

درمان شناختی رفتاری

مبانی و فراتر از آن

فهرست مطالب

۷	یادداشت مترجم
۹	مقدمه
۱۳	پیشگفتار
۱۵	۱ مقدمه‌ای بر درمان شناختی رفتاری
۳۲	۲ بررسی اجمالی درمان
۴۳	۳ مفهوم‌پردازی شناختی
۷۷	۴ رابطه درمانی
۹۵	۵ جلسه ارزیابی
۱۱۳	۶ نخستین جلسه درمان
۱۴۶	۷ برنامه‌ریزی برای فعالیت
۱۶۶	۸ برنامه‌هایی برای اقدام
۱۹۵	۹ طرح درمان
۲۱۱	۱۰ ساختاردهی به جلسات
۲۳۱	۱۱ مشکلات مربوط به ساختاردهی به جلسات
۲۵۱	۱۲ شناسایی افکار خودآیند
۲۷۰	۱۳ هیجان‌ها
۲۸۳	۱۴ ارزیابی افکار خودآیند
۳۰۶	۱۵ پاسخدهی به افکار خودآیند
۳۲۱	۱۶ تلفیق ذهن‌آگاهی در CBT
۳۳۱	۱۷ آشنایی با باورها
۳۵۵	۱۸ تغییر و اصلاح باورها

۳۷۷.....	۱۹ سایر تکنیک‌ها.....
۳۹۹.....	۲۰ تصویرسازی ذهنی.....
۴۱۳.....	۲۱ پایان دادن به درمان و پیشگیری از عود.....
۴۲۷.....	۲۲ مشکلات درمان.....
۴۴۱.....	پیوست الف منابع CBT.....
۴۴۳.....	پیوست ب گزارش موردی مؤسسهٔ بک.....
۴۵۴.....	پیوست پ مراحل تکنیک AWARE (آگاه).....
۴۵۶.....	پیوست ت بازسازماندهی معنای خاطرات اولیه از طریق تکنیک‌های تجربی.....
۴۷۳.....	منابع.....
۴۸۲.....	واژه‌نامهٔ انگلیسی به فارسی.....
۴۸۵.....	واژه‌نامهٔ فارسی به انگلیسی.....

یادداشت مترجم

کتاب حاضر، جدیدترین کتاب خانم جودیت بک، یکی از برجسته‌ترین درمانگران شناختی رفتاری دنیاست که به مرور دقیق و مبسوط مفاهیم اساسی CBT (همچون مفهوم‌پردازی موردی، طراحی درمان، ساختار و تکنیک‌های درمان شناختی رفتاری) می‌پردازد و اشاره می‌کند که در شناخت‌درمانی بهبود-مدار به چه مواردی توجه و بر چه نکات و ظرایفی تأکید می‌شود. یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های رویکرد بهبود-مدار این است که هنگام صورت‌بندی موردی، چالش‌های موجود در زندگی درمانجو درون بافتار گسترده‌تر علائق، ارزش‌ها و آرزوهای وی برای برخورداری از یک زندگی معنادار در نظر گرفته می‌شوند. در سرتاسر کتاب به مثال‌های متعدد و مشروح دو درمانجو نیز اشاره شده تا تمام مباحث عینی باشند.

بسیاری از کاربرگ‌ها و سایر منابع معرفی شده در کتاب، از جمله پنج فیلم کوتاه آموزشی و همچنین دو جلسه درمان ۴۵-دقیقه‌ای با اجرای خانم بک، به زبان اصلی و در سایت مؤسسه شناخت‌درمانی بک به آدرس www.beckinstitute.org در دسترس مخاطبان علاقه‌مند هستند. لیکن جهت سهولت استفاده و برای کمک به یادگیری هرچه بیشتر مفاهیم، این فیلم‌های کوتاه آموزشی و همچنین جلسات درمانی با زیرنویس فارسی در قالب لوح فشرده همراه کتاب ارائه شده‌اند که از همکاری صبورانه آقای احسان ارجمند در تکمیل این بخش از کار بسیار سپاسگزارم.

در انتها، از جناب آقای دکتر محسن ارجمند که ترجمه این اثر ارزشمند را به من واگذار کردند، از اساتید گرانقدرم سرکار خانم دکتر لادن فتی و جناب آقای دکتر حسن حمیدپور که در تمام مراحل ترجمه این کتاب با شکیبایی مرا راهنمایی کردند و همچنین از تمامی همکاران گرانقدرم در انتشارات ارجمند بسیار سپاسگزارم. همراهی این عزیزان در این مسیر طولانی و بعضاً دشوار، همواره مایه دلگرمی بوده است.

شیوا جمشیدی^۱

پاییز ۱۴۰۰

۱. خوانندگان محترم می‌توانند از طریق پست الکترونیکی به آدرس shiva.jam@yahoo.com با مترجم در ارتباط باشند و نظرات و تجربیات خود را به اشتراک بگذارند.

مقدمه

بسیار خوشحالم که ویراست سوم کتاب «درمان شناختی رفتاری: مبانی و فراتر از آن» چاپ شده است. فقط در یک دهه گذشته، حوزه درمان شناختی رفتاری (CBT) شاهد رشد گسترده‌ای بوده است. یکی از عواملی که باعث شده جدیدترین ویراست کتاب حاضر بسیار ارزشمند باشد این است که تکنیک‌های متنوعی از انواع شیوه‌های روان‌درمانی اقتباس و با مدل درمان شناختی متناسب‌سازی شده‌اند. شما در این کتاب مداخلات مهمی را خواهید یافت که از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رفتاردرمانی دیالکتیکی، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و سایر درمان‌ها گرفته شده‌اند. اما عامل دیگری که به همین اندازه اهمیت دارد، تأکید کتاب بر جهت‌گیری بهبود یا مبتنی بر-نقاط قوت به‌عنوان بخشی از شالوده CBT است. در تمام کتاب، از مثال یک درمانجوی افسرده استفاده شده و فرصت‌هایی نیز برای مشاهده فیلم‌هایی از جلسات درمانی و دانلود کاربرگ‌ها فراهم آمده است.^۱ به مورد یک درمانجوی دشوارتر نیز در تمام کتاب اشاره شده تا مشخص گردد وقتی مشکلات پدید می‌آیند، درمان مستلزم چه تغییراتی است.

وقتی نخستین بار در دهه ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ میلادی درمان شناختی را مطرح کردم، مفهوم‌پردازی و درمان افراد را بر مشکلات آنها، شناخت‌های منفی و راهبردهای مقابله ناکارآمد متمرکز ساختم. در اواسط دهه ۱۹۸۰ میلادی، می‌توانستم ادعا کنم درمان شناختی به جایگاه «یک نظام روان‌درمانی» دست یافته است. شناخت درمانی شامل این موارد می‌شد: (۱) یک نظریه شخصیت و آسیب‌شناسی روانی همراه با یافته‌های تجربی مؤثق در حمایت از فرض‌های اساسی آن؛ (۲) مدلی از روان‌درمانی با مجموعه‌هایی از اصول و راهبردها که با نظریه آسیب‌شناسی روانی ترکیب می‌شدند؛ و (۳) یافته‌های تجربی محکم بر اساس پژوهش‌های بالینی برای حمایت از کارآمدی این رویکرد.

