

کار با سندلی در CBT

تألیف
متیو پی.بو

ترجمه
شیوا جمشیدی



فهرست مطالب

کار با سندلی در درمان شناختی-رفتاری.....	۵
بخش اول: مبانی نظری کار با سندلی در CBT.....	۷
فصل ۱: تاریخچه مختصری از کار با سندلی.....	۹
فصل ۲: کار با سندلی در درمان های شناختی و رفتاری.....	۱۴
فصل ۳: اشکال مختلف کار با سندلی.....	۱۹
فصل ۴: اشکال مختلف تسهیلگری.....	۲۴
فصل ۵: اشکال مختلف دیده گاه گیری.....	۲۶
فصل ۶: نور! «خود»های متعدد (اصل اول).....	۳۰
فصل ۷: دوربین! کالبد یافتن و شخصیت بخشی (اصل دوم).....	۳۴
فصل ۸: حرکت! دیالوگ (اصل سوم).....	۳۹
فصل ۹: مهارت های پردازش.....	۴۲
فصل ۱۰: مکانیسم ها - بخش اول - پردازش اطلاعات.....	۵۲
فصل ۱۱: مکانیسم ها - بخش دوم - هیجان.....	۵۵
فصل ۱۲: مکانیسم ها - بخش سوم - تصویرسازی.....	۵۸
فصل ۱۳: مکانیسم ها - بخش چهارم - رقابت بازیابی.....	۶۱
فصل ۱۴: مکانیسم ها - بخش پنجم - سایر فرایندها.....	۶۳
فصل ۱۵: شواهد.....	۶۷
بخش دوم: کاربردهای عملی کار با سندلی در درمان شناختی-رفتاری.....	۷۳
فصل ۱۶: کار با سندلی در CBT.....	۷۵
فصل ۱۷: کار با سندلی برای آشنا کردن مراجعان با مدل CBT و رویکردهای وابسته.....	۸۱
فصل ۱۸: کار با سندلی برای پرداختن به افکار خودآیند منفی.....	۸۸
فصل ۱۹: کار با سندلی برای پرداختن به هیجانات مشکل آفرین.....	۱۰۱
فصل ۲۰: کار با سندلی برای ارزیابی و اصلاح رفتار.....	۱۱۱

فصل ۲۱:	کارباصندلی برای پرداختن به فرایندهای شناختی ناکارآمد.....	۱۲۰
فصل ۲۲:	کار با سندلی برای اصلاح باورهای مرکزی منفی.....	۱۲۸
فصل ۲۳:	کارباصندلی برای پرورش و تحکیم باورهای مرکزی مثبت.....	۱۴۰
فصل ۲۴:	کارباصندلی برای حل و فصل دوسوگرایی و ارتقاء انگیزه.....	۱۴۹
فصل ۲۵:	کارباصندلی برای پرورش شفقت نسبت به خود و دیگران.....	۱۶۲
فصل ۲۶:	کارباصندلی برای تغییر و اصلاح ذهنیت‌های طرحواره‌ای.....	۱۷۵
فصل ۲۷:	کارباصندلی در CBT مثبت‌نگر.....	۱۸۸
فصل ۲۸:	کارباصندلی متمرکز-بر-هیجان برای تقویت CBT.....	۲۰۰
فصل ۲۹:	کارباصندلی در نظارت بالینی بر CBT.....	۲۰۷
فصل ۳۰:	پرداختن به موانع رایج در کارباصندلی.....	۲۱۹
منابع		۲۲۴
واژه‌نامهٔ انگلیسی به فارسی		۲۳۴
واژه‌نامهٔ فارسی به انگلیسی		۲۳۷

کار با سندلی

در درمان شناختی - رفتاری

کتاب «کار با سندلی در CBT» یک پیش‌درآمد عملی، قابل‌فهم و موجز بر نظریه و کاربرد کار با سندلی است که یکی از قدرتمندترین و مهیج‌ترین روش‌های مداخله در درمان شناختی-رفتاری به‌شمار می‌آید. کتاب حاضر، اولین کتابی است که کاربردهای متعدد کار با سندلی را در CBT و درمان‌های مرتبط با آن تلفیق کرده است.

