

## راهنمای آکسفورد

برای تمرین‌های رفتاری در شناخت درمانی



# راهنمای آکسفورد برای تمرین‌های رفتاری در شناخت‌درمانی

تألیف

جیمز بنت - لوی

گیلیان باتلر

ملانی فنل

آن هکمن

مارتینا مولر

دیوید وستبروک

ترجمه

مرضیه اکرامی

نادر حسن‌پور

عنوان و نام‌پدیدآور: راهنمای آکسفورد برای تمرین‌های رفتاری در شناخت‌درمانی/نویسنده [صحیح: ویراستار] جیمز بنت لوی... [و دیگران]; مترجم مرضیه اکرامی، نادر حسن‌پور.

مشخصات نشر: تهران: کتاب ارجمند، ۱۳۹۲.

مشخصات ظاهری: ۴۷۲ ص. وزیری.

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۳۰۱-۰

عنوان اصلی: Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy, 2004.

یادداشت: جیمز بنت لوی، گیلیان باتلر، میلیان فنل، آن هکمن، مارتینا مولر، دیوید وستبروک.

موضوع: شناخت‌درمانی

شناسه افزوده: بنت- لوی، جیمز، ویراستار، Bennett- Levy, James, اکرامی، مرضیه، ۱۳۴۶-، مترجم، حسن‌پور، نادر، ۱۳۴۳-، مترجم.

رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۲ ۹۲ش / RC ۷۸۹

رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹۱۴۲

شماره کتابشناسی ملی: ۳۱۳۸۱۸۰

جیمز بنت- لوی، گیلیان باتلر، ملانی فنل، آن هکمن، مارتینا مولر، دیوید وستبروک

**راهنمای آکسفورد**

**برای تمرین‌های رفتاری در شناخت‌درمانی**

ترجمه: مرضیه اکرامی، نادر حسن‌پور

فروست: ۸۰۳

ناشر: کتاب ارجمند با همکاری انتشارات ارجمند

صفحه‌آرا: معصومه دلنواز

مدیر هنری: احسان ارجمند

سرپرست تولید: پروین عبدی

ناظر چاپ: سعید خانکشلو

چاپ: سامان، صحافی: روشنگر

چاپ اول، آبان ۱۳۹۴، ۱۱۰۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۳۰۱-۰

این اثر، مشمول قانون حمایت از مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۸۴ است، هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف، ناشر، نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

www.arjmandpub.com

### مرکز پخش: انتشارات ارجمند

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

شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، انتشارات مجد دانش، تلفن ۰۵۱-۲۸۴۴۱۰۱۶

شعبه رشت: خ نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی، تلفن ۰۱۳-۳۳۳۳۲۸۷۶

شعبه بابل: خ گنج افروز، پاساژ گنج افروز، تلفن ۰۱۱-۳۳۳۳۷۷۶۴

شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست تلفن ۰۹۱۱۸۰۲۰۹۰

شعبه کرمانشاه: خ مدرس، پشت پاساژ سعید، کتابفروشی دانشمند تلفن ۰۸۳-۳۲۲۸۴۸۳۸

بها: ۳۰۰۰۰ تومان

با ارسال پیامک به شماره ۰۵۹۹ ۰۵۹۹ ۰۰۰ ۰۰۰ در جریان تازه‌های نشر ما قرار بگیری:

ارسال عدد ۱: دریافت تازه‌های نشر پزشکی به صورت پیامک

ارسال عدد ۲: دریافت تازه‌های نشر روان‌شناسی به صورت پیامک

ارسال ایمیل: دریافت خبرنامه الکترونیکی انتشارات ارجمند به صورت ایمیل

## تقدیم

این کتاب را به جوان کرک، بنیان‌گذار مرکز شناخت‌درمانی آکسفورد و سرپرست قبلی سرویس روان‌شناسی بزرگسالان دانشگاه آکسفورد SHN تقدیم می‌کنیم. با تشکر از انرژی، حمایت، دانش و صمیمیتی که بدون آنها، هیچ‌کدام از ما مهارت، توانایی و شهامت نوشتن این کتاب را نداشتیم.



# فهرست مطالب

آگورافوبیا.....	۹۶	تقدیم.....	۵
رفتارهای ایمن معمول.....	۹۸	سپاسگزاری.....	۱۱
تمرین‌های رفتاری.....	۹۸	پیشگفتار.....	۱۳
نتیجه.....	۱۰۳	یک توضیح اختصاصی.....	۱۴
فصل‌های مربوط.....	۱۰۳	مقدمه.....	۱۹
یک تمرین تصادفی.....	۱۰۴	چگونگی استفاده از این کتاب.....	۲۱
<b>فصل ۴- اضطراب سلامتی.....</b>	<b>۱۰۵</b>	<b>فصل ۱- تمرین‌های رفتاری تاریخچه و مفاهیم</b>	<b>۲۵</b>
مقدمه.....	۱۰۵	زیربنایی.....	۲۵
مدل شناختی.....	۱۰۶	بخش اول: مروری بر شناخت‌درمانی.....	۲۶
جنبه‌های شناخت‌های کلیدی.....	۱۰۷	بخش دوم: تمرین رفتاری در شناخت‌درمانی.....	۳۲
شناخت‌های کلیدی.....	۱۰۷	نتیجه.....	۴۴
ملاحظات مخصوص.....	۱۰۹	<b>فصل ۲- تهیه تمرین‌های رفتاری مؤثر.....</b>	<b>۴۵</b>
تمرین‌های رفتاری.....	۱۱۱	مقدمه.....	۴۵
شناسایی مشکلات موجود در کار با اضطراب سلامتی..	۱۲۲	۱- تیپ‌شناسی تمرین‌های رفتاری.....	۴۷
فصل‌های مربوط.....	۱۲۳	۲- چرخه یادگیری: به حداکثر رساندن فرصت‌های	
<b>فصل ۵- اختلال وسواس فکری - عملی.....</b>	<b>۱۲۶</b>	یادگیری از تمرین‌های رفتاری.....	۵۴
اختلال وسواس فکری - عملی چیست؟.....	۱۲۶	۳- طراحی: طرح تمرین‌های رفتاری.....	۵۷
مدل‌های شناختی OCD.....	۱۲۷	۴- تمرین: انجام تمرین به تنهایی.....	۷۱
شناخت‌های کلیدی در OCD.....	۱۲۷	۵- مشاهده: آزمایش آنچه اتفاق افتاده است.....	۷۶
تمرین‌های رفتاری.....	۱۲۸	۶- انعکاس: معنی دادن به تمرین.....	۸۰
مشکلات اختصاصی در OCD.....	۱۴۲	۷- طراحی: پیگیری تمرین.....	۸۲
دیگر فصل‌های مرتبط.....	۱۴۳	نتیجه.....	۸۳
سرخ شدن.....	۱۴۵	<b>فصل ۳- اختلال پانیک و آگورافوبیا.....</b>	<b>۸۴</b>
<b>فصل ۶- اختلال اضطراب فراگیر.....</b>	<b>۱۴۶</b>	مقدمه.....	۸۴
مقدمه.....	۱۴۶	مدل شناختی.....	۸۴
مدل‌های شناختی.....	۱۴۷	اختلال پانیک.....	۸۵
توسعه باورهای مربوط.....	۱۴۸	رفتارهای ایمن شایع.....	۸۵
شناخت‌های کلیدی.....	۱۴۸	عوامل راه‌انداز حملات پانیک.....	۸۵
تمرین‌های رفتاری.....	۱۵۱	درمان اختلال پانیک.....	۸۶
مشکلات اختصاصی.....	۱۶۰	ملاحظات بخصوص.....	۸۶
قدرت شفابخش ناسزاگویی.....	۱۶۵	تمرین‌های رفتاری.....	۸۸

۲۵۴	شناخت‌های کلیدی.....
۲۵۵	تمرین‌های رفتاری.....
۲۶۴	مشکلات اختصاصی در شناخت‌درمانی اختلال خلقی دوقطبی.....
۲۶۸	فصل‌های مربوط.....
<b>۲۷۰</b>	<b>فصل ۱۲ - علائم روان‌پریشی.....</b>
۲۷۰	مقدمه.....
۲۷۱	مدل‌های شناختی.....
۲۷۲	شناخت‌های کلیدی.....
۲۷۲	تمرین‌های رفتاری.....
۲۸۵	مشکلات خاص در شناخت‌درمانی بیماران روان‌پریش.....
۲۸۸	فصل‌های مربوط.....
۲۸۹	شما حق دارید سکوت کنید.....
<b>۲۹۰</b>	<b>فصل ۱۳- اختلالات خوردن.....</b>
۲۹۰	مقدمه.....
۲۹۱	مدل‌های شناختی.....
۲۹۲	شناخت‌های کلیدی.....
۲۹۶	تمرین‌های رفتاری.....
۳۰۵	مشکلات اختصاصی.....
۳۰۶	فصل‌های مربوط.....
۳۰۸	آرامش روی تپه.....
<b>۳۰۹</b>	<b>فصل ۱۴- بی‌خوابی.....</b>
۳۰۹	بی‌خوابی چیست؟.....
۳۱۰	مدل‌های شناختی بی‌خوابی.....
۳۱۳	ساختارهای شناختی کلیدی.....
۳۱۵	تمرین‌های رفتاری.....
۳۲۵	مشکلات اختصاصی در کار با بی‌خوابی.....
۳۲۷	فصل‌های مربوط.....
۳۲۸	قدردانی.....
<b>۳۳۰</b>	<b>فصل ۱۵- بیماری جسمی و ناتوانی.....</b>
۳۳۰	مقدمه.....
۳۳۰	مدل‌های شناختی.....
۳۳۱	شناخت‌های کلیدی.....
۳۳۴	تمرین‌های رفتاری.....
۳۴۷	مشکلات اختصاصی.....
۳۴۹	مصیبت واقعی.....

