

درمان شناختی رفتاری در بزرگسالان

راهنمایی جهت ارزیابی و اقدام

بر اساس اطلاعات تجربی

فهرست مطالب

۷.....	پیشگفتار	دیوید م. کلارک
۹.....	مقدمه	استفان جی. هافمن و مارک آ. رینک
۱۷.....	فصل اول: شناخت درمانی برای افسردگی	دیوید دوزیس و پیتر بیلینگ
۴۹.....	فصل دوم: اختلال دوقطبی	آماندا کالکینز و برایجت هیرسون و میشل اتو
۷۳.....	فصل سوم: اختلال اضطراب منتشر (GAD)	ادرین ولز و بیتر فیشر
۹۳.....	فصل چهارم: اختلال اضطراب اجتماعی	تجال ا. جاکادرو ریچارد جی. همبرگ
۱۲۳.....	فصل پنجم: هراس اختصاصی	ناومی کوارنر و جنی روجانسکی و مارتین ام. انتونی
۱۵۵.....	فصل ششم: اختلال وحشت زدگی و بیرون‌هراسی	جیسون ام. برینوویو و مایکل جی. گرسک
۱۸۳.....	فصل هفتم: اختلال وسواس اجباری	ماروان ال. ویتال و ملیسا رویچاد
۲۱۱.....	فصل هشتم: اختلال استرس پس از سانحه	تیفانی فیوز و کریستالین سالترز و برت تی. لیتز
۲۳۷.....	فصل نهم: اختلالات خوردن	زافرا کویر و کریستوفر جی. فریرن

- فصل دهم: اسکیزوفرنی و اختلالات روانی ۲۶۳
ساندرا بوسی و نیکولاس تاریر
- فصل یازدهم: اختلال بدشکلی بدن ۲۸۷
جنیفر راجان و جنیفر ال گرینبرگ والیس بیگر و مادلین سدوویک و سایین ویلهلم
- فصل دوازدهم: توجه‌آگاهی در درمان شناختی رفتاری ۳۱۳
لورنس نیلمن و سیتتیا کاشمن

پروفسور روان‌شناسی دانشگاه کینگ لندن، انگلستان

در طول ۳۵ سال گذشته پیشرفت‌های شگفتی در توسعه درمان‌های روانی مؤثر برای مشکلات سلامت روان ایجاد شده است. مکاتب متعدد روان‌درمانی به این پیشرفت کمک کرده‌اند. ولیکن کمک مکتب شناختی‌رفتاری به‌طور خاص قابل توجه بوده است، شاید به این دلیل که تنها مکتبی بوده است که درمان‌هایی را برای انواع مختلف اختلالات فراهم دیده و هر یک از این درمان‌ها اثربخشی خود را در آزمایشات تصادفی و کنترل شده نشان داده‌اند. بر اساس این شواهد مهم و طبق رهنمون‌های دولتی و حرفه‌ای در اکثر کشورها، درمان‌های شناختی‌رفتاری در میان اولین انتخاب‌ها هستند. این کتاب، معرفی عملی بسیار خوبی از این درمان‌ها فراهم می‌کند.

البته تنها یک نوع درمان شناختی‌رفتاری وجود ندارد. محققین و بالینگران مداخلات درمانی بسیار تخصصی‌ای را که فرایندهای روانی مشخصی را با شرایط آسیب‌شناسی متفاوت هدف قرار می‌دهد، فراهم کرده‌اند و در عین حال، شرایط منحصربه‌فردی را که هر فرد در درمان دارد و نیز مشکلاتی که این شرایط منحصربه‌فرد در ارتباط درمانی ایجاد می‌نماید، در نظر می‌گیرند. استفان هافمن و مارک رینک چهره‌های پیشرو در این زمینه هستند. آنها با دانش وسیع خود برای تهیه این کتاب تعدادی از افراد برجسته را دور هم جمع کرده‌اند، افرادی که در تخصص خویش در درمان یک اختلال مشخص که در هر فصل بر آن تمرکز شده است، مشهور هستند. در هر اختلال، مشخصات بالینی کلیدی، نگاه کلی به درمان، شواهد مرتبط حمایت‌کننده از اثربخشی درمان و نیز فرضیاتی که درمان بر اساس آن بنا گشته است، ذکر شده است.

درمان شناختی رفتاری یکی از داستان‌های موفق روان‌شناسی معاصر است. اغلب پیشرفت‌های اخیر که در انگلستان صورت گرفته، مثال روشنی از تأثیر عظیمی است که به واسطهٔ درمان شناختی رفتاری حاصل شده است. وزیر بهداشت انگلستان در اکتبر سال ۲۰۰۷ اعلام کرد که انگلستان در صدد است برای راه‌اندازی برنامه‌ای شش‌ساله مبلغ سیصد میلیون پوند (معادل ۶۰۰ میلیون دلار) هزینه کند. هدف از این برنامه فراهم آوردن امکان دسترسی افراد مبتلا به مشکلات روان‌شناختی مانند اختلالات اضطرابی و افسردگی به درمان شناختی رفتاری و سایر درمان‌هایی است که دارای حمایت تجربی‌اند. هدف، آموزش ۸۰۰۰ درمانگر جدید در مداخلات مبتنی بر شواهد برای اختلالات افسردگی و اضطراب است. این تغییر در برنامه‌های مراقبت‌های بهداشتی بر اساس اطلاعات اقتصادی بود که نشان می‌داد درمان شناختی رفتاری برای اختلالات روانی رایج از نظر هزینه، مؤثرتر از دارودرمانی و درمان‌های دیگر است (برای اطلاعات بیشتر، راجمن و ویلسون، ۲۰۰۸ را ببینید). در روندی مشابه، دولت استرالیا نیز در سال ۱۹۹۶ اجرای درمان شناختی رفتاری را توصیه نموده و طرحی جهت دسترسی بهتر به این خدمات ارائه داد.

اگرچه پیشرفت‌های اخیر در انگلستان و سایر کشورها خیره‌کننده بوده است، لیکن برای ما غیرقابل انتظار نبوده است. منطقی به نظر می‌رسد که مرحلهٔ بعد از اثبات روشن و علمی سودمندی و اثربخشی درمان شناختی رفتاری، مرحلهٔ انتشار آن باشد (باتلر و همکاران، ۲۰۰۶؛ هافمن و اسمیت، ۲۰۰۸). متأسفانه کشورهایمانند آمریکا، کانادا و دیگر کشورهای توسعه‌یافته در زمینهٔ تلاش برای انتشار درمان شناختی رفتاری عقب‌تر از کشورهای دیگری چون انگلستان و استرالیا هستند. بنابراین تلاش‌های وسیع‌تر برای انتشار درمان شناختی رفتاری می‌بایست یکی از اولویت‌های پژوهش‌های آینده در ایالات متحده آمریکا و سایر کشورها باشد.

پارادایم درمان شناختی رفتاری

گاهی از درمان شناختی رفتاری به‌عنوان یک درمان که افکار مثبت را جایگزین افکار منفی می‌کند، انتقاد می‌شود. این تصوری نادرست است. تکنیک‌های درمان شناختی رفتاری از مراجع نمی‌خواهد که به‌طریق مثبت بیندیشند، بلکه از او می‌خواهد که سازگارانه‌تر فکر کند. این ایده مرکزی را می‌توان در

مثالی که از یک نقل شده است بهتر درک نمود (بک، ۱۹۷۹):

خانم خانه‌داری صدای خش خش در می‌شنود. چندین فرض به ذهن او می‌رسد: «ممکنه سالی باشه که از مدرسه برگشته»، «ممکنه دزد باشه»، «ممکنه باد بوده که در رو بسته». فرضیه صحیح بستگی به این دارد که همه شرایط را به حساب آورده باشیم. فرایند منطقی تست فرضیه ممکن است به خاطر اولویت‌بندی‌های خانم خانه‌دار مختل گردد. اگر افکار او با خطر احاطه شده باشد، او سریعاً و از روی دلخواه نتیجه می‌گیرد که «این دزد است». اگرچه این نتیجه‌گیری می‌تواند لزوماً غلط نباشد، لیکن بیشتر بر اساس فرایندهای شناختی درون فرد می‌باشد تا اطلاعات واقعی. در این حال اگر او فرار کند و یا مخفی شود، فرصت کشف حقیقت را از دست داده یا به تعویق می‌اندازد.

