

شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه

فهرست مطالب

۱۲سپاسگزاری
۱۴پیش‌گفتار
۱۷علائم اختصاری
۱۹مقدمه

بخش اول: ویژگی‌های نظری متمایز TBCT ۲۲

۱	تاریخچه شکل‌گیری و بنیان‌های شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه (TBCT) ۲۴
۲	باورهای مرکزی درباره خود که به‌عنوان خودمقصربینی مفهوم‌سازی شده ۲۹
۳	شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه: رویکردی مفهوم‌سازی شده در ۳ سطح و ۳ مرحله ... ۳۲
۴	ارزیابی شناخت‌ها؛ پرسشنامه تحریف‌های شناختی (CD-Quest) ۳۷
۵	نقش تعدیل‌کننده مفروضه‌های زیربنایی (UAs) ۴۰
۶	جدا کردن ناراحتی از آشفتگی: سلسله‌مراتب علائم رمزی- رنگی (CCSH) ۴۴
۷	برطرف کردن دوسوگرایی ۴۶
۸	تمرکز بر تکنیک‌های تجربی برای بازسازی شناخت‌ها ۵۰
۹	باورهای مرکزی درباره خود که به‌عنوان خودمقصربینی مفهوم‌سازی شده است ۵۲
۱۰	متمایز کردن شخصیت‌های درونی: فاصله‌گذاری ۵۵
۱۱	استعاره «آماده‌سازی برای فرجام‌خواهی»: ساختن باورهای مرکزی کارآمد و مثبت ۵۸
۱۲	آگاهی فراشناختی ۶۰
۱۳	TBCT و اختلال اضطراب اجتماعی ۶۲
۱۴	TBCT و اختلال استرس پس از آسیب ۶۳
۱۵	TBCT به‌عنوان اقدامی پیشگیرانه برای نوجوانان در مدارس ۶۵

۶۸	بخش دوم: ویژگی‌های عملی متمایز TBCT
۱۶	توضیح الگوی شناختی
۱۷	ارزیابی شناخت‌های ناکارآمد
۱۸	معرفی CD-Quest
۱۹	استفاده از ثبت افکار درون فردی (Intra-TR)
۲۰	استفاده از ثبت افکار بین فردی (Inter-TR)
۲۱	استفاده از ارزیابی مشارکتی مبتنی بر محاکمه (TBPA) برای برطرف کردن احساس گناه
۲۲	نمودار مفهوم‌سازی موردی: سطح دو
۲۳	استفاده از سلسله‌مراتب علائم رمزی - رنگی: ناراحتی در مقابل آشفتگی
۲۴	برطرف کردن دوسوگرایی و گرفتن تصمیم: ایفای نقش توافقی (CRP)
۲۵	نمودار مفهوم‌سازی موردی: سطح ۳
۲۶	استفاده از محاکمه I برای بازسازی باورهای مرکزی ناکارآمد
۲۷	استفاده از محاکمه I برای تغییر باورهای مرکزی چندگانه
۲۸	استفاده محاکمه I در گروه
۲۹	استفاده از محاکمه II برای ارتقاء آگاهی فراشناختی
۳۰	آرمیدگی و استعاره قایق بادبانی
۱۵۶	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی
۱۵۸	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی
۱۶۰	منابع