اکنون، در آغاز سومین دهه هزاره سوم، تمرکز مفهوم‌پردازی و درمان را تغییر داده‌ایم. با اینکه جنبه‌های منفی تجارب افراد همچنان حائز اهمیت است، مورد دیگری که حداقل به همین اندازه اهمیت دارد این است که آرزوها، ارزش‌ها، اهداف، نقاط قوت و منابع افراد مفهوم‌پردازی شوند تا هنگام کمک به آنها برای برداشتن گام‌های خاص و مرتبط با آنچه بیش از همه برایشان مهم است، این ویژگی‌های مثبت نیز گنجانده شوند. نکته بسیار مهم دیگر این است که موانع احتمالی در برداشتن این

۱. برای مشاهده فیلم‌ها و دانلود کاربرگ‌ها به زبان اصلی می‌توانید به آدرس www.beckinstitute.org مراجعه کنید. لوح فشرده ضمیمه کتاب حاضر حاوی پنج فیلم کوتاه آموزشی و دو جلسه درمان ۴۵ دقیقه‌ای با حضور دکتر جودیت بک با زیرنویس فارسی می‌باشد - م

گام‌ها پیش‌بینی شوند، از مهارت‌های پایه CBT (همچون بازسازی شناختی، حل مسئله و مهارت‌آموزی) برای غلبه بر این موانع استفاده گردد و به افراد کمک شود بر اساس تجارب‌شان، نتیجه‌گیری‌های مثبت کنند.

سومین ویرایش کتاب حاضر که درس‌نامه‌ای اساسی در این حوزه به‌شمار می‌آید، بینش‌های تازه‌ای درباره CBT قرن بیست و یکم برای مخاطبان فراهم می‌آورد و هم برای درمانگران حرفه‌ای در CBT سنتی و هم برای کارآموزان جدید این حوزه منبع مهمی محسوب می‌شود. با توجه به تعداد چشمگیر پژوهش‌های جدید و گسترش مفاهیمی که همچنان این حوزه را در جهات جدید و شگفت‌انگیز به پیش می‌رانند، نویسندگان را تحسین می‌کنم که تلاش کرده این کتاب را بسط دهد تا برخی از شیوه‌های مختلف مفهوم‌پردازی و درمان ما را در بر داشته باشد.

کاربست CBT برای درمان شمار زیادی از اختلال‌های روان‌شناختی و پزشکی، بسیار فراتر از چیزی است که چند دهه قبل می‌توانستم تصور کنم - یعنی زمانی که مشغول درمان تعداد محدودی از نخستین درمانجویان افسرده و مضطرب با درمان شناختی بودم. مجموعهٔ اعجاب‌انگیز کاربردی‌های گوناگون CBT، بر اصول بنیادینی استوار است که در این کتاب خلاصه شده‌اند. نویسندهٔ کتاب، دکتر جودیت بک، یکی از پیشروترین مربیان نسل دوم در حوزهٔ CBT به‌شمار می‌آید که در نوجوانی‌اش، یکی از نخستین افرادی بود که وقتی نظریهٔ جدیدم را به تفصیل شرح می‌دادم پای صحبت‌هایم می‌نشست. کتاب حاضر به درمانگران مشتاق کمک خواهد کرد زیر و بم اساسی این درمان را بیاموزند. حتی درمانگران فعال در این حوزه که در اجرای CBT سنتی مهارت دارند نیز کتاب حاضر را از این جهات بسیار مفید خواهند یافت: در پیش گرفتن رویکرد مبتنی-بر-نقاط قوت، تقویت مهارت‌های مفهوم‌پردازی، گسترش مجموعه تکنیک‌های درمانی، برنامه‌ریزی و اجرای درمان اثربخش‌تر، و شناسایی مشکلات و حل آنها در فرایند درمان. مسلماً هیچ کتابی نمی‌تواند جای نظارت و آموزش بالینی^۱ در CBT را بگیرد. اما این کتاب منبع مهمی محسوب می‌شود و می‌تواند تجربهٔ نظارت آموزشی و بالینی را غنی سازد.

دکتر جودیت بک برای نگارش چنین راهنمایی کاملاً صاحب صلاحیت بوده است. طی ۳۵ سال گذشته، او چند صد کارگاه آموزشی CBT را به‌صورت حضوری و آنلاین در سرتاسر دنیا برگزار کرده، بر کار درمانگران مبتدی و همچنین درمانگران مجرب نظارت آموزشی و بالینی داشته، به تهیهٔ پروتکل‌های درمانی برای اختلال‌های گوناگون کمک کرده و مشارکت فعالی در پژوهش‌های صورت

۱. supervision: فرایندی که طی آن، درمانگران تازه‌کار تحت نظارت، راهنمایی و آموزش یک درمانگر باتجربه و ناظر آموزشی و بالینی قرار می‌گیرند تا بتوانند، به‌صورت عملی، آموخته‌های خود را در کار با درمانجویان به‌شکل صحیح به اجرا درآورند و در موارد مقتضی، تغییرات ضروری را به تناسب هر درمانجوی خاص در روند درمان ایجاد کنند. در ترجمهٔ حاضر به‌جای سوپرویزن از «نظارت آموزشی و بالینی» و به جای سوپروایزر از «ناظر آموزشی و بالینی» استفاده شده است. - م

گرفته در حوزه CBT داشته است. او با تکیه بر این پیشینه، کتابی را تحریر کرده که حاوی اطلاعات غنی برای اجرای این درمان است؛ کتابی که ویراست‌های قبلی آن، متون اصلی CBT در اغلب دوره‌های کارشناسی ارشد رشته‌های روان‌شناسی، روان‌پزشکی، مددکاری اجتماعی و مشاوره بوده‌اند. اجرای CBT ساده نیست. متخصصان زیادی در حیطه سلامت روان، خود را درمانگر CBT می‌نامند درحالی‌که حتی از مهارت‌های مفهومی و درمانی پایه نیز برخوردار نیستند. هدف کتاب دکتر جودیت بک این است که به آموزش و تربیت درمانگران تازه‌کار و نیز درمانگران مجرب در حوزه CBT بپردازد. و نویسنده در به انجام رساندن این رسالت، به‌شکل تحسین‌برانگیزی موفق بوده است.

دکتر ارن تی بک

پیشگفتار

مشتاقم سومین ویرایش کتاب «درمان شناختی رفتاری: مبانی و فراتر از آن» را به شما معرفی کنم. قبل از آغاز بازبینی این کتاب، از درمانگران فعال در حیطه‌های بهداشت و سلامت روان در سرتاسر دنیا خواستم درباره‌ی ویراست دوم آن به من بازخورد بدهند و بگویند دوست دارند ببینند چه چیزی بهتر شده است؟ چه چیزی اثربخش واقع شده و چه چیزی اثربخش نبوده است؟ پاسخ‌هایی که دریافت کردم عالی بودند و واقعاً کمک کردند تا تغییرات و افزوده‌هایی را که انتخاب کردم در ویراست سوم بیابند، مفهوم‌پردازی کنم. این ویراست حاوی بازخوردهایی است که از بسیاری از مخاطبانم دریافت کردم و جدیدترین یافته‌های پژوهشی، به علاوه جهت‌گیری‌های کنونی برای حوزه‌ی درمان شناختی رفتاری (CBT) را منعکس می‌سازد.

مخاطبان پیوسته می‌گفتند دوست دارند در مثال‌های سرتاسر کتاب، به یک درمانجوی پیچیده‌تر پرداخته شود. در این ویراست، درمانجویی به نام «سام»^۱ معرفی شده که شدت افسردگی‌اش از درمانجویی که در ویراست دوم به او اشاره شده بود، خیلی بیشتر است. سام، علاوه بر افسردگی، با اضطرابی در سطح متوسط دست به گریبان است، اخیراً از همسرش جدا شده و مشکلاتی همچون بیکاری نیز دارد که وضعیتش را پیچیده‌تر می‌کنند. من از مثال درمانجوی دومی به نام «ماری» نیز استفاده کرده‌ام که ویژگی‌های شخصیت مرزی را دارد. به آدرس صفحاتی در فضای مجازی نیز اشاره کرده‌ام که با مراجعه به آنها می‌توانید جلسات درمانی کامل و همچنین بخش‌هایی از جلسات درمانی با سام را تماشا کنید و فرم خالی برخی کاربرگ‌ها را دانلود کنید.

