

## درمان روان‌پریشی

راهنمای درمانی جلسه به جلسه با تلفیق ACT،  
درمان متمرکز بر شفقت و ذهن‌آگاهی در قالب درمان شناختی رفتاری

راهنمای درمانی جلسه به جلسه برای درمان فردی و گروهی  
همراه با کاربرگ‌ها، مثال‌های موردی و تمرینات هدایت‌شده

# فهرست مطالب

۸	..... قدردانی
۱۱	..... پیشگفتار
۱۳	..... نکته‌ای درباره ادغام و کاربرد رویکردهای درمانی و زبان
۱۵	..... <b>بخش اول بررسی اجمالی پیش از درمان</b>
۱۶	..... فصل اول: مقدمه‌ای بر درمان یکپارچه روان‌پریشی
۲۲	..... فصل دوم: مدل مفهومی
۳۳	..... فصل سوم: اجرای گروهی
۳۹	..... <b>بخش دوم واحدهای درمان</b>
۴۰	..... فصل چهارم: واحد اول: ارتباط درمانی، مشارکت و ارزیابی
۶۱	..... فصل پنجم: واحد دوم: مفهوم‌پردازی و طرح‌ریزی درمان: نقاط قوت، ارزش‌ها و اهداف
۷۸	..... فصل ششم: واحد سوم: تنظیم هیجان و تاب‌آوری
۱۰۹	..... فصل هفتم: واحد چهارم: حرکت به سوی اهداف ارزشمند
۱۲۹	..... فصل هشتم: واحد پنجم: درک، ارزیابی و درمان افکار و هذیان‌های پریشان‌کننده
۱۵۶	..... فصل نهم: واحد ششم: آشنایی با صداها و کار روی آنها
۱۸۷	..... فصل دهم: واحد هفتم: دستاوردها و برنامه‌ای برای تداوم بهبودی
۱۹۵	..... <b>بخش سوم ملاحظات بیشتر</b>
۱۹۶	..... فصل یازدهم: ملاحظات ویژه و همبودی‌ها
۲۰۳	..... فصل دوازدهم: چند نکته پایانی
۲۰۴	..... <b>پیوست: کاربرگ‌ها</b>
۲۸۳	..... منابع
۲۹۸	..... فهرست منابع
۳۰۶	..... واژه‌نامه انگلیسی به فارسی
۳۰۹	..... واژه‌نامه فارسی به انگلیسی

## نکته‌ای درباره ادغام و کاربرد رویکردهای درمانی و زبان

مطابق با رویکردی که ما نسبت به درمان و مراجعانمان داریم، در سراسر جهت‌گیری‌های درمانی خود، رویکردی منعطف و فردی را برای هدف‌گذاری راهبردهای درمانی اتخاذ کرده‌ایم که در کار با افرادی که تجربیات زیسته روان‌پریشی دارند، مفید به نظر می‌رسد. به این ترتیب، امیدواریم که این کتاب راهنما نمایانگر نوعی یکپارچگی بالینی معنادار و توانمندکننده از رویکردهایی باشد که برای افراد مبتلا به روان‌پریشی مفید واقع شود.

ما سعی کرده‌ایم در این کتاب از رساترین اصطلاحات فعلی و محترمانه‌ترین زبان استفاده کنیم. ما از اصطلاح «روان‌پریشی» به جای اسکیزوفرنی یا اختلالات طیف اسکیزوفرنی استفاده می‌کنیم، مگر اینکه بخواهیم به تحقیقاتی اشاره کنیم که در آنها از اصطلاحات تشخیصی اسکیزوفرنی استفاده شده باشد. مطابق با یک مدل درک پیوستاری، ما از اصطلاحات «افکار پریشان‌کننده» و «هذیان‌ها» به جای یکدیگر استفاده می‌کنیم تا در مورد طیفی از تجربیات مشخص فرهنگی و شیوه‌ای که مراجعانمان درباره آن فکر می‌کنند و به تجربیاتشان برچسب می‌زنند، صحبت کنیم. به‌منظور استفاده کمتر از اصطلاحات آسیب‌شناسانه، ما اصطلاح «تجارب روان‌پریشی» را اغلب به جای علائم روان‌پریشی به کار می‌گیریم که بهتر می‌تواند منعکس‌کننده تجربیات زیسته افرادی باشد که با روان‌پریشی دست‌وپنجه نرم می‌کنند. همه ما می‌دانیم که هر تجربه‌ای از روان‌پریشی منحصر به فرد است و به همین دلیل، نمی‌توانیم جزئیات ظریف زبانی را که به بهترین نحو نمایانگر تنوع در تجارب و محیط‌های هر فرد باشد، رعایت کنیم. در نهایت، به واسطه یک ارتباط درمانی مشارکت‌آمیز است که ما می‌توانیم زبانی را به کار بگیریم که برای هر فرد قابل‌قبول‌تر، محترمانه‌تر و رساتر باشد.

