

رفتار درمانی شناختی برای بیماریهای شدید روانی

رفتار درمانی شناختی برای بیماریهای شدید روانی

(همراه با نمایش ویدیویی ۷۵ جلسه روان درمانی)

مؤلفان

دکتر جسی رایت
دکتر داگلاس تور کینگتون
دکتر دیوید جی. کینگدان
دکتر مونیکا رامیرز باسکو

با مقدمه

دکتر جودیت بک

ترجمه

دکتر آتوسا فرمند
روانپزشک

با مقدمه

دکتر حبیب الله قاسمزاده
گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران



عنوان و نام‌پدیدآور: رفتار درمانی شناختی برای بیماریهای شدید روانی (همراه با نمایش ویدیویی) / جسی رایت .. [و دیگران]؛ ترجمه دکتر آتوسا فرمند؛ با مقدمه دکتر حبیب‌الله قاسم‌زاده. مشخصات نشر: تهران، کتاب ارجمند: ارجمند: نسل فردا، ۱۳۹۰.

مشخصات ظاهری: ۳۸۴ ص. وزیری

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۰۳۷-۸

وضعیت فهرست‌نویسی: فیبا

یادداشت: عنوان اصلی: Cognitive-behavior therapy for severe mental illness: an illustrated guide, c2009

موضوع: شناخت‌درمانی، بیماری‌های روانی - درمان، شناخت‌درمانی - روش‌ها

شناسه افزوده: رایت، جسی اچ.، ۱۹۴۳ م.، Wright, Jesse H، فرمند، آتوسا، مترجم،

قاسم‌زاده، حبیب‌الله، ۱۳۲۳ - مقدمه‌نویس

رده‌بندی کنگره: ۹/ش RC۴۸۹

رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹۱۴۲۵

شماره کتابشناسی ملی: ۲۲۴۷۳۷۵



دکتر جسی رایت، دکتر داگلاس تورکینگتون، دکتر دیوید جی. کینگدان، دکتر مونیکا رامیرز باسکو

رفتار درمانی شناختی برای بیماری‌های شدید روانی

(همراه با نمایش ویدیویی)

ترجمه دکتر آتوسا فرمند، با مقدمه دکتر حبیب‌الله قاسم‌زاده

چاپ یکم، ۱۳۹۰

صفحه‌آرایی: فاطمه نویدی، طراحی جلد: احسان ارجمند

چاپ: سامان، صحافی: نوین

شمارگان: ۲۲۰۰ نسخه، بها: ۹۸۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۰۳۷-۸

arjandnpress@gmail.com

این اثر، مشمول قانون حمایت مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف (ناشر) نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

مرکز پخش انتشارات ارجمند:

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خ کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن ۸۸۹۷۷۰۰۲

شعبه اصفهان: خ چهارباغ بالا، پاساژ هزارجریب، تلفن ۰۳۱۱۶۲۸۱۵۷۴

شعبه مشهد: خ احمدآباد، پاساژ امیر، کتاب دانشجو، تلفن ۰۵۱۱۸۴۴۱۰۱۶

شعبه بابل: خ گنج افروز، پاساژ گنج افروز، تلفن ۰۱۱۱۲۲۲۷۷۶۴

شعبه رشت: خ نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی، تلفن ۰۱۳۱۳۲۳۲۸۷۶

سر آغاز سخن



ورود مفهوم شناخت به حوزه روان‌شناسی درمانی و مخصوصاً رفتار درمانی، ظرفیت و انعطاف‌پذیری فوق‌العاده‌ای در کاربرد فنون و راهبردهای بالینی پدید آورد. بر اثر عوامل مختلفی که عمدتاً به زیر ساخت‌های نظری رفتار درمانی مربوط می‌شد، در نهایت آن‌چه «انقلاب شناختی» نامیده می‌شود، در حیطه ارزیابی و درمان روان‌شناختی نیز اتفاق افتاد و درمان شناختی - رفتاری شکل گرفت. در این فرایند، هم تبیین «رفتار» دستخوش تغییر شد و هم مفهوم «شناخت»، از آن حالت ذهنی گرایانه‌ای که مکتب‌هایی مانند وورتسبورگ و ساختارگرایان به آن بخشیده بودند، درآمد و تبدیل به سازه‌هایی قابل تعریف و مدل‌سازی، و تا حد امکان، آزمون‌پذیر شد. امروزه، رفتار درمانی شناختی یا درمان‌شناختی - رفتاری، درمان انتخابی در تعدادی از اختلال‌های روانی شمرده می‌شود و مطالعات فراوانی درباره اثربخشی و اثرمندی روش‌ها و تکنیک‌های آن، به عمل آمده است.

رفتار درمانی ابتدا اختلال‌های اضطرابی، مخصوصاً، هراس‌ها را آماج خود قرار داد. شناخت درمانی نیز با درمان افسردگی پا به عرصه فعالیت نهاد تلفیق آن دو با هم، عملکرد آن‌ها را وسعت بخشید. اما مدت‌ها اختلال‌های مهمی مانند اختلال‌های شخصیت، اختلال دو قطبی و اسکیزوفرنیا بیرون از حیطه درمان‌شناختی - رفتاری تصور می‌شدند، مخصوصاً این که این نوع اختلال‌ها، بسیاری مواقع، با ازمان و پیچیدگی‌های تشخیص و سیر بیماری همراهند. خوشبختانه، با تغییر و اصلاحاتی که در طی دو دهه اخیر، در مفاهیم، فرمول‌بندی‌ها و چه‌گونه‌گی استفاده از تکنیک‌ها فراهم آمده است، این اختلال‌ها نیز در دایره عملکردی رفتار درمانی شناختی قرار گرفتند. در این سمت‌گیری، بی‌شک فعالیت جسی رایت و همکارانش، به‌ویژه در مورد اختلال‌های اسکیزوفرنیا، اختلال خلقی و افسردگی قابل توجه است. جسی رایت قبلاً نیز در سال ۲۰۰۴، مجموعه مقاله‌هایی را در این باره تدوین و ویراستاری کرده بود (مراجعه شود به ویژه نامه) (Review of Psychiatry, Vol. 23, No. 3).

این کتاب، به منظور بالا بردن سطح قابلیت و مهارت درمانگران در کاربرد جدیدترین تکنیک‌های رفتاری - شناختی، و آرایه رهنمودهای عملی و دقیق در درمان اختلال‌هایی تدوین شده که عموماً دشوار و پیچیده تلقی می‌شدند. اگرچه کاربرد تکنیک‌ها در چارچوب شناختی - رفتاری انجام می‌پذیرد، اما دیدگاهی که در آن عرضه شده است، دیدگاهی جامع و همه جانبه است.

این کتاب، شامل ۱۳ فصل است. چهار فصل نخست، به معرفی رفتار درمانی شناختی، آن‌گونه که در اختلال‌های شدید روانی قابل اجراست و نیز ارزیابی و فرمول‌بندی، اختصاص یافته است. از فصل ۵ تا فصل ۱۱ به تشریح هذیان‌ها، توهم‌ها، افسردگی و خودکشی، شیدایی

(مانیا)، مسائل بین فردی، نارسایی فعالیت‌های شناختی در اسکیزوفرنیا و علایم منفی پرداخته شده است و در فصل‌های ۱۲ و ۱۳، موضوع بسیار مهم پای‌بندی به اصول و روش‌های درمانی، بحث شده است.

در سرتاسر کتاب سه مورد (بیمار) به عنوان نمونه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است:

۱. مرد ۲۸ ساله، با تشخیص پارانوئید اسکیزوفرنیا؛

۲. زن ۳۵ ساله، با تشخیص اختلال دو قطبی؛

۳. زن ۴۴ ساله، با تشخیص افسردگی؛

از زبان بیمار اول می‌شنویم:

وقتی داشتم وارد فروشگاه می‌شدم، گروهی از دختران جوان را دیدم که بلند می‌خندیدم. ناگهان، صدای خنده‌شان قطع شد. یکی از آن‌ها به من نگاه کرد. همه چیز را درباره من می‌دانست. احساس بسیار بدی پیدا کردم. او پیامی به من داد: «ما تو را می‌شناسیم. می‌دانیم چه اتفاقی برایت افتاده است. سعی نکن مخفی کن. فایده ندارد».

از این نوع علایم و اشارات، فراوان در کتاب وجود دارد و شیوه‌هایی که می‌توان تغییراتی در این نوع رفتارها به وجود آورد.

این کتاب، حاوی ۱۷ تمرین یادگیری و ۱۸ نمایش ویدئویی است - ۷ تا ۱۲ دقیقه‌ای هر فصل، با ذکر نکات کلیدی آن فصل و نیز یادآوری مفاهیم و مهارت‌های لازم و ذکر منابع مهم و معتبر، به پایان می‌رسد. انتظار می‌رود متخصصان بالینی و دانشجویان دوره‌های تخصصی، حتماً به برخی از این منابع مراجعه کنند و اطلاعات دست اولی برای خود فراهم بنمایند. پیوست‌هایی که در آخر کتاب آمده است و هم‌چنین، برگه‌های کاری و فهرست‌واره‌ها، کمک مؤثری برای مهارت‌یابی می‌کنند.

* * *

در مجموع، کتابی است بسیار سودمند، عملی و در عین حال مثبتی بر شواهد بالینی و تجربی. طراحی برنامه درمانی، براساس یک الگوی منظم و سنجیده، متشکل از تشخیص، عوامل شکل‌دهنده بیماری، مسائل موقعیتی، عوامل زیستی، ژنتیک و پزشکی، توان‌مندی‌ها و برخورداری‌ها، هدف‌های درمان، فرضیه‌های مورد آزمون و چارچوب درمان، تنظیم می‌شود. چهره‌های سرشناسی مانند جان راش، مارکوویتز و پدسکی بر این کتاب تقریظ نوشته‌اند و آن را ستوده‌اند.

این کتاب به وسیله سرکار خانم دکتر آتوسا فرمند روان‌پزشک بسیار کوشا و علاقه‌مند به کاربرد رفتاردرمانی شناختی در اختلال‌های روانی، به فارسی روان، دقیق و وفادار به متن ترجمه شده است. امیدواریم ایشان، هم‌چنان فعالیت ارزشمند خود را در این حیطه ادامه دهند و منشأ خدمات مهمی برای جامعه علمی و بالینی کشور باشند. مطالعه این کتاب، برای متخصصان روان‌پزشکی، روان‌شناسی بالینی، توان‌بخشی و نیز دانشجویان دوره دکتری و کارشناسی ارشد قویاً توصیه می‌شود.

حبیب‌اله قاسم‌زاده

استاد گروه روان‌پزشکی

بیمارستان روزیه

دانشگاه علوم پزشکی تهران

پیشگفتار



در سال ۱۹۷۷، هنگامی که نتایج اولین تحقیق کنترل شده تصادفی درباره مقایسه شناخت درمانی (که به آن رفتاردرمانی شناختی یا CBT نیز گفته می‌شود) با دارودرمانی افسردگی منتشر شد، یافته‌های مثبت از بسیاری جهات با اندکی تردید و ناپاوری مواجه شدند. با این وجود، پس از غلیان تحقیقات و گسترش وسیع آن در سرتاسر جهان، رفتاردرمانی شناختی هم اکنون به عنوان درمان محوری و با پشتوانه تجربی اختلالات روانپزشکی شناخته شده است و به گواه این کتاب جذاب و جدید در زمینه رفتاردرمانی شناختی بیماری‌های شدید روانی، دامنه شناخت درمانی حتی تا سخت‌ترین بیماری‌ها - طیفی از اختلالاتی که زمانی عمدتاً خارج از حیطه روان‌درمانی در نظر گرفته می‌شدند، گسترش یافته است.

تعدادی از مطالعات تحقیقاتی تأثیرگذار نشان داده‌اند که برای مثال، اگر مبتلایان به اسکیزوفرنیا تحت درمان با رفتاردرمانی شناختی قرار گیرند، اغلب هذیان‌ها، توهمات و علائم منفی آنها بیش از دارو درمانی تنها، بهبود می‌یابند. مبتلایان به اختلال دوقطبی می‌توانند از شیوه‌های رفتاردرمانی شناختی جهت کاهش ناراحتی و جلوگیری از عود بهره بگیرند، و بیماران دچار افسردگی شدید و یا مزمن می‌توانند با کمک این درمان دوباره به سطح سلامتی قبلی خود دست یابند.

اگرچه رفتاردرمانی شناختی می‌تواند از رنج عظیم مبتلایان به اختلالات شدید روانی بکاهد، اما فقط تعداد محدودی از متخصصان بالینی به مهارت‌های لازم جهت ارائه این شکل تخصصی از شناخت درمانی نائل آمده‌اند. از این رو، این راهنمای عملی، که روش‌های کلیدی رفتاردرمانی شناختی بیماری‌های شدید روانی را به زیبایی توصیف کرده و به تصویر کشیده است، کمکی بالاحص مناسب و به موقع است. این کتاب به متخصصان بالینی کمک می‌کند بیماری شدید روانی را از زاویه دید رفتاری - شناختی درک کنند، یک برنامه جامع درمانی براساس جمع‌بندی شناختی تدوین کرده و فنون رفتاردرمانی شناختی را به کار بندند.

همانطور که مؤلفان در این کتاب به طور بسیار شایسته‌ای نشان داده‌اند، تکنیک‌های اصلی رفتاردرمانی شناختی برای کاردرمانی با بیماران مبتلا به اختلالات صعب‌العلاج به درد می‌خورند. ماهیت مشارکت‌جویانه، تجربی و مبتنی بر توانمندسازی رابطه درمانی در شناخت درمانی که اولین بار از سوی ارون بک در دهه ۱۹۶۰ توصیف شده است، سنگ‌بنای روش درمان است. در فیلم‌های ویدئویی قانع‌کننده‌ای که ضمیمه این کتاب هستند، مؤلفان نشان داده-

اند که چگونه می‌توان رابطه درمانی را از طریق تغییر مداخلات برحسب آسیب‌پذیری‌ها و توانایی‌های هر بیمار به شدت تقویت نمود. برای مثال، دکتر دیوید کینگدان رویکردی بسیار حساس و ظریف و گام‌به‌گام با مردی مبتلا به بدبینی شدید و انزوای اجتماعی را به تصویر می‌کشد. جلب همکاری بیماران دچار این نوع مشکلات معمولاً نیازمند صبر و مهارت فوق‌العاده‌ای است. سرعت جلب همکاری در بیمار هیپومانیک درمان شده توسط دکتر مونیکا رامیرز باسکو سریع‌تر است - اما باز هم مهارت، احترام به دیدگاه‌های بیمار و تلاش‌های مستمر جهت پی‌ریزی رابطه درمانی الزامی هستند - و استادانه نشان داده شده‌اند. در سری دیگری از فیلم‌های ویدئویی، نیاز به تأکید اولیه بر ایجاد امید در افسردگی شدید و مزمن عملاً از سوی دکتر جسی رایت نمایش داده شده است. این مورد بیانگر آن است که چگونه برخوردی امیدبخش و مبتنی بر عمل می‌تواند در ایجاد یک رابطه درمانی شفاف‌بخش با افراد دچار ناامیدی ژرف و افکار خودکشی کمک‌کننده باشد. اگر حقیقت داشته باشد که "دو صد گفته چون نیم کردار نیست" پس این فیلم‌های ویدئویی که درمانگران خبره را در حین کار درمانی با بیماران چالش برانگیز نشان می‌دهد، به طور فزاینده‌ای ارزشمندتر می‌گردند. این فیلم‌ها منابع بی‌اندازه غنی برای یادگیری شیوه‌های کلیدی رفتار درمانی شناختی هستند.

از آنجا که بیماری‌های اصلی (اسکیزوفرنیا، اختلال دوقطبی و افسردگی شدید و یا مقاوم به درمان) مورد توجه این کتاب، عوامل تأثیرگذار چشمگیر محیطی و زیست شناختی دارند، مؤلفان خردمندانه مدلی یکپارچه و تلفیقی را جهت جمع‌بندی و برنامه‌ریزی درمانی برگزیده‌اند. به جای آن که رفتار درمانی شناختی رقیب دارودرمانی در نظر گرفته شود، هر دو راهبرد در کاهش علائم و جلوگیری از عود همپا و شریک فرض می‌شوند. واضح‌ترین شکلی که رفتار درمانی شناختی می‌تواند به دارودرمانی بیماری‌های شدید روانی کمک کند و یا آن را تقویت نماید این است که تبعیت درمانی را بهبود می‌بخشد - موضوعی که در این کتاب با جزئیات به آن اشاره خواهد شد. متخصصان بالینی می‌توانند شیوه‌های عملی شناخت و غلبه بر موانع تبعیت درمانی هم از دارودرمانی و هم رفتار درمانی شناختی را بیاموزند. در بسیاری از بیماری‌های شدید روانی، میزان عدم پیروی از دارودرمانی در حدود ۵۰٪ گزارش شده است؛ با استفاده از راهکارهای حاضر در این کتاب می‌توان بر تلاش برای کاهش این درصد اثری چشمگیر گذاشت.

شاید مهم‌ترین نقش رفتار درمانی شناختی در درمان اختلالات شدید روانی آن است که این شیوه درمانی به بیماران کمک می‌کند تا به روشی سالم‌تر و سازگارانه‌تر مشکلاتشان را دریابند. اگر یک بیمار پارانویید معتقد باشد که تمام همسایگانش با استفاده از وسایل خاص استراق سمع، جاسوسی او را می‌کنند، احتمالاً منزوی شده و به روشی بسیار مرموزانه رفتار می‌کند. او می‌تواند با طراحی رفتارهایی که به منظور محافظت خود درپیش گرفته، در جای خود میخکوب شود، همانند مورد دانیل، مرد جوان مبتلا به اسکیزوفرنیا که در یکی از فیلم‌های

ویدئویی نشان داده شده است. در این فیلم، دکتر داگلاس تورکینگتون که درمان دانیل و نیز برندا، دیگر بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا را برعهده دارد، ارزش کاربرد رفتاردرمانی شناختی در کمک به بیماران جهت اصلاح معانی منتسب به ادراکات هذیانی اشان را به وضوح نشان می‌دهد.