یک تغییر مهم دیگر این است که بخش عمده‌ای از مطالب را بازبینی کرده‌ام تا هم جهت‌گیری سنتی ما را در بر داشته باشد و هم جهت‌گیری بهبود را. شناخت درمانی بهبود-مدار^۲ یک درمان پیشگام

۱. نام اصلی این درمانجو در کتاب انگلیسی «Abe» یا «آب» است که برای روان شدن ترجمه و سهولت مطالعه، بنا شد به یک نام مشترک در زبان‌های فارسی و انگلیسی تغییر کند. این تصمیم در مورد سایر نام‌های انگلیسی موجود در کتاب نیز اعمال شده است. - م

۲. recovery-oriented cognitive therapy (CT-R): از یک سو در مدل شناختی‌ارن بک ریشه دارد و از سوی دیگر بر جنبش بهبود یا بازیابی (recovery movement) مبتنی است و در واقع با هدف ارتقاء توانمندی، تاب‌آوری و بازیابی افرادی که دچار اختلالات روانی وخیم هستند طراحی شده است. این رویکرد بر نقاط قوت و توانمندی‌های درمانجو تمرکز می‌کند و در پی پرورش شیوه‌های سازگار زندگی و افزایش مشارکت درمانجو در فعالیت‌های معنادار است. صورت‌بندی موردی در شناخت‌درمانی بهبود-مدار، چالش‌های موجود در زندگی درمانجو را درون بافتار گسترده‌تر علائق، ارزش‌ها و آرزوهای وی برای داشتن یک زندگی معنادار مطرح می‌کند. واژه «recovery» را می‌توان «بهبودی»، «بازیابی»، و حتی «بازیافت» معادل‌گذاری کرد. در ترجمه حاضر از معادل «بهبود» برای این واژه استفاده شده است. - م

پیشگام مبتنی بر-شواهد^۱ برای افرادی است که تشخیص بیماری روانی شدید، از جمله اسکیزوفرنی، گرفته‌اند و بسیاری از آنها مدت‌ها (چند دهه) در بیمارستان بستری بوده‌اند. CT-R توسط پدرم، دکتر ارن تی بک، و گروه پژوهشی/آموزشی او که اکنون بخشی از مؤسسه درمان شناختی رفتاری بک است تدوین یافت و اکنون در دست پژوهش است. من و سایر درمانگران/مربیان مؤسسه، در کار با درمانجویان غیربستری که دامنه وسیعی از اختلال‌های روان‌پزشکی، مشکلات روان‌شناختی و شرایط پزشکی با مؤلفه‌های روان‌شناختی را تجربه می‌کنند، از این رویکرد استفاده کرده‌ایم. جهت‌گیری بهبود، بر شناسایی ارزش‌ها و آرزوهای درمانجویان (و معنای آرزوهای آنها) تمرکز دارد و در پی آن است که به درمانجویان کمک کند با برداشتن گام‌هایی در جهت دستیابی به اهداف خود در هر هفته، به احساس هدفمندی و توانمندی در زندگی برسند. تمرکز ما همچنین بر این است که به درمانجویان کمک کنیم در نتیجه این اقدامات مثبت، درباره خودشان، دیگران و آینده به نتیجه‌گیری‌های مثبتی برسند. ما (درمانگران) نیز ویژگی‌ها، مهارت‌ها و منابع مثبت درمانجویان را شناسایی و تقویت می‌کنیم. علاوه بر این، بر تجربه هیجان مثبت، هم درون جلسات و هم بیرون از جلسات تأکید داریم. انتظار ما این است که در سال‌ها و دهه‌های پیش رو، جنبش بهبود نقش بزرگی در شکل‌دهی به آینده CBT، و به‌طور کلی در روان‌درمانی ایفا کند.

در نهایت، من ویراست حاضر این کتاب را به سبک مخاطب-پسندتری نوشته‌ام. وقتی در کارگاه‌های مؤسسه بک در فیلادلفیا یا در دوره‌های آنلاین تدریس می‌کنم، اغلب به مثال‌هایی از تجربه بالینی خودم اشاره می‌کنم. به‌علاوه، شرکت‌کنندگان را تشویق می‌کنم در فعالیت‌های تعاملی مشارکت داشته باشند و از آنها می‌خواهم با شرکت‌کننده دیگری به ایفای نقش پردازند، به پرسش‌ها پاسخ بدهند و نمونه‌هایی از درمانجویان چالش‌انگیز خودشان را برای بحث و بازخورد مطرح کنند. این مؤلفه‌های تعاملی، در نظر بیشتر شرکت‌کنندگان بسیار معنادار و الهام‌بخش هستند. در ویراست حاضر این کتاب، من نه تنها از یک رویکرد شخصی‌تر در نگارش استفاده کرده‌ام بلکه به نکات بالینی از تجربه خودم، پرسش‌هایی برای تأمل و فعالیت‌هایی اشاره کرده‌ام که به مخاطب کمک می‌کنند با مطالب هر فصل ارتباط برقرار کنند.

امیدوارم به همان اندازه که من از نوشتن این کتاب لذت بردم، شما هم از مطالعه آن لذت ببرید. من همیشه می‌گویم فراگیری CBT، کوششی مادام‌العمر است. مهم نیست در کجای سفرتان باشید؛ امیدوارم این کتاب الهام‌بخش شما باشد تا بیشتر درباره CBT بیاموزید.

دکتر جودیت اس بک

مقدمه‌ای بر درمان شناختی رفتاری

سام^۱ یک مرد ۵۵ ساله است که از همسرش طلاق گرفته. او سفیدپوست و ساکن آمریکاست و از حدود دو سال پیش، به دنبال بروز مشکلات چشمگیر در محل کار و ازدواجش، دچار افسردگی شدید شده است. زمانی که درمان او را شروع کردم، نسبتاً منزوی شده بود، فعالیت چندانی نداشت و اغلب اوقاتش را در آپارتمان خود صرف تماشای تلویزیون و جست‌وجوی بی‌هدف در فضای مجازی می‌کرد و گهگاه هم مشغول بازی‌های ویدیویی می‌شد.

من و سام در طول ۸ ماه مجموعاً ۱۸ جلسه یکدیگر را ملاقات کردیم و طی این جلسات هم از درمان شناختی رفتاری (CBT) سنتی و هم از درمان شناختی بهبود-مدار (CT-R) برای مفهوم‌پردازی و مداخلات متناظر استفاده شد. در ادامه این فصل و همچنین در سرتاسر کتاب، به جزئیات بیشتری درباره جهت‌گیری بهبود اشاره خواهم کرد. من ابتدا یک ارزیابی تشخیصی انجام دادم. در جلسه بعد که نخستین جلسه درمانی ما محسوب می‌شد، درباره تشخیصی که برای سام مطرح بود، درباره نظریه CBT، فرایند درمان و طرح درمان پیشنهادی خودم اطلاعاتی به وی دادم. علاوه بر این، درباره آرزوهای سام (اینکه می‌خواست زندگی‌اش چطور باشد) و ارزش‌های او (اینکه چه چیزهایی واقعاً برایش مهم بودند) سؤالاتی پرسیدم و بعد، هدف‌گذاری کردیم. سام می‌خواست زندگی بهتری داشته باشد، کارآمد و به حال دیگران مفید باشد، خوش‌بین و تاب‌آور باشد و امور زندگی‌اش را تحت کنترل داشته باشد. مخصوصاً برایش مهم بود اوضاع خانه را بهتر مدیریت کند، شغل پیدا کند، رابطه بهتری با همسر سابق و بچه‌هایش داشته باشد، دوباره با دوستانش رفت و آمد داشته باشد، دوباره در مراسم مذهبی شرکت کند و به تناسب اندام هم برسد. ما درباره این موضوع صحبت کردیم که او چطور می‌تواند طی هفته پیش‌رو فعال‌تر باشد و درباره برنامه اقدام^۲ («تکلیف‌خانه») به توافق رسیدیم. بعد

۱. نام این درمانجو و برخی ویژگی‌هایی را که ممکن است باعث شناسایی او شوند، تغییر داده‌ام.

