکار ایجاد می کنند، استفاده می کنند (اجبار). در اغلب موارد، در نهایت این اجبارها هستند که فرد را کنترل می کنند. شایع ترین افکار وسواسی، افکار آلودگی و یا نجس شدن، افکار خشونت و صدمه زدن به افراد مورد علاقه، افکار جنسی ممنوعه یا اشتغال ذهنی با افکاری است که با باورهای مذهبی فرد مغایرت دارد. شایع ترین عادات تکراری، شستشو و واریسی هستند. پس از آن شمارش، نیاز به سوال کردن و عادات های قرینه ای و جمع کردن اشیاء شیوع بیشتری دارند. تعدادی از افراد نیز چندین عادت تکراری را با هم دارند. در اغلب موارد افکار وسواسی و عادات تکراری با هم وجود دارند و تنها تعداد کمی از بیماران، فقط وسواس ذهنی را گزارش می دهند. در هر حال، همه ی مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی نشانه های درونی ترس، یعنی افکار، تصورات یا تکانه های ترسناک را نشان می دهند. این نشانه های درونی ترس ممکن است بر اثر تماس با علائم یا نشانه های بیرونی مثل اشیاء آلوده یا راندن ماشین بکار انداخته شوند و یا اینکه بدون هر گونه حادثه ی آشکاری بروز نمایند.

سیر بیماری متفاوت است. علائم ممکن است در طول زمان نوسان داشته و گاهی بهتر و گاه بدتر شود. در برخی بیماران با گذشت زمان، علائم بهتر می شود و در برخی شدت بیشتری می گیرد. در هر حال، این اختلال غالباً مزمن است و در عملکرد فرد و انجام کارها و وظایف و مسئولیت های روزمره تداخل ایجاد می کند. اختلال وسواسی - جبری معمولاً به درمان خوب پاسخ می دهد و ترکیب دارو و روان درمانی در کاهش علائم اثربخش است.

بخش اول - کلیات اختلال وسواسی - جبری

همه افراد گاهی افکاری دارند که ممکن است احساس ناخوشایندی در آنها ایجاد کند و یا ممکن است یک سری اعمال تکراری مثل دو بار واری خاموش کردن اجاق گاز و یا از پریش کشیدن اتو را قبل از ترک خانه داشته باشند. اما چیزی که افراد عادی را از مبتلایان به این اختلال جدا می کند این است که این افکار موجب اضطراب شدید در آنها نمی شود و یا اعمال تکراری را بارها و بارها انجام نمی دهند. این امر باعث می شود که آنها تشویش و رنج زیادی را تجربه نکرده و عملکرد معمول خود را داشته باشند. اما در افراد مبتلابه این اختلال، استمرار این افکار، اضطرابی که ایجاد می کند و دفعات انجام اعمال تکراری بقدری زیاد است که علاوه بر اینکه موجب رنج زیادی برای فرد می شود در عملکرد او نیز تداخل ایجاد می کند و مانع از آن می شود که بتواند در حوزه های شخصی، کاری و تحصیلی و یا اجتماعی کارکرد قابل قبولی داشته باشد.

توصیف و تشخیص

اختلال وسواسی - اجباری (که از این پس OCD نامیده می شود) وضعیتی است که مراجع یا دارای وسواس ذهنی است، یا وسواس عملی و یا هر دو این موارد را نشان می دهد.

