



درمان‌های شناختی-رفتاری نوین

موج دوم و سوم
(نقد و مطابقت‌های فرهنگی)

دکتر مسعود جان‌بزرگی



پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

زمستان ۱۴۰۳

جان‌بزرگی، مسعود، ۱۳۴۳-
درمان‌های شناختی-رفتاری نوین، موج دوم و سوم (نقد و مطابقت‌های فرهنگی) / مسعود جان‌بزرگی.
— قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، ۱۴۰۳.
سیزده، ۴۵۴ص: جدول — (پژوهشگاه حوزه و دانشگاه: ۷۵۶؛ روان‌شناسی: ۶۷)
ISBN: 978-600-298-540-8
بها: ۳۷۴۰۰۰ ریال
فهرست‌نویسی براساس اطلاعات فیبا.
کتابنامه. همچنین به صورت زیرنویس.
۱. شناخت‌درمانی. ۲. Cognitive therapy. ۳. رفتار درمانی. ۴. Behavior therapy. الف. پژوهشگاه حوزه و دانشگاه. انتشارات.
RC۴۸۹ ۶۱۶/۸۹۱۴۲۵
شماره کتابشناسی ملی
۹۸۵۲۸۳۵



درمان‌های شناختی-رفتاری نوین؛ موج دوم و سوم (نقد و مطابقت‌های فرهنگی)

مؤلف: دکتر مسعود جان‌بزرگی (استاد پژوهشگاه حوزه و دانشگاه)

ناشر: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

صفحه‌آرایی: تحریر اندیشه

چاپ اول: زمستان ۱۴۰۳

تعداد: ۲۰۰ نسخه

لیتوگرافی: سعیدی

چاپ: قم-سبحان

قیمت: ۳۷۴۰۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۹۸-۵۴۰-۸

کلیه حقوق برای پژوهشگاه حوزه و دانشگاه محفوظ و نقل مطالب با ذکر مأخذ بلامانع است.

قم: ابتدای شهرک پردیسان، بلوار دانشگاه، نبش میدان علوم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، تلفن: ۰۲۵-۳۲۱۱۱۱۰۰

(انتشارات ۳۲۱۱۱۳۰۰) نمابر: ۳۲۸۰۳۰۹۰، ص.پ. ۳۱۵۱-۳۷۱۸۵

تهران: خ انقلاب، بین وصال و قدس، کوی اُسکو، پلاک ۴، تلفن: ۶۶۴۰۲۶۰۰

www.rihu.ac.ir

info@rihu.ac.ir

فروشگاه اینترنتی: <https://shop.rihu.ac.ir>

مرکز پخش: قم، خیابان معلم، مجتمع ناشران، طبقه همکف، پلاک ۲۷، تلفن: ۰۲۵-۳۷۸۴۲۶۳۵-۶

سخن پژوهشگاه

پژوهش در علوم انسانی به منظور شناخت، برنامه‌ریزی و ضبط و هدایت پدیده‌های انسانی در راستای سعادت واقعی بشر ضرورتی انکارناپذیر است و استفاده از عقل و آموزه‌های وحیانی در کنار داده‌های تجربی و در نظرگرفتن واقعیت‌های عینی، فرهنگ و ارزش‌های اصیل جوامع شرط اساسی پویایی، واقع‌نمایی و کارایی این‌گونه پژوهش‌ها در هر جامعه است.

پژوهش کارآمد در جامعه ایران اسلامی در گرو شناخت واقعیت‌های جامعه از یک‌سو و اسلام به‌عنوان متقن‌ترین آموزه‌های وحیانی و اساسی‌ترین مؤلفه فرهنگ ایرانی از سوی دیگر است؛ از این‌رو، آگاهی دقیق و عمیق از معارف اسلامی و بهره‌گیری از آن در پژوهش، بازنگری و بومی‌سازی مبانی و مسائل علوم انسانی از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است.

توجه به این حقیقت راهبردی از سوی امام خمینی رحمته‌الله، بنیان‌گذار جمهوری اسلامی، زمینه شکل‌گیری «دفتر همکاری حوزه و دانشگاه» را در سال ۱۳۶۱ فراهم کرد و با راهنمایی و عنایت ایشان و همت استادان حوزه و دانشگاه، این نهاد علمی شکل گرفت. تجربه موفق این نهاد، زمینه را برای گسترش فعالیت‌های آن فراهم آورد و با تصویب شورای گسترش آموزش عالی در سال ۱۳۷۷ «پژوهشکده حوزه و دانشگاه» تأسیس شد و در سال ۱۳۸۲ به «مؤسسه پژوهشی حوزه و دانشگاه» و در سال ۱۳۸۳ به «پژوهشگاه حوزه و دانشگاه» ارتقا یافت.

پژوهشگاه حوزه و دانشگاه تاکنون در ایفای رسالت سنگین خود خدمات فراوانی به جامعه علمی ارائه نموده است که از آن جمله می‌توان به تهیه، تألیف، ترجمه و انتشار بیش از ۷۵۰ عنوان کتاب و ۹ نشریه علمی اشاره کرد.

این اثر به عنوان متن و منبع درسی «درمان‌های شناختی رفتاری» برای دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد و عموم علاقه‌مندان به مباحث روان‌شناسی قابل استفاده است.

از استادان و صاحب‌نظران ارجمند تقاضا می‌شود با همکاری، راهنمایی و پیشنهادهای اصلاحی خود، این پژوهشگاه را در جهت اصلاح کتاب حاضر و تدوین دیگر آثار مورد نیاز جامعه دانشگاهی یاری دهند.

در پایان پژوهشگاه لازم می‌داند از تلاش‌های مؤلف محترم اثر، دکتر مسعود جان‌بزرگی و نیز از ارزیابان محترم، حجت‌الاسلام دکتر محمدرضا سالاری‌فر، دکتر منصورالسادات صادقی و دکتر ربابه نوری سپاسگزاری کند.

فهرست مطالب

مقدمه.....	۱
------------	---

فصل اول: مفاهیم کلی درمان‌های شناختی-رفتاری

۱. اهداف فصل.....	۹
۲. نکات کلی؛ تعریف و ویژگی‌ها.....	۹
۳. تاریخچه تحول و زمینه فلسفی درمان‌های شناختی-رفتاری.....	۱۲
۳-۱. رفتاری‌نگری.....	۱۳
۳-۲. درمان‌گری شناختی-رفتاری.....	۱۳
۳-۳. مطالعه خود-مهارگری.....	۱۵
۳-۴. آموزش خود-هدایت‌گری.....	۱۷
۳-۵. تحول شناختی.....	۱۸
۳-۶. روی آورد حل مسئله برای سازگاری.....	۱۹
۳-۷. موج سوم شناختی-رفتاری و جریان‌های دیگر.....	۲۰
۴. تفاوت با سایر نظام‌ها (پشتوانه تجربی و آزمون‌گری).....	۲۰
۵. زمینه‌های نظری درمان‌گری شناختی-رفتاری.....	۲۳
۶. نظریه شخصیت در درمان‌های شناختی-رفتاری.....	۲۸
۶-۱. نظریه عقلانی، هیجانی، رفتاری شخصیت.....	۲۸
۶-۲. اساس بیولوژیکی شخصیت.....	۲۹
۶-۳. جنبه‌های اجتماعی شخصیت.....	۳۰
۶-۴. جنبه روان‌شناختی شخصیت.....	۳۱
۷. گستره مفاهیم.....	۳۴
۸. نقد و بررسی.....	۳۸
۹. مطابقت فرهنگی.....	۳۹
۱۰. خلاصه فصل.....	۴۵

فصل دوم: نظریه روان‌درمانگری و فنون کلی درمان شناختی-رفتاری

۴۷	۱. اهداف فصل.....
۴۷	۲. نکات کلی.....
۴۸	۳. نظریه روان‌درمانگری CBT.....
۴۹	۴. آسیب‌شناسی روانی از دیدگاه شناختی.....
۵۱	۴-۱. پریشانی.....
۵۱	۴-۲. ارضای توقعات.....
۵۲	۴-۳. تفکر جادویی و سحری‌نگری.....
۵۲	۵. فرایند روان‌درمانگری.....
۵۲	۵-۱. اهداف درمان.....
۵۵	۵-۲. نقش درمانگر.....
۵۶	۵-۳. رابطه درمان‌گرا نه.....
۵۷	۵-۴. رهایی از توقع و مطالبه‌گری.....
۷۱	۴-۵. رهایی از وابستگی.....
۷۲	۵-۵. رهایی از خودگویی و تنیدگی.....
۷۳	مرحله اول.....
۷۳	مرحله دوم: بررسی مفاهیم ذهنی و روان‌بنه‌های فرد در مورد تنش‌زدایی.....
۷۴	مرحله سوم: مفهوم‌سازی مهارتی و اجرا.....
۷۴	مرحله چهارم: نظارت و استفاده از روش‌های کمکی.....
۷۴	مرحله پنجم: کاربرد تنش‌زدایی در موقعیت واقعی.....
۷۵	۶. ساختار جلسات در درمان‌های شناختی-رفتاری.....
۷۵	۶-۱. برنامه جلسات.....
۷۵	۶-۲. طول دوره.....
۷۶	مراحل دوره.....
۷۶	۷. مکانیزم‌های درمان.....
۷۹	۸. فنون درمانگری.....
۸۲	۸-۱. فنون شناختی.....
۸۲	الف) شناسایی افکار خودکار.....
۸۶	ب) فرض‌های ناسازگارانه.....
۸۷	ج) روان‌بنه‌ها و افکار هسته‌ای.....
۹۰	۸-۲. فنون رفتاری.....
۹۲	۸-۳. فنون شناختی-رفتاری.....
۹۴	ویژگی‌های اهداف مناسب.....
۹۵	۷. ارزشیابی.....
۹۶	۹. مطابقت فرهنگی.....
۹۶	۱۰. خلاصه فصل.....

فصل سوم: برنامه گام به گام درمان شناختی-رفتاری

۱. اهداف فصل.....	۹۹
۲. کلیات و مفاهیم اصلی.....	۹۹
۳. مرحله آماده‌سازی.....	۱۰۰
گام اول: آشنایی با روش درمان.....	۱۰۰
— آشنایی با روش‌های شناختی-رفتاری.....	۱۰۰
— بیان کاربردها و قلمروهای درمان.....	۱۰۱
— منطق مداخله‌های شناختی-رفتاری.....	۱۰۲
— منافع و مضرات احتمالی درمان.....	۱۰۲
— منابع لازم برای مطالعه.....	۱۰۳
گام دوم از مرحله اول: فرمول‌بندی.....	۱۰۳
گام سوم از مرحله اول: قرارداد درمانی.....	۱۰۶
گام چهارم از مرحله اول: هدف‌گذاری تا تهیه فرم شخصