

شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه

راهنمایی برای روان‌شناسان

فهرست مطالب

| | |
|-----|---|
| ۷ | مقدمه |
| ۹ | شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه |
| ۱۱ | پیشگفتار ویراستار مجموعه |
| ۱۳ | پیشگفتار |
| ۱۵ | درآمد |
| ۲۱ | ۱ معرفی مدل شناختی به بیمار |
| ۵۲ | ۲ معرفی پرسشنامه تحریف‌های شناختی |
| ۷۴ | ۳ تغییر افکار خودکار ناکارآمد |
| ۱۰ | ۴ ارزیابی و تغییر فرض‌های زیربنایی |
| ۱۴۱ | ۵ تغییر باورهای بنیادین با محاکمه I |
| ۱۸۰ | ۶ محاکمه I در قالب درخواست تجدیدنظر |
| ۱۹۴ | ۷ محاکمه I برای تغییر یک باور بنیادین ثانویه |
| ۲۰۱ | ۸ محاکمه I در قالب درخواست تجدیدنظر برای تغییر یک باور بنیادین ثانویه |
| ۲۰۶ | ۹ تغییر باورهای بنیادین منفی چندگانه با محاکمه I |
| ۲۳۷ | ۱۰ آگاهی فراشناختی مبتنی بر محاکمه (محاکمه II) |
| ۲۵۷ | ۱۱ آرام‌سازی و استعاره قایق بادی |
| ۲۷۱ | ۱۲ ارزیابی مشارکت مبتنی بر محاکمه (محاکمه III) |
| ۲۷۵ | نتیجه‌گیری |
| ۲۷۹ | ضمیمه |
| ۲۷۹ | نمودارها و فرم‌های سفید برای استفاده بیماران |
| ۳۰۴ | منابع |
| ۳۰۷ | واژه‌نامه انگلیسی به فارسی |
| ۳۰۹ | واژه‌نامه فارسی به انگلیسی |

شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه جایی غیر از آنچه شناخت درمانی شکل گرفته، بنیان نهاده شده است. چه بسا خاستگاه شناخت درمانی را هم در جایی یا جاهایی غیر از مقر کنونی آن بتوان جستجو کرد. بر همین اساس است که این اثر همچون بسیاری از درمان‌های نوپدید در حوزه درمان‌های شناختی - رفتاری به فارسی ترجمه شده است تا آثار متفاوت از خاستگاه‌های مختلف گرد هم بیایند.

مایه بسی خوشحالی است که اکثر غریب به اتفاق شیوه‌های درمانی نوین در رویکرد شناختی-رفتاری توسط همکاران عزیز ما ترجمه می‌شود، بسیاری از آنها مورد مطالعه قرار می‌گیرند و تلاش می‌شود تا متناسب با شرایط و فرهنگ این مرز و بوم به کار گرفته شوند. هرچند نیازمند تلاش‌های بسیاری از جانب همکاران جوان هستیم تا علاوه بر برگرداندن این آثار ارزشمند به زبان فارسی، تأثیر و اثربخشی آن در جامعه ایرانی ارزیابی و مطالعه شود. جای بسی امیدواری است که اگر در یک فاصله کوتاه منابع ارزشمندی به قفسه کتابخانه‌ها اضافه شده است، مطالعات ارزشمندی نیز در این زمینه انجام شود و شاهد پیشرفت‌های قابل توجهی در حوزه روان‌درمانی و به‌ویژه در رویکرد درمان‌های شناختی-رفتاری باشیم.

بر هیچ کسی پوشیده نیست در یک یا دو دهه اخیر افراد بسیار علاقه‌مند و توانمند پا به این عرصه گذاشته‌اند و توانسته‌اند قدم‌های ارزشمندی در این راه بردارند. وقتی خانم شجاعی از من خواست بر این ترجمه پیشگفتاری بنویسم از این فرصت استفاده کردم و خواستم از همه روان‌درمانگران تازه‌کار که با وجود مشکلات و موانعی که بر سر راه آنها وجود دارد در راه ارتقای خدمات روان‌شناختی تلاش می‌کنند و ادامه‌دهنده راه نسل‌های قبلی در راه ارتقای روان‌درمانی هستند، تشکر کنم. به‌رغم برخی تنگ‌نظری‌ها و دیدگاه‌های بدبینانه و گاه ناامیدانه، من تلاش‌های بی دریغ همه همکارانم را می‌ستایم. البته، نباید از آسیب‌های احتمالی و پیش رو در این راه نیز

غفلت کنیم. اما همه می‌دانیم راه غلبه بر موانع و مشکلات نیز تشویق و حمایت از تلاش‌های علمی است.

سخن را کوتاه کنم و همه علاقه‌مندان به درمان‌های شناختی-رفتاری را به مطالعه این اثر ارزشمند دعوت کنم. همین قدر اضافه کنم که برای چالش با باورهای بنیادی در رویکرد فوق‌الذکر تلاش‌ها و راهبردهای بسیاری به کار گرفته شده است. اطمینان می‌دهم تا با مطالعه این اثر راهبردی مؤثر به سایر مهارت‌های همکاران تازه‌کار و حتی کهنه‌کار اضافه شود. باشد که در آینده نزدیک راهکارهای بدیع و مؤثری از جانب همکاران عزیز ما نیز در رفتاردرمانی شناختی به جامعه علمی معرفی شود.