۲. action plan: مؤلف در این کتاب، به جای تمرین یا تکلیف‌خانه، از اصطلاح «برنامه اقدام» استفاده کرده است. این اصطلاح در واقع به برنامه‌ای برای اقدام، برنامه‌ای برای اجرا، یا برنامه‌ای برای عمل («عمل‌ورزی») اشاره دارد. نکته قابل‌توجه دیگر این است که در CBT یک برنامه اقدام وجود ندارد بلکه «برنامه‌هایی برای اقدام» وجود دارند که هر جلسه طراحی می‌شوند. - م

من بازخورد سام درباره آن جلسه را جویا شدم.

تمرکز بخش عمده هر یک از جلسات بعدی بر این بود که به سام کمک شود اهدافش برای آن جلسه را شناسایی کند، تصمیم بگیرد می‌خواهد طی هفته پیش‌رو چه گام‌هایی بردارد، راه‌حل‌هایی را برای موانع بالقوه پیدا کند، خلق منفی را کمتر کند و خلق مثبت را افزایش دهد. ما اغلب به حل مسئله و مهارت‌سازی می‌پرداختیم، به‌ویژه مهارت‌های مرتبط با تغییر دادن فکر و رفتار افسرده‌ساز او. من نه تنها از مداخلات مختلف در کار با سام استفاده می‌کردم، به او آموزش هم می‌دادم که چطور خودش از این مهارت‌ها استفاده کند، تاب‌آوری‌اش را افزایش بدهد و از عود جلوگیری کند. ما از ساختار و تکنیک‌های اساسی و ضروری استفاده می‌کردیم. البته بر شکل‌گیری یک رابطه درمانی خوب نیز تأکید می‌شد. در ادامه کتاب، مطالب بیشتری درباره سام و درمان وی خواهید آموخت.

در این کتاب به مثال ماری^۱ نیز مکرراً اشاره خواهد شد. او یک زن ۳۷ ساله و دچار افسردگی شدید عودکننده است که ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی را نیز نشان می‌دهد. درمان او بسیار پیچیده‌تر بود و خیلی بیشتر طول کشید. ماری خودش را زنی درمانده، حقیر و به‌لحاظ هیجانی آسیب‌پذیر می‌دید و می‌گفت هیچ‌کس دوستش ندارد. از نظر او، دیگران بالقوه انتقادگر و بی‌عاطفه بودند و احتمال داشت به او آسیب بزنند. این باورها اغلب طی جلسات ما فعال می‌شدند. در ابتدا او کاملاً نسبت به من بدگمان بود، در حالت دفاعی قرار داشت و می‌ترسید مبادا من به شکلی به او آسیب بزنم. برقراری یک رابطه درمانی محکم با ماری خیلی دشوارتر بود. درمان‌دگی و اضطراب شدید او نسبت به درمان و نسبت به من، مانعش می‌شدند و به وی اجازه نمی‌دادند مشارکت فعال و پایدار در درمان داشته باشد. درحالی‌که مثال سام نمونه‌ای از یک رویکرد استاندارد را نشان می‌دهد، در کار با ماری باید درمان را به‌نحو قابل‌ملاحظه‌ای تغییر می‌دادم تا با شرایط وی سازگار شود.

در ادامه این فصل، پاسخ به پرسش‌های زیر را خواهید یافت:

CBT چیست؟

نظریه موجود در پس CBT کدام است؟

پژوهش‌ها درباره اثربخشی CBT چه می‌گویند؟

CBT چگونه شکل گرفت و تحول یافت؟

درمان شناختی بهبود-مدار (CT-R) چیست؟

یک مداخله شناختی عادی شبیه به چیست؟

۱. نام این درمانجو و برخی ویژگی‌هایی را که ممکن است باعث شناسایی او شوند، تغییر داده‌ام.

چگونه می‌توان به یک درمانگر CBT کارآمد تبدیل شد؟

چطور می‌توانید به بهترین شکل از این کتاب استفاده کنید؟

CBT چیست؟

اِرن بک در دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ میلادی، شکلی از روان‌درمانی را ابداع کرد که در آغاز آن را «درمان شناختی» نامید؛ اصطلاحی که توسط بیشتر افراد در این حوزه اغلب مترادف با «درمان شناختی رفتاری» (CBT) به کار گرفته می‌شود. او یک روان‌درمانی ساختارمند، کوتاه‌مدت، متمرکز-بر-زمان-حال را برای افسردگی ابداع کرد (بک، ۱۹۶۴). از آن زمان تا کنون، بک و دیگران در سرتاسر دنیا موفق شده‌اند این نوع درمان را برای کار با جمعیت‌های بالینی بسیار متفاوت، درمان دامنه وسیعی از اختلال‌ها و مشکلات و همچنین کاربرد در موقعیت‌ها و قالب‌های فراوانی متناسب‌سازی کنند. این تطبیق‌ها^۱ باعث شده‌اند تمرکز درمان، تکنیک‌های مورد استفاده و طول مدت درمان تغییر کند اما مفروضات نظری، بدون تغییر و ثابت باقی مانده‌اند.

درمانگران در تمام اشکال CBT که از مدل بک مشتق شده‌اند، درمان را بر اساس یک فرمول‌بندی شناختی بنا می‌کنند: باورهای ناسازگار، راهبردهای رفتاری و عوامل نگهدارنده‌ای که مشخصه یک اختلال خاص محسوب می‌شوند (الفورد و بک، ۱۹۹۷). شما درمان را بر اساس مفهوم‌پردازی، یا درک خودتان، از درمانجو و باورهای زیربنایی و الگوهای رفتاری خاص او نیز بنا می‌کنید. یکی از باورهای منفی زیربنایی سام این بود که: «من نمی‌تونم هیچ کاری رو درست انجام بدم و شکست می‌خورم». این درمانجو درگیر اجتناب رفتاری گسترده‌ای بود تا بی‌کفایتی یا شکست (مفروض) وی آشکار نگردد. اما از قضا، اجتناب سام باعث تقویت باور شکست او می‌شد.

بک که در ابتدا به‌عنوان یک روان‌تحلیلگر آموزش دیده بود، هنگام پایه‌گذاری این شکل از روان‌درمانی بر منابع متعددی تکیه کرد؛ از جمله آثار فلاسفه باستان همچون اپیکتوس و نظریه‌پردازانی مانند کارن هورنای، آلفرد آدلر، جورج کلی، آلبرت ایس، ریچارد لازاروس، آلبرت بندورا و بسیاری افراد دیگر. اثر بک نیز، به نوبه خود، هم در ایالات متحده و هم خارج از آن، توسط پژوهشگران و نظریه‌پردازان زیادی شرح و بسط یافته که تعدادشان آن‌قدر زیاد است که در اینجا مجال برشمردن آنها نیست. آثاری که به مرور اجمالی تاریخی این حوزه پرداخته‌اند به‌خوبی نشان می‌دهند چطور شاخه‌های مختلف CBT پدید آمدند و رشد کردند (ارنکاف و گلاس، ۱۹۹۲؛ بک، ۲۰۰۵؛ دابسون و دوزوا، ۲۰۰۹؛ توما و همکاران، ۲۰۱۵).

