

# نقش درمان کوتاه‌مدت در اختلالات دلبستگی

تألیف

لیزا ویک

با همکاری و مقدمه

بتی آلیس اریکسون

ترجمه

امید مرادی

دکتری تخصصی مشاوره، دانشیار گروه مشاوره  
خانواده دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج

شایسته چارداولی

دکتری تخصصی روانشناسی و مدرس دانشگاه

غزل جرسوزه

دکتری تخصصی روانشناسی تربیتی و مدرس دانشگاه

ویراستار علمی

شایسته چارداولی

دکتری تخصصی روانشناسی و مدرس دانشگاه



## فهرست مطالب

۷	تقدیر و تشکر .....
۸	درباره نویسنده .....
۱۰	پیش گفتار .....
۱۳	فصل اول: هدف این کتاب .....
۳۹	فصل دوم: دنیای درونی مراجع در درمان‌های کوتاه‌مدت .....
۷۵	فصل سوم: نظریهٔ دل‌بستگی و پیشرفت‌های اخیر در زمینهٔ علوم اعصاب .....
۸۹	فصل چهارم: بوجود آوردن امکان ترمیم و رشد در درمان‌های کوتاه‌مدت .....
۱۱۱	فصل پنجم: درمان پیامد محور به‌عنوان یک مدل روان‌درمانی .....
۱۳۳	فصل ششم: نقش درمانگر در درمان کوتاه‌مدت .....
۱۵۱	فصل هفتم: نتیجه‌گیری .....
۱۶۰	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی .....

## هدف این کتاب

در حوزه درمان کوتاه‌مدت، کتاب‌های زیادی در مورد «چگونگی» هر رویکرد وجود دارد که بیشتر آن‌ها در تشریح رویکردها مؤثر هستند. بسیاری از درمانگرهای شناخته‌شده در حوزه درمان کوتاه‌مدت برآمده از مکاتب روان‌پوشی یا سیستمی هستند و به رویکردهای کوتاه‌تر، دقیق‌تر و پیامد‌محور<sup>۱</sup> روی آورده‌اند. تنها تعداد کمی از آثار منتشرشده در این زمینه با نظریه، تحقیق و عملکرد مبتنی بر شواهد حمایت می‌شوند؛ باوجوداین، درمان‌ها مؤثر به نظر می‌رسند.

با فهم روزافزون علوم اعصاب و نظریه تحولی، امکان ایجاد ارتباط بین این درمان‌ها و درمان‌های برگرفته از رویکرد روان‌پوشی، به‌ویژه برای اختلال دلبستگی و مشکلات مرتبط با آن، وجود دارد. با افزایش دانش موجود در این زمینه و حمایت از آن از طریق تحقیقات بنیادی، درمان کوتاه‌مدت ممکن است جای خود را به‌عنوان یک روش درمانی برابر با درمان‌های شناخته‌شده در دنیای روان‌پوشی پیدا کند.

همراه با پیشرفت دانش در علوم اعصاب، پیامدهای اجتناب‌ناپذیری برای روان‌درمانی شکل می‌گیرد، به‌ویژه زمانی که فشار زیادی بر بخش دولتی وارد شود تا مداخلات روان‌شناختی مؤثر را در کوتاه‌ترین زمان ممکن ارائه دهد.

هدف کتاب حاضر این است که فرصتی برای دانشجویان، درمانگران، مربیان و افراد علاقه‌مند به گسترش حوزه روان‌درمانی فراهم کند تا با توجه به یافته‌های علوم اعصاب نقش درمان کوتاه‌مدت را در اختلالات دلبستگی را مرور کنند.

در همین فصل اول، من یک مرور کلی از درمان کوتاه‌مدت در قرن بیست و یکم و خلاصه‌ای از درمان‌های کوتاه‌مدت مهم ارائه می‌کنم. هر یک از این درمان‌ها در قالب تعریف، اصول کار و شواهد پایه توضیح داده می‌شوند. در بررسی شواهد پایه، من از دستورالعمل‌های تحلیل برنامه مهارت‌های ارزیابی حیاتی (۲۰۰۶، ۱۹۹۹، CASP) به‌عنوان مبنایی برای گنجانیدن مطالعات تحقیقاتی استفاده کرده‌ام. من همچنین بر مطالعاتی تمرکز کرده‌ام که در بررسی مروره‌های ساختارمند کاکرین گنجانده

---

1. Outcome oriented

شده‌اند. در این فصل شواهد پایه موجود برای هر کدام از درمان‌ها در درمان اختلال دلبستگی و اختلالات مرتبط بیان می‌شود.

