

رفتار درمانی شناختی

(رویکرد کوتاه مدت)

تألیف

فرانک دبلیو باند

ویندی درایدن

ترجمه

دکتر علی حسینائی

عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد،، واحد آزاد شهر

دکتر حسن حمیدپور



عنوان و نام پدیدآور: راهنمای رفتاردرمانی شناختی (رویکرد کوتاه مدت) / مولفان [صحیح: ویراستاران] فرانک دبلیویاند، ویندی درایدن؛ مترجمان علی حسینیانی، حسن حمیدپور.

مشخصات نشر: تهران: کتاب ارجمند، ارجمند، نسل فردا، ۱۳۹۲.

مشخصات ظاهری: ۴۱۶ ص، قطع: وزیری
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۱۱۴-۶

وضعیت فهرست‌نویسی: فیبا

عنوان اصلی: Handbook of brief cognitive behaviour therapy, 2004.

موضوع: شناخت‌درمانی - دستنامه‌ها، روان‌درمانی کوتاه مدت - دستنامه‌ها.

شناسه افزوده: باند، فرانک دبلیوی، ۱۹۶۷ - م. ویراستار، Bond, Frank W، درایدن، ویندی، ۱۹۵۰ - م. ویراستار، Dryden, Windy، حسینیانی، علی، ۱۳۵۵ - مترجم، حمیدپور، حسن، ۱۳۵۵ - مترجم.

رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۰ ۱۶ ر ۹ ش / RC ۴۸۹

رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹۱۴۲

شماره کتابشناسی ملی: ۲۴۴۳۹۷۵

فرانک دبلیوی باند، ویندی درایدن
رفتاردرمانی شناختی (رویکرد کوتاه مدت)

ترجمه: دکتر علی حسینیانی، دکتر حسن حمیدپور
فروست: ۱۷

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

صفحه‌آرا: زهرا اسمعیل‌نیا
ناظر چاپ: سعید خانکشلو
چاپ: نفیس‌نگار، صحافی: روشنگر
چاپ اول، تیر ۱۳۹۳، ۱۶۵۰ نسخه
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۱۱۴-۶

www.arjmandpub.com

این اثر، مشمول قانون حمایت از مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هرکس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف (ناشر) نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

مرکز پخش: انتشارات ارجمند

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خیابان کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن ۸۸۹۸۲۰۴۰

شعبه اصفهان: دروازه شیراز، خیابان چهارباغ بالا، پاساژ هزارجریب تلفن ۰۳۱۱-۶۲۸۱۵۷۴

شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، طبقه پایین، انتشارات مجد دانش تلفن ۰۵۱۱-۸۴۴۱۰۱۶

شعبه بابل: خیابان گنج‌افروز، پاساژ گنج‌افروز تلفن ۰۱۱۱-۲۲۲۷۷۶۴

شعبه رشت: خیابان نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی تلفن ۰۱۳۱-۳۲۳۲۸۷۶

شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست تلفن ۰۹۱۱۸۰۲۰۰۹۰

شعبه کرمانشاه: خ مدرس، پشت پاساژ سعید، کتابفروشی دانشمند، تلفن ۰۸۳۱-۷۲۸۴۸۳۸

بها: ۲۰۰۰۰ تومان

با ارسال پیامک به شماره ۰۵۹۹ ۰۵۹۹ ۱۰۰۰ در جریان تازه‌های نشر ما قرار بگیرید:

دریافت تازه‌های نشر پزشکی به صورت پیامک	ارسال عدد ۱:
دریافت تازه‌های نشر روان‌شناسی به صورت پیامک	ارسال عدد ۲:
دریافت خبرنامه الکترونیکی انتشارات ارجمند به صورت ایمیل	ارسال ایمیل:

فهرست مطالب

پیشگفتار ترجمه فارسی	۸
درباره ویراستاران	۱۸
فهرست همکاران	۱۹
پیشگفتار	۲۱
فصل ۱: رفتاردرمانی شناختی کوتاه مدت:	۲۳
تعریف و بنیادهای علمی	۲۳
اصول بنیادین رفتاردرمانی شناختی	۲۴
رفتاردرمانی شناختی کوتاه مدت	۲۶
اختلال آسیمیگی و گذر هراسی	۳۰
هراس خاص	۳۲
سایر اختلالهای اضطرابی	۳۳
افسردگی	۳۵
اختلال خورد و خوراک	۳۶
زوج درمانی	۳۸
مصرف الکل	۳۸
کنترل درد	۴۰
فصل ۲: سنجش در رفتاردرمانی شناختی کوتاه مدت	۴۸
کدام مشکلات برای رفتاردرمانی شناختی کوتاه مدت مناسبترین هستند؟	۴۹
تحلیل تابعی	۵۲
سنجش بیمار	۵۳
سنجش نتیجه	۵۷
ارزیابی نتیجه در درازمدت	۵۹
فصل ۳: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای افسردگی	۶۴

۶۵	دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مورد افسردگی
۷۲	مروری اجمالی بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
۸۲	درمان افسردگی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

فصل ۴: اختلال آسیمگی همراه با گذرهاسی ۹۱

۹۳	مروری اجمالی بر درمان
۹۷	مثال بالینی
۱۰۸	جلسه چهارم و پنجم

فصل ۵: رفتاردرمانی شناختی برای عصبانیت ۱۱۸

۱۱۹	عصبانیت به عنوان اختلالی مشکل آفرین
۱۲۴	پارامترهای عصبانیت
۱۳۰	مقاومت بیماران عصبانی در برابر درمان
۱۳۱	هزینه‌های عصبانیت: انگیزه آفرینی برای درمان
۱۳۲	ترسیم دورنمای درمان عصبانیت
۱۳۳	چاره‌اندیشی برای تداوم شرکت در درمان
۱۳۴	مداخلات درمانی عصبانیت: سطوح متمایزکننده
۱۳۶	مرحله آماده‌سازی برای درمان
۱۳۷	رفتاردرمانی شناختی برای عصبانیت - آموزش ایمن‌سازی برای کنترل عصبانیت
۱۳۸	مطالعات نتیجه‌پژوهی
۱۴۰	مسیرهای جدید: عصبانیت و کودکان

فصل ۶: شناخت درمانی اختلال اضطراب فراگیر ۱۴۸

۱۴۹	اثربخشی درمان روان‌شناختی
۱۴۹	ماهیت نگرانی
۱۵۰	مدل شناختی اختلال اضطراب فراگیر
۱۵۴	نگاهی گذرا به پژوهش‌ها
۱۵۶	فراشناخت درمانی اختلال اضطراب فراگیر

۱۶۷	فصل ۷: کاربست درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در محیط‌های کاری
۱۶۹	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: نظریه و پژوهش
۱۷۱	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان مداخله‌ای برای کنترل استرس شغلی
۱۷۳	راهنمای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
۱۹۴	آینده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مشکلات کاری
۱۹۸	فصل ۸: شناخت درمانی هراس اجتماعی
۱۹۹	مدل شناختی تداوم هراس اجتماعی
۲۰۴	شناخت درمانی هراس اجتماعی
۲۰۸	گفتگوی بیمار و درمانگر به منظور ضابطه‌مندی مشکل بیمار
۲۲۴	فصل ۹: رفتار درمانی شناختی کوتاه‌مدت برای سوء مصرف مواد
۲۲۴	تاریخچه مختصر مداخلات کوتاه‌مدت
۲۲۷	مداخلات کوتاه‌مدت از دیدگاه درمانگر
۲۳۳	مداخلات کوتاه‌مدت و مراحل مدل تغییر
۲۳۵	مداخلات کوتاه‌مدت برای مراجعان مرحله یک یا پیش‌تأمل
۲۴۱	مداخلات کوتاه‌مدت برای شروع مجدد یا تداوم تغییر: مراجعان مرحله ۴ و ۵
۲۴۸	بهبود طبیعی همراه با کمک
۲۴۹	آینده مداخلات کوتاه‌مدت در تجربیات بالینی
۲۵۷	فصل ۱۰: رفتار درمانی شناختی برای زوجها
۲۶۰	نظریه و تکنیک‌های زوج درمانی شناختی-رفتاری استاندارد
۲۶۶	آشناختگی اولیه و ثانویه در ارتباط زوجها
۲۶۷	تلویحات آشناختگی اولیه و ثانویه برای زوج درمانی کوتاه‌مدت
۲۷۰	تدوین زوج درمانی شناختی-رفتاری برای آشناختگی اولیه
۲۷۲	معیارها و روش‌های ارزیابی برای تصمیم در مورد زوج درمانی کوتاه‌مدت یا درازمدت

۲۸۰	فصل ۱۱: مشکلات دوران کودکی و نوجوانی
۲۸۰	مقدمه
۲۸۱	مرحله ۱: طراحی
۳۱۶	مرحله ۴: پایان درمان یا تنظیم قرارداد درمانی دیگر
۳۲۰	فصل ۱۲: اضطراب امتحان: پیشگیری و درمان
۳۲۱	اضطراب امتحان: تعریف
۳۲۲	اضطراب امتحان و عملکرد
۳۲۵	مروری گذرا بر پیشینه پژوهشی درمان‌های اضطراب امتحان
۳۲۷	التقاط‌گرایی تکنیکی در رفتاردرمانی شناختی
۳۲۹	فراشناخت: باورهای مثبت و منفی درباره نگرانی
۳۳۲	دستورالعمل درمان
۳۳۴	جلسه اول: مرحله اول آموزش - تعریف استرس
۳۳۸	جلسه دوم: مرحله دوم آموزش - وقتی استرس در دسرساز می‌شود
۳۴۳	جلسه سوم: افکار، هیجان و رفتار
۳۴۸	جلسه چهارم: آرامش‌آموزی I: آرامش عضلانی پیشرونده
۳۵۲	جلسه پنجم: آرامش نوع دوم - تکنیک‌های آرامش کوتاه‌مدت
۳۵۷	جلسه ششم: نگرانی ۱- ماهیت و کارکرد نگرانی
۳۶۲	جلسه هفتم: نگرانی ۲- تغییر باورهای فراشناختی
۳۶۷	جلسه هشتم: حل مسئله
۳۷۳	جلسه نهم: تصویرسازی
۳۷۹	جلسه دهم: مرور
۳۹۳	فصل ۱۳: پیشگیری از فرسودگی شغلی مشاور
	تکنیک‌های رفتاردرمانی شناختی و رفتار درمانی عقلانی - هیجانی که بر جنبه‌های شناختی مشاوره
۳۹۷	تأکید می‌کند
	تکنیک‌های رفتاردرمانی شناختی و رفتار درمانی عقلانی - هیجانی که بر جنبه‌های هیجانی مشاوره
۴۰۱	تأکید می‌ورزد

