

فهرست

| | |
|----|---------------------------|
| ۱۱ | معرفی کتاب و گردآوردندگان |
| ۱۳ | سخن مترجمان |
| ۱۵ | دیباچه |

بخش اول: موضوعات کلیدی

| | |
|----|-------------------------------------|
| ۲۱ | فصل ۱ - مقدمه و کلیات |
| ۲۱ | پیشینه |
| ۲۲ | درمان شناختی |
| ۲۳ | رفتاردرمانی |
| ۲۵ | درمانی با مبانی علمی |
| ۲۶ | چرا بر رابطه درمانی متمرکز می‌شویم؟ |
| ۲۷ | پردازش اجتماعی |
| ۲۸ | گسترش رابطه درمانی |
| ۲۹ | ریزمهارت‌ها |
| ۳۰ | توجه کردن |
| ۳۱ | انعکاس و ارتباطات همدلانه |
| ۳۲ | بازگو کردن و جمع‌بندی |
| ۳۲ | ربط دادن |
| ۳۳ | سوالات سقراطی |
| ۳۳ | اعتباربخشی |
| ۳۵ | جمع‌بندی |
| ۳۵ | مرور اجمالی |
| ۳۸ | منابع |

| | |
|----|--|
| ۴۵ | فصل ۲ - عناصر فعال رابطه درمانی که در پیشبرد درمان نقش دارند |
| ۴۵ | مقدمه |
| ۴۶ | رابطه درمانی چیست؟ |
| ۴۷ | چرا به مطالعه رابطه درمانی پرداخته می‌شود؟ |
| ۴۸ | رابطه درمانی چگونه عمل می‌کند؟ |
| ۴۹ | برقراری رابطه |
| ۵۱ | گسترش رابطه |
| ۵۲ | حفظ رابطه |
| ۵۶ | عوامل زمینه‌ای |
| ۵۸ | جمع‌بندی |

| | |
|----------|---|
| ۵۸..... | منابع..... |
| ۶۹..... | فصل ۳ - نقش هیجان در رابطه درمانی درمان‌های هیجان‌مدار..... |
| ۶۹..... | مقدمه..... |
| ۷۳..... | رابطه و تنظیم عاطفه..... |
| ۷۴..... | خودتنظیمی هیجانی..... |
| ۷۵..... | ماهیت رابطه‌ای که می‌تواند به تنظیم هیجان کمک کند..... |
| ۷۷..... | اتحاد درمانی..... |
| ۷۹..... | در میان گذاشتن منطق کار..... |
| ۸۰..... | تحول پیوند..... |
| ۸۱..... | حضور..... |
| ۸۲..... | همدلی..... |
| ۸۳..... | پذیرش..... |
| ۸۴..... | همخوانی..... |
| ۸۵..... | تعلیم به عنوان عنصری از رابطه..... |
| ۸۷..... | جمع‌بندی..... |
| ۸۸..... | منابع..... |
| ۹۱..... | فصل ۴ - رابطه درمانی، مضامینی از شناخت اجتماعی و انتقال..... |
| ۹۱..... | مقدمه..... |
| ۹۲..... | مدل شناخت اجتماعی از انتقال..... |
| ۹۲..... | زمینه تاریخی..... |
| ۹۳..... | مدل اجتماعی - شناختی ما..... |
| ۹۴..... | چرا مبتنی بر مدل ما انتقال فقط جنبه شناختی ندارد..... |
| ۹۵..... | پارادایم و شواهد مربوط به فرآیند انتقال..... |
| ۹۵..... | پارادایم: ارزیابی انتقال..... |
| ۹۶..... | شواهد حامی فرآیند انتقال..... |
| ۹۶..... | استنتاج‌ها و حافله: فراتر رفتن از اطلاعات موجود..... |
| ۹۸..... | ارزیابی خودکار و عاطفه..... |
| ۹۹..... | انتظار پذیرفته و طردشدن..... |
| ۱۰۰..... | انگیزش گرایش به، یا اجتناب از، شخص جدید..... |
| ۱۰۱..... | برانگیخته‌شدن الگوهای رفتاری منطبق بر رابطه با دیگران مهم..... |
| ۱۰۱..... | شواهد نشان‌دهنده خودارتباطی در فرآیند انتقال..... |
| ۱۰۱..... | دیدگاه فرد درباره خود طی فرآیند انتقال: تغییر در خودارزیابی و خودپنداره فعال در جریان انتقال..... |
| ۱۰۳..... | خودتنظیمی در جریان انتقال..... |
| ۱۰۴..... | خود و عاطفه: اخلاص در عاطفه مثبت در جریان انتقال مثبت..... |
| ۱۰۶..... | برانگیخته‌شدن هیجانات خاص در انتقال، بر پایه خودارتباطی..... |
| ۱۰۷..... | تشدید خلق ملول و تغییر در خودپنداره افراد افسرده..... |
| ۱۰۸..... | مضامینی برای رابطه درمانی..... |
| ۱۰۹..... | تعدیل و اصلاح الگوها و طرح‌واره‌های بین فردی در فرآیند درمان..... |
| ۱۱۰..... | بازنمایی‌های دیگران مهم و اتحاد درمانی..... |
| ۱۱۲..... | سخن پایانی..... |

| | |
|-----|---|
| ۱۱۳ | قدردانی |
| ۱۱۳ | منابع |
| ۱۲۱ | فصل ۵ - شناسایی و برطرف کردن گسست‌های ایجاد شده در اتحاد درمانی ۱۲۱ |
| ۱۲۱ | مقدمه |
| ۱۲۲ | اتحاد در معنای کلی |
| ۱۲۲ | اتحاد در روان‌درمانی شناختی‌رفتاری |
| ۱۲۳ | اتحاد به منزله توافق |
| ۱۲۵ | طرح‌واره‌های ارتباطی و چرخه‌های شناختی - بین فردی |
| ۱۲۶ | پرداختن به گسست‌ها و چرخه‌های شناختی - بین فردی |
| ۱۲۹ | مدلی برای برطرف کردن گسست‌ها |
| ۱۳۰ | مرحله ۱: چرخه شناختی - بین فردی و نشانه‌های گسست |
| ۱۳۰ | مرحله ۲: شناسایی چرخه شناختی - بین فردی و رهایی از آن |
| ۱۳۱ | مرحله ۳: بررسی الگوهای تعبیری بیمار |
| ۱۳۲ | مرحله ۴: اجتناب از شکنندگی/پرخاشگری |
| ۱۳۳ | گام ۵: ابراز خواسته‌ها یا نیازهای بنیادین (مطالبه خود) |
| ۱۳۳ | خلاصه: برخی از اصول بنیادین فراگفتگوی درمانی |
| ۱۳۴ | جمع‌بندی |
| ۱۳۵ | منابع |
| ۱۳۹ | فصل ۶ - تکامل ذهن و نقش شفقت در رابطه درمانی ۱۳۹ |
| ۱۴۰ | ذهن تکامل یافته |
| ۱۴۲ | تهدید و ایمنی |
| ۱۴۵ | امنیت |
| ۱۴۸ | تأثیر متقابل امنیت و تهدید |
| ۱۴۸ | پدیدایی خود اجتماعی |
| ۱۴۸ | پژواک هیجانی |
| ۱۴۹ | تجربه میان‌ذهنی |
| ۱۵۰ | شناخت اجتماعی |
| ۱۵۲ | خود جذب |
| ۱۵۲ | فرابازنمایی‌ها |
| ۱۵۳ | اهمیت دیگری امن و التیام‌بخش درونی‌سازی شده |
| ۱۵۵ | تبلور نقش: اهداف زیستی - اجتماعی و ذهنیت اجتماعی |
| ۱۵۹ | مضمینی از تبلور نقش |
| ۱۵۹ | درمان مبتنی بر شفقت و رابطه درمانی |
| ۱۶۱ | شفقت چیست؟ |
| ۱۶۱ | اهمیت دادن به، و نگرانی در مورد، سلامت بیمار |
| ۱۶۲ | حساسیت نسبت به پریشانی |
| ۱۶۳ | همدردی |
| ۱۶۵ | تحمل پریشانی |
| ۱۶۶ | همدلی |
| ۱۶۷ | نمونه ۱ |

| | |
|----------|--|
| ۱۶۷..... | نمونه ۲..... |
| ۱۶۹..... | قضاوت نکردن..... |
| ۱۷۰..... | اهمیت عطوفت..... |
| ۱۷۱..... | کنار هم قرار دادن عناصر..... |
| ۱۷۲..... | جمع بندی..... |
| ۱۷۳..... | منابع..... |
| ۱۸۳..... | فصل ۷ - نقش الگوهای عامل درونی دلبستگی در رابطه درمانی..... |
| ۱۸۳..... | مقدمه..... |
| ۱۸۴..... | فعال شدن نظام دلبستگی در فرآیند روان درمانی..... |
| ۱۸۶..... | انواع الگوهای عامل درونی..... |
| ۱۸۸..... | کنار آمدن با یک IWM نالیمن سازمان یافته طی رابطه درمانی..... |
| ۱۹۱..... | IWM آشفته در رابطه درمانی..... |
| ۱۹۳..... | اصلاح IWM آشفته در سطح ضمنی..... |
| ۱۹۶..... | درمان های موازی..... |
| ۱۹۹..... | منابع..... |

