

فهرست مطالب

۵	پیش‌گفتار
۹	۱- مقدمه
۱۴	۲- تاریخچه
۱۴	خاستگاه‌ها
۲۱	رویکرد معاصر و تکامل تا زمان حال
۲۴	مسیرهای آینده
۲۶	۳- نظریه
۲۶	اهداف
۲۸	مفاهیم کلیدی
۶۳	۴- فرآیند درمان
۶۴	نقش رابطه درمانگر مراجع
۶۶	نقش درمانگر
۷۰	نقش مراجع
۷۱	استراتژی‌ها/ تکنیک‌ها
۱۰۵	کاربردها
۱۱۳	نمونه موردی طولانی‌تر در مورد مراجعی با مشکلات مختلف
۱۲۴	موانع یا مشکلات مرتبط با به‌کارگیری این رویکرد
۱۳۰	۵- ارزیابی
۱۳۴	داده‌های مربوط به مکانیسم: نقش تغییرات شناختی
۱۳۹	CBT در مورد مراجعان متنوع تا چه اندازه مؤثر است؟
۱۴۳	۶- تحولات آینده
۱۴۳	کارکرد در مقابل محتوای شناخت
۱۴۸	پیشرفت‌های تلفیقی در نظریه یادگیری
۱۵۱	تحقیقات کارآیی و اثربخشی
۱۵۳	۷- خلاصه
۱۵۷	فهرست واژگان کلیدی
۱۶۶	منابع

پیش‌گفتار

ممکن است برخی ادعا کنند که در فعالیت بالینی روان‌درمانی معاصر، مداخلات مبتنی بر شواهد و نتیجه مؤثر، بر اهمیت نظریه سایه افکننده است. شاید این گونه باشد. ولی ما به عنوان ویراستاران این مجموعه، قصد نداریم این بحث را در اینجا مطرح کنیم. ما می‌دانیم که روان‌درمانگران بر اساس تجربه خود این یا آن را برگزیده و به کار می‌بندند و چندین دهه شواهد موثق نشان می‌دهد که داشتن یک نظریه روان‌درمانی مستحکم به موفقیت درمانی بیشتر منجر می‌شود. با این وجود، تبیین نقش نظریه در فرآیند یاورانه، می‌تواند دشوار باشد. داستان زیر در مورد حل مسایل به درک اهمیت نظریه کمک می‌کند:

ایزوپ^۱ از خورشید و باد افسانه‌ای می‌خواهد با یکدیگر مسابقه‌ای بگذارند تا معلوم شود که کدام یک قوی‌تر هستند. آنها از بالای زمین، مردی را نشانه کردند که از خیابان می‌گذشت. باد گفت من شرط می‌بندم که می‌توانم کت آن مرد را از تن او درآورم. خورشید این مسابقه را پذیرفت. باد شروع به وزیدن کرد و مرد محکم کتش را گرفت. هر چه باد شدیدتر می‌وزید، مرد هم کتش را محکم‌تر می‌چسبید. خورشید گفت حالا نوبت من است. او تمام انرژی‌اش را جمع کرد و گرمایش را بر آن مرد تاباند. چیز ننگذشت که مرد کتش را درآورد.

رقابت باد و خورشید برای درآوردن کت از تن مرد چه ارتباطی با نظریه‌های روان‌درمانی می‌تواند داشته باشد؟ ما فکر می‌کنیم که این داستان با سادگی فرینده‌اش، اهمیت نظریه را به عنوان پیش‌زمینه هر مداخله مؤثری - و به تبع آن تحقق یک نتیجه مطلوب - نشان می‌دهد. بدون یک نظریه هدایت‌کننده، ممکن است ما نشانه را بدون درک نقش فرد در آن درمان کنیم یا شاید با مراجعان مان وارد جنگ قدرت شده و از درک این واقعیت غافل بمانیم که در برخی از مواقع ابزارهای غیرمستقیم کمک (تابش خورشید) - اگر نگوییم بیشتر،

۱- Aesop. ایزوپ. نویسنده یونانی قرن ششم پیش از میلاد

حداقل به اندازه ابزارهای مستقیم (وزش باد) - مؤثر هستند. ممکن است بدون نظریه، منطقی درمان را گم کرده، گرفتار انگیزه‌هایی مانند جلب نظر دیگران شده و از انجام کارهایی که ممکن است ساده به نظر برسند، اکراه داشته باشیم.

نظریه دقیقاً چیست؟ واژه‌نامه روان‌شناسی APA نظریه را به صورت «یک اصل یا مجموعه‌ای از اصول مرتبط به هم که مدعی تبیین یا پیش‌بینی تعدادی از پدیده‌های به هم پیوسته هستند» تعریف می‌کند. در روان‌درمانی، نظریه مجموعه‌ای از اصول است که به منظور تبیین افکار و رفتار انسان - از جمله آنچه که موجب تغییر افراد می‌شود - مورد استفاده قرار می‌گیرد. در عمل، نظریه اهداف درمان را تعیین کرده و نحوه دنبال کردن آنها را مشخص می‌سازد. هالی (۱۹۹۷) خاطرنشان ساخت که یک نظریه روان‌درمانی باید به اندازه‌ای ساده باشد که یک درمانگر معمولی آن را درک نماید و در عین حال آن قدر جامع باشد که دامنه گسترده‌ای از پیشایندها را توجیه کند. علاوه بر اینها، یک نظریه اقدامات را به سمت نتایج موفقیت‌آمیز هدایت کرده و در همان حال امیدواری به بهبودی را برای درمانگر و مراجع ایجاد می‌کند.

نظریه، جهت‌نمایی است که به روان‌درمانگران امکان می‌دهد تا در قلمرو وسیع فعالیت بالینی، پیش بروند. به همان صورتی که ابزارهای جهت‌یابی به منظور انطباق با پیشرفت‌های صورت گرفته در تفکر و قلمروهای دائماً رو به گسترشی که باید کاوش کنند، اصلاح شده‌اند، نظریه‌های روان‌درمانی نیز در طول زمان تغییر پیدا کرده‌اند. مکاتب مختلف نظری را اغلب به صورت موج‌هایی در نظر می‌گیرند، که موج نخست، نظریه‌های روان‌پویایی (آدلری و روان‌کاوی)، موج دوم، نظریه‌های یادگیری (رفتاری، شناختی رفتاری)، موج سوم، نظریه‌های انسان‌گرایانه (شخص‌محور، گشتالت، وجودی)، موج چهارم، نظریه‌های فمینیست و چند فرهنگی و موج پنجم، نیز نظریه‌های پست‌مدرن و سازه‌گرا هستند. به طرق مختلف، این امواج نشان می‌دهند که چگونه روان‌درمانی با تغییرات در روان‌شناسی، جامعه، معرفت‌شناسی و همچنین تغییرات در ماهیت خود روان‌درمانی انطباق پیدا کرده و به آنها پاسخ داده است. روان‌درمانی و نظریه‌هایی که آن را هدایت می‌کنند، پویا و تأثیرپذیر هستند. همچنین تنوع گسترده نظریه‌ها شاهدهی است که نشان می‌دهد یک رفتار انسانی واحد را می‌توان به شیوه‌های مختلفی مفهوم‌سازی کرد (فرو و اسپیگلر، ۲۰۰۸).

با در نظر داشتن این دو مفهوم - اهمیت اساسی نظریه و تکامل طبیعی تفکر نظری -

بود که ما مجموعه کتاب‌های نظریه‌های روان‌درمانی APA را تهیه کردیم. ما هر دو شیفته نظریه و گستره ایده‌های پیچیده‌ای هستیم که هر کدام از مدل‌ها را پیش می‌برند. ما به عنوان اساتید دانشگاه که دوره‌های نظریه‌های روان‌درمانی را ارائه می‌دهیم، خواهان تهیه مطالب آموزشی بودیم که نه تنها جوهره اصلی نظریه‌های عمده را برای متخصصان حرفه‌ای و تحت آموزش برجسته سازند، بلکه دانش خواننده را درباره جایگاه فعلی این مدل‌ها روزآمد نمایند. غالباً در کتاب‌های نظریه، زندگی‌نامه نظریه‌پرداز اصلی بر تکامل مدل سایه می‌اندازد. برعکس، قصد ما این است که کاربردهای فعلی نظریه‌ها و همچنین تاریخچه و بافت آنها را مورد تأکید قرار دهیم.

