

راه و رسم استفاده از تکلیف خانگی
در درمان شناختی-رفتاری

فهرست مطالب

۷..... یادداشتی از ویراستار ترجمه فارسی

۱۳..... سیاست‌گذاری

بخش ۱:

مبانی نظری و تجربی

۱۷..... فصل ۱: مقدمه و نظری اجمالی

۲۳..... فصل ۲: مبانی نظری

۴۸..... فصل ۳: مبانی تجربی

۷۵..... فصل ۴: سنجش انجام تکلیف خانگی

بخش ۲:

جمعیت‌های خاص

۹۱..... فصل ۵: کودکان

۱۱۲..... فصل ۶: نوجوانان

فصل ۷: سالمندان ۱۳۶

فصل ۸: زوج‌ها ۱۷۶

فصل ۹: خانواده‌ها ۱۹۷

بخش ۳:

مسائل خاص

فصل ۱۰: اختلال آسیمگی، هراس از مکان‌های باز، و اضطراب فراگیر ۲۲۱

فصل ۱۱: افکار وسواسی و اجبارها ۲۵۱

فصل ۱۲: افسردگی ۲۷۱

فصل ۱۳: سوء مصرف مواد ۲۹۷

فصل ۱۴: هدیان‌ها و توهم‌ها ۳۲۰

فصل ۱۵: مسائل جنسی ۳۴۴

فصل ۱۶: صفات شخصیت مرزی ۳۶۷

بخش ۴:

مدل کاربست و نتیجه‌گیری

فصل ۱۷: مدل راه‌نما برای کاربست ۳۹۷

فصل ۱۸: خلاصه و نتیجه‌گیری ۴۴۹

پیوست - ابزار درمانگر ۴۶۱

واژه‌نامه انگلیسی به فارسی ۴۶۹

واژه‌نامه فارسی به انگلیسی ۴۷۱

یادداشتی از ویراستار ترجمه فارسی

در دنیای درمان شناختی-رفتاری، هرگاه از مفهوم خاصی سخن به میان می‌آید، نام متخصص یا متخصصان پراوازه‌ای به ذهن متبادر می‌شود. به جرأت می‌توان گفت نامی، یا حداقل یکی از نام‌هایی، که مفهوم «تکلیف خانگی» به ذهن متبادر می‌کند نیکلاوس کازنتسیس، یکی از ویراستاران و مؤلفان کتاب حاضر، است. دکتر نیکلاوس کازنتسیس بالغ بر دو دهه است که در حوزه‌های بالینی، پژوهشی، و آموزشی درمان شناختی-رفتاری فعالیت می‌کند و به درجه استاد تمامی نائل آمده است. در کارنامه دانشگاهی ایشان، مدیریت گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه لَه‌تِرَب و دانشگاه مائش استرالیا به چشم می‌خورد. او تاکنون جوایز علمی معتبری دریافت کرده است، از جمله جایزه بورسیه بک بابت کمک به گسترش شناخت درمانی. دکتر کازنتسیس در سال ۲۰۲۱ بازنشسته شده و در حال حاضر، رییس کابینتو بی‌هیویر تراپی ریسرچ یونیت (CBTRU) و عضو هیئت علمی مؤسسه بک است و در ملبورن استرالیا، به صورت خصوصی کار بالینی می‌کند. پژوهش‌های او متمرکز بر فرآیندهای درمان شناختی-رفتاری در چاقوب رابطه درمانی است و در آنها، دو سؤال محوریت دارد: فرآیندهای درمانی چه‌گونه کمک مستقیمی به مشغول شدن درمانجو و در نهایت، تغییر او می‌کنند و مشاهده‌گران و ناظران بالینی چه‌گونه می‌توانند این فرآیندها را بسنجند. چنانکه در این کتاب خواهید خواند، تکلیف خانگی یکی از این فرآیندهاست.

کتاب راه و رسم استفاده از تکلیف خانگی در درمان شناختی-رفتاری، برخلاف بسیاری از کتاب‌های روان‌درمانی، بیشتر با بین جلسات کار دارد تا خود جلسات و در این خصوص به معنای واقعی کلمه پرنکته است، پر از نکته‌های کاربردی، به حدی که می‌توان گفت بسیاری از این نکته‌ها، خاصه نکات فصل ۱۷، برای درمان‌های دیگری که در آنها از تکلیف خانگی استفاده می‌شود نیز کاربرد دارد. با این حال، چون از زمان چاپ و انتشار نسخه اصلی کتاب ۱۷ سال می‌گذرد، برخی ممکن است بر این

