

# فهرست

- ۷.....مقدمه مترجمین
- ۹.....درباره ویراستارها
- ۱۱.....پیشگفتار: پذیرش، توجه آگاهی و اختلالات روان پریشی
- ۱۵.....۱: مقدمه‌ای بر توجه آگاهی و درمان‌های مبتنی بر پذیرش برای کار با روان پریشی  
جوزف ای. اولیور، کندیس جوزف، ماجلا بایرن، لوئیس سی. جونز و اریک ام. جی. موریس
- ۲۹.....۲: نظریه صداها  
فرن شاوریر، نیل توماس، اریک ام. جی. موریس و جان فارهال
- ۵۵.....۳: پردازش هیجانی و آگاهی فراساختی در هذیان‌های گزند  
کلیر هپوورث، هلن استارتاپ و دنیل فریمن
- ۷۱.....۴: سنجش بالینی و ابزارهای سنجش  
جان فارهال، فرن شاوریر، نیل توماس و اریک ام. جی. موریس
- ۹۱.....۵: صورت‌بندی مورد در درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی  
پتی باخ
- ۱۰۳.....۶: کاربرست توجه آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی برای بیماران روان پریش  
براندون ای. گائودیانو و اندرو ام. بوش
- ۱۲۵.....۷: درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی برای صداها  
نیل توماس، اریک ام. موریس، فران شاوریر و جان فارهال
- ۱۴۵.....۸: درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی برای هذیان‌ها  
خوزه مانوئل گارسیا مونتز، مارینو پرز الوارز و سالوادور پرونا گارسلان
- ۱۶۵.....۹: درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی برای کژکاری هیجانی پسا روان پریشی  
راس وایت
- ۱۸۵.....۱۰: شناخت درمانی فردمدار برای روان پریشی  
لین الیت

- ۱۱: معنویت: دریجه‌ای به درک روان‌پریشی..... ۲۰۱  
ایزابیل کلارک
- ۱۲: تجربه کاربران از درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی و شناخت‌درمانی فردمحور..... ۲۱۵  
جوزف، ای. اولیور، مارک‌هی‌وارد، هِلنا ب. مک‌جینس و کلارا اشتراوس
- ۱۳: درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی برای نخستین دوره روان‌پریشی..... ۲۳۵  
جوزف ای. اولیور و اریک ام. جی. موریس
- ۱۴: درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی برای روان‌پریشی در بخش بیماری‌های حاد روان‌پزشکی..... ۲۵۵  
گوردون میشل و امی مک‌آرتور
- ۱۵: درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی برای روان‌پریشی به‌عنوان مداخله‌ای گروهی..... ۲۷۱  
امی مک‌آرتور، گوردن میچل و لوییس سی. جانز
- ۱۶: گروه‌درمانی شناختی فردمحور برای روان‌پریشی..... ۲۹۳  
کلارا اشتراوس و مارک‌هی‌وارد
- پیوست الف: استعاره صفحه شطرنج..... ۳۱۱
- پیوست ب: استعاره برگ‌ها روی رودخانه..... ۳۱۲
- پیوست پ: استعاره مسافران اتوبوس..... ۳۱۳
- پیوست ت: استعاره افتادن در چاه..... ۳۱۴
- پیوست ث: استعاره دستگاه دروغ‌سنج..... ۳۱۵
- پیوست ج: دیدن جنگل، نه درختان (و پندهای سودمند دیگری برای زیستن)..... ۳۱۶
- پیوست چ: استعاره اسکی‌بازی..... ۳۲۳
- پیوست ح: استعاره طناب‌کشی با هیولا..... ۳۲۴
- واژه نامه انگلیسی به فارسی..... ۳۲۵
- واژه نامه فارسی به انگلیسی..... ۳۲۷

## مقدمه مترجمین

احتمالاً شما هم با دیدن عنوان کتاب حیرت کرده‌اید. ما نیز که ظرف چند سال اخیر بر تمرین توجه‌آگاهی و مطالعه درمان‌های مبتنی بر آن، به‌ویژه ACT، متمرکز بوده‌ایم در ابتدا احساس شما را داشتیم. از کاربرد این اصول و تمرین‌ها در کمک به دانش‌آموزان، مدیران و پرسنل نظامی تا استفاده از آنها در درمان اختلالات روانی مثل اضطراب و افسردگی و بیماری‌های جسمانی مانند سرطان خوانده و شنیده بودیم؛ اما روان‌پریشی حرف دیگری است.

با مروری اجمالی بر این کتاب متوجه می‌شویم نویسندگان فصول مختلف آن افرادی معتبر و صاحب‌نظر در این حوزه هستند و جای‌جای آن به نتایج پژوهش‌های تجربی اشاره شده است. چه این رویکردها برای درمان روان‌پریشی مؤثر باشد و چه نباشد، کتاب حاضر نمونه‌ای عالی از حفظ دیدگاه علمی به مسائل، انصاف در اظهارنظر و بی‌طرفی در ارائه نتایج پژوهش‌ها است. امیدواریم شما نیز بعد از خواندن این کتاب تشویق شوید این رویکردها را برای کاهش رنج هموعانمان که به روان‌پریشی دچار شده‌اند، با اعتماد اما با احتیاط به‌کارگیرید.

در مسیر ترجمه این کتاب با دشواری‌های بسیاری روبرو شدیم اما از آنجا که گسترش آگاهی نسبت به توجه‌آگاهی و درمان‌های مبتنی بر آن، همسو با ارزش‌هایمان بود، تاب آوردیم و به تلاش خود پایبند ماندیم. بدیهی است این ترجمه خالی از اشکال نیست و از نواقصش کاسته نخواهد شد مگر با توجه موشکافانه خوانندگان فرهیخته و دلسوز. لطفاً پیشنهادها و انتقادات مشفقانه خود را از طریق سایت [www.mindful-life.ir](http://www.mindful-life.ir) با مترجمان در میان بگذارید. ضمناً در این سایت به منابع و تمرین‌های بیشتر در همین زمینه دسترسی خواهید داشت. لازم است از همه دست‌اندرکاران انتشارات ارجمند که در این ما را مسیر همراهی کردند، به‌ویژه خانم‌ها مرضیه شکی و پروین عبدی، تشکر کنیم.

باشد که سالم باشید،

باشد که شادمان باشید،

باشد که از رنج رها باشید ...

