

به نام خداوندی
که هستی را آفرید،
که اسرار هستی را آفرید،
و انسان را که در این اسرار غور کند.

سرشناسه: اسکات، مایکل جی

SCOTT, MICHAEL J

SIMPLY EFFECTIVE, COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY

عنوان: رفتاردرمانی شناختی: ساده، اما مؤثر
پدیدآورنده: مایکل جی اسکات

مترجمان: ابوالفضل محمدی، ایمانه عباسی، و موسی چاکری حکمی

مشخصات نشر: تهران: نیوند،

نوبت چاپ سوم: ۱۳۹۷

مشخصات ظاهری: ۳۴۲ صفحه

شمارگان: ۲۰۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۹۵۹۳۱-۹-۴

وضعیت فهرست نویسی: فیپا

موضوع: روان شناسی

رده بندی کنگره: ۱۳۹۵ ۵۲ الف ۹۵ ش / ۴۸۹ RC

رده بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹۱۴۲۵

شماره کتاب شناسی ملی: ۴۴۹۱۴۰۷

قیمت: ۲۲۹۰۰ تومان

چاپ: دیجیتال آبنوس

نشانی: تهران / اتوبان کردستان / خیابان ۲۷ غربی / ۲۰ متری اول / خیابان ۲۵ /

پلاک ۱۸ / طبقه ۲

تلفن: ۸۸۳۵۰۸۵۸

رفتاردرمانی شناختی: ساده، اما مؤثر

نوشته: مایکل جی اسکات

مترجمان:

دکتر ابوالفضل محمدی

(عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران)

ایمانه عباسی

موسی چاکری حکمی

نشر نیوند

۱۳۹۷

رفتاردرمانی شناختی: ساده، اما مؤثر

نوشته: مایکل جی اسکات

مترجمان:

دکتر ابوالفضل محمدی

ایمانه عباسی و موسی چاکری حکمی

نوبت چاپ: سوم شمارگان: ۲۰۰ نسخه

چاپ: دیجیتالی آبنوس، ۱۳۹۷

مدیر تولید: پریسا فرجی

صفحه آرایی: فریده سجادی

طراحی جلد: پریسا فرجی

قیمت: ۲۲۹۰۰ تومان

نشر نیوند

وابسته به نشریه پژوهش های روان شناختی

نشانی: تهران / اتوبان کردستان / بعد از پل حکیم / خیابان ۲۷ غربی / ۲۰ متری اول /

خیابان ۲۵ / شماره ۱ / طبقه دوم

تلفن: ۸۸۳۵۰۸۵۸

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان شناختی - رفتاری (CBT) برای اختلال‌های روانی شایعی که شدت خفیف تا متوسط دارند، درمان مؤثری است. درمان مؤثر و آسان شناختی - رفتاری به درمانگران کمک می‌کند تا به شیوه‌ی آسان، ساختارمند، و زمان‌بندی شده به درمان مراجعان بپردازند. همچنین نیاز به درمان بیشتر یا ارجاع را مشخص کرده بنابراین دسترسی به خدمات CBT را گسترش می‌دهد. در این کتاب مایکل اسکات راهنمای عملی و فشرده را برای استفاده درمانگران از CBT برای اختلال‌های زیر فراهم آورده است:

- افسردگی؛

- اختلال پانیک و آگورافوبیا؛

- اختلال استرس پس از سانحه؛

- اختلال اضطراب فراگیر؛

- اختلال وسواسی - اجباری؛

- فوبی اجتماعی.

درمان مؤثر و آسان شناختی - رفتاری در چهارچوب جلسات معین طراحی

شده و توانسته الگویی برای ارتباط نظریه با درمان برقرار کند. این درمان، شناخت کافی از نظریه‌ی شناختی - رفتاری به دست می‌دهد و این امکان را فراهم می‌سازد تا درمانگر بتواند پروتکل‌های درمانی را بر اساس نیاز افراد منطبق سازد. پیوست‌ها که شامل کتابچه‌ی CBT - راهنمای درمان و ارزیابی برای هر اختلال - می‌شود مطالعه‌ی این کتاب را برای تمام درمانگرانی که CBT را به کار می‌برند ضروری ساخته است.

مایکل اسکات، روانشناس مشاوره در لیورپول به کار درمان مشغول است. او نویسنده‌ی شش کتاب در حوزه‌ی CBT است و مدت ۱۵ سال است که CBT را در دانشگاه منچستر تدریس می‌کند. او ممتحن خارجی در مقطع کارشناسی ارشد برای روان‌درمانی شناختی - رفتاری در دانشگاه منچستر است.

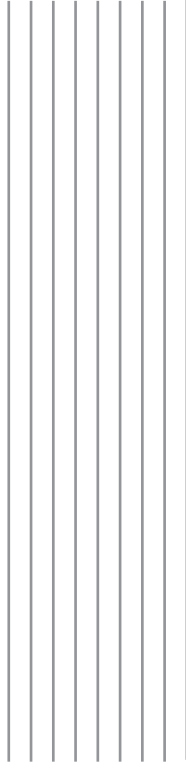
فهرست

۱. « < درمان ساده‌ی شناختی – رفتاری؛ نقاط قوت و محدودیت‌ها ... ۱۱
۲. « < شروع درمان – تشخیص و فرآسوی آن ... ۳۱
۳. « < مصاحبه‌ی اولیه ... ۵۱
۴. « < افسردگی ... ۷۳
۵. « < حمله وحشت‌زدگی و ترس از فضاها‌ی باز ... ۱۲۵
۶. « < اختلال استرس پس از سانحه ... ۱۶۹
۷. « < فوبی اجتماعی ... ۲۰۳
۸. « < اختلال وسواسی اجباری ... ۲۲۳
۹. « < اختلال اضطراب فراگیر ... ۲۴۱
۱۰. « < جمع‌بندی ... ۲۶۳

پیوست

- « الف. اختلال های شخصیت و محتوای شناختی ... ۲۷۳
- « ب. پرسشنامه ی غربالگری ... ۲۷۹
- « پ. غربال/بازبینی سلامت روانی در ۷ دقیقه ... ۲۸۳
- « ت. کتابچه ی درمان شناختی - رفتاری ... ۲۹۱
- « ث. ثبت افکار ... ۳۰۵
- « ج. یادداشت پانیک ... ۳۰۹
- « چ. غربال مهارت درمانگر ... ۳۱۳
- « ح. پرسشنامه ی گام اول ... ۳۱۷
- « خ. بهبودی اما ... ۳۲۳

منابع ... ۳۲۷



فصل ۱

فصل ۱

درمان ساده‌ی شناختی - رفتاری؛ نقاط قوت و محدودیت‌ها



درمان شناختی - رفتاری (CBT) به مراجعان مهارت‌هایی را برای مدیریت پریشانی هیجانی آموزش می‌دهد. در این شیوه‌ی درمانی محتوای آموزش از اختلالی به اختلال دیگر متفاوت است. البته آموزش از طریق دیالوگ سقراطی صورت می‌گیرد که شکلی از پرسشگری غیرمستقیم است و به مراجع کمک می‌کند تا خود به نتیجه دست پیدا کند. هیچ چالش مستقیمی با باور اصلی یا ارزش‌های مراجع صورت نمی‌گیرد. همانند یک معلم، درمانگر CBT صرفاً به دانش فنی در ارتباط با موضوع مثل تفکر کلیدی مراجع در اختلال خاص نیاز ندارد بلکه، نیازمند برقراری رابطه و تعامل مؤثر است. روح CBT، آن‌گونه که بک^۱ عنوان می‌کند «تجربه‌گرایی مشارکتی» است (بک و همکاران، ۱۹۷۹: ۷۹). به این معنا که رابطه‌ی درمانگر و مراجع به جای آنکه «استاد» و شاگردی باشد، توافقی برای آزمودن راه‌حل‌های احتمالی است. مهارت‌های لازم برای درمانگر

1. Beck

شناختی-رفتاری در مقیاس درجه بندی شناختی (یانگ^۱ و بک، ۱۹۸۵) خلاصه شده است. شیوه‌ها (پروتکل‌ها)ی جلسه به جلسه که برای اختلال‌های مختلف به کار برده می‌شوند در کتاب بک و همکاران (۱۹۷۹) برای افسردگی و کتاب ولنز^۲ (۱۹۹۷) برای اختلال پانیک، فوبی اجتماعی، اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواسی اجباری آمده‌اند. عجیب به نظر می‌رسد که درمانگران کمتر به آزمون پروتکل‌هایی که در دوره‌های آموزشی تدریس می‌شود یا توسط درمانگران به کار برده می‌شود پرداخته‌اند. این کتاب با هدف تکمیل این نقیصه تألیف شده است.

مخاطبان اصلی این کتاب درمانگرانی هستند که دوره‌های سطح متوسط درمان شناختی-رفتاری را ارائه می‌دهند. گرچه این کتاب منبع مفیدی برای یادگیری مهارت‌های جدید است اما نمی‌تواند جانشینی برای کارآموزی تحت نظارت بالینی، قبل از کار بالینی مستقل باشد. نکته‌ی مهم این است که این کتاب در بردارنده‌ی رونوشت‌های گسترده‌ی مطرح شده در جلسات درمان است و امکان ایفای نقش بر اساس محتوای آنها برای دانشجویان وجود دارد. همچنین امکان مقایسه‌ی ایفای نقش با دیالوگ‌های کتاب میسر است. دوره‌های آموزشی امکان مهارت بالینی نسبتاً کمی برای درمانگر فراهم می‌سازند مگر اینکه ابتدا مهارت‌های بالینی الگوگیری شده و سپس دانشجویانی که این مهارت‌ها را به کار می‌برند قبل از کار بالینی مستقل از ناظر بالینی پسخوراند دریافت کنند. رویکرد «CBT آسان» کاملاً عملی است و بر این نکته واقف است که در کار بالینی معمول مراجعی که صرفاً یک اختلال داشته باشد نادر است. لذا مواردی که در این کتاب توصیف می‌شوند مراجعانی با بیش از یک اختلال هستند و ارائه‌ی تکلیف منزل به‌طور همزمان برای اختلال‌های همبود صورت می‌گیرد. بک (۲۰۰۶) نوشته است: «بزرگترین مشکل، پیاده‌سازی و انتشار درمان‌های

1. Young
2. Wells

حمایت شده‌ی تجربی و آموزش درمانگران برای به کار بردن درمان هاست ... مگر اینکه تلاش‌های سازمان یافته‌ای صورت گیرد ... تا آموزش و پیاده‌سازی را ارتقا دهد ... وقتی مراجعان به درمانگران نیاز دارند آنها تنها مدت زمان کوتاهی در اختیار مراجعان خواهند بود.» دغدغه‌ی ایشان در همان سال در بریتانیا با آغاز به کار بهبود دستیابی به درمان‌های روانشناختی (IAPT)^۱ که توسط دپارتمان سلامت در سال ۲۰۰۷ پایه‌گذاری شد ادامه پیدا کرد. این دپارتمان تحت نظارت آنتونی رات و استفان پیلینگ^۲، کاربرگ‌هایی^۳ برای CBT طراحی کردند. توسعه‌ی گسترده‌تر CBT هم در ایالت متحده و هم در بریتانیا یک مسأله‌ی حیاتی است. خوشبختانه در زمان نگارش این کتاب (آگوست ۲۰۰۸) دولت بریتانیا برای افزایش شمار درمانگران به میزان ۳۶۰۰ نفر ۳۰۶ میلیون یورو در نظر گرفته است. البته، بهبود دسترسی صرفاً افزایش شمار (تعداد) درمانگران نیست بلکه، اطمینان از اجرای رویکرد CBT به صورت آسان، ساده و مؤثر است به طوری که در انواع مختلف ارائه‌ی خدمات مثل روان‌درمانی فردی، خود‌درمانی، گروه‌درمانی، درمان‌های مبتنی بر کامپیوتر اثر بخشی بیشتری داشته باشد. اگر CBT آسان نگاه داشته نشود دستیابی به درمان مؤثر را تحت تأثیر قرار داده و مانع از آن می‌شود.

« هدف درمان هشاخنی - رفتاری چیست؟

هدف اصلی درمان در CBT شناخت‌ها (افکار/ تصاویر ذهنی) هستند و نظریه‌ی شناختی اختلال‌های هیجانی (آلفورد^۴ و بک، ۱۹۹۷) بر آن است که شناخت‌ها نقش محوری در ایجاد و تداوم اختلال‌های هیجانی دارند. علاوه بر این، طبق نظریه‌ی شناختی اختلال‌های مختلف، محتواهای شناختی متفاوتی دارند (محتوای شناختی اختصاصی). برای مثال، در افسردگی نگاه فرد نسبت به دنیای شخصی

-
1. Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)
 2. Anthony Roth & Stephen Pilling
 3. leaflet
 4. Alford

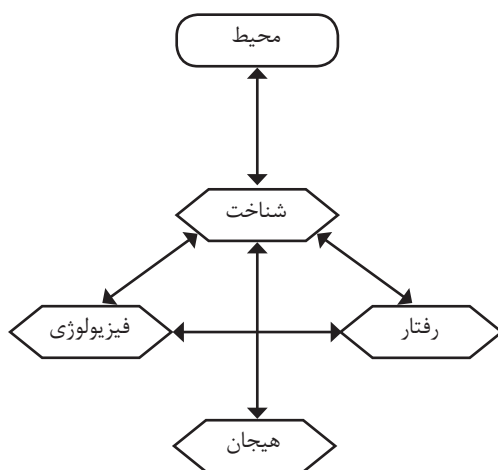
منفي است، در حالي که فرد مضطرب دنياي شخصي خود را خطرناک آرزيايي مي کند. ساختارهاي شناختي متفاوت اختلال ها منجر به پروتکل هاي درماني متفاوتي مي شوند.

«اگر درست فکر کنيد اوضاع روبراه مي شود»^۱: اين جمله کاريکاتور نظريه ي شناختي اختلال هاي هيجاني است و اصل اساسي نظريه را در بر دارد (آلفورد و بک، ۱۹۹۷). «شناخت» ها، يعني استنباط هاي فرد از تجربياتش، و باورداشت او از وقوع و کنترل وقايع آتي مسير اصلي کارکردها يا سازش پذيري روانشناختي است. درمان هاي شناختي - رفتاري با محتواهاي شناختي خاص شکل گرفت، به اين معنا که آنها براي هر اختلالي اختصاصي هستند. لذا، به طور مثال درمان CBT براي اختلال استرس پس از سانحه نسبت به درمان اختلال اضطراب فراگير از جنبه هاي مختلف، متفاوت است. تحريف هاي شناختي درگير در اختلال هاي هيجاني وابسته به محتوا (براي مثال، بي ارزش تلقي کردن خود) يا وابسته به فرآيند (براي مثال، تفکر سياه و سفيد - موفقيت يا شکست) هستند.

« بافت شناخت

شناخت ها (افکار و تصاوير ذهني) بر رفتارها، هيجان ها، و فيزيولوژي تأثير مي گذارند و از آنها تأثير مي پذيرند. اگر آنها را اعضاي يک خانواده در نظر بگيريم شناخت ها جزء اين خانواده قلمداد شده و همانند ساير اعضاي خانواده بر همدگر تأثير مي گذارند. «خانواده» نيز به نوبه ي خود تحت تأثير محيط بيروني خود قرار مي گيرد. اين تعامل ها در شکل ۱-۱ نشان داده شده اند. براي تسهيل در شکل، تعامل محيط با خانواده از طريق شناخت ها مشخص شده است ولي مي تواند از طريق هر يک از اعضاي خانواده نيز صورت گيرد.

1. think straight and all will be well



شکل ۱-۱ بافت شناخت

برای مثال، در شکل بالا فلش‌ها را در جهت حرکت عقربه‌های ساعت در نظر بگیرید. اگر من فکر کنم (شناخت) نگارش این پاراگراف خیلی مشکل است، احتمالاً آن را به تعویق خواهم انداخت و در اولین فرصت به بهانه‌ی ناهار، نوشتن را رها خواهم کرد (رفتار) و احتمالاً اضطراب (هیجان) را تجربه خواهم کرد و در نهایت زمان را از دست خواهم داد و دچار تنش جسمانی خواهم شد (فیزیولوژی). احساس تنش در هنگام بازگشت به خانه باعث می‌شود که فکر کنم (شناخت) که «نیاز به الکل دارم تا سرحال شوم» (تکمیل چرخه تا شناخت). مصرف الکل نیز به نوبه‌ی خود فیزیولوژی را تحت تأثیر قرار خواهد داد (فلش افقی به سمت چپ). سیستم‌های خارج از فرد نیز که در اینجا «محیط» نامیده می‌شود شامل افراد مهم در زندگی فرد و استرسورهای روانشناختی (مثل مشکل مسکن و بیکاری) می‌شوند که بر عملکرد شخص در حوزه‌ی شناخت، هیجان، رفتار و فیزیولوژی تأثیر می‌گذارند. به‌عنوان نمونه در مثالی که در بالا ذکر شد فکر اولیه‌ی من مبنی بر اینکه نوشتن این پاراگراف مشکل است ممکن است بر گرفته از محیط پر انتقاد در دوران کودکی باشد. در چنین مواردی بهتر است که محیط غیرانطباقی

را هدف قرار دهيد. زماني كه محيط نقش بيشترى دارد توجه به تعامل شخص آن گونه كه در درمان بين فردى مورد تأكيد قرار مى گيرد مهم تر از توجه به تفكر افسرده ساز فرد است.

« ساده سازى

ياديار KISS كه احتمالاً باعث شگفتى برخى افراد مى شود، اشاره دارد به «Keep It Simple Stupid» و براى توصيه در اين مورد استفاده مى شود. اين مسأله اى بود كه بك آن را سي سال قبل پيش بينى و براى تحول در روان درماني مطرح كرد. در ابتداى راه تابلوى راهنمايى براى روند جلسات درمان نياز بود مثل موافقت بر سر دستور جلسه، ارائه ي تكليف منزل و مرور تكاليف. درمان هاى CBT بعدى در مقايسه با روان درماني موجود خلاصه تر و کوتاه مدت تر بودند و برنامه ي درماني آنها به صورت جلسه به جلسه مشخص بود. نکته ي برجسته ي CBT سادگى آن بود كه آن را جذاب تر و اشاعه ي آن را تسهيل مى كرد. گرچه طى سي سال CBT بر ساير روان درماني ها برترى يافت ولى دانشجويان و درمانگران به ندرت به ساده سازى آن توجه كردند و اغلب از پيچيدگى CBT نگران بودند. خوشبختانه اين كتاب دانشجويان و درمانگران را با بسط آنچه مى توانيم ساده كنيم و مواردى كه نمى توانيم تقويت خواهد كرد.

« اثربخشى CBT

موفقيت درمان شناختى - رفتارى در توصيه هاى برتر بالينى¹ مؤسسه ي مى سلامت (براي مثال، NICE، 2004) انعكاس يافته و CBT به عنوان درمان انتخابى براى دامنه ي گسترده اى از اختلالات شناخته شده است. در برخى از مطالعات، اثربخشى آن در مقايسه با فهرست انتظار مطالعه شده است. به طور كلّى، مراجعانى كه تحت درمان CBT قرار گرفته اند نسبت به ليست افراد گروه انتظار وضعيت

1. National Institute for Health and Clinical Excellence Recommendations

بهتری داشته‌اند. در جدول ۱-۱ نسبت‌های مربوط به هر یک از اختلال‌ها خلاصه شده است.

جدول ۱-۱. نسبت بیماران فهرست انتظار در مقایسه با افرادی که به‌طور متوسط درمان CBT را گذرانده‌اند، با تفکیک اختلال (برگرفته از باتلر^۱ و همکاران، ۲۰۰۶)

افسردگی	٪ ۷۹
اختلال اضطراب عمومی	٪ ۷۹
اختلال هراس به همراه آگورافوبیا	٪ ۵۹ - ۶۹
اختلال هراس با/ بدون آگورافوبیا	٪ ۷۴ - ۹۰
فوبی اجتماعی	٪ ۸۲
اختلال استرس پس از سانحه	٪ ۸۳ - ۹۶

نگاهی به جدول ۱-۱ نشان می‌دهد که CBT برای شایع‌ترین اختلال‌های روانی بسیار مؤثر است (برای اختلال پانیک و اختلال استرس پس از سانحه پژوهشگران مختلف معیارهای متفاوتی را به کار برده‌اند، در نتیجه، میزان نسبت‌ها بسته به معیاری که به کار برده شده تا حدودی متفاوت است). مطالعات بررسی شده باتلر و همکاران (۲۰۰۶) نشان می‌دهد که در مورد اختلال وسواسی - اجباری و پر خوری روانی به مقایسه‌ی CBT با لیست انتظار نپرداخته‌اند، بلکه کاهش علائم بین مرحله‌ی پیش و پس از درمان را مد نظر قرار داده‌اند. گرچه مشخص شده بیشتر افراد مبتلا به این دو اختلال بهبود یافته‌اند، OCD (۵۸ - ۹۷٪) و پر خوری روانی (۵۸ - ۹۱٪)، این انتقاد به این پژوهش‌ها وارد است که بخشی از اثرات به‌طور طبیعی اتفاق افتاده است و نمی‌تواند قطعا ناشی از اثر CBT باشد. علی‌رغم متدولوژی ضعیف‌تر مطالعات مربوط به پر خوری روانی و OCD، CBT برای این دو اختلال نیز نوید بخش بوده است.

باتلر و همکاران (۲۰۰۶) در مرور مطالعات انجام شده به این نتیجه رسیدند که

1. Butler

شواهد معنا داري در خصوص اثر بخشي طولاني مدت افسردگي، اختلال اضطراب فراگير، اختلال پانيک، فوبي اجتماعي، و OCD وجود دارد. در مورد افسردگي و پانيک ميزان عود بعد از CBT نصف دارو درماني بوده است. علاوه بر اين، اثر CBT بلند مدت تری نسبت به آرام سازي کاربردي در درمان GAD داشته است.

« آیا مهکلی در اندفقال پروتکل ها به مراکز درماني وجود دارد؟

خبر خوب اين است که وقتی مطالعات انجام شده بر اساس پروتکل هاي مبتني بر شواهد صورت گرفته در مراکز درماني متداول انجام شده، اثر بخشي قابل مقايسه اي را نشان داده است. براي مثال، ويد^۱ و همکاران (۱۹۹۸) درمان اثر بخش بارلو و کراسکي^۲ (۱۹۹۴) را براي اختلال پانيک در يک کلينیک روان درماني به کار گرفتند. آنها درمانگران موجود را آموزش دادند تا پروتکل استاندارد را به کار ببرند و نتايج مطالعه ي کارايي^۳ نشان داد که در مقايسه با برنامه ي درماني مشابه در مراکز مطالعه ي اثر بخشي بهبود قابل توجه است. البته، نويسندگان گزارش کرده اند که ميزان ريزش بيشتري از مطالعات اثر بخشي بوده ولي اين ميزان به طور قابل ملاحظه اي کمتر از ميزان ريزش در نمونه هاي مراکز سلامت عمومي بوده است. چمپلس و اولنديک^۴ (۲۰۰۱) پنج مطالعه ي کارايي CBT در مورد افسردگي را براي ارزيابي درمان معمول بررسي کردند و به نتايج مثبتی دست پيدا کردند. جالب اينکه دو مورد از مطالعات گروه درماني شناختي - رفتاري استاندارد براي افسردگي در بيماران سرپايي کم درآمد بود و ۸۰ - ۶۲٪ (بسته به نژاد) پس از درمان ملاک هاي تشخيصي براي اختلال را دريافت نکردند. البته ميزان ريزش (۶۰ - ۴۰٪) در اين گروه نسبت به مطالعات کارايي (براي مثال، ۳۲٪، الکين^۵ و



-
1. Wade
 2. Barlow & Craske
 3. efficacy study
 4. Chambless & Ollendick
 5. Elkin

همکاران، ۱۹۸۹) بیشتر بود. در یک مرکز خدمات شهری در ایالت لیورپول، راس و اسکات^۱ (۱۹۸۵) اثر بخشی گروه‌درمانی شناختی را با درمان فردی در افسردگی مقایسه کردند و به این نتیجه رسیدند که هر دو اثر بخش و برتر از گروه لیست انتظار بودند. اسکات و استارلینگ^۲ (۱۹۹۰) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی برای افسردگی تغییرات بالینی معناداری را برای جمعیت‌های عمومی ایجاد می‌کند. البته بیشتر مطالعات در مراکز پژوهشی اجرا می‌شوند و بر اثر بخشی CBT متمرکز هستند. پژوهش‌های انجام شده در مورد اثر بخشی CBT^۳ در کارهای بالینی به‌طور قابل ملاحظه‌ای کمتر بوده است. به‌رغم وجود نیاز به مطالعات اثر بخشی دستیابی به حمایت مالی مشکل است. با این وجود نتایج به‌دست آمده تاکنون امیدوار کننده بوده است.

اعتقاد بر این است که ارتباطی بین پژوهش‌ها با موقعیت‌های بالینی معمول وجود ندارد. سوال اساسی این است که یک مراجع خاص چقدر به کسانی که در پژوهش‌های دارای حمایت تجربی شرکت کرده‌اند شباهت دارد تا بر این اساس آن درمان به‌عنوان درمان انتخابی تعیین شود. در پژوهش‌ها از مصاحبه‌ی ساختار یافته‌ای (اغلب SCID، فیرست^۴ و همکاران، ۱۹۹۷) استفاده می‌شود که در آنها از افراد در مورد علائم مطرح در نظام تشخیصی سوال می‌شود و در این منابع راهنماهایی برای دستیابی به انواع اطلاعات وجود دارد. میزان توافق بین ارزیابان در پژوهش‌های انجام شده در حدود ۹۰٪ گزارش شده است، این به معنای آن است که در مورد وجود اختلال‌ها توافق بالایی وجود دارد. البته در فعالیت‌های بالینی معمول مصاحبه‌های ساختار یافته به‌ندرت استفاده می‌شوند و میزان توافق بین ۳۲-۵۴٪ (بک و همکاران، ۱۹۶۲) است. لذا به دلیل عدم استفاده از مصاحبه‌های ساختار یافته در کارهای بالینی معمول نمی‌توان به‌طور معتبر

-
1. Ross & Scott
 2. Stradling
 3. effectiveness
 4. First

تعيين كړد كه مراجعي با پروتكل خاص منطبق است يا خير. تعيين اينكه يك مداخله ي مبتني بر شواهد براي مراجعي مناسب نيست بدون ارزيابي تشخيصي يك فرضيه ي بي اساس است.

محدويت معمول در مطالعات كارايي اين است كه مراجعان نبايد فعالانه دست به خودكشي زده باشند، وابسته به الكل/ دارو، و يا روان پريش باشند. جدا از اين مسأله، برخي از افراد تشخيص اضافي (همبودي) دارند و وارد اين پژوهش ها مي شوند، اما در مطالعه صرفاً به علت اصلي كه آنها به خاطر آن مراجعه كرده اند پرداخته مي شود. بنابراين مطالعات گزارش شده در جدول ۱-۱ دامنه ي گسترده اي از بيماراني را كه به مراکز خدمات باليني معمول مراجعه كرده اند را شامل مي شود. لذا بايد با احتياط نتايج پژوهش را به كارهاي باليني معمول منعكس كرد.

« نقاشي با اعداد! »

استفاده از راهنماها/ پروتكل هاي درماني بيانگر «نقاشي با اعداد» است كه سيلورمن^۱ (۱۹۹۶) و اسميت (۱۹۹۵) استفاده از آنها را به منزله ي «ذهنيت كتاب آشپزي» قلمداد كرده اند. اين اظهار نظر هاي ناموافق بر اعتقاد كساني كه استفاده از رويكرد راهنما مدار را تهديد ي براي استقلال كار باليني و خلاقيت مي دانند صحه گذاشته است. در چنين جوي، غير معمول نيست كه پروتكل ها به ندرت در آموزش دوره ها و يا براي راهنمايي در كارهاي باليني به كار روند. شواهد ي وجود ندارد كه نشان دهد آنهايي كه از راهنماهاي درماني استفاده مي كنند خود را محدود كرده باشند. جاي تعجب نيست كه براي درمانگراني كه مي خواهند درمان هایشان در مطالعات اثربخشي قابل پذيرش باشد مي بايد از مقياس درجه بندي شناخت - درماني^۲ (CTRS) براي احراز صلاحيت استفاده كنند.

1. Silverman & Smith

2. Cognitive Therapy Rating Scale (CTRS)

نمرات بالا در CTRS به ماده‌هایی داده می‌شود که شامل موارد زیر هستند: فیدبک «درمانگر در برانگیختن و پاسخ به فیدبک‌های کلامی و غیر کلامی در جلسه‌ی درمان مهارت دارد»؛ تأثیر بین‌فردی «درمانگر سطح بالایی از ملایمت، دغدغه و اعتماد، اصالت و حرف‌های بودن را نشان می‌دهد»؛ همکاری «کار به‌صورت یک تیم»؛ اکتشاف هدایت‌شده «مهارت در استفاده از اکتشاف هدایت‌شده»؛ کاربست تکنیک‌های شناختی - رفتاری «درمانگر بسیار ماهر است و به خوبی تکنیک‌های شناختی - رفتاری را به کار می‌برد»؛ و سایر ملاحظات «درمانگر در مدیریت مشکلات خاص مهارت بالایی در استفاده از اصول شناخت درمانی دارد». در صورتی که درمانگران به شیوه‌ی کتاب آشپزی عمل کرده یا بدون خلاقیت و گرمی عمل کنند در CTRS نمره نخواهند آورد. الگوی درمانی بهتر از آنچه در پژوهش‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند وجود ندارد.

گرچه استفاده از یک یا بیشتر پروتکل‌های CBT ارائه شده در این کتاب برای اکثر مراجعان در سطوح مراقبت‌های اولیه سودمند است اما ممکن است برای تعدادی از آنها مناسب نباشد. پروتکل‌های ارائه شده در این کتاب برای بیماران مبتلا به روان‌پریشی، وابستگی به مواد یا اختلال‌های شخصیت سودمند نیست. این گروه از مراجعان برای خودشان و ندرتاً برای دیگران خطرناک هستند. لذا بسیار مهم است که به‌طور معمول میزان خطرپذیری در تمام مراجعان مورد ارزیابی قرار گرفته و آنها به سرویس‌های مرتبط هدایت شوند.

متأسفانه یک شیوه‌ی جامع که مورد پذیرش همگان باشد برای تعیین خطرپذیری وجود ندارد و پیشنهادات ارائه شده در اینجا تنها شیوه‌ی ارزیابی خطرپذیری نیستند. میلر^۱ و گیردانو (۲۰۰۷) با استفاده از سرواژه‌های (انگلیسی) SAD PERSONS ابزاری برای ارزیابی میزان خطرپذیری ساختند که در جدول ۲-۱ آمده است.

جدول ۱-۲ ابزار ارزیابی خطر (میلر و گاردیانو، ۲۰۰۷)

جنسیت (مرد) - Sex
سن (کمتر از ۱۹ یا بیشتر از ۴۵ سالگی) - Age
افسردگی (افراد افسرده یا کسانی که کاهش تمرکز، خواب، اشتها، و میل جنسی را گزارش می کنند) - Depression
اقدام قبلی خودکشی یا دریافت خدمات روانپزشکی - Previous...
مصرف زیاد الکل یا دارو - Excessive...
نقص تفکر منطقی: روان پریشی، سندرم ارگانیک مغزی - Rational...
جدایی، طلاق یا بیوگی - Seperated...
نقشه‌ی سازمان یافته یا تلاش جدی برای خودکشی - Organized...
نداشتن حمایت اجتماعی - No...
بیماری، اختلال مزمن - Sick...

نمره‌ی پنج در این ابزار نشان دهنده‌ی خطر پذیری متوسط است و نمرات ۷ تا ۱۰ علامت خطر پذیری بالاست. نتایج حاصل از SAD PERSONS باید در نظارت بالینی مورد ارزیابی قرار گیرند و لازم است مواردی که خطر پذیری بالایی دارند ارجاع شوند. همچنین مواردی که خطر پذیری متوسطی دارند مورد توجه قرار گرفته و در صورت نیاز ارجاع شوند. ویژگی SAD PERSONS این است که درمانگر را به اهمیت خطر پذیری نسبت به خودکشی هشیار نگه می دارد.

احساس ناامیدی نسبت به شدت افسردگی پیش بینی کننده‌ی بهتری برای رفتار خودکشی است و عامل خطر پذیری برجسته تری برای خودکشی و خود آسیبی است (مک میلان^۱ و همکاران، ۲۰۰۷ را ببینید). همچنین نداشتن دلیل برای زندگی می تواند جای نگرانی باشد. پیش بینی کننده‌ی کلیدی دیگر برای خودکشی احتمالی در اقدام کنندگان به خودکشی، تأثیر آنها از موفق نشدن در اقدام به خودکشی و شدت بالای افکار خودکشی در هر اقدام است.

1. McMillan



امکان مستند کردن ارزیابی خطر با استفاده از ابزار غربالگری خطر پذیری گالاتین^۱ (GRiST) وجود دارد. این ابزار به صورت رایگان در سایت www.galassify.org/grist موجود است. این ارزیابی با اطلاعات بیوگرافیک آغاز می شود، پس از آن پرسشنامه‌ی غربالگری می آید که خودکشی، خودآسیبی، صدمه به دیگران یا اموال، غفلت از خود، و آسیب پذیری فرد را مورد ارزیابی قرار می دهد. اگر درمانگر در پاسخ به سوال های پرسشنامه پاسخ مثبت بگیرد لازم است اطلاعات مفصل تری کسب شود. این ابزار برای کارمندان غیر متخصص که در خط اول ارائه ی خدمات هستند طراحی شده است. تا زمان نگارش این کتاب (آگوست ۲۰۰۸) راهنمایی برای وزن دادن به داده ها منتشر نشده است، یعنی ملاکی برای کمی سازی خطر پذیری وجود ندارد. البته GRiST این امکان را به شما می دهد تا ارزیابی خطر پذیری را استاندارد کرده و حوزه های مهم را برجسته سازید. نویسندگان این ابزار قصد دارند تا امکان کمی سازی آن را فراهم سازند.

خبر خوب این است که شناخت درمانی تکرار اقدام به خودکشی را تا ۵۰٪ کاهش می دهد. در مطالعه ی براون^۲ و همکاران (۲۰۰۵) بیمارانی که اقدام به خودکشی داشتند در برنامه ی هشت جلسه ای شناخت درمانی یا برنامه ی مراقبت معمول قرار گرفتند و هر دو گروه به مدت ۱۸ هفته تحت پیگیری قرار گرفتند. تنها ۱/۲۴٪ در گروه شناخت درمانی در مقایسه با ۶/۴۱٪ در گروه مراقبت معمول حداقل یک مورد اقدام به خودکشی بعدی را گزارش کردند. شناخت - درمانی بر موارد زیر متمرکز بود: مقابله با احساس ناامیدی، افکار و رفتارهایی که منجر به اقدام به خودکشی شده بود و ایجاد رفتارهای سازگاران. در صورت موفقیت مراجع در ایجاد راهبردهای مقابله ای جدید درمان پایان می یافت؛ در صورت عدم موفقیت جلسات بیشتر اضافه می شد. اگرچه این برنامه شناخت - درمانی بسیار اهمیت دارد ولی چنین برنامه ای زیر چتر CBT ساده قرار نمی گیرد و امکان پرداختن به آن در این کتاب وجود ندارد.

1. Galatean Risk Screening Tool (GRiST)
2. Brown

« آسپب کارکردی

بر سر این مسأله که پروتکل‌های درمانی اختلال‌های اضطراب و افسردگی برای مراجعانی با شدت خفیف تا متوسط مشکلات سلامت مناسب است توافق نظر وجود دارد. علاوه بر این در بریتانیا عموماً برای مراجعانی که مشکلات آنها خفیف تا متوسط باشد روان‌درمانی در خط اول ارائه‌ی خدمات قرار دارد. با این حال توافق کلی در مورد «میزان خفیف تا متوسط مشکلات سلامت روان» وجود ندارد، و وجود مرز نامشخص باعث می‌شود که بسیاری از تیم‌ها یا بنیادها تحت فشار ارائه‌ی خدمات به «موارد جدی» باشند و هزینه‌هایی را متحمل شوند.

برای تعیین شدت، نیازمند یک تعریف عملیاتی هستیم. در برخی از موارد اصطلاح «بیماری روانی شدید» برای اشاره به موقعیت‌هایی مثل اسکیزوفرنیا یا اختلال دوقطبی که احتمال بروز روان‌پریشی وجود دارد استفاده می‌شود. تیم‌های سلامت روان جامعه‌مدار^۱ خود را موظف به ارائه‌ی خدمات به بیماران روان‌پریش می‌دانند و مراکز خدمات مراقبت‌های اولیه^۲ درگیر مشکلات خفیف تا متوسط سلامت روان هستند؛ این تقسیم‌بندی باعث می‌شود تا بیمارانی که در غیاب روان‌پریشی اقدام به خودکشی یا آسیب به خود داشته‌اند، کنار گذاشته شوند. ما نیازمند درمانگران ماهری در CBT هستیم تا کسانی را که آسیب به خود داشته‌اند یا کارکرد آنها به شدت تحت تأثیر اختلال‌های شخصیت قرار گرفته را مورد توجه قرار دهند؛ متأسفانه امکان ارائه‌ی خدمات به این موارد پیچیده به یک مسأله‌ی مالی تبدیل شده است.

یک راه برای تعیین نوع خدمات مناسب به مراجعان استفاده از مقیاس ارزیابی کلی کارکرد^۳ (GAF) DSM-IV-TR (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰: ۳۴) است. این مقیاس برای ارزیابی کارکرد عمومی مراجع به کار می‌رود. درمانگر برای دستیابی

-
1. Community Mental Health Teams
 2. Primary Care Services
 3. Global Assessment of Functioning (GAF)

به نمره‌ی فرد در این مقیاس باید کارکرد روانشناختی، اجتماعی و شغلی فرد را در یک پیوستار فرضی بیماری - سلامت روان در نظر بگیرد. درمانگر نباید نقص کارکرد به دلیل مشکلات جسمانی یا محدودیت‌های محیطی را لحاظ کند. مقیاس در یک دامنه‌ی ۱ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات ۹۱ تا ۱۰۰ نشان‌دهنده‌ی کارکرد عالی در دامنه‌ی گسترده‌ای از فعالیت‌هاست و نمرات ۱ تا ۱۰ نشان‌دهنده‌ی خطر جدی برای آسیب خود و یا دیگران است. خلاصه‌ای از این مقیاس در جدول ۳-۱ آمده است.

جدول ۳-۱ خلاصه‌ی GAF (بر گرفته از DSM-IV-TR، انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰: ۳۴)

۶۱-۷۰	اجتماعی، شغلی یا تحصیلی؛ اما به‌طور کلی کارکرد عمومی نسبتاً خوب است؛ روابط بین‌فردی تا حدودی خوب است
۵۱-۶۰	علائم متوسط (برای مثال، عاطفه‌ی محدود و تکلم حاشیه‌پرازانه، حملات پانیک موقعیتی) یا مشکل در کارکرد اجتماعی، شغلی یا تحصیلی در حد متوسط (مثلاً، دوستان کم، تعارض با همسالان یا همکاران)
۴۱-۵۰	علائم جدی (برای مثال، افکار خودکشی، آیین‌های وسواسی شدید یا دزدی بیمارگونه) یا هرگونه آسیب جدی در کارکرد اجتماعی، شغلی یا تحصیلی (مثل نداشتن دوست یا ناتوانی در حفظ شغل)

برای هر گروه هم به علائم و هم به آسیب در عملکرد افراد توجه می‌شود و درجه‌بندی GAF منعکس‌کننده‌ی وضعیت هر دو شرایط است. بنابراین پروتکل‌های ارائه شده در این کتاب برای مراجعانی مناسب است که نمره‌ی GAF آنها بیش از ۵۰ باشد. از این ابزار می‌توان برای اندازه‌گیری و ارزیابی سلامت روان عمومی در کارهای بالینی معمولی استفاده کرد (تانگستروم^۱ و همکاران، ۲۰۰۵ را ببینید). آموزش رایگان استفاده از GAF در سایت مؤسسه پژوهش و آموزشی بیماری روانی واشینگتن^۲ امکان‌پذیر است در این سایت می‌توانید نسخه‌ای از GAF را دانلود کنید (www.wimirt.washington.edu).

1. Tungstrom

2. Washington Institute Mental Illness Research and Training

شواهدی در مورد این مسأله که شدت مشکل فعلی بر نتایج درمانی تأثیر می‌گذارد توسط پانل متخصصان گروه سلامت در انتخاب درمانی در درمان‌های روانشناختی و مشاوره^۱ (۲۰۰۱) آمده است. آنها به این نتیجه رسیده‌اند که نتایج دارای ابهام است. در مورد افسردگی مزمن بودن، شدت بالا و شروع زودتر احتمال وقوع علائم باقیمانده پس از درمان (آگوستی و اسپکولیکسن^۲، ۱۹۹۷) و احتمال عود را بیشتر می‌کند (هامیلتون و دابسون^۳، ۲۰۰۲).

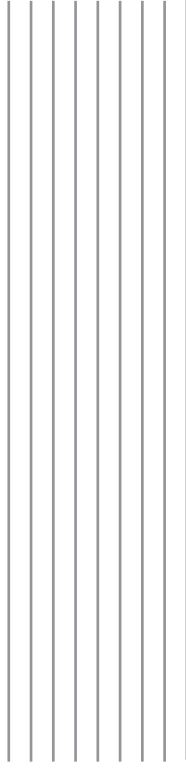
« تأثیر وجود همزمان اختلالات شخصیت

گرچه در گزارش دپارتمان سلامت در مورد این مسأله که وجود همزمان اختلال شخصیت و افسردگی منجر به نتایج درمانی ضعیف‌تری می‌شود توافق وجود دارد ولی شواهد حمایت‌کننده از این باور قوی نیست (برای مرور این موضوع به رات و فوناگی^۴، ۲۰۰۵: ۱۳۰ مراجعه کنید). ورتمن^۵ و همکاران (۲۰۰۵) تأثیر اختلال شخصیت را در موفقیت درمان CBT برای مراجعان اختلال‌های اضطرابی مطالعه کردند (۳۸۹ مراجع در این پژوهش ملاک‌های تشخیص برای اختلال‌های مختلف را داشتند: آگورافوبیا، اختلال پانیک با آگورافوبیا، اختلال پانیک بودن آگورافوبیا، اختلال استرس پس از سانحه، فوبی اجتماعی و اختلال‌های اضطرابی که در جای دیگر مشخص نشده است). آنها به این نتیجه رسیدند که افراد مبتلا به اختلال شخصیت سطح بالایی از علائم را در پایان درمان گزارش کردند. با این حال، این نتایج آنقدر قدرتمند نیست که مبنایی برای حکم بالینی باشد. میزان ریزش تحت تأثیر وجود اختلال شخصیت در مراجعان نیست. ورتمن و همکاران (۲۰۰۵) به این نتیجه رسیدند که درمان اختلال‌های اضطرابی مراجعانی که یک یا دو

=====

1. Treatment Choice in Psychological Therapies and Counselling
2. Agosti & Ocepek-Welikson
3. Hamilton & Dobson
4. Roth & Fonagy
5. Weertman

اختلال شخصیت دارند مشکلی ندارد. با این حال، ۱/۵٪ از آزمودنی‌های ویرتمن اختلال شخصیت مرزی داشتند؛ این مراجعان در حفظ روابط مسأله دارند و روال درمان را کند و مشکل‌ساز می‌کنند. آنها اغلب تکانشی بوده و رفتارهای آسیب به خود دارند. چنین موارد پیچیده‌ای با رفتار درمانی دیالکتیک (لینهان، ۱۹۹۳) بهتر جواب می‌دهند که فراتر از حوزه‌ی CBT آسان است.



فصل ٢

فصل ۲

شروع درمان - تشخیص و فراسوی آن

بعد از کار پیشگامانه ی آرون تی بک، بنیانگذار شناخت‌درمانی، درمان‌های شناختی به تشخیص وابسته شدند. برای ارزیابی اثربخشی درمان، راهنماهای درمانی ساخته شد. ویژگی‌های کلیدی این راهنماهای درمانی در جدول ۱-۲ خلاصه شده است. رویکرد راهنمامدار امکان آموزش و نظارت بالینی را فراهم می‌سازد. همچنین این رویکرد ملاکی برای تعیین درمان مناسب مشخص می‌سازد.

جدول ۱-۲ ویژگی‌های راهنماهای درمانی

زمینه ی نظری درمان

ارائه ی منطق درمان به مراجعان

شیوه‌های مورد استفاده شامل راهنمای جلسه به جلسه

پیشنهادها و توصیه‌های اختصاصی برای کاربرد شیوه‌ها و ملاحظه‌ی موانع ضمن اجرای پروتکل

« استفاده از زبان مشترک

یکی از اولین نوشته‌های بک بر تشخیص روانپزشکی معتبر تأکید دارد (بک و همکاران، ۱۹۶۲).

بک و همکارانش دریافتند که میزان توافق در مورد تشخیص بین ۳۲٪ تا ۵۴٪ درصد است. این موضوع، پژوهش در مورد اثر بخشی درمان را نسبتاً غیر ممکن می‌ساخت زیرا یک مراجع می‌تواند توسط یک درمانگر مبتلا به افسردگی تشخیص داده شود ولی ارزیاب دیگر تشخیص دیگری برای او قائل شود. بک برای دستیابی به توافق بیشتر در تشخیص بر اهمیت به حداقل رساندن (الف) واریانس اطلاعات: دامنه‌ی اطلاعاتی که برای دستیابی به تشخیص اهمیت دارد و (ب) واریانس ملاک: اطلاعاتی که برای وجود یا عدم وجود علائم خاص لازم است تأکید کرد. این مسأله باعث شد تا بر سر ملاک‌های هر اختلالی توافق حاصل شود که هم اکنون در DSM-IV-TR (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) منسجم شده و راهنمایی نیز برای تعیین آستانه‌ی علائم مورد نیاز منتشر شده است (SCID، فیرست و همکاران، ۱۹۹۷). استفاده از مصاحبه‌های ساختار یافته‌ای چون SCID، میزان توافق را برای بیشتر اختلال‌ها به میزان ۹۰٪ افزایش داده است و این اطمینان را می‌دهد که همه از شیوه‌های یکسانی استفاده کنند. در اغلب آزمایش‌های درمان شناختی مراجعان با استفاده از SCID یا مصاحبه‌ی ساختار یافته‌ی جایگزین مثل ADIS (براون و همکاران، ۲۰۰۴) ارزیابی می‌شوند. کار اولیه‌ی بک در خصوص دقت تشخیص، مسیر ایجاد پروتکل‌ها، و شیوه‌های مختلف برای اختلال‌های گوناگون را هموار کرد.

بر اساس تأکید DSM-IV-TR (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰: xxxii) لازم است ضمن استفاده از ملاک‌های تشخیصی دستیابی به اطلاعات در خصوص ملاک‌ها به صورت مستقیم انجام شود. در این کتاب برای دستیابی به این هدف برای غربالگری اولیه‌ی اختلالات سلامت روان شایع از مصاحبه‌ی «غربال سلامت روان در ۷ دقیقه استفاده می‌شود» (پیوست پ) و یا برای صرفه‌جویی در زمان از نسخه‌ی خود گزارشی، «پرسشنامه‌ی گام اول» (پیوست ح) که دو تا سه دقیقه برای تکمیل آن زمان لازم است استفاده می‌شود. این ابزارها اختلال‌های بارز را مشخص می‌سازند. پس از آن برای ارزیابی دقیق‌تر از

بخش های مرتبط «کتابچه ی درمان شناختی - رفتاری» در (پیوست ت) استفاده می شود. شیوه ی استفاده از این کتابچه مشابه SCID یا ADIS است. در هنگام استفاده از آن مهم است که سوال های مورد نظر شبیه چک لیست پرسیده نشود طوری که به پاسخ بلی یا خیر، بدون هیچ توضیحی منجر شود. این نکته بسیار مهم است که بر اساس آنچه مراجع بیان کرده (در صورت نیاز مثال های عینی) و سایر اطلاعات موجود مثل آنچه از نزدیکان یا سایر موارد به دست می آید آسیب کارکردی با توجه با علائم مشخص شود. برای مثال، یک مراجع فراموشی یا نقص حافظه را راحت تر بیان می کند اما برای تعیین آسیب تمرکز لازم است بدانیم که آیا مشکلات تمرکز بر عملکرد شغلی یا لذت بردن از برنامه های تلویزیون یا مطالعه تأثیری داشته است یا خیر. این مشکلات تنها زمانی که از لحاظ بالینی معنادار باشند مورد توجه قرار می گیرند.

« محورهای درمان شناختی - رفتاری

محور (بردار) اصطلاحی ریاضی است که برای تعیین کمیت با توجه به میزان و جهت به کار می رود. محور ممکن است شبیه تشخیص باشد چون نشان داده شده است تشخیص و CBT مؤثر بوده اند، به عنوان مثال این درمان میزانی داشته است، منجر به تفاوتی در افراد شده است و همچنین پروتکل ها برای اختلالات مختلف جهت داشته اند، مثل راهنمای جلسه به جلسه. با این حال تشخیص شبیه پرگار است: مسیر کلی را مشخص می کند اما مسیر مشخصی را نشان نمی دهد. مسیر ویژه از طریق محور دیگری مشخص می شود، فرمول بندی موردی، که مثالی از یک مورد اختلال است. بنابراین ممکن است فرد مبتلا به افسردگی باشد ولی افسردگی خود را به شیوه ی متفاوتی از دیگری نشان دهد. برای مثال، برای یک مراجع افسرده احساس گناه موضوع مهمی است ولی برای دیگری اهمیتی ندارد در حالی که هردوی آنها افسرده هستند.

فرمول بندی موردی، فرضیه ی درمانگر است و مشخص می کند که مراجع

چطور در اين زمان به خصوص به مشكلات فعلي گرفتار شده است. هر دو محور، تشخيص و فرمول بندي موردی، برای درمان مؤثر لازم هستند. آنها در کنار همديگر مسير کاملاً متفاوتی را نسبت به زمانی که به تنهایی به کار روند مشخص می کنند. ویرسکرا^۱ (۱۹۹۶) مؤلفه های فرمول بندي را به طور مفصل تشریح کرده که به شکل فهرست وار در جدول ۲-۲ آمده است.

جدول ۲-۲ مؤلفه های فرمول بندي موردی	
محيطي	فردی
سابقه ی خانوادگی اختلال روانی	عوامل آسیب پذیری
	عوامل تشدید کننده
	تصادف جاده ای اخير
	عوامل تداوم بخش
	اجتناب از یاديارهای سانحه
حمایت خانواده	عوامل حمايتی

جدول ۲-۲ شکل گیری و تداوم اختلال استرس پس از سانحه ی (PTSD) ناشی از تصادف جاده ای (RTA)^۲ را ترسیم کرده است. اگر چه این فرد مشكلات روانی قبلی نداشته است (ستون ۲ در جدول ۲-۲) اما برای تأثیر پذیری از تروما تا حدودی به خاطر مسائل محیطی در سابقه ی خانوادگی و بیماری روانی آسیب پذیر بوده است. تصادف اخير (در سطح فردی) به عنوان عامل تشدید کننده PTSD در نظر گرفته می شود. البته از دست دادن نزدیکان در سانحه نیز عامل تشدید کننده در نظر گرفته می شود ولی در سطح محیطی عمل می کند. طبق مدل شناختی - رفتاری PTSD (برای مثال، اسکات و استارلینگ، ۲۰۰۶ را ببینید) عامل تداوم بخش می تواند اجتناب از رانندگی باشد که مانع از رد این باور می شود که «رانندگی به مثابه ی مبارزه در منطقه ی جنگی است». عامل تداوم بخش

1. Weerasekera
2. road traffic accident (RTA)

دیگری که در سطح محیطی عمل می کند تابوی خانوادگی درباره ی صحبت در مورد تصادف است. عامل حمایتی در سطحی محیطی، حمایت خانوادگی و در سطح فردی، تاب آوری بالای فرد در مقابله با رویدادهای منفی زندگی است. فرمول بندی موردی، درمان را تلاش برای خنثی کردن عوامل تداوم بخش و تقویت عوامل حمایتی معرفی می کند.

فرمول بندی موردی برای هر اختلال شناسایی شده لازم است و درمانگر برای طراحی مسیر از فرمول بندی درمان استفاده می کند. بنابراین امکان دارد موردی که در جدول ۲-۲ آمده است علاوه بر PTSD مبتلا به افسردگی نیز باشد. لذا امکان دارد درمانگر مدل افسردگی را که توسط چمپیون و پاور^۱ (۱۹۹۵) ساخته شده را به کار برد. در این مدل تأکید شده است که افسردگی می تواند ناشی از نقص در نقش ارزش بیش بها داده شده باشد و پس از تصادف به دلیل ناتوانی از انجام فعالیت ارزشی، فرد دچار افسردگی می شود. در این صورت درمان مؤثر، تلفیقی از فرمول بندی موردی برای افسردگی و PTSD خواهد بود.

« پیروی از نت های موسیقی

پروتکل ها مانند نت های موسیقی که توسط آهنگساز نوشته می شود در آزمایش های کنترل شده بسیار مؤثرند. درمانگران، اعضای ارکستر در نظر گرفته می شوند و لازم است که از قطعه ها/ تشخیص های یکسانی پیروی کنند. با این حال گرچه لازم است تا از نت ها پیروی شود تا شنونده قطعه را تشخیص دهد برخی از موسیقی دان ها/ درمانگران ماهرتر از دیگران هستند. بنابراین درمانگر CBT هنرمندتر از یک تکنسین است ولی هر دو اساس کار هستند.

خطرات به کار بردن CBT بدون استفاده از تشخیص (CBT عام) در جدول ۲-۳ خلاصه شده است.

جدول ۲-۳ خطرات به کار بردن CBT بدون تشخیص ساختار یافته

توقف در اولین اختلال / مشکل شناسایی شده

شکست در توجه به راهبردهای اختصاصی که برای اختلال های خاص ایجاد شده اند.

شکست در دیدن مشکلات مراجع از مدل شناختی اختلال که باعث می شود رویکرد فرد گرایان های که مبتنی بر شواهد نیست اتخاذ شود.

زیمرمن^۱ و همکارانش (۲۰۰۸) دریافتند که با استفاده از مصاحبه های ساختار نایافته سه چهارم مراجعان تنها یک تشخیص را دریافت کردند. این در حالی است که استفاده از مصاحبه ی ساختار یافته (فیرست و همکاران، ۱۹۹۷) ۷۰ - ۵۰٪ مراجعانی که تشخیص PTSD، GAD، OCD، افسردگی، فوبی اجتماعی، و اختلال پانیک (با یا بدون آگورافوبیا) دریافت کرده بودند حداقل یک تشخیص اضافی داشتند. در نتیجه استفاده از CBT عام دید محدودی ایجاد خواهد کرد. در مطالعه ی دیگری زیمرمن و ماتیا^۲ (۲۰۰۰) گزارش کردند که مراجعان علاقمندند تا علائم اختلال های همبود آنها مورد توجه قرار گیرد. بنابراین از نظر مراجعان نیز شناخت اختلال های همبود اهمیت دارد.

بدون تشخیص، درمانگر صرفاً بر فرمول بندی موردی تکیه خواهد کرد به این معنا که الگوی فردی از شکل گیری و تداوم مشکلات مراجع ارائه خواهد داد. در خصوص اتفاق نظر ارزیابان مختلف در مورد فرمول بندی موردی (پایایی پایین در فرمول بندی موردی) کایکن^۳ و همکاران (۲۰۰۵) ارائه ی بالینی مستقیمی را پیشنهاد کردند. بهتر است درمانگران در ابتدای کار متمرکز بر پروتکل ها و رویکرد راهنما مدار باشند. این به این معنا نیست که فرمول بندی موردی نقشی در انطباق درمان با فرد ندارد اما حداقل به فرد به عنوان یک مورد

=====

1. Zimmerman
2. Mattia
3. Kuyken

در فرمول بندی توجه می شود. تشخیص درمان را طرح ریزی می کند در حالی که فرمول بندی جزییات را مشخص می کند و هر دو در درمان ضرورت دارند.

« آزمون های روان سنجی - نقاط قوت و ضعف

آزمون های روان سنجی ابزارهای بسیار خوبی برای اندازه گیری شدت اختلال و تعیین موفقیت یا شکست درمانی هستند. برای مثال، در مطالعات پیامدی^۱ برای افسردگی نمره ی متوسط پرسشنامه ی افسردگی بک^۲ (BDI) برای مراجعانی که در پژوهش شرکت کرده اند ۲۸ و انحراف استاندارد آن ۷ بوده است (اسکات و استارلینگ، ۱۹۹۰). افرادی که بهبودی پس از درمان را گزارش کرده اند نمره ی متوسط ۹ یا پایین تر از ۹ داشته اند (به عبارت دیگر نمره ی آنها مشابه نمره ی متوسط جمعیت عمومی بوده است). برای هر آزمون روان سنجی امکان محاسبه ی معنی دار بالینی با استفاده از فرمولی که توسط جیکوبسون و تراکس^۳ (۱۹۹۱) معرفی شده وجود دارد تا مشخص شود که نتایج حاصل ناشی از شانس یا گذر زمان نیست. برای محاسبه این مسأله لازم است تا انحراف استاندارد نمونه ی بالینی پژوهش و پایایی آزمون - باز آزمون ابزار را داشته باشیم.

برای دستیابی به فرمول اصلی و مثال های موردی به روسکوویت^۴ (۲۰۰۵) مراجعه کنید. برای محاسبه ی معتبر تغییرات به صورت رایگان به سایت www.psych.org مراجعه کنید؛ با استفاده از ماشین حساب و وارد کردن انحراف استاندارد نمره ی ۷ در BDI و پایایی آزمون باز آزمون ۰/۸ (که از مطالعات آزمون باز آزمون در فاصله ی زمانی کوتاه مدت روی BDI به دست آمده است) مشخص می شود که حداقل تغییرات ۸/۷ از لحاظ بالینی معنا دار و معتبر شناخته می شود. البته لازم است که به خاطر داشته باشید که مراجعانی که معناداری را برای آنها محاسبه می کنید

-
1. outcome studies
 2. Beck Depression Inventory (BDI)
 3. Jacobson & Truax
 4. Rosqvist

از جامعه‌ای که ابزار روی آنها اعتباریابی شده انتخاب شده باشند. با این حال، آزمون‌های روانشناختی نمی‌تواند جایگزینی برای مصاحبه باشند. دلیل آن این است که آنها مثبت‌های کاذب زیادی را به دست می‌آورند. به این معنا که میزان افراد مبتلا به اختلال را بیشتر از آنچه واقعاً هست نشان می‌دهد. از لحاظ فنی ابزارهایی که خود گزارشی هستند از نظر اختصاصی بودن^۱ ضعیف هستند. در نتیجه در صورت استفاده از ابزارهای خود گزارشی برای تشخیص به اشتباه اختلال را انتخاب خواهیم کرد. برای مثال، انگهارد^۲ و همکاران (۲۰۰۷) از افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، سایر اختلال‌های اضطرابی و گروه کنترل سالم خواستند تا مقیاس علائم PTSD^۳ (PDS)، فوآ^۴ و همکاران، (۱۹۹۷) را تکمیل کنند. خبر خوب این بود که ۸۶٪ درصد از افراد مبتلا به PTSD ملاک‌های تشخیصی لازم را بر اساس مقیاس کسب کردند. خبر بد این بود ۴۳٪ از افراد گروه سایر اختلال‌های اضطرابی علائم کافی را برای تشخیص PTSD گزارش کردند. بنابراین اگر درمانگری صرفاً بر پرسشنامه متکی باشد نیمی از مراجعان اختلال‌های اضطرابی، به‌طور نامناسب درمان خواهند شد.

آزمون‌های روانشناختی برای شناسایی شناخت‌ها و رفتارهایی که باعث حفظ اختلال می‌شوند استفاده‌ی بالینی دارند. برای مثال، یک مقیاس مفید برای اختلال اضطراب فراگیر پرسشنامه‌ی افکار اضطرابی^۵ (ولز، ۱۹۹۷) است که مشخص می‌کند آیا مراجع بیشتر دغدغه‌های اجتماعی دارد، برای مثال «نگران هستم که توانایی‌های من متناسب با انتظارات دیگران نباشد» یا درباره‌ی نگرانی‌هایش نگران است (فرانگرانی) برای مثال «نگرانم که نتوانم افکارم را به نحو احسن کنترل کنم». بسته به پاسخ‌های مراجع تأکید درمان متفاوت

1. specificity
 2. Engelhard
 3. PTSD Symptom Scale (PDS)
 4. Foa
 5. Anxious Thoughts Inventory

خواهد بود. علاوه بر این لازم است یادآوری کنیم که ابزارها برای تعیین میزان تغییراتی که در حوزه‌ی شناختی در طی درمان روی می‌دهد، اهمیت دارند.

« تشخیص گذاری

احتمالاً اغلب موارد ارجاع به درمانگران از طریق پزشک عمومی یا روانپزشک صورت می‌گیرد. علائم اضطراب و افسردگی گاهی ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مستقیم شرایط عمومی پزشکی است. در صورت ارجاع چنین مواردی باید آنها را از لیست درمان خارج کرد. در صورتی که به رغم درمان شناختی - رفتاری تأیید شده‌ی علائم باقیمانده باشد غیر منطقی نیست که از منبع ارجاع بخواهید علل پزشکی احتمالی مثل مشکلات تیروئیدی که علائم شبیه پنیک ایجاد می‌کنند را بررسی کنند. در صورتی که مراجع خودش مراجعه کرده باشد در نظر گرفتن شرایط پزشکی احتمالی ضروری است.

« بافت تشخیص

اغلب ارزیابی‌های معتبر با مصاحبه‌های باز پاسخ آغاز شده و با مصاحبه‌ی ساختار یافته و آزمون‌های روان‌سنجی ادامه می‌یابد (نگاه کنید به راجرز، ۲۰۰۱). معمولاً به‌ندرت هر سه‌ی این شیوه توسط ارجاع‌دهندگان انجام می‌شود. در چنین شرایطی لازم است تشخیص ضمن احتیاط و در نظر داشتن اطلاعات منبع ارجاعی صورت گیرد. مصاحبه‌ی باز پاسخ به مراجع امکان می‌دهد تا دلیل آمدنش را به زبان خود بیان کند. معمولاً مراجع در این شیوه مشکلات مفصل روانشناختی مثل خانواده و محیطی مثل شغلی را مطرح خواهد کرد. این مشکلات بافت تشخیص را فراهم می‌سازد. تشخیص DSM-IV-TR مبتنی بر سیستم طبقه‌بندی چند محوری است: محور یک برای تشخیص در نظر گرفته می‌شود، مثل اختلال وسواسی اجباری و محور چهار مشکلات روانشناختی و محیطی را ثبت

مي كند. فهرست تمام مشكلات روانشناختي/ محيطي در جدول ۴-۲ نشان داده شده است. چك ليست اين امكان را فراهم مي سازد تا به مسايل محيطي كه در درمان اهميت دارند توجه كرده و آنها را مد نظر قرار دهيد.

جدول ۴-۲ چك ليست مشكلات محيطي / روانشناختي

مشكلات خانوادگي؛ مشخص كنيد:

ساير مشكلات اجتماعي يا بين فردي؛ مشخص كنيد:

مشكلات تحصيلي؛ مشخص كنيد:

مشكلات شغلي؛ مشخص كنيد:

مشكلات مسكن؛ مشخص كنيد:

مشكلات اقتصادي؛ مشخص كنيد:

مشكل در دستيابي به خدمات بهداشتي؛ مشخص كنيد:

مشكلات مرتبط با سيستم هاي قانوني؛ مشخص كنيد:

ساير مشكلات روانشناختي؛ مشخص كنيد:

احتمالاً مراجع در مصاحبه ي باز پاسخ علائم اختصاصي مثل ترس، نگراني، افكار يا اعمال تكراري، مزاحم و نامناسب، غمگيني، بي علاقتي، سوء مصرف الكل را مطرح نخواهد كرد. نسخه ي مراقبت هاي اوليه DSM-IV (انجمن روانپزشكي آمريكا، ۱۹۹۵) الگوريتم هاي مفيدي براي تشخيص مشكلات شايع سلامت روان دارد. در الگوريتم ها توجه به اثرات مستقيم شرايط پزشكي توجه مي شود. شرايط پزشكي متعددي باعث علائم خلقی می شوند، مثل بيماري پاركينسون، سكته، كمبود ويتامين B۱۲، كم كاري و پر كاري تيروييد، HIV، هپاتيت، و سرطان لوزالمعده. گرچه تشخيص اينكه چه كسي مشكل پزشكي دارد خارج از تخصص درمانگر است، ولي لازم است درمانگر احتمالات را مد نظر داشته و با متخصص مشورت كند. به دليل شيوع بالاي سوء مصرف مواد، توجه به علائم ترك، ضرورت دارد مثل الكل كه علائمي شبیه اضطراب ايجاد می كند. بهبود علائم ترك به عنوان قاعده ي سرانگشتي در

حدود ۴ هفته در نظر گرفته می شود. بنابراین علائم بعد از این مدت با علت روانشناختی شناخته می شوند.

اغلب سوء مصرف مواد توسط مراجع گزارش نمی شود مگر در صورتی که به صورت مستقیم از آنها سوال شود. بنابراین لازم است در آزمون غربالگری و ضمن ارزیابی گنجانده شود، مثل CAGE (اوینگ، ۱۹۸۴) که در جدول ۵-۲ آمده است (CAGE مخفف اصطلاحات انگلیسی به کار رفته در این پرسشنامه است).

جدول ۵-۲ پرسشنامه ی CAGE

C	آیا احساس کرده اید که باید مصرف الکل خود را قطع کنید؟
A	آیا کسی شما را به خاطر مصرف الکل شمامت کرده است؟
G	آیا هیچ وقت احساس منفی یا گناه درباره ی مصرف مواد داشته اید؟
E	آیا هیچ وقت اوایل صبح برای بهبود خلق یا رفع سردرد الکل مصرف کرده اید؟

برای هر پاسخ مثبت به سوالات CAGE یک نمره (بین ۰ تا ۴) در نظر گرفته می شود. نمره ی ۲ و بالاتر از لحاظ بالینی معنادار است و باید شک درمانگر را برانگیزد که مراجع مشکلات یا تشخیص مرتبط با الکل دارد. برای مردان بیشتر از ۲۱ واحد و برای زنان بیشتر از ۱۴ واحد خطرناک است. وقتی مراجع بیشتر از حد مشروب مصرف می کند لازم است سوال شود «فکر می کنید مصرف الکل باعث مشکل شما شده است؟» اگر سوء مصرف مواد در حد بالینی است ارجاع به متخصص یا مراکز اختصاصی مد نظر باشد (اگر مراجع اختلال جسمانی داشته باشد و علت مستقیم مشکلات روانشناختی نباشد، اختلال مورد نظر در محور ۳-DSM-IV ثبت می شود).

«**نوعین مسپر از طریق احتمال های تشخیصی**»

نسخه ی مراقبت های اولیه ی DSM-IV (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۵)

مجموعه‌اي از الگوريتم‌ها را در خود دارد. اين الگوريتم‌ها به درمانگر کمک مي‌کند تشخيص‌هاي احتمالي را مشخص کرده و اختلال‌هاي کاندديد را براي ارزيابي بيشتر انتخاب کند. گام اول در تمام الگوريتم‌هاي DSM-IV اين است که آيا علائم ناشي از اثرات مستقيم شرايط پزشکي است. همان طور که در ابتدای اين فصل مطرح شد احتمالاً اغلب موارد ارجاع از طرف پزشک صورت مي‌گيرد که در آنها مشکلات جدی ارگانیک کنار گذاشته شده است. در اين صورت درمانگر مي‌تواند از گام دوم الگوريتم شروع کند. براي تشخيص اختلال‌هاي اضطرابي نسخه‌ي بر گرفته از الگوريتم DSM-IV در جدول ۲-۶ آمده است.

جدول ۶-۲ الگوریتم اضطراب

گام ۲	اگر علائم مطرح شده حملات پانیک تکرار شونده باشد اختلال پانیک با یا بدون آگورافوبیا یا اختلال پانیک که در یافت سایر اختلال های اضطرابی (مثل فوبی اجتماعی، اختلال استرس پس از سانحه، فوبی خاص، اختلال وسواسی اجباری) رخ می دهد را در نظر بگیرید.
گام ۳	اگر مشکلات مطرح شده ترس، اجتناب یا انتظار اضطراب درباره ی یک موقعیت یا بیشتر باشد فوبی اجتماعی (اجتناب از موقعیت های اجتماعی که ممکن است فرد در معرض موشکافی باشد) یا فوبی خاص (اجتناب از اشیا یا موقعیت های خاص) یا اختلال پانیک با آگورافوبیا (اجتناب از موقعیت هایی که فرار از آنها به هنگام حمله ی پانیک غیر ممکن باشد) یا آگورافوبیا بدون سابقه حملات پانیک (اجتناب از موقعیت هایی که فرار از آن به دلیل احتمال شبه پانیک مشکل باشد) را در نظر بگیرید.
گام ۴	اگر علائم مطرح شامل ترس از جدایی باشد اختلال اضطراب جدایی (اضطراب به خاطر جدایی از موضوع دل بستگی) را در نظر بگیرید.
گام ۵	اگر مراجع نگرانی یا اضطراب در رابطه با افکار مداوم و تکرار شونده (وسواس فکری) و/یا رفتارهای آیینی یا اعمال مذهبی تکرار شونده (وسواس عملی) را مطرح کند، اختلال وسواسی اجباری را در نظر بگیرید.
گام ۶	اگر علائم مرتبط با تجربه ی مجدد علائم حوادث تروماتیک باشد اختلال استرس پس از سانحه (اگر علائم حداقل ۴ هفته تداوم داشته باشد) یا استرس حاد (اگر علائم کمتر از ۴ هفته تداوم یابند) را در نظر بگیرید.
گام ۷	اگر علائم اضطراب و نگرانی مربوط به تنوعی از موقعیت ها یا حوادث باشد و حداقل ۶ ماه تداوم داشته باشد اختلال اضطراب فراگیر را در نظر بگیرید.

جدول ۶-۲ ویژگی های اساسی متمایز کننده ی اختلال های اضطرابی را مشخص کرده است. در مورد تشخیص افسردگی DSM-IV-TR (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) تصریح کرده است که فرد افسرده بوده و خلقش اغلب اوقات روز پایین باشد و/یا بی علاقه ی یا بی لذتی در مورد چیزهایی که قبلاً لذت بخش بودند را گزارش کند. همان طور که در ابتدای این فصل اشاره شد سوال های غربالگری اختلال های شایع روانی در «بررسی/ غربال اختلال روانی در ۷ دقیقه» (پیوست ت را ببینید) آمده است و نسخه ی پرسشنامه ای آن «پرسشنامه ی گام نخست» است که در پیوست ح آمده است. غربال توسط این ابزار ۷ دقیقه به طول می انجامد و به درمانگر

کممک مي کند تا اختلالي را از قلم نيناندازد. پرسش هاي غربالگري افسردگي در شناسايي ۷۹٪ افراد افسرده و ۹۴٪ افراد غير افسرده موفق بوده است. به ويژه قرار دادن اين پرسش «آيا در اين باره به کمک احتياج داريد؟» ميزان مثبت هاي کاذب را به نحو قابل توجهي کاهش داده است (آرول^۱ و همکاران، ۲۰۰۵). از اين رو اين سوال براي غربال تمامي اختلال ها افزوده شده است. سوال هاي غربالگري براي اختلال استرس پس از سانحه (پرینس^۲ و همکاران، ۲۰۰۴) و سوء مصرف مواد (اوينگ^۳، ۱۹۸۴) تحت مطالعه ي تجربی قرار گرفته و اعتبار آن ثابت شده است. پرسش هاي غربالگري براي اختلال اضطراب فراگير علائمی را پوشش مي دهد که داراي حساسيت و اختصاص بالايی براي شناسايي GAD است (کرانک^۴، ۲۰۰۷). با اين حال در مورد ساير اختلال ها تنها روايي صوري به دست آمده است. نسخه ي خود گزارشي غربالگري، يعني «پرسشنامه ي گام اول» نيز آماده اعتبار يابی است؛ مزيت آن اين است که اجراي آن ۳-۲ دقيقه زمان لازم دارد و درمانگر مي تواند با صرف يك دقيقه مطابق راهنماي غربال اختلال روان در ۷ دقيقه آن را تفسير کند. اگر پاسخ به پرسشنامه يا غربال براي اختلالي مثبت باشد نيازمنند بررسي بيشتري در همان جلسه است. درمانگر مي تواند نتايج غربال را در جلسه ي بعدي مورد بررسي بيشتري قرار دهد.