<b>۱۶۶</b>	<b>فصل ۷- اضطراب اجتماعی.....</b>
۱۶۶	مقدمه.....
۱۶۷	مدل‌های شناختی.....
۱۶۹	فرآیندهای شناختی و شناخت‌های کلیدی.....
۱۷۲	تمرین‌های رفتاری.....
۱۸۳	مشکلات اختصاصی.....
۱۸۵	فصل‌های مربوط.....
۱۸۶	عاقل هرگز نتیجه‌گیری نمی‌کند.....
<b>۱۸۷</b>	<b>فصل ۸- فوبی‌های اختصاصی.....</b>
۱۸۷	مقدمه.....
۱۸۸	مدل شناختی.....
۱۹۲	شناخت‌های کلیدی.....
۱۹۳	تمرین‌های رفتاری.....
۲۰۵	مشکلات اختصاصی.....
۲۰۷	فصل‌های مربوط.....
۲۰۸	توصیه ناخواسته.....
<b>۲۰۹</b>	<b>فصل ۹- اختلال استرس بعد از آسیب.....</b>
۲۰۹	مقدمه.....
۲۰۹	مدل شناختی.....
۲۱۰	شناخت‌های کلیدی.....
۲۱۱	تمرین‌های رفتاری.....
۲۲۵	مشکلات اختصاصی.....
۲۲۷	فصل‌های مربوط.....
۲۲۹	چیزی که یک نفر دوست دارد.....
<b>۲۳۰</b>	<b>فصل ۱۰- افسردگی.....</b>
۲۳۰	مقدمه.....
۲۳۰	مدل شناختی.....
۲۳۱	شناخت‌های کلیدی.....
۲۳۳	تمرین‌های رفتاری.....
۲۴۶	مشکلات اختصاصی.....
۲۴۸	فصل‌های مربوط.....
۲۵۰	برای کسانی که به آسانی شوکه می‌شوند، مناسب نیست.....
<b>۲۵۱</b>	<b>فصل ۱۱- اختلال‌های خلقی دوقطبی.....</b>
۲۵۱	مقدمه.....
۲۵۲	مدل‌های شناختی (و مدل‌های دیگر).....



آیا شما روانشناس‌ها می‌توانید ذهن دیگران را بخوانید؟ ۴۱۲

### فصل ۱۹- مشکلات بین فردی..... ۴۱۳

مقدمه..... ۴۱۲

مدل‌های شناختی..... ۴۱۴

شناخت‌های کلیدی..... ۴۱۵

تمرین‌های رفتاری..... ۴۱۸

مشکلات اختصاصی..... ۴۲۷

فصل‌های مربوط..... ۴۲۸

مدت کوتاهی در یک جای تنگ..... ۴۳۰

### فصل ۲۰- احترام به خود پایین..... ۴۳۱

مقدمه..... ۴۳۱

مدل‌های شناختی..... ۴۳۱

شناخت‌های کلیدی..... ۴۳۴

تمرین‌های رفتاری..... ۴۳۵

مشکلات اختصاصی..... ۴۴۸

فصل‌های مربوط..... ۴۵۰

پرواز بدون آمادگی..... ۴۵۱

### فصل ۲۱- تمرین‌های رفتاری..... ۴۵۲

بر سر دوراهی..... ۴۵۲

تمرین‌های رفتاری به عنوان دوراهی‌ها..... ۴۵۲

تجربیات جدید پیش‌رو..... ۴۵۵

نتیجه..... ۴۵۷

### ضمیمه ۱..... ۴۵۸

### ضمیمه ۲..... ۴۵۹

### منابع..... ۴۶۰

مشکل در ابراز هیجان‌ها..... ۳۵۰

فصل‌های مربوط..... ۳۵۰

هرگز باران نمی‌آید، اما از آسمان می‌ریزد..... ۳۵۱

### فصل ۱۶- آسیب مغزی اکتسابی..... ۳۵۲

مقدمه..... ۳۵۲

مدل شناختی..... ۳۵۳

ساختارهای شناختی کلیدی..... ۳۵۵

تمرین‌های رفتاری..... ۳۵۶

مشکلات اختصاصی..... ۳۶۶

فصل‌های مربوط..... ۳۶۹

یک عقیده بی‌حاصل..... ۳۷۱

### فصل ۱۷- اجتناب از عاطفه..... ۳۷۲

مقدمه..... ۳۷۲

مدل‌های شناختی..... ۳۷۳

شناخت‌های کلیدی..... ۳۷۵

تمرین‌های رفتاری..... ۳۷۷

مشکلات اختصاصی..... ۳۸۸

فصل‌های مربوط..... ۳۹۰

این جا یک دنیای دیوانه است..... ۳۹۲

### فصل ۱۸- رفتارهای خود-آسیب‌رسان..... ۳۹۳

درک رفتارهای خود-آسیب‌رسان..... ۳۹۴

ساختارهای شناختی کلیدی..... ۳۹۵

شناخت‌های کلیدی..... ۳۹۵

تمرین‌های رفتاری..... ۳۹۷

مشکلات اختصاصی..... ۴۰۷

فصل‌های دیگر مربوط..... ۴۱۱



## سپاسگزاری

اول و مهم‌تر از همه، ما از کسانی که این تمرین‌ها را انجام داده‌اند و همچنین در طراحی آنها سهیم بوده‌اند - یعنی بیمارانمان - تشکر می‌کنیم. این کتاب بدون جرأت، شهامت، پشتکار و خلاقیت آنها هرگز نوشته نمی‌شد. دوم آنکه، ما مایلیم از همه همکاران، حامیان و ناظرانی که در مراحل مختلف انجام این امر خطیر با ما هم‌فکری داشتند، تشکر کنیم. تعداد آنها بیش از آن است که بتوانیم نام همه آنها را ذکر کنیم. سوم آنکه، ما از خانواده‌ها و دوستانمان تشکر می‌کنیم زیرا ساعات طولانی غیبت ما را که برای نوشتن این کتاب ناچار به گذراندن آن بودیم، تحمل کردند. چهارم آنکه، ما از کسانی که با سخاوت داستان‌های مربوط به بیمارانشان را در اختیار ما گذاشتند متشکریم تعدادی از آنها عبارت‌اند از: دیویدکلارک، هلن کلوز، آن گلدهیل، لورناهاگ، کلودیا کخ، علی مدرسی، فیوناکندی و هلن رونی. (داستان‌های دیگر توسط نویسندگان کتاب فراهم شده است). و سرانجام، ما از ناشر دانشگاه آکسفورد، "مارتین باوم"، برای حمایت‌های بسیار مثبت و مداوم و انعطاف‌پذیری‌اش و همچنین از "کیت اسمیت" که با ملاحظه و خوشرویی، با تغییرات بعدی کتاب موافقت کرد، سپاسگزاریم.



## پیشگفتار

دیوید م. کلارک

اوه، نپرس که «آن چیست»؟  
بگذار برویم و ببینیم

از «ترانه عشق» نوشته ج. آلفرد پروفروک (ت. س. الیوت ۱۹۱۷)

شناخت درمانی به بیماران کمک می‌کند که الگوهای فکری تحریف‌شده‌شان را شناسایی کرده و آنها را اصلاح کنند و به این ترتیب اختلال هیجانی بیماران را تسکین می‌دهد. بک (۱۹۶۵) این کار مهم را با تحقیقات علمی همراه کرد. در این رویکرد، بیمار و درمانگر تشویق می‌شوند تا باورهای بیمار را به عنوان فرضیه‌هایی در نظر بگیرند و سپس با جمع‌آوری اطلاعاتی در مورد بیمار و دنیای او، این فرضیه‌ها را مورد ارزیابی قرار دهند. در این مرحله، معمول است که در مورد شواهد تأییدکننده و همچنین نقض‌کننده یک باور بخصوص بحث و گفت‌وگو شود. با این حال، "بک" در اولین روش جامع درمانی‌اش (بک و همکاران، ۱۹۷۵)، روش قدرتمندی را نشان داد که طی آن برای آزمودن تجربی یک فرضیه بخصوص، اعتبار آن فرضیه را توسط طراحی یک تمرین و تکلیف بررسی می‌کرد. او در مورد این که چگونه می‌توان یک تمرین را توسعه داد، بحث کرد. به‌طور اختصاصی، تکلیف ثابت می‌کند که اگر مثلاً پیامد X اتفاق بیفتد، پس فرض موردنظر درست است و می‌توان آن را پذیرفت و اگر پیامدهای دیگری رخ بدهند، پس فرض غلط است. هنگامی که تکلیف به‌طور کامل انجام شده باشد، درمانگر و بیمار. . . . . نتایج تمرین را ارزیابی کرده و. . . . . تفسیرهای مختلف را بررسی می‌کنند. . . . . و نتایج واقعی تمرین را با پیش‌بینی‌های بیمار که بر پایه مفروضه‌های اساسی او قرار دارد، مقایسه می‌کنند.

