

معرفی درمان شناختی-رفتاری

اصول و کاربرست رویکرد ارتباطی در سلامت روان

ویراست دوم

فهرست مطالب

درباره نویسندگان	۱۳
مقدمه مترجمان	۱۵
پیشگفتار ویراست دوم	۱۷
مقدمه ویراست دوم	۲۳
ساختار کتاب	۲۵
فصل ۱. پیشینه درمان شناختی تحلیلی (CAT) و نقطه تمرکز آن	۲۷
گزیده فصل	۲۷
درمان شناختی تحلیلی رویکردی تلفیقی است	۲۷
درمان شناختی تحلیلی درمانی مشارکتی است	۲۸
درمان شناختی تحلیلی پژوهش محور است	۲۹
درمان شناختی تحلیلی حاصل کار در بخش های عمومی است و برای چنین بخش هایی مناسب و ایده آل است	۳۰
درمان شناختی تحلیلی زمان محدود است	۳۱
درمان شناختی تحلیلی نظریه کلی ارائه می کند و تنها متشکل از مجموعه ای از تکنیک های جدید نیست	۳۱
درمان شناختی تحلیلی در بسیاری از مجموعه های بالینی و درمانی کاربرد دارد	۳۳
فصل ۲. ویژگی های اصلی درمان شناختی تحلیلی (CAT)	۳۵
گزیده فصل	۳۵
تاریخچه درمان شناختی تحلیلی	۳۷
تکوین اولیه درمان شناختی تحلیلی	۳۸
مدل نظری	۳۹

تحول نظریه روابط موضوعی ویگوتسکی و باختین	۴۱
پدیدآیی مدل اولیه درمان	۴۶
توسعه فرمول‌بندی مجدد نموداری زنجیره	۴۶
مسیر درمان	۴۸
حفظ محدودیت زمانی و پایان درمان	۵۱
اهداف بالینی درمان شناختی تحلیلی	۵۲
فصل ۳. مدل درمان شناختی تحلیلی (CAT) درباره تحول خود	۶۱
گزیده فصل	۶۱
مفهوم خود در رویکرد CAT	۶۲
تحقیقات علوم اعصاب و خود	۶۶
نفوذپذیری خود	۶۹
نسبیت فرهنگی مدل‌های خود	۶۹
مطالعات درباره تحول نوزاد	۷۱
سهم ایده‌های ویگوتسکی در مدل CAT	۷۴
مطالعات تحولی درباره اکتساب نقش	۷۶
سهم باختین در دیدگاه CAT	۷۸
دیدگاه‌های مختلف درباره تحول	۸۰
ژنتیک و خلق‌و‌خو	۸۲
گذشته تکاملی ما	۸۵
تکامل ظرفیت‌های شناختی و فرهنگی	۸۶
گرایش روان‌شناختی از پیش برنامه‌ریزی‌شده تکاملی	۸۸
فصل ۴. مدل CAT درباره تحول خود و تلویحات آن برای روان‌درمانی	۹۰
گزیده فصل	۹۰
تحول نابهنجار خود و پیامدهای آن	۹۲
عوامل درمانی مشترک	۱۰۲

تحول ناپهنجار یا آسیب‌دیده خود و مدل CAT درباره تغییر درمانی	۱۰۳
فهمیدن و درک انتقال و انتقال متقابل و اجتناب از تبانی	۱۰۵
استفاده از انتقال متقابل شخصی یا فراخوانده‌شده	۱۰۷
انتقال متقابل شناسایی‌کننده و انتقال متقابل تعاملی	۱۰۸
عزت نفس	۱۰۸
خود کاذب	۱۰۹
مخاطب درمانگر کیست؟	۱۱۰
نقش گذشته تکاملی ما در روان‌درمانی	۱۱۱
نکته پایانی	۱۱۲
فصل ۵. درمان CAT: ارزیابی و انتخاب بیماران برای درمان	۱۱۴
گزیده فصل	۱۱۴
بیماران ارجاع‌شده	۱۱۴
اطلاعات سنجشی	۱۱۵
اجرای مصاحبه ارزیابی	۱۱۷
دیگر ملاحظات	۱۲۹
ارزیابی انگیزه بیمار	۱۳۱
ترکیب CAT با دیگر شیوه‌های درمانی	۱۳۲
ارزیابی احتمال خودآسیبی و خودکشی	۱۳۲
ارزیابی پتانسیل بیمار برای خشونت	۱۳۴
پرسشنامه‌های مدادکاغذی	۱۳۴
قراردادهای درمانی	۱۳۵
نکته‌های پایانی	۱۳۶
فصل ۶. درمان CAT: جلسات اولیه فرمول‌بندی مجدد	۱۳۷
گزیده فصل	۱۳۷
فرمول‌بندی مورد و فرمول‌بندی مجدد در CAT	۱۳۸
فرآیند فرمول‌بندی مجدد	۱۴۰

