

آموزش درمان شناختی - رفتاری

همراه با نمایش ویدئویی

تألیف

جسی، ه. رایت، روان‌پزشک و روان‌شناس

استاد و رئیس بخش روان‌پزشکی بزرگ‌سالان
دانشکده پزشکی دانشگاه لوئی ویل، لوئی ویل، کنتاکی

مونیکا، ر. بسکو، روان‌شناس

دانشیار بالینی، بخش روان‌پزشکی، قسمت روان‌شناسی
دانشگاه تگزاس ساوت وسترن در دالاس، دالاس، تگزاس

مایکل، ی. تیز، روان‌پزشک

استاد و رئیس بخش روان‌پزشکی بزرگ‌سالان
مرکز پزشکی دانشگاه پیتس‌بورگ
پیتس‌بورگ، پنسیلوانیا

ترجمه

دکتر حبیب‌الله قاسم‌زاده

مرکز روان‌شناسی بالینی
گروه روان‌پزشکی (بیمارستان روزبه)
دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر حسن حمیدپور

روان‌شناس بالینی

فهرست مطالب



۸	یادداشتی از مترجمان
۱۱	پیش‌گفتار
۱۵	فصل اول: اصول اساسی درمان شناختی - رفتاری
۱۷	مدل شناختی - رفتاری
۲۱	مفاهیم بنیادی
۳۱	نگاهی به روش‌های درمانی
۳۷	خلاصه
۳۸	منابع
۴۳	فصل دوم: رابطه درمانی: تجربه‌گرایی مشارکتی در عمل
۴۴	هم‌دلی، صمیمیت، و صداقت
۴۶	تجربه‌گرایی مشارکتی
۵۶	انتقال در درمان شناختی - رفتاری
۵۸	انتقال متقابل
۵۹	خلاصه
۵۹	منابع
۶۱	فصل سوم: ارزیابی و فرمول‌بندی
۶۷	مفهوم‌سازی مسائل بیمار در درمان شناختی - رفتاری
۷۷	خلاصه
۷۸	منابع
۸۰	فصل چهارم: ساخت‌مندی و آموزش
۹۳	ساخت‌مندی جلسات در سراسر دوره درمانی شناختی - رفتاری
۹۶	آموزش روانی
۱۰۴	خلاصه
۱۰۴	منابع
۱۰۷	فصل پنجم: تشخیص و تغییر افکار خودآیند
۱۱۹	تغییر و اصلاح افکار خودآیند

فصل پنجم: تشخیص و تغییر افکار خودآیند	۱۰۷
تغییر و اصلاح افکار خودآیند	۱۱۹
خلاصه	۱۴۲
منابع	۱۴۳

فصل ششم: تکنیک‌های رفتاری (بخش اول): افزایش انرژی، تکمیل تکالیف و مسئله‌گشایی	۱۴۵
فعال‌سازی رفتاری	۱۴۶
برنامه‌ریزی فعالیت	۱۵۰
طراحی تکالیف درجه‌بندی شده	۱۵۸
رفتارورزی	۱۶۱
مسئله‌گشایی	۱۶۴
خلاصه	۱۷۴
منابع	۱۷۵

فصل هفتم: تکنیک‌های رفتاری (بخش دوم): کاهش اضطراب و شکستن الگوهای اجتنابی	۱۷۷
تحلیل رفتاری اختلال‌های اضطرابی	۱۷۷
مروری اجمالی بر روش‌های درمان رفتاری	۱۸۰
روند مداخلات رفتاری برای علائم اضطراب	۱۸۱
تدوین سلسله مراتب برای رویارویی تدریجی	۱۹۱
رویارویی تجسمی	۱۹۲
رویارویی واقعی	۱۹۴
جلوگیری از پاسخ	۱۹۶
پاداش‌ها	۱۹۶
زمان‌بندی درمان از طریق رویارویی	۱۹۷
خلاصه	۱۹۸
منابع	۱۹۹

فصل هشتم: تغییر و اصلاح طرح‌واره‌ها	۲۰۱
شناسایی طرح‌واره‌ها	۲۰۳
درمان شناختی - رفتاری رشد - محور	۲۲۸
خلاصه	۲۳۱
منابع	۲۳۱

فصل نهم: مشکلات و موانع متداول: تجربه‌آموزی از چالش‌های درمان	۲۳۳
مشکل در فراخوانی افکار خودآیند	۲۳۶

۲۳۹	بیماران پُر حرف
۲۴۱	بیمار انعطاف‌ناپذیر
۲۴۳	استرس‌های محیطی مانع پیش‌رفت
۲۴۵	خستگی یا فرسودگی شغلی درمانگر
۲۴۷	عدم پای‌بندی به مصرف داروهای تجویزی
۲۵۰	خلاصه
۲۵۰	منابع
۲۵۱	فصل دهم: درمان اختلال‌های مزمن، شدید یا پیچیده
۲۵۴	اختلال دوقطبی
۲۵۹	اختلال‌های شخصیت
۲۶۳	اختلال‌های مصرف مواد
۲۶۶	اختلال‌های خورد و خوراک
۲۶۸	اسکیزوفرنی
۲۷۱	خلاصه
۲۷۲	منابع
۲۷۹	فصل یازدهم: قابلیت‌آموزی در درمان شناختی-رفتاری
۲۸۲	تبدیل شدن به درمانگر قابل
۲۸۳	پیش‌رفت‌سنجی
۲۸۷	آموزش و تجربه‌اندوزی مداوم در درمان شناختی-رفتاری
۲۸۹	خلاصه
۲۹۰	منابع
۲۹۱	پیوست: مقیاس شناخت درمانی
۲۹۷	پیوست اوّل: برگه‌های کاری و فهرست‌واره‌ها
۳۰۹	پیوست دوّم: منابع درمان شناختی-رفتاری
۳۱۶	پیوست سوّم: راهنمای استفاده از DVD
۳۱۹	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی
۳۲۲	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی
۳۲۵	نمایه موضوعی
۳۲۷	نمایه اسامی



زمانی بود که روان‌شناسان، دانش بالینی را عمدتاً برخاسته از تجارب بالینی می‌پنداشتند و گاه ویژگی‌های این نوع دانش را جدا از روان‌شناسی آزمایشگاهی و تجربی، بررسی می‌کردند. در این جدایی‌مندی، شاید دو عامل، در کنار سایر عوامل احتمالی، نقش داشتند: (۱) سازوکار فرایند تغییر و چگونگی اثرگذاری و اثرپذیری، چنان‌که باید، شناخته شده نبود؛ و (۲) درک روشنی از عوامل زیربنایی و واسطه‌ای در ایجاد ارتباط بین دو فرد، و نیز شیوه‌های پردازش اطلاعات در مغز، وجود نداشت. اما آنچه در حرکت پُرافت و خیز روان‌شناسی درمانی از زمان فروید تا زمان بک و مخصوصاً درمانگران بعد از بک اتفاق افتاد، یافته‌های نویدبخشی را نصیب درمانگران روان‌شناختی کرد. از یک سوی، مدل‌های پُرمایه‌ای درباره فرایند تغییر، براساس نظریه‌های جدید یادگیری، شرطی‌سازی و رفتار اجتماعی ارایه شد و از سوی دیگر، شکل‌گیری و تداوم ارتباط در چهارچوب فرمول‌بندی‌های برخاسته از علوم شناختی و عصب‌پژوهی، مورد بررسی قرار گرفت. در نتیجه، آنچه بین درمانگر و درمان‌جو ردوبدل می‌شود با استفاده از اصطلاحات و سازه‌هایی از قبیل هم‌دلی، درک متقابل، هم‌یابی و هم‌حسی از طرفی و فرایندهایی مانند زبان، حافظه، تفکر و آگاهی از طرف دیگر، سازمان‌بندی پیدا کرد و نقش نواحی، مراکز و مدارهای مغزی در رفتار، بیش از پیش، برجسته شد. در این چهارچوب، رابطه درمانی، هرچه بیش‌تر، از وضع تا حدی اثری و آزمون‌گریز خود، فاصله گرفت و تبدیل به یک مقوله علمی مُبَتنی بر مبانی نظری و پژوهشی قابل توجّهی شد.

امروزه، تجربه بالینی، جزء یا بخشی از علم و دانش بالینی است که براساس اصول، فنون و راهبردهایی کم‌وبیش قابل بررسی و راستی‌آزمایی استوار است. انتشار مجله معتبر روان‌شناسی بالینی: علم و کاربرد در سال ۱۹۹۴ (با ویراستاری و سردبیری ال. ی. کزدین) نوید چنین حرکتی را می‌داد. هدف اصلی این نشریه، علاوه بر معرفی پیش‌رفت‌های جدید در زمینه روان‌شناسی بالینی، ایجاد نوعی هم‌آرایی و هم‌سازی در سطوح مختلف دانسته‌ها و یافته‌های افراد متخصص بود. برای رسیدن به چنین جایگاهی، لازم بود تجارب بالینی به گونه‌ای تعریف و تفسیر شوند که قابل انتقال به دیگران گردند. آنچه زمانی تحت عنوان تبخّر، خبرگی، مهارت و پختگی تعبیر می‌شد، امروزه به فنون و راهبردهایی قابل توصیف و تا حدی قابل سنجش، و در نتیجه قابل انتقال تبدیل شده است. در این‌جا باید جنبه قابل انتقال بودن تجارب بالینی را کاملاً برجسته کرد. از دیدگاه باختین و ویگوتسکی تا زمانی که چیزی وارد حافظه نوشتاری فرد نشده است، در واقع خود فرد، آن چیز را یاد نگرفته است؛ درمانگران ما باید هر آنچه را که می‌دانند به صورت نوشته و فرمول‌بندی شده، به دیگران منتقل کنند - البته با استفاده از اصطلاحات روشن و روشی آزمون‌پذیر و سازمان‌دار.

در این جا شاید این شبهه پیش بیاید که پس تکلیف خلّاقیت های فرد در فرایند درمان چه می شود؟ اهمیت خلّاقیت در آفرینش فنون و راه بردها را نمی توان و نباید دست کم گرفت. به هر حال، درمانگر با برخورداری از ویژگی های رفتاری، فکری و عاطفی، در فرایند درمان اثر می گذارد. آن چه او باید انجام دهد سازمان بندی و اجرای اصول و روش های درمانی، متناسب با مسأله و نیاز مراجع است و این، مستلزم تجربه، ظرافت کار و بازانندیشی است که در متن شخصیتی محکم، امیدوار و با صداقت، جریان پیدا می کند. البته، هر قدر از شگردهای موردی، خودانگیخته و غیر قابل تعریف فاصله بگیریم و به سمت آفرینش چهارچوب هایی سازمان دار و منسجم و در عین حال انعطاف پذیر و پسخوردنگر حرکت کنیم، کم تر تحت تأثیر عوامل اتفاقی و تعریف گریز قرار می گیریم و امکان اثرگذاری بیش تری پیدا می کنیم.



