

## رفتار درمانی شناختی برای تازه کارها

## فهرست

۷	درباره نویسندگان .....
۸	قدردانی .....
۹	مقدمه .....

### فصل ۱: معرفی روند درمان شناختی-رفتاری .....

۱۷	چگونه اعتماد به نفس لازم برای کاردرمانگری را به دست آوریم؟ .....
۲۵	کسب آمادگی برای دیدن مراجعان .....
۳۵	یکپارچگی دیدگاه‌های شناختی-رفتاری: حرکت به خارج "جعبه سیاه" .....

### فصل ۲: تعاملات اولیه با مراجعین .....

۴۷	برخورد اولیه .....
۵۲	قبل از ملاقات با مراجع آماده شوید .....
۵۴	در اتاق انتظار .....
۵۴	در اتاق مشاوره .....
۶۲	مفهوم‌پردازی مشکل بیمار (تا این مرحله) .....
۶۴	مثالی از یک مراجعه‌کننده .....

### فصل ۳: فرآیند ارزشیابی .....

۷۲	مراقب واکنش‌های خود باشید .....
۷۵	اهداف ارزشیابی .....
۷۶	ابزارهای رسیدن به اهداف ارزشیابی .....
۱۰۲	نگرانی‌های شایع درمانگران تازه کار .....
۱۰۵	مصاحبه ارزشیابی مایکل .....

### فصل ۴: مفهوم‌پردازی مشکل و برنامه‌ریزی درمان مفهوم‌پردازی

۱۱۳	مشکل .....
۱۱۳	مفهوم‌پردازی مشکل .....
	چگونه مفهوم‌پردازی مشکل مراجع، به مادر تنظیم برنامه درمان کمک

- می‌کند؟ ..... ۱۲۶
- دو نکته نهایی در برنامه‌ریزی درمانی ..... ۱۲۹

### فصل ۵: بازخورد دادن به مراجعین و نوشتن گزارش ارزشیابی ... ۱۳۸

- مرور نقاط قوت مراجع ..... ۱۳۹
- مرور فهرست مشکلات و تشخیص‌ها ..... ۱۳۹
- گفتگو درباره مفهوم پردازش مشکل ..... ۱۴۱
- مرور گزینه‌های درمانی ..... ۱۴۲
- جلسه بازخورد مایکل ..... ۱۴۸
- پاسخگویی به سوالات رایج درباره CBT ..... ۱۵۷
- نوشتن گزارش ..... ۱۶۶

### فصل ۶: آغاز روند درمان شناختی-رفتاری ..... ۱۷۷

- اهمیت تنظیم دستور کار برای جلسه ..... ۱۷۸
- جلسه اول درمان ..... ۱۸۱
- مرور مورد مایکل ..... ۱۹۳
- قبل از رفتن به سراغ مباحث بعدی، یادداشتی درباره تکالیف خانه ..... ۲۱۴

### فصل ۷: کنار آمدن با چالش‌های ابتدایی در درمان شناختی -

#### رفتاری ..... ۲۱۵

- چالش در آشناسازی مراجعان برای CBT ..... ۲۱۵
- ملاحظات ویژه، در مورد مراجعینی که تحت درمان دارویی هستند ..... ۲۲۱
- چالش‌های ویژه: کارکردن با مراجعینی که قصد خودکشی دارند ..... ۲۲۶
- برای ارزشیابی خطر خودکشی، به چه دانش و مهارت‌هایی احتیاج دارید؟ ..... ۲۲۸
- موانع مربوط به درمانگر، که می‌تواند در درمان مداخله نماید ..... ۲۳۶
- موقعیت‌های بین فردی دشوار در ارتباط درمانی ..... ۲۴۱

### فصل ۸: جلسات بعدی، آموزش تکنیک‌های اصلی ..... ۲۵۲

- جلسه ۳: معرفی بازسازی شناختی ..... ۲۵۳
- جلسه ۴: ادامه بازسازی شناختی و برنامه‌ریزی اولین مواجهه ..... ۲۶۱
- جلسه ۵: انجام اولین مواجهه ..... ۲۶۳

جلسه ۱۰-۶: ادامه بازسازی شناختی و مواجهه با موقعیت‌های ترس‌آور. ۲۶۶  
ثبت و نگهداری سوابق مراجعین..... ۲۶۹

### فصل ۹: غلبه بر تعهد نداشتن مراجع نسبت به درمان شناختی-رفتاری ۲۷۵.....

مانع شماره ۱: مشکلاتی که در راضی کردن مراجعین، برای متعهد شدن به روند  
CBT وجود دارد..... ۲۷۷  
مانع شماره ۲: مشکلاتی که مراجع، در مورد ارتباط درمانی دارد..... ۲۹۷  
یک نتیجه‌گیری: در رویارویی با چالش‌ها مثبت باقی بمانید..... ۳۱۳

### فصل ۱۰: خاتمه‌دادن به درمان ..... ۳۱۵

نقطه پایان را به خاطر بسپارید ..... ۳۱۵  
به مراجعین بیاموزید که درمانگر خودشان باشند..... ۳۱۷  
کارهایی که بایستی در چند جلسه آخر درمان انجام شود..... ۳۲۳  
خاتمه درمان: پایان دادن به دوره درمانی، یا اعمال یک سری تعدیل و  
تغییرات..... ۳۳۱  
بازگشتی به مورد مایکل..... ۳۳۸

### فصل ۱۱: فرآیند سرپرستی ..... ۳۴۵

اهداف سرپرستی..... ۳۴۵  
نقش سرپرست ..... ۳۴۶  
نقش کارآموز ..... ۳۴۹  
فراهم کردن شرایط یک ارتباط سرپرستی..... ۳۴۹  
روش‌های سرپرستی ..... ۳۵۲  
موانع رابطه سرپرستی ..... ۳۵۸  
به نکات مثبت توجه کنید ..... ۳۶۹

**پیوست الف:** منابع پیشنهادی برای مطالعه در زمینه رفتار درمانی شناختی . ۳۷۰  
**پیوست ب:** نشریه‌ها و وب سایت‌های پیشنهادی برای مطالعه ..... ۳۷۸  
**منابع** ..... ۳۸۰



تقدیم به پدر بزرگ و مادر بزرگم، هنری و استریترینیک  
زیرا موهبت آموزش و عشق به یادگیری را به من هدید کردند.

تقدیم به پدر و مادرم، فرانک و روسلین رات  
بهترین حامی و مهربان‌ترین و پدر و مادری که یک فرد می‌تواند آرزو داشته باشد.  
و تقدیم به روشنایی زندگیم، گری.