با شروع این پروژه، ما با دو تصمیم فوری مواجه شدیم: کدام نظریه‌ها را مورد توجه قرار دهیم و چه کسی برای ارائه آنها بهتر است. ما دوره‌های نظریه‌های روان‌درمانی را در سطح تحصیلات تکمیلی بررسی کردیم تا ببینیم چه نظریه‌هایی در آنها تدریس می‌شوند. علاوه بر آن به بررسی کتاب‌های علمی، مقالات و کنفرانس‌های پرفرمدار پرداختیم تا تعیین کنیم کدام نظریه‌ها بیشترین توجه را به خود جلب کرده‌اند. در ادامه، فهرست کاملی از مؤلفان را از میان بهترین مبتکران در حیطه نظری معاصر تهیه کردیم. هر کدام از مؤلفان از جمله طرفداران پیشگام آن رویکرد و همچنین متخصصان آگاه در حوزه علمی هستند. ما از هر کدام از مؤلفان خواستیم تا سازه‌های اساسی آن نظریه را مرور کرده و با نگرستن به نظریه در یک بافت فعالیت مبتنی بر شواهد، آن نظریه را به حوزه مدرن فعالیت بالینی بیاورند و به وضوح آن نظریه را در عمل به تصویر بکشند.

برای این مجموعه ۲۴ عنوان در نظر گرفته شده است. هر کدام از عناوین می‌تواند مستقل باشد و یا می‌تواند با قرارگرفتن در کنار چند عنوان دیگر، محتوای یک دوره آموزشی نظریه‌های روان‌درمانی را تأمین کند. این گزینه به آموزش‌دهندگان امکان می‌دهد تا دوره‌ای را فراهم کنند که مشتمل بر رویکردهایی باشد که از نظر آنان، امروزه از سایرین برجسته‌تر هستند. به منظور حمایت از این هدف، بخش کتاب APA برای هر کدام از رویکردها یک DVD تهیه کرده است که آن نظریه را در عمل و در کار با مراجعان واقعی نشان می‌دهد. برخی از DVDها درمان را در طی ۶ جلسه نشان می‌دهند. به منظور تهیه فهرست کامل برنامه‌های DVD در دسترس با بخش کتاب APA تماس حاصل کنید (<http://www.apa.org/videos>).

در کتاب روان‌درمانی شناختی رفتاری دکتر میشل جی. کراسک نشان می‌دهد که چرا CBT به محبوب‌ترین مدل روان‌درمانی مورد استفاده در فعالیت‌های بالینی معاصر تبدیل شده است. او پژوهش‌های بالینی را به منظور حمایت از کارایی CBT در میان جمعیت‌های مختلف و در مورد عوارض متفاوت مورد اشاره قرار می‌دهد. کراسک در کنار تمرکز بر فعالیت‌های مبتنی بر شواهد، مثال‌های موردی متعددی را به منظور نشان دادن نحوه اثرگذاری مدل CBT از یک دیدگاه فرایندی ارائه می‌دهد. به دلیل استقبال گسترده درمانگران و همچنین برنامه‌های آموزشی از این مدل، کتاب درمان شناختی رفتاری، یکی از مهم‌ترین کتاب‌های این مجموعه به شمار می‌آید.

ویراستاران مجموعه: جان کارلسون و مت‌انگلار- کارلسون

منابع

- Frew, J., & Spiegler, M. (2008). *Contemporary psychotherapies for a diverse world*. Boston, MA: Lahaska press.
- Haley, J. (1997). *Leaving home: The therapy of disturbed young people*. New York: Routledge.



مقدمه

ویژگی‌های مشخصه درمان شناختی رفتاری (CBT)، استراتژی‌های مداخلاتی شناختی و رفتاری کوتاه‌مدت و متمرکز بر مشکل هستند که از علم و نظریه یادگیری و شناخت گرفته شده‌اند. همچنین رویکرد CBT به اجرا و ارزیابی درمان به وسیله اصول علم تجربی نیز هدایت می‌شود. هدف مداخلات رفتاری کاهش رفتارهای غیرانطباقی و افزایش رفتارهای انطباقی به واسطه تعدیل پیشایندها و پیامدهای آنها از طریق فعالیت‌های رفتاری است که موجب یادگیری جدید می‌شوند. نمونه‌هایی از مداخلات رفتاری شامل فعال‌سازی رفتاری برای افسردگی، حل مسئله برای مدیریت استرس، تمرین رفتاری برای نقایص مهارت‌های اجتماعی و آموزش آرمیدگی و مواجهه نظام‌مند با موقعیت‌های اضطراب‌برانگیز برای اختلالات اضطرابی می‌باشد. هدف مداخلات شناختی، اصلاح شناخت‌های غیرانطباقی، خودگویه‌ها یا باورهاست. روش‌های شناختی شامل شناسایی ارزیابی‌های موقعیتی نادرست و باورهای زیربنایی تحریف‌شده؛ زیر سؤال بردن‌های عقلانی یا ملاحظه منطقی شواهد به منظور ابطال آن ارزیابی‌ها یا باورهای اساسی نادرست؛ تمرینات رفتاری طراحی شده به منظور جمع‌آوری داده‌های بیشتر جهت نفی آن ارزیابی‌های نادرست؛ و خلق ارزیابی‌ها و باورهای اساسی جایگزین مبتنی بر شواهد هستند. روی هم رفته، این مداخلات شناختی و رفتاری در مورد تعدادی از اختلالات و عوارض روان‌شناختی مختلف از جمله اختلالات اضطرابی، افسردگی، مدیریت درد، آشفتگی‌های روابط زوج‌ها و جنبه‌هایی از روان‌پریشی، مؤثر نشان داده‌اند. در واقع، CBT به عنوان رویکردی که بیش از تمام درمان‌های روان‌شناختی بر شواهد استوار است، شناخته می‌شود (روث و فوناگی، ۱۹۹۶).

خاستگاه‌های CBT، علم و نظریه شرطی‌سازی کلاسیک و ابزاری یا نظریه یادگیری می‌باشند. در این نظریه‌ها بر نقش پیامدهای تقویت‌کننده و تنبیه‌کننده در هدایت رفتارهای داوطلبانه (مثلاً تأثیرات تقویت‌کننده مثبت حالت نشئگی بر تداوم مصرف دارو) و همچنین پاسخ‌هایی که به دلیل همراه شدن با رویدادهای ذاتاً محرک، شرطی می‌شوند (مثلاً ایجاد ترس از رانندگی به دنبال تجربه یک سانحه رانندگی) تأکید می‌شود. در اوایل نقش ارزیابی‌ها یا افکار به عنوان عامل تعیین‌کننده رفتارها یا هیجانات چندان مورد توجه قرار نمی‌گرفت، هرچند افکار می‌توانستند به عنوان یک «رفتار دیگر» در نظر گرفته شوند و به همین دلیل موضوع همان قوانین تقویت و پاسخ‌دهی شرطی واقع شوند.

نارضایتی از یک مجموعه اصول صرفاً رفتاری با افزایش علاقه‌مندی به اصول شناختی که از نظریه یادگیری اجتماعی ناشی شده بود، همراه گردید. این باعث شد که به محتوای قضاوت‌ها و سیستم‌های باور زیربنایی در مورد خود و جهان به عنوان عوامل تعیین‌کننده هیجانات و اقدامات، اهمیت داده شود. به علاوه، جنبش شناختی به واسطه پیشرفت‌ها در نظریه‌های شرطی‌سازی ابزاری و کلاسیک که موجب شناسایی شناخت به عنوان یک میانجی بالقوه در یادگیری شد، تقویت گردید. بنابراین، درمان شناختی به درمان شناختی رفتاری تبدیل شد در حالی که رویکرد مبتنی بر علم آن به اجرای درمان، همچنان حفظ گردید. ولی این رویکرد اکنون از رفتارها به قضاوت‌ها و باورها به عنوان اهداف مداخله بسط یافت. علم شناخت و پردازش اطلاعات به صورت مجزا از رشد شناخت‌درمانی گسترش پیدا کردند و همان‌طور که در سراسر کتاب حاضر شرح داده خواهد شد، مورد نخست سؤال‌های بسیاری را در رابطه با مکانیسم‌های ادعایی دومی مطرح کرده است. تا حدودی به عنوان پیامد این سؤالات، تحولات «موج سوم» اخیر مجدداً بر اصول رفتاری تأکید کرده و از تأکید بر محتوای شناخت کاسته‌اند.

