# تکنیک‌های شناخت درمانی

## (راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی)


تألیف

رابرت لی‌هی

ترجمه

دکتر حسن حمیدپور

دکتر زهرا اندوز



کتاب ارجمند

# سخن مترجمان

شناخت‌درمانی از آغاز شکل‌گیری، شاهد تجلّی شخصیّت‌های خلاّق و نواندیشی بوده است که با اندیشه‌های نوین خود، جریان رو به رشد این رویکرد درمانی را پیش برده‌اند. در این بین، گاهی اوقات افرادی در عرصهٔ شناخت‌درمانی جولان داده‌اند که اندیشه‌های آنها مفاهیم انعطاف‌ناپذیر را شکسته و دیگران را وادار به تامّل و بازاندیشی کرده است. یکی از این افراد، **رابرت لی‌هی** است که در سال ۲۰۰۱ با انتشار کتاب "**غلبه بر مقاومت در شناخت‌درمانی**"، نگاه‌ها را به سمت و سویی جلب کرد که دیگران کمتر آن را مورد توجّه قرار داده بودند. مقاومت در شناخت‌درمانی حوزه‌ای جدید و شگفت‌آفرین است که پیامدهای آن را بایستی در آینده مشاهده کرد. لی هی در سال ۲۰۰۳، در یک اقدام ابتکاری دیگر، کتابی به نام "**تکنیک‌های شناخت‌درمانی**" نوشت. کتابی که پیش رو دارید، ترجمه همین کتاب است. در این کتاب نود تکنیک به شیوه‌ای دقیق و نظام‌مند ارائه شده است. پیشگفتار و مقدمهٔ مبسوط نویسنده، این قدر گویا، روان و جذّاب نگاشته شده که زحمت چگونگی استفاده از کتاب را از دوش مترجمان برداشته است.

لازم به ذکر است همان‌طور که نویسنده اشاره کرده است، تنها کاربرد صرف تکنیک‌های شناخت‌درمانی نمی‌تواند موجب تغییرات پایدار در رفتار، احساس و عاطفه بیماران شود. لی‌هی با پیش‌فرض این‌که خواننده، مبانی نظری تکنیک‌ها را می‌داند، اقدام به نوشتن این کتاب کرده است. پس دانستن نظریه‌هایی که تکنیک‌ها از آنها برخاسته‌اند، لازم و ضروری است. در همین ارتباط، گلدفرید[1] و پاداور[2] (۱۹۸۲؛ به نقل از اینگرام[3]، هیز[4] و اسکات[5]، ۲۰۰۰، ص ۵۱ و ۵۲) معتقدند که در کار بالینی، سه سطح وجود دارد که "درک عینی تکنیک‌های درمان"، تنها سطح اوّل است. متخصصان بالینی بایستی "اصول حاکم بر تغییرات درمانی" و "نظریهٔ زیربنایی" را نیز به خوبی درون‌سازی کنند.

ممکن است خواندن کتاب، این نکته را به ذهن متبادر سازد که اجرای شناخت‌درمانی، کاری ساده و راحت است، امّا متأسفانه این سوءتفاهم دربارهٔ شناخت‌درمانی وجود دارد (گلوهوسکی[6]، ۱۹۹۴)، و کسانی که عملاً درگیر کار با بیماران هستند و دستی بر آتش گرم شناخت‌درمانی دارند، متوجّه پیچیدگی‌ها و ظرافت‌های کار می‌شوند.

---

1. Goldfried
2. Padawer
3. Ingram
4. Hayes
5. Scott
6. Gluhoski

در ترجمهٔ کتاب تا حد امکان سعی شده است متنی روان و قابل درک ارائه شود، ولی با این حال، بدون شک لغزش‌هایی در ترجمه وجود دارد، زیرا دیکتهٔ نانوشته، غلط ندارد. انتظار می‌رود اساتید ارجمند، صاحب‌نظران و دانشجویان گرامی، کاستی‌های آن را به ما منعکس کنند. علاوه بر این، در واژه‌گزینی سعی شده تا جای ممکن از واژه‌های متداول استفاده شود. ناگزیر برای برخی از مفاهیم شناختی که اصطلاحات رایجی وجود نداشته، معادلی انتخاب شده است که به هیچ عنوان اصراری در به‌کارگیری آنها وجود ندارد. صد البتّه، درک مفهوم، مهمّ‌تر از "معادل‌سازی" و گاهی هم "معادل تراشی" است.

به نظر می‌رسد در انتشار این کتاب، عجلهٔ زیادی وجود داشته است، زیرا غلط‌های چاپی و مفهومی زیادی در متن به چشم می‌خورد. یکی از مشکلات مفهومی کتاب حاضر، ناهماهنگی در اسامی تکنیک‌هاست که باعث سردرگمی می‌شود. در هر صورت، سعی مترجمان این بود که تا حد ممکن این ناهماهنگی را برطرف کنند. در فصول ده و یازده از تکنیک‌هایی نام برده که در فصل‌های قبل به آنها نپرداخته است (مثل تکنیک‌های ذهنیّت دلسوزانه، انگار که، عمل کردن برخلاف احساسات و ...). در منابع از کتاب ارزشمند "آیر*" نام برده شده است، اما در متن خبری از آن نیست. در هر صورت این نکات چیزی از ارزشمندی کتاب کم نمی‌کند ولی نشانگر عجله در چاپ و نشر است.

قدردان زحمات آقای دکتر ارجمند و آقای دکتر مظفر هستیم که با مساعدت‌ها و تشویق‌های خود، زمینهٔ چاپ و انتشار کتاب را فراهم ساختند. امیدواریم متن حاضر مورد توجّه علاقه‌مندان قرار بگیرد.

**مترجمان**

## منابع


1. Ingram, R.E., Hayes, A, & Scott, W. (2000). emprically supported treatment: a critical analysis. In C.R. Snyder & R.E. Ingram. (Eds). *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes & practice for the 21st centry.* (p.p 40-60). NewYork: John Wiely

2. Gluhoski, V.L. (1994). misconceptions of cognitive therapy. *Psychotherapy, 31,4,594-600.*


*ـ این کتاب با مشخصات زیر به فارسی ترجمه شده است:
آیر، الف (۱۳۸۴). زبان، منطق و حقیقت. ترجمهٔ: منوچهر بزرگمهر. تهران: شفیعی

# دیباچه

آیا تا به حال متوجّه شده‌اید که برای اکثر بیماران ـ اگر نگوییم همه بیماران ـ از یک سری تکنیک‌های شناختی شبیه به هم استفاده می‌کنید؟ آیا تا به حال احساس کرده‌اید برای درمان بیماران، همیشه از راهبردهای خاصی استفاده می‌کنید و روند درمان به‌خوبی پیش نمی‌رود؟ آیا تا به حال احساس کرده‌اید که خزانهٔ تکنیکی شما تنوع کمی دارد؟ فکر می‌کنم همه ما این احساس‌ها را تجربه کرده‌ایم. بسیاری از ما از یک سری تکنیک‌های بالینی مشخص و متداول استفاده می‌کنیم و بیشتر اوقات یا اغلب اوقات، آنها را به کار می‌گیریم. چنین کاری باعث می‌شود احساس کنیم تکنیک‌های متنوعی در اختیار نداریم و در نتیجه، فرآیند درمان به‌خوبی طی نمی‌شود. با تسلط بر رویکردهای درمانی مختلف، انعطاف‌پذیری بیشتری در استفاده از تکنیک‌ها نشان می‌دهیم و دنیای متفاوتی پیش‌روی بیماران خود ترسیم می‌کنیم.

از بسیاری از شناخت‌درمانگران سؤال کرده‌ام که "شما معمولاً از کدام تکنیک‌ها استفاده می‌کنید؟" اغلب آنها تکنیک‌هایی شبیه به هم را نام برده‌اند: "شناسایی افکار"، "بررسی مزایا و معایب فکر" و "بررسی شواهد". این تکنیک‌ها مفید هستند و حرف من اصلاً این نیست که آنها را نادیده بگیرید. اگر به تکنیک‌های متنوعی تسلط نداشته باشید، درمان، نه تنها مؤثر واقع نمی‌شود، بلکه حالت سطحی نیز به خود می‌گیرد. بدتر این‌که شور و اشتیاق شما برای درمان به دلیل یکنواختی استفاده از تکنیک‌های شبیه به هم به تدریج کم می‌شود.

