

شناخت درمانی

مبانی علمی، مکانیسم‌ها و کاربردها

فهرست مطالب

۹	..... درباره ویراستار کتاب.....
۱۱	..... فهرست نویسندگان.....
۱۳	..... پیشگفتار.....

بخش ۱

مبانی شناخت درمانی

۱۶	..... فصل ۱: شناخت درمانی مبتنی بر بهبود برای اسکیزوفرنی.....
۲۶	..... فصل ۲: سه افسانه و حقیقت درباره سال‌های اولیهٔ بک.....
۴۳	..... فصل ۳: مدل شناختی بنیادی.....
۶۲	..... فصل ۴: مطالعات نتیجه‌پژوهی در شناخت درمانی.....

بخش ۲

سبب‌شناسی و مکانیسم‌های تغییر

۷۸	..... فصل ۵: طرح‌واره درمانی.....
۱۰۱	..... فصل ۶: طرح‌واره درمانی هیجانی.....
۱۲۲	..... فصل ۷: آسیب‌پذیری شناختی به افسردگی و اختلال دوقطبی.....
۱۴۲	..... فصل ۸: میانجی‌گری شناختی تغییر علائم در درمان شناختی‌رفتاری.....
۱۶۱	..... فصل ۹: تصویرسازی ذهنی در شناخت درمانی.....
۱۷۹	..... فصل ۱۰: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی.....

بخش ۳

درک و درمان اختلال‌های روانی

۱۹۸	..... فصل ۱۱: شناخت درمانی برای بی‌خوابی.....
۲۱۶	..... فصل ۱۲: زوج درمانی شناختی‌رفتاری.....
۲۳۷	..... فصل ۱۳: خانواده درمانی شناختی‌رفتاری.....
۲۵۷	..... فصل ۱۴: درمان شناختی‌رفتاری برای کاهش خطر خودکشی.....

۲۷۸	..... فصل ۱۵: شناخت‌درمانی برای اختلال دوقطبی
۳۰۳	..... فصل ۱۶: شناخت‌درمانی برای روان‌پریشی
۳۲۶	..... فصل ۱۷: پیشرفت‌ها در درمان شناختی‌رفتاری اختلال‌های مصرف مواد و رفتارهای اعتیادی
۳۴۷	..... فصل ۱۸: شناخت‌درمانی اضطراب
۳۶۷	..... فصل ۱۹: درمان شناختی‌رفتاری اختصاصی برای اختلال وسواسی‌اجباری
۳۹۲	..... فصل ۲۰: شناخت‌درمانی برای اختلال استرس پس از آسیب
۴۱۳	..... فصل ۲۱: شناخت‌درمانی برای اختلال‌های شخصیت
۴۴۲	..... فصل ۲۲: سخن پایانی
۴۴۷	..... واژه‌نامه انگلیسی به فارسی
۴۵۱	..... واژه‌نامه فارسی به انگلیسی

از دیگر آثار رابرت لیهی

تکنیک‌های شناخت‌درمانی، ویرایش دوم: راهنمای متخصصان
رابرت لیهی

تنظیم هیجان در روان‌درمانی: راهنمای متخصصان
رابرت لیهی، دنیس تیرچ و لیزا ناپولیتانو

طرح‌واره درمانی هیجانی
رابرت لیهی

غلبه بر مقاومت در شناخت‌درمانی
رابرت لیهی

درمان روان‌شناختی اختلال دوقطبی
ویراستاران: شری جانسون و رابرت لیهی

موانع در درمان شناختی‌رفتاری: تبدیل چالش‌ها به فرصت‌ها برای ایجاد تغییر
ویراستار: رابرت لیهی

طرح‌ها و مداخله‌های درمانی برای اختلال پراشتهایی عصبی و پرخوری
رین زیگ و رابرت لیهی

طرح‌ها و مداخله‌های درمانی برای اختلال‌های افسردگی و اضطرابی، ویرایش دوم
رابرت لیهی، اشتفان هالند و لاتا مک‌گین

درباره ویراستار کتاب

دکتر رابرت لیهی مدیر مؤسسه شناخت‌درمانی آمریکا در نیویورک و استاد بالینی روان‌شناسی گروه روان‌پزشکی دانشکده پزشکی ویل گرنل است. پژوهش‌های او متمرکز بر تفاوت‌های فردی در تنظیم هیجان است. لیهی دستیار سردبیر *مجله بین‌المللی شناخت‌درمانی* و رئیس پیشین انجمن درمان‌های رفتاری و شناختی، انجمن بین‌المللی روان‌درمانی شناختی و آکادمی شناخت‌درمانی است. ایشان از آکادمی شناخت‌درمانی جایزه آرون بک را دریافت کرده است. کتاب‌های متعددی به قلم دکتر لیهی منتشر شده‌اند که از جمله آنها می‌توان به *ویراست دوم کتاب تکنیک‌های شناخت‌درمانی؛ ویراست دوم کتاب طرح‌ها و مداخله‌های درمانی برای اختلال‌های افسردگی و اضطرابی؛ و کتاب تنظیم هیجان در روان‌درمانی* اشاره کرد. وی ویراستار مجموعه کتب انتشارات گیلفورد در زمینه طرح‌ها و مداخله‌های درمانی برای روان‌درمانی‌های مبتنی بر شواهد است.

