

راهنمای جامع درمان‌های شناختی- رفتاری

# فهرست مطالب

فهرست اختصارات	۷
درباره ویراستاران	۱۱
مقدمه	۱۳
<b>بخش اول: مبانی تاریخی، فلسفی و علمی</b>	<b>۱۵</b>
فصل ۱ مبانی تاریخی و فلسفی حوزه‌های شناختی - رفتاری	۱۶
فصل ۲ اعتباریابی تجربی و درمان‌های شناختی - رفتاری	۴۴
فصل ۳ مبانی دانش شناختی درمان شناختی - رفتاری	۸۰
<b>بخش دوم: ملاحظات سنجش</b>	<b>۹۹</b>
فصل ۴ ارزیابی شناختی مسائل و روش‌ها	۱۰۰
فصل ۵ ارزیابی بالینی در درمان‌های شناختی - رفتاری	۱۳۴
فصل ۶ درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر فرمول‌بندی موردی	۱۵۹
<b>بخش سوم: درمان‌ها</b>	<b>۱۸۹</b>
فصل ۷ درمان حل مسئله هیجان مدار	۱۹۰
فصل ۸ رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی	۲۱۱
فصل ۹ درمان شناختی	۲۴۳
فصل ۱۰ طرحواره درمانی	۲۷۳
فصل ۱۱ مداخلات ذهن‌آگاهی و پذیرش در درمان شناختی - رفتاری	۲۹۷
فصل ۱۲ رفتاردرمانی دیالکتیک	۳۲۴
فصل ۱۳ یکپارچه‌سازی درمان شناختی - رفتاری و روان‌درمانی	۳۴۸
<b>بخش چهارم: کاربردها برای جمعیت‌های خاص</b>	<b>۳۷۷</b>
فصل ۱۴ درمان شناختی - رفتاری با جوانان	۳۷۸
فصل ۱۵ برنامه‌های پیشگیری شناختی - رفتاری	۴۰۵
فصل ۱۶ درمان شناختی - رفتاری برای جمعیت‌های همبود و فراتشخیصی	۴۲۸
فصل ۱۷ زوج‌درمانی شناختی - رفتاری	۴۴۹
فصل ۱۸ درمان شناختی - رفتاری حمایت‌کننده برای جمعیت‌های متنوع فرهنگی	۴۷۹
فصل ۱۹ فراتر رفتن از آموزش تعلیمی نحوه افزایش استفاده از درمان شناختی - رفتاری	۵۰۴
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی	۵۲۳
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی	۵۳۴
منابع	۵۴۴

## مقدمه

چه کسی می‌توانست پیش‌بینی کند، هنگامی که چاپ اول کتاب راهنمای جامع درمان‌های شناختی- رفتاری در سال ۱۹۸۸ منتشر شد، نسخه‌های بیشتری، حتی تا ۳۰ سال آینده منتشر خواهد شد؟ چه کسی در سال ۱۹۸۸ پیش‌بینی می‌کرد حوزه درمان شناختی- رفتاری (CBT) به- همان اندازه که در دهه‌های بعدی اتفاق افتاده است گسترده، عمیق و قوی خواهد شد؟ چه کسی می‌توانست پیش‌بینی کند درمان‌های شناختی- رفتاری تبدیل به رویکرد غالب در میان طیف گسترده‌ای از روان‌درمانی‌ها در اوایل قرن ۲۱ ام خواهند شد؟

با این وجود، همه موارد فوق روی داده‌اند. درمان‌های شناختی- رفتاری از متنوع‌ترین و پیچیده‌ترین مدل‌های مختلف روان‌درمانی هستند. آنها گسترده‌تر و فشرده‌تر از هر مدل درمانی دیگری درون کارآزمایی‌های پیامد، مطالعات فرآیند، کارآزمایی‌های انتشار و مطالعاتی درباره ابعاد متنوع ارائه، مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. آنها در هر گوشه دنیا گسترش یافته‌اند و کاربرد آنها برای اقوام و فرهنگ‌های متنوع، تنها یکی از کانون‌های بسیار توجه بوده است. پایگاه شواهد آنها به‌گونه‌ای است که دولت‌ها در بسیاری از کشورها مدل‌های تامین بودجه را ایجاد کرده‌اند تا اطمینان حاصل کنند که درصد بیشتری از جمعیت آنها به این مدل‌های درمانی مؤثر دسترسی دارند. آنها از برنامه‌های درمانی اصلی به طیف گسترده‌ای از رویکردها که همچنین بر پیشگیری از مشکلات سلامت، حفظ رفتار سالم و بهینه‌سازی عملکرد انسان تأکید می‌کنند گسترش یافته‌اند.

برای ما ویراستاران محقرانه است که تلاش کنیم دامنه عظیم حوزه درمان شناختی- رفتاری را در یک کتاب واحد بگنجانیم. با این اوصاف، ما به‌بهترین شکل ممکن این کار را در این کتاب انجام داده‌ایم. به‌همین ترتیب، فصولی را درباره موارد زیر گنجانده‌ایم: درمورد برخی رویکردهای درمانی اصلی، در مورد موضوعات مفهومی آمیخته در این حوزه، برخی از چالش‌های اندازه‌گیری و سنجش که افراد هنگام اعتباریابی سازه‌ها و درمان‌های شناختی- رفتاری با آنها روبرو هستند و برخی از چالش‌های خاصی که هنگام ارائه درمان شناختی- رفتاری به جمعیت‌های مختلف با آنها روبرو هستیم. مخصوصاً از انتشار این کتاب خاص به دلیل ترغیب متخصصین برای در نظر گرفتن مسائل مربوط به یکپارچه سازی درمانی، عوامل مشترک مدل‌های روان‌درمانی و بهینه‌سازی استراتژی‌های انتشار روان‌درمانی مبتنی بر شواهد خوشحالییم.