نامۀ فرمول‌بندی مجدد	۱۴۲
فرمول‌بندی مجدد نموداری یا نقشه‌برداری	۱۴۸
ترتیب و فرآیند فرمول‌بندی مجدد	۱۶۸
ارزیابی رسمی اثر فرمول‌بندی مجدد	۱۶۸
نکته پایانی	۱۶۹
فصل ۷. درمان CAT: مراحل بعدی و ایجاد تغییر و پایان دادن به درمان	۱۷۱
گزیده فصل	۱۷۱
جلسات متعاقب- بررسی‌های کلی	۱۷۲
تغییر و اتحاد درمانی در ZPPD	۱۷۳
استفاده از انتقال و انتقال متقابل در فعال‌سازی تغییر	۱۷۴
انتقال، انتقال متقابل و رابطه فعال درمانی	۱۷۶
تحلیل زنجیره گفت‌وگو	۱۷۷
رویه‌های تکنیکی	۱۷۷
ارزیابی پیشرفت	۱۷۸
بازشناسی رفتارها و رویه‌ها آن‌گونه که اتفاق می‌افتند	۱۷۸
خلاصه‌سازی مجدد و مرور جلسات	۱۷۹
تکالیف	۱۷۹
دسترسی به خاطرات و احساسات تروماتیک و دردناک	۱۸۰
بازشناسی نکردن رفتارها و رویه‌ها آن‌گونه که اتفاق می‌افتند	۱۸۱
مدل CAT درباره مقاومت و واکنش درمانی منفی	۱۸۲
ترک درمان	۱۸۳
بازشناسی رفتارها و رویه‌ها در خاتمه دادن به درمان و پایان خوشایند	۱۸۴
نکته‌های پایانی	۱۹۴
فصل ۸. مدل CAT: نقش درمانگر و ناظر بالینی	۱۹۵
گزیده فصل	۱۹۵

۲۰۱.....	سنجش صلاحیت درمانگر در CAT
۲۰۴.....	فعالیت‌های درمانگر در رویکرد CAT
۲۱۴.....	سوپرویزن درمانگران در رویکرد CAT
۲۱۵.....	سوپرویزن جلسات ضبط‌شده
۲۱۶.....	تحلیل زنجیره گفت‌وگو
۲۱۷.....	«پردازش موازی»
۲۱۷.....	سوپرویزن گروهی
۲۱۷.....	تمرین انعکاسی
۲۱۸.....	سوپرویزن از راه دور
۲۲۰.....	فصل ۹. رویکرد CAT: در موقعیت‌ها و بافت‌های گوناگون
۲۲۰.....	گزیده فصل
۲۲۱.....	مشکلات تشخیص
۲۳۲.....	CAT در بعضی شرایط و محیط‌های خاص
۲۹۸.....	نکته‌های پایانی
۲۹۹.....	فصل ۱۰. درمان اختلالات شخصیت پیچیده و دشوار
۲۹۹.....	گزیده فصل
۳۰۱.....	مفهوم اختلال شخصیت
۳۰۴.....	اختلال شخصیت مرزی
۳۱۴.....	ابزارهای کمکی برای فرمول‌بندی مجدد
۳۲۲.....	مسیر درمان
۳۲۳.....	اختلال شخصیت خودشیفته (NPD)
۳۴۵.....	درمان اختلالات شخصیت پیچیده و دشوار: CAT و شواهد پژوهشی
۳۵۱.....	فصل ۱۱. بیماران دشوار، فرمول‌بندی مجدد مبتنی بر بافت، کاربردهای سیستمی و ارائه بازخورد
۳۵۱.....	گزیده فصل
۳۵۲.....	بیماران دشوار

۳۵۴.....	علل رفتار دشوار
۳۵۵.....	رویکردهای عمومی دربارهٔ بیماران دشوار
۳۵۵.....	فرمول‌بندی مجدد مبتنی بر بافت
۳۵۷.....	ساخت فرمول‌بندی مجدد مبتنی بر بافت
۳۵۹.....	نمونه‌هایی از فرمول‌بندی مجدد مبتنی بر بافت
۳۶۸.....	استفاده و کاربردهای گسترهٔ رویکردهای سیستمی و مبتنی بر بافت
۳۶۹.....	تمرین انعکاسی
۳۷۱.....	سخن پایانی
۳۷۲.....	ویژگی‌های متمایزکنندهٔ رویکرد CAT
۳۷۳.....	توسعهٔ مستمر رویکرد CAT
۳۷۴.....	شواهد محوری و تحقیق
۳۷۵.....	ارزش‌های تلویحی رویکرد CAT
۳۷۷.....	پیوست ۱. پروندهٔ روان‌درمانی.....
۳۷۷.....	پروندهٔ روان‌درمانی ابزاری برای درک و شناخت بهتر خودمان است
۳۷۷.....	یک دفترچه یادداشت برای ثبت خفیات و رفتارها در نظر بگیرید
۳۷۸.....	الگوهایی که کارآمد نیستند ولی رها کردن آنها سخت است
۳۸۵.....	حالات متفاوت
۳۸۷.....	پیوست ۲. شایستگی درمانگر در درمان شناختی تحلیلی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت.....
۳۸۷.....	دانش دربارهٔ نظریه CAT
۳۹۰.....	دانش دربارهٔ مشخصه‌های کلیدی CAT
۳۹۱.....	پروندهٔ روان‌درمانی
۳۹۲.....	فرمول‌بندی مجدد
۳۹۳.....	دانش دربارهٔ نظریهٔ CAT برای درمان BPD
۳۹۴.....	مهارت‌های کلیدی در CAT
۳۹۵.....	فرمول‌بندی مجدد

