

شناخت درمانی:

اصول و مفاهیم ماورای آن

سرشناسه: بک، جودیت، Back, Judith S

عنوان و نام‌پدیدآورنده: شناخت‌درمانی: اصول و مفاهیم ماورای آن / مولف جودیت‌اس. بک؛ مترجمان محمدرضا محمدی.... [و دیگران].

مشخصات نشر: تهران، کتاب ارجمند: ارجمند: نسل‌فردا، ۱۳۹۱

مشخصات ظاهری: ۴۲۴ ص، وزیری

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۰۷۴-۳

وضعیت فهرست‌نویسی: فینیا

یادداشت: عنوان اصلی: Cognitive therapy: basics and beyond

یادداشت: مترجمان محمدرضا محمدی، هوشمند کهن‌زاده، نرگس جوشقانی، عبدالرضا منصوری‌راد.

موضوع: شناخت‌درمانی، شناخت‌درمانی - روشها.

شناسه افزوده: محمدی، محمدرضا، مترجم.

رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۰ ۸۳ب۹ش/۴۸۹ RC

رده‌بندی دیویی: ۶۱۷/۸۹

شماره کتابشناسی ملی: ۲۳۲۸۰۴۰

شناخت درمانی: اصول و مفاهیم ماورای آن

مؤلف

دکتر جودیت اس. بک

مترجمان

دکتر محمدرضا محمدی

دکتر هوشمند کهن‌زاد

دکتر نرگس جوشقانی

دکتر عبدالرضا منصوری‌راد



کتاب ارجمند



دکتر جویدت اس. بک

شناخت درمانی: اصول و مفاهیم ماورای آن

مترجمان: دکتر محمدرضا محمدی، دکتر هوشمند کهن‌زاد، دکتر نرگس جوشقانی،

دکتر عبدالرضا منصوری‌راد

ناشر: انتشارات کتاب ارجمند (با همکاری انتشارات ارجمند و نسل فردا)

صفحه‌آرایی: پرستو قدیم‌خانی، طراحی جلد: احسان ارجمند

چاپ: افرونگ، صحافی: دیدآور

چاپ اول، ۱۳۹۱، ۱۶۵۰ نسخه

بها: ۹۹۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰-۲۰۰-۰۷۴-۳

www.arjmandpub.com

همه‌ی حقوق چاپ و نشر این کتاب محفوظ است.

مرکز پخش انتشارات ارجمند:

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خ کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن ۸۸۹۷۷۰۰۲

شعبه اصفهان: دروازه شیراز، خ چهارباغ بالا، پاساژ هزارجریب، تلفن ۰۳۱۱۶۲۸۱۵۷۴

شعبه مشهد: خ احمدآباد، پاساژ امیر، کتاب دانشجو، تلفن ۰۵۱۱۸۴۴۱۰۱۶

شعبه بابل: خ گنج افروز، پاساژ گنج افروز، تلفن ۰۱۱۱۲۲۲۷۷۶۴

شعبه رشت: خ نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی، تلفن ۰۱۳۱۳۳۳۲۸۷۶

شعبه ساری: بلوار خرم، خ دریا، مجتمع علوم پزشکی - کتب پزشکی ارجمند تلفن: ۰۹۱۱۲۱۷۴۰۰۹

«هدف این کتاب چیست؟» کاملاً طبیعی است که این سؤال به ذهن خواننده کتابهای روان‌درمانی^۱ خطور کند و باید در مقدمه کتاب به آن پاسخ داده شود. برای پاسخ به این پرسش خوانندگان کتاب دکتر (جودیت بک)^۲ به نام «شناخت‌درمانی^۳: اصول و مفاهیم ماورای آن»، لازم است با هم به نخستین روزهای پیدایش شناخت‌درمانی و پیشرفت آن برگردیم. وقتی برای اولین بار به درمان بیماران با یک سری روشهای درمانی پرداختم که بعدها نام «شناخت‌درمانی» بر آنها نهادم، هیچ تصور نمی‌کردم این رویکرد - که به شدت با آموخته‌های روانکاوی من متفاوت بود- مرا به کدام سمت خواهد برد. براساس مشاهدات بالینی خود و بعضی مطالعات و تجربیات سیستماتیک بالینی، فرض را بر این نهادم که در بطن سندرمهای روانپزشکی^۴ مانند افسردگی و اضطراب، نوعی اختلال تفکر وجود دارد. این اختلال به صورت نوعی انحراف سیستماتیک در روشی که بیماران، بعضی تجربیات خاص خود را تفسیر می‌کردند، منعکس بود. من با توجه به این تفسیرهای سویمندانه بیماران و مطرح کردن تفسیرهای جایگزین (یعنی ارائه توجیهات محتمل‌تر)، دریافتم که می‌توانم شدت علائم بیمار را به سرعت کاهش دهم. آموزش این مهارتهای شناختی به بیماران، به تداوم بهبودی کمک کرد. تمرکز بر روی مشکلات اینجا و اکنون^۵ باعث شد که تقریباً همه علائم طی ده تا چهارده هفته رفع شوند. کارآزمایی‌های بالینی بعدی که توسط گروه خودم و سایر محققین انجام شد نیز سودمندی این رویکرد را در اختلالات اضطرابی، اختلالات افسردگی و اختلال پانیک تأیید کردند.

در اواسط دهه هشتاد می‌توانستم ادعا کنم که شناخت‌درمانی به جایگاه یک «سیستم روان‌درمانی» دست یافته است که شامل موارد زیر می‌شد: (۱) یک نظریه شخصیت و آسیب‌شناسی روانی متکی بر یافته‌های نیرومند تجربی که فرض‌های اساسی آن را حمایت می‌کنند؛ (۲) مدلی از روان‌درمانی، با یک سری اصول و راهبردها که با نظریه آسیب‌شناسی روانی آمیخته است؛ و (۳) یافته‌های تجربی نیرومند متکی بر مطالعات بالینی فرجام‌پژوهی^۶ برای حمایت از سودمندی این رویکرد.

از زمان اولین کارهای من، نسل جدیدی از درمانگران، محققین و مدرسان، تحقیقاتی بنیادی بر روی مدل مفهومی^۱ آسیب‌شناسی روانی و شناخت‌درمانی کاربردی در طیف وسیعی از اختلالات روانپزشکی انجام داده‌اند. در این تحقیقات سیستماتیک، مسائل زیر مورد

1- psychotherapy
2- Dr. Judith Beck
3- cognitive therapy
4- psychiatric syndromes
5- here – and – now problems
5- outcome studies
6- conceptual model

بررسی قرار گرفته‌اند: ابعاد شناختی بنیادی شخصیت و اختلالات روانپزشکی؛ ماهیت ویژه پردازش و فراخوانی اطلاعات در این اختلالات؛ و ارتباط میان آسیب پذیری و استرس. کاربردهای شناخت‌درمانی در انواع اختلالات روانپزشکی و پزشکی، از تصویری که من در هنگام درمان اولین بیماران افسرده و مضطرب خود (با استفاده از روش شناخت‌درمانی) در ذهن داشتم، بسیار فراتر رفته است. براساس نتایج کارآزمایی‌های فرجام‌پژوهی¹ محققین سراسر جهان به ویژه آمریکا، ثابت شده است که شناخت‌درمانی در درمان بیمارهای گوناگونی چون اختلال استرس پس از سانحه²، اختلال وسواسی-اجباری، تمام انواع فوبیاهای، و اختلالات خوردن سودمند می‌باشد؛ و اغلب همراه با درمان دارویی، در درمان اختلال خلقی دوقطبی و اسکیزوفرنی نیز مؤثر بوده است. همچنین معلوم شده است که شناخت‌درمانی در انواع وسیعی از اختلالات مزمن جسمانی همچون کمردرد، کولیت، افزایش فشارخون و سندرم خستگی مزمن نیز مفید می‌باشد.

با چنین تنوع کاربردی در شناخت‌درمانی، یک شناخت‌درمانگر مشتاق و علاقمند چگونه می‌تواند جزئیات کاربردی اساسی این درمان را بیاموزد؟ همان طور که در کتاب «آلیس در سرزمین عجایب» آمده است، «باید از اول شروع کرد». ما نیز به سؤال ابتدای این مقدمه برمی‌گردیم. هدف کتاب دکتر جودیت بک، به عنوان یکی از شناخت‌درمانگران نسل جدید (که در نوجوانی، یکی از اولین شنوندگان نظریه جدید من بود) آن است که شالوده‌ای بنیادین و نیرومند برای پرداختن به شناخت‌درمانی را تأمین کند. با وجود گستره فوق‌العاده کاربردهای گوناگون شناخت‌درمانی، همگی آنها بر پایه اصول بنیادینی استوار هستند که در این کتاب عنوان شده‌اند. کتاب‌های دیگری نیز (که بعضی را خودم تألیف کرده‌ام) وجود دارند که مطالعه آنها، شناخت‌درمانگر را در درمان هر یک از اختلالات تخصصی یاری می‌دهد. به اعتقاد من این کتاب، جایگزین کتاب‌های مزبور خواهد گردید و به درسنامه اصلی شناخت‌درمانگران تبدیل خواهد شد. حتی شناخت‌درمانگران باتجربه نیز از این کتاب در راستای تقویت مهارت‌های مفهوم‌پردازی خود، افزایش تنوع شیوه‌های درمانی خویش، برنامه‌ریزی برای درمان‌های مؤثرتر، و گره‌گشایی مشکلات درمانی بهره خواهند برد.

