

درمان شناختی رفتاری

(اصول پایه و فراتر از آن)

فهرست

۹	..... درباره نویسنده
۱۱	..... پیش‌گفتار
۱۵	..... مقدمه
۱۷	..... فصل ۱: مقدمه‌ای بر درمان شناختی رفتاری
۳۵	..... فصل ۲: مروری بر درمان
۴۸	..... فصل ۳: مفهوم‌پردازی شناختی
۶۶	..... فصل ۴: جلسه ارزیابی
۸۱	..... فصل ۵: ساختار جلسه اول درمان
۱۰۶	..... فصل ۶: فعال‌سازی رفتاری
۱۲۶	..... فصل ۷: جلسه ۲ به بعد: ساختار و شکل جلسات
۱۵۲	..... فصل ۸: مشکلات ساختاربندی جلسه درمانی
۱۶۸	..... فصل ۹: شناسایی افکار خودآیند
۱۹۱	..... فصل ۱۰: شناسایی هیجانات
۲۰۱	..... فصل ۱۱: ارزیابی افکار خودآیند
۲۲۳	..... فصل ۱۲: پاسخ به افکار خودآیند
۲۳۵	..... فصل ۱۳: شناسایی و اصلاح باورهای میانی
۲۶۹	..... فصل ۱۴: شناسایی و اصلاح باورهای بنیادی
۳۰۰	..... فصل ۱۵: سایر تکنیک‌های شناختی و رفتاری

۳۲۴	فصل ۱۶: تصویرسازی ذهنی
۳۴۴	فصل ۱۷: تکلیف منزل
۳۷۰	فصل ۱۸: اتمام درمان و پیشگیری از عود
۳۸۷	فصل ۱۹: برنامه‌ریزی درمان
۴۰۳	فصل ۲۰: مشکلات درمان
۴۱۷	فصل ۲۱: پیشرفت به‌عنوان یک شناخت‌درمانگر
۴۲۱	ضمیمه الف: شرح پرونده بیمار
۴۲۷	ضمیمه ب: منابع درمان شناختی رفتاری
۴۲۹	ضمیمه ج: مقیاس ارزیابی درمان شناختی
۴۳۷	منابع
۴۴۷	واژه نامه انگلیسی به فارسی
۴۴۸	واژه نامه فارسی به انگلیسی

درباره نویسنده

جودیت. اس. بک PhD، مدیر مؤسسه درمان شناختی رفتاری بک (www.beckinstitute.org) و استادیار بالینی کرسی روان‌شناسی در روان‌پزشکی دانشگاه پزشکی پنسیلوانیا است. وی علاوه بر نوشتن تعداد زیادی کتاب برای مخاطبان حرفه‌ای و عام، در حدود ۱۰۰ مقاله و سرفصل را نیز به رشته تحریر درآورده است؛ او همچنین صدها سخنرانی ملی و بین‌المللی با موضوعات مرتبط با درمان شناختی رفتاری داشته و یکی از به‌وجودآورندگان فهرست‌های جوانان بک و پرسش‌نامه باورهای شخصیتی است. دکتر بک یکی از بنیان‌گذاران و مدیر سابق آکادمی شناخت‌درمانی است.

پیش‌گفتار

خوشحالم که موفقیت ویراست اول کتاب شناخت‌درمانی: اصول و فراتر از آن، باعث نوشتن کتاب پیش‌رو شد. این کتاب بینشی نو نسبت به این شیوه روان‌درمانی به خوانندگان خود می‌بخشد و مطمئن هستم که هم از سوی افراد حرفه‌ای در زمینه درمان شناختی رفتاری و هم دانشجویانی که به‌تازگی وارد این حوزه شده‌اند مورد استقبال قرار خواهد گرفت. با توجه به تحقیقات جدید گسترده و افزایش ایده‌هایی که همچنان این رشته را به‌سوی مسیرهای نوین هیجان‌انگیز سوق می‌دهند، تلاش‌هایی را که برای بسط این کتاب در جهت به‌کارگرفتن راه‌های متفاوت مفهوم‌پردازی و درمان بیمارانمان صورت گرفته است تحسین می‌کنم.

در اینجا مایلم خوانندگان را به روزهای نخستین شناخت‌درمانی و شکل‌گیری آن ببرم؛ یعنی زمانی که با یک سری فرایند درمانی که بعدها آن را «شناخت‌درمانی» نامیدم (و اکنون «درمان شناختی رفتاری» نامیده می‌شود) شروع به درمان بیماران کردم. در آن زمان هیچ ایده‌ای نسبت به آنکه این شیوه -که بسیار متفاوت از آموزش‌های روان‌کاوی من بود- من را به کجا رهنمون خواهد کرد، نداشتیم. بر اساس مشاهدات بالینی ام و چند تحقیق و آزمایش سیستماتیک بالینی، این‌گونه فرضیه‌پردازی کردم که در هسته سندرم‌های روان‌پزشکی مانند افسردگی و اضطراب، یک اختلال تفکر وجود دارد که خود را در یک سوگیری سیستماتیک در روش تعبیر بیماران از تجربیات خاص نشان می‌داد. با بررسی بیشتر این تعبیرات دارای سوگیری و پیشنهاد جایگزین برای آنها - یک توضیح محتمل‌تر - متوجه شدم که تقریباً بلافاصله می‌توانم نشانه‌های بیماری را کاهش دهم. آموزش این مهارت‌ها به بیماران به حفظ این پیشرفت کمک کرد و تمرکز بر مشکلات کنونی باعث شد که تقریباً تمامی نشانه‌های بیماری در مدت ۱۰ تا ۱۴ هفته کاهش پیدا کنند. بعدها آزمایش‌های بالینی‌ای که توسط گروه من و دیگر متخصصان بالینی / پژوهشگران انجام گرفت، از تأثیرگذاری این شیوه در درمان اختلالات اضطرابی، افسردگی و وحشت‌زدگی حمایت کردند.

در نیمه دهه ۱۹۸۰، می‌توانستم ادعا کنم که شناخت‌درمانی به جایگاهی که بشود آن را یک

«سیستم روان‌درمانی» نامید، رسیده بود. این سیستم شامل (۱) یک تئوری شخصیت و آسیب‌شناسی روانی با یافته‌های تجربی مستحکم برای حمایت از فرضیه‌های اساسی آن؛ (۲) یک نمونه روان‌درمانی با مجموعه‌هایی از قواعد کلی و استراتژی‌ها که با فرضیه آسیب‌شناسی روانی آمیخته شده بود و (۳) یافته‌های تجربی مستحکم بر اساس نتایج مطالعات بالینی برای حمایت از تأثیرگذاری این شیوه درمان، بود.