۳۹۶	 ساخت فرمول‌بندی مجدد نموداری زنجیره (SDR) یا نقشه
۳۹۶	 ساخت رویه‌های مشکلات هدف (TTPs) یا مسائل کلیدی
۳۹۷	 فرمول‌بندی کردن اهداف یا خروج‌ها
۳۹۸	 جابجایی بین تکلیف و فرآیند
۳۹۸	 روش‌های CAT برای مداخله
۴۰۰	 توانایی استفاده از مهارت‌های CAT جهت مدیریت پایان دادن به درمان
۴۰۱	 توانایی استفاده از مقیاس‌های خاص CAT جهت هدایت مداخله
۴۰۱	 مهارت‌های خاص CAT برای کار با اختلال شخصیت مرزی
۴۰۲	 پذیرندگی
۴۰۳	 توسعه فرمول‌بندی مجدد
۴۰۴	 ثابت و پایدار کردن تغییرات مثبت
۴۰۵	 استفاده از CAT برای تسهیل کار با سیستم‌های گسترده (فرمول‌بندی مجدد بافتی)
۴۰۷	 پیوست ۳. پرسشنامه سازه شخصیتی (PSQ)
۴۱۱	 پیوست ۴. اصول شبکه خزانه و استفاده از تکنیک شبکه در CAT
۴۱۳	 واژه‌نامه
۴۲۱	 منابع

درباره نویسندگان

آنتونی رایل در سال ۱۹۴۹ مدرک پزشکی خود را دریافت کرد و در مقام یکی از اعضای بنیان‌گذار گروهی آموزشی در شهر کتیش لندن، مدیر مرکز سلامت دانشگاه ساسکس و سپس در مقام روان‌درمانگر در بیمارستان سنت توماس لندن مشغول به کار شد. پس از بازنشستگی در نظام سلامت ملی (NHS)^۱ به صورت پاره‌وقت در بخش آموزش و پژوهش بیمارستان گایز مشغول به کار شد. درحالی‌که به مطالعه همه‌گیرشناسی روی بیماران تحت مراقبت خود مشغول بود، متوجه شیوع بالای آشفتگی روان‌شناختی و ارتباط آن با مسائل خانوادگی شد. به همین دلیل علاقه‌مند شد تا شکلی از درمان روان‌شناختی که قابل پیاده‌سازی در NHS باشد را معرفی کند. مطالعه درباره فرآیند و نتایج روان‌درمانی را ادامه داد و مدلی زمان‌محدود از روان‌درمانی تلفیقی را توسعه داد که امروزه تحت عنوان درمان شناختی تحلیلی (CAT)^۲ شناخته می‌شود. آنتونی رایل در سپتامبر ۲۰۱۶ درگذشت.

ایان ب. کر فارغ‌التحصیل پزشکی از دانشگاه ادینبورگ است. پس از قرار گرفتن در چندین پست بیمارستانی، سال‌های متمادی به پژوهش درباره سرطان پرداخت. به دنبال آن وی در زمینه روان‌پزشکی و روان‌درمانی در بیمارستان‌های گایز، مودزلی، سنت جورج و هندرسون لندن و انجمن بریتانیایی روان‌درمانی آموزش دید. سپس چندین سال در مقام روان‌پزشک و روان‌درمانگر و سخنران ارشد و افتخاری در شفیلد بریتانیا و بعد در NHS اسکاتلند فعالیت کرد. او هم‌اکنون به کار پژوهش و آموزش CAT در بسیاری از مجموعه‌های بین‌المللی و بریتانیایی مشغول است.

1. National Health Service
2. Cognitive Analytic Therapy

مقدمه مترجمان

در دنیای امروز، درمان‌های روان‌شناختی پیوسته در حال تکامل هستند و روش‌های متعددی برای درک، تحلیل و درمان مشکلات روانی ارائه شده‌اند. یکی از رویکردهای نوین و مؤثر در این حوزه، درمان شناختی-تحلیلی (CAT) است که ترکیبی از اصول شناخت‌درمانی و روان‌تحلیل‌گری را در خود جای داده است و روش درمانی ساختاریافته، کوتاه‌مدت و مبتنی بر همکاری درمانگر و بیمار شناخته می‌شود.