«**نشاخص هاي مازاد**»

در پژوهشي که روي ۲۳۰۰ بیمار سرپايي روانپزشکي انجام شد (زيمرن و همکاران، ۲۰۰۸) ميزان اختلال محور يك به طور متوسط براي هر بیمار بين ۱/۹ بود که نشان مي داد همبودي اختلال ها بسيار شايع است. اصطلاح تشخيص اصلي^۵ بيانگر

-
1. Arroll
 2. Prins
 3. Ewing
 4. Kroenke
 5. principal

اختلال اصلی است که مراجع برای درمان آن مراجعه کرده است؛ سایر اختلال‌ها با عنوان تشخیص‌های مازاد^۱ شناخته می‌شوند. الگوی همبودی بر طبق تشخیص اصلی متفاوت است. عموماً همبودی باعث نتایج درمانی ضعیف‌تری می‌شود. برای مثال، در مورد اختلال وسواسی اجباری نتایج مختلفی در مورد تأثیر شدت بر نتایج درمانی وجود دارد (برای مرور به رات و فوناگی، ۲۰۰۵: ۲۰۳ مراجعه کنید). در این رابطه به نظر می‌رسد هر چه اختلال شدیدتر باشد احتمال بیشتری دارد که مراجع اختلال دیگر و کارکرد پایین‌تری داشته باشد؛ هر دو مورد اخیر نتایج درمانی ضعیف را پیش‌بینی می‌کنند.

قاعده‌ی سرانگشتی در این باره این است که اختلال‌هایی که مراجع مبتلا به آنهاست باید به‌طور همزمان درمان شوند. البته استثناتی برای این قاعده وجود دارد. در صورتی که مراجع مبتلا به سوء مصرف مواد باشد بایستی ابتدا برای آن تحت درمان قرار بگیرد. علاوه بر این، اگر مراجع خودکشی کرده یا رفتارهای آسیب‌به‌خود داشته است باید ابتدا تحت درمان قرار بگیرند که آنها خارج از حوزه‌ی CBT ساده هستند.

« توصیف چند محوری و فرمول‌بندی موردی

تشخیص تنها برچسب ساده برای مراجع نیست. با استفاده از نظام طبقه‌بندی چند محوری، DSM-IV به دنبال تصویر سه بعدی از مراجع است. در محور یک اختلال‌های روانی قرار دارند که تمامی موارد این کتاب از آن دسته هستند. محور دو در DSM-IV برای تعیین اختلال‌های شخصیت و عقب‌ماندگی ذهنی به کار می‌رود. خلاصه‌ای از ۱۰ اختلال شخصیت در DSM-IV-TR در پیوست الف آمده است. آنها در سه خوشه‌ی طبقه‌بندی می‌شوند. خوشه‌ی A اختلال‌های شخصیت «عجیب» را در بر می‌گیرد، خوشه‌ی B اختلال‌های شخصیت «نمایشی»، و خوشه‌ی C اختلال‌های شخصیت «اضطرابی» را شامل می‌شوند. در پیوست الف

1. additional

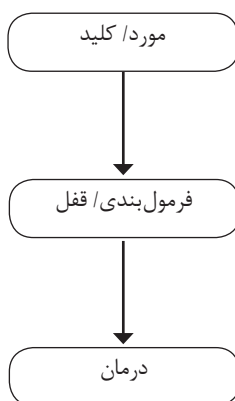
مثال هايي براي تميز بين محتواهاي شناختي اختلال هاي شخصيت آمده است. در پژوهش ويرتمن و همکاران (۲۰۰۵) که روی مبتلایان به اختلال های اضطرابی انجام شد، ۳۷٪ درصد مبتلا به اختلال شخصیت بودند، اما تأثیر اختلال های شخصیت بر روند درمان کم بود. اختلال های شخصیت خوشه ی C در این گروه شایع تر از دو گروه دیگر بود. در پژوهشی نیز که روی بیماران سرپایی افسرده انجام شد (کایکن و همکاران، ۲۰۰۱) نتایج شناخت درمانی افرادی که دارای اختلال شخصیت بودند با گروه گواه (بودن اختلال شخصیت) مشابه بود. با این حال بیماران دارای اختلال شخصیت در شروع درمان علائم افسردگی شدیدتری داشتند و علائمشان نیز پس از درمان بیشتر بود. با این توصیف، لازم است که تمامی درمانگران به احتمال اختلال های شخصیت «نمایشی» و «عجیب» هوشیار باشند. ملاک های کامل اختلال شخصیت در سایت www.mentalhealth.com موجود است. محور سه در DSM-IV برای شرایط عمومی پزشکی اختصاص یافته است. محور چهار نیز مشکلات روانشناختی مثل مسکن، بین فردی یا مالی را که بافتی برای اختلال فراهم کرده است را مشخص می کند. محور پنج سطح کلی کارکرد را با استفاده از مقیاس ارزیابی کلی کارکرد (GAF) که در فصل قبلی بحث شد ثبت می کند.

هدف نظام چند محوری توصیف روشنی از مشکلات فردی است و صرفاً بر نقاط مشترک مراجع با دیگران تأکید ندارد و به تفاوت های فرد با سایرین نیز توجه دارد. این توجه دو سویه منجر به توصیف موردی از اختلال می شود. البته استفاده از نظام چند محوری به طور مستقیم مشخص نمی کند چگونه فردی به اختلال مبتلا شده و چگونه مشکل او تداوم می یابد. برای این منظور به فرمول بندی احتیاج داریم.

طبق نظریه ی شناختی اختلال های هیجانی (آلفورد و بک، ۱۹۹۷) زیربنای هر اختلالی مکانیسم های شناختی - رفتاری اختصاصی است که در ایجاد و تداوم علائم دخیل هستند. در «فرمول بندی» مکانیسم های مرتبط با توصیف مشکلات فردی ترکیب می شود تا مدلی برای کار روی مشکلات مراجع فراهم

سازد. همیشه این امکان وجود دارد که صحت مدل مورد ارزیابی قرار گیرد. بنابراین از مراجعی که اختلال پانیک دارد خواسته می شود تا به هر احساس بدنی ناخوشایند برچسب خطرناک نزند. در صورتی که مراجع این تکلیف را انجام داد ولی کاهشی در فراوانی و شدت علائم دیده نشد مدل مورد ارزیابی قرار گرفته و تبیین پزشکی از مشکلات مورد بررسی قرار می گیرد.

«فرمول بندی» «موردی» در کنار یکدیگر به مثابه قفل و کلید هستند: پیچاندن کلید باعث باز شدن قفل در به سوی مداخله های رفتاری شناختی اختصاصی می شود (شکل ۱-۲).



شکل ۱-۲ فرمول بندی موردی

«درهای» زیادی با عنوان اختلال ها وجود دارند و برای هر یک از آنها کلید و قفل های متفاوتی وجود دارد. بنابراین فرمول بندی موردی برای توصیف اختلال های همبود یعنی تشخیص های مازاد به کار می رود. درها بیشتر شبیه تصاویر اشعه ی ایکس از قسمت های مختلف بدن هستند و محلی را که نیاز به درمان داشته باشد مشخص می کنند.



فصل ٣

فصل ۳

مصاحبه‌ی اولیه

معمولاً مراجعان با شکایت از عدم موفقیت در غلبه بر مشکلات خود در جلسه‌ی اول شرکت می‌کنند اما امیدوارند که درمان باعث تفاوت در وضعیت کنونی آنها شود. وظیفه درمانگر این است که امید ایجاد کرده و در یک اقدام مشترک با مراجع مشکلات را برطرف کنند. این تکلیف با طی کردن گام‌های ذکر شده در جدول ۱-۳ کسب می‌شود. برای صرفه‌جویی در وقت بهتر است پرسشنامه‌ها قبل از جلسه تکمیل شوند. این پرسشنامه‌ها حوزه‌های مختلفی را پوشش می‌دهند: سابقه‌ی مشکلات، مشکلات دارویی/الکل، سابقه‌ی خانوادگی، و حوادث عمده‌ی و منفی زندگی. پرسشنامه‌ای که حوزه‌های فوق را پوشش می‌دهند در پیوست ب وجود دارد. مصاحبه با سوال‌های باز پاسخ از مراجع درباره‌ی مشکل اصلی شروع می‌شود. از مراجع خواسته می‌شود تا با پرسش‌هایی چون «درباره‌ی آن بیشتر توضیح بده» به بسط موضوع بپردازد. همچنین درمانگر پرسشنامه‌های تکمیل شده (پیوست ب) را طبقه‌بندی می‌کند تا مقدمه‌ای برای اجرای غربال سلامت روان در ۷ دقیقه (پیوست پ) باشد. مصاحبه‌ی ساختار یافته (پیوست ت؛ کتابچه‌ی درمان شناختی-رفتاری یا جایگزین SCID و ADIS) برای رسیدن به تشخیص در مورد اختلال‌هایی که در

غربالگري انتخاب شده‌اند به كار مي‌رود. براي تصريح اختلال‌هاي انتخاب شده لازم نيست تمام موارد در جلسه ي اول بررسي شوند. احتمال‌هاي برجسته را مي‌توان با استفاده از اين كتابچه به‌طور مفصل در جلسه ي بعدي بررسي كرد.

جدول ۱-۳ مراحل مصاحبه ي اوليه

مرحله ي ۱- مصاحبه ي تشخيصي

مصاحبه ي باز پاسخ، برقراري رابطه ي درماني؛
غربال سلامت روان در ۷ دقيقه يا پرسشنامه ي گام اول، تشخيص‌هاي افتراقي؛
مصاحبه ي ساختار يافته؛
تشخيص.

مرحله ي ۲- مصاحبه ي باليني

آزمون‌هاي روان سنجي؛
فرمول بندي موقتي را براي هر يك از اختلال‌هاي شناسايي شده در ميان بگذاريد؛
جستجوي انتظارات درماني؛
استخراج نگرش‌هاي منفي نسبت به خود، درمان يا درمانگر؛
تعيين مشكلات فوري و در دسترس، تصريح اهداف درمان؛
تعريف نقش درمانگر؛
تعريف نقش درمانگر براي موافقت در انجام تمرين‌ها در بين جلسات؛
ارائه ي تكليف منزل، در صورت امكان اطمينان از اولين تجربه موفقيت؛
بررسي واكنش مراجع به مصاحبه ي اوليه.

مصاحبه ي اوليه نقش اساسي در درگير كردن مراجع دارد. ممكن است در مراكز باليني درمانگران شناختي - رفتاري توسط مقياس درجه بندي شناخت درماني (يانگ و بك، ۱۹۸۰) مورد ارزيابي قرار بگيرند. اين ابزار براي سنجش مهارت‌ها در تمام جلسات غير از جلسه ي اول استفاده مي‌شود. به دليل مصاحبه ي ضعيف پس از جلسه ي اول، ريزش بالايي گزارش مي‌شود. متأسفانه ساختاربندي مصاحبه ي اوليه و ارزيابي پايبندي به ساختار جلسه ي اول كمتر در آموزش و

تدریس CBT مورد توجه قرار گرفته است، به جز بک و همکاران (۱۹۷۹) که پروتکلی برای مصاحبه و ارزیابی اولیه مشخص کرده‌اند.

پیشنهاد بک (۱۹۷۹) این است که برای جلسه‌ی اول بین ۱ تا ۱/۵ ساعت زمان تعیین شود. داشتن جلسه‌ی نسبتاً طولانی صرفاً برای ارزیابی تشخیصی نیست، بلکه تلاش می‌شود راهبردهایی به مراجع ارائه شود تا در صورت کاربرد برای جلسات بعدی مایه‌ی امیدواری مراجع برای ایجاد تغییر باشد. طول مصاحبه‌ی اولیه بار سنگینی برای فهرست انتظار ایجاد می‌کند اما تلویحاً این پیام را برای او در بردارد که «من واقعاً برای تو زمان می‌گذارم و سعی می‌کنم تو را بفهمم.» بیان این جمله در ابتدای جلسه، تعارض مراجع را در مورد آمدن به جلسه‌ی درمان برطرف می‌کند و همکاری او را بیشتر می‌کند. گام‌هایی که برای اجرا در مصاحبه‌ی اولیه لازم است و در جدول ۱-۳ خلاصه شده در زیر به تفسیر آمده است.

« مرحله‌ی پک-مصاحبه‌ی نه‌خپصی »

۱- مصاحبه‌ی باز پاسخ و پرفراری رابطه‌ی درمانی

درمانگر از همان ابتدا مراجع را در حالت راحتی قرار می‌دهد: عذرخواهی در صورت تأخیر، پیشنهاد حضور همراه در جلسات، گفتگوهای ساده در مورد آب و هوا، و یا مشکل در پارک کردن ماشین مواردی هستند که برای صحبت برای این منظور استفاده می‌شوند.

تشکر در مورد تکمیل پرسشنامه‌ها قبل از مرور مشکلات مراجع و صحبت در مورد سایر مسائل شیوه‌ی مناسبی برای شروع مصاحبه‌ی باز پاسخ است. در این شیوه اهداف مراجع برای درمان خلاصه می‌شود.

احتمالاً پرسشنامه عوامل زمینه‌ساز از قبیل مشکلات سلامت روان، سابقه‌ی روانپزشکی و خانوادگی را برجسته می‌سازد. وقتی مراجع سابقه‌ی روانپزشکی طولانی دارد یا در ارائه‌ی گزارش سرگردان است استفاده از برش زمانی با چهار ستون تحت عناوین سن، رویداد، علائم، درمان انجام شده بسیار مفید

است. درمانگر براي تصريح سابقه ي مراجع احتمال هر يك از عوامل تسريع كننده مثل طلاق را به تفصيل جويما مي شود.

۲- غربالگري سلامت روان در ۷ دقيقه پا پرسشنامه ي گام نخست، نخشخص هاي افتراقي

درمانگر پس از مصاحبه ي باز پاسخ، غربالگري سلامت روان در ۷ دقيقه (پيوست پ) را اجرا مي كند. درمانگر در طي مصاحبه ي فشرده صرفاً وجود اختلال را غربال نمي كند، بلكه ميزان انگيزه ي مراجع را براي درخواست كمك ارزيابي مي كند. غربالگري مراجع مدار است. غربالگري در كنار ساير شيوه ها درصدد است تا به تمام تشخيص هاي احتمالي (تشخيص هاي افتراقي) توجه كند و به اندازه ي كافي گسترده است تا اختلال هاي رواني شايع از نظر دور نماند. به عنوان جايگزين ممكن است از مراجع خواسته شود تا پرسشنامه ي گام اول (پيوست ح) را ضمن و يا در حين مصاحبه تكميل كند (كساني كه مايلند غربالگري جامع تري انجام دهند مي توانند از پرسشنامه ي غربالگري تشخيص روانپزشكي، زيمرمن و ماتيا، ۲۰۰۱) كه در سرويس هاي روانشناختي غربي (www.wspublish.com) موجود است استفاده كنند. در اين پرسشنامه علائم ۱۳ اختلال DSM-IV با پاسخ هاي بله يا خير از مراجع پرسيده مي شود، نقطه ي برش براي هر يك از اختلال ها وجود دارد و ۲۰ دقيقه براي اجراي آن زمان لازم است.

قطع روند تشخيص پس از اولين تشخيص احتمالي براي حفظ زمان بسيار وسوسه برانگيز است. با اين حال به خاطر داشته باشيد كه همبودي به جاي اينكه يك استثنا باشد يك قاعده است و توجه به اين مسأله منجر به تشخيص هاي جايگزين و يا مازاد مي شود. گرچه تعداد كمی از مراجعان يك تشخيص دارند ولي در مرحله ي تشخيص افتراقي معمولاً حداقل يك احتمال ديگر نيز وجود دارد. عموماً صرف تشخيص شيوه ي درماني خاصي را پيشنهاده نمي دهد.

الگوريتم اضطراب در فصل قبلي (جدول ۶-۲) به تشخيص افتراقي كمك مي كند. براي مثال، مرحله ي دوم اين الگوريتم حملات پانيك را ارزيابي مي كند كه ويژگي بسياري از

اختلال‌های اضطرابی است، اما با ادامه‌ی الگوریتم، اختلال‌های اختصاصی تری شناسایی می‌شوند. با این توصیف وقتی حملات پانیک صرفاً در مواجهه با ارزیابی اجتماعی رخ دهند می‌توان با استفاده از کتابچه‌ی (پیوست پ) تشخیص فوبی اجتماعی را تأیید کرد.

۳- مصاحبه‌ی ساختار یافته

مصاحبه‌ی ساختار یافته علائم ملاک‌های هر اختلال DSM-IV-TR را با یک سوال یا بیشتر به‌طور مستقیم مورد ارزیابی قرار می‌دهد. برای این منظور می‌توانید از سوال‌های کتابچه استفاده کنید.

با این حال، نمی‌توان از کتابچه به‌عنوان چک لیست استفاده کرد. به این معنا که نمی‌توان با تکیه صرف بر پاسخ مثبت مراجع به سوال‌ها وجود علائم را تأیید کرد. تأیید علائم بر اساس تمام اطلاعات موجود و پاسخ‌های مراجع صورت می‌گیرد. لذا ممکن است مراجع افسردگی و خلق پایین را نفی کند ولی در طی جلسه بسیار رنجور به نظر برسد و طبق اظهارات همراهش «تمام روز نشسته و به جایی خیره» باشد، در این صورت آیتم اول از ملاک‌های افسردگی تأیید می‌شود. معمولاً لازم است برای تأیید وجود علائم آسیب معنادار از نظر بالینی توسط علائم ایجاد شده باشد، با این توصیف در مثال بالا طبق اظهارات همراه روابط مراجع تحت تأثیر قرار گرفته است بنابراین، علامت اول افسردگی تأیید می‌شود. پایایی بین ارزیاب‌ها در مورد کتابچه مشخص نیست و برای اهداف پژوهشی استفاده از SCID (فیرست و همکاران، ۱۹۹۷) که پایایی آن تأیید شده است ارجحیت دارد. کتابچه برای استفاده در کلینیک‌های معمول کفایت می‌کند.

نباید مصاحبه‌ی ساختار یافته را مشابه بازجویی و با سوالات پی در پی اجرا کرد و سریع پاسخ مراجع را قطع کرد. لازم است که به مراجع زمان و اجازه‌ی توضیح داده شود. البته غیر معمول نیست که درمانگر بر اساس پاسخ مراجع به این نتیجه برسد که علامت خاصی وجود ندارد، اما ضمن سوال‌های دیگر به این نتیجه برسد علامت اولیه تأیید نمی‌شود. مصاحبه‌ی ساختار یافته فرآیند پر زحمتی

براي شناسايي علائم است و متفاوت از آرزيايي صرف از طريق چك ليست هست. ضمن اجراي مصاحبه ي ساختار يافته زمان را مدنظر داشته باشيد. ملاك هاي DSM-IV علائم را به طور همزمان آرزيايي مي كند. لذا ممكن است مراجعي در يك زمان تمام علائم تشخيصي را داشته باشد ولي ضمن تشخيص ملاك ها براي تشخيص ناكافي باشد در حالي كه اختلال در سطح «زير آستانه» قابل تشخيص باشد. ممكن است مراجعي ملاك هاي افسردگي را در گذشته داشته باشد ولي در حال حاضر احساس بهتري و فقط چهار ملاك از پنج ملاك لازم براي تشخيص افسردگي را داشته باشد. در چنين شرايطي CBT مناسب است اما تمرکز بر پيشگيري از عود قرار مي گيرد و تعداد جلسات کمتر از حد معمول خواهد بود.

۴- فسخ پيچ

با وجود تلاش هايي كه براي تشخيص پايا در مصاحبه ي اوليه صورت مي گيرد، اما اين تشخيص ها بلا تغيير نخواهند بود و بر اساس اطلاعات جديد بازنگري خواهند شد. براي مثال ممكن است تا زماني كه اقوام يا نزديكان مراجع در جلسه ي درمان حاضر نشده و در مورد مشكلات مصرف مواد/ داروي مراجع با شما صحبت نكرده باشند صرفاً متكي به اطلاعات مراجع خواهيد بود و به مشكلات قمار او دسترسي نخواهيد داشت. اين اطلاعات جديد به شما كمك خواهد كرد تا با استفاده از منابع مختلف به تشخيص معتبرتري دست پيدا كنيد. مردان جوان، به ويژه نوجوانان تمايل به كوچك شمردن علائم خود دارند. به خصوص لازم است تا در مورد كار كرد آنها از سايرين كسب اطلاع كنيد.

به هر جهت درمانگر تعدادي اختلال را شناسايي مي كند. در مورد يك فرد خاص يك اختلال مثل فوبي اجتماعي تشخيص اوليه و افسردگي تشخيص ثانويه شناخته مي شود، زيرا افسردگي پس از فوبي اجتماعي شكل گرفته است (به عبارتي افسردگي پيامد كناره گيري اجتماعي بوده است). ممكن است اين طور به

نظر برسد که با درمان فوبی اجتماعی افسردگی بر طرف خواهد شد. گرچه ممکن است درمان یک اختلال منجر به حل مشکل دیگر شود ولی نمی‌توان این مسأله را تضمین کرد. به عقیده‌ی نویسنده بهتر است هر دو اختلال به‌طور همزمان تحت درمان قرار گیرند. این شیوه از این جهت نیز سودمند است که مراجع احساس می‌کند تمام مشکلاتش مورد توجه قرار گرفته و همکاری او را در درمان بیشتر می‌کند. با این حال استثنائی در این رابطه وجود دارد؛ اگر مراجعی مشکلات دارویی/الکل داشته باشد به‌خاطر تأثیر مواد به راحتی نمی‌توان سایر مشکلات را مد نظر قرار داد. علائم ترک الکل مشابه‌ی علائم اختلال‌های اضطرابی است و ممکن است با همدیگر اشتباه شوند. عموماً افراد پس از یک ماه از اثرات مستقیم علائم ترک رها می‌شوند.

در مرحله‌ی تشخیص لازم است اطلاعات کافی جمع‌آوری شوند تا بر اساس آن ارزیابی خطر پایایی صورت گیرد. استفاده از مقیاس SAD PERSONS (میلر و گیردانو، ۲۰۰۷) که به تفصیل در فصل ۱، جدول ۱-۲ آمده است به کمی کردن این ارزیابی کمک می‌کند. علاوه بر این، می‌توان از اطلاعات به‌دست آمده از مرحله‌ی تشخیص برای ارزیابی کارکرد کلی مراجع به وسیله‌ی مقیاس ارزیابی کلی کارکرد (DSM-IV-TR، انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) که به تفصیل در فصل ۱، جدول ۱-۳ آمده است استفاده کرد.

بک و همکاران (۱۹۷۹:۷۹) اهمیت تشخیص را خاطر نشان کرده‌اند: «واضح است که لازم است درمانگر ارزیابی تشخیصی جامعی را انجام دهد مگر در صورتی که ارزیابی کاملی قبل از ارجاع به درمانگر انجام شده باشد»؛ متأسفانه این موضوع برای اکثر درمانگران CBT روشن نیست. حقیقتاً به‌ندرت اتفاق می‌افتد مراجعی با مصاحبه‌ی ساختار یافته یا گزارشی مبنی بر انجام چنین مصاحبه‌ای ارجاع شود.

« مرحله‌ی دو- مصاحبه‌ی بالینی

ه- تست‌های روان‌سنجی

آزمون‌های روان‌سنجی برای اندازه‌گیری شدت اختلال و پیشرفت درمانی استفاده

مي شوند. مي توان از آزمون ها براي دستيابي مستقيم به اطلاعات مرتبط با درمان استفاده كرد؛ براي مثال پرسشنامه ي سلامت بيمار-9¹ (PHQ-9)، قابل دسترسي رايجان از سايت (www.pfizer.com/PHQ-9) است و براي پرسش از بيماران افسرده درباره ي افكار پريشان كننده ي آنها پس از اقدام به خودكشي يا آسيب به خود در دو هفته ي گذشته سودمند است. اگر مراجع اين ماده را انتخاب كرده باشد در اين صورت لازم است بررسي دقيقي صورت گرفته و چالش در مورد احساس نااميدي براي كاهش ريسك خودكشي انجام شود. نمرات 5، 10، 15 و 20 در PHQ-9 (كرانك² و همكاران، 2001) بيانگر افسردگي خفيف، متوسط، نسبتاً شديد و شديد در بيماران افسرده سرپايي است. به همين ترتيب مي توان از نمرات به عنوان ملاكي³ براي پيشرفت درماني استفاده كرد. به دليل کوتاه بودن PHQ-9 مي توان از مراجعان افسرده خواست تا اين مقياس را به عنوان تكليف پس از هر جلسه بدون اغراق در آن تكميل كرده و با جلسات گذشته مقايسه كنند.

همچنين آزمون ها، شناخت ها و رفتارهاي كليدي را كه باعث تداوم اختلال مي شوند مشخص كرده و از آنها در طي درمان به عنوان اهداف درماني براي ارائه ي مداخلات درماني استفاده مي شود. برخي از آزمون هاي روان سنجي مفيد براي اختلال هاي اختصاصي در جدول 2-3 فهرست شده اند، اما اين فهرست جامع و كامل نيست. جدول 2-3 براي هر اختلال فهرستي از ابزارها را براي ارزيابي شدت و سپس ابزارهايي را براي شناسايي شناخت هايي كه در تداوم اختلال نقش دارند معرفي كرده است. مقياس هاي ذكر شده در جدول 2-3 به تفصيل در فصل هاي مربوط به اختلال ها توصيف شده اند.



////////////////////////////////////

1. Patient Health Questionnaire
2. Kroenke
3. benchmark

جدول ۲-۳ آزمون‌های پر کاربرد

افسردگی - پرسشنامه‌ی افسردگی بک (BDI-II)، بک و همکاران، (۱۹۹۶)، مقیاس نگرش‌های ناکارآمد ^۱ (وایسمن و بک ^۲ ، ۱۹۷۸)
اختلال پانیک و آگورافوبیا - پرسشنامه‌ی اضطراب بک ^۳ (BAI)، بک و ستیر ^۴ ، (۱۹۹۳)، پرسشنامه‌ی شناخت‌واره‌های آگورافوبیک ^۵ (PCTI)، فوآ و همکاران، (۱۹۹۹)
اختلال استرس پس از سانحه - چک لیست PCL (PTSD)، ویترس ^۶ و همکاران، (۱۹۹۳)، پرسشنامه‌ی شناخت‌واره‌های پس‌آسیبی ^۷ (PCTI)، فوآ و همکاران، (۱۹۹۹)
اختلال اضطراب فراگیر - مقیاس GAD-7 (اشپیتزر ^۸ و همکاران، ۲۰۰۶)، پرسشنامه‌ی افکار اضطرابی ^۹ (AnTI، ولز، ۱۹۹۴).
فوبی اجتماعی - پرسشنامه‌ی فوبی اجتماعی ^{۱۰} (SPIN، کانر ^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۰)، پرسشنامه‌ی شناخت‌واره‌های اجتماعی ^{۱۲} (SCQ، ولز و همکاران، ۱۹۹۳)
اختلال وسواسی اجباری - پرسشنامه‌ی اختلال وسواسی اجباری ییل براون ^{۱۳} (BOCS-Y، گودمن ^{۱۴} و همکاران، ۱۹۸۹)، پرسشنامه‌ی باورهای وسواسی ^{۱۵} (OBQ، گروه کاری شناخت‌واره‌های وسواسی اجباری ^{۱۶} ، ۲۰۰۵)

////////////////////////////////////

1. Dysfunctional Attitude Scale
2. Weissman
3. Beck Anxiety Inventory
4. Steer Agoraphobic Cognitions Questionnaire (ACQ)
5. Agoraphobic Cognitions Questionnaire (ACQ)
6. Weathers
7. Posttraumatic Cognitions Inventory (PCTI)
8. Spitzer
9. Anxious Thoughts Inventory (AnTI)
10. Social Phobia Inventory
11. Connor
12. Social Cognitions Questionnaire (SCQ)
13. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Disorder Inventory (Y-BOCS)
14. Goodman
15. Obsessive Belief Questionnaire (OBQ)
16. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group

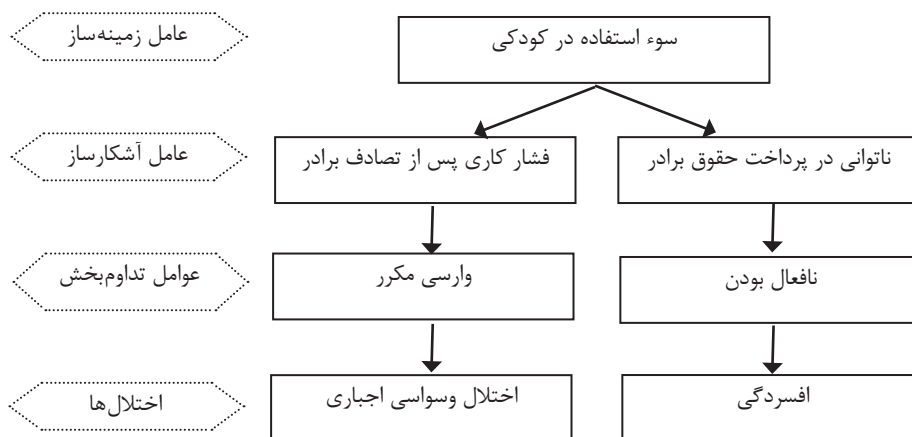
عدر مېان گزاهشن فرمول بندي موري مڤدماي در مور اخلال

هناساېي شهده

زمانی که مراجع وارد درمان می شود داستان مشکلات خود را بیان می کند؛ تکلیف درمانی این است که به مراجعان کمک کند بیوگرافی کامل خود را شرح دهند. احتمال کمی وجود دارد تا مراجعان برای مطرح کردن عوامل زمینه ساز بالقوه مثل سوء استفاده ی جنسی یا جسمی داوطلب شوند جز اینکه در این باره از آنها سوال شود. نحوه ی مقابله ی آنها با چنین مسائلی در برخورد با مشکلات فعلی تأثیر می گذارد. برای مثال گراهام، مراجعی با اختلال OCD و افسردگی گزارش کرد که «مادرم الکلیک بود، از من سوء استفاده ی جسمی می کرد، من باید از برادر کوچکم مراقبت می کردم». بنابراین علت احتمالی مشکلات گراهام (عوامل زمینه ساز) ناشی از حس مسئولیت پذیری و اجتناب هیجانی است (اجتناب از مراقبت دقیق از آنچه مایه ی نگرانی او بود). البته طبق گزارش گراهام، او با برادرش برای تعمیر موتور سیکلتش اقدام کرده بود و برای سال ها در این زمینه کار می کرد (بنابراین عامل حمایتی برای او عزم و پشتکار او بود). متأسفانه برادر گراهام با موتور سیکلت تصادف کرده بود و قادر به کار نبود. او تحت فشار کاری بود (عامل تسریع کننده ی وسواس) و به طور مداوم تعمیرات انجام شده را چک می کرد، پس از آن او قفل در و ماشین را به طور مکرر چک می کرد.

گراهام قادر به پرداخت پول به برادرش نبود (عامل تسریع کننده ی افسردگی) و افسرده شد. از دیدگاه شناختی - رفتاری، OCD به خاطر احساس راحتی سریع پس از چک کردن (عامل تداوم بخش) ادامه پیدا کرد و افسردگی گراهام به دلیل عدم انجام فعالیت های لذت بخش در بلند مدت (عامل تداوم بخش) تداوم داشت. درمانگر برای فرمول بندی موری زندگینامه ی درمانگر را بر اساس اطلاعات کسب شده در مورد عوامل زمینه ساز، تسریع کننده و تداوم بخش و حمایت کننده بازسازی کرد. طبق ضرب المثل «یک تصویر، گرانبهاتر از هزار لغت است» ترسیم

فرمول بندی موردی برای مراجع بسیار سودمند است. نمایش تصویری مشکلات مراجع در شکل ۱-۳ آمده است.



شکل ۱-۳ مشکلات گراهام - فرمول بندی موردی

قسمت پایین شکل ۱-۳ نشان می‌دهد که وقتی گراهام افسرده می‌شود، این عاطفه‌ی منفی، وسواسش را تحت تأثیر قرار می‌دهد و خلقتش به خاطر وسواس پایین می‌آید، به این معنا که هر دو اختلال تأثیر متقابل بر همدیگر دارند. خلاصه کردن تاریخچه به شیوه‌ی کلامی و تصویری اساس فرمول بندی موردی است و مقدمه‌ی لازم برای کامل کردن ادامه‌ی بیوگرافی همراه با مراجع است.

۷- کاوش انتظارات درمانی

مراجعان با انتظارات زیادی وارد درمان می‌شوند که از بدبینی بی‌جا تا خوشبینی افراطی متفاوت است. تکلیف درمانی این است که همزمان در مراجع امید ایجاد کرده و از انتظارات غیر منطقی اجتناب شود. ایجاد انتظارات عینی درباره‌ی درمان در مراجع و همراه کردن آن با پیش‌آگهی احتمالی مهم است. بر اساس مرور نتایج درمانی توسط باتلر که در جدول ۱-۱ عنوان شد، به صورت یک قاعده‌ی سرانگشتی می‌توان گفت که ۳ نفر از هر ۴ مراجع که تحت

درمان شناختی - رفتاری قرار می‌گیرند در مقایسه با گروه کنترل عملکرد بهتری دارند. اما آنها به خاطر تجربیات قبلی که برایشان «خط شکست» ساخته است نگران هستند و به خاطر همین تجربه حتی ممکن است پس از درمان نیز نیازمند تداوم کمک‌های خاصی باشند تا از افتادن در این «خط شکست» جلوگیری شود. ارائه‌ی این توصیه به مراجعان سودمند است که آنها تا حدی مشابه افراد مبتلا به دیابت هستند که برای کنترل بیماری لازم است روش‌های خاصی را به کار ببرند. ویژگی قیاس دیابت این است که در آن بر تداوم تغییرات رفتاری برای کسب کارکرد بیشتر از علاج یافتن تأکید می‌شود. هدف مصاحبه‌ی اولیه کنار گذاشتن بدبینی و خوشبینی نابجا و دستیابی به خوشبینی هوشیارانه است.

۸- استخراج نگرش‌های منفی نسبت به خود، درمان و درمانگر

پس از ارائه‌ی فرمول بندی موردی، گرفتن بازخورد از مراجع در مورد صحت آن و یا ضرورت اصلاح آن بسیار اهمیت دارد. لازم است توضیح داده شود که درمان بر حذف عوامل تداوم بخش و تقویت عوامل حمایتی تأکید دارد. با این حال ممکن است تلاش درمانی با نگرش‌های منفی به خود و درمان ضایع شود. در میانه‌ی مصاحبه‌ی اولیه گراهام که فرمول بندی او را قبلاً (شکل ۳-۱ را ببینید) دیدید دیالوگ زیر را با درمانگرش داشت:

گراهام: من نمی‌دانم درمان چطور به من کمک می‌کند، وقتی خودت قادر نیستی به خودت کمک کنی چه کسی می‌تواند به تو کمک کند؟
درمانگر: شما قطعاً می‌توانید به خودتان کمک کنید، به خودتان اطمینان داشته باشید، شما و برادرتان دوباره بر سختی‌ها غلبه خواهید کرد و زندگیتان را خواهید ساخت.

گراهام: من کارهای خوب زیادی انجام داده‌ام، اما اینجا شانه خالی کرده‌ام.

درمانگر: اگر شما نتوانید برادرتان را تحت پوشش خود قرار دهید چه اتفاقی برای او می‌افتد؟

گراهام: توان فکر در رابطه با آن را ندارم.

درمانگر: به نظر می‌رسد قصد دارید تفاوتی ایجاد کنید.

گراهام: همین طور است.

درمانگر: من مکانیک نیستم، اما به نظرم وقتی مشکلی با موتور سیکلت

داریم آن را پیش یک مکانیک ماهر می‌بریم. تفاوت آنچه من انجام

می‌دهم و آنچه تو از زاویه‌ی مشکلاتت می‌بینی چیست؟

گراهام: من می‌توانم بفهمم مشکل از کجاست؟

طی این تعامل درمانگر با نگاه منفی و وسواس گونه‌ی مراجع که مانع از ایجاد رابطه‌ی درمانی می‌شد چالش کرد. این چالش با استفاده از دیالوگ سقراطی انجام شد و به جای ارائه‌ی سخنرانی از فرد سوال شد.

۹- بررسی مشکلات فوری و در دسترس، تصریح اهداف

معمولاً مراجعان با ازدیاد مشکلات وارد درمان می‌شوند. بر این اساس، فرمول بندی موردی عوامل تداوم بخش مشکلات زیر بنایی را برجسته کرده و شیوه‌های مقابله بلندمدت را مشخص می‌کند. اغلب، مشکلاتی در ایجاد اتحاد درمانی وجود دارد که لازم است به آن توجه شود.

گراهام: موعد پرداخت مالیات نزدیک است، نمی‌توانم از عهده‌ی آن بر بیایم.

درمانگر: حسابدارتان در این باره چه می‌گوید؟

گراهام: من به نامه‌ها و تلفن‌ها پاسخ نمی‌دهم.

درمانگر: چرا؟

گراهام: نمی‌خواهم چیزی مرا آشفته کند.

درمانگر: اگر با حسابدارتان تماس بگیرید چه اتفاقی می‌افتد؟

گراهام: او مرد خوبی است، اطلاعات غلط به من نمی‌دهد.

درمانگر: آیا او می‌تواند با مسئولین مالیاتی صحبت کند، مگر مالیات بر



اساس در آمد شما قبل از تصادف برادر تان نيست و ورشکستگي اخير در آن محاسبه نمي شود؟
گراهام: او مي تواند.

درمانگر: من هم فکر مي کنم او بتواند. اما مطمئن نيستم صحبتي با حسابدارت داشته باشي؟
گراهام: من او را برکنار کرده ام، بايد با خانه اش تماس بگيرم.

در اين گفتگو درمانگر با عبارات خود مراجع وارد شد ولي راهبرد او حفظ اهداف درماني بلند مدت بود که يکي از آنها فعال نگاه داشتن گراهام بود. اهداف درمان بايد ارزش هاي مراجع را منعکس کند. اغلب ارزش هاي گراهام که با مشکلات فعلي آميخته شده در جملات زير آمده است:

درمانگر: مهم ترين مسأله ي شما چيست؟

گراهام: روشن کردن اين آشفتگي اقتصادي.

درمانگر: چرا حل اين مسأله ي اقتصادي براي شما اين قدر اهميت دارد؟

گراهام: خوب، به خاطر همسرم، بچه ها و برادرم.

درمانگر: آيا فکر مي کنی بايد در حد توانت اين مسأله را حل کنی يا اينکه بايد بهترين کار را انجام دهی؟

گراهام: آنها وابسته به من نيستند ولي قطعاً هر چه بيشتر باشد برايشان بهتر است.

درمانگر: آنها در مورد تو چه فکر مي کنند؟

گراهام: آنها مي دانند که من هميشه با آنها خواهم بود.

درمانگر: کدام يک مهم تر است کار براي آنها يا بودن با آنها؟

گراهام: نمي توانم پولم را با خودم داشته باشم، خانواده مهم تر است.

اهداف درماني بايد خصوصياتي داشته باشند که در ياديار SMART در جدول ۳-۳ آمده است:

جدول ۳-۳ اهداف درمانی - «SMART»

اختصاصی بودن^۱قابلیت اندازه‌گیری^۲قابلیت دسترسی^۳واقع‌گرایانه بودن^۴داشتن چهارچوب زمانی^۵

گراهام با در نظر داشتن ارزش‌ها و «SMART»، هدف اختصاصی زیر را تعیین کرد: صرف زمان بیشتر با خانواده. این هدف به این صورت قابل اندازه‌گیری می‌شد که او حداقل ۳۰ دقیقه قبل از زمان خواب بچه‌ها به خانه برگردد. هدف دیگر او این بود که با وسیله‌ی شخصی‌اش روزهای یکشنبه به همراه دوستانش بیرون برود. البته در این موقع درمانگر از گراهام خواست تا ببیند آیا این هدف با توجه به درخواست‌های بچه‌ها واقع‌بینانه هست و او تصمیم گرفت این هدف را به ماهی یک بار تقلیل دهد تا احتمال دستیابی آن بیشتر شود. چهارچوب زمانی برای این اهداف ۶ ماه در نظر گرفته شد، زمانی که برای سازماندهی مجدد کار و خانه لازم است.

۱۰- تعریف نقش درمانگر

درمانگر نقش خود را با تأکید بر ماهیت همکارانه‌ی CBT تعریف می‌کند. روشن است که برخی از مراجعان کاملاً منفعلانه وارد درمان می‌شوند و مثل مشاوره‌های پزشکی انتظار دارند بدون زحمت بهتر شوند. همچنین درمانگر به نقش مشارکت فعال مراجع در درمان تأکید می‌کند. در این رابطه درمانگر نقش خود را به‌عنوان

-
1. Specific
 2. Measurable
 3. Achievable
 4. Realistic
 5. Time frame

مربی رانندگی دوست دارد و مراجع را به عنوان شاگرد می پذیرد. «موفقیت در آزمون رانندگی» بستگی دارد به میزان تمرین آموخته های مربی در بین جلسات آموزشی. طبق این قیاس درمانگر تأکید می کند که در درمان مشابه پیشرفت در رانندگی دو گام به جلو و یک گام به عقب اجتناب ناپذیر است. لذا موانع و مشکلات احتمالی از همان ابتدا در نظر گرفته می شوند.

۱۱- تعریف نقش مراجع برای نمرپن متقابل راهبردهای نوافقی شده در بپن جلسات

اگر درمانگر نقش خود را به عنوان مربی رانندگی روانشناختی تعریف کند، راه برای اینکه از مراجع بخواهیم در بین جلسات تکالیف مشخصی را تمرین کند هموار می شود. با این حال متقابلاً بر سر این مسأله توافق می شود. اگر مراجع خود کارآمدی پایینی داشته باشد خود را در تکالیف درگیر نخواهد کرد، به این معنا که او بر این باور خواهد بود که تکالیف تغییر معناداری ایجاد نخواهد کرد یا او قابلیت انجام تکالیف را نخواهد داشت. بنابراین لازم است درمانگر خود کارآمدی مراجع را از همان ابتدا مد نظر داشته باشد.

درمانگر: اگر تا جلسه ی بعد در خانه را قبل از رفتن به سر کار فقط

یک بار واریسی کنی چه احساسی خواهی داشت؟

گراهام: نمی توانم، سر کار حواسم پرت خواهد شد. باید برگردم و در را واریسی کنم.

درمانگر: اگر کسی شما را تهدید کند که در صورت برگشتن به خانه و

واریسی کردن شما را خواهد کشت، واریسی را متوقف خواهید کرد؟

گراهام: بله.

درمانگر: پس شما نمی توانید برگردید؟

گراهام: فکر می کنم، اما خیلی مشکل است.

درمانگر: آیا ارزش دارد که واریسی کردن در منزل را متوقف کنی؟

گراهام: بله، من اوایل هر روز کاری، حداقل ۲۰ دقیقه رابه خاطر آن از دست می دهم.

باید مراقب بود که تکالیف در حد توان مراجع تعیین شوند و تکالیف طوری نباشد که منجر به عدم انجام و پیشرفت درمانی شده و در رابطه‌ی درمانی خلل ایجاد کند.

۱۲- ارائه‌ی تکلیف، در صورت امکان اطمینان از تجربه‌ی موفقیت

گرچه تأثیر مهارت درمانگر (که با مقیاس درجه‌بندی شناخت درمانی اندازه‌گیری می‌شود) در نتایج درمان شناختی افسردگی شناخته شده است (شاو^۱ و همکاران، ۱۹۹۹)، اما تأثیر آن نسبتاً پایین است و تنها ۱۹ درصد از واریانس نتایج حاصل از ارزیابی درمانگر را تبیین می‌کند و با مقیاس‌های خود گزارشی رابطه‌ای ندارد. علاوه بر این، ارتباط مهارت با نتیجه‌ی درمان بیشتر مربوط به ساختار درمان است (که به تنظیم دستور جلسه، ارائه‌ی تکالیف مرتبط و روند مناسب جلسه اشاره دارد). در مقابل، مهارت‌های درمانی عمومی یا مهارت‌های اختصاصی CBT نتایج درمان را پیش‌بینی نمی‌کنند. نتایجی در مورد سایر اختلال‌ها در این رابطه در دست نیست. می‌توان استنباط کرد که مقیاس درجه‌بندی شناخت درمانی، مقیاس ضعیفی برای ارزیابی مهارت است، با وجود این نسخه‌ی اصلی و یا فرم اصلاح شده‌ی آن به‌عنوان «استاندارد طلایی» در ارزیابی دانشجویان و درمانگران CBT برای بسیاری از اختلال‌های شایع سلامت روان به کار می‌رود. مطالعه‌ی شاو و همکاران (۱۹۹۹) این اخطار را در پی دارد که تأکید بیش از حد بر مهارت در حفظ ساختار - ارائه‌ی تکالیف در پایان جلسه (همچنین مرور آن در ابتدای جلسه) اهمیت کلیدی دارد. مقیاس مهارت درمانگر (پیوست چ) بر تکلیف منزل را تأکید کرده است.

مراجع در پی از دست دادن موفقیت‌هایش وارد درمان می‌شود؛ ارائه‌ی تکالیف با در نظر داشتن «SMART» و چهارچوب زمانی نزدیک باعث تقویت اعتماد به نفس و مشارکت در درمان می‌شود. تکالیف مورد نظر در مصاحبه‌ی

اولیه در میان گذاشته می شود:

درمانگر: اگر واقع بین باشی فکر می کنی تا جلسه ی بعد انجام چه کاری

حس پیشرفت تو را تقویت می کند؟

گراهام: بدبخت نبودن.

درمانگر: فکر می کنی این واقع بینانه است؟

گراهام: نه.

درمانگر: چه کار دیگری می توانی انجام دهی؟

گراهام: فکر کنم بتوانم به خواهرم زنگ بزنم، مدت هاست که با او تماسی

نداشته ام.

درمانگر: خوبه، این کار را انجام بده.

در خصوص اهمیت تکلیف منزل جای تأسف وجود دارد که در یادداشت های درمانگران به ندرت نسخه ای از تکالیف وجود دارد که معیارهای «SMART» را پر کند. معمولاً در یادداشت ها صرفاً به عناوینی مثل «آرام سازی با استفاده از نوار» یا «برنامه ریزی فعالیت» اشاره می شود و روشن نیست که از مراجع چه درخواستی شده است.

تکلیف منزل و مرور آن تداوم درمان در بین جلسات را حفظ می کند و در صورتی که تکالیف مبتنی بر ملاک های «SMART» نباشد ارزیابی اهداف مشکل خواهد بود. خلاصه کردن تکالیف به صورت ترکیبی از مطالب عملی ارائه شده و راهبردهای شناختی - رفتاری به زبان قابل فهم برای مراجع بسیار مهم است. تکلیف خلاصه ای از جلسه است و بر کاربرد عملی متمرکز است. لازم است برای اینکه بدانیم آیا تکالیف ارائه شده قابل فهم و مرتبط است از مراجع بازخود بگیریم. از نقطه نظر ارزیابی اطمینانی وجود ندارد که یکی از مهم ترین بخش های CBT، یعنی تکلیف، با مهارت کامل ارائه شده باشد مگر اینکه نسخه ای از دستورالعمل های خواسته شده به مراجع ارائه گردد. تمرکز ضعیف و سطح بالایی

برانگیختگی مانع از این می‌شود که مراجع به‌طور کامل دستورهای کلامی را به خاطر بسپارد. در صورتی که نوشته‌ای در رابطه با تکالیف وجود نداشته باشد در جلسات بعدی نمی‌توان به خوبی بر تکالیف متمرکز شد.

شیوه‌های مختلفی برای ثبت تکالیف ارائه شده وجود دارد؛ استفاده از نسخه‌های تکثیر شده کتاب یا تکثیر تکالیف عملی‌ترین راه ممکن است. نویسنده‌ی کتاب به این نتیجه رسیده است که استفاده از کامپیوتر جیبی که امکان چاپ تکالیف از طریق آنها وجود دارد بسیار سودمند است. این به این معناست که امکان مرور تکالیف در این صورت بسیار آسان است و در صورتی که مشکلی در اجرا وجود داشته باشد امکان اصلاح آن بسیار آسان است. البته برای این منظور استفاده از تشخیص دست‌خط در کامپیوتر جیبی یا وجود امکان تایپ لازم است و این وابسته به کیفیت دست‌خط است. نویسنده متأسف است که دست‌خط برخی فراتر از ذکاوت این ماشین‌هاست.

۱۳- کاوش واکنش مراجع به مصاحبه‌ی اولیه

درمانگر باید در پایان جلسه‌ی اول درباره‌ی تأثیر کلی جلسه‌ی درمان بازخورد بگیرد. گرچه ممکن است مراجع به جلسه توجه داشته باشد، در شناسایی علائم پذیرا باشد و با فرمول‌بندی موردی موافق باشد ولی نمی‌توان تضمین کرد که مراجع برای جلسه‌ی بعدی حضور داشته باشد. ساده‌ترین تبیین شناختی - رفتاری این است که مشکلات مراجع گاهی باعث می‌شود برخی از آنها فکر کنند «حماقت» آنها تأیید شده و دلیلی برای ادامه‌ی جلسات وجود ندارد. درمانگر باید از چنین خطاهایی پیشگیری کند:

گراهام: شما به من نشان دادید که من چقدر احمق بودم.

درمانگر: من چنین نظری ندارم، هیچ یک از ما گوی بلورین نداریم و از گفته‌ی خودمان مطمئن نیستیم. چرا یک آزمایش انجام ندهیم، چند جلسه با هم داشته باشیم و سپس قضاوت کنیم.

گراهام: فکر کنم بتوانم.

درمانگر: آیا چون خطایی داشته‌ای خودت را احمق می‌دانی؟

گراهام: من وقتی شاگردم خطایی می‌کند «احمق» خطابش نمی‌کنم، من از شکست متنفرم، این کاری بود که مادرم می‌کرد تا احساس بهتری داشته باشد.

درمانگر: پس قانون تو این است که باعث شکست دیگران نشوی ولی قانون دیگری برای خودت داری.

گراهام: بله، طی جلسات خواهیم دید.

در این فرصت کوتاه به جای بحث با مراجع در خصوص ادامه‌ی جلسات، درمانگر آزمایش رفتاری را پیشنهاد می‌دهد تا پیش‌بینی متضاد را بیازماید؛ چنین آزمایش‌هایی به بیان بک و همکارانش (۱۹۷۹) «تجربه‌گرایی مشارکتی» نامیده می‌شود. همچنین درمانگر با اعتماد به نفس پایین مراجع این‌طور مقابله کرد که قبل از بررسی برنامه‌ی درمان، مؤثر ندانستن کل برنامه کل‌نگرانه است. فصل‌های مربوط به هر یک از اختلال‌ها در چهار قسمت سازمان‌بندی شده‌اند:

- ۱- ارزیابی، همبودی‌های خاص، هدف‌گزینی و ارائه‌ی مشارکتی شرح اختلال
- ۲- فرمول‌بندی موردی - نمونه‌ی فردی از مدل شناختی - رفتاری اختلال.
- ارائه‌ی «ستناو»^۱ به‌صورت جدولی که اهداف درمانی و مسیرهای مناسب را برای یادآوری به درمانگر روشن می‌کند.
- ۳- طرح کلی جلسه به جلسه‌ی درمان.
- ۴- تمرکز بر اصلاح افکار، باورها و رفتارهایی که از فرمول‌بندی به دست آمده است.

علاوه بر این، هر فصل با ارائه‌ی یک نمونه‌ی موردی ادامه خواهد یافت.



فصل ٤

فصل ۴

افسردگی

افسردگی به‌عنوان سرماخوردگی شایع سلامت روان شناخته می‌شود. وخامت این موضوع از آنجا نشان داده می‌شود که تقریباً ۱ نفر از هر ۳۳۳ نفر از افرادی که داروهای ضد افسردگی در مراکز مراقبت اولیه مصرف می‌کنند همراه با ۱ نفر از هر ۱۲۹ نفر از افرادی که روان‌درمانی را شروع می‌کنند به خودکشی دست می‌زنند (سیمونز و ساوارینو^۱، ۲۰۰۷). افسردگی بر ۹٪ از افراد بالای سن ۱۸ سال تأثیر می‌گذارد و تقریباً ۱۶٪ بزرگسالان در طول زندگیشان افسردگی را تجربه می‌کنند (کسلر و همکاران، ۲۰۰۳). متأسفانه افسردگی یک اختلال عودکننده است که میانگین آن ۴ دوره در طول عمر و به مدت ۲۰ هفته است (سولومون^۲ و همکاران، ۲۰۰۱). افسردگی شایع‌ترین اختلال در میان بیماران سرپایی روانپزشکی است (۴۵٪) اما تنها ۳۱٪ از این افراد مبتلا به افسردگی خالص هستند (زیمرمن و همکاران، ۲۰۰۸).

جدول ۴-۱ الگوی همبودی در افسردگی را نشان می‌دهد. جدول ۴-۱ نشان

-
1. Simons & Savarino
 2. Solomon



مي دهد كه اختلال استرس پس از سانحه و اختلال حمله ي وحشت زديكي بيشترين همبودي و اختلال وسواس فكري عملي كمترين همبودي را با اختلال افسردگي دارد. پژوهش ها نشان داده اند كه علت جستجوي درمان توسط مراجعان تنها تشخيص اصلي؛ علت اصلي كه در جستجوي درمان بوده اند نيست، بلكه اختلالات ديگر نيز بوده است (زيمرمن و ماتيا^۱، ۲۰۰۰). بناپراين اگرچه تمرکز اصلي اين فصل بر تشخيص اصلي افسردگي است، همزمان درمان براي اختلالات ديگري كه ممكن است وجود داشته باشند و درمان آن در فصل هاي ديگر در اين جلد توصيف شده است نيز مطرح شده است. بناپراين براي مثال اگر مراجعي تشخيص افسردگي و اختلال حمله ي وحشت زديكي داشته باشد، درمانگر بايد تكاليف مربوط به هر دو اختلال را تنظيم كرده و مرور كند.

جدول ۱-۴ همبودي افسردگي

۳۱٪	عدم وجود همبودي
۳۸٪	اختلال حمله ي وحشت زديكي
۴۲٪	اختلال حمله ي وحشت زديكي همراه با ترس از فضا ي باز
۳۱٪	هراس اجتماعي
۵۶٪	اختلال استرس پس از سانحه
۲۲٪	اختلال اضطراب فراگير
۱۹٪	اختلال وسواس فكري عملي

فشاخص

طبق DSM-IV-TR (انجمن روانپزشكي آمريكا، ۲۰۰۰) اولين گام ضروري در تشخيص افسردگي اين است كه مراجع اغلب اوقات يك روز براي بيش از نيمي از روزها در ۲ هفته ي گذشته افسرده باشد يا خلق پاييني داشته باشد و يا علاقه اش را نسبت

به چیزهایی که قبلاً به آنها علاقمند بوده است از دست داده باشد. سوال یک و دو به ترتیب در غربالگری سلامت روان در ۷ دقیقه (پیوست پ)، پرسشنامه ی گام اول (پیوست ح)، و کتابچه ی درمان شناختی - رفتاری (قسمت افسردگی) پیوست ت، به این نگرانی ها برمی گردد. از نظر بالینی اگر مراجع نشانه های خیلی کمی برای برآوردن ملاک های DSM را داشته باشد، باید به انجام برنامه هایی که در این فصل مطرح شده اند توجه کند. ممکن است افسردگی مراجع بهبود یافته باشد و در حال حاضر تنها سه نشانه از نشانه های افسردگی را داشته باشد. در این موارد ممکن است مداخله ی مناسب، به سادگی تمرکز بر جنبه های پیشگیری از عود باشد.

مدل افسردگی بک

مدل افسردگی بک (بک و همکاران، ۱۹۷۹) منجر به ایجاد درمانی برای افسردگی شد که بیشترین شواهد پژوهشی را دارد (درمان شناختی). این درمان بعداً توسط بک مجدداً فرمول بندی شد (۱۹۸۷) تا بعد اجتماعی افسردگی را بهتر در برگیرد. این مدل در شکل ۱-۴ خلاصه شده است.

مدل بک (شکل ۱-۴) بیان می کند که اگر برخی از جنبه های محیط اولیه ی یک شخص آسیب رسان باشد، برای مثال داشتن یک پدر غیر قابل اعتماد و سوء استفاده کننده، آسیب پذیری فرد را برای ابتلا به اختلال هیجانی در مقایسه با فردی که محیطی خنثایی داشته است بیشتر می کند. به خصوص مواجهه با این نوع محیط آسیب زا احتمالاً منجر به ایجاد ساختار شناختی منفی یا طرحواره می شود که در آن فرد ممکن است خودش را به عنوان فردی که دوست داشتنی نیست، دنیایش را به صورت خطرناک و آینده اش را نامطمئن ببیند.

با وجود این، هر فردی که با این نوع محیط آسیب رسان مواجهه می شود ممکن است این نوع طرحواره ی منفی را ایجاد نکند و این بستگی به موهبت ژنتیکی در افراد نیز دارد. برای مثال کلمن و همکاران، ۲۰۰۷ دریافتند که نوزادان با وزن سنگین تر به احتمال کمتری نشانه های افسردگی و اضطرابی را در طول

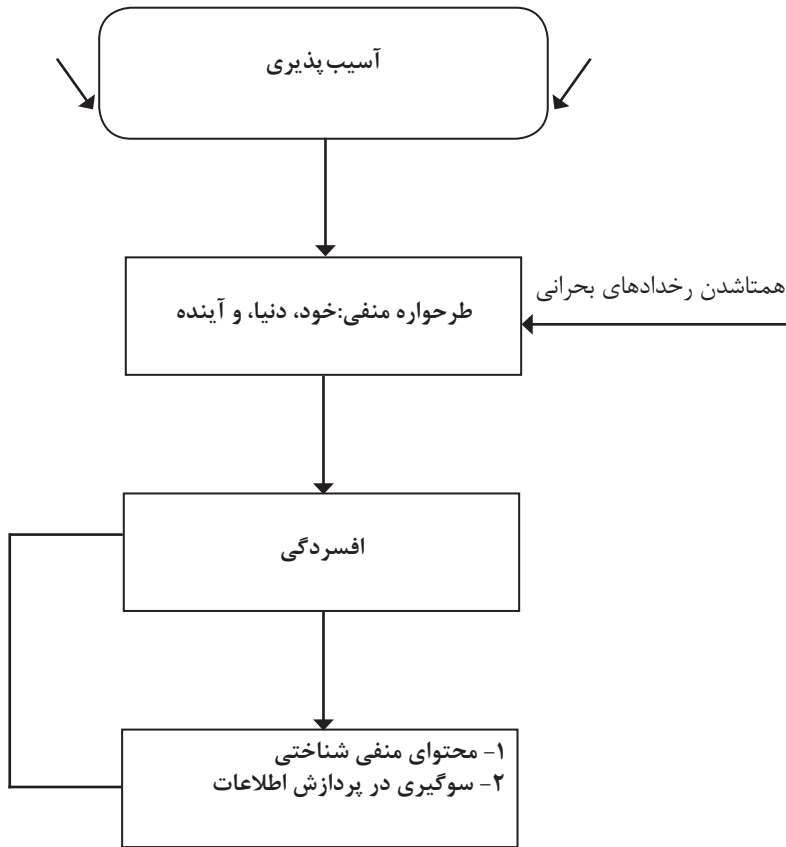
زندگيشان نشان مي‌دادند، در حالي که تاخير در اولين ايستادن و گام برداشتن در صورت کنترل شرايط اجتماعي و رويدادهای استرس آميز زندگي در طول دوران کودگي، با احتمال بالاتري از نشانه‌ها در طول دوران زندگي رابطه داشت.

بک بر اين اعتقاد است که طرحواره‌ي منفي به خودي خود منجر به افسردگي نمي‌شود، اين تنها يک عامل مستعد کننده است، يک عامل تشديد کننده به شکل رخداد يا رخدادهاي بحراني مرتبط باعث شعله ور شدن افسردگي مي‌شود. بک پيشنهاد داد که عامل تشديد کننده بايد طرحواره‌ي منفي (قفل و کلید) با دري که منجر به باز شدن افسردگي مي‌شود منطبق شود. بنا بر اين فردي که طرحواره‌ي منفي اش شامل اين باور "من دوست داشتمني نيستم" است، اگر يک رابطه‌ي خيلي حمايت کننده داشته باشد ممکن است بيماري از نظر هيچاني هيچ تأثيري بر او نداشته باشد. اين‌ها افراځي هستند که بک به آنها اجتماع مدار^۱، معتاد به تأييد مي‌گويد. اين افراد تا زماني که يک رابطه‌ي مهم از هم نپاشد (عامل تشديد کننده/ رخداد بحراني) مبتلا به اختلال افسردگي نمي‌شوند. اگر يک فرد اجتماع مدار با يک رخداد بحراني ديگر مواجهه شود، براي مثال نتواند ارتقاء يابد اين عامل منجر به افسردگي او نمي‌شود چون پيشرفت براي حس ارزشمندی خود اين افراد حياتي نيست. بک به افراځي که حس ارزشمندی خود در آنها بر اساس پيشرفت قرار دارد، افراد "خود مختار"^۲ مي‌گويد. اگر اين افراد با يک جدائي در رابطه مواجه شوند احتمالاً مبتلا به افسردگي نمي‌شوند اما اگر در يک آزمون مهم با شکست مواجه شوند در معرض ابتلا به افسردگي قرار مي‌گيرند. درجات متنوعي از آسيب پذيري وجود دارد، برخي افراد تنها با وجود يک رخداد تشديد کننده منطبق با طرحواره شان مبتلا به افسردگي مي‌شوند اما براي افراځي که آسيب پذيري کمتری دارند ممکن است چندين رخداد تشديد کننده براي ابتلا به افسردگي مورد نياز باشد. براي مثال يک فرد

1. sociotrope
2. autonomous'

اجتماع گرا اگر در رابطه با شریکش شکست بخورد ممکن است سر تسلیم در مقابل افسردگی فرود نیاورد اما اگر رابطه اش با دختر نوجوانش هم خراب شود در معرض ابتلا به افسردگی قرار می گیرد.

محیط زندگی



شکل ۴-۱ مدل افسردگی بک

مثل آبی که یک ظرف را پر می کند این رویدادها/ رخداد های بحرانی نیز ممکن است به صورت ناگهانی منابع فرد را تحلیل برده و فرد به صورت ناگهانی در معرض افسردگی قرار گیرد. جعبه ی پایین در شکل ۴-۱ عواملی را نشان می دهد که منجر به تداوم افسردگی می شود. وقتی فرد افسرده می شود، رویدادهای



روزانه را به صورت سوگیرانه برداشت می کند. بنابراین اگر به یک کارمند افسرده گفته شود که ریسیس می خواهد بعد از نهار او را ببیند، چون معتقد است ریسیس می خواهد او را اخراج کند هیچ اشتیایی برای صرف نهار ندارد. اگر واضح باشد که ریسیس می خواسته است تا در مورد مقدمات تعطیلات با او صحبت کند، فرد افسرده به این نتیجه نمی رسد که به صورت خود آیند در پردازش اطلاعات سوگیری داشته است، بلکه به جای آن از اینکه در این موقعیت مورد سرزنش قرار نگرفته است خوشحال است. اما تنها محتوای تفکر افسرده را نیست که منجر به تداوم افسردگی می شود بلکه اشتباه در پردازش اطلاعات نیز وجود دارد. بک (۱۹۶۷) شش نوع سوگیری در پردازش اطلاعات را تعیین کرده است اما برنز^۱ (۱۹۹۹) این شش نوع را به یک لیست ده تایی از سوگیری در پردازش اطلاعات افزایش داده است که این لیست در جدول ۴-۲ نشان داده شده است. هیچ تمایز روشنی بین سوگیری ها در پردازش اطلاعات و بسیاری از افراد افسرده که به صورت عادی از تعدادی از این سوگیری ها استفاده می کنند وجود ندارد.

در ویرایش بعدی از مدل بک که مجدداً بر بُعد اجتماعی افسردگی تأکید داشته است، چمپین و پاور (۱۹۹۵) پیشنهاد می کنند که یکی از رخدادهایی که منجر به تشدید افسردگی می شود فقدان هدف یا نقش ارزشمند است. به علاوه آنها بر این اعتقاد هستند که فرد زمانی به خصوص آسیب پذیر است که قبل از این فقدان، این نقش یا هدف را بیش از حد ارزش گذاری و از آن برای تعریف حس ارزشمندی خود استفاده کرده باشد.

1. Burns

جدول ۴-۲. سوگیری در پردازش اطلاعات

- ۱- تفکر دو قطبی (سیاه و سفید). برای مثال من کاملاً موفق یا کاملاً شکست خورده هستم.
- ۲- غربال ذهنی. بر جنبه‌ی منفی و عدم توجه به جنبه‌ی مثبت تمرکز دارد. برای مثال چه طور می‌توانید بگویید که این وعده‌ی غذایی دوست داشتنی بود، در حالی که ما چه قدر منتظر ماندیم تا دسر آماده شود؟
- ۳- شخصی‌سازی. فرد فرض می‌کند چون در یک چیزی اشکالی به وجود آمده است تقصیر خودش است. برای مثال، دن به من اجازه نداد که امروز صبح سر کار بروم، حتماً کاری کرده‌ام.
- ۴- استدلال هیجانی. چون فرد احساس گناه دارد فرض می‌کند یک کار اشتباهی کرده است. برای مثال من نمی‌توانم به بچه‌ها نشان دهم چه کار کرده‌ام، منجر به ناراحتی آنها شدم، من چه جور والدی هستم؟
- ۵- نتیجه‌گیری بدون تفکر. برای مثال چون از فرد خواسته شده است تا با مدیرش خصوصی صحبت کند به این معنی است که توی درد سر افتاده است.
- ۶- تعمیم دهی بیش از حد. پیش بینی منفی بر اساس یک تجربه‌ی منفی. برای مثال من این مسأله را با مردان بعد از چارلی هم داشته‌ام، تو نمی‌توانی به هیچ کدام از آنها اعتماد کنی.
- ۷- بزرگ‌نمایی و کوچک‌نمایی. بزرگ جلوه دادن اشتباهات یا مشکلات و کوچک شمردن نکات قوت و مثبت. برای مثال، من در گزارش دادن افتضاح هستم و در مورد ارزیابی خوبی که در طول دو سال پیش در مورد من شده است خوش شانس بوده‌ام.
- ۸- کم اهمیت جلوه دادن نکات مثبت، کنار گذاشتن تمجیدها و تمرکز بر انتقادات.
- ۹- جملات باید. استفاده‌ی بیش از حد از جملات دستوری، برای مثال من باید، من حتماً....
- ۱۰- برچسب‌گذاری و طبقه‌بندی کردن اشتباه. اگر اشتباهی بکنم به عنوان یک انسان، شکست خورده‌ام.

خلاصه‌ی مدل افسردگی بک در شکل نشان می‌دهد که جنبه‌ی شناختی افسردگی تنها دیدگاه احتمالی نیست بلکه به صورت یکسانی امکان دارد که افسردگی را از یک دیدگاه تکمیلی بیولوژیکی ببینیم. برای مثال، فیلز^۱ و همکاران (۲۰۰۸) به افزایش پاسخگویی افسردگی زا و حافظه برای خاطرات منفی خاص توجه کرده‌اند و دریافته‌اند که در هر دو کنترل شناختی بالا به پایین که مرتبط با نقص در قشر پیش‌پیشانی پشتی دنی^۲ (ساختار قشری) و افزایش پاسخ پایین به

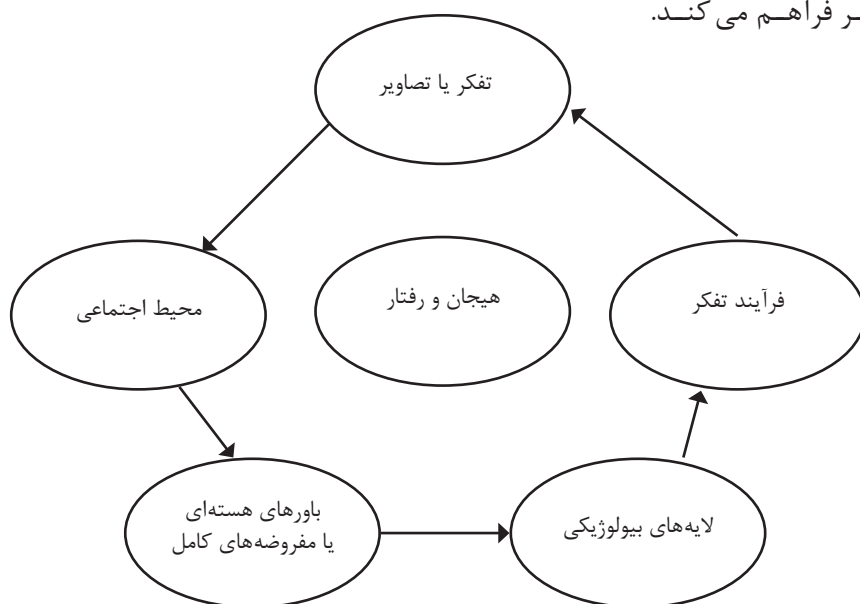
1. Fales

2. dorsolateral prefrontal cortex

بالا که به صورت بالقوه مرتبط با نقص در آميگدال (ساختار زیرقشري) و عملکرد کمربند قدامي^۱ است اختلال وجود دارد.

« چرخه ی شناختي

در حالی که تعاملات متقابل شناخت، رفتار، هیجان و فیزیولوژی در شکل ۱-۱ به تصویر در آمده است، چرخه ی شناختي در شکل ۲-۴ توضیح بهتری از فرآیندهای درگیر فراهم می کند.



شکل ۲-۴ چرخه ی شناختي

شکل ۲-۴ نشان می دهد که موقعیت اجتماعی که فرد در آن قرار دارد می تواند تأثیر زیادی بر هیجاناتش داشته باشد. در این رابطه افسرده های بهبود یافته اگر در معرض سطوح بالای انتقاد و یا درگیری بیش از حد قرار بگیرند احتمال

1. anterior cingulate

بیشتری وجود دارد که اختلالشان عود پیدا کند (هولی^۱ و همکاران، ۱۹۸۶). در مدل چرخه‌ی شناختی (شکل ۲-۴)، هیجان و رفتار محصول تعامل بخش‌های شناختی، سطح بیولوژیکی درگیر در اختلال و محیط اجتماعی که فرد در آن عمل می‌کند هستند. هیجان و رفتار نیز بر هر دوی فرآیندهای شناختی و بیولوژیکی تأثیر گذاشته (و همین‌طور بر یکدیگر) و به این ترتیب چرخه را کامل می‌کنند (سطح بیولوژیکی می‌تواند به ساختارهای قشری و زیرقشری تقسیم شود، ساختار دوم به‌طور متقابل با سیستم عصبی خودکار و جسمی تعامل دارد). به دلیل ساده کردن شکل در شکل ۲-۴ نشان داده نشده است. به علاوه ساختارهای قشری و زیرقشری به‌طور متقابل با یکدیگر تعامل دارند. امکان دارد در اصل بر هیجان از طریق هر یک از بخش‌های شناختی تأثیر گذاشت. شکل ۲-۴ نشان می‌دهد که فرد می‌تواند بر هیجان از طریق ورزش یا مصرف داروهای ضد افسردگی تأثیر بگذارد. امکان دارد یک هیجان را جایگزین هیجان دیگر کرد، برای مثال به جای افسرده شدن به خاطر بلند کردن صدا از دست رییس عصبانی شود. برای هر فرد مشخص نیست در نهایت بهترین مسیر برای اثرگذاری بر هیجان کدام است. برای مثال در پژوهشی که توسط بیچ و آلری^۲ (۱۹۸۶) روی زنان افسرده انجام شد، نیمی از افراد تحت درمان شناختی - رفتاری و نیمی دیگر تحت زوج‌درمانی (اصولاً شامل آموزش ارتباط) قرار گرفتند و میزان بهبودی افسردگی برای هر دو گروه به یک اندازه بود. بنابراین احتمالاً روش‌های متعددی برای مقابله با افسردگی وجود دارد.

