

درمان شناختی رفتاری افسردگی
در کهنه سربازان و نظامیان

فهرست مطالب

۹	..... سپاسگزاری
۱۱	..... مقدمه
۱۳	..... پیشگفتار
۱۵	..... مقدمه نویسنده
۱۵	..... درمان شناختی - رفتاری چیست؟
۱۵	..... ساختار این کتاب راهنما
۱۶	..... موردها
۱۹	..... فصل اول: مدل شناختی - رفتاری
۲۱	..... نظریه زیربنایی درمان شناختی - رفتاری
۲۲	..... نظریه شناختی
۲۲	..... مدل شناختی پایه
۲۳	..... ویژگی های افکار خودآیند
۲۶	..... مدل شناختی بسط یافته
۲۹	..... نظریه رفتاری
۳۳	..... ادغام نظریه شناختی و رفتاری
۳۴	..... مفهوم پردازش موردی CBT
۵۵	..... فصل دوم: ساختار کلی جلسه
۵۸	..... بررسی مختصر خلق
۶۲	..... پل زدن از جلسه قبل
۶۴	..... تدوین دستور جلسه
۷۰	..... بررسی تکلیف جلسه قبل
۷۳	..... بحث از موارد دستور جلسه
۷۴	..... خلاصه سازی های متناوب
۷۶	..... تکلیف دهی
۸۲	..... خلاصه نهایی و بازخورد
۸۴	..... پیاده سازی ساختار جلسه

۸۷.....	فصل سوم: مرحله آغازین درمان.....
۹۰.....	ارزیابی بالینی اولیه.....
۹۱.....	افزایش انگیزه.....
۹۲.....	اهداف کوتاه مدت.....
۹۴.....	پیامدهای نشانه‌های روان‌شناختی.....
۹۶.....	مزایای کاهش نشانه‌های روان‌شناختی.....
۹۷.....	نگرش‌ها به درمان و انتظارات از آن.....
۱۰۰.....	موانع شرکت در درمان.....
۱۰۲.....	آشناسازی با CBT.....
۱۰۵.....	تعیین اهداف درمانی.....
۱۰۸.....	ارزیابی خطر خودکشی و برنامه‌ریزی ایمنی.....
۱۱۱.....	فصل چهارم: مرحله میانی درمان.....
۱۱۳.....	راهبردهای رفتاری.....
۱۱۴.....	نظارت بر فعالیت.....
۱۲۲.....	برنامه‌ریزی فعالیت.....
۱۳۰.....	برنامه رویدادهای لذت‌بخش.....
۱۳۳.....	راهبردهای جایگزین برنامه‌ریزی فعالیت.....
۱۳۷.....	فعال‌سازی رفتاری.....
۱۳۹.....	تکلیف عمل مرحله‌به‌مرحله.....
۱۴۰.....	آموزش آرمیدگی و کنترل تنفس.....
۱۴۲.....	راهبردهای شناختی.....
۱۴۴.....	کار با افکار خودآیند.....
۱۴۴.....	شناسایی افکار خودآیند.....
۱۵۲.....	ارزیابی افکار خودآیند.....
۱۶۴.....	کارت‌های مقابله‌ای.....
۱۶۷.....	دیدگاه ۳C: پیدایش کن، بررسی اش کن، تغییرش بده.....
۱۶۸.....	کار با باورهای بنیادین.....
۱۶۹.....	شناسایی باور بنیادین.....
۱۷۱.....	اصلاح باور بنیادین.....
۱۸۱.....	راهبردهای حل مسئله.....

۱۸۹	.....	ارزیابی سود و زیان
۱۹۳	.....	فصل پنجم: مرحله پایانی درمان
۱۹۵	.....	بررسی پیشرفت به سمت اهداف درمانی
۱۹۶	.....	بازنگری و تحکیم مهارت‌ها
۱۹۸	.....	طرح‌ریزی درمانی تکمیلی
۱۹۸	.....	تداوم درمان
۱۹۸	.....	کاهش تدریجی جلسات درمان
۱۹۹	.....	ارجاع برای درمان دیگر
۱۹۹	.....	خاتمه درمان
۲۰۰	.....	نتیجه‌گیری
۲۰۵	.....	منابع
۲۰۹	.....	فهرست اصطلاحات
۲۱۵	.....	پیوست
۲۶۱	.....	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی
۲۶۳	.....	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی

سپاسگزاری

حمایت از این کتاب به وسیلهٔ اداره خدمات بهداشت روان، اداره مرکزی امور کهنه‌سربازان و دپارتمان امور کهنه‌سربازان ایالات متحده امریکا فراهم شد.

مقدمه

افسردگی یک اختلال ناتوان‌کننده روانی است که می‌توان آن را به‌عنوان چهارمین علت اصلی ناتوانی در سراسر جهان در نظر گرفت و انتظار می‌رود به زودی به دومین دلیل اصلی بار بیماری در جهان بدل شود. بی‌انگیزگی و بی‌حوصلگی، فقدان انرژی، ناتوانی در لذت بردن از فعالیت‌های لذت‌بخش، انزوا، احساس بی‌ارزشی و حقارت و افکار مرگ و خودکشی علائم محوری افسردگی هستند که این اختلال را به اختلالی ناتوان‌کننده تبدیل کرده‌اند.

درحالی‌که نشان داده‌شده که CBT مؤثرترین رویکرد درمان روان‌شناختی برای اختلال افسردگی است، اما هنوز یک مانع اساسی بر سر راه استفاده از این درمان وجود دارد: آموزش درست درمانگر پیش‌بین مهمی برای نتیجه درمان است و درحالی‌که در سراسر جهان دوره‌های آموزشی برای این نوع درمان برگزار می‌شود اما در برخی دوره‌ها آموزش مداخلاتی که به مدل اصولی CBT پایبند باشند، کمتر انجام می‌گیرد. علل عدم پایبندی و پیروی از اصول دقیق CBT می‌تواند متفاوت باشد از جمله عدم دانش کافی آموزش‌دهندگان در رویکرد CBT، آموزش رویکردهای کوتاه‌مدت درمان افسردگی، ایجاد تغییرات در جهت انطباق فرهنگی، مشاوره‌های تلفنی، مشاوره‌های اینترنت محور و مشاوره از راه دور و حتی برنامه‌های تلفن همراه که سعی در کمک به افراد مبتلا به این اختلال دارند.

