

نوریهاب

شماره سوم
مهر ۱۴۰۵

نشریه علمی - دانشجویی کاردرمانی



انجمن علمی دانشجویی کاردرمانی
دانشگاه علوم پزشکی همدان



NeoRehab



دانشگاه علوم پزشکی همدان



معاونت فرهنگی و دانشجویی

بسم الله الرحمن الرحيم

در این شماره می خوانید:

۱ سخن مدیرمسئول

۲ سخن سردبیر

۳ از نگرانی تا اضطراب؛
مرز کجاست؟

۵ وقتی زنگ اخطار بدون
خطر به صدا درمی آید؛ پنیک

۷ ذهن مضطرب چه می گوید؟

۹ کاردرمانگر؛

نزدیک ترین همراه مراجع.
گفت و گو با دکتر مهدی رضایی

۱۱ یک انسان، یک مسیر، چهار
نگاه؛ هر تخصص یک تکه از پازل

۱۳ از (اگه...) تا (از پیشش برمیام)؛
یک روز با ذهن مضطرب و مدیریت آن

۱۵ سینما و روان؛ ((هوانورد))؛

وقتی ذهن خلبان خودش می شود

۱۷ تست خودشناسی؛

((تو واقعا با اضطرابت چطور کنار میای؟))

۱۹ سرگرمی؛

وقتیه چالش کوچیکه!
جدول کلمات

۴ اختلال اضطراب اجتماعی؛
وقتی نگاه دیگران سنگین میشود

۶ فقط پنج دقیقه دیگه... و هنوز هم شروع
نکردم؛ چرخه اضطراب، اجتناب و اهمال کاری

۸ فرار نکن!
چرا مواجهه تدریجی می تواند
اضطراب را کم کند؟

۱۰ وقتی مغز روی حالت هشدار
گیر می کند؛ کاردرمانی چه میکند؟

۱۲ گروه درمانی؛
بیشتر از یک دوره می ساده

۱۴ افق های تازه؛
کلینیک کاردرمانی در سال ۲۰۳۵

۱۶ هنر و روان؛
وقتی کلمات کم می آورند؛
هنر به حرف می آید

۱۸ بخش طنز؛

سلام؛ من اضطرابم



مدیر مسئول

سر دبیر

ویراستاران

صاحب امتیاز

هیئت تحریریه

الهه دوستکام

شایلی شهراد

شایلی شهراد ، الهه دوستکام

انجمن علمی کاردرمانی دانشگاه علوم پزشکی همدان

فاطمه شریفی، آندیا سلطانزاده، علیرضا پیری، محمدسعید محمدی،

محدثه رضایی، نرگس خدابندهلوئی، سحر ضیائی، شایلی شهراد،

امیرحسین خانقلی‌نیا، هستی آئینی، محمدرضا آئینی، وفا واسعی،

هدیه باقری، غزل آریایی، ریحانه خلیلی، الهه دوستکام

محمد مهدی طاهری وفا

طراح و صفحه آرا

سخن مدیرمسئول

«زندگی من پر از بدبختی‌های وحشتناکی بوده که بیشترشان هرگز اتفاق نیفتاده‌اند.»
میشل دو مونتنی

فکر می‌کنم اضطراب را نمی‌شود بهتر از این توصیف کرد؛ ترس از چیزی که هنوز نیامده، غرق شدن در «اگرها» و زندگی کردن در آینده‌ای که هنوز وجود ندارد.

همه‌ی ما گاهی نگران می‌شویم. برای امتحانی که فردا داریم، حرفی که قرار است بزنیم، تصمیمی که باید بگیریم یا اتفاقی که شاید بیفتد. اما گاهی این «شاید»ها آن‌قدر بزرگ می‌شوند که جایی برای زندگی کردن در همین لحظه باقی نمی‌گذارند.

اضطراب وقتی جدی‌تر می‌شود که از ذهن فراتر برود و وارد زندگی روزمره‌مان شود؛ وقتی خوابیدن، درس خواندن، بیرون رفتن، ارتباط با دیگران یا حتی انجام دادن فعالیت‌هایی که زمانی دوستش داشتیم، دیگر به سادگی قبل نباشد.

و شاید این همان جایی باشد که کاردرمانی، با نگاه متفاوتش، وارد داستان می‌شود؛ نگاهی که فقط به تشخیص و علائم خیره نمی‌ماند، بلکه می‌پرسد: این اضطراب با زندگی این آدم چه کرده است؟

در این شماره تلاش کردیم اضطراب را فقط به عنوان یک اصطلاح علمی نبینیم؛ کمی از پشت

تعریف‌ها و معیارها بیرون بیاییم و به تجربه‌ی انسانی آن نزدیک‌تر شویم. از اضطراب، نشانه‌هایش و تأثیرش بر زندگی روزمره گفتیم و نگاهی هم به نقش کاردرمانی در کنار آمدن با آن داشتیم.

شاید نتوانیم تمام «اگر»های ذهنمان را خاموش کنیم؛ اما شاید بتوانیم یاد بگیریم که با وجودشان، دوباره به زندگی برگردیم؛ به درس، کار، دوستان، علایق و همان فعالیت‌های کوچکی که به روزهایمان معنا می‌دهند.

امیدوارم این شماره برایتان فقط چند صفحه‌ی خواندنی نباشد؛ شاید مکث کوتاهی باشد برای شناختن اضطراب، شناختن آدم‌های درگیر آن و حتی کمی مهربان‌تر بودن با خودمان.

در پایان، می‌خواهم از عزیزانی که برای شکل‌گیری این شماره وقت و انرژی گذاشتند، صمیمانه تشکر کنم؛ از اساتید و دانشجویانی که با همراهی و حمایتشان در این مسیر کنار ما بودند، و از تک‌تک اعضای تیم نشریه وانجمن که با ایده‌ها، تلاش و مسئولیت‌پذیریشان کمک کردند تا این شماره به سرانجام برسد.

الهه دوستکام

مدیرمسئول نشریه کاردرمانی نئوریهاب

لطفاً قبل از خواندن این صفحه، یک نفس عمیق بکشید.

نه، قرار نیست اینجا یک تمرین آرام‌سازی انجام دهیم!

فقط می‌خواستیم از همان خط اول درباره چیزی صحبت کنیم که این شماره نئوریهاب را به خودش اختصاص داده است: اضطراب.

همه ما اضطراب را می‌شناسیم.

چند دقیقه مانده به امتحان، قبل از ارائه، هنگام منتظر ماندن برای یک جواب مهم یا حتی درست قبل از انجام کاری که مدت‌ها برایش آماده شده‌ایم. گاهی ضربان قلبمان را بالا می‌برد، گاهی باعث می‌شود یک جمله را چند بار در ذهنمان مرور کنیم و گاهی فقط یک حس مبهم است که نمی‌توانیم دقیقاً توضیحش دهیم.

اضطراب بخشی از زندگی است.

اما همیشه همین‌جا نمی‌ماند.

گاهی از یک احساس گذرا تبدیل می‌شود به چیزی که آرام‌آرام تصمیم‌های ما را تغییر می‌دهد؛ به جای ما انتخاب می‌کند کجا برویم، با چه کسی حرف بزنیم و چه کاری را انجام ندهیم.

دانشجویی را تصور کنید که به دلیل ترس از قضاوت دیگران، دیگر در کلاس صحبت نمی‌کند.

فردی را که به دلیل نگرانی مداوم، خوابش به هم ریخته و صبح‌ها برای شروع روز انرژی ندارد.

کسی که از ترس تجربه دوباره یک حمله پانیک، دیگر سوار مترو نمی‌شود.

در اینجا یک سؤال برای ما، به‌عنوان دانشجویان کاردرمانی، پررنگ می‌شود:

اضطراب دقیقاً کدام قسمت از زندگی این آدم را گرفته است؟

شاید این سؤال ساده به نظر برسد، اما پاسخ آن همیشه ساده نیست.

چون وقتی از اضطراب حرف می‌زنیم، فقط درباره یک احساس صحبت نمی‌کنیم. درباره دانشگاهی حرف می‌زنیم که فرد دیگر به آن نمی‌رود؛ شغلی که نمی‌تواند در آن عملکرد سابق را داشته باشد؛ دوستی‌هایی که کم‌کم از آن‌ها فاصله گرفته؛ خریدی که دیگر به‌تنهایی انجام نمی‌دهد؛ یا فعالیت‌هایی که زمانی دوستش داشته و حالا مدت‌هاست کنار گذاشته است.

اینجاست که نگاه کاردرمانی وارد ماجرا می‌شود.

ما فقط نمی‌پرسیم «چقدر مضطربی؟»

می‌پرسیم:

«این اضطراب چه چیزی را از زندگی تو گرفته است؟»

و بعد شاید سؤال مهم‌تری مطرح شود:

«چطور می‌توانیم کمک کنیم آن را پس بگیریم؟»

این شماره نئوریهاب از همین نقطه شروع شده است.

قرار نیست در مطالب پیش رو فقط اختلالات اضطرابی را تعریف کنیم و فهرستی از علائم را پشت سر هم بچینیم. تلاش کرده‌ایم اضطراب را از زاویه‌های مختلف ببینیم؛ از آنچه در ذهن و بدن اتفاق می‌افتد تا تأثیری که بر فعالیت‌ها، روابط و نقش‌های روزمره می‌گذارد.

اما مهم‌تر از همه، کوشیده‌ایم جایگاه کاردرمانی را در این میان مشخص کنیم؛ جایی که درمان فقط به کاهش یک علامت ختم نمی‌شود و هدف، بازگشت تدریجی فرد به فعالیت‌ها و نقش‌هایی است که زندگی او را می‌سازند.

این شماره برای خود نئوریهاب هم یک قدم تازه است.

تلاشی برای نزدیک‌تر شدن نئوریهاب به همان تصویری که از ابتدا از آن در ذهن داشتیم؛ نشریه‌ای علمی، اما نه خشک؛ بالینی، اما نه شبیه جزوه؛ و نزدیک به زندگی واقعی انسان‌ها.

شاید هنوز نئوریهاب دقیقاً به جایی که می‌خواهیم نرسیده باشد.

اما فکر می‌کنم قرار نیست یک‌باره کامل شود. قرار است با هر شماره، با هر ایده، با هر نقد و حتی با هر اشتباه، کمی بهتر شود.

پیش از آنکه وارد این شماره شویم، یک سؤال را با خودتان همراه کنید:

اگر اضطراب قرار بود یک چیز را از زندگی یک نفر حذف کند، چه چیزی را حذف می‌کرد؟

حالا اگر شما کاردرمانگر او بودید...

از کجا شروع می‌کردید تا آن را دوباره به زندگی‌اش برگردانید؟

شایلی شهراد

سردبیر نشریه کاردرمانی نئوریهاب



در اختلال اضطراب فراگیر، نگرانی فرد فقط به یک موضوع خاص محدود نمی‌شود. فرد ممکن است درباره درس، وضعیت مالی، سلامت، خانواده، آینده یا مسائل روزمره، به‌طور مداوم و بیش از حد معمول نگران باشد. کنترل این نگرانی‌ها نیز برای او دشوار است. این وضعیت می‌تواند با خستگی، تنش عضلانی، مشکل در تمرکز و اختلال خواب همراه باشد.

مثلاً دانشجویی را تصور کنید که حتی زمانی که امتحانی در پیش ندارد، دائماً درباره نمرات، آینده تحصیلی، پیدا کردن شغل و اتفاقات احتمالی آینده فکر می‌کند و نمی‌تواند ذهن خود را آرام کند.

وقتی ترس ناگهان از راه می‌رسد؛ اختلال پانیک در اختلال پانیک، فرد حملات ناگهانی و تکرارشونده‌ای از ترس شدید را تجربه می‌کند. این حملات ممکن است با تپش قلب، لرزش، تنگی نفس، سرگیجه، احساس خفگی یا ترس شدید از دست دادن کنترل همراه باشند. پس از حمله نیز ممکن است فرد دائماً نگران تکرار آن

اضطراب بخشی طبیعی از زندگی انسان است. نگرانی پیش از امتحان، استرس قبل از ارائه یا ترس هنگام روبه‌رو شدن با یک موقعیت ناشناخته، تجربه‌هایی هستند که بسیاری از افراد در طول زندگی دارند. اما زمانی که ترس و نگرانی شدید، مداوم یا کنترل‌ناپذیر شود و در فعالیت‌های روزمره، تحصیل، کار یا روابط اجتماعی اختلال ایجاد کند، ممکن است با یک اختلال اضطرابی روبه‌رو باشیم.

اختلالات اضطرابی یک بیماری واحد نیستند، بلکه مجموعه‌ای از اختلالات مختلف‌اند که هرکدام الگوی خاصی از ترس، نگرانی یا اجتناب را ایجاد می‌کنند. در ادامه، مهم‌ترین اختلالات این گروه را به زبان ساده مرور می‌کنیم.

اختلالات اضطرابی کدام‌اند؟
بر اساس طبقه‌بندی TR-۵-DSM، اختلالات اضطرابی شامل چندین اختلال با الگوهای متفاوت ترس، نگرانی و اجتناب هستند:

وقتی نگرانی تمام نمی‌شود؛ اختلال اضطراب فراگیر

بودن از خانه به تنهایی.
مثلاً فردی ممکن است به دلیل ترس از بروز حمله اضطرابی، به تنهایی سوار مترو نشود یا از رفتن به مراکز خرید شلوغ اجتناب کند.
اختلالات اضطرابی در کودکان و سایر شکل‌های آن

برخی اختلالات اضطرابی می‌توانند در دوران کودکی و نوجوانی نیز بروز کنند. در اختلال اضطراب جدایی، فرد نسبت به جدا شدن از شخصی که به او وابستگی عاطفی دارد، اضطراب شدیدی تجربه می‌کند. برخلاف تصور رایج، اضطراب جدایی فقط مخصوص کودکان نیست و می‌تواند در سنین مختلف دیده شود.

در سکوت انتخابی نیز کودک توانایی صحبت کردن دارد، اما در برخی موقعیت‌های اجتماعی، مانند مدرسه یا حضور در جمع افراد ناآشنا، به طور مداوم صحبت نمی‌کند. این وضعیت معمولاً با اضطراب اجتماعی ارتباط دارد.

علاوه بر این موارد، علائم اضطرابی ممکن است در ارتباط با مصرف یا ترک برخی مواد یا داروها ایجاد شوند. همچنین بعضی بیماری‌های جسمانی می‌توانند با علائم اضطرابی همراه باشند. در چنین شرایطی، ارتباط علائم با مصرف ماده، دارو یا یک وضعیت پزشکی مشخص مورد بررسی قرار می‌گیرد.

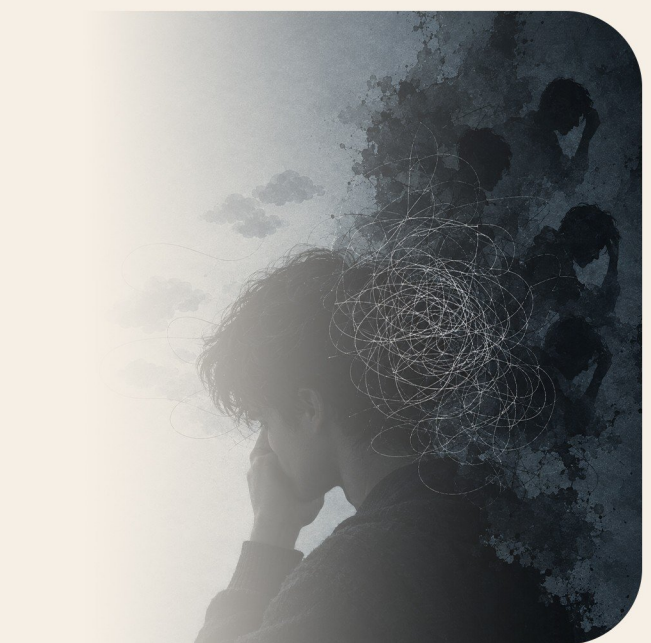
در برخی موارد نیز فرد علائم قابل توجه اضطرابی دارد، اما الگوی علائم دقیقاً با معیارهای یکی از اختلالات اصلی مطابقت ندارد یا اطلاعات کافی برای تعیین نوع دقیق اختلال وجود ندارد. در این شرایط، متخصص می‌تواند از عناوین «سایر اختلالات اضطرابی مشخص» یا «اختلال اضطرابی نامشخص» استفاده کند.

این عناوین بیشتر در طبقه‌بندی و تشخیص بالینی کاربرد دارند؛ بنابراین برای آشنایی عمومی، تمرکز اصلی معمولاً بر اختلالاتی مانند اضطراب فراگیر، پانیک، اضطراب اجتماعی، فوبیای خاص و آگورافوبیا قرار می‌گیرد.

نقش کاردرمانی در اختلالات اضطرابی
کاردرمانی در حوزه سلامت روان بر کمک به فرد برای مشارکت مؤثرتر در فعالیت‌ها و نقش‌های مهم زندگی تمرکز دارد. در اختلالات اضطرابی، کاردرمانگر می‌تواند در کنار سایر اعضای تیم درمان، به فرد در سازماندهی فعالیت‌های روزمره، تقویت مهارت‌های مقابله‌ای و افزایش مشارکت در فعالیت‌های معنادار کمک کند.

از آنجا که اضطراب می‌تواند باعث اجتناب از فعالیت‌هایی مانند حضور در دانشگاه، ارتباط با دوستان، خرید یا استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی شود، کاردرمانی می‌تواند بر بازگشت تدریجی فرد به فعالیت‌های روزمره و افزایش مشارکت تمرکز کند. برنامه‌ریزی فعالیت‌ها، ایجاد ساختار مناسب برای روز، مدیریت استرس و تنظیم فعالیت و استراحت می‌تواند بخشی از این مداخلات باشند.

با وجود ظرفیت کاردرمانی در حمایت از سلامت روان و مشارکت در فعالیت‌های زندگی، شواهد



باشد.

برای مثال، فردی ممکن است ناگهان در اتوبوس دچار تپش شدید قلب و تنگی نفس شود و تصور کند اتفاق خطرناکی در حال رخ دادن است. پس از آن نیز ممکن است از سوار شدن دوباره به اتوبوس بترسد.

اضطراب اجتماعی؛ ترس از نگاه دیگران
اضطراب اجتماعی فراتر از خجالتی بودن است. فرد در موقعیت‌هایی که ممکن است در آنها توسط دیگران دیده یا قضاوت شود، اضطراب و ترس شدیدی را تجربه می‌کند. صحبت کردن در جمع، ارائه کلاسی، آشنا شدن با افراد جدید یا حتی غذا خوردن در حضور دیگران می‌تواند برای او دشوار باشد.

برای نمونه، دانشجویی ممکن است آن قدر از قضاوت شدن هنگام ارائه کلاسی بترسد که با وجود آماده بودن، از ارائه خودداری کند.

فوبیای خاص؛ وقتی یک موقعیت یا شیء ترسناک می‌شود

فوبیای خاص به ترس شدید و قابل توجه از یک شیء یا موقعیت مشخص گفته می‌شود؛ مانند ارتفاع، پرواز، برخی حیوانات، خون یا تزریق. این ترس معمولاً باعث می‌شود فرد از موقعیت موردنظر دوری کند.

برای مثال، فردی ممکن است با دیدن یک سگ کوچک چنان مضطرب شود که مسیر خود را عوض کند تا با آن روبه‌رو نشود.

آگورافوبیا؛ ترس از موقعیت‌هایی که راه خروج از آنها دشوار به نظر می‌رسد

آگورافوبیا فقط به معنی «ترس از فضای باز» نیست. در این اختلال، فرد ممکن است از موقعیت‌هایی بترسد که احساس می‌کند در صورت بروز اضطراب یا حمله پانیک، خروج از آنها دشوار است یا کمک سریع در دسترس نیست؛ مانند استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی، حضور در مکان‌های شلوغ یا بیرون

اختصاصی درباره اثربخشی آن در اختلالات اضطرابی هنوز محدود و ناهمگون است. بنابراین، کاردرمانی بهتر است جایگزین درمان‌های اصلی روان‌شناختی یا دارویی نباشد، بلکه در قالب یک رویکرد تیمی و در کنار سایر خدمات درمانی مورد استفاده قرار گیرد.

از دیدگاه کاردرمانی، هدف نهایی تنها «کم شدن اضطراب» نیست؛ بلکه مهم است فرد بتواند با وجود اضطراب، دوباره به زندگی روزمره، تحصیل، کار، روابط اجتماعی و فعالیت‌های معنادار خود بازگردد.

فاطمی شریفی



۴

اختلال اضطراب اجتماعی: وقتی نگاه دیگران سنگین می‌شود



اجتماعی را برای خود بسیار دشوار ببینند. در مواجهه با این اختلال، نکته مهم این است که اضطراب اجتماعی را با خجالتی بودن یکی ندانیم. ممکن است فردی خجالتی باشد و با وجود احساس ناراحتی، همچنان در یک مهمانی یا کلاس درس حاضر شود. اما در اختلال اضطراب اجتماعی، ترس و اضطراب معمولاً شدیدتر و پایدارتر است و می‌تواند بر عملکرد تحصیلی، شغلی و اجتماعی فرد تأثیر قابل‌توجهی بگذارد. وقتی ذهن منتقدگر قوی می‌شود

تصور کنید استاد از شما می‌خواهد چند دقیقه در کلاس صحبت کنید. به موضوع مسلط هستید، اما چند لحظه قبل از شروع، قلبتان تند می‌تپد، دست‌هایتان می‌لرزد و عرق می‌کنید. حس می‌کنید تمام مطالب از ذهنتان پریده است. شاید فکری مانند «اگر خراب کنم چه؟»، «اگر استرسم نگذارد صحبت کنم چه؟» یا «شاید به اندازه کافی به مطلب مسلط نیستم» به ذهنتان خطور کند. برای بسیاری از ما این تجربه آشناست. اضطراب



شکستن این چرخه یکی از بخش‌های مهم درمان اختلال اضطراب اجتماعی است. چه چیزی باعث اضطراب اجتماعی می‌شود؟ پاسخ ساده‌ای برای این سؤال وجود ندارد. اضطراب اجتماعی نتیجه یک عامل واحد نیست و ترکیبی از عوامل روان‌شناختی، زیستی و محیطی می‌تواند در شکل‌گیری آن نقش داشته باشد. برخی افراد ممکن است آمادگی زیستی یا ویژگی‌های خلقی داشته باشند که آن‌ها را نسبت به اضطراب آسیب‌پذیرتر کند. تجربه‌های ناخوشایندی مانند طرد شدن، تمسخر یا موقعیت‌های اجتماعی منفی نیز می‌توانند بر نگرش فرد نسبت به خود و دیگران تأثیر بگذارند. همچنین باورهایی مانند «من به اندازه کافی خوب نیستم» یا «دیگران حرف‌های من را قبول نمی‌کنند» می‌توانند در تداوم اضطراب اجتماعی نقش داشته باشند. بهتر است اضطراب اجتماعی را به ضعف شخصیت، کمبود اعتمادبه‌نفس یا خجالتی بودن محدود نکنیم. چنین برداشت‌هایی نه تنها دقیق نیستند، بلکه ممکن است فرد را به سرزنش کردن خود سوق دهند.

هزینه‌ای که دیده نمی‌شود: یکی از مهم‌ترین پیامدهای اضطراب اجتماعی، فرصت‌هایی است که فرد به تدریج از دست می‌دهد. دانشجویی را تصور کنید که ایده خوبی در ذهن دارد، اما به دلیل ترس از قضاوت شدن، آن را در کلاس مطرح نمی‌کند؛ یا دانشجویی که از ارائه دادن اجتناب می‌کند، در فعالیت‌های گروهی کمتر شرکت می‌کند و ترجیح می‌دهد از موقعیت‌هایی که نیازمند تعامل با دیگران هستند فاصله بگیرد.

در نگاه اول، ممکن است به نظر برسد که فرد فقط یک ارائه، یک گفت‌وگو یا یک موقعیت اجتماعی را از دست داده است. اما اگر این اجتناب تکرار شود، تأثیر آن می‌تواند گسترده‌تر باشد. مشارکت فرد در نقش دانشجویی، ارتباط با همکلاسی‌ها، فعالیت‌های گروهی و حتی برخی فعالیت‌های مهم روزمره ممکن است تحت تأثیر قرار بگیرد. به این ترتیب، اضطراب اجتماعی فقط یک

اضطراب اجتماعی فقط به واکنش‌های بیرونی فرد محدود نمی‌شود. بخش مهمی از این فرایند به افکار و ارزیابی‌های درونی او مربوط است. پیش از یک رویداد اجتماعی، فرد ممکن است بارها سناریوی آن موقعیت را در ذهن خود مرور کند و حتی رفتار و واکنش دیگران را پیش بینی کند. پس از پایان رویداد نیز ممکن است بارها اتفاقات را مرور کند و از خود بپرسد: «چرا آن جمله را گفتم؟» یا «آیا درست بود که این را بگویم؟»

این چرخه فکری می‌تواند اضطراب را تشدید کند. فرد نه تنها از خود موقعیت، بلکه از واکنش احتمالی دیگران نیز نگران می‌شود. بدن نیز در پاسخ به اضطراب وارد حالت آماده باش می‌شود و علائمی مانند افزایش ضربان قلب، سرخ شدن صورت، تعریق، لرزش دست و صدا و تنفس بریده‌بریده ممکن است ایجاد شوند.

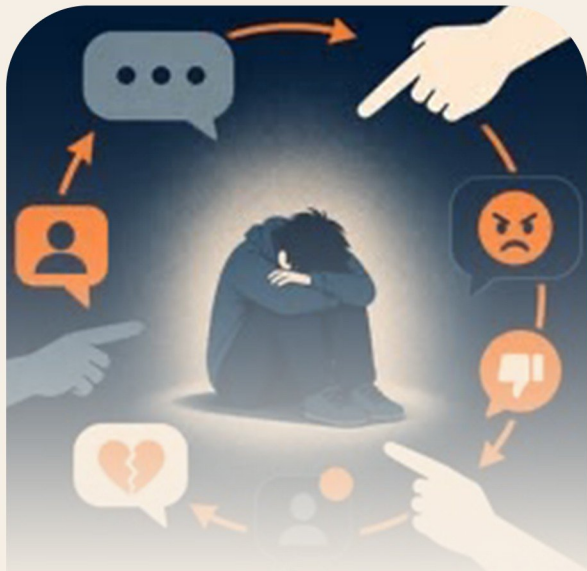
چرا فرار می‌کنیم؟

وقتی موضوعی باعث ترس ما می‌شود، طبیعی است که بخواهیم از آن فاصله بگیریم. اگر صحبت کردن در جمع مضطربمان کند، ممکن است صحبت نکنیم؛ اگر مهمانی برایمان ترسناک باشد، ممکن است نرویم؛ و اگر تماس تلفنی دشوار باشد، شاید ترجیح دهیم پیام بدهیم.

مغز ما تمایل دارد از تنش و ناراحتی دور شود. مسئله اینجاست که اجتناب و فرار می‌توانند در کوتاه‌مدت احساس آرامش ایجاد کنند، اما در بلندمدت اضطراب را تقویت کنند. پس از اجتناب از یک موقعیت، مغز ممکن است این‌گونه نتیجه‌گیری کند: «این شرایط واقعاً خطرناک بوده و با دور شدن از آن احساس امنیت کردم.» بنابراین، در موقعیت مشابه بعدی، احتمال دارد ذهن تمایل بیشتری به اجتناب نشان دهد. به این ترتیب، چرخه‌ای شکل می‌گیرد:

اجتناب بیشتر → تقویت ترس → آرامش کوتاه مدت → اجتناب بیشتر → افزایش اضطراب





احساس ناخوشایند در یک موقعیت خاص نیست. این اختلال می‌تواند بر نحوه حضور و مشارکت فرد در زندگی روزمره اثر بگذارد. برای مثال، دانشجویی که از ترس قضاوت شدن از شرکت در فعالیت‌های گروهی خودداری می‌کند، ممکن است به تدریج بخشی از تجربه دانشگاهی خود را از دست بدهد. این مسئله می‌تواند بر شکل‌گیری روابط اجتماعی، تجربه نقش دانشجویی، استفاده از فرصت‌های یادگیری و مشارکت در فعالیت‌هایی که برای او معنادار هستند تأثیر بگذارد.

از این زاویه، توجه به مشارکت اهمیت زیادی پیدا می‌کند. هدف تنها این نیست که فرد در یک موقعیت اجتماعی اضطراب کمتری تجربه کند؛ بلکه مهم است بتواند دوباره در فعالیت‌ها و نقش‌هایی که برای زندگی‌اش اهمیت دارند حضور پیدا کند.

برای یک دانشجو، این مسیر ممکن است از یک گفت‌وگوی کوتاه با همکلاسی شروع شود، به شرکت در یک فعالیت گروهی برسد و در نهایت به ارائه دادن در کلاس یا مشارکت فعال‌تر در محیط دانشگاه منتهی شود. بنابراین، در کاردرمانی نیز توجه فقط به اضطراب نیست؛ بلکه به این مسئله است که اضطراب چگونه زندگی روزمره و مشارکت فرد را تحت تأثیر قرار داده است و چگونه می‌توان به او کمک کرد تا دوباره در فعالیت‌ها و نقش‌های مهم زندگی خود حضور داشته باشد.

اختلال اضطراب اجتماعی همچنین می‌تواند همراه با مشکلات دیگری مانند افسردگی یا سایر اختلالات اضطرابی باشد. به همین دلیل، توجه و رسیدگی به آن اهمیت زیادی دارد.