بخش دوم - رابطه درمانی در درمان های خاص

| | |
|----------|---|
| ۲۰۷..... | فصل ۸ - رابطه درمانی در شناخت درمانی با مراجعان دشوار..... |
| ۲۰۷..... | مقدمه..... |
| ۲۰۹..... | موفقیت و بهبودی مراجع به عنوان بخشی از رابطه درمانی..... |
| ۲۱۰..... | پیوستگی بین فردی درمانگران..... |
| ۲۱۱..... | قابلیت درمانگر در اجرای درمان شناختی..... |
| ۲۱۲..... | پیوستگی بین فردی مراجع..... |
| ۲۱۴..... | قابلیت مراجع برای یادگیری و تمرین مهارت های درمان شناختی..... |
| ۲۱۵..... | بدهستان اتحاد درمانی و تکنیک ها در موقعیت های بالینی مشکل ساز..... |
| ۲۱۵..... | رعایت حد اعتدال..... |
| ۲۱۷..... | توجه آگاهی نسبت به انتخاب مراجع مبنی بر ماندن یا رفتن..... |
| ۲۱۸..... | تعدیل تکنیک ها به منظور بهبود رابطه درمانی..... |
| ۲۱۸..... | ۱. مراقب واکنش های مخالف مراجعان در برابر خوش بینی افراطی باشید..... |
| ۲۱۹..... | ۲. همه افکار ناکارآمد مراجع را، به منظور نظارت جزء به جزء بر تفکر او مورد شناسایی و آزمون قرار ندهید..... |
| ۲۲۰..... | ۳. نسبت به پدید آمدن حس رقابت یا نزاع قدرت در جلسات درمان هشیار باشید..... |
| ۲۲۱..... | ۴. در برابر باورهای مراجعان پیرامون «عدم آمادگی» برای تغییر یا انجام تکالیف منزل با ظرافت و حساسیت..... |
| ۲۲۱..... | ۵. با خاتمه درمان به مثابه نوعی «تفویض قدرت» برخورد کنید، در عین حال احساس فقدان مراجع و/یا بیم وی..... |
| ۲۲۲..... | فرهنگ و قومیت به عنوان متغیرهایی تأثیرگذار در رابطه درمانی..... |
| ۲۲۴..... | جمع بندی..... |
| ۲۲۵..... | منابع..... |
| ۲۲۹..... | فصل ۹ - رابطه درمانی در رفتار درمانی دیالکتیکی..... |
| ۲۲۹..... | مقدمه..... |

| | |
|-----|--|
| ۲۳۰ | رابطه دیالکتیکی |
| ۲۳۲ | کارکردهای رابطه درمانی |
| ۲۳۳ | مروری بر درمان |
| ۲۳۳ | ساختار: کارکردها و وجوه |
| ۲۳۴ | ساختار: مراحل و آماجها |
| ۲۳۵ | گسترش رابطه: پیش‌درمان |
| ۲۳۷ | کار در چارچوب رابطه |
| ۲۳۹ | راهبردها |
| ۲۴۲ | حفظ رابطه: آماج قرار دادن رفتارهای مخل درمان |
| ۲۴۴ | خاتمه رابطه |
| ۲۴۵ | ارتباط با دیگران |
| ۲۴۷ | جمع‌بندی |
| ۲۴۷ | منابع |

فصل ۱۰ - استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به منظور تقویت رابطه درمانی ۲۵۱

| | |
|-----|------------------------------------|
| ۲۵۱ | مقدمه |
| ۲۵۲ | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد |
| ۲۵۲ | اندیشه زبیرنایی |
| ۲۵۲ | فلسفه علم |
| ۲۵۳ | علوم پایه |
| ۲۵۴ | الگوی ACT پیرامون رنج‌های انسان |
| ۲۵۵ | مدل درمانی ACT |
| ۲۵۷ | مروری اجمالی بر داده‌های ACT |
| ۲۵۷ | رابطه درمانی از منظر مدل ACT |
| ۲۵۹ | پذیرش |
| ۲۵۹ | درمانگر |
| ۲۶۱ | فرآیند |
| ۲۶۲ | مراجع |
| ۲۶۲ | تأثیر بر کیفیت‌های یک رابطه درمانی |
| ۲۶۳ | همجوشی‌زدایی |
| ۲۶۳ | درمانگر |
| ۲۶۴ | فرآیند |
| ۲۶۵ | مراجع |
| ۲۶۶ | تأثیر بر کیفیت‌های یک رابطه درمانی |
| ۲۶۶ | حسی متعالی از خود |
| ۲۶۷ | درمانگر |
| ۲۶۷ | فرآیند |
| ۲۶۸ | مراجع |
| ۲۶۸ | تأثیر بر کیفیت‌های یک رابطه درمانی |
| ۲۶۸ | تماس با لحظه حاضر |
| ۲۶۸ | درمانگر |
| ۲۶۸ | فرآیند |

| | |
|----------|--|
| ۲۶۹..... | مراجع..... |
| ۲۶۹..... | تأثیر بر کیفیت‌های یک رابطه درمانی..... |
| ۲۷۰..... | ارزش‌ها..... |
| ۲۷۰..... | درمانگر..... |
| ۲۷۰..... | فرآیند..... |
| ۲۷۱..... | مراجع..... |
| ۲۷۱..... | تأثیر بر کیفیت‌های یک رابطه درمانی..... |
| ۲۷۱..... | اقدام متعهدانه..... |
| ۲۷۱..... | درمانگر..... |
| ۲۷۲..... | فرآیند..... |
| ۲۷۲..... | مراجع..... |
| ۲۷۲..... | تأثیر بر کیفیت‌های یک رابطه درمانی..... |
| ۲۷۲..... | رابطه‌ای که به لحاظ روانشناختی انعطاف‌پذیر است..... |
| ۲۷۳..... | جمع‌بندی..... |
| ۲۷۴..... | منابع..... |
| ۲۷۷..... | فصل ۱۱ - ناهمخوانی طرح‌واره‌ای در رابطه درمانی..... |
| ۲۷۷..... | مقدمه..... |
| ۲۷۸..... | وجوه مقاومت در رابطه..... |
| ۲۸۱..... | مدل طرح‌واره‌ای در باب شخصیت..... |
| ۲۸۳..... | طرح‌واره‌های هیجانی و اجتناب تجربه‌ای..... |
| ۲۸۴..... | آسیب‌شناسی روانی به منزله رفتار متأثر از قواعد..... |
| ۲۸۶..... | اختلال‌های شخصیت به منزله پیش‌گویی‌های خودکام‌بخش..... |
| ۲۸۷..... | یک مدل اجتماعی - شناختی از انتقال متقابل..... |
| ۲۹۱..... | ناهمخوانی طرح‌واره‌ای بیمار- درمانگر..... |
| ۲۹۱..... | بازی‌ها و پیش‌گویی‌های خودکام‌بخش..... |
| ۲۹۳..... | فقدان نقش‌پذیری نظام‌مند و تکرارشونده..... |
| ۲۹۴..... | ناهمخوانی بیمار- درمانگر..... |
| ۲۹۵..... | راهبردهای جبرانی یا اجتنابی درمانگر..... |
| ۲۹۵..... | بیمار وابسته، درمانگر وابسته..... |
| ۲۹۷..... | بهره‌گیری از انتقال متقابل..... |
| ۳۰۰..... | جمع‌بندی..... |
| ۳۰۱..... | منابع..... |
| ۳۰۷..... | فصل ۱۲ - خود و خوداندیشی در رابطه درمانی..... |
| ۳۰۷..... | مقدمه..... |
| ۳۰۸..... | مدل اخباری - رویه‌ای - تأملی (DPR)..... |
| ۳۰۸..... | سیستم‌های اخباری، رویه‌ای و تأملی..... |
| ۳۱۱..... | طرح‌واره خود و طرح‌واره خود- در کسوت - درمانگر..... |
| ۳۱۲..... | تمرکز ویژه بر مهارت‌های بین فردی..... |
| ۳۱۲..... | مهارت‌های ادراک بین فردی..... |

| | |
|-----|---|
| ۳۱۳ | نگرش‌ها، باورها و پیش‌فرض‌های درمانگر..... |
| ۳۱۳ | مهارت‌های ارتباط بین فردی |
| ۳۱۴ | دانشِ اخباری بین فردی..... |
| ۳۱۴ | رابطهٔ تنگاتنگ طرح‌وارهٔ خود و خوداندیشی با پرورش مهارت‌های بین فردی..... |
| ۳۱۴ | طرح‌وارهٔ خود..... |
| ۳۱۵ | خوداندیشی..... |
| ۳۱۶ | موارد مربوط به فرآیندهای بین فردی در رابطهٔ سرپرستی/آموزشی..... |
| ۳۱۸ | مدل فرآیندی نشئ مرحله‌ای در پرداختن به مشکلات رابطهٔ درمانی..... |
| ۳۳۰ | مرحلهٔ ۱: تمرکز بر مسئله و چارچوب‌بندی آن..... |
| ۳۳۰ | مرحلهٔ ۲: فراخوانی بازنمایی‌های ذهنی پیرامون تجربه..... |
| ۳۳۰ | مرحلهٔ ۳: شفاف ساختن تجربه..... |
| ۳۳۰ | مرحلهٔ ۴: مفهوم‌پردازی تجربه..... |
| ۳۳۱ | مرحلهٔ ۵: تمرین مهارت‌های رویه‌ای..... |
| ۳۳۱ | مرحلهٔ ۶: به کارگیری راهبرد جدید..... |
| ۳۳۱ | بعد از مرحلهٔ ۶..... |
| ۳۳۲ | راهبردهای یادگیری و انواع مشکلات مربوط به مهارت بین فردی..... |
| ۳۳۲ | تمرین تأمل..... |
| ۳۳۷ | خودتمرینی/خوداندیشی (SP/SR)..... |
| ۳۳۸ | ایفای نقش..... |
| ۳۳۸ | سایر راهبردهای آموزشی رایج: آموزش آموزگارآبانه و الگوسازی/نمایش دادن..... |
| ۳۳۹ | استفاده از نوارهای صوتی و تصویری در سرپرستی..... |
| ۳۳۰ | آموزش مهارت‌های ادراکی..... |
| ۳۳۰ | ضعف در تأمل..... |
| ۳۳۰ | مسائل مربوط به طرح‌وارهٔ خود..... |
| ۳۳۱ | جمع‌بندی..... |
| ۳۳۲ | سپاسگزاری..... |
| ۳۳۲ | منابع..... |
| ۳۳۷ | واژه‌نامهٔ انگلیسی به فارسی..... |
| ۳۴۱ | واژه‌نامهٔ فارسی به انگلیسی..... |