« فرمول بندی مورد

فرمول‌بندی مورد شناختی - رفتاری نوع خاصی از مدل شناختی یک اختلال است. اولین گام در فرمول‌بندی مورد این است که مشخص شود مورد مربوط به

1. Hooley

2. Beach & O'Leary

کدام اختلال يا اختلال ها است. گام هاي ديگر شامل تعيين عوامل تسريع کننده، عوامل زمينه ساز يا عوامل آسيب پذيري، عوامل تداوم بخش و در نهايت عوامل حمايت کننده است. اين گام ها در يك فرمول بندي مورد مربوط به يك مراجع به نام سارا آمده است.

۱- تشخيص. سارا بعد از ۱۲ ماه از مرگ همسرش به دليل اتساع عروق مغزي غير منتظره ارجاع داده شد. بعد از يك بررسي كامل، شامل مجموعه اي از ملاک هاي DSM-IV اين اختلال (کتابچه ي درمان شناختي - رفتاري، قسمت افسردگي، ضميمه ت را ببينيد) و مرور يادداشت ها، تشخيص افسردگي براي سارا داده شد (براي حداقل ۲ ماه بعد از سوگ تشخيص افسردگي براي سارا داده نمي شود و مشکلات سارا در آن روزها به عنوان يك واکنش طبيعي به سوگ در نظر گرفته مي شود، با وجود اين، تداوم اين نشانه ها فراتر از اين زمان منجر به گرفتن تشخيص افسردگي بر طبق DSM-IV مي شود). به منظور اندازه گيري شدت افسردگي سارا، سياهه ي افسردگي بک (بک و همکاران؛ ۱۹۹۶) اجرا شد و نمره ي سارا ۲۸ به دست آمد که نشان دهنده ي افسردگي متوسط است. چون سارا يك مورد مبتلا به افسردگي است فرمول بندي اش بر اساس مدل شناختي بک در شکل ۴-۱ ترسيم شد. سارا همچنين حمله ي وحشت زدگي داشت و ملاک هاي اختلال حمله ي وحشت زدگي را پر مي کرد. اين جنبه از مشکلات سارا در فصل ديگر بيان مي شود.

۲- عوامل تسريع کننده. بعد از مرگ همسرش، سارا شغل پرستاري را ادامه نداد و بايد به تنهائي از دو بچه ي قبل از سن مدرسه اش مراقبت مي کرد. با توجه به مدل شناختي بک، رخداد تسريع کننده در اينجا مرگ همسرش است.

۳- آسيب پذيري. سارا بعد از سه بار سقط جنين و به دنيا آوردن جنين مرده و حول و حوش سن ۴۰ سالگي بچه هايش به دنيا آمدند، او و همسرش به مدت ۲۰ سال در انتظار بچه بوده اند و هدف مهم آنها چيزي بود که سارا به آن زندگي خانوادگي طبيعي مي گفت. اين هدف به خودي خود منجر به

آسیب پذیری نشد اما یک عامل زمینه ساز را ایجاد کرد. بعد از به دنیا آمدن بچه ها، سارا و همسرش از دید سارا تیم عالی ای بودند که می توانستند نیازهای شغل و مراقبت از فرزندانشان را مدیریت کنند. از دید سارا هر دوی آنها معتقد بودند که به هدفشان رسیده اند. با وجود این، سارا با مرگ ناگهانی همسرش هدف باارزشش را از دست داد و افسرده شد. والدین سارا مسن و قادر به کمک نبودند، همچنین دوستان سارا و همسرش نیز مشغولیت زیادی داشتند.

۴- عوامل تداوم بخش. مقیاس نگرش نا کارآمد (ویسمن^۱ و بک، ۱۹۷۸)

تشخیص بر مبنای نوع شناخت های منفی، شناخت های افسرده زا فراهم می آورد. این مقیاس یک پرسشنامه ی ۴۰ گویه ای است که به منظور ارزیابی شناخت های نا کارآمد شامل نگرانی در مورد ارزیابی، استانداردهای کمال گرایانه از عملکرد، نسبت های علی و باورهای دگم/ انعطاف ناپذیر درباره ی دنیا به کار می رود. سارا مقیاس نگرش نا کارآمد را پر کرد و گویه های زیر را نشان داد: «خطر کردن حتی اگر کوچک باشد احمقانه است چون شکست فاجعه است»، «تقاضای کمک از دیگران نشانه ی ضعف است اگر نمی توانی کاری را به خوبی انجام دهی ارزش انجام دادن ندارد»، «اگر بالاترین استانداردها را برای خود در نظر نگیرم، یک فرد درجه ی دوم خواهم بود»، «اگر اشتباه کنم باید ناراحت باشم»، «اگر افرادی وجود نداشته باشند که به آنها تکیه کنی، محکوم به غمگین بودن هستی»، «نمی توانم بدون پشتکار و تلاش زیاد به اهداف مهم برسم»، «اگر خیلی از چیزهای خوب در زندگی را از دست بدهم نمی توانم خوشحال باشم»، «کناره گیری از دیگران منجر به ناراحتی می شود». دو تم اصلی از مقیاس نگرش نا کارآمد برای سارا به دست آمد: کمال گرایی و یک دیدگاه ثابت در این مورد که برای رسیدن به خوشحالی دنیا باید چگونه باشد. کمال گرایی اش منجر می شد که خودش را خیلی خسته کند، اتکا به خود و سواس گونه تا جایی که منجر به شک برای





جستجوی درمان می شد و دیدگاه افراطی اش در مورد اهمیت داشتن یک شریک منجر به این می شد که خودش هیچ کاری نکند.

افسردگی سارا نه تنها توسط محتوای شناختی منفی بلکه به وسیله ی سوگیری در پردازش اطلاعات تداوم یافت. در مصاحبه، استفاده از بزرگ نمایی و کوچک نمایی (شکل ۲-۴) توسط سارا خیلی واضح بود، او خودش را به صورت فردی توصیف می کرد که «هیچ زمانی برای خودش ندارد» اما بعداً گفت بچه های خود را برای ۲ ساعت و نیم در مهد کودک نگه می داشته است (بزرگ نمایی مشکلات). سارا همچنین گزارش داد که هیچ کسی به او توجه نمی کند، در حالی که والدین و دوستانش تا جایی که توانایی داشتند به او کمک می کردند (کوچک نمایی نکات مثبت). سارا همچنین از تفکر دو قطبی هم استفاده می کرد، او می گفت من فریب خورده ام، می خواهم دوباره مثل قبل زندگی کنم و این اتفاق نمی افتد، این جمله نشان می دهد که هیچ چیزی جایگزین زندگی قبل از مرگ همسرش نبوده است. سارا ۲ ماه بعد از مرگ همسرش، حملات وحشت زدگی غیر منتظره ای تجربه می کرد و این حملات در زمان ارزیابی هم کماکان وجود داشتند طوری که تشخیص حمله ی وحشت زدگی برای سارا گذاشته شد. فرمول بندی مورد این جنبه از عملکرد سارا در فصل بعدی توصیف می شود. افسردگی قبل از حمله ی وحشت زدگی به وجود آمد اما منجر به تداوم افسردگی شد.

۵- عوامل حمایت کننده. پیشینه ی سارا نشان می دهد که فرد بسیار انعطاف پذیری بوده است که با سقط جنین های متعدد و استرس شغلی زیاد کنار آمده بود. در مرحله ای از موقعیت شغلی، او باید درخواست اشتغال مجدد می کرد و در مرحله ی دیگری از حرفه ی پرستاری او مدیریت فردی را که قبلاً به دلیل اقدام انضباطی تنزل درجه پیدا کرده بود را از دست داده است.

در مصاحبه واضح بود که سارا هر کاری که لازم باشد می کند تا حالش بهتر شود و مصمم بودن و تعهد او پیش بینی می کرد که تکالیفش را به طور کامل انجام می دهد. علاوه بر این، سارا از حمایت اجتماعی برخوردار بود، اگرچه

این حمایت هیجانی بود نه عملی ولی می توان به آن تکیه کرد. امیدی وجود ندارد هر مدل شناختی، اختلال هر فرد را به طور کامل توصیف کند. قانون فیزیکی جهانی نیوتن در مورد حرکت، هر پدیده ای را توضیح می دهد برای مثال در مورد سرعت، اگر توپ بلیارد توسط یک فرد با سرعت خاصی زده شود پرتاب می شود. با وجود این آشکار است که این قوانین مورد خاصی از نظریه ی انیشتین در مورد نسبیت است و اگر بر اساس فیزیک نیوتونی باشد ساتناو نتایج اشتباهی به ما می دهد. با وجود این، حتی نظریه ی نسبیت نیز نمی تواند توضیح دهد که چند ثانیه ی کوتاه بعد از شکل گیری جهان چه اتفاقی می افتد. به صورت مشابهی یک فرد نمی تواند از هر مدل شناختی انتظار داشته باشد که جامع باشد، جایی که یک مدل شکست می خورد محرکی برای شکل گیری مدل وسیع تری می شود و در این بین، به روان درمانگرهای شناختی - رفتاری به بهترین وجه توصیه می شود تا از رویکرد مبتنی بر دست نامه استفاده کنند.

« سخناو در افسردگی

ستناو افسردگی در جدول ۳-۴ درصد است تا به درمانگر کمک کند تا از درمان مؤثر مراجع افسرده، زیاد منحرف نشود و زمان هایی که از مسیر خارج می شود به او جهت دهد. اما ستناو یک وسیله ی کمکی است و جایگزین راهنمای جلسه به جلسه ای که بعداً ارائه می شود نیست. در ادامه ی این شباهت، تنها زمانی ستناو مناسب است که فرد می تواند رانندگی کند، کد و ... بزرگراه را بشناسد و به صورت مشابه ستناو برای یک اختلال خاص بر اساس پیشینه ی راهنمای جلسه به جلسه برای آن اختلال و داشتن مهارت های درمان شناختی - رفتاری مناسب است.

جدول ۳-۴ ستناو افسردگي

اهداف درمان	راهبردهای درمان
۱- افسردگي در مورد افسردگي	تمرکز بر مسئوليت پذيري براي راه حل نه مسئوليت پذيري براي مشكل
۲- عدم فعاليت	ايجاد سرمايه گذاري بزرگ، سرمايه گذاري معتدل در دامنه‌ي متنوع
۳- ديدگاه منفي در مورد خود، دنيای شخصي و دنيا	چالش با تغيير پذيري، سودمندی و اقتداري که به وسيله‌ي آنها اين ايده‌ها نگه داشته می‌شوند. استفاده از جدول خلق
۴- سوگيري در پردازش اطلاعات	روشن کردن سوگيري‌های شخصي و جستجوی آنها با استفاده از نمودار خلق
۵- نقشه‌ای بیش از حد بها داده شده	ارزش‌گذاري براي چندین نقش، مذاکره‌ی مجدد با نقش‌ها در بافت اجتماعي
۶- پيشگيري از عود	دست‌نامه‌ی خودياري ساخته شده به‌صورت شخصي، استفاده از نکات کلیدی در درمان و کشیدن روی کتاب‌های خودياري و مطالبی که از طريق کامپيوتر می‌توان استفاده کرد.

افسردگي در مورد افسردگي (افسردگي مضاعف) رایج است. در اولين مصاحبه، سارا گفت روز قبل همسايه‌ی قبلي اش را به‌صورت اتفاقي ديده است و به او گفته بود که در حال فرآهم آوردن مقدمات مراسم به خاک سپاري دخترش است. سارا ابراز تأسف کرده بود ولی قادر به مواجهه نبوده است و به دليل درگيري زياد با مشکلات فعلي اش عصباني بوده است. درمانگر پيشنهاد کرد براي هر کسی کافي است که به جای اينکه درگير احساسات افسردگي اش شود، به سادگي تجربه‌ی سوگش را با فرد ديگري در ميان بگذارد. سارا موافق بود ممکن است مفيدتر باشد که در مراسم خاکسپاري حاضر شود و بدین وسيله توجه خود را نشان دهد و اضافه کرد که بايد به آرايشگاه برود، کاری که از زمان فوت همسرش به ندرت انجام داده بود. اين امر منجر به بحث در مورد اهميت برنامه ريزی براي رویدادهای بالقوه‌ی نشاط بخش هفتگی شد. در جلسه‌ی بعدی درمان، برنامه ريزی فعاليت او مورد تجديد نظر قرار گرفت اما زمانی که سارا

گزارش داد با وجود اینکه در مراسم شرکت کرده است احساس تأثر کرده است چون خاطرات خاکسپاری شوهرش را یادآوری کرده است درمانگر نمی دانست چه بگوید یا چه کار کند. درمانگر نگاه اجمالی به ستناو کرد و به این نتیجه رسید که موقع مناسبی برای معرفی ثبت خلق به مراجع است (جدول ۴-۴). توضیح داده شد راه مهمی برای مقابله با ناراحتی ها این است که فرد پاسخ عمل حرکتی آسانی در آن موقعیت داده و روشی جایگزین برای بازی/ تفکر در آن موقعیت بیابد. به این ترتیب می توان این تغییرات در خلق را قبل از اینکه استرس های بعدی به وجود بیایند برطرف کرد و چون با هر استرس روزمره معمولاً به صورت نامناسب برخورد می شود این کار ماریپیچ پایی نرونده ی خلق را متوقف می کند.

جدول ۴-۴ ثبت تفکر خلق

ارزیابی خلق مشاهده تفکر تفکر عینی تصمیم برای اینکه فرد چه کار کند و آن کار را انجام دهد.



خلق (MOOD)، کمک کننده ی یادآوری است که به یادآوری چارچوب تغییر خلق در جدول ۴-۴ (در ضمیمه ی ۱ آمده است) کمک می کند. اولین حرف M، نشان دهنده ی ارزیابی خلق ۱ است: من چه احساسی دارم؟ خلق من در حال حاضر چیست؟، چه اثری بر دیگران دارد؟. فهم و توجه به پایه های مشکل تغییرات در خلق، جنبه ی مهمی از هوش هیجانی است که بدون آن نمی توان هیجان ها را تنظیم کرد، طوری که به هنگام داشتن ناراحتی، خیلی مشکل است که بتوان کاری برای آن انجام داد. اولین حرف O، نشان دهنده ی مشاهده ی افکار یا تصاویر ۲ است، که با این سوالات مشخص می شود: به خودم چه گفته ام که باعث شده است این گونه فکر کنم؟ دومین حرف O نشان دهنده ی تفکر عینی ۳ - یعنی دور شدن از ناراحتی و داشتن افکار دوم است. افکار دوم می توانند

- ////////////////////////////////////
1. mood monitoring
 2. observing thinking or images
 3. objective thinking



با این سوالات روشن شوند: چه قدر این فکر صحیح است؟، این روش تفکر چه قدر مفید است؟، آیا دیگران به روش دیگری به این رویداد نگاه می کنند؟ حرف D، نشان دهنده ی تصمیم گیری برای تمرین کردن روش عینی تر تفکر و بدین وسیله توقف نشخوار فکری افسرده زا است. با استفاده از تفکر MOOD سارا قادر بود تا تغییر خلق خود را به هنگام دیدن تابوت دختر همسایه اش که به کلیسا آورده می شد ثبت کند. سارا هق هق گریه می کرد و خودش را جای مادری می گذاشت که از پشت تابوت می آمد اما در آن زمان فکر می کرد که چقدر سخت تر است که یک فرد، تنها فرزندش حتی اگر در سن بزرگسالی باشد را از دست بدهد. فکر مشاهده گر سارا این بود که او احمق است که ناراحت بوده است چون متوفی را نمی شناخته است و قبل از اینکه همسایه را بشناسد خانه را ترک کرده بوده است. سارا از اینکه غریبه ای که در نیمکت کناری اش بود او را در آغوش گرفت شرمنده بود، این کار افکاری را در مورد شوهرش و احساس شدیدی از اینکه دوست داشت در حال حاضر شوهرش پیشش باشد برانگیخت. گریه کردن او شدید شد و بیرون رفت تا خودش را آرام کند و بعد از چند دقیقه برگشت. بعد از اینکه مراسم تمام شد قادر بود که همسایه ی قدیمی اش را ببیند و او را در آغوش بگیرد. برای روشن شدن تفکر عینی، درمانگر از سارا پرسید که بر اساس چه مدرکی معتقد است که در مراسم خاکسپاری بد عمل کرده است. سارا جواب داد که این دیدگاه خودش بوده است و از مادر متوفی هم پرسیده است تا ببیند دیدگاه مشابه او را دارد یا خیر. سارا متوجه شده است که همسایه ی قبلی، از دیدن او خیلی خوشحال شده است و او را با گرمی در آغوش گرفته است. درمانگر سپس از سارا پرسید در پایان روز چه ایده ی مهمی داشته است. سارا متوجه شد اگر به صورت عینی تر فکر کرده بود، به جای رفتن به خانه و نشخوار در مورد شکستش به مهمانی/پذیرایی می رفت (حرف D در MOOD). درمانگر همچنین از این رویداد استفاده کرد تا شرح دهد که سارا چطور از فیلتر ذهنی با تمرکز بر ناراحتی اش به جای اثر مثبتی که بر مادر مرحوم داشته است استفاده کرده

است. برای تکلیف خانگی از سارا خواسته شد تا از ثبت فکر MOOD استفاده کند. سارا نقش همسر را از دست داده بود و گاهی اوقات این فقدان را خیلی حاد احساس می کرد. با توجه به کیفیت رابطه ای که با همسرش داشته است، درمانگر پیشنهاد داد که ممکن است مفید باشد تا تلاش کند و فکر کند که همسرش در این لحظات چه می گفته است. جلسه ی بعد سارا گزارش داد تقریباً می شنیده است که همسرش او را با اسم کوچک صدا می کرده است و به او می گفته است که کار متفاوت مثل باغبانی انجام دهد. اما سارا احساس کرده است که ممکن است علامتی از دیوانگی باشد. درمانگر پیشنهاد داد تا این فکر را با استفاده از MOOD تحلیل کند و از او خواست که شنیدن صدای همسرش چقدر مفید بوده است، سارا جواب داد که در نتیجه ی آن، مقداری باغبانی کرده است. زمانی که درمانگر به سارا پیشنهاد داد از هر چیز سودمندی برای بهبودی خلقش استفاده کند، سارا با خوشحالی از جا پرید. درمانگر از این فرصت استفاده کرد تا دامنه ی متنوعی از نقش های جدید، شامل باغبانی را پیشنهاد دهد و پیشنهاد داد که سرمایه گذاری گسترده در نهایت منجر به حمایت بیشتر می شود. نزدیک به پایان درمان، درمانگر پیشنهاد داد تا سارا دست نامه ی ابقای خود را در مورد اینکه مهم ترین چیز در درمان چه بوده است و زمانی که خلقش غمگین می شود چه کار می کند را بنویسد. سارا نوشت که بزرگترین دشمن او نشخوار فکری است، یعنی فکر کردن به این صورت که عادلانه نیست... اما اضافه کرد که تنها نمی خواهد زنده بماند بلکه می خواهد سرزنده باشد و لیستی از فعالیت هایی آماده کرد که می توانست در آن غرق شود.

ستناو افسردگی به تنهایی به کار نمی رود، بلکه با ستناوهای مربوط به اختلالات دیگر اگر وجود داشته باشند استفاده می شود و در بافت راهنمای جلسه به جلسه برای آن اختلال عملیاتی می شود.

« برنامه ی جلسه به جلسه

روش هايی که بايد در اولين جلسه دنبال شود در فصل قبل توصيف شده است. برنامه ی حاضر، درمان جلسه به جلسه براي افسردگی است، از جلسه ی دوم به بعد. اين برنامه بر اساس مدل شناختی بک و همکاران (۱۹۷۹) قرار دارد که در سمینار کاری روی درمان شناختی افسردگی توصيف شده است و در حال حاضر با استفاده از مطالب اخيرتری به روز شده است. اين برنامه تنها شامل روش هايی است که مواد فعال برنامه را تشکیل می دهند.

جلسه ی دوم

جدول ۴-۵ رئوس مطالب مهم براي جلسه ی دوم را آورده است. سوال کردن مستقيم در مورد اثرات اولين جلسه در اوایل دومين جلسه دوگانگی های بیشتری در مورد مراجع را نشان می دهد که درمانگر در اولين جلسه درک نکرده است. در حالی که سارا گزارش می داد که جلسه ی اول برايش مفيد بوده است و "با گفتن ناراحتی خود احساس آرامش کرده است" بعد از اين تصديق گفت که "من بايد قادر باشم تا خودم مشکلاتم را حل کنم". درمانگر احساس می کرد که اين نوع اعتقاد احساس گناه غير ضروری ایجاد می کند و می تواند به صورت بالقوه منجر به شکست در درمان شود و از سارا پرسيد آیا انتظار دارد یکی از بیماران قلبی با ریت قلبی نامعمول خودش مشکلش را برطرف کند. سارا جواب داد که البته نمی تواند و سپس درمانگر پرسيد پس چرا یک فرد افسرده بايد متفاوت از یک فرد با مشکل قلبی باشد. سارا به طور کامل با اين نوع از سوال متقاعد نشد اما پاسخ داد "من می توانم نگاه شما به مسأله را درک کنم" و درمانگر احساس کرد که حداقل رابطه ی درمانی با اين نوع باور خراب نخواهد شد. منطق برنامه ریزی فعاليت در جدول ۴-۵ از مدل تکاملی بک در مورد افسردگی (۱۹۸۷) نشأت می گيرد که در آن افسردگی به عنوان تلاشی براي تلف نکردن منابع نادر در محيط خصمانه ديده می شود. اگر بخواهيم به صورت مدرن صحبت

کنیم انگار مراجع برای موقعیت های بهتری تلاش می کند و از سرمایه گذاری در زندگی دست برداشته است. اما اگر هیچ سرمایه گذاری وجود نداشته باشد، هیچ دریافتی هم وجود نخواهد داشت. تکلیف خانگی بعد از اولین جلسه این است که مراجع تشویق شود تا سرمایه گذاری کند. سرمایه گذاری بین جلسات شامل تکالیفی است که در صدد است تا بین حس موفقیت و لذت تعادل ایجاد کند.

جدول ۵-۴ جلسه ی دوم

۱- بررسی در مورد اثر اولین جلسه

۲- مرور برنامه ریزی فعالیت

۳- مرور واکنش به خواندن فصل ۳ در مورد کتاب حس خوب: درمان خلقی جدید، دیوید برنز، (۱۹۹۹)، صص. ۲۸-۴۹، "فهمیدن خلقتان؛ به روشی که فکر می کنید، احساس می کنید"

۴- بحث در مورد مشکلات و موفقیت ها از زمان جلسه ی قبلی

۵- برنامه ریزی فعالیت ها تا جلسه ی بعدی

۶- بررسی واکنش ها به جلسه ی فعلی

فعال بودن مانع بزرگی برای مراجعان افسرده است و درمانگر بایستی مراجع را در برابر تجارب شکست با استفاده از برنامه ریزی به منظور انجام میزان کوچک یک کار مایه کوبی کند. بایستی به مراجعان توصیه شود که مشکل است از قبل بدانیم میزان فعالیتی که مراجع می تواند در حال حاضر مدیریت کند چقدر است و فعالیت برنامه ریزی شده بهترین حدسی است که به سادگی با استفاده از تجربه قابل اصلاح است. درمانگر باید از قبل بپرسد که آیا مراجع اعتقاد دارد که ظرفیت انجام آن میزان از فعالیت برنامه ریزی شده را دارد و اینکه آیا معتقد است که این میزان، تفاوت با ارزشی ایجاد می کند یا نه، برای مثال خودکارآمدی مراجع را ارزیابی کند. برای انتقال فهم مشکلات مراجع در مورد منفعل بودن، مفید است که از استعاره استفاده کرد. برای مثال، افسردگی مثل داشتن وزنه ی بسیار سنگینی است که دور گردنت را گرفته است و انجام هر کاری یک موفقیت بزرگ است. اغلب اوقات مراجعان به این استعاره این گونه پاسخ می دهند که

آرزو داشتند که افسردگیشان مثل یک "دستِ شکسته" واضح تر دیده می شد تا دیگران بتوانند درک کنند چرا آنها فعال نیستند.

مراجعان به سادگی احساس می کنند که چیز عجیبی در مورد آنها وجود دارد که باید درمانگر را ببینند. یکی از روش های طبیعی جلوه دادن درمان برای مراجع این است که از آنها درخواست شود تا فصل ۳ از کتاب برنز را بخوانند. این فصل اثر تفکر و خلق و جزئیاتی را در مورد سوگیری در پردازش اطلاعات به سادگی توضیح می دهد. مراجعان اگر دوست داشته باشند می توانند فصل های دیگر را نیز بخوانند مثل دارو درمانی افسردگی. با مرور پاسخ مراجع به خواندن فصل ۳ می توان به درمانگر کمک کرد تا درک مراجع را از نکته ی ضروری درمان شناختی اندازه بگیرد. مثلاً این درک که چگونگی نگرش مراجع در مورد موقعیت و نه خود موقعیت پاسخ هیجانی را تعیین می کند. اگر مراجع بگوید که "خیلی بی حوصله" یا "خیلی مشغول" بوده است درمانگر باید این را مورد بررسی قرار دهد، در واقع دلایل عدم همکاری در انجام تکلیف باید شفاف شود. ممکن است یکی از دلایل بی سواد بودن مراجع باشد، اینجا به جای بحث در مورد افکار منفی خودکار در درمان شناختی، رویکرد مناسب تر استفاده از آموزش خودآموزی^۱ میکنبام^۲ (۱۹۸۵) است که در این نوع آموزش جملات مقابله ای برای موقعیت های متنوع تکرار می شوند. همچنین ممکن است مراجع اعتقاد داشته باشد بدون انجام هیچ کاری باید احساس بهتری داشته باشد و نیاز است که درمانگر اینجا تأکید کند که موفقیت تنها زمانی به دست می آید که هر دوی درمانگر و مراجع سهم خودشان را در درمان انجام دهند.

1. self-instruction
2. Meichenbaum

جلسه ی سوم

رئوس مطالب مهم جلسه ی سوم در جدول ۴-۶ آمده است.

در آغاز جلسه، درمانگر باید در مورد دستور جلسه بحث کند. بدون وجود یک ساختار قابل قبول برای جلسه، جلسه ی درمان به سادگی تحت سلطه ی توصیفات بسیار جزیبی مراجع در مورد برخی از رویدادهای منفی که از هفته ی پیش رخ داده است قرار می گیرد. محدود کردن خودافشایی به مطالب جدیدی که باید در جلسه ی درمان آموزش داده شود بخشی از هنر درمان شناختی است.

جدول ۴-۶ جلسه ی سوم

۱- توافق در خصوص دستور جلسه

۲- بحث در مورد واکنش مراجع به جلسه ی قبلی

۳- مرور تکلیف

۴- بحث در مورد افکار خودکار منفی ("MOOD")

۵- طراحی تکلیف

۶- گرفتن بازخورد در مورد جلسه ی امروز

در موارد نادر، برای مثال اگر مراجع خودکشی کرده باشد یا مرگ یکی از اعضای نزدیک خانواده اتفاق افتاده باشد شکل معمول جلسه ی درمان تغییر خواهد کرد. سناریوی زیر قطعه ی منتخبی از جلسه ی سوم با سارا است.

درمانگر: در مورد کارهایی که باید انجام می دادی و در اواخر جلسه ی پیش

در مورد آن توافق کردیم چه کار کردی؟

سارا: خوب، من خودم را متقاعد کردم که فعال باشم، همسایه ی قدیمی ام را ملاقات کردم، ما آنجا نشستیم و یک صدای خیلی بلندی به وجود آمد، به سرعت و با تعجب از جا پریدیم، در حالی که وحشت زده بودم متوجه شدم یک آمبولانس به دیوار پایین خیابان کوبیده است، صحنه ای از ضرب و شتم

بين افراد ديده مي شد و ماموران آتشنشاني رسيدند تا آنها را از هم جدا كنند.

درمانگر: همسايه ي قديمي ات چه واكنشي نشان داد؟

سارا: او فقط گفت تو هرگز نمي تواني بفهمي در يك روز چه اتفاقي مي افتد!

درمانگر: تو با احساس عدم اطمينان چگونه انطباق پيدا مي كني؟

سارا: من يك فرد نگران هستم و هميشه اين گونه بوده ام اما زماني كه

همسر من زنده بود نگراني هاي من را با او درميان مي گذاشتم و حال من خوب مي شد.

درمانگر: آخرين باري كه در جلسه ي درمان بوديم در مورد استفاده از ثبت

خلق براي طبقه بندي و فهم آنچه تو را ناراحت مي كرد صحبت كرديم، براي

تكليف خانگي استفاده از MOOD را پيشنهاد دادم، چطور بود؟

سارا: من كاملاً اين تكليف را فراموش كردم، اين نوع تكليف خيلي گيج كننده

بوده است.

درمانگر: پس به جاي آن براي نگراني هايت چه كار كردي؟

سارا: مدام و مدام در مورد اين مسأله فكر مي كردم كه اگر كارم را ترك

كنم چقدر از نظر مالي اوضاع وحشتناك خواهد بود؟

درمانگر: آيا فكر كردن مدام و مدام در اين مورد كمكي كرد؟

سارا: نه فقط باعث شد احساس كنم بيمارم.

درمانگر: بنابراین اگر نگاه منتقدانه داشتن به نگرانی مفید نیست و نمی توانید

نگرانیتان را با همسر در میان بگذارید چه کار دیگری می توانید انجام دهید؟

سارا: باشه، ببخشيد من بايد نگراني ام را با استفاده از MOOD روشن مي كردم.

درمانگر: روش های قديمی مقابله با نگرانی کاربرد نداشته است، بنابراین ممکن

است مفید باشد تا آزمایشی انجام داد و ببینیم آیا این روش های جدید تفاوتی

ايجاد مي كنند؟

سارا: به نظر مي رسد يادداشت كردن چيزي كه تو را اذيت مي كند به طور

عجيبی ناراحت كننده است و منجر به واقعي نشان داده شدن آن مي شود.

درمانگر: به نظر من وقتي آن را يادداشت مي كني، زماني وجود دارد كه

دیدن اولین افکار تان - اولین O مشاهده ی تفکر باعث ایجاد تعجب زیادی در تو می شود اما اگر با این فکر بمانی و دومین افکار را هم داشته باشی، دومین O، میزان ناراحتی کاهش می یابد و برنامه ی درمان را پیدا می کنی یعنی یک عمل - آخرین ستون MOOD که منجر به تداخل در نشخوار فکری افسرده زا می شود. اگر نمی توانی دومین افکار قابل اطمینان را پیدا کنی، یعنی چیزی که به خاطر کمک به شما برای یافتنش به من پول می دهند همین که بتوانی دو ستون از MOOD را پر کنی خوب است.

سارا: اگر فکر کنم در انجام تمرین MOOD تنها نیستم آسان تر خواهد بود، این کار را انجام خواهم داد.

درمانگر: در واقع تو کار دیگری که ما به عنوان یک تکلیف برای فعال کردن تو تنظیم کرده بودیم، یعنی ملاقات با همسایه ی قدیمی را انجام دادی.

سارا: من در آن زمان که آن صدای وحشتناک به وجود آمد حمله ی وحشت زدگی داشتم اما مصمم بودم که بر همسایه ی قدیمی ام تمرکز کنم، او خیلی در جریان این مسائل بوده است.

درمانگر: من فکر می کنم که باید چند دقیقه زمان روی حمله ی وحشت زدگی بگذاریم و می توانیم روی رویکردی کار کنیم تا آن را امتحان کنی.

سارا: باشه، حملات وحشت زدگی مانع رفتن من به مکان های مختلف می شود اما خوشحالم که همسایه ی قدیمی ام را ملاقات کردم. من ساکت نیستم کارهای دیگری هم می توان انجام داد.

در قطعه ی بالا درمانگر سارا را به خاطر انجام ندادن تکلیف سرزنش نمی کند اما تجربه گرایی مشارکتی را پیشنهاد می دهد، به جای بحث با مراجع یک آزمایش برای کامل کردن ثبت خلق پیشنهاد می دهد. درمانگر دلایل ممکن برای عدم کامل کردن تکلیف را جستجو می کند و در مورد آن با مراجع بحث می کند. علاوه بر آن، درمانگر سارا را به خاطر کاری که توانسته انجام دهد تشویق می کند. درمانگر

به هنگام تنظيم تکليف هشيار است تا اختلال همبود را در نظر بگيرد، اختلال وحشت زدگي در مورد سارا (جزئيات اين اختلال در فصل بعدي گنجانده شده است).

جلسه ي چهارم

رئوس مطالب جلسه ي چهارم در جدول ۴-۷ آمده است.

گاهي اوقات افکار خودآيند منفي بازتابي مراجع، کاملاً در دسترس هوشيارى اش قرار ندارد. اگر موضوع ذهنى مربوط به يك رويداد در گذشته باشد، مى توان از مراجع خواست تا به صورت آهسته موقعيتى را كه مشكل در آن رخ داده است همراه با شناخت هاى ناكارآمد مربوط به آن مجدداً بازسازى كند. علاوه بر اين، اگر تمرکز بر يك رويداد احتمالى در آينده باشد، مى توان مراجع را تشويق كرد تا در يك سناريوى معمولى (خيالى) كه باور دارد افكار خودكار منفي احتمالى را آشكار كرده و به آگاهى بياورد. رويكرد جايگزين اين است كه فرد در يك سناريوى پيش بينى شده نقش بازى كند و زمانى كه مراجع احساس ناراحتى مى كند درمانگر از او بپرسد كه به چه فكر مى كند. هر دوى تخيل و نقش بازى كردن روش هاى هستند كه مى توان شناخت منفي مربوطه را داغ كرد و بنابر اين نسبت به تمرين كلامى ساده، اين افكار در دسترس تر خواهند بود.

جدول ۴-۷ جلسه ي چهارم

- ۱- از ساختار كلي مشابه در جلسه ي سوم پيروي كنيد.
- ۲- رسيدن به افكار خودآيند منفي از طريق تخيل القاء شده يا نقش بازى كردن اگر لازم باشد.
- ۳- مدل يابى كردن ارزيابى متقاطع افكار خودآيند نخستين/ فرض هاى خاموش با استفاده از چالش با اعتبار، استفاده و قدرت اين افكار به شيوه هاى متنوع
- ۴- شناسايى موانع انجام تكليف

در كمك به مراجع براى پيدا كردن دومين افكار در پاسخ به افكار خودآيند منفي، درمانگر بايد آگاه باشد كه برخى از افكار بازتابي نسبت به افكار ديگر مهم تر هستند. مهم ترين اين ها، افكار نخستيني هستند كه نشان دهنده ي فرض هاى

خاموش اساسی یا نگرش‌های نا کارآمدی هستند که نقش محوری در افسردگی فرد دارند. نقش درمانگر این است که مراجع را درگیر دیالوگ سقراطی کند که بر افکار و مفروضه‌های مهم تمرکز دارند. سبک درمانگر باید به آن کارگاه تلویزیون کلمبیایی نزدیک تر باشد که به جای استفاده از یک مجموعه اطلاعات، اطلاعات متناقض را همراه با گیج و منگی در کنار هم قرار می‌دهد. با وجود این، دامنه‌ای از سوالات (جدول ۸-۴؛ مورفی^۱، ۱۹۸۵) وجود دارد که می‌تواند در زیر مجموعه‌ی سه مجموعه سوال اصلی قرار بگیرد که می‌توانند در جاهای مختلف در جلسه مفید باشند. رمز آن، تغییر سوال در زمانی است که یک سوال یا مجموعه‌ای از سوالات مفید نیستند.

جدول ۸-۴ سوالات مربوط به دیالوگ

۱- فرض خاموش چقدر واقع بینانه است؟

- * آیا این فرض معتبر است؟
- * آیا این فرض همسان است؟
- * آیا این فرض مفید است؟

۲- فرض خاموش با چه اعتبار / قدرتی نگره داشته می‌شود؟

- * با یک توافق؟
- * با یک نگاه متخصصانه؟
- * با دیدگاه خودش؟

۳- آیا فرض خاموش منجر به دستیابی به یک هدف خوشایند می‌شود؟

- * دستیابی به هدف چقدر نزدیک است؟
 - * آیا تغییر وسائل برای رسیدن به هدف ضروری است؟
 - * آیا هدف دیگر مناسب تر است؟
-

در مورد سارا، تم‌های مرتبط با طرحواره‌های نا کارآمد که به وسیله‌ی مقیاس نگرش نا کارآمد مشخص شدند به کمال گرایی و داشتن یک دید ثابت در مورد اینکه جهان چگونه باید باشد تا خوشحالی به دست آورد مرتبط هستند. درمانگر به‌طور خاص به تظاهرات این نگرش‌ها آگاه بود و سارا را در یک ارزیابی مجدد

با استفاده از برخي سوالات در جدول ۸-۴ درگير کرد.

سارا: ببخشيد دير کردم، من از دير کردن متنفرم. من قبل از اينکه بيايم اینجا بايد بچه ها را به مهد کودک می رساندم سپس دن نوشيدنی را روی پيراهنش ريخت و بايد پيراهنش را عوض می کردم و پيراهن تمیيزی پيدا نکردم که به شلوارش بيايد، آنها را تو ماشين گذاشتم و چون با دن برخورد ناخوشايند کردم گريه می کرد. زمانی که آنها را در مهد کودک ترک کردم احساس گناه می کردم، آنها پدر ندارند و من بدون دليل سرشان داد می زنم، بعدش نتونستم اینجا جای پارک پيدا کنم.

درمانگر: من متوجه نشدم که دير کردید.

سارا: فکر کنم تنها ۵ دقيقه دير شده است.

درمانگر: من اغلب بعد از ۳۰ دقيقه تأخير جلسه را کنسل می کنم، اگر

من دير کنم شما چه واکنشی نشان می دهيد؟

سارا: اشکالی ندارد، شما نمی توانيد ديگران را وسط نهر رها کنید.

درمانگر: از مقياس نگرش نا کارآمدی که پر کرديد و چيزهايی که گفتيد

"بايد سر موقع باشم"، "بايد پيراهن مناسب داشته باشد" متوجه شدم که

به نظر می رسد بر اساس یک فرض خاموشی عمل می کنید که هر

چيزی بايد کامل باشد، نظرتان چيست؟

مراجع: خوب درسته، شايد اين طرز تفکر مربوط به آموزش پرستاری ام

باشد، کار در A و E، اگر کارت را درست انجام ندهی یکی می ميرد.

درمانگر: آیا همکاران ديگرتان نيز اين نوع کمال گرایی را دارند؟

سارا: ما در A و E کمبود کارمند داريم، می دانم دو تا از پرستاران به

دليل بيماری طولانی به خاطر فشار زياد مرخصی هستند، یکی از آنها که

کمال گرا بود دچار مشکل سوء مصرف الکل شد.

درمانگر: در مورد کارمندی که هنوز آنجا هستند چطور؟

سارا: یکی از مشاوران خیلی در اين زمينه خوب است و شعاری دارد که

”اتفاقی که افتاد، افتاده است“، فقط به بهترین وجه که می‌توانید مسائل را اولویت بندی کنید، او می‌گوید مدت انتظار کشیدن افراد مشکل او نیست. **درمانگر:** بنابراین این نظر شما است که باید کمال‌گرا باشید نه هر فردی در A و E.

سارا: خوب بله من فکر می‌کنم اصولاً من کمال‌گرا هستم و شاید هم ماریا که به دلیل مشکل مصرف الکل سر کار نیست. اما فکر می‌کنم آن مشاور وقایع ناخوشایند را نادیده می‌گیرد.

درمانگر: روش کار کردن مشاور چه قدر مفید است؟

سارا: روحیه‌ی او بالا نگه داشته می‌شود و می‌توان روی او حساب باز کرد. اگر صادق باشم قسمتی از ترس برگشتن سر کار تنها مشکلات مراقبت کردن از بچه‌ها نیست بلکه این فکر است که باید کار را به صورت مناسب انجام دهم.

درمانگر: اگر به جای روش تفکر ماریا روش تفکر مشاور را داشته باشید آسان‌تر نیست؟

سارا: بله.

درمانگر: چقدر معتبر است که این نوع کمال‌گرایی را برای هر چیزی به کار ببرید مثل دیر کردن، پوشیدن لباس‌های مناسب؟

سارا: فکر می‌کنم بیشتر از هر چیزی این نوعی عادت است.

درمانگر: اگر امروز صبح به جای اینکه به خودتان می‌گفتید دیر نشدن کودکان یا پوشیدن لباس مناسب حکم یا فرمان یازدهم و دوازدهم خداوند است به خودتان می‌گفتید این طرز فکر یک راهنما است آسان‌تر نبود؟ **سارا:** اگر به جای فرمان خداوند به راهنما فکر می‌کردم فکر نمی‌کنم با دن بحث می‌کردم. واقعاً خیلی مسخره است، در مورد استفاده‌ی بیش از حد ”بایدها“ در فصل ۳ کتاب دیوید برنز خواندم و فکر کردم که من نیز از این بایدها استفاده می‌کنم، اما هنوز این بایدها را دارم و طبق آنها عمل می‌کنم.

درمانگر: ترك عادت هاي قديمي خيلي سخت است، اولين قدم فهم اين است كه چه موقعي داريد اين كار را مي كنيد، در مورد شما علائم هشدار دهنده تحريك پذيري است، بنابراين به محض اينكه تحريك پذير شديد مهم است كه از MOOD استفاده كنيد و اولين افكار كمال گرایی را چك كنيد، سپس افكار ثانوي عيني تر حول و حوش آن را چك كنيد. سارا: فكر مي كنم اينكه در اغلب موقعيت ها كارها را به يك ميزان خوب انجام دهم كافي است.

درمانگر: احتمالاً خسته كننده تر است.

سارا: بله.

درمانگر: ممكن است يكي از پيشنهادها براي تكليف خانگي اين باشد كه هر زمان تحريك پذير شديد از MOOD استفاده كنيد؟

سارا: اما تا به MOOD فكر كنم دير مي شود، كارم را با لباس بچه انجام داده ام و موقعيت هايي وجود دارد كه نمي توانيد فقط با يك خودكار و كاغذ آن را كامل كنيد.

درمانگر: فكر مي كنم حق با تو است و حتماً به يك فضايي براي استفاده از MOOD نياز داريد اما لزوماً نيازي نيست كه شانس براي نوشتن داشته باشيد. مي توانيد اين كار را به هنگام رانندگي از مهد كودك تا اينجا به صورت ذهني انجام دهيد و MOOD در نهايت مي تواند در ذهن شما انجام شود. اما شك دارم كه در موقعيت هاي اضطراري مثل زماني كه دن درست قبل از ترك خانه نوشيدني را روي پيراهنش ريخت بتوانيد اين كار را بكنيد. در اين موقعيت هاي اضطراري بايد از روش آموزش خود آموزي استفاده كنيد، گام اول اين است كه نسبت به علائم بدني خطر آگاه باشيد. مي خواهيد اين كار را بكنيد؟

سارا: فكر مي كنم بايد بپذيرم و با ناملایمات آن چالش كنم.

درمانگر: وقتي به اولين علائم خطر توجه كرديد، براي مثال فشرده شدن



دندان، یک تصویر مقابله‌ای را در نظر بگیرید مثل مجسم کردن راهنما که به صورت بزرگرایی کدگذاری شده است و در کنار حکم خداوندی قرار دارد که در لوحه‌ای سنگی نوشته شده است که نشان می‌دهد برترین راهنماها شکسته شده است مثل بد رفتاری کودکان. سرانجام مشغول یک رفتار مقابله‌ای شوید مثلاً چانه و شانه‌هایت را بالا بیاورید و در حالی که تنفستان را بیرون می‌دهید آرام بمانید یا اگر عصبانی هستید به اتاق دیگری بروید تا زمانی که آرام شوید. در مورد استفاده از این روش در موقعیت‌های اضطراری نظرتان چیست؟

سارا: به نظر خوب می‌رسد

درمانگر: پس این تکلیف را همراه با استفاده از MOOD برای موقعیت‌های دیگر و راهبردهایی که برای حملات وحشت زدگی (فصل بعدی را ببینید) مورد بحث قرار داده ایم در برگه‌ی تکالیف یادداشت می‌کنم. دوست دارم یک بررسی در مورد خلقتان هم داشته باشم، ممکن است BDI و DAS را پر کنید و برای جلسه‌ی دیگر بیاورید؟

سارا: باشه

در قطعه‌ی منتخب بالا درمانگر با تجربه‌ی فوری مراجع در مورد دیر کردن در جلسه، ماند چون این تجربه نگرش‌های نا کارآمدی که قبلاً با روشی واضح (گرم) مشخص شده بود را ارزیابی می‌کرد. سپس درمانگر مرجع قدرتی که کمال‌گرایی از آن نشأت می‌گرفت را مورد ارزیابی قرار داد. این طرز تفکر مخصوص مراجع بود یا همکاران دیگر هم این باور را داشتند؟ سپس بر مفید بودن و اعتبار کمال‌گرایی متمرکز شد: آیا برای موقعیت‌های روزانه کمال‌گرایی مناسب بود؟ سرانجام تمرکز روی این بود که آیا کمال‌گرایی منجر به دست یافتن به یک هدف خواستنی، مثلاً برگشتن سر کار می‌شد. درمانگر علاقمند بود تا دیالوگ سقراطی را به روش خاصی که باعث ایجاد تفاوت برای مدیریت زندگی روزانه می‌کرد برگرداند اما



بايد در مورد يك تكليف خانگي معتبر با مراجع مذاكره مي كند و از راهبردي كه از شاخه ي ديگري از خانواده درماني شناختي - رفتاري آمده بود، يعني آموزش خود آموزي (مايكنبام، ۱۹۸۵) استفاده كرد. سرانجام درمانگر به منظور ارزيابي در بين جلسات نيز تمهيداتي ايجاد كرده و تكليف تعيين كرد.

جلسه ي پنجم

رئوس مطالب در جلسه ي پنجم در جدول ۹-۴ آمده است. درمانگر مثل هميشه جلسه را با پيشنهاد دادن دستور جلسه به مراجع شروع مي كند و سپس از مراجع مي خواهد مسائلي را كه دوست دارد در دستور جلسه قرار گيرد را بيان كند. بدون ارزيابي بين جلسه اي، مسائلي كه در جلسه ي اول نشان داده شدند ولي هنوز به صورت سيستماتيک مورد توجه قرار نگرفته اند به فراموشي سپرده مي شوند.

جدول ۹-۴ جلسه ي پنجم

۱- پيروي كردن از فرمت كلي مشابه جلسه ي پيش

۲- ارزيابي بين جلسه اي

۳- مرور شواهد سرمايه گذاري كه به اندازه ي كافي وسيع است كه شامل سرمايه گذاري هاي پيشرفت اساسي و سرمايه گذاري هاي لذت اساسي باشد.

۴- مرور تغييرات خلق با استفاده از MOOD

۵- از مراجع بخواهيد كه به هنگام استفاده از ثبت MOOD به خودش ياد آوري كند كه براي چالش با افكار خود آيند منفي سه ابزار در اختيار دارند: اين فكر چقدر درست است؟، اين فكر چقدر مفيد است؟، و آيا فقط من به اين موقعيت اينگونه نگاه مي كنم؟، مي توانم طرز تفكر فرد ديگري در مورد اين موقعيت را قرض بگيرم؟. به اين روش مراجعان مي توانند تفكر عيني مربوط را پيدا كنند (ستون سوم MOOD)

۶- نقش آزمائش رفتاري را به عنوان ابزار چهارمي توضيح دهيد كه با آن مي توان با ديدن يك فكر به صورت يك فكر و نه واقعيت با فكر خود آيند منفي چالش كرد. واقعيت يا شكل ديگري از فكر خود آيند منفي، به وسيله ي آزمائش نشان داده مي شود.

اجراي مجدد تست هاي روان سنجي و تعيين وضعيت تشخيصي فعلي مراجع با استفاده از مصاحبه ي ساختار يافته مي تواند به صورت زير درمان را مجدداً مورد

توجه قرار دهد:

درمانگر: ممنونم از اینکه مجدداً BDI و BAI را کامل کردید. در BDI نمره ی شما ۲۱ بوده است، نمره ی قبلی شما ۲۸ بوده است، ۷ نمره تغییر، نشان می دهد که از نظر بالینی تغییر معناداری در شما ایجاد شده است. چه احساسی در این مورد دارید؟

سارا: قطعاً بهتر هستم اما زمان هایی هم هنوز این علائم را دارم.

درمانگر: می خواهم با استفاده از سوالاتی که در جلسه ی اول پرسیدم این موضوع را چک کنم، مشکلی نیست؟

سارا: حتماً

درمانگر: آیا در طول ۲ هفته ی گذشته اغلب اوقات روز به مدت چندین روز احساس افسردگی و خلق پایین داشته اید؟

سارا: در حال حاضر احتمالاً ۲ یا ۳ روز در هفته.

درمانگر: در آن روزها به چه فکر می کنید؟

سارا: در مورد این فکر می کنم که اگر مارک نمرده بود زندگی چگونه بود؟

درمانگر: نمی توانید فکر کنید که زندگی می تواند دوباره خوب شود؟

سارا: نمی توانم چیزی ببینم.

درمانگر: با توجه به نمرات DAS متوجه شدم که اگر چه نگرش هایتان کمتر کمال گرایانه است هنوز معتقدید که برای اینکه زندگی خوب باشد باید به یک شیوه ی خاصی باشد. ما هنوز این افکار را مورد بررسی قرار نداده ایم، شاید بتوانیم امروز تمرکز بر آنها را شروع کنیم چطور است؟

سارا: خوبه.

درمانگر: میزان علاقه و لذتتان نسبت به چیزهایی که قبل از فوت مارک از آنها لذت می بردید چگونه است؟

سارا: دارم بهتر مي شوم، دوست دارم کارهايي انجام دهم مثلاً بيشتر به آرايشگاه برم، با وجود اين مي ترسم اگر به مدت طولاني زير سشوار قرار بگيرم دچار حملات وحشت زدگي شوم و از ملاقات كردن همسايه ي قديمي لذت مي برم. از خواندن براي چند دقيقه همراه با خوردن چاي و بعد گذاشتن كودكان در مهد كودك لذت برده ام.

درمانگر: حملات وحشت زدگي غير منتظره اغلب چند بار در روز اتفاق مي افتد؟

سارا: در ۲ هفته ي گذشته تنها يك حمله ي بد داشته ام.

درمانگر: فكر مي كنم ديگر از نظر باليني افسرده نيسيد، يعني بيش از نفعي از روزها در اغلب قسمت روز خلق افسرده يا پايين نداريد و از فعاليت هايتان لذت مي بريد اما هنوز برخي از نشانه هاي افسردگي را داريد. در واقع ما مسير درستي را انتخاب كرده ايم اما بايد كمى كارهاي بيشترى روي افسردگي و حملات وحشت زدگي انجام دهيم.

سارا: بله من هم موافقم.

در قطعه ي منتخب بالا درمانگر با توجه به اينكه مراجع ديگر هيچ يك از نشانه هاي افسردگي را نشان نمي دهد و اين وضعيت در تغيير در نمره ي BDI انعكاس يافته است، بهبودي در موقعيت سارا را توضيح داد، اما هنوز روزهايي هستند كه نشانه هاي افسردگي و حملات وحشت زدگي تداوم دارند. علاوه بر اين، DAS به درمانگر مسأله اي را نشان داد كه در نظر نگرفته بود، يعني ديدگاه ثابت مراجع در اين مورد كه براي اينكه خوشحال باشد دنيا بايد چگونه باشد. در قطعه ي منتخب زير درمانگر به مراجع كمك مي كند تا ديدگاه ثابتش در مورد جهان را مجدداً آرزيبايي كند:

درمانگر: به نظر مي رسد با كارهايي كه انجام داده ايد مثل ملاقات همسايه ي قبلتان و كمى مطالعه، خلقتان بهبود يافته است.

سارا: بله

درمانگر: آیا کاملاً لازم است که برای اینکه راضی باشید یک شریک داشته باشید؟

سارا: فکر نکنم، اما خیلی دلم برای مارک تنگ شده است.

درمانگر: تصور می‌کنید در حال حاضر مارک به شما چه می‌گوید؟

سارا (با خنده): احتمالاً چیز احمقانه‌ای مثل این، "من واقعاً بی‌نظیرم"، "باید دلت برایم تنگ شود"، مارک خیلی آدم متواضعی نبود!

درمانگر: مارک به شما پیشنهاد می‌دهد چه کار کنید؟

سارا: "فقط برقص، از چیزها لذت ببر"

درمانگر: آیا این گفته چیزی را تغییر می‌دهد؟

سارا: فکر کنم بله، فقط باید اعتماد کنی که رقص باعث ایجاد آرامش می‌شود.

درمانگر: آیا ارزش آزمایش کردن را دارد؟

سارا: بله

درمانگر: چقدر درست است که باید در یک رابطه باشید؟

سارا: خوب همسایه‌ی قدیمی من شوهرش را خیلی وقت پیش از اینکه او را ببینم از دست داده بود و با این قضیه کنار آمده بود. اما هر فردی متفاوت است.

درمانگر: شاید قسمتی به این دلیل باشد که برخی افراد خیلی برای آن هدفی که به آنها لذت می‌دهند تلاش می‌کنند و برخی دیگر خیر؟

سارا: به نظر می‌رسد مشکل باشد اما تلاش خودم را می‌کنم.

در مبادله‌ی بالا درمانگر به مراجع کمک کرده است تا باور هست‌هایش را در مورد شرایط لازم برای خوشحالی با تغییر تمرکز مرجع قدرت (جدول ۴-۸ را ببینید) از خودش به سمت شوهر متوفی مورد احترامش مجدداً ارزیابی کند. همزمان درمانگر درد فقدان را انکار نمی‌کند. علاوه بر این، درمانگر تلاش نمی‌کند

تا اعتبار رویکردی که همسر متوفی اش پیشنهاد می دهد را به چالش بکشد بلکه به جای آن بر مفید بودن آن، به مراجع پیشنهاد می دهد تا یک آزمایش رفتاری تمرین رقص انجام دهد و نتایج آن را مورد بررسی قرار دهد. قسمتی از درمان شناختی، استفاده ی انعطاف پذیرانه از سوالات جدول ۸-۴ است.

در مرور اسناد سرمایه گذاری مراجع، درمانگر باید هوشیار باشد تا نه تنها فعالیت هایی را مرور کند که احساس لذت به فرد می دهد بلکه به سرمایه گذاری هایی که به فرد احساس پیشرفت می دهد نیز بپردازد. زمانی که منابع سرمایه گذاری خیلی محدود باشند درمانگر باید منابع وسیع تری را جستجو کند:

درمانگر: خیلی خوب است که از دیدن همسایه ی قدیمیتان و خواندن برخی از رمان ها لذت می برید، چطور است این فعالیت ها را گسترش دهید تا فعالیت هایی را در برگیرد که به شما حس پیشرفت هم بدهند؟ سارا: باید کارم را با باغ شروع کنم، همیشه این کار مربوط به مارک بوده است و نمی توانم خودم را در حال حاضر مجبور به این کار کنم. اما می توانم در مورد نجات دادن زندگی به صورت پیشرفته، مربوط به دوره ی آموزشی سه ساله در زمان مرگ همسرم مقداری بخوانم.

درمانگر: ایده ی خوبی به نظر می رسد و شاید کمی باغبانی هم بد نباشد، مثلاً علف هرز در جاهایی که پیاز می روید را بکنید.

سارا: می توانم امتحان کنم، هنوز هم می خواهید که من از جدول MOOD استفاده کنم؟

درمانگر: اوه بله، شگفت زده ام که به طور خودکار تکالیف مربوط به جلسات پیش و همین طور تکلیف جدید را انجام می دهید. همه ی این تکالیف بر یکدیگر استوار هستند. در استفاده از جدول MOOD با افکار تان را به روشی که من افکار تان را در جلسه ی پیش مورد سوال قرار دادم چالش کنید، برای مثال با پرسیدن این سوالات، این فکر چقدر سودمند است؟، آیا من

تنها در این موقعیت اینگونه فکر می‌کنم، اگر مارک بود چه می‌گفت؟
 (در مورد آنچه به خودتان می‌گویید به مرجع قدرت نگاه کنید) و این
 روش تفکر چقدر درست است؟

جلسه ی ششم

رئوس مطالب جلسه ی ششم در جدول ۴-۱۰ آمده است. در حالی که فرمول بندی
 مورد اولیه نقطه ی شروع هدایت درمان است، با پیشرفت درمان معمولاً
 مفروضه های خاموشی که باید هدف درمانی قرار گیرند آشکار می شوند.
 می توان این مفروضه ها را با استفاده از ارزیابی جزئیات کم اهمیت مربوط به عدم
 فعالیت مراجع یا کاهش هایی که در خلق ایجاد می شوند کشف کرد. بنابراین
 فرمول بندی مورد اولیه به سادگی یک مدل کاری است که با کمک داده های
 جدید بهبود می یابند. این نوع بهبود در مبادله ی زیر نشان داده شده است:

درمانگر: چطور فعالیت هایی را که به شما احساس پیشرفت می دادند برنامه ریزی کردید؟
 سارا: اوه، مقداری علف هرز کندم واقعاً باید این کار انجام می شد، به من
 احساس لذت داد.

درمانگر: خوبه، در مورد صرفه جویی در زندگی روزمره چطور؟

سارا (با چشمان پر از اشک): نتوانستم خودم را وادار به انجام آن کنم.

درمانگر: چه چیزی در این مورد ناراحتتان کرده است؟

سارا: فکر نمی‌کنم باید این کار را بکنم.

درمانگر: چرا؟

سارا: اعتمادم از بین رفته است.

درمانگر: چرا؟

سارا: فکر می‌کنم اگر به سردردهای مارک قبل از اتساع عروقی قلبی اش

توجه کرده بودم نمی‌مرد.

درمانگر: آیا کس دیگری هم این را گفته است؟



سارا: نه

درمانگر: چرا ديگران ننگفته اند كه گرفتگي قلب او قابل پيش بيني بوده است؟

سارا: چون اين سردردها ناگهاني و به صورت غير قابل پيش بيني اتفاق نمي افتند.

درمانگر: چند بار تا به حال سردرد داشته ايد و پاراستامول مصرف كرده ايد و خوب شده ايد؟

سارا: خيلي زياد

درمانگر: چطور بايد مي فهميد اين قضيه در مورد مارك درست قبل از اينكه بمرسد متفاوت است؟

سارا: من نمي توانستم ولي احساس مسئوليت و گناه زيادي مي كنم، من مارك و بچه ها را نااميد كردم.

درمانگر: آيا زماني كه نمي توانيد پيامدها را پيش بيني كنيد مي توانيد در واقع احساس گناه داشته باشيد؟

سارا: نه، ولي من اين احساس را دارم، اين احساس من را نابود كرده است.

درمانگر: آيا احساس گناه به اين معني است كه گناهكاريد؟

سارا: نه، اما من هنوز اين را احساس مي كنم.

درمانگر: ممكن است مشكل اين نباشد كه چقدر احساس گناه مي كنيد بلكه اين باشد كه چطور به احساس گناه نگاه مي كنيد، تفكر درباره ي تفكر يا احساسات، كه به آن فراشناخت مي گوييم و ممكن است مشكل داشته باشد. براي مثال ”من بايد به تمام احساساتم به طور جدي توجه كنم“. كاري كه مي توانيد بكنيد اين است كه اين افكار را همانند كارهايي كه با افكار در جدول MOOD انجام مي داديد آزمون كنيد و به فراشناخت هاي عيني تري دست يابيد. براي مثال ”داشتن احساس گناه لزوماً به اين معني نيست كه من گناهكارم و سپس از حرف D مربوط به

اولین افکار جدول MOOD استفاده کنید، تصمیم بگیرید که چه کار کنید، برای مثال به احساسات گناه به عنوان یک سرماخوردگی ذهنی نگاه کنید و پیش بینی کنید که از خودشان مراقبت می کنند.

سارا: برخی روزها در مورد آنها نشخوار فکری می کنم.

درمانگر: خوب می توانید با انجام کاری متفاوت این ایده را آزمون کنید.

سارا: باشه

درمانگر: برای تکلیف خانگی وقتی از MOOD استفاده می کنید هر فراشناخت منفی را هم مورد هدف قرار دهید اما مطمئن شوید که ابزار کارتان را تغییر می دهید، D نشخوار نکنید. سپس به برنامه ریزی فعالیت ادامه دهید.

جدول ۱۰-۴ جلسه ی ششم

۱- ساختار مشابه بالا

۲- هدف قرار دادن مفروضه های خاموش

۳- تحمل ناراحتی ناشی از عمل مخالف با مفروضه های خاموش، به جای حذف باورهای هسته ای نا کارآمد، آنها را مدیریت کنید.

۴- استفاده از MOOD را مرور کنید.

۵- تکلیف دیگر برای افسردگی و هر اختلال همبود دیگر

روش دیگری برای چالش با احساسات گناه سارا می تواند به این صورت دیده شود که این احساسات مثالی از استفاده از سوگیری در پردازش اطلاعات، یعنی شخصی سازی است (جدول ۴-۲). اگر اشتباهی رخ دهد حتماً به دلیل نقص من است، یا دوباره می توان از آن برای تکمیل تمرکز فراشناختی استفاده کرد. به ندرت یک روش برای چالش با افکار افسردگی زا وجود دارد.

جلسات ۷ و ۸

رئوس مطالب جلسه ی هفتم در جدول ۴-۱۱ آمده است.

جدول ۴-۱۱ جلسه ی هفتم

۱- افزايش انتقال مسئوليت پذيري تنظيم دستور جلسه به مراجع

۲- افزايش مسئوليت پذيري تنظيم تکاليف به مراجع

۳- مديريت مفروضه هاي خاموش/ باورهاي هسته اي

جلسات هفتم و هشتم مشابه جلسات قبلی با مرور تکالیف خانگی شروع می شود. با وجود این، آموزش جدید و برنامه ریزی مجدد وجود ندارد و دل مشغولی های مراجع موضوع تمرکز در دستور جلسه می شوند. این کار به این معنی نیست که در این جلسات کانون تمرکزی برای موضوعات وجود ندارد. درمانگر باید آگاه باشد که موضوعات مورد توجه مراجع نه تنها با استفاده از شناخت درمانی بلکه خانواده ی درمان شناختی - رفتاری مثل آموزش خودآموزی (مایکنبام، ۱۹۸۵)، درمان مبتنی بر حل مسأله^۱ (نزو^۲ و همکاران، ۱۹۸۹) و طرحواره درمانی^۳ (یانگ^۴ و همکاران، ۲۰۰۱) مورد توجه قرار گیرد. درمان مبتنی بر حل مسأله، شامل آموزش مدلی از حل مسأله به مراجعان است که این گام ها را در بر می گیرد: جهت گیری نسبت به مشکل، تعریف مشکل، تولید راه حل ها، تصمیم گیری، اجرای راه حل و بازبینی. در درمان مبتنی بر حل مسأله، اگر راه حل انتخاب شده کاربرد نداشته باشد یا تا اندازه ای کاربرد داشته باشد مراجع به منوی راه حل ها برگشته و راه حل دیگری را امتحان می کند. نزو و پری^۵ (۱۹۸۹) نتایج دو تا از آزمایش های کنترل شده ی تصادفی درمان مبتنی بر حل مسأله را برای افسردگی منتشر کردند و دریافتند



- =====
1. problem solving therapy (PST)
 2. Nezu
 3. schema-focused therapy
 4. Young
 5. Perri

که این نوع درمان بر لیست انتظار و فرم خلاصه شده‌ی درمان مبتنی بر حل مسأله که جهت‌گیری بر مشکل را از آن خارج کرده است برتری داشته است. در قطعه‌ی منتخب زیر از چارچوب درمان مبتنی بر حل مسأله استفاده شده است:

سارا: من هنوز نمی‌دانم در مورد شغلم چه کار کنم، فقط می‌خواهم آنها من را بازنشسته کنند اما آنها این کار را نمی‌کنند، آنها برای سال‌هایی که من کار کرده‌ام خیلی ناسپاس هستند.

درمانگر: آیا زمان زیادی را دارید صرف این موضوع می‌کنید؟

سارا: سعی می‌کنم به آن فکر نکنم اما فقط دارم روی آن نشخوار می‌کنم.

درمانگر: من مطمئنم که حق با توست که به آن فکر کنی چون این شغل مشکلاتی برای مراقبت از بچه‌ها و مسائل مالی خودت دارد.

سارا: برای مدتی به آن فکر می‌کنم و دیگه این کار را نمی‌کنم، همیشه این عادت را داشته‌ام که نشانه‌های خطر را نادیده بگیرم.

درمانگر: ما به‌طور قطع می‌دانیم افرادی که در درمان آموزش می‌بینند تا به مشکلات بپردازند (جهت‌گیری نسبت به مشکل) نسبت به آنهایی که از مشکلات فرار می‌کنند بهتر از افسردگی بهبود می‌یابند. اما به‌طور واضح فکر کردن و نگران بودن در مورد مشکل تمام وقت تنها باعث بیماری تو می‌شود، بنابراین ما از افراد می‌خواهیم اقدام عملی برای یک مشکل خاص انجام دهند و مشکلات را حل کنند. نشان داده شده است که این نوع درمان مبتنی بر حل مسأله برای افراد مبتلا به افسردگی خیلی خوب است. فکر می‌کنم اولین گام این است که به مسأله‌ی برگشتن به سر کارت فکر کنی برای مثال، نسبت به مشکل جهت‌گیری داشته باشی و سپس وارد گام‌های دیگری شوی.

سارا: منظورتان این است که به نشانه‌های خطر توجه کنم؟

درمانگر (می‌خندد): توانستید یک‌جوری این رو بیان کنید که من





نتونستم! آخري ن بار ففر مي كردم كه علت اينكه مي خواهيد سر كارتان برگريدي به خاطر پيشرفت و از نظر مالي است اما اين كوركان هستن كه مانع رفتن شما مي شونن، درست است؟
سارا: درست است.

درمانگر: بعد از جهت گيري نسبت به مشكل، گام بعدي تعريف مشكل است، روشن كردن اينكه مشكل دقيقاً چيست، بدون هيچ ابهامي. در حال حاضر مشكل رفتن سر كارتان كمى مبهم است، چون مشكل در واقع اين نيست كه نمي توانيد سر كارتان برگريدي بلكه در واقع مشكل اين است كه تنها مي توانيد ساعاتي سر كارتان برگريدي كه با ساعات مراقبت از كوركان تناسب داشته باشد، درست است؟
سارا: بله، زماني كه كوركان در يك مدرسه ي عادي باشند تنها مي توانم از ساعت ۹ صبح تا ۲ بعد از ظهر كار كنم.

درمانگر: بنابراين كاري كه الان انجام داديد اين بود كه مشكل را بيشتر مورد توجه قرار داديد، بيشتر تعريف كرديد. مرحله ي بعدي، نگاه به روش هاي ديگر است و مي توانيم ليستي از روش هاي مختلف حل مشكل را داشته باشيم.

سارا: مي توانم مجدداً از آنها بپرسم كه آيا مي خواهند من را بازنشسته كننن.
درمانگر: خوبه مي توانيم اين گزينه را به عنوان يك راه حل يادداشت كنيم. چه گزينه هاي ديگري وجود دارد؟

سارا: ففر مي كنم مي توانم براي آنها نامه اي بنويسم مبني بر اينكه من فقط مي توانم زمان هايي كار كنم كه كوركان در مدرسه هستنن.

درمانگر: خوبه، مي توانيم به عنوان گزينه ي دوم اين را يادداشت كنيم. نظرتان در مورد دادن يك كپي از اين نامه به اتحاديه تان و به برخي از فرصت هاي برابر براي فرد در سازمان بهداشت و درمان در صورت امكان چيست؟

سارا: ففر كنم بتوانم اين كار را بكنم.

درمانگر: بنابراین تا اینجا سه گزینه داریم.

سارا: نمی‌تونم به چیز دیگری فکر کنم.

درمانگر: گام بعد از داشتن یک لیست از گزینه‌ها، بررسی فواید و مضرات هر گزینه است. نظرتان در مورد سود و زیان درخواست دوباره برای بازنشستگی چیست؟

سارا: خوبه، ولی به‌طور واقع بینانه فکر نکنم نظرشان را عوض کنند.

درمانگر: خوب یکی از نکات مثبت روش حل مسأله این است که باعث می‌شود در مسیری قرار بگیرید و چیزها را مرتب کنید نه اینکه از یکی بگذرید.

سارا: زمانی که مارک زنده بود تمام مدت این کار را می‌کرد، مارک مسائل را مرتب می‌کرد.

درمانگر: روش حل مسأله به شما کمک می‌کند تا بتوانید از روش او استفاده کنید.

سارا: باشه، به نظر می‌رسد درخواست بازنشستگی مجدد از آنها چندان فایده‌ای نداشته باشد.

درمانگر: نظرتان در مورد گزینه‌ی دوم یعنی نوشتن برای آنها و درخواست ساعات مطابق ساعت مدرسه چیست؟

سارا: می‌توانم امتحان کنم ولی آنها به این گزینه علاقمند نیستند.

درمانگر: از کجا می‌دانید که علاقمند نیستند؟

سارا: فقط می‌دانم.

درمانگر: این تفکر شما شبیه این است که بدون دلایل کافی نتیجه بگیرید (جدول ۴-۲) که در کتاب دیوید برنز خواندید.

سارا: بدون فهمیدن دچار سوگیری‌هایی می‌شوم. فکر می‌کنم درباره‌ی ساعات مدرسه برای آنها نامه بنویسم.

درمانگر: نظرتان در مورد گزینه‌ی سوم چیست، درخواست برای ساعات

مدرسه و در عين حال حمايت قوی سازمان متحد و فرصت های یکسان را داشته باشید؟

سارا: به نظر خوب می رسد اما اگر کودکان در مدرسه مريض و مرخص شدند چه کار باید بکنم؟

درمانگر: خوب ما می توانیم به عنوان مشکل دوم به این نگاه کنیم که می توانیم حل مسأله کنیم. نکته ی مهم این است که نباید مثل گلوله ی پیچیده ای از پشم این مشکلات را با هم قاطی کنیم، تا جایی که می توانید این مشکل را مرتب کنید و سپس سراغ مشکل دیگر بروید. با وجود این باید بدانید با حل یک مسأله، مسأله ی دیگر ایجاد می شود. بنابراین بیا روی مشکل ساعات مدرسه بمانیم و با استفاده از چارچوب مشابه می توانید با مشکلات دیگر در آینده مقابله کنید.

سارا: خوبه، من آخرین گزینه را انتخاب خواهم کرد و از موانع پیش رو عبور خواهم کرد. بین اگر این در طول ۲ هفته از آنها خبری نشود، به منابع انسانی اطلاع می دهم.

در قطعه ی منتخب بالا درمانگر درمان مبتنی بر حل مسأله را با راهبردهای شناختی - رفتاری بر اساس موضوعات نگرانی مراجع که به او فشار می آورند، تلفیق کرده است. علاوه بر این، تکلیف خانگی به جای اینکه از طرف درمانگر پیشنهاد داده شود از طرف مراجع پیشنهاد داده شده است. همچنین درمانگر به صورت نهان مفروضه های خاموش مراجع در این مورد که یا باید به مسائلش فکر کند و نگران باشد یا آنها را رها کند را مورد چالش قرار داده است. به علاوه درمانگر بر اهمیت یک مدل نقش، همسر مرحوم، برای کمک به مراجع تا خودش را به عنوان یک حل کننده ی مشکل سازمان دهد تأکید کرده است. اتمام جلسات ۹ و ۱۰ (تا جلسه ی ۲۰، بسته به پیشرفت مراجع تا به حال). رئوس مطالب آخرین جلسات در جدول ۴-۱۲ آمده است.