وسواس ذهنی، افکار، تکانه ها یا تصاویری است که موجب اضطراب می شود و وسواس عملی، رفتارهای تکرار شونده یا دستورات ذهنی است که مراجع احساس می کند مجبور است برای کاهش اضطراب خود و یا اجتناب از موقعیت های ترس آور آنها را انجام دهد. وسواس های بارز شامل ترس از نجس شدن یا آلوده شدن توسط میکروب ها یا مسمومیت، ترس از آسیب وارد کردن به خود یا دیگران و ترس از انجام کارهای غیرقابل قبول است. اغلب اوقات ترس های وسواسی مغایر با سیستم ارزشی فرد هستند (به عنوان مثال مادری که شدیداً فرزند خود را دوست دارد از این می ترسد که او را از بین ببرد). وسواس عملی که به صورت عادات تکراری هستند ممکن است یک رفتار آشکار باشد (نظیر بررسی کردن مکرر اینکه آیا اجاق گاز خاموش است یا نه) و یا رفتار ذهنی (نظیر شمارش یا تکرار آهسته ی یک جمله). وسواس های عملی بارز شامل شستشو و پاکیزه کردن افراطی، واری کردن، اطمینان خواستن، انبار کردن اشیاء و اصرار بر نظم و ترتیب می باشد. اکثر مراجعان مبتلا به OCD هم وسواس ذهنی دارند و هم عملی. برخی از آنها فقط از وسواس ذهنی رنج می برند؛ با این وجود، بررسی دقیق روشن می کند که اگرچه آنها عادات تکراری آشکاری را نشان نمی دهند ولی برای خنثی کردن افکار مربوط به وسواس ذهنی خود، رفتارهای ذهنی پنهانی را انجام می دهند. افراد مبتلا به OCD می دانند وسواس های ذهنی و عملی شان اغراق آمیز و غیر واقعی است. با این وجود، احساس می کنند قادر به متوقف کردن افکار وسواسی خود نبوده و به منظور کنترل اضطراب و ناراحتی خود به سمت رفتارهای وسواسی کشانده می شوند.

این اختلال غالباً ناتوان کننده است چون فرد مبتلا احساس می کند مجبور است عادات تکراری را چند ساعت انجام دهد و این موضوع در انجام وظایف و مسوولیت ها نظیر تحصیل، کار یا وظایف خانوادگی تداخل ایجاد می کند.

علت اختلال وسواسی - جبری

تحقیقات متعدد به نقش عوامل ژنتیک و زیستی در ایجاد OCD اشاره کرده اند. برای مثال علائم این اختلال در بستگان درجه اول افراد مبتلا، بیشتر دیده می شود. البته، اغلب اوقات بجای اختلال کامل، ویژگی های وسواس ذهنی و عملی دیده می شود. علاوه براین، برخی مشکلات زیستی مانند ناهنجاری های رشدی، تاریخچه ی ضربه به سر، صرع، التهاب مغز، مننژیت در افراد مبتلا بیشتر دیده می شود. این مسأله می تواند حاکی از نقش احتمالی تروماهای اولیه باشد. علاوه بر این، علایم ظریف عصب شناختی نیز در این افراد گزارش شده است.

اختلالات همراه

شایع ترین اختلالی که با OCD همراه است، افسردگی است. علاوه براین، سایر اختلال های اضطرابی و بویژه اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال پانیک نیز رایج است. برخی از اوقات نیز اختلال های خوردن دیده می شود. سوء مصرف مواد نیز اغلب وجود دارد. رایج ترین اختلال های شخصیت همبود، اختلال اجتنابی، وابسته و نمایشی است. اختلال شخصیت وسواسی-عملی در کمتر از ۲۵ درصد از افراد مبتلا به OCD وجود دارد. در افرادی که اختلال های شخصیت همبود نیز وجود دارد نتایج درمانی ضعیف تر بوده و ممکن است درمان طولانی تری را نیاز داشته باشند.

وقتی علاوه بر OCD افسردگی اساسی نیز وجود دارد، فرد باید قبل از شرکت در دوره ی درمانی وسواس برای افسردگی تحت درمان قرار بگیرد. به عبارت دیگر، در صورت همبودی OCD و افسردگی شدید، قبل از دریافت درمان های شناختی برای رفع OCD، باید با تدابیر دیگری مثل دارو درمانی مقداری از شدت افسردگی کاسته شود تا آمادگی لازم برای شرکت در درمان های شناختی فراهم شود.

