

فهرست

درباره نویسندگان	۵
فصل ۱ - سرآغاز	۷
رویکردی ویژه پردازهای به درمان شناختی-رفتاری	۸
مفهوم‌سازی مشکل بیمار ضروری است	۱۱
استفاده از مفهوم‌سازی مشکل بیمار برای هدایت درمان شناختی-رفتاری ویژه پردازهای	۱۳
ادغام رویه‌ها با روندهای روان‌درمانی	۱۴
به‌کارگیری تکنیک‌ها در بافتار برانگیختگی هیجانی بیمار	۱۶
به‌کارگیری تکنیک‌ها در قالب‌های گروهی و خانوادگی	۱۸
کلامی درمورد مثال‌های ما	۱۹
نتیجه‌گیری	۱۹
فصل ۲ - استفاده اثربخش از ارزیابی	۲۱
توصیه‌هایی برای جلسه آغازین	۲۲
توصیه‌هایی برای بازبینی مداوم	۲۶
مقیاس‌های خودگزارش‌دهی و دیگرگزارش‌دهی رسمی	۲۸
تکنیک‌های خودبازبینی اندیشه‌نگار	۴۷
خودبازبینی رفتاری	۵۳
نتیجه‌گیری	۶۹
فصل ۳ - آموزش روانی	۷۵
اطلاعاتی برای والدین	۷۵
مواد آموزشی اختلال-ویژه برای کودکان و نوجوانان	۸۴
آموزش هیجانات	۸۸
آموزش درمورد الگوی شناختی	۹۳
نتیجه‌گیری	۱۰۰
فصل ۴ - مداخله‌های رفتاری	۱۰۴
تکنیک‌های آرمیدگی	۱۰۵
سرمشق‌دهی	۱۱۴
حساسیت‌زدایی منظم	۱۱۵
آموزش مهارت‌های اجتماعی	۱۱۷
برنامه‌ریزی فعالیت‌های خوشایند	۱۲۶
عادت برگردانی	۱۳۳
مهارت‌های تحمل رفتار آشفته	۱۳۵

۱۳۷	قرارداد وابستگی
۱۴۶	کمک‌هایی برای والدین/نکته‌هایی برای آموزگاران
۱۴۷	نتیجه‌گیری
۱۵۷	فصل ۵ - شیوه‌های خودآموزی و بازسازی شناختی
۱۶۱	ویژگی‌های رویه‌های خودگویی اثربخش
۲۲۱	نتیجه‌گیری
۲۳۵	فصل ۶ - تحلیل منطقی
۲۳۵	مروری بر شیوه‌های تحلیل منطقی
۲۳۷	استعاره‌ها در تحلیل منطقی
۲۴۳	استعاره راننده اتوبوس
۲۴۷	بازی‌های تحلیل منطقی
۲۵۱	سایر تکنیک‌های تحلیل منطقی
۲۸۳	نتیجه‌گیری
۲۹۵	فصل ۷ - عملکرد، موفقیت، رویارویی
۲۹۸	اصول اساس رویارویی
۳۰۴	انواع رویارویی و یادگیری مبتنی بر تجربه
۳۱۰	ماجرای درمانی: رویارویی و آزمون‌ها برای مشکلات بالینی گوناگون
۳۵۸	نتیجه‌گیری
۳۶۰	فصل ۸ - نکته‌های پایانی
۳۶۰	کودکان و خانواده‌های ایشان را در روند درمان درگیر و به آن متعهد کنید
۳۶۱	نسبت به خودتان، و کودکان، نوجوانان، و خانواده‌هایی که درمان می‌کنید، صبور باشید
۳۶۱	نسبت به تکنیک‌ها و روندها انعطاف‌پذیر باشید
۳۶۲	خلاق باشید و نوآوری کنید
۳۶۳	برای راهنمایی گرفتن از تئوری و تحقیق استفاده کنید
۳۶۳	یادگیری را ادامه دهید
۳۶۴	لحظه‌های دشوار و اشتباهات را بپذیرید
۳۶۴	یادداشت‌های شخصی
۳۶۷	منابع

درباره نویسندگان

رابرت. د. فریدبرگ^۱، دارای بورس تخصصی روان‌شناسی آمریکا، دانشیار دانشگاه، مدیر کلینیک روان‌درمانی شناختی کودکان و نوجوانان و مدیر برنامه فلوشیپ فوق تخصصی روان‌شناسی در بخش روان‌پزشکی مرکز طبی هرشی، در کالج دانشکده پزشکی ایالت پن است. دکتر فرایدبرگ روان‌شناس بالینی است که پنج کتاب دیگر نیز تألیف کرده است، و نشریات دانشگاهی و ارایه‌های ملی و بین‌المللی او در سراسر جهان گسترش یافته است. دکتر فرایدبرگ همچنین سوپروایزر کارآموزان مؤسسه بک در پژوهش و شناخت‌درمانی است. او فلوی آکادمی شناخت‌درمانی و گواهینامه دوره‌های تخصصی در رفتاردرمانی شناختی را بنیان نهاده است.

جسیکا م. مک‌کلور^۲، روان‌پزشک، متخصص روان‌شناسی بالینی در مرکز طبی بیمارستان کودکان سین‌سیناتی است. او به همراه رابرت فرایدبرگ، نویسنده مشترک کتاب *درمان بالینی شناخت‌درمانی کودکان و نوجوانان* است. وی همچنین مقالات و فصل‌هایی از کتاب را به نگارش درآورده است و سمینارهایی در مورد درمان شناختی- رفتاری با کودکان و نوجوانان ارائه کرده است. تخصص او شامل درمان شناختی- رفتاری کودکان و نوجوانان مبتلا به اضطراب، افسردگی، اختلالات رفتاری، و اختلالات نافذ رشد است. دکتر مک‌کلور در حال حاضر در طرحی ابتکاری در مرکز طبی بیمارستان کودکان سین‌سیناتی فعالیت می‌کند تا به متخصصان بالینی کمک کند پروتکل‌های درمانی مبتنی بر شواهد را به درمان روزمره ترجمه کنند تا به این طریق بتوانند مراقبت مبتنی بر شواهد را برای کودکان و نوجوانان گسترش دهند.

