

فهرست مطالب

۱۷.....	یادداشتی از پرفسور لیهی بر ترجمه فارسی
۱۹.....	پیش درآمدی بر ترجمه
۲۷.....	پیشگفتار
۳۳.....	فصل ۱: درمان در محیط مراقبت‌های بهداشتی متغیر
۳۵.....	اخذ مجوز درمانی: معیارهای کلی
۳۷.....	گزارش درمانی
۴۱.....	درخواست جلسات درمانی بیشتر
۴۵.....	مجوزهای تلفنی
۴۶.....	درخواست موافقت با ادامه درمان
۴۷.....	فصل ۲: اختلال افسردگی
۴۷.....	توصیف و تشخیص
۵۳.....	تبیین افسردگی بر اساس رویکرد شناختی رفتاری
۶۸.....	بررسی اثربخشی درمان‌های مطرح شده برای افسردگی
۶۹.....	ارزیابی و توصیه‌های درمانی
۸۶.....	حل و فصل مشکلات درمان
۹۸.....	طرح تفصیلی درمان برای افسردگی
۱۰۵.....	ارائه یک مثال بالینی
۱۵۰.....	فصل ۳: اختلال وحشت‌زدگی و گذرهراسی
۱۵۰.....	توصیف و تشخیص
۱۶۴.....	تبیین اختلال وحشت‌زدگی و گذرهراسی بر اساس رویکرد شناختی رفتاری
۱۷۳.....	بررسی اثربخشی درمان‌های مطرح شده برای اختلال وحشت‌زدگی و گذرهراسی
۱۷۵.....	ارزیابی و توصیه‌های درمانی
۱۹۷.....	حل و فصل مشکلات درمان
۲۰۰.....	طرح تفصیلی درمان برای اختلال وحشت‌زدگی
۲۰۵.....	ارائه یک مثال بالینی
۲۳۵.....	فصل ۴: اختلال اضطراب فراگیر
۲۳۵.....	توصیف و تشخیص

۲۴۰.....	تبیین اختلال اضطراب فراگیر بر اساس رویکرد شناختی رفتاری.....
۲۴۶.....	بررسی اثربخشی درمان‌های مطرح شده برای اختلال اضطراب فراگیر.....
۲۴۷.....	ارزیابی و توصیه‌های درمانی.....
۲۶۳.....	حل و فصل مشکلات درمان.....
۲۶۸.....	طرح تفصیلی درمان برای اختلال اضطراب فراگیر.....
۲۷۳.....	ارائه یک مثال بالینی.....

فصل ۵: اختلال اضطراب اجتماعی..... ۳۰۲

۳۰۲.....	توصیف و تشخیص.....
۳۰۷.....	تبیین اختلال اضطراب اجتماعی بر اساس رویکرد شناختی رفتاری.....
۳۱۳.....	بررسی اثربخشی درمان‌های مطرح شده برای اختلال اضطراب اجتماعی.....
۳۲۵.....	ارزیابی و توصیه‌هایی درمانی.....
۳۳۷.....	حل و فصل مشکلات درمان.....
۳۳۸.....	طرح تفصیلی درمان برای اختلال اضطراب اجتماعی.....
۳۴۳.....	ارائه یک مثال بالینی.....

فصل ۶: اختلال استرس پس از سانحه..... ۳۶۷

۳۶۷.....	توصیف و تشخیص.....
۳۷۲.....	تبیین اختلال پس از سانحه بر اساس رویکرد شناختی رفتاری.....
۳۷۸.....	بررسی اثربخشی درمان‌های مطرح شده برای اختلال استرس پس از سانحه.....
۳۸۲.....	ارزیابی و توصیه‌های درمانی.....
۳۹۴.....	حل و فصل مشکلات درمان.....
۳۹۷.....	طرح تفصیلی درمان برای اختلال استرس پس از سانحه.....
۴۰۳.....	ارائه یک مثال بالینی.....

فصل ۷: اختلال هراس خاص..... ۴۲۴

۴۲۴.....	توصیف و تشخیص.....
۴۳۰.....	تبیین اختلال هراس خاص بر اساس رویکرد شناختی رفتاری.....
۴۳۱.....	بررسی اثربخشی درمان‌های مطرح شده برای اختلال هراس خاص.....
۴۳۵.....	ارزیابی و توصیه‌های درمانی.....
۴۴۷.....	حل و فصل مشکلات درمان.....
۴۵۳.....	طرح تفصیلی درمان برای اختلال هراس خاص.....
۴۵۷.....	ارائه یک مثال بالینی.....

فصل ۸: اختلال وسواس فکری - عملی ۴۷۹

توصیف و تشخیص.....	۴۷۹
تبیین اختلال وسواس فکری - عملی بر اساس رویکرد شناختی رفتاری.....	۴۸۷
بررسی اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری مطرح شده برای اختلال وسواس فکری - عملی.....	۴۹۸
عوامل پیش‌بینی‌کننده دستاوردهای درمانی در درمان شناختی رفتاری.....	۵۰۱
ارزیابی و توصیه‌های درمانی.....	۵۰۵
حل و فصل مشکلات درمان.....	۵۲۳
طرح تفصیلی درمان برای اختلال وسواس فکری - عملی.....	۵۲۵
ارائه یک مثال بالینی.....	۵۳۱

فصل ۹: تکنیک‌های رفتاری ۵۵۹

تکنیک جرأت‌مندی.....	۵۵۹
فعال‌سازی رفتاری (برنامه‌ریزی پاداش و زمان‌بندی فعالیت).....	۵۶۱
آموزش مهارت‌های ارتباطی.....	۵۶۳
تکنیک توجه برگردانی.....	۵۶۴
مواجهه.....	۵۶۵
تکالیف درجه‌بندی شده.....	۵۷۰
توجه آگاهی.....	۵۷۱
الگوسازی.....	۵۷۳
حل مسئله.....	۵۷۴
تنفس مجدد.....	۵۷۵
آرام‌سازی.....	۵۷۶
خود پاداش‌دهی.....	۵۸۲
آموزش مهارت‌های اجتماعی.....	۵۸۳
تجسم.....	۵۸۴

فصل ۱۰: مفاهیم و تکنیک‌های شناختی ۵۸۹

مقدمه‌ای بر درمان شناختی و شناختی رفتاری.....	۵۸۹
سطوح سه‌گانه تحریف‌های شناختی.....	۵۹۰
شناسایی و به چالش کشیدن تحریف‌های شناختی.....	۵۹۱
مثال‌هایی از چالش با افکار خودآیند تحریف‌شده خاص.....	۵۹۵
بررسی مفروضه‌های ناکارآمد.....	۵۹۹

۶۰۱.....	بررسی محتوای طرحواره‌های ناسازگار.....
۶۰۲.....	خودآموزی و خودگردانی.....
۶۰۵.....	مفهوم‌سازی مشکل بیمار.....
۶۰۷.....	نتیجه‌گیری.....
۶۱۷.....	پیوست الف: خلاصه‌ای از تکنیک‌های رفتاری.....
۶۱۹.....	پیوست ب: خلاصه‌ای از تکنیک‌های شناختی.....
۶۳۱.....	واژه‌نامه.....
۶۴۳.....	منابع.....

فهرست شکل ها، جدول ها و کاربرگ ها

فهرست شکل ها

- شکل ۱-۱. نمونه‌ای از گزارش درمانی استاندارد ۴۲
- شکل ۲-۱. نمودار تشخیصی اختلال افسردگی اساسی ۵۵
- شکل ۳-۱. نمودار تشخیصی اختلال وحشت‌زدگی با گذرهراسی ۱۶۵
- شکل ۴-۱. نمودار تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر ۲۳۸
- شکل ۵-۱. نمودار تشخیصی اختلال اضطراب اجتماعی ۳۰۸
- شکل ۵-۲. فهرست موقعیت‌های اجتماعی اضطراب‌زا برای بیماران؛ تکمیل شده توسط پرهام ۳۵۰
- شکل ۶-۱. نمودار تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه ۳۷۱
- شکل ۷-۱. نمودار تشخیصی اختلال هراس خاص ۴۲۸
- شکل ۸-۱. نمودار تشخیصی اختلال وسواس فکری- عملی ۴۸۸
- شکل ۸-۲. سلسله‌مراتب وسواس‌های فکری بیمار؛ تکمیل شده توسط آراد ۵۳۸
- شکل ۸-۳. سلسله‌مراتب موقعیت‌ها و سایر محرک‌های اضطراب‌برانگیز / اجتنابی؛ تکمیل شده توسط آراد ۵۳۹
- شکل ۱۰-۱. مثالی از نحوه ترسیم پیوستار حوادث ناخوشایند توسط یک بیمار ۵۹۶

فهرست جدول ها

- جدول ۲-۱. رفتارهای کمبود و بیش بود و عوامل زمینه‌ساز افسردگی ۵۷
- جدول ۲-۲. خلاصه‌ای از تکنیک‌های رفتاری مؤثر در درمان افسردگی ۵۸
- جدول ۲-۳. نمونه‌هایی از سه نوع تحریف‌های شناختی در افسردگی ۶۱
- جدول ۲-۴. خلاصه‌ای از تکنیک‌های شناختی برای درمان افسردگی ۶۵
- جدول ۲-۵. طرح کلی درمان افسردگی ۷۲
- جدول ۲-۶. راستی‌آزمایی و چالش با مفروضه ناکارآمد «اگر کسی مرا دوست ندارد، پس من انسان بی‌ارزشی هستم» ۸۳
- جدول ۲-۷. راستی‌آزمایی و چالش با طرحواره منفی «من انسان بی‌ارزشی هستم» ۸۴
- جدول ۲-۸. تکنیک‌های حل مسئله ۸۷
- جدول ۲-۹. پیشنهاداتی برای کاهش خودانتقادگری و افزایش اعتمادبه‌نفس ۹۴
- جدول ۲-۱۰. پیشنهاداتی برای ایجاد انگیزه در بیماران ۹۵