از آنجا که این راهنما برای متخصصان با زمینه‌های آموزشی و پیشینه بالینی مختلف نوشته شده است، ما سعی کرده‌ایم که این کتاب برای همه متخصصان بالینی، با هر نوع دانش و هر میزان تجربه‌ای، متناسب باشد. اطلاعات بالینی، مطالب و برخی دستورالعمل‌ها گاهی اوقات ممکن است در سراسر فصل‌ها تکرار شوند تا برخی اصول مورد تأکید قرار گیرند، اما بسته به نیاز مراجعان و نوع محیط درمان (بستری، سرپایی، درمان مبتنی بر اجتماع و ...) جلسات، فصل‌ها یا مواد آموزشی را می‌توان به شکل مستقل اجرا کرد. به‌منظور حفظ یکپارچگی درمان، ما از برخی اصطلاحات مربوط به

جهت‌گیری‌های نظری مختلف (درمان شناختی‌رفتاری، روان‌شناسی مثبت‌نگر، درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت، ذهن‌آگاهی و فعال‌سازی رفتاری) استفاده کرده‌ایم. ما به‌جای برجسته کردن تفاوت‌ها، این رویکردها را با تأکید بر فرآیندهای رایج و مکانیسم‌های درمانی آنها، یکپارچه‌سازی می‌کنیم. واژه‌نامه اصطلاحات بالینی در وب‌سایت ما به آدرس <http://treatingpsychosis.com> ارائه شده است. استفاده از یک رویکرد یکپارچه، انسان‌گرایانه و توانمندکننده به روان‌پریشی که بر راهبردهای درمانی مبتنی بر شواهد و تجربه بالینی استوار باشد، رویکرد درمانی بسیار معناداری را برای کار با مراجعان فراهم می‌کند که توانایی آنها را برای زندگی کردن با حداکثر پتانسیل‌شان افزایش می‌دهد.

بخش اول

بررسی اجمالی پیش از درمان

## فصل اول

### مقدمه‌ای بر درمان یکپارچه روان‌پریشی

درمان شناختی-رفتاری (CBT) یک درمان مؤثر برای طیف وسیعی از مشکلات روان‌پزشکی و روانی اجتماعی از جمله افسردگی، اختلالات اضطرابی، سوءمصرف مواد، اختلالات خوردن و اختلالات شخصیت در نظر گرفته می‌شود. با این حال، CBT برای روان‌پریشی (CBTp) از لحاظ تاریخی، به دلیل اتکای سنتی به راهبردهای دارویی در درمان اختلالات روان‌پریشی، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. به موازات آن، اغلب چنین پنداشته می‌شود که افراد مبتلا به روان‌پریشی نمی‌توانند از روان‌درمانی سود ببرند. با این حال، با توجه به این واقعیت که حداقل ۵۰ درصد از افرادی که مبتلا به اسکیزوفرنی تشخیص داده می‌شوند، علی‌رغم مدیریت دارویی کافی و پیروی از آن، تجارب روان‌پریشی مداوم و پریشان‌کننده‌ای را تجربه می‌کنند (رابینسون، وورنر، مک‌مینن، مندلوویتز و بیلدر، ۲۰۰۴)، نیاز به راهبردهای درمانی دیگر بسیار اهمیت می‌یابد.

با در نظر گرفتن هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی اختلالات روان‌پریشی، این فوریت برای درمان‌های جدید، بیشتر نیز می‌شود. اگرچه اختلالات روان‌پریشی کمتر از ۱ درصد از جمعیت عمومی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، تنها در کانادا، اسکیزوفرنی حدود ۱/۱۲ میلیارد دلار هزینه مستقیم مراقبت‌های بهداشتی و غیر بهداشتی را شامل می‌شود (انجمن روان‌پزشکی کانادا، ۲۰۰۵). به‌طور مشابه، بررسی اخیر انجام‌شده در بریتانیا به این نتیجه رسید که کل هزینه سالانه اسکیزوفرنی ۸/۸ میلیارد پوند است. اگرچه اختلالات عاطفی با خصوصیات روان‌پریشانه شیوع کمتری داشت، هزینه‌های مربوط به این اختلالات ۵/۰ میلیارد پوند در سال برآورد شد (کیرک براید و جونز، ۲۰۱۱). در نهایت، یک مطالعه در ایالات متحده که هزینه بیماری‌های مزمن مختلف را در میان مجموعه داده‌های مربوط به Medicaid<sup>۱</sup> بررسی می‌کرد، نشان داد که روان‌پریشی پرهزینه‌ترین اختلال مزمن برای درمان هر فرد به‌صورت سالانه است (گاریس و فارمر، ۲۰۰۲). هزینه‌های درمان روان‌پریشی به‌صورت سالانه بیش از هزینه‌های مربوط به بیماری‌های قلبی-عروقی و دیابت است. از همه مهم‌تر اینکه روان‌پریشی به‌عنوان یک عامل تشدیدکننده و همایند در حدود ۷۰ درصد از پرهزینه‌ترین

۱ یک برنامه فدرال و دولتی در ایالات متحده که هزینه مراقبت‌های بهداشتی برخی افراد با درآمد و منابع محدود را بر عهده دارد.