فصل دوم شامل ترکیب دانش موجود در درمان‌های پیامد محور و کوتاه‌مدت، ساختار باور مرکزی و نظریه‌های روابط موضوعی و اختلال دلبستگی است. همچنین در این فصل چکیده‌ای از یک پژوهش کیفی در ارتباط با رابطه بین ساختارهای باور مرکزی در NLPT (روان‌درمانی عصبی-کلامی) و نظریه روابط موضوعی ارائه می‌شود.

نظریه‌های علوم اعصاب شُر، گره‌ها و هارت در فصل سوم مورد بررسی قرار می‌گیرد و به نظریه دلبستگی و نظریه مغزهای سه‌گانه مک لین ربط داده می‌شود. یک نمونه مطالعه موردی برای نشان دادن تأثیر نواقص عصب‌شناختی ناشی از اختلال دلبستگی بر روابط بعدی ارائه شده است.

در ادامه مباحث فصل سوم، ایجاد پتانسیل ترمیم<sup>۱</sup> و رشد عصبی در درمان‌های کوتاه‌مدت در فصل چهارم مورد بحث قرار گرفته است. این فصل با پرداختن به کار اریکسون در زمینه اختلالات اضطرابی در کودکان و مطالعات موردی در عمل به پایان می‌رسد.

در فصل پنجم فرایندهای اصلی مربوط به ماهیت پیامد محور روان‌درمانی‌های مطرح‌شده در فصل اول بررسی می‌شود. این فرایندها با دانش جدیدتر در حوزه علوم اعصاب مشکلات دلبستگی در ارتباط با استرس و واکنش‌های برانگیختگی ادغام شده‌اند. در این فصل درباره فرایندهای جهت‌گیری هدف و پیامدها بحث می‌شود و مروری از روند پیامد هر درمان به صورت کامل بیان می‌شود. استرس و واکنش‌های برانگیختگی مطرح می‌شوند و به دنبال آن نظریه‌های زیربنایی فعال‌سازی هدف ارائه می‌شود. دو فرآیند تعیین هدف یعنی NLPT (روان‌درمانی عصبی-کلامی) و SFBT (درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور) شرح داده می‌شود که با خلاصه‌ای از فنونی که امکان تجسم و دستیابی به حالات مربوطه، از جمله پاسخ‌های راه‌اندازی شده را فراهم می‌کند، پشتیبانی می‌شود.

نقش درمانگر همراه با تحقیقات اخیر در زمینه نوروهای آینه‌ای و نحوه فعال شدن آن‌ها در فرآیند درمانی در فصل ششم بیان می‌شود. مجموعه‌ای از مطالعات موردی نحوه کار این روش در درمان را توضیح می‌دهند.

کتاب با مروری بر تحقیقات روان‌درمانی در این زمینه و توصیه‌هایی برای کارآزمایی بالینی به پایان می‌رسد.