دکتر ابوالفضل محمدی

استادیار بخش روان‌شناسی بالینی بیمارستان روزبه

دانشگاه علوم پزشکی تهران

شناخت‌درمانی مبتنی بر محاکمه

شناخت‌درمانی مبتنی بر محاکمه مدلی را ارائه می‌دهد که اگرچه هنوز به‌صورت ذاتی مدل بک است اما روش‌های شناختی و رفتاری شناخته‌شده را به یک شیوه گام‌به‌گام سازمان می‌دهد تا شناخت‌درمانی را برای یادگیری درمانگر تازه‌کار و درک بیماران آسان‌تر و برای به کار بردن ساده‌تر سازد. شناخت‌درمانی مبتنی بر محاکمه بر اساس و پشتیبانی مجموعه‌ای از مطالعات منتشرشده، راهبردهای ساختاری را برای تغییر باورهای بنیادین درباره خود مطرح می‌کند و مفهوم روشن، منسجم و یکپارچه آن از آسیب‌شناسی روانی به‌عنوان یک مدل فرمول‌بندی ارائه‌شده است که به آسانی یادآوری می‌شود و برای هر دو نفر درمانگر و مراجع مفید است. این کتاب یک رویکرد جدید را معرفی می‌کند: شناخت‌درمانی مبتنی بر محاکمه (TBCT)¹. فن اصلی آن یعنی ثبت فکر مبتنی بر محاکمه، یک راهبرد ساختاری برای تغییر باورهای بنیادین درباره خود است و به‌عنوان یک قیاس قانون محور ارائه‌شده است که در آن درمانگر، مراجع را در یک شبیه‌سازی از فرآیند قضایی درگیر می‌کند. شناخت‌درمانی مبتنی بر محاکمه ترکیبی متعادل از پیشرفت نظریه، بررسی علمی یک روش جدید و کاربرد عملی ارائه می‌دهد که برای درمانگران در هر سطحی ایده آل است.

دکتر ایریزمار هیز د. الیویرا در دپارتمان علوم اعصاب و سلامت روان دانشگاه فدرال باهیا در برزیل، استاد است. او ویرایشگر کتاب *راهبردهای ابتکاری و استاندارد در درمان شناختی و رفتاری* و همکار ویراستار کتاب *یکپارچه کردن روان‌درمانی و داروشناسی روانی* می‌باشد.

پیشگفتار ویراستار مجموعه

شناخت‌درمانی مبتنی بر محاکمه: راهنمایی برای متخصصان بالینی سومین کتاب از یکی از جدیدترین مجموعه‌های انتشارات Routledge تحت عنوان موضوعات بالینی در روان‌شناسی و روان‌پزشکی (CTPP)¹ است. هدف عمده CTPP این است که اطلاعات سودمندی را که هم جامع بوده و هم برای ادغام کردن با کار بالینی روزمره آسان باشد، در اختیار شاغلین حیطه سلامت روان قرار دهد. CTPP میان‌رشته‌ای است به‌گونه‌ای که موضوعات مرتبط با رشته‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی پوشش داده می‌شود و هم دانشجوی و هم متخصص بالینی به آن رجوع می‌کنند. کتاب‌های انتخاب‌شده برای مجموعه نه تنها توسط کارشناسان ملی و بین‌المللی در حیطه‌های مربوطه نوشته و ویرایش می‌شوند بلکه متخصصان بالینی بسیار محترم نیز همکاری دارند. شماره جدید قصد، چشم‌انداز و اهداف مجموعه را با ذکر نمونه نشان می‌دهد.

نویسنده ایریزمار هیز د. الیویرا، PhD، یک راهنمای ساده و قابل‌فهم در شکل جدیدی از شناخت‌درمانی - شناخت‌درمانی مبتنی بر محاکمه (TBCT) - ارائه می‌دهد. TBCT طراحی شده توسط الیویرا، یک رویکرد مفهوم‌پردازی سه سطحی-سه مرحله‌ای است که افکار و باورهای بنیادین ناکارآمد بیمار را هدف قرار می‌دهد. TBCT بر اساس شناخت‌درمانی آرون بک، فرآیندهای ساختاریافته، مشارکتی و آموزشی را همراه با آمیختن قیاس هوشمندانه و منحصر به فرد با قانون به کار می‌برد. بیمار و درمانگر در یک فرآیند روبه‌جلو و عقب که یادآور رمان معروف فرانتس کافکا به نام محاکمه است، درگیر می‌شوند. TBCT نه تنها بر اساس اصول روان‌درمانی اثبات‌شده مؤثر و اساسی است بلکه همچنین یک رویکرد سرگرم‌کننده و درعین حال پیچیده برای شناخت‌درمانی است. درمان‌جویی که با کار ادبی کلاسیک کافکا آشنا است بلافاصله قرینه‌های هوشمندانه‌ای را که د. الیویرا میان وضعیت نامساعد جوزف و

1. Clinical Topics in Psychology and Psychiatry

فرآیندهای تفکر ناسازگارانه او ترسیم می‌کند می‌فهمد. برای کسانی که با داستان آشنا نیستند، قیاس در آغاز روشن می‌شود و درمان‌جو به راحتی و به‌طور کامل به جریان درمان کشیده می‌شود.

