

درمان‌های شناختی رفتاری
(رهنمودی برای درمانگران)

فهرست مطالب

پیش‌گفتار	۷
در مورد ویراستاران	۹
در مورد مؤلفین	۱۱
فصل ۱: رفتاردرمانی شناختی (CBT) چیست؟	۱۵
فصل ۲: رفتار درمانی	۴۸
فصل ۳: درمان شناختی (CT)	۸۴
فصل ۴: رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی	۱۱۹
فصل ۵: درمان چندوجهی	۱۵۴
فصل ۶: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)	۱۸۹
فصل ۷: رفتاردرمانی دیالکتیک	۲۲۳
فصل ۸: ذهن‌آگاهی	۲۶۰
فصل ۹: مورد مارکوس با توجه به هر کدام از دیدگاه‌های نظری	۲۹۷
منابع	۳۳۴
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی	۳۳۵
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی	۳۳۶



رفتاردرمانی شناختی (CBT) چیست؟

رفتاردرمانی شناختی (CBT) شکلی از روان‌درمانی است که با تکیه بر دانش خود درباره فرایند یادگیری و چگونگی نقش ساختارهای شناختی، زبانی و محیطی در شکل‌گیری اختلالات و کژکاری‌ها می‌کوشد مشکلات فعلی افراد، هیجان‌های آشفته و رفتارهای ناکارآمد آنها را اصلاح یا رفع کند. رفتاردرمانی شناختی به‌عنوان یک اصطلاح کلی برای اشاره به طیف گسترده‌ای از رویکردهای مشاوره و روان‌درمانی استفاده می‌شود؛ رویکردهایی که به‌طورکلی به رویکرد رفتاردرمانی (BT)، رویکرد شناختی (CT) و رویکردهای مبتنی بر پذیرش و آگاهی تقسیم می‌شوند و با دارا بودن شباهت‌های ماهیتی، رفتارهای ناکارآمد و چگونگی شکل‌گیری، آنها را در قالبی متفاوت تبیین می‌کنند.

رفتاردرمانی شناختی در رفتاردرمانی ریشه دارد و هنوز هم به بسیاری از اصول و مبانی آن متعهد است. سازمان اصلی‌ای که زمینه را برای فعالیت و پیشرفت علمی - شغلی این رویکردهای درمانی فراهم کرده انجمن توسعه و پیشبرد رفتار درمانی است که در سال ۲۰۰۴ متأثر از یافته‌های جدید در حوزه شناختی، به انجمن رفتاردرمانی شناختی تغییر نام داده است.

این فصل با ارائه تصویری کلی از رفتاردرمانی شناختی به مفاهیمی کلی اشاره می‌کند که در فصول بعدی در قالبی جامع‌تر توضیح داده خواهد شد. اگرچه مکتب رفتاردرمانی شناختی گستره‌ای از رویکردهای درمانی را در برمی‌گیرد، ولی این کتاب به‌طورکلی بر شناخته‌شده‌ترین این رویکردها یعنی رفتاردرمانی، شناخت‌درمانی، رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی (REBT)، درمان چندوجهی (MMT)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT) و ذهن‌آگاهی تمرکز دارد. این نوشتار به این دلیل از میان تمامی رویکردهای موجود در مکتب رفتاردرمانی شناختی بر این رویکردها متمرکز شده است که این رویکردها حمایت نظری و تجربی بیشتری دارند و محبوبیت آنها بین درمانگران همواره در حال رشد است.

تنوع و گوناگونی در رفتاردرمانی شناختی

رفتاردرمانی شناختی با وجود محبوبیتش، الگوی یکپارچه‌ای نیست. برخی از اندیشمندان برای فهم تفاوت‌های موجود بین رویکردهای مختلف این مکتب، از استعاره سه‌موجی استفاده و بر این باور تأکید می‌کنند که این مکتب درمانی دربرگیرنده سه موج اصلی است: موج اول رفتاردرمانی شناختی، با رفتاردرمانی کلاسیک آغاز شد. رفتاردرمانی‌ای که با آثار پژوهشی و درمانی ایوان پاولف و بی‌اف اسکینر پیرامون فرایند شرطی‌سازی، زمینه‌های بالینی و کارکرد درمانی تحلیل کاربردی رفتار (مارتین و پیر، ۲۰۱۵) و درمان رفتاری عملکردگرا (فیشرمن، روتگرس و فرانکس، ۱۹۸۸) آغاز شد. پایه‌های رفتاردرمانی کلاسیک بر اصول یادگیری استوار است و در طی درمان از فونونی مانند آرمیدگی، مواجهه با پدیده‌ها، مداخلات عملی و فراگیری پاسخ‌های انطباقی، جدید و مؤثر به مشکلات استفاده می‌کنند؛

نارضایتی از برخی ابعاد مدل رفتاری و کارکردهای آن زمینه را برای ظهور موج دوم رفتاردرمانی شناختی ایجاد کرد. درمانگران رفتاری طی فعالیت‌های درمانی به این نتیجه رسیدند که افکار و زبان در مقایسه با ابعاد مورد تأکید مدل رفتاری، نقش بیشتری در ایجاد آشفتگی‌های رفتاری دارند. همانند موج اول در طی ظهور موج دوم نیز گستره‌ای از مدل‌های درمانی شامل رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی آلبرت آلیس (REBT)، درمان شناختی آرون تی‌بک، آموزش مهارت‌های خودآموزی دونالد مایکنبام (SIT) و آموزش مهارت‌های حل مسئله نیز، ماگوس‌نیزو و دزوریلا (PSST) ایجاد شده و رواج یافتند؛

موج سوم رفتاردرمانی شناختی شامل فنون مبتنی بر ذهن‌آگاهی رویکردی جدید به فرایندهای زبانی و شناختی است که به نظریه چهارچوب ارتباطی (RFT) شهرت دارد. این رویکرد نظری دیدگاهی نو به نظریه یادگیری اسکینر است که تبیینی جدید از شناخت و زبان ارائه می‌دهد. این نظریه تا حدی با مکتب‌های قبلی متفاوت است و به‌جای تلاش برای تغییر محتوا و ماهیت یک باور یا فکر، می‌کوشد ارتباط بین این افکار و عملکرد رفتاری در پی آن را قطع کند. این رویکرد درمانی بر پذیرش افکار منفی و همچنین یادگیری عکس‌العمل‌های انعطاف‌پذیر در پاسخ به وقوع این افکار تأکید می‌کند.