- دیورا رات. لدلی

تقدیم به دنیس و کولین، که بسیار دوستشان دارم.

- برایان بی. مارکس

تقدیم به پاپی، که همیشه لبخند بر لبانم می‌نشانند.  
تقدیم به تیپس، که همیشه موجب خشنودی من است.  
تقدیم به کریس و امی، که همواره به آنها افتخار می‌کنم.  
و بیش از همه، تقدیم به لیندا، روشنی‌بخش زندگیم.

- ریچارد جی. هیمبرگ

## درباره نویسندگان

دبورا راث لِدلی<sup>۱</sup>، PhD، استادیار "روان‌شناسی در روان‌پزشکی" دانشگاه علوم پزشکی پنسیلوانیا و عضو هیئت علمی "مرکز درمان و مطالعه اضطراب" دانشگاه پنسیلوانیا است. تألیفات پژوهشی دکتر لدلی شامل مقالات علمی و فصل‌هایی چند در مورد ماهیت و درمان هراس اجتماعی<sup>۲</sup>، اختلال وسواسی-اجباری و سایر اختلالات اضطرابی است. برایان-پی-مارکس<sup>۳</sup>، PhD، استادیار روان‌شناسی بالینی دانشگاه "تمپل" است. تألیفات پژوهشی دکتر مارکس شامل مقالات علمی و بخش‌هایی از چند کتاب درباره تجاوز و قربانی‌شدن جنسی، **اختلال اضطرابی پس از آسیب (PTSD)**، هیجان<sup>۴</sup> و **آسیب‌شناسی روانی**<sup>۵</sup>، و رفتار درمانی است. ریچارد جی، هیم برگ<sup>۶</sup>، PhD، استاد روان‌شناسی، مدیر آموزش بالینی، و رئیس درمانگاه اضطراب بزرگسالان در دانشگاه "تمپل" است. وی، همچنین رئیس سابق انجمن توسعه رفتار درمانی است. دکتر هیم برگ، به خاطر تلاش‌هایش در جهت توسعه و ارزیابی درمان‌های شناختی-رفتاری برای اضطراب اجتماعی، انجام داده است شهرت دارد. وی بیش از ۲۰۰ مقاله و فصل کتاب درباره اضطراب اجتماعی، اختلالات اضطرابی، و موضوعات مرتبط دارد. همچنین در ویراستاری و تألیف چندین کتاب شامل "هراس اجتماعی: تشخیص و ارزشیابی و درمان"<sup>۷</sup>؛ "مدیریت اضطراب اجتماعی: یک رویکرد درمان شناختی-رفتاری"<sup>۸</sup> و **اختلال اضطراب فراگیر**<sup>۹</sup> پیشرفت‌های صورت گرفته در تحقیقات و درمان‌های عملی<sup>۱۰</sup>، نیز همکاری داشته است.

---

1- Deborah Roth Ledley

2- Social phobia

3- Brian P.Marx

4- emotion

5- psychopathology

6- Richard G.Heimberg

7- social phobia Diagnosis, Assessment and treatment

8- Managing Social Anxiety A Cognitive-Behavioural Therapy Approach

9- generalized anxiety disorder

10- Generalized Anxiety disorder: Advances in Research and Practice

## قدردانی

در ابتدای تألیف این کتاب، ما یک "هیئت مشورتی" دوستانه از درمانگران نسبتاً تازه کار شناختی - رفتاری تشکیل دادیم. بعضی از آنها تازه شروع به درمان اولین درمان جویانشان کرده بودند، و عده‌ای از آنها اخیراً دوره PhDشان را به پایان رسانده بودند. نگرانی‌های معمول درمانگران تازه کار، (به صورت تر و تازه‌ای) در ذهن همه افراد هیئت ما نیز وجود داشت. در اینجا می‌خواهیم از کولین کارنی، وینی انگ، نیکی ژوربرگر، لورلا جوس، رندی مک کیب، جنیفر میلز، کارن رُوا، و اِرین اسکات به خاطر در میان گذاشتن دیدگاه‌هایشان با ما و کمک به شکل‌گیری مطالب این کتاب تشکر کنیم. همچنین در اینجا از سایر دانش جویانی که در طی این سال‌ها، بر کار آنها نظارت کرده‌ایم، قدردانی می‌نماییم. زیرا هر یک از این روابط نظارتی روش‌های بهتری برای آموزش دانش جویان به ما نشان می‌دادند و باعث می‌شدند بتوانیم درمانگران شناختی - رفتاری ممتازی تربیت کنیم. در پایان از سرپرستان بسیار خوب خود سپاسگزاریم. این عزیزان، علاوه بر این که در ابتدای راه تبدیل شدن به درمانگرانی خوب ما را یاری کردند، الگویی نیز در اختیار ما قرار دادند تا بتوانیم به خوبی عهده‌دار امر آموزش و نظارت بر کار دیگران شویم.





## مقدمه

کتاب‌های زیادی در حوزه درمان‌شناختی - رفتاری به رشته تحریر درآمده است به گونه‌ای که گاهی اوقات افرادی که در این حوزه مشغول به درمان هستند بایستی از بین این کتاب‌ها دست به انتخاب و گزینش بزنند.

اگرچه زمانی ابوالفضل بیهقی (۱۳۸۳) گفته بود که هر کتاب ارزش یکبار خواندن را دارد، اما با توجه به رشد سرسام‌آور چاپ و نشر کتاب در حوزه شناختی - رفتاری به تدریج بایستی از بین کتاب‌ها برخی را برگزید و برای مطالعه دقیق آن‌ها، دقت و انرژی صرف کرد. خرمشاهی (۱۳۷۶) معتقد است که در جهان امروز نمی‌توان همه کتاب‌های حتی یک حوزه تخصصی را مطالعه کرد زیرا عمر انسان کفاف این کار را نمی‌دهد. او بر این باور است که کتاب‌ها را بایستی به چند دسته تقسیم کنیم:

۱. کتاب‌هایی که بایستی یکبار خوانده شوند.

۲. کتاب‌هایی که بایستی مکرر خوانده شوند.

۳. کتاب‌هایی که بایستی همیشه خوانده شوند.