دانشجو، روان‌درمانگر تازه‌کار در حیطه شناخت‌درمانی و همچنین درمانگر شناختی باتجربه که به دنبال گسترش و افزودن «عطروطمع» به کار شناخت‌درمانی خود است، به دلیل ماهیت گام‌به‌گام درمان و ساختار روشن و گام‌به‌گام کتاب راهنما به آسانی فنون منحصربه‌فرد TBCT را یاد خواهند گرفت. گروه دیگری از متخصصان سلامت روان که رویکرد TBCT برای آنها کارایی دارد روان‌داروشناسان هستند. اصول کوتاه‌مدت و علمی TBCT می‌تواند به بسیاری از کاربردهای داروشناسی روانی شبیه باشد.

همان‌گونه که توسط دکتر استال در پیشگفتار کتاب بیان شده است، کاربر این راهنما در جریان یک درمان واقعی است. در حوزه‌ای که به ابتکاری، خلاق و پیشرو بودن خودش افتخار می‌کند، طعنه‌آمیز است که از زمان معرفی شناخت‌درمانی، رویکردهای روان‌درمانی جدید اندکی به صحنه آمده‌اند. د. الیویرا با آمیختن اصول روان‌درمانی درست با ادبیات کلاسیک و عقل سلیم با احساس نظم و قانون امروزی، به حوزه روان‌درمانی انرژی و تنوع بخشیده است.

پرت ای. مور، PsyD, ABPP

ویراستار مجموعه موضوعات بالینی

در روان‌شناسی و روان‌پزشکی

پیشگفتار

خوانندگان این کتاب به دنبال یک درمان واقعی هستند. کتاب راهنمای موجود نحوه انجام شناخت‌درمانی مبتنی بر محاکمه (TBCT) را توضیح می‌دهد، یک روان‌درمانی جدید یا حداقل نسخه جدیدی از روان‌درمانی که از مکتب معروف و مشهور شناخت‌درمانی پدیدار شده است. روان‌درمانگران بالینی که آموزش ارائه‌شده توسط این راهنما را به کار می‌برند حتی بیشتر غافلگیر می‌شوند: TBCT مؤثر واقع می‌شود و حتی می‌تواند بعضی مواقع هم برای درمانگر و هم برای بیمار سرگرم‌کننده باشد. من از خواندن این کتاب لذت بردم، در آموزش گسترده زندگی کردن توسط نویسنده شرکت کردم و این رویکرد را در کار خودم به کار بردم. بله، من باید بپذیرم که هرچند من روان‌داروشناس هستم، TBCT حضور مهمی در زندگی یک بالینگر دارای گرایش روان‌داروشناسی دارد زیرا درمان‌های دارویی را تقویت می‌کند و در واقع برای اجرا کردن لذت‌بخش است و دیدن نتایج بسیار مثبت موجب خشنودی می‌شود.

پدیدار شدن یک روان‌درمانی جدید رویداد نادری است. حتی برای یک روان‌درمانی منحصربه‌فرد است که به جای شخصیت‌گیری بنیان‌گذار آن بر اساس شواهد علمی بنا شود. TBCT مبتنی بر شواهد است و اثربخشی آن در آزمایش‌های تصادفی کنترل‌شده توسط نویسنده اثبات شده است. این رویکرد بر اساس بنیان محکم شناخت‌درمانی که به‌ویژه توسط آرون بک معروف شد، ایجاد شده است. در واقع، متخصصان و کارشناسان شناخت‌درمانی حتی طعنه زده‌اند که نویسنده این کتاب، ایریزمار هیز د. الیویرا، باید به‌عنوان «بک برزیلی» در نظر گرفته شود، به‌راستی تحسینی عالی است.

شما یاد خواهید گرفت که TBCT سه سطح و سه مرحله دارد و مبتنی بر یک مفهوم‌پردازی است که هدفش کم‌ارزش کردن باورهای بنیادین منفی نگه‌داشته شده بیمار است. این یک بیان خلاصه از دانش است. آنچه درباره این رویکرد واقعاً جدید و بسیار جالب‌توجه است این است که مبتنی بر یک قیاس بجا با قانون است. امروزه بسیاری از

مشهورترین رمان‌ها، فیلم‌ها و برنامه‌های تلویزیونی بر اساس داستان‌های جرم و جنایت هستند که بازپرس‌های صحنه جرم، جرائم را حل و دادستان‌ها مجرمان را محکوم می‌کنند. بیماران در این جنبه‌های فرهنگ رایج غرق هستند و زمانی که با باورهای بنیادین منفی درباره خودشان برای کمک گرفتن مراجعه می‌کنند، تقریباً به‌طور عمومی توسط چشم‌انداز بررسی این باورها برای دیدن اینکه آیا آنها اغراق‌آمیز یا نادرست هستند یا نه و انجام این کار به‌وسیله قرار دادن باورهای بنیادین آنها در یک محاکمه، جذب می‌شوند.

