

فهرست

بخش اول: وجه تمایزهای نظری	۲۱
مقدمه: بک و گروهش	۲۳
فصل ۱. درمان شناختی بر اساس مفهوم پردازش سازمان‌بندی می‌شود	۲۵
فصل ۲. در درمان شناختی مشکلات روانی مختلف با موضوعات شناختی خاص	
مرتبط هستند.	۳۰
فصل ۳. رویکردهای درمان شناختی برای مشکلات روانی مختلف متغیر است	۳۵
فصل ۴. عملکرد شناختی بر اساس وجود طرحواره‌های عمیق سازمان‌بندی شده‌اند ...	۳۹
فصل ۵. مهم است که ریشه‌های تکاملی مشکلات روانشناختی بررسی و شناخته شود	۴۳
فصل ۶. بک انواع و سطوح مختلفی از شناخت‌ها را توصیف کرده است	۴۷
فصل ۷. تحریف‌های شناختی نقش مهمی را در مشکلات هیجانی بازی می‌کنند، اما این	
تحریف‌ها الزاماً غیر منطقی نیستند.	۵۳
فصل ۸. تصویرهای ذهنی نیز حاوی عناصر اصلی تحریف‌های شناختی هستند	۵۷
فصل ۹. شناخت، هیجان و رفتار به طور متقابل با همدیگر ارتباط دارند و بر همدیگر تأثیر	
می‌گذارند	۶۲
فصل ۱۰. رفتارهای امنیت‌جویانه مانند اجتناب، اطمینان‌جویی و گوش به زنگی بیش از	
اندازه نقش مهمی را در تداوم اضطراب بازی می‌کنند	۶۶
فصل ۱۱. راهبردهایی که سوگیری توجهی منفی را مورد هدف قرار می‌دهند، مدل درمان	
شناختی را تقویت می‌کنند	۷۱
فصل ۱۲. فراشناخت - یعنی نحوه تفکر فرد درباره‌ی فکر کردن خودش - بر	
احساس و رفتار تأثیر می‌گذارد	۷۸
فصل ۱۳. ذهن آگاهی و توجه آگاهی به افکار منفی احتمالاً در آینده بخش اصلی	
درمان شناختی را تشکیل خواهد داد	۸۳
فصل ۱۴. شناخت‌شناسی بک از فرایند آشکار و مشخصی برخوردار است و این امر	
درمانگران شناختی را قادر می‌سازد دانش بالینی مناسبی تدوین کنند و از آن پیروی نمایند .	۸۸
فصل ۱۵. تدوین پروتکل‌های درمانی و مهارت‌های اختصاصی به عنوان مهم‌ترین عامل‌های	
برقراری ارتباط بین نظریه‌ی درمان شناختی - رفتاری و کار بالینی شناخته شده‌اند	۹۱
نتیجه‌گیری از بخش اول کتاب	۹۳

۹۵	بخش دوم: وجه تمایزهای کاربردی
۹۷	درمان شناختی بک یک مدل اصولی است: ۱۵ فصل در مورد کار بالینی با این مدل ...
	فصل ۱۶. درمانگران شناختی برای تمرکز بر کار درمانی از مفهوم پردازش استفاده
۱۰۰	می‌کنند
	فصل ۱۷. درمانگران شناختی، همانند درمانگران دیگر از مفهوم پردازش برای مقابله
۱۰۵	با مشکلات بین فردی و اتحاد درمانی استفاده می‌کنند
۱۰۸	فصل ۱۸. درمان شناختی مستلزم یک رابطه‌ی درمانی امن و صمیمانه است
۱۱۱	فصل ۱۹. درمانگران شناختی بر اهمیت همکاری در ارتباط درمانی تأکید می‌کنند ..
۱۱۴	فصل ۲۰. درمان شناختی خلاصه و محدود به زمان است
۱۱۸	فصل ۲۱. درمان شناختی ساختارمدار و جهت‌مند است
۱۲۲	فصل ۲۲. درمان شناختی مشکل‌مدار و هدفمند است
۱۲۶	فصل ۲۳. درمان شناختی بر زمان حال تأکید می‌کند
۱۲۹	فصل ۲۴. درمان شناختی از یک مدل آموزشی استفاده می‌کند
۱۳۴	فصل ۲۵. تکلیف یکی از ویژگی‌های اصلی درمان شناختی است
	فصل ۲۶. درمانگران شناختی به مراجعان آموزش می‌دهند که افکار خود را ارزشیابی و
۱۴۱	تعدیل کنند
	فصل ۲۷. درمان شناختی برای تغییر محتوای شناختی از روش‌های متعددی
۱۴۶	استفاده می‌کند
	فصل ۲۸. درمان شناختی از روش‌های متعددی برای تغییر پردازش شناختی
۱۵۱	استفاده می‌کند
	فصل ۲۹. درمان شناختی از روش‌های متعددی برای ایجاد تغییرات رفتاری
۱۵۶	استفاده می‌کند
۱۶۰	فصل ۳۰. درمانگران شناختی ابزاری را برای سنجش کفایت درمانگر طراحی کرده‌اند
۱۶۶	خلاصه و مرور بخش دوم کتاب
۱۶۸	نتیجه‌گیری
۱۷۴	منابع
۱۸۳	نمایه

تقدیم به

همسرم، سیما احمدی که این اثر به لطف همکاری‌های
بی‌دریغ او به ثمر نشست

و

استادان عزیزم

دکتر لادن فتی، دکتر فرشته موتابی و دکتر عطا قادری که
دانش روان‌شناسی و فضیلت شکیبایی و تواضع را به من
آموختند.