فهرست نویسندگان

لین أبرامسون، گروه روان‌شناسی دانشگاه ویسکانسین-مادیسون، مادیسون، ویسکانسین
لورن آلوی، گروه روان‌شناسی دانشگاه تمپل، فیلادلفیا، پنسیلوانیا
آرنود آرنتز، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه آمستردام، آمستردام، هلند
آرون بک، مؤسسه شناخت‌درمانی بک، بالا کاینوید، پنسیلوانیا؛ استاد (بازنشسته) گروه روان‌پزشکی
دانشگاه پنسیلوانیا و دانشکده پزشکی پرلمن، فیلادلفیا، پنسیلوانیا
جو دیت بک، مؤسسه شناخت‌درمانی بک، بالا کاینوید، پنسیلوانیا
تیلور بروک، گروه روان‌شناسی دانشگاه تمپل، فیلادلفیا، پنسیلوانیا
جوزف کارپتر، گروه علوم روان‌شناختی و مغز دانشگاه بوستون، بوستون، ماساچوست
دیوید کلارک، استاد (بازنشسته) گروه روان‌شناسی دانشگاه نیوبرانزویک، فردریکتون، نیوبرانزویک،
کانادا

میشل هانا کولینز، دفتر امور دانشجویی، دانشکده مورایا، بتلهم، پنسیلوانیا
جوشوا کورتیس، گروه علوم روان‌شناختی و مغز دانشگاه بوستون، بوستون، ماساچوست
فرانک داتیلو، گروه روان‌پزشکی دانشگاه پنسیلوانیا، دانشکده پزشکی پرلمن، فیلادلفیا، پنسیلوانیا و
دانشکده پزشکی هاروارد، بوستون، ماساچوست
دنيس دیویس، گروه مطالعات روان‌شناختی دانشگاه وندربیلت، ناشویل، تنسی
رابرت دی‌رایس، گروه روان‌شناسی دانشگاه پنسیلوانیا، فیلادلفیا، پنسیلوانیا
کیت دابسون، گروه روان‌شناسی دانشگاه کلگری، کلگری، آلبرتا، کانادا
نورمن اپشتین، گروه علم خانواده، دانشکده بهداشت عمومی، دانشگاه مریلند، کالج پارک، مریلند
آماندا فرگوسن، گروه کارشناسی علم بالینی روان‌شناختی، دانشگاه تورنتو اسکاربورو، اُنتاریو، کانادا
نیکول گامپورت، گروه روان‌شناسی دانشگاه کالیفرنیا، برکلی، برکلی، کالیفرنیا
آلیسون هاروی، گروه روان‌شناسی دانشگاه کالیفرنیا، برکلی، برکلی، کالیفرنیا

اشتفان هافمن، گروه علوم روان‌شناختی و مغز دانشگاه بوستون، بوستون، ماساچوست
 استیون هالون، گروه روان‌شناسی دانشگاه وندربیلت، ناشویل، تنسی
 امیلی هولمز، گروه علوم اعصاب بالینی، مؤسسه کارولینسکا، استکهلم، سوئد
 شری جانسون، گروه روان‌شناسی دانشگاه کالیفرنیا، برکلی، برکلی، کالیفرنیا
 رابرت لیهی، مؤسسه شناخت‌درمانی آمریکا، نیویورک، نیویورک
 بروس لیز، گروه پزشکی خانواده، مرکز پزشکی دانشگاه کانزاس و گروه روان‌شناسی دانشگاه کانزاس،
 لاورنس، کانزاس

آنتونی موریسون، بخش روان‌شناسی و سلامت عمومی دانشگاه منچستر، منچستر، انگلستان
 الیزابت مورفی، بخش روان‌شناسی و سلامت عمومی دانشگاه منچستر، منچستر، انگلستان
 کوری نیومن، مرکز شناخت‌درمانی و گروه روان‌پزشکی دانشگاه پنسیلوانیا، دانشکده پزشکی پرلمن،
 فیلادلفیا، پنسیلوانیا

جارد آگارو-مور، گروه روان‌شناسی دانشگاه تمپل، فیلادلفیا، پنسیلوانیا
 آندریو پکهام، برنامه بهداشت رفتاری بیمارستان مک‌لین، بیلمونت، ماساچوست
 جولیا پول، گروه روان‌شناسی دانشگاه کلگری، کلگری، آلبرتا، کانادا

فریتز رینر، شورای تحقیقات پزشکی، واحد علوم شناخت و مغز دانشگاه کمبریج، انگلستان
 پاتریشیا رسیک، گروه روان‌پزشکی و علوم رفتاری مرکز پزشکی دانشگاه داک، دورهام، کارولینای
 شمالی

راشل راستر، پژوهشگر مستقل، بوستون، ماساچوست
 زیندل سگال، گروه کارشناسی علوم بالینی روان‌شناختی، دانشگاه تورنتو اسکاربورو، اسکاربورو،
 آنتاریو، کانادا

دبی سوکمن، مرکز اختلال‌های وسواسی‌اجباری، گروه روان‌شناسی مرکز سلامت دانشگاه مک‌گیل و
 گروه روان‌پزشکی دانشگاه مک‌گیل، مونترال، گیبس، کانادا
 جسیکا تریپ، گروه روان‌شناسی دانشگاه ممفیس، ممفیس، تنسی

پیشگفتار

سال‌های دور که دانشجوی کارشناسی ارشد بودم مدل روان‌پویشی تنها مدلی بود که مرا شیفته خود ساخته بود، زیرا عمیق به نظر می‌رسید و وعده‌رهایی از آسیب‌های روانی و سایه‌شوم گذشته را سر می‌داد. همچنین رویکردی برای پرداختن به سؤال‌های مهم‌تری درباره عشق، جنگ و حتی پیچیدگی‌های تمدن ارائه می‌کرد؛ اما هرچه پیرامون فقدان شواهد مربوط به اثربخشی آن بیشتر مطالعه می‌کردم، بیشتر ناامید می‌شدم و از آنچه کلید جادویی می‌پنداشتم فاصله گرفتم. بعدها متوجه کارهای آرون بک شدم. انسانی ژرفاندیش و پیشگام که کارهایش همه نویسندگان این کتاب را متأثر ساخته است. کارهای او زندگی مرا متحول ساخت.