د. الیویا الهام گرفت تا اصول اساسی شناخت‌درمانی را با فرآیندهای معمول دادگاه تطبیق دهد، نه تنها به خاطر رواج آنها و آشنا بودنشان برای بیماران امروزی بلکه همچنین به خاطر واقعیت اساسی درباره باورهای بنیادین که توسط شخصیت کلاسیک جوزف در رمان محاکمه فرانتس کافکا نشان داده شد. همان‌طور که ریشه بسیاری از باورهای بنیادین بیماران ما در راز و رمزها است، جوزف دستگیر شد و در نهایت به چیزی که هرگز درباره‌اش به او گفته نشد و برای دلایلی که هرگز برای او آشکار نشد، محکوم شد. به‌جای اجازه دادن به بیماران که تمام زندگی‌شان را با محکوم بودن به باورهای بنیادین منفی‌شان ادامه دهند، د. الیویا به ما می‌آموزد که «آن باورهای بنیادین منفی را در محاکمه قرار دهیم» و در آن فرآیند تشخیص دهیم که چطور این افکار ممکن است غیرواقعی و نامعقول باشند و اینکه درواقع آنها به‌جای حقایق درباره خودمان توسط یک دادستان سوءاستفاده‌گر ایجاد می‌شوند. هنگامی که من محاکمه‌ای را با بیمارانی که می‌بینند که باورهای بنیادین آنها افراطی هستند با موفقیت به پایان می‌رسانم و آنها از این بینش به آسودگی روانی می‌رسند، من به‌خصوص از کمک کردن به آنها برای شکایت کردن از دادستان درونی‌شان به خاطر «سوءاستفاده کردن از حرفه دادستانی» لذت می‌برم. این لذت ممکن است بیشتر برای من باشد تا بیمار زیرا من به‌عنوان یک پزشک به‌خصوص به وکلا علاقه‌مند نیستم.

بنابراین، از شما دعوت می‌کنم بنشینید، آرام باشید و از سفر خود به TBCT، و این اصل که خود متهم‌سازی افراطی همگانی است و از رسیدن به آسودگی از طریق یک رویکرد شناختی، به‌خصوص رویکردی که دفاع خود فرد را سازمان می‌دهد و در نتیجه باورهای بنیادین مفید درباره خودش را بازسازی می‌کند، لذت ببرید.

استفان ام. استال، MD، PhD

تعاریف: شناخت‌درمانی در برابر شناخت‌درمانی مبتنی بر محاکمه

شناخت‌درمانی (CT) یکی از رویکردهای درمانی درون گروه بزرگ‌تر درمان‌های شناختی-رفتاری (CBT) است که توسط آلبرت الیس، آرون بک و دیگران در دهه ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ ایجاد شد. شناخت‌درمانی یک رویکرد درمانی فعال است که به بیماران کمک می‌کند افکار وابسته به موقعیت و باورهای غیرمفیدی را که آشفتگی هیجانی را تشدید می‌کنند، تشخیص دهند (بک، ۱۹۷۹). یکی از اهداف مهم شناخت‌درمانی این است که به بیماران کمک کند تا باورهای بنیادین را اصلاح کنند؛ باورهایی که ادراک‌های کلی، انعطاف‌ناپذیر و بیش‌تعمیم‌یافته درباره خودشان هستند و به‌عنوان واقعیت‌های کاملاً درست پذیرفته می‌شوند به‌گونه‌ای که فرد آنها را زیر سؤال نمی‌برد (ونزل، ۲۰۱۲).

شناخت‌درمانی مبتنی بر محاکمه (TBCT) به‌عنوان یک رویکرد فرمول‌بندی سه مرحله‌ای-سه سطحی که من در دانشگاه فدرال باهیای برزیل تهیه کردم، اجرا می‌شود (د. الیویرا، ۲۰۱۱b). بنیان TBCT در شناخت‌درمانی توسعه‌یافته توسط بک (۱۹۷۹) است؛ بااین‌حال، این رویکرد دیدگاه منحصربه‌فردی به مفهوم‌پردازی دارد و دارای فونونی است که آن را در اصلاح باورهای بنیادین بیماران به‌خصوص باورهای درباره خود، مداخله‌ای متمایز می‌سازد (د. الیویرا، ۲۰۱۴).

فن عمده‌ای که در TBCT به کار می‌رود ثبت فکر مبتنی بر محاکمه (TBTR)^۱ است (گاهی اوقات محاکمه I نیز نامیده می‌شود)، یک راهبرد ساختاری که به‌عنوان یک قیاس با قانون ارائه می‌شود که در آن درمانگر، مراجع را در یک فرآیند قانونی شبیه‌سازی شده درگیر می‌کند. این فن از رمان سورئالیستی فرانتس کافکا به نام محاکمه

1. Trial-based thought record

(کافکا، ۱۹۲۵/۱۹۹۸) الهام گرفته شد که در آن شخصیت اصلی داستان «جوزف» بدون دانستن جرمی که به آن متهم بود، دستگیر و محکوم شد؛ بنابراین گویا TBCT اولین رویکرد کاربردی پیشنهادشده برای مقابله با ذات بسیار محکم افکار و باورهای جوزف است (د. الیویرا، ۲۰۱۱b) که احتمالاً افکار و باورهای خود کافکا بودند به طوری که در شرح حالش با عنوان نامه به پدرش که در سال ۱۹۱۹ نوشته شده است (کافکا، ۱۹۶۶)، نشان داده شد و بعضی از نویسندگان زندگی نامه او نیز به آن اشاره کردند (به عنوان نمونه استاک، ۲۰۰۵). فرض من بر این بود که قصد کافکا پیشنهاد دادن خود متهم سازی به عنوان یک قاعده کلی بود که پیامد آن می تواند اجازه دادن به فرد برای سازمان دهی دفاع شخصی خود باشد. از منظر شناخت درمانی این شبیه بازسازی باورهای بنیادین درباره خود است (د. الیویرا، ۲۰۱۲b).

