

درمان پردازش شناختی برای اختلال
استرس پس از سانحه (PTSD)
(راهنمای جامع)

فهرست مطالب

درباره نویسندگان.....	۹
پیشگفتار مترجم.....	۱۱
سیاسگزاری.....	۱۲
بخش اول: تاریخچه اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و درمان پردازش شناختی (CPT).....	۱۳
۱ خاستگاه درمان پردازش شناختی (CPT).....	۱۴
۲ تحقیقات در زمینه CPT.....	۳۰
بخش دوم: تنظیم مراحل درمان.....	۵۱
۳ ملاحظات درمانی.....	۵۲
۴ آماده سازی برای استفاده از CPT.....	۸۵
بخش سوم: راهنمای درمان پردازش شناختی.....	۱۱۱
۵ بررسی کوتاه CPT و PTSD جلسه اول.....	۱۱۲
۶ پیدا کردن نقاط درگیرکننده جلسات دوم و سوم.....	۱۳۶
۷ پردازش ترومای شاخص جلسات چهارم و پنجم.....	۱۷۳
۸ یادگیری خود چالش گری جلسات ششم و هفتم.....	۲۱۰
۹ قالب های تروما؛ امنیت، اعتماد و قدرت-کنترل جلسات هشتم، نهم و دهم.....	۲۳۳
۱۰ عزت نفس، صمیمیت و حرکت به سوی آینده جلسات یازدهم، دوازدهم و پس از دوره درمان.....	۲۶۸
بخش چهارم: جایگزین ها و ملاحظات ویژه.....	۲۸۷
۱۱ نسخه های CPT با گزارش های کتبی، CPT با طول متغیر و CPT برای اختلال استرس حاد.....	۲۸۸
۱۲ CPT گروهی و CPT برای سوءاستفاده جنسی.....	۳۰۷
۱۳ مسائل مربوط به کار با انواع مختلف تروما.....	۳۳۰
۱۴ تنوع و سازگاری بین فرهنگی.....	۳۵۱
منابع.....	۳۶۱

تاریخچه اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و درمان پردازش شناختی (CPT)

خاستگاه درمان پردازش شناختی (CPT)

نظریه‌های مختلفی در زمینه PTSD تکامل پیدا کرده‌اند. این نظریات، از نظریه یادگیری ابتدایی تا نظریات شناختی و ساخت‌گرایی، در منابع دیگر به طور کامل مورد بررسی قرار گرفته‌اند (چارد، شوستر و رسیک، ۲۰۱۲؛ رسیک، مانسن و ریزوی، ۲۰۱۳؛ مانسن، فریدمان و لابلش، ۲۰۱۴). از طرفی ممکن است تنها تعدادی از این نظریه‌ها در توسعه CPT تأثیرگذار بوده باشند. به همین علت به جای نوشتن یک فصل برای بررسی این نظریه‌ها، من (پاتریشیا رسیک) از طرف نویسندگان دیگر این کتاب انتخاب شدم تا این فصل را با ضمیر اول شخص و به صورت شرح حال‌نویسی به تحریر درآورم. من این فصل را می‌نویسم تا خوانندگان متوجه شوند که من چطور برای اولین بار CPT را ابداع کردم، چه مسائلی روی به وجود آمدن این نظریه تأثیرگذار بوده‌اند و چگونه این نظریه توسط دیگر نویسندگان این کتاب و بسیاری دیگر از متخصصان، به شکل فعلی خود درآمده است. این فصل همچنین بر اهمیت اصول نظریه درمانی تأکید می‌کند. نظریه به درمانگران کمک می‌کند تا بتوانند به مراجعان خود توضیح دهند که چرا دچار PTSD شده‌اند، چگونه این اختلال ادامه پیدا کرده است و چطور با استفاده از پروتکل CPT قادر خواهند بود تا این اختلال را درمان کنند. در بعضی موارد درمان مراجعان، پس از وقوع رویداد آسیب‌زا (تروما) می‌تواند بسیار چالش‌برانگیز باشد، این فصل راهنمایی‌های مخصوصی برای مواجهه و حل این چالش‌ها ارائه می‌کند. ما همچنان درباره پایه‌های نظری CPT در فصول دیگر کتاب صحبت خواهیم کرد.