هر دو نفر ما مدتی است که در زمینه درمان شناختی- رفتاری کار کرده‌ایم. این کتاب بدون

حمایت و مشورت تعداد زیادی از همکاران، مربیان و دوستان نمی‌توانست به نتیجه برسد. با توجه به تعداد زیاد این افراد، ما استثنا قائل خواهیم شد و سعی نمی‌کنیم همه آنها را نام ببریم، اما مجبور شده‌ایم کمک‌های عظیمی را که در این حوزه توسط دکتر آرون تی بک انجام شده است و حمایت‌های او، نه تنها به‌طور کلی برای این حوزه بلکه به‌طور خاص برای حرفه ما، را برجسته کنیم. کار او به‌عنوان یک چراغ‌راهنما برای توسعه و اعتباریابی روان‌درمانی مبتنی بر شواهد است. ما می‌خواهیم علاوه بر دستیاران و همکارانمان، از حمایت مداوم انتشارات گیلفورد در انتشار کتاب راهنمای جامع درمان‌های شناختی- رفتاری قدردانی کنیم. به‌طور خاص، ما می‌خواهیم از ویراستار ارشد، جیم ناگوت و دستیار ویراستار ارشد، جین کیسلار قدردانی کنیم. حمایت و نظم- بخشی آنها به ما کمک کرده است تا این کتاب را به‌دست شما برسانیم.

مثل همیشه، همچنین ما می‌خواهیم از عشق و حمایت خانواده‌ها و دوستانمان، که بدون حمایت آنها انجام کار بسیار سخت بود قدردانی کنیم. امیدوارم که از این نسخه کتاب راهنمای جامع درمان‌های شناختی - رفتاری لذت ببرید، و منتظر پاسخ این حوزه هستیم به آنچه که به کتابی اصلی در تحصیلات تکمیلی و تخصصی تبدیل شده است.

بخش اول

مبانی تاریخی، فلسفی و علمی

# فصل ۱

## مبانی تاریخی و فلسفی حوزه‌های شناختی - رفتاری

دیوید ج. آ. دوزویس

کیت س. دابسون

کاترینا رنیک

درمان شناختی- رفتاری<sup>۱</sup> (CBT) اثبات شده‌ترین روان‌درمانی مبتنی بر شواهد است و به‌عنوان «سیستم روان‌درمانی دارای سریع‌ترین رشد و بیشترین پژوهش در «چشم‌انداز معاصر» توصیف شده است» (پروچاسکا و نورکراس، ۲۰۱۰، ص ۳۳۲). درمان شناختی- رفتاری به‌طور گسترده در سراسر جهان در برنامه‌های آموزش حرفه‌ای، انجمن‌ها و کارگاه‌ها استفاده می‌شود و صدها دفترچه راهنما، کتاب و راهنمای خودآموز درمان شناختی- رفتاری منتشر شده است. تحقیقات از استفاده از درمان شناختی- رفتاری برای کودکان، نوجوانان، بزرگسالان، زوجین، و خانواده‌ها برای انواع اختلالات روان‌پزشکی و پزشکی حمایت می‌کنند (نک: بک و دوزویس، ۲۰۱۱؛ دابسون و دابسون، ۲۰۱۷؛ هافمن، ۲۰۱۳). بازگشت سرمایه در درمان شناختی- رفتاری قابل توجه است؛ تجزیه و تحلیلی اقتصادی برآورد کرده است هزینه‌های درمان اضطراب و افسردگی با استفاده از روش‌های مبتنی بر شواهد مانند درمان شناختی- رفتاری، در ۳۶ کشور بین سال‌های ۲۰۱۶ و ۲۰۳۰، ۱۴۷ میلیارد دلار است (چیشولم و همکاران، ۲۰۱۶). با این حال، این روش‌های درمان به ۴۳ میلیون سال دیگر زندگی سالم در طول این دوره با سود اقتصادی خالص ۳۱۰ میلیارد دلار منجر می‌شوند.

ماهونی (۱۹۷۷) خاطر نشان کرد همانطور که روان‌شناسی به‌طور کلی در دهه ۱۹۶۰ دچار «انقلاب شناختی» شده بود، کمی بعدتر همان تمرکز نظری، روان‌شناسی بالینی را نیز تحت تأثیر قرار داد. درمان شناختی- رفتاری ابتدا در اوایل دهه ۱۹۷۰ ظهور کرد و به‌تدریج در میان

---

1- Cognitive-Behavioral Therapy

متخصصان بالینی و پژوهشگران مورد توجه قرار گرفت. تا اواسط و سال‌های بعدی دهه ۱۹۷۰، اولین متون اصلی در مورد «تغییر رفتار- شناختی»<sup>۱</sup> پدیدار شدند (کندال و هولون، ۱۹۷۹؛ ماهونی، ۱۹۷۴؛ مایکنام، ۱۹۷۷). دوره میانی یکی از علایق قابل توجه در شناخت و استفاده از نظریه شناختی برای تغییر رفتار بود که طی آن نظریه پردازان و درمانگران مختلف تعدادی مدل برای تغییر شناخت و رفتار و همچنین امکاناتی معتبر از تکنیک‌های بالینی ایجاد کردند.