از ابتدای کارم نسل جدیدی از درمانگران / پژوهشگران / آموزگاران تحقیقات اولیه مدل مفهومی آسیب‌شناسی روانی را انجام داده و درمان شناختی رفتاری را در مورد طیف وسیعی از اختلالات روانی به کار گرفته بودند. تحقیقات سیستماتیک ابعاد شناختی بنیادی شخصیت و اختلالات روانی، پردازش ویژه و فراخوانی اطلاعات در این اختلالات و رابطه بین آسیب‌پذیری و تنش را بررسی می‌کنند.

کاربردهای درمان شناختی رفتاری برای اختلالات پزشکی و روان‌شناسی بسیار فراتر از تصور من در آن زمانی است که چند مورد نخست افسردگی و اضطراب را با شناخت درمانی معالجه کردم. محققان در سرتاسر دنیا و به‌خصوص در آمریکا، بر اساس نتیجه آزمایشات ثابت کردند که درمان شناختی رفتاری در عوارض متنوعی مانند اختلال استرس پس از سانحه، اختلال وسواسی-جبری، انواع ترس بیمارگونه و اختلالات تغذیه، مؤثر است. درمان شناختی رفتاری اغلب همراه با مصرف دارو در درمان اختلال دوقطبی و اسکیزوفرنی نیز مؤثر است. همچنین ثابت شده که در مورد اختلالات پزشکی مزمن مختلفی مانند درد قسمت پایین کمر، کولیت، فشارخون بالا و سندرم خستگی مفرط مفید است.

با چنین تنوع زیادی از کاربردها چگونه یک درمانگر مشتاق می‌تواند شروع به یادگیری جزئیات عملی این روش درمانی کند؟ با برداشتی از کتاب *آلیس در سرزمین عجایب* می‌گویم: «از ابتدا شروع کنید». حال به پرسشی که در ابتدای این پیش‌گفتار مطرح شد برمی‌گردیم. هدف این کتاب به قلم دکتر جودیت بک که یکی از بهترین رفتاردرمانگرهای شناختی نسل دوم (و کسی که در زمان نوجوانی جزو اولین نفراتی بود که به من گوش داد و به تفسیر تئوری تازه من پرداخت) است، فراهم آوردن شالوده اولیه قدرتمندی برای انجام درمان شناختی رفتاری است. با وجود مجموعه بزرگی از کاربردهای مختلف درمان شناختی رفتاری، تمامی آنها بر مبنای اصول بنیادینی هستند که در این کتاب به‌صورت کلی توضیح داده شده‌اند. حتی درمانگرهای شناختی رفتاری باتجربه نیز این کتاب را تا حدود زیادی برای بهبود مهارت‌های مفهوم‌پردازی، گسترش مجموعه تکنیک‌های درمانی، برنامه‌ریزی برای درمان مؤثرتر و رفع اشکالات مربوط به درمان مفید می‌یابند.

البته در درمان شناختی رفتاری، هیچ کتابی نمی‌تواند جایگزین کارآموزی شود؛ اما این کتاب تألیفی مهم است و می‌تواند با کارآموزی که از طریق شبکه‌ای از رفتاردرمانگرهای شناختی آموزش دیده قابل دسترسی است (ضمیمه ب را ببینید)، تکمیل شود.

دکتر جودیت بک فردی فوق‌العاده شایسته برای ارائه این راهنمای درمان شناختی رفتاری است. وی در ۲۵ سال گذشته تعداد زیادی کارگاه و کلاس آموزشی برگزار کرده، بر درمانگران تازه‌کار و نیز باتجربه نظارت داشته، در ایجاد پروتکل درمان اختلالات مختلف کمک کرده و شرکت فعالانه‌ای در تحقیقات مربوط به درمان شناختی رفتاری داشته است. با چنین سابقه‌ای، وی کتابی را تألیف کرده که منبعی غنی از اطلاعات برای استفاده در این روش درمانی است و ویراست اول آن در میان متون درمان شناختی رفتاری بیشتر برنامه‌های تحصیلات تکمیلی در رشته‌های روان‌شناسی، روان‌پزشکی، مددکاری اجتماعی و مشاوره، پیشتاز بوده است.

اجرای درمان شناختی رفتاری آسان نیست. برای مثال من ناظر بر کار تعدادی از شرکت‌کننده‌ها در یک کارآزمایی بالینی بوده‌ام که در ارتباط با «افکار خودآیند»، بدون هیچ درکی از دریافت بیماران از دنیای شخصی‌شان یا هیچ حسی از اصل «تجربه‌گرایی مشترک»، سرسری عمل می‌کردند. هدف کتاب دکتر جودیت بک تدریس، آموزش و تعلیم درمان شناختی رفتاری به درمانگران مبتدی و باتجربه است که در آن به صورت تحسین‌برانگیزی موفق بوده است.

آرون. تی. بک MD

مؤسسه درمان شناختی رفتاری بک

دپارتمان روان‌پزشکی، دانشگاه پنسیلوانیا

مقدمه

دو دهه اخیر در زمینه درمان شناختی رفتاری دوران هیجان‌انگیزی بوده است. با انفجاری از تحقیقات جدید، درمان شناختی رفتاری به درمان منتخب بسیاری از اختلالات تبدیل شده است؛ نه تنها به این دلیل که رنج بیماران را به سرعت کاهش و آنها را به سوی بهبود سوق می‌دهد، بلکه همچنین به این دلیل که به آنها کمک می‌کند این بهبودی را حفظ کنند. یکی از رسالت‌های اصلی سازمان غیرانتفاعی ما، مؤسسه درمان شناختی رفتاری بک، فراهم کردن جدیدترین و به‌روزترین آموزش‌ها برای متخصصان بهداشت و بهداشت روانی در فیلادلفیا و سراسر جهان است؛ اما قرار دادن آنان در معرض این نوع روان‌درمانی از طریق کارگاه‌ها و برنامه‌های آموزشی متنوع، به تنهایی کافی نیست. پس از تعلیم هزاران فرد در طول ۲۵ سال گذشته هنوز می‌بینم که افراد برای حرفه‌ای شدن در تئوری اصول ابتدایی و نیز به‌کارگیری درمان شناختی رفتاری، به یک راهنمای اولیه برای مطالعه نیاز دارند تا بتوانند به‌طور مکرر به آن مراجعه کنند.

این کتاب برای طیف گسترده‌ای از مخاطبان، از متخصصان بهداشت و بهداشت روانی گرفته تا کسانی که قبل از این هرگز در معرض درمان شناختی رفتاری قرار نگرفته‌اند و نیز کسانی که تجربه زیادی در این مورد دارند ولی می‌خواهند مهارت‌هایشان را ارتقا دهند شامل چگونگی مفهوم‌پردازی مراجعان از لحاظ شناختی، برنامه‌ریزی درمان، به‌کارگیری تکنیک‌های مختلف، ارزیابی تأثیرگذاری درمان و مشخص کردن مشکلاتی که در جلسه درمانی به وجود می‌آیند؛ طراحی شده است. به‌منظور ارائه موضوعات به ساده‌ترین روش ممکن یک مراجع را انتخاب کرده‌ام (که نام و مشخصات شناسایی‌اش را تغییر داده‌ام) تا در سراسر کتاب از او به‌عنوان مثال استفاده کنم. سالی از بسیاری لحاظ یک مراجع ایده‌آل به شمار می‌رود و درمان وی نمونه مشخصی از درمان شناختی رفتاری «استاندارد» برای افسردگی ساده یک‌قطبی است. اگرچه درمان توصیف‌شده برای موارد ساده تا مراجعانی با طیف گسترده‌ای از مشکلات مختلف قابل استفاده است، منابع لازم برای سایر اختلالات نیز فراهم شده است تا خواننده بتواند تخصیص درمان متناسب را به‌درستی بیاموزد.

ویراست اول این کتاب به بیش از ۲۰ زبان چاپ شده است و من از تمام دنیا بازخوردهایی در رابطه با آن دریافت کرده‌ام که تعداد زیادی از آنها را در این ویراست مورد استفاده قرار داده‌ام. این ویراست شامل موضوعات جدیدی از قبیل ارزیابی و فعال‌سازی رفتاری، مقیاس سنجش درمان شناختی (که در بسیاری از مطالعات تحقیقاتی و برنامه‌های آموزشی برای سنجش صلاحیت درمانگر استفاده می‌شود) و شرح پرونده شناختی (بر اساس الگوی تهیه شده توسط آکادمی درمان شناختی به‌عنوان پیش‌نیاز دریافت مدرک) است. همچنین در این کتاب بر رابطه درمانی، کشف هدایت‌شده و پرسشگری سقراطی، استخراج و استفاده از منابع و نقاط قوت بیماران و تکالیف منزل تأکید بیشتری شده است. در این مسیر، کار بالینی، تدریس و نظارت بر کارآموزانم؛ تحقیقات و نشریات این رشته و بحث با دانشجویان و همکارانی، از مبتدی تا حرفه‌ای، از سراسر دنیا که در جنبه‌های گوناگون درمان شناختی رفتاری و اختلالات مختلف تخصص دارند، راهنمای من بوده‌اند.

این کتاب بدون کار پیشگامانه پدر درمان شناختی رفتاری، آرون تی. بک که پدر من و یک دانشمند، نظریه پرداز، پزشک و فرد خارق‌العاده نیز هست، هرگز نوشته نمی‌شد. من همچنین از همه ناظران، کارورزان و بیمارانی که با من همکاری کردند، چیزهای بسیاری آموختم؛ پس از همه آنها نیز قدردانی می‌کنم.

جو دیت اس. بک، PhD

فصل ۱



مقدمه‌ای بر درمان شناختی رفتاری

در سال‌های ابتدایی دهه ۶۰ میلادی، انقلابی در زمینه سلامت روانی توسط دکتر آرون تی بک که در آن زمان به‌عنوان استادیار روان‌پزشکی در دانشگاه پنسیلوانیا کار می‌کرد، آغاز شد. دکتر بک، روان‌کاوی کاملاً آموزش‌دیده و کارآزموده بود. یک دانشمند ذاتی که باور داشت برای اینکه روان‌کاوی توسط جامعه پزشکی مورد قبول واقع شود، باید معتبر بودن نظریه‌های آن را به‌صورت تجربی اثبات کرد. در سال‌های پایانی دهه ۵۰ و ابتدای دهه ۶۰ میلادی، او به انجام آزمایشاتی در این زمینه پرداخت که انتظار داشت چنین اعتباری را به ارمغان بیاورند؛ اما آنچه اتفاق افتاد برخلاف این انتظار بود. نتایج آزمایشات دکتر بک منجر به شروع تحقیقاتی برای یافتن توضیحات دیگری در مورد بیماری افسردگی شد. او شناخت تحریف‌شده و منفی (در درجه اول، مربوط به افکار و باورها) را به‌عنوان ویژگی اولیه افسردگی شناسایی و درمان کوتاه‌مدتی را پایه‌ریزی کرد که یکی از اهداف ابتدایی آن، واقعیت‌سنجی افکار افسرده بیماران بود.

در این فصل، شما پاسخ سؤالات زیر را خواهید یافت:

- درمان شناختی رفتاری چیست؟
- چگونه توسعه پیدا کرد؟
- تحقیقات در مورد اثربخشی این روش به ما چه می‌گویند؟
- اصول بنیادین درمان شناختی رفتاری چیست؟
- چگونه می‌توانید یک درمانگر شناختی رفتاری تأثیرگذار باشید؟

درمان شناختی رفتاری چیست؟

آرون بک در سال‌های ابتدایی دهه ۶۰ میلادی شکلی از روان‌درمانی را با نام اولیه «شناخت‌درمانی» به وجود آورد. امروزه این روش درمان توسط کسانی که در این زمینه فعالیت دارند با نام مترادف «درمان شناختی رفتاری» شناخته می‌شود که ما هم در این کتاب از نام دوم استفاده خواهیم کرد. بک نوعی روان‌درمانی ساختارمند، کوتاه‌مدت و منطبق بر زمان حال برای درمان افسردگی، در جهت حل مشکلات فعلی بیمار و اصلاح تفکر ناکارآمد (نادرست و/یا بی‌فایده) به وجود آورد (بک ۱۹۶۴). از آن زمان بک و دیگران این روش درمان را به صورت موفقیت‌آمیزی با گستره متنوعی از اختلالات و مشکلات تطبیق داده‌اند. این انطباقات باعث تغییراتی در کانون توجه، روش‌ها و مدت درمان شده‌اند؛ ولی پیش‌فرض‌های نظری همچنان ثابت باقی مانده‌اند. در تمام اشکال درمان شناختی رفتاری که از مدل بک سرچشمه گرفته‌اند، درمان بر اساس یک فرمول‌بندی شناختی، راهبردهای رفتاری و باورهایی که مشخص‌کننده یک اختلال خاص هستند صورت می‌گیرد (آلفورد و بک، ۱۹۹۷).