- جدول ۱۱-۲. پیشنهاداتی برای غلبه بر ترس از اشتباه کردن ۹۶
- جدول ۱۲-۲. پیشنهاداتی برای کمک به بیماران جهت تصمیم‌گیری بهتر ۹۶
- جدول ۱۳-۲. پیشنهاداتی برای غلبه بر نشخوار فکری ۹۷
- جدول ۱۴-۲. علائم و مشکلات مرتبط با افسردگی و ارائه سؤالات/مداخلات مفید برای آنها ۹۷
- جدول ۱۵-۲. نمونه‌ای از علائم اختلال افسردگی اساسی ۹۹
- جدول ۱۶-۲. نمونه‌ای از اهداف و مداخلات درمانی برای افسردگی ۱۰۰
- جدول ۱۷-۲. طرح تفصیلی درمان برای افسردگی ۱۰۱
- جدول ۱-۳. مثال‌هایی از تحریف‌های شناختی سه‌گانه در اختلال وحشت‌زدگی و گذرهراسی ۱۷۲
- جدول ۲-۳. طرح کلی درمان اختلال وحشت‌زدگی و گذرهراسی ۱۷۵
- جدول ۳-۳. نمونه‌ای از علائم اختلال وحشت‌زدگی و گذرهراسی ۲۰۰
- جدول ۴-۳. نمونه‌ای از اهداف و مداخلات درمانی اختلال وحشت‌زدگی ۲۰۰
- جدول ۵-۳. طرح تفصیلی درمان برای اختلال وحشت‌زدگی و گذرهراسی ۲۰۱
- جدول ۶-۳. «کارت‌های مقابله‌ای» برای روزان ۲۱۳
- جدول ۱-۴. مثال‌هایی از تحریف‌های شناختی سه‌گانه در اختلال اضطراب فراگیر ۲۴۲
- جدول ۲-۴. طرح کلی درمان اختلال اضطراب فراگیر ۲۴۹
- جدول ۳-۴. بررسی ارتباط بین باورهای بنیادین و نگرانی‌های بیماران ۲۵۹
- جدول ۴-۴. پیشنهاداتی برای کمک به بیمار در غلبه بر ترس از شکست ۲۶۰
- جدول ۵-۴. نمونه‌ای از علائم اختلال اضطراب فراگیر ۲۶۸
- جدول ۶-۴. نمونه‌ای از اهداف و مداخلات درمانی برای اختلال اضطراب فراگیر ۲۶۹
- جدول ۷-۴. طرح تفصیلی درمان برای اختلال اضطراب فراگیر ۲۶۹
- جدول ۱-۵. افکار خودآیند تحریف‌شده شایع در اختلال اضطراب اجتماعی در هر مرحله از تعامل اجتماعی ۳۱۳
- جدول ۲-۵. مثال‌هایی برای سه نوع تحریف شناختی در اختلال اضطراب اجتماعی ۳۱۴
- جدول ۳-۵. طرح کلی درمان اختلال اضطراب اجتماعی ۳۲۵
- جدول ۴-۵. «قوانین» ناکارآمد در اختلال اضطراب اجتماعی ۳۲۹
- جدول ۵-۵. نمونه‌ای از علائم اختلال اضطراب اجتماعی ۳۳۸
- جدول ۶-۵. نمونه‌ای از اهداف و مداخلات درمانی برای اختلال اضطراب اجتماعی ۳۳۹
- جدول ۷-۵. طرح تفصیلی درمان برای اختلال اضطراب اجتماعی ۳۴۰
- جدول ۸-۵. افکار خودآیند پرهام و پاسخ‌های منطقی وی درباره ارسال ایمیل ۳۴۸
- جدول ۹-۵. تمرین «از یک‌سوی - از سوی دیگر» در مورد مکالمه تلفنی با پسرخاله پرهام ۳۵۵
- جدول ۱-۶. «قوانین» ناکارآمد در اختلال استرس پس از سانحه ۳۷۷
- جدول ۲-۶. مثال‌هایی از سه نوع تحریف شناختی در اختلال استرس پس از سانحه ۳۷۷

جدول ۳-۶. طرح کلی درمان اختلال استرس پس از سانحه.....	۳۸۳
جدول ۴-۶. مثال‌هایی از تکنیک‌های مفید برای هدف‌گیری تحریف‌های شناختی مرتبط با رویداد آسیب‌زا.....	۳۹۲
جدول ۵-۶. نمونه‌ای از علائم اختلال استرس پس از سانحه.....	۳۹۸
جدول ۶-۶. نمونه‌ای از اهداف درمانی و مداخلات بالینی برای اختلال استرس پس از سانحه.....	۳۹۸
جدول ۷-۶. طرح تفصیلی درمان برای اختلال استرس پس از سانحه.....	۳۹۹
جدول ۱-۷. طرح کلی درمان اختلال هراس خاص.....	۴۳۶
جدول ۲-۷. هراس‌ها و راهبردهای سازگارانه.....	۴۴۰
جدول ۳-۷. نمونه‌ای از علائم اختلال هراس خاص.....	۴۵۳
جدول ۴-۷. نمونه‌ای از اهداف و مداخلات درمانی برای اختلال هراس خاص.....	۴۵۴
جدول ۵-۷. طرح تفصیلی درمان برای اختلال هراس خاص.....	۴۵۴
جدول ۱-۸. مثال‌هایی از افکار خودآیند، مفروضه‌ها و طرحواره‌ها ناکارآمد در اختلال وسواس فکری-عملی.....	۴۹۳
جدول ۲-۸. طرح کلی درمان اختلال وسواس فکری-عملی.....	۵۰۷
جدول ۳-۸. نمونه‌ای از علائم اختلال وسواس فکری-عملی.....	۵۲۶
جدول ۴-۸. نمونه‌ای از اهداف و مداخلات درمانی برای اختلال وسواس فکری-عملی.....	۵۲۶
جدول ۵-۸. طرح تفصیلی درمان برای اختلال وسواس فکری-عملی.....	۵۲۷
جدول ۱-۱۰. طرحواره‌های ناکارآمد در اختلال‌های شخصیت.....	۵۹۲
جدول ۲-۱۰. ارتباط بین سطوح شناختی.....	۵۹۳

فهرست کاربرگ‌ها

کاربرگ ۱-۲. کاربرگ پذیرش اولیه.....	۱۱۲
کاربرگ ۲-۲. پرسشنامه خودسنجی سریع علامت‌شناسی افسردگی (QIDS-SR 16).....	۱۲۰
کاربرگ ۳-۲. ارزیابی افسردگی: نمرات آزمون‌ها، استفاده از دارو و مواد، تاریخچه و توصیه‌ها.....	۱۲۴
کاربرگ ۴-۲. ارزیابی شناختی، رفتاری و بین فردی افسردگی.....	۱۲۶
کاربرگ ۵-۲. ارزیابی خطر خودکشی.....	۱۳۱
کاربرگ ۶-۲. قرارداد «عدم خودکشی».....	۱۳۵
کاربرگ ۷-۲. خلاصه‌برگ آموزشی درباره افسردگی برای بیماران.....	۱۳۶
کاربرگ ۸-۲. جدول زمانی فعالیت‌های هفتگی بیمار.....	۱۴۱
کاربرگ ۹-۲. برنامه‌ریزی فعالیت‌های هفتگی بیمار: پیش‌بینی احساس تسلط و لذت.....	۱۴۳
کاربرگ ۱۰-۲. ثبت روزانه افکار خودآیند ناکارآمد بیمار.....	۱۴۵
کاربرگ ۱۱-۲. خلاصه‌برگ آموزشی درباره بی‌خوابی برای بیماران.....	۱۴۶

- کاربرگ ۱-۳. مدل شناختی رفتاری اختلال وحشت زدگی و گذرهراسی برای بیماران ۲۱۸
- کاربرگ ۲-۳. ارزیابی اختلال وحشت زدگی: نمرات آزمون‌ها، استفاده از دارو و مواد، تاریخچه، پیشرفت درمان و توصیه‌ها ۲۱۹
- کاربرگ ۳-۳. ارزیابی اضطراب و اجتناب بیماران ۲۲۱
- کاربرگ ۳-۴. ثبت وحشت زدگی بیمار ۲۲۴
- کاربرگ ۳-۵. خلاصه برگ آموزشی درباره اختلال وحشت زدگی و گذرهراسی برای بیماران ۲۲۵
- کاربرگ ۳-۶. شایع‌ترین افکار خودآیند بیمار به هنگام اضطراب / وحشت زدگی ۲۳۰
- کاربرگ ۳-۷. عبارت‌های مقابله‌ای برای بیماران ۲۳۱
- کاربرگ ۳-۸. سلسله مراتب موقعیت‌های هراس آور بیمار ۲۳۲
- کاربرگ ۳-۹. کتاب قانون جدید شما درباره‌ی وحشت زدگی و گذرهراسی ۲۳۳
- کاربرگ ۴-۱. اختلال اضطراب فراگیر: فرآیندهای زیربنایی و عوامل زمینه‌ساز ۲۸۴
- کاربرگ ۴-۲. سیاهه اضطراب لیهی برای بیماران ۲۸۵
- کاربرگ ۴-۳. پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ) ۲۸۶
- کاربرگ ۴-۴. پرسشنامه فراشناختی (MCQ-30) ۲۸۷
- کاربرگ ۴-۵. مقیاس عدم تحمل بالاتکلیفی (IUS) ۲۸۹
- کاربرگ ۴-۶. ارزیابی اختلال اضطراب فراگیر: نمرات آزمون‌ها، استفاده از دارو و مواد، تاریخچه، پیشرفت درمان و توصیه‌ها ۲۹۱
- کاربرگ ۴-۷. خلاصه برگ آموزشی درباره اختلال اضطراب فراگیر برای بیماران ۲۹۳
- کاربرگ ۴-۸. ثبت نگرانی بیمار ۲۹۶
- کاربرگ ۴-۹. «اگر نگران هستید، این سؤال‌ها را از خودتان بپرسید»: یک کاربرگ خودیاری برای بیماران ۲۹۷
- کاربرگ ۴-۱۰. چالش با باورهای بنیادین ۲۹۹
- کاربرگ ۴-۱۱. مداخلات مفید برای نگرانی: یک راهنمای خودیاری برای بیماران ۳۰۰
- کاربرگ ۵-۱. فرآیند شکل‌گیری اضطراب اجتماعی ۳۵۸
- کاربرگ ۵-۲. پرسشنامه اضطراب اجتماعی (SAQ) برای بیماران ۳۵۹
- کاربرگ ۵-۳. ارزیابی اختلال اضطراب اجتماعی: نمرات آزمون‌ها، استفاده از دارو و مواد، تاریخچه، پیشرفت درمان و توصیه‌ها ۳۶۰
- کاربرگ ۵-۴. فهرست موقعیت‌های اجتماعی اضطراب‌زا برای بیماران ۳۶۲
- کاربرگ ۵-۵. مقیاس رفتارهای ایمنی‌بخش بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی ۳۶۳
- کاربرگ ۵-۶. خلاصه برگ آموزشی درباره اختلال اضطراب اجتماعی برای بیماران ۳۶۴
- کاربرگ ۶-۱. علت ایجاد اختلال استرس پس از سانحه ۴۱۱
- کاربرگ ۶-۲. سیاهه اختلال استرس پس از سانحه - نسخه افراد غیرنظامی (PCL-C) ۴۱۲

کاربرگ ۳-۶. ارزیابی اختلال استرس پس از سانحه:نمرات آزمون‌ها، استفاده از دارو و مواد، تاریخچه، پیشرفت درمان و توصیه‌ها.....	۴۱۳
کاربرگ ۴-۶. ثبت ماشه‌چکان‌های رویداد آسیب‌زا.....	۴۱۵
کاربرگ ۵-۶. خلاصه‌برگ آموزشی درباره اختلال استرس پس از سانحه برای بیماران.....	۴۱۶
کاربرگ ۶-۶. «بخش‌های پُرالتهاب» در داستان من.....	۴۱۹
کاربرگ ۷-۶. رفتارهای ایمنی‌بخش در اختلال استرس پس از سانحه.....	۴۲۰
کاربرگ ۸-۶. افکار منفی و پاسخ‌های منطقی در اختلال استرس پس از سانحه.....	۴۲۱
کاربرگ ۹-۶. مداخلات مفید برای اختلال استرس پس از سانحه: راهنمای خودیاری.....	۴۲۲
کاربرگ ۱-۷. منشأ هراس شما چیست و چرا ادامه پیدا می‌کند؟.....	۴۶۳
کاربرگ ۲-۷. چگونه محرک هراس آور، خطرناک به نظر می‌رسد؟.....	۴۶۴
کاربرگ ۳-۷. ارزیابی اختلال هراس خاص: نمرات آزمون‌ها، مصرف مواد، تاریخچه، پیشرفت درمان و توصیه‌ها.....	۴۶۵
کاربرگ ۴-۷. ارزیابی ترس بیماران.....	۴۶۷
کاربرگ ۵-۷. خلاصه‌برگ آموزشی درباره اختلال هراس خاص برای بیماران.....	۴۶۸
کاربرگ ۶-۷. سود و زیان غلبه بر هراس‌تان.....	۴۷۱
کاربرگ ۷-۷. خودنظارتی بیمار بر هراس‌ها.....	۴۷۲
کاربرگ ۸-۷. سلسله‌مراتب هراس بیمار مبتلا به اختلال هراس خاص.....	۴۷۳
کاربرگ ۹-۷. سود و زیان رفتارهای اجتنابی در اختلال هراس خاص.....	۴۷۴
کاربرگ ۱۰-۷. رفتارهای ایمنی‌بخش در اختلال هراس خاص.....	۴۷۵
کاربرگ ۱۱-۷. پیش‌بینی‌ها و نتایج در اختلال هراس خاص.....	۴۷۶
کاربرگ ۱۲-۷. افکار سازگارانه و ناسازگارانه در اختلال هراس خاص.....	۴۷۷
کاربرگ ۱۳-۷. قواعد کاربردی برای رهایی از هراس.....	۴۷۸
کاربرگ ۱-۸. مقیاس وسواس فکری- عملی مادزلی (MOCI).....	۵۴۶
کاربرگ ۲-۸. پرسشنامه وسواس فکری- عملی (OCQ) برای بیماران.....	۵۴۸
کاربرگ ۳-۸. ارزیابی اختلال وسواس فکری-عملی: نمرات آزمون‌ها، استفاده از دارو و مواد، تاریخچه، پیشرفت درمان و توصیه‌ها.....	۵۵۰
کاربرگ ۴-۸. ثبت وسواس‌های فکری / آیین‌مندی‌های بیمار.....	۵۵۲
کاربرگ ۵-۸. خلاصه‌برگ آموزشی درباره اختلال وسواس فکری- عملی برای بیماران.....	۵۵۳
کاربرگ ۶-۸. سلسله‌مراتب وسواس‌های فکری بیمار.....	۵۵۶
کاربرگ ۷-۸. سلسله‌مراتب موقعیت‌های اضطراب‌زا، اجتناب‌شده و سایر محرک‌های بیمار.....	۵۵۷
کاربرگ ۱-۹. ثبت تمرین‌های مواجهه تجسمی بیماران.....	۵۸۶

- کاربرگ ۲-۹. ثبت تمرین‌های مواجهه واقعی بیماران ۵۸۷
- کاربرگ ۱-۱۰. آشنایی کلی بیماران با درمان شناختی‌رفتاری ۶۰۸
- کاربرگ ۲-۱۰. طبقه‌بندی افکار خودآیند تحریف‌شده: راهنمای کاربردی برای بیماران ۶۱۰
- کاربرگ ۳-۱۰. مثال‌هایی از مفروضه‌های ناکارآمد: راهنمای کاربردی برای بیماران ۶۱۲
- کاربرگ ۴-۱۰. ثبت رویداد-خلق-فکر بیمار ۶۱۳
- کاربرگ ۵-۱۰. طبقه‌بندی و پاسخ به افکار خودآیند ۶۱۴
- کاربرگ ۶-۱۰. دستورالعمل خودآموزی بیماران ۶۱۵

Introduction to Persian translation

It is a great pleasure to have our book, *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety (Second Edition)* translated into Persian. My hope is that the excellent work by so many people in the field of psychotherapy can be available worldwide and that we can all learn from each other. As we all know, psychological disorders such as depression and anxiety affect everyone. All of us have friends, family, colleagues—or, in some cases, ourselves—who have suffered from the debilitating and painful experiences of depression and anxiety. Just as depression and anxiety affect all social classes, both genders, and all ethnic and racial groups, these problems are found worldwide—and do not recognize political or national borders. We are all part of this human predicament—to be challenged to find a life worth living. We are all together in this endeavor. I am deeply grateful—as my co-authors, Dr. Stephen Holland and Dr. Lata McGinn—that our colleagues in Iran will be able to use our book and, hopefully, help the thousands of patients who rely on you for help. We are deeply grateful to Dr. Mehdi Akbari and her colleague for providing this translation. Thank you for all that you have done.

Our approach in this book is to incorporate as much as we could practically do from the full range of cognitive-behavioral models. Thus, we hope that the clinician will be able to use the ideas from Beck's cognitive model, behavioral models, exposure and response prevention, metacognitive therapy, mindfulness, acceptance and commitment, DBT, and other approaches. Each of us is a practicing clinician so we know that patients come to us because they want to get better—not because they have some allegiance to a particular approach. We are interested in what works—not in advancing a cause. We hope that this practical approach will benefit the practitioner to pick and choose what works for a particular patient. No one approach works for everyone.

When we decided to write the second edition of our book we realized that over the ten-year span since the first edition there had been many advances in cognitive-behavioral therapy and many advances in our knowledge about depression and anxiety. Thus, we diligently went back and reviewed the research on the processes and causes of these disorders and the newer work in CBT and included these advances in the new edition of *Treatment Plans*. Our view was that the book can serve as a textbook for any therapist, regardless of theoretical orientation, who is interested in a focused, concise, but accurate update on the latest research and therapeutic advances for the primary anxiety disorders and depression. It is important to know about the facts about these disorders before you can treat them. So, there is an academic quality to this book that goes beyond simply providing techniques and plans. It is what we like to think of as the “scientist-practitioner”—that is, that each therapist should know about the science of psychopathology before he or she can treat it.

But as interesting and rewarding as research on psychopathology might seem, it will not help those who suffer unless there is a way to implement these ideas. That is why we have carefully outlined detailed descriptions of how to conduct therapy—how to assess the patient's problems, how to rule out other causes, socializing the patient to the therapeutic approach, implementing techniques and interventions, measuring changes, anticipating problems and overcoming them, and developing a conceptualization of the individual

patient. We have provided a detailed case example for each of the disorders and, hopefully, clinicians can use these ideas to develop their own treatment plans for their individual patients.

Of course, like any intervention—or any communication- the therapist must be sensitive to the specific cultural context that the patient is living in. This is true in every country, since people come to therapy with different expectations, values, beliefs about change, and even beliefs about illness. The clinician will be sensitive to the individual’s beliefs and values when skillfully applying these ideas. We need to always remind ourselves that the people we treat are not “cases” or “diagnostic categories” (for example, “He is a depressive”), but rather *human beings* with the sensitivities and the need to maintain a sense of human dignity while sharing with us their most vulnerable private thoughts and feelings. This book provides a wide range of techniques and interventions but everything that we suggest should always be used with an awareness that the person to whom we are talking is having great difficulties and that, along with techniques, we should communicate compassion and respect. After all, we all are human and all of us are capable of suffering.

Robert L. Leahy, Ph.D.
Professor of Clinical Psychology
Department of Psychiatry
Well-Cornell Medical College
USA

یادداشتی از پرفسور لیهی بر ترجمه فارسی

بسیار خوشحالم که کتابمان، یعنی مداخلات و طرح‌های درمانی برای افسردگی و اختلال‌های اضطرابی (ویرایش دوم)، به زبان فارسی ترجمه شده است. آرزوی من این است که تلاش‌های ارزشمند افراد بسیاری در رشته روان‌درمانی، بتواند در سطح جهان قابل دسترس باشد و اینکه همگی ما بتوانیم از یکدیگر مهارت‌های بالینی در این زمینه را یاد بگیریم. همان‌طور که همه ما می‌دانیم اختلالات روان‌شناختی مانند افسردگی و اضطراب هر فردی را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. همه ما دوستان، اقوام و همکارانی داریم (یا در برخی موارد خودمان) که از تجربیات دردناک و ناتوان‌کننده افسردگی و اضطراب رنج برده‌اند. از آنجا که افسردگی و اضطراب تمام طبقات اجتماعی، هر دو جنس و تمام گروه‌های قومی و نژادی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، این مشکلات در سرتاسر جهان یافت می‌شود و مرز قومی یا سیاسی نمی‌شناسد. ما همگی بخش‌هایی از این وضعیت نامساعد هستیم که به چالش کشیده شده‌ایم تا یک زندگی ارزشمند را پیدا کنیم. ما همه با هم در این تلاش هستیم. من به همراه سایر همکارانم، دکتر هولند و دکتر مک‌گین، بسیار خوشنودیم از اینکه همکارانمان در ایران خواهند توانست از کتاب ما استفاده کنند و خوشبختانه به هزاران بیماری که به کمک شما متکی هستند، یاری رسانند. ما از آقای دکتر مهدی اکبری و همکارش بابت ارائه این ترجمه عمیقاً سپاسگزاریم. از شما برای تمام آنچه انجام داده‌اید، ممنونیم.

رویکرد ما در این کتاب ترکیب کردن هر چه بیشتر آنچه در عمل می‌توانیم انجام دهیم، بر اساس طیف کاملی از مدل‌های شناختی رفتاری می‌باشد. ما امیدواریم که متخصصان بالینی بتوانند در عمل از مدل شناختی بک، مدل‌های رفتاری، مواجهه و پیشگیری از پاسخ، درمان فراشناختی، توجه‌آگاهی، پذیرش و تعهد، رفتار درمانی دیالکتیکی و دیگر رویکردها استفاده کنند. هر یک از ما متخصصین بالینی به‌خوبی می‌دانیم که بیماران برای بهتر شدن حالشان نزد ما می‌آیند و نه برای اینکه آنها به رویکردی خاص وابستگی داشته باشند. ما به آنچه که کارساز است، علاقه‌مند هستیم نه به پیشبرد یک روابط علت و معلولی. ما امیدواریم این رویکرد کاربردی برای متخصصان بالینی در انتخاب و گزینش آنچه برای یک بیمار خاص کارایی دارد، مفید واقع شود. هیچ رویکردی به‌تنهایی برای همه عمل نمی‌کند.

هنگامی که ما تصمیم به نوشتن ویرایش دوم این کتاب گرفتیم، دریافتیم در طی ده سالی که از اولین ویرایش آن می‌گذرد در حوزه‌ی درمان شناختی رفتاری و در دانش ما درباره افسردگی و اضطراب پیشرفت‌های زیادی صورت گرفته است. بنابراین ما با جدیت، تحقیقاتی انجام شده در زمینه سبب‌شناسی و فرآیندهای دخیل در این اختلال‌ها و جدیدترین کارها در درمان شناختی رفتاری را مرور کردیم و دستاوردهای آن را در ویرایش جدید لحاظ نمودیم. هدف ما این بود که این کتاب

بتواند به عنوان یک کتاب مرجع برای هر درمانگری، صرف نظر از گرایش نظری آنها که علاقه مند به اطلاعات متمرکز، مختصر، ولی صحیح از آخرین تحقیقات و پیشرفت‌های درمانی برای اختلالات اضطرابی و افسردگی است، مورد استفاده قرار گیرد. دانستن حقایق مربوط به این اختلالات قبل از این که شما بتوانید آنها را درمان کنید، مهم است. بنابراین آن سوی تکنیک‌ها و الگوهای ساده ارائه شده در این کتاب کیفیتی علمی وجود دارد. آن چه که ما دوست داریم به عنوان «دانشمند- حرفه‌ای» به آن بنگریم، این است که هر درمانگر قبل از آنکه بتواند اختلالی را درمان کند، باید مشرف بر علم مربوط به آسیب‌شناسی روانی آن اختلال باشد.

اما آن طور که تحقیقات در زمینه آسیب‌شناسی روانی ممکن است جالب و ارزشمند به نظر برسند، اما کمکی به آنهایی که رنج می‌برند نخواهد کرد، مگر آن که راهی برای اجرای این ایده‌ها وجود داشته باشد. به همین دلیل است که ما جزئیات توصیفی دقیق از چگونگی طراحی درمان، مثل چگونگی ارزیابی مشکلات بیماران، چگونگی رد دلایل دیگر، آشناسازی بیمار با رویکرد درمانی، نحوه اجرای مداخلات و تکنیک‌ها، اندازه‌گیری تغییرات، پیش‌بینی مشکلات ایجاد شده در فرآیند درمان و چگونگی غلبه کردن به آنها و طراحی مفهوم‌بندی مشکل بیمار را در این کتاب ارائه کردیم. ما برای هر اختلال یک مثال موردی با ذکر جزئیات فرآیند درمانی ارائه نموده‌ایم و متخصصان بالینی می‌توانند از این ایده‌ها برای گسترش الگوهای درمانی خودشان برای بیمارانشان استفاده کنند.

البته درمانگران باید نسبت به بافت فرهنگی که بیمار در آن زندگی می‌کند، همچون هر مداخله و یا هر ارتباطی، حساس باشند. این امر در هر کشوری صادق است، چون که افراد با انتظارات، ارزش‌ها، عقاید متفاوت درباره تغییر و حتی باورهای متفاوت درباره بیماری‌ها برای درمان مراجعه می‌کنند. اگر متخصصان این باورها را به طور ماهرانه به کار ببرند به باورهای فردی و ارزش‌های بیمار حساس خواهند شد. ما نیاز داریم تا همیشه به خودمان یادآوری کنیم افرادی که درمان می‌کنیم، یک مورد یا یک طبقات تشخیصی نیستند (برای مثال: «او افسرده است»)، بلکه آنها انسان‌هایی هستند با حساسیت‌ها و نیاز دارند هنگامی که احساسات و تفکرات خصوصی آسیب‌پذیرشان را با ما در میان می‌گذارند، شأن انسانی‌شان حفظ شود. این کتاب طیف وسیعی از مداخلات و تکنیک‌ها را ارائه می‌دهد، اما هر چیزی را که ما پیشنهاد می‌کنیم باید همیشه با علم به اینکه فردی که با او گفتگو می‌کنیم مشکلات زیادی دارد، مورد استفاده قرار گیرد و اینکه در طول اجرای تکنیک‌ها ما باید با دلسوزی و احترام ارتباط برقرار کنیم. در پایان همه ما انسانیم و مستعد رنج کشیدن هستیم.

دکتر رابرت لیپهی

استاد تمام روان‌شناسی بالینی
دپارتمان روان‌پزشکی دانشکده پزشکی ویل کروئل
ایالت متحده آمریکا

پیش‌درآمدی بر ترجمه

کزین برتر اندیشه برنگذرد

به نام خداوند جان و خرد

درمان‌های شناختی‌رفتاری درمان‌هایی رو به گسترش و رشد هستند و طلایه‌دار ورود به درمان‌های مبتنی بر تکنولوژی در قرن بیست و یکم محسوب می‌شوند. انجمن روان‌شناسی آمریکا در سی سال گذشته رسم بر این داشته است که هر از چند سالی، در یک بررسی با روش دلفی از صاحب‌نظران، درباره آینده روان‌درمانی بپرسد. در پژوهشی که در سال ۲۰۰۲ توسط نورکراس، هجز و پروچاسکا اجرا و گزارش شد، ۶۲ خبره در حوزه روان‌درمانی در پنبلی به شکل دلفی به این مقوله پرداخته بودند که آینده روان‌درمانی را در یک دهه پیش‌رو چگونه می‌بینند. فرض نورکراس و همکارانش آن بود که آغاز هزاره سوم و گذار از عصر صنعت به عصر اطلاعات با تحولاتی در روان‌درمانی همراه خواهد شد. آنچه در این پنل مشاهده و گزارش شد، پیش‌بینی تغییرات اساسی در رویکردهای روان‌درمانی، مداخلات روان‌درمانی، ارائه‌دهندگان خدمات روان‌درمانی، قالب و چارچوب ارائه روان‌درمانی و سناریوهای پیش‌رو بود. بر اساس این گزارش، پیش‌بینی شده بود که درمان‌های شناختی‌رفتاری، بومی، شناختی و التقاطی - تلفیقی بیش از سایر روان‌درمانی‌ها رشد و گسترش یابند. همچنین پیش‌بینی شد که مداخلات جهت‌دار^۱، خود‌تغییری^۲ و مداخلات تکنولوژیک^۳ روبه فزونی خواهند گذاشت. خبرگان در این دلفی پیش‌بینی کردند که دهه پیش‌رو، دوران شکوفایی خدمات درمانی مجازی و رشد روان‌درمانگری در مقطع کارشناس ارشد خواهد بود. سناریوهای پیش‌بینی شده عبارت بودند از رشد فزاینده درمان‌های مبتنی بر شواهد^۴، تولید راهنماهای عملی^۵، گسترش طب رفتاری^۶ و رواج دارودرمانی. خیلی هیجان‌انگیز است که این پیش‌بینی‌ها درست درآمد!