(بک، ۱۹۷۹، ص ۵-۲۳۴)

به‌همین‌گونه وقایع آغازگر مشابه بسته به اینکه فرد چه استنباطی از آن می‌کند، باعث ایجاد پاسخ‌های هیجانی گوناگونی می‌شود. خش خش در فی‌نفسه موجب هیچ هیجان خاصی نمی‌شود، اما وقتی خانم خانه‌باور دارد که خش‌خش در یعنی دزدی پشت در است، او ترس را تجربه می‌کند. او ممکن است بعد از تحریک به‌واسطه خواندن مطلبی در روزنامه در رابطه با دزدی و یا در صورتی که باور مرکزی (طرحواره) داشته باشد که «دنیا مکان خطرناکی است و بالاخره دیر یا زود از ما دزدی خواهد شد» آمادگی بیشتری برای چنین نتیجه‌گیری سریعی نشان دهد. اگر او بترسد، رفتار متفاوتی نسبت به زمانی که آن واقعه معنای خاصی برای او ندارد، نشان خواهد داد. این همان معنای جمله اپیکتتوس فیلسوف رواقی یونان است هنگامی که بیان کرد: «این چیزها نمی‌باشد، بلکه نگاه بشر به چیزهاست که او را به واکنش وا می‌دارد».

به‌عبارت ساده‌تر، اساس درمان شناختی‌رفتاری بر این اعتقاد بنا گشته است که پاسخ‌های رفتاری هیجانی قویاً تحت تأثیر شناخت‌ها و درک ما از وقایع است. واژه شناخت در درمان شناختی‌رفتاری عبارت است از تأکید بسیار زیاد بر فرایند افکار در درمان. اما درمان تنها منحصر به اصلاح شناخت‌ها نیست. درمان شناختی‌رفتاری مؤثر باید هدفش همه جنبه‌های یک اختلال هیجانی شامل شناخت‌ها، تجربیات هیجانی و رفتار باشد. بر همین اساس، یک بین جنبه‌های متفاوت دیدگاه‌های عقلانی تجربه‌گرا و رفتاری تمایز قائل شده (بک، ۱۹۷۹) و همه آنها را در درمان مورد توجه قرار داده است. در بخشی از دیدگاه عقلانی، مراجع یاد می‌گیرد ادراکات نادرست خویش را تشخیص دهد، اعتبار افکارش را آزمایش کند و آنها را با مفاهیم صحیح‌تری جایگزین کند. دیدگاه تجربه‌گرا، مراجع را تشویق می‌کند حالات هیجانی خود را به‌صورت‌های سازگارانه‌تری تجربه کند و عنصر اساسی دیدگاه رفتاری، تشویق مراجع به ایجاد رفتارهای خاصی است که باعث می‌شود وی دیدگاهش نسبت به خویش و دنیا به‌صورت اساسی تغییر کند. بنابراین تکنیک‌های مواجهه‌سازی موقعیتی با دیدگاه رفتاری

سازگار هستند، در حالی که استراتژی‌های توجه‌آگاهی با دیدگاه تجربه‌گرا در درمان شناختی‌رفتاری سازگار هستند.

همانگونه که ما در جای دیگر هم بیان نمودیم (هافمن و اسموندسون، ۲۰۰۸)، نشانه رفتن نحوه تفکر فرد در رابطه با موقعیت‌ها و تجربیات برانگیزاننده، از دیدگاه‌هایی که برای تنظیم عواطف از طریق کاهش تجربیات اجتنابی تلاش می‌کند، متفاوت است (برای مثال پذیرفتن اضطراب و درد). استراتژی‌های اخیر، ویژگی درمانگرانی است که به درمان پذیرش و تعهد (ACT) مشغول‌اند (هایس و همکاران، ۲۰۰۴)، اگرچه اینها با دیدگاه شناختی‌رفتاری ناسازگار نیستند. در واقع، شواهد بیان می‌کند که افراد از روی عادت، برای تنظیم هیجان خود، ارزیابی جدید و یا سرکوب را به کار می‌گیرند (گروس و جان، ۲۰۰۳) و این انعطاف در نوع اظهار هیجان، برای تنظیم عواطف در طولانی‌مدت مهم هستند (بونانو و همکاران، ۲۰۰۴).

فرایند درمانی

فرایند کلی درمان شناختی‌رفتاری با تأکید بر تعدادی از مکانیسم‌های خاص درمانی که در ادامه می‌آید، به چند مرحله تقسیم شده است. فرض بر آن است که فرایند درمان شناختی‌رفتاری در هر زمانی شامل درجات مختلفی از همه این مکانیسم‌ها است.

ایجاد یک رابطه درمانی همیارانه

تعامل مثبت بین درمانگر و بیمار از یک رابطه همیارانه ناشی می‌شود. به طور کلی، رفتار درمانگران بایستی صادقانه و گرم باشد. بیماران نباید درمانده و منفعل در نظر گرفته شوند، بلکه باید آنان را نسبت به مشکلات خویش کارشناس تصور کرد. بنابراین، بیماران به طور فعال درگیر درمان می‌شوند. به طور مثال، آنها تشویق می‌شوند که فرضیات خاصی را به جهت فهم بهتر دنیای واقعی و مشکلات خود نظم بخشیده و مورد آزمایش قرار دهند. در درمان، تأکید بر روی حل مسئله است. نقش درمانگر، کار بر روی مراجع به جهت پیدا نمودن راه‌های سازگارانه‌تر برای حل مشکلات قابل حل است. تمام مراحل درمان، واضح و دارای دلیل روشن است. بیماران تشویق می‌شوند سؤال مطرح کنند تا به این واسطه دریابیم آنها دیدگاه درمان را درک کرده و با آن موافق هستند.

از آنجا که درمانگر شناختی‌رفتاری، بیمار را در رابطه با اصول اساسی این دیدگاه درمانی آموزش می‌دهد، در آغاز نقش بسیار فعالی دارد. علاوه بر آن، درمانگران معمولاً در مراحل ابتدایی درمان، نیاز بسیاری را در بیمار به جهت کمک به آنها در تشخیص تصورات نادرست و افکار خودکار مرتبط خود، درمی‌یابند. از بیمار انتظار می‌رود که با پیشرفت درمان، به طور فعال‌تر در درمان خود شرکت کند. یک روان‌درمانگر حرفه‌ای شناختی‌رفتاری در عین حال که مراجع را تشویق به استقلال می‌کند، متوجه نیاز

بیمار به حمایت و آموزش مداوم در شروع درمان، هنگامی که مراجع مفاهیم درمانی شناختی رفتاری را برای حل مشکلاتش به کار می‌گیرد، نیز هست.

تمرکز بر مشکل

درمان شناختی رفتاری فرایندی متمرکز بر حل مسئله است. این فرایند شامل شرح وضعیت مشکل ارائه شده، تعریف اهداف موردنظر و یافتن چاره‌ای جهت رسیدن به هدف است. بنابراین، درمانگر و بیمار در ابتدای درمان درباره اهداف درمان گفتگو می‌کنند. این اهداف شامل تشخیص مداخلاتی است که برای رسیدن به اهداف و توصیف اهداف به صورت موارد ملموس و قابل مشاهده، مورد استفاده قرار می‌گیرند و در نهایت منجر به رسیدن به هر کدام از این اهداف می‌شوند. صورت‌بندی مشکل مراجع در درمان شناختی رفتاری می‌تواند تسهیلگر این مرحله باشد. هدف ارزیابی مبتنی بر صورت‌بندی مشکل، تشخیص باورهای مرکزی است که زیربنای تصورات نادرست و افکار شناختی وابسته هستند تا از این طریق، مداخلات درمانی مؤثری صورت گیرد. به‌واسطه فرایند کاهش مشکل، درمانگر و بیمار مشکلاتی را که دلایل مشابه دارند کشف کرده و آنها را در یک گروه جای می‌دهند. هنگامی که مشکل اصلی تشخیص داده شد، درمانگر آن را به مشکلات شکل‌دهنده آن تقسیم می‌کند تا برای درمان به سمت آن حمله کند. درمانگران اغلب در طول درمان از درمانجویان خود بازخورد می‌گیرند تا بدین طریق اطمینان حاصل کنند که تلاش‌های حل مسئله در مسیر حل مشکلات تعیین شده، حرکت می‌کند.

تشخیص و حذف عوامل تداوم بخش

هنگامی که بیماران مشکلات و اهداف خود را برای درمان بیان می‌کنند، درمانگران شناختی رفتاری آنها را به آگاهی نسبت به عوامل تداوم‌بخش مشکلات، تشویق می‌کنند. دلیلی که باعث ایجاد یک مشکل روانی می‌شود، معمولاً همان دلیلی نیست که موجب تداوم آن می‌شود. تمایز بین عوامل آغازگر و تداوم‌بخش مشکل آنچنان روشن است که بیماران را وامی‌دارد تا به جای تمرکز بر گذشته، بر اینجا و اکنون تمرکز کنند.