به نظر می‌رسد کتاب **رفتاردرمانی شناختی برای تازه‌کارها** نوشته راث لدلی، مارکس و همبرگ از آن دسته کتاب‌هایی است که بایستی چندین بار مطالعه شود. افرادی که تازه وارد حوزه درمان شناختی - رفتاری می‌شوند سوال‌های زیادی دارند که برخی اوقات این سوال‌ها به دلیل بی‌تجربگی و اضطراب است. اما در هر صورت، مدرس کارگاه آموزشی، یا استاد درس رفتاردرمانی شناختی موظف است به دقت به این سوال‌ها گوش بدهد و آن‌گاه با جواب درست، فرد تازه‌کار را وارد وادی درمان کند. این کتاب ارزش و جایگاه خاصی در بین کتاب‌های حوزه شناختی - رفتاری دارد که به ذکر برخی از آن‌ها می‌پردازیم:

۱. دستورالعمل روشن و شفاف برای ایجاد آمادگی در درمانگران به منظور اولین تعاملات با مراجعان

۲. درمان مبتنی بر مفهوم‌سازی مشکلات مراجعان طبق رویکرد ژاکلین پرسونز

۳. در اختیار قرار دادن چهارچوب مصاحبه شناختی - رفتاری
۴. راهنمای نوشتن گزارش جلسات درمان و چگونگی تنظیم قرارداد درمانی
۵. راهنمایی برای آغاز جلسات درمان شناختی - رفتاری
۶. راهنمایی برای برخورد با مراجعان دارای افکار خودکشی
۷. اسناد به کدهای اخلاق انجمن روان‌شناسی آمریکا برای جلوگیری از عواقب قانونی و مراعات اصول انسانی
۸. در نظر گرفتن اقدامات دقیق برای مراجعان تحت درمان دارویی
۹. برجسته‌سازی نقش خود درمانگر در پدیدآیی چالش‌های درمان
۱۰. راهنمای دقیق برای آشناسازی مراجعان با درمان شناختی - رفتاری
۱۱. چگونگی کاربرد تکنیک‌های اصلی درمان به همراه معرفی مراجعان
۱۲. کمک به مراجعان مقاوم و شیوه‌های انگیزه آفرینی برای تغییر
۱۳. چگونگی اتمام جلسات آخر درمان
۱۴. برجسته‌سازی نقش نظارت بالینی

از ویژگی‌های بارز کتاب فعلی، می‌توان به ریزبینی، دقت، کاربردپذیری، شفافیت و مثال‌های متعدد آن اشاره کرد. به گونه‌ای که ضرب‌المثل دستم بگرفت و پایه‌ها برد در مورد این کتاب کاملاً صدق می‌کند. به عنوان مثال نویسندگان در فصل چهارم (مفهوم‌پردازی مشکل و برنامه‌ریزی برای درمان) با بهره‌گیری از مدل پرسونز<sup>۱</sup> (۱۹۸۶) توانسته‌اند به خوبی عصای دست درمانگران شناختی - رفتاری در تدوین فرمول‌بندی مشکلات مراجعان باشند. فرمول‌بندی براساس مدل پرسونز (۱۹۸۶) مشکلات را در سطح در نظر می‌گیرد:

(الف) مشکلات آشکار (ب) سازوکارهای روان‌شناختی دخیل در ایجاد و تداوم مشکلات آشکار. طبق این فرمول‌بندی به نظر نمی‌رسد که درمان‌های شناختی - رفتاری تنها به کاهش علائم یا تسکین موقت مشکلات بپردازند بلکه هدف اصلی و مهم‌تر درمان‌های شناختی رفتاری کاهش میزان آسیب‌پذیری فرد است که این مهم از طریق پرداختن به عوامل زمینه‌ساز و تداوم‌بخش اختلالات فراهم می‌شود.

نویسندگان در آخر فصل پنجم سعی کرده‌اند به سه سؤال مهمّ جواب بدهند.

(الف) آیا CBT موثر است؟

(ب) آیا من دقت کافی برای حل و فصل مشکلاتم را خواهم داشت؟

(ج) چرا CBT در گذشته برایم موثر واقع نشد؟

نویسندگان کتاب معتقدند زمانی که درمانگر پس از فرمول‌بندی بخواهد به مراجعان بازخورد بدهد ممکن است با این سؤال‌ها روبه‌رو شود. آن‌ها سعی کرده‌اند با استفاده از تجارب بالینی و بهره‌گیری از تجارب پژوهی به این سؤال جواب بدهند و یکپارچه‌سازی تجارب بالینی با تجارب پژوهشی را شاید بتوان یکی از عملکردهای درمانگر موفق و صاحب صلاحیت ذکر کرد.

از نکات برجسته دیگر این کتاب می‌توان به پیوست اول و دوم آن اشاره کرد. نویسندگان در پیوست اول سعی کرده‌اند کتاب‌های حوزه شناختی - رفتاری را موضوع‌بندی کنند که این کار می‌تواند به انتخاب کتاب و رهایی از سردرگمی افراد تازه‌کار در حوزه شناختی - رفتاری کمک شایانی کند. نویسندگان کتاب‌ها را به ۱۸ دسته تقسیم کرده‌اند:

۱. مبانی نظری و بنیادهای پژوهشی (۱۶ کتاب)

۲. کاربردهای بالینی درمان شناختی - رفتاری: حوزه کلی (۱۳ کتاب)

۳. اختلالات اضطرابی (۱۳ کتاب)

۴. اختلال دو قطبی (۴ کتاب)

۵. حوزه کودک (۱۰ کتاب)

۶. افسردگی و خودکشی (۸ کتاب)

۷. اختلالات خوردن و خوراک (۲ کتاب)

۸. گروه درمانی (۲ کتاب)

۹. مشکلات زناشویی و خانواده (۵ کتاب)

۱۰. مشکلات جسمی (۷ کتاب)

۱۱. اختلال وسواسی - اجباری (۱ کتاب)

۱۲. سالمندان (۲ کتاب)

۱۳. اختلالات شخصیت (۶ کتاب)

۱۴. مقاومت (۲ کتاب)

۱۵. سوء مصرف مواد (۳ کتاب)

۱۶. اسکیزوفرنیا (۷ کتاب)

۱۷. متفرقه (۸ کتاب)

۱۸. کاربردهای بالینی درمان شناختی - رفتاری: کتاب‌هایی با چندین حوزه اختلالی (۲۰ کتاب)

پیوست دوم نیز اسامی جمله‌های پژوهشی و کاربردی در حوزه شناختی رفتاری و آدرس پنج پایگاه اطلاع‌رسانی مهم در این حوزه را در اختیار خوانندگان قرار می‌دهد.

دکتر حسن حمیدپور

بهار ۱۳۹۱

## منابع:

بیهقی، ابوالفضل (۱۳۸۶). تاریخ بیهقی. به کوشش: جعفر مدرس صادقی. تهران: مرکز. خرمشاهی، بهاء‌الدین (۱۳۷۴). سیر بی سلوک (۳۹۳ - ۴۰۹). تهران: ناهید.

Persons, J. B. (1989). Cognitive therapy in practice. A case formulation approach. New York: Norton.