این فصل تحولات عمده در تاریخ درمان‌های شناختی- رفتاری را مرور می‌کند. ما دامنه درمان‌های شناختی- رفتاری و ماهیت اساسی آنها را تعریف می‌کنیم و سپس مبانی تاریخی درمان شناختی- رفتاری را مرور می‌کنیم. شش دلیل عمده برای توسعه دامنه درمان شناختی- رفتاری مورد بحث قرار گرفته است. سپس، مبانی فلسفی اصلی اشکال مختلف درمان‌های شناختی- رفتاری، با در نظر گرفتن اصولی که در هر یک از این روش‌های درمانی مشترک هستند و همچنین اصولی که از رویکردی به رویکرد دیگر متفاوت هستند، خلاصه می‌شود. بخش آخر فصل، گاه‌شماری رسمی از رویکردهای عمده درمان شناختی- رفتاری ارائه می‌دهد. همچنین این بخش رویکردهای معاصر در حوزه درمان شناختی- رفتاری را از نظر تکاملات تاریخی برای هر رویکرد و اصول تغییر رفتاری را که هر رویکرد به کار می‌گیرد، توصیف می‌کند.

## تعریف درمان شناختی- رفتاری

درمان شناختی- رفتاری در هسته خود، سه گزاره بنیادی دارد:

۱. فعالیت شناختی بر رفتار تأثیر می‌گذارد.
۲. فعالیت شناختی ممکن است بازبینی<sup>۲</sup> شود و تغییر یابد.
۳. تغییر مطلوب رفتار<sup>۳</sup> ممکن است از طریق تغییر شناختی تحت تأثیر قرار گیرد.

اگر چه کازدین (۱۹۷۸) از عنوانی کمی متفاوت استفاده کرد، اما مجموعه گزاره‌های ضمنی مشابهی را در تعریف خود از تغییر رفتار- شناختی مطرح کرد. «اصطلاح تغییر رفتار- شناختی شامل حوزه‌ای است که تلاش می‌کند رفتار آشکار را با تغییر افکار، تفسیرها، فرضیات و استراتژی‌های پاسخ‌دهی تغییر دهد» (ص ۳۳۷)؛ بنابراین تغییر رفتار- شناختی و درمان شناختی- رفتاری در فرضیات و روش‌های درمان تقریباً همانند هستند. شاید تنها حوزه‌ای که این دو اصطلاح خاص از هم جدا می‌شوند، در نتایج درمان باشد. در حالی که تغییر رفتار- شناختی، تغییر

1- Cognitive-behavior modification

2- monitoring

3- Desired behavior change

در رفتار آشکار را به‌عنوان نتیجه نهایی می‌طلبند (کازدین، ۱۹۷۸؛ ماهونی، ۱۹۷۴)، برخی از اشکال معاصر درمان شناختی-رفتاری اثرات درمانی خود را بر شناخت متمرکز می‌کنند، فی‌نفسه، با این اعتقاد که تغییر رفتار را به دنبال خواهد داشت. برای مثال تلاش‌های الیس (۱۹۶۲، ۱۹۷۹؛ a؛ دی گیوسپ و دوپل، فصل ۸، این جلد) درباره تغییر باور، نوعی از درمان را تشکیل می‌دهد که تعریف کازدین (۱۹۷۸) به‌عنوان نوعی از تغییر رفتار-شناختی در آن ترکیب نشده است؛ بنابراین عبارت «درمان شناختی-رفتاری» عبارتی گسترده‌تر از «تغییر رفتار-شناختی» است و عبارت تغییر رفتار-شناختی را در خود جای می‌دهد (همچنین به دابسون، بکز درموت، دوزویس، ۲۰۰۰ مراجعه کنید).

اولین مورد از سه گزاره بنیادی درمان شناختی-رفتاری که بیان می‌کند فعالیت شناختی بر رفتار تأثیر می‌گذارد، بازگویی مدل واسطه‌ای بنیادی<sup>۱</sup> است (ماهونی، ۱۹۷۴). اگرچه نظریه‌پردازان شناختی-رفتاری اولیه مجبور بودند مشروعیت نظری و تجربی گزاره واسطه‌ای را مستند کنند (به‌عنوان مثال، ماهونی، ۱۹۷۴)، اکنون شواهد زیادی وجود دارد که ارزیابی شناختی رویدادها می‌تواند در پاسخ به آن رویدادها تأثیر بگذارد و ارزش بالینی در تغییر محتوای این ارزیابی‌ها وجود دارد (به‌عنوان مثال، بک و دوزویس، ۲۰۱۴؛ دابسون و همکاران، ۲۰۰۰؛ دوزویس و بک، ۲۰۰۸؛ هولون و بک، ۱۹۹۴). اگر چه بحث در مورد میزان و ماهیت دقیق ارزیابی‌هایی که یک فرد در محیط‌های مختلف انجام می‌دهد ادامه دارد (رجوع کنید به کوین، ۱۹۹۹؛ هلد، ۱۹۹۵)، واقعیت واسطه‌گری دیگر به شدت قبل، مورد مناقشه نیست.