هنگامی که دکتر تورکینگتون اولین بار کار با برندا را آغاز می‌کند، درمی‌یابد برندا معتقد است که صداها از سوی شیطان می‌آیند - انتسابی که شدیداً آشفته‌اش می‌سازد و در ملاقات با نوه جدیدش ممانعت ایجاد می‌کند (توهمات به او فرمان می‌دادند که به این دختر آسیب برساند). از طریق فرآیند کشف راهبری شده محتاطانه و خلاقانه، درمانگر می‌تواند به برندا کمک کند تا شواهد مرتبط با باورش را بررسی نماید، این باور که شیطان با او صحبت می‌کند و او را کنترل می‌نماید. همزمان با پیشرفت رفتاردرمانی شناختی، برندا می‌تواند مفهوم‌سازی متفاوتی از مشکل را بپذیرد - منجمله آگاهی کامل از ماهیت توهمات، عادی‌سازی این پدیده و پذیرش بیماریش. بدین ترتیب، این تغییر قابل‌ملاحظه در معانی منتسب به علائم بستر لازم برای ایجاد راهکارهای مقابله‌ای مؤثر را پدید می‌آورد.

یک تغییر شناختی مشابه نیز در طی درمان آنجلا، بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی که در فیلم - های ویدئویی به نمایش درآمده است، رخ می‌دهد. اگرچه، در این مورد، درمانگر، دکتر باسکو، به بیمار کمک می‌کند تا بفهمد که بزرگ‌منشی و رفتار مخاطره‌جویانه بخشی از اختلال دوقطبی، و نه فقط محصولی از یک "حس خوب"، هستند. به جای رویارویی با بیمار، دکتر باسکو چگونگی استفاده از یک راهبرد مشارکت‌جویانه رفتاردرمانی شناختی جهت کمک به آنجلا را نشان می‌دهد تا او خودش بفهمد رفتارش بخشی از بیماری است که نیاز به نظارت و درمان دارد. باز هم، تغییر در معانی منتسب به علائم زمینه‌ساز ابداع راهکارهای مقابله‌ای سازگارانه است.

مؤلفان کتاب رفتاردرمانی شناختی برای بیماری‌های شدید روانی: یک راهنمای مصور در کار خود خیره هستند. دکتر رایت نخستین رئیس انجمن شناخت‌درمانی بود، سازمانی که به انتشار اطلاعات در زمینه شناخت‌درمانی و درمانگران شناختی در سرتاسر جهان اختصاص یافته است. وی مؤلف پنج کتاب قبلی در زمینه رفتاردرمانی شناختی می‌باشد منجمله شناخت درمانی برای بیماران بستری که پیشاهنگ جنبش‌های تعمیم روشهای رفتاردرمانی شناختی به بیماران دچار بیماری‌های شدید روانی و نیز یادگیری رفتاردرمانی شناختی است، راهنمای مصوری که به طور مشترک با دکتر باسکو و دکتر میشل تاسه تألیف شده است.

دکتر تورکینگتون و کینگدان، مؤلفان سه کتاب برجسته درباره رفتاردرمانی شناختی اسکیزوفرنیا، از سرشناس‌ترین مؤلفان جهان در زمینه این اختلال هستند. تلاش‌های متهورانه آنان در حمایت از کاربرد رفتاردرمانی شناختی برای علائم سایکوتیک بسیار قبل از التفات کنونی نسبت به این راهبرد آغاز شده بود. آنان در مفهوم‌سازی اختلال، پیدایش فنون، بررسی

رفتاردرمانی‌شناختی در کارآزمایی‌های کنترل شده تصادفی و تعلیم این راهبرد به متخصصان بالینی سراسر جهان نقش محوری ایفاء کرده‌اند.

دکتر باسکو به دلیل کار در زمینه اختلال دوقطبی مشهور شده است. دو کتاب از شش اثر تأثیرگذار وی در زمینه رفتاردرمانی‌شناختی به این بیماری شدید روانی مربوط می‌شود. وی همچنین یک کتاب تمرین و آزمون (متمم کتاب اصلی) خودآموز آسان فهم و سودمند برای بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و خانواده‌هایشان به رشته تحریر درآورده است.

در این کتاب جدید، مؤلفان عصاره رفتاردرمانی‌شناختی برای بیماری‌های شدید روانی را به شکل درس‌های عملی و آسان فهم نشان داده‌اند. فیلم‌های ویدئویی درک نکات کلیدی را برجسته و تعمیق می‌سازد. ذکر با جزئیات موارد نشان می‌دهد که چگونه متخصصان بالینی از رفتاردرمانی‌شناختی برای بیماران مبتلا به اختلالات صعب‌العلاج استفاده می‌کنند. در این میان، تمرینات یادگیری فرصت‌های بسیار شوق‌انگیزی را جهت ایجاد مهارت‌های درمانی فراهم می‌سازند. احتمالاً متخصصان بالینی در حین مطالعه این کتاب درک احیاء شده‌ای از تکلیف رعب‌انگیز بیماران در زندگی کردن با یک اختلال شدید روانی پیدا خواهند کرد و برای کمک به این بیماران جهت غلبه بر علائم، ایجاد عقاید منطقی درباره بیماری و درباره خودشان و دستیابی به بهزیستی^۱ آماده‌تر خواهند شد.

دکتر چودیت اسی بک

سرپرست مؤسسه تحقیقاتی و شناخت درمانی بک
دانشیار بالینی روانشناسی در روانپزشکی
دانشگاه پنسیلوانیا، فیلادلفیا، پنسیلوانیا

مقدمه



هدف ما (مؤلفان) از نگارش کتاب حاضر، خلق یک راهنمای عملی درباره نحوه بکارگیری رفتاردرمانی شناختی در برخی از شایع‌ترین بیماری‌های صعب‌العلاج روانپزشکی است. این کتاب براساس کار مشترک ما در ارائه دوره‌ها و کارگاه‌ها، نوشته‌های قبلی ما در زمینه رفتاردرمانی شناختی و سیل خروشان تحقیقات پیامد پژوهی که اثبات‌کننده نتایج مطلوب بکارگیری رفتاردرمانی شناختی در درمان بیماری‌های شدید روانی هستند، به رشته تحریر درآمده است. اگرچه نوشته‌های دیگری در زمینه رفتاردرمانی شناختی برخی از این اختلالات روانپزشکی موجود است اما بر این باوریم که یک راهنمای فشرده مورد نیاز است تا روش‌های اساسی بکار گرفته شده برای بسیاری از اختلالات شدید روانی را در یک مجلد گرد هم آورد و این فنون را به صورت زنده به تصویر کشد. امیدواریم با نمایش عملی رفتاردرمانی شناختی، این تصویر ذهنی را به شما داده باشیم که چگونه می‌توان شیوه‌های رفتاردرمانی شناختی را جهت مقابله با مشکلات بالینی چالش برانگیز بکار گرفت.

تصاویر ویدئویی این کتاب به سبکی طبیعت‌گرایانه فیلمبرداری شده‌اند بدون آن که از مکالمات از پیش نوشته شده استفاده شود. در این فیلم‌ها، از هنرپیشه‌های حرفه‌ای استفاده نشد اما از مساعدت صمیمانه همکارانی برخوردار شدیم که موافقت کردند موارد کلیدی را ایفای نقش نمایند. هدف ما این بود که مداخلات را تقریباً به همان ترتیبی که در کار بالینی واقعاً اتفاق می‌افتند، نشان دهیم. بنابراین، تصاویر نمونه‌هایی از تکنیکی "فوق‌العاده" نیستند بلکه نشان‌دهنده برخی از نقاط قوت و ضعف جلسات عادی رفتاردرمانی شناختی می‌باشند. فیلمبرداری در درمانگاه‌های دانشگاه لوئیس ویل آمریکا و دانشگاه ساوث همپتون انگلستان و توسط تکنسین‌های سمعی - بصری محلی انجام شده است. نوسانات کیفی صوتی و تصویری تا حدودی به تسهیلات و تجهیزات موجود در هر محل و سروصدای محیط درمانگاه‌های مختلف مربوط می‌شود. به منظور نشان دادن انواع بسیار مختلفی از مداخلات، طول مدت فیلم‌ها حدود هفت تا دوازده دقیقه نگه داشته شده است. در کار واقعی، به نتیجه رساندن برخی از این راهکارهای درمانی ممکن است وقت بیشتری ببرد، اما تلاش شده تا معبری چشمگیر به سوی فرآیند رفتاردرمانی شناختی گشوده شود.

به جای تلاش برای پوشش طیف کامل اختلالات شدید روانی تصمیم گرفته شد تا کانون توجه بر رفتاردرمانی شناختی فردی بیماری‌های محور I شامل اسکیزوفرنیا و سایکوزهای

وابسته، اختلال دو قطبی و افسردگی شدید و یا مقاوم به درمان محدود گردد. ما استدلال کردیم ارزشمندتر است شیوه‌های فردی رفتاردرمانی‌شناختی این بیماری‌ها را عمیقاً توضیح داده و به تصویر بکشیم تا این که کوشش کنیم به طور سطحی‌تر کاربردهای رفتاردرمانی-شناختی برای تمام بیماری‌های عمده روانپزشکی و همبودی‌های آنها را پوشش دهیم. دیگر شیوه‌های ارائه رفتاردرمانی‌شناختی منجمله خانواده‌درمانی، زوج‌درمانی و گروه‌درمانی هم می‌توانند بسیار سودمند باشند. اگرچه، معتقدیم که تشریح این شیوه‌ها در کتابی که قواعد خاص و تصاویر رفتاردرمانی‌شناختی فردی بیماری شدید روانی را ارائه می‌دهد، ممکن است بیش از ظرفیت کاری باشد که به طور منطقی در یک کتاب قابل انجام است. فواید درخواست از یکی از اقوام نزدیک بیمار برای حضور در برخی جلسات رفتاردرمانی‌شناختی و نیز ارائه مثالی از چارچوب یک گروه جهت تدارک درمان نگهدارنده طولانی‌مدت برای سایکوزها را مورد بررسی قرار دادیم (در فصل دوازدهم، "افزایش تبعیت درمانی" و در فصل سیزدهم "حفظ دستاوردهای درمانی").

کاربردهای متعدد رفتاردرمانی‌شناختی که خارج از حوزه این کتاب قرار دارند عبارتند از: سوء مصرف مواد مخدر، اختلال شخصیت مرزی، سایر اختلالات شخصیتی و اختلالات شدید خوردن. همبودی سوء مصرف مواد مخدر به عنوان عاملی مهم و مؤثر در اختلالات شدید روانی مورد بحث قرار می‌گیرد و خوانندگان را وامی‌دارد تا درمان سوء مصرف مواد مخدر را نیز در طرح کلی درمان بگنجانند. خوانندگان علاقمند به کسب مهارت‌های بیشتر در زمینه رفتاردرمانی‌شناختی سوء مصرف مواد مخدر و سایر بیماری‌هایی که در اینجا تشریح نشده‌اند، جهت دستیابی به فهرستی از مطالب خواندنی توصیه شده به ضمیمه شماره ۲ ("منابع درمان شناختی - رفتاری") ارجاع داده می‌شوند.

اگرچه در این کتاب به توضیحات موردی از اسکیزوفرنیا، اختلال دوقطبی و افسردگی تک قطبی اهمیت داده شده اما کتاب بنحوی سازماندهی شده که اصول پایه رفتاردرمانی‌شناختی در کار با بسیاری از بیماران مبتلا به علائم شدید اختلالات محور I را ارائه می‌نماید. در فصل اول ("معرفی") منطق کاربرد رفتاردرمانی‌شناختی همراه با دارودرمانی در یک طرح جامع درمانی، توضیح مدل شناختی- رفتاری- زیست شناختی- اجتماعی - فرهنگی و مروری بر برخی از مهمترین شیوه‌های درمانی ارائه شده است. در سه فصل بعدی، روش‌ها و راهکارهای پایه رفتاردرمانی‌شناختی جهت کار با طیفی از اختلالات شدید روانی تعریف شده‌اند. این فرآیندهای بسیار مهم در فصول دوم "جلب همکاری و ارزیابی بیمار"؛ سوم "عادی‌سازی و آموزش"؛ و چهارم "جمع‌بندی مورد و برنامه‌ریزی درمانی" پوشش داده شده‌اند. اگرچه بکارگیری یک فن خاص رفتاردرمانی‌شناختی برای مبارزه با یک علامت مثل هذیان، توهم و یا فکر خودکشی می‌تواند وسوسه‌برانگیز باشد، اما توضیح داده شده که پی‌ریزی یک ارتباط

مؤثر کاری، کمک به بیمار جهت درک و پذیرش بیماریش و ایجاد حداقل یک مفهوم‌سازی مورد مقدماتی گام‌های اساسی در دستیابی به موفقیت درمانی هستند.

مابقی کتاب به مشکلات خاصی که اغلب در کاردرمانی با اختلالات شدید روانی پیش می‌آید، اختصاص یافته است. فصل پنجم ("هذیان‌ها") شیوه‌های کاربرد رفتاردرمانی‌شناختی جهت کاهش تفکر هذیانی را تشریح می‌کند، و فصل ششم ("توهمات")، راه‌های مقابله مؤثر با توهمات را توصیف می‌نماید. مطالب این دو فصل در درجه اول در درمان اسکیزوفرنیا و سایر سایکوزهای عمده سودمند هستند اگرچه می‌توان این فنون را جهت کنترل علائم سایکوتیک اختلالات خلقی و سایر بیماری‌های محور I نیز بکار برد.

فصل هفتم ("افسردگی") برای کمک به متخصصین بالینی جهت درمان نومیدی، گرایش به خودکشی، کم انرژی بودن و بی‌علاقگی، وعزت نفس پائین طراحی و تنظیم شده- مشکلاتی که در انواع مزمن و یا شدید بیماری افسردگی بسیار شایع هستند، با این وجود، اغلب در اسکیزوفرنیا و سایر بیماری‌های عمده سایکوتیک نیز بروز می‌کنند. فصل هشتم ("شیدایی") بیشترین ارتباط را با درمان اختلال دوقطبی دارد. هدف رفتاردرمانی‌شناختی در اختلال دوقطبی، پیشگیری ازعود است. شیوه‌های آموزش داده شده در این فصل، مثل نظارت برعلائم، مداخلات رفتاردرمانی‌شناختی جهت ایجاد خواب مطلوب، و پی‌ریزی طرح پیشگیری ازعود نیز می‌توانند در درمان برخی دیگر از بیماری‌ها سودمند باشند.

فصل نهم ("مشکلات بین‌فردی") درباره تنش‌ها، کشمکش‌ها و ازهم‌گسیختگی در روابط بحث می‌کند که برای افراد مبتلا به اختلالات شدید روانی بسیار زیاد اتفاق می‌افتند. چنانچه مشکلات بین‌فردی قبل از آغاز بیماری وجود نداشته باشند، شکل‌گیری تدریجی نشانگان اغلب با مشکلات ارتباطی همراه شده و ضمن افزایش وخامت بیماری، ناراحتی فراوانی را سبب می‌شوند. در این فصل، نکات اصلی روشهای رفتاردرمانی‌شناختی جهت کسب حمایت و مقابله با روابط مخرب و به بن‌بست رسیده بیان شده‌اند.

اختلال عملکرد شناختی بویژه اختلال تفکر در سایکوزها، مشکلات بخصوصی را در رفتاردرمانی‌شناختی اختلالات شدید روانی پدید می‌آورد. بنابراین، محتوی و فیلم‌های ویدئویی فصل دهم ("اختلال در عملکرد شناختی") دربرگیرنده شیوه‌های تلاش برای کمک به بیماران جهت سازماندهی بهتر فکری‌اشان و کاهش حواس‌پرتی، پرش افکار، و یا سایر مشکلات عمده درتمرکز است. مشکل دیگری که می‌تواند هم برای بیمار و هم برای درمانگر بغرنج باشد، علائم منفی در اسکیزوفرنیا است. در فصل یازدهم ("علائم منفی")، برخی از شیوه‌های احتمالاً سودمند رفتاردرمانی‌شناختی جهت کار با این چالش منحصربه‌فرد شرح داده شده‌اند.

فصول آخر به دو هدف مهم رفتاردرمانی‌شناختی اختلالات شدید روانی تخصیص داده شده است: فصل دوازدهم "افزایش تبعیت درمانی" و فصل سیزدهم "حفظ دستاوردهای درمانی". در خاتمه درمان، امیدواریم که بیماران به دانش و مهارت‌های لازم برای پیگیری

رژیم‌های دارویی، ادامه استفاده از راهکارهای رفتاردرمانی‌شناختی در زندگی روزمره، و افزایش هرچه بیشتر توانایی‌اشان در کنترل علائم مجهز شده باشند.