هنگامی که از مدل درمان شناختی رفتاری (CBT) استفاده می‌کنیم، فرایندهای شناختی غیرانطباقی از عوامل شایع تداوم‌بخش هستند. به‌طور کلی، شناخت‌ها در دو مقوله افکار خودکار منفی و باورهای غیرانطباقی طبقه‌بندی می‌شوند. افکار خودکار منفی، افکار یا تصاویری هستند که در شرایطی خاص، هنگامی که فرد به‌طریقی احساس ترس می‌کند، اتفاق می‌افتند. از سوی دیگر، افکار غیرانطباقی فرضیاتی هستند که افراد درباره دنیا، آینده و خود دارند. این باورها فراگیر و دارای شمولیت بیشتر هستند و طرحواره‌های را ایجاد می‌کنند که نحوه برداشت فرد را از یک موقعیت مشخص تعیین می‌کند. درمانگران از طریق فرایند سؤالات هدایت شده می‌توانند افکار خودکار و همچنین باورهای غیرانطباقی

را در مراجع تشخیص دهند.

به‌واسطه درمان افکار از طریق فرضیات، بیمار به‌جای آنکه نقش قربانی مشکلات را به‌خود بگیرد، نقش مشاهده‌گر دانشمند و کارآگاه را بازی می‌کند. برای چالش با این افکار، درمانگر و بیمار شواهدی را بر له و بر علیه یک فرض خاص ذکر می‌کنند. این امر اغلب از طرق متفاوتی همچون استفاده از اطلاعاتی که از تجربیات گذشته بیمار به‌دست آمده است، آزمون تجربی یک موقعیت، آزمون نتایج یک موقعیت و ایجاد فرصت برای مراجع به‌جهت آزمون فرضیات از طریق مواجه کردن آنها با موقعیت‌ها و فعالیت‌هایی که از آنها می‌ترسند و یا اجتناب می‌کنند، صورت می‌پذیرد.

هنگامی که این عوامل تداوم‌بخش شناسایی شدند، بیماران به اصلاح و تعدیل آنها تشویق می‌شوند. به‌طور مثال، بیمار احتمال دارد با عوامل محرکی (مانند موقعیت‌ها، احساسات بدنی، تصاویر، فعالیت‌ها) که باعث برانگیختن هیجانات منفی (مانند اضطراب، شرم و حس گناه) می‌شود، مواجه شود تا راه‌های انطباقی بهتری را برای پاسخ به این محرکات بیابد.

اثر بخشی درمان شناختی رفتاری

بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری برای اختلالات روانی، به‌آسانی یک کتاب جداگانه می‌شود. مرور اخیر بر ۱۶ مطالعه فراتحلیلی، اندازه اثر زیاد و قابل توجهی را با نظارت بالا در روان‌درمانی شناختی رفتاری برای افسردگی تک‌قطبی، اختلال اضطراب عمومی، اختلال وحشت همراه یا بدون گذرهراسی، فوبی اجتماعی (اختلال اضطراب اجتماعی)، اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی کودکی و اختلالات اضطرابی نشان می‌دهد. همچنین، اندازه اثر متوسطی را برای روان‌درمانی شناختی رفتاری در دردهای مزمن، اختلالات سوماتیک کودکی، پریشانی زناشویی و خشم نشان می‌دهد (باتلر و همکاران، ۲۰۰۶). به‌علاوه، اندازه اثر قابل توجهی را همراه با نظارت بالا برای پرخوری عصبی و اسکیزوفرنی نشان می‌دهد. همچنین، یک مطالعه اخیر در زمینه اختلالات اضطرابی نشان داده است که روان‌درمانی شناختی رفتاری به‌مقدار متوسط تا قابل توجهی، اندازه اثر بیشتری از دارونما دارد (هافمن و اسمیت، ۲۰۰۸). اندازه اثر قابل توجهی برای اختلال وسواسی اجباری و اختلال اضطراب مزمن مشاهده شد. به‌علاوه، پروتکل‌های متفاوت درمان شناختی رفتاری برای هر اختلال، بر روی ویژگی‌های هر اختلال تأثیر متفاوتی داشته‌اند، به‌طور مثال در استفاده از پروتکل اضطراب، افسردگی به‌طور قابل توجهی به‌درجه کمتر از اختلال اضطراب مورد هدف، تغییر یافته است. در مجموع، درمان شناختی رفتاری برای دامنه‌ای از آسیب‌شناسی‌های روانی، یک درمان مؤثر است. اثر درمان شناختی رفتاری در بسیاری از مطالعات با نظارت بالا، بارها تکرار شده است. در نتیجه، بسیاری از پروتکل‌های درمان شناختی رفتاری به‌عنوان درمان‌های حمایت شده تجربی در گروهی متشکل از اعضای انجمن روان‌شناسی آمریکا (APA) در ۱۲ بخش تحت عنوان تسک فورس در سال ۱۹۹۵

طبقه‌بندی و شناخته شدند (چامبلس و همکاران، ۱۹۹۸).

ارتباط با مدل پزشکی و سیستم تشخیص‌گذاری آن

بسیاری از مدل‌های آسیب‌شناسی معاصر در CBT مانند آنچه در DSM (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) و ICD (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۲ و ۱۹۹۳) می‌بینیم، مطابق سیستم طبقه‌بندی اختلالات روان‌پزشکی است. محققین درمان شناختی‌رفتاری و درمانگران، از مزایای شباهت در نحوه‌ی نظم و ترتیب سیستم‌های طبقه‌بندی فاقد مبنای تئوری، در رشته آسیب‌شناسی روانی استفاده بسیاری کرده‌اند و از این نحوه‌ی نظم و ترتیب، مدل‌های متفاوتی برای شرایط متفاوت توسعه یافته‌اند. این مدل‌ها به‌استثنای چند مورد، در بیشتر مواقع بر روی فهم و توضیح آسیب‌شناسی روانی منعکس در کتب DSM و ICD که مبنای تشخیصی دارد (مانند اضطراب اجتماعی، اختلال اضطراب منتشر، افسردگی اساسی) تمرکز نموده‌اند. مدل‌های درمان شناختی‌رفتاری اضطراب متفاوت از مقوله‌بندی مفاهیم مبتنی بر ضوابط تعیین شده است. در این دیدگاه، ویژگی‌های شناختی و رفتاری به‌جای آنکه به‌صورت صفر و یک دیده شود، به‌صورت یک پیوستار از انطباقی تا غیرانطباقی در نظر گرفته می‌شود و به‌همین‌گونه مدل‌های شناختی‌رفتاری مزمن درد در هیچ‌کدام از مدل‌های زیست‌پزشکی سنتی و یا طبقه‌بندی اختلالات DSM ریشه ندارد. در عوض آنها مدل‌های یکپارچه‌ای هستند که فعل و انفعالات پیچیده بین مکانیسم‌های زیستی فیزیکی و فرهنگی اجتماعی را در نظر می‌گیرند (برای مثال، اسموندسون و رایت، ۲۰۰۴ را ببینید). همه مدل‌های آسیب‌شناسی در CBT، چه بر اساس معیارهای تشخیصی DSM و ICD و چه بُعدی مفهومی و چه مفاهیم مکانیکی و یا سیستم‌های دیگر، به‌جهت راهنمایی بوده و بر اساس تحقیقات و توسعه تکنیک‌های درمانی تغییر می‌کنند. توسعه و اصلاح مدل‌های CBT برای تشخیص‌های متفاوت موجود در DSM و ICD، اجازه به‌کارگیری تکنیک‌های ویژه درمانی جهت وصول به نتایج مطلوب درمانی را برای آسیب‌های روانی متفاوت می‌دهد. علاوه بر آن، مزیت دیگر این تطابق به‌واسطه روش‌های جدید ترکیب CBT و دارودرمانی به اثبات می‌رسد. دیدگاه‌هایی مانند این، پتانسیل قابل‌توجهی برای افزایش تأثیر درمان‌های در دسترس برای آسیب‌های متفاوت روانی دارند.

خانواده درمان‌های شناختی‌رفتاری

درمان شناختی‌رفتاری، یک پروتکل منفرد درمانی نیست و سخن گفتن درباره درمان شناختی یا مدل شناختی صحیح نمی‌باشد. مدل‌های خاص و تکنیک‌های درمانی به‌علائمی که مورد هدف هستند، بستگی دارند. بنابراین، CBT گروهی از مداخلات درمانی را توصیف می‌نماید که از عناصر اساسی مشترک مدل CBT که بر روی اهمیت فرآیندهای شناختی به‌جهت تنظیم هیجانات تأکید می‌نماید،

استفاده می‌کند. ما این را به‌عنوان نقطه ضعف CBT منظور نمی‌کنیم. در عوض، نشانه آن می‌دانیم که CBT بیش از آنکه مجموعه‌ای از تکنیک‌های خاص درمانی باشد، یک رشته علمی رشدیافته است. دلیل این امر، تعهد شدید CBT به تحولات علمی و تبدیل و الحاق یافته‌های جدید تجربی در زمینه آسیب‌شناسی روانی یک اختلال و تبدیل آن به‌صورت یک مدل کارکردی در درمان است. این یک فرایند در حال پیشرفت و تکرارشونده است. برای مثال، درمان CBT برای اختلال اضطراب اجتماعی در ده سال گذشته بسیار متفاوت از درمان CBT در امروز است (به‌طور مثال، هافمن، ۲۰۰۷). اگرچه هسته اساسی CBT بدون تغییر مانده، تکنیک‌های خاص درمانی مطمئناً تغییر یافته است و با تحقیقات جدید در آسیب‌شناسی روانی باز هم تغییر خواهند کرد. کتاب پیش رو، مروری بر دیدگاه‌های معاصر CBT برای اختلالات روان‌پزشکی در بزرگسالان فراهم می‌کند. ما در این مجموعه بسیار خوش‌شانس بودیم که افراد بسیار خبره در CBT را در رابطه با اختلالات اساسی روانی به‌کار گرفتیم.