سخن مترجم

هنگامی که در سال ۱۳۸۵ وارد دوره کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی شدم، تصمیم گرفتم که در طی این دوره به سه سؤال اصلی که جهت‌گیری من را در این رشته مشخص می‌کرد، پاسخ دهم: (۱) روی چه اختلال یا اختلالاتی کار کنم؟؛ (۲) تحقیق و کار بالینی خود را بر چه گروهی از مراجعان متمرکز کنم؟؛ و (۳) از چه نظریه و رویکرد درمانی استفاده کنم؟ پاسخ سؤال اول و دوم در فاصله سه ترم اول و طی یک فرایند تدریجی مشخص شد. ابتدا به مشکلات روانی افراد مبتلا به سرطان (به‌ویژه اضطراب و افسردگی) علاقمند شدم و مطالعات خود را در این زمینه آغاز کردم. ترجمه کتاب درمان شناختی - رفتاری بیماری‌های مزمن پزشکی حاصل آن دوران است. حتی من و یکی از همکارانم پژوهش ناتمامی را درباره اضطراب، افسردگی و مهارت‌های مقابله‌ای افراد مبتلا به سرطان آغاز کردیم. اما خیلی زود دریافتم که پژوهش و کار بالینی در این زمینه مستلزم مواجهه مکرر با موضوع مرگ و یک جهش معنوی از مرحله رشدی صمیمیت در مقابل انزوا به مرحله انسجام در مقابل یأس است. بنابراین، حیطه‌های دیگری را امتحان کردم. در این زمان بود که مشکلات مربوط به خوردن و چاقی دغدغه اصلی من شد. دوباره دریافتم که اختلالات اضطرابی و اختلالات افسردگی از اختلالات شایع همبود با مشکلات خوردن و چاقی هستند. به نظر می‌رسید جواب سؤال اول را پیدا کرده‌ام. جواب سؤال دوم نیز در پی یافتن پاسخ سؤال اول مشخص شد. به عبارتی دیگر، ماهیت و شیوع‌شناسی اختلالات انتخاب شده به طور ضمنی نشان می‌داد که کارهای آینده من بیشتر بر زنان و تا حدودی مردان مبتلا به اختلالات خوردن، اختلال افسردگی و اختلالات اضطرابی متمرکز خواهد شد. زیرا از یک طرف، اختلالات خوردن، چاقی، اختلال افسردگی و اختلالات اضطرابی در زنان در مقایسه با مردان شیوع بیشتری دارد و از سوی دیگر معتقدم کار بر روی مشکلات کودکان و نوجوانان مستلزم یک دانش تخصصی است. اما یافتن جواب سؤال سوم دشوارتر بود. مطالعات متعددی نشان داده‌اند که درمان شناختی - رفتاری درمان انتخابی مؤثر برای اختلال افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلالات خوردن و چاقی است. در این هنگام با دکتر لادن فتی و دکتر فرشته موتابی آشنا شدم و تحت نظر ایشان مطالعه اصول نظری و بالینی درمان شناختی - رفتاری را آغاز کردم و این فرایند هم‌اکنون ادامه دارد. در تمام این مدت سعی کردم که

رویکرد شناختی - رفتاری را به شیوه‌ای نقادانه و در مقایسه با سایر رویکردهای روان‌درمانی (مانند روان‌تحلیل‌گری، درمان مراجع‌محور، طرح‌واره‌درمانی، درمان فراشناختی و ...) مطالعه کنم. اما، در طی این فرایند دریافتم علی‌رغم اینکه کتاب‌های متعددی در زمینه پروتکل‌های درمان شناختی برای اختلالات روان‌شناختی به فارسی ترجمه شده است، اما منابع فارسی محدودی درباره بنیان‌های نظری و تاریخی نظریه و درمان شناختی و همچنین رویکردهای دیگر (به استثنای طرح‌واره‌درمانی و درمان فراشناختی) وجود دارد. به همین دلیل منتظر فرصتی بودم تا کتابی را در این زمینه به فارسی ترجمه یا تألیف کنم که اگر آن را در ابتدای دوره آموزش درباره درمان شناختی - رفتاری مطالعه می‌کردم برایم مفید واقع می‌شد.

کتاب تندآموز درمان شناختی بک جلد از مجموعه کتاب‌های تندآموز انتشارات راتلیج^۱ است که در هر جلد از این مجموعه کتاب، اصول و راهبردهای درمانی یکی از رویکردهای درمان شناختی - رفتاری (مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، فعال‌سازی رفتاری، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی، طرح‌واره‌درمانی، درمان رفتاری - دیالکتیکی، و ...) توضیح داده شده است. این کتاب را دکتر ارجمند به من معرفی کردند و مطلع شدم که انتشارات ارجمند در حال ترجمه و انتشار کل این مجموعه است. در این کتاب تحول تاریخی نظریه درمان شناختی و اصول نظری و بالینی آن به صورتی مختصر و مفید توضیح داده شده است و همزمان رویکرد شناختی با رویکردهای درمانی متداول قرن بیستم مورد مقایسه قرار گرفته است. ساختارمند بودن، هدفمندبودن و خلاصه بودن از اصول کاربردی مهم درمان شناختی - رفتاری به شمار می‌رود و به نظر می‌رسد نویسنده کتاب این اصول را در نگارش و سازمان‌بندی کتاب نیز رعایت کرده است. بنابراین اطمینان یافتیم که این کتاب به‌طور خاص و این مجموعه کتاب به‌طور عام منبع مفیدی برای دانشجویان و درمانگرانی خواهد بود که می‌خواهند رویکردهای روان‌درمانی را با همدیگر مقایسه کنند و از آن میان یک رویکرد درمانی را انتخاب کنند. گرفتن بازخورد، یک اصل دیگر رویکرد شناختی - رفتاری است. من نیز در راستای پایبندی به این اصل منتظر دریافت بازخوردهای همکاران گرامی در زمینه محتوا و ترجمه فارسی کتاب هستم.

رضا مولودی

دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی
دانشگاه علوم پزشکی و توان‌بخشی

درباره شناخت درمانی بک

کتاب حاضر کارهای اصلی بک را در زمینه تدوین و تحول درمان شناختی-رفتاری بررسی می‌کند.

این کتاب به طور همزمان، هم کارهای بک و هم زندگی شخصی و حرفه‌ای او را توضیح می‌دهد. نویسنده کتاب، فرانک ویلس، در ابتدا نظریه شناختی بک و کار بالینی او را از طریق بررسی نقش بک در شناخت آسیب‌شناسی روانی مورد توجه قرار داده است و سپس نظریات بک را در مورد بهترین رویکردهای درمانی توضیح داده است. در طی کتاب تفاوت‌های تفکر بین رویکرد بک با سایر رویکردهای درمانی همزمان ارائه شده است و همچنین شباهت‌ها و تفاوت‌های بین رویکرد بک و رویکردهای دیگر از جمله روان‌تحلیل‌گری و انسانگرایی تشریح شده است.

