



روان‌یار

فصلنامه علمی دانشجویی، شماره ۸،
زمستان ۱۴۰۲، صفحه ۴۶، رایگان



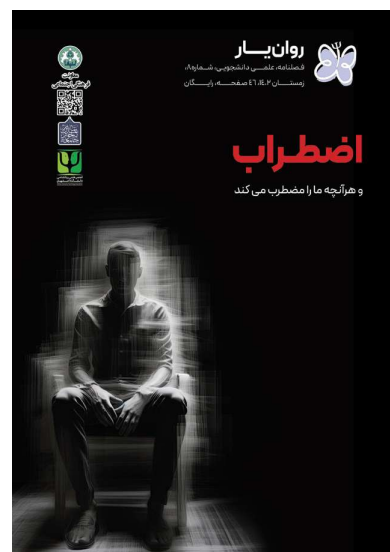
اضطراب

و هر آنچه ما را مضطرب می‌کند



روان‌یار

فصلنامه علمی دانشجویی، شماره ۸، زمستان ۱۴۰۲، ۴۶ صفحه، رایگان



صاحب امتیاز: انجمن علمی روانشناسی دانشگاه اصفهان

مدیر مسئول: زهرا رضایی

دبیر هیئت سردبیری: صبا کاویانی

نشانی: دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دفتر انجمن علمی روانشناسی دانشگاه اصفهان

هیئت سردبیری: ستاره صادقی، عسل عاطفی، صبا کاویانی، فاطمه مختاری، مهدی منصوری
هیئت تحریریه: محمد اکبری، مهدی بیگلری، ستاره صادقی، عسل عاطفی، کیمیا کاشفی،
مریم کاظمی، صبا کاویانی، فاطمه مختاری، سارا معینی، مهدی منصوری، فاطمه نصرتی،
لیلا نصرتی

نویسندگان: محمد اکبری، ستاره صادقی، عسل عاطفی، کیمیا کاشفی، مریم کاظمی،
صبا کاویانی، فاطمه مختاری، سارا معینی، مهدی منصوری، فاطمه نصرتی، لیلا نصرتی

ویراستار: صبا کاویانی

صفحه آرایان: ستاره صادقی و علی صفری

شماره مجوز: ۸۸۹۱/۱۴۰۰ ج

راه ارتباطی با نشریه روانیار:



معاونت فرهنگی اجتماعی



فهرست مطالب

۱۰

مروری بر درمان های جدید
اختلال استرس پس از سانحه

۱۴

اضطراب مرگ

۱۶

آگورافوبیا؛
نگاهی اجمالی به اختلال آزارنده

۲۰

اضطراب؛
از جمله اصلی ترین عوامل بروز
بعضی از بیماری های جسمانی

۲۲

کوچولوهای نگران؛
از توصیف اختلال اضطراب فراگیر
تا درمان در کودکان و نوجوانان

۲۴

اختلال وسواس فکری-اجبار عملی؛
با کلاسی یا رنج؟!

۲۶

پانیب_____ک

۳۰

اضطراب در آغوش فرهنگ؛
بررسی نقش فرهنگ در اختلالات اضطرابی

۳۴

در باب اختلال اضطراب جدایی

۳۸

گريزان از جمعيت؛
اختلال اضطراب اجتماعی چیست؟

۴۱

روانشناسی و موسیقی

۴۳

روانشناسی و سینما

سخن مدیر مسئول

پس از فراز و نشیب‌های فراوان در روزهای پایانی سال یک‌هزار و چهارصد و دوی خورشیدی با شماره هشتم روان‌یار بازگشتیم. از جمیع دست‌اندرکاران که در نوشتار و طراحی این شماره ما را یاری داده‌اند کمال تشکر و امتنان را داریم. امید است حمایت همیشگی شما همراهان، روشنی بخش معبر نوباوه ما باشد.

زهرارضایی

مدیر مسئول روان‌یار

سخن دیبر هیئت سردییری

به عنوان دیبر هیئت سردییری عضو تحریریه، سرگروه گرافیک، ویراستار و پیگیر و یکی از دو دغدغه‌مند اصلی روان‌یار در این چند ماه، احتمالاً خوشحال‌ترین کسی خواهم بود که برگه‌های شماره جدیدمان را ورق بزند.

از تمام کسانی که ما را برای این شماره تشویق و حمایت کردند، کسانی که کنارمان بودند، رفقای دانشجو و فارغ‌التحصیل، کسانی که در تحریریه قلم زدند، گرافيست‌های اصلی، سردییران و نهایتاً دغدغه‌مند دیگر روان‌یار - مدیر مسئول و دیبر انجمن علمی روان‌شناسی دانشگاه اصفهان - صمیمانه ممنونم.

صبا کاویانی

دیبر هیئت سردییری

سخن سردیران

توفیق یافتیم که با تحولات جدید و شماره جدید فصلنامه روان یار همراه شما باشیم.

در فرصت اندکی که در اختیار داشتیم و با توجه به شیوع روزافزون اختلالات اضطرابی در ایران و نیاز به توجه بیشتر در این زمینه، تصمیم بر این گرفتیم که موضوع این شماره را به اختلالات اضطرابی اختصاص دهیم.

اختلال اضطراب در تمام زمانها مشهود بوده است. مثالی خواهیم زد از نقاشی بسیار چشمگیر جیغ اثر ادوارد مونک، نقاش اکسپرسیونیسم قرن بیستم که حس اضطراب همراه با شوقی را به بیننده القا میکند. امید است تلاش ما در این فصلنامه سهم خود را برای مخاطب ادا کرده باشد.

ستاره صادقی

عضو هیئت سردبیری

کشور ما همواره مستعد شیوع گسترده‌ی اختلالات اضطرابی بوده است، خصوصاً در چند سال اخیر از شیوع کرونا و تعطیلی پیوسته مدارس گرفته تا مسائل مختلف اقتصادی، سیاسی و اجتماعی و حوادث سال گذشته، این وقایع بر اهمیت پرداخت به این موضوع و تلاش برای شناساندن هر چه بیشتر آن به جامعه می‌افزایند. جریده‌ای که در حال خواندن آن هستید تلاشی کوچک است از من و دوستانم در جهت آگاه‌سازی جامعه نسبت به این مهم.

امید است توانسته باشیم در راستای شناساندن اختلالات اضطرابی نقشی موثر داشته باشیم.

عسل عاطفی

عضو هیئت سردبیری

از زمانی که انسان متوجه خود و دنیای اطرافش می‌شود، چالش‌های زندگی یکی پس از دیگری او را درگیر می‌کنند. کنار آمدن با مشکلات و حل آنها بار روانی زیادی به انسان تحمیل می‌کند که در صورت عدم پیشگیری خود به تنهایی می‌تواند به یکی از جدی‌ترین مشکلات زندگی تبدیل شود. شناخت اضطراب یا به طور کلی اختلالات اضطرابی که بسیار گسترده و فراگیر نیز هستند، می‌تواند در پیشگیری، بهبود و درمان آن، بسیار کمک‌کننده باشد.

امید است بتوانیم در راه رساندن آگاهی و کمک به مقابله با اضطراب سهم کوچکی داشته باشیم.

فاطمه مختاری

عضو هیئت سردبیری

غرق در موهبتی از زمان که آرامشی بی‌مثال را در صلح‌آمیزترین نقطه هستی برایت به ارمغان آورده از قدم زدن درون جریان زیبای ذهنت لذت می‌بری. همانطور که باید، خیالی جز در آغوش کشیدن این عطیه‌گرانقدر نداری، اما برای دقایقی در زدن بی‌پایان مهمان ناخوانده‌ای توجّهت را منحرف می‌سازد، با قطع شدن صدا دوباره تلاش می‌کنی به خودت برگردی که شکسته شدن شیشه‌های پنجره روبرویت و ورود مهمان ناخوانده موهبتت را فراری می‌دهد. او آمده است برای تسخیر تو و تو نیز راهی جز تسلیم خود نمی‌بینی، حال‌گویی دیگر چیزی جز آشفتگی در مکان و زمان و ذهن زیبایت نیست. اضطراب در میزند، همیشه هم در میزند و اگر غرق در زندگی روزمره، خود را بی‌دفاع در برابر آن رها کنیم، ممکن است روزی بدون خبر با شکسته شدن پنجره بی‌حفاظ خانه به ظاهر امن‌مان، ما را نیز تسلیم خود کند.

این شماره از نشریه تلاشی است برای ادای سهم خود در جهت افزایش آگاهی خواننده در ارتباط با اختلالات اضطرابی که شاهد گسترش روز افزون آن در اطراف خود هستیم. امیدواریم تلاش هر خط از مطالب این نشریه برای شما، کمکی باشد در جهت قدم برداشتن در راهی که مهمان ناخوانده ناکام تنها به در بکوبد.

مهدی منصوری

عضو هیئت سردبیری

مروری بر درمان‌های جدید اختلال استرس پس از سانحه

مریم کاظمی

دانشجوی دکتری دانشگاه آزاد خمینی‌شهر

هر ساله در سراسر دنیا اتفاقات آسیب‌زا منجر به مرگ و نتایج روان‌شناختی ناگواری برای انسان‌ها می‌شود. اختلال استرس پس از سانحه^۱ از جمله اختلالات روانپزشکی است که با علائم اضطرابی و گاهی با تکانش‌های ناگهانی همراه است. این اختلال زمانی ایجاد می‌گردد که فرد با واقعه دردناک روبرو می‌شود. استرس پس از سانحه را می‌توان به عنوان واکنشی به مجموعه اتفاقات و حوادث تروماتیک گوناگونی مانند جنگ، تصادف، تجاوز یا حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله، مرگ عزیزان و مبتلا شدن به یک بیماری سخت در نظر گرفت. اختلال استرس پس از سانحه چهارمین تشخیص شایع روانپزشکی است که ۱۰ درصد از مردان و ۱۸ درصد از زنان را دربرمی‌گیرد. در مورد مردان معمولاً وقایع جنگی و در مورد زنان همراه با حمله یا تجاوز است.

علائم اختلال پس از سانحه در کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5) عبارت‌اند از: مشاهده کردن اتفاق، حضور در مکان و زمان حادثه، شنیدن در مورد آن و مورد تجربه قرار گرفتن‌های مکرر یا شدید به جزئیات منفی.

آمارها و پژوهش‌ها حاکی از این است که این اختلال علاوه بر اینکه بر زندگی روزانه تأثیر می‌گذارد و روان فرد را دچار مشکل می‌سازد، باعث ناراحتی فرد، رنج روانی و

حتی خسارت مالی برای اطرافیان مخصوصاً خانواده آنها می‌شود. به همین علت مبتلایان به آن از مشکلات روانی بسیاری رنج می‌برند.

مدت زمان بروز علائم برای افراد متفاوت است و با توجه به علامت‌ها و نشانه‌های روانی، مدت زمان آن متغیر است. به طور معمول علائم حداقل چند هفته یا چند

ماه و حداکثر ۲ سال بعد از سانحه و تروما ظهور پیدا می‌کند. در کل می‌توان عنوان کرد که با استفاده از درمان‌های درست و به موقع می‌توان از پیشرفت این اختلال و خسارت‌های ناشی از آن جلوگیری کرد. در ادامه به چندین درمان موثر و تازه در این حوزه خواهیم پرداخت:

• درمان فعال‌سازی رفتاری (BAT)^۲

این درمان جزء مداخلات کوتاه مدت و راه حل محور به حساب می‌آید. بک دیمیرجان و گودمن از پیشگامان درمان فعال‌سازی رفتاری هستند که در

سال ۲۰۰۱ با مطرح کردن این رویکرد به عنوان درمانی مؤثر و اجزاء اصلی درمان شناختی اختلالات خلقی به آن رسمیت بخشیدند. هدف فعال‌سازی رفتاری افزایش منظم فعالیت است، به گونه‌ای که به مراجع کمک می‌کند تا با منابع پاداش‌های



۲. Behavioral activation treatment

۱. Post-traumatic stress disorder (PTSD)

موجود در زندگی خود ارتباط بیشتری بگیرد و مسائل زندگی خود را حل و فصل کند. تکنیک‌های درمانی بر روی رفتارهای گریز و نگران‌کننده تمرکز می‌کند و تلاش می‌کند که فرد تجربه‌هایی را افزایش دهد که لذت‌بخش بوده و یا منجر به بهتر شدن شرایط زندگی می‌شود. علاوه بر این در این درمان به فرد کمک می‌شود

تا الگوی مقابله‌ای را جایگزین الگوی اجتناب‌کند و این شیوه را به عنوان بخشی از سبک زندگی خود قرار دهد. از مهم‌ترین خصوصیات در این می‌توان به مقرون به صرفه بودن و صرفه‌جویی در وقت مراجع اشاره کرد. با توجه به موارد گفته شده و اینکه اختلال پس از سانحه می‌تواند همراه با افسردگی باشد، این درمان می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد تا زمان‌های مثبت فرد مختل نگردد.

• شناخت درمانی هستی‌نگر

پژوهش‌ها حاکی از این است که افراد مبتلا به PTSD در فرایند سازگاری مجدد به سیستم‌های شخصی، ارتباطی، یکپارچه‌سازی عاطفی، شناختی و رفتاری نیز اشکال دارند. از جمله درمان‌هایی که در زمینه نارسایی‌های شناختی اخیراً

مورد توجه قرار گرفته، شناخت درمانی هستی‌نگر است. کیسان اولین بار درمان شناخت درمانی هستی‌نگر را مطرح کرد. این درمان حاصل تلفیق دو درمان شناختی بک و وجودگرایی یالوم است. این درمان می‌تواند اختلالات روانی را کاهش دهد و باعث بهبود کیفیت زندگی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی فرد شود.