جولین هیلویگ گارسیا^۳، پزشک، رزیدنت روان‌پزشکی است که در حال اتمام تحصیلات خود در بخش روان‌پزشکی مرکز طبی میلتنون س. هرشی، کالج دانشکده پزشکی ایالت پن است، و دارای فلوشیپ روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان است. وی از کالج دانشکده پزشکی ایالت پن، مدرک پزشکی عمومی و از کالج لیکومینگ، کارشناسی زیست‌شناسی و کارشناسی طراحی هنر صنعتی را دریافت کرده است. دکتر گارسیا در پژوهش و نشریات دانشگاهی، و نیز سمینارهای تخصصی در مورد موضوعات مربوط به روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان مشارکت داشته است. به‌علاوه، او حرفه خود در گرافیک و هنرهای زیبا را دنبال می‌کند.

1 . Robert D. Frideberg
2 . Jessica M. McClure
3 . Jolene Hillwig Garcia

سر آغاز

این کتاب طیف گسترده‌ای از تکنیک‌ها و روندها را به درمانگران شناختی- رفتاری ارائه می‌کند که کار درمان را هم برای درمانگران و هم برای کودکان آسان‌تر و مؤثرتر می‌کند. کتاب حاضر همراهی برای کتاب قبلی ما با عنوان *درمان بالینی شناخت‌درمانی برای کودکان و نوجوانان: نکته‌های اصلی* (فریدبرگ و مک‌کلور، ۲۰۰۲) محسوب می‌شود. کتاب اوّل اصول اساسی درمان را ارائه کرده بود. اینجا، ما فراتر رفته‌ایم تا تکنیک‌ها و رویکردهای بیشتری را برای آمّاج قرار دادن مراجعان دور از دسترس، مشکلات دشوار برای درمان، و موارد پیچیده‌تر، معرفی کنیم. ما رویکردی ویژه‌پدازه‌ای^۱ را پیشنهاد کرده‌ایم تا به متخصصان بالینی کمک کنیم تکنیک درست و مناسب برای مراجع را انتخاب کنند. این کتاب همچنین بر آن بوده تا پلی باشد بین کتاب‌های راهنمای درمان مبتنی بر تجربه و آنچه ما در سبک‌های بالینی معمول یافته‌ایم.

در این فصل، ما بعضی از یافته‌های به دست آمده از ادبیات پژوهشی را ارائه می‌کنیم تا به متخصصان بالینی کمک کنیم از مؤلفه‌های درمان‌های سنتی و موفق استفاده کنند. بعلاوه، ما رویکرد ویژه‌پدازه‌ای به درمان، و اینکه چگونه این رویکرد می‌تواند برای درمان در موقعیت‌های خاص مفید فایده باشد را بررسی می‌کنیم.

پژوهش‌هایی که از درمان شناختی- رفتاری (CBT) کودکان حمایت می‌کنند به لحاظ روش‌شناسی بسیار دقیق هستند و نتایج اثربخشی قابل‌توجهی به دست داده‌اند. این یافته‌های امیدبخش به درخواست‌هایی برای درمان متکی بر تجربه یا حداقل درمان‌های آگاهانه مبتنی بر تجربه منجر شده است. با این حال، بسیاری از درمانگران درمورد استفاده از برنامه‌های پژوهشی در درمان بالینی تردید دارند (ساوتهام- گرو، ۲۰۰۴؛ ویستر، ۲۰۰۴). در واقع، تلاش برای ترویج و انتشار درمان اثربخش در جامعه به میزان زیادی ناموفق بوده است (آدیس، ۲۰۰۲؛ کارول و نورو، ۲۰۰۲؛ شامبلز و اولندیک، ۲۰۰۱؛ ادواردز، داتلیو و بروملی، ۲۰۰۴؛ گاتگهام ۲۰۰۶؛ شولت، بوخام، و افرت، ۲۰۰۲؛ زلیگمن، ۱۹۹۵). دلایل بسیاری برای این موقعیت وجود دارد.

متخصصان بالینی با چالش‌های بسیاری روبرو هستند که برنامه‌های پژوهشی همیشه از آن‌ها اجتناب می‌کنند. برای مثال، متخصصان بالینی معمولاً بیمارانی با آشفتگی شدید با همزمانی چند

اختلال^۱ را درمان می‌کنند که بسیار احتمال دارد از درمان انصراف دهند (وستز، ۲۰۰۴). درحالی‌که شرکت‌کنندگانی که برای برنامه‌های پژوهشی به کار گرفته می‌شوند اغلب داوطلب هستند و برای مشارکت در تحقیق مبلغی دریافت می‌کنند. در کلینیک‌های معمولی، والدینی که برای درمان کودکان خود مراجعه می‌کنند به ندرت مشکلات آن‌ها را تصدیق می‌کنند، معمولاً با هدف‌های درمانی موافق نیستند، و ندرتاً به درمان خودشان تمایل نشان می‌دهند. (سرید و کندال، ۲۰۰۵؛ شیرک و کارور، ۲۰۰۳). جامعه مورد مطالعه بیماران معمولاً از آسیب‌شناسی روانی خانوادگی رنج می‌برند و متأسفانه بسیاری از این کودکان ممکن است قربانی نوعی سوءرفتار باشند (ویتس، ۲۰۰۴). بعلاوه، متخصصان بالینی اغلب در مناسبات دشوار و طاقت‌فرسای بهره‌وری، الزامات، فرم‌ها و کاغذبازی اداری اسیر می‌شوند (ساوتهام-گرو، ۲۰۰۴؛ ویتس، ۲۰۰۴). ساوتهام-گرو (۲۰۰۴) با هوشیاری اظهار داشتند که پدیدآورندگان کتاب‌های راهنمای درمان به اشتباه متخصصان بالینی را مصرف‌کنندگان غیرفعال یا "مصرف‌کننده محصول نهایی" می‌پندارند. ایشان باور دارند که متخصصان بالینی باید به‌عنوان همکاران خلاق پدیدآورندگان این محصولات در نظر گرفته شوند، که قادر هستند تصمیمات هوشمندانه‌ای بگیرند. همانطور که جان^۲ و لیدون^۳ (۲۰۰۵، ص ۳۴۰) نوشته‌اند، "پدیدآورن کتاب‌های راهنمای درمان نقشی نیست که بر سنگ حک شده باشد، بلکه روندی است که همواره در حال شکل گرفتن است". به کلام دیگر، پژوهش‌ها می‌توانند متخصصان بالینی را به سوی مسیر درست رهنمون شوند اما هر درمانگری که در دنیای واقعی کار می‌کند باید راه‌های مخصوص رسیدن به مقصد را خود پیدا کند. رویکرد ویژه پردازهای به درمان شناختی - رفتاری که در این کتاب ارائه شده است، به متخصصان بالینی جایگزینی جذاب برای کتاب‌های راهنما معرفی می‌کند که بین دقت برنامه‌ریزی، و انعطاف‌پذیری و خلاقیت بالینی، تعادل برقرار می‌کند. ما نمی‌توانیم با اطمینان بگوییم که رویکرد ویژه پردازهای بهتر از درمان راهنما - محور است. تاکنون اطلاعاتی در این زمینه به دست نیامده است. باین حال، وعده نویدبخش رویکرد ویژه پردازهای در توانایی‌های آن برای عملی بودن در دنیای واقعی نهفته است.