بک برداشت ما از افسردگی و سپس اضطراب، خشم و حتی اختلال شخصیت را دگرگون ساخت. به‌جای حفاری گنجینه‌های مدفون در ناخودآگاه، مدل شناختی بک به ما اجازه می‌داد تا به فکرها و تصورات قابل مشاهده دسترسی داشته باشیم. به نظر می‌رسید که راز درمان افسردگی و سایر اختلال‌ها جلوی دیدگان ما بود و از آن بی‌خبر بودیم. کارهای بک در ارتباط با افسردگی، مدلی درباره عواملی که خلق منفی را فعال، حفظ و تشدید می‌کردند و همچنین مدل درمانی برای پرداختن مستقیم به هر یک از علائم اصلی افسردگی به ما ارائه می‌داد. او به همراه همکارانش، اثربخشی این رویکرد را نشان دادند و زمینه جدیدی را تحت عنوان شناخت‌درمانی به وجود آوردند.

همه نویسندگان کتاب حاضر تحت تأثیر کارهای بک بوده‌اند و این گواه نشان می‌دهد که مدل شناختی در ۴۵ سال گذشته مفهوم‌پردازی و پروتکل‌های درمانی‌اش را گسترش داده است. مدل شناختی جزمی نیست و خود بک از طریق یکپارچه‌سازی مدل شناختی با علوم اعصاب معاصر، نظریه تکاملی و پژوهش‌های جامعه‌پذیری همچنان در حال بسط و گسترش آن است. در فصل‌های بعد، خواننده با کار کنونی بک (در مورد اسکیزوفرنی) آشنا شده و مطالبی در ارتباط با پیدایش رویکرد شناختی در سال‌های اولیه یعنی زمانی که بک از مکاتب روان‌پویشی غالب در آن زمان فاصله گرفت ارائه می‌شوند. سپس، مدل شناختی یا مدل درمان شناختی-رفتاری (CBT) در رابطه با انواعی از اختلال‌ها توصیف شده، پژوهش‌هایی که از رویکردهای مختلف حمایت می‌کنند ارائه شده و تلویحات

بالینی آنها توضیح داده می‌شوند.

در این کتاب، تمامی کاربردهای مدل شناختی منعکس نشده است؛ این کار مستلزم نگارش چندین کتاب است. با این حال، امیدوارم خواننده با شیفتگی من نسبت به تأثیر مستمر مدل شناخت‌درمانی بک آشنا شده و عمیقاً قدر این را بدانیم که از آن روزهای اولیه فاصله گرفته‌ایم. بسیاری از «بدیهیات» درمان شناختی‌رفتاری که امروزه آنها را مسلم می‌دانیم، روزگاری سنت‌شکنی یا گمراه‌کننده محسوب می‌شدند. هرچند دیگر چنین مسائلی وجود ندارد اما نباید از تلاش برای پیشرفت دست بکشیم. نه، امیدواریم که رویکردهای جدید ظهور کنند، تکنیک‌های جدید گسترش یابند و امید تازه‌ای به افرادی که از اختلال‌های روانی رنج می‌برند داده شود.

در نهایت بر آنیم تا با نجات یک نفر دنیا را نجات دهیم.



مبانی شناخت درمانی

فصل ۱

شناخت درمانی مبتنی بر بهبود برای اسکیزوفرنی

دیدگاهی شخصی

آرون بک

از اولین برخوردم با تصاویر و توصیف‌های مربوط به افراد مبتلا به اسکیزوفرنی مسیری طولانی را پیموده‌ام. نخستین برخورد من به تماشای فیلم‌هایی از جمله *گودال مار*^۱ بود. در دانشکده پزشکی، با فیلمی از نمایش افراد عجیب‌الخلقه مواجه شدم که در آن افراد مختلفی را که مبتلا به اسکیزوفرنی بودند و رفتارهای عجیب‌وغریب و هذیان‌های خیالی مرتبط با آن را داشتند نمایش می‌دادند. نخستین تماس مستقیم حرفه‌ای من با این دست بیماران، مربوط به افرادی بود که در اثر درمان شوک انسولین در حالت بیهوشی بودند، یا با سری تراشیده با زخم‌های ناشی از عمل لُب‌برداری در محوطه بیمارستان قدم می‌زدند، یا با پیراهن‌های خاص دیوانگان در اتاق‌های جدا می‌نشستند و یا تحت آب‌درمانی قرار داشتند طوری که در وان‌های داغ دراز می‌کشیدند و فقط سرشان از آب بیرون می‌ماند. من فرصت درمان فردی هذیانی را پیدا کرده بودم که تصور می‌کرد تحت تعقیب نیروهای دولتی است (بک، ۱۹۵۲). در آن موقع تا حدودی بر تفسیر هذیان تمرکز داشتم، اما تمرکز بیشتر بر حمایت کردن از او بود تا با زندگی شخصی سازگار شود.

طی چند دهه بعد ارتباط کمی با افراد مبتلا به اسکیزوفرنی داشتم. در دهه ۱۹۹۰، هنگام شرکت در جلسه‌ای در کالج سلطنتی روان‌پزشکان در انگلستان، پوستری را دیدم که در آن کاربرد شناخت‌درمانی

۱. The Snake Pit یک فیلم درام روان‌شناختی درباره اختلال روانی اسکیزوفرنی است که در سال ۱۹۴۸ در آمریکا روی

پرده رفت. (م.م)

برای تعداد زیادی از افراد^۱ مبتلا به اسکیزوفرنی شرح داده شده بود. سرانجام توانستم دیوید کینگدون و داگ ترکینگتون، نویسندگان آن اثر را پیدا کنم و سپس جلسه‌ای را در شهر فیلادلفیا با حضور درمانگران مختلفی از انگلستان که برای درمان افراد مبتلا به اسکیزوفرنی از شناخت‌درمانی یا درمان شناختی‌رفتاری استفاده می‌کردند ترتیب دادیم که باعث شگفتی و خوشحالی من شد (به فصل ۱۶ این کتاب در ارتباط با درمان شناختی‌رفتاری برای اسکیزوفرنی، نوشته موریسون و مورفی، مراجعه کنید).