باینکه هدف اصلی این کتاب درمان اختلال افسردگی با رویکرد CBT است اما سعی شده از همان ابتدا اصول اولیه CBT که در تمام انواع درمان‌ها با این رویکرد قابل استفاده هستند توضیح داده شود. کتاب با شرح مختصری از چهار مورد بالینی آغاز می‌شود و نویسنده با ظرافتی مثال‌زدنی در طول کتاب و هر جا که لازم باشد پیاده‌سازی مراحل مختلف CBT و تکنیک‌های آن را در جلسات مختلف درمان این افراد به تصویر می‌کشد. همچنین ارائه فرم‌ها، تصاویر و شکل‌های مختلف در طول توضیحات این کتاب، بر فهم بهتر مطالب آن افزوده است.

مسئله‌ای که به گستره کاربرد این کتاب می‌افزاید رنگ و بوی نظامی مثال‌ها و نکته‌هایی است که در باب درمان نظامیان و کهنه‌سربازان در جای‌جای این کتاب آورده شده است که این کتاب را از این حیث در میان کتب ترجمه‌شده در ایران منحصربه‌فرد می‌کند.

دکتر شهربانو قهاری

استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

پیشگفتار

در کوششی برای انتقال روان‌درمانی‌های شواهد-محور از آزمایشگاه به اتاق درمان و تحقق بخشیدن به پتانسیل کامل این درمان‌ها برای کهنه‌سربازان، دپارتمان کهنه‌سربازان (VA) در اداره سلامت کهنه‌سربازان (VHA) که بازوی مراقبت بهداشتی امور کهنه‌سربازان است، نوآوری‌هایی ملی را برای اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، بیماری‌های شدید روانی و سایر شرایط به‌وجود آورده است. به‌عنوان بخشی از این کوشش، VA برنامه آموزش ملی کارکنان را در درمان شناختی-رفتاری (CBT) آغاز کرده است. این آموزش CBT، بزرگ‌ترین طرح آموزش CBT در کشور است. هدف کلی برنامه CBT برای درمان افسردگی فراهم آوردن آموزش مبتنی بر توانمندی‌ها برای کارکنان بهداشت روانی VA است. این آموزش شامل کارگاهی تجربه-محور است که مشاوره مداوم و هفتگی با یک کارشناس درمانی را به‌دنبال دارد. این آموزش هم بر نظریه و هم کاربرد CBT برای درمان افسردگی بر پایه پروتکل توصیف‌شده در این کتاب که به‌طور ویژه‌ای برای درمان کهنه‌سربازان و نظامیان افسرده نوشته شده است، تأکید می‌کند. ارزیابی اولیه این برنامه نشان داده است که آموزش و اجرای این پروتکل درمانی به‌وسیله درمانگران بهداشت روان VA مهارت‌های درمانگر و نتایج بیماران را به‌طور قابل توجهی بهبود می‌بخشد (کارلین، ۲۰۰۹؛ کارلین و همکاران، ۲۰۱۰). این کتاب طوری طراحی شده است که به‌عنوان یک منبع آموزشی برای درمانگران در پیاده‌سازی برنامه آموزش CBT برای افسردگی امور کهنه‌سربازان عمل می‌کند. به‌علاوه برای افراد دیگر، چه در درون VHA و چه بیرون از آن، که علاقه‌مند به افزایش مهارت‌های CBT خود هستند، مناسب است.

اگرچه تمرکز این کتاب بر کاربرد CBT برای افسردگی است، راهنما و پروتکلی درمانی بر مبنای امتیازات مهم CBT است که می‌تواند برای درمان سایر شرایط بهداشت روانی و رفتاری مورد استفاده قرار گیرد. در این پروتکل، نظریه و راهبردهای شناختی و رفتاری در قالب یک رویکرد و راهنمای جامع به‌وسیله مفهوم‌پردازی موردی دقیق که مؤلفه‌ای مهم از این درمان است، یکپارچه شده‌اند. به‌علاوه این پروتکل تأکید قابل توجهی بر رابطه درمانی دارد که یک متغیر زمینه‌ای بسیار مهم در CBT است. ما بر این باوریم که اجرای خوب CBT نیازمند اتحاد درمانی بسیار مستحکم و حمایتگر است. بنابراین CBT برای افسردگی در کهنه‌سربازان و نظامیان به‌شدت بر درمان در درمان شناختی-رفتاری تأکید می‌کند و با بیشتر رویکردهای آموزش روان یا رویکردهای اساساً مهارت محور متفاوت است. تجربه ما نشان داده است که درمان مبتنی بر مفهوم‌پردازی موردی و تمرکز بر رابطه درمانی، عناصر درمانی بسیار مهمی به‌هنگام کار با کهنه‌سربازان افسرده هستند.

ما بر این باوریم که اجرای خوب CBT نیازمند اتحاد درمانی بسیار مستحکم و حمایتگر است.

در سراسر این کتاب موردهای نمونه‌ای آورده شده که ترکیبی از کهنه‌سربازان و نظامیان افسرده‌ای که ما درمان کرده‌ایم را نشان می‌دهند. این موردها طوری طراحی شده‌اند که کاربرد عینی مهارت‌های CBT را در "زندگی واقعی" بیماران نشان دهند. به علاوه برگه‌ها و فرم‌های مورد استفاده برای اجرای این پروتکل در سراسر این کتاب و همچنین قسمت ضمیمه آورده شده است.

چه شما در CBT تازه‌کار باشید و چه در جستجوی افزایش مهارت‌های CBT خود باشید، امیدواریم که این کتاب منبعی مفید برایتان بوده و به شما در اجرا و کیفیت ارائه CBT به کهنه‌سربازان و نظامیان افسرده یاری رساند.