رویکرد ویژه پردازهای به درمان شناختی-رفتاری

رویکرد ویژه پردازهای به مداخله‌های درمانی، مبتنی بر مهارت‌ها است و برای انواع کودکان و نوجوانانی که با شکایت‌های متعدد مراجعه می‌کنند، قابل اجرا است (فن برون، ۲۰۰۰). شورپیتا، دالیدن، و ویتسز (۲۰۰۵b، ص. ۱۴۲) اثر^۴ ویژه پردازهای^۴ را "شکستن فعالیت‌های پیچیده به بخش‌های ساده‌تری که به صورت مستقل عمل می‌کنند" تعریف کرده‌اند. رویکرد ویژه پردازهای که ما

1 . Comorbidity
2 . Joans
3 . Lyddon
4 . Modularity

در این کتاب استفاده کرده‌ایم شامل تکنیک‌ها و روندهای خاص^۱ استخراج شده از کتاب‌های راهنمای متکی به تجربه و گروه‌بندی آن‌ها توسط آزمایش‌های درمان به صورت ویژه‌پردازه‌ای است (شورپیتا، دالیدن، و ویتس، ۲۰۰۵؛ کوری و ولز، ۲۰۰۵؛ راجرز، رین‌بک، و کوری، ۲۰۰۵). تکنیک‌ها و روندهای این کتاب به صورت ۶ ویژه‌پردازه سازماندهی شده‌اند که حوزه‌های زیر را پوشش می‌دهند: آموزش روانی^۱، ارزیابی و مداخله‌های رفتاری، خودبازبینی، بازسازی شناختی، تحلیل منطقی و شیوه‌های آزمایشی/رویارویی. همه تکنیک‌های یک ویژه‌پردازه، هدف درمانی مشترکی دارند (برای مثال، آموزش روانی)، اما ممکن است از لحاظ اقتضای مرحله رشد (کودک یا نوجوان)، جمعیت آماجی و قالب درمانی (فردی، گروهی، یا خانواده‌درمانی) متفاوت باشند.

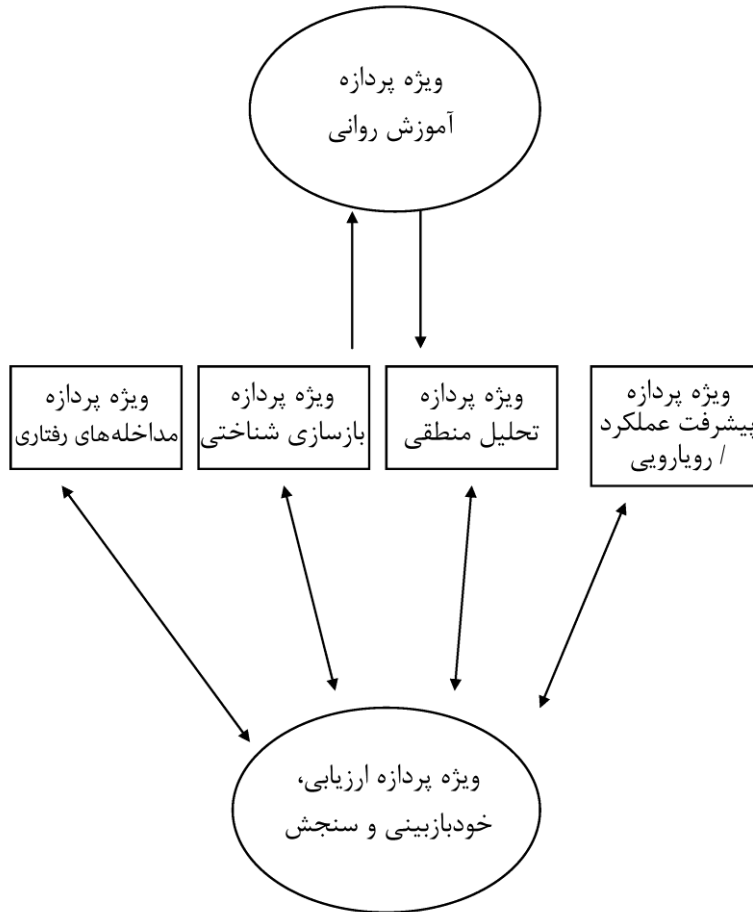
طرح‌ریزی صورت‌بندی اختصاصی مشکل بیمار گامی کلیدی در عملی کردن یا اجرای رویکرد ویژه‌پردازه‌ای ارائه شده در این کتاب است. کندال، چو^۲، گیفورد، هایز، و نائوت^۳ (۱۹۹۸) به درستی اظهار داشته‌اند که درمان شناختی-رفتاری با کودکان، به واسطه منطقی نظری هدایت می‌شود، تا تکنیک‌ها. خوانندگان دارای گرایش‌های متفاوت نظری، احتمالاً در این کتاب تکنیک‌هایی را شناسایی خواهند کرد که به صورت سنتی تداعی‌کننده پارادایم‌های درمانی دیگر هستند. پیوندهایی که تکنیک‌های گوناگون را در این کتاب به هم متصل می‌کنند، پیوندهای مفهومی هستند. به خاطر داشته باشید: چیزی که موجب شناختی بودن یک تکنیک است بافتار نظری و مکانیسم مفهومی پیشنهادی آن برای تغییر است (ج. س. بک، ۱۹۹۵).