این رویکرد یکی از شیوه‌های مداخله برای افرادی است که در زندگی با خطر از دست دادن زندگی خود یا سایر عزیزانشان مواجه بوده‌اند و به دنبال آن اضطراب وجودی در آنها فعال شده و واکنش‌های آسیب‌زای شناختی مثل تحریفات شناختی، مزیت اصلی شناخت درمانی هستی‌نگر بر دیگر روان‌درمانی‌ها، در نظر گرفتن جنبه‌های وجودی به همراه بخش‌های شناختی به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است.

• امید درمانی

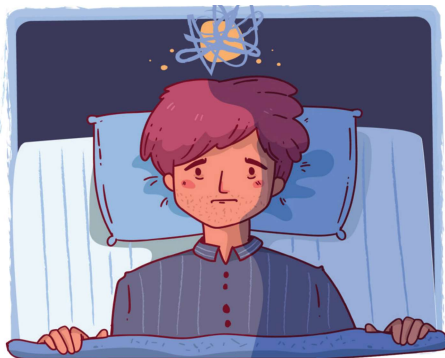
یکی از روش‌های درمانی برای بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه، امید درمانی است. این درمان یکی از بهترین درمان‌های حوزه روان‌شناسی مثبت‌نگر است و توسط اسنایدر معرفی شده است. امید درمانی ترکیبی از درمان‌های شناختی-رفتاری، راه‌حل محور و روایت درمانی است. امید درمانی یک برنامه درمانی برای افزایش تفکر امیدوارانه و تقویت فعالیت‌هایی در راستای پیشگیری است. هدف این درمان این است که به مراجعین کمک کنند تا هدف‌های روشنی را مشخص و طبقه‌بندی کنند. امید درمانی شامل دو مرحله است: مرحله اول القای امید است که خود شامل دو راهبرد امیدبایی و پیوند امید است. مرحله دوم ارتقای امید است که راهبردهای آن شامل امیدافزایی و یادآوری است. هدف



•ذهنی‌سازی

ذهنی‌سازی نوعی از درمان‌های روان‌پویشی است که توسط پیتر فوناگی ابداع شد. پایه‌های این درمان دو مفهوم اصلی است:

۱- نظریه دلبستگی بالبی ۲- ذهنی‌سازی. ذهنی‌سازی را میتوان به عنوان فعالیت ذهنی تخیلی غالباً نیمه‌هوشیار تعریف کرد. به بیان دیگر درک و تفسیر رفتارهای خود و دیگران را میتوان ذهنی‌سازی نامید. مشاوران و روان‌شناسان ذهنی‌سازی را توانایی شخص به منظور فهم یا توضیح رفتار خود یا دیگران توضیح داده‌اند. ذهنی‌سازی طیف گسترده‌ای از عملیات شناخت مانند حضور، شناخت، توصیف، تفسیر، استنباط، تصور، شبیه‌سازی، به یاد آوردن، تامل و پیش‌بینی است. مرکز درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، کمک به فرد است تا بتواند تجربه‌های ذهنی خود را هوشیار کند و در کنار آن بتواند یکپارچگی و احساس کاملی از عاملیت روانی را ایجاد کند. هدف درمان، تقویت توانایی ذهنی فرد از طریق روابط درمانی و افزایش توانایی درمانجو برای بازشناسی افکار و احساساتی است که تجربه می‌کند؛ یعنی به بیمار کمک می‌کند که تروما و تعارض ارتباطی را ذهنی‌سازی کند و در کنار آن دلبستگی ایمن را رشد دهد. فوناگی معتقد است ذهنی‌سازی موجب دیدن خود از بیرون و دیگران از درون می‌شود.



اصلی این درمان امید است و بر روی نقاط مثبت تمرکز می‌کند. همچنین اساس این درمان بر تغییر سطح نگرش و شناخت بنا شده است، بنابراین امید داشتن و امیدوار بودن یکی از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر در مواجهه با تنش‌های افراد مبتلا به استرس پس از سانحه است.

•شعر درمانی

یکی دیگر از رویکردهای درمانی، شعردرمانی است که قدمتی به بلندای تاریخ دارد و به هنردرمانی مرتبط می‌شود. یونانیان باستان جز اولین افرادی بودند که به اهمیت کلمات و احساسات برای درمان پی بردند. همچنین در آثار ارسطو در مورد نقش تخلیه هیجانی در درمان بحث و گفت‌وگو شده است. از شعردرمانی برای رشد فرد و بروز احساسات بروز نکرده، استفاده می‌کنند. قدمت این درمان به قبل از ابداع خط برمی‌گردد. زمانی که اولین اشعار و ترانه‌های قبیله را کنار آتش می‌خواندند. همچنین از این درمان خلاق در اشکال مختلفی از جمله ذکرها و دعاهایی برای شفای بیماران استفاده می‌کردند. امروزه از شعردرمانی برای بیان و بینش استفاده می‌شود. شعر افراد را قادر می‌سازد که مطالبی را بیان کنند که به روش‌های دیگری قابل بیان نیست و تا زمانی که واژه‌ها بیرون نیایند و گفته نشوند احساسات و هیجانات سرکوب می‌شوند که این امر موجب افسردگی فرد می‌گردد؛ بنابراین شعردرمانی می‌تواند به افرادی که اختلال استرس پس از سانحه را تجربه می‌کنند، کمک کند تا هیجانات و افکار ناشی از یک تروما را با بیان آزاد کنند.

آزاد، ا. و ندایی، ع. (۱۴۰۱). اثربخشی مداخلات روان‌شناختی بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه در نظامیان: مرور نظام‌مند. طب نظامی، ۲۴(۷)، ۱۴۴۷-۱۴۶۱.

باباپور، س.، شفیعی‌آبادی، ع.، سعادت‌آبادی، ا. و فتاحی‌اندیل، ا.ع. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار با اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر درمان افراد دارای اختلال شخصیت مرزی: فصلنامه سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت، ۶(۴)، ۲۴۶-۲۶۱.

باقری‌شیخانگمشه، ف.، سعیدی، م.، انصاری، ف.، صوابی‌نیری، و. و دل‌داری‌علمداری، م. (۱۴۰۰). بررسی اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی و اضطراب پرستاران طی همه‌گیری کرونا ویروس ۲۰۱۹: یک مطالعه مروری سیستماتیک. نشریه پژوهش پرستاری ایران، ۱۶(۵)، ۷۰-۵۸.

باقری‌فرد، ف.، کاظمیان‌مقدم، ک.، صفرزاده، س. و بهاری، ف. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه و امید درمانی بر فعالیت‌های خودمراقبتی و اجتناب شناختی-رفتاری در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. نشریه تحقیقات علوم رفتاری، ۲۱(۲)، ۲۱۴-۲۰۰.

جهانتیغ، م.، کندری‌فرد، ن. و رضایی، ن. (۱۴۰۱). تأثیر آموزش مبتنی بر امید درمانی بر نشخوار فکری زنان مبتلا به سرطان پستان. نشریه پرستاری ایران، ۳۵(۱۳۹)، ۴۵۴-۴۶۵.

حاج حسینی، ط.، میرزاحسنی، ح. و ضرغام حاجبی، م. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر عاطفه‌هراسی بر کاهش علایم افسردگی در زنان طیف شخصیت مرزی. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳۳(۱)، ۳۶-۳۱.

حجتی، ح.، حبیبی، ک. و علی‌محمدزاده، خ. (۱۳۹۹). تأثیر واقعیت درمانی بر همدلی همسران جانبازان دچار اختلال استرس پس از سانحه جنگی. مجله علوم مراقبتی نظامی، ۱۷(۱)، ۷-۱.

حجتی، ح.، عبادی، ع.، آخوندزاده، گ.، زارع، ک.، سیرتی‌نیر، م.، هروی کریموی، م. و نوحی، عصمت. (۱۳۹۶). کیفیت خواب در همسران جانبازان استرس پس از سانحه جنگی: یک مطالعه کیفی. مجله علوم مراقبتی نظامی، ۱۴(۱)، ۹-۱.

حقیقت‌بیان، ن.، نصیری، س.، ملکیان، م.، موسوی، س. م. و جعفری، س. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و تعهد و پذیرش بر ضربه پس از سانحه و رشد پس از سانحه در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شهر تهران. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۵(۶)، ۲۵۹۷-۳۰۹۸.

خادم حمزه‌ای، ا.، مرتضوی، ز.، نجفی، ر.، حق‌گو، ح. و مرتضوی، س. (۱۴۰۲). اختلال استرس پس از سانحه در بهبودیافتگان کووید-۱۹: مطالعه مقطعی. مجله توانبخشی، ۲۴(۱)، ۴۱-۲۸.

خدابخشی‌کولایی، آ.، حیدری، م. و فلسفی‌نژاد، م. (۱۳۹۴). اثر بخشی شعر درمانی گروهی بر افسردگی و معنا جویی سالمندان مقیم در مراکز سالمندان زن شهرستان تفرش. فصلنامه پرستاری سالمندان، ۱۳(۳)، ۷۲-۵۵.

سلگی، ز. و قاضی، ا. (۱۴۰۰). تأثیر شناخت درمانی هستینگر بر درد ذهنی و خود انتقادگری زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. سلامت جامعه، ۱۵(۴)، ۱۰۱-۱۳۰.

سلیمانی، س.، خانزاده، م. و انصاری شهیدی، م. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر شیوه‌های حل تعارض در همسران افراد مبتلا به وسواس فکری و عملی. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۲۱(۳)، ۵۴۹-۵۴۹.

صابری نوغایی، ا.، نجفی، س.، ابراهیمی، ن.، شبان، ح.، غفاری، ع. و عباسی، م. (۱۴۰۰). تأثیر امید درمانی بر روحیه سالمندان. نشریه سالمندشناسی، ۶(۱)، ۴۲-۵۱.

صادقی‌بابوکانی، زهرا، غضنفری، احمد، احمدی، رضا، ا. جرامی، مریم. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی فعال‌سازی رفتاری و توان‌بخشی روانی اجتماعی بر کارکردهای شناختی زنان مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن. مطالعات روان‌شناختی، ۱۵(۴)، ۹۱-۱۰۸.

عباسی، ناهید، دهقانی، اکرم، قمرانی، امیر، و عابدی، محمدرضا. (۱۴۰۱). تأثیر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در بر ضربه‌های شناختی کند و نشانگان بالینی (علائم) کودکان با اختلال پیش‌فعالی-نقص توجه. طب توانبخشی، ۱۱(۵)، ۶۹۲-۷۰۳.

فرمانی، ش.، بهمنی، ب. و قائدنیای جهرمی، ع. (۱۳۹۶). تأثیر شناخت درمانی هستی‌نگر بر تحریفات شناختی زنان مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی: مطالعه مورد منفرد. نشریه روان پرستاری، ۵(۳)، ۵۷-۴۸.

فرمانی، ش.، خانی، س.، قائدنیای جهرمی، ع. و ایمانی، س. (۱۳۹۸). اثربخشی شناخت درمانی هستی‌نگر بر خستگی، نشانگان افت روحیه و استرس ادراک‌شده بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS). نشریه علمی‌پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز، ۲۸(۲)، ۱۴۹-۱۳۵.

فرهی منش، ش.، مرادی، ع. و صادقی، م. (۱۳۹۹). تأثیر برنامه آموزش حافظه رقابتی بر سوگیری تفسیر در بیماران سرطانی دچار اختلال استرس پس از سانحه. مجله روان‌شناسی بالینی، ۱۱(۱)، ۳۷-۴۷.

محمدیان، ی.، شهیدی، ش.، زاده محمدی، ع. و مهکی، ب. (۱۳۸۹). اثر شعردرمانی گروهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی در دانشجویان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۱۸(۲)، ۱۶-۱۷.

معین‌فارسانی، ر. و رنجبرکهن، ز. (۱۳۹۸). اثر بخشی آموزش اختصاص‌سازی حافظه سرگذشتی بر نشانه‌های استرس پس از سانحه جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. دوماهنامه علمی پژوهشی روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۶(۶)، ۱۱۳-۱۴۴.

میرزایی، م.، حاجی‌وندی، ع.، خلیلی، آ. و جهان‌پور، ف. (۱۳۹۵). بررسی تأثیر شعر خوانی بر استرس پس از سانحه در بیماران سکنه ی قلبی. نشریه روان پرستاری، ۴(۲)، ۱۱-۱۸.

نقدی، م. و عناصری، م. (۱۳۹۷). اثربخشی امید درمانی بر بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. نشریه روان پرستاری، ۶(۴)، ۴۹-۵۵.

نوریان‌فر، ص. و، ناصری، د. (۱۳۹۸). تأثیر شعردرمانی بر عملکرد حافظه فعال دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهر سرابله. پویش در آموزش علوم انسانی، ۴(۱۶)، ۲۲-۳۶.

The effectiveness of mentalization-based therapy on emotional dysregulation and impulsivity in veterans with post-traumatic stress disorder. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam (۲۰۲۰). Basharpoor, S., & Einy, S. ۱۰-۱۹.

Effects of Cognitive Self-Compassion with an Emphasis on Poetry Therapy on the Psychological Well-Being and Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder in Women (۲۰۲۱). Beiranvand, M., Rezaei, F., & Shraeai, G. ۳۷۱-۳۹۳.

The Oxford handbook of positive psychology. Oxford University Press. (۲۰۰۹). Lopez, S. J., & Snyder, C. R. (Eds.).



اضطراب مرگ

محمد اکبری / دانشجوی کارشناسی مشاوره دانشگاه فرهنگیان

مفهومی که قصد سخن گفتن در باب آن را دارم، متمایز است از نگاه متعارف به اضطراب _ که در سایر بخش‌های فصلنامه مشاهده می‌کنید. اما دیدگاه پیشینی به اضطراب چگونه بوده است؟ در پاسخ می‌گوییم که تا کنون اضطراب تحت عنوان «حالت ناخوشایندی که با پاسخ‌های فیزیولوژیکی، رفتاری، هیجانی و شناختی نسبت به یک تهدید ادراک شده رخ می‌دهد.» شناسانده شده است؛ حالتی که گویا «باید» آن را کنترل کنیم و هرچه سریع‌تر از بین ببریم. لیکن مواجهه‌ی اگزستانسیالیست‌ها با اضطراب در مفهوم عام و همچنین اضطراب مرگ در مفهوم خاص - که جستار پیش رو سودای آن را دارد - متفاوت است از چیزی که تا کنون آموخته‌ایم.