تعبیر تحولات متوالی رفتاردرمانی شناختی با عنوان امواج چندان مطلوب و علمی نیست؛ زیرا امواج در پی هم ایجاد می‌شوند و با ایجاد هر موج، موج قبلی از بین می‌رود و موجی جدید جای آن را می‌گیرد؛ ولی سه موج رفتاردرمانی شناختی در پی هم ایجاد نشده‌اند و مربوط به سه دوره زمانی خاص نیستند؛ بلکه هرکدام از آنها ریشه در باورهای فلسفی و روان‌شناسی دوره باستان دارد. همچنین، با ایجاد هر یک از این امواج، موج قبلی پویایی و کارایی خود را از دست نداده و با توان بیشتر به فعالیت و حضور خود ادامه داده است. به‌دیگرسخن، این رویکردها سه‌شاخه از درخت یا بوته‌ای در حال تکامل هستند مثل سه نوع میمون مختلف (گوریل‌ها، شامپانزه‌ها و بونوبوها) که نیاکان مشترک دارند و طی زمان تکامل می‌یابند. رویکردهای گوناگون نیز در حوزه روان‌شناسی و فلسفه، نیاکان مشترک دارند و طی زمان تکامل می‌یابند و هیچ‌کدام از آنها به انقراض و نابودی

دیگری منجر نمی‌شود.

این سه دسته رویکرد نیز به رشد خود همچنان ادامه می‌دهند. در اوایل سال ۱۹۹۳ کولوپین در پژوهشی می‌نویسد: مکتب رفتاردرمانی شناختی دربرگیرنده بیش از حدود ده رویکرد جامع است که همواره در حال رشد هستند. جدول ۱-۱ فهرستی جامع از رویکردهای موجود در حوزه CBT را نشان می‌دهد.

جدول ۱-۱. مدل‌های CBT و بنیان‌گذاران آن

مدل درمانی	بنیان‌گذار و منبع
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	هیز و همکاران (۲۰۱۱).
تحلیل کاربردی رفتار	مارتین و پیر (۲۰۱۵).
درمان رفتاری	ولپی (۱۹۶۹)
درمان شناختی	آرون. تی. بک (۱۹۷۶)
درمان شناختی - تحلیلی	رایلی (۲۰۰۵).
روان‌درمانی شناختی - ساختاری	نیمایر (۲۰۰۹).
رفتاردرمانی دیالکتیکی	لینهان (۱۹۹۳).
درمان نقش ثابت	کلی (۱۹۵۵).
روان‌درمانی تحلیلی - کارکردی	کوهلنبرگ و تسای (۱۹۹۱).
درمان فراشناختی	ولز (۲۰۰۸).
درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	سیگل و همکاران (۲۰۱۳).
مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی	کابات-زین (۲۰۱۳).
درمان چندوجهی	لازاروس (۱۹۸۱).
آموزش والدین	فورگاج و پاترسون (۲۰۱۰).
رفتاردرمانی عملکردگرا	فیلمن و همکاران (۱۹۸۸).
درمان حل مسئله	نزو و همکاران (۲۰۱۳).
رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی	آلیس (۱۹۶۲).
رفتاردرمانی شناختی مبتنی بر نشخوار ذهنی	واتکینس و همکاران (۲۰۰۷).
طرح‌واره‌درمانی	یانگ و همکاران (۲۰۰۳).
آموزش خودآموزی	مایکنیام (۱۹۷۷).
رفتاردرمانی شناختی مبتنی بر تروما	کوهن (۲۰۰۶).
درمان شناختی مبتنی بر کوشش و خطا	دی‌اولیورا (۲۰۱۶).
درمان Wellness	فاوا (۲۰۱۶).

همان‌طور که پیش‌تر اشاره شد، تعدادی محدود از مدل‌ها و رویکردهای حوزه رفتاردرمانی شناختی در این کتاب بررسی می‌شوند. مدل‌ها و رویکردهای این کتاب از هر سه موج را در برمی‌گیرد. رفتاردرمانی نماینده موج اول، درمان شناختی آرون تی بک، رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی آلپس و درمان چندوجهی لازاروس نماینده موج دوم رفتاردرمانی شناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هاپس و همکاران، رفتاردرمانی دیالکتیکی لینهان و ذهن‌آگاهی کابات-زین نماینده موج سوم رفتاردرمانی شناختی می‌باشند.

اگرچه شباهت مدل‌های مورد بررسی در مقایسه با تفاوت‌هایشان بیشتر است، ولی هرکدام از آنها ارتباط بین عوامل استرس‌زای محیطی با آشفته‌گی‌های عاطفی و رفتاری را با تکیه بر فرایندهای یادگیری، شناختی و روان‌شناختی متفاوتی مورد تبیین قرار می‌دهد. هریک از مدل‌های مورد بررسی در این کتاب از مداخلات متفاوتی در طی فرایند درمانی استفاده می‌کند؛ ولی با وجود این، اغلب مداخلات استفاده‌شده یا با مداخلات مورد استفاده در دیگر مدل‌ها مشترک است یا با آن سازگاری کامل دارد. رفتاردرمانی شناختی بر طیف وسیعی از مشکلات بالینی تمرکز دارد؛ مشکلاتی که کار درمانی با آنها مستلزم بهره‌گیری از انواع گوناگونی از فنون و مداخلات درمانی است. بنابراین، رفتار درمانگر شناختی با اینکه از لحاظ نظری ثبات ماهیتی و ساختاری دارد، ولی ممکن است از فنون و مداخلات متفاوت و متنوعی استفاده کند. هنگامی که یک فرد مبتدی فعالیت‌های درمانی رفتاردرمانگران شناختی را مشاهده می‌کند شاید کاملاً گیج شود؛ زیرا احتمال دارد این درمانگران از مداخلات متفاوتی استفاده کنند که یک الگوی ثابت نداشته باشد. اودونوهو و فیشر (۲۰۰۹) ۴۷ نوع مداخله استفاده‌شده ذیل را در رفتاردرمانی شناختی شناسایی کرده‌اند:

۱. آموزش ابراز وجود و قاطعیت؛
۲. ارزیابی عواطف، افکار و رفتارهای مراجع هنگام انجام تکالیف انتخابی؛
۳. ارزیابی لحظه‌ای بدکارکردی‌های عاطفی و رفتاری؛
۴. فعال‌سازی رفتاری، افزایش مهارت‌ها و تجربه‌های خوشایند؛
۵. کتاب‌درمانی؛
۶. چالش با باورهای غیرمنطقی مراجع؛
۷. چالش با افکار منفی و خودکار مراجع؛
۸. چالش با طرح‌واره‌های زیربنایی مراجع؛
۹. پراکنده‌سازی؛
۱۰. ختنی‌سازی؛
۱۱. مصاحبه تشخیصی؛
۱۲. تحمل استرس و آشفته‌گی؛
۱۳. بررسی میزان سازگاری نظام شناختی مراجع؛

۱۴. بررسی میزان سازگاری عواطف و رفتارهای مراجع؛
۱۵. غرقه کردن؛
۱۶. مواجهه تدریجی؛
۱۷. آموزش ترک عادت؛
۱۸. کاهش درد؛
۱۹. مواجهه تصویری یا خیالی؛
۲۰. تمرین ذهن آگاهی؛
۲۱. مهارت‌های الگوگیری و بازی نقش‌های جدید؛
۲۲. تکالیف گفتگومحور یا مذاکره‌ای؛
۲۳. جایگزینی باورها و طرح‌واره‌های غیرمنطقی و مخرب با باورها و طرح‌واره‌های منطقی و سازگار؛
۲۴. راهبردهای کاربردی و فعال؛
۲۵. اقدام متقابل؛
۲۶. آموزش والدین؛
۲۷. ارزیابی جامع و چندبعدی رفتارها، عواطف، احساسات، تصورات، شناخت‌ها، روابط بین‌فردی، داروها، عوامل بیولوژیکی و آثار آنها؛
۲۸. اجرایی کردن تحلیل افکار (ABC): رخداد فعال‌ساز، عقاید و باورها و پیامدهای هیجانی؛
۲۹. اجرایی کردن تحلیل کارکردی رفتار (ABC): پیشامدها، رفتار و پیامدها؛
۳۰. پیشگیری از بازگشت؛
۳۱. روش‌های آرامش‌آموزی؛
۳۲. زنجیره پاسخ‌ها یا واکنش‌ها؛
۳۳. مواجهه و اجتناب از پاسخ؛
۳۴. بازبینی تکالیف؛
۳۵. روش‌های خودکنترلی؛
۳۶. آموزش خودآموزی؛
۳۷. شکل‌دهی؛
۳۸. حل مشکلات اجتماعی؛
۳۹. هدایت مراجع برای یافتن راه‌حل‌های جایگزین برای مشکلات؛
۴۰. هدایت مراجع برای ارزیابی آثار مثبت و منفی راه‌حل‌های جایگزین؛
۴۱. آموزش مهارت‌های اجتماعی؛
۴۲. روش‌های کنترل محرک‌ها؛
۴۳. آموزش و یاددهی ارتباط باورها و پیامدهای عاطفی؛

۴۴. آموزش تفاوت بین باورهای منطقی و غیرمنطقی؛

۴۵. اقتصاد کوپنی؛

۴۶. اعتباربخشی به عواطف مراجع؛

۴۷. آشکارکردن اهداف و ارزش‌ها.

باید توجه کرد که روان‌درمانی شناختی اگرچه از لحاظ فنی التقاطی عمل می‌کند، ولی از لحاظ نظری قالبی ثابت دارد. با اینکه بسیاری از روان‌درمانگران در این حوزه از لحاظ نظری خود را التقاطی تصور می‌کنند، ولی التقاط‌گرایی در این‌باره ممکن است مسیری مبهم و دشوار برای کارکردن باشد. لازاروس (۱۹۶۷) و لازاروس و بوتلر (۱۹۶۷) می‌نویسند بسیاری از روان‌درمانگرانی که از لحاظ نظری در چهارچوبی التقاطی عمل می‌کنند، به‌طور معمول از ایده‌های متفاوت و گاه متناقضی استفاده می‌کنند و این پرسش را ایجاد می‌کنند که این افراد چگونه در مواجهه با یک مورد، از یک رویکرد نظری، و در مواجهه با موردی دیگر، از رویکرد نظری دیگری استفاده می‌کنند.

فرضیات و اصول بنیادین CBT

با وجود مدل‌های متنوع و فراوان رفتاردرمانی شناختی شاید پرسیده شود که وجه اشتراک این مدل‌ها چیست؟ در ادامه، تلاش بر این است که فرضیات، اصول و تاریخچه مشترک تمام مدل‌های این رویکرد بررسی شود. رفتاردرمانگران شناختی بر این باور تأکید می‌کنند که رفتار کنش‌های عضلات بدن و همچنین، واکنش‌های فرد به سیستم عصبی سمپاتیک، افکار و احساسات می‌باشد. بنابراین، رفتار در این رویکرد شناختی گسترده‌تری مفهومی زیادی دارد. این رویکرد درمانی مبتنی بر مفاهیم و یافته‌های حاصل از روان‌شناسی علمی و تجربی آغاز شده و تداوم یافته و تاکنون تعهد کارکردی خود را نسبت به این چهارچوب‌های علمی حفظ کرده است.