# فصل ۱



## معرفی روند درمان شناختی - رفتاری

### چگونه اعتماد به نفس لازم برای کار درمانگری را به دست آوریم؟

همه متخصصان مشاغل مختلف، مجبورند کارها را یک بار، "برای اولین مرتبه" انجام دهند. مهندسين معمار، بايد اولین ساختمان خود را بسازند، معلمین باید در اولین کلاس خود تدریس کنند. جراحان نیز، بایستی اولین جراحی خود را انجام دهند. به همین ترتیب، درمانگران تازه کار شناختی - رفتاری هم، باید اولین مراجعین<sup>۱</sup> خود را ببینند. آموختن مهارت‌های جدید و پیشرفت در حرفه دلخواه، می‌تواند برای هر فردی بسیار هیجان‌انگیز باشد، اما همین تجارب، می‌تواند اضطراب‌آور نیز باشد. یک دلیل این است که قسمت اعظم کار ما غیرقابل پیش‌بینی است. در ابتدای یک دوره درمانی، نمی‌توان فهمید که آیا این دوره، برای مراجع، مفید واقع خواهد شد یا نه. عوامل زیادی در تعیین نتیجه درمان سهیم هستند، و ما نمی‌توانیم همه این عوامل را طوری به کار گیریم که منجر به یک نتیجه مثبت شود. اما، در هر صورت، روش‌هایی نیز برای مقابله با این بلا تکلیفی وجود دارد.

هدف اصلی این کتاب، این است که به درمانگران تازه کار، کمک کنیم تا در شروع کار با مراجعین، اعتماد به نفس و کنترل بیشتری بر روی شرایط، پیدا کنند. به طور کلی، ما چهار روش اساسی برای رسیدن به احساس اعتماد به نفس و کنترل بیشتر بر روی شرایط، پیشنهاد می‌کنیم: کسب آمادگی، فهمیدن روند درمان شناختی - رفتاری (CBT)، در نظر داشتن مشکلات احتمالی، و بهره‌گیری درست از

1- client

حمایت و کمک سرپرستان.

## کسب آمادگی

اولین کاری که درمانگران تازه کار می‌توانند برای به دست آوردن اعتماد به نفس و دلگرمی بیشتر، در کار با مراجعان انجام دهند، کسب آمادگی کافی است. در بعضی موارد، برنامه آموزشی فرد، "میزان آمادگی کافی" را تعیین می‌کند. در این موارد، فرد کارآموز قبل از آغاز کار با مراجعان، باید پیش نیازهایی را فراهم کند و دوره‌های خاصی را بگذراند. به هر حال، مقتضیات برنامه‌های آموزشی با هم تفاوت زیادی دارند: بعضی از برنامه‌های آموزشی به کارآموز اجازه می‌دهند که کمی بعد از آغاز برنامه، کار با مراجعان را شروع کند؛ و در بعضی دیگر از این برنامه‌ها لازم است که کارآموز، قبل از شروع کار با مراجعان، دوره‌های کاری و آموزش بالینی بیشتری را بگذراند. اما گاهی اوقات، مواردی اجباری در این برنامه‌ها وجود دارد که باعث می‌شود کارآموزان نتوانند به میزان آمادگی مطلوب‌شان دست یابند. به عنوان مثال، ممکن است کارآموزان مجبور شوند، به علت این که زمان برگزاری کلاس اخلاق، در جدول زمان‌بندی دروس، دیرتر است، قبل از گذراندن کلاس اخلاق، شروع به کار با مراجعه‌کنندگان نمایند.

و بالاخره، بعضی از کارآموزان، ممکن است در پی به دست آوردن تجارب بالینی‌ای باشند، که در برنامه آموزشی‌شان گنجانده نشده است. مثلاً، فردی که در یک برنامه آموزشی با محوریت روان‌پویشی شرکت کرده است، ممکن است تصمیم بگیرد که آموزش در زمینه CBT را دنبال کند. در نتیجه این فرد، بدون داشتن پیش زمینه‌های علمی لازمی که افراد دیگر، در برنامه‌های CBT - محور کسب می‌کنند، شروع به دیدن مراجعان خواهد کرد. با توجه به این ملاحظات، در این فصل، در بخش "آماده‌شدن برای انجام CBT"، پیشنهادات دیگری - فراتر از کارهایی که در طی دوره درسی انجام می‌شود - به درمانگران تازه کار، ارائه می‌نمایم. این پیشنهادات، شامل مشاهده جلسات ارزشیابی و جلسات درمانی، مطالعه گسترده در زمینه CBT، و دنبال کردن رویدادهایی از قبیل کنفرانس‌های بین‌المللی است. درمانگران تازه کار می‌توانند با کمک گرفتن از این موارد،

مشکلات روانی مراجعین را طبق روش شناختی-رفتاری، مفهوم‌پردازی کنند<sup>۱</sup> و درمان نمایند و در این کار تبخّر پیدا کنند.

## فهم روند CBT و نحوه اجرای آن

اجرای کامل روند درمان، ممکن است از نظر درمانگران تازه کار، دست نیافتنی به نظر برسد. در طی دوره درمان چه کاری باید انجام شود؟ از چه نوع زمان‌بندی باید پیروی کرد؟ چه طور می‌توانیم مطمئن شویم که کار با مراجعان، به صورت منظم و سازمان یافته پیش می‌رود؟ ما تلاش می‌کنیم که با ترسیم نقشه روند درمان از ابتدا تا آخر، مقداری از این بلا تکلیفی‌ها را برطرف نماییم. معمولاً مراحل کار با مراجعان، طبق الگوی زیر پیش می‌رود:

(۱) توجیه کردن روند ارزشیابی و درمان برای مراجعین، (۲) ارزشیابی و تعیین مشکل یا مشکلاتی که محور درمان خواهند بود. (۳) تنظیم یک برنامه درمانی (۴) اجرای برنامه درمانی (۵) پایان دادن به درمان در وقت مناسب.

در سرتاسر کتاب، این روند کامل را شرح می‌دهیم و علاوه بر تمرکز بر روی نحوه دستیابی به اهداف اصلی، به نحوه حل کردن مشکلاتی که ممکن است در هر مرحله پیش آید نیز توجه می‌نماییم.