در آن هنگام، با پُل گرانت که در آن زمان دانشجوی مقطع کارشناسی ارشد دانشگاه پنسیلوانیا بود و به بیماری اسکیزوفرنی علاقه نشان می‌داد همکاری‌مان را آغاز کردیم. متوجه شدیم با اینکه گروه‌های مختلف درمانگران انگلیسی بر روی جنبه‌های روان‌شناختی علائم مثبت اسکیزوفرنی (توهم و هذیان) کار می‌کردند، اما خلأ بزرگی به‌ویژه در رابطه با پرداختن به علائم منفی اسکیزوفرنی وجود داشت. در آن زمان، اعتقاد بر این بود که آسیب‌های عصب‌شناختی (نقص در کارکردهای اجرایی، توجه و حافظه) علت علائم منفی اسکیزوفرنی هستند. در واقع، بین این نقایص عصب‌شناختی و علائم منفی اسکیزوفرنی همبستگی مثبتی وجود دارد. با این حال، من و پُل به این نتیجه رسیدیم که از نظر منطقی نقایص موجود در رفتار نمی‌تواند به‌طور مستقیم ناشی از نقص در کارکردهای عصب‌شناختی باشد. نظر ما این بود که باورهای ناکارآمد افراد میانجی این دو فرایند هستند. برای آزمون این فرضیه، سیاهه‌ای درباره نگرش‌های شکست (به ادامه فصل نگاه کنید) تهیه کرده و آن را بر روی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی اجرا کردیم. دریافتیم که باورهای شکست با علائم منفی و آسیب‌های عصب‌شناختی همبسته هستند؛ همان‌گونه که فرض کرده بودیم، به نظر می‌رسید نگرش‌های شکست و نگرش‌های غیراجتماعی^۲ حلقه مفقوده بین آسیب‌های عصب‌شناختی و نقایص رفتاری هستند (گرانت و بک، ۲۰۰۹، ۲۰۱۰).

به این نتیجه رسیدیم که احتمالاً نقایص عصب‌شناختی منجر به عملکرد تحصیلی و اجتماعی ضعیف‌تر در دوره نوجوانی می‌شوند (برای نمونه، ناامیدی از خود، بدگویی و حتی مورد زورگویی واقع شدن از سوی دیگران). از این رو، بیان داشتیم افرادی که نسبت به اسکیزوفرنی آسیب‌پذیرند برای محافظت از خود در برابر هرگونه صدمه و آسیبی، دیواری از نگرش‌های محافظتی ایجاد می‌کنند (گرانت، بک، استولار و رکتور، ۲۰۰۹). دریافتیم افرادی که علائم منفی بیشتری دارند، علاوه بر باورهای مرتبط با شکست، در مقیاس باورهای غیراجتماعی نیز نمره‌های بالاتری کسب می‌کنند. این امر نشان‌دهنده اهمیت نگرش‌های ناکارآمد در تضعیف زندگی اجتماعی افراد مبتلا به این نشانگان نقص است. مقیاس باورهای غیراجتماعی حاوی تعدادی سؤال‌های مربوط به انزوا بود، از جمله «من

۱. در این فصل به کسانی که مبتلا به اسکیزوفرنی هستند با عنوان «افراد» اشاره می‌کنم نه بیمار، تا به جای بیماری بر شخص تأکید کنم.

تماشا کردن تلویزیون را به بیرون رفتن با دیگران ترجیح می‌دهم» (بک، گرانت، هاه، پریولیوتیس و چانگ، ۲۰۱۳؛ گرانت و بک، ۲۰۱۰).

با این نتیجه‌گیری در تحقیق و فرمول‌بندی، به نظر می‌رسید گام بعدی انجام یک کارآزمایی بالینی با هدف اصلاح نگرش‌های ناکارآمد است، با این امید که چنین کاری گرایش‌های غیرمنفعلانه فرد را شکوفا سازد و برخورداری از زندگی باکیفیت‌تر و همچنین استقلال بیشتر، تعامل‌های اجتماعی بهتر و موفقیت حرفه‌ای را برایشان تسهیل کند. برای ارزیابی اثربخشی شناخت‌درمانی در بیماران سرپایی مبتلا به اسکیزوفرنی که عملکرد پایینی داشتند دست به انجام کارآزمایی بالینی زدیم (گرانت، هاه، پریولیوتیس، استولار و بک، ۲۰۱۲). در این مطالعه، شصت نفری که علائم منفی برجسته و آسیب‌های عصب‌شناختی داشتند به صورت تصادفی در گروه درمان استاندارد به‌تنهایی یا درمان استاندارد همراه با شناخت‌درمانی قرار گرفتند. طول درمان از شش تا هجده ماه متغیر بود. درمانگران علاوه بر علائم منفی در افراد دارای عملکرد پایین، برای پرداختن به علائم مثبت در افراد با عملکرد بالا نیز از تکنیک‌های رسمی شناخت‌درمانی استفاده کردند. تجزیه و تحلیل داده‌های سنجش کور نشان داد شرکت‌کنندگانی که شناخت‌درمانی دریافت کرده بودند در مقایسه با شرکت‌کنندگانی که درمان استاندارد دریافت کرده بودند عملکرد کلی بهتر، علائم منفی کمتر (به‌ویژه، بی‌ارادگی و بی‌احساسی) و علائم مثبت (توهم‌ها، هذیان‌ها و آشفتگی) کمتری در پایان درمان داشتند.