بیماری‌های مزمن عمل می‌کند. جدا از هزینه‌های اقتصادی، اختلالات روان‌پریشی با بیماری‌ها و مرگ‌ومیر قابل توجه و ناتوانی گسترده در عملکرد شغلی، اجتماعی و کارهای روزمره و همچنین کیفیت کلی زندگی همراه است. در نهایت، اگرچه ناتوانی همراه با اختلالات روان‌پریشی به‌طور مستقیم مورد توجه قرار نمی‌گیرد، مستلزم مشارکت اعضای خانواده در مراقبت از این افراد است. این درگیری اغلب منابع هیجانی و مالی خانواده را تحلیل می‌برد و منجر به فرسودگی شغلی و سایر اثرات منفی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی افراد می‌شود. واضح است که گسترش رویکردهای درمانی و به حداکثر رساندن پیامدهای آنها، به ویژه در مورد افرادی که به‌طور دائم از تجربیات روان‌پریشی رنج می‌برند، بسیار اهمیت دارد.

## روان‌پریشی: تجربیات و ویژگی‌های اصلی

اگرچه بسیاری از خوانندگان از قبل با روان‌پریشی و طیف اختلالات روان‌پریشی و «علائم» مرتبط با آنها آشنا هستند، توصیف تجربیات اصلی حاصل از روان‌پریشی و همچنین تشریح مختصر آن نوع از مشکلات سلامت روان که با ویژگی‌های روان‌پریشی مشخص می‌شوند مفید خواهد بود. موضوعات مربوط به مفهوم‌پردازی، ارزیابی و درمان مشکلات خاص همراه با روان‌پریشی در فصل‌های بعدی به‌طور دقیق مورد بحث قرار خواهد گرفت.

علاوه بر مشکلات مربوط به تفکر، رفتار و هیجان، تجارب روان‌پریشی از قبیل توهمات شنوایی و هذیان‌ها را می‌توان به‌صورت فراتشخیصی در نظر گرفت. هذیان‌ها به‌عنوان باورهای اشتباهی تعریف می‌شوند که به‌طور معمول تفسیر نادرست از ادراکات یا تجربیات را در بر می‌گیرند (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی یا *DSM-5*؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). همان‌طور که در فصل‌های بعدی توضیح داده خواهد شد، اگرچه هذیان‌ها می‌تواند موضوعات مختلفی را در برگیرد، بیشترین هذیان‌های گزارش شده به مفاهیم پارانویا، گزند و آسیب - «سی‌آی‌ای در حال دسیسه‌چینی برای من است» - و هذیان انتساب، این باور که رویدادها، اشیا یا رفتارهای تصادفی دیگران به فرد ارتباط دارد، مربوط می‌شود. سایر هذیان‌های رایج عبارت‌اند از هذیان‌های جسمانی، مذهبی یا بزرگان‌اندیشی. هذیان‌ها اغلب، اما نه همیشه، توسط متخصصان بالینی به‌عنوان عجیب‌وغریب ارزیابی می‌شوند. برای ارزیابی یک باور هذیانی باید به چارچوب هنجارها، اعمال و باورهای فرهنگی یک فرد دقت کرد. توهم یک اصطلاح بالینی است که برای اشاره به تجربه ادراکات حسی بدون وجود محرک خارجی مرتبط استفاده می‌شود (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۱۳). توهمات به‌طور معمول از طریق سیستم شنوایی به شکل صدا تجربه می‌شوند اما می‌توانند از طریق هرگونه حالت حسی از جمله سیستم‌های بینایی، بویایی، چشایی و لامسه ادراک شوند. با توجه به اینکه توهمات می‌تواند در برخی

فرهنگ‌ها یک تجربه بهنجار باشد، باید مراقب بود تا تجربه گزارش شده توسط فرد به‌طور مناسب زمینه‌یابی شود. علاوه بر این، همان‌طور که در ادامه بحث خواهد شد، توهمات به‌طور گسترده و تحت شرایط مختلف توسط افراد تجربه می‌شود.

اگرچه اسکیزوفرنی بیشترین ارتباط را با علائم روان‌پریشی دارد، علائم روان‌پریشی از جمله هذیان و توهم ویژگی اصلی برخی از طبقه‌های تشخیصی مختلف از جمله اختلال اسکیزوفرنی فرم، اختلال اسکیزوافکتیو، اختلال روان‌پریشی کوتاه‌مدت و اختلال هذیانی است. علاوه بر این، تجربیات روان‌پریشی می‌تواند یکی از ویژگی‌های اولیه اختلالات خلقی مانند اختلال دوقطبی و در موارد نادرتر، اختلال افسردگی اساسی باشد. علاوه بر این، اشکال شدید اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، اختلال وسواس فکری-عملی (OCD)، اختلال بدشکلی بدن، بی‌اشتهایی عصبی، خودبیمارانگاری و برخی اختلالات شخصیتی، به ویژه با توجه به بینش نسبت به ماهیت و شدت علائم، می‌توانند با ویژگی‌های روان‌پریشانه همراه باشند.