کتاب معرفی درمان شناختی-تحلیلی: اصول و کاربریست رویکرد ارتباطی در سلامت روان، یکی از منابع کلیدی در این حوزه است که نه تنها به معرفی مبانی نظری این رویکرد می‌پردازد، بلکه چارچوب‌های عملی، تکنیک‌ها و مطالعات موردی مرتبط را نیز ارائه می‌دهد. این کتاب تلاش دارد تا فرآیندهای فکری، هیجانی و رفتاری افراد در زمینه‌ای از روابط بین‌فردی و الگوهای تکرارشونده را مورد بررسی قرار دهد و از طریق ترسیم نقشه‌های شناختی-تحلیلی، راهکاری برای تغییر و بهبود ارائه کند.

شایان ذکر است، فرهنگ و بافت با شکل دادن به الگوهای ارتباطی افراد، خودپنداره و مکانیسم‌های مقابله‌ای، نقش مهمی در درمان شناختی-تحلیلی ایفا می‌کنند. هنجارهای فرهنگی، تأثیرات اجتماعی و تجارب تحولی بر چگونگی درک و بیان پریشانی روانی تأثیر می‌گذارند. این موضوعات به تفصیل در کتاب توضیح داده شده‌اند و امیدواریم درمانگران مسائل فرهنگی و مبتنی بر بافت را در فرآیند فرمول‌بندی مجدد بگنجانند.

با توجه به کمبود منابع فارسی در این حوزه، ترجمه این اثر می‌تواند کمک شایانی به روانشناسان، درمانگران و دانشجویان علوم رفتاری نموده و زمینه را برای شناخت بهتر و کاربردی‌تر این روش درمانی فراهم آورد. امید است که این ترجمه بتواند در گسترش دانش و استفاده از درمان شناختی-تحلیلی در فضای درمانی فارسی‌زبانان مؤثر باشد.

مقدمه ویراست دوم

این کتاب مقدمه و مروری تازه بر اصول و کاربرست درمان شناختی تحلیلی (CAT) ارائه می‌دهد. اولین ویراست کتاب بیش از ۱۰ سال پیش چاپ شد و به‌طور نظام‌مند مدلی جدید و یکپارچه را معرفی می‌کرد که طی دوره‌ای چندین ساله توسعه یافته بود. اگرچه از آن زمان تاکنون دو جلد کتاب تخصصی در این زمینه وجود داشته است (ریل، ۱۹۹۵، ۱۹۹۷a)، بازبینی مدل و کاربردهای آن در حال حاضر ضروری است. دلایل زیادی برای این موضوع وجود دارد. رویکرد CAT به‌منزله مدلی نوپا و یکپارچه (همان‌طور که در گزارش تأثیرگذار روث و فوناگی (۱۹۹۶) هم آمده است)، هنوز هم از بُعد نظری و هم از بُعد دامنه کاربرست در حال تکامل و توسعه است. در این کتاب، توضیح بیشتری درباره توسعه مدل CAT ارائه شده است، به‌ویژه بر درک شکل‌گیری اجتماعی خود مبتنی بر نظریه فعالیت ویگوتسکی و «گفت‌وگویی» باختین تأکید می‌کند. ما همچنین طیف گسترده‌ای از کاربردهای عملی CAT را به عنوان درمانی فردی و همچنین کاربرد آن را به عنوان مدلی مفهومی برای درک اختلالات مختلف معرفی می‌کنیم. این روند را (به نقل از استیو پاتر) می‌توان «به‌کارگیری CAT» در مقابل «اجرای CAT» دانست. رویکرد CAT امروزه پا را فراتر نهاده و در درمان مسائل جدیدی به کار گرفته می‌شود که شامل استفاده از این رویکرد در درمان افراد سالمند، افراد مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری، اختلالات مربوط به اضطراب، اختلالات روان‌پریشی، بیمارانی که خودکشی و خودآسیبی دارند، بیماران دشوار و بخش مراقبت‌های اولیه است. این موضوعات در این ویراست بررسی شده‌اند و تا حدی منعکس‌کننده تحولات نظری نیز هستند. شواهد محوری رو به گسترش این رویکرد و برخی مشکلات (سیاسی و اجتماعی) در انجام این مطالعات در این کتاب بررسی شده‌اند.

CAT در ابتدا برای درمانی کوتاه‌مدت (معمولاً ۱۶ جلسه) طراحی شد. دلیل کوتاه‌مدت بودن این درمان آن است که برای بیمارانی که وسع مالی خوبی ندارند مقرون‌به‌صرفه باشد؛ بنابراین مشخص شد که کدام بخش از درمان مؤثر و کارآمد است. این بررسی‌ها حیاتی هستند و به تکامل مدل کمک می‌کنند. پیشنهاد ما این است که درمان کوتاه‌مدتی مانند CAT که در طی آن می‌توان به تغییرات روان‌شناختی عمیق دست یافت، شایسته است که «فشرده»^۱ نامیده شود و در مقابل درمان‌های طولانی‌مدت «گسترده»^۲ نامیده شوند.