معرفی کتاب و گردآوردگان

علی‌رغم نقش بسیار مهمی که رابطه درمانی در نتایج درمان دارد، روان‌درمانگران شناختی‌رفتاری به بررسی دقیق این جنبه از درمان نپرداخته‌اند. کتاب حاضر این خلأ را کانون توجه قرار داده و به بررسی رابطه درمانی در چارچوب گستره‌ای از رویکردهای مختلف درمان شناختی‌رفتاری و درمان‌های هیجان‌مدار پرداخته است. *رابطه درمانی در درمان‌های شناختی‌رفتاری* پژوهش‌های جدید مبتنی بر مدل‌های بنیادین رابطه درمانی را در بر داشته و موضوعات کلیدی مرتبط با پرورش حساسیت هیجانی، درک همدلانه، توجه‌آگاهی، شفقت و اعتباربخشی در رابطه درمانی را مورد بررسی قرار می‌دهد. نویسندگان به مدد تجربه زیادی که در مکاتب مختلف درمان شناختی‌رفتاری داشته‌اند اطلاعات خود در مورد رابطه درمانی و کاربرست آن را به رشته تحریر درآورده‌اند. موضوعات مورد بحث به قرار زیراند:

- فرآیند رابطه درمانی و ماهیت متغیر آن در گذر زمان.
- شناسایی و برطرف کردن گسست‌های ایجاد شده در اتحاد درمانی.
- نقش شفقت و نیازهای اجتماعی تطور یافته طی تکامل در رابطه درمانی.
- رابطه درمانی در کار با مراجعان دشوار.
- خود و خوداندیشی در رابطه درمانی.

این کتاب توجه همه روان‌درمانگرانی که می‌خواهند به دانش خود پیرامون رابطه درمانی ژرفا ببخشند را به خود جلب خواهد کرد، خصوصاً آنهایی که خواستار پیگیری رویکردهای شناختی‌رفتاری هستند.

پائول گیلبرت استاد روان‌شناسی بالینی در مرکز پژوهش‌های سلامت روان بیمارستان کینگزوی، دانشگاه دربی و بنیاد خدمات سلامت روان دربی شایر است.

رابرت ال لیمپی استاد بالینی روان‌شناسی در روان‌پزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه ویل - کرنل است. او بنیان‌گذار و سرپرست انجمن شناخت‌درمانی آمریکا و رئیس انجمن بین‌المللی روان‌درمانی شناختی است.

سخن مترجمان

برقراری ارتباط یکی از نیازهای روانشناختی بنیادین انسان است و عدم ارضای این نیاز می‌تواند برای بشر زمینه‌ساز مشکلاتی شود. بسیاری از مراجعانی که در اتاق‌های مشاوره را می‌زنند، آشکارا یا در لفاظیه، از مشکلات خود در روابط بین فردی شکایت دارند. عده‌ای دیگر با ترس‌ها و اضطراب‌هایی مراجعه می‌کنند که از احساس ناامنی در روابط پیشین یا فعلی‌شان نشأت می‌گیرد.

بر کسی پوشیده نیست که کار روان‌درمانی و مشاوره فرآیندی تعاملی و دوسویه است که در بافت ارتباط بین دو (یا چند) انسان فعلیت می‌یابد. قطعاً تعامل با چنین افرادی، که در روابط بین فردی خود به مشکل برخورده و احساس ناامنی می‌کنند، دشواری‌هایی داشته و مهارت‌هایی را می‌طلبد. بر این اساس، رابطه‌ای که میان طرفین درمان شکل می‌گیرد خشت اول بنای این فرآیند محسوب می‌شود و "خشت اول گر نهد معمار کج...!"

از آنجا که درمان‌های شناختی و رفتاری از تکنیک‌های مختلف استفاده می‌کنند و بر تغییر متمرکزاند، بعضاً این نگرانی پیش می‌آید که شاید توجه بیش از حد درمانگران شناختی‌رفتاری به تکنیک‌ها موجب شود ایشان از عنصر مهم رابطه در درمان غفلت کنند، که حاصل آن چیزی نخواهد بود جز اختلال در روند درمان و در نهایت خاتمه پیش از موعد درمان. به‌علاوه، درمان‌های شناختی‌رفتاری در مورد طیف وسیعی از مشکلات روانشناختی و در کار با مراجعان مختلف مورد استفاده قرار گرفته‌اند. بدیهی است که حین کار با پاره‌ای از مراجعان، مثل مواردی که پای مشکلات شخصیتی در میان است، دشواری‌هایی در رابطه درمانی ایجاد شود که مستلزم آمادگی و مهارت درمانگر در مدیریت آنها است.

با توجه به موارد فوق و علاقه‌مندی روزافزون درمانگران پارسی زبان به درمان‌های شناختی‌رفتاری و اخیراً درمان‌های موج سوم، بر آن شدیم تا به ترجمه کتابی به‌درازیم که نقش رابطه درمانی در CBT و درمان‌های نسل سوم آن را کانون توجه قرار می‌دهد. نویسندگان فصل‌های مختلف کتاب حاضر (که هر یک در حوزه کاری خود حرف‌های زیادی برای گفتن دارند) با استعانت از یافته‌های علمی و پژوهشی و پرداختن به مبانی بنیادین رابطه درمانی، چرایی اهمیت این رابطه را برای ما روشن می‌سازند. علاوه بر این، با ارائه راهکارهایی به ما کمک می‌کنند تا در مواقعی که "می‌رود دیوار کج"، با مدیریت مناسب بتوانیم

رابطه و فرآیند درمان را به مسیر اصلی خود بازگردانیم. گرچه عنوان کتاب رابطه درمانی در درمان‌های شناختی-رفتاری است، این به منزله آن نیست که درمانگرانی که از سایر سبک‌های درمانی استفاده می‌کنند بهره‌ای از آن نخواهند برد. توجه به مسائلی نظیر انتقال، انتقال متقابل، همدلی و شفقت نه تنها به کار درمانگران سایر مکاتب خواهد آمد، بلکه برای تمامی افرادی که به نوعی با روابط انسانی سر و کار دارند مؤثر واقع خواهد شد.

در ترجمه این اثر سعی کرده‌ایم امانت‌داری نسبت به متن اصلی کتاب را سرلوحه کار خود قرار دهیم، گرچه در پاره‌ای از موارد به منظور فهم بهتر (امیدواریم به مقصود خود رسیده باشیم) مجبور به اعمال تغییراتی شده‌ایم. ممکن است حین مطالعه فصول مختلف کتاب یک سؤال در ذهن خواننده ایجاد شود: چرا در برخی فصل‌ها از اصطلاح بیمار و در فصول دیگر از اصلاح مراجع برای اشاره به فرد طالب کمک روانشناختی اشاره شده است؟ پاسخ این است که استفاده از این اصطلاحات از نگرش نویسنده (گان) هر فصل برخاسته است و مترجمان هیچ دخل و تصرفی در این زمینه نداشته‌اند.

از آنجا که این اثر نخستین کار رسمی مترجمین به حساب می‌آید قطعاً با کاستی‌هایی همراه خواهد بود که امید است خوانندگان گرامی به بی‌تجربگی ما بخشیده و نظرات و پیشنهادات گرانبه‌ای خود را از طریق آدرس mortezafayazi@yahoo.com با ما در میان بگذارند.

در پایان از مدیریت محترم انتشارات ارجمند که با اعتماد خود امکان چاپ و نشر این کتاب را فراهم آوردند کمال قدردانی و تشکر را داریم.

مرتضی فیاضی

اکبر رستمی

زمستان ۱۳۹۵

ما در سال‌های اخیر در کنفرانس‌های شناختی‌رفتاری، سمپوزیومی پیرامون رابطه‌ی درمانی ترتیب داده‌ایم. آنچه برای ما روشن شد این بود که حضار، مشتاق یادگیری بیشتر درباره‌ی این موضوع بودند که «چگونه با بیماران ارتباط برقرار کنند» تا درمان مؤثرتر واقع شود. گرچه هر دوی ما به اهمیت تکنیک‌ها و «درمان‌هایی که به لحاظ تجربی معتبر هستند» واقف هستیم، اما این نکته را نیز می‌دانیم که اگر بیماران در صدد رها کردن درمان باشند تکنیک‌ها و درمان‌های شما راه به جایی نخواهند برد.