پژوهش های TBCT

اولین کاربرد TBTR (فن اصلی مورداستفاده در TBCT) در یک جلسه روان درمانی یک ساعته در یک مطالعه مقدماتی ارزیابی شد که در این مطالعه بعد از شرکت کردن در یک شبیه سازی از هیئت منصفه، بیماران ($N = 30$) تغییراتی را در وابستگی شان به باورهای بنیادین منفی و همچنین شدت هیجانات مرتبط با آنها نشان دادند. کاهش میانگین معناداری بین ارقام درصدی پس از بررسی (در نظر گرفته شده به عنوان خط پایه)، اظهار وکیل مدافع ($p < 0/001$) و رأی هیئت منصفه، در قالب هم باورها ($p < 0/001$) و هم شدت هیجانات ($p < 0/001$) مشاهده شد. هم چنین بین اولین و دومین دفاع وکیل مدافع ($p = 0/009$) و بین دومین دفاع وکیل مدافع و رأی هیئت منصفه در رابطه با باورهای بنیادین ($p = 0/005$) و هیجانات ($p = 0/002$) تفاوت های معناداری مشاهده شد. نتیجه این بود که محاکمه I می تواند، حداقل به طور موقت، به بیماران کمک کند تا وابستگی شان به باورهای بنیادین منفی و هیجانات مربوطه را کاهش دهند (د. الیویرا، ۲۰۰۸).

اولین کاربرد TBTR هم چنین در تکرار فراتشخیصی (د. الیویرا و همانی و همکاران، ۲۰۱۲) پژوهش اولیه بررسی شد (د. الیویرا، ۲۰۰۸). در این مطالعه، TBTR به ۱۶۶ بیمار ارائه و وابستگی آنها به باورهای بنیادین منفی و هیجانات مربوطه

سنجیده شد. بعد از اولین و دومین دفاعیات وکیل مدافع، هم‌چنین پس از رأی هیئت‌منصفه و آمادگی اولیه برای درخواست تجدیدنظر ($p < 0/001$) نسبت به مرحله بررسی که به‌عنوان خط‌پایه در نظر گرفته شده بود، کاهش‌های معناداری در مقادیر درصد دیده شد. هم‌چنین میان اولین و دومین دفاعیات وکیل مدافع و بین دومین دفاع وکیل مدافع و رأی هیئت‌منصفه، هم‌چنین آمادگی برای درخواست تجدیدنظر ($p < 0/001$) تفاوت‌های معناداری پدیدار شد. با این‌حال صرف‌نظر از سطح مواجهه درمانگران با TBTR (تجربه) هیچ تفاوتی میان نتایج وجود نداشت. نتیجه‌گیری این بود که این رویکرد ممکن است به کاهش وابستگی بیماران به باورهای بنیادین و هیجان‌ات مربوطه کمک کند که نتایج مطالعه مقدماتی را تأیید کرد (د. الیویرا، ۲۰۰۸). حجم نمونه این مطالعه تا ۲۵۹ بیمار افزایش یافت (د الیویرا، دوران و ولاسکوئز، ۲۰۱۲)، درحالی‌که یافته‌های آن درباره تغییر باورهای بنیادین و هیجان‌ات را تأیید می‌کند اما بیشتر نشان‌دهنده موارد زیر است: قالب‌سندلی خالی ممکن است در کاهش شدت هیجان‌ات مربوطه، مؤثرتر از قالب ایستای متداول باشد و به‌طور معناداری بیشتر بیماران درمان شده با سندلی خالی تمام مراحل فن را به پایان رساندند.

ثبت فکر مبتنی بر محاکمه (TBTR) در یک کارآزمایی تصادفی (د. الیویرا، پاول و همکاران، ۲۰۱۲) با ۳۶ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی (SAD) بررسی شد. در این مطالعه، گروه آزمایشی ($n = 17$) با TBTR و گروه مقایسه ($n = 19$) با مدل متداول شناخت‌درمانی شامل ثبت فکر ناکارآمد هفت ستونی (DTR)^۱ (گرینبرگر و پادسکی، ۱۹۹۵) و ثبت داده‌های مثبت (PDL^۲؛ بک، ۲۰۱۲) مورد درمان قرار گرفتند. پس از مفهوم‌پردازی مورد به‌صورت مجزا، هر دو گروه توضیحاتی درباره مدل شناختی و تحریف‌های شناختی دریافت کردند. هر دو درمان باهدف بازسازی باورهای بنیادین و کاهش علائم هراس اجتماعی انجام شد. در هیچ‌یک از گروه‌ها مواجهه به‌صورت فعالانه برانگیخته نشد. آنوای مرکب کاهش‌های معناداری را در نمرات مقیاس اضطراب اجتماعی لی بوئیتز (LSAS^۳؛ لی بوئیتز، ۱۹۸۷)، مقیاس ترس از ارزیابی منفی (FNE^۴؛ واتسون و فرند، ۱۹۶۹) و پرسشنامه اضطراب بک (BAI^۵؛ بک،