خاستگاه درمان پردازش شناختی

من دوران کارآموزی خود را در زمینه تروما در دانشگاه پزشکی کارولینای جنوبی و مرکز پزشکی کهنه‌سربازان چارلستون شروع کردم. در اواسط دهه ۷۰ میلادی، من یکی از اولین مشاوران متخصص در زمینه تجاوز جنسی در یکی از معدود مراکز تحقیقاتی و درمانی قربانیان تجاوز جنسی در ایالات متحده آمریکا شدم. در اولین روزی که من به عنوان مشاور انجام وظیفه می‌کردم، در نیمه شب برای یک

مورد اورژانسی به بیمارستان رفتم تا با زنی ملاقات کنم که از فرط شوک و فشار روانی به خاطر اتفاقی که برایش افتاده بود حتی نمی‌توانست صحبت کند. من در کنار او در انتظار مراجعه یک پزشک و یا پرستار ساکت نشسته بودم که شوهرش سراسیمه، در ورودی اورژانس بیمارستان را باز کرد و فریاد زد: «اونا با من چه کار کردن؟». همان‌طور که از واکنش شوهر این زن شوکه بودم، متوجه شدم که من، درباره آنچه بر این زن می‌گذرد و اینکه چطور می‌توانم به او کمک کنم کاملاً بی‌اطلاع هستم. به‌عنوان مشاور، من و همکارانم در بیمارستان (بارها و بارها و برای ساعت‌های طولانی) زنان را در بخش اورژانس همراهی می‌کردیم و در صورتی که تمایل داشتند در اتاق معاینه هم همراه آنها بودیم. بعضی از پزشک‌ها و رزیدنت‌های بیمارستان (که اغلب مرد بودند) معاینات پزشکی نامناسب و خشنی را به منظور جمع‌آوری شواهد پزشکی انجام می‌دادند و بسیار تمایل داشتند تا این کار را سریع‌تر انجام دهند تا بتوانند به «بیماران واقعی» رسیدگی کنند.

برخی از مشاوران قربانیان تجاوز جنسی، تلاش‌های خود را برای بهبود رفتارها در اورژانس و آموزش جامعه پزشکی برای برخورد انسانی و مناسب‌تر با قربانیان تجاوز جنسی متمرکز کرده بودند. به‌عنوان یک دانشجوی فارغ‌التحصیل روان‌شناسی بالینی، به دنبال منابع علمی منتشر شده در این زمینه بودم. در آن زمان به علت عدم وجود اینترنت و فناوری‌های دیگر، این جست‌وجو به معنای رفتن به کتابخانه‌ها و بررسی سرفصل‌ها و فهرست چکیده تمامی کتاب‌ها و مقالات روان‌شناسی بود. به همراه یکی از دوستانم جوان جکسون، کتاب‌ها و منابع علمی را جلد به جلد مرور کردیم و تنها پنج مقاله مرتبط پیدا کردیم که آنها هم بی‌فایده بودند. مقالات مرتبط دیگر، جنبه جامعه‌شناختی داشتند. این مقالات روی رفتارهای وحشت‌زده قربانیان تجاوز جنسی متمرکز بودند و در حقیقت قربانیان تجاوز را سرزنش می‌کردند.