درمان

برای درمان وسواس دو دسته درمان دارویی و روان درمانی وجود دارد. شایع ترین داروی مورد استفاده در OCD داروهای SSRI نیز مانند فلوکستین، فلووکسامین و سرتالین هستند.

از میان روان درمانی ها، درمان شناختی- رفتاری، بویژه رفتار درمانی، درمان موثری برای این اختلال محسوب می شود. طول مدت این درمان معمولاً ۲۰ جلسه است اگرچه افرادی که علایم شدیدتری دارند به درمان طولانی تری نیاز دارند. سازگاری شغلی و اجتماعی خوب، افکار وسواسی بدون تشریفات عملی، رویداد آشکار ساز و ماهیت دوره ای علائم با پیش آگهی خوب همراه است. همچنین پیش آگهی حالت های وسواسی که به صورت جزئی از بیماری افسردگی بروز می کند خوب است چرا که معمولاً با بهبودی افسردگی حالت های وسواسی نیز از بین می رود.

بخش دوم- راهنمای جلسه

راهنمای توصیف شده در این بخش شامل یک جلسه ۳۰ دقیقه ای است. در این جلسه ارزیابی مختصری از اختلال صورت گرفته و سپس اطلاعات مربوط به بیماری شامل علائم، سیر و پیش آگهی، عوامل موثر بر اختلال و درمان های رایج توضیح داده می شود.

جلسه ارزیابی و آموزش روانشناختی

اهداف:

۱. ارزیابی اختلال وسواسی جبری
۲. آموزش روانشناختی

وسایل مورد نیاز:

۱. برگه اطلاعات علائم اختلال وسواسی- جبری

مروری بر جلسه

هدف این جلسه، برقراری ارتباط با مراجع، ارزیابی دقیق ماهیت وسواس ها و اجبارهای وی و ارائه اطلاعات اساسی در مورد ماهیت بیماری و پیش آگهی و درمان بیماری است. این اطلاعات به مراجع کمک خواهد کرد که درک درستی از بیماری خود به دست آورده و علاوه بر آن نسبت به بهبودی، امیدوار شود.

۱. ارزیابی

اهداف ارزیابی شامل شناسایی وسواس ها، عادت های تکراری و موقعیت های اجتنابی و کشف انگیزه بیمار برای درمان است.

ابزار اولیه ارزیابی، مصاحبه ی بالینی است. طی ارزیابی بالینی لازم است افکار وسواسی، عادت های تکراری و موقعیت هایی که مراجع از آنها اجتناب می کند، روشن شوند. علاوه بر اخذ تاریخچه و رشد علایم، شیوه ای که علایم اختلال در

عملکرد های روزانه ی مراجع تداخل ایجاد می کنند، نیز باید بررسی شوند. برگه اطلاعات علائم وسواسی که در پیوست آمده، راهنمای خوبی برای ارزیابی این اختلال است.

مراجعان اغلب تمایلی به صحبت در مورد وسواس های خود ندارند. از آنجایی که افکار وسواسی برای آنها بسیار ناراحت کننده است ممکن است از این نکته واهمه داشته باشند که اگر افکار خود را آشکار کنند بستری شوند و یا محدودیت های دیگری برایشان ایجاد شود. بنابراین، عادی جلوه دادن افکار وسواسی به مراجع کمک خواهد کرد که احساس راحتی بیشتری کند و در مورد علائمش صحبت کند. چند مورد از تکنیک هایی می توانید برای این کار از آن استفاده کنید، در زیر آمده است:

- ۱) به مراجع بگویید اکثر افراد گاه به گاه افکاری دارند که بسیار ناخوشایند است.
- ۲) به مراجع اطمینان بدهید اگر در مورد افکارش صحبت کند، اتفاق بدی نخواهد افتاد
- ۳) چند نمونه از افکار وسواسی شایع را برای مراجع بگویید و از او سوال کنید آیا او هم این افکار را دارد
- ۴) به مراجع بگویید در اغلب موارد افکار وسواسی مغایر با اصول و ارزش ها یا اعتقادات مذهبی افراد است و به همین دلیل افراد از داشتن آنها ناراحت هستند اما احتمال کمی وجود دارد که آنها براساس این افکار اقدامی انجام بدهند.

