

رفتار درمانی شناختی

۱۰۰ نکته، ۱۰۰ تکنیک

ویراست دوم

فهرست مطالب

رفتاردرمانی شناختی.....	۱۳
مقدمه مترجمان بر ویراست دوم.....	۱۵
مقدمه مترجمان بر ویراست اول.....	۱۷
مقدمه.....	۲۱

بخش اول

مبانی نظری رفتاردرمانی شناختی

۱. رویدادها به خودی خود احساسات ما را تعیین نمی کنند، بلکه آنچه اهمیت دارد معنایی است که ما به این رویدادها می دهیم.....	۲۵
۲. پردازش اطلاعات در مواجهه با تجارب هیجانی ناراحت کننده، مختل می شود.....	۲۷
۳. اختلالات هیجانی را برحسب ارزیابی سطوح سه گانه تفکر بهتر می توان درک کرد.....	۲۹
۴. افکار، احساسات، رفتار، فیزیولوژی و محیط به هم مرتبطند.....	۳۲
۵. واکنش های هیجانی به رویدادها در طول یک پیوستار قرار می گیرند.....	۳۴
۶. هر یک از اختلالات هیجانی، دارای محتوای شناختی خاصی هستند.....	۳۶
۷. آسیب پذیری شناختی در برابر اختلالات روانی.....	۳۸
۸. افکار و باورهای ما هم قابل شناسایی و هم قابل دسترسی هستند.....	۴۰
۹. اکتساب آشفته گی هیجانی.....	۴۲
۱۰. تداوم اختلال هیجانی.....	۴۴
۱۱. مراجع به منزله یک دانشمند شخصی.....	۴۶

بخش ۲

سوءبرداشت ها در رفتاردرمانی شناختی

۱۲. تنها مراجعین باهوش و قدرت کلامی بالا می توانند از رفتاردرمانی شناختی بهره ببرند.....	۴۹
۱۳. رفتاردرمانی شناختی بر احساسات تمرکز نمی کند.....	۵۰
۱۴. رفتاردرمانی شناختی در اصل همان تفکر مثبت است.....	۵۲
۱۵. رفتاردرمانی شناختی بسیار ساده به نظر می رسد.....	۵۴
۱۶. رفتاردرمانی شناختی چیزی بیش از تسکین علایم است.....	۵۶

۱۷. رفتاردرمانی شناختی به تجارب گذشته و دوران کودکی مراجعین علاقه‌ای ندارد ۵۸
۱۸. رفتاردرمانی شناختی از رابطه به‌عنوان ابزاری برای تغییر مراجع استفاده نمی‌کند ۶۰
۱۹. رفتاردرمانی شناختی به عوامل اجتماعی و محیطی دخیل در مسائل مراجعان علاقه‌ای ندارد ۶۲
۲۰. رفتاردرمانی شناختی به کار بردن محض عقل سلیم برای حل مسائل مراجع است ۶۴
۲۱. رفتاردرمانی شناختی صرفاً تکنیک‌مدار است ۶۶

بخش ۳

اجرای رفتاردرمانی شناختی

شروع درمان

۲۲. آماده کردن صحنه ۷۱
۲۳. اجرای ارزیابی ۷۳
۲۴. ارزیابی مناسب بودن مراجع برای رفتاردرمانی شناختی ۷۵
۲۵. ساختار جلسه درمان ۷۸
۲۶. تنظیم دستور جلسه ۷۹
۲۷. تهیه فهرست مسائل ۸۰
۲۸. توافق بر سر اهداف ۸۱
۲۹. آموزش مدل شناختی ۸۳
۳۰. مفهوم‌پردازی موردی ۸۵
۳۱. تدوین برنامه‌های درمانی ۸۸

روش‌های شناسایی افکار خودآیند منفی

۳۲. شناسایی افکار خودآیند منفی ۹۰
۳۳. اکتشاف هدایت شده ۹۳
۳۴. استفاده از تصویرسازی ۹۶
۳۵. ارائه پیشنهادات ۹۸
۳۶. تغییرات هیجانی درون جلسه ۱۰۰
۳۷. کشف افکار از طریق جستجوی معانی خاصی که مراجعین به رویدادها نسبت می‌دهند ۱۰۲
۳۸. تمرکز بر احساسات ۱۰۴
۳۹. بدترین وضعیت را فرض کردن ۱۰۷
۴۰. مواجهه موقعیتی ۱۰۹
۴۱. بازی نقش ۱۱۱

۴۲. تحلیل کردن یک موقعیت ویژه ۱۱۳
۴۳. خلاصه و مختصر بودن افکار خودآیند منفی ۱۱۴
۴۴. القای نشانه ۱۱۶
۴۵. تکالیف رفتاری ۱۱۸
۴۶. فراخوانی افکار خودآیند منفی اصلی از داده‌های شناختی کم اهمیت ۱۲۰
۴۷. جداکردن موقعیت‌ها، افکار و احساسات ۱۲۳
۴۸. تمایز قایل شدن میان افکار و احساسات ۱۲۵