این کتاب شامل رویه‌های تجربی فراوانی برای کار روی افکار خودآیند، هیجانات، رفتارها، باورهای مرکزی، دوسوگرایی، توانمندی‌ها، به‌زیستی روان‌شناختی و فرایندهای شناختی همچون نگرانی و خود-انتقادگری است. خوانندگان دربارهٔ کاربرد کار با سندلی در سایر حوزه‌ها همچون نظارت بالینی و سایر رویکردهای روان‌درمانی مرتبط همچون درمان متمرکز بر شفقت، طرحواره‌درمانی، روان‌درمانی مثبت‌نگر و مصاحبهٔ انگیزشی نیز خواهند آموخت. تکنیک‌ها در قالبی آسان‌فهم ارائه شده و با استفاده از مثال‌های بالینی و گفت‌وگوهای درمانی شرح داده شده‌اند. کتاب حاضر یک راهنمای جامع محسوب می‌شود که با رمزگشایی از کار با سندلی، آن را در مرکز جریان تحول مستمر CBT قرار می‌دهد.

کتاب حاضر برای درمانگرانی که به کار بالینی مشغولند، محققان و همچنین افرادی که به امر آموزش درمانگران جدید اشتغال دارند تألیف شده و هم برای افرادی که تازه می‌خواهند از کار با سندلی استفاده کنند جذابیت دارد و هم برای آنهایی که با تکنیک‌های این کار آشنا هستند.

متیو پی‌یو روان‌شناس بالینی، روان‌درمانگر شناختی-رفتاری و طرحواره‌درمانگر است. وی در حال حاضر در مرکز خدمات اختلالات خوردن وینسنت اسکوائر مشغول به کار بوده و سخنران بالینی افتخاری در University College London نیز هست.

بخش اول

مبانی نظری کار

با سندلی در CBT

تاریخچه مختصری از کار با سندلی

کارباصندلی، بازنمایی‌کننده مجموعه‌ای از مداخلات تجربی است که از سندلی‌ها و موقعیت نسبی آنها برای اهداف درمانی استفاده می‌کنند. تکنیک‌های مبتنی بر سندلی که بیش از یکصد سال پیش ابداع شدند، امروزه در روان‌درمانی‌های معاصر متعددی از جمله درمان شناختی-رفتاری (پی‌یو، ۲۰۱۷)، درمان وجودی (گرینبرگ، رایس و الیوت، ۱۹۹۳)، درمان روان‌پویشی (فوشا، ۲۰۰۰) و خانواده‌درمانی (تسویلی و دیاموند، ۲۰۱۸) به کار گرفته می‌شوند. در واقع، در حیطه روان‌درمانی مداخلات اندکی وجود دارند که به اندازه کارباصندلی رایج باشند (البته به استثنای رابطه درمانی). در این فصل، به مروری بر تاریخچه پیدایش و تکامل این تکنیک‌ها در طول زمان پرداخته خواهد شد.

جیکوب ال مورنو و «سایکودراما»

ایده کارباصندلی اولین بار توسط جیکوب ال مورنو (۱۹۷۴-۱۸۸۹)، بنیان‌گذار سایکودراما، مطرح شد. او ابتدا در حیطه روان‌تحلیلگری آموزش دید اما طولی نکشید که بسیاری از اصول این روش درمانی، از جمله تکیه آن بر گفت‌وگو، را رد کرد. نقل شده که او یک بار به زیگموند فروید گفت «شما [مردم] را تحلیل می‌کنید و آنها را از هم می‌پاشانید. من به آنها اجازه می‌دهم نقش‌های متعارض خود را برون‌ریزی کنند و کمک‌شان می‌کنم این بخش‌ها را دوباره سرهم کنند» (مورنو، ۲۰۱۴، ص ۵۰). مورنو عقیده داشت که اقدام یا عمل، آبخور ادراک است و به همین دلیل است که ادراک،

بیش از همه از طریق ایفای نقش می‌تواند تغییر یابد. او استدلال می‌کرد که نمایش و اجرا، راهی برای بازآفرینی، مشاهده و حل و فصل مشکلات فردی فراهم می‌کند. با توجه به این واقعیت که در آن زمان روان‌تحلیلگری سنت غالب بود، نظرات مورنو کاملاً انقلابی محسوب می‌شدند.