این کتاب هم برای متخصصان بالینی تازه‌کار و هم متخصصان بالینی باتجربه، قابل استفاده است. متخصصان بالینی تازه‌کاری که می‌خواهند مهارت‌ها و تکنیک‌های متنوعی در اختیار داشته باشند، این کتاب را جذّاب خواهند یافت. متخصصان بالینی با تجربه نیز می‌توانند با به‌کارگیری تکنیک‌هایی بدیع و نوین این کتاب، مرزهای شناخت‌درمانی را گسترش دهند.

شناخت‌درمانی به این دلیل جذّاب است که همیشه می‌توان تکنیک‌ها، راهبردها و مفهوم‌سازی‌های جدیدی برای آن به وجود آورد. علیرغم این‌که پژوهشگران و متخصصان بالینی، مداخلات درمانی بسیاری را آزمون و پالایش کرده‌اند و به راحتی می‌توان آنها را در درمان بیماران به‌کار بست، با این حال، این حوزه، هنوز جای کار بسیاری دارد. فصل‌های این کتاب را برحسب موضوع محوری تکنیک‌ها، طبقه‌بندی کرده‌ام. بسیاری از تکنیک‌های متداول برای شناسایی و ارزیابی افکار و مفروضه‌ها در دو فصل اوّل گرد آمده‌اند. از مدل‌های شناختی جدید نگرانی و اندیشناکی و همچنین مدل طرح‌واره‌محور، تکنیک‌های شناخت‌درمانی نوینی بوجود آمده است که می‌توان از آنها برای بعضی از مشکلات

بیماران استفاده کرد.

با توجّه به پیشینهٔ فلسفی شناخت‌درمانی، نبایستی زیاد تعجب‌برانگیز باشد که در کنار فصل "پردازش اطلاعات و خطاهای منطقی"، فصلی را به "همه‌جانبه‌نگری" اختصاص داده باشم. "همه‌جانبه‌نگری" یعنی نگاه کردن به مسائل از دیدگاه تاریخی و فلسفی. من معتقدم پردازش هیجانی و تحریف‌های شناختی، پاشنهٔ آشیل آسیب‌شناسی هستند. با توجّه به اهمّیت این مسئله، فصلی از کتاب را به تکنیک‌های تجربی و هیجانی اختصاص داده‌ام. هدف این فصل، پر و بال دادن به مولفهٔ عاطفی و افزایش "روایی بوم‌شناختی"[1] شناخت‌درمانی است. فصل مربوط به "بررسی و چالش با تحریف‌های شناختی"، می‌تواند ابزار مفیدی در اختیار درمانگرانی قرار دهد که به دنبال دستورالعمل‌های درمانی راحت می‌گردند: اگر بیمار خطای شناختی "پیش‌گویی" دارد، از چه تکنیک‌هایی می‌توانم استفاده کنم؟

دو فصل پایانی کتاب را به گفتگوهای درون جلسهٔ درمان اختصاص داده‌ام تا خواننده پی ببرد که در عمل چگونه از تکنیک‌ها استفاده کرده‌ام. من نیاز به تایید (تایید طلبی) و خودانتقادگری را به عنوان موضوع بحث برگزیده‌ام، چون آماج اصلی درمان در افسردگی و اضطراب به شمار می‌روند.

هشت فصل اوّل کتاب را طبق این الگو سازمان داده‌ام: "توصیف تکنیک"، "مثالی از چگونگی نحوهٔ ارائهٔ تکنیک به بیمار"، "نحوهٔ کاربرد این تکنیک از طریق گفتگوی بالینی"، "طراحی تکلیف خانگی"، "مشکلات احتمالی بر سر راه اجرای تکنیک و چاره‌اندیشی برای حلّ و فصل آنها"، "اشاره به سایر تکنیک‌های مفید" و "فرم‌های خودیاری بیمار".

و در پایان یک هشدار کوچک. من به درمانی که تنها به تکنیک تکیه دارد، اصلاً اعتقاد ندارم. به نظر من، هر تکنیک می‌تواند سرآغازی باشد برای جستجو در شیوهٔ تفکر و احساس بیمار. هر تکنیک به ما فرصت می‌دهد تا اطلاعات جدیدتری به دست بیاوریم و به مفهوم‌سازی مشکل بیمار، غنای بیشتری ببخشیم. علاوه بر این، هر تکنیک به ما امکان می‌دهد که ارتباطمان را با بیمار بهتر کنیم. شناخت‌درمانی فقط کاربرد تکنیک نیست، بلکه استفاده از هر تکنیک، نقطهٔ آغاز فرآیند شناخت‌درمانی است. با استفاده از تکنیک‌های جدید در قالب رابطهٔ مشارکتی با بیماران و با اتخاذ دیدگاهی کاملاً متفاوت، می‌توانیم افکار و مفروضه‌ها را به محّک آزمون بگذاریم و مهارت‌های خودیاری مؤثرتری را به بیماران آموزش دهیم. وقتی که بیماران تلاش می‌کنند یک تکنیک را به کار ببرند، نباید انتظار داشته باشیم که تکنیک همان لحظه اثر بگذارد، بلکه زمانی می‌توانیم به تأثیر تکنیک‌ها اعتماد کنیم که بیمار بتواند ۱۰ تکنیک دیگر را که در همان راستا هستند، به کار بگیرد.

---

1. ecological validity

# فهرست مطالب


معرفی کتاب ..... ۷
معرفی نویسنده ..... ۸
سخن مترجمان ..... ۱۰
دیباچه ..... ۱۲
فهرست فرم‌ها ..... ۱۴
مقدمه ..... ۱۷
فصل ۱- فراخوانی افکار و مفروضه‌ها ..... ۲۵
فصل ۲- ارزیابی و چالش با افکار ..... ۶۳
فصل ۳- ارزشیابی مفروضه‌ها و قواعد ..... ۱۰۰
فصل ۴- ارزیابی نگرانی‌ها ..... ۱۴۷
فصل ۵- پردازش اطلاعات و خطاهای منطقی ..... ۲۱۸
فصل ۶- همه‌جانبه‌نگری ..... ۲۵۹
فصل ۷- درمان طرح‌واره محور ..... ۳۰۰
فصل ۸- تکنیک‌های پردازش هیجانی ..... ۳۵۴
فصل ۹- بررسی و چالش با تحریف‌های شناختی ..... ۳۸۶
فصل ۱۰- اصلاح و تغییر نیاز به تأییدطلبی ..... ۴۰۶
فصل ۱۱- چالش با خودانتقادگری ..... ۴۲۴
فصل ۱۲- جمع‌بندی ..... ۴۴۲
منابع ..... ۴۴۵
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی ..... ۴۴۹
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی ..... ۴۵۹



برای دانلود رایگان فرم‌ها و پرسشنامه‌ها
به وبگاه انتشارات ارجمند
www.arjmandpub.com
مراجعه کنید

# فهرست فرم‌ها


فرم ۱-۱. فرم خودیاری: افکار چگونه احساسات را به‌وجود می‌آورند ..... ۵۲
فرم ۲-۱. فرم خودیاری: تکنیک A-B-C ..... ۵۳
فرم ۳-۱. افکار در مقابل واقعیت‌های احتمالی ..... ۵۴
فرم ۴-۱. فرم خودیاری: درجه‌بندی هیجان‌ها و افکار ..... ۵۵
فرم ۵-۱. درجه‌بندی اعتقاد به یک فکر ..... ۵۶
فرم ۶-۱. فهرست تحریف‌های شناختی ..... ۵۷
فرم ۷-۱. مقوله‌بندی تحریف‌های شناختی ..... ۵۹
فرم ۸-۱. استفاده از تکنیک پیکان رو به پائین (فرض کنیم فکرم درست از آب دربیاید، چرا باعث ناراحتی من می‌شود؟) ..... ۶۰
فرم ۹-۱. استفاده از تکنیک پیکان رو به پایین (فرض کنیم فکرم درست از آب دربیاید، چرا باعث ناراحتی من می‌شود؟) ـ محاسبهٔ احتمال‌های متوالی ..... ۶۱
فرم ۱۰-۱. حدس زدن فکر منفی ..... ۶۲
فرم ۱-۲. تعریف واژه‌ها ..... ۹۱
فرم ۲-۲. تحلیل مزایا و معایب ..... ۹۲
فرم ۳-۲. بررسی شواهد ..... ۹۳
فرم ۴-۲. بررسی کیفیت شواهد ..... ۹۴
فرم ۵-۲. ایفای نقش وکیل مدافع ..... ۹۵
فرم ۶-۲. ایفای نقش هر دو جنبهٔ فکر ..... ۹۶
فرم ۷-۲. ارزشیابی برچسب‌های منفی ..... ۹۷
فرم ۸-۲. جستجوی نوسان‌ها ..... ۹۸
فرم ۹-۲. تغییر افکار منفی از طریق تغییر رفتار ..... ۹۹
فرم ۱-۳. مقیاس نگرش ناکارآمد ..... ۱۳۰
فرم ۲-۳. ارزیابی مفروضه‌ها، قواعد و معیارها ..... ۱۳۴
فرم ۳-۳. فرم خودیاری: بازبینی مفروضه‌ها، قواعد و معیارها ..... ۱۳۵
فرم ۴-۳. بررسی و چالش با تفکر بایداندیشی ..... ۱۳۶
فرم ۵-۳. شناسایی باورهای شرطی ..... ۱۳۷
فرم ۶-۳. روشن‌سازی ارزش‌ها ..... ۱۳۸
فرم ۷-۳. نظام ارزشی جهانشمول ..... ۱۳۹
فرم ۸-۳. مرز بین پیشرفت‌گرایی و کمال‌گرایی ..... ۱۴۰