مداخلات استفاده‌شده در رفتاردرمانی شناختی بر اصول علمی یادگیری مبتنی هستند که این مسئله به‌خوبی در مدل تحلیل کاربردی رفتار مارتین و پیر (۲۰۱۵) و حساسیت‌زدایی منظم جوزف ولپی آشکار است. فیشر (۲۰۱۶) بر این مسئله تأکید کرد که رفتاردرمانگران شناختی برای آگاهی از عملکرد بالینی مراجعان از اصول نظریه یادگیری استفاده می‌کنند. در طی زمان، رفتاردرمانگران شناختی به این واقعیت پی برده‌اند که افزودن اصول مرتبط با یادگیری، عوامل دیگری نیز وجود دارند که در بهبود فرایندهای مشاوره و همچنین افزایش کارایی درمان تأثیرگذار هستند (لازاروس، ۱۹۷۷). ایجاد چنین بینشی سبب رشد و شکل‌گیری مدل‌های جدیدی در این رویکرد شده است و در نتیجه امروزه گستره‌ای از عوامل مانند اصول یادگیری، شناختی، اجتماعی و سامان‌مند در بطن این رویکرد جای داده‌شده و در فرایند درمان به کار برده می‌شوند.

رفتاردرمانی شناختی از آغاز شکل‌گیری به انجام پژوهش‌های علمی و تجربی برای ارزیابی میزان

تأثیرگذاری مداخلات خود متعهد بود. آزمایش‌های بالینی تصادفی بنیادی‌ترین روش پژوهشی استفاده‌شده در این رویکرد است. همچنین، استفاده از طرح‌های موردمنفرد و نیز بررسی‌های فراتحلیل درمان‌های تشخیصی و مشکلات بالینی از دیگر روش‌های پژوهشی استفاده‌شده در این رویکرد می‌باشد. گروهی از اندیشمندان در انجمن روان‌شناسی آمریکا معیارهایی برای صحت و اعتبار علمی مداخلات درمانی تعیین کرده‌اند که اگر مداخلات از آنها پیروی کنند، جزء مداخلات تجربی شواهدمحور طبقه‌بندی می‌شوند. رفتاردرمانی شناختی در حیطه درمان‌های تجربی شواهدمحور (EST) جای دارد. بررسی‌های علمی بیان‌کننده آن است که دو انجمن، مداخلات شواهدمحور را در خود جای داده و تحت نظر دارند. مداخلات و مدل‌های درمانی مربوط به بزرگسالان توسط جامعه روان‌شناسی بالینی (بخش ۱۲ انجمن روان‌شناسی آمریکا) و مداخلات مربوط به کودکان توسط انجمن روان‌شناسی بالینی کودکان و نوجوانان (بخش ۵۳ انجمن روان‌شناسی آمریکا) مورد بررسی، اصلاح و بازنگری قرار می‌گیرد.

افزون بر پایبندی و تعهدی که این رویکرد درمانی به انجام تحقیقات علمی و تجربی دارد، درمان‌های رفتاری فرض‌های بنیادین دیگری نیز دارند که پایه و اساس آنها را تشکیل می‌دهد (فیشرمن، ۲۰۱۶). این فرض‌های بنیادین عبارت‌اند از:

۱. تمامی رفتارهای بهنجار و نابهنجار مبتنی بر اصول یادگیری و روان‌شناسی یادگرفته‌شده و حفظ می‌شوند؛
۲. رفتارهای غیرطبیعی یا نابهنجار می‌توانند از طریق اصول یادگیری اجتماعی نظیر یادگیری عملی، شرطی‌سازی کلاسیک، ارزیابی شناختی و یادگیری واکنش‌های جدید به استرس‌ها تغییر یافته یا جایگزین شوند؛
۳. ارزیابی مشکلات فرد یک فرایند مداوم است که مفهوم‌سازی مشکل، تشخیص و نظارت بر بهبود بالینی را ممکن می‌کند؛
۴. روش‌های ایجاد تغییر به‌صورتی دقیق و عینی تعریف شده‌اند؛ به‌گونه‌ای که امکان استفاده مشابه و یکسان آن توسط دیگر افراد حرفه‌ای نیز وجود دارد؛
۵. ارزیابی میزان تغییر رفتار باید در دنیای واقعی و در زمان و موقعیت‌های مختلف صورت پذیرد؛
۶. طرح‌های درمانی پس از ارزیابی کارکردی ابعاد هر مرجع و مشکل وی ارائه می‌شود. بنابراین، طرح‌های درمانی منحصر به فرد هستند؛
۷. اهداف و روش‌های درمانی توسط مراجع و مشاور به‌صورت مشارکتی تعیین می‌شوند؛
۸. اهداف فرد باید عینی و قابل ارزیابی باشند و نباید قالبی ذهنی و نظری داشته باشند؛
۹. مشاور با تکیه بر شناسایی و به‌کارگیری توانایی‌های مراجع سعی می‌کند زمینه را برای یادگیری و تقویت رفتارهای سازگارانه در وی فراهم کند؛ رفتارهایی که به کاهش شدت مشکلات مراجع منجر خواهد شد؛

۱۰. تغییرات درمانی گام‌به‌گام و تدریجی ایجاد می‌شوند؛
 ۱۱. انعطاف‌پذیری در پاسخ‌دهی با رشد شخصی و مقابله‌ای همراه می‌باشد و مداخلات به‌کارگرفته‌شده به‌طور معمول بر رفتارهای انطباقی چندگانه مبتنی است؛
 ۱۲. محرک‌های ایجادکننده رفتارهای ناسازگار به‌مرور سبب ایجاد روابطی خاص می‌شوند که این روابط باید درهم شکسته شوند؛
 ۱۳. پیامدهای انجام یک رفتار، تعیین‌کننده تداوم یا عدم تداوم آن است.
- افزون‌بر این فرضیات که در تمامی مدل‌های درمانی رفتاردرمانی شناختی مشترک هستند، آلبرت آلیس و آرون تی بک ایده‌ها و فرض‌های مشترک دیگری را به این رویکردها افزوده‌اند که دوسون (۲۰۱۰) و دیگیوسپ و همکاران (۲۰۱۴) آن‌ها را شامل موارد زیر می‌دانند:

۱. عملکرد شناختی بر رفتار تأثیر دارد؛
۲. شناخت‌ها قابل نظارت و کنترل هستند؛
۳. تغییرات رفتاری و هیجانی می‌تواند از طریق تغییرات شناختی حاصل شود؛
۴. فعال‌کردن و تمرین شناخت‌های انطباقی در مقابل شناخت‌های غیرانطباقی در ایجاد تغییر مؤثر هستند.