1. dysfunctional thought record
2. the positive data log
3. Liebowitz Social Anxiety Scale
4. Fear of Negative Evaluation
5. Beck Anxiety Inventory

اپستین، برون و استیر، ۱۹۸۸) در هر دو رویکرد نشان داد. با این حال آنکوای یک راهه که داده‌های خط پایه را به عنوان متغیرهای متغیر در نظر می‌گیرد، نشان داد که TBTR در کاهش FNE ($p < 0/01$) و آشفتگی و اجتناب اجتماعی از گروه مقایسه مؤثرتر بود. کیفیت زندگی پس از درمان (درد جسمانی، عملکرد اجتماعی و نقش هیجانی) و در پیگیری (نقش هیجانی) در گروه TBTR نسبت به گروه مقایسه به طور معناداری بهتر بود (پاول و همکاران، ۲۰۱۳). اثر درمانی معنادار بر حیطه نقش هیجانی در پیگیری ۱۲ ماهه نیز تأثیر پایدار TBTR را نسبت به شناخت درمانی متداول تأیید کرد که نشان می‌دهد این رویکرد حداقل به اندازه CT در بهبود حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی در SAD مؤثر است.

یک مطالعه تصادفی یک جلسه‌ای (د. الیویرا و همکاران، ۲۰۱۳) با هدف ارزیابی تأثیر افتراقی TBTR به کار برده شده در قالب صندلی خالی (چندگانه) نسبت به قالب ایستا (بیمار تمام جلسه روی یک صندلی می‌ماند) با ۴۱ بیمار با تشخیص‌های روان پزشکی مختلف انجام شد. آنوای مرکب یک اثر اصلی معنادار نشان داد به این معنا که در پایان جلسه نسبت به خط پایه (مرحله بررسی) هم در اعتبار اختصاص داده شده به باورهای بنیادین و هم در شدت هیجانات کاهش معناداری در مقادیر درصد مشاهده شد. هیچ اثر متقابلی میان زمان و درمان وجود نداشت. آنکووا در حمایت از رویکرد صندلی خالی برای هر دو مورد اعتبار باور و شدت هیجان ($p < 0/04$) تفاوت معناداری نشان داد که بیان‌کننده این است که می‌تواند به بیماران کمک کند وابستگی‌شان را به باورهای بنیادین منفی و هیجانات مربوطه کاهش دهند که این مطلب مشاهدات اولیه را تأیید کرد (د. الیویرا، ۲۰۰۸، ۲۰۱۲b). با این حال برخلاف مشاهدات قبلی، قالب صندلی خالی نسبت به قالب ایستا در کاهش اعتبار اختصاص داده شده به باورهای بنیادین و شدت هیجانات مربوطه مؤثرتر است (د. الیویرا و همکاران، ۲۰۱۳).

مدت درمان TBCT

اگرچه TBCT در این کتاب در ۱۲ جلسه هفتگی (۳ ماه) ارائه شده است اما درمان باید فردی‌سازی شده و متناسب با پیچیدگی و نیازهای بیمار باشد. هر جلسه‌ای که در

این کتاب به‌عنوان جلسه واحدی توصیف شده است باید هر موقع که لازم است به دو جلسه یا بیشتر تقسیم شود. به‌طور مثال در مورد به کار بردن ثبت فکر درون‌فردی (Intra-TR)¹ (فصل سه را ببینید) در شرایط دنیای واقعی بیماران پیچیده، درمانگر ممکن است به دو یا سه جلسه نیاز داشته باشد تا زمانی که احساس کند بیمار در استفاده از آن ماهر شده است. همچنین هنگام استفاده از ایفای نقش توافقی (CRP)² برای کمک به تصمیم‌گیری بیماران (فصل چهارم را ببینید)، تصمیم‌ها ممکن است دارای سطوح مختلفی از پیچیدگی باشند و گاهی لازم است تا به مراحل بیشتر و کمتر پیچیده تقسیم شوند. در این مورد درمانگر پیشنهاد می‌دهد که بیمار CRP را هرچند بار که لازم است در چندین جلسه تکرار کند. به همین ترتیب هنگام انجام محاکمه I برای تغییر یک باور بنیادین (فصل ۵ کتاب) به‌خصوص در بیماران به‌شدت مریض، ممکن است دو یا سه جلسه برای تکمیل یک محاکمه I منفرد اختصاص داده شود. برای محاکمه II نیز بیمار ممکن است نیاز داشته باشد آن را چندین بار تکرار کند تا اینکه یک احساس واقعی از آگاهی فراشناختی ایجاد شود. منطقی است نتیجه گرفته شود که فرایند درمان TBCT در دنیای واقعی ممکن است چندین ماه یا حتی یک سال و گاهی اوقات در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت، زمان بیشتری ببرد تا تکمیل شود. نیازی به گفتن نیست که TBCT یک رویکرد یکپارچه همگون است (مسر، ۱۹۹۲) و در طول درمان ممکن است از فنون دیگر رویکردها استفاده شود. با این حال نادر نیست بیمارانی که مشکلات پیچیده ندارند از دوره درمان بسیار کوتاه‌تری سود ببرند، گاهی ۴ تا ۸ جلسه یا حتی کمتر. در شرایط اورژانسی یا خاص که درمانگر امکان دارد بیمار را تنها یک‌بار ببیند، درمانگر ممکن است بخواهد مستقیم سراغ محاکمه I برود.