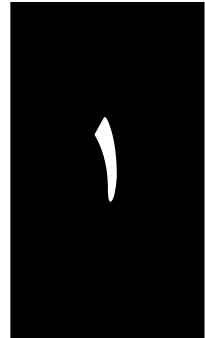
منابع

1. Rachman S, Wilson GT. Expansion in the provision of psychological treatment in the United Kingdom. *Behav Res Ther* 2008; 46: 293–5.
2. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev* 2006; 26: 17–31.
3. Hofmann SG, Smits JAJ. Cognitive-Behavioral Therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 621–32.
4. Beck AT. *Cognitive Therapy for Emotional Disorders*. New York: Meridian, 1979.
5. Hofmann SG, Asmundson GJ. Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat? *Clin Psychol Rev* 2008; 28: 1–16.
6. Hayes SC, Masuda A, Bissett R, Luoma J, Geurrro LF. DBT, FAP and ACT: how empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behav Ther* 2004; 35: 35–54.
7. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003; 85: 348–62.
8. Bonnano GA, Papa A, Lalande K, Westphal M, Coifman K. The importance of being flexible: the ability to both enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *Psychol Sci* 2004; 15: 482–7.
9. Chambless DL, Baker MJ, Baucom DH, et al. Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist* 1998; 51: 3–16.

10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn, text revision. Washington, DC: APA, 2000.
11. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
12. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. Geneva: World Health Organization, 1993.
13. Asmundson GJG, Wright KD. The biopsychosocial model of pain. In Hadjistavropoulos T, Craig KD eds. Pain: Psychological Perspectives. New Jersey: Erlbaum. 2004, pp. 35–57.
14. Hofmann SG. Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: a comprehensive model and its treatment implications. *Cogn Behav Ther* 2007; 36: 195–209.

شناخت درمانی برای افسردگی

دیوید دوزیس و پیتر بیلینگ



ماهیت اختلال

افسردگی پدیده‌ای ناهمگون است که محدوده آن از یک خلق و خوی منفی و نسبتاً گذرا (مالالت و دل‌سردی) که اغلب با فقدان، حرمان و ناامیدی مرتبط است، تا گروهی از علائم ناتوان‌کننده که اغلب جنبه‌های عملکرد اجتماعی و شغلی فرد را از بین می‌برد، متغیر است. در گفتار بالینی، افسردگی اساسی به مجموعه‌ای از نشانگان اشاره می‌کند که با اختلالات اساسی شناختی، هیجانی، رفتاری، فیزیکی و بین فردی مرتبط است (APA) (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

همانگونه که در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM) توضیح داده شده است (DSM-IV-TR؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)، هر فرد باید حداقل ۵ نشانه از ۹ نشانه ذکر شده را تقریباً هر روز حداقل به مدت دو هفته تجربه کند تا معیار افسردگی اساسی را برکند. متأسفانه، طول مدت یک دوره افسردگی معمولاً بیش از مدتی که برای تشخیص لازم است، طول می‌کشد. یکی از این نشانگان باید غم یا فقدان علاقه و یا لذت باشد. نشانگان اضافی شامل تغییر در اشتها و وزن (افزایش یا کاهش آن)، اختلال در خواب (کم‌خوابی یا پرخوابی)، کندی حرکتی یا سراسیمگی، فقدان انرژی و خستگی، حس بی‌ارزشی، خودسرزنشگری یا حس شدید گناه، اختلال در تمرکز و تصمیم‌گیری، افکار خودکشی، سابقه تلاش برای خودکشی و افکار تکراری مرگ هستند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). نشانگان فوق نباید ناشی از اثرات فیزیولوژیکی موادمخدر یا شرایط عمومی پزشکی که علت بروز علائم است، باشند؛ و داغداری کوتاه‌مدت (به‌طور مثال، تا دو ماه) که همراه با حس بی‌ارزشی، خودکشی، نشانگان روان‌پریشی یا کندی حرکت نیست، نیز از علائم متمایزکننده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). مشخصه افسردگی اساسی دوره‌ای بودن آن همراه با یک مبدا و آغاز مشخص است. دوره نخست، دوره افسردگی اساسی نامیده می‌شود و اگر تشخیص افسردگی عودکننده بگیرد، اختلال افسردگی اساسی (MDD) نامیده می‌شود.

تعدادی از مطالعات وسیع اپیدمیولوژیک به‌جهت ارزیابی میزان شیوع افسردگی در بین عموم مردم صورت گرفته است. این ارزیابی‌ها بیان می‌کنند که افسردگی در میان شایع‌ترین مشکلات روان‌پزشکی

قرار دارد. آخرین تخمین توسط مرکز NCSR با ارزیابی ۹۲۸۲ نفر در امریکا صورت گرفت. نرخ شیوع ۱ ساله برای هرگونه اختلال در خلق، ۹.۵٪ و برای افسردگی اساسی، ۶.۷٪ است (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵). نرخ‌های طول مدت عمر برای هرگونه اختلال خلق، ۲۱٪ و برای افسردگی اساسی، ۱۷٪ است (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵).

دوره افسردگی در هر زمانی از طول عمر می‌تواند اتفاق بیفتد، اما اواسط تا اواخر نوجوانی و اوایل جوانی، شایع‌ترین دوره زندگی را در ارتباط با افزایش خطر ابتلا نشان می‌دهد (آونولی و همکاران، ۲۰۰۸). تقریباً ۲۵٪ بزرگسالان که دارای اختلال خلق تک‌قطبی هستند، می‌گویند اولین آغاز آن پیش از بزرگسالی بوده است که ۵۰٪ آن قبل از ۳۰ سالگی است (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵؛ آونولی و همکاران، ۲۰۰۸). نوجوانی سنی است که تفوق زنان در ابتلا به افسردگی ظاهر می‌شود (هانکین و همکاران، ۱۹۹۸)، پس از آن زنان همواره دو برابر بیش از مردان افسردگی را تجربه می‌کنند.

افسردگی اساسی بدون درمان بین ۴ ماه تا یک‌سال طول می‌کشد (انجمن روان‌پزشکی امریکا، ۲۰۰۰؛ رود و همکاران، ۲۰۰۹؛ یند و همکاران، ۲۰۰۹). اکثر افراد (۶۵ تا ۷۰ درصد) در ظرف یک‌سال بهبود می‌یابند (بلاند و کلر، ۲۰۰۹؛ ربرگن و همکاران، ۲۰۰۹)، ولی تعدادی نیز در طول یک‌سال بهبود نمی‌یابند و گروهی نیز حتی پس از گذشت پنج سال بهبود حاصل نمی‌کنند (بلاند و کلر، ۲۰۰۹). در ۲۰ تا ۳۰ درصد از افراد، گروهی از نشانگان پرودام‌تر برای ماه‌ها و سال‌ها در فرد باقی می‌مانند. این بهبود ناکامل، با احتمال ریسک بازگشت بیماری ارتباط دارد (یند و همکاران، ۲۰۰۹؛ گاتلیب و همکاران، ۱۹۹۵؛ جاد و همکاران، ۲۰۰۰). نرخ بهبود در میان افراد درمان شده تقریباً ۴۰ درصد در طول سه ماه، ۶۰ درصد در طول شش ماه و ۸۰ درصد در طول یک‌سال است (کریل و همکاران، ۱۹۹۴). علیرغم این آمار، در بخش قابل توجهی از افراد، افسردگی به‌صورت مزمن ادامه می‌یابد. نرخ افسردگی مزمن در گروه نمونه تحت درمان، ۲۰ درصد در طول دو سال و بین ۷ تا ۱۲ درصد پس از ۵ تا ۱۰ سال پیگیری است (کلر و بلاند، ۱۹۹۸).