برخی اشکال CBT خصوصیات مشترکی با درمان بک دارند ولی فرمول‌بندی‌ها و نکات مورد تأکید آنها در درمان، تا اندازه‌ای با درمان بک متفاوت است. از جمله این اشکال می‌توان به رفتار درمانی عقلانی هیجانی (الیس، ۱۹۶۲)، رفتار درمانی دیالکتیکی (لینهان، ۱۹۹۳)، درمان حل-مسئله (دوزوریلا و نزو، ۲۰۰۶)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و همکاران، ۱۹۹۹)، درمان مواجهه (فوا و روثام، ۱۹۹۸)، درمان پردازش شناختی (رسیک و اشنیک، ۱۹۹۳)، سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری (مک کالا، ۱۹۹۹)، فعال‌سازی رفتاری (لویسون و همکاران، ۱۹۸۰؛ مارتل و همکاران، ۲۰۰۱)، اصلاح رفتار شناختی (مایکن‌بام، ۱۹۹۷) و موارد دیگر اشاره کرد. شکلی از CBT که از مدل بک نشأت گرفته باشد، اغلب شامل تکنیک‌هایی از تمام این درمان‌ها و نیز سایر روان‌درمانی‌های مبتنی بر-شواهد، درون یک چارچوب شناختی می‌باشد. اگر به مرور زمان مطالب بیشتری درباره سایر مداخلات مبتنی بر-شواهد بیاموزید، برایتان مفید خواهد بود. اما انجام چنین کاری به شکل کامل و دقیق بسیار طاقت‌فرساست چون شما هنوز در حال یادگیری CBT هستید. پیشنهاد من این است که ابتدا بر اصول و مبانی CBT مسلط شوید و سپس تکنیک‌های بیشتری بیاموزید و آنها را در چارچوب یک مفهوم‌پردازی شناختی به کار بگیرید.

CBT برای کار با درمانجویانی با سطوح مختلف تحصیلات و درآمد و همچنین درمانجویانی از فرهنگ‌های مختلف و در تمام سنین (از کودکان گرفته تا سالمندان) متناسب‌سازی شده است. این روش درمانی امروزه در بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها، مدارس، برنامه‌های شغلی، زندان‌ها و موقعیت‌های فراوان دیگری مورد استفاده قرار می‌گیرد. CBT همچنین در قالب‌های گروهی، زوجی و خانوادگی نیز اجرا می‌شود. با اینکه درمان ارائه شده در این کتاب بر جلسات فردی ۴۵ تا ۵۰ دقیقه‌ای با بیماران سرپایی تمرکز دارد، تعاملات درمانی می‌توانند مختصرتر از این هم باشند. جلسات کامل، مناسب برخی درمانجویان نیستند؛ برای مثال، افرادی که برای درمان اسکیزوفرنی شدید در بیمارستان بستری شده‌اند. و بسیاری از ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت بهداشتی در حیطه‌های گوناگون، بدون اجرای جلسات درمانی کامل و طی ملاقات‌های مختصر پزشکی یا بازتوانی یا حین بررسی‌های پزشکی، از تکنیک‌های CBT استفاده می‌کنند. پیراپزشکان و افرادی که قبلاً مشکلاتی داشته‌اند و اکنون در زمینه کمک به افرادی مانند خودشان فعالیت دارند نیز از به شکل مناسب از تکنیک‌هایی استفاده می‌کنند که برگرفته از CBT هستند.

مدل نظری CBT

به‌طور خلاصه، مدل شناختی عنوان می‌کند تفکر ناکارآمد (که بر خلق و رفتار درمانجو اثر می‌گذارد)، نقطه اشتراک تمام پریشانی‌های روان‌شناختی محسوب می‌شود. وقتی افراد می‌آموزند تفکر خود را به

شیوه‌ای واقع‌بینانه‌تر و سازگارانه‌تر ارزیابی کنند، از میزان هیجان منفی و رفتار ناسازگارشان کاسته می‌شود. برای مثال، اگر شما کاملاً افسرده باشید طوری که تمرکز کردن و پرداخت صورت حساب‌ها برایتان دشوار باشد، ممکن است یک فکر خودآیند، یک پندار (در قالب کلمات یا تصاویر)، داشته باشید که گویی ناگهان سروکله‌اش در ذهن شما پیدا می‌شود: «من نمی‌تونم هیچ کاری رو درست انجام بدم». سپس، این فکر به یک واکنش خاص منجر می‌شود: ممکن است احساس غم کنید (هیجان) و به رختخواب برگردید (رفتار).

در CBT سستی، درمانگر شما به احتمال زیاد کمک‌تان خواهد کرد/اعتبار این فکر را بررسی کنید و شما ممکن است به این نتیجه برسید که تعمیم افراطی داده بودید و، در واقع، با وجود افسردگی‌تان هنوز هم خیلی از کارها را به خوبی انجام می‌دهید. نگرستن به تجربه‌تان از این دیدگاه جدید، احتمالاً احساس ملال شما را کاهش خواهد داد و ممکن است مشغول رفتار کارآمدتری شوید (شروع کنید به پرداخت قبض‌ها). در رویکرد بهبود-مدار، درمانگر به شما کمک خواهد کرد افکار خودآیندتان را ارزیابی کنید. اما بر شناخت‌هایی که تا کنون ایجاد شده‌اند کمتر تمرکز می‌شود و بخش عمده تمرکز بر شناخت‌هایی است که احتمال دارد طی هفته پیش‌رو آشکار شوند و می‌توانند در مسیر شما برای گام برداشتن در جهت رسیدن به یک هدف خاص تداخل کنند.

شناخت‌ها (هم سازگار و هم ناسازگار) در سه سطح رخ می‌دهند. افکار خودآیند (مثل «من خسته‌تر از اونم که بتونم کاری انجام بدم») در بیرونی‌ترین یا کم‌عمق‌ترین سطح رخ می‌دهند. شما باورهای میانجی^۱، همچون مفروضات زیربنایی، هم دارید (مثل «حتی اگه سعی کنم رابطه جدیدی برقرار کنم، آخرش تنها می‌مونم»). در عمیق‌ترین سطح، باورهای مرکزی^۲ شما درباره خودتان، دیگران و دنیا هستند (مثل «هیچ کاری از دستم برنمی‌آد»؛ «دیگران به آدم آسیب می‌زنن»؛ «دنیا جای خطرناکیه»). برای بهبود پایدار خلق و رفتار درمانجو، شما باید روی هر سه سطح کار کنید. هم اصلاح افکار خودآیند و هم اصلاح باورهای ناکارآمد زیربنایی، سبب تغییرات پایداری می‌شوند.

برای مثال، بیایید فرض کنیم شما همواره توانایی‌های خودتان را دست‌کم می‌گیرید. در این صورت، ممکن است یک باور مرکزی مبنی بر بی‌کفایتی داشته باشید. اصلاح این باور کلی (یعنی

۱. intermediate beliefs: باورهای میانجی که تحت عنوان باورهای «میانجی» یا «واسطه‌ای» هم به آنها اشاره می‌شود، در واقع باورهایی هستند که به صورت میانجی یا واسطه بین افکار خودآیند (automatic thoughts) و باورهای مرکزی یا بنیادین (core beliefs) عمل می‌کنند. بنابراین، به نظر می‌رسد «میانجی»، معادل صحیح‌تری برای اشاره به این دسته از باورها باشد. - م

۲. core beliefs: باورهای مرکزی که تحت عنوان باورهای «بنیادی» یا «بنیادین» هم به آنها اشاره می‌شود، در واقع عمیق‌ترین یا بنیادی‌ترین سطح باورها هستند و نشان می‌دهند افراد، اساساً چه دیدگاهی درباره خودشان، دیگر افراد، دنیا و آینده دارند. از آنجایی که به نظر می‌رسد «باور مرکزی» بیشتر مصطلح است، در این ترجمه از این معادل برای اشاره به بنیادی‌ترین سطح باورها استفاده شده است. - م

دیدن و درک کردن خودتان به شکل واقع‌بینانه‌تر) می‌تواند ادراک شما را از موقعیت‌های خاصی که هر روز با آنها مواجه می‌شوید، تغییر دهد. شما دیگر این همه فکر با درون‌مایه بی‌کفایتی نخواهید داشت. در عوض، در موقعیت‌های خاصی که مرتکب اشتباهاتی می‌شوید، احتمالاً با خودتان فکر خواهید کرد: «این [کار خاص] رو خوب انجام نمی‌دم». به علاوه، در جهت‌گیری بهبود، پرورش افکار خودآیند مثبت واقع‌بینانه (مثل «من می‌تونم خیلی از کارها رو به خوبی انجام بدم») و باورهای میانجی و مرکزی مثبت واقع‌بینانه (مثل «آگه پشتکار به خرج بدم، احتمالاً می‌تونم چیزی رو که نیاز دارم یاد بگیرم» و «من هم مثل هر آدمی، نقاط قوت و ضعف‌هایی دارم») حائز اهمیت است.