مرتضی کشمیری

پیوند جلالی



## درباره ویراستارها

اریک ام. جی. موریس روان‌شناس بالینی، مشاور شناخته‌شده و پیشرو در مداخلات زودهنگام برای اختلالات روان‌پریشی در جنوب لندن و بنیاد مادزلی وابسته به سازمان بهداشت انگلستان است. او در سال ۱۹۹۵ به‌عنوان روان‌شناس بالینی در دانشگاه مرداک در غرب استرالیا، به‌طور تخصصی در مداخلات روان‌شناختی برای اختلالات روان‌پریشی تعلیم دیده است. قبل از رفتن به انگلستان در ۱۹۹۹ برای همکاری با خدمات سلامت ملی در همپشایر و جنوب لندن، ابتدا در خدمات پیشرو برای مداخلات زودهنگام در روان‌پریشی‌ها در پرث واقع در غرب استرالیا کار کرده است. اریک بیش از ده سال است از درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی (ACT) بهره می‌گیرد و مربی و سرپرست کارکشته درمانگرانی است که از درمان‌های شناختی-رفتاری استفاده می‌کنند. او هم‌اکنون دوره دکتری‌اش را با تمرکز بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و توهمات شنیداری در موسسه روان‌پزشکی کالج سلطنتی لندن می‌گذراند و از مداخلات ACT نیز در کارش بهره می‌برد. وی از اعضای مؤسس و رئیس سابق شاخه ACT در انجمن روان‌درمانگران شناختی-رفتاری انگلستان است.

اریک از مدیران مرکز مشاوره رفتاری، از مراکز مشاوره مستقل در ارائه خدمات در حوزه رفتاردرمانی شناختی رفتاری است.

لوئیس سی. جونز روان‌شناس بالینی و مشاور شناخته‌شده‌ای است که با کلینیک مداخلات روان‌شناختی برای بیماران سرپایی مبتلا به روان‌پریشی (PICuP) در جنوب لندن و بنیاد مادزلی انگلستان همکاری می‌کند. PICuP آموزش و سرپرستی را در رفتاردرمانی شناختی (CBT) و مداخلات خانوادگی برای اختلالات روان‌پریشی و همچنین خدمات تخصصی بالینی ارائه می‌کند. لوئیس همچنین سخنران افتخاری انستیتو روان‌پزشکی کالج سلطنتی لندن و مربی و سرپرست دوره فوق تخصصی CBT برای اختلالات روان‌پریشی در کالج سلطنتی لندن است.

لوئیس در سال ۱۹۹۱ لیسانس خود را در علوم طبیعی با تخصص روان‌شناسی از دانشگاه کمبریج دریافت کرد و برای دوره دکتری به دانشگاه آکسفورد رفت. در سال ۱۹۹۸ دوره دکتری خود را در روان‌شناسی بالینی در انستیتو روان‌پزشکی لندن به پایان رساند. وی دارای مدرک تخصصی در تربیت دانشجو از کالج سلطنتی لندن و درمانگری معتبر در انجمن درمان‌های رفتاری و شناختی انگلستان (BABCP) است.

از ابتدای فعالیتش به‌عنوان روان‌شناس بالینی، لوئیس به‌طور مداوم در زمینه کار بالینی و تحقیق در اختلالات روان‌پریشی کار کرده است. او تجربه وسیعی در درمان، مربیگری و سرپرستی کارکنان در تمام سطوح بروز روان‌پریشی دارد. او بیش از ۵۰ مقاله درباره روان‌پریشی منتشر کرده که شامل رشد و

آسیب‌شناسی علائم بالینی و نیز رفتاردرمانی شناختی می‌شود. همچنین اولین تحقیقات دولتی انگلستان را برای ارزیابی ACT در گروه‌درمانی روان‌پریشی رهبری می‌کند.

جوزف ای. اولیور روان‌شناس بالینی است که در خدمات برای روان‌پریشی زودآغاز لمبث (LEO) در جنوب لندن و بنیاد مادزلی NHS کار می‌کند. او همچنین از مدیران مرکز مشاوره‌بافتاری، مشاوره مبتنی بر ACT است که آموزش، نظارت و رفتاردرمانی شناختی بافتاری را ارائه می‌کند.

جوزف دانش‌آموخته دانشگاه ویکتوریا در شهر ویلینگتون نیوزیلند است و مدرک دکتری خود را در روان‌شناسی بالینی در سال ۲۰۰۳ دریافت کرده است. او در تحقیقات دکتری خود فرآیندهای روان‌شناختی استرس و بهزیستی در محیط کار را بررسی کرده است. در کنار کارهای بالینی، به‌خصوص در حوزه روان‌پریشی‌ها، جوزف تحقیقاتی را در انستیتو روان‌پزشکی کالج سلطنتی لندن انجام می‌دهد که شامل چندین بررسی آزمایشی درباره استفاده از ACT در کار با مبتلایان به اختلالات روان‌پریشی در محیط کار است. او مقالات علمی بسیار و کتاب‌هایی در مورد کاربرد بالینی ACT به چاپ رسانده و هم‌اکنون در حال رهبری کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده‌ای برای مقایسه ACT و مداخلات کاهش استرس مبتنی بر توجه‌آگاهی برای بهزیستی در محیط کار است.

جوزف همچنین رئیس کنونی انجمن درمان‌های رفتاری و شناختی انگلستان (BABCP) شاخه ACT است که از طریق ارائه فرصت‌های توسعه تخصصی، پرداخت کمک‌هزینه و برگزاری کارگاه، ACT را در بریتانیا ترویج و گسترش می‌دهد. به‌علاوه، او به‌طور مرتب به آموزش ACT و CBT بافتاری در سطح کشوری و بین‌المللی می‌پردازد.

جوزف به‌طور خاص به مشارکت بیماران در خدمات به‌عنوان روش تسریع بهبودی و ارتقای خدمات علاقه‌مند است. او رئیس گروهی از مشاورین و روان‌شناسان کاربری خدمات است که هدفشان پیشبرد و افزایش مشارکت کاربران در خدمات مؤثر و مبتنی بر بهبودی است. درنهایت، جوزف به اشاعه مفاهیم و نظریه‌های ACT به سایر متخصصان و همچنین عموم مردم علاقه دارد. او علاوه بر برگزاری همایش‌های ACT برای عموم، پویانمایی‌های مبتنی بر ACT را به‌عنوان ابزار کمکی در جلسات آموزش و درمان تهیه کرده است. او تصاویر متحرک زیادی ساخته که استعاره‌های کلیدی ACT را نمایش می‌دهند و برای نشر این ویدیوها شبکه‌ای در سایت YouTube راه‌اندازی کرده است.