درمان همچنین بر اساس مفهوم‌پردازی یا درک شخصی بیماران (باورهای خاص و الگوهای رفتاری آنها) است. درمانگر به دنبال روش‌های گوناگونی برای ایجاد تغییرات شناختی، اصلاح روش تفکر و نظام اعتقادی بیمار است تا بدین وسیله تغییرات احساسی و رفتاری ماندگاری به وجود بیاورد. بک برای توسعه این نوع روان‌درمانگری از منابع متعددی از جمله فیلسوفان اولیه مانند اپیکتتوس و نیز نظریه‌پردازانی همچون کارن هورنای، آلفرد آدلر، جورج کلی، آلبرت الیس، ریچارد لازاروس و آلبرت باندورا کمک گرفت. در مقابل، کار بک نیز توسط محققان و نظریه‌پردازان معاصر در آمریکا و دیگر کشورها گسترش یافته است که به دلیل تعداد زیاد این محققان، قادر به نام‌بردن از آنها نیستیم. اشکال گوناگونی از درمان شناختی رفتاری وجود دارد که دارای ویژگی‌های مشترکی با درمان بک هستند؛ اما مفهوم‌پردازی و تأکید در درمان آنها تا حدودی با یکدیگر متفاوت است. این موارد شامل درمان منطقی - هیجانی آلبرت الیس (الیس، ۱۹۶۲)، رفتاردرمانی دیالکتیکی (لینهان، ۱۹۹۳)، درمان راه‌حل محور (دی‌زوریلا و نزو، ۲۰۰۶)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز، فولته و لینهان، ۲۰۰۴)، مواجهه‌درمانی (فوا و روتبام، ۱۹۹۸)، درمان پردازش شناختی (رسیک و شنیک، ۱۹۹۳)، سیستم روان-درمانی تحلیل رفتاری - شناختی (مک‌کالا، ۱۹۹۹)، فعال‌سازی رفتاری (لویسنس، سالیوان و گراسکاپ، ۱۹۸۰؛ مارتل، ادیس و جیکوبسن، ۲۰۰۱)، اصلاح شناختی - رفتاری (مایکن‌بام، ۱۹۷۷) و موارد دیگر است. درمان شناختی رفتاری بک اغلب تکنیک‌های برگرفته از درمان‌هایی که در بالا به آنها اشاره شد و سایر روان‌درمانی‌ها را در چهارچوب شناختی با هم ترکیب می‌کند. نگاهی اجمالی به تاریخ شناخت‌درمانی به‌خوبی توصیف می‌کند که جریان‌های متفاوت درمان شناختی رفتاری چگونه به وجود آمده و رشد یافته‌اند (مقدمه‌ای بر درمان شناختی رفتاری، آرنکوف و گلاس ۱۹۹۲؛ آ. بک ۲۰۰۵؛

کلارک، بک و آلفورد، ۱۹۹۹؛ دابسن و دوزویس، ۲۰۰۹؛ هولون و بک، ۱۹۹۳).

درمان شناختی رفتاری برای سازگاری با بیماری با سطوح مختلف تحصیلات و درآمد و همچنین دامنه گسترده‌ای از فرهنگ‌ها و سنین مختلف از کودکان کم‌سن‌وسال گرفته تا بزرگسالان مسن تنظیم شده است و اکنون در مراکز پزشکی و مراقبت‌های اولیه، مدارس، برنامه‌های شغلی و حرفه‌ای، زندان‌ها و سایر محیط‌ها به کار گرفته می‌شود. این روش به شکل گروه، زوج و خانواده‌درمانی نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد. با اینکه درمان توصیف‌شده در این کتاب بر اساس جلسات فردی ۴۵ دقیقه‌ای تنظیم شده است، درمان می‌تواند کوتاه‌تر هم باشد. بعضی بیماران همچون افرادی که از اسکیزوفرنی رنج می‌برند اغلب توانایی تحمل یک جلسه کامل را ندارند و پزشکان می‌توانند بدون اختصاص یک جلسه کامل، ضمن جلسات پزشکی، بازپروری یا بررسی وضعیت دارویی از تکنیک‌های شناخت‌درمانی استفاده کنند.

نظریه بنیادین درمان شناختی رفتاری چیست؟

در یک کلام باید گفت که مدل شناختی بر این باور است که تفکر مختل یا ناکارآمد (که روی خُلق و رفتار بیمار اثر می‌گذارد) در تمام اختلالات روان‌شناختی مشترک است و آن هنگام که اشخاص یاد می‌گیرند تفکراتشان را به شیوه واقع‌گرایانه‌تر و سازگارانه‌تری ارزیابی کنند، بهبودی را در رفتار و حالات هیجانی‌شان تجربه می‌کنند. به‌عنوان مثال، اگر شما کاملاً افسرده باشید و بعضی از چک‌های شما برگشت بخورد، امکان دارد یک فکر خودکار داشته باشید، ایده‌ای که به‌صورت خودکار به ذهنتان خطور کند که: «من نمی‌توانم هیچ کاری را درست انجام بدهم». این فکر می‌تواند منجر به واکنشی خاص شود: ممکن است غمگین شوید (هیجان) و به رختخواب پناه ببرید (رفتار)؛ این در حالی است که اگر اعتبار اندیشه خود را بررسی کنید، احتمال دارد به این نتیجه برسید که دچار تعمیم افراطی شده‌اید و حقیقت این است که کارهای مفید زیادی انجام داده‌اید. توجه به تجربه از منظر جدید به احتمال زیاد حال شما را بهتر می‌کند و به رفتاری کاربردی‌تر منجر می‌شود.