با اضطراب اجتماعی چه می‌توان کرد؟ آگاهی از الگوی اضطراب و شناخت موقعیت‌هایی که باعث تشدید آن می‌شوند، می‌تواند نخستین گام برای مدیریت آن باشد. ابتدا می‌توان موقعیت‌هایی را که باعث ایجاد اضطراب می‌شوند شناسایی کرد؛ چه چیزی باعث اضطراب شما می‌شود؟ علائم اضطراب‌تان چگونه خود را نشان می‌دهند؟ هنگام اضطراب چه رفتاری از خود نشان می‌دهید؟

وقتی این الگوها را بشناسیم، مقابله با آن‌ها آسان‌تر می‌شود. یکی از اصول مهم درمان شناختی‌رفتاری، مواجهه تدریجی با موقعیت‌های اضطراب‌زاست؛ نه به این معنا که فرد خود را در سخت‌ترین موقعیت قرار دهد، بلکه با قدم‌های کوچک و قابل‌تحمل شروع کند و به تدریج دامنه مشارکت خود را گسترش دهد.

در این مسیر، هدف فقط کاهش اضطراب نیست؛ بلکه بازگشت فرد به فعالیت‌ها، نقش‌ها و موقعیت‌هایی است که برای او معنا و اهمیت دارند.

اینجاست که نگاه کاردرمانی نیز می‌تواند در کنار سایر رویکردهای درمانی معنا پیدا کند. کاردرمانگر

به این موضوع توجه می‌کند که اضطراب اجتماعی چگونه بر عملکرد فرد در فعالیت‌های روزمره و مشارکت او در نقش‌های مختلف زندگی تأثیر گذاشته است. کاردرمانگر می‌تواند با توجه به نیازها و اهداف فرد، به شناسایی موانع مشارکت، تنظیم فعالیت‌ها و ایجاد مسیرهای تدریجی و متناسب برای بازگشت به فعالیت‌های معنادار کمک کند.

هدف لزوماً این نیست که اضطراب را به صفر برسانیم؛ هدف این است که یاد بگیریم با وجود اضطراب، کارهایی را که برای زندگی‌مان مهم هستند انجام دهیم.

هر فکری که در ذهنمان می‌گذرد را نباید باور کنیم. ذهن مضطرب با قطعیت زیادی صحبت می‌کند: «حتماً خراب می‌کنم!» یا «اگر اشتباه کنم، دیگران درباره من بد فکر می‌کنند.»

اما هر فکری لزوماً واقعیت ندارد. در چنین موقعیت‌هایی از خود بپرسید: «چه شواهدی دارم که این اتفاق خواهد افتاد؟» یا «اگر دوستم در چنین موقعیتی بود، آیا من هم همین فکرها را درباره او می‌کردم؟»

درمان شناختی‌رفتاری نیز از همین ایده استفاده می‌کند؛ یعنی شناسایی و بررسی افکار منفی و غیرواقع‌بینانه و جایگزین کردن آن‌ها با برداشت‌هایی واقع‌بینانه‌تر.

وقتی مضطربیم، بیش از حد خودمان را زیر نظر می‌گیریم. گویی یک صحنه تئاتر است که چراغ مستقیماً روی ما افتاده و همه به ما توجه می‌کنند. اما قرار نیست هر لحظه خودمان را ارزیابی کنیم. ارزیابی مداوم خود می‌تواند کیفیت تعامل را نیز کاهش دهد.

لازم نیست همیشه بهترین جمله را بگوییم. اگر در گفت‌وگو مکث کردیم، نیازی نیست دستپاچه شویم. مکث کردن بخشی طبیعی از ارتباط انسانی است. در واقع، بهتر است از خودمان انتظار بی‌نقص بودن نداشته باشیم.

هنگام اضطراب، بدن نیز شروع به واکنش

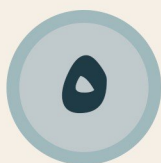
نشان دادن می‌کند و وارد حالت آماده‌باش می‌شود. تمرین‌های تنفسی و تکنیک‌های آرام‌سازی می‌توانند به مدیریت این نشانه‌ها کمک کنند. البته این تمرین‌ها به‌تنهایی کافی نیستند و بهتر است در کنار سایر روش‌های درمانی مورد استفاده قرار گیرند. همچنین خواب کافی، فعالیت بدنی منظم و ارتباط با افراد حمایتگر، بخشی از مراقبت کلی از سلامت روان هستند.

و اگر به کمک بیشتری نیاز داشتیم؟ خودیاری می‌تواند شروع خوبی باشد، اما قرار نیست به‌تنهایی همه مسائل را حل کند. اگر اضطراب اجتماعی باعث اجتناب از تحصیل، شغل، روابط یا فعالیت‌های روزمره شده است، مراجعه به متخصصان سلامت روان می‌تواند قدم مهمی باشد.

بسته به نیاز فرد، روان‌شناس، روان‌پزشک و سایر اعضای تیم درمان می‌توانند در مسیر مدیریت و درمان این اختلال نقش داشته باشند. کاردرمانگر نیز می‌تواند با تمرکز بر عملکرد، فعالیت‌های روزمره، نقش‌ها و مشارکت اجتماعی، به فرد در بازگشت تدریجی به زندگی معنادار کمک کند.

در نهایت، هدف این است که اضطراب به جای ما برای زندگی‌مان تصمیم نگیرد؛ بلکه بتوانیم با شناخت محدودیت‌ها و نیازهای خود، دوباره فعالیت‌ها و نقش‌هایی را که برایمان مهم هستند انتخاب کنیم و در آن‌ها مشارکت داشته باشیم.

آندیا سلطان زاده



وقتی زنگ اختطار، بدون خطر به صدادری آید



نگرانی قابل‌شناسایی مربوط است؛ اما در حمله پانیک، تغییرات بدنی و احساس ترس خودشان به مرکز توجه تبدیل می‌شوند. با این حال، تجربه یک حمله پانیک به‌تنهایی به معنای ابتلا به اختلال پانیک نیست. زمانی اهمیت بالینی آن بیشتر می‌شود که پس از حملات، نگرانی مداوم درباره حمله بعدی، تغییر رفتار برای جلوگیری از آن یا محدودیت قابل‌توجه در زندگی ایجاد شود.

چرخه‌ای که خودش را تقویت می‌کند حمله پانیک را می‌توان به‌صورت یک چرخه

پانیک؛ موج ناگهانی ترس حمله پانیک یا حمله وحشت‌زدگی، موجی ناگهانی و شدید از ترس یا ناراحتی است که می‌تواند در عرض چند دقیقه به اوج برسد و با مجموعه‌ای از نشانه‌های جسمانی و شناختی همراه شود. شدت این تجربه لزوماً با وجود یک خطر واقعی متناسب نیست؛ ممکن است فرد احساس کند اتفاقی بسیار خطرناک در حال رخ دادن است، حتی زمانی که محرک واضحی وجود ندارد.

اضطراب معمولاً بیشتر به آینده و یک تهدید یا

تنگی نفس شدید، غش، ضعف یا بی‌حسی ناگهانی یک‌طرفه، اختلال گفتار یا سایر علائم نگران‌کننده، ارزیابی پزشکی اهمیت دارد. برخی مشکلات قلبی، ریوی، عصبی و غدد درون‌ریز، همچنین مسمومیت دارویی یا محرومیت از برخی مواد، می‌توانند علائمی شبیه پانیک ایجاد کنند.

بنابراین «پانیک بودن» و «واقعی بودن علامت جسمانی» دو مفهوم متضاد نیستند. علائم ممکن است واقعاً احساس شوند، اما معنای فاجعه‌آمیزی که فرد به آن‌ها نسبت می‌دهد، لزوماً درست نیست.

چرا پانیک شکلی می‌گیرد؟

پانیک معمولاً علت واحدی ندارد و می‌توان آن را حاصل تعامل چند دسته عامل دانست. در شکل‌گیری آن ممکن است مؤلفه‌های ژنتیکی، سابقه خانوادگی اختلالات اضطرابی یا خلقی، حساسیت به نشانه‌های بدنی، سابقه مشکلات تنفسی، سیگارکشیدن و برخی تجربه‌های استرس‌زا نقش داشته باشند. همچنین، برخی عوامل خطر در زنان شیوع بیشتری دارند. در یک نگاه یکپارچه، می‌توان سه لایه را در نظر گرفت:

۱. استعداد زیستی: حساسیت بدنی و آمادگی فرد برای واکنش شدید به تغییرات فیزیولوژیک.

۲. عوامل روان‌شناختی و یادگیری: باورهای فرد درباره خطر و نشانه‌های بدنی، تجربه‌های قبلی، الگوهای یادگیری و شیوه تفسیر احساسات جسمانی.

۳. شرایط فعلی زندگی: فشار کاری، کم‌خوابی، مصرف محرک‌ها، تغییرات مهم زندگی و سایر عوامل استرس‌زا.

وجود یک عامل خطر به معنای قطعی بودن ابتلا نیست؛ بلکه عوامل مختلف در کنار ویژگی‌های فردی و شرایط زندگی معنا پیدا می‌کنند.

آگورافوبیا؛ وقتی دنیا کوچک‌تر می‌شود

در برخی افراد، ترس از گرفتارشدن در موقعیت‌هایی شکل می‌گیرد که فرارکردن یا دریافت کمک در آن‌ها دشوار به نظر می‌رسد. به این وضعیت آگورافوبیا گفته می‌شود.

رانندگی یا سفر به‌تنهایی، حضور در مکان‌های شلوغ، استفاده از وسایل حمل‌ونقل عمومی، نشستن دور از خروجی در سینما یا حضور در موقعیت‌هایی که امکان ترک سریع آن‌ها دشوار است، می‌توانند برای فرد اضطراب‌زا باشند.

برخی افراد برای احساس امنیت به حضور یک «فرد امن» نیاز پیدا می‌کنند. برخی دیگر به تدریج از فعالیت‌هایی مانند ورزش که ضربان قلب را افزایش می‌دهند، فاصله می‌گیرند یا از موقعیت‌هایی که احتمال تجربه نشانه‌های جسمانی در آن‌ها وجود دارد، اجتناب می‌کنند.

پس از نخستین حمله، فرد ممکن است نسبت به تغییرات بدنی حساس‌تر شود. تپش قلب پس از بالا رفتن از پله، گرما، کم‌خوابی، مصرف

سریع در نظر گرفت. این چرخه ممکن است با یک احساس بدنی، تغییر فیزیولوژیک یا حتی یک فکر ناگهانی آغاز شود. فرد این تجربه را به عنوان نشانه‌ای از خطر تفسیر می‌کند؛ ترس افزایش می‌یابد، سیستم عصبی خودمختار فعال‌تر می‌شود و نشانه‌های جسمانی شدیدتری ایجاد می‌شوند. سپس فرد همین نشانه‌ها را دوباره به عنوان شاهدهی برای وجود خطر تفسیر می‌کند و چرخه ادامه پیدا می‌کند.

در این میان، پایش مداوم بدن و رفتارهای اطمینان‌بخش نیز می‌توانند چرخه را تقویت کنند. بررسی مداوم نبض، ترک سریع محیط یا تماس فوری با فردی دیگر ممکن است در کوتاه مدت اضطراب را کاهش دهد؛ اما در بلندمدت می‌تواند به شکل‌گیری اضطراب انتظاری و افزایش اجتناب منجر شود.

در نتیجه، ذهن ممکن است به این نتیجه برسد که:

«این احساس واقعاً خطرناک است.»

گاهی این تفسیرهای فاجعه‌آمیز نادرست‌اند، اما تجربه جسمانی فرد کاملاً واقعی است.

وقتی بدن، پیام خطر می‌فرستد

نشانه‌های حمله پانیک کاملاً واقعی‌اند و ممکن است شدت زیادی داشته باشند. تپش قلب، تعریق، لرزش، تنگی نفس یا احساس خفگی، احساس گرفتگی گلو، درد یا ناراحتی قفسه سینه، تهوع، سرگیجه، گرگرفتگی یا لرز، بی‌حسی و گزگز از جمله نشانه‌های احتمالی هستند.

در کنار این علائم، نشانه‌های شناختی و ادراکی نیز ممکن است ظاهر شوند؛ از جمله احساس گسست از واقعیت، ترس از مردن، از دست دادن کنترل یا «دیوانه‌شدن».

شدت این نشانه‌ها می‌تواند فرد را متقاعد کند که به یک بیماری جسمانی جدی مبتلا شده است. این نگرانی، به‌خصوص در نخستین تجربه شدید یا غیرمعمول، قابل درک است؛ اما هر علامت جدید یا شدید را نباید خودکار به پانیک نسبت داد.

در صورت بروز درد نگران‌کننده قفسه سینه،



مواجهه معمولاً از موقعیتهایی با اضطراب کمتر آغاز می‌شود و به تدریج به موقعیتهای دشوارتر می‌رسد.

تنفس؛ تنظیم، نه اطمینان‌گیری

در پانیک، تنفس سریع و سطحی می‌تواند احساس تنگی نفس، سرگیجه و گزگز را تشدید کند. آموزش تنفس می‌تواند بخشی از درمان باشد؛ اما بهتر است به ابزاری برای افزایش توانایی تنظیم و تحمل تجربه تبدیل شود، نه یک «شرط اطمینان» که فرد احساس کند بدون آن حتماً حمله رخ خواهد داد.

تنفس آرام و طبیعی و پرهیز از نفس‌نفس‌زدن یا تنفس‌های بسیار عمیق و سریع می‌تواند مفید باشد.

درمان همیشه فقط دارو نیست

درمان پانیک ممکن است شامل روان‌درمانی، دارودرمانی یا ترکیبی از هر دو باشد. انتخاب روش درمان به شدت و مدت علائم، بیماری‌های هم‌زمان، ترجیح فرد، سابقه درمان و ارزیابی پزشک یا روان‌پزشک بستگی دارد.

هیچ دارویی نباید به‌صورت خودسرانه شروع، قطع یا کم‌وزیاد شود. همچنین بازگشت برخی علائم لزوماً به معنای شکست درمان نیست.

در کنار درمان، پیشگیری از عود نیز اهمیت دارد. فرد می‌تواند نشانه‌های هشدار شخصی خود را بشناسد، در صورت بازگشت علائم ثبت حملات را از سر بگیرد، مهارت‌های شناختی و مواجهه‌ای را مرور کند و در صورت گسترش دوباره اجتناب، زودتر از درمانگر کمک بگیرد.

پانیک؛ سایه‌ای که از زندگی روزمره دور می‌شود

یک حمله پانیک گاهی تنها چند دقیقه طول می‌کشد، اما ترس از بازگشت آن می‌تواند ساعت‌ها، روزها و حتی مسیر زندگی یک انسان را تحت تأثیر قرار دهد.

درست از همین نقطه است که کاردرمانی، نگاه خود را فراتر از «حمله» می‌برد و به «زندگی پس از ترس» می‌رسد.

ترس از حمله ممکن است به اجتناب از بیرون

کافئین یا استرس ممکن است به‌عنوان علامت خطر تفسیر شود.

در چنین شرایطی، فرد ممکن است برای جلوگیری از حمله به رفتارهای ایمنی روی بیاورد؛ رفتارهایی که احساس امنیت ایجاد می‌کنند، اما در عین حال فرصت تجربه و تحمل احساسات بدنی ناخوشایند را کاهش می‌دهند.

مهم است بدانیم که تکرار حمله پانیک لزوماً به «ضعف اراده» مربوط نیست؛ بلکه می‌تواند نتیجه تعامل عوامل زیستی، روان‌شناختی و محیطی باشد.

درمان؛ تغییر چرخه، نه جنگیدن با ترس

درمان شناختی-رفتاری (CBT) یکی از رویکردهای اصلی در درمان پانیک است. برنامه‌های درمانی مبتنی بر رویکرد بارلو و کراسک بر آموزش درباره پانیک، ثبت حملات و اضطراب، شناسایی چرخه اضطراب، بازسازی شناختی، مواجهه با نشانه‌های جسمانی و موقعیتهای اضطراب‌زا، کاهش رفتارهای اجتنابی و پیشگیری از عود تأکید دارند.

فرایند درمان با ارزیابی و مفهوم‌پردازی فردی آغاز می‌شود. در این مرحله، نشانه‌ها، محرک‌ها، افکار، رفتارهای ایمنی و الگوهای اجتناب شناسایی می‌شوند.

سپس فرد یاد می‌گیرد افکار فاجعه‌آمیز خود را نه به‌عنوان واقعیت، بلکه به‌عنوان فرضیه‌هایی قابل بررسی ببیند. هدف، حذف کامل افکار منفی نیست؛ بلکه کاهش قطعیت تفسیرهای فاجعه‌آمیز و افزایش توانایی فرد برای بررسی شواهد و آزمودن پیش‌بینی‌های خود است.

ثبت حملات؛ تبدیل یک فاجعه مبهم به مجموعه‌ای از اجزای قابل مشاهده

ثبت حملات می‌تواند به فرد کمک کند تجربه‌ای مبهم و ترسناک را به اجزای مشخص‌تری تقسیم کند. مواردی مانند نخستین علامت یا فکر، شدت ترس، علائم اصلی، فاجعه‌آمیزترین فکر، رفتارهای مقابله‌ای یا اطمینان‌بخش، مدت حمله و نحوه پایان آن می‌توانند ثبت شوند.

پس از آن، پیش‌بینی اولیه فرد با آنچه واقعاً اتفاق افتاده است مقایسه می‌شود. این کار به شناسایی الگوهای فکری و رفتاری کمک می‌کند.

مواجهه؛ ماندن به جای فرار

مواجهه یکی از بخش‌های مهم درمان پانیک است. منظور از مواجهه، روبه‌روشدن برنامه‌ریزی شده و تدریجی با چیزی است که فرد از آن می‌ترسد، به جای تلاش مداوم برای حذف فوری اضطراب.

این مواجهه می‌تواند هم با نشانه‌های جسمانی و هم با موقعیتهای آگورافوبیک انجام شود.

هدف، «صفر کردن اضطراب» نیست؛ بلکه این است که فرد یاد بگیرد می‌تواند احساس ترس و اضطراب را تجربه و تحمل کند و بدون اتکای افراطی به رفتارهای ایمنی، به فعالیت خود ادامه دهد.

رفتن، حضور در جمع، کار، تحصیل یا حتی انجام فعالیت‌هایی منجر شود که زمانی بخش طبیعی زندگی فرد بوده‌اند. در چنین شرایطی، کاردرمانگر تلاش می‌کند به یک پرسش اساسی پاسخ دهد:

پانیک چگونه زندگی روزمره این فرد را تغییر داده است؟

کاردرمانگر با بررسی عادت‌ها، روتین‌های روزانه، نقش‌های فردی و فعالیت‌هایی که فرد به دلیل ترس از آن‌ها فاصله گرفته است، تصویری جامع از تأثیر پانیک بر عملکرد و مشارکت او به دست می‌آورد.

سپس مداخلات، نه صرفاً با هدف کاهش علائم، بلکه با هدف بازگرداندن فرد به فعالیت‌های معنادار زندگی طراحی می‌شوند.

بر اساس رویکردهای کاردرمانی، بررسی سبک زندگی و عواملی مانند فعالیت بدنی، الگوی تغذیه، مصرف کافئین و سایر عادت‌های روزمره، همراه با پایش تأثیر تغییرات، می‌تواند بخشی از یک مداخله فردمحور باشد.

در نهایت، هدف همیشه این نیست که فرد دیگر هرگز نترسد؛ گاهی مهم‌تر آن است که دوباره بتواند، حتی در حضور ترس، به زندگی خود ادامه دهد.

علیرضا پیری
محمد سعید محمدی

۶

فقط پنج دقیقه دیگه... و باز هم شروع نکردم!



نگاهی به چرخه اضطراب، اجتناب و اهمال‌کاری از دریچه کاردرمانی اگر می‌دانی باید شروع کنی، پس چرا فرار می‌کنی؟

یک سؤال ساده: آخرین باری که یک کار مهم داشتی، اما انجامش ندادی، واقعاً چرا شروع نکردی؟

الف) تنبل بودم.

ب) حوصله نداشتم.

ج) وقت نداشتم.

د) استرس داشتم و نمی‌دانستم از کجا شروع کنم.

اگر «الف» را انتخاب کردی، مطمئنی واقعاً تنبلی بود؟ شاید مغزت تلاش می‌کرد تو را از یک احساس ناخوشایند دور کند.

چرا درست وقتی باید شروع کنیم، همه‌چیز جذاب می‌شود؟

تصور کن فردا امتحان داری.

می‌دانی باید درس بخوانی. حتی برنامه‌اش را هم نوشته‌ای.

اما وقتی کتاب را باز می‌کنی، ناگهان به نظرت می‌رسد اتاقت خیلی نامرتب است!

بعد گوشی را چک می‌کنی.

بعد یک ویدئو می‌بینی.

بعد با خودت می‌گویی:

«فقط پنج دقیقه دیگه...»

حالا از خودت بپرس: آیا واقعاً همان لحظه دوست داشتی اتاقت را مرتب کنی؟ احتمالاً نه.

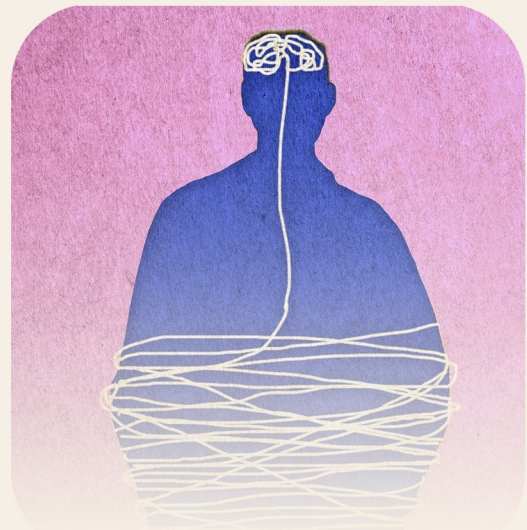
پس چه اتفاقی افتاده است؟

شروع بعضی فعالیت‌ها می‌تواند احساساتی مثل اضطراب، ترس از شکست، ترس از قضاوت یا احساس ناتوانی ایجاد کند. بنابراین، ناخودآگاه به سمت کاری می‌رویم که انجام دادنش راحت‌تر است.

یعنی مسئله همیشه این نیست که «نمی‌خواهم این کار را انجام بدهم»؛ گاهی مسئله این است که «نمی‌خواهم احساسی را که انجام دادن این کار در من ایجاد می‌کند، تجربه کنم».

در روان‌شناسی، این موضوع با مفهوم «اجتناب تجربی» (EXPERIENTIAL AVOIDANCE) توضیح داده می‌شود؛ مفهومی که در رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) مطرح است. در این حالت، فرد به جای روبه‌رو شدن با یک تجربه درونی ناخوشایند، تلاش می‌کند از آن دور شود؛ حتی اگر این فرار در بلندمدت به ضررش تمام شود.

مغز ما در این لحظه چه کار می‌کند؟ حالا کمی از خودمان فاصله بگیریم و ببینیم در



مغز چه اتفاقی می‌افتد.

وقتی یک موقعیت را تهدیدکننده یا استرس‌زا می‌بینیم، آمیگدال و شبکه‌های مرتبط با پردازش تهدید و هیجان فعال می‌شوند. مثلاً:

«باید ارائه بدم.»

ممکن است خیلی سریع تبدیل شود به:

«نکنه خراب کنم؟»

«نکنه بقیه قضاوت‌م کنن؟»

در مقابل، قشر پیش‌پیشانی در برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری، کنترل رفتار و توجه به پیامدهای آینده نقش دارد. این بخش می‌گوید: «اگر الان شروع کنم، فردا خیالم راحت‌تر

است.»

اما ذهن بین دو انتخاب گیر می‌کند:

الان سختی بکشم تا بعداً راحت باشم، یا همین حالا از احساس بد فرار کنم؟

این کشمکش را می‌توان با مفهوم تنزیل زمانی (TEMPORAL DISCOUNTING) توضیح داد؛ یعنی تمایل ما به اینکه ارزش پاداش یا آرامش فوری را بیشتر از نتیجه مثبت آینده در نظر بگیریم.

به همین دلیل، «راحتی همین الان» گاهی در رقابت با «فایده فردا» برنده می‌شود؛ نه لزوماً به این دلیل که منطقی نیستیم، بلکه چون پیامدهای فوری برایمان ملموس‌تر از پیامدهای آینده هستند.

چرا بعد از فرار کردن، یک‌دفعه «آخیش!» می‌گوییم؟

کتاب را می‌بندی، گوشی را برمی‌داری یا ارائه را کنار می‌گذاری.

کار هنوز انجام نشده، اما اضطراب کمی پایین می‌آید.

در اینجا یک بازیگر مهم وارد داستان می‌شود: دوپامین.

قبل از هر چیز، یک باور رایج اما نادرست را اصلاح کنیم: دوپامین «ماده لذت» نیست.

اگر این‌طور بود، همان لحظه‌ای که کتاب را می‌بندیم و از کار فرار می‌کنیم، باید غرق در شادی می‌شدیم. اما آن حس، بیشتر شبیه کاهش تنش است؛ مثل پایین آمدن دمای یک قابلمه در حال جوش، نه جشن گرفتن.

دوپامین را می‌توان بخشی از سیستم یادگیری و تقویت رفتار در نظر گرفت. وقتی یک رفتار با پیامد فوری همراه می‌شود، مغز می‌تواند یاد بگیرد که آن رفتار را در موقعیت‌های مشابه دوباره تکرار کند.

در اینجا، پیامد فوری این است:

«با کنار گذاشتن کار، احساس بد من کمتر شد.»

و مغز یاد می‌گیرد:

«این راه، فعلاً جواب می‌دهد؛ دفعه بعد هم می‌توانم از آن استفاده کنم.»

نکته عجیب ماجرا اینجاست: این فرایند لزوماً به پیامدهای بلندمدت رفتار توجه نمی‌کند؛ چیزی که در لحظه برجسته‌تر است، همان کاهش فوری ناراحتی است.

فردا دوباره همان کار وجود دارد.

اما این بار با یک مشکل اضافه:

وقت کمتری داریم.

پس اضطراب بیشتر می‌شود.

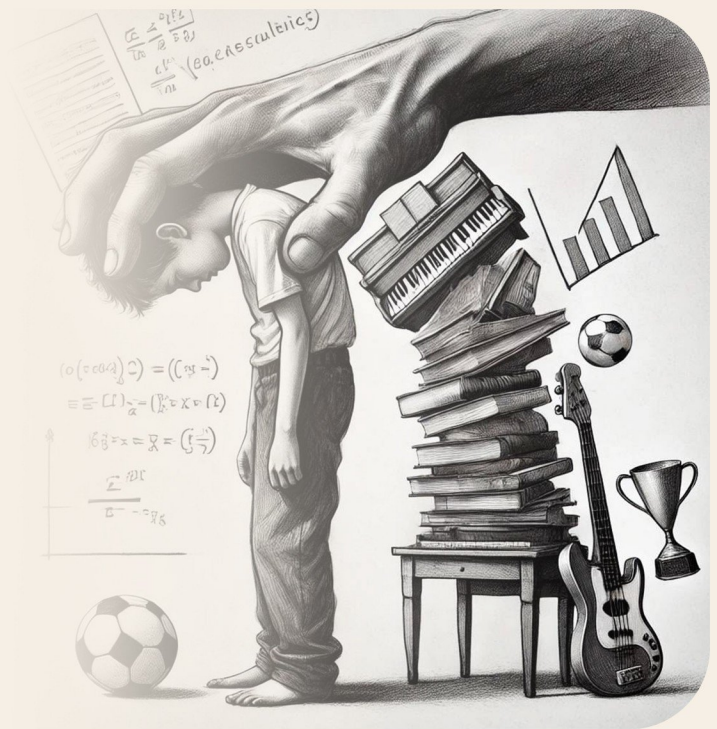
دوباره فرار می‌کنیم.

کار سخت اضطراب فرار احساس رهایی

در روان‌شناسی رفتاری، به این فرایند تقویت منفی (NEGATIVE REINFORCEMENT) گفته می‌شود؛ یعنی رفتاری به این دلیل احتمال

بیشتری برای تکرار پیدا می‌کند که یک وضعیت ناخوشایند را کاهش می‌دهد.

وقتی خودسرزنی هم وارد چرخه می‌شود

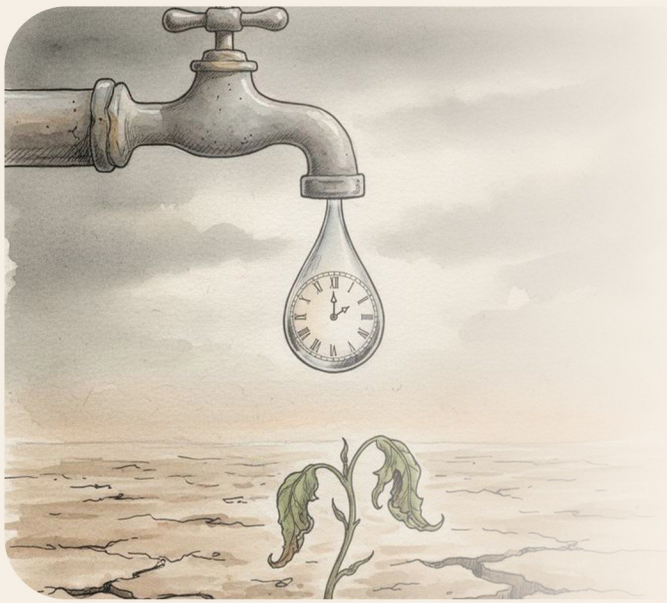


های مختلفی را در زندگی بر عهده می‌گیریم. مدل اشغال انسانی (MOHO) می‌تواند این موضوع را از زاویه دیگری توضیح دهد. وقتی فرد یک فعالیت را بارها همراه با اضطراب یا تجربه شکست انجام می‌دهد، ممکن است اراده (VOLITION) او نسبت به آن فعالیت تضعیف شود؛ یعنی احساس کنترل، علاقه و ارزشمندی آن فعالیت کم‌رنگ شود. با تکرار این تجربه، اجتناب می‌تواند به بخشی از الگوهای عادت‌گونه فرد تبدیل شود و حتی بدون تصمیم‌گیری آگاهانه اتفاق بیفتد. بنابراین، سؤال کاردرمانگر فقط این نیست که: «چرا این فرد کارش را انجام نمی‌دهد؟» بلکه می‌تواند این باشد: «چه چیزی در فعالیت، محیط یا تجربه فرد باعث شده انجام دادن این فعالیت برای او سخت شود؟» این سؤال، نگاه ما را از «مشکل در فرد» به تعامل میان فرد، فعالیت و محیط تغییر می‌دهد.