در عمل، درمانگران منفرد به لحاظ میزان پذیرش اصول و مداخلات رفتاری در مقابل اصول و مداخلات شناختی با یکدیگر تفاوت دارند. برخی از درمانگران تمرکز رفتاری غالبی را حفظ کرده و با شناخت‌ها در درون یک چارچوب رفتاری برخورد می‌کنند. به عنوان مثال این دسته از درمانگران بر کارکرد، بیش از محتوای قضاوت و باورهای ابرازشده تأکید دارند. وضعیت اخیر بیشتر ویژگی مشخصه درمان‌های موج سوم از قبیل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که شاید بهتر باشد آنها را رفتار درمانی بنامیم تا CBT. گروهی دیگر از درمانگران رویکردی یکپارچه‌نگر اتخاذ کرده، اصول و مداخلات رفتاری

را با اصول و روش‌های شناختی که به منظور اصلاح محتوای شناخت طراحی شده‌اند، ترکیب می‌نمایند. با این حال برخی دیگر از درمانگران بیشتر تمرکز شناختی داشته و محتوای شناخت را به عنوان عامل پیش‌برنده در ورای رفتارها و هیجانات و به عنوان کانون اصلی تلاش‌های درمانی تلقی می‌کنند. به طور کلی، این رویکرد اخیر به عنوان شناخت درمانی شناخته می‌شود. با وجود این، درمانگران شناختی به منظور به دست آوردن شواهد جهت رد کردن یا زیر سؤال بردن شناخت‌های غیرانطباقی از روش‌شناسی‌های رفتاری استفاده می‌کنند. بنابراین، متمایز کردن شناخت درمانی از CBT اگر غیرممکن نباشد، دشوار است. درمان‌های رفتاری که محتوای شناخت را نادیده می‌گیرند با سهولت بیشتری از CBT متمایز می‌گردند. با وجود این، حتی در این مورد نیز گاهی اوقات متمایز کردن دشوار است. به عنوان مثال، در میان مداخلات رفتاری مبتنی بر نظریه یادگیری ابزاری، می‌توان افکار را به عنوان پیش‌سایند رفتارها تلقی کرد. بنابراین، اگر مجموعه‌ای از اظهارات کلامی، پیش‌سایندی باشد که موجب فراخوانی رفتار غیرانطباقی می‌شود، در آن صورت هدف درمان، جایگزینی آن اظهارات با «عبارت‌های پیش‌سایند جایگزین» که رفتار انطباقی‌تری را فراخوانی نمایند، خواهد بود. روشن است که این قبیل استراتژی‌های رفتاری با استراتژی‌های شناختی همپوشی دارند.

بنابراین، در حالی که درمانگران دارای گرایش رفتاری در مقایسه با درمانگران دارای گرایش شناختی از اصول نسبتاً متفاوتی برای صورت‌بندی درمان و درک تغییر درمانی برخوردارند، ممکن است از رویه‌های یکسانی برای مداخله پیروی کنند. برعکس، اصول هر دو نظریه رفتاری و شناختی می‌توانند به منظور تبیین تغییر رفتاری با استراتژی مداخله‌ای یکسانی برانگیخته شوند. به عنوان مثال، نظریه رفتاری تأثیرات مواجهه مکرر با موقعیت‌های ترس‌آور را به خاموشی پاسخ ترس شرطی شده نسبت می‌دهد، بر اساس نظریه شناختی همین روش مواجهه به جمع‌آوری اطلاعات جهت ردّ قضاوت‌های اشتباه در مورد خطر کمک می‌کند.

علی‌رغم تفاوت‌ها در تأکید بر اصول و روش‌شناسی‌های رفتاری و شناختی، رویکرد CBT به واسطه مبنای تجربی آن، اتکا بر نظریه و علم رفتار و شناخت و گرایش مسأله‌محور به وحدت می‌رسد. صرف‌نظر از میزان تأکید بر اصول رفتاری یا شناختی، هدف درمانگر CBT جایگزینی رفتارها، هیجانات و شناخت‌های غیرانطباقی با رفتارها، هیجانات و شناخت‌های انطباقی‌تر است. همچنین، درمانگر CBT این هدف را در درون

بافت ارزیابی جاری و مداوم اثربخشی استراتژی‌های مداخلاتی و اصلاح آنها در مواقع لزوم جهت دستیابی به تأثیرات بهینه محقق می‌سازد.

CBT به طور گسترده توسط درمانگران مورد استفاده قرار می‌گیرد. به عنوان مثال، از میان ۵۹۱ نفر از اعضای APA که به طور تصادفی مورد نظرخواهی قرار گرفتند، ۴۵/۴ درصد خود را دارای گرایش نظری CBT تلقی می‌کردند (استوارت و چامبلس، ۲۰۰۷). این رقم از نرخ‌های مربوط به تمام گرایش‌های نظری دیگر از جمله روان‌پویایی (۲۱/۹ درصد)، التقاطی (۱۹/۸ درصد)، انسان‌گرا / تجربی (۴/۴ درصد)، سیستم‌های خانواده (۳/۹ درصد) و سایر (۴/۶ درصد) بالاتر است. گذشته از این، احتمالاً تعدادی از درمانگرانی که خود را ارائه‌دهنده CBT می‌دانند در مورد قابلیت‌های خود در این رویکرد درمانی مبالغه می‌کنند (بروسان، رینولندز و مور، ۲۰۰۷، ۲۰۰۸). در حالی که از گزارشات بیماران چنین بر می‌آید که آنها عناصر کلیدی CBT را ارائه نمی‌دهند (ستوبی، تایلر، کیگلی، اوینگ و سالکوسکیس، ۲۰۰۷). این نقایص می‌توانند ناشی از آموزش ناکافی در CBT باشند. برنامه‌های آموزشی در حوزه‌های روان‌پزشکی، روان‌شناسی و مددکاری در سراسر ایالات متحده به منظور تعیین بسنده‌بودن آموزش‌ها در روان‌درمانی‌های مبتنی بر تجربه عمدتاً شامل CBT مورد بررسی قرار گرفتند (ویسمن و دیگران، ۲۰۰۶). فقط ۱۷/۸ درصد از برنامه‌های آموزشی، هم آموزش‌های تعلیمی و هم نظارت بالینی را در درمان‌های مبتنی بر تجربه ارائه می‌دادند. جالب این‌که بالاترین نرخ‌های آموزش بسنده به حوزه روان‌پزشکی مربوط می‌شد؛ که احتمالاً علت آن گنجانده شدن CBT در میان معیارهای پذیرش جهت ورود به برنامه‌های دوره تخصص روان‌پزشکی است. چنین الزاماتی در مورد برنامه‌های آموزشی در روان‌شناسی یا مددکاری اجتماعی وجود ندارد. عدم توانمندی در CBT حتمی در میان درمانگرانی که خود را درمانگر CBT معرفی می‌کنند می‌تواند به تأکید مفرط بر آموزش در رویه‌های CBT به قیمت غفلت از آموزش در اصول CBT نسبت داده شود. این عدم توازن می‌تواند تا حدودی از تدوین مداخلات CBT به صورت کتاب‌های راهنما برای مشکلات مختلف ناشی شده باشد. در حالی که تألیف در قالب کتاب راهنما یک ویژگی مثبت است که ارزیابی تجربی CBT را تسهیل و به ترویج CBT کمک می‌کند؛ ولی ممکن است ناخواسته موجب ترغیب تمرکز بیشتر بر رویه‌ها در مقایسه با اصول گردد. یک درک مناسب از اصول زیربنایی CBT که شرح آن یکی از اهداف اصلی کتاب حاضر است برای متناسب‌سازی بهینه رویه‌های CBT با مشکلات عنوان‌شده بیماران ضروری است.