موارد معرفی شده در کتاب یا کاملاً ساختگی هستند و یا همچون مخلوطی از انواع مشکلات پیش آمده در کار بالینی می‌باشند. در صورتی که بخش‌هایی از تاریخچه با یکدیگر ممزوج شده تا شرح مورد به دست آید، در راستای حفظ رازداری، مشخصات فردی و جزئیات سوابق و سیر درمان کاملاً تغییر داده شده‌اند. با استفاده از قواعد نوشتار مورد، پیامدهای درمانی در عمل اتفاق افتادند. در جهت هرچه آسان‌تر نمودن تشریح و مطالعه درباره مداخلات رفتاردرمانی‌شناختی از این تمهید استفاده شده است. هنگامی که مورد خاصی مطرح نیست، از به کار بردن ضمائم شخصی سردرگم‌کننده مؤنث و مذکر (در زبان انگلیسی) خودداری شده است.

از آنجا که در بکارگیری رفتاردرمانی‌شناختی، صفحات تمرین، فهرست‌های بازیابی و مقیاس‌های ارزیابی، ابزارهای ارزشمندی می‌توانند به حساب آیند، تعدادی از آنها در سراسر کتاب ترسیم شده‌اند. بعلاوه، این موضوعات در ضمیمه شماره یک نیز عرضه شده‌اند ("صفحات تمرین و فهرست‌های بازیابی") و می‌توان آنها را به طور رایگان و در اندازه یک صفحه کامل از پایگاه داده‌ای انتشارات روانپزشکی آمریکا (www.appi.org/pdf/62321) دریافت نمود. دیگر منابع رفتاردرمانی‌شناختی مثل فهرست‌هایی از مطالب خواندنی پیشنهادی، برنامه‌های کامپیوتری، پایگاه‌های داده‌ای، و مؤسسات رفتاردرمانی‌شناختی در ضمیمه شماره دو آورده شده‌اند ("منابع درمان رفتاری- شناختی").

ضمیمه شماره سه ("راهنمای DVD") حاوی فهرستی از فیلم‌های ویدئویی مورد اشاره در متن همراه با دستورات کامل در زمینه نحوه به نمایش درآوردن آنهاست. پیشنهاد می‌کنیم خوانندگان جهت بهره‌مندی بهینه از این کتاب، فیلم‌های ویدئویی را در همان زمان معرفی آنها در متن ببینند. فیلم‌های ویدئویی برای تقویت تجربه یادگیری موضوعات خاص طراحی شده‌اند. بدین ترتیب، فیلم‌های ویدئویی بیشترین تأثیر را خواهند داشت اگر در شرایطی که مطلبی به تازگی در متن مطرح شده مشاهده شوند. می‌توان فیلم‌های ویدئویی را در کامپیوترهای شخصی و با استفاده از دیسک‌گردان یا نمایشگر DVD تماشا نمود.

پیدایش شیوه‌های رفتاردرمانی‌شناختی برای اختلالات شدید روانی، امید تازه متخصصین بالینی، بیماران و خانواده‌ها برای مبارزه با علائم و ارتقاء بهزیستی است. اگر این کتاب در ابلاغ بخشی از قدرت راهبرد رفتاردرمانی‌شناختی سودمند باشد، ما رسالتمان را به انجام رسانده‌ایم. امیدواریم در تلاش برای کاربرد رفتاردرمانی‌شناختی در اختلالات شدید روانی موفق باشید.

دکتر جسی ایچ. رایت
دکتر داگلاس تورکینگتون
دکتر دیوید جی. کینگلدان
دکتر مونیکا رامیرز باسکو

سپاسگزاری



می‌خواهیم مراتب امتنان و سپاس خود را به افراد بسیاری که نگارش این کتاب را امکان‌پذیر ساختند، ابراز داریم. مساعدت‌های همکارانمان در به تصویرکشیدن بیماران در قالب فیلم‌های ویدئویی بویژه ارزشمند است. انجام این پروژه مرهون تلاش قبل توجه و خلاقیت دو تن از همکاران است. فیلم‌های ویدئویی مربوط به مجیر در دانشگاه سائوت همپتون انگلستان و فیلم‌های ویدئویی سایر بیماران در دانشگاه لوئیس ویل فیلمبرداری شده‌اند و پس از تدوین فیلم‌ها و فهرست گذاری به صورت DVD عرضه شده‌اند.

گروه حمایتی این کتاب متشکل از افراد مختلفی است که در آماده‌سازی دستنوشته، ارائه کار ماهرانه اصلاح ادبی و پیشنهاد توصیه‌های گرانبها در زمینه پیدایش و تکامل روش‌های رفتاردرمانی‌شناختی برای اختلالات شدید روانی شرکت داشته‌اند. آماده‌سازی این کتاب جهت چاپ در بخش کتاب‌های انتشارات روانپزشکی آمریکا انجام شده است. بازخوانی و ویراستاری این کتاب با کمک بسیار سودمند دانشگاه تگزاس به انجام رسیده است.

در نهایت، سپاس عمیق خود را به سردبیران انتشارات روانپزشکی آمریکا تقدیم می‌داریم چرا که به ایده ما در تکمیل متن با فیلم‌های ویدئویی ایمان داشتند و نسبت به دردسترس‌سازی گسترده مطالب آموزشی رفتاردرمانی‌شناختی برای متخصصین بالینی بهداشت روان، احساس مسئولیت و تعهد کردند.

فهرست مطالب



۱۹	فصل اول: معرفی
۲۰	چرا رفتاردرمانی‌شناختی برای اختلالات شدید روانی بکار گرفته شده است؟
۲۲	مدل رفتاردرمانی‌شناختی برای بیماریهای شدید روانی
۳۱	مروری بر روشهای درمانی
۳۸	کارآیی رفتاردرمانی‌شناختی در اختلالات شدید روانی
۴۱	خلاصه
۴۹	فصل دوم: جلب همکاری و ارزیابی
۵۰	عوامل مؤثر بر رابطه درمانی
۷۰	موارد استفاده از رفتاردرمانی‌شناختی
۷۱	خلاصه
۷۳	فصل سوم: عادی‌سازی و آموزش
۷۳	عادی‌سازی اسکیزوفرنیا
۸۵	ارتباط درمانی
۸۶	آموزش
۹۴	خلاصه
۹۷	فصل چهارم: جمع‌بندی مورد و برنامه‌ریزی درمانی
۹۸	مفهوم‌سازی زیستی - روانی - اجتماعی مراجع
۱۱۸	چگونگی تدوین و کاربرد یک جمع‌بندی کوچک
۱۲۲	خلاصه
۱۲۵	فصل پنجم: هدیانه‌ها

۱۲۵	درمان هذیانها: فرآیندهای پایه رفتاردرمانیشناختی
۱۲۸	تعریف هذیانها
۱۴۱	هذیانهای مقاوم
۱۵۱	خلاصه
۱۵۳	فصل ششم: توهمات
۱۵۵	برخورد رفتاردرمانی شناختی با بیمار توهمی
۱۶۰	فنون خاص رفتاردرمانی شناختی برای توهمات
۱۷۰	خلاصه
۱۷۳	فصل هفتم: افسردگی
۱۷۴	احساس ناامیدی و گرایش به خودکشی
۱۹۹	عزت نفس پائین
۲۰۸	خلاصه
۲۱۳	فصل هشتم: شیدایی
۲۱۴	برنامه پیشگیری از شیدایی
۲۴۲	خلاصه
۲۴۵	فصل نهم: مشکلات بین فردی
۲۴۶	مشکلات رایج بین فردی
۲۵۷	مشکلات بینفردی در اختلالات خاص
۲۷۲	خلاصه
۲۷۵	فصل دهم: اختلال در عملکرد شناختی
۲۷۶	اختلال تفکر در اسکیزوفرنیا
۲۸۹	مشکلات مربوط به عملکرد شناختی در افسردگی
۲۹۳	خلاصه
۲۹۵	فصل یازدهم: علائم منفی

۲۹۶	علائم منفی چیستند؟
۲۹۷	مفهوم سازی رفتاردرمانشناختی
۳۰۵	بکارگیری روشهای متداول رفتاری
۳۰۹	خلاصه
فصل دوازدهم: پیروی از درمان	
۳۱۱	دلایل شایع سرپیچی درمانی: راه‌حلهای احتمالی
۳۱۴	برنامه‌ریزی مکتوب برای تبعیت درمانی
۳۲۵	تکلیف خانگی رفتاردرمانی شناختی
۳۲۹	خلاصه
فصل سیزدهم: حفظ دستاوردهای درمانی	
۳۳۵	پیشگیری از عود
۳۳۵	روشهای رفتاردرمانی شناختی مستمر و نگهدارنده
۳۴۳	خلاصه
ضمیمه ۱	
۳۵۷	صفحات تمرین و فهرستهای بازیابی
۳۵۷	پرسشنامه طرحواره
ضمیمه ۲	
۳۷۱	منابع درمان رفتاری - شناختی
۳۷۱	کتاب برای بیماران و خانوادهها
۳۷۱	مطالب خواندنی توصیه شده
ضمیمه ۳	
۳۷۷	راهنمای DVD
۳۷۷	دستورات
۳۷۷	فهرست فیلمهای ویدئویی



معرفی



پایه گذار رفتاردرمانی شناختی، آیرون بک، در اولین مطلب چاپ شده خود موردی از روان-درمانی موفقیت‌آمیز هذیان‌ها را توضیح داده بود (بک ۱۹۵۲). با این وجود، گسترش اولیه رفتاردرمانی شناختی (CBT) عمدتاً به روشهای درمانی اختلالات اضطرابی و افسردگی خفیف تا متوسط تخصیص یافته بود. در اواخر دهه ۱۹۸۰ و در ادامه دهه ۱۹۹۰، به تدریج علاقه روزافزونی نسبت به درمان بیماریهای چالش‌برانگیزی همچون اسکیزوفرنیا، اختلال دوقطبی و افسردگی شدید و یا مقاوم به درمان به وجود آمد. روش‌های خاص رفتاردرمانی شناختی برای بسیاری از اختلالات شدید روانی به تفصیل بیان شده‌اند (باسکو^۱ و راش^۲؛ چاد ویک^۳ و همکاران ۱۹۹۶؛ فاوا و همکاران ۱۹۹۶؛ همکاران ۱۹۹۷؛ هاد دوک^۴ و اسلاد ۱۹۹۶؛ کینگدان و تورکینگتون، ۱۹۹۴، ۲۰۰۲، ۲۰۰۵؛ مک کولاف^۵ ۲۰۰۰)، برنامه‌های درمانی برای بیماران بستری شده شکل گرفته‌اند (استوارت و همکاران ۱۹۹۷؛ رایت و همکاران ۱۹۹۳) و مطالعات پیامد پژوه نتایج امیدبخشی در پی داشته‌اند (برای مثال، دروئیسی^۶ و همکاران ۱۹۹۹؛ فاوا و همکاران ۱۹۹۷؛ لام و همکاران ۲۰۰۳؛ سنسکای^۷ و همکاران ۲۰۰۰ را ببینید).

در این فصل آغازین، منطق کاربرد رفتاردرمانی شناختی برای بیماری‌های شدید روانی مورد بازبینی قرار گرفته و توضیح داده می‌شود که چگونه می‌توان بدین منظور مدل رفتاردرمانی-شناختی را تعدیل نمود. علاوه براین، در همین فصل، روش‌های پایه توصیف شده و یافته‌های مطالعات تجربی بطور خلاصه مورد بحث قرار می‌گیرند. فصول بعدی بعضی از مفید فایده‌ترین

1. Basco
3. Haddock
5. De Rubeis

2. Chadwick
4. Mc Cullough
6. Sensky

۲۰ رفتاردرمانی‌شناختی برای بیماریهای شدید روانی

مداخلات رفتاردرمانی‌شناختی برای کمک به کاهش علائم شدید بیماران را شرح می‌دهند. فیلم‌های ویدئویی از بسیاری از مداخلات اصلی رفتاردرمانی‌شناختی بکار رفته برای بیماران مبتلا به مشکلات بالینی پیچیده و یا دشوار تهیه شده‌اند.

چرا رفتاردرمانی‌شناختی برای اختلالات شدید روانی بکار گرفته شده است؟

با وجود تلاشهای گسترده تحقیقاتی در زمینه درک ژنتیک و اساس زیست‌شناختی اسکیزوفرنیا، اختلال دوقطبی و افسردگی و با وجود گذشت بیش از پنج دهه از تولید فشرده داروهای جدید برای این بیماریها، داروشناسی روانی نتوانسته تاکنون راه‌حل کاملی برای اختلالات شدید روانی ارائه دهد. شکستهای درمانی، علائم باقیمانده، اِزمان بیماری و موارد بازگشت^۱ بیماری شایع هستند. برای مثال، میزان بهبودی علائم مثبت اسکیزوفرنیا با داروهای ضدجنون به طور مشخص کمتر از ۲۰٪ است (خان^۲ و همکاران ۲۰۰۱)؛ میزان عود اختلال دوقطبی درمان شده با داروهای تثبیت‌کننده خلقی در یک دوره زمانی یک تا چهارساله در حدود ۳۰٪-۴۰٪ است (گدس^۳ و همکاران ۲۰۰۴؛ گینس برگ ۲۰۰۶)؛ میزانهای بهبود نسبی در درمان افسردگی عمده با وجود مقدار مناسب داروی ضد افسردگی، بنا به تعداد داروهای امتحان شده قبلی از حدود ۱۳٪ تا ۳۷٪ متغیر می‌باشد (راش و همکاران ۲۰۰۶). به وضوح، فرصت‌های زیادی برای پیشرفت وجود دارد. روشهای درمانی دیگر مثل رفتاردرمانی - شناختی لازم هستند تا به بیماران کمک کنند بیماری‌اشان را درک کرده و کنترل نمایند، علائم را کاهش دهند و مشکلاتی را که به دارودرمانی به طور کامل پاسخ نمی‌دهند، حل و فصل نمایند. مداخلات اجتماعی مانند اشتغال حمایت شده، مدیریت مورد^۴ و امدادرسانی^۵ قرص و محکم می‌توانند در رویکرد جامع نسبت به سایکوز و سایر اختلالات شدید روانی نقش مهمی ایفاء نمایند.

برخی اهداف احتمالی رفتاردرمانی‌شناختی برای بیماریهای شدید روانی در جدول ۱-۱ آمده‌اند. فهرست علائمی که ممکن است در برابر دارودرمانی مقاوم باشند دربرگیرنده تعدادی اهداف درمانی است که کارآئی روشهای رفتاردرمانی‌شناختی برای آنها به خوبی اثبات شده است. این احتمال وجود دارد که گرایش به خودکشی و احساس ناامیدی، مشکلات شایع مبتلایان به اختلالات شدید روانی، به خوبی به رفتاردرمانی‌شناختی پاسخ دهند (براون و همکاران ۲۰۰۵؛ راش و همکاران ۱۹۸۲). علائم اضطراب و افسردگی، نه فقط در بیماران دچار افسردگی عمده و اختلالات اضطرابی، بلکه در مبتلایان به اسکیزوفرنیا نیز ممکن است با

1. Recurrence
3. Case management
5. Outreach

2. Khan
4. Geddes

فصل ۱. معرفی ۲۱

رفتاردرمانی شناختی به طور مؤثری درمان شوند (آرلو و همکاران ۱۹۹۷؛ هولون و همکاران ۲۰۰۵؛ کینگسپ و همکاران ۲۰۰۳؛ نعیم و همکاران ۲۰۰۶؛ سنسکای و همکاران ۲۰۰۰). دیگر مشکل شایع یعنی اختلال در خواب نیز کاملاً با مداخلات رفتاردرمانی شناختی برطرف می‌شود (کارنی و همکاران ۲۰۰۷؛ ادینگر و همکاران ۲۰۰۷؛ سیورتنسن^۱ و همکاران ۲۰۰۶) و عادی‌سازی الگوهای خواب اغلب هدف مهم درمانی بیماریهای شدیدی همچون شیدایی، افسردگی مزمن و سایکوز می‌باشد. اگرچه روشهای رفتاردرمانی شناختی برای سایکوز، در مقایسه با مداخلات علائم خلقی و اضطراب، کمتر شناخته شده هستند اما بنا به شواهد محکم، مداخلات رفتاردرمانی شناختی می‌تواند تأثیر داروها در بهبود توهمات، هذیانها و علائم منفی را فزونی بخشد (رکتور^۲ و بک ۲۰۰۱؛ سنسکای و همکاران ۲۰۰۰؛ تاریر^۳ و همکاران ۱۹۹۳). در حقیقت، «مؤسسه ملی برتری بالینی در انگلستان» به این نتیجه رسیده است که کلیه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بایستی یک دوره رفتاردرمانی شناختی را بگذرانند (مؤسسه ملی برتری بالینی ۲۰۰۲).