کتاب درمان شناختی بک برای کسانی که به تازگی به این حیطه پا گذاشته‌اند و درمانگران مجربی که می‌خواهند از دستورالعمل‌های درمانی پیروی کنند، منبع ایده‌آلی است.

فرانک ویلس درمانگر شناختی خصوصی، ناظر و استاد دانشگاه بریستول و دانشگاه ولز است.

تقدیر و تشکر

من قسمت اعظم این کتاب را در زمانی که در دانشگاه بریستول در دوره دکتری مشغول به تحصیل بودم، نوشتم. اما شخصاً این شیوه نوشتن را به دیگران توصیه نمی‌کنم. به این معنی که این کتاب از طریق راهنمایی‌ها و آموزه‌های استاد راهنمایم دکتر ویلیام ترنر^۱ غنی‌تر شده است. من باید از ایشان نه تنها به دلیل حمایت‌هایشان بلکه به خاطر شکیبایی و راهنمایی‌هایشان در مورد سپری کردن دوره دکتری نیز تشکر کنم. افراد دیگری نیز در کامل کردن این کتاب نقش داشته‌اند. دکتر پائول هبلث‌وایت^۲، ژانت‌گری^۳، استوارت ماتیوز^۴ و آنی ویلس^۵ نسخه اولیه کتاب را مطالعه کردند. همچنین، از دانشجویانم که همیشه مطالب فراوانی از آنها آموخته‌ام، تشکر می‌کنم. در نهایت، از ویراستاران انتشارات راتلیج و نیز آقای ویندی درایدن^۶ که مشوق من در نگارش این کتاب بود، متشکرم.

1- William Turner

2- Paul hebblethwaite

3- Janet Grey

4- Stuart Matthews

5- Annie Wills

6- Windy Dryden

پیشگفتار

در سال ۱۹۷۶ آرون تی. بک^۱ (۱۹۷۶ ص ۳۳۳) پرسید " آیا یک رویکرد درمانی جدید می تواند رویکردهای مسلط آن زمان - روان تحلیلی گری و رفتاردرمانی، را به چالش بکشد؟". اکنون که پس از ۳۰ سال به گذشته نگاه می کنیم، متوجه می شویم که جواب این سؤال مثبت بوده است. بک تأثیر بسیار مهمی بر دنیای روان درمانی و مشاوره داشته است. بک همانند کارل راجرز^۲ و آلبرت الیس^۳ یکی از سه نویسنده ای است که بیشترین ارجاع ها را به خود اختصاص داده اند. دختر او جودیت بک - که در این کتاب در مورد کارهای او نیز توضیح داده خواهد شد، در سال های اخیر به طور مؤثری به بک کمک کرده است. اصلاً کار کوچکی نیست که در طی یک عمر علمی یک رویکرد روان درمانی را با شهرت جهانی پایه ریزی کرد. تأثیرات او بر دنیای روان درمانی تنها به کارهای خود او محدود نمی شود، بلکه او محققان و نویسندگان متعددی را پرورش داده و آنان را ترغیب کرده است که کارهای وی را ادامه دهند. بک ارتباط نزدیکی با روان شناسان انگلیسی داشته است و به طور مداوم بین فیلادلفیا و آکسفورد در رفت و آمد بوده است. این موضوع که ماهیت مستقل درمان شناختی به خوبی با روان درمانی های کلاسیک بریتانیا تلفیق شده است، رویکرد کارکردگرایانه آن را نشان می دهد. به ویژه، رویکرد شناختی با شاخه ای کارکردگرایانه از رفتاردرمانی که در بریتانیا گسترش یافته است، به خوبی هماهنگ است (راچمن، ۱۹۹۷a).

بک برای همه نسل های متفکر و محقق چهره ای الهام بخش است. به نظر می رسد که رویکرد کارکردگرایانه و تجربی درمان شناختی با روح زمان هزاره سوم (که بر اثربخشی و سنت شکنی تمرکز کرده است) به خوبی هماهنگ است.

زندگی نامه آرون تی. بک

آرون تی بک، در سال ۱۹۲۱ در یک خانواده یهودی به دنیا آمد. هم خانواده پدری و هم

1- Aron T.Beck
3- Albert Ellis

2- Carl Ragers

خانواده مادری او در دهه اول قرن بیستم از روسیه به آمریکا مهاجرت کرده بودند. آرون در دوران کودکی به بیماری‌های شدیدی مبتلا بود و در عین حال مادر بسیار مراقبی داشت. آرون به دلیل بیماری چند سال از مدرسه رفتن بازماند و به همین دلیل دیگران او را کند ذهن می‌پنداشتند و حتی خود او نیز در مورد خودش این چنین فکر می‌کرد. اما بک از خود سرسختی و پشتکار زیادی نشان داد و توانست از دانشگاه ییل^۱ دکترای خود را دریافت کند. این تجربه‌ها باعث شدند تا بک به یک درمانگر توانا و همدل برای اضطراب و افسردگی تبدیل شود. در ابتدا، او می‌خواست متخصص نورولوژی شود، اما در نهایت به سوی روان‌پزشکی کشیده شد.

در سال ۱۹۵۳، بک که سرهنگ ارتش آمریکا بود، یکی از اولین مقاله‌هایش را منتشر کرد. این مطالعه پنج سرباز را که در اثر تیراندازی‌های اتفاقی در کره، دوستان خود را کشته بودند و به افسردگی سایکوتیک مبتلا شده بودند، مورد بررسی قرار می‌داد. بک در آن زمان در بیمارستان سربازان از جنگ برگشته در والی فورج^۲ پنسیلوانیا کار می‌کرد. این بیمارستان به عنوان یکی از مراکز انقلابی‌های آمریکا که در سال ۱۷۷۷ با انگلیسی‌ها می‌جنگیدند، معروف بود. از بسیاری جهات، بک بر خلاف ریشه روسی - یهودی، مردی با ویژگی‌های ماجراجویانه آمریکایی بود.

مقاله بک (بک و والین، ۱۹۵۳) این حقیقت را منعکس کرد که او چندین سال در مراکز درمان روان‌تحلیلی آموزش دیده است. او کارهای مراجعانش را به "کینه‌های ناهشیار احتمالی" به کسانی که کشته بودند و مکانیسم‌های دفاعی مورد استفاده آنها نسبت داد. همچنین در این مقاله رگه‌هایی از مفاهیم شناختی نیز مشهود بود. برای مثال، بک به "تحریف‌هایی" که در افکار این سربازان بود اشاره کرد.