به‌منظور ایجاد بهبود پایدار در خُلق و رفتار بیمار، درمانگران شناختی روی سطوح عمیق‌تری از شناخت کار می‌کنند: باورهای بنیادین بیماران درباره خودشان، دنیایشان و اشخاص دیگر. اصلاح باورهای ناکارآمد زیرین آنها شرایط ایجاد تغییر پایدار را فراهم می‌کند. به‌عنوان مثال اگر شما به‌طور مداوم توانایی‌هایتان را دست‌کم می‌گیرید، به‌احتمال زیاد، عمیقاً به بی‌کفایتی خودتان باور دارید. اصلاح این باور کلی (به‌عنوان مثال، دیدن خودتان به شیوه‌ای واقع‌بینانه‌تر، به این معنی که شما هم واجد نقاط ضعف و هم نقاط قوت هستید) می‌تواند باعث ایجاد تغییراتی در ادراک موقعیت‌های ویژه‌ای شود که شما روزانه با آنها روبه‌رو می‌شوید. پس از آن شما دیگر افکاری با موضوع «من هیچ

چیزی را درست انجام نمی‌دهم» نخواهید داشت. در عوض، در شرایط ویژه‌ای که مرتکب خطا می‌شوید، به احتمال زیاد این‌گونه فکر خواهید کرد: «من در این [کار به‌خصوص] خوب نیستم».

پژوهش‌ها در این باره چه می‌گویند؟

از زمانی که نتایج اولین مطالعه پیامدپژوهی در سال ۱۹۷۷ منتشر شد، درمان شناختی رفتاری تحت آزمون‌های فراوانی قرار گرفته است (راش، بک، کواکس و هولون، ۱۹۷۷). تا این زمان، بیش از ۵۰۰ مطالعه فرجام پژوهی، اثربخشی درمان شناختی رفتاری را برای طیف گسترده‌ای از اختلالات روان‌پزشکی، مشکلات روان‌شناختی و مشکلات پزشکی همراه با مؤلفه‌های روان‌شناختی نشان داده‌اند (باتلر، چپمن، فرمن و بک، ۲۰۰۵؛ چمبلس و الندیگ، ۲۰۰۱). جدول ۱.۱ فهرستی از بسیاری از اختلالات و مشکلاتی را نشان می‌دهد که به‌طور موفقیت‌آمیزی به‌وسیله درمان شناختی رفتاری درمان شده‌اند. فهرست کامل‌تر را می‌توانید در سایت www.beckinstitute.org پیدا کنید.

جدول ۱.۱. فهرستی جزئی از اختلالاتی که به‌طور موفقیت‌آمیزی به‌وسیله درمان شناختی رفتاری، درمان شده‌اند

مشکلات روان‌شناختی	مشکلات روان‌شناختی	اختلالات روان‌پزشکی
مشکلات پزشکی همراه با مؤلفه‌های روان‌شناختی	مشکلات زوج	اختلال افسردگی اساسی
کم‌درد مزمن	مشکلات خانوادگی	افسردگی دوران سالمندی
درد ناشی از بیماری سلول‌های داسی‌شکل	قمار مرضی	اختلال اضطراب فراگیر
سرردهای میگرنی	سوغ پیچیده	اضطراب دوران سالمندی
وزوز گوش	پریشانی مراقبت	اختلال وحشت‌زدگی
درد ناشی از سرطان	خشم و دشمنی	ترس از مکان‌های باز
اختلالات شبه‌جسمی		اختلال اضطراب اجتماعی
نشانه‌های روده تحریک‌پذیر		اختلال وسواس جبری
نشانه‌های خستگی مزمن		اختلال سلوک
درد ناشی از بیماری روماتیسم		سوءمصرف مواد
اختلال در نعوظ		اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی
بی‌خوابی		اضطراب سلامتی
چاقی مفرط		اختلال بدریخت‌انگاری بدن
وولوودینیا (بیماری درد و سوزش فرج)		اختلالات غذاخوردن
سندرم جنگ خلیج فارس		اختلالات شخصیتی
		مجرمان جنسی
		اختلالات عادت
		اختلال دوقطبی (همراه با دارودرمانی)
		اسکیزوفرنی (همراه با دارودرمانی)

مطالعاتی انجام شده است که کارایی درمان شناختی رفتاری را در محیط‌های اجتماعی نشان می‌دهند (شیدیش، مت، ناوارو و فیلیپس، ۲۰۰۰؛ سیمون و همکاران، ۲۰۱۰؛ استیرمن، باچ‌هوفر، مک لولین، اوانس و بک، ۲۰۰۹ را ببینید). مطالعات دیگر، درمان شناختی رفتاری با کمک تکنولوژی کامپیوتری را مؤثر دانسته‌اند (کانا و کندال، ۲۰۱۰؛ رایت و همکاران، ۲۰۰۲) و تعداد زیادی از پژوهشگران نشان داده‌اند که برخی از تغییرات عصب-زیستی با درمان شناختی رفتاری اختلالات مختلف، مرتبط هستند (گلداپل و همکاران، ۲۰۰۴). همچنین، صدها مطالعه پژوهشی، مدل شناختی افسردگی و اضطراب را معتبر دانسته‌اند. مرور جامعی بر این مطالعات را می‌توان در کارهای کلارک و همکارانش (۱۹۹۹) و کلارک و بک (۲۰۱۰) یافت.

چگونه درمان شناختی رفتاری بک توسعه یافت؟

در اواخر دهه پنجاه و اوایل دهه شصت میلادی، دکتر بک تصمیم گرفت این مفهوم روان‌کاوی را که افسردگی نتیجه بازگشت خصومت به سمت خویش است، مورد آزمایش و بررسی قرار دهد. او به بررسی رویاهای بیماران افسرده پرداخت که پیش‌بینی می‌کرد محتوای خصمانه‌تری از رویاهای اشخاص عادی داشته باشند؛ اما با کمال تعجب، در نهایت به این نتیجه رسید که رویاهای بیماران افسرده خیلی کمتر از آنچه انتظار داشت دارای محتوای خصومت و دشمنی و بیشتر دربرگیرنده درون‌مایه‌های نقص، محرومیت و فقدان است. او فهمید که این درون‌مایه‌ها مشابه افکاری است که آنها به هنگام بیداری دارند. نتایج مطالعات دیگر بک او را به سمت این باور سوق داد که این ایده روان‌تحلیلی که بیماران افسرده نیازمند رنج‌کشیدن هستند هم گزاره دقیقی نیست (بک، ۱۹۶۷). از این نقطه نظر، این یافته‌ها همچون افتادن یکی از مهره‌ها در بازی دومینو بود. در آن هنگام این پرسش مطرح شد که اگر مفاهیم روان‌تحلیلی صحت نداشته باشند، پس چگونه می‌توان افسردگی را فهمید؟ هنگامی که دکتر بک به بیمارانی که روی کاناپه دراز کشیده بودند گوش می‌داد، پی برد که آنها گهگاه دو جریان فکری را گزارش می‌دادند: یک جریان تداعی آزاد و افکار سریع و با محتوای ارزشیابی درباره خودشان. به عنوان مثال، یک زن داستان تجاوز جنسی‌ای را که برایش رخ داده بود با جزئیات شرح داد. سپس گزارش داد که احساس اضطراب می‌کند. دکتر این تفسیر را ارائه داد: «فکر کردید که من شما را مورد انتقاد قرار خواهم داد» بیمار مخالفت کرد: «نه، من فقط از این می‌ترسیدم که مبادا شما را خسته کنم» دکتر بک براساس پرسش‌هایی که از بیماران افسرده به عمل آورد، دریافت که همگی آنها افکار منفی «خودآیندی» از همین قبیل را تجربه می‌کنند و اینکه این جریان دوم از افکار رابطه نزدیکی با احساسات و هیجان‌های آنها دارد. پس به بیمارانش کمک کرد تا افکار غیرواقعی و