فرم ۹-۳. یادگیری از لغزش‌ها ..... ۱۴۱
فرم ۱۰-۳. دیاگرام مفهوم‌سازی مشکل ..... ۱۴۲
فرم ۱۱-۳. تبدیل کار به تفریح: تغییر افکار انتقادگرانه و ناامیدانه به افکار کنجکاوانه .... ۱۴۳
فرم ۱۲-۳. تبدیل مفروضه‌ها و قواعد قدیمی به مفروضه‌ها و قواعد جدید ..... ۱۴۴
فرم ۱۳-۳. ارزیابی مفروضه و قاعدهٔ انطباقی‌تر و عمل‌کردن به آن ..... ۱۴۵
فرم ۱۴-۳. منشور حقوق جدید من ..... ۱۴۶
فرم ۱-۴. خودبازبینی نگرانی‌ها ..... ۱۹۴
فرم ۲-۴. مزایا و معایب نگرانی ..... ۱۹۵
فرم ۳-۴. پرسشنامهٔ فراشناختی ..... ۱۹۶
فرم ۴-۴. تبدیل نگرانی‌ها به پیش‌بینی‌ها ..... ۲۰۲
فرم ۵-۴. آزمون پیش‌بینی‌های منفی ..... ۲۰۳
فرم ۶-۴. نقد و بررسی پیش‌بینی‌های منفی گذشته ..... ۲۰۴
فرم ۷-۴. یادآوری چگونگی مقابلهٔ مؤثر با حوادث منفی گذشته ..... ۲۰۵
فرم ۸-۴. موضع ـ ضدموضع ..... ۲۰۶
فرم ۹-۴. یادگیری از پیش‌بینی‌های تأیید نشده ..... ۲۰۷
فرم ۱۰-۴. نگرانی‌های کارساز و دردسر ساز ..... ۲۰۸
فرم ۱۱-۴. تجویز نگرانی ..... ۲۰۹
فرم ۱۲-۴. آزمون‌پذیر ساختن افکار ..... ۲۱۰
فرم ۱۳-۴. شناسایی پیش‌بینی‌های منفی ..... ۲۱۱
فرم ۱۴-۴. غرقه‌سازی در بلاتکلیفی ..... ۲۱۲
فرم ۱۵-۴. ماشین زمان ..... ۲۱۳
فرم ۱۶-۴. چرا دیگران به رفتار منفی من فکر نمی‌کنند؟ ..... ۲۱۴
فرم ۱۷-۴. نادیده گرفتن مشکلات ..... ۲۱۵
فرم ۱۸-۴. نگرانی ترسناک خیالی ..... ۲۱۶
فرم ۱۹-۴. تمرین پذیرش ..... ۲۱۷
فرم ۱-۵. استفاده از تمام اطلاعات ..... ۲۴۶
فرم ۲-۵. فرم خودیاری: جستجوی جامع‌تر اطلاعات ..... ۲۴۷
فرم ۳-۵. تخمین احتمال وقوع حوادث ..... ۲۴۸
فرم ۴-۵. بررسی خطاهای منطقی ..... ۲۴۹
فرم ۵-۵. همبستگی دالّ بر علیّت ..... ۲۵۰
فرم ۶-۵. چالش با راه‌حلّ‌های دردسرآفرین ..... ۲۵۱
فرم ۷-۵. برهان خُلف افکار ..... ۲۵۲

فرم ۸–۵. القاء حالت خلقی و افکار جایگزین ..... ۲۵۳
فرم ۹–۵. بررسی اصل تأخر ..... ۲۵۴
فرم ۱۰–۵. فهرست سفسطه‌های منطقی ..... ۲۵۵
فرم ۱۱–۵. تحلیل سفسطه‌های منطقی ..... ۲۵۸
فرم ۱–۶. تمرین نمودار دایره‌ای ..... ۲۸۹
فرم ۲–۶. تمرین پیوستارنگری ..... ۲۹۰
فرم ۳–۶. تمرین معیارهای دوگانه ..... ۲۹۱
فرم ۴–۶. نگاه کردن به مشکل از بالکن ..... ۲۹۲
فرم ۵–۶. راه‌حلّ آفرینی سازنده ..... ۲۹۳
فرم ۶–۶. مقایسه با نقطهٔ صفر ..... ۲۹۴
فرم ۷–۶. از اعتبار انداختن مقایسه‌ها ..... ۲۹۵
فرم ۸–۶. دیگران چگونه با مشکلات کنار می‌آیند؟ ..... ۲۹۶
فرم ۹–۶. ایجاد شیوه‌های جدید برای ارزیابی یک ویژگی ..... ۲۹۷
فرم ۱۰–۶. درخواست چیزهایی که برای من مهمّ هستند ..... ۲۹۸
فرم ۱۱–۶. بررسی فرصت‌ها و معانی جدید ..... ۲۹۹
فرم ۱–۷. پرسشنامه باورهای فردی ..... ۳۳۳
فرم ۲–۷. آشنایی با طرح‌واره‌ها ..... ۳۴۳
فرم ۲–۷. آشنایی با طرح‌واره‌ها (ادامه) ..... ۳۴۴
فرم ۳–۷. اجتناب و جبران طرح‌واره ..... ۳۴۷
فرم ۴–۷. انگیزه آفرینی برای تغییر طرح‌واره ..... ۳۴۸
فرم ۵–۷. خاطرات اوّلیّه‌ای که باعث شکل‌گیری طرح‌واره‌ها شده‌اند ..... ۳۴۹
فرم ۶–۷. نوشتن نامه به کسی که طرح‌واره را در ذهن شما شکل داده است ..... ۳۵۰
فرم ۷–۷. چالش با طرح‌واره‌های شخصی ..... ۳۵۱
فرم ۸–۷. زندگی از چشم‌انداز طرح‌واره‌ای متفاوت ..... ۳۵۲
فرم ۹–۷. اثرات طرح‌وارهٔ مثبت من ..... ۳۵۳
فرم ۱–۸. فرم ثبت هیجان‌ها ..... ۳۷۲
فرم ۲–۸. نوشتن داستان ..... ۳۷۳
فرم ۳–۸. شناسایی گره‌های کور ..... ۳۷۴
فرم ۴–۸. مقیاس طرح‌واره‌های هیجانی لی‌هی ..... ۳۷۵
فرم ۵–۸. سؤال‌های مربوط به چهارده بُعد مقیاس طرح‌واره‌های هیجانی لی‌هی ..... ۳۷۹
فرم ۶–۸. طرح‌واره‌های هیجانی: ابعاد و مداخله‌ها ..... ۳۸۱
فرم ۷–۸. بازنویسی داستان ..... ۳۸۵

# مقدمه

شناخت درمانی بر پایهٔ این دیدگاه بنا شده است که حالتهای تنش‌زا[1] مثل افسردگی، اضطراب و خشم، اغلب به وسیلهٔ تفکر سویمندانه[2] و افراطی، تداوم می‌یابند یا شدّت پیدا می‌کنند. نقش درمانگر، کمک به بیمار برای شناسایی تفکر فرد ـ ویژهٔ[3] خود و اصلاح آن از طریق به کارگیری معیارهای منطقی و تجربی است. بنابراین، شناخت درمانی رفیقِ شفیق مدل‌های استدلالی (مثل گفتگوهای سقراطی[4] و روش ارسطو[5]) برای جمع‌آوری و مقوله‌بندی اطلاعات دربارهٔ جهان واقعی است. مدل شناختی بر نقش محوری شناخت در هیجان و پردازش طرح‌واره‌ای[6] به عنوان عامل تعیین‌کنندهٔ پردازش اطلاعات[7] تأکید می‌کند. این امر، باز تاب انقلاب شناختی[8] است که در دههٔ ۱۹۷۰ میلادی در حوزهٔ روانشناسی رخ داد (لیهی[9]، ۱۹۹۶).