در وهله‌ی نخست اجازه دهید ارتباط بین دو مفهوم «مرگ» و «اضطراب» را بنمایانیم و سپس به واکاوی ژرف‌تر اضطراب مرگ از منظر درمان‌گران و اندیشه‌گران اگزستانسیالیست بپردازیم.

آن‌گونه نیست که «هرگاه مرگ باشد، من نیستم و هرگاه من باشم، مرگ وجود ندارد» (epicurus, 341-270 BC)؛ بلکه همان‌طور که یالوم^۱ اشاره می‌کند: ۱. زندگی و مرگ به یکدیگر وابسته‌اند؛ همزمان وجود دارند، نه اینکه یکی پس از دیگری بیاید؛ مرگ مدام زیر پوسته زندگی در جنبش است و بر تجربه و رفتار آدمی تاثیر فراوان دارد. ۲. مرگ سرچشمه اصلی و آغازین اضطراب است و در نتیجه منشأ اصلی ناهنجاری روانی نیز هست. (yalom, 1980)^۲

۱. yalom

۲. توجه‌تان را به تقابل دیدگاه اگزستانسیالیسم و روان‌کاوی سنتی جلب می‌کنم که در این مجمل، قابل بسط نیست.

طبق دیدگاه فروید، منشأ اصلی اضطراب آدمی، castration یا اختگی ست که در مردان به شیوه‌ی اضطراب ازدست‌دادن فالوس و در زنان اضطراب فالوس ازدست‌داده شده نمود می‌یابد.

انسان با غرقه ساختن خویش در زندگی روزمره، پیوسته می‌کوشد مرگی که هر دم به او دست‌درازی می‌کند را پس‌زند و با ایجاد دلمشغولی‌های سطحی، از پرداخت به دلمشغولی‌های سترگ‌تری مانند مرگ‌اندیشی و مرگ‌آگاهی سر باز زند. هایدگر^۳ دسته‌ی نخست را در حالت forgetfulness of being (مرتبه‌ی فراموشی هستی) و دسته‌ی سپس را در حالت mindfulness of being (مرتبه‌ی اندیشیدن به هستی) طبقه‌بندی می‌کند. (Heidegger, 1927)

در حالت اول، فرد سودای خامی با این مضمون در سر خود می‌پرورد که «اگر خود را وقف چیزهایی که دوست دارم و باعث حواس‌پرتی من از دغدغه مرگ می‌شود بکنم، همه چیز خوب پیش خواهد رفت.» اما او نهایتاً درخواهد یافت که رویارویی با مسلمات هستی^۴، امری گزیرناپذیر است و دیر یا زود بحران‌های اگزیستانسیال^۵ گریبان او را خواهند چسبید. شاید بتوان اضطراب نورویتیک^۶ را کنترل و یا از آن دوری جست؛ اما درباره‌ی اضطراب مرگ چه؟! این جاست که فیلسوفان و درمان‌گران هستی‌گرا تمام‌قد می‌ایستند تا ما را راهنمایی کنند. ابتدائاً باید بدانیم که اضطراب مرگ، چیز بد و لایق اجتناب نیست؛ بلکه نوعی آلام^۷ است که درباره‌ی حقیقتی هشدار می‌دهد.

سپس تجربه‌کردن و پذیرفتن حقیقت مرگ با ژرفنای جان و دوری‌گزیدن از سرکوب^۸ آن است.

نهایتاً توجه به این نکته است که «هرچند نفس مرگ نابودمان می‌سازد، اما اندیشیدن به آن باعث غنای زندگی و ارزشمندشدن آن می‌شود.» (yalom, 1980)

اگر هنگامی که با مرگ نزدیکان و دوستان مواجه می‌شویم، یا زمانی که خود در اثر حادثه‌ای مرگ‌بار تهدید به فنا می‌شویم و یا حتی زمانی که خرده‌مرگ‌هایی نظیر ازدست‌رفتن رابطه‌ای عاطفی را تجربه می‌کنیم، بدون سماجت برای انکار حقایق بکوشیم دید خود را وضوح بخشیم و واقعیت‌ها را با پذیرش در آغوش کشیم، زندگی به جای جولان‌گاه مرگ‌هراسی^۹، به هدیه‌ای تبدیل می‌شود که می‌توانیم لحظه به لحظه‌ی آن را اصل‌تمندانه زیست کنیم.

و در پایان به مصداق این جمله از مونتینی^{۱۰} می‌رسیم:

«...اگر مرگ را نداشتی، مدام نفرین می‌کردی که چرا آن را از تو دریغ کرده‌اند!» (Montaigne, 1533)

Irvin yalom, existential psychotherapy, 1980

Sigmund freud, Three Contributions to the Sexual Theory, 1905

Martin Heidegger, being and time, 1927

Montaigne, complete essays, 1533

۳. heidegger

۴. givens of existence

۵. Exisential cirses

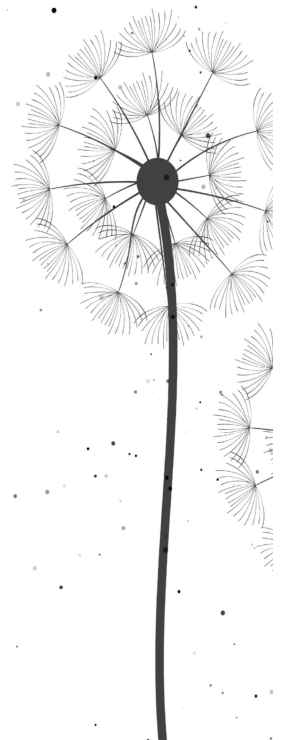
۶. Neurotic anxiety

۷. alarm

۸. suppression

۹. Death phobia

۱۰. Montaigne



آگورافوبیا؛

نگاهی اجمالی به اختلالی آزارنده

ستاره صادقی، دانشجوی کارشناسی روانشناسی دانشگاه اصفهان

فاطمه ۱۸ ساله است و برای کنکور درس میخواند. او را نزد روانشناس بردند و مشکل خود را اینگونه شرح داد:

حدود ۸ ماه است که دیگر به کتابخانه نمیروم و در خانه درس میخوانم. به تنهایی از خانه خارج نمیشوم، مگر این که کسی همراهم باشد. مشکل از جایی شروع شد که به تولد دوستم دعوت شده بودم، در اتوبوس ناگهان احساس خفگی کردم، احساس کردم دارم میمیرم، ضربان قلبم بالا رفت و شروع به لرزش کردم. سرم گیج رفت و به زمین افتادم و چند دقیقه این حالت را داشتم.

خیلی حالت وحشتناکی بود. حس کردم دیگر زنده نمی مانم. بعد از آن نیز دو دفعه دیگر در مسیر کتابخانه که به تنهایی میرفتم این حالت ها به من دست داد و از آن پس دیگر به تنهایی حتی برای تفریح و خرید از خانه خارج نمیشوم.

یکی از انواع اختلالات اضطرابی که برای افراد مشکلات عدیده‌ای ایجاد می‌نماید و موجب افت عملکرد تحصیلی، شغلی و اجتماعی می‌شود، آگورافوبیا^۱ است. آگورافوبیا از کلمه یونانی آگورا به معنای بازار گرفته شده. آگورافوبیا از زیرمجموعه‌های اختلالات اضطرابی است که به بیان ساده، هراس و ترس مرضی از حضور در مکانهایی باز و شلوغ که امکان خروج فوری و آسان آنها وجود ندارد یا در صورت بروز علائم هراس کمک در دسترس نباشد، گفته می‌شود. تعریف دقیق‌تر عبارت است از ترس از ترک کردن مکانی امن که معمولا خانه است.

برآورد میشود پنج درصد افراد با نسبت دو برابری زنان به مردان به اختلال آگورافوبیا مبتلا شوند. ویژگی‌ها:

فرد مبتلا به آگورافوبیا این ترس را در دو یا چند مورد از موقعیت‌های زیر تجربه می‌کند:

- استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی
- بودن در فضاهای باز

- بودن در مکانهای بسته
 - در صف ایستادن یا در جمع بودن
 - تنها بودن در خارج از خانه
- افزایش فاصله مکانی با افزایش استرس یا اضطراب افراد آگورافوبیک رابطه مستقیم دارد. موقعیت‌های آگورافوبیا تقریباً همیشه ترس یا اضطراب را تحریک می‌کنند و فرد به طور فعال از این موقعیت‌ها اجتناب می‌کند. در این موقعیت‌ها به حضور یک همراه نیاز دارند و در صورت نبود همراه، ترس یا اضطراب شدید را تحمل میکنند.

بیماران مبتلا به آگورافوبیا ترس بسیار شدیدی از ترک محیط‌ها یا اشخاص آشنا، که به آنها احساس امنیت می‌دهند دارند. به همین دلیل مستعد اضطراب جدایی و وابستگی هستند. زمانی که تنها هستند بسیار آشفته می‌شوند چون نمی‌توانند موقعیت امن خود را برای شناخت جهان اطراف رها کنند.

بعضی از افراد به آگورافوبیای بدون حملات وحشت‌زدگی دچار می‌شوند، با این حال اکثر افراد مبتلا به آگورافوبیا، در بین جمع، به حملات وحشت‌زدگی یا سمپتوم‌هایی شبیه آن دچار می‌شوند. آگورافوبیا معمولاً در یک سال اول بعد از شروع حملات وحشت‌زدگی مکرر روی می‌دهد. آگورافوبیا می‌تواند به عنوان یک عارضه اختلال هراس ایجاد شود.

اگر فرد در یک موقعیت یا محیط خاص دچار حمله پانیک شود، گاهی اوقات آگورافوبیا ممکن است ایجاد شود. آن‌ها به قدری درباره داشتن یک حمله پانیک دیگر نگران می‌شوند که وقتی در موقعیت یا محیطی مشابه قرار می‌گیرند، احساس می‌کنند که علائم حمله پانیک برمی‌گردد. این باعث می‌شود که فرد از آن موقعیت یا محیط خاص اجتناب کند. علل:

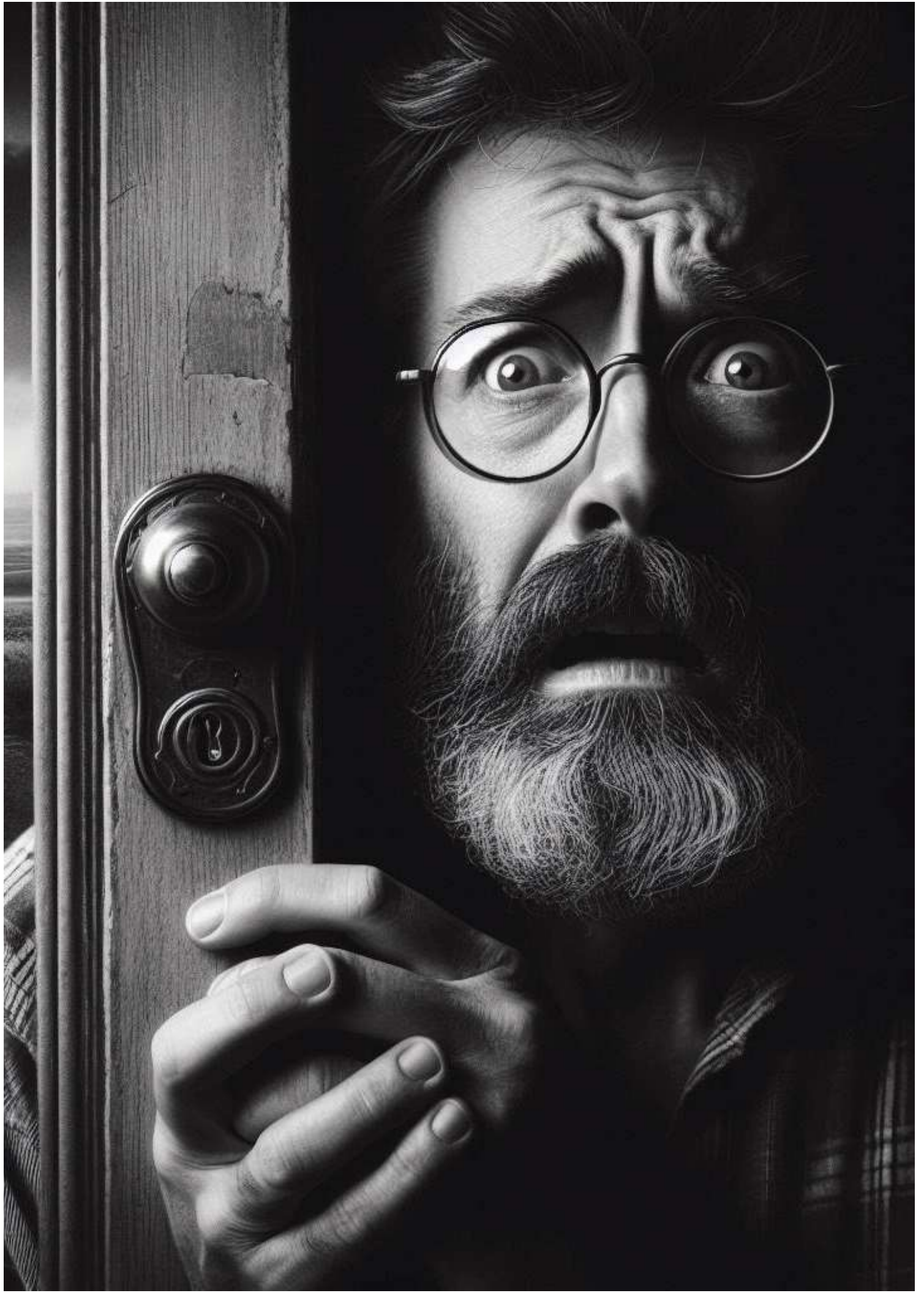
بروکل و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهش خود نشان دادند اختلالات اضطرابی و وحشت‌زدگی مانند آگورافوبیا میتواند در نتیجه وجود برخی از اختلال‌های اضطرابی دیگر همچون اختلال اضطراب جدایی به وجود آید.