ناسازگارانه خویش را شناسایی و ارزیابی کنند و به آنها پاسخ گویند. پس از انجام این کار توسط او، آنها به سرعت بهبود یافتند.

پس از آن، دکتر بک شروع به تدریس این روش درمان به کارآموزان روان‌پزشکی دانشگاه پنسیلوانیا کرد. این دانشجویان نیز به نوبه خود دریافتند که این روش درمانی به خوبی روی بیماران جواب می‌دهد. کارآموز ارشد مرکز، ای. جان راش، که در حال حاضر یک متخصص برجسته در زمینه درمان افسردگی است، ایده انجام یک مطالعه کارآزمایی پیامدمحور را با دکتر بک در میان گذاشت. آنها به توافق رسیدند که برای نشان دادن کارایی شناخت درمانی به دیگران، انجام چنین پژوهشی ضروری است. مطالعه تصادفی و کنترل شده بیماران افسرده که در سال ۱۹۹۷ به چاپ رسید، اثبات کرد که شناخت درمانی به اندازه ایمی‌پرامین (ضدافسردگی رایج)، اثربخش است. این مطالعه متحیرکننده بود. این اولین باری بود که گفت‌وگو درمانی با دارو درمانی مقایسه شده بود. ۲ سال بعد، بک، راش، شاو و امری (۱۹۷۹) اولین راهنمای درمان به روش شناخت درمانی را به چاپ رساندند.

مؤلفه‌های مهم درمان شناختی رفتاری برای درمان افسردگی شامل تمرکز بر کمک به بیماران جهت حل مسأله، فعال‌سازی رفتاری و نیز شناسایی، ارزیابی و پاسخ به طرز تفکر افسرده به‌ویژه پاسخ به افکار منفی مرتبط با خود، آینده و جهان‌شان است. در اواخر دهه هفتاد میلادی، دکتر بک و همکاران دوره پسادکتری او در دانشگاه پنسیلوانیا، مطالعه در باب اضطراب را شروع کردند و پی بردند که لازم است بر موارد متفاوتی تمرکز کنند. بیماران دچار اضطراب به داشتن ارزیابی بهتر از خطرات موقعیت‌هایی که از آنها می‌ترسند، در نظر داشتن منابع درونی و بیرونی و بهبودبخشیدن به منابع خود نیاز دارند. آنها همچنین نیاز دارند تا از میزان اجتنابشان کاسته شود و با شرایطی که باعث ترسشان می‌شود روبه‌رو شوند. آنان از این راه می‌توانند به صورت رفتاری، پیش‌بینی‌های منفی خود را بیازمایند. از آن زمان به بعد، مدل شناختی اضطراب برای هر کدام از اختلالات اضطرابی مختلف، دستخوش تغییر شد. روان‌شناسی شناختی این مدل‌ها را مورد بررسی و تایید قرار داد و مطالعات پیامدپژوهی، کارایی درمان شناختی رفتاری برای اختلالات اضطرابی را به اثبات رساند (کلارک و بک، ۲۰۱۰).

چند دهه بعدتر، دکتر بک، همکارانش و پژوهشگران دیگری از سرتاسر دنیا کماکان به مطالعه، نظریه پردازی، انطباق و محک درمان‌ها برای بیمارانی که از فهرست روزافزون مشکلاتشان رنج می‌بردند، ادامه دادند. در حال حاضر، شناخت درمانی یا درمان شناختی رفتاری در اکثر مراکز تحصیلات تکمیلی در ایالات متحده و بسیاری از کشورهای دیگر آموزش داده می‌شود.

اصول بنیادین در درمان شناختی رفتاری چه هستند؟

اگرچه درمان باید برای هر فرد حالت ویژه و اختصاصی داشته باشد، ولی اصول خاصی وجود دارد که پایه و اساس درمان شناختی رفتاری را برای تمامی بیماران تشکیل می‌دهد. در سراسر این کتاب من از یک بیمار افسرده به نام سالی استفاده کرده‌ام تا این اصول بنیادین را به تصویر بکشم و نشان دهم که چگونه می‌توان از فرضیه شناختی برای درک مشکلات بیمار استفاده کرد و از این ادراک در جهت برنامه‌ریزی درمان و هدایت جلسات درمانی بهره برد. «سالی» از بسیاری جهات یک بیمار تقریباً ایده‌آل به شمار می‌رود و به من این اجازه را می‌دهد که درمان شناختی رفتاری را به‌آسانی و بدون پیچیدگی ارائه دهم. خواننده کتاب می‌تواند در منابع دیگری که به آن اشاره می‌شود نکاتی در مورد بیمارانی که به خوبی سالی به این نوع درمان پاسخ نمی‌دهند و بیمارانی با تشخیصی به غیر از افسردگی یا افرادی که مشکلات آنها باعث چالش در درمان شده است را به‌منظور درک چگونگی مفهوم‌پردازی، تدبیرورزی و پیاده‌سازی تکنیک‌های متفاوت، مطالعه کند. (به عنوان مثال، جی.اس.بک؛ کویکن، پادسکی و دادلی، ۲۰۰۹؛ نیدلمن، ۱۹۹۹)

وقتی "سالی" برای درمان به من مراجعه کرد، دختر مجرد ۱۸ ساله‌ای بود که در ترم دوم کالج تحصیل می‌کرد و چهار ماه بود که احساس افسردگی و اضطراب داشت. این موضوع باعث شده بود در انجام فعالیت‌های روزمره‌اش دچار مشکل شود. در واقع بر اساس DSM-IV-TR (کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، چاپ چهارم، انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) او دارای معیارهای افسردگی اساسی با شدت متوسط بود. توضیحات کامل‌تر در مورد سالی در فصل بعد و در ضمیمه A آورده شده است.