در سال ۱۹۵۴، بک استاد دانشکده پزشکی دانشگاه پنسیلوانیا^۳ شد. او به مدت ۴۰ سال در آنجا کار کرد. او عنوان کرده است که در این زمان به تدریج در مورد روان‌تحلیل‌گری با تعارض و تردید مواجه شده بود و این تردید تا اندازه‌ای از نتایج نامیدکننده تحلیل خود او ناشی می‌شد. در سال ۱۹۵۹، این ناامیدی بک را واداشت در مورد رویاهای افراد افسرده به منظور بررسی روایی این مفهوم روان‌تحلیل‌گری که بیماران افسرده "نیاز به رنج کشیدن دارند"، تحقیق کند. نتایج این مطالعه باعث خداحافظی بک از روان‌تحلیل‌گری شد و یافته‌های این پژوهش او را به سمت تدوین درمان شناختی افسردگی سوق داد. بک ریشه تمام کارهای بعدی خود را در تحقیقاتی می‌داند که در

1- Yale University

2- Valley Forge

3- University of Pennsylvania

فاصله سال‌های ۱۹۶۰ تا ۱۹۶۴ انجام داده است. او در این سال‌ها با استفاده از یک سری تحقیقات خلافتانه و جامع توانست محتوای شناختی افسردگی (بک، ۱۹۶۳ و ۱۹۶۴) و سپس اضطراب (بک و همکاران، ۱۹۴۷b) را شناسایی کند.

در سال ۱۹۶۷، بک اولین کتاب از سری کتاب‌های مربوط به درمان شناختی افسردگی را منتشر کرد (بک، ۱۹۶۷). او در سال ۱۹۷۰ مقاله‌ای درباره ادغام درمان شناختی و درمان رفتاری نوشت (به فصل‌های ۹، ۱۰ و ۱۴ رجوع کنید). کار دیگر بک که برای درمانگران رفتاری جالب بود تأکید او بر تحقیقات تجربی درباره پیامدهای درمان بود (به فصل ۱۵ رجوع کنید). درمانگران رفتاری در انجام مطالعات موردی بر اساس ارزیابی پیامدهای درمان پیشگام بودند، اما اغلب این تحقیقات را در حوزه‌های بسیار محدودی (مانند هراس‌ها) انجام می‌دادند. بک در طی مطالعاتش درباره افسردگی یکی از رایج‌ترین مقیاس‌های افسردگی یعنی پرسشنامه افسردگی بک^۱ را طراحی کرد (بک و همکاران، ۱۹۶۱) و به این ترتیب روش تجربی درمان شناختی را پایه‌ریزی نمود. او سپس مقیاس ناامیدی^۲ (بک و همکاران، ۱۹۷۴b)، پرسشنامه اضطراب بک^۳ (بک و همکاران، ۱۹۸۸) و به کمک کلارک مقیاس وسواسی-جبری^۴ (کلارک و بک، ۲۰۰۲) را تدوین نمود. این مقیاس‌ها نه تنها به عنوان ابزارهای پژوهشی روا و معتبر به کار می‌روند، بلکه موضوعات مناسب برای درمان را شناسایی می‌کنند (پدسکی^۵، ۲۰۰۴) و برای ارزشیابی مداوم و روزانه توسط درمانگران مناسب هستند.

یکی از خدمات مهم دیگر بک، شناسایی ارتباط بین ناامیدی و خودکشی بود. افسردگی به وسیله یک مثلث شناختی تداوم می‌یابد: دیدگاه منفی در مورد خود، زندگی و آینده. بسیاری از بیماران کاملاً افسرده هستند، اما هنوز امیدوارند که اوضاع بهبود پیدا کند. اما هنگامی که امید آنها کاهش می‌یابد در مقابل خودکشی بسیار آسیب‌پذیر می‌شوند (بک و همکاران، ۱۹۷۵). بک و همکارانش مقیاس‌هایی را برای ارزیابی میل به خودکشی (بک و همکاران، ۱۹۷۴b) و افکار خودکشی (بک و همکاران، ۱۹۷۹b) تدوین کردند. بک و همکاران (۱۹۷۹a) یک فصل بسیار روشن و مطمئنی را در مورد نحوه مقابله درمانگر با افکار خودکشی نوشتند. آنها همچنین به انتشار دستورالعمل‌های درمانی مؤثر برای شناسایی افکار خودکشی و درمان آنها پرداختند (براون^۶ و همکاران، ۲۰۰۰، وایشاار^۷ و بک، ۱۹۹۲).

1- Beck depression Inventory

2- Hopelessness Scale

3- Beck Anxiety Inventory

4- Clark- Beck Obsessive-Compulsive Scale

5- Padesky

6- Brown

7- Weishaar

در سال ۱۹۷۷، بک در تأسیس مجله پژوهش و درمان شناختی^۱ نقش اساسی داشت و اولین شماره آن حاوی مطالعه‌ای درباره درمان شناختی افسردگی بود. نتایج این مطالعه، تأثیرات قوی درمان شناختی برای افسردگی را تأیید کردند (راش^۲ و واتکینس، ۱۹۷۷). همچنان که نتایج این چینی بیشتر منتشر می‌شدند، درمان شناختی بیشتر جای خود را در عنوان‌ها و سرفصل‌های متون روان‌درمانی باز می‌کرد (وایشار، ۱۹۹۳). این فرایند با انتشار بهترین منبع درمان شناختی یعنی درمان شناختی برای افسردگی (بک و همکاران، ۱۹۷۹b) همزمان شد.