فهرست نمودارها

- شکل ۱-۳ نمودار مفهوم‌سازی موردی، مرحله اول (CCD-1) ۳۳
- شکل ۲-۳ نمودار مفهوم‌سازی موردی، مرحله دو (CCD-2) ۳۵
- شکل ۳-۳ نمودار مفهوم‌سازی موردی TBCT، مرحله سه (CCD-3) ۳۶
- شکل ۱-۵ چرخه ۱ بازیافت اندیشه‌هایی که در نگرانی و نشخوار فکری و ۴۱
- شکل ۲-۵ چرخه ۲ تعادل سازی سطح اول و دوم. ۴۲
- شکل ۳-۵ چرخه ۳. ارتباط مفروضه‌های زیربنایی و ۴۳
- شکل ۱-۷ ایفای نقش توافقی (CRP) یک رویکرد تصمیم‌گیری ۴۷
- شکل ۱-۱۹ ثبت افکار درون‌فردی جولیا ۸۸
- شکل ۱-۲۰ ثبت افکار بین‌فردی جولیا ۹۴
- شکل ۱-۲۴ ایفای نقش توافقی (CRP) جولیا ۱۰۸
- شکل ۲-۲۴ برنامه عملی جولیا ۱۱۴
- شکل ۱-۲۵ CCD جولیا ۱۱۶

فهرست جداول

جدول ۱-۱	تکنیک‌های TBCT و نمودارهایش	۲۸
جدول ۱-۱۷	تحريفات شناختی، تعاریف، مثال‌ها	۸۱
جدول ۱-۱۸	پرسشنامه تحريف‌های شناختی (CD-Quest)	۸۵
جدول ۱-۱۹	سوالاتی که درمانجو باید هنگام پر کردن Intra-TR	۹۱
جدول ۱-۲۱	ارزیابی مشارکتی مبتنی بر محاکمه TBPA	۱۰۰
جدول ۱-۲۶	کار برگ محاکمه جولیا (TBTR)	۱۳۵

در مدت زمانی که من مشغول نگارش این کتاب بودم، همسر مونیکا با سخاوت و بردباری بی‌اندازه‌اش مهم‌ترین حامی من بود.

از نوح کلایمن و جرمی روگاکي که پیشنهادهای سازنده‌ای برای بهتر شدن این کتاب ارائه دادند، سپاس گذارم. نوح پیشنهاد کرد که به تکنیک مشارکتی ^۱ گرید اهمیت بیشتری داده شود و جرمی برای ارائه پرسشنامه تحریفات شناختی ^۲ فرم جدید، کوتاه‌تر و کاربردی‌تری را پیشنهاد کرد.

همکاری‌های قابل توجه دیگری در این کتاب توسط امی ونزل، دونا سوداک، پیتر تاور و اسکات تمپل انجام شد که سخاوتمندانه بازخوانی نسخه دست‌نویس را پذیرفتند و توصیه‌هایی ارائه دادند.

گفتگوهای ارائه‌شده در این کتاب که به‌عنوان درمان‌جوی خیالی بانام «جولیا» معرفی شده است؛ استخراج و اصلاح شده از جلسات سه درمان‌جو است که به من اجازه استفاده از آن‌ها را داده‌اند؛ که من واقعاً مدیونشان هستم.

مثل همیشه لیندا سولز نسخه دست‌نویس را تجدیدنظر کرد و رسانش من را در انگلیسی روشن‌تر و منسجم‌تر کرد.

من از حمایت دقیق و مساعدت‌های ویراستاری که توسط تحریریه «راتلج» ارائه شد، به‌ویژه جوآن فورشاو سردبیر ارشد و کریستین بوچان معاون ارشد تحریریه، سپاس گذارم.

همچنین به خاطر دعوت برای نوشتن این کتاب، مدیون و سپاس گذار ویندی درایدن هستم.

1. Participation Grid Technique
2. Cognitive Distortions Questionnaire

شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه (TBCT)^۱ مدل جدیدی از درمان شناختی رفتاری (CBT)^۲ است که تکنیک‌های استاندارد شناختی و رفتاری را به صورت مرحله به مرحله سازمان‌دهی می‌کند. به گونه‌ای که نه تنها درمانگر تازه کار تسلط بهتری بر درمان پیدا می‌کند بلکه درمان‌جویان هم آن را بهتر درک می‌کنند و علاوه بر آن درمان نیز روند آسان‌تری را طی می‌کند. این موارد در حالی انجام می‌شود که انعطاف‌پذیری و اثربخشی CBT همچنان پابرجاست.