در مکاتب مختلف درمانی ذکر شده است که برخی درمانگران در برقراری ارتباط با بیماران تبحر داشته، از احتمال خاتمه‌ی پیش از موعد درمان می‌کاهند و در مواقع دشوار درمان با گشودگی و کنجکاوی پاسخ می‌دهند. در حالی که به نظر می‌رسد پاره‌ای دیگر که به همان اندازه باهوش، وظیفه‌شناس و آموزش‌دیده هستند، در متعهد ساختن بیماران یا «همگام شدن» با ایشان مشکل دارند. در تجربه‌ی کاری خود در تعلیم درمانگران این مسئله را بارها مشاهده کرده‌ایم. همین باعث ایجاد این سؤال در ذهن ما شد که چرا «ریزمهارت‌ها» و «مهارت‌های خردمندانه» درمان گاهی نادیده گرفته شده و گاهی لحاظ شده‌اند، یا چرا در برخی دستورالعمل‌های درمانی تنها به شکل گذرا به آنها پرداخته شده است. گرچه همه‌ی ما می‌دانیم که درمان صرفاً «به‌کارگیری تکنیک‌ها» نیست - این رابطه‌ی انسانی است که می‌تواند اثربخشی درمان را تسهیل کرده یا مختل کند - می‌بینیم که بالینگران سنت‌های درمانی دیگر این انتقاد را به CBT وارد می‌دانند که این درمان به پیچیدگی‌ها و اهمیت رابطه‌ی درمانی توجه کافی ندارد. هرچند اعتقاد ما بر این است که این انتقادات مبالغه‌آمیز هستند، اما در حقیقت بسیاری از ما که از CBT استفاده می‌کنیم می‌توانیم با درک بهتر از رابطه‌ی درمانی و کار بر روی آن، در جهت منفعت بیماران خود گام برداریم. از آنجا که CBT به علم‌محور بودن خود می‌بالد، مهم است که همسو با افزایش دانش‌مان در مورد چگونگی تأثیرپذیری ذهن از روابط، به سمت گنجاندن این مسئله در آموزش‌ها و تمرین‌های خود نیز پیش برویم.

با این اندیشه، بارها ایده‌ی نگارش کتابی پیرامون رابطه‌ی درمانی در CBT را مطرح کردیم و نهایتاً در جولای ۲۰۰۳، در کنفرانس سالانه‌ی انجمن روان‌درمانی رفتاری و شناختی بریتانیا در دانشگاه یورک (UK) به این توافق دست یافتیم. پائول کارهایش را در زمینه‌ی نقش شفقت در درمان پی گرفته و باب بر اعتباربخشی

متمرکز بوده است. در مباحثه با سایر حضار این مطلب برای ما روشن شد که رابطه درمانی علاقه و توجه زیادی را در CBT به خود جلب کرده است. ما همچنین دریافتیم که مفاهیمی نظیر «انتقال» و «انتقال متقابل» همیشه گرداگرد CBT وجود داشته‌اند اما اصولاً از منظر باورهای بنیادین و طرح‌واره‌ها، که به مانند هر باور دیگری امکان آزمون شواهد در مورد آنها وجود دارد، به آنها نگاه شده است. با این حال، پژوهش‌های اخیر اهمیت فرایندها و موضوعات جدیدی را در روابط درمانی مطرح کرده‌اند. اهمیت پردازش‌های غیرهشیارانه، شناسایی و آگاهی هیجانی، فرایندهای دلبستگی، شرم و شفقت، توجه‌آگاهی، فرایندهای طرح‌واره‌ای و راهبردهای بین فردی. هر یک از اینها در مورد رابطه درمانی و چگونگی به کارگیری این بینش‌ها در عمل مضامینی در بر دارد.

در تلاش برای کمک به بسط اندیشه جدید در باب رابطه درمانی در CBT تصمیم گرفتیم از همکاران مان دعوت کنیم تا مجموعه‌ای از سؤالاتی که در ذهن دارند را مطرح کنند. برخی از این دعوت‌ها با جواب رد مواجه شد و برخی دیگر بدون جواب ماند، اما مؤلفان این کتاب با اشتیاق فراوان به این پروژه ملحق شدند و ایده‌ها و بینش‌های بسیار جالبی را با ما در میان گذاشتند. حتی این نظر را مطرح کردند که شاید برای پرداختن به رابطه درمانی و تنوع دیدگاه‌ها در CBT دیر هم شده باشد. بنابراین، ما به اندیشیدن در مورد برخی سؤالات کلیدی برای ارائه به مؤلفان پرداختیم، هرچند تأکید داشتیم که اینها تنها به منزله سرخ هستند و ایشان می‌توانند موضوعات دیگری را نیز مد نظر داشته باشند. ما این موضوعات را پیشنهاد دادیم:

۱. اهمیت چگونگی برقراری ارتباط با بیمار در مراحل اولیه، نظیر اینکه (برای مثال) بیمار احساس امنیت کند و برای مراجعه مجدد انگیزه داشته باشد. ما فکر می‌کنیم مسئله/امنیت در آماده‌سازی بیمار برای معتمد شدن به درمان و پا گذاشتن در مسیر تغییر امری ضروری است. نظر شما، برای مثال، در مورد نقش سرخ‌ها و ارتباطات غیرکلامی، طنین صدا، نحوه پرسشگری سقراطی، سبک «گفتگو»، تفاوت میان فرآیند دعوت به کاوش و فرمول‌بندی چیست؟

۲. رابطه درمانی در CBT چگونه با گسست‌ها، گره‌های بزرگ، حدود و ثغور درمان و مواردی از این قسم دست و پنجه نرم می‌کند؟

۳. روان‌درمانی عبارت است از تعامل لحظه به لحظه دو فرد، ما مشتاق‌یم از چگونگی مفهوم‌پردازی شما در مورد این فرآیند پویای انتقال/انتقال متقابل آگاه شویم. تا چه حد از افکار و احساساتی که بیمار در شما برمی‌انگیزد در راستای فرآیند و مداخلات درمانی خود استفاده می‌کنید؟

۴. نظرتان درباره پایان درمان و بحث خاتمه رابطه چیست؟ با مسائل مربوط به خاتمه درمان، مثل وابستگی یا بی‌تفاوتی آشکار ناشی از خودشیفتگی، چگونه برخورد می‌کنید؟

این مجموعه فصول فرصتی فراهم می‌کند تا ببینیم چگونه رابطه در CBT می‌تواند به شیوه‌های پیچیده بررسی شود، مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد، غنا یافته و به گونه مؤثرتری مورد استفاده قرار گیرد. به دلیل

محدودیت‌های مربوط به حجم این کتاب نتوانستیم تمامی مدل‌های مهم را رائه کنیم، اما امیدواریم خوانندگان از مطالعه این موارد تجربه‌ای ارزشمند و شورانگیز کسب کنند. همچنین امیدواریم بنیان‌های علمی CBT و ماهیت فعال آن بتوانند مداخلات، راهبردها و مفهوم‌پردازی‌های جدیدی برای پرداختن به مسئله بسیار مهم رابطه درمانی را به این درمان القا کنند.

از تمامی مؤلفین این کتاب که کار ویراستاری آن را برای ما به یکی از لذت‌بخش‌ترین و آموزنده‌ترین کارها بدل ساختند کمال تشکر را داریم.

پائول گیلبرت و رابرت ال لیپهی

مارس ۲۰۰۶

بخش اول

موضوعات کلیدی

مقدمه و کلیات

مسائل اساسی در رابطه درمانی

پائول گیلبرت و رابرت ال لیهی

پیشینه

تلاش در جهت معالجه افراد با مشکلات گوناگون، به واسطه عناصر موجود در ذات رابطه بین «معالجه‌گر» و فرد «رنجور»، سالیان سال جزئی از فرهنگ بشر بوده است (النبرگر، ۱۹۷۰). بیش از دو هزار سال پیش پزشک متقدم یونانی بقراط عنوان کرد که رابطه بین پزشک و بیمار کلید فرآیند درمان محسوب می‌شود. به گفته سورداس (۱۹۹۶، ۲۰۰۲) در دیگر جوامع معالجه اغلب «مناسکی» را شامل می‌شود، از جمله رفتارهای جمعی، تمرکز بر بهبودی (ذهنی، جسمی و یا معنوی)، فعالیت‌های نمایشی (برای مثال، دست گذاشتن بر سر بیمار و طلب مغفرت برای وی، زمزمه اوراد) و خطابه که با ایجاد دنیایی از معنا موجب بهبودی می‌شود. او معتقد است که «خطابه از طریق ایجاد تمایل به بهبودی، برانگیختن تجربیات مذهبی، توجه به گزینه‌هایی که پیش‌تر در نظر گرفته نشده‌اند و پیشبرد تغییرات به صورت گام‌به‌گام به هدف درمانی‌اش می‌رسد» (سورداس، ۱۹۹۶، ص. ۹۴). در این بافتار، قدرت‌های اجتماعی منتسب به معالجه‌گر، تجربیات هیجانی و ارتباطی به اشتراک گذاشته شده بین فرد رنجور و معالجه‌گر و گام‌های مورد توافق طرفین در جهت تغییر، به عنوان رمز موفقیت در نظر گرفته شده‌اند.