بک در دهه پنجاه زندگی خود به تدوین کتاب‌ها، فصل کتاب‌ها و مقاله‌های تاریخ‌سازی پرداخت. پدسکی عنوان می‌کند که بک تا سن ۵۰ سالگی، ۴۰ مقاله و کتاب منتشر کرده است، در حالیکه در سنین بین ۵۰ تا ۸۰ سالگی ۳۷۰ کتاب یا مقاله منتشر نموده است. این افزایش میزان انتشارات تا حدودی به دلیل نوشتن کتاب‌های "بزرگ" درباره افسردگی در طی دهه‌های ۶۰ و ۷۰ بود. همچنین یکی از دلایل اندک بودن آثار تا سن ۵۰ سالگی این بود که بک، پدری بسیار مراقب برای فرزندانش بود. بسیاری از همکارانش عنوان می‌کنند که او انسانی مهربان، اهل عمل و همکاری است (گوود^۳، ۲۰۰۰)، در حالی که ذهن خلاق و هوشمند خود را هیچ وقت انکار نمی‌کند (وایشار، ۱۹۹۳). او حمایت خود از مطالعه NIMH درباره افسردگی را قطع کرد، زیرا احساس کرد که شناخت درمانگران حاضر در این مطالعه به خوبی آموزش ندیده‌اند. نتایج این تحقیق نشان داد که درمان شناختی برای افسردگی و مخصوصاً در طی دوره پیگیری مؤثر است، اما به طور کلی نتایج در این حوزه ناامیدکننده بودند (هولون^۴ و همکاران، ۱۹۹۶).

بک در طی دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ بیشتر بر روی اضطراب کار کرد. درمان شناختی برای اضطراب نیز بسیار مؤثر بود. این نتایج به خصوص در مورد اختلال وحشت‌زدگی صادق بود. در این زمینه دیوید. ام. کلارک^۵ و همکارانش در دانشگاه آکسفورد نقش اساسی داشتند (کلارک، ۱۹۹۶). در اواخر دهه ۱۹۸۰، بک اولین جایزه ویژه علمی انجمن روان‌شناسی آمریکا را دریافت کرد. این اولین جایزه از میان جوایز متعددی بود که بک دریافت کرد. او یکی از نویسندگانی است که دیگران بیشترین ارجاع را به منابع او داشته‌اند و در سال ۲۰۰۵ در این زمینه به مقام دوم رسید. در طی دهه ۸۰ و ۹۰ او درمان شناختی را به حوزه‌های جدیدی مانند زوج‌درمانی (بک، ۱۹۸۸)، اختلالات

1- Cognitive therapy and research

2- Rush

3- Goode

4- Holon

5- David M. Clark

شخصیت (بک و همکاران، ۱۹۹۰) و سوء مصرف مواد (بک و همکاران، ۱۹۹۳) گسترش داد.

در سال ۱۹۹۷، بک عنوان کرد که درمان شناختی جای خود را به عنوان یک درمان مسلط باز کرده است و به درمان رایج تبدیل شده است. این کار از طریق تدوین مدل‌های نظری قدرتمند درباره آسیب‌شناسی و درمان‌های مؤثر انجام گرفته است. او به کار در دانشگاه پنسیلوانیا ادامه داد و موسسه و آکادمی درمان شناختی خود را تأسیس کرد. او هم‌اکنون در این مؤسسه به عنوان برگزارکننده کنفرانس‌ها و مشاور درمان‌گران و محققان جوان‌تر فعالیت می‌کند. همانطور که بک پیرتر می‌شد، این شانس را داشت که دخترش، جودیت، به عنوان یک همکار و درمانگر و نویسنده برجسته مستقل با او کار کند (بک، ۱۹۹۵). آنها هم‌اکنون در مؤسسه بک در فیلادلفیا و در تمام دنیا به عنوان مشاور و آموزش‌دهنده درمان شناختی - رفتاری با هم‌دیگر کار می‌کنند.

همچنان که بک دهه ۸۰ عمر خود را طی می‌کند و وارد دهه جدید می‌شود، با همان ظرافت و روشنی خاص خود به نوشتن مطالب جدید و هیجان‌انگیز ادامه می‌دهد. او در مورد مشکلاتی مانند تنفر (بک، ۱۹۹۹) و اسکیزوفرنیا (بک، ۲۰۰۴) مطالبی را منتشر کرده است. مقاله او در مورد اسکیزوفرنیا او را به یک چرخه کامل وارد کرده است - یکی از اولین مقالات بک در سال ۱۹۵۲ در مورد اسکیزوفرنیا بود. او احتمالاً یک بار دیگر این مدار را دور می‌زند.

این کتاب در دو بخش تدوین شده است؛ بخش اول از ۱۵ فصل تشکیل شده است و در آن مهمترین عناصر مفهومی بک برای شناخت آسیب‌شناسی روانی توضیح داده شده است. در بخش دوم نیز که از ۱۵ فصل تشکیل شده است، مهمترین عناصر درمان بک آمده است. در سراسر کتاب یک دیدگاه نقادانه به نظریه و درمان بک حفظ شده است و نقاط قوت و ضعف نظریه او عنوان شده است. همچنین، شکاف‌های موجود در درمان شناختی که به تحقیق و اصلاح نیاز دارند، معرفی شده است. بک خود را به عنوان یک فرد پذیرنده انتقاد و بحث نشان داده است و در حقیقت معتقد است که تکامل ایده‌های او از تعامل موفق بهترین عناصر نظریه او با مدل استاندارد روان‌درمانی حاصل خواهد شد، در حالی که ایده‌های دیگر به صورت تدریجی و کاملاً آرام از بین می‌روند (سالکوسکیس^۱، ۱۹۹۶).

تشریح نقش بک در تدوین و گسترش درمان شناختی برای هر نویسنده‌ای دشوار است. او آنقدر زیاد کار کرده است و چنان کارش را گسترش داده است که نمی‌توان کارهای او را در یک جلد کتاب خلاصه کرد. بعضی از ایده‌های بک چنان اساسی و مهم هستند که گاهی اوقات نمی‌توان خاستگاه دقیق این ایده‌ها را مشخص کرد. شکل ۱

”نقشه“ نوشته‌های بک را نشان می‌دهد که از اساسی‌ترین مطالب تا آخرین و پیچیده‌ترین نوشته‌های او را در برمی‌گیرد. این نقشه به عنوان یک راهنما برای شناخت نوشته‌های بک و تأثیرات آنها عمل می‌کنند.

دوره	نقشه‌ی افراد مبتدی	نقشه‌ی افراد متوسطه	نقشه‌ی افراد پیشرفته
دوره‌ی اول: (۱۹۷۸-۱۹۶۰)	بک (۱۹۷۶): توضیح آسیب‌شناسی روانی بر اساس رویکرد درمان شناختی	بک (۱۹۶۳، ۱۹۶۴): نگارش منابع اصلی در مورد درمان شناختی افسردگی	بک (۱۹۷۰a): انتشار مطالب اولیه درباره تصورپردازی بک (۱۹۷۰b): نگارش مقاله- ی بسیار مهم در مورد ادغام درمان رفتاری و درمان شناختی
دوره‌ی دوم: (۱۹۹۴-۱۹۷۹)	بک و همکاران (۱۹۷۹b): انتشار اولین کتاب درباره‌ی پروتکل درمان شناختی برای افسردگی	بک (۱۹۹۸): کارهای جالب درباره‌ی زوج درمانی و در نظر گرفتن این انتقاد که او عوامل بین‌فردی را نادیده گرفته است.	بک و همکاران (۱۹۷۵، b (۱۹۷۹): مرور مطالب مربوط به خودکشی بک (۱۹۹۱): مقاله‌ای درباره‌ی مرور درمان شناختی در طی ۳۰ سال گذشته
دوره‌ی سوم: (۲۰۰۸-۱۹۹۵)	سالکوفسکیس (۱۹۹۶b): نگارش یک فصل کتاب بر اساس مصاحبه با بک درباره‌ی تدوین درمان شناختی و آینده‌ی آن بک (۲۰۰۵b) مقاله‌ای مروری در مورد درمان شناختی در طی ۴۰ سال گذشته	بک (۱۹۹۵): نقش اساسی جودیت بک را در بعضی از جنبه‌های درمان شناختی تشریح کرد. بک (۱۹۹۶): نگارش یک فصل کتاب درباره‌ی مفهوم طرحواره و ایده‌های مربوط به تکامل آلفورد و بک (۱۹۹۷): بحث درباره‌ی درمان شناختی به عنوان یک فرانزویه‌ی روانرمانی	بک (۱۹۹۹): مقاله‌ای کامل‌تر درباره‌ی ایده- های مربوط به تکامل بک و همکاران (۲۰۰۴): مرور مطالعات مربوط به درمان شناختی اسکیزوفرنیا بک (۲۰۰۵b):

شکل ۱. نقشه نوشته‌های بک

پس توشه خود را بردارید و پوتین‌هایتان را بپوشید و سفری را برای شناختن بک و کارهایش آغاز کنید.

نکته

- ۱- بک تحلیل خود را کمی متفاوت با روان‌تحلیل‌گری معمول در نظر می‌گیرد.
- ۲- وب سایت آکادمی، حاوی اطلاعات مفیدی درباره جنبه‌های متعدد درمان شناختی است:

[www. Academy.org](http://www.Academy.org) and www.beckinstitute.org.

بخش اول

وجه تمایزهای
نظری

مقدمه: بک و گروهش

بک محققان جوان و علاقمند را بسیار خوب کشف می‌کند و سپس آنان را تشویق و حمایت می‌کند.
(دیوید. ام. کلارک. به نقل از وایشار، ۱۹۹۳، ص ۴۱).

هنگامی که بک کارش را در دانشگاه پنسیلوانیا معرفی کرد، به طور قابل ملاحظه‌ای به کارهای خودش و "گروه ما" رجوع کرده بود. واژه‌ی "گروه ما" به مجموعه‌ای از درمانگران و محققان با استعدادی اشاره دارد که بک را در تدوین نظریه‌ی درمان شناختی کمک کرده‌اند. این افراد عبارتند از: جفری یانگ^(۱)، آرت فریمن^(۲)، ماری. آن. لایدن^(۳)، استیو هولون و غیره. بنابراین، همچنان که شهرت کارهای بک افزایش می‌یافت افراد زیادی به فیلادلفیا می‌آمدند تا درمان شناختی را یاد بگیرند و سپس این رویکرد را در مراکز خود در کشورهای دیگر گسترش دهند. از نظر خود این افراد و همچنین از نظر بک، افراد حاضر در این مراکز جدید به عضوی از "گروه بک" تبدیل می‌شدند. زیرا این درمانگران، درمانگران جدیدی را استخدام می‌کردند و آنها را آموزش می‌دادند و این درمانگران جدید نیز این رویه را ادامه می‌دهند. بنابراین، این گروه به سرعت گسترش یافت. بزرگترین تشکیلات نظامی "گردان نظامی" نامیده می‌شود؛ احتمالاً این آن چیزی بود که در ذهن بک بود.

1- Young

2- Art Freeman

3- Mary Ann Layden

پیامد نویدبخش ارتش فزاینده‌ی بک این بود که ایده‌های او توسط دیگران گسترش یافت. این کار باعث شد که یک جامعه‌ی درمانی خلاق و پویا به وجود آید که اغلب بر جنبه‌های دیگر درمان نیز تأثیر گذاشته است. همچنان که نقش بک در این زمینه را مرور می‌کنیم، این الگو را به طور مکرر مشاهده می‌کنیم: بک یک ایده جدید و زمینه‌ساز را تدوین کرده است، سپس خود او و گروهش درباره‌ی این موضوع مطالعات بیشتری را انجام داده‌اند و در نهایت این ایده بر حوزه‌ی گسترده‌تر درمان تأثیر گذاشته است. بنابراین، همکاری و مشارکت تنها یک ویژگی درمان‌گرانه نیست، بلکه شیوه‌ای برای مؤثرتر بودن در رشته‌هایی است که با درمان روان‌شناختی ارتباط دارند (به ویلیس، ۲۰۰۸، فصل ۸ رجوع کنید).

فلسفه‌ی روش پژوهش بک به این صورت بود که او مداخلات شناختی را بر اساس مفهوم‌پردازی کاملاً انتزاعی تدوین می‌کرد: بنابراین، در بخش اول بعضی از کارهای مهم بک را در حوزه‌ی مفهومی روان‌درمانی توضیح می‌دهیم.