اکثر کارشناسان فکر میکنند ترکیبی از عوامل بیولوژیکی و روانی ممکن است دخیل باشند.

عوامل روانشناختی که خطر ابتلا به آگورافوبیا را افزایش میدهند عبارتند از:

یک تجربه آسیب‌زا در دوران کودکی مانند مرگ

۱. Agoraphobia یا به فارسی: بازهراسی



والدین یا تجاوز، تجربه یک رویداد استرس‌زا، مانند طلاق یا از دست دادن شغل، سابقه قبلی بیماری‌های روانی مانند افسردگی، سوء مصرف الکل یا مواد مخدر، قرار گرفتن در یک رابطه ناخوشایند یا کنترل کننده.

علائم:

علائم فیزیکی آگورا وبیا معمولاً تنها زمانی رخ می‌دهد که در موقعیت یا محیطی قرار بگیرید که باعث اضطراب شود. با این حال، بسیاری از افراد مبتلا به آگورافوبیا به ندرت علائم فیزیکی را تجربه می‌کنند، زیرا آنها عمداً از موقعیتهایی که آنها را مضطرب می‌کند اجتناب می‌کنند.

علائم فیزیکی آگورافوبیا می‌تواند مشابه علائم حمله پانیک باشد و ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- ضربان قلب سریع
- تنفس سریع
- احساس گرما و عرق کردن
- درد قفسه سینه
- مشکل در بلع (دیسفاژی)
- اسهال
- لرزیدن
- سرگیجه
- صدای زنگ در گوش (وزوز گوش)
- احساس ضعف

علائم شناختی آگورافوبیا احساسات یا افکاری هستند که می‌توانند با علائم فیزیکی مرتبط باشند، اما همیشه نیستند. علائم شناختی ممکن است شامل ترس از موارد زیر باشد:

حمله پانیک باعث می‌شود شما در مقابل دیگران احمق به نظر برسید یا احساس خجالت کنید.

حمله پانیک تهدیدکننده زندگی خواهد بود - برای مثال ممکن است نگران باشید که قلبتان متوقف شود یا نتوانید نفس بکشید. اگر حمله پانیک داشته باشید، نمی‌توانید از یک مکان یا موقعیت فرار کنید. ممکن است کنترل خود را در ملاء عام از دست بدهید. مردم ممکن است به شما خیره شوند. همچنین علائم روانشناختی وجود دارد که با حملات پانیک مرتبط نیستند، مانند:

احساس می‌کنید که بدون کمک دیگران نمی‌توانید کار کنید یا زنده بمانید.

ترس از تنها ماندن در خانه (مونوفوبیا).

احساس کلی اضطراب یا ترس.

علائم آگورافوبیا مربوط به رفتار عبارتند از:

- اجتناب از موقعیتهایی که می‌تواند منجر به حملات پانیک شود، مانند مکان‌های شلوغ، حمل و نقل عمومی و صف.
- عدم امکان ترک خانه برای مدت طولانی.
- نیاز به بودن فردی معتمد به هر جایی که می‌روید.

برخی از افراد می‌توانند خود را مجبور کنند تا با این موقعیتهای روبرو شوند، اما در حین انجام این کار احساس ترس و اضطراب زیادی می‌کنند.

گاهی اوقات، یک فرد ممکن است علائم آگورافوبیا را نشان دهد، حتی اگر سابقه اختلال پانیک یا حملات پانیک نداشته باشد. این نوع آگورافوبیا می‌تواند توسط تعدادی از ترسهای غیرمنطقی مختلف (فوبیا) ایجاد شود، مانند ترس از:

اگر خانه خود را ترک کنید قربانی جنایت خشونت آمیز یا حمله تروریستی شوید.

در صورت بازدید از مکان‌های شلوغ، به یک بیماری جدی مبتلا می‌شوید.

انجام کاری تصادفی که منجر به شرمساری یا تحقیر خود در مقابل دیگران شود.

درمان:

پیشرفت‌های صورت گرفته در درمان آگورافوبیا از سال ۱۹۷۰ و پذیرش تکنیک‌های جدید توسط پزشکان، نمونه‌ای خوشحال‌کننده از مزایای بالقوه‌ای است که از ادامه تحقیقات بالینی حاصل می‌شود. قبل از ظهور درمان‌های فعال برای این مشکل، آگورافوبیا یک اختلال ناتوان‌کننده مادام‌العمر بود که رابرتز (۱۹۶۴) دریافت که تنها ۲۴ درصد از آن با مداخلات استاندارد بهبود می‌یابند.

درمان‌های رفتاری برای آگورافوبیا به قرار گرفتن در معرض مستقیم (روشهای انقراض، روشهای تقویت)، مواجهه غیرمستقیم (سیل در خیال، حساسیت‌زدایی سیستماتیک، درمان‌های متفرقه) و درمان‌های غیر مواجهه (اصلاح رفتار شناختی، حل مسئله، درمان زناشویی) توصیف و طبقه‌بندی می‌شوند.

مانند سایر بیماری‌های روانی، آگورافوبیا با خطر قابل توجهی برای عود پس از پایان درمان همراه است. به نظر می‌رسد رویکردهای شخصی‌سازی شده و انطباقی برای بهبود درمان نگهدارنده و مراقبت‌های پس از آن امیدوارکننده است زیرا آنها نیازهای فردی متفاوت بیماران را با توجه به شدت



مراقبت در طول زمان تأیید میکنند.
تشخیص آگورافوبیا معمولاً در موارد زیر قابل تشخیص است:

- شما نگران قرار گرفتن در مکان یا موقعیتی هستید که فرار یا کمک ممکن است دشوار باشد.
- اگر احساس وحشت میکنید یا دچار حمله پانیک میشوید، مثلاً در شلوغی یا اتوبوس از موقعیتهایی که در بالا توضیح داده شد اجتناب میکنید، یا آنها را با اضطراب شدید یا کمک یک همراه تحمل میکنید.
- هیچ بیماری زمینه‌ای دیگری وجود ندارد که علائم شما را توضیح دهد.

درمان شناختی رفتاری (CBT)^۲ مبتنی بر این ایده است که تفکر غیرمفید و غیرواقعی منجر به رفتار منفی میشود. هدف CBT شکستن این چرخه و یافتن روشهای جدید تفکر است که میتواند به شما کمک کند مثبت‌تر رفتار کنید. به عنوان مثال، بسیاری از افراد مبتلا به آگورافوبیا این فکر غیرواقعی دارند که اگر حمله پانیک داشته باشند، آنها را میکشد. درمانگر CBT سعی خواهد کرد روش تفکر مثبت‌تری را تشویق کند - برای مثال، اگرچه داشتن یک حمله پانیک ممکن است ناخوشایند باشد، اما کشنده نیست و خواهد گذشت. این تغییر در تفکر میتواند منجر به رفتار مثبت‌تر از این نظر شود که فرد تمایل بیشتری به رویارویی با موقعیتهایی دارد که قبلاً او را می‌ترساند. CBT معمولاً با مواجهه درمانی ترکیب میشود. گاهی اوقات میتوان از دارو به عنوان تنها درمان آگورافوبیا استفاده کرد. در موارد شدیدتر، میتوان آن را با سایر روشهای درمان همراه کرد.

دوستی، پ، قدرتی، گ، و ابراهیمی، م. (۱۴۰۱). مقایسه تاثیر درمان انفرادی و گروهی پذیرش و تعهد بر اختلال حمله وحشت زدگی و هراس. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۳ (۸۹)؛ ۲۸-۳۷.

ع، م؛ عطاجانی، آ. جهان آرا، ف. و جعفری کلیر، ف. (۱۳۹۹). مروری بر اختلالات اضطرابی. اولین همایش ملی آسیب شناسی روانی. اردبیل: دانشگاه محقق اردبیلی.

گنجی، م. (۱۳۹۹). آسیب شناسی روانی بر اساس DSM-۵. جلد دو. تهران: نشر ساوالان.



اضطراب؛ از جمله اصلی‌ترین عوامل بروز بعضی از بیماری‌های

جس

عسل عاطفی / دانشجوی کارشناسی روانشناسی دانشگاه اصفهان

معنی‌داری وجود دارد. این افراد معمولاً به علت فشاری که به دستگاه عصبی خود وارد میکنند و دائم در حالت تلاش و کوشش هستند بدون آنکه به خود استراحت بدهند، به این درد مبتلا میشوند.

مبانی نظری و مطالعات انجام شده حاکی از تاثیر عوامل روان شناختی در بروز و تشدید میگرن است که شناسایی این عوامل می‌تواند در درمان و پیش‌آگهی این بیماری نقش بسزایی داشته باشد. طبق نتایج تحقیقات انجام شده در این زمینه، بین اضطراب و بروز و افزایش شدت سردردهای میگرنی رابطه وجود دارد.

اضطراب در ابتلای افراد به بیماری آنفارکتوس حاد میوکارد، به خصوص سندرم کرونری حاد نقش مهمی دارد و همچنین سبب افزایش میزان مرگ و میر در این دسته از بیماران می‌شود.

زخم معده و اثنی‌عشر از اختلالات ناشی از استرس و اضطراب هستند. بر طبق نظریه روانپویایی، این افراد حالت تهاجمی داشته و زمانی که مقداری از این تهاجم را بیرون میریزند و مقداری دیگر را کنترل کرده و در درون خود نگه میدارند، این انرژی باقی مانده باعث ترشح اسید کلریدریک شده و در نتیجه ایجاد زخم در این ناحیه میکند.

کولیت مزمن (ورم روده بزرگ)، بیشتر در آدمهای زودرنج و حساس در برابر عوامل بوجود آورنده‌ی اضطراب دیده می‌شود.

ممکن است بعضی افراد در اثر وارد شدن

طبق باور عمومی، اضطراب از نشانه‌های وجود اختلال روانی است؛ اما آنچه کمتر مورد توجه قرار گرفته، وجود اضطراب در میان اصلی‌ترین عوامل بروز بعضی از بیماری‌های جسمی است که در ادامه به آن گریزی خواهیم داشت.

سندرم روده تحریک‌پذیر یکی از شایع‌ترین بیماری‌هایی است که در طبابت بالینی با آن برخورد می‌شود اما از جمله بیماری‌هایی است که کمترین شناخت درباره‌ی آن وجود دارد. درجات بالای استرس، نگرانی و اضطراب در افراد، منجر به این بیماری و در نتیجه، کاهش کیفیت زندگی و همچنین افزایش میزان اضطراب فرد می‌گردد.

وجود اضطراب با برخی از عوامل خطر فشارخون و بیماری‌های قلبی عروقی در ارتباط است. برای مثال میان شدت اضطراب و افزایش فشارخون‌های سیستولیک و دیاستولیک و کمبود کلسترول HDL ارتباط معنی‌داری دیده شده است. همچنین میان شدت اضطراب و احساس درد در قفسه سینه، تپش قلب و نارسایی میوکارد رابطه

1. Irritable Bowel Syndrome (IBS)

تلوزاد. (۲۰۰۶). اختلالات روان تنی سایکوسوماتیک. پیام زن، ۱۳۸۵ (۱۷۶).

عظیمی، زهار، حقایق، سید عباس، ۱۴ نوروزی، مهدی. (۱۳۹۸). نقش تعدیل‌کننده کیفیت خواب در رابطه اضطراب صفت-حالت با شدت علائم بیماران مبتلابه سردردهای میگرنی. روانشناسی سلامت، ۸(۳۰)، ۳۸-۲۶.

محمدی عاطفه، خضری مقدم نوشیروان، تاشک آناهیتا. پیش‌بینی شدت سردردهای میگرنی براساس اضطراب، مکانیسم‌های دفاعی و شفقت به خود در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی. *رویش روان‌شناسی*. ۱۴۰۰؛ ۱۳(۲): ۴۵-۵۶

وفایی باقر، پوررحیمی فرهاد. بررسی نقش عوامل استرس‌زای زندگی در حمله آسم. مجله مطالعات علوم پزشکی. ۱۳۸۳؛ ۱۵ (۲): ۱۵-۹

اختلالات غذا خوردن گروه وسیعی از افرادی که در معرض اضطراب هستند را در برمیگیرد. از جمله کم‌خوری، انتخاب غذاهای خاص برای خوردن، پرخوری، مشکلات جویدن و بلعیدن، عادتهای عجیب در خوردن، رفتارهای ناراحت‌کننده هنگام صرف غذا و ... برخی از مسائل بالا میتوانند به طور جدی سلامت جسمی فرد را به خطر بیندازند.

بیماری‌های پوستی مانند کهیر و اگزما، آکنه، قرمزی پوست صورت، لیتوگوس (تغییر رنگ پوست به رنگ شیری یا سفید)، پلاذیا الکسی (ریختن موی صورت، ابرو و یا موی سر به اندازه یک دایره کوچک)، از جمله اختلالات ناشی از اضطراب می‌باشند.

ورم مفصل یا آرتریت روماتوئید، معمولاً در افرادی که متحمل میزان بالایی از اضطراب هستند، دیده می‌شود.

اضطراب از عوامل بوجود آورنده‌ی بیماری‌های تنفسی مانند آسم است که در روند درمان آن نیز تاثیر می‌گذارد.

در شرایطی که اضطراب دائمی و یکنواختی به زنان وارد شود، فرد به آمنوره یا فقدان دوران قاعدگی (وقفه یا عدم جریان عادت ماهیانه زنان به غیر از دوران حاملگی و یائسگی) مبتلا می‌شود. همچنین میزان اضطراب بالا، منجر به درد شدید موقع پریود و یا به هم ریختن چرخه‌ی قاعدگی نیز می‌شود.