علاوه بر این، این موضوع را ارزیابی کنید که آیا مراجع تشخیص می دهد که افکار وسواسی اش تا حدود زیادی غیر واقعی است. همچنین از مراجع سوال کنید وقتی در موقعیتی قرار ندارد که ترس هایش فعال شود چه اندازه معتقد است که ترس هایش تبدیل به واقعیت خواهد شد. برای مثال: "وقتی در توالی عمومی نیستید، چقدر معتقد هستید که دست زدن به شیر دستشویی شما را مبتلا به وبا می کند؟".

اگر مراجع نمی تواند تشخیص دهد که برخی از ترس هایش اغراق آمیز هستند، این موضوع حاکی از وجود افکار بیش بها داده شده است. مراجعانی که دارای اینگونه افکار هستند عموماً به مواجهه سازی و پاسخ پیشگیرانه جواب نمی دهند.

۲. آموزش روانشناختی

پس از اینکه ارزیابی انجام شد، باید یک سری اطلاعات پایه ای در مورد بیماری و فرایند درمان در اختیار مراجع قرار دهید. این اطلاعات می تواند یأس و ناامیدی مراجع را کاهش داده و انگیزه او را برای پیگیری درمان را افزایش می دهد. در رابطه با فرآیند آموزش چند نکته کلیدی حائز اهمیت است: ۱- داشتن افکار ناخوشایند و مزاحم طبیعی است؛ ۲- راهبردهایی که در حال حاضر مراجع از آنها استفاده می کند (تلاش برای فکر نکردن به اینگونه افکار یا خنثی کردن آنها با عادت های تکراری) در واقع باعث بدتر شدن اضطراب مراجع می شود؛ ۳- اجازه دادن به داشتن این افکار بدون متوسل شدن به عادت های تکراری می تواند منجر به کاهش اضطراب، کاهش فراوانی افکار مزاحم و کاهش تمایل به عادت های تکراری شود. همچنین تاکید کنید درمان می تواند به میزان قابل ملاحظه ای موجب آرامش فرد شده و کیفیت زندگی فرد وی را بهتر کند. ولی با این وجود، برخی علائم ممکن است پس از پایان درمان همچنان وجود داشته باشد که این افراد، نیاز به ادامه درمان و درمان طولانی تری دارند. مطرح کردن این موضوعات منجر به ایجاد امید در مراجع می شود خصوصاً وقتی که انتظارات واقع بینانه ای نیز تعیین شود.

اختلال وسواس ذهنی - عملی چیست

اختلال وسواس ذهنی - عملی، اختلال نسبتا شایعی است. افرادی که مبتلا به این اختلال هستند، دارای وسواس های ذهنی، وسواس های عملی یا هر دو هستند. وسواس های ذهنی افکار، تصاویر ذهنی یا تکانه هایی هستند که ناخوشایند بوده ولی مرتب به ذهن می آیند. وسواس های عملی کارهایی هستند که فرد به منظور جلوگیری از اضطراب یا پیشگیری از وقوع اتفاق های بد انجام می دهد. اکثر افراد مبتلا به اختلال وسواس هم از وسواس های ذهنی و هم وسواس های عملی رنج می برند.

وسواس های ذهنی رایج شامل این موارد هستند:

- ترس از ابتلا به مریضی هایی نظیر ایدز یا سرطان؛
- ترس از نجس شدن با چیزهایی مانند خون و ادرار
- ترس از مسموم شدن با موادی نظیر حشره کش ها؛
- ترس از آسیب زدن یا کشتن کسی که اغلب اوقات محبوب شماست؛
- ترس از فراموش کردن انجام کاری نظیر خاموش کردن اجاق گاز یا بستن در؛
- ترس از انجام یک عمل غیر اخلاقی یا شرم آور؛