حالا چه کار کنیم؟ شاید پاسخ این نباشد که به خودمان یا مراجع بگوییم: «فقط انجامش بده!» اگر مشکل، اضطراب و اجتناب باشد، بهتر است از قدم‌های کوچک شروع کنیم: کار را کوچک کن. به جای «سه ساعت درس بخون»، بگو «فقط یک صفحه». شروع را آسان کن. وسایل را از قبل آماده کن، محیط را ساده‌تر کن و عوامل حواس‌پرتی را کاهش بده. منتظر نمان تا اضطراب کاملاً صفر شود. گاهی می‌توان با وجود کمی اضطراب، یک قدم کوچک برداشت. با خودت مثل یک دوست حرف بزن، نه یک قاضی. و مهم‌تر از همه: شروع کردن را هم موفقیت بدان. برای کسی که مدت‌ها از یک فعالیت فرار کرده، همین که دوباره شروع کند، می‌تواند اتفاق مهمی باشد. آخرین سؤال اگر واقعاً نمی‌خواهی آن کار را انجام بدهی، پس چرا فکر کردن به آن این‌قدر مضطربت می‌کند؟ نکند چیزی که از آن فرار می‌کنی، خود کار نیست؛ احساسی است که آن کار در تو ایجاد می‌کند؟ دفعه بعد که گفتی: «فقط پنج دقیقه دیگه...» قبل از اینکه کار را عقب بیندازی، چند ثانیه مکث کن و از خودت بپرس: «الان دقیقاً از چی دارم فرار می‌کنم؟ از خود کار یا از احساسی که انجام دادنش در من ایجاد

اما معمولاً یک لایه دیگر هم به این چرخه اضافه می‌شود: خودانتقادی پس از اجتناب. بیا با هم مرور کنیم. کار را کنار گذاشتی. چند ساعت گذشت. حالا شب شده و با خودت این‌طور حرف می‌زنی: «باز هم همون کار همیشگی رو کردم.» یا:

«من آدم بی‌مسئولیتم ام.» شاید فکر کنیم سرزنش کردن خودمان باعث می‌شود دفعه بعد بهتر عمل کنیم؛ اما شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که خودانتقادی شدید لزوماً به اصلاح رفتار کمک نمی‌کند و می‌تواند با افزایش هیجان‌های ناخوشایند، چرخه اجتناب را تقویت کند. خودسرزنشی خودش ناخوشایند است و فرد ممکن است برای فرار از همین احساس ناخوشایند نیز به اجتناب روی بیاورد. نتیجه این است که دفعه بعد، مغز باید با دو منبع فشار کنار بیاید: خود کار + شرم و سرزنش دفعه قبل و در نتیجه، وسوسه فرار می‌تواند قوی‌تر شود. در مقابل، افرادی که با خودشان مهربان‌ترند و به جای سرزنش می‌گویند: «اشکالی نداره. حالا از کجا شروع کنم؟» ممکن است راحت‌تر به مسیر برگردند؛ چون فشار هیجانی کمتری برای فرار کردن وجود دارد. و حالا کاردرمانی وارد داستان می‌شود اگر اضطراب و اجتناب باعث شوند فرد از فعالیت‌های مهم زندگی فاصله بگیرد، دیگر فقط با یک «عادت به عقب انداختن کارها» روبه‌رو نیستیم؛ بلکه مشارکت فرد در زندگی روزمره نیز تحت تأثیر قرار گرفته است. ما با فعالیت‌ها زندگی می‌کنیم: درس می‌خوانیم، کار می‌کنیم، از خودمان مراقبت می‌کنیم، ارتباط برقرار می‌کنیم و نقش



می‌کنه؟»

شاید مشکل همیشه این نباشد که نمی‌توانیم کاری را انجام دهیم؛ شاید هنوز راهی برای کنار آمدن با احساسی که آن کار در ما ایجاد می‌کند پیدا نکرده‌ایم.

شکستن چرخه لزوماً با حذف کامل اضطراب شروع نمی‌شود؛ گاهی با برداشتن یک قدم کوچک، حتی در حضور کمی اضطراب، آغاز می‌شود.

چون هدف نهایی فقط تمام کردن یک تکلیف نیست؛ هدف این است که دوباره بتوانیم در فعالیت‌ها و نقش‌هایی که برایمان معنا دارند، حضور داشته باشیم.

محدثه رضایی

۷

ذهن مضطرب چه می‌گوید؟



الگوهایی از تفکر گفته می‌شود که ممکن است فرد را به سمت تفسیرهای غیرمنطقی یا ناسازگار با شواهد موجود سوق دهند. البته داشتن چنین افکاری به‌تنهایی نشانه اختلال نیست. بسیاری از افراد گاهی آینده را منفی پیش‌بینی می‌کنند یا درباره قضاوت دیگران حدس می‌زنند. اهمیت بالینی زمانی بیشتر می‌شود که این الگوها مکرر و پایدار باشند و در کنار سایر علائم، موجب ناراحتی یا اختلال در عملکرد و زندگی فرد شوند.

یکی از الگوهای شناخته‌شده، فاجعه‌سازی (CAT-ASTROPHIZING) است. در این حالت، ذهن از یک احتمال ناخوشایند به سمت بدترین پیامد ممکن حرکت می‌کند؛ برای مثال: «اگر در ارائه یک جمله را فراموش کنم، همه‌چیز خراب می‌شود».

آشنایی با خطاهای شناختی در اضطراب و تأثیر آن‌ها بر زندگی روزمره

گاهی یک موقعیت کاملاً معمولی، در ذهن ما معنایی متفاوت پیدا می‌کند. قرار است در کلاس ارائه بدهیم و با خودمان می‌گوییم: «حتماً خرابش می‌کنم.» پیامی از یک دوست دریافت نکرده‌ایم و ذهنمان می‌گوید: «حتماً از دستم ناراحت شده.» یا پیش از شروع یک فعالیت جدید با خودمان می‌گوییم: «من از پسش برنمی‌آیم.» این افکار لزوماً واقعیت نیستند؛ آن‌ها تفسیر ذهن ما از یک موقعیت است. در اضطراب، پردازش اطلاعات می‌تواند بیشتر به سمت نشانه‌های تهدید و احتمال پیامدهای منفی متمایل شود.

در رویکرد شناختی-رفتاری، خطاهای شناختی به



شود و دیگران فکر می‌کنند من چیزی بلد نیستم.» در اینجا مسئله فقط منفی بودن فکر نیست، بلکه بزرگ‌نمایی احتمال یا پیامد یک اتفاق و کم‌رنگ شدن سایر نتایج ممکن است.

ذهن‌خوانی (MIND READING) زمانی رخ می‌دهد که فرد بدون شواهد کافی تصور می‌کند می‌داند دیگران درباره او چه فکری دارند؛ مثلاً: «دوستم امروز کمتر حرف زد، پس حتماً از من ناراحت است.» این نوع تفسیر، به‌ویژه در اضطراب اجتماعی، می‌تواند باعث شود رفتارهای مبهم دیگران به‌صورت منفی تعبیر شوند و در نتیجه، فرد برای پیشگیری از قضاوت شدن، از موقعیت‌های اجتماعی فاصله بگیرد.

در پیش‌بینی منفی یا آینده‌گویی (FORTUNE TELLING)، فرد درباره رویدادی که هنوز رخ نداده است، نتیجه‌ای منفی را تقریباً قطعی در نظر می‌گیرد: «قطعاً در امتحان شکست می‌خورم» یا «حتماً در مصاحبه نمی‌توانم جواب بدهم.» پژوهش‌های مربوط به اضطراب نشان می‌دهند که سوگیری در پردازش اطلاعات تهدیدآمیز و تفسیر منفی موقعیت‌های مبهم می‌تواند در تداوم علائم اضطرابی نقش داشته باشد.

تفکر همه یا هیچ (ALL-OR-NOTHING THINKING) نیز موقعیت‌ها را به دو قطب تقسیم می‌کند: موفقیت یا شکست، عالی یا افتضاح. دانشجویی که پس از یک عملکرد متوسط می‌گوید: «اگر عالی نباشم، یعنی شکست خورده‌ام»، نمونه‌ای از این الگوست. در چنین شرایطی، دستاوردهای نسبی و حالت‌های میانی کمتر دیده می‌شوند.

تعمیم افراطی (OVERGENERALIZATION) زمانی رخ می‌دهد که یک تجربه به موقعیت‌های متعدد تعمیم داده شود؛ برای مثال: «یک بار در جمع اشتباه کردم، پس من همیشه در جمع‌ها خراب می‌کنم.»

در فیلتر ذهنی (MENTAL FILTER)، توجه فرد بیشتر به بخش منفی یک تجربه معطوف می‌شود و اطلاعات مثبت یا خنثی کمتر مورد توجه

قرار می‌گیرند.

در استدلال هیجانی (EMOTIONAL REASONING) نیز احساس، به‌عنوان مدرکی برای واقعیت در نظر گرفته می‌شود: «احساس می‌کنم این موقعیت خطرناک است، پس حتماً خطرناک است.» این در حالی است که احساس اضطراب واقعی است، اما وجود آن به‌تنهایی وقوع یک تهدید را اثبات نمی‌کند.

شخصی‌سازی (PERSONALIZATION) و برچسب زنی (LABELING) نیز می‌توانند در همین چرخه دیده شوند. در شخصی‌سازی، فرد مسئولیت یک رویداد را بیش از اندازه به خود نسبت می‌دهد و در برچسب‌زنی، یک اشتباه یا عملکرد نامطلوب به قضاوتی کلی درباره خود تبدیل می‌شود؛ برای مثال: «اشتباه کردم، پس آدم بی‌عرضه‌ای هستم.» «بایدها» (SHOULD STATEMENTS) نیز قواعدی خشک و غیرمنعطف ایجاد می‌کنند؛ مانند: «من باید همیشه آرام باشم» یا «نباید هیچ‌وقت اشتباه کنم.»

نکته جالب این است که یک موقعیت واحد می‌تواند چند الگوی شناختی را به‌طور هم‌زمان فعال کند. فرض کنید دانشجویی پیش از ارائه با خود می‌گوید: «حتماً وسط ارائه یادم می‌رود چه بگویم؛ همه متوجه اضطرابم می‌شوند؛ اگر اشتباه کنم، یعنی برای این کار مناسب نیستم.» در این چند جمله، پیش‌بینی منفی، ذهن‌خوانی، فاجعه‌سازی و تفکر همه یا هیچ در هم آمیخته‌اند. همین زنجیره می‌تواند اضطراب را افزایش دهد و فرد را به اجتناب از تمرین یا حتی عدم حضور در موقعیت ارائه سوق دهد.

از دیدگاه کاردرمانی، اهمیت این موضوع فقط به فرایندهای فکری محدود نمی‌شود؛ بلکه تأثیری که این فرایندها بر انجام فعالیت‌ها و مشارکت فرد در فعالیت‌های معنادار می‌گذارند نیز اهمیت دارد. فردی که به دلیل ترس از قضاوت، از تعامل اجتماعی دوری می‌کند یا دانشجویی که به دلیل ترس از شکست، فعالیت‌های تحصیلی را به تعویق می‌اندازد، ممکن است در حوزه‌های مهمی مانند تحصیل، مشارکت اجتماعی، کار و اوقات فراغت با محدودیت مواجه شود. E-OTPF بر رابطه متقابل فرد، زمینه و درگیری در OCCUPATION و همچنین بر نقش کاردرمانی در حمایت از مشارکت در زندگی تأکید دارد.

در اینجا لازم است مرز نقش حرفه‌ای کاردرمانگر با درمان تخصصی روان‌شناختی به‌روشنی مشخص شود. CBT یکی از مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر شواهد برای برخی اختلالات اضطرابی است و بر بررسی رابطه میان افکار، احساسات و رفتار و ارزیابی مجدد تفسیرهای تهدیدآمیز تأکید دارد. کاردرمانگر، متناسب با صلاحیت حرفه‌ای خود، می‌تواند بررسی کند که اضطراب و الگوهای اجتنابی چگونه بر خودتنظیمی (SELF-REGULATION)، روتین‌ها



(ROUTINES)، عملکرد و مشارکت فرد تأثیر گذاشته‌اند و مداخلات مبتنی بر OCCUPATION را برای حمایت از مشارکت طراحی کند. در صورت نیاز به درمان تخصصی اختلال اضطرابی، همکاری با و ارجاع به متخصصان سلامت روان اهمیت دارد.

شناخت خطاهای شناختی به معنای حذف تمام افکار منفی یا وادار کردن خود به مثبت‌اندیشی نیست. سؤال مفیدتر این است: «چه شواهدی از این فکر حمایت می‌کند؟ آیا فقط یک احتمال را می‌بینم؟ آیا توضیح دیگری هم ممکن است؟» هدف، رسیدن به فکری واقع بینانه‌تر و انعطاف‌پذیرتر است؛ فکری که به فرد اجازه دهد با وجود مقداری اضطراب، همچنان در فعالیتهای مهم زندگی مشارکت کند.

شاید ذهن مضطرب همیشه دشمن ما نباشد؛ گاهی فقط سیستم هشدار است که بیش از اندازه حساس شده است.

نرگس خدابنده لوئی



فرار نکن! چرا مواجّه تدریجی می‌تواند اضطراب را کم کند؟



خطر و حفظ بقا کمک کرده است. معمولاً وقتی از چیزی می‌ترسیم، اولین واکنشمان فرار یا دور شدن از موقعیت است. در مواجهه با ترس‌هایی مانند ترس از ارتفاع، حشرات یا صحبت کردن در جمع، ممکن است

همه ما ترس‌هایی را تجربه می‌کنیم که می‌توانند تحت تأثیر عواملی مانند ژنتیک، خانواده، محیط و تجربه‌های فردی شکل بگیرند. ترس یکی از قدیمی‌ترین و بنیادی‌ترین هیجان‌های انسان است که در مسیر تکامل، به تشخیص

تصور کنیم توانایی مقابله با ترس را نداریم. بنابراین از موقعیت دور می‌شویم تا اضطرابمان کاهش پیدا کند. این آرامش، اگرچه در کوتاه مدت واقعی است، می‌تواند در بلندمدت چرخه اضطراب و اجتناب را تقویت کند. به همین دلیل، باید به یاد داشته باشیم که احساس ترس همیشه بازتاب دقیقی از میزان خطر واقعی نیست.

درست است که اجتناب و فرار در کوتاه‌مدت اضطراب را کاهش می‌دهند، اما در بلندمدت می‌توانند چرخه اضطراب را تقویت کنند. مواجهه تدریجی به فرد کمک می‌کند قدم به قدم به موقعیت ترسناک نزدیک شود و به تدریج یاد بگیرد که می‌تواند اضطراب خود را تحمل کند، بدون اینکه الزاما از موقعیت فرار کند.

همان‌طور که روزولت می‌گوید: «تنها چیزی که باید از آن بترسیم، خود ترس است.» ترس می‌تواند ما را محدود کند و باعث شود از بسیاری از تجربه‌ها و فعالیت‌های مهم زندگی فاصله بگیریم. موندی نیز می‌گوید: «کسی که از درد و رنج می‌ترسد، پیشاپیش محتمل درد و رنج می‌شود.»

به‌وسیله مواجهه تدریجی با ترس می‌توان این چرخه را به تدریج شکست و رابطه متفاوتی با اضطراب ایجاد کرد. فرد یاد می‌گیرد که صرف وجود اضطراب به معنای وجود خطر نیست و می‌تواند با وجود احساس اضطراب، بدون فرار کردن در موقعیت باقی بماند. همچنین ممکن است به تدریج متوجه شود که پیش‌بینی‌های ترسناکش همیشه اتفاق نمی‌افتند.

فراموش نکنید هدف مواجهه، از بین بردن کامل ترس نیست؛ بلکه کمک به فرد برای مدیریت اضطراب و جلوگیری از کنترل شدن رفتارها و انتخاب‌های او توسط ترس است. جوزف کنراد نیز در این باره می‌نویسد: «ترس همیشه پابرجاست. آدمی می‌تواند هر چیزی را درون خودش بکشد، عشق، نفرت و اعتقاد و ایمان و حتی تردید را؛ اما تا زمانی که آویخته به زندگی است نمی‌تواند ترس را بکشد...»

در واقع، نقشی که ترس در زندگی ما ایفا می‌کند، تا حد زیادی به این بستگی دارد که تا



چه اندازه اجازه دهیم رفتارها و انتخاب‌هایمان را تحت تأثیر قرار دهد. مسئله این نیست که هیچ ترسی احساس نکنیم؛ بلکه مهم این است که بتوانیم با وجود ترس، قدمی به سمت چیزهایی برداریم که برایمان اهمیت دارند.

برای مثال، دانشجویی را تصور کنید که از ارائه دادن در کلاس می‌ترسد. پیش از ارائه مضطرب می‌شود و تصمیم می‌گیرد در کلاس ارائه ندهد. ممکن است پس از این تصمیم، برای مدتی احساس آرامش کند؛ اما ترس او از ارائه دادن همچنان باقی می‌ماند و حتی ممکن است در موقعیت‌های بعدی شدیدتر شود. این همان چرخه‌ای است که در آن اجتناب، اگر به‌طور مداوم تکرار شود، می‌تواند در بلندمدت اضطراب را تقویت کند.

در مواجهه تدریجی، فرد به جای اجتناب کامل، با قدم‌های کوچک و متناسب با شرایط خود به موقعیت نزدیک می‌شود. برای مثال، دانشجویی که از ارائه در کلاس می‌ترسد، ممکن است ابتدا ارائه خود را برای یک دوست تمرین کند، سپس برای یک گروه کوچک صحبت کند و در نهایت در کلاس ارائه دهد. در این مسیر، فرد فرصت پیدا می‌کند تجربه کند که می‌تواند اضطراب را تحمل کند و همچنان به انجام فعالیت ادامه دهد.

با تکرار مواجهه، فرد می‌تواند اضطراب خود را بهتر مدیریت کند و اعتماد بیشتری به توانایی خود برای روبه‌رو شدن با موقعیت‌های دشوار پیدا کند. بنابراین، هدف فقط کاهش ترس و اضطراب نیست؛ بلکه تغییر رابطه فرد با اضطراب و افزایش توانایی او برای ادامه دادن فعالیت‌های مهم، با وجود احساس اضطراب،

محیط واقعی دشوار باشد، واقعیت مجازی می تواند به عنوان محیطی واسطه برای تمرین و مواجهه تدریجی مورد استفاده قرار گیرد. برای مثال، فردی که از حضور در یک محیط شلوغ اضطراب دارد، ممکن است ابتدا در یک محیط مجازی شبیه سازی شده با آن موقعیت تمرین کند و سپس، با توجه به شرایط و برنامه درمانی، به تدریج به موقعیت واقعی نزدیک شود. در نهایت، هدف مواجهه تدریجی حذف یکباره اضطراب نیست؛ بلکه کمک به فرد برای ایجاد رابطه ای متفاوت با اضطراب است؛ به گونه ای که ترس را نه هیولایی برای فرار، بلکه احساسی قابل تحمل بداند که می توان با شناخت، تمرین و دریافت حمایت مناسب، در حضور آن به سوی زندگی و فعالیت های مهم خود قدم برداشت.

سحر ضیائی



نیز اهمیت دارد. در اینجا، مواجهه درمانی به عنوان یکی از رویکردهای مبتنی بر شواهد برای درمان برخی اختلالات اضطرابی اهمیت پیدا می کند. این رویکرد در درمان مشکلاتی مانند فوبیها، اختلال پانیک، اضطراب اجتماعی و برخی اختلالات مرتبط با تروما، از جمله PTSD، کاربرد دارد.

درمانگر در این مسیر نقش مهمی دارد. او می تواند موقعیت های اضطراب آور برای مراجع را شناسایی کند، میزان اضطراب و الگوهای اجتنابی او را بررسی کند و با توجه به شرایط و اهداف فرد، مراحل مواجهه را به صورت تدریجی و متناسب طراحی کند.

به خصوص در افراد مبتلا به PTSD، مواجهه با خاطرات و موقعیت های مرتبط با سانحه باید در چارچوب درمان تخصصی و با هدایت متخصص انجام شود. در مواجهه تصویری (-IMAGINAL EXPO SURE)، فرد با کمک درمانگر خاطرات و صحنه های مرتبط با سانحه را به صورت هدایت شده مرور می کند. در مواجهه درون تنی (-IN VIVO EXPOSURE) نیز فرد به تدریج با موقعیت های واقعی ای که از آن ها اجتناب می کند روبه رو می شود.

مواجهه می تواند به شکل های مختلفی انجام شود. در مواجهه تصویری، فرد به صورت ذهنی با محرک یا موقعیت اضطراب آور مواجه می شود؛ برای مثال، فرد مبتلا به PTSD با هدایت درمانگر خاطرات مرتبط با سانحه را مرور می کند. در مواجهه درون تنی، فرد در محیط واقعی زندگی با موقعیت های ترسناک روبه رو می شود؛ مثلاً فردی که از صحبت کردن در جمع می ترسد، به تدریج در موقعیت های اجتماعی مختلف قرار می گیرد.

یکی دیگر از روش های مورد استفاده، مواجهه با کمک واقعیت مجازی (VIRTUAL REALITY; VR) است. در این روش، فرد در یک محیط شبیه سازی شده با موقعیت اضطراب آور مواجه می شود. واقعیت مجازی می تواند در برخی شرایط، امکان تمرین تدریجی و کنترل شده را فراهم کند؛ به ویژه زمانی که مواجهه مستقیم با موقعیت واقعی دشوار باشد.

از آنجا که اضطراب، بسته به شدت و میزان تأثیر آن بر زندگی فرد، می تواند فعالیت های روزمره و نقش های مهم او را تحت تأثیر قرار دهد، نقش کاردرمانی نیز اهمیت پیدا می کند. اضطراب ممکن است فرد را از فعالیت ها، نقش ها و محیط هایی که برایش اهمیت دارند دور کند. در اینجا کاردرمانگر فقط بر علائم تمرکز نمی کند، بلکه بررسی می کند این علائم چگونه بر عملکرد، فعالیت های روزمره و مشارکت فرد در زندگی تأثیر گذاشته اند.

کاردرمانی با هدف حمایت از بازگشت فرد به فعالیت ها و محیط های واقعی زندگی، می تواند در کنار سایر مداخلات درمانی با اصول مواجهه هم راستا شود. هنگامی که مواجهه مستقیم در

کاردرمانگر؛ نزدیک‌ترین همراه مراجع در مسیر زندگی



مصاحبه‌ای گرم و صمیمانه با جناب آقای دکتر مهدی رضایی
دکترای تخصصی کاردرمانی
معاونت دانشجویی و فرهنگی دانشکده توانبخشی دانشگاه شهید بهشتی

قبل از هر چیز می‌خوام از شما تشکر کنم به خاطر اینکه با روی باز و بی هیچ شائبه‌ای ما رو به حضور پذیرفتین. مطمئناً نظرات شما برای ما و خوانندگانمون اهمیت و جذابیت خاصی داره. اگر موافق باشید برای شروع کمی از خودتون برای خوانندگان ما بفرمایید. از اینکه چطور شد که وارد کاردرمانی شدید و همچنین از فعالیت‌های دانشگاهی و پژوهشی که تا امروز داشتید برای ما بگید.

خواهش می‌کنم. من دکتر رضایی هستم. سال ۶۷ به عنوان اولین دوره کاردرمانی دانشگاه شهید بهشتی پذیرفته شدم و بعد از اتمام دوره سربازی، برای گذران دوره طرح وارد دانشگاه بهزیستی شدم و همزمان کارشناسی ارشد رو هم خوندم. در سال ۸۷ و در اولین دوره دکترای موفق به ورود به این مقطع شدم.

مدت ۵ سال در دانشگاه بهزیستی و در حیطه منتال مشغول به کار بودم تا اینکه به دلیل مهیا شدن فرصت استخدام به عنوان هیئت علمی در دانشگاه شهید بهشتی وارد این دانشگاه



شدم. با این تفاوت که از حوزه منتال به حوزه روان منتقل شدم. گرچه این تغییر برای من خیلی شدید بود ولی حادثه خوبی بود و تأثیرات خوبی روی من و عملکرد کاریم گذاشت؛ حتی تغییرات رفتاری در من دیده شد که به خاطر کار این این حیطه بود. و الآن هم که در خدمت شما هستم.

● خیلی ممنونم. ممکنه برای خوانندگان ما بفرمایید اون زمان که کاردرمانی رشته نوپایی بود، شما هنگام انتخاب رشته چه شناختی از آن داشتید؟

● اون موقع شناخت و آشنایی ما برمیگشت به دفترچه‌ای که سازمان سنجش ارائه می‌داد که می‌گفت: «کاردرمانی عبارت است از علم و هنر استفاده از فعالیت هدفمند برای کمک به افراد کم توان و معلولین». همین! ما هیچ شناخت دیگری نداشتیم. اون زمان شاید کمتر از تعداد انگشتان یک دست مرکز کاردرمانی در تهران وجود داشت. خاطرم هست که ما بازدید داشتیم از مرکزی به نام «امین آباد» که بعدها به «رازی» تغییر نام داد. اونجا شرایط نگهداری خاصی از برخی بیماران داشتند. وضعیت فجیعی بود. بعد از بازدید از اون مرکز تعدادی از دانشجویان انصراف دادند و رفتند!

برای بازدید جسمانی هم به مرکز طالقانی مراجعه کردیم و همین دو مرکز بودند و شاید چند مرکز انگشت شمار دیگه. مثل الآن نبود که برای تمام بیمارستان‌های دولتی بخش کاردرمانی تعریف شده باشد.

● ممنون. اگه اجازه بدید برگردیم به سؤالاتی که با موضوع این شماره نشریه ما مرتبط هستند و همچنین با تحقیقات و پژوهش‌های حضرت عالی.

با توجه به فعالیت‌هایی که شما در زمینه اضطراب در افراد کم توان و توان‌یاب داشته‌اید به نظرتون چه عواملی باعث می‌شوند تا

اضطراب در این افراد نادیده گرفته بشه و کاردرمان در این زمینه چه دخالت‌هایی میتونه داشته باشه؟

● قبل از هر چیز باید بگم، امروز بحث استرس و اضطراب تبدیل به بحث رایجی در جامعه شده. همه سنین و طبقات رو هم درگیر کرده و البته افراد کم‌توان را بیش از دیگران. مسلماً استرس و اضطراب پاسخی است که در مواجهه با موقعیت‌های بیرونی در بدن ما ایجاد میشه و یا پیش بینی موقعیت‌هایی که فرد تصمیم داره وارد اون بشه. من به عنوان یک فرد سالم شاید قدرت COPING (راهبردهای مقابله‌ای) بیشتری داشته باشم و استرس را راحت‌تر کنترل کنم اما افراد کم‌توان قدرت COPING و انطباقشون با توجه به کم‌توانی‌ای که دارن کمتر شده و لذا سطح اضطرابی که احساس میکنن بیشتره.

از اونجایی که رشته ما یک رشته HOLISTIC هست؛ این توانمندی رو داره که در این افراد هر دو جنبه جسمی و ذهنی درگیری‌ها را در نظر بگیره اما فرض اساسی ما اینه و در فلسفه رشته ما هم آمده که ما از طریق OCCUPATION و درگیر کردن فرد در فعالیت‌ها می‌تونیم به او کمک کنیم. مثلاً در روانشناسی با صحبت کردن و راهنمایی‌های کلامی شاید این کار رو انجام بدن؛ اما ما با درگیر کردن فرد با موقعیت‌های واقعی سعی می‌کنیم این کار رو انجام بدیم. به عنوان مثال فردی رو در نظر بگیرید که دارای وسواس فکری است و این وسواس و اضطراب چنان او رو درگیر کرده که وی از تمام فعالیت‌ها و مشارکت‌های روزانه و اجتماعی اجتناب کرده. خوب این فرد به روانشناس مراجعه می‌کنه تا فرد متخصص او رو با چالش‌های فکریش آشنا کنه و بعد با راهنمایی‌های کلامی به او آموزش بده که چگونه با افکارش روبرو بشه. اما وقتی به من به عنوان کاردرمان مراجعه کنه من چه خواسته‌ای از او خواهم داشت؟ در اولین قدم من از او خواهم پرسید که خوب در حال حاضر وظیفه تو در زندگی چیه؟ ... تو باید درس بخونی ... و حالا تمام رفتارهای اجتنابی که این فرد در پیش گرفته برای من به هدفی عملکردی تبدیل می‌شه که فرد باید به سمتش برود و از اون طریق اضطراب رو کم میکنم.