- تکنیک‌های رفتاردرمانی شناختی و رفتار درمانی عقلانی - هیجانی که برجسته رفتاری مشاوره تأکید
می‌کند ۴۰۶
- واژه‌نامه فارسی به انگلیسی ۴۱۳
- واژه‌نامه انگلیسی به فارسی ۴۱۵

پیشگفتار ترجمه فارسی

گارفیلد^۱ در فصل دوم کتابش به نام شیوه اجرای روان‌درمانی کوتاه‌مدت^۲ به نقش عواملی پرداخته است که به پدیده‌آیی رویکردهای روان‌درمانی کوتاه‌مدت منجر شده است. او علاوه بر ذکر نتایج برخی از پژوهش‌ها، به نقش شرکت‌های بیمه نیز اشاره کرده است. اگرچه هنوز برخی از متخصصان بالینی بر این باورند که روان‌درمانی باید بلندمدت و حتی پایان‌ناپذیر باشد، اما واقعیت این است که برخی از نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که بعضی از اختلال‌ها را می‌توان در جلسات خیلی اندک درمان کرد. البته طول مدت درمان به تعریف درمان نیز بستگی دارد. اگرچه گارفیلد در سال ۱۹۸۹ با احتیاط زیاد از روان‌درمانی کوتاه‌مدت سخن به میان آورد، اما امروزه با تکیه بر شواهد پژوهشی می‌توان با اطمینان بیشتری از روان‌درمانی کوتاه‌مدت حرف زد. امروزه رفتاردرمانی‌شناختی (درمان‌های شناختی - رفتاری) را بر اساس تعداد جلسات درمان می‌توان به سه دسته تقسیم کرد:

- ۱- رفتاردرمانی‌شناختی کوتاه‌مدت (زیر ۱۰ جلسه)
- ۲- رفتاردرمانی‌شناختی کلاسیک (حدوداً بین ۱۲ تا ۱۷ جلسه)
- ۳- رفتاردرمانی‌شناختی بلندمدت (حدوداً بین ۲۰ تا ۵۰ جلسه)

یکی از دلایل مهم شکست روان‌درمانی، انتخاب بیمار نامناسب برای رویکرد روان‌درمانی است. انتخاب بیمار مناسب برای روان‌درمانی براساس مصاحبه دقیق و سنجش بالینی هدفمند انجام می‌شود. اگر در فرآیند سنجش^۳ کوتاهی صورت گیرد نتایج آن خیلی زود مشخص خواهد شد. کوتاهی و غفلت از فرآیند سنجش باعث شکست در اجرای تکنیک‌های روان‌درمانی خواهد شد. فرآیند سنجش در تمام روان‌درمانی‌ها اهمیت ویژه‌ای دارد مخصوصاً در روان‌درمانی‌های کوتاه‌مدت. سفران^۴ و سگال^۵ (۱۹۹۰) برای انتخاب بیمار مناسب رویکرد شناختی - رفتاری، تلاش‌های ارزشمندی انجام دادند. تلاش‌های آنها باعث شد که مقیاسی تدوین کنند به نام «مقیاس تناسب‌مندی برای شناخت درمانی کوتاه‌مدت» (SSCT). آنها در این مقیاس به بررسی ۱۰ شاخص در بیماران می‌پردازند. آنها اعتقاد دارند که برای هر شاخص می‌توان نمره‌ای بین ۰ تا ۵ در نظر گرفت. در ادامه این شاخص‌ها را توضیح می‌دهیم.

1. Garfield

2. The Practice of Brief Psychotherapy

3. assessment

4. Safran

5. Segal

6. Suitability for Short - term Cognitive therapy

۱- بیمار توانایی دستیابی به افکار خودآیند را دارد.

توانایی بیمار در شناسایی و توصیف افکار خودآیند برای اجرای رفتاردرمانی شناختی اهمیت بسزایی دارد. اگرچه افکار خودآیند بیشتر در افسردگی بروز می‌کنند، اما منظور افکار سطحی است که در بالای باورهای مرکزی و قواعد زندگی قرار می‌گیرند. این افکار سطحی در اختلال اضطراب فراگیر به صورت نگرانی، در افسردگی‌های مزمن در قالب نشخوار فکری و در اختلال وسواس - اجباری به صورت افکار، تصاویر و تکانه‌های وسواس تجلی پیدا می‌کنند. البته ناتوانی برخی از بیماران در شناسایی افکار خودآیند را باید به درمانگرانی نسبت داد که از روش‌های مناسب، متنوع و انعطاف‌پذیر برای شناسایی این افکار استفاده نکرده‌اند. اگر برای شناسایی افکار سطحی مدام از بیماران سؤال شود که "چی به ذهنت رسید" به احتمال زیاد برخی از بیماران در پاسخگویی به این سوال ناتوان جلوه می‌کنند. روش‌هایی مثل تصویرسازی ذهنی، ایفای نقش، آزمون‌های رفتاری، سؤال‌های متضاد از جمله روش‌های دستیابی به افکار به شمار می‌روند. بیمارانی که به اختلالات مزمن دچار هستند یا سخت‌درگیر اجتناب شناختی هستند، اغلب در این شاخص نمره کمی می‌گیرند.

۲- بیمار با منطق رویکرد شناختی - رفتاری همسو و هم‌عقیده است.

برخی از بیماران اصلاً اعتقادی ندارند که رفتار و نوع تفکرشان در شکل‌گیری و تداوم مشکلاتشان نقش دارد. برخی اعتقاد راسخ دارند که بیماری‌شان به دلیل مسایل بیولوژیکی و زیست شیمیایی پدید آمده است. برخی نیز مدام بر این طبل می‌کوبند که دیگران و شرایط جامعه باعث و بانی مشکلات آنهاست. البته هرگونه قضاوت درباره این شاخص را باید به زمانی واگذار کرد که درمانگر ضابطه‌بندی شناختی - رفتاری مشکل بیمار را با زبانی واضح، شفاف و قابل درک به بیمار ارائه کرده باشد. از طریق این سؤال‌ها می‌توان تا حدودی دریافت که بیمار چقدر با منطق رویکرد شناختی - رفتاری هم عقیده است: «به نظر شما علت مشکل تان چیست؟»، «درمان شناختی - رفتاری چگونه می‌تواند به شما کمک کند؟» و «چه انتظاری از درمان دارید؟» مخصوصاً سؤال‌های دقیق درباره ماهیت انتظارات بیمار از درمان از اهمیت بسزایی برخوردار است. هرچه انتظارات فرد واقع‌گرایانه باشد نمره فرد در این شاخص پایین خواهد آمد. برخی از بیماران نیز قبل از مراجع به درمانگر، مطالعاتی در زمینه درمان شناختی - رفتاری داشته‌اند. نباید فرض را بر این گذاشت که چون بیمار کتاب‌های خودیاری حوزه شناختی - رفتاری را مطالعه کرده است پس از درمان انتظاراتی واقع‌بینانه دارد. باید با سؤال‌های واریسی، از انتظارات بیمار به خوبی مطلع شد. اگر انتظارات بیمار از درمان واقع‌گرایانه باشد به محض اینکه با افت و خیز حالت‌های خلقی و مشکلات رفتاری و درگیری‌های ذهنی روبه‌رو شد ممکن است از روند درمان ناامید شود و درمان را نیمه‌کاره رها کند.

۳- بیمار توانایی آگاهی از هیجان‌ها و تفکیک هیجان‌ها را دارد.

هرچند توانایی بیمار برای شناسایی افکار خودآیند به منظور شروع درمان شناختی - رفتاری لازم است، اما کافی نیست. بیماران باید در فرآیند درمان بتوانند بین فرآیندهای فکری خود و حالت‌های خلقی‌شان ارتباط برقرار کنند. بیماران هم باید بتوانند حالت‌های خلقی‌شان را ردیابی کنند و هم اینکه بتوانند بین تجارب هیجانی‌شان تمایز و تفکیک قایل شوند. سؤال‌های دقیق درباره وقایع هیجان‌برانگیز فعلی می‌تواند درمانگر را در سنجش این شاخص یاری دهد. بیمارانی که تغییر حالت‌های هیجانی‌شان را درک نمی‌کنند و نمی‌توانند حالت‌های خلقی‌شان را نامگذاری کنند در این شاخص نمره کمی می‌گیرند. بیمارانی که در برابر استرس به واکنش‌های

جسمانی روی می‌آورند و یا به اختلال جسمانی‌سازی مبتلا هستند یا دچار ناگویی خلقی شده‌اند به احتمال زیاد در این شاخص نمره کمی خواهند گرفت.

۴- بیمار مسئولیت تغییر را می‌پذیرد.

از آنجایی که درمان‌شناختی رفتاری، نیازمند رابطه مشارکتی و همیارانه بین درمانگر و بیمار است بنابراین درمانگر باید به سنجش میزان مسئولیت‌پذیری بیماران توجه ویژه‌ای داشته باشد. یکی از بهترین راه‌ها برای سنجش میزان مسئولیت‌پذیری بیماران این است که از آنها سؤال کنیم "درمانگر و بیمار در فرآیند درمان‌شناختی - رفتاری چه نقشی دارند؟" بیمارانی که به خودشان نقش کاملاً منفعل و گوش‌به‌فرمان می‌دهند در این شاخص نمره کمی می‌گیرند. در همین رابطه رود^۱ و جویئر^۲ (۱۹۹۷) برای تعیین مشکلات بیماران در حوزه رابطه درمانی به نظام باورهای بیماران درباره نقش خودشان و فرآیند درمان اشاره کرده‌اند. به عنوان مثال بیماری که خودش را در فرآیند درمان هیچ‌کاره می‌نگرد و درمانگر را فردی معجزه‌گر تلقی می‌کند به احتمال زیاد هم در رابطه درمانی مشکل پیدا می‌کند و هم اینکه برای تغییر مشکلات چندان مسئولیت‌پذیرانه عمل نخواهد کرد. یکی از شاخص‌های خوب برای سنجش میزان مسئولیت‌پذیری بیماران، نحوه برخورد و سبک تفکرشان درباره تکالیف خانگی است. هرچند شیوه برخورد و سبک فکری بیماران در رابطه با تکالیف خانگی را می‌توان رونوشتی از سبک فکری و شیوه برخورد آنها با تکالیف سه‌گانه زندگی (کار، عشق و روابط اجتماعی) تلقی کرد.