پژوهش درباره CBT

از زمان انتشار نخستین پژوهش در زمینه اثرگذاری این درمان در سال ۱۹۷۷ (راش و همکاران، ۱۹۷۷)، CBT به شکل گسترده‌ای مورد آزمون قرار گرفته است. در حال حاضر، بیش از دو هزار پژوهش در این زمینه، کارآمدی CBT برای درمان دامنه وسیعی از اختلال‌های روان‌پزشکی، مشکلات روان‌شناختی و مسائل پزشکی با مؤلفه‌های روان‌شناختی را نشان داده‌اند. بسیاری از مطالعات نیز نشان داده‌اند CBT یا از وقوع دوره‌های بعدی یک اختلال جلوگیری می‌کند یا از شدت آنها می‌کاهد. برای مثال، ون‌براجل و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند بیماران سرپایی مبتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی گوناگون که در شرایط مراقبتی عادی با استفاده از CBT تحت درمان قرار گرفته بودند، بین ۵ تا ۲۰ سال پس از اتمام درمان نیز همچنان در شرایط بهبود بودند؛ یعنی خیلی بیشتر از آنهایی که درمان پزشکی دریافت کرده بودند (برای فراتحلیل‌ها و بازبینی‌های CBT، این منابع را ببینید: باتلر و همکاران، ۲۰۰۶؛ کارپنتر و همکاران، ۲۰۱۸؛ چمپلس و اولندیک، ۲۰۰۱؛ دابسون و همکاران، ۲۰۰۸؛ دوترا و همکاران، ۲۰۰۸؛ فیبرن و همکاران، ۲۰۱۵؛ هانراهان و همکاران، ۲۰۱۳؛ هوفمان و همکاران، ۲۰۱۲؛ هولون و همکاران، ۲۰۱۴؛ لیناردون و همکاران، ۲۰۱۷؛ ماگیل و ری، ۲۰۰۹؛ ماتوسیوکس و همکاران، ۲۰۱۰؛ مایو-ویلسون و همکاران، ۲۰۱۴؛ اوست و همکاران، ۲۰۱۵؛ وتریچ و راپی، ۲۰۱۳). (برای مشاهده فهرست شرایطی که مشخص شده CBT برایشان اثربخش است، این دو سایت را ببینید: [www.nice.org.uk/about/whatwe-](http://www.nice.org.uk/about/whatwe-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines) و www.div12.org/psychological-treatments/treatments برای CT-R، بک و همکاران، زیر چاپ و گرانت و همکاران، ۲۰۱۲ و ۲۰۱۷ را ببینید).

تحول CBT بک

در سال‌های پایانی دهه ۱۹۵۰ میلادی، بک یک روان‌تحلیلگر صاحب صلاحیت بود؛ درمانجویان او

روی کاناپه دراز می‌کشیدند و تداعی آزاد انجام می‌دادند و او تفسیر می‌کرد. بک متوجه شد که اگر قرار باشد این مکتب روان‌درمانی توسط دانشمندان جدی گرفته شود، نیاز است اعتبار مفاهیم روان‌تحلیلگری به صورت آزمایشی مشخص گردد. در اوایل دهه ۱۹۶۰ میلادی، بک تصمیم گرفت این مفهوم روان‌تحلیلگری را بیازماید که «افسردگی، نتیجه خصومتی است که به درون و به سمت خود بازگشته است».

او رؤیاهای درمانجویان افسرده را بررسی کرد و پیش‌بینی‌اش این بود که این رؤیاهای، در مقایسه با رؤیاهای درمانجویان غیرافسرده مبتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی، حاوی درون‌مایه‌های خصومت بیشتری باشند. در کمال شگفتی، او نهایتاً دریافت که رؤیاهای درمانجویان افسرده حاوی درون‌مایه‌های خصومت کمتری هستند ولی درون‌مایه‌های نقص، محرومیت و فقدان خیلی بیشتری در آنها دیده می‌شود. او متوجه شد که این درون‌مایه‌ها، با تفکر درمانجویان در زمان بیداری آنها همراستا بودند. نتایج سایر پژوهش‌هایی که بک انجام داد باعث شدند او به این باور برسد که یک مفهوم روان‌تحلیلگری مرتبط - مثل اینکه درمانجویان افسرده نیاز دارند رنج بکشند - ممکن است صحیح نباشد (بک، ۱۹۶۷). در آن زمان، تقریباً این‌طور به نظر می‌رسید که یک ردیف دومینو که پشت سر هم چیده شده بودند، شروع کردند به فرو افتادن. اگر این مفاهیم روان‌تحلیگری معتبر نبودند، افسردگی را به چه شکل دیگری می‌شد درک کرد؟

دکتر بک با گوش دادن به حرف‌های درمانجویانش دریافت آنها دو نوع تفکر را گزارش می‌دهند: یک جریان تداعی آزاد و یک جریان از افکار ارزیابی‌کننده سریع، به خصوص درباره خودشان. برای مثال، در یکی از جلسات، یکی از درمانجویان خانم به‌طور مفصل درباره ماجراجویی‌های جنسی‌اش صحبت کرده بود. در پایان آن جلسه، این خانم به‌طور خودانگیخته گزارش کرده بود که احساس اضطراب می‌کند. دکتر بک این تفسیر را مطرح کرده بود که: «فکر کردید من از شما انتقاد می‌کنم». درمانجو در مخالفت با او گفته بود: «نه، می‌ترسیدم حوصله شما رو سر برده باشم». بعد از پرس‌وجو از سایر درمانجویان افسرده، دکتر بک متوجه شد همه آنها افکار «خودآیند» منفی را تجربه می‌کردند که ارتباط بسیار نزدیکی با هیجانات آنها داشتند. کاری که دکتر بک شروع کرد این بود که به درمانجویانش کمک کرد تفکر غیرواقع‌بینانه و ناسازگار خود را شناسایی و ارزیابی کنند و به آن پاسخ بدهند. پس از آن بود که درمانجویان به سرعت بهبود یافتند.

سپس دکتر بک، این شکل از درمان را به دستیاران روان‌پزشکی خود در دانشگاه پنسیلوانیا آموزش داد. آنها هم متوجه شدند درمانجویان به‌خوبی به این نوع درمان پاسخ می‌دهند. یکی از دستیاران سال آخر به نام دکتر جان راش که بعدها به یک متخصص برجسته در زمینه افسردگی تبدیل شد، درباره انجام یک تحقیق آزمایشی در زمینه اثرگذاری بالینی این روش با دکتر بک صحبت کرد. آنها بر این

موضوع توافق داشتند که برای نشان دادن کارآمدی درمان شناختی، انجام چنین پژوهشی ضرورت دارد. پژوهش کنترل‌شده و تصادفی آنها روی درمانجویان افسرده که در سال ۱۹۷۷ به چاپ رسید، نشان می‌داد درمان شناختی به اندازه‌ایمی‌پرامین (یک داروی ضدافسردگی رایج) اثربخشی دارد. این پژوهش شگفت‌انگیز بود. نخستین بار بود که یک شیوه‌ی روان‌درمانی، با دارو مقایسه شده بود. در یک مطالعه‌ی پیگیری مشخص شد که در جلوگیری از عود، درمان شناختی بسیار اثربخش‌تر از ایمی‌پرامین است. دو سال بعد، یعنی در سال ۱۹۷۹، بک و همکاران نخستین راهنمای عملی برای اجرای درمان شناختی را منتشر کردند.