در این کتاب ویژگی‌های اساسی TBCT به سی فصل تقسیم‌شده و به صورت جداگانه در دو بخش نظری و بخش عملی ارائه می‌شود. در این دو بخش به صورت مختصر به بررسی اصول TBCT پرداخته و تکنیک‌های طراحی‌شده برای تغییر شناخت‌های منفی ناکارآمد در طول درمان TBCT توضیح داده می‌شود. همچنین راهنمای مشخصی برای ویژگی‌های متمایز آن ارائه می‌شود.

TBCT علاوه بر جالب‌توجه بودن برای روان‌پزشکان، روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی، درمانگران، مشاوران و سایر متخصصانی که در زمینه بهداشت روان کار می‌کنند، برای علاقه‌مندان به یادگیری CBT نیز قابل توجه است. TBCT به عنوان بخشی از "مجموعه ویژگی‌های متمایز درمان‌های شناختی رفتاری" محسوب می‌شود که قصد دارد متخصصان و نظریه‌پردازان CBT ویژگی‌های اساسی رویکردشان را با استفاده از آن برجسته‌تر کنند. لازم به ذکر است که به‌طور کلی مطالعه این مجموعه برای روان‌پزشکان، مشاوران و روان‌شناسان از تمام جهات لازم است.*

1. Trial-Based Cognitive Therapy (TBCT)
2. Cognitive behavior Therapy (CBT)

* این مجموعه توسط انتشارات ارجمند با عنوان «مجموعه تند آموز رفتاردرمانی شناختی» ترجمه و منتشر شده است.

ایریزمار هیز د. الیویرا^۱ (PHD, MD) استاد روان‌پزشکی در دانشکده علوم اعصاب و سلامت روان در دانشگاه فدرال بایا در برزیل است. دکتر اولیورا خالق شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه (TBCT) است و درمانگرانی را در برزیل و سایر کشورها در این مدل آموزش داده است. او همچنین تعداد زیادی کتاب و مقاله منتشر کرده و به‌طور خصوصی هم به آموزش مشغول است. وی همچنین سرپرست راهبردهای ابداعی و استاندارد در درمان شناختی رفتاری و هماهنگ‌کننده روان‌درمانی یکپارچه‌نگر و روان‌داروشناسی است.

درمان رفتاری شناختی (CBT) در حرکت به سمت درمان‌های شواهد مدار جایگاه اصلی را داراست و به‌طور غالب در محیط‌های بالینی استفاده می‌شود. باین‌حال هنوز هیچ رویکرد کلی و جزئی برای CBT وجود ندارد و بالینگران از رویکردهای موج اول و دوم و حتی سوم صحبت می‌کنند. این مجموعه، راهنمایی‌های ساده و در دسترس را برای تعدادی از روش‌های CBT ارائه می‌دهد و ویژگی‌های متمایز هر روش را مشخص می‌کند. ویراستار این مجموعه، ویندی درایدن^۲ با موفقیت، متخصصان هر رشته را گرد هم آورده تا ۳۰ جنبه اصلی رویکرد آن‌ها را به ویژگی‌های نظری و عملی تقسیم کند.

مطالعه مجموعه ویژگی‌های متمایز درمان‌های شناختی- رفتاری^۳ برای روان‌درمانگرها، مشاوران و روان‌شناسان با رویکردهای مختلف و کسانی که قصد یادگیری بیشتر درباره طیف وسیعی از رویکردهای جدید و در حال شکل‌گیری رفتاری شناختی را دارند، توصیه می‌شود.