دیگر هدف مهم رفتاردرمانی شناختی، تبعیت از دارودرمانی است. میزان عدم تبعیت درمانی در افسردگی، اختلال دوقطبی و اسکیزوفرنیا بسیار بالاست (آکین سی‌گیل^۴ و همکاران ۲۰۰۷؛ کن ۱۹۸۵؛ کک و همکاران ۱۹۹۷) و دلیل اصلی پاسخ ضعیف درمانی و عودها می‌باشد. برای مثال، کک و همکاران (۱۹۹۷) دریافتند که در طول یکسال پیگیری، ۵۱٪ بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی درمان را ادامه نداده‌اند، آکین سی‌گیل و همکاران (۲۰۰۷) گزارش کردند که ۴۹٪ بیماران افسرده حاضر در یک مطالعه بزرگ، دوره ۱۶ هفته‌ای درمان حاد با یک ضدافسردگی را به پایان نرساندند. کوچران (۱۹۸۶)، کمپ و همکاران (۱۹۹۶) و سایرین اثبات کرده‌اند که رفتاردرمانی شناختی می‌تواند تبعیت از دارودرمانی را بهبود بخشد. همچنین، فهرست اهداف رفتاردرمانی شناختی (جدول ۱-۱) دربرگیرنده مشکلات عدیده اجتماعی، فرهنگی و بین‌فردی است که رفتاردرمانی شناختی در مقایسه با دارودرمانی به تنهایی

جدول ۱-۱. اهداف درمانی احتمالی رفتاردرمانی شناختی برای بیماری‌های شدید روانی	
علائم مقاوم به درمان	سایر اهداف
فقدان احساس لذت	تبعیت از دارودرمانی
اضطراب	توانمندسازی
هذیانها	مشکلات بین‌فردی
افسردگی	انزوا
توهمات	مشکلات انگیزشی و اهمالکاری
مانیا و هیپومانیا	پیشگیری از عود
علائم منفی	فقدان مهارت‌های اجتماعی
مشکلات خواب	عزت نفس
گرایش به خودکشی و احساس ناامیدی	سوءمصرف مواد مخدر

1. Siversten
2. Rector
3. Tarrir
4. Akincigil

۲۲ رفتاردرمانی‌شناختی برای بیماریهای شدید روانی

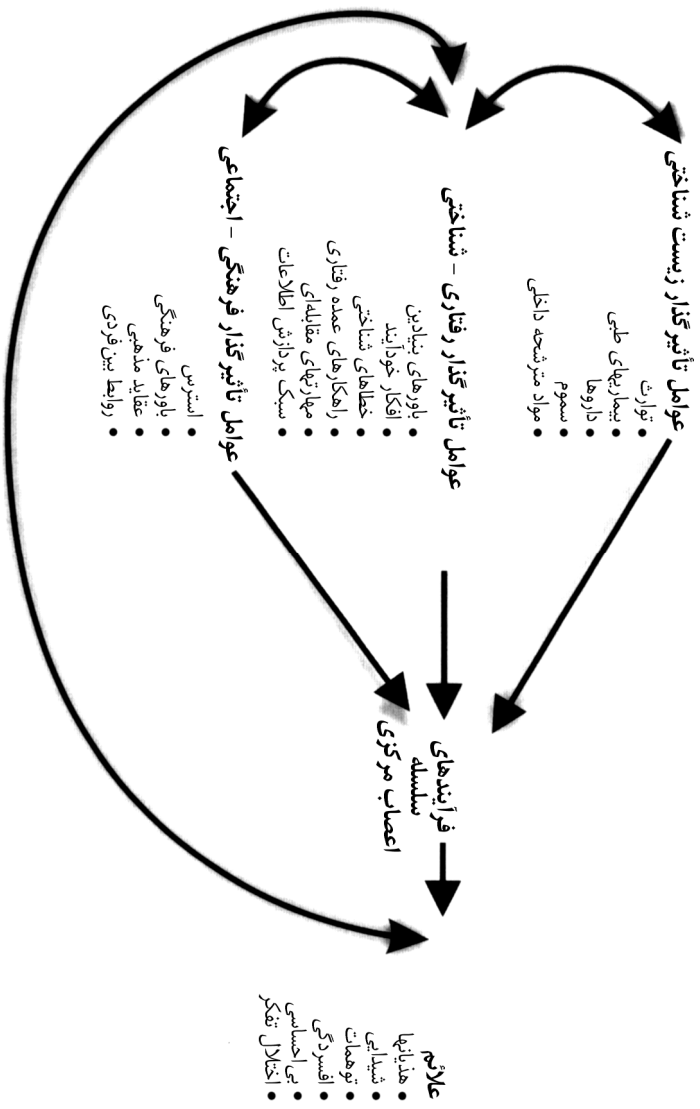
می‌تواند کمک بیشتری ارائه نماید. رفتاردرمانی‌شناختی به طور مستقیم آنگ، یک معضل کمرشکن اجتماعی و فردی، را مورد رسیدگی قرار می‌دهد (کینگدان و تورکینگتون ۲۰۰۵، ۱۹۹۱)؛ مشکلات بین‌فردی، نقائص مهارتهای اجتماعی و انزوا را می‌توان شناسایی و درمان نمود (باسکو ۲۰۰۶؛ رودر و همکاران ۲۰۰۲؛ سافران و سیگال ۱۹۹۰؛ ویتنگل و همکاران ۲۰۰۴)؛ روشهای رفتاردرمانی‌شناختی را می‌توان برای مساعدت به مشکلات انگیزشی و اِهمالکاری بکار برد (رامسی ۲۰۰۲؛ رایت و همکاران ۲۰۰۶). همبودی سوءمصرف مواد مخدر، بیماری شایع مبتلایان اختلالات عمده روانی، می‌تواند دیگر کاربرد سودمند روشهای رفتاردرمانی‌شناختی باشد (باروکلاف و همکاران ۲۰۰۱؛ نعیم و همکاران ۲۰۰۵).

پیشگیری از عود یکی از مهمترین اهداف کلیه روشهای درمانی بیماریهای شدید روانی است. هدف راهبردهای رفتاردرمانی‌شناختی، آموزش مهارتهای خاص به بیماران است تا با علائم اولیه بازگشت بیماری به مقابله برخیزند و بدین ترتیب، پیشرفت علائم را محدود ساخته و یا متوقف نمایند (باسکو ۲۰۰۶). مروری بر مطالعات تحقیقاتی در بخش انتهایی این فصل نشان‌دهنده شواهد قوی حاکی از اثرات مثبت درازمدت رفتاردرمانی‌شناختی در ممانعت از بازگشت علائم افسردگی است. نتایج تحقیقات در زمینه اختلال دوقطبی و اسکیزوفرنیا متناقض بوده‌اند که می‌تواند بیانگر نیاز احتمالی به درمان طولانی‌تر و یا شدیدتر جهت کاهش خطر عود در این بیماریها باشد. تداوم جلسات "یادآور" رفتاردرمانی‌شناختی، مشابه با دارودرمانی نگهدارنده، می‌تواند روش مفیدی برای دستیابی به حداکثر نتایج درمانی بیماریهای شدید روانی باشد (جاررت و همکاران ۲۰۰۱).

مدل رفتاردرمانی‌شناختی برای بیماریهای شدید روانی

یک دیدگاه جامع

به دلیل وجود احتمالی انبوهی از عوامل مؤثر در پیدایش و بروز علائم بیماریهای شدید روانی، توصیه می‌گردد که درمانگران به منظور مفهوم‌سازی و طراحی درمان از مدل گسترده شناختی-رفتاری-زیست‌شناختی-اجتماعی-فرهنگی (شکل ۱-۱) استفاده نمایند (رایت و همکاران ۲۰۰۶). تأکید اصلی بر درک اجزاء شناختی و رفتاری این مدل است با این وجود، عوامل ذیل نیز بایستی مورد توجه قرار گیرند: علل محتمل زیست‌شناختی (برای مثال، ژنتیک، بیماریهای طبی، تاریخچه پاسخ به داروها)؛ عوامل تنش‌زای بین‌فردی و نیز منابع حمایتی (برای مثال، حوادث زندگی، لطمات روحی، وضعیت ارتباطات)؛ و عوامل اجتماعی-فرهنگی (برای مثال، جنس، نژاد، مذهب و علاقه به معنویات).



شکل ۱-۱. مدل شناختی - رفتاری - زیست شناختی - فرهنگی - اجتماعی برای اختلالات شدید روانی.

اگرچه رفتاردرمانی‌شناختی، دارودرمانی و درمانهای جامعه‌مدار مثل درمان بین‌فردی از مبانی نظری مختلفی پدید آمده‌اند و سازوکارهای عملکردی متفاوتی دارند اما شواهد رو به گسترشی وجود دارد مبنی بر این که یک راهبرد همه‌جانبه زیستی - روانی - اجتماعی می‌تواند در درمان بیماری شدید روانی مفیدفایده باشد (رایت ۲۰۰۳؛ رایت و همکاران ۲۰۰۶). برای مثال، در درمان اسکیزوفرنیا اثبات شده که رفتاردرمانی‌شناختی اثر تجمعی (افزایشی) بر داروهای ضد روانپریشی دارد (بخش بعدی در این فصل "کارآیی رفتاردرمانی‌شناختی در بیماریهای شدید روانی" را ببینید). به علاوه، مفهوم‌سازی استرس - آسیب‌پذیری^۱ به طور موفقیت‌آمیزی برای کمک به بیماران سایکوتیک جهت درک و مقابله آنان با علائم‌شان بکار گرفته شده است (کینگ‌دون و تورکینگتون ۲۰۰۵). از آنجا که هیچ شواهدی مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی‌شناختی به عنوان یک درمان مستقل برای اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی وجود ندارد، بایستی از یک راهبرد ترکیبی سود جست مگر آن که بیمار از دارودرمانی امتناع ورزد. البته یکی از اهداف رفتاردرمانی‌شناختی حتی در صورت مخالفت بیمار با دارو نیز ترغیب وی برای پذیرش دارودرمانی خواهد بود.

در درمان افسردگی مطلقاً نیازی به ترکیب دارودرمانی با روان‌درمانی وجود ندارد چرا که اثبات شده رفتاردرمانی‌شناختی به تنهایی از نظر کنترل بالینی به اندازه دارودرمانی مؤثر می‌باشد (فریدمن و همکاران ۲۰۰۶؛ هولون و همکاران ۲۰۰۵). با این وجود، بنا به متناهیات نتایج مطالعات متعدد، تأثیر مجموع رفتاردرمانی‌شناختی و دارودرمانی نسبت به هر یک از این درمانها به تنهایی بیشتر است (فریدمن و همکاران ۲۰۰۶). بدین ترتیب، مطالعات در زمینه اسکیزوفرنیا، اختلال دوقطبی و افسردگی نشان می‌دهند که به هنگام طرح‌ریزی مداخلات رفتاردرمانی‌شناختی برای این بیماریها، نقش عوامل زیست‌شناختی و دارودرمانی را بایستی مدنظر قرار داد.

یک دسته مطالعات بسیار جالب دیگر نشان داده‌اند که رفتاردرمانی‌شناختی اثر چشمگیری بر عملکرد مغز و سایر فرآیندهای زیست‌شناختی دارد. رفتاردرمانی‌شناختی می‌تواند نیمرخ‌های نوار مغزی حین خواب (تاسه^۲ و همکاران ۱۹۹۸)، سطوح هورمون تیروئید (جوف و همکاران ۱۹۹۶) و مسیرهای متعدد مغزی دخیل در پردازش شناختها و احساس (برادی و همکاران ۱۹۹۸؛ گلداپل و همکاران ۲۰۰۴؛ شوارتز و همکاران ۱۹۹۶) را تغییر دهد. یک تحقیق بویژه جالب توجه که توسط گلداپل و همکاران (۲۰۰۴) و با استفاده از اسکن‌های توموگرافی با انتشار پوزیترون در افراد افسرده انجام شده بیانگر آن است که رفتاردرمانی‌شناختی مسیرهای قشری و لیمبیک را از بالا به پایین (یعنی، ابتدا تغییرات قشری و متعاقب آن تغییرات تحت قشری) تنظیم می‌کند، حال آن که داروی ضدافسردگی از پایین به بالا (یعنی، ابتدا تغییرات

1. Stress-vulnerability conceptualization
2. Thase

فصل ۱. معرفی ۲۵

تحت قشری و متعاقب آن تغییرات قشری) اثر می‌کند. این مطالعه و تحقیقات مشابه آن نشان می‌دهند که رفتار درمانی شناختی از بسیاری جوانب یک درمان زیست‌شناختی است و یک مفهوم‌سازی چندسیستمی درباره سازوکار تأثیر می‌تواند علاوه بر تعابیر روانشناختی مشتمل بر فرآیندهای عصبی - غددی و سیستم اعصاب مرکزی نیز باشد.

به طور ملموس‌تر، تأثیر احتمالی زمینه ژنتیکی، وضعیت جسمی کنونی (برای مثال، تناسب اندام، وزن، اثرات متابولیک داروهای روانگردان)، و بیماریهای طبی (برای مثال، اختلالات غددی، بیماری قلبی، درد مزمن) بایستی در مدلی جامع برای بکارگیری رفتار درمانی شناختی در بیماریهای شدید روانی در نظر گرفته شوند. این عوامل ژنتیکی و طبی می‌توانند اثر چشمگیری بر پیشرفت بیماری و پاسخ به درمان داشته باشند (نیون^۱ و دانمور^۲ ۲۰۰۰؛ لاستمن و همکاران ۱۹۹۸).

همچنین، جهت درک کامل بیمار و طراحی درمانی کارآمد، مدنظر قراردادن اثر استرس‌های زندگی، لطمات روحی، مشکلات بین فردی و عوامل فرهنگی الزامی است. در اسکیزوفرنیا عوامل محیطی منجمله مهاجرت، شهرنشینی (کراپندام و وان اوس ۲۰۰۵)، لطمات روحی دوران کودکی (رید و همکاران ۲۰۰۵) و استفاده از مواد مخدر توهم‌زا (هال ۲۰۰۶) عوامل خطر به طور فزاینده مهمی محسوب می‌شوند. در مقایسه با گروه کنترل، بروز حوادث زندگی در دوره پیش از آغاز سایکوز شایع‌تر است، اگرچه این عامل در مقایسه با اختلالات عاطفی اثر احتمالاً کمتری بر سایکوز دارد (ببینگتون و همکاران ۱۹۹۶). به علاوه به حساسیت نسبت به گرفتاریهای روزمره (برای مثال، ضرورت پرداخت قبض‌ها و یا وجود همسایگان شلوغ و پرسرو صدا) نیز اشاره شده است (مای-ین - گرمیس^۲ و همکاران ۲۰۰۵). عوامل فرهنگی مطرح هستند: باورهای پذیرفته شده در یک جامعه ممکن است از منظر جامعه‌ای دیگر افکاری سایکوتیک به نظر برسند، درحالی که طرز نگرش نسبت به گروههای اقلیت (برای مثال، نژادپرستی) می‌تواند به پیدایش پارانوای کمک کرده و از الحاق اجتماعی جلوگیری به عمل آورد.

اثبات شده که حوادث عمده زندگی موجب بازگشت حملات اختلال دوقطبی می‌گردند. برای مثال، در مقایسه با پذیرش جراحی، مطالعات متعدد نشان‌دهنده افزایش میزان حوادث تنش‌زای زندگی قبل از بستری به دلیل شیدایی هستند (آمبلاس ۱۹۷۹). هانت و همکاران (۱۹۹۲) دریافتند که میزان حوادث تنش‌زای زندگی سه ماه قبل از حمله اختلال دوقطبی در مقایسه با زمانی که در یک دوره سه ماهه هیچ حمله‌ای رخ نداده بود، بسیار چشمگیرتر بود. بالاترین میزان حوادث تنش‌زا در ماه قبل از عود رخ داده بود. بیدزینسکا (۱۹۸۴) در مقایسه بیماران با افراد غیرسایکوتیک گروه کنترل، یافته مشابهی را به اثبات رساند. همچنین، کندلی و

1. Kneebone
2. Myin-Germeys

۲۶ رفتاردرمانی‌شناختی برای بیماریهای شدید روانی

همکاران (۱۹۸۳) نشان دادند که بیماران دوقطبی تا قبل از بستری از حمایت اجتماعی بسیار کمی جهت کمک به آنان برای مقابله با استرس برخوردار بوده‌اند. حتی حوادث مثبت و طبیعی روند رشد مثل آماده شدن برای کنکور (نوس لاک و همکاران ۲۰۰۷) و یا دستیابی به هدف (جانسون و همکاران ۲۰۰۰) نیز همانند اختلال در شیوه معمول زندگی روزانه با افزایش علائم اختلال دوقطبی همراه هستند (مالکوف- شوارتز و همکاران ۲۰۰۰).

در مجموع، نتایج مطالعات درباره حوادث زندگی، فرآیندهای زیست‌شناختی و دیگر عوامل مؤثر حاکی از آنند که یک راهبرد جامع می‌تواند بهترین فرصت را برای درک بیماران و طراحی مداخلات فراهم سازد. اجزای اصلی مدل شناختی- رفتاری- زیست‌شناختی- اجتماعی- فرهنگی در رفتاردرمانی‌شناختی برای بیماریهای شدید روانی در جدول ۱-۲ خلاصه شده است.