جدول ۱۲-۴ آخرین جلسات

- ۱- وضعیت تشخیصی فعلی را چک کنید.
- ۲- روشن کردن مراجع در مورد نکات یادگیری اصلی در درمان.
- ۳- تعیین تشدید کننده های عود و تمرین راهبردهای مقابله ای.
- ۴- مراجعان دستنامه ی بقای خودشان را ایجاد می کنند، برای تغییرات در خلق برنامه ریزی کرده و با استفاده از دستنامه از عودهای کامل جلوگیری می کنند. تکمیل BDI و DAS در پایان

زمانی که در مطالعه ی راش^۱ و همکاران (۱۹۷۷) نشان داده شد که درصد قابل توجهی از مراجعان، ۷۰٪ بعد از ۱۲ هفته با استفاده از برنامه ی درمان شناختی افسردگی کاملاً بهبود یافتند، درمان شناختی مورد پذیرش قرار گرفت. تغییر در وضعیت فعلی، احتمالاً وسیله ی آزمون قابل اطمینانی برای مراجعان است. در جلسه ی یکی مانده به آخر درمانگر باید وضعیت تشخیصی فعلی مراجع را چک کند اما همچنین یافته های به دست آمده را با اجرای مجدد BDI و DAS کامل کند. دیالوگ زیر بعد از اینکه درمانگر وضعیت تشخیصی مراجع را با استفاده از سوالات کتابچه ی درمان شناختی - رفتاری، (ضمیمه ی ت) چک کرده اتفاق افتاده است:

درمانگر: با توجه به سوالاتی که قبلاً ازتان پرسیدم نمی گم که افسردگی بالینی دارید ولی کمی خلق پایین و کمی مشکل خواب را هنوز دارید.

سارا: خیلی احساس بهتری دارم و کودکان کمکی به خواب من نکرده اند!

درمانگر: نمره ی BDI، ۱۴ شده است که نشان دهنده ی بهبودی زیادی نسبت به نمره ی BDI اصلی است که ۲۸ بوده است و با تشخیص من که در حال حاضر دیگر از نظر بالینی افسرده نیستید هماهنگ است.

سارا: آیا بعد از اتمام درمان هم اینگونه خواهیم بود؟

درمانگر: می خواهیم که با نوشتن دستنامه ی بقای خودتان به پیشگیری از عود توجه کنید و می توانید از این دستنامه مانند یک دستگاه آشنشانی که

اولين علائم آتش را هدف قرار مي دهد استفاده كنيد. چون با استفاده از كلمات خودتان اين را مي نويسيد بهتر به ياد آوريد كه چطور از آن استفاده كنيد و اگر به طور منظم از آن استفاده كنيد براي تان مانوس خواهد بود. به عنوان يك راهنما براي نوشتن دستنامه ي بقاء، مي خواهيم به ضميمه ي خ، "بهبودي اما"..... پردازيم (درمانگر يك كپي از ضميمه ي خ را به مراجع مي دهد).

درمانگر: با نگاه به آيتم اول در بهبودي اما ... آيا موقعيت هايي وجود دارند كه در آنها پيش بيني كنيد كه خلق تان پايين مي آيد؟
سارا: مطمئنم كه در روزهاي سالگرد ازدواج و كريسمس حالم بد مي شود اما در آن زمان صدای مارک را مي شنوم كه مرا وادار مي كند كه به شركت در مراسم و بهتر شدن وضعم ادامه بدهم اما اين براي من سخت است فقط مي خواهيم يك بار ديگر مارک را لمس كنم (گريه).
درمانگر: من مطمئنم كه اگر تلاش كنيد و به خاطر احترام به مارک اين كار را بكنيد (شركت در مراسم)، موفق خواهيد شد.

سارا: افرا ديگر مثل همسايه ي قديمي من دارند به زندگي ادامه مي دهند بنابر اين مطمئنم كه مي توانم، نبايد فقط تو لاک خودم بروم.
درمانگر: بنابر اين مي توانيد اينجا براي ماشه چكان ها، سالگردها و كريسمس؛ گزينه ي يك در بهبودي اما را بنويسيد و براي نشانه هاي هشدار دهنده؛ گزينه ي ۳، مي توانيد در لاک خود فرو رفتن را بنويسيد.
سارا: براي گزينه ي چهارم، آنچه كه بهترين کاربرد را دارد مي توانم "استفاده از جدول MOOD" را بگذارم.

درمانگر: روش مفيد ديگر اين است كه به عنوان يادآوري كننده به دستنامه تان هر هفته در زمان مشخصي نگاه كنيد.

سارا: نمي دانم اين كار را مي كنم يا نه، آيا بعد از درمان هم به اندازه ي الان دوست دارم به خودم فكر كنم؟

درمانگر: اگر افراد یک دوره از افسردگی را داشته باشند به احتمال ۵۰٪ شانس داشتن دوره ی دیگر افسردگی را هم دارند، واقع بینانه نگاه کنیم بهتر است افسردگی را بیشتر شبیه بیماری دیابت ببینیم که اگر فرد کارهای خاصی را انجام دهد حالش خوب خواهد بود.

سارا: دوست دارم به خودم به عنوان فردی فکر کنم که درمان شده است.

درمانگر: خوب به طور واقع بینانه واقعیت احتمالاً چیزی بین درمان شدن و خوب نبودن است.

سارا: به نظر می رسد دوباره دارم از تفکر سیاه و سفید استفاده می کنم.

درمانگر: بله ممکن است مفید باشد در آیتم ۲ از بهبودی اما درباره ی سوگیری هایی که به بدترین وجه از آنها استفاده می کنید چیزی بنویسید. **سارا:** می توانم بنویسم "افراطی نباش، خودم را به شکل یک تروریست نبینم".

درمانگر (خنده): برخی مواقع یک تصویر، کار خیلی بهتری از کلمات می کند. می خواهم نگاه مختصر بیشتری به جزئیات داشته باشم که ببینم چه چیزی زیر گزینه ی ۲ قرار می گیرد، شاید مفروضه های خاموش در مقیاس نگرش نا کارآمد که در مورد آن قبلاً توافق شده است را بنویسیم (جدول ۴-۱۳)، چون وقتی روی این افکار نشخوار می کنید احتمال بیشتری وجود دارد که افسرده شوید. یکی از روش های کاهش میزان ناخوشایندی این مفروضه ها، زیر سوال بردن اعتبار، سودمندی و مرجع قدرت آن با استفاده از این مختصات است. زمانی که درمان تمام شد (جدول ۴-۱۳) می توانید از این مختصات استفاده کنید تا بر خلق پاینتان غلبه کنید. **درمانگر:** از آخرین مقیاس نگرش های نا کارآمد متوجه شدم که به شدت قبل به این ایده ها باور ندارید، اما زمانی که کمی خلقتان پایین می آید این باورها بر شما غلبه می کنند. من فکر می کنم بعد از درمان مثل هر فرد دیگر برخی مواقع خلقتان پایین می آید و می توانید به آنها مثل



شعله‌های آتش نگاه کنید، خطر این است که درگیر شدن در این باورها مثل ریختن بنزین بر روی آن است. داشتیم به این فکر می‌کردم که ممکن است این را در دستنامه‌ی بقا بنویسید.

سارا: خوبه

درمانگر: چه چیز دیگری را باید در دستنامه بنویسید؟

سارا: فکر می‌کنم مهم‌ترین چیزی که یاد گرفته‌ام فعال ماندن است، فقط فعال باشم و بگذارم مارک کلماتی را در حاشیه بگویم، او به هنگام زنده بودنش این کار را نکرد شاید در هنگام فوتش بتواند این کار را بکند! درمانگر: خوبه، این چیزی که گفتید می‌تواند به بهترین صورت زیر گزینه‌ی ۴ در بهبودی اما ... قرار بگیرد. دستنامه‌ی بقا تنها یک منبع است و گزینه‌ی ۸ در بهبودی اما ... یادآوری است که بتوانید دامنه‌ی متنوعی از منابع را داشته باشید و ممکن است یادداشتی بنویسید که از کتاب احساس خوب خودیاری برنز استفاده کنید.

سارا: بله، لیست ۱۰ گانه از فرآیند تفکر او خیلی مفید بود.



جدول ۱۳-۴ آزمون مختصات نگرش های نا کارآمد سارا

با استناد به چه مرجعی به این باور اعتقاد دارم؟	چقدر مفید است؟	چقدر واقعیت دارد؟	مختصات نگرش های نا کارآمد سارا
			خطر کردن هر چندان کوچک احمقانه است چون شکست فاجعه است. کمک خواستن نشانه ی ضعف است. اگر نمی توانید کاری را خوب انجام بدهید، بهتر است آن کار را انجام ندهید. اگر بهترین استانداردها را برای خودم تنظیم نکنم، احتمالاً به فرد درجه ی دوم تبدیل می شوم. اگر اشتباه کنم باید ناراحت باشم. اگر افرادی نباشند که به شما تکیه کنند باید ناراحت باشید. نمی توانم بدون سختکوشی خیلی زیاد به اهداف مهمم برسم. اگر خیلی از چیزهای مهم در زندگیم را از دست بدهم نمی توانم خوشحال باشم. کناره گیری از دیگران منجر به ناراحتی می شود.

جلسه ی آخر شامل مرور و بهبودی دستنامه ی بقای مراجع است، بنابراین:

درمانگر: دستنامه به نظر خیلی خوب می رسد، ولی مفید است که چیزی در مورد حل مسأله را هم در آن بگنجانیم.

سارا: من بدون اینکه متوجه شوم درگیر ناراحتی و فکر کردن در مورد یک موضوع می شوم.

درمانگر: شاید نوشتن چیزی مثل این "به چیزهای ناراحت کننده زیاد فکر نکن، فکرت را منظم کن، و در هر زمان به یک مشکل پرداز" مفید باشد.

سارا: به نظر خوب مي رسد.

درمانگر: سپس راهبرد حل مسأله را ياد داشت كنيد (جدول ۴-۱۴).

سارا: اگر اين گام ها را رعايت كنم درگير ذهنم نمي شوم.

درمانگر: خيلي خوب، اين را به دستنامه اضافه كن.

سارا: ممكن است ناچار به پذيرش اين مراحل بشم اگر ساعات كمترى را
براي كار كردن داشته باشم.

درمانگر: اين ايده ي كلي دستنامه است، داشتن مجموعه اي از ابزارها كه
به هنگام وجود مشكلات مي توانيد از آنها استفاده كنيد.

سارا: در مواردى كه همه ي اين راهبردها منجر به شكست شده و مشكل
اصلي مجدداً خودش را نشان دهد چطور!

درمانگر: بله، براي جلوگیری از تبديل شدن آتش به جهنم. نياز داريد
راهبردهايى براي زماني كه حملات وحشت زدگي برمي گردند را به دستنامه ي
بقا اضافه كنيد.

اين جلسات با بحثي در مورد راهبردهايى براي استفاده در موارد عود كامل
اختلال و تأكيد بر اهميت توجه به گزينه ي ۸ در بهبودى اما، پايان مي پذيرد.
زماني كه بنيادها با شكست مواجه مي شوند

جدول ۴-۱۴ گام هاي حل مسأله

- ۱- مشكل اصلي چيست؟ بدون هيچ ابهامي.
- ۲- گزينه ها چه هستند؟
- ۳- فوايد و مضرات هر گزينه چيست؟
- ۴- بهترين و بدترين گزينه چيست؟
- ۵- چطور مي توانم اين گزينه را عملي كنم؟
- ۶- گزينه ي مورد نظر را عملي کرده و در صورت لزوم گزينه ي ديگري را امتحان كنيد.

گرچه درمان شناختي، درمان مؤثري براي افسردگي است مهم است كه درمانگر

در نظر داشته باشد که تنها ۷۰٪ مراجعان به‌طور کلی بهبود می‌یابند (راش، ۱۹۷۷). بنابراین یک مراجع (و همین‌طور آموزگار) نباید به‌طور خودکار فرض کند علت عدم بهبودی مراجع لزوماً بی‌تجربه بودن آنها است. درمانگر باید از خودش به اندازه‌ی مراجع در مقابل شخصی‌سازی محافظت کند (فرض اینکه اگر اتفاق ناخوشایندی افتاده است مسئول این اشتباه خودش است، جدول ۴-۲).

یانگ (۱۹۹۴) بیان کرده است افرادی که کاندیدهای ضعیفی برای درمان شناختی استاندارد هستند ویژگی‌هایی دارند که خلاصه‌ی آن در جدول ۴-۱۵ آمده است. یانگ (۱۹۹۴) رویکرد مبتنی بر طرحواره‌اش را در تلاشی برای جبران نقایص ادراک‌شده‌ی درمان شناختی استاندارد شکل داد. یانگ در ترکیب با بک (یانگ، بک و وینبرگر^۱، ۲۰۰۱) رویکرد مبتنی بر طرحواره، مرحله‌ی دوم درمان شناختی را برای کمک به جلوگیری از عود به وجود آوردند. با وجود این، شواهد کمی در این مورد وجود دارد که آیا رویکرد مبتنی بر طرحواره در ترکیب با درمان شناختی مفید است یا آیا این درمان عود را کاهش می‌دهد. در حال حاضر هیئت داوران در مورد ارزش افزایشی درمان مبتنی بر طرحواره در افسردگی نظری ندارند.

جدول ۱۵-۴ کاندیدهای ضعیف برای درمان شناختی استاندارد (اقتباس از یانگ، ۱۹۹۴)

- ۱- ناتوانی در گزارش احساسات
 - ۲- ناتوانی در افکار خودآیند/ و یا انکار تصاویر
 - ۳- فقدان مشکلات هدفمند خاص
 - ۴- فقدان تعهد به تکالیف خانگی و یادگیری راهبردهای خودکنترلی
 - ۵- ناتوانی در شکل‌گیری رابطه‌ی درمانی سریع با درمانگر
 - ۶- مراجعانی که روابط پویای ضعیف با دیگران را به‌طور معنی‌داری به رابطه‌شان با درمانگر انعکاس می‌دهند.
 - ۷- مراجعانی که اصرار دارند بارها و الگوهای رفتاریشان بخشی از عنصر وجودیشان است و تغییر نیافتنی است.
-



فصل ٥

فصل ۵

حمله‌ی وحشت‌زدگی و ترس از فضاهای باز

درمان‌شناختی - رفتاری درمان مؤثری برای حمله‌ی وحشت‌زدگی است و بیش از ۷۵٪ از مراجعان با این تشخیص، در پایان درمان بهبود می‌یابند (کلارک، ۱۹۹۹). طبق DSM-IV-TR (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰: ۴۳۶) تقریباً ۱۰٪ از مشاوره‌های سلامت روان مختص اختلال حمله‌ی وحشت‌زدگی است و تقریباً یک سوم تا یک پنجم از این افراد، هراس از فضاهای باز را دارند.

نشانه‌ی مهم اختلال حمله‌ی وحشت‌زدگی، حملات وحشت‌زدگی غیرمنتظره‌ی عودکننده است که در چند دقیقه به اوج می‌رسد. این نشانه‌ها منجر به اجتناب از موقعیت‌هایی می‌شوند که در آنها حملات منجر به هراس از فضاهای باز می‌شوند. در موقعیت‌های بالینی بیش از ۹۵٪ افرادی که هراس از فضاهای باز دارند ملاک‌های اختلال حمله‌ی وحشت‌زدگی را هم پر می‌کنند. در DSM-IV-TR (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) باید حداقل ۴ نشانه از ۱۳ نشانه مثل عرق کردن، لرزیدن، ترس از دست دادن کنترل وجود داشته باشد تا فرد تشخیص اختلال وحشت‌زدگی را دریافت کند. مراجعانی که کمتر از ۴ نشانه دارند به‌صورت افرادی توصیف می‌شوند که حملات وحشت‌زدگی با نشانه‌های

محدود دارند. اين احتمال وجود دارد كه پروتكل حمله‌ي وحشت زديكي همچنين براي بسياري از مراجعاني كه حملات وحشت زديكي با نشانه‌هاي محدود را دارند هم كاربرد داشته باشد. به منظور بررسي جزئيات نشانه‌هاي اختلال حمله‌ي وحشت زديكي و هراس از فضاهاي باز مي توان از دفترچه‌ي راهنماي درمان شناختي - رفتاري، (پيوست ت) استفاده كرد.

وجود حملات وحشت زديكي لزوماً به اين معني نيست كه فرد از اختلال حمله‌ي وحشت زديكي رنج مي برد. حملات وحشت زديكي ممكن است در اختلالات ديگري هم وجود داشته باشند، براي مثال فردي كه ترس از سگ دارد ممكن است در مواجهه با حيوان ترسناك دچار حمله‌ي وحشت زديكي شود، ولي اين حملات غير منتظره نيستند بلكه مبتني بر موقعيت هستند و فرد تشخيص حمله‌ي وحشت زديكي نخواهد گرفت. به طور مشابه اگر حمله‌ي وحشت زديكي در موقعيت‌هايي اتفاق بيفتند كه فرد زير موشكافي و تحت بررسي شدن توسط ديگران باشد به جاي تشخيص اختلال حمله‌ي وحشت زديكي بايد تشخيص فوبي اجتماعي داد.

« اختلال حمله‌ي وحشت زديكي و اختلالات ديگر

اختلال‌ي كه بيشترين رابطه را با اختلال حمله‌ي وحشت زديكي دارد افسردگي است، در مطالعه‌ي زيمرمن و همكاران (۲۰۰۸) در مراجعاني كه از افسردگي رنج مي بردند % ۳۸/۵ اختلال وحشت زديكي و % ۴۲/۴ اختلال حمله‌ي وحشت زديكي همراه با هراس از فضاهاي باز وجود داشت. رايج ترين اختلالات همبود بعدی در افراد مبتلا به اختلال حمله‌ي وحشت زديكي، هراس اجتماعي و اختلال اضطراب فراگير هستند.

سوال اساسي براي متخصصان باليني كه اختلال حمله‌ي وحشت زديكي را درمان مي كنند اين است: آيا اين همبودي تفاوتی ايجاد مي كند؟ در حالي كه به طور كلي همبودي بر نتايج درمان اثر مي گذارد، مطالعاتي كه اين مسأله را در مورد اختلال حمله‌ي وحشت زديكي مورد آزمون قرار داده اند اثر كم يا هيچ

اثر معناداری را نشان نداده‌اند.

با وجود این، ارزیابی دقیق‌تر مطالعات در مورد اختلال حمله‌ی وحشت‌زدگی نشان می‌دهند که این مطالعات برای یافتن اثر اختلالات همبود قدرت خیلی پایینی دارند. مطالعات مربوط به اختلال حمله‌ی وحشت‌زدگی در کلینیک‌های اختصاصی اختلال اضطرابی انجام گرفته‌اند که به نظر می‌رسد مراجعان با سطح همبودی بسیار پایینی را در بر می‌گیرند. برای مثال، در مطالعه‌ای که به وسیله‌ی کمپمن^۱ و همکاران (۲۰۰۸) انجام شد تنها ۶/۸٪ از مراجعان با تشخیص اختلال حمله‌ی وحشت‌زدگی افسردگی هم داشتند در مقایسه با آن در مطالعه‌ی زیمرمن و همکاران (۲۰۰۸) که در مراکز غیر تخصصی انجام شده بود این نسبت تقریباً ۴۰٪ بود. با توجه به اینکه در مطالعه‌ی کمپمن و همکاران (۲۰۰۸) تنها ۱۱ مراجع (جمعیت کلی ۱۶۱ نفر) وجود داشتند که از افسردگی رنج می‌بردند تعجب‌آور نیست که قادر نبودند که هیچ اثری از همبودی را پیدا کنند. از منظر یک متخصص حرفه‌ای احتمالاً ایمن‌ترین روش این است که نه تنها اختلال حمله‌ی وحشت‌زدگی به تنهایی بلکه اختلالات همبود را هم باید درمان کرد، به‌طور خاص همان‌طور که زیمرمن و ماتیا (۲۰۰۰) دریافتند مراجعان می‌خواهند اختلالات همبود هم درمان شوند.

« مدل کلارک در مورد اختلال حمله‌ی وحشت‌زدگی

مدل اصلی اختلال حمله‌ی وحشت‌زدگی توسط کلارک (۱۹۸۶) ایجاد شد و او بیان کرد که سوء تعبیرهای فاجعه‌آمیز از حس‌های بدنی، مثلاً تعبیر کردن تنگی نفس به‌عنوان نشانه‌ای از حمله‌ی قلبی قریب‌الوقوع نقش اساسی در شکل‌گیری حملات وحشت‌زدگی دارد. بعداً سالکوسکیس^۲ و همکاران (۱۹۹۶) ایده‌ی رفتارهای ایمنی را مطرح کردند تا توضیح دهند چرا مراجعان مبتلا به حمله‌ی

1. Kampman

2. Salkovskis

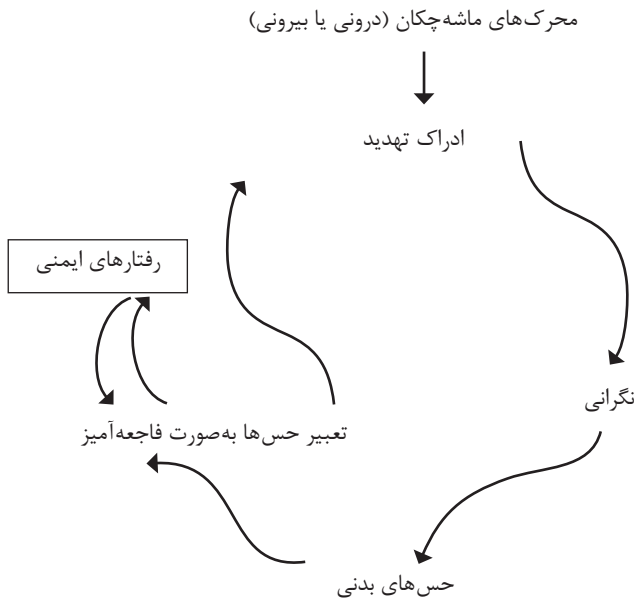
وحشت زدگی نمی توانند از تجارب مکررشان یاد بگیرند که حملات وحشت زدگی نتایج مستقیمی ندارند. برای مثال رفتاری مثل در دست گرفتن چیزی در دوران حملات وحشت زدگی ممکن است مانع از عدم تأیید این باور شود که حمله‌ی وحشت زدگی پیامد فاجعه آمیزی ندارد، چون فرد ممکن است فکر کند "تنها به این دلیل امنیت داشتم که چیزی در دست گرفته بودم...". در شکل ۱-۵، مدل کلارک و مدل پالایش یافته‌ی سالکوسکیس خلاصه شده است. با حرکت در جهت عقربه‌های ساعت، شکل ۱-۵ نشان می‌دهد زمانی که محرک‌های درونی (برای مثال افزایش ضربان قلب) یا بیرونی (برای مثال صف سوپرمارکت) به وسیله‌ی دیگران به صورت خطرناک درک می‌شوند، نگرانی یا ترس اتفاق می‌افتند که به دنبال آن به صورت حس‌های بدنی (مثل تهوع، عرق کردن و ...) نشان داده می‌شوند. اگر این حس‌ها به صورت فاجعه آمیز تعبیر شوند (برای مثال نشانه‌ی از حال رفتن قریب الوقوع)، درک تهدید افزایش می‌یابد و منجر به یک چرخه‌ی معیوب می‌شود. علاوه بر این، چرخه‌ی معیوب به وسیله‌ی رفتارهای ایمنی تقویت می‌شود (برای مثال رفتن به توالت تا زمانی که صف سوپرمارکت تمام شود) که مانع از یادگیری (برای مثال، اینکه در صف ایستادن هیچ تهدیدی ندارد و اینکه در واقع از حال نخواهند رفت) این باور می‌شود که افکار فاجعه آمیز هیچ اساسی ندارند. بنابراین رفتارهای ایمنی منجر به ایجاد چرخه‌ی مجدد تعبیرهای فاجعه آمیز می‌شوند.

برخی از حملات وحشت زدگی بدون هیچ آگاهی واضحی اتفاق می‌افتند، برای مثال زمانی که فرد ممکن است خوابیده باشد، بنابراین طبق مدل کلارک ادراک تهدید و سوءتعبیرها می‌توانند در سطح ناهشیار هم اتفاق بیفتند. این نکته با مدل‌های عصبی-زیستی از حمله‌ی وحشت زدگی همسان است که نشان می‌دهند آمیگدال و سیستم هشدار مغزی، می‌تواند اطلاعات را در سطح ناهشیاری پردازش کند؛ طوری که برای مثال ممکن است فرد احساس تهدید کند اما نداند

که تهدید در مورد چه بوده است (لیداکس^۱، ۱۹۹۸). تحریک الکتریکی آمیگدال می‌تواند حس‌های شبیه به حمله‌ی وحشت‌زدگی ایجاد کند.

یک دهه پیش، بارلو و کرنی^۲ (۱۹۸۸) حملات وحشت‌زدگی را به صورت "هشدارهای کاذب" در نظر می‌گرفتند که به وسیله‌ی بدن در پاسخ به یک علامت یا نشانه‌ای که مراجع یاد گرفته است با خطر یا تهدید مرتبط کند منتشر می‌شوند. در هر دوی مدل‌های بارلو و کلارک، ترس از اضطراب یعنی حساسیت به اضطراب به‌عنوان یک عامل آسیب‌پذیر برای اختلال حمله‌ی وحشت‌زدگی در نظر گرفته می‌شود. رویکرد درمانی دیوید بارلو و همکارانش تمرکز بر افزایش تحمل نشانه‌های حمله‌ی وحشت‌زدگی به وسیله‌ی القای مواجهه‌ی احشایی به آنها است. به نظر می‌رسد که هر دوی رویکردهای بارلو و کلارک با کاهش حساسیت به اضطراب عمل می‌کنند ولی این کار را به شیوه‌های مختلفی انجام می‌دهند. رویکرد درمانی که در این فصل توصیف شده است هر دو مدل کلارک (۱۹۸۶) و نسخه‌ی تجدید نظر شده‌ی پروتکل اصلی بارلو که به آن درمان کنترل حمله‌ی وحشت‌زدگی می‌گویند را تلفیق می‌کند (کرسک، بارلو و میدوز^۳، ۲۰۰۰).

1. LeDoux
2. Cerny
3. Meadows



شکل ۱-۵. مدل شناختی اختلال حمله‌ی وحشت‌زدگی

« فرمول بندی مورد

همان‌طور که در فصل قبلی مطرح شد فرمول بندی مورد شناختی - رفتاری، مثال خاصی از مدل شناختی یک اختلال است. اولین گام در فرمول بندی مورد این است که تعیین کنیم مراجع مورد نظر چه اختلال یا اختلالاتی را دارد. گام‌های بعدی شامل اختصاصی کردن عوامل تشدیدکننده‌ی اختلال، عوامل زمینه‌ساز یا آسیب‌پذیر اختلال، تعیین عوامل تداوم‌بخش اختلال و در نهایت تعیین عوامل حمایت‌کننده‌ی بالقوه است. در فصل قبلی فرمول بندی مورد برای سارا انجام شد اما تمرکز آن بر افسردگی‌اش بود. در این فصل بر فرمول بندی اختلال حمله‌ی وحشت‌زدگی در مورد سارا تأکید می‌شود.

۱- تشخیص. سارا ۱۲ ماه بعد از اینکه همسرش به‌صورت غیرمنتظره به دلیل

اتساع عروقی فوت شد، نشانه‌هایش مجدداً ظاهر شدند. سارا ابتدا با استفاده از غربال سلامت روانی در ۷ دقیقه ارزیابی شد که نشان می‌داد هر دو اختلال افسردگی و اختلال حمله‌ی وحشت‌زدگی مشکلاتی هستند که نیاز به توجه دارند. به دنبال بررسی جزئیات هر یک نشانه‌هایی که مجموعه ملاک‌های اختلال حمله‌ی وحشت‌زدگی را تشکیل می‌دهد با استفاده از کتابچه‌ی درمان‌شناختی - رفتاری (پیوست ت) و مرور یادداشت‌ها، سارا تشخیص اختلال افسردگی و اختلال حمله‌ی وحشت‌زدگی همراه با اجتناب‌گذر هراسی به میزان کم را دریافت کرد. او از رفتن به مرکز شهر و جاهای شلوغ اجتناب می‌کرد، برای مثال در جراحی پزشکی‌اش تا زمانی که مسئول پذیرش به او اطلاع نمی‌داد که زمان ملاقات رسیده است بیرون جمعیت می‌ایستاد. سارا تقریباً ۲ ماه بعد از اینکه همسرش فوت شد حملات وحشت‌زدگی ناخواسته را تجربه کرد و در زمان ارزیابی این حملات به‌طور معمول سه بار در هفته وجود داشت. در آغاز، نمره‌ی سارا در پرسشنامه‌ی افسردگی بک (بک و همکاران، ۱۹۹۳) و پرسشنامه‌ی ۲۱‌آیتمی که شدت هر یک از نشانه‌ها را روی یک مقیاس ۰ تا ۳ درجه‌ای نشان می‌داد ۴۰ بود، به‌طور خاص ترس از دست دادن کنترل و بدترین اتفاق ممکن، سارا را آزار می‌داد.

۲- عوامل تشدیدکننده. سارا از زمان مرگ همسرش به شغل پرستاری برنگشته بود و مشغول مراقبت از دو کودک پیش‌دبستانی‌اش شده بود. عامل تشدیدکننده برای هر دو اختلال افسردگی و اختلال حمله‌ی وحشت‌زدگی مرگ همسر بود.

۳- آسیب‌پذیری. سارا این باور را داشت که همیشه باید قوی باشد و بدون جنگیدن نمی‌توانست بعد از سه جنین مرده به زندگی ادامه دهد. علاوه بر این سارا باور داشت که قوی بودن برای کارش به‌عنوان یک پرستار ضروری است (چه کسی یک فرد ضعیف را به‌عنوان پرستار می‌خواهد؟). به همین دلیل از هر تجربه‌ی ترس می‌ترسید، یعنی حساسیت به اضطراب (عامل آسیب‌پذیر اختلال حمله‌ی وحشت‌زدگی) بالایی داشت. در فصل قبلی توضیح داده شد که سارا

يکي از عوامل آسيب پذير افسردگي يعني يک هدف بيش برآورد شده، زندگي خانوادگي طبيعي، را داشته است.

۴- عوامل تداوم بخش. تشخيص اختلال حمله ي وحشت زدگي با پيشينه ي اهميت کامل کردن پرسشنامه ي شناخت هاي پيشينه ي (چمبلس و همکاران، ۱۹۸۴) توسط سارا را برجسته کرد و نشان مي داد که سارا معمولاً اين گونه فکر مي کرد: حتماً تومور مغزي دارم، قادر نخواهم بود خودم را کنترل کنم، خواهم مرد، از ترس فلج خواهم شد. بنابراین افسردگي قبل از اختلال حمله ي وحشت زدگي خواهد آمد و اين اختلال منجر به تداوم افسردگي خواهد شد.

۵- عوامل حمايت کننده. پيشينه ي سارا نشان مي دهد که فرد بسيار انعطاف پذيري بوده است و آماده بوده است تا ناراحتي را براي رسيدن به اهداف تحمل کند. اين عامل به يادگيري اش کمک کرد تا حس هاي فيزيکي ناراحت کننده اختلال حمله ي وحشت زدگي را تحمل کند.

« **سنخاو اختلال وحشت زدگي و گذر هراسي**»

ستناو اختلال حمله ي وحشت زدگي و پيشينه در جدول ۵-۱ به درمانگر کمک مي کند تا از درمان مؤثر درمانجوي مبتلا به اختلال حمله ي وحشت زدگي منحرف نشود و زماني که از مسير منحرف شد او را هدايت کند. از دست دادن مسير در جلسه ي درمان يا قبل از جلسه ي درمان معمول است، اگرچه با تجربه ميزان آن کمتر مي شود و مفيد است که در آن زمان ها يک مرجع داشته باشيم. اما همان طور که فصل قبل مورد تأکيد قرار گرفت ستناو يک وسيله ي کمکي است و معني اش اين نيست که جايگزين راهنماي جلسه به جلسه اي که بعدا در مورد آن صحبت مي شود باشد. سارا اولين حملات وحشت زدگي اش را ۲ ماه بعد از اينکه همسرش فوت شد تجربه کرد. سارا نتوانسته بود ماشه چکان واضحي براي حمله ي وحشت زدگي پيدا کند، او در خانه بود و از پنجره به باغش نگاه مي کرد تا زماني که ناگهان احساس گرما کرد، در طول چند دقيقه از ضربان قلبش آگاه

شد، احساس کرد دارد غش می‌کند و می‌میرد و یک جایی نشست. با وجود اینکه حمله‌ی وحشت‌زدگی چند دقیقه بیشتر طول نکشید سارا آنقدر احساس نگرانی و گیجی می‌کرد که بچه‌هایش را خیلی زود از پیش دبستانی برداشت. با وجود این، سارا خودش را به دلیل تحمیل این انتظار طولانی خود خواسته سرزنش کرد. اما زمانی که کودکان را از مهد کودک برداشت احساس خیلی راحتی کرد.

جدول ۱-۵ ستناو اختلال حمله‌ی وحشت‌زدگی و گذرهراسی

اهداف درمانی	راهبردهای درمانی
۱- فاجعه‌آمیز کردن حس‌های بدنی	طبیعی جلوه دادن حس‌های بدنی
۲- حساسیت به اضطراب	القای نشانه‌های وحشت‌زدگی
۳- اجتناب از موقعیت‌های ترسناک	مواجه‌هی تدریجی با موقعیت‌های ترسناک
۴- راهبردهای ایمنی	کاهش تدریجی راهبردهای ایمنی
۵- عدم تحمل ناراحتی	تعهد به اهداف، چالش با شناخت‌های فاجعه‌آمیز
۶- وابستگی	عمل تدریجی به صورت مستقلانه
۷- پیشگیری از عود	ایجاد دستنامه‌ی خودیاری شخصی، استفاده از نکات اساسی درمان و یادداشت در کتاب‌های خودیاری و مطالب کمکی کامپیوتر

در راه برگشت به خانه به این فکر می‌کرد که چقدر این کارش که می‌خواست به وسیله‌ی کودکانش احساس ایمنی کند احمقانه بوده است، چون اگر اتفاقی می‌افتاد در واقع بچه‌ها به جای اینکه کمک کنند یک بار مسئولیت اضافی بودند. آن شب زمانی که سارا کودکان را در رختخواب گذاشت حمله‌ی وحشت‌زدگی دیگری را تجربه کرد. سارا به این فکر می‌کرد که آیا مشکل فیزیکی دارد و در عین حال آگاه بود که همسرش قبل از مرگش علائم واضحی نشان نداده بود. سارا قرار ملاقاتی را با پزشکش گذاشت و فشارخونش را گرفت، فشار خون کمی افزایش یافته بود و نظر پزشکش این بود که این علامت در واکنش به استرس بوده است. سارا هنوز متقاعد نشده بود، چون به هنگام رخ دادن حمله‌ی

وحشت زدگی به طور خاصی استرس نداشته است. سارا همچنان به طور میانگین هر هفته سه حمله ی وحشت زدگی داشت. به منظور احتیاط، از مغازه های شلوغ و مرکز شهر اجتناب می کرد.

با استفاده از ستناو (جدول ۵-۱)، اولین تکلیف درمانگر کمک به سارا بود تا نشانه هایش را عادی و معمولی جلوه دهد. برای رسیدن به این هدف درمانگر به سارا پیشنهاد داد که فصل ۳ و ۴ از کتاب خودیاری تسلط بر اضطراب و حمله ی وحشت زدگی بارلو و کرسک (۲۰۰۷) را بخواند و برنامه ریزی کرد تا در جلسه ی درمان بعدی این فصول را با او مرور کند. در این جلسات، درمانگر از چالش نفس نفس زدن استفاده کرد، از سارا خواست که بایستد، سپس تند و عمیق نفس بزند و تا جایی که می تواند نشانه های حمله ی وحشت زدگی را ایجاد کند. سپس درمانگر از سارا پرسید اگر او می تواند این نشانه ها را داشته باشد آیا مشکل جدی در هنگام بروز این نشانه ها به وجود می آید؟ با استفاده از ستناو (جدول ۵-۱) درمانگر سپس به سارا نشان داد بیشتر از اینکه از راهبرد نزدیکی استفاده کند از راهبرد اجتناب استفاده کرده است و به او کمک کرد که از راهبرد نزدیکی استفاده کند.

هنگامی که سارا اعتراض کرد، همیشه باید مطمئن باشد که به اندازه ی کافی زمان دارد که بچه ها را از مهد کودک بیاورد و بنابراین از رفتن به مرکز شهر اجتناب کند درمانگر احساس کرد در جلسه ی درمان گیر کرده است. با یک نگاه اجمالی به ستناو، درمانگر متوجه شد که این رفتار سارا یک رفتار ایمنی بوده است و با بررسی بیشتر متوجه شدند که سارا قبل از شروع حملات وحشت زدگی اش این ترس را نداشته است. سارا یک دفترچه ی یادداشت در مورد حملات وحشت زدگی و افکار مرتبط با آن را کامل کرد و اینها مربوط به زمان هایی بود که نسبت به موقعیت ها متوجه شد در طول این ها به شدت باور داشته است که در مغزش اشکالی وجود دارد اما به دور از موقعیت هایی که اطمینان کمتری داشت.

در حالی که درمانگر خوشحال بود که سارا در جلسه‌ی درمان می‌تواند این را بپذیرد که احتمال ندارد در مغزش مشکلی به وجود آمده باشد، این پذیرش به میزانی نیست که در زمان حملات وحشت زدگی هم وجود داشته باشد. اما با نگاه به ستناو (جدول ۵-۱)، درمانگر به این نتیجه رسید که شاید ارزشمند باشد که در جلسات درمان با القای حملات وحشت زدگی با عدم تحمل ناراحتی‌اش چالش کند و هم زمان از سارا خواسته شود تا چیزهایی که در موقعیت‌هایی که حالش بهتر بوده است به خودش می‌گفته است را درونی کند. در نتیجه سارا به حس‌هایش برچسپ حس و نه حمله‌ی وحشت زدگی زد. با وجود این، سارا احساس می‌کرد تنها می‌تواند این کار را در جلسه‌ی درمان انجام دهد چون درمانگر "مانع وقوع یک اتفاق بد می‌شود". ستناو، جدول ۵-۱ به درمانگر یادآوری کرد که سارا نیاز دارد تا القای حملات وحشت زدگی در خانه را به صورت مستقل تمرین کند تا به این باور برسد که به تنهایی نیز می‌تواند با حملاتش مقابله کند، در واقع این تنها راهی بود که از طریق آن حس خود کفایی‌اش افزایش می‌یافت.

ستناو تنها یک راهنما است و در زیر راهنمای جلسه به جلسه‌ی درمان با جزئیات آمده است.

« برنامه‌ی جلسه به جلسه

راهنمادهایی که در جلسه‌ی اول دنبال می‌شود در فصل ۳ توضیح داده شد، در اینجا پروتکل جلسه به جلسه برای اختلال حمله‌ی وحشت زدگی با پیشینه از جلسه‌ی ۲ به بعد آمده است. این برنامه بر اساس کار کلارک و همکاران (۱۹۹۹)، ولز (۱۹۹۷)، لیدوکس (۱۹۹۸) و کرسک و همکاران (۲۰۰۰) تدوین شده است.

جلسه‌ی دوم

در جدول ۲-۵ رئوس مطالب جلسه‌ی دوم آورده شده است.

جدول ۲-۵ جلسه ی دوم

- ۱- بررسی اثر جلسه ی اول
- ۲- مرور واکنش های مراجع در مورد مطالعه ی فصول ۳ و ۴ از کتاب "تسلط یافتن بر اضطراب و حمله ی وحشت زدگی"
- ۳- بحث در مورد مشکلات و موفقیت های جلسه ی پیش
- ۴- توصیف نورویولوژی هشدار کاذب
- ۵- استفاده از حمله ی وحشت زدگی اخیر برای تشریح نقش بیولوژی، تفکر فاجعه آمیز و رفتارهای ایمنی در تداوم حملات وحشت زدگی
- ۶- توضیح یادداشت های حملات وحشت زدگی
- ۷- بررسی واکنش مراجع به جلسه ی فعلی
- ۸- تنظیم تکلیف درماني شامل در نظر گرفتن هر اختلال همبود

سارا گفت در جلسه ی اول فهمیده است و مجدداً اطمینان یافته است که برای هر دو افسردگی و اختلال حمله ی وحشت زدگی روش هایی وجود دارد. همچنین سارا گفت نکته ای در فصل ۴ کتاب بارلو و کراسک (۲۰۰۷) درباره ی اینکه حمله ی وحشت زدگی هیچ صدمه ی فیزیکی ندارد او را دلگرم کرده است. علیرغم اطمینان دادن های مجدد پزشکش و تبادل نظر زیر که در جلسه ی دوم اتفاق افتاد سارا هنوز فکر می کند ممکن است از نظر فیزیکی مشکلی داشته باشد:

سارا: هنوز ممکن است از نظر فیزیکی مشکلی وجود داشته باشد، درسته؟

درمانگر: فکر می کنید چقدر از این تفکر تو به دلیل مرگ مارک باشد؟

سارا: مطمئنم که خیلی به این مرتبط است، اما پارانوئید بودن به این معنی نیست که مشکل فیزیکی وجود ندارد!

درمانگر (خنده): این طرز تفکر مانع از این می شود که مشکلی در بدن و یا در ذهن وجود دارد. به نظر می رسد از جلسه ی پیش تا الان هنگامی که حمله ی وحشت زدگی را در بدنتان تجربه می کردید سعی کرده اید خودتان را متقاعد کنید که تمام حملات وحشت زدگی روانی است و به

این ترتیب خودتان را تحت فشار قرار داده‌اید.

سارا: می‌دانم، منظورم همین است.

درمانگر: می‌دانیم که در تمام واکنش‌های ترس، سیستم هشدار مغز،

یعنی آمیگدال درگیر است.

اگر استرس‌های زیادی داشته‌اید، سیستم هشدار بیش از حد حساس می‌شود. مثل این است که سیستم هشدار به جای اینکه در یک مکان امن باشد در یک منطقه‌ی جنگی تنظیم شده است. سیستم هشدار/ آمیگدال شما می‌تواند به سادگی خاموش شود. این سیستم هشدار توسط رویدادهای محیطی مثل بودن در جاهای شلوغ یا زمانی که یک حس نامعمول وجود دارد، مثل تنگی نفس بعد از دویدن در پله‌ها روشن می‌شود. آمیگدال به‌صورت هشدار و ناهشیار، زمانی که خوابید و زمانی که بیدارید عمل می‌کند، بنابراین گاهی اوقات سیستم هشدار حساس شما روشن می‌شود و معلوم نیست چه عاملی باعث آن شده است. اما وجود یک "سیستم هشدار نسبتاً خطرناک" هیچ آسیبی به وجود نمی‌آورد.

سارا: به نظر منطقی می‌رسد، فقط می‌دانستم بدنم درگیر است.

درمانگر: روانشناسی به‌صورت جملاتی که به هنگامی که این تجارب

حسی را دارید به خودتان می‌گویید خودش را نشان می‌دهد. زمانی این

حس‌ها به یک حمله‌ی وحشت زدگی واقعی تبدیل می‌شوند که آنها

را به‌صورت فاجعه‌آمیز تفسیر می‌کنید و به آن برچسب "خطر"، "بمب

منفجر نشده" می‌زنید. مثل این است که در یک ایستگاه راه آهن باشید و

متوجه یک کیف بدون مراقب باشید و با آن مشکلی ندارید تا اینکه فرد

دیگری می‌گوید، ممکن است این یک بمب تروریستی باشد؟

سارا: مثل زمانی که به خودم می‌گویم تومور مغزی گرفته‌ام.

درمانگر: با نگاه به پرسشنامه‌ی شناخت‌های پیشینه متوجه شدم که

اغلب این فکر را داشته‌اید. در حال حاضر بر اساس یک مقیاس ۰ تا ۱۰۰،

اگر ۱۰۰ باور کامل باشد، چقدر به این فکر معتقدید؟

سارا: تقریباً ۴۰٪

درمانگر: و زمانی که حمله‌ی وحشت زدگی دارید چقدر به آن اعتقاد دارید؟

سارا: تقریباً ۸۰٪

درمانگر: نظرتان در این مورد چیست که یک روز ۴۰٪ معتقد باشید یک فرد موهای قرمز دارد و روز دیگر ۸۰٪ به این باور اعتقاد داشته باشید؟ سارا: احتمالاً چشم‌هایم دچار مشکل هستند.

درمانگر: درمان حمله‌ی وحشت زدگی بر اساس این باور قرار دارد که در چگونگی متمرکز کردن دوربین به حس‌های بدنیتان مشکلی وجود دارد. در واقع دارید بدنیتان را برای نشانه‌های بدنی غیر معمول واری می‌کنید، انتزاع انتخابی.

در این قطعه‌ی منتخب، درمانگر عناصر اصلی روانشناسی و بیولوژی حملات وحشت زدگی را برای مراجع توضیح داده است و توجه را به نقش انتزاع انتخابی در تداوم نشانه‌های وحشت زدگی معطوف کرده است. درمانگر شروع می‌کند به توضیح اینکه گذرهراسی اساساً تلاشی برای اجتناب از موقعیت‌هایی است که در آنها ممکن است حملات وحشت زدگی اتفاق بیفتند:

سارا: من تقریباً هر روز از جلسه‌ی پیش حمله‌ی وحشت زدگی داشته‌ام.

درمانگر: آیا این حملات مانع انجام کارهایتان هم شده‌اند؟

سارا: بله، من واقعاً نیاز داشتم که شنبه به خرید بروم، نان، شیر و سیب‌زمینی نداشتم اما تا یکشنبه که سوپرمارکت کمتر شلوغ بود منتظر ماندم.

درمانگر: حملات وحشت زدگی منجر می‌شوند تا افراد برچسپ خطر را به تمام انواع موقعیت‌ها بزنند. بنابراین زندگیشان محدود می‌شود که

این محدودیت گذرهراسی نام دارد. در حال حاضر حداقل به سوپرمارکت می‌روید (اگرچه از روزها و صف‌های شلوغ اجتناب می‌کنید) و گذرهراسی به صورت خفیف وجود دارد. هر چه فرد بیشتر از برجسب‌های خطر استفاده کند گذرهراسی فرد شدیدتر و بیشتر می‌شود.

در حالی که در جلسه‌ی دوم باید بر مشکلات مراجع تأکید شود، لازم است که خود کفایی (یعنی باور به تواناییشان در اینکه می‌توانند کارها را انجام دهند و تفاوتی ایجاد کنند) آنها افزایش یابد. بدون وجود یک حس خود کفایی خوب، درمان‌جو جرأت نمی‌کند به موقعیت‌هایی که قبلاً از آن اجتناب می‌کرده است نزدیک شود. بنابراین مهم است موفقیت‌هایی که مراجع به دست می‌آورد، مثل خواندن مطالب خودیاری مورد تشویق قرار گرفته و مرور شوند.

در مراحل اولیه‌ی درمان، درمان‌جویان اغلب در مورد فراوانی حملات وحشت‌زدگی‌شان ابهام دارند. گزارششان از حملات وحشت‌زدگی ممکن است تا اندازه‌ای انعکاسی از خلق افسرده‌شان باشد تا فراوانی واقعی حملات وحشت‌زدگی. علاوه بر این، ممکن است از سوگیری‌هایی در پردازش اطلاعات که در فصل قبلی در رابطه با افسردگی در مورد آن صحبت شد استفاده کنند برای مثال حملات وحشت‌زدگی که دارند را بیش از حد تعمیم دهند. در تبادل نظر زیر، درمان‌گر جزئیات بیشتری در مورد حملات وحشت‌زدگی را جستجو می‌کند تا به طور واضح به وسیله‌ی معرفی یادداشت حمله‌ی وحشت‌زدگی، با دیدگاه دوقطبی مراجع چالش کند (جدول ۵-۳).

درمان‌گر: داشتید می‌گفتید که تقریباً هر روز از جلسه‌ی پیش حمله‌ی وحشت‌زدگی داشته‌اید درست است؟

سارا: بله

درمان‌گر: آخرین حمله‌ی وحشت‌زدگی بدی که داشتید کی بود؟

سارا: همه‌ی آنها بد بوده‌اند.

درمانگر: کدام یک از آنها بدتر از بقیه بوده است؟

سارا: بله، زمانی که برنامه‌ریزی کرده بودم تا شنبه صبح به سوپرمارکت بروم.

درمانگر: چه چیزی در مورد آن خیلی بد بود؟

سارا: فکر می‌کردم دارم غش می‌کنم.

درمانگر: غش کردید؟

سارا: نه، فقط یک جا نشستم.

درمانگر: کاری که دوست دارم انجام دهیم برگرداندن مجدد آهسته‌ی عمل حمله‌ی وحشت‌زدگی و نوشتن جزئیات آن در دفترچه‌ی یادداشت حمله‌ی وحشت‌زدگی است (جدول ۵-۳). (یادداشت خالی که در پیوست ج آمده است به سارا داده شد).

سارا: با نگاه به دفترچه‌ی یادداشت، بدترین حمله‌ی وحشت‌زدگی شنبه تقریباً ساعت ۸ بوده است، اما یک حمله‌ی وحشت‌زدگی هم یک شب قبل از اینکه بچه‌ها را به رختخواب ببرم داشته‌ام.

درمانگر: بنابراین اگر بخواهید حمله‌ی وحشت‌زدگی شب جمعه را نمره‌گذاری کنید چقدر بد بوده است؟

سارا: به اندازه‌ی اولی بد نبوده است، به آن نمره‌ی ۷ خواهم داد.

درمانگر: داشتید می‌گفتید تقریباً هر روز حمله‌ی وحشت‌زدگی داشتید.

سارا: تنها حمله‌ی وحشت‌زدگی دیگری که به فکرم می‌رسد زمانی بود که از پشت پنجره به منظره‌ی باغ نگاه می‌کردم.

درمانگر: خوب می‌توانیم برای عدد ۳ این را بنویسیم. این حمله چقدر بد بود؟

سارا: احتمالاً ۶.

درمانگر: بنابراین چه مدت طول کشید تا حمله‌ی وحشت‌زدگی به بدترین میزانش برسد؟

سارا: اوه، من فقط احساس می‌کردم که کارهای زیادی است که باید انجام دهم و هر چه زمان می‌گذشت بیشتر عصبی و نگران می‌شدم. **درمانگر:** حمله‌ی وحشت زدگی در طی ۱۰ دقیقه به بدترین حالتش می‌رسد، نوعی احساس ترسناک سریع ناگهانی است و با اضطراب فزاینده‌ی تدریجی که بعد از نگاه کردن به باغتان تجربه کردید متفاوت است.

سارا: خوب

درمانگر: بنابراین به نظر می‌رسد که از جلسه‌ی پیش دو حمله‌ی وحشت زدگی داشته‌اید و برخی از آنها بدتر از دیگری بوده‌اند. یکی از دلایلی که از افراد می‌خواهیم دفترچه‌ی یادداشت را کامل کنند این است که ببینیم این حملات چندبار اتفاق می‌افتند و چقدر بد هستند. هر چه در درمان جلوتر می‌رویم این حملات کمتر اتفاق می‌افتند و اگر هم اتفاق بیفتند آنقدر شدید نیستند.

سارا: فکر می‌کنم کمی در مورد آنها افراطی عمل کرده‌ام، فقط می‌خواهم که از بین بروند.

درمانگر: مطمئنم که می‌توانیم کیفیت زندگی قبلی را به شما برگردانیم، ولی احتمالاً فراوانی و شدت حملات وحشت زدگی به تدریج کاهش می‌یابند، سپس به نظر می‌رسد به چرخه‌ی اول برمی‌گردد، به دنبال آن منجر به کاهش بادوام تری در حملات وحشت زدگی می‌شود، به نظر می‌رسد پیشرفت دو گام به جلو و یک گام به عقب است و این نیازی به هزینه ندارد.

سارا: بنابراین تا زمانی که به آنجا برسم باید در گام نهادنم عقب‌گردهایی داشته باشم.

جدول ۳-۵ دفترچه ی یادداشت حمله ی وحشت زدگی

۱. تاریخ	زمان شروع	زمان بدترین واکنش
نشانه های فیزیکی		
به چه فکر می کردم		
چه کار کردم		
به بدترین حمله ای که در این مدت داشته ام بر اساس یک مقیاس (۱۰-۰) که ۱۰ در آن بدترین حمله است چه درجه ای می دهم؟		
۲. تاریخ	زمان شروع	زمان بدترین واکنش
نشانه های فیزیکی		
به چه فکر می کردم؟		
چه کار کردم؟		
به بدترین حمله ای که در این مدت داشته ام بر اساس یک مقیاس (۱۰-۰) که ۱۰ در آن بدترین حمله است چه درجه ای می دهم؟		

جدول ۳-۵ دفترچه ی یادداشت حمله ی وحشت زدگی

۱. تاریخ	زمان شروع	زمان بدترین واکنش
نشانه های فیزیکی		
به چه فکر می کردم؟		
چه کار کردم؟		
به بدترین حمله ای که در این مدت داشته ام بر اساس یک مقیاس (۱۰-۰) که ۱۰ در آن بدترین حمله است چه درجه ای می دهم؟		

در قطعه ی منتخب بالا درمانگر دارد انتظارات واقع بینانه ایجاد می کند و مراجع را در مقابل تجارب شکست مایه کوبی می کند. دفترچه ی یادداشت (جدول ۳-۵) به مراجع کمک می کند تا شناخت های داغی که نقش اساسی در شکل گیری حملات وحشت زدگی و رفتارهای ایمنی جبرانی داشته و باعث تداوم این اختلال می شوند را شناسایی کند. در دیالوگ بعدی درمانگر از داده های دفترچه ی یادداشت درباره ی بدترین حمله ی وحشت زدگی استفاده می کند تا چرخه ی حمله ی وحشت زدگی را با استفاده از نمودار توضیح دهد (شکل ۳-۵).

درمانگر: از تصویر زیر نشان داده می‌شود (تصویر ۵-۲) که تفکر فاجعه آمیز "غش خواهم کرد" منجر شد تا در خانه بمانید، اما این رفتار ایمنی مانع از یادگیری این موضوع شد که اگر شنبه‌ها به خرید بروید غش نخواهید کرد. بنابراین این باور که اگر شنبه‌ها خرید بروید غش خواهید کرد تداوم خواهد داشت.

سارا: داشتم برنامه ریزی می‌کردم تا مطمئن شوم جمعه خرید می‌کنم. درمانگر: یکی از اصلی‌ترین راهبردها در مقابله با حملات وحشت زدگی جرأت‌مند رفتار کردن است.

سارا: اوه عزیزم

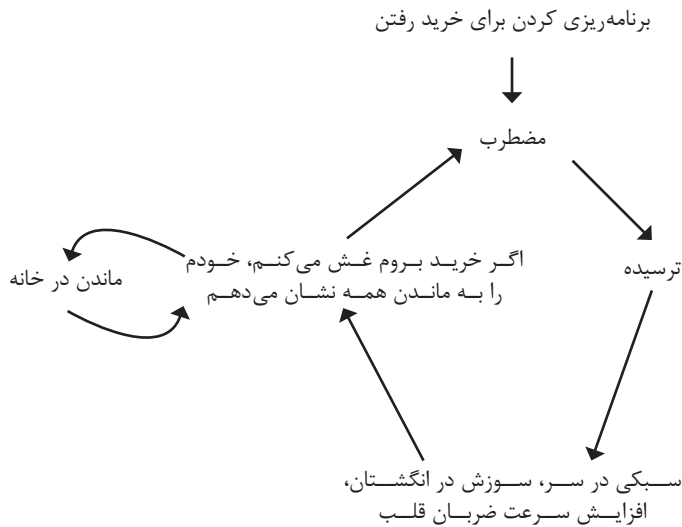
درمانگر: تعدادی از چیزهایی که می‌خواهم در مورد هر دوی اختلال حمله‌ی وحشت زدگی و افسردگی انجام دهید را یادداشت می‌کنم: ۱. کامل کردن دفترچه‌ی یادداشت حملات وحشت زدگی؛ ۲. در نظر بگیرید ممکن است جرات انجام چه کاری را داشته باشید، و مرور اینکه در جلسه‌ی بعدی چگونه پیش می‌روید، خوبه؟

سارا: خوبه اما در مورد جرأت‌مندی اطلاعی ندارم.

درمانگر: تنها کمی جرأت‌مندانانه رفتار کن.

سارا: من همیشه از اجتماع‌ها اجتناب می‌کرده‌ام، فکر کنم روز جمعه یعنی زمان‌های شلوغ به جای زمان‌هایی که کمتر شلوغ است به خرید بروم.

درمانگر: خوبه



شکل ۲-۵. نمونه‌ای از چرخه‌ی حمله‌ی وحشت‌زدگی

جلسات سوم و چهارم

رئوس مطالب جلسات سوم و چهارم در جدول ۴-۵ آمده است.

جدول ۴-۵ جلسات سوم و چهارم

۱. مرور تکلیف خانگی
۲. تعیین شناخت‌های فاجعه‌آمیز
۳. بررسی شناخت‌های فاجعه‌آمیز
۴. آزمایش‌های رفتاری - چالش با نفس نفس زدن‌های زیاد
۵. راهبردهای مقابله‌ای
۶. تعیین تکالیف خانگی

این دو جلسه مثل تمام جلسات شناختی - رفتاری جزء جلسه‌ی اول با مذاکره در مورد دستور جلسه شروع می‌شود. مگر اینکه دلایل محکمی وجود داشته باشد

که این کار نباید انجام شود، برای مثال زمانی که مراجع یک مورد خودکشی است یا سوگوار است، درمانگر از دستور جلسه در جدول ۴-۵ استفاده می‌کند. دفترچه‌ی یادداشت (جدول ۳-۵) مانند پرسشنامه‌های کامل شده از جمله پرسشنامه‌ی شناخت‌های گذرهراسی (چمبلس^۱ و همکاران، ۱۹۸۴) شناخت‌های فاجعه‌آمیز را نشان می‌دهد. با وجود این، شناخت فاجعه‌آمیز باور هسته‌ای را پنهان می‌کند و باید مورد هدف درمانی قرار گیرد. این نکته در قطعه‌ی منتخب زیر از جلسه‌ی سوم با سارا نشان داده شده است:

درمانگر: با توجه به پرسشنامه‌ی شناخت‌های گذرهراسی متوجه شدم که اغلب فکر می‌کنید از ترس فلج می‌شوید.

سارا: این چیزی هست که مانع رفتن من به مرکز شهر می‌شود.

درمانگر: چه چیز خیلی بدی در مورد ترس از فلج شدن در مرکز شهر وجود دارد؟

سارا: وحشتناک است.

درمانگر: چه چیز وحشتناکی در مورد آن وجود دارد؟

سارا: تنها خواهم ماند.

درمانگر: چه چیز خیلی وحشتناکی در مورد تنها ماندن در مرکز شهر وجود دارد؟

سارا: اگر خودم تنها در مرکز شهر باشم نمی‌توانم مقابله کنم.

در قطعه‌ی منتخب بالا درمانگر از تکنیک پیکان رو به پایین استفاده کرد، چه چیز بدی در مورد ... وجود دارد؟ تا مشکلات هسته‌ای را شناسایی کند. شناخت‌های فاجعه‌آمیز هسته‌ای با روش مشابه با افکار خودآیند منفی می‌توانند با استفاده از ابعاد اعتبار، سودمندی و مرجع قدرت که در فصل قبل توصیف شد مورد

بررسی قرار گیرند (مورفی^۱، ۱۹۸۴). در جدول ۵-۵، مجموعه‌ای از شناخت‌های فاجعه‌آمیز هسته‌ای مشخص شده‌ی سارا ارائه شده است.

جدول ۵-۵. چالش با شناخت‌های فاجعه‌آمیز ساده	
سوال	با استفاده از چه مرجع قدرتی به این فکر باور دارم؟ این روش تفکر چقدر مفید است؟ چقدر این فکر درست یا معتبر است؟
تومور مغزی دارم	
قادر نخواهم بود خودم را کنترل کنم	
بیهوش خواهم شد	
اگر در مرکز شهر تنها بمانم قادر به مقابله با آن نخواهم بود.	

به هنگام استفاده از یک سوال در مقابل سوال دیگر در چالش با شناخت فاجعه‌آمیز قانون محکم و سریعی وجود ندارد، مهارت فرد در این است که فرد با زبردستی، هر زمان استفاده از یک بعد از سوال مفید نیست، به سراغ سوال بعدی برود. راهبردهای مورد استفاده برای سوال سقراطی در فصل قبل توصیف شد، اما در قطعه‌ی منتخب زیر استفاده از آن درباره‌ی اختلال حمله‌ی وحشت‌زدگی توضیح داده شده است:

درمانگر: لیستی از باورهایی که معتقدم حملات وحشت‌زدگیتان را فرا می‌خوانند آماده کرده‌ام (جدول ۵-۵)، اگر تصور کنید هنگامی که حس‌های بدنی ناآرامی دارید این باورها به سرتان تزریق می‌شود فکر

1. Murphy

می‌کنید چه اثری می‌گذارند؟

سارا: مثل ریختن نفت روی آتش عمل می‌کند؟

درمانگر: خوب، تعدادی از روش‌ها وجود دارد که می‌توانیم این افکار فتنه‌آمیز را خاموش کنیم، می‌توانیم از قسمت بالای جدول سوالاتی بپرسیم (جدول ۵-۵)، فکر شما چقدر درست است؟، فکر شما چقدر مفید است؟، آیا تنها من هستم که اینگونه فکر می‌کنم؟، اگر فکری مانند این داشته باشیم که «بیهوش خواهم شد» چقدر این فکر معتبر است؟

سارا: خوب در واقع هرگز بیهوش نشده‌ام. فقط خودم را روی یک صندلی انداخته‌ام تا مانع آن شوم. اما احساس من این است که دارم بیهوش می‌شوم. درمانگر: آیا تا به حال غش کرده‌اید؟

سارا: بله، هنگامی که نوجوان بودم در کلیسا.

درمانگر: چه اتفاقی افتاد؟

سارا: خوب گرمایی وجود من را فرا گرفت، احساس تهوع پیدا کردم و همه چیز آهسته شده بود. رفتم پشت نشستم و یکی برای من یک لیوان آب آورد و بعد از آن حالم خوب شد.

درمانگر: چقدر این شبیه حمله‌ی وحشت زدگی هست؟

سارا: در حمله‌ی وحشت زدگی همه چیز کند نمی‌شود و زمانی که غش کردم ضربان قلبم افزایش نیافت و احساس ترس ناگهانی نداشتم.

درمانگر: بنابراین تنها چیزی که بین غش کردن و حمله‌ی وحشت زدگی به صورت مشترک وجود دارد این است که هر دوی این‌ها ناراحت‌کننده هستند. سارا: آنها خیلی متفاوت‌اند.

درمانگر: چقدر امکان دارد که هنگامی که دچار حمله‌ی وحشت زدگی می‌شوید

تفاوت‌های غش کردن و حمله‌ی وحشت زدگی را برای خودتان توضیح دهید؟

سارا: الان که اینجا نشسته‌ام می‌توانم به خودم بگویم تلاش می‌کنم این کار را بکنم اما زمانی که حمله‌ی وحشت زدگی دارم قضیه فرق می‌کند.

ديالوگ سقراطي بالا مي تواند بذر شك درباره ي اعتبار شناخت هاي فاجعه آميز را بكارد. مراجعان مبتلا به حمله ي وحشت زدگي نه تنها پيامدهاي داشتن حمله ي وحشت زدگي در يك موقعيت را فاجعه آميز نمي بينند بلكه احتمال حمله ي وحشت زدگي در آن موقعيت را بيش از حد برآورد مي كنند. به منظور مقابله با فاجعه سازي درمانگر مي تواند معناداري فيزيكي نشانه ها را براي مراجع توضيح دهد، براي مثال مي تواند به مراجع (به استثنای فوبي خون) بگويد كه غير ممكن است كه فرد با افزايش ضربان قلب غش كند چون افزايش ضربان قلب نشان دهنده ي افزايش فشار خون است، در حالي كه براي غش كردن بايد کاهش فشار خون وجود داشته باشد. مي توان از مراجعان خواست تا با پيش بيني هايشان درباره ي احتمال حمله ي وحشت زدگي در يك موقعيت به عنوان يك فرضيه برخورد كنند كه قصد دارند با مواجهه با موقعيت ترسناك آن را مورد آزمون قرار دهند. به علاوه مي توان از مراجع خواست كه مواجهه با حملات وحشت زدگي اش را در دفترچه ي يادداشت ثبت كرده و شدت حمله ي وحشت زدگي را درجه بندي كند و سپس با بررسي اين دو، اين پيام احساس مي شود كه تنها دو قطب حملات وحشت زدگي وحشتناك و نداشتن حملات وحشت زدگي وجود ندارد بلكه حملات وحشت زدگي در يك طيف قرار دارند و خيلي از اين ها قابل مديريت هستند.

در حالي كه بحث در مورد افكاري كه منجر به حمله ي وحشت زدگي مي شوند مفيد است مشكل اين است كه تعديل در فكر ممكن است تنها بر حالت هيچاني پيشين در مورد ادراك مضطربانه و ترسناك از حمله ي وحشت زدگي تأثير بگذارد و ممكن است قابل انتقال به خود حمله ي وحشت زدگي نباشد. در طول حمله ي وحشت زدگي، حس خطر قريب الوقوع وجود دارد و مي توان با القاي حملات وحشت زدگي در طول جلسه از مراجع خواست افسار آن را به عهده بگيرد و پيش بيني هايش را بيازمايد. ديالوگ زير بر اين نكته تأكيد مي كند:

درمانگر: بنابراین مطمئن نیستید می‌توانید در یک حمله‌ی وحشت زدگی واقعی روش جدیدی از تفکر را به کار برید؟
سارا: صادقانه بگویم نه.

درمانگر: ببینم می‌توانیم چیزی شبیه به حمله‌ی وحشت زدگی را در جلسه ایجاد کنیم. طوری که بتوانید پیش‌بینی‌های منفیتان را مورد آزمون قرار دهید. دوست دارم نفس عمیق و سریعی برای یک دقیقه بکشید و ببینید چه حس‌هایی را تجربه می‌کنید.

سارا: در حالی که نشسته است به مدت یک دقیقه به سرعت و عمیقاً نفس می‌کشد.

درمانگر: به چه توجه می‌کنید؟

سارا: کمی تنگی نفس، کمی سبکی در سر.

درمانگر: بر اساس یک مقیاس ۱۰-۰، اگر ۱۰ شباهت کامل باشد حس‌ها چقدر شبیه یک حمله‌ی وحشت زدگی بودند؟

سارا: خیلی نه، ۳ از ۱۰.

درمانگر: خوبه، بیایید دوباره امتحان کنیم، کمی طولانی‌تر؟

سارا: در حالی که نشسته است به مدت ۹۰ ثانیه نفس عمیق و سریعی می‌کشد.

درمانگر: چقدر این حس‌هایی که دارید شبیه یک حمله‌ی وحشت زدگی هستند؟

سارا: بیشتر احساس سبکی در سر می‌کنم، کمی احساس تهوع دارم، تقریباً ۶ از ۱۰.

درمانگر: وقتی این حس را دارید چه فکری می‌کنید؟

سارا: غش خواهم کرد.

درمانگر: فکر می‌کنید چقدر طول می‌کشد که غش کنید؟

سارا: نمی‌دانم، تا به حال این‌گونه به آن فکر نکرده بودم.

درمانگر: دقیقه یا ساعت؟

سارا: حدس می‌زنم دقایق کمی.

درمانگر: اگر متوجه بشویم که در این دقایق کم بعدی غش نکردید معنی

آن چیست؟

سارا: پیش بینی من یک ترس است و بر اساس واقعیت نیست.

درمانگر: بیا بید برای چند دقیقه روی چیزهای دیگری تمرکز کنیم و دوباره

به این موضوع برگردیم.

سارا: باشه.

در پایان جلسه ی سوم، از مراجع خواسته می‌شود تا فصل ۷، "مهارت‌های تفکر" از کتاب خودیاری بارلو و کرسک (۲۰۰۷) را بخواند تا کاری که در جلسات انجام داده است را تحکیم کند. جلسه ی چهارم شامل مرور مطالعه ی مراجع است، اینکه مراجع چگونه قادر بوده است تا هیجان زمینه ای ادراک مضطربانه، حملات وحشت زدگی و مواجهه با موقعیت‌های ترسناک را مدیریت کند. دیالوگ زیر قطعه ی منتخب از جلسه ی چهارم است.

درمانگر: با نگاه به دفترچه ی یادداشت حمله ی وحشت زدگی متوجه می‌شوم که به شهر رفتید اما در قهوه‌خانه حمله ی وحشت زدگی داشتید که به آن درجه ی ۶ دادید.

سارا: فکر می‌کنم خیلی شجاع هستم که به خودم می‌گویم به تنهایی سوار اتوبوس می‌شوم، نمی‌دانم که آنجا دچار حمله ی وحشت زدگی می‌شوم و بنابراین اگر زمانی که آنجا هستم تنها باشم چه اتفاقی می‌افتد. اواسط صبح بود، بنابراین شهر خیلی خالی بود، به یک قهوه‌خانه رفتم به جلوی قهوه‌خانه که رسیدم متوجه شدم که فقط یک اسکناس ۲۰ یورویی دارم، بیشتر از ۱۶ یورو نمی‌شد، و صندوقدار جوان گفت که پولی برای تعویض ندارد چون زمان زیادی نبود که آنجا را باز کرده بودند. سپس

صندوقدار گفت برای تعویض پول به راهروی کناری که روزنامه‌فروشی است بروم و از آنجا دور شد. فقط می‌خواستم فوراً بمیرم، کاملاً تنها بودم و متوجه نبودم اینجا چه کار می‌کنم، احساس کردم دارم غش می‌کنم اما به یاد آوردم که گفتید "چه زمانی؟" و بنابراین به خودم گفتم "من فقط اینجا منتظر می‌مانم و می‌بینم آیا زمانی که او می‌آید غش می‌کنم".
 درمانگر: خیلی خوب، بنابراین از یک رفتار ایمنی مثل نشستن پرهیز کردید تا ببینید آیا غش می‌کنید؟

سارا: وقتی که صندوقدار برگشت خیلی احساس راحتی کردم و خوشحال بوده‌ام که یاد گرفته‌ام اگر فقط بایستید غش نمی‌کنید. در بدترین حالت، آن حمله‌ی وحشت‌زدگی ۶ از ۱۰ بود و با نوشیدنی که در دستم بود نشستم و فکر کردم که چرا به جای آن با استفاده از کارت اعتباری‌ام هزینه را پرداخت نمی‌کنم؟

درمانگر: فکر می‌کنم آنچه در حمله‌ی وحشت‌زدگی اتفاق می‌افتد این است که تمام جهت‌تان را متوجه حس‌های بدنیتان می‌کنید و آنچه در واقع بیرون از بدنتان دارد اتفاق می‌افتد را از دست می‌دهید.

سارا: بله، وقتی نشستم تنها به افرادی توجه می‌کردم که از آن جا می‌گذشتند، حدس می‌زدم کجا می‌رفتند، چه کار می‌کردند و در آن دقایق خوب بودم.

درمانگر: در حمله‌ی وحشت‌زدگی مفید است که بر چیزی خارج از خودتان توجه کنید، مثل درختی که در باد در حال وزیدن است یا جعبه‌ی لوبیا در قفسه‌ی سوپرمارکت و مثل جزر و مدی که می‌آید و می‌رود فقط به حمله‌ی وحشت‌زدگی اجازه بده که به شما هجوم آورد، با حمله‌ی وحشت‌زدگی چالش نکنید چون مثل این است که ماشینی که در گل گیر کرده است را روی دور تند گذاشته باشید. از تمام حس‌های خودتان برای توصیف آنچه به آن توجه می‌کنید استفاده کنید، برای مثال اگر قوطی

لوبیا را لمس کنید سرد است، اگر بر قوطی در راهرو بکوبید صدا تولید می کند، اگر قوطی را باز کنم بوی گوجه فرنگی می دهد و اگر دستم را در قوطی بگذارم احساس خیلی چسبناکی خواهم داشت، ممکن است برای نهار لوبیا را همراه با نان برشته بخواهم بخورم، نیاز دارم همراه با آن کیک خوشمزه ای هم داشته باشم.