گزاره دوم درمان شناختی-رفتاری بیان می‌کند فعالیت شناختی ممکن است بازبینی شود و تغییر یابد. تلویحاً در این عبارت فرض‌هایی هست مبنی بر اینکه ممکن است به فعالیت شناختی دسترسی پیدا کنیم و اینکه شناخت قابل فهم و ارزیابی است. با این وجود، دلیلی وجود دارد که باور کنیم دسترسی به شناخت کامل نیست و ممکن است افراد فعالیت‌های شناختی را بر اساس احتمال وقوع آنها، به‌جای وقوع واقعی آنها گزارش دهند (نیست و ویلسون، ۱۹۷۷). با این حال، بیشتر پژوهشگران در حوزه ارزیابی شناختی همچنان می‌کوشند معمولاً به‌وسیله رفتار به‌عنوان منبع داده‌های اعتباریابی<sup>۲</sup>، استراتژی‌های ارزیابی شناختی معتبر و پایا را مستند کنند (مرلوزی، گلس و گنست، ۱۹۸۱؛ سگال و شاو، ۱۹۸۸؛ دانکلی، سگال و بلنکشتاین، فصل ۴، این جلد)؛ بنابراین، اگر چه گزارش‌های مربوط به شناخت اغلب به ظاهر ارزشمند در نظر گرفته می‌شوند، اما دلایلی وجود دارد که باور کنیم در بعضی موارد سوگیری‌هایی در گزارش‌های شناختی وجود دارد و اعتباریابی

1- Basic mediational model

2- Source of validation data

بیشتر درباره گزارش‌های شناختی مورد نیاز است (دانکلی و همکاران، فصل ۴، این جلد؛ رنیک و دوزویس، ۲۰۱۷).

اصل تبعی دیگر گزاره دوم درمان شناختی- رفتاری این است که سنجش فعالیت شناختی مقدمه‌ای برای تغییر فعالیت شناختی است. با اینکه این مفهوم منطقی است که ما باید یک سازه را قبل از شروع به دستکاری آن، اندازه‌گیری کنیم، اما یکی لزوماً از دیگری پیروی نمی‌کند. در عرصه دگرگونی انسان، اندازه‌گیری شناخت لزوماً به تلاش برای تغییر کمک نمی‌کند. همانطور که در جای دیگر نوشته شده است (براون و کلارک، ۲۰۱۵؛ دانکلی و همکاران، فصل ۴، این جلد؛ رنیک و دوزویس، ۲۰۱۷)، اغلب استراتژی‌های ارزیابی شناختی بر محتوای شناختی و ارزیابی نتایج شناختی به‌جای فرآیند شناختی تأکید می‌کنند. بررسی روند شناخت در بافت درمان و همچنین وابستگی متقابل بین سیستم‌های شناختی، رفتاری و عاطفی، از طرف دیگر، به احتمال زیاد درک ما از تغییر را ارتقا خواهد داد. این نوع بازبینی شناختی در مقایسه با ارزیابی محتوای شناختی به‌نسبت توسعه نیافته باقی مانده است.

سومین گزاره درمان شناختی- رفتاری نتیجه مستقیم اتخاذ مدل واسطه‌ای است. این گزاره بیان می‌کند تغییر رفتار مطلوب ممکن است از طریق تغییر شناختی تحت تأثیر قرار گیرد؛ بنابراین، اگر چه نظریه پردازان شناختی- رفتاری این موضوع را می‌پذیرند که وابستگی‌های تقویت آشکار می‌توانند رفتار را تغییر دهند، اما آنها احتمالاً تأکید می‌کنند که روش‌های جایگزین برای تغییر رفتار وجود دارد که به‌ویژه یکی از آنها تغییر شناختی است. با توجه به این موضوع که تغییر شناختی ممکن است بر رفتار تأثیر بگذارد، بسیاری از تلاش‌های اولیه محققان شناختی- رفتاری برای تأیید اثرات واسطه‌ای شناختی بود. به‌عنوان مثال، بندورا (۱۹۹۷، ۱۹۷۷) از سازه خودکارآمدی<sup>۱</sup> استفاده کرد تا نشان دهد توانایی ادراک شده افراد در نزدیک شدن به اشیا ترسناک شدیداً رفتار واقعی آنها را پیش‌بینی می‌کند. بسیاری از مطالعات نقش فرایندهای ارزیابی شناختی را در انواع زمینه‌های آزمایشگاهی و کلینیکی تأیید کرده‌اند (بندورا، ۱۹۸۶، ۱۹۹۷).

تأیید کردن این فرض که تغییر در شناخت واسطه تغییر رفتار است، همچنان دشوار است. برای انجام این کار، باید ارزیابی تغییر شناختی مستقل از رفتار اتفاق بیفتد (نگاه کنید به کلارک، ۲۰۱۴). مثلاً اگر فرد مبتلا به هراس در فاصله ۱۰ فوت از یک شیء ترسناک قرار بگیرد، با استفاده از مواجهه تدریجی<sup>۲</sup> درمان می‌شود و قادر به نزدیک‌تر شدن به شیء ترسناک است. همچنان این استنباط که شناخت واسطه تغییر رفتار می‌شود، چالش‌برانگیز است. از طرف دیگر، اگر همان فرد

1- Self-efficacy

2- Graduated exposure

با نوعی مداخله شناختی (به‌عنوان مثال، تصور نزدیک شدن به شیء ترسناک) درمان شود و سپس همان تغییر رفتار را نشان دهد، واسطه‌گری شناختی در مورد تغییر آن رفتار بسیار قابل قبول‌تر است. علاوه بر این، اگر همان فرد تغییراتی در رفتار خود نسبت به اشیائی که قبلاً از آنها می‌ترسیده اما به‌طور خاص مورد درمان قرار نگرفته است، نشان دهد، پس واسطه‌گری شناختی در تغییر آن رفتار عاملی اساسی است، چون باید کمی «مطابقت» شناختی بین شیء درمان شده و شیء تعمیم یافته وجود داشته باشد. مطالعات متعدد شواهدی را برای واسطه‌گری شناختی در افسردگی و اضطراب یافته‌اند، اگر چه مطالعات مربوط به تغییر جلسه به جلسه نتایج مختلفی را برای تقدم زمانی تغییر شناختی ارائه داده‌اند (نگاه کنید به کلارک، ۲۰۱۴).