البته هیچ کتابی جایگزین آموزش نظارت³ در شناخت‌درمانی نمی‌شود. اما این کتاب مجلد مهمی است و نظارت (که به سادگی از طریق شبکه شناخت‌درمانگران آموزش دیده قابل دسترسی است)، می‌تواند مکمل آن باشد (ضمیمه D).

دکتر جودیت بک واقعاً از شایستگی لازم جهت ارائه رهنمودهایی در زمینه شناساندن شناخت‌درمانی برخوردار است. وی در ده سال گذشته، کارگاه‌ها و کنفرانس‌های متعددی برگزار نموده و درباره شناخت‌درمانی سخنرانی کرده و مبتدیان و شناخت‌درمانگران مبتدی و

1- outcome trials
2- post-traumatic stress disorder (PTSD)
3- supervision

با تجربه بی‌شماری را سرپرستی کرده است. وی به تدوین پروتکل‌های درمانی برای اختلالات گوناگون کمک کرده و در تحقیقات مربوط به شناخت‌درمانی شرکت فعال داشته است. او با برخورداری از چنین پیش‌زمینه‌ای، کتابی را با اطلاعاتی غنی برای به‌کارگیری این نوع درمان نوشته است.

پرداختن به شناخت‌درمانی کار ساده‌ای نیست. مثلاً من تعدادی از شرکت‌کنندگان در کارآزمایی‌های بالینی را دیده‌ام که تظاهر می‌کنند با «افکار خودآیند»^۱ کار می‌کنند؛ بدون آنکه ادراکات بیماران از دنیای شخصی‌شان و یا معنای اصل «تجربه‌گرایی اشتراکی»^۲ را واقعاً فهمیده باشند. هدف کتاب دکتر جودیت بک، همانا آموزش درمانگران مبتدی و با تجربه در زمینه شناخت‌درمانی بوده، و رسالت خود را به نحو تحسین‌برانگیزی انجام داده است.

دکتر آرون - تی - بک

1- automatic thoughts
2- collaborative empiricism

پیشگفتار

در عرض ده سال گذشته که سمینارها و کارگاه‌های ملی و بین‌المللی برگزار می‌کردم، از سه مطلب شگفت زده شده‌ام. اول اشتیاق روز افزون به شناخت‌درمانی، که یکی از معدود سیستم‌های واحد روان‌درمانی است که از نظر تجربی هم دارای اعتبار می‌باشد؛ دوم تمایل فراوان متخصصین بهداشت روان به یادگیری و انجام شناخت‌درمانی (به صورت دائمی، تحت راهنمایی مفهوم‌پردازی، و با آگاهی از تکنیک‌های مربوطه)؛ و سوم، وجود تعابیر نادرست فراوان درباره شناخت‌درمانی (از جمله اینکه "شناخت‌درمانی فقط یک سری تکنیک است"، یا اینکه "شناخت‌درمانی اهمیت هیجان‌ات و ارتباط درمانی را کمتر از میزان واقعی می‌داند"، و یا اینکه "شناخت‌درمانی با اصلی که معتقد است منشأ بسیاری از مشکلات روانی به دوران کودکی باز می‌گردد موافق نمی‌باشد").

شرکت کنندگان بی‌شماری در کارگاه‌ها به من گفته‌اند که سالها از تکنیک‌های شناخت-درمانی استفاده می‌کرده‌اند بدون اینکه هرگز چنین نامی بر آنها نهند. برخی دیگر که با اولین کتاب شناخت‌درمانی (شناخت‌درمانی در درمان افسردگی، نوشته «یک، راش، شاو، و امری در سال ۱۹۷۹) آشنا بوده‌اند، در صدد برآمده‌اند که کاربرد کارآمدتر این شیوه درمانی را بیاموزند. این کتاب مخاطبین گسترده‌ای دارد: از متخصصین بهداشت روانی که هرگز از شناخت‌درمانی اطلاعی نداشته‌اند، تا آنها که واقعاً با تجربه‌اند ولی می‌خواهند مهارت‌هایشان را در موارد مفهوم-پردازی شناختی بیمار، برنامه‌ریزی درمان، به کارگیری انواع تکنیک‌ها، ارزیابی میزان اثربخشی درمانشان، و تعیین مشکلاتی که حین جلسه درمانی بروز می‌کنند، بهبود بخشند.

برای اینکه مطالب به آسانترین وجه ارائه شود یک بیمار را به عنوان نمونه در سراسر کتاب انتخاب کرده‌ام. وقتی چندین سال قبل شروع به نوشتن این کتاب کردم «سالی» بیمار من بود. او از بسیاری جهات بیمار ایده‌آلی محسوب می‌شد و درمان او نمونه بارزی بود از شناخت‌درمانی «استاندارد» برای افسردگی تک‌مرحله‌ای بدون عارضه. برای پرهیز از آشفتگی، سالی و سایر بیماران کتاب، همگی زن و درمانگران، مرد هستند. این تحقیقات به جهت آن است که مطلب تا حد ممکن واضح باشد و شبهه نیافریند. به علاوه عبارت «بیمار» به جای «مراجع» انتخاب شده به خاطر این که این نام در شرایط کاری بالینی من بیشتر صدق می‌کند.

این کتاب، اساس شناخت‌درمانی، روندهای مفهوم‌پردازی شناختی، برنامه‌ریزی درمان، ساختار بندی جلسات، و تشخیص مشکلاتی را که برای هر بیماری مفید هستند، توصیف می‌کند. با وجودی که درمان شرح داده شده برای یک بیمار ساده افسردگی است، تکنیک‌های ارائه شده را می‌توان برای بیمارانی با گستره وسیعی از مشکلات به‌کار بُرد. مراجعی نیز برای سایر اختلالات عنوان شده است تا خواننده بتواند بیاموزد و درمان را درست پیگیری کند.

این کتاب بدون خط شکنی پدر علم شناخت‌درمانی، یعنی آقای آرون. تی. بک^۱ که نه تنها پدر من بلکه یک دانشمند، پزشک نظریه‌پرداز، و انسانی فوق‌العاده است، میسر نبود. ایده‌های ارائه شده در این کتاب عصاره‌ای از سالها تجربه بالینی خودم همراه با خواندن، نظارت و بحث با پدرم و سایرین است. من از هر نظاره‌گر^۲، نظاره شده^۳ و از هر بیماری که با وی کار کرده‌ام چیزهای بسیاری آموختم. از تمامی آنها متشکرم.

علاوه بر این می‌خواهم از افراد بسیاری که هنگام نگارش این کتاب با ارایه نظرات خود یاریم کردند، تشکر کنم. به خصوص کوین کوهلوین^۴، کریستین پادسکی^۵، توماس الیس^۶، دانالد بیل، ای^۷، توماس داود^۸ و ریچارد بوسیسی^۹. از تینا اینفورزاتو^{۱۰}، هلن ولز^{۱۱} و باربارا چری^{۱۲} که نسخه خطی را تهیه کردند و راشل تیچر^{۱۳} و هدر بوگدانوف^{۱۴} که در مراحل آخر کمک کردند نیز متشکرم.

جو دیت بک

1- Aaron T.Beck
2- supervisor
3- supervisee
4- Kevin Kuehlwein
5- Christine Padesky
6- Thomas Ellis
7- Donald Beal, E.
8- Thomas Dowd
9- Richard Busis
10- Tina Inforzato
11- Helen Wells
12- Barbara Cherry
13- Rachel Teacher
14- Heather Bogdanoff

به نام خدا

سخن مترجم

هر کس کو دور ماند از اصل خویش باز جوید روزگار وصل خویش

خدا را سپاس می‌گوییم که بار دیگر به من و همکارانم توفیق عطا کرد تا یکی دیگر از آثار خوب شناخت‌درمانی را ترجمه کنیم. روان‌درمانی شناختی به مشاهده روزانه افکار، هیجانات، درگیری‌های فکری و شناختی می‌پردازد که افراد نسبت به موقعیت و وضعیتی واحد، واکنش‌های فکری و هیجانی متفاوت از خود بروز می‌دهند.

روان‌درمانی شناختی با وجود عمر کوتاه خود توانسته نظر و علاقه تعداد زیادی از روانشناسان بالینی و روانپزشکان را به خود جذب و جلب نماید. شخص دارای مشکل و اختلال روانی با افراد دیگر تفاوت نمی‌کند. تفاوت در این است که مثلاً یک نفر عکاس دوربین خود را طوری تنظیم می‌کند که از مناظر و مکانها عکس‌های کج و غیر واقعی می‌گیرد. یا عکس‌هایی مات و غیرشفاف یا از یک نقطه کوچکی از منظره عکس گرفته است. این مثال به ما کمک می‌نماید تا رابطه میان درمانگر و بیمار را به همین نحو تنظیم و برقرار کنیم.

فرایندهای شناختی افراد، دچار مشکل شده، کم‌کم افکار، قضاوت، انتظار، درک و ارزشیابی منفی بر آنها اشراق پیدا می‌کند و شکل می‌گیرد. چنانکه یک همکارانش بیان کرده‌اند این الگوهای تفکر غلط و تفسیر انحرافی بر ذهن و فکر فرد مسلط می‌شود.

برای روان‌درمانی شناختی ۴ دلیل می‌توان بر شمرد:

۱- روان‌درمانی شناختی بر عکس برخی روان‌درمانی‌ها، پویا بوده و مطالعه‌ها، پژوهش‌ها و مدارک مستند زیادی پشتوانه آن می‌باشند؛ پایه‌های علمی دارد و توانایی بیشتری در ارزیابی فعالیت‌های بالینی از خود بروز داده است.

۲- بر خلاف روش‌های رفتاری، با احساسات، عواطف، هیجانات و افکار انسان‌ها سروکار دارد و آنها را در درمان ملاحظه کرده و به‌کار می‌گیرد.