در نسخه ی رونوشت فوق، درمانگر بر نقش توجه انتخابی در شکل گیری حملات وحشت زدگی تأکید کرده است. به علاوه درمانگر راهبرد مقابله ای مؤثری را پیشنهاد داده است، یعنی تمرکز بر محرک های بیرونی با استفاده از تمام حس ها به صورت ذهن آگاهی انفصالی از نشانه های حمله ی وحشت زدگی. برخی از مراجعان در طول حمله ی وحشت زدگی از تنفس دیافراگمی سود می برند. برای انجام این نوع تنفس، درمانجو یکی از دستانش را روی شکمش قرار می دهد، طوری که انگشت کوچکش بالای ناف شکمش قرار گیرد و دست دیگرش را روی سینه اش می گذارد. باور این است که درمانجو باید تنفس را به صورت برجسته از شکمش تمرین کند، بنابراین اساساً دست پایین تر است که حرکت می کند، فرد به دم و بازدم ادامه می دهد و با هر دم کلمه ی "آرامش" را می گوید. با وجود این، برخی مراجعان احساس می کنند که ممکن است این تمرین را به درستی انجام ندهند و این راهبرد بیشتر از اینکه کمک کننده باشد نقش باز دارنده دارد. جلسات ۵ و ۶ با تعیین تکلیف خانگی، تکمیل دفترچه ی یادداشت حمله ی وحشت زدگی، جرأت مندی برای نزدیک شدن به موقعیت های ترسناک و به هنگام انجام آن ترک کردن رفتارهای ایمنی، مدیریت حملات وحشت زدگی با استفاده از چه زمانی و ذهن آگاهی انفصالی پایان یافت و در عین حال با ادراک اضطراب آور از طریق چالش با اعتبار، سودمندی و قدرت شناخت های اضطراب آور مقابله شد.

جلسات پنجم و هشتم

رئوس مطالب جلسات پنجم و ششم در جدول ۶-۵ آمده است.

جدول ۶-۵ جلسات پنجم و ششم

۱- مرور تکالیف خانگی
۲- بررسی در بین جلسه
۳- بازرسی مداوم شناخت‌های فاجعه‌آمیز
۴- مرور راهبردهای مقابله‌ای
۵- رو به رو شدن با نشانه‌های فیزیکی: مایه کوبی، القای تمرین شده - مواجهه‌ی درونی
۶- تنظیم تکلیف خانگی

در جلسه‌ی پنجم پرسشنامه‌ی اضطراب بک (بک و استیر، ۱۹۹۳) و پرسشنامه‌ی شناخت‌های پیشینه‌ی (چمبلس و همکاران، ۱۹۸۴) دوباره اجرا می‌شوند تا پیشرفت مراجع چک شود و مجدداً به مراجع فیدبک داده می‌شود:

درمانگر: کاهش خیلی زیادی در فراوانی نشانه‌های حمله‌ی وحشت زدگی در پرسشنامه‌ی اضطراب بک وجود دارد، در آغاز این نمره ۴۰ بود و در حال حاضر به ۲۱ رسیده است، اگر بتوانیم این نمره را باز هم کمتر کنیم و به یک نمره‌ی تک‌رقمی برسانیم خیلی خوب است. در پرسشنامه‌ی شناخت‌های پیشینه‌ی اشاره کردید که دیگر به‌طور معمول فکر نمی‌کنید تومور مغزی دارید و احساس نمی‌کنید می‌خواهید غش کنید ولی هنوز فکر می‌کنید کنترل دارد از دستتان خارج می‌شود.

سارا: حالم بهتر شده است، واقع بین‌تر شده‌ام اما هنوز واکنش‌های قوی دارم که کنترل از دستم خارج می‌شود.

درمانگر: می‌توانید همین الان کنترل خودتان را از دست بدهید، واقعاً دیوانه شوید؟

سارا: چه، روی سقف غلت بزنم، فریاد بکشم.

درمانگر: اگر اين كار همان از دست دادن كنترل است، خوبه، همين الان با اين سبك اين كار را بكنيد!

سارا (خنده): نمي توانم.

درمانگر: شايد اين چيزي باشد كه هنگامى كه واكنش احشايى داريد بايد به خودتان بگوييد؟

سارا: به خودم بگويم كه بايد كنترل را كامل از دست بدهم، نه به صورت ناقص.

درمانگر: بله.

سارا: مطمئن نيستم جرأت اين را دارم كه اين جمله را زمانى كه تنها هستم به خودم بگويم.

در قطعه‌ي منتخب بالا، درمانگر از پارادوكس استفاده كرده است تا به مراجع كمك كند با ترس مداومش در مورد از دست دادن كنترل مواجهه شود. در حالى كه پيشرفت‌هاى حاصل شد درمانگر در نقش يك مانع عمل مي كند، يعنى درمانگر يك راهبرد ايمنى است و درمانجو باور جادويى دارد كه وجود يك درمانگر يا هر فرد ديگرى كه به آن اعتماد دارند مانع از پيامدهاى ترسناك خواهد شد. با اين باور نيز بايد در بافت كمك به مراجع براى روبه رو شدن با نشانه‌هاى فيزيكيشان از طريق مواجهه‌ي احشايى چالش كرد. بنابراین درمانگر ادامه مي دهد:

درمانگر: وجود من يا هر فرد ديگر كه به آن اعتماد داريد چگونه از نظر

بيولوژيكي مانع از شديدتر شدن حمله‌ي وحشت زدگى مي شود؟

سارا: فقط احساس راحتى بيشترى مي كنم.

درمانگر: چطور فرد ديگرى مانع از شديدتر شدن حمله‌ي وحشت زدگى

مي شود؟ آيا اين افراد شبیه يكي از اعضاى خدمات پزشكى هستند كه

يك دستگاه شوك در دست دارند و به كسى كه حمله‌ي قلبى دارند

رسيدگى مي كنند؟

سارا: نه فكر نكنم.

در قطعه‌ی بالا درمانگر با شناخت‌های منفی مراجع در مورد اینکه وقتی تنها است ممکن است حمله‌ی وحشت زدگی به سراغش بیاید چالش کرده است تا تمرین‌های احشایی را تسهیل کند و در نهایت اینکه شناخت‌های منفی در سطح تجربی تری رد می‌شوند. بنابراین بازسازی شناختی و تمرین‌های رفتاری یکدیگر را تکمیل می‌کنند. بارلو و کرسک (۲۰۰۷) یک سری تمرین‌هایی ایجاد کرده‌اند که ممکن است منجر به نشانه‌های حمله‌ی وحشت زدگی شوند. از مراجعان خواسته می‌شود تا هر تمرین را به مدت زمان تعیین شده انجام دهند و سپس میزان شباهت حس‌های تجربه شده را با یک حمله‌ی وحشت زدگی واقعی روی یک مقیاس ۱۰-۰ که در آن ۱۰ نشان دهنده‌ی شباهت کامل است درجه بندی کنند. تمرین‌ها و جدول‌های زمانی در جدول ۵-۷ نشان داده شده‌اند، اگر دلایل پزشکی مثل حاملگی، مشکلات قلبی در مورد عدم انجام تمرین‌ها وجود دارد نباید تمرین‌ها را انجام داد. آن تمرین‌هایی که در ایجاد حس‌های مشابه با حمله‌ی وحشت زدگی نمره‌ی ۵ یا بیشتر می‌گیرند به منظور کمک به مراجع برای مقابله با حس‌های ترسناک مورد توجه قرار می‌گیرند. منطبق آن این است که تلاش برای اجتناب کامل از نشانه‌های ترسناک اثری نداشته است و اگر اثر داشت مراجع به درمانگر مراجعه نمی‌کرد. اما ممکن است با ایجاد حس‌های ترسناک به صورت منظم در مقابل آنها مایه کوبی شد، شبیه به تزریق کردن برای مسافرت است که برخی از نشانه‌های آن بیماری را ایجاد می‌کند اما مانع از ابتلای کامل به آن می‌شود. اثرات تزریق بیماری‌زا به دلیل منافع طولانی‌مدت آن تحمل می‌شود. در قطعه‌ی منتخب زیر درباره‌ی تمرین‌های احشایی به عنوان تکلیف خانگی بحث و گفتگو صورت می‌گیرد:

درمانگر: به هر دوی تمرین‌ها شامل حرکت دادن سرتان (دو گزینه‌ی اول در جدول ۷-۵) از نظر شباهت به حمله‌ی وحشت زدگی نمره‌ی ۶ دادید.
سارا: گمان می‌کنم دلیل این درجه بندی این است که در بدترین

زمان ها اين باورها در مورد تومور مغزي را داشته ام هر چند ميزان اين زمان هاى بد مثل قبل نيست.

درمانگر: اگر اين تمرين هاى خاص را در طول هفته انجام دهيد، فرصتى پيدا مى كنيد تا افكارى كه در مورد تومور مغزي داريد را به صورت افكار و نه واقعيت ببينيد.

سارا: نوعى تمرين تحمل تفكر به جاي درگير شدن در اين تفكر.

درمانگر: بله، به نور روشنى خيره مى شويد و سپس مى خوانيد كه نمره ۶ به اين داده ايد.

سارا: دوباره گمان مى كنم نتوانم تحمل كنم - ممكن است اين را براى تومور مغزي يادداشت كنم.

درمانگر: مى توانيد آن را به ليست تمرين هايتان اضافه كنيد، همراه با نفس سريع و عميق كه به آن نمره ۶ داده ايد.

سارا: باشه.

درمانگر: زمانى كه هر کدام از تمرين ها را انجام مى دهيد به مدت ۳۰ ثانيه بيشتر از زمانى كه اولين بار احساس ناآرامى كرديد انجام بدهيد. سپس با مرور هر تمرين، يادداشتى تهيه كنيد و روى يك مقياس ۰ تا ۱۰ يادداشت كنيد كه هر تمرين چقدر بد بوده است. مى توانيد همراه با افكارى كه در آن زمان داشتيد اين تجربه را در دفترچه ي يادداشت القاي حمله ي وحشت زدگى (جدول ۷-۵) يادداشت كنيد. باور اين است كه با تكرار، نمراتتان به صورت تدريجى پايين مى آيد. تا اندازه اى شبیه به ترس از سگ براى يك بچه است، هر چه بيشتر نزديك مى شويد، ترس به تدريج بيشتر کاهش مى يابد. تمرين ها را براى ۱۰ دقيقه هر روز انجام بدهيد.

جدول ۵-۷ مواجهه‌ی احشایی (اقتباس از بارلو و کرسک، ۲۰۰۷)

میزان شباهت به حمله‌ی وحشت زدگی طبیعی،
۰-۱۰

تکان دادن سر به این طرف و آن طرف (۳۰ ثانیه)

قرار دادن سر در بین پاها (۳۰ ثانیه) و بلند کردن سر

نگه داشتن تنفس (۱ دقیقه)

کشیدن تمام بدن (۱ دقیقه)

تنفس سریع و عمیق (۱ دقیقه)

فوراً دویدن (۱ دقیقه)

چرخیدن روی صندلی (۱ دقیقه)

خیره شدن به نور روشن (۱ دقیقه) سپس خواندن

نفس کشیدن از طریق یک کاغذ شبیه تیوپ شده
(۲ دقیقه) فشردن سوراخ بینی به شدت با دست

جلسه‌ی ششم با مروری بر تکلیف خانگی مواجهه‌ی احشایی شروع می‌شود. ناتوانی در کامل کردن این تکلیف می‌تواند شناخت‌های نا کارآمدی در مورد حمله‌ی وحشت زدگی را فعال کند، بنابراین:

سارا: تمرین نفس نفس زدن را هر روز انجام دادم و در حال حاضر نسبت به نشانه‌هایی که وقتی این تمرین را انجام می‌دهم تجربه می‌کنم خیلی کم اذیت می‌شوم.

درمانگر: خیلی خوبه، تکرار تمرین در واقع میزان ترس را کاهش می‌دهد. تمرین‌های دیگر چطور، مثل تکان دادن سر این طرف و آن طرف و بالا آوردن سر از بین دو زانو؟

سارا: نمی‌خواستم خودم را متقاعد به غش کردن کنم.

درمانگر: اگر تمرین تکان دادن سر یا بالا آوردن سر را در خانه انجام می‌دادید چه اتفاقی می‌افتاد؟

سارا: باید خودم را به خاطر بچه‌ها خوب نگه می‌داشتم.

درمانگر: بنابراین اعتقاد نداشتید که می‌توانید این کار را بکنید و در عین

حال برای بچه‌ها خوب باشید؟

سارا: فکر می‌کنم اینجوری باشد.

درمانگر: اگر نشانه‌های حمله‌ی وحشت‌زدگی واقعی را ایجاد کنید دقیقاً

قادر به انجام چه کاری برای بچه‌ها نخواهید بود؟

سارا: فقط خیلی خوب نخواهم بود.

درمانگر: اگر بچه‌ها مریض شوند آیا آنها را به بیمارستان می‌برید؟

سارا: بله من خودم را فراموش می‌کنم و این کار را می‌کنم، این مسأله

خیلی مهم است.

درمانگر: بنابراین اگر به چیزی به اندازه‌ی کافی توجه کنید آن کار را

انجام می‌دهید؟

سارا: بله.

جدول ۵-۸ دفترچه‌ی یادداشت القای حمله‌ی وحشت زدگی

۱. تاریخ

انجام تمرین

زمان شروع زمان شروع بدترین واکنش

نشانه‌های فیزیکی

به چه فکر می‌کردم؟

چه کار کردم؟

چقدر حمله‌ی وحشت زدگی من در آن موقع روی مقیاس 0° - 1° که در آن 1° بدترین است، بد بوده است؟

۲. تاریخ

انجام تمرین

زمان شروع زمان شروع بدترین واکنش

نشانه‌های فیزیکی

به چه فکر می‌کردم؟

چه کار کردم؟

چقدر حمله‌ی وحشت زدگی من در آن موقع روی یک مقیاس 0° - 1° که در آن 1° بدترین است بد بوده است

۳. تاریخ

انجام تمرین

زمان شروع زمان شروع بدترین واکنش

نشانه‌های فیزیکی

به چه فکر می‌کردم؟

چه کار کردم؟

چقدر حمله‌ی وحشت زدگی من در آن موقع روی مقیاس 0° - 1° که در آن 1° بدترین است، بد بوده است؟

قطعه‌ی منتخب بالا نشان می‌دهد که حس خودکارآمدی مراجع می‌تواند به انجام تمرین‌های مواجهه آسیب برساند. در این موارد تکلیف درمانی شامل تقویت حس خودکارآمدی مراجع است و اغلب با تغییر نقطه‌ی تشبیت مراجع از

خودشان به يك چيز بيروني اين تكليف قابل دستيابي است. دفترچه ي القاي حمله ي وحشت زدگي هم مي تواند اين رفتارهاي ايمني ظريف را نشان دهد، مثل نوشيدن آب يا رفتن بيرون براي استشمام هواي تازه بعد از ايجاد نشانه هاي حمله ي وحشت زدگي.

ممکن است خُلق مراجع اين قدر پايين باشد که تمرين مواجهه ي احشايي را انجام ندهند به خصوص اگر اختلال همبود افسردگي هم داشته باشند. براي مقابله با اين تغييرات خلقي (کاهش خلق) نياز به استفاده از راهبردهايي است که در فصل قبل توصيف شدند، به خصوص استفاده از ثبت تفکر MOOD (جدول ۴-۴). اگر بخواهيم نکته اي را که قبلاً بيان شد تکرار کنيم، مراجعاني که اختلال همبود را دارند تکاليف خانگي بايد هر دوي اختلال را به صورت همزمان در نظر گيرند.

جلسات هفتم تا دوازدهم

ساختار جلسات آخر در جدول ۹-۵ نشان داده شده است.

جدول ۹-۵ جلسات هفتم تا دوازدهم

۱- مرور تکليف خانگي

۲- شرکت کردن همکار درمانگر در درمان، پيشگيري از عود

۳- بررسي مداوم شناخت هاي فاجعه آميز

۴- مرور راهبردهاي مقابله اي

۵- تنظيم تکليف خانگي

۶- پايان ارزيابي در درمان

تعداد واقعي جلسات مورد نياز، بستگي به ميزان همبودي و شدت اجتناب گذرهراسي دارد. اگر درمانجو رابطه ي حمايتي با يکي از اعضاي خانواده يا يک دوست دارد، بايد آنها را تشويق کرد که در برخي از قسمت هاي برخي از جلسات به عنوان همکار درمانگر شرکت کنند. همکار درمانگر در موقعيتي است که درمانجو را تشويق مي کند تا تکاليف خانگي اش را انجام دهد و انتقال از درمان به دنياي

واقعی را تسهیل می‌کند. برای مراجعانی که اجتناب پیشینه‌ی شدیدتری دارند حضور همکار درمانگر مخصوصاً مهم است، چون می‌توانند اطمینان دهند که در مانجو تمرین تدریجی دارد و در محیط واقعی درگیر است. مفید است که به همکار درمانگر توضیح داده شود که نقش آنها شبیه والدینی است که با ملایمت بچه‌هایشان را تشویق می‌کنند تا نحوه‌ی شنا کردن در استخر را یاد بگیرند. علاوه بر این، تنها با رفتن به دریاچه است که می‌توان تفاوت واقعی ایجاد کرد. زمانی که درمان تمام شد همکار درمانگر نسبت به درمانگر به احتمال بیشتری در دسترس مراجع است و قادر است کمک کند تا اطمینان داده شود که از تبدیل لغزش‌های کوچک به عودهای کامل جلوگیری می‌شود. در مواردی که دوست یا یکی از اعضای خانواده به صورت فیزیکی در دسترس نیست، وجود یک تماس تلفنی/ ایمیل از فرد دیگری که حمایت‌کننده است هم می‌تواند نقش مهم دیگری به وجود آورد که در زیر شرح داده شده است:

درمانگر: کسی را دارید که وقتی حملات وحشت زدگی یا افسردگی دارید بتوانید به او اتکا کنید؟

سارا: مارلن است که به اسپانیا مهاجرت کرده است، هر ۶ هفته برمی‌گردد تا مادرش که بیمار است را ببیند.

درمانگر: می‌توانید اطلاعاتی در مورد کاری که در جلسه انجام می‌دهیم به او بدهید؟

سارا: می‌توانم یادداشت تکالیف خانگی‌ام را به او بدهم تا هر وقت او را می‌بینم تصویری از آن داشته باشد. حتی می‌توانم کتاب "احساس خوب" خودم را به او قرض دهم، می‌دانم که به خاطر مادرش حالش خوب نیست، به خاطر زندگی در فرانسه احساس گناه می‌کند اما هرگز کسی مادرش را خوشحال نکرده است.

درمانگر: خوبه، می‌توانید در مورد تکالیف و چیزهایی که خوانده‌اید پشت

تلفن يا با ايميل توضيح دهيد؟

سارا: بله، استفاده از ايميل راحت تر خواهد بود.
درمانگر: گاهي اوقات مارلن را ملاقات مي كنيد؟

سارا: دوست دارم اما ...

درمانگر: اما چه

سارا: مي ترسم در هواپيما دچار حمله ي وحشت زديگي شوم.

در جلسه ي دهم وضعيت تشخيصي سارا با استفاده از كتابچه ي درمان شناختي - رفتاري (پيوست ت) چك شد و علائم حمله ي وحشت زديگي وجود نداشت. اجرائ پرسشنامه ي افسردگي بک نمره ي نرمال (کمتر از ۱۴) ۱۲ را نشان داد و گفتگوي زير اتفاق افتاد:

درمانگر: پيشرفت زيادي در غلبه بر حمله ي وحشت زديگي داشته ايد اما مي دانم در مورد آينده نگراني هايي داريد مثل اينكه در هواپيما دچار حمله ي وحشت زديگي شويد و مي خواهم پيشنهاد دهم از بهبودي اما ... استفاده كنيد (درمانگر پيوست خ را به مراجع مي دهد). اين پيوست مي تواند به شما كمك كند تا دستنامه ي بقايي درست كنيد و به هنگامي كه حمله ي وحشت زديگي داريد مي توانيد به آن رجوع كنيد. مي خواهم با كمك شما اين كار را انجام دهم و به شما كمك كنم آن را پر كنيم. قبلاً به يكي از ماشه چكان هاي احتمالي براي حمله ي وحشت زديگي اشاره كرديد، رفتن با هواپيما، مي توانيد اين را در گزينه ي ۱ قرار دهيد، ماشه چكان هاي ديگري هم وجود دارند؟

سارا: ممكن است به هنگام سالگردها و كريسمس دچار اين حالت شوم.

درمانگر: خوبه اين را در گزينه ي ۱ قرار بدهيد، گزينه ي ۲ نشان مي دهد زماني كه دچار حمله ي وحشت زديگي مي شويد به چه فكر مي كنيد، به مسافرت با هواپيما برگرديم فكر مي كنيد چه به خودتان مي گوييد كه اين قدر ترسناك است؟

سارا: حدس می‌زنم همان شاه بلوط قدیمی است "کنترل‌م را از دست خواهم داد"، بنابراین توجیهاتی می‌آورم که نروم مارلن را ببینم. درمانگر: در پیوست بهبودی اما ... گزینه‌ی دوم به رفتارهایی بر می‌گردد که زمانی که لغزش‌ها دارد شروع می‌شوند انجام می‌دهید و به نظر می‌رسد اجتناب از مسافرت‌های کوتاه یک علامت هشدار دهنده‌ی اولیه است و می‌توانید آن را یادداشت کنید.

سارا: بله، باید به این بهانه‌ها توجه کنم.

درمانگر: در پیوست بهبودی اما گزینه‌ی چهارم به این برمی‌گردد که در گذشته چه چیز مفیدی پیدا کرده‌اید که به هنگام حمله‌ی وحشت زدگی می‌توانید مجدداً انجام دهید، در این قسمت می‌توانید چه چیزی بنویسید؟

سارا: تمام موضوع این است که حمله‌ی وحشت زدگی در یک موقعیت اتفاق می‌افتد و اگر هم اتفاق بیفتد علائمش بیشتر نمی‌شود.

درمانگر: خیلی خوب است که این را در پیوست بهبودی اما ... در گزینه‌ی ۴ بنویسید، از پیوست بهبودی اما ... استفاده کنید تا دستنامه‌ی بقایتان را بنویسید و تمام تکالیفی که به شما دادم و یادداشت‌های MOOD را نیز به آن اضافه کنید.

سارا: خوبه.

درمانگر: با وجود اینکه اشاره کرده‌اید که چقدر مهم است که این دو گزینه را ارزیابی کنید ۱- احتمال رخ دادن حملات وحشت زدگی چقدر است و ۲- اینکه فاجعه‌آمیز بودن حملات وحشت زدگی چقدر صحت دارد، به نظر نمی‌رسد که در واقع این را برای سوار هواپیما شدن به کار برده باشید.

سارا (خنده): آه... .

درمانگر: آیا تا به حال در هواپیما حمله‌ی وحشت زدگی داشته‌اید؟

سارا: از زمانی که همسرم فوت کرده است سوار هواپیما نشده‌ام.

درمانگر: بنابراین چقدر احتمال دارد که حمله‌ی وحشت‌زدگی داشته باشید؟

سارا: نمی‌دانم، احتمال دارد.

درمانگر: اگر حمله‌ی وحشت‌زدگی داشته باشید، روی مقیاس ۰-۱۰ چقدر بد خواهد بود؟

سارا: احتمالاً ۶-۷، فقط باید روی بچه‌ها تمرکز کنم، شاید در طول این سفر ۲ ساعته بهتر باشد دعوا کردن‌های آنها را متوقف کنم.

درمانگر: به نظر می‌رسد تمرکز بر بیرون از خودت روش مقابله‌ای خوبی باشد، اما چه چیزی باعث می‌شود که فکر کنید می‌توانید در هواپیما یک حمله‌ی وحشت‌زدگی داشته باشید؟

سارا: فکر می‌کنم حس اینکه در دام افتاده باشم.

درمانگر: وقتی به خودتان می‌گویید می‌توانید بر بچه‌ها تمرکز کنید در واقع دارید به خودتان می‌گویید در دام نیستید، می‌توانید ذهنتان را هر جا بخواهید ببرید، بچه‌ها، معما، کتاب، روزنامه، موسیقی و اجازه دهید حمله‌ی وحشت‌زدگی با طیب خاطر بگذرد.

سارا: ذهن آگاهی انفصالی که در مورد آن صحبت کردیم.

درمانگر: روش دیگر برای ادراک ذهن آگاهی انفصالی این است که به نگرانی فکر کنید، برای مثال خفه شدن در هواپیما، شبیه به اینکه وقتی یک میهمان نگران به خانه‌ی شما می‌آید یکی از فرزندان رفتار منفوری انجام می‌دهد، باید کاملاً روی نگرانی آنها تمرکز کنید اما در واقع آگاهی دارید که زمان مناسبی که غریبه آنجا را ترک کرده باشد با کودکان تسویه حساب می‌کنید. حتی زمانی که دارید با میهمان گفتگو می‌کنید افکار مربوط به کودکان ممکن است مزاحم فکر کردنتان شود اما توجهتان را روی میهمان ادامه می‌دهید.

سارا: رفتارهای منفور فرزندانم خیلی مأنوس هستند.

درمانگر: آیا موقعیت‌های دیگری وجود دارد که در حال حاضر از آنها اجتناب می‌کنید اما قبل از اینکه حمله‌ی وحشت زدگی داشته باشید اجتناب نمی‌کردید؟

سارا: نه، فقط به کتابی نیاز دارم که در تعطیلات آخر هفته‌ی طولانی در تابستان بخوانم، یک شروع تازه، یک فرصت جدید.



فصل ٦

فصل ۶

اختلال استرس پس از سانحه

بیشتر از نیمی از جمعیت بزرگسال (۶۱٪ مرد و ۵۱٪ زن) حداقل یک حادثه‌ی تروماتیک را در زندگیشان تجربه می‌کنند، که از این میان ۱۰٪ از مردان و ۶٪ از زنان ۴ یا بیشتر از ۴ نوع از تروما را گزارش می‌کنند (کسلر و همکاران، ۱۹۹۵). این یافته‌ها یادآوری‌کننده‌ی احتمالی دیدگاه فیلسوف رواقی، اپیکتوس است که در قرن اول پس از میلاد گفت "افراد نه به وسیله‌ی رویدادها بلکه توسط شیوه‌ای که به آن رویدادها فکر می‌کنند آسیب می‌بینند". قابل انکار نیست که عوامل بیولوژیکی نیز در تغییرپذیری پاسخ به استرس تأثیر دارد، در واقع، گروه کاری DSM-IV انجمن روانپزشکی آمریکا اختلال استرس پس از سانحه را به‌عنوان "اختلال چرخه‌ی ترس ناشی از استرس" طبقه‌بندی می‌کند.

در حالی که اختلال استرس پس از سانحه تنها یکی از دامنه‌ی وسیع از اختلالاتی است که ممکن است به وسیله‌ی تروما برانگیخته شود، ملاک‌های استرسور منحصربه‌فرد خود را دارد (DSM-IV-TR، انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰: ۴۶۷). ملاک‌های استرسور شامل این است که "فرد رویداد یا رویدادهایی که شامل مرگ یا خطرات جدی واقعی یا خیالی یا تهدید برای یکپارچگی خود

و ديگران است را تجربه کرده، شاهد آنها باشد يا با آنها مواجهه شده باشد" و "پاسخ فرد شامل ترس شديد، درماندگي و وحشت باشد". نشانه‌هاي مشخصه‌ي اختلال استرس پس از سانحه شامل کابوس/ دل مشغولي با تروما، اجتناب از يادآوري کنندگان تروما، حالت آماده باش هميشگي داشتن، کرختي/ گسلس، در قسمت اختلال استرس پس از سانحه در غربال سلامت رواني در ۷ دقيقه در پيوست پ مورد تأکيد قرار گرفته است. اما اين نشانه‌ها تنها يک ابزار غربالگري هستند، نمي توان گفت لزوماً فردي که تروماي شديدي را تجربه کرده است، براي مثال يک تصادف در ترافيک جدي و کابوس‌هاي گاه‌گاهي در مورد آن رويداد دارد و از رانندگي اجتناب مي کند PTSD دارد. براي تعيين اينکه آيا فرد PTSD دارد يا نه، بايد درباره‌ي هر يک از نشانه‌هايي که مجموعه‌ي تشخيص را در بر مي گيرند بررسي جزئي صورت گيرد، براي رسيدن به اين هدف بايد از سوالات در بخش PTSD کتابچه‌ي درمان شناختي - رفتاري، (ضميمه‌ي ت) استفاده کرد. بدون استفاده از اين نوع مصاحبه‌ي ساختار يافته نيمي از موارد PTSD به‌طور معمول از دست مي روند (زيمرمن و ماتيا^۱، ۱۹۹۹). هر چه فاصله‌ي بين ارزيابي و تروما بيشتر باشد به احتمال بيشتري تمرکز روي خصوصيات چشمگير آن خواهد بود مثل سوء مصرف الکل يا سايکوز يا جنبه‌هايي که مراجع احساس مي کند گزارش دادن آن دردناک است مثل افسردگي يا جنبه‌هايي که براي درمانگر آشکارتر است. در حالي که در واقع اين اختلالات ممکن است حضور داشته باشند، PTSD و نقش اساسي احتمالي آن در تکوين و تداوم مشکلات مراجع ممکن است مورد غفلت قرار گيرد. راهبردهاي درمان براي مراجعان با سطوح زير آستانه‌ي اختلال استرس پس از سانحه و مراجعاني که نشانه‌هاي اختلال استرس پس از سانحه را دارند اما داراي ملاک‌هاي استرسور نيستند، چيزي که اسکات و استرادلينگ^۲ (۱۹۹۴) به آن اختلال

1. Mattia

2. Scott & Stradling

استرس اکراه مداوم^۱ می‌گویند، در کتاب اسکات و استرادلینگ (۲۰۰۶) آمده است. نزدیک به سه چهارم از افراد مبتلا به PTSD (۷۰/۲٪) حداقل از یک اختلال دیگری نیز رنج می‌برند (زیمرمن و همکاران، ۲۰۰۸). رایجترین اختلالات مرتبط، افسردگی (۵۵/۷٪)، اضطراب اجتماعی (۳۵/۲٪)، اختلال حمله‌ی وحشت‌زدگی (۲۳/۸٪)، فوبی خاص (۱۸/۲٪)، اختلال اضطراب فراگیر (۱۲/۵٪)، اختلال سومصرف الکل / مواد (۱۱/۳٪) و اختلال وسواس فکری عملی (۸/۰٪) هستند (زیمرمن و همکاران، ۲۰۰۸).

درمان شناختی - رفتاری درمان مؤثری برای PTSD است و ۷۰٪ مراجعان نسبت به ۱۶٪ از افرادی که در لیست انتظار قرار دارند بعد از پایان درمان دیگر ملاک‌های تشخیصی را پر نمی‌کنند (بردلی^۲ و همکاران، ۲۰۰۵). علاوه بر این، ارزیابی‌های پیگیری ۳ تا ۱۲ ماهه نشان‌دهنده‌ی تداوم این پیامدها هستند. با وجود این، بردلی و همکاران (۲۰۰۵) همچنین این نگرانی را بیان کردند که اغلب مراجعانی که بهبود یافته بودند نشانه‌های باقیمانده‌ی اساسی را بعد از درمان داشتند و در مورد تعمیم‌پذیری یافته‌هایشان به دلیل محدودیت‌های همبودی در مطالعاتی که انجام شده‌اند شک داشتند.

« مفهوم پردازی اختلال استرس پس از سانحه

اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) در سطوح متفاوتی توضیح داده می‌شود، از جمله سطح بیولوژیکی و روانشناختی، اما این توضیحات باید با یکدیگر همخوان باشند. اگر یک مدل را نتوان طوری ارائه داد که برای مراجعان به سادگی قابل فهم باشد باید در سودمندی آن شک کرد. برای رسیدن به این هدف مدل تلفیقی شناختی - رفتاری توسط اسکات و استرادلینگ (۲۰۰۶) ایجاد شده است و در یک کتاب خودیاری به اسم حرکت بعد از تروما: راهنمایی برای بازماندگان،

1. prolonged duress stress disorder (PDSO)

2. Bradley

خانواده و دوستان (اسکات، ۲۰۰۸) برای عموم در دسترس است.

دو مکان آناتومیکی در مورد PTSD وجود دارد: آمیگدال و هیپوکامپوس که با هم سیستم ارزیابی خطر را تشکیل می دهند:

۱. آمیگدال، سیستم هشدار مغز، نقش عمده ای در پاسخ به ترس بازی می کند. اسکن های تصویر برداری رزونانس مغناطیسی مغز (fMRI) و توپوگرافی نشر پوزیترون (PET) به طور ثابتی نشان داده اند که مواجهه با محرک های مرتبط با تروما منجر به فعالیت بیشتر آمیگدال می شود. آمیگدال همچنین محلی برای حافظه ی هیجانی است و بر اساس انطباق ادراکی به جای منطق عمل می کند (لدوکس، ۱۹۹۸). بنابراین قربانی تصادف جدی ترافیک با وجود آن که می داند در خانه امنیت وجود دارد ممکن است به صدای ترمزهای گوشخراش در بیرون از خانه واکنش شدیدی نشان دهد.

۲. هیپوکامپوس، مسئول قرار دادن رویدادها در بافت است و از ذخیره ی خاطرات طولانی مدت استفاده می کند. بنابراین مراجع مبتلا به PTSD ممکن است دانش کلی خود را در این مورد که ماندن در خانه هیچ خطری ندارد یادآوری کند. بعد از تروما خطر این است که آمیگدال سیستم ارزیابی خطر را فعال می کند و هیپوکامپوس قادر نیست واکنش بیش از حد آمیگدال با حس مداومی از آسیب پذیری و خطر ناشی از آن را بازداري کند. بنابراین ممکن است PTSD به صورت کارکرد غیر انطباقی از سیستم ارزیابی تهدید در نظر گرفته شود.

بروین^۱ و همکاران (۱۹۹۶) دو نوع حافظه را از هم متمایز کرده اند: خاطرات قابل دسترس به صورت کلامی^۲ و خاطرات قابل دسترس به صورت موقعیتی^۳، اولی از زبان و دومی از حافظه ی حسی استفاده می کند. به نظر می رسد آمیگدال مرتبط با خاطرات قابل دسترس به صورت کلامی و هیپوکامپوس مرتبط با خاطرات قابل

=====

1. Brewin
2. verbally accessible memories (VAMs)
3. situationally accessible memories (SAMs)

دسترس به صورت موقعیتی است. در جلسه‌ی درمان شناختی - رفتاری، درمانگر از کلام استفاده می‌کند تا به مراجع کمک کند تا در خاطرات قابل دسترس به صورت کلامی تجدید نظر کند، برای مثال درمانگر ممکن است پیشنهاد دهد گرچه مراجع حادثه‌ی وحشتناکی را تجربه کرده است اما با اجتناب از زدن به ماشین دوم متفاوت عمل کرده است. به این ترتیب بازسازی مجدد، شامل قدرتمند کردن خاطرات قابل دسترس به صورت کلامی است طوری که بهتر قادر باشد خاطرات قابل دسترس به صورت موقعیتی را تنظیم کند. در یک مدل تکمیلی، با ایجاد ارتباط‌های جایگزین و متناقض از محرک‌ها، ممکن است چنگال آمیگدال سست تر شود، برای مثال با رانندگی کردن در مسیر ماشین رو و یادگیری تجربه‌ای در این مورد که معمولاً اتفاقات وحشتناک رخ نمی‌دهند.

یک برنامه‌ی موفق درمان شناختی - رفتاری برای اختلال استرس پس از سانحه شامل درمان مواجهه‌های، بازسازی شناختی یا ترکیبی از این دو است، بدون شواهد روشنی مبنی بر اینکه یکی از این شکل بر دیگری برتری دارد. به نظر می‌رسد اشکال متفاوت درمان شناختی - رفتاری روی اهداف آناتومیکال متفاوتی عمل می‌کنند، درمان مواجهه‌های بر آمیگدال، تعدیل خاطرات قابل دسترس به صورت کلامی و بازسازی شناختی بر هیپوکامپوس و تعدیل خاطرات قابل دسترس به صورت موقعیتی تأثیر می‌گذارد. برنامه‌ای که در این فصل توصیف شده است تمرکز دوگانه‌ای بر تعدیل خاطرات قابل دسترس به صورت کلامی و خاطرات قابل دسترس به صورت موقعیتی دارد. با وجود این، تنها سیستم ارزیابی تهدید نیست که مرتبط با PTSD است بلکه سیستم کنترل - تقاضا وجود دارد که شامل سینگولیت قدامی و قشر پیش پیشانی پشتی دنبلی است. سیستم کنترل - تقاضا بر سیستم ارزیابی تهدید برای پذیرفتن چالش‌ها علیرغم خطر برتری دارد. در این فصل درمانگران تشویق می‌شوند تا به مراجعان کمک کنند دیدگاه فراشناختی کارآمدی درباره‌ی ترسشان داشته باشند طوری که این واقعاً ترس باشد که از آن نمی‌ترسند.

« فرمول بندي مورد

جزئیات تروما می تواند آنچنان توجه ی درمانگر را به خود جلب کند که بدون یک مصاحبه ی ساختار یافته به آسانی بتواند بر زیر مجموعه ای از نشانه ها تمرکز کند و تصویر بزرگ تر را نادیده بگیرد. تشخیص، اولین گام در جمع آوری تمام اطلاعاتی است که فرمول بندي مورد را تشکیل می دهند. تشخیص PTSD شامل فرضیه ی کاری نا آشکاری درباره ی چگونگی به وجود آمدن نشانه ها است و در این زمینه منحصر به فرد است. اما با توجه به اینکه هر فرد در پاسخ به ترومای شدید مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه نمی شود، عواملی که فرد را آسیب پذیر می کنند و عواملی که منجر به ضعف و ناتوانی طبیعی بعد از تروما می شوند باید مورد توجه قرار گیرند. سرانجام اینکه باید بر نقاط قوت مراجع و موجودی هایش تمرکز شود و با استفاده از این ها به مراجع کمک شود تا نشانه هایش را مدیریت کند.

۱. تشخیص. دن با استفاده از غربالگری سلامت روان در ۷ دقیقه (پیوست پ) غربالگری شد، به دنبال آن بررسی در مورد جزئیات با استفاده از کتابچه ی درمان شناختی - رفتاری (پیوست ت) انجام گرفت و نشان داده شد که مراجع از PTSD و اضطراب اجتماعی رنج می برد. با استفاده از چک لیست PTSD، شدت PTSD دن مورد ارزیابی قرار گرفت (PCL، ویدرز و همکاران، ۱۹۹۳). PCL از مراجعان می خواهد روی یک مقیاس (۱ اصلاً تا ۵ به شدت) هر یک از ۱۷ نشانه ی DSM-IV-TR مربوط به PTSD را درجه بندی کنند. در مطالعه ای روی قربانی های ترافیک جاده و بازماندگان تجاوز جنسی (بلنچارد و هیکلینگ، ۱۹۹۷) نمره ی ۴۴ پیش بینی کرد چه کسی مبتلا به PTSD بوده است، در حالی که در مطالعه ای که به وسیله ی ویدرز و همکاران (۱۹۹۳) روی سربازان جنگی انجام شد بهترین نمره ی ۵۰ بود. این مقیاس برای استفاده ی شخصی بدون هزینه در

سایت www.ncptsd.com قابل دسترسی است. دن نمره ی ۶۰ به دست آورد که به راحتی بالاتر از نمره ی برش برای قربانی های تصادف ترافیک در جاده است. همچنین پرسشنامه ی شناخت بعداز آسیب^۱ (PTCI، فوآ و همکاران، ۱۹۹۹) را پر کرد که در آن مراجعان میزان باورشان در مورد شناخت های نا کارآمد مرتبط با آسیب را روی یک مقیاس ۱-۱۷ درجه بندی می کنند. PTCI سه خرده مقیاس دارد: شناخت های منفی در مورد خود، شناخت های منفی در مورد دنیا و سرزنش کردن خود. دن آیتم هایی را تأیید کرد که در جدول ۱-۶ آمده است.

جدول ۱-۶ شناخت های بعد از آسیب که به وسیله ی دن تأیید شد

۱- آن رویداد به دلیل روشی که من عمل کردم اتفاق افتاد.

۲- من آدم ضعیفی هستم.

۳- حتی با کم ترین ناراحتی نمی توانم کنار بیایم.

۴- قبلاً آدم خوشحالی بودم ولی در حال حاضر همیشه خیلی ناراحتم.

۵- ناقصم

۶- قادر نخواهم بود هیجان هایم را کنترل کنم و اتفاق وحشتناکی خواهد افتاد.

۷- اگر به رویداد فکر کنم، قادر نخواهم بود آن را کنترل کنم.

۸- فرد دیگری مانع از به وقوع پیوستن رویداد شده است.

۹- زندگی ام توسط تروما خراب شده است.

۱۰- هیچ وقت نمی دانی چه زمانی اتفاق وحشتناکی می افتد.

دن همچنین نگرانی هایی در مورد نشانه های مرتبط با اضطراب در موقعیت های اجتماعی مثل سرخ شدن صورت و لکنت زبان داشت و با استفاده از پرسشنامه ی اضطراب اجتماعی^۲ (SPIN، کور و همکاران، ۲۰۰۰) و پرسشنامه ی شناخت های اجتماعی^۳ (SCQ، ولز و همکاران، ۱۹۹۳) مورد ارزیابی قرار گرفت.

۲. تشدید کننده ها. اختلال استرس پس از سانحه ی دن به دنبال یک رویداد

1. Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI)

2. Social Phobia Inventory (SPIN)

3. Social Cognitions Questionnaire (SCQ)

به وقوع پيوست و اين زماني بود که در يک عصر زمستاني در شاه راه به هنگام غروب رانندگي مي کرد. هنگامي که دن با يک توقف مواجه شد باران شروع به باريدن گرفته بود، همان طور که ترمز مي کشيد نگاه مختصري به کاميوني که پشتش بود انداخت و متوجه شد که راننده دارد به يک طرف متمايل مي شود شايد داشت راديو يا ضبط صوتش را تنظيم مي کرد. فهميد که دارد تصادف مي کند و سعی کرد از آن اجتناب کند اما به ماشينش زده شده بود و سپس محکم به قسمت عقب خودرو از بيرون برخورد کرد که کودکی روی صندلی عقب اش نشسته بود؛ ماشينش به دور خود چرخيد، ترسيد که تصادف ديگري داشته باشد و بنا بر اين به سمت شانه خاکی جاده رفت. بچه ای که پشت ماشيني که به او زده بود مرد.

۳. آسيب پذيري. دن دوران کودکی سختی را گذرانده است، والدينش مدام در حال تعارض بوده اند. دن مدرسه را محل گريزي مي دانست، يک مکان امن و تلاش زيادی در مطالعاتش انجام مي داد. در اوایل بيست سالگی اش دن متوجه شد که در محل کار، مديريت موقعيت های اجتماعي که ساختار مشخصی وجود نداشت برايش مشکل بود به مدت کوتاهی برای اضطراب اجتماعي اش پيش روانشناس مي رفت. به هنگام تصادف به مدت ۲۵ سال هيچ نشانه ي روانشناختی نداشت.

۴. عوامل تداوم بخش. احساسات گناه دن در مورد مرگ بچه منجر به تداوم نشانه هايش شد، دن معتقد بود اگر کس ديگري بود پيامد متفاوتی ايجاد مي کرد. به هنگام بازرسی، دن والدين پريشان بچه را ديد و با اين خاطره مشغوليت ذهنی پيدا کرده بود و نگران بود. در حال حاضر تمام زندگی دن صرف اجتناب از فکر کردن درباره ي رويداد و رانندگي يا مسافرت به عنوان مسافر در ماشين مي شد. با وجود اين، کار و گنر^۱ و همکاران (۱۹۸۷) نشان داده است که تلاش برای فکر نکردن به چيزی اثر معکوس دارد و در مورد مراجعانی مثل دن منجر به تداوم اختلال استرس پس از سانحه اش مي شود.

=====

1. Wegner

۵. عوامل حمایت کننده. دن حمایت خیلی زیادی از طرف همسرش، دو فرزند بزرگ و برادرش دریافت می کرد. دن معتقد بود که به اندازه ی کافی خوب عمل کرده است که دوران کودکی ناخوشایندش را سپری کند و مصمم بود که بر ناتوانی و ضعف فعلی اش غلبه کند.

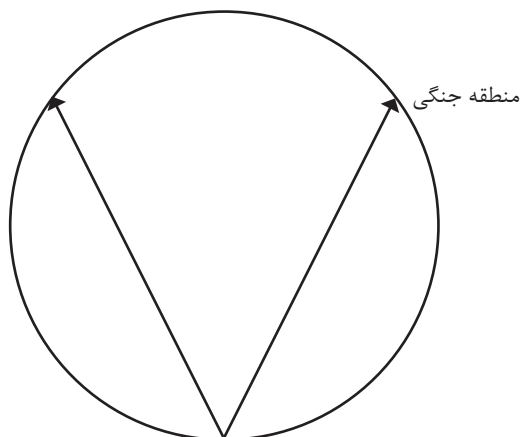
« سخناو PTSD

ستناو مربوط به PTSD که در جدول ۲-۶ آورده شده است به عنوان یک یادداشت کمکی عمل می کند که به درمانگر زمانی که از مسیر منحرف می شود جهت می دهد و منظور این نیست که جایگزین راهنمای جلسه به جلسه ی درمان شود. از زمان تصادف، دن احساس مداومی از آسیب پذیری داشته است، زمانی که در خانه بود دوست داشت بیرون باشد و زمانی که بیرون بود دوست داشت در خانه باشد. درمانگر به این مسأله این گونه اشاره کرد که "مکان امن" هر جایی جز آنجایی است که دن بوده است، حس آسیب پذیری بیشتر از اینکه بیرونی باشد درونی است. در جلسه ی اول درمانگر به دن پیشنهاد کرد که "سیستم هشدار خطرناکی"^۱ داشته است و به او صفحه ی ۲۶ کتاب خود یاری "ادامه دادن بعد از تروما" (اسکات، ۲۰۰۸) را نشان داد که در دیاگرام در شکل ۱-۶ نشان داده شده است. برای دن توضیح داده شد که به نظر می رسد قبل از تصادف، سیستم هشدار دن در نتیجه ی رویداد، متمایل به چپ بود اما در حال حاضر متمایل به راست است - یعنی یک موقعیت بیش از حد حساس - . در این موقعیت دن وظیفه ی نگهبانی را داشت که مدام مراقب دشمنش بود و بنابراین خواب/ تمرکزش به هم خورده بود و اگر چیزی همان طور که باید بود نبود باعث وحشت زده شدن و ناراحتی اش می شد. دن از اینکه بسیاری از نشانه هایش این توضیح ساده را داشتند احساس راحتی کرد و متوجه شد که هدف درمان تنظیم مجدد این هشدار است. برای تقویت آنچه در جلسه ی اول یاد گرفته بود

1. dodgy alarm



دن تشویق شد تا دو فصل اول آن کتاب را به عنوان تکلیف خانگی بخواند.



شکل ۱-۶ سیستم هشدار مغز، آمیگدال

جدول ۲-۶ ستناو PTSD

اهداف درمانی	راهبردهای درمان
۱. حس آسیب پذیری / تهدید را جدی گرفتن	تمایز هشدارهای واقعی از کاذب، بسط شباهت‌ها/ تفاوت‌ها در پاسخ به یادآوری‌کننده‌ها
۲. سرزنش کردن خود	پذیرش اینکه این پاسخ‌ها، پاسخ طبیعی به یک موقعیت غیرطبیعی است
۳. کابوس	به روز آمد کردن توصیف تروما و تصحیح خیال پیامد حتی بدتر
۴. فلش‌بک‌ها	ذهن آگاهی انفضالی، نوشتن توصیف به روز شده از تروما یا ایجاد و گوش دادن به توصیف به روز شده با استفاده از نوار شنیداری
۵. اجتناب	جرات کردن برای نزدیک شدن تدریجی
۶. انزوا	ایجاد ارتباط‌هایی با دیگران، راهنمایی برای ارتباط برقرار کردن، کنترل کردن خشم
۷. خلق	استفاده از جدول MOOD برای کنترل خلق
۸. پیشگیری از عود	دست‌نامه‌ی خودیاری که به‌صورت شخصی ساخته شده، استفاده از نکات اساسی درمان و اضافه کردن آنها به کتاب‌های خودیاری و مطالب کمکی کامپیوتری

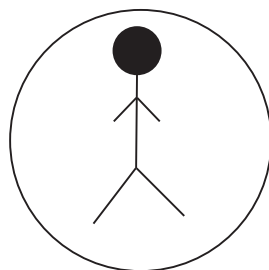
۱۳۸

در جلسه‌ی دوم آنچه دن خوانده بود مرور شد و بر این تأکید شد که آمیگدال به کامپیوتر کوچکی در بالای شکم متصل است و مواجهه با یادآوری‌کننده‌ها،

سیستم هشدار را تکان داده و احتمالاً منجر به چرخش در شکم یا موج رو به بالا خواهد شد. علاوه بر این، بعد از تصادف، همه‌ی تلاشش در زندگی این بوده است تا به سیستم هشدار با اجتناب از تمام یادآوری‌کننده‌ها دست نزند. اما متأسفانه این سیستم هشدار تنها با فعال کردن آن به صورت تدریجی مجدداً تنظیم می‌شود، در آن موقع فرد احساس خیلی ناآرامی دارد اما بعد از آنکه تأیید شد در واقع هیچ آسیبی به فرد نمی‌رسد در سیستم هشدار شکافی ایجاد می‌شود. به منظور یادگیری اینکه موقعیت‌های بیرونی به ندرت فرد را در معرض تهدید قرار می‌دهند از دن خواسته شد تا به صورت تدریجی با موقعیت‌های ترسناک مواجهه شود. از دن خواسته شد تا روش‌هایی که در آن موقعیت‌های ترسناک مشابه با تصادف و یا متفاوت از آن بودند را بسط داده و به این ترتیب این فرآیند تکمیل می‌شود. دن تشویق شد تا احساسات گناهش را به صورت گناه مرتبط با تروما و گناه عینی ببیند و آن را یک نگرانی ببیند که مایه‌ی رنجش شده است نه نگرانی که ارزش اخلاقی دارد. از دن خواسته شد تا صفحات ۱۰۱-۹۸ از کتاب "ادامه دادن بعد از تروما" را بخواند و به این ترتیب این فرآیند تقویت شد تا به دن کمک شود نرمال بودن پاسخش را درک کند و مدلی از مراجع به او پیشنهاد داده شد که با این نوع از احساسات گناه سازگار شود.

درمانگر اشاره کرد که رویاها/ کابوس‌ها اغلب در مورد چیزهایی هستند که به صورت مناسبی حل نشده‌اند و در مورد دن بلوک کردن مداوم خاطرات تصادف مانع از حل شدن مسائل می‌شد. با وجود این، دن می‌ترسید که نوشتن در مورد رویداد منجر به حل شدن در آن رویداد می‌شود، بنابراین درمانگر و دن در جلسه شروع به نوشتن کردند و توافق شد تا در خانه در حضور همسرش این را بنویسد. درمانگر از همسر دن دعوت کرد تا هر زمان ممکن باشد در جلسات شرکت کند طوری که بهتر قادر باشد یادگیری درون جلسه و همکاری با تکالیف خانگی را تقویت کند. با وجود این، دن نگران این بود که همسرش از دست او ناراحت شده باشد به خصوص به خاطر انزوا کردن خودش. درمانگر سپس به دن صفحه‌ی ۲۸

از کتاب "ادامه دادن بعد از تروما" که در شکل ۲-۶ آورده شده است را نشان داد. برای دن توضیح داده شد اگر بدنش این گونه احساس بکند که در یک منطقه ی جنگی قرار دارد در حالی که دیگران در منطقه ی امن هستند منجر می شود احساس کند در حبابی است که قادر به برقراری ارتباط با دیگران نیست. دن گفت که همسرش جورجیا بسیار محتاط است، دن نمی تواند بدون اذیت شدن کارها را انجام دهد و اگر جورجیا او را تشویق کند او را متهم می کند که دارد نق میزند و اگر او را ترک کند او را متهم می کند که دیگر به او علاقمند نیست. وقتی جورجیا در جلسه ی سوم شرکت کرد درمانگر برایش توضیح داد که کتاب ادامه دادن بعد از تروما همان قدر که برای خود قربانی ها خوب است برای اقوام و دوستان قربانی تروما هم خوب است. در جلسه ی چهارم درمانگر از دن و همسرش پرسید که خواندن کتاب چطور پیش می رود و جورجیا گفت قوانین ارتباط بسیار برایش جالب بوده است. در حالی که دن پذیرفت که راهنماهای ارتباط خیلی مهم بوده اند مشکل حل کردن خلق پابینش فشار بیشتری بر او آورده است که منجر به عدم فعالیتش شده است و جورجیا حمله های عصبانیت گاه گاهی دارد که منجر به پایین آوردن بیشتر خلقش می شده است. درمانگر توضیح داد که یکی از پیامدهای PTSD، دوری از دیگران و کرختی هیجانی است و به یک دیاگرام در صفحه ی ۲۹ از کتاب "ادامه دادن بعد از تروما" که در شکل ۳-۶ نشان داده شده است اشاره کرد، نیمه ی خالی بطری لیمو



شکل ۲-۶ حباب

شکل ۳-۶ یکسانی هیجانی^۱

درمانگر توضیح داد که هدف عمده‌ی درمان، برگرداندن سرزندگی به فرد است. به منظور رسیدن به این هدف دن نیاز دارد تا مجدداً در زندگی اما به صورت گام‌های کوچک سرمایه‌گذاری کند. با وجود این، افکار شبه‌انعکاسی منفی اغراق‌آمیز می‌توانند حتی مانع فعالیت‌های کوچک شوند. به همین دلیل دن نیاز دارد تا افکار ثانوی مناسب‌تری را به وجود آورد. در این ارتباط دن به فصل ۸، مدیریت خلق از کتاب "ادامه دادن بعد از درمان" و ثبت خلق (که در فصل ۴ از کتاب حاضر توصیف شد) ارجاع داده شد. برای هر دوی دن و همسرش کتاب "ادامه دادن بعد از درمان" کتاب کاری است که در درمان با آن آشنا می‌شوند و بنابراین می‌توانند بعد از درمان به هنگام لغزش‌ها به آنها رجوع کرده تا مانع از عود کامل شوند.

« برنامه‌ی جلسه به جلسه‌ی درمان

روش‌هایی که در جلسه‌ی اول دنبال می‌شود در فصل ۳ توضیح داده شده است و با ارائه‌ای در مورد منطق درمان اختلال استرس پس از سانحه با استفاده از شکل‌های ۱-۶، ۲-۶ و ۳-۶ تلفیق شده است. در زیر پروتکل درمان جلسه به جلسه برای PTSD، از جلسه‌ی ۲ به بعد آمده است، این برنامه مواجهه‌ی مبتنی بر شواهد را با پروتکل‌های بازسازی شناختی تلفیق می‌کند.

جلسه ی دوم

رئوس مطالب مهم جلسه ی دوم در جدول ۳-۶ آمده است.

جدول ۳-۶ جلسه ی دوم

۱. بررسی در مورد اثر جلسه ی اول، مرور مطالعه ی کتاب "ادامه دادن بعد از تروما"
۲. مرور سه تا A: شرح تروما^۱ (شامل بسط بدترین لحظات آن)، اجتناب^۲ و بیگانگی^۳
۳. غلبه بر خشم^۴، چهارمین A
۴. غلبه بر اختلال همبود
۵. بررسی واکنش به جلسه ی دوم
۶. تنظیم تکلیف خانگی

افراد مبتلا به PTSD زمان زیادی را صرف فکر نکردن به تروما و اجتناب از یادآوری کننده های آن می کنند. در نتیجه وقتی برای درمان حضور می یابند احساسات در هم آمیخته ای دارند، از یک طرف دوست دارند بهتر شوند و از طرف دیگر دوست ندارند در مورد تروما صحبت کنند. این امر منجر به پاسخ های تک سیلابی به سوالات درمانگر می شود و درمانگر ممکن است احساس خصومت خاصی داشته باشد. درمانگر نیز به سادگی احساس می کند که گیر افتاده است، از طرفی می داند نوع درمان شناختی - رفتاری که باید استفاده شود مواجهه است و از طرف دیگر شواهد پیشنهاد می کنند که لازم است نشانه های مراجع برطرف شوند. بنابراین همان طور که قطعه ی منتخب زیر نشان می دهد چالش با مراجعان مبتلا به PTSD نسبت به افسردگی و دیگر اختلالات اضطرابی نیاز به مهارت بیشتری دارد:



-
1. Account of the trauma
 2. Avoidance
 3. Alienation
 4. Anger

درمانگر: بعد از آخرین ملاقات ما، آیا افکار دیگری هم داشتید؟

دن: بله، خوب بود (همان طور که این را می گفت به همسرش نگاه کرد).

همسر (جورجیا): به من نگاه نکن، من اینجا نبودم، دارد از تو می پرسد.

دن: (در حالی که به کف اتاق نگاه می کند ساکت است).

درمانگر: آیا چیزی در جلسه ی پیش شما را اذیت کرده است؟

دن: باعث شد که در مورد تمام این چیزها بیشتر فکر کنم.

درمانگر: چه چیز خیلی بدی در مورد آن وجود دارد؟

دن: نمی توانم آن را تحمل کنم.

درمانگر: بنابراین مطمئن نیستید که واقعاً می خواهید اینجا باشید.

دن: فکر می کنم همین طور باشد.

جورجیا (با آه / افسوس عمیقی): چه خوب!

این ها زمان هایی است که درمانگر میل قوی دارد تا این سیستم هشدار خاموش شود! بنابراین تمرکز اصلی جلسه باید روی برطرف کردن دوگانگی مراجع در مورد درمان باشد. درمانگر در ذهن خود ثبت کرد تا گزینه های ۲ و ۳ از جدول ۳-۶ را به تعویق اندازد تا زمانی که دن نسبت به درمان متعهد شود. جلسه ادامه داشت:

دن: البته که می خواهم بهتر شوم.

درمانگر: اما نه به هر هزینه ای.

دن: نه.

درمانگر: غلبه بر PTSD مثل تمرین کردن به هنگام داشتن مشکل کمر است، اگر کاملاً اجتناب کنی بهتر نمی شوی اما همچنین می توانید با تمرین خیلی زیاد مشکل کمردان را بدتر کنید، کاری که در درمان انجام می دهیم این است که به شما اجازه می دهیم تا میزان مواجهه / تمرین را کنترل کنید.

دن: به نظر بهتر می رسد.

درمانگر: هدف این است که فکر کردن مدام به رویداد را متوقف کنیم، چون نه فکر کردن به آن بلکه نگاه منتقدانه به آن افکار است که دارد شما را اذیت می کند.

دن: چطور این کار را می کنید؟

درمانگر: با نگاه کردن به رویداد و اثراتش به عنوان زخمی که باید درمان شود و در زمان مشخص به بهترین صورتی که می توانید عمیقاً روی آن تمرکز کنید.

دن: کمی شبیه یک جلسه کسب و کار بر روی چیزی است، به جای اینکه بارها و بارها در برخورد با یک موضوع پافشاری کنی.

درمانگر: بله.

دن: از لحاظ نظری به نظر خوب می رسد.

درمانگر: چون تلاش برای فکر نکردن به تروما تأثیری نداشته است یا اینکه شما الان اینجا نبودید، باید به روش های بهتری برای مدیریت حافظه فکر کنیم و فصل ۶ از کتاب "ادامه دادن بعد از درمان" فصلی است که این عنوان را دارد، دوست دارم این فصل را همراه با فصل قبل از آن "تنظیم مجدد سیستم هشدار" برای جلسه ی بعدی بخوانم. از همان شروع جلسه متوجه شدم که روابط تیره شده است و برای هر دوی شما مفید خواهد بود که فصل ۸ در مورد "تنظیم مجدد روابط" را بخوانید.

جورجیا: خوب است بدانیم که تنها ما نیستیم که این گونه هستیم.

دن: بله.

درمانگر: در جلسه ی اول اشاره کردم که از اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال استرس پس از سانحه رنج می برید بنابراین ممکن است همچنین بخواهید داستان کارن در این کتاب را بخوانید که هر دوی این اختلال ها و دوران کودکی مشکل داری داشته است تا در مورد مسیرهایی که می توانید دنبال کنید تا به جایی که می خواهید برسید ایده ای داشته باشید.

دن: این کار را خواهیم کرد.

با وجود اینکه رئوس مطالب در جلسه (برای مثال جدول ۶-۳) چارچوبی در مورد جلسه به دست می دهد ولی نباید به صورت انعطاف ناپذیر مورد استفاده قرار گیرد و باید بر مسأله ای که به نظر مناسب ترین می رسد تأکید کرد.

جلسه ی سوم

رئوس مطالب جلسه ی سوم در جدول ۴-۶ آمده است.

جدول ۴-۶ جلسه ی سوم

۱. مرور جلسه ی قبلی، تکلیف

۲. مرور ۴ تا ۸ها

۳. درگیر شدن با مطالب تروماتیک و موقعیت های ترسناک بدون تحت فشار زیاد قرار گرفتن، مرور تکنیک های درمانی

۴. برنامه ریزی / شرح مجدد گزارش تروما و اثرات آن - بازسازی شناختی

۵. بله...اماها، فاجعه زدایی

۶. تنظیم تکلیف برای PTSD و اختلال همبود

از نکات مهم در مورد شرح شناختی - رفتاری PTSD این است که مراجعان به صورت ناتمام حافظه ی تروماتیک را پردازش کرده اند و از روش های متنوعی برای سرعت بخشیدن به پردازش اطلاعات از نوشتن یک صفحه هر روز در مورد تروما و اثراتش (رسیک و اسپنیک^۱، ۱۹۹۳) تا گوش دادن به نوار صوتی تروما تا زمانی که دیگر تحت فشار نباشند استفاده کرده اند (با تردید) (فوا و رثام^۲، ۱۹۹۸) و هیچ کدام از این روش ها بر دیگری برتری نداشته اند. برای مراجعانی که مشکل سواد دارند مفید است جزییات تروما در طول چهار جلسه نوشته شود و سپس درمانگر شرح حالشان را به آنها تحویل دهد (نونر^۳ و همکاران، ۲۰۰۴). یکی از

1. Resick
2. Rothbaum
3. Neuner

روش های دیگر پردازش این است که از مراجع خواسته شود تا شرح کاملی از تروما را یک بار نوشته و به عنوان تکلیف با صدای بلند سه بار هر روز بخواند (میرکر^۱ و همکاران، ۲۰۰۶). ولز و سمی (۲۰۰۴) به مراجعان مبتلا به PTSD آموزش داده اند تا به افکاری که یک دفعه به ذهنشان می رسد توجه کرده اما به صورت ذهن آگاهی انفصالی به آن پاسخ دهند، یعنی به شیوه ای که یک فرد به یک قطار در حال گذار پاسخ می دهد و به این ترتیب این امر به جای مسدود شدن خاطرات، منجر به پردازش انطباقی بازتابی خودکار می شود. به دنبال جلسه ی دوم دن در مورد رویدادش نوشت و در جلسه ی سوم این نوشته مرور شد:

دن: مدام نوشتن را به عقب می انداختم، اما وقتی نوشتم دیگر نتوانستم آن را متوقف کنم و کابوس های وحشتناکی در آن شب داشتم.

درمانگر: من به شما با تأکید گفته بودم که اگر می خواهید در مورد تروما بنویسید بیشتر از ۲۰ دقیقه و یک صفحه ننویسید. اگه طولانی تر بنویسید احساس فشار می کنید و همچنین "تمرکز عمیق" را از دست می دهید.

دن: منظورتان از "تمرکز عمیق" چیست؟

درمانگر: خوب تا اینجا چند صفحه نوشته اید، اما اگر بیشتر از یک صفحه نمی نوشتید بهتر می توانستید از شرح ترومایی که نوشته اید فاصله بگیرید و آن را به روز کنید، اما در جزئیات گم می شدید مثل اینکه "برای اینکه وارد بیمارستان شوید چه مدت به هنگام رسیدن به بیمارستان در آمبولانس مانده اید"، در حالی که این بد است حواس شما را از چیزی که به نظر می رسد برایتان خیلی مهم است یعنی چیزی که ممکن بود اتفاق بیفتد پرت می کند: "ممکن بود به ماشین دوم بزنم"، "بچه ی دومی را بکشم"، "فرزندانم ممکن بود پدرشان را از دست بدهند". می خواهم با

خاطرات تروماتیک با یک ویرایش به روز شده‌ای کنار بیاید، طوری که ذهنتان به جای ویرایش قدیمی که در روزی که رخداد به وقوع پیوست، به ویرایش جدید دسترسی داشته باشد.

دن: مثل جایگزین کردن ویندوز ۹۵ با ویندوز ۲۰۰۰.

درمانگر: بله، ویرایش قدیمی هنوز همانجاست اما زمانی که روی صفحه نمایش می‌آید به ویرایش جدید تغییر می‌دهید، متأسفانه نمی‌توان خاطره‌ی تروماتیک را حذف کرد اما می‌توانیم به شما آموزش دهیم چطور آن را دور بزیند و زندگی با کیفیتی داشته باشید.

جورجیا: می‌توانم کمکی بکنم؟

درمانگر: خیلی خوب دن می‌توانید به مدت ۱۰ دقیقه بنویسید، سپس در مورد نوشته‌تان با جورجیا به مدت ۱۰ دقیقه بحث کنید سپس دنده را عوض کنی، این کار را تمام کنی، بخواهی چای با هم بخوریم یا اینکه به پیاده روی بروید؟

دن: به نظر بهتر می‌رسد، فکر کنم وقتی تکلیف نوشتن را انجام دادم نزدیک به زمان خواب بود، دفعه‌ی بعد زودتر این کار را خواهم کرد.

درمانگر: خوب است، نیاز است تا با شرح بهتری از آن رویداد کنار آمد. امروز همچنین می‌خواستیم تا به دوری شما از افراد نگاهی بیندازم و فکر می‌کنم تا به حال تا اندازه‌ای با تکلیف بحث کردن در مورد رویداد به صورت روزانه با جورجیا به آن پرداخته باشیم.

جورجیا: فصلی که در مورد بهبود روابط در کتاب "ادامه دادن بعد از تروما" بود به نظرم خیلی جالب بود و اگر زمانی که در مورد یک مسأله با هم بحث می‌کنیم تنها روی یک مسأله متمرکز شویم و ذهن خوانی را متوقف کنیم مطمئن هستیم که اوضاع فرق می‌کند. اما او به تلفن جواب نخواهد داد یا بیرون نخواهد رفت.

دن: من فقط سرخ می‌شوم یا دچار لکنت می‌شوم.

درمانگر: این چیزی که می‌گویید بیشتر به اضطراب اجتماعی مربوط است تا به PTSD و ما تنها می‌توانیم به آن چیزها بعداً در جلسه بپردازیم. برای تکرار چیزهایی که امروز تا به حال به آنها پرداخته‌ایم، سه تا از Aها را مورد بررسی قرار داده‌ایم: شرح تروما، اجتناب از تفکر/نوشتن در مورد رویداد و بیگانگی. با نگاه عمیق‌تری به اجتناب آیا چیزهایی وجود دارد که به خودتان جرأت دهید به‌عنوان اولین گام‌های برگشت به زندگی نرمال انجام دهید؟

دن: احتمالاً نمی‌توانم رانندگی کنم.

درمانگر: می‌توانید روی صندلی راننده‌ی ماشین در بزرگراه تا مدتی که به قطعه‌ای از آهنگ مورد علاقه‌تان گوش می‌دهید بنشینید، بدون تکان خوردن یا شاید یک دستگاه شبیه‌ساز رانندگی را در یکی از مدارس رانندگی بزرگ امتحان کنید.

دن: فکر می‌کنم بتوانم اما فکر نکنم بتوانم رانندگی کنم.

درمانگر: هیچ کدام از ما دید شفافی نداریم، که یک گام برداریم و بدانیم بعد چه اتفاقی می‌افتد.

جورجیا: دن مثل یک خرس با سر زخمی توانایی تحمل را ندارد!

درمانگر: این رفتار باعث می‌شود به چهارمین A برسیم که می‌خواهم در مورد آن بحث کنم، یعنی عصبانیت، به‌خاطر چیزهای کوچک کنترل خود را از دست دادن. دن، چیزی که می‌خواهم انجام دهید، استفاده از راهبرد "فکر را متوقف کن استراحت کن" است طوری که برای مثال اگر جورجیا بگوید وقت آن است تا در مورد رویداد بنویسید قبل از اینکه دیر شود در حالی که نزدیک است منفجر شوید سر خودتان داد می‌زنید بس کن! سپس فکر می‌کنید آیا جورجیا واقعاً عمداً دارد من را عصبانی می‌کند؟ آیا واقعاً پایان دنیا است؟ و سپس آرام باش؛ می‌توانید این کار را به هر روشی که احساس راحتی می‌کنید انجام دهید برای مثال در حالی که

نشسته اید هر گروه از ماهیچه را به ترتیب بکشید و آرام کنید، به موسیقی مورد علاقه تان گوش دهید، صحنه ی خیلی آرامش بخشی را تصور کنید مثلاً اینکه در سایه ی درختی در یک روز تابستانی نشسته اید و نسیم ملایم و چمن را احساس می کنید.

دن: بنابراین برای هر کدام از Aها چیزی به عنوان تکلیف وجود دارد. درمانگر: بله اما علاوه بر آن، دوست دارم زمانی که خاطرات مربوط به رویداد به ذهنتان می آید از بله...اما استفاده کنید، برای مثال اگر به هنگام بازرسی، تصویری از والدین پریشان داشته باشید چیزی مثل این بگویید، بله منظره ی خیلی وحشتناکی بود.....اما هیچ کس من را به خاطر آن سرزنش نمی کند. دن: باشه.

جلسه ی چهارم

رئوس مطالب جلسه ی چهارم در جدول ۵-۶ آمده است.

جدول ۵-۶ جلسه ی چهارم

۱. مرور جلسه ی قبلی، تکلیف
۲. زندگی در سرزمین نزدیکی (تمرین نزدیکی به جای اجتناب)
۳. متوقف کردن خرابکارها
۴. مدیریت تغییر در خلق
۵. تنظیم تکلیف برای PTSD و اختلال همبود

این جلسه با مروری از پیشرف مراجع در زمینه غلبه بر ۴ تا A شروع می شود، شرح تروما، اجتناب، بیگانگی، و عصبانیت:

۱. شرح. در ابتدا شرح مراجعان از تروما اغلب بیش از حد تعمیم یافته است، نشان دهنده ی یک اجتناب شناختی است. به منظور پردازش مؤثر، این شرح باید به صورت ترسیمی همراه با جزئیات حسی که بدترین قسمت تروما را آشکار می کنند باشد. در این شرایط درمانگر ممکن است توضیح دهد که نیاز است تا از

ويرايش سانسور شده ي تروما به ويرايش غير سانسور شده ي آن حرکت کرد. نوشتن شرح غير سانسور شده براي تکليف خانگي تنظيم مي شود. در نوشتن شرح، بسياري از شناخت هاي بعد از تروما که منجر به تداوم PTSD مي شوند به سطح مي آيند، نمونه اي از اين شناخت ها از مقياس شناخت هاي بعد از تروما استخراج شده است و در جدول ۱-۶ آمده است. با استفاده از ديالوگ سقراطي که در فصل ۴ توصيف شد با اين شناخت هاي نا کارآمد مورد چالش قرار مي گيرند به خصوص در مانگر مي تواند اعتبار، سودمندی و قدرت آنها را مورد چالش قرار دهد. درخواست از مراجع مبتلا به PTSD براي نوشتن و ارزيابي شرحشان از تروما، پاد زهري براي اجتناب شناختي است اما مراجعان هم نياز دارند تشويق شوند تا بر اجتناب رفتاريشان غلبه کنند.

۲. اجتناب. اجتناب رفتاري مراجعان مي تواند اشکال مختلفی داشته باشد از خاموش کردن تلويزيون زماني که محرک ياد آوري کننده اي در مورد تروما وجود دارد، اجتناب از صحنه ي تروما، اجتناب از بافتي که تروما در آن اتفاق افتاده است تا اجتناب از بيرون رفتن. راهبرد درماني اين است که اطمینان بباييم مراجع متعهد است که به جای زندگي در سرزمين اجتناب در سرزمين نزديکي زندگي کند. اين دو مي توانند به دو سرزمين همسايه تشبيه شوند، در ابتدا از مراجع خواسته مي شود تا جرأت کند روی مرز اين دو جست و خيز کند سپس به تدريج جرأت کند که به قلب سرزمين نزديکي برود. مي توان پيشنهاده داده شود که مراجع مي تواند انتخاب کند تا در سرزمين اجتناب براي ايمني زندگي کند اما از آن جايي که ديگران به سرزمين نزديکي مهاجرت مي کنند آنها احساس خستگي زياد، افسردگي و بيگانگي بيشتري مي کنند. امکان دارد تا به صورت خردهمندانه اي بين دو سطح از انجام درمان شناختي - رفتاري، يعني چالش با شناخت هاي مجزا (مثلاً شناخت هاي بعد از آسيب در جدول ۱-۶) با استفاده از چارچوب ثبت MOOD (پيوست ث) و نوع ديگري که داستان گفتن، تغيير شرح است حرکت کرد.