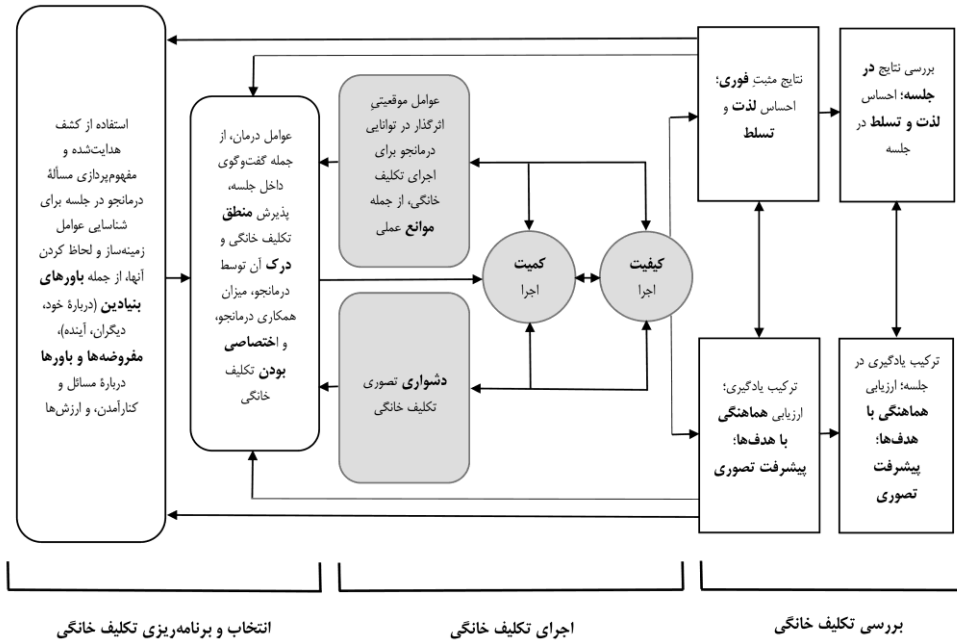
گمان شوند که نکات آن دیگر کاربرد چندانی ندارد، گمانی که متون نظری و پژوهشی جدید، در مجموع، خلاف آن را نشان می‌دهند. به سخن دیگر، متون جدید تصویر تکلیف خانگی را واضح‌تر کرده و بر وسعت آن افزوده‌اند، اما مبنا همان است که در کتاب حاضر بیان می‌شود. در ادامه، ابتدا به یک نمونه نظری و سپس چند نمونه پژوهشی اشاره می‌کنم تا هم در ذهن خوانندگان تصویر روزآمدتری از تکلیف خانگی در درمان شناختی-رفتاری شکل بگیرد و هم مهر تأییدی بر مطلب اخیر زده شود.

کازنتسیس و میلر (۲۰۲۱) در مقاله *مدل جامع تکلیف خانگی در درمان شناختی-رفتاری* می‌گویند: «از آنجایی که پیش‌تر در راه‌نمای جامع کاربست، به تفصیل شرح داده شده است که کدام رفتارها و باورهای درمانگر در استفاده از تکلیف خانگی در درمان نقش دارند (کازنتسیس، مکوان، و داتلیو، ۲۰۰۵) [یعنی، فصل ۱۷ این کتاب]، در مقاله حاضر، این رفتارهای درمانگر را به مبانی نظری رفتاری و شناختی اجرای تکلیف خانگی پیوند می‌دهیم» (ص. ۶). آنان در اثر مذکور مدلی را مطرح کردند که نشان می‌دهد چه‌گونه درمانگر می‌تواند تعیین‌کننده‌های نظری رفتاری و شناختی در پای‌بندی درمانجو به تکلیف خانگی را تسهیل کند. این مدل، که در شکل ۱ مشاهده می‌شود، اطلاعات روزآمدی خاصه درباره مطالب فصل ۲ و ۱۷ کتاب حاضر به دست می‌دهد.

کازنتسیس، ویتینگتن، و داتلیو (۲۰۱۰) پژوهش کازنتسیس، دینه، و رونان (۲۰۰۰) (مراجعه کنید به فصل ۳) را تکرار کردند و به سه محدودیت پژوهش آنان پرداختند: (۱) اندازه اثر موقعیت‌های کنترل — یعنی، درمان‌های بدون تکلیف خانگی — برآورد شد؛ (۲) داده‌های حاصل از پژوهش‌های همبستگی که در آنها ارتباط بین پای‌بندی به انجام تکلیف خانگی و پیامد درمان بررسی شده بود در برآورد اندازه اثر لحاظ شد، و (۳) داده‌های پرت بررسی شد. کازنتسیس و همکاران (۲۰۱۰) بدین منظور ۶۶ تحقیق، شامل ۱۰۷۲ درمانجو، را فراتحلیل کردند. نتایج این پژوهش نیز نشان داد که تکلیف خانگی اثر درمان را افزایش می‌دهد. اندازه اثر موقعیت‌های کنترل ۰/۶۳ به دست آمد، در صورتی که برای موقعیت‌های با تکلیف خانگی تقریباً دو برابر بود: ۱/۰۸.

مسباک، مُر، رُش، کاردناس، و پترسون (۲۰۱۰) نیز پژوهش کازنتسیس و همکاران (۲۰۰۰) را از بُعد رابطه بین پای‌بندی به تکلیف خانگی و پیامد درمان تکرار کردند. نوآوری پژوهش آنان این بود که اثر تعدیل‌کنندگی نوع سنجش انجام تکلیف خانگی (درجه‌بندی لیکرت، تعداد تکالیف انجام‌شده، و درصد انجام تکلیف خانگی)، علاوه بر آماج اصلی درمان (مانند افسردگی)، منبع سنجش انجام تکلیف خانگی (مانند درمانگر)، زمان‌بندی سنجش انجام تکلیف خانگی (مانند پس‌نگرانه)، و سال پژوهش، بررسی شد. مسباک و همکاران (۲۰۱۰) ۲۳ تحقیق، شامل ۲۱۸۳ درمانجو، را فراتحلیل کردند. نتایج،