کوچولوهای نگران؛ از توصیف اختلال اضطراب فراگیر تا درمان در کودکان و نوجوانان

کیمیا کاشفی / دانشجوی کارشناسی روانشناسی دانشگاه اصفهان

دسته اختلال‌های اضطرابی همانگونه که احتمالاً حدس می‌زنید در کودکان و نوجوانان شایع است. این دسته اختلالات شامل هراس‌ها، اضطراب اجتماعی^۲، اضطراب جدایی^۳ و امتناع از مدرسه می‌باشد که نمایانگر مشکلات اضطرابی نسبتاً متمرکز هستند؛ با این وجود اضطراب گاهی به شکل کمتر متمرکز تجربه می‌شود.

مشخصه اختلال اضطراب فراگیر^۴، اضطراب و نگرانی مفرط درباره تعدادی رخداد یا فعالیت است. کودک یا نوجوان به سختی می‌تواند این اضطراب‌ها یا نگرانی‌ها را کنترل کند. بنابراین کودک و نوجوان دچار این اختلال، اضطراب و نگرانی بیش از حد را تجربه خواهد کرد که به یک نوع موقعیت بخصوص محدود نیست. برخلاف کودکان دچار اختلال اضطراب اجتماعی که در آن، تمرکز بر روی موقعیت‌های عملکرد اجتماعی است، تشویش و ناراحتی که کودکان و نوجوانان دچار GAD احساس میکنند به نوع خاصی از موقعیت محدود نیست.

طبق DSM-5 اختلال اضطراب فراگیر طبق ملاک‌های تشخیصی باید با یک یا چند نشانه از شش نشانه زیر همراه باشد:

- بی‌قراری و احساس دلواپسی
- زود خسته شدن
- دشواری در تمرکز
- تحریک‌پذیری
- تنش عضلانی
- خواب آشفته

برخی

از این نشانه‌ها در اکثر روزهای شش ماه گذشته وجود داشته باشند و نشانه‌ها بایستی تشویش و اختلال چشمگیری را در حوزه‌های مهم عملکردی کودک و نوجوان پدید آورند. DSM-5 تفاوت رشدی را تایید می‌کند از این لحاظ که کودک فقط لازم است یک یا چند نشانه از شش نشانه بالا را از خود نشان دهد. اختلال اضطراب فراگیر، اغلب به صورت نوع شناور اضطراب توصیف شده است.

بالینگران غالباً کودکان و نوجوانانی را توصیف می‌ند که بیش از حد نگران بوده و رفتار ترس‌گسترده‌ای را نشان می‌دهند. این نگرانی‌های شدید به دلیل یک استرس اخیر خاص نبوده و بر یک شی یا موقعیت بخصوص متمرکز نیستند؛ بلکه بیشتر در مورد اوضاع و شرایط عمومی زندگی رخ می‌دهند. همچنین بنظر می‌رسد این کودکان و نوجوانان شدیداً دلواپس کفایت و عملکردشان در برخی حوزه‌ها هستند تا آنجا که کمال‌گرا بوده و معیارهای غیرمعقول بالایی را برای خودشان وضع می‌کنند. آن‌ها همچنین ممکن است نگران چیزهایی مانند مسائل مالی خانواده و فجایع طبیعی باشند. این کودکان و نوجوانان مکرراً دنبال تایید و اطمینان بخشی می‌گردند و عادت‌های عصبی

۱. phobic disorder

۲. Social anxiety disorder (SAD)

۳. Separation anxiety disorder

۴. Generalized Anxiety Disorder (GAD)



مثل ناخن جویدن و اختلال خواب از خود نشان می‌دهند. نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر در کودکان خردسال، ممکن است به صورت اطمینان‌خواهی به وسیله پرسیدن سوال‌های زیاد، آشکار شود.

این سوال‌ها می‌تواند درباره هرچیزی که در لحظه ترسناک می‌دانند باشد.

شکایت‌های جسمانی مانند سردرد و دل‌درد شایع هستند. شیوع اختلال اضطراب فراگیر، با بالا رفتن سن در کودکان و در طول نوجوانی افزایش می‌یابد. روند اختلالات اضطرابی کودکان اغلب مزمن است و می‌تواند عملکرد انطباقی، روابط اجتماعی و پیشرفت تحصیلی را در کودکان و نوجوانان مختل سازد.

شروع اختلالات اضطرابی اغلب زودهنگام است و شیوع در طول دوره کودکی و نوجوانی افزایش می‌یابد. بنابراین تشخیص و درمان به موقع اضطراب در کودکان و نوجوانان امری مهم تلقی می‌شود.

سنجش جامع کودک و نوجوانی که اضطراب را نشان می‌دهد، مستلزم نیازهای سنجشی مختلفی است. راهبردهای سنجشی باید به جوانب رشدی حساس باشند. همچنین اضطراب کودک یا نوجوان تنها چیزی نیست که باید به آن پرداخته شود؛ بلکه محیط کودک یا نوجوان نیز باید مورد سنجش قرار گیرد. ارزیابی جامع اضطراب در کودکان و نوجوانان به طرح‌ریزی درمانی موثر کمک خواهد کرد. مهم است تا بالینگر نگرانی‌های بهنجار متناسب با دوره‌های تحول را بشناسد، از مراقبان، مدرسه و همسالان پیرامون الگوهای انطباق‌پذیری کودک پرس و جو کند و شدت آشفتگی، نقص عملکردی و رفتارهای اجتنابی کودک را درک کند.

قبل از اتخاذ درمان مناسب برای بهبود این اختلال، درمانگر نیازمند ایجاد ارتباط مثبت با کودک و نوجوان است تا احتمال اجتناب یا رها سازی درمان کاهش یابد.

با توجه به حمایت‌های تعداد زیادی از پژوهش‌ها در زمینه درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات اضطرابی، کاربرد مداخلات رفتاری یا شناختی-رفتاری تایید شده است. برنامه‌های درمانی شناختی-رفتاری به دنبال تحقق اهداف زیر است: ۱. بازشناسی علایم برانگیخته اضطراب ۲. شناسایی فرایندهای شناختی مرتبط با برانگیختگی اضطرابی ۳. بکارگیری راهبردها و مهارت‌ها برای مدیریت و کنترل اضطراب.

از راهبردهای درمانی که در درمان‌های شناختی-رفتاری اختلال‌های اضطرابی کودکان و نوجوانان بکار می‌رود می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱. آموزش درباره اضطراب و هیجانات ۲. آموزش آگاهی از واکنش‌های بدنی و نشانه‌های جسمی ۳. روش‌های آرام‌سازی ۴. بازشناسی و اصلاح خودگویی اضطرابی و شناخت‌های اضطراب ۵. ایفای نقش و روش‌های پاداش وابسته یا مشروط ۶. آموزش الگوهای حل مسئله ۷. استفاده از الگوهای کناریابی یا مقابله ۸. مواجهه با موقعیت‌های اضطراب‌انگیز ۹. تمرین استفاده از مهارت‌های تازه فراگرفته شده در موقعیت‌های به طور فزاینده اضطراب‌انگیز ۱۰. تعیین تکالیف خانگی ۱۱. یافتن راه‌هایی برای تعمیم منافع درمانی و پیشگیری از عود اختلال

با درک همدلانه دنیای کودکان و نوجوانان و سبک فرزندپروری درست می‌توانیم از بروز خیلی از اختلالات از جمله اختلال‌های اضطرابی جلوگیری کنیم. لازم به ذکر است که در صورت بروز نشانه‌های اضطراب در چندین محیط اعم از خانه و مدرسه، مراجعه‌ی به موقع به روانشناس بسیار کمک کننده است.

۱. ویکس، ر.؛ ایزرل، آ. (۱۳۹۷). روانشناسی مرضی کودک و نوجوان. ترجمه: فرهی، ح.؛ قدیری، ف. تهران: نشر ارجمند

۲. فلسنر، ک.؛ پیاسنتینی، ج. (۱۳۹۸). روانشناسی بالینی کودک و نوجوان (راهنمای بالینی اختلالات روانی در کودکان و نوجوانان). ترجمه: سیدمحمدی، ی. تهران: نشر روان

اختلال وسواس فکری- اجبار عملی؛ باکلاسی یا رنج؟!

فاطمه مختاری / دانشجوی کارشناسی
روانشناسی دانشگاه اصفهان

بیماران بزرگسال متوجه می‌شوند که این رفتارها منطقی نیستند.

علل اصلی پدیدایی اختلال OCD ناشناخته است، هر چند به نظر می‌رسد عوامل ژنتیکی موثر باشند چرا که دوقلوهای همسان بیشتر از دوقلوهای ناهمسان تحت تاثیر قرار می‌گیرند.

درمان اختلال وسواس فکری-اجبار عملی شامل سه درمان اصلی روان‌درمانی شناختی-رفتاری و دارودرمانی و نهایتاً رفتار درمانی است که به عنوان مهم‌ترین آن می‌توان از روش رویارویی و جلوگیری از پاسخ (ERP) نام برد.

ابتلا به اختلال اختلال وسواس فکری-اجبار عملی می‌تواند بر حسب نشانه‌ها از خفیف تا شدید دسته‌بندی شود.

این روزها صحبت از OCD¹ در فضای مجازی زیاد شده است، خیلی‌ها فکر می‌کنند مبتلا بودن به اختلال وسواس فکری-اجبار عملی اتفاق خیلی "باکلاسی" است که فقط برای آدم‌های خاصی رخ می‌دهد؛ مثلاً ممکن است یک تصویر خیلی منظم و قشنگی ببینید که در کپشنش نوشته شده باشد: مخصوص مبتلایان به OCD؛ اما این تنها یک قطره از دریای پرتلاطم اختلال وسواس فکری-اجبار عملی است. اینجا شما را به صورت مختصر با واقعیت این اختلال آشنا می‌کنیم تا از این پس در برخورد با این کلمه متوجه شوید که دقیقاً در مورد چه چیزی صحبت می‌شود.

بر اساس DSM-5 اختلال وسواس فکری-اجبار عملی، یک اختلال روانیست که در آن فرد، افکار افراطی و خاص (وسواس فکری) را به طور مکرر تجربه می‌کند یا نیاز به انجام مکرر اعمال خاصی را احساس می‌کند که تا حدی باعث پریشانی یا اختلال در عملکرد عمومی فرد می‌شود (اجبار عملی).

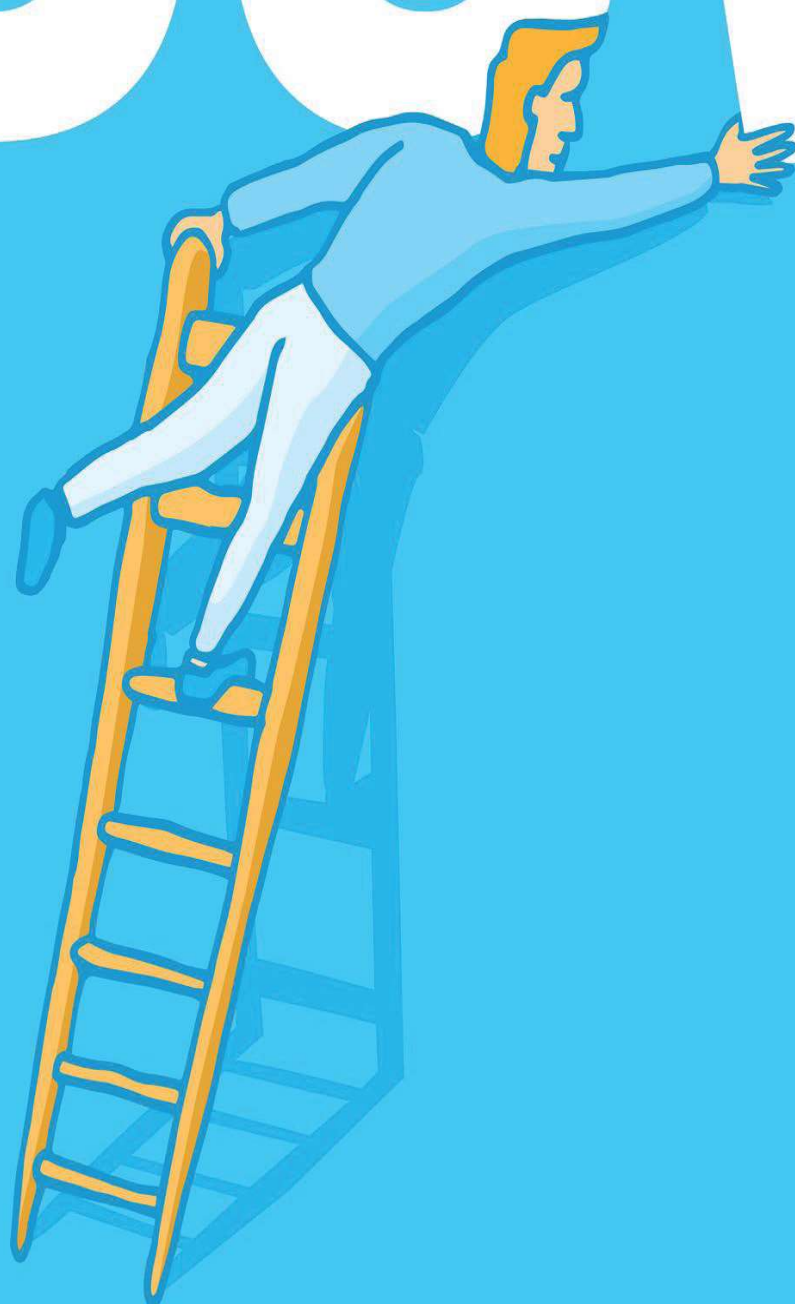
این وسواس‌ها تا حدی رخ می‌دهند که زندگی روزمره فرد تحت تاثیر منفی قرار می‌گیرد، به طوری که اغلب بیش از یک ساعت در طول روز صرف پرداختن به این وسواس‌ها می‌شود. وسواس‌های رایج عملی شامل شستن دست‌ها، شمارش اشیاء و بررسی قفل درب‌ها می‌باشد. بیشتر