۵- بیمار توانایی برقراری اتحاد درمانی را دارد.

برقراری اتحاد درمانی مناسب برای شروع و ادامه درمان شناختی - رفتاری اهمیت ویژه‌ای دارد. برخی از بیماران به دلیل مشکلاتشان در برقراری اتحاد درمانی مشکل پیدا می‌کنند. درمانگر باید به افکار، ارزیابی‌ها و ادراک‌های بیماران درباره جلسه درمان و نوع رفتار خودش دقت ویژه‌ای داشته باشد. برای سنجش اتحاد درمانی می‌توان از رفتارهای کلامی و غیرکلامی بیمار در جلسه درمان و رفتارهای بیمار در رابطه با افراد مهم زندگی اش و اطرافیانش استفاده کرد. باید به احساس‌های بیمار در طول جلسات درمان نیز دقت کرد. میزان تماس چشمی، تن صدا، وضعیت بدنی و شیوه کلام و جمله‌بندی بیمار، معیارهایی برای ارزیابی این شاخص به شمار می‌روند. عدم تماس چشمی، حالت‌های دفاعی اضطرابی یا خصومت‌آمیز نسبت به درمانگر، پوشیده‌گویی و گلی‌گویی، نشانگر این موضوع هستند که بیمار در اتحاد درمانی دچار مشکلاتی شده است. البته نباید توجه را به علائم غیرکلامی محدود کرد. طرح سؤال‌های مستقیم نیز برای ارزیابی این شاخص گره‌گشا هستند: "الآن که پایان جلسه است چه احساسی دارید؟" "از کدام برخورد من ناراحت می‌شوید؟" "چه چیزی شما را در فرآیند درمان خوشحال می‌کند؟" از آنجایی که مشکلات بین فردی در اختلالات روان‌شناختی تجلی پیدا می‌کنند به احتمال زیاد برخی از بیماران در ایجاد و تداوم اتحاد درمانی دچار مشکل می‌شوند. شاید به همین دلیل باشد که سفران و همکارانش (سفران و موران^۳، ۲۰۰۰؛ سفران و موران، ۱۹۹۶، سفران، ایبانکس - کراتر^۴ و موران، ۲۰۱۰) چندین سال است که به این موضوع توجه کرده‌اند. سفران و موران (۲۰۰۰) اعتقاد دارند که هرگاه در جلسه درمان بین درمانگر و بیمار مشکلاتی به وجود بیاید به ایجاد بن‌بست‌هایی^۵ در رابطه درمانی دامن خواهد زد.

1. Rudd

2. Joiner

3. Muran

4. Embanks _ Corter

5. rupture

جدول شماره یک: نمونه‌هایی از مشکل در اتحاد درمانی (سفران و موران، ۲۰۰۰، ص ۱۴۲)

کناره‌جویانه	ستیزه‌جویانه
● انکار (به عنوان مثال: بیمار منکر حالت‌های احساسی مثل خشم می‌شود در صورتی که کاملاً این احساس‌ها واضح و مشخص‌اند).	● شکایت از شخصیت درمانگر (به عنوان مثال: بیمار از شخصیت و منش درمانگر ایراد می‌گیرد).
● پاسخ‌های حداقلی (به عنوان مثال: بیمار در قبال سؤال‌های بازپاسخ درمانگر، جواب‌هایی بسیار کوتاه می‌دهد).	● شکایت از کفایت درمانگر (به عنوان مثال: بیمار درباره عدم مهارت و بی‌کفایتی درمانگر اظهار نظر می‌کند).
● تغییر موضوع صحبت (به عنوان مثال: در حین جلسه بیمار بلافاصله موضوع را به بحث دیگری می‌کشد یا می‌خواهد درباره موضوعاتی حرف بزند که به مشکلاتش ربطی ندارد).	● شکایت از فعالیت‌های درمانی (به عنوان مثال: بیمار از سؤال‌های درمانگر درباره احساس‌های درونی، سخت‌عصبانی می‌شود).
● عقلانی‌سازی (به عنوان مثال: بیمار از تجارب دردناک خود حرف می‌زند، بدون اینکه تحت تأثیر حالت‌های عاطفی مربوط به این تجارب قرار بگیرد).	● شکایت از درمان (به عنوان مثال: بیمار با شک و تردید با درمانگر حرف می‌زند).
● داستان‌گویی (به عنوان مثال: بیمار می‌خواهد قصه تعریف کند و تمام وقایع زندگی‌اش را شرح و بسط دهد).	● شکایت از ویژگی‌های درمان (به عنوان مثال: بیمار از بی‌فایده‌گی درمان و عدم نتیجه‌گیری از درمان شکایت می‌کند).

سفران و موران (۲۰۰۰) این بن‌بست‌ها را دو گروه کناره‌جویانه^۱ و ستیزه‌جویانه^۲ جای داده‌اند. در جدول شماره یک به این بن‌بست‌ها اشاره شده است.

سفران و موران (۲۰۰۰) بر این باورند که درمانگر به محض دیدن این علائم باید از تکنیک‌های فرارتاباطی^۳ استفاده کند. برای اینکه درمانگر متوجه این علائم بشود نیازمند به کارگیری تکنیک‌های توجه‌آگاهی^۴ است. به عبارتی، درمانگر باید شش‌دانه حواسش معطوف به فرآیند و محتوای حرف‌های بیماران باشد. شاید به این اعتبار بتوان رابطه درمانی در رویکرد رفتاردرمانی‌شناختی را این‌گونه تعریف کرد: "آگاهی لحظه به لحظه از افکار، احساس‌ها و رفتارهای بیماران و خودمان [درمانگران]".

در کتاب "توجه به آگاهی و رابطه درمانی" به شیوه‌های به کارگیری تکنیک‌های توجه‌آگاهی در بطن رابطه درمانی اشاره شد (هایک^۵ و بین^۶، ۲۰۰۸).

۶- بیمار توانایی برقراری رابطه سالم با اطرافیان را دارد.

توانایی برقراری، حفظ و ارتقای روابط بین‌فردی سالم که توأم با اعتماد و احترام متقابل باشد، به قول آدلر یکی

1. Withdrawal

2. Confrontation

3. Meta communication

4. minadulness

5. Hick

6. Bien

از تکالیف زندگی است که سر بلند آمدن از آن، کاری دشوار و طاقت فرساست. درمانگر باید به الگوهای ارتباطی بیماران با اطرافیان شان دقت کند. رابطه با والدین، خواهر(ان)، برادر(ان)، دوستان، همبازی‌ها، هم‌کلاسی‌ها و همکاران در گذشته و در زمان حال اهمیت دارند. شیوه حل تعارض، چگونگی مسئله‌گشایی، کیفیت رابطه، رضایتمندی از رابطه، چگونگی بیان خواسته‌ها، نوع تفکر درباره رابطه و شیوه تفکر درباره اطرافیان از جمله مسایلی هستند که درمانگر می‌تواند برای ارزیابی این شاخص از آنها استفاده کند. افرادی که الگوهای ارتباطی خصمانه، بی‌اعتمادی، بدگمانی، وابستگی بیمارگونه، سلطه‌گری، سلطه‌پذیری و دوسوگرایی دارند به احتمال زیاد از رفتاردرمانی شناختی کوتاه‌مدت سود چندانی نمی‌برند.

سگال، اسوالف^۱، بیزی^۲، وربر روجت^۳ (۱۹۹۵) اعتقاد دارند که گزارش مراجع از رابطه درمانی قبلی‌اش نیز علامت خوبی برای سنجش این شاخص به شمار می‌رود. البته گزارش مراجع از درمانگر قبلی را باید با احتیاط بیشتر بررسی کرد، زیرا این‌گونه گزارش‌ها معمولاً آغشته به سوء تفاهم و تحت تأثیر ناکامی از درمان است. سگال و همکارانش (۱۹۹۵) اعتقاد دارند بیمارانی که درمانگر یا درمانگران قبلی را به شدت سرزنش می‌کنند یا بین ارزنده‌سازی (ایده‌آل‌سازی) و نازنده‌سازی، درمانگر یا درمانگران قبلی نوسان دارند برای به‌کارگیری رفتاردرمانی شناختی کوتاه‌مدت باید احتیاط بیشتری به خرج داد.

۷- مشکلات بیماران به تازگی شروع شده‌اند.

اگر بیماران مشکلات دیرپایی دارند که سابقه شروع این مشکلات به سال‌ها قبل برمی‌گردد به احتمال زیاد در این شاخص نمره کمی می‌گیرند. هرچه از زمان شروع مشکلات گذشته باشد احتمال تأثیرگذاری تکنیک‌های رفتاردرمانی شناختی کوتاه‌مدت کم می‌شود.

۸- بیمار برای کاهش اضطراب از روش‌های سالمی استفاده می‌کند.

بسیاری از بیماران برای محافظت از عزت نفس و کاهش اضطراب در جلسه درمان یا خارج از جلسه درمان از شگردهای امنیت‌آفرین^۴ استفاده می‌کنند. این شگردهای امنیت‌آفرینی در راه فرآیند درمان سنگ‌اندازی می‌کنند. به برخی از این شگردها اشاره می‌شود: تلاش برای کنترل مصاحبه، تغییر دایم دستور جلسه، مبهم‌گویی، گلی‌گویی، عقلانی‌سازی، حاشیه‌پردازی و اسناد تمام مشکلات به عوامل بیرونی (مقصر پنداشتن زمین، زمان، بخت، اقبال و دیگران در ایجاد مشکلات). هرچه بیمار در جلسه درمان از این ویژگی‌ها برخوردار باشد نمره کمتری در این شاخص کسب می‌کند. سفران و همکارانش (۱۹۹۵) بر این باورند که به محض دیدن این علامت‌ها باید از تکنیک‌های فرارتابی استفاده کرد:

هدف از به‌کارگیری تکنیک‌های فرارتابی این است که توانایی تحمل اضطراب بیمار سنجیده شود. بدون شک این توانایی زمانی باید سنجیده شود که شگردهای امنیت‌آفرینی از مراجع گرفته شود. راهکار خلع سلاح این شگردها، به‌کارگیری تکنیک‌های فرارتابی است. (ص ۱۱۰)

اگر بیمار توانایی پاسخگویی خوب به تکنیک‌های فرارتابی را داشته باشد پیش‌آگهی خوبی برای استفاده از رفتاردرمانی شناختی کوتاه‌مدت دارد و اگر بیمار در واکنش به تکنیک‌های فرارتابی، بیشتر به حالت دفاعی برود به احتمال زیاد از رفتاردرمانی شناختی کوتاه‌مدت سود چندانی نخواهد بُرد.