وارسی کردن افکار خودآیند منفی و پاسخ دادن به آنها

۴۹. پاسخ دادن ۱۲۷
۵۰. اهمیت شواهد موافق و مخالف ۱۲۹
۵۱. تبیین‌های جایگزین ۱۳۲
۵۲. شناسایی تحریف‌های شناختی ۱۳۴
۵۳. توجه به مزایا و معایب ۱۳۶
۵۴. توصیف و تعریف لغات و واژه‌ها ۱۳۸
۵۵. اسناد مجدد ۱۴۰
۵۶. فاجعه زدایی کردن ۱۴۱
۵۷. کاوش معیارهای دوگانه ۱۴۳
۵۸. اصلاح کردن تصویرهای ذهنی ترسناک ۱۴۵
۵۹. آزمایش‌های رفتاری ۱۴۷
۶۰. پرسشگری سقراطی (شیوه‌ای برای اکتشاف هدایت شده) ۱۵۰
۶۱. مبالغه و مزاح ۱۵۳
۶۲. یادداشت کردن پاسخ‌های جایگزین افکار خودآیند منفی ۱۵۵

تکلیف

۶۳. منطق تکلیف ۱۵۷
۶۴. انواع تکلیف ۱۵۹
۶۵. مذاکره و توافق درباره تکالیف ۱۶۳
۶۶. مرور تکالیف ۱۶۵

روش‌های تشخیص قواعد و فرض‌های زیربنایی

۶۷. برملا کردن عبارات «اگر... آنگاه» ۱۶۸
۶۸. شناسایی «بایدها» ۱۷۰
۶۹. تشخیص مضمون (درون‌مایه) افکار خودآیند ۱۷۲

۷۰. بررسی تغییرات خلقی بارز ۱۷۳
۷۱. پیکان رو به پایین ۱۷۵
۷۲. خاطرات، گفته‌های خانوادگی، شعارها ۱۷۷

تجدیدنظر در فرض‌ها و قواعد

۷۳. آزمایش‌های رفتاری ۱۷۸
۷۴. اطاعت نکردن از «بایدها» ۱۸۱
۷۵. پاداش دادن به قراردادهای شخصی ۱۸۳
۷۶. بررسی سودمندی کوتاه‌مدت و بلندمدت فرض‌ها و قواعد ۱۸۴
۷۷. ایجاد فرض‌های جایگزین که فواید فرض‌های ناکارآمد را حفظ و ضررهایش را کنار می‌گذارد ۱۸۶
۷۸. فهرست کردن مزایا و معایب یک قاعده یا فرض ۱۸۸
۷۹. بررسی سابقه شکل‌گیری فرض‌ها و قواعد ۱۹۰
۸۰. استفاده از تصویرپردازی برای تعدیل و اصلاح فرض‌ها ۱۹۲

آشکارسازی باورهای اصلی

۸۱. پیکان رو به پایین ۱۹۵
۸۲. عبارات عطفی ۱۹۷
۸۳. تکمیل جمله ۱۹۹
۸۴. باورهای اصلی که در قالب افکار خودآیند ظاهر می‌شوند ۲۰۰

شکل‌گیری و تقویت باورهای اصلی جدید/ موجود

۸۵. آموزش به مراجعان درباره باورهای اصلی ۲۰۲
۸۶. ایجاد باورهای اصلی جایگزین ۲۰۴
۸۷. استفاده از پیوستار ۲۰۶
۸۸. گزارش داده‌های مثبت ۲۰۸
۸۹. عمل کردن به صورت «انگار که» ۲۱۰
۹۰. ارزیابی تاریخچه‌ای باور اصلی جدید ۲۱۲
۹۱. چالش با افکار به شیوه پیکان رو به پایین ۲۱۴
۹۲. ایفای نقش عقلانی- غریزی ۲۱۶
۹۳. یادگیری پذیرش خود ۲۱۸