همانند پژوهش کازنتسیس و همکاران (۲۰۰۰)، نشان داد پای‌بندی بیشتر به تکلیف خانگی با



شکل ۱. مدل جامع تکلیف خانگی در درمان شناختی-رفتاری

پیامدهای بهتر درمان ارتباط معناداری دارد ($r = 0/27$). این نتایج در نشانه‌های آماجی مختلف، از جمله اضطراب ($r = 0/22$)، افسردگی ($r = 0/24$)، و مصرف مواد ($r = 0/27$)، مشابه بود، که حاکی از آن است که، قطع نظر از نشانه‌های آماجی، پای‌بندی به تکلیف خانگی مؤلفه مهم روان‌درمانی است. نتایج تحلیل تعدیل‌کننده‌های ارتباط بین پای‌بندی به تکلیف خانگی و پیامد درمان اندازه اثر متفاوتی را از نظر منبع، زمان‌بندی، و نوع سنجش انجام تکلیف خانگی نشان داد. خاصه، در پژوهش‌هایی که هم درمانگر و هم درمانجو انجام تکلیف را سنجیده بودند اندازه اثر ($r = 0/35$) به‌طور معناداری بیشتر از پژوهش‌هایی بود که در آنها سنجش عینی (شمارش دفعات و درصد انجام تکلیف) صورت گرفته بود ($r = 0/16$). به‌علاوه، در پژوهش‌هایی که درصد انجام تکلیف خانگی سنجیده شده بود، اندازه اثر به‌دست آمده ($r = 0/17$) به‌طور معناداری کمتر از اندازه اثر پژوهش‌هایی بود که در آنها از درجه‌بندی لیکرت استفاده شده بود ($r = 0/31$). یکی از دلایل احتمالی یافته مذکور این است که درجه‌بندی‌های لیکرت سنجش کمی و کیفی را منعکس می‌کنند. برای مثال، در مقیاس درجه‌بندی تکلیف خانگی (HRS) (مراجعه کنید به فصل ۴)، به کیفیت انجام تکلیف خانگی نیز پرداخته می‌شود. این در

حالی ست که سنجش عینی صرفاً منعکس‌کننده سنجش کمی ست و کمیت انجام تکلیف خانگی حاکی از یادگیری یا کسب مهارت در نتیجه پای‌بندی به تکلیف خانگی نیست.

کازنتیس، ویتینگن، زلنچ، کیریوس، نرتن، و هافمن (۲۰۱۶) به محدودیت دیگر پژوهش‌ها و فراتحلیل‌ها درباره انجام تکلیف خانگی (از ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۸) پرداختند: کیفیت انجام تکلیف خانگی. سؤال پژوهش آنان این بود که کیفیت انجام تکلیف خانگی شاخص بهتری برای پای‌بندی به تکلیف خانگی ست یا کمیت انجام تکلیف خانگی. از همین رو، ۱۷ تحقیق، شامل ۲۳۱۲ درمانجو، را فراتحلیل کردند. نتایج نشان داد در مواردی که ارتباط بین پای‌بندی به تکلیف خانگی و پیامد درمان پس از درمان ارزیابی شده، اندازه اثر کیفیت و کمیت انجام تکلیف خانگی، به ترتیب، ۰/۷۸ و ۰/۷۹ است، اما در مواردی که ارتباط فوق در مرحله پیگیری ارزیابی شده، به ترتیب، ۱/۰۷ و ۰/۵۱ است؛ به عبارت دیگر، تمرکز بر کیفیت انجام تکلیف خانگی به تداوم اثربخشی درمان کمک‌شایانی می‌کند. در فصل ۱۷ و ۱۸ کتاب حاضر، به این امر پرداخته و تأکید شده است.

لازم می‌دانم که توضیحاتی درباره ترجمه کتاب نیز بدهم:

- در فرهنگ معاصر پویا انگلیسی-فارسی (باطنی، ۱۳۹۶) و فرهنگ معاصر هزاره انگلیسی-فارسی (حق‌شناس، سامعی، و انتخابی، ۱۳۹۰)، برای homework معادل‌هایی همچون «تکلیف» یا «تکالیف» پیشنهاد شده است و خبری از «تکلیف خانگی» نیست. در فرهنگ-دانشنامه کارا (خرمشاهی، ۱۳۹۴)، «تکلیف [خانگی]» یکی از معادل‌های پیشنهادی ست، اما حتا اگر به این منبع استناد کنیم، به نظر می‌رسد که معادل «تکلیف خانگی» در بافتار روان‌درمانی همواره کاربرد ندارد. این معادل، دست‌کم در خوانش اول، چنین برداشتی را ایجاد می‌کند که قرار است تکلیفی در خانه انجام شود، در صورتی که homework به تکلیفی (بماند که معادل «تکلیف» نیز با روح درمان‌شناختی-رفتاری سازگار نیست) اشاره دارد که قرار است خارج از جلسه درمان و در بین جلسات انجام شود و محل انجام ممکن است داخل یا خارج از خانه باشد. با این حال، چنانکه سمیعی گیلانی (۱۳۷۹) می‌گوید «اگر اصطلاحی جا افتاده است بهتر است [مترجم] اصطلاح جا افتاده را به کار ببرد و دیگر تشتت ایجاد نکند» (ص. ۲۰۳)، در سراسر کتاب، از همان معادل «تکلیف خانگی» استفاده شد.
- برای واژه assign، در مواردی که به تکلیف خانگی مربوط می‌شد. اغلب از معادل جاافتاده «تعین» استفاده شد، اما در جاهایی که در کنار مبحث design و review تکلیف خانگی ذکر شده بود، خاصه فصل ۱۷، از معادل «برنامه‌ریزی» استفاده شد تا تفاوتش با «طراحی» تکلیف

خانگی مشخص باشد. ناگفته نماند که کازنتسیس در جدیدترین اثر خود در زمینه تکلیف خانگی (یعنی، کازنتسیس و میلر، ۲۰۲۱)، در جاهایی که به design و review نیز اشاره شده، به جای assign، از واژه plan استفاده کرده است.

- راه‌نمای رسم‌الخط پایگاه اینترنتی emla.virastaran.net بود.
- در واژه‌گزینی، عمدتاً از این منابع استفاده شد: فرهنگ معاصر پویا انگلیسی-فارسی، فرهنگ معاصر هزاره انگلیسی-فارسی، فرهنگ-دانشنامه کارا، فرهنگ علوم انسانی (تألیف آشوری، نشر مرکز)، فرهنگ اصطلاحات فلسفه و علوم اجتماعی (گردآوری و تدوین بریجانیان، ویراسته خرمشاهی، انتشارات پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی)، واژه‌نامه روان‌شناسی و زمینه‌های وابسته (تألیف براهنی و همکاران، انتشارات فرهنگ معاصر)، و واژه‌نامه رفتاردرمانی: زمینه، مسائل، و دورنما (تألیف قاسم‌زاده، انتشارات ارجمند).
- در نوشتن اسامی خاص، که اغلب تلفظ انگلیسی آنها ملاک بود، از دو منبع استفاده شد: فرهنگ تلفظ نام‌های خاص (تألیف مجیدی، انتشارات فرهنگ معاصر) و بخش تلفظ واژگان پایگاه اینترنتی www.translate.google.com.
- گفت‌وگوهای فصل ۵ و یکی از گفت‌وگوهای فصل ۱۱، برخلاف گفت‌وگوهای فصول دیگر، به صورت شکسته نوشته شد تا فضای گفت‌وگو با کودک بهتر به خواننده منتقل شود.
- در پانوش‌ها، مواردی که متعلق به مترجم و ویراستار بود، به ترتیب، با (م) و (و) مشخص شد، اما برای مواردی که متعلق به متن اصلی کتاب بود از هیچ نشانه‌ای استفاده نشد.

فرآیند ترجمه و ویرایش بدین صورت بود که مترجم محترم اثر را ترجمه کرد و پس از مدتی، متن ترجمه را خط‌به‌خط با متن اصلی مطابقت داد (مقابله نمود). سپس، کار به بنده سپرده شد و من در چهار نوبت، و با رعایت اصل فاصله‌اندازی بین هر نوبت، ترجمه‌ویرایی و نسخه‌ویرایی کردم. ما تمام تلاش خود را کردیم تا ترجمه مطلوبی عرضه کنیم. امیدواریم تاحدودی به این هدف رسیده باشیم و ترجمه مورد قبول خوانندگان گرامی قرار گیرد.

منابع

الف) فارسی

باطنی، محمدرضا. (۱۳۹۶). فرهنگ معاصر پویا انگلیسی-فارسی (ویراست چهارم). تهران: فرهنگ معاصر.

حق‌شناس، علی‌محمد، سامعی، حسین، و انتخابی، نرگس. (۱۳۹۰). فرهنگ معاصر هزاره انگلیسی-فارسی. تهران: فرهنگ معاصر.

خرم‌شاهی، بهاء‌الدین. (۱۳۹۴). فرهنگ-دانشنامه کارا. تهران: معین، نگاه، شباهنگ.

سمیعی گیلانی، احمد. (۱۳۷۹). قلمی را می‌پسندم که شجاعت ادبی داشته باشد (گفت‌وگو با استاد احمد سمیعی گیلانی). بخارا، ۱۵، ۲۱۰-۱۹۵.

ب) انگلیسی

- Kazantzis, N., & Miller, A. R. (2021). A Comprehensive Model of Homework in Cognitive Behavior Therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 1-11.
- Kazantzis, N., Whittington, C. J., & Dattilio, F. M. (2010c). Metaanalysis of homework effects in cognitive and behavioral therapy: A replication and extension. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17, 144-156.
- Mausbach, B. T., Moore, R., Roesch, S., Cardenas, V., & Patterson, T. L. (2010). The relationship between homework compliance and therapy outcomes: An updated meta-analysis. *Cognitive Therapy & Research*, 34, 429-438.
- Kazantzis, N., Whittington, C. J., Zelenich, L., Norton, P. J., Kyrios, M., & Hofmann, S. G. (2016). Quantity and quality of homework compliance: A meta-analysis of in cognitive behavior therapy. *Behavior Therapy*, 47, 755-772.