1. Swallow

2. Bizzi

3. Werber Rouget

4. Security operations

جدول شماره دو: مقیاس تناسب‌مندی بیماران برای رفتاردرمانی شناختی کوتاه‌مدت

نمره‌گذاری	شاخص
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۱- بیمار توانایی دستیابی به افکار خودآیند را دارد.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۲- بیمار با منطق رویکرد شناختی- رفتاری همسو و هم‌عقیده است.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۳- بیمار توانایی آگاهی از هیجان‌ها و تفکیک هیجانی‌ها را دارد.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۴- بیمار مسؤلیت تغییر را می‌پذیرد.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۵- بیمار توانایی برقراری اتحاد درمانی را دارد.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۶- بیمار توانایی برقراری رابطه سالم با اطرافیان را دارد.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۷- مشکلات بیماران به تازگی شروع شده‌اند.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۸- بیمار برای کاهش اضطراب از روش‌های سالمی استفاده می‌کند.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۹- مشکلات بیمار، وابسته به موقعیت است.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۱۰- بیمار به نتایج درمان خوش‌بین است.

۹- مشکلات بیمار، وابسته به موقعیت است.

به دلیل اینکه رفتاردرمانی شناختی کوتاه‌مدت، سخت مسئله‌مدار است و برای به‌کارگیری رویکرد مسئله‌مدار باید مشکلات را به‌طور اختصاصی و ویژه تعریف کرد برخی از بیماران مشکلات فراگیری دارند که باعث می‌شود از تکنیک‌های رفتاردرمانی شناختی کوتاه‌مدت طرفی نیندند. برخی از بیماران نیز نمی‌توانند توجه خود را به یک مشکل و مسئله‌گشایی معطوف کنند. مدام از یک موضوع به موضوع دیگر می‌پرند و ذهن‌شان مغشوش و آشفته است. هرچه مشکلات افراد فراگیر و تعمیم‌یافته باشد به احتمال زیاد در این شاخص نمره کمی می‌گیرند. فرض کنید دو نفر بیمار مبتلا به هراس اجتماعی برای درمان مراجعه کرده‌اند. بیمار اول در موقعیت سخنرانی جلوی جمع سخت دچار هراس اجتماعی می‌شود و در بقیه موقعیت‌های اجتماعی و عملکردی مشکل چندانی ندارد. بیمار دوم علاوه بر اضطراب در موقعیت‌های سخنرانی، از صحبت با جنس مخالف، بیان درخواست‌ها، اظهارنظر، بیان احساس و شروع صحبت با غریبه‌ها نیز دچار ترس مرضی می‌شود. مسلم است که بیمار دوم در این شاخص نمره کمی می‌گیرد.

۱۰- بیمار به نتایج درمان خوش‌بین است.

برخی از بیماران علیرغم مشکلاتی که دارند، روحیه خودشان را از دست نداده‌اند و به نتایج درمان خوش‌بین هستند. البته این خوش‌بینی نباید به خوش‌خیالی منجر شود. منظور خوش‌بینی واقع‌بینانه است که با مسؤلیت‌پذیری همراه می‌شود. بیمارانی که مراجعه به درمان را به عنوان آخرین راهکار انتخاب کرده‌اند یا از همان اول درمان مدام بدبین و منفی‌گرا هستند شاید در این شاخص نمره کمی بگیرند. سفران و سگال (۱۹۹۰) برای این مقیاس نقطه برشی تعیین نکرده‌اند. اما به نظر می‌رسد که هرچه نمره بیمار در این شاخص بالاتر باشد، فرد مناسبی برای اجرای رویکرد رفتاردرمانی شناختی کوتاه‌مدت است. با نگاهی دقیق‌تر به این شاخص‌ها می‌توان پی برد که جفری یانگ (۱۹۹۰) در رویکرد طرح‌واره درمانی عملاً این ضدشاخص‌ها را به عنوان ملاک‌هایی برای اجرای طرح‌واره درمانی در نظر گرفته است.

جدول شماره سه: شاخص‌های مهارت‌های ارتباطی (استین بارگر و همکاران، ۲۰۰۴، ص ۲۸۲)

نمره‌گذاری	شاخص
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۱- درمانگر در فرآیند کسب اطلاعات از بیمار می‌تواند صمیمیت، یکرنگی و همدلی داشته باشد.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۲- درمانگر به صورت شفاف، فعال و قابل درک به بیمار درباره چگونگی شکل‌گیری مشکل و تداوم مشکل توضیح می‌دهد.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۳- درمانگر خیلی دقیق و واضح به سؤال‌های بیمار درباره چگونگی و تداوم مشکل جواب می‌دهد.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۴- درمانگر به بیمار درباره نقش عوامل خانوادگی، اقتصادی، فرهنگی و جنستی در شکل‌گیری تجاربش توضیح می‌دهد.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۵- درمانگر انتظارات بیمار از درمان را مشخص می‌کند و به نقش خودش و بیمار در فرآیند درمان به گونه‌ای اشاره می‌کند که جلوی سوء تفاهم‌های احتمالی گرفته می‌شود. هم بیمار و هم درمانگر به درک مشترکی از مسئولیت‌های خود در فرآیند درمان می‌رسند.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۶- درمانگر فعالانه در مسیر درمان از بیمار فیدبک می‌گیرد و از اثرگذاری تکنیک‌ها و سرعت درمان متناسب با بیمار، مطمئن می‌شود.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۷- درمانگر وقت خود را صرف واکنش‌های انتقالی چالش‌آفرین بیمار نمی‌کند.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۸- درمانگر موضع مشارکتی و همیارانه را تا پایان درمان ادامه می‌دهد و به مراجع اطمینان می‌دهد که در صورت نیاز پس از پایان درمان باز هم می‌تواند درمانگر را ملاقات کند.

از جدول شماره دو می‌توان برای نمره‌گذاری این شاخص‌ها استفاده کرد. درمانگر برای اجرای روان‌درمانی‌های کوتاه‌مدت باید مهارت‌ها و صلاحیت‌های بالینی خاصی داشته باشد. درمانگرانی می‌توانند از به‌کارگیری تکنیک‌های روان‌درمانی کوتاه‌مدت سربلند بیرون بیایند که قابلیت‌ها و توانمندی‌هایی داشته باشند. استین بارگر^۱، گرین برگ^۲ و دیوان^۳ (۲۰۰۴) معتقدند که درمانگران مشتاق به کارگیری رویکردهای کوتاه‌مدت باید از سه دسته مهارت برخوردار باشند. این سه دسته مهارت عبارت‌اند از:

۱- مهارت‌های ارتباطی^۴

۲- مهارت‌های ابزاری^۵

۳- مهارت‌های عاملیت - تغییر^۶

استین برگر و همکارانش (۲۰۰۴) معتقدند که مهارت‌های ارتباطی مورد نیاز درمانگران کوتاه‌مدت مثل مهارت‌های ارتباطی سایر درمانگران است با این تفاوت جدی که با توجه به محدودیت زمان در رویکردهای کوتاه‌مدت،

1. Steenbarger

2. Greenberg

3. Dewan

4. relational skills

5. instrumental skill

6. change - agency skills

جدول شماره چهار: شاخص‌های مهارت‌های ابزاری درمانگران (استین بارگر و همکاران، ۲۰۰۴، ص ۲۸۵)

نمره‌گذاری	شاخص
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۱- درمانگر در طی فرآیند سنجش می‌تواند بیمار مناسب برای این رویکرد را انتخاب کرد.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۲- درمانگر در طرح‌ریزی درمان متناسب با بیمار، موفق عمل می‌کند.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۳- درمانگر جلسه سنجش را ساختارمند پیش می‌برد.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۴- درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا بیمار اهدافش را روشن و مشخص سازد.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۵- درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا اهداف درمان کوتاه‌مدت روشن شوند.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۶- درمانگر در تمام مراحل درمان متوجه سوء تفاهم‌های احتمالی بیمار هست.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۷- درمانگر در تمام مراحل درمان‌های احتمالی سوء تفاهم‌های احتمالی بیمار را از بین می‌برد.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۸- درمانگر فعالیت‌های هر جلسه برای رسیدن به اهداف را می‌داند.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۹- درمانگر مهارت‌هایی مثل طراحی تکالیف و تمرین‌ها را بلد است.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۱۰- درمانگر از سیر جلسات و پیشرفت درمان خلاصه‌ای به بیمار ارائه می‌دهد.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۱۱- اگر دستور جلسه نیمه‌کاره رها شد، درمانگر توانایی متمرکز کردن بیمار بر دستور جلسه را دارد.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۱۲- درمانگر چنانچه متوجه مشکل در طرح درمان بشود، انعطاف‌پذیر عمل می‌کند.

درمانگر باید از توانایی خاصی برای شکل‌دهی و ادامه اتحاد درمانی سالم را برخوردار باشد. در جدول شماره سه (صفحه قبل) به برخی از شاخص‌های مهارت‌های ارتباطی درمانگران اشاره شده است. چه بسا که بتوان برای این مهارت‌ها نیز نمره‌دهی کرد.

استین برگر و همکارانش (۲۰۰۴) مهارت‌های ابزاری را این‌گونه تعریف می‌کنند: مهارت‌هایی که به درمانگر کمک می‌کند تا فعالانه به دنبال اطلاعات لازم باشد، بیماران مناسب را انتخاب کند و تمرکز خودش و بیمار را به مشکلات قابل حل معطوف نماید. در جدول شماره چهار (بالای صفحه) می‌توان به برخی از شاخص‌های مهارت‌های ابزاری اشاره کرد.

استین برگر و همکارانش (۲۰۰۴) مهارت‌های عاملیت - تغییر را نیز این‌چنین تعریف کرده‌اند: درمانگران رویکردهای کوتاه‌مدت باید خزانه تکنیکی خوبی داشته باشند تا بتوانند الگوهای فکری، رفتاری و احساسی بیمار در زمان حال (اینجا و اکنون) را بشناسند، درک کنند و این الگوها را تغییر دهند. در جدول شماره پنج (صفحه بعد) به شاخص‌های مهارت‌های عاملیت - تغییر اشاره شده است.

جدول شماره پنجم: شاخص‌های مهارت‌های عاملیت - تغییر (استین بارگر و همکاران، ۲۰۰۴، ص ۲۸۸).

نمره‌گذاری	شاخص
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۱- درمانگر می‌تواند الگوهای فکری، احساسی و رفتاری بیمار را بشناسد.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۲- درمانگر به تکنیک‌های تجربی، تجسمی، کلامی و رفتاری برای شناسایی این الگوها، مسلط است.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۳- درمانگر تکنیک‌ها را به گونه‌ای به کار می‌گیرد که باعث ناکامی یا خستگی بیمار نشود.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۴- درمانگر به تکنیک‌های تغییر الگوهای فکری، رفتاری و احساسی مسلط است.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۵- درمانگر در به کارگیری تکنیک‌ها، انعطاف‌پذیر عمل می‌کند.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۶- درمانگر سرعت تغییر را به گونه‌ای تنظیم می‌کند که باعث خودمختاری بیمار می‌شود.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۷- به تدریج فعالیت آغازگرانه بیمار در فرآیند درمان بیشتر می‌شود.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۸- درمانگر تکنیک‌ها را به گونه‌ای به کار می‌گیرد که باعث مهارت‌آموزی، بینش‌افزایی و تجربه‌آموزی بیمار می‌شود.

کتابی که ترجمه آن را پیش‌رو دارید در ۱۳ فصل تهیه شده است. نگاهی به فهرست مطالب کتاب، تنوع منابع و صاحب‌نظری نویسندگان فصل‌ها حاکی از اهمیت این کتاب است. دو فصل اول کتاب اهمیت فوق‌العاده‌ای دارند که به تعریف رفتاردرمانی شناختی کوتاه‌مدت و فرآیند سنجش پرداخته‌اند. از آقای سامان نونهال بسیار ممنون و سپاسگزاریم که متن اصلی را ترجمه تطبیق دارند و نکات ارزشمندی را یادآوری کردند.

سعی کرده‌ایم تا جای ممکن متن قابل فهم و قابل درکی ارائه دهیم. اینکه تا چه اندازه، موفق بوده‌ایم بستگی به قضاوت شما دارد. در برخی از قسمت‌های کتاب به سلیقه یکدیگر احترام گذاشته‌ایم. به عنوان مثال در گفتگوها، یکی از مترجمان، سبک محاوره‌ای و مترجم دیگر از سبک رسمی نوشتاری استفاده کرده است.

تابستان ۱۳۹۳

منابع

1. Dewan, M.J., Steenbarger, B.N.g Greenbery, R.P. (2000). *The art and science of berief psychotherapies: A proactitioner's guide*. Washington: American psychological Association.
2. Garfield,L. (1990). *The practice of psychotherapy*. NewYork: Pergamon.
3. Hick,S.F. Bien, T. (2000). *Mindfulness and the therapeutic relationship*. NewYork: guilford.
4. Rudd, M.D, Joiner, T.E. (1997). counntertransfrance and the therapeutic relationship:A congitive perspective. *Journal of cognitive psychotherapy*, 11,231-250.
5. Safran J.D., Segal,Z.V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. NewYork: Basic Book
6. Safran, J.D, & Muran, J. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64,447-458
7. Safran, J.D. Muran, J. (2000) *Negotiating the therapeutic alliance*. NewYork: Guilforad
8. Safran, T.D., Eubanks - Carter, U Muran, T.ch. (2010). Emotion - focused / interpersonal cognitive therapy. In.kazantzis, N., Rienecke, M.A., Freeman, A. (Eds). *cognitive and behavioral theories in clinical practice* (p.p.332-362). NewYork: Guilford.
9. Segal, Z.V., Swallow, S.R., Bizzini, L.,F Werber Rouget, B. (1995). How we assess for short-term Coynitive behavior theraly. In. Mace, ch. (ed). *The art and sciece of assessment in psychotherapy*. (PP 102-116). London: sage.

دربارهٔ ویراستاران

فرانک دبلیو باند، مشاور، متخصص در روان‌درمانی فردی، زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی، دانشیار در دانشکدهٔ روان‌شناسی کالج گلداسمیت دانشگاه لندن است. تجربهٔ کاری و پژوهشی او در حوزهٔ روان‌شناسی بهداشت شغلی است. به‌طور اختصاصی به پژوهش دربارهٔ این مسائل می‌پردازد که چگونه سازماندهی مجدد محیط کار و درمان‌های شناختی - رفتاری به تنهایی و با یکدیگر می‌تواند به بهبود سلامت روان کارگران، میزان غیبت از کار و بارآوری کارکنان کمک کنند. دکتر باند تجربهٔ کار خصوصی در رفتاردرمانی شناختی را نیز دارد.

ویندی درایدن، مشاور، متخصص در روان‌درمانی فردی، زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی، استاد گروه مشاور در دانشکدهٔ گلداسمیت دانشگاه لندن است. ویراستار یا مؤلف بیش از ۱۲۵ کتاب در حوزهٔ مشاوره و روان‌درمانی است. علاقهٔ اولیهٔ او به رفتار درمانی عقلانی - هیجانی و ترویج نظریه و تکنیک‌های آن در بین عامهٔ مردم، از طریق کتاب‌های خودیاری است.

فهرست همکاران

- دونالد اچ. بوکام، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه کارولینای شمالی، چپل هیل، شماره ۲۵۸ اوی هال، چپل هیل، کارولینای شمالی ۲۷۵۹۹-۳۲۷۰، ایالات متحده آمریکا.
- اف، مایکل بی شاپ، مسئول خدمات سوء مصرف الکل و مواد، مؤسسه آلبرت ایس، شماره ۴۵ شرق خیابان ۶۵، نیویورک ۱۰۰۲۱-۶۵۹۳، ایالات متحده آمریکا.
- فرانک دبلیو باند، دانشکده روان‌شناسی، دانشکده گلداسمیت دانشگاه لندن، نیوکراس، لندن، SE146NW انگلستان.
- آلان کار، دانشکده روان‌شناسی، اتاق ۲۳۲، ساختمان علوم دانشگاه دوبلین، بلفیلد، دوبلین ۴، ایرلند.
- مایکل، جی. کرسک، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه UCLA، فرانزهال، شماره ۴۰۵ خیابان هیلگارد، لوس‌آنجلس، کالیفرنیا ۹۰۰۹۵-۱۵۶۳، ایالات متحده آمریکا.
- آلبرت ایس، مؤسسه آلبرت ایس، شماره ۴۵ خیابان ۶۵ شرقی، نیویورک، نیویورک ۱۰۰۲۱-۱۵۹۳، ایالات متحده آمریکا.
- نورمن بی. اپستاین، دانشکده مطالعات خانواده دانشگاه مری‌لند، کالج پارک، مری‌لند، ۲۰۷۴۲، ایالات متحده آمریکا.
- پاول ای. فلکسمن، دانشکده روان‌شناسی، دانشکده گلداسمیت، دانشگاه لندن، نیوکراس لندن SE146NW، انگلستان.
- استیون سی، هیز، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه نوادا، رنو، نوادا، ۸۹۵۵۷-۰۰۶۲، ایالات متحده آمریکا.
- هالی هزلت - استیونس، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه UCLA، فرانزهال، شماره ۴۰۵ خیابان هیلگارد، لوس‌آنجلس، کالیفرنیا ۹۰۰۹۵-۱۵۶۳، ایالات متحده آمریکا.
- نینا، هین ریچرز، مرکز مطالعات اضطراب و اختلالات مربوط به آن، دانشگاه بوستون، شماره ۶۴۸ خیابان بیکن، طبقه ششم، بوستون، ماساچوست، ۰۲۲۱۵، ایالات متحده آمریکا.
- استفان جی. هافمن، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه بوستون، شماره ۶۴۸ خیابان بیکن، طبقه ششم، بوستون، ماساچوست، ۰۲۲۱۵، ایالات متحده آمریکا.
- ویندی هانت، دانشکده مطالعات خانواده، دانشگاه مری‌لند، کالج پارک، مری‌لند ۲۰۷۴۲۰، ایالات متحده آمریکا.
- کلی، ال جارویس، دانشکده روان‌شناسی و رفتار اجتماعی، دانشگاه کالیفرنیا، ایروین، ایروین، کالیفرنیا، ۹۲۶۹۷-۷۰۸۵، ایالات متحده آمریکا.
- ادموند کوگ، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه بت، کلاورتن داون، بت، BA27AY، انگلستان.
- فولین آرمفیلد کی، دانشکده روان‌پزشکی و رفتار انسانی، دانشگاه براون، پراویدنس، رودآیلند ۰۲۹۱۲، ایالات متحده آمریکا.

جازلین جی. لاتایلید، دانشکده مطالعات خانواده، دانشگاه مریلند، دانشکده پارک، مریلند ۲۰۷۴۲۰، ایالات
متحده آمریکا.

ریموند، دبلیو نوواکو، دانشکده روان‌شناسی و رفتار اجتماعی، دانشگاه کالیفرنیا، ایروین، کالیفرنیا،
۹۲۶۹۷-۷۰۸۵، ایالات متحده آمریکا.

دیوید، ای اشپیگل، مرکز مطالعات اضطراب و اختلالات مربوط به آن، دانشگاه بوستون، شماره ۶۴۸ خیابان
بیکن، طبقه ششم بوستون، ماساچوست ۰۲۲۱۵، ایالات متحده آمریکا.

آدریان ولز، دانشکده روان‌شناسی بالینی، دانشگاه منچستر، ساختمان رانسلی، بیمارستان رویال منچستر، جاده
آکسفورد، منچستر M139WL، انگلستان.

رابرت دی. زتل، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه ویجیتا، شماره ۴۱۰ جبراهال، ویجیتا، کانزاس ۶۷۲۶۰، ایالات
متحده آمریکا.

پیشگفتار

کتاب حاضر به تعریف، سنجش و به‌خصوص شیوه اجرای رفتاردرمانی شناختی کوتاه‌مدت می‌پردازد. به نظر ما این کتاب منحصر به‌فرد است و برای درمان طیف وسیعی از مشکلات، از جمله مسائل بالینی، تحصیلی و استرس شغلی، کاربرد دارد. به‌علاوه، این کتاب تفاوت بین رفتاردرمانی شناختی کوتاه‌مدت و رفتاردرمانی شناختی کلاسیک را مد‌نظر قرار می‌دهد، موارد عدم استفاده از رفتاردرمانی شناختی کوتاه‌مدت را مشخص کرده است و شواهد تجربی برای کارآیی رفتاردرمانی شناختی کوتاه‌مدت را به صورت خلاصه عرضه می‌کند. سرانجام، این کتاب به یکی از موضوعات مهم حرفه‌ای در رفتاردرمانی شناختی کوتاه‌مدت، یعنی فرسودگی شغلی مشاوران و چگونگی پیشگیری از آن می‌پردازد.