تصویر ۱.۱ ویژه‌پردازه‌ها و رابطه آن‌ها با یکدیگر را در طول یک دوره درمانی نشان می‌دهد. ارزیابی^۴ و آموزش روانی دو ویژه‌پردازه اول هستند. درحالی‌که شما با ارزیابی و آموزش روانی آغاز می‌کنید، پیکان‌های دو طرفه اجازه می‌دهند در طول روند درمان، همانطور که به سمت تکنیک‌های بازسازی شناختی، رفتاری، تحلیل منطقی، و پیشرفت عملکرد پیش می‌روید، به این تکنیک‌ها باز گردید.

تکنیک‌های درون ویژه‌پردازه ارزیابی، خود-بازبینی و سنجش، بیماران و درمانگران را به سوی آماج بالینی مناسب رهنمون می‌شوند و نیز داده‌هایی درمورد چگونگی پیشرفت درمان فراهم می‌کنند. برای مثال، اگر بیمار در فقدان لذت^۵ بالا باشد، برنامه‌ریزی فعالیت خوشایند را می‌توان آغاز کرد. اگر به مهارت‌های اجتماعی نیاز باشد، آنگاه آموزش در این حوزه‌ها راهبرد منطقی برای درمان است. در بعضی مواقع، خود-بازبینی و سایر روش‌های ارزیابی ممکن است نیاز به مداخله بازسازی شناختی را

1 . Psychoeducation
2 . Chu
3 . Nauta
4 . Assessment
5 . Anhedonia

تصویر ۱.۱. رویکرد ویژه‌پردازهای به درمان شناختی- رفتاری



نشان دهند. آنگاه، می‌توان تکنیک را به کار برده و ارزیابی کرد. اگر داده‌ها نشان دهند که مداخله موفقیت‌آمیز بوده است، درمانگر می‌تواند به سراغ تکنیک‌های پیشرفته‌تر بازسازی شناختی، یا یکی از تکنیک‌های ویژه‌پردازهای پس‌آیند تحلیل منطقی یا رویارویی برود. اگر ارزیابی عدم موفقیت را آشکار کند، آنگاه یکی دیگر از تکنیک‌های بازسازی شناختی یا یکی از مداخله‌های درمانی ویژه‌پردازه رفتاری قبلی را می‌توان انتخاب کرد. در فصل ۲ انواع شیوه‌های ارزیابی و خود-بازبینی ارائه شده است.

آموزش روانی به کودکان، نوجوانان، خانواده‌های ایشان، و درمانگران، شناختی مشترک از روند درمان ارائه می‌کند. فرانک (۱۹۶۱) چنین بیان می‌کند که همهٔ روان‌درمانی‌ها منطقی دارند که بیماری و بهبودی را توضیح می‌دهد. او چنین می‌گوید:

منطق درمانی در نهایت بیمار را قادر می‌سازد تا علایم خود را بفهمد. نظر به اینکه او اغلب علایم خود را مسایلی غیرقابل فهم می‌داند که به بدبینی آن‌ها می‌افزاید، توانایی نام‌گذاری و توضیح آن‌ها بر حسب طرحواره مفهومی غالب، به شدت مایه دلگرمی اوست. اولین گام در به دست آوردن کنترل درمورد هر پدیده‌ای، نامگذاری آن است (۱۹۶۱، ص ۳۲۸).

فصل ۳ تکنیک‌های خاص بسیاری را برای آموزش روانی ارایه می‌کند.

در اینجا چهار ویژه پردازش مداخله وجود دارد: مداخله‌های رفتاری، بازسازی شناختی، تحلیل منطقی، و رویارویی/پیشرفت عملکرد. ترتیب ویژه‌پردازها بر اساس چگونگی پیشرفت مهارت‌سازی است: یعنی از آزمایه^۱ ساده به آزمایه پیچیده. به طور کلی، کسب و به کارگیری مداخله‌های رفتاری (فصل ۴) برای کودکان آسان‌تر است، چون مداخله‌های شناختی مانند بازسازی شناختی (فصل ۵) یا تحلیل منطقی (فصل ۶) تا حدی مهارت‌های پیچیده‌تری هستند. رویارویی و دیگر شیوه‌های پیشرفت عملکرد (فصل ۷) از نظر ترتیب عقب‌تر قرار گرفته‌اند تا امکان ساختن مهارت‌های مقابله فراهم بیاید، که می‌تواند پیشرفت به سوی آزمایه‌های رویارویی/آزمایشی را تسهیل کند.

مفهوم‌سازی مشکل بیمار ضروری است

تکیه بر مفهوم‌سازی مشکل بیمار وجه تمایز متخصصان بالینی از تکنسین‌ها است (فریمن، پرتزر، فلمینگ، و سیمون، ۱۹۹۰). مفهوم‌سازی مشکل بیمار، انعطاف‌پذیری راهبردهای درمانی را افزایش می‌دهد، به درمانگر امکان می‌دهد دریابد چه تکنیکی مؤثر است و کدام روندها ناموفق هستند، و هنگامی که مانعی بر سر راه درمان قرار می‌گیرد، مشکل‌گشایی کارآیند را تسهیل می‌کند. گرچه بحث کامل درمورد مفهوم‌سازی مشکل بیمار در مجال این فصل نیست، ما در هر صورت توضیحی برای مفهوم‌سازی مشکل بیماران ارایه خواهیم کرد. برای خوانندگانی که به اطلاعات بیشتری درمورد اصول بنیادی مفهوم‌سازی مشکل بیمار نیاز دارند، کتاب ج. س. بک (۱۹۹۵)، فرایدبرگ و مک‌کلور (۲۰۰۲) کیوکن، پدسکی و دودلی (۲۰۰۹) و پرسونز (۲۰۰۸) را توصیه می‌کنیم.