بالاین حال در همان دوران اتفاقات مثبتی افتاد. سوزان براون‌میلر در سال ۱۹۷۵ کتاب «برضد / راده» را نوشت که تجاوز جنسی را در طول تاریخ به‌عنوان یک سلاح سیاسی برای پیشبرد قدرت ترسیم می‌کرد. علاوه‌براین، زنانی که مورد تجاوز قرار گرفته بودند از طریق سازمان ملی زنان تجربیات خود را در اختیار رسانه‌های گروهی قرار دادند و نتیجه آنکه به‌زودی برای بسیاری از افراد در جامعه مشخص شد که تجاوز جنسی تا چه اندازه در سطح جامعه رایج است و تا چه حد می‌تواند تأثیرات عمیق منفی ایجاد کند. بورجس و هولستروم یک مقاله مهم در سال ۱۹۷۶ در مجله /نجمن روان پزشکی آمریکا چاپ کردند. این مقاله جزء مجموعه‌ای از مقالات درباره نتایج مصاحبه با ۹۲ قربانی تجاوز جنسی در بخش اورژانس بیمارستان‌ها بود. در نهایت مؤسسه ملی بهداشت روانی مبلغ ۳ میلیون دلار برای تحقیقات در زمینه تجاوز جنسی اختصاص داد. در این زمان، من هم برای پیشبرد دو تحقیق مجزا از دو دانشگاه متفاوت درخواست بودجه کردم. اولین تحقیق به همراه دین کیل‌پاتریک در

دانشگاه پزشکی کارولینای جنوبی و دومین تحقیق با همکاری کارن کال‌هون در دانشگاه جورجیا بود که درخواست تأمین بودجه هر دو تحقیق توسط هر دو دانشگاه مورد موافقت قرار گرفت.

اولین پروژه تحقیقاتی در دانشگاه پزشکی کارولینای جنوبی، شامل بررسی طولانی‌مدت ترس و اضطراب در بین قربانیان تجاوز جنسی و همچنین تلاش برای ایجاد یک مداخله رفتاری کوتاه‌مدت و استفاده از آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس بر اساس نظریه مایکنبام برای آموزش مهارت‌های مقابله‌ای (مایکنبام و کامرون، ۱۹۸۳) بود. پروژه تحقیقاتی دانشگاه جورجیا در بیمارستان یادبود گریدی در آتلانتا انجام گرفت. در این بیمارستان سالانه بیش از ۱۰۰۰ زن که مورد تجاوز جنسی قرار گرفته بودند به بخش اورژانس مراجعه می‌کردند. تمرکز درازمدت این تحقیقات روی افسردگی بود. اهداف ما در این تحقیق بسیار ساده بود: اینکه ببینیم آیا تجاوز جنسی باعث بروز ترس و افسردگی می‌شود؟ (این پرسش با آنکه ساده به نظر می‌رسد اما تا قبل از این، هیچ تحقیق علمی درباره آن صورت نگرفته بود) و اگر تجاوز جنسی باعث بروز ترس و افسردگی می‌شود این اختلالات تا چه مدت زمانی ادامه خواهند داشت؟ ما همچنین می‌خواستیم درمان‌های اختصاصی برای بهبود شرایط روانی در قربانیان تجاوز جنسی در مراکز تخصصی ابداع کنیم.

درحالی‌که این دو تحقیق مورد ارزیابی قرار می‌گرفت، من یک کرسی دانشگاهی در دانشگاه داکوتای جنوبی گرفتم و یکبار در ماه به چارلستون یا آتلانتا می‌رفتم. پس از چهار سال تدریس در دانشگاه داکوتای جنوبی و یک سال پژوهش در دانشگاه چارلستون، از طرف دانشگاه سنت لوئیس میزوری برای همکاری دعوت شدم. اگرچه من از طرف دانشگاه‌های معروف‌تر دیگری هم دعوت به همکاری شده بودم، اما برای انجام تحقیقات جامع‌تر نیاز به فعالیت در یک شهر بزرگ داشتم و شهر سنت لوئیس این ویژگی را داشت.