● فرمودین که فرد کم‌توان به دلیل مشکلات جسمی ممکنه بیش از یه فرد سالم دچار اضطراب و استرس بشه، در چنین شرایطی آیا ممکنه علائم اضطرابی که فرد کم‌توان از خودش نشون میده به اشتباه به مشکلات جسمانی او ربط داده بشه؟

● خیلی اوقات. حتی خود فرد به دلیل افسردگی که ممکنه بهش دچار شده باشه و یا اضطرابی که گرفتارش شده به پزشک‌های مختلفی مراجعه کنه، آزمایش‌های گوناگونی انجام بده. داشتیم موردی که فرد به دلیل مشکلات تنفسی به دکترها و متخصص‌های مختلفی از





به خودمون کمک کنیم؟

من به بچه‌ها توصیه می‌کنم که فکر کنن و ببینن که معناها و اهدافی که برای خودشون تعریف کردن چیه؟ به یکی از دانشجویان گفتم تو واسه چی می‌خواستی پزشک بشی؟ گفتم من می‌خواستم به افراد کمک کنم. بهش گفتم اگه واقعاً دنبال این معنا هستی در این رشته هم این معنا وجود داره. تو می‌تونی کمک کنی که یک کودک CP راه بره یا غذا بخوره. می‌تونی به یه کودک MENTAL کمک کنی که لباس بپوشه به یه فرد سخته مغزی می‌تونی کمک کنی که دوباره فعالیت‌های عادی زندگیش رو انجام بده. یکی دیگه می‌گفت برای من درآمد خیلی مهمه. خوب تو این رشته هم درآمد هست. خیلی دانشجویانی داریم که از پزشکی به رشته‌های توانبخشی تغییر رشته دادن. چرا؟ چون در این رشته خیلی سریع‌تر به درآمد می‌رسی تا پزشکی. حالا می‌زانش فرق می‌کنه اما به هر حال کم درآمد نخواهی بود. لذا باید معناها را در نظر بگیریم و اهداف رو ببینیم. متأسفانه بچه‌های ما دنبال یه سری معناهای کاذب یعنی مثلاً الآن مد شده پزشک شدن. خانم دکتر. مد شده ... این درگیر شدن در معنی اجتماعی کاذب، بچه‌ها را دچار افسردگی می‌کنه. فکر می‌کنن که به جایی نرسیدن و نمی‌تونن موفق بشن. باید این دیدگاه‌ها رو در خودمون تغییر بدیم و دیگران رو هم روشن کنیم.

واقعاً ای کاش این دیدگاه‌ها رو بشه عوض کرد. برگردیم سر سؤالات اصلیمون. خیلی از مداخلات مثل روانشناسی ممکنه که موفقیت در درمان رو در کاهش علایم ببینه اما در کاردرمانی اینطور نیست و یک کاردرمان مشارکت و بازگشت فرد به زندگی را به عنوان موفقیت در کارش می‌بینه. آیا ممکنه فردی باشه که علایم بیماریش کاهش پیدا کرده اما همچنان در عملکردهای ADL با مشکل روبرو باشه؟

عرض کنم که خیلی اوقات به افراد برچسب

داخلی و گوش و حلق و بینی مراجعه کرده. سرانجام شاید بعد از یکی دو سال یه پزشک به او پیشنهاد مراجعه به روانپزشک رو داده. خس خس و تنگی نفس بدون مشکلات پاتولوژیک و جسمی. حتماً این موارد در شکل‌های دیگه هم مشاهده می‌شه. ما به عنوان کاردرمانگر بیشتر با این موارد مواجه خواهیم شد و باید حواسمون به این موضوع باشه.

ممنون از توضیحاتتون. برگردیم به پژوهش‌های شما. با توجه به زمینه‌ی مطالعاتی جنابعالی می‌خوایم نگاه شما رو در این مورد بدونیم که کی اضطراب از اون فرایند طبیعی‌ش فراتر می‌ره و تبدیل به یه اختلال می‌شه و می‌تونه مشارکت‌های فرد رو تحت تأثیر قرار بده.

دقیقاً یکی از مسایلی که با اون مواجه هستیم اینه که این تصور غلط ایجاد شده که استرس تا زمانی که زندگی معمول فرد را دچار مشکل نکرده، قابل چشم‌پوشی است؛ و این کاملاً غلطه. ما باید در همان مراحل اولیه هم بریم سراغ سایپورت کردن و آگاهی دادن به افراد. یا خیلی اوقات که صحبت از استرس و اضطراب می‌شه افراد فکر می‌کنن که اضطراب یعنی این‌که فرد دست و پاش بلرزه، نتونه حرف بزنه یا حتی نفس کشیدنش دچار مشکل شده باشه، چنین چیزی نیست. در سؤال پیش براتون گفتم فردی که هیچ علایم کلینیکی نداره اما علایم بالینی داره. یعنی داره نشون می‌ده که جایی از بدن درگیره. پاسخ استرس در بدن فعاله اما علایم ظاهری دیده نمی‌شه. ما در کاردرمانی به این معتقدیم که تغییر نقش‌هایی که در زندگی اتفاق میفته خودش منبع اضطراب می‌تونه باشه. به عنوان مثال شما دانش آموزی بودید که وارد دانشگاه شدید. این تغییر نقش می‌تونه منبع استرس باشه. مواجه شدن با شرایط جدید خودش منبع اضطرابه. ما در بررسی در دانشجویان مشاهده کردیم که دانشجویان در ترم اول و دوم سطح اضطراب بالایی دارن چون اومدن در محیط جدید و افت عملکرد تحصیلی دارن. اما به تدریج خودشون رو پیدا می‌کنن و این قضیه جبران می‌شه. اما در برخی از افراد این روند اتفاق نمیفته. بخصوص در رشته کاردرمانی این قضیه رو زیاد داریم. استرس به دلیل تغییر نقش دارن. اضطراب دیگه اینکه آیا این رشته رو درست انتخاب کردم یا نه؟ یا اصلاً من می‌خواستم پزشک بشم الآن کجام؟ خوب برخی افراد COPING خوبی دارن کم کم انطباق پیدا می‌کنن. بعضی هم نه. الآن دانشجوی ترم ۸ داریم که دو بار تاحالا مشروط شده. دو بار بهش فرصت مجدد دادن و نشان می‌ده که هنوز با این نقش مشکل داره.

به مورد خوبی اشاره کردید آقای دکتر. با توجه به اینکه این مورد در میان دانشجویان دانشگاه دیده می‌شه. به نظر شما ما به عنوان دانشجویان کاردرمانی خودمون چطور می‌تونیم

بیمار چسبانده نمی‌شه. به سمت اینکه برن دارو بگیرن هم نمی‌رن. اما هنوز مشکلات موقعیتی رو دارن. مثلاً دانشجو میگه من خیلی دوست دارم در کلاس صحبت کنم اما اضطراب صحبت در جمع رو داره. این دانشجو نه بیمار اختلال اضطرابیه و نه نیاز به دارو اما توی یک موقعیت دچار مشکله. ما از این موارد خیلی زیاد پیرامون خودمون داریم. حتی من خودم در دوران دانشجویی در صحبت کردن مشکل داشتم و گاهی حتی ممکنه دچار لرزش صدا هم شده باشم. این قضیه وجود داره و می‌تونه هر کسی، چه کسی که قبلاً دچار مشکلات حاد اضطرابی بوده و یا شخصی که سالم محسوب می‌شه را در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی دچار مشکل کنه. پس جواب سؤال شما اینه؛ بله! با توجه به اینکه لزوماً داشتن یا نداشتن علایم نشانه زمان دخالت کاردرمانی نیست و همین‌جاست که نقش کاردرمانی پررنگ‌تر می‌شه. چه در تشخیص چه در درمان.

با توضیحاتی که دادین یه سؤال دیگه پیش

پرسه که چقدر از عملکرد او رضایت دارن. بنابراین برای بررسی میزان موفقیت عملکردمون هم رضایت درونی مهمه و هم رضایت بیرونی. این فقط یکی از مدل‌هایست که می‌تونیم ازش کمک بگیریم. عرض کردم مدل‌های کاردرمانی بسیار زیاد هستن و میشه ازشون کمک گرفت.

امیدوارم بتونم من هم با خودم این قدر روراست باشم. خوب حالا آقای دکتر مشکل دیگه‌ای که در مورد اختلالات روانی یا هر اختلال دیگه‌ای ممکنه پیش بیاد اینه که در محیط درمان ما پیشرفت زیادی از فرد ببینیم اما وقتی به محیط قبلی زندگیش برمی‌گرده نتونه از تمام توانایی‌هاش استفاده کنه. در این شرایط چالش‌های کاردرمانگر چیه؟

بسیار به نکته‌ی مهمی اشاره کردید و لازمه که تأکید بیشتری روی اون داشته باشیم. نقش اساسی ما به عنوان کاردرمانگر همین انتقال و تعمیم مهارت به محیط زندگی و طبیعی فرد است. خاطره‌ای دارم از بیماری در بخش روان. بیماری که به دفعات بستری شده بود و در حال



ترخیص در آخرین نوبت به دکترش گفت: «آقای دکتر شما می‌دونین با ما چکار می‌کنین؟» دکتر گفت: «نه!» مریض به گل مصنوعی که روی میز بود اشاره کرد و گفت: «آقای دکتر ما مثل این گل می‌مونیم که توی لجن افتاده باشه. شما ما رو از توی این لجن برمی‌دارین، می‌شورین، یه اسپری خوشبو می‌زنین و بعد دوباره پرت می‌کنین توی لجن!» در اون لحظه همه ما انگشت به دهان بودیم که یه بیمار MAJOR DEPRESSION یه دفعه در جلسه ویزیت چطور از چنین دکتر کارگشته‌ای به درستی ایراد گرفت. او در واقع گفت که شما به من کمک نمی‌کنین تا در محیطی که باعث بیماری من شده بتونم زندگی کنم. دقیقاً این وظیفه ماست که انتقال فعالیت را

میاد. شاخص سنجیدن یک مشارکت موفق چیه یعنی از کجا می‌شه فهمید که فردی مشارکت موفق داره یا نه؟

خوب اینجا مدل‌های کاردرمانی خیلی می‌تونه به ما کمک کنه. مثلاً ما در OCCUPATION ADAPTATION مفهوم داریم به نام MASTERING یا «تسلط نسبی». در این مفهوم به موضوع رضایت درونی و بیرونی از عملکرد اشاره شده. در این مدل ما می‌گیم که مثلاً بعد از این که شما کاری رو انجام دادین، بررسی می‌کنیم که شما خدت چقدر از این کار لذت بردی و رضایت داری. این رضایت درونی خیلی مهمه و حتی شاید از فرد بخواهیم که به خودش از ده نمره بده. بعد از اون می‌تونیم از فرد بخواهیم که از افراد دور و بر خودش هم

انجام بدیم و مریض رو در محیط عادی FOLLOW UP کنیم. یکی از مشکلاتی که در حیطه روان با اون مواجهیم اینه که متأسفانه بچه‌ها حوزه روان رو از سایر زمینه‌ها جدا کردن و ارتباط این حوزه را با سایر کلینیک‌ها نادیده گرفتن. **این اوج ظلم به این زمینه است.** فیلد روان به تمام حوزه‌ها کار داره. وقتی شما با یه بیمار پارکینسون کار می‌کنین، مریضتون افسرده است. مریض سکتة مغزیت افسرده است. اگر افسردگیش رو در نظر گرفتی می‌تونی مداخله مؤثر داشته باشی. مریض STROKE داشتیم با همراهش صحبت کردم. زد زیر گریه. چرا؟ چون تحت فشار بود. به خاطر نگهداری از این بیمار. خوب آیا جنبه‌های روانی باید نادیده گرفته بشه؟

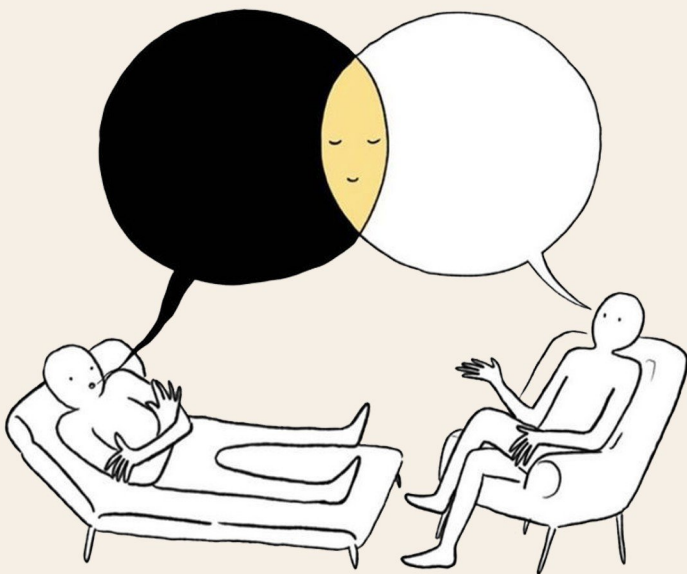
نمی‌شه این فیلدها را از هم جدا کرد. ما سلسله‌وار بیماری‌های روان، متال و جسمی رو در دانشگاه می‌خونیم. چرا؟ به خاطر اینکه بعدها و در محیط کاری باید این‌ها را با هم ادغام کنیم. یعنی وقتی با کودک CP کار می‌کنیم بگیم خوب این بچه علاوه بر مشکلات جسمی، ممکنه MENTAL هم باشه. مشکلی که الان در کلینیک‌ها داریم، بچه مراجعه می‌کنه و بهش می‌گن ما اینجا فقط با مشکلات جسمی حرکتی بچه کار می‌کنیم برای کار روان یا متالاش باید برید فلان کلینیک و روند درمان رو ادامه بدید. یا برای خودشون بخش‌هایی رو شکل دادن که مثلاً اینجا جلسه حسی حرکتیه یا اینجا اتاق ADL .. اینجا اتاق تاریکه ... خدایا این‌ها رو چطور از هم جدا می‌کنی؟ فلسفه رشته اینه که این‌ها رو HOLISTIC نگاه کنی. بعد تو برمی‌داری اینا رو تیکه تیکه جدا می‌کنی از هم؟

ممنون از توضیحات جامع و کاملتون. یه مقاله دیگه‌ای از شما دیدم راجع به مشکلات کاردرمانگران در حیطه سلامت روان. از نگاه شما رایج‌ترین برداشت اشتباه از نقش کاردرمان در حیطه سلامت روان چیه؟ و علاوه بر این ناشناخته بودن و شناخت اشتباهی که دانشجویان، مردم یا حتی سایر کادر درمان از فعالیت‌های کاردرمانگر در فیلد روان دارن به نظر شما ناشی از چیه؟

اول از همه نگرش اشتباه خودمونه؛ یعنی من به عنوان کاردرمانگر اگر نگاه اشتباهی از خودم در فیلد روان داشته باشم، مسلماً نمی‌تونم تأثیر مثبتی روی محیط بذارم. پس در **اولین قدم باید روی خودمون کار بکنیم.** یادمون باشه کار ما صرفاً در حیطه بیماری‌های شدید روانی نیست. اونجا اتفاقاً ما کار خیلی کمی می‌تونیم انجام بدیم. مثلاً برای بیمار اسکیزو خیلی شدید شما کار کمی می‌تونین انجام بدید. نهایتاً کمکش کنید تا در کارهای خیلی ساده‌ای مثل شانه کردن، مسواک زدن، غذا خوردن یا مرتب کردن لباس؛ کارهای خیلی اولیه و ساده، به استقلال برسه.

اما حالا یه بیمار OCD یا بیمار اضطرابی رو در نظر بگیرید. شما اینجا می‌تونین برین به سمت مشکلاتی که فرد در محیط بیرون داره در محیط کار یا توی محیط خونه و عملکردهاش. یا کسی که فوبی داره. اینجا بسیار بیشتر می‌تونیم مفید فایده باشیم.

علاوه بر این ما در محیط‌های درمانی می‌بایست انتظارات درست رو شکل بدیم؛ چون بعضی اوقات انتظارات نادرسته. مثلاً در مراکز درمانی روانپزشکیمون سال‌هاست با این بینش مواجه هستیم که «کاردمانی ...؟ همونجا که شطرنج بازی میکنن؟ ... پینگ پونگ بازی میکنن؟ ... چقدر خوب! ... چه خوب مریضا رو سرگرم میکنن ..» این واژه «سرگرم کردن» اوج ظلمی که میتونه به کاردرمانگر و کاردرمان بشه.



فرق است بین سرگرم کردن و ارائه فعالیت درمانی. در سرگرم کردن نیازی به کارشناس نیست. اما اینکه من بدونم بیماری که الان در فاز مانیکه، تحریک پذیر شده، AGGRESSIVE شده حالا من چه فعالیتی می‌تونم بهش بدم که سطح تحریک‌پذیری رو بیاره پایین. این نیاز به شناخت داره. اینجاست که من به دانشجویانم می‌گم برین ببینین واسه چی آنالیز فعالیت‌ها رو خوندین. که ببینیم فعالیت چه پتانسیلی داره از نظر درمانی. مثلاً همین پینگ پونگ. این فعالیت چی از شما می‌خواد؟ ... بنابراین در همین بیمار مانیک تبدیل می‌شه به یک فعالیت هدفمند که انرژی فرد رو تخلیه می‌کنه. البته در محدوده روی میز و نه روی در و دیوار. این باید جا بیفته برای بچه‌ها در محیط های درمانی و آموزش تا این تغییر نگرش در کادر درمان اتفاق بیفته و از فعالیت صرف «سرگرم کردن» فاصله بگیریم.

من اینجا کارم سرگرم کردن نیست. هیچکس در بخش نزدیک‌تر از کاردرمانگر به

بیمار نیست. خیلی از بیماران بالاخره به این آگاهی می‌رسن که برای مرخص شدن باید خودشون و رفتارشان رو «کنترل کنن». اما همین بیمار وقتی وارد بخش کاردرمانی می‌شه و فعالیت می‌گیره، توان کنترلش رو نداره. مثلاً بیمار وسواسی که در کاردرمانی نمی‌تونه فعالیت گل و سرامیک انجام بده و یا به دفعات دست هاش رو می‌شوره. این‌ها رو کاردرمان می‌تونه به پزشک گزارش کنه و روند صحیح درمان پیگیری بشه. این مسئله باید توسط خود کاردرمانگران جا بیفته. که کاردرمانگر باید در جلسه ویزیت حضور داشته باشه و گزارش بده وگرنه می‌شه همون سرگرم کردن.

تبلیغ ما عملکردمونه. اگه ما عملکرد صحیح داشته باشیم و کادر درمان، پزشک عملکرد ما را دو بار ببینه این بهترین تبلیغ برای رشته ما خواهد بود.

مسئله همینطوره. اما دو سؤال آخرمون بیشتر در ارتباط با فعالیت‌های حرفه‌ای و دانشگاهی خود شماست به خصوص در حوزه سلامت روان. آیا در فعالیت‌های دانشگاهی و حرفه‌ای‌تون موضوع یا تجربه‌ای بوده که نگاه خودتون رو نسبت به کاردرمانی عوض کنه؟

عرض کردم اولین چیزی که واقعاً برام اتفاق افتاد این بود که رشته در روند رفتار و زندگی خود من تأثیر گذاشت. خیلی منو صبور کرد؛ خیلی آرامم کرد. و احساس می‌کنم که کار کردن در حیطه روان در این ویژگی‌های رفتاری من تأثیر گذاشت. «کیل هافنر» می‌گه وقتی شما به صورت طولانی مدت درگیر یک OCCUPATION می‌شین، اون OCCUPATION روی ویژگی‌های جسمی و شخصیتی و روانی شما تأثیر می‌ذاره. مثلاً انگشتان یک پیانیست بعد از مدتی ممکنه تغییر شکل بده. از لحاظ روانی هم قطعاً همینطوره.

در آخر اگر بخواهید یک نکته یا توصیه را مستقیماً با دانشجویانی که این شماره رو می‌خونن در میون بذارین، دوست دارید چه چیزی رو حتماً بدونن؟

خونن در میون بذارین، دوست دارید چه چیزی رو حتماً بدونن؟

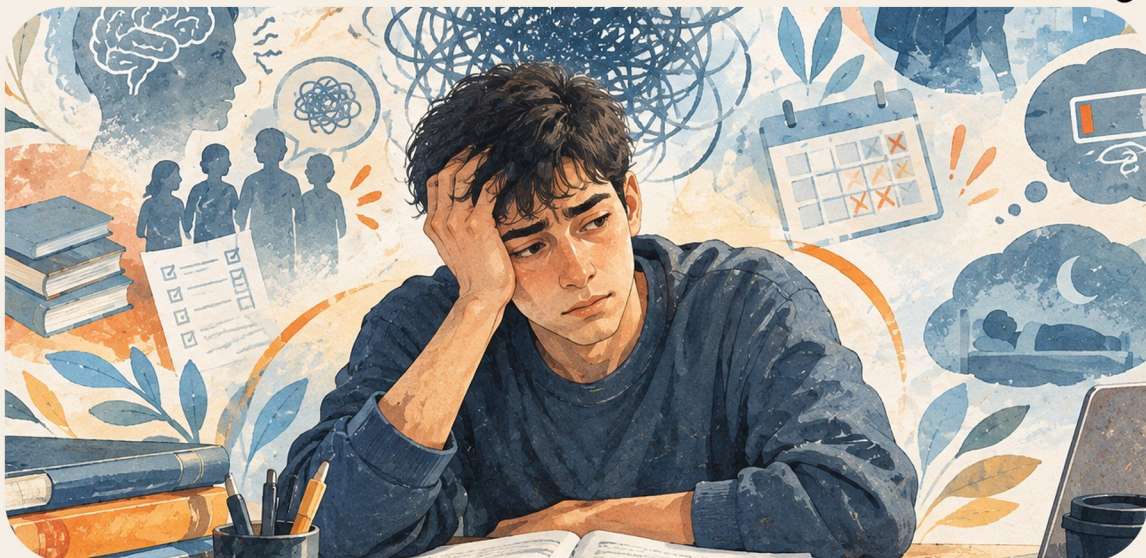
راستش دوست دارم بهشون بگم که البته نمی‌تونم بحث علاقه رو زور کنم، اما حتماً با در نظر گرفتن علاقه‌های شخصیتون، زمینه‌ای رو پیدا کنین که بتونین با رشته ارتباط برقرار کنین. خوشبختانه رشته ما خیلی انعطاف‌پذیره، به بچه‌ها علاقه ندارین؟ برین سراغ بزرگترها. روان دوست نداری با بیماران جسمی و حرکتی کار کن. بالاخره میتونین زمینه‌ای پیدا کنین که باهاش درگیر بشین. اما واقعاً عمیق درگیر بشین و تخصصی وارد این حیطه بشین؛ نه اینکه خیلی سطحی نگاه کنین و وقتی با بیمار کار می‌کنین برای بیمار این بینش ایجاد بشه که خوب این الان چکار کرد؟

مثلاً یه کاردرمانگر باید بتونه توضیح بده که استرچی که روی مفصل بیمار انجام می‌ده با استرچی که در سایر کلینیک‌های توانبخشی دریافت می‌کنه چه فرقی داره. اگر صرفاً به دنبال استرچ باشه خوب بیمار چه بینشی پیدا میکنه؟ خود کاردرمانگر باید این تمایز رو قایل بشه تا بتونه بره سمت عملکرد. این تفاوت ما با بقیه کادر درمانه. این شناخت باید پیدا بشه.

یه مطلب دیگه هم هست. شما اگه در دوران کنکورتون در درسی ضعیف بودین آیا نمی‌رفتین کتاب‌های دیگری رو مطالعه کنین؟ آیا از معلم دیگه‌ای کمک نمی‌گرفتین؟ این باید در دانشگاه هم باشه. اگه در فیلدی دچار مشکل شدین، برین با کمک از دیگران، کتاب‌ها، اینترنت، خودتون رو تقویت کنین. نه اینکه فلان استاد خوب درس نداد و من هم خوب یاد نگرفتم و بگذرین ازش.

همینطور باید بتونین هویت حرفه‌ای خودتون رو شکل بدین. اینکه من کیم؟ از نظر حرفه‌ای چکاره هستم؟ کارم چیه؟ این باید جا بیفته. من کاری انجام می‌دم که با روانشناس، فیزیوتراپ، پرستار متفاوته ...

شما باید بتونین خودتون رو برای یک آدم عادی



کم نگیرین. اگه این جا بیفته خیلی برای رشتمون و پیشرفت رشتمون مؤثره.

همینطور خیلی می‌تونیم روی دیدگاه‌های فرهنگی کار کنیم. فردی که دچار مشکله ممکنه که از دید خودش دیگه نیازی به انجام کار نداشته باشه: مثلاً عقیده داره که: «پس دختر بزرگ کردم واسه چی؟» یا اینکه افراد اطرافش رو این اجازه رو بهش ندن؛ هر چند هم توانش رو مجدداً به دست بیاره. این نیاز به پیگیری و FOLLOW UP داره.

بعضی‌ها این مسئله رو در رشته به عنوان سختی کار نگاه می‌کنن؛ اما من از این نکته لذت می‌برم. شعار من اینه که اینقدر که کاردرمانی به زندگی عادی یک مراجع نزدیکه هیچ رشته دیگه‌ای نزدیک نیست و هیچ رشته‌ای نمی‌تونه چنین ادعایی داشته باشه.

استاد، بار دیگه می‌خوام صمیمانه از اینکه بنده رو با روی باز پذیرفتین و چنین دوستانه با من به صحبت نشستین ازتون سپاسگزاری کنم. روزتون به خیر و خدانهگذار.

شایلی شهراد

در جامعه تعریف کنین. توضیح بدین که چه کاری انجام می‌دین. خیلی بده که شما نتونین رشته خودتون رو معرفی کنین. چه کلامی در سطح جامعه و چه عملکردی در محیط درمان. **خواهشم اینه که این هویت حرفه‌ای رو پیدا کنین.** خودتون رو باور کنین. اینقدر دیدن رشته های دیگه باعث تضعیفتون نشه ... این ملاک های ظاهری که چهار رشته اول در کنکور و دیگر هیچ ...!

در مقام کار حرفه‌ای دانشجویان کاردرمانی رو ببینین، فارغ التحصیلانی رو که کاملاً موفق هستن و مشغول به کار شدن. و نکته آخر ...

بحثی که دوست داشتم در این گفتگو مطرح بشه در رابطه با حیطه‌ی بهداشت و سلامت



عمومی بود. ما فکر می‌کنیم که رشته ما فقط موقعی مطرح می‌شه که شخص برچسب بیماری خورده. این ظلمه نه تنها فقط به رشته ما بلکه به تمامی رشته‌های توانبخشی. چرا توانبخشی در مراکز بهداشت سطح شهر مطرح نمی‌شه؛ در سطح پیشگیری اول؟ ما متأسفانه فقط در سطح پیشگیری دوم و سوم مطرح شدیم. وقتی که برچسب بیماری بر ما چسبید. این مسئله واقعاً مغفول مونده و خیلی باید در این زمینه کار بشه. ما باید در مدارس عادی، مراکز بهداشت، سالمندانی که در سطح جامعه زندگی می‌کنن حضور داشته باشیم. این پیشگیری خیلی از هزینه‌ها رو کم می‌کنه. قبل از اینکه یه سالمند به خاطر عدم ایمن بودن منزلش زمین بخوره و دچار شکستگی و بعد متأسفانه تبعات غیر قابل پیش‌بینی اون بشه، ما خیلی می‌تونیم کمک کنیم.

پس ما باید در سطح پیشگیری اول هم حضور داشته باشیم. باید خودمون رو در این زمینه‌ها هم نشون بدیم. این رو ندیده نگیرین. دست

وقتی مغز روی حالت هشدار گیر می‌کند؛ کاردرمانی چه می‌کند؟



فعالیت‌ها یا وابستگی بیش از حد به رفتارهای ایمنی می‌توانند به‌عنوان اهداف مداخله کاردرمانی در نظر گرفته شوند.

۱. بازسازی سبک زندگی و تعادل در فعالیت‌ها (OCCUPATIONAL BALANCE)

یکی از مهم‌ترین حوزه‌های مداخله، بررسی و اصلاح الگوی روزمره فرد است. اضطراب مزمن می‌تواند با بی‌نظمی خواب، کاهش فعالیت فیزیکی، افزایش رفتارهای اجتنابی، مصرف زیاد کافئین یا سایر محرک‌ها، کاهش مشارکت اجتماعی و از بین رفتن تعادل میان فعالیت، استراحت و اوقات فراغت همراه شود.

در این رویکرد، کاردرمانگر با همراهی فرد، الگوی فعلی زندگی را تحلیل کرده و تغییرات تدریجی و قابل اجرا را در برنامه روزانه ایجاد می‌کند؛ برای مثال، تنظیم زمان خواب و بیداری، افزایش تدریجی فعالیت فیزیکی، برنامه‌ریزی فعالیت‌های لذت‌بخش، بازگشت مرحله‌ای به نقش‌های تحصیلی یا شغلی و کاهش رفتارهایی که ممکن است اضطراب را تشدید کنند.

شواهد مستقیم از یک کارآزمایی تصادفی‌شده در زمینه اختلال پانیک نیز حمایت اولیه‌ای از این رویکرد ارائه کرده است. مطالعه LAMBERT و همکاران، یک مداخله سبک زندگی تحت هدایت کاردرمانگر را بررسی کرد که شامل بررسی رژیم غذایی، مصرف مایعات، ورزش، کافئین، الکل و نیکوتین و سپس تعیین تغییرات مثبت در سبک زندگی بود. در پایان مداخله، گروه دریافت‌کننده این برنامه کاهش بیشتری در اضطراب نشان داد؛ هرچند به دلیل حجم نمونه محدود و محدودیت‌های مربوط به پیگیری طولانی‌مدت، باید در

اختلالات اضطرابی فقط مجموعه‌ای از علائم روان شناختی نیستند؛ بلکه می‌توانند الگوی زندگی روزمره، مشارکت اجتماعی، عملکرد تحصیلی و شغلی، خواب، اوقات فراغت و توانایی فرد برای انجام فعالیت‌های معنادار را مختل کنند. بنابراین، از دیدگاه کاردرمانی، هدف مداخله صرفاً کاهش شدت اضطراب نیست؛ بلکه کمک به فرد برای بازگشت به فعالیت‌ها و نقش‌های معنادار، ایجاد تعادل در سبک زندگی، افزایش خودکارآمدی و مدیریت اضطراب در بستر واقعی زندگی است.