فرایدبرگ و مک‌کلور (۲۰۰۲) مؤلفه‌های اصلی مفهوم‌سازی مشکل بیمار را برشمرده‌اند، که شامل شرح حال رشد، بافتار فرهنگی، سابقه رفتاری، ساختار شناختی، و مشکلات فعلی است. مشکلات فعلی موضوعاتی هستند که باعث شده‌اند کودک برای درمان مراجعه کند. درحالی‌که این مسائل اغلب مهم و فوری هستند، صرفاً نشان‌دهنده قسمتی از تصویر هستند. در الگوی ما، مشکلات فعلی در بطن شرح حال پیش‌آموخته، عوامل فرهنگی، تأثیرات سیستمی، و متغیرهای رشد، بهتر درک می‌شوند. این متغیرها تأثیری دوسویه بر مشکلات فعلی دارند. آن‌ها شکایت‌های فعلی را شکل می‌دهند و از آن‌ها شکل می‌پذیرند. به منظور مفهوم‌سازی مشکل بیمار و اجرای موفقیت‌آمیز بسته درمانی، لازم است شما

اطلاعات بیمار مربوطه را همانطور که در زیر آمده به دست آورید.

گام‌شمار رشد^۱ از نظر خود-تنظیمی^۲ (برای مثال، خوردن، خوابیدن، توالیت رفتن)، پاسخ‌دهی به تغییر در برنامه‌های معمول و سازگاری با مدرسه باید در نظر گرفته شوند. به‌علاوه، عملکرد کودک در مدرسه نیز باید بررسی شود (برای مثال، عملکرد تحصیلی؛ حضور و غیاب؛ شرح حال انضباطی مانند بازداشت، تعلیق، و اخراج؛ تجربه‌های کافی تریا، سالن ورزش، و زنگ تفریح). عملکرد اجتماعی نیز بسیار مهم است (دوستان بیمار چه کسانی هستند؟ چگونه با آن‌ها دوست شده است؟ چه مدت است که این دوستی ادامه دارد؟ شرح حال رابطه با جنس مخالف بیمار چیست؟ آیا بیمار به میهمانی‌های تولد می‌رود؟ آیا در آنجا می‌ماند؟ آیا در بازی‌ها شرکت می‌کند؟). شما باید اطلاعات خاصی را در مورد عملکرد خانوادگی جمع‌آوری کنید (شرح حال پزشکی و روانی والدین/هم‌شیرهای بیمار؛ از کدام تکنیک انضباطی استفاده می‌کنند؟ آیا خشونت خانگی وجود دارد؟ آیا والدین با انضباط موافق هستند؟ سازمان خانواده از نظر کودک چگونه است؟؛ چه کسی مسئول خانواده است؟ چه کسی در درجه دوم است؟). البته، مصرف مواد، (داروهای غیرقانونی، الکل، غذا، ملین‌ها، داروهای بدون نسخه)، بیماری‌های جسمانی، و شرح حال حقوقی نیز باید جمع‌آوری شود.

داده‌های قومی - فرهنگی نیز باید جمع‌آوری شوند. سطح فرهنگ‌پذیری، هویت قومی - فرهنگی، و باورهای قومی - فرهنگی خاص باید در نظر گرفته شوند. شما باید در مورد باورهای فرهنگی درباره مشکلات فعلی و درمان سؤال کنید. هر گونه تجربه تعصب، تبعیض، ستم و به حاشیه رانده شدن باید در مفهوم‌سازی مشکل بیمار گنجانده شود.

بعد از جمع‌آوری و سنتز همه داده‌ها، شما روند استنباطی را آغاز می‌کنید. ما با پرسونز (۱۹۹۵) موافق هستیم که صورت‌بندی‌های ساده بر صورت‌بندی‌های پیچیده ترجیح دارند. روال ساده‌ای که توسط پرسونز پیشنهاد شده است استفاده از اطلاعات بیمار برای صورت‌بندی چشم‌اندازی از خود (برای مثال، "من هستم.")، دیدگاهی از جهان ("دنیا.... است، "محیط.... است")، و دیدگاهی از سایر مردم است ("مردم.... هستند"). این قطعات به صورت تصویری کامل با هم ترکیب می‌شوند که اینطور خوانده می‌شود "من در دنیایی..... هستم که سایر مردم آن هستند".

"دنیا" و "سایر مردم" مؤلفه‌هایی هستند که مستقیماً بر شیوه درک بیماران جوان از درمان و درمانگر اثر می‌گذارند. برای مثال، بیماری که دیگران را طردکننده، سرزنش‌کننده، بی‌توجه، و/یا کنترل‌کننده می‌بیند، از ارزیابی منفی و زورگویی درمانگر می‌ترسد. از سوی دیگر، بیمار جوانی که دیگران را سطح پایین، زیردست، و/یا نالایق می‌بیند، ارزش درمانگر را زیر سؤال می‌برد، درمان را وقت تلف کردن می‌بیند، و با درمانگر به صورت "یکی که باید از شرش خلاص شد" برخورد می‌کند.

1 . Developmental Milstones
2 . Self-regulation

استفاده از مفهوم‌سازی مشکل بیمار برای هدایت درمان شناختی- رفتاری ویژه‌پردازهای

برای اینکه ببینیم چگونه مفهوم‌سازی مشکل بیمار بر درمان شناختی- رفتاری ویژه‌پردازهای اثر می‌گذارد، اجازه دهید چند مثال بزنیم. دختر ۱۰ ساله‌ای را در نظر بگیرید که خودش را بیهوده^۱ می‌پندارد ("من درمانده هستم."). آن هم در دنیایی که دیگران زورگو و دنیا‌پردکننده است. این باورها در مورد دنیا و سایر افراد، اساس ادراک کودک از درمانگر و درمان را شکل می‌دهد. این نوجوان آماده خواهد بود تا مداخله‌های درمانی را زورگویانه، و پرسش‌های سقراطی را به مثابه انتقاد صریح، تفسیر کند. چالش اولیه شما استفاده از مداخله‌های ویژه‌پردازهای به گونه‌ای است که به خودمختاری، کنترل و مشارکت کمک کند، و ایجاد تفاهم نماید. از این رو، روان‌درمانی آموزشی نقشی محوری دارد. مداخله‌های ویژه‌پردازهای خود باید بر کاهش احساس درماندگی بیمار تمرکز کنند. همانطور که درمان پیش می‌رود، شما می‌توانید به سمت صحبت در مورد دیدگاه‌های او از دیگران و دنیا حرکت کنید. شما هنگامی در درمان او موفق می‌شوید که، دیدگاه‌های او در مورد زورگویی دیگران و پردکنندگی دنیا رد شود.