شناخت درمانگران به بیماران یاد می‌دهند تا پیش‌فرضهای افسردگی‌زا و اضطراب‌آور را زیر سؤال ببرند و از این طریق، آن‌ها را درگیر تفکر علمی و عاقلانه می‌کنند. علاوه بر این، چنین درمانگرانی به بیماران کمک می‌کنند که از طریق جمع‌آوری شواهد متناقض، صحّت و سقم گفته‌های خود را بررسی کنند. همچنین، شناخت درمانگران به بیماران کمک می‌کنند تا معنای مفروضه‌های بنیادی را مورد نقد و بررسی قرار دهند، زیرا همین مفروضه‌ها باعث افسردگی و اضطراب آن‌ها شده‌اند. ممکن است این مفروضه‌ها (مثل "من یک آدم بی‌ارزش یا بی‌کفایت هستم") هیچ‌گونه معیار تجربی نداشته باشند.

شناخت درمانی مدیون کارهای فلسفی هوسرل[10] (۱۹۶۰) در زمینه پدیدار شناسی[11] است. در واقع شناخت درمانی، نوعی پدیدارشناسی است که تجارب را توصیف و تحلیل می‌کند. تفاوت بین شناخت درمانی بک با کارهای فلسفیِ هوسرل در این است که بک برای آزمون تجربهٔ پدیدارشناسانه، تدبیری اندیشیده است: واقعیت آزماییِ افکار.

واقعیت، سیستمی باز و پذیرا[12] است. بنابراین، مُدل شناختی را می‌توان نوعی دیدگاه سازنده‌گرایی[13] در نظر گرفت. در دیدگاه‌های سازنده‌گرایی، شناسا[14] ـ در اینجا منظور درمانگر و بیمار است ـ هیچگاه به تمام واقعیت ها[15] دست نمی‌یابند. نمی‌توان به تمام اطلاعات دست پیدا کرد. شناخت در جهان تجربی، بیشتر یک احتمال است تا قطعیت[16]. پیش‌بینی ها همیشه براساس اطلاعات ناکافی صورت می‌گیرند.

---

1. stressful states
2. biased
3. idiosyncratic
4. Socratic
5. Aristotle
6. schematic processing
7. information processing
8. cognitive revolution
9. Leahy
10. Husserl
11. phenomenology
12. open system
13. constructivist
14. knower
15. facts
16. certainty

جوهرهٔ اصلی چشم‌انداز شناخت درمانگر به رسمیت شناختن این اصل است: تفکر استنباطی[1]، همیشه ناقص، تعیین‌ناپذیر[2] و احتمالی است. بنابراین، وقتی بیمار توقع اطمینان‌خاطر[3] دارد ـ(″بله حرف شما دست است، امّا ممکن است من در سقوط هواپیما بمیرم!″) ـ شناخت درمانگر باید اذعان کند که احتمالات اگزیستانسیالیستی[4] وجود دارند و نمی‌توان آن‌ها را به طور کامل حذف کرد. می‌توانیم از بیماری که توقع اطمینان‌خاطر دارد، این سؤال را بپرسیم: چرا نمی‌توانید بلاتکلیفی[5] را تحمّل کنید؟ این سؤال باعث می‌شود در ″نیازهای دانستن[6]″ بیمار تغییری ایجاد شود. چنین بیماری متوجّه می‌شود که برای افزایش دانش خود، نیازمند پیش‌بینی یا بلاتکلیفی است. اغلب بررسی این نیاز نشان می‌دهد که بیمار، ″قطعیت‌طلبی″ را به عنوان بخشی از میل به کنترل مطلق امور، تلقی می‌کند.

درمانگر از بیمار می‌خواهد که شواهد رسیدن به یک نتیجه‌گیری احتمالی را مدّنظر قرار دهد و دربارهٔ نیاز به دانستن، شکاک[7] باقی بماند. من معتقدم شناخت‌درمانگر نباید نقش رهبر امیدبخشی را ایفاء کند که هدفش ″مثبت‌اندیشی″ است. ما نباید برداشت کاریکاتورواری را ایفاء کنیم که استوارت اسمالی[8] در برنامهٔ شنبه‌شبهای NBC اجرا می‌کند. او می‌خواهد شما را وادار به این فکر کند: ″خیلی خوب هستید، به قدر کافی باهوشید و مردم شما را دوست دارند″! شناخت درمانی قصد ندارد از طریق ″مثبت‌اندیشی″ به مراد خود برسد و مردم را به این آئین فکری درآورد؛ بلکه هدفش، آموزش ″تفکر واقع‌بینانه″ است، به گونه‌ای که بتوانیم واقعیت را بهتر بشناسیم.

سیستم دانشی که شناخت درمانی بر آن پایه‌گذاری شده است، یک سیستم باز و پذیراست. واقعیت های جدید، تجارب جدید و حتّی نیازها یا تمایلات جدید، ممکن است از هر دیدگاهی پدید بیایند. بنابراین، شناخت درمانگر به بیمار یاد می‌دهد که در برابر دانش، دیدگاه کاربردی[9] را به کار بگیرد. جوهرهٔ چنین دیدگاهی، این سؤال بنیادین است: ″این فکر چه اثری بر شما خواهد گذاشت؟″ به عنوان مثال، شناخت درمانگر ممکن است بپرسد: ″تأییدطلبی شما چه پیامدی (مزایا و معایب) دارد؟″ همچنین، درمانگر ممکن است از بیمار بخواهد که این باور را آزمون کند: ″اگر تأیید دیگران را به دست نیاورد، چه حادثه ناگواری برایش پیش می‌آید″. بیمار از طریق آزمایشهای رفتاری[10] (مثل جرئت‌آموزی)[11] یاد می‌گیرد که تأیید نشدن از جانب دیگران، باعث نمی‌شود آسمان به زمین برسد. چنین آزمایشهایی به دلیل این که باور را در معرض آزمون کاربردی[12] قرار می‌دهند، ترس‌برانگیز هستند.

یکی از آزمون‌های کاربردی برای افکار مزاحم[13] و تکراری[14] که در اختلال وسواسی ـ اجباری[15] رخ

---

1. inferential thinking
2. indeterminative
3. demand certainty
4. existential
5. uncertainty
6. knowledge needs
7. skeptical
8. stuart smalley
9. pragmatic
10. behavioral experiments
11. assertive training
12. pragmatic test
13. intrusive
14. repeating
15. obsessive - compulsive disorder

می‌دهند، غرقه‌سازی افکار [1] است. بیمار می‌تواند با تکرار افکار مزاحم، ترس خودش از این افکار را کاهش دهد. تکنیک غرقه‌سازی افکار، همجوشی فکر ـ عمل [2] (راچمن [3]، ۱۹۹۳) را آماج درمان قرار می‌دهد. در اثر به کارگیری این تکنیک، فراوانی فکر وسواسی (مثلاً "اگر این فکر به ذهنم برسد که با چاقو نوزادم را می‌کشم به معنای انجام این کار است") می‌تواند کاهش پیدا کند، البته به شرط این که فرونشانی [4] فکر را متوقف کنیم و رفتاری خلاف آن انجام دهیم: فکر را به حوزهٔ هشیاری خود بیاوریم و ۵۰۰ دفعه آن را تکرار کنیم. همچنین، از طریق تکنیک رویارویی، [5] می‌توان یک فکر مزاحم را در معرض آزمون قرار داد. علاوه بر این، با ایجاد احساسهای ترسناک می‌توان حالت آسیمگی [6] را در بیمار القاء کرد (ولز [7]، ۱۹۹۷a).

شناخت درمانگر به این واقعیت اذعان دارد که تحلیهای منطقی [8] و توصیف فرآیندهای فکری ممکن است برای ایجاد تغییر کافی نباشد. برانگیختگی هیجان، انگیزه آفرینی و تکنیک‌های تجربی [9] که تجارب و احساسهای پدیدارشناسانهٔ جدیدی را فعال می‌کنند، نیز ممکن است برای ایجاد تغییر ضروری باشند. ممکن است بیمار نیاز داشته باشد افکار و تجارب جدید را در سطح هیجانی [10] تجربه کند. این کار برای تحکیم پاسخهای منطقی در ذهن بیمار، اهمّیت بنیادین پیدا می‌کند و باعث می‌شود سبک فکری جدیدی در ذهن بیمار شکل بگیرد. شناخت درمانگران به مراجعان کمک می‌کنند تا از طریق آزمایشهای رفتاری، فکر را به عمل و بینش را به کاربرد تبدیل کنند.