وقتی هر یک از مراحل پنج‌گانه فوق را به طور جداگانه ملاحظه می‌نمایید، کمی ترسناک به نظر می‌رسند، اما خوشبختانه، ما به عنوان درمانگران CBT، یک چهارچوب علمی جامع در دست داریم که راهی برای فهمیدن و درمان مشکلات روان‌شناختی، در اختیارمان قرار می‌دهد. رویکرد شناختی رفتاری، — چنان که از نام آن بر می‌آید — بر روی باورها و رفتارهای مشکل‌ساز<sup>۲</sup> متمرکز می‌شود و نشان می‌دهد که چگونه این باورها و رفتارها در ایجاد مشکلات روان‌شناختی نقش داشته‌اند، — و بسیار مهم‌تر از آن — چطور موجب تداوم این مشکلات، در طول زمان شده‌اند. درمان، موجب تغییر این رفتارها و باورهای مشکل‌ساز می‌شود. درمانگران و محققین شناختی-رفتاری، از قبل، الگوهایی برای درک و شناختن مشکلات و اختلالات خاص تهیه کرده‌اند و این الگوها، نقشه‌ای برای تعیین مسیر درمان در اختیار ما قرار می‌دهند (منابع مفید برای درمانگران تازه کار، در ضمیمه A

1- conceptualizing

2- problematic beliefs and behaviours



آورده شده است.) این الگوها به درمانگران و مراجعین کمک می‌کند که متوجه شوند علائم مختلف بیماری‌ها، به چه نحو در کنار هم قرار می‌گیرند و به کمک این اطلاعات، تشخیص دهند که چه تغییراتی برای بهبود این علائم، بایستی صورت گیرد. در طی درمان، CBT، کورکورانه پیشرفت نمی‌کند. با آشنایی با این الگوهای CBT و استفاده از آنها به عنوان چهارچوبی برای ارزشیابی و درمان، احساس بهتری در مورد روند درمان پیدا می‌کنید. به علاوه آموزش این الگوها به مراجعان، به آنها کمک خواهد کرد که بتوانند از مشکلات خود، و روش حل آنها یک شناخت منسجم و منطقی به دست آورند.

همچنین، در طی مباحث این کتاب، ما نحوه کارکرد مؤثر روش CBT را برای شما و مراجعیتان توضیح داده‌ایم. در فرآیند CBT، دو مهارت کلیدی وجود دارد، که به پیشرفت روند درمان کمک می‌کند. این دو مهارت عبارتند از: الف - برقراری ارتباط قوی با مراجعینی که با آنها کار می‌کنیم و حفظ این ارتباط - تلاش مداوم برای شناختن مشکلات مراجعان و نحوه درمان آنها. به مهارت دوم، "مفهوم‌پردازی مشکل بیمار"<sup>۱</sup> نیز گفته می‌شود. ما در اینجا، به اختصار، هر دوی این مجموعه مهارت‌ها را توضیح داده‌ایم. به علاوه، برای تکمیل این مبحث، نحوه کسب این مهارت‌ها را نیز به صورت درس‌هایی در بین مطالب این کتاب آورده‌ایم.

### ایجاد ارتباط درمانی<sup>۲</sup> و حفظ آن

در روند CBT، باید بین درمانگر و مراجع، همکاری وجود داشته باشد. با ایجاد یک ارتباط درمانی قوی، می‌توان این همکاری را تسهیل کرد. در رویکردهای درمانی مختلف، بین کیفیت ارتباط درمانی و نتیجه درمان، رابطه معنی‌داری یافت شده است. (لامبرت و برژین<sup>۳</sup> ۱۹۹۴). در CBT، ارتباط درمانی، ارتباطی بین افراد هم‌رتبه دارای تخصص‌های مختلف، در نظر گرفته می‌شود. زیرا اگر چه درمانگران برای شناخت و درمان مشکلات روان‌شناختی آموزش دیده‌اند، اما مراجعان نیز در زمینه مشکلات خاصی که تجربه کرده‌اند، کارشناس محسوب می‌شوند. در این رویکرد، خود مراجعان، "بیمار" یا "غیرعادی" محسوب نمی‌شوند، بلکه باورها و

1- case conceptualization

2- The therapeutic alliance

3- Lambert & Bergin

رفتارهای آنها، "ناکارآمد" به حساب می‌آید و گفته می‌شود که آنها مجبور شده‌اند، برای مقابله با مشکلاتشان طبق باورها و رفتارهای ناکارآمدی که یاد گرفته‌اند، رفتار کنند. CBT، امیدبخش است، زیرا نشان می‌دهد که چطور می‌توان این رفتارها را یادگیری‌زدایی<sup>۱</sup> نمود و چطور می‌توان روش‌های مؤثرتر فکر کردن و رفتار کردن را به مراجعین یاد داد.

همزمان با پیشرفت ارزیابی و درمان، درمانگر بایستی درک روشنی از مشکلات مراجعان به دست آورد. اما، دستیابی به این امر تنها در صورتی امکان‌پذیر است که هر دو طرف مایل به همکاری با یکدیگر باشند. بنابراین درمانگر، بایستی مراجع را تا حد امکان در روند درمان شرکت دهد. وظیفه درمانگر، تهیه یک برنامه درمانی و اجرا و تکمیل آن است. اما مراجع نیز بایستی در هر مرحله از این کار، دخالت داده شود. مراجع باید به درمانگر اطلاعات صحیح بدهد، جهت تهیه یک برنامه کاری، با درمانگر همکاری نزدیک داشته باشد، و اجرای این برنامه را پیگیری نماید و برای اصلاح و تعدیل برنامه، در موارد مقتضی پیشنهادهایی ارائه دهد. با پیشرفت روند درمان، درمانگر باید مسئولیت‌های بیشتری در اجرای برنامه به مراجع محول نماید. هدف درمان موفق این است که مهارت‌هایی را به مراجع آموزش دهیم تا بتواند درمانگر خویش باشد. برای رسیدن به این هدف، وجود یک ارتباط درمانی مشترک و قوی الزامی است.

متأسفانه برای برقراری یک ارتباط درمانی خوب، مجموعه‌ای از قوانین یا دستورالعمل‌ها وجود ندارد. طبق تجربه، ما به این نتیجه رسیده‌ایم که استفاده از نوشته‌های کارل راجرز<sup>۲</sup> (۱۹۷۰)، در این زمینه مفید می‌باشد. وی خصوصیات اصلی یک درمانگر را همدلی<sup>۳</sup> (توانایی دیدن دنیای مراجعان از دیدگاه خود آنها)، خلوص<sup>۴</sup> (هم‌خوانی داشتن گفته‌ها و رفتارهای ما با آن چه فکر می‌کنیم و احساس می‌کنیم) و صمیمیت بدون تملک‌خواهی<sup>۵</sup> (نگرانی برای مراجعان و درمان کردن آنها همراه با احترام) دانسته است. او همچنین درمانگران را تشویق کرده است که با یک احترام مثبت و بدون قید و شرط<sup>۶</sup> با مراجعان رفتار نمایند. به این معنی که مراجعین را آن طور که هستند بپذیرند و برای آنها ارزش قایل شوند. آن دسته از

1- unlearned

2- Rogers

3- empathy

4- genuineness

5- nonpossessive warmth

6- unconditional positive regard

درمانگران CBT که معمولاً مراجعان خود را، به خاطر علایمشان سرزنش نمی‌کنند، این طرز تفکر احترام مثبت و بدون شرط را رعایت می‌نمایند. طبق این طرز تفکر، علایم مراجعین، از طریق مسیرهای شناختی و رفتاری، ایجاد و حفظ شده‌اند و به علت تنبلی، بی‌انگیزگی یا ضعف به وجود نیامده‌اند. مجموعه‌ای این خصوصیات را جری، مطمئناً می‌توانند در بسیاری از روش‌های درمانی منجمله CBT، نتایج درمانی خوبی را به ارمغان بیاورند (به نشریه کیسز، شاپ و هوچین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰ نگاه کنید).

اگر چه ممکن است به نظر برسد که رفتار کردن با همدلی، خلوص و صمیمیت، خیلی سخت نیست، اما در شرایطی که ذهن ما مشغول چیزهای دیگر است، ممکن است این مهارت‌ها را به راحتی فراموش نماییم. ممکن است ذهن درمانگران تازه کار، بیش از اندازه به خودشان معطوف باشد و نگران باشند که در نظر مراجع، چطور به نظر می‌آیند؛ (مثلاً "آیا من به اندازه کافی مسن به نظر می‌آیم؟" یا "آیا من به اندازه کافی باتجربه به نظر می‌رسم؟" و غیره) یا نگران انجام صحیح و مؤثر کارشان، (مثلاً یک ارزیابی) باشند. این توجه بیش از اندازه به خود، ممکن است باعث شود که آنها نتوانند رفتار طبیعی داشته باشند و خصوصیات را که به طور ذاتی دارند، نشان دهند. برای برطرف کردن این مشکل، درمانگران تازه کار بایستی همه تلاش خود را به کار گیرند تا توجه خود را بر روی مراجع متمرکز نمایند، به حرف‌های مراجع توجه کنند و به واکنش مراجع، نسبت به آنچه می‌گویند، دقت کنند. اگر به مراجع و مشکلاتش توجه کنیم، به احتمال زیاد، احساس راحتی بیشتری می‌کند و احساس می‌کند که بیشتر حمایت و درک شده است.

## مفهوم پردازی مشکل بیمار<sup>۲</sup>

مفهوم پردازی مشکل بیمار، در اصل یک فرضیه آزمایشی<sup>۳</sup> است که به کمک آن می‌توان مشکلات خاص مراجع را، براساس الگوی شناختی-رفتاری درک نمود. این مهارت، یکی از مهم‌ترین مهارت‌هایی است که هر درمانگری می‌آموزد. همانند ایجاد و تداوم ارتباط درمانی<sup>۴</sup>، مفهوم پردازی مشکل بیمار نیز، مهارتی

1- Keijsers, Schaap, & Hoogduin

2- case conceptualization

3- working hypothesis

4- rapport

است که در کل روند ارزشیابی و درمان مراجعین استفاده می‌شود. وقتی که ما برای اولین بار با مراجعین ملاقات می‌کنیم، آنها درباره احساسات دشوار<sup>۱</sup>، رفتارهای مشکل‌ساز<sup>۲</sup>، و افکار آزاردهنده‌شان<sup>۳</sup>، با ما صحبت می‌کنند. آنها همچنین درباره تاریخچه خانوادگی خود، وقایعی که برایشان اضطراب آورده و به زندگی‌شان آسیب زده است، و وضعیت کنونی کار و بار خود، اطلاعات مهمی به ما می‌دهند. ممکن است آنها تلاش‌هایی که قبلاً در جهت درمان انجام داده‌اند، را نیز با ما در میان بگذارند و به ما بگویند که چه روش درمانی، در مورد آنها مؤثر بوده، و کدام روش مؤثر نبوده است.

ممکن است این همه اطلاعات، برای یک درمانگر تازه کار، گیج‌کننده<sup>۴</sup> باشد و نظم دادن به آن دشوار به نظر رسد. در هر صورت، رویکرد شناختی-رفتاری به ما کمک می‌کند که این اطلاعات را منظم کنیم، و با در نظر گرفتن عواملی که موجب تداوم مشکلات روان شناختی فعلی مراجع شده‌اند، فرضیه‌ای طراحی نماییم و همچنین برنامه‌ای برای درمان، تنظیم کنیم. به عبارت دیگر، فرآیند مفهوم‌پردازی به ما کمک می‌کند که به جای این که مراجع را تنها به صورت مجموعه‌ای از علائم در نظر بگیریم، به صورت معقولی درباره دلایل ایجاد این علائم و ارتباط بین آنها، فکر کنیم. با این کار، پیچیدگی ظاهری مشکلات رفتاری و احساسی مراجع، قابل فهم، و حل و فصل می‌شود. در فصل‌های ۳-۵، نحوه جمع‌آوری و منظم کردن اطلاعات به دست آمده را به صورت قابل فهمی برای شما، بیان خواهیم کرد و خواهیم گفت که چگونه می‌توان براساس این اطلاعات، فرضیه‌های سودمندی درباره مراجع مطرح نمود. فرآیند مفهوم‌پردازی مشکل بیمار، بسیار شبیه قراردادادن قطعات یک پازل در کنار یکدیگر است؛ زیرا در اینجا نیز، اطلاعات مختلف باید به شکلی منطقی، با یکدیگر جفت شوند. درمانگران، علاوه بر این که از مشکلات مراجعان، یک شناخت منسجم و منطقی<sup>۵</sup> به دست می‌آورند، بایستی برنامه‌ای طراحی کنند تا از طریق آن بتوانند به مراجعان در رفع این مشکلات کمک نمایند. به علاوه، حتی پس از رسیدن به این مفهوم‌پردازی اولیه و تدوین طرح درمانی اولیه نیز، مفهوم‌پردازی مشکل بیمار، یک جزء اصلی و ضروری درمان موفق، باقی

1- difficult emotions

2- problematic behaviours

3- troubling thoughts

4- Overwhelming

5- coherent understanding

می ماند. همان طور که مادر سرتاسر این کتاب شرح خواهیم داد، ارزشیابی و مفهوم پردازی مشکل بیمار، هر دو روندهای ادامه داری<sup>۱</sup> هستند، زیرا با کسب اطلاعات تازه در طی جلسات، دانسته های مادر مورد ماهیت مشکلات روان شناختی یک مراجع، نیز به احتمال زیاد تغییر خواهد کرد.

مانند همه جنبه های CBT، مفهوم پردازی مشکل بیمار نیز باید یک کار مشارکتی<sup>۲</sup> باشد. پس از یک ارزشیابی مقدماتی و پایه<sup>۳</sup>، مراجع باید در مفهوم پردازی مشکلش، شرکت داده شود. نحوه این مشارکت، بسیار مهم است. به جای این که درمانگر، روشی را که به کمک آن، توانسته مشکل مراجع را درک کند، به وی تلقین نماید، باید آن را به صورت یک نظریه مطرح نماید و به مراجع فرصت دهد تا آن را اصلاح نماید. این امر، باید در خلال درمان رخ دهد.

### در نظر داشتن مشکلات احتمالی

اگر با مشکلاتی که می توانند در دوره CBT ایجاد شوند، از قبل آشنا باشیم. کارمان ساده تر خواهد شد. در یک دنیای آرمانی، برقراری یک ارتباط درمانی قوی آسان است. مراجعین همیشه با درمان موافقت می کنند، و به همان صورتی که درمانگرانشان از آنها انتظار دارند و دوست دارند، تغییر می کنند. در دنیای واقعی، معمولاً درمان، این طور موفق و بدون مشکل پیش نمی رود. اگر چه چالش ها<sup>۴</sup> می توانند کار ما را پر تشش نمایند، اما در عین حال، آن را مهیج و زنده نگه می دارند. به سختی می توان پیش بینی کرد که در CBT، چالش ها، چه زمانی و به چه صورتی اتفاق خواهند افتاد. در هر صورت، شناختن انواع چالش هایی که ممکن است اتفاق بیفتد و شناختن راههای مختلف کنترل این چالش ها، برای درمانگران تازه کار بسیار سودمند است. در سرتاسر کتاب، و به ویژه در فصل های ۷ و ۹، این مطالب را بیشتر توضیح خواهیم داد.

1- ongoing processes

2- collaborative process

3- baseline assessment

4- challenges

## بهره‌گیری درست از سرپرستی<sup>۱</sup>

درمانگران تازه کار می‌توانند، اضطراب خود را با بهره‌گیری درست از سرپرستی (و کمک گرفتن از راهنمایی‌های یک سرپرست مجرب)، کاهش دهند. این موضوع را در فصل ۱۱ - فصل پایانی این کتاب - شرح داده‌ایم. ممکن است درمانگران تازه کار، در آغاز کار با مراجعان، احساس تنهایی کنند، اما در حقیقت، آنها تنها نیستند، بلکه از سرپرستی درمانگران مجرب تر برخوردار هستند. درمانگران مجرب می‌توانند تجارب زیادی را که در طی دوره کاریشان - در اثر کار با مراجعین فراوان، - به دست آورده‌اند، در اختیار آنها قرار دهند. در فصل ۱۱ خواهیم گفت که چگونه می‌توان از این سرپرستی بیشترین استفاده را نمود و همچنین توضیح خواهیم دید که چگونه می‌توان بر مشکلاتی که ممکن است در این نوع رابطه پیش آید، فائق آمد.

انتخاب حرفه درمانگری، یک انتخاب کاری هیجان‌انگیز است. اکثر ما با هدف کمک به مردم، این مسیر را آغاز کرده‌ایم. روند انجام این کار اصلاً کسل‌کننده نیست. هر یک از مراجعین ما، هم از نظر نحوه معرفی خود و شیوه بیان مشکلاتشان، و هم از نظر نوع ارتباطی که با درمانگر برقرار می‌کنند، منحصر به فرد هستند. حتی مراجعانی که درمانشان، تقریباً بدون مشکل و رویداد مهمی پیشرفت می‌کند، چالش‌های جالب توجهی برای فکرکردن به وجود می‌آورند. شروع کار به عنوان یک درمانگر، می‌تواند واقعاً اضطراب‌آور باشد، اما ما شما را تشویق می‌کنیم که با روحیه بالا و حس کنجکاوی، این مسیر را آغاز نمایید.

در ادامه این فصل، پیشنهادهایی در مورد آماده‌شدن برای ارزشیابی و درمان به شما ارائه می‌نماییم.

## کسب آمادگی برای دیدن مراجعان

درمانگران تازه کار، دائماً به دنبال نصایح و اطلاعاتی هستند تا بفهمند که چگونه می‌توانند به بهترین شکل برای دیدار با مراجعان آماده شوند. جستجوی این نوع اطلاعات، یک شیوه بسیار عالی برای کاهش اضطراب است. اگر بتوانیم بفهمیم،

---

1- supervision

هنگامی که با مراجع، به اتاق وارد می شویم، چه اتفاقی ممکن است بیفتد، قطعاً، اعتماد به نفس ما افزایش می یابد. به علاوه هر چه ما کمتر بر روی اضطراب خود، تمرکز کنیم، بهتر می توانیم به مراجع، و مشکلات وی اهمیت بدهیم و در جهت درمان آنها بکوشیم.

قبل از آن که پیش تر رویم، ذکر یک نکته برای آگاهی بیشتر، الزامی است. بعضی از درمانگران تازه کار، به علت این که احساس می کنند، هنوز آمادگی کافی را کسب نکرده اند، دیدن اولین مراجعان خود را به تعویق می اندازند. اگر چه مطالعه دربارهٔ فعالیت های بالینی<sup>۱</sup>، مشاهدهٔ کار درمانگران دیگری که درمان یا ارزیابی را انجام می دهند، و تمرین این فعالیت ها به صورت ایفای نقش<sup>۲</sup>، مطمئناً روش های مناسبی برای به دست آوردن آمادگی برای دیدن مراجعین است، اما بهترین راه یادگیری ارزشیابی و درمان مراجعین، انجام این کارها، و تمرین عملی آنهاست. به طور خلاصه، تمرین بیشتر، باعث افزایش مهارت می شود. در این فصل، راهنمایی هایی برای ایجاد یک چهارچوب درست از دانش و مهارت ارائه خواهیم داد. این چهارچوب، زمینه کارهای بالینی عملی بعدی را فراهم می آورد.

### کسب آمادگی احساسی

معمولاً، درمانگران تازه کار، دچار نگرانی و عدم اطمینان از توانایی هایشان، هستند. برای این که بفهمیم چگونه می توان این اضطراب ها را کاهش داد، باید عوامل ایجادکنندهٔ آنها را بررسی نمود. اغلب، یکی از علل این مشکلات، این است که قوانین<sup>۳</sup> خدمات بالینی، تصور غیرواقع بینانه ای، از یک درمانگر "با کفایت"<sup>۴</sup> دارند. افراد تازه کار، اغلب می ترسند که بی کفایت به نظر برسند. اگر چه، ما درمانگران، مهارت هایمان را فقط از طریق تجربه به دست می آوریم، اما تنها به صرف تازه کار بودن، نمی توانیم انتظار داشته باشیم که این درمانگران، در کار خود، ناموفق باشند و قصور نمایند. در حقیقت، تحقیقاتی که ارتباط بین تجارب بالینی و نتایج درمانی را بررسی کرده اند، به طور حیرت آوری به نتایج متناقضی رسیده اند. بعضی مطالعات، (مانند مطالعه کریس - کریستوف<sup>۵</sup> و همکارانشان در ۱۹۹۱؛ مطالعه

1- clinical activities

2- role plays

3- provision

4- competent

5- Crist-Christoph

اسمیت و گلاس<sup>۱</sup> (در ۱۹۹۷) یک همبستگی مثبت بین تجربه و نتیجه پیدا کرده‌اند. اما در کل، چنین همبستگی‌هایی نسبتاً کم بوده است. سایر مطالعات نشان داده‌اند، که تجارب بالینی با نتایج درمانی ارتباطی ندارند (به عنوان مثال شاپیرو و شاپیرو<sup>۲</sup> ۱۹۸۲) و همچنین با میزان انصراف مراجعین از درمان نیز مرتبط نیستند (ویزرَبیکی و پکاریک<sup>۳</sup> ۱۹۹۳).

با توجه به نتایج این یافته‌ها، درمانگران تازه کار، نباید به سرعت اعتقاد پیدا کنند که بی‌تجربگی آنها، بر روی مراجعین، تأثیر منفی می‌گذارد. اکثر افرادی که به عنوان یک درمانگر شروع به کار می‌کنند، دارای مهارت‌های لازم برای این کار می‌باشند و دیگران بر این باورند که آنها برای این کار، مناسب هستند. احتمال دارد که آنها مهارت‌های راجرز-همدلی، خلوص، و صمیمیت بدون تملک خواهی - را نیز، داشته باشند. در صورت همراه شدن این مهارت‌ها با کسب آمادگی مناسب (همانطور که در بقیه این فصل ذکر شد) و سرپرستی قوی (که در فصل ۱۱ بحث شده است)، درمانگران تازه کار نیز می‌توانند برای مراجعین خود سودبخش باشند. مسئله دیگری که می‌تواند باعث ضعیف شدن اعتماد به نفس درمانگران تازه کار شود، تعریف غیر واقعی ماز "نتیجه موفق درمان" است. بسیاری از درمانگران تازه کار بر این باورند که درمان موفق، عبارت است از برطرف کردن تمام علائم و مشکلات مراجع، در یک دوره زمانی معین (و معمولاً کوتاه). این تعریف، هم برای درمانگران و هم برای مراجعین غیرمنصفانه است. در بسیاری از موارد، ممکن است مراجعین به اندازه‌ای که ما انتظار داریم، پیشرفت نکنند. بنابراین، هدف حل کردن کامل مشکلات همه مراجعین، غیرواقعی است و می‌تواند درمانگران تازه کار را مستعد شکست نماید. برخورد منطقی‌تر این است که به خود بگویید "هدف من"، آشنا کردن مراجع با رویکرد درمانی شناختی-رفتاری<sup>۴</sup>، برای شناختن و درمان یک مشکل خاص است. من، تکنیک‌های شناختی-رفتاری مؤثر در درمان این مشکل را، به مراجع خود یاد می‌دهم. "این هدف، معقول است و سنجش آن آسان است، و به بسیاری از شرایط مراجع، که ممکن است شما نتوانید آنها را تغییر دهید، وابسته نیست.

1- Smith, Glass

2- Shapiro, Shapiro

3- Wierzbicki, Pekarik

4- Cognitive-behavioral approaches



## درک نظریه پنهان در پس CBT

توضیح عمقی نظریه پنهان در پس CBT، خارج از چهارچوب این کتاب است. در هر صورت، مادر اینجا تلاش می‌کنیم که به طور اجمالی، شما را از زیربنای نظری CBT آگاه نماییم. درمانگران شناختی-رفتاری تازه کار بایستی از طریق پروژه‌های خود در طول ترم و مطالعات اضافی (به توصیه‌های ما در ضمیمه A نگاه کنید)، برای نظریه CBT که زیربنای کار ما با مراجعان است، یک پایه علمی قوی بسازند. در حال حاضر CBT، مجموع دو رویکرد نظری<sup>۱</sup> متفاوت است که برای شناخت و درمان اختلالات روان شناختی استفاده می‌شوند. این دو رویکرد عبارتند از: رویکرد رفتاری و رویکرد شناختی. این دو رویکرد منشاء متفاوتی دارند. رویکرد رفتاری محض، منحصرأ بر روی رفتارهای قابل مشاهده و قابل اندازه‌گیری تمرکز می‌نماید و تمام رویدادهای ذهنی را نادیده می‌گیرد. در این رویکرد، ذهن / مغز، به صورت "جعبه سیاهی" که ارزش کشف و شناسایی ندارد در نظر گرفته می‌شود. در واقع، این رویکرد، به اثرات متقابل<sup>۲</sup> محیط و رفتار فرد، توجه می‌کند. رویکرد شناختی، بر روی نقش ذهن، و به ویژه شناخت‌های<sup>۳</sup> فرد، تأکید دارد و آن را به عنوان عامل تعیین‌کننده احساس‌ها و رفتارهای وی، در نظر می‌گیرد.

### رویکرد رفتاری

جان. ب. واتسون<sup>۴</sup>، که اغلب به عنوان "پدر رفتارگرایی" از او یاد می‌شود، تمام رفتارها و تمام تغییرات رفتاری را، نتیجه یادگیری از طریق شرطی‌سازی کلاسیک<sup>۵</sup> می‌داند. او ادعا کرده است، که حتی رفتارهای پیچیده را نیز می‌توان به چندین رفتار ساده‌تر تجزیه نمود؛ و هر یک از این رفتارهای سازنده<sup>۶</sup> آن رفتار پیچیده نیز، از طریق فرآیندهای ساده یادگیری کسب می‌شوند. سه جزء اصلی شرطی‌سازی کلاسیک عبارتند از: (۱) محرک غیر شرطی<sup>۷</sup>، پاسخ غیر شرطی<sup>۸</sup> (محرک شرطی<sup>۹</sup>،

1- Theoretical approaches

2- interactions

3- cognition

4- John.B.Vatson

5- classical conditioning

6- Component behaviours

7- unconditioned stimulus

8- unconditioned response

9- conditioned stimulus