با وجود اثربخشی CAT فشرده برای بسیاری از بیماران، آشکار است که تمامی بیماران را نمی‌توان

1. Intensive
2. Extensive

با موفقیت در این مدت زمان درمان کرد. با این حال، مطالعات نشان می‌دهند (برای نمونه در بیمارانی که خودآسیبی دارند ولی مشکلات روان‌آزردگی کمتری دارند) می‌توان در جلساتی محدود و حتی در یک جلسه کار مؤثری انجام داد؛ بنابراین طول درمان برای انطباق با نیازهای بیماران گوناگون اصلاح شده است. ممکن است برای افرادی که اختلال شخصیت شدید، اختلال روان‌پریشی طولانی‌مدت یا سابقه آسیب‌های روانی جدی دارند، درمان طولانی‌مدتی نیاز باشد. برخی از بیماران نیز هستند که جنبه ترمیمی و حمایتی درمان برای آنها باعث می‌شود که نیازمند دوره‌ای طولانی‌تر برای درمان باشند.

دلیل دیگری برای معرفی کتاب حاضر، محبوبیت روزافزون CAT در بین متخصصان بهداشت روان و تقاضای کارآموزان و سایر افراد برای معرفی جامع آن است. افزایش محبوبیت سریع CAT در بین متخصصان و بیماران، نشانه دیگری از اثربخشی و جذابیت مدل است. تا حدی، ما این محبوبیت را ناشی از تطابق CAT با افزایش تقاضا برای «مشارکت کاربر» در خدمات سلامت روان می‌دانیم. به نظر می‌رسد، این موقعیت درمانی «انجام دادن با» برای نسل جوان و کارآموزان جدید جذابیت بیشتری دارد و مورد استقبال آنها است. این پارادایم «تسهیم قدرت» به‌طورکلی، از نظر ما، پیامدهای اساسی برای خدمات روانی و سایر خدمات سلامت دارد.

استنباط CAT از چگونگی شکل‌گیری اجتماعی و فرهنگی خود، نقش نیروهای سیاسی و اقتصادی را در پیدایش بسیاری از اختلالات روانی برجسته می‌کند. شرایط بیرونی زندگی و ارزش‌های غالب جامعه امروزی که در فرد درونی شده‌اند، عوامل تعیین‌کننده فعال سلامت روان یا اختلال در نظر گرفته می‌شوند. با درک این موضوع، درمانگر باید بکوشد اختلالات روانی را صرفاً «بیماری» نبیند و همچنین باید نقش عوامل اجتماعی را در این مشکلات مشخص و بیان کند.

این کتاب حاصل کار مشترک دو نویسنده است و مسئولیت محتوای کتاب به عهده هر دو طرف است. مشارکت‌های ما متفاوت بود تا حدی به این دلیل که تونی آغازگر مدل CAT بود و سابقه بسیار طولانی‌تری در این باره دارد. ایان کر تجربه جدیدتری از روان‌پزشکی و روان‌درمانی در NHS به ارمغان آورد که به‌ویژه در بحث روان‌پریشی و بیماران «دشوار» و فرمول‌بندی مجدد مبتنی بر بافت منعکس شد. او همچنین مایل بود بر اهمیت دیدگاه کامل زیستی-روانی-اجتماعی تأکید کند. طولانی‌ترین و پربارترین استدلال‌های ما در نوشتن فصل‌های ۳ و ۴ بود.

ساختار کتاب

فصل‌های ۱ و ۲ شرح مختصری از دامنه و تمرکز CAT و چگونگی تکامل آن ارائه می‌دهند و کاربری آن را توضیح می‌دهند. بسیاری از اصطلاحات فنی CAT در این فصول دیده می‌شوند. این اصطلاحات و سایر اصطلاحات عمومی که ممکن است در CAT معنای متفاوتی داشته باشند در واژه‌نامه پایان کتاب ذکر شده‌اند. به منظور تشریح موضوع و دادن حسی به خوانندگان درباره ساختار رویکرد CAT فشرده، در فصل ۲ شرح مختصری از درمانی نسبتاً ساده ارائه شده است. فصول ۳ و ۴ رشد هنجار و نابهنجار خود را بررسی کرده و مفاهیم ویگوتسکی و باختینی را که بخشی از نظریه اساسی تحول و تغییر فردی هستند، معرفی می‌کند. فصل بعدی انتخاب بیمار و ارزیابی را شرح می‌دهند (فصل ۵). در سایر فصول فرمول‌بندی مجدد (فصل ۶)؛ مسیر درمان (فصل ۷)؛ «الگوی ایده آل» مداخلات درمانگر و ارتباط آن با نظارت درمانگران (فصل ۸)؛ کاربردهای CAT در گروه‌ها و محیط‌های مختلف (فصل ۹) و درمان اختلالات تیپ شخصیتی (فصل ۱۰)؛ و مفهوم بیمار «دشوار» و رویکردهای موجود در این حیطه، از جمله استفاده از «فرمول‌بندی مجدد مبتنی بر بافت» و استفاده در «تمرین انعکاسی» (فصل ۱۱) ارائه شده‌اند. هر فصل با گزیده‌ای درباره فصل شروع می‌شود و همچنین پیشنهادهایی برای مطالعه بیشتر را در برمی‌گیرد. افزون بر این، پیوست ۱ شامل پرونده روان‌درمانی CAT، پیوست ۲ خلاصه‌ای درباره شایستگی‌های درمانگر CAT، پیوست ۳ شامل پرسشنامه سازه شخصیت و پیوست ۴ توصیفی از مبانی شبکه خزانه‌ای و استفاده از آنها در CAT است.