شور و اشتیاق اولیه "بک" برای انجام تمرین‌ها، کاملاً به‌جا بود. در طی ۲۵ سال بعد از انتشار کارهای بنیادی بک و همکارانش، برنامه‌های مؤثر شناخت‌درمانی برای طیف وسیعی از اختلالات شناختی توسعه یافتند (برای مرور، کارهای هالن و بک ۲۰۰۳؛ ناتان و گارمن ۲۰۰۲ را ملاحظه کنید). در اغلب "تمرین‌های رفتاری" بیماران تشویق می‌شوند که از طریق عملکردشان، باورهایشان را بیازمایند. درحال حاضر دستورالعمل‌های درمانی دقیقی برای برنامه‌هایی که مخصوص اختلالات مشخصی هستند در دسترس ما قرار دارند. با این وجود، هیچ منبعی وجود ندارد که اختلالات متعدد را پوشش داده و خصوصاً بر تمرین‌های رفتاری تمرکز کند. این کتاب به‌طور قابل‌تحسینی این شکاف را پر کرده است.

در ۲۵ سال اخیر، متخصصین بیمارستان واندرفورد در شهر آکسفورد، برنامه‌های شناخت‌درمانی متعددی

را خصوصاً در زمینه اختلالات اضطرابی و اختلالات خوردن تهیه کرده‌اند که از نظر تجربی نیز معتبر می‌باشند. مؤلفان مشهور این کتاب، از جمله کسانی هستند که در توسعه این برنامه‌ها سهیم بودند و لذا شایستگی نوشتن چنین کتاب مرجعی را دارند. خواننده با مطالعه این کتاب متوجه خواهد شد که یک خلاصه مؤثر از تمرین‌های رایج رفتاری به همراه راهنمای عملی ترتیب دادن آنها و همچنین چگونگی بحث درباره نتایج آنها با بیماران را در اختیار دارد. همچنان که نویسندگان کتاب نشان داده‌اند، (فصل ۱ و ۲ را ببینید) تمرین‌های رفتاری، خود به تنهایی یک درمان نیستند. اما ابزاری مفید در برنامه‌های جامع شناختی به‌شمار می‌روند. زمانی که یک رابطه کاری نزدیک میان درمانگر و بیمار وجود داشته باشد، اجرای یک برنامه درمانی که با تشریح مساعی هر دو نفر فراهم شده است و از اکتشاف هدایت شده و تجربی استفاده می‌کند، از اصول کلیدی درمان به‌شمار می‌رود. همچنان که بک و همکارانش (۱۹۷۹) به‌طور واضح بیان کردند، یک تمرین رفتاری فقط زمانی توسعه پیدا می‌کند که درمانگر و بیمار بتوانند ابتدا یک مفروضه/ باور/ یا فرآیند بخصوص را مشخص کنند تا تحقیق در مورد آن امکان‌پذیر شود. به‌علاوه، تمرین فقط زمانی می‌تواند تغییر شناختی جایگزین را ایجاد کند که قبلاً یک تعریف عملیاتی واضح و روشن از پیامدهای تمرین ارائه شده باشد و نتایج تمرین نیز از این پیامدها حمایت کنند، سپس نتایج تمرین با دقت مرور شوند و در این مورد کاملاً بحث شود که آیا نتایج تمرین، عقیده‌ای را ثابت کرده است یا خیر. باید به تردیدهای بیماران در مورد تمرین‌های بخصوص توجه شده و با گوش دادن به آنها، تمرین‌هایی تهیه شوند که بیشتر با بیمار سازگار باشند و با احتمال بیشتری مورد قبول او قرار گیرد.

### یک توضیح اختصاصی

تمرین‌های رفتاری در برنامه‌های شناخت‌درمانی که من و همکارانم برای درمان اختلالات اضطرابی مختلف به کار می‌بریم نقش عمده‌ای دارند. ناشران این کتاب با بلندنظری بسیار، فکر کردند که ممکن است ارائه یک تاریخچه مختصر و جامع از کاربرد تمرین‌های رفتاری در برنامه‌های درمانی جالب باشد.

زمانی که من در اواخر دهه ۱۹۷۰، کارآموز رشته روان‌شناسی بالینی بودم، به یک کپی از متن کارهای کلاسیک بک و همکارانش (۱۹۷۰) برخورد کردم. اولین شانس من برای تهیه یک تمرین رفتاری، هنگامی بود که با یک بیمار فوییک مواجه شدم. به نظر می‌رسید که این بیمار نتوانسته بود از یک برنامه مواجهه‌درمانی منظم که با دقت اجرا شده بود، منفعت زیادی کسب کند. در حالی که مشاهده می‌کردم بیمار در طی دوره‌های طولانی مواجهه، به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای در عادت کردن به موقعیت ترسناک مشکل دارد، متوجه شدم که او در مدتی که عمیقاً و به‌سرعت نفس می‌کشد، به‌طور آشکاری دچار اضطراب بسیار می‌شود (حمله‌های پانیک). یک همکار پزشک به من گفت که تنفس سریع و عمیق، باعث ایجاد تهویه بیش‌ازحد (هیپرونتیلیسیون) می‌شود و با کاهش سطح  $CO_2$  خون و ایجاد تغییرات بیوشیمیایی در بدن، اضطراب عمومی را ایجاد می‌کند. از آنجا که علاقمند بودم این فرآیند را تجربه کنم، شروع به تنفس شدید کردم اما در کمال تعجب متوجه شدم که اگرچه احساسات بدنی بسیاری را تجربه کردم، اما احساس اضطراب

نداشتم. این مشاهده باعث شد که من یک تفسیر اولیه و محدود از آنچه که بعدها «تئوری شناختی اختلال پانیک» نامیده شد، بسازم (کلارک، ۱۹۸۶). من فرض کردم که ممکن است حملات اضطرابی به این علت ایجاد شوند که بیمار احساسات بدنی ناشی از تهویه بیش از حد را فاجعه‌آمیز تفسیر می‌کند. این یافته باعث شد که از تهویه شدید به عنوان روشی استفاده شود تا به بیمار اثبات شود که علت حملات پانیک یک عامل بی‌ضرر و بی‌خطر است. هم اکنون، ما اغلب اوقات در درمان پانیک، انواعی از تمرین‌های رفتاری را اجرا می‌کنیم که در طی آنها به بیمار آموزش داده می‌شود با تنفس عمیق و آرام، تهویه شدید را ایجاد کند. اگرچه بسیاری از بیماران پانیکی از این رویکرد ترکیبی سود برده‌اند اما، در ضمن ما مشاهده کرده‌ایم که بعضی از آنان همچنان از احساسات مربوط به اضطراب و کنترل این احساسات، به شدت می‌ترسند. این مشاهدات و بعضی پرسش‌های طرح‌شده توسط مارتین سلیگمن (سلیگمن، ۱۹۸۸)، باعث شد که "پاول سالکوویکس" این فرضیه را ارائه دهد که تنفس کنترل‌شده، به صورت یک رفتار ایمنی‌جویانه عمل می‌کند و مانع تغییر شناختی در بعضی از بیماران می‌شود. تحلیل ادراکی سالکوویکس (۱۹۸۸، ۱۹۹۱) سودمندی این عقیده را ثابت کرد که اغلب بیماران پانیکی، دامنه وسیعی از رفتارهای ایمنی‌جویانه را انجام می‌دهند. این تحلیل سبب ایجاد یک تمرین رفتاری مؤثر شد. به این ترتیب که بیماران تشویق شدند احساس ترس را در خودشان ایجاد کرده و سپس تلاش کنند این احساسات را کنترل کنند. این یک روش بسیار مؤثر برای یادگیری این موضوع است که این احساسات بی‌ضرر هستند.

یک ویژگی کلیدی برنامه شناخت‌درمانی برای پانیک (برای توضیح بیشتر به کلارک ۱۹۹۶ مراجعه کنید) این بود که تعیین تکنیک‌های مورد نیاز برای کاهش دادن افکار منفی خاص، به آسانی امکان‌پذیر نبود. در عوض، از بیماران خواسته می‌شد که برای شرح مشکل‌شان، دو روش متفاوت را مقایسه کنند: به عبارت دیگر، این عقیده که علائمی که آنها شرح می‌دهند بسیار خطرناک است و نشانه‌ای از وجود یک مشکل جدی جسمی یا روانی است (مانند حمله قلبی یا دیوانگی قریب‌الوقوع) را با این عقیده مقایسه کنند که مشکل آنها باور غلطی است که در مورد خطرناک بودن علائم دارند و اینکه این باور غلط چرخه معیوبی از افکار، هیجان‌ها و احساسات بدنی را ایجاد می‌کند.