# پیشگفتار: پذیرش، توجه آگاهی و اختلالات روان‌پریشی خلق فضایی تازه برای شروع

عنوان سرمقاله‌ای در مجله روان‌پزشکی انگلستان (موريسن و همکاران، ۲۰۱۲) این چنین است «داروهای ضد روان‌پریشی: آیا وقت آن است که به بیماران حق انتخاب دهیم؟» مقاله‌ای وزین، مستدل و درعین حال نگران‌کننده است، اما این عنوانش بود که مرا میخکوب کرد. چنین عنوانی در حوزه‌های دیگر خدمات سلامت خواننده را کاملاً متحیر کرده و ادا می‌کند از خودش پرسد «مگر الان چنین نیست؟!» آیا می‌توانیم تصور کنیم که در عنوان مقاله‌ای در یکی از مجلات مهم بخوانیم «جراحی کمر: آیا وقت آن است که به بیماران حق انتخاب دهیم؟» یا «مواجهه بلندمدت: آیا وقت آن است که به بیماران حق انتخاب دهیم؟»

امروزه مبتلایان اختلالات روان‌پریشی با بیشترین انگ اجتماعی مواجه‌اند. جامعه مرتب آنها را از کسوت انسانی خارج کرده و مانند شیء با آنها برخورد می‌کند. تجربه‌ها و اعمال نامتعارفشان اغلب موضوع تمسخر یا ترس است. معمولاً سعی می‌شود از جامعه حذف شوند و آزادی‌شان دائماً با تهدیدهای کوچک و بزرگ مواجه می‌شود.

وضعیت اسفباری است، اما تمام ماجرا نیست. بی‌رحمانه‌ترین ضربه آنجا است که سیستم ارائه‌کننده درمان خودش نیز اغلب افراد مبتلا به روان‌پریشی را به چشم انسان نمی‌بیند. به آنها داستان‌های مضحکی درباره ژنتیک، مغز و ناقل‌های عصبی به‌عنوان دلایل اصلی مشکلاتشان گفته می‌شود، درحالی‌که دانش فعلی در این زمینه بسیار مبهم است. افق‌ها و انتظارات بیش از اندازه کاهش یافته‌اند و با بیماران، دیگر به‌عنوان موجودات انسانی رفتار نمی‌شود. در فواید دارو غلو شده و احتمال اثرات جانبی بلندمدت و فرآیندهای زیست‌عصب‌شناختی مضر آن دست‌کم گرفته شده است؛ اما خیانت آنجا است که به بیماران گزینه‌های درمانی محدودی داده می‌شود.

خوشبختانه مداخلات روانی-اجتماعی روز به روز بیشتر توسعه می‌یابند. محققان و بالینگران به جستجوی یافتن راه‌های تازه و مفید ادامه می‌دهند. آنها در جایی که گزینه‌های اندکی وجود داشت، انتخاب‌های بیشتری پدید آورده‌اند.

کتابی که در دست دارید، از نتایج این تلاش‌ها است. این کتاب اولین جمع‌بندی ادبیات پژوهشی درباره رویکردهای نوین مبتنی بر پذیرش و توجه آگاهی در مورد روان‌پریشی است، به‌ویژه درمان پذیرش و پایبندی (ACT) و روش‌های مرتبط، از جمله شناخت درمانی فردمدار<sup>۱</sup> (PBCT) و پردازش هیجانی و آگاهی‌فراشناختی<sup>۲</sup> (EPMA). اینها روش‌های نوینی هستند که فرضیات کهنه را به چالش می‌کشند و انتخاب‌هایی واقعی ارائه می‌کنند. درمانگر یا محقق بالینی که به این حوزه کاری جلب می‌شود باید بداند این حوزه هنوز جوان است. هرچند

---

1. Person-based Cognitive Therapy

2. Emotional Processing and Metacognitive Awareness

چندین کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده موفق انجام شده، این رویکردها هنوز جامع و فراگیر نیستند. هدف از مجموعه‌ای مانند این کتاب ارائه پاسخ نهایی نیست، بلکه باز کردن راه‌های تازه برای کاوش است. دانشجو یا متخصص متعددی که این صفحات را می‌خواند می‌تواند در ایجاد این مسیر رو به جلو سهمی داشته باشد. این حوزه آنقدر جدید است که مدام نوآوری‌هایی در آن صورت می‌گیرد. این درمان به شکلی سریع و مداوم در حال توسعه است.

اینجا هر آنچه یک درمانگر یا محقق بالینی برای شروع کاوش کلینیکی یا تجربی در این حوزه نیاز دارد فراهم است: مبانی فلسفی، داده‌ها، ابزارهای ارزیابی، پروتکل‌ها و راهنمایی متخصصان. اصلاحاتی که برای گروه‌های فرعی و مشکلات خاص مورد نیاز بوده (کنار آمدن با هذیان‌ها، توهمات شنیداری، تحولات هیجانی پس از حملات روان‌پریشی، مدیریت اولین دوره‌ها، دوره‌های حاد و غیره) با جزئیات شرح داده شده است. چارچوب‌های متفاوت و رویکردهای ویژه تشریح شده‌اند. کتاب به شکلی مناسب به خوانندگان اجازه می‌دهد خودشان مباحث را پیش ببرند. ویراستاران، با دقت گروهی از نویسندگان ماهر را برای هر فصل انتخاب کرده‌اند - کتاب به‌راستی مجموعه‌ای از جدیدترین مباحث روز است. در ادبیات علمی و کاربردی همتایی برای آن وجود ندارد.

این پیشگفتار را با هیجانی فروتنانه می‌نویسم. فروتنانه چون چیزهای بسیاری هست که باید بیاموزیم و راهی دراز در پیش داریم. اشارات زیادی درباره پذیرش، توجه‌آگاهی و ارزش‌ها وجود دارد که هنوز نیازموده‌ایم و نمی‌دانیم چطور از کار درخواهند آمد. نیاز جامعه به پیشرفت بسیار زیاد و رو به رشد است و نمی‌دانیم از پس این چالش برمی‌آییم یا نه. حتی همزمان که درمان‌های جایگزین و مؤثر را توسعه می‌دهیم، آگاه هستیم که نظام‌های مراقبتی اغلب به‌سختی تغییر می‌کنند و گاه به‌سختی می‌توان بهترین گزینه را در نظام فعلی وارد کرد. هیجان دارم چون کار خود را مشتاقانه آغاز کرده‌ایم. نمی‌توان منکر پیشرفت‌های مفهومی و بالینی شد که به همت علاقه‌مندان به ACT و به طور کلی روش‌های پذیرش و توجه‌آگاهی<sup>۱</sup>، در درک و درمان این مشکلات ناتوان‌کننده حاصل شده است. راه درازی در پیش است، اما نکته مهمی هم هست. لازم است درمانگران و محققان با مطالعه فرآیندهایی که به این مشکلات منجر می‌شوند و فرآیندهای تغییر ناشی از روش‌های پذیرش و توجه‌آگاهی، این مشکلات را به‌زانو در بیاورند. لازم است به توسعه دستورالعمل‌های جدیدی که تغییر مثبت در این فرآیندها را تقویت می‌کند ادامه دهند و بیاموزند چطور آنها را با سایر روش‌های شناخته‌شده ادغام کنند. ما به مدل جدیدی از نشانگان روان‌پریشی و رویکردی تازه به مداخله نیاز داریم. کسی از نوشدارو صحبت نمی‌کند، اما این صفحات عرصه‌ای را نشان می‌دهد که اکنون فضایی برای شروع دوباره است.