خاتمه درمان و ورای آن

۹۴. کاهش عود ۲۲۱
۹۵. خاتمه درمان ۲۲۳

۲۲۶..... ۹۶. حفظ فواید حاصل از درمان

۲۲۹..... ۹۷. پیگیری

رفتاردرمانی شناختی: آیا فقط برای مراجعان است

۲۳۱..... ۹۸. عمل به آموخته‌ها

سایر موضوعات

۲۳۴..... ۹۹. مقاومت

۲۳۸..... ۱۰۰. موج سوم رفتاردرمانی شناختی

۲۴۱..... پیوست ۱: مفهوم‌سازی مقدماتی یک مراجع مبتلا به فوبیای اجتماعی

۲۴۳..... پیوست ۲: ثبت روزانه افکار (DTR) مراجع مبتلا به فوبیای اجتماعی

۲۴۴..... پیوست ۳: فرم تکالیف خانگی برای مراجع مبتلا به فوبیای اجتماعی

۲۴۷..... منابع

رفتاردرمانی شناختی

در سه دهه اخیر، رفتاردرمانی شناختی (CBT) برای درمان تعداد فزاینده‌ای از مشکلات (شامل اختلالات اضطرابی، سوءمصرف مواد و اختلالات خوردن) و افراد (کودکان، نوجوانان و افراد مسن) به کار بسته شده است. موسسه ملی تعالی سلامت و خدمات^۱ (NICE)، رفتاردرمانی شناختی (CBT) را به عنوان درمان تراز اول در موسسه ملی سلامت (NHS) برای رویارویی با دامنه وسیعی از اختلالات روانشناختی توصیه می‌کند.

کتاب رفتاردرمانی شناختی: ۱۰۰ نکته، ۱۰۰ تکنیک، شرح دقیق و مختصری از ۱۰۰ مشخصه اصلی این رویکرد بسیار محبوب و مبتنی بر شواهد در حوزه روان‌درمانی است. این ۱۰۰ نکته و ۱۰۰ تکنیک شامل مبانی نظری و عملی CBT است.

این کتاب از بخش‌های مفیدی تشکیل شده است که عبارت‌اند از:

- سوءبرداشت‌های مربوط به CBT
- آموزش مدل شناختی
- ارزیابی و مفهوم‌سازی موردی
- تکلیف (تکالیف خودیاری)
- روش‌های شناسایی و پاسخ‌دهی به افکار خودآیند منفی (NATs)
- آزمایش‌های رفتاری
- باورهای اصلی و میانجی
- مدیریت عود
- موج سوم CBT

در ویرایش دوم این کتاب، مایکل نینان و ویندی درایدن بسیاری از نکات و تکنیک‌ها را بازبینی و به روز رسانی کرده و تعدادی را نیز اضافه کرده‌اند. این کتاب اصولی و کاربردی، یک راهنمای ضروری برای روان‌درمانگران و مشاوران کارآموده و کارآموزانی است که می‌بایست اطمینان حاصل کنند از اینکه آنها کاملاً با ویژگی‌های کلیدی CBT به عنوان بخشی از زمینه کلی روان‌درمانی‌های عمده کنونی آشنایی دارند.

1. National Institute for Health and Care Excellence

مایکل نینان، نایب رئیس مرکز «مدیریت استرس» و مرکز «آموزش مربیگری» در بلک هیس لندن و از رفتاردرمانگران شناختی برجسته انجمن روان‌درمانی شناختی رفتاری بریتانیا (BABCP) است. او نویسنده و ویراستار بیش از ۲۰ کتاب تخصصی است.

ویندی درایدن، استاد مطالعات روان‌درمانی کالج گلداسمیت دانشگاه لندن و یکی از متخصصان بین‌المللی رفتار درمانی عقلانی-هیجانی (REBT) است. وی در حوزه روان‌درمانی بیش از ۳۰ سال سابقه دارد و نویسنده و ویراستار بیش از ۲۰۰ کتاب تخصصی است.

مقدمه مترجمان بر ویراست دوم

سؤال مهمی که مطرح است این است که آیا CT همان CBT است؟

پک (۲۰۰۷) معتقد است ابهام زیادی ممکن است در تفاوت CT و CBT وجود داشته باشد چراکه گاهی این دو اصطلاح به جای یکدیگر و گاهاً به طور مستقل از یکدیگر استفاده می‌شوند. پک بر این باور است که CT همیشه مساوی CBT نیست و در این خصوص به دو نکته اشاره می‌کند: شناخت درمانی (CT) روش درمانی خاصی است که برای گستره متنوعی از اختلالات استفاده می‌شود و براساس پژوهش‌های بالینی مشخصی شده است که نقش برجسته و قابل توجهی را برای تأمین سلامت روان جامعه داشته است. براساس مدل شناختی نحوه برداشت ما از موقعیت‌ها به چگونگی فکر - احساس و رفتار ما تأثیرگذار است. شناخت درمانی، درمانی است که افکار - هیجانات - رفتارها و حتی نشانه‌های فیزیولوژیک ما را مورد آماج قرار می‌دهد تا تغییرات بلافصلی در آنان ایجاد شود. این روش یک درمان تعاملی و آموزشی است، بدین معنی که بیمار و درمانگر با همکاری یکدیگر به «آزمون» ادراک‌ها پرداخته و درصدد جایگزین کردن ادراک‌های واقعی‌تر هستند. شناخت درمانی برای هر اختلال و گروه‌های خاص فرمول‌بندی - تکنیک‌ها و روش‌های درمانی اختصاصی دارد. از سوی دیگر رفتار درمانی شناختی (CBT) به مثابه چتری برای گروهی از درمان‌هاست که دارای برخی عناصر و مؤلفه‌های مشترک هستند. این دسته از درمان‌ها ریشه در کار رفتارگرایانی چون گلدفیرید، مایکنام و ماهونی از یک طرف و تکنیک‌هایی مانند تلقیح استرس (SI) - رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBI) - درمان مسئله‌گشا (PST) - مواجهه و پیشگیری از پاسخ (ERP) و بسیاری از درمان‌های دیگر دارد. درمانگران این حوزه‌ها معمولاً درصدد درک مشکلات بیماران از یکی از دو چهارچوب رفتاری یا شناختی هستند با توجه به آنچه که گفته شد، ذکر این نکته ضروری است که در سراسر کشورهای دنیا به جز ایالات متحده CT و CBT را به جای یکدیگر فرض می‌کنند و به نظر می‌رسد که در ایران نیز چنین باشد.