مطالب موردی که از جلسات ضبط‌شده گرفته شده است، با اجازه بیماران و درمانگران استفاده شده است. ما سپاسگزار همکاری ارزنده آنها هستیم. اطلاعات درباره بیماران به نحوی بیان شدند که قابل شناسایی نباشند. در کل، در این کتاب بیشتر از واژه بیمار استفاده کرده‌ایم، گرچه در مواردی آنها را به جای هم استفاده کرده‌ایم.

فصل ۱

پیشینه درمان شناختی تحلیلی (CAT) و نقطه تمرکز آن

گزیده فصل

درمان شناختی تحلیلی (CAT)^۱، تلفیقی تکاملی از اندیشه‌های شناختی، روان تحلیلی‌گری و دیدگاه‌های ویگوتسکی و باختین است. مشخصه آن درک ارتباط‌ها به‌منزله منشأ مشکلات و علائم بیمار و اتخاذ یک موضع درمانی همدلانه، فعال و دلسوزانه است و بر مسائل ناشی از رابطه درمانی تمرکز دارد. این رویکرد از ابتدا بر همکاری درمانگر-بیمار، جهت خلق و استفاده از فرمول‌بندی مجدد توصیفی مشکلات مطرح‌شده، تأکید دارد. به این ترتیب، رویکردی «فراتشخیصی» و کل‌نگر و مبتنی بر احترام ارائه می‌کند که به‌نوعی روش‌های تشخیصی رایج را به چالش می‌کشد. این مدل درمان، برآمده از مطالعه درمان‌های مؤثر و یکپارچه‌سازی روش‌های گوناگون است و ارائه درمانی مناسب و کوتاه‌مدت هدف اصلی آن می‌باشد. رویکرد CAT که در ابتدا مدلی برای درمان فردی معرفی شده بود، اکنون نظریه‌ای کلی درباره تحول و روان درمانی است و برای طیف گسترده‌ای از افراد دارای مشکلات گوناگون که در بافت‌های خانوادگی، فرهنگی و سیستم‌های مختلفی رشد یافته‌اند، کاربرد دارد.

برای معرفی درمان شناختی تحلیلی، که از رویکردهای در حال توسعه در حوزه روان درمانی و مشاوره است و همچنین برای نشان دادن پیشرفت‌های مداوم نظری و عملی آن، گزیده‌ای از ویژگی‌های اصلی این رویکرد در فصل حاضر ارائه شده است.

درمان شناختی تحلیلی رویکردی تلفیقی است

یکی از اهداف درمان شناختی تحلیلی (CAT) یافتن زبان مشترک برای روان درمانی است. درحالی‌که روان درمانی صحنه‌ای برای جولان دیدگاه‌های مختلف و اهداف متفاوت است، استفاده مکاتب مختلف

1. Cognitive-Analytic Therapy (CAT)

از مفاهیم و زبان‌های نامرتبط به هم برای توصیف پدیده‌های یکسان، کاری بیهوده به نظر می‌رسد. این رویکردگرایی و تمایزگرایی میان رویکردها بیشتر شباهت به تجارت دارد تا علم و متأسفانه با وجود اینکه در سال‌های اخیر علاقه نسبت به ادغام و التقاط رویکردها گسترش یافته است، تغییر زیادی در این زمینه صورت نگرفته است.

نویسندگان کتاب حاضر بر این باورند که CAT یکی از محدود مدل‌هایی است که یک نظریه جامع ارائه می‌کند و هدف آن ادغام یافته‌های معتبر مکاتب مختلف روان‌درمانی و همچنین حوزه‌هایی مانند روان‌شناسی تحولی و مطالعات مشاهده‌ای نوزادان، علوم اعصاب، همه‌گیرشناسی و جامعه‌شناسی است.