برخی از منتقدان شناخت درمانی معتقدند که این رویکرد، بسیار منطقی و ساده‌نگرانه است و بیشتر با کلمات بازی می‌کند تا هیجانها. من در فرآیند درمان به مسئله پردازش هیجانی اهمّیت می‌دهم و به همین دلیل در این کتاب، فصلی به تکنیک‌های تجربیِ "درمانِ هیجان محور" اختصاص داده‌ام. باید در فرآیند درمان، تکنیک‌های شناخت درمانی با همدلی [11]، تأیید مشکل بیمار و مصاحبه انگیزشی [12] در تعامل قرار گیرند. اتخاذ چنین سبک درمانی به بیمار کمک می‌کند تا مداخلات شناختی را به عنوان یک موضوع هیجانی مربوط به خویشتن تجربه کند. من اغلب تعجب می‌کنم که چگونه چنین انتقادگرانی می‌توانند تغییرات چشمگیر هیجانی را که شناخت درمانی در افراد افسرده و مضطرب بوجود می‌آورد، توجیه کنند. از همه این‌ها گذشته، اگر شناخت درمانی به افراد کمک می‌کند که افسردگی و اضطراب خود را کاهش دهند، پس شناخت درمانی، هیجان را به عنوان موضوعی مهمّ درنظر می‌گیرد و سعی می‌کند عواطف منفی بیماران را تغییر دهد.

اغلب به نظر می‌رسد شناخت درمانگران، تکنیک‌های محبوب خود را بکار می‌گیرند. قسمت اعظم بار درمان را تکنیک‌هایی مثل "برنامه‌ریزی فعالیت [13]"، "بررسی شواهد [14]" و "ثبت روزانه افکار ناکارآمد [15]"،

---

1. thoughts flooding
2. thought - action fusion
3. Rachman
4. suppression
5. exposure
6. panic
7. Wells
8. rational analysis
9. expriential
10. emotional level
11. empathy
12. motivational interviewing
13. activity scheduling
14. examining the evidences
15. daily record of dysfunctional thoughts

به دوش می‌کشند. برخی از شناخت درمانگران، بیشتر به تکنیک‌های "ایفای نقش منطقی[1]"، "معیارهای دوگانه[2]" و "آزمون پیش‌بینی[3]" تکیه می‌کنند. برای مشکلات متنوع بیماران، تکنیک‌های متفاوتی موثر واقع می‌شوند. وقتی که خودم دچار وسواس و اندیشناکی (یکی از سرگرمی‌های جالب خودم) می‌شوم، از تکنیک‌های ثبت افکار ناکارآمد و راهبردهای حل مسئله استفاده می‌کنم. این تکنیک‌ها برای من مفیدند، امّا ممکن است برای فرد دیگری با همین مشکل موثر نباشند. کتاب حاضر تلاش می‌کند طیف وسیعی از تکنیک‌های شناخت درمانی را در اختیار متخصصین بالینی قرار دهد. این طیف متنوع تکنیک‌ها، احتمالاً برای مشکلات مختلفی که شناخت درمانگران در درمان با آنها برخورد می‌کنند، مفید و مثمرثمر واقع می‌شوند.

یادم می‌آید چند سال پیش در دوره کاروزی، یک نفر از من پرسید که شما در طی فرآیند شناخت درمانی چه طوری سوالات خود را مطرح می‌کنید؟ فکر کردم منظورش این است که از کدام تکنیک استفاده می‌کنم. اوایل فکر می‌کردم که عجب سوال مزخرفی! ـ احتمالاً چون جوابش را بلد نبودم ـ امّا بعداً متوجّه شدم که سوال بسیار جالبی است (و متأسف شدم که چرا چنین سوالی به ذهن خودم نرسیده بود). با گذشت سالها از این ماجرا، با این که تکنیک‌های زیادی را یاد گرفته‌ام، هنوز نتوانسته‌ام پاسخ درخور توجّهی به آن سوال پیدا کنم. خوانندهٔ علاقمند ممکن است در این کتاب با تکنیک‌هایی روبه‌رو شود که هیچ‌وقت از آن‌ها استفاده نکرده است (و یا حتّی اسم آن‌ها به گوشش نخورده باشد). به احتمال زیاد، متخصصین بالینی با مطالعهٔ این کتاب، متوجه می‌شوند که به ازای پنج تکنیکی که برای بیماران خود استفاده می‌کنند، پنجاه تکنیک دیگر هم وجود دارد که در طی ماه‌های (یا حتی سال‌های) اخیر از آنها استفاده نکرده‌اند. همچنین، متخصصین می‌توانند با مطالعهٔ این کتاب، با تکنیک‌های جدیدی آشنا شوند و خزانهٔ تکنیکی خود را غنای بیشتری ببخشند.

سه فصل اوّل کتاب ـ "فراخوانی[4] افکار و مفروضه‌ها"[5]، "ارزیابی[6] و چالش[7] با افکار" و "ارزیابی مفروضه‌ها و قواعد"[8] ـ به تکنیک‌های بنیادین شناخت درمانی می‌پردازد. این سه فصل باید بصورت متوالی خوانده شوند. فصل چهارم به موضوع "ارزیابی نگرانی‌ها"[9]، اختصاص دارد. اگر چه تکنیک‌های این فصل ظاهراً به مشکلات مرتبط با اختلالات اضطرابی ـ به ویژه اختلال اضطراب فراگیر[10] ـ می‌پردازد، امّا تکنیک‌های این فصل، مشکلات ناشی از پیش‌بینی‌های منفی بیماران را نیز پوشش می‌دهد. فصل‌های پنجم و ششم، "پردازش اطلاعات و خطاهای منطقی"[11] و "همه‌جانبه‌نگری"[12]، به متخصصین بالینی کمک می‌کنند تا با استفاده از معیارهای واقعی، منطقی یا بافتاری[13]، بیماران را به این بینش برسانند که نتیجه‌گیری‌هایشان، چندان که فکر می‌کنند، درست از آب در نمی‌آیند. فصل هفتم، "درمان

1. rational role play
2. deuble standards
3. testing prediction
4. eliciting
5. assumptions
6. evaluating
7. challenging
8. rules
9. worries
10. generalized anxiety disorder
11. logical error
12. putting things in perspective
13. context

طرح‌واره‌محور"[1]، به مرور و بررسی تکنیک‌هایی می‌پردازد که در ارزیابی طرح‌واره‌های فردی[2] مفیدند. در فصل هشتم، "تکنیک‌های پردازش هیجانی"، تکنیک‌های تجربی یا هیجانی مختلفی ارائه شده است که می‌توانند برای فعال‌سازی و اصلاح درون‌مایه‌های خاموشِ هیجانی موثر واقع شوند. در فصل نهم، "بررسی و چالش با تحریفهای شناختی[3]"، سؤالها و مداخلاتی را مطرح کرده‌ام که برای چالش با تحریف‌های شناختی مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرند. فصل دهم، "اصلاح نیاز به تأیید طلبی"[4] و فصل یازدهم، "چالش با خود انتقادگری"[5]، نشان می‌دهد چگونه می‌توان این الگوهای فکری را اصلاح کرد. بسیاری از تکنیک‌های که در فصل‌های قبل مطرح شده است در این دو فصل بکار گرفته شده‌اند. در این کتاب به تکنیک‌های مخصوصِ اختلالات محور I، مثل آسیمگی، هراس اجتماعی[6] و اختلال وسواسی ـ اجباری پرداخته نشده است. برای کسب اطلاعات لازم در این زمینه می‌توانید از کتاب "***طرحها و مداخلات درمانی برای افسردگی و اختلالهای اضطرابی***[7]"، اثر لیهی و هولاند[8] (۲۰۰۰) استفاده کنید.

همچنین نحوه کاربرد بسیاری از تکنیک‌های شناخت درمانی در کتاب فوق‌العاده ارزشمند، "***شناخت درمانی: اصول بنیادین و فراسوی آن****"، اثر جودیت بک[9] (۱۹۹۵) آمده است. برای دستیابی به مقدمه‌ای کُلی دربارهٔ شناخت درمانی می‌توانید به کتاب "***شناخت درمانی: اصول بنیادی و کاربردها***[10]، اثر لیهی (۱۹۹۶) مراجعه کنید.