## جایگاه درمان کوتاه‌مدت در قرن بیست و یکم

کسانی که به‌خاطر بیماری‌های روانی قادر به کار کردن نیستند، فشار زیادی بر خدمات سلامت ملی (NHS) و وزارت کار و بازنشستگی وارد می‌کنند. گزارش افسردگی (لی‌یارد و همکاران ۲۰۰۶) نشان داد که در بیش از ۵۰ درصد از افراد دریافت‌کننده مزایای ناتوانی، علت دریافت این خدمات یک بیماری روانی به‌عنوان عامل اصلی یا عامل ثانویه است. همچنین فشار زیادی بر NHS برای ارائه درمان‌های مؤثر مبتنی بر شواهد وجود دارد. در حال حاضر درمان شناختی رفتاری (CBT) درمان انتخابی ارجحی است که از طرف موسسه ملی رشد بالینی (NICE)، (۲۰۰۴ الف) به دلیل کوتاه‌مدت بودن و اثربخشی اثبات‌شده در جریان کارآزمایی‌های تصادفی کنترل‌شده تعیین شده است. این استاندارد طلایی وزارت بهداشت (DOH) برای ارزیابی و سنجش مدل‌های درمانی قابل قبول است. هیچ دستورالعملی از طرف NICE برای اختلال دلبستگی وجود ندارد. راهبردهای پیشنهادشده برای اختلالات خوردن (۲۰۰۴ ب)، اختلالات وسواسی-جبری (۲۰۰۵)، افسردگی (۲۰۰۷ الف) و اضطراب (۲۰۰۷ ب)، همگی درمان شناختی- رفتاری را توصیه می‌کنند. راهکارهای مربوط به افسردگی درمان‌های روان‌شناختی را توصیه می‌کنند، به‌ویژه درمان‌هایی که تمرکز آن‌ها بر افسردگی است (مانند روش درمانی حل مسئله، درمان شناختی رفتاری کوتاه‌مدت و مشاوره)، (ص. ۷) و درمان میان فردی (ص. ۱۷). با این حال، دستورالعمل‌ها همچنان واضح و روشن هستند: «در مواردی که ترجیح بیمار یا نظر بالینگر استفاده از درمان بین فردی باشد، شایسته است که توجه مراجع را به شواهد پایه‌ای محدود در این درمان جلب کرد» (ص. ۲۹). زمانی که مراجعان به افسردگی آتیپیک «یک الگوی میان فردی درازمدت از طرد شدن و حساسیت بیش‌ازحد» (ص. ۳۱) مبتلا باشند درمان انتخابی، تجویز SSRIها (مهارکننده‌های انتخابی باز جذب سروتونین) است.

دستورالعمل‌های NICE، درمان شناختی رفتاری را درمان منتخب و مرجح می‌دانند؛ زیرا این درمان تنها روش درمانی روان‌شناختی است که در زمینه اثربخشی دارای شواهد پایه با استفاده از کارآزمایی‌های تصادفی کنترل‌شده است (دابسن، ۱۹۸۹؛ هالن و بک، ۲۰۰۴؛ هالن، تاس و مارکویز، ۲۰۰۲؛ وست بروک و کرک، ۲۰۰۵). باوجود این، تحقیقات انجام‌شده توسط استایلس، بارکهام، تویگ، ملور-کلارک و کوپر (۲۰۰۶) نشان می‌دهد رویکردهای درمانی که از لحاظ نظری متفاوت هستند، پیامدهای یکسانی دارند. هم‌ر و کالینسن (۱۹۹۹) بیان می‌کنند که عوامل متعددی در این حرکت به سمت روش‌های مبتنی بر شواهد در خدمات سلامتی تأثیر می‌گذارند، به‌ویژه بحث هزینه نیز مطرح است. درمان شناختی رفتاری یک الگوی روان‌درمانی کوتاه‌مدت است که به‌طور معمول بین ۶ تا ۲۰ جلسه طول می‌کشد؛ بنابراین هدف وزارت بهداشت مبنی بر ارائه مداخلات روان‌درمانی کوتاه‌مدت با هزینه کم را برآورده می‌کند. در زمینه وسیع تری از روان‌درمانی، بیشتر رویکردها به درمان‌های

طولانی‌مدت نیاز دارند که اغلب بین یک تا ۵ سال طول می‌کشند. با این حال، رویکردهای روان‌درمانی دیگری وجود دارند که بسیار با درمان شناختی رفتاری مرتبط هستند؛ مانند درمان‌های کوتاه‌مدت که اگر اثربخشی آن‌ها ثابت شود یک هدف اقتصادی واقع‌بینانه از روان‌درمانی اثربخش کوتاه‌مدت و محدود را برآورده می‌کنند.

در بخش بعدی این فصل هریک از درمان‌های کوتاه‌مدت را مرور می‌کنیم، شرح مختصری از هر کدام و خلاصه‌ای از اصول کاری و شواهد پایه را نیز بیان می‌کنیم. هر جا که ممکن بوده است هر بخش را با مرتبط‌ترین موارد معرف درمان همراه کرده‌ام.