مقدمه نویسنده

درمان شناختی - رفتاری چیست؟

درمان شناختی - رفتاری (CBT) درمانی ساختاریافته، محدود از لحاظ زمانی، متمرکز بر اکنون است که به بیماران در گسترش راهبردهایی برای اصلاح الگوهای فکری یا شناخت‌های کژکار (یعنی C در CBT) و هیجانات و رفتارهای ناسازگار (یعنی B در CBT)، برای کمک به آنها در حل مشکلات کنونی‌شان، یاری می‌رساند. میانگین دوره CBT تقریباً ۱۶ جلسه است که بیماران یک یا دو بار در هفته ملاقات می‌شوند. CBT در ابتدا برای درمان افسردگی به‌وجود آمد (ای. تی. بک، ۱۹۷۸؛ ای. تی. بک، راش، شاو و امری، ۱۹۷۹) و از آن زمان تا به حال برای درمان اختلالات اضطرابی (ای. تی. بک و امری، ۱۹۸۵)، اختلالات مصرف مواد (ای. تی. بک، رایت نیومن و لایس، ۱۹۹۳)، اختلالات شخصیت (ای. تی. بک، فری من، دیویس و همکاران، ۲۰۰۴)، اختلالات خوردن (فیر برن، ۲۰۰۰)، اختلال دوقطبی (باسکو و راش، ۱۹۹۶) و حتی اسکیزوفرنی (ای. تی. بک، رکتور، استالر و گرت، ۲۰۰۹) به‌کار رفته است. بسیاری از بیماران بهبود قابل‌ملاحظه‌ای را بعد از ۴ تا ۱۸ هفته CBT نشان داده‌اند (هرچ، جالی و ویلیامز، ۲۰۰۰). پژوهش‌های کنونی نشان می‌دهد که CBT در درمان نشانه‌های خفیف، متوسط و شدید سلامت روان مؤثر است (برای مثال درابیس و همکاران، ۲۰۰۵؛ الکین و همکاران، ۱۹۸۹)، به‌طوری‌که اثربخشی آن در کوتاه‌مدت به‌اندازه درمان‌های دارویی و در بلندمدت بیشتر از آنها است (هالان، استوارت و استرانگ، ۲۰۰۶ را ببینید). پژوهش‌های بسیاری اثربخشی CBT را برای درمان مجموعه‌ای از اختلالات روانی با استفاده از درمان فردی (باتلر، چپ من، فورمن و بک، ۲۰۰۶) و درمان گروهی (کریجی و ناتان، ۲۰۰۹) نشان داده‌اند.

ساختار این کتاب راهنما

این کتاب در ۵ بخش اصلی سازمان‌یافته است: الف) نظریه شناختی-رفتاری و شیوه‌ای که این نظریه تبدیل به درمان می‌شود، ب) ساختار جلسه CBT، پ) مداخلاتی که در مرحله آغازین درمان رخ می‌دهد، ت) مداخلاتی که در مرحله میانی درمان رخ می‌دهد، ث) مداخلات مرحله پایانی درمان.

در سراسر این ۵ بخش اصلی، برای نشان دادن کاربرد راهبردهای شناختی و رفتاری، مثال‌های موردی بر مبنای تجربه بالینی آورده شده است. علاوه بر این توصیه‌های مفیدی برای به کار بردن راهبردها و غلبه بر موانع رایجی که اغلب درمانگران با آنها روبرو می‌شوند آورده می‌شود. از این کتاب به‌ویژه می‌توان در اجرای CBT برای کهنه‌سربازان و نظامیان استفاده نمود. محتوای این پروتکل، به‌علاوه

موضوعات ویژه در کاربرد CBT، برای این جمعیت خاص ارائه می‌شود. به علاوه در این کتاب بر مؤلفه‌ها و فرایندهای درمانی خاصی تأکید شده است تا از این طریق به موضوعات رایجی که به هنگام استفاده از CBT با کهنه‌سربازان و نظامیان دیده می‌شود، پرداخته شود. برای سهولت، ما از واژه‌های بیماران و کهنه‌سربازان استفاده می‌کنیم. این اصطلاحات می‌توانند به‌جای هم به کار رفته و کارکنان نظامی فعال (شامل اعضای نیروهای مسلح فعال و ذخیره) را در برمی‌گیرند.

موردها

در زیر چهار مورد خیالی که در سراسر این کتاب در جهت روشن‌سازی راهبردهای توصیف‌شده آورده شده است، ارائه می‌شود.

دانیال

دانیال یک کهنه‌سرباز ۶۳ ساله جنگ ویتنام است که به مدت ۲۰ سال است که گاه تحت درمان قرار می‌گیرد. او سابقه افسردگی، پرخاشگری و مشکلات فراوانی در رابطه با همسر، فرزندان و همکارانش دارد. وی به‌تازگی کارش را به‌عنوان مدیر یک نمایندگی اتومبیل رها کرده است. اگرچه اظهار می‌دارد که به دلیل تعدیل نیرو از آن شرکت کنار گذاشته شده، معتقد است که مدیر منطقه‌ای چندین سال برای کنار گذاشتن او تلاش کرده است. از دانیال انتظار می‌رفت که یک دوره ۵ ساله دیگر نیز کار کند، اما وی قادر به یافتن شغلی جدید که مناسبش باشد نبود، در نتیجه مشکلات مالی قابل‌ملاحظه‌ای را گزارش می‌کند. به علاوه رابطه دانیال با همسر و فرزندانش رو به وخامت گذاشته است. فرزندانش خارج از شهر زندگی می‌کردند و زمانی که تماس می‌گرفتند فقط می‌خواستند با همسر دانیال صحبت کنند. او و همسرش به‌ندرت باهم صحبت می‌کنند و در اتاق‌های مجزا می‌خوابند. دانیال دوستان کمی دارد که با آنها پوکر بازی می‌کند، اما ادعا می‌کند که آن‌قدر با آنها راحت نیست که به خاطر مشکلاتش بتواند پیش آنها اشک بریزد. دانیال مشکلات پزشکی نیز دارد که نگرانی‌های او را افزایش می‌دهد. به دلیل ابتلا به پانکراتیت (التهاب لوزالمعده) مزمن، به‌تازگی به دیابت مبتلا شده است. وی در مورد مشکلات رژیم غذایی، از رژیم دارویی سختی که باید داشته باشد صحبت می‌کند.