منتقدان ممکن است اظهار نظر کنند که شناخت درمانی، خیلی تکلیف محور و فرمول‌بندی شده است. با این حرف موافقم که شناخت درمانی می‌تواند بصورت یک روش مکانیکی، بی‌اعتبار، بدون مفهوم، سطحی، ساده و خسته‌کننده به کار گرفته شود. به همین دلیل کتاب "**غلبه بر مقاومت در شناخت درمانی**" را به رشته تحریر درآوردم. در این کتاب بر هفت بُعد از مقاومت** تاکید کرده‌ام. این هفت بُعد عبارتند از "اشتغال ذهنی برای تأیید طلبی[11]، خطرگریزی[12]، ایفای نقش قربانی (مظلوم‌نمایی)[13]، پردازش طرح‌واره‌ای[14]، خودمحدودسازی[15] و ثبات خویشتن[16] (لیهی، b ۲۰۰۱). مسئله انتقال متقابل می‌تواند در قالب رویکرد شناخت درمانی مفهوم‌سازی شود. کاربرد این مفهوم ممکن است به درمانگر کمک کند تا از طریق درک افکار و مفروضه‌های زیربنایی انتقال متقابل در خودش، جهان‌بینی و روابط بین فردی بیمار را بهتر درک کند. امّا بایستی این نکته را مدّنظر داشته باشیم که مولفهٔ ضروری در شناخت درمانی به کارگیری

---

1. schema-focused therapy
2. personal schemas
3. cognitive distortions
4. approval seeking
5. self-criticism
6. social phobia
7. Treatment plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders
8. Holland

* Cognitive Therapy: Basic and Beyond

* این کتاب با مشخصات زیر به فارسی ترجمه شده است:
جودیت، بک. (۱۳۸۶). راهنمای گام‌به گام به شناخت درمانی (۲ جلد). ترجمهٔ ایرج دوراهکی و محمدرضا عابدی. اصفهان: حسبّان

9. Judith Beck
10. Congnitive Therapy: Basic principle and Applications

* به نظر می‌رسد یکی از ابعاد مقاومت ذکر نشده است. مقاومت اخلاقی (moral resistance) از قلم فتاده است. (م.م).

11. validation concerns
12. risk aversion
13. victim roles
14. schematic processing
15. self - limitation
16. self - consistency

تکنیک‌ها، فراخوانی، آزمون، چالش و تغییر افکار و رفتارهاست. شناخت‌درمانی بر پایه این اصول بنا شده است. این اصول از پشتوانهٔ تجربی محکمی برخوردارند.

ذکر این نکته برای خوانندگان ـ و خودم که اغلب به خیالپردازیهایم اجازه بروز می‌دهم ـ ضروری است که بحث‌های عمیق فلسفی با بیماران دربارهٔ ریشهٔ مشکلات آن‌ها و برجسته ساختن مسئله بینش در درمان، ممکن است بسیاری از ما را ترغیب کند که سبک سقراطی و فعالِ شناخت درمانی را رها کنیم. وقتی که در فرآیند درمان با بن‌بست مواجه می‌شوم، اوّلین فکری که به ذهنم خطور می‌کند این است که شاید نیاز داشته باشم اصول بنیادین را دوباره مدّنظر قرار دهم: برنامه‌ریزی فعالیت با پیش‌بینی لذّت، مقوله‌بندی افکار خودآیند، بررسی مزایا و معایب، جستجوی شواهد و بسیاری از تکنیک‌های بنیادی دیگر (بک، راش [1]، شاو [2] و امری [3]، ۱۹۷۹؛ بک، ۱۹۹۵؛ برنز، ۱۹۸۹؛ لیهی، ۱۹۹۷). پس از این که چنین تکنیک‌هایی را بکار گرفتم، آن گاه به سایر تکنیک‌ها و مداخلات مثل مفهوم‌سازی مشکل بیمار، تکنیک‌های طرح‌واره محور و تکنیک‌های هیجان محور توجّه کنم. البته پژوهش‌ها، اثربخشی این تکنیک‌ها را نیز تأیید کرده‌اند. بسیاری از درمانگران در فرآیند درمان، سبک درمانی مخصوص خودشان را به کار می‌گیرند و سعی می‌کنند مُدل خودشان را به کار بگیرند. اگرچه این کار باعث مستقل شدن درمانگر می‌شود و کاری ارزشمند به حساب می‌آید، امّا درمانگران باید دقّت کنند که مسئله مهم، به کارگیری درمانهایی است که پشتوانه تجربی محکمی دارند. به عنوان مثال، ممکن است درمانگری احساس کند که کار بر روی طرح‌واره را تا زمان کاهش اضطراب و افسردگی به تأخیر بیندازد ـ تکنیک‌هایی که اثربخشی آن‌ها تأیید شده است ـ و در نتیجه کوششهای بالینی ارزشمندی را از دست بدهد. چرا ما واقعاً نمی‌توانیم در ابتدای کار درمان، تکنیک‌های کارا و اثربخش (براساس پیشینهٔ مطالعات نتیجه‌پژوهی) را به کار ببریم؟ یادم می‌آید که در دورهٔ کارآموزی، یکی از همکارانم که روانشناس بسیار باهوشی بود، اعتقاد داشت که می‌تواند شناخت درمانی را به سبک و سیاق خودش به کار ببرد. بسیاری از بیمارانش، درمان را نیمه‌کاره رها می‌کردند. او سبک التقاطی خود (که در آن تکلیف خانگی به بیمار نمی‌داد) را کنار گذاشت و تکنیک‌ها را درست و اصولی به کار گرفت، جلسات را ساختاردهی کرد و به بیماران تکلیف خانگی داد. اثربخشی کار وی بسیار بالا رفت و بسیاری از بیماران او مشتاقانه درمان را ادامه می‌دادند.

جداً پیشنهاد می‌کنم که درمانگر بایستی ابتدا بر تکنیک‌ها و رویکردهای درمانی که اثربخشی خود را نشان داده‌اند، تسلط کافی پیدا کند، قبل از این‌که بخواهد شناخت درمانی را براساس نیازهای یک بیمار خاص تعدیل کند. بهتر است ابتدا اصول بنیادین شناخت درمانی را به کار بگیرد، قبل از این که بخواهد در ذهن خود، طرح یک نظریه بزرگ را پایه‌ریزی کند. بهتر است در ابتدای امر، تکنیک‌هایی را به کار گیرد که روایی تجربی آن‌ها تأیید شده است.

من در فرایند شناخت درمانی، اغلب چندین تکنیک را برای یک بیمار خاص به کار می‌گیرم؛ حتّی بعد از

1. Rash 2. Shaw 3. Emery

این‌که بیماران به اندازه کافی، یک فکر منفی خود را تغییر دادند. من به پرکاری [1] و پرآموزی [2] اعتقاد دارم، مخصوصاً وقتی که می‌خواهم عادتهای فکری دیرپا و مزمن را عوض کنم. یکی از مزیّت‌های به کارگیری تکنیک‌های مختلف برای چالش با یک فکر واحد، این است که اگر بیمار در آینده یکی از این تکنیک‌ها را به کار گرفت و موثر نبود، می‌تواند از تکنیک دیگری استفاده کند. چند سال قبل که دورهٔ کارآموزی فردی را زیرنظر "دیوید برنز"، که شناخت درمانگر صاحب صلاحیتی است، می‌گذارندم، تحت‌تأثیر این روش قرار گرفتم. وقتی که چگونگی حل و فصل یک مشکل خاص بیمار ـ مثل یک فکر منفی سمج ـ را با "دیوید برنز" در میان می‌گذاشتم، به من می‌گفت: "ده تکنیک را نام ببر که بتوانی برای چالش این فکر بیمار از آن‌ها استفاده کنی". در واقع، من به تنوع تکنیک‌ها اعتقاد راسخ دارم، چون تأثیر شگرفی بر ساختارمندی جلسات درمانی دارند و همین امر به نوبه خود تأثیر زیادی روی بیماران به جای می‌گذارد. این کار باعث می‌شود که بیماران مهارت‌های زیادی دربارهٔ چگونگی مقابله با افکار منفی‌شان یاد بگیرند.