### درمان شناختی-رفتاری از چه چیزی تشکیل می‌شود

همانطور که در بالا تعریف شد تعدادی رویکرد درمانی در گستره درمان شناختی-رفتاری وجود دارند. این رویکردها دارای این دیدگاه نظری هستند که فرآیند درونی ناآشکار به نام تفکر یا شناخت رخ می‌دهد، سپس شناخت بر چگونگی احساس و رفتار فرد تأثیر می‌گذارد و این شناخت می‌تواند برای ایجاد تغییر در رفتار، تغییر کند. در عین حال، این رویکردها استدلال می‌کنند که تغییر رفتاری لازم نیست مکانیسم‌های شناختی مفصلی را درگیر کند. در برخی از اشکال درمانی، مداخلات ممکن است نیاز بسیار کمی به سنجش‌ها و ارزیابی‌های شناختی داشته باشند اما ممکن است به‌شدت به تغییر رفتار و عمل مراجع وابسته باشند. با این حال، یک مفهوم‌سازی شناختی از اختلال و درمان جوی فردی هنوز ضروری است. نتایج واقعی درمان شناختی-رفتاری به‌طور طبیعی از مراجعی به مراجعی دیگر متفاوت است، اما به‌طور کلی دو شاخص اصلی مورد استفاده برای تغییر، شناخت و رفتار هستند. به میزان کمتری، تغییرات هیجانی و فیزیولوژیکی نیز به‌عنوان شاخص‌های تغییر در درمان شناختی-رفتاری استفاده می‌شوند، به‌خصوص اگر اختلال هیجانی یا فیزیولوژیکی یکی از جنبه‌های اصلی مشکل موجود در درمان باشد.

اگر چه درمان شناختی-رفتاری، شناخت و رفتار را به‌عنوان حوزه‌های اصلی تغییر مورد هدف قرار می‌دهد، اما انواع معینی از تغییر مطلوب وجود دارد که به‌وضوح در خارج از قلمرو درمان شناختی-رفتاری قرار می‌گیرند. به‌عنوان مثال، درمانگری که رویکرد شرطی‌سازی کلاسیک را برای درمان رفتار خودتخریبی در کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم به کار می‌برد از یک چارچوب شناختی-رفتاری استفاده نمی‌کند؛ بلکه چنین رویکردی ممکن است «تحلیل رفتاری»<sup>۱</sup>

یا «رفتاردرمانی کاربردی»<sup>۱</sup> نامیده شود. در واقع، هر رژیم درمانی که الگوی محرک- پاسخ را به کار بگیرد، درمان شناختی- رفتاری نیست. فقط روش‌های درمانی‌ای که از واسطه‌گری شناختی به‌عنوان مؤلفه مهم در مفهوم‌سازی و درمان استفاده می‌کنند، می‌توانند به‌عنوان «شناختی- رفتاری» برچسب‌گذاری شوند. دقیقاً همانطور که حوزه‌های کاملاً رفتاری، شناختی- رفتاری نیستند، حوزه‌های کاملاً شناختی نیز رفتاری محسوب نمی‌شوند. به‌عنوان مثال، یک مدل درمانی که بیان می‌کند خاطرات رویداد آسیب‌زای دیرینه باعث ایجاد اختلال هیجانی فعلی و در نتیجه هدف قرار دادن آن خاطرات برای تغییر می‌شود، درمان شناختی- رفتاری نیست. سرانجام، حوزه‌هایی که علی‌رغم بازشناسی واسطه‌گری شناختی در سبب‌شناسی مشکلات، فاقد یک مدل واسطه‌ای تغییر هستند، شناختی- رفتاری نیستند، بلکه حوزه‌ای هستند که نظریه‌های خود را بر بیان هیجان‌ات مفرط، مانند مدل‌های پالایشی درمانی پایه‌ریزی می‌کنند (جانوف، ۱۹۷۰).

## مبانی تاریخی حوزه شناختی- رفتاری

دو رشته تاریخی به‌عنوان پایه‌های تاریخی درمان شناختی- رفتاری خدمت می‌کنند (بک و دوزویس، ۲۰۱۴). رشته غالب به حوزه رفتاری مربوط می‌شود که اغلب به‌عنوان پیش‌درآمد اولیه حوزه شناختی- رفتاری در نظر گرفته می‌شود. به میزان کمتری، حوزه شناختی- رفتاری همچنین از مدل‌های درمانی روان‌پویشی<sup>۲</sup> سر برآورده است. این دو موضوع تاریخی یکی پس از دیگری در این بخش مورد بحث قرار گرفته‌اند.