در اواخر دهه ۱۹۷۰ میلادی، دکتر بک و دانشجویان فوق‌دکترایش در دانشگاه پنسیلوانیا، مطالعه و بررسی در زمینه‌های اضطراب، سوء‌مصرف مواد، اختلال‌های شخصیت، مشکلات همسران، خصومت، اختلال دوقطبی و سایر شرایط با استفاده از همین فرایند را آغاز کردند. در ابتدا آنها به مشاهده‌ی بالینی اختلال موردنظر می‌پرداختند و عوامل نگهدارنده و شناخت‌های اساسی (افکار و باورهای زیربنایی، هیجانات و رفتارها) را مشخص می‌کردند. سپس نظریه‌هایشان را آزمون می‌کردند، درمان را متناسب‌سازی می‌کردند و آزمایش‌های کنترل‌شده تصادفی را اجرا می‌کردند. اکنون که چندین دهه از آن دوران می‌گذرد، دکتر بک و من و پژوهشگرانی در سرتاسر دنیا همچنان در حال پژوهش، نظریه‌پردازی، متناسب‌سازی و آزمون درمان‌ها برای درمانجویانی هستیم که درگیر انواع مشکلاتی هستند که هر روز به فهرست آنها افزوده می‌شود. امروزه در بیشتر دانشگاه‌های ایالات متحده و در بسیاری از سایر کشورها در مقاطع تحصیلات تکمیلی، CBT آموزش داده می‌شود. رایج‌ترین روش درمانی مورد استفاده در سرتاسر دنیا، همین روش است (دیوید و همکاران، ۲۰۱۸؛ نپ و همکاران، ۲۰۱۵).

شناخت‌درمانی بهبود-مدار

در دهه‌های اخیر، شاهد یک نوآوری در زمینه سلامت روان بوده‌ایم: جنبش بهبود که به‌عنوان یک رویکرد جایگزین مدل پزشکی برای افرادی پا به عرصه نهاد که یک تشخیص جدی در زمینه سلامت روان گرفته بودند. ارن بک، همکاران ما در مؤسسه درمان شناختی رفتاری بک و من، در حال اصلاح و بهسازی درمان شناختی بهبود-مدار (CT-R) برای افرادی هستیم که دامنه وسیعی از تشخیص‌ها در موردشان مطرح شده است. CT-R که اقتباسی از CBT سنتی محسوب می‌شود، در مفهوم‌پردازی و برنامه‌ریزی و اجرای درمان، بر همان بنیان نظری مدل شناختی استوار است. اما بر فرمول‌بندی شناختی از باورها و راهبردهای رفتاری سازگار درمانجویان و همچنین عواملی که باعث حفظ خلق مثبت می‌شوند، تأکید بیشتری دارد. CT-R، به‌جای تأکید بر علائم و آسیب‌شناسی روانی، بر نقاط قوت درمانجویان و بر ویژگی‌ها، مهارت‌ها و منابع فردی تأکید می‌ورزد.

من با تمرکز بر جهت‌گیری بهبود، به فراخوانی و مفهوم‌پردازی آرزوها و ارزش‌های سام پرداختم تا طرح درمان را مشخص کنم. برای مثال، خانواده برای سام بسیار مهم بود و به‌رغم افسردگی عمیقی که این درمانجو با آن دست به‌گریبان بود، تمایل داشت به خودش فشار بیاورد تا تعامل بیشتری با اعضای خانواده‌اش داشته باشد. ما فعالیت‌های بالقوه رضایت‌بخش زیادی را برای سام مشخص کردیم تا در فاصله بین جلسات به آنها پردازد و کمکش کردیم درباره این تجارب به نتیجه‌گیری‌های مثبتی برسند. ما شناخت‌ها و خاطرات مثبتی را پروراندیم و از رابطه درمانی و انواعی از تکنیک‌ها استفاده کردیم تا یک باور مرکزی سازگار درباره خود را تقویت کنیم و هیجان مثبت را هم درون جلسه و هم بیرون از آن تجربه کنیم.

یک تفاوت بین CBT سنتی و CT-R، جهت‌گیری زمانی است. در CBT سنتی، ما تمایل داریم درباره مشکلاتی صحبت کنیم که در طول هفته گذشته پدید آمدند و از تکنیک‌های CBT برای پرداختن به آنها استفاده می‌کنیم. در CT-R، ما بر آرزوهای درمانجویان برای آینده، بر ارزش‌های آنها و بر گام‌هایی تمرکز داریم که در طول هفته می‌توانند در راستای رسیدن به اهداف‌شان بردارند. از تکنیک‌های معمول CBT برای غلبه بر چالش‌ها یا موانعی استفاده می‌شود که درمانجویان در برداشتن این گام‌ها با آنها مواجه خواهند شد.

یک مداخله شناختی عادی

در ادامه، بخشی از یک جلسه درمانی با سام آمده است که در آن، می‌توانید با حال و هوای یک مداخله شناختی عادی آشنا شوید. در ابتدا، توافق می‌کنیم درباره هدفی صحبت کنیم که سام می‌خواهد روی آن کار کند. ما درباره گام‌هایی که او می‌تواند در راستای رسیدن به هدفش بردارد و همچنین درباره موانعی حرف می‌زنیم که ممکن است در این مسیر پدید آیند.

درمانگر: بسیار خُب، می‌خواین با حرف زدن درباره هدف‌تون که پیدا کردن شُغله شروع کنیم؟
سام: آره، من واقعاً به پول نیاز دارم.

درمانگر: طی همین هفته‌ای که پیش رو داریم، اولین قدمی که می‌خواین بردارین چیه؟
سام: (آه می‌کشد). فکر کنم باید رزومه‌ام رو به‌روز کنم.

درمانگر: این کار مهمیه. [شروع حل مسئله] می‌خواین چطور انجامش بدین؟
سام: نمی‌دونم. خیلی ساله که به رزومه‌ام حتی نگاه هم نکردم.

درمانگر: می‌دونین رزومه‌تون کجاس؟

سام: بله اما نمی‌دونم باید چه مواردی رو بهش اضافه کنم.

درمانگر: از کجا می‌تونین اینو بفهمین؟

سام: فکر می‌کنم بتونم توی اینترنت مطالبی پیدا کنم. اما تازگی‌ها خیلی خوب نمی‌تونم تمرکز کنم.

درمانگر: بهتر نیست با کسی صحبت کنین که بیشتر از شما دربارهٔ رزومه می‌دونه؟

سام: آره. (فکر می‌کند.) می‌تونم با پسرَم صحبت کنم.

درمانگر: نظرتون چیه امروز بهش تلفن کنین؟ به نظرتون چی ممکنه باعث بشه این کار رو نکنین؟

سام: نمی‌دونم. من باید بتونم بدون زحمت دادن به پسرَم، خودم راهی پیدا کنم.

درمانگر: فکر جالبیه - اینکه باید بتونین خودتون راهی پیدا کنین. تا حالا شده نگاهی به رزومهٔ بقیه بندازین؟

سام: نه، فکر نمی‌کنم رزومهٔ حتی یه نفر دیگه رو دیده باشم.

درمانگر: فکر می‌کنین اگه قرار باشه پسرتون نگاهی به رزومهٔ شما بندازه، چقدر باعث زحمتش بشه؟

سام: فکر نکنم خیلی باعث زحمتش بشه.

درمانگر: بنابراین قبل از تلفن کردن به پسرتون، بهتره چیه به خودتون یادآوری کنین؟

سام: اینکه اون در مقایسه با من، تجربه‌های جدید و خیلی بیشتری دربارهٔ رزومه داشته. اینکه کمک کردن به من، احتمالاً براش زحمتی نیست.