در طی تجارب بالینی به این نتیجه رسیدم که گرفتن مداوم فیدبک از بیماران ضروری است. علاوه بر این، خلاصه کردن تکنیک‌هایی که به کار برده‌اند از سوی درمانگر و بیمار می‌تواند مفید باشد. همچنین لازم است بیمار و درمانگر به بررسی تکنیک‌های بی اثر و دلایل عدم تأثیر آن‌ها بپردازند. به عنوان مثال بررسی این‌که چرا تکنیک سبک و سنگین شواهد فکر خودآیند نتوانسته است موثر باشد، مفید خواهد بود. شاید باور بنیادی‌تر، قاعدهٔ شرطی یا توقع قطعیت‌طلبی در ذهن بیمار وجود دارد که نیازمند جستجو و کاوش بیشتر است. وقتی که تکنیک موثر واقع نمی‌شود، چنین شکستی به ما اجازه می‌دهد که به مسایل بنیادی‌تر مثل قواعد یا طرح‌واره‌های انعطاف ناپذیر دست پیدا کنیم. در واقع، متخصصین بالینی بلندپرواز و کنجکاو، باید به عدم کاربرد و اثربخشی تکنیک‌ها بیشتر دقّت کنند، چون شکست (یا مقاومت) در درمان می‌تواند راهی به سوی شناسایی مشکلات جدّی‌تر بیمار بگشاید و فرصتی برای مفهوم‌سازی مشکل بیمار فراهم کند. چنین کاری، تکنیک‌های موثرتری را برای بررسی باورهای مرکزی بیماران به ارمغان می‌آورد.

به نظر من، تکنیک‌های رفتاری در فرآیند درمان ضروری و لازم هستند. فهرستی از این تکنیک‌ها را در پیوست اوّل کتاب "**طرحها و مداخلات درمانی برای افسردگی و اختلالات اضطرابی** (لیهی و هولاند، ۲۰۰۰) آورده‌ام. از آنجا که هدف اوّلیّه این کتاب، توصیف جنبه‌های شناختی درمان است به خوانندگان علاقمند پیشنهاد می‌کنم که برای مطالعهٔ مولفه‌های رفتاری، علاوه بر کتاب لیهی و هولاند (۲۰۰۰)، به کتاب بی‌نظیرِ هرسن [3] (۲۰۰۲) با عنوان "**رفتار درمانی بالینی: کودک و بزرگسال**" مراجعه کنند.

به عنوان یک شناخت درمانگر (یا درمانگر شناختی ـ رفتاری) معتقدم که هدف تکنیک‌های رفتاری، آزمونِ افکار منفی است. به عنوان مثال، "برنامه‌ریزی فعالیت"، "تکالیف درجه‌بندی شده و پیش‌بینی لذّت" که مداخلاتی رفتاری محسوب می‌شوند به بیمار اجازه می‌دهند باورهای منفی (مثل "از هیچ چیز لذّت نمی‌برم" یا "من همیشه افسرده‌ام") را به محک تجربه بگذارد. "جرئت‌آموزی" برای آزمون این افکار استفاده

1. overpractice 2. overlearning 3. Hersen

می‌شود: "هیچ کس مرا دوست ندارد" یا "آدم کمرویی هستم". توجّه برگردانی نیز برای به محک تجربه گذاشتن این افکار استفاده می‌شود: "کنترلی روی افکارم ندارم" یا "همیشه نگرانم". "سلسله مراتب رویارویی" می‌تواند این باور بیمار را که یک محرک خاص، خطرناک و غیرقابل تحمّل است، تعدیل کند. رویارویی تجسمی با این باور که "فکر کردن به برخی موضوع‌ها غیرقابل تحمّل است" به چالش برمی‌خیزد. "آرامش آموزی" می‌تواند چندین هدف را دنبال کند مثل (الف) آزمون این فکر که من همیشه عصبی‌ام، (ب) کمک به القاء افکار یا حالت خلقی آرام‌بخش برای چالش با افکار منفی و (ج) کاهش سطح برانگیختگی هیجانهای اوّلیّه. نهایتاً این‌که "خود پاداش‌دهی" و "مدیریت وابستگی" می‌تواند در اصلاح باورهای منفی راجع به کفایت و کارآمدی، موثر واقع شوند. تکنیک‌های رفتاری به بیمار کمک می‌کنند، افکار خودآیند منفی را بشناسد و از آزمونهای رفتاری برای چالش با این افکار استفاده کند.

در این کتاب، دربارهٔ هر تکنیک، نمونه‌ای از گفتگوهای درمانگر و بیمار آورده شده است. خود من همیشه از چگونگی گفتگوی درمانگر با بیمار استفادهٔ زیادی کرده‌ام، زیرا معتقدم این گفتگوها، نوعی مدل سازی از چگونگی کاربرد تکنیک‌ها به شمار می‌روند. هر چند امیدوارم این کتاب بتواند مفید و سودمند واقع شود، ولی بدون شک نمی‌تواند جای "آموزشِ تحتِ نظارت" را بگیرد. این طرز فکر به این دلیل در ذهن من شکل گرفت که می‌دیدم درمانگرانی را که من برای دورهٔ فوق‌دکتری در "انستیتو آمریکایی شناخت درمانی"، آموزش داده‌ام، دوست داشتند، کار تحت نظارت متخصصین باتجربه‌تر را ادامه دهند. صدور پروانهٔ مجوز کار نباید به معنای پایان یادگیری تلقی شود. امیدوارم این کتاب بتواند به عنوان یک مرجع به خوانندگان کمک کند تا راه حل‌هایی را بازنگری کنند که احتمالاً به آن‌ها بی‌توجّهی شده است.

# فصل ۱

# فراخوانی افکار و مفروضه‌ها

مُدل شناختیِ بک [1] دربارهٔ آسیب‌شناسی روانی بر نقش محوّری تفکر در فراخوانی [2] و تداوم [3] افسردگی، اضطراب و خشم تاکید می‌کند (بک، ۱۹۷۰، ۱۹۷۶؛ بک، امری [4] و گرینبرگ [5]، ۱۹۸۵؛ بک و همکاران، ۱۹۷۹). سوگیریهای شناختی [6] باعث آسیب پذیری افراد نسبت به وقایع منفی مانند فقدان‌ها و مشکلاتِ زندگی می‌شوند. سوگیریهای شناختی احتمالاً باعث تفسیر منفی، شخصی و اغراق‌آمیز این مشکلات می‌شوند. "سنجش شناختی [7]" در مُدل شناختی بک چند سطح دارد. در نزدیکترین سطح، افکار خودآیند [8] قرار می‌گیرند که بطور خودانگیخته وارد ذهن می‌شوند، در نگاه اوّل، درست به نظر می‌رسند و با مشکلات رفتاری یا هیجان‌های آشفته‌ساز گره خورده‌اند. این افکار خودآیند می‌توانند طبق سوگیریها یا تحریفهای [9] خاصی مثل ذهن‌خوانی [10]، شخصی‌سازی [11]، برچسب زدن [12]، پیش‌گویی [13]، فاجعه‌سازی [14] یا تفکر دوقطبی [15] (تفکر همه یا هیچ) دسته‌بندی شوند (برای اطلاعات بیشتر نگاه کنید به بک، ۱۹۷۶؛ بک و همکاران، ۱۹۸۵؛ بک، ۱۹۹۵؛ لیهی [16] و هولاند [17]، ۲۰۰۰). افکار خودآیند می‌توانند درست یا غلط باشند. به عنوان مثال، فکر خودآیندِ "مایکل مرا دوست ندارد"، می‌تواند مبتنی بر ذهن‌خوانی باشد (مثل "من شواهد کافی برای تأیید این فکر ندارم")، امّا با این حال ممکن است مشخص شود که مایکل واقعاً او را دوست ندارد.

آسیب‌پذیر هیجانی در این مُدل، ماحصل مفروضه‌های زیربنایی [18] یا قواعد [19] (مثل "برای این‌که احساس ارزشمندی کنم، دیگران باید مرا تأیید کند") و طرح‌واره‌هایی [20] (مثل "هیچ کس مرا دوست ندارد" یا "من بی‌ارزشم") است که در ذهن افراد شکل گرفته‌اند. مفروضه‌ها یا قواعد ناسازگار [21] زیربنایی، معمولاً انعطاف‌ناپذیر [22]، فراگیر و غیرقابل دستیابی هستند و باعث آسیب‌پذیری نسبت به وقایع افسرده‌ساز یا

1. Beck
2. elicitation
3. maintenance
4. Emery
5. Greenberg
6. cognitive biases
7. cognitive assessment
8. automatic thoughts
9. distortions
10. mind reading
11. personalizing
12. labling
13. fortune telling
14. catastrophizing
15. dichotomous
16. Leahy
17. Holland
18. underlying assumptions
19. rules
20. schemas
21. maladaptive
22. rigid

حالتهای اضطرابی می‌شوند (برای اطلاعات بیشتر نگاه کنید به اینگرام [1]، میراندا [2] و سگال [3]، ۱۹۹۷؛ پرسونز [4] و میراندا، ۱۹۹۲). بنابراین، افرادی که معتقدند باید مورد تأیید همه قرار بگیرند، نسبت به افسردگی و اضطراب آسیب‌پذیرترند، چون بدون شک در دستیابی به این معیارها با شکست مواجه می‌شوند. ذهن‌خوانی‌ها و شخصی‌سازی‌های چنین افرادی باعث می‌شود که فکر کنند دیگران آن‌ها را بیشتر طرد می‌کنند، در حالیکه ممکن است چنین چیزی اصلاً صحت نداشته باشد.