این پژوهش یک دهه بعد تکرار شد و در سال ۲۰۱۳ نورکراس، پفوند و پروچاسکا گزارش خود را منتشر کردند. این بار از ۷۰ خبره حوزه روان‌درمانی درخواست شد که یک دهه بعد را پیش‌بینی کنند و بگویند چهره روان‌درمانی در سال ۲۰۲۳ را چگونه تصویر می‌کنند. بر اساس این گزارش، چنین پیش‌بینی شده است که نظریه‌های ذهن‌آگاهی، شناختی‌رفتاری، تلفیقی و چندفرهنگی^۷ بیشتر از سایر نظریه‌ها رشد خواهند کرد و درمان یونگی، روانکاوای کلاسیک و تحلیل رفتار متقابل بیش از سایر روش‌های مداخله سیر نزولی طی خواهند کرد. مداخلات مبتنی بر تکنولوژی، خودتغییری، مهارت‌سازی و تقویت مهارت‌های روابط بین فردی رو به فزونی خواهند نهاد. همچنین پیش‌بینی شده

1- Directive
3- technological
5- Practice guidelines
7- multicultural

2- self-change
4- evidence-based therapy
6- behavioral medicine

که برنامه‌های مبتنی بر اینترنت، درمان با استفاده از تلفن، بهره‌گرفتن از کارشناسان ارشد به‌عنوان نیروی درمان رشد فزاینده خواهند داشت. سناریوهای پیش‌بینی شده برای دهه‌ای که پیش‌رو داریم به احتمال زیاد عبارت‌اند از بسط تله‌روانشناسی^۱، درمان مبتنی بر شواهد، دارودرمانی و حضور گسترده صاحبان مدرک کارشناسی ارشد در بازار کار. چهار تم اصلی برای این تغییرات پیش‌بینی شده است که عبارت‌اند از تکنولوژی، اقتصاد، شواهد^۲ و ایده‌ها^۳.

این گزارش‌ها نشان‌دهنده اهمیت درمان‌های شناختی‌رفتاری و فنون مرتبط با آنها در حال و آینده روان‌درمانی است. این اهمیت به‌نوبه خود به معنای مسئولیت جدی نظریه‌پردازان، پژوهشگران، آموزش‌دهندگان و درمانگران حیطه شناختی‌رفتاری در آینده سلامت روان است. اگر به وضعیت نظریه شناختی‌رفتاری در جهان نگاهی بیندازیم، می‌بینیم که هر چهار دسته متخصصان مذکور مجدداً به انجام وظایف خود در قبال علم و جامعه جهانی مشغول‌اند. نظریه‌پردازان، مفاهیم بنیادین فلسفی و علمی و همچنین سازه‌ها و نیز مؤلفه‌های اصلی شناختی‌رفتاری را در سطحی گسترده و با شتابی قابل قبول مورد بررسی و مذاکره قرار داده و می‌دهند. پژوهشگران، مفاهیم آسیب‌شناختی‌رفتاری و شناختی^۴ و کارآیی^۵، کارآمدی^۶ و کاربردی بودن^۷ درمان‌ها و سایر انواع مداخلات پیشگیرانه و ارتقای سلامت روان مبتنی بر این نظریه را به محک تجربه می‌آزمایند. آموزش‌دهندگان، با استفاده از آمیزه‌ای از تجارب کهن تعلیم و تربیت و دستاوردهای نوآورانه در امر انتقال دانش به ترویج این شاخه نظری مهم پرداخته‌اند و بالاخره مداخله‌گران و درمانگران، با استفاده از دستاوردهای سه‌گروه مذکور به امر ترویج و ارتقای سلامت روان در جامعه به روزآمدترین، اقتصادی‌ترین و کارآمدترین شکل ممکن می‌پردازند.

کتابی که در دست دارید برای استفاده این گروه اخیر تألیف شده است. بخش مهمی از مأموریت کسانی که فعالیت علمی دارند این است که پس از تولید علم آن را نشر داده و به زبان استفاده و عمل ترجمه نمایند. دکتر لیهی در این کتاب این کار را به‌درستی انجام داده است. طی سال‌هایی که به آموزش درمان شناختی‌رفتاری مشغول بوده‌ام، همواره با این پرسش از سوی فراگیران روبرو بوده‌ام که: «ما حتی بعد از اینکه مفهوم‌پردازی را یاد می‌گیریم و بر اساس آن درمان را طراحی می‌کنیم و در عین حالی که یاد گرفته‌ایم هر یک از فنون شناختی‌رفتاری یا هیجانی را چگونه انجام دهیم، همچنان نیاز به یک راهنما داریم که به ما بگوید چطور جلسه به جلسه برنامه درمان را پیش ببریم و در هر جلسه چه کارهایی را انجام دهیم». این کتاب به این نیاز پاسخ می‌دهد.

سال ۱۳۸۲ پرفسور کیث دابسون در یک سفر علمی به ایران به مدت شش روز، یک دوره آموزشی را به شکل کارگاهی در دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روان‌پزشکی تهران ارائه دادند. این دوره به

1- telepsychology
3- ideas
5- effectiveness
7- efficiency

2- evidence
4- cognitive behavioral psychopathology
6- efficacy

آموزش درمان شناختی رفتاری اختلالات اضطرابی و افسردگی اختصاص داشت و منبع اصلی تدریس شده در این دوره ویراست نخست کتابی بود که هم‌اکنون در دست شماست. یک هفته با پرفسور دابسون و با این کتاب بودن، موج جدیدی از شور و اشتیاق به درمان شناختی رفتاری را در نسل سوم روان‌شناسان ایران برانگیخت. موجی که تاکنون ادامه داشته و رشد کرده است. همان‌طور که دکتر لیپی در مقدمه بر چاپ فارسی کتاب نوشته‌اند، طی این سال‌ها درمان شناختی رفتاری به‌بلندگی خود ادامه داده و درمانی که در همان زمان نیز به‌عنوان یک درمان دارای کارآمدی و کارایی و هم یک درمان کاربردی شناخته می‌شد، به جرگه درمان‌های مبتنی بر شواهد نیز پیوسته است. در اسناد مرکز ملی عالی بالینی (NICE)^۱ انگلیس و کانادا و نیز در راهنماهای بالینی^۲ منتشر شده در کشورهای مختلف، درمان شناختی رفتاری اختلالات اضطرابی و افسردگی حرف نخست را می‌زند.

امتیاز اصلی این کتاب که انتشار مجدد آن با ویراست روزآمد را توجیه می‌کند، همانا کارآمدی، کاربردی بودن، کارایی و مبتنی بر شواهد بودن برنامه‌های پیشنهادشده در این کتاب است. خیلی امیدوارم که روزی ما پروتکل‌ها و راهنماهای بالینی غیردارویی بومی مختص به جمعیت ساکن در کشور عزیزمان را داشته باشیم، ولی تا آن زمان نمی‌توان دست روی دست گذاشت و از منابع موجود معتبر در سطح جهان استفاده نکرد و یا لاقلاً الهام نگرفت. به نظر من این کتاب یکی از کاربردی‌ترین منابع برای کسانی است که مایلند به کار بالینی در زمینه اضطراب و افسردگی بپردازند.

ساختار کتاب به‌گونه‌ای هست که خواننده را گام‌به‌گام در مسیر ارزیابی، مفهوم‌پردازی، طراحی روند درمان و انتخاب تکنیک در هر جلسه راهنمایی می‌کند. اگرچه کسانی که به بنیان‌های نظری درمان شناختی رفتاری علاقمند هستند، ممکن است این کتاب را کمتر نظری ببینند و به همین دلیل بر آن خرده بگیرند، ولی هدف مؤلف، رابرت لیپی، دقیقاً خارج کردن مفاهیم نظری پیچیده علمی از زبان دانشگاه و ترجمان این مفاهیم به زبان کاربرد بوده است. در جامعه چند ده میلیونی کشورمان ایران، بی‌شک چند ده میلیون نفر نیازمند خدمات سلامت روان هستند. بسیاری از این افراد نیازی به تشخیص به مفهوم پزشکی آن و یا نیاز به دارو ندارند. بسیاری از این افراد نیازمند به فنونی هستند که به کمک آنها قصه زندگی خود را تغییر دهند. این افراد اگر پاسخ به این نیاز را از منابع علم‌بنیان نگیرند، به سمت روش‌های غیرعلمی، خرافاتی، افسانه‌ای و در مواردی خطرناک می‌روند. درمان شناختی رفتاری به‌عنوان یک درمان مبتنی بر شواهد تجربی و علمی مکفی و دارای حمایت پژوهش‌های آزمایشی^۳، بهترین روش پاسخ‌گویی به نیاز این مخاطبان است. این جامعه چند ده میلیونی نیاز به تعداد زیادی افراد مجهز به فنون اصلاح رفتار، شناخت و تنظیم هیجان دارد. وقتی قرار بر این باشد که تعداد زیادی افراد برای ارائه یک خدمت آموزش ببینند، آنگاه منابع آموزشی مورد نیاز خواهند