۳. بيگانگي / دوري. گرچه افراد مبتلا به PTSD، نگران کابوس ها و فلش بک ها هستند در طولاني مدت اغلب نگران تخريب رابطه با افراي که به آن نزديک اند

می شوند. نشان داده شده است که حمایت اجتماعی، بزرگ ترین پیش بین کننده ی منفردی است که آیا نشانه های PTSD تداوم می یابند یا نه (بروین و همکاران، ۲۰۰۰). تشویق کردن مراجعان به صرف زمان بیشتر برای مصاحبت با افراد نزدیک، اولین گام مهم در پل زدن به فاصله ی بین آنها و دیگران مهم است. متأسفانه خانه اغلب با برخی تعارض ها همبسته شده است و نیازهای ارتباطی دیگر باید در بیرون برنامه ریزی شود مثل رفتن برای پیاده روی در پارک.

۴. خشم. تقریباً تمام مراجعان مبتلا به PTSD به صورت نامشخصی تحریک پذیر شده و به کوچک ترین استرس های روزمره واکنش افراطی نشان می دهند. اگر مشکلات خشم مراجع مورد بررسی قرار نگیرند احتمالاً دوری آنها از دیگران ادامه می یابد. خشم در دو سطح می تواند مورد بررسی قرار گیرد: ۱. هیجان زمینه ای تعیین اینکه چه میزانی از چارچوب خشم ذهن، نتیجه ی ناکامی است که ناشی از داشتن رفتارهای ایمنی خیلی زیاد یا به صورت استعاره ای تر زندگی کردن در سرزمین اجتناب است، و/ یا آیا نتیجه ی شکست در سازمان دادن برنامه های هفتگی شان به شیوه ای است که به آنها حس پیشرفت دهد. ۲. راهبردهای مقابله ای به هنگام مواجه شدن با استرس های روزمره ی زندگی. بنابراین هیجان زمینه ای ممکن است با کمک به مراجعان برای کنار گذاشتن رفتارهای ایمنی و برنامه ریزی زمانی برای تکالیف مهم مورد هدف قرار گیرند. قبل از شروع، هر تکلیف به تکالیف کوچک تر قابل مدیریت تقسیم می شود و قبل از پیشرفت به تکلیف بعدی کنار آن تیک زده شده جشن برگزار می شود. برای مقابله با استرس های روزمره به مراجعان آموزش داده می شود تا به هنگام ظهور علائم خشم، از توقف و تفکر استفاده کنند و برای این منظور از تصویر لاک پشتی استفاده می شود که به هنگام ظهور اولین علائم خشم/ خطر، سرش را در لاکش فرو می کند. با وجود این مهم است که به مراجعان اشاره شود این راهبرد هنری اکتسابی است و خیلی نامحتمل است که بتوان آن را کامل انجام داد فقط به اندازه ای است که روابط حفظ شوند.

در پایان این جلسه تکلیفی تنظیم می شود که دوباره ۴ تا A را پوشش می دهد.

موانع تکميل تکليف حول و حوش خودکار آمدي دور مي زنند، يعني باور مراجع به توانايشان براي انجام تکليف مشخص و اينکه آيا اين تکليف تفاوت ارزشمندی ايجاد مي کند يا نه. مهم است که درمانگر حس خودکار آمدي مراجع را با اشاره به موفقيت هاي گذشته ي مشابه يا با برخورد با پيش بيني هاي منفي مراجع به عنوان فرضيه اي که بايد مورد آزمون قرار گيرند نه چيزي که نشان دهنده ي واقعيت منفي باشد تقويت کند. از مراجعان خواسته مي شود تا PCL (ويدرز و همکاران، ۱۹۹۳) و مقياس شناخت هاي پس از تروما (فوا و همکاران، ۱۹۹۹) را کامل کرده و با خود بياورند.

جلسه ي پنجم

رئوس مطالب جلسه ي پنجم در جدول ۶-۶ آمده است.

جدول ۶-۶. جلسه ي پنجم

۱. مرور جلسه ي قبلي، تکليف
۲. ارزيابي مجدد
۳. مرور يادداشت هاي MOOD
۴. سوگيري در پردازش اطلاعات
۵. ارتباط با ديگران
۶. برسي مجدد
۷. تنظيم تکليف براي PTSD و اختلال همبود

اين جلسه، نقطه ي مياني در درمان است و پيشرفت را مي توان با استفاده از برسي آزمون هاي روان سنجي ترسيم کرد. در اين مرحله اغلب مراجعان انتظار دارند نمره ي آنها در PCL (ويدرز و همکاران، ۱۹۹۳) زير ۵۰ باشد و نشانه هايي که هنوز در سطح متوسطي مراجعان را آزار مي دهند (نمره ي ۳ يا بيشتر) در درمان مورد هدف قرار گيرند، همان طور که در قطعه ي منتخب بعدي آمده است:

درمانگر: پیشرفت خیلی خوبی داشته‌اید، نمره‌تان در حال حاضر ۴۴ است (در مقایسه‌ی با نمره‌ی ۶۰ که در شروع درمان بود) اما مشخص است که هنوز در خواب مشکل دارید.

دن: بله هنوز چندین ساعت طول می‌کشد تا خوابم ببرد.

درمانگر: ممکن است زمانی که می‌خواهید بخواهید آرامش خاطر نداشته باشید، قبل از رفتن به رختخواب سعی کنید با هدفون به موسیقی گوش دهید. اگر در طی ۳۰ دقیقه خواب نرفتید فقط بلند شوید و زمانی که خیلی خسته‌اید برگردید طوری که رختخواب با جنگ برای خوابیدن همبسته نشود.

در برخی موارد مراجعان از رویاهایی رنج می‌برند که بدتر از آنچه است که اتفاق افتاده است. چون این رویاها خیالی هستند می‌توان از مراجع خواست تا به‌طور واضح تروما را از نقطه‌ی آغاز آن تصور کند اما با یک پایان خیالی آن را تلفیق کند، برای مثال برخورد کردن با یک ستاره‌ی مشهور سینما بعد از رخداد. پیامی که به مراجع منتقل می‌شود این است که تصور بدترین مورد سناریو به اندازه‌ی پیامد مثبت عجیب است. علاوه بر این، پیامد مثبت تصور شده می‌تواند در رویا تلفیق شده و منجر به کاهش اختلال شود.

شناخت‌های پس از تروما همان‌طور که در زیر آمده است نه تنها بر حسب محتوایشان بلکه بر حسب روشی که سوگیری در پردازش اطلاعات را نشان می‌دهند (جدول ۲-۴) می‌توانند مورد چالش قرار گیرند:

درمانگر: دن، در مقیاس شناخت‌های پس از تروما بیان کرده‌اید که هنوز به این باور شدیداً اعتقاد دارید که "هیچ وقت نمی‌دانید چه زمانی اتفاق وحشتناکی می‌افتد"، آیا معتقدید در ۵ دقیقه‌ی دیگر اتفاق وحشتناکی می‌افتد؟

دن: نه.

درمانگر (خنده): خوشحالم، اما در واقع می‌دانستید که در ۵ دقیقه‌ی بعد

اتفاق وحشتناکی نمی افتد، در شگفتم که آیا چیزها را در طیف افراطی می بینید "یا کاملاً ایمن هستم یا نایمن".

دن: چی میشه اگه بدون واسطه باشه؟

درمانگر: بله ممکن است ارزش آن را داشته باشد تا "تفکر همه یا هیچ" را زمانی که ترسیده اید چک کنیم. این نوع تفکر تنها یکی از ده نوع روش دیگر تفکری است که می تواند به تداوم اختلال شما کمک کند. برای تکلیف می خواهم در مورد این نوع از افکار صفحه ی ۹۹ از کتاب "ادامه دادن بعد از تروما" و همچنین راهنماهای ارتباط در صفحه ی ۸۷ را بخوانید. زمان گذاشتن برای چیزهایی مثل تمرین و خرید و فروش چیزها را متوقف کرده اید، می توانید مجدداً شروع کنید؟

دن: باید این کار را بکنم، اگر برای زندگی تلاش نکنم پیشرفتی نخواهم کرد.

جلسات هشتم تا دهم

رئوس مطالب جلسات ششم تا هشتم در جدول ۶-۷ آمده است.

جدول ۶-۷ جلسات ششم تا هشتم

۱. مرور جلسه ی قبل و تکلیف خانگی
۲. گام برداشتن اطراف تعصب علیه خود
۳. تنظیم تکلیف برای PTSD و اختلال همبود

مثل همیشه این جلسات با تنظیم دستور جلسه توافق شده و معمولاً با مروری از جلسه ی قبل و تکلیف خانگی شروع می شود. با وجود این، درمانگر باید کم کم بیشتر تعیین دستور جلسه را به عهده ی مراجع بگذارد و فضایی فراهم کند تا نگرانی هایی که قبلاً بیان نشده بود گفته شود. مسأله ی رایج در مورد قربانی های تروما، درد و ادراک ناتوانی در مدیریت این درد است که بر خلق آنها تأثیر می گذارد. اغلب اوقات مراجع روزهای خوبش را خراب می کند و برای روزها عملکردش مختل

می شود، این تغییر ناگهانی در سطوح فعالیت منجر به تضعیف روحیه کلی می شود. در فصل ۹ از کتاب "ادامه دادن بعد از تروما" مراجعان می توانند درباره ی اینکه چگونه خود را آرام کنند، چگونه دردشان را فاجعه آمیز جلوه ندهند و چگونه بر دردشان تأثیر بگذارند مطالعه کنند. مسأله ی مرتبط این است که به خاطر درد، مراجعان قادر نبوده اند تا مثل قبل از تروما عملکرد جنسی داشته باشند که اغلب منجر به توقف روابط جنسی می شود. همان طور که در قطعه ی منتخب زیر آمده است این موضوع را می توان با نگاه به سوگیری در پردازش اطلاعات مورد بررسی قرار داد:

درمانگر: بنابراین دن دارید به من می گویید چون نمی توانید زانو بزنید نمی توانید رابطه ی جنسی داشته باشید، درسته؟
دن: بله.

درمانگر: چرا باید دقیقاً مثل قبل رابطه ی جنسی داشته باشید؟
دن: فقط باید داشته باشم.

درمانگر: آیا دوباره "تفکر همه یا هیچ" نیست؟

دن: حدس می زنم باشد، تقریباً در مورد هر چیزی اینگونه فکر می کنم.

درمانگر: فکر می کنم تشخیص این نوع تفکر خیلی مهم است چون فقط در مورد رابطه ی جنسی نیست که این نوع تفکر را دارید.
دن: احساس نقص خیلی زیادی می کنم.

درمانگر: با توجه به پرسشنامه متوجه شدم که هنوز به این باور خیلی اعتقاد دارید.

دن: در مورد هر چیزی احساس نقص می کنم.

درمانگر: اما آیا اگر در مورد رابطه ی جنسیتان تفکر همه یا هیچ نداشتید ممکن بود در این ناحیه احساس نقص نمی کردید؟
دن: فکر نمی کنم.

درمانگر: با نگاه به سوگیری ها در صفحه ی ۹۹ از کتاب "ادامه دادن بعد

از تروما" مي خواهيم بدانيم آيا موضوعات را هم شخصي نمي كنيد: اشتباهي به وجود آمده است، براي مثال رابطه ي جنسي، بنابراین "بايد اشتباه از من باشد".

دن: فكر مي كنم وقتي داشتم سوگيري ها را مي خواندم داشتم به خودم مي گفتم كه چون بچه مرده است اشتباه من بوده است در حالي كه من و هيچ كس ديگري به هيچ وجه نمي توانست مانع برخورد ماشين شود. اما هنوز احساس گناه مي كنم اما نه خيلي زياد.

درمانگر: شايد عليه خودتان تعصب ايجاد کرده ايد و بايد به خودتان آموزش دهيد زماني كه اين تعصب بالا مي آيد اطراف اين تعصب قدم بزنيد و در اين مورد اين كار با جدي نگرفتن احساسات گناه انجام مي شود. براي تكليف خانگي، صفحات ۱۰۴-۱۰۱ از كتاب "ادامه دادن بعد از تروما" كه درباره ي تعصب عليه خودتان هست را بخوانيد.

دن: خوبه.

جلسات نهم تا دوازدهم

رئوس مطالب جلسات نهم تا دوازدهم در جدول ۸-۶ آمده است.

جدول ۸-۶ جلسات نهم تا دوازدهم

۱. مرور جلسه ي قبل، تكليف خانگي
۲. ارزيابي مجدد
۳. تسلط بر مسائل مهم
۴. ايجاد پرتوكلي كه در مواقع عود مورد استفاده قرار گيرد.
۵. جلسه ي پيگيري، ارزيابي مجدد، تجديد نظر در مهارت ها

جلسات پاياني مسائل مهمي را مورد هدف قرار مي دهد اما با بررسي پيشرفت از جلسه ي پيش و ارزيابي مجدد رسمي با استفاده از سوالات استاندارد در كتابچه ي

درمان شناختی - رفتاری و ارزیابی مجدد آزمون های روان سنجی شروع می شود. همان طور که در قطعه ی منتخب زیر آمده است ارزیابی مجدد همپوشانی تمام نشانه های PTSD را تضمین می کند و بر جایی که درمان هنوز نیازمند توجه است تأکید می کند:

درمانگر (از کتابچه ی درمان شناختی - رفتاری): آیا احساس کرده اید با دیگران رابطه ندارید، بیشتر از یک اتفاق ساده.

دن: رابطه ام دارد با جورجیا از هر لحاظ خیلی بهتر می شود و مثل قبل با دوستان و برادرم احساس ناراحتی نمی کنم حالا که در مورد اضطراب اجتماعی می دانم آنقدر احساس خجالت نمی کنم.

درمانگر: برای پر کردن این شکاف چه کار می توانید بکنید؟

دن: از فاصله ی اینجا تا خانه می توانم برادرم را به صرف یک فنجان قهوه دعوت کنم، البته خودم رانندگی می کنم.

درمانگر: از آنجایی که رانندگی می کنید مسافر نخواهید بود.

دن: باید اوضاع را کنترل کنم.

درمانگر (از کتابچه ی درمان شناختی - رفتاری): آیا اغلب اوقات مراقب هستید و مدام چیزها را چک می کنید؟

دن: بله، حتی زمانی که دارم رانندگی می کنم از آینه ی عقب ماشینم مدام دارم چک می کنم.

درمانگر: نظرتان چیست که تکلیف خانگی این باشد که از اینجا تا پیش برادرتان مسافر باشید و فقط بر در جلو ماشین تمرکز کنید و موسیقی مورد علاقه تان را گوش بدهید. سپس وقتی در مسافرت های کوتاه رانندگی می کنید از قبل تخمین بزنید قبل از تصادف چقدر به آینه ی عقبی ماشین نگاه می کردید و الان هم همان قدر نگاه کنید. هدف متوقف کردن تفکر کردن در ماشین است، به طور خودکار این کار را انجام خواهید داد و در پایان سفر خسته نمی شوید.

دن: مي توانم امتحان كنم كه مسافر باشم، تنها از اينجا تا پيش برادرم ۱۰ دقيقه است. زماني كه دارم رانندگي مي كنم مي توانم سي دي موسيقي را هم در جايش بگذارم و همراه با آن آواز بخوانم، اين كار مانع تفكر خيلي زياد مي شود.

درمانگر: خيلي خوب، از سربازاني كه به جنگ مي روند مي خواهند آواز بخوانند و به اين ترتيب احساس ترس نمي كنند.

در قطعه ي منتخب بالا ارزيابي مجدد رسمي در مورد مسائل مهم در درمان تلفيق شده است.

مايه كوبي مراجع عليه عود در جلسات پاياني مورد توجه عمده اي قرار مي گيرد. اگر مراجع با يادآورهايي از تروما كه به طور خاصي برجسته باشد روبه رو شود ممكن است عود اتفاق بيفتد. با وجود اين اگر خلق فرد بدتر شود نيز ممكن است عود اتفاق بيفتد. علت پايين آمدن خلق لزوماً رابطه ي مستقيمي با تروما ندارد، بلكه قرار گرفتن در حالت هيجاني مشابه بعد از تروما منجر به دسترسي مستقيم به خاطرات تروماتيك مي شود. به طور كلي ما مطالبتي كه با خلقمان منطبق است را به ياد مي آوريم كه به آن يادآوري منطبق با خلق گفته مي شود. مراجعان مبتلا به PTSD اگر آمادگي نداشته باشند با برگشتن فلش بک ها و كابوس ها ممكن است به طور خاصي روحيه شان را از دست بدهند. براي كمك به مراجعان تا بر پيشگيري از عود تمرکز كنند درمانگر كاربرگ بهبودي اما ...، (پيوست خ) را به مراجع پيشنهاد مي كند، بنابر اين:

درمانگر: PTSD مي تواند مثل شبحي باشد كه افراد را در خطر مي اندازد، رخداد به وقوع پيوسته آنچنان تاثير بزرگي داشته است كه هرگز آن را فراموش نمي كنيد اما با استفاده از راهبردهايي كه در اغلب اوقات مورد بررسي قرار داده ايم مجدداً آن را تجربه نخواهيد كرد.

دن: به نظر كمی نگران کننده می رسد.

درمانگر: خوب، برخی مواقع این شبیح با کینه به شکل یادآوری کننده‌ی مشخصی بر می‌گردد یا به‌عنوان بخشی از خلق پایین خود را نشان می‌دهد. اما با کنترل دقیق با استفاده از این کاربرگ، این شبیح (درمانگر به مراجع کاربرگ بهبودی اما پیوست خ را می‌دهد) نمی‌تواند بر شما غلبه کند. می‌خواهم با شما در این مورد به‌عنوان پایه‌ای برای نوشتن دستنامه‌ی بقای خودتان کار کنم. این دستنامه شامل تکالیف خانگی است و می‌تواند از قسمت‌هایی از کتاب "ادامه دادن بعد از تروما" باشد که به‌طور خاصی برایتان مفید بوده‌اند استفاده کنید. زمانی که این شبیح برمی‌گردد می‌توانید از این دستنامه استفاده کنید.

دن: نوعی جن‌گیری انجام می‌دهیم.

درمانگر (خنده): تا به حال این‌گونه به آن نگاه نکرده بودم. اولین گزینه مربوط به ماشه چکان‌های احتمالی است، فکر می‌کنید چه چیزی ممکن است فلش‌بک‌ها/ کابوس‌ها را زنده کند؟

دن: قطعاً داشتن یک تصادف دیگر؛ اما حتی شاهد صحنه‌های پس از تصادف بودن هم می‌تواند آنها را زنده کند.

درمانگر: ممکن است؟

دن: بله، اگر روز بدی داشته باشم، یک یادآوری کننده‌ی جزئی ممکن است ماشه چکان فلش‌بک‌ها باشد.

درمانگر: به گزینه‌ی ۲ برویم، احتمالاً چه تفکری خواهید داشت؟

دن: اگر تصادف ترافیک سنگین دیگری داشته باشم فکر می‌کنم. فکر می‌کنم مربوط به قبل از زمانی است که کشته شوم و احتمالاً رانندگی را متوقف می‌کنم.

درمانگر: بنابراین، دست کشیدن از رانندگی، یک علامت هشدار زود هنگام خواهد بود. بدین ترتیب آن را زیر گزینه سه بنویسید. برای گزینه‌ی ۴ چه چیزی قرار می‌دهید؟

دن: نياز دارم تا به خودم يادآوري كنم كه من قبلاً توانسته ام بر يك مشكل بزرگ غلبه كنم و مي توانم دوباره هم همين كار را بكنم. فكر مي كنم اگر دوباره در مورد رانندگي احساس ضعف كنم ممكن است ابتدا يكي از آن شبيه سازهاي رانندگي را امتحان كنم.

درمانگر: براي مقابله با احساس خطر چه مي توانيد به خودتان بگويد؟

دن: فكر مي كنم اگر جوري رفتار كنم كه انگار در يك سرزمين جنگي هستم براي من زندگي وجود نخواهد داشت، براي زندگي كردن بايد جرأت داشت.

درمانگر: به نظر مي رسد شبيه به اين است هر كس جراتمند باشد برنده مي شود، در فرم بهبودي اما يادآوري كننده هايي است، گزينه هاي ۵ تا ۸، كه ممكن است بخواهيد در دستنامه ي بقايتان آنها را بسط دهيد.

دن: بله، با نگاه كردن به آنها سخت است كه نخواهيد خودتان را به عنوان فرد بهبود يافته در نظر بگيريد.

مفيد است كه يك ماه بعد از درمان اصلي، جلسه ي پيگيري وجود داشته باشد تا تضمين كند مراجع از روش هاي مناسبی برای جلوگیری از عود كامل استفاده مي كند و بر استفاده از ابزارها و مفاهيم درماني مرتبط تأكيد مي كند.





فصل ۲



فصل ۷

فوبی اجتماعی

فوبی اجتماعی اختلال شایعی است که بین ۳ تا ۱۳ درصد (DSM-IV-TR، انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) از افراد جامعه به آن مبتلا هستند. فوبی اجتماعی در DSM-IV-TR (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) به صورت زیر تعریف می شود:

ترس مشخص و مداوم از یک یا چند موقعیت اجتماعی یا عملکردی که در آن موقعیت فرد با افراد نا آشنا مواجه می شود یا احتمال ارزیابی از طرف دیگران وجود دارد. فرد مبتلا می ترسد طوری عمل کند (یا علائم اضطراب را نشان دهد) که احساس شرم و تحقیر کند.

می توان با استفاده از غربال گری سلامت روان در ۷ دقیقه (پیوست پ) فوبی اجتماعی را غربال کرد و در صورت مثبت بودن غربال با استفاده از سوال های فوبی اجتماعی در کتابچه ی (پیوست ت) به ارزیابی بیشتر موضوع پرداخت. در حالی که بیش از یک چهارم (۲۷٪) بیماران سر پایی روانپزشکی ملاک های تشخیصی فوبی اجتماعی را پر می کنند تنها ۱/۱٪ فوبی اجتماعی را دلیل اصلی مراجعه خود گزارش می کنند (زیمرن و همکاران، ۲۰۰۸). اغلب فوبی اجتماعی با اختلال های دیگر همبودی دارد؛ افراد مبتلا به این اختلال به طور متوسط

(۱٪/۵) اختلال روانپزشکی دیگر دارند و بیش از یک سوم (۳۵/۲٪) از افراد مبتلا به PTSD از فوبی اجتماعی رنج می‌برند. گرچه فوبی اجتماعی به‌ندرت تشخیص اصلی عنوان می‌شود ولی مراجعان تمایل دارند که این اختلال تحت درمان قرار گیرد (زیمرن و ماتیا، ۲۰۰۰).

درمان شناختی - رفتاری برای فوبی اجتماعی مؤثرتر از ضدافسردگی‌ها (فلوکستین) و مواجهه شخصی با موقعیت‌های اجتماعی یا پلاسیبو به همراه مواجهه شخصی شناخته شده است (کلارک^۱ و همکاران، ۲۰۰۳). اما برای ۳۰-۴۰٪ مراجعان اثربخش نیست (استین^۲ و استین، ۲۰۰۸).

« شکل‌گیری و بیولوژی فوبی اجتماعی

بازداری رفتاری^۳ در کودکی یعنی ترس و کناره‌گیری از موقعیت‌های جدید و ناآشنا، پیش‌بینی‌کننده فوبی اجتماعی در ۸۰٪ مبتلایان به این اختلال تا ۲۰ سالگی است (هیرشفلد-بکر^۴ و همکاران، ۲۰۰۸). فوبی اجتماعی عامل خطر پذیری برای افسردگی و سوء مصرف مواد در آینده است (استین^۵ و استین، ۲۰۰۸).

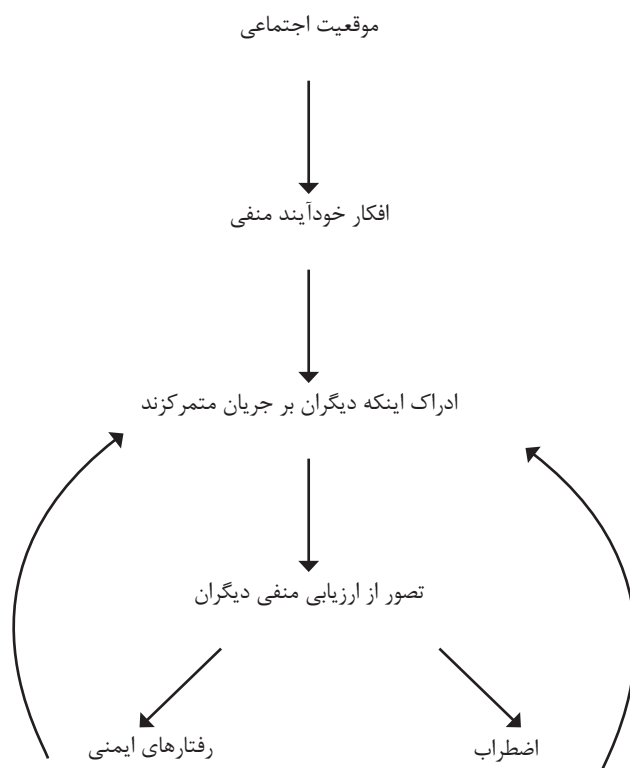
بیش‌فعالی آمیگدال و اینسولا در فوبی اجتماعی مشاهده می‌شود و اینسولا نقش اصلی در این پیش‌بینی دارد. بنابراین شباهت‌هایی بین فوبی اجتماعی و PTSD وجود دارد؛ البته در مبتلایان به PTSD بیش‌فعالی در کورتکس پشتی و قدامی کمربندی و شکمی^۶ مشاهده می‌شود که با تجربه و نظم بخشی هیجان ارتباط دارد (اتکین و واگر^۷، ۲۰۰۷). این مسأله اساس بیولوژیکی برای تفاوت تشخیص‌ها را مشخص می‌کند.

=====

1. Clark
2. Stein
3. behavioral inhibition
4. Hirshfeld-Becker
5. Stein
6. dorsal and rostral anterior cingulate cortices and the ventromedial cortex-structures
7. Etkin & Wager

« مدل ولز برای فوبی اجتماعی

مدل ولز برای فوبی اجتماعی (۱۹۹۷) بر این فرض است که افراد مبتلا به فوبی اجتماعی وقتی وارد موقعیت اجتماعی می‌شوند یا آن را پیش بینی می‌کنند افکار خود آیند منفی آنها از نظر اجتماعی تخریب کننده است. محتوای این افکار ممکن است سرخ شدن، لکنت، تعریق، و کسل کننده بودن باشد. هسته‌ی مرکزی این مدل ادراک افراد مبتلا به فوبی اجتماعی در این موقعیت‌هاست (الف) زمانی که دیگران به او نگاه می‌کنند بر او متمرکز خواهند شد و (ب) و استنباط‌های منفی دیگران که ناشی از نقشه‌ای ادراک شده‌ی آنهاست. این افراد رفتارهای «ایمنی» را به کار می‌برند که به آنها کمک می‌کند بر چنین موقعیت‌هایی غلبه کنند. برای مثال از تماس چشمی و سوال کردن اجتناب می‌کنند. اما متأسفانه چنین رفتارهایی برای آنها به ندرت کار ساز است؛ برای مثال دیگران به‌رغم اجتناب، با آنها رابطه برقرار می‌کنند و این عامل احساس تهدید در فرد مبتلا را افزایش می‌دهد که با علائم بدنی ناراحت کننده همراه است و در نهایت حس اینکه تخریب حتمی است اتفاق می‌افتد که در اغلب موارد منجر به اجتناب می‌شود. «موشکافی» فرد مبتلا به فوبی اجتماعی منجر به ادامه‌ی اجتناب از چنین موقعیت‌هایی می‌شود. از آنجایی که در اغلب موارد باز خورده‌های اجتماعی مبهم است فرد مبتلا، به سختی می‌تواند اطلاعات متناقض با آنچه را که او فکر می‌کند کسب کند. ویژگی‌های کلیدی مدل ولز (۱۹۹۷) در شکل ۱-۷ خلاصه شده است.



شکل ۱-۷ مدل فوبی اجتماعی

شکل ۱-۷ تعدادی از مواردی را که برای شکستن این چرخه ی معیوب اضطراب اجتماعی لازم است مشخص می کند. ترک رفتارهای ایمنی، تأکید بر اینکه ادراک مراجع از ارزیابی منفی دیگران مبتنی بر شواهد است، چالش با باورهای مراجع که دیگران بر او متمرکز می شوند و ارزیابی منفی آنها جزو این موارد هستند. رپی و هایمبرگ^۱ (۱۹۹۷) مدلی مشابه مدل ولز (۱۹۹۷) ارائه کرده اند. هسته اصلی مدل آنها مفروضه افراد مبتلا به فوبی اجتماعی است مبنی بر اینکه دیگران انتظار افراطی از آنها دارند.

1. Rapee & Heimberg

« فرمول بندی موردی

مشکلات دن در موقعیت های اجتماعی در فرمول بندی موردی خلاصه شده است:

تشخیص. فوبی اجتماعی دن در ابتدا زمانی که درمانگر غربال سلامت روان در ۷ دقیقه (پیوست پ) را اجرا می کرد مشخص شد و با بررسی دقیق تر توسط کتابچه ی (پیوست ت) تأیید شد. در مرحله ی دوم مشخص شد که اضطراب اجتماعی تنها محدود به موقعیت هایی مثل غذا خوردن در مقابل دیگران است در صورتی که اضطراب اجتماعی فراگیر تمام حوزه های اجتماعی را در بر می گیرد. دن برای اندازه گیری شدت اضطراب اجتماعی پرسشنامه ی فوبی اجتماعی (SPIN) (کانر و همکاران، ۲۰۰۰) را تکمیل کرد. این پرسشنامه شامل ۱۷ سوال است و ترس از: مراجع قدرت، مهمانی ها و رویدادهای اجتماعی، مورد نقد واقع شدن، صحبت با غریبه ها، انجام کار در مقابل دیدگان دیگران، و دستپاچه شدن را اندازه گیری می کند. همچنین اجتناب از: صحبت با غریبه ها، سخنرانی کردن به خاطر ترس از دستپاچه شدن، رفتن به مهمانی، مرکز توجه بودن، نقد شدن، صحبت با مراجع قدرت؛ علائم فیزیولوژیکی: سرخ شدن، تعریق، تپش قلب، ترس و لرز در مقابل دیگران مورد ارزیابی قرار می گیرند. هر یک از آیتم ها بین ۰ تا ۴ نمره گذاری می شوند: اصلاً، تا حدودی، گاهی، زیاد، خیلی زیاد. نمره ی دن ۳۲ بود که بیانگر سطح متوسط فوبی اجتماعی است (نمره ی ۱۹ برای تمیز بین افراد مبتلا به فوبی اجتماعی از افراد عادی به کار می رود). او خیلی نگران سرخ شدن، تعریق و لرز در مقابل دیگران بود، به خصوص حضور در مقابل منابع قدرت و غریبه ها. دن از اینکه مرکز توجه باشد یا مورد نقد قرار بگیرد اجتناب می کرد.

تسریع کننده: ماشه چکان فوبی اجتماعی تصادف جاده ای بود که در آن یک بچه کشته شد.

آسیب پذیری: دن از اوایل دهه ی سوم عمر خود مبتلا به فوبی اجتماعی بود و برای مدت کمی به روانشناس مراجعه کرده بود. علائم او ظرف چند ماه پس از تشویق درمانگر برای دمخوردن با همکارانش بهتر شد. موقعیت های جدید برای

دن مشكل بود و زماني كه در محل كار ارتقاء پيدا كرد اضطراب اجتماعي او تشديد شد. والدين او هر گونه ابراز وجود او را محدود مي كردند و او تلاش مي كرد از فضاي نامناسبي كه تعارض والدين ايجاد مي كرد بگريزد.

عوامل تداوم بخش: طبق تشخيص، اجرائي پرسشنامه ي شناخت واره هاي اجتماعي (SCQ، ولز و همكاران، ۱۹۹۳) سودمند بود. نتايج SCQ نشان مي داد كه دن بر اين باور است كه: بي كفايت است، او خنده دار و مسخره حرف مي زند، نمي تواند سخنراني كند، دست و پا جلفتي است، لرزش و رعشه ي غير قابل كنترل دارد و ديگران به او خيره مي شوند. به خاطر اين باورها او از موقعيت هاي اجتماعي اجتناب مي كرد فلذا نمي توانست اطلاعات خلاف اين باورها را به دست بياورد.

عوامل حفاظتي: از جنبه ي مثبت، دن سابقه ي غلبه بر اضطراب اجتماعي داشت و به احتمال خيلي زياد توانايي مقابله ي مجدد با اين مشكل را داشت. البته اين بار به دليل تشخيص همزمان PTSD (درمان آن در فصل قبلي آمده است) احتمال مشكل بودن درمان وجود دارد.

« ستناو فوبي اجتماعي

ستناو فوبي اجتماعي در جدول ۱-۷ به منظور يادآوري اهداف اصلي درمان و مسيرهاي دستيابي به اين اهداف ارائه شده ولي جايزين راهنماي جلسه به جلسه ي درمان كه در ادامه مي آيد نيست.



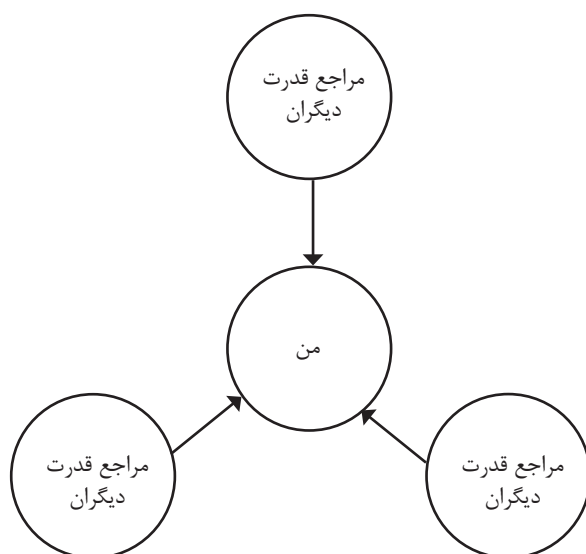
جدول ۱-۷ ستناو فوبی اجتماعی

اهداف درمانی	راهبردهای درمانی
درک افکار دیگران درباره خود	اصلاح این باور که دیگران آنها را به طور منفی ارزیابی می کنند با استفاده از باورها و فرض های متناقض قبلی
سوگیری هایی در پردازش اطلاعات	آگاهی به تفکر همه یا هیچ، ذهن خوانی، قواعد اخلاقی ناسازگارانه. استفاده از نمودار خلق
نظریه ذهن	تناسب پایین بین الزامات مورد قبول اجتماعی با رفتارهای دلخواه آنان. باز نویسی نظریه ی ذهن
خود «نوجوانی»	آرام کردن، آموزش مجدد خود «نوجوانی» که در موقعیت های اجتماعی فعال می شود. مقابله خودگویی-والدینی کردن در موقعیت های استرس زا، مواجهه با عامل استرس زا، مقابله با احساس در تنگنا قرار گرفتن، موشکافی
مهارت های اجتماعی	آموزش (الف) چگونگی ادامه دادن مکالمه و صحبت کردن با خود با استفاده از سرفصل های «کلی»، «خاص»، «احساس»، (ب) اهمیت بالای مهارت های غیر کلامی
اجتناب	مواجهه ی تدریجی با موقعیت های اجتنابی
پیشگیری از عود	راهنمای خود یاری اختصاصی، استفاده از نکات کلیدی درمان و نوشتن در کتاب های خود یاری و راهنماهای کامپیوتری

از زمان تصادف اتومبیل که دن خاطرات روشنی درباره ی آن داشت و «دستپاچگی» دن در ۲۰ سالگی در اولین مراسم شام رسمی، او نمی دانست چرا وقتی با همکارانش به رستوران یا وقتی به تنهایی به مرکز شهر می رفت دچار مشکل می شد. او تصمیم گرفت بیرون برود و با رئیسش روبرو شود، کسی که با خنده می گفت «مردم گریز که پس از آن دن به لکنت می افتاد و از خجالت سرخ می شد. زمانی که فکر می کرد رئیسش فکر می کند او احمق است خوردن برایش مشکل می شد. بعد از تصادف که به سر کارش برگشت این تصادف تحقیر آمیز که بیست سال قبل اتفاق افتاده بود برایش تکرار شد و دوباره او را در موقعیت های

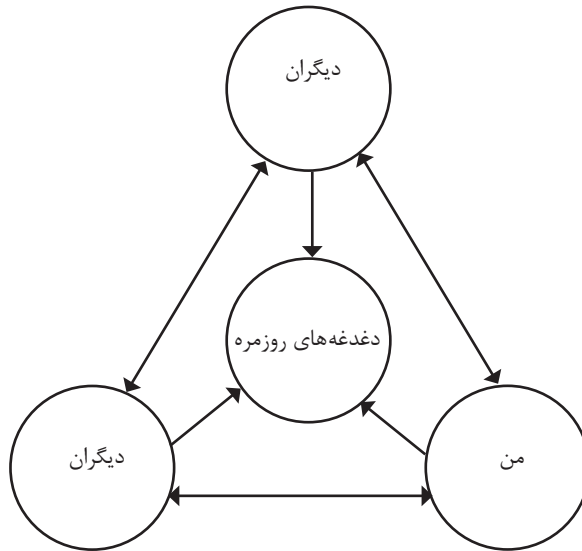
اجتماعي مضطرب كرد. دن به خاطر اينكه اجازه داده بود يك خاطره دور، دوبار چنين اثراتي روي او بگذارد از دست خودش عصباني بود.

درمانگر در مصاحبه ي اوليه براي دن توضيح داد كه دو قضيه ي كاملاً متفاوت در مورد افرادي كه وارد موقعيت هاي اجتماعي مي شوند وجود دارد. درمانگر شكل ۲-۷ را ترسيم كرد كه بيانگر داستان فرد مبتلا به فوبي اجتماعي است (نظريه ي ذهن آنها).



شكل ۲-۷ سناريو فرد مبتلا به فوبي اجتماعي

درمانگر با استفاده از شكل ۲-۷ توضيح داد كه فرد مبتلا چطور خود را در مركز توجه هر كسي مي بيند كه در مورد اين فرد به خصوص مرجع قدرت بود. نه تنها ديگران بر او متمرکز مي شوند بلكه آنها او را با دست نشان مي دهند. درمانگر براي مراجع روشن كرد كه اگر واقعاً اين طور بود هيچ كسي وارد موقعيت هاي اجتماعي نمي شد. در شكل ۳-۷ داستان اغلب افراد در موقعيت هاي اجتماعي آمده است.



شکل ۷-۳ سناریو معمول افراد در موقعیت های اجتماعی

در شکل ۷-۳ مشخص است که تمرکز اصلی دیگران بر دغدغه های روزمره ی خود است برای مثال هزینه ی تعطیلات، آخرین درگیری آنها با همسرشان و غیره. آنها به دیگران توجه می کنند اما به ندرت نمره ی بیشتر از ۱۰ به آنها می شود داد. اغلب افراد می توانند هر زمان که بخواهند با بیشتر افراد در تعامل باشند یا از آنها جدا شوند؛ افراد مبتلا به فوبی اجتماعی انرژی زیادی برای بودن یا نبودن با کسی صرف می کنند. در خصوص دن می توان گفت که او می تواند انتخاب کند که خودش را در معرض موشکافی شدن توسط دیگران تلقی کند (شکل ۷-۲) یا نظریه ی ذهن دیگری را که در شکل ۷-۳ آمده انتخاب کند.

دن در مصاحبه ی دوم در احساس تحقیر خود تجدید نظر کرد. او متوجه شد که از سوگیری پردازش اطلاعات «ذهن خوانی» (که در صفحه ی ۹۹ گذر از حادثه توصیف شده است، این کتاب بعد از مصاحبه ی اول برای مطالعه به دن معرفی شد) استفاده کرده بود. فرض او این بوده است که رئیسش فکر کرده او احمق

است.

دن در جلسه ی درمان گفته بود که همسرش جورجیا به رغم اینکه حرف های جذاب نمی زند یا شوخ نیست ولی در موقعیت های اجتماعی بسیار راحت است. درمانگر از این ماجرا برای چالش با نظریه ی ذهن دن استفاده کرد. دن معتقد بود برای پذیرفته شدن از طرف دیگران لازم است شوخ و جذاب باشد. درمانگر اشاره کرد که این دیدگاه یک «چشم انداز نوجوانی»^۱ غلط است. دن تشویق شده بود تا با دن ۲۰ ساله گفتگو کند تا به او بقبولاند که احتمال کمی وجود دارد که در صورت حماقت ارتقاء پیدا کند. سپس تأکید درمان، بر آموزش مهارت های اجتماعی مورد نیاز و تمرین آنها در موقعیت هایی بود که دن از آنها اجتناب می کرد. در پایان از دن خواسته شد تا راهنمای اختصاصی خود برای غلبه بر موقعیت های اجتماعی را بنویسد و از آن به عنوان مرجعی برای سایر مشکلات استفاده کند.

« برنامه ی جلسه به جلسه

پروتکل درمانی جلسه به جلسه زیر مبتنی بر ولز (۱۹۹۷) به علاوه آموزش مهارت های اجتماعی است. چهارچوب مصاحبه ی اولیه در فصل ۳ ارائه شده بود و آزمون های روان سنجی مرتبط با فوبی اجتماعی در همان فصل توصیف شده اند. در انتهای جلسه ی اول از دن خواسته شد تا دو مطالعه ی موردی درباره ی فوبی اجتماعی در گذر از حادثه (اسکات، ۲۰۰۸) را مطالعه کند.

جلسه ی دوم

پروتکل مصاحبه ی دوم در جدول ۲-۷ نشان داده شده است. مطابق جدول ۲-۷ دن گفت گرچه او با خواندن مطالبی درباره ی دو فرد مبتلا به فوبی اجتماعی در کتاب گذر از حادثه اطمینان خاطری پیدا کرده بود ولی از آن جایی که بعد از حادثه

1. adolescent vic

بارها اقدام کرده و موفق نشده بود امیدی در مواجهه نمی دید. درمانگر برای دن روشن کرد که در حال حاضر هدف درمانی او آرام بودن در موقعیت های اجتماعی مشابه زمان های قبل از حادثه است. دن به خاطر عدم موفقیت در دستیابی به این هدف خودش را نه فقط از لحاظ اجتماعی بلکه در تأمین مالی خانواده نیز شکست خورده می دانست. درمانگر پیشنهاد کرد هدف درمانی به جای دستیابی به یک وضعیت «بی عیب و نقص» کسب «مهارت و تسلط» در موقعیت های اجتماعی باشد («عملکرد» به قدر کفایت خوب» به جای «کامل»). دن تشویق شد تا به اندازه ای در محیط کار تمرین کند که بتواند مهارت های اجتماعی لازم را کسب کند. مصاحبه ی دوم با دن به آماده کردن او برای اجرای آزمایش رفتاری با ارزیابی واقع گرایانه موفقیت اختصاص یافت.

جدول ۲-۷ مصاحبه ی دوم

مرور تکلیف

سلسه مراتب برای موقعیت های اجتماعی، جرات مندی

بیش برآورد خطر

فاجعه سازی

آزمایش رفتاری

اصلاح «احساس حقارت»

دن با درمانگرش در مورد رفتار جرات مندانه به توافق رسیدند. «جرات مندی نهایی» برخورد جرات مندانه با دیگران در محیط کار بود که در انتهای نردبان جرات مندی قرار می گرفت. آنها موافقت کردند که پله ی اول تماس برای دیدار با برادر دن در خانه باشد، پله ی بعدی رفتن به کافه بود. درمان، فرآیندی تعریف شد که طی آن دن به تدریج از نردبان جرات مندی بالا می رود و در صورتی که نیاز به گامی مشکل باشد مراحل بینابینی در این بین قرار خواهد گرفت.

درمانگر برای ارزیابی گام های بعدی به موارد زیر دقت می کرد (الف)

بيش برآورد خطر و تهديد و (ب) ادراك نقص عملكرد به‌عنوان فاجعه از طرف دن. در صورتي كه مراجع هر يك از خطاهاي زير را مرتكب شود گام بعدي شروع نمي‌شود. درمانگر موافقت كرد كه هر دو فعاليت را به‌عنوان تكليف منزل انجام دهد اما مي‌ترسيد كه خاطره‌ي «تحقير» سال‌ها پيش بر او غلبه كند. درمانگر به او توصيه كرد تا ذهن آگاهي انفصالي به جاي ممانعت از افكار كه اثر افزاينده دارند را تمرين كند. همين‌طور به او توصيه شد با تصاوير ذهني مزاحم در مورد تصادف مواجه شود. علاوه بر اين درمانگر از دن خواست قبل از رفتن به خانه‌ي برادرش و كافه بيش برآورد احتمال «تحقير» را تخمين بزند و سطح فاجعه آميز بودن آن را ارزيابي كند. تكليف آزمايش رفتاري براي اين منظور انجام مي‌شود تا مشخص شود تصورات ارزيابي شده تا چه حد خطا هستند.

جلسه‌ي سوم

عناويني كه در جلسه‌ي سوم تحت پوشش قرار مي‌گيرند در جدول ۷-۳ نشان داده شده‌اند. جلسه‌ي سوم با مرور تكاليف دن شروع شد. گرچه او ملاقات با برادرش را مديريت كرده بود ولي به دليل شلوغي كافه نتوانسته بود وارد آنجا شود. درمانگر با استفاده از استعاره‌ي نردبان توضيح داد كه ممكن است اين گام براي مرحله‌ي دوم بزرگ باشد و لازم باشد تا قبل از آن گام، او با همسرش به كافه برود. از نظر دن اين تكليف عملي بود و او موافقت كرد كه آن را به‌عنوان تكليف انجام دهد.

جدول ۷-۳ جلسه‌ي سوم

مرور تكليف

بالا رفتن از نردبان جرأت

شناسايي موانع

استفاده از MOOD براي اضطراب‌هاي اجتماعي گذشته و اكنون

درمانگر: چه چیزی رفتن تو به کافه به همراه همسرت را تسهیل می کند؟

دن: خوب من می توانم ضمن صحبت با او به زمین نگاه کنم.

درمانگر: چطور اضطرابی که تو تجربه می کنی به جایی که توجه

می کنی ارتباط دارد؟

دن: این فرض من است، هیچ وقت به اینکه شما می گویند فکر نکرده ام.

درمانگر: شاید دیگران به تو نگاه می کنند و چون همسرت در کنار توست

کمتر مضطرب می شوی؟

دن: فکر نمی کنم.

درمانگر: پس به کافه برو و ببین واقعاً می توانی بر توجه دیگران غلبه

کنی و تمرین کنی تا به بیرون توجه کنی؟

دن: باید به خاطر داشته باشم که من مرکز توجه نیستم.

درمانگر در این جلسه چهارچوب MOOD (فصل چهار، جدول ۴-۴) را معرفی کرده و از آن برای بررسی اضطراب اجتماعی قبل و اکنون و به عنوان تکلیف منزل استفاده می کند. از دن خواسته می شود تا فصل ۸ گذر از حادثه باعنوان «مدیریت خلق» را مطالعه کند.

جلسه ی چهارم

ساختار جلسه ی چهارم در جدول ۴-۷ آمده است. جلسه با مرور تکالیف دن شروع شد. او از اینکه به کافه رفته بود خوشحال بود اما زمانی که درخواست قهوه می کرده دستپاچه شده بود، مغزش خالی شده بود، سرخ شده بود و وقتی پس از یک سکوت طولانی از دن پرسیده شده بود «کوچک، معمولی، بزرگ» زیر لب گفته بود «معمولی». دن ضمن خوردن قهوه احساس لرزش در دست ها داشته است. دن گفت که او توانسته با صحبت کردن با همسرش در مورد تفاوت بچه هایشان در قاطی شدن با مردم بر اضطرابش غلبه کند.

جدول ۷-۴ جلسه ی چهارم

مرور تکلیف

بازبینی خلق

آزمایش رفتاری

درمانگر دن را به خاطر اینکه توانسته بود یک پله از نردبان جرأت بالا برود، وارد کافه شود و با حفظ توجهش بر بیرون بر اوضاع غالب شود تشویق کرد. پس از خارج شدن از کافه دن با افکار پس از حادثه مقابله کرده بود و با استفاده از نمودار MOOD خودش را ارزیابی کرده بود. دن گفت که فکرهای اولیه اش این بود که «سرخ شدم و نتوانستم چیزی بگویم» (تفکر مشاهده شده) ولی توانسته بود با فکر بعدی اش با آن مقابله کند «احتمالاً با خودش فکر کرده که من در مورد نوع قهوه ها فکر می کردم و توجه به سرخ شدن من نداشته یا فکر کرده که من فقط گرمم است» (تفکر عینی). دن تصمیم گرفت تا سریع از تکلیف انجام شده نگذرد، به جای آن سعی کند با انجام کارهایی خلقش را بالا ببرد و از بوی قهوه لذت ببرد. تکلیف منزل این شد که دن به تنهایی به کافه برود.

جلسه ی پنجم

دستور جلسه ی پنجم در جدول ۷-۵ آمده است. آموزش مهارت های اجتماعی در تمام برنامه های درمانی CBT برای فوبی اجتماعی انجام نمی شود اما نویسنده به این نتیجه رسیده است این تکنیک در افزایش حس خودکارآمدی مراجعان سودمند است. وقتی درمانگر اصول مهارت های اجتماعی را به دن معرفی کرد به خاطر آورد که بیست سال پیش این درمان را به شکل گروهی دریافت کرده است. دن دریافت که این مهارت به او کمک می کند تا در تعاملاتش اعتماد به نفس داشته باشد.

جدول ۵-۷ جلسه ی پنجم

مرور تکلیف

آموزش مهارت های اجتماعی: (الف) مهارت های غیر کلامی؛ (ب) مهارت های کلامی

ایفای نقش / فیدبک ویدیویی

تمرین مهارت ها

درمانگر به دن توصیه کرد که ابتدا مهارت های غیر کلامی را مد نظر قرار دهد زیرا اهمیت آنها در اغلب موقعیت های اجتماعی بیشتر از کلام است. درمانگر برای بیان اهمیت مهارت غیر کلامی گفت که گفتن یک «بله» ی قاطعانه و از ته دل به یک خبر خوب، متقاعد کننده تر از گفتن «تبریکی» است که آرام و یکنواخت بیان شود. دن اضافه کرد که همسر او از نظر اجتماعی بسیار ماهر است ولی هرگز صحبت نمی کند. درمانگر توصیه کرد که دن در تعامل با دیگران حالت راحتی به خود بگیرد و آنچه را می خواهد راحت بیان کند. دن به خاطر داشت که در اوایل گروه درمانی، درباره ی اهمیت تماس چشمی صحبت کردند و او به این نتیجه رسید که نگاه نکردن به مردم را اصلاح کند. درمانگر توصیه کرد وقتی دن گوش می کند ۹۰٪ و زمانی که صحبت می کند ۶۰٪ تماس چشمی داشته باشد.

درمانگر این مهارت ها را آموزش داد: (الف) تکرار آخرین کلمات مخاطب به منظور تداوم مکالمه و (ب) استفاده از عبارات تحت عناوین زیر برای تسهیل گوش کردن / صحبت کردن محترمانه: «کلی^۱» مثل «آیا قصد دارید بیرون بروید؟» / «من قصد دارم بیرون بروم»، «اختصاصی^۲» مثل «دقیقاً کجا بودی؟» / «اسکاتلند بودید» و «احساس^۳» مثل «آنجا را دوست داشتید؟» / «واقعاً از ادینبورگ لذت بردم».

درمانگر به دن کمک کرد تا با استفاده از مهارت های کلامی و غیر کلامی موقعیت هایی را که احتمال داشت در جشن ازدواج فامیلی آتی برای او رخ دهد

1. general
2. specific
3. feeling

نقش بازي كنند. دن در ابتدا براي اجرائ نقش، استرس داشت ولي به تدريج بر مشكلات غلبه كرد. خوشبختانه به خاطر تجربه ي قبلي دن در گروه درماني بازي نقش به خوبي پيش رفت. در مورد دن هدف، بازيابي مجدد مهارت هاي قبلي هدف بود تا يادگيري موارد جديد. (به طور متناوب از بازي نقش فيلمبرداي مي شد و به دن باز خورد داده مي شد تا تصاوير ذهني كه از تحقير گذشته داشت را اصلاح كند). او موافقت كرد كه مهارت هاي اجتماعي كسب شده را به عنوان تكليف در جشن ازدواج فاميلى تمرين كند.

جلسات هشتم تا هفتم

ساختار جلسات ششم تا هشتم در جدول ۶-۷ آمده است. جلسه ي ششم با مرور تكاليف دن شروع شد. به رغم آنكه زودتر از جشن خارج شده بود احساس مي كرد كه به طور شگفت انگيزي توانسته از عهده ي مراسم جشن بر بيايد. دن از شوخي در آن شرايط استفاده كرده بود و اين براي نخستين بار پس از تصادف بود كه او از شوخي استفاده مي كرد.



جدول ۶-۷ جلسات ششم تا هشتم

مرور تكليف

ارزيابي و اجرائ مجدد آزمون هاي روان سنجي

تمرکز بر موضوعات مهم

جمع بندي

درمانگر طبق قرار قبلي با استفاده از كتابچه ي (پيوست ت) مجدداً دن را ارزيابي كرد. درمانگر به اين مسأله توجه كرد كه به رغم بهبودي فوبي اجتماعي در مكالمه ي با ديگران، هنوز دن در امضا كردن چك مشكل دارد. زماني كه از دن خواسته شد تا آزمون ها را تكميل كند دستش به طور قابل توجهي مي لرزيد و سرخ شده بود. اين مسأله در جلسه مورد توجه قرار گرفت. به دن توصيه شد تا

رفتارهای ایمنی خودش را کنار بگذارد. وقتی دن مورد توجه بود خودکار را محکم در دستش می گرفت و منجر به لرزش بیشتر دستش می شد. همین طور او در این موقعیت ها به سرخ شدن خودش متمرکز بود که منجر به ترس می شد. لذا به او توصیه شد تا عمداً تا حد امکان تلاش کند تا سرخ شود. از دن خواسته شد تا نمودار MOOD (پیوست ث) را به عنوان تکلیف قبل از رفتن به سوپرمارکت و نوشتن چک اجرا کند.

جلسات نهم تا دوازدهم

تعداد جلسات درمانی باقی مانده بستگی به پیشرفت درمان تا آن لحظه و میزان همبودی دارد. دستور جلسات پایانی در جدول ۷-۷ نشان داده شده است؛ جلسه ی پایانی جلسه پیگیری خواهد بود که یک ماه پس از درمان اجرا می شود.

جدول ۷-۷ جلسات نهم تا دوازدهم

مرور تکالیف

خلاصه ی مراجع از مهارت های اصلی کسب شده

تمرکز بر موضوعات برجسته

آزمایش مجدد

پیگیری

تمرکز جلسات پایانی بر موضوعات برجسته است. در مورد دن این مسأله مربوط به جلسات کاری با همکاران سابق و اجتناب از سوپرمارکت محلی در زمان های شلوغ بود. توافق شد تا دن باورش در مورد نظر همکاران سابقش را با ملاقات با همکاران/ دوستانش در مورد خودش آزمایش کند.

دن به خاطر پایان درمان مضطرب بود. درمانگر از او خواست تا راهنمای بقا برای خود بسازد تا در مواقع لازم به آن مراجعه کند. درمانگر «بهبودی ولی ...» (پیوست I) را به دن معرفی کرد تا به موارد مهمی که لازم است در راهنما مد نظر

داشته باشد توجه كند. بر اساس آيتم اول «بهبودي اما...» به دن توصيه شد كه احتمالاً ماشه چكان فوبي اجتماعي او دستپاچگي خواهد بود مثل زماني كه خريد مي كند. در آيتم ۲ مشخص شد كه افكار احتمالي او اين خواهد بود «فروشنده فكر خواهد كرد كه من احمقم». درمانگر سپس پرسيد:

درمانگر: آيا فكر مي كني فوبي اجتماعي مشكل ديگري براي تو ايجاد كند؟ در آيتم ۳ چه موردی را يادداشت مي كني؟
 دن: گمان مي كنم كه به زودي از هر چيزي اجتناب خواهم كرد. اما خودم را دست خواهم انداخت؛ وقتي براي خريد كردن خيلي دستپاچه مي شوم خودم را در حالي تصور مي كنم كه به همسرم مي گويم «زن مي توني يك پاكٲ بخري؟».

درمانگر: آيتم ۴ فهرست روش هايي است كه حول افكار منفي و رفتارهاي اجتنابي مي چرخد. احتمالاً شما از همسران خواهيد خواست تا زماني كه براي انجام ندادن كاري عذر خواهي مي كنيد يك كارت زرد به شما نشان دهد.

دن (با خنده): فكر كنم اگر دوباره تكرر كنم از كارت زرد خبري نخواهد بود، احتمالاً اخراج خواهم شد.

درمانگر: مي تواني زير آيتم خلاصه آنچه را كه در درمان ياد گرفته اي يادداشت كني.

نكته ي كليدي در مورد دن اين بود كه او ياد گرفت افكار خودكار او درباره ي موقعيت هاي اجتماعي فرضيه بودند و به طور قطع واقعيت نداشتند. او راهنماي بقاي خود را ساخت و از آن براي اولين دوره ي اضطراب اجتماعي اش پس از تصادف استفاده كرد.



فصل ٨



فصل ۸

اختلال وسواسی اجباری

اگرچه اختلال وسواسی - اجباری (OCD) نادرتر از سایر اختلال‌هایی است که در این کتاب به آنها پرداخته می‌شود، به طوری که % ۱/۱ از افراد جامعه‌ی بریتانیا به این اختلال مبتلا هستند (تورس^۱ و همکاران، ۲۰۰۶) و % ۷/۴ درصد مراجعه‌کنندگان به مراکز سرپایی روانپزشکی را شامل می‌شود (زیمرمن و همکاران، ۲۰۰۸). افراد مبتلا به OCD احتمال آسیب‌شغلی و اجتماعی بیشتری دارند و بیشتر دست به خودکشی می‌زنند (تورس و همکاران، ۲۰۰۶). افراد مبتلا به این اختلال % ۱۸/۸ بیشتر از معمول، یعنی % ۸۱/۲ از آنها حداقل یک اختلال اضافی دارند (زیمرمن و همکاران، ۲۰۰۸). در مطالعه‌ای که دو گروه افراد وسواسی با و بدون افسردگی با یکدیگر مقایسه شدند، دو پیش‌بینی‌کننده‌ی افسردگی آسیب‌کارکردی و تمایل به سوءتعبیر افکار مزاحم بی‌ضرر بود (آبراموویتز و همکاران، ۲۰۰۷).

1. Torres

« نشخېص

تشخيص OCD بسيار كند صورت مي گيرد (استوبي^۱ و همكاران، ۱۹۹۷). استفاده از غربال سلامت روان در ۷ دقيقه (پيوست پ) شناسايي اوليه ي احتمال ابتلا را تسهيل كرده و استفاده از سوال هاي كتابچه ي (پيوست ت) به تأييد تشخيص كمك مي كند.

اختلال وسواسي - اجباري توسط DSM-IV-TR (انجمن روانپزشكي آمريكا، ۲۰۰۰: ۴۹۶) به صورت زير تعريف مي شود: وسواس ها (افكار، تصاوير ذهني يا تكانه هاي مداوم و تكرر شونده) يا اجبارهايي (رفتارهاي تكراري مثل شستشو، وارسى) كه براي پيشگيري از يك اتفاق (مثل آلودگي) يا حادثه ترس آور (مثل دزدى) انجام مي شوند. براي تشخيص OCD نبايد نگراني هاي افراطي روزمره را به عنوان وسواس در نظر گرفت و اجبارها نبايد از لحاظ منطقي با عملي كه براي پيشگيري از آن انجام مي شود يا از لحاظ ميزان (مثل وارسى قفل در به مدت ۲-۱ ساعت) قابل توجه باشنند. احتمال ابتلاي افراد به وسواس هاي فكري صرف ۲۵٪ درصد است (فريستون^۲ و همكاران، ۱۹۹۷).

« بازبيني نخبير

محتواي وسواس ها به طور قابل توجهي متفاوت است. مقياس وسواسي - اجباري بيل-براون (BOCS-Y، گودمن و همكاران، ۱۹۸۹)، كه به صورت رايجان براي استفاده شخصي موجود است (www.OCDrecoverycenters.com) فهرستي از حوزه هاي (الف) وسواس: آلودگي، پرخاشگري، جنسي، مذهبي، احتكار/ذخيره كردن، ترديد وسواسي، نياز به تقارن يا دقت و (ب) اجبار: تميز كردن/ شستشو، وارسى، تكرر، احتكار/ جمع كردن، منظم/ مرتب كردن را فراهم كرده است كه به شناسايي علائم كمك مي كند. اين ابزار ۱۰ مقياس دارد كه شدت علائم OCD را اندازه گيري

1. Stobie
2. Freeston

می‌کند و به صورت گسترده‌ای برای اندازه‌گیری نتایج درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. نمره‌ی زیر ۱۴ طبیعی در نظر گرفته می‌شود (اندرسون و راس^۱، ۲۰۰۷)؛ طبق شاخص تغییرات معتبر^۲ (جیکوبسون و تراکس، ۱۹۹۱)، که در فصل دو بحث شد، کاهش ۱۰ نمره یا بیشتر نشانگر پیشرفت^۳، کاهش کمتر از ۱۰ نمره بیانگر عدم تغییر و افزایش ۱۰ نمره یا بیشتر نشان‌دهنده‌ی بدتر شدن وضعیت مراجع است. کسانی که ۱۰ نمره کاهش داشته باشند و نمره‌ی آنها کمتر از ۱۴ باشد بهبود یافته^۴ تلقی می‌شوند.

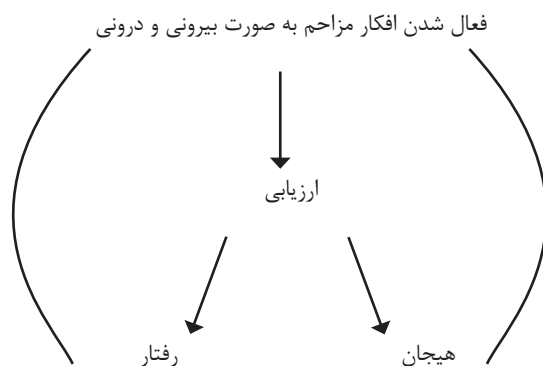
اگرچه مطالعات کارایی^۵ CBT برای OCD که توسط باتلر و همکاران (۲۰۰۶) صورت گرفته است نشان می‌دهد که ۵۸-۹۷٪ مبتلایان بهبود پیدا کرده‌اند ولی به دلیل خارج کردن افراد دارای همبودی و نداشتن لیست انتظار در برخی مطالعات، در تعمیم یافته‌ها مشکل جدی وجود دارد. برای رفع این مشکل و به‌منظور تعیین اثربخشی CBT برای OCD، آندرسون و راس (۲۰۰۷) افراد دارای اختلال همبود را در مقایسه‌ی CBT فردی و گروهی با لیست انتظار وارد کردند. درمان فردی و گروهی به یک اندازه و برتر از گروه انتظار بود. البته، با استفاده از ملاک تغییر معتبر برای BOCS-Y که در بالا مطرح شد ۳۸/۵٪ از افراد تحت درمان تغییر نکردند، ۴۶/۱٪ بهبود یافتند و ۱۵/۴٪ پیشرفت درمانی را گزارش کردند؛ بنابراین، CBT منجر به تغییرات معنادار می‌شود ولی اکسیر نیست.

« الگوی CBT برای OCD

الگوی تداوم OCD که مبتنی بر ولز (۱۹۹۷) و وایتال^۶ و همکاران (۲۰۰۲) است

-
1. Anderson & Rees
 2. Reliable Change Index
 3. improvement
 4. recovered
 5. efficacy studies
 6. Whittal

در شكل ۱-۸ آمده است. چرخه وسواس ها و اجبارها كه در شكل ۱-۸ نشان داده شده است با يك ماشه چكان شروع مي شود. براي مثال يك مادر جوان مبتلا به OCD ممكن است فكر كند كه «ممكن است بچه از پله ها بيافتد»؛ اين افكار مزاحم بدون هيچ دليل منطقي يا در نتيجه يك اتفاق مشخص مثل بالا رفتن بچه از راه پله وارد هشيارى او مي شود. الگوى CBT براي OCD بر اين فرض استوار است كه افراد در نوع افكار مزاحم كمى متفاوت هستند ولي آنها اين افكار مزاحم را به صورت منفي ارزيابى مي كنند براي مثال، «فكر كردن به افتادن بچه به معنای انداختن او از پله هاست».



شكل ۱-۸ الگوى CBT براي OCD

علاوه بر اين، محتوای وسواس ها بيشتر متضاد با ارزش هاى شخصى است. براي مثال، مادر عاشقى كه اشتغال فكرى با پرخاشگري دارد. فرد وسواسى كه از افكار مزاحم وحشت زده است تلاش مي كند تا مانع اين افكار شود، براي مثال، مادر جوان ممكن است به يك روز تعطيل فكر كند، اما بعد از مدت كوتاهى اين فكر باعث افزايش فراوانى و شدت افكار مزاحم مي شود. ناراحتى فرد وسواسى از افكار مزاحم باعث حضور بيشتر اين افكار مي شود. بنابراین چرخه ي معيوب شكل مي گيرد.

گروه کاری شناخت‌واره‌های وسواسی - اجباری^۱ (۲۰۰۵) محتوای ارزیابی‌های افراد مبتلا به OCD را بررسی کرده و حوزه‌های شناختی را که احتمالاً در شکل‌گیری و تداوم OCD اهمیت دارند شناسایی کرده‌اند (جدول ۸-۱).

جدول ۸-۱ شناخت‌واره‌های وسواسی اجباری

مسئولیت‌پذیری بالا

تلقی بسیار بالا از افکار

نگرانی افراطی درباره‌ی اهمیت کنترل فکر

بیش‌برآورد خطر

عدم تحمل بلا تکلیفی

کمال‌گرایی

حوزه‌های بالا در پرسشنامه‌ی باورهای وسواسی (OCCWG, ۲۰۰۵) تحت پوشش قرار گرفته‌اند. در جدول ۸-۱ مسئولیت‌پذیری بالا اشاره دارد به مسئولیت‌پذیری افراطی برای امنیت و آسیب رساندن به دیگران. سالکووسکیس (۲۰۰۸) پیشنهاد می‌کند که حس مسئولیت‌پذیری بیش از حد برای جمع‌آوری شواهد در این مورد است که آن اتفاق ترسناک به وقوع نمی‌پیوندد و ... آنچه باعث تداوم OCD می‌شود این است که فرد به جای اینکه به واکنش خود به خودی‌اش که "خوب پیش می‌رود" اکتفا کند نیاز به جمع‌آوری شواهد زیادی برای تصمیم‌گیری دارد.

ولز (۱۹۹۷) رویکردی متفاوت از گروه کاری شناخت‌واره‌های وسواسی - اجباری و سالکووسکیس در مورد نقش مفروضه‌های نا کارآمد در تداوم OCD دارد. به نظر ولز محتوای افکار یا تصاویر ذهنی مسأله‌ساز نیست بلکه ارزیابی آنهاست که مشکل‌ساز است. بنابراین، باید فراشناخت‌های آنها را هدف قرار داد. ولز (۱۹۹۷) معتقد است افراد وسواسی بسیار نسبت به حالت درونی خود هوشیار هستند، آنها

دائماً خود را باز بيني مي کنند و اهداف غير واقع بينانه اي مثل احساس قطعيت کامل براي خود در نظر مي گيرند. براي مثال، مادر جوان از بالا بردن بچه اش از پله ها اجتناب مي کند مگر مطمئن شود که به هيچ عمل خطرناکي دست نمي زند. بنا بر اين او زمان بسيار زيادي را براي اين موضوع صرف مي کند. باورهاي فراشناختي شکلي از درآميختگي فکر-عمل^۱ (TAF) هستند. براي مثال، باور بر اينکه فکر انداختن بچه از پله به همان اندازه ي اتفاق واقعي آن نادرست است مثالي از TAF اخلاقي است اما باور به اينکه داشتن اين فکر به منزله اين است که اين اتفاق با احتمال بيشتري در آينده رخ مي دهد نمونه اي از TAF احتمالي است. در آميختگي هاي فکر-عمل مرز بين فکر و عمل را محو مي کنند. همچنين ولز (۱۹۹۷) در آميختگي فکر-شيء^۲ (TOF) را توضيح داده است. براي مثال، باور به اينکه فکر آلودگي به اشياء سرايت کرده و آنها را آلوده مي کند.

فرمول بندي موردی

در فصل ۳، براي روشن شدن عناصر فرمول بندي موردی، مورد گراهام را معرفي کرديم که مبتلا به OCD و افسردگي بود؛ سير مشکلات گراهام در شکل ۱-۳ خلاصه شده است. در مورد گراهام سوء استفاده در کودکي به عنوان عامل آسيب پذيري براي افسردگي و OCD شناخته شد. افسردگي و OCD الگوهاي ساختاري و کارکردي متفاوت از ناهنجاري مغزي دارند (فاینبرگ^۳ و همکاران، ۲۰۰۷) که تمايز مفهومي معتبري را بين اين دو اختلال نشان مي دهد. علاوه بر اين، OCD از اختلال هاي اضطرابي از اين جهت متمايز مي شود که فعاليت غير طبيعي آميگدال در آن مشاهده نمي شود (سکسانا^۴، ۲۰۰۳). بنا بر اين مورد گراهام براي نشان دادن مدل هاي اختصاصي CBT بيشتر از کاربرد کلي مدل سودمند است.

-
1. Thought-Action Fusion (TAF)
 2. Thought-Object Fusion (TOF)
 3. Fineberg
 4. Saxena

وسواس گراهام بعد از ورشکستگی کاری که پس از تصادف برادرش رخ داد تشدید شد و با وارسی های مکرر او تداوم پیدا کرد. او نمره ی ۲۵ در BOCS-Y (گراهام و همکاران، ۱۹۸۹) گرفت. سپس او پرسشنامه ی باورهای وسواسی (OCCWG، ۲۰۰۵) را تکمیل کرد. نتایج OBQ مسوولیت پذیری بالا، نگرانی افراطی درباره ی کنترل افکار، بیش برآورد خطر، عدم تحمل بلا تکلیفی و کمال گرایی را نشان می داد.