هنگامی که به اختلال خودبیمارانگاری توجه کنیم، تهیه شواهد بیشتر برای ایجاد یک مدل جایگزین یا روش درک یک مشکل، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. خودبیمارانگاری نیز همچون اختلال پانیک با ادراک غلط از علائم مشخص می‌شود. با این حال، طول مدت پیامدهای ترسناک در خودبیمارانگاری معمولاً طولانی‌تر است. برای مثال، یک بیمار مبتلا به پانیک ممکن است علائم قلبی را به عنوان نشانه‌ای از یک حمله قلبی یا مرگ قریب‌الوقوع تفسیر کند، در حالی که بیمار مبتلا به خودبیمارانگاری بیشتر احتمال دارد که این علائم را به عنوان نشانه یک بیماری قلبی عروقی تفسیر کند که در طی ماه‌ها و سال‌ها منجر به معلولیت جسمی یا مرگ او خواهند شد. واضح است که در طی درمان‌های چند هفته‌ای، غیرممکن است این عقیده که شاید شخص در طی ماه‌ها یا سال‌های بعد بمیرد را مردود کرد. در چنین مواردی، هدف کلیدی درمان که در ضمن هدف اغلب تمرین‌های رفتاری نیز هست این است که اعتبار مدل جایگزین به بیمار اثبات شود. برای مثال، بیماری که فکر می‌کند در حال ابتلا به سرطان گلو است، ممکن است

با بلع عمدی و مکرر، عملکرد گلوی خود را چک کند. این چک کردن‌های مکرر می‌تواند سبب ایجاد مشکل و ناراحتی در بلع شود و بیمار این ناراحتی را به عنوان مدرکی برای وجود سرطان گلو تفسیر کند. برای تغییر دادن عقیده بیمار و تبدیل آن به یک باور جایگزین (مثلاً اینکه، مشکل بیمار به علت وجود باور غلطش در مورد ابتلا به سرطان گلو است که باعث می‌شود مکرراً خود را چک کند) می‌توانیم از یک تمرین رفتاری استفاده کنیم و آن این است که به بیمار گفته شود بارها به‌طور عمدی عمل بلع را انجام دهد و اثرات این کار را مشاهده کند.

تمرین‌های رفتاری خصوصاً در فوبی اجتماعی دارای تأثیرات بسیار ثمربخشی هستند. کلارک و ولز (۱۹۹۵) پیشنهاد کردند که با توجه به سبک پردازشی معیوب این بیماران، می‌توان درک کرد که چگونه این اختلال تداوم می‌یابد. این بیماران بر اطلاعات درونی (احساس اضطراب، تصاویر منفی از خود، و انواع خاصی از احساس نقص داشتن) تمرکز می‌کنند و از این اطلاعات برای ایجاد استنباط‌های بسیار منفی در مورد اینکه نظر دیگران درباره آنها چیست، استفاده می‌کنند. به علاوه، بعضی از رفتارهای ایمنی‌جویانه بیمار بر دیگران تأثیر بدی می‌گذارد و باعث ایجاد مشکلات بیشتر در تعاملات اجتماعی او می‌شود. تمرین‌هایی که بر توجه فرد، رفتارهای ایمنی‌جویانه، و یا خودپنداره بیمار تمرکز می‌کنند، می‌توانند هر کدام از این موضوعات را با دقت و ظرافت نشان دهند. هنگام تمرکز بر خودپنداره، ثابت شده است که بازخورد دادن به بیمار از طریق نوار ویدئویی، یک روش بسیار قوی است که به بیماران کمک می‌کند تا متوجه شوند که دیدگاه آنها در مورد اینکه دیگران چگونه به آنها نگاه می‌کنند، تا چه حد منفی است.

در اختلال استرس بعد از آسیب (PTSD)، اثبات شده است که تمرین‌های رفتاری، انعطاف‌پذیر و نیرومند هستند. باورهای غلطی همچون اینکه: «اگر من به خودم اجازه بدهم وقتی که در مورد آسیب فکر می‌کنم مضطرب شوم، نخواهم توانست از عهده آسیب بریبایم و یا دیوانه خواهم شد» می‌توانند به طور منظم مورد آزمون قرار بگیرند. می‌توان اثرات مشکل‌آفرین رفتارهای ایمنی‌جویانه (برای مثال، تلاش برای سرکوب کردن افکار مزاحم ممکن است تعداد آنها را افزایش دهد) را با قاطعیت اثبات کرد. به علاوه، ترکیب نیرومندی از تحقیقات، ساختن فرضیه و آزمودن آن که قلب تمرین‌های رفتاری را تشکیل می‌دهند، می‌توانند برای درک و سرانجام حذف علائم بسیار پریشان‌کننده، مورد استفاده قرار بگیرند. برای مثال، شایع است که بیماران PTSD لحظاتی را گزارش می‌کنند که بدون هیچ دلیل واضحی ناگهان احساس اضطراب می‌کنند. اهلرز و کلارک (۲۰۰۰) پیشنهاد می‌کنند که چنین دوره‌هایی اغلب، نشان‌دهنده فعال شدن بخش‌هایی از خاطره مربوط به آسیب است (وحشت) بدون آنکه منبع آن شناسایی شود. به نظر می‌رسد که عامل محرک چنین فعالیت‌هایی، محرک فیزیکی باشد که مشابه محرکی است که در زمان آسیب وجود داشته است. برای مثال، دیدن قسمتی از نور خورشید که بر روی چمن افتاده است، ممکن است برای بیمار تداعی‌کننده چراغ‌های جلوی ماشین باشد و وحشت یک تصادف شبانه در یک جاده را تداعی کند. هنگامی که چنین توضیحی مطرح می‌شود، در طی تمرین از بیماران خواسته می‌شود که چنین عوامل برانگیزاننده‌ای را در رویدادهای آتی جست‌وجو کنند. چنانچه این عوامل شناسایی شوند، تمرین بعدی این است که حلقه ارتباطی میان عامل محرک و خاطره آسیب شکسته شود. این کار با



استفاده عمدی از عامل محرک برای فراخوانی خاطره آسیب و سپس تمرکز بر تفاوت میان زمان روی دادن آسیب و زمان حال انجام می‌شود (برای مثال، من فکر می‌کردم می‌میرم ولی نمردم، این واقعه در گذشته اتفاق افتاده است و من حالا در امان هستم). به این ترتیب، خاطره آسیب که در ذهن بیمار تثبیت شده بود، دوباره تجربه شده و مهار می‌شود.



## مقدمه

این کتاب توسط درمانگران و برای درمانگران نوشته شده است. هدف این کتاب، ارائه یک راهنمای ساده برای درمانگران در همه سطوح از کارآموزی تا مربیان شناخت‌درمانی است. قصد ما این است که یک منبع از ایده‌ها فراهم کنیم تا سبب تحریک خلاقیت درمانگرانی شود که می‌خواهند تمرین‌های رفتاری را متناسب با ویژگی‌های شخصی بیمارانشان طراحی کنند.

ما به این علت این کتاب را نوشتیم که همه کسانی که در تهیه این کتاب سهیم هستند، می‌خواستند چنین کتابی را در کتابخانه‌شان داشته باشند. علیرغم این واقعیت که تمرین‌های رفتاری، مرکزی‌ترین و نیرومندترین مداخلات در شناخت‌درمانی هستند، مقالات اندکی وجود دارند که چگونگی طراحی و انجام آنها را به صورت عملی بیان کنند. کارآموزان اغلب برای طراحی و انجام تمرین‌های رفتاری در مورد بیماران خاص از مربیان خود سؤال می‌کنند. درمانگران باتجربه نیز هنگام کار با بیمارانشان و یا آموزش کارآموزان ممکن است نیاز داشته باشند که به عقاید کاربردی دسترسی داشته باشند. در این کتاب، ما برای پر کردن این خلأ بیش از ۲۰۰ مثال را در طیف وسیعی از مشکلات مختلف فراهم کرده‌ایم.

حقیقت این است که تهیه این کتاب در آکسفورد تصادفی نیست و شاید ناشی از عوامل متعددی باشد. در اوایل دهه ۱۹۶۰، یک واحد تحقیقات روان‌درمانی در آکسفورد تشکیل شد. این امر باعث شد که جریانی از تحقیقات بالینی برای آزمودن و تصحیح اصول تمرین‌های رفتاری آغاز شود. از آنجا که انقلاب شناختی به سرعت پیش می‌رفت، روش‌های شناختی به تدریج با روش‌های رفتاری مناسب خود در هم آمیختند. در سراسر سال‌های بعد تا انتهای قرن بیستم، درمانگران بسیاری در پروژه‌های تحقیقاتی آکسفورد شرکت کردند که از نظراتشان در مورد مشکلات استفاده شد و نتایج یافته‌هایشان را در دسترس دیگران قرار دادند. در بیش از یک ربع قرن تحقیق و پژوهش دو جریان که شامل نظریات قوی و نیرومند و کاربردهای بعدی نظریات در کلینیک بودند مستقیماً تفکر و کار آنها را تحت تأثیر قرار داده است.