1- National Institute of Clinical Excellence

2- clinical guidelines

3- Empirically supported psychotherapies

بود که انتقال دانش و فنون را به سهل‌ترین وجه ممکن انجام دهند. این کتاب این ویژگی را به‌خوبی دارا است. در ابتدای این نوشتار به کثرت انفجاری کارشناسان ارشد آماده به کار در حوزه بهداشت روان در سراسر دنیا اشاره شد. در ایران هم رویه همین است و البته نظام سلامت نیز محتاج خدمات علمی این افراد است. برنامه درسی دانشگاهی به‌تنهایی برای آماده‌سازی افراد برای ورود به بازار کار کفایت نمی‌کند و عملاً برنامه‌ای مبتنی بر توانمندسازی^۱ نیست. به همین دلیل در کنار برنامه‌های کارورزی و آموزش عملی، به منابعی برای هدایت شناخت رفتار در مانگران نیاز داریم. این کتاب به‌خوبی این نیاز را پاسخ می‌دهند. با توجه به شتاب فزاینده گسترش دانش و مهارت روان‌درمانی، همه ما در ضمن ادامه فعالیت حرفه‌ای خود نیاز به بازآموزی و روزآمد شدن نیز داریم. این کتاب نیاز به آموزش ضمن خدمت را هم پاسخ می‌دهد. تمام دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد به منبعی جامع و در عین حال فشرده برای آموزش درمان شناختی رفتاری در قالب واحد درسی محدودشان نیاز دارند که خواندن این کتاب به آنان نیز توصیه می‌شود؛ و بالاخره تمامی اساتید به نوشتاری به‌خوبی جمع‌بندی شده برای هدایت کارورزان و رفع اشکالات آنان در کار عملی و استفاده در برنامه نظارت آموزشی بالینی نیاز دارند که این کتاب در این مورد نیز قابلیت کاربردی خوبی دارد.

در تجربه شخصی بیش از یک دهه با ویراست نخست این کتاب، این امتیازها را برای آن قائل هستم:

- شرح تفصیلی گام به گام فرایند درمان
- ارائه یک راهنمای مبسوط ارزیابی در ابتدای مداخله
- ارائه راهنمایی کاربردی برای ارزشیابی فرایند تغییر در جریان درمان
- پیشنهاد روش‌های کاربردی برای درگیر کردن بیمار در فرایند تغییر
- هدایت خواننده در جهت طراحی برنامه درمان متناسب با مفهوم‌پردازی هر بیمار
- عرضه مثال‌های خوب کاربردی
- تفکیک انواع درمان‌ها بر اساس تشخیص
- تفکیک انواع فنون بر اساس موارد استفاده
- دادن پیشنهاد و راه‌حل به درمانگران برای زمان‌هایی که در روند درمان به چالش، مقاومت یا مانع برخورد می‌کنند
- ارائه بسته‌های کاربردی برای ارزیابی، آشناسازی بیمار با مشککش و درمان آن
- فراهم آوردن کاربرگ‌های مورد استفاده در جلسه درمان و مستندسازی تکالیف در فاصله جلسات

1- competency based program

امید است حال که آقای دکتر مهدی اکبری و آقای مسعود چینی فروشان (مترجمان اثر) برای خود مأموریت اشاعه دانش روزآمد شناختی رفتاری فراهم شده به زبان انگلیسی را قائل شده‌اند و حال که هر بار ترجمه و برگردان ایشان حرفه‌ای‌تر و تقدیرآمیزتر می‌شود و هر بار که اصول اخلاقی و قانونی ترجمه را بهتر و بیشتر از قبل رعایت می‌کنند، بازهم شاهد برگردان‌های علمی ایشان در حوزه درمان شناختی رفتاری باشیم. بر این باورم اگر تنها یک گزینه برای خدمت علمی روان‌شناختی و مبتنی بر شواهد تجربی در زمینه سلامت روان در این سرزمین باشد، چه در حوزه ارتقا، چه در حیطه پیشگیری و چه در عرصه درمان، این گزینه در حال حاضر و فعلاً نظریه شناختی رفتاری است.

دکتر لادن فتی

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی
پاییز ۱۳۹۴

درباره نویسندگان

پرفسور رابرت لیهی، مدیر «مؤسسه شناخت‌درمانی امریکا» در شهر نیویورک و استاد تمام روان‌شناسی بالینی دپارتمان روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ویل کروئل است. او نویسنده و ویراستار ۱۹ کتاب در حوزه درمان شناختی و فرایندهای روان‌شناختی است. ایشان در طی سالیان طولانی، به نگارش و ویراستاری کتاب‌های تخصصی از قبیل «تکنیک‌های شناخت‌درمانی»، «غلبه بر مقاومت در شناخت‌درمانی» و کتاب‌های خودیاری و عامه‌پسندی، مانند «التیام نگرانی» و «بر افسردگی خود غلبه کنید، قبل از آنکه افسردگی بر شما غلبه کند» اهتمام ورزیدند. پرفسور لیهی، رئیس اسبق «انجمن درمان‌های شناختی و رفتاری»، «انجمن بین‌المللی روان‌درمانی شناختی» و «آکادمی شناخت‌درمانی» است. او «جایزه بزرگ آرون تی. بک برای حفظ و نگهداری درمان شناختی» را دریافت کرد. او در سرتاسر دنیا کارگاه‌های زیادی برگزار کرده و مکرراً در رسانه‌های عمومی حضوری فعال داشته است.

دکتر استفان ج. هولند، مدیر «مؤسسه عالی شناخت‌درمانی» در واشنگتن دی. سی است. او یکی از اعضای اجرایی برنامه آموزش روان‌شناسی دوره دکتری در دانشگاه کلمبیا و دانشکده روان‌شناسی حرفه‌ای و کاربردی امریکا است. دکتر هولند یکی از بنیان‌گذاران «آکادمی شناخت‌درمانی» و نویسنده مقالات و فصول زیادی در ارتباط با درمان رفتاری-شناختی و روان‌درمانی یکپارچه‌نگر است. به‌علاوه، او به‌عنوان یک متخصص بالینی در برگزاری کنگره‌های ملی و برنامه‌های آموزش مداوم برای متخصصین نقش فعالی داشته است. او در مجله واشنگتن، به‌عنوان یکی از بهترین درمانگران منطقه واشنگتن دی. سی معرفی شد.

دکتر لاتا ک. مک‌گین، دانشیار روان‌شناسی، مدیر گروه دوره دکترای بالینی و مدیر برنامه دوره درمان شناختی‌رفتاری برای اختلال‌های اضطرابی و افسردگی وابسته به دانشگاه در دانشگاه‌های یشیوا، دانشکده روان‌شناسی فرکوف و کالج پزشکی البرت انیشتن است. او نویسنده (و نویسنده همکار) کتب متعددی در زمینه اختلال‌های اضطرابی و افسردگی و درمان شناختی‌رفتاری، نظیر «درمان اختلال وسواس فکری-عملی» است. دکتر مک‌گین در تحقیقات خود، بر مدل‌های آسیب‌پذیری اضطراب و افسردگی تمرکز داشته و اخیراً یک مدل مداخله‌ای برای پیشگیری از افسردگی ناشی از مصرف مواد ارائه کرده است. او مدیر «انجمن بین‌المللی روان‌درمانی شناختی» و عضو هیأت مدیره «انجمن درمان‌های شناختی و رفتاری» و «آکادمی شناخت‌درمانی» است. او همچنین از مؤسسين مراکز «فعالیت‌های بالینی تحت نظارت» در وایت‌پلین نیویورک به شمار می‌رود. دکتر مک‌گین در شهر نیویورک همچنان به فعالیت حرفه‌ای خصوصی خود ادامه می‌دهد و تاکنون در سرتاسر دنیا کارگاه‌ها و سخنرانی‌های زیادی برگزار کرده است.

پیشگفتار

اولین ویرایش این کتاب، با جهت‌گیری کاربردی و بالینی برای متخصصین نگاشته شد. هدف ما ارائه یک راهنمای کاربردی و گام به گام در قالب درمان‌های شناختی‌رفتاری برای اختلال‌های اضطرابی و افسردگی بود تا متخصصین بتوانند به صورت نظام‌مند و دقیق این درمان‌ها را در فعالیت‌های بالینی خود به کار بندند. این کتاب به خوبی مورد استقبال واقع شد و توسط متخصصین علاقه‌مند به استفاده از شیوه‌های نوین درمان شناختی‌رفتاری در سرتاسر جهان مورد استفاده قرار گرفت. در واقع، دو سال پس از انتشار اولین ویرایش این کتاب، زمانی که یکی از ما (رابرت لیهی) در کنفرانس انجمن روان‌درمانی شناختی و رفتاری بریتانیا شرکت کرده بود، یکی از افراد حاضر در کارگاه آموزشی ایشان گفته بود: «این کتاب فعالیت بالینی من را سازماندهی کرد و من هر روز در فعالیت‌های بالینی خود از آن استفاده می‌کنم.»

این دقیقاً همان چیزی است که ما به دنبال آن بودیم. هدف ما نگارش کتابی بود که مجموعه‌ای از ابزارهای لازم برای یک متخصص بالینی (کاربرگ‌ها، طرح‌های درمانی، نمونه‌هایی از مکالمات درمانگر-بیمار و فهرستی از تکنیک‌ها و مداخلات درمانی مؤثر) را فراهم آورد. دانشجویان و همکاران ما سالهاست که از این کتاب به عنوان یک کتاب استاندارد برای آموزش و درمان در کلاس‌ها، دوره‌های کارورزی، آموزش دوره‌های فوق‌دکتری و فعالیت‌های بالینی استفاده می‌کنند. وقتی نسخه اصلی این کتاب را می‌نوشتیم از خود پرسیدیم: اگر قرار بود درمان شناختی‌رفتاری را از یک کتاب بیاموزیم، در آن به دنبال چه بودیم؟ و به این طریق کتابی که مورد نظرمان بود را نوشتیم.