رفتاردرمانی، یک نوآوری از رویکرد رفتاری رادیکال درباره مشکلات انسانی بود (بندورا، ۱۹۸۶) که از اصول شرطی‌سازی کلاسیک و عامل<sup>۳</sup> استخراج شد و مجموعه‌ای از مداخلات متمرکز بر تغییر رفتار را توسعه داد. تأکید مؤکد رفتارگرایان بر تجربی‌نگری، هم از نظر آگاهی از مدل‌های درمانی و هم ارزیابی نتیجه، یک تغییر مهم نسبت به اشکال ابتدایی‌تر درمان و یکی از میراث ماندگار رفتاردرمانی اولیه است. با این وجود، در دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰، تغییری در رفتاردرمانی به وقوع پیوست، که رشد نظریه شناختی- رفتاری را امکان‌پذیر کرد و درمان شناختی- رفتاری را، به‌طور گسترده‌تر، به ضرورتی منطقی تبدیل کرد. اگر چه در ابتدا دیدگاه رفتاری مدتی مسلط بود، اما با پایان دهه ۱۹۶۰ آشکار شد که یک رویکرد غیر واسطه‌ای برای توضیح دادن تمام رفتارهای انسانی، به‌اندازه کافی توسعه یافته نیست (برگر و مک‌گاو، ۱۹۶۵؛ ماهونی، ۱۹۷۴). توصیفات بندورا (۱۹۶۵)،

1- Applied behavioral therapy  
2- Psychodynamic models  
3- Classical and operant conditioning

(۱۹۷۱) از یادگیری جانشینی<sup>۱</sup>، تبیین رفتاری سنتی را به مبارزه طلبید، همچنان که همین کار درباره تأخیر در ارضا توسط میشل انجام شد (میشل، اِبسن، زایس، ۱۹۷۲). به همین نحو، کودکان به واسطه توانایی اکثر والدین و مربیان مطابق تقویت افتراقی<sup>۲</sup> (ویگوتسکی، ۱۹۶۲)، قواعد دستوری را به خوبی یاد می‌گرفتند و مدل‌های رفتاری یادگیری زبان تحت حمله جدی قرار می‌گرفتند. با این حال علامت دیگری از ناخشنودی از مدل‌های رفتاری، تلاش برای توسعه دادن این مدل‌ها برای شامل شدن رفتارهای «ناآشکار» (به‌عنوان مثال، اندیشه؛ هوم، ۱۹۶۵) بود. گرچه این رویکرد با اقبال محدودی روبرو شد، اما انتقادات از طرف حوزه‌های رفتاری آشکار ساخت که این نوع گسترش، با تأکید حوزه رفتاری بر پدیده‌های آشکار سازگار نیست.

عامل دیگری که رشد درمان شناختی- رفتاری را تسهیل کرد این واقعیت بود که ماهیت واقعی برخی از مشکلات، مانند تفکر وسواسی، مداخلات غیر شناختی را نامربوط می‌ساخت. همانطور که انتظار می‌رفت، رفتاردرمانی برای اختلالاتی به کار گرفته شد که در درجه اول با همبسته‌های رفتاری‌شان مشخص می‌شدند. در مواردی که اختلالات چندوجهی بودند، درمانگران رفتاری علائم رفتاری را برای تغییر (به‌عنوان مثال، فرستر، ۱۹۷۴) هدف قرار می‌دادند که افزایش توان درمانی نسبت به تلاش‌های گذشته را فراهم کرد، اما برای درمانگرانی که تشخیص دادند تمام مشکلات یا مولفه‌های اصلی مشکلات درمان نشده باقی می‌مانند، کاملاً راضی کننده نبود. حوزه‌های شناختی- رفتاری به پر کردن این خلأ برای متخصصان بالینی کمک کردند.

سوم، رشته روان‌شناسی به‌طور کلی در حال تغییر بود، و شناخت‌گرایی، یا آنچه که «انقلاب شناختی» خوانده می‌شود، بخش عمده‌ای از آن تغییر بود. مفاهیم واسطه‌ای زیادی در روان‌شناسی آزمایشی، در حال توسعه، پژوهش و تأسیس بودند (نیسر، ۱۹۶۷؛ پائویو، ۱۹۷۱). این مدل‌ها که شاید تأثیرگذارترین آنها مدل پردازش اطلاعات شناختی بود، آشکارا واسطه‌ای بودند و توسط آزمایشگاه‌های شناختی حمایت می‌شدند. یکی از تکاملات طبیعی، بسط مدل‌های پردازش اطلاعات به سازه‌های بالینی بود (به‌عنوان مثال، همیلتون، ۱۹۷۹، ۱۹۸۰؛ اینگرام و کندال، ۱۹۸۶).

حتی فراتر از توسعه مدل‌های شناختی عمومی، تعدادی از محققان در دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ پژوهش‌های بنیادی در زمینه واسطه‌گری شناختی سازه‌های مربوطه بالینی (به‌عنوان مثال، اضطراب و استرس؛ لازاروس، ۱۹۶۶؛ لازاروس و آوریل، ۱۹۷۲؛ لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴؛ مونات، آوریل و لازاروس، ۱۹۷۲) انجام دادند. روی هم رفته، دو حوزه پژوهشی روان‌شناسی شناختی عمومی و آنچه را که ممکن است «روان‌شناسی شناختی کاربردی»<sup>۳</sup> نامیده شود نظریه‌پردازان رفتاری را به

1- Vicarious learning

2- Discriminatively reinforce

3- Applied cognitive psychology

چالش کشید تا داده‌های جمع‌آوری شده را توضیح دهند. این چالش شامل نیاز مدل‌های رفتاری برای تعریف مجدد محدودیت‌هایشان و گنجاندن پدیده‌های شناختی در مدل‌های مکانیسم رفتاری بود. شاید یکی از اولین علامت‌های این تلاش برای ادغام را بتوان در پیشینه پژوهشی خودگردانی و خودکنترلی<sup>۱</sup> که در بخش اولیه دهه ۱۹۷۰ توسعه یافت، مشاهده کرد (کوتلا، ۱۹۶۹؛ گلدفريد و مبراوم، ۱۹۷۳؛ ماهونی و تورسون، ۱۹۷۴؛ استوارت، ۱۹۷۲). همه این تلاش‌های مختلف برای ترسیم چشم‌اندازهای خودکنترلی، این اندیشه را به اشتراک گذاشتند که فرد ظرفیت نظارت بر رفتار خود، مقرر کردن اهداف تولید شده درونی برای رفتار و سازمان دادن متغیرهای محیطی و شخصی را برای دستیابی به خودگردانی رفتاری دارد. چندین فرایند شناختی برای توسعه این مدل‌های خودکنترلی فرض شدند، از جمله تلاش‌هایی برای تعریف استراتژی‌های خودکنترلی عمدتاً بر اساس مولفه‌های درونی «سایبرنتیک»<sup>۲</sup> عملکرد (به‌عنوان مثال، جفری و برگر، ۱۹۸۲).