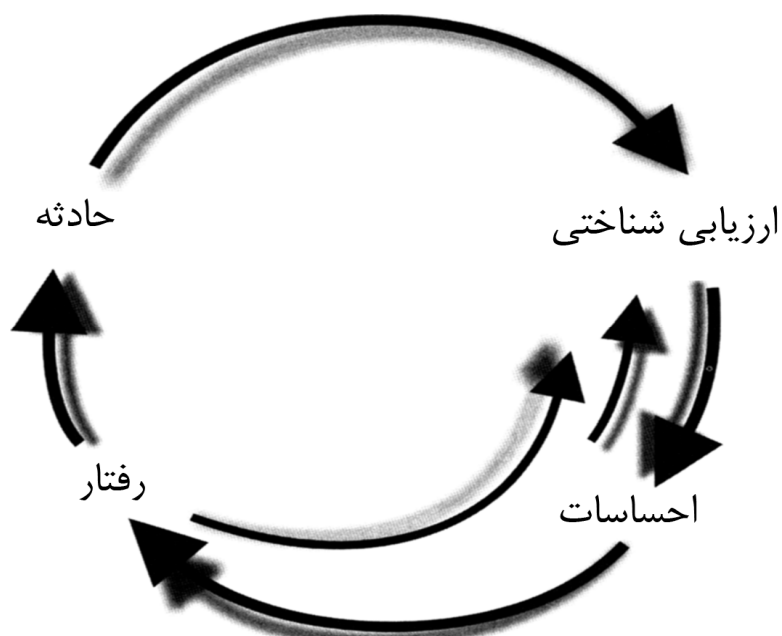
مدلی مقدماتی برای مداخلات رفتاردرمانی شناختی

پس از در نظر گرفتن طیف وسیعی از عوامل محتمل در مدل جامع شناختی- رفتاری- زیست شناختی- اجتماعی- فرهنگی (فصل چهارم "جمع‌بندی مورد و برنامه‌ریزی درمانی" را برای جزئیات بیشتر درباره تشکیل مفهوم‌سازی مورد ببینید) لازم است تا درمانگران بر بسط اجزای رفتاری- شناختی طرح درمانی تمرکز نمایند. می‌توان مدل مقدماتی کمتر پیچیده‌ای از رفتاردرمانی‌شناختی را جهت تمرکز بیشتر و فراهم‌سازی الگویی برای مداخلات درمانی بکار گرفت (شکل ۱-۲). این مدل کلی تعمداً ساده شده است تا توجه بالینگر به ارتباطات بنیادین بین موارد ذیل جلب شود: ۱) اتفاقات محیطی (و یا خاطرات حوادث، ادراکات هذیانی، توهمات، غیره)؛ ۲) برداشت شناختی از معنای این حوادث و یا ادراکات؛ ۳) پاسخهای احساسی؛ ۴) رفتارها. برداشت شناختی در این مدل کاری نقش مرکزی دارد چرا که معانی مرتبط با حوادث و یا ادراکات بر پاسخهای احساسی و رفتار بعدی اثری ژرف دارند (بک و همکاران ۱۹۷۹؛ کلارک و همکاران ۱۹۹۹؛ رایت و همکاران ۲۰۰۶، ۲۰۰۸).

این مدل کارآمد ارتباط محکم و دوجانبه‌ای را بین شناخت و رفتار مطرح می‌کند که بنا به

جدول ۱-۲. اجزای اصلی مدل رفتاردرمانی شناختی در بیماریهای شدید روانی

اجزای شناختی- رفتاری، زیست شناختی، بین‌فردی و اجتماعی- فرهنگی شناسایی و در نظر گرفته می‌شوند. بکارگیری نظریه و روشی تلفیقی.
رفتاردرمانی‌شناختی به طور معمول در کنار دارو و یا سایر درمانهای زیست شناختی بکار برده می‌شود.
می‌توان مشکلات بین‌فردی و اجتماعی- فرهنگی را در طرح درمانی به طور مستقیم مورد رسیدگی قرار داد.
مفهوم استرس- آسیب‌پذیری برای بیماران توضیح داده می‌شود.
مدل پایه رفتاردرمانی‌شناختی که ارتباط بین حوادث، شناختها، احساسات و رفتار را با جزئیات شرح می‌دهد، جهت هدایت مداخلات درمانی بکار گرفته می‌شود.



شکل ۲-۱. الگوی پایه رفتاری - شناختی. منبع: تجدید چاپ شده از جی. اچ. رایت، ام آر باسکو، ام. ای تاس: یادگیری درمان رفتاری - شناختی: راهنمای مصور. شهر واشنگتن، انتشارات روانپزشکی آمریکا، سال ۲۰۰۶، صفحه ۵۱. استفاده با کسب مجوز. دارنده حقوق انحصاری اثر.

آن از طریق چرخه‌های پس‌خوراند متعدد، الگوهای رفتاری (برای مثال، اجتناب، اهمال‌کاری، گوش به زنگی مفرط) بر شناختها (برای مثال، تخمین خطر، خودکارایی و یا پذیرش توسط دیگران) تأثیر می‌گذارند و برعکس به طوری که این ارتباط می‌تواند علائم را تداوم بخشیده و یا افزایش دهد. بنابراین، هم شناختهای ناکارآمد و هم رفتار ناسازگارانه هر دو می‌توانند هدف تغییر قرار بگیرند. در اینجا، به طور خلاصه سه بیمار که در سرتاسر کتاب از آنها یاد می‌شود، معرفی می‌شوند تا نشان داده شود که چگونه مدل مقدماتی رفتاردرمانی شناختی می‌تواند راهنمایی برای مداخلات درمانی باشد. جمع‌بندی‌های مبسوط و فیلم‌های ویدئویی این بیماران در فصول آتی ارائه شده‌اند.

مجیر

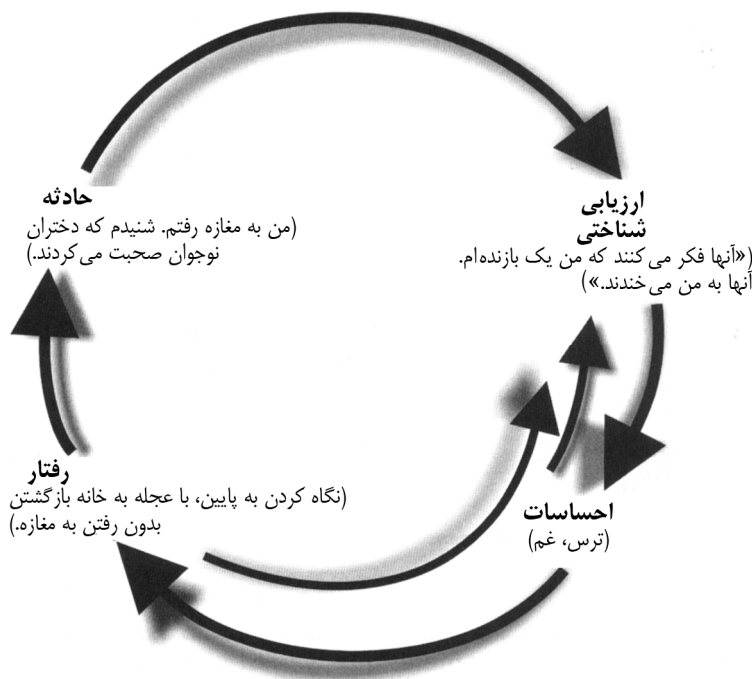
برای این مرد ۲۸ ساله تشخیص اسکیزوفرنیای پارانوئید مطرح شده و به طور مفصلی با داروهای ضدروانپزشکی درمان شده است. با این وجود، متأسفانه، هنوز هم از بدبینی شدید

۲۸ رفتاردرمانی‌شناختی برای بیماریهای شدید روانی

همراه با انزوای اجتماعی و کناره‌گیری شدید رنج می‌برد. او بیشتر وقتش را در اتاقش می‌گذراند و گهگاه به مهدکودک نزدیک منزل خواهرش می‌رود. او در این محیط امن تا حدودی احساس راحتی می‌کند ولی معمولاً هنگامی که تلاش می‌کند تا بیرون برود و به مغازه و یا سایر مکان‌های عمومی پا بگذارد، بیشتر نگران و هذیانی می‌گردد. واکنش نسبت به یکی از چنین بازدیدهایی در شکل ۳-۱ آمده است. چنانکه در بخشهای بعدی کتاب و نیز فیلم‌های ویدئویی ارائه شده است، راهبرد شناختی - رفتاری برای کمک به مجیر می‌تواند مشتمل بر پرسش محتاطانه درباره ادراکات وی به هنگام مراجعه به مکانهای عمومی، بررسی شواهد درباره تفاسیر وی و تکالیف رفتاری به منظور سعی برای شکست این الگوی انزوای اجتماعی وی باشد.

آنچه

این زن ۳۵ ساله دچار اختلال دوقطبی به دلیل یکسری مشکلات کاری از سوی رئیسش و ادار به مراجعه درمانی شده بود. او تحریک‌پذیر و بزرگ‌منش بوده و با مشتریان و همکارانش برخوردی توهین‌آمیز داشت. به هنگام بروز مانیا و یا هیپومانیا، او اعتقاد داشت که در کارش

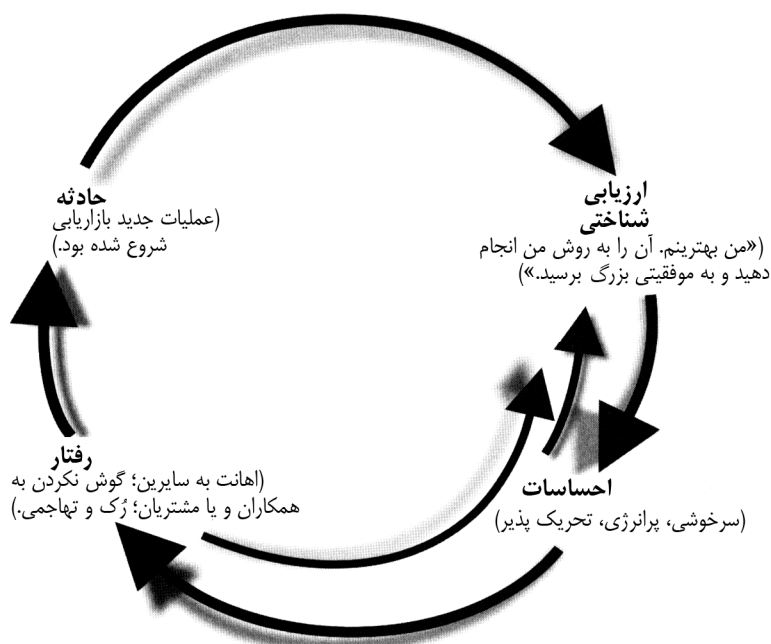


شکل ۳-۱. مثال مجیر: الگوی پایه رفتاری - شناختی.

در شرکت بازاریابی بهترین است و سایرین را خننگ و یا بدرد نخور می‌دانست. در این مواقع، عزت نفس کاذب وی و رفتار بی‌ملاحظه‌اش او را به درد سر می‌انداخت. مثالی درباره آنجلا در شکل ۴-۱ ترسیم شده است. مداخلات رفتاردرمانی شناختی می‌تواند راهنمایی برای آنجلا باشد تا به وی کمک نماید تحریف‌های شناختی‌اش را که بخشی از نوسان خلقی وی به سمت هیپومانیا و مانیاست، اصلاح نماید و نیز چرخه رفتار ناکارآمدی که کارش را به خطر می‌اندازد، متوقف سازد.

ماری

ماری بیماری ۴۴ ساله با افسردگی شدید و مزمن است که از زمانی که به یاد می‌آورد دچار افسردگی بوده ولی اخیراً، در پی مواجهه با مشکلات مالی و ارتباطی، افسردگی تشدید شده است. او به دلیل افسردگی نتوانسته بود کارش را حفظ کند اما در منزلش یک مرکز نگهداری برای تعدادی کودک خردسال راه انداخته بود. اما اکنون تمام این کودکان بزرگ شده و به سن مهد و یا پیش‌دبستانی رسیده بودند و بدین ترتیب، ماری علاوه بر مصاحبت کودکان، منبع



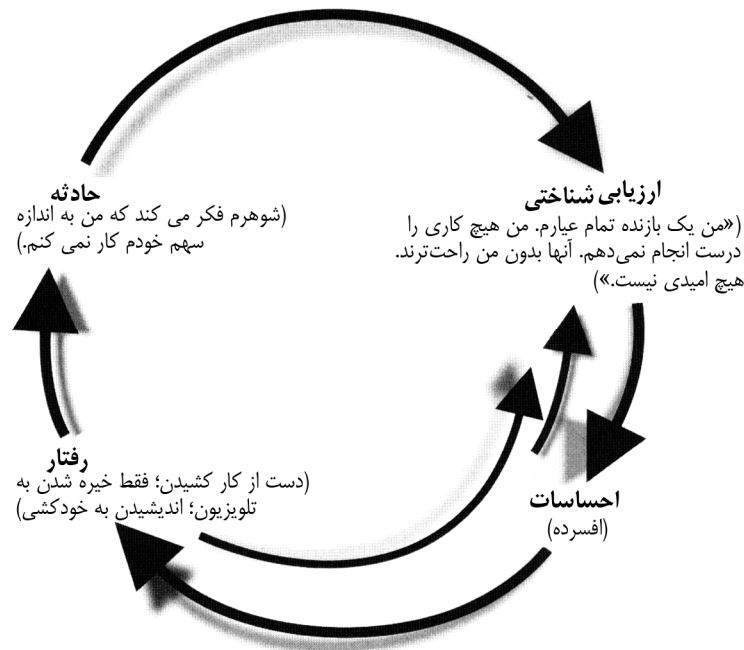
شکل ۴-۱. مثال آنجلا: الگوی پایه رفتاری - شناختی.

۳۰ رفتاردرمانی‌شناختی برای بیماریهای شدید روانی

درآمد خود را هم از دست داده بود. همسرش از وی انتقاد می‌کرد و به او متلک می‌گفت که دیگر از نظر مالی کمکی محسوب نمی‌شود و روزانه بیشتر وقتش را به تماشای تلویزیون می‌گذراند.

مداخلات رفتاردرمانی‌شناختی برای ماری که در فصول بعدی و فیلم‌های ویدئویی گنجانده شده‌اند، به شناختهای خودتحقیرکننده، احساس عمیق ناامیدی، خطر خودکشی و رفتار عاجزانه مبتلایان به افسردگی شدید و مزمن می‌پردازد (شکل ۵-۱).

این مثالها بیانگر آنند که چگونه یک مفهوم‌سازی رفتاردرمانی‌شناختی می‌تواند برای درک علائم و هدف‌گذاری مداخلات درمانی برای انواعی از اختلالات شدید روانی به کار گرفته شود. البته، یک جمع‌بندی کامل‌تر با لحاظ طیف کاملی از عوامل تنش‌زای محیطی، طرحواره‌های زیربنایی، در صورت امکان تأثیرات تکاملی، راهکارهای با دوام رفتاری، نقاط قوت و سایر عوامل به برنامه‌ریزی درمانی مؤثر کمک می‌نماید (فصل چهارم "جمع‌بندی مورد و برنامه‌ریزی درمانی" را ببینید).



شکل ۵-۱. مثال ماری: الگوی پایه رفتاری - شناختی.

فصل ۱. معرفی ۳۱

اگرچه، رفتاردرمانی شناختی برای بیماریهای شدید روانی نیز بر مفهوم‌سازی کلی و ساده نشان داده شده در شکل‌های ۱-۳ تا ۱-۵ تکیه دارد. این نوع مفهوم‌سازی که گاهی جمع‌بندی کوچک نامیده می‌شود، می‌تواند یک راه سریع و جمع‌وجور برای به‌کارانداختن مفاهیم پایه رفتاردرمانی شناختی فراهم سازد. درفصل چهارم، توضیح داده می‌شود که چگونه جمع‌بندیهای کوچک می‌توانند ابزار مفیدی برای کمک به بیماران در درک و کنترل علائمشان باشند.

مروری بر روش‌های درمانی

بهبودسازی رابطه درمانی

بعضی از روش‌های رایج به کار گرفته شده و یا کانون‌های توجه رفتاردرمانی شناختی در بیماری‌های شدید روانی در جدول شماره ۱-۳ فهرست شده‌اند. اولین مورد در این جدول یعنی "بهبودسازی رابطه درمانی" شاید مهمترین مورد باشد. بیماران دچار بیماریهای شدید اغلب تلاش‌های قبلی برای درمان داشته و به سطوح مختلفی از موفقیت رسیده‌اند. ممکن است آنها از شروع مجدد درمان واهمه داشته و یا از ورود به درمان بیزاری آشکاری داشته باشند. برای مثال، یک بیمار مبتلا به مانیای بارز را در نظر بگیرید که "کارها بر وفق مرادش می‌باشند" یعنی با عقاید، نقشه‌ها و تجارب اخیر از ادراکات خلقی بالای خود سرخوش است. او اعتقاد دارد که سایرین در تلاشند تا او را عقب نگه دارند. او نمی‌خواهد این عقیده را بپذیرد که دچار اختلال روانپزشکی است و نیازمند درمان می‌باشد. در موردی دیگر، بیمار دچار اختلال افسردگی شدید ممکن است از ازمان بیماری و شکست‌های درمانی قبلی خود دلسرد شده و به این که رفتاردرمانی شناختی می‌تواند کمک‌کننده باشد، امید اندکی داشته و یا کاملاً ناامید باشد. موقعیت حتی مشکل‌تر از جلب همکاری درمانی بیمار که ممکن است درمانگر با آن مواجهه شود، بیمار سایکوتیکی است که درباره نیات درمانگر عقاید هذیانی دارد. در تمام این چالش‌های درمانی، مهارت درمانگر در ارتقاء یک ارتباط کاری مطلوب برای پیشرفت درمانی مرحله‌ای سرعت‌گیر محسوب می‌شود.

در درمان بیماری شدید روانی، ممکن است لازم باشد تا درمانگر زمان زیادتری را به ایجاد ارتباط اختصاص دهد و در بخش عمده‌ای از جلسات اولیه درمان از سؤالات با فاصله و غیر تهدیدکننده استفاده نماید. سبک تجربی مشارکت‌جویانه ارتباط که برای کلیه کاربردهای رفتاردرمانی شناختی توصیه می‌گردد، مورد تأکید است اما برای بسیاری از افراد دچار مشکلات وخیم همچون اسکیزوفرنیا و یا افسردگی مقاوم به درمان کمی "همراهی" نیز لازم است (کینگدان و تورکینگتون ۲۰۰۵). این راهکار دربرگیرنده ارتباط با بیمار به حالتی بسیار شفقت‌آمیز و حمایت‌گراانه است به نحوی که نشاندهنده علاقه حقیقی درمانگر به جزئیات

جدول ۳-۱. روشهای رایج رفتاردرمانی شناختی برای بیماری های شدید روانی

بهینه‌سازی رابطه درمانی
 عادی‌سازی و انگ‌زدایی
 ارائه آموزش بهداشت روان
 اصلاح افکار خودآیند
 بکارگیری راهکارهای رفتاری
 تغییر باورهای بنیادین
 رسیدگی به مشکلات تمرکز و یا اختلال تفکر
 افزایش تبعیت درمانی
 درمان استفاده ناپجا و یا سوء‌مصرف مواد مخدر
 مهارت‌آموزی جهت پیشگیری از عود

درگیری‌های روزانه بیمار است. ماهیت ارتباط حرفه‌ای برقراری دوستی نیست و حفظ حدود مناسب الزامی است. اگرچه، ممکن است درمانگر تلاش خاصی به خرج دهد تا به جلسات درمانی حالت "دوستانه" ببخشد و پیش از تلاش برای تصحیح عقاید هذیانی و یا مبارزه با سایر علائم سخت درمان، ارتباط کاری توأم با همیاری به وجود آورد. این راهکار در فصول بعدی این کتاب در درمان مجیر، مرد جوان مبتلا به اسکیزوفرنیای پارانوئید، نشان داده شده است.