### مفهوم‌پردازی روان‌پریشی روی یک پیوستار

اگرچه مفاهیم سنتی روان‌پریشی منعکس‌کننده یک رویکرد کاملاً مقوله‌ای است، همخوان با رویکرد ارزش‌محور و متمرکز بر شفقت این پروتکل درمانی، ما نیز همانند دیگران (لینسکات و ون آوس، ۲۰۱۰) پیشنهاد می‌کنیم که مفهوم‌پردازی روان‌پریشی در طول یک پیوستار، مفیدتر خواهد بود. این موضع از این مشاهدات ناشی می‌شود که هنگام بررسی تظاهرات بالینی افراد مبتلا به اختلالات روان‌پریشی، اغلب مشاهده می‌شود که علائم اصلی موجود نشان‌دهنده تشدید فرآیندهای روان‌شناختی، ادراکی یا رفتاری است که مدت‌ها قبل از اینکه تأثیر عملکردی این علائم به یک اختلال روانی قابل تشخیص برسد، وجود داشته است (لینسکات و ون آوس، ۲۰۱۰). علاوه بر این، تجربیات شبه‌روان‌پریشی در بین نمونه‌های بهنجار که عاری از هرگونه بیماری روانی جدی هستند، شایع است (لینسکات و ون آوس، ۲۰۱۰).

مطالعاتی که به دنبال تعیین میزان شیوع توهم هم در نمونه دانشجویان بهنجار و هم در جمعیت بزرگسال غیر بالینی بوده است، به‌طور گسترده نشان می‌دهد که بخش قابل توجهی از افراد در مقطعی از زندگی خود توهم را تجربه می‌کنند (بک، رکتور، استولار و گرانت، ۲۰۰۹). برای مثال، نتایج تحقیقات به‌خوبی نشان می‌دهد که توهمات شنوایی، دیداری و لامسه به‌راحتی در افراد بهنجار هنگام گذار از حالت بیداری و خواب و بالعکس رخ می‌دهد. علاوه بر این، محرومیت خفیف از خواب هم توهمات شنوایی و هم بینایی را بر می‌انگیزد (علی و همکاران، ۲۰۱۱). به همین ترتیب، به نظر می‌رسد تجربه ایده‌ها یا باورهای هذیان‌گونه به‌نسبت رایج است. شایان ذکر است که بررسی اخیر



توسط لینسکات و ون اوس (۲۰۱۰) به این نتیجه رسید که تجارب روان‌پریشی خاص شامل هذیان و توهم ۳ تا ۲۸ برابر بیشتر از خود اسکیزوفرنی در جمعیت عمومی شیوع دارد. در مجموع، این داده‌ها به‌طور قوی نشان می‌دهند که تجارب روان‌پریشی در امتداد یک پیوستار قرار می‌گیرند که وجود آنها به خودی خود نشان‌دهنده اختلال یا بیماری عملکردی نیست. در واقع، ما پیشنهاد می‌کنیم که تجارب روان‌پریشی فقط در صورتی مورد توجه قرار گیرند که باعث پریشانی افراد شوند و آنها را از انجام فعالیت‌های هدفمند و با ارزش در زندگی، مانند برقراری و حفظ روابط افلاطونی و عاشقانه، ارتباط با خانواده گسترده، حفظ سلامت جسمانی، پرداختن به کار داوطلبانه یا اشتغال با حقوق، وقت گذاشتن برای اوقات فراغت، استراحت و یا دنبال کردن فرصت‌های آموزشی، بازدارند. طبق تجربه ما، این موضع نسبت به تجربیات روان‌پریشی، ادراک مراجع را از ایمن بودن درمان افزایش می‌دهد، انگ ناشی از اختلال را کاهش می‌دهد و شفقت به خود و ایجاد یک اتحاد درمانی قوی را تشویق می‌کند. این امر به ویژه با توجه به بروز به‌نسبت بالای ضربه روانی در این جمعیت حائز اهمیت است (شفر و فیشر، ۲۰۱۱). در واقع، واکنش‌های منفی دیگران نسبت به تجارب روان‌پریشی و همچنین خودآنگ‌زنی به دلیل وجود تجارب روان‌پریشی، اغلب شکل ثانویه‌ای از ضربه روانی را ایجاد می‌کند که پیشرفت بالینی را تا حد زیادی مختل می‌سازد (بندال، مک‌گوری و کرسٹف، ۲۰۰۶).

## مخاطبان هدف و قالب پیشنهادی برای اجرای درمان

این راهنمای درمانی برای انواع متخصصان سلامت روان نوشته شده است که فعالیت بالینی آنها اغلب (یا حتی گاهی اوقات) نیازمند دانش عملی در مورد پریشانی و ناتوانی‌های همراه با روان‌پریشی و اجرای مداخلات متمرکز بر این علائم است. همان‌طور که در ادامه بحث خواهد شد، بررسی‌های فراتحلیلی چندگانه از اجرای فردی CBT در افراد مبتلا به روان‌پریشی‌های پریشان‌کننده مداوم حمایت کرده است، جایی که درمان‌های معمول، به ویژه داروهای نورولپتیک، بی‌اثر بوده است (مؤسسه ملی گسترش بهداشت و مراقبت<sup>۱</sup> [NICE]، ۲۰۰۹). بسیاری از رویکردهای جدیدی که به‌شکل گروه‌درمانی اجرا می‌شوند، علاوه بر اثربخشی که از نظر هزینه‌های درمانی دارند، بر اهمیت پی‌بردن شرکت‌کنندگان به این موضوع که دیگران نیز مشکلات مشابهی با آنها را تجربه می‌کنند و همچنین بر احساس انگ‌خوردگی کمتر آنها، تجربه حاصل از پذیرفته‌شدن توسط سایر اعضای گروه و بهبود عملکرد اجتماعی شرکت‌کنندگان تأکید می‌کنند. به این ترتیب، مداخلات شرح داده شده در این راهنمای درمانی به گونه‌ای طراحی شده‌اند که در هر دو زمینه فردی و گروهی کاربرد داشته باشند.