از اوایل دهه ۱۹۲۰ میلادی، مورنو از روش‌های مبتنی بر عمل استفاده می‌کرد تا «اتاق مشاورهٔ بالینی را دگرگون سازد و به یک صحنهٔ نمایش تبدیل کند» (لندی، ۲۰۰۸، ص ۱۹۷). در واقع، اصل و اساس شکل‌دهندهٔ سایکودراما، گروه‌درمانی مورنو به همراه همسرش زرکا بود که بعداً اصلاح شد. در جلسات سایکودراما، تحت هدایت یک تسهیلگر («کارگردان»)، به مشکلات یکی از اعضاء («قهرمان اصلی») پرداخته می‌شد. برای تسهیل این فرایند، تکنیک‌های تجربی به‌کار گرفته می‌شدند تا جنبه‌هایی از دنیای درونی مراجع، بیرونی شوند. این تکنیک‌ها شامل این موارد بودند: بازتاب دادن (مشاهدهٔ رفتار خود که توسط فرد دیگری بازنمایش داده می‌شد)، دوبله کردن (شنیدن صدای درونی خود که توسط یکی از اعضای گروه بیان می‌شد) و گفت‌وگو با افراد غایب که توسط یک صندلی خالی بازنمایی می‌شد (مورنو، ۲۰۱۴). این روش‌ها بسیار اثرگذار از آب درآمدند، به‌نحوی که اریک برن اشاره کرده است «تقریباً تمام تکنیک‌های 'فعال' برای اولین بار توسط مورنو و در سایکودراما امتحان شدند؛ از این رو، مشکل بتوان در این زمینه به ایدهٔ جدید و خلاقانه رسید» (برن، ۱۹۷۰، ص ۱۶۴).

جورج کلی و «درمان سازه-شخصی»

روان‌شناس آمریکایی جورج کلی (۱۹۶۷-۱۹۰۵) تحت تأثیر آثار مورنو قرار گرفت و مانند او، بخش عمده‌ای از روان‌تحلیلگری را رد کرد. وی اظهار داشت که نقش اعمال مراجعان در پریشانی‌های آن‌ها، بسیار مهم‌تر از تاریخچهٔ زندگی آن‌هاست (فرانسلا و نی‌میر، ۲۰۰۵). در سال ۱۹۵۵، کلی درمان سازه شخصی را مطرح کرد که در بر دارندهٔ یک دیدگاه ساخت‌گرایی از شخصیت بود و به عقیدهٔ برخی، تلاقی رفتارگرایی و سایکودراما به‌شمار می‌آمد (گریفیث، ۲۰۰۳). در اصل، کلی عقیده داشت که انسان‌ها، خودشان و دنیایشان را خلق می‌کنند و به همین جهت، وقتی «نقش‌های» معمول آن‌ها

مشکل آفرین می‌شوند، می‌توانند خودشان را بازآفرینی کنند. یکی از مداخلات اصلی در درمان سازه شخصی که «درمان نقش ثابت» نام داشت (کلی، ۱۹۵۵)، شامل بررسی هویت یا «سازه» کنونی مراجع در کنار ایجاد یک پرسونای جدید (یک «طرح اولیه نقش») بود. سپس برای مدت مشخصی، این شخصیت جدید از طریق ایفای نقش تمرین می‌شد و در زندگی روزمره به نمایش گذاشته می‌شد. کلی (۱۹۵۵) امیدوار بود غرق شدن در این نقش جدید، یک «تجربهٔ تکان‌دهندهٔ سازه» برای مراجعان فراهم آورد و نشان دهد که تغییر، امکان‌پذیر است و می‌توان بر گرفتار آمدن در روایت زندگی خود غلبه کرد (نی‌میر و ویتتر، ۲۰۰۷). آثار کلی بعدها بر مؤلفه‌های تکنیکی و مفهومی درمان شناختی-بک، از جمله تمرین رفتاری، ایفای نقش و آزمایشگری تأثیر گذاشتند.