هزینه اولین پروژه تحقیقاتی من از طرف مؤسسه ملی سلامت روان و مؤسسه ملی عدالت تأمین شد. این تحقیق هم یک مطالعه طولانی‌مدت در زمینه مقایسه شدت و علائم اختلالات در زنان قربانی تجاوز جنسی و زنان قربانی سرقت و مقایسه آن با مردان قربانی سرقت بود. به طور هم‌زمان من سعی کردم تا با کمک هزینه‌های کوچک‌تر تحقیقاتی از طرف دانشگاه، مطالعاتی در زمینه توسعه روش‌های درمانی اجرا کنم. اولین تحقیقی که من با استفاده از این کمک‌هزینه‌های کوچک‌تر انجام دادم، همچنان در زمینه اختلالات اضطرابی بود. این تحقیق شامل بررسی و مقایسه درمان‌های تلقیح گروهی استرس و آموزش اعترافی (به این دلیل که تصور می‌شد اعتراف و اقرار به فشارها باعث کاهش شدت ترس می‌شود) و روان‌درمانی حمایتی می‌شد. در همین زمان نسخه سوم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (*DSM-III*) به تازگی به چاپ رسیده بود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۰). در این نسخه برای اولین بار اختلال استرس پس از سانحه در زیر مجموعه اختلالات اضطرابی تعریف

شده بود. در کتاب *DSM-III*، از تجاوز جنسی به عنوان یکی از عوامل بروز PTSD یاد شده بود. با این حال هنوز هیچ معیاری برای اندازه گیری و تشخیص این اختلال مشخص نشده بود. من و همکارانم در دانشگاه از دو معیار تشخیصی مقیاس تأثیر رویداد (هوروویتر، وایلنر و آلوارز، ۱۹۷۰) و چک لیست علائم دروگاتیس (دروگاتیس، ۱۹۷۷) استفاده کردیم. مطالعه کوتاه مدت ما نشان داد که با استفاده از این دو معیار سنجشی، تمامی سه مداخله ای که ما برای درمان PTSD استفاده می کردیم تأثیرات درمانی قابل قبولی داشتند اما مشکل این بود که هیچ تفاوتی در اندازه درمان سه مداخله درمانی مشاهده نشد (رسیک، جوردن، گیرلی، هاتر و مارهوندر-دووراک، ۱۹۸۸).

برای بررسی این مداخلات درمانی، ما با هر کدام از آنها یک گروه از مراجعان را مورد درمان قرار می دادیم و برای آنکه نتیجه تحقیقات دقیق تر باشد، به صورت تصادفی هر کدام از مراجعان را برای یک مداخله درمانی انتخاب می کردیم. بعدها من متوجه شدم علت اینکه سه رویکرد درمانی تفاوت معناداری در نتایج درمانی نشان نمی دادند، جمعیت بسیار پایین مراجعان در تحقیق ما بود. در زمینه مطالعاتی، من روی اشتراکات درمانی در سه مداخله نظریه امید به زندگی، آموزش روانی و تغییر شناختی تمرکز کردم.

در آن زمان دو نظریه غالب در مورد علل واکنش روانی قربانیان تجاوز جنسی وجود داشت. نظریه اول، واکنش ترس روانی کلاسیک در زمان مواجهه با عوامل ایجاد ترس و نظریه دوم واکنش به عوامل درگیر محیطی بود (کیل پاتریک، رسیک و ورونن، ۱۹۸۱؛ کیل پاتریک، ورونن و رسیک، ۱۹۷۹).

بعدها زمانی که تشخیص بالینی PTSD تشریح شد، فرار و اجتناب از موقعیت های استرس زا، به عنوان یکی از مهم ترین دلایل حفظ علائم این اختلال، مورد اهمیت ویژه قرار گرفت. اگر فردی در معرض یک واکنش عاطفی و احساسی بسیار شدید منفی قرار بگیرد، از اتفاقات و یا موقعیت هایی که باعث یادآوری آن واکنش منفی می شوند اجتناب می کند و مهم نخواهد بود که این اتفاقات و موقعیت ها تا چه اندازه بدون خطر و عادی باشند. نظریه دو عاملی شرطی سازی کلاسیک و جلوگیری از عملکرد مورر (۱۹۶۰) به همراه نظریه پردازش عاطفی فوا و کوزاک (۱۹۸۶) به نوعی بر پایه نظریه لانگ (۱۹۷۷) بنا شده اند. این نظریات توضیح می دهند که مردم ترس های مختلف خود را از طریق محرک ها، پاسخ ها و عناصر معنی دار، گسترش می دهند. بسیاری از زنان مراجع من که مورد تجاوز قرار گرفته بودند صحبت مشابهی می کردند: «با اینکه می دوستم فرد متجاوز منو نمی کشه اما این یک عمل زشت و کثیف بود. من از کاری که با من شده احساس شرم و انزجار می کنم». با چنین اظهار نظرانی از طرف قربانیان، من تردید کردم که PTSD که به وسیله تجاوز جنسی ایجاد می شد، یک اختلال ترس اضطرابی است.