سامی

سامی یک کهنه‌سرباز آفریقایی-آمریکایی در جنگ طولانی در عراق است که برای درمان افسردگی و افکار خودکشی ارجاع داده شده است. او به‌تازگی پس از دو سال خدمت در ارتش، از عراق به کشور بازگشت. او برای پرداخت هزینه مدرسه به ارتش ملحق شد و به‌طور ناخواسته‌ای در سال آخر دانشکده برای جنگ در عراق اعزام شد. او معشوقه‌اش، مدرسه‌اش و کاری نیمه‌وقت که نویددهنده آینده‌ای درخشان بود را به مدت ۱۲ ماه رها کرد که در نهایت تا ۱۸ ماه نیز طول کشید. در این مدت در عراق از یک انفجار بمب جاده‌ای نجات پیدا کرد، به‌طوری‌که دو روز بی‌هوش بود. از زمانی که از عراق بازگشت، کم‌کم از دیگران دوری جسته و در حال سرد شدن از خانواده و کسانی بود که دوستشان داشت. سامی سعی کرد به کار نیمه‌وقتش بازگردد اما بعد از دو هفته آن کار را ترک کرد؛ چرا که تمرکز برایش سخت بود و اشتباهات زیادی را مرتکب می‌شد. او عنوان می‌کند که هیچ برنامه‌ای برای آینده نداشته و مانده است که آیا زندگی‌اش اصلاً ارزش زیستن را دارد؟ آزمایش عصب روان‌شناختی در مرکز طبی اداره امور کهنه‌سربازان، ضربه مغزی خفیفی را نشان می‌دهد. او نگرانی زیادی درباره توانایی‌های کنونی‌اش و اعتماد به دیگران دارد.

هلن

هلن یک پرستار ۴۰ ساله گارد ملی است که به‌تازگی از اعزام بازگشته و فهمیده است که همسرش او را ترک کرده و با فرزندانش به ایالت دیگری نقل‌مکان کرده است. به‌علاوه برخلاف اینکه فکر می‌کرد پس از بازگشت شغلش حفظ شده است، فهمید که بیمارستانی که در آن کار می‌کرد، جای او را به فرد دیگری داده است، چرا که بیش از مأموریت اصلی‌اش به‌صورت داوطلب خدمت کرده بود. در جبهه، گزینه افزایش خدمت، اجباری بود، بنابراین فکر می‌کرد که موقعیت قبلی‌اش حفظ خواهد شد. تلاش‌های هلن برای یافتن شغلی در شهر کوچکش موفقیت‌آمیز نبود و همسرش قبول نکرده بود که دوباره او را ببیند. افسردگی او به‌تدریج شدیدتر شده بود و طی سه هفته گذشته بیشتر روز را در رختخواب گذرانده بود. همچنین هلن نشانه‌های قابل‌ملاحظه‌ای از اضطراب را گزارش کرده و طی هفته گذشته چهار حمله وحشت‌زدگی داشته است.

مری

مری یک خلبان ۲۸ ساله بالگرد ارتش است که به دلیل سقوط در افغانستان صدماتی جدی دیده است. در زمان یک عملیات جست‌وجو و نجات سطح پایین، بالگرد او مورد اصابت یک آرپی‌جی قرار گرفت، قدرت هیدرولیکی‌اش را از دست داد و با یک کوه برخورد کرد. دو سرباز آن بلافاصله کشته شدند و بیشتر سرنشینانش به شدت آسیب دیدند. مری اظهار می‌دارد که تنش و تشویش بسیاری را در چند ماه اخیر تجربه کرده است. او برای برگشت به پرواز مشتاق است، اما یگان او و به‌طور کلی ارتش برای او مانع تراشیده است. او در انتظار تشکیل شورای پزشکی است. چرا که ممکن است به پرواز بازگشته و ناگهان به او خبر دهند که به این دلیل که او قطع عضو است، نمی‌توانند به او اجازه پرواز دهند. علایق و روابط بیرونی‌اش کمتر از آن است که تا زمانی که پاسخ شورای پزشکی می‌آید او را سرگرم کند. به‌علاوه مری زمانی که به او می‌گویند به دلیل جراحتش به‌صورت متفاوتی تحت درمان قرار می‌گیرد، بسیار خشمگین می‌شود.

این کتاب روش درمان این چهار نفر توسط CBT را بیان می‌کند. بخش بعدی، نظریه شناختی-رفتاری و شیوه‌ای را که این نظریه می‌تواند برای فهم نمای بالینی آنها به اجرا بگذارد، توصیف می‌کند.

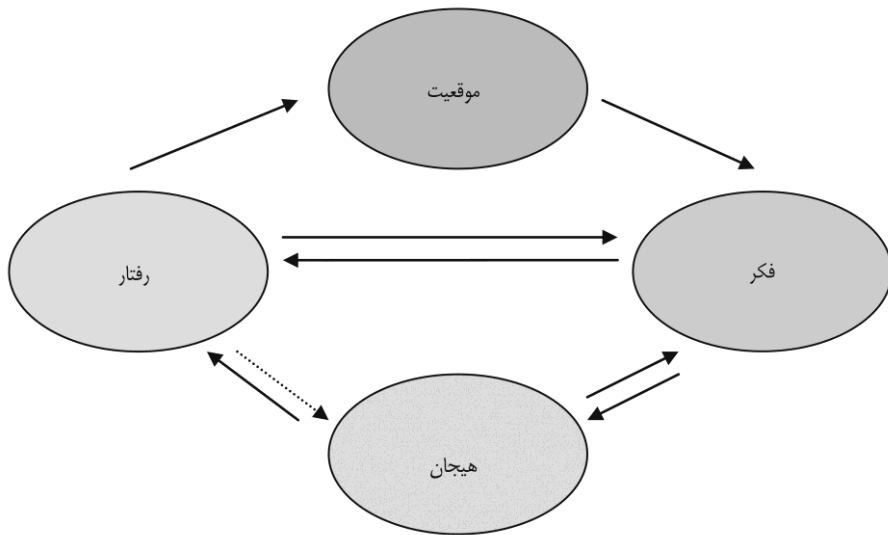
فصل اول:

مدل شناختی - رفتاری

فصل اول: مدل شناختی - رفتاری

نظریه زیربنایی درمان شناختی - رفتاری

در مورد هر نوع روان‌درمانی، فهم نظریه زیربنایی که می‌تواند نشانه‌های بیمار را در یک مفهوم‌پردازی هماهنگ، یکپارچه سازد و فهم راهبردهای درمان که به‌طور منطقی بتوان از آنها پیروی کرد مهم است. CBT نیز از این قاعده مستثنا نیست. طبق مدل شناختی - رفتاری، تجارب هیجانی تحت تأثیر افکار و رفتار ما هستند. زمانی که افراد الگوهای تفکر و رفتار غیر انطباقی را نشان می‌دهند، مشکلات سلامت روان، خود را نشان داده و اغلب در جهت تشدید نشانه‌ها و مشکلات بیمار با یکدیگر تعامل می‌کنند. در زیر رویکرد کلی CBT به تصویر کشیده شده است.