استیون سی. هیز

دانشگاه نوادا

از بنیان‌گذاران ACT و نویسنده کتاب

«از زندان ذهن خارج شو زندگی کن»



Morrison, A., Hutton, P., Shiers, D. & Turkington, D. (2012). Antipsychotics: is it time to introduce patient choice? *British Journal of Psychiatry*, 201, 83–84.



## مقدمه‌ای بر توجه آگاهی و درمان‌های مبتنی بر پذیرش برای کار با روان‌پریشی

جوزف ای. اولیور، کندیس جوزف، ماجلا بایرن، لوئیس سی. جونز و اریک ام. جی. موریس

### ۱,۱ مقدمه‌ای بر روان‌پریشی

«روان‌پریشی» اصطلاحی است که طیفی از علائم بالینی مرتبط، از جمله علائم ادراکی، شناختی، هیجانی و اختلالات رفتاری را شامل می‌شود. این اصطلاح بیشتر به علائم بالینی «مثبت» اشاره دارد، مانند باورهای نامتعارف (هذیان‌ها)، تجربه‌های ادراکی غیرعادی (خطاهای ادراکی و توهمات) و اختلالات فکر و زبان (اختلال تفکر صوری) (مراجعه کنید به پیترز و همکاران، ۲۰۰۷). این نشانه‌ها همواره با مشکلات هیجانی مانند اضطراب و افسردگی همراهاند (بیرچوود، ۲۰۰۳؛ فریمن و گرتی، ۲۰۰۳؛ جانستون و همکاران، ۱۹۹۱). علاوه بر این، بسیاری از کسانی که تشخیص اختلال روان‌پریشی، به‌ویژه اسکیزوفرنی، می‌گیرند احتمالاً علائم بالینی «منفی» از قبیل بی‌ارادگی و بی‌لذتی را نیز تجربه می‌کنند (مراجعه کنید به کوپرز و همکاران، ۲۰۰۶). متوسط شیوع اختلالات روان‌پریشی را ۱۵/۲ در ۱۰۰,۰۰۰ تخمین زده‌اند دامنه آن بین ۷/۳ و ۴۳/۰ نفر در ۱۰۰,۰۰۰ نفر تخمین زده می‌شود (مک‌گراث و همکاران ۲۰۰۴) که حاکی از میزان زیاد تغییرپذیری در نواحی جغرافیایی مختلف است. خطر ابتلای طول عمر آن در حدود ۱٪ است (سوها و همکاران، ۲۰۰۵). یکی از ویژگی‌های تشخیصی روان‌پریشی این است که دو نفر ممکن است تشخیص یکسانی دریافت کنند، اما مجموعه‌ای کاملاً متفاوت از نشانه‌ها، بدون همپوشانی یا وجه اشتراک، داشته باشند. این امر شاید به دلیل برخی پیچیدگی‌های چنین اختلالی باشد که طبق یافته‌های تازه، این اختلال احتمالاً ترکیبی از عوامل ژنتیکی، زیست‌شناختی، روانی و اجتماعی است و مسیرهای سبب‌شناختی متعددی دارد (اولیور و فیرون، ۲۰۰۸). به‌علاوه، علائم روان‌پریشی فقط در کسانی دیده نمی‌شود که دارای اختلال روان‌پریشی (مانند اسکیزوفرنی، اختلال اسکیزوافکتیو یا اختلال هذیانی) تشخیص داده شده‌اند، بلکه به درجات مختلف در سایر مشکلات

روانی از قبیل اختلال دوقطبی، اختلالات خلقی و اختلالات شخصیت (به‌ویژه اختلال شخصیت مرزی)؛ BPD) نیز رخ می‌دهد. همچنین بعضی از نویسندگان، تشخیص اسکیزوفرنی را به‌طورجدی نقد کرده و گفته‌اند که وسعت و گوناگونی پدیده‌شناسی بالینی این اختلال در واقع نشانهٔ فقدان روایی سازه و پایایی آن است (بتال، ۲۰۰۳؛ بویل، ۲۰۰۲).

وجود علائم روان‌پریشی، صرف‌نظر از اینکه چقدر غریب باشند، به‌تنهایی ضمانت کافی برای تشخیص نیست. نکتهٔ اصلی در اختلال روان‌پریشی این است که همزمان با بروز نشانه‌ها باید زندگی فرد به شکل قابل‌توجهی مختل گردد. در اسکیزوفرنی شاهد ناتوانی قابل‌توجه و دیرپا هستیم (تورنیکرافت و همکاران، ۲۰۰۴؛ سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱) و علاوه بر علائم بالینی مثبت و منفی، علائم افسردگی نیز پیش‌بینی‌کننده‌های قوی برای کیفیت زندگی پایین در این گروه از مراجعان است (سارنی و همکاران، ۲۰۱۰). برای آنهایی که زندگی را با علائم رنج‌آور روان‌پریشی و آشفتگی‌های هیجانی ادامه می‌دهند، پیشرفت درمان‌های روان‌پریشی اهمیت زیادی دارد.

در کنار اختلالی که روان‌پریشی می‌تواند در زندگی افراد و خانواده‌هایشان ایجاد کند، هزینهٔ اقتصادی سرسام‌آوری نیز مطرح است. طبق تخمین‌ها در سال ۲۰۰۲ در آمریکا هزینه‌های مستقیم (مانند هزینهٔ خدمات) و غیرمستقیم (مانند بیکاری) ناشی از اختلالات روان‌پریشی در حدود ۶۲/۷ میلیارد دلار بوده است (وو و همکاران، ۲۰۰۵). تخمین مشابهی در بریتانیا رقم حدود ۴ میلیارد پوند را نشان می‌دهد (مک کرون و همکاران، ۲۰۰۸).

## ۱,۲ مداخلات

داروهای ضد روان‌پریشی اغلب خط اول درمان روان‌پریشی هستند. با این وجود، درمان دارویی محدودیت‌هایی هم دارد، از جمله مشکل در قبول دارو، عوارض جانبی غیرقابل‌تحمل و پاسخ کم نشانه‌ها به داروهای ضد روان‌پریشی (کرسون و همکاران، ۱۹۸۸؛ کین، ۱۹۹۶؛ لیبرمن و همکاران، ۲۰۰۵). این یافته‌ها علاوه بر درک اهمیت عوامل اجتماعی و روانی در روان‌پریشی (ببینگتون و کوپپر، ۱۹۹۴؛ گرتی و همکاران، ۲۰۰۱؛ وان اوس، ۲۰۰۴) در توسعهٔ مداخلات روان‌شناختی برای افراد مبتلا سهم داشته‌اند. این مداخلات عبارت‌اند از خانواده‌درمانی، رفتاردرمانی شناختی<sup>۲</sup> (CBT) و توان‌بخشی شناختی و اجتماعی. هیچ‌یک از اینها جایگزین دارو نیستند، بلکه به‌عنوان درمان‌های کمکی استفاده می‌شوند.