مشخصه افسردگی، عود و بازگشت بیماری است. بین ۵۰ تا ۸۵ درصد بیماران افسرده، دوره‌های متوالی افسردگی را تجربه می‌کنند (کوینی و همکاران، ۱۹۹۹). با هر دوره افسردگی، ریسک دوره‌های آتی افسردگی افزایش یافته (بلاند و کلر، ۲۰۰۹؛ کسینگ، ۱۹۹۸) و مدت زمان بین دو دوره کاهش می‌یابد (کلر و بلاند، ۱۹۹۸). سولومون و همکاران (۲۰۰۰) پس از پیگیری ۳۱۸ فرد مبتلا به افسردگی اساسی در طول یک دوره ده ساله، گزارش کردند که ۶۵ درصد افراد حداقل یک‌بار دچار عود بیماری شدند. تعداد دفعات بروز بیماری در طول حیات به‌طور چشمگیری با احتمال عود آن مرتبط است، به‌طوری‌که با هر دوره عود، احتمال خطر ۱۶ درصد اضافه می‌شود.

دوره‌های ابتدایی افسردگی به‌نظر بیشتر تحت تأثیر استرسورهای آغازگر محیطی قرار دارند، در

حالی که دوره‌های بعدی به‌نظر بیشتر خودپیرو هستند (بلاند و کالر، ۲۰۰۹). همگام با این فرضیه، گروهی از محققین اظهار کرده‌اند که افراد افسرده هر چه بیشتر افسردگی را تجربه نمایند و دوره‌های عود بیشتری داشته باشند، حساس‌تر می‌شوند (سگال و همکاران، ۲۰۰۲ و ۱۹۹۶). وقایع بین‌فردی نیز می‌تواند علت خطر عود باشد. به‌طور مثال، جونیر (۲۰۰۰) مدلی بین‌فردی را توسعه داد که متغیرهای چندگانه بین‌فردی (مانند ایجاد استرس، جستجوی بازخورد منفی، توجه‌طلبی بیش از اندازه، اجتناب افراطی از هرگونه تضاد بین‌فردی) در تعاملی متقابل، افسردگی را تداوم بخشیده و آسیب‌پذیری در برابر عود دوره‌ها را افزایش می‌دهد (تیمونز و جونیر، ۲۰۰۸).

افسردگی همراه با گروهی از اختلالات روان‌پزشکی و شرایط پزشکی روی می‌دهد. بلاخص نرخ بالای همبودی افسردگی با اضطراب، سوء‌مصرف مواد، اسکیزوفرنیا و اختلال خوردن گزارش شده است (بلاند و کالر، ۲۰۰۹). قابل توجه‌تر از همه، همبودی افسردگی و اضطراب است که بیش از ۵۰ درصد است (بارلو، ۲۰۰۲). همچنین، افسردگی و اضطراب، تعدادی از عوامل خطر ساز قابل اصلاح را به اشتراک می‌گذارند (دوزویس و همکاران، ۲۰۰۹) که این امر می‌تواند گواهی بر صحت استفاده از مداخلات فراتشخیصی باشد (آلن و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین، افسردگی خیلی از مواقع با بیماری پارکینسون، تصلب چندگانه، اپیلپسی قطع‌ه گيجگاهي، بیماری الزایمر، بیماری‌های عروقی، سرطان، اختلالات غدد و اختلالات متابولیک همراه می‌شود (بنتون و همکاران، ۲۰۰۷؛ فنتون و استور، ۲۰۰۶؛ فریدلند و کارنی، ۲۰۰۸). با وجود اهمیت تشخیص افتراقی، این همپوشانی ممکن است ارزیابی سودمندی درمان افسردگی را برای جمعیت موردنظر پیچیده کند. برای مثال، درمان یک فرد افسرده که در عین حال تشخیص بیماری پارکینسون نیز گرفته است، احتمالاً به بسیاری از تغییرات در نشانگان عصب‌شناختی افسردگی منجر نمی‌شود.

در مجموع، افسردگی بسیار شایع بوده و دارای مشخصه عود و بازگشت است. به این ترتیب، بار افسردگی نه تنها به‌جهت رنجی که فرد تحمل می‌کند، بلکه همچنین به‌خاطر هزینه‌ای که بر جامعه تحمیل می‌کند، مورد توجه است (جاد و همکاران، ۲۰۰۰؛ گرینبرگ و همکاران، ۱۹۹۹). بنابراین، ما به درمانی نیازمندیم که نه تنها دوره حاد افسردگی را بهبود بخشد، بلکه ریسک بازگشت و عود را نیز کاهش دهد. همچنان که در ادامه خواهیم گفت، درمان شناختی به‌جهت پاسخگویی به این نیاز، مناسب است.

مدل‌های شناختی افسردگی

تئوری‌های شناختی افسردگی در این نکته اشتراک عقیده دارند که اختلافات افراد در تفکر غیرانطباقی و ارزیابی منفی استرس‌های زندگی، علت اختلال است (آبرامسون و همکاران، ۲۰۰۲؛ بک، ۱۹۶۷؛

اینگرام و همکاران، ۱۹۹۸). این تئوری‌ها مدل‌های بیماری‌پذیری مبتنی بر ارث و استرس (در این مدل اعتقاد بر آن است که ترکیب آمادگی ارثی همراه با سطح مشخصی از استرس منجر به آشکار شدن بیماری می‌شود. مترجم) هستند، زیرا اعتقاد بر آن است که شناخت‌های غیرانطباقی در چارچوب شرایط زندگی پراسترس به آغاز افسردگی کمک می‌کنند. اکثر مدل‌های شناختی معاصر افسردگی، پالایش و توسعه تئوری اصلی بک هستند (بک، ۱۹۶۷؛ بک و همکاران، ۱۹۷۹).

بک مطرح کرد که شناخت دارای سلسله مراتب است، از چارچوب‌های شناختی عمیق‌تر تا شناخت‌هایی که در سطوح بالاتر قرار دارند (دوزویس و بک، ۲۰۰۸؛ گارات و همکاران، ۲۰۰۷): ۱. طرحواره‌ها، ۲. پردازش اطلاعات و افکار میانجی، ۳. افکار خودکار. طرحواره‌ها به‌عنوان چارچوب‌های ثابت درونی مبتنی بر اطلاعات ذخیره شده که شامل باورهای مرکزی درباره خود می‌شوند، تعریف می‌شوند. طبق این مدل، طرحواره منفی در کودکی شکل می‌گیرد و تا بعدها که توسط شرایط منفی محیطی تحریک می‌شود، غیرفعال باقی می‌ماند (بک و همکاران، ۱۹۷۹). تجربیات دل‌بستگی نایمن و دیگر وقایع نامساعد (مانند بدرفتاری در کودکی)، از جمله مواردی هستند که فرد را به سمت تشکیل یک باور منفی یا غیرانطباقی سوق می‌دهند (لیوملی و هارکنس، ۲۰۰۹؛ گیب و همکاران، ۲۰۰۴). زمانی که طرحواره‌ها فعال می‌شوند، بر روی نحوه پردازش اطلاعات و تفسیر آن تأثیر می‌گذارند. به‌طور مثال، یک فرد آسیب‌پذیر در قبال افسردگی ممکن است دارای این باور مرکزی باشد که او ناتوان و دوست‌نداشتنی است. تا زمانی که این نظام اعتقادی در وی به‌صورت غیرفعال است، افسردگی غیرمحمتمل است. هنگامی که این طرحواره توسط استرس‌های زندگی برافروخته و تحریک شود (مانند تجربه شکست یا طرد)، فرد با احتمال بیشتری درگیر پردازش سوگیرانه اطلاعات (مانند توجه انتخابی یا حافظه انتخابی بسوی وقایع و محتوای منفی) و تجربه خطاهای شناختی و افکار خودکار منفی مرتبط با فقدان، شکست، حس بی‌ارزشی، نقص، ناتوانی و بی‌کفایتی می‌شود (بک و همکاران، ۱۹۷۹؛ دوزویس و بک، ۲۰۰۸). افکار خودکار، سطحی‌تر و نزدیک‌تر به موقعیت ایجاد شده هستند تا باورهای عمیق‌تر و طرحواره‌های فرد. افکار خودکار، به جریان مثبت و منفی افکار که در ذهن یک فرد جریان داشته و همراه با یک ارزیابی آگاهانه نیستند، اشاره می‌کند. افکار منفی در چارچوب افسردگی بر آنچه بک آنرا سه‌گانه شناختی می‌نامد، متمرکز است؛ نگاه منفی به خود، دنیا و آینده (بک، ۱۹۶۷).