درمان شناختی - رفتاری به دلیل برخورداری از مبانی نظری قوی و پژوهش محوری در حوزه علم و تفکر علمی، پیش رفت قابل توجهی داشته است. صاحب نظران درمان شناختی - رفتاری سعی کرده اند این پیش رفت علمی را به قلمرو کاربرد نزدیک کنند. آن ها در تبدیل علم و تفکر علمی به کاربرد، به چاپ و نشر سه دسته از کتاب ها پرداخته اند: (۱) کتاب های خودیاری، (۲) کتاب های تخصصی برای اختلال های روان شناختی، و (۳) کتاب های کاربردی بنیادین.

کتاب های خودیاری را متخصصان این حوزه برای عموم می نویسند. اگرچه ظاهراً این گونه کتاب ها، ساده و شفاف نوشته شده اند، اما به کارگیری آن ها بهتر است زیر نظر فردی صاحب صلاحیت انجام شود. کتاب های تخصصی برای اختلال های روان شناختی نیز به مبانی نظری و پژوهشی در درمان شناختی - رفتاری می پردازند. در این کتاب ها، مدل های مفهومی اختلال ها ارائه می شود و شواهد پژوهشی این مدل ها نیز برجسته می گردد.

کتاب های کاربردی بنیادین به مباحثی نظیر ارزیابی، فرمول بندی، رابطه درمانی، آموزش روانی، تکالیف خانگی و شناسایی سطوح شناخت واره ها و رفع موانع در این موارد می پردازد. اگرچه این مباحث، ممکن است در نگاه اول، اندکی ساده جلوه کنند، اما همان گونه که لیهی در کتاب غلبه بر مقاومت در شناخت درمانی (۲۰۰۱) می نویسد هرگاه در درمان شناختی - رفتاری، بیمار در وادی مقاومت می افتد و با مشکلی مواجه می شود، من به عنوان درمانگر، قبل از اندیشیدن به مباحث پیچیده، ابتدا باید از خودم سؤال بکنم که آیا اصول بنیادین درمان شناختی - رفتاری را درست اجرا کرده ام؟

بنابراین، مباحث بنیادین از این نظر اهمیت دارند که خشت اول درمان محسوب می شوند. ساده انگاری و سهل اندیشی این مباحث، ممکن است درمان شناختی - رفتاری را با وجود پشتوانه پژوهشی قوی، به درمانی سطحی و کم اثر تبدیل کند.

درمان شناختی - رفتاری از رهنمودهایی برای روش مندی استفاده می کند تا اثرمندی و اثربخشی درمان افزایش یابد. این رهنمودها، عبارت اند از همکاری مشارکتی با بیمار، تشخیص

مشکلات، اولویت‌بندی مشکلات، هدف‌گزینی، تعیین دستور جلسه، تمرکز بر این‌جا و هم‌اکنون، تأکید بر مسئله‌گشایی، تغییر و اصلاح افکار، احساس‌ها و رفتارها، طراح‌ی تکالیف خودیاری.

در زمینه مباحث بنیادین و رهنمودهایی برای روش‌مندی، کتاب‌های زیادی چاپ شده است که مترجمان بنا به دلایلی که در پی می‌آید، دست به انتخاب و ترجمه کتاب حاضر زدند: (۱) کتاب حاضر، یک DVD آموزشی به همراه دارد. در این DVD، ۱۹ نمایش ویدئویی (به مدت ۱۳۶ دقیقه) وجود دارد و هر کدام از مباحث کتاب را نویسندگان به صورت قطعه‌های نمایشی به تصویر کشیده‌اند. مشاهده این نمایش‌های ویدئویی، قابلیت یادگیری و تحکیم آموخته‌ها را افزایش می‌دهد؛ (۲) هر کدام از مباحث کتاب، در قالب "تمرین برای یادگیری" ارائه شده‌اند و از خوانندگان خواسته می‌شود که بحث را به صورت ایفای نقش با هم‌کاران یا استاد ناظر بالینی اجرا کنند. این کار می‌تواند اعتمادبه‌نفس درمانگر را در اجرای تکنیک‌ها افزایش دهد. علاوه بر این، می‌تواند فرایند پس‌خورد را راه‌اندازی کند که این فرایند نقش برجسته‌ای در خط‌ازدایی دارد؛ (۳) فصل دوازدهم کتاب (قابلیت‌آموزی در درمان شناختی - رفتاری) ارزش‌مندی آن را دوچندان کرده است، به این دلیل که بر پیش‌رفت درمانگر در حوزه‌های مختلف این درمان تأکید کرده است. نویسندگان به تبعیت از اصول رفتاری معتقدند که درمانگران این حوزه، بایستی مدام بر قابلیت خود در حوزه دانش، بازخورد و مهارت بیفزایند تا بتوانند در ارزیابی، فرمول‌بندی، طرح درمان و جلوگیری از مشکلات توان‌مند شوند.

عنوان اصلی کتاب *Learning Cognitive-Behavior Therapy* است که ترجمه آن "آموزش رفتاردرمانی شناختی" است. برخی اعتقاد دارند که بین رفتاردرمانی شناختی، شناخت درمانی و درمان شناختی - رفتاری، تفاوت‌هایی وجود دارد (برای بحث بیش‌تر در این باره مراجعه شود به قاسم‌زاده، از رفتاردرمانی تا رفتار درمانی شناختی، مجله بازتاب دانش، ۱۳۸۷، شماره ۱۰، ۳۸-۳۴). با این حال در کتاب حاضر ترجیح دادیم که عنوان کتاب را "آموزش درمان شناختی - رفتاری" بگذاریم.

نکته دیگر این که کتاب حاضر، از مجموعه کتاب‌های "دانش و مهارت‌های اساسی در روان‌درمانی" است که به ویراستاری گلن گابارد از سوی "انجمن روان‌پزشکی آمریکا" چاپ و منتشر می‌شود. گلن گابارد در مقدمه‌ای که بر این مجموعه از کتاب‌ها نوشته است بر این نکته پافشاری می‌کند که هدف اصلی این کتاب‌ها، روش‌مندی در آموزش شیوه‌های مختلف روان‌درمانی است. او در ژوئیه ۲۰۰۲، در "انجمن مدیران برنامه آموزشی رزیدنتی در روان‌پزشکی آمریکا" تأکید کرد که در تمام برنامه‌های آموزشی رزیدنتی روان‌پزشکی، باید شش دانش و مهارت‌های اساسی در روان‌درمانی گنجانده شود که درمان شناختی - رفتاری یکی از این دانش‌ها و مهارت‌هاست.

حبیب‌الله قاسم‌زاده

حسن حمیدپور



از زمان معرفی درمان شناختی - رفتاری یا رفتاردرمانی شناختی (Cognitive-Behavior Therapy, CBT) در دهه ۱۹۵۰، نفوذ و گسترش این شیوه درمانی، پیوسته در حال فزونی بوده است. تعداد زیادی از مطالعات کنترل‌شده نشان داده‌اند که درمان شناختی - رفتاری، درمانی مؤثر برای افسردگی، اختلال‌های اضطرابی و بسیاری از اختلال‌های روانی دیگر است. به علاوه، تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که درمان شناختی - رفتاری، اثر داروها را در درمان اختلال‌های شدید روانی از قبیل افسردگی مقاوم به درمان، اختلال دوقطبی، و اسکیزوفرنیا افزایش می‌دهد. این یافته‌ها - همراه با مزیت‌های کاربرد درمانی که متمرکز، عملی و کاملاً مشارکتی است - علاقه به چگونگی اجرای درمان شناختی - رفتاری را فزونی بخشیده است.

عامل محرک دیگر برای این جنبش، گنجاندن درمان شناختی - رفتاری در فهرست مجموعه درمان‌هایی است که رزیدنت‌های روان‌پزشکی باید شایستگی و قابلیت لازم را در کاربرد آن‌ها پیدا نمایند و بدین منظور، باید تحت آموزش مؤثری قرار بگیرند. وقتی نویسنده اول کتاب (ج. ه. رایت)، آموزش درمان شناختی - رفتاری را به رزیدنت‌ها، دانشجویان دوره تحصیلات تکمیلی و درمانگران بالینی در اوایل دهه ۱۹۸۰ آغاز کرد، این رویکرد، اغلب به عنوان درمانی ثانویه یا تخصصی، قلمداد می‌شد. اما امروزه، درمان شناختی - رفتاری به عنوان یکی از نظریه‌ها و روش‌های محوری سازمان‌بخش در درمان اختلال‌های روانی، پذیرشی گسترده پیدا کرده است. درس‌های درمان شناختی - رفتاری، به شکلی همه‌پذیر، در برنامه رزیدنت‌های روان‌پزشکی، در برنامه آموزشی دانشجویان دوره تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی، و در آموزش سایر دست‌اندرکاران حرفه‌ای سلامت روان گنجانده شده‌اند. در همایش‌های "انجمن روان‌پزشکی آمریکا"، "انجمن روان‌شناسی آمریکا" و سایر سازمان‌ها، ادامه‌ارایه این نوع برنامه‌ها به درمانگران بالینی، به طرز وسیعی، مورد تأکید قرار می‌گیرد.

هدف ما در نوشتن این کتاب، فراهم آوردن راهنمایی ساده و عملی در زمینه یادگیری مهارت‌های ضروری و بنیادی در درمان شناختی - رفتاری و کمک به خوانندگان در پیدا کردن قابلیت لازم برای استفاده از این روش درمانی بوده است. ابتدا، خاستگاه‌های مدل درمان شناختی - رفتاری را برمی‌شماریم و خلاصه‌ای از نظریه‌های بنیادی و تکنیک‌ها را ارائه می‌دهیم. و بعد، رابطه درمانی در درمان شناختی - رفتاری را شرح می‌دهیم و فرمول‌بندی درمانی را در مورد بیماری توضیح می‌دهیم و شیوه‌های ساخت‌مندی جلسات را به تفصیل بازگو می‌کنیم. درک این ویژگی‌های پایه‌ای درمان شناختی - رفتاری، پایگاه محکمی برای یادگیری فرآیندهای اختصاصی در تغییر شناخت‌واره‌ها و رفتارهایی که در فصل‌های میانی کتاب توضیح داده شده‌اند (مانند روش‌های تغییر و اصلاح افکار خودآیند، راهبردهای رفتاری در درمان احساس ناتوانی،

بی‌علاقگی و اجتناب و مداخله‌هایی برای ایجاد تغییر در باورهای بنیادی ناسازگار)، فراهم می‌آورد. سه فصل آخر کتاب، به قصد کمک به شما که بتوانید مهارت‌های پیشرفته‌ای پیدا کنید، اختصاص یافته است. در این سه فصل، دربارهٔ مسائلی مانند غلبه بر موانع درمان، درمان اختلال‌های مختلف، و چگونگی تداوم بخشیدن به کسب اطلاعات و تجربه‌آموزی در درمان شناختی-رفتاری، بحث شده است.