در غالب این مدت، دو نفر از محققین بریتانیایی که بیشترین مسئولیت توسعه نظری و عملی تمرین‌های رفتاری را بر عهده داشتند یعنی دیوید کلازک و پاول سالکویکس، در آکسفورد حضور داشتند. مفهومی که سالکویکس در مورد رفتارهای ایمنی‌جویانه بیان کرد، در توسعه تمرین‌های رفتاری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. هم کلازک و هم سالکویکس به همراه گروه‌هایشان (که شامل بعضی از نویسندگان این کتاب هم می‌شود) در توسعه درمان‌های شناختی- رفتاری مؤثر برای اختلالات اضطرابی، تأثیر به‌سزایی داشتند و هر دو تأکید زیادی بر ارزش و اهمیت تمرین‌های رفتاری دارند. مقدمه کلازک در همین کتاب، این پیشرفت‌ها را نشان داده است.

شناخت‌درمانگران آکسفورد، همچنین علاقه خاصی به ترویج شناخت‌درمانی برای بیماران و متخصصین سلامتی دارند. یکی از مؤلفین این کتاب، جوآن‌کرک، نقش مهمی در حوزه روان‌شناسی بزرگسالان در سرویس سلامت ملی داشته است. اعضای این حوزه که بسیاری از آنها در نوشتن این کتاب سهیم هستند، کتاب‌ها و جزوه‌هایی برای بیماران و درمانگران نوشته‌اند که روش‌های شناخت‌درمانی را در اختیار عموم مردم قرار می‌دهد.

تأسیس دانش‌نامه برای آموزش در رشته شناخت‌درمانی در آکسفورد، عامل مهم دیگری بود. این یکی از اولین رشته‌های تخصصی در UK می‌باشد و بسیاری از مؤلفین این کتاب، معلمین و مربیان این رشته هستند. اخیراً، مرکز شناخت‌درمانی آکسفورد رشته‌های تخصصی‌تری را در شناخت‌درمانی تأسیس کرده است که با نظارت، مشاوره و درمان حرفه‌ای همراه هستند.

از این رو، ما می‌توانیم در آکسفورد، افرادی را پیدا کنیم که مهارت تخصصی در شناخت‌درمانی دارند و در جهت‌گیری‌شان، خصوصاً بر آموختن شناخت‌ها در دنیای واقعی تأکید می‌کنند (مثل تمرین‌های رفتاری). این یک عامل اساسی در ایجاد این کتاب بوده است.

راهنمای آکسفورد، بیشتر یک پروژه گروهی است. هنگامی که ما نگرارش این کتاب را آغاز کردیم، متوجه شدیم که هنوز هم مفاهیم بسیاری باید فراهم شوند. این مسئله باعث ایجاد نوسان و تغییرات میان دو فصل اول و فصول مربوط به مشکلات خاص و همچنین رفت و آمد زیاد میان مؤلفین و ناشران کتاب شد. از این نظر، راهنمای آکسفورد شاید فراتر از یک کتاب "معمولی" باشد زیرا مؤلفان آن ساده‌تر از نویسندگان کتاب‌های دیگر و ناشران نیز ساده‌تر از ناشران دیگر هستند.

ما انتظار داریم پیشرفت‌های مفهومی و عملی بیشتری ایجاد شوند. کتاب راهنمای آکسفورد برای تمرین‌های رفتاری در شناخت‌درمانی، گامی بلند است که در این راه برداشته شده است. فصل ۲۱ که توسط کریستین پادسکی نوشته شده است روش‌هایی را برای تهیه دستورالعمل‌های آتی نشان می‌دهد. یکی از پیش‌بینی‌های ما این است که در نسخه‌های آینده، موضوعاتی در حوزه سلامت روانی و همچنین موضوعات بین حوزه‌ای نیز گنجانده شوند (مانند کمال‌گرایی، تعلل کردن).

سرانجام، امیدواریم همان‌طور که ما از نگرارش این کتاب چیزهای زیادی آموختیم، خوانندگان نیز از مطالعه آن چیزهای زیادی بیاموزند. برای همه ما نوشتن این کتاب همچون یک مسافرت جذاب بود. این کار تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر روش تفکر ما در مورد فرآیند درمان و کار بالینی با بیمارانش داشت. ما امیدواریم که این کار، خلاقیت و نوآوری را در بخشی از کارهای متخصصان شناخت‌درمانی تحریک کند و همچنین تحقیقات بیشتری را در مورد تأثیر نیرومند تمرین‌های رفتاری بر ایجاد تغییر درمانی برانگیزد.

ناشران

سپتامبر ۲۰۰۳

## چگونگی استفاده از این کتاب

راهنمای آکسفورد برای خوانندگانی طراحی شده است که در حال آموختن شناخت‌درمانی هستند و بعضی از مهارت‌ها را دارند. فرض ما بر این است که خوانندگان دارای دانش پایه در مورد شناخت‌درمانی بوده و توانایی ارزیابی و فرمول‌بندی شناختی را دارند و روش‌های اساسی درمان را می‌شناسند.

تهیه یک فرمول‌بندی دقیق شناختی، شرط لازم برای طراحی و اجرای تمرین‌های رفتاری مؤثر است. شناخت‌های افراد، مورد آزمون قرار می‌گیرند. مهم است، بدانیم زمینه‌هایی که باید آزمایش شوند از بیماری به بیمار دیگر فرق می‌کنند. لذا ضروری است که تمرین‌ها به‌طور اختصاصی و متناسب با نیازهای هر بیمار طراحی شوند. راهنمای آکسفورد مثال‌های بسیاری را از تمرین‌های رفتاری ممکن ارائه می‌دهد که شامل مواردی برای مشکلات خاص نیز می‌شوند. این مثال‌ها خلاقیت خوانندگان را برمی‌انگیزد تا این تمرین‌ها را طبق نیازهای بیماران خود به کار ببرند.

ممکن است احساس شود که راهنمای آکسفورد مانند یک کتاب راهنمای آشپزی طراحی شده است، اما هیچ‌کدام از دستورالعمل‌های آن بی‌اراده و بدون توجه به موضوع بیماری دنبال نمی‌شود، در عوض، هدف این است که به خوانندگان کمک شود که اصول موجود را درک کنند و در نتیجه بتوانند انواع بی‌انتهایی از "غذاها" را درست کنند.

فصل ۱ و ۲ مقدمه‌ای برای تمرین‌های رفتاری فراهم کرده و همچنین زمینه‌ساز بقیه کتاب می‌باشند. فصل ۱ در مورد پایه مفهومی تمرین‌های رفتاری بحث می‌کند که شامل نقش این تمرین‌ها در شناخت‌درمانی، ریشه‌های تاریخی آنها، ارزش بالینی و توضیحات نظری است که ممکن است چگونگی تأثیر تمرین‌ها را بیان کند. فصل ۲ یک راهنمای کاربردی جامع برای طراحی و اجرای تمرین‌های رفتاری ارائه می‌کند که باید قبل از فصول بعدی خوانده شود تا درک کامل تمرین‌ها را ممکن کند.

فصول باقیمانده کتاب بر مشکلات اختصاصی تمرکز می‌کنند. اینها شامل مشکلاتی هستند که به طور سنتی، شناخت‌درمانی بر آنها تمرکز می‌کند (مانند افسردگی و اختلالات اضطرابی)، همچنین اختلالاتی که اخیراً مورد مطالعه قرار گرفته‌اند (اختلال دوقطبی، علائم روان‌پریشی) و بعضی اختلالات که هنوز در حال بررسی هستند (مشکلات سلامت جسمانی، آسیب مغزی) نیز نشان داده شده‌اند. همچنین چند فصل در مورد مشکلات بین‌حوزه‌ای وجود دارد (اجتناب از عاطفه، احترام به خود پایین، موضوعات بین‌فردی، رفتارهای خود-آسیب‌رسان). همه این موضوعات ممکن است به تنهایی مطالعه شوند، اما اغلب مشکلات به هم مرتبط هستند و تمرین‌های رفتاری مفید شاید در فصل‌های دیگر نیز یافت شوند، در انتهای هر فصل قسمتی وجود دارد که خواننده را به سمت فصل‌های مربوطه هدایت می‌کند. برای کمک

به خواننده، همه فصل‌ها ساختار مشابهی دارند که عبارت‌اند از:

- ۱- شرح اساسی از مشکل
- ۲- کاربرد مدل (مدل‌های) شناختی برای یک مشکل خاص
- ۳- شناخت‌های کلیدی یا ساختارهای شناختی
- ۴- تمرین‌های رفتاری برای آموختن شناخت‌های کلیدی
- ۵- مشکلات اختصاصی در انجام تمرین‌های رفتاری با بیماران
- ۶- فصل‌های مربوط دیگر
- ۷- مطالعه بیشتر

خوانندگان باید بدانند هدف این کتاب این نیست که توضیح جامعی درباره مدل‌های شناختی هر اختلال بدهد؛ برای این منظور فهرست منابع و مطالعات بیشتر در انتهای هر فصل تهیه شده‌اند. ما برای درک آسان تمرین‌های رفتاری، آنها را منحصراً در یک چارچوب استاندارد ارائه کرده‌ایم. در فصل ۲ مقوله‌های مورد استفاده، توضیح داده شده‌اند. تمرین‌ها به گونه‌ای تنظیم می‌شوند که شناختی که هدف درمان است را مورد آزمون قرار داده و یا شناخت دیگری را جایگزین شناخت تحریف‌شده کنند. پیش‌بینی‌های انجام شده، تمرین‌هایی که اجرا می‌شوند و نتایج آنها، همه یادداشت می‌شوند و از طریق انعکاس دادن، کاربردهای آنها برای به چالش کشیدن باوری که هدف درمان است، مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. حتی بهترین برنامه‌ها هم نمی‌توانند همه احتمالات را پوشش بدهند. ممکن است اتفاقات غیرمنتظره روی دهند و نتیجه تمرین‌ها همیشه آن چیزی که سازنده آنها تصور می‌کند، نیست. گاهی اوقات نتایج به طور غیرمترقبه‌ای درخشان و برجسته است و گاهی نیز اتفاقات فاجعه‌آمیزی روی می‌دهند. ممکن است برای سازگاری با موقعیت، لازم باشد درمانگر انعطاف‌پذیر بوده و تغییر جهت دهد. با انعکاس این واقعیت‌ها، به یک مجموعه واقعی (و گاهی اوقات عجیب و غریب) می‌رسیم که همان داستان‌های مربوط به تمرین‌های رفتاری است این داستان‌ها که مابین فصل‌ها بیان شده‌اند، قصد ندارند کاملاً جدی باشند و همیشه هم یک قانون درمانی بخصوص را بیان نمی‌کنند. پیام آنها (البته اگر پیامی داشته باشند) ساده است و آن این که اگر شما و بیمار بتوانید از جنبه‌های رضایت‌بخش درمان لذت ببرید، اوضاع بهتر می‌شود!

در پایان لازم است بگوییم که ما در سراسر کتاب به جای اصطلاح "مراجع" از اصطلاحات "مردم" یا "بیماران" استفاده کرده‌ایم، و همچنین مرجع اصلی ما، برای شرح اساسی بسیاری از مشکلات، DSM (DSM-IV-TR) بوده است. از آنجا که نویسندگان این کتاب از اصطلاحات و مفاهیم مختلف استفاده می‌کردند، ناشران تصمیم گرفتند که برای ایجاد هماهنگی، از یک فهرست لغات استاندارد (مثلاً بیماران) و همچنین از DSM-IV-TR برای توضیحات اصلی استفاده کنند. در هر صورت، ایرادات هر دو طرف قابل قبول است.

بعضی از خوانندگان در حالی خواندن این کتاب را شروع می‌کنند که در مورد شناخت‌درمانی اطلاعی

ندارند یا اطلاعات آنها بسیار کم است. در این صورت به آنها پیشنهاد می‌کنیم قبل از مطالعه این کتاب، از کتب مرجع زیر یکی یا بیشتر را مطالعه کنند.

## Further reading

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: text revision (DSM-IV-TR)*. American Psychiatric Association, Washington DC.
- Beck, J.** (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. Guilford Press, New York.
- Beck, A. T. , Emery, G. and Greenberg, R. L.** (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. Basic Books, New York.
- Beck, A. T. , Rush, A. J. , Shaw, B. F. and Emery, G.** (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press, New York.
- Clark, D. M. and Fairburn, C. G.** (ed.) (1997). *The science and practice of cognitive behaviour therapy*. Oxford University Press, Oxford.
- Greenberger, D. and Padesky, C.** (1995). *Mind over mood*. Guilford Press, New York.
- Hawton, K. , Salkovskis, P. , Kirk, J. and Clark, D. M.** (1989). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. Oxford University Press, Oxford.
- Leahy, R. L.** (2003). *Cognitive therapy techniques: a practitioner's guide*. Guilford Press, New York.
- Leahy, R. L. and Holland, S. J.** (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. Guilford Press, New York.
- Simos, G.** (2002). *Cognitive behaviour therapy: a guide for the practising clinician*. Brunner-Routledge, Hove.
- Wells, A.** (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: a practical manual and conceptual guide*. Wiley, New York.
- Wills, F. and Saunders, D.** (1997). *Cognitive therapy: transforming the image*. Sage, London.





## تمرین های رفتاری تاریخچه و مفاهیم زیربنایی

جیمز بنت - لوی

دیوید وستبروک

ملانی فنل

میرا کوپر

کچ روف

آن هاگمن

تمرین های رفتاری (BE)؛ در زمره قدرتمندترین روش های ایجاد تغییر در شناخت درمانی به شمار می روند. این تمرین ها عنصر کلیدی درمان بوده و به طور وسیعی مورد استفاده قرار می گیرند. با این وجود، برای آنکه موفقیت آمیز باشند، نیازمند درک خلاقانه و هوشمندانه درمانگر هستند. با این حال، تعجب آور است که در مورد جایگاه این تمرین ها در شناخت درمانی و ارزش آنها، یا در مورد جزئیات طراحی و اجرای عملی آنها، نوشته های اندکی وجود دارد. این کتاب قصد دارد این شکاف را پر کند.

هدف این فصل آن است که مقدمه ای برای مفهوم سازی جایگاه و نقش BEها در شناخت درمانی فراهم کند. این کار در دو بخش انجام می شود. در اولین بخش، مروری بر شناخت درمانی ارائه می شود که شامل شرحی از چگونگی تحول شناخت درمانی؛ سودمندی آن برای درمان اختلالات روان شناختی، ریشه های تاریخی آن در رفتار درمانی و عقاید بنیادی آن می باشد. بخش دوم، BEها را به عنوان یک مداخله کلیدی در شناخت درمانی بررسی می کند. این بخش ابتدا یک تعریف ارائه می کند، سپس به توضیحاتی در مورد ریشه های تاریخی BEها در روش علمی و رفتار درمانی نظری می اندازد؛ شواهدی که از مؤثر بودن آنها حمایت می کنند را می آزماید و نظریه هایی که باعث می شوند تأثیر آنها بهتر درک شوند را مرور می کند. هدف ما فراهم ساختن درک تاریخی و مفهومی در مورد اهمیت BEها می باشد، در عین حال تصدیق می کنیم که در حال حاضر، شکاف بزرگی در این زمینه وجود دارد که باید پر شود.

## بخش اول: مروری بر شناخت‌درمانی

### مقدمه

از زمان انتشار کارهای اولیه "بک" (بک، ۱۹۶۳، ۱۹۶۴، ۱۹۶۷، ۱۹۷۶) شناخت‌درمانی آنچنان توسعه یافته است که در دنیای غرب به یکی از روش‌های پیشگام در روان‌درمانی مبدل شده است (هالن و بک ۲۰۰۳). مدل‌های شناختی برای دامنه وسیعی از اختلالات توسعه یافته‌اند و پژوهش‌های متعدد، مکرراً اثربخشی آنها را به اثبات رسانده‌اند (دراپیز و کریترز - کریستف ۱۹۹۸: هالن و بک ۲۰۰۳).

هم اکنون دیگر صحبت در مورد "شناخت‌درمانی"، پیش پا افتاده به نظر می‌رسد، زیرا فقط یک درمان شناختی وجود ندارد بلکه درمان‌های شناختی بسیاری وجود دارند (دابسون و همکاران). تئوری پردازان نامداری، پیشگام شناخت‌درمانی بودند، همچون: الیس (۱۹۶۲)، ماهونی (۱۹۷۴)، بک (۱۹۷۶) و مایکن بام (۱۹۷۷). با این وجود، وسیع‌ترین و معتبرترین روش‌های مورد استفاده، آنهایی هستند که در اصل توسط "بک" توسعه داده شده‌اند و در این کتاب نیز منظور ما از شناخت‌درمانی "روش‌های بک" است.

تأکید شناخت‌درمانی بر پژوهش تجربی، همچنین پایه نظری و توانایی سازگاری آن به عنوان یک مداخله درمانی، باعث شده است که در مقایسه با دیگر درمان‌های روان‌شناختی، به عنوان یک درمان مؤثر برای طیف وسیعی از اختلالات، اعتبار بیشتری کسب کند (دراپیز و کریترز- کریستوفر ۱۹۹۸؛ هالن و بک ۲۰۰۳). این روش به طور آشکاری برای بعضی از اختلالاتی که در این کتاب بیان شده است (مانند اختلال پانیک و فوبی اجتماعی) روش درمانی انتخابی است. برای اختلالات دیگر (مانند افسردگی) مشخص شده است که شناخت‌درمانی، حداقل به اندازه روش‌های دیگر مؤثر است (هالن و همکاران، ۲۰۰۲) و تأثیر بادوامی در پیشگیری از عود اختلال دارد (فاوا و همکاران، ۲۰۰۲؛ هالن و همکاران، ۲۰۰۲). مدل‌های شناخت‌درمانی برای تعدادی از اختلالاتی که در این کتاب بیان شده‌اند، فقط در سال‌های اخیر توسعه یافته است (مثل اختلال دوقطبی، اختلال استرس بعد از آسیب و روان‌پریشی)، یا هنوز در حال توسعه یافتن است (مثل آسیب مغزی). با این وجود، نتایج اولیه بعضی از تلاش‌ها (مانند اختلال دوقطبی، اختلال استرس بعد از آسیب) امیدوارکننده است (گیلزپای و همکاران، ۲۰۰۲؛ لم و همکاران، ۲۰۰۰). پیشرفت اخیر که در این کتاب منعکس شده است، این است که درمانگران و محققین هم اکنون کاربرد فراتشخیصی تئوری شناختی را آغاز کرده‌اند (فنل، ۱۹۹۷؛ هاروی و همکاران، ۲۰۰۴).

ارائه یک دیدگاه کامل از تئوری و مداخلات درمانی موجود در شناخت‌درمانی فراتر از ظرفیت این کتاب است (بک و همکاران، ۱۹۷۹؛ بک ۱۹۹۵، دابسون و همکاران، ۲۰۰۰؛ هاوتون و همکاران، ۱۹۸۹). با این حال، عناصر کلیدی که زمینه موردنیاز برای درک نقش BEها را فراهم می‌سازند در زیر توضیح داده شده‌اند. در ابتدا برای آنکه مقدمه‌ای برای درک پیشرفت شناخت‌درمانی و همچنین نقش BEها فراهم شود، ریشه‌های شناخت‌درمانی در رفتاردرمانی را به طور خلاصه توضیح می‌دهیم.

## پیشرفت شناخت درمانی: میراث رویکرد رفتاری

در نیمه اول قرن بیستم، روانکاو و مشتقات آن بر عرصه روان درمانی حاکم بودند. با این حال، در دهه ۱۹۵۰ پژوهشگران شروع به زیر سؤال بردن پایه تئوری و کارایی روانکاو کردند (آیزنک، ۱۹۵۲)، در همان زمان تئوری یادگیری و رویکرد رفتاری مشتق شده از آن شروع به تأثیرگذاری بر درمان، کاربرد و تحقیق در روان شناسی کرد.

رویکرد رفتاری براساس اصول کلیدی معینی قرار داشت که به طور اساسی روانکاو سنتی حاکم را به چالش می کشید. برای مثال در این تئوری گفته می شود که:

- ذهن یک موضوع عقلانی برای بررسی کردن نیست.
  - مشکل بیمار رفتار اوست نه فرآیندهای غیرقابل مشاهده (و غیرقابل آزمونی) مانند ناهشیار.
  - ارزیابی و درمان باید بر چیزهایی تمرکز کنند که قابل مشاهده، عملیاتی شده و قابل اندازه گیری باشند
  - در تغییر رفتار، آنچه مهم است عواملی است که باعث ادامه یافتن مشکلات می شوند نه علت فرضی رفتارها.
  - روش علمی، چارچوبی معقولانه برای توسعه تئوری و کاربرد بالینی آن فراهم کرده و فهم و کاربرد مفیدتر آن را از طریق پژوهش تجربی منظم ارتقا می دهد.
- نتایج مطالعات مربوط به رفتاردرمانی در دهه ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰، خصوصاً در درمان فوبی ها و اختلالات وسواسی فکری- عملی به طور قابل ملاحظه ای امیدوارکننده بود. با این وجود، به تدریج آشکار شد که رفتاردرمانی، هم در چارچوب تئوری و هم در دامنه مشکلاتی که در مورد آنها مؤثر است، محدودیت های زیادی دارد (راچمن ۱۹۹۷). هنگامی که بک (۱۹۷۰ صفحه ۱۸۴) اعلام کرد که: «هرچند نمی توان درستی "خود گزارشگری" های فرد از تجربیات شخصی اش را به وسیله مشاهدات دیگر اثبات کرد، اما چنین اطلاعاتی که حاصل درون نگری هستند، منبع ارزشمندی از فرضیات قابل آزمون را فراهم می کنند». این دیدگاه نگرانی های تعداد زیادی از درمانگران را که از بی توجهی های رفتاردرمانگران به منبع ارزشمند اطلاعات و ادراک (شناخت) دلسرد شده بودند را به روشنی بیان کرد.

اگرچه شناخت درمانی، فراتر از رفتاردرمانی توسعه یافت و از منابع دیگری همچون روانکاو، پدیدارشناسی، تئوری ساختار شخصی و درمان هیجانی منطقی، عناصری را قرض گرفت (بک و همکاران. ۱۹۷۹)، با این حال "بک" ارزش تأکید رفتاردرمانی بر روش علمی، پژوهش تجربی و شواهد قابل اثبات را درک کرد. او همچنان اهمیت عوامل تداوم بخش در مقایسه با عوامل فرضی که در گذشته رخ داده اند، را مورد تأیید قرار داد. او بعضی از عناصر درمان را حفظ کرد (مثلاً ساختار جلسه، انتخاب هدف، درمان کوتاه مدت، تکالیف درمانی درجه بندی شده) و شاید مهمتر از همه، که در کتاب حاضر نیز به آن پرداخته ایم، اینکه او تشخیص داد تغییر رفتاری یک ابزار قدرتمند خصوصاً برای ایجاد تغییر شناختی و مؤثر است.

## مدل شناختی

پیشرفت نظری که توسط بک و دیگر نظریه‌پردازان شناختی ایجاد شد این بود که آنها نقش محوری شناخت در کارکرد روان‌شناختی و هیجانی انسان را نشان دادند. بنابراین، روشی که افراد برای ساختن تجربیات خود به کار می‌برند، از نظر شناختی بر واکنش‌های عاطفی، رفتاری و فیزیکی آنها تأثیر می‌گذارد. تئوری شناختی پیشنهاد می‌کند که اختلالات روان‌شناختی در اثر رویدادها ایجاد نمی‌شوند (مانند واقعه آسیب‌زا یا از دست دادن شغل یا رابطه). بلکه مشکلات، حاصل معانی هستند که افراد به وقایع می‌دهند. این معانی به وسیلهٔ باورهای بنیادی و مفروضه‌هایی که قبلاً و در سراسر زندگی گذشتهٔ فرد توسعه داده شده‌اند فیلتر می‌شوند. این امر توضیح می‌دهد که چرا برای یک شخص، ارتقای شغل باعث خوشحالی و هیجان می‌شود، در حالی که برای فرد دیگری نشانهٔ احتمال شکست بوده و شاید منجر به اضطراب شود. از این رو، درمانگران، خصوصاً به ادراک‌های بیماران از موقعیت‌ها علاقمند هستند. این ادراک‌ها می‌توانند از طریق افکار، تخیلات و خاطرات بیمار ارزیابی شوند و شاید هدف اولیهٔ درمان قرار گیرند.

طبق تئوری شناخت‌درمانی، شناخت‌ها حداقل به دو روش تأثیر خود را بر رفتار، هیجان و واکنش‌های جسمی اعمال می‌کنند: اول، از طریق محتوای شناخت و دوم، از طریق پردازش شناخت. محتوای شناخت با تأثیر گذاشتن بر ادراک‌های ما از خودمان، دیگران و دنیا و تأثیر گذاشتن بر تفسیرهای ما از رویدادها می‌تواند بر هیجان، رفتار و فیزیولوژی ما اثر بگذارد. برای مثال، اگر ما فکر کنیم که شکست خورده‌ایم، ممکن است احساس افسردگی کنیم و از ابتکار دست برداریم. پردازش شناختی درجهٔ انعطاف‌پذیری ما را در استفاده از سبک‌های مختلف پردازش، تعیین می‌کند و از این طریق می‌تواند بر تجربهٔ ما از دنیا تأثیر بگذارد. برای مثال، اینکه ما چقدر می‌توانیم توجه‌مان را از یک تهدید یا فقدان منحرف کنیم یا اینکه برعکس به سبک‌های نشخوار فکری خاصی بچسبیم، یا به صورت "همه یا هیچ" فکر کنیم؛ بر رفتار، هیجان و واکنش‌های جسمی ما تأثیر می‌گذارد (بک و همکاران، ۱۹۷۹؛ نولن - هوکسما، ۱۹۹۱).

بک، اولین مدل شناختی‌اش را در مورد افسردگی شرح داد. درمان شناختی افسردگی (بک و همکاران، ۱۹۷۹) یک روش درمانی ممتاز است که حتی امروز هم مانند اولین باری که نوشته شده بود برای هر شناخت‌درمانگر مشتاقی، یک روش ارزشمند محسوب می‌شود. در دههٔ ۱۹۸۰، مدل‌های شناختی برای بعضی از اختلالات اضطرابی توسعه یافتند (بک و همکاران، ۱۹۸۵؛ کلارک، ۱۹۸۶، هاوتون و همکاران، ۱۹۸۹؛ سالکوویکس ۱۹۸۵) و این جریان تا دههٔ بعدی نیز ادامه یافت (کلارک ۱۹۹۹). از ۱۹۹۰ به بعد، دامنهٔ اختلالاتی که مدل‌های شناخت‌درمانی برای آنها توسعه یافتند به سرعت زیاد شد. اینها شامل اختلال دوقطبی (باسکو ۲۰۰۰) روان‌پریشی (فولر و همکاران، ۱۹۹۵)، اختلال استرس بعد از آسیب (اهلرز و کلارک ۲۰۰۰)، اختلالات خوردن (کوپر ۲۰۰۳؛ فیربورن و همکاران، ۱۹۹۹) و اختلالات شخصیت (بک و همکاران، ۱۹۹۳؛ لینهان ۱۹۹۳) هستند. فصل‌های متعدد کتاب حاضر، توسعهٔ شناخت‌درمانی را انعکاس می‌دهد.