۳- شکاف بین روشهای رفتاری و روان‌پویایی را پر کرده و مسائل و رویدادهای ملموس و عینی بیمار را مورد هدف قرار داده و در زمان حال مشکلاتش را برطرف می‌کند.

۴- بیمار منفعل نیست و مثل یک دانشجو به تجزیه و تحلیل مشکلات و شناخت احساسات، هیجانات، عواطف، افکار و رفتارهای خود می‌پردازد و در جریان درمان و تمامی فعل و انفعالات آن فعال و خلاق است.

این کتاب برای درمانگران، روانشناسان و مشاورانی که روان‌درمانی شناختی را می‌خواهند بکار ببرند تدوین شده است. ساختار کتاب به گونه‌ای است که به روان‌درمانگر و خواننده، درک جامع و یکپارچه‌ای نسبت به انسان می‌دهد که انسان آمیزه‌ای از احساسات، هیجانات، عواطف، افکار، ایده‌ها، باورها، رفتارها و اعمال است و حداقل سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی دارد. در مشکلات روانی و رفتاری مثل اختلالات افسردگی و اختلالات اضطرابی و دیگر اختلالات روانی، اکثر جنبه‌های احساسی، هیجانی، فکری و رفتاری درگیر می‌شوند. یکی از برتری‌های این کتاب در مقایسه با کتاب‌های دیگر روان‌درمانی شناختی-رفتاری، داشتن نمونه‌های واقعی و برآمده از جلسه‌های روان‌درمانی و مشاوره می‌باشد. به صورتی که می‌توان اصول، فرضیه‌ها و کاربرد این روش‌ها را در جلسه‌های درمانی دنبال کرد. نویسنده در اکثر فصول این کتاب کوشیده مسائل و مشکلات موجود در جلسه‌های درمانی را ارائه کند و سپس راهبردها و تکنیک‌های جدید و جانشینی را مطرح نموده و از این طریق در مواجهه با مسائل و مشکلات، دید و بینشی جدید در ارتباط با بیمار در درمانگر ایجاد نماید.

امید آنکه مطالعه این مجموعه بتواند به روانشناسان، مشاوران، روانپزشکان و درمانگران که شیوه روان‌درمانی شناختی و یا روان‌درمانی شناختی رفتاری را به‌کار می‌برند، در ارائه خدمات بیشتر و مطلوب‌تر به مراجعان و بیماران، کمک بیشتری بنماید. والبته روشن است که هیچ کتابی در شناخت درمانی نمی‌تواند جای ارزیابی و آموزش معلم و استاد را بگیرد اما بعضی از نوشته‌ها و کتاب‌ها قدم بزرگ و یا مکمل تجربه استاد می‌توانند باشند.

در پایان لازم است مراتب سپاس و قدردانی خود را از سرکار خانم ناهید کامران‌پور، خانم فرشته شالیکار و خانم سمانه الهی در زمینه تایپ و تنظیم این کتاب و جناب آقای دکتر ارجمند و همچنین همکاران ایشان در انتشارات ارجمند، اعلام نمایم.

امیدواریم این کتاب چنانکه در بسیاری از کشورها و کشور آمریکا به عنوان کتاب پایه، کتاب درسی و مرجع (Text book) آموزش درمانگران شناختی و درمانگران شناختی رفتاری اعم از روانشناسان بالینی، مشاورین و روانپزشکان بکار گرفته شده است، در کشور ما هم مثمر ثمر واقع شود.

با همه دقتی که در ترجمه و تدوین این کتاب به کار رفته است، مسلماً خالی از نقص نیست. از تمامی اساتید و صاحب‌نظران تمنا داریم، مترجمان این کتاب را از پیشنهادها و نظرات خود بهره‌مند سازند.

فهرست

۱۳	فصل اول: معرفی مقدماتی
۲۴	ارتقا در مقام یک شناخت‌درمانگر
۲۵	چگونه از این کتاب استفاده کنیم
۲۸	فصل دوم: مفهوم‌سازی شناختی
۲۹	مدل شناختی
۳۰	باورها
۳۱	نگرش‌ها، قواعد و مفروضه‌ها
۴۱	خلاصه
۴۳	فصل سوم: ساختار اولین جلسه درمان
۴۴	اهداف و ساختار اولین جلسه
۴۸	بررسی خلق
۵۰	مرور مشکل فعلی، شناسایی مشکل، و تعیین هدف
۵۷	انتظارات از درمان
۶۳	بازخورد
۶۶۷	فصل چهارم: جلسه دوم به بعد: شکل و ساختار
۶۷	به روز کردن مختصر و بررسی خلق (و داروها)
۷۰	ایجاد ارتباط با جلسه گذشته
۷۴	مرور تکلیف منزل
۸۴	جلسه سوم به بعد
۸۸	فصل پنجم: مشکلات ساختاریندی جلسه درمانی
۸۹	به روز کردن مختصر
۹۱	بررسی خلق
۹۸	بحث درباره موارد مندرج در دستورکار
۱۰۰	بازخورد مشکلات ناشی از شناخت‌های درمانگر
۱۰۲	فصل ششم: شناسایی افکار خودآیند
۱۰۲	خصوصیات افکار خودآیند
۱۰۵	توضیح افکار خودآیند به بیماران
۱۱۸	افتراق گذاردن میان افکار خودآیند سودمند و نه چندان سودمند
۱۲۲	آموزش شناسایی افکار خودآیند به بیماران
۱۲۴	فصل هفتم: شناسایی هیجانات

۱۲۵	افتراق گذاردن بین افکار خودآیند و هیجانان
۱۲۸	اهمیت افتراق گذاردن میان هیجانان
۱۲۹	وجود مشکلاتی در درجه‌بندی هیجان
۱۳۶	بهره‌گیری از شدت هیجان برای هدایت درمان

فصل هشتم: ارزیابی افکار خودآیند..... ۱۳۷

۱۳۷	تصمیم‌گیری برای متمرکز شدن یا نشدن بر روی یک فکر خودآیند
۱۳۹	تمرکز بر روی فکر خودآیند
۱۵۹	بررسی میزان اثربخشی ارزیابی تفکر خودآیند

فصل نهم: پاسخ به افکار خودآیند..... ۱۶۳

۱۶۳	برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد
۱۷۳	تشویق بیمار جهت استفاده از برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد
۱۷۵	هنگامی که برگه ثبت افکار ناکارآمد به قدرکافی کمک کننده نیست
۱۷۵	روش‌های دیگری برای پاسخ به افکار خودآیند

فصل دهم: شناسایی و اصلاح باورهای میانی..... ۱۷۷

۱۷۸	مفهوم‌سازی شناختی
۱۹۵	اصلاح باورها
۲۱۱	استفاده از خود بیانی برای اصلاح باورها

فصل یازدهم: باورهای بنیادی..... ۲۱۳

۲۱۶	طبقه‌بندی باورهای بنیادی
۲۲۰	ارائه باورهای بنیادی
۲۲۱	آموزش بیمار درباره باورهای بنیادی و بازیابی عملکرد آنها
۲۲۵	اصلاح باورهای بنیادی و تقویت باورهای جدید
۲۲۶	کاربرگ باور بنیادی

فصل دوازدهم: سایر تکنیکهای شناختی و رفتاری..... ۲۴۶

۲۴۶	حل مسئله
۲۴۹	تصمیم‌گیری
۲۵۵	زمان‌بندی و بازیابی فعالیتها
۲۷۳	کارتهای مقابله
۲۸۰	استفاده از تکنیک نمودار دایره‌ای
۲۸۶	مقایسه عملکردی خویشتن با کارنامه خودبیانی مثبت

فصل سیزدهم: تصویرسازی ذهنی..... ۲۹۲

۲۹۳	شناسایی تصویرهای ذهنی
-----	-----------------------

۲۹۵.....	آموزش بیماران درباره تصویرسازی ذهنی
۲۹۶.....	پاسخگویی به تصویرهای ذهنی خودانگیخته
۲۱۰.....	مروری بر تکنیک‌های پاسخگویی به تصویرسازی ذهنی خودانگیخته
۲۱۱.....	القای تصویرسازی ذهنی به عنوان یک ابزار درمانی

فصل چهاردهم: تکلیف منزل ۳۱۷

۳۱۸.....	تعیین تکالیف منزل
۳۲۴.....	افزایش احتمال انجام موفقیت‌آمیز تکالیف منزل
۳۳۴.....	مفهوم‌سازی مشکلات
۳۴۳.....	مرور کردن تکالیف منزل

فصل پانزدهم: اتمام درمان و پیشگیری از عود..... ۳۴۵

۳۴۵.....	فعالیت‌های جلسه اول
۳۴۸.....	فعالیت‌های مربوط به سرتاسر دوره درمان
۳۵۲.....	فعالیت‌های نزدیک به پایان درمان
۳۵۹.....	جلسات اضافی

فصل شانزدهم: برنامه‌ریزی درمان ۳۶۴

۳۶۴.....	تحقق اهداف جامع درمانی
۳۶۵.....	برنامه‌ریزی درمان برای تمامی جلسات
۳۶۶.....	تدوین برنامه درمان
۳۶۷.....	برنامه درمانی سالی
۳۷۹.....	تغییر کانون توجه در یک جلسه

فصل هفدهم: مشکلات درمان ۳۸۴

۳۸۴.....	پی‌بردن به وجود یک مشکل
۳۸۷.....	مفهوم‌سازی مشکلات
۳۹۷.....	بن‌بست‌های درمانی
۳۹۸.....	چاره‌اندیشی برای مشکلات در طول درمان