حتی یک استثناء در نظریه، به معنای آن است که کل نظریه باید مورد تجدیدنظر قرار بگیرد. به

همین دلیل من بررسی نظرات شناختی در PTSD را شروع کردم.

مبانی نظری

در اولین مطالعه در زمینه شیوع افسردگی در قربانیان تجاوز جنسی (کیل پاتریک، رسیک و ورونن، ۱۹۸۲)، ما شیوع افسردگی را با استفاده از چندین معیار علمی در قربانیان تجاوز جنسی مورد بررسی قراردادیم. سطح بسیار پایین تقویت مثبت (لوینسون، ۱۹۷۴) و درماندگی آموخته شده (سلیگمن، ۱۹۷۱) بسیار شدید، به خاطر ماهیت غیرقابل پیش بینی و غیرقابل کنترل تجربه تجاوز جنسی، در مورد قربانیان تجاوز جنسی به طور کامل صدق می کرد. پیکل (۱۹۷۴)، معتقد بود که اختلال افسردگی به علت رویدادهای منفی بین فردی، حوادث تهدیدکننده و خطرناک و ضربه های شدید به عزت نفس فردی به وجود می آید که البته قربانیان تجاوز جنسی تمامی این موارد را تجربه می کنند.

در دهه ۶۰ و ۷۰ میلادی، آرون تی. بک، علل مختلف بروز افسردگی را مورد مطالعه قرارداد و تئوری شناختی را توسعه داد. تئوری شناختی بک توضیح می داد که افراد چگونه اعتقادات، باورها و تفکرات منفی و اشتباه جامعه را جذب می کنند و همین باورها و تفکرات غیرواقعی باعث بروز احساسات شرم و افسردگی در افراد می شوند.

بک و همکارانش، کتاب راهنمای شناختی برای درمان افسردگی را به چاپ رساندند (بک، شاو و امری، ۱۹۷۹). اگرچه این یکی از اولین راهنماهای درمان شناختی بود اما من برای درمان مراجعانم نیاز به یک شیوه درمانی اختصاصی و پیشرفته تر داشتم. درمانی که با دقت به درمانگر به صورت مرحله به مرحله بگوید که چگونه جلسات درمانی را برگزار کند و ادامه دهد. من امیدوار بودم که درمانگران بتوانند چنین راهنمایی را در اختیار داشته باشند و از طریق آن، درمان را پیاده سازی کنند. من می خواستم که به مراجعانم کمک کنم تا خودشان درمانگر خودشان باشند و همچنین به آنها روش های جدیدتر و آسان تر برای تفکر و مقابله با مشکلات ارائه دهم، دقیقاً همان طور که قبلاً با روش تلقیح استرس چنین کاری را انجام داده بودم. من روش درمان سقراطی که بک و همکارانش پیشنهاد داده بودند را بسیار پسندیدم. در این روش، درمانگر از مراجع سؤالاتی را می پرسد تا مراجع بتواند خودش جواب ها را پیدا کند و با آنها روبه رو شود. در درمان بک و همکاران برای درمان افسردگی، بر افکار فعلی مراجع تمرکز می شد درحالی که من معتقد بودم برای درمان PTSD، ما نیاز به بازگشت به گذشته و بازخوانی تروما داریم تا مراجع بتواند نوع تفکرات و احساسات خود را در لحظه بروز سانحه مورد پردازش قرار دهد. من برای تشریح این روند مفهوم سازی کردم، براین اساس مراجعانی که هنوز قادر به بهبود اختلال خود نبودند هنوز در تفکرات و احساسات لحظه به وقوع پیوستن سانحه گیر افتاده بودند. من چنین افکاری که مبتلایان به PTSD داشتند را «نقطه درگیرکننده»

نام‌گذاری کردم.