بدون تردید، زمان تدوین کتابی برای رفتاردرمانی شناختی کوتاه‌مدت فرا رسیده است. مؤسسه خدمات سلامت ملی بریتانیا و جنبش مراقبت مدیرانه در ایالات متحده آمریکا در گسترش رویکرد رفتاردرمانی شناختی کوتاه‌مدت نقش تعیین‌کننده دارند و نمی‌توان طرفداران استفاده از مداخلات کوتاه‌مدت را نادیده گرفت. به‌علاوه، حتی قبل از این طرفداران پروپا قرص، بعضی از مراجعان، به درمانگران گفته بودند که به دنبال درمان کوتاه‌مدتی برای مشکل خود هستند (ولز، ۱۹۹۳). در پاسخ به این درخواست، کتاب‌های مفصلی درباره درمان‌های کوتاه‌مدت، مبتنی بر روان‌پویایی کوتاه‌مدت (مثل بوک، ۱۹۹۸)، التقاطی (گارفیلد، ۱۹۹۸)، و دیدگاه‌های چندگانه (مثل ولز و جیانتی، ۱۹۹۳) منتشر شده است. با وجود این، چنین کتاب‌هایی را درمانگران شناختی رفتاری صاحب‌نظر تهیه نکرده‌اند. یکی از اهداف این کتاب، ارائه چنین دانشی است.

هدف دیگر این کتاب، چگونگی استفاده از رفتاردرمانی شناختی کوتاه‌مدت برای مشکلات متفاوت است. امروزه، رفتاردرمانی شناختی، در کلینیک‌های خصوصی، بیمارستان‌ها و حتی سازمان‌ها به کار گرفته می‌شود. اغلب روان‌شناسان بالینی و مشاوران؛ رفتاردرمانی شناختی را در این زمینه‌های متفاوت به کار می‌گیرند. اما، روان‌شناسان شغلی و سلامت که دوره‌های روان‌درمانی را آموزش می‌بینند نیز می‌توانند از رفتاردرمانی شناختی کوتاه‌مدت در حوزه‌های تخصصی خود استفاده می‌کنند. به نظر نمی‌رسد یک کتاب درباره رفتاردرمانی شناختی بتواند چگونگی استفاده از این رویکرد درمانی را در زمینه‌های متفاوت شرح دهد. بنابراین، امیدواریم که این کتاب بتواند کمک مفیدی برای درک چگونگی کاربرد رفتاردرمانی شناختی در درمان مشکلات رایجی نظیر اختلال‌های هیجانی، درد، اضطراب امتحان و استرس شغلی باشد.

فرانک دبلیو. باند

ویندی درایدن

لندن ۲۰۰۴

فصل ۱

رفتار درمانی شناختی کوتاه مدت: تعریف و بنیادهای علمی

هالی هزلیت - استیونس و مایکل جی. کراسک

دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه ایالتی لوس آنجلس، کالیفرنیا، ایالات متحده آمریکا

در طول ۵۰ سال گذشته، درمان‌های شناختی - رفتاری به‌عنوان جریان اصلی درمان‌های روان‌شناختی مؤثر برای بسیاری از مشکلات هیجانی و رفتاری، مطرح شده است. رویکردهای رفتار درمانی ابتدا در دهه ۱۹۵۰ معرفی شد، درست زمانی که اصول تجربی یا آزمایشگاهی حاکم بر رفتار، برای اصلاح رفتار ناسازگار انسان به‌کار گرفته می‌شد (برای مثال وُلپه، ۱۹۵۸؛ آیزنک، ۱۹۶۶). در دهه ۱۹۷۰، فرآیندهای شناختی نیز به‌عنوان قلمروی مهم در سبب‌شناسی آشفتگی روان‌شناختی مدنظر قرار گرفتند (بندورا، ۱۹۶۹). در نتیجه، تکنیک‌های شناخت‌درمانی تدوین یافتند و سرانجام در رویکردهای رفتاری ادغام شدند تا رفتار درمانی شناختی را برای درمان انواع اختلال‌های روان‌شناختی شکل دهند. در این فصل، شواهدی از اثربخشی انواع کوتاه‌مدت رفتار درمانی شناختی برای اختلال‌های گوناگون را مرور خواهیم کرد. ابتدا اصول بنیادی رفتار درمانی شناختی را بررسی خواهیم کرد که با درمان‌های کوتاه‌مدت سازگار هستند.

اصول بنیادین رفتاردرمانی‌شناختی

اگرچه تکنیک‌های شناختی - رفتاری متنوعی برای پرداختن به طیفی از مشکلات خاص بالینی تدوین شده است، اما مجموعه‌ای از اصول و فرض‌های اساسی، زیربنای تمام این تکنیک‌هاست. اول اینکه ناکارآمدی روان‌شناختی در قالب سازوکارهای یادگیری و پردازش اطلاعات، مفهوم‌سازی می‌شود. نظریه بنیادی یادگیری یافته‌های حاصل از پژوهش‌های آزمایشگاهی درباره شرطی‌سازی کلاسیک و کنش‌گر را در هم ادغام می‌کند. برای مثال، نشانه‌های خاص هراس ممکن است موجب واکنش ترس برانگیز شود که به وسیله شرطی‌سازی کلاسیک آموخته شده و مدتی طولانی بعد از فقدان محرک غیرشرطی اصلی باقی می‌ماند. فرض بر این است که رویارویی مکرر با محرک شرطی بدون همراهی با محرک غیرشرطی باعث خاموشی ترس می‌شود. به همین ترتیب، شرطی‌سازی کنش‌گر توضیح می‌دهد که چگونه نشانه‌ها یا رفتارهای نامطلوب به خاطر پیامدها باقی می‌مانند. برای مثال، اعتقاد بر این است که رفتارهای درد مزمن تا حد زیادی به دلیل توجه دیگران، باقی می‌مانند. درمان‌هایی که به افراد می‌آموزند تا در محیط‌شان طوری رفتار کنند که تقویت مثبت برای رفتار سازگارانه به حداکثر و برای رفتار مشکل‌آفرین به حداقل برسد، از پژوهش‌های اولیه در زمینه شرطی‌سازی کنش‌گر نشأت می‌گیرند. پژوهش‌های حوزه شناختی نشان داده‌اند که تحریف در پردازش اطلاعات درباره خود و محیط باعث بسیاری از مشکلات رفتاری و روان‌شناختی می‌شود. برای مثال، گرایش به توجه کردن به اطلاعات تهدیدکننده یا درک تهدیدآمیز موقعیت‌های مبهم، به اضطراب افراطی و یا غیرضروری دامن می‌زند. همچنین، سوگیری‌های حافظه نسبت به وقایع اندوهبار و جزئیات منفی وقایع، ممکن است در ایجاد و تداوم خلق افسرده نقش داشته باشد. اساس درمان‌های شناختی، تغییر در باورهای مرکزی و کاهش سوگیری در توجه و حافظه است.

دوم اینکه رویکرد شناختی - رفتاری در درمان، نسبت به رفتار انسان، جهت‌گیری آزمایشی دارد. در این نوع درمان، رفتارهای خاص به عنوان محصول شرایط محیطی و درونی خاص در نظر گرفته می‌شوند (گلدفرید و دیویسون^۱، ۱۹۹۴). بنابراین، رفتار، قانون‌مند است و وقتی که کارکرد آن آشکار می‌شود، بهتر درک می‌شود و قابل پیش‌بینی می‌گردد. چون فرآیندهای شناختی نیز هم‌چون رفتار آشکار فرد، جنبه انطباقی دارد و آماج تغییر قرار می‌گیرد، پرداختن به حوزه شناختی نیز برای مداخله درمانی مناسب است (گلدفرید و دیویسون، ۱۹۹۴). بنابراین، درمان‌های شناختی - رفتاری برای این طراحی شده است که به نشانه‌های آماجی خاص و رفتارهای مشکل‌آفرین بپردازند. درمانگران شناختی - رفتاری با این فرض به درمان روی می‌آورند که یک سیمایه مرکزی یا اساسی خاص، مسئول نشانه‌های آشکار و الگوهای رفتاری است (برای مثال، بین این سیمایه اساسی و نشانه‌های ناسازگاری، ارتباط قانون‌مند وجود دارد).

۱- ویرایش اول این کتاب (۱۹۷۶) به زبان فارسی ترجمه شده است:

دیویسون، جرال و گلدفرید، ماروین. (۱۳۷۱). رفتار درمانی بالینی. ترجمه سید احمد احمدی. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.

بنابراین، وقتی که سیمایه مرکزی مشخص شد، آماج درمان قرار گرفت و تغییر یافت، افکار، نشانه‌ها و رفتارهای ناسازگار نیز تغییر می‌یابند. برای مثال، درمانگر شناختی - رفتاری که اختلال آسیمیگی را درمان می‌کند، ممکن است دریابد که بیمار این باور نادرست را دارد که ضربان تند قلب به معنای حمله قلبی است. بنابراین، هدف درمان، چالش با این باور ناکارآمد از طریق آموزش و بازسازی شناختی است. لذا، بیمار تشویق می‌شود تا به صورت ارادی، ضربان قلب خود را تندتر کند تا یاد بگیرد که حمله قلبی اتفاق نمی‌افتد. سوم اینکه تغییر، تحت تأثیر تجربیات جدید آموخته شده‌ای قرار می‌گیرد که بر یادگیری و پردازش اطلاعات ناسازگار قبلی، غلبه می‌کند. برای مثال، روبه‌رو شدن با شیء یا موقعیت ترسناک بدون فرار یا اجتناب، این امکان را فراهم می‌کند که روند جدیدی در خصوص رفتارها و قضاوت‌های امنیت‌آفرین، آموخته شود. بنابراین، ممکن است تغییر در مدت زمان کوتاهی، در نتیجه یادگیری این افکار و رفتارهای جدید اتفاق افتد و برای مدتی طولانی که این پاسخ‌های اکتسابی جدید به تمام موقعیت‌ها و زمان‌ها تعمیم یابد، حفظ شود. همچنین، در رفتاردرمانی شناختی اغلب مهارت‌های مقابله‌ای (از قبیل جرأت‌مندی، آرامش‌آموزی یا خودگویی) را برای پاسخ مؤثرتر به شرایط محیطی، آموزش می‌دهند. انتظار می‌رود که این امر با تمرین مکرر و به‌کارگیری مهارت‌های جدید و باگذشت زمان، به بهبود منجر شود. بنابراین، بهبود بالینی می‌تواند از دو مسیر متفاوت ایجاد گردد: اول، همان‌طور که افکار و رفتارهای ناسازگار جای خود را به پاسخ‌های سازگارانه‌تر می‌دهند، یادگیری‌های جدید هم در نتیجه تجربیات جدید اتفاق می‌افتند. دوم، فرد ممکن است مهارت‌های مقابله‌ای مؤثرتری را یاد بگیرد که با تمرین و گسترش دامنه کاربرد این مهارت‌ها، به کارآمدی بهتر در طول زمان دست یابد.