ارزیابی کاردرمانی؛ از علائم اضطراب تا اختلال در مشارکت

مداخله مؤثر با ارزیابی دقیق آغاز می‌شود. کاردرمانگر باید مشخص کند اضطراب چگونه بر فعالیت‌ها و نقش‌های فرد تأثیر گذاشته و چه عواملی در محیط یا الگوی زندگی، آن را تشدید یا کاهش می‌دهند. در فصل ۲۲ کتاب CROUCH و همکاران، ارزیابی به‌صورت فرایندی مشارکتی و فردمحور معرفی شده است که در آن درمانگر به دنبال پاسخ به پرسش‌هایی مانند «فرد چه کاری را می‌خواهد یا نیاز دارد انجام دهد؟»، «در حال حاضر چه کاری می‌تواند انجام دهد؟» و «چه عواملی مشارکت او را تسهیل یا محدود می‌کنند؟» است.

مشاهده فرد در فعالیت‌های واقعی، تحلیل فعالیت و بررسی محیط خانه، مدرسه یا محل کار نیز می‌تواند اطلاعات مهمی درباره تأثیر اضطراب بر عملکرد فراهم کند. برای مثال، اجتناب از حضور در دانشگاه، کاهش تعامل اجتماعی، اختلال در خواب، دشواری در شروع

نبود. بنابراین، نمی‌توان این مطالعه را به‌عنوان اثبات قطعی اثربخشی ذهن‌آگاهی در کاردرمانی برای همه اختلالات اضطرابی تفسیر کرد. نکته مهم این است که آرام‌سازی و ذهن‌آگاهی زمانی ارتباط بیشتری با هویت حرفه‌ای کاردرمانی پیدا می‌کنند که در فعالیت و زندگی روزمره ادغام شوند؛ برای مثال، آموزش یک تکنیک تنظیم تنفس برای استفاده پیش از ارائه کلاسی، قبل از ورود به محیط شغلی یا هنگام انجام فعالیتی که فرد از آن اجتناب می‌کند.

۴. تعدیل حسی و تنظیم محیط
تعدیل حسی (SENSORY MODULATION) یکی دیگر از رویکردهایی است که در کاردرمانی برای مدیریت اضطراب مورد توجه قرار گرفته است. در این رویکرد، درمانگر با شناسایی پاسخ فرد به محرک‌های حسی و استفاده هدفمند از ورودی‌های آرام‌کننده، به فرد کمک می‌کند سطح برانگیختگی خود را تنظیم کند.

مطالعه WALLIS و همکاران در محیط سلامت روان جامعه، یک مداخله شش‌هفته‌ای تعدیل حسی را بررسی و کاهش اضطراب و بهبود مشارکت در فعالیت‌ها را گزارش کرد؛ باین‌حال، طراحی تک‌موردی و محدودیت‌های روش‌شناختی باعث می‌شود قدرت شواهد آن محدود باشد.

لازم به ذکر است که استفاده از تعدیل حسی باید فردمحور باشد و بر اساس ترجیحات و پاسخ واقعی فرد تنظیم شود. نمی‌توان یک مجموعه محرک حسی مشابه را برای همه افراد تجویز کرد. همچنین باید میان تعدیل حسی (SENSORY MODULATION) و یکپارچگی حسی (RY MODULATION) تمایز قائل شد؛ شواهد مربوط به تعدیل حسی در اضطراب را نمی‌توان مستقیماً به اثربخشی یکپارچگی حسی تعمیم داد.

۵. فعالیت‌محوری، گروه‌درمانی و مشارکت تدریجی



تعمیم نتایج احتیاط کرد. این رویکرد با برنامه‌هایی مانند REDO-۱۰ نیز هم‌راستا است؛ برنامه‌ای OCCUPATION-BASED که بر بازطراحی الگوهای روزمره و ایجاد تعادل و مشارکت بیشتر در فعالیت‌ها تمرکز دارد. شواهد اولیه این برنامه، امکان‌پذیری و پذیرش مناسب آن را نشان داده‌اند، اما برای اثبات اثربخشی قطعی آن به مطالعات کنترل‌شده بزرگ‌تر نیاز است.

۲. آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و خودمدیریتی

از دیگر وظایف کاردرمانگر، کمک به فرد برای شناخت عوامل ایجادکننده یا تشدیدکننده اضطراب و توسعه راهبردهایی است که بتواند در زندگی روزمره از آن‌ها استفاده کند. کتاب CROUCH و ALERS این حوزه را تحت عنوان «یادگیری مقابله با اضطراب» مطرح کرده و بر شناسایی نقاط قوت فرد، افزایش خودکارآمدی، استفاده از منابع خودیاری و حمایت‌همتایان تأکید می‌کند.

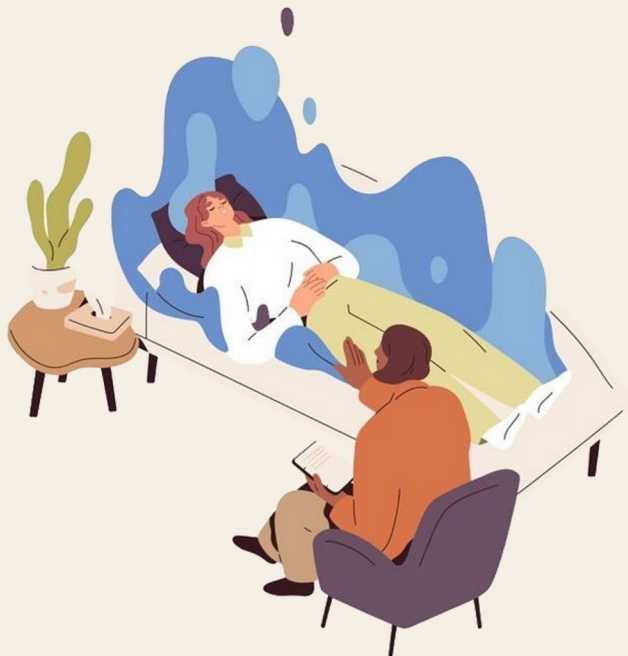
آموزش می‌تواند شامل شناسایی محرک‌های اضطراب، حل مسئله، مدیریت زمان، تنظیم فعالیت‌ها، مهارت‌های ارتباطی، شناسایی عوامل استرس‌زا در خانه یا محل کار و آموزش راهبردهای مقابله‌ای باشد. هدف آن است که مهارت‌های آموخته‌شده مستقیماً به عملکرد شغلی و فعالیت‌های روزمره منتقل شوند.

کاردرمانگر همچنین می‌تواند از برخی عناصر تکنیک‌های شناختی-رفتاری استفاده کند؛ با این تفاوت که آن‌ها را در چارچوب OCCUPATION به کار می‌گیرد. یعنی به جای تمرکز صرف بر تغییر افکار، بررسی می‌شود که افکار، هیجانات و پاسخ‌های فیزیولوژیک مرتبط با اضطراب چگونه عملکرد فرد را مختل می‌کنند و فرد چگونه می‌تواند این چرخه را در موقعیت‌های واقعی زندگی مدیریت کند.

۳. آرام‌سازی، ذهن‌آگاهی و تنظیم برانگیختگی

اضطراب گاهی با افزایش برانگیختگی فیزیولوژیک، تنش عضلانی و دشواری در تنظیم هیجانی همراه است. بنابراین، آموزش تکنیک‌های آرام‌سازی می‌تواند بخشی از برنامه کاردرمانی باشد. در کتاب، تکنیک‌هایی مانند آرام‌سازی پیشرونده عضلانی (PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION)، ذهن‌آگاهی (MINDFULNESS) و ذهنی‌سازی (MENTALIZATION) به عنوان راهبردهایی برای کمک به مدیریت استرس و اضطراب مطرح شده‌اند.

در یک کارآزمایی تصادفی‌شده، YAMAMOTO و همکاران برنامه‌ای هشت‌جلسه‌ای از کاردرمانی همراه با ذهن‌آگاهی را در بیماران سرپایی مبتلا به اضطراب و افسردگی بررسی کردند. نتایج نشان‌دهنده بهبود شاخص‌های مربوط به بهبودی (RECOVERY) و برخی تغییرات در عملکرد مغزی بود؛ باین‌حال، باید توجه داشت که پیامد اصلی مطالعه صرفاً شدت علائم اضطراب



روان‌درمانی یا درمان دارویی تلقی شود، بلکه می‌تواند بخشی از درمان جامع و مبتنی بر OC-CUPATION باشد. مداخلات در سطوح فردی، گروهی و جمعیتی قابل اجرا هستند و بر توجه هم‌زمان به فرد، OCCUPATION و زمینه تأکید می‌کنند.

از این منظر، روان‌پزشک و روان‌شناس ممکن است عمدتاً بر تشخیص، درمان روان‌شناختی و مدیریت علائم تمرکز کنند، در حالی که کاردرمانگر می‌تواند نتایج درمان را به عملکرد واقعی فرد در خانه، دانشگاه، محل کار و جامعه منتقل کند. این همکاری به‌ویژه زمانی اهمیت دارد که کاهش علائم هنوز به معنای بازگشت کامل فرد به نقش‌ها و فعالیت‌های قبلی نباشد.

محدودیت شواهد و مسیر آینده پژوهش اگرچه شواهد موجود امیدوارکننده‌اند، هنوز نمی‌توان برای همه اختلالات اضطرابی یک برنامه استاندارد کاردرمانی ارائه کرد. مرور سیستماتیک FOX و همکاران تنها ۱۹ مقاله مربوط به ۱۳ مطالعه را شناسایی کرد و تفاوت قابل توجهی در نوع مداخله، مبانی نظری، روش تحقیق و پیامدهای اندازه‌گیری‌شده وجود داشت. نویسندگان نتیجه گرفتند که اثربخشی قطعی مداخلات کاردرمانی در این جمعیت هنوز مشخص نشده و به پژوهش‌های باکیفیت‌تر نیاز است.

بنابراین، پژوهش‌های آینده باید بر کارآزمایی‌های تصادفی‌شده با حجم نمونه بیشتر، پیگیری طولانی‌مدت و استفاده هم‌زمان از پیامدهای مربوط به علائم اضطراب و مشارکت آکوپیشنال تمرکز کنند. همچنین بررسی اثربخشی مداخلات اختصاصی برای انواع مختلف اختلالات اضطرابی، از جمله اضطراب فراگیر، پانیک و اضطراب اجتماعی، می‌تواند به توسعه پروتکل‌های دقیق‌تر کمک کند.

جمع‌بندی
با وجود نتایج امیدوارکننده، شواهد فعلی هنوز

یکی از ویژگی‌های مهم کاردرمانی، استفاده از خود فعالیت به‌عنوان وسیله‌ای برای درمان است. فرد ممکن است به علت اضطراب، از مدرسه، دانشگاه، محیط کار، تعامل اجتماعی یا فعالیت‌های تفریحی اجتناب کند. در چنین شرایطی، کاردرمانگر می‌تواند فعالیت را به مراحل کوچک‌تر تقسیم کرده و مشارکت تدریجی در فعالیت‌های روزمره (GRADED OCCUPATIONAL ENGAGEMENT) را طراحی کند.

CROUCH و ALERS استفاده از گروه‌های OCCUPATION-CENTRED را به‌عنوان روشی برای بهره‌گیری از یادگیری اجتماعی و حمایت هیجانی مطرح کرده‌اند. مطالعه‌ای در کودکان ۱۰ تا ۱۴ ساله نیز نشان داد یک مداخله گروهی OCCUPATION-BASED می‌تواند با کاهش علائم اضطراب و افزایش عملکرد همراه باشد. این برنامه از فعالیت‌هایی مانند برنامه‌ریزی فعالیت‌ها و مشارکت تدریجی در OCCUPATIONS برای مقابله با مشکلاتی مانند امتناع از مدرسه استفاده می‌کرد.

گروه‌درمانی همچنین فرصت تمرین مهارت‌های اجتماعی، دریافت بازخورد، مشاهده الگوهای موفق و تجربه حمایت همتایان را فراهم می‌کند. آموزش مهارت‌های اجتماعی، نقش‌آفرینی (ROLE-PLAY) و تمرین موقعیت‌های اجتماعی شبیه‌سازی‌شده نیز می‌تواند به انتقال مهارت‌های مدیریت اضطراب به موقعیت‌های واقعی کمک کند.

در اینجا ذکر یک نکته ضروری است: مشارکت تدریجی در فعالیت‌ها (GRADED OCCUPATIONAL ENGAGEMENT) الزاماً معادل مواجهه‌درمانی (EXPOSURE THERAPY) نیست. کاردرمانگر می‌تواند مشارکت فرد در فعالیت‌ها و نقش‌های روزمره را به‌صورت تدریجی افزایش دهد؛ اما درمان تخصصی مواجهه برای اختلالات اضطرابی باید در حیطه صلاحیت متخصص مربوطه و در چارچوب برنامه درمانی تیم سلامت روان انجام شود.

۶. مداخله در بحران و مدیریت حمله پانیک

کاردرمانگر باید برای مواجهه با افزایش شدید اضطراب یا حمله پانیک نیز آمادگی داشته باشد. کتاب تأکید می‌کند که در هنگام حمله پانیک، درمانگر باید رفتاری آرام و همدلانه داشته باشد، به فرد اطمینان دهد که علائم قابل مدیریت هستند و پس از فروکش کردن حمله، تجربه را با او مرور و راهبردهای مقابله‌ای آینده را بررسی کند. همچنین ثبت رویداد و اطلاع‌رسانی به تیم درمان، در صورت لزوم، بخشی از مدیریت حرفه‌ای موقعیت است.

البته هر علامت حاد جسمانی، به‌ویژه درد قفسه سینه، سنکوپ یا علائم غیرمعمول، نباید صرفاً به اضطراب نسبت داده شود و در صورت وجود علائم هشداردهنده، باید ارزیابی پزشکی انجام شود.

نقش کاردرمانگر در تیم چندتخصصی کاردرمانی در اختلالات اضطرابی نباید جایگزین



برای ادعای اثربخشی قطعی یک رویکرد واحد کافی نیستند. بنابراین، بهترین رویکرد در شرایط کنونی، مداخله‌ای فردمحور، OCCUPA-TION-BASED و مبتنی بر شواهد، در همکاری با تیم تخصصی سلامت روان است؛ رویکردی که موفقیت درمان را نه فقط با کاهش اضطراب، بلکه با بازگشت فرد به نقش‌ها، فعالیت‌ها و مشارکت معنادار در زندگی ارزیابی می‌کند. اضطراب در بدن ما مانند خودرویی است که چراغ هشدارش روشن شده است. کاردرمانگر شبیه یک تعمیرکار، کاپوت را بالا می‌زند تا بررسی کند مشکل از کجاست و چه عواملی عملکرد سیستم را مختل کرده‌اند. سپس، با آموزش و همراهی فرد و ایجاد تغییرات مناسب در سبک زندگی و فعالیت‌های روزمره، به او کمک می‌کند تا این چراغ هشدار را بهتر مدیریت کند و دوباره به مسیر زندگی روزمره بازگردد.

امیر حسین خانقلی نیا

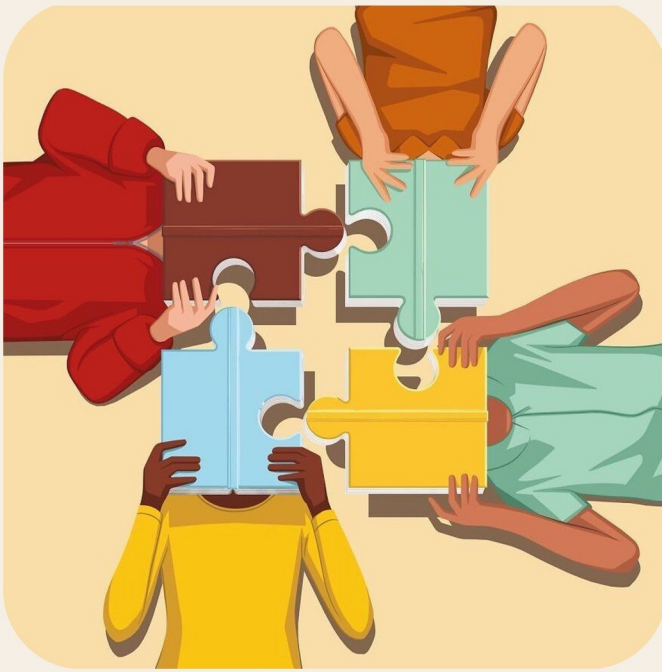
۱۱

یک انسان، یک مسیر، چهار نگاه؛ هر تخصص یک تکه از پازل



علائم در نهایت به بستری شدن او انجامید. صبح‌ها برای او دیگر مثل قبل نبودند، آماده شدن برای رفتن به محل کار، فعالیت‌هایی که روزی بخشی عادی از زندگی‌اش بود، حالا با تپش قلب و بی‌قراری همراه می‌شد. کم‌کم حضورش در محل کار دشوار شد، عملکردش تحت تأثیر قرار گرفت و در نهایت، دیگر نتوانست سر کار حاضر شود. نه چون نمی‌خواست، نه چون شغلش را دوست نداشت، بلکه خیلی ساده دیگر نمی‌توانست. آنچه در ابتدا بی‌سر و صدا شروع شده بود، به‌اندازه‌ای جدی شد که

اضطراب از شایع‌ترین تجربه‌های روان‌شناختی انسان است؛ اما زمانی که شدت و تداوم آن از حد قابل‌تحمل فراتر می‌رود، می‌تواند عملکرد فرد را تحت تأثیر قرار دهد. در چنین شرایطی، مسئله دیگر صرفاً احساس اضطراب نیست؛ بلکه زندگی فرد است که به‌شدت تحت تأثیر اضطراب قرار گرفته است. این موضوع را می‌توان در تجربه بالینی بیماری دید که در جریان کارآموزی با او مواجه شدیم؛ خانمی ۴۰ ساله که اضطراب به‌تدریج توانایی او برای حضور و ادامه فعالیت در محیط کار را مختل کرده بود و شدت



بنابراین، اضطراب او تنها به پیدا کردن شغل محدود نمی‌شود، بلکه با ترس از شکست نیز ارتباط دارد.

در قدم اول، با توجه به شدت اضطراب، اختلال خواب و کاهش تمرکز، لازم است وضعیت مراجع دقیق بررسی شود. اگر این علائم زندگی روزمره او را به شکل قابل توجهی مختل کرده باشند، می‌توان مراجعه به روان‌پزشک را پیشنهاد کرد. این موضوع نباید به شکل برچسب‌زنی مطرح شود؛ بلکه ابتدا می‌توان درباره تغییراتی مانند بی‌خوابی، کاهش تمرکز و اضطراب با مراجع صحبت کرد و نظر او را جویا شد. سپس توضیح داد که چنین واکنش‌هایی پس از دست دادن یک شغل مهم طبیعی است؛ اما در صورت شدت گرفتن، کمک تخصصی می‌تواند مفید باشد. تصمیم‌گیری درباره مراجعه به متخصص نیز با مشارکت خود مراجع انجام می‌شود. پس از کاهش اضطراب، می‌توان از روش‌هایی مانند درمان شناختی رفتاری (CBT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده کرد. در CBT، افکاری مانند «دیگر آدم موفق نیستم» یا «آینده‌ام خراب شده» بررسی می‌شوند تا مراجع شرایط را واقع‌بینانه‌تر ببیند و متوجه شود که از دست دادن یک شغل به معنی از دست دادن ارزشمندی او نیست. در رویکرد پذیرش و تعهد نیز تأکید می‌شود که ارزشمندی فرد فقط به شغلش وابسته نیست و توانایی‌ها و ویژگی‌های او همچنان باقی هستند. در نهایت، هدف درمان تنها پیدا کردن سریع شغل جدید نیست، بلکه بازگشت احساس ارزشمندی، استقلال و کنترل بر زندگی است. ممکن است شغل جدید بخشی از این مسیر باشد، اما تنها راه نیست. این بحران با وجود احساس شکست و فقدان، می‌تواند فرصتی برای شناخت دوباره خود و ساختن مسیر تازه‌ای در زندگی باشد.

از پایش تا حمایت؛ از نگاه پرستاری

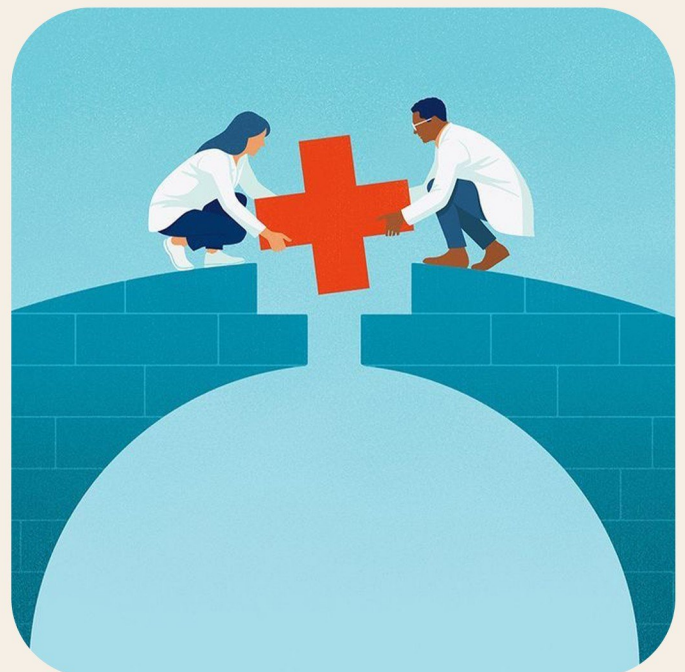
پرستار حلقه اتصال ارزیابی، مراقبت، پایش، آموزش، حمایت، ارتباط با خانواده و انتقال

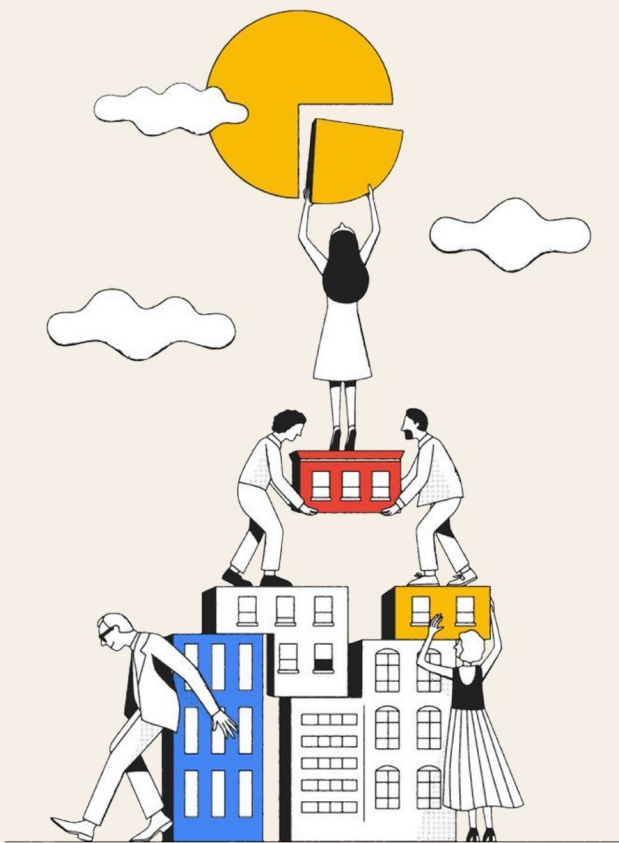
بستری شدن را به بخشی از مسیر درمان او تبدیل کرد. این کیس، ما را با یک سؤال اساسی روبه‌رو می‌کند: در این جریان، نقش هر یک از اعضای تیم درمان چیست؟

اضطراب اختلالی چندوجهی است و مدیریت آن نیز نیازمند نگاهی چندبعدی و همکاری میان اعضای تیم درمان است. در این بخش تلاش می‌کنیم یک کیس بالینی را از نگاه اعضای مختلف تیم درمان بررسی کنیم؛ نه برای اینکه مشخص کنیم کدام رشته مسئول درمان اضطراب است، بلکه برای اینکه ببینیم چگونه تخصص‌های مختلف می‌توانند در کنار یکدیگر، بخش‌های متفاوتی از یک مشکل واحد را ببینند و در نهایت به یک هدف مشترک برسند: بازگشت فرد به زندگی، نقش‌ها و فعالیت‌های معنادار خود.

پشت پرده اضطراب؛ از نگاه روان‌شناسی

برای یک خانم ۴۰ ساله، از دست دادن شغل می‌تواند فراتر از یک مشکل مالی باشد. در مورد این مراجع، شغل فقط منبع کسب درآمد نبوده، بلکه بخش مهمی از هویت و احساس ارزشمندی او بوده و از طریق آن خود را فردی مستقل، توانمند و تأثیرگذار می‌دانسته که می‌تواند برای زندگی خود تصمیم بگیرد. بنابراین، بیکار شدن باعث شده احساس کند بخشی از چیزی که سال‌ها برای ساختنش تلاش کرده، ناگهان از دست رفته است. از دیدگاه اریکسون، مراجع در مرحله‌ای زاینده‌گی در برابر رکود قرار دارد؛ دوره‌ای که فرد تمایل دارد برای دیگران و جامعه مفید و مؤثر باشد. از دست دادن می‌تواند این احساس را در او تضعیف کرده و اضطراب، مشکلات خواب و تمرکز را به دنبال داشته باشد. همچنین انتظارات اجتماعی از زنان در این سن ممکن است شرایط را دشوارتر کند. مراجع علاوه بر نگرانی درباره آینده شغلی و وضعیت مالی، ممکن است نگران قضاوت دیگران و ناتوانی در حفظ تصویر یک زن موفق و مستقل نیز باشد.





تغییرات مهم به تیم درمان است. نخستین وظیفه پرستار ارزیابی جامع بیمار است؛ شامل ظاهر و رفتار، سطح هوشیاری، خلق و عافیه، میزان بی‌قراری یا کناره‌گیری، نحوه ارتباط، کیفیت خواب، اشتها، تمرکز و عملکرد شناختی، توانایی انجام فعالیت‌های روزمره و علائم جسمی اضطراب مانند تپش قلب، لرزش و تنگی نفس. همچنین باید عوامل محرک، شیوه‌های مقابله‌ای، سابقه بیماری‌های جسمی و روان شناختی، داروهای مصرفی، مصرف کافئین، نیکوتین و الکل، تجربه‌های استرس‌زا، سابقه تروما و میزان حمایت خانوادگی و اجتماعی بررسی شوند. اهمیت بالینی اضطراب فقط به شدت آن محدود نمی‌شود، بلکه تأثیر آن بر عملکرد فرد نیز اهمیت دارد. ناتوانی در ادامه کار می‌تواند نشانه اختلال در عملکرد شغلی، استقلال و نقش اجتماعی باشد و باید در برنامه مراقبتی ثبت و پیگیری شود. پرستار باید روند بیمار را به‌طور فعال پایش کند؛ از جمله تغییرات اضطراب، خواب، بی‌قراری، گوشه‌گیری، تحریک‌پذیری، توانایی برقراری ارتباط، مشارکت در فعالیت‌های روزمره و همچنین پاسخ به درمان و عوارض احتمالی. خواب نیز علاوه بر اینکه یکی از علائم اضطراب است، می‌تواند هدف درمانی باشد. پرستار می‌تواند با کاهش نور و صدا در شب، تنظیم فعالیت‌های روزانه، توجه به مصرف کافئین، ایجاد نظم در خواب و بیداری و آموزش بهداشت خواب، محیط را برای خواب مناسب‌تر کند. فراهم کردن محیطی آرام و کم‌تحریک؛ ارتباط بدون قضاوت؛ گوش دادن فعال، اعتباربخشی به احساسات، شناسایی محرک‌ها و آموزش تکنیک‌های ساده آرام‌سازی و تنفس نیز از مراقبت‌های پرستار هستند. هدف این اقدامات افزایش توانایی بیمار در تنظیم هیجان، برقراری ارتباط و مشارکت در زندگی روزمره است. در کنار حمایت روانی، پایش ایمنی بیمار در اولویت قرار دارد. هنگام ترخیص، باید به زبان ساده درباره ادامه درمان، قطع نکردن خودسرانه داروها، شناخت عوارض، اهمیت خواب منظم و فعالیت روزانه، شناسایی عوامل تشدیدکننده و زمان مراجعه برای دریافت کمک آموزش داده شود. در نهایت، برنامه مراقبتی باید به‌تدریج به سمت بازگشت به نقش‌های روزمره و شغلی پیش برود؛ زیرا بازگشت ناگهانی می‌تواند باعث عود علائم شود.