عادی‌سازی و انگ‌زدایی

یکی از عذاب‌آورترین جنبه‌های بیماری شدید روانی، انگ و احساس بیگانگی است که بسیاری از این بیماران تجربه می‌کنند. فرد مبتلا به توهمات شنوایی ممکن است فکر کند که فقط او از صداها رنج می‌برد و این یک علامت تسخیر شدن از سوی ارواح خبیثه است. زنی با افسردگی راجعه و اشکال در کارکرد ممکن است بیندیشد که او در زندگی یک "بازنده" است و افسردگی محصول ضعف اراده وی می‌باشد. مرد دچار اختلال دوقطبی ممکن است به این نتیجه برسد که ناتوان از نگهداری هرگونه رابطه و یا شغلی است چرا که همسرش او را ترک کرده است و پس از دو حمله مانیا، کارش را نیز از دست داده است.

راهکار عادی‌سازی در رفتاردرمانی شناختی مشتمل بر تلاش برای کمک به بیمار جهت فهم این مسئله است که در انواع تجاربی که پشت سر گذاشته با افراد زیادی در سراسر جهان مشترک است (برای مثال، صداها و افکار پارانوئیدی حتی در میان افراد فاقد اختلالات روانی نیز بسیار شایعند و یا این که اختلالات خلقی در بیش از ۲۰٪ جمعیت یافت می‌شوند) و عوامل تنش‌زا (برای مثال، محرومیت از خواب، لطمات روحی و فقدانها) ماشه‌چکان (آغازگر) علائم شناخته شده‌اند. با پیشرفت فرآیند عادی‌سازی و انگ‌زدایی، درمانگر درک و پذیرش خود از مشکلات بیمار را به نمایش می‌گذارد. اهداف این مداخله کمک به بیمار جهت

فصل ۱. معرفی ۳۳

۱) کسب انتساب‌های مفید (یعنی معانی مرتبط با بیماری) درباره بیماری؛ ۲) به حداقل رسانی خودانتقادی؛ ۳) اتخاذ نگرش حل مسئله؛ ۴) پذیرش مفهوم استرس - آسیب‌پذیری؛ ۵) تلقی درمانگر همچون متحدی در جنگ علیه علائم.

ارائه آموزش بهداشت روان

آموزش درباره بیماریها و روشهای رفتاردرمانی‌شناختی در سرتاسر درمان ارائه می‌شود منجمله در طی فرآیند عادی‌سازی که پیش از این شرح داده شد. به طور معمول، آموزش بهداشت روان (psychoeducation) هر زمانی که در جلسات درمانی فرصت مناسبی برای توضیح و تبیین مفاهیم دست دهد، به طور شفاهی (در لابلای مکالمات) انجام می‌شود. بدین ترتیب، آموزش به روشی نسبتاً بهم پیوسته و آسان فهم در جلسات گنجانده می‌شود. از شیوه بیان آشکارا معلم‌وار خودداری می‌شود و در عوض، از بیانات و مباحثات کوتاه استفاده می‌شود. بنا به ظرفیت شناختی و سطح واقعیت‌سنجی بیمار، ممکن است از مطالب خواندنی، جستجوهای اینترنتی و یا برنامه‌های کامپیوتری جهت آموزش بهداشت روان بهره گرفته شود. بیمار دچار اختلال دوقطبی که هم اکنون دچار علائم خلق پائین می‌باشد، می‌تواند از مطالعه کتابهایی مثل *ذهن ناآرام* (جامیسون ۱۹۹۵) سود ببرد. اگرچه، بیمار دچار بدبینی شدید، انگیزه پائین و اختلال فکر چشمگیر احتمالاً نمی‌تواند از چنین تکالیف خانگی آموزش بهداشت روان بهره مند گردد. در عوض، ممکن است جزوهای ساده را نگاه کند (کینگدان و تورکینگتون ۲۰۰۵) و یا موافقت کند که در فاصله بین جلسات "به صحبت‌های انجام شده بیانید."

اصلاح افکار خودآیند

می‌توان بسیاری از شناخته‌های ناسازگارانه مبتلایان به اختلالات شدید روانی را به صورت افکار خودآیند مفهوم‌سازی کرد - شناخته‌هایی که خیلی سریع در موقعیتها یا در پاسخ به خاطرات و یا سایر ادراکات به وجود می‌آیند و به طور معمول مورد تجزیه و تحلیل منطقی قرار نمی‌گیرند. از آنجا که افکار خودآیند اغلب بطور منفی تحریف شده و یا سایر خطاها را دارند، می‌توانند اهداف خوبی برای مداخلات رفتاردرمانی‌شناختی باشند. روشهایی مثل ثبت افکار، بررسی شواهد و انتساب مجدد به طور گسترده‌ای در درمان افسردگی و اختلالات اضطرابی به کار می‌روند (بک و همکاران ۱۹۷۹؛ رایت و همکاران ۲۰۰۸). این فنون همچنین می‌توانند نقش مهمی در کار با مبتلایان به اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی ایفاء نمایند. برای مثال، می‌توان یک درک هدیانی را همچون یک فکر خودآیند مجدداً نام‌گذاری نمود (برای مثال، "یک نفر از آپارتمان آن سوی خیابان دزدکی من رو زیر نظر گرفته است.") و سپس می‌توان یکسری توضیحات جایگزین را جستجو نمود (برای مثال، "ممکنه زن طبقه چهارم همیشه بیرون رونگاه کنه چون خسته و بی‌حوصله شده و یا بیماره و نمیتونه آپارتمانش رو ترک کنه").

دیگر روشی که بطور شایعی جهت اصلاح افکارخودآیند بکار رفته است، کشف تحریفات شناختی می‌باشد مثل نادیده گرفتن شواهد، شخصی‌سازی، بزرگنمایی و کوچک‌نمایی، تعمیم افراطی و تفکر همه یا هیچ. بیماران مبتلا به هیپومانیا و مانیا مستعد چنین خطاهای فکری هستند (باسکو و راش ۲۰۰۵). آنجلا، زنی که پیش از این در این فصل توصیف شد، این شواهد را مورد غفلت قرار می‌دهد که به دیگران توهین می‌کند و رفتارش کارش را در مخاطره قرار داده است. او مهارت‌های شغلیش را بزرگنمایی کرده و نقش دیگران را کوچک‌نمایی می‌نماید. او با تصور خود بعنوان "بهترین" فرد و توصیف دیگران به صورت افرادی کند، تنبل و غیرخلاق گرفتار نحوه تفکر همه و یا هیچ نیز شده است. چنین نوع خطاهای شناختی نقش مهمی در تشدید علائم وی داشته‌اند اما همانطور که در اغلب موارد در رفتاردرمانی‌شناختی صادق است، یک مشکل می‌تواند به یک فرصت تبدیل شود. شناسایی چنین خطاهای شناختی می‌تواند به آنجلا کمک کند تا کنترل بهتری بر نوسانات خلقیش پیدا کند.

بکارگیری راهکارهای رفتاری

برای مجیر، بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیای پارانوئید، اجتناب از موقعیتهای اجتماعی، حتی رفتن به خواربارفروشی، پیامد آشکار عقاید هذیانی وی بود. اگرچه، درمانگرش می‌توانست از روشهای بازسازی شناختی برای تلاش در جهت کاهش افکار بدبینانه وی بهره بگیرد، اما کاربرد روشهای رفتاری مثل فنون مواجهه تدریجی نیز امکانپذیر بود. برای مثال، می‌شد از مجیر پرسید آیا ممکن است احساس بهتری درباره خودش پیدا کند اگر بتواند به تدریج توانایی خود برای قدم زدن در خارج از منزل و یا خرید از یک مغازه را افزایش دهد. اگر درمانگر و بیمار به این توافق برسند که این می‌تواند ایده خوبی باشد، پس از آن درمانگر می‌تواند با مواجهه گام به گام مجیر با این موقعیتهای هراس‌انگیز به وی کمک کند. راهکارهای انطباقی مثل آموزش نحوه تنفس و یا تمرینات آرمیدگی را نیز می‌توان آموزش داد. روش دیگر ممکن است تشکیل کارت مدارا باشد تا ترس از این که دیگران درباره وی صحبت کرده و یا به او بخندند، کنترل شود (در فصل ششم "توهنات"، بخش "کارت‌های مدارا" را ببینید).

روشهای رفتاری می‌توانند بویژه برای بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی مفید فایده باشند. شیوه سودمند توصیه شده از سوی باسکو و راش (۲۰۰۵)، کار برگ خلاصه علامت است. این شیوه شامل ایجاد فهرستی از علائم و نشانه‌های هشداردهنده درباره آغاز احتمالی شیفت به سمت شیدایی و یا افسردگی می‌باشد. بنابراین، یک طرح رفتاری خاص به منظور تلاش برای جلوگیری از تشدید علائم تهیه می‌شود. می‌توان از سایر مداخلات رفتاری نیز جهت بهبود بهداشت خواب، تمرکز توجه برانجام وظیفه (جهت مقابله با حواس‌پرتی و بیش‌فعالی)، کاهش تکانشگری و رسیدگی به سایر مشکلات رایج در اختلال دوقطبی سود جست.

افسردگی مزمن و عمیقاً ریشه‌دار اغلب با برنامه‌ریزی فعالیت و تکالیف مرحله‌بندی شده درمان می‌شوند. ماری، زنی دچار ناتوانی شدید در کسب لذت و مبتلا به انزوای اجتماعی بود (شکل ۵-۱) که اغلب وقت خود را بیهوده جلوی تلویزیون می‌گذراند و هنگامی که همسرش از او انتقاد می‌کرد، او هرچه بیشتر در خود فرو می‌رفت و به جدایی می‌اندیشید. از آنجا که می‌بایستی درمان‌گرش هرچه زودتر احساس ناامیدی او را مرتفع می‌ساخت، روشهای عملی برای فعال‌سازی رفتاری و برنامه‌ریزی برای ماجراهای خوشایند را به‌عنوان بخشی از طرح درمانی پیشنهاد نمود. در فصول بعدی این کتاب، به نتایج مثبت این تکلیف رفتاری اشاره شده است.

تغییر باورهای بنیادین

در بیماران مختلف مبتلا به بیماریهای شدید روانی، اصلاح طرحواره‌ها و باورهای بنیادین می‌تواند اهمیت بسیار متغیری داشته باشد. در مبتلایان به افسردگی مزمن، عزت نفس بسیار پائین و الگوهای دیرپای خودکارآئی ضعیف، مداخلات طرحواره‌مدار می‌توانند برخی از بهترین راههای رفع علائم باشند. همچنین، بعضی از بیماران دچار سایکوز و یا اختلال دوقطبی که شکل‌گیری باورهای ناسازگارانه‌اشان به دلیل مشکلات تکاملی و یا لطمات روحی می‌باشد، می‌توانند نامزدهای مناسبی برای شیوه‌های تغییر طرحواره باشند. اگرچه، تلاش برای اصلاح طرحواره‌ها در بیماران خاص که به شدت هذیانی هستند، یک اختلال فکر برجسته دارند و یا دچار مشکلات شدید در تمرکز هستند، می‌تواند مخرب باشد. آنان ممکن است فاقد مهارتهای شناختی، درک فرآیند رفتاردرمانی‌شناختی و یا ظرفیت لازم برای همکاری باشند که لازمه بهره‌مندی از چنین نوع کاری است. همچنین، ممکن است در مواردی که عوامل مداخله‌گر بسیار نیرومند زیست‌شناختی و یا محیطی برای بیماری وجود دارد و در ضمن، شواهد محکمی از باورهای ناسازگارانه زیربنایی در دسترس نیست، تمرکز ژرف بر طرحواره‌درمانی کمتر ضروری به نظر برسد. اما حتی در چنین موقعیتهایی، امکان پرسش و برانگیختگی عقاید درباره بیماری و یا درباره فرد به عنوان قربانی بیماری نیز وجود دارد.

روشهای طرحواره‌درمانی در افسردگی مقاوم به درمان همان شیوه‌های استاندارد است که بک و همکاران (۱۹۷۹) برای اولین بار از آنها بهره جستند، اما تأکید خاصی بر شناسایی باورهای بنیادینی وجود دارد که ممکن است در احساس ناامیدی و رکود درمانی دخیل باشند (رایت ۲۰۰۳). در طی درمان اسکیزوفرنیا ممکن است طرحواره‌هایی درباره اعتماد پایه، زیان یا خطرناک بودن، پذیرش و خودکارآئی استخراج شوند. باورهای بنیادین درباره خودپنداره نیز می‌توانند در اختلال دوقطبی حائز اهمیت باشند. در کلیه این بیماریها، درمانگران می‌توانند از میان طیف وسیع فنون تغییر طرحواره مشتمل بر بررسی شواهد، فهرست‌بندی فواید و مضرات

۳۶ رفتاردرمانی‌شناختی برای بیماریهای شدید روانی

و بکارگیری تکالیف خانگی دست به انتخاب بزنند تا طرح‌واره‌های اصلاح شده در موقعیتهای واقعی جهان خارج بکار گرفته شوند.

رسیدگی به مشکلات تمرکز و یا اختلال تفکر

در موارد خفیف تا متوسط افسردگی و یا اختلالات اضطرابی، مشکلات مربوط به ظرفیت شناختی و یا فرآیندهای فکری مختل شده به ندرت با درمان تداخل پیدا می‌کنند. اگرچه، برای بسیاری از مبتلایان به بیماریهای شدید، لازم است تا درمانگران روشهای درمانی را با مدنظر قراردادن مشکلات پردازش شناختی تعدیل نمایند. اختلالات شدید فکری، یک معضل بویژه چالش‌برانگیزه درمانی هستند. روشهای قدیمی رفتاردرمانی‌شناختی مثل تعیین هدف و یا دستورجلسه می‌توانند از این نظر کمک‌کننده باشند، اما ممکن است دستورجلسات سفت و سخت همواره از سوی مبتلایان به اسکیزوفرنیا و یا شیدایی که شاید نسبت به نیت درمانگر هم دچار سوءتعبیر باشند، به خوبی مورد استقبال قرار نگیرند. اگر چنین بیمارانی به این باور برسند که درمانگر سعی می‌کند تا با تحمیل دستورجلسه سر آنان شیره بمالد و یا آنان را کنترل نماید، ممکن است کیفیت رابطه و همکاری درمانی لطمه ببینند. بنابراین، در بهترین حالت بجای تلاش برای پیروی از دستور جلسه‌ای دقیقاً برنامه‌ریزی شده می‌توان با ارائه بازخوردهای حساب شده و با فاصله مناسب، استمرار جلسه و ارتباط را حفظ نمود.

راهکاری دیگر که می‌توان برای بیماران مبتلا به اختلال تفکر بکار برد، تلاش برای شناسایی مشکلات و یا نگرانی‌های است که اضطراب آنان را افزایش داده و تفکرشان را از مسیر (طبیعی) خود منحرف می‌سازد. اگر چنین عوامل مؤثری را بتوان تعدیل نمود، ممکن است بیمار قادر شود تا تمرکز بر سایر موضوعات را بهبود بخشد. همچنین، می‌توان از وسایل کمکی برای تمرکز بهره جست مثل فهرستها و کارتهای مدارای ساده ساخت. در نهایت، طرحهای رفتاری به منظور محدودسازی تعداد پروژه‌های جاری و یا کاهش درگیری در فعالیتهای مختلف می‌تواند به بیماران مبتلا به شیدایی و نیز دیگرانی که مشکلاتی در زمینه حواس‌پرتی و اختلال تمرکز دارند، کمک نماید.

افزایش تبعیت درمانی

اقدامات توضیح داده شده قبلی درباره تشکیل یک ارتباط مشارکت‌جویانه، عادی‌سازی و انگ‌زدایی و بکارگیری آموزش بهداشت روان همگی اجزاء بسیار مهم راهبرد رفتاردرمانی شناختی در بهبود تبعیت درمانی می‌باشند. چنانچه ارتباط بسیار مشارکت‌جویانه باشد و بیماران اختلالات و درمانهایشان را درک کنند، احتمال بسیار بیشتری وجود دارد که توصیه‌های بالینگر را بپذیرند و بکار بندند. همچنین، اگر به بیماران اجازه داده شود تا در تصمیم‌گیری درباره

فصل ۱. معرفی ۳۷

درمانها مشارکت نمایند، ممکن است آزادانه‌تر درباره افکار منفی درباره دارودرمانی بحث کرده و یا سرپیچی از روال پیشنهاد شده را گزارش نمایند.