### درمان شناختی تحلیلی

درمان شناختی تحلیلی (CAT) (رایل، ۱۹۹۰، ۱۹۹۵ الف) یک مدل منسجم از روان‌درمانی است که بر اساس نظریه روابط موضوعی و نظریه سازه شخصی کلی<sup>۱</sup> پایه‌گذاری شده است. این درمان همچنین به نظریه‌های روان‌شناختی در درمان شناختی رفتاری مربوط است؛ اما این درمان خود را با جنبه‌های رفتاری تظاهرات مراجع، محدود نمی‌کند. از زمان شکل‌گیری درمان شناختی تحلیلی در اوایل دهه ۱۹۹۰، این درمان به‌طور خاص بر کار با مراجعان مبتلا به اختلالات شخصیتی و به‌خصوص اختلال شخصیت مرزی تمرکز داشته است. نظریه رایل بیان می‌کند که در مراحل اولیه رشد شخصیت، نقش‌های متقابل، درونی می‌شوند. این نقش‌ها سه لایه دارند: خود، دیگری و ارتباط بین خود با دیگری. زمانی که مراجع نقش خاصی را می‌پذیرد، طرف مقابل او برای قبول نقش متقابل تحت فشار قرار می‌گیرد، به‌عنوان مثال قربانی-متجاوز. برخی از نقش‌آفرینی‌های متقابل ممکن است مطلوب و کارکردی باشند؛ مانند مراقب-تحت مراقبت، درحالی‌که برخی دیگر ناکارآمد هستند مانند متجاوز-قربانی تجاوز.

### اصول کار درمان شناختی تحلیلی

هدف درمان شناختی تحلیلی این است که به مراجعان کمک کند تا باورهای خود محدود‌کننده و حالت‌های هیجانی خود را درک و مدیریت کنند، به شکلی که این الگوهای کلامی را شناسایی کنند، آن‌ها را به‌کار بگیرند و تغییر دهند. مشابه با درمان شناختی-رفتاری، در اینجا از مراجع حمایت می‌شود تا الگوهایی را که به‌عنوان مجموعه‌ای از مکانیسم‌های مقابله‌ای شکل گرفته‌اند، شناسایی کند و همچنین از طریق تعیین تکالیف ساختارمند برای ایجاد بینش و روش‌های متفاوت پاسخ‌دهی تشویق می‌شود. نقش درمانگر در درمان شناختی تحلیلی غیر سازشی است؛ درمانگر هر آنچه را که مراجع به

فرآیند درمان می‌آورد، دوباره اجرا می‌کند.

رویکرد نظری CAT به سه R اشاره دارد: فرمول‌بندی مجدد<sup>۱</sup>، بازشناسی<sup>۲</sup> و تجدیدنظر<sup>۳</sup>. این مراحل در یک پوشه روان‌درمانی قرار دارند که مراجع به‌عنوان یک کتاب کار می‌تواند از آن در بین جلسات درمان استفاده کند. درمانگر مشاهدات خود مراجع از الگوهای ارائه‌شده و فرمول‌بندی مجدد مشکلات را به‌عنوان اهداف معینی که قرار است بر روی آن‌ها کار کنند، به او ارائه می‌کند. فرمول‌بندی مجدد یک فرآیند درک روایتی است که به مراجع امکان می‌دهد الگوهای تعاملی روابط گذشته، حال و آینده خود را بنویسد و آن‌ها را به شیوه‌ای مفیدتر دوباره فرمول‌بندی کند. این فرآیند دربرگیرنده روابط انتقال و انتقال متقابل است و به فرآیندهای میان فردی و درون روانی می‌پردازد. بازشناسی به مراجع این امکان را می‌دهد تا الگوهای قبلی خود را در یک چارچوب روان‌شناختی گسترده‌تر درک کند که منجر به کنترل مراجع بر آن‌ها می‌شود. تجدیدنظر، امکان شناسایی و تغییر روش‌هایی را فراهم می‌کند که بی‌فایده به نظر می‌رسند. این امر از طریق درک مشترک درمانگر و مراجع تحقق می‌یابد.