چهارم اینکه ارزش روش علمی برای رفتاردرمانی شناختی این است که درمانگران، تغییرات هر بیمار خاص را مدام ارزیابی می‌کنند. درمانگران شناختی - رفتاری با استفاده از جهت‌گیری آزمایشی، فرضیه‌هایی درباره الگوهای شناختی و رفتاری فرد تدوین می‌کنند و طبق این فرضیه، مداخله می‌کنند، رفتار را مشاهده می‌نمایند و فرضیه خود را براساس مشاهده‌شان، اصلاح می‌کنند. این روند مدام در طول درمان ادامه می‌یابد. بنابراین، درمانگر شناختی - رفتاری صرفاً خود را به مجموعه‌ای از تکنیک‌ها محدود نمی‌کند، بلکه با دیدگاه فلسفی منطبق با روش علمی، به درمان می‌پردازد (گلدفريد و دیویسون، ۱۹۹۴). این رویکرد آزمایشی در شمار زیادی از کارآزمایی‌های کنترل‌شده تصادفی درباره کاربرد رفتاردرمانی شناختی نیز به چشم می‌خورد. در سال ۱۹۹۵، گروه پژوهشی بخش روان‌شناسی بالینی انجمن روان‌شناسی آمریکا، پیشینه نتیجه پژوهی روان‌درمانی را برای تعیین درمان‌های مؤثر، بررسی کردند. آخرین گزارش در سال ۱۹۹۶ (چمپلس و همکاران، ۱۹۹۶) نشان داد که ۲۲ درمان مختلف از پشتوانه تجربی کافی برخوردار است. این درمان‌ها، دقیق‌ترین معیارهای پژوهشی را برای ملاک کارآیی دارا بودند، در حالی که ۲۵ درمان دیگر، معیار درمان‌های احتمالاً کارآ را داشتند. اغلب قریب به اتفاق این درمان‌های دارای پشتوانه تجربی، درمان‌های شناختی - رفتاری بودند که برای مجموعه‌ای از مشکلات (مثل اختلال‌های اضطرابی، افسردگی، ناخوشی جسمی، اختلال‌های خورد و خوراک سوء مصرف مواد

و تعارض‌های زناشویی) به کار می‌روند.

مسائلی از قبیل مفهوم‌سازی شناختی - رفتاری ناکارآمدی روان‌شناختی، ماهیت خاص آماج درمانی، سازوکارهای فرضی تغییرات درمانی و ارزش روش علمی، در رفتاردرمانی شناختی کوتاه مدت نیز اهمیت دارند. به همین دلیل، وقتی سازوکار یادگیری‌های ناسازگار و پردازش اطلاعات درک شوند، تجربیات یادگیری ناشی از درمان می‌توانند به خوبی سازماندهی و مهارت‌های مقابله، در مدت زمان کوتاهی، آموخته شوند. به همین ترتیب، ارزیابی مداوم کارآیی رفتاردرمانی شناختی باعث نقد و بررسی متغیرهای اساسی دخیل در درمان می‌شود. یکی از این متغیرها، طول مدت درمان است.

رفتاردرمانی شناختی کوتاه مدت

درمان‌های شناختی - رفتاری به خاطر رویکرد مشکل - محور، معمولاً کوتاه مدت و زمان‌مند است. بسیاری از درمان‌های شناختی - رفتاری، نسبت به دیگر روان‌درمانی‌ها، در ۱۰ تا ۲۰ جلسه به بهبود معنادار بالینی و کاهش نشانه‌ها منجر می‌شود. با وجود این، درمانگران، برای بالا بردن کارآیی درمان‌های شناختی - رفتاری مؤثرکنونی، تلاش می‌کنند تا آنها را کارآمدتر، با صرفه‌تر و توانمندتر سازند. بعضی رویکردها برای افزایش کارآمدی درمان‌های شناختی - رفتاری اقداماتی انجام داده‌اند مثل: سازگار کردن درمان‌های فردی با درمان‌های گروهی، اطلاعات خودیاری و کتاب درمانی و درمان به کمک رایانه. با وجود این، متداول‌ترین رویکرد برای افزایش کارآیی درمان‌شناختی - رفتاری کنونی، کاهش تعداد جلسات درمان است. این روند، نه تنها پاسخی عمل‌گرایانه به فشار بیرونی مانند تأکید بر سلامت (مؤسسات بیمه) در ایالات متحده است، بلکه این فرض اساسی (که قبلاً بیان شده) را نشان می‌دهد که رفتاردرمانی شناختی مؤثر، نتیجه تشخیص و تغییر شناخت‌واره‌ها و رفتارهای مشکل‌آفرین است. هم‌زمان با پیشرفت درمان شناختی - رفتاری در حوزه پژوهشی، تکنیک‌هایی تدوین شده است که منجر به تغییر معنادار می‌شوند. همان‌طور که پژوهش‌های توصیفی، علت احتمالی اختلال خاص را مشخص می‌کنند، درمان‌ها نیز ویژگی‌های ناسازگارانه‌ای را آماج درمان قرار می‌دهند که نیاز به مداخله دارند.

کوتاه‌سازی فرآیند درمان، فواید بسیاری دارد. مقرون به صرفه بودن درمان، آن را در دسترس اشخاص بیشتری قرار می‌دهد که نیاز به کمک دارند. بیماران از اینکه زود به نتیجه برسند، لذت می‌برند و این امر ممکن است فرآیند درمان را برای آنان قابل‌پذیرش سازد و باعث افزایش انگیزه برای تغییرات بعدی شود. با این حال، کاربرد این رویکرد ممکن است در بعضی موقعیت‌ها، بی‌فایده باشد. رویکرد رفتاردرمانی شناختی کوتاه مدت، فرض را بر این می‌گذارد، که آماج تغییر، کاملاً مشخص و محدود است. بیمارانی که نشانه‌های مبهم‌تر یا بیماری همبودی خاصی را نشان می‌دهند که با آماج‌های مستقیم تداخل می‌کند (مثل، اختلال‌های محور II)، ممکن است نیاز به درمان طولانی‌تری داشته باشند. رویکرد کوتاه مدت همچنین بر این فرض پایه‌ریزی شده است که بیمار برای شرکت در درمان، انگیزه کافی دارد و

آماده است تا با کمک درمانگر، الگوهای رفتاری و شناختی خود را تغییر دهد. بنابراین، بیمارانی که درباره تغییر، دوسوگرایی دارند و میلی به انجام تکالیف خانگی ندارند، ممکن است از درمان کوتاه مدت طفره بروند. به همین صورت، رفتاردرمانی شناختی کوتاه مدت، در حین درمان و در بین جلسات، مسئولیت بیشتری بر دوش بیمار می‌گذارد. هنگامی که طول درمان کوتاه می‌شود، بیمار مسئولیت بیشتری برای یادگیری اطلاعات درمانی، تمرین‌ها و مهارت‌آموزی به عهده می‌گیرد. نکته آخر اینکه، رویکرد رفتاردرمانی شناختی کوتاه مدت نیازمند این است که درمانگر بتواند به سبکی ماهرانه، توجه بیمار را به سمت اهداف درمانی جهت دهد و در عین حال به اتحاد درمانی خدشه‌ای وارد نکند. همه درمانگران ممکن است نتوانند از پس رفتاردرمانی شناختی کوتاه مدت برآیند. برای روشن شدن چنین مسئله‌ای، نیازمند پژوهش‌های تجربی بیشتری هستیم.

در بخش بعدی، شواهد تجربی رفتاردرمانی شناختی کوتاه مدت را بررسی خواهیم کرد. با وجود اینکه، تعریف استاندارد و دقیقی از رفتاردرمانی شناختی کوتاه مدت وجود ندارد، ما درمانی را کوتاه مدت در نظر می‌گیریم که با استفاده از مداخلات شناختی - رفتاری در کمتر از ۱۰ جلسه، بتواند مشکل بیمار را حل و فصل کند. این نقطه برش براساس درمان‌های شناختی - رفتاری استاندارد کنونی که معمولاً بین ۱۰ تا ۲۰ جلسه طول می‌کشند، به دست آمده است. با پرس و جو از متخصصان صاحب‌صلاحیت در حوزه‌های خاص و جستجوی چکیده مقاله‌های روان‌شناسی به مطالعات تجربی درباره کارایی رفتاردرمانی شناختی دست یافته‌ایم. این بخش، پیشینه پژوهشی فعلی را به طور کامل مورد بررسی قرار نمی‌دهد، بلکه تنها مطالعاتی را بررسی می‌کند که با گروه‌های کنترل تصادفی به بررسی نتایج درمانی پرداخته‌اند. اما مرور خود را براساس طبقات تشخیصی سازمان داده‌ایم، زیرا هیچ پژوهش تجربی‌ای درباره کارایی رفتاردرمانی شناختی کوتاه مدت برای اختلال‌های مختلف وجود ندارد.