تفاوت رفتاردرمانی شناختی با رویکرد روان‌پویایی این است که روان‌درمانی شناختی بینش صرف نسبت به ارتباط بین افکار و عواطف و همچنین منطقی یا غیرمنطقی بودن آن را برای تغییر کافی نمی‌داند و انجام اقدامات رفتاری و کارکردی را برای تحقق اهداف تغییر ضروری می‌انگارد.

چهار فرض پایانی، کلیشه‌ای‌ترین فرض‌های تشکیل‌دهنده مدل‌هایی هستند که در فصول بعدی بررسی می‌شوند. سعی کنید به چگونگی استفاده این مدل‌ها از فرض‌های مورد اشاره دقت کنید. برخی از این مدل‌ها شامل مدل رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی آلیس، شناخت‌درمانی آرون تی بک و مدل چندوجهی لازاروس به‌شدت به این فرض‌ها پایبند هستند و سعی می‌کنند محتویات افکار فرد را تغییر دهند. مدل مبتنی بر پذیرش و تعهد هایس و همکاران نیز شناخت‌ها را به‌عنوان محرک‌هایی در نظر می‌گیرند که زمینه را برای بروز احساسات و رفتارهای نابه‌نجار فراهم می‌کنند. مدل‌های موج سوم رفتاردرمانی شناختی به‌جای تغییر افکار، بر حذف ارتباطات ایجادشده بین افکار و رفتار تمرکز می‌کنند و می‌کوشند ارتباطاتی آگاهانه‌تر و پذیرش‌محورانه‌تر بین این دو قطب ایجاد کنند. از سوی دیگر رفتاردرمانی و درمان دیالکتیکی لینهان افزون‌بر محتویات افکار، ارتباط بین افکار و رفتارهای فرد را با توجه به این تغییر می‌دهند که بهترین مداخله برای تحقق آن چیست.

رابطه مراجع و مشاور در رفتاردرمانی شناختی

تفاوت رفتاردرمانی شناختی با دیگر رویکردهای روان‌شناختی در این است که این گروه از درمانگران رابطه بین مراجع و مشاور را به‌عنوان عاملی در نظر نمی‌گیرند که به‌صورت مستقیم سبب ایجاد تغییرات درمانی در مراجع می‌شود. همچنین، پذیرش مراجع را لازمه بهبود درمانی نمی‌دانند و تحلیل تعامل بین مراجع و مشاور را به‌عنوان یک اصل ضروری درمانی مورد تأکید قرار نمی‌دهند. بااینکه این گروه از درمانگران روابط دوستانه را لازمه ایجاد تغییرات درمانی قلمداد نمی‌کنند، ولی وجود آن را برای افزایش تأثیرگذاری مداخلات درمانی لازم می‌دانند و تا حد ممکن در بهبود کیفیت رابطه خود با مراجع می‌کوشند.

بسیاری از درمانگران حرفه‌ای بر این باورند که رفتاردرمانگران شناختی رابطه عمیقی با مراجع خود ایجاد نمی‌کنند و بدون توجه به این بُعد فرایند درمانی خود را هدایت می‌کنند. چنین باوری به‌طورکامل اشتباه است. آغاز چنین پنداری به مباحثه علمی بین کارل راجرز (۱۹۵۷) و آلبرت آلیس (۱۹۵۹) برمی‌گردد. راجرز بنیان‌گذار رویکرد مراجع‌محور در آغاز کار درمانی خود بر این باور تأکید کرد که پذیرش بی‌قیدوشرط مراجع شرط لازم و کافی برای ایجاد تغییرات درمانی سازنده در مراجعان است. منظور وی از واژه لازم این بود که تغییر فرد بدون پذیرش نامشروط او ممکن نیست و منظور از واژه کافی نیز این بود که پذیرش نامشروط تنها عاملی است که می‌تواند موجبات تغییر فرد را ایجاد کند. آلیس (۱۹۵۹) به نظریه و دیدگاه راجرز در این باره واکنش نشان می‌دهد و می‌نویسد: پذیرش بی‌قیدوشرط برای ایجاد تغییرات انسانی نه تنها کافی نیست، بلکه لازم هم نیست؛ زیرا بسیاری از افراد بدون ادراک پذیرش بی‌قیدوشرط و اغلب با روش‌هایی مانند کتاب‌درمانی، مشارکت در سخنرانی، تعامل با دوستان و تجارب شخصی دیگر تغییرات زیادی را تجربه کرده‌اند. آلیس در ادامه می‌نویسد: پذیرش بی‌قیدوشرط به‌تنهایی برای ایجاد تغییرات درمانی کافی نیست؛ زیرا بسیاری از افراد باوجوداینکه پذیرش نامشروط کافی از جانب درمانگران‌شان دریافت کرده‌اند، ولی نتوانستند تغییرات محسوسی در خود ایجاد کنند. باوجود چنین موضع‌گیری، آلیس به این واقعیت اذعان می‌کند که بدون ایجاد رابطه مطلوب بین مراجع و مشاور، مراجع تمایلی به گوش‌دادن و همکاری گفتگو‌محور نخواهد داشت و مداخلات درمانی به‌خوبی اجرایی نمی‌شوند.