ما دریافته‌ایم که بهترین راه برای دریافت درون‌مایهٔ درمان شناختی-رفتاری، تلفیق مطالعه و جلسات آموزشی همراه با فراهم آوردن فرصت‌هایی برای مشاهدهٔ مستقیم درمان است، مانند تماشای ویدئو، ایفای نقش و یا مشاهدهٔ جلسات عملی و واقعی. گام بعدی، تمرین روش‌ها با بیماران است. کمال مطلوب آن است که این کار زیر نظر دقیق یک درمانگر شناختی-رفتاری آموزش‌دیده و مجرب، صورت پذیرد. این کتاب، با هدف کمک به شما که بتوانید درمان شناختی-رفتاری را به سه شیوهٔ عمده فرا بگیرید، طراحی شده است. این سه شیوه، عبارت‌اند از: خواندن، دیدن، اجرا کردن. ویدئوهایی که به همراه کتاب ارائه می‌شوند، ویژگی‌های کلیدی درمان شناختی-رفتاری را به نمایش می‌گذارند. هم‌چنین، در این ویدئوها، تمرین‌های یادگیری مختلفی نشان داده می‌شوند. می‌توانید بر پایهٔ این تمرین‌ها، مهارت‌های لازم را در اجرای تکنیک‌های شناختی و رفتاری پیدا بکنید.

نمایش‌های ویدئویی نمایانگر کار بالینی درمانگران داوطلبی است که موافقت کرده‌اند کاربرد روش‌های متداول در درمان شناختی-رفتاری را نشان دهند. ویدئوها به سبکی ساده، فیلم‌برداری شده‌اند. منظور، فقط نشان دادن روش‌هایی بود که درمانگران در جلسات عملی به کار می‌گیرند، و نه تولید ویدئوهای هنری یا حرفه‌ای با استفاده از بازیگران، فیلم‌نامه و صرف هزینه. می‌خواستیم مداخله‌های واقع‌بینانه‌ای را همراه با انواع نکات قوت و نواقصی که در جلسات درمانی واقعی اتفاق می‌افتند، به نمایش بگذاریم. بنابراین، از چهار درمانگر متعلق به سیستم‌های درمانی مختلف خواستیم که در نقش بیمارانی ظاهر شوند، با تاریخچه و علائم مشخصی که قبلاً به درمان آن‌ها پرداخته بودند. جینا وودز^۱، پرستار، در نقش بیماری با اختلال اضطرابی ظاهر می‌شود (مصاحبه‌گر: ج. ه. رایت^۲)؛ کلی سینگل‌تری-جونز^۳، رزیدنت روان‌پزشکی، در نقش زن جوانی که دچار مسائل زناشویی و افسردگی است، ظاهر می‌شود (مصاحبه‌گر: رزیدنت دیگر روان‌پزشکی، جویس اسپرجن^۴)؛ د. کریستن اسمال^۵، روان‌شناس و مشاور امور مذهبی، در نقش مردی که دچار افسردگی و اضطراب است، ظاهر می‌شود (مصاحبه‌گر: باربارا فیتز جرالده^۶، روان‌پزشک)؛ و مایکل هالی‌فیلد^۷، پزشکی با تجربهٔ غنی در درمان شناختی-رفتاری، در نقش مردی که مشکلاتی در انجام دادن و به پایان رساندن کارها دارد و از احساس ارزش‌مندی پایین رنج می‌برد، ظاهر می‌شود (مصاحبه‌گر: م. ای. تیز^۸، یکی از نویسندگان کتاب).

1. Gina Woods

2. J.H. Wright

3. Kelly Singletary-Jones

4. Joyce Spurgeon

5. D. Kriestan Small

6. Barbara Fitzgerald

7. Michael Hollifield

8. M.E. Thase

به جای آنکه در هر موردی یک جلسه کامل را نشان دهیم، از درمانگران خواستیم که نمایش‌های کوتاه (۳ تا ۱۰ دقیقه‌ای) اجرا کنند و در آن مدت کوتاه، روش‌های کلیدی درمان شناختی - رفتاری از قبیل رابطه درمانی مشارکتی، تدوین دستور کار، تشخیص افکار خودآیند، بررسی شواهد و رویارویی تدریجی با محرک‌های ناگوار را نشان دهند. علت انتخاب این روال کار، این بود که می‌خواستیم متناسب با نکات اختصاصی که در کتاب مطرح می‌شوند، صحنه‌هایی را به شکل ویدئو نشان دهیم و بدین ترتیب، بین مطالب کتاب و نمایش‌های ویدئویی، ارتباط برقرار سازیم. توصیه می‌کنیم که علاوه بر ویدئوهایی که همراه این کتاب عرضه می‌شوند، ویدئوهای دیگری را نیز مورد توجه قرار دهید تا بتوانید به نمونه‌های دیگری از تکنیک‌ها و سبک‌ها هم دسترسی داشته باشید. منابع دسترسی به ویدئوهایی که در آن‌ها درمانگران متبحر شناختی - رفتاری (از قبیل ا. ت. بک^۱، کریستین پدسکی^۲، آرتور فریمن^۳)، جلسات کامل درمانی را به نمایش گذاشته‌اند، در پیوست ۲، "منابع درمان شناختی - رفتاری"، آمده است.

نمایش‌های ویدئویی به صورت DVD تهیه شده‌اند. برای تماشا، دیسک را در ضبط صوت DVD و یا در محفظه مخصوص رایانه‌ای که دارای DVD-ROM است، قرار دهید. ابتدا، فهرست نمایش‌ها را خواهید دید. ویدئوها به همان ترتیبی که در کتاب، به موضوع مربوط به آن‌ها اشاره شده است، ضبط شده‌اند. برای مثال، دو ویدئوی نخست در ارتباط با فصل ۲، "رابطه درمانی: تجربه‌گرایی مشارکتی در عمل" تهیه شده‌اند. توصیه می‌کنیم که قبل از تماشای ویدئو، آن قسمت از کتاب را که درباره روش‌های ارائه شده در ویدئو توضیح داده است، مطالعه کنید. تاریخچه‌ها را در نمایش‌های ویدئویی به نحوی توضیح می‌دهیم، که گویی واقعاً اتفاق افتاده‌اند. اما در واقع، این تاریخچه‌ها شبیه‌سازی‌های مبتنی بر انبوهی از تجارب درمانگران در درمان بیمارانی است که مسائلی مشابه با بیماران فرضی داشته‌اند. شیوه توضیح ما درباره بیماران، در سرتاسر کتاب، به گونه‌ای است که گویی بیماران واقعی هستند. بدین ترتیب، می‌خواستیم با حفظ این نوع سبک محاوره، نوشتن و خواندن را ساده‌تر کنیم. در ارایه مطالب مربوط به بیماران، جنسیت، اطلاعات خانوادگی، و هر نوع اطلاعات دیگر را تغییر دادیم، تا شناسایی بیمارانی که به وسیله ما و یا همکاران، مورد درمان قرار گرفته‌اند، امکان‌پذیر نباشد. هم‌چنین، برای اجتناب از رعایت غیرضروری ضمیر او (زن یا مرد)، در مواردی که مشخص ساختن جنسیت لازم نبوده است، به تناوب او (زن) و او (مرد) آورده‌ایم.

می‌توان با استفاده از برگه‌های کاری، فهرست‌واره‌ها، ثبت افکار و سایر تمرین‌های نوشتاری، اجرای روش‌های درمان شناختی - رفتاری را بهبود بخشید. بنابراین، این فرم‌های کارگشا را ضمیمه کرده‌ایم تا بتوانید در برنامه‌ریزی یا اجرای درمان شناختی - رفتاری از آن‌ها استفاده کنید. نمونه‌هایی در متن کتاب و در پیوست ۱ "برگه‌های کاری و فهرست‌واره‌ها" ارائه شده است.

1. A.T. Beck

2. Christine Padesky

3. Arthur Freeman

هم‌چنین، می‌توانید از طریق مراجعه به پایگاه شبکه جهانی متعلق به "انتشارات انجمن روان‌پزشکی"، (<http://www.appi.org/pdf/wright>)، این فرم‌ها را کامل و در قطع بزرگ، به طور رایگان دریافت کنید.

در مورد توانایی‌ها و قابلیت‌های اختصاصی مورد لزوم برای اجرای درمان شناختی - رفتاری، توضیحاتی به وسیله "انجمن مدیران برنامه آموزش رزیدنتی در روان‌پزشکی آمریکا" (AADPRT) داده شده است. این قابلیت‌ها را در فصل ۱۱، "قابلیت آموزی در درمان شناختی - رفتاری"، بحث کرده‌ایم. اما سعی نکردیم که کتاب را بر مبنای این قابلیت‌ها سازمان بدهیم، چون می‌خواستیم کتاب راه‌نمایی بنویسیم که طیف وسیعی از خوانندگان، از آن جمله درمانگران بالینی و کارآموزان رشته‌های مختلف، بتوانند از آن استفاده بکنند. با این وجود، اطلاعات زمینه‌ای و تمرین‌های یادگیری که در آن ارائه شده است، به رزیدنت‌های روان‌پزشکی و سایرین کمک می‌کند که قابلیت‌هایی در سطح "انجمن آمریکایی پیش‌برد آموزش رزیدنتی روان‌پزشکی" (AADPRT) فرا بگیرند.

ما خود را مرهون اساتید و همکاران بسیاری می‌دانیم که نظرات‌شان را در قسمت‌های مختلف این کتاب گنجانده‌ایم. مفاهیمی که در این کتاب توضیح داده شده‌اند، نتیجه کار متعهدانه و مشتاقانه هزاران پژوهشگر و درمانگری است که دانش ما را درباره درمان شناختی - رفتاری غنا بخشیده‌اند. هم‌چنین، دانشجویان ما نقشی بزرگ در پیش‌رفت ما به عنوان مربی ایفا کرده‌اند. این کتاب، حاصل درس‌هایی است که در دانشگاه لوئی ویل، مرکز پزشکی ساوت وسترن (جنوب غربی) دانشگاه تگزاس و دانشگاه پیتس‌بورگ، عهده‌دار بوده‌ایم و هم‌چنین، نتیجه همکاری‌هایی است که در تشکیل کارگاه‌ها در همایش‌های مربوط به سازمان‌های حرفه‌ای داشته‌ایم. پس‌خوردها و پیشنهادهایی که از دانشجویان و همکاران خود دریافت کرده‌ایم، در شکل‌گیری مثبت تفکر ما در بسیاری جهات مؤثر بوده‌اند.