درمان شناختی بر اساس مفهوم‌پردازی سازمان‌بندی می‌شود

واژه‌ی مفهوم‌پردازی به این موضوع اشاره دارد که درمانگران باید اطلاعات جمع‌آوری شده درباره‌ی مراجع را به یک مدل جامع تبدیل کنند. این مدل عوامل روان‌شناختی درگیر در ایجاد و تداوم مشکلات بیمار را توضیح می‌دهد. درمانگران از این مفهوم‌پردازی برای طراحی و ارزشیابی مداخلات روان‌شناختی استفاده می‌کنند. ایده مفهوم‌پردازی احتمالاً همیشه در تمام رویکردهای درمانی وجود داشته است (برای مثال، در مطالعات موردی مشهور فروید)، اما درمانگران در سال‌های اخیر به طور اختصاصی و آشکار به موضوع مفهوم‌پردازی پرداخته‌اند. در دهه‌ی ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ درمانگران رفتاری یک گام اساسی را برای انجام مفهوم‌پردازی‌های آشکار و روشن برداشتند (براج^(۱) و باند، ۱۹۹۸). تقریباً در همان زمان اولین مدل‌های مفهوم‌پردازی به روش درمان شناختی بک تدوین شد. مفهوم‌پردازی‌های بک بر اساس "شناخت‌های اختصاصی بود". مدل شناختی بک در ابتدا برای افسردگی مورد تأیید قرار گرفت (بک و همکاران، ۱۹۷۹b). اما در سال‌های بعد، در اثر موفقیت‌های این مدل درمانگران به مدل شناختی علاقمند شدند و آن را در حوزه‌های دیگری مانند اضطراب، (بک و امری، ۱۹۸۵)، اختلالات شخصیت (بک و همکاران، ۱۹۹۰) و مصرف مواد (بک و همکاران، ۱۹۹۳) به کار برند. به تدریج این مفهوم‌پردازی‌های روشن و واضح به شکل نمودار ترسیم شدند. هم‌اکنون درمان شناختی اغلب با نمودار مفهوم‌پردازی همراه است: مفهوم‌پردازی عمرنگر (به شکل ۲ رجوع کنید) اولین بار توسط جودیت بک طراحی شد (بک، ۱۹۹۵).

1- Bruch

خوانندگان می توانند برای دیدن الگوی اولیه‌ی مفهوم‌پردازی‌های نوشته شده به سایت آکادمی درمان شناختی مراجعه نمایند (www.academyofct.org). یکی از ویژگی‌های اساسی مفهوم‌پردازی بک این است که سطوح مختلف شناخت‌ها و نحوه‌ی ارتباط آنها با یکدیگر و همچنین ارتباط این سطوح شناختی را با جنبه‌های دیگر عملکرد مراجع تشریح کرده است. کلی‌ترین و عمیق‌ترین سطح شناخت‌ها به عنوان "طرحواره" نامگذاری شده‌اند (نکته ۱) (بک، ۱۹۶۴). طرحواره به عنوان مجموعه‌ی بزرگی از معنادگی‌ها در نظر گرفته می‌شوند که باورهای بنیادین اختصاصی تر و فرض‌ها را در بر می‌گیرند. باور بنیادین یک باور غیرمشروط درباره‌ی خود، دیگران و یا دنیا می‌باشد. فرض‌ها باورهای مشروطی هستند که به صورت جملات "اگر، پس..." و یا قواعد زندگی ظاهر می‌شوند (بک، ۱۹۶۴). برای مثال، ارتباط طرحواره، باور بنیادین و فرض‌ها ممکن است به صورت زیر باشد:

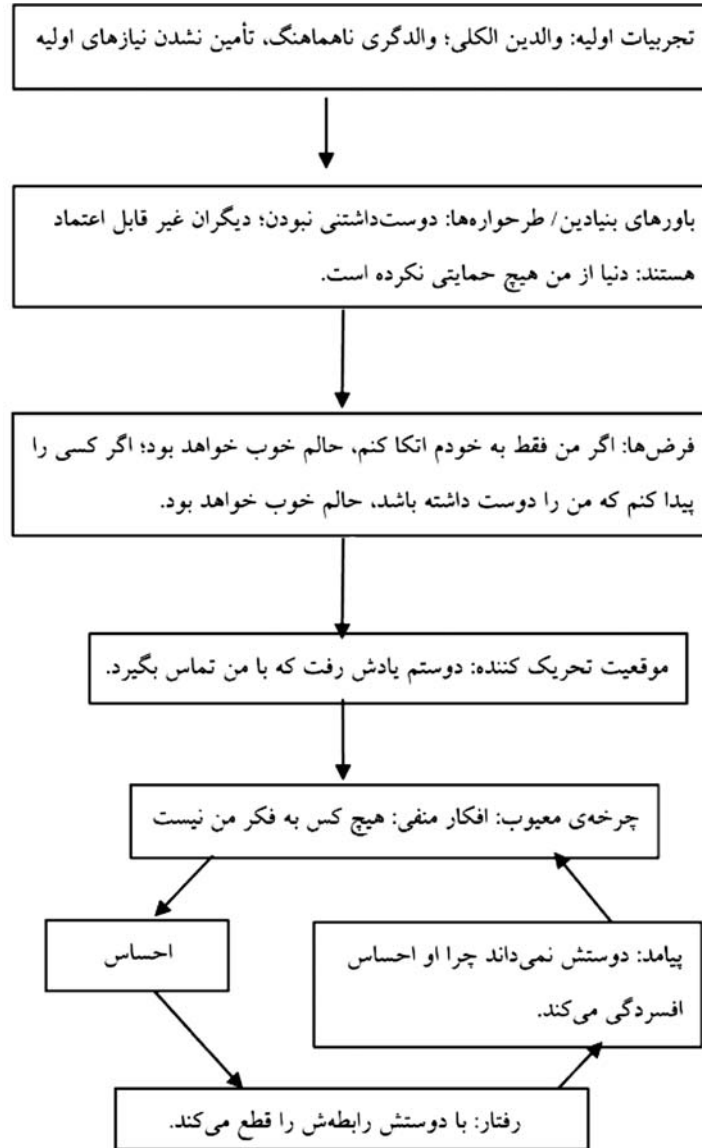
طرحواره‌ی ناسازگار اولیه: بی‌اعتمادی (بانگ و همکاران، ۲۰۰۳).

باور بنیادین منفی: من نمی‌توانم به کسی اعتماد کنم.

فرض ناکارآمد: اگر به کسی اعتماد کنم، ناامید و شکست‌خورده می‌شوم.