فتی، لادن، (۱۹۹۰، ۵۹، ۱۰). مجله روانپزشکی و روانشناسی ایران. ۳ (۱)، (۵۲ - ۶۰)

Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC

1. Obsessive-Compulsive Disorder

OCD





اختلال پانیک یا وحشتزدگی به معنای بروز مکرر حملات وحشتزدگی غیرمنتظره است که به شکل ناگهانی اتفاق می‌افتد و باعث ناراحتی و ترس شدید میشود. این حملات در عرض چند دقیقه به اوج خود میرسد و با چهار مورد (یا بیشتر) از علائم زیر همراه است:

۱. تپش قلب، کوبش قلب یا افزایش ضربان آن

۲. تعریق

۳. لرزش یا احساس تکان خوردن

۴. احساس تنگی نفس یا نرسیدن هوا

۵. احساس خفگی

۱. Panic Disorder

۶. درد یا ناراحتی قفسه سینه

۷. تهوع یا ناراحتی شکمی

۸. احساس سرگیجه، بی‌ثباتی، منگی یا غش

۹. احساس گرما یا لرز (گر گرفتگی و سرما)

۱۰. احساس پaresthesia (خواب رفتگی یا سوزن سوزن شدن)

۱۱. گسست از واقعیت (احساس غیرواقعی بودن) یا گسست از خویشتن (احساس جدا شدن از خود)

۱۲. ترس از دست دادن کنترل یا دیوانه شدن

۱۳. ترس از مردن

بروز این حملات میتواند هم در حالت آرامش، اضطراب و هم استراحت رخ دهد. یکی دیگر از نکات قابل توجه این است که حداقل بعد از یکی از حملات در عرض یک ماه یا بیشتر یک یا هر دو مورد زیر رخ دهد:

۱. نگرانی یا مشغولیت ذهنی مداوم در مورد بروز مجدد حمله یا پیامدهای آن (مثلاً از دست دادن کنترل، دچار حمله قلبی شدن، دیوانه شدن).

۲. تغییر آشکار در رفتار ناشی از حملات (مثلاً رفتارهایی برای جلوگیری از حملات بعدی مانند ورزش نکردن برای جلوگیری از افزایش تپش قلب، تعریق و... که از نشانه‌های پانیک یا اختلال وحشتزدگی است).

دو نوع حمله پانیک عبارتند از: منتظره و غیرمنتظره. منظور از حمله منتظره حمله‌ایست که فرد از چگونگی بروز آن آگاه است. برای مثال کسی که هراس از ارتفاع دارد میداند که در صورت مواجهه با ارتفاع احتمال بروز حمله پانیک در آن بالا میرود؛ منظور از حمله غیرمنتظره، حمله‌ای است که فرد از زمان و مکان بروز حمله آگاهی ندارد. به طور حدودی ۲ الی ۵ درصد مردم از این اختلال رنج می‌برند و این اختلال در بانوان شایعتر است.

برای درمان این اختلال میتوان از درمانهای دارویی و درمانهای روانشناختی استفاده کرد. درمان‌های روانشناختی مانند: ۱- درمان شناختی-رفتاری (CBT)، ۲- تکنیکهای آموزش تنفس که به بیماران کمک میکند تا حس خستگی و تنش تنفسی را کنترل کنند، ۳- بازسازی شناختی به معنای آن که بیماران به تحلیل و بازسازی افکار و احساساتی که باعث تشدید نگرانی و حملات پانیک می‌شوند آموزش داده شود، ۴- نمایش ادراکی^۲ که در آن بیماران با حس‌های بدنی مرتبط با حملات پانیک مواجه

میشوند، ۵- نمایش در حیات واقعی^۳ مل دریافت بیماران از مواقع و مکان‌هایی است که قبلاً از آنها اجتناب کرده بودند، اما در آینده باید به آنها بازگردند و سایر درمان‌های مفید در این حوزه. همچنین میتوان از درمان دارویی استفاده کرد که اصلی‌ترین آنها^۴ benzodiazepines و Antidepressants^۵ هستند.

بیماران مبتلا به اختلال پانیک نسبت به جمعیت عمومی میزان بالاتری از بیماری‌های قلبی، ریوی، گوارشی، و سایر مشکلات پزشکی دارند.

در یک جمع بندی کلی، آشنایی با علائم و نشانه‌های این اختلال به ما کمک میکند که در صورت مشاهده این علائم، به روان‌درمانگر مراجعه کرده و با کمک وی، مشکل را پیدا کرده و برای رفع آن تلاش کنیم.

۳. In Vivo Exposure

۴. بنزودیازپین‌ها دسته‌ای از داروها هستند و برای درمان انواع اختلالات خلقی و سایر بیماری‌ها از جمله تشنج، بی‌خوابی و ترک الکل استفاده می‌شوند. مصرف طولانی مدت می‌تواند منجر به علائم رفتاری نامطلوب و وابستگی به مواد مخدر شود.

۵. داروهای ضد افسردگی به داروهایی گفته می‌شود که برای درمان اختلال افسردگی اساسی و بیماری‌هایی همچون: افسرده‌خویی، اختلالات اضطرابی، اختلال وسواس فکری-عملی، اختلال خوردن، درد مزمن، دردهای نوروپاتیک و در برخی موارد، قاعدگی دردناک، خروپف، میگرن، اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی، اختلالات اعتیاد، وابستگی و اختلال خواب به کار می‌روند. داروهای ضد افسردگی ممکن است به تنهایی یا در ترکیب با سایر داروها تجویز شود.

۱. Cognitive behavioural therapy (CBT)

۲. Interoceptive Exposure

منابع:

- Barlow, D. H., Craske, M. G., Cerny, J. A., & Klosko, J. S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior therapy*, 20(2), 261-282.
- Roy-Byrne, P. P., Craske, M. G., & Stein, M. B. (2006). Panic disorder. *The Lancet*, 368(9540), 1023-1032.
- Cackovic, C., Nazir, S., & Marwaha, R. (2017). Panic disorder. *American Psychiatric Association*. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.).
- Barlow, D. H., Durand, V. M., Hofmann, S. G. (2018). *Abnormal psychology*.





اضطراب در آغوش فرهنگ

بررسی نقش فرهنگ در اختلالات اضطرابی

مهدی منصوری / دانشجوی کارشناسی روانشناسی دانشگاه اصفهان

شروع بحث را با کمک جستن از ادوارد تیلور انسان‌شناس قرن نوزدهمی پی می‌گیریم؛ او فرهنگ را مجموعه پیچیده‌ای از دانش‌ها، باورها، هنرها، قوانین، اخلاقیات، عادات و هر چه که فرد به عنوان عضوی از جامعه خویش فرا می‌گیرد تعریف می‌کند (تیلور، ۱۸۷۱). هنگام صحبت از فرهنگ‌ها در سراسر جهان احتمالاً اولین چیزی که توجه‌مان را به خودش جلب می‌کند، تفاوت‌های فوق‌العاده و شگفت‌انگیز این مهم در جای‌جای مکان‌های زیست آدمی است که تماماً با زندگی افراد عجین شده و تاثیری قابل توجه بر ابعاد زندگی شخصی و اجتماعی انسان دارد. فرهنگ به طرق مختلف بر جامعه و همچنین فرد تاثیر می‌گذارد، از رشد و تربیت کودک گرفته تا الگوهای رفتاری قابل قبول در حین ابراز ناراحتی. فرهنگ، معنی علائم و احساسات مختلفی را که افراد ممکن است تجربه کنند را در اختیار آنها قرار می‌دهد و همچنین تعریف می‌کند که چه چیز عادی و غیر عادی است (کالرا و همکاران، ۲۰۱۴).

اختلالات اضطرابی، مسئله‌ای فراگیر و پیچیده که میلیون‌ها نفر را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار می‌دهد، عمیقاً با تفاوت‌های فرهنگی در هم تنیده شده و بر تظاهرات و درمان آنها تأثیر می‌گذارد. این تأثیر متقابل بین فرهنگ و اختلالات اضطرابی فقط یک موضوع علمی جذاب نیست، بلکه یک حوزه مهم مطالعه است و نیاز به یک رویکرد دقیق و حساس فرهنگی برای تشخیص و درمان را برجسته می‌کند (کالرا و همکاران، ۲۰۱۴).

عوامل فرهنگی که بر اختلالات اضطرابی تاثیر می‌گذارند را می‌توان به طور کلی به دو دسته بزرگ تقسیم‌بندی کرد:

عوامل اتنوپسیکولوژی^۱ / اتنوفیزیولوژی^۲

این دو دسته، به تفکر فرهنگ در مورد چگونگی کار کردن ذهن و بدن اشاره دارد. اتنوپسیکولوژی و اتنوفیزیولوژی دو شاخه‌ی مرتبط با هم از علوم روان‌شناسی هستند که به بررسی تأثیر فرهنگ و محیط اجتماعی بر روان و رفتار انسان می‌پردازند. اتنوپسیکولوژی بیشتر به جنبه‌های ذهنی و روانی اضطراب و ترس توجه می‌کند، در حالی که اتنوفیزیولوژی بیشتر به جنبه‌های جسمی و فیزیولوژیک اضطراب و ترس تاکید دارد. این دو شاخه با هم کار می‌کنند تا تفاوت‌ها و شباهت‌های فرهنگی در اختلالات اضطرابی را شناسایی و تبیین کنند. در بسیاری از فرهنگ‌ها، حالات اضطراب به عنوان عملکرد نامناسب ارگان توصیف می‌شوند، مانند «کلیه ضعیف» یا «قلب

۱. Ethnopsychology

۲. Ethnophysiology



ضعیف)). این نظام اعتقادی نحوه تفسیر و تجربه علائم اضطراب فردی را شکل می‌دهد، که منجر به بیان‌های منحصر به فرد اختلالات اضطرابی می‌شود. برای مثال برخی از فرهنگ‌ها اصطلاحات یا عبارات خاصی برای توصیف انواع خاصی از ناراحتی‌ها دارند که ممکن است در زبان‌های دیگر معادل دقیقی نداشته باشند. به عنوان نمونه، اتنوفیزیولوژی و اتنوفیزیولوژی می‌توانند بررسی کنند که چگونه افراد از فرهنگ‌های مختلف در مواجهه با یک موقعیت ترسناک مانند یک حادثه یا یک تهدید، واکنش نشان می‌دهند. آیا آن‌ها احساسات خود را بیان می‌کنند یا مخفی نگه می‌دارند؟ آن‌ها از کدام یک از روش‌های مواجهه‌ای یا فرار و گریز برای کنترل اضطراب خود استفاده می‌کنند؟ آیا آن‌ها علائم جسمانی مانند تپش قلب، تعریق، لرزش یا گیجی را تجربه می‌کنند؟ آیا آن‌ها از روش‌های درمانی مختلف مانند دارو، روان‌درمانی، طب سنتی یا معنویت برای بهبود اضطراب خود استفاده می‌کنند؟ (هافمن و هینتون، ۲۰۱۴). برای توضیح و بسط بیشتر مثال‌هایی مرتبط با اتنوفیزیولوژی و اتنوفیزیولوژی در رابطه با فرهنگ و اختلالات اضطرابی را بررسی می‌کنیم:

• حملات باد^۱ (khyâl)

cap): یک اصطلاح

کامبوجایی است که به

یک حالت وحشت‌آور

از اضطراب شدید،

تنگی نفس، سرگیجه،

بی‌حسی و تشنج اشاره

می‌کند. افراد معتقدند

که این حالت ناشی از

جابجایی یک نوع باد در

بدن است که می‌تواند

باعث مرگ شود. برای

درمان این حالت، افراد از

روش‌هایی مانند ماساژ،

آکوپانکچر، سوزاندن مواد

گیاهی و دعا استفاده

می‌نند (هافمن و

هینتون، ۲۰۱۴).

تایجین کیوفوشو^۲:

یا ترس از مواجهه با

دیگران، یک اصطلاح

ژاپنی است که به یک

بیان خاص فرهنگی از

اضطراب اجتماعی اشاره

می‌کند. افراد معتقدند

که ظاهر، رفتار یا بوی

بدنشان می‌تواند باعث

ناراحتی، تحقیر یا خشم

دیگران شود. برای

درمان این حالت، افراد

از روش‌هایی مانند دارو،

روان‌درمانی شناختی-

رفتاری، جراحی زیبایی

و انجام رسوم مذهبی

استفاده می‌نند (هافمن

و هینتون، ۲۰۱۴).

حمله‌های

عصبی (ataques de

nervios): یک واکنش

رایج در میان پورتوریکان

و دومینیکان به

اخبار ناراحت‌کننده یا

یادآوری‌های تروماتیک

است. افراد معتقدند که

این حالت ناشی از یک

رویداد تکان‌دهنده یا

تهدیدکننده است که

باعث از دست دادن کنترل

احساسات می‌شود.

علائم این حالت شامل

گریه، فریاد، لرزش، تپش

قلب، خودآسیبی و حس

فلج شدن است. برای

درمان این حالت، افراد از

روش‌هایی مانند حمایت

خانوادگی، مشاوره،

دارو و مراقبه استفاده

می‌کنند. این سندروم

نقش عوامل زمینه‌ای در

بروز این حالت‌ها را نیز

برجسته می‌کند (هافمن

و هینتون، ۲۰۱۴).