یادگیری تجربه لازم برای به‌دست آوردن مهارت‌های کافی در درمان شناختی - رفتاری، می‌تواند کاملاً هیجان‌انگیز و سازنده باشد. می‌توانید از طریق مطالعه درباره تاریخچه پرریار درمان شناختی - رفتاری، مداخله‌های درمانی خود را در چارچوب وسیع فلسفی، علمی و فرهنگی، استحکام ببخشید. مطالعه درباره نظریه‌های زیربنایی رویکرد شناختی - رفتاری، درک و برداشت شما را از روان‌شناسی اختلال‌های روانی گسترش می‌دهد و رهنمودهای ارزش‌مندی در کار روان‌درمانی فراهم می‌آورد. هم‌چنین، یادگیری روش‌های درمان شناختی - رفتاری می‌تواند به منظور مقابله با طیف وسیعی از مسائل بالینی، ابزارهایی عملی و آزموده از لحاظ تجربی، در اختیار شما قرار دهد.

امیدواریم این کتاب، به صورت یار و همراه ارزنده شما در فرآیند آموزش درمان شناختی - رفتاری درآید.

جسی، ه. رایت

مونیکا، ر. بسکو

مایکل، ای. تیز



اصول اساسی درمان شناختی - رفتاری

کاربرد بالینی درمان شناختی - رفتاری، براساس مجموعه‌ای از نظریه‌های مدون، استوار است. از این نظریه‌ها در طراحی برنامه‌های درمانی و هدایت فعالیت‌های درمانگر استفاده می‌شود. در این فصل آغازین، به تبیین این مفاهیم محوری می‌پردازیم و نشان می‌دهیم که مدل شناختی - رفتاری چه گونه در شکل‌گیری تکنیک‌های اختصاصی، مؤثر واقع شده است. ابتدا، خلاصه‌ای از زمینه تاریخی درمان شناختی - رفتاری ارائه می‌دهیم. در این خلاصه، سعی شده است اصول بنیادی درمان شناختی - رفتاری در ارتباط با انگاره‌هایی که از چند هزار سال پیش توضیح داده شده‌اند، بررسی شوند (بک و هم‌کاران، ۱۹۷۹؛ د.ا. کلارک و هم‌کاران، ۱۹۹۹).

خاستگاه درمان شناختی - رفتاری

درمان شناختی - رفتاری رویکردی است مبتنی بر عقل سلیم که بر دو اصل بنیادی استوار است: نخست، این که شناخت‌واره‌های ما اثری کنترل‌کننده بر هیجان‌ها و رفتار ما دارند؛ و دوم، این که چه‌گونگی عملکرد یا رفتار ما اثری قوی در الگوهای فکری و هیجان‌های ما می‌گذارند. عناصر شناختی این دیدگاه، به وسیله فیلسوفان سوفسطایی مانند اپیکتتوس، و نیز سیرون، سینه‌کا و دیگران، سده‌ها پیش از آن که درمان شناختی - رفتاری معرفی شود، شناسایی شده بودند (بک و هم‌کاران، ۱۹۷۹). برای مثال، اپیکتتوس فیلسوف سوفسطایی یونان در *Enchiridion* می‌نویسد: "آنچه انسان‌ها را برآشفته می‌سازد وقوع حوادث نیست، بلکه نظرگاه آنان درباره آن حوادث است." (اپیکتتوس، ۱۹۹۱، ص ۱۴). هم‌چنین، در سنت فلسفی شرقی مانند تائوئیسم و بودایی، شناخت به عنوان نیروی اولیه در تعیین رفتار انسان، تلقی شده است (بک و هم‌کاران، ۱۹۷۹؛ کمپوس، ۲۰۰۲). دالائی لاما در کتاب اخلاق برای هزاره جدید (۱۹۹۹) خاطر نشان می‌سازد که "اگر ما بتوانیم تغییر‌گرایی در افکار و هیجان‌های خود ایجاد کنیم، و سازمان‌بندی جدیدی در رفتار خود پدید بیاوریم، نه تنها می‌توانیم با درد و رنج راحت‌تر مقابله کنیم، بلکه

می‌توانیم در درجهٔ اول، از ایجاد درد و رنج، پیش‌گیری کنیم" (ص xii). این دیدگاه که ایجاد یک سبک سالم در تفکر می‌تواند پریشانی را کم کند و یا احساس آسایش و خوشبختی بهتری پدید بیاورد، موضوع متداول و مشترکی در بسیاری از نسل‌ها و فرهنگ‌ها بوده است. زرتشت، فیلسوف ایران باستان، آموزه‌های خود را بر مبنای سه رکن اصلی قرار داد: پندار نیک، کردار نیک، و گفتار نیک. بنجامین فرانکلین یکی از بنیان‌گذاران ایالات متحده، مطالب زیادی دربارهٔ شکل‌گیری بازخوردهای سازنده، که به نظر او اثر مثبتی در رفتار دارند، نوشت (ایساک‌سان، ۲۰۰۳). فیلسوفان اروپایی سده‌های نوزده و بیست، مانند کانت، هایدگر، یاسپرس و فرنکل -هم‌چنان به پرورش این نظر که فرایندهای شناختی خودآگاه، نقشی بنیادی در هستی انسان دارند، ادامه دادند (د.ا. کلارک و هم‌کاران، ۱۹۹۹؛ رایت و هم‌کاران، ۲۰۰۳). برای مثال، فرنکل (۱۹۹۲) با دلایل کافی نشان داد که معنایابی در زندگی، به عنوان پادزهری در برابر ناامیدی و سرخوردگی، عمل می‌کند.

ارون ت. بک، نخستین کسی بود که به طور کامل در مورد کاربرد مداخله‌های شناختی و رفتاری در اختلال‌های هیجانی، نظریه‌ها و روش‌هایی وضع کرد (بک، ۱۹۶۳، ۱۹۶۴). او اگرچه از مفاهیم روان‌کاوی فاصله گرفت، اما خاطر نشان کرد که نظریه‌های شناختی او از روان‌کاوهایی پس از فروید از قبیل آدلر، هورنای و سالیوان اثر پذیرفته است. تأکید آنان بر تصاویر مخدوش از خویش، مقدمه‌ای بر پیدایش فرمول‌بندی‌های نظام‌یافته‌تر شناختی - رفتاری در زمینه اختلال‌های روانی و ساختار شخصیت، به حساب می‌آمد (د.ا. کلارک و هم‌کاران، ۱۹۹۹). نظریهٔ سازه‌های شخصی کلی (۱۹۵۵) (باورهای بنیادی یا طرح‌واره‌هایی دربارهٔ خویش، و درمان منطقی - هیجانی ایس نیز در رشد نظریه‌ها و روش‌های شناختی - رفتاری، اثر داشته است (د.ا. کلارک و هم‌کاران، ۱۹۹۹؛ ریمی، ۱۹۷۵).

فرمول‌بندی‌های اولیهٔ بک، بر نقش پردازش اطلاعات ناسازگار در افسردگی و اختلال‌های اضطرابی، متمرکز بود. او در یک رشته مقاله‌هایی که در اوایل دههٔ ۱۹۶۰ منتشر کرد، مفهومی شناختی از افسردگی ارائه داد. در این مفهوم‌سازی، علایم افسردگی در سه حوزه، به سبک تفکر منفی، ربط داده شد. آن سه حوزه عبارت بودند از: خویش، جهان (خارج)، و آینده ("مثلث شناختی منفی"؛ بک، ۱۹۶۳، ۱۹۶۴). پیشنهاد بک برای درمان با گرایش شناختی که در جهت ایجاد تغییر در شناخت‌واره‌های ناکارآمد و رفتارهای مربوط به آن‌ها بود، در تعداد زیادی از بررسی‌های مربوط به نتیجهٔ درمان، مورد آزمون قرار گرفت (باتلر و بک، ۲۰۰۰؛ دابسون، ۱۹۸۹؛ رایت و هم‌کاران، ۲۰۰۳). طرح کلی نظریه‌ها و روش‌هایی که بک و بسیاری دیگر از سهم‌داران مدل شناختی - رفتاری پدید آوردند، به طیف وسیعی از اختلال‌ها، مانند افسردگی، اختلال‌های اضطرابی، اختلال‌های خورد و خوراک، اسکیزوفرنیا، اختلال‌های دوقطبی، درد مزمن، اختلال‌های شخصیت، و سوء مصرف مواد، دامن گسترده است. بیش از ۳۰۰ بررسی کنترل‌شده در مورد کاربرد درمان شناختی - رفتاری در اختلال‌های مختلف، صورت گرفته است (باتلر و بک، ۲۰۰۰).

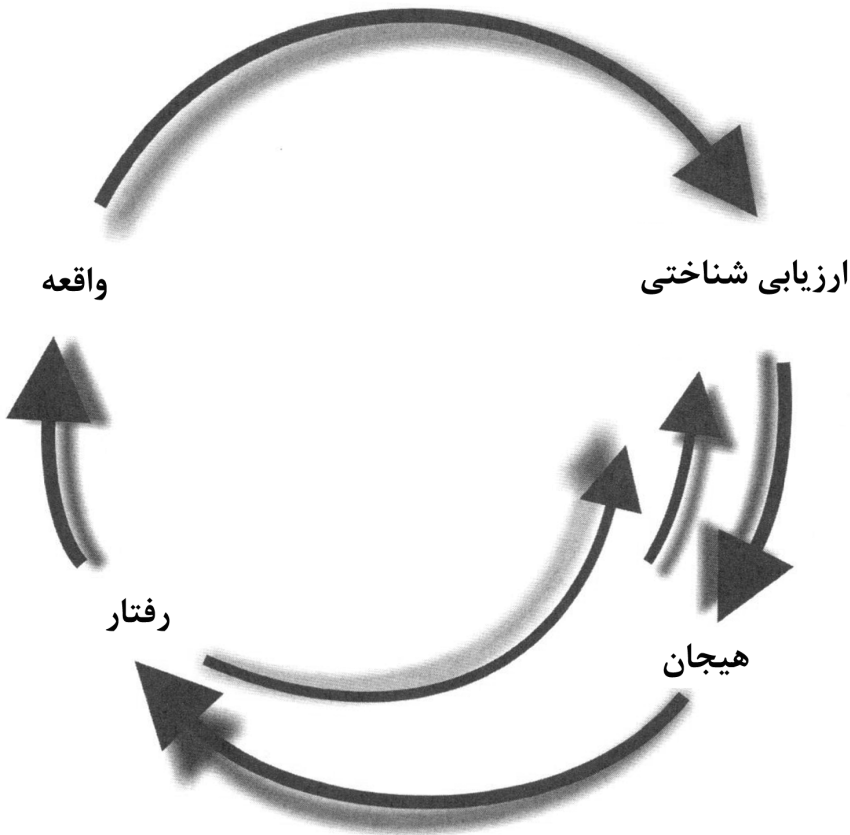
اجزای رفتاری مدل شناختی - رفتاری، به فعالیت‌های محققان بالینی در سال‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ بر می‌گردد. این محققان در طی این دو دهه سعی کردند انگاره‌های پاولوف، اسکینر و سایر رفتارگرایان تجربی را در مسائل بالینی به کار بگیرند (راچمن، ۱۹۹۷). جوزف ولپه (۱۹۵۸) و هنس آیزنک (۱۹۶۶) در بررسی قدرت‌مندی و ظرفیت مداخله‌های رفتاری از قبیل حساسیت‌زدایی (تماس تدریجی با اشیا یا موقعیت‌های ترس‌آور) و آرمش‌آموزی، پیش‌تاز بودند. در بسیاری از رویکردهای اولیه کاربرد اصول رفتاری در روان‌درمانی، توجه زیادی به فرایندهای شناختی ذی‌نقش در اختلال‌های روانی، به عمل نمی‌آمد. به جای آن، شکل‌بخشی رفتار قابل‌سنجش از طریق تقویت و خاموش‌سازی پاسخ‌های ترس‌آمیز با استفاده از برنامه‌های رویارویی، در مرکز توجه قرار می‌گرفت.