اطلاعات جدید از طریق افکار خودآیند (مثل "چرا من این قدر بدبختم"؟) جهت داده می‌شوند و سپس طبق مفروضه‌های زیربنایی مورد ارزیابی قرار می‌گیرند (مثل "اگر دیگران مرا تأیید نکنند، پس بی‌ارزشم"). مفروضه‌های زیربنایی با طرح‌واره‌های فردی (مثل "من بی‌ارزشم") ارتباط دارند و باعث تقویت باورهای فردی منفی می‌شوند و از طریق بی‌اعتمادی و ترس از طرد شدن، باعث تصدیق بیشتر آن‌ها می‌شوند. این طرح‌واره‌های فردیِ منفی ("من موجودی طرد شده"، "بی‌ارزش" و "بی‌کفایتم") باعث توجّه و حافظهٔ انتخابی می‌شوند؛ بدین‌صورت که افراد احتمالاً بیشتر، متوجّه وقایع منفی می‌شوند یاآنها را منفی تفسیر می‌کنند و اطلاعات همخوان با طرح‌واره را بیشتر به یاد می‌آورند. بنابراین، چنین فرآیندهایی باعث تقویت طرح‌واره می‌شوند. سبک‌های تفکر افسرده‌ساز و اضطرابی، "تئوری ـ خاست [5]" و "پژوهش‌مدار [6]" هستند. به عبارتی، این سبک‌های تفکر دائماً در جستجوی اطلاعات برای تقویت طرح‌واره برمی‌آیند. این مُدل با پیشینهٔ پژوهشی [7] قابل ملاحظهٔ فرآیندهای طرح‌واره‌ای همخوان است (هاستیک [8]، ۱۹۸۰؛ سگال، ویلیامز [9] و تیزدل [10]، ۲۰۰۲) که زیربنای توجه و حافظه قرار می‌گیرند. همانند طرح‌واره‌های فردی، تئوریهای علمی اغلب بوسیلهٔ پارادایم‌هایی [11] هدایت می‌شوند که مستقیماً اطلاعات را سوء تعبیر می‌کنند و حتّی در صورت رو به رو شدن با اطلاعات متناقض، به بقای خود ادامه می‌دهند (هانسون [12]، ۱۹۸۵؛ کوهن [13]، ۱۹۷۰). مدل شناخت درمانی بر پایهٔ مُدل جورج کِلی [14] (۱۹۵۵)، بنا شده است. در مُدل جورج کلی (۱۹۵۵) فرض بر این است که "انسان دانشمند است"، بدین‌معنا که انسان‌ها می‌توانند باورها یا "سازه‌های [15]" خود را بشناسند و آنها را آزمون کنند. مُدل شناختی معاصر که توسط بک و همکارانش گسترش یافت، تاکید ویژه‌ای بر علمی بودن تفکر دارد. تفکر علمی یعنی این که فرد به جای جستجوی شواهد تأییدکننده باور خود، به دنبال "ابطال [16]" یا "عدم تأیید [17]" باورش باشد. (برای کسب اطلاعات بیشتر نگاه کنید به پوپر [18]، ۱۹۵۹). افراد افسرده ممکن است به طور انتخابی به اطلاعاتی توجّه کنند که با حالت منفی افسردگی آن‌ها همخوان است و از طرفی شواهد ردّکننده باورهایشان را نادیده بگیرند. مُدل شناختی به دنبال بررسی هر دوی این شواهد است.

---

1. Ingram
2. miranda
3. Segal
4. Persons
5. theory - driven
6. research - based
7. literature
8. Hastic
9. Williams
10. Teasdale
11. Paradigms
12. Hanson
13. Kuhn
14. George Kelly
15. constructs
16. falisfication
17. disconfirmation
18. Popper

اگرچه در این کتاب بر مُدل شناخت درمانی بک تاکید می‌کنم، امّا با این حال به نقش انکارناپذیر الیس [1] و همکارانش نیز اذعان دارم (نگاه کنید به درایدن [2] و دی‌گیوسپی [3]، ۱۹۹۰؛ کاسی‌نوف [4] و تافراتی [5]، ۲۰۰۲). نظریهٔ الیس که همزمان با مُدل بک بوجود آمد، با تاکید بر آسیب‌پذیریهای شناختی رایج، رویکرد کلی‌تری دربارهٔ آسیب‌شناسی روانی ارائه می‌کند. این آسیب‌پذیری‌ها عبارتند از "کم‌طاقتی [6]"، "بایدانـدیشی"، "پرتوقعی" [7] و "تحریفهای شناختی غیرمنطقی". رویکرد این کتاب با مُدل رفتار درمانی عقلانی ـ هیجانی [8] که از سوی الیس جانبداری می‌شود، تعارضی ندارند و می‌توان آن‌ها را به نحوه مفید و مؤثری با یکدیگر تلفیق کرد.

در این فصل (و در سرتاسر کتاب) به بررسی این نکته می‌پردازیم که درمانگران چگونه می‌توانند با روش‌های مختلف به بیماران کمک کنند تا افکار خود را بشناسند و آن‌ها را ارزیابی کنند. (در پیوست اوّل کتاب لی هی و هولاند، ۲۰۰۰، مفهوم‌سازیهای شناختی برای افسردگی اساسی و اختلالات اضطرابی ارائه شده است). مُدل شناختی آسیب‌شناسی روانی به ویژگی‌های مشترکی در تحریفها و سوگیریهای شناختی طبقه‌بندی‌های تشخیصی (به عنوان مثال تحریفهای افکار خودآیند) اذعان دارد، امّا با این حال، بر این نکته نیز تاکید می‌کند که هر اختلالی به مفهوم‌سازی خاص و ویژه نیاز دارد. هدف اصلی این است که به بیماران کمک کنیم به جای بیان هیجان‌های خود، الگوهای فکری‌شان را بشناسند و مشکل خود را در قالب رویکرد شناختی درک کنند. با این حال، شناخت درمانگران با تجربه، این نکته را قبول دارند که هیجان‌ها دربرگیرندهٔ اطلاعات ارزشمندی هستند. البته "لسلی گرینبرگ" [9] و "جرمی سافران" [10] نشـان دادنـد کـه چگـونه ابـراز هیجانی [11] و اتحّاد درمانی [12] می‌تواند به بیماران کمک کند تا از هیجانهایشان به عنوان منبع اطلاعاتی دربارهٔ نیازهای ارضاء نشده‌شان استفاده کنند (گرینبرگ و سافران، ۱۹۸۷). این طرح‌واره‌های هـیجانی [13] دربـارهٔ نیازهای ارضاء نشده (اغلب، این طرح‌واره‌ها توسط حالت‌های هیجانی شدید فعال می‌شوند و به بیمار در تمایز انواع هیجان‌ها کمک می‌کنند) اطلاعات مفیدی دربارهٔ شناختواره‌ها [14] فراهم می‌کنند و بخش مهمّی از روش‌های تغییر این افکار و احساسها به شمار می‌روند. "تکنیک‌های تـجربی [15]" را در فـصل‌های هشـتم توضیح می‌دهم، امّا در اینجا، بیشتر به تکنیک‌های کلاسیک شناخت درمانی می‌پردازم.

## تکنیک: "افکار چگونه احساسات را بوجود می‌آورند"

### توصیف

شناخت درمانی بر این مفروضهٔ بنیادین استوار است که تفسیر افراد از یک واقـعه، تـعیین‌کنندهٔ چگـونگی

1. Ellis
2. Dryden
3. Digiuseppese
4. Kassinove
5. Tafrate
6. low frustration tolerance
7. demands
8. Rational - Emotive Behavior Therapy
9. Lieslie Greenberg
10. Jeremy Safran
11. emotional expression
12. therapeutic alliance
13. emotional schemas
14. cognitions
15. experiential techniques