گرچه فرانتز آنتون مسمر (۱۸۱۵-۱۷۳۴) عقیده داشت که شکل جدیدی از انرژی را کشف کرده است که می‌تواند با دستکاری آن به بهبودی بیمارانش کمک کند، ولی دیگران بر این باور بودند که این نتایج بیشتر ناشی از تأثیر جاذبه شخصی مسمر، سنخ بیماری‌هایی که جذب او می‌شدند و توانایی‌اش در تغییر باورهای بیمارانش است (النبرگر، ۱۹۷۰). در نتیجه کارهای مسمر آراء جدیدی در باب هیپنوتیزم توسعه یافت که بر اساس آن هیپنوتیزم‌کننده می‌توانست حالات ذهنی دیگری را تغییر دهد. حتی از همان روزهای آغازین مشخص بود که بعضی بیماران راحت‌تر هیپنوتیزم می‌شوند و همچنین بعضی هیپنوتیزم‌کننده‌ها در القای برخی حالت‌های ذهنی خاص بهتر عمل می‌کنند.

قرن نوزدهم عصری بود که جوامع غربی تحت تأثیر علوم، اثبات‌گرایی و آراء تکاملی، مبنی بر اینکه ذهن ما از اشکال ابتدایی‌تر نمو یافته است، قرار داشتند (النبرگر، ۱۹۷۰). در این زمان منشأ اختلال‌های

روانی، دیگر چون گذشته، نیروهای ماورای طبیعی تلقی نمی‌شد، بلکه ناشی از کنش‌های ذهنی خود بیمار و به خصوص تعارض‌های درونی بین خواسته‌ها و تکانه‌ها (تکاملی) و جامعه‌پذیری در نظر گرفته می‌شد. تولد روان‌درمانی به عنوان یک حرفه جدید آنجایی رقم خورد که نقش درمانگر ایجاد رابطه‌ای بود که می‌توانست به بیمار کمک کند تعارض‌های ناهشیار و خاطرات واپس‌رانده شده‌اش را وارد هشیاری کند و بدین وسیله تعادل و سلامتی خویش را بازیابد (البرگر، ۱۹۷۰). همان‌طور که شفادهندگان شمنی می‌توانستند پلی به دنیای ماورای طبیعت باشند، روان‌تحلیلگر نیز می‌توانست به مثابه یک پل عمل کند، پلی که به جهان ناهشیار منتهی می‌شود. در طول دهه‌های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ کارل راجرز (۱۹۶۵) دیدگاهی کاملاً متفاوت با دیدگاه‌های روان‌تحلیلی ارائه داد. او معتقد بود که نقش درمانگر تفسیر یا کاوش انتقال‌ها نیست، بلکه فراهم آوردن شرایطی (از طریق همدلی، توجه مثبت و عطف‌ت) است که بیماران بتوانند راهی به سوی بهبودی خویش بیابند. در واقع، این رابطه درمانی است که حرکت بیمار در جهت بهروزی و رشد را برمی‌انگیزد.

هدف ما از ارائه این پیش‌زمینه مختصر نشان دادن این واقعیت است که اعتقاد به خاصیت شفابخشی روابط از دیرباز وجود داشته و وجه مشترک بسیاری از فرهنگ‌ها بوده است. چگونگی چارچوب‌بندی، معنا یافتن و گسترش یافتن یک رابطه شفابخش و فعالیت‌ها، تکالیف و اهداف نهفته در دل آن رابطه، همه و همه از اجتماع تأثیر می‌پذیرد. بنابراین، چگونگی شکل‌گیری رابطه درمانی وابسته به معانی و باورهای مشترکی است که در مورد منشأ ایجاد مشکل و ملزومات درمان داریم. از این‌رو، دیدگاه‌های غربی ما پیرامون رابطه درمانی، چگونگی ایجاد آن، مهارت‌ها و دانشی که درمانگر با خود به رابطه می‌آورد و چگونگی به‌کارگیری آنها عمیقاً در باورهای ما در مورد ماهیت جهانی که در آن زندگی می‌کنیم، روان‌شناسی انسانی‌مان و علل درد و رنج‌ها ریشه دارد.

درمان شناختی

سرآغاز درمان‌های شناختی به بیش از ۵۰ سال پیش برمی‌گردد. این درمان‌ها از به هم پیوستن جریان‌ات تاریخی در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ سر برآوردند. نخستین جریان، نظریه‌پردازان تحلیل ایگو بودند که ۲۰ سال پیش‌تر از نظریه سائق فرویدی روی برگرداندند و بر نگرش‌ها، باورها و استبداد «باید‌ها» متمرکز شدند (برای مثال، بیبرینگ، ۱۹۵۳). دهه ۱۹۵۰ شاهد تحولات جدید روان‌شناسی شناختی و اجتماعی در زمینه نگرش‌ها و باورها بود (فستینگر، ۱۹۵۴). با گسترش علوم و استعاره‌های مربوط به کامپیوتر، عصر «سیستم‌های پردازش اطلاعات» و آزمون شواهد آغاز شد. کلی (۱۹۵۵) بیان کرد که انسان‌ها ابتدا «نظریه‌هایی» در مورد جهان پیرامون خود می‌سازند و سپس در صدد گردآوری شواهدی برای تأیید آنها برمی‌آیند. این نظریه‌های شخصی و سازه‌هایی که منشأ این نظریه‌ها هستند، به آسیب‌پذیری در برابر مشکلات روانشناختی دامن می‌زنند. کمک به افراد در آزمودن و تغییر این سازه‌ها می‌تواند به تغییر درمانی منجر شود. ایس (۱۹۶۴)

با روشی مشابه به بسط آرای خویش پرداخت، با این مضمون که مشکلات و هیجانات روانشناختی با بهره‌گیری از منطق قابل تعدیل هستند - چنان‌که یونانی‌های باستان دو هزار سال پیش عنوان کرده بودند. بک (۱۹۶۷، ۱۹۷۶)، اگرچه در روان‌تحلیلگری آموزش دیده بود، اظهار کرد که هیجانات و خلیقات بیماران چندان متأثر از تعارض‌های غیرهشیار نیست، بلکه بیشتر تحت تأثیر افکار خودآیند کنونی و تفسیر رویدادهای جاری قرار دارد. تمرکز خاص درمان بر این فرآیندهای شناختی تغییرات قابل توجهی به وجود آورد. گرچه این آرا اساساً بر مشاهدات مبتنی بودند، ولی دیری نپایید که سازه‌هایی مفروض نظیر «باورهای بنیادین»، «پیش‌فرض‌ها» و «طرح‌واره» به عنوان منبع سوگیری در افکار خودآیند در نظر گرفته شدند (برای دست‌یابی به اطلاعات تاریخی به پدسکی (۲۰۰۴) رجوع شود). کلی (۱۹۵۵)، الیس (۱۹۶۲) و بک (۱۹۶۷)، همانند تحلیلگران ایگو، فرآیند درمان را از تفسیر عوامل ناهشیار به سمت نوعی آموزش که از سوالات سقراطی و آزمون شواهد بهره می‌برد، تغییر دادند. بدیهی و روشن بود که این تغییرات بر نحوه رابطه درمانی اثر بگذارد، حداقل به این دلیل که به عوامل ناهشیار و چگونگی تأثیر آنها بر ذهن درمانگر (که در ساخت‌های روان‌پویشی نقش اصلی داشتند) کمتر اهمیت داده می‌شد.

در درمان بک، از زمانی که راجرز (۱۹۶۵) عناصر کلیدی رابطه مساعد (گوش دادن فعال، توجه مثبت و همدلی) را مطرح کرد و گستره‌ای از رویکردهای درمانی را تحت تأثیر قرار داد، رابطه درمانی همواره عنصری مهم تلقی می‌شد (کیچنهام و جردن، ۲۰۰۵). بنابراین، فرض می‌شد افرادی که تحت آموزش درمان شناختی هستند، واجد ریزمههارت‌ها و مهارت‌های مشاوره‌ای حرفه خود باشند. درمان شناختی بر استفاده از این مهارت‌ها در توسعه همکاری و تسهیل اکتشاف هدایت‌شده، نوعی فرمول‌بندی شناختی و ترغیب افراد به یافتن افکار و ایده‌های جایگزین، متمرکز بود. اگرچه درمان شناختی در آغاز انتقال و انتقال متقابل را به رسمیت می‌شناخت، ولی آنها را کانون تمرکز درمان به حساب نمی‌آورد و تنها به عنوان مصادیقی از فعال شدن باورهای بنیادین و پیش‌فرض‌ها و موضوع واقعیت‌آزمایی در نظر می‌گرفت. مشکلات خاص مربوط به ایجاد و تداوم رابطه درمانی و درک و رسیدگی به گسست‌های رابطه درمانی نیز، حداقل پیش از زمانی که درمان شناختی در زمینه اختلالات‌های شخصیت ورود کند، به ندرت مورد توجه قرار می‌گرفت (سافران و موران، ۲۰۰۰).