با گسترش پژوهش درباره رفتاردرمانی، تعدادی از محققان برجسته - از قبیل مایکن‌بام (۱۹۷۷) و لوین‌سون و هم‌کاران او (۱۹۸۵) - در صدد ادغام نظریه‌ها و راه‌بردهای شناختی در برنامه‌های خود برآمدند. آن‌ها دریافتند که دیدگاه شناختی، عناصری بر بافت، عمق، و درک مداخله‌های رفتاری می‌افزاید. هم‌چنین، یک از همان ابتدای کار درمانی خود، استفاده از روش‌های رفتاری را مورد حمایت قرار داد، چون متوجه شد که این روش‌ها در کاهش علائم، مؤثر واقع می‌شوند. از طرف دیگر، او به ارتباط نزدیکی بین شناخت و رفتار معتقد بود. از سال‌های ۱۹۶۰ به بعد، تلفیق تدریجی فرمول‌بندهای شناختی و رفتاری روان‌درمانی، آغاز شد. اگرچه هنوز افرادی هستند که از مزیت‌های کاربرد رویکرد شناختی یا رفتاری صرف سخن می‌گویند، اما اکثر درمانگران عملی، روش‌های شناختی و رفتاری را، چه از لحاظ نظری و چه از جهت کاربردی، با هم و در کنار هم، مؤثر می‌دانند.

نمونه‌گوییای تلفیق نظریه‌های شناختی و رفتاری را می‌توان در کارهای د.م. کلارک (۱۹۸۶)؛ د.م. کلارک و هم‌کاران، (۱۹۹۴) و بارلو (بارلو و سرنی، ۱۹۸۸)؛ بارلو و هم‌کاران، (۱۹۸۹) در برنامه‌های درمانی برای اختلال آسیمیگی دید. آن‌ها متوجه شدند که بیماران مبتلا به آسیمیگی معمولاً مجموعه‌ای از علائم شناختی (ترس‌های فاجعه‌آمیز از مشکلات جسمی یا از دست دادن کنترل) و علائم رفتاری (مانند فرار و اجتناب) از خود نشان می‌دهند. اثربخشی رویکرد تلفیقی تکنیک‌های شناختی (برای ایجاد تغییر در شناخت‌واره‌های ترس) با روش‌های رفتاری و از آن جمله آموزش دم و بازدم، آرمش و درمان رویارویی، در پژوهش‌های زیادی نشان داده شده است (بارلو و هم‌کاران، ۱۹۸۹؛ د.م. کلارک و هم‌کاران، ۱۹۹۴؛ رایت و هم‌کاران، ۲۰۰۳).

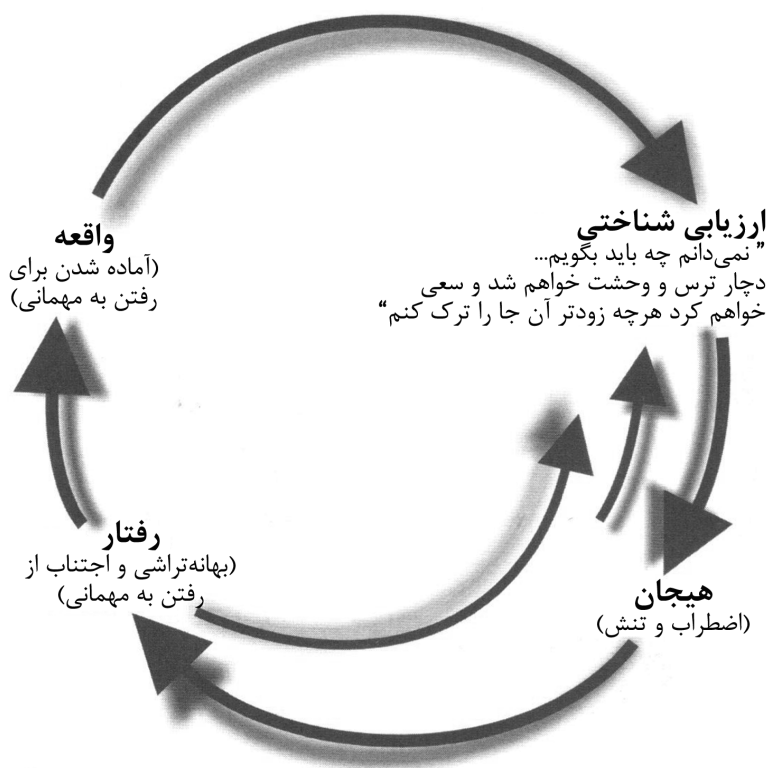
مدل شناختی - رفتاری

عناصر اصلی مدل شناختی - رفتاری در تصویر ۱-۱ ترسیم شده است. در این مدل، پردازش شناختی، نقشی محوری بر عهده دارد، چراکه انسان‌ها پیوسته اهمیت رویدادهای محیط اطراف و درون خود را مورد ارزیابی قرار می‌دهند (مانند رویدادهای پرفشار، گرفتن پسخورد یا



تصویر ۱-۱. مدل اصلی شناختی - رفتاری.

نگرفتن پس‌خورد از دیگران، خاطرات رویدادها از گذشته، وظایف محوّل، احساس‌های جسمی). شناخت‌واره‌ها اغلب با واکنش‌های هیجانی همراه‌اند. برای مثال، ریچارد، مردی که دچار اختلال اضطراب اجتماعی بود، خودش را برای رفتن به مهمانی یکی از همسایه‌ها آماده می‌کرد. او این افکار را داشت: "نمی‌دانم چه باید بگویم همه خواهند فهمید که من عصبی‌ام وصله ناجوری خواهم بود دچار ترس و وحشت خواهم شد و سعی خواهم کرد هر چه زودتر آن‌جا را ترک کنم." هیجان‌ها و پاسخ‌های فیزیولوژیک ناشی از این شناخت‌واره‌های ناسازگار، قابل پیش‌بینی بودند: اضطراب شدید، تنش عضلانی، برانگیختگی غیرارادی. او شروع کرد به عرق کردن و احساس دل‌شوره. خشکی دهان هم پیدا کرد. پاسخ رفتاری او نیز مسئله‌ساز بود. به جای اینکه با موقعیت روبه‌رو شود و سعی کند در برخورد با موقعیت‌های



تصویر ۱-۲. مدل اصلی شناختی - رفتاری: مثال بیمار مبتلا به هراس اجتماعی.

اجتماعی، مهارت‌هایی پیدا کند، به همسایه تلفن زد و گفت سرما خورده است و نخواهد توانست در مهمانی شرکت کند.

اجتناب از رویارویی با موقعیت ترسناک، تفکر منفی ریچارد را تقویت کرد و خود، جزء دور باطل افکار، هیجان‌ها و رفتار در آمد که در نهایت، مسئله او را در مورد اضطراب اجتماعی، هر چه عمیق‌تر کرد. هر بار که سعی می‌کرد با تمهیداتی از موقعیت‌های اجتماعی فرار نماید، اعتقاد او درباره ناتوانی و آسیب‌پذیری خود، قوی‌تر می‌شد. این شناخت‌واره‌های ترس‌آمیز به نوبه خود، ناراحتی هیجانی او را افزایش می‌داد و احتمال شرکت او را در فعالیت‌های اجتماعی، کم‌تر می‌کرد. شناخت‌واره‌ها، هیجان‌ها و اعمال ریچارد، در تصویر ۱-۲ نشان داده شده است.

برای درمان مسائلی مانند مسئله ریچارد، درمانگران شناختی - رفتاری می‌توانند از روش‌های مختلفی استفاده کنند. این روش‌ها، هر سه زمینه کارکرد بیمارگونه که در مدل شناختی

- رفتاری، تشخیص داده شده است، یعنی شناخت‌واره‌ها، هیجان‌ها، و رفتارها را مورد آماج خود قرار می‌دهند. برای مثال، می‌توان به ریچارد یاد داد که افکار اضطراب‌آمیز خود را تشخیص داده و تغییر دهد؛ یا به منظور کاهش هیجان‌های اضطرابی، از آرمش یا تصویرسازی ذهنی استفاده کند؛ و یا از برنامه سلسله مراتبی و گام به گام، برای از بین بردن الگوهای اجتنابی استفاده نماید و مهارت‌های اجتماعی را در خود رشد دهد.

پیش از آنکه نظریه‌ها و روش‌های درمان شناختی - رفتاری را به تفصیل شرح دهیم، می‌خواهیم به این نکته بپردازیم که چه گونه می‌توانیم از مدلی که در تصویر ۱-۱ نشان دادیم، در کار بالینی استفاده کنیم و ارتباط آن را با مفاهیم گسترده‌تر سبب‌شناسی و درمان اختلال‌های روانی دریابیم. مدل اساسی درمان شناختی - رفتاری، سازه‌ای است که بدان وسیله، متخصصان بالینی می‌توانند مسائل بالینی را مفهوم‌سازی کنند و از روش‌های اختصاصی درمان شناختی - رفتاری استفاده نمایند. ما این مدل را به عنوان مدل کارآی‌اند، عمده‌اً ساده نشان داده‌ایم، تا بدین وسیله بتوانیم توجه متخصص بالینی را به روابط بین افکار، هیجان‌ها و رفتار و نیز طراحی برنامه‌های مداخله‌ای، جلب کنیم.