« سخناو OCD

درمان های شناختی - رفتاری اولیه برای OCD اساساً رفتاری بودند و بر مواجهه و جلوگیری از پاسخ تأکید می کردند. درمانگر به گراهام یاد داد زمانی که از سر کار بر می گردد از این راهبرد برای تمیز کردن افراطی استفاده کند. توافق شد تا زمانی که گراهام به خانه بر می گردد فقط تا ساعت ۷ عصر به تمیز کردن مشغول شود. سپس او احساس ناراحتی از تمیز نشدن اشیاء را می پذیرفت. این مسأله مرتب کردن مجله ها روی میز را نیز شامل می شد. گرچه مواجهه و جلوگیری از پاسخ برای آینه ای آشکار مناسب است ولی برای آینه ای نا آشکار امکان پذیر نیست. زمانی که گراهام گفت برای ردیابی کناره های اشیاء احساس اجبار می کند و وقتی از این رفتار جلوگیری می شود او مجدد این کار را تکرار می کند، درمانگر احساس سردرگمی کرد اما با نگاه به ستناو OCD (جدول ۸-۲) با استفاده از رویکرد شناختی تلاش شد تا مشخص شود گراهام سعی دارد با ردیابی به چه هدفی دست پیدا کند. مشخص شد که گراهام احساس اجبار برای تکمیل کردن دارد و او تشویق شده است تا از خودش بپرسد «شواهدی که من از طریق ردیابی به احساس کمال می رسم کجاست؟»

جدول ۲-۸ ستناو اختلال وسواسي - اجباري

اهداف درماني	راهبردهای درماني
الگوي زندگي رواني، درآميختگي فکر- عمل (TAF)، اسناد حالت هاي اخلاقي به افکار مزاحم	ايجاد الگوي مناسب، تجزيه ي درآميختگي، استدلال هيچاني- تمايز
اهداف غير واقعي، مثل قطعيت کامل، پاکيزگي کامل	تنظيم اهداف دست يافتني
مسؤوليت پذيري افراطي	نمودار دايره اي مسووليت
کارکرد دوگانه - داشتن اين برداشت که هيچ انتخابي وجود ندارد (اجبار) و آزادي کامل (باعث خود سرزنشگري)	تشويق برداشت منطقي از کنترل راهبردهاي تعويق، استفاده از نمودار MOOD
تساوير ذهني، افکار و رفتارهاي خنثي ساز	مواجهه و جلوگيري از پاسخ؛ آزمايش رفتاري
بيش برآورد خطر	اتخاذ احتمال واقع گرايانه
پيشگيري از عود	راهنماي درماني شخصي، استفاده از موارد کليدي درمان و نوشتن کتاب خود ياري و کامپيوتری



گراهام همچنين تساوير ذهني ترسناک در رابطه ي با تصادف داشت و دربارہ ي هر تصادفي احساس مسووليت مي کرد (TAF اخلاقي). درمانگر بر اساس ستناو تصميم گرفت نمودار مسووليت را براي مقابله ي با اين TAF اخلاقي به کار ببرد. از درمانگر سوال شد تا سهم سازنده ي وسيله ي نقليه را در تصادف مشخص کند و او پاسخ داد: یک سوم. سپس از گراهام خواسته شد تا سهم مسووليت راننده را مشخص کند و او دوباره تکرار کرد: یک سوم. درمانگر به او گفت که بيشتري مسووليتي که در تصادف مي توان براي او در نظر گرفت یک سوم است. توافق شد تا زماني که او تساوير ذهني دربارہ ي تصادف داشت به جاي تلاش براي خنثي سازي (که باعث تشديد افکار مي شود) نمودار دايره اي را تجسم کند.

سپس درمانگر بيش برآورد خطر را هدف قرار داد. از گراهام پرسيده شد که او به چند مشتري موتور سيکلت خدمات داده است و او جواب داد که هزارها،

بعد از او پرسیده شد چه تعداد از آنها به خاطر او عزادار شده‌اند و او جواب داد هیچ یک. این مسأله به درمانگر این امکان را داد تا به گراهام پیشنهاد دهد تخمین واقع بینانه خطر برای او کمتر از یک در هزار است تا اینکه او با پردازش هیجانی (جدول ۲-۴، سوگیری‌های پردازش اطلاعات را ببینید) خطر را قریب الوقوع ببیند. پس از آن درمانگر سوگیری دیگری را معرفی کرد؛ تفکر دو گانه، که باعث کارکرد دو گانه او می‌شد یا باید درگیر اجبارها باشید و گرنه زیر بار احساس گناه قد خم خواهید کرد. همچنین گراهام یاد گرفت تا نسبت به پردازش اطلاعاتی که از افسردگی ناشی می‌شوند آگاه باشد.

« برنامه‌ی درمانی جلسه به جلسه

روند مصاحبه‌ی اول در فصل ۳ توضیح داده شد. در اینجا پروتکل جلسه به جلسه برای OCD از جلسه‌ی دو آمده است. این برنامه‌ی درمانی مبتنی بر ولز (۱۹۹۷) و آندرسون و ریز (۲۰۰۷) است.

جلسه‌ی مصاحبه‌ی دوم

رئوس مطالب مهم در جلسه‌ی دوم در جدول ۳-۸ آمده است.

جدول ۳-۸ جلسه‌ی دوم

مرور بهنجار سازی افکار مزاحم

مقابله با باورهایی که کنترل افکار را لازم و امکان آن را میسر می‌دانند

معرفی مفهوم نگرانی درباره‌ی افکار مزاحم به جای در نظر گرفتن افکار مزاحم به عنوان مشکل

مواجهه و پیشگیری از پاسخ - بحث در مورد ضبط جلسه

تکالیف منزل شامل مطالعه درباره‌ی افراد مبتلا به OCD در گذر از حادثه

جلسه ی دوم با مرور مدل ذهن که در مصاحبه ی اولیه ارائه شد آغاز می شود.
در مورد گراهام جلسه ی دوم این گونه آغاز شد:

درمانگر: آیا معتقدی ذهن شبیه ایستگاه قطار است، تو نمی توانی عبور آنها را کنترل کنی، گاهی آنها تاخیر دارند و صدای بلندی ایجاد می کنند؟
گراهام: فکر کنم من زمانی که فکر می کنم آسیبی به کسانی که من به آنها موتور سیکلت فروخته ام می رسانم به وسط ریل می پریم.
درمانگر: پس تو زیر قطار خُرد خواهی شد.
گراهام: همینطوره.

درمانگر: اگر اجازه دهی قطار افکار و تصاویر از مسیر خود عبور کنند چه می شود.

گراهام: گفتن آن ساده تر از عمل کردن است.

درمانگر: بهتر است مدت ۲ دقیقه از افکار و تصاویر ذهنی را ضبط کنیم و بارها و بارها به آن گوش بدهی تا زمانی که کمتر تو را ناراحت کنند.
گراهام: وحشتناکه!

درمانگر: این یک راهبرد ساده نیست و اگر صادق باشیم ۵۰٪ درصد مردم قادر به تحمل آن نیستند ولی اگر بتوانی آن را انجام دهی بسیار موفق خواهی شد. ما ابتدا آن را در جلسه تمرین می کنیم. می توانی این افکار را بلند بخوانی و من ضبط کنم، سپس من آن را چندین بار تکرار می کنم. این جلسه فقط آن را ضبط می کنیم.

گراهام: باشه (مراجع افکار و تصاویر ذهنی آسیب و احساس گناه را با صدای بلند می خواند).

درمانگر: مقصود ما این است که تو با گوش کردن به صدای ضبط شده به خودت بیاموزی که از این افکار/ تصاویر ذهنی نترسی و بتوانی بدون متوقف کردنشان آنها را به تاخیر بیندازی.



برای تکلیف از گراهام خواسته شد تا درباره‌ی افراد وسواسی در گذر از حادثه (اسکات، ۲۰۰۸) مطالعه کند و چون او انزوای کمتری می‌کرد می‌توانست مطالب بیشتری درباره‌ی راهبردهای مقابله‌ای برای OCD مطالعه کند. این کتاب در رابطه‌ی با گراهام ویژگی مثبتی دارد و آن این است که راهبردهای مفصلی برای مقابله‌ی با همبودی افسردگی دارد.

جلسه‌ی سوم

رئوس مطالب مهم در جلسه‌ی سوم در جدول ۸-۴ آمده است.

جدول ۸-۴ جلسه‌ی سوم

مرور تکالیف

مواجهه و جلوگیری از پاسخ در جلسه

کاهش رفتارهای ایمنی از طریق آزمایش‌های رفتاری

مقابله‌ی با مسوولیت‌پذیری بالا با استفاده از نمودار دایره‌ای مسوولیت

غلبه‌ی بر بافت هیجانی برای رفتارهای آیینی با استفاده از MOOD

تکلیف منزل

گراهام در جلسه‌ی دوم گزارش کرد که موفقیت‌هایی در وارسی مکرر خانه قبل از ترک آن داشته است. او موافقت کرد برای رفتارهایی که تکرار می‌کرد برچسب‌های عجیب به کار ببرد، برای مثال، وقتی که در را قفل می‌کند با خودش بگوید «کلبه‌ی سبز»؛ این عبارت اطمینان‌بخش در خاطر او می‌ماند و مانع از برگشت وارسی او می‌شد. هر یک از موقعیت‌های آیینی برچسب می‌خورد. لذا پس از برگشت از کار و قفل کردن ماشین به خودش می‌گفت «راگبی آرسنال». در این صورت او می‌توانست یک ساعت یا بیشتر از ماندن در پارکینگ خودداری کند. سپس از درمانگر خواسته شد تا مواجهه و جلوگیری از پاسخ را در جلسه مد نظر قرار دهند. صدای افکار/ تصاویر ذهنی برای گراهام پخش می‌شد و او احساس منفی خود را در مقیاس ۱۰-۰ مشخص می‌کرد به عبارتی او نمره‌ی واحد ذهنی



ناراحتی (SUDS) خود را تعیین می‌کرد. گراهام نمره ۸ را انتخاب کرد و درمانگر از او خواست تا بارها و بارها با صدا گوش دهد تا نمره اش ۵۰٪ کاهش یافته و به ۴ برسد. این فرآیند ۴۵ دقیقه طول کشید. درمانگر توصیه کرد او به مدت یک ساعت در خانه به صدای ضبط شده خود که به مکرر تکرار می‌شود گوش دهد.

گراهام به خاطر ترس از کثیفی و بهم ریختگی خانه از مهمان استقبال نمی‌کرد. درمانگر به کاهش این رفتار ایمنی تأکید کرد و پیامد مهمانی را مورد آزمون قرار داد. توافق شد برای تکلیف خانه او اقوامش را برای روز یکشنبه به مهمانی دعوت کند. اما گراهام می‌ترسید که قبل از رسیدن مهمان‌ها بیمناک شده و دل مشغول پاک کردن شود. فراوانی رفتارهای آیینی وابسته به خلق است لذا از گراهام خواسته شد تا نمودار MOOD را زمانی که نهایت اضطراب را دارد تکمیل کند. علاوه بر این او از روبرو شدن با برادرش می‌ترسید. درمانگر به گراهام توصیه کرد تا از نمودار دایره‌ای مسوولیت برای تعیین مسوولیتش در قبال برادر استفاده کند. بعد از کمی بحث در مورد برادر، درمانگر پرسید:

درمانگر: سهم مستی برادرت قبل از تصادف چقدر بود؟

گراهام: فکر کنم نصف.

درمانگر: سهم همسرش چطور؟

گراهام: موقعیت سختی برای او بود، اما او می‌توانست اوضاع را بهتر

مدیریت کند، فکر کنم ۲۵٪.

درمانگر: حداکثر ۲۵٪ برای تو و افراد دیگر باقی ماند.

گراهام: برای یادآوری باید با یک چهارم از دایره در مهمانی حاضر شوم.

درمانگر: داشتن یک یادآوری کننده‌ی عادی مفید است.

گراهام: اما من هنگام نوشیدن چیزی در کنار برادرم احساس بدی خواهم داشت.

درمانگر: این مسأله مشکل است، اما تو با استدلال هیجانی نتیجه خواهی



گرفت چون احساس گناه می‌کنی پس باید احساس گناه بکنی.

جلسات چهارم تا هشتم

ساختار جلسات چهارم تا ششم در جدول ۸-۵ آمده است. تا جلسه ی پنجم باید ارزیابی مجدد صورت گیرد. گراهام نمره ی ۱۵ در BOCS-Y (گودمن و همکاران، ۱۹۸۹) گرفت که نشان می‌داد بهبودی او از لحاظ بالینی معنادار است ولی هنوز در دامنه ی نرمال قرار ندارد. درمانگر ضمن مرور پیشرفت گراهام ملاحظه کرد که نمرات SUDS او روند کاهشی داشته است، به این معنا که با روند جلسات نمره ی SUDS تدریجاً در مدت کوتاه‌تری به ۵۰٪ رسیده است.

جدول ۸-۵ جلسات چهارم تا ششم

مرور تکالیف، ارزیابی مجدد

ذهن آگاهی انفصالی

مواجهه و پیشگیری از پاسخ

کسب برآورد واقع بینانه از خطر و اجتناب از فاجعه سازی، نمودار MOOD

غلبه بر تصاویر ذهنی/ افکار با افزایش عمدی شدت آنها

آزمایش‌های رفتاری بیشتر

تکلیف منزل

در طی این جلسات مفهوم ذهن آگاهی انفصالی به گراهام معرفی شد (آگاهی بیشتر از افکار مزاحم با مشاهده ی دقیق و بدون گرفتار شدن در دام آنها). گراهام گفت که این ایده از نظر او سودمند است اما زمانی که ناراحت است یا به هنگام عمل مشکل است. درمانگر توصیه کرد در این زمان‌ها او عمداً افکار و تصاویر ذهنی را تشدید کند و ببیند که آیا آنها واقعاً قدرتی دارند.

جلسات هفتم تا دهم

ساختار جلسه های آخر در جدول ۸-۶ آمده است.

جدول ۸-۶ جلسات هفتم تا دهم

مرور تکالیف

مقابله ی با وسواس ها و اجبارهای برجسته

به گونه ای رفتار کن انگار افکار وسواسی بی اعتبارند. از آیین مندی ها به عنوان نشانه ای برای اغراق کردن در افکار وسواسی استفاده کن. پیشگیری از آیین ها برای آزمون بی اعتباری افکار مزاحم. مواجهه با محرک های وسواسی و ترک آیین ها

ایجاد راهنمای درمان شخصی، مقابله ی با موانع

ارزیابی مجدد و پیگیری

تا جلسه ی هفتم گراهام گزارش کرد که با وجود بهبود قابل توجه در کار با موتورسیکلت های فروشی، هنوز زمان غیر معمولی برای آماده کردن موتورسیکلت ها برای فروش صرف می کند. گراهام استدلال کرد که سازندگان موتورسیکلت های جدید آنها را چک می کنند و مسوولیت با آنهاست. درمانگر تخمین واقع بینانه احتمال را به او یادآور شد و از گراهام پرسید که با توجه به قدرت پایین موتورسیکلت قدیمی ولی مطلوب و اینکه این انواع موتورسیکلت ها مورد پسند استفاده کننده های قدیمی است، چه احتمالی وجود دارد که آنها تصادف کنند. گراهام پذیرفت که احتمالاً کمتر از تخمین ۱ در ۱۰۰۰ برای ماشین هایی که او تهیه می کرد وجود داشت. درمانگر همچنین به گراهام اهمیت در نظر گرفتن شانس "پیامدهای فاجعه آمیز" ماشین های قدیمی را یادآوری کرد. گراهام موافقت کرد که به خاطر سرعت پایین ماشین قدیمی، یک راننده به احتمال خیلی زیاد هشدارهای اولیه ای در این مورد دریافت خواهد کرد که چیزی درست نیست و دست از بررسی بر می دارد. جلسات پایانی در جهت تحکیم جلسات قبلی هستند، آخرین جلسه یک ماه بعد از جلسه ی قبلی است تا اطمینان حاصل شود که پیامدهای مثبت درمان حفظ شده اند و فرصتی فراهم می آورد تا مشکلات باقیمانده

نیز هدف درمانی قرار گیرند. در جلسه ی دهم، نمره ی BOC-Y گراهام ۱۰ بود که در دامنه ی نرمال قرار داشت. به همین ترتیب درمانگر بر جلوگیری از عود تمرکز کرد و از گراهام خواسته شد تا دستنامه ی بقا تهیه کند:

درمانگر: همان طور که دستنامه های احتمالی وجود دارد که می توانند به عنوان یادآوری برای چگونگی تهیه ی موتور سیکلت های قدیمی ولی مطلوب به کار روند، اگر برای مدتی نشانه های OCD را نداشته باشی ممکن است فراموش کرده باشی که چطور دوباره عملکرد خوبی داشته باشی و نیاز به دستنامه ی خودت داشته باشی.

گراهام (خنده): امیدوارم منظورتان این نباشد که من مثل یک ماشین قدیمی ولی مطلوب هستم "نه من گفته ی تو را اینجوری برداشت می کنم که نمی خواهم سریع و بدون دقت عمل کنم".

درمانگر: ممکن است بخواهی تصویری از یک مرغ بی سر را روی جلد دستنامه ی بقا بگذاری! این ایده که این دستنامه به تو اختصاص دارد. می خواهم به بهبودی اما ... بپردازم تا بر حوزه های مهمی که نیاز به پوشش دارد تأکید کنم.

گراهام: آیتم اول نشان می دهد که پاشنه ی آشیل من درد می گیرد، این زمانی است که بیشتر چک می کنم.

درمانگر: بنابراین می توانی به عنوان ماشه چکان زیر آیتم ۱ و به عنوان علامت هشدار زیر آیتم ۳ خط بکشی، آیتم ۲ چطور؛ تفکری که زمانی که وارد خلق OCD می شوی به سرعت می آید؟

گراهام: من فکر نمی کنم این فکر من است که مشکل دارد؛ بلکه جدی گرفتن موجود وهمی در سرم است که به من دستور چک کردن می دهد. بنابراین فکر می کنم دارم به خودم می گویم "باید از این موجود وهمی تبعیت کنم" که می تواند زیر گزینه ی ۲ قرار بگیرد.

درمانگر: شايد بايد خودت را به عنوان تازه سرباز ارتشي ببيني که قصد فرمانبرداري داري و تصويري از خودت به عنوان يک تازه سرباز در دستنامه بکشي.

گراهام: زماني که در ارتش تحت آموزش بریتانیا بودم همیشه خیال پردازی می کردم که فرمانبرداري نمی کنم اما هيچ وقت جرأت آن را نداشتم. درمانگر: الان فرصت تو است، می توانی نافرمانی را زیر آيتم ۴ قرار دهی و حتی اگر پاسخ به يک دستور را به تأخير بيندازی شروع خوبی است. گراهام: یادآوری های ديگر در فرم این است که می خواهم به کمال گرايي ام نگاه کنم و می خواهم به خودم یادآوری کنم که کمال گرايي نامؤثر است و این يک تفکر جادویی است که اگر همه چیز کامل باشد اتفاق بدی نخواهد افتاد.

درمانگر: شايد بهتر است تلاش زيادی نکنی که دستنامه را تصحيح کنی، همزمان که جلو می روی می توانی آن را به روز کنی. تلاش زياد مشکل کلیدی در OCD است.

گراهام: دستنامه های موتور سيکلت به طور منظم به روز می شوند، احتمالاً نياز دارم تا دستنامه ی خدمتم را گاهی اوقات به روز کنم، شايد بايد آن را برای ديگران در وب قابل دسترس کنم، شايد به آنها کمک کند. درمانگر: ایده ی خیلی خوبی است، می توان يک گروه حمايتی نیز برای آن تهيه کرد.

قطعه ی بالا بر این نکته تأکید می کند که بازسازی شناختی نه تنها به وسیله ی بر عهده گرفتن افکار فردی مجزا با استفاده از یادداشت MOOD، بلکه با استفاده از استعاره ها، موجود وهمی، سرباز تازه کار نافرمان ارتش و تداوم موتور سيکلت انجام می شود که از نظر شخصی به مراجع مرتبط است.



فصل ۹

فصل ۹

اختلال اضطراب فراگیر

ویژگی بارز اختلال اضطراب فراگیر (GAD) نگرانی مداوم غیر قابل کنترل درباره‌ی دامنه‌ی وسیعی از موضوعات و گوش به زنگی در برابر تهدید است. شروع اختلال در دو سوم مبتلایان به GAD بین سنین ۱۱ و اوایل دهه‌ی سوم عمر است. معمولاً ماشه چکان خاصی وجود ندارد ولی اقلیت خاصی در میانه‌ی بزرگسالی به این اختلال مبتلا می‌شوند که عموماً مرتبط با حوادث زندگی مثل مرگ فرد محبوب است. آمیگدال و کورتکس پیش‌پیشانی و نترولترال مدار عصبی را تشکیل می‌دهد که مسوول ردیابی تهدید است. مشخص شده است که افراد جوان مبتلا به GAD بیش‌فعالی آمیگدال داشتند که با فعالیت کورتکس پیش‌پیشانی و نترولترال تعدیل نمی‌شود (مانک^۱ و همکاران، ۲۰۰۸).

گرچه ٪ ۱۷/۷ از بیماران سرپایی روانپزشکی مبتلا به GAD هستند، علت اصلی مراجعه‌ی آنها درمان برخی از اختلال‌های همبود (شایع‌ترین اختلال‌های مرتبط عبارتند از فوبی اجتماعی ٪ ۳۴/۷، افسردگی ٪ ۲۲/۲ و وسواس فکری عملی ٪ ۱۲/۵)

1. Monk

است (زيمرمن و همكاران، ۲۰۰۸). با اين حال GAD مقدم بر افسردگي است.

« نشخېص

براي تشخيص GAD بر اساس DSM-IV-TR (انجمن روانپزشكي آمريكا، ۲۰۰۰) لازم است شخص دربارهي دامنه‌ي گسترده‌اي از موضوعات نگراني غير قابل كنترل داشته باشد كه در اغلب اوقات در ۶ ماه گذشته تكرر مي‌شود و سه علامت از ۷ علائم GAD را دارد. بررسي هر يك از اين علائم با استفاده از سوال‌هاي مربوطه از كتابچه‌ي (بيوست ت) مورد ارزيابي قرار مي‌گيرند. مقياس GAD-7 (اشپيترز و همكاران، ۲۰۰۶) نيز علائم اختلال را تحت پوشش قرار مي‌دهد. مراجع در اين مقياس علائم هفت‌گانه‌ي DSM-IV براي GAD را به‌صورت زير درجه‌بندي مي‌كنند: (۰) هرگز، (۱) چندين روز، (۲) بيش از نيمي از روز، (۳) تقريباً تمام روز. از آنها خواسته مي‌شود با توجه به مقياس فوق مشخص كنند در دو هفته‌ي گذشته به چه ميزان موارد زير را تجربه كرده‌اند: (۱) عصبی، مضطرب يا بي‌قرار؛ (۲) رنجش و تحريك پذيري سريع؛ (۳) ترس از اينكه اتفاق خطرناكي رخ دهد؛ (۴) نگراني در مورد موضوعات متعدد؛ (۵) بي‌قراري؛ (۶) ناتواني در توقف و كنترل نگراني و مشكل در كسب آرامش. نمرات ۵، ۱۰ و ۱۵ به ترتيب بيانگر نقاط برشي براي اضطراب خفيف، متوسط و شديد است. (مقياس GAD-7 به صورت رايگان براي استفاده شخصي در سايت www.mhchoice.csip.org.uk قابل دسترسي است). اين مقياس به قدري کوتاه است كه مي‌توان از مراجع خواست آن را به‌عنوان تكليف بعد از هر جلسه براي ارزيابي پيشرفت تكميل كند (براي استفاده‌ي هفتگي از اين مقياس لازم است چهارچوب زماني، به هفته‌ي گذشته در دستورالعمل تغيير پيدا كند).

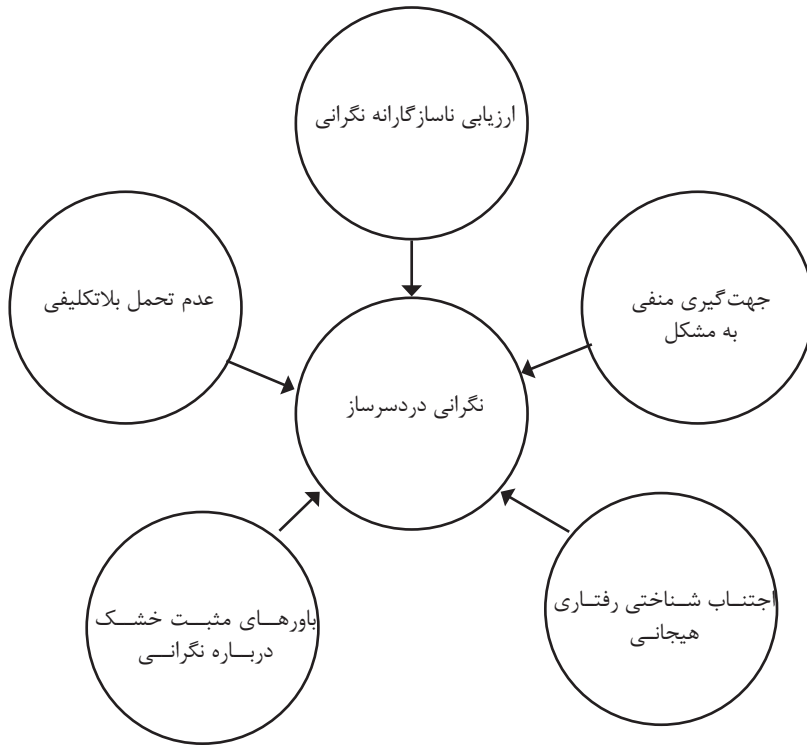
« نناېچ درمان هنداځني - رفتاري در مورد اختلال اضطراب فراځپر

مطالعات اوليه در مورد اثرات CBT بر GAD عمدتاً متمرکز بر آرام‌سازي کاربردي، مديريت اضطراب يا به‌كارگيري مدل اضطراب بک است (بک و همكاران، ۱۹۸۵).

نتایج درمانی متوسط بود به طوری که ۵۰٪ از افراد مبتلا، به کارکرد بهینه دست پیدا می کردند. با این حال لادوکر^۱ و همکاران (۲۰۰۰) با پیشرفت نظری و اصلاح درمان به این نتیجه رسیدند که سه چهارم افراد مبتلا به این اختلال در پایان درمان و ۴ سال پس از پیگیری فارغ از علائم GAD بودند. وایت و همکاران (۱۹۹۲) برنامه‌ی درمانی صرفاً آموزشی CBT را در مورد اختلال اضطراب فراگیر مطالعه کردند. مراجعه‌کنندگان شرکت‌کننده در درمان شامل ۲۰ نفر یا بیشتر می‌شد که در «جلسات هفتگی» برای «کنترل استرس» و در ۲ ساعت برگزار می‌شد. به مراجعان گفته شده بود که در مورد مشکلات شخصی خود صحبت نکنند. با وجود آنکه گروه کنترلی وجود نداشت اما نتایج گروهی که برنامه را گذرانده بودند از لحاظ هزینه اثر بخش ارزیابی شد. جالب است که داگاس و همکاران (۲۰۰۳) ضمن مقایسه‌ی درمان‌های فردی و گروهی CBT برای GAD به این نتیجه رسیدند که هر دو درمان به یک میزان و به‌طور متوسط در دو سوم مراجعان مؤثر هستند.

« مدل‌های شناختی - رفتاری GAD

مدل شناختی - رفتاری GAD در شکل ۱-۹ نشان داده شده است. این مدل ترکیبی از مدل ولز (۱۹۹۷) و داگاس و همکاران (۲۰۰۷) است.



شکل ۹-۱ GAD مدل شناختی - رفتاری

در شکل ۹-۱ نگرانی مسأله ساز/ غیر قابل کنترل با «دایره های دوار» حفظ می شوند؛ اهمیت نسبی این دایره ها و روابط آنها با یکدیگر نیز تا حدی توضیح داده شده است:

ارزیابی های ناسازگارانه نگرانی. به عقیده ی ولز (۱۹۹۷) دو نوع نگرانی وجود دارد. نگرانی نوع یک، نگرانی درباره ی محتواسست، مثل «در مورد قبولی در امتحان نگران هستم.» و نگرانی نوع دوم به ارزیابی منفی از نگران بودن اشاره دارد (فرانگرانی)، مثل «اگر این طور نگران باشم خودم را به خطر خواهم انداخت.» طبق نظر ولز افراد مبتلا به GAD هم باورهای مثبت درباره ی نگرانی مثل «اگر نگران نباشم اتفاق بدی رخ خواهد داد» و باورهای منفی درباره ی نگرانی

دارند. این باورها به موازات هم باعث تداوم نگرانی می شوند.

باورهای قوی درباره ی مفید بودن نگرانی. ولز (۱۹۹۷) معتقد است باورهای مثبت درباره ی مزایای نگران بودن توسط افراد مبتلا به GAD وجود دارد، برای مثال، «نگران نبودن به این معناست که من مراقب نیستم و این خطرناک است». **عدم تحمل بلا تکلیفی.** داگاس و همکاران (۲۰۰۷) به این نتیجه رسیدند که عدم تحمل بلا تکلیفی همسو با جهت گیری منفی نسبت به مشکل، پیش بینی کننده ی اصلی شدت GAD است. از زاویه ی دیگر، ولز (۱۹۹۷) معتقد است افراد مبتلا به GAD به طور افراطی حالت جسمانی/ روانی خود را بازبینی می کنند و آنها را با فراشناخت های ناسازگارانه ارزیابی می کنند، برای مثال، «باید بدانم که او سالم خواهد رسید» بنابراین اهداف نامناسبی مثل احساس اطمینان را پیگیری می کنند. بنابراین عدم تحمل بلا تکلیفی در مدل ولز مورد خاصی از مشکلات کلی در فراشناخت های ناسازگارانه است.

جهت گیری منفی نسبت به مشکل. طبق نظر داگاس و همکاران (۲۰۰۷) اگر چه افراد مبتلا به GAD نقصی در مهارت حل مسأله ندارند، به این معنا که به همان اندازه ی دیگران توانایی حل مشکل را دارند ولی نسبت به مشکل جهت گیری منفی دارند. آنها مشکلات را متمایز از هم نگاه نمی کنند و آنها را تعمیم می دهند، برای مثال «این مسأله خیلی بزرگ است، در نتیجه امکان برطرف کردن آن وجود ندارد».

اجتناب شناختی/ رفتاری/ هیجانی. داگاس و همکاران معتقدند افراد مبتلا به GAD از اجتناب شناختی استفاده می کنند. به عبارت دیگر آنها پاسخ به سوال های اضطراب آور را متوقف می کنند برای مثال، «اگر در این امتحان مردود شوم چه اتفاقی رخ می دهد؟» این موضوع در مورد تصاویر ذهنی نیز کاربرد دارد مثلاً «با خودگویی تصاویر ذهنی را جایگزین می کنم». علاوه بر این، ولز (۱۹۹۷) معتقد است اجتناب رفتاری مثل تلاش برای کنترل رفتار دیگران برای اجتناب از احساس درماندگی، یا «وسواس کنترل» باعث تداوم نگرانی مشکل ساز می شود.

« فرمول بندي موردي

فرمول بندي موردي، تشخيص را به درمان متصل مي کند. «مورد^۱» بيانگر يك مثال اختصاصي از مدل شناختي اختلال است. نگاه جامع به مشكلات مراجع نیازمند مشخص کردن عوامل آسيب پذيري، آشکار ساز و تداوم بخش است. علاوه بر اين از نگاه درماني مشخص کردن نقاط قوت که ممکن است در درمان تقويت شوند اهميت دارد. گام هاي فرمول بندي موردي در مراجعي با نام تينا در ادامه آمده است.

تشخيص. با استفاده از کتابچه ي (پيوست ت) که به طور مستقيم علائم تشخيصي DSM-IV-TR (انجمن روانپزشکي آمريکا، ۲۰۰) را بررسی مي کند براي تينا تشخيص اختلال اضطراب فراگير و فوبي اجتماعي گذاشته شد. همچنين او در مقياس GAD-7 (اشپيتزر و همکاران، ۲۰۰۶) نمره ي ۱۶ را به دست آورد که نشان دهنده ي شدت بالا در اين اختلال است. علاوه بر اين، تينا پرسشنامه ي افکار اضطرابي (AnTI، ولز، ۱۹۹۴) که داراي سه زير مقياس زير است را تکميل کرد: نگراني هاي اجتماعي، نگراني هاي سلامتي و فرانگراني ها. او نمره ي بالايي در زير مقياس نگراني هاي اجتماعي گرفت. براي مثال او آيتمي مثل «زمانی که بين غريبه ها هستم از انجام عمل يا صحبت اشتباه نگران هستم» را تأييد کرد. علاوه بر اين، او در زير مقياس فرانگراني عباراتي مثل «نگرانم که نتوانم افکارم را آن طور که دوست دارم کنترل کنم». اما او آيتم هاي کمی را در زير مقياس نگراني سلامتي تأييد کرد.

عوامل آسيب پذيري. تينا زماني که ۱۰ ساله بود پدرش را در يك تصادف جاده اي از دست داده بود. زماني که مادرش در بيمارستان بود او توسط همسايه ها از ماجرا مطلع شده بود. او خودش را بسيار وابسته به پدرش مي دانست. پس از آن او به مدت ۳ ماه شب ادراري داشت و براي مدتي خوابش به هم ريخته

1. caseness

بود. همچنین او به خاطر می‌آورد که تا مدت یک سال بسیار چسبنده و بدقلق بود. احتمالاً طی آن سال تشخیص اختلال اضطراب جدایی داشته و تینا را برای مشکلات اضطرابی بعدی مستعد کرده است. تینا آغاز نگرانی‌هایش را از حدود ۱۱ سالگی تخمین می‌زند که به‌طور پیش‌رونده تشدید شده است.

عوامل تشدیدکننده. تینا در اواخر دهه‌ی دوم به‌خاطر فوبی اجتماعی به پزشک عمومی مراجعه کرد. فوبی اجتماعی عملکرد او را در کارش تحت تأثیر قرار داده بود. پزشک عمومی با توجه به پرسشنامه‌ی گام اول متوجه شد که تینا علاوه بر فوبی اجتماعی در اختلال اضطراب فراگیر نیز پاسخ مثبت داده و درخواست کمک کرده است. تینا برای تأیید تشخیص فوبی اجتماعی و GAD به درمانگر ارجاع داده شد. هیچ ماشه‌چکان اخیراً برای GAD وجود نداشت.

عوامل حمایتی. تینا اهل ورزش بود و قبل از ۶ ماه پیش که آنفولانزا گرفته بود به‌طور منظم شنا و ژیمناستیک کار می‌کرد. در حال حاضر تینا به‌طور نامنظم ورزش می‌کند. درمانگر معتقد است که ماشه‌چکان احتمالی GAD قطع ورزش منظم است. احیای مجدد ورزش می‌توانست هدف درمان و مثل گذشته عامل حمایتی برای عدم بروز GAD باشد.

« سخناو GAD

ستناو GAD در جدول ۹-۱ آمده است.

جدول ۹-۱ ستناو اختلال اضطراب فراگیر

اهداف درماني	راهبردهای درماني
نگرانی کنترل ناپذیر	زمان نگرانی
ادراك ناتواني در مقابل مطالبات	آزمایش رفتاری. فعالیت متوالی به جای همزمان، مقابله با مسوولیت پذیری افراطی، نمودار دایره‌ای مسوولیت
باورهای مثبت و منفی همزمان درباره‌ی نگرانی،	چالش با فراشناخت‌های اضطراب‌زا درباره‌ی نگرانی
شناخت‌های مداخله‌کننده‌ی در تکلیف (TIC)	تغییر جهت به سمت شناخت‌های تکلیف وابسته TIC/TOC (TOC)
تنش	تمرین آرام‌سازی، ورزش
عدم تحمل بلا تکلیفی	قطعیت بلا تکلیفی، بی‌فایده‌گی بی‌تحملی، ترس از اینکه لازم نیست برسید
پیشگیری از عود	راهنمای درماني شخصی، استفاده از موارد کلیدی درمان و نوشتن کتاب خودیاری و کامپیوتری

تینا احساس می‌کرد که نگرانی‌هایش غیر قابل کنترل است. درمانگر زمان بندی کردن نگرانی را به‌عنوان راهبردی برای نگرانی‌های دشوار و نامنعطف به کار برد. به او توضیح داده شد که تلاش برای از بین بردن نگرانی‌ها اثر عکس دارد ولی توجه به آنها در زمان‌های مشخص و به‌طور منظم (زمان نگرانی) از افتادن در دام نگرانی‌ها جلوگیری می‌کند. با این حال او از این می‌ترسید که اگر به نگرانی‌هایش توجه نکند اتفاقی بیفتد. توافق شد به هنگام وقوع نگرانی‌ها، تینا برای مدت طولانی با افکار نگران‌کننده سر کند تا خط پایه تعیین شود و پس از آن برای بررسی انتقادی آنها نیم ساعت را با نگرانی بگذراند. برای

تعیین خط پایه از تینا خواسته شد تا در پاسخ به هر یک از افکار نگران کننده مرتباً از خودش بپرسد «این به چه معناست؟؟» (تکنیک پیکان رو به پایین) به این وسیله می توان «هسته» ی مشکل را شناسایی کرد. علاوه بر این، درمانگر گفت فکر کردن به نگرانی ها به مدت کافی برای شناسایی خط پایه، خود یک آزمایش رفتاری است؛ به این معنا که مشخص می شود که آیا این افکار نهی شده واقعاً پیامد هولناکی دارند. زمانی که درمانگر این تکنیک را به عنوان تکلیف ارائه کرد، تینا آن را بسیار سنگین می دانست. درمانگر با نگاه به ستناو (جدول ۹-۱) تینا را مجاب کرد که فراتر دانستن تکلیف از حد توان، ویژگی افراد مبتلا به GAD است. از او خواسته شد تا با واقع گرایی فاصله ی بین انتظارات و تجربه را پر کند. برای آگاه بودن به این جریان، تینا میزان هراس خود را در مقیاس ۰ تا ۱۰ (۱۰ بالاترین اضطراب) قبل از تمرین «زمان بندی کردن نگرانی» و بعد از آن درجه بندی می کرد. تفاوت این نمره ها می تواند به عنوان یادآوری برای خنثی کردن موقعیت های هراسناک مورد استفاده قرار گیرد.

تینا به خاطر دختر هشت ساله اش که از شرکت در مراسم رقص اجتناب می کرد نگران بود. از طرفی او دخترش را برای شرکت در این برنامه تشویق می کرد اما از طرف دیگر نگران عملکرد او بود و از او می خواست تا آن را کنار بگذارد. تینا نگران دخترش بود، اما همزمان نگران بود که نگرانی اش مخرب باشد. درمانگر برای او توضیح داد که چگونه او در دام باورهای مثبت درباره ی نگرانی و باورهای منفی درباره ی پیامدهای آن افتاده است. درمانگر از دختر او به عنوان الگو استفاده کرد. به تینا گفته شد که اگر دخترش در مورد رها کردن باورهای قوی و مثبت اش در مورد عملکرد بی عیب و نقص و پذیرش عملکرد نسبتاً مناسب مورد تشویق قرار بگیرد، به طوری که گاهی بهتر و گاهی ضعیف تر از آن عمل کند وضعیت بهتر خواهد شد. همزمان او باید از دام کمال گرایی رهایی پیدا می کرد.

به تینا پیشنهاد شد تا برای دخترش توضیح دهد که «شباح» کمتری در ذهنش برای تحقیر خود بسازد: «نمی توانی به این نقطه بررسی. چه فکری در مورد تو خواهند کرد؟ همه فکر می کنند که تو احمقی». از او خواسته شد تا به این افکار بگوید «بروید» و روی تکلیف بعدی متمرکز شود و تصور کند که آن کار را خوب انجام می دهد. تینا به این موضوع علاقمند بود و درمانگر برای او توضیح داد که TICها (شناخت‌واره‌های مزاحم در تکالیف) معادل «شباح» هستند و او باید بر TOCها (شناخت‌واره‌های مبتنی بر تکلیف) متمرکز شود. از او خواسته شد تا زمانی که نگرانی‌ها مشکل ساز می شوند با استفاده از TIC/TOC جریان افکارش را در جهت حل مسأله تغییر جهت دهد. همچنین درمانگر به تینا توصیه کرد به دخترش آرام سازی را آموزش دهد تا قبل از فعالیت مورد نظر انجام دهد؛ به این صورت که نفس عمیقی بکشد، و با گفتن آ.ر.ا.م. نفسش را بیرون بدهد و شانه‌ها و عضلاتش را رها کند.

به شیوه‌ی مشابه از تینا خواسته شد تا دقایقی را برای ایجاد تنش عضلانی به مدت ۵ ثانیه و رها سازی تنش به مدت ۱۰ ثانیه برای گروه عضلات تمرین کند و به تفاوت بین تنش و آرامش و گرمای حاصل از آن و خروج تنش از انتهای بدن توجه کند. اگرچه تینا موافق این پیشنهادها بود اما اطمینان می خواست تا دخترش مثل او نشود. درمانگر به او توضیح داد که به عدم تحمل بلا تکلیفی پایان دهد چون هیچ کسی نمی تواند تربیت کودکان را بیمه کند. سپس بر اهمیت آمادگی برای تحمل «کیف کوچک بلا تکلیفی»^۱ تأکید شد.

« برنامه‌ی درمانی جلسه به جلسه

شیوه پیگیری مصاحبه‌ی اولیه در فصل ۳ توضیح داده شد. پروتکل جلسه به جلسه برای اختلال اضطراب فراگیر از جلسه ۲ به بعد در اینجا توضیح داده خواهد شد. این برنامه مبتنی بر ولز (۱۹۹۷) و داگاس و همکاران (۲۰۰۷) است و هر یک از دوایر ارائه شده در شکل ۹-۱ هدف قرار خواهند گرفت.

=====

1. a small bag of uncertainty

جلسه ی دوم

چهارچوب جلسه ی دوم در جدول ۹-۲ ارائه شده است.

جدول ۹-۲ چهارچوب جلسه ی دوم

مرور فرمول بندی مقدماتی برای هر یک از اختلال های شناسایی شده

مرور کلی راهبردهای درمانی برای اختلال اضطراب فراگیر (صفحات ۱۴۷-۱۴۶ در گذر از حادثه)

مرور اجتناب شناختی، رفتاری و هیجانی

توقف و تعویق نگرانی به زمان مشخص-زمان نگرانی

تکلیف

درمانگر در اواخر جلسه ی اول درمان، فرمول بندی موردی مقدماتی را ارائه می دهد. در ابتدای جلسه ی دوم نیز این الگو مرور شده و پیشنهادهای و اصلاحات مراجع نیز دریافت می شود. تینا پذیرفت که از زمان مرگ تاثیربرانگیز پدرش در ۱۰ سالگی نگران بوده است. مشکل او از زمانی که در موقعیت های اجتماعی خود آگاهی پیدا کرد تشدید شد. زمان شروع فوبی اجتماعی روشن نبود ولی احتمالاً شروع آن پس از گذراندن آزمون حسابداری و درخواست مصاحبه ی شغلی بوده است. درمانگر از تکنیک پیکان نزولی برای تعیین خط پایه با توجه به فوبی اجتماعی استفاده کرد:

درمانگر: اگر بیرون بروی چه اتفاق بدی می افتد؟

تینا: سرخ خواهم شد و لکنت خواهم گرفت.

درمانگر: بدی سرخ شدن یا لکنت چیست؟

تینا: خیلی دستپاچه خواهم شد.

درمانگر: بدی دستپاچه شدن چیست؟

تینا: آنها فکر خواهند کرد که من متقلب هستم.

مثال بالا نشان می دهد که فرمول بندی موردی یکبار و برای تمام موارد مورد استفاده قرار نمی گیرد، بلکه نیازمند اصلاح مشترک است. تینا چند روز

قبل از رفتن به مكان مورد نظر درباره‌ي آن نگران بود و زمان رسيدن به محل از لحاظ هيچجاني خسته مي شد. درمانگر از او خواست تا اين نگراني ها را براي زمان مشخصي به تعويق بياندازد. در زمان نگراني، تينا ضمن نوشتن موضوعات به متقلب به نظر رسيدن و نگراني هايش درباره‌ي دخترش فكر مي كرد. اگرچه برخي از محتواهاي نگراني مربوط به دغدغه هاي اجتماعي مي شد، استفاده از نگراني هاي افراطي و نامنعطف راهبرد اصلي براي GAD است. در اين سبک درماني، اختلال هاي همبود يکپارچه مي شوند. گرچه تينا استدلال مي کرد که اين زمان براي نگراني هاي او ناکافي است اما توافق شد که با استفاده از آزمایش رفتاري هر گونه پيامد منفي را بعد از ۳۰ دقيقه ارزيابي کند.

تينا به مطالعه درباره‌ي افراد مبتلا به GAD از کتاب گذر از حادثه (اسکات، ۲۰۰۸: ۱۴۷-۱۴۶) ترغيب شد. درمانگر با اشاره به نمونه هاي ذکر شده براي او توضيح داد که تعويق نگراني به زمان خاص بسيار متفاوت از متوقف کردن افکار (اجتناب شناختي) يا تلاش براي پرت کردن عجلولانه حواس (اجتناب رفتاري) است؛ هر دوی اين اجتناب ها باعث تشديد نگراني مي شوند. درمانگر «ذهن آگاهي انفصالي» را درباره‌ي نگراني پيشنهاد کرد.

جلسات سوم و چهارم

رئوس موضوعات جلسات سوم و چهارم در جدول ۹-۳ آمده است.

جدول ۹-۳ جلسات سوم و چهارم

مرور تکليف

استفاده از نمودار MOOD و مشکل سازهاي عمده:

بيش برآورد خطر

برآورد پايين منابع

فاجعه سازي

سلسله ي «چه مي شود اگر»

تمرين آرام سازي و ورزش

تکليف منزل

وقتی درمانگر در ابتدای جلسه ی ۳ از تینا خواست که موضوع مورد نظرش را برای جلسه مطرح کند او پاسخ داد "احساس کنترل زیاد روی امور داشتن". تینا گفت که او این مسأله را زمانی که نگرانی هایش را می نوشت تشخیص داد. او توضیح داد که چطور این موضوع روابط او را در کار و دخترش تحت تأثیر قرار داده است که درمانگر از او خواست بیشتر در این باره توضیح دهد:

تینا: از محل کار به خانه بر می گردم و با دخترم عصرانه می خورم، فکر می کنید پس از آن چه می کنم؟ به جای بازی با دخترم مسائل مالی را چک می کنم، چقدر او غمگین می شود؟

درمانگر: آنچه می خواهیم در این مواقع انجام دهی استفاده از نمودار MOOD (پیوست E) است. تصور کنید که عصرانه را میل کرده اید؛ چه چیزی از ذهنتان می گذرد؟

تینا: باید امور مالی را انجام دهم.

درمانگر: بله، ما آن را در ستون دوم و در زیر «تفکر مشاهده شده» یادداشت می کنیم. اما می خواهیم این فکر را روشن تر کنیم. تو باید امور مالی را انجام دهی زیرا... ؟

تینا: زیرا من دخترم را ناامید می کنم.

درمانگر: از این رو لازم است تا هر شب این کار را انجام دهی؟

تینا: نه ضرورتاً، اما من می ترسم.

درمانگر: از چه چیزی؟

تینا: از مردن در خیابان.

درمانگر: چه خطراتی وجود دارد؟

تینا: پس از مرگ پدرم این فکر را دارم؛ پول کمی داشتیم.

درمانگر: آیا تو در خیابان مشکلی پیدا کرده ای؟

تینا: نه، اما به یاد دارم که به خاطر پرسیدن برخی چیزها وحشت زده شده ام.

درمانگر: فرض کن که تینای جوان وحشت زده شده است. او هم اکنون

خطر را بیش برآورد کرده و تصاویر ذهنی فاجعه آمیز خلق کرده است. به نمودار MOOD برگردیم؛ آیا شیوه‌ی عینی تفکر برای احساس راحتی تینای جوان وجود دارد؟

تینا: به او خواهیم گفت که واقعاً خطری وجود ندارد، مامان همیشه می‌تواند هر چیزی را منظم کند.

درمانگر: عالی‌ه، این مایه‌ی تسلی دختر توست و لازم است که به آن پایبند باشی. می‌خواهی در ستون آخر نمودار چه چیزی بنویسی؟
تینا: می‌توانم کارهایی مثل بازی با دخترم انجام دهم یا دقایقی برای خودم ورزش کنم.

درمانگر: ورزش منظم برای افراد مبتلا به GAD بسیار عالی است. پس از آنکه مشکلات بزرگ به نظر نرسد، امکان نگاه واقع بینانه وجود خواهد داشت.

تینا: باید برای آرامش بیشتر، تعدادی موسیقی آرام‌سازی تهیه کنم.
درمانگر: در تعداد کمی از افراد ضمن آرام‌سازی کاربردی، اضطراب ناشی از آرام‌سازی مشاهده می‌شود. در این صورت احتمالاً برای شما بهتر خواهد بود که از ورزش منظم استفاده کنید.

آنچه در بالا ذکر شد به نقش نگاه تحولی در مشکلات اشاره دارد لذا نه تنها باید در سطح بزرگسالی به تفکر درباره‌ی خطر نگر نیست بلکه نگاه رشدی نیز ضرورت دارد. علاوه بر این GAD یک مشکل صرفاً درون روانی نیست بلکه لازم است به جنبه‌های جسمانی آن نیز در درمان توجه شود.

تینا در شروع مصاحبه‌ی چهارم اعلام کرد که کمتر درگیر کنترل مشغله‌های فکری بوده است و در کارها بیشتر متمرکز بر تکلیف است. البته جنبه‌ی منفی این بود که تینا مدام در ذهنش در رابطه‌ی با خواب کلنجار می‌رفت - تینا درگیر چرخه‌ی «چه می‌شود اگرها...؟» بود. چه می‌شود اگر تنها بر برنامه‌ای

که همکارم ارائه کرده تکیه کنم؟ چه می شود اگر سازمان شکایت کند؟ چه می شود اگر رئیسم شاکی شود؟ اگر اخراج شوم چه می شود؟ درمانگر بر اهمیت کوتاه کردن زنجیره تأکید کرد. درمانگر درباره ی هر یک از «چه می شود اگرها» قبل از ادامه یافتن آن، سوال می کرد. توافق شد که تینا صحت یک مورد از ده مورد برنامه های همکارش را چک کند تا اطمینان منطقی در مورد دقت برنامه به دست آید و با سایر سناریوهای منفی مقابله شود.

جلسات پنجم و هشتم

چهارچوب جلسات پنجم و ششم در جدول ۹-۴ آمده است.

جدول ۹-۴ جلسات پنجم تا ششم

مرور تکالیف و ارزیابی مجدد
شناخت‌واره های مداخله گر در تکلیف (TICs) و شناخت‌واره های متمرکز بر تکلیف (TOCs) TIC / TOC، حل مسأله
عدم تحمل بلا تکلیفی
جهت گیری منفی نسبت به مشکل
تکلیف منزل

تینا در ارزیابی مجدد جلسه ی پنجم نمره ی ۱۱ در GAD-7 گرفت. با وجود آن که پیشرفت معناداری از لحاظ بالینی کسب کرده بود اما هنوز اضطراب متوسط را تجربه می کرد. برای تینا سخت بود که ارزیابی دیگران را بپذیرد. درمانگر توجه ی او را به یکی از دایره های جالب کرد که باعث تداوم نگرانی می شد، عدم تحمل بلا تکلیفی زمانی که کاری را به کس دیگری واگذار می کرد. تینا گفت که یکی از همکارانی که او کارها را به او سپرده بود از دست تینا عصبانی بوده چون تینا بالای سر او ایستاده بوده و در روند کار مداخله می کرده است. درمانگر جدال بین شناخت‌واره های مداخله گر در تکلیف (TICs)، «هیچ کس نمی تواند به خوبی آن را انجام دهد» و شناخت‌واره های متمرکز بر تکلیف (TOCs)، «برای کاهش فشار

کار، واگذاری امور به دیگران لازم است» را توصیه کرد و قرار شد او بین TIC /TOC تغییر مسیر دهد.

تینا در جلسه ی ششم متوجه شد که نمودار MOOD او نشان می دهد که خلق او زمانی که در روز یکشنبه دربارہ ی کار فردا فکر می کرده کاهش یافته است. نمودار نشان می داد که تینا برای مقابله ی با این وضعیت ورزش کرده و موردی در ستون تفکر عینی یادداشت نشده است. درمانگر خاطر نشان کرد که فاصله ی بین نمودار ناشی از اجتناب هیجانی است؛ نه مواجهه با احساس ترس در عصر یکشنبه. روشن بود که چگونه تینا مانع از هیجان شده و به ستون چهارم رفته است. تینا موافق بود که دوچرخه سواری آن روز تأثیر کوتاه مدتی داشته است (درمانگر تصریح کرد که هر یک از اجتناب های رفتاری، شناختی و هیجانی باعث تداوم اضطراب می شود).

از منظر دیگر درمانگر برای تینا توضیح داد که عصر یکشنبه در «ردیابی» مشکل با شکست مواجه شده و این یکی از ویژگی های افراد مبتلا به GAD است. درمانگر توضیح داد این مسأله مشابه این است که تینا از هیچ یک از کارمندانیش برای آماده سازی برنامه کمک نگرفته است و به جای اینکه بپرسد کدام بخش از نرم افزار این مشکل را حل می کند حاضر شده بیمار شود. تینا باور داشت که با شناختن و تعریف مشکل می توان آن را حل کرد. جالب بود که تینا به خوبی گام های حل مسأله را معرفی کرد (تعریف دقیق و بدون ابهام مشکل، بارش ذهنی، تلاش برای کیفیت نه کمیت، جستجوی مزایا و معایب کوتاه مدت و بلند مدت هر یک از راه حل ها، انتخاب راه حل، برنامه ریزی و اجرا، مرور راه حل پس از انجام، انتخاب راه حل دیگر در صورت نیاز) اما تینا چیزی در مورد اهمیت نخستین گام یعنی، جهت گیری نسبت به مشکل^۱ نگفت.

جلسات هفتم تا نهم

طرح کلی جلسات هفتم تا نهم در جدول ۹-۵ آمده است.

جدول ۹-۵ جلسات هفتم تا نهم

مرور تکلیف

موانع حل مسأله

آزمون اعتبار، سودمندی و قدرت باورهای (مثبت و منفی) درباره‌ی نگرانی

آزمایش رفتاری

تکلیف منزل شامل تألیف راهنمای بقا

در جلسه‌ی هفتم تینا گفت که احساس می‌کند در جهت یابی مشکل بسیار توانمند شده است اما گاهی قادر به تکمیل فرآیند حل مسأله نیست. تینا فهمیده بود که حدود نیمی از برنامه‌ی یکی از همکارانش اشتباه بوده است. تینا بین کنترل وسواس و نسپردن کار به دیگران در تنگنا قرار گرفته بود. در این رابطه درمانگر سوگیری‌های پردازش اطلاعات را معرفی کرد (جدول ۴-۲ را ببینید) و نشان داد که چگونه فرآیند حل مسأله با استفاده از تفکر دو بخشی دچار مشکل می‌شود، «یا باید وسواس‌ها را کنترل کنم و یا کارها را به دیگران بسپارم». با نگاه به جدول ۴-۲ تینا گفت که موضوعات را شخصی‌سازی می‌کند و خطاها را ناشی از اشتباه خودش می‌داند. تینا توافق کرد که هر زمان تکلیف جدیدی را به کسی واگذار کرد این را در نظر داشته باشد که هر یادگیری جدیدی می‌تواند ناکامل باشد. برای تکلیف از تینا خواسته شد تا به موانع فرآیند حل مسأله هشیار باشد.

درمانگر در جلسه‌ی هشتم ارزیابی متقاطع باورهای مثبت و منفی درباره‌ی نگرانی را با استفاده از جدول ۶-۹ معرفی کرد.

جدول ۹-۶ چالش با باورهای مثبت و منفی درباره ی نگرانی

قدرت آن چقدر است؟	سودمندی آن چه میزان است؟	اعتبار آن چقدر است؟
		باورهای مثبت درباره ی نگرانی، مثل نگرانی نشان‌دهنده ی مراقب بودن من است.
		باورهای منفی درباره ی نگرانی، مثل وقتی درگیر نگرانی شوم به سلامت خودم آسیب می‌رسانم.

از تینا خواسته شد تا جدول ۹-۶ را برای جلسه ی نهم تکمیل کند. تینا مرجع باورهای مثبتش درباره ی مزایای نگرانی را مادرش می‌دانست و مرجع باورهایش درباره ی پیامدهای منفی نگرانی را خودش می‌دانست تا اینکه شواهدی علمی برای آن داشته باشد. تینا دریافته بود که چطور هنوز به موشکافی بلندمدت درباره ی نحوه ی عملکردش در جلسه ی اداری پرداخته است. تینا تشویق شد تا آزمایش رفتاری را با استفاده از دسته بندی کردن این موضوعات برای نگرانی‌ها در زمان نگرانی به کار برد و ببیند آیا هیچ کاهشی در عملکردش در جلسه ی بعد اتفاق می‌افتد. در ضمن زمان نگرانی، مواردی را که مربوط به اضطراب اجتماعی او می‌شد وارد کرد. علاوه بر این تکالیف از تینا خواسته شد تا راهنمای بقای خود را بنویسد.

جلسات دهم تا دوازدهم

چهارچوب جلسات دهم تا دوازدهم در جدول ۹-۷ آمده است.

جدول ۹-۷ جلسات نهم تا دوازدهم
مرور تکالیف
نگرانی زدایی با استفاده ی از چهارچوب حل مسأله
اصلاح راهنمای بقا

تا جلسه ی دهم، نمره ی تینا در GAD-7 به ۴ رسید که در دامنه ی نرمال قرار دارد. او هیچ یک از شناخت واره های منفی را در پرسشنامه ی افکار اضطرابی (ولز، ۱۹۹۷) تأیید نکرد. درمانگر تأکید کرد که نگران بودن عادت مادام العمر تینا بوده و واقع گرایانه نیست که فکر کنیم آنها هرگز بر نخواهند گشت و مشکل ساز نخواهند شد. لذا، لازم است تا ادامه ی جلسات را به پیشگیری از عود اختصاص دهیم. علاوه بر این، تینا مبتلا به فوبی اجتماعی بوده و در حال حاضر بهبود یافته بود، پس لازم بود که پیشگیری از عود فوبی اجتماعی نیز مد نظر قرار گیرد. درمانگر «بهبودی اما ...» (پیوست خ) را به عنوان راهنمایی برای ساخت راهنمای بقا معرفی کرد. توصیه شد تکالیف منزل به کار برده شود و بر راهنماهای خودیاری تأکید شود. درمانگر آیتم یک را این طور بررسی کرد:

درمانگر: فکر می کنی چه چیزی باعث شروع نگرانی های غیر قابل کنترل در آینده خواهد شد؟

تینا: احتمالاً بودن دخترم تا دیر وقت با دوستانش یا رفتن او به مدرسه.

درمانگر: پس آنها را در زیر آیتم یک بنویس؛ چه چیزی باعث شروع فوبی اجتماعی خواهد شد؟

تینا: ارائه داشتن در محل کار.

درمانگر: اگر دخترت از تو دور شود چه گفتگوهای درونی با خودت خواهی داشت.

تینا: باید کنار او بودم، او نمی تواند از خودش مراقبت کند.

درمانگر: آنها را زیر آیتم دو بنویس؛ می توانی در این شرایط به شیوه ی بهتری فکر کنی؟

تینا: تردید دارم بتوانم به شیوه ی بهتری مشابه «تفکر عینی» فکر کنم، فقط می توانم از آنها اجتناب کنم و نگذارم دخترم بیرون برود.

درمانگر: آیا این چیزی است که تو می خواهی؟

تینا: حقیقتاً نه، او با این ماجراها و حوادث بزرگ می شود، من برای این اینجا نیامده‌ام، خوب نیست که همیشه پشت سر او باشم.
 درمانگر: پس دشمن واقعی که تو باید زیر آیتم دو بنویسی اجتناب هیجانی است. مشابه این فکر که «من باید به هر قیمتی از نگرانی اجتناب کنم».

تینا: همیشه با خودم می گویم «من کمی آرامش می خواهم» اما فهمیدم که این بخشی از مشکل من است که اهداف غیر واقعی را دنبال می کنم.
 درمانگر: خیلی خوب، زیر آیتم ۴ بنویس «دنبال کردن اهداف واقع بینانه».

تینا: فکر می کنم در مورد ارائه دادن مشکل داشته باشم. می خواهم قبل و ضمن ارائه آرام باشم. اما فکر می کنم وقتی من به دیگران فکر نکنم آنها متوجه می شوند و از من انتقاد می کنند.

درمانگر: در راهنمای بقا تصویر دریا را با امواج بکش و خودت را که در این شرایط در حال شنا هستی. آب آرام است اما تو زیر سطح در حال شنا هستی و دست هایت در بیرون به تو یادآوری خواهند کرد.

تینا: این تصاویر برای من عینیت بیشتری دارد، من آنها را نقاشی و رنگ می کنم تا همیشه به خاطر داشته باشم.

آنچه در بالا آمده نشان می دهد چگونه می توان به طور همزمان برای اختلال های مختلف تکلیف و یا پیشگیری از عود را ارائه کرد. علاوه بر این لازم نیست بازسازی شناختی را محدود به ارزیابی متقاطع افکار منفی کرد بلکه می توان بازسازی شناختی را از طریق تصویر ذهنی / استعاره نیز ارائه کرد. سرانجام، به تینا کمک شد تا به آیتم های ۵ تا ۸ (پیوست خ) متمرکز شود. درمانگر هدف را از متوقف کردن نگرانی به ممانعت از نگرانی هایی که به طور معنادار با زندگی مداخله می کنند تغییر داد.



فصل ١٠

فصل ۱۰

جمع بندی

شش فصل گذشته به مفهوم سازی شناختی ویژه‌ی هر اختلال و مداخلات درمانی انتخابی برای آنها اختصاص داشت. پروتکل‌های درمانی ارائه شده برای اختلال‌های مختلف در فصول ۴ تا ۹ مشترکات مشخصی با یکدیگر دارند (جدول ۱-۱۰). به علاوه تمام مراجعان مسیر ساده و مؤثری را طی می‌کنند (شکل ۱-۱۰).

جدول ۱۰-۱ اشتراکات درمانی اختلال‌های شایع

درمان فعال، هدایت شده و از لحاظ زمانی محدود است.

درمان با تعامل متقابل، تشخیص و فرمول بندی موردی هدایت می‌شود.

درمانگر به استفاده مستقل از راهبردهای درمانی در خارج از جلسه‌ی درمان تأکید دارد.

درمان، رفتارها و شناخت‌های عمده (افکار و تصورات ذهنی) را هدف قرار می‌دهد.

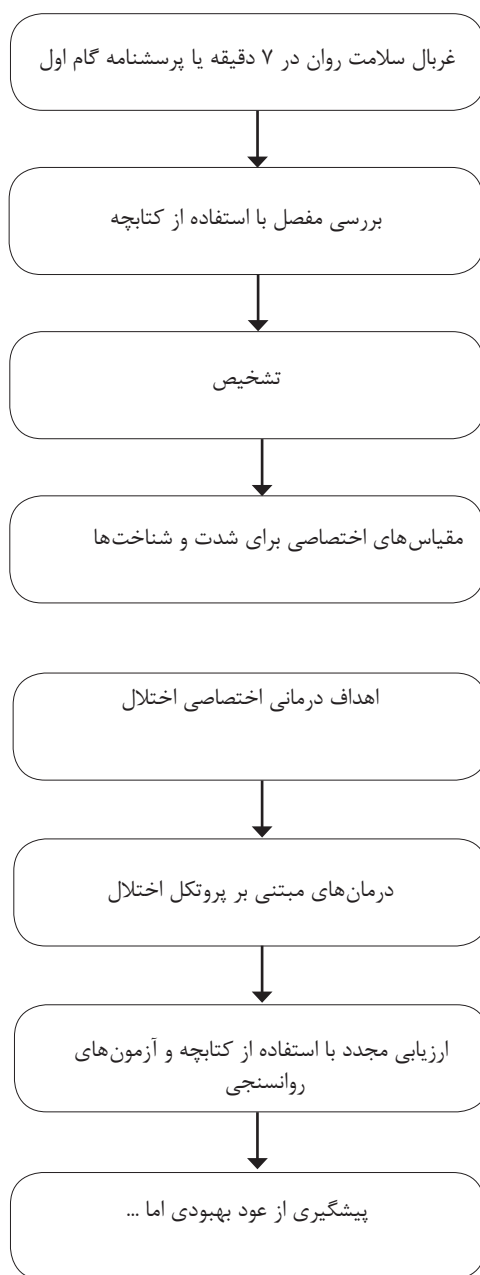
مراجعان تشویق می‌شوند تا پیشرفت درمان خود را در پیامد رفتاری خود ملاحظه کنند.

رویکرد آموزش روانشناختی که شامل ارائه و مرور تکالیف باشد پذیرفته شده است.

درمانگر و مراجع به صورت مشارکتی آزمایش رفتاری را برای آزمون پیش بینی‌های منفی به کار می‌برند.

بازسازی شناختی نه تنها با استفاده از دیالوگ سقراطی که با استفاده از استعاره نیز به کار می‌رود.

توجه ویژه‌ای به ایجاد راهنمای اختصاصی بقا می‌شود.



شکل ۱-۱۰ مسیر CBT ساده و مؤثر

اگرچه ساختار جلسات درمان و ارزیابی ثابت است ولی محتوای جلسات برای اختلال‌ها متفاوت است. این تفاوت‌ها در ستناوها (پیوست ت) برای اختلال‌های

مختلف ارائه شده است. وضوح این برنامه‌ی درمانی امکان تعیین درمانی شناختی - رفتاری برای اختلالی که مراجع از آن رنج می‌برد و سایر اختلاهای همبود را فراهم می‌سازد. مهارت درمانگر با استفاده از مجموعه‌ای از سوال‌هایی که در جدول ۲-۱۰ (و پیوست ج) آمده است ارزیابی می‌شود.

جدول ۲-۱۰ غربال مهارت درمانگر

- آیا درمانگر در بررسی دغدغه‌های مراجع موضع مشارکتی دارد؟ بلی خیر
- آیا درمانگر روی اهداف درمانی متناسب با هر اختلال متمرکز می‌شود؟ بلی خیر
- آیا درمانگر راهبردهای درمانی را متناسب با مشکلات هدف به کار می‌برد و با اطلاعات جدید از جلسه تلفیق می‌کند؟ بلی خیر
- آیا درمانگر ضمن ارائه تکلیف متناسب با اهداف درمانی عمل می‌کند و آن را با اطلاعات جدید در جلسه تلفیق می‌کند؟ بلی خیر
- آیا درمانگر تکالیف را مرور می‌کند؟ بلی خیر

ارائه‌ی پاسخ منفی به هر یک از سوال‌های زیر بیانگر احتمال مهارت پایین درمانگر است. غربال مهارت درمانگر بر وفاداری به پروتکل درمانی تأکید دارد؛ بدون این پایبندی تعیین تأثیر درمان غیر ممکن است. مهم است که بدانیم سوال‌ها در غربال مهارت درمانگر مشخص می‌کند که پایبندی تمرکز خودخواهانه به اهداف درمانی نیست بلکه با توجه بر اینجا و اکنون، دغدغه‌های مراجع را جزء اهداف درمانی قرار می‌دهد.

ممکن است سرپرست درمان از فرد نوآموز بخواهد جلسه‌ی خاصی از اختلال مورد نظر را با او به ایفای نقش بپردازد و با استفاده از جدول ۲-۱۰ عملکرد او را ارزیابی کند. دست‌نویس‌های درمانی مورد استفاده در این کتاب می‌تواند برای ایفای نقش به کار رود. بخشی از این‌ها در ابتدا الگو برداری شده و سپس از دانشجو خواسته می‌شود تا به ادامه پرداخته و باز خورد بگیرد. علاوه بر این، درمانگر می‌تواند از جلسات تصویر برداری شده جلسات واقعی درمان نیز استفاده کند.

اين شاخص ها را مي توان با استفاده ي از مقياس درجه بندي شناخت درماني (يانگ و بک، ۱۹۸۰) نيز ارزيايي کرد اما اين مقياس (به استثنای افسردگي) پايبندي به درمان را ارزيايي نمي کند. اگرچه اين مقياس مهارت هاي عمومي درمان مثل همدلي، ملايمت، و مهارت هاي خاص شناختي مثل ديالوگ سقراطي را مورد ارزيايي قرار مي دهد.

« برخی پاد پارها و نکته ها

برای توضیح بیشتر یاد یارها/ نکته ها به فصل های مربوطه مراجعه نمایید.

فصل ۱، ۲ و ۳

- بيش از نيمي از مشكلات شايع سلامت رواني از قلم انداخته مي شوند؛ با استفاده ي از غربالگري (غربال سلامت روان در ۷ دقيقه و پرسشنامه ي گام اول) و پرسش هاي مستقيم درباره ي هر يك از علائم تشخيصي (کتابچه ي CBT، پيوست ت) مي توان از اين مسأله پيشگيري کرد.

- مراجعان علاقمند هستند که علاوه بر اختلال اصلي که به خاطر آن مراجعه کرده اند ساير اختلال هايي که به آن مبتلا هستند تحت درمان قرار گيرد.

- تشخيص نشان مي دهد که کدام مدل شناختي مناسب درمان است در حالي که، فرمول بندي موردی مثال اختصاصی از مدل شناختی را ارائه می دهد.

- فرمول بندي موردی با استفاده از عوامل زمينه ساز، تسريع کننده، تداوم بخش و حمايتی ساخته می شود.

- ياديار^۱ KISS، درمان را ساده در نظر مي گيرد. از استعاره و نمودارهاي ساده استفاده مي شود.

- تمرکز بر SMART: اهداف اختصاصی، قابل اندازه گيري، قابل دستيابی و واقع بينانه.

- ضمن انعطاف پذيري لازم، به پروتکل CBT برای هر اختلالی پايبند باشيد.

1. Keep It Simple Stupid

- همیشه مراجع را در اینجا و اکنون قرار دهید و به‌طور کلی از این الگو برای تعلیم استفاده کنید.
- ساختار بندی جلسات و ارائه و مرور تکالیف، پیش بینی کننده های مهمی هستند که نشان می دهند مراجع چقدر از درمان سود می برد. بدون تکالیفی نوشتنی قضاوت در مورد تبعیت از درمان^۱ مشکل است.
- واقعیت این است که معمولاً مراجعان از بیش از یک اختلال رنج می برند؛ به هر یک از اختلال ها توجه کنید و تکالیف مناسب با آنها را ارائه دهید.
- شواهدی وجود ندارد که نشان دهد CBT عام^۲ مؤثر باشد.
- مقیاسی برای شدت اختلال (ها) و مقیاسی برای ارزیابی شناخت های مرتبط با هر اختلال را به کار ببرید.
- برای افرادی که مبتلا به افسردگی یا GAD هستند می توانید به ترتیب از PHQ 9 و GAD-7 به عنوان تکلیف در هر جلسه ی درمان استفاده کنید.
- آزمون های روان سنجی جایگزین تشخیص نیستند؛ آنها احتمال مثبت های کاذب بیشتری دارند که باعث می شود به اشتباه اختلالی را تحت درمان قرار دهید.
- ذهن بازی به درمان های جدید در CBT داشته باشید، اما بپرسید آیا شواهدی وجود دارد که نشان دهد این رویکرد جدید به اثر بخشی درمان استاندارد که در این کتاب مطرح شده می افزاید؟ مراقب بازاریابی باشید.
- انتظار تنگنا در جریان درمان را داشته باشید؛ برای کمک گرفتن به کتابچه مراجعه کنید. بپذیرید که یادگیری یک مهارت از اشتباه ها کسب می شود.
- پیشگیری از عادت مولفه ی مهم تمام برنامه های درمانی است. رویکرد چند وجهی داشته باشید، ساخت راهنمای بقا را مد نظر قرار دهید، افراد دیگر را در درمان درگیر کنید، از کتاب های خود یاری (مثل، احساس خوب: درمان جدید خلق و گذر از حادثه) و درمان های کامپیوتری (Mood Gym) استفاده کنید.

1. adherence
2. generic

فصل ۴: افسردگي

- مراقب افسرده شدن از افسردگي باشيد، اين مسأله مي تواند ناشي از توجه ناپذيري رويداها براي شخص باشد. مطمئن شويد که چرخش هاي خلق با شيب ملايم وجود دارد. از نمودار خلق استفاده کنيد.

- مطمئن شويد که پس از رديابي خلق و ايجاد تفکر عيني، مراجع افسرده درگير نشخوار ذهني نشود بلکه مصمم شود که کاري انجام دهد ستون چهارم در MOOD -

- به مراجع افسرده کمک کنيد تا راهبردهاي بلندمدتي را براي مديريت خلق خود به کار ببرد. اما مراقب باشيد که تکليف هاي کوچک تري ارائه دهيد.

فصل ۵: اختلال پانیک

- اختلال پانیک از طريق شناخت واره هاي فاجعه ساز و رفتارهاي اجتنابي تداوم مي يابد؛ لازم است تا هر دو را هدف درماني خود قرار دهيد.

- شناخت هاي فاجعه ساز نقش اساسي در تداوم حملات پانیک دارند و لازم است تا نه فقط به صورت کلامي بلکه به صورت وجود گرايانه و با آزمايش رفتاري (مثل تنفس سريع) با آنها چالش شود.