فصل هجدهم: پیشرفت به عنوان یک شناخت درمانگر ۴۰۰

۴۰۴.....	ضمیمه A: کاربرگ خلاصه پرونده بیمار
۴۰۹.....	ضمیمه B: فهرست مطالب خواندنی پایه شناخت درمانی
۴۱۲.....	ضمیمه C: فهرست مطالب خواندنی شناخت درمانی برای بیماران (و درمانگران)
۴۱۳.....	ضمیمه D: منابع شناخت درمانی
۴۱۵.....	منابع

فصل ۱

معرفی مقدماتی

شناخت‌درمانی در اوایل دهه شصت میلادی توسط آرون تی بک در دانشگاه پنسیلوانیا به عنوان نوعی روان‌درمانی ساختارمند، کوتاه مدت، و منطبق بر وضعیت حال، برای درمان افسردگی تدوین شد و در جهت حل مشکلات فعلی و اصلاح تفکر و رفتار ناکارآمد بکار رفت (بک). از آن زمان بک و سایرین این درمان را در گستره بسیار وسیعی از اختلالات و جمعیت‌های روان‌پزشکی، به‌طور موفقیت‌آمیزی به‌کار بردند (فریمن و داتیلیو، فریمن، سیمون، بوتلر و آرکوویتز، اسکات، ویلیامز و بک).^۱ این انطباق‌ها سبب تغییر کانون توجه، تکنولوژی، و طول درمان شده‌اند، ولی مفروضه‌های نظری مربوطه همچنان ثابت باقی مانده‌اند. به‌طور خلاصه مدل شناختی بیانگر آن است که تفکر مختل یا ناکارآمد (که روی خلق و رفتار بیمار اثر می‌گذارد) در تمام اختلالات روان‌پزشکی شایع می‌باشد. ارزیابی واقع‌گرایانه و اصلاح تفکر، موجب بهبود خلق و رفتار می‌شود و تداوم بهبودی، از اصلاح باورهای ناکارآمد زمینه‌ای بیمار حاصل خواهد شد.

اشکال گوناگونی از شناخت - رفتار درمانی توسط نظریه پردازان بزرگ دیگری ایجاد شده است، مانند درمان منطقی - هیجانی آلبرت الیس (الیس)^۲، اصلاح شناختی - رفتاری دونالد مایکن‌بام (مایکن‌بام)^۳ و درمان چندوجهی آرنولد لازاروس (لازاروس)^۴. مایکل ماهونی^۵ و ویتوریو ژیدانو و ژيووانی لیوتی^۶ در این زمینه نقش‌های بسیار مهمی برعهده داشتند. نگاهی اجمالی به تاریخ شناخت‌درمانی، به‌خوبی توصیف می‌کند که

1- Freeman & Dattilio, 1992; Freeman, Simon, Beutler & Arkowitz, 1989; Scott, Williams & Beck, 1989

2- rational-emotive therapy of Albert Ellis (Ellis, 1962)

3- Donald Meichenbaum's cognitive-behavioral modification (Meichenbaum, 1977)

4- Arnold Lazarus's multimodal therapy (Lazarus, 1976)

6- Michael Mahoney (1991)

6- Vittorio Guidano and Giovanni Liotti (1983)

جریان‌های متفاوت شناخت‌درمانی چگونه نشأت گرفته و رشد کرده‌اند (آرنکوف و گلاس؛ هولون و بک)^۱.

در این کتاب بر شناخت‌درمانی (آنگونه که آرون بک ایجاد نموده و آن را تکامل بخشیده‌است) تأکید می‌گردد. شناخت‌درمانی بدان دلیل منحصر به فرد می‌باشد که نظامی از روان‌درمانی است که با نظریه واحدی از شخصیت و آسیب‌شناختی روانی همراه بوده و شواهد تجربی قابل توجهی آن را حمایت می‌کنند. درمان‌های عملی^۲ آن، کاربردهای گسترده‌ای دارند که توسط داده‌های تجربی نشأت گرفته از این تئوری حمایت می‌شوند.

از زمانی که نتایج اولین مطالعه فرجام‌پژوهی در سال ۱۹۷۷ منتشر شد، شناخت‌درمانی تحت آزمون‌های فراوانی قرار گرفته است (راش، بک، کوکس و هولون)^۳. مطالعات کنترل شده، کارایی آن را در درمان اختلال افسردگی اساسی (دوبسون ۱۹۸۹، به مت‌آنالیز «بررسی کلان» رجوع شود)^۴، اختلال اضطرابی منتشر (بوتلر، فنل، رابسون و گلدر)^۵، اختلال پانیک (بارلو، کراسک، کرنی و کلوسکو؛ بک، سوکول، کلارک، برچیک و رایت؛ کلارک، سالکوفسکیس، هاکمن، میدلتون و گلدر)^۶، فوبی اجتماعی^۷ (گلرنتز و همکاران؛ هایمبرگ و همکاران)^۸، سوء مصرف مواد^۹ (وودی و همکاران)^{۱۰}، همکاران)^{۱۱}، اختلالات خوردن (آگراس و همکاران؛ فیربورن، جونز، پولر، هوپ و دال؛ گارنر و همکاران)^{۱۲}، مشکلات زوجها (بوکوم، سایرز و شر)^{۱۳} و افسردگی بیماران بستری (پورز؛ میلر، نورمان، کیتنر، بیشاپ و داو؛ تاس، بولر و هاردن)^{۱۴} نشان داده‌اند.

اکنون در سراسر جهان شناخت‌درمانی به‌عنوان تنها راه درمان و یا درمان کمکی برای سایر اختلالات به‌کار می‌رود. موارد زیر از آن جمله‌اند: اختلال وسواسی-اجباری (سالکوفسکیس و کیرک)^{۱۵}، اختلال استرس پس از سانحه (دانکو و فوا؛ پاروت و هوس)^{۱۵}، اختلالات شخصیت (بک و همکاران؛ لیدن، نیومن، فریمن و مورس؛

1- Arnkoff & Glass, 1992; Hollon & Beck, 1993

2- operationalized therapy

3- Rush, Beck, Kovacs, & Hollon, 1977

4- see Dobson, 1989, for a meta-analysis

5- Butler, Fennell, Robson, & Gelder, 1991

6- Barlow, Craske, Cerny, & Klosko, 1989; Beck, Sokol, Clark, Berchick, & Wright, 1992; Clark, Salkovskis, Hackmann, Middleton, & Gelder, 1992

7- social phobia

8- Gelernter et al., 1991; Heimberg et al., 1990

9- substance abuse

10- Woody et al., 1983

11- Agras et al., 1992; Fairburn, Jones, Peveler, Hope, & Doll, 1991; Garner et al., 1993

12- Baucom, Sayers, & Scher, 1990

13- Bowers, 1990, Miller, Norman, Keitner, Bishop, & Dow, 1989; Thase, Bowler, & Harden, 1991

14- Salkovkis & Kirk, 1989

15- Dancu & Foa, 1992; Parrott & Howes, 1991

یانگ)^۱، افسردگی راجعه^۲ (آر. دروینز، ارتباط شخصی، اکتبر)^۳، درد مزمن (میلر، تورک، تورک، مایکن بام و گینست)^۴، خودبیمارانگاری^۵ (وارویک و سالکوفسکیس)^۶ و اسکیزوفرنی^۷ (چادویک و لو؛ کینگدون و تورکینگتون؛ پریس، اینگلسون و جانسون)^۸. جانسون)^۹. کاربرد شناخت‌درمانی برای جمعیت‌هایی غیر از بیماران روان‌پزشکی نیز تحت مطالعه است: زندانی‌ها، بچه‌های دبستانی، بیماران مبتلا به بیماری‌های بسیار گوناگون جسمانی، و بسیاری گروه‌های دیگر.

پرسونز، برنز و پرلوف^{۱۰} متوجه شدند که شناخت‌درمانی برای بیمارانی با سطوح ناکارآمد تحصیلات، درآمد و با پیشینه‌های متفاوت کارایی دارد و می‌تواند برای معالجه افراد در تمامی سطوح سنی از پیش دبستانی گرفته (کنل)^{۱۱} تا سالمندان (کیسی و گرانت؛ تامپسون، دیویس، گالاگر و کرانتز)^{۱۲} مورد استفاده قرار گیرد. گرچه این کتاب منحصراً بر درمان فردی تأکید دارد، اما در شناخت‌درمانی تغییراتی داده شده تا در گروه‌درمانی (بوتلر و همکاران؛ فریمن، شروت، گیلسون و لودگیت)^{۱۳}، مشکلات زوج‌ها (بوکام و ایشتین؛ داتیلیو و پادسکی)^{۱۴} و خانواده‌درمانی (بدروشیان و بوزیکاس؛ ایشتین، شلزینگر و درایدن)^{۱۵} نیز مورد استفاده قرار گیرد.

با این همه تغییرات انطباقی، شناخت‌درمانی چطور همچنان قابل تشخیص باقی مانده است؟ در تمام اشکال شناخت‌درمانی برگرفته از مدل بک، درمان برپایه دو موضوع استوار است: تعریف هر اختلال براساس شناخت‌درمانی؛ و کاربرد آن در مفهوم‌سازی یا درک بیمار مربوطه. درمانگر از راه‌های گوناگون، به دنبال تغییر شناخت بیمار است (یعنی ایجاد تغییراتی در نظام اعتقادات و تفکرات بیمار، به نحوی که تغییر رفتاری و عاطفی پایداری ایجاد کند).