جاکوب باربر (۲۰۱۵)، درمانگر حوزه روان‌پویشی، نقش رابطه را در رفتاردرمانی شناختی و مدل‌های آن بررسی و به نتایج با ارزشی دست پیدا کرده است. وی تأکید می‌کند بنیان‌گذاران رفتاردرمانی شناختی، که نظریه‌پردازانی مانند آلبرت آلیس، آرون تی بک، جورج اسپواک، ماورین گیلفرید و والتر میشل بودند، خود در مکتب روان‌پویشی آموزش دیده و تربیت شده‌اند. این افراد به‌خوبی یاد گرفته‌اند که چگونه رابطه مشاور با مراجع را بهبود بخشند و از آن در راستای بهبود وضعیت درمانی مراجع استفاده کنند. باوجوداین، در مورد این بُعد از پژوهش در نسل اول کتاب‌های حوزه رفتاردرمانی شناختی چیزی

نوشته و حتی اشاره‌ای نیز نشده است.

دومین نسل رفتاردرمانگران شناختی افرادی مانند آرتور فریمن، مارش لینهان، ریموند دی‌جیزب بودند که توسط نسل اول نظریه‌پردازان رفتاردرمانی شناختی آموزش دیده و تربیت شده‌اند. این گروه از افراد نیز با اینکه چگونگی ایجاد رابطه مناسب بین مراجع و مشاور را مدل‌سازی کرده‌اند، ولی درباره ماهیت رابطه مراجع و مشاور توضیح چندانی نداده‌اند. نسل‌های اول و دوم درمانگران حوزه رفتاردرمانی شناختی فقط کوشیده‌اند نشان دهند رویکرد درمانی‌شان با رویکردهای غالب حوزه روان‌پوشی تفاوت دارد.

نسل سوم نظریه‌پردازان رفتاردرمانی شناختی مطلبی درباره رابطه مراجع با مشاور یاد نگرفته‌اند؛ زیرا این آموزش در حیطه کاری آنها قرار نداشت؛ البته این غفلت امروزه نمودی ندارد و تمامی افرادی که درباره رفتاردرمانی شناختی کتاب نوشته یا سخنرانی کرده‌اند به ضرورت ایجاد رابطه مطلوب بین مراجع و مشاور برای تسهیل تغییرات درمانی تأکید دارند (فیشمن، ۲۰۱۶؛ دیگیوسپ و همکاران، ۲۰۱۶، فولیتی و هازلایت-استیونس، ۲۰۱۶). اگرچه رفتاردرمانی شناختی بر ضرورت ایجاد رابطه مناسب بین مراجع و مشاور پایبند است، باوجوداین بسیاری از درمانگران این حوزه تأکید می‌کنند رابطه مناسب بین مراجع و مشاور برای ایجاد تغییرات درمانی لازم است؛ ولی کافی نیست (بک، ۲۰۰۸؛ برادی، ۱۹۸۰، دیگیوسپ و همکاران، ۲۰۱۶؛ پاترسون، ۲۰۱۴).

پذیرش نامشروط خویشتن بُعد دیگری است که در ایجاد رابطه مناسب بین مراجع و مشاور تأثیر دارد و تقریباً در تمامی مدل‌های رفتاردرمانی شناختی نقطه کانونی می‌باشد. به همان اندازه که اهمیت دارد مراجعان یاد بگیرند خود و دیگران را به صورت نامشروط مورد پذیرش قرار بدهند، مشاور نیز باید چنین عملکردی را در قبال خود و فرد مراجع در جلسات درمانی داشته باشد. درواقع، ضروری است که مشاور و مراجع به دور از هرگونه داوری، اشتباهات و ضعف‌های خود را در ابعاد شناختی و هیجانی بپذیرند.

رفتاردرمانی شناختی چهارچوبی فعال و رهنمودمحور دارد. به همین دلیل بسیاری از افراد بر این باور هستند که رابطه برابری بین مراجع و مشاور وجود ندارد و درمانگر فقط بر خویشتن متمرکز است. پژوهش‌های جدید در حوزه مشاوره، روابط مراجع و مشاور را، با عنوان اتحاد درمانی مورد تأکید قرار می‌دهد. اتحاد درمانی یک مفهوم انتزاعی چندبُعدی است که دربرگیرنده سه بُعد الف) پیوند عاطفی بین مراجع و مشاور؛ ب) توافق بر سر اهداف مشاوره و ج) توافق درباره فعالیت‌های مشاوره می‌باشد.

نتایج پژوهش‌های چهل‌ساله بیان‌کننده این واقعیت است که روان‌درمانگران رفتاری در مقایسه با درمانگران روان‌پوشی، به ایجاد رابطه مراجع و مشاور اهمیت بیشتری می‌دهند (اسلوان و همکاران، ۱۹۷۵). هنوز هم تأکید بر این است که رفتاردرمانگران شناختی و تمامی مدل‌های آن به ایجاد رابطه مناسب با مراجع توجهی ندارند و اهمیتی برای آن قائل نیستند. باوجوداین، دیگیوسپ و همکاران (۱۹۹۳) با کاربرد مقیاس رابطه درمانی کارل راجرز این ادعای غیرعلمی را رد کردند. آن‌ها در پژوهش

خود به این نتیجه رسیدند که در معیار رابطه درمانی، نمره مراجعان رویکردهای رفتاردرمانی شناختی و عقلانی - هیجانی برابر با نمره مراجعان دیگر رویکردهای درمانی است. این موضوع نشان می‌دهد اهمیتی که رفتاردرمانگران شناختی به رابطه خود با مراجع می‌دهند، تفاوتی با دیگر درمان‌ها ندارد.