در مثالی دیگر، نوجوانی ۱۷ ساله این دیدگاه را داشت که "تا زمانی که من کنترل کاملی بر خودم، دیگران و دنیا نداشته باشم، بی‌کفایت هستم. چون دنیا خطرناک و دیگران غیر قابل پیش‌بینی و سلطه‌جو هستند." برای این بیمار، کنترل مطلق، مساوی با امنیت و کفایت است. ساختار جلسه باثبات و مشارکت، دیدگاه‌های تند و تیز او در مورد دیگران و دنیا را تعدیل خواهد کرد. باین‌حال، برای اثبات کفایت، او باید کنترل مطلق و قطعی بر هر چیزی داشته باشد. مداخله‌های رفتاری با هدف نگاه به مزایا و معایب کنترل مطلق، ارزیابی دیگر تعیین‌کننده‌های "کفایت"، بررسی شواهد در مورد اینکه آیا کفایت به کنترل ارتباط دارد، و آزمون‌های رفتاری به هنگامی که مراجع تا حدی کنترل را "از دست می‌دهد" درحالی که همچنان کفایت خود را حفظ می‌کند، توصیه شده‌اند.

ما باور داریم که انسجام نظری برای درمان بالینی درست ضروری است. انتخاب تکنیک‌ها و رویه‌ها باید با هدایت نظریه شناختی - رفتاری باشد. مفهوم‌سازی شناختی- رفتاری مشکل بیمار، مانع از انحراف و بیهودگی نظری است. بعلاوه، تکیه بر مفهوم‌سازی به شما اجازه می‌دهد تا به مکانیسم‌های تغییر دست یابید. آنگاه شما می‌توانید بفهمید چرا درمان خوب کار می‌کند یا کند پیش می‌رود یا اصلاً پیش نمی‌رود. به این طریق، می‌توان موانع را از سر راه برداشت.

ادغام رویه‌ها با روندهای روان‌درمانی

همانطور که هر درمانگری به سادگی می‌داند، روان‌درمانی در اصل عملی بین‌فردی است (ساوتهام-گرو، ۲۰۰۴). ما باور داریم که برای تغییر درمانی، ارتباط لازم، اما کافی نیست. به همین دلیل، توصیه می‌کنیم که هر رویه‌ای با ذهن‌آگاهی با روندهای روان‌درمانی ادغام شود (شیرک و کارور، ۲۰۰۶). مداخله و ارتباط درمانی مستقل از هم نیستند. ساختن رویه‌ها و ارتباطها، آزمایش‌هایی مقارن با هم هستند. آن‌ها هماهنگ با هم عمل می‌کنند تا اتحاد درمانی نیرومندی ایجاد کنند. در واقع، مداخله‌های درمانی رابطه‌های خوبی را می‌سازند و اتحادهای نیرومند، مداخله‌ها را اثربخش می‌کنند.

مشارکت بین بیمار و درمانگر، اتحاد درمانی را نیرومندتر می‌کند. سرید و کندال (۲۰۰۵) دریافتند که فشار آوردن به بیمار و رفتار خیلی رسمی، به اتحاد پایین‌تری منجر می‌شود. حس کنجکاوی درمانگران مشارکت را برمی‌انگیزد. درمانگران کنجکاو اغلب کنجکاوی را در بیماران جوان خود القا می‌کنند و آزمون‌های رفتاری وابسته به کنجکاوی هستند. کینگری و همکاران (۲۰۰۶) درمانگران را تشویق می‌کنند تا از کودکان بخواهند ابعاد زندگی شخصی خود (دوستان، علایق، سرگرمی‌ها) را با درمان ادغام کنند. گاش، فلانری-شرودر، ماورو، و کامپتون (۲۰۰۶) توصیه کرده‌اند که درمانگران در موقع لازم، برای بیماران جوان خودافشاگری کنند. افشاگری نه تنها رابطه درمانی را بهبود می‌بخشد، بلکه درمانگر را در موقعیت‌الگوی مقابله نیز قرار می‌دهد.

فریدبرگ و مک‌کلور (۲۰۰۲)، همانطور که در جدول ۱.۱ می‌بینید، دستورالعمل بالینی مفیدی را برای ادغام ساختار روان‌درمانی، روندها، و متغیرهای محتوی، طراحی کرده‌اند. ساختار^۱ به رویه‌ها و تکنیک‌هایی اشاره دارد که ویژگی‌های درمان شناختی-رفتاری هستند. این مؤلفه‌ها شامل، اما نه محدود به، ساختار جلسه، آموزش روانی، ارزیابی، خود-بازبینی، آزمایش‌های رفتاری، آموزش مهارت‌های اجتماعی، بازسازی شناختی، تحلیل منطقی، و رویارویی است. برای مثال، شناخت‌درمانگرانی که پیرو بک هستند از ساختار ثابت جلسات (ای.تی. بک، راش، شاو و امری، ۱۹۷۹؛ ج. س. بک، ۱۹۹۵) استفاده می‌کنند که شامل گزارش خلق، بازخورد جلسات پیشین، بازبینی تکلیف خانگی، تنظیم دستورکار، پردازش محتوای جلسه، تعیین تکلیف خانگی، و بازخورد/جمع‌بندی است. به یاد داشتن این نکته اهمیت دارد که ساختار جلسه در طول دوره درمان باید هنگام به کار گرفتن فرآیندهای توصیف شده در این کتاب، حفظ شود.