برای شرح مفاهیم و روندهای شناخت‌درمانی، در سراسر این کتاب از یک بیمار واحد به عنوان مثال استفاده شده است. "سالی"^{۱۵} خانم مجرد هجده ساله سفید پوستی است که از بسیاری جهات یک بیمار تقریباً ایده‌آل به‌شمار می‌رود و درمان وی آشکارا

1- Beck et al., 1990; Layden, Newman, Freeman, & Morse, 1993; Young, 1990

2- recurrent depression

3- R. Derubeis, personal communication, October 1993

4- Miller, 1991; Turk, Meichenbaum, & Genest, 1983

5- hypochondriasis

6- Warwick & Salkovskis 1989

7- schizophrenia

8- Chadwick & Lowe, 1990; Kingdon & Turkington, 1994; Perris, Ingelson, & Johnson, 1993

9- Persons, Burns, and Perloff (1998)

10- Knell, 1993

11- Casey & Grant, 1993; Thompson, Davies, Gallagher & Krantz, 1986

12- Beutler et al., 1987; Freeman, Schrodt, Gilson, & Ludgate, 1993

13- Baucom & Epstein, 1990; Dattilio & Padesky, 1990

14- Bedrosian & Bozicas, 1994; Epstein, Schlesinger, & Dryden, 1988

15- Sally

اصول شناخت‌درمانی را با مثال نشان می‌دهد. او در ترم دوم کالج درصددِ معالجه خود برآمد، چرا که احساس افسردگی شدید و اضطراب متوسطی در چهار ماه گذشته داشت و در انجام کارهای روزمره‌اش با اشکال مواجه شده بود. در واقع بر اساس DSM-IV¹، او از معیارهای دورهٔ افسردگی اساسی با شدت متوسط برخوردار بود. تصویر کامل‌تر سالی در فصل بعد و در ضمیمهٔ A آورده شده است.

گفتگوی زیر که از چهارمین جلسهٔ درمان سالی انتخاب شده است، ویژگی‌های یک تداخل شناخت‌درمانی نمونه را نشان می‌دهد؛ بدین ترتیب که: مشکلی که برای بیمار اهمیت دارد، تعیین می‌شود؛ تفکر ناکارآمد مربوطه شناسایی و بررسی می‌شود؛ برنامه‌ای منطقی تدوین می‌گردد؛ و میزان سودمندی مداخله، مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.

درمانگر: خُب سالی، گفتی که می‌خواهی دربارهٔ مشکل پیدا کردن کار نیمه‌وقت صحبت کنی؟

بیمار: بله، من به پول احتیاج دارم ... ولی، نمی‌دانم.

درمانگر: (که درمی‌یابد بیمار، غمگین‌تر به نظر می‌رسد) الان داری چه فکری می‌کنی؟

بیمار: من نمی‌توانم از پس یک شغل بریایم.

درمانگر: و این به تو چه احساسی می‌دهد؟

بیمار: احساس غم، واقعاً غم.

درمانگر: پس تو به این فکر می‌کنی که «من نمی‌توانم از پس یک شغل برآیم» و آن هم تو را غمگین می‌کند. چه دلیلی دارد که فکر می‌کنی از عهده کار برنخواهی آمد؟

بیمار: خُب، من همین الان هم در به پایان رساندن کلاس‌هایم مشکل دارم.

درمانگر: خُب، دیگر چه؟

بیمار: نمی‌دانم..... من هنوز خیلی خسته‌ام. خیلی سخت است که خودم را متقاعدکنم حتی بروم و دنبال کار بگردم و بدتر از آن هر روز سرکار بروم.

درمانگر: حالا یک نگاهی به آن می‌اندازیم. شاید الان برای تو بیرون رفتن و جستجوی

کار سخت‌تر از رفتن به سرکار باشد. در هر صورت فرض می‌کنیم که تو

شغلی پیدا کردی؛ آیا مدرکی مبنی بر ناتوانی تو در انجام کار وجود دارد؟

بیمار: نه.... چیزی به ذهنم نمی‌رسد.

درمانگر: و اما بُعد دیگر قضیه: آیا مدارکی مبنی بر اینکه بتوانی از پس کار برآیی وجود دارد؟

بیمار: من سال گذشته کار می‌کردم و شغل من نسبت به مدرسه و سایر فعالیت‌هایم در اولویت قرار داشت. ولی امسال .. من واقعاً نمی‌دانم.

درمانگر: هیچ مدارکی مبنی بر این که بتوانی کاری را انجام دهی وجود دارد؟
بیمار: نمی‌دانم.... ممکن است بتوانم کاری را انجام دهم که وقت زیادی نگیرد و خیلی سخت نباشد.

درمانگر: مثلاً چه کاری؟

بیمار: مثلاً فروشندگی؛ من پارسال این کار را می‌کردم.

درمانگر: به نظرت کجا می‌توانی چنین کاری را انجام دهی؟

بیمار: در واقع شاید در کتابفروشی (دانشگاه). در یک آگهی دیدم که آنان به دنبال کارمند جدید می‌گردند.

درمانگر: خوب، و اگر تو بتوانی کاری در کتابفروشی بگیری بدترین اتفاقی که می‌تواند رخ دهد، چیست؟

بیمار: حدس می‌زنم بدترین اتفاق آن باشد که نتوانم از عهده‌اش برآیم.

درمانگر: و آیا می‌توانی با آن کنار بیایی؟

بیمار: بله، البته. به نظرم می‌رسد و لاش کنم.

درمانگر: و بهترین اتفاقی که می‌تواند بیفتد چیست؟

بیمار: اوه ... این که بتوانم آن را به آسانی انجام دهم.

درمانگر: واقع بینانه‌ترین پیامد چیست؟

بیمار: احتمالاً آسان نخواهد بود، خصوصاً در اوایل. ولی شاید بتوانم آن را انجام دهم.

درمانگر: اعتقاد داشتن به این فکر اولیه که «من از پس یک شغل برنخواهم آمد» چه تأثیری دارد؟

بیمار: مرا غمگین می‌کند و باعث می‌شود حتی تلاش خودم را هم نکنم.

درمانگر: و تأثیر این تغییر تفکر (یعنی پی بردن به این موضوع که شاید بتوانی در

کتابفروشی کار کنی) چیست؟

بیمار: احساس بهتری خواهم داشت. بیشتر راغب می‌شوم که دنبال کار باشم.

درمانگر: پس می‌خواهی راجع به این موضوع چه کار کنی؟

بیمار: به کتابفروشی می‌روم. می‌توانم همین امروز عصر بروم.

درمانگر: چقدر احتمال دارد که بروی؟

بیمار: اوه، به گمانم خواهم رفت. من حتماً می‌روم.

درمانگر: الان چه احساسی داری؟

بیمار: کمی بهترم. شاید کمی عصبی‌تر باشم ولی به نظرم کمی امیدوارتر هستم.

در اینجا سالی به‌آسانی می‌تواند تفکر ناکارآمد خود - یعنی «من قادر نخواهم بود از پس یک شغل برآیم» - را با سؤالاتی استاندارد (فصل هشت) شناسایی و ارزیابی کند. بسیاری از بیماران که با مشکل مشابهی مواجهند، پیش از آن که مشتاق شوند از نظر رفتاری کاری را ادامه دهند، به تلاش درمانی بسیار بیشتری نیاز دارند. علیرغم اینکه درمان باید برای هر فرد، حالت ویژه و اختصاصی داشته باشد، ولی اصول خاصی وجود دارند که پایه و اساس شناخت‌درمانی را برای تمامی بیماران تشکیل می‌دهند.

اصل شماره ۱

شناخت‌درمانی برپایه نوعی ضابطه‌بندی^۱ (درباره بیمار و مشکلات او از جنبه شناختی) استوار است که دائماً در حال تکامل می‌باشد. درمانگر سالی به دنبال آن است که مشکلات وی را در سه حیطه زمانی مفهوم‌سازی کند. او نخست، تفکر فعلی وی که به پایداری احساس غمگینی سالی کمک می‌کند ("من شکست خورده‌ام، من نمی‌توانم هیچ کاری را درست انجام دهم، من هرگز شاد نخواهم بود") و رفتارهای مشکل‌آفرین (منزوی کردن خود، گذراندن زمان بیش از اندازه در رختخواب و ممانعت از درخواست کمک) را شناسایی می‌کند. توجه داشته باشید که این رفتارهای مشکل‌آفرین، هم برخاسته از تفکر ناکارآمد سالی بوده و هم به نوبه خود آن را تقویت می‌کنند. او در وهله دوم، عوامل مساعدکننده^۲ که در زمان شروع افسردگی سالی، بر روی ادراک وی اثر می‌گذاشتند (یعنی این موضوع که دور شدن از خانه برای نخستین بار و دست و پنجه نرم کردن با درسها، سبب ایجاد باور بی‌کفایتی در وجود او شده است)، را شناسایی می‌کند. او در مرحله سوم، درباره حوادث تکاملی کلیدی و الگوهای پایای تفسیر این حوادث که ممکن است وی را مستعد افسردگی کرده باشند، نظریه‌پردازی می‌کند (سالی در تمام عمرش تمایل داشته است که قدرت‌های فردی و موفقیت خود را به شانس نسبت دهد و به نقاط ضعف (نسبی) خود به عنوان بازتاب «خود واقعی‌اش» نگاه کند).