برخی عناوین این مجموعه عبارتند از:

- رویکرد فراتشخیصی به CBT با استفاده از روش سطوح درمانی؛ توسط وارن منسل، تیموتی کری و سارا تای
- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ توسط پائول فلکمن، جی تی بلکلج و فرانک باندا...
- شناخت درمانی بک؛ توسط فرانک ویلس
- فعال‌سازی رفتاری؛ توسط جاناناتان کانتر، اندرو بوش و لارا راش

1. Irismar reis de oliveira

2. Windy Dryden

3. The CBT Distinctive Features Series

- CBASP به‌عنوان درمان متمایز برای اختلال افسردگی مداوم؛ توسط جیمز مک کالا، الیزابت شرام و کیم پنبرش
 - زوج‌درمانی شناختی رفتاری؛ توسط مایکل ورل
 - درمان هیجان‌مدار؛ توسط پائول گیلبرت
 - روان‌درمانی سازه‌نگر؛ توسط رابرت نیمر
 - رفتاردرمانی دیالکتیک؛ توسط میشل اسویلز و هیدی هرد
 - روان‌درمانی تحلیلی کاربردی؛ توسط مویز تسای، رابرت کولنبرگ، جاناتان کانتر، گرت هولمن و ماری پلامر لودان
 - فراشناخت درمانی؛ توسط ربکا کرن
 - روایت درمانی؛ توسط جان رودز
 - رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی؛ توسط ویندی درایدن
 - طرح‌واره درمانی؛ توسط اشکول رافائل، دیوید برنستین و جفری یانگ
- * برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این مجموعه لطفاً به سایت زیر مراجعه فرمایید:
www.routledge.com/cbt-distinctive-features

علائم اختصاری

- CD-QUEST پرسشنامه تحریفات شناختی^۱
CCD نمودار مفهوم‌سازی موردی^۲
CCSH سلسله‌مراتب علائم رمزی رنگی^۳
CRP ایفای نقش توافقی^۴
CBT درمان شناختی رفتاری^۵
Intra-TR ثبت افکار درون فردی^۶
Inter-TR ثبت افکار بین فردی^۷
LSAS مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز^۸
OCD اختلال وسواس فکری عملی^۹
PTSD اختلال استرس پس از آسیب^{۱۰}
REBT رفتاردرمانی عقلانی هیجانی^{۱۱}
SAD اختلال اضطراب اجتماعی^{۱۲}

-
1. Cognitive Distortions Questionnaire
 2. Case Conceptualization Diagram
 3. The Color-Coded Symptom Hierarchy
 4. Consensual Role-Play
 5. Cognitive Behavior Therapy
 6. Intrapersonal Thought Record
 7. Interpersonal Thought Record
 8. Liebowitz Social Anxiety Scale
 9. Obsessive-Compulsive Disorder
 10. Posttraumatic Stress Disorder
 11. Rational Emotive Behavior Therapy
 12. Social Anxiety Disorder

- SCID مصاحبه بالینی ساختار دار برای اختلالات^۱
- SRBTR ثبت افکار مبتنی بر معکوس کردن جمله^۲
- SUD واحد ذهنی ناراحتی^۳
- TBCT شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه^۴
- TBPA ارزیابی مشارکتی مبتنی بر محاکمه^۵
- TBTR ثبت افکار مبتنی بر محاکمه^۶
- TBMA آگاهی فراشناختی مبتنی بر محاکمه^۷
- UA مفروضه‌های زیربنایی^۸
- WCBCT کنگره جهانی درمان‌های رفتارشناختی^۹

-
1. Structured Clinical Interview for DSM Disorder
 2. Sentence Reversion-Based Thought Record
 3. Subjective Unit of Discomfort
 4. Trial-Based Cognitive Therapy
 5. Trial-Based Participation Assessment
 6. Trial-Based Thought Record
 7. Trial-Based Metacognitive Awareness
 8. Underlying Assumption
 9. World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies

اگرچه درمان شناختی (CT) از زمان شکل‌گیری آن توسط آلبرت ایس و آرون بک در دهه شصت و هفتاد تا امروز پیشرفت زیادی کرده است اما کماکان جای پیشرفت دارد. در دو دهه گذشته، رشد چشمگیری از پروتکل‌های مختلف درمان رفتاری شناختی (CBT) برای اختلالات خاص و همچنین ظهور رویکردهای جدید CBT را شاهد بوده‌ایم؛ که به‌عنوان نمونه‌ای از این مجموعه می‌توان به این رویکردها اشاره کرد:

طرح‌واره درمانی (یانگ، کلوسکو و ویشار، ۲۰۰۳؛ رافائلی، برنستین، یانگ ۲۰۱۱)
رفتاردرمانی دیالکتیک (لینهان ۱۹۹۳؛ سالز و هرد ۲۰۰۹)

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز، استروسال و ویلسون ۱۹۹۹؛ فلکسمن، بلکلج و باند ۲۰۱۱)

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲؛ کرین ۲۰۰۹)

درمان مبتنی بر شفقت (گلیبرت، ۲۰۱۰)

و ...

شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه TBCT-الیورا، ۲۰۱۵- مدل جدیدی از CBT است که ویژگی‌های متمایز و منحصر به فردی ارائه می‌دهد. ما در میان چنین ویژگی‌های متمایزی، سعی می‌کنیم موارد زیر را برجسته کنیم:

- مفهوم‌سازی روشن، منسجم و یکپارچه آسیب شناسانه از دیدگاه شناختی.
- توصیف مجموعه جدیدی از تکنیک‌های رفتاری شناختی، مرحله به مرحله.
- ارائه رویکرد جدید، سازمان‌یافته و منظم برای تغییر باورهای مرکزی.

- ارائه یک مدل فرمول‌بندی همه‌جانبه و سهل‌الوصول که برای مراجع و درمانگر کارآمد است.
- ارائه رویکردی درمانی که به‌صورت قاعده‌مندی بر اساس نظریه شناختی و ارزشیابی علمی شکل گرفته و همچنین ابزاری عینی برای کار با باورهای مرکزی مراجعین در طول جلسات فراهم می‌آورد.
- ارائه ترکیب متوازنی بین ارتقاء نظری، بررسی دقیق و علمی یک روش جدید و کاربرد عملی.
- و ارائه رویکردی یکپارچه که کار شناختی، هیجانی و تجربی را همزمان انجام می‌دهد.

بخش اول

ویژگی‌های نظری متمایز TBCT

تاریخچه شکل‌گیری و بنیان‌های شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه (TBCT)

شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه (TBCT) مدل جدیدی از شناخت درمانی است که اگرچه هنوز اساساً بر شناخت درمانی بک استوار است اما به شیوه خاصی تکنیک‌های شناختی و رفتاری شناخته‌شده و استاندارد را یکپارچه و به صورت مرحله به مرحله سازمان می‌دهد. این مدل این امکان را فراهم می‌سازد تا درمانگران تازه‌کار به راحتی در شناخت درمانی مهارت کسب کنند، مراجعین آن را بهتر درک کنند و اجرای آن آسان‌تر شود؛ و تمام این‌ها در حالی اتفاق می‌افتد که کماکان انعطاف‌پذیری و اثربخشی CBT پابرجا می‌ماند (الیویرا، ۲۰۱۵).

شکل‌گیری TBCT با انتشار ثبت افکار بر اساس معکوس کردن جمله^۱ (SRBTR) که ثبت افکار در پنج ستون توصیفی بود و به صورت ((بله اما و...)) برای مقابله با افکار ناکارآمد، طراحی شده بود، آغاز شد. در خلال بسط و تشریح SRBTR من (الیویرا) از چند تکنیک استفاده کردم: از تکنیک فلش رو به پایین (برنز ۱۹۸۰) به منظور کشف باورهای مرکزی منفی و شناخت‌های ناکارآمد، از تکنیک معکوس کردن جمله (فریمن و دوولف ۱۹۹۲) به منظور وارد کردن معانی مثبت در جملات معکوس شده و از تکنیک فلش رو به بالا (لیهی ۲۰۰۳) به منظور فعال کردن شناخت‌های مثبت و سالم‌تر. با استفاده مکرر SRBTR در جلسات و استفاده از آن به عنوان تکلیف خانگی قصد داشتم به درمانجویان کمک کنم تا حالت‌های ناکارآمدشان را غیرفعال کرده و از نظر محتوا و ساختار آنها را اصلاح کنند و نهایتاً با استفاده از توجیه قابل قبول‌تری آنها را خنثی کرده و در عوض حالت‌های سازگارانه‌تری را فعال کنند