متخصصان شناختی - رفتاری در عین حال متوجه‌اند که در شکل‌گیری و درمان اختلال‌های روانی، تعامل‌های پیچیده‌ای بین فرایندهای زیست‌شناختی (مانند وراثت، کارکردهای نوروترنسمیتری، ساختار مغز و دستگاه عصبی - غددی)، تأثیرات محیطی و بین فردی، و عناصر شناختی - رفتاری وجود دارد (رایت، ۲۰۰۴؛ رایت و تیز، ۱۹۹۲). در مدل درمان شناختی - رفتاری، فرض بر آن است که تغییرات شناختی و رفتاری، از طریق فرایندهای زیستی تنظیم می‌شوند و این که داروهای روان‌گردان و سایر درمان‌های زیستی، در شناخت‌واره‌ها اثر می‌گذارند (رایت و هم‌کاران، ۲۰۰۳). تحقیقات اخیر این دیدگاه را تأیید کرده است.

در یکی از مطالعات انجام گرفته به وسیله PET، یافته‌های مشابهی (کاهش جریان خون در نواحی قشری مرتبط با پاسخ در برابر تهدید)، در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی که سیتالوپرام مصرف کرده بودند و یا از درمان شناختی - رفتاری استفاده کرده بودند، به دست آمد (فرمارک و هم‌کاران، ۲۰۰۲). در تحقیقی دیگر، بهنجارسازی متابولیسم کورتکس اوربیتوفرونتال در اسکن‌های PET، ارتباطی مستقیم با میزان بهبودی در بیماران و سواسی که تحت درمان روش‌های رفتاری یا فلوکستین بودند، داشت (شوارتز و هم‌کاران، ۱۹۹۶). در مطالعه‌ای که درباره اثر زیستی درمان شناختی - رفتاری در افسردگی صورت گرفت، معلوم شد که فعالیت قشر مخ، قبل از تحریک سیستم کناری، صورت می‌گیرد (گلداپل و هم‌کاران، ۲۰۰۴). این یافته‌ها حکایت از آن دارند که مداخله‌های زیست‌شناختی و شناختی می‌توانند در درمان اختلال‌های روانی، با هم تعامل داشته باشد.

تحقیق درباره ترکیب دارودرمانی و روان‌درمانی، شواهد دیگری در مورد اثرات زیست‌شناختی روش‌های درمان شناختی - رفتاری فراهم آورده است. درمان ترکیبی

شناختی - رفتاری و دارودرمانی، اثربخشی درمان را مخصوصاً در مورد اختلال‌های شدیدی مانند افسردگی مزمن یا مقاوم به درمان، اسکیزوفرنیا، و اختلال دوقطبی بالا می‌برد (کلر و هم‌کاران، ۲۰۰۰؛ لَم و هم‌کاران، ۲۰۰۳؛ رکتور و بک، ۲۰۰۱؛ رایت، ۲۰۰۴). اما بنزودیازپین‌های قوی از قبیل آل‌پروزام، ممکن است اثربخشی درمان شناختی - رفتاری را دچار اشکال سازد (مارکس و هم‌کاران، ۱۹۹۳).

برای ارایه درمانی همه جانبه، قویاً توصیه می‌شود که یک فرمول‌بندی منسجم و کاملاً تفصیلی، به نحوی که جنبه‌های شناختی - رفتاری، زیستی، اجتماعی و بین فردی در آن منظور شده باشد، فراهم گردد. روش‌های مربوط به فرمول‌بندی‌های مفهومی و چند جانبه در مورد بیماران، در فصل ۳، "ارزیابی و فرمول‌بندی"، ارایه شده است. بقیه این فصل، به معرفی نظریه‌ها و روش‌های محوری درمان شناختی - رفتاری، اختصاص دارد.

مفاهیم بنیادی

سطوح پردازش شناختی

بک و هم‌کاران او (بک و هم‌کاران، ۱۹۷۹؛ د.ا. کلارک و هم‌کاران، ۱۹۹۹؛ داب‌سون و شاو، ۱۹۸۶)، در پردازش شناختی، سه سطح عمده، تشخیص داده‌اند. عالی‌ترین سطح شناخت، آگاهی است، یعنی حالت وقوفی که در طی آن می‌توان بر مبنای عقل و منطق تصمیم گرفت. ما با استفاده از توجه آگاهانه می‌توانیم (۱) تعامل‌های خودمان را با محیط، کنترل و ارزیابی کنیم؛ (۲) خاطرات گذشته را با تجارب گذشته پیوند دهیم؛ و (۳) اعمال آینده را کنترل و برنامه‌ریزی کنیم (استرن‌برگ، ۱۹۹۶). در درمان شناختی - رفتاری، درمانگران، شکل‌گیری و کاربرد فرایندهای آگاهانه و سازگار فکری از قبیل تفکر منطقی و حل مسئله را مورد تشویق و تقویت قرار می‌دهند. هم‌چنین، درمانگران تلاش فراوان به عمل می‌آورند که بیماران، تفکر مرضی خود را در دو سطح پردازش اطلاعات نسبتاً خودگردان، مورد تشخیص و تغییر قرار دهند. این دو سطح عبارت‌اند از: افکار خودآیند و طرح‌واره‌ها (بک و هم‌کاران، ۱۹۷۹؛ د.ا. کلارک، ۱۹۹۹؛ رایت و هم‌کاران، ۲۰۰۳). افکار خودآیند، شناخت‌واره‌هایی هستند که هنگام درگیری با موقعیت‌ها (یا یادآوری رویدادها)، به سرعت در ذهن ما جریان پیدا می‌کنند. اگرچه ما ممکن است وقوف زیرآستانه‌ای نسبت به این افکار داشته باشیم، اما این طرح‌واره‌ها نوعاً قابل تجزیه و تحلیل دقیق و منطقی نیستند. طرح‌واره‌ها باورهای بنیادی هستند که به عنوان الگو یا قواعد زیرساخت پردازش اطلاعات عمل می‌کنند. طرح‌واره‌ها در غربال‌گری، پالایش، رمزگذاری و معنا بخشیدن به اطلاعات حاصل از محیط، کارکردی بسیار مهم بر عهده دارند.

در درمان شناختی - رفتاری، برعکس درمان مبتنی بر روان‌پویایی، هیچ فرضی درباره ساختارها یا سازوکارهای دفاعی خاصی که افکار را از آگاهی دور نگه دارند، وجود ندارد.

(د. ا. کلارک و هم‌کاران، ۱۹۹۹). بلکه در آن بر تکنیک‌هایی تأکید می‌شود که بدان وسیله بیماران بتوانند افکار درونی خود را بازبینی کنند و آن‌ها را تغییر دهند، مخصوصاً افکاری که با علائم هیجانی و عاطفی مانند افسردگی، اضطراب یا خشم ارتباط دارند. درمان شناختی-رفتاری به بیماران یاد می‌دهد که "درباره تفکر خود بیندیشند". هدف از این کار، این است که بیماران شناخت‌واره‌های خود را به سطح وقوف و کنترل آگاهانه در بیاورند.

افکار خودآیند

تعداد زیادی از افکاری که ما هر روز پیدا می‌کنیم، بخشی از جریان پردازش شناختی هستند که پایین‌تر از سطح وقوف کاملاً آگاهانه قرار دارند. این افکار خودآیند نوعاً خصوصی یا بیان‌نشده هستند و به محض آن که ما می‌خواهیم به ارزیابی اهمیت رویدادها در زندگی خود پردازیم، به طور پیاپی و بدون وقفه ظاهر می‌شوند. د. ا. کلارک و هم‌کاران او (۱۹۹۹) در توضیح افکار خودآیند، از اصطلاح پیش‌آگاهی استفاده کردند، چرا که اگر این افکار را در حیطه توجه قرار دهیم، قابل تشخیص و ادراک خواهند بود. بیماران مبتلا به اختلال‌های روانی، از قبیل افسردگی و اضطراب، اغلب مورد هجوم افکار خودآیندی قرار می‌گیرند که ناسازگار یا مخدوش‌اند. این افکار می‌توانند واکنش هیجانی دردناک و رفتارهای ناکارآمد، ایجاد کنند.

یکی از مهم‌ترین نشانه‌های جریان داشتن افکار خودآیند در ذهن، همراه بودن آن‌ها با هیجان‌های قوی است. در قسمت زیر، ارتباط بین رویدادها، افکار خودآیند، و هیجان‌ها در مورد مارتا که مبتلا به افسردگی اساسی بود، نشان داده شده است (تصویر ۳-۱).

در این مثال، افکار خودآیند مارتا، نتیجه کلی حاصل از شناخت‌واره‌های منفی در افسردگی

هیجان‌ها	افکار خودآیند	رویداد
غمگینی، خشم	"باز افتضاح بار آوردم. هیچ‌وقت نخواهم توانست او را خوشحال کنم. هیچ کاری را نمی‌توانم درست انجام دهم. چه فایده؟"	مادرم تلفن زد و گفت که چرا روز تولد خواهرم را فراموش کرده بودم.
اضطراب	"بیش از حد توانایی من است. نخواهم توانست به موقع تمام کنم. نخواهم توانست با رئیسم روبه‌رو شوم. کارم و به دنبال آن، همه چیزم را از دست خواهم داد."	درباره پروژه بزرگی که در جریان است فکر می‌کنم.
غمگینی، اضطراب	"او دل خوشی از من ندارد. نمی‌توانم وظیفه همسری‌ام را انجام دهم. از چیزی لذت نمی‌برم. دلیلی ندارد که دیگران بخواهند با من ارتباط داشته باشند."	شوهرم شکایت می‌کند که من همیشه، تحریک‌پذیر و عصبی هستم.

را به نمایش می‌گذارد. او اگرچه افسرده و دچار مشکلاتی در خانواده و اداره بود، اما کارکرد او عملاً بسی بهتر از چیزی بود که افکار خودآیند کاملاً انتقادی او القا می‌کرد. در بسیاری از پژوهش‌ها، نشان داده شده است که افراد مبتلا به افسردگی، اختلال‌های اضطرابی و سایر اختلال‌های روانی، دارای افکار خودآیند و مخدوش فراوانی هستند (بلک‌برن و هم‌کاران، ۱۹۸۶؛ هاگا و هم‌کاران، ۱۹۹۱؛ هالن و هم‌کاران، ۱۹۸۶؛ رایت و هم‌کاران، ۲۰۰۳). در افسردگی، افکار خودآیند، اغلب بر حول محور موضوع‌های ناامیدی، احساس ارزش‌مندی پایین و شکست می‌چرخند. افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی، معمولاً افکار خودآیندی دارند که محتوای آن‌ها را پیش‌بینی خطر، آسیب، کنترل‌ناپذیری، یا ناتوانی در کنترل تهدیدها تشکیل می‌دهند (د. ا. کلارک و هم‌کاران، ۱۹۹۰؛ این‌گرم و کن‌دال، ۱۹۸۷؛ کن‌دال و هالن، ۱۹۸۹).