1- formulation
2- precipitating factors

درمانگر او ضابطه‌بندی خود را بر اساس اطلاعاتی که سالی در اولین ملاقاتشان ارائه کرد، بنا می‌گذارد و همانطور که اطلاعات بیشتری بدست می‌آورد، این مفهوم‌سازی را در حین جلسات درمانی پالایش می‌کند. وی در نقاطی راهبردی، این مفهوم‌سازی را با بیمار در میان می‌گذارد تا مطمئن شود که او هم متوجه مطلب شده است. در ضمن در مدت معالجه به سالی کمک می‌کند تا تجربه خود را در یک مدل شناختی ببیند. مثلاً سالی می‌آموزد که تفکرات مرتبط با عواطف آشفته‌ساز خود را شناسایی نموده و پاسخهای سازگارانه‌تری را نسبت به تفکرات خود جستجو کرده و ضابطه‌بندی کند. این کار به بهبود احساس وی کمک می‌نماید و اغلب باعث می‌شود که به صورت کارآمدتری رفتار کند.

اصل شماره ۲

شناخت درمانی به یک ارتباط و اتحاد سالم درمانی^۱ نیاز دارد. سالی مثل اکثر بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی ساده، به راحتی به درمانگر خود (که تمام اجزای ضروری بنیادی - مانند صمیمیت، همدلی، توجه، مراقبت، احترام واقعی و شایستگی - را در هنگام مشاوره به نمایش می‌گذارد)، اعتماد کرده و در کار کردن با وی مشکلی ندارد. درمانگر سالی با بیان عباراتی حاکی از همدردی، گوش دادن دقیق و صمیمانه، خلاصه کردن دقیق تفکرات و احساسات او، و با ابراز خوش‌بینی و واقع‌گرایی، احترامش را به او نشان می‌دهد. ضمناً در پایان هر جلسه از سالی بازخورد^۲ می‌خواهد تا مطمئن شود که او در طول جلسه احساس مثبت داشته و هدف آنرا درک کرده است. سایر بیماران، به خصوص آنهایی که دچار اختلالات شخصیت هستند، به تحکیم بیشتر رابطه درمانی نیاز دارند تا بتوانند به خوبی همکاری نمایند. (بک و همکاران؛ یانگ)^۳. اگر سالی نیاز داشت، درمانگرش به طرق ناکارآمد، زمان بیشتری را صرف ایجاد ارتباط با او می‌کرد (و از جمله اینکه هر از چند گاهی از سالی می‌خواست افکارش را درباره او شناسایی و ارزیابی کند).

اصل شماره ۳

شناخت درمانی بر همکاری و مشارکت فعال تأکید دارد. درمانگر سالی، او را تشویق می‌کند که درمان را یک کار گروهی بداند. آنها با هم تصمیم می‌گیرند که مثلاً هر جلسه

1- sound therapeutic alliance

2- feedback

3- Beck et al., 1990; Young 1990

روی چه موضوعی کار کنند، کی و چگونه با هم ملاقات کنند، و سالی در بین جلسات چه کاری را باید به عنوان تکلیف درمانی انجام دهد. در ابتدا درمانگر او نقش بیشتری را در جهت‌دهی جلسات درمانی و خلاصه‌کردن بحث یک جلسه ایفا می‌کند. با کاهش میزان افسردگی سالی و مشارکت بیشتر او در روند درمان، درمانگر نیز وی را تشویق می‌کند که در جلسه درمانی فعالتر شود: یعنی تصمیم بگیرد راجع به چه موضوعاتی صحبت کنند، اختلالات تفکر خود را شناسایی نماید، نکات مهم را خلاصه کند، و تکالیف منزل را برای خودش تعیین نماید.

اصل شماره ۴

شناخت درمانی هدف‌نگر بوده و بر مشکل متمرکز است. درمانگر سالی در اولین جلسه از او می‌خواهد که مشکلاتش را برشمارد و اهداف خاصی تعیین کند. به‌عنوان مثال، نخستین مشکل سالی، احساس انزوا می‌باشد. سالی با دریافت رهنمودهایی، هدفی را به صورت رفتاری بیان می‌کند: یعنی ایجاد دوستی‌های جدید و صمیمی‌تر شدن با دوستان فعلی. درمانگرش کمک می‌کند تا سالی، تفکراتی که مانع از تحقق هدفش هستند (مانند اینکه «من چیزی ندارم که به کسی بدهم؛ آنها احتمالاً آنها نمی‌خواهند با من باشند») را ارزیابی کرده و به آنها واکنش نشان دهد. درمانگر در وهله اول در مطب به سالی کمک می‌کند که از طریق بررسی دلایل و مدارک مربوطه، اعتبار این افکار را بسنجد. سپس سالی مشتاق می‌شود که از طریق تجربیاتی که در آنها به همراه یک دوست و یک فرد آشنا، برنامه‌ریزی می‌کند، افکارش را مستقیماً آزمایش نماید. به محض اینکه وی به اختلال تفکر خود پی‌برد و آن را اصلاح نماید، می‌تواند با استفاده از روش حل مستقیم مسأله، روابط خویش را بهبود بخشد.

بدین ترتیب، درمانگر باید توجه خاصی به موانعی داشته باشد که بیمار را از حل مسأله بازمی‌دارند و از تحقق اهداف وی ممانعت به‌عمل می‌آورند. بسیاری از بیمارانی که قبل از آغاز اختلالشان عملکرد خوبی داشتند، شاید نیازی به آموزش مستقیم حل مسأله نداشته باشند؛ بلکه آنان از روش ارزیابی انگاره‌های ناکارآمدی که نمی‌گذارند از مهارت‌های قبلی‌شان استفاده کنند، بهره خواهند بُرد. برخی دیگر از بیماران، کاستی‌هایی در حل مسأله دارند و باید این راهبردها مستقیماً به آنها آموخته شود. بنابراین درمانگر باید مشکلات ویژه هر یک از بیماران را مفهوم‌سازی کند و سطح مداخله مناسب را ارزیابی نماید.

اصل شماره ۵

شناخت درمانی در ابتدا بر زمان حال تأکید دارد. درمان اغلب بیماران شامل تمرکز جدی بر روی مشکلات فعلی و موقعیت‌های خاصی است که برای بیمار ناراحت کننده‌اند. حل موقعیت‌های ناراحت کننده فعلی و یا ارزیابی واقع‌بینانه‌تر آنها، معمولاً از شدت علائم بیمار می‌کاهند. لذا شناخت‌درمانگر، تمایل دارد که بدون در نظر گرفتن تشخیص مربوطه، درمان را با بررسی مشکلات اینجا و اکنون بیمار آغاز کند. در سه حالت، توجه درمانگر به گذشته معطوف می‌گردد: وقتی بیمار شدیداً تمایل به این کار دارد؛ وقتی پرداختن به مشکلات فعلی هیچ تغییر شناختی، رفتاری یا عاطفی به بار نمی‌آورد (و یا تغییرات اندکی ایجاد می‌نماید)؛ یا وقتی درمانگر تشخیص می‌دهد که پی‌بردن به زمان و نحوه آغاز افکار مهم ناکارآمد بیمار و نیز تأثیر کنونی این افکار بر روی او، اهمیت بسزایی دارد. به‌عنوان مثال، درمانگر سالی در اواسط درمان، حوادث دوران کودکی را به بحث می‌گذارد تا به او کمک کند یک سری عقایدی که او در کودکی آموخته را شناسایی نماید: «اگر به مدارج بالا برسیم، مفهومش این است که آدم موفق هستم» و «اگر به مدارج بالا دست نیابیم، یعنی شکست خورده‌ام». درمانگر او به وی کمک می‌کند که اعتبار این عقاید را در گذشته و حال بسنجد. این کار تا حدی باعث می‌شود که سالی به عقاید کارآمدتر و منطقی‌تری دست یابد. اگر سالی اختلال شخصیت می‌داشت، درمانگر او نیز به نسبت، زمان بیشتری را برای بحث درباره تاریخچه رشد و نمو او و منشأ عقاید دوران کودکی‌اش و رفتارهای تطابقی وی صرف می‌کرد.

اصل شماره ۶

شناخت‌درمانی، جنبه آموزشی دارد، و به بیمار یاد می‌دهد که چگونه درمانگر خود باشد، و بر جلوگیری از عود تأکید می‌کند. در جلسه اول، درمانگر سالی در مورد ماهیت و مراحل اختلالش به او آموزش می‌دهد و روند شناخت‌درمانی و مدل شناختی (یعنی اینکه افکارش چگونه روی احساسات و رفتارش اثر می‌گذارند) را به او می‌آموزد. او نه تنها کمکش می‌کند که هدفگذاری کند و افکار و عقایدش را بشناسد و ارزیابی نماید و برای تغییر رفتاری برنامه‌ریزی کند، بلکه به او یاد می‌دهد چگونه این کارها را انجام دهد. او در هر جلسه سالی را تشویق می‌کند که افکار مهمی که آموخته است را به صورت کتبی ثبت کند، تا بتواند از درک جدید خود در هفته‌های آتی و پس از اتمام درمان، بهره‌گیرد.

اصل شماره ۷

شناخت‌درمانی در زمان محدودی انجام می‌شود. اغلب بیماران مبتلا به اختلالات افسردگی و اضطراب، طی چهار تا چهارده جلسه تحت درمان قرار می‌گیرند. درمانگر سالی همان اهدافی را که برای همه بیماران دارد، برای سالی هم دارد: یعنی رفع علائم، تسهیل در بهبود بیماری، کمک به او در جهت حل مشکلات مهم وی، و آموختن راهکارهایی به منظور جلوگیری از عود بیماری‌اش. سالی در ابتدا جلسات درمانی هفتگی دارد. (در صورت ابتلا به افسردگی شدیدتر و یا سابقه اقدام به خودکشی، ممکن بود جلسات درمانی بیشتری برای وی ترتیب دهند). آنان پس از دو ماه، با هم تصمیم می‌گیرند که جلسات را هر دو هفته یک بار برگزار کرده و سپس ماهی یک بار را امتحان کنند. حتی پس از اتمام درمان، جلسات «اضافی» دوره‌ای را هر سه ماه یک بار و به مدت یک سال برنامه ریزی می‌کنند.