بخش ۱

مبانی نظری و تجربی

فصل ۱

مقدمه و نظری اجمالی

نیکلاوس کازنتسیس

این کتاب هم برای درمانگران تازه‌کار و هم درمانگران باتجربه‌تر در زمینه درمان شناختی-رفتاری تألیف شده است. فرض بر این است که خوانندگان از دانش پایه در زمینه نظریه، پژوهش، و درمان شناختی و رفتاری برخوردارند و توانایی ارزیابی، مفهوم‌پردازی شناختی فردویژه، و اجرای درمان شناختی-رفتاری را دارند. در این کتاب، استفاده از تکلیف خانگی در درمان به‌طور هدفمند آموزش و به‌طور مفصل توضیح داده می‌شود که درمانگر چه‌گونه می‌تواند تکالیف خانگی را طراحی، برنامه‌ریزی، و بررسی کند. این آموزش اساساً مبتنی بر نظریه و نظام روان‌درمانی شناختی‌ای. تی. بک (۱۹۷۶) است.

درمان‌هایی که تحت عنوان درمان شناختی یا شناختی-رفتاری شناخته می‌شوند شامل چندین رویکرد هستند. در درمان‌های شناختی-رفتاری، این موضوع مطرح می‌شود که شناخت با رفتار مرتبط است، شناخت را می‌توان ارزیابی و اصلاح کرد، و تغییر شناختی باعث تغییر رفتاری می‌شود (دابسون، ۲۰۰۱). مدل درمانی‌ای که آرون بک برای درمان افسردگی تدوین کرد (ای. تی. بک، راش، شاو، و امری، ۱۹۷۹؛ جی. بک، ۱۹۹۵) از همان ابتدا در معرض تحقیقات تجربی بسیاری قرار گرفت (برای مثال، دی رابیز، بک، و تانگ، ۲۰۰۱؛ دابسون، ۱۹۸۹) و اکنون «شکل معیار» درمان شناختی-رفتاری در نظر گرفته می‌شود (کلارک، ۱۹۹۵).

تکلیف خانگی مشخصه اصلی فرآیند در درمان شناختی-رفتاری است. از نظر عملی، فرصتی برای

درمانجویان فراهم می‌کند تا مهارت‌ها و انگاره‌های جلسات درمانی را به موقعیت‌های روزانه، که مسائل‌شان عملاً در آنها رخ می‌دهند، انتقال دهند. تا آنجا که اطلاع داریم، در متون علمی اتفاق نظر کلی درباره‌ی تعریف تکلیف خانگی درمانی وجود ندارد. این تنوع مفهومی را طیف وسیعی از اصطلاحات، که برای توصیف تکالیف خانگی در مقالات منتشرشده به کار رفته‌اند، نشان می‌دهد. برخی از این اصطلاحات عبارت‌اند از «کارهای خارج از جلسه» (کروبلیت، رم، اوهارا، و لمپارسکی، ۱۹۸۳)، «کارهای تمرینی خارج از جلسه» (کزدین و ماسیتلی، ۱۹۸۲)، «تمرین‌های رفتاری در شرایط واقعی زندگی» (اینگرام و سالزبرگ، ۱۹۹۰)، «کارهای خودیاری» (برنز، ۱۹۸۹؛ برنز، آدامز، و آناستوپولوس، ۱۹۸۵)، «کارهای نشون بده می‌تونی» (هادسون و کندال، ۲۰۰۲؛ کندال و همکاران، ۱۹۹۷)، و «فعالیت‌های تمرین خانگی» (بلانچارد، نیکلسون، رادنتیز، و همکاران، ۱۹۹۱؛ بلانچارد، نیکلسون، تیلور، و همکاران، ۱۹۹۱). با این حال، احتمال دارد که تنوع اصطلاحات منعکس‌کننده‌ی تداعی‌های منفی باشد که واژه‌ی تکلیف خانگی در ذهن درمانجویان و درمانگران ایجاد می‌کند (فم و کازنتسیس، ۲۰۰۴). به‌کمک اثر جودیت بک (۱۹۹۵)، تکلیف خانگی را به‌صورت زیر تعریف عملیاتی کرده‌ایم:

تکلیف خانگی فعالیت درمانی برنامه‌ریزی‌شده‌ای است که درمانجویان در بین جلسات درمانی انجام می‌دهند. محتوای آن عمدتاً از مدل درمان شناختی-رفتاری دارای پشتوانه‌ی تجربی به دست می‌آید، اما بر اساس مفهوم‌پردازی فردویژه، با وضعیت درمانجو متناسب می‌شود. تکلیف خانگی با مشارکت درمانگر و درمانجو طراحی می‌شود و بر هدف‌های درمانجو در درمان متمرکز است. تکلیف خانگی فرآیندی اصلی‌ست که از طریق آن درمانجویان تغییر شناختی و رفتاری می‌کنند، مهارت‌ها و تکنیک‌های جدید را تمرین و حفظ می‌نمایند، و رفتارهای جدید را امتحان می‌کنند. همچنین، تکلیف خانگی فرصتی برای درمانجویان فراهم می‌کند تا اطلاعاتی درباره‌ی افکار، خلق، فیزیولوژی، و رفتارهای خویش در موقعیت‌های مختلف جمع‌آوری کنند و اطلاعات مربوط به درمان و مسائل مطرح‌شده‌ی خود را مطالعه نمایند.