اصول اساسی درمان شناختی رفتاری به شرح زیر است:

اصل شماره ۱. درمان شناختی رفتاری بر پایه فرمول‌بندی همواره در حال تکامل مشکلات

بیمار و مفهوم‌پردازی فردی هریک از بیماران در قالب اصطلاحات شناختی استوار است. من مشکلات سالی را در سه حیطه زمانی بررسی می‌کنم. در آغاز، تفکر فعلی وی را که باعث احساس غمگینی‌اش شده است («من یک شکست خورده‌ام، من نمی‌توانم هیچ کاری را درست انجام دهم، من هرگز شاد نخواهم بود») و رفتارهای مشکل‌آفرین او (منزوی کردن خود، گذراندن زمان زیاد و بی‌حاصل در رختخواب و ممانعت از درخواست کمک) را شناسایی می‌کنم. توجه داشته باشید که این رفتارهای مشکل‌آفرین، هم برخاسته از تفکر ناکارآمد سالی است و هم به‌نوبه خود آن را تقویت می‌کند. در وهله دوم، عوامل تسریع‌کننده‌ای که در زمان شروع افسردگی سالی، روی ادراک وی اثر می

گذاشتند (مثلاً دورشدن از خانه برای نخستین بار و دست‌وپنجه نرم‌کردن با درس‌ها، سبب ایجاد باور بی‌کفایتی در وجود او شده بود) را شناسایی می‌کنم. در مرحله سوم، دربارهٔ رویدادهای رشدی کلیدی و الگوهای پایای تفسیر او از این حوادث که ممکن است وی را مستعد افسردگی کرده باشند، نظریه‌پردازی می‌کنم (سالی در تمام عمرش تمایل داشته است که توانایی‌های فردی و دستاوردهای خود را به شانس نسبت دهد اما به نقاط ضعفش به‌عنوان بازتاب خود «واقعی‌اش» بنگرد).

من مفهوم‌پردازی خودم از سالی را بر اساس فرمول‌بندی شناختی افسردگی و اطلاعاتی که او در جلسهٔ ارزیابی ارائه می‌کند، پایه‌گذاری می‌کنم. همان‌طور که اطلاعات بیشتری به دست می‌آورم، این مفهوم‌سازی را در هر جلسهٔ درمانی پالایش می‌کنم. در نقاط استراتژیک، این مفهوم‌پردازی را با سالی در میان می‌گذارم تا مطمئن شوم از نظر او هم صحیح هستند. در ضمن در مدت معالجه به سالی کمک می‌کنم تا تجربهٔ خود را در یک مدل شناختی ببیند. مثلاً سالی می‌آموزد که تفکرات مرتبط با تجربیات احساسی آشفته‌ساز خود را شناسایی و پاسخ‌های سازگارانه‌تری را به این افکار، ارزیابی و تنظیم کند. این کار به بهبود احساس وی کمک می‌کند و اغلب باعث می‌شود که به‌صورت کارآمدتری رفتار کند.

اصل شمارهٔ ۲. درمان شناختی رفتاری به یک اتحاد سالم درمانی نیاز دارد. سالی مثل اکثر بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی غریب‌پسیده، به‌راحتی به من اعتماد و همکاری می‌کند. من تلاش می‌کنم تا تمام اجزای بنیادی‌ای که برای یک جلسهٔ مشاوره ضروری هستند مانند صمیمیت، همدلی، توجه واقعی و مهربانانه و کفایت را به نمایش بگذارم. با بیان عباراتی حاکی از همدلی، گوش‌دادن دقیق و خلاصه‌کردن دقیق تفکرات و احساسات او، احترامم را به او نشان می‌دهم. به موفقیت‌های کوچک و بزرگش اشاره و سعی می‌کنم چشم‌اندازی را که به‌صورتی واقع‌بینانه خوش‌بینانه است، حفظ کنم. ضمناً در پایان هر جلسه از سالی بازخورد می‌خواهم تا مطمئن شوم که او در مورد جلسه حس مثبت درک‌شدن داشته است. برای توضیحات بیشتر در مورد رابطهٔ درمانی در درمان شناختی رفتاری به فصل ۲ مراجعه کنید.

اصل شمارهٔ ۳. درمان شناختی رفتاری بر همکاری و مشارکت فعال تأکید دارد. من سالی را تشویق می‌کنم که درمان را یک کار گروهی در نظر بگیرد. با هم تصمیم می‌گیریم که هر جلسه روی چه موضوعی کار کنیم، چند وقت یک‌بار با هم ملاقات کنیم و سالی در بین جلسات چه کاری را باید به‌عنوان تکلیف درمانی انجام دهد. در ابتدا من نقش بیشتری را در جهت‌دهی جلسات درمانی و خلاصه‌کردن بحث یک جلسه ایفا می‌کنم. با کاهش میزان افسردگی سالی و مشارکت بیشتر او در روند درمان، وی را تشویق می‌کنم که در جلسهٔ درمانی فعال‌تر شود: به‌طور مثال تصمیم بگیرد راجع به چه موضوعاتی صحبت کند، افکار انحرافی خود را شناسایی کند، نکات مهم را خلاصه و تکالیف منزل

خود را تعیین کند.

اصل شماره ۴. درمان شناختی رفتاری هدف‌گرا بوده و بر مشکل متمرکز است. در اولین جلسه از سالی می‌خواهم که مشکلاتش را برشمرد و اهداف خاصی تعیین کند تا هر دوی ما بتوانیم به یک تفاهم مشترک در مورد هدف او برسیم. به‌عنوان مثال، سالی در جلسه ارزیابی به داشتن حس انزوا اشاره می‌کند. با دریافت رهنمودهای من، هدفی را به‌صورت رفتاری بیان می‌کند: پیش‌قدم شدن برای دوستی‌های جدید و گذراندن وقت بیشتری با دوستان فعلی. مدتی بعد هنگام بحث در مورد چگونگی بهترکردن روال عادی زندگی روزمره‌اش کمکش می‌کنم تا تفکراتی را که مانع از تحقق هدفش هستند، مانند: *دوستانم نمی‌خواهند وقت خود را با من بگذرانند. من خسته‌تر از آن هستم که با آنها به بیرون بروم؛ ارزیابی کند و به آنها واکنش نشان دهد.* ابتدا به او کمک می‌کنم که از طریق بررسی دلایل و مدارک مربوطه، اعتبار این افکار را بسنجد. سپس سالی مشتاق می‌شود تا مستقیماً از طریق تجربیات رفتاری‌ای که در آنها خود آغازگر برنامه‌هایی با دوستانش است، افکارش را بیازماید. به‌محض اینکه وی به افکار انحرافی خود پی می‌برد و آنها را اصلاح می‌کند، می‌تواند با بهره‌گیری از روش حل مستقیم مسأله، روابط خویش را بهبود ببخشد و مزوی بودنش را کاهش دهد.