وسواس های عملی عادت های تکراری نیز نامیده می شوند. وسواس های عملی رایج شامل موارد زیر است:

- شستشو یا تمیزی افراطی، نظیر شستن دست به کرات در طول روز؛
- وارسی، نظیر بررسی مکرر اینکه آیا اجاق گاز را خاموش کرده است؛
- کارهای تکراری، نظیر ۱۶ بار روشن و خاموش کردن چراغ؛
- جمع کردن یا ذخیره کردن، نظیر نگهداری روزنامه های باطله یا اشیایی که به درد نمی خورند؛
- چیدن اشیا با یک نظم و ترتیب معین ، نظیر اطمینان از اینکه همه چیز در اتاق قرینه است؛

اکثر افراد مبتلا به وسواس ذهنی - عملی می دانند که ترس هایشان واقع بینانه نیست و احساس می کنند وسواس های عملی شان بی معنی است، با این وجود احساس می کنند نمی توانند از آنها اجتناب کنند. وسواس عملی - ذهنی مسائل جدی را بوجود می آورد. افراد مبتلا اغلب ساعت های زیادی از روز را صرف وسواس های عملی خود می کنند. این موضوع مانع از انجام کامل مسوولیت های تحصیلی، شغلی یا خانوادگی می شود. بسیاری از افراد

مبتلا از مکان ها یا موقعیت هایی که آنها را مضطرب می کند، اجتناب می کنند. برخی از آنها خود را در خانه حبس می کنند. اغلب این افراد در خانواده ی خود اعضایی دارند که به آنها در انجام وسواس های عملی شان کمک می کند.

علت اختلال وسواس ذهنی - عملی

علت دقیق اختلال وسواس ذهنی - عملی روشن نیست. عوامل ژنتیک در بروز این اختلال نقش دارد. معمولاً اعضا خانواده ی افراد مبتلا نیز دارای این اختلال و دیگر مسائل اضطرابی هستند. البته، ژن به تنهایی تبیین کننده ی وسواس نیست؛ یادگیری و استرس های زندگی نیز در تداوم این اختلال نقش دارند.

اختلال وسواس ذهنی - عملی چگونه تداوم می یابد؟

مطالعات نشان می دهد که ۹۰ درصد از افراد، افکاری شبیه به افکار افراد مبتلا به وسواس دارند ولی افراد مبتلا در مقایسه با دیگران بیشتر از این افکار ناراحت می شوند. بیشتر افکاری که افراد مبتلا را نگران می کند مغایر با ارزش ها و باورهایشان است، برای مثال افکار کفرآمیز در یک فرد مذهبی.

از آنجایی که افراد مبتلا از این افکار خود رنج می برند، تلاش می کنند از آنها اجتناب کنند. به همین منظور اغلب خود را مجبور می کنند که به آن فکر نکنند. ولی مسأله اینجاست که هر چقدر بیشتر تلاش کنید در مورد چیزی فکر نکنید، فکر کردن به آن موضوع تشدید می شود. می توانید خودتان این موضوع را تمرین کنید: "سعی کنید که برای ۶۰ ثانیه به یک فیل صورتی رنگ فکر نکنید". اولین چیزی که به ذهن شما خواهد آمد، آن چیزی خواهد بود که تلاش می کنید از فکر کردن به آن خودداری کنید - یک فیل صورتی.

وقتی افراد متوجه می شوند که نمی توانند از افکار ناراحت کننده اجتناب کنند، اغلب به شیوه های دیگری متوسل می شوند تا اضطراب خود را کاهش دهند. از اینرو ممکن است به کارهایی نظیر شستشوی زیاد از حد یا گفتن چیزهایی به خود بپردازند. این کارها معمولاً اضطراب آنها را تسکین می دهد ولی این تسکین کاملاً موقتی است و بنابراین مجبورند برای کاهش دوباره اضطراب، دوباره آن کار را انجام دهند. بدین ترتیب آن عمل تبدیل به یک وسواس عملی می شود.