با وجود این، CBT حتی در دست‌اندرکاران کم‌تجربه‌تر نیز رویکردی بسیار مؤثر است و همان‌طور که قبلاً اشاره شد در میان تمامی روان‌درمانی‌ها بالاترین میزان شواهد را به خود اختصاص داده است (روث و فوناگی، ۱۹۹۶). به این ترتیب CBT با جنبش فعالیت مبتنی بر شواهد که توسط انجمن روان‌شناسی آمریکا (APA، ۲۰۰۵) ترغیب می‌شود، از همخوانی کامل برخوردار است. اصول فعالیت مبتنی بر شواهد، درمانگران را به ترکیب مهارت بالینی‌شان با شواهد پژوهشی موجود به منظور طراحی درمان تشویق می‌کنند. بخش ۱۲ از انجمن روان‌شناسی آمریکا یعنی کار گروه ارتقاء اشاعه رویه‌های روان‌شناختی (۱۹۹۵) که در سال ۲۰۰۱ توسط چامبلس و اولندیک روزآمد گردید و کارگروه مداخلات روانی اجتماعی مؤثر: یک دیدگاه پهنه زندگی (سپیریتو، ۱۹۹۹) به منظور تسهیل در اشاعه اصول مبتنی بر شواهد، اطلاعاتی را در رابطه با درمان‌های مؤثر برای مشکلات خاص منتشر ساخته‌اند. اکثر درمان‌های برخوردار از حمایت تجربی که در این اسناد مورد اشاره قرار گرفته‌اند، درمان‌های شناختی، درمان‌های رفتاری و درمان‌های شناختی رفتاری هستند که در این جا به طور مشترک CBT نامیده می‌شوند.



تاریخچه

تاریخچه درمان شناختی رفتاری (CBT) با یک گرایش به شدت رفتاری در فاصله زمانی دهه ۱۹۵۰ تا ۱۹۷۰ شروع می‌شود. رشد درمان شناختی در دهه ۱۹۶۰، یکپارچه‌سازی رویکردهای رفتاری و شناختی در دهه ۱۹۸۰ و پس از آن را به دنبال داشت. یک موج سوم درمان‌های شناختی اکنون در حال ظهور است موجی که از تأکید بر رویکرد محتوایی در مورد شناخت می‌کاهد و در عوض بر کارکرد شناخت تأکید دارد.

خاستگاه‌ها

به عنوان واکنشی در مقابل رویکردهای روان‌تحلیلی «غیر علمی» به درمان در نیمه نخست قرن بیستم، اصول نظریه یادگیری به راهنمای یک رویکرد جدید مبتنی بر علم به مفهوم‌سازی، ارزیابی و درمان اختلالات روانی تبدیل شدند. این رویکرد جدید رفتار درمانی بود. همان‌طور که لوئیس (۱۹۹۹) اشاره می‌کند:

جنبش درمان رفتاری خود را با حوزه آزمایشی که از یک پایگاه دادگان موجود یعنی یک ساختار زبان مشترک و یک فلسفه علم هدایت‌کننده برخوردار بود، معرفی کرد. دست‌اندارکاران این جنبش امیدوار بودند که با تأکید بر اهمیت تعریف عملیاتی اصطلاحات و رویه‌ها، به همراه تعهدی نیرومند نسبت به ارزیابی و پژوهش، بتوانند با توسعه تکنیک‌های درمانی و رویه‌های ارزیابی جدید بر اساس اصول تثبیت‌شده و مستند یادگیری و رفتار از هرج‌ومرج و آشفتگی غالب در حوزه سلامت روان بکاهند (ص. ۱۵۷).

دو دسته از اصول نظریه یادگیری، در هدایت جنبش رفتاردرمانی در شکل اولیه آن

سهیم بودند: شرطی‌سازی کلاسیک (یا پاسخ‌گر) و شرطی‌سازی ابزاری (یا عامل). به طور خلاصه، شرطی‌سازی کلاسیک (که بیشتر با نام پاولوف، ۱۹۲۷ تداعی می‌شود) بر محرک‌های محیطی که پاسخ‌های انعکاسی ایجاد می‌کنند مانند زمانی که یک تهدید جسمی از جانب شخصی دیگر یک پاسخ ترس انعکاسی را برمی‌انگیزد استوار است. بنابراین، یک محرک ذاتاً برانگیزاننده (یا محرک غیرشرطی US)، یک پاسخ غیرشرطی انعکاسی (UR) ایجاد می‌کند. علاوه بر این، چنانچه یک محرک قبلاً خنثی، به طور مکرر با یک US همراه شود، می‌تواند به یک محرک شرطی (CS) که برانگیزاننده یک پاسخ شرطی (CR) مشابه با UR اصلی است، تبدیل گردد. به عنوان مثال، در نتیجه تجربه آزاردهنده یک تصادف رانندگی (US) و ترس و درد ناشی از آن (UR)، وسایل نقلیه (CS) می‌توانند به علامتی برای تصادف‌های بالقوه در آینده تبدیل شده و یک پاسخ اضطرابی شرطی را برانگیزند. در نتیجه، اضطراب با وسایل نقلیه شرطی شده و ممکن است حتی به صورت خودکار یا بدون ارزیابی خودآگاه خطر ادراک شده، برانگیخته شود. در نظریه شرطی‌سازی کلاسیک، سابقه تداعی‌های آموخته‌شده میان محرک‌های خنثی و محرک‌های ذاتاً برانگیزاننده به عنوان تبیینی برای پاسخ‌های هیجانی رفتاری فعلی تلقی می‌شود. شرطی‌سازی کلاسیک به عنوان یک فرایند تبیینی در آسیب‌شناسی روانی و درمان اختلالات هیجانی (مثلاً اختلالات اضطرابی) و همچنین اختلالات مرتبط با مصرف ماده و برخی از اختلالات جنسی خاص مورد استفاده قرار گرفته و همچنان مورد استفاده می‌باشد.

شرطی‌سازی ابزاری که با ثورندایک (۱۸۹۸) شروع شده و با اسکینر (۱۹۳۸) بسط پیدا کرد بر اصلاح وقوع یا شکل‌گیری رفتار به وسیله پیامدهای آن دلالت دارد. بنابراین، این نوع از شرطی‌سازی با رفتارهای داوطلبانه ارتباط دارد نه رفتارهای انعکاسی. یعنی در این جا، پاسخ بر اساس پیامدهای احتمالی آن «انتخاب می‌شود» (پس داوطلبانه است)؛ رفتار عامل بر روی محیط «عمل می‌کند» و به وسیله پیامدهای آن حفظ می‌گردد. به عنوان مثال، فراوانی مصرف دارو به دلیل حالت نشئه تقویت‌کننده هر چند موقتی ناشی از ماده و/یا به وسیله احساس رهایی از سایر هیجانانگیز منفی به دلیل مصرف ماده افزایش می‌یابد. تقویت ناشی از حالت نشئه و/یا فرار از هیجانانگیز ناخوشایند احتمال درگیر شدن در مصرف دارو در آینده را افزایش می‌دهد. در شرطی‌سازی ابزاری، پاسخ‌های رفتاری به وسیله کل مجموعه پیامدهای مثبت و منفی مرتبط با آن رفتار انتخاب و شکل

داده می‌شوند. شرطی‌سازی عامل در مورد دامنه گسترده‌ای از اختلالات رفتاری از قبیل اختلالات مرتبط با مصرف ماده، رفتارهای برونی‌سازی، مدیریت درد و جنبه‌هایی از روان‌پریشی به کار گرفته شده است.