### ۱,۲,۱ رفتاردرمانی شناختی

فرض زیربنایی CBT این است که مشکلات روان‌شناختی به‌وسیلهٔ چرخهٔ معیوبی از افکار، احساسات و رفتارها حفظ می‌شوند (بک و همکاران، ۱۹۷۹). هدف درمان، شکستن این چرخه از طریق کمک به افراد

1. Borderline Personality Disorder

2. Cognitive Behavioral Therapy

برای یادگیری راه‌های سازگارانه‌تر تفکر و مقابله است که به کاهش پریشانی منجر می‌شوند. در دهه‌های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰، پژوهش روی علائم روان‌پریشی به درمان‌هایی منجر شد که از کاربرد موفق CBT در اضطراب و افسردگی برای مشکلات پیچیده‌تر روان‌پریشی اقتباس شده بودند (فولر و همکاران، ۱۹۹۵؛ کینگدون و ترکینگتون، ۱۹۹۱). مدل شناختی علائم روان‌پریشی (گرتی و همکاران، ۲۰۰۱؛ موریسون، ۲۰۰۱) با تأکید بر اینکه خود تجربه‌های نامتعارف نیستند که مشکل‌سازند، بلکه ارزیابی آنها به‌عنوان تجربیاتی خارجی و اهمیت شخصی آنها است که دردسرساز می‌شود، به ایجاد رویکردهای درمانی کمک کرده است. هدف از رفتاردرمانی شناختی برای روان‌پریشی (CBTp) افزایش درک روان‌پریشی و علائم آن، کاهش پریشانی و ناتوانی ناشی از علائم روان‌پریشی، ارتقای راهبردهای مقابله و خودتنظیمی و کاهش درماندگی و ارزیابی‌های معکوس - منفی (از خود و از بیماری) است (برای مطالعه بیشتر مراجعه کنید به جونز و همکاران، ۲۰۰۷).

شواهد حاصل از کارآزمایی‌های تصادفی کنترل‌شده<sup>۱</sup> (RCTs) نشان داده که CBT فردی برای افراد روان‌پریش، به‌خصوص آنهایی که علائم مثبت مزمن دارند، کارآیی داشته است (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۰؛ ویکس و همکاران، ۲۰۰۸؛ زیمرمن و همکاران، ۲۰۰۵). فراتحلیلی بر روی ۳۳ تحقیق که توسط ویکس و همکارانش (۲۰۰۸) انجام شده اندازه اثر کلی نسبتاً کم ۰/۴۰ را برای علائم بالینی هدف و اندازه اثر بین ۰/۳۵ و ۰/۴۴ را برای علائم بالینی مثبت، علائم بالینی منفی، عملکرد، خلق و اضطراب اجتماعی آشکار ساخته است. مطالعه‌ای تازه، مؤثرترین حالت CBTp را زمانی دانسته که تمام دستورالعمل درمان، از جمله فنون شناختی و رفتاری خاص این مشکلات، کاملاً اجرا شود (دان و همکاران، ۲۰۱۱). هرچند CBTp برای بسیاری از افراد با بهبودی نشانه‌ها در حوزه‌های خاص همراه بوده، اما درمان قطعی نیست.

## ۱,۲,۲ پیشرفت‌های CBT: رویکردهای بافتاری

پیشرفت دیگر در زمینه رویکردهای رفتاردرمانی شناختی به تکامل گروهی از درمان‌ها منجر شد که «CBT بافتاری» نام دارند (هیز و همکاران، ۲۰۱۱). این پیشرفت پاسخی بود به چندین نابهنجاری در مدل CBT، از جمله بحث در مورد اینکه آیا تغییر/بازسازی شناختی واقعاً عاملی ضروری در درمان است (هیز، ۲۰۰۴؛ لانگمور وورل، ۲۰۰۷). رویکردهای بافتاری بی‌آنکه از اهمیت شناخت‌ها غافل شوند، بر بافت تاریخی و موقعیتی جاندار به‌عنوان راهی برای تمرکز بر فرآیندهای اصلی تغییر رفتار، تأکید می‌کنند. نکته مهم این است که این رویکردها تأکید را بر اهمیت تغییر محتوا و فراوانی شناخت‌ها کم کرده و در عوض به سمت استفاده از پذیرش و توجه‌آگاهی برای تغییر بافتی که این تجربه‌ها در آن رخ می‌دهند حرکت می‌کنند و در نتیجه انعطاف‌پذیری رفتاری را افزایش می‌دهند.

رویکردهای زیادی زیر چتر CBT بافتاری قرار می‌گیرند، از جمله رفتاردرمانی دیالکتیکی<sup>۱</sup> (DBT) (لینهان، ۱۹۸۷)، روان‌درمانی تحلیلی کارکردی<sup>۲</sup> (FAP) (کولنبرگ و تسای، ۱۹۹۱)، شناخت‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی<sup>۳</sup> (MBCT) (تیزدیل و همکاران، ۱۹۹۵)، زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه<sup>۴</sup> (IBCT) (جاکوبسن و کریستنسن، ۱۹۹۶)، درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی (ACT) (هیز و همکاران، ۱۹۹۹)، فراشناخت‌درمانی<sup>۵</sup> (MCT) (ولز، ۲۰۰۰) و شناخت‌درمانی فردمدار<sup>۶</sup> (PBCT) برای روان‌پریشی (چادویک، ۲۰۰۶). این درمان‌ها مؤلفه‌هایی مانند توجه‌آگاهی، تجربه لحظه حال، پذیرش، ارزش‌ها و تأکید بیشتر بر روابط درمانی را دربرمی‌گیرند. هرچند از فنون رفتاری و شناختی سنتی‌تر نیز استفاده می‌کنند، به لحاظ ماهیتی بیشتر تجربی هستند و علاوه بر تغییرات مرتبه اول، راهبردهای تغییر مرتبه دوم را نیز شامل می‌شوند. از میان این درمان‌ها، از ACT، PBCT و گروه‌های توجه‌آگاهی در درمان روان‌پریشی بیشتر استفاده شده است.