اکنون دستورالعمل‌های درمانی متعددی بر اساس رویکرد شناختی‌رفتاری برای تمامی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی موجود است. تأثیر این دستورالعمل‌های درمانی در کاهش علائم اکثر بیماران در مطالعات تجربی مورد تأیید قرار گرفته است. طی دهه اخیر، پیشرفت‌های چشمگیری در درمان افسردگی و اضطراب به وجود آمده است. ما در این ویرایش جدید که مطالب آن بازبینی شده و گسترش یافته است، مرور مختصری در مورد پژوهش‌های مربوط به سبب‌شناسی، شیوع و خط سیر، فرآیندهای تغییر، مدل‌های مداخلاتی و راهبردهای بالینی ارائه می‌کنیم. به علاوه سعی کردیم با بازبینی مباحث پزشکی به پیشرفت‌های جدیدی که در حوزه دارودرمانی برای اختلال‌های اضطرابی و افسردگی حاصل شده، اشاره کنیم.

اغلب اوقات، متخصصین از وجود و اهمیت پژوهش‌هایی که در این زمینه انجام شده، آگاه نیستند؛ در عوض بیشتر به دانسته‌های غیرعلمی و تجارب بالینی خود تکیه می‌کنند. این تأسفبرانگیز است؛

زیرا پژوهش و نظریه، در درک فرایندهایی زیربنایی مؤثر در تداوم و تشدید اختلال‌های روان‌شناختی به ما کمک می‌کنند و این به معنای درک بهتر ارتباط بین تکنیک‌ها و مداخلات درمانی است. مثال بارز این موضوع در استفاده از تکنیک «توقف فکر» قابل تشخیص است که امروزه در درمان افکار ناخواسته و مزاحم توصیه نمی‌شود. با این وجود، هنوز عده‌ای از متخصصین از این روش قدیمی و منسوخ استفاده می‌کنند. پژوهش‌های انجام شده بر روی سرکوبی افکار (یا بازداری هیجانی) نشان می‌دهند که این راهبردهای خودکنترلی، اوضاع بیمار را بدتر می‌کنند. بنابراین، پژوهش‌ها به فعالیت‌های بالینی جهت می‌دهند. همین‌طور درک بهتر ما از نقش اجتناب تجربه‌گرایانه، تحمل هیجانی و ارزیابی‌های فراشناختی افکار و هیجان‌ها در شکل‌گیری مداخلات بالینی جدید مؤثر بوده‌اند، بنابراین ضروری است که متخصصین بالینی از اهمیت درک نظریه و پژوهش‌های مرتبط با آن آگاه باشند. در غیر این صورت، درمان به صورت کاربرد ساده‌انگارانه روش‌های بدون ساختار به نظر می‌رسد.

از طرف دیگر، ما معتقدیم پژوهشگران می‌توانند از تجارب و شهود متخصصین بالینی استفاده کنند، زیرا همه ما، هم‌روزه در فعالیت‌های حرفه‌ای خصوصی خود با بیماران زیادی در تماس هستیم (البته به منظور حفظ اصول رازداری، هویت بیماران مورد استفاده در مثال‌های آموزشی تغییر می‌یابند). ما بر این باوریم که حتی بهترین پژوهش‌ها و نظریه‌ها نیز اگر از نظر متخصصین بالینی، جنبه کاربردی و قابلیت پیاده‌سازی در فعالیت‌های بالینی را نداشته باشد، به‌طور کلی مورد بی‌توجهی واقع می‌شوند. بنابراین ما سعی کردیم در تمامی فصول درمانی این کتاب، مباحث پژوهشی را به صورت تکنیک‌های اختصاصی و رهنمودهای کاربردی مطرح کنیم تا برای متخصصین بالینی جذاب باشد و بتواند آنها را در فعالیت‌های حرفه‌ای خود به کار بندند. به‌علاوه، درباره حل‌وفصل مشکلات احتمالی نیز توضیحاتی ارائه شده است. این مشکلات احتمالی که گاهی در مسیر درمان قرار می‌گیرند، ممکن است در مدل‌های پژوهشی که چگونگی درمان را توصیف می‌کنند، به وضوح قابل مشاهده نباشد، اما متخصصین هنگام استفاده از درمان شناختی‌رفتاری در فعالیت‌های بالینی خود معمولاً با آنها روبرو می‌شوند. بنابراین ما سعی کرده‌ایم نمونه‌هایی از هنر درمان یا متواضعانه‌تر بگوییم، تجارب درمانی را ارائه دهیم.

نتیجه این شد که یک مجموعه درمانی برای اختلال‌های اضطرابی و افسردگی ارائه کردیم. دستورالعمل‌های درمانی فصول ۲ تا ۸ شامل توصیف کلی اختلال، ارزیابی بیماران، کاربرگ‌های ارزیابی، شرح دقیق مداخلات درمانی برای اختلال موردنظر، راهنمای گام به گام جلسات درمانی، نمونه‌ای از علائم، اهداف و مداخلات درمانی استاندارد، کاربرگ‌های مخصوص تکالیف خانگی و خلاصه‌برگ‌های آموزشی است. درمان زمانی مؤثر خواهد بود که درمانگران از محتوای دقیق جلسات درمانی آگاه باشند و کاربرگ‌های لازم را به موقع در حین جلسات و بین جلسات (به‌عنوان تکالیف

خانگی خودیاری) در دسترس بیماران قرار دهند. ما در این ویرایش، تعداد و جزئیات اکثر کاربرگ‌های آموزشی و ارزیابی را گسترش داده‌ایم تا متخصصین بتوانند رهنمودهای اختصاصی و کاربرگ‌های خودیاری بیشتری را برای درک بهتر الگوهای نامناسب رفتاری و فکری در اختیار بیمار قرار دهند. ما سعی کرده‌ایم کتاب را به گونه‌ای تنظیم کنیم که برای همه درمانگران، با هر میزان تجربه و پیشینه علمی مناسب باشد. درمانگران آموزش دیده بر اساس رویکرد رفتاری و شناختی می‌توانند از این کتاب به‌عنوان یک مرجع راهنما برای درمان اختلال‌های اضطرابی و افسردگی استفاده کرده و کاربرگ‌های موجود در آن را نیز جهت آموزش و ارزیابی بیماران به کار گیرند. برای درمانگران آموزش دیده بر اساس سایر رویکردهای درمانی نیز این کتاب مقدمه‌ای بر انواع درمان‌های کوتاه‌مدت است که مورد استقبال اکثر بیماران و شرکت‌های پرداخت‌کننده هزینه‌های درمانی قرار گرفته است. هرچند معتقدیم تکنیک‌های درمانی ارائه شده در این کتاب، الزاماً با سایر رویکردهای درمانی ناهمخوان نیست. درنهایت، دانشجویان تحصیلات تکمیلی نیز می‌توانند از این کتاب به‌عنوان مقدمه‌ای بر درمان‌های شناختی رفتاری استفاده کنند.

فصل یک، مخاطب را با برخی از مفروضه‌های اساسی درمان شناختی رفتاری و پیشنهاداتی برای اخذ مجوز درمان از شرکت‌های پرداخت‌کننده هزینه‌های درمانی آشنا می‌کند. فصل‌های بعدی این کتاب به مباحث مرتبط با اختلال‌هایی نظیر اختلال افسردگی، اختلال وحشت‌زدگی و گذرهراسی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال هراس خاص و اختلال وسواس فکری- عملی می‌پردازد. متخصصین بالینی برای دستیابی به جدیدترین اطلاعات مرتبط با داروها نیز می‌توانند به وب‌سایت‌های «www.pdrhealth.com/home/home.aspx» و «www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginformation.html» مراجعه کنند.

دستورالعمل‌های درمانی: مزایا و هشدارها

دستورالعمل‌های درمانی ساختارمند و مبتنی بر پژوهش از مزایای زیادی برخوردار هستند. از آنجایی که این دستورالعمل‌های درمانی از حمایت تجربی خوبی برخوردار هستند، به‌عنوان درمان‌های پیشنهادی برای متخصصین بالینی شناخته می‌شوند. به‌علاوه، دستاوردهای حاصل از این درمان‌ها، بعد از اتمام دوره درمان نیز همچنان باقی خواهند ماند. شواهد پژوهشی نشان می‌دهند در برخی اختلال‌ها، علیرغم اتمام دوره درمانی، سیر بهبودی همچنان در بیمار ادامه می‌یابد.

این دستورالعمل‌های درمانی از آن جهت کاربردی هستند که اولاً، گام به گام تنظیم شده‌اند، ثانیاً کوتاه‌مدت هستند، به طوری که در مدت کوتاهی، تغییرات چشمگیری در علائم بیماری حاصل می‌شود. علاوه بر این، متناسب با شرکت‌های پرداخت‌کننده هزینه‌های درمانی و سایر منابع حمایتی

برای اکثر بیماران می‌باشند. افزون بر این، دستورالعمل‌های درمانی ارائه شده در این کتاب برای هر اختلال، به‌طور اختصاصی و با تکیه بر تکنیک‌های ویژه (هرچند محدود) طراحی و تنظیم شده است. این درمان‌ها می‌توانند برای بیماران مبتلا به اختلال‌های چندگانه محور یک نیز با ترکیب مؤلفه‌های خاصی از دستورالعمل‌های درمانی مختلف به کار گرفته شوند.