برخی مداخلات خاص بکار گرفته شده برای افزایش تبعیت از دارودرمانی، روشهای رفتاری مثل سیستم‌های یادآور، جعبه‌های دارو و ارزیابی موانع هستند. اگر بتوان موانع را شناسایی نمود، آنگاه درمانگران و بیماران می‌توانند با یکدیگر بر سر طراحی راهکارهای غلبه بر موانع مصرف دارو کار کنند. موانع رایج تبعیت از دارودرمانی ممکن است محدودیت‌های مالی، فراموشکاری، نگرشهای منفی یا فقدان حمایت از سوی اعضاء خانواده و عوارض دارویی باشند. طرحهای رفتاری جهت حذف و یا مقابله با موانع می‌توانند در مساعدت بیماران جهت پیروی از تکالیف خانگی نیز بسیار کمک‌کننده باشند.

هنگامی که افکار خودآیند و یا باورهای بنیادین بیماران با تبعیت از دارودرمانی تداخل می‌نمایند، چنین شناختهایی می‌توانند هدف تغییر قرار بگیرند. مثلاً می‌توانند شامل "افرادی که داروی ضدافسردگی مصرف می‌کنند، ضعیف‌النفس هستند"؛ "می‌بایستی بتونم این کار را خودم انجام دهم"؛ و "من همیشه دچار عوارض دارویی می‌شوم" باشند. بیماران سایکوتیک ممکن است افکار بدبینانه و یا هذیانی راجع به دارودرمانی داشته باشند، مثل "دارو فاسد (آلوده) شده است"؛ "دکتر حقیقت را به من نمی‌گوید"؛ و "آنان سعی می‌کنند مرا مسموم کنند." با برقراری ارتباط درمانی مؤثر، ارائه آموزش بهداشت روان، اکتشاف محتاطانه شناختهای ناکارآمد، بررسی شواهد و بکارگیری سایر فنون اصلی رفتاردرمانی‌شناختی، درمانگران می‌توانند به بیماران کمک کنند تا نسبت به مصرف داروها در درمان بیماری شدید روانی دیدگاهی منطقی پیدا کنند.

درمان استفاده نابجا و یا سوءمصرف مواد مخدر

مشکلات مرتبط با سوءمصرف مواد مخدر در مبتلایان به بیماریهای شدید روانی بسیار شایع هستند. برای مثال، در حدود ۴۷٪ مبتلایان به اسکیزوفرنیا و ۵۶٪ مبتلایان به اختلال دوقطبی به طور همزمان دچار سوءمصرف الکل و یا مواد مخدر هستند (رگی-یر^۱ و همکاران ۱۹۹۰). بنابراین، درمان همبودی سوءمصرف مواد مخدر، بخش مهمی از طرح جامع درمانی در رفتاردرمانی‌شناختی بیماریهای شدید روانی می‌باشد. باروکلاف و همکاران (۲۰۰۱)، نعیم^۲ و همکاران (۲۰۰۵)، ویس و همکاران (۲۰۰۷) و سایرین روشهای ارزشمندی برای بکارگیری در درمان استفاده نابجا و سوءمصرف مواد مخدر، ارائه داده‌اند. برای مثال، باروکلاف و همکاران (۲۰۰۱) برای درمان سوءمصرف مواد مخدر در اسکیزوفرنیا روشی مشتمل بر ترکیب رفتاردرمانی‌شناختی، مصاحبه انگیزشی و کار با خانواده را شرح داده‌اند. گروههای متعدد

1. Regier
2. Naeem

۳۸ رفتاردرمانی‌شناختی برای بیماریهای شدید روانی

دیگری از محققان از اتخاذ راهبرد "وسیع‌الطیف" رفتاردرمانی‌شناختی برای اختلالات سوءمصرف مواد مخدر نتایج مثبتی گزارش کرده‌اند (باکر و همکاران ۲۰۰۶؛ براون و همکاران ۲۰۰۶؛ دیویدسون و همکاران ۲۰۰۷؛ ویس و همکاران ۲۰۰۷). از آنجا که درمان سوءمصرف مواد مخدر موضوع بسیار پیچیده‌ای است که کتاب مخصوص به خود را می‌طلبد، در اینجا به جزئیات روشهای درمانی این مشکلات پرداخته نمی‌شود. توصیه می‌شود خوانندگان جهت یادگیری روشهای پایه رفتاردرمانی شناختی در درمان سوءمصرف مواد مخدر کتابهای ذیل را مطالعه فرمایند: کتاب تاریخی بک و همکاران (۱۹۹۳)، مطالب چاپ شده باروکلاف و همکاران (۲۰۰۱) و دیگران (باکر و همکاران ۲۰۰۶؛ براون و همکاران ۲۰۰۶؛ دیویدسون و همکاران ۲۰۰۷؛ گراهام و همکاران ۲۰۰۳؛ هادادک و همکاران ۲۰۰۳؛ تاسه ۱۹۹۷؛ ویس و همکاران ۲۰۰۷).

مهارت‌آموزی جهت پیشگیری از عود

یکی از اهداف رفتاردرمانی شناختی، کمک به بیماران جهت کسب مهارتهایی است که می‌توانند بنوبه‌خود از آنها برای حفظ دستاوردهای درمانی و کاهش خطرعود بهره‌مند شوند. علاوه بر آموزش روشهای پایه (برای مثال، شناسایی افکار خودآیند، کشف خطاهای شناختی، بکارگیری گزارشات تغییر فکر، برنامه‌ریزی فعالیتهای بهره‌مندی از تکالیف مرحله‌بندی شده و یا دستورالعمل‌های حساسیت‌زدایی)، ممکن است درمانگران با بکارگیری تمرین‌های شناختی و رفتاری ماشه چکانهای احتمالی وخامت و یا عود علائم را شناسایی کنند و سپس روشهایی را به بیماران تعلیم دهند که چنین عوامل تنش‌زایی را به طور مؤثری کنترل می‌کنند. بعضی مثالهای چنین راهکارهایی عبارتند از: (۱) ایجاد یک برنامه ضدخودکشی که چنانچه شرایط نامطلوب آتی تفکر ناامیدانه را به تدریج برانگیخته نمایند، بکار برده شود. (۲) فراهم‌سازی فهرستی از نشانه‌های اولیه تغییر وضعیت به سوی شیدایی و یا افسردگی و ارائه برنامه عملکردی برای توقف پیشرفت علائم، و (۳) معرفی پیشاپیش راهکاری جهت کنترل افزایش احتمالی شدت و یا تواتر توهمات.

کارآیی رفتاردرمانی‌شناختی در اختلالات شدید روانی

اسکیزوفرنیا

فراتحلیل‌ها (زیمرمن و همکاران ۲۰۰۵) و بیش از ۲۰ مطالعه کنترل شده تصادفی، کارآیی رفتاردرمانی‌شناختی در کاهش علائم مثبت پایدار بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا را مورد تأیید قرار داده‌اند (تورکینگتون و همکاران ۲۰۰۶b). همچنین شواهدی مبنی بر سودمندی این روش برای علائم منفی (سنسکی و همکاران ۲۰۰۰)، کاهش عود (گوملی و همکاران ۲۰۰۳)،

فصل ۱. معرفی ۳۹

همبودی موادمخدر (هادداک و همکاران ۲۰۰۳) و علائم اولیه سایکوز (موریسون و همکاران ۲۰۰۴) وجود دارد. یافته مهم دیگر، اثبات سودمندی و مقبولیت این روش در کار بالینی است (کینگدان و کیرشن ۲۰۰۶؛ تورکینگتون و همکاران ۲۰۰۶ a). چنین اثراتی افزون بر درمانهای حمایتگرانه است، اما به نظر می‌رسد چنین مداخلات کمتر اختصاصی بنوبه خودشان تأثیراتی مثبت برجا می‌گذارند. از نقطه نظر درمانی، در نظر گرفتن این یافته حائز اهمیت است چرا که مؤید ارزش پرورش رابطه درمانی قوی است.

اختلال دوقطبی

یکی از نخستین مطالعات کنترل شده درباره رفتاردرمانی شناختی اختلال دوقطبی توسط خانم کوچران (۱۹۸۶) اجرا شده است. در این مطالعه که با هدف بهبود تبعیت درمانی بیمارانی که خدمات مراقبتی‌اشان را در یک درمانگاه دانشجویی لیتوم دریافت می‌کردند، انجام شده مداخله‌ای شش هفته‌ای از رفتاردرمانی شناختی مورد ارزیابی قرار گرفته است. او دریافت که نمرات کلی تبعیت درمانی گروه رفتاردرمانی شناختی بهتر از بیمارانی بود که مراقبت استاندارد درمانگاه را دریافت می‌کردند و این اثر تا شش ماه پس از تکمیل رفتاردرمانی شناختی نیز باقی ماند. لام و همکاران (۲۰۰۰)، رفتاردرمانی شناختی را در مقایسه با گروه کنترلی که فقط دارو دریافت می‌کردند، مؤثر یافتند. بیمارانی که ۱۲ تا ۲۰ جلسه کمکی رفتاردرمانی شناختی را پشت سر می‌گذاشتند، بلافاصله پس از درمان و نیز شش ماه بعد در پیگیری، در مقایسه با بیمارانی که فقط دارو دریافت کرده بودند، حملات دوقطبی کمتری داشتند، مهارتهای انطباقی بهتری را به نمایش می‌گذاشتند، و پیروی‌اشان از دارودرمانی بیشتر بود. به همین ترتیب، اسکات و همکاران (۲۰۰۱) به طور تصادفی بیمارانی را به گروههای رفتاردرمانی شناختی و دارودرمانی ($n=21$) و دارودرمانی به تنهایی ($n=21$) منتقل کردند و دریافتند که گروه اول، شش ماه پس از رفتاردرمانی شناختی، به طور چشمگیری علائم کم‌تر و عملکرد اجتماعی بهتری داشته است. هنگامی که بالاخص بر بیمارانی تمرکز شد که عدم تبعیت از دارودرمانی را گزارش می‌کردند، لام و همکاران (۲۰۰۳) دریافتند که با دریافت ۱۴ جلسه رفتاردرمانی شناختی علاوه بر دارودرمانی، این بیماران به طور چشمگیری حملات دوقطبی، تعداد روزهای حمله و تعداد بستریهای بیمارستانی کمتری داشتند. گروه دریافت‌کننده رفتاردرمانی شناختی همچنین عملکرد اجتماعی بهتر و علائم خلقی (بویژه علائم شیدایی) کمتری را گزارش کردند که اثرات آن تا هیجده ماه ماندگار بود. جهت کاهش خطر عود، فاوا و همکاران (۲۰۰۱) رفتاردرمانی شناختی را به دارودرمانی افزودند تا علائم باقیمانده را کاهش دهند. این مطالعه کنترل نشده، کاهش چشمگیر علائم باقیمانده و افزایش تعداد ماهها تا عود را متعاقب رفتاردرمانی شناختی و در مقایسه با سطوح پایه نشان داد. یک بررسی شش ماهه از رفتاردرمانی شناختی کمکی در برابر درمان معمول انجام شده توسط بال و همکاران (۲۰۰۶) نتایج مشابهی در پی داشت چنانکه

۴۰ رفتاردرمانی‌شناختی برای بیماریهای شدید روانی

شرکت‌کنندگان در رفتاردرمانی‌شناختی به طور چشمگیری نمرات افسردگی و شیدایی کمتری داشتند، نگرش‌هایشان بهبود یافته بود و خودکنترلی و تبعیت درمانی بهتر شده و میزان عود پائین آمده بود.

اغلب مطالعات در زمینه رفتاردرمانی‌شناختی اختلال دوقطبی، این درمان را به عنوان یک درمان کمکی با دارودرمانی به عنوان یک درمان معمول مقایسه کرده‌اند بدون آن که توجه و یا اثرات غیراختصاصی روان‌درمانی را کنترل نمایند. با در نظر گرفتن روان‌درمانی اضافی به عنوان بخشی از شرایط کنترلی و در نتیجه کنترل توجه تا حدی، اسکات و همکاران (۲۰۰۶) نتوانستند همانند سایر مطالعات باز هم برتری رفتاردرمانی‌شناختی را نشان دهند. اگرچه می‌توان این یافته‌ها را به سایر نقائص طراحی مطالعه و ۴۰٪ ریزش موارد مربوط دانست (لام ۲۰۰۶). یک مطالعه دیگر نشان داد که انواع روان‌درمانی‌ها شامل رفتاردرمانی‌شناختی، درمان بین فردی و چرخه‌های اجتماعی و درمان خانواده مدار در بهبود پیامد افسردگی دوقطبی در مقایسه با درمان معمول بسیار مؤثر هستند (میکلوویتز و همکاران ۲۰۰۷). بیماران که با روان‌درمانی فشرده‌ای از این سه نوع درمان شدند، ۱/۵۸ بار بیشتر احتمال داشت که در مقایسه با بیماران تحت درمان با مراقبت معمول، از نظر بالینی خوب باشند (میکلوویتز و همکاران ۲۰۰۷). تحقیقات دیگری لازم است تا معلوم کند که روش‌های بالینی خاص رفتاردرمانی‌شناختی تا چه حد مسبب تغییراتی مافوق اثرات غیراختصاصی روان‌درمانی از قبیل اتحاد درمانی هستند.

افسردگی شدید، مزمن یا مقاوم به درمان

مطالعات کنترل شده بی‌شمار در زمینه رفتاردرمانی‌شناختی برای افسردگی شدید، مزمن یا مقاوم به درمان در مرورها و فراتحلیل‌های متعددی ارزیابی و خلاصه شده‌اند (دروبیس^۱ و همکاران ۱۹۹۹؛ فریدمن و همکاران ۲۰۰۶؛ هولون و همکاران ۲۰۰۵؛ رایب ۲۰۰۳؛ رایب و همکاران ۲۰۰۸). با وجود یک گزارش که رفتاردرمانی‌شناختی را به اندازه دارودرمانی برای افسردگی شدید مؤثر نمی‌دانست (الکین^۲ و همکاران ۱۹۹۵)، متآنالیز مطالعات برجسته معلوم کرده است که بیماران با نمره ۲۰ یا بالاتر مقیاس سنجش افسردگی هامیلتون، با رفتاردرمانی-شناختی به اندازه درمان با داروهای ضدافسردگی بهبود می‌یابند (دروبیس و همکاران ۱۹۹۹). به علاوه، مطالعه‌ای بزرگ درباره رفتاردرمانی‌شناختی و درمان بین‌فردی برای افسردگی شدید که در فراتحلیل‌های اولیه گنجانده نشده است، نشان می‌دهد که هر دو درمان مؤثر هستند اما رفتاردرمانی‌شناختی، در مقایسه با درمان بین‌فردی، اثرات قویتری دارد (لوتی و همکاران ۲۰۰۷).

تحقیق در زمینه افسردگی مزمن یا مقاوم به درمان نشان‌دهنده تأثیرات مثبت رفتاردرمانی‌شناختی هستند. برای مثال، کارآزمایی درمان‌های جان‌شین متوالی برای تسکین

1. De Rubeis
2. Elkin

فصل ۱. معرفی ۴۱

افسردگی (STAR*D) نشان داد که شکل استاندارد رفتاردرمانی شناختی به اندازه راهکارهای تعویض و یا تقویت دارودرمانی در این تحقیق بزرگ کارآمد بود (راش و همکاران ۲۰۰۶). کلر و همکاران (۲۰۰۰) سیستم تجزیه و تحلیل رفتاری شناختی روان‌درمانی (CBASP)، شکلی از رفتاردرمانی شناختی افسردگی مزمن که در مقایسه با رفتاردرمانی شناختی استاندارد، تأکید بیشتری بر عوامل بین فردی دارد، را مورد بررسی قرار دادند. آنان گزارش کردند که CBASP به اندازه داروهای ضدافسردگی در درمان افسردگی مزمن سودمند بوده است در حالی که ترکیب CBASP با دارودرمانی منجر به پاسخ درمانی و میزان بهبودی بیشتری شده بود (کلر و همکاران ۲۰۰۰). یک گروه دیگر از محققان با انجام یک سلسله مطالعات، کارآئی خالص رفتاردرمانی شناختی برای افسردگی مقاوم به درمان و یا راجعه را نشان دادند (فاوا و همکاران ۱۹۹۶، ۱۹۹۸، ۲۰۰۲، ۲۰۰۴).

گروه فاوا در ابتدا از مداخلات استاندارد رفتاردرمانی شناختی بهره جستند اما بر شیوه‌های رفع مشکلات رایج در افسردگی مزمن مثل فقدان احساس لذت و یا احساس ناامیدی تأکید ورزیدند (فاوا و همکاران ۱۹۹۶، ۱۹۹۸، ۲۰۰۲، ۲۰۰۴). از آنجا که اغلب متخصصان بالینی با اقدامات استاندارد رفتاردرمانی شناختی آشناتر هستند و احتمال استفاده از این فنون در کار بالینی در مقایسه با CBASP بیشتر است، راهکارهایی که در این کتاب برای افسردگی مزمن یا مقاوم به درمان توصیف شده عمدتاً بر مبنای این شکل بیشتر بکار گرفته شده رفتاردرمانی-شناختی می‌باشد (فاوا و همکاران ۱۹۹۸، ۱۹۹۷، ۱۹۹۶؛ رایت ۲۰۰۳). به علاوه، یافته‌های مربوط به فایده چشمگیر ترکیب رفتاردرمانی شناختی و دارودرمانی (فریدمن و همکاران ۲۰۰۶؛ هولون و همکاران ۲۰۰۵؛ کلر و همکاران ۲۰۰۰) باعث شده تا درمانی جامع مشتمل بر رفتاردرمانی شناختی و دارودرمانی برای افسردگی سخت درمان توصیه شود.