### شواهد پایه برای درمان شناختی تحلیلی

شواهدی مبنی بر اثربخشی درمان شناختی تحلیلی در یک مطالعه موردی واحد با مراجعان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی وجود دارد (رایل، ۱۹۹۵، ب؛ رایل و بیرد، ۱۹۹۳). کارآزمایی SPeDi (اختلالات شخصیت شفیلد) (۲۰۰۷) یک کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده را با ده بیمار انجام می‌دهد و یک رویکرد گروه محور را با مراقبت و درمان روان‌شناختی استاندارد مقایسه می‌کند. کلت، بنت و رایل (۲۰۰۹) یک رویکرد هرمنوتیک تک موردی چندجانبه را برای مراقبت‌های معمول از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (BPD) در سازمان سلامت ملی انجام داده‌اند. این پژوهش کاربرد اصول CAT را هم برای بیماران و هم برای کارکنانی که از آن‌ها مراقبت می‌کنند، مورد بررسی قرار داد، به‌ویژه این‌که ایفای نقش بیماران در اختلال شخصیت مرزی اغلب تأثیر مستقیمی بر کارکنان مراقبت‌کننده از آن‌ها دارد. برای گروه بیمار از مقیاس پیامد اصلی<sup>۴</sup> و مقیاس سازگاری اجتماعی و کاری و برای کارکنان از مقیاس مشارکت خدمات و پرسشنامه جو تیمی استفاده شد. با گذشت زمان، همکاری در بین بیماران افزایش یافت و تفاوت معناداری در سایر مقیاس‌ها وجود نداشت. در گروه کارکنان، ۸۸ درصد از آن‌ها احساس می‌کردند که درک عمیق‌تری از مراجعان و آگاهی بیشتری از رابطه با بیماران به دست آورده‌اند، ۷۵ درصد احساس می‌کردند که پوشش تیم بهبود

---

1. Reformulation  
2. Recognition  
3. Revision  
4 core outcome measure

پیدا کرده و میزان خطر کاهش یافته است. نظارت آگاهانه CAT در بهبود عملکرد بالینی مؤثر بود و چشمگیرترین پیشرفت در روش کار تیمی بود. همچنین تغییرات مثبتی در روابط مراجعان گزارش شد. یافته‌های اولیه این پژوهش در دسترس است و انتظار می‌رود که نتایج کامل از طریق ACAT (انجمن درمان شناختی تحلیلی) در دسترس قرار بگیرد.

لویسن (۲۰۰۹) یک مطالعه فرایندی برای ارزیابی مدل ترمیم گسیختگی<sup>۱</sup> بنت، پری و رایل (۲۰۰۶) در درمان تحلیلی شناختی (CAT) انجام داده است که نمونه آماری او گروهی از نوجوانان بودند. این مطالعه نشان داد که توانایی درمانگر برای حل ماهرانه گسیختگی با استفاده از این مدل به‌عنوان یک مقیاس فرایندی می‌تواند نتیجه را پیش‌بینی کند.

### درمان شناختی- رفتاری

تاریخچه اولیه درمان شناختی- رفتاری ریشه در رفتارگرایی دارد و همچنین در این اندیشه که شناخت‌ها، رفتارهای مستقلی هستند و می‌توان آن‌ها را در اصل از طریق تغییر پاسخ‌های شرطی (پاولف، ۱۹۲۷؛ اسکینر، ۱۹۶۱) و با استفاده از نظریه یادگیری اجتماعی (بندورا، ۱۹۷۷) تغییر داد. دو تحلیلگر بر روی این مسئله کار کردند، الیس (۱۹۶۲) که درمان عقلانی-هیجانی (RET) را شکل داد و بک (۱۹۶۳، ۱۹۷۶؛ بک، شاو، راش و امری، ۱۹۷۹) چیزی را شکل داد که بعدها به‌عنوان درمان شناختی- رفتاری (CBT) شناخته شد.

CBT یکی از روش‌های درمانی روان‌شناختی است که تحقیقات بسیار زیادی بر روی آن انجام گرفته است و به‌این ترتیب از اعتبار بالایی در محیط‌های علمی و پزشکی برخوردار است (راس و فوناجی، ۲۰۰۵). با تحقیقات انجام‌شده در طیف وسیعی از روش‌شناسی‌های کمی و کیفی از جمله گزارش‌های موردی، روش تحقیق خاطرات روزانه، گزارش‌های کاربران خدمات و شواهد مبتنی بر عمل مشخص شده است که شواهد در خصوص اثربخشی CBT فراتر از تمرکز دولت بر RCT است (منسل و لونتال، ۲۰۰۸، ص. ۱۹).