درمان اختلال وسواس ذهنی - عملی

مثل همه اختلالات، دو دسته درمان اصلی برای این اختلال وجود دارد. دارو درمانی و روان درمانی. داروهایی که روی وسواس اثر دارند ماده ای به نام سروتونین را در مغز افزایش می دهند. از اینرو پزشک یا روانپزشک، دارویی را که بهترین نتیجه را برای شما داشته باشد، تجویز می کند. پژوهش ها نشان می دهد که ۵۰ تا ۶۰ درصد از مراجعان با دارو بهبود می یابند ولی در اکثر موارد با قطع دارو علائم بر می گردد. به این علت، لازم است که روان درمانی هم به دارو اضافه گردد. معمولاً ترکیب دارو و روان درمانی بهترین نتیجه را در پی خواهد داشت.

مهمترین روان درمانی برای وسواس، درمان شناختی رفتاری است. افراد مبتلا به وسواس ذهنی - عملی از این می ترسند که اگر به خود اجازه دهند به افکار ترس آور فکر کنند و وسواس های عملی را انجام ندهند اضطراب شدیدی را تجربه

خواهند کرد که قادر به تحمل آنها نخواهند بود. بسیاری از اوقات نیز از این می ترسند که دیوانه شوند. در درمان شناختی - رفتاری شما یاد می گیرید اضطراب خود را بدون توسل به وسواس های عملی کنترل کنید. برای این منظور روش های مقابله ای نظیر آرمیدگی را خواهید آموخت که به کمک آنها کمتر احساس اضطراب می کنید. علاوه براین، در این درمان یاد می گیرید اگر تلاش نکنید از افکار ترس آور خود اجتناب کنید، آن افکار محو خواهند شد. ممکن است باور کردن این موضوع برایتان سخت باشد ولی شما عملاً متوجه خواهید شد که این روش جواب می دهد.

نتایج مطالعات نشان می دهد ۸۰ درصد از کسانی که تحت درمان شناختی- رفتاری وسواس قرار می گیرند، بهبودی متوسط تا زیادی را نشان می دهند. اگرچه، بعد از پایان درمان، فرد ممکن است در برخی موقعیت ها دوباره افکار وسواسی به ذهنش بیاید و یا تمایل داشته باشد برخی عادت های تکراری را انجام دهد ولی اغلب اوقات افراد مبتلا، کنترل بیشتری بر علائم شان خواهند داشت و کیفیت زندگیشان بهبود پیدا می کند.

پیوست ها

پیوست ۱ - افسردگی

کاربرگ فعال سازی رفتار

وقتی افراد افسرده می شوند دوست ندارند هیچ کاری انجام دهند و نهایتاً هم کار خیلی کمی انجام می دهند. ولی این فقط افسردگی را بدتر می کند. بنابراین، برای هر چهار موردی که در زیر آمده یک فعالیت را انتخاب کنید و مشخص کنید آنها را چقدر و یا برای چه مدت و چه زمانی می خواهید انجام دهید. سعی کنید در ابتدا کارهای آسان را انتخاب کنید و هدف و انتظارتان خیلی بالا نباشد. برای مثال فعالیت "پیاده روی" برای "پانزده دقیقه:" و "هر روز بعد از ظهر".

حوزه فعالیت	چگونه و چقدر	چه زمانی
(۱) ارتباطات اجتماعی :		
.....		
(۲) فعالیت های تفریحی :		
.....		
(۳) مراقبت از خود :		
.....		
(۴) وظایف و مسئولیت ها و کارهای داوطلبانه :		
.....		

کاربرگ جدول فعالیت های روزانه

هر فعالیتی را که انجام می دهید در جدول در جای مناسب آن بنویسید و اگر از آن لذت بردید علامت "*" و اگر احساس می کنید آن کار را خوب انجام دادید علامت "+" را کنار آن بگذارید. در انتهای روز به این جدول نگاه کنید و ببینید چه کارهایی را انجام داده اید. ورزش و فعالیت های فیزیکی می تواند خلق شما را بالا ببرد، پس سعی کنید آنها را در برنامه روزانه تان بگنجانید. این می تواند فقط پانزده دقیقه پیاده روی باشد.

زمان	شنبه	یک شنبه	دوشنبه	سه شنبه	چهارشنبه	پنج شنبه	جمعه
صبح ۹-۱۱							
ظهر ۱۲-۲							
بعداز ظهر ۴-۶							
شب ۹-۶							

پیوست ۲- اختلال اضطراب فراگیر

برگه علایم بارز در اختلال اضطراب فراگیر

- ✓ خلق مضطرب
- ✓ نگرانی بیش از اندازه
- ✓ خلق تحریک پذیر
- ✓ بیقراری
- ✓ خستگی مفرط
- ✓ تمرکز مختل
- ✓ تنش عضلانی
- ✓ بی خوابی
- ✓ تعیین مدت زمانی که علایم فوق فعال شده اند

کار برگ فهرست علایم اضطراب

نام مراجع:

تاریخ:

هر یک از عبارات زیر را خوانده و شدت هر یک را بر اساس نمرات زیر تعیین کنید:

۱- اصلا ۲- جزئی ۳- تا حدودی ۴- کاملا

- _____ ۱- احساس ضعف
- _____ ۲- ناتوانی در آرام شدن
- _____ ۳- احساس بیقراری
- _____ ۴- به آسانی خسته شدن
- _____ ۵- سردرد
- _____ ۶- نفس نفس زدن
- _____ ۷- سرگیجه یا منگ شدن
- _____ ۸- نیاز دایم به ادرار کردن
- _____ ۹- عرق کردن (بی ارتباط با گرمی محیط)
- _____ ۱۰- تپش قلب
- _____ ۱۱- تیر کشیدن قلب یا درد معده
- _____ ۱۲- به سادگی از کوره در رفتن
- _____ ۱۳- به سادگی از جا پریدن
- _____ ۱۴- مسأله در خوابیدن
- _____ ۱۵- نگرانی زیاد
- _____ ۱۶- دشواری در کنترل نگرانی ها
- _____ ۱۷- دشواری در تمرکز

پیوست ۳- دستورالعمل آرام سازی

برگه دستورالعمل آرام سازی

۱. دست راست تان را مشت کنید، به طوری که در ناحیه مشت و بازو احساس تنش کنید.
۲. دست چپ تان را مشت کنید، به طوری که در ناحیه مشت و بازو، احساس تنش کنید.
۳. دست تان را از آرنج خم کنید و در عضله دو سر انقباض ایجاد کنید. ناحیه انگشتان را آزاد بگذارید.
۴. دست تان را صاف نگهدارید و عضله سه سر را منقبض کنید و قسمت پایین دستهایتان را به صندلی بچسبانید و سعی کنید ناحیه انگشتان را در حالت آرمیدگی نگه دارید.
۵. ابروهایتان را بالا ببرید و در پیشانی تان چین ایجاد کنید.
۶. ابروهایتان را جمع کنید (مانند حالت عصبانیت).
۷. عضلات اطراف چشمها را جمع کنید.
۸. دندانهایتان را به هم فشار دهید و در ناحیه آرواره، انقباض کنید.
۹. زبان تان را محکم به قسمت بالای دهان بچسبانید، در حالی که لبهایتان بسته است به تنش موجود در ناحیه گلو توجه کنید.
۱۰. لبها را محکم به هم فشار دهید (مانند حالت عصبانیت).
۱۱. تا جایی که می توانید گردن تان را به عقب فشار دهید (روی قسمت پشتی صندلی).
۱۲. چانه تان را به ناحیه سینه بچسبانید و فشار دهید.
۱۳. شانه یتان را در جهت گوشه‌هایتان بالا ببرید و به حالت انحنایی در آورید.
۱۴. به طور آرام و منظم نفس بکشید و به شکم تان فشار نیاورید.
۱۵. نفس عمیق بکشید، ریه هایتان را کاملا پر کنید و چند ثانیه نگه دارید و بعد بدون مقاومت، نفس تان را بیرون دهید.
۱۶. عضلات شکم را منقبض کنید. به شکم فشار بیاورید.
۱۷. در ناحیه کمر قوس ایجاد کنید.
۱۸. پاهایتان را صاف نگه دارید و پاشنه پایتان را به زمین فشار دهید و در ناحیه باسن و عضلات پشت ساق، انقباض ایجاد کنند.
۱۹. کف پا و انگشتان پا را به سمت پایین فشار دهید و عضلات ساق پا را منقبض کنید.
۲۰. کف پا و انگشتان پا را به سمت بالا خم کنید و در عضلات ساق پا انقباض ایجاد کنید.
۲۱. به تنفس آرام و منظم خود، ادامه دهید.