مجموعه کتاب‌های ۱۰۰ نکته، ۱۰۰ تکنیک که توسط انتشارات روتلج منتشر می‌شود مجموعه دستورالعمل‌های دقیق و کاربردی در خصوص روش‌ها و رویکردهای مختلف مشاوره و روان‌درمانی است. این دسته از کتاب‌ها برای کارآموزان و نیز متخصصانی که قصد بهبود کار خود را دارند بسیار مفید است. تاکنون این مجموعه شامل کتاب‌هایی تحت عنوان خانواده‌درمانی، درمان تبادلی (TA)، گشتالت‌درمانی، درمان یکپارچه، درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری (REBT)، درمان وجودی، درمان

شخص محور، درمان تک جلسه‌ای بوده است. درمان کوتاه مدت راه‌حل مدار (SFBT) یکی دیگر از مجموعه کتاب‌های ۱۰۰ نکته، ۱۰۰ تکنیک است که توس همین مترجمان در دست ترجمه است. نینان و درآیدن به عنوان روان‌شناسان انگلیسی و صاحب نام در این حوزه، CT و CBT را به جای یکدیگر فرض می‌کنند که تغییر عنوان کتاب حاضر در ویراست دوم از شناخت‌درمانی به رفتاردرمانی شناختی در همین راستاست و با این نگاه همسان‌نگرانه کوشیده‌اند به ذکر منابع مهم و معتبر پرداخته و تکنیک‌ها را به شیوه‌ای ساده، روشن و قابل اجرا بیان کنند و با افزودن نمونه‌های بالینی جدید مطالب را زنده و پرکشش سازند. همچنین با جایگزین کردن فصل ۲۱ تحت عنوان «CBT صرفاً تکنیک مداراست» و ادغام فصل‌های «مقاومت درمانگر» و «مقاومت مراجع»، یک فصل را هم به «درمان‌های موج سوم» تخصیص داده‌اند، درمان‌هایی که امروزه در بین متخصصان ایرانی از مقبولیت خاصی برخوردار است.

امید است این کتاب به منظور بالا بردن سطح قابلیت و مهارت درمانگران در کاربرد جدیدترین تکنیک‌های CBT و ارائه رهنمودهای عملی و دقیق با اقبال روبرو گردد. در آخر مراتب امتنان و سپاس خود را از مدیریت و مجموعه همکاران توانمند انتشارات ارجمند ابراز می‌نمایم.

دکتر حمید یعقوبی
مهدیه موسی‌الرضایی

بهار ۱۳۹۸

مقدمه مترجمان بر ویراست اول

روان‌شناسی شناختی به نحوه کسب، پردازش، ارائه، اندوزش و بازیابی دانش و به این که دانش، چگونه آنچه را مورد توجه ما قرار می‌گیرد، راهبری می‌کند و نیز به نحوه پاسخ ما مربوط می‌شود (سولسو، ۲۰۰۰). همان طور که می‌دانیم پس از تولد هر رویکردی در روان‌شناسی تلاش می‌شد تا برپایه مفاهیم اصلی آن نظریه، شیوه درمانی هم به وجود آید. شناخت‌درمانی حاصل تلاش‌های روان‌شناسانی است که مفاهیم ذکر شده را سنگ بنای پیدایش ویژگی‌های مختلف بشری می‌دانستند. شناخت‌درمانی در اواخر دهه ۵۰ میلادی در کشورهای غربی مطرح شد و برای درمان بسیاری از مشکلات روانشناختی و اختلالات روان‌پزشکی، از کنترل خشم و اختلالات اضطرابی و خلقی گرفته تا درمان اسکیزوفرنی به کار رفت (فری، ۱۹۹۹).