### اصول کار درمان شناختی رفتاری

CBT مبتنی بر علم و روانشناسی رفتاری است و به‌عنوان روش درمانی تعریف شده است که «به صورت‌های مختلف برای اشاره به رفتاردرمانی، شناخت‌درمانی و درمان مبتنی بر ترکیب عمل‌گرایانه اصول درمان‌های رفتاری و شناختی استفاده می‌شود (BABCP)» (منسل و لونتال، ۲۰۰۸، ص. ۲۱). درمانگران به‌دقت با مراجعان کار می‌کنند تا بتوانند رابطه بین افکار، احساسات و رفتار خود را درک



کنند. در این روش کانون تمرکز با رویکردهای سنتی روان‌درمانی متفاوت است، یعنی در این روش مراجع تشویق می‌شود به جای توجه به ارتباط تجارب و مشکلات گذشته بر تجربه‌های هیپار معناسازی و بازنمایی اینجا و اکنون مشکلات تمرکز کند. این درمان زمان-محدود است و شامل راهبردها، اهداف و مقیاس‌های زمانی واضح برای ایجاد مهارت‌های روان‌شناختی و/یا رفتاری است. تمرکز این روش بر توانمندسازی مراجع برای کار با منابع موجود است و تأکید زیادی بر ادامه پیشرفت درمانی خود با «تکلیف خانگی» وجود دارد.

گریزبروک، گارلند و هیئت مدیره BACBP (۲۰۰۵) مؤلفه‌های اصلی در درمان شناختی رفتاری را به شرح زیر خلاصه کرده‌اند:

۱. مؤلفه‌های شناختی - چگونه افراد درباره موقعیت‌های خود فکر می‌کنند و به آن معنا می‌دهند و سپس به ایجاد باورهایی درباره خود و جهان خود می‌پردازند. مداخلات شناختی شامل اکتشاف هدایت‌شده‌ای است که در آن مراجعان تشویق می‌شوند معانی و روش‌های دیگری برای تفکر در مورد موقعیت‌ها پیدا کنند. سپس مراجع تشویق می‌شود تا این تفاسیر جدید را امتحان کند که منجر به روش‌های جدید تفکر و عمل می‌شوند و در نتیجه دیدگاه متعادل‌تری درباره زندگی را به دنبال دارند.

۲. مؤلفه‌های رفتاری - شامل نحوه واکنش افراد در هنگام نگرانی است. هدف CBT این است که به مراجع کمک کند تا راه‌هایی برای رویارویی با ترس‌های اساسی خود پیدا کند و فرضیه‌هایی احتمالی ایجادشده در پاسخ به ترس خود را آزمایش کند که در نهایت این کار منجر به تغییر رفتار می‌شود؛ زیرا فرد متوجه می‌شود که بسیاری از ترس‌های او بی‌اساس هستند.

آن‌ها همچنین عوامل مهمی را که بر ارائه مؤثر CBT تأثیر می‌گذارد، فهرست کرده‌اند.

- رابطه درمانی.
- همکاری بین درمانگر و مراجع که در آن مراجع همچنان مسئول یافتن راه‌حل‌های خود است.
- تدوین فرضیه احتمالی برای مسئله ارائه‌شده بر اساس ارزیابی و شواهد مبتنی بر تمرین.
- گفتگوی سقراطی برای جستجوی معانی و ایده‌های جایگزین.
- تکلیف منزل که مراجع آنچه را در جلسات درمان آموخته است، به مرحله اجرا در می‌آورد.