البته همه بیماران در طول چند ماه به پیشرفت قابل ملاحظه‌ای دست نمی‌یابند. بعضی از آنها به یک یا دو سال درمان و یا (حتی بیشتر) احتیاج دارند تا بتوانند عقاید ناکارآمد بسیار راسخ و آن دسته از الگوهای رفتاری که در بیماری مزمن آنها نقش دارند را اصلاح کنند.

اصل شماره ۸

جلسات شناخت‌درمانی، ساختاریافته می‌باشند. صرفنظر از تشخیص مطرح شده یا مرحله درمان، شناخت‌درمانگر تمایل دارد که در هر جلسه ساختار یکدستی را رعایت کند. درمانگر سالی، خُلق او را بررسی کرده، از او می‌خواهد مرور مختصری بر هفته گذشته داشته باشد، به کمک هم دستور کار جلسه را تنظیم می‌کنند، بازخورد جلسه قبل را درآورده و تکلیف منزل را مرور می‌کند؛ وی عناوین دستورکار را به بحث می‌گذارد، تکلیف منزل جدیدی می‌دهد، مرتباً جمع‌بندی می‌کند و در پایان هر جلسه بدنبال بازخورد می‌گردد. این ساختار در تمام طول درمان ثابت می‌ماند. هر چه افسردگی سالی کمتر می‌شود، درمانگرش وی را تشویق می‌کند که در تدوین دستورکار، تعیین تکالیف منزل خود، و بررسی افکارش (و نشان دادن واکنش نسبت به آنها) نقش بیشتری را برعهده گیرد. پیروی از یک چارچوب تعیین شده، باعث می‌شود که روند درمان هم برای سالی و هم برای درمانگر قابل درک‌تر باشد و سالی را به احتمال بیشتری قادر می‌سازد تا پس از اتمام دوره درمان، در صورت لزوم از عهده خوددرمانی برآید. این

روش در عین حال موجب می‌شود که روی مسائلی که برای سالی مهمترند، تمرکز شده و حداکثر استفاده از طول مدت درمان به عمل آید.

اصل شماره ۹

شناخت درمانی به بیماران می‌آموزد که افکار و عقاید ناکارآمد خود را شناسایی و بررسی کرده و به آنها پاسخ دهند. آنچه که در ابتدای فصل گفته شد، نشان می‌دهد که درمانگر سالی چگونه به او کمک می‌کند روی یک مسئله خاص تمرکز کند (پیدا کردن کار نیمه وقت)، به تفکر ناکارآمد خود پی‌برد (با پرسیدن اینکه در ذهنش چه می‌گذرد)، اعتبار تفکرش را بررسی کند (از طریق بررسی دلایلی که ظاهراً صحت و سقم تفکرش را به اثبات می‌رسانند) و یک برنامه عملی تدوین نماید. او این کار را با مطرح کردن پرسش‌های ملایم سقراطی انجام می‌دهد و کمک می‌کند سالی بیشتر احساس نماید که درمانگر او حقیقتاً به تجربه‌گرایی اشتراکی علاقمند است، یعنی به جای اینکه با سالی به چالش برخیزد یا بخواهد دیدگاهش را به او تحمیل کند، با بازنگری دقیق داده‌ها به او کمک می‌کند صحت و سودمندی افکارش را تعیین نماید. او در سایر جلسات، از کشف هدایت شده^۱ استفاده می‌کند؛ یعنی روندی که او مدام از سالی در مورد معنای افکارش سؤال می‌کند تا عقاید بنیادینش را نسبت به خویشتن، دنیای اطرافش، و سایر افراد آشکار کند. او با طرح این پرسش‌ها، سالی را راهنمایی می‌کند تا اعتبار و عملی بودن^۲ عقایدش را بررسی کند.

اصل شماره ۱۰

شناخت درمانی از تکنیک‌های گوناگونی برای تغییر تفکر، خلق و رفتار استفاده می‌کند. با وجود اینکه راهبردهای شناختی (مانند مطرح کردن پرسش‌های سقراطی و کشف هدایت شده) نقش مهمی در شناخت درمانی دارند، ولی تکنیک‌های برگرفته از سایر روش‌های راه‌یابی (به‌خصوص رفتاردرمانی و گشتالت درمانی) نیز در چارچوب شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرند. درمانگر بر اساس ضابطه‌بندی هر مورد و اهدافی که در جلسات اختصاصی خود دنبال می‌کند، تکنیک‌های خاصی را انتخاب می‌نماید.

این اصول بنیادین در مورد تمام بیماران صدق می‌کنند. البته شیوه درمان در هر بیمار بسته به ماهیت مشکلاتش، اهداف او، توانایی وی در ایجاد رابطه درمانی قوی،

1- guided discovery
2- functionality

انگیزه وی برای تغییر، تجارب درمانی قبلی، و اولویت‌های درمانی او بسیار متنوع است. تأکید درمان بستگی به اختلال (یا اختلالات) ویژه بیمار دارد. به‌عنوان مثال شناخت‌درمانی در مورد اختلال اضطرابی منتشر، بر ارزیابی مجدد خطر در موقعیت‌های خاص و راه‌حل‌های فرد برای کنار آمدن با تهدید تأکید می‌کند (بک و امری)^۱. درمان اختلال پانیک شامل ارزیابی تفسیرهای نادرست و فاجعه‌بار بیمار (معمولاً پیشگویی‌های نادرستی که تهدید کننده حیات یا سلامت فرد هستند) و یا احساسات جسمی یا روانی بیمار می‌باشد (کلارک)^۲. بی‌اشتهایی نیازمند اصلاح اعتقادات بیمار درباره ارزش فردی و کنترل فردی است (گارنر و بمیس)^۳. در درمان سوء مصرف مواد، بر روی باورهای منفی بیمار درباره خود و باورهای تسهیل‌کننده یا اجازه دهنده مصرف مواد تأکید می‌شود (بک، رایت، نیومن و لیز)^۴. می‌توانید توضیحات مختصری در این باره و درباره سایر اختلالات را در فصل شانزدهم بیابید.

ارتقا در مقام یک شناخت‌درمانگر

از دیدگاه یک مشاهده‌گر آموزش ندیده، گاهی شناخت‌درمانی به‌طور فریبنده‌ای ساده بنظر می‌رسد. مدل شناختی (مبنی بر اینکه افکار فرد بر روی عواطف و رفتار او تأثیر می‌گذارند) نسبتاً ساده و قابل فهم است. با این حال، شناخت‌درمانگرهای با تجربه، کارهای زیادی را به‌طور همزمان انجام می‌دهند: مفهوم‌سازی بیمار، گزارش نویسی، اجتماعی کردن و آموزش بیمار، شناسایی مشکلات، جمع‌آوری اطلاعات، آزمودن فرضیه‌ها، و خلاصه برداری. در حالی که شناخت‌درمانگر مبتدی، معمولاً باید تأمل بیشتری کرده و ساختاری‌تر عمل کند و در هر لحظه روی یک جزء تمرکز نماید. با وجود آنکه هدف نهایی، همانا در هم بافتن اجزای درمان و هدایت درمان به نحوی کارآمدتر و اثربخش‌تر است، ولی مبتدیان باید در ابتدا به شناخت تکنیک‌ها و فنون شناخت‌درمانی بپردازند که بهترین شیوه تحقق آن، استفاده از شیوه‌ای ساده و قابل فهم است.

کسب مهارت به‌عنوان یک شناخت‌درمانگر را می‌توان در سه مرحله مورد بررسی قرارداد. (توضیحات زیر با این پیش‌فرض مطرح شده‌اند که فرد درمانگر، از مهارت کافی در نشان دادن همدلی، شایستگی، و توجه به بیماران برخوردار هستند.) در مرحله

1- Beck & Emery, 1985

2- Clark, 1989

3- Garner & Bemis, 1985

4- Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993

اول، درمانگران می‌آموزند که به جلسه درمانی ساختار بخشند و از تکنیک‌های بنیادی استفاده کنند. آنان مهارت‌های اصلی مفهوم‌سازی مشکل بیمار را به صورت شناختی (و بر اساس ارزیابی مصاحبه پذیرش بیمار و داده‌های بدست آمده در جلسه درمانی) می‌آموزند که به اندازه موارد پیشین اهمیت دارد.

در مرحله دوم، درمانگران به تدریج یافته‌های حاصل از مفهوم‌سازی را با شناخت خود از تکنیک‌ها درهم می‌آمیزند. آنها توانایی خود را جهت درک روند درمان تقویت کرده و راحت‌تر می‌توانند اهداف مهم و اساسی درمان را شناسایی کنند. درمانگران به مرور در مفهوم‌سازی بیماران، پالایش مفهوم‌سازی‌های خود در طی جلسه درمان، و بهره‌گیری از مفهوم‌سازی برای تصمیم‌گیری در خصوص مداخلات مربوطه، مهارت بیشتری کسب می‌کنند. آنان تنوع تکنیک‌هایشان را گسترش می‌دهند و در انتخاب، زمان‌بندی و به‌کارگیری تکنیک‌های مناسب، خبره‌تر می‌شوند.

درمانگران در مرحله سوم، داده‌های جدید را به صورت خودآیند، با مفهوم‌سازی درهم می‌آمیزند. آنان توانایی نظریه‌پردازی خود در راستای تأیید یا رد نظراتشان درباره بیمار را بهبود می‌بخشند و ساختار و تکنیک‌های شناخت‌درمانی پایه را آن طوری که مناسب باشد تغییر می‌دهند (به ویژه در موارد دشواری چون اختلالات شخصیت).