تکالیف خانگی بیشتر از هر جنبه‌ی مجزای دیگری از فرآیند درمان شناختی-رفتاری مورد توجه تجربی قرار گرفته‌اند. این امر نقش بسیار مهم و بنیادین آنها را نشان می‌دهد (پرسنز، دیویدسون، و تامپکینز، ۲۰۰۱). فرآیندپژوهی‌ها و پیامدپژوهی‌های روان‌درمانی شواهدی فراهم کرده‌اند که نشان می‌دهند درمان شناختی-رفتاری، که مستلزم تکلیف خانگی‌ست، در مقایسه با درمان‌هایی که فقط شامل کار در جلسه‌ی درمان هستند به‌طور چشمگیری نتایج بهتری را رقم می‌زند (باتلر و همکاران، ۲۰۰۴؛ دینه و رونان، ۲۰۰۰). نتایج این پژوهش‌ها همچنین نشان می‌دهند که وقتی درمانجویان تکالیف

خانگی خود را انجام می‌دهند، اثربخشی درمان به‌طور چشمگیری بیشتر می‌شود، و این ارتباط در کاربست‌های گوناگون درمان شناختی-رفتاری دیده شده است (آبراموویتز، فرانکلین، زولنر، و دی‌برناردو، ۲۰۰۱؛ برنز و اسپانگلر، ۲۰۰۰؛ گُن و تامپسون، ۲۰۰۳؛ نایمایر، کازنتسیس، و کسلر، ۲۰۰۵؛ اشمیت و لاوی-بیکل، ۲۰۰۰؛ همچنین، مراجعه کنید به کازنتسیس، رونان، و دینه، ۲۰۰۱).

درمانگران گزارش می‌کنند که در کار بالینی خود از تکالیف خانگی استفاده می‌نمایند (کازنتسیس و دینه، ۱۹۹۹؛ کازنتسیس، لمپروپلس، و دینه، زیر چاپ) و استفاده از آنها را برای گستره وسیعی از جمعیت‌های بالینی مهم می‌دانند. در عین حال، نتایج بررسی‌ها نشان داده‌اند که بین خودسنجی‌های درمانگران درباره‌ی به‌کارگیری تکلیف خانگی و آنچه در کتاب‌های راه‌نمای درمان توصیف می‌شود تفاوت زیادی وجود دارد (کازنتسیس، بوش، رونان، و مریک، ۲۰۰۵؛ کازنتسیس و دینه، ۱۹۹۹). به‌علاوه، داده‌هایی نشان می‌دهند که درمانگران درباره‌ی تأثیر تکلیف خانگی در فرآیند و پیامد درمان نگرش‌های متفاوتی دارند (فم و کازنتسیس، ۲۰۰۴؛ کازنتسیس و همکاران، زیر چاپ).

شواهدی وجود دارد که تأثیرهای کلی تکالیف خانگی را تأیید می‌کنند. این شواهد نشان می‌دهند که تکالیف خانگی وقوع پیامدهای درمان شناختی-رفتاری را قطعی می‌کنند. با این حال، اطلاعات نسبتاً کمی برای روشن ساختن سازوکارهای زیربنایی این تأثیرها در دست است. ما می‌دانیم که تکالیف خانگی اثر مشخص و قابل توجهی دارند و بر اثربخشی درمان می‌افزایند. به‌علاوه، می‌دانیم درمانجویانی که تکلیف خانگی انجام می‌دهند به احتمال بیشتری از فواید درمانی بهره‌مند می‌شوند. با این حال، اقدامات نظری و تجربی بسیار اندکی برای روشن‌سازی دو موضوع صورت گرفته است: عواملی که باعث پرداختن درمانجو به تکلیف خانگی می‌شوند و میزانی که طراحی و بررسی تکلیف خانگی در داخل جلسه، همراه با درمانگر، بر عمل کردن درمانجو بر اساس آن تأثیر می‌گذارد.

به‌منظور غنی‌تر شدن پیشینه پژوهشی موجود، یک پروژه پژوهش تیمی، در دانشکده روان‌شناسی دانشگاه مسی نیوزلند، به نام پروژه تکلیف خانگی در درمان شناختی-رفتاری، شروع شده است. اعضای اصلی تیم پژوهش عبارت‌اند از نیکلاوس کازنتسیس (پژوهشگر اصلی) از دانشگاه مسی، کوین رونان در حال حاضر از دانشگاه مرکزی کویزلند، و فرانک دینه در حال حاضر از دانشگاه والونگانگ استرالیا. این پروژه از همکاری لوسیانو لاباتا (دانشگاه ایالتی جورجیا) و دیگر همکاران بین‌المللی نیز بهره‌مند شده است. هدف از پروژه تکلیف خانگی در درمان شناختی-رفتاری این است که از سازوکارهای زیربنایی اثرگذاری تکلیف خانگی در درمان شناختی-رفتاری شناخت بیشتری حاصل شود. به‌طور خاص، این پروژه برای پرداختن به چند هدف گسترده طراحی شده است: الف) بررسی مرسوم و آماری پیشینه تجربی به‌منظور روشن‌سازی دانش فعلی در زمینه «تأثیرهای تکلیف خانگی» در درمان، ب) بررسی استفاده روان‌شناسان از تکلیف خانگی در کار بالینی به‌عنوان روشی برای تعیین اهمیت و ضرورت