شکل ۱-۱. رویکرد کلی CBT

همان‌طور که در شکل ۱-۱ دیده می‌شود هیچ‌کدام از موارد به تنهایی، علت مشکلات سلامت روان نیستند. در عوض، تأثیر متقابل بین موقعیت‌های استرس‌زای زندگی، افکار کژکار یا بیهوده، هجوم فراوان هیجانات و رفتارهای غیرانطباقی، نشانه‌های بیمار را به وجود می‌آورند و آنها را تشدید می‌کنند. دو رویکرد نظری وجود دارد که در CBT سهیم‌اند: نظریه شناختی و نظریه رفتاری. هردوی این نظریه‌ها در ادامه به‌طور خلاصه توضیح داده خواهند شد.

نظریهٔ شناختی

واژهٔ شناخت به فرآیند شناختن یا ادراک اطلاق می‌شود، بنابراین تمرکز اصلی نظریهٔ شناختی بر تفکر و شیوه‌ای است که محتوای تفکر و سبک‌های پردازش اطلاعات، با خلق، پاسخ‌های هیجانی و رفتار ما مرتبط است. طبق نظریهٔ شناختی، شیوه‌ای که ما تفکر، ادراک، تفسیر و یا در موقعیت‌های خاص زندگی قضاوت می‌کنیم، بر تجارب هیجانی ما اثر می‌گذارد. دو فرد ممکن است با موقعیت‌های یکسانی روبه‌رو شوند، اما از آنجا که آن دو نفر در مورد آن موقعیت‌ها به شیوه‌ای متفاوت فکر می‌کنند، در نتیجه واکنش‌های متفاوتی نیز به آن موقعیت‌ها از خود نشان می‌دهند.

طبق نظریهٔ شناختی، شیوه‌ای که ما تفکر، ادراک، تفسیر و یا در موقعیت‌های خاص زندگی قضاوت می‌کنیم، بر تجارب هیجانی ما اثر می‌گذارد.

مثال‌های موردی: دانیال و هلن

هم دانیال و هم هلن به‌تازگی شغل‌شان را از دست داده‌اند. هر دو بیکاراند و هر دو روابط مختلفی با همسر و فرزندانشان دارند. زمانی که دانیال به این مشکلات فکر می‌کند با خود می‌اندیشد که "زندگیم هیچ معنایی ندارد"، "من آدم مزخرفی‌ام چون نمی‌تونم اون کاری که می‌خوام رو انجام بدم". تعجب‌آور نیست که دانیال و هلن تجربه‌های هیجانی متفاوتی را گزارش می‌کنند. تجربهٔ هیجانی اصلی دانیال خشم است، درحالی‌که تجربهٔ هیجانی اساسی هلن غم است. پاسخ رفتاری دانیال به این هیجان نادیده گرفتن همسر و فرزندانش و شکایت از زندگی است، درحالی‌که پاسخ رفتاری هلن، گریه کردن و ماندن در رختخواب در بیشتر ساعات روز است.

مدل شناختی پایه

به افکاری اشاره کردیم که به‌عنوان افکار خودآیند در پاسخ به موقعیت‌ها یا اتفاقاتی خاص، خود را نشان می‌دهند. واژهٔ خودآیند به این خاطر به کار می‌رود که این افکار آن‌قدر سریع ظاهر می‌شوند که اغلب بیمار نمی‌تواند آنها را شناسایی کند و مهم‌تر اینکه اثر قابل‌ملاحظه این افکار بر واکنش‌های هیجانی و رفتاری متعاقب آنها، برای فرد آشکار نیست. برخلاف این حقیقت که این افکار بسیار سریع ظهور می‌کنند، اغلب اثرات عمیق بر خلق ما دارند چرا که برخی ارزیابی یا قضاوت‌هایی را از شرایط

کنونی ما به همراه دارند. ما این زنجیره را "مدل شناختی پایه" می‌نامیم. شکل ۱-۲، مدل شناختی پایه را به تصویر کشیده است.



شکل ۱-۲. مدل شناختی پایه

ویژگی‌های افکار خودآیند

نکات مهم دیگری در مدل شناختی پایه و ماهیت افکار خودآیند وجود دارند. اول اینکه لازم نیست حتماً موقعیت، یک رخداد خارجی در محیط فرد باشد. در حقیقت خاطرات، افکار، هیجانات و احساسات جسمانی می‌توانند افکار خودآیند دیگری را راه‌اندازی کند.

مثال موردی: دانیال

دانیال اغلب به بحثی که بیش از یک سال پیش با مدیرش داشته است، می‌اندیشد. همان‌طور که گفتگوهایش را به یاد می‌آورد، با خودش فکر می‌کند که "مدیرم هرگز به سال‌هایی که در شرکت اون زحمت کشیدم احترام نگذاشت". سپس با وجود اینکه از زمانی که از کار کنار گذاشته شده با مدیرش صحبت نکرده است، مثل همان مواقع عصبانی می‌شود. پیامدهای رفتاری این عصبانیت، به جای جست‌وجوی شغلی دیگر، بی‌حوصله چرخیدن، تلویزیون دیدن و برخورد سرد با همسرش است.

دوم اینکه نیاز نیست که افکار همیشه در ذهن بیماران، به شکل واژه‌هایی ظاهر شوند. در حقیقت بسیاری از بیماران گزارش می‌کنند که "تصاویر روشنی" را در پاسخ به موقعیت‌ها یا رخداد‌های خاص تجربه می‌کنند.