رفتاردرمانی

ریشه‌های درمان رفتاری به سال‌ها پیش و به کارهای فیزیولوژیست روسی، پاولف، که به ترشح بزاق سگ‌هایش معروف است، قوانین اثر ثرندایک در یادگیری و کارهای واتسون در به‌کارگیری اصول رفتاری «قانون اثر در انسان‌ها» برمی‌گردد (ریزمن، ۱۹۹۱). تمرکز اصلی رفتارگرایی بر دروندادها و برون‌دادهای سیستم‌ها اعم از سیستم‌های فیزیولوژیکی (برای مثال، ترشح بزاق)، حرکتی (مثل اجتناب، گریز) یا هیجانی بود. بنابراین، از یک منظر، رفتارگرایی به «علم رفتار و یادگیری سیستم‌های زنده» اشاره داشته و نباید به

شکل افراطی با هر سیستمی مرتبط دانسته شود (تیمبرلیک، ۱۹۹۴). از همان زمان پاولف مبرهن بود که بسیاری از سیستم‌های فیزیولوژیکی پایه می‌توانند به سادگی از طریق تداوی محرک‌ها شرطی شوند، نوعی از شرطی‌شدن که شرطی‌سازی کلاسیک نام گرفت (گری، ۱۹۸۰). در واقع، شرطی‌سازی بدون هیچ آگاهی شناختی نیز امکان‌پذیر است (هاسین، اولمن و بارگ، ۲۰۰۵). علاوه بر این، اگر دو محرک که یکی با پاداش و دیگری با تنبیه هم‌آیند است باهم ارائه شوند، سبب ایجاد تعارض گرایش - اجتناب شده و گاهی باعث به‌هم‌ریختگی شدید («روان‌رنجوری آزمایشی») و رفتارهای قالبی و عجیب و غریب می‌شوند (گری، ۱۹۸۰). پنداشت ما این است که تعارض‌های گرایش - اجتناب در رابطه درمانی شایع‌تر از آنی است که بعضاً شناخته شده و امکان دارد سردرگمی بیمار و درمانگر را در پی داشته باشد.

ثربدایک، در پارادایمی متفاوت، نشان داد که حیوانات شیوه‌های رفتاری تأثیرگذار بر نتایج و پیامدها را یاد می‌گیرند (برای مثال، افزایش رفتارهایی خاص برای دستیابی به پاداش و کاهش آنها در جهت اجتناب از تنبیه). این نوع یادگیری تحت عنوان یادگیری کنشگر یا وسیله‌ای شناخته شد. گرچه تحقیقات بعدی نشان داد که یادگیری پیچیده‌تر از این حرف‌ها است، اما این «قوانین» کماکان به عنوان دانش پایه در مورد چگونگی انطباق حیوانات و انسان‌ها با محیط، سودمند به حساب می‌آیند (تیمبرلیک، ۱۹۹۴؛ رسکورلا، ۱۹۸۸).

مضامین درمانی رفتارگرایی با روان‌تحلیلی‌گری تفاوت‌های بنیادینی داشت. رفتارگرایان بر بازآموزی ذهنی از طریق تجربیات مستقیم - مثل «مواجهه» و بهره‌گیری از مفاهیمی مانند حساسیت‌زدایی و بازداری تقابلی - یا تأکید بر افزایش پاداش‌ها از طریق فعال‌سازی رفتاری و جرأت‌ورزی تمرکز می‌کنند. جالب است بدانید، ارزش مواجهه هدایت‌شده به منظور جایگزین کردن جرأت‌رو به‌رو شدن با مسئله به جای اجتناب از آن، از دیرباز در بسیاری از فرهنگ‌ها مد نظر بوده است. برای مثال، در آیین بودایی، ممکن است کسی که از مرگ می‌ترسد به فکر کردن در مورد یک جنازه و تمرکز بر نابودی مطلق ترغیب شود! حتی فروید هم به ارزش مواجهه برای برخی از افراد پی برده بود (پالوم، ۱۹۸۰). بیشتر توجهات اخیر بر اهمیت رفتارها/راهبردهای ایمنی‌بخش به عنوان تلاش‌های کوتاه‌مدت برای دفاع از خود در برابر تجربیات زبان‌بار یا آزارنده معطوف بوده است و اینها به عنوان عوامل اصلی فرآیند بروز و تداوم اختلال‌ها در نظر گرفته شده‌اند (مینکا و زینبارگ، ۲۰۰۶؛ سالکوسکیس، ۱۹۹۶). این راهبردها می‌تواند تلاش در جهت اجتناب از رویدادهای درونی نظیر هیجانات، افکار یا خاطرات و رویدادهای بیرونی و جنبه‌های مشکل‌ساز رابطه درمانی را نیز شامل شود. سرک کشیدن رفتاردرمانی به درمان‌های مبتنی بر انزجار، به خصوص در کار با افراد همجنس‌گرا، تا حدی سبب بدنامی این رویکرد شد. این مایه تأسف بود، چرا که اکثر رفتارگرایان از این موضوع آگاه بودند که تنبیه روش مناسبی برای تغییر رفتار نیست، حداقل به این خاطر که افراد در این روش اجتناب از تنبیه را بیشتر از رفتار مطلوب مورد نظر یاد خواهند گرفت. کتاب‌ها و فیلم‌هایی نظیر *پرتقال کوکی*، کنترل رفتاری را به شیوه بسیار وحشتناکی به تصویر کشیدند. با این حال، اغلب تحقیقات انجام‌گرفته در باب

رابطه درمانی در رفتاردرمانی، حکایت از داستان دیگری دارند. در حقیقت، درمانگران رفتاری، در میان تمامی مکاتب درمانی، اغلب به عنوان باعاطفه‌ترین درمانگران شناخته شده‌اند. اسچاپ، بنیون، شیندلر و هوگداین (۱۹۹۳) به بررسی شماری از مطالعات، که در برخی از آنها تعاملات بین درمانگر و بیمار به صورت تصویری ضبط شده بود، پرداختند. آنها به این نتیجه رسیدند که:

رفتاردرمانی سبک مشخصی دارد که متفاوت از دیگر مکاتب است. تا حدی تعجب‌برانگیز است، اما مطالعات نشان می‌دهند رفتاردرمانگران در مقایسه با درمانگران گشتالتی و روان‌پویشی درجه بالاتری از متغیرهای مربوط به رابطه ازجمله همدلی، توجه مثبت غیرمشروط و همخوانی را دارا هستند. این یافته‌ها با کلیشه‌های سنتی مبنی بر اینکه رفتاردرمانگر سرد و مکانیکی است آشکارا در تضاد است.

(ص. ۲۱)

درمانی با مبانی علمی

به هم پیوستن درمان‌های شناختی و رفتاری در دهه ۱۹۷۰ در آغاز چندان خوشایند نبود، اما امروزه اکثر درمانگران شناختی جنبه‌های رفتاری کلیدی ازجمله مواجهه با «ترس و اجتناب» را به درمان‌هایشان وارد کرده‌اند. البته، این نیز به رسمیت شناخته شده است که باورهای افراد در مورد پیامد رفتارشان (برای مثال، اگر هنگامی که ضربان قلبم بالا می‌رود جرأت‌مندانه عمل نکنم و یا بیش از حد برانگیخته نشوم، در امان خواهم بود) می‌تواند عامل مهمی در تداوم رفتارهای زیان‌بار به شمار آید. در هر حال، یکی از مهم‌ترین نقاط قوت درمان شناختی‌رفتاری (CBT)، که توسط تحقیقات تجربی و مبتنی بر شواهد رفتارگرایان پشتیبانی شده، این است که کارآمایان این رویکرد همواره خود را به درک علمی فرآیندهای روانشناختی و آسیب‌شناسی روانی متعهد کرده‌اند. رفتاردرمانی متأثر از پژوهش‌های حیوانی و انسانی در حوزه یادگیری بوده است، در حالی که مدل شناختی به طور تدریجی و تحت تأثیر بررسی پیچیدگی‌ها و فرآیندهای زیربنایی شناخت و تصمیم‌گیری شکل گرفته است. اینها خالی از بحث نیستند (هایدت، ۲۰۰۱). از میان سایرین، سالکووسکیس (۲۰۰۲) این مطلب را بیان کرده است که درمان‌های مبتنی بر شواهد تا حدی به واسطه یک پیوند مناسب بین نظریه، مطالعات تجربی و پژوهش‌های معطوف به پیامد درمان توسعه می‌یابند. در واقع، CBT چنان پیوندی با علم روان‌شناسی (به خصوص علوم عصبی) برقرار کرده است که برخی معتقدند در حال از دست دادن جایگاه خود به عنوان «یک مکتب» بوده و چیزی بیش از یک درمان روانشناختی مبتنی بر شواهد از آن باقی نمانده است.

CBT نه تنها در فرآیند بلکه در کارآمدی هم پیشگام تلاش برای رشد و توسعه درمان‌های اثربخش قابل اثبات بوده است. البته به همین سادگی هم نبوده و بحث‌های گوناگونی در حوزه روش‌شناختی آن وجود دارد. نگرانی‌های مربوط به روش‌ها، یافته‌ها و ملزومات پژوهش در روان‌درمانی، اواخر دهه ۱۹۹۰ در دو مجله (مجله روان‌شناسی مشاوره و بالینی، ۱۹۹۸، شماره ۶۶؛ پژوهش در روان‌درمانی، ۱۹۹۸، شماره ۸)

مطرح شد. پرسونز و سیلبرشاتز (۱۹۹۸) ارزش کارآزمایی‌های تصادفی کنترل شده (RCTs) برای بالینگران را مورد بحث قرار دادند. پرسونز آنها را ضروری می‌دانست ولی سیلبرشاتز معتقد بود که آنها، بالقوه، برای کار بالینی ساختگی و محدودکننده هستند. الیوت (۱۹۹۸) بیش از ۱۳ نگرانی اصلی در رابطه با افزایش استفاده از دستورالعمل‌های ناپخته برگرفته از شواهد RCT را مشخص کرد، از جمله آنکه تمایل به استانداردسازی درمان‌ها از طریق راهنمای درمان ممکن است درمان را تصنعی و بی‌ثمر کرده و روی رابطه درمانی اثر بگذارد. الیوت همچنین این نگرانی را مطرح می‌کند که اگر درمان‌ها بیش از اندازه بر رویکردهای راهنمامحوری که برای RCTs طراحی شده‌اند مبتنی باشند، چگونگی سیر تحول آنها در آینده محل سؤال خواهد بود. با این حال، CBT اکنون گسترش یافته و برای بسیاری از افراد (ولی نه همه) با انواعی از اختلال‌ها، ثمربخش بوده و اغلب به عنوان درمان انتخابی توصیه شده است (نگاه کنید به www.NICE.org.uk).