در ارزیابی پیشینه پژوهشی رفتاردرمانی شناختی کوتاه مدت تا به امروز، چند موضوع در خور توجه است. اولین موضوعی که قبلاً هم تلویحاً به آن اشاره کرده‌ایم، این است که ممکن است رفتاردرمانی شناختی کوتاه مدت برای برخی از اختلال‌ها مناسب‌تر باشد. به خصوص، به نظر می‌رسد که اختلال‌های محدودتر و با تعریف دقیق‌تر، از قبیل هراس خاص برای رفتاردرمانی شناختی کوتاه مدت مناسب‌تر باشد. طبق این گفته، هراس‌های خاص بیشتر از دیگر اختلال‌ها در حیطه رفتاردرمانی شناختی کوتاه مدت، مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. موضوعات دیگر به کیفیت پژوهش‌ها درباره رفتاردرمانی شناختی کوتاه مدت مربوط‌اند. (این موضوعات در جدول ۱-۱ آمده است). برای مثال، چگونه باید کارایی رفتاردرمانی شناختی کوتاه مدت ارزیابی شود. ما مطالعات انگشت‌شماری یافتیم که به طور مستقیم رفتاردرمانی شناختی کوتاه مدت و بلندمدت را مقایسه کرده باشند و آنهایی هم که این کار را انجام داده بودند، اغلب با ضمیمه کردن اطلاعات اضافی خودیاری برای مراجعان، نتایج رفتاردرمانی شناختی کوتاه مدت را معشوش کرده بودند. فقط در درمان هراس‌های خاص، پژوهش‌هایی انجام شده است که عوامل مزاحم را کنترل کرده‌اند. اغلب مطالعات، رفتاردرمانی شناختی کوتاه مدت را با

ویژگی‌های پژوهش

مقیاسه رفتار درمانی	مقایسه رفتار درمانی با شناختی کوتاه مدت یا رفتار درمانی شناختی کلاسیک (در رفتار درمانی شناختی مطالب اضافه‌ای به بیماران داده شده است و نتایج مخوش نیست)	بسیج فوری	بسیج طولانی مدت	تعمیم به علائم و بیماری‌های غیر آماجی	سازگارهای درمانی	تفاوت‌های فوری پیش‌بینی‌کننده نتایج	متغیرهای درمانی که به نتایج درمان ربط دارد
اختلال		x	x	x	x	x	
اختلال آسیمیگی		x	x	x	x	x	
هراس خاص	x	x	x	x	x	x	
اختلال اضطراب فراگیر		x	x	x	x	x	
هراس اجتماعی		x	x	x	x	x	
جلب‌گیری از اختلال استرس		x	x	x	x	x	
پس‌گیره‌ای		x	x	x	x	x	
افسردگی		x	x	x	x	x	
بی‌اشتهایی عصبی		x	x	x	x	x	
چاقی		x	x	x	x	x	
زوج‌درمانی		x	x	x	x	x	
سوءمصرف الکل		x	x	x	x	x	x
سردرد		x	x	x	x	x	
کمردرد		x	x	x	x	x	

انواع دیگر درمان‌ها (مثلاً درمان بی‌رهنمود) و یا گروه کنترل دارونما یا گروه لیست انتظار مقایسه کرده‌اند. نکته مهم اینکه، این طرح‌ها به‌طور مستقیم مزیت‌های نسبی رفتاردرمانی شناختی کوتاه‌مدت را در مقایسه با رفتاردرمانی شناختی بلندمدت ارزیابی نکرده است.

موضوع سوم به ابعادی می‌پردازد که طبق آنها، رفتاردرمانی شناختی کوتاه‌مدت و استاندارد را مقایسه می‌کنند. آیا رفتاردرمانی شناختی کوتاه‌مدت از نظر پاسخ کوتاه‌مدت به درمان، پاسخ درازمدت و نشانه‌ها یا حالت‌های غیرآماجی، به اندازه درمان بلندمدت مؤثر است؟ بیشتر مطالعات به این نتیجه رسیده‌اند که پاسخ کوتاه‌مدت و درازمدت به درمان، در درمان‌های شناختی - رفتاری کوتاه‌مدت و استاندارد، شبیه به هم است. در نتیجه، این استدلال که ممکن است احتمال عود بعد از رفتاردرمانی شناختی کوتاه‌مدت نسبت به رفتاردرمانی شناختی بلندمدت، افزایش یابد، به‌خصوص اگر مهارت‌ها و یادگیری جدید بعد از پایان درمان تکرار و تقویت نشوند، اشتباه است. شواهد پژوهشی، حاکی از آن است که عموماً رفتاردرمانی شناختی نتایج درازمدت خوبی دارد. درخصوص نشانه‌های غیرآماجی و بیماری‌های همبند، شواهدی به نفع درمان درازمدت، حداقل در مورد اختلال‌های اضطرابی وجود دارد. برای مثال، درمان آماجی اختلال آسیمگی به بهبودی معنادار در اختلال‌های اضطراب، افسردگی و ویژگی‌های محور II همراه با آن منجر می‌شود (مثال، براون و بارلو، ۱۹۹۵؛ تسائو و همکاران، ۱۹۹۸). بعضی مطالعات، آثار رفتاردرمانی شناختی کوتاه‌مدت را در شاخص‌های کلی که به اختلال خاصی اختصاص ندارند (مثل افسردگی، اضطراب و کارآمدی عمومی روان‌شناختی) بررسی کرده‌اند. اما این سؤال هنوز مطرح است که آیا رفتاردرمانی شناختی کوتاه‌مدت، اثر فراگیری در حالت‌های تشخیصی همبند دارد یا خیر.

چهارمین مسئله، این است که آیا فرآیند تغییر در رفتاردرمانی شناختی کوتاه‌مدت و بلندمدت یکی است؟ راکمن و ویتال (۱۹۸۹) آزمودنی‌هایی را که به درمان رویارویی ترس از عنکبوت‌ها و مارها، پاسخ سریع و کند دادند، مقایسه کردند. فرض آنان این بود که کاهش آهسته و دائمی ترس، نوعی یادگیری کوشش و خطاست، در حالی که کاهش سریع ترس، نوعی بینش و استدلال و چیزی شبیه به اثر "لحظه‌ای" را نشان می‌دهد. هدف اصلی رفتاردرمانی شناختی، این است که تجربیات یادگیری را که باعث به حداکثر رساندن نوع دوم یادگیری می‌شوند، به شکل خاصی سازماندهی کند. با این حال، درباره سازوکارهای تغییر درمانی به‌ندرت مطالعه‌ای انجام شده است.

آخرین موضوع با تفاوت‌های فردی سروکار دارد که نتایج رفتاردرمانی شناختی کوتاه‌مدت را پیش‌بینی می‌کنند؛ مثل نگرش به درمان، مزمن بودن، شدت استرس‌های جاری زندگی. بعضی پژوهش‌های فعلی نشان می‌دهند که همانند رفتاردرمانی شناختی استاندارد، نگرش مثبت نسبت به درمان، پاسخ درمانی به رفتاردرمانی شناختی کوتاه‌مدت را پیش‌بینی می‌کند. یافته‌های دیگر نشان داده‌اند که رفتاردرمانی شناختی کوتاه‌مدت ممکن است در درمان مشکلاتی که شدت کمتری دارند، مؤثرتر باشد. با وجود این، بعضی مطالعات هیچ‌گونه پیش‌بینی معناداری درباره نتایج درمان به‌دست

نیاورده‌اند. برای روشن کردن اینکه کدام ویژگی‌های فردی و تحت چه شرایطی منجر به نتایج درمانی بهتری می‌شود، به پژوهش‌های بیشتری نیاز است. آخرین نکته اینکه، ارتباط بین متغیرهای مربوط به درمانگر (از قبیل تجربه) و نتایج درمانی نیز مهم است، اما به‌ندرت در این باره مطالعه‌ای انجام شده است.

اختلال آسیب‌پذیری و گذر هراسی

پیشرفت‌هایی در زمینه کاهش تعداد جلسات درمانی برای اختلال آسیب‌پذیری و گذر هراسی صورت گرفته است. رفتاردرمانی شناختی استاندارد به‌طور کلی ۱۰ تا ۲۰ جلسه است و چندین مؤلفه درمانی را دربرمی‌گیرد (کراسک، ۱۹۹۹). یکی از مؤلفه‌های درمان، به آموزش و بازسازی شناختی باورهای معیوب و تعبیر اشتباه در مورد معنای احساس‌های بدنی می‌پردازد. در بعضی از موارد، تکنیک تنفس صحیح برای تنظیم دم و بازدم نیز به کار برده می‌شود. سرانجام، انواع گوناگونی از رویارویی‌های واقعی طراحی شده‌اند، تا ترس و اجتناب از احساس‌های بدنی و موقعیت‌گذر هراسی را کاهش دهند. پژوهش‌های مختلفی نشان داده‌اند که رفتاردرمانی شناختی کوتاه‌مدت، در درمان اختلال آسیب‌پذیری و گذر هراسی، اثربخش است.

برخی از پژوهش‌ها نیز به مقایسه درمان‌های شناختی رفتاری اجرا شده توسط درمانگر با رویکردهای درمانی خودیاری صرف پرداخته‌اند. لیندن و همکاران (۱۹۹۴) دریافتند که رفتاردرمانی شناختی گروهی ۸ جلسه‌ای، به‌طور مؤثری تعدادی از علائم آسیب‌پذیری و گذر هراسی را در مقایسه با گروه لیست انتظار، کاهش می‌دهد. به علاوه، آنان دریافتند که درمان ۸ هفته‌ای خودیاری و کتاب‌درمانی به یک اندازه مؤثر بود. در مطالعات بعدی، گروه پژوهشی مذکور به این نتیجه رسیدند که نتایج حاصل از کتاب درمانی خودرهبری شده با درمان ۸ جلسه‌ای فردی همراه با آموزش تنفس و آرامش‌آموزی، بازسازی شناختی و رویارویی ذهنی و واقعی یکسان است (گولد و همکاران، ۱۹۹۳). به همین صورت، گُش و مارکس (۱۹۸۷) در برنامه رویارویی خودرهبری شده خود برای گذر هراسی، درمان را به حداقل سه و حداکثر ۱۰ جلسه کاهش دادند. نتایج نشان داد این درمان که توسط روان‌پزشک صورت گرفت، منجر به بهبود اساسی اجتناب‌گذر هراسی در دوره پیگیری ۶ ماهه شد. این واقعیت که خودیاری با کتاب یا آموزش با رایانه نیز در کاهش اختلال آسیب‌پذیری و گذر هراسی کاملاً مؤثرند، نشان می‌دهد که برنامه رویارویی بدون ارتباط با درمانگر نیز روش درمانی مؤثری است. با وجود این، شواهد اخیر اثربخشی درمان خودیاری صرف بدون ارتباط با درمانگر را برای حملات آسیب‌پذیری به چالش کشیده‌اند (فبرارو و همکاران، ۱۹۹۹). مخصوصاً هیچ‌کدام از این مطالعات، رفتاردرمانی شناختی کوتاه‌مدت و استاندارد را مورد مقایسه قرار نداده‌اند و آثار آن را بر بیماری‌های توأمان گزارش نکرده‌اند. مطالعات اندکی به بررسی اثر تماس تلفنی برای کاهش تعداد جلسات پرداخته‌اند. کوتاه و همکاران