فرآیند تلفیقی استفاده‌شده در CAT، به استفاده از روش‌ها و ابزارهای شناختی جهت مطالعه درباره فرآیند و نتایج درمان روان‌پوشی بازمی‌گردد. این کار شامل ترجمه بسیاری از مفاهیم روان‌تحلیل‌گری سنتی بر اساس روان‌شناسی شناختی جدید، به زبانی قابل‌فهم‌تر و پژوهش‌پذیر، است. این روند منجر به توجه دقیق به روش‌های به کار گرفته‌شده توسط متخصصان شناختی رفتاری و روان‌پوشی شد. درحالی‌که مدل‌های شناختی رفتاری توجه بیشتری به نقش کلیدی روابط انسانی در تحول، آسیب‌شناسی روانی و درمان دارند، تأکید بر تجزیه و تحلیل و توصیف توالی‌هایی که رفتارها را به پیامدها و باورها را به احساسات مرتبط می‌کنند، اهمیت زیادی دارد. روان‌تحلیل‌گری به‌طور کلی سه موضوع مهم را مطرح می‌کند؛ تأکید بر ارتباط دوران کودکی یا مراحل نخستین تحول با ساختارهای روان‌شناختی، تشخیص اینکه چگونه الگوهای ارتباطی ناشی از تجربیات اولیه، ریشه بیشتر ناراحتی‌ها و اختلالات روان‌شناختی می‌شوند و درک چگونگی تکرار این الگوها در رابطه بیمار و درمانگر و امکان اصلاح آن.

باین حال، به نظر می‌رسد که نه مدل‌های شناختی و نه مدل‌های روان‌تحلیل‌گری به این باور نرسیده‌اند که؛ شکل‌گیری و حفظ شخصیت فردی انسان یا خود از طریق تعامل و برقراری ارتباط با دیگران، درونی‌سازی معانی توسعه‌یافته در چنین روابطی و معانی برگرفته از ارزش‌ها و ساختارهای گسترده فرهنگی ممکن می‌شود. درحالی‌که رویکرد CAT تأکید می‌کند که «خود» از طریق چنین تعاملاتی شکل گرفته، توسعه‌یافته و حفظ می‌شود.

درمان شناختی-تحلیلی درمانی مشارکتی است

درمان CAT منعکس‌کننده تحولات نظری است. این باور وجود دارد که برخلاف متخصصان حوزه مراقبت‌های بهداشتی که در «انجام دادن» اقدام درمانی برای بیماران خوب عمل می‌کنند (مانند، جراحان و شاید برخی از رفتاردرمانگران) و کسانی که در «همراهی کردن» بیماران خود موفق هستند (مانند، بسیاری از روان‌درمانگران پوشی یا پرستاران درگیر در مراقبت طولانی‌مدت)، درمانگر CAT

قصد دارد بهترین کار را «همراه با بیمار» انجام دهد (کر، ۱۹۹۸). این امر نشانگر آن است که در رویکرد CAT کار فشرده و تعهد هم برای بیماران و هم برای درمانگران اهمیت دارد و بیشتر کار درمان با مشارکت بیمار و درمانگر انجام می‌شود و رابطه درمانی نقش مهمی در کمک به تغییر دارد. روش‌هایی که درمانگران با بیماران تعامل می‌کنند و آنها را توصیف می‌کنند، برای کیفیت رابطه درمانی بسیار اهمیت دارد و فراتر از «کاربرد» یک تکنیک خاص است. استفاده و به‌کارگیری هر تکنیکی باید همدلانه باشد و ارزش انسانی را در ارتباط منتقل کند؛ بنابراین، درمانگران CAT بیماران را تشویق می‌کنند تا در درمان خود که بی‌شک چالش‌برانگیز است، مشارکت کنند. برای بسیاری از بیماران این امر ممکن است به‌خودی‌خود تجربه جدیدی باشد. در کنار این، چنین رویکردی برای بسیاری از متخصصان مراقبت‌های بهداشتی می‌تواند ناآشنا و ناراحت‌کننده باشد.

درمانگران، روش‌های مفیدی برای تفکر کردن و بودن را آموخته‌اند و به‌نوعی در فعالیت‌هایی که موازی با تربیت یا آموزش هستند، متخصص هستند؛ اما بیماران ما دانش‌آموز یا کودک نیستند و ظرفیت‌های آنها باید از طریق خلق مشترک درکی جدید، به چالش کشیدن پیش‌فرض‌های پیشین، کسب «الگوهای مقابله‌ای» جدید و تجارب رابطه‌ای جدید مبتنی بر احترام، افزایش یابد.