خلاصه

نکات کلیدی برای متخصصان بالینی

- ♦ رفتاردرمانی شناختی می‌تواند بسیاری از علائم و مشکلات احتمالاً مقاوم به دارودرمانی را هدف قرار دهد.
- ♦ سودمندی رفتاردرمانی شناختی در درمان اسکیزوفرنیا، اختلال دوقطبی و افسردگی شدید و یا مقاوم به درمان به اثبات رسیده است.
- ♦ یک مدل جامع و یکپارچه از رفتاردرمانی شناختی برای درمان بیماری‌های شدید روانی بکار رفته است.
- ♦ ممکن است در حین کار با بیماران سخت درمان تلاشی استثنایی جهت برقراری رابطه مؤثر درمانی ضروری گردد.

۴۲ رفتاردرمانی‌شناختی برای بیماریهای شدید روانی

- ♦ اجزاء مهم رفتاردرمانی‌شناختی برای بیماری‌های شدید روانی، عادی‌سازی، آنگ‌زدایی و آموزش بهداشت روان هستند.
- ♦ با اصلاح روشهای استاندارد رفتاردرمانی‌شناختی مثل بازسازی شناختی، برنامه‌ریزی فعالیت و مواجهه و پیشگیری از پاسخ می‌توان این روشها را برحسب نیاز مبتلایان به بیماریهای شدید روانی تغییر داد.
- ♦ روشهای افزایش تبعیت درمانی در کار با بیماران مبتلا به بیماریهای روانپزشکی شدید یا دیرپا بالاخص سودمند هستند.
- ♦ پیشگیری از عود، یک هدف عمده رفتاردرمانی‌شناختی اختلالات شدید روانی است.

مفاهیم و مهارتها برای یادگیری بیماران

- ♦ اختلالات روانی مثل اسکیزوفرنیا، اختلال دوقطبی و افسردگی شدید بسیار شایع هستند و مردم بی‌شماری بسیاری از علائم این بیماریها را تجربه کرده‌اند.
- ♦ استرس ممکن است آغازگر و یا تشدیدکننده علائم باشد؛ بنابراین، یادگیری نحوه مقابله با استرس می‌تواند پیامد را بهبود بخشد.
- ♦ بهترین نتایج در درمان اختلالات روانپزشکی هنگامی رخ می‌دهد که درمانگران و بیماران عملاً همانند یک گروه با هم کارکنند.
- ♦ ممکن است افکاری که بلافاصله به ذهن ما خطور می‌کنند (افکار خودآیند) نادرست باشند و می‌توانند به افسردگی بیشتر بیانجامند؛ می‌توان پس از کمک به توقف چنین افکاری، اعتبار آنها را بررسی نمود.
- ♦ بسیاری از راهکارهای تطابقی در دسترس هستند و می‌توان با یادگیری آنها در حل مشکلات به مردم کمک کرد.
- ♦ تعداد زیادی از مطالعات تحقیقاتی نشان داده‌اند که رفتاردرمانی‌شناختی در درمان بیماریهای شدید روانی سودمند می‌باشد.

منابع

- Akincigil A, Bowblis JR, Levin C, et al: Adherence to antidepressant treatment among privately insured patients diagnosed with depression. *Med Care* 45:363-369, 2007
- Ambelas A: Psychologically stressful events in the precipitation of manic episodes. *Br J Psychiatry* 135:15-21, 1979
- Arlow PB, Moran ME, Bermanzohn PC, et al: Cognitive-behavior therapy for treatment of panic attacks in chronic schizophrenia. *J Psychother Pract Res* 6:145-150, 1997
- Baker A, Bucci S, Lewin T, et al: Cognitive-behavioral therapy for substance abuse disorders in people with psychotic disorders: randomized controlled trial. *Br J Psychiatry* 188:439-448, 2006

- Ball JR, Mitchell PB, Corry JC, et al: A randomized controlled trial of cognitive therapy for bipolar disorder: focus on long-term change. *J Clin Psychiatry* 67:277–286, 2006
- Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N, et al: Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 158:1706–1713, 2001
- Basco MR: *The Bipolar Workbook: Tools for Controlling Your Mood Swings*. New York, Guilford, 2006
- Basco MR, Rush AJ: *Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder*, 2nd Edition. New York, Guilford, 2005
- Bebbington P, Wilkins S, Sham P, et al: Life events before psychotic episodes: do clinical and social variables affect the relationship? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 31:122–128, 1996
- Beck AT: Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry* 15:305–312, 1952
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, et al: *Cognitive Therapy of Depression*. New York, Guilford, 1979
- Beck AT, Wright FD, Newman CF, et al: *Cognitive Therapy for Substance Abuse*. New York, Guilford, 1993
- Bidzinska EJ: Stress factors in affective diseases. *Br J Psychiatry* 144:161–166, 1984
- Brody AL, Saxena S, Schwartz JM, et al: FDG-PET predictors of response to behavioral therapy and pharmacotherapy in obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Res* 84:1–6, 1998
- Brown GK, Ten Have T, Henriques GR, et al: Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA* 294:563–570, 2005
- Brown SA, Glasner-Edwards SV, Tate SR, et al: Integrated cognitive behavioral therapy versus twelve-step facilitation therapy for substance-dependent adults with depressive disorders. *J Psychoactive Drugs* 38:449–460, 2006
- Carney CE, Segal ZV, Edinger JD, et al: A comparison of rates of residual symptoms following pharmacotherapy or cognitive-behavior therapy for major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 68:254–260, 2007
- Chadwick P, Birchwood, M, Trower P: *Cognitive Therapy of Voices, Delusions, and Paranoia*. Chichester, England, Wiley, 1996
- Clark DA, Beck AT, Alford BA: *Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression*. New York, Wiley, 1999
- Cochran SD: Compliance with lithium regimens in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *J Compliance Health Care* 1:151–169, 1986
- Davidson D, Gulliver SB, Longabaugh R, et al: Building better cognitive-behavioral therapy: is broad spectrum treatment more effective than motivational-enhancement therapy for alcohol-dependent patients treated with naltrexone? *J Stud Alcohol Drugs* 68:238–247, 2007
- DeRubeis RJ, Gelfand LA, Tang TZ, et al: Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. *Am J Psychiatry* 156:1007–1013, 1999

- Edinger JD, Wohlgemuth WK, Radtke RA, et al: Dose-response effects of cognitive-behavioral insomnia therapy: a randomized clinical trial. *Sleep* 30:203–212, 2007
- Elkin I, Gibbons RD, Shea MT, et al: Initial severity and differential treatment outcome in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol* 63:841–847, 1995
- Fava GA, Grandi S, Zielezny M, et al: Four-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *Am J Psychiatry* 153:945–947, 1996
- Fava GA, Savron G, Grandi S, et al: Cognitive-behavioral management of drug-resistant major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 58:278–282, 1997
- Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, et al: Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy. *Arch Gen Psychiatry* 55:816–820, 1998
- Fava GA, Bartolucci G, Rafanelli C, et al: Cognitive-behavioral management of patients with bipolar disorder who relapsed while on lithium prophylaxis. *J Clin Psychiatry* 62:556–559, 2001
- Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, et al: Cognitive behavior approach to loss of clinical effect during long-term antidepressant treatment: a pilot study. *Am J Psychiatry* 159:2094–2095, 2002
- Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, et al: Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *Am J Psychiatry* 161:1872–1876, 2004
- Friedman ES, Wright JH, Jarrett RB, et al: Combining cognitive therapy and medication for mood disorders. *Psychiatr Ann* 36:320–328, 2006
- Geddes JR, Burgess S, Hawton K, et al: Long-term lithium therapy for bipolar disorder: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Psychiatry* 161:217–222, 2004
- Ginsberg LD: A retrospective analysis of changing from alternative agents to carbamazepine extended release capsules in bipolar disorder. *Ann Clin Psychiatry* 18 Suppl 1:31–34, 2006
- Goldapple K, Segal E, Garson C, et al: Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: treatment-specific effects of cognitive behavior therapy. *Arch Gen Psychiatry* 61:34–41, 2004
- Graham HL, Copello A, Birchwood MJ, et al: Substance Misuse in Psychosis: Approaches to Treatment and Service Delivery. Chichester, England Wiley, 2003
- Gumley A, O'Grady M, McNay L, et al: Early intervention for relapse in schizophrenia: results of a 12-month randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy. *Psychol Med* 33:419–431, 2003
- Haddock G, Slade PD (eds): Cognitive Behavioral Interventions With Psychotic Disorders. London, Routledge, 1996
- Haddock G, Barrowclough C, Tarrrier N, et al: Cognitive-behavioral therapy and motivational interviewing for schizophrenia and substance misuse. 18-month outcomes of a randomized controlled trial. *Br J Psychiatry* 183:418–426, 2003
- Hall W: Is cannabis use psychotogenic? *Lancet* 367:193–195, 2006

- Hollon SD, Jarrett RB, Nierenberg AA, et al: Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: which monotherapy or combined treatment? *J Clin Psychiatry* 66:455–468, 2005
- Hunt N, Bruce-Jones WD, Silverstone T: Life events and relapse in bipolar affective disorder. *J Affect Disord* 25:13–20 1992
- Jamison KR: *An Unquiet Mind*. New York, Knopf, 1995
- Jarrett RB, Kraft D, Doyle J, et al: Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuation phase: a randomized clinical trial. *Arch Gen Psychiatry* 58:381–388, 2001
- Joffe R, Segal Z, Singer W: Change in thyroid hormone levels following response to cognitive therapy for major depression. *Am J Psychiatry* 153:411–413, 1996
- Johnson SL, Sandrow D, Meyer B, et al: Increases in manic symptoms after life events involving goal attainment. *J Abnorm Psychol* 109:721–727, 2000
- Kane JM: Compliance issues in outpatient treatment. *J Clin Psychopharmacol* 5(3 Suppl):22S–27S, 1985
- Keck PE, McElroy SL, Strakowski SM, et al: Compliance with maintenance therapy in bipolar disorder. *Psychopharmacol Bull* 33:87–91, 1997
- Keller MB, McCullough JP, Klein DN, et al: A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med* 342:1462–1470, 2000
- Kemp R, Hayward P, Applewhaite G, et al: Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *BMJ* 312:345–349, 1996
- Kennedy S, Thompson R, Stancer HD, et al: Life events precipitating mania. *Br J Psychiatry* 142:398–403, 1983
- Khan A, Khan SR, Leventhal RM, et al: Symptom reductions and suicide risk among patients treated with placebo in antipsychotic clinical trials: an analysis of the Food and Drug Administration database. *Am J Psychiatry* 158: 1449–1454, 2001
- Kingdon D, Kirschen H: Who does not get referred for cognitive behavior therapy in an area where availability has not been limited? *Psychiatr Serv* 57:1792–1794, 2006
- Kingdon D, Turkington D: The use of cognitive behavior therapy with a normalizing rationale in schizophrenia: preliminary report. *J Nerv Ment Dis* 179: 207–211, 1991
- Kingdon D, Turkington D: *Cognitive Behavior Therapy of Schizophrenia*. New York, Guilford, 1994
- Kingdon DG, Turkington D: *A Case Study Guide to Cognitive Therapy of Psychosis*. Chichester, England, Wiley, 2002
- Kingdon DG, Turkington D: *Cognitive Therapy of Schizophrenia*. New York, Guilford, 2005
- Kingsep P, Nathan P, Castle D: Cognitive behavioural group treatment for social anxiety in schizophrenia. *Schizophr Res* 63:121–129, 2003
- Kneebone II, Dunmore E: Psychological management of post-stroke depression. *Br J Clin Psychol* 39(Pt 1):53–65, 2000

- Krabbendam L, van Os J: Schizophrenia and urbanicity: a major environmental influence—conditional on genetic risk. *Schizophr Bull* 31:795–799, 2005
- Lam D: What can we conclude from studies on psychotherapy in bipolar disorder? Invited commentary on...Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders. *Br J Psychiatry* 188:321–322, 2006
- Lam DH, Bright J, Jones S, et al: Cognitive therapy for bipolar illness—a pilot study of relapse prevention. *Cognit Ther Res* 24:503–520, 2000
- Lam DH, Watkins ER, Hayward P, et al: A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Arch Gen Psychiatry* 60:145–152, 2003
- Lustman PJ, Freedland KE, Griffith LS, et al: Predicting response to cognitive behavior therapy of depression in type 2 diabetes. *Gen Hosp Psychiatry* 20:302–306, 1998
- Luty SE, Carter JD, McKensie JM, et al: Randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioral therapy for depression. *Br J Psychiatry* 190:496–502, 2007
- Malkoff-Schwartz S, Frank E, Anderson BP, et al: Social rhythm disruption and stressful life events in the onset of bipolar and unipolar episodes. *Psychol Med* 30:1005–1016, 2000
- McCullough JP Jr: *Treatment for Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*. New York, Guilford, 2000
- Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, et al: Psychosocial treatments for bipolar depression: a 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program. *Arch Gen Psychiatry* 64:419–426, 2007
- Morrison AP, French P, Walford L, et al: Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 185:291–297, 2004
- Myin-Germeys I, Delespaul P, van Os J: Behavioral sensitization to daily life stress in psychosis, *Psychol Med* 5:733–741, 2005
- Naeem F, Kingdon D, Turkington D: Cognitive behavior therapy for schizophrenia in patients with mild to moderate substance misuse problems. *Cogn Behav Ther* 35:207–215, 2005
- Naeem F, Kingdon D, Turkington D: Cognitive behavior therapy for schizophrenia: relationship between anxiety symptoms and therapy. *Psychol Psychother* 79:153–164, 2006
- National Institute for Clinical Excellence: Clinical Guideline: 1. Schizophrenia. December 2002. Available at: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG1NICEguideline.pdf>. Accessed May 22, 2008.
- Nusslock R, Abramson LY, Harmon-Jones E, et al: A goal-striving life event and the onset of hypomanic and depressive episodes and symptoms: perspective from the behavioral approach system (BAS) dysregulation theory. *J Abnorm Psychol* 116:105–115, 2007
- Ramsey RJ: A cognitive therapy approach for treating chronic procrastination and avoidance: behavioral activation interventions. *J Group Psychother Psycho-drama Sociom* 55:79–92, 2002

- Read J, van Os J, Morrison AP, et al: Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr Scand* 112:330–350, 2005
- Rector NA, Beck AT: Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *J Nerv Ment Dis* 189:278–287, 2001
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 264:2511–2518, 1990
- Roder V, Brenner HD, Müller D: Development of specific social skills training programmes for schizophrenia patients: results of a multicentre study. *Acta Psychiatr Scand* 105:363–371, 2002
- Rush AJ, Beck AT, Kovacs M, et al: Comparison of the effects of cognitive therapy and pharmacotherapy on hopelessness and self-concept. *Am J Psychiatry* 139:862–866, 1982
- Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, et al: Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one of several treatment steps: a STAR*D report. *Am J Psychiatry* 163:1905–1917, 2006
- Safran J, Segal Z: *Interpersonal Processes in Cognitive Therapy*. New York, Basic Books, 1990
- Schwartz JM, Stoessel PW, Baxter LR Jr, et al: Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behavior modification treatment of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 53:109–113, 1996
- Scott J, Garland A, Moorhead S: A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. *Psychol Med* 31:459–467, 2001
- Scott J, Paykel E, Morriss R, et al: Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders. *Br J Psychiatry* 188:313–320, 2006
- Sensky T, Turkington D, Kingdon D, et al: A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Arch Gen Psychiatry* 57:165–172, 2000
- Sivertsen B, Omvik S, Pallesen S, et al: Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults: a randomized controlled trial. *JAMA* 295:2851–2858, 2006
- Stuart S, Wright JH, Thase ME, et al: Cognitive therapy with inpatients. *Gen Hosp Psychiatry* 19:42–50, 1997
- Tarrier N, Beckett R, Harwoods S, et al: A trial of two cognitive-behavioral methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients, I: outcome. *Br J Psychiatry* 162:524–532, 1993
- Thase ME: Cognitive-behavioral therapy for substance abuse disorders, in *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, Vol 16. Edited by Dickstein LJ, Riba MB, Oldham JM. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1997, pp 45–71
- Thase ME, Fasiczka AL, Berman SR, et al: Electroencephalographic sleep profiles before and after cognitive behavior therapy of depression. *Arch Gen Psychiatry* 55:138–144, 1998

- Turkington D, Kingdon D, Rathod S, et al: Outcomes of an effectiveness trial of cognitive-behavioural intervention by mental health nurses in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 189:36–40, 2006a
- Turkington D, Kingdon D, Weiden PJ: Cognitive behavior therapy for schizophrenia. *Am J Psychiatry* 163:365–373, 2006b
- Vittengl JR, Clark LA, Jarrett RB: Improvement in social-interpersonal functioning after cognitive therapy for recurrent depression. *Psychol Med* 34:643–658, 2004
- Weiss RD, Griffin ML, Kolodziej ME, et al: A randomized trial of integrated group therapy versus group drug counseling for patients with bipolar disorder and substance dependence. *Am J Psychiatry* 164:100–107, 2007
- Wright JH: Cognitive-behavior therapy for chronic depression. *Psychiatr Ann* 33:777–784, 2003
- Wright JH, Thase ME, Beck AT, et al (eds): *Cognitive Therapy With Inpatients: Developing a Cognitive Milieu*. New York, Guilford, 1993
- Wright JH, Basco MR, Thase ME: *Learning Cognitive-Behavior Therapy: An Illustrated Guide*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2006
- Wright JH, Thase ME, Beck AT: Cognitive therapy, in *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry*, 5th Edition. Edited by Hales RE, Yudofsky SC, Gabbard GO. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2008, pp 1211–1256
- Zimmermann G, Favrod J, Trieu VH, et al: The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: a meta-analysis. *Schizophr Res* 77:1–9, 2005