هنگام انجام این مطالعه، متوجه محبوبیت فزاینده مفهوم بهبود در حیطه سلامت روان شدیم و بر مفاهیم زیربنایی آن یعنی احیای احترام به خود، استقلال و مشارکت فرد در جامعه صحنه گذاشتیم. نکته مهم این بود که بسیاری از افراد بدون اینکه نسبت به ماهیت آسیب‌شناسانه صداها و هذیان‌های خودشان بینش پیدا کنند در حیطه شغلی و اجتماعی بهبود عالی نشان دادند (گرانت، ریسور، لوتر، برینن و بک، ۲۰۱۳؛ پریولیوتیس، گرانت و بک، ۲۰۰۹).

به‌منظور تأمین نیاز به درمانگران آموزش‌دیده در شناخت‌درمانی مبتنی بر بهبود^۱ (CT-R)، برنامه گسترده‌ای را درباره آموزش بالینگران در بیمارستان‌ها، گروه‌های درمان پیگیرانه اجتماعی (گروه‌های ACT)، مراکز سلامت روان در سطح جامعه و درمانگاه‌های سرپایی، شروع کردیم. هم‌چنین در چندین بیمارستان و مرکز سلامت روان عمومی محیطی را برای بهبود تدارک دیدیم. این برنامه موجب افزایش فعالیت افراد و مشارکت کارکنان و افراد شد. رویکرد درمانی ما (CT-R) در نمونه زیر نشان داده شده است.

شرح حال یک مورد بالینی

جین، زنی سفیدپوست و میانسال که حدود ۲۰ سال در بیمارستان بستری بود، توسط درمانگر در واحد

مراقبت‌های شبانه‌روزی ملاقات شد. او معتقد بود که خدای جهان است و گیاهان، سیارات و همچنین ساکنان زمین را او خلق کرده است. اعتقاد داشت برخی از افرادی که خلق کرده اکنون دشمن او شده‌اند. می‌گفت برای محافظت از خودش، از سایر افراد کناره‌گیری کرده است. او در حالت منزوی و قهقراپی خود، به دیوار خیره می‌شد یا گاهی دیوار را به مدفوع خود آغشته می‌کرد. به بهداشت فردی اهمیت چندانی نمی‌داد، سر و وضع ژولیده‌ای داشت و عموماً بی‌نظم بود.

درمانگر جین کار را با برقراری ارتباط و پیوند صادقانه و صمیمی شروع کرد. همین که جین ارتباط برقرار کرد، گام بعدی مشخص کردن نیازهای ذهنی او بود: تعلق داشتن، مورد احترام بودن، مستقل و مولد بودن. جین نشان داد که هدف بلندمدت او بازگشت به کارش یعنی تدریس است. سپس، درمانگر با او همکاری کرد تا فعالیتی را پایه‌ریزی کند که در حین اقامت در بیمارستان برایش جذاب نیز باشد. جین گفت که به پخت‌وپز علاقه‌مند است و سپس شروع به پختن کیک فنجانی برای خود و سایر افراد حاضر در آن واحد کرد. طولی نکشید که جین آموزش پخت‌وپز به دیگران را آغاز کرد. نه تنها طرز تهیه کیک فنجانی، بلکه نحوه پخت کیک سوفله^۱ و سایر غذاهای پیچیده را نیز به دیگران آموزش می‌داد. تهیه غذا و آموزش به سایر بیماران جین را متحول ساخت. مجدداً به بهداشت شخصی خود اهمیت داد، بیشتر با دیگران تعامل می‌کرد و به‌جای صحبت کردن به شکلی آشفته از جمله‌های کامل‌تری در گفتگوهای خود استفاده می‌کرد.

وقتی جین پخت‌وپز را آغاز کرد و مجدداً نقش تدریس به دیگران را ایفا کرد، «شخصیت ماقبل بیماری‌اش» دوباره ظهور کرد و جایگزین کج‌خلقی و ظاهر عبوس او شد. هر موقع که جین در ذهنیت واپس‌روی بود، ترس‌ها و نگرانی‌ها و همچنین آمیزه‌ای از باورها را تجربه می‌کرد که آنها را برای محافظت از خود در برابر آسیب ایجاد کرده بود. ترس او درباره تمسخر شدن هنگام مشارکت در فعالیت‌های گروهی بود. نسبت به هرگونه اقدام کارکنانی که آنها را کنترل‌کننده یا طردکننده ادراک می‌کرد حساسیت زیادی نشان می‌داد و زمانی که احساس می‌کرد توسط کارکنان تهدید می‌شود، اقدام فوری او تلافی کردن به صورت کلامی و گاهی فیزیکی بود. در این مواقع، جین خودش را آسیب‌پذیر، بی‌کفایت و کودن تصور می‌کرد. رفتار پرخاشگرانه او نوعی راهبرد جبرانی برای احساس درماندگی و پست‌تر بودنش نسبت به دیگران بود. از طریق آشپزی کردن و در نهایت آموزش به دیگران، او ذهنیت سازگارانه‌تری را اتخاذ کرد. در این ذهنیت، می‌توانست خودش را شایسته، توانمند و مورداحترام دیگران تصور کند. بدین ترتیب، رفتار او از یک فرد ضعیف و مورد تهدید، به رفتار یک مربی و معلم تغییر یافت.

با این حال، همان‌گونه که می‌توان حدس زد، بعد از اینکه او موقعیت سازنده در آشپزخانه را ترک

کرد رفتارهای سازگارانه‌اش ادامه نیافتند. وقتی به اتاقش بازمی‌گشت، تمام باورهای ناسازگارانه مرتبط با ذهنیت واپس‌روی مجدداً فعال می‌شدند. بدیهی است، ماتریس باورهای واپس‌روی که به دلایل مختلفی ظاهر و تقویت شده بودند، اساساً قوی و غیرقابل تغییر بودند. با وجود این، هرچه ذهنیت سازگارانه بیشتر فعال می‌شد (مانند، «من باکفایت هستم» و «مردم به من احترام می‌گذارند»)، باورهای مثبت مرتبط با این ذهنیت سازگارانه نیز بیشتر تقویت می‌شدند و باورهای منفی و ناکارآمد مرتبط با ذهنیت واپس‌روی به تدریج رنگ می‌باختند. او پس از سه ماه از برقراری ارتباط با درمانگرش، از بیمارستان مرخص شد. تأثیر بین فردی تعامل او با درمانگرش این فرصت را به او داد تا در محیطی که به نظرش خصمانه بود احساس امنیت کند و مشارکت در فعالیت‌های معنادار با دیگران عزت‌نفس او را احیاء کرد و برای بازگشت به زندگی قبلی به او انگیزه داد.