این دو نظریه یادگیری، دوره‌های متفاوتی را برای وارد شدن در درمان، پشت‌سر گذاشتند. پاولوف و همکاران توجهی به دلالت‌های درمانی شرطی‌سازی کلاسیک نداشتند. در واقع، نخستین اشارات در این زمینه توسط واتسون و رینر (۱۹۲۰) که شرطی‌سازی واکنش ترس در «آلبرت» کوچولو را نشان دادند و همچنین توسط ماری کاور جونز (۱۹۲۴) که تکنیک‌هایی را برای کاهش ترس در کودکان بر اساس نظریه یادگیری تهیه کرد، صورت گرفتند. با وجود این نه کارهای آنها و نه کارهای پاولوف و همکاران هیچ تأثیری بر فعالیت‌های بالینی در زمان خود نداشتند، که شاید علت آن غلبه کامل روان‌پزشکی با گرایش نظریه روان‌تحلیلی در قلمرو درمان باشد (ایلن و ورولیت، ۲۰۰۶). با وجود این به دنبال جنگ جهانی دوم (یعنی ۱۹۴۵) تقاضا برای مداخلات درمانی و درمانگران افزایش پیدا کرد و زمان آن فرا رسیده بود که روان‌شناسان آموزش‌هایی را در زمینه روش‌های جدید مداخله دریافت کنند. این نیاز توسط کارهای جوزف ولپی در آفریقای جنوبی که از رویکردهای روان‌تحلیلی ناخرسند بود، برآورده شد. ولپی به مبانی آزمایشی یادگیری و کاربرد آنها در مورد نوروها که او از میان آنها حساسیت‌زدایی منظم را برای درمان اختلالات اضطرابی و ترس بسط داد، علاقه‌مند بود (ولپی، ۱۹۵۸).

ولپی کار خود را با مرور تحقیقات پاولوف (۱۹۲۷) و نظریه یادگیری هال (۱۹۲۳) (هال معتقد بود که رفتار تحت تأثیر سابق‌ها و مشوق‌ها قرار می‌گیرد و شرطی‌سازی فقط در صورتی اتفاق می‌افتد که تقویت یک نیاز را برآورده سازد) شروع کرد. در ادامه او به بررسی اصول شرطی‌سازی کلاسیک انزجاری در گربه‌ها پرداخت. وقتی که او اطمینان پیدا کرد که گربه‌ها به واسطه وارد شدن شوک از طریق کف قفس نسبت به قفس‌هایشان ترس پیدا می‌کنند، سعی کرد اثبات نماید که می‌تواند ترس‌های شرطی‌شده آزردهنده آنها را از طریق رویه‌ای از شرطی‌سازی متقابل، خاموش نماید. در این رویه، سابق گرسنگی و غذا به ابزاری برای بازداري متقابل پاسخ ترس تبدیل می‌شدند. یعنی گربه‌ها به صورت ملایم از غذا محروم می‌شدند و سپس غذا در فواصلی که به تدریج به قفس آنها نزدیک و نزدیک‌تر می‌شد، قرار می‌گرفت. گرسنگی و سابق غذا بر اضطراب غلبه پیدا می‌کردند و نهایتاً گربه‌ها مجدداً به قفس‌هایشان وارد می‌شدند. سپس او این

آزمایشات را به ترس‌ها و هراس‌های انسان نیز بسط داد. ولپی (۱۹۵۸) در یک سری مطالعات موردی گسترده، تأثیرات مثبت مواجهه خیالی تدریجی با موقعیت‌های ترس‌آور با استفاده از پاسخ آرמידگی (از طریق آرמידگی عضلانی پیش‌رونده ارائه شده توسط جاکوبسون، ۱۹۳۸) به عنوان یک شرطی‌سازی متقابل اضطراب تداعی شده با هر تصویر خیالی را نشان داد. این روش، حساسیت‌زدایی منظم نامیده شد و از آن زمان نخستین روش آزموده‌شده، استاندارد و قابل تکرار از مداخله رفتاری برای اختلالات هیجانی متولد گردید.

برعکس پاولوف که در کاربرد درمانی کارهای خود نقشی ایفا نکرد، اسکینر مستقیماً در وارد شدن اصول شرطی‌سازی ابزاری در مداخلات درمانی مشارکت نمود. او پیشگام تهیه مداخلات رفتاری در ایالات متحده در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ گردید (مثلاً لنیندزی، اسکینر و سولومون، ۱۹۵۳)؛ تحولی که ضرورت‌های پس از جنگ جهانی دوم نیز از محرک‌های آن بود. اسکینر اعتقاد داشت که بدنه مستحکم دانش علمی در مورد رفتار ارگانسیم‌ها، راه حل‌های جایگزینی را برای رویکردهای روان‌تحلیلی به درمان در اختیار قرار می‌دهد. او شکل جدید درمان را در کتاب خود با عنوان علم و رفتار انسان (۱۹۵۳) مورد بحث قرار داد. از نظر او، درمان شامل ارائه متغیرهای قابل مشاهده به منظور جبران و اصلاح سابقه‌ای بود که رفتارهای «نامطلوب» را ایجاد کرده است، یعنی درمان‌های مبتنی بر یادگیری ابزاری که بعدها اصطلاح اصلاح رفتار برای دلالت بر آنها ابداع گردید، شامل اصول اساسی خاموشی رفتارهای نامطلوب و شکل‌دهی مجدد از طریق تقویت رفتارهای نوظهور و مطلوب، بر اساس برنامه‌های متغیر تقویت بودند. اسکینر و لنیندزی در ابتدا اصول [شرطی‌سازی] ابزاری را برای مدیریت رفتارهای مشکل‌ساز (مثلاً زخمی کردن خود) در بیماران مبتلا به روان‌پریشی در بیمارستان متروپولیتن استیت در ماساچوست اجرا کردند. سپس، این رویه‌های اصلاح رفتار به جنبه‌هایی از اوتیسم و سایر مشکلات رفتاری مرتبط با عقب‌ماندگی ذهنی بسط داده شدند. «به بیان ساده، بخش‌های بیمارستانی به عنوان جعبه‌های اسکینر تلقی می‌شد که در آنها رویدادهای محیطی حول بروز رفتار توسط مراجعان کنترل می‌شدند تا خاموشی پاسخ‌های نامطلوب یا شکل‌دهی پاسخ‌های مطلوب محقق گردد» (گلدفرید و داویسون، ۱۹۹۴، ص. ۵).

هرچند رویکردهای رفتاری شرطی‌سازی کلاسیک و ابزاری از اصول متفاوتی برخوردارند، اما ویژگی‌های مشترک بسیاری دارند. به طور اخص، هر دو رویکرد

«اختلالات» را نتیجه یادگیری معیوب می‌دانند. آنها بر این باورند که چون اصول حاکم بر رفتار نابه‌هنجار و به‌هنجار یکسان هستند، اغلب رفتارهای نابه‌هنجار می‌توانند به وسیله رویه‌های رفتاری اصلاح شوند (راچمن و ویلسون، ۱۹۸۰). یکی دیگر از جنبه‌های مشترک، اتکا بر روش‌ها و اصول تجربی و انگیزه برای حرکت دادن این حوزه به سمت فاصله‌گیری از اتکا بر سازه‌های غیرقابل اندازه‌گیری (یعنی روان‌تحلیلی) بود. تعهد به یک رویکرد علمی کاربردی به معنای اتکا بر یک چارچوب مفهومی قابل آزمون صریح؛ تکنیک‌های درمانی که بتوانند با دقت کافی توصیف شوند به گونه‌ای قابل اندازه‌گیری و تکرارپذیر باشند؛ ارزیابی آزمایشی روش‌ها و مفاهیم درمانی به منظور تعیین تأثیرات آنها؛ و تأکید بر ارزیابی جدی و سخت‌گیرانه روش‌های خاص به کار رفته در مورد مشکلات خاص به جای ارزیابی‌های کلی رویه‌های بد تعریف‌شده به کار رفته در مورد مشکلات ناهمگون بود (راچمن و ویلسون، ۱۹۸۰).