محتوا^۲ ماده بی‌واسطه درمان است که توسط ساختار فراخوانده می‌شود. افکار خودآیند هر بیمار، عواطف، پاسخ به مقیاس‌های ارزیابی، افکار مقابله‌ای، و نتایج آزمون‌های رفتاری، همگی معرف محتوا هستند.

روند^۱ بعد سوّم را اضافه می‌کند. روند به شیوهٔ پاسخدهی کودکان به ساختار و محتوای جلسات اشاره دارد. هیچکس به صورت یکسان به یک رویه واکنش نشان نمی‌دهد. واکنش‌های فرد-ویژه

جدول ۱.۱. مثال‌هایی از روند، محتوا، و ساختار درمانی

ساختار	محتوی	روند فرض شده
تنظیم دستور کار	"من نمی‌دانم - تو تصمیم بگیر."	تسلیم، انفعال، کمال، ترس از ارزیابی منفی، ترس از تغییر
بازخورد	"تو درمانگر نفرت‌انگیزی هستی. اصلاً دبیرستان را تمام کردی؟"	انگیختگی، رقابت‌طلبی، استقلال‌طلبی
تعیین تکلیف/ بازبینی	"انجام کامل" بدون هیچگونه اشتباه یا جافتادگی.	ترس از ارزیابی منفی، تأیید‌طلبی
خودبازبینی/ ارزیابی	فرم‌ها را پاره کرد و گفت، "تو این فرم‌ها را بیشتر از من دوست داری."	بیمار درمانگر را مکانیکی، بی‌توجه، و فاقد درک می‌داند
بازسازی شناختی	افکار مقابله‌ای پیش‌یافتاده و بیهوده خوش‌بینانه: "هیچ اتفاق بدی برای من نخواهد افتاد."	اجتناب، عدم تحمل عاطفه منفی
آزمون‌های رفتاری/روبارویی	"احمقانه است. چرا باید بخواهم بیشتر از این نگران و عصبی باشم؟"	اجتناب، اعتماد به نفس پایین

کودکان به فرآیندهای شناختی - رفتاری، ابعاد مهم شناخت روند درمان هستند. پوس^۲ و گرینبرگ^۳ (۲۰۰۷) متذکر شدند که بیماران هنگامی که در جلسهٔ درمان حضور دارند، وضعیت‌های هیجانی، رفتاری، و شناختی مشکل‌آفرین را نمایش می‌دهند. توجه به روند درمانی، بازشناسی این نشانگرها را که فرصت‌هایی برای مداخله هستند، تسهیل می‌کند. یونتف^۴ (۲۰۰۷، ص ۲۳) صریحاً توصیه می‌کند که، "درمانگر باید فرصت‌ها را تشخیص دهد و ترتیب اینکه چه چیز باید قبل از آن یکی بیاید را یاد بگیرد." نشانگرهای روند کودکان می‌تواند شامل پاسخ‌هایی مانند اشک‌ریزش، گرگرفتگی، تغییر وضعیت بدن، تکان دادن پا، عوض کردن موضوع، رفتن روی میز، بی‌اعتمادی، نخوت، تحریک‌پذیری، بدبینی، اشتیاق برای خوشنودسازی، بی‌اعتنایی، و سطحی‌گری باشد.

به هم بافتن روندها و رویه‌ها به صورت پارچهٔ منسجم روان‌درمانی، کلید درمان است. به چند مورد بالینی زیر توجه کنید. دختر پرخاشگر ۱۳ ساله‌ای به نام تینا فکر می‌کرد که توسط مردم محاصره شده است. او اغلب حرکت‌های بی‌خطر را به تهدیدهای عمدی سوء تعبیر می‌کرد. از آنجایی که همیشه احتمال حمله قریب‌الوقوع به نظر می‌رسید، او برای مقابلهٔ پیشگیرانه آماده بود. در جلسهٔ درمان، تینا به اظهار نظر بی‌منظور ("باید خیلی سخت باشد که فکر کنی کاملاً متکی به خودت هستی.") با خشمی

1 . Process
2 . Pos
3 . Greenberg
4 . Yontef

گزنده پاسخ داد ("تو واقعاً اعصاب من را به هم ریختی، تو داری توهین می‌کنی. برو به جهنم."). با این نشانگر روندی واضح، درمانگر با پرسیدن این سؤال که "وقتی من آن حرف را زدم چه چیزی به ذهن تو خطور کرد؟" مداخله کرد. در لحظه آگاهی همراه با بینش، تینا اظهار داشت که او آن جمله را به عنوان انتقادی به این معنا که او آنقدر ضعیف است که از پس استرس‌های زندگی‌اش بر نمی‌آید، درک کرده بود.

در مثالی دیگر، کیمیا، بیمار ۱۶ ساله مبتلا به بی‌اشتهایی روانی، از روی عادت افکار و احساسات خود را بازدار می‌کرد. او باور داشت که بهترین راه کسب قدرت پنهان‌کاری است. بنابراین، در میان گذاشتن افکار و احساسات‌اش با درمانگر، آزمایه دشواری بود که با این احساس که افشاگری همان ناتوانی است، دشوارتر می‌شد. کیمیا دفتر یادداشت‌های روزانه افکار روزمره‌اش را با خود به جلسات می‌آورد. آن‌ها فاقد معنای هیجانی بوده، و بیش از اندازه عقلانی و غیرشخصی بودند. سپس درمانگر از دفتر ثبت افکار برای دستیابی به افکار ناکارآمد درمورد افشا و بیان احساسات استفاده کرد. کیمیا باورهایی مانند این‌ها را شناسایی کرد: "مردم من را طرد می‌کنند و به من زور می‌گویند. اگر خودم را پنهان کنم، کمتر هدف قرار می‌گیرم"؛ "پنهان‌کار بودن به من کنترل می‌دهد و هر چه کنترل بیشتری داشته باشم، خوشایندتر هستم"؛ و "هیچ کسی چیزی که می‌خواهم را به من نمی‌دهد. برای این‌کار باید به آن‌ها حقه بزنم." هنگامی که این باورها ثبت شدند، درمانگر به بررسی شواهد پرداخت ("چه چیزی تو را متقاعد می‌کند که من تو را طرد خواهم کرد یا به تو زور خواهم گفت؟"؛ "چه چیزی باعث می‌شود شک کنی که من تو را طرد خواهم کرد یا به تو زور خواهم گفت؟"). درهم تنیدن روندهای کیمیا (جایی که او افکار و احساساتش را برای محافظت در برابر فشارهای بالقوه، پنهان می‌کند، و باور دارد فریب بهترین راه برای به دست آوردن چیزی است که می‌خواهد) با رویه‌های درمانی (مانند آزمون شواهد و اسناد مجدد^۱)، درمانگر را قادر ساخت تا مفروضات کیمیا را بیازماید.