یک نظریه دیگر که تأثیر مهمی داشت، از کتاب و مقاله‌ای نوشته مک‌کان و همکارانش استخراج شد (مک‌کان، ساکیم، آبراهامسون، ۱۹۸۸؛ مک‌کان و پرلمن، ۱۹۹۰). این مقاله و کتاب، توصیف و توسعه تئوری خودسازماندهی برای قربانیان تروما را مورد بررسی قرار داده و بر اساس نظریه دیدگاه سازنده‌گرا ماهونی (ماهونی، ۱۹۸۱) تألیف شده بود. این نظریه توضیح می‌دهد که انسان‌ها به طور فعالانه، واقعیت‌های شخصی خود را ایجاد می‌کنند و اتفاقات و تجربه‌های جدید در زندگی هر شخص باعث می‌شوند تا واقعیت از نظر هر فرد، شکل خاص و منحصربه‌فردی به خود بگیرد (ماهونی و لیدون، ۱۹۸۸). مک‌کان و همکاران، تئوری سازنده‌گرا را برای درک تروما پیشنهاد دادند. باتوجه به این نظریه، مردم از حوادث معنا می‌گیرند. آنها توضیح می‌دهند که علاوه بر چهارچوب مرجع (منظور از چهارچوب مرجع یک باور پایدار و یکپارچه انسانی است که باعث درک کردن تجربه‌های مختلف در انسان‌ها می‌شود)، طرح‌واره‌های دیگر فکری (ساختارهای ذهنی و نیازها) تحت تأثیر تروما قرار می‌گیرند. این طرح‌واره‌های فکری که تحت تأثیر تروما قرار می‌گیرند شامل احساس امنیت، اعتماد، قدرت-کنترل، عزت نفس و صمیمت می‌شوند. این طرح‌واره‌ها می‌توانند به صورت خودکار و یا توسط عوامل دیگر هدایت شوند. از آنجایی که این طرح‌واره‌ها به طور مکرر توسط مراجعان مشخص می‌شدند و ما آنها را مورد بررسی قرار می‌دادیم، من و همکارانم تصمیم گرفتیم که نظریه مک‌کان و همکارانش را در چهارچوب رفتاردرمانی شناختی به کار ببریم.

من همچنین تحت تأثیر یکی از کارهای هولون و گاربر (هولون و گاربر، ۱۹۸۸) قرار گرفتم. آنها پیشنهاد می‌کنند که وقتی فردی در مقابل رویدادها و اطلاعات نامتقارن و متضاد قرار می‌گیرد یکی از این دو اتفاق می‌افتد: اول آنکه ممکن است اطلاعات تغییر کند بدون آنکه باورها-طرح‌واره‌های فردی تغییر کند (به طور مثال قربانی تجاوز جنسی فکر می‌کند که: *این اتفاقی که برای من افتاد یک تجاوز نبود، در آن شرایط من باید کاری را انجام می‌دادم تا بتوانم اوضاع را کنترل کنم*). اتفاق دوم این است که باورها و اعتقادات موجود (تجاوز تنها باید توسط غریبه‌ها باشد) تغییر می‌کنند تا اطلاعات جدید و منفی مورد پذیرش قرار بگیرند (*تجاوز وقتی اتفاق می‌افتد که توسط آشنایان و خویشاوندان به وقوع بپیوندد*).

این پردازش جدید اطلاعات به عنوان یک مسکن روانی عمل می‌کند و هدف آن درمان مراجع است. البته این پیشنهاد علمی هولون و گاربر بر اساس نظریه پیگت (پیگت، ۱۹۷۱) بنا شده است اما من قبلاً به این نظریه به عنوان یک بستر درمانی برای درمان تروما فکر نکرده بودم.