اصل شماره ۵. درمان شناختی رفتاری در ابتدا بر زمان حال تأکید دارد. درمان بیشتر بیماران شامل تمرکز جدی روی مشکلات فعلی و موقعیت‌های خاصی است که برای بیمار ناراحت‌کننده هستند. سالی هنگامی که توانایی پاسخ‌گویی به تفکر منفی‌اش را پیدا می‌کند، می‌تواند قدم‌هایی به‌منظور ارتقا زندگی‌اش بردارد. درمان بدون در نظر گرفتن تشخیص مربوطه، با بررسی مشکلات اینجا و اکنون بیمار آغاز می‌شود. در دو حالت، توجه درمانگر به گذشته معطوف می‌شود؛ یک: وقتی بیمار شدیداً تمایل به این کار دارد. شکست در انجام این کار می‌تواند اتحاد درمانی بین بیمار و پزشک را به خطر بیندازد. دو: وقتی بیمار در تفکر ناکارآمد خویش متوقف شده است و فهم ریشه‌های عقایدش در دوران کودکی می‌تواند به‌طور بالقوه، به او در اصلاح دیدگاه‌های انعطاف‌ناپذیرش کمک کند. («خب، تعجبی ندارد که هنوز بر این باور باشی که آدم لایقی نیستی. می‌توانی ببینی که چگونه تقریباً تمام کودکانی که تجربه‌ای مشابه تو داشته‌اند- با این عقیده که بی‌کفایت هستند بزرگ می‌شوند؛ در حالی که این عقیده ممکن است درست نباشد یا مسلماً به‌طور کامل واقعیت نداشته باشد؟»).

به‌عنوان مثال، در اواسط درمان و به‌طور خلاصه، نگاه کوتاهی به گذشته خواهم داشت تا به سالی کمک کنم بتواند مجموعه‌ای از عقاید را که در کودکی آموخته شناسایی کند: «اگر به مدارج بالا برسیم، مفهومش این است که آدم ارزشمندی هستیم.» و «اگر به مدارج بالا دست نیابم، یعنی شکست خورده‌ام.» من به او کمک می‌کنم که اعتبار این عقاید را هم در گذشته و هم در حال ارزیابی کند. این

کار تا حدی باعث می شود که سالی به عقاید کارآمدتر و منطقی تری دست یابد. اگر سالی اختلال شخصیت داشت، زمان بیشتری را برای بحث درباره تاریخچه رشدی او، منشأ عقاید دوران کودکی اش و رفتارهای مقابله‌ای وی صرف می‌کردم.

اصل شماره ۶. درمان شناختی رفتاری، جنبه آموزشی دارد؛ هدفش این است که به بیمار یاد دهد چگونه درمانگر خود باشد و بر پیشگیری از عود تأکید می‌کند. در جلسه اول، در مورد ماهیت و مراحل اختلالش، روند درمان شناختی رفتاری و مدل شناختی (یعنی اینکه افکارش چگونه روی احساسات و رفتارش اثر می‌گذارد) به سالی آموزش می‌دهم. من نه تنها کمکش می‌کنم که هدف گذاری کند، افکار و عقایدش را بشناسد و ارزیابی و برای تغییر رفتاری برنامه‌ریزی کند، بلکه به او یاد می‌دهم که چگونه خودش نیز به تنهایی این کارها را انجام دهد. در هر جلسه سالی را تشویق می‌کنم تا ایده‌های مهمی را که آموخته است، به صورت یادداشت‌های کتبی ثبت کند تا بتواند از درک جدید خود در هفته‌های آتی و پس از اتمام درمان، بهره بگیرد.

اصل شماره ۷. هدف درمان شناختی رفتاری این است که در زمان محدودی انجام شود. اغلب بیماران مبتلا به اختلالات افسردگی و اضطراب، طی شش تا ۱۴ جلسه تحت درمان قرار می‌گیرند. اهداف درمانگر عبارت‌اند از: رفع علائم، تسهیل در بهبود بیماری، کمک به بیماران در جهت حل مهم‌ترین مشکلاتشان و آموختن مهارت‌هایی به منظور جلوگیری از عود بیماری. سالی در ابتدا جلسات درمانی هفتگی دارد. (در صورت ابتلا به افسردگی شدیدتر و یا سابقه اقدام به خودکشی، ممکن بود جلسات درمانی بیشتری برای وی ترتیب دهیم). پس از ۲ ماه، با هم تصمیم می‌گیریم که جلسات را هر دو هفته یک بار و سپس ماهی یک بار برگزار کنیم. حتی پس از اتمام درمان، جلسات «تقویت کننده» دوره‌ای را هر ۳ ماه یک بار و به مدت یک سال برنامه‌ریزی می‌کنیم.

البته همه بیماران در طول چند ماه به پیشرفت قابل ملاحظه‌ای دست نمی‌یابند. بعضی از آنها به یک یا دو سال درمان و یا (حتی بیشتر) احتیاج دارند تا بتوانند عقاید ناکارآمد انعطاف‌ناپذیر و آن دسته از الگوهای رفتاری که در پریشانی مزمن آنها نقش دارند را اصلاح کنند. بیماران دیگر که مبتلا به بیماری ذهنی شدیدتری هستند ممکن است به درمان دوره‌ای بسیار طولانی‌مدت برای حفظ ثبات شرایط خود نیاز داشته باشند.

اصل شماره ۸. جلسات درمان شناختی رفتاری، ساختاریافته هستند. صرف نظر از تشخیص بیماری یا مرحله درمان، دنبال کردن یک ساختار خاص در هر جلسه، باعث افزایش کارایی و اثربخشی آن می‌شود. این ساختار دربرگیرنده یک بخش مقدماتی (بررسی خلق، مرور مختصری بر هفته گذشته،