1. Intrapersonal thought record
2. consensual role-play

۱ معرفی مدل شناختی به بیمار

رئوس مطالب

- آشنایی کلی با درمان
- مفهوم‌پردازی مورد
- توضیح مدل شناختی به بیمار (پائول)
- توضیح مدل شناختی به بیمار (کاتلین)
- معرفی مفهوم تحریف‌های شناختی به بیمار

مکالمه شرح مورد

- آشنایی کلی با درمان
- شناسایی مشکلات
- تعیین اهداف درمان
- معرفی مدل شناختی: اولین سطح از نمودار مفهوم‌پردازی شناختی
- معرفی تحریف‌های شناختی
- تعیین کردن تکلیف، خلاصه کردن و نتیجه‌گیری جلسه اول

آشنایی کلی با درمان

شناخت‌ها ممکن است جنبه‌های مهم زندگی ما مثل هیجان، رفتار و روابط بین فردی را تحت تأثیر قرار دهند و ساختارهای ضروری برای پشتیبانی از پردازش اطلاعات

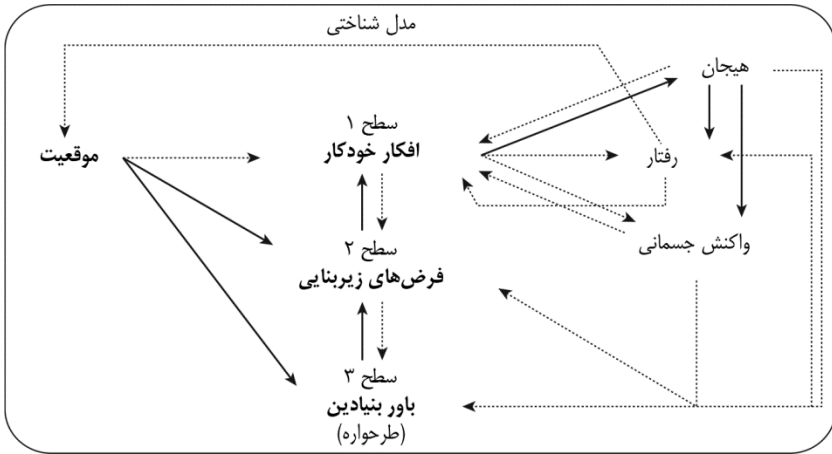
کارآمد را درگیر کنند. هم در مراجع و هم در درمانگر، سطوح ناآشناکار آگاهی (ناهشیار) به اندازه سطوح آشناکار (هشیار) در تبادل اطلاعات بین فردی در درمان تداخل می‌کنند (آلفورد و بک، ۱۹۹۷).

به طور معمول پذیرفته شده است که شناخت‌ها ممکن است حداقل در سه سطح پردازش اطلاعات ارزیابی شوند (شکل ۱.۱). شناخت‌ها در ظاهری‌ترین سطح به عنوان افکار خودکار (ATs) شناخته می‌شوند. در سطح میانی معمولاً فرض‌های زیربنایی (UAs) یا باورهای شرطی نامیده می‌شوند و در عمیق‌ترین سطح از پردازش اطلاعات به عنوان باورهای بنیادین (CBs) شناخته می‌شوند، گاهی اوقات طرحواره نیز نامیده می‌شوند. شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه (TBCT) برای ارتباط با این سه سطح به ویژه سطح سوم به صورت یک روش گام‌به‌گام طراحی شد (د. الیویرا، ۲۰۱۴).

در گام‌های اولیه TBCT به همان شیوه درمان شناختی-رفتاری رایج، درمانگر در زمینه مدل شناختی و مفاهیم اساسی (مانند افکار خودکار) به بیمار آموزش می‌دهد. برای توضیح مفصل‌تر مفاهیم اساسی CBT من مطالعه چاپ جدید کتاب شناخت درمانی: مبانی و فراتراز آن (جودیت بک، ۲۰۱۲) یا کتاب ویرایش شده من راهبردهای استاندارد و ابتکاری در درمان شناختی-رفتاری (د. الیویرا، ۲۰۱۲b) را پیشنهاد می‌کنم. در TBCT مانند CBT استاندارد درمانگر در جلسات ابتدایی به شناسایی مشکلات، تعیین اهداف درمانی، معرفی مدل شناختی و آموزش تحریف‌های شناختی به بیماران می‌پردازد (د. الیویرا، ۲۰۱۴).