من بعدها با کار زیاد با مراجعان، بیشتر متوجه شدم که بعضی از بازماندگان رویدادهای آسیب‌زا و قربانیان تجاوز جنسی، در واکنش به این رویدادها بیش از اندازه باورهای فکری خود را تغییر داده‌اند،

حتی هنگامی که تلاش کرده بودند تا بتوانند تروما را مورد پذیرش قرار بدهند و آنرا درک کنند. آنان باورهای خود را به صورت کلی و غیر واضح و اغراق آمیز، به کل شخصیت خود تعمیم می دهند (مانند: من همیشه تصمیمات بدی می گیرم؛ هیچ انسانی قابل اعتماد نیست؛ من باید همه اطرافیانم را کنترل کنم). ما این باورها را تعمیمی نام گذاری کردیم (رسیک و شنیک، ۱۹۹۲، ۱۹۹۳). من با همراهی یکی از دانشجویانم، مونیکا شنیک در مراحل اولیه توسعه درمان پردازش شناختی بودیم که متوجه شدیم بهتر است در ابتدا روی مواجهه با تروما تمرکز کنیم و تا وقتی که امکان مواجهه مراجع با خاطرات رویداد آسیب‌زا وجود نداشته باشد، به سمت باورهای تعمیمی او حرکت نکنیم. به عنوان مثال پس از آنکه مراجعان سرزنش کردن خود را بابت وقوع تروما متوقف کنند، مقابله با این باور اشتباه که آنها نمی توانند تصمیمات درستی بگیرند، بسیار آسان تر خواهد بود. براین اساس ما کار روی باورهای تعمیمی را در مرحله بعدی درمان قرار دادیم.

مرحله اولیه توسعه CPT

اولین مطالعات من روی درمان پردازش شناختی، با بودجه تحقیقاتی دانشگاه میزوری سنت لوئیس شروع شد. درمان پردازش شناختی را با درمان گروهی توسعه دادم. این تصمیم یک دلیل علمی داشت، اینکه امکان استخراج اطلاعات از درمان های گروهی به مراتب بیشتر از درمان های فردی بود. باین حال پیش از آنکه من بودجه تحقیقاتی مؤسسه سلامت روان برای انجام یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی را دریافت کنم، ۸۴ نمونه مختلف درمان گروهی را اجرا کرده بودم و اولین کتابچه راهنمای درمان پردازش شناختی که شامل ۳۵ نمونه از درمان گروهی و ۹ درمان فردی بود منتشر شده بود (رسیک و شنیک، ۱۹۹۳).

در سال ۱۹۹۴، کلین چارد که به تازگی فوق دکترای خود را دریافت کرده بود، نسخه ای از درمان پردازش شناختی را برای مراجعانی که تجربه سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی داشتند، تنظیم کرد. این نسخه شامل نتایج جلسات درمان های گروهی و فردی درمان پردازش شناختی بود. به عنوان یک درمانگر، چارد روی مقایسه درمان پردازش شناختی با درمان مواجهه طولانی و گروه کنترل کار می کرد (در فصل دوم به طور مفصل درباره نتایج این تحقیقات صحبت شده است). او موفق به اخذ یک بودجه تحقیقاتی برای مطالعه درباره این نسخه از CPT (CPT-SA) شد. برای ترکیب نتایج درمان گروهی و درمان فردی، CPT-SA جلسات متعددی را برای پوشش موارد مختلف ارائه می داد: باورهای خانوادگی (به عنوان مثال: اگر اتفاق بدی بیفتد تقصیر توست)، یادگیری هایی که در دوران کودکی ایجاد می شوند (به عنوان مثال: انتظار از یک بچه ۴ ساله که همیشه و به طور دقیق سر ساعت ۵ بعد از ظهر در خانه حضور داشته باشد یک انتظار غیر معقول از یک کودک با سن پایین است) و