فردریک «فریتز» پرلز و «گشتالت درمانی»

فریتز پرلز (۱۹۷۰-۱۸۹۳) فردی رُک، حریم‌شکن و جنجالی بود که هنوز هم چهره‌ای بحث‌برانگیز در روان‌درمانی به‌شمار می‌آید. پرلز ابتدا در مکتب روان‌تحلیلگری آموزش دید و بعدها در دههٔ ۱۹۵۰ میلادی درمان گشتالت را پایه‌گذاری کرد. اما قبل از آن، نزد مورنو آموزش دید و مرتباً در جلسات سایکودراما در نیویورک شرکت می‌کرد. در این جلسات بود که او با کارباوندلی آشنا شد (کلوگ، ۲۰۱۵)، تکنیک‌هایی که بعدها به اساس کار او در گشتالت درمانی تبدیل شدند.

با اینکه رابطهٔ پرلز با مورنو گهگاه دچار آشفتگی می‌شد، مفهوم‌پردازی‌های آنها از تغییر درمانی مشابه هم بود. به عقیدهٔ پرلز، تعارضات هیجانی فقط در صورتی می‌توانستند حل و فصل شوند که تجلیات آنها در «اینجا-و-آنون» آشکار می‌شدند. این عقاید باعث شدند پرلز، توجیه عقلی و حرف زدن «دربارهٔ» مسائل را که اساس روان‌درمانی‌های رایج آن دوران محسوب می‌شدند رد کند؛ پرلز عقیده داشت مراجعان نیاز دارند به‌جای اینکه «دربارهٔ» مشکلات خود حرف بزنند، «با» مشکلات‌شان حرف بزنند (پرلز، ۱۹۶۹). او می‌گفت «یادآوری رویدادی که قبلاً رخ داده کافی نیست؛ فرد باید به‌شکل روان‌نمایشگری به آن برگردد» (۱۹۷۳، ص ۶۵).

مانند مورنو، پرلز نیز مجری توانمندی بود و در سرتاسر دهه ۱۹۶۰ میلادی در کارگاه‌های پُرمخاطب، کارباصندلی گشتالتی را اجرا می‌کرد و آموزش می‌داد. بسیاری از تکنیک‌های کارباصندلی از طریق این اجراها معروف شدند؛ از جمله دیالوگ‌های دو-صندلی بین دو قطب «سگ-بالایی» و «سگ-پایینی» مراجعان (یعنی بخش‌های انتقادکننده و انتقادشونده خود) و گفت‌وگوهای صندلی خالی با فردی دیگر («موقعیت‌های ناتمام»). اما شیوه‌ای که پرلز از صندلی استفاده می‌کرد، از یک جنبه مهم با سایکودراما فرق داشت: به جای دعوت از دیگران برای مشارکت در کارباصندلی، از مراجعان خواسته می‌شد تمام نقش‌ها را در «صندلی داغ» ایفا کنند (پرلز، ۱۹۶۹). با این پیشنهاد، کارباصندلی از قالب مداخله‌ای که عمدتاً بر گروه تمرکز داشت به مداخله‌ای تبدیل شد که می‌توانست در درمان‌های انفرادی مورد استفاده قرار گیرد.

لزلی اس گرینبرگ و «درمان فرایندی-تجربی» متمرکز-بر-هیجان»

درحالی‌که مورنو، کلی و پرلز به شکل فوق‌العاده‌ای «هنر» کارباصندلی را نمایش دادند، لزلی گرینبرگ «علم» مربوط به استفاده از این تکنیک‌ها را تصریح کرده است. گرینبرگ ابتدا در درمان فردمحور آموزش دید و سپس گشتالت درمانی را نزد همسر پرلز، لارا، یاد گرفت. او به شدت تحت تأثیر قدرت دگرگون‌کننده کارباصندلی قرار گرفت اما از اینکه هیچ راهنمایی در خصوص اجرای آن وجود نداشت، ناامید شد و گفت «به هیچ شیوه نظام‌مندی، قابل آموزش دادن نیست» (گرینبرگ، ۱۹۷۹، ص ۳۱۶).