علیرغم همه مزایای این دستورالعمل‌های درمانی، باید برخی مسائل را در نظر داشت. اولاً، اگرچه پیگیری مراحل برنامه درمانی برای بیشتر بیماران نتایج مثبتی را به همراه خواهد داشت، ولی این درمان‌ها را نمی‌توان برای همه بیماران به‌صورت یکسان به کاربرد. برخی بیماران در حین اجرای درمان با بحران‌ها، مشکلاتی و مقاومت‌هایی (که متأثر از نوع شخصیت آنها است) مواجه می‌شوند که می‌تواند ترتیب مداخلات تنظیم‌شده را تحت تأثیر قرار دهد. در چنین شرایطی، درمانگر علیرغم پایبندی به برخی تکنیک‌های اساسی، باید با استفاده از قضاوت بالینی خود، درمان را با نیاز بیمار متناسب کند. ثانیاً، دستورالعمل‌های درمانی باید منطبق بر «مفهوم‌بندی مشکل بیمار» باشند که منشأ رشدی مشکلات، احتمالات ژنتیکی، انطباق تکاملی (برای اکثر اختلال‌های اضطرابی)، مفروضه‌های بنیادین، طرحواره‌های شخصی، راهبردهای تنظیم هیجان، رفتارهای ایمنی‌بخش، بافت بین فردی، عوامل فرهنگی، افکار خودآیند، افراط و تفریط‌های رفتاری، مهارت‌ها، راهبردهای حل مسئله، تئوری‌های بیمار درباره هیجان و افکار و سایر عوامل را در برمی‌گیرد. اگرچه برخی از دستورالعمل‌های درمانی، بعضی از این عوامل را پوشش می‌دهند، ولی بهتر است یک متخصص بالینی قبل از شروع درمان، به مفهوم‌بندی مشکل بیمار و متناسب‌سازی برنامه درمانی با آن بپردازد. در واقع، مفهوم‌بندی مشکل بیمار به درمانگر کمک می‌کند خیلی از مشکلات و موانع احتمالی به وجود آمده در درمان را قبل از شروع برنامه درمانی شناسایی کند.

به‌عنوان هشدار آخر باید خاطر نشان کنیم که اگرچه این درمان‌ها ممکن است ساده به نظر برسند، اما به کارگیری آنها در عمل نیاز به تمرین بسیاری دارد. متخصصینی که بر اساس درمان شناختی‌رفتاری آموزش ندیده‌اند و تجربیاتی در این زمینه ندارند، باید قبل از کاربرد هر نوع تکنیک درمانی، با متخصصین این حوزه مشورت کنند. یکی از مزایای کار با یک گروه آموزش‌دیده و حرفه‌ای (بر اساس رویکرد شناختی‌رفتاری) این است که نیاز به آموزش بالینی، هیچ‌گاه متوقف نخواهد شد. ما برای تداوم توان حرفه‌ای متخصصین، بر این روش (همراهی با یک گروه حرفه‌ای) بسیار تأکید داریم و بر این باور هستیم که با اخذ مدرک تحصیلی، نیاز به آموزش و نظارت از بین نخواهد رفت.

تکنیک‌های ارائه شده در این کتاب، ابزارهای ضروری برای هر درمانگری محسوب می‌شوند. ما معتقدیم اگر این دستورالعمل‌های درمانی با مهارت و دقت به کار گرفته شوند، برای اکثر بیماران مبتلا

به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی درمان مؤثری فراهم می‌شود. با این وجود، این درمان‌ها باید با حساسیت و قضاوت بالینی مناسب همراه شوند.

نگارش این کتاب برای ما تجربه لذت‌بخشی بود. در واقع، این کتاب فرصتی را برای جمع‌آوری و تنظیم درمان‌های اثربخش برای بیماران خودمان فراهم کرد. به‌علاوه در طول نگارش این کتاب پی بردیم که چقدر می‌توانیم از بیماران خود یاد بگیریم و چقدر دانشجویان ما می‌توانند صداقت‌مان را در کار افزایش دهند. نگارش کتاب برای هر کدام از ما یک تجربه شخصی و فعالیت مفید بود و امیدواریم که به همین اندازه برای دیگران نیز سودمند باشد.

فصل ۱

درمان در محیط مراقبت‌های بهداشتی متغیر

هدف اصلی این کتاب کمک به متخصصین بهداشت روان حاضر در محیط‌های سرپایی^۱ است تا بتوانند در حوزه اختلال‌های اضطرابی و افسردگی، درمان‌هایی با پشتوانه تجربی کافی ارائه دهند. ما اولین ویرایش این کتاب را در اوج جنبش مراقبت‌های بهداشتی^۲ نگاشتیم. زمانی که بسیاری از متخصصین بالینی تحت فشار و استرس بودند، زیرا می‌بایست درمان ارائه شده توسط آنها مورد تأیید شرکت‌های بیمه قرار گیرند. دومین هدف ویرایش اول این کتاب، کمک به درمانگران برای قرار گرفتن در مسیر نظام مراقبت‌های بهداشتی با تدوین یک راهنمای کاربردی برای نگارش طرح‌های درمانی مورد تأیید ناظران مراقبت‌های بهداشتی بود.

از آن زمان تاکنون تغییرات زیادی در نظام مراقبت‌های بهداشتی^۳ ایجاد شده است. طی دهه اخیر، بسیاری از شرکت‌های بیمه کمتر در ارائه مجوزها و نظارت‌های خود سخت‌گیری می‌کنند (هورگان، گارنیک، مریک و هودکین، ۲۰۰۷). اگرچه ممکن است پیشرفت‌های اخیر این رویه را برعکس کند. در سال ۲۰۰۸، شرکت «برابری سلامت روان»^۴ و «رویکردی متفاوت به اعتیاد»^۵ موظف شدند که همان پوشش بیمه‌ای را برای اختلال‌های روان‌شناختی داشته باشند که شرکت‌های بیمه‌ای برای بیماری‌های طبی ارائه می‌دادند، مشروط به اینکه سطح این مراکز با سطح درمانگاه‌های پزشکی برابر باشد. با این وجود، طبق آیین‌نامه سال ۲۰۰۸ بیمه‌گران مجبور شدند مجدداً سخت‌گیری‌های خود را در نظام مراقبت‌های بهداشتی افزایش دهند (کلمنز، ۲۰۱۰).

روشن است که هر اتفاقی در آینده بیفتد، همچنان رقابت بر سر ارائه خدماتی با کیفیت بالاتر ادامه خواهد داشت که البته می‌تواند هزینه‌هایی هم به همراه داشته باشد. در میان همه نظام‌های مراقبت‌های بهداشتی، فعالیت‌های بالینی مبتنی بر درمان‌های دارای حمایت تجربی، در اخذ مجوزهای لازم، نقش

1- outpatient setting
3- health care system
5- Addiction Equity Act

2- health care movement
4- Mental Health Parity

تعیین‌کننده‌ای را ایفا می‌کنند. بنابراین درمانگران باید برای توضیح دلیل استفاده از یک درمان خاص برای بیماران‌شان مستندات علمی محکمی داشته باشند.

یکی از مزایای درمان شناختی‌رفتاری که در این کتاب به آن اشاره شده، این است که به علت برخورداری از پشتوانه پژوهشی قوی در تأیید اثربخشی آن برای تسکین علائم بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی می‌تواند به‌عنوان یکی از خدمات بهداشت روانی مؤثر به شرکت‌های بیمه‌گر معرفی شود. به‌علاوه، از آنجایی که این درمان‌ها نسبتاً کوتاه‌مدت طراحی شده‌اند، برای شرکت‌های بیمه و دیگر نهادهای ناظر بر هزینه‌های درمانی، مورد پذیرش هستند و با استقبال خوبی همراه شده‌اند.

نظام مراقبت‌های بهداشتی چند اصل کلی را که در رویکرد شناختی‌رفتاری نیز به‌عنوان عوامل زیربنایی مطرح شده‌اند، مدنظر دارد. درک این اصول (حتی اگر لزوماً با آن موافق نباشید) هم برای مسامحه با ناظران مراقبت‌های بهداشتی و هم برای درمان بیماران راهگشا خواهد بود.

سه اصل کلی مشترک در نظام مراقبت‌های بهداشتی و رویکرد شناختی‌رفتاری به شرح زیر است:

۱. «علائم» بیماری را باید به‌عنوان مشکل در نظر گرفت: به‌جای آن‌که علائم بیماران، نشانه‌ای از موضوعات عمیق‌تر که باید هدف درمان باشد، در نظر گرفته شود، رویکرد شناختی‌رفتاری بر این موضوع تمرکز دارد که علائم بیمار، مشکلاتی هستند که باید رفع شوند. بنابراین درمان اختلال‌ها بر اساس علائم بیمار و نقص در عملکرد روزانه او تعریف می‌شود.
۲. هدف، برطرف کردن علائم بیماری است: از آنجایی که علائم بیماری به‌عنوان یک مشکل در نظر گرفته می‌شوند، باید هدف درمان نیز کاهش یا رفع این علائم باشد. بنابراین برای ارزیابی اثربخشی درمان، نیاز به ابزارهایی برای اندازه‌گیری تغییرات ایجاد شده در شدت علائم یا بهبود عملکرد است.
۳. اثربخشی مداخلات درمانی در کاهش علائم باید توسط پژوهش‌های علمی مورد تأیید قرار گیرد: محققان حوزه شناختی‌رفتاری، تکنیک‌های درمانی را بر مبنای درک نظری خود از اختلال‌ها ایجاد کرده‌اند. تا زمانی که بر اساس کارآزمایی‌های بالینی، اثربخشی این تکنیک‌ها در کاهش علائم، تأیید نشود، معتبر نخواهند بود. بنابراین اغلب محققان، کارآمدی تکنیک‌های مختلف شناختی‌رفتاری را با هم مقایسه می‌کنند تا مشخص شود کدام تکنیک یا ترکیبی از کدام تکنیک‌ها بیشترین تأثیر را در کاهش علائم بیمار دارد.

به‌طور خلاصه، محققان حوزه شناختی‌رفتاری (و بیشتر ناظران مراقبت‌های بهداشتی) بر این باورند که علائم بیمار اهداف و تکنیک‌های درمانی را مشخص می‌کند؛ در نتیجه به دنبال شناسایی تکنیک‌های درمانی تأییدشده می‌باشند.