همه، افکار خودآیند دارند. فقط افراد افسرده، مضطرب یا مبتلا به سایر اختلال‌های روانی نیستند که دارای این نوع افکارند. متخصصان بالینی می‌توانند از طریق تشخیص افکار خودآیند خودشان و کاربرد سایر فرایندهای شناختی - رفتاری، درک خود را از مفاهیم بنیادی در این باره، افزایش دهند؛ هم‌دلی خود را با بیماران بالا ببرند؛ و وقوف خود را درباره‌ی الگوهای شناختی و رفتاری که می‌توانند در رابطه‌ی درمانی، مؤثر واقع شوند، عمیق‌تر سازند.

در سرتاسر کتاب، تمرین‌هایی ارائه می‌دهیم که به نظر ما، به شما در یادگیری اصول محوری درمان شناختی - رفتاری، یاری خواهند رساند. در اکثر این تمرین‌های یادگیری، کاربرد مداخله‌های درمان شناختی - رفتاری با بیماران یا ایفای نقش با یک هم‌کار، مد نظر است. اما، در برخی موارد نیز از شما می‌خواهیم که افکار و احساسات خود را بررسی کنید. نخستین تمرین، این است که یک نمونه از افکار خودآیند خود را بنویسید. این نمونه را از موقعیتی که در زندگی خودتان وجود دارد، انتخاب کنید. اگر نمونه‌ی شخصی به ذهن‌تان نمی‌آید، می‌توانید از یادداشت‌های مربوط به مصاحبه با یک بیمار، استفاده کنید.

تمرین برای یادگیری ۱-۱. تشخیص افکار خودآیند: برگه‌ی سه ستونی ثبت افکار

۱. روی صفحه‌ی کاغذ، سه ستون ترسیم کنید و بالای آن‌ها عناوین "رویداد"، "افکار خودآیند" و "هیجان‌ها" را بنویسید.

۲. حال، درباره‌ی موقعیتی در این اواخر (یا خاطره‌ای درباره‌ی یک رویداد) که ظاهراً می‌تواند در شما هیجان‌هایی مانند اضطراب، خشم، غمگینی، تنش جسمی یا احساس خوشحالی پدید بیاورد، بیندیشید.

۳. سعی کنید هر چه بیشتر خودتان را در آن موقعیت قرار دهید، درست آن‌گونه که اتفاق افتاده بود.

۴. در این موقعیت، چه نوع افکار خودآیندی به ذهن‌تان می‌رسد؟ رویداد، افکار خودآیند و هیجان‌ها را در ستون‌های مناسب خود در برگه بنویسید.

گاه افکار خودآیند ممکن است از لحاظ منطقی دارای پایه و اساس باشند و انعکاسی درست از واقعیت شرایط را نشان دهند. برای مثال، ممکن است واقعاً درست باشد که مارتا در خطر از دست دادن شغل خود قرار دارد و یا شوهر او درباره رفتارش عیب‌جویی می‌کند. درمان شناختی-رفتاری در صدد سرپوش گذاشتن روی مسائل واقعی نیست. اگر شخصی با مشکلات جدی روبه‌روست، از روش‌های شناختی و رفتاری استفاده می‌شود تا او بتواند با موقعیت مقابله کند. اما در مورد افرادی که دچار اختلال‌های روانی هستند، معمولاً فرصت‌های بسیار خوبی وجود دارد که باید غنیمت شمرده شوند تا خطاهای مربوط به استدلال و سایر تحریف‌های شناختی در آن‌ها تشخیص داده شوند و با استفاده از مداخله‌های درمان شناختی-رفتاری، اصلاح گردند.

خطاهای شناختی

بک (۱۹۶۳، ۱۹۶۴؛ بک و هم‌کاران، ۱۹۷۹) در فرمول‌بندی‌های اولیه خود، این‌گونه نظرپردازی کرد که در افکار خودآیند و سایر شناخت‌واره‌های افراد مبتلا به اختلال‌های عاطفی و هیجانی، خطاهای منطقی وجود دارد. تحقیقات بعدی، اهمیت خطاهای شناختی را در سبک‌های آسیب‌دیده پردازش اطلاعات، تأیید کرده است. برای مثال، معلوم شده است که خطاهای شناختی در افراد افسرده، به میزان قابل توجهی، بیش‌تر از گروه شاهد بوده است (لوفور، ۱۹۸۱؛ وات‌کینز و راش، ۱۹۸۳). بک و هم‌کاران او (۱۹۷۹؛ د. ا. کلارک و هم‌کاران، ۱۹۹۹) شش طبقه اصلی در خطاهای شناختی تشخیص داده‌اند: انتزاع انتخابی، استنباط اختیاری، تعمیم بیش از حد، بزرگ‌نمایی و کوچک‌نمایی، شخصی‌سازی و تفکر مطلق‌گرایانه (دوقطبی یا همه یا هیچ). تعریف و نمونه‌های هر یک از این خطاهای شناختی در جدول ۱-۱ آمده است.

همان‌گونه که احتمالاً از بررسی جدول ۱-۱ متوجه شده‌اید، هم‌پوشی‌های زیادی بین خطاهای شناختی وجود دارد. دیوید که تفکر مطلق‌گرایانه‌ای داشت، شواهد مربوط به توان‌مندی‌های خود را نادیده می‌گرفت و مسائل دوست خود تد را کوچک‌نمایی می‌کرد. فردی که بر اثر دریافت نکردن کارت، به انتزاع انتخابی دست می‌زد، خطاهای شناختی دیگری نیز از قبیل تفکر همه یا هیچ داشت ("دیگر هیچ‌کس به فکر من نیست"). درمانگران در اجرای روش‌های درمانی به منظور کاهش خطاهای شناختی، معمولاً به بیماران یاد می‌دهند که

جدول ۱-۱. خطاهای شناختی.

انتزاع انتخابی (این خطا را گاه نادیده گرفتن شواهد یا پالایه ذهنی می‌نامند)

تعریف: با در نظر گرفتن فقط یک قسمت کوچک از اطلاعات، نتیجه گرفته می‌شود. داده‌های برجسته و مهمی نادیده گرفته می‌شوند یا کنار گذاشته می‌شوند تا بدین ترتیب، نگرش سوی‌مندانه فرد نسبت به موقعیت، تأیید شود.

نمونه: فرد افسرده‌ای با احساس ارزش‌مندی پایین، کارت تبریکی از دوست قدیمی خود، دریافت نمی‌کند. او فکر می‌کند: "همه دوستانم را از دست می‌دهم. دیگر هیچ کس به فکر من نیست." او این واقعیت را که از بسیاری دوستان کارت دریافت کرده است، و این که همان دوست قدیمی در طی ۱۵ سال گذشته مرتب به او کارت می‌فرستاده است و سال گذشته نقل مکان کرده و کارش را تغییر داده است، و این که هنوز هم ارتباط خوبی با سایر دوستان خود دارد، نادیده می‌گیرد.

استنباط اختیاری

تعریف: نتیجه‌ای که در صورت روبه‌رو شدن با شواهد متضاد یا در موقعیت بدون شواهد، گرفته می‌شود. نمونه: از زنی که دچار ترس از سوار شدن به آسانسور است، خواسته می‌شود که احتمال سقوط آسانسور را موقعی که او سوار آن شده است، پیش‌بینی کند. او پاسخ می‌دهد که این احتمال که آسانسور سقوط کند و او آسیب ببیند، ۱۰ درصد یا بیش‌تر است. در حالی که، بسیاری سعی کرده‌اند او را متقاعد سازند که احتمال وقوع حادثه فاجعه‌بار در آسانسور بسیار پایین است.

تعمیم بیش از حد

تعریف: نتیجه‌ای درباره یک یا چند پیشامد جدا از هم گرفته می‌شود و بعد به طور غیرمنطقی، به طیف وسیعی از زمینه‌های کارکردی تعمیم داده می‌شود.

نمونه: یک دانشجوی افسرده در آزمونی نمره "ب" می‌گیرد. او از این نمره راضی نیست و به دنبال آن ممکن است افکار خودآیندی داشته باشد، از قبیل: "در این کلاس دچار مشکل شده‌ام؛ در همه جنبه‌های زندگی کم می‌آورم؛ نمی‌توانم کاری را درست انجام دهم." در این صورت می‌گوییم که به تعمیم بیش از حد پرداخته است.

بزرگ‌نمایی و کوچک‌نمایی

تعریف: اهمیت یک خصوصیت، یک رویداد یا احساس، مورد اغراق یا کوچک‌شماری قرار می‌گیرد. نمونه: زنی که دچار اختلال آسیمیگی است، در آغاز یک حمله آسیمیگی، احساس منگی و سرگیجه پیدا می‌کند. این فکر به ذهنش می‌رسد: "دارم ضعف می‌کنم. ممکن است دچار حمله قلبی یا سکنه بشوم."

شخصی‌سازی

تعریف: فرد رویدادهای خارجی را به خودش ارتباط می‌دهد، در حالی که، هیچ اساسی برای این کار وجود ندارد، مسئولیت‌پذیری زیاده از حد و یا شماتت کردن خویشتن به خاطر رویدادهای منفی.

نمونه: رکود اقتصادی پیش آمده است و یک تشکیلات تجاری که قبلاً موفق بوده است، با کمبود بودجه سالانه روبه‌رو شده است. قرار است عده‌ای از کار اخراج شوند. عوامل زیادی در این بحران مالی، نقش داشته‌اند. اما یکی از مدیران فکر می‌کند، "همه‌اش تقصیر من بود. باید زودتر متوجه این بحران می‌شدم و کاری انجام می‌دادم؛ همه را در این شرکت، به نابودی کشاندم."

تفکر مطلق‌گرایانه (دوقطبی یا همه یا هیچ)

تعریف: قضاوت درباره خوشتن، تجارب شخصی یا دیگران، در دو مقوله قرار می‌گیرد (همه چیز یا خوب‌اند یا بد؛ یا شکست کامل وجود دارد یا موفقیت کامل؛ یا کاری پر از عیب و اشکال است یا کاملاً درست).

نمونه: دیوید که دچار افسردگی است، خود را با تد که به نظر می‌رسد ازدواج خوبی کرده است و بچه‌هایش در مدرسه پیش‌رفت خوبی دارند، مقایسه می‌کند. این دوست، اگرچه از لحاظ زندگی خصوصی، خوشحال است، اما زندگی او در حد کمال مطلوب نیست. به عنوان مثال، تد در کار مشکلاتی دارد؛ درگیر فشارهای مالی است و از بیماری‌های جسمی رنج می‌برد. وقتی دیوید این طور فکر می‌کند که: "تد در همه چیز موفق است و من نیستم"، دچار تفکر مطلق‌گرایانه می‌شود.