پژوهش‌های بیشتر، پ) طراحی مدل نظری و راه‌نمای درمانی مرتبط به‌منظور استفاده از تکلیف خانگی در درمان، ت) طراحی روش‌های مبتنی بر مفهوم برای ارزیابی انجام تکلیف خانگی و صلاحیت درمانگر در استفاده از تکلیف خانگی و ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی آنها، و ث) پژوهش در زمینه پیامد درمان و فرآیند آینده‌نگر به‌منظور ارزیابی سودمندی مدل نظری و راه‌نمای درمانی مرتبط. در زمان نگارش این کتاب، تیم ما به چهار هدف اول برنامه پژوهش دست یافت و مشخص شد منبعی که در آن مبانی نظری بیان شود، شواهد تجربی موجود بررسی گردد، و فرآیند گنجاندن تکلیف خانگی در درمان شناختی-رفتاری توصیف شود برای درمانگران مفید خواهد بود.

کتاب حاصل از سه بخش مجزا تشکیل شده است. بخش اول شامل سه فصل است که در آن خلاصه‌ای از متون نظری و تجربی موجود بیان می‌شود و مسائل روش‌شناختی مرتبط با بررسی تکلیف خانگی برجسته می‌گردد. در فصل ۲، خلاصه‌ای از مبانی نظری استفاده از تکلیف خانگی بیان می‌شود. فصل ۳ بر مبانی تجربی استفاده از تکلیف خانگی در درمان متمرکز است و در آن درباره فرآیند پژوهی و پیامد پژوهی، همچنین، یافته‌ها و معانی ضمنی نظرسنجی‌ها درباره کار بالینی مطالبی ذکر می‌شود. با استفاده از مبانی نظری در فصل ۲ و محدودیت‌های پژوهش‌های پیشین که در فصل ۳ مطرح می‌شوند، در فصل ۴، به سنجش عمل کردن درمانجو بر اساس تکلیف خانگی پرداخته می‌شود. در این فصل، مقیاس جدیدی توصیف می‌شود که برای استفاده هنگام آموزش، درمان، و نظارت بالینی طراحی شده است.

بخش دوم کتاب شامل دوازده فصل است که در آنها فرآیند استفاده از تکلیف خانگی برای انواع مسائل و جمعیت‌های بالینی توصیف می‌شود (فصل ۵ تا ۱۶). در پنج فصل اول، راه و رسم استفاده از تکلیف خانگی برای جمعیت‌های بالینی مختلف - یعنی، کودکان، نوجوانان، سالمندان، زوج‌ها، و خانواده‌ها - توصیف می‌شود. در هفت فصل بعدی نیز راه و رسم استفاده از تکلیف خانگی برای مسائل مختلف مطرح شده - یعنی، آسیب‌پذیری و اضطراب فراگیر، افسردگی، سوء مصرف مواد، هذیان‌ها و توهم‌ها، افکار وسواسی و اجبارها، مسائل جنسی، و صفات‌های شخصیت مرزی - توصیف می‌شود. چون در نظر داشتیم کتابی در زمینه درمان شناختی-رفتاری تألیف کنیم که به انواع گروه‌های بالینی بپردازد، تصمیم گرفتیم از همکارانمان نخواهیم که فقط جنبه خاصی از فرآیند را بررسی کنند یا نگوئیم باید به چه نوع مشکلاتی بپردازند یا چه نوع مثال‌های) موردی مشروحه را بیان نمایند. در واقع، نمی‌خواستیم آنان را محدود کنیم. دستورالعملی که به نویسندگان دادیم ترغیب‌شان می‌کرد که به فرآیند استفاده از تکلیف خانگی برای جمعیت‌های بالینی مورد نظر به‌طور گسترده بپردازند تا در بخش بعدی، بتوان مدل راه‌نمای یکپارچه‌ای برای کاربرد معرفی کرد. بنا بر این، درخواست کردیم که فصل‌های عمده‌تاً بالینی شامل موارد زیر باشند:

۱. نظری اجمالی بر موانع رایج استفاده موفقیت آمیز از تکلیف خانگی
۲. راهبردهای استفاده مؤثر از تکلیف خانگی
۳. توضیح مختصر درباره انواع تکلیف خانگی در مدل (های) درمان شناختی-رفتاری دارای پشتوانه تجربی
۴. بررسی های موردی مرتبط در درمان شناختی-رفتاری

بخش پایانی کتاب شامل دو فصل است که برای خلاصه کردن و تلفیق دو بخش قبل از آن طراحی شده است. در فصل ۱۷، خلاصه ای از توصیه های بالینی فصل های قبل بیان می شود تا «مدل راهنمای» کلی برای گنجاندن تکلیف خانگی در درمان معرفی شود. در فصل ۱۸ نیز، به منظور کمک به افزایش شناخت از فرآیند اثربخشی تکلیف خانگی، توصیه های کلی بیان می شود.

چنانکه خوانندگان متوجه خواهند شد، در این حوزه، هنوز سؤالات زیادی درباره نقش تکلیف خانگی در درمان شناختی-رفتاری بدون پاسخ باقی مانده است. در جهت رسیدن به هدف نهایی پژوهش خود، قصد داریم که از مدل راهنمای حاصل به عنوان مبنایی برای راهنمای درمانی در پیامد پژوهی آینده نگر استفاده کنیم.

هدف کتاب حاضر این است که درباره چه گونگی استفاده مؤثر از تکلیف خانگی در درمان شناختی-رفتاری گروه های بالینی مختلف آموزش هدفمندی به خوانندگان داده شود. همچنین، امیدواریم کتاب حاضر افراد را ترغیب کند تا پژوهش های مفهومی و تجربی بیشتری درباره این جنبه اصلی از فرآیند درمان انجام دهند. خوشبین ایم که گسترش این دانش به واسطه تحقیقات آینده شناخت ما از عوامل مرتبط با درمانگر، درمانجو، و رابطه درمانی را افزایش دهد. این عوامل یادگیری درمانجو از راه انجام تکلیف خانگی را تسهیل می کنند.

منابع

- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Zoellner, L. A., & DiBernardo, C. L. (2002). Treatment compliance and outcome in obsessive-compulsive disorder. *Behavior Modification, 26*, 447-463.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 227-306). New York: Wiley.
- Blanchard, E. B., Nicholson, N. L., Radnitz, C. L., Steffek, B. D., Appelbaum, K. A., & Dentinger, M. P. (1991). The role of home practice in thermal biofeedback. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 507-512.
- Blanchard, E. B., Nicholson, N. L., Taylor, A. E., Steffek, B. D., Radnitz, C. L., & Appelbaum, K. A. (1991). The role of regular home practice in the relaxation treatment of tension headache. *Journal of Consulting and*

- Clinical Psychology*, 59, 467-470.
- Burns, D. D. (1989). *The feeling good handbook*. New York: William Morrow.
- Burns, D. D., Adams, R. L., & Anastopoulos, A. D. (1985). The role of self-help assignments in the treatment of depression. In E. E. Berckham & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression: Treatment, assessment, and research* (pp. 635-668). Homewood, IL: Dorsey Press.
- Burns, D. D., & Spangler, D. (2000). Does psychotherapy homework lead to changes in depression in cognitive behavioral therapy? Or does clinical improvement lead to homework compliance? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 46-56.
- Clark, D. A. (1995). Perceived limitations of standard cognitive therapy: A consideration of efforts to revise Beck's theory and therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 9, 153-172.
- Coon, D. W., & Thompson, L. W. (2003). The relationship between homework compliance and treatment outcomes among older adult outpatients with mild-to-moderate depression. *American Journal of Psychiatry*, 11, 53-61.
- DeRubeis, R. J., Beck, A. T., & Tang, T. Z. (2001). Cognitive therapy. In K. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (2nd ed., pp. 349-392). New York: Guilford.
- Dobson, K. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.
- Dobson, K. (2001). *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Fehm, L., & Kazantzis, N. (2004). Attitudes and use of homework assignments in therapy: A survey of German psychotherapists. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11, 332-343.
- Hollon, S. D. (2003). Does cognitive therapy have an enduring effect? *Cognitive Therapy & Research*, 27, 71-75.
- Hudson, J. L., & Kendall, P. C. (2002). Showing you can do it: Homework in therapy for children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 525-534.
- Ingram, J. A., & Salzberg, H. C. (1990). Effects of in vivo behavioral rehearsal on the learning of assertive behaviors with a substance abusing population. *Addictive Behaviors*, 15, 189-194.
- Kazantzis, N., Busch, R., Ronan, K. R., & Merrick, P. L. (2005). *Mental health practitioners' use and perceived importance of homework assignments in psychotherapy*. Manuscript submitted for publication.
- Kazantzis, N., & Deane, F. P. (1999). Psychologists' use of homework assignments in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30, 581-585.
- Kazantzis, N., Deane, F. P., & Ronan, K. R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 189-202.
- Kazantzis, N., Lampropoulos, G. L., & Deane, F. P. (in press). A national survey of practicing psychologists' use and attitudes towards homework in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Kazantzis, N., Ronan, K. R., & Deane, F. P. (2001). Concluding causation from correlation: Comment on Burns and Spangler (2000). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1079-1083.
- Kazdin, A. E., & Mascitelli, S. (1982). Covert and overt rehearsal and homework practice in developing assertiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 250-258.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youth with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 65, 366-380.
- Kornblith, S. J., Rehm, L. P., O'Hara, M. W., & Lamparski, D. M. (1983). The contribution of selfreinforcement training and behavioral assignments to the efficacy of self-control therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 7, 499-528.
- Neimeyer, R., Kazantzis, N., & Kessler, D. (2005). *Homework compliance and skill acquisition as predictors of outcome in cognitive-behavioral group therapy for depression*. Manuscript submitted for publication.
- Persons, J. B., Davidson, J., & Tompkins, M. A. (2001). *Essential components of cognitive-behavior therapy for depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Schmidt, N. B., & Woolaway-Bickel, K. (2000). The effects of treatment compliance on outcome in cognitive-behavioral therapy for panic disorder: Quality versus quantity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 13-18.