آثرون بک از خاستگاه روانکاو به پیشگامی درمان شناختی رسید. بک که متقاعد شده بود، روانکاو بی‌شده‌های مهمی در مورد اختلال‌های روانی فراهم آورده است، برای ارزیابی فرضیه‌های روانکاری دست به تحقیق زد اما یافته‌های او از تحقیق آزمایشی درباره رؤیاهای و مطالب ایده‌گرایانه باعث شد تا او اغلب مفاهیمی روانکاری را دور بزند. بک همانند بسیاری از دانشمندان دیگر برای تدوین نظریه و درمان شناختی اختلالات روانی به دقت از شواهدی که برخلاف روانکاری بودند، پیروی کرد. او دریافت که اگر به بیماران آموخته شود افکار منفی خود را بازبینی و آزمایش کنند، افسردگی آنها بهبود می‌یابد. (پروچاسکا، نورکراس، ۲۰۰۶).

شناخت‌ها به‌عنوان ساختاری از دانش یا باورها و مجموعه راهبردهای بهره‌گیری از این اطلاعات به شیوه‌ای انطباقی محسوب می‌شوند. درعمل، فرض بنیادین شناخت‌درمانی این است که شناخت‌ها بر هیجانات و رفتارها تأثیر می‌گذارند. به‌علاوه، اعتقاد بر این است که بیش از خود رویدادها، افراد به بازنمای‌های شناختی از رویدادها پاسخ می‌دهند. این موارد فرض‌های مهمی هستند که تغییر شناختی را به مثابه پیش‌نیاز بهبودی تعیین می‌کنند (راینیکه، داتیلیو، فریمن، ۱۹۹۸).

اصول اولیه در شناخت‌درمانی همچون سایر روش‌های روان‌درمانی است. به‌عبارتی لازم است شناخت‌درمانگر برای شروع تکنیک‌های شناختی خود اقدامات و شرایط اولیه‌ای را به‌وجود بیاورد. برقراری رابطه مناسب و استفاده از مهارت‌های روان‌شناختی، برای مدیریت این رابطه، تشویق بیمار به بیان جریان بیماری برای به‌دست آوردن اطلاعاتی راجع به علل بیماری و استفاده از سایر منابع برای کسب اطلاعات دقیق‌تر مثل پرونده پزشکی بیمار و اطلاعات از خانواده و... کشف میزان علاقه و انگیزه بیمار برای درمان به‌کار بردن روش‌هایی برای تحریک انگیزه بیمار برای درمان، مشخص نمودن

این که مشکل بیمار مناسب برای شناخت درمانی است یا نه... و بسیاری موارد دیگر به‌عنوان اصول اولیه در هر نوع روان‌درمانی و به‌ویژه شناخت‌درمانی به‌کار می‌روند.

شناخت‌درمانی نه تنها در کشورهای غربی پذیرفته شده و به‌کار می‌رود، بلکه در کشورهای آسیایی نیز جایگاه ویژه‌ای یافته است. واقعیت این است که برای کاربرد شناخت‌درمانی در آسیا، مشکلات فلسفی، فرهنگی و سیاسی بسیاری وجود دارد. با این حال، یافته‌های به‌دست آمده به‌طرز امیدوارکننده‌ای نشان‌دهنده مؤثر بودن آن هستند. در حال حاضر متخصصان بالینی و پژوهشگران براساس یافته‌های علمی پذیرفته‌اند که شناخت‌درمانی به‌عنوان یک رویکرد روان‌درمانی کارآمد مبتنی بر شواهد^۱، در کاهش رنج افراد مؤثر است (فری، ۱۹۹۹).

پروفسور «ویندی درایدن» استاد روان‌درمانی کالج گلداسمیت^۲ انگلستان و یکی از بزرگترین رهبران درمان‌شناختی و شناختی - رفتاری در جهان است که در این حوزه سابقه‌ای ۳۰ ساله دارد. او نویسنده ویراستار بیش از ۱۶۰ کتاب تخصصی است. کتاب‌هایی مثل «راهنمای جامع درمان فردی»، «نکته‌های کلیدی مشاوره عملی» و... از معروف‌ترین کتاب‌های او هستند.

دکتر مایکل نینان رئیس «مرکز مدیریت استرس» در لندن و ویراستار نشریه «درمانگران روش عقلانی - هیجانی - رفتاری» است. «شناخت‌درمانی فشرده» و «درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری به شکل فشرده» از جمله پر فروش‌ترین کتاب‌های او است که در آنها درمان‌های شناختی و عقلانی - هیجانی - رفتاری را به شکل خلاصه و عملیاتی معرفی کرده است. از این دو نویسنده کتاب «زندگی خردمندانه» به فارسی برگردانده شده و نیز کتابی مشابه همین کتاب با نام «درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری: ۱۰۰ تکنیک و نکته کلیدی» توسط انتشارات ارجمند زیر چاپ است.

براساس رویکردهای جدید به درمان‌های روان‌شناختی که مبتنی بر عملیاتی کردن و ساده‌سازی فرآیند درمان برای متخصصان و درمانگران، به‌ویژه درمانگران تازه‌کار است، نینان و درایدن مجموعه کتاب‌هایی را تألیف نموده‌اند که مراحل درمان را به شکل گام به گام و نکته به نکته برای درمانگران تشریح می‌کند. به‌عبارت دیگر کتاب‌های آنها نسخه‌هایی هستند که از اولین تا آخرین جلسه درمانی همراه درمانگر بوده و مسیر درمان را روشن می‌نمایند.