در طب سنتی ایرانی هم باور بر این است که اضطراب به وسیله اختلاط چهارگانه صفرا، دم، بلغم و سودا توصیف و تبیین می شود که در آن استرس و اضطراب به علت غلبه مزاج سودا و بلغم در افراد ایجاد می شود. باور دیگر اینکه گفته می شود غلبه خلطی نقش علت را در اختلالات اضطرابی دارد. برای مثال داشتن افکار منفی نسبت به خود و دنیا، بر اثر غلبه بلغم یا سودا است که در آن فرد با اصلاح تغذیه و سبک زندگی خود می تواند اضطراب را کاهش دهد (ابوالحسنی، ۱۳۹۲؛ به نقل از زرانی و همکاران، ۱۳۹۶).

عوامل زمینه ای

عوامل زمینه ای به زمینه اجتماعی و هنجارهای حاکم بر ساختار اجتماعی مربوط می شوند. یکی از جنبه های مهم این تاثیر فرهنگی، مفهوم خودتفسیری^۱ است که به نحوه ارتباط گرفتن افراد با خود و دیگران در بافت اجتماعی که در آن زندگی می کند اشاره دارد. تحقیقات به ما نشان داده است که افراد در جوامع فردگرا، مانند ایالات متحده، تمایل به ساخت و گسترش خود تفسیری های مستقل دارند و خود را مستقل و جدا از زمینه و بافت اجتماعی می دانند. اما با نگاه به فرهنگ های آسیایی و شرقی متوجه می شویم که افراد برای خود تفسیرهای وابسته به یکدیگر ارزش قائل اند و خود را در پیوند پیچیده و یکپارچه با دیگران در گروه های اجتماعی می بینند. تضاد در این دو بینش کاملاً آشکار است؛ در نتیجه، این تفاوت در خود تفسیری، پیامدهایی بر نحوه تجربه و مدیریت اختلالات اضطرابی دارد زیرا بر ادراک خودکارآمدی، اهمیت روابط اجتماعی و روش های بیان و درک اضطراب تاثیر می گذارد. یک نمونه از آن اینکه از آنجا که قوانین بیشتری برای رفتار اجتماعی در کشورهای جنوب شرقی آسیا نسبت به کشورهای غربی وجود دارد، افراد احتمالاً راحت تر و بیشتر خجالت زده می شوند زیرا این احساس توسط موارد و تحریم های بیرونی القا می شود، در حالی که احساس گناه و سرزنش خود را بیشتر در جوامع فردگرا می توانیم مشاهده کنیم چون توسط تحریم هایی از درون خود فرد القا می شوند (هافمن و هینتون، ۲۰۱۴).

مسئله داغ!

یکی از عوامل زمینه ای مهم در اختلالات اضطرابی، داغ زدن به افراد است. تاثیر عوامل مربوط به داغ، به میزانی است که حتی می تواند بر نحوه ابراز اختلالات اضطرابی نیز تاثیر بگذارد. مطالعات فرهنگی مختلف در سراسر جهان نشان دادند که فرهنگ های آسیایی و شرقی از جمله ایران، بیشتر تمایل دارند تا علائم جسمانی اختلالات روانی نظیر مشکلات عضلانی، سردرد و مشکلات قلبی را گزارش دهند. برای مثال لابر و راسلر (۲۰۰۷) در مطالعات خود دریافتند که افراد در کشورهای توسعه یافته با آزادی بیشتری به توصیف اختلالات روانی خود می پردازند، این در حالی است که مردمان کشورهای در حال توسعه، بیشتر سعی می کنند مشکلات روانی را با استفاده از مسائل جسمانی توضیح دهند. یکی از علل احتمالی آن نقش داغی است که در مورد اختلالات روانی در این کشورها وجود دارد؛ زیرا در این کشورها ابتلا به یک بیماری جسمانی مقبول تر از ابتلا به یک بیماری روانی است. این مسئله با مراجعه بیشتر به روانپزشک تا روانشناس در کشورهای در حال توسعه و تمایل به مصرف دارو به جای روان درمانی و همچنین تمایل به گرفتن برچسب "بیماری" به جای "اختلال روانی" نیز همخوان است. (وریس و همکاران، ۲۰۱۷؛ به نقل از زرانی و همکاران، ۱۳۹۶؛ ۸)

با مقایسه نسخه های DSM^۱ یکدیگر متوجه نگاه رو به افزایش آن به فرهنگ می شویم. تفاوت های بین فرهنگی فراوان و تاثیر آن بر روی تعریف و شکل گیری و بروز اختلالات اضطرابی لزوم تدوین معیارهای میان فرهنگی برای ارزیابی دقیق اختلالات و پژوهش های بیشتر برای فهم کامل این تفاوت ها و ابداع و تغییر در رویکردهای درمانی را برجسته می سازد. امید است در آینده شاهد رشد روزافزون معیارها و رویکردها در علم روان شناسی باشیم.

۱. self-construal

منابع:

رشاد، م. (۱۳۹۰). فلسفه فرهنگ. در دسترس
در: <http://eshia.ir/feqh/archive>

زرانی، ف.، حقیقی، ف.، علی‌زاده، ح.، و شیرازی،
ا. (۱۳۹۶). نقش فرهنگ در ابعاد اختلالات
اضطرابی بر اساس پنجمین ویراست راهنمای
تشخیصی و آماری اختلالات روانی. مجله
روان‌شناسی فرهنگی، ۲(۱)، ۵-۲۸

Hofmann, S. G., & Hinton, D. E.
(2014). Cross-cultural aspects of
anxiety disorders. *Current Psychiatry
Reports*, 16(6), 450

Moghaddam, F. M. (2020). Ethno-
psychology and Ethnophysiology of
Anxiety Disorders. In F. M. Mogh-
addam (Ed.), *The SAGE Encyclopedia
of Political Behavior* (2nd ed., pp.
1-5). SAGE Publications. [https://doi.
org/10.1007/978-3-030-42825-
9_109](https://doi.org/10.1007/978-3-030-42825-9_109)

Till, A., Ricci, M. C., & Sabatini, M.
(2020). Cross-cultural aspects of
anxiety disorders. In M. Sabatini &
M. C. Ricci (Eds.), *Anxiety Disorders:
From Diagnosis to Treatment* (pp.
1-18). Springer Nature

در باب اختلال اضطراب جدایی

فاطمه نصرتی / دانشجوی کارشناسی مشاوره دانشگاه فرهنگیان تهران

اختلال اضطرابی که به طور عمده در دوران کودکی رخ می‌دهد، اختلال اضطراب جدایی^۱ است. اضطراب جدایی مرضی، از سنین پیش دبستانی بروز میکند و ممکن است سالیان دراز پابرجا بماند. چنین اضطرابی در هر موقعیتی که احتمال جدایی وجود دارد، شدیداً برانگیخته می‌شود و فرد را بر آن می‌دارد تا از موقعیت‌هایی که مستلزم جدایی هستند، اجتناب کند. (دادستان، ۱۳۸۲)

از دیدگاه روانشناختی اضطراب جدایی، بخشی از رشد طبیعی کودک است. منشاء این اضطراب به عقیده ی اوتو رانک^۲، روانکاو آمریکایی، ضربه ی تولد^۳ می‌باشد، بدین معنی که فرایند تولد یعنی جدایی از محیط امن داخلی رحمی و پا گذاشتن به دنیای بی‌ثبات و پر آشوب خارجی، آن هم طی یک روند خشن زایمانی، نخستین تجربه ی اضطراب‌انگیز برای نوزاد است که در اصطلاح علمی، ضربه ی تولد، نام گرفته و سرچشمه ی تمام اضطراب‌های جدایی در تمام طول زندگی انسانهاست (لاری و رهروان، ۱۳۹۹).

اختلالات اضطرابی کودکی تأثیر منفی در چندین حیطه از عملکرد کودک دارد که شامل کارهای تحصیلی، سازگاری اجتماعی و روابط همسالان است (لیبرمن، لپ، اسپنس و مارچ، ۲۰۰۶). بر اساس پژوهشی میزان شیوع اختلال اضطراب جدایی در میان کودکان و نوجوانان ایرانی ۰,۷٪ - ۱۵,۷٪ گزارش شده است. (جلالی و پوراحمدی، ۱۳۹۲)

مشخصه‌های اصلی اضطراب جدایی:

اضطراب شدید و نامتناسب با سطح رشد فردی در مورد جدایی از خانه یا کسانی که فرد به آنان دلبستگی دارد، که با سه (یا بیش از سه) مورد از موارد زیر مشخص می‌شود:

۱. نارضایتی شدید و مداوم در زمانی که جدایی از خانه یا مظاهر اصل دلبستگی رخ می‌دهد یا احتمال آن وجود دارد.

۲. نگرانی شدید و مداوم در مورد از دست دادن کسی یا آسیب دیدگی احتمالی مظاهر اصلی دلبستگی

۳. نگرانی شدید و مداوم در مورد اینکه یک رویداد ناگوار باعث جدایی از مظاهر اصلی دلبستگی خواهد شد. (مانند گم شدن یا دزدیده شدن)

۴. اگرچه یا خودداری مداوم از خوابیدن بدون حضور یکی از مظاهر دلبستگی و یا خوابیدن در مکانی غیر از خانه ی خود

۵. کابوس‌های مکرر درباره موضوع جدایی

۶. شکایت‌های مکرر از نشانه‌های ناراحتی بدنی (مانند: سردرد، دل درد، تهوع یا استفراغ) هنگامی که جدایی از مظاهر اصلی دلبستگی رخ داده یا احتمال آن وجود دارد.

مدت دوام این اختلال حداقل ۴ هفته است.

۱. Separation anxiety disorder

۲. Otto Rank

۳. Trauma Birth



شروع آن قبل از سن ۱۸ سالگی است (اسلامی، ۱۳۸۴)

خصوصیت اساسی اضطراب جدایی، اضطراب شدیدی است که هنگام جدایی از پدر و مادر، خانه یا سایر محیط‌های آشنا ظاهر می‌گردد. (جعفری، ۱۳۸۶)

درمان اضطراب جدایی: برای درمان اضطراب جدایی از درمان چنگانه از جمله روان درمانی فردی، آموزش خانواده و روان درمانی خانواده استفاده می‌شود. (جعفری، ۱۳۸۶)

در اینجا به چند مورد از راهکارهای بهبود اضطراب جدایی می‌پردازیم:

- روش تن‌آرامی: آرامیدگی یکی از روشهای کاربردی در کاهش نشانه‌های اضطراب است و از طریق مکانیسم عمل خود موجب آرامش کلی فرد میشود. در آرام‌سازی فرد به وسیله‌ی انقباض و رها کردن عضلات مختلف بدن و توجه نمودن به احساسات ناشی از تنش، آرامش عضلات و ایجاد تفاوت بین این دو احساس، میتواند تمام تنیدگی‌های عضلانی را از بین برده و آرامش عمیقی را احساس و تجربه نماید. (برنستین و بورکووک، ۲۰۰۲).

- کتاب درمانی: اغلب کودکان برای بیان هیجانات خود، دارای دشواری هستند. کتاب درمانی به کودکان کمک میکند تا با احساسات ترس، گناه یا شرم مربوط به تغییرات خانوادگی که تجربه میکنند، مواجه شوند. (گالدینگ، ۱۹۹۱) کتاب درمانی فرآیندی سه مرحله‌ای است. در مرحله اول (همگانی سازی)، کودکان تشخیص میدهند که آنها در این موقعیت تنها نیستند. وقتی کودکان داستانهایی در مورد شخصیهایی با مشکلات را میخوانند یا بدانها گوش میدهند، در می‌یابند دیگران نیز با مشکلات مشابهی روبرو هستند. در مرحله ی دوم (پالایش) کودکان با شخصیتها و روشهای مقابله‌ای شخصیتها همانندسازی میکنند. (لاری، رهروان، ۱۳۹۹) از جمله کتاب‌های کودک که می‌تواند برای اضطراب جدایی مناسب باشد شامل: با عشق از طرف مامان، انتشارات پرتقال / اینطوری نمی‌ماند، نشر بازی و اندیشه / طناب نامرئی، انتشارات مهرسا

- بازی درمانی: بازی درمانی نقش چشمگیری در کاهش اختلال اضطراب جدایی دارد. (عبدخدائی، ۱۳۹۰) از آنجایی که بازی برای کودکان همانند کلام برای بزرگسالان است و وسیله‌ای است برای بیان احساسات، برقراری روابط، توصیف تجربیات، آشکار کردن آرزوها و خودشکوفایی (لندرت، ۱۳۸۱). در درمان اضطراب جدایی کودکان ترجیح داده شده است که از این روش استفاده شود. بر این اساس متخصصان برای کاهش اضطراب کودکان و کمک به آنها روشهای مختلف درمانی را مورد بررسی و پژوهش قرار داده‌اند، بازی درمانی به عنوان یک ارتباط بین فردی پویا بین کودک و یک درمانگر آموزش دیده در فرایند بازی درمانی توصیف میشود که رشد یک ارتباط امن را برای کودک تسهیل می‌ماید تا کودک به طور کامل خود را بیان کند. (لندرت، ۲۰۰۲)

- فیلم درمانی: فیلم درمانی به فرد اجازه میدهد از تصویر، طرح داستان و موسیقی به عنوان قسمتی از درمان برای دستیابی به بینش، الهام، رهاسازی هیجانات، والایش و حل تعارضات هیجانی خود استفاده کند. فنون رهاسازی احساسات به درمانگران اجازه میدهد که به مراجعه‌کنندگان کمک کنند تا احساسات ذخیره شده خود را رها سازند. نکته اساسی در همه این فنون این است که هر چه تجربه رهاسازی مراجعین بیشتر باشد، فرایند درمان سریعتر خواهد بود (اربابی، شاه حسینی، صفاریان، ۱۳۹۸).