مثال موردی: هلن و مری

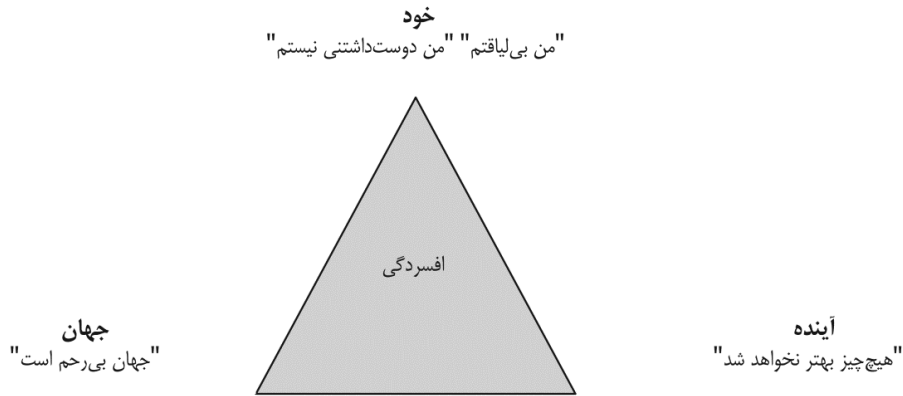
زمانی که هلن به این حقیقت فکر می‌کند که همسرش او را ترک کرده و فرزندانش را نیز برای زندگی در ایالتی دیگر، با خودش برده است، تصویری از زنی دیگر به ذهنش خطور می‌کند که در حال خواباندن بچه‌ها در رختخواب است و برایشان داستان می‌خواند. این تصویر سناریوی بدتری را برای آینده منعکس می‌سازد. زمانی که این تصاویر به ذهن هلن خطور می‌کنند، خلق افسرده‌اش افزایش یافته، توانایی دیدن این تصاویر را نداشته، به رختخواب بازمی‌گردد. در مقابل، بیماران دیگر، تصاویر زنده‌ای از تجارب سخت یا آسیب‌زا را از گذشته‌شان گزارش می‌کنند که تجارب هیجانی منفی را تسهیل می‌کنند. مری این‌گونه است که گاهی به هنگام تجربه خاطرات مزاحم سقوط بالگردش که منجر به صدمه‌ی وی شده است، آشفته می‌شود.

سوم اینکه افکار خودآیندی که افراد تجربه می‌کنند، تصادفی نیستند. در طول زمان، افراد راه‌های معینی را برای دیدن جهان به وجود می‌آورند که معرف طرح‌واره‌ها هستند. به گفته کلارک و بک (۱۹۹۹)، طرح‌واره‌ها ساختارهای درونی به‌نسبت پایداری از ویژگی‌های عمومی یا اصلی محرک‌ها، عقاید، یا تجارب هستند که اطلاعات جدید را به شیوه معنادار سازمان داده و در نتیجه مشخص می‌کنند که چگونه پدیده‌ها ادراک یا مفهوم‌پردازی شوند (ص، ۷۹)؛ بنابراین طرح‌واره‌ها مانند عدسی‌هایی هستند که به شیوه‌ای که افراد جهان را می‌بینند، رنگ می‌بخشند. طرح‌واره‌ها در افراد منجر به شکل‌گیری اعتقاداتی درباره‌ی خودشان، دیگران، جهان و آینده (همان باورهای بنیادین) می‌شوند و روشی را که ما داده‌های ورودی از محیط را پردازش می‌کنیم، تحت تأثیر قرار می‌دهند.

افراد منجر به شکل‌گیری اعتقاداتی درباره‌ی خودشان، دیگران، جهان و آینده (همان باورهای بنیادین) می‌شوند و روشی را که ما داده‌های ورودی از محیط را پردازش می‌کنیم، تحت تأثیر قرار می‌دهند. باورهای بنیادین غیر انطباقی یا بی‌فایده که می‌توانند از طرح‌واره‌های مرتبط با مشکلات سلامت روانی به وجود آیند، اغلب هدف درمان در CBT هستند.

طرح‌واره‌ها ذاتاً مشکل‌ساز نیستند. در حقیقت بدون طرح‌واره‌ها در سازمان‌دهی و فهم محرک‌هایی که در زندگی روزانه با آنها مواجه می‌شویم، با مشکلات بسیاری روبه‌رو می‌شدیم؛ چرا که طرح‌واره‌ها میان‌برهایی برای طبقه‌بندی و ارزیابی اطلاعات در اختیار ما می‌گذارند. با این حال طبق نظریه شناختی (کلارک و بک، ۱۹۹۹) برخی افراد طرح‌واره‌هایی سازگار با اختلالاتی چون افسردگی و اضطراب را پرورش می‌دهند. برای مثال فردی با طرح‌واره مربوط به افسردگی، باورهای بنیادین منفی یا بدبینانه‌ای

در مورد خودش، جهان و/یا آینده داشته (همان سه‌گانه شناخت منفی که در شکل ۳-۱، نشان داده شده است) و اطلاعات ورودی را از طریق "عدسی‌های" افسرده‌ساز، فیلتر می‌کند. باورهای بنیادین این فرد را در سه حوزه می‌توان نشان داد:



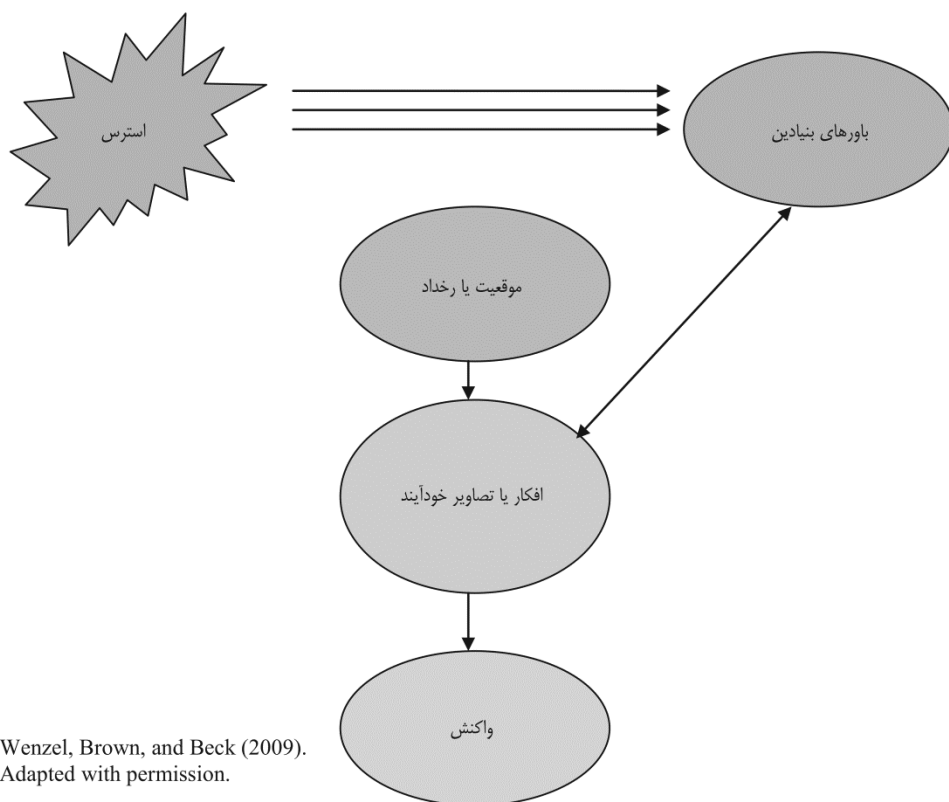
شکل ۳-۱. سه‌گانه شناخت منفی

مثال موردی: سامی

سامی این باورهای بنیادین را دارد که دائماً در حال آسیب دیدن است (باور منفی در مورد خود)، زندگی با او منصفانه برخورد نمی‌کند (باور منفی در مورد جهان) و اینکه زندگی‌اش بهتر نخواهد شد (باور منفی در مورد آینده). تعجب‌آور نیست که به‌سرعت چیزهای منفی و سازگار با این باورها را شناسایی می‌کند و چیزهای مثبت و ناسازگار با آنها را نادیده می‌گیرد. این باورهای بنیادین انواع افکار خودآیندی را که او در موقعیت‌های خاص تجربه می‌کند، تحت تأثیر قرار می‌دهد. سامی به درمان‌گرش می‌گوید که به‌تازگی مادرش کاری برایش پیدا کرده که آینده خوبی دارد. افکار خودآیند سامی این بود که "درخواست دادن برای اون کار بی‌فایده‌ست، درهرصورت نمی‌تونم اون رو به‌دست بیارم". طبق نظریه شناختی، این افکار خودآیند، در باورهای بنیادین آسیب‌دیده و مبنی بر اینکه زندگی رفتار منصفانه‌ای با او ندارد و زندگی‌اش هرگز تغییر نخواهد کرد، ریشه دارد.

مدل شناختی بسط‌یافته

اگرچه درمان‌گران شناختی- رفتاری در ابتدا اغلب روی پرورش مهارت‌های ارزیابی و اصلاح افکار خودآیند کار می‌کنند، زمانی که درمان پیش رفت، روی ارزیابی و اصلاح باورهای بنیادین و طرح‌واره‌های مرتبط تمرکز می‌کنند. شکل ۴-۱، چگونگی ارتباط باورهای بنیادین و افکار خودآیند را نشان می‌دهد.



Wenzel, Brown, and Beck (2009).
Adapted with permission.

شکل ۴-۱. مدل شناختی بسط یافته

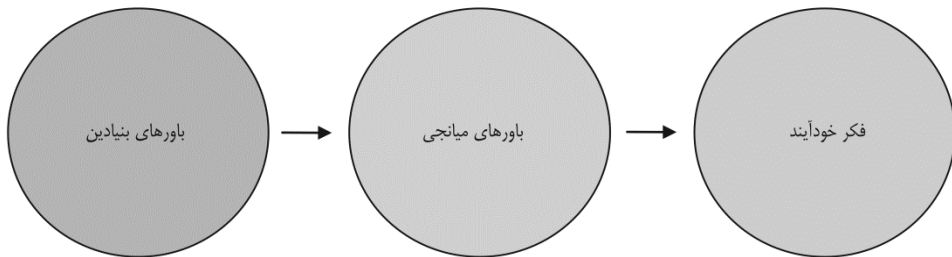
به "استرس" در شکل ۴-۱ توجه کنید. باورهای بنیادین و طرح‌واره‌های مرتبط با آنها که با افسردگی و اضطراب در ارتباط‌اند، دائماً فعال نیستند. طبق نظریه شناختی، این باورها در خلال کودکی یا در خلال تجربه‌های تکوینی دیگر بزرگ‌سالی به وجود آمده و تا زمانی که به هنگام استرس فعال نشده‌اند، خاموش هستند. به عبارت دیگر ترکیبی از طرح‌واره‌ها و استرس است که نوعاً دوره‌ای از افسردگی و اضطراب را به وجود می‌آورد.

مثال موردی: سامی

سامی در منطقه‌ای فقیرنشین بزرگ‌شده است که مردم آنجا به‌طور معمول باورهای منفی درباره افراد، جهان و آینده را تجربه می‌کردند. اغلب به او گفته می‌شد که مردم آن منطقه شانس برای فرار از این وضع ندارند، پس چرا خودشان را به زحمت بیندازند؟

با این حال قبل از اینکه به عراق اعزام شود، پیام مردم آن منطقه را نادیده گرفت و به جای آن تبدیل به انسانی بلندپرواز شد. در آن زمان اگر مادرش کار خوبی برایش پیدا کرده بود، موقعیت هیجان‌انگیزی به شمار آمده و بلافاصله به سراغ آن کار می‌رفت، اما زمانی که از جنگ بازگشت، بیشتر این‌طور فکر می‌کرد که "از اونجا که تردید دارم اصلاً کاری برای من وجود داشته باشه، بهتره که بیهوده وقتمو برای درخواست و جست‌وجوی کار تلف نکنم". با این حال باورهای بنیادین سامی درباره خودش، جهان و آینده فقط در زمینه استرس مرتبط با جراحی در عراق و انطباق متعاقب آن با زندگی گذشته‌اش، فعال می‌شد. اکنون زمانی که در مورد کار خوبی به او اطلاع می‌دهند، با افکار خودآیند خود ناکام‌کنی چون "درخواست دادن فایده‌ای نداره"، "در هر صورت نمی‌تونم اون کار را به دست بیارم"، پاسخ می‌دهد.

زمانی که باورهای بنیادین افراد منعقد شد، اغلب قواعد و مفروضه‌هایی را در مورد شیوه زندگی‌شان به وجود می‌آورند. ما این قواعد و مفروضه‌ها را "باورهای میانجی" می‌نامیم. اصطلاحی که نشان‌دهنده این حقیقت است که این باورها ریشه در باورهای بنیادین داشته و در موقعیت‌های خاص، افکار خودآیند را تغذیه می‌کنند (شکل ۵-۱ را ملاحظه کنید).