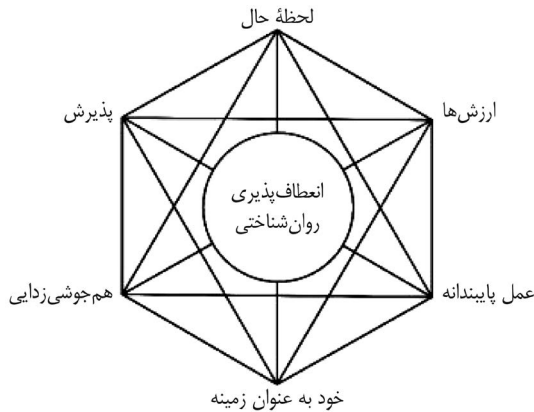
### ۱،۲،۳ درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی

ACT رویکرد رفتاری نوینی است که با ترکیب پذیرش و توجه‌آگاهی به افراد کمک می‌کند از افکار و احساسات دشوار رها شوند و به این ترتیب پرداختن به الگوهای رفتاری‌ای را که به وسیله ارزش‌های شخصی هدایت می‌شوند، تسهیل می‌کند. ACT ریشه‌های محکمی در سنت‌های رفتاری دارد و بر دیدگاه تحلیل رفتاری زبان بنا شده است: نظریه چارچوب ارتباطی<sup>۷</sup> (RFT) (بلکلج و همکاران، ۲۰۰۹). به طور کلی، ACT به جای تغییر شکل یا فراوانی تجربه‌های درونی (افکار، احساسات) بر تغییر رابطه فرد با این تجربه‌ها تمرکز می‌کند (هیز و همکاران، ۱۹۹۹). این رویکرد فراتشخیصی است و از مدل‌های نظری مشابهی برای صورت‌بندی و هدف‌گذاری فرآیندهای اساسی در دامنه وسیعی از مشکلاتی که از نظر نشانه‌ای متفاوت هستند (مانند افسردگی، اختلال شخصیت مرزی و دیابت) استفاده می‌کند.

شش فرآیند نظری اصلی ACT در شش ضلعی زیر نشان داده شده است (در زبان محاوره به آن «هگزافلکس» [ترکیبی از دو واژه شش ضلعی و انعطاف‌پذیری] می‌گویند؛ شکل ۱،۱). این شش فرآیند در کنار یکدیگر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را افزایش می‌دهند. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عبارت است از «توانایی تماس غنی‌تر با لحظه حال به‌عنوان انسانی هوشیار و تغییر یا مداومت در رفتار هنگامی که این امور اهداف ارزشمندی را تأمین می‌کنند» (هیز و همکاران، ۲۰۰۶، ص. ۶). این فرآیندها بسیار به هم مرتبط

- 
1. Dialectical Behavior Therapy
  2. Functional Analytic Psychotherapy
  3. Mindfulness-based Cognitive Therapy
  4. Integrated Behavioral Couples Therapy
  5. Metacognitive Therapy
  6. Person-based Cognitive Therapy
  7. Relational Frame Theory

هستند و هرچند در این مدل به صورت موجودیت‌های متمایز نشان داده شده‌اند، همپوشانی قابل توجهی دارند. اخیراً این فرآیندها را در سه مجموعه گسترده‌تر از سبک‌های پاسخ‌دهی دسته‌بندی کرده‌اند: گشوده، آگاه و فعال (هیز و همکاران، ۲۰۱۱) (جدول ۱-۱ را ببینید).



شکل ۱-۱ مدل ACT از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

جدول ۱-۱ فرآیندهای اصلی ACT (برگرفته از لوما و همکاران، ۲۰۰۷)

تعریف	فرآیند
	گشوده
در آغوش گرفتن فعال و آگاهانه وقایع درونی که از گذشته ما برمی‌آیند، بدون تلاش غیرضروری برای تغییر فراوانی یا شکل آنها، به‌ویژه وقتی انجام این کار موجب آسیب روانی شود.	پذیرش
فرآیند خلق زمینه‌های غیرکلامی که در آنها می‌توان زبان را به‌عنوان فرآیند ارتباطی فعال و مداومی دید که ماهیتاً مربوط به گذشته است و درزمینه کنونی حضور دارد.	هم‌جوشی‌زدایی
	آگاه
«خود» ایمن و پیوسته‌ای که رویدادها در بستر آن تجربه می‌شوند، اما درعین حال از آن وقایع متمایز است. تماس بی‌قضاوت پیوسته با رویدادهای روانی و محیطی، همان‌طور که هستند.	خود به عنوان زمینه لحظه حال
	فعال
جهت‌های کلی و مطلوب زندگی که به‌طور کلامی وضع شده‌اند.	ارزش‌ها
فرآیند گام‌به‌گام عمل کردن برای خلق یک زندگی کامل و یکپارچه، بر اساس عمیق‌ترین تمایلات و آرزوهای فرد.	عمل پایبندانه

## ۱،۲،۳،۱ گشوده

فرآیندهای پذیرش و هم‌جوشی‌زدایی در تعامل باهم مهارت کلی‌تر گشودگی نسبت به محتوای درونی را که «در زیر پوست» رخ می‌دهند (افکار، هیجانات، خاطرات و ادراک‌ها) بنا می‌کنند. علائم روان‌پریشی، بنا بر ماهیتشان، ویژگی‌های زیادی دارند که احتمال پاسخگویی با سرکوب یا اجتناب را افزایش می‌دهد. علائمی مانند صداها اغلب بسیار آزاردهنده، انتقادگر و برای شخص بااهمیت هستند (کلوز و گرتی، ۱۹۹۸؛ نایانی و دیوید، ۱۹۹۴). تحقیقات نشان داده که تجربه‌های مرتبط با افکار هذیانی ارتباط نزدیکی با احساس شرم، تحقیر و اسارت دارند (بیرچوود و همکاران، ۲۰۰۰)، بنابراین به احتمال زیاد به اجتناب تجربه‌ای منجر می‌شوند. تحقیقات این نکته را تأیید می‌کند و نشان می‌دهد که افرادی که روان‌پریشی آزاردهنده دارند از راهبردهای سرکوب و اجتناب بیشتر و از پذیرش کمتر استفاده می‌کنند (موریسون و همکاران، ۱۹۹۵؛ پری و همکاران، ۲۰۱۱). برعکس، تجربیات روان‌پریشی می‌تواند بسیار جذاب باشد، چرا که گاهی جادویی، جالب و از نظر شخصی پرمعنی است، به‌خصوص در بافت زندگی‌ای که عاری از فعالیت‌های معنادار و ارتباطات اجتماعی است. از این‌رو، این تجربه‌ها ممکن است راهی برای فرار از هستی‌خاکی ملال‌آور باشد، اما در درازمدت هزینه شخصی زیادی به همراه دارد.