جلسات در این کتاب راهنما برای اجرا به شکل درمان فردی نوشته شده است. در فصل ۳، ما راهبردهایی را برای اصلاح جلسات درمانی جهت اجرای گروهی و همچنین برخی ملاحظات ویژه را برای انجام جلسات درمانی در قالب گروهی شرح خواهیم داد. علاوه بر این، در ابتدای هر بخش درمان، تغییرات لازم برای اجرای گروهی را توضیح خواهیم داد.

## اجرای جلسات

متخصصان بالینی می‌توانند این راهنما را به‌طور کامل به‌کار گیرند و همان‌طور که مراجعان‌شان مفاهیم مرتبط را درک می‌کنند و میزان فهم و مهارت‌های خود را افزایش می‌دهند، مطالب هر فصل را به‌شکل خطی پیش ببرند. این راهنما همچنین به متخصصان بالینی کمک می‌کند تا راهبردها، تمرین‌ها و نکاتی را برای مداخلات غیر رسمی مختصر با مراجعان در محیط‌های درمانی سیار یا گروه‌های درمانی قاطعانه<sup>۱</sup> و همچنین برای کسانی که در زمینه‌های خاص دچار پریشانی هستند، ارائه دهند. علاوه بر این، این راهنما به گونه‌ای طراحی شده است که جلسات درمانی آن را می‌توان به‌صورت «مستقل» اجرا کرد. بنابراین، ما این راهنما را به گونه‌ای طراحی کرده‌ایم که از انعطاف لازم برای استفاده در محیط‌های مختلف برخوردار باشد؛ از جمله: محیط‌های بستری و سرپایی در مراکز یا واحدهای بهداشت روان، تیم‌های درمانی اجتماع‌محور و محیط‌های اجتماعی، تیم‌های اولین دوره روان‌پریشی و محیط‌های قانونی، اصلاحی و خصوصی (به فصل ۱۱ مراجعه کنید). در نهایت، اگرچه اعضای خانواده و مراقبان افرادی که از تجربیات روان‌پریشی رنج می‌برند، مخاطب اصلی این کتاب نیستند، امیدواریم که افراد علاقه‌مند بتوانند از این کتاب برای کسب بینش نسبت به انواع درمان‌های روان‌شناختی مورد استفاده برای افراد مبتلا به روان‌پریشی استفاده کنند و میزان درک خود را از عواملی که می‌توانند باعث راه‌اندازی، تشدید و تداوم تجارب روان‌پریشی شوند افزایش دهند. این راهنمای درمان همچنین می‌تواند توسط مراجعان، اعضای خانواده و مراقبان برای درک و تقویت کار درمانی مورد استفاده قرار گیرد.

کاربرگ‌هایی در بخش پیوست ارائه شده است که کمک می‌کند میزان درک مراجع از طریق آموزش‌روانی و تمرین‌های مهارت‌محور افزایش یابد. در حالت ایده‌آل، این کاربرگ‌ها یا راهبردهای درمانی ابتدا به‌صورت مشترک، توسط متخصص بالینی و مراجع در جلسه درمان تمرین می‌شوند. به این ترتیب، متخصص بالینی می‌تواند تلاش، نقاط قوت و پیشرفت مراجع را تقویت کند و همچنین

---

۱ Assertive community treatment درمان اجتماعی قاطعانه یک روش مبتنی بر شواهد است که خدمات درمانی، توانبخشی و حمایتی را با استفاده از یک رویکرد فردمحور و مبتنی بر بهبودی، به افرادی که مبتلا به بیماری روانی جدی تشخیص داده می‌شوند، ارائه می‌دهد.

هرگونه تصور غلط یا مشکلی را که می‌توان به روشی مشارکت‌آمیز و توانمندکننده حل کرد، شناسایی کند. مراجع می‌تواند از تمرین‌ها و اطلاعات ارائه‌شده در کاربرگ‌ها به‌عنوان ابزاری برای انجام تمرین بین‌جلسات («تکالیف») استفاده کند. با اتخاذ این رویکرد پیشروی گام به گام، هدف این است که درمان به‌طور مناسب فردی‌سازی شود و روی افزایش تجارب موفقیت‌آمیز و کسب تسلط در مراجع هدف‌گذاری می‌شود. بیشتر کاربرگ‌های پیوست برای بارگیری در وب‌سایت ناشر این کتاب (<http://www.newharbinger.com/24076>) موجود است. همچنین در وب‌سایت نیو هاربینگر، نسخه‌های ساده‌تری از این کاربرگ‌ها ارائه شده است. این نسخه‌های ساده برای افزایش فردی‌سازی و هدف‌گذاری درمان بر اساس (۱) مرحله درمان و توسعه راهبردها و مهارت‌های مراجع در طول جلسات، (۲) مرحله اختلال و (۳) عملکرد شناختی مراجع، ارائه شده‌اند.