### شواهد پایه برای درمان شناختی رفتاری

همان‌طور که در ابتدای این فصل اشاره شد، تمایل شدیدی برای گسترش CBT به‌عنوان بهترین درمان انتخابی در NHS وجود دارد. CBT در پاسخ‌دهی به درخواست‌ها برای شواهد پایه در مورد رویکرد

درمانی بسیار مؤثر بوده است و به‌همان اندازه در نشان دادن این امر از طریق «استاندارد طلایی» ادراک‌شده برای شواهد مبتنی بر تحقیق یعنی کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده (RCT) مؤثر بوده است. شمار قابل توجهی از کارآزمایی‌های تصادفی کنترل‌شده نشان داده‌اند، که CBT در درمان اختلالات اضطرابی و اختلالات افسردگی از تجویز دارو بهتر و به همان اندازه مؤثر است (کلارک و همکاران، ۱۹۹۸، ۲۰۰۳، ۲۰۰۶؛ دیویدسن و همکاران، ۲۰۰۴؛ هایم برگ و همکاران، ۱۹۹۰، ۱۹۹۸؛ اوست، ۱۹۹۶؛ اوست، فلینیس و استرنز، ۱۹۹۱؛ تام، سرتوری و جورن، ۲۰۰۰؛ ویسر و باومن، ۲۰۰۱؛ وارویک، کلارک و کاب، ۱۹۹۶).

همچنین شواهدی مبنی بر مزایای طولانی‌مدت CBT در این گروه از بیماران وجود دارد (کلارک و همکاران، ۱۹۹۴، ۱۹۹۹، ۲۰۰۳، ۲۰۰۶؛ دیوگس و همکاران، ۲۰۰۳؛ ایلرز و همکاران، ۲۰۰۳؛ ایلرز، کلارک، هک من، مک مانوس و فنل، ۲۰۰۵؛ لدوسر و همکاران، ۲۰۰۰؛ اوست، ۱۹۹۶).

کارآزمایی‌ها همچنین نشان داده‌اند که CBT در کار گروهی برای اختلال اضطراب فراگیر (دوگاس و همکاران، ۲۰۰۳)، اختلال وسواسی-جبری (مکلاین و همکاران، ۲۰۰۱)، جمعیت‌هراسی (هایم برگ و همکاران، ۱۹۹۸) و افسردگی مؤثر است (مک درموت، میلر و براون، ۲۰۰۱). مطالعات نشان داده است که برای مراجعان مبتلا به افسردگی، درمان فردی مؤثرتر از درمان گروهی است (چرچیل و همکاران، ۲۰۰۱). در مراجعان مبتلا به اختلال اضطرابی، مؤلفه رفتاری CBT در گروه و فرد به یک اندازه مؤثر است (فالز-استوارت، مارکس و شافر، ۱۹۹۳؛ هایم برگ و همکاران، ۱۹۹۸؛ مک لین و همکاران، ۲۰۰۱)، درحالی‌که درمان‌های پیچیده‌تر به شکل گروهی اثربخشی کمتری دارند (مورت برگ، کلارک، سان دین و ابرگ ویستد، ۲۰۰۷؛ استانگر، هایدنریش، پیترز، لوترباخ و کلارک، ۲۰۰۳؛ ویتال، توردارسن و مک لین، ۲۰۰۵).

فشار روزافزونی نسبت به انجام درمان شناختی رفتاری با کامپیوتر (CCBT) وجود دارد که اندازه اثر مشابهی با خودیاری را نشان داده است (کالتن تالر و همکاران، ۲۰۰۶). ثابت شده است که این روش نسبت به CBT ارائه‌شده توسط درمانگر اثربخشی کمتری دارد (لدوسر و همکاران، ۲۰۰۰) به‌طوری‌که مراجعان نسبت به درمان‌های با مشارکت درمانگر، رضایت کمتری از این رویکرد را گزارش می‌دهند (کاوانا و شاپیرو، ۲۰۰۴؛ راجرز، الیور، بوئر، لاول و ریچاردز، ۲۰۰۴). شواهد نشان می‌دهد که CCBT در افسردگی خفیف تا متوسط (اندرسن و همکاران، ۲۰۰۵؛ کریستینسن، گریفیتس و جرم، ۲۰۰۴)؛ اختلال استرس پس از سانحه (لینچ و همکاران، ۲۰۰۳) و اختلال وحشتزدگی<sup>۱</sup> (کارل برینگ، وست لینگ، لانگسترن، اکسلوس و اندرسون، ۲۰۰۱) نسبت به عدم درمان برتری ندارد. یافته‌های مشابهی برای خودیاری هدایت‌شده غیرتسهیلگر وجود دارد (اندرسن و همکاران، ۲۰۰۵؛ هیراری و کلام، ۲۰۰۶).