وقتی درمان وارد مسیر دارویی می‌شود؛ از نگاه داروسازی

بر اساس راهنماهای مرجع، در اضطراب خفیف تا متوسط، درمان شناختی رفتاری مداخله ارجح است؛ اما در صورت اختلال شدید در عملکرد روزمره، ترکیب دارو و CBT پروتکل استاندارد محسوب می‌شود. در رژیم‌های دارویی نگره دارنده، خط اول با مهارکننده‌های بازجذب سروتونین (SSRIs) نظیر سرتالین و اس‌سیتالوپرام، یا SNRIs نظیر ونلافاکسین) آغاز می‌شود. از

آنجا که اثربخشی کامل این داروها حدود ۴ تا ۶ هفته زمان می‌برد، بنزودیازپین‌های خوراکی (مانند لورازپام یا کلونازپام) ممکن است به صورت کوتاه‌مدت و به‌عنوان پل درمانی جهت تسکین فوری اضطراب و تنظیم خواب استفاده شود و پس از شروع اثر داروی اصلی به‌تدریج قطع شوند. در صورت پاسخ ناکافی، داروهایی نظیر بوسپیرون، پرگابالین یا آنتی‌سایکوتیک‌های آتیپیک می‌توانند به‌عنوان درمان تقویتی مدنظر قرار گیرند. با بستری شدن بیمار، مدیریت دارویی وارد فاز حاد می‌شود و نیازمند ملاحظات ویژه است. در بدو بستری، ارزیابی عملکرد کبد و کلیه‌ها برای تنظیم دقیق دوز داروها الزامی است. در صورت آژیتاسیون شدید، ناتوانی در بلع یا نیاز به کنترل فوری رفتار، بنزودیازپین‌های تزریقی نظیر لورازپام، و در صورت وجود بی‌قراری شدید یا علائم خلقی-سایکوتیک همراه، به‌صورت محدود آنتی‌سایکوتیک‌های تزریقی مانند هالوپریدول استفاده می‌شوند. هدف اصلی، ایجاد ثبات و انتقال ایمن بیمار به درمان خوراکی است تا پس از خروج از بحران، تیم کاردرمانی بتواند ارزیابی عملکردی، بازتوانی مهارت‌های شناختی، مدیریت استرس و بازگشت تدریجی بیمار به نقش‌های شغلی و اجتماعی را دنبال کند.

روی دیگر دارو؛ عوارض، تداخلات و پایش؛ از نگاه داروسازی

داروهای اعصاب و روان، از جمله در درمان اختلالات اضطرابی و اضطراب فراگیر، معمولاً در کنار درمان‌های غیردارویی و روان‌درمانی استفاده می‌شوند. برخی از این داروها شروع اثر تأخیری دارند و اثر درمانی آن‌ها گاه تا یک ماه بعد

ظاهر نمی‌شود، در حالی که عوارض جانبی از ابتدای مصرف بروز می‌کنند. این عوارض می‌تواند شامل تهوع، استفراغ، مشکلات گوارشی، سردرد، عوارض آنتی‌کولینرژیک و اختلال عملکرد جنسی باشند و معمولاً در شروع مصرف بیشتر دیده می‌شوند. در صورت بروز عوارض، می‌توان از راهبردهایی مانند تعدیل دوز، تغییر دارو به داروی هم‌دسته، تغییر دسته دارویی و علامت درمانی بهره گرفت. این داروها ممکن است باعث تحمل یا وابستگی شوند. برای پیدا کردن دوز بهینه، دوز داروهای اعصاب و روان اغلب از دوز کم شروع و به‌صورت تدریجی افزایش پیدا می‌کنند. در تجویز دارو برای کیس موردنظر، سن، جنس، بیماری‌های همراه، داروهای هم‌زمان و میزان تحمل و پاسخگویی بیمار به دارو دخیل هستند. داروساز نیز به‌عنوان عضوی از تیم درمان، در تعیین و تنظیم دوز مصرفی، افزایش دوز یا تیتراپ دارو، نظارت بر مصرف صحیح، بررسی و مدیریت عوارض و تداخلات دارویی و ارائه مشاوره به بیمار و تیم درمان نقش مهمی دارد. داروساز با بررسی اثرات داروها، عوارض و تداخلات آن‌ها، به بهبود پاسخ بیمار به درمان کمک می‌کند. همچنین با تنظیم و پایش دارودرمانی، شرایط مناسب‌تری برای مشارکت بیمار در فعالیتهای کاردرمانی فراهم می‌کند.

اضطراب پشت در، زندگی در پیش رو؛ قرار نیست فقط آرام باشی، قرار است دوباره زندگی کنی؛ از نگاه کاردرمانی

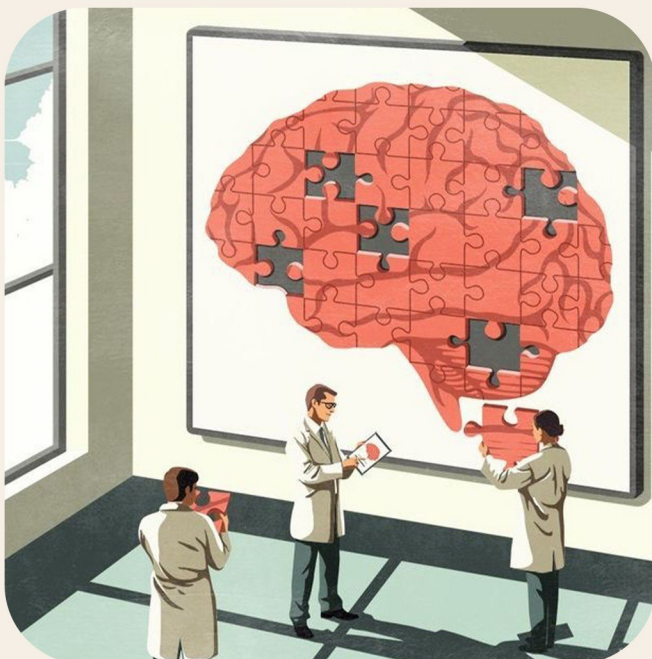
در ارزیابی کاردرمانی، نه‌تنها شدت اضطراب، بلکه تأثیر آن بر عملکرد و مشارکت فرد در فعالیت‌های روزانه، مراقبت از خود، روابط اجتماعی و اشتغال و همچنین عوامل فردی و محیطی مؤثر بر تداوم این محدودیت‌ها بررسی می‌شوند تا مشخص شود اضطراب چگونه از یک تجربه ذهنی به محدودیت واقعی در زندگی تبدیل شده است. کاردرمانی با تمرکز بر عملکرد و مشارکت فرد در فعالیتهای معنادار، می‌تواند بخشی از برنامه درمانی فرد بستری باشد. کاردرمانگر نقاط قوت و نیازهای فرد را شناسایی و برنامه‌ای فردمحور طراحی می‌کند. برای این خانم ۴۰ ساله که به دنبال اضطراب شدید دچار اختلال در عملکرد شغلی شده، در کاردرمانی می‌توان ابتدا از فعالیتهای کاهش‌دهنده اضطراب و تنظیم هیجانی مانند تمرینات تنفسی و ریلکسیشن، رنگ‌آمیزی، فعالیتهای هنری و کارهای ریتمیک استفاده کرد. همچنین فعالیتهای شناختی مانند پازل، جدول و تمرین‌های توجه و تمرکز و فعالیتهای روزمره مانند برنامه‌ریزی روتین روزانه و مدیریت زمان می‌توانند به بهبود عملکرد فرد کمک کنند. با کاهش تدریجی اضطراب، فعالیتهای شبیه‌سازی‌شده مرتبط با محیط کار مانند تایپ، مرتب‌سازی فایل‌ها، انجام وظایف اداری و نقش‌آفرینی موقعیتهای شغلی نیز می‌توانند به‌صورت تدریجی و متناسب با توانایی فرد انجام شوند تا تحمل

فعالیت، اعتمادبه‌نفس و آمادگی برای بازگشت به نقش شغلی افزایش یابد. هدف کاردرمانی، صرفاً سرگرم کردن بیمار نیست؛ بلکه ایجاد تجربه موفقیت، افزایش احساس کنترل و کاهش اجتناب است. یکی از اهداف مهم کاردرمانی در دوران بستری، آماده‌سازی فرد برای بازگشت به زندگی پس از ترخیص است. در این مرحله، کاردرمانگر به فرد کمک می‌کند تا روتینی متعادل برای خواب، فعالیت، استراحت، روابط اجتماعی و مسئولیت‌های روزانه ایجاد کرده و راهکارهای مقابله‌ای مؤثر و قابل استفاده در زندگی واقعی را بیاموزد. در نهایت، هدف کاردرمانی فقط کاهش علائم نیست، بلکه کمک به فرد برای بازگشت به فعالیتهای معنادار، بازیابی احساس توانمندی و افزایش استقلال در زندگی است.

چهار نگاه، یک مقصد؛ و حالا نوبت زندگی است

در بخش بستری بیمارستان روان، با بسته شدن در، قرار نیست زندگی هم پشت آن در جا بماند. پایان درمان، فقط کاهش اضطراب نیست؛ بلکه بازگشت تدریجی بیمار به زندگی است؛ به روزهایی که بتواند از خانه بیرون برود، کار کند و دوباره احساس کند کنترل زندگی‌اش را در دست دارد. اینجاست که نقش تیم درمان معنا پیدا می‌کند؛ جایی که روان‌شناس، پرستار، داروساز و کاردرمانگر، هر کدام از زاویه‌ای متفاوت اما با هدفی مشترک، کنار بیمار قرار می‌گیرند. شاید موفقیت درمان، فقط نبود اضطراب نباشد؛ بلکه در توانایی بیمار برای زندگی کردن، حتی در حضور آن باشد. «درمان، آن‌جاست که زندگی دوباره از اضطراب پیشی می‌گیرد».

هدیه باقری فر، دانشجوی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه علوم تحقیقات تهران
غزل آریایی، دانشجوی کارشناسی پرستاری
وفا واسعی، دانشجوی داروسازی
محمد رضا آئینی، دانشجوی داروسازی
هستی آئینی، دانشجوی کارشناسی کاردرمانی





فاجعه‌بار می‌شود. گروه‌درمانی هر سه مؤلفه را به‌طور مستقیم هدف قرار می‌دهد و به همین دلیل می‌تواند به‌عنوان یکی از رویکردهای مؤثر در درمان اضطراب مورد استفاده قرار گیرد.

گروه‌درمانی چگونه چرخه اضطراب را می‌شکند؟

فرآیند گروه‌درمانی را می‌توان از شش حوزه اصلی بررسی کرد که هرکدام به شیوه‌ای متفاوت به کاهش اضطراب کمک می‌کنند.

سطح اول ← عصب‌شناختی

مواجهه تدریجی و تکرارشونده با موقعیت‌ها یا محرک‌های اضطراب‌زا می‌تواند به کاهش تدریجی واکنش اضطرابی فرد منجر شود. این فرایند با یادگیری و تغییر در پاسخ‌های مرتبط با اضطراب در مغز همراه است و می‌تواند به کاهش حساسیت فرد نسبت به محرک‌های اضطراب‌زا کمک کند.

سطح دوم ← شناختی

فرد مضطرب ممکن است با تحریف‌های شناختی، مانند فاجعه‌سازی و تعمیم افراطی، دست‌وپنجه نرم کند. هنگامی که فرد افکار خود را در گروه بیان می‌کند، با بازخورد سایر اعضا مواجه می‌شود. این بازخورد می‌تواند به تدریج به فرد کمک کند افکار و باورهای تحریف شده خود را با واقعیت مقایسه و ارزیابی کند (REALITY TESTING).

گروه‌درمانی نوعی روان‌درمانی است که در آن یک یا دو درمان‌گر، هم‌زمان با گروهی از مراجعان، که معمولاً بین ۶ تا ۱۲ نفر هستند، جلسات درمانی برگزار می‌کنند. در این جلسات، اعضا در فضایی امن دور هم می‌نشینند و درباره مسائل عاطفی، رفتاری و روانی خود صحبت می‌کنند، موقعیت‌های مختلف را بازآفرینی می‌کنند، به تمرین‌های تنفسی و فعالیت‌های هنری می‌پردازند و... نکته‌ای که گروه‌درمانی را از جلسات درمانی فردی متمایز می‌کند، تعامل فعال میان اعضای گروه است.

برخلاف تصور عموم، گروه‌درمانی فقط همدردی جمعی نیست؛ بلکه نوعی «آینه اجتماعی» است که به فرد کمک می‌کند الگوهای ناسالم خود را بشناسد و رفتارهای جدید را در محیطی امن تمرین کند.

درمان جمعی؛ مسیری برای مقابله با اضطراب چرا گروه‌درمانی برای درمان اضطراب اثربخش است؟

برای پاسخ به این سؤال، باید سه مؤلفه اصلی اضطراب را مرور کنیم:

۱. **انزوای فکری:** فرد تصور می‌کند «من تنها کسی هستم که می‌ترسم.»
۲. **اجتناب:** فرد از موقعیت‌های ترسناک فرار می‌کند و این فرار، در بلندمدت، اضطراب را تقویت می‌کند.
۳. **نشخوار فکری:** ذهن فرد مدام درگیر آینده‌ای



بپذیرد و با ترس‌های خود مواجه شود.

سطح ششم ← زمانی

تغییرات ایجادشده در درمان به تکرار و تثبیت نیاز دارند. جلسات منظم گروه‌درمانی با ایجاد یک ریتم درمانی، فرصت تمرین و تثبیت آموخته‌ها را فراهم می‌کنند. در نتیجه، تغییرات ایجادشده می‌توانند از سطح موقعیتی فراتر رفته و به الگوهایی پایدارتر در رفتار و شیوه مواجهه فرد تبدیل شوند.

این شش سطح به صورت هم‌زمان و درهم تنیده در جریان جلسات گروه‌درمانی عمل می‌کنند و می‌توانند در کاهش علائم اضطرابی نقش داشته باشند.

گروهی؛ یکی از رویکردهای مهم CBT

درمان شناختی-رفتاری (CBT) رویکردی ساختاریافته، معمولاً کوتاه‌مدت و مبتنی بر شواهد است که به فرد کمک می‌کند افکار مزاحم و الگوهای فکری ناکارآمد را شناسایی کند، باورهای غیرواقع‌بینانه را با شواهد عینی به چالش بکشد و رفتارهای سازگاران را جایگزین رفتارهای اجتنابی کند.

این رویکرد یکی از رویکردهای مهم مورد استفاده در گروه‌درمانی است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که از نظر اثربخشی، در برخی اختلالات اضطرابی، تفاوت معناداری میان CBT گروهی و فردی مشاهده نمی‌شود. با این حال، شکل گروهی مزایای منحصر به فردی مانند بهره‌مندی از حمایت اجتماعی، کاهش احساس انزوا، عادی‌سازی علائم و هزینه کمتر دارد. در نتیجه، CBT گروهی می‌تواند رویکردی اثربخش، به‌ویژه در درمان برخی اختلالات اضطرابی، باشد.

پژوهش‌ها؛ پشتوانه‌ای برای گروه‌درمانی

مطالعات مختلفی درباره اثربخشی گروه‌درمانی در اختلالات اضطرابی انجام شده است. در این بخش، سه مطالعه را که روی جمعیت‌های مختلف انجام شده‌اند، بررسی می‌کنیم. هر سه مطالعه کاهش علائم اضطرابی پس از مداخله گروهی را گزارش کرده‌اند؛ با این حال، برای نتیجه‌گیری قطعی درباره برتری یک شیوه

همچنین، فرد با تمرکز بر آنچه در لحظه و در تعامل با سایر اعضای گروه اتفاق می‌افتد، فرصت پیدا می‌کند از چرخه نشخوارهای فکری فاصله بگیرد.

سطح سوم ← رفتاری

اضطراب با فرار و اجتناب تقویت می‌شود. در فرایند گروه‌درمانی، فرد می‌تواند قدم به قدم با ترس‌های خود مواجه شود. با هر قدم، دریافت حمایت و بازخورد مثبت از اعضای گروه و درمانگر می‌تواند احتمال تکرار رفتارهای سازگاران را افزایش دهد.

سطح چهارم ← بین فردی

برخی دیدگاه‌های روان‌شناختی، مشکلات اضطرابی را با تجربه‌های دلبستگی نایمن و الگوهای روابط اولیه مرتبط می‌دانند. در گروه درمانی، گروه می‌تواند به فضایی برای تجربه و اصلاح الگوهای بین فردی تبدیل شود. فرد ممکن است الگوهای قدیمی خود را در تعامل با اعضای گروه تکرار کند و سپس بازخورد و تجربه‌ای اصلاحی دریافت کند (CORRECTIVE RECAPITULATION).

همچنین، گروه مانند آزمایشگاهی برای تمرین مهارت‌های اجتماعی عمل می‌کند؛ جایی که فرد می‌تواند مهارت‌هایی مانند «نه گفتن»، شروع مکالمه و ابراز مخالفت را در محیطی امن تمرین کند.

سطح پنجم ← وجودی

در گروه‌درمانی، فرد درمی‌یابد که در تجربه اضطراب تنها نیست. این احساس مشترک می‌تواند از شدت احساس انحصاری بودن رنج بکاهد (UNIVERSALITY).

همچنین، حضور در گروه می‌تواند احساس نوع دوستی و مفید بودن را در فرد تقویت کند. از سوی دیگر، فرد با واقعیت عدم قطعیت مواجه می‌شود و درمی‌یابد که اگرچه نمی‌تواند همه چیز را کنترل کند، می‌تواند در کنار دیگران با این عدم قطعیت مواجه شود. در نتیجه، به جای تلاش برای فرار از اضطراب، می‌تواند به تدریج یاد بگیرد آن را به عنوان بخشی از تجربه زندگی

درمانی نسبت به دیگری، به پژوهش‌های بیشتری نیاز است.

جامعه هدف

پژوهش اول و دوم روی گروهی از دانشجویان جوان انجام شده‌اند. مطالعه اول به اضطراب یادگیری زبان خارجی و مطالعه دوم به اضطراب اجتماعی پرداخته است و هر دو در بستر دانشگاهی انجام شده‌اند. در مقابل، مطالعه سوم جمعیت عمومی را در ارتباط با چند نوع اختلال اضطرابی و در محیط‌های درمانی عمومی مورد بررسی قرار داده است.

روش درمان

هر سه مطالعه از رویکرد شناختی-رفتاری گروهی استفاده کرده‌اند. علاوه بر این، در مطالعه دوم از بازسازی شناختی و مواجهه کلامی، یعنی صحبت و تکرار درباره موقعیت‌های ترسناک، نیز استفاده شده است.

مدت زمان

کوتاه‌ترین دوره درمان مربوط به پژوهش اول بود که طی سه هفته و در پنج جلسه انجام شد و دوره پیگیری نداشت. پژوهش دوم طی شش هفته و در شش جلسه انجام شد و دوره پیگیری دوماهه داشت. مطالعه سوم طولانی‌ترین دوره مداخله را داشت؛ این مطالعه طی ۱۲ هفته و در ۱۲ جلسه انجام شد و دوره پیگیری یک‌ساله نیز برای آن در نظر گرفته شد.

نتایج

هر سه پژوهش کاهش علائم اضطرابی را پس از مداخله گروهی نشان دادند. در پژوهش اول، با وجود کوتاه‌بودن دوره درمان، کاهش قابل‌توجهی در علائم مشاهده شد. در پژوهش دوم نیز اثربخشی مداخله بر افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی قابل‌توجه بود. در نهایت، در پژوهش سوم که جمعیت آماری بزرگ‌تری را مورد مطالعه قرار داده بود، نتایج اثربخشی گزارش شد و به دلیل وجود دوره پیگیری ۱۲‌ماهه، اطلاعات

بیشتری درباره ماندگاری نتایج ارائه شد.

جمع‌بندی نهایی

گروه‌درمانی با هدف قرار دادن مؤلفه‌های مهم اضطراب، از جمله انزوا، اجتناب و نشخوار فکری، و با اثرگذاری بر جنبه‌های عصب‌شناختی، شناختی، رفتاری، بین‌فردی و وجودی، می‌تواند به کاهش تدریجی علائم کمک کند.

رویکرد شناختی-رفتاری گروهی، که یکی از رویکردهای مورد استفاده در گروه‌درمانی است، علاوه بر اثربخشی قابل‌قبول، مزایایی مانند حمایت اجتماعی، هم‌افزایی و صرفه‌جویی اقتصادی دارد. پژوهش‌های انجام‌شده نیز از اثربخشی این رویکرد در کاهش علائم اضطرابی حمایت می‌کنند.

به‌طور کلی، گروه‌درمانی نه تنها می‌تواند یک شیوه درمانی کارآمد باشد، بلکه فرصتی برای بازآموزی ارتباط، تمرین مهارت‌های اجتماعی، پذیرش عدم قطعیت و یافتن امید در جمعی همدل فراهم می‌کند.

ریحانه خلیلی





دست‌هایم سرد شده‌اند.

«آگه اشتباه بگم چی؟»

ساکت می‌مانم.

چند دقیقه بعد متوجه می‌شوم اصلاً نفهمیده‌ام استاد چه گفته. بدنم در کلاس است، اما ذهنم جای دیگری است.

سر ناهار، دوستانم حرف می‌زنند و می‌خندند. من فقط به بشقابم نگاه می‌کنم. اشتها ندارم. پوست دور ناخنم را می‌کنم؛ یکی را، بعد یکی دیگر، تا جایی که انگشتم می‌سوزد.

«... باز شروع کردم.»

بعد از دانشگاه، مستقیم باید بروم باشگاه. از صبح منتظرش بودم، اما حالا حتی فکر کردن به آن خسته‌ام می‌کند.

وارد باشگاه می‌شوم. صدای موسیقی، شلوغی و آدم‌هایی که تمرین می‌کنند، همه‌چیز را یک دفعه زیاد به نظر می‌رساند.

«نکنه همه دارن نگام می‌کنن؟ نکنه حرکت رو اشتباه انجام بدم؟ نکنه بقیه فکر کنن بلد نیستم؟»

چند دقیقه روی دستگاه می‌نشینم و به اطراف نگاه می‌کنم. ضربان قلبم بالا رفته؛ اما این بار حتی نمی‌دانم از ورزش است یا اضطراب.

حوصله تمرین ندارم. نیمه‌کاره تمرینم را رها می‌کنم و زودتر از باشگاه بیرون می‌آیم.

عصر سر کار می‌روم. لیست کارهایم را نگاه می‌کنم.

«از کدوم شروع کنم؟ آگه نتونم تمومشون کنم چی؟»

همه کارها با هم توی ذهنم می‌آیند. یک کار را شروع می‌کنم، وسطش سراغ کار دیگری می‌روم و دوباره برمی‌گردم. چند بار همه‌چیز را چک می‌کنم.

تمرکزم پایین آمده. کاری که معمولاً نیم ساعت طول می‌کشد، یک ساعت زمان می‌برد.

شب که به خانه می‌روم، بدنم خسته است؛

روایت اول | وقتی اضطراب فرمان را دست می‌گیرد

چشم‌هایم را باز می‌کنم. قبل از اینکه حتی به ساعت نگاه کنم، تپش قلبم را حس می‌کنم. «وای... چرا قلبم این‌قدر تند می‌زنه؟ نکنه اتفاقی افتاده؟»

دستم را روی سینه‌ام می‌گذارم. نفسم کوتاه شده و دست‌هایم سرد شده‌اند.

چشمم به ساعت می‌افتد.

«وای نه! دیرم شده!»

با عجله از تخت بلند می‌شوم. نمی‌دانم اول مسواک بزنم، لباس بپوشم یا کیفم را آماده کنم؟

جلوی آینه می‌ایستم.

«این لباسم خوبه؟ نه... شاید مسخره به نظر بیام.»

لباسم را عوض می‌کنم.

دوباره عوض می‌کنم.

به ساعت نگاه می‌کنم.

«دیگه وقت ندارم.»

صبحانه را نصفه رها می‌کنم و از خانه بیرون می‌زنم.

توی تاکسی، پایم بی‌اختیار تکان می‌خورد. کف دستم عرق کرده و مدام ساعت را نگاه می‌کنم.

«آگه ترافیک بشه چی؟ آگه دیر برسم چی؟»

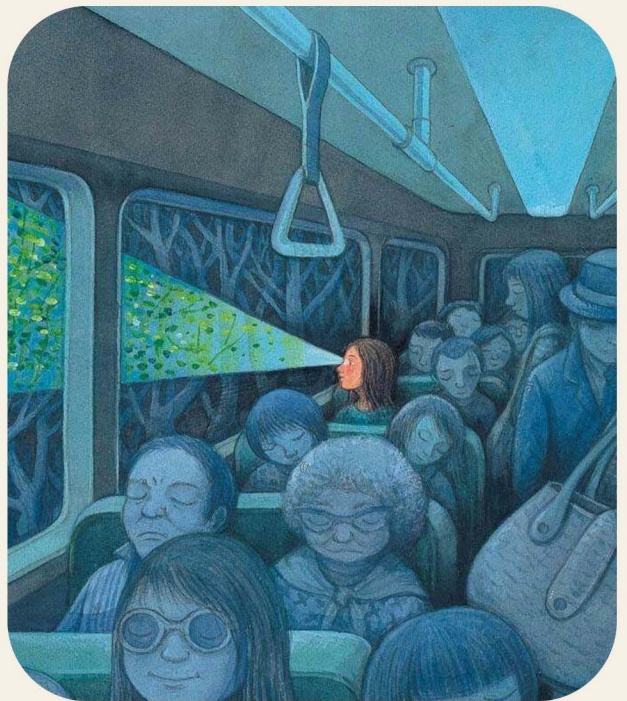
«آگه استاد جلوی همه چیزی بگه چی؟»

صدای بوق ماشین‌ها بیشتر عصبی‌ام می‌کند. هدفونم توی گوشم است، اما اصلاً موسیقی را نمی‌شنوم.

تمام ذهنم پر شده از یک کلمه: «آگه...»

بالاخره به دانشگاه می‌رسم. در راهرو احساس می‌کنم همه نگاهم می‌کنند. سرم را پایین می‌اندازم و سریع وارد کلاس می‌شوم.

استاد سؤال می‌پرسد. جواب را می‌دانم، اما دستم بالا نمی‌رود. قلبم تند می‌زند



اگه اتفاقی بیفته چی؟
 اگه امروز نتونم از پس کارام بر پیام چی؟»
 قبلاً سعی می‌کردم برای تکتک این سؤال‌ها جواب پیدا کنم. اما حالا یاد گرفته‌ام قرار نیست همه‌چیز را کنترل کنم.
 مکث می‌کنم. یک نفس آرام می‌کشم و توی ذهنم می‌گویم:
 «الان فقط توی تاکسیم.»
 به بیرون نگاه می‌کنم؛ به خیابان، ماشین‌ها و آدم‌هایی که از کنارم رد می‌شوند. برمی‌گردم به همین لحظه.
 وقتی وارد دانشگاه می‌شوم، هنوز کمی اضطراب دارم، اما این بار شانه‌هایم را پایین می‌اندازم و سعی می‌کنم به جای فکر کردن به اینکه «بقیه درباره من چی فکر می‌کنن»، روی کاری که قرار است انجام بدهم تمرکز کنم.
 کلاس شروع می‌شود.
 استاد سؤال می‌پرسد. جوابش را می‌دانم، اما همان حس آشنا دوباره می‌آید:
 «نکنه اشتباه بگم؟»
 قلبم کمی تند می‌شود. مکث می‌کنم؛ همان جوری که با کاردرمانگرم تمرین کرده بودیم.
 یک نفس.
 دستم را بالا می‌برم.
 هنوز مضطربم، اما جواب می‌دهم.
 و همین برای امروز کافیست.
 وقت ناهار، کنار دوستانم می‌نشینم. قبلاً وقتی اضطراب می‌گرفتم، ناخودآگاه پوست دور ناخنم را می‌کندم.
 دستم را نگاه می‌کنم.
 پوست دور ناخنم...
 دیگه نمی‌کنمش.
 لبخند کوچکی می‌زنم.
 «واقعاً دارم بهتر می‌شم.»
 بعد از ظهر نوبت باشگاه است.
 قبلاً فقط فکر کردن به باشگاه هم خسته‌ام می‌کرد؛ شلوغی، موسیقی، آدم‌هایی که تمرین می‌کنند و آن فکر همیشگی:
 «نکنه همه دارن نگام می‌کنن؟ نکنه حرکت رو اشتباه انجام بدم؟»
 اما این بار قرار نیست یک‌دفعه همه‌چیز را حل کنم.
 با کاردرمانگرم قرار گذاشته بودیم که فعالیت را مرحله‌به‌مرحله جلو ببرم.
 اول فقط وارد باشگاه شوم.
 همین.
 وارد می‌شوم. چند دقیقه می‌ایستم و اجازه می‌دهم بدنم به محیط عادت کند.
 قلبم هنوز کمی تند می‌زند. مکث می‌کنم؛ همان جوری که تمرین کرده بودیم.
 یک نفس آرام.
 بعد می‌روم سراغ یک تمرین ساده.
 قرار نیست امروز یک ساعت کامل تمرین کنم. فقط قرار است چند دقیقه بمانم و تمرینم را انجام بدهم. بعد، وقتی دیدم می‌توانم ادامه

اما ذهنم هنوز بیدار است.
 «چرا اون حرف رو زدم؟»
 «نکنه استاد فکر بدی درباره‌م کرده باشه؟»
 «فردا اگه دوباره سؤال بپرسه چی؟»
 می‌روم توی تخت. چشم‌هایم را می‌بندم.
 فردا هنوز نیامده، اما اضطرابم از همین حالا برایش سناریو ساخته است.
 روایت دوم | وقتی یاد می‌گیرم اضطراب را مدیریت کنم
 صدای آلام.
 چشم‌هایم را باز می‌کنم.
 برای یک لحظه همان حس آشنا سراغم می‌آید؛ قلبم کمی تندتر می‌زند. اما این بار سریع از تخت بیرون نمی‌پریم.
 مکث می‌کنم؛ همان جوری که با کاردرمانگرم تمرین کرده بودیم.
 یک نفس آرام می‌کشم و به خودم می‌گویم:
 «الان فقط صبحه. هنوز هیچ اتفاقی نیفتاده.»
 به ساعت نگاه می‌کنم. وقت دارم.
 آرام‌تر از تخت بلند می‌شوم و می‌روم مسواک می‌زنم. بعد لباس‌هایم را انتخاب می‌کنم.
 قبلاً ممکن بود چند بار لباسم را عوض کنم:
 «این خوبه؟ زیادی رسمی نیست؟ نکنه مسخره به نظر بیام؟»
 اما این بار فقط یکی را انتخاب می‌کنم.
 «همینه. خوبه.»
 صبحانه‌ام را می‌خورم. این بار عجله ندارم. حتی متوجه مزه‌ی غذا می‌شوم.
 قبل از بیرون رفتن، یک نگاه به کیفم می‌اندازم.
 گوشی؟ هست.
 جزوه؟ هست.
 کلید؟ هست.
 تمام.
 در تاکسی که می‌نشینم، دوباره قلبم کمی تند می‌زند. ذهنم شروع می‌کند:
 «اگه دیر برسم چی؟»

بدهم، کمی بیشتر تمرین می‌کنم. صدای موسیقی هنوز هست. آدم‌ها هنوز دور و برم هستند، اما دیگر تمام توجهم روی آن‌ها نیست.