در دهه ۱۹۵۰ پذیرش نظریه‌ها و درمان‌های رفتاری تا حد زیادی تحت تأثیر هانس آیزنگ بود. او مسئولیت تهیه یک برنامه آموزشی برای روان‌شناسان بالینی در مؤسسه مودزلی لندن مرکز پیشرو آموزشی در بریتانیا را بر عهده داشت. آیزنگ شخصاً به طور جدی تحت تأثیر دیدگاهی که روانکاو را ابطال‌ناپذیر و در نتیجه غیرعلمی می‌دانست، قرار داشت. او کار خود را با بررسی کارایی روش‌های روان‌درمانی موجود شروع کرد و در یک مقاله تأثیرگذار (آیزنگ، ۱۹۵۲) نتیجه گرفت که درمان‌های سنتی (روان‌تحلیلی) از گذشت زمان یا دارونما مؤثرتر نیستند. در سال ۱۹۶۰ او کتاب رفتار درمانی و نوروزها را منتشر ساخت، که در آن نتیجه گرفته بود تنها درمان مؤثر، درمانی است که بر نظریه یادگیری مدرن مانند حساسیت‌زدایی منظم و رویه‌های ابزاری مانند درمان انزجاری استوار باشد. بنابراین آیزنگ یک مدل از آموزش بالینی را در مؤسسه مودزلی نهادینه کرد که به وسیله روان‌شناسی رفتاری علمی هدایت می‌شد و این مدل بعدها توسط استانیلی راچمن و اسحاق مارکس تقویت گردید و پس از آن نیز تأثیرگذاری مداومی بر آموزش روان‌شناسی بالینی در بریتانیا داشت. علاوه بر این در سال ۱۹۶۳ آیزنگ مجله تحقیقات و درمان رفتاری را پایه‌گذاری کرد که مجالی برای انتشار نتایج مطالعات جاری در مورد درمان‌های رفتاری فراهم ساخت و از این طریق کمک قابل توجهی به اشاعه آنها در سراسر جهان نمود.

دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ شاهد شکوفایی مطالعات مربوط به کارایی درمان‌های رفتاری

بود. در همین زمان مجموعه‌ای از استانداردها به منظور ارزیابی نتایج درمانی از قبیل اعتبار درمان، یکپارچگی درمان و مقایسه‌های کنترل سخت‌گیرانه تهیه شدند. با وجود این با افزایش علاقه‌مندی نسبت به نتایج در حوزه کارآیی و تکنولوژی درمان‌های رفتاری، علاقه نسبت به «نظریه» زیربنایی آن درمان‌ها و «انسجام نظریه» اصول شرطی‌سازی کلاسیک و عامل، رنگ باخت. از نظریه لویس (۱۹۹۹) «اصطلاح درمانگر رفتاری که قبلاً بر یک فرد متعهد به فلسفه علم رفتاری دلالت داشت به زودی هرگونه معنای عملیاتی اختصاصی خود را از دست داد» (ص. ۱۵۹). دیگران نیز به جدایی افتادن میان درمان رفتاری و نظریه رفتاری اشاره کرده‌اند (مثلاً ایفرت، فورسیت و شاوس، ۱۹۹۳).

به طور مستقل دغدغه‌هایی در مورد کفایت و بسندگی برداشت‌های نظریه یادگیری از آسیب‌شناسی روانی مطرح گردید (مثلاً بندورا، ۱۹۷۸). به عنوان مثال، مدل شرطی‌سازی کلاسیک در مورد ترس‌ها و هراس‌ها به دلیل ناتوانی‌اش در تبیین این واقعیت که تمام افراد به دنبال تجربه یک رویداد آزاردهنده دچار هراس نمی‌شوند، مورد انتقاد قرار گرفت. در همین زمان، اصول شرطی‌سازی عامل نیز بیش از حد ساده‌انگارانه و مکانیکی تلقی شدند تا جایی که «درمانگران از ناتوانی رفتارگرهای افراطی در بهره‌گیری از فرآیندهای زبان و تفکر به شیوه‌ای مفید برای درمانگران سرخورده بودند» (ایفرت و دیگران، ۱۹۹۳، ص. ۱۰۸). علاوه بر این، درمانگران از نتایج درمان رفتاری برای افسردگی ناراضی بوده و در جستجوی یک مدل دیگر برآمدند؛ چیزی که آن را در نظریه شناختی یافتند.

پیشگامان درمان شناختی آلبرت ایلس (۱۹۵۷) کسی که شناخت درمانی خود را رفتاردرمانی عقلانی هیجانی نامید و آرون بک (۱۹۶۳) کسی که رویکرد او شناخت درمانی نامیده می‌شود و دونالد میکنبام (۱۹۷۷) کسی که آموزش خودآموزی را معرفی کرد، بودند. به طور خلاصه، ایلس تفکر غیرعقلانی را منبع رفتارها و هیجانات مشکل‌ساز می‌دانست و بر زیر سؤال بردن مستقیم تفکر غیرعقلانی و ایجاد تفکر عقلانی به عنوان شیوه درمانی تأکید داشت. رویکرد بک بر تحریفات سطحی در پردازش اطلاعات و رابطه آن با سیستم‌های باور غیرانطباقی زیربنایی یا هسته‌ای تأکید دارد و این رویکرد به جای زیر سؤال بردن به عنوان یک تکنیک درمانی از سؤال‌های سقراطی به منظور کمک به فرد در آگاه شدن از خطاهای موجود در تفکر خود و ایجاد ارزیابی‌های جایگزین مبتنی بر شواهد استفاده می‌کند. رویکرد میکنبام یک روش خودآموزی را برای مواجه شدن با موقعیت‌های چالش‌برانگیز آموزش می‌دهد. این سه رویکرد علی‌رغم تفاوت در

رویکردهای شناختی‌اشان، اختلالات را ناشی از تفکر معیوب می‌دانند؛ آنها توافق دارند که تفکر کژکار علت و حفظ‌کننده نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی بوده و این که محتوای شناخت تبیین‌کننده اصلی رفتار و هیجانات می‌باشد. رویکرد شناختی در تضادی آشکار با رویکرد رفتاری صرف، مفاهیم شناختی «غیر قابل اندازه‌گیری» را مورد توجه قرار داد. با وجود این رویکرد شناختی به واسطه تمرکز بر مشکلات فعلی و تفکر فعلی و تلقی اظهارات مراجع به عنوان نکات اطلاعاتی معتبر نه نمادهایی از فرآیندهای ناخودآگاه از رویکردهای روان‌تحلیلی استنباطی متمایز گردید.

هم‌زمان با این‌ها تغییرات چشمگیری در نظریه‌های شرطی‌سازی کلاسیک و ابزاری روی می‌داد. در مدل‌های جدیدتر، شناخت در مدل‌های نظریه یادگیری نه صرفاً به عنوان یک پاسخ، بلکه به عنوان عاملی با اهمیت علی قابل توجه یا یک میانجی در شرطی‌سازی پذیرفته شده بود (مثلاً رسکورلا، ۱۹۶۸). اختلاف نظرها در مورد نقش تجارب ضمنی یا ناخودآگاه در مقابل ارزیابی‌های خودآگاه صریح در شرطی‌سازی کلاسیک و ابزاری همچنان ادامه دارد. با وجود این، ادغام شناخت در شرطی‌سازی، عامل دیگری بود که جذب نظریه‌های شناختی و ترکیب آنها با نظریه‌ها و درمان‌های رفتاری را تسهیل نمود. نظریه یادگیری اجتماعی بندورا (۱۹۷۳)، که در آن برای فرآیندهای شناختی به عنوان تعیین‌کننده‌های اصلی رفتار نقشی در نظر گرفته شده بود، یک تأثیر مثبت دیگر بر پذیرش شناخت‌ها به عنوان هدفی برای درمان بود. بندورا نشان داد که یادگیری صرفاً به تجربه مستقیم وابسته نیست، بلکه از طریق قضاوت‌ها نیز اتفاق می‌افتد (هر چند تجربه مستقیم همچنان به طور مستقل به عنوان تعیین‌کننده اصلی تلقی می‌شد). بنابراین، در این مدل جبرگرایی دوسویه، رفتارها، شناخت‌ها و عوامل محیطی به عنوان عواملی که پیوسته یکدیگر را تقویت می‌کنند، تلقی می‌گردند. بعدها بندورا (۱۹۷۷) بر یک سازه شناختی خاص که اصطلاح خودکارآمدی را به منظور دلالت بر آن ابداع نمود، به عنوان تعیین‌کننده اصلی تغییر رفتاری و به عنوان مکانیسم زیربنایی برای مداخلات درمانی تأکید کرد. بندورا ادعا کرد که خودکارآمدی از طریق تجربه موفقیت‌های عملکردی بسیار مؤثرتر از متقاعدسازی کلامی افزایش می‌یابد. همین ادعا می‌تواند یکی از دلایل این واقعیت باشد که مدل او هیچ‌گاه به طور کامل در نظریه‌ها و درمان‌های شناختی تلفیق نشد، هر چند به عنوان یک میانجی در درمان‌های رفتاری پذیرفته شد.