به منظور ارائه هرچه بیشتر اطلاعات بالینی در دسترس، به‌روز و جامع، ما کاربرگ‌های تکمیلی و همچنین اطلاعات مربوط به تحقیق، ارزیابی، درمان و منابع درمان روان‌پریشی را در وب‌سایت خود (<http://www.treatingpsychosis.com>) ارائه کرده‌ایم. ما این وب‌سایت را به‌طور منظم به‌روزرسانی می‌کنیم. موضوعاتی که به دلیل محدودیت‌های زمان انتشار نتوانستیم در این کتاب راهنما به آنها بپردازیم و همچنین مطالب بالینی، منابع و تحقیقاتی که در زمان انتشار هنوز در دسترس نبودند، در وب‌سایت ما پوشش داده شده‌اند.

هدف نهایی ما از نوشتن این کتاب راهنما ارتقای کیفیت زندگی افرادی است که علائم پریشان‌کننده روان‌پریشی را تجربه می‌کنند. ما بر این باوریم که تمرکز روی رویکردهای روان‌شناسی انسان‌گراتر، فرآیندمحورتر و مثبت‌تر برای بهبودی پس از روان‌پریشی، آینده‌ای روشن را فراهم می‌کند که بر نقاط قوت و پتانسیل افرادی که با روان‌پریشی دست‌وپنجه نرم می‌کنند، متمرکز خواهد بود.

## فصل دوم

### مدل مفهومی

در این فصل، ما جهت‌گیری‌ها و رویکردهای روان‌درمانی را که در مدل درمان یکپارچه خود برای روان‌پریشی گنجانده‌ایم، توضیح خواهیم داد. منطق این مدل درمانی با تأکید بر ارتباط عملکردی بین هر یک از این رویکردها، مورد بررسی قرار گرفته است.

#### درمان شناختی‌رفتاری برای روان‌پریشی

نظریه زیربنایی درمان شناختی‌رفتاری (CBT) در این عقیده نهفته است که پاسخ‌های رفتاری و هیجانی به شدت با ارزیابی از رویدادها که در قالب شناخت‌ها صورت می‌گیرد، ارتباط دارد (بک، ۱۹۷۰). بر اساس این نوع مفهوم‌پردازی، CBT به دنبال پرداختن به مشکلات هیجانی با استفاده از تکنیک‌های شناختی و همچنین رویکردهای تجربی، هیجانی و رفتاری است. هدف راهبردهای شناختی در CBT ایجاد آگاهی از افکار خودآیند پریشان‌کننده و تحریف‌های شناختی مرتبط است. هنگامی که مراجع بر این امر تسلط یابد، تشویق می‌شود تا چنین افکاری را با توضیحات یا احتمالات جایگزین تغییر دهد (بک، راش، شاو و امری، ۱۹۷۹). در مرحله بعد، سیستم باورهای ناکارآمد - یعنی باورهای بنیادی - و همچنین نگرش‌هایی را که به افکار خودآیند دامن می‌زنند می‌توان ارزیابی کرد (بک و همکاران، ۱۹۷۹). هدف راهبردهای تجربی قرار دادن افراد در معرض شرایط جدید است تا به آنها کمک کند اطلاعات جدیدی را به دست بیاورند و نسبت به معتبر بودن ادراکات خود بینش کسب کنند. در نهایت، راهبردهای رفتاری به دنبال ایجاد رفتارها و مهارت‌هایی هستند که در حل مسئله مؤثر باشند و در نحوه‌ای که مراجع، خودش و دنیا را تجربه می‌کند تغییرات گسترده‌ای ایجاد می‌کنند (هافمن و آسموندسون، ۲۰۰۸).

اگرچه درمان شناختی‌رفتاری بیش از ۴۰ سال است که به شکل بالینی انجام می‌شود، به تازگی مداخلات شناختی و رفتاری ساختاریافته برای روان‌پریشی پدیدار شده است. CBT برای روان‌پریشی (CBTp) به طور معمول بر تقویت یک اتحاد درمانی قوی، حمایت‌کننده و مشارکت‌آمیز تأکید دارد؛ به ارائه آموزش‌روانی و عادی‌سازی می‌پردازد؛ بر مفهوم‌پردازی شناختی‌رفتاری تأکید می‌کند؛ برای مقابله با استرس، موانع و پریشانی‌های حاصل از تجاربی مانند صداهای توهم‌آمیز یا باورهای غیر عادی،

مهارت‌ها یا راهبردهایی را ایجاد می‌کند؛ از تکنیک‌های شناختی و رفتاری مانند ارزیابی مجدد شناختی و آزمایش‌های رفتاری برای کاهش پریشانی مرتبط با علائم مثبت بهره می‌گیرد؛ بر پیشگیری از عود و بهبودی تمرکز دارد و به مشکلات ثانویه یا همایند از قبیل سوء مصرف مواد، اضطراب و افسردگی می‌پردازد (کینگدون و ترکینگتون، ۱۹۹۴؛ رکتور و بک، ۲۰۰۲).