جین تحت سلطه ذهنیت ناسازگار و واپس‌رو قرار داشت که بازتاب دیدگاه منفی او درباره خود، جهان و آینده‌اش بود. برخی از باورهای او بدین‌گونه بودند: «من باید از خودم محافظت کنم. زمانی که از دیگران دور هستم احساس بهتری دارم. تعامل با دیگران، مرا دچار دردسر می‌کند. انرژی کافی برای کار کردن ندارم. دلیلی ندارد برای انجام کاری تلاش کنم چون در نهایت شکست می‌خورم.» هذیان‌های بزرگ‌منشی راهبرد جبرانی برای باورهای منفی او درباره خود و جهان بیرونی بودند.

در کار با افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، از هذیان به‌عنوان منبعی از اطلاعات استفاده می‌کنیم. به جای چالش با باور جین مبنی بر اینکه او خداست، از او پرسیدیم، «خدا بودن چه خوبی‌هایی دارد؟» درمانگر انتظار داشت که پاسخ او چیزی شبیه به این باشد، «اگر من خدا باشم، می‌توانم معجزه کنم، ذهن افراد را بخوانم و آینده را تغییر دهم.» پاسخ جین متفاوت بود. برای او خدا بودن به این معنا بود: «می‌توانم به مردم کمک کنم.» همین‌طور با درک این موضوع که تمایل داشت به دیگران کمک کند و همچنین اطلاعات موجود در تاریخچه روان‌پزشکی درباره شغل اصلی‌اش به‌عنوان معلم، توانستیم زمینه‌ای فراهم کنیم که در آن می‌توانست ابتدا از طریق آشپزی دیگران را تغذیه کند و سپس به آنها کمک کند تا خودشان این مهارت‌ها را یاد بگیرند.

اجتماع درمانی

ما در کار خودمان با جین در واحد مراقبت‌های گسترده حاد، بر ایجاد اجتماع درمانی تمرکز کردیم که امکان ایجاد این تحولات فراهم بود. فعالیت‌ها و برنامه‌هایی را سازمان‌دهی کردیم تا انگیزه افراد برای تعامل با سایرین را تحریک کنیم و برای کمک به آنها ابزارهایی را در اختیار کارکنان بیمارستان قرار دادیم. این برنامه شامل یکپارچه‌سازی روان‌پزشکان، پرستاران و کارکنان سلامت روان به همراه افراد تحت مراقبت در طرح‌های گروهی از جمله برگزاری نمایشگاه هنر، تزئین واحد و اجرای نمایشنامه

بود که برای تمام اعضای بیمارستان مفید بودند. افراد مبتلا به اسکیزوفرنی ابتکار تهیه متن نمایشنامه برای تئاتر، حفظ کردن آن، ساخت دکورها و طراحی لباس را در اختیار داشتند. یک هنر درمانگر نیز بر کارشان نظارت داشت. کارکنان نیز در نمایشنامه نقش داشتند. منزوی‌ترین فرد نقش مجری اعلام‌کننده برنامه را ایفا کرد. نکته جالب این بود که تماشاگران گزارش کردند که قادر نبودند بیماران را از کارکنان در آن نمایشنامه تمییز دهند.

یک هفته بعد از اجرای موفقیت‌آمیز نمایشنامه در واحد، جین که نقش تهیه‌کننده نمایشنامه را بر عهده داشت، گفت از این تجربه آموخته که: «من توانا هستم، اعتمادبه‌نفس دارم و به خودم افتخار می‌کنم. احساس می‌کنم که عضوی از گروه و ارزشمند هستم.» سایر شرکت‌کنندگان نیز پاسخ‌های مشابهی را گزارش کردند. درمانگران پس از اجرای نمایشنامه و سایر تجارب موفقیت‌آمیز، به‌طور مرتب نتیجه‌گیری‌های مثبت حاصل از عملکرد موفق بیماران را تقویت می‌کردند.

درمان فردی

تعامل با درمانگر نقش انکارناپذیری در روان‌درمانی افرادی که از ذهنیت واپس‌رو برخوردارند بازی می‌کند. دل‌مشغولی فرد با توهم‌ها، دشواری در هدایت منابع توجهی به سمت موقعیت درمانی و میل به دفع مزاحمت‌های سایر افراد از جمله موانع تعامل موفقیت‌آمیز هستند. وقتی بیماران مبتلا به هذیان‌های پارانوئیدی درمانگر را دشمن خود ادراک کنند چه‌بسا ممکن است تعامل کردن برایشان دشوار باشد. برای نمونه، فردی که بیشتر وقتش را صرف خیره شدن به دیوار می‌کرد درمانگر توانست با پخش یک موسیقی و پرسیدن نام آن آهنگ توجه او را جلب کند. در چنین موقعیتی انگیزه فرد افزایش می‌یافت و می‌توانست قبل از واپس‌روی به ذهنیت بی‌احساسی خود، درباره موسیقی و نوازندگان آن به بحث و گفتگو بپردازد.