او که در صدد بود از این تکنیک‌ها ابهام‌زدایی کند، در دهه ۱۹۷۰ میلادی پژوهش در زمینه کارباصندلی را آغاز کرد. این کار تا قرن بیست و یکم طول کشیده و به اثبات اثربخشی بالینی این تکنیک‌ها و ساز و کارهای تغییر آنها کمک کرده است (فصل پانزدهم را ببینید). پژوهش گرینبرگ همچنین بر تحول درمان فرایندی-تجربی (گرینبرگ و همکاران، ۱۹۹۳) و درمان متمرکز-بر-هیجان (الیوت، واتسون، گلدمن و گرینبرگ، ۲۰۰۴) تأثیر گذاشت. هر دوی این رویکردهای درمانی، کارباصندلی را با

شرایط درمانی برای رشد که راجرز به آنها اشاره کرده (۱۹۵۱) تلفیق می‌کنند: عناصری که گاهی اوقات در رویکردهای گشتالت اولیه وجود نداشتند (لزلی گرینبرگ، گفت‌وگوی خصوصی). همان‌طور که خواهیم دید، آثار و تلاش‌های گرینبرگ بر کاربست‌های کار با صندلی در درمان شناختی-رفتاری و آشکال «یکپارچه» روان‌درمانی شناختی نیز اثر گذاشته‌اند.

کار با صندلی در درمان‌های شناختی و رفتاری

به‌رغم این واقعیت که کاربست‌های کارباصندلی از تاریخچه‌ای غنی برخوردار است، بسیاری از درمانگران رویکرد شناختی-رفتاری با آن آشنا نیستند. برای فراهم آوردن زمینه‌ای جهت گنجاندن این تکنیک‌ها در خزانه تکنیکی درمانگران، در این فصل سیر تحول کارباصندلی در درمان شناختی و رویکردهای مرتبط با این درمان مورد بررسی قرار می‌گیرد.

رفتار درمانی

رفتار درمانی (Behavioral Therapy) در دهه ۱۹۵۰ میلادی و با هدف اصلاح رفتارهای ناسازگارانه پا به عرصه روان‌درمانی گذاشت. یکی از اولین مداخلات رفتاری که به‌شکل گسترده توسط بالینگران به‌کار گرفته می‌شد، آموزش مهارت‌های جرأت‌مندی با هدف کاهش بازداری‌های اجتماعی و هیجانی مراجعان از طریق تشویق «بازگشت به تهییج یا برانگیختگی» بود (سالتر، ۱۹۴۹، ص ۳۹). ولپی (۱۹۵۸) این مفاهیم را گسترش داد و بیان داشت که جرأت‌مندی از طریق «بازداری متقابل اضطراب»، اثرات درمانی ایجاد می‌کند (ص ۱۱۵). ولپی برای اینکه به مراجعان کمک کند مهارت‌های جرأت‌مندی خود را گسترش دهند، مرتباً از «روان‌نمایشگری‌های» درون-جلسه‌ای استفاده می‌کرد. این رویه باعث شد استفاده از تمرین رفتاری، کاربرد

گسترده‌ای در رفتار درمانی پیدا کند (لازاروس، ۱۹۶۳) - اصطلاحی که به‌نظر می‌رسد رفتارگرایان علاقه بیشتری به استفاده از آن دارند تا درمانگران فعال در حوزه سایکودراما. این روش‌های تجربی، تحت تأثیر نظریه‌های یادگیری اجتماعی (بندورا، ۱۹۶۹)، بعدها گسترش یافتند تا الگودهی، مربیگری، ایفای نقش‌های «متضاد» و تمرین رفتاری «اغراق‌شده» را نیز در بر بگیرند (مک‌فال و تونتی‌من، ۱۹۷۳؛ مک‌نیل‌ایچ و آدامز، ۱۹۷۹).

رفتار درمانی عقلانی-هیجانی

«درمان عقلانی» آلبرت ایس (امروزه رفتار درمانی عقلانی هیجانی [Rational Emotive Behavior Therapy]) که اغلب پیشگام CBT محسوب می‌شود، این موضوع را مطرح کرد که آشفتگی روان‌شناختی از باورهای غیرعقلانی زیربنایی نشأت می‌گیرد. به اعتقاد ایس، کسب دیدگاه عقلانی در خصوص مشکلات خود می‌توانست باعث کاهش پریشانی شود و تغییر رفتاری را تقویت کند (ایس، ۱۹۶۲). با اینکه بحث کردن درباره باورهای غیرعقلانی اغلب اثرگذار بود، ایس مشاهده کرد برخی افراد در برابر تغییر مقاومت می‌کنند. در چنین شرایطی، او پیشنهاد می‌کرد از تکنیک‌های کار با صندلی «مؤکد» استفاده شود تا باورهای غیرعقلانی در کانون تمرکز دقیق قرار گیرند و اطمینان حاصل شود که مجادله آنها فراموش نخواهد شد (ایس، ۲۰۰۴). جالب اینجاست که استفاده از این مداخلات برانگیزاننده تا حدی ایس را واداشت تا رویکردش را تحت عنوان «درمان عقلانی-هیجانی» دوباره نامگذاری کند (ایس، ۲۰۰۱). از آن زمان تا کنون، چندین تکنیک اثرگذار کار با صندلی از REBT نشأت گرفته‌اند، از جمله جابه‌جایی نقش و دیالوگ‌های عقلانی-هیجانی (درایدن، ۱۹۹۵).

درمان شناختی

مدل شناختی بک که در صدد بود از طریق اصلاح شناختی به تسکین علامتی برسد، یک تغییر روند افراطی از درمان رفتاری محسوب می‌شد (کلارک، ۱۹۹۵). با گذر زمان، بسیاری از رفتارگرایان به تدریج درمان شناختی (Cognitive Therapy) بک را

برگزیدند و همین امر، به تلفیق رفتاردرمانی موج اول با شناخت‌درمانی موج دوم منجر شد («درمان شناختی-رفتاری») (هیز، ۲۰۰۴). با اینکه تمرکز درمان شناختی بر مداخلات شناختی بود، بک (۱۹۹۱) عقیده داشت «این مداخلات، به هیچ وجه محدوده‌های شناخت‌درمانی را تعیین نمی‌کنند» (ص ۱۹۵). با فرض همخوانی سایر تکنیک‌ها با اصول زیربنایی درمان شناختی، التقاط‌گرایی تکنیکی در این روش درمانی پذیرفته شده بود. مداخلات تجربی همچون کارباصندلی که مراجع را در معرض تجارب تحول‌بخش قرار می‌دادند، به‌عنوان تمهیداتی بسیار مؤثر برای تصریح اصلاح شناختی در نظر گرفته شدند (بک، ۱۹۷۶). بعد از مداخلات رفتاری، به‌نظر می‌رسید تکنیک‌های گشتالت و سایکودراما اصلی‌ترین تکنیک‌هایی بودند که در درمان شناختی اولیه ادغام شدند (بک، امری و گرینبرگ، ۱۹۸۵؛ بک، راش، شاو و امری، ۱۹۷۹). در واقع، بک از همان زمان تصدیق کرده که استفاده او از «راهبردهای هیجانی و اجراء بدون تردید، تحت تأثیر سایکودراما و گشتالت درمانی بوده است» (بک، ۱۹۹۱، ص ۱۹۶).

درمان‌های شناختی برای علائم و اختلالات پیچیده در سرتاسر دهه ۱۹۹۰ میلادی شرح و تفصیل یافتند (مثلاً بک و همکاران، ۱۹۹۰؛ یانگ، ۱۹۹۰). این درمان‌های بلندمدت‌تر، استفاده از مداخلات فعال و برانگیزان سطح طرحواره، از جمله کارباصندلی، را برای درمان اختلالات دشوار توصیه می‌کردند. نظریه‌های نوظهور در زمینه شناخت و عاطفه نیز استدلال‌های پیچیده‌ای فراهم کردند که نشان می‌دادند گنجاندن این تکنیک‌ها (از جمله نیاز به کار با مطالب شناختی «داغ») ضروری است، کاربرد مداخلات تحلیلی بر ساختارهای طرحواره‌ای اولیه محدودیت‌هایی دارد و برانگیختگی هیجانی در امکان‌پذیر ساختن اصلاح شناختی حائز اهمیت است (آرنتز و ویرتمن، ۱۹۹۹؛ سافران و گرینبرگ، ۱۹۸۲؛ تیزدیل و بارنارد، ۱۹۹۳). در نتیجه، وقتی مداخلات شناختی «ستتی» اثرگذار نبودند، اغلب کارباصندلی توصیه می‌شد (بک، ۱۹۹۵).