روان‌شناسی و درمان‌های روان‌شناختی رفته‌رفته جایگاه خود را در کشور ما یافته و گرایش افکار عمومی به استفاده از تخصص و دانش روان‌شناس بیشتر و بیشتر می‌شود و این خود مستلزم ارتقای روزافزون دانش و تخصص درمانگران کشور ما خواهد بود. امروزه سلسله کتاب‌هایی که به شکل فشرده و با صرف حداقل وقت بیشترین اطلاعات را در اختیار درمانگران قرار می‌دهند، مورد توجه خاص قرار گرفته‌اند. کتاب حاضر نیز که ۱۰۰ نکته کلیدی در فرآیند شناخت‌درمانی را پیش روی درمانگران قرار می‌دهد، می‌تواند آگاهی درمانگران را از شناخت درمانی بالا برده و جوابگوی سؤالات

1. evidence based
2. Goldsmiths

آنها باشد و به همین دلیل توسط مترجمان به فارسی برگردانده شد تا راهگشای تمامی علاقه‌مندان به‌ویژه کسانی باشد که به تازگی در مسیر شناخت‌درمانی قرار گرفته‌اند. البته ترجمه حاضر خالی از اشکال نبوده و مترجمان بی‌صبرانه به انتظار نظرات و پیشنهادات سرشار از محبت خوانندگان هستند و به‌خصوص چشم به راهنمایی‌های ارزنده بزرگان و متخصصان امر دوخته‌اند.

اما در راستای تحقق هدف مترجمان جهت ارائه هرچه بهتر و سریع‌تر متن حاضر اساتید و دوستان زیادی متحمل زحمت شده‌اند که همین‌جا دستان پرتوان آنها را به مهر می‌فشاریم و آرزوی سلامتی و توفیق را بدرقه راهشان می‌نماییم، به‌ویژه:

جناب آقای دکتر ارجمند که به‌عنوان یک روان‌پزشک دانشمند و ناشر علاقه‌مند علاوه بر اشتغال به‌کار طبابت بخش عمده‌ای از وقت، انرژی و علاقه وصف‌نشده‌ی خود را صرف گسترش مبانی نظری و ارتقای جایگاه علمی متخصصان پزشکی و پیراپزشکی و به‌ویژه حوزه بهداشت روانی نموده‌اند و حقیقتاً توانسته‌اند انتشارات ارجمند را به‌عنوان یک مرکز علمی معتبر به‌خصوص در حوزه روان‌شناسی و روان‌پزشکی به جامعه علمی و حوزه نشر ایران معرفی کنند.

در پایان جا دارد از مجموعه همکاران زحمتکش انتشارات ارجمند به‌ویژه آقای نوروزی که با گشاده‌رویی و صمیمیت وافر از هیچ کوششی برای ارائه بهتر و سریع‌تر کار دریغ ننموده و خانم‌ها نویدی و روستا که با دقت فراوان زحمت تایپ و غلط‌گیری‌های مکرر کتاب را به عهده داشتند، قدردانی کنیم.

دکتر حمید یعقوبی

دکتر معصومه کریمی

مقدمه

رفتاردرمانی شناختی (CBT) به مثابه چتری است که رویکردهایی نظیر رفتاردرمانی عقلانی هیجانی، آموزش مسئله‌گشایی، شناخت‌درمانی، درمان فراشناختی، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را دربرمی‌گیرد. این رویکردها بر حسب میزان اهمیتی که به تکنیک‌ها و اصول شناختی در برابر تکنیک‌ها و اصول رفتاری می‌دهند متفاوت هستند اما همه آنها به اتفاق به دنبال «جایگزین سازی رفتارها، هیجان‌ها و شناخت‌های سازگارانه به جای ناسازگارانه» هستند (کراسکی، ۲۰۱۰: ۴). مدل برجسته در حوزه CBT، شناخت‌درمانی (CT) است که توسط آرون، تی. بک (متولد ۱۹۲۱) روان‌پزشک آمریکایی دانشگاه پنسیلوانیا در اوایل دهه ۱۹۶۰ مطرح شد. این کتاب متمرکز بر مدل بک است. نام مؤسسه بک در فیلادلفیا از CT به CBT تغییر نام یافته است و این خود حاکی از آن است که «معمولاً CT می‌تواند تحت عنوان ژنریک CBT مطرح شود» (بک و دوزویس، ۲۰۱۱).