مشابه مدل‌های شناختی OCD (ولز و متیوز، ۱۹۹۴)، مدل‌های شناختی اسکیزوفرنی پیشنهاد می‌کنند که توهمات و هذیان‌ها زمانی رخ می‌دهند که تجربیات غیر معمول رایج در اکثریت جمعیت به اشتباه تفسیر شوند و به شکل افراطی، خطرناک یا تهدیدکننده برچسب‌گذاری شوند (موریسون، ۲۰۰۱؛ گارتی، کوپرز، فالور، فریمن و بینگتون، ۲۰۰۱). رفتارهای حاصل مانند اجتناب تجربی به افزایش پریشانی و حالات خلقی منفی منجر می‌شود و همچنین فرصت جمع‌آوری شواهد مخالف را از فرد سلب می‌کند. در واقع، همانند سایر مفهوم‌پردازی‌های شناختی رفتاری از آسیب‌شناسی روانی، نقش تحریف‌های شناختی، باورهای بنیادی، سوگیری‌های توجه، اجتناب تجربی و همچنین رفتارهای ایمنی‌بخش در گسترش و تداوم تجارب روان‌پریشی نقش محوری دارند (تای و ترکینگتون، ۲۰۰۹). باورهای مربوط به معنای تشخیص اختلال روان‌پریشی و پیش‌آگهی آن نیز به‌عنوان یک هدف بالینی در بسیاری از مداخلات شناختی رفتاری برای روان‌پریشی شناخته شده است (تای و ترکینگتون، ۲۰۰۹). در واقع، عادی‌سازی افکار و تجربیات ادراکی غیر معمول و تأکید بر عوامل خارجی تشدیدکننده از جمله عوامل استرس‌زای روانی-اجتماعی به‌عنوان تمرکز اصلی CBTp برای افزایش عملکرد و انگ‌زدایی در نظر گرفته می‌شود.

## روان‌درمانی مثبت‌نگر

روان‌درمانی مثبت‌نگر یک رویکرد تجربی تأییدشده و متمرکز بر نقاط قوت نسبت به درمان است که بر توانایی‌ها و هیجان‌های مثبت مراجع برای تقویت معنای زندگی، بهزیستی و شادمانی تأکید دارد (سلیگمن، ۲۰۰۲). رویکردهای درمانی مثبت‌نگر به‌طور ضمنی در جنبش بهبودی کسانی که دچار تجربیات زیسته روان‌پریشی هستند، مشهود است (کوپلند، ۲۰۱۰). رویکرد درمانی مثبت‌نگر به‌شکل ذاتی تقویت‌کننده، انگ‌زدا و تأییدکننده است. به‌جای تمرکز بر علائم، نقص‌ها، هیجان‌های پریشان‌کننده و آسیب‌شناسی، جهت‌گیری روان‌شناسی مثبت‌نگر به یکپارچه‌سازی نقاط قوت، توانایی‌ها و منابع حمایتی معطوف است و بر گسترش هیجان‌های مثبت و خوشایند برای حرکت در مسیر اهداف ارزشمند و تقویت معنا در زندگی تأکید دارد. در روان‌درمانی مثبت‌نگر، نقاط قوت و هیجان‌های مثبت جهت افزایش مشارکت، شکل‌گیری اتحاد درمانی سالم و پایه‌ریزی درمان، بسیار حیاتی محسوب می‌شوند.

## درمان پذیرش و تعهد برای روان‌پریشی

قبل از بحث در مورد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، بهتر است به‌طور مختصر، زمینه وسیع‌تری را که ACT در آن تکامل یافته است، در نظر بگیریم. مطالعاتی که مکانیسم درمان‌های مبتنی بر مواجهه‌سازی را بررسی می‌کنند به‌طور قوی نشان داده‌اند که عملکرد افکار بسیار مهم‌تر از محتوای واقعی آن‌ها است (بارلو، ۲۰۰۲؛ ولز، ۱۹۹۴). در واقع، ادغام موفقیت‌آمیز تکنیک‌های ذهن‌آگاهی در درمان‌های بالینی از قبیل رفتاردرمانی دیالکتیکی لینهان (DBT، ۱۹۹۳) و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی سگال، ویلیامز و تیزدیل (MBCT، ۲۰۰۲) نشان می‌دهد که سازه‌های پذیرش، آگاهی و انعطاف‌پذیری شناختی ممکن است کاربرد قابل توجهی در کاربست بالینی داشته باشند. این «موج سوم» از درمان‌های رفتاری و شناختی به‌طور خاص به زمینه و عملکرد پدیده‌های روان‌شناختی حساس هستند و بنابراین بر راهبردهای تغییر بافتاری و تجربی تأکید می‌کنند. به همین دلیل، درمان‌های موج سوم ممکن است به ویژه برای درمان روان‌پریشی قابل استفاده باشند. CBT و رویکردهای مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی، برخی اوقات با اهداف «کنترل» و «تغییر»، ناهمخوان فرض شده‌اند. با این حال، این رویکردها در ادغام با یکدیگر می‌توانند با تأکید بر درک، کاوش، مشاهده و پذیرش افکار و احساسات، به جای «توقف» و «کنترل» افکار و احساسات ناخواسته، مکمل یکدیگر باشند. علاوه بر این، اگرچه هدف نهایی مداخلات روان‌درمانی برای روان‌پریشی بسیار متنوع است (از جمله بهبودی، کاهش پریشانی، زندگی همخوان با ارزش، فعالیت در جهت اهداف شخصی و ایجاد یک زندگی معنادار)، فرایند تغییر نه به‌عنوان یک هدف به خودی خود، بلکه در نتیجه تلاش برای رسیدن به این اهداف رخ می‌دهد.