یکی دیگر از عواملی که موجب تسهیل انتقال از رفتارگرایی به شناخت‌رفتارگرایی

شد، ارزشی بود که رویکرد شناختی برای تکنیک‌های رفتاری هرچند به عنوان ابزارهایی جهت تغییر سبک‌های تفکر غیرانطباقی قائل بود. بنابراین، رفتارگراها در بسط دادن اهداف خود به ورای رفتار و ورود به قلمرو شناخت، نیازی به کنار گذاشتن تکنولوژی رفتاری خود نداشتند. در اوایل دهه ۱۹۸۰، انقلاب شناختی به طور کامل در جریان بود. تأسیس مراکزی مانند مرکز رفتار درمانی عقلانی هیجانی ایس و انتشار کتاب‌های راهنمای درمان مانند شناخت درمانی برای افسردگی (۱۹۷۹) توسط بک و همکاران، راه را برای مطالعات در مورد کارایی بالینی و اشاعه رویه‌های درمان شناختی به طور گسترده در میان درمانگران هموار ساخت.

رشد رفتار درمانی و شناخت درمانی مسیرهای بسیار متفاوتی را دنبال کرد. رفتار درمانی از اصول آزمایشی نظریه یادگیری و آزمایشات مرتبط با آن سر برآورد که در ابتدا در مطالعات آزمایشگاهی بر روی حیوانات آزمون‌شده و در ادامه در آزمایشگاه بر روی انسان مطالعه گردیدند و در نهایت در مطالعات مربوط به نتایج درمانی بر روی نمونه‌های انسانی، بررسی شدند. ولپی در مطالعات خود بر روی شرطی‌سازی کلاسیک و بازداری متقابل، این رویکرد را متجلی ساخت. برعکس، شناخت درمانی از مشاهدات بالینی هوشمندانه ایس، بک، میکنبام در مورد نقش خودگویی‌ها و باورهای بیماران در پاسخ‌های هیجانی و رفتاری آنها سر برآورد. با کمال تعجب، تقریباً همزمان با شناخت درمانی، یک علم روان‌شناسی شناختی نیز در حال شکل‌گیری بود اما این دو حوزه شناختی تقریباً به طور مستقل از یکدیگر رشد کردند و تا میانه دهه ۱۹۹۰ که تلاش‌های یکپارچه‌نگرانه‌ای صورت گرفت که در آن اصول نظری و رویه‌های درمانی شناخت درمانی در سایه اصول و یافته‌های پژوهشی در علم روان‌شناسی شناختی مورد قضاوت قرار گرفتند، میان این دو جدایی و فاصله وجود داشت.

رویکرد معاصر و تکامل تا زمان حال

ادغام درمان‌های شناختی و رفتاری موجب توجه بیشتر درمانگران به انتظارات و درک مراجعان به عنوان نکات اطلاعاتی معتبر و مؤثری که به همین دلیل می‌تواند «فراهم‌کننده محتوای رفتار درمانی» (راچمن، ۱۹۹۷، ص. ۱۸) باشند، گردید. تمرکز بر محتوای شناختی در بافت کمک به مراجعان جهت آگاه شدن از زنجیره‌های غیرانطباقی شناخت هیجان رفتار و خلق تجارب یادگیری و کسب مهارت‌های سازگاری به منظور قطع آن

توالی‌های غیرانطباقی و ایجاد پاسخ‌های انطباقی‌تر محقق می‌شود.

به طور اخص تر، CBT معاصر معمولاً با یک تحلیل کارکردی مجزا از رفتارها، شناخت‌ها و هیجانات مشکل‌ساز و تعاملات متقابل در میان آنها که موجب برانگیختن و حفظ پاسخ‌های غیرانطباقی می‌شود (یعنی مدل‌سازی علی) شروع می‌شود. برخلاف تحلیل کارکردی که از رویه‌های اصلاح رفتار مبتنی بر شرطی‌سازی ابزاری گرفته شده است، CBT معاصر با توجه کردن به پیشایندها و پیامدهای رفتارها، تعیین این که کدام محرک‌ها کدام CRها را فراخوانی می‌کنند و شناخت‌هایی که بر رفتارها و هیجانات تأثیر می‌گذارند، دیدگاه وسیع‌تری را اتخاذ می‌کند. همچنین تحلیل کارکردی، نقش عوامل فرهنگی را در بروز و مدل‌سازی علی رفتارها، شناخت‌ها و هیجانات مشکل‌ساز مورد ارزیابی قرار می‌دهد. روش تحلیل در ابتدا از طریق سؤال پرسیدن و مشاهدات درمانگر، که گاهی اوقات به مشاهدات رفتاری مراجعان در محیط طبیعی‌شان نیز بسط پیدا می‌کند، به اجرا درمی‌آید. در ادامه، این کار به مراجعان انتقال می‌یابد و به آنها آموزش داده می‌شود که یک دیدگاه دانشمند شخصی را اتخاذ کرده و به مشاهده الگوهای پاسخ‌دهی رفتاری، شناختی و هیجانی خود در بافت‌های محیطی و فرهنگی مفروض بپردازند. در ادامه، تحلیل کارکردی طرح درمانی را هدایت می‌کند.

به دنبال آن، یک مجموعه استراتژی‌های معطوف به تغییر به اجرا در می‌آید. این‌ها می‌توانند شامل شناسایی خطاهای فردی در ارزیابی‌های خودآگاه و رابطه آنها با باورهای هسته‌ای زیربنایی باشند. یک مجموعه مهارت‌ها که اغلب بازسازی شناختی نامیده می‌شود، به منظور اصلاح ارزیابی‌های تحریف‌شده و باورهای هسته‌ای از طریق زیر سؤال بردن و تجربه‌گرایی منطقی، آموزش داده می‌شود. روش‌شناسی‌های رفتاری از طریق آزمایش رفتاری که فرضیه‌آزمایی نیز نامیده می‌شود و به منظور جمع‌آوری شواهد جهت نفی تفکرات تحریف‌شده طراحی شده است، یکپارچه می‌گردد. دسته دیگری از استراتژی‌های مداخلاتی به پاسخ‌های شرطی کلاسیک می‌پردازند. نمونه‌ای از این مداخلات مواجهه منظم و مکرر با موضوعات ترس غیرمنطقی به منظور خاموشی CRها می‌باشد. با ترکیب اصول و رویه‌های شناختی و رفتاری، تغییرات در شناخت‌های ضمنی در نتیجه تجربه مواجهه، موجب ارزیابی‌های مجدد صریح می‌شوند که نشان می‌دهند نتایج آزاردهنده اتفاق نخواهد افتاد و/یا به اندازه‌ای که تصور می‌رود آزاردهنده نخواهند بود.