درمان شناختی-تحلیلی پژوهش‌محور است

شکست درمانگران روان‌پوشی در ارزیابی اثربخشی و کارایی خود و مقاومت آنها در برابر ارزیابی، منجر به عدم حمایت NHS (خدمات سلامت ملی) از این رویکرد در انگلستان شد. به نظر می‌رسد که پژوهش‌محور بودن به‌طور متناقضی به کاربرد بی‌رویه و ناآگاهانه پارادایم «مبتنی بر شواهد» کمک کرده است. هرچند شواهد مهم هستند، ولی با توجه به پیچیدگی و چندبعدی بودن اختلالات روانی و درمان آنها و همچنین شناخت فزاینده «عوامل مشترک» در درمان‌ها به‌ویژه درمان‌های مؤثر، مفهوم مبتنی بر شواهد بودن، خام و مشکل‌ساز خواهد بود (کاستونگای و بویتلر، ۲۰۰۶؛ گابارد، بک و هولمز، ۲۰۰۵؛ گرینبرگ، ۱۹۹۱؛ لمبرت، ۲۰۱۳؛ نورکراس، ۲۰۱۱؛ پری، روث و کر، ۲۰۰۵؛ روث و فوناگی، ۱۹۹۶؛ وامپلد و ایمل، ۲۰۱۵). مطالعاتی که به توسعه و گسترش رویکرد CAT منجر شدند به دهه ۱۹۶۰ بازمی‌گردند. درحالی‌که هنوز جایگاه پژوهش‌محوری رویکرد CAT ضعیف است، ولی این مدل در ۳۰ سال گذشته با برنامه مستمری درباره فرآیند، نتایج درمان و همچنین ارزیابی CAT در بافت‌های مشاوره‌ای، توسعه و تکامل یافته است (کالورت و کلت، ۲۰۱۴). افزون بر این، در سال‌های اخیر، تعدادی کارآزمایی تصادفی و کنترل‌شده «رسمی»، به‌ویژه برای اختلالات «شخصیت مرزی» با موفقیت انجام شده است (به فصل ۱۰ مراجعه کنید). یکی از یافته‌های پژوهشی ثابت، اثربخشی به‌ظاهر بالای

CAT در درگیر ساختن بیماران «سخت» یا «دشوار» با هر نوع تشخیص و نگه‌داشت آنها در فرآیند درمان بوده است (کالورت و کلت، ۲۰۱۴).

درمان شناختی-تحلیلی حاصل کار در بخش‌های عمومی است و برای چنین بخش‌هایی مناسب و ایده‌آل است

با وجود گسترش مدل‌های درمانی، بخش قابل‌توجهی از افراد مضطرب و آسیب‌دیده روان‌شناختی در بریتانیا (و بیشتر کشورهای «توسعه‌یافته» دیگر، چه رسد به دنیای «درحال توسعه») به درمان روان‌شناختی مؤثر دسترسی ندارند. با این حال، باید توجه داشت که مدل‌های غربی اختلالات روانی و درمان، از هر نوعی که باشند، بدون مفهوم‌سازی مجدد از زمینه‌های اجتماعی فرهنگی، قابل اجرا نیستند. پریشانی یا اختلال‌های روان‌شناختی در محیط‌های اجتماعی فرهنگی مختلف، متفاوت تصور می‌شوند و در نتیجه متفاوت با آنها برخورد می‌شود و منطبق با اصطلاحات روان‌شناختی نیستند. با این حال، مفهوم خود شکل گرفته در بستر اجتماع که زیربنای نظریه CAT و رویکرد مشارکتی آن برای خلق معنا است، این مدل را قادر می‌سازد که به شکلی انعطاف‌پذیر و مفید در زمینه‌های دیگر استفاده شود (به فصل ۹ مراجعه کنید). به کارگیری در درمان CAT در سایر نقاط دنیا نیز نتایج دلگرم‌کننده‌ای در بر داشته است (به فصل ۹ مراجعه کنید). همچنین باید گفت، CAT رویکردی است که هزینه آن معقول است و برای گستره وسیعی از «تشخیص‌ها» و اختلالات دارای شدت‌های گوناگون مؤثر است و به رفع نیاز بسیاری از بیماران در بسیاری از کشورهای غربی کمک می‌کند.

بیشتر درمانگران CAT در بریتانیا و در NHS یا خدمات بهداشت عمومی در مقام پرستار، کاردرمانگر، مددکار اجتماعی، روان‌شناس یا روان‌پزشک کار کرده‌اند. درمانگران CAT دیدگاه اجتماعی مشترکی دارند و باور دارند خدمات روان‌درمانی باید به تمامی مردم ارائه شود و نباید تنها به افرادی که راه خود را به اتاق مشاوره پیدا می‌کنند (یا پول می‌دهند)، اختصاص داده شود. با چنین شرایطی، تعجبی ندارد که رویکرد CAT در حال تبدیل شدن به یک مدل محبوب درمانی در بخش آزاد باشد و درمانگران زیادی این روش را برگزینند و مبتنی بر آن خدمات درمانی ارائه کنند. «کل‌نگری»^۱ و «زمان محدود بودن»^۲ در رویکرد CAT برای بسیاری از مراجعان که مشکلات روانی جدی دارند، جذاب است. همچنین رویکرد CAT به دلیل کوتاه‌مدت بودن، برای شرکت‌های بیمه سلامت نیز جذاب‌تر است. دیدگاه اجتماعی و احساس تعهدی که درمانگران CAT از آن صحبت می‌کنند چیز جدیدی نیست. برای نمونه می‌توان به متنی اشاره کرد که NHS در سال ۱۹۵۰ برای سربازان از کارافتاده ارسال کرد: «این سرویس تمامی مراقبت‌های پزشکی، دندان‌پزشکی و پرستاری را برای شما

1. Whole-Person
2. Time Limited