- در مورد مراجعاني که اختلال پانیک با آگورافوبيا دارند به آنها با استفاده از مواجهه ي تدريجي و ماندن در موقعيت اجتنابي کمک کنيد.

فصل ۶: اختلال استرس پس از سانحه

- هدف درماني اختلال استرس پس از سانحه، متوقف کردن تجربه ي مجدد تروماست. اين هدف به طور متناقض از طريق توجه اختصاصي به جزئيات تروما به دست مي آيد. براي اين منظور نوشتن و خواندن درباره ي تروما براي يادآوري استفاده مي شود.

- درمان PTSD با چالش اتحاد درماني روبروست زيرا مراجعان تمايل به انسداد خاطرات دارند، در حالي که درمانگر مواجهه با خاطرات را توصيه مي کند؛ اين

بن بست را می‌توان با تأکید بر «بهترین شیوه» برای مدیریت خاطرات آسیب‌زا حل کرد.

- مراجعان مبتلا به PTSD را با موضوعاتی که از آنها اجتناب می‌کنند به تدریج روبرو کنید.

- حمایت اجتماعی پیش‌بینی‌کننده‌ی مهمی برای رهایی از PTSD است؛ در صورت امکان در تعدادی از جلسات، اعضای خانواده و دوستان مراجع را به جلسه‌ی درمان دعوت نمایید.

فصل ۷: فوبی اجتماعی

- در مورد مراجعان مبتلا به فوبی اجتماعی با داستانی که از عواقب تعامل اجتماعی خود می‌سازند چالش کنید.

- مراجعان را تشویق کنید تا با موقعیت‌هایی که از آن می‌ترسند مواجه شوند.

فصل ۸: اختلال وسواسی اجباری

- برای افراد وسواسی توضیح دهید که افکار و تصاویر ذهنی مزاحم آنها بهنجار است؛ تلاش آنها برای خنثی کردن این افکار باعث تداوم مشکل می‌شود.

- به این مراجعان کمک کنید تا به تدریج رفتارهای تکراری خود را به تعویق بیندازند و پیش‌بینی خود از پیامدهای آسیب‌رسان را ارزیابی کنند.

- به ارتباط بین خلق پایین و اجبارها تأکید کنید و با استفاده از نمودار MOOD مدیریت خلق را آموزش دهید.

فصل ۹: اختلال اضطراب فراگیر

- برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بین حل مسأله و نگرانی تمایز قایل شوید و سودمندی و کارکرد نگرانی را بررسی کنید.

- برای غلبه بر علائم جسمانی در GAD مثل تنش جسمانی و مشکل خواب، ورزش و آرام‌سازی را توصیه کنید.

- نسبت به تفكر جادويي در PTSD، OCD و GAD هوشيار باشيد (براي مثال، اگر وارسى كنم/ نگران باشم مى توانم از ... پيشگيري كنم). به مراجعان بياموزيد تا به جاي تفكر جادويي كودكانه از شيوه ي بزرگسالان استفاده كنند.

فصل ۱۰: جمع بندي

- يادگيري درمان از طريق كتاب، محدوديت هايي دارد. دنبال فرصت هايي باشيد كه بتوانيد جلسات درماني را مشاهده كنيد، ايفاي نقش كنيد و باز خورد بگيريد و براي باز خورد بيشتر از جلسات درمان خود تصوير برداري كنيد.

- مهارت درمانگر صرفاً شناسايي اهداف درماني و کاربرد راهبردهاي درماني نيست، بلكه (الف) توجه به دغدغه هاي كنوني مراجع و (ب) ارائه و مرور تكاليف منزل بيانگر مهارت درماني است.

اميدواريم تا خوانندگان كتاب تجربيات خود را در مطالب مطرح شده در اين كتاب از طريق سايت www.simplyeffectiveCBT.com با ما در ميان بگذارند. همچنين نکته ها و مواردى را كه به درمانگران كمك مى كند را با ما به اشتراك بگذاريد.



پیوست الف

پپوست الف

اختلال های شخصیت و محتواهای شناختی

« اختلال های شخصیت خوشه ی A

۱. اختلال شخصیت پارانویید. بی اعتمادی و بدگمانی فراگیر نسبت به دیگران.

برای مثال، آنها انگیزه های دیگران را بدخواهانه تعبیر می کنند:

«مردم اغلب به طور عمد مزاحم من می شوند.»

«من نمی توانم به دیگران اعتماد کنم.»

«اعتماد به دیگران صلاح نیست.»

۲. اختلال شخصیت اسکیزوپید. الگوی نافذ انفصال از روابط اجتماعی و دامنه ی

محدود بیان هیجانی در موقعیت های بین فردی:

«روابط باعث آشفتگی می شود و مانع از آزادی می شود.»

«روابط صمیمی با دیگران برای من مهم نیست.»

«من نباید به دیگران اعتماد کنم.»

۳. اختلال شخصیت اسکیزوتایپال. الگوی نافذ نقص بین فردی و اجتماعی که

با ناراحتی حاد مشخص می شود و منجر به کاهش ظرفیت و جدایی از روابط

بين فردي مي شود. همچنين با تحريف هاي شناختي يا ادراكي و آشفتگي رفتار مشخص مي شود. محتوای شناختی آنها بسیار شبیه اختلال شخصیت اسکیزوپید است.

« اختلال های شخصیت خوشه ی B

۱. اختلال شخصیت ضداجتماعی. الگوی نافذ انحراف و بی اعتنایی به حقوق دیگران که از ۱۵ سالگی رخ می دهند:

«سایرین ضعیف اند و مستحق سوء استفاده اند.»

«اگر چیزی را بخواهم باید هر کاری که نیاز است برای به دست آوردن آن

انجام دهم.»

«اگر من به دیگران مسلط نشوم، آنها بر من مسلط می شوند.»

۲. اختلال شخصیت مرزی (BPD)، الگوی نافذ بی ثباتی در روابط بین فردی، تصویر از خود و عواطف که با تکانشگری مشخص می شود. محتوای شناختی BPD (باتلر و همکاران، ۲۰۰۲) منعکس کننده ی مضامین وابستگی، درماندگی، بی اعتمادی، ترس از طرد/ ترک/ از دست دادن کنترل هیجانی و رفتارهای توجه طلبانه افراطی است.

۳. اختلال شخصیت نمایشی. الگوی نافذ هیجان پذیری افراطی و توجه طلبی:

«اگر نتوانم دیگران را تحت تأثیر قرار دهم یا جلب کنم، بی ارزشم.»

«باید مرکز توجه باشم.»

«تنها زمانی که به طور افراطی عمل کنم دیگران به من توجه خواهند کرد.»

۴ اختلال شخصیت خود شیفته. الگوی نافذ بزرگ نمایی (در تخیل یا رفتار)، نیاز به تمجید و مشکل در همدلی با دیگران.

«نمی توانم به قواعدی که دیگران تعیین می کنند، محدود باشم.»

«اگر دیگران به موقعیت من احترام نگذارند باید تنبیه شوند.»

«دیگران حق انتقاد از من را ندارند.»

« اختلال‌های شخصیت خوشه‌ی C

۱. اختلال شخصیت اجتنابی. الگوی نافذ بازداری اجتماعی، احساس بی‌کفایتی و حساسیت بالا به ارزیابی منفی:

«اگر به مردم نزدیک شوم آنها واقعیت مرا خواهند شناخت و مرا طرد خواهند کرد.»

«اگر احساس کنم که چیزی ناخوشایند است باید از آن اجتناب کنم.»

«احساس‌های منفی تشدید می‌شوند و خارج از کنترل خواهند شد.»

۲. اختلال شخصیت وابسته. نیاز نافذ و افراطی به مراقبت که منجر به رفتارهای مطیعانه و چسبندگی و ترس از جدایی می‌شود:

«من نیازمند و ضعیف هستم.»

«نیازمند کسی هستم که تمام وقت حاضر باشد و به من در مواقعی که

اتفاقات ناخوشایندی احتمال رخ دادن دارد کمک کند.»

«نیازمند کسی هستم که به من در تصمیم‌گیری کمک کند و به من بگوید

که چه کاری انجام دهم.»

۳. اختلال شخصیت وسواسی - اجباری. الگوی نافذ اشتغال ذهنی با نظم،

کمال‌گرایی، کنترل ذهنی و بین‌فردی، عدم انعطاف‌پذیری، گشودگی و کارایی:

«انجام کامل هر کاری بسیار مهم است.»

«جزئیات بسیار اهمیت دارند.»

«من در مقابل انجام امور مسوولیت دارم.»



پیوست ب

پپوست ب

پرسشنامه‌ی غربالگری

لطفاً به هر سوال به نحو مناسب پاسخ دهید.

نام: تاریخ:

آدرس: تاریخ تولد:

تلفن:

* آیا شاغل هستید؟

* چه نوع کاری انجام می‌دهید؟

* قبلاً چه کاری انجام می‌دادید؟

* روز خود را چگونه سپری می‌کنید؟

* در مدرسه چگونه بودید؟

* آیا مشکل خاصی در مدرسه داشتید؟ اگر بله، چه مشکلاتی؟

* آیا مهارت خاصی داشتید؟ اگر بله، چه مشکلاتی؟

مشکلات اصلی شما در حال حاضر چیست؟

..... ۱-

..... ۲-

..... ۳-

لطفاً مشخص کنید که چه زماني مشکلات قيد شده در بالا رخ می دهند. همچنين مشخص کنید که چه زماني تشديد می شوند؟

..... ۱-

..... ۲-

..... ۳-

آيا تا به حال اتفاق هراس آوري برای شما رخ داده است يا شاهد بوده ايد که برای ديگران اتفاق بيافتد؟ اگر بله، قيد کنید چه زماني رخ داده اند؟ (سوء استفاده ي در کودکی را هم در نظر بگيريد).

..... ۱-

..... ۲-

..... ۳-

آيا هيچ گونه کمک حرفه‌ای (پزشک، مشاور) برای مشکلات خود داشته ايد؟ اگر بله، قيد کنید چه زماني، برای چه مدت و با چه کسی؟

..... ۱-

..... ۲-

..... ۳-

آيا والدين يا برادر و خواهر شما بيماری روانپزشکی دارند؟ اگر بله، مشخص کنید کدام يک و چه مشکلی؟

خلقتان چطور بوده است؟

ماه گذشته چه ميزان الكل مصرف کرده ايد؟

آيا دارو مصرف می کنید؟ لطفاً داروهای تجویزی يا غير تجویزی که مصرف می کنید را مشخص کنید.

..... ۱-



پیوست پ

پپوست یی / عربال / بازبپنی سلامت روانی در ۷ دقیقه

این فرم غربالگری، شکل مصاحبه‌ی پرسشنامه‌ی گام نخست (پپوست ح) است و راهنمایی برای تفسیرهای بعدی مشخص می‌کند. این فرم اختلال‌های روانی شایع را تحت پوشش قرار داده و امکان بررسی بیشتر یافته‌های مثبت در جای مشخص در کتابچه‌ی درمان شناختی - رفتاری (پپوست ت) وجود دارد. اگر تأکید بر بررسی اثرات مداخله باشد، زمان سوال‌ها تغییر می‌کند، برای مثال پرسیده می‌شود در ۲ هفته گذشته.

بله خیر نمی‌دانم

۱. افسردگی

آیا طی ماه گذشته احساس افسردگی با ناامیدی شما را پریشان و ناراحت کرده است؟

آیا طی ماه گذشته بی‌علاقگی و بی‌لذتی در انجام کارها شما را ناراحت کرده است؟

آیا در این باره نیاز به کمک دارید؟

پاسخ مثبت حداقل به یک مورد از علائم و سوال درخواست کمک، نیازمند کاوش بیشتر است. مراجعه به صفحه ۲۹۲.

۲. اختلال پانیک و آگورافوبيا بله خير نمي دانم

آيا حملات پانیک غير منتطره، ترس يا اضطراب شديد داشته ايد؟

آيا از موقعيت هايي که احتمال حملات پانیک وجود دارد اجتناب مي کنيد؟

آيا در اين باره نياز به کمک داريد؟

پاسخ مثبت حداقل به یک مورد از علائم و سوال درخواست کمک نیازمند کاوش بیشتر است. مراجعه به صفحه ۲۹۶.

۳. اختلال استرس پس آسيبي. آيا هيچ گاه در زندگي خود تجربيات تهديدکننده، وحشتناک يا غير منتطره داشته ايد به طوري که در ماه گذشته:

الف. دربارهي حادثه کاپوس ديده باشيد يا بدون اينکه بخواهيد در مورد آن فکر کنيد؟

ب. سعی کرده باشيد که دربارهي آن فکر نکنيد يا از موقعيت هايي که شما را به ياد آن حادثه بياندازند اجتناب کرده باشيد؟

ج. آيا دائماً آماده، مراقب و گوش به زنگ بوده ايد؟

د. احساس کرختي يا فاصله از ديگران، فعاليت و محيط اطراف داشته ايد؟

آيا در اين باره نياز به کمک داريد؟

پاسخ مثبت حداقل به یک مورد از علائم و سوال درخواست کمک نیازمند کاوش بیشتر است. مراجعه به صفحه ۲۹۷.

۴. اختلال اضطراب فراگیر **بله** **خیر** **نمی دانم**

آیا درباره چیزی نگران هستید؟

آیا نگرانی‌های افراطی (بیشتر اوقات روز) یا غیر قابل کنترل طی ۶ ماه گذشته شما را پریشان کرده است؟ (در صورتی که هدف ارزیابی یک مداخله باشد چارچوب زمانی حداقل ۲ هفته با کار رود).

آیا در این باره نیاز به کمک دارید؟

پاسخ مثبت حداقل به یک مورد از علائم و سوال درخواست کمک نیازمند کاوش بیشتر است. مراجعه به صفحه ۲۹۳.

۵. اختلال فوبی اجتماعی **بله** **خیر** **نمی دانم**

زمانی که در گروه مرکز توجه باشید یا هنگام غذا خوردن / نوشتن در مقابل دیگران باشید مضطرب یا ناراحت می شوید؟

آیا از موقعیت‌های اجتماعی به خاطر ترس از شرم یا تحقیر اجتناب می کنید؟

آیا در این باره نیاز به کمک دارید؟

پاسخ مثبت حداقل به یک مورد از علائم و سوال درخواست کمک نیازمند کاوش بیشتر است. مراجعه به صفحه ۳۰۰.

۶. اختلال وسواسی-اجباری **بله** **خیر** **نمی دانم**

آیا افکار، تصاویر ذهنی یا تکانه‌های ذهنی خارج از کنترل ذهنتان، شما را پریشان کرده است؟

آیا تلاش کرده‌اید با فکر یا انجام کاری مانع این افکار، تصاویر ذهنی یا تکانه‌ها شوید؟

آیا در این باره نیاز به کمک دارید؟

پاسخ مثبت حداقل به یک مورد از علائم و سوال درخواست کمک نیازمند کاوش بیشتر است. مراجعه به صفحه ۲۹۴.

۷. پر خوری (بولیمیا) بله خیر نمی دانم

آیا دوره های پر خوری داشته اید به طوری که در دوره ی کوتاهی حجم زیادی غذا بخورید؟

آیا کارهای خاصی مثل استفراغ برای رژیم و به منظور جلوگیری از افزایش وزن انجام داده اید؟

آیا در این باره نیاز به کمک دارید؟

پاسخ مثبت حداقل به یک مورد از علائم و سوال درخواست کمک، نیازمند کاوش بیشتر است.

۸. وابستگی / سوء مصرف مواد بله خیر نمی دانم

آیا احساس کرده اید که باید مصرف الکل یا مواد خود را قطع کنید؟

آیا دیگران شما را به خاطر مصرف الکل یا مواد سرزنش کرده اند؟

آیا به خاطر مصرف الکل یا مواد احساس گناه کرده اید؟

آیا قبل از ظهر دارو یا مواد مصرف کرده اید؟

آیا در این باره نیاز به کمک دارید؟

پاسخ مثبت حداقل به یک مورد از علائم و سوال درخواست کمک نیازمند کاوش بیشتر است.

۹. روان پریشی بله خیر نمی دانم

آیا صدایی می شنوید که کسی آن را نشنود یا چیزی ببینید که دیگران آن را نبینند؟

آیا هیچ گاه احساس کرده اید که کسی علیه شما جاسوسی کند یا نقشه ای برای صدمه به شما بکشد؟

آیا ممکن است به خاطر ترس از اینکه دیگران خیال کنند شما دیوانه اید از صحبت کردن اجتناب کنید؟

پاسخ مثبت حداقل به یک مورد از علائم و سوال درخواست کمک، نیازمند کاوش بیشتر است.

۱۰. مانیا / هیپومانیا

بله خیر نمی دانم

آیا زمان هایی بوده که طی چند روز به صورت غیر معمول خلقتان بالا باشد، زیاد صحبت کنید و کم بخوابید؟

آیا دیگران به شما در مورد اینکه در برخی موارد متفاوت هستید تذکر داده اند؟ اگر بله، آنها چه چیزی گفته اند؟

آیا در این باره نیاز به کمک دارید؟

پاسخ مثبت حداقل به یک مورد از علائم و سوال درخواست کمک، نیازمند کاوش بیشتر است.

* نکته ی مهم: در صورتی که در طی ارزیابی در غریبال سلامت روان در ۷ دقیقه یا در پرسشنامه ی گام اول فردی به ماده های ۱ (افسردگی)، ۸ (وابستگی / سوء مصرف مواد)، ۹ (روان پریشی) یا ۱۰ (مانیا) پاسخ مثبت داد، برسید:

- آیا به خودتان آسیبی رسانده اید یا نقشه ای برای صدمه به خود دارید؟



پیوست ت

پوست ت

کتابچه‌ی درمان شناختی - رفتاری

اختلال‌ها بر طبق حروف الفبای انگلیسی مشخص شده‌اند. برای هر اختلال پرسش‌هایی وجود دارد که مستقیماً علائم مطرح در معیارهای DSM-IV-TR را مدنظر قرار می‌دهد. علائم موجود بایستی ناراحتی یا آسیب معنی‌دار بالینی ایجاد کرده باشند. در صورتی که نیاز باشد مراجعی مورد ارزیابی مجدد قرار بگیرد، سوال‌های یکسانی برای ارزیابی پیشرفت به کار برده می‌شود.

مفهوم‌سازی هر اختلال با مراجع در میان گذاشته می‌شود. ستناو برای هر اختلالی در پی می‌آید تا در جریان درمان به‌عنوان یادیار استفاده شود (اما هدف آن جایگزینی با راهنمای جلسه به جلسه نیست). از یادیار FACT برای استفاده از کتابچه کمک گرفته می‌شود. مشخصه‌ی ارزیابی اولیه‌ی F¹ و A است. حرف سوم نشان‌دهنده‌ی مفهوم‌سازی^۲ است و حرف آخر، نماینده‌ی درمان^۳ و تحت عنوان مداخله‌های شناختی-رفتاری در ستناو خلاصه شده‌اند.

-
1. first assess
 2. conceptualisation
 3. treatment

« افسردگي

در طي دو هفته ي گذشته

۱. آيا اغلب اوقات روز و تقريباً هر روز غمگين و افسرده بوده ايد؟
۲. آيا از اموري که قبلاً لذت مي برديد، کمتر لذت مي بريد يا علاقه ي خود را نسبت به آنها از دست داده ايد؟
۳. آيا بيشتر يا کمتر از معمول غذا مي خوريد؟
۴. آيا مشكلي در به خواب رفتن، تداوم خواب يا بيدار شدن در اوایل صبح داشته ايد؟
۵. آيا بي قرار و نا آرام بوده ايد، به طوري که قادر به نشستن نباشيد يا کندتر از حد معمول صحبت کنيد يا راه برويد؟
۶. آيا اغلب اوقات روز و تقريباً هر روز احساس خستگي کرده ايد؟
۷. آيا احساس گناه و بي ارزشي شما را ناراحت کرده است؟
۸. آيا در مطالعه، ديدن/ شنيدن يا در تصميم گيري درباره ي امور روزانه دچار مشكل شده ايد؟
۹. آيا آسبيي به خودتان زده ايد يا برنامه اي براي صدمه زدن به خودتان داشته ايد؟

اگر مراجع به ۵ مورد يا بيشتر از موارد فوق جواب داد (حداقل يکي از آنها مورد ۱ يا ۲ باشد) احتمالاً مبتلا به افسردگي است.

مفهوم سازي - گزارشي به مراجع ارائه دهيد که براي او قابل فهم باشد و منطبق با الگوي CBT باشد. براي مثال:

الف. «بودن در شرايط بد مالي و موقعيتي»

ب. «شما ارزشتان را مساوي انجام کار مي دانيد ... آيا راه هاي ديگري هم براي

احساس پيشرفت و لذت وجود دارد؟»

پ. «چرا هميشه قرعه برخلاف شما مي افتد؟»

ستناو افسردگی

اهداف درمانی	راهبردهای درمانی
افسرده بودن به خاطر افسردگی	تأکید بر مسوولیت برای پیدا کردن راه حل و نه مسوولیت برای مشکل
نافعالی	سرمايه گذاری گسترده و متعادل
نگاه منفی نسبت به خود	چالش با اعتبار، سودمندی و توان افکار منفی، استفاده‌ی از نمودار MOOD
سوگیری در پردازش اطلاعات	برجسته کردن سوگیری‌های شخصی و عبور از آنها با استفاده‌ی از نمودار MOOD
قواعد بیش بهای داده شده	ارزش گذاری قواعد چندگانه، مذاکره‌ی مجدد درباره‌ی قواعد در بافت اجتماعی
پیشگیری از عود	راهنمای درمانی شخصی، استفاده از موارد کلیدی درمان و نوشتن کتاب خود باری و کامپیوتری

« اختلال اضطراب فراگیر

از مراجع بپرسید آیا فرد نگرانی است؛ به این معنا که پیوسته درباره‌ی موضوعی نگران باشد. در صورتی که نگرانی افراطی و غیر قابل کنترل باشد (برای اغلب روزها) برای حداقل ۶ ماه و یا بیشتر از علائم زیر وجود داشته باشد:

۱. احساس خستگی زودتر از معمول؛
۲. بی‌قراری؛
۳. مشکل در تمرکز یا خالی شدن ذهن؛
۴. تحریک پذیری؛
۵. تنش عضلانی؛
۶. مشکل در خواب رفتن یا تداوم خواب.

در این صورت احتمال دارد مراجع مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر باشد. (البته، در صورتی که فرد مبتلا به افسردگی باشد تشخیص GAD گذاشته نمی‌شود؛ این مسأله در DSM-IV-TR در نظر گرفته شده است).

مفهوم سازي - ماهيت GAD به شيوهي زير به مراجع توضيح داده مي شود: «نگراني دربارهي همه چيز، حتي زماني كه چيزي براي نگران بودن وجود ندارد»، «خيال هاي بيهوده داشتن، چه مي شود اگر اين اتفاق بيافتد، اگر آن اتفاق بيافتد، اگر آن طور شود».

ستناو اختلال اضطراب فراگير

اهداف درماني	راهبردهاي درماني
نگراني كنترل ناپذير	زمان نگراني
ادراك ناتواني در مقابل مطالبات	آزمائيش رفتاري. فعاليت متوالي ب جاي همزمان، مقابلهي با مسووليت پذيري افراطي، نمودار دايره اي مسووليت
باورهاي همزمان مثبت و منفي درباره ي نگراني	چالش با فراشناخت هاي اضطراب زا درباره ي نگراني
شناخت هاي مداخله كننده ي در تكليف (TIC)	تغيير جهت به سمت شناخت هاي تكليف وابسته (TOC) TIC/TOC
تنش	تمرين آرام سازي، ورزش
عدم تحمل بلا تكليفي	قطعيت بلا تكليفي، بي فايدگي بي تحملي، ترس از اينكه لازم نيست بترسيد
پيشگيري از عود	راهنماي درماني شخصي، استفاده از موارد كليدي درمان و نوشتن كتاب خود ياري و كامپيوتر ي

« اختلال وسواسي - اجباري

وسواس ها

آيا افكار، تصاوير ذهني يا تكانه هاي خارج از كنترل شما را آزار مي دهند؟
 آيا سعي مي كنيد تا با فكر يا انجام كاري مانع اين افكار، تصاوير ذهني با تكانه ها شويد؟
 توجه داشته باشيد كه مسائل مراجع نگراني هاي افراطي معمول دربارهي مشكلات روزمره نباشد، همينطور مراجع اين افكار و تصاوير ذهني را ساخته ي ذهن خود بدانند، در اين صورت پاسخ مثبت به سوال ۱ و ۲ نشان دهنده وسواس است.

اجبارها

آيا احساس مي كنيد بايد كاري را تكرر كنيد، مثل وارساي كردن، شستشو،

شمارش یا تکرار مکرر چیزی در ذهن به منظور کسب احساس آرامش. اگر نتوانید آن کارها را انجام دهید مضطرب می‌شوید؟ پاسخ مثبت به دو سوال اخیر نشان‌دهنده اجبارهای احتمالی است.

توجه: مراجع باید نسبت به افراطی و غیر منطقی بودن وسواس‌ها و اجبارهایش آگاه باشد و علائم از نظر بالینی به‌طور معنادار باعث اختلال در کارکرد یا ناراحتی شده باشند.

مفهوم‌سازی - با تشبیه ذهن به «ایستگاه راه‌آهن» افکار/ باورها/ تخیلات مراجع را نرمال‌سازی کنید با توضیح این مطلب که کسی نمی‌تواند قطار فکر/ تصاویر را کنترل کند. نشان دهید که (الف) تلاش برای خنثی کردن آنها با رفتارهای آشکار مثل شستشوی مکرر دست یا آینه‌ای پنهانی مثل شمردن عدد خاص باعث تقویت این افکار مزاحم می‌شود؛ (ب) جستجوی احساس قطعیت شبیه جستجوی «جام شفا بخش» است؛ و (پ) آنها سهم زیادی از «دایره‌ی مسوولیت‌پذیری» را به خود اختصاص می‌دهند.

ستناو اختلال وسواسی - اجباری

اهداف درمانی	راهبردهای درمانی
الگوی زندگی روانی، درآمیختگی فکر-عمل (TAF)، اسناد حالت‌های اخلاقی به افکار مزاحم	ایجاد الگوی مناسب، تجزیه‌ی درآمیختگی، استدلال هیجانی-تمایز
اهداف غیر واقعی، مثل قطعیت کامل، پاکیزگی کامل	تنظیم اهداف دست‌یافتنی
مسوولیت‌پذیری افراطی	نمودار دایره‌ای مسوولیت
کارکرد دوگانه - داشتن این برداشت که هیچ انتخابی وجود ندارد (اجبار) و آزادی کامل (باعث خود سرزنشگری)	تشویق برداشت منطقی از کنترل راهبردهای تعویق، استفاده از نمودار MOOD
تصاویر ذهنی، افکار و رفتارهای خنثی‌ساز	مواجهه و جلوگیری از پاسخ؛ آزمایش رفتاری
بیش برآورد خطر	انخاذ احتمال واقع‌گرایانه
پیشگیری از عود	راهنمای درمانی شخصی، استفاده از موارد کلیدی درمان و نوشتن کتاب خود‌یاری و کامپیوتری

« اختلال پانېک و آگورافوبيا »

آيا زمان هايي بوده كه به يك باره و بدون دليل احساس ترس شديد كرده باشيد؟

آيا در كمتر از ده دقيقه حملات پانېك به بدترين حالت ممكن مي رسند؟

آيا در آخرين حمله ي پانېك چهار يا بيشتر از موارد زير را تجربه كرديد:

- * تپش قلب؛
- * تعريق؛
- * لرز يا عشه؛
- * تنگي نفس؛
- * احساس خفگي؛
- * درد قفسه ي سينه؛
- * تهوع؛
- * سرگيجه، سبكي سر، عدم تعادل، ضعف؛
- * احساس غير واقعي به نظر رسيدن اشيا؛
- * ترس از دست دادن كنترل؛
- * ترس از مردن؛
- * احساس كرختي يا سوزش؛
- * احساس سردی يا گر گرفتگی.

اگر آزمودنی به هر سه سوال بالا جواب مثبت داد احتمال ابتلا به اختلال پانېك وجود دارد.

لازم است از مراجع سوال شود: «برخی از افراد مبتلا به پانېك از موقعيت هاي خاصی كه احتمال حمله ي پانېك وجود دارد مثل مغازه هاي شلوغ، بيرون رفتن به تنهائي اجتناب مي كنند؛ اين در مورد شما صدق مي كند؟ اگر اين مورد وجود داشته باشد لازم است مشخص شود كه آيا اجتناب از موقعيت ها در فعاليت هاي اجتماعي، شغل و امور روزمره مداخله مي كند؟» اگر پاسخ به اين سوال نيز مثبت باشد احتمال ابتلا به اختلال پانېك با آگورافوبيا وجود دارد. وقتي فرد به طور كلي نتواند به تنهائي از خانه خارج شود آگورافوبيا شديد، اگر نتواند به

تنهایی به فاصله‌های دور برود خفیف، و در حالت بینابین شدت آن متوسط است.

مفهوم سازی

الف) توضیح دهید که حملات پانیک با تفسیر فاجعه‌آمیز حس‌های غیر معمول (و نه ناهنجار) تقویت می‌شوند. وقتی علائم را تشدید کنید باعث قدرت گرفتن آنها می‌شوند ولی زمانی که کاری انجام ندهید علائم ظرف ده دقیقه فروکش خواهند کرد.

ب) توصیه کنید که «رفتارهای ایمنی» مانع از یادگیری این مسأله می‌شود که در صورت عدم انجام کار خاص هیچ اتفاقی وحشتناکی رخ نمی‌دهد.

ستناو اختلال پانیک با آگورافوبیا

اهداف درمانی	راهبردهای درمانی
فاجعه‌سازی علائم بدنی	نرمال‌سازی علائم بدنی
حساسیت نسبت به اضطراب	القای علائم پانیک
اجتناب از موقعیت‌های ترس آور	مواجهه‌ی تدریجی با موقعیت‌های ترس آور
شیوه‌های ایمنی بخش	تلاش تدریجی برای حذف شیوه‌های ایمنی‌بخش
عدم تحمل ناراحتی	اجرای اهداف، چالش با شناخت‌های فاجعه‌ساز
وابستگی	تلاش تدریجی برای اقدام مستقلانه
پیشگیری از عود	راهنمای درمانی شخصی، استفاده از موارد کلیدی درمان و نوشتن کتاب خودیاری و کامپیوتری

اختلال اسفرس پس از سانحه

الف)

۱. آیا هرگز تصادف جدی، حادثه یا حمله‌ای برای شما رخ داده که هنوز در ذهنتان باشد؟

اگر بیش از یک تروما مطرح شد: کدام یک بیشتر شما را تحت تأثیر قرار داد؟

۲. هنگام واقعه چه واکنشی نشان دادید؟

اگر روشن نیست: آیا ترسیده بودید یا احساس ترس و درماندگی می کردید؟

برای دستیابی به ملاک الف لازم است شخص واضحاً حادثه‌ی جدی (الف ۱) را تجربه کرده باشد و هم احساس ترس درماندگی و وحشت در آن زمان داشته باشد (الف ۲).

(ب)

a. آیا خاطرات یا تصاویر ذهنی ناراحت کننده‌ای درباره‌ی حادثه دارید که به ذهنتان هجوم می آورند؟

b. آیا کابوس های ناراحت کننده درباره‌ی حادثه دارید؟

c. آیا هیچ وقت احساس کرده اید که نمی توانید حادثه را به خاطر بیاورید اما احساس می کنید که حادثه مجدد تکرار می شود و ضمن تکرار باعث می شود تا آگاهی به مکان یا عملی که انجام می دهید را از دست بدهید؟
d. آیا از هر آن چیزی که باعث یادآوری حادثه می شود و شما را آشفته می کند فرار می کنید؟

e. آیا ضمن یادآوری خاطرات، علائم جسمانی مثل تنگی نفس، تپش قلب، تعریق را تجربه می کنید؟
برای دستیابی به ملاک ب یکی از علائم فوق لازم است.

(پ)

a. آیا سعی می کنید مانع از افکار/ تصاویر ذهنی شوید یا از صحبت درباره‌ی حادثه اجتناب کنید؟

b. آیا از فعالیت ها، مکان ها یا افرادی که باعث یادآوری خاطرات می شوند اجتناب می کنید؟

c. آیا حتی زمانی که هشیار هستید نمی توانید خاطرات را به خاطر بیاورید؟

d. آیا علایق خودتان را از دست داده اید یا چیزهایی که قبلاً باعث لذت شما می شدند ناراحتتان می کنند؟

e. آیا احساس گسستگی از دیگران دارید؟

f. آیا احساس یکنواختی و ناتوانی برای گرم گرفتن با دیگران دارید؟

g. آیا این حس را دارید که زود خواهید مرد؟

برای دستیابی به ملاک پ حداقل سه مورد از علائم فوق لازم است.

(ت)

a. آیا در به خواب رفتن یا تداوم خواب مشکل دارید؟

b. آیا طغیان خشم یا غضب داشته‌اید؟

c. آیا برای مطالعه یا تماشای تلویزیون به اندازه‌ی کافی تمرکز نداشتید؟

d. آیا زمان زیادی صرف واری می کردید؟

e. آیا زود از جا می پریدید، طوری که بیش از چند ثانیه طول می کشید تا آرام شوید؟

برای دستیابی به ملاک (ت) لازم است تا حداقل دو مورد از علائم فوق وجود

داشته باشد و این علائم باعث تغییر در کارکرد فرد نسبت به قبل شده باشد.

برای تشخیص PTSD لازم است علاوه بر داشتن حداقل یک فکر مزاحم، سه

مورد اجتناب و دو علامت برانگیختگی علائم حداقل به مدت یک ماه تداوم داشته

و کار و زندگی فرد را تحت تأثیر قرار داده باشند.

مفهوم سازی - فعال شدن «زنگ فرار» (آمیگدال) باعث واکنش به (الف)

هر چیزی که باعث یادآوری خاطرات می شود، (ب) هر آنچه شما از آن گریزان

هستید. (پ) صداهای غیرمنتظره و تحرکات ناگهانی. داشتن واکنشی مشابه‌ی

«مناطق جنگی» تعامل با دیگران را دچار مشکل می کند.

ستناو اختلال استرس پس از سانحه

اهداف درماني	راهبردهای درماني
داشتن حس آسیب پذیری / تهدید	تمایز هشدارهای «واقعی» از «کاذب»، تشریح تشابهات/ تفاوت ها در پاسخ به یاد یارها
خود سرزنشگری	پذیرفتن این موضوع که این پاسخ ها، پاسخ های بهنجار به موقعیت های نابهنجار هستند
کابوس	شرح تروما و اصلاح تخیلات حتی درباره ی خاطراتی با بدترین پیامدها
فلش بک	ذهن آگاهی انفصالی، نوشتن و گزارش تروما یا ضبط و شنیدن به خاطرات ضبط شده تروما
اجتناب	مواجهه ی تدریجی با موقعیت ها
انزوا	بهبود رابطه ی با دیگران، راهنمای تعامل، کنترل خشم
خلق	استفاده ی از نمودار MOOD برای مدیریت خلق
پیشگیری از عود	راهنمای درماني شخصی، استفاده از موارد کلیدی درمان و نوشتن کتاب خود یاری و کامپیوتری

« فوبی اجتماعی

آیا زمانی که در مرکز توجه قرار دارید، مثل زمان هایی که در کنار دیگران غذا می خورید یا می نویسید، به سرعت مضطرب یا عصبی می شوید؟
 آیا زمانی که دیگران روی شما متمرکز می شوند بیش از دیگران مضطرب می شوید؟

آیا بیش از حد لزوم از موقعیت های اجتماعی هراس دارید؟
 آیا به خاطر احساس شرم و تحقیر و دستپاچه شدن از موقعیت های اجتماعی اجتناب می کنید؟

آیا این موقعیت های اجتماعی شما را ناراحت می کنند؟
 اگر مراجع به هر یک از پنج سوال فوق پاسخ مثبت بدهد احتمالاً مبتلا به فوبی اجتماعی است.

مفهوم سازی - فرمول بندی را منطبق بر الگوی CBT و قابل فهم برای مراجع

توضیح دهید:

الف. افراد مبتلا به فوبی اجتماعی فکر می‌کنند که آنها در مرکز توجه قرار دارند و دیگران از اطراف او را نظاره می‌کنند. مثل خرگوش هراسانی که مقابل نور چراغ ماشین در جاده خشکش زده باشد.

ب. «آیا از تصور خود در مورد آنچه که دیگران در مورد شما فکر می‌کنند مطمئن هستید؟، ممکن است افراد مختلف نظرات متفاوتی داشته باشند؟»
 پ. چه کسی به شما گفته است باید کاملاً مورد پذیرش اجتماع باشید؛ سیاستمداران هرگز کوتاه صحبت نمی‌کنند ولی ما به آنها اعتماد می‌کنیم، آیا افرادی که شما قبولشان دارید افراد کاملاً ماهری در اجتماع هستند؟

ستناو فوبی اجتماعی

اهداف درمانی	راهبردهای درمانی
برداشت از نظر دیگران	تجدید نظر در مورد اینکه دیگران آنها را به صورت منفی ارزیابی می‌کنند و مقایسه با باورها و فرض‌های قبلی
سوگیری در پردازش اطلاعات	هوشیاری به تفکر سیاه و سفید، ذهن خوانی و الزام‌های اخلاقی ناسازگارانه
نظریه‌ی ذهن (ToM)	تناسب کم بین باور متداول مراجع درباره‌ی شرایط مورد نیاز برای پذیرفته شدن توسط دیگران و رفتارهای واقعی که آنها دوست دارند، نگارش مجدد ToM
خود «نوجوانی»	مواجهه کردن، آموزش مجدد آشکار شدن خود نوجوانی در موقعیت‌های اجتماعی. خودگویی - آماده شدن برای استرس، مواجهه‌ی با استرس، مقابله‌ی با احساس غرق شدن، عزاداری
مهارت‌های اجتماعی	آموزش مراجع برای (الف) چگونگی ادامه‌ی مکالمه با استفاده از خودگویی و کلیدواژه‌های «کلی»، «خاص»، «احساس» و (ب) تأکید زیاد بر اهمیت بالاتر مهارت‌های غیر کلامی
اجتناب	مواجهه‌ی تدریجی با موقعیت‌هایی که از آنها اجتناب می‌کند
پیشگیری از عود	راهنمای درمانی شخصی، استفاده از موارد کلیدی درمان و نوشتن کتاب خودیاری و کامپیوتری



پیوست ٹ

پپوست ت
ثبت افكار

تصميم و اقدام <u>Decide what to do and do it</u>	تفكر عيني <u>Objective thinking</u>	مشاهده فكر <u>Observe thinking</u>	بازبینی خلق <u>Monitor mood</u>



پیوست ج

پپوست ج پاد داهت پانپک

۱. تاریخ زمان شروع زمان رسیدن به بدترین حالت

علائم جسمانی

به چه چیزی فکر می کردم؟

چه کاری انجام می دادم؟

شدت حمله در مقیاس (۰-۱۰) چقدر بود (۱۰ را به عنوان بدترین حالت ممکن برای وقوع حملات در نظر بگیرید).

۲. تاریخ زمان شروع زمان رسیدن به بدترین حالت

علائم جسمانی

به چه چیزی فکر می کردم؟

چه کاری انجام می دادم؟

شدت حمله در مقیاس (۰-۱۰) چقدر بود (۱۰ را به عنوان بدترین حالت ممکن برای وقوع حملات در نظر بگیرید).

۳. تاريخ زمان شروع زمان رسيدن به بدترين حالت

علائم جسماني

به چه چيزي فكر مي كردم؟

چه كاري انجام مي دادم؟

شدت حمله در مقياس (۰-۱۰) چقدر بود (۱۰ را به عنوان بدترين حالت ممكن
براي وقوع حملات در نظر بگيريد).



پیوست چ



پپوست چ مخریال مهارت در مانگر

آیا در مانگر در بررسی دغدغه های مراجع مشارکتی دارد؟

بلی خیر

آیا در مانگر روی اهداف درمانی متناسب با هر اختلال متمرکز می شود؟

بلی خیر

آیا در مانگر راهبردهای درمانی را متناسب با مشکلات مورد هدف به کار می برد
و با اطلاعات جدید از جلسه تلفیق می کند؟

بلی خیر

آیا در مانگر ضمن ارائه تکلیف، متناسب با اهداف درمانی عمل می کند و آن را با
اطلاعات جدید در جلسه تلفیق می کند؟

بلی خیر

آیا در مانگر تکالیف را مرور می کند؟

بلی خیر

ارائه ی پاسخ مثبت به هر یک از سوال های زیر بیانگر احتمال مهارت پایین
درمانگر است.



پیوست ح



پپوست ح پرسشنامه ی گام اول

پرسشنامه ی گام اول برای شناسایی احتمال ابتلای شما به اختلال های شایع طراحی شده و امکان هدایت شما را در مسیر درست میسر می سازد. برای پاسخ به هر سوال، نزدیکترین حدس خود را ملاک قرار دهید و برای پاسخ دادن زمان زیادی صرف نکنید. هیچ پاسخ درست یا غلطی وجود ندارد.

سوالات	بله	خیر	نمی دانم
آیا طی ماه گذشته احساس افسردگی یا ناامیدی شما را پریشان و ناراحت کرده است؟			
آیا طی ماه گذشته بی علاقهگی و بی لذتی در انجام کارها شما را ناراحت کرده است؟			
آیا در این باره نیاز به کمک دارید؟			

سوالات **بله** **خير** **نمی دانم**

آيا حملات وحشت غير منتطره، ترس يا اضطراب شديد داشته ايد؟

آيا از موقعيت هايي كه احتمال حملات وحشت زدگي وجود دارد اجتناب مي كنيد؟

آيا در اين باره نياز به كمك داريد؟

سوالات **بله** **خير** **نمی دانم**

هيچ گاه در زندگي خود تجربيات تهديد كننده، وحشتناك يا غيرمنتطره داشته ايد به طوري كه در يك ماه گذشته:

الف. درباره ي حادثه كابوس ديده باشيد يا بدون اينكه بخواهيد در مورد آن فكر كنيد؟

ب. سعي کرده باشيد كه درباره ي آن فكر نكنيد يا از موقعيت هايي كه شما را به ياد آن حادثه بياندازند اجتناب کرده باشيد؟

ج. آيا دائماً آماده، مراقب و گوش به زنگ بوده ايد؟

د. آيا بي حال بوده يا از ديگران، فعاليت ها و محيط اطراف خود فاصله گرفته ايد؟

آيا در اين باره نياز به كمك داريد؟

سوالات **بله** **خير** **نمی دانم**

آيا درباره ي اموري نگران هستيد؟

آيا نگراني هاي افراطي (در بيشتر اوقات روز) يا غير قابل كنترل طی ۶ ماه گذشته شما را پريشان کرده است؟

آيا در اين باره نياز به كمك داريد؟

سوالات	بله	خیر	نمی دانم
زمانی که در گروه مرکز توجه باشید یا هنگام غذا خوردن/ نوشتن در مقابل دیگران مضطرب یا ناراحت می شوید؟			
آیا از موقعیت های اجتماعی به خاطر ترس از شرم یا تحقیر اجتناب می کنید؟			
آیا در این باره نیاز به کمک دارید؟			

سوالات	بله	خیر	نمی دانم
آیا افکار، تصاویر ذهنی یا تکانه های ذهنی خارج از کنترل ذهنتان شما را پریشان کرده است؟			
آیا تلاش کرده اید با استفاده از فکر یا انجام کاری مانع این افکار، تصاویر ذهنی یا تکانه ها شوید؟			
آیا در این باره نیاز به کمک دارید؟			

سوالات	بله	خیر	نمی دانم
آیا دوره های پر خوری داشته اید به طوری که در دوره ی کوتاهی حجم زیادی غذا بخورید؟			
آیا کارهای خاصی مثل استفرغ برای رژیم و به منظور جلوگیری از افزایش وزن انجام داده اید؟			
آیا در این باره نیاز به کمک دارید؟			

سوالات	بله	خیر	نمی دانم
آیا احساس کرده اید که باید مصرف الکل یا مواد خود را قطع کنید؟			
آیا دیگران شما را به خاطر مصرف الکل یا مواد سرزنش کرده اند؟			
آیا به خاطر مصرف الکل یا مواد احساس گناه کرده اید؟			
آیا قبل از ظهر الکل یا مواد مصرف کرده اید؟			
آیا در این باره نیاز به کمک دارید؟			

سوالات بله خیر نمی دانم

آیا صدایی می شنوید که کسی آن را نشنود یا چیزی ببینید که دیگران آن را نبینند؟

آیا هیچ گاه احساس کرده اید که کسی علیه شما جاسوسی کند یا نقشه ای برای صدمه به شما بکشد؟

آیا ممکن است به خاطر ترس از اینکه دیگران خیال کنند شما دیوانه اید از صحبت کردن اجتناب کنید؟

سوالات بله خیر نمی دانم

آیا زمان هایی بوده که طی چند روز به صورت غیر معمول خلقتان بالا باشد، زیاد صحبت کنید و کم بخوابید؟

آیا دیگران به شما در مورد اینکه در برخی موارد متفاوت هستید تذکر داده اند؟

اگر بله، آنها چه چیزی گفته اند؟

آیا در این باره نیاز به کمک دارید؟





پیوست خ



پپوست خ بهبودی اما ...

لازم است تا به ماشه چکان های احتمالی عود مشکلاتم هوشیار باشم، احتمالاً آنها عبارتند از:

۱. لازم است تا در آن شرایط به این شیوه فکر کنم، این فکرها عبارتند از:

۲. لازم است تا در آن شرایط به این شیوه عمل کنم، این روش ها عبارتند از:

۳. لازم است به خاطر داشته باشم که بار آخر کدام روش کار ساز بود، اما اگر خطایی مرتکب شدم به معنای برگشت کامل مشکل نیست. بار آخری که موفق شدم به این شیوه عمل کردم:

۴. لازم است تا شکست را پيش بينی کنم و از آنها ياد بگيرم، اين باعث می شود فاصله بين شکست ها بيشتر شود.

.....

.....

.....

۵. بايد نسبت به تفکر سياه و سفيد هوشيار باشم، برای مثال، «يا به طور كامل درمان می شوم يا هميشه اين مشكلات با من خواهند بود.»

.....

.....

.....

۶. لازم است به خاطر داشته باشم که می توانم مجدداً كنترلر م را به دست بياورم؛ دوبار از يك سوراخ گزيده نشوم.

.....

.....

.....

۷. در مواقع شكست نه تنها می توانم از راهنمای درمانی استفاده کنم بلکه منابع ديگری مثل كتاب های خود ياری، درمان های متکی بر کامپيوتر، روان درمانگر، پزشک و دوست و اعضای خانواده به من کمک خواهند کرد.

.....

.....

.....

منابع کمک خود را ياد داشت کنید:

.....

.....

.....



منابع

References

- Abramowitz, J.S., Storch, E.A., Keeley, M. and Cordell, E. (2007) Obsessive-compulsive disorder with comorbid major depression: what is the role of cognitive factors? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2257-2267.
- Agosti, V. and Ocepek-Welikon, K. (1997) The efficacy of imipramine and psychotherapy in early onset chronic depression. A reanalysis of the National Institute for Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Affective Disorders*, 43, 181-186.
- Alford, B.A. and Beck A.T. (1997) *The Integrative Power of Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press.
- American Psychiatric Association (1995) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn, Primary Care. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: APA.
- Anderson, R.A. and Rees, C.S. (2007) Group versus individual cognitive-behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 123-127.
- Arroll, B., Goodyear-Smith, F., Kerse, N., Fishman, T. and Gunn, J. (2005) Effect of the addition of a «help» question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study. *British Medical Journal*, 331, 884-886.
- Barlow, D.H. and Cerny, J.A. (1988) *Psychological Treatment of Panic*. New York:



Guilford Press.

- Barlow, D.H. and Craske, M.G. (1994) *Mastery of Your Anxiety and Panic*, Vol II. Albany, NY: Graywind.
- Barlow, D.H. and Craske, M.G. (2007) *Mastery of Your Anxiety and Panic*, 4th edn. Oxford: Oxford University Press.
- Beach, S.R.H. and O»Leary, K.D. (1986) The treatment of depression in the context of marital discord. *Behaviour Therapy*, 17, 43-49.
- Beck, A.T. (1967) Depression: clinical, theoretical and experimental aspects. New York: Hoeber.
- Beck, A.T. (1987) Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, An International Quarterly, 1, 5-37.
- Beck, A.T. (2006) How an anomalous finding led to a new system of psychotherapy. *Nature Medicine*, 12, 1139-1141.
- Beck, A.T. and Steer, R. (1993) *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J.E. and Erbaugh, J.K. (1962) Reliability of psychiatric diagnoses: a study of consistency of clinical judgements and ratings. *American Journal of Psychiatry*, 119, 351-357.
- Beck, A.T., Rush, A.J, Shaw, B.F. and Emery, G. (1979) *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Emery, G. and Greenberg, R.L. (1985) *Anxiety Disorders and Phobias*:

- A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A.T., Steer, R.A. and Brown, G.K. (1996) *Manual for Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
 - Blanchard, E.B. and Hickling, E.J. (1997) *After the Crash: Assessment and Treatment of Motor Vehicle Accident Survivors*. Washington, DC: American Psychological Association.
 - Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L. and Westen, D. (2005) A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.
 - Brewin, C.R., Dalgleish, T. and Joseph, S. (1996) A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686.
 - Brewin, C.R., Andrews, B. and Valentine, J.D. (2000) Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68: 748-766.
 - Brown, G.K., Have, T.T., Henriques, G.R., Xie, S.X., Hollander, J.E. and Beck, A.T. (2005) Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized control trial. *Journal of the American Medical Association*, 294, 563-570.
 - Brown, T.A., DiNardo, P. and Barlow, D.H. (2004) *Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS IV)*. USA: Oxford University Press.
 - Burns, D. (1999) *Feeling Good: The New Mood Therapy*. New York: Avon Books.
 - Butler, A.C., Brown, G.K., Beck, A.T. and Grisham, J.R. (2002) Assessment of

- dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1231-1240.
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M. and Beck A.T. (2006) The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
 - Chambless, D.L. and Ollendick, T.H. (2001) Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
 - Chambless, D.L., Caputo, G.S., Bright, P. and Gallagher, R. (1984) Assessment of fear in agoraphobics, the Bodily Sensation Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.
 - Champion, L.A. and Power, M.J. (1995) Social and cognitive approaches to depression. Towards a new synthesis. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 485-503.
 - Clark, D.M. (1986) A cognitive model of panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
 - Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Hackmann, A., Wells, A., Ludgate, J. and Gelder, M. (1999) Brief cognitive therapy for panic disorder: a randomised controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 583-589.
 - Clark, D.M., Ehlers, A., McManus, F. et al. (2003) Cognitive therapy versus fluoxetine in generalised social phobia: a randomised placebo-controlled trial.

Journal of Consulting and Clinical Psychology 71(6), 1058–1067.

- Colman, I., Ploubidis, G.B., Wadsworth, M.E.J., Jones, P.B. and Croudace, T.J. (2007) A longitudinal typology of symptoms of depression and anxiety over the life course. *Biological Psychiatry*, 62, 1265-1271.
- Connor, K.M., Davidson, J.R.T., Churchill, L.E., Sherwood, A., Weisler, R.H. and Foa, E. (2000) Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
- Craske, M.G., Barlow, D.H. and Meadows, E.A. (2000) *Mastery of Your Anxiety and Panic: Therapist Guide for Anxiety, Panics and Agoraphobia (MAP-3)*. San Antonio, TX: Graywind/Psychological Corporation.
- Department of Health (2001) *Treatment Choice in Psychological Therapies and Counselling: Evidence Based Clinical Practice Guideline*. London.
- Department of Health (2007) *Cognitive and behavioural therapy (CBT) for people with depression and anxiety. What skills can service users expect their therapists to have?* (Authors Roth, A.D. and Pilling, S.). London.
- Dugas, M.J., Ladouceur, R., Leger, E., Freeston, M.H., Langlois, F. and Provencher, M.D. (2003) Group cognitive-behavioural therapy for generalised anxiety disorder: treatment outcome and long-term follow up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 821-825.
- Dugas, M.J., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., Laugesen, N., Robichaud, M., Francis, K. and Koerner, N. (2007) Can the components of a cognitive model predict the severity of generalised anxiety disorder. *Behaviour Therapy and Research*, 38,



169-178.

- Elkin, I., Shea, T., Watkins, J.T., Imber, S.D. and Sotsky, S.M. (1989) National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.
- Engelhard, I., Arntz, A. and van den Hout, M.A. (2007) Low specificity of symptoms on the post-traumatic stress disorder (PTSD) symptom scale: a comparison of individuals with PTSD, individuals with other anxiety disorders and individuals without psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 449-456.
- Etkin, A. and Wager, T.D. (2007) Functional neuroimaging of anxiety: a meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder and specific phobia. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1476-1488.
- Ewing, J.A. (1984) Detecting alcoholism: the CAGE Questionnaire. *JAMA*, 252, 1905-1907.
- Fales, C.F., Barch, D.M., Rundle, M.M., Mintun, M.A., Snyder, A.Z., Chen, J.D., Mathews, J. and Sheline, Y.I. (2008) Altered emotional interference processing in affective and cognitive control brain circuitry in major depression. *Biological Psychiatry*, 63, 377-384.
- Fineberg, N.A., Saxena, S., Zohar, J. and Craig, K.J. (2007) Obsessive-compulsive disorders: boundary issues. *CNS Spectrums*, 12, 359-375.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M. and Williams, J.B.W. (1997) *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders - Clinician Version (SCIDCV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Foa, E.B. and Rothbaum, B.O. (1998) *Treating the Trauma of Rape*. New York: Guilford Press.
- Foa, E.B., Cashman, L., Jaycox, L. and Perry, J. (1997) The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: the posttraumatic diagnostic scale. *Psychological Assessment*, 9, 445-451.
- Foa, E.B., Ehlers, A., Clark, D.M., Tolin, D.F. and Orsillo, S.M. (1999) The Post-traumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303-314.
- Freeston, M.H., Ladoucer, R., Gagnon, F., Thibodeau, M., Rheume, J., Letarte, H. and Bujold, A. (1997) Cognitive-behavioural treatment of obsessive thoughts: a controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 405-413.
- Goodman, W., Price, L., Rasmussen, S. and Mazure, C. (1989) The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Hamilton, K.E. and Dobson, K.S. (2002) *Cognitive Therapy of Depression: pretreatment patient predictors of outcome*. *Clinical Psychology Review*, 22, 875-893.
- Hirshfeld-Becker, D.R., Micco, J.A., Simoes, N.A. and Henin, A. (2008) High risk studies and developmental antecedents of anxiety disorders. *American Journal of Medical Genetics*, (Epub ahead of print).
- Hooley, J.M., Orley, J. and Teasdale, J.D. (1986) Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 148, 642-647.
- Jacobson, N.S. and Truax, P. (1991) Clinical significance: a statistical approach to



- defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Kampman, M., Keijsers, G.P.J., Hoogduin, C.A.L. and Hendriks, G. (2008) Outcome prediction of cognitive Behaviour Therapy for panic disorder: initial symptom severity is predictive for treatment outcome, comorbid anxiety or depressive disorder, cluster C personality disorders and initial motivation are not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 99-112.
 - Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. and Nelson, C.B. (1995) Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
 - Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., Rush, A.J., Walters, E.E. and Wang, P.S. (2003) The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS.R). *Journal of the American Medical Association*, 289, 3095-3105.
 - Kroenke, K., Spitzer, R.L. and Williams, J.B. (2001) The PHQ-9: validity of a brief depression measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606-613.
 - Kroenke, K., Spitzer, R.L. and Williams, J.B. (2007) Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146, 317-325.
 - Kuyken, W., Kurzer, N., DeRubeis, R.J., Beck, A.T. and Brown, G.K. (2001) Response to cognitive therapy in depression the role of maladaptive beliefs and personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 560-566.

- Kuyken, W., Fothergill, C.D., Musa, M. and Chadwick, P. (2005) The reliability and quality of cognitive case formulation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1187-1201.
- Ladouceur, R., Blais, F., Freeston, M.H., Leger, E., Gagnon, F. and Tibodeau, N. (2000) Efficacy of cognitive-behavioural treatment for generalised anxiety disorder: evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 957-964.
- LeDoux, J.E. (1998) *The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. London: Weidenfeld and Nicolson.
- Linchan, M.M. (1993) *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- McMillan, D., Gilbody, S., Beresford, E. and Neilly, L. (2007) Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale? A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37, 769-778.
- Maercker, A., Zollner, T., Menning, H., Rabe, S. and Karl, A. (2006) Dresden PTSD treatment study: randomised control trial of motor vehicle accident survivors. *BMC Psychiatry*, 6, 6-29.
- Meichenbaum, D. (1985) *Stress Inoculation Training*. London: Pergamon Press.
- Miller, B.P. and Giordano, R. (2007) Creating a suicide risk assessment tool for use in the Emergency Department. American Psychiatric Association Annual Meeting, 21 May.
- Monk, C.S., Telzer, E.H. and Mogg, K. (2008) Amygdala and ventrolateral prefrontal

- cortex activation to masked angry faces in children and adolescents with generalised anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 65, 568-576.
- Murphy, G.E. (1985) A conceptual framework for the choice of interventions in cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 15, 127-134.
 - Neuner, F., Schaver, M., Klaschik, C., Karunakera, U. and Elbert, T. (2004) A comparison of narrative exposure therapy, support counselling and psycho education for treating post-traumatic stress disorder in an African refugee settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 579-587.
 - Nezu, A.M. (1986) Efficacy of a social problem-solving therapy approach for unipolar depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 196-202.
 - Nezu, A.M. and Perri, M.G. (1989) Problem-solving therapy for unipolar depression: an initial dismantling investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 408-413.
 - Nezu, A.M., Nezu, C.M. and Perri, M.G. (1989) *Problem-Solving Therapy for Depression: Theory Research and Clinical Guidelines*. New York: John Wiley and Sons.
 - NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2004) Depression: The management of depression in primary and secondary care. Available online at www.nice.org.uk.
 - Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2005) Psychometric validation of the Obsessive Belief Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1527-1542.

- Prins, A., Ouimette, P. and Kimerling, R. (2004) The primary care PTSD screen (PC-PTSD): development and operating characteristics *Primary Care Psychiatry*, 9, 9-14.
- Rapee, R.M. and Heimberg, R.G. (1997) A cognitive-behavioral model of social anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.
- Resick, P.A. and Schnicke, M.K. (1993) *Cognitive Processing Therapy for Rape Victims*. Newbury Park, CA: Sage.
- Rogers, R. (2001) *Handbook of Diagnostic and Structured Interviewing*. New York: Guilford Press.
- Rosqvist, J. (2005) *Exposure Treatments for Anxiety Disorders*. New York: Routledge.
- Ross, M. and Scott, M. (1985) An evaluation of individual and group cognitive therapy in the treatment of depression in an inner city health centre. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 35, 239-242.
- Roth, A. and Fonagy, P. (2005) *What Works For Whom?* New York: Guilford Press.
- Rush, A.J., Beck, A.T., Kovacs, M. and Hollon, S. (1977) Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 17-38.
- Salkovskis, P. (2008) Twenty obsessional years, compulsive research with a few doubts feels just right. BABCP Annual Conference, University of Edinburgh, 18 July.



- Salkovskis, P.M., Clark, D.M. and Gelder, M.G. (1996) Cognition-behaviour links in the persistence of panic. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 453-458.
- Saxena, S. (2003) Neuroimaging and the pathophysiology of obsessive compulsive disorder. In Fu, C.H., Senior, C., Russell, T.A., Weinberger, D. and Murray, R. (eds) *Neuroimaging in Psychiatry*. London: Martin Dunitz.
- Scott, M.J. (2008) *Moving On After Trauma: A Guide for Survivors, Family and Friends*. London: Routledge.
- Scott, M.J. and Stradling, S.G. (1990) Group cognitive therapy for depression produces clinically significant reliable change in community-based settings. *Behavioural Psychotherapy*, 18, 1-19.
- Scott, M.J. and Stradling, S.G. (1994) Post-traumatic stress disorder without the trauma. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 71-74.
- Scott, M.J. and Stradling, S.G. (2006) *Counselling for Post-traumatic Stress Disorder*, 3rd edn. London: Sage Publications.
- Shaw, B.F., Elkin, I., Yamaguchi, J., Olmsted, M., Vallis, T.M., Dobson, K.S., Lowery, A., Sotsky, S.M., Watkins, J.T. and Imber, S.D. (1999) Therapist competence ratings in relation to clinical outcome in *Cognitive Therapy of Depression*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 837-846.
- Silverman, W.H. (1996) Cookbooks, manuals and paint-by-numbers: psychotherapy in the 90s. *Psychotherapy*, 33, 36-40.
- Simons, G.E. and Savarino, J. (2007) Suicide attempts among patients starting depression treatment with medications or psychotherapy. *American Journal of*

- Psychiatry*, 164, 1029–1034.
- Smith, E.W.L. (1995) A passionate, rational response to the «manualization» of psychotherapy. *Psychotherapy Bulletin*, 30, 36-40.
 - Solomon, D.A., Keller, M.B., Leon, A.C., Mueller, T.I., Lavori, P.W., Shea, M.T., Coryell, W., Warshaw, M., Turvey, C., Maser, J.D. and Endicott, Y. (2001) Multiple recurrences of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157, 229-233.
 - Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B.W. and Lowe, B. (2006) A brief measure for assessing generalised anxiety disorder the GAD.7. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092-1097.
 - Stein, M.B. and Stein, D.J. (2008) Social anxiety disorder. *Lancet*, 371, 1115–1125.
 - Stobie, B., Taylor, T. and Quigley, A. (2007) «Contents may vary»: a pilot study of treatment histories of OCD patients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 273-282.
 - Torres, A.R., Prince, M.J., Bebbington, P.E., Bhugra, D., Brugha, T.S., Farrell, M., Jenkins, R., Lewis, G., Meltzer, H. and Singleton, N. (2006) Obsessive-compulsivedisorder: prevalence, comorbidity, impact and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey 2000. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1978-1985.
 - Tungstrom, S., Soderberg, P. and Armelius, B. (2005) Special section on the GAF: relationship between the Global Assessment of Functioning and other DSM axes in routine clinical work. *Psychiatric Services*, 56, 439-443.

- Wade, W.A., Treat, T.A. and Stuart, G.L. (1998) Transporting an empirically supported treatment for panic disorder to a service clinic setting: a benchmarking strategy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 231-239.
- Weathers, F.W., Litz, B.T., Herman, D.S., Huska, J.A. and Keane, T.M. (1993) The PTSD Checklist (PCL): reliability, validity and diagnostic utility. Paper presented at the Annual Meeting of International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX, October 1993.
- Weerasekera, P. (1996) Multiperspective case formulation: a step towards treatment integration. Malabar, FL: Krieger Publishing.
- Weertman, A., Arntx, A., Schouten, E. and Dreesen, L. (2005) Influences of beliefs and personality disorders on treatment outcome in anxiety patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 936-944.
- Wegner, D.M., Schneider, D.J., Carter, S.R. and White, T.L. (1987) Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.
- Weissman, A. and Beck, A.T. (1978) Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale paper presented at the Annual Convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Chicago.
- Wells, A. (1994) A multidimensional measure of worry: development and preliminary validation of the Anxious Thoughts Inventory. *Anxiety, Stress and Coping*, 6, 289-299.
- Wells, A. (1997) *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and*

Conceptual Guide. Chichester: John Wiley and Sons.

- Wells, A. and Sembi, S. (2004) Metacognitive therapy for PTSD: a core treatment manual. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 365-377.
- Wells, A., Stopa, L. and Clark, D.M. (1993) The Social Cognitions Questionnaire. Unpublished. (The psychometric properties of the SCQ are in Wells (1997), p. 29.)
- White, J., Keenan, M. and Brooks, N. (1992) Stress control: a controlled comparative investigation of large group therapy for generalised anxiety disorder. *Behavioural Psychotherapy*, 20, 97-114.
- Whittal, M.L., Rachman, S. and McLean, P.D. (2002) Psychosocial treatment for OCD. In Simos, G. (ed.) *Cognitive Behaviour Therapy: A Guide for the Practising Clinician*. London: Brunner Routledge.
- Young, J.E. (1994) *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*. Revised Edition. Sarasota: Professional Resource Press.
- Young, J. and Beck, A.T. (1980) Cognitive Therapy Rating Scale: rating manual. Unpublished manuscript. Philadelphia: Centre for Cognitive Therapy, University of Pennsylvania.
- Young, J.E., Beck, A.T. and Weinberger, A. (2001) «Depression». In *Clinical Handbook of Psychological Disorders*, 3rd edn. New York: Guilford Press.
- Zimmerman, M. and Mattia, J.I. (1999) Is posttraumatic stress disorder underdiagnosed in routine clinical settings? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 420-428.

- Zimmerman, M. and Mattia, J.I. (2000) Principal and additional DSM-IV disorders for which outpatients seek treatment. *Psychiatric Services*, 51, 1299-1304.
- Zimmerman, M. and Mattia, J.I. (2001) The Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire: development, reliability and validity. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 175-189.
- Zimmerman, M., McGlinchey, J.B., Chelminski, I. and Young, D. (2008) Diagnostic co-morbidity in 2300 psychiatric outpatients presenting for treatment evaluated with a semi-structured diagnostic interview. *Psychological Medicine*, 38, 199-210.

نشر نیوند منتشر کرد

- ۱- اختلال شخصیت مرزی؛ راهنمای عملی برای درمانگران و درمانجویان، نویسنده: کریس هیلی. مترجمان: دکتر مجید محمودعلیلو، احمد منصوری، و محمدمین شریفی.
- ۲- مشاوره با کودکان مبتلا به مشکلات پزشکی مزمن، نویسندگان: ملیندا ادواردز و هیلتون دیویس. مترجم: الهام ریاحی نیا.
- ۳- راهنمای جامع روان‌درمانی بین‌فردی برای افسردگی، نویسندگان: میرنا وایزمن، جان مارکوویتز، و جرال د کلرمن. مترجمان: دکتر مهدی سلیمانی، و شیما تمنائی فر.
- ۴- ارگونومی، اثر آنتونی لایون. مترجم: دکتر محمدحسین سروری.
- ۵- خواب، خواب مصنوعی، و رویا، نویسنده: لئون لازاریویچ روخلین. مترجم: دکتر محمدحسین سروری.
- ۶- آزمایشگاه مجازی یادگیری؛ راهنما و نرم افزار، نویسندگان: تام الووی، گرگ ویلسون، و جف گراهام. مترجمان: دکتر رضا زمانی و دکتر ابوالفضل محمدی.
- ۷- تکنیک‌های درمانی اختلال اضطراب فراگیر؛ رویکرد رفتاری - شناختی و درمان‌های دارویی، نویسندگان: دکتر مجید محمودعلیلو، محمدمین شریفی، و دکتر حسین قافله‌باشی.
- ۸- برنامه مصاحبه اختلال‌های اضطرابی برای دی‌اس‌ام ۴، نسخه بزرگسالان و راهنمای درمانگر، نویسندگان: تیموتی ای. براون، پیتر ای. دی ناردو، دیوید اچ. بارلو. مترجمان: دکتر ابوالفضل محمدی و دکتر بهروز بیرشک.
- ۹- برنامه مصاحبه اختلال‌های اضطرابی برای دی‌اس‌ام ۴، نسخه طول عمر و راهنمای درمانگر، نویسندگان: تیموتی ای. براون، پیتر ای. دی ناردو، دیوید اچ. بارلو. مترجمان: دکتر ابوالفضل محمدی و دکتر بهروز بیرشک.
- ۱۰- غلبه بر بی‌خوابی، خودآموز گام به گام، نویسندگان: جک دی. ادینگر، کالین ای. کارنی. مترجم: هامایاک آوادیس یانس.
- ۱۱- غلبه بر بی‌خوابی، رویکرد درمان شناختی - رفتاری، نویسندگان: جک دی. ادینگر، کالین ای. کارنی. مترجم: هامایاک آوادیس یانس.
- ۱۲- دمانس، نویسندگان: مریم زارع، دکتر نرگس غلامی بشرویه، و دکتر سعید ایمانی.
- ۱۳- اختلال دوقطبی، نویسندگان: دکتر فاطمه زرگر، دکتر نگار اصغری پور، و دکتر اسما عاقبتی.
- ۱۴- روان‌درمانی بین‌شخصی برای افسردگی، نویسندگان: کاترین بلایرگ و جیمز مارکوویتس. مترجمان: دکتر امیر هوشنگ مهریار و دکتر شعله نمازی.
- ۱۵- فعال‌سازی رفتاری برای درمان افسردگی، نویسندگان: سونا دیمیچیان، کریستوفر مارتل، مایکل ادیس، و روت هرمان - دان. مترجمان: دکتر امیر هوشنگ مهریار و دکتر شعله نمازی.
- ۱۶- روان‌شناسی مثبت؛ کاربرست سرمایه روان‌شناختی در ارتقای کیفیت زندگی و رفتار سازمانی برتر به همراه چند پرسشنامه کاربردی روانشناسی، نویسندگان: دکتر نیلا آخوندی و علی محمد آقا علیخانی.

نشر نیوند منتشر کرد

- ۱۷- روان‌درمانی اختلال دوقطبی، نویسنده: داوید ج. میلکوویتس. مترجمان: دکتر امیر هوشنگ مهریار و دکتر شعله نمازی.
- ۱۸- درمان شناختی افسردگی، نویسندگان: جفری ای یانگ، جین رایگ، آرتور واینبرگر، و آرون تی بک. مترجمان: دکتر امیر هوشنگ مهریار و دکتر شعله نمازی.
- ۱۹- کمک کنیم کودکان با تغییر، استرس، و اضطراب مقابله کنند، نویسنده: دبرا پلامر. مترجمان: حبیب امانی و احمد رضا بیات.
- ۲۰- وسواس و درمان شناختی - رفتاری آن، نویسنده: جان اتان اس. آبراموویتز. مترجمان: دکتر امیر هوشنگ مهریار و دکتر شعله نمازی.
- ۲۱- ابزارهای ارزیابی و تشخیص اختلال پنیک و آگورافوبی، نویسندگان: لیلیا امیرپور، سارا سبحانی، و حمیدرضا خیامی.
- ۲۲- راهنمای عملی آموزش ذهن آگاهی برای مراجعان، نویسنده: کریستین دانکلی. مترجم: دکتر محمد قربانی.
- ۲۳- من پر از احساسات، نویسندگان: لوسی گاردنر، ایمی وی. جفی. مترجمان: مریم جلالی، فاتح خدایاری، جواد علاقبندراد.
- ۲۴- آیا فرزندان برای مدرسه آماده است؟ نویسندگان: ساندر هریوت و ایوان بیل. مترجمان: حبیب امانی و صادق فلاح تفتی.
- ۲۵- چگونه احساس خوب داشته باشیم، نویسنده: تریشیا منگان. مترجم: دکتر زهره مجدآبادی.
- ۲۶- من گاهی فقط لکنت می‌کنم، نویسنده: ایلگود گیوس. مترجم: احمد رضا بیات.
- ۲۷- پرسش و پاسخ در مورد سوء مصرف مواد در کودکان و نوجوانان، نویسنده: رومولو ای آرومین. مترجم: محمد احمدی.
- ۲۸- راهنمای تغییرات اصلی در ساختار و محتوای DSM-IV تا DSM-5، نویسنده: دکتر محمدامین شریفی.
- ۲۹- نرم‌افزار Amos Graphics در مدل‌سازی؛ کاربرد و برنامه‌نویسی، نویسنده: دکتر محبوبه جعفری.
- ۳۰- رفتاردرمانی شناختی؛ ساده، اما مؤثر، نویسنده: مایکل جی. اسکات. مترجمان: دکتر ابوالفضل محمدی، ایمانه عباسی، و موسی چاکری حکمی.
- ۳۱- ده گام به سوی مهار استرس (تنیدگی)، نویسندگان: دیوید اچ. بارلو، رونالد ام. راپی، و سارا پرینی، مترجم: دکتر زهره مجدآبادی.
- ۳۲- راهنمای بالینی ارزیابی عملکردهای ایگو (EFA)، نویسنده: لئو پلد بلک، ترجمه و گردآوری: دکتر محمدامین شریفی