حواسم را می‌آورم روی بدنم، روی حرکتی که دارم انجام می‌دهم و روی نفس کشیدنم. اگر اضطراب بالا برود، کمی مکث می‌کنم، نفس می‌کشم، شدت تمرین را در صورت نیاز کمی کمتر می‌کنم و دوباره ادامه می‌دهم. امروز برای اولین بار تمرینم را نیمه‌کاره رها نمی‌کنم. شاید برای بقیه چیز بزرگی نباشد، اما برای من هست.

بعد از باشگاه، سراغ کارم می‌روم. چند کار مختلف دارم و برای یک لحظه ذهنم دوباره شلوغ می‌شود:

«همه اینا رو چطور برسم؟»
قبلاً همه کارها را با هم می‌دیدم و آخرش هیچ‌کدام را درست انجام نمی‌دادم.
اما این یکی را هم با کاردرمانگر تمرین کرده بودم:

«همه کارها رو یک‌جا نبین. فقط یکی رو انتخاب کن.»

پس یکی را انتخاب می‌کنم. انجامش می‌دهم. بعد می‌روم سراغ بعدی.

وسط کار اشتباه کوچکی می‌کنم. قلبم تندتر می‌شود. دلم می‌خواهد همه‌چیز را رها کنم.

اما مکث می‌کنم.

نفس می‌کشم.

«اشتباه کردم. همین. می‌تونم درستش کنم.»

شب که به خانه می‌رسم، خسته‌ام؛ اما آن خستگی، خستگی یک روز زندگی کردن است، نه خستگی یک روز جنگیدن با ذهنم.

اما این بار ذهنم مثل همیشه تا صبح بیدار نمی‌ماند.

چراغ‌ها را کم می‌کنم. گوشی را کنار می‌گذارم. چند دقیقه آرام می‌نشینم و اجازه می‌دهم بدنم از حالت آماده‌باش بیرون بیاید.

امروز هم اضطراب آمد.

قلبم را تند کرد.

فکرهای زیادی آورد.

حتی چند بار خواست من را از کارهایی که می‌خواستم انجام بدهم دور کند.

اما این بار من هم یک چیز جدید یاد گرفته بودم:

لازم نیست برای ادامه دادن زندگی، اول اضطرابم کاملاً ناپدید شود.

گاهی فقط باید مکث کنم، نفس بکشم، کار را به قدم‌های کوچک‌تر تقسیم کنم و دوباره برگردم به همان کاری که برایم مهم است.

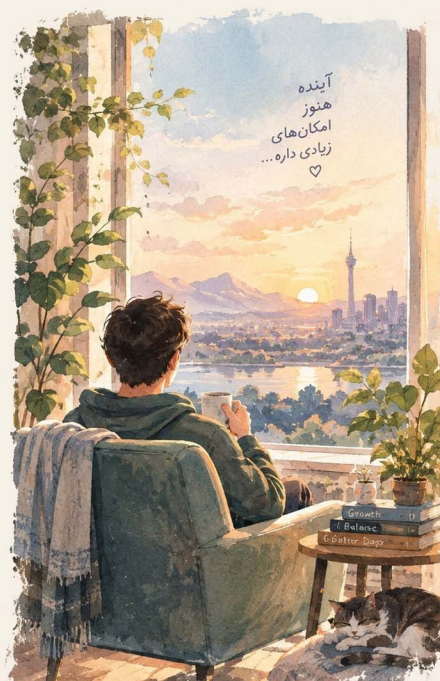
هدف این نیست که دیگر هیچ‌وقت مضطرب نشوم.

هدف این است که وقتی اضطراب می‌آید، هنوز بتوانم زندگی‌ام را ادامه بدهم.

الهی دوستکام

افق‌های تازه

کلینیک کاردرمانی در سال ۲۰۳۵



۳۸ نئوریهاب

علمی دانشجویی کاردرمانی / شماره سوم / مهر ۱۴۰۵



وقتی آینده، فقط یک تکنولوژی جدید نیست
تصور کنید وارد یک کلینیک کاردرمانی در سال ۲۰۳۵ شده‌اید.

در یک اتاق، فردی با هدست واقعیت مجازی در محیطی شبیه دانشگاه قدم می‌زند. چند متر آن‌طرف‌تر، گروهی مشغول آماده‌کردن یک وعده غذایی هستند. در فضای سبز کوچک کنار کلینیک، فرد دیگری مشغول باغبانی است و روی دیوار اتاق مجاور، مجموعه‌ای از عکس‌هایی دیده می‌شود که مراجعان خودشان ثبت کرده‌اند.

در این کلینیک، فناوری حضور پررنگی دارد؛ اما همه‌چیز دیجیتال نیست.

هدف اصلی همچنان یک سؤال ساده است: «چگونه می‌توان به فرد کمک کرد دوباره در زندگی خودش حضور داشته باشد؟»

این شاید تصویری از آینده باشد؛ اما آینده‌ای که تصور می‌کنیم، الزاماً از چیزهایی ساخته نمی‌شود که هنوز وجود ندارند. ممکن است از کنار هم قرارگرفتن ایده‌هایی ساخته شود که امروز، هرکدام، در گوشه‌ای از دنیا در حال تجربه شدن هستند.

و شاید همین ایده‌ها، اگر وارد فضای کاردرمانی ایران شوند، بتوانند افق‌های تازه‌ای پیش روی ما باز کنند؛ افق‌هایی که لزوماً به تجهیزات گران‌تر یا ساختمان‌های بزرگ‌تر وابسته نیستند، بلکه به شیوه‌ای تازه برای دیدن درمان و زندگی فرد وابسته‌اند.

اتاق اول؛ جایی برای تمرین قبل از ورود به دنیای واقعی

یکی از فناوری‌هایی که می‌تواند جایگاه مهمی در کاردرمانی آینده پیدا کند، واقعیت مجازی (VIRTUAL REALITY) است.

فردی را تصور کنید که به دلیل اضطراب اجتماعی از ارائه در کلاس اجتناب می‌کند. در یک محیط مجازی می‌توان فضایی شبیه کلاس دانشگاه ایجاد کرد؛ با صندلی‌ها، دانشجویان، استاد و حتی موقعیت‌هایی که معمولاً برای فرد اضطراب‌آور هستند.

مواجهه می‌تواند به تدریج دشوارتر شود. ابتدا تنها چند نفر در کلاس حضور داشته باشند. سپس تعداد افراد افزایش پیدا کند. بعد نوبت به صحبت کردن، برقراری تماس چشمی یا ارائه یک مطلب برسد.

در چنین شرایطی، واقعیت مجازی صرفاً یک ابزار برای ایجاد یک محیط مصنوعی نیست؛ می‌تواند امکان تمرین فعالیت‌های واقعی را در محیطی کنترل‌شده فراهم کند.

یک مرور منتشرشده در AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY مجازی و VIRTUAL REALITY EXPOSURE THERAPY را در کاردرمانی برای اختلالات اضطرابی بررسی کرده است. این پژوهش نشان می‌دهد که محیط‌های مجازی می‌توانند برای شبیه‌سازی موقعیت‌هایی که فرد در آن‌ها درگیر فعالیت و مشارکت می‌شود، مورد استفاده قرار گیرند.

شواهد موجود درباره کاربرد VR در اختلالات اضطرابی نیز امیدوارکننده‌اند. مرورهای پژوهشی، کاربرد آن را در حوزه‌هایی مانند فوبیاهای خاص، اضطراب اجتماعی، PTSD و پانیک بررسی کرده‌اند و در بسیاری از مطالعات، کاهش علائم اضطراب گزارش شده است.

با این حال، واقعیت مجازی هنوز یک راه‌حل جادویی نیست. کیفیت مطالعات موجود یکسان نیست و درباره برخی گروه‌ها و اختلالات، هنوز به پژوهش‌های بیشتری نیاز است.

بنابراین، در کلینیک آینده، VR احتمالاً جایگزین درمانگر نخواهد شد؛ بلکه محیط تازه‌ای برای درمانگر ایجاد خواهد کرد.

اتاق دوم؛ وقتی فناوری کنار می‌رود

حالا از اتاق VR خارج می‌شویم. اینجا خبری از هدست و نمایشگر نیست.

چند گلدان، خاک، بذر و ابزار باغبانی وجود دارد. این تصویر چندان هم آینده‌نگرانه نیست. در CENTRE FOR ADDICTION AND MENTAL HEALTH (CAMH) در تورنتو، باغبانی به‌عنوان بخشی از فعالیت‌های کاردرمانی مورد استفاده قرار گرفته است.

در یکی از برنامه‌های این مرکز، مراجعان در یک فضای سبز به پرورش گیاهان و سبزیجات می‌پردازند.

اما اینجا یک اتفاق جالب‌تر هم رخ می‌دهد: فرد فقط گیاهی را نمی‌کارد که چند هفته بعد سبز شود. می‌تواند محصولی را که خودش پرورش داده، برداشت کند و در تهیه یک وعده غذایی از آن استفاده کند.

کاشت، مراقبت، برداشت، آشپزی و در نهایت نشستن کنار دیگران و خوردن غذایی که بخشی از آن حاصل تلاش خود فرد بوده است.

در اینجا، فعالیت‌ها دیگر از هم جدا نیستند. باغبانی می‌تواند به آشپزی پیوند بخورد؛ آشپزی می‌تواند به تعامل اجتماعی، برنامه‌ریزی و استقلال در زندگی روزمره برسد و در نهایت، فرد

نتیجه‌ای واقعی از تلاش خودش ببیند. باغبانی در اینجا فقط به معنای «کار با گیاه» نیست.

فرد فعالیتی را آغاز می‌کند، برای آن برنامه‌ریزی می‌کند، مسئولیتی را بر عهده می‌گیرد، تغییر را در طول زمان مشاهده می‌کند و در نهایت، نتیجه‌ای واقعی از کاری که انجام داده می‌بیند. به این ترتیب، یک فعالیت ساده می‌تواند با توجه، مسئولیت‌پذیری، احساس موفقیت، تعامل اجتماعی و مشارکت در فعالیت‌های روزمره پیوند بخورد.

شاید همین مثال یادآوری کند که آینده کاردرمانی الزاماً به معنای کنار گذاشتن فعالیت‌های ساده و جایگزین کردن آن‌ها با فناوری نیست.

گاهی آینده، ترکیب هوشمندانه فناوری با فعالیت‌های واقعی زندگی است.



اتاق سوم؛ داستانی که خود مراجع روایت می‌کند

روی دیوار این اتاق، عکس‌هایی دیده می‌شود. اما این عکس‌ها را درمانگر نگرفته است.

مراجعان آن‌ها را ثبت کرده‌اند.

PHOTOVOICE روشی مشارکتی است که در آن افراد با استفاده از عکاسی، تجربه‌ها، دیدگاه‌ها و موضوعاتی را که برایشان اهمیت دارد، به تصویر می‌کشند و درباره آن‌ها صحبت می‌کنند.

CAMH نیز از این روش در پروژه‌های مختلف خود استفاده کرده است.

در یکی از پروژه‌های این مرکز، مشارکت‌کنندگان عکس‌هایی را در ارتباط با تجربه RECOVERY خود ثبت کردند و در نهایت، آثارشان در یک نمایشگاه ارائه شد.

در چنین فرایندی، عکاسی تنها یک مهارت فنی نیست.

فرد باید از محیط خود چیزی را ببیند، انتخاب کند، ثبت کند، درباره انتخاب خود فکر کند و آن را با دیگران به اشتراک بگذارد.

فعالیتی که در ظاهر ساده است، می‌تواند فرد را دوباره با محیط، دیگران و تجربه شخصی خودش

در یکی از روایت‌های منتشرشده توسط CAMH، مشارکت در چنین فعالیتی برای یکی از افراد، هدف و انگیزه‌ای برای بیرون‌آمدن از خانه و حضور در جلسات ایجاد کرده بود.

اینجا دوربین قرار نیست به‌تنهایی یک اختلال را درمان کند.

دوربین می‌تواند وسیله‌ای برای دوباره درگیر شدن با زندگی باشد.

از ACTIVITY تا OCCUPATION

این نمونه‌ها یک سؤال اساسی را پیش روی کاردرمانی قرار می‌دهند:

چرا باغبانی؟ چرا عکاسی؟ چرا آشپزی؟

پاسخ این نیست که هر فعالیتی ذاتاً درمانگر است.

در کاردرمانی، معنای فعالیت برای فرد اهمیت دارد. AOTA، OCCUPATION را فعالیت‌هایی می‌داند که افراد برای انجام آن‌ها زمان و انرژی صرف می‌کنند و بخشی از زندگی روزمره، هویت و سلامت آن‌ها را شکل می‌دهند.

و سلامت آن‌ها را شکل می‌دهند.

مثلاً آشپزی برای یک نفر ممکن است فقط تمرین مهارت‌های حرکتی ظریف باشد؛ برای فردی دیگر، راهی برای آماده‌کردن غذای مورد علاقه خانواده‌اش؛ و برای شخص دیگری، فرصتی برای معاشرت و دوباره تجربه‌کردن نقش خود در یک جمع.

بنابراین، سؤال کاردرمانگر فقط این نیست که:

«چه فعالیتی می‌تواند یک مهارت را تمرین دهد؟»

بلکه باید پرسید:

«چه فعالیتی برای این فرد معنا دارد و قرار است او را به کدام بخش از زندگی‌اش برگرداند؟»

برای یک نفر ممکن است پاسخ باغبانی باشد.

برای دیگری، عکاسی.

برای یک دانشجو، بازگشت به کلاس.

برای فردی دیگر، دوباره استفاده‌کردن از وسایل حمل‌ونقل عمومی، خرید روزانه، آشپزی، ورزش یا بازگشت به شغل.

فعالیت زمانی به OCCUPATION تبدیل می‌شود که در متن زندگی فرد معنا پیدا کند.



اتاق چهارم؛ چه چیزی را اندازه می‌گیریم؟

در یک کلینیک کاردرمانی آینده، احتمالاً ارزیابی فقط با پرسیدن شدت علائم تمام نمی‌شود.

ممکن است سؤال‌های دیگری هم مطرح شوند:

آیا فرد دوباره به دانشگاه برگشته است؟

آیا می‌تواند در فعالیت‌های اجتماعی شرکت کند؟

آیا دوباره به سرگرمی‌های مورد علاقه‌اش برگشته است؟

آیا می‌تواند مسئولیت‌های روزمره خود را انجام دهد؟

کدام فعالیت‌ها هنوز برای او دشوارند؟

و مهم‌تر از همه:

«چه مقدار از زندگی‌ای که برایش مهم است، دوباره در دسترس او قرار گرفته است؟»

این نگاه با رویکرد کاردرمانی در سلامت روان همخوان است؛ رویکردی که بر مشارکت در OC-CUPATIONهای معنادار، عوامل فردی و محیطی و اهدافی که برای خود فرد اهمیت دارند، تأکید می‌کند.

در چنین مدلی، کاهش علائم همچنان اهمیت دارد؛ اما تنها معیار موفقیت نیست.

ممکن است اضطراب فرد کاهش یافته باشد، اما اگر هنوز نمی‌تواند به دانشگاه برگردد، در اجتماع حضور پیدا کند یا فعالیت مورد علاقه‌اش را انجام دهد، مسیر بازگشت به زندگی هنوز کامل نشده است.



اتاق پنجم؛ درمانگران کنار یکدیگر

کلینیک ۲۰۳۵ احتمالاً کلینیکی نیست که مراجع را از یک اتاق به اتاق دیگر و از یک متخصص به متخصص بعدی منتقل کند.

تصور کنید تیم درمان دور یک میز نشسته است.

روان‌پزشک درباره وضعیت بالینی فرد صحبت

می‌کند، روان‌شناس درباره اضطراب و الگوهای رفتاری او، و کاردرمانگر درباره این سؤال که فرد در نهایت قرار است به کدام بخش از زندگی‌اش برگردد.

شاید مددکار اجتماعی از موانعی بگوید که در خانواده یا محیط زندگی وجود دارد و پرستار درباره وضعیت روزمره او اطلاعاتی اضافه کند.

هدف جلسه، تقسیم‌کردن یک فرد میان چند متخصص نیست؛ کنار هم گذاشتن نگاه‌های مختلف برای ساختن یک مسیر مشترک است.

روان‌پزشک، روان‌شناس، پرستار، مددکار اجتماعی و کاردرمانگر می‌توانند در قالب یک تیم بین رشته‌ای در کنار یکدیگر فعالیت کنند.

این تصویر نیز کاملاً تخیلی نیست.

در CAMH، سرویس MOOD AND ANXIETY AMBULATORY SERVICES نمونه‌ای از چنین ساختاری است که در آن متخصصان مختلف، از جمله کاردرمانگران، در ارائه خدمات به افراد مبتلا به اختلالات خلقی و اضطرابی مشارکت دارند.

چنین همکاری‌ای یک نکته مهم را یادآوری می‌کند:

اختلال روانی یک مسئله چندبعدی است و بازگشت به زندگی نیز به مداخلات چندبعدی نیاز دارد.

اما اگر این کلینیک در ایران ساخته شود چه؟

اما دیدن آینده یک چیز است؛ ساختن آن، چیز دیگری.

قرار نیست کلینیک کاردرمانی سال ۲۰۳۵ در ایران، نسخه‌ای کپی‌شده از کلینیک‌های دیگر کشورها باشد. آینده کاردرمانی در هر جامعه، از دل نیازها، فرهنگ، امکانات و شیوه زندگی همان جامعه شکل می‌گیرد.

نیاز دارد.

اما اگر این کلینیک در ایران ساخته شود چه؟

اما دیدن آینده یک چیز است؛ ساختن آن، چیز دیگری.

قرار نیست کلینیک کاردرمانی سال ۲۰۳۵ در ایران، نسخه‌ای کپی‌شده از کلینیک‌های دیگر کشورها باشد. آینده کاردرمانی در هر جامعه، از دل نیازها، فرهنگ، امکانات و شیوه زندگی همان جامعه شکل می‌گیرد.

پس سؤال اصلی این نیست که:

«آیا ما همه این امکانات را خواهیم داشت؟»

سؤال مهم‌تر این است:

«چطور می‌توانیم از همین ایده‌ها، متناسب با زمینه خودمان، شکل تازه‌ای از کاردرمانی بسازیم؟»

شاید یک مرکز در ایران به‌جای یک فضای بزرگ واقعیت مجازی، از محیط‌های واقعی زندگی فرد برای شبیه‌سازی موقعیت‌های اضطراب‌آور استفاده کند. شاید یک حیاط کوچک، به اندازه یک باغ بزرگ، بتواند فرصتی برای تجربه باغبانی و مسئولیت‌پذیری ایجاد کند. شاید یک تلفن همراه ساده، نقطه شروع پروژه‌ای باشد که در آن

مراجع، داستان زندگی خودش را از زاویه‌ای تازه روایت می‌کند.

مسئله، داشتن نسخه‌ای یکسان از «کلینیک آینده» نیست؛ مسئله، یافتن راه‌های تازه برای پیوند دادن درمان با زندگی واقعی آدم‌هاست. و اینجا است که آینده، از یک تصویر دور و دست نیافتنی به چیزی نزدیک‌تر تبدیل می‌شود؛ چیزی که می‌توان از همین امروز، در مقیاس کوچک، ساختنش را آغاز کرد.

کلینیک کاردرمانی ۲۰۳۵

حالا اگر تمام این ایده‌ها را کنار هم بگذاریم، کلینیک کاردرمانی سال ۲۰۳۵ شاید چنین شکلی داشته باشد:

یک اتاق برای واقعیت مجازی و شبیه‌سازی موقعیت‌های واقعی؛
یک فضای سبز برای فعالیت‌های مبتنی بر طبیعت؛

یک آشپزخانه برای فعالیت‌های روزمره و گروهی؛
فضایی برای فعالیت‌های هنری و روایت تجربه شخصی؛

محیط‌هایی برای تمرین موقعیت‌های واقعی مانند دانشگاه، محل کار یا خرید؛
و تیمی که به جای تمرکز صرف بر علائم، بازگشت فرد به زندگی را دنبال می‌کند.
اما مهم‌تر از همه این فضاها، نگاه حاکم بر کلینیک است.

کلینیک آینده شاید کمتر شبیه جایی برای «درمان بیمار» باشد و بیشتر شبیه جایی برای تمرین دوباره زندگی کردن.

فناوری می‌تواند بخشی از این آینده باشد. واقعیت مجازی، ابزارهای دیجیتال و فناوری‌های نو می‌توانند امکانات تازه‌ای برای ارزیابی و مداخله فراهم کنند.

اما در مرکز این آینده، همچنان انسان قرار دارد و فعالیت‌هایی که برای او معنا دارند.

اگر شما کاردرمانگر این کلینیک بودید...
اولین اتاقی که طراحی می‌کردید چه بود؟

یک آشپزخانه؟
یک باغ؟

یک فضای گروهی؟

یک محیط شبیه‌سازی‌شده دانشگاه؟

یا چیزی که هنوز در هیچ کلینیکی وجود ندارد؟
شاید آینده کاردرمانی روان نه در پیش‌بینی دقیق سال ۲۰۳۵، بلکه در همین سؤال نهفته باشد:

«اگر قرار بود درمان را از نو طراحی کنیم، آن را برای چه چیزی طراحی می‌کردیم؟»

شایلی شهراد



هوانورد؛ وقتی ذهن، خلبان خودش می شود

۱۰ / ۷,۵ :IMDB | ۲۰۰۴ | AVIATOR

کارگردان: MARTIN SCORSESE

بازیگران: LEONARDO DICAPRIO ، CATE BLANCHETT ، KATE BECKINSALE



مختلفی مانند افکار وسواسی مزاحم، نیاز شدید به تقارن و نظم، چک کردن‌های مکرر و سایر الگوهای وسواسی و اجباری بروز کند. «هوانورد» تنها یکی از جلوه‌های ممکن این اختلال را به تصویر می‌کشد.

اما جذابیت فیلم تنها در نمایش وسواس نبوده و نکته‌ی اساسی آن نشان دادن تأثیر یک اختلال روانی بر زندگی روزمره فرد است.

هاوارد همچنان فردی با استعداد و جاه‌طلب است، اما رفتارهای وسواسی به تدریج زمان، روابط و آزادی عمل او را محدود می‌کنند. فعالیت‌هایی که زمانی طبیعی و روزمره بودند، حالا با اضطراب و ترس گره خورده‌اند.

اینجاست که می‌توان از زاویه‌ی **کاردرمانی روان** به تماشای این فیلم نشست.

در کاردرمانی روان، فرد فقط مجموعه‌ای از علائم نیست. بلکه آنچه اهمیت دارد آن است که وضعیت روانی او چگونه بر فعالیت‌های روزمره، نقش‌های زندگی، روابط اجتماعی، کار، تفریح و روتین‌های روزانه تأثیر می‌گذارد.

وقتی روتین دیگر کمک‌کننده نیست

روتین که در شرایط عادی می‌تواند به زندگی نظم بدهد؛ در شرایطی مانند وسواس، ممکن است به مجموعه‌ای از رفتارهای اجباری تبدیل شود.

تصور کنید همه‌چیز برای پرواز کردن در اختیار شماست؛ پول، استعداد، شهرت و جراتی که می‌تواند مرزهای صنعت هوانوردی را جابه‌جا کند. اما درست زمانی که جهان بیرون را فتح می‌کنید، ذهن خودتان به دشوارترین میدان نبرد تبدیل می‌شود.

«هوانورد» داستان هاوارد هیوز، خلبان، فیلم‌ساز و کارآفرین آمریکایی است؛ مردی که شیفتگی‌اش به پرواز، در کنار ترس شدید از آلودگی و بیماری قرار گرفته است.

نکته‌ای که شاید کمتر به آن توجه شود این است که **اختلال وسواس فکری-عملی (OCD)** در طبقه‌بندی‌های جدید، مانند DSM-5، دیگر در گروه اختلالات اضطرابی قرار نمی‌گیرد؛ بلکه در گروه «اختلالات وسواسی-جبری و مرتبط» طبقه‌بندی می‌شود. بنابراین، آنچه در فیلم می‌بینیم صرفاً اضطراب نیست؛ بلکه ترکیبی از وسواس‌های فکری و رفتارهای اجباری است که به تدریج ساختار زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

فیلم نشان می‌دهد که چگونه ترس‌های هاوارد شدت می‌گیرند؛ شست‌وشوی مکرر، اجتناب از تماس با دیگران، حساسیت افراطی نسبت به آلودگی و در ادامه، انزوایی که دنیای او را کوچک تر می‌کند.

البته OCD فقط به ترس از آلودگی محدود نمی‌شود. این اختلال می‌تواند به شکل‌های

اگر شست‌وشو یا بررسی‌های مکرر بخش زیادی از زمان فرد را به خود اختصاص دهند، ممکن است زمان کافی برای کار، استراحت، خواب یا ارتباط با دیگران باقی نماند. در چنین موقعیتی، هدف درمانگر صرفاً «حذف رفتار» نیست؛ بلکه کمک به ایجاد تعادل در فعالیت‌های روزمره و افزایش انعطاف‌پذیری در روتین است.

درمان‌های تخصصی OCD، مانند **مواجهه و جلوگیری از پاسخ (ERP)**، لزوماً می‌بایست توسط متخصصان آموزش‌دیده انجام شوند. اما نقش کاردرمانی مسیر متفاوتی دارد: تمرکز بر عملکرد، روتین‌ها، فعالیت‌های معنادار، نقش‌های زندگی و مشارکت فرد در زندگی واقعی.

بازگشت به فعالیت‌های معنادار

یکی از جذاب‌ترین نکات «هوانورد» این است که پرواز برای هاوارد تنها یک سرگرمی یا حرفه نیست؛ بلکه بخشی از هویت اوست.

در رویکردهای کاردرمانی، فعالیت معنادار دارای جایگاه مهمی است. بنابراین قرار نیست فعالیت‌هایی که برای فرد ارزشمند است از زندگی او حذف شود. برعکس، می‌توان از همین فعالیت‌های معنادار به‌عنوان نقطه‌ی شروعی برای بازگشت



به مشارکت استفاده کرد.

بازگشت به فعالیت‌ها معمولاً می‌تواند به صورت مرحله‌به‌مرحله طراحی شود: شروع از فعالیت‌هایی که اضطراب کمتری ایجاد می‌کنند، تقسیم اهداف به گام‌های کوچک و افزایش تدریجی مشارکت. این مسیر می‌تواند به فرد کمک کند تا بار دیگر احساس توانمندی، کنترل و انتخاب را تجربه کند.

وقتی جهان بیرون کوچک می‌شود

یکی از جنبه‌های قابل‌توجه فیلم، اجتناب و انزوای اجتماعی هاوارد است. ترس از آلودگی باعث می‌شود تماس با دیگران و حضور در موقعیت‌های مختلف برای او دشوارتر شود. این چرخه می‌تواند به شکلی ساده اتفاق بیفتد:

ترس → اجتناب → کاهش مشارکت → انزوا → وابستگی بیشتر به رفتارهای ایمنی

در چنین شرایطی است که بازگرداندن تدریجی مشارکت اجتماعی اهمیت خود را نشان می‌دهد. فعالیت‌های گروهی، ارتباط با افراد مهم زندگی و حضور دوباره در موقعیت‌های اجتماعی، متناسب با شرایط فرد، می‌تواند بخشی از مسیر بازگشت به زندگی باشد.

از طرف دیگر، محیط نیز حائز اهمیت است. محیط‌های بیش از حد محدودکننده ممکن است اجتناب را تقویت کنند. بنابراین بررسی محیط زندگی و کار و ایجاد شرایطی که مشارکت را آسان‌تر و امکان انتخاب را بیشتر کند، می‌تواند بخشی از مداخله باشد.

در نهایت، «هوانورد» فقط داستان مردی نیست که از آلودگی می‌ترسد؛ داستان انسانی است که هرچه بیشتر تلاش می‌کند زندگی‌اش را کنترل کند، بیشتر احساس می‌کند کنترل زندگی از دستش خارج می‌شود.

شاید مهم‌ترین چیزی که این فیلم از منظر کاردرمانی روان به تصویر می‌کشد، همین باشد:

هدف فقط این نیست که علائم کمتر شوند؛ هدف این است که زندگی دوباره جای خودش را پیدا کند.

اینکه فرد بتواند دوباره کار کند، ارتباط برقرار کند، فعالیت مورد علاقه‌اش را انجام دهد، نقش‌های زندگی‌اش را تجربه کند و برای انتخاب‌های روزمره خود آزادی بیشتری داشته باشد.

گاهی سخت‌ترین پرواز، پروازی نیست که از زمین بلند می‌شود؛

پروازی است که انسان برای پس گرفتن زندگی روزمره‌اش باید انجام دهد.

علیرضا پیری





طبیعت جریان داشت. از همین رو، عنوان اولیه ی اثر به مفهوم «جیغ طبیعت» اشاره داشت.

بنابراین، شاید شخصیت نقاشی در حال فریاد زدن نباشد؛ شاید دست‌هایش را روی گوش‌هایش گذاشته تا فریادی را که از جهان اطراف خود می‌شنود، تحمل کند.