برگه دستورالعمل بازآموزی تنفس

۱. یک دست تان را روی سینه بگذارید طوری که انگشت شست زیر گردن قرار گیرد و دست دیگر را روی شکم تان بگذارید طوری که انگشت کوچک بالای ناف قرار گیرد.
۲. با بینی نفس های کوتاه و کم عمق بکشید. توجه داشته باشید که چگونه دست روی سینه تا حدی بالا می آید اما دست روی شکم خیلی کم حرکت می کند.
۳. حالا با بینی نفس های آهسته تر و عادی بکشید و توجه داشته باشید که چگونه شکم با هر دم بالا می آید و با هر بازدم پایین می آید.
۴. ۲ تا ۳ دقیقه آن را تمرین کنید و روی حرکت شکم با هر دم و بازدم تمرکز کنید.
۵. تمرین را ادامه داده و تعداد نفس کشیدن را به ۸ تا ۱۲ تنفس در هر دقیقه برسانید. دم و بازدم هر کدام باید ۴ ثانیه طول بکشد. می توانید با هر دم ۱-۲-۳-۴ و با هر بازدم ۱-۲-۳-۴ را بشمارید. در پایان هر دم و بازدم، یک مکث کوتاه داشته باشید. توجه داشته باشید که با هر دم و بازدم چگونه شکم تان بالا و پایین می آید.
۶. هر روز ۲ تا ۳ بار و هر بار ۱۰ دقیقه تمرین تنفس دیافراگمی را انجام دهید. پس از هر تمرین ، ۱ تا ۲ دقیقه نفس نفس زدن را تجربه کرده و سپس تمرین تنفس آهسته را انجام دهید. به این ترتیب، قابلیت کنترل نفس نفس زدن را در خود افزایش می دهید.
۷. مرحله پایانی کار، استفاده از تنفس دیافراگمی در انواع موقعیت های اضطرابی روزانه است.

پیوست ۴- اختلال وسواس - جبری برگه اطلاعات علایم اختلال وسواس ذهنی - عملی

وسواس های ذهنی (مشخص شود) برای مثال:
ترس از مریضی (نوع مریضی مشخص شود)
ترس از آلودگی (نوع آلودگی مشخص شود)
ترس از آسیب زدن به کسی (فرد مربوط مشخص شود)
ترس از انجام ندادن کاری (کار مربوط مشخص شود)
ترس از دست دادن کنترل (عدم کنترل مربوط مشخص شود)

وسواس های عملی (مشخص شود) برای مثال:
شستشو یا پاکیزگی افراطی (مشخص شود)
وارسی (نوع مربوط مشخص شود)
تکرار (نوع مربوط مشخص شود)
تلنبار (نوع مربوط مشخص شود)
نظم (نوع مربوط مشخص شود)

علایم جسمانی اضطراب مشخص شود:

تپش قلب
دشواری در تنفس
درد قفسه سینه
احساس تهوع
احساس گزگز شدن
احساس غش کردن
عرق کردن
لرزش دست
بی حسی
احساس سردی

علایم شناختی مشخص شود:

خالی شدن ذهن
دشواری در تمرکز
مسخ شخصیت و واقعیت