علاوه بر این، تمرکز بر فرآیندهای شناختی فراتشخیصی مثل حافظه، توجه و نشخوار فکری (هاروی، واتکینس، مانسل و شافران، ۲۰۰۴)؛ فرآیند رفتاری اجتناب (هیز، ویلسون، گیفورد، فولت و استروساهل، ۱۹۹۶)؛ رفتارهای ایمنی‌بخش (ماینکا و زینبرگ، ۲۰۰۶؛ سالکووسکیس، ۱۹۹۶)، شرمساری (گیلبرت، ۱۹۹۸، ۲۰۰۳) و مقاومت (لیپی، ۲۰۰۱، ۲۰۰۴) از حرکت درمان‌های روانشناختی در خلاف جهت مدل پزشکی پیرامون مشکلات انسان، به سمت روانشناختی‌تر شدن، حکایت دارد. با این حال، متأسفانه، مجلات آکادمیک پیوند محکمی با تشخیص‌های پزشکی دارند. مواقعی که شرم، مقاومت، رفتارهای ایمنی‌بخش و اشکال در انسجام بخشیدن به افکار و احساسات به مسئله غالب کار بالینی بدل شوند، می‌توانند رابطه درمانی را با چالش‌های خاصی مواجه کنند.

چرا بر رابطه درمانی متمرکز می‌شویم؟

نظریه‌های روان‌پویشی بر کاهش سائق، مکانیسم‌های دفاعی، ساختار منش یا صورت‌بندی رابطه تمرکز کرده‌اند. در این رویکردها رابطه درمانی هم ابزاری برای دستیابی به بینش بوده و هم به خودی خود اثرات درمانی دارد (گرینبرگ و میچل، ۱۹۸۳؛ کلارکین، یومانس و کرنبرگ، ۲۰۰۶). همان‌طور که پیش‌تر ذکر شد، CBT نسبت به رابطه درمانی رویکرد کاملاً متفاوتی اتخاذ کرده است. احتمالاً بین اکثر درمان‌ها این توافق وجود دارد که رابطه درمانی باید رابطه‌ای «گیرا» باشد که به بیمار امکان می‌دهد در کنار درمانگر احساس امنیت کند (هولمز، ۲۰۰۱). با توجه به علاقه شدید CBT به رویکردهای علمی و پژوهش‌محور، زمان آن است که به نحوه تأثیرگذاری رابطه درمانی بر نتایج درمان پی ببریم؛ به این معنا که نسبت به قدرت روابط بین فردی در اثرگذاری بر گستره‌ای از فرآیندهای فیزیولوژیکی و روانشناختی آگاهی بیشتری پیدا کنیم (کاسپو، برستون، شرایدن و مک کلینتوک، ۲۰۰۰). برای مثال، روابط اولیه، به خصوص غفلت و ضربه روانی، رزش مغز را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بدیهی است که دلالت‌هایی بر درمان داشته باشد (جرهارد، ۲۰۰۴)؛

شور، (۲۰۰۱). شایان ذکر است که پردازش بین فردی در دو سطح هشیار و ناهشیار اتفاق می‌افتد و می‌تواند بی‌واسطه بوده یا تحت تأثیر شرطی‌سازی قرار گیرد (بالدوین و داندنیو، ۲۰۰۵؛ هاسین، اولمن و بارگ ۲۰۰۵؛ میراندا و اندرسون، فصل ۴ همین کتاب).

پردازش اجتماعی

ما می‌توانیم از ابعاد مختلفی به مقوله پردازش اجتماعی نگاه کنیم. قطعاً روان‌درمانی یک ارتباط بین فردی است که طی آن ذهن یک فرد، به شیوه‌ای تعاملی، در پی تأثیرگذاری بر ذهن دیگری است. تمامی توالی تعاملات، ساخت‌های اشتراکی و فعل و انفعالات بین فردی در درمان به واسطه قابلیت‌های روانشناختی خاص طرفین درمان و آنچه در پی دست‌یابی به آن هستند طرح‌ریزی می‌شود. یکی از این قابلیت‌ها «نظریه ذهن» است که به نحوه استنباط ما از علل درونی رفتار دیگران و ارزیابی اینکه «چه چیزی در ذهن آنها می‌گذرد» - به چه چیزی فکر می‌کنند - مربوط می‌شود (بارون - کوهن، ۱۹۹۵؛ بایرن، ۱۹۹۵؛ فلاول، ۲۰۰۴). ما از این موضوع آگاه‌ایم که ممکن است مورد قضاوت دیگران قرار گیریم - به عبارتی هر فرد در معرض مشاهده و قضاوت دیگری قرار دارد. این توانایی «فکر کردن درباره تفکر» و اندیشیدن درباره رابطه، کانون توجه کارهای پیشین در حوزه شناخت اجتماعی تحولی بوده است (مراجعه کنید به سلمن، ۱۹۸۰، ۲۰۰۴). ما نمی‌توانیم فرض را بر این بگذاریم که این فرآیندهای ارزیابانه پیچیده نیز همانند هر فرآیند شناختی یا ارزیابانه دیگر، تنها با مفاهیم «باورها» یا «طرح‌واره» قابل درک باشند؛ چرا که پیچیده‌تر از این حرف‌ها بوده و تحت تأثیر تعاملات قرار دارند (دستی و جکسون، ۲۰۰۴؛ مالی و هوگس، ۲۰۰۵). همان‌طور که کارهای بارون - کوهن، سلمن و دیگران نشان می‌دهد، بعضی افراد در توانایی «خواندن» ذهن دیگران یا همدلی با ایشان مشکلات اساسی دارند.

نظریه ذهن، یک مهارت ویژه بوده که نسبت به اشکال مختلف تحریف‌ها، آسیب‌پذیر است (نیکرسون، ۱۹۹۹). نظریه ذهن می‌تواند در قابلیت ما برای ایجاد روابط خیالی - برای مثال با خدا - و خلق افسانه‌ها و مشغولیت با آنها کیفیتی اساسی به حساب آید (برینگ، ۲۰۰۲). البته نظریه ذهن متفاوت از همدلی است. همدلی بیشتر یک حس شهودی است از اینکه چه چیزی در ذهن - به خصوص در ارتباط با هیجانات - فرد دیگر در جریان است. همدلی علاوه بر توانایی «اندیشیدن در مورد» ذهنیت دیگری مستلزم هم‌نوایی هیجانی با احساسات وی نیز هست. تحقیقات جدید در علوم عصبی بررسی چگونگی فعالیت مغز در رابطه با نظریه ذهن و فعالیت‌های همدلانه را آغاز کرده‌اند (دستی و جکسون، ۲۰۰۴؛ وولم و همکاران، ۲۰۰۶). همدلی و نظریه ذهن فرصتی فراهم می‌آورند تا دریابیم که احساس و فکر دیگران دقیقاً همانند ما نیست. بدیهی است که شیوه ارتباط درمانگر و بیمار از این فرآیندها متأثر خواهد بود.

آنچه در فوق ذکر شد، به برخی از توانایی‌های روانشناختی (ذاتی) ما اشاره دارد که امکان درگیر شدن در تعاملات پیچیده اجتماعی را برای‌مان فراهم می‌کند. علاوه بر این، دسته‌ای دیگر از فرآیندها وجود دارند

که آشکارا به رابطه درمانی مربوط می‌شوند (فریمن و مک کلووسکی، ۲۰۰۳؛ کلاین و همکاران، ۲۰۰۳). ویژگی‌های بیمار یکی از عناصر مهم رابطه درمانی به شمار می‌رود. انتظارات بیمار در مورد سودمندی درمان و شدت علائم (کنستانتینو، آرنو، بلیزی و آگراس، ۲۰۰۵)، توانایی اعتماد به دیگران و درمانگر (بریتا، دی روتن، استیگلر، دراپووا، فیشر و دسپلند، ۲۰۰۵)، تاریخچه روابط، به خصوص موارد مربوط به تجربیات دلبستگی (هولمز، ۲۰۰۱، لیهی، ۲۰۰۵؛ لیوتی، فصل ۷ همین کتاب)، طرح‌واره فرد در مورد خود-دیگری (لیهی، فصل ۱۱ همین کتاب)، انگیزش تغییر (میلر و رولنیک، ۲۰۰۲) و تعهد به تکالیف خانگی (بورنز و نولن - هوکسما، ۱۹۹۲؛ بورنز و اسپانگلر، ۲۰۰۰) از جمله این ویژگی‌ها است. البته، ویژگی‌های درمانگر از قبیل ریزمهارت‌های اساسی (آیوی و آیوی، ۲۰۰۳)، قابلیت برقراری تماس هیجانی و ابراز همدلی و عطوفت (کیچنپام و جردن، ۲۰۰۵)، توانایی رسیدگی کردن به گسست‌های درمان (سافران و موران، ۲۰۰۰)، تبحر در سبک درمان (بورنز و نولن هوکسما، ۱۹۹۲) و توافق‌ها و تضادهای شخصیتی وی (لیهی، فصل ۱۱ همین کتاب) نیز حائز اهمیت هستند.