پذیرش فرآیندی است که در آن مراجعین تشویق می‌شوند به استقبال افکار و احساسات خود بروند، بدون اینکه برای مقاومت، اجتناب یا سرکوب آنها به «اجتناب تجربه‌ای» متوسل شوند. پذیرش صرفاً فرآیند تحمل یا کناره‌گیری نیست، بلکه تمایل کاملی است برای گام برداشتن به جلو و ایجاد فضا برای پدیده‌های روان‌شناختی، از جمله علائم روان‌پریشی، بدون درگیر شدن در کشمکش ناکارآمد با آنها.

در کنار فرآیند پذیرش، هم‌جوشی‌زدایی نیز گشودگی نسبت به تجربه درونی را تقویت می‌کند. هم‌جوشی‌زدایی به مراجعان کمک می‌کند تا از تجربه‌های درونی مانند افکار، خاطرات یا ارزیابی تجارب بیرونی (صداها یا سایر تجربه‌های غیرعادی) فاصله گرفته و آنها را همان‌گونه که هستند ببینند، نه آن‌طور که خود را می‌نمایانند؛ بنابراین هم‌جوشی‌زدایی پاسخ‌دهی کلامی و قاعده‌مند به رویدادهای درونی را کاهش می‌دهد. از دیدگاه ACT، هم‌جوشی احتمال محدود شدن خزانه رفتاری فرد را در مواجهه با چنین تجربه‌هایی افزایش می‌دهد، در نتیجه فرصت رفتار ارزش‌مدار را از شخص می‌گیرد. هم‌جوشی‌زدایی از طریق تضعیف چسبندگی به افکار و قواعد کلامی که انحصار، محدودیت یا اجتناب را تقویت می‌کنند، خزانه رفتاری را توسعه داده و به آن می‌افزاید. برای مثال درمانگر ACT می‌تواند روی هم‌جوشی‌زدایی از فکری مانند «نمی‌توانم این پارانوایا را تحمل کنم» کار کند، فکری که در زمینه اضطراب بالا و اجتناب از فعالیت‌های ارزشمندی مانند ارتباط با دوستان پدید می‌آید. مداخله می‌تواند بر کمک به مراجع برای در نظر گرفتن آن به‌عنوان یک فکر و سپس هم‌جوشی‌زدایی هرچه بیشتر نسبت به آن تمرکز کند تا رفتارهای بعدی بیشتر به وسیله ارزش‌ها (ارتباط فعال با دوستان) هدایت شوند تا هم‌جوشی («باید از موقعیت‌هایی که به



پارانویا منجر می‌شود اجتناب کنم». این برخلاف مداخلات شناختی سنتی است که در آن صحت افکار یا ارزیابی‌های تحریف‌شده هدف قرار می‌گیرد تا سازگار یا تصحیح شوند.

### ۱.۲.۳.۲ آگاه

«خود» به‌عنوان زمینه یعنی چشم‌اندازی که تمام تجربه‌های درونی از منظر آن مشاهده شده و در آن حفظ می‌شود. نتیجه ارتقای آگاهی نسبت به این چشم‌انداز خاص و همچنین تماس هوشیارانه با لحظه حال، جدایی از افکار، تصاویر، باورها یا توهمات است که ممکن است پدید آیند. این ایده که زبان برای انسان‌ها حس «خود» و چشم‌انداز را فراهم می‌کند، راه‌یابی معنویت به هستی بشر را توضیح می‌دهد زیرا «ذهن» حدود مرزی نمی‌شناسد (هیز، ۱۹۸۴). توجه‌آگاهی می‌تواند به افراد بیاموزد به‌جای قضاوت افکار، احساسات یا تصاویر گذرا، به آنها توجه کنند تا حالت متمرکزتری را نسبت تجربه‌های درونی خود پرورش داده و به این ترتیب تعهد به ارزش‌های مرکزی را تقویت کنند.

### ۱.۲.۳.۳ فعال

کار اصلی ACT این است که به مراجعان کمک می‌کند از طریق فرآیند شناسایی و بنا کردن مجموعه‌ای از ارزش‌ها و استفاده از آنها جهت شکل دادن به اهداف و طرح اقدامات ویژه، در زندگی‌شان متعهدتر و فعالتر باشند. هدف‌ها طوری تنظیم می‌شوند که احتمال رسیدن به آنها افزایش یابد، مثلاً با معین کردن تکالیف ابتدایی کوچک، قابل اندازه‌گیری و بااهمیت که دائماً در الگوهای اعمال پایبندانه بزرگتر و بزرگتر ادغام شوند. اگر بخواهیم از استعاره سفر دریایی استفاده کنیم، ساخت‌های کلامی و نحوه بیان ارزش‌ها مانند برافراشتن بادبان‌ها است تا «باد را به چنگ آورند»، یعنی تقویتی طبیعی که در جریان عمل بر اساس ارزش‌ها حاصل می‌شود. در سفر دریایی به چنگ آوردن باد هیجان‌انگیز و درعین‌حال ترسناک است؛ حرکت در جهت ارزش‌ها هم همین‌طور است. کار درمانگر این است که به مراجع کمک کند با این حس‌ها همراه شده و با تعدیل‌های مداوم او را یاری دهد تا در مسیر خود باقی بماند.

تا زمان انتشار این کتاب، چهار کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده استفاده از رویکردهای پذیرش و توجه‌آگاهی را برای مبتلایان به روان‌پریشی ارزیابی کرده‌اند (باخ و هیز، ۲۰۰۲؛ گائودیانو و هربرت، ۲۰۰۶؛ شاور و همکاران، ۲۰۱۲؛ وایت، ۲۰۱۱). هرچند این مطالعات حجم نمونه نسبتاً کمی داشته‌اند، یافته‌ها امیدبخش است و نشان می‌دهد این مداخلات برای افراد مبتلا به روان‌پریشی آشفته‌کننده کارآمد است.

### ۱.۲.۴ توجه‌آگاهی و شناخت‌درمانی فردمدار برای روان‌پریشی

در ۱۰-۱۵ سال گذشته رویکردهای توجه‌آگاهی به‌طور فزاینده‌ای در ادبیات روان‌شناختی (هیز و همکاران،

۲۰۰۵) و برای دامنه وسیعی از مشکلات به‌کار رفته‌اند. شواهد فراوانی نشان می‌دهد که توجه‌آگاهی برای انواع وسیعی از مشکلات، از جمله اختلالات خوردن، اختلالات خلقی، اضطراب، استرس، مشکلات سوء‌مصرف مواد و همچنین به‌عنوان درمان مکمل برای اختلالات جسمانی، مؤثر است (بائر، ۲۰۰۳؛ هیز و همکاران، ۲۰۰۶). توجه‌آگاهی را می‌توان «توجه کردن به روشی خاص (هدفمند، در لحظه حال و بی‌قضاوت)» تعریف کرد (کابات-زین، ۱۹۹۴، ص. ۳). برخلاف فرآیندهای شناختی از قبیل نشخوار فکری، نگرانی، برنامه‌ریزی و درگیری خودکار و ناآگاهانه در فعالیت‌ها (بائر و همکاران، ۲۰۰۴)، توجه‌آگاهی یعنی متمرکز کردن توجه و پذیرش تجربه‌های لحظه حال (لینهان، ۱۹۹۳).