مهم‌ترین هدف درمان، صرفاً تشخیص این نکته است که آن‌ها دچار خطاهای شناختی هستند و نه تشخیص تک تک خطاهایی که از لحاظ منطقی در آن‌ها به وقوع می‌پیوندد.

طرح‌واره‌ها

در نظریه شناختی - رفتاری، طرح‌واره‌ها به عنوان الگوها یا قواعد بنیادی پردازش اطلاعات تعریف می‌شوند که زیربنای لایه ظاهری افکار خودآیند را تشکیل می‌دهند (د. ا. کلارک و هم‌کاران، ۱۹۹۹؛ رایت و هم‌کاران ۲۰۰۳). طرح‌واره‌ها اصول دیرپای تفکراند؛ شکل‌گیری آن‌ها از دوران اولیه کودکی آغاز می‌شود و تحت تأثیر تجارب مختلف زندگی مانند آموزش والدین و مدل‌سازی آن‌ها، فعالیت‌های تربیتی رسمی و غیررسمی، تجارب گروه هم‌سال، ضربه‌ها و موفقیت‌ها، قرار می‌گیرد.

بالبی (۱۹۸۵) و دیگران دریافته‌اند که انسان‌ها نیاز به تشکیل طرح‌واره‌ها دارند تا بدین وسیله بتوانند میزان زیادی از اطلاعات را که هر روز با آن‌ها مواجه می‌شوند، سروسامان دهند و تصمیماتی به موقع و مناسب بگیرند. برای مثال، اگر کسی این قاعده اساسی را در نظر بگیرد که "همیشه پیش از هر کاری، برنامه‌ریزی کن"، بعید است که وقت خود را صرف بحث درباره مزیت ورود به موقعیتی جدید، بدون آمادگی قبلی بنماید؛ بلکه، به طور خودآیند برنامه‌ای برای اداره موقعیت جدید، در نظر می‌گیرد.

د. ا. کلارک و هم‌کاران (۱۹۹۹)، طرح‌واره‌ها را به سه دسته عمده، تقسیم کرده‌اند:

۱. طرح‌واره‌های ساده

تعریف: قواعد درباره ماهیت فیزیکی محیط، اداره عملی فعالیت‌های روزمره یا قوانین طبیعت که چندان اثری در آسیب‌شناسی روانی ندارند و یا اصلاً چنین اثری ندارند. مثال‌ها: "با رعایت کامل اصول ایمنی، رانندگی کنید"، "تعلیم و تربیت خوب، نتیجه خوبی به بار می‌آورد"، "به هنگام طوفان و رعد و برق، جایی پناه بگیرید".

۲. باورها و فرض‌های حد وسط

تعریف: قواعد وابسته از قبیل گزاره‌های "اگر - پس"، که احساس ارزش‌مندی و تنظیم هیجانی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. مثال‌ها: "برای این که دیگران مرا قبول داشته باشند، باید از هر نوع عیب و نقصی، مبرا باشم"؛ "اگر خوشحالی دیگران را در همه حال فراهم نکنم، آن‌ها از من روی‌گردان خواهند شد"؛ "اگر سخت کارکنم، می‌توانم موفق بشوم".

۳. باورهای بنیادی درباره خوشتن

تعریف: قواعد همه‌شمول و مطلق درباره تفسیر اطلاعات محیطی مربوط به احساس ارزش‌مندی.

مثال‌ها: "من دوست‌داشتنی نیستم." ؛ "من احمقم" ؛ "آدم شکست‌خورده‌ای هستم" ؛
 "دوست خوبی هستم" ؛ "می‌توانم به دیگران اعتماد کنم".

ما در کار بالینی خود، معمولاً سعی نمی‌کنیم سطوح مختلف طرح‌واره‌ها (مثلاً فرض‌های حدّ وسطی، در تقابل با باورهای بنیادی) را به بیماران توضیح دهیم. کار بالینی ما نشان داده است که اکثر بیماران، بیش‌تر از تشخیص این مفهوم کلی که طرح‌واره‌ها یا باورهای بنیادی (ما این اصطلاحات را مترادف هم به کار می‌گیریم) اثری قوی در احساس ارزش‌مندی و رفتار دارند، سود می‌برند. هم‌چنین، به بیماران یاد می‌دهیم که همهٔ مردم، آمیزه‌ای از طرح‌واره‌های سازگار (سالم) و باورهای ناسازگار (ناسالم) دارند. هدف ما در درمان شناختی - رفتاری، تشخیص و تشکیل طرح‌واره‌های سازگار و در عین حال، تغییر یا کاهش اثر طرح‌واره‌های ناسازگار است. فهرست کوتاهی از طرح‌واره‌های سازگار و ناسازگار در جدول ۲-۱ آمده است.

ارتباط بین طرح‌واره‌ها و افکار خودآیند، در فرضیهٔ اژذیری از استرس (فشار) به تفصیل شرح داده شده است. بک و هم‌کاران مطرح کرده‌اند که در افسردگی و سایر اختلال‌ها، ساخت‌واره‌های ناسازگار، ممکن است غیرفعال باقی بمانند تا زمانی که یک رویداد فشارزای زندگی اتفاق بیفتد و باور بنیادی را فعال سازد (بک و هم‌کاران، ۱۹۷۹؛ د. ا. کلارک و هم‌کاران، ۱۹۹۹؛ میراندا، ۱۹۹۲). در این صورت، ساخت‌وارهٔ ناسازگار به قدری نیرومند می‌شود که می‌تواند جریان وابسته به سطح ظاهری‌تری از افکار خودآیند منفی را تحریک و راه‌اندازی کند. این پدیده در درمان مارک، مرد میان‌سالی که به دنبال از دست دادن کار خود دچار افسردگی شده بود، نشان داده شده است.

جدول ۲-۱. طرح‌واره‌های سازگار و ناسازگار.

طرح‌واره‌های سازگار	طرح‌واره‌های ناسازگار
مهم نیست چه اتفاقی می‌افتد؛ به هر حال می‌توانم شرایط را کنترل کنم.	اگر تصمیم بگیرم که کاری انجام دهم، حتماً باید در آن کار موفق شوم.
اگر روی کاری متمرکز شوم، می‌توانم در آن تسلط پیدا کنم.	نمی‌توانم هیچ کاری یاد بگیرم.
آدم پر طاقتی هستم.	آدم سست و بی‌برنامه‌ای هستم.
قابل اعتماد دیگران هستم.	نمی‌توانم در کنار دیگران، احساس راحتی بکنم.
دوست‌داشتنی‌ام.	اگر کسی (مرد یا زن) در زندگی‌ام نباشد، هیچم.
برای دیگران قابل احترام هستم.	برای این که دیگران به من احترام بگذارند، باید آدم بی‌عیب و نقصی باشم.
اگر خودم را از قبل آماده کنم، معمولاً کارها را بهتر انجام می‌دهم.	هر قدر تلاش بکنم، نمی‌توانم موفق شوم.
در اطرافم چیزهای زیادی نیستند که مرا بترسانند.	جهان پیرامون‌ام، فوق‌العاده ترسناک است.

منبع: برگرفته از رایت و هم‌کاران، ۲۰۰۳.

مارک قبل از آن که شغل خود را از دست بدهد، افسرده نبود، اما وقتی که نتوانست کار جدیدی شروع کند، تردیدهایی درباره خود پیدا کرد. او وقتی به قسمت کاریابی روزنامه محلی مراجعه می‌کرد، با افکار خودآیندی از قبیل "به من احتیاجی ندارند"؛ "هیچ وقت نخواهم توانست کاری به خوبی کار قبلی‌ام پیدا کنم"؛ "حتی اگر شانس مصاحبه هم داشته باشم، دچار وحشت خواهم شد و نخواهم توانست حرف بزنم"، روبه‌رو می‌شد. پس از شروع درمان، درمانگر توانست به مارک کمک کند که چند طرح‌واره عمقی درباره توانایی خود را که چندین سال به طور زیرلایه‌ای، غیرفعال باقی مانده بودند، شناسایی کند. یکی از طرح‌واره‌ها عبارت بود از "هیچ وقت، فرد شایسته‌ای نبوده‌ام"، باور بنیادی که در مواقع معمولی خاموش بود، اما اینک به دنبال کاریابی، زنجیره‌ای از افکار خودآیند منفی را به حرکت در می‌آورد.

پردازش اطلاعات در اختلال‌های افسردگی و اضطراب

علاوه بر نظریه‌ها و روش‌های افکار خودآیند، طرح‌واره‌ها و خطاهای شناختی، عوامل مهم دیگری هم در رشد و تحوّل مداخله‌های درمانی شناختی محور نقش داشته‌اند. ما در این جا به طور خلاصه، به برخی از یافته‌های پژوهشی درباره اختلال‌های افسردگی و اضطراب اشاره می‌کنیم و در فصل‌های بعد، زمینه‌های نظری برای روش‌های درمانی را بیش‌تر توضیح می‌دهیم. سیمایه‌های اصلی پردازش اطلاعات بیمارگونه در افسردگی و اضطراب، در جدول ۱-۳ خلاصه شده است.

جدول ۱-۳. پردازش اطلاعات بیمارگونه در افسردگی و اختلال‌های اضطرابی.		
مسئله در افسردگی	مسئله در اختلال‌های اضطرابی	مشترک در افسردگی و اختلال‌های اضطرابی
نامیدی	ترس از آسیب یا خطر	شدت یافتن پردازش اطلاعات خودآیند
احساس ارزش‌مندی پایین	افزایش توجه به اطلاعات مربوط به تهدیدهای بالقوه	طرح‌واره‌های ناسازگار
نگرش منفی به محیط	بیش‌انگاری خطر در موقعیت‌ها	افزایش فراوانی خطاهای شناختی
افکار خودآیند با محتوای منفی	افکار خودآیند مربوط به خطر،	کاهش در قابلیت شناختی برای حل مسئله
استادهای نادرست	خطرورزی، از دست دادن کنترل و ناتوانی	افزایش توجه در زمینه کمبودها یا مسائل
بیش‌انگاری پشخوردهای منفی	کم‌انگاری توانایی در مقابله با موقعیت‌های ترسناک	
نقص در انجام آزمایش‌های شناختی که نیازمند تلاش یا تفکر انتزاعی‌اند.	سوءتعبیر درباره محرک‌های جسمی	

منبع: برگرفته از رایت و هم‌کاران، ۲۰۰۳.