درست همانطور که درباره رفتارگرایی محض ناخشنودی فزاینده‌ای وجود داشت، همچنان چالش‌هایی برای قوی‌ترین چشم‌انداز جایگزین آن، یعنی مدل شخصیت و درمان روان‌پویشی نیز وجود داشت. کار اولیه در حوزه درمان شناختی- رفتاری (به‌عنوان مثال، بک، ۱۹۶۷؛ ایس، ۱۹۷۳، ۱۹۷۹ a) شامل عباراتی بود که به‌طور خلاصه تأکید روان‌کاوی بر فرایندهای ناهشیار، مرور شواهد تاریخی و نیاز به درمان درازمدت را که به توسعه بینش در خصوص رابطه انتقال- انتقال متقابل<sup>۳</sup> متکی بود رد کردند. این یک واقعیت جالب است که آرون بک و آلبرت ایس، که هر دو مدل‌های درمان شناختی- رفتاری را توسعه دادند، هر کدام به‌عنوان درمانگر روان‌پویشی آموزش دیده بودند. فراتر از اختلافات فلسفی با برخی از اصول بنیادین مدل‌های روان‌پویشی، مرور پیشینه پژوهشی نشان داد که اثربخشی روان‌درمانی سنتی چشمگیر نبود (آیزنک، ۱۹۶۹؛ لوبورسکی، سینگر، و لوبورسکی، ۱۹۷۵؛ راجمن و ویلسون، ۱۹۷۱، ۱۹۸۰). باید اشاره شود که به هر حال پژوهش‌ها از آن زمان به بعد، اندازه‌ اثرهایی را برای درمان روان‌پویشی یافتند که در برخی موارد با درمان شناختی- رفتاری قابل مقایسه اند (به‌عنوان مثال، دريسن و همکاران، ۲۰۱۷؛ شیدلر، ۲۰۱۰). تأکید بر تسکین علائم کوتاه‌مدت و حل مسئله یکی از موضوعاتی بود که از درمان روان‌پویشی جدا بود، در حالی که در درمان‌گران شناختی- رفتاری اولیه مشاهده شده است.

همانطور که برای هر جنبش اجتماعی صادق است، یک جنبه شاخص از شکل‌گیری اولیه درمان شناختی- رفتاری توسعه و شناسایی نظریه‌پردازان و درمانگرانی بود که خود را با این جنبش معرفی می‌کردند. برخی از افرادی که آشکارا این فرآیند را آغاز کردند آرون بک (۱۹۶۷)،

1- Self-regulation and self-control

2- Cybernetic components

3- Transference-countertransference

۱۹۷۰)، جوزف کوتلا (۱۹۶۷، ۱۹۶۹)، آلبرت الیس (۱۹۶۲، ۱۹۷۰)، مایکل ماهونی (۱۹۷۴)، ماهونی و تورسون، (۱۹۷۴) و دونالد مایکنام (۱۹۷۳، ۱۹۷۷) بودند. این بنیان‌گذاران و طرفداران اصلی به‌وضوح تأثیری در خلق یک روح زمان<sup>۱</sup> داشتند که توجه دیگران را به خود جلب کرد. علاوه بر این، ایجاد یک مجله که به‌طور خاص متناسب با رشته شناختی-رفتاری در حال ظهور طراحی شده بود به پیش بردن این روند کمک کرد؛ بنابراین تأسیس پژوهش و درمان شناختی در سال ۱۹۷۷، به‌وسیله مایکل ماهونی به‌عنوان نخستین ویراستار، یک مجمع «برای تحریک و هدایت پژوهش و نظریه در مورد نقش فرآیندهای شناختی در انطباق و سازگاری انسان» فراهم کرد (از جلد مجله). وجود یک نشریه معین در حوزه نظریه و تغییر شناختی-رفتاری، این اجازه را به محققان و درمانگران داد تا اندیشه‌ها و یافته‌های پژوهشی تحریک‌آمیز را برای مخاطبان گسترده ارائه کنند.