به‌طور کلی، مطالعات تجربی از تئوری افسردگی بک حمایت می‌کنند. چندین مطالعه نشان داده‌اند که افراد افسرده مشکلاتی در رابطه با افکار خودکار منفی، دیدگاه‌های ناکارآمد، ناامیدی، حس بی‌ارزشی، سبک تبیینی منفی، باورهای غیرمنطقی و توجه و حافظه سوگیرانه منفی دارند (کلارک و همکاران، ۱۹۹۹). مفهوم یک «طرحواره افسرده‌ساز» ثابت در طول زمان، حمایت تجربی کسب کرده

است (اسچر و همکاران، ۲۰۰۵). به‌طور مثال، دوزویس و دابسون (دوزویس و دابسون، ۲۰۰۱) خوداظهاری زنان افسرده را در یک فعالیت کامپیوتری اندازه گرفتند. شرکت‌کنندگان پس از شش ماه در حالی که نیمی از آنها همچنان افسرده بوده و نیم دیگر بهبود حاصل کرده بودند، مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. ساختار محتوای صفات منفی در طول زمان حتی در میان افرادی که دیگر معیارهای افسردگی اساسی را نداشتند، همچنان ثابت باقی ماند (دوزویس، ۲۰۰۷).

مطالعات انجام شده در میان افراد بهبودیافته، بیانگر مکانیسم مرتبط با آغاز افسردگی نیست، آسیب‌پذیری شناختی همچنین در میان افرادی که آسیب‌پذیر در نظر گرفته می‌شوند ولی در حال حاضر افسردگی ندارند، نیز مطالعه شده است. به‌طور مثال، بچه‌های مادران افسرده تمایل به پردازش افسرده‌گونه اطلاعات، سبک تبیینی منفی، ناامیدی بیشتر و حس خود کم‌ارزشی بیشتر نسبت به بچه‌های مادران سالم دارند (گاربر و فلین، ۲۰۰۱؛ تیلور و اینگرام، ۱۹۹۹). مطالعات طولی نیز از تئوری بک که اظهار می‌کند تعامل بین آسیب‌پذیری‌های شناختی و استرس‌های زندگی پیش‌بینی‌کننده افسردگی هستند، حمایت می‌کند (آلای و همکاران، ۲۰۰۶؛ جونیر و همکاران، ۱۹۹۹؛ لوینسون و همکاران، ۲۰۰۱).

اگرچه شناخت در تئوری و درمان بک نقش محوری دارد، لیکن مدل او اذعان می‌کند که شناخت‌ها، هیجانات، رفتارها و فرایندهای زیستی به یکدیگر وابسته هستند. همانگونه که در بالا ذکر شد، در مفهوم‌بندی بک، افسردگی شامل پردازش از بالا به پایین است. طرحواره‌های فرد بر روی پردازش اطلاعات تأثیر می‌گذارد که آن نیز به نوبه خود بر افکار خودکار منفی تأثیر می‌گذارد. با این وجود، شناخت درمانی تمایل دارد از سطح به عمق برود. درمانگران ابتدا شناخت‌های سطحی را هدف می‌گیرند (افکار خودکار)، سپس برای تعدیل طرحواره‌های عمیق‌تر و باورهای مرکزی اقدام می‌کنند.

هدف شناخت‌درمانی، کمک به افراد جهت تغییر ارزیابی‌های شناختی ناسالم و غیرانطباقی به ارزیابی‌هایی که بیشتر بر مدرک استوار بوده و سازگارتر هستند، می‌باشد. بیماران یاد می‌گیرند با افکار خود همانند فرضیه و نه حقایق مسلم، برخورد کنند. در نظر گرفتن یک باور به‌عنوان یک فرضیه، فرصت بررسی صحت و سقم آنرا داده و بیمار را قادر می‌سازد به شقوق دیگری نیز اندیشیده و از افکار خود فاصله گرفته تا با دقت بیشتری آنرا مورد بررسی قرار دهد (دی‌رابیس و همکاران، ۲۰۱۰).

شناخت‌درمانی بسیار مشارکتی بوده و شامل طراحی تجربیات ویژه یادگیری به‌جهت کمک به بیمار برای نظارت بر افکار خودکار خود، فهم ارتباط بین شناخت، هیجان و رفتار، آزمایش اعتبار افکار خودکار، توسعه شناخت‌های واقعی‌تر و سازگارانه‌تر و تغییر باورها، فرضیات و طرحواره‌های زیربنایی است.

شواهد تجربی شناخت درمانی برای افسردگی

شناخت درمانی برای افسردگی، تحقیقات و حمایت تجربی زیادی را به خود جلب نموده است (دی‌رایس و همکاران، ۲۰۱۰). از سال ۱۹۷۷ تا کنون بیش از ۷۵ تحقیق بالینی در رابطه با شناخت‌درمانی برای افسردگی چاپ شده است (باتلر و همکاران، ۲۰۰۶). برای درمان یک دوره افسردگی حاد، شناخت‌درمانی قابل مقایسه با رفتاردرمانی (مازولچلی و همکاران، ۲۰۰۹)، درمان‌های روان‌شناختی واجد شرایط دیگر (وامپلد و همکاران، ۲۰۰۲) و داروهای ضدافسردگی که همگی این درمان‌ها نسبت به دارونماها در شرایط کنترل شده برتری دارند، است (اپ و دابسون، ۲۰۱۰؛ هولون و دیمیدجیان، ۲۰۰۹؛ هولون و همکاران، ۲۰۰۲). تحقیقات اخیر نشان می‌دهد شناخت‌درمانی و دارودرمانی به یک اندازه برای درمان افسردگی شدید، مؤثر هستند (دی‌رایس و همکاران، ۲۰۰۸ و ۱۹۹۹؛ هولون و همکاران، ۲۰۰۵؛ دیمیدجیان و همکاران، ۲۰۰۶).

مزیت ویژه شناخت‌درمانی نسبت به داروهای ضدافسردگی در میزان کمتر عود آن است (تقریباً نصف) (گلوگوئن و همکاران، ۱۹۹۸). گلوگوئن و همکاران در تحقیقات فراتحلیلی خود در رابطه با سودمندی شناخت‌درمانی گزارش می‌دهند که میزان متوسط خطر عود پس از شناخت‌درمانی، ۲۵ درصد است (براساس پیگیری‌های یک تا دو ساله) درحالی‌که این خطر پس از مصرف دارو، ۶۰ درصد است (گلوگوئن و همکاران، ۱۹۹۸). مطابق بعضی داده‌های تحقیقاتی، بین بیمارانی که تنها شناخت‌درمانی شده‌اند نسبت به افرادی که همچنان دارو مصرف می‌نمایند، احتمال بیشتر عود بیماری مشاهده نگشته است (هولون و همکاران، ۲۰۰۲؛ دابسون دی. و دابسون کی‌اس، ۲۰۰۹). همچنین شناخت‌درمانی برای افسردگی شدید با داروهای ضدافسردگی (بازدارنده‌های انتخابی بازجذب سروتونین و SSRIها) مقایسه شده است (دی‌رایس و همکاران، ۲۰۰۸؛ هولون و همکاران، ۲۰۰۵). هر دو نوع مداخله‌های درمانی میزان بهبود یکسانی را در مرحله حاد درمان نشان دادند، لیکن خطر عود بیماری در پیگیری‌های یک‌ساله حتی در مقایسه با افرادی که همچنان دارو مصرف می‌کردند به نفع افرادی بود که شناخت‌درمانی شده بودند (هولون و همکاران، ۲۰۰۵).

بنابر استدلال بعضی محققین، احتمالاً داروهای ضدافسردگی تنها نشانگان بیماری را سرکوب می‌کنند و آن را درمان نمی‌کنند (دی‌رایس و همکاران، ۲۰۰۸). به عبارت دیگر، شناخت‌درمانی و داروهای ضدافسردگی هر دو به یک میزان در اصلاح شناخت‌های سطحی‌تر مؤثرند (مانند افکار خودکار منفی و دیدگاه‌های ناکارآمد)، لیکن در توانایی تغییر ساختارهای عمیق‌تر فکری با یکدیگر متفاوت هستند. مطابق با این دیدگاه، سگال، جمر و ویلیامز مقیاس دیدگاه‌های ناکارآمد را برای بیمارانی که شناخت‌درمانی یا دارودرمانی را کامل کرده بودند، تهیه کردند (سگال و همکاران، ۱۹۹۹). به شرکت‌کنندگان قبل و بعد از القاء خلقی که ناشی از تفکر آنها به زمانی در زندگی خود بود که

احساس غم می‌کردند، این پرسشنامه داده شد. درحالی‌که تفاوت قابل توجهی میان گروه‌ها در حالت خلق خنثی مشاهده نشد، پس از القاء خلق، افرادی که به‌طور موفقیت‌آمیزی توسط داروهای ضدافسردگی درمان شده بودند در میزان دیدگاه‌های ناکارآمد خود افزایش نشان دادند. در حالی‌که چنین اثری در افراد درمان شده به‌واسطه شناخت‌درمانی مشاهده نشد. همگام با این تصور که شناخت‌درمانی احتمالاً تغییرات شناختی عمیق‌تری نسبت به دارودرمانی ایجاد می‌کند، یافته‌هایی وجود دارد که ترکیب شناخت‌درمانی و دارودرمانی را با دارودرمانی تنها مقایسه کرده است (دوزویس و همکاران، ۲۰۰۹). هر دو گروه، میزان قابل توجه و یکسانی را در تغییر نشانگان بیماری و شناخت‌های سطحی (افکار خودکار منفی و دیدگاه‌های ناکارآمد) نشان دادند. لیکن بیمارانی که دارودرمانی و شناخت‌درمانی را با هم دریافت کرده بودند، سازمان‌دهی شناختی مثبت بیشتری را در رابطه با رضایت بین فردی نسبت به افرادی که تنها دارودرمانی شدند، نشان دادند. به‌علاوه، گروهی که درمان ترکیبی دریافت کرده بودند، اختلاف زیادی را پیش و پس از درمان در رابطه با سازماندهی شناختی مثبت و منفی نشان دادند، اثری که در گروه دارودرمانی مشاهده نشد. اگرچه این نتایج بایستی تکرار و بسط یابد، ولیکن بیانگر آن است که شناخت‌درمانی در مقایسه با داروهای ضدافسردگی مفاهیم ساختاری عمیق‌تر شناختی را تغییر می‌دهد.