عوامل مؤثر بر رابطه فرد با مشاور

هنگامی که مراجع تمایلی به ایجاد تغییرات کارکردی در خویشتن ندارد، درمانگر نخواهد توانست رابطه مطلوبی با وی ایجاد کند. زمانی که مراجع تمایلی به برقراری ارتباط و ایجاد تغییر در خویشتن ندارد، هرچه میزان پافشاری درمانگر برای متقاعدکردن وی برای مشارکت در برنامه‌های درمانی بیشتر باشد مقاومت او بیشتر خواهد شد (کاستونگوای و همکاران، ۱۹۹۶). چنین عملکردی اتحاد درمانی را دچار خدشه می‌کند و بهبود مراجع را به تعویق می‌اندازد. روش‌های مطلوب‌تری وجود دارند که درمانگر با بهره‌گیری از آنها می‌تواند زمینه را برای برقراری اتحاد درمانی با مراجعان دارای مقاومت فراهم کند؛ از جمله این روش‌ها عبارت‌اند از: الف. هدایت فرد به تفکر در مورد صدمه‌ها و خدشه‌هایی که به رابطه‌اش با فرد درمانگر وارد شده است؛ ب. همدلی با واکنش مقاومتی فرد با مشاور و فرایند مشاوره؛ ج. خلع سلاح مراجع. برای مثال، تأیید اعتقاد مراجع به اینکه علت مختل شدن روابط مراجع و مشاور خود مشاور می‌باشد.

انگیزه فرد مراجع از آمدن به مشاوره عامل دیگری است که به‌یقین بر شکل‌گیری یا عدم‌شکل‌گیری اتحاد درمانی تأثیر می‌گذارد. افرادی که نزد مشاور و درمانگر می‌آیند نگرش‌های متفاوتی نسبت به تغییر دارند. مراحل مدل تغییر نورکراس و همکاران (۲۰۱۱) از مرحله پیش‌نوازی (مرحله‌ای که در آن فرد فکر می‌کند نیازی به تغییر ندارد) تا مرحله اقدام (مرحله‌ای که طی آن فرد برای تغییر آمادگی کامل دارد) در نوسان است. رفتاردرمانی شناختی هنگامی بیشترین تأثیر را در ایجاد تغییرات درمانی دارد که فرد در مرحله اقدام باشد؛ زیرا اجرایی‌شدن مداخلات این رویکرد فقط در مرحله اقدام ممکن است؛ مرحله‌ای که طی آن فرد فعالانه در فرایند درمانی مشارکت می‌کند. برخلاف درمان‌های روان‌پویشی، رفتاردرمانی شناختی روش درمانی نیست که مبتنی بر آزمون و خطا طراحی شده باشد یا فرایند درمانی را هدایت کند. برخی از فنون رفتاردرمانی شناختی مانند فعال‌سازی رفتاری و فرایندهای تقویت - پاداش می‌توانند برای برانگیختن تمایل مراجع برای تغییر و ورود به مرحله اقدام استفاده شوند. به این دلیل که در رفتاردرمانی شناختی ضرورت دارد که مراجع در طی فرایند درمانی و تمامی مراحل آن، عملکردی کاملاً فعال داشته باشد؛ از این‌رو اگر مراجع به مرحله اقدام نرسیده باشد و انگیزه و تمایلی به ایجاد تغییرات درمانی نداشته باشد، اجرایی‌کردن این رویکردهای درمانی می‌تواند زمینه را برای مختل‌شدن رابطه بین مراجع و مشاور و یا عدم‌شکل‌گیری آن فراهم کند. بنابراین، پیش از آغاز رفتاردرمانی شناختی، درمانگر باید نگرش فرد را نسبت به تغییر ارزیابی کند. اگر فرد به مرحله اقدام نرسیده باشد و تمایلی به تغییر

در وی دیده نشود، باید پیش از آغاز فرایند درمانی، زمینه برای ورود وی به مرحله اقدام فراهم شود (میلر و رولینک، ۲۰۱۲).

انتقال و انتقال متقابل نیز بر رابطه مراجع و مشاور و اتحاد درمانی تأثیر می‌گذارد. انتقال فرایندی است که طی آن مراجع به صورت ناخودآگاه فرد درمانگر را آماج احساسات، آرزوها، تمایلات و تجربه‌های قدیمی‌اش قرار می‌دهد و با وی دقیقاً همانند فردی در گذشته خود (به‌طور معمول یکی از والدین) رفتار می‌کند. انتقال متقابل نیز تکرار فرایند انتقال در فرد درمانگر است. انتقال متقابل به احساسات فرد مشاور نسبت به مراجع اشاره می‌کند و می‌تواند مربوط به مسائل درونی مشاور باشد که در فرایند مشاوره و اتحاد درمانی خلل ایجاد می‌کند. انتقال و انتقال متقابل از ابعاد اصلی درمان‌های روانکاوی و روان‌پویشی بودند. دیگیوسپ (۲۰۱۴) تأکید می‌کند فرایند انتقال متقابل در قالبی تجربی تاکنون در رفتاردرمانی شناختی و فرایند درمانی آن بررسی نشده است.

آلیس (۲۰۰۱) به این مسئله اشاره می‌کند که تجربه انتقال متقابل امری اجتناب‌ناپذیر است و می‌تواند آثار مثبت و منفی به دنبال داشته باشد. وی به‌خوبی شرح می‌دهد که چگونه می‌توان از انتقال متقابل به صورت بهینه در فرایند درمان استفاده کرد. دیگیوسپ و همکاران (۲۰۱۲) و لیه‌ای (۲۰۱۴) تأکید می‌کنند که احتمال وقوع و تجربه انتقال متقابل در رویکردهای روان‌پویشی و رفتاردرمانی شناختی در سطح بالایی قرار دارد. برای مثال، هنگامی که مراجع یک مشکل عاطفی را مطرح می‌کند، یک مشاور پیرو رویکردهای غیرپویاتر از رفتاردرمانی شناختی به احتمال زیاد از مواجهه با این مسئله و درگیر شدن در آن دوری می‌کند. با وجود این، رفتاردرمانگر شناختی با افکار و طرح‌واره‌های مؤثر در بروز این مشکلات روبه‌رو می‌شود و در صورت ضرورت، فرایند درمانی را بر روی آن آغاز می‌کند.