به مرور زمان، درمانگر می‌توانست مدت‌زمان تماس را افزایش دهد. در واقع تا وقتی بیمار و درمانگر به این نقطه نرسند تعامل را ادامه می‌دهند. برای تعامل افراد با درمانگر علاوه بر پخش موسیقی از روش‌های مختلفی استفاده کردیم. برای نمونه، یکی از درمانگران زن در گروه ما توانست با همراه داشتن یک جعبه آرایش ناخن به حریم زنی که اساساً ارتباط‌ناپذیر نشان می‌داد نفوذ کند و به او بگوید که قصد دارد ناخن‌هایش را آرایش کند. این تجربه به‌وضوح برای فرد یادآور صحبت با آرایشگر ناخنش بود و شروع به تبادل کلامی با درمانگر کرد. سایر راهبردهایی که به ایجاد ارتباط معنادار با افراد کمک می‌کنند پیاده‌روی با همدیگر، تزئین غذا و نشان دادن عکس‌هایی از محل زادگاه افراد هستند. ضروری است درمانگر رابطه را تا جایی که فرد بتواند درمانگر را فردی قابل‌اعتماد در نظر بگیرد و برقراری ارتباط با او را آغاز کند، گسترش دهد.

فعال‌سازی ذهنیت سازگاران

همان‌گونه که در مورد جین دیدیم، ارائه هر چه بیشتر تجارب عادی‌ساز اصلاحی برای فعال کردن و تقویت ذهنیت سازگاران مثبت و کاهش قدرت ذهنیت منفی، یک راهبرد درمانی است. این فرایند به دلیل نیرومندی باورهای ناکارآمد و لزوم وجود تجارب اصلاحی متعدد برای تضعیف این باورها دشوار است. از طریق افزایش فعالیت و وابستگی اجتماعی، افزایش لذت و تسلط در زندگی افراد و بهبود مهارت‌های ارتباطی آنها امکان فعال کردن توانایی‌های زیربنایی وجود دارد. وقتی مهارت‌های فرد بهبود یابد، علائم منفی تضعیف می‌شوند. قابل ذکر است که ما افراد زیادی را دیده‌ایم که صحبت کردن به شیوه‌ای منسجم و واقع‌بینانه، گرفتن تصمیمات بهتر و تمرکز بر اهداف و آرمان‌های بلندمدت را آغاز کرده‌اند.

درمانگر و درمانجو برای فرمول‌بندی برنامه‌های عمل با یکدیگر همکاری می‌کنند. یکی از نیرومندترین برنامه‌های عمل فعال‌سازی مهارت‌ها و راهبردهایی هستند که فرد پیش‌تر، قبل از شروع بیماری اسکیزوفرنی از آنها استفاده می‌کرد. علاوه بر این، ما بر اساس این فرض عمل کردیم که انتخاب فعالیت خاصی که برای افراد معنادار باشد می‌تواند انگیزه لازم برای مشارکت در این فعالیت‌ها را افزایش دهد. فعال‌سازی خزانه مهارت‌های مرتبط، از جمله استدلال یا حل مسئله، زمانی اتفاق می‌افتد که فعالیت معناداری انجام شده باشد. در مورد جین، دریافتیم که تدریس او به سایر افراد، هدف مربوط به فعالیت معنادار را که موجب فعال‌سازی مهارت‌های نهفته او می‌شدند تأمین می‌کرد. البته، استفاده از این خزانه به عنوان بخشی از فعالیت گروهی در مقایسه با انجام انفرادی یک فعالیت تأثیر بیشتری داشت.

در اکثر موارد، وقتی افراد درگیر فعالیتی می‌شوند که توافق عمومی در مورد آن وجود دارد تحت تأثیر باورهای ناکارآمد متوقف می‌شوند. در برخی موارد، قبل از پیشنهاد مشارکت در فعالیت گروهی، درمانگر باید به صورت انفرادی با فرد کار کند تا این موانع از میان برداشته شوند. همان‌گونه که نشان دادیم، درمانگر ما در تعیین برنامه عمل و مقابله با باورهای ناکارآمد با فرد همکاری می‌کرد. برای مقابله با نگرش‌های عمیقاً ریشه‌دار از آزمایش‌های رفتاری خاص استفاده می‌شود. آزمایش رفتاری ممکن است شامل فعالیت ساده‌ای همچون پیاده‌روی باشد که با باور فرد مبنی بر اینکه انرژی کافی برای پیاده‌روی ندارد مقابله می‌کند. در مثال جین، آزمایش رفتاری عبارت بود از آزمایش باورهای ناکارآمد او از طریق پختن کیک برای خود و سایرین. این فعالیت به او نشان داد که انرژی لازم را دارد و فرد باکفایتی است. مرور آموخته‌های فرد درباره انجام فعالیت بسیار مهم است. جین همچنین یاد گرفت که از انرژی لازم برای انجام تکالیف پیچیده که به نظرش مشکل بودند برخوردار است. او

گزارش داد: «من قطعاً انرژی دارم»، «می‌توانم از تعامل با سایر افراد لذت ببرم» و «این نشان می‌دهد که من فرد بی‌کفایتی نیستم».

نتایج درمان فردی برای افرادی که عملکرد پایینی دارند

در ایالت جورجیا یک برنامه آموزشی اجرا شد. شناخت درمانی در یک دوره سه ساله به درمانگران آموزش داده شد. این دوره آموزشی شامل کارگاه‌هایی برای تمام درمانگران و نظارت بالینی موردی برای هر درمانگر به مدت ۶ ماه بود. نظارت بالینی بدین گونه بود که جلسه‌ها ضبط می‌شدند و در پایان فرایند نوارهای صوتی مورد ارزیابی قرار می‌گرفتند. در واقع، تمام درمانگران با استفاده از ارزیابی جلسه‌های ضبط‌شده در این رویکرد درمانی توانمند شدند.