معرفی یک نمونه بالینی

دیان زنی ۵۹ ساله است که به یک کلینیک تخصصی درمان شناختی‌رفتاری برای درمان خلق افسرده دیرپای خود مراجعه کرده است. او دو دختر بزرگ و شوهری دارد که به‌تازگی از شغل خدمات اجتماعی بازنشسته شده است. وی برای سال‌ها به‌عنوان ویرایشگر در یک کمپانی نشر کار می‌کرد، اما برای آنکه خودش را با نیازهای معمول شغلش همگام سازد تحت فشار بسیاری بود. اولین دوره افسردگی‌اش، افسردگی پس از زایمان بود و پس از آن تقریباً چهار یا پنج دوره دیگر افسردگی که مرتبط با دوره‌های استرس و گذار بود، از جمله کشف ارتباط خارج زناشویی همسر در ده سال پیش، در وی به‌وقوع پیوست. در طول سال‌ها وی به‌صورت دوره‌ای مصرف بیش از حد الکل داشت و احتمالاً معیارهای سوءمصرف را پُر می‌کرد و بدترین مرحله آن هنگام آگاهی از رابطه همسرش رخ داد. نگاه به گذشته نشان می‌دهد که مصرف الکل او معمولاً نشانه افزایش افسردگی وی بوده و علت درگیری او با همسر و خانواده‌اش شده است. او اشاره کرد که در حال حاضر ازدواجش از نظر منطقی خوشحال‌کننده است، لیکن احساس می‌کرد او و شوهرش تنها به‌واسطه رابطه جنسی در کنار هم هستند و گرنه هرکدام زندگی مستقلی دارند. او خود را فردی به‌شدت تنها توصیف می‌کرد که در حال حاضر ارتباطی با دوستان و خانواده ندارد. دوره اخیر افسردگی وی احتمالاً به‌خاطر استرس‌های محیط

کار ایجاد شده است. ناظر جدیدی که سر کار آمده، روند انجام بعضی کارها را تغییر داده است. دیان روابط خود را با ناظر جدید سخت و دشوار توصیف کرد. بایستی یک دسته مدیریت اجرایی جدیدی در بخش آنها انجام می‌شد و به دیان گفته شده بود که باید پذیرای تغییرات جدید باشد.

دیان پس از مصاحبه‌ای که بر اساس چارچوب مصاحبه بالینی DSM صورت گرفت، معیار تشخیص هر دو افسردگی اساسی، دوره‌ای، خفیف و سوء‌مصرف مواد که به بهبودی کامل پایدار رسیده بود را دریافت داشت. او همچنین تعدادی از نشانگان مرتبط با نگرانی درباره آینده و نگرانی‌های اجتماعی را نشان می‌داد، لیکن به جهت دریافت تشخیص کافی نبودند. وقتی نشانگان افسردگی او شدت می‌یافت، وی به شدت مضطرب شده و از دیگران اجتناب می‌کرد. هنگامی که نشانگان افسردگی کاهش می‌یافت، این نگرانی‌ها و ترس‌ها بهبود پیدا می‌کرد. دوره اخیر افسردگی او که دارای مشخصه‌های غم و فقدان لذت بود برای مدت شش ماه ادامه داشت. نگرانی‌ها درباره کار، بالاخص ارتباط با ناظر جدید موضوع هر روز وی بود که باعث می‌شد چندین ساعت در روز به نشخوار فکری بپردازد. خوابش به شدت مختل بود و می‌گفت تقریباً خواب آرامی ندارد و تجربه مشکل بیداری صبح زود را، هنگامی که به حمله‌های گریه دچار می‌شد، داشت. این امر باعث می‌شد که خود را به سختی از تخت بیرون کشیده و سر کار برود. بدترین احساس را زمانی داشت که صبح زود بیدار می‌شد و احساس می‌کرد تنها فرد در تمام دنیا است. علاوه بر خواب غیرترمیمی و ناکافی، اشتهای کمی داشت و دوستانش به او می‌گفتند به نظر بدقیافه و نحیف است.

دیان داشتن افکار واضح خودکشی را رد می‌کرد. او این انتخاب را به‌خاطر دخترها و نوه‌اش غیرمجاز می‌دانست. او اذعان کرد که در رابطه با آینده ناامید است و گاهی فکر خلاص شدن از زندگی به او به مقدار زیادی احساس راحتی و آرامش می‌دهد. نشانه اختلال شناختی روشنی نداشت، گرچه بیان می‌کرد که دیگر مانند قبل، زمانی که افسرده نبود، تیز و آگاه نیست. تا حدی به‌همین دلیل، کنار آمدن با تکنولوژی‌ها و نرم‌افزارهای پیشرفته در سر کار برای وی سخت بود. تصور هرگونه پیشرفتی در کار برای او مانند بالا رفتن از کوه بود.

در دهه سوم زندگی، دیان داروهای ضدافسردگی و بنزودیازپین که توسط پزشک تجویز شده بود مصرف می‌کرد. او اظهار کرد که در گذشته، هم تشخیص افسردگی و هم اضطراب را گرفته است و به‌همین جهت از تشخیص به‌عمل آمده در مصاحبه SCID شگفت زده نشد. او در اکثر زندگی، روان‌درمانی را به‌عنوان یک راه‌حل محسوب نمی‌کرد، اما به‌واسطه شرکت در گروه‌های الکلی‌های گمنام بر مشکل سوء‌مصرف مواد غلبه کرد. الکلی‌های گمنام به او کمک کردند تا بفهمد مشکلات با به اشتراک گذاشته شدن و گفتگو و یادگیری درباره آن می‌توانند حل شوند.

بعد از شروع اضطراب در محل کار در فاز اخیر، دکتر خانوادگی برای او SSRI تجویز کرد. او

کمی آرامش یافت ولی دارو خوردن را با استعمال مواد مرتبط می‌دانست، به‌همین جهت تمایل بسیاری به پیدا کردن راه‌حل دیگری داشت. نزدیک به انتهای مشاوره، او اعتراف کرد که نگران شروع مجدد مصرف الکل است. او در مواقعی به‌مصرف الکل فکر کرده بود، لیکن با شرکت در جلسات الکی‌های گمنام این موضوع را مدیریت کرده بود. او از اینکه شاید با شروع دوباره مصرف الکل وجود خود را گم کند، ترس عمیقی داشت.

مروری بر پروتکل درمان

چارچوب کلی جلسات:

اثربخشی سی بی تی (درمان شناختی‌رفتاری) بر اساس میزان یادگیری بیمار در نحوه به‌کارگیری مهارت‌های انتقال داده شده در جلسات درمان به خارج از جلسات درمان است. تأکید بر آموزش، علاوه بر ایجاد یک رابطه‌درمانی و کمک‌های درمانگر جهت شکل دادن به شناخت‌ها و رفتارهای جدید، جریان هر جلسه و همینطور ترتیب کل جلسات را مشخص می‌کند. درمانگر نیاز دارد از تحت پوشش قرار گرفتن مهارت‌ها و اصول مهم CBT در طول هر جلسه، اطمینان حاصل کند. تمرینات درمانی در میان و بین جلسات به بیمار اجازه می‌دهد تا مهارت‌ها را در حوزه‌هایی از زندگی واقعی که احساس شکست و افسردگی می‌کند، به‌کار بسته و تجربه کند. ضمناً، طریق دقیقی که مهارت‌ها توسط بیمار استفاده می‌شوند و همچنین انواع هیجانات، افکار و رفتارهایی که به‌عنوان هدف مورد نظر هستند؛ یا به خود بیمار واگذار می‌شوند و یا مشترکاً درباره آن تصمیم‌گیری می‌کنند. به‌طور مثال، درمانگر ممکن است از یک رویکرد آموزشی برای توضیح مفهوم تحریف شناختی استفاده کند و درباره انواع تحریفات شناختی از روی لیست توضیح دهد. جنبه اکتشافی جلسه باید شامل کشف مثال‌هایی از زندگی واقعی بیمار در جاهایی که دارای تحریفات شناختی است، باشد. مثال‌های دنیای واقعی نه می‌تواند از قبل برنامه‌ریزی شود و نه آنکه نوشته شود و همین امر آنها را ابزار قدرتمند آموزش می‌کند. نتیجه آن، اکتشاف هدایت شده است؛ اصطلاحی که هم ماهیت رهنمودی و هم ماهیت اکتشافی CBT را برای افسردگی و شرایط دیگر توضیح می‌دهد.