شواهد تازه نشان می‌دهد توجه‌آگاهی می‌تواند برای کسانی که علائم پریشان‌کننده روان‌پریشی دارند مفید باشد. چادویک (۲۰۰۶) یک برنامه درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی طراحی کرده که هدفش تأثیرگذاری بر شیوه ارتباط افراد با تجربه‌های روان‌پریشی است. این برنامه بر افزایش آگاهی از بدن، توجه‌آگاهی (همراه با رهنمود)، ارائه فایل صوتی تمرین‌ها و تأکید بر فرآیند درمانی تمرکز دارد. دو آزمایش محدود و ابتدایی نشان داده توجه‌آگاهی می‌تواند برای این گروه از افراد مفید باشد (چادویک و همکاران، ۲۰۰۵، ۲۰۰۹). یک مطالعه کیفی توسط آبا و همکارانش (۲۰۰۷) توانست فرآیندهایی را روشن کند که به‌وسیله آنها توجه‌آگاهی می‌تواند به کنار آمدن با تجربه روان‌پریشی کمک کند. در این تحقیق فرآیندی سه‌مرحله‌ای شناسایی شد. مرحله اول عبارت است از حفظ آگاهی متمرکز در کنار تجربه روان‌پریشی به‌جای گم‌شدن در تجربه؛ این فرآیند موقعیت جدیدی را ایجاد می‌کند - حضور شخص در کنار حضور صدا، پارانوایا یا فکر/تصویر خاص. مرحله دوم اجازه دادن به صداها، افکار و تصاویر است تا بیایند و بروند، بدون واکنش نشان دادن یا کشمکش با آنها. مرحله نهایی بر بازیابی قدرت از طریق پذیرش تأکید می‌کند: مشاهده اینکه تمام این تجربه‌های ناخوشایند درست شبیه سایر تجربه‌های بشری رخ می‌دهند - آنها هم بخشی از تجربه بشرند.

در کنار این کار، چادویک (۲۰۰۶) توجه‌آگاهی را در CBT ادغام کرد تا پروتکل PBCT را برای روان‌پریشی آزردهنده پدید آورد که هدف آن تسکین ناراحتی‌های مرتبط با واکنش‌های مراجع به تجربه‌های روان‌پریشی، حرکت به سمت پذیرش این تجربه‌ها و ارتقای بهزیستی است. این درمان عمیقاً در درمان راجرزی، به‌خصوص پذیرش راجرزی، جای گرفته است (راجرز، ۱۹۶۱). همچنین با توسل به «مناطق مجاور رشد» (ZoPD) ویگوتسکی (ویگوتسکی، ۱۹۷۸) به‌عنوان ساختار فرآیند درمان، شناخت درمانی و توجه‌آگاهی را تلفیق کرده است. این مدل و کاربرد آن در شرایط گروهی، به‌طور جامع‌تری در فصل ۱۰ تشریح شده است.

## ۱,۱ نتیجه‌گیری

هدف این مجموعه گردآوری نظریه و پیشرفت‌هایی است که در استفاده از درمان‌های شناختی-رفتاری

برای کسانی که روان‌پریشی آزاردهنده را تجربه می‌کنند صورت گرفته است. مؤلفان مختلف نظریه‌ها و تمرین‌هایی را ارائه کرده‌اند که اغلب به‌طور مستقل در مکان‌های مختلف مانند بریتانیا، اسپانیا، استرالیا و آمریکا توسعه یافته‌اند. خوانندگان درکی از چگونگی کاربرد رویکردهای درمان مبتنی بر پذیرش و توجه‌آگاهی در مفهوم‌سازی و درمان مشکلات مرتبط با روان‌پریشی به دست خواهند آورد. به‌ویژه تأکید ما بر ACT و PBCT در چارچوب‌های گروهی و فردی است. به‌علاوه، فصل‌هایی به توسعه مداخلات تجربی برای پارانوئیا و درک و کار با شکل معنوی دیدگاه فراشناختی و نیز به تجربه کاربران خدمات (مراجعان/بیماران) درگیر در این شکل‌های درمانی اختصاص یافته است. بسیاری از فصل‌ها پروتکل‌هایی را از طریق مطالعه موردی و اشکالی از CBTp بافتاری معاصر تشریح می‌کنند. درنهایت، بسیاری از تمرین‌های تجربی رایج که در این درمان‌ها استفاده و در فصول مختلف به آنها اشاره شده، در پیوست‌های آخر کتاب آورده شده‌اند.

## منابع

- Abba, N., Chadwick, P. & Stevenson, C. (2008). Responding mindfully to distressing psychosis: a grounded theory analysis. *Psychotherapy Research*, 18, 77–87.
- Bach, P. & Hayes, S. C. (2002). The use acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalisation of psychotic patients: a randomised controlled trial. *Journal of Consulting and Counselling Psychology*, 70, 1129–1139.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125–143.
- Baer, R. A., Smith, G. T. & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by report. The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11, 191–206.
- Bebbington, P. & Kuipers, L. (1994) The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. *Psychological Medicine*, 24, 707–718.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979) *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guildford Press.
- Bentall, R. P. (2003) *Madness Explained: Psychosis and Human Nature*. London: Penguin Books.
- Birchwood, M. (2003). Pathways to emotional dysfunction in first-episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 373–375.
- Birchwood, M., Iqbal, Z., Chadwick, P. & Trower, P. (2000). Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. I. Ontogeny of post-psychotic depression. *British Journal of Psychiatry*, 177, 516–521.
- Blackledge, J. T., Ciarrochi, J. and Deane, F. P. (2009). *Acceptance and Commitment Therapy Contemporary Theory, Research and Practice*. Australian Academic Press.
- Boyle, M. (2002). *Schizophrenia: A Scientific Delusion?* (2nd edn). London: Routledge.
- Chadwick, P. (2006). *Person Based Cognitive Therapy for Distressing Psychosis*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Chadwick, P., Newman Taylor, K. & Abba, N. (2005). Mindfulness groups for people with psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 351–359
- Chadwick, P., Hughes, S., Russell, D., Russell, I. & Dagnan, D. (2009). Mindfulness groups for distressing voices and paranoia: a replication and randomised feasibility trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 403–412
- Close, H. & Garety, P. (1998). Cognitive assessment of voices: Further developments in