دسته دیگری از استراتژی‌ها، رفتارهای غیرانطباقی را با استفاده از شکل‌دهی و

تقویت‌کننده‌ها و تنبیه‌کننده‌های برنامه‌ریزی‌شده با رفتارهای انطباقی جایگزین می‌کنند. پرداختن به فعالیت‌های تقویت‌کننده مثبت به عنوان ابزاری جهت اصلاح پایین بودن فراوانی تقویت مثبت که ویژگی مشخصه افسردگی است، نمونه‌ای از این استراتژی‌ها می‌باشد. در این جا نیز ممکن است این فعالیت‌ها با ارزیابی‌های مجدد صریح از ارزش تقویت مثبت به منظور مقابله با سوگیری‌های شناختی که تقویت‌کننده‌های مثبت را بی‌اعتبار می‌کنند، همراه باشند. تأکید نسبی بر اصول و مهارت‌های بازسازی شناختی در مقابل یادگیری عامل و پاسخ‌گر، بسته به یادگیری‌های درمانگر در گرایش‌ها متمایل به رویکردهای رفتاری یا شناختی رفتاری و البته بسته به ماهیت مشکل عنوان‌شده، متفاوت خواهد بود. با وجود این‌ها، درمان‌گرانی که از یک رویکرد واقعاً یکپارچه شناختی رفتاری برخوردارند، به هر دوی این‌ها اهمیت می‌دهند. طرح درمانی، پیوسته بر اساس ارزیابی مداوم هیجان‌ات، رفتارها و شناخت‌های هدف، مورد تجدید نظر قرار می‌گیرد. گام نهایی درمان یک طرح پیشگیری از عود است که به منظور حفظ مهارت‌هایی که در طی زمان کسب شده‌اند، طراحی گردیده است.

همان‌طور که قبلاً اشاره شد، CBT کاربرد گسترده‌ای دارد و از میان درمان‌گران عضو انجمن روان‌شناسی آمریکا که به طور تصادفی مورد نظرخواهی قرار گرفته‌اند، اغلب درمانگران خود را دارای این گرایش معرفی می‌کنند (استوارت و چامبلس، ۲۰۰۷). بخشی از محبوبیت این رویکرد را می‌توان به حمایت‌های تجربی موجود در مورد CBT که نتایج مثبتی را برای دامنه گسترده‌ای از مشکلات روان‌شناختی نشان می‌دهند، نسبت داد. حوزه و قابلیت کاربرد نشان داده شده برای CBT به عنوان درمانی که از بالاترین میزان حمایت تجربی برخوردار است، برای برنامه‌های آموزشی و همچنین برای درمانگران در فعالیت‌های کلی‌اشان جذابیت دارد. سطح حمایت تجربی، تابعی از فلسفه تجربی است که اساس CBT به حساب می‌آید.

محبوبیت CBT به واسطه یکی از ویژگی‌های روش‌شناسی تجربی که گنجاندن رویه‌های مداخلاتی در قالب کتاب‌های راهنماست، افزایش می‌یابد. تهیه کتاب راهنما یک گام ضروری برای ارزیابی تجربی است، زیرا این کار امکان تکرارپذیری CBT را مستقل از مطالعات انجام شده فراهم می‌سازد. در حالی که ممکن است پابندی سخت‌گیرانه به کتاب راهنما معیایی از قبیل ناتوانی در متناسب‌سازی CBT برای مشکل عنوان‌شده و احتمالاً ناتوانی در یادگیری و درک کامل اصول زیربنایی CBT را در پی

داشته باشد، اما تهیه کتاب راهنما نقش عمده‌ای را در اشاعه CBT در برنامه‌های آموزشی و فعالیت‌های بالینی به طور کلی ایفا کرده است. علاوه بر این، محبوبیت CBT با تأکید فعلی بر پزشکی شواهدمحور همخوانی دارد. نهایتاً محدودیت زمانی CBT و مناسب بودن آن برای ارائه در قالب گروهی که موجب مقرون به صرفه بودن آن می‌شوند، مقبولیت هر چه بیشتر این رویکرد در دنیای مراقبت‌های مدیریت شده را تضمین می‌کنند.

مسیرهای آینده

ما اکنون در آستانه یک نقطه عطف دیگر در مسیر تحولات CBT هستیم. با توسعه نظریه‌ها و درمان‌های شناختی، فرآیندهای شناختی بیشتر شبیه به فرآیندهای یک کامپیوتر مفهوم‌سازی شدند. در این مدل، شناخت شامل تعدادی از فرآیندها از قبیل رمزگذاری، بازیابی، اسناد و ارزیابی تلقی می‌شود. این نوع نظریه‌پردازی، درمان شناختی را تا اندازه‌ای در راستای علم روان‌شناسی شناختی (یعنی علم مربوط به شیوه‌های مورد توجه قرار گرفتن اطلاعات، نحوه ذخیره‌سازی و چگونگی بازیابی آنها) قرار داد. به این ترتیب، از دهه ۱۹۹۰ به بعد، شیوه‌های تأثیرگذاری علم روان‌شناسی شناختی بر درمان‌های شناختی و رفتاری مورد توجه قرار گرفته‌اند. در واقع پیشرفت‌ها و/درک علمی ما از سطح مشترک شناخت هیجان برای اختلالات هیجانی از برخی مفروضه‌های درمان‌های شناختی حمایت می‌کند. با وجود این درمان شناختی در اساس همچنان به صورت درمانی که محتوای خودآگاه شناخت را هدف‌گیری می‌کند، باقی می‌ماند. علم روان‌شناسی شناختی برخی از محدودیت‌های خاص یک مدل شناختی مبتنی بر محتوا از آسیب‌شناسی روانی و درمان را آشکار ساخته است. به عنوان مثال، اکنون کاملاً پذیرفته شده است که بخش عمده پردازش اطلاعات در سطوح ناخودآگاه بدون هیچ‌گونه ارزیابی، صورت می‌گیرد. بسنده بودن تلاش‌ها برای تغییر شناخت ناخودآگاه از طریق ارزیابی‌های مجدد خودآگاه مورد سؤال واقع شده است (مثلاً تیسدیل و برنارد، ۱۹۹۳) و در حال حاضر، روش‌های جایگزین برای تغییر سبک‌های پردازش اطلاعات که به ارزیابی‌های خودآگاه وابسته نباشد، به عنوان مکمل یا جایگزین‌هایی برای درمان شناختی تحت بررسی و آزمون هستند. از جمله این روش‌ها می‌توان به ذهن‌آگاهی و رویکردهای مبتنی بر پذیرش اشاره کرد که به عنوان موج سوم درمان‌های رفتاری معرفی شده‌اند (هیز، ۲۰۰۸). در برخی از این مدل‌های درمانی جدیدتر، از قبیل شناخت‌درمانی مبتنی

بر ذهن‌آگاهی (مثلاً ویلیامز و دیگران، ۲۰۰۸) تلاش‌های مستقیم برای تغییر محتوای ارزیابی‌های خودآگاه با مهارت‌های ذهن‌آگاهی همراه هستند. در سایر مدل‌ها مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز، استروسال و ویلسون، ۱۹۹۹) نقش ارزیابی‌های خودآگاه نادیده گرفته نمی‌شوند بلکه به جای پرداختن مستقیم به محتوای آن ارزیابی‌ها به کارکرد آنها و راه‌های تخریب آن کارکرد توجه می‌شود.

یک تحول اخیر دیگر که برای اغلب رویکردهای شناختی خالص یک چالش به حساب می‌آید، شواهد مرتبط با درمان‌های رفتاری جدیدتر در مورد افسردگی است. نارضایتی از رویکردهای رفتاری در درمان افسردگی یکی از انگیزه‌های اصلی در ایجاد درمان‌های شناختی بود. با وجود این، در یک نمونه کامل از «بازگشت تقدیر» اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری برای افسردگی مورد حمایت قرار گرفته است. این درمان بر اصول شرطی‌سازی عامل و تقویت استوار است (جاکوبسون، مارتل و دیمیجیان، ۲۰۰۱). علاوه بر این ممکن است فعال‌سازی رفتاری در مورد افسردگی شدید بر درمان‌های شناختی برتری داشته باشد (دیمیجیان و دیگران، ۲۰۰۶). هم‌راستا با این رشد بی‌سابقه در اصول رفتاری یادگیری در درمان، شاهد تجدید علاقمندی به اصول شرطی‌سازی کلاسیک درمان مواجهه برای اختلالات اضطرابی هستیم که پیشرفت‌ها در علم پایه یادگیری و حافظه به آن دامن زده است (مثلاً کراسک و دیگران، ۲۰۰۸). به طور خلاصه، موج سوم CBT هم بازگشت به عقب به سمت اصول رفتاری و حرکت رو به جلو به سمت ذهن‌آگاهی و پذیرش را دربر دارد.