به‌کارگیری تکنیک‌ها در بافتار برانگیختگی هیجانی بیمار

به کارگیری تکنیک‌ها و رویه‌ها توسط درمانگر در بافتار برانگیختگی خلقی منفی بیمار خیلی مهم است. برانگیختگی هیجانی، شاهرگ حیاتی درمان شناختی - رفتاری است. رویه‌ها در محیطی که به لحاظ هیجانی سترون است، عاری از زندگی هستند. توصیه به انجام درمان در بافتی هیجانی بارها تکرار شده است (بوروم و گلدفرید، ۲۰۰۷؛ گستون‌گای، پینکوس، آگراس، و هاینز، ۱۹۹۸، فرانک، ۱۹۶۱، فرایدبرگ و مک‌کلور، ۲۰۰۲؛ گلدفرید، ۲۰۰۳، گرینبرگ، ۲۰۰۶؛ گرینبرگ و پایویو، ۱۹۹۷، ۲۰۰۲؛ رابینز و هاینز، ۱۹۹۳؛ ساموی洛夫 و گلدفرید، ۲۰۰۰). گاش و همکاران (۲۰۰۶، ص ۲۵۶) متذکر شدند که، "عنصر کلیدی درمان شناختی- رفتاری موفق این است که محتوای درمان، کودک-

محور و روند، تجربی باشد". درمان خوب شبیه تئاتر زنده است (کرامر، ۲۰۰۶)، که روایت زندگی بیماران را آشکار کرده و به آن می‌پردازد. در الهام‌بخش‌ترین حالت، تئاتر و درمان، هر دو پیوندی تجربی را بین تماشاچی (درمانگر) و هنرپیشه (بیمار) شکل می‌دهند که در تنوری از هیجان، که با آتش بیان احساسات واقعی، بازتاب صدا، و کنش خلاقانه گرم می‌شود، ساخته و پرداخته می‌شود. متخصصان بالینی باید زمانی از تکنیک استفاده کنند که بیماران هیجان‌ات مشکل‌آفرین را تجربه می‌کنند، در غیر اینصورت درمان به نوعی تمرین عقلانی - انتزاعی بدل می‌شود. هنگامی که درمانگر هیجان‌ات عمیق بیماران را فراخوانده و آگاهانه پردازش کرد، درمان اوج می‌گیرد. چالش و هیجان درمان شناختی - رفتاری با کودکان و نوجوانان، استفاده از لحظات پربار هیجانی است (فرایدبرگ و گرومان، ۲۰۰۷).

تحمل تغییر هنگامی تسهیل می‌شود که درمان به‌هنگام برانگیختگی هیجانی صورت گیرد (روبینز و هاینز، ۱۹۹۳). در واقع، استدلال ما این است که درمان شناختی - رفتاری هنگامی که به درستی اجرا شود، واقعاً شکلی تجربی از درمان است. کرامر (۲۰۰۶، ص ۲۴۵) تأکید می‌کند که "یادگیری از تجربه، به معنای تحت‌تأثیر اینجا و اکنون بودن است". بنابراین، درمان شناختی - رفتاری با کودکان، نوعی درمان عقلانی نیست.

هاینز و استراوس (۱۹۹۸) از مفهوم بی‌ثبات‌سازی^۱ برای پردازش برانگیختگی هیجانی درون - جلسه‌ای بیمار استفاده می‌کنند. بی‌ثبات‌سازی به ایجاد تغییرات اساسی در باورها، رفتار، و احساسات بیمار اشاره دارد. ساموی洛夫 و گلدفرید (۲۰۰۰) پیشنهاد کردند که محدود کردن توجه بیماران به تجربیات اینجا - و اکنون و تشدید برانگیختگی هیجانی آن‌ها، به بی‌ثبات‌سازی کمک می‌کند. این تجربه عمیق، به تغییرات بزرگ‌تر در ساختارهای معنایی و تغییر در علایم بالینی افسردگی منجر می‌شود (هاینز و استراوس، ۱۹۹۸).

کوترل (۲۰۰۵) درمان شناختی - رفتاری را به شکل دادن فولاد تشبیه کرده است. برای خم کردن فولاد و ایجاد تغییر، حرارت بالا و آتش ضروری هستند. هیجان‌ات در درمان شناختی - رفتاری نقش "حرارت" را دارند. شناخت‌واره‌هایی که با افزایش برانگیختگی هیجانی همراه هستند "شناخت‌واره‌های داغ" نامیده می‌شوند (ساموی洛夫 و گلدفرید، ۲۰۰۰). پیشرفت‌های اخیر در عصب‌پژوهی هیجان‌ات نیز از دیدگاه برانگیختگی هیجانی حمایت می‌کنند. تغییرات مغزی در درمان شناختی - رفتاری برای اختلال وسواسی جبری "ناشی از فعال‌سازی پایه گنگلیون مربوطه، سینگولا و مدارهای کورتکس پیشانی - کاسه چشمی در طول رویارویی و خوگیری با محرک‌های اضطراب‌برانگیز هستند، که به موجب آن امکان شکل‌گیری الگوهای کورتیکال و سابکورتیکال نورونی جدید (و با سازگاری بیشتر) برای پردازش اطلاعات وابسته به محرک فراهم می‌شود" (ایلاردی و فلدمن، ۲۰۰۱، ص ۱۰۷۷).