• در همین راستا پژوهشی صورت گرفته که نشان می‌دهد می‌توان از انیمیشن "درون و بیرون" به عنوان یک روش موثر برای کاهش اضطراب جدایی در کودکان استفاده نمود (اربابی، شاه حسینی، صفاریان، ۱۳۹۸). در این انیمیشن، تمامی هیجانها نقشی سازگاران، مفید و مهم در زندگی شخصیت اصلی داستان و والدین او ایفا میکنند. این انیمیشن درباره دختری به نام رایلی است که با شروع کار پدرش در سان فرانسیسکو از زندگی غرب میانه خود جدا میشود. مانند همه، رایلی هم توسط احساسات خود کنترل می‌شود، مانند شادی، ترس، خشم، نفرت و غمگین شدن، این احساسات در مرکز ذهن و فرماندهی رایلی، به عنوان شخصیت‌هایی در این انیمیشن زندگی می‌کنند و صاحب خود را در زندگی روزانه خود راهنمایی می‌کنند. با تلاش رایلی و احساساتش برای تنظیم خود با یک زندگی جدید، آشفتگی‌هایی در ذهن او به وجود می‌آید. گرچه شادی، احساس اصلی و مهمترین احساس رایلی تلاش می‌کند تا چیزها را مثبت نگه دارد، اما در میان احساسات دیگر برای کنار آمدن با یک شهر، خانه و مدرسه جدید تضاد وجود دارد و



۱. Inside Out (2015)

منابع
اسلامی، فرزانه، ۱۳۸۴، آشنایی با اختلال اضطراب جدایی، تعلیم و تربیت استثنایی، ۴۲، ۷۵

جعفری، لطیف، ۱۳۸۶، مجله سلامت روان، ۲۲، ۱۸

بازیابی لاری، زینب، رهروان، علی، ۱۳۹۹، شناخت اختلال اضطراب جدایی و روش‌های مقابله با آن، کنفرانس بین المللی روانشناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی

حاجی اربابی، فاطمه، شاه حسینی تازیکی، سعید، صفاریان، مازیار، ۱۳۹۹، اثر بخشی فیلم درمانی (فیلم درون و بیرون) بر اضطراب جدایی کودکان مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر مشهد: یک مطالعه موردی، مجله علوم پزشکی پارس، ۴۱، ۴۸

عبدخدائی، محمد سعید، صادقی، آفرین، ۱۳۹۰، بررسی میزان اضطراب جدایی کودکان و اثربخشی بازی درمانی با رویکرد رفتاری- شناختی بر کاهش آن، فصلنامه روانشناسی بالینی، سوم، ۵۱، ۵۸

دادستان، پریرخ، ۱۳۸۲، روانشناسی مرضی تحولی، از کودکی تا بزرگسالی، جلد اول، تهران: انتشارات سمت
جلالی، محسن، پوراحمدی، الناز، ۱۳۹۲، شیوع اختلالات اضطرابی در میان کودکان ۱۰ تا ۱۴ ساله در گرگان، انجمن روانپزشکی اروپا، ۲۵

Gladding, S.T, & Gladding, C. (۱۹۹۱). The ABCs of bibliotherapy for school counselors. The School Counselor, ۱۳-۷, ۳۹

Landreth, G.L, Ray, D.C, & Bratton, S. (۲۰۰۹). Play therapy in elementary school. Psychology in the School. ۹-۱: (۳) ۴۶.

Bernstein, D.A and Borkovec, T.D (۲۰۰۲). new directions in Progressive relaxation training: A guide book for helping professionals. West port. CT: Preager publishers

Liberman, L. C., Lipp, O.V., Spence, S.H., & March, S. (۲۰۰۶) Evidence for retarded extinction of aversive learning in anxious children. Behavior Research and Therapy. ۱۵.۲-۱۴۹۱

گریزان از جمعیت؛ اختلال اضطراب اجتماعی چیست؟

لیلا نصرتی / دانشجوی کارشناسی روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامشهر

آیا شما به هنگام راه رفتن تند حرکت می‌کنید؟ نمی‌توانید در اجتماع غذا بخورید؟ نمی‌توانید در جمع بستنی بخورید؟ آیا شما دائماً می‌ترسید که مردم به شما چگونه نگاه می‌کنند یا اینکه قضاوت آنها بسیار برای شما مهم است؟ آیا شما ترس از سخنرانی دارید؟ از اجتماع و موقعیت‌های اجتماعی فراری هستید؟ آیا هنگام راه رفتن مدام انقباض عضلات خود را حس می‌کنید؟ چند لحظه فکر کنید؛ آیا ممکن است از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب کنید؟ اگر پاسخ شما به اکثر این سوالات در بیشتر موقعیت‌ها مثبت است، پس این مقاله مخصوصاً برای شماست!

سلامت روان از ابعاد سلامتی محسوب می‌شود و حتی می‌توان گفت بخش مرکزی و مهم آن به حساب می‌آید. سلامت روان مؤلفه‌هایی از جمله علائم جسمانی، علائم اضطرابی، کارکردهای اجتماعی، علائم افسردگی و... را در بر می‌گیرد. یکی از شایع‌ترین اختلالاتی که ممکن است سلامت روان فرد را تهدید کند، اختلال اضطراب اجتماعی^۱ است. SAD می‌تواند سبب شود که فرد در موقعیت‌های اجتماعی زندگی منفی ارزیابی شود و فرصت‌های زندگی خود را به سبب این اختلال از دست بدهد یا می‌تواند بعضی مشکلات فلج‌کننده دیگر مثل افسردگی و اعتیاد به مواد را پیش‌بینی کند.

اختلال اضطراب اجتماعی کارکردهای روزمره فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. فشارهای روانی در جامعه به شدت یافتن اختلال‌های روانشناختی مثل اختلال اضطراب اجتماعی و نشانه‌های آن می‌انجامد. این اختلال یک ترس شدید و دائمی از موقعیت‌هایی است که فرد در جمع و حضور دیگران قرار می‌گیرد یا باید جلوی آنها کاری را انجام بدهد مثل سخنرانی. افرادی که مبتلا به این اختلال هستند از هرگونه موقعیت اجتماعی که احتمال بدهند ممکن است طی آن یک رفتار خجالت‌آور داشته باشند یا در واقع مورد ارزیابی منفی دیگران قرار بگیرند اجتناب می‌کنند.

علل SAD به سه دسته عوامل رشدی، شناختی و ژنتیکی تقسیم بندی می‌شود:

- عوامل ژنتیکی: تعدادی شواهد نشان می‌دهد اختلال اضطراب اجتماعی علل ژنتیکی دارد و این دلیل گسترش پیدا می‌کند. مثلاً در مورد کودکان مبتلا به این اختلال احتمال اینکه یکی از والدین یا هر دوی آنها اختلال اضطراب اجتماعی داشته باشند بیشتر از کودکان سالم است.
- عوامل رشدی: SAD در مقایسه با سایر اختلالات اضطرابی در سنین پایین‌تری ظاهر می‌شود؛ بنابراین عوامل رشدی و تجربه‌های کودکی نیز احتمالاً در آن تاثیر می‌گذارند. برای مثال کودکانی که در خود فرو رفته، گوشه‌گیر، ساکت و منزوی هستند، بیشتر احتمال دارد که به اختلال اضطراب اجتماعی مبتلا شوند. سبک

- تعامل والدین و فرزندان در دوران اولیه کودکی نیز می‌تواند در ایجاد فویبای اجتماعی نقش داشته باشد. مطالعه رابطه والدین با فرزندان نشان می‌دهد که والدین کودکان مبتلا به SAD نسبت به والدین کودکان سالم، روی فرزندان خود کنترل بیشتری اعمال می‌کنند. همچنین ممکن است از خجالت دادن به عنوان یک روش تربیتی استفاده کنند.

- عوامل شناختی: در SAD چند فرایند شناختی وجود دارد که به نوعی باعث می‌شود ترس از موقعیت‌های اجتماعی در فرد تداوم پیدا کند و فرد این اختلال را همراه خود در همه موقعیت‌های زندگی به همراه داشته باشد. برای مثال این افراد ممکن است در پردازش و تفسیر اطلاعاتی که از موقعیت‌های مختلف برداشت می‌کنند سوگیری داشته باشند که باعث می‌شود درباره رویداد اجتماعی پیش‌بینی‌های بسیار منفی داشته باشند.

افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی در مقایسه با افراد سالم ممکن است عملکرد خود را در موقعیت‌های اجتماعی بیش از حد بد و ناشیانه بدانند. همچنین ممکن است نتوانند نظرات اجتماعی مثبت را از طرف دیگران به راحتی قبول و پردازش کنند. تمرکز این افراد به طور کلی روی جنبه‌های منفی یک موقعیت است و در کل موقعیت‌های اجتماعی را بسیار خطرناک می‌دانند. ویژگی دیگر مبتلایان به SAD آن است که توجه متمرکز بر خود دارند؛ یعنی هنگامی که می‌ترسند مورد ارزیابی منفی قرار بگیرند، توجه خود را به سوی واکنش‌های اضطرابی خود معطوف می‌کنند. آنها دچار پیامدهای شناختی، هیجانی و رفتاری خاصی می‌شوند و در نتیجه این اضطراب را علاوه بر درون، در ظاهر خود هم نشان خواهند داد. عمل دیگری که این افراد انجام می‌دهند، این است که پردازش افراطی از موقعیت‌های اجتماعی دارند و ممکن است انتقاد شدید از عملکرد و اضطرابی که در این در آن شرایط داشتند انجام بدهند.

در درمان اختلال اضطراب اجتماعی هم درمان‌های دارویی و هم درمان‌های شناختی-رفتاری موثر بوده و هر دو مورد استفاده قرار می‌گیرند، مانند مواجهه درمانی که در آن درمانجو علی‌رغم اضطرابی که به او وارد می‌شود در یک موقعیت اجتماعی باقی می‌ماند و درمانگر در آنجا نقش یک غریبه را ایفا می‌کند.



آموزش درمانی دیگر، آموزش مهارت‌های اجتماعی است که از جمله آن می‌توانیم به یادگیری مشاهده‌ای، فیدبک اصلاحی تقویت مثبت و تمرین رفتاری اشاره کنیم. در سومین نوع درمان که بازسازی شناختی است، فرد را در مقابل سوگیری‌های منفی، اضطراب و خودسنجی‌های منفی که دارد به چالش میکشیم و سعی می‌کنیم توجه متمرکز بر خود را کاهش دهیم.

منابع:

گنجی، مهدی <۱۳۹۵> آسیب شناسی روانی براساس DSM5، نشر ساوالان

حیدرزاده، سرین، فرج الهی، مهدی و اسمعیلی زهره <۱۳۹۶>، ویژگی‌های اپیدمیولوژی و بالینی اختلال اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان شهر کرمانشاه

اشکالی نداره که مشکل داری

صبا کاویانی / دانشجوی کارشناسی روانشناسی دانشگاه اصفهان



دمی لوواتو^۱ خواننده، بازیگر و ترانه‌سرا، در سال ۱۹۹۲ در آلبوکرکی، نیومکزیکو متولد شد. او در دوران نوجوانی در مجموعه تلویزیونی دیزنی چل به شهرت رسید. لوواتو همچنین به عنوان یک فعال حقوقی و مناهض اختلالات روانی شناخته می‌شود. او به زندگی عمومی خود، اعتیادها و مشکلات روانی باز بوده و از صدای قدرتمندش برای حمایت از سلامت روانی استفاده می‌کند.

لوواتو در سال ۲۰۲۰ با همکاری مارشمالو^۲، در رابطه با اضطراب مرضی و تمام آنچه فرد حس می‌کند، آهنگی را منتشر کرد:

اشکالی نداره که مشکل داری

حس میکنی یه قطره توی یه اقیانوسی

که هیچکس متوجهش نمیشه

شاید همه ش فقط توی ذهن خودته

حس میکنی که توی پوست خودت به دام افتادی

و حالا بدنت یخ زده

فرو ریختی، هیچی باقی نمونه

وقتی از احساسات نشئه‌ای

وقتی تمرکزت رو از دست دادی

و خیلی خسته‌تر از اونی که دعا کنی

توی لحظه‌ت غرق نشو

حالا که بیشتر از همیشه بهش نزدیکی جان زن

تنها چیزی که بهش نیاز داری

اشکالی نداره که مشکل داری

اشکالی نداره که مشکل داری

وقتی گرفته‌ای و شرمگین شدی

اشکالی نداره که مشکل داری

فکر میکنی همه زندگیت یه توهمه

و اخیراً از همه دنیا کناره گرفتی

فکر میکنی هیچوقت نوبت تو نمیشه

انگار هیچ راه حلی نداری

بخاطر اینکه که تو فقط یه آدمیزادی

کنترلی نداری، خارج از دست‌های توئه

وقتی از احساسات نشئه‌ای

وقتی تمرکزت رو از دست دادی

و خیلی خسته‌تر از اونی که دعا کنی

۱. Demi Lovato

۲. کریستوفر کامستاک، که بیشتر با نام هنری اش مارشملو شناخته می‌شود، یک تهیه‌کننده موسیقی رقص الکترونیک و دی‌جی اهل آمریکا است.

حالا که بیشتر از همیشه بهش نزدیکی جا نزن

تنها چیزی که بهش نیاز داری

اشکالی نداره که مشکل داری

اشکالی نداره که مشکل داری

وقتی گرفته‌ای و شرمگین شدی

اشکالی نداره که مشکل داری



منابع: ویکی پدیا

روانشناسی و سینما

ستاره صادقی / دانشجوی
کارشناسی روانشناسی دانشگاه
اصفهان

فیلم 'Copycat' به کارگردانی Jon Amiel، درباره ی دکتر هلن هادسون، روانشناس جنایی است که پس از مورد حمله قرار گرفتن به بیماری آگورافوبیا مبتلا شده و خود را در خانه حبس میکند. تا اینکه به صورت تصادفی با پرونده قاتلی روبه رو میشود که جنایت‌هایش را با تقلید از قاتلان زنجیره‌ای معروف انجام می‌دهد. دکتر هادسن علیرغم اختلال روانی و خانه‌نشینی تصمیم می‌گیرد به این پرونده ورود کند. اکثر صحنه‌های این فیلم نشان‌دهنده تلاش‌های یک فرد مبتلا به آگورافوبیا برای حل مشکلات است.