در مفهوم‌پردازی عمرنگر فرض بر این است که طرحواره‌ها، باورهای بنیادین و فرض‌ها به عنوان قسمتی از یک عامل آسیب‌پذیری عمل می‌کنند و مراجع را در مقابل نشانه‌های منفی و مشکلات روان‌شناختی آسیب‌پذیر می‌سازند. رویدادهای زندگی این الگوهای ناآشکار را تحریک می‌کنند و این موضوع به نوبه خود باعث تداوم یک چرخه‌ی معیوب از افکار، احساسات و الگوهای رفتاری می‌شوند، این موضوع در قسمت پایین شکل ۲ نشان داده شده است. ژاکلین پرسونز^(۱) (۱۹۸۹) از یک مدل مفهوم‌پردازی استفاده کرده است که تا حدودی با مدل مفهوم‌پردازی عمرنگر بک متفاوت است، اما مفهوم‌پردازی او به عنوان پلی بین مفهوم‌پردازی‌های سنتی و شناختی عمل کرده است. پرسونز (۱۹۸۹) به نکات مهمی درباره‌ی استفاده از مفهوم‌پردازی‌های شناختی و

1- Jacqueline Persons



شکل ۲. نمونه‌ای از مفهوم‌پردازی عمرنگری

- مفهوم‌پردازی‌های شناختی - رفتاری اشاره کرده است: مفهوم‌پردازی به عنوان راهنمای درمانگر عمل می‌کند و به ما کمک می‌کند:
- ۱- روابط بین مشکلات مراجع را درک کنیم.
 - ۲- مدل‌های درمانی، مداخلات و نقطه‌ی شروع درمان را انتخاب کنیم.
 - ۳- واکنش‌های مراجعان به مداخلات درمانی و رویدادهای دیگر را پیش‌بینی کنیم.
 - ۴- مشکلات بین‌فردی بین درمانگر و مراجع را در جلسات درمانی و خارج از جلسات درمانی مدیریت کنیم.
 - ۵- واکنش‌های درمانگر به یک مراجع خاص و مشکلات خاص درمان را درک کنیم.

در طی دهه‌های اول معرفی مفهوم‌پردازی عمرنگر، استفاده از آن شدیداً زیر سؤال قرار گرفت. اما، اخیراً سؤالات انتقادی تری در مورد آن مطرح شده است. برای مثال، براچ و باند (۱۹۸۹) می‌پرسند که آیا مدل پرسونز آنچنان که او ادعا می‌کند، واقعاً مدل اصلی رفتاری را منعکس می‌کند یا خیر. ویلم^(۱) و کیوکن (۲۰۰۶) نیز پیشنهاد کرده‌اند میزان درست بودن این مفهوم‌پردازی باید مورد آزمایش قرار گیرد. کیوکن^(۲) (۲۰۰۶) معتقد است که بعضی ادعاها در مورد اثربخشی مفهوم‌پردازی‌ها ممکن است "اثر لباس نو" باشد. او بعضی از تحقیقاتی را که ادعاهای محکمی درباره‌ی ایده مفهوم‌پردازی مطرح کرده‌اند، مرور کرد و به این نتیجه رسید که یافته‌ها متناقض و دو پهلو هستند: این مطالعات تنها برای عناصر توصیفی مفهوم‌پردازی پایایی بین ارزیابان متوسطی را گزارش کردند و پایایی بسیار پایین‌تری را برای عناصر استنباطی نشان دادند. کیوکن (۲۰۰۶) معیارهایی را برای افزایش پایایی مفهوم‌پردازی‌ها پیشنهاد می‌کند. این معیارها عبارتند از فروتنی و انعطاف‌پذیری در مورد نتیجه‌گیری‌های انجام گرفته و جستجو برای شواهد دشوارتر (مانند استفاده از آزمایش‌های رفتاری).

کیوکن (۲۰۰۶) عنوان می‌کند که شواهد موجود به طور کلی از

1- Willem

2- Kuyken

مفهوم‌پردازی‌های کلی برای مشکلات خاصی مانند اختلالات اضطرابی و افسردگی حمایت می‌کنند، اما تلاش‌های مشابهی نیز باید در مورد صحت مفهوم‌پردازی‌های منحصر به فرد یا انفرادی صورت گیرد.

می‌توان تا حدودی عنوان کرد که ما باید در مورد درمان‌های شناختی صحبت کنیم نه درمان شناختی. فرضیه‌ی "شناخت‌های اختصاصی" پیشنهاد می‌کند که مفهوم‌پردازی و درمان مشکلات مختلف ممکن است به طور معنی‌داری متفاوت باشد. بنابراین، با لحنی آمیخته به کنایه می‌توان گفت تنها زمانی که بر اساس یک مفهوم‌پردازی منحصر به یک نفر کار می‌کنیم، درمان شناختی را انجام داده‌ایم. احتمال این خطر نیز وجود دارد که درمان شناختی یا درمان شناختی - رفتاری به صورت فزاینده‌ای به حوزه‌های دیگر آسیب‌شناسی روانی گسترش یابد و بعضی از ویژگی‌های مربوط به ایجاز و به صرفه بودن خود را از دست دهد. بنابراین، ولز^(۱) (۲۰۰۶) عناصر مشترک در اختلالات اضطرابی مختلف را در نظر گرفت و این عناصر را در یک نمودار فرایند کلی به منظور مفهوم‌پردازی هر یک از انواع مشکلات اضطرابی گنجانده است.

اگرچه یک ایده مفهوم‌پردازی را خلق نکرده است، اما شکی نیست که کار او الگوی ویژه‌ای برای مفهوم‌پردازی فراهم کرد و این الگو سرمشقی برای مدل‌های درمانی دیگر شد تا الگوهای مفهوم‌پردازی خاص خود را تدوین کنند. هم‌اکنون مدل‌های درمانی مختلف به طور فزاینده‌ای از الگوهای مشابهی برای تدوین مفهوم‌پردازی استفاده می‌کنند و در عین حال شیوه‌ی خاص هر درمان نیز در مفهوم‌پردازی‌های آنها مشاهده می‌شود. این امر به این موضوع منجر شده است که برخی از افراد معتقدند که ممکن است مفهوم‌پردازی به عنوان یک "عامل مشترک" جدید در روان‌درمانی ظاهر شود.

نکته

۱- بسیاری از درمانگران شناختی و درمانگران شناختی - رفتاری از واژه‌ی "Schema" استفاده می‌کنند، در حالی که واژه‌ی یونانی "Schemata" درست‌تر است.