جایگاه رفتاردرمانی شناختی در مشاوره و روان‌درمانگری

ریشه‌های رفتاردرمانی به دهه ۱۹۵۰ میلادی برمی‌گردد؛ یعنی هنگامی که جوزف ولپی (۱۹۵۸) کتاب *روان‌درمانگری به روش مهار متقابل* را منتشر کرد و تحت نظارت هانس ایسنگ در بیمارستان دانشگاه ماندسلی لندن شروع به کار کرد. اصطلاح CBT برای نخستین بار در سال ۱۹۷۶ در اجلاس رفتاردرمانی شناختی استفاده شد که مؤسسه درمانی آلیس برگزارکننده آن بود. (هولون و دیگیوسپ، ۲۰۱۱).

اکنون رفتاردرمانی شناختی به یکی از غول‌های درمانی در حوزه مشاوره و روان‌درمانی تبدیل شده است و نشریه‌های زیادی ابعاد نظریات، تمرین‌ها و تحقیقات تجربی آن را منتشر می‌کنند. مقاله‌ها با موضوع رفتاردرمانی شناختی در معتبرترین مجلات حوزه روان‌شناسی و مشاوره پذیرفته می‌شوند. اندرسون و کولیکوس (۲۰۰۵) می‌نویسند رفتاردرمانی شناختی به‌عنوان یک روش درمانی مؤثر تقریباً برای تمامی نابهنجاری‌های روان‌شناختی و حتی برخی از بدکارکردی‌های جسمانی استفاده می‌شود. یافتن اختلالی که اثربخشی رفتاردرمانی شناختی بر آن سنجیده نشده باشد بسیار دشوار است و این

رویکرد درمانی برای بسیاری از مشکلات به‌عنوان رویکرد درمانی مناسب سفارش می‌شود. رفتاردرمانی شناختی یکی از پرکاربردترین رویکردهای درمانی در میان درمانگران و استادان دانشگاهی است. در یک نظرسنجی مبتنی بر روش دلفی از مشاوران و روان‌درمانگران پرسیده شد که در آینده کدام روش درمانی، طرفدار بیشتری در میان درمانگران خواهد داشت. نتایج نشان داد که رفتاردرمانی شناختی دومین رویکرد پرطرفدار درمانی پس از سال ۲۰۲۲ در بین درمانگران خواهد بود. در هنگام نگارش این کتاب واژه رفتاردرمانی شناختی جستجو شد که طی آن ۸۵۶۲ نتیجه از این واژه به دست آمد که این امر نشان از نقش و گسترش عمده این رویکرد درمانی در بین مشاوران و روان‌درمانگران است. پشتوانه تجربی و آماری قوی رفتاردرمانی شناختی طرفداران این رویکرد را در بین دانشجویان حوزه‌های مشاوره و روان‌درمانی افزایش داده است؛ دانشجویانی که بعدها آموزش‌دهندگان دانشگاهی در این حوزه‌ها خواهند بود. چند عامل باعث افزایش محبوبیت رفتاردرمانی شناختی شده است:

نخست، این رویکرد نظری در رفتاردرمانی ریشه دارد که برای انجام پژوهش‌های تجربی ارزش بسیار زیادی قائل است. بهره‌گیری از آزمایش‌های بالینی تصادفی برای ارزیابی اعتبار و کارایی روش‌های درمانی، یکی از نشانه‌های اصلی رفتاردرمانی شناختی است که وجود آن نقش زیادی در گسترش این رویکرد درمانی در بین متخصصان و غیرمتخصصان داشته است. سازمان حرفه‌ای و انجمن درمانگران رفتاردرمانی شناختی، همواره در حال انتشار منابع علمی مربوط به این رویکرد درمانی و چگونگی اجرایی کردن مداخلات آن در حوزه‌های مختلف بهداشت روانی هستند (دیگیوسپ، ۲۰۰۷). انتشار دانش و اطلاعات مربوط به این رویکرد درمانی تا اندازه‌ای گسترش یافته است که حتی پزشکان و پرستاران نیز در حین آموختن با ابعاد آن آشنا می‌شوند (ماتیسون و همکاران، ۲۰۱۳)؛

دوم، این رویکرد روان‌شناختی، مبانی نظری و مفاهیم خود را در قالب تعاریفی عینی و آشکار بیان کرده است که امکان اندازه‌گیری عینی، آزمایش، تأیید و ردّ نظریه‌هایشان را به روش‌های تجربی ممکن می‌کند. مفاهیم نظری و مبانی کارکردی رفتاردرمانی شناختی در مقایسه با مفاهیم و مبانی رویکردهای روان‌پویشی با سهولت بیشتری در قالب ابزارهای خودگزارشی و دیگر ابزارهای اندازه‌گیری جای داده می‌شوند و امکان ارزیابی خود را ممکن می‌کنند. افکار خودکار، طرح‌واره‌های اولیه، باورهای غیرمنطقی، انعطاف‌پذیری شناختی، خنثی‌سازی و مهارت‌های حل مسئله اجتماعی دارای ابزارهای خودگزارشی هستند که ارزیابی افکار مراجعان را ممکن و به درمانگران و مشاوران کمک می‌کنند تا اهداف درمانی را تعیین و میزان دستیابی به آنها را در طی فرایند درمانی ارزیابی کنند؛

سوم، رفتاردرمانی شناختی درمان‌های کوتاه‌مدت و ساختاریافته‌ای هستند که زمان و هزینه کمتری را نسبت به دیگر درمان‌ها دارند و در نتیجه با شرایط دشوار اقتصادی کنونی نیز سازگارند؛ چهارم، مبانی و مفاهیم این رویکرد درمانی به دلیل عینیت و سادگی، به‌آسانی قابل آموزش و انتقال به متخصصان و غیرمتخصصان است؛