نشانه‌های بیماری ممکن است از یک جلسه تا جلسه دیگر در نوسان باشند. بنابراین، بهتر است درمانگر یک مقیاس رسمی جهت ارزیابی میزان شدت مشکل حال حاضر بیمار در هر جلسه به مراجع بدهد تا کامل کند. تغییرات زیاد از یک هفته تا هفته بعد در هر جهتی که باشد، دستور کار جلسه را مشخص می‌کند. ممکن است یک اتفاق خوب در نتیجه یک تغییر مثبت رخ داده باشد و یا امر اشتباهی ممکن است صورت گرفته باشد که مهم است همه اینها در جلسه، کانون توجه قرار گیرد.

همچنین، امری معمول است که به‌جهت استحکام یادگیری، قبل از مرور آنچه در قدم بعدی خواهد آمد، به‌طور خلاصه جلسه هفته قبل مرور شود. پس از آن، دستور کار جلسه معین می‌شود؛ چیزی که برای کار کردن با بیماران افسرده بسیار مهم است. صرف اندکی وقت به‌همراه بیمار برای تعیین اولویت‌هایی که نیاز دارد در آن باره گفتگو شود، از بسیاری از بحث‌های طول و دراز دربارهٔ افسردگی جلوگیری می‌کند و جلسه، آهنگ مولد و هدفمدار می‌گیرد.

به‌طور کلی، یک رویکرد ساختاریافته برای شروع هر جلسه، تطابق بیشتری با رویکرد هدفمدار CBT دارد. بیماران و درمانگران جهت ارزیابی و فراهم نمودن لیستی از اهداف، در جلسات نخستین با همکاری هم کار می‌کنند.

فرایند تشخیص و مشاوره به دیان کمک کرد تا بر روی نشانه‌های به‌شدت آزاردهندهٔ بیماری خود کار کند که این خود به شکل دو هدف در آمد: ۱. کنار آمدن با شرایط کار به‌ویژه رفع مشکل در ارتباط با ناظر جدید و روال معمول کار، ۲. مولد بودن بیشتر در کار و لذت بردن بیشتر از زمان.

پیروی از دستور جلسه و حرکت بر اساس محتوی جلسه در سی‌بی‌تی، در مورد افسردگی چالش‌زا است. برای اینکه دربارهٔ همهٔ مواضع دستور جلسه بتوان گفتگو کرد، گاهی میزانی از زمان‌سنجی ضروری است. به‌همین دلیل، مرور جلسه و تعیین زمانی که برای هر موضوع، قبل از رفتن به‌موضوع دیگر گذاشته می‌شود، امر مهمی است. گاهی اوقات برای یک مثال وقت زیادی صرف می‌شود، بالاخص وقتی که مثال غنی بوده و محدوده مهمی را شامل می‌شود. انحراف از دستور جلسه، به‌خاطر صرف وقت اضافی برای بعضی موضوعات خاص، حداقل در بعضی جلسات در رابطه با فردی که به افسردگی ملایم تا شدید دچار است تقریباً اجتناب‌ناپذیر است. با این وجود، عدم پیروی از دستور جلسه می‌تواند مشکل‌ساز شود، زیرا یک موضوع مهم ممکن است به‌خاطر اتمام وقت از دست برود. هم‌زمان نیاز است که به احساسات حال حاضر بیمار نیز توجه شود و گاهی چسبیدن به دستور جلسه احساس مصنوعی بودن و اجبار را ایجاد می‌کند. سؤال مفیدی که هنگام انحراف از دستور جلسه به‌نظر می‌رسد آن است که آیا این انحراف در بلندمدت به اندازه برنامه تعیین شده به این بیمار کمک می‌کند؟ اگر پاسخ بلی است، این انحراف موجه است.

آخرین و بحرانی‌ترین بخش جلسه، تکلیف خانگی است. در حالت ایده‌آل، تکالیف بایستی بر اساس محتوی جلسات و مثال‌هایی از زندگی بیمار باشد. زیرا یک تکلیف خانگی خوب، مفاهیم آموخته شده در درمان را با مشکلات تجربه شده توسط بیمار که نیاز به حل شدن دارد، ترکیب می‌کند. اهمیت بسیاری دارد که وقت کافی در جلسه برای طرح تکلیف کنارگذاشته شود، نه آنکه به‌عنوان امری که بعداً اضافه شده است، در نظر گرفته شود.

در مورد دیان، درمانگر فکر کرد که یک کتاب راهنمای همراه می‌تواند مفید باشد. کتاب غلبهٔ ذهن

بر حس به نظر مناسب‌ترین انتخاب برای دیان بود (گرینبرگر و همکاران، ۱۹۹۵). اهداف و ساختار تشخیصی در مورد دیان ترکیبی از فعال‌سازی رفتاری در جلسات ابتدایی، استراتژی‌های مبتنی بر فکر در جلسات میانی و کار بر روی باورها و جلوگیری از عود بیماری در جلسات انتهایی بود. انتظار می‌رفت حدود سه جلسه صرف فعال‌سازی رفتار شود، حدود چهار جلسه به استراتژی‌های شناختی، چهار جلسه به باورها و پنج جلسه با فاصله بیشتر برای تمرکز بر بهبود و جلوگیری از عود بیماری، صرف شود. در مجموع، این ۱۶ جلسه برای این مورد به جهت پیچیدگی و مزمن بودن آن مورد قبول بود، اما به‌طور معمول در CBT برای افسردگی بین ۱۲ تا ۱۶ جلسه در نظر گرفته می‌شود.

رابطه درمانی

بررسی کامل اتحاد درمانی در CBT برای افسردگی فراتر از مطالب این فصل است، گرچه تحقیقات در این زمینه همچنان در حال توسعه بوده و دارای نکات جذابی هستند. با این حال، به نظر می‌رسد عادلانه است که بگوییم ارتباط بین بیمار و درمانگر و همچنین توافق در کار درمان در تسهیل تغییر مهم است، ولی از سوی دیگر اگر تغییری در نشانه‌های بیماری پیدا شود، پیوند محکمی بین مراجع و درمانگر ایجاد می‌شود (بیلینگ و همکاران، ۲۰۰۶). موضع درمانی همراه با درک، همدلی و توجه غیرمشروط مثبت، پیش‌نیازهای کار کردن با یک فرد افسرده در CBT هستند. وصول به این هدف نیازمند هم‌آهنگی مثبت دو دیدگاه با یکدیگر است؛ دید بیمار از درمانگر و دید درمانگر از بیمار. با توجه به چگونگی دید بیمار از درمانگر، از جمله چالش‌ها آن است که احساسات، غم و ناامیدی، دید افراد دارای افسردگی متوسط و شدید را به جهان عوض می‌کند. بعضی بیماران به درمانگرانی که در نظر آنها بیش از حد حمایتگر و مثبت هستند، سخت واکنش نشان می‌دهند. هنگامی که درمانگر نقش بیش از اندازه مثبت را بازی می‌کند، بیماران افسرده نتیجه‌گیری می‌کنند که درمانگر با آنها بسیار متفاوت است، بنابراین هر آنچه درمانگر پیشنهاد می‌کند هیچ ارزشی ندارد. گرچه نیاز است درمانگر در موضع خوش‌بینی و انتظارات مثبت قرار داشته باشد، لیکن در عین حال باید به‌طریقی عمل کند که با بیمار پیوند برقرار نموده و او را درک کند. مسئله مهم آن است که برای تلاش‌های مراجع ارزش قائل شویم و اذعان کنیم که کار پیش رو احتمالاً چالش‌زاست، اما در صورت پیگیری ثمرات مثبتی از آن بدست خواهد آمد.

در یک اتحاد درمانی سالم در CBT برای افسردگی، الگوی معمول در جلسه عبارت است از همدلی، پذیرش، حمایت و پیشنهاد راهی برای تغییر و عمل به آن. برای یک ناظر عینی باید محرز باشد که بیمار و درمانگر، هر دو به یک اندازه مشارکت می‌ورزند. این می‌تواند شامل مدت زمان گفتگو، ارائه مثال‌ها و بیان پیشنهادات باشد. تا حدی که اگر یکی از دو طرف (معمولاً درمانگر)