درمانگر اطلاعات مربوط به پیشرفت افراد را در طول شش ماه آموزش تحت نظارت بالینی گزارش داد. از یک نمونه ۳۷۶ نفری که در این مطالعه درمان شده بودند ۶۹ درصد حداقل در یکی از ابعاد درمان در این دوره شش‌ماهه بهبود نشان دادند. در مورد بُعد «هدف»، ۵۹ درصد از افراد حداقل در یک طبقه از جمله مشارکت در فعالیت‌های مثبت در خارج از جلسه‌ها، شرکت در یک برنامه تفریحی و ایفای نقش جدید بهبود نشان دادند. ۵ درصد افراد شغل پیدا کردند و ۲ درصد به مدرسه/دانشگاه بازگشتند. در بُعد «اجتماع» که شامل قرار گذاشتن، برقراری روابط دوستی جدید یا پیوستن به یک سازمان بود ۲۰ درصد افراد بهبود نشان دادند. در بُعد «سلامت»، با مشارکت حداقل ۴۹ درصد، افراد در فعالیت‌های فیزیکی در خارج از جلسه‌ها بهبود نشان دادند و بهبود در موانع درمان را تجربه کردند. در بُعد «خانه» که شامل موانع محیطی (قانونی، مسکن، نظام حمایتی) بود، ۱۰ درصد از افراد به بهبود دست یافتند.

بحث: ملاحظه‌های نظری

از کار با افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، به ویژه افرادی که عملکرد بسیار پایینی داشتند، چیزهای زیادی آموخته‌ایم. از نظر ما علائم مثبت اسکیزوفرنی همچون هذیان و توهم را می‌توان به صورت بیش‌فعالی نظام‌های تخیلی و ادراکی مفهوم‌پردازی کرد. برای فرد مبتلا به اسکیزوفرنی که توهم یا هذیان را تجربه می‌کند، به اندازه فردی که هنگام خواب رؤیا می‌بیند و یا فردی که در اثر مصرف LSD بسیار سرخوش است، استفاده از راهبردهای واقعیت‌سنجی دشوار است. آشکارا، این تجارب حسی و شناختی قوی می‌توانند منجر به ترس، انزوا و پرخاشگری شوند.

ما معتقدیم که علائم منفی بیانگر «در جا زدن» نظام‌های انگیزشی، عاطفی و رفتاری هستند. به عبارت دیگر، نظام‌هایی که در پایین‌ترین سطح از فعال‌سازی عمل می‌کنند ممکن است از طریق

تحریک مناسب به سطح عملکرد بالاتری برسند. دیدگاه جین مبنی بر اینکه جهان بسیار تهدیدکننده است به انزوا و عقب‌نشینی شدید او ختم شده بود. در پسِ باورهای ناکارآمد جین همچون «نمی‌توانم آن کار را انجام دهم» خودانگاره پست بودن، بی‌کفایتی و آسیب‌پذیر بودن قرار داشتند.

برای درک کامل تغییرات جین و سایر افراد، بررسی ساختار و کارکردهای شخصیت بسیار حائز اهمیت است. نظام شخصیت شامل تعدادی خرده‌نظام تحت عنوان «ذهنیت‌ها» هستند که افراد را قادر می‌سازند تا با شرایط متغیر سازگار شوند (بک و هایگ، ۲۰۱۴). وقتی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی از محیط اجتماعی کناره‌گیری می‌کنند، دیگر به بهداشت شخصی اهمیت نمی‌دهند و وقتی دیگران به آنها نزدیک می‌شوند آنها را دفع کرده یا از گفت‌وگو با دیگران امتناع می‌کنند، به ذهنیتی می‌لغزند که قبلاً تحت عنوان «ذهنیت واپس‌رو» از آن یاد کردیم. این ذهنیت پیچیده دربرگیرنده دیدگاه کلی متمرکز بر سه‌گانه شناختی خود، آینده و جهان خارج است. شالوده این سه‌گانه شناختی را ماتریسی از باورهای خاص تشکیل می‌دهد. در افراد کناره‌جو ذهنیت واپس‌رو بر تمام ذهنیت‌های فرد غالب است. در حالی که در افراد عادی در زمان‌های مختلف ذهنیت‌های متفاوتی غلبه دارند، ذهنیت غالب در افراد دوری‌گزين واپس‌روی است. از طریق تغییر درون‌داد محیطی می‌توان این ذهنیت را به طور موقت تغییر داد. برای نمونه، متوجه شدیم مواقعی که افراد بسیار دوری‌گزين در یک نمایشنامه، نمایش استعداد یا سایر فعالیت‌های گروهی شرکت می‌کنند بشاش و سرزنده می‌شوند. هنگام چرخش ذهنیت افراد به ذهنیت سازگارانه، باورها به شکل «من می‌توانم کارها را انجام دهم»، «من می‌توانم به سایر افراد کمک کنم» و «من برای انجام کار انرژی دارم» درمی‌آیند.

نتیجه‌گیری

رویکرد شناختی در مورد اختلال‌های روانی شدید به‌خصوص اسکیزوفرنی، یکی از نخستین روان‌درمانی‌های موفق این اختلال است. ما که حرکت‌مان را در انگلستان و از کاربرد مؤثر شناخت‌درمانی برای علائم مثبت شروع کرده بودیم، نخست مدل شناختی را برای علائم منفی گسترش دادیم. از دیدگاه باورهای غیراجتماعی و شکست که مانع انگیزش سازنده شده و موجب فعال شدن ذهنیت اجتنابی می‌شوند، علامت‌شناسی بالینی را بررسی کردیم. دریافته‌ایم که علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی شخصیت سازگار نهفته را واپس می‌زنند.

وقتی افراد درگیر فعالیتی مانند آیفای نقش در یک نمایشنامه می‌شوند، همانند کارکنان عادی به نظر می‌رسند. آنها می‌توانند توجهشان را بر مقتضیات موقعیت متمرکز سازند و از خزانه مهارت‌های شناختی خود از جمله حل مسئله و استدلال کمک بگیرند.