ماهیت سبک درمانی نیز مؤلفه‌های مهم به شمار می‌رود. این مؤلفه تمرکز یا تکالیف درمان را شامل می‌شود. برای مثال، پرداختن به علائم خاص در برابر توجه به مشکلات بین فردی (کنستانتینو و همکاران، ۲۰۰۵؛ کلاین و همکاران، ۲۰۰۳)؛ فعال شدن سیستم‌های پردازشی ویژه (هاروی، واتکینس، مانسل و شافران، ۲۰۰۴) مثل سیستم‌های خاص حافظه و توجه در اختلال استرس پس از ضربه (داگلیش، ۲۰۰۴؛ لی، ۲۰۰۵)؛ استفاده از تصویرسازی ذهنی (هولمز و هاگمن، ۲۰۰۴) و استفاده از تکالیف خانگی (بورنز و نولن - هوکسما، ۱۹۹۲). تعامل بین این عوامل مختلف رفته‌رفته کانون توجه پژوهش‌ها قرار می‌گیرد (برای مثال، مراجعه شود به کاستونگوی و بیوتلر، ۲۰۰۶). همه این عناصر در ساخت اشتراکی یک رابطه و به تبع آن در فرآیند انتقال/انتقال متقابل دخیل هستند (میراندا و اندرسون، فصل ۴ همین کتاب).

گسترش رابطه درمانی

امروزه این توافق عمومی وجود دارد که درمان شامل سه عنصر اساسی پیوندها، تکالیف و اهداف است (হারدی، کیهیل و بارکهام، فصل ۲ همین کتاب). با این حال، این عناصر جدا از هم نیستند، چرا که شیوه درمانگران در ایجاد و گسترش پیوندها (رابطه‌های درمانی) بر انتخاب تکالیف، میزان تعهد به تکالیف و اهداف تأثیر می‌گذارد. همان‌طور که پیش‌تر ذکر شد، تکالیف یا فعالیت‌هایی که باعث بهبودی می‌شوند بر رابطه درمانی تأثیر مثبت خواهند داشت. از طرفی، رابطه درمانی می‌تواند در مواقع دشوار راهگشای درمان باشد. چالش کردن و روبه‌رو شدن با تجربیات دردناک، با طب سنتی غربی که برای برطرف کردن آلام به توسعه فناوری‌ها و استفاده از دارو و جراحی متوسل می‌شود، در تقابل است. بازگرداندن بیمار به کانون توجه فرآیند درمان، در کنار درمانگری هدایتگر، یک رکن مهم درمان‌های شناختی‌رفتاری است. البته این امر به

منزله انکار نقش درمانگر به عنوان فردی «متخصص، با معلومات و هادی جلسه» نیست. مفهوم مشارکت گاهی در سایه پویایی‌های مربوط به قدرت دچار ابهام می‌شود. پیش‌فرض مشارکت و همکاری به این معنا نیست که مهارت در هدایتگری، احاطه بر درمان، کنترل آهنگ درمان و ارائه نظرات اهمیت ندارد، یا اینکه مراجعان باید به نحوی «خودشان خود را درمان کنند».

ریزمهارت‌ها

در بالا ذکر شد که درمانگران باید در طیفی از ریزمهارت‌ها توانا باشند و شواهد تجربی نشان می‌دهد که این عامل تأثیر عمده‌ای بر نتیجه درمان دارد (آیوی و آیوی، ۲۰۰۳؛ فلتهم و هورتون، ۲۰۰۶). وقوف بر این مسئله که درمانگر هدایتگر مراحل مختلفی خواهد بود سبب تقویت رابطه می‌شود. بنابراین، ریزمهارت‌های درمانگران در خدمت تسهیل این مراحل گوناگون و انتقال از یک مرحله به مرحله دیگر خواهد بود. برای مثال، گیلبرت (۲۰۰۰) ده مرحله زیر را معرفی کرد:

۱. گسترش تفاهم.
۲. بررسی ترس‌ها، نگرانی‌ها و انتظارات احتمالی از رجوع برای مشاوره.
۳. استنباط‌ها و معانی مطرح شده.
۴. بررسی داستان زندگی و استخراج درون‌مایه‌ها و سبک‌های شناختی - عاطفی اصلی: (الف) به واسطه بررسی پیشینه فرد؛ (ب) پرداختن به اینجا و اکنون.
۵. تشریح اهداف درمان.
۶. تشریح منطق درمان.
۷. افزایش آگاهی در مورد رابطه بین افکار، احساسات و رفتار اجتماعی.
۸. حرکت در جهت مفهوم‌پردازی به شیوه‌ای دیگر.
۹. بازبینی احساسات و افکار درونی و ایفای نقش‌ها.
۱۰. تکالیف خانه و ایفای نقش‌های جایگزین.

این مراحل می‌تواند در طبقات مختلفی از فرآیندها گنجانده شود، چنان‌که هاردی و همکاران (فصل ۲، همین کتاب) مجموعه کلان‌تری از مراحل را ارائه می‌دهند. ریزمهارت‌ها باعث تسهیل هر مرحله شده و مسیر انتقال از مرحله‌ای به مرحله دیگر را هموار می‌کنند. ریزمهارت‌ها آمیزه‌ای است از سؤالات (معمولاً سؤالات باز پاسخ)، که بیمار را به بحث، بررسی و روایت داستانش؛ ارتباطات غیرکلامی که کمک می‌کند احساس امنیت و عدم تهدید کند و تشریح فرآیندهایی که اتفاق خواهند افتاد، دعوت می‌کند.

توجه کردن

دو نوع توجه وجود دارد: توجه متمرکز به بیرون و توجه متمرکز بر درون. توجه بیرونی شامل انواعی از رفتارهای توجهی نظیر برقراری تماس چشمی مناسب است. بدین معنا که درمانگر قادر به مشاهده رفتارهای غیرکلامی بیمار باشد، از جمله تغییرات ظریف او در موقع فاش کردن داستان زندگی‌اش (برای مثال، ممکن است بیماران شرمگین به پایین نگاه کرده و سر خود را پایین ببانند یا حین روایت تجربه‌ای شرم‌آور ساکت و خاموش شوند). از دیگر نشانه‌های غیرکلامی گره کردن مشت یا دندان قروچه کردن هنگام بحث در مورد رویدادها است. توجه دقیق به «شخص به عنوان یک کل» (نه فقط محتوای کلامی، بلکه حالت‌های بدنی و تن صدا) تصویر کامل‌تری از فرآیندهای درونی احتمالی به دست می‌دهد. با این حال، بدیهی است که تماس چشمی درمانگر نباید خیره یا تهدیدآمیز باشد. تحقیقات انجام‌گرفته در زمینه ارتباطات غیرکلامی درمانگر و بیمار حکایت از تعاملات پیچیده‌ای دارد که می‌تواند نتیجه درمان را تحت تأثیر قرار دهد (رجوع شود به درهر، منگل، کروز و کامیرر، ۲۰۰۱).

رفتار توجهی درمانگر از طریق زبان بدن او هم ابراز می‌شود که باید، در عین آرامش، علاقه و تمرکز در آن موج بزند. شکل دیگر رفتار توجهی دنبال کردن گفته‌های مراجع با کمترین دخالت - برای مثال، «هووو... متوجه‌ام... می‌توانی در این مورد بیشتر توضیح دهی؟» - به‌جای تغییر موضوع یا به‌کار بردن سؤالات بسته پاسخ است. گرینبرگ (فصل ۳ همین کتاب) اصطلاح «حضور» را به‌کار می‌برد، به این معنا که توجه درمانگر از خودش برداشته شده و به‌طور ویژه و خالص به بیمار معطوف می‌شود. او غرق در تجربه بیمار می‌شود و نسبت به آن کنجکاو است. توجه درونی شامل نوعی توجه‌آگاهی است. کاتزوف و سافران (فصل ۵ همین کتاب) بیان می‌کنند که توجه‌آگاهی شامل یادگیری هدایت توجه، عاری از قضاوت، به فرآیندهای درونی خود است. این مهم درمانگر را قادر می‌سازد از افکار، احساسات و اقداماتی که در لحظه حال رخ می‌نمایند آگاه باشد. توجه‌آگاهی شامل ایجاد نگرشی کنجکاوانه و باز نسبت به تجربه درونی خود در هر لحظه، به‌علاوه توانایی کنترل پیش‌پنداشت‌هایی است که هنگام نشستن جلوی بیمار سر برمی‌آورند. درمانگر نباید به افکار و احساساتی که از درونش برمی‌خیزند به دیده قضاوت و، به خصوص، انتقاد بنگرد. به همان میزان باید ظرفیت درونی کافی برای «تحمل» و «احاطه» بر افکار و احساسات، بدون برون‌ریزی آنها، را داشته باشد.

بنابراین، توجه می‌تواند از صورتی به صورت دیگر منتقل شود. درمانگران ایده‌آل قادراند به آسانی بین توجه درونی و بیرونی رفت و آمد کنند و از واکنش‌های خود آگاه باشند، در نتیجه راحت‌تر می‌توانند از میان دیگر ریزمهارت‌ها و سؤالات دست به انتخاب بزنند. نویسندگان دارای گرایش روان‌پویشی در مقایسه با شناخت‌درمانگران، نوشته‌هایی به مراتب بیشتری در مورد اهمیت توجه و درک واکنش‌های مان نسبت به بیماران و نقش آن در درمان دارند (گرینبرگ و میچل، ۱۹۸۳). این امر ممکن است تا حدی به این خاطر باشد که درمانگران شناختی‌رفتاری بیشتر روی آموزش روان‌شناختی و ترغیب حمایت‌گرانه به تعهد به تکالیف