چگونه از این کتاب استفاده کنیم

این کتاب برای تمامی افرادی نوشته شده است که در هر سطحی از مهارت و تجربه قرار داشته و فاقد خبرگی لازم در مفاهیم زیربنایی درمان و مفهوم‌سازی شناختی هستند. برای پی بردن به شیوه تغییردادن درمان‌های استاندارد جهت هریک از بیماران و زمان مناسب آن، تسلط بر عناصر پایه شناخت‌درمانی از اهمیت بسیاری برخوردار است.

اگر ابزارهای توصیف شده در این کتاب را به تدریج بر روی خودتان اجرا کنید، پیشرفت بیشتری (به‌عنوان یک شناخت‌درمانگر) را تجربه خواهید کرد. در ابتدا و در هنگامی که کتاب را مطالعه می‌کنید، سعی کنید افکار و عقاید خودتان را مفهوم‌سازی کنید. در فصل بعد، مطالب بیشتری درباره مدل شناختی فراخواهید گرفت: یعنی احساس عاطفی و هیجانی شما در یک زمان مشخص (و نوع واکنش فیزیکی و رفتاری شما در آن زمان) تحت تأثیر درک شما از موقعیت مربوطه و بالاخص تحت تأثیر ذهنیت شما قرار دارد. همین حالا به تغییرات عاطفه خودتان توجه کنید. وقتی متوجه شدید خُلقتان تغییر کرده یا در جهتی منفی شدت یافته و یا وقتی متوجه یکسری احساسات جسمی

شدید که با عاطفه منفی همراهند، از خودتان بپرسید که درحال تجربه چه احساسی هستید، ضمن آن که سؤال اصلی شناخت‌درمانی را نیز از خودتان بپرسید:

الآن در ذهن من چه می‌گذشت؟

با این روش به خودتان می‌آموزید که چطور افکارتان را شناسایی کنید، بخصوص «افکار خودآیند»^۱ را که در فصل بعد بیشتر توضیح داده شده‌اند. با یادگیری مهارت‌های پایه شناخت‌درمانی و بکارگیری آنها روی خودتان، توانایی شما در آموزش همین مهارت‌ها به بیمارانتان نیز بیشتر خواهد شد.

اگر بتوانید هنگام مطالعه این کتاب و هنگام اجرای این تکنیک‌ها روی بیمارانتان، افکار خودآیندتان را شناسایی کنید، بسیار مفید خواهد بود. به‌عنوان مثال اگر می‌بینید مختصری احساس ناراحتی و استرس دارید، از خودتان بپرسید: «الآن در ذهن من چه می‌گذشت؟» در این صورت ممکن است افکار خودآیندی چون افکار زیر را کشف کنید:

«خیلی سخت است»

«ممکن است نتوانم در این کار خبره شوم»

«من با این کار احساس راحتی نمی‌کنم»

«اگر سعی کنم و نشود چه؟»

درمانگران با تجربه‌ای که روش کار اصلی‌شان شناختی نبوده، ممکن است با مجموعه متفاوتی از افکار خودآیند آشنا باشند:

فایده‌ای ندارد.

بیمار آن را نخواهد پسندید.

خیلی سطحی / ساختاری / فاقد همدلی / و ساده است.

با کشف افکار خودآیند، می‌توانید آنها را یادداشت کرده و مجدداً روی مطالعه‌تان تمرکز کنید یا به فصول هشتم و نهم مراجعه کنید که توضیح داده است چگونه افکار خودآیند را بررسی کرده و به آنها پاسخ دهید. با معطوف کردن توجه به سمت افکار خودتان، نه تنها می‌توانید مهارت‌های شناخت‌درمانی خود را ترقی دهید، بلکه در ضمن این فرصت را هم دارید که افکار ناکارآمد خود را اصلاح کرده، خُلق و رفتارتان را تحت تاثیر قرار دهید و مطالب بیشتری را فراگیرید.

1- automatic thoughts

قیاس رایجی که برای بیماران مورد استفاده قرار می‌گیرد، برای شناخت درمانگر تازه‌کار نیز کاربرد دارد. آموختن مهارت‌های شناخت‌درمانی مثل یادگرفتن هر مهارت دیگر است. آیا به خاطر دارید که چگونه رانندگی، تایپ و استفاده از کامپیوتر را فراگرفتید؟ آیا در آغاز کمی احساس ناخوشایندی داشتید؟ آیا مجبور بودید به جزئیات و حرکات بسیار جزئی که اکنون به‌آسانی و بی اختیار به ذهنتان خطور می‌کند، بیشتر بپردازید؟ آیا مایوس می‌شدید؟ آیا همزمان با پیشرفت شما، این روند هرچه بیشتر معنی‌دار نشد و شما احساس راحتی بیشتر و بیشتری نکردید؟ آیا در نهایت به آن حد از مهارت رسیدید که بتوانید کارها را به‌طور ساده و با اعتماد به نفس انجام دهید؟ اغلب مردم در آموختن مهارتی که در آن خبره‌اند، چنین تجربه‌ای داشته‌اند.

فرآیند یادگیری برای شناخت‌درمانگر مبتدی نیز به همین ترتیب است. در حالی که یاد می‌گیرید این کارها را برای بیمارتان انجام دهید، سعی کنید اهدافتان را کوچک، واضح و واقع‌بینانه نگهدارید. با موفقیت‌های کوچک به خودتان اعتبار ببخشید. میزان پیشرفت خود را با سطح توانایی خود قبل از خواندن این کتاب یا زمانی که تازه شروع به یادگیری شناخت‌درمانی کرده بودید، مقایسه کنید. فرصت‌های پاسخگویی به افکار منفی (که در آنها، خودتان را ناعادلانه با شناخت‌درمانگرهای با تجربه مقایسه می‌کنید و یا در آنها، سطح فعلی مهارتتان را با اهداف نهایی خود مقایسه می‌نمایید و بدین ترتیب، اعتماد به نفس خود را تضعیف می‌کنید) را غنیمت شمارید.

و سرانجام، لازم به ذکر است که فصول این کتاب طوری طراحی شده‌اند که باید به همین ترتیب مورد مطالعه قرارگیرند. ممکن است خوانندگان تمایل داشته باشند از فصول مقدماتی بگذرند و به بخش‌های تکنیکی برسند. اما شما مجبورید که فصل بعد (با موضوع مفهوم‌سازی) را به‌دقت مطالعه کنید، چون درک عمیق ترکیب و ساختار شناختی یک بیمار، برای انتخاب درست تکنیک‌ها ضروری است. فصول سوم، چهارم، و پنجم، ساختار جلسات درمانی را طرح‌ریزی می‌کنند. فصول شش تا یازده، زیرساخت‌های اصلی شناخت‌درمانی (یعنی شناسایی افکار و باورهای خودآیند و پاسخگویی انطباقی به آنها) را شرح می‌دهند. تکنیک‌های دیگر شناختی و رفتاری در فصل دوازده آورده شده و تصویرسازی ذهنی در فصل سیزده شرح داده شده‌است. فصل چهارده، تکالیف را توضیح می‌دهد. فصل پانزده موضوعات مربوط به اتمام درمان و پیشگیری از عود را مطرح می‌کند. این فصول، زیربنای فصول شانزده و هفده (برنامه‌ریزی درمان و تشخیص مشکلات در درمان) هستند. در نهایت، فصل هجدهم رهنمودهایی جهت پیشرفت به‌عنوان یک شناخت‌درمانگر را ارائه می‌کند.

فصل ۲

مفهوم‌سازی شناختی^۱

مفهوم‌سازی شناختی، شالودهٔ درک درمانگر از بیمار می‌باشد. او برای آغاز روند ضابطه-بندی بیمار، سؤالات زیر را از خود می‌پرسد:

تشخیص مطرح شده برای بیمار چیست؟
مشکلات فعلی او چه هستند؟ این مشکلات چگونه به وجود آمدند و به چه دلیل پابرجا باقی مانده‌اند؟
چه افکار و باورهای ناکارآمدی همراه این مشکلات هستند؟ تفکرات او چه واکنش‌هایی (هیجانی، فیزیولوژیکی، رفتاری) را به همراه دارد؟

سپس درمانگر فرضیه‌ای را مطرح می‌کند که بیمار مورد نظر، چگونه دچار این اختلال ویژه روانپزشکی شده است:

چه آموزش‌ها و تجربیات قدیمی (و شاید استعدادهای ژنتیکی) در مشکلات امروزه وی نقش دارند؟
باورها (نگرش‌ها، انتظارات، و قواعد) و افکار بنیادی وی کدامند؟
او چگونه با باورهای ناکارآمد خود کنار آمده است؟ و برای سازگاری با باورهای ناکارآمد خود چه سازوکارهای شناختی، عاطفی و رفتاری (اعم از مثبت یا منفی) را اتخاذ کرده است؟ او خودش، دیگران، دنیای شخصی خود و آینده‌اش را چگونه می‌دید و اینک چگونه می‌بیند؟
چه محرک‌های تنش‌زایی در مشکلات روانی وی نقش دارند؟ یا در توانایی او برای حل مشکلاتش مداخله می‌کنند؟

درمانگر در اولین تماس خود با بیمار شروع به تدوین مفهوم‌سازی شناختی کرده و تا آخرین جلسه، مدام این مفهوم‌سازی را پالایش می‌کند. این ضابطه‌بندی رو به تکامل

1- cognitive conceptualization