هسته مرکزی درمان‌های موج سوم ACT است (هیز، استروسال و ویلسون، ۱۹۹۹). از منظر ACT، تصور می‌شود که مشکلات سلامت روان زمانی به وجود می‌آیند که فرآیند تفکر با محصولات تفکر به‌شکل تفکیک‌ناپذیر در نظر گرفته شوند. از طریق فرآیند همجوشی شناختی، افکار از نظر عملکردی با رویدادهای واقعی معادل پنداشته می‌شوند (سیاروچی، راب و گودسل، ۲۰۰۵). برای مثال، در فردی که دچار تجربیات روان‌پریشی است، فکر «من توسط پلیس تحت نظر هستم» نه صرفاً یک فکر، بلکه از نظر عملکردی برابر با تجربیات واقعی ارزیابی می‌شود که واقعیت عینی تحت نظر بودن توسط مقامات مجری قانون را منعکس می‌سازد. همجوشی شناختی از این جهت مضر است که باعث تشدید اجتناب از افکار آزاردهنده می‌شود (هیز، ویلسون، گیفورد، فولت و استروسال، ۱۹۹۶). با توجه به اینکه همجوشی شناختی، باعث تسهیل انعطاف‌ناپذیری شناختی و اجتناب تجربی می‌شود که هر دو مورد، حرکت به سمت اهداف ارزشمند را مختل می‌کند، ACT به‌دنبال توسعه تاب‌آوری روان‌شناختی مراجعان است. در نقطه مرکز این افزایش تاب‌آوری روان‌شناختی، شش ساختار و فرآیند اصلی قرار

می‌گیرند (هیز و همکاران، ۱۹۹۹):

۱. پذیرش (به‌جای اجتناب تجربی)
۲. گسلش (به‌جای همجوشی شناختی)
۳. تماس با لحظه حال
۴. خود به‌عنوان زمینه یا خود به‌عنوان ناظر (به‌جای دلبستگی به خود مفهومی)
۵. ارزش‌ها (در مقابل عدم همخوانی با ارزش‌ها یا دنبال کردن ارزش‌های اجتنابی)
۶. اقدام متعهدانه (به‌جای انفعال، تکانشگری و پافشاری توأم با اجتناب)

در ACT، ارزش‌ها به‌عنوان محرک‌های اساسی که زیربنای عمل، پذیرش و گسلش هستند در نظر گرفته می‌شوند. ارزش‌ها توسط هیز، لوما، باند، ماسودا و لیلیس (۲۰۰۶، ص ۹) به‌عنوان «کیفیت‌های انتخاب شده برای کنش هدفمند که هرگز به‌عنوان یک شیء به‌دست نمی‌آیند، بلکه لحظه به لحظه تجلی می‌یابند» تعریف می‌شوند. ارزش‌ها را به این دلیل که چیزهایی نیستند که باید به آنها دست یافت، نمی‌توان به‌عنوان هدف در نظر گرفت، بلکه جهت‌گیری‌هایی هستند که می‌توان با آنها زندگی کرد (ایفرت و فورسیث، ۲۰۰۵). برای مثال، درحالی‌که یک هدف ممکن است «حضور در همه تمرینات فوتبال فرزندم در تابستان امسال» باشد، ارزش مرتبط با آن «پدر و مادر خوب بودن» است. توجه به این نکته مهم است که در ACT، مداخلات ذکر شده به خودی خود هدف نیستند. در عوض، آنها در خدمت ترویج زندگی همخوان با ارزش‌های فرد هستند. در ACT فرد اقدام متعهدانه برای حرکت به سمت ارزش‌های تعیین‌شده‌اش را تمرین می‌کند (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). به واسطه اقدام متعهدانه، فرد قادر به ایجاد خزانه‌ای گسترده و انعطاف‌پذیر از پاسخ‌های روان‌شناختی و رفتاری است (هیز، ۲۰۰۴). علاوه بر این، اقدام متعهدانه در خدمت کاهش رنجی است که در نتیجه همجوشی شناختی و اجتناب تجربی ایجاد می‌شود. بنابراین، ACT هم یک راهبرد تغییر و هم یک راهبرد پذیرش محور است. هیز، استروسال و ویلسون (۲۰۱۲) ACT را شامل فرآیندهای پذیرش، انتخاب، عمل کردن یا درگیر شدن در اقدام متعهدانه توصیف می‌کنند.

شواهد دال بر مؤثر بودن ACT در درمان روان‌پریشی، اگرچه در این مقطع زمانی محدود است، به‌طور کلی بسیار مطلوب بوده است. شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد در میان افراد مبتلا به روان‌پریشی، ACT در کاهش باورپذیری تجربیات روان‌پریشانه، کاهش علائم افسردگی، تقویت ذهن‌آگاهی و کاهش نرخ بستری مجدد و استفاده از خدمات بهداشتی مؤثر است (باخ و هیز، ۲۰۰۲؛ باخ، هیز و گالوپ، ۲۰۱۲؛ گائودیانو و هربرت، ۲۰۰۶؛ گائودیانو، هربرت و هیز، ۲۰۱۰؛ وایت و همکاران، ۲۰۱۱).