مونک یک تجربه‌ی درونی را به تصویری بیرونی تبدیل کرد. اضطراب برای او فقط یک واژه نبود؛ به رنگ، خط، فرم و چهره تبدیل شد. گویی آشوب درونی او از مرزهای تن فراتر رفته و به آسمان و زمین رسیده بود.

او به جای اینکه صرفاً درباره‌ی احساساتش صحبت کند، آن‌ها را نقاشی کرد.

شاید همین ویژگی است که «جیغ» را از یک نقاشی مشهور فراتر می‌برد؛ اثری که بیش از یک قرن بعد، انسان‌های مختلف می‌توانند بخشی از تجربه‌ی عاطفی خود را در آن ببینند.

اما مونک را نمی‌توان فقط با «جیغ» شناخت. پشت این چهره‌ی مشهور، هنرمندی قرار دارد که بارها احساساتی مانند اضطراب، تنهایی، عشق، فقدان و ترس را به موضوع آثار خود تبدیل کرد. برای او، تجربه‌های درونی می‌توانستند از طریق فعالیت خلاقانه بیان شوند؛ فعالیتی که به احساس شکل و معنا می‌داد.

اینجاست که یک سؤال جالب شکل می‌گیرد:

اگر یک احساس می‌تواند از درون انسان عبور

ادوارد مونک یک سؤال ساده اما عمیق را با نقاشی پاسخ داد:

اگر اضطراب می‌توانست تصویر داشته باشد، چه شکلی بود؟

پاسخ او، اثر مشهور «جیغ» (THE SCREAM) بود؛ چهره‌ای که بیش از یک قرن است برای بسیاری به نمادی از اضطراب و آشفتگی روانی تبدیل شده است.

مونک اضطراب را فقط در چهره‌ی شخصیت نقاشی نکرد؛ او گویی تمام جهان اطراف این شخصیت را نیز مضطرب نشان داد. آسمان به خطوطی موج‌دار و بی‌قرار تبدیل شده، منظره از شکل طبیعی خود فاصله گرفته و رنگ‌ها شدت یافته‌اند. در همین حال، دو انسان در پس‌زمینه همچنان آرام قدم می‌زنند. این تضاد نشان می‌دهد که یک جهان بیرونی می‌تواند برای همه یکسان باشد، اما در جهان درونی هر انسان، شکل متفاوتی پیدا کند.

اما شاید سؤال جالب‌تر این باشد:

«آیا شخصیت نقاشی واقعاً در حال جیغ زدن است؟»

مونک در نوشته‌های درباره‌ی تجربه‌ای که الهام بخش این اثر بوده، از قدم‌زدن با دوستانش و لحظه‌ای سخن می‌گوید که ناگهان احساس اضطرابی شدید را تجربه کرد و طبیعت اطرافش برای او دگرگون شد؛ گویی فریادی عظیم در دل

کند و روی بوم شکل بگیرد، آیا هنر می‌تواند برای دیگران نیز راهی برای تجربه، بیان و مشارکت باشد؟

وقتی احساسات، راهی برای دیده‌شدن پیدا می‌کنند

همه‌ی تجربه‌های انسانی به‌راحتی در قالب کلمات بیان نمی‌شوند.

گاهی فرد می‌داند که مضطرب است، اما نمی‌تواند توضیح دهد اضطرابش دقیقاً چه شکلی دارد. گاهی یک تجربه آن‌قدر پیچیده یا شدید است که پیدا کردن واژه‌ی مناسب برای توصیف آن دشوار می‌شود. در چنین شرایطی، هنر می‌تواند شکل دیگری از زبان باشد.

فرد ممکن است احساس خود را با یک رنگ، یک خط، یک تصویر یا حتی یک صفحه‌ی سفید نشان دهد. یک نفر شاید اضطراب خود را با خطوط تند و درهم بیان کند؛ دیگری تصویری از خود در محیطی بکشد که برایش احساس امنیت ایجاد نمی‌کند؛ و فردی دیگر شاید هیچ چیز نکشد و تنها در فرایند کار، مکث کردن، انتخاب کردن و تصمیم گرفتن را تجربه کند.

اینجاست که می‌توان از هنر به **کاردرمانی** رسید. در کاردرمانی، یک فعالیت می‌تواند بستری برای بیان، ارتباط، مشارکت، تجربه‌ی موفقیت و ایجاد معنا باشد. از این منظر، نقاشی صرفاً مجموعه‌ای از رنگ‌ها و خطوط نیست؛ بلکه می‌تواند یک **فعالیت معنادار** باشد.

برای مثال، فردی که با اضطراب درگیر است می‌تواند در یک فعالیت نقاشی ساختارمند، ابتدا موضوع یا شیوه‌ی انجام کار را انتخاب کند، ابزار و رنگ‌های مورد علاقه‌اش را مشخص کند، فرایند خلق اثر را پیش ببرد و در پایان درباره‌ی تجربه‌ای که داشته صحبت کند.

در این مسیر، فرد فقط «نقاشی نمی‌کشد»؛ بلکه **انتخاب می‌کند، برنامه‌ریزی می‌کند، تصمیم می‌گیرد، عمل می‌کند و نتیجه‌ی فعالیت خود را می‌بیند.**

همین فرایند می‌تواند فرصتی برای تجربه‌ی کنترل و توانمندی ایجاد کند؛ به‌ویژه برای فردی که اضطراب بر احساس کنترل او بر زندگی روزمره تأثیر گذاشته است.

البته هدف کاردرمانگر این نیست که نقاشی را مانند یک آزمون روان‌شناختی تفسیر کند یا از روی رنگ‌ها و شکل‌ها برای فرد «تشخیص» تعیین کند. ارزش فعالیت هنری می‌تواند در خود فرایند مشارکت، معنایی که فرد به فعالیت می‌دهد و فرصتی که برای ارتباط و بیان فراهم می‌کند، باشد.

به همین دلیل، کاردرمانگر می‌تواند به جای پرسیدن صرف «چه احساسی داری؟»، گاهی راه دیگری برای بیان در اختیار فرد قرار دهد و سپس از او بپرسد:

«این چیزی که ساختی، چه معنایی برای تو دارد؟»

شاید پاسخ، یک جمله باشد.

شاید یک داستان.

شاید چند رنگ.

و شاید حتی سکوت.

اما در همه‌ی این حالت‌ها، فرد فرصتی پیدا کرده است تا تجربه‌ای درونی را به چیزی بیرونی تبدیل کند؛ چیزی که می‌توان درباره‌ی آن صحبت کرد، به آن معنا داد و در یک فعالیت مشترک با دیگری سهیم شد.

فراتر از یک احساس

شاید این همان تفاوت نگاه کاردرمانی با رویکردی باشد که فرد را تنها به مجموعه‌ای از علائم تقلیل می‌دهد. ما فقط به اضطراب نگاه نمی‌کنیم؛ به **زندگی‌ای نگاه می‌کنیم که اضطراب بر آن تأثیر گذاشته است.**

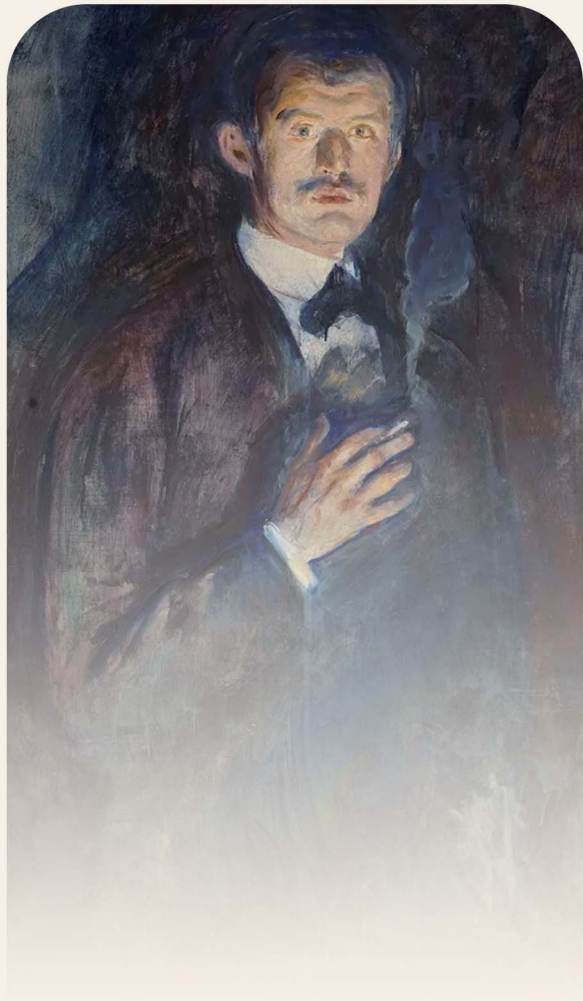
هدف کاردرمانی صرفاً کاهش علائم نیست؛ بلکه کمک به فرد برای بازگشت و مشارکت در نقش‌ها، فعالیت‌ها و روابطی است که برای او معنا دارند؛ حتی در کنار محدودیت‌ها و چالش‌هایی که اختلال ایجاد کرده است.

مونک یک احساس را روی بوم آورد و بیش از یک قرن بعد، انسان‌ها هنوز می‌توانند بخشی از تجربه‌ی خود را در آن ببینند.

شاید هنر دقیقاً همین کار را انجام می‌دهد:

چیزی را که درون ما بی‌صدا فریاد می‌کشد، به چیزی تبدیل می‌کند که دیگران بتوانند ببینند.

الهه دوستکام



سلف‌پرتره ادوارد مونک

تست خودشناسی:

۱۷

«تو واقعاً با اضطرابت چطور کنار میایی؟»



کنم، استاد و بقیه چه فکری درباره‌ام خواهند کرد. (E) می‌پذیرم که مضطربم، یک زمان مشخص برای تمرین تعیین می‌کنم و بعد از آن سراغ فعالیت دیگری می‌روم.

سناریو ۲ | پیام به استاد

باید درباره یک موضوع درسی به استاد پیام بدهی. متن را نوشته‌ای، امانی‌توانی ارسالش کنی.

(A) متن را چندین بار بازنویسی می‌کنم تا مطمئن شوم هیچ ایرادی ندارد.

(B) از دوستم می‌خواهم متن را بخواند و بگوید: «خوبه؟ بفرستم؟»

(C) پیام را ارسال نمی‌کنم و امیدوارم مشکل بدون پیام دادن حل شود.

(D) مدام تصور می‌کنم استاد چه برداشت بدی از پیام خواهد داشت.

(E) ممکن است مضطرب باشم، اما پیام را می‌فرستم؛ چون می‌دانم اضطراب لزوماً به معنی آماده نبودن یا اشتباه بودن تصمیم نیست.

سناریو ۳ | کارآموزی

برای اولین بار قرار است خودت با یک بیمار صحبت کنی.

(A) قبل از ورود به اتاق، تمام احتمالات ممکن را مرور می‌کنم و برای هراتفاقی یک پاسخ آماده

راهنما

این تست قرار نیست مشخص کند «چقدر اضطرابی هستی».

هدفش این است که ببینی وقتی اضطراب وارد موقعیت‌های روزمره‌ات می‌شود، معمولاً چه الگویی برای مدیریت آن انتخاب می‌کنی.

در هر موقعیت فقط یک گزینه را انتخاب کن؛ گزینه‌ای که بیشتر شبیه واکنش واقعی توست، نه واکنشی که فکر می‌کنی منطقی‌تر، سالم‌تر یا قابل قبول‌تر است.

در پایان، تعداد انتخاب‌هایت را در هر الگو حساب کن.

سناریو ۱ | ارائه کلاسی

فردا باید ارائه بدهی. مطالب را بلدی، اما از چند روز قبل مدام به لحظه ارائه فکر می‌کنی.

(A) چند بار ارائه را تمرین می‌کنم، اما هر بار دنبال ایراد جدید می‌گردم و تازمانی که احساس نکنم «کامل» شده، متوقف نمی‌شوم.

(B) از یکی از همکلاسی‌ها می‌خواهم ارائه‌ام را ببیند و تأیید کند که خوب آماده شده‌ام.

(C) سعی می‌کنم اصلاً به ارائه فکر نکنم؛ سراغ گوشی یا کارهای دیگری می‌روم و تمرین را عقب می‌اندازم.

(D) مدام به این فکر می‌کنم که اگر خراب

حالا امتیازت را حساب کن
هر گزینه نماینده یک الگوی مقابله‌ای است:

الگو	گزینه	چه چیزی را نشان می‌دهد؟
کمال‌گرایی و کنترل	A	تلاش برای حذف خطا، ابهام و عدم قطعیت
اطمینان‌خواهی	B	نیاز به تأیید دیگران برای کاهش اضطراب
اجتناب	C	دور شدن، به تعویق انداختن یا نپرداختن به موقعیت اضطراب‌آور
نگرانی و فاجعه‌سازی	D	تمرکز مداوم بر پیامدهای منفی و «اگر بدترین اتفاق بیفتد؟»
مقابله انعطاف‌پذیر	E	پذیرش اضطراب و ادامه فعالیت، بدون اینکه اضطراب تصمیم را کنترل کند

حالا بشمار:

..... = A
..... = B
..... = C
..... = D
..... = E

تفسیر نتیجه

اگر A بیشترین امتیاز را دارد:
«اگر نتوانم کنترلش کنم، احساس امنیت نمی‌کنم.»

احتمالاً وقتی مضطرب می‌شوی، تلاش می‌کنی
با کامل‌تر آماده شدن، بررسی بیشتر و کنترل
جزئیات اضطراب را پایین بیاوری.
این ویژگی می‌تواند باعث عملکرد خوب شود؛
اما اگر افراطی شود، ممکن است باعث خستگی،
وسواس در آماده‌سازی و به تعویق افتادن شروع
فعالیت شود.

سؤال خودشناسی:
آیا واقعاً برای انجام این کار آماده نیستی، یا
فقط هنوز احساس «کافی‌بودن» نمی‌کنی؟

اگر B بیشترین امتیاز را دارد:
«فقط یکی بهم بگو مشکلی نیست.»
وقتی مضطرب می‌شوی، ممکن است برای آرام
شدن به تأیید و اطمینان‌گرفتن از دیگران تکیه
کنی.

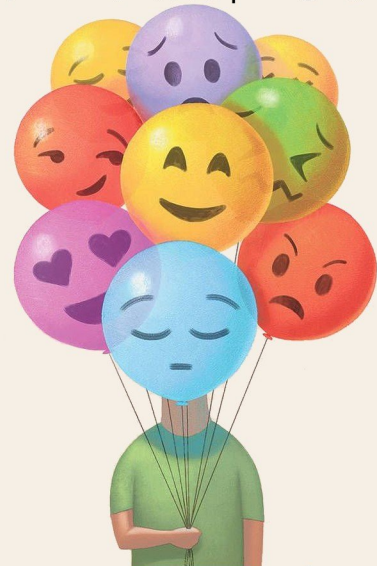
می‌کنم.
(B) از هم‌گروهی‌ام می‌خواهم قبل از من با
بیمار صحبت کند و بگوید برخورد من باید چطور
باشد.
(C) اگر بتوانم، کاری می‌کنم که هم‌گروهی‌ام به
جای من صحبت کند.
(D) مدام به این فکر می‌کنم که اگر عملکرد
خوبی نداشته باشم، چه پیامدهایی برای آینده
کارآموزی‌ام خواهد داشت.
(E) با وجود اضطراب وارد می‌شوم و اجازه می
دهم تجربه واقعی به من بازخورد بدهد.

سناریو ۴ | یک جمع جدید

دوستت تو را به جمعی دعوت کرده که هیچ
کس را نمی‌شناسی.
(A) قبل از رفتن، بارها سناریوهای مختلف را در
ذهن مرور می‌کنی تا برای همه چیز آماده باشی.
(B) از دوستم می‌خواهم تمام مدت کنارم باشد
و اگر لازم شد به جای من صحبت کند.
(C) می‌گویم «حوصله ندارم» و نمی‌روم، در حالی
که دلیل اصلی‌ام اضطراب است.
(D) تمام مدت رفتار و حرف‌های خودم را بررسی
می‌کنم و نگرانم که مبادا کارعجیبی کرده باشم.
(E) می‌روم، حتی اگر معذب باشم، و به خودم
فرصت می‌دهم به موقعیت عادت کنم.

سناریو ۵ | امتحان سخت

فردا امتحان مهمی داری و هنوز همه مطالب را
نخوانده‌ای.
(A) تا جایی که بتوانم بیدار می‌مانم؛ اگر همه
چیز را نخوانم احساس می‌کنم شکست خورده‌ام.
(B) از چند نفر می‌پرسم دقیقاً چه چیزهایی را
خوانده‌اند تا مطمئن شوم از بقیه عقب نیستم.
(C) آن‌قدر مضطرب می‌شوم که مدتی هیچ کاری
نمی‌کنم و شروع مطالعه را عقب می‌اندازم.
(D) مدام به این فکر می‌کنم که اگر امتحان را
خراب کنم، چه اتفاق بدی برای آینده‌ام خواهد
افتاد.
(E) زمان باقی‌مانده را بررسی می‌کنم، مطالب را
اولویت‌بندی می‌کنم و با وجود اضطراب شروع
می‌کنم.



تخصصی و بررسی مجموعه‌ای از عوامل است.

حالا به سوال
اگر اضطراب قرار نبود برای تصمیم بگیرد، چه
کاری را همین امروز انجام می‌دادی؟
در واقع اضطراب همیشه قرار نیست ناپدید شود
تا بتوانیم زندگی‌مان را ادامه دهیم. گاهی لازم
است یاد بگیریم با وجود اضطراب، انتخاب کنیم،
عمل کنیم و در فعالیت‌هایی که برایمان معنا
دارند حضور داشته باشیم.
در نهایت، هدف مقابله با اضطراب، حذف تمام
احساسات ناخوشایند نیست؛ بلکه رسیدن به
جایی است که اضطراب، محدودکننده انتخاب
ها و مشارکت ما در زندگی نباشد.

الهه دوستکام



مشورت گرفتن کاملاً طبیعی است؛ مسئله زمانی
شروع می‌شود که بدون تأیید دیگران نتوانی
تصمیم بگیري یا آرام شوی.

سؤال خودشناسی:

اگر هیچ‌کس نبود که از او تأیید بگیرم، آیا باز
هم می‌توانستم تصمیم بگیرم؟

اگر C بیشترین امتیاز را دارد:

«فعلاً انجامش نمی‌دم؛ بعداً که بهتر شدم.»

ممکن است برای کاهش اضطراب، از موقعیت
فاصله بگیري یا انجام آن را عقب بیندازی.

مشکل اینجاست که اجتناب معمولاً اضطراب را
در کوتاه‌مدت کاهش می‌دهد، اما می‌تواند در
بلندمدت آن را پایدارتر کند.

سؤال خودشناسی:

آیا واقعاً نمی‌خواهم این کار را انجام دهم، یا
فقط نمی‌خواهم احساسی را که هنگام انجامش
تجربه می‌کنم تحمل کنم؟

اگر D بیشترین امتیاز را دارد:

«ولی اگر بدترین اتفاق ممکن بیفتد چی؟»

ذهن تو ممکن است به سرعت از یک اتفاق
کوچک به چندین پیامد احتمالی برسد.

نگرانی گاهی برای آماده شدن مفید است؛ اما
وقتی ذهن مدام در حال ساختن سناریوهای
منفی است، می‌تواند تمرکز و عملکرد را تحت
تأثیر قرار دهد.

سؤال خودشناسی:

چیزی که از آن می‌ترسم، چقدر «ممکن» است
و چقدر فقط «قابل تصور» است؟

اگر E بیشترین امتیاز را دارد:

«مضطربم؛ ولی می‌تونم انجامش بدم.»

احتمالاً در موقعیت‌های پر استرس، توانایی
بیشتری برای تحمل ناراحتی، تنظیم هیجان و
ادامه دادن فعالیت داری.

نکته مهم این نیست که اضطراب را کاملاً از بین
ببری؛ بلکه این است که بتوانی اجازه ندهی
اضطراب تمام انتخاب‌هایت را تعیین کند.

سؤال خودشناسی:

اگر منتظر نمانم تا اضطرابم کاملاً ناپدید شود،
امروز چه کاری می‌توانم انجام دهم؟

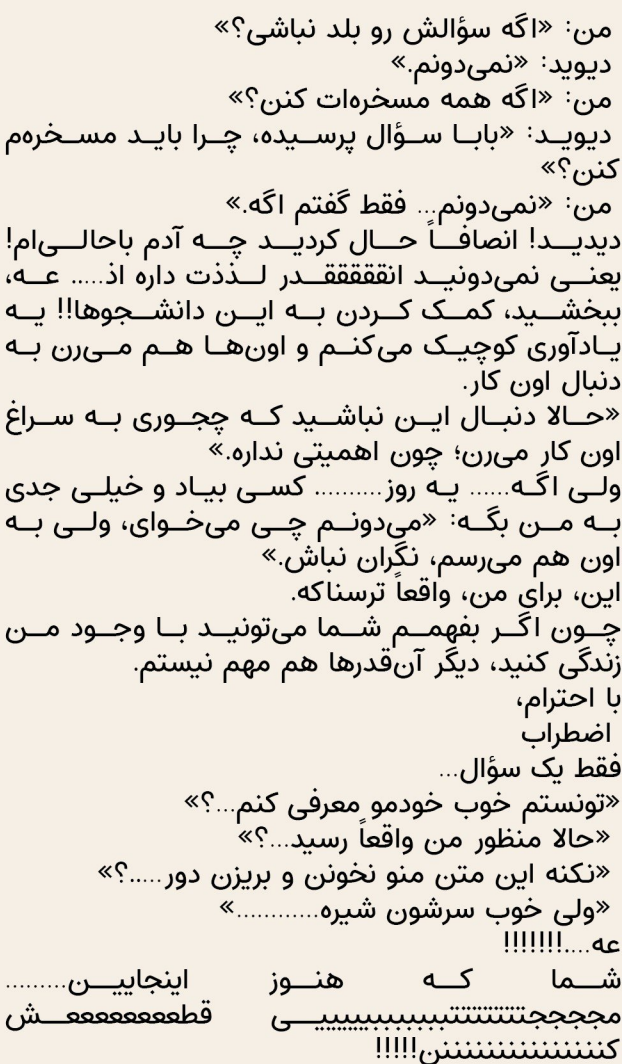
یک نکته مهم

این تست ابزار تشخیصی نیست.

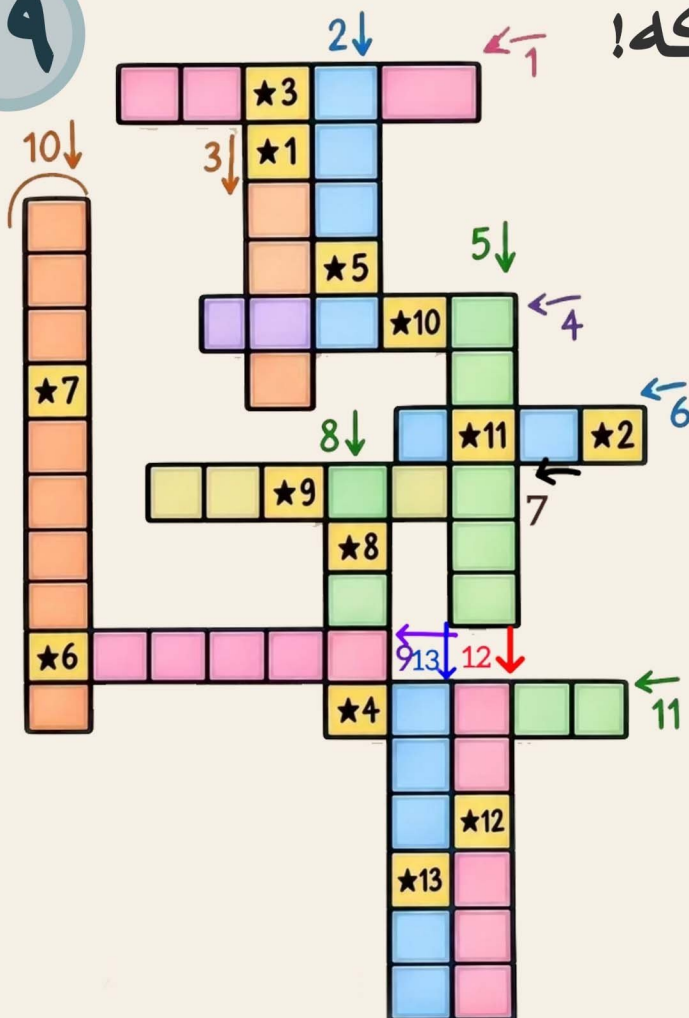
اگر یک الگو امتیاز بیشتری گرفت، به این
معنی نیست که «اختلال اضطرابی» داری یا
مشکلی در تو وجود دارد.

همه ما ممکن است بسته به موقعیت، از چند
سبک مختلف استفاده کنیم. آنچه اهمیت دارد
این است که ببینیم کدام الگو بیشتر تکرار می
شود و آیا این الگو در فعالیت‌های روزمره،
تحصیل، روابط یا عملکرد ما اختلال ایجاد می
کند یا نه.

تشخیص اختلالات اضطرابی نیازمند ارزیابی



۵۰ نورِ یہاب



همیشگی «بعداً» می‌شه.

سرنخ‌های عمودی

۲. «وقتی روزها شبیه هم می‌شن؛ بیداری، کار، استراحت... و دوباره از اول.»
۳. «ترسی که گاهی فقط با دیدن، فکر کردن یا شنیدن نام یک چیز بیدار می‌شه.»
۵. «اون لحظه‌ای که مغز، یک عالمه اطلاعات خام رو می‌گیره و از اون‌ها معنا می‌سازه.»
۸. «من روی تو اثر می‌ذارم، تو روی من؛ و همین رفت‌وبرگشت، ماجرا رو می‌سازه.»
۱۰. «گاهی مراقبت از دیگران رو خوب بلدیم، اما نوبت به خودمون که می‌رسه، فراموشش می‌کنیم.»
۱۲. «گاهی برای شکست دادن ترس، باید به‌جای فرار کردن، قدمی به سمتش برداشت.»
۱۳. «اتفاق هنوز نیفتاده، اما ذهن و بدن انگار از قبل برایش آماده شده‌اند.»

رمز رو پیدا کردی؟

اگه تونستی همه‌ی سرنخ‌ها رو کنار هم بچینی و رمز نهایی رو کشف کنی، نوبت توئه! رمزت رو برای ما بفرست. اگر درست باشه، اسمت بین برنده‌ها قرار می‌گیره و علاوه بر اینکه اسمت رو در شماره‌های بعدی نشریه می‌بینی، وارد قرعه‌کشی جایزه هم می‌شی!

الهه دوستکام

★ راهنما بر اساس تعداد خانه (حرف) ★

← افقی‌ها

۵ : ۱	(حرف ۵)
۵ : ۴	(حرف ۵)
۴ : ۶	(حرف ۴)
۶ : ۷	(حرف ۶)
۶ : ۹	(حرف ۶)
۵ : ۱۱	(حرف ۵)

↓ عمودی‌ها

۵ : ۲	(حرف ۵)
۵ : ۳	(حرف ۵)
۶ : ۵	(حرف ۶)
۵ : ۸	(حرف ۵)
۱۰ : ۱۰	(حرف ۱۰)
۶ : ۱۲	(حرف ۶)
۶ : ۱۳	(حرف ۶)

اگه فکر می‌کنی ذهنت با کلمه‌ها خوب بازی می‌کنه، این جدول رو از دست نده! در این جدول، با چند واژه‌ی آشنا اما با سرنخ‌هایی کمی متفاوت و چالش‌برانگیز روبه‌رو می‌شی.

راستی، یه قانون مهم:

استفاده از AI ممنوعه!

اول خودت دست‌به‌کار شو و ببین چقدرت از پاسخ‌ها رو می‌تونی بدون کمک پیدا کنی. البته آخر کار می‌تونی جواب‌ها رو چک کنی؛ ولی لذت واقعی وقتی‌ه که اول خودت ذهنت رو به چالش بکشی!

چطور رمز جدول رو پیدا کنیم؟

ابتدا با استفاده از سرنخ‌های افقی و عمودی، پاسخ هر شماره رو پیدا کن و کلمات رو در جای درست خودتون داخل جدول قرار بده.

بعد از کامل کردن جدول، نوبت به بخش هیجان‌انگیز ماجرا می‌رسه:

خانه‌هایی رو که با علامت ستاره مشخص شدن پیدا کن و حروف قرارگرفته در این خانه‌ها رو به ترتیب کنار هم بذار.

حروف ستاره‌دار، رمز نهایی جدول رو برای شما می‌سازن.

سرنخ‌های افقی

۱. «همون ساعتی که هیچ‌کس ازت چیزی نمی‌خواد؛ نه درس، نه کار، نه مسئولیت... فقط کاری که خودت دلت می‌خواد.»
۴. «یک‌دفعه قلبت تند می‌زنه، نفست سخت می‌شه و بدنت فکر می‌کنه اتفاق وحشتناکی افتاده؛ در حالی که شاید هیچ خطری وجود نداشته باشه.»
۶. «کاری که آن‌قدر تکرارش کردی که دیگه لازم نیست برای انجام دانش فکر کنی.»
۷. «فرار می‌کنی تا نترسی؛ اما گاهی همین فرار، ترس رو ماندگارتر می‌کنه.»
۹. «فقط بلد بودن یک کار کافی نیست؛ وقتی واقعاً واردش می‌شی، نقش می‌گیری و بخشی از یک فعالیت یا موقعیت می‌شی، پای این مفهوم وسطه.»
۱۱. «کاری که امروز می‌تونی انجام بدی، قربانی



نوریهاب

وقتی زندگی پشت ترس جا می ماند



©OT_HAMEDAN