1. Sentence Reversion-Based Thought Record (SRBTR)

حالت^۱ به‌عنوان مجموعه‌ای از طرح‌واره‌های مرتبط با هم می‌باشد که توسط بک در ۱۹۹۶ تعریف شده است). به لحاظ نظری، SRBTR از منظر زیر سیستم‌های شناختی متقابل^۲ تیزدل تبیین شده است (ICS، تیزدل ۱۹۹۶، برنارد ۱۹۹۳). هدف اصلی این درمان با توجه به دیدگاه ICS جایگزین کردن ترکیبی از مدل‌های طرح‌واره‌ای افسرده‌زا^۳ که موجب حفظ افسردگی می‌شوند با ترکیبی از مدل‌های غیر افسرده‌زا^۴ بود. اتفاقی که تنها در صورت موفقیت در ایجاد تغییر مفاهیم بااهمیت امکان‌پذیر است.

طبق گفته تیزدل (۱۹۹۶، ص ۳۶) ایجاد تغییرات کوچک ممکن است برای تغییرات اساسی کافی باشد. شبیه این جمله «بخشش لازم نیست، اعدامش کنید» در مقابل این جمله «بخشش، لازم نیست اعدامش کنید» که نشان می‌دهد با تغییر بخش کوچکی از جمله به‌عنوان یک کد، معنی کلی جمله تغییر می‌کند و این نشان از اهمیت این تغییر کوچک است. همچنین، تیزدل (۱۹۹۶) اذعان کرد که اثر تغییر یک فکر و معنای خاص مرتبط با آن می‌تواند منجر به تغییر پاسخ هیجانی شود.

به‌هر حال اگرچه به نظر می‌رسد SRBTR در کمک به درمان‌جویان برای بازسازی باورهای مرکزی‌شان مفید است اما مشکلی در این روش وجود داشت. مشکل این بود که درمانگر، درمان‌جو را ترغیب می‌کرد که بلافاصله به وسیله شواهد و مدارکی که از باورهای مرکزی حمایت می‌کنند در مقابل شواهد و مدارکی که آن‌ها را بی‌اعتبار می‌کنند با باورهای مرکزی روبه‌رو شود. با توجه به این مشکل، پس از تأمل زیاد به‌طور تصادفی راه‌حلی شبیه یک الهام پیدا کردم؛ و این اتفاق زمانی افتاد که بعد از دیدن نمایش «محاکمه» اثر فرانتس کافکا تصمیم گرفتم از استعاره صحن دادگاه استفاده کنم. نمایشی که سال‌ها قبل آن را خوانده بودم (فصل ۲ را ببینید). هرچند این اولین باری نبود که از استعاره صحن دادگاه در CBT استفاده می‌شد (فریمن و دِوُلَف، ۱۹۹۲ کرومارتی و مارکس، ۱۹۹۵، لیهی ۲۰۰۳). خلاصه که این ایده به‌عنوان یک باور مرکزی با عنوان خودم‌مقصر‌بینی^۵ مفهوم‌سازی شد؛ و دو ستون به‌ثبت افکار اضافه شد

-
1. Mode
 2. Interacting Cognitive Subsystem (ICS)
 3. Depressogenic
 4. Non-depressogenic
 5. Self-accusation