جلسه اول TBCT به وسیله متن یک جلسه کامل در پایان این فصل شرح داده می‌شود. از این فصل مکالمات شرح مورد در پایان تمام فصل‌ها در سراسر این راهنما و تصویر لسللی به عنوان بیمار خیالی موجود است. این مکالمات شرح مورد، ترکیبی از مکالمات استخراج شده از بازی‌های نقش کارگاه و بیماران واقعی من هستند.

-
1. automatic thoughts
 2. underlying assumptions
 3. core beliefs

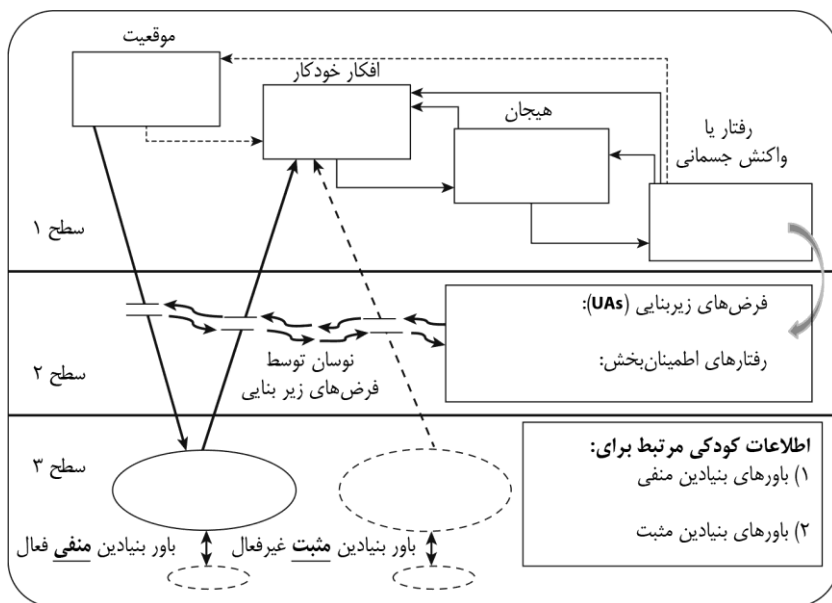


شکل ۱-۱. نمودار نشان‌دهنده مدل شناختی و تأثیرات متقابل اعمال‌شده توسط مؤلفه‌های آن

مفهوم‌پردازی مورد

مفهوم‌پردازی مورد که گاهی اوقات فرمول‌بندی نیز نامیده می‌شود، مؤلفه اساسی CBT است. مفهوم‌پردازی می‌تواند به عنوان توصیف مشکلات موجود بیمار تعریف شود که از نظریه استفاده می‌کند تا استنباطی تبیینی درباره علل و عوامل نگه‌دارنده و همچنین مداخله‌گرها ارائه دهد (کویکن، فوترگیل، موسا و چادویک، ۲۰۰۵). با این وجود اشتراک مؤلفه‌های آن با بیماران کار پیچیده‌ای است. مفهوم‌پردازی مورد باید فردی‌سازی شده و با همکاری بیمار در حین آموزش مدل شناختی به او صورت گیرد. نمودارهای مفهوم‌پردازی بسیاری وجود دارد که توسط نویسندگان مختلف برای اختلالات و مشکلات گوناگون پیشنهاد شده است با این حال نمودار مفهوم‌پردازی پیشنهادشده توسط جودیت بک (۲۰۱۲) بیشتر شناخته شده و مورد استفاده قرار می‌گیرد.

در فرایند شکل‌گیری TBCT من یک نمودار مفهوم‌پردازی شناختی طراحی کردم (شکل ۱-۲) تا درک مدل شناختی را در طول درمان برای بیماران آسان‌تر سازد. هرچند این نمودار مفهوم‌پردازی شناختی برای استفاده در TBCT طراحی شد



شکل ۱-۲. مفهوم‌پردازی شناختی TBCT (CCD)، مرحله یک، سطح یک و مؤلفه‌های شناختی سه سطح آن: افکار خودکار (ATs)، فرض‌های زیربنایی (UAs)، و باورهای بنیادین (CBs).

د. الیویرا، ۲۰۱۲b) اما با توجه به اینکه مؤلفه‌های آن همانند مؤلفه‌های موجود در نمودارهای مفهوم‌پردازی دیگری است که عموماً در CBT استاندارد استفاده می‌شوند (جدویت بک، ۲۰۱۲)، به این رویکرد محدود نمی‌شود.

TBCT نیز مانند CBT رایج، در سه سطح پردازش اطلاعات مفهوم‌پردازی می‌شود. در اولین سطح (شکل ۱-۲) موقعیتی که توسط بیمار خطرناک ارزیابی می‌شود (کادر افکار خودکار) ممکن است اضطراب را برانگیزد (کادر هیجان) که به نوبه خود می‌تواند او را متوقف کند (کادر رفتار و واکنش‌های جسمانی). فلش‌های به سمت کادرهای هیجان، افکار خودکار و موقعیت، ماهیت چرخه‌ای بودن این تعاملات (سوگیری تأییدی) را به بیمار نشان می‌دهد که از ارزیابی مجدد موقعیت و در نتیجه تغییر ادراک‌های غلطی که به وجود می‌آورد، جلوگیری می‌کند.