درمانگر: (تشویق سام) عالیه. می‌تونین امروز بهش تلفن کنین؟

سام: بهتره امشب این کار رو بکنم.

سام به راحتی قادر بود یک فکر غیرسودمند را شناسایی کند و به آن پاسخ بدهد؛ فکری که می‌توانست مانعی در برابر گام برداشتن به سمت رسیدن به یک هدف ارزشمند باشد. من از او خواستم تصور کند که، با کمک پسرش، رزومهٔ خود را به شکل موفقیت‌آمیزی اصلاح کرده است. سپس پرسیدم در این تصویر، به لحاظ هیجانی چه احساسی دارد و کمکش کردم بخشی از این احساس مثبت را همان جا و در جلسه تجربه کند. (بعضی از درمانجویانی که مشکل مشابهی دارند، ممکن است قبل از اینکه بتوانند عملی را به شکل رفتاری ادامه بدهند و به نتیجه برسند، نیازمند تلاشِ درمانی بیشتری باشند).

چطور به یک درمانگر CBT کارآمد تبدیل شویم

امیدوارم مایل باشید به یک درمانگر بسیار خوب تبدیل شوید و در حرفهٔ خود به صدها انسان کمک کنید. اگر هنگام مطالعهٔ این کتاب مضطرب شدید، یادآوری این اشتیاق می‌تواند به شما کمک کند پایداری بورزید. اگر احساس دلواپسی می‌کنید، یادتان باشد که مدل شناختی این فرض را مطرح می‌کند که افکار منفی داشته‌اید. شما در سرتاسر این کتاب با ابزارهایی آشنا خواهید شد تا بتوانید روی این نوع افکار غیرسودمند کار کنید. در این اثنا، مفید است هر هفته یک هدف مطالعهٔ خاص را برای

خودتان تعریف کنید و به موانعی بیندیشید که هنگام برداشتن گام‌های ضروری برای رسیدن به آن هدف، ممکن است با آنها مواجه شوید. و اطمینان حاصل کنید انتظاراتی که از خودتان دارید، منطقی هستند.

دوست دارم بدانید وقتی خودم برای نخستین بار به‌عنوان یک درمانگر شروع به استفاده از CBT کردم، درمانگر خیلی خوبی نبودم. اصلاً چطور می‌توانست غیر از این باشد؟ من قبل از آن هرگز کار درمان انجام نداده بودم. پس اگر شما هم به تازگی کار درمان را شروع کرده‌اید یا اگر در زمینه CBT نسبتاً تازه‌کار هستید، به خودتان فرصت بدهید. شما تنها نیستید. بابت هر فصلی که مطالعه می‌کنید، خودتان را تحسین کنید و از خودتان تشکر کنید. بابت پاسخ دادن به پرسش‌های تأملی و همچنین انجام دادن تمریناتی که در انتهای هر فصل آمده نیز خودتان را تحسین کنید. خودتان را با افرادی مقایسه کنید که در وضعیت مشابه شما هستند، نه با درمانگران متبحر CBT.

ما اغلب از قیاس و استعاره در CBT استفاده می‌کنیم (استوت و همکاران، ۲۰۱۰). در اینجا به یک نمونه اشاره شده که ما در کار با درمانجویان از آن استفاده می‌کنیم و شاید برای شما هم مفید باشد:

«یادتان هست چطور رانندگی کردن یا نواختن یک ساز را یاد گرفتید؟ آیا در ابتدا تا حدودی احساس نمی‌کردید ناشی هستید؟ آیا باید به یک عالمه جزئیات و حرکات ظریف توجه می‌کردید که اکنون، آنها را به راحتی و به شکل خودکار انجام می‌دهید؟ آیا هرگز احساس دلسردی کردید؟ همین‌طور که پیشرفت می‌کردید، آیا آن فرایند بیشتر و بیشتر برایتان معنادار نشد و به تدریج احساس راحتی بیشتری پیدا نکردید؟ آیا نهایتاً بر آن کار تسلط یافتید تا جایی که می‌توانستید با اعتمادبه‌نفس و سهولت نسبی انجامش بدهید؟ بیشتر افراد در آموختن مهارتی که در حال حاضر در آن یک متخصص محسوب می‌شوند، دقیقاً چنین تجربه‌ای را از سر گذرانده‌اند.»

فرایند یادگیری برای درمانگران CBT تازه‌کار نیز همین‌طور است. اهداف کوچکی برای خودتان تعیین کنید که به خوبی تعریف شده و واقع‌بینانه باشند. پیشرفت خودتان را با سطح توانایی‌تان قبل از مطالعه این کتاب یا زمانی که برای نخستین بار شروع به یادگیری CBT کردید مقایسه کنید. مراقب باشید سطح فعلی مهارت‌تان را با هدف نهایی‌تان مقایسه نکنید چون این نوع مقایسه باعث می‌شود اعتمادبه‌نفس شما کم شود.

اگر درباره شروع استفاده از CBT در کار با درمانجویان احساس اضطراب می‌کنید، یک «کارت مقابله» برای خودتان تهیه کنید؛ یعنی یک کارت شاخص کاغذی یا مجازی حاوی جملاتی که یادآوری آنها مهم است. شما در کار با درمانجویان نیز از کارت مقابله یا معادل آن استفاده خواهید کرد (چون ما هر چیزی را که می‌خواهیم درمانجو به یاد داشته باشد، حتماً مکتوب می‌کنیم). دستیاران روان‌پزشکی من، قبل از دیدن نخستین بیمار سرپایی خود، اغلب افکار غیرسودمندی دارند. بعد از

بحث و گفت‌وگو، آنها کارتی تهیه می‌کنند که به این افکار می‌پردازد. محتوای هر کارت مختص همان شخص است اما به‌طور معمول جملات این چنینی در آن دیده می‌شود:

<p>هدفم این نیست که این درمانجو رو امروز معالجه کنم. هیچ‌کس از من چنین انتظاری نداره.</p>
<p>هدفم اینه که رابطه فوبی برقرار کنم، درمانجو رو امیدوار کنم، مشخص کنم چی براش واقعاً موثره و احتمالاً متوجه بشم طی این هفته و برای رسیدن به هدفش، چه گامی می‌تونه برداره.</p>

مرور کارتی مانند این می‌تواند به شما کمک کند اضطراب‌تان را کم کنید تا بتوانید روی درمانجو تمرکز کنید و کارآمدتر باشید.

برای یک مشاهده‌گر آموزش‌نندیده، گاهی اوقات CBT به‌شکل گمراه‌کننده‌ای ساده به‌نظر می‌رسد. مدل شناختی، یعنی این عقیده که افکار فرد بر هیجانات و رفتار (و گاهی فیزیولوژی) او اثر می‌گذارند، کاملاً سراسر است. با این همه، درمانگران مجرب CBT هم‌زمان کارهای زیادی را به‌شکل نامحسوس انجام می‌دهند: برقراری رابطه درمانی، آشنا کردن درمانجو با فرایند درمان و آموزش دادن به او، جمع‌آوری داده، مفهوم‌پردازی موردی، تلاش در جهت رسیدن به اهداف و غلبه بر موانع، مهارت‌آموزی، خلاصه‌سازی و گرفتن بازخورد. درمانگران باتجربه CBT حین به انجام رساندن تمام این موارد، همواره از زبان محاوره استفاده می‌کنند.

اگر در این حوزه تازه‌کار هستید، نیاز است حساب‌شده‌تر و سازمان‌یافته‌تر عمل کنید و در یک زمان، روی مؤلفه‌های کمتری تمرکز داشته باشید. با اینکه هدف نهایی، در هم آمیختن تمام این مؤلفه‌ها و اجرای درمان به کارآمدترین و اثربخش‌ترین شیوه ممکن است، در ابتدا نیاز دارید