رویکرد بک در ابتدا بر پژوهش و درمان افسردگی متمرکز بود (بک و همکاران، ۱۹۷۹)، اما CBT در سه دهه اخیر برای حوزه‌های گوناگونی از قبیل: اختلالات اضطرابی (کلارک و بک، ۲۰۱۰)، سوء‌مصرف مواد (بک و همکاران، ۱۹۹۳)، اختلالات شخصیت (دیویدسون، ۲۰۰۸)، روان‌پریشی (موریسون، ۲۰۰۱)، اختلال دوقطبی (نیومن و همکاران، ۲۰۰۲)، مشکلات طبی مزمن (وایت، ۲۰۰۱)، اختلالات خوردن (فیرین، ۲۰۰۸)، کودکان، جوانان و خانواده‌ها (فوگل و همکاران، ۲۰۱۳) و افراد مسن (جیمز، ۲۰۱۰) به کار بسته شده است. علی‌رغم کاربردهای روبه‌رشد و به‌نظر پیچیدگی ظاهری CBT، «اساس نظریه و درمان شناختی اختلالات هیجانی» در یک جمله ساده تلخیص شده است: «احساسات شما متأثر از افکار شما است» (کلارک و بک، ۲۰۱۰: ۳۱).

CBT به تجربه‌گرایی علمی بسیار پایبند است (کلارک و بک، ۲۰۱۰). بدین معنا که به دنبال حمایت علمی برای مبانی نظری CBT و آزمودن اثربخشی مداخلات بالینی آن است. تجربه‌گرایی علمی نه تنها یک روش علمی است بلکه یک ذهنیت و رویکرد است - بدین معنی که حتی اگر شواهد پژوهشی نیز از مفاهیم کلیدی CBT حمایت نکنند کنار گذاشته خواهند شد. [در این رویکرد] درمانگران ترغیب می‌شوند تا در جایگاه متخصص - دانشمند قرار گرفته و برای ارتقای فعالیت بالینی و نیز ارزشیابی اثربخشی فعالیت‌شان بر شواهد پژوهشی متکی باشند؛ مراجعان نیز ترغیب می‌شوند تا خود را در جایگاه تجربی قرار داده و با آزمودن افکار و باورهای مشکل‌سازشان تلاش کنند تا دیدگاه‌ها و نقطه‌نظرات سودمندتر و دقیق‌تری شکل دهند. البته درمانگران معتقد به سایر

جهت‌گیری‌های نظری بر این باوراند که درک رفتار انسان و تغییر آن نه فقط از طریق علم بکه از سایر منابع (فلسفه، ادبیات، معنویت) نیز حاصل می‌شود؛ رویکرد علمی نمی‌تواند تمامی پرسش‌های مبهم مربوط به وضعیت بشر را پاسخ گوید.

از زمان چاپ نخست این کتاب در سال ۲۰۰۴ تا کنون، به دلیل حمایت مالی دولت از برنامه «تسهیل دسترسی به خدمات روان‌شناختی (IAPT)» در نظام مراقبت‌های بهداشتی (NHS) بریتانیا، استفاده از CBT به سرعت گسترش یافته است. در برنامه IAPT دو روش برای بهره‌مندی از خدمات CBT وجود دارد: مداخلات با شدت بالا که همان CBT استاندارد است - موضوع این کتاب - که مخصوص مراجعان دارای مشکلات شدید است و مداخلات با شدت پایین که ویژه مراجعان مبتلا به مشکلات روان‌شناختی خفیف و متوسط است. این مداخلات شامل مداخلات خودمدیریتی از قبیل استفاده از کتاب کارهای خودیاری و CBT رایانه‌ای تحت نظارت درمانگر است. تعداد جلسات درمان به‌طور معمول کمتر و مدت زمان آنها کوتاه‌تر است و می‌تواند به صورت چهره‌به‌چهره، تلفنی، ایمیلی، اسکایپی و به صورت گروهی باشد (هر دوی ما در مطب خصوصی مان با بعضی از مراجعان که ترجیح آنها این است که برای حل مشکلاتشان از روش‌های خودمدیریتی استفاده کنند از مداخلات با شدت پایین استفاده می‌کنیم). مؤسسه ملی تعالی سلامت و خدمات (NICE) به‌عنوان یک سازمان مستقل که وظیفه تهیه راهنماهای درمانی برای استفاده در نظام مراقبت‌های بهداشتی (NHS) را به‌عهده دارد، CBT را به‌عنوان درمان تراز اول برای دامنه وسیعی از اختلالات روان‌شناختی توصیه می‌کند.

ما در این کتاب، ۱۰۰ تکنیک و نکته کلیدی CBT را در تعداد صفحات متفاوت توضیح می‌دهیم. این ۱۰۰ نکته و تکنیک شامل مبانی نظری و عملی CBT بوده و سوءبرداشت‌های مربوط به این رویکرد را مورد بررسی قرار می‌دهند. مخاطبان اصلی این کتاب کارآموزان و درمانگران واجد صلاحیت و سایر مشاوران علاقه‌مند به این رویکرد هستند که لازم است با این رویکرد به‌عنوان بخشی از زمینه کلی روان‌درمانی‌های اصلی معاصر آشنا شوند. انتظار می‌رود این کتاب با استقبال زیاد خوانندگان مواجه شود.

مایکل نینان و ویندی درایدن

بخش ۱

مبانی نظری رفتاردرمانی شناختی



رویدادها به خودی خود احساسات ما را تعیین نمی‌کنند، بلکه آنچه اهمیت دارد معنایی است که ما به این رویدادها می‌دهیم.

«نقطه ثقل مدل رفتاردرمانی شناختی این نکته است که ذهن انسان پذیرنده منفعل تأثیرات و احساسات بیولوژیک و محیطی نیست، بلکه افراد فعالانه در شکل‌دهی به واقعیت مشارکت دارند» (کلارک، ۱۹۹۵: ۱۵۶) برای درک پاسخ هیجانی یک فرد به یک رویداد خاص، باید معنایی را که او به رویدادهای زندگی‌اش می‌دهد، بدانیم؛ یعنی تصور ذهنی فرد از واقعیت. برای مثال، فردی که شریک زندگی‌اش او را ترک کرده معتقد است که نمی‌تواند شاد باشد یا به تنهایی از عهده زندگی برآید، لذا افسرده می‌شود؛ فرد دیگری که شریک زندگی‌اش او را ترک کرده، احساس آسودگی می‌کند زیرا ارتباط قبلی خود را خفقان‌آور می‌دانست؛ فرد سوم احساس گناه می‌کند، چون باور دارد رفتار بدش موجب شده تا شریک زندگی‌اش او را ترک کند - یک اتفاق مشابه برای همه این افراد رخ داده است، اما عکس‌العمل‌ها یا هیجانی مشابه نمی‌بینیم، زیرا هر یک از این عکس‌العمل‌ها تحت تأثیر دیدگاه فرد درباره آن رویداد قرار دارد. پس اگر بخواهیم احساسمان را دربارهٔ یک رویداد تغییر دهیم، باید روش تفکرمان را دربارهٔ آن عوض کنیم.

زیربنای مفهومی رفتاردرمانی شناختی (CBT) به فلاسفهٔ رواقی دوران باستان چون اپیکتتوس و مارکوس آئورلیوس و دیدگاه‌های آنان در مورد کنترل ذهنی برمی‌گردد. اگرچه بسیاری از رویدادهایی که در زندگی ما اتفاق می‌افتد خارج از کنترل ماست، اما افکار و باورهای ما تحت کنترل ما هستند. بنابراین ما می‌توانیم انتخاب کنیم که چگونه به رویدادها پاسخ دهیم. این خود رویدادها نیستند که واکنش‌های هیجانی ما را تعیین می‌کنند، به‌عنوان مثال، از دست دادن شغل‌تان در یک بحران اقتصادی خارج از کنترل شما است اما از دست دادن مناعت طبع نتیجهٔ قضاوت شما از بیکار شدن‌تان است. (برای اطلاع از بحث جذاب پیوند بین فلاسفهٔ رواقی و CBT به رابرتسون، ۲۰۱۰، مراجعه کنید).

البته این بدین معنا نیست که بگوییم در CBT معاصر مسائل عاطفی فرد صرفاً ساخته ذهن او است، اما اثر منفی رویدادهای ناخوشایندی مانند (مورد سرقت قرارگرفتن) به واسطه تفکرات ناکارآمد و باورهایی که توانایی فرد را برای مقابله سازنده با این رویدادها مختل می‌کند، بدتر و شدیدتر خواهد شد (به‌عنوان مثال فرد با خود می‌گوید: «هرچقدر که در و پنجره‌ها را قفل کنم باز هم در خانه‌ام احساس امنیت نخواهم کرد»). CBT به مراجعان کمک می‌کند تا نقطه نظرات دیگری را برای برخورد با مسائل خود اتخاذ کنند (مثلاً «اگر به مسائل از منظر خود نگاه کنم، می‌دانم بهبود سیستم امنیتی به آرامش خاطر من و امنیت خانه‌ام کمک خواهد کرد اما قبول دارم و می‌پذیرم که با وجود آن هم هیچ تضمینی برای سرقت نشدن وجود ندارد»). شکل‌گیری نقطه نظرات جایگزین بر این اصل CBT تأکید می‌کند که همیشه برای توجه به پدیده‌ها تنها یک راه وجود ندارد و اهمیتی ندارد که چقدر این پدیده‌ها ناخوشایند هستند. ویکتور فرانکل روان‌پزشک معروف، حتی در شرایط هولناک آشویتس دریافت که «همه چیز را می‌توان از یک فرد گرفت به‌جز آزادی انسان را در انتخاب نگرش او درباره شرایط مختلف و همچنین آزادی او را در انتخاب راهش» (۱۹۸۵: ۸۶).