یک عامل تاریخی مهم و نهایی که در افزایش علاقه به چشم‌انداز شناختی-رفتاری کمک کرد انتشار پژوهش‌هایی بود که پیامدهای درمان را برای حوزه شناختی-رفتاری به یک اندازه یا اثربخش‌تر از رویکردهای کاملاً رفتاری تشخیص داد. در مروری انتقادی از تغییر رفتار-شناختی، لچ ویج (۱۹۷۸) ۱۳ مطالعه را مرور کرد که حوزه شناختی-رفتاری را با حوزه رفتاری مقایسه کرده بودند و هیچ برتری ظاهری برای هیچ یک از آنها نیافت، اگرچه وی اشاره کرد مطالعاتی که بررسی کرده بود بر اساس جمعیت‌های عمومی بودند و برای ارزیابی تخصصی آزمایش‌های بالینی لازم است. مرور عمدتاً انتقادی وی پاسخی را در پی داشت (ماهونی و کازدین، ۱۹۷۹) که در نظر گرفتن انتقادهای او را به‌عنوان انتقادات «شتاب‌آمیز» تا حد زیادی رد کرد. پس از این مناقشات اولیه در مورد اثربخشی حوزه‌های شناختی-رفتاری، تعدادی از بررسی‌ها به‌وضوح نشان دادند که حوزه‌های شناختی-رفتاری دارای تأثیری بالینی هستند (برمن، میلر و ماسمن، ۱۹۸۵؛ دابسون و کریگ، ۱۹۹۶؛ دوش، هیرت و شرودر، ۱۹۸۳؛ میلر و برمن، ۱۹۸۳؛ شاپیرو و شاپیرو، ۱۹۸۲). در واقع، حضور حوزه‌های شناختی-رفتاری در میان لیست حوزه‌های حمایت‌شده از نظر تجربی، قابل توجه است (چمپلس و همکاران، ۱۹۹۶؛ چمپلس و هولون، ۱۹۹۸؛ چمپلس و اولندیک، ۲۰۰۱) و بخش شاخصی از شیوه مبتنی بر شواهد را نشان می‌دهند (دوزویس، ۲۰۱۳). با این حال، توجه به این نکته اهمیت دارد که متاآنالیزهای اثربخشی درمان‌ها به بررسی میزانی که حوزه شناختی-رفتاری نسبت به حوزه‌های کاملاً رفتاری برتر هستند، ادامه می‌دهند (کوئیچرس، ۲۰۱۷؛ اوگرین، ۲۰۱۱). با وسع‌تر شدن پایگاه داده‌ها، اظهارات قطعی‌تر امکان‌پذیر خواهد شد (دابسون، مک اپلان و دابسون، فصل ۲، این جلد). آنچه امیدوارانه از پژوهش پیوسته پدید می‌آید نه تنها

نتیجه‌گیری خاص در مورد اثربخشی کلی حوزه شناختی- رفتاری، بلکه اظهارات خاصی در مورد اثربخشی نسبی انواع مختلف حوزه‌های شناختی- رفتاری با انواع خاصی از جمعیت‌ها و مشکلات بالینی خواهد بود.

بررسی قبلی چندین دلیل متقاعدکننده را برای توسعه مدل‌های شناختی- رفتاری اختلال عملکرد و درمان خلاصه می‌کند. این دلایل شامل این موارد است: عدم رضایت از مدل‌های قبلی درمانی، مشکلات بالینی که بر نیاز به چشم‌انداز شناختی- رفتاری تأکید می‌کنند، پژوهش‌هایی که دربارهٔ وجوه شناختی عملکرد انسان انجام شدند، پدیدهٔ روح زمانه که منجر به گروه شناخته شده‌ای از نظریه‌پردازان و درمانگران شناختی- رفتاری شد و بدنهٔ در حال رشد پژوهش که اثربخشی بالینی مداخلات شناختی- رفتاری را حمایت می‌کند. با این روند کلی در ذهن، این فصل، اکنون به ارائهٔ خلاصه‌های عمیق‌تری از تحولات تاریخی تعداد زیادی از حوزه‌های شناختی- رفتاری خاص می‌پردازد که طی ۵۰ سال گذشته یا قبل از آن تکامل یافته‌اند.

## حوزه‌های عمدهٔ شناختی- رفتاری

حوزه‌های شناختی- رفتاری نشان دهندهٔ همگرایی راهبردهای رفتاری و فرآیندهای شناختی با اهداف تغییر شناختی و رفتاری هستند. با این حال، حتی یک بررسی مقدماتی دربارهٔ شیوه‌های درمانی تحت عنوان درمان شناختی- رفتاری، گوناگونی اصول و رویه‌ها را آشکار می‌کند. گوناگونی در توسعه و اجرای رویکرد شناختی- رفتاری ممکن است تا حدی با جهت‌گیری‌های نظری متفاوت کسانی که بر اساس این چشم‌انداز، استراتژی‌های مداخله‌ای ایجاد کرده‌اند توضیح داده شود. مثلاً، در حالی که ایس و بک از زمینه‌های روانکاوی برآمدند، گلدفرید، مایکنبام و ماهونی در ابتدا با اصول تغییر رفتار آموزش دیده بودند.

ماهونی و آرنکف (۱۹۷۸) حوزه‌های شناختی- رفتاری را در سه بخش عمده سازمان‌دهی کردند: (۱) بازسازی شناختی، (۲) درمان مهارت‌های مقابله‌ای و (۳) حوزهٔ حل مسئله. روش‌های درمانی تحت عنوان بازسازی شناختی فرض می‌کنند پریشانی هیجانی نتیجهٔ افکار ناسازگارانه است. این مداخلات بالینی الگوهای فکری ناسازگارانه را در تلاش برای ایجاد الگوهای سازگارتر آزمون می‌کنند و به چالش می‌کشند. در مقابل، حوزهٔ مهارت‌های مقابله‌ای بر توسعهٔ خزانه‌ای از مهارت‌های طراحی شده برای مقابله با انواع شرایط استرس‌زا تمرکز می‌کند. حوزهٔ حل مسئله ممکن است به‌عنوان ترکیبی از تکنیک‌های بازسازی شناختی و رویه‌های آموزش مهارت‌های مقابله‌ای توصیف شود. حوزهٔ حل مسئله بر توسعهٔ راهبردهای کلی برای کنار آمدن با دامنهٔ گسترده‌ای از مشکلات شخصی تأکید می‌کند و بر اهمیت همکاری فعال بین درمان‌جو و درمانگر