شکل ۵-۱. سطوح پردازش شناختی

باورهای میانجی نیز مانند باورهای بنیادین، غیرقابل انعطاف و مطلق‌اند. آن‌ها اغلب به صورت "مفروضه‌های شرطی" بیان می‌شوند (برای مثال "اگر مردم منو تحسین نکنن، پس من یه شکست خورده‌م"، "اگه این کار رو به صورت کامل به اتمام نرسونم، پس ناتوانم"، "اگه خیلی سخت کار کنم، پس اون کار سخت باید برایم به صرفه باشه"). این مفروضه‌ها می‌توانند با بوجد آوردن استانداردهای غیر واقع‌بینانه‌ای که بیماران فکر می‌کنند به هر قیمتی باید به آنها برسند، زمینه شکست فرد را مهیا کنند. به علاوه آنها می‌توانند باعث به وجود آمدن ناامیدی در بیمار شوند، چرا که برای رخدادهای ناخواسته‌ای که افراد به صورت ثابت در زندگی تجربه می‌کنند، توضیحی نمی‌دهند. مفروضه‌های شرطی می‌توانند به صورت جملات منفی یا مثبت بیان شوند. مثالی از مفروضه‌های شرطی منفی این است که: "اگه این ترفیع رو نگیرم یه بازنده‌ام"، چنین اظهارنظری، رابطه‌ای مطلق را بین معیاری خاص (برای مثال گرفتن ترفیع) و یک باور بنیادین غیر انطباقی (برای مثال من یک بازنده‌ام) به وجود آورده و بسیاری از عوامل دیگر را که در ساختن چنین قضاوت مطلقی نقش دارند را نادیده می‌گیرد. در مقابل مثالی از مفروضه‌های شرطی مثبت این است که "اگر این ترفیع را بگیرم پس موفق بوده‌ام"، چنین اظهاراتی، معیارهایی را تعیین می‌کند (که اغلب غیرواقعی‌اند) که از فعال شدن یک باور بنیادین غیر انطباقی جلوگیری می‌کند. بنابراین مشکل مفروضه‌های شرطی این است که غیرقابل انعطاف بوده، فراز و نشیب شرایط زندگی را که فرد با آنها روبرو می‌شود نادیده می‌گیرند و به برخی از شرایط و موفقیت‌های زندگی، وزنی افراطی می‌دهند.

علاوه بر این، افراد برای مقابله با باورهای بنیادین دردناکشان اغلب در "راهبردهای جبرانی" درگیر می‌شوند. این راهبردهای جبرانی خاص اغلب با قواعد و مفروضه‌های غیرقابل انعطافی که زیربنای باورهای میانجی را شکل می‌دهند، مرتبط می‌شوند. سه نوع اصلی راهبردهای جبرانی در بیماران افسرده و مضطرب مشاهده شده است: الف) حفظ رفتارهایی که باور بنیادین را پشتیبانی می‌کند، ب) مقابله با رفتارهایی که در اثبات غلط بودن باور بنیادین انجام می‌گیرند، ج) رفتارهای اجتنابی که برای عدم فعال‌سازی باورهای بنیادین انجام می‌گیرند.

مثال موردی: هلن

هلن دارای چند باور بنیادین غیر سودمند بوده و هر سه راهبرد جبرانی را نیز داراست. یکی از باورهای بنیادین او این است که "نمی‌تونم با مشکلات مقابله کنم" و او اغلب کارهایی را انجام می‌دهد که در جهت تقویت باور بنیادین اوست؛ برای مثال به دیگران اجازه می‌دهد که تصمیم‌گیری برای او را دشوار سازند و در هر صورت از تعارض با دیگران اجتناب می‌کند. از آنجاکه با مشکلات روبرو نمی‌شود، نمی‌تواند این باور که قادر به مقابله با آنها نیست را رد

کند. یکی دیگر از باورهای بنیادین او این است که "دوست‌داشتنی نیستم". هلن اغلب در رابطه با خشنودسازی دیگران افراط می‌کند؛ برای مثال بدون اینکه حرفی بزند، با انجام هر چیزی که دیگران می‌خواهند موافقت می‌کند تا دیگران دوستش داشته باشند. اگرچه این رفتار در کوتاه‌مدت باعث رضایت دیگران می‌شود، اما در درازمدت، توجهشان به او از دست رفته و احساس می‌کنند که او در این رابطه چیزی برای عرضه ندارد، که این به نوبه خود موجب می‌شود که از او فاصله بگیرند. این چرخه در نهایت باعث تقویت باور بنیادین "دوست‌داشتنی نبودن" شده، یک باور بنیادین مرتبط را فعال می‌سازد: "من یک آدم شکست‌خورده‌ام". همچنین هلن طوری رفتار کرده که در کل از فعال شدن این باور بنیادین اجتناب کند، به‌عنوان مثال به هنگام خدمت در ارتش، برای اینکه در مورد امکان برگرداندنش خطر نکند، به‌ندرت در مورد کسانی که با وی زندگی می‌کردند، صحبت می‌کرد.

بنابراین مدل شناختی مشکلات سلامت روان، لایه‌های بسیاری از شناخت غیر انطباقی را نشان می‌دهد که به‌طور بالقوه مشکلات بیماران را به وجود می‌آورند. اگرچه این افکار خودآیند که در موقعیت‌های خاص خود را نشان می‌دهند اغلب به‌راحتی در دسترس‌اند، تغییرات شناختی پایدار به هنگام اصلاح باورهای میانجی و بنیادین به وجود می‌آیند. بعداً در این کتاب راهبردهای ویژه‌ای را برای پرداختن به افکار خودآیند و باورها، یاد خواهید گرفت.

نظریه رفتاری

فرایند شناسایی و اصلاح شناخت‌های مشکل‌ساز، تنها یک مسیر برای رسیدن به تغییر قابل‌ملاحظه در CBT است. درمانگران شناختی‌رفتاری در کارشان بر رفتار غیر انطباقی نیز تمرکز می‌کنند. طبق مدل رفتاری لوینسون (لوینسون، سالیوان و گراسکاپ، ۱۹۸۰)، در ارتباط با افسردگی، دو مدل رفتاری وجود دارد: نرخ پایین تقویت مثبت وابسته به پاسخ و / یا نرخ بالای تنبیه. تقویت مثبت به‌عنوان تعاملات فرد- محیط با پیامدهای مثبت، یا به‌طور ساده، به وجود آمدن احساس خوب در یک فرد، در نظر گرفته می‌شود. یکی از اصول محوری نظریه لوینسون این است که افراد افسرده برای حفظ رفتار سازگارانه، به اندازه کافی از تعاملاتشان با محیط، تقویت مثبت دریافت نمی‌دارند. این الگو "چرخه‌ای

یکی از اصول محوری نظریه لوینسون این است که افراد افسرده برای حفظ رفتار سازگارانه، به اندازه کافی از تعاملاتشان با محیط، تقویت مثبت دریافت نمی‌دارند.