مدل‌های شناخت‌درمانی، معمولاً مخصوص انواع شناخت‌هایی هستند که باعث تداوم اختلالات می‌شوند. برای مثال، سوءتفسیرهای فاجعه‌ساز از علائم بدنی (مثلاً، من دچار حملهٔ قلبی خواهم شد) مرکز اختلال پانیک است، در حالی که احساس اغراق‌آمیز از مسئولیت شخصی (سالکوویکس ۱۹۹۹) و سوءتفسیرهای فاجعه‌ساز از افکار مزاحم (راچمن ۲۰۰۳) محور اختلال وسواس فکری عملی می‌باشند و

(مثلاً اگر من این فکر را متوقف نکنم، شوهرم دچار سانحه رانندگی می شود). شناسایی شناخت های کلیدی برای هر اختلال، عنصر اصلی فصول این کتاب است. این کار، زیربنایی را برای BE هایی که اعتبار این باورها را مورد آزمون قرار می دهند، فراهم می کند.

شناخت درمانی، انواع مختلف شناخت ها را شناسایی می کند. افکار خودآیند، بیش از بقیه سطوح در دسترس فوری ما قرار دارند. آنها افکاری هستند که معمولاً به طور خودکار و بدون اراده به ذهن مردم خطور می کنند. هنگامی که مردم از اختلالات روان شناختی رنج می برند، افکار خودآیند غالباً منفی هستند (مانند: «چقدر احمق ام»، «من به درد نخور هستم»، «تو نمی توانی به هیچ کس اعتماد کنی»، «من غش می کنم»)

در سطح بعدی، مفروضه های زیربنایی قرار دارند که اصول یا قواعد عملی هستند که به موقعیت های مختلف تعمیم داده می شوند (اگر من درگیر هرگونه چالشی بشوم، حتماً شکست خواهم خورد) و ممکن است که بر استنتاج های شخص از موقعیت ها (شانسی بود که آنها متوجه من نشوند) و همچنین طریقه رفتار او (تا حد امکان از چالش ها اجتناب کردن) تأثیر بگذارند.

مفروضه های اساسی، ممکن است توسط باورهای بنیادی تغذیه شوند که شامل باورهای کلی و پایدار درباره خود، دیگران و دنیا هستند. این مفروضه ها ممکن است کارآمد باشند (مثلاً «من معمولاً می توانم از عهده مشکلات بریایم»، «مردم عموماً نیت خوبی دارند حتی اگر گاهی اوقات اشتباه کنند»، «اغلب مشکلات قابل حل هستند») یا شاید ناکارآمد باشند (مثلاً «من بی لیاقت هستم»، «دیگران می توانند این کار را انجام بدهند اما من نمی توانم»، «دنیا جای ناامنی است»). مفروضه های اساسی و باورهای بنیادی، قسمت هایی از سیستم طرحواره ای را تشکیل می دهند. طرحواره ها، ساختارهای شناختی پایدار و عمیق تری هستند (مثلاً طرحواره "کمال گرایی" یا "طرحواره خطرناک بودن دنیا") و عناصر هیجانی، فیزیولوژیکی، حسی و رفتاری دارند، که به طور اختصاصی، نوع اطلاعاتی که افراد به آنها توجه کرده و در حافظه ذخیره و بازیابی می کنند را دچار سوگیری می کنند (مثلاً تمرکز بر موفقیت های گذشته، توجه انتخابی فقط به اشتباهات گذشته یا یادآوری فهرستی از خطاها و محرومیت ها).

باید بدانید به نظر ما طرحواره های ناکارآمد باعث می شوند آسیب پذیری به اختلال هیجانی زیاد شده و این اختلالات تداوم یابند. طرحواره های ناکارآمد، اغلب حاصل تاریخچه های رشدی مشکل ساز هستند، اگرچه این همیشگی نیست (مثلاً شاید در اثر حوادث آسیب زایی که در بزرگسالی رخ داده اند ایجاد شده باشند؛ به فصل ۹ مراجعه کنید)

طبقه دیگری از باورها که در شناخت درمانی اهمیت دارند و اخیراً شرح داده شده اند، باورهای فراشناختی هستند (ولز، ۲۰۰۰). باورهای فراشناختی، باورها و نظریاتی هستند که افراد در مورد شناخت های خود دارند (مثلاً باور به اینکه اضطراب غیرقابل کنترل و بالقوه مضر است). ولز (۲۰۰۰) عناصر مختلف سیستم فراشناختی را شناسایی کرده است (مثلاً دانش، تجربیات، طرح ها و روش های فراشناختی) و پیشنهاد می کند که آنها در تداوم اختلالات اضطرابی نقش دارند (بخش بعدی «دیدگاه های نظری در مورد ارزش تمرین های رفتاری» را در همین فصل و کارهای ولز (۲۰۰۰) را برای جزئیات بیشتر ببینید)

در کتاب حاضر، در زمینه تمرین های رفتاری، از اصطلاحات "فکر"، "مفروضه"، "باور" و "شناخت" بیشتر از اصطلاح طرحواره استفاده شده است. بنابراین، هدف BE ها آزمودن عقاید و باورهای خاص است. مفهوم

طرحواره آن‌قدر کلی است که شاید نتواند برای BEها که لازم است اختصاصی باشند، مورد استفاده قرار بگیرد.

## شناخت‌درمانی

شناخت‌درمانی یک درمان فعال، مستقیم، دارای محدودیت زمانی و ساختار یافته است و بر اساس اصول نظری قرار دارد که در فوق بیان شدند. محور کاربرد شناخت‌درمانی، فرمول‌بندی مشکل بیمار است که حلقه ارتباطی نظریه و کاربرد آن را تشکیل می‌دهد و به عنوان تخته شیرجه درمان عمل می‌کند. فرمول‌بندی، انعکاس دهنده فرضیه‌های درمانگر در مورد آن دسته از مکانیسم‌های روان‌شناختی است که زیربنای مشکلات بیمار هستند (باتلر ۱۹۹۸؛ پرسونز ۱۹۹۳). فرمول‌بندی، افکارخودآیند منفی، مفروضه‌ها و باورهای بنیادی را در هر فرد مشخص کرده و فرضیه‌هایی را در مورد فرآیندهای تداوم‌بخش آنها مطرح می‌کند. فرمول‌بندی، منطقی و چارچوبی را برای انتخاب تکنیک‌های مورد نیاز جهت مداخله فراهم می‌کند و باعث پیشرفت رابطه مشارکتی و همکاریانه میان درمانگر و بیمار می‌شود و شاید به بیماران کمک کند که مشکلاتشان را درک کرده و آنها را برطرف کنند. استراتژی‌های کلی در شناخت‌درمانی عبارتند از:

- ۱- به بیمار کمک شود تا شناخت‌های غیرسودمندش را که زیربنای الگوهای هیجانی و رفتاری منفی و تکرار شونده هستند را شناسایی کرده و واقعی بودن آنها را بیازماید؛ و
- ۲- شناخت‌های تازه و سازگارانه‌تری را توسعه داده و بیازماید که می‌تواند منجر به ایجاد تجربه مثبت‌تری از خود، دیگران و دنیا شود.

شناخت‌درمانگران، ممکن است تلاش کنند که چرخه‌های معیوب شناخت‌ها، هیجان‌ها و واکنش‌های فیزیکی موجود در مشکل مورد نظر را بشکنند و سعی کنند آسیب‌پذیری بیمار را نسبت به عود مشکل کاهش دهند. برای مثال، یک چرخه معیوب که مکرراً در افسردگی مشاهده می‌شود با این عقیده آغاز می‌شود که «هیچ چیزی به من کمک نمی‌کند». این فکر منجر به کناره‌گیری از اجتماع و کاهش فعالیت‌های رفتاری می‌شود، که به نوبه خود، خلق را بیشتر کاهش می‌دهد. در طی درمان اولین کار اغلب این است که سطح فعالیت بیمار افزایش یافته و افکار منفی مورد آزمون قرار گیرند؛ سپس ممکن است برای پیشگیری از عود مشکل استراتژی‌هایی به کار رود که آسیب‌پذیری بیمار را به بروز دوره‌های بعدی افسردگی کم کند.

در شناخت‌درمانی نیز همچون درمان‌های دیگر، کیفیت رابطه درمانی، نقش محوری در اثربخشی درمان دارد (بک و همکاران، ۱۹۷۹؛ کیجرز و همکاران، ۲۰۰۰). بک، از همان ابتدا تشخیص داد که گرمی، همدلی و صداقت باعث ایجاد اعتماد و تفاهم می‌شود و رابطه همکاریانه نیز اساس درمان مؤثر است (بک و همکاران، ۱۹۷۹). ارتباط درمانی خصوصاً هنگام کار با بیمارانی که مشکلات پیچیده بین‌فردی دارند حائز اهمیت است (بک و همکاران، ۱۹۹۰؛ سفران و موران ۲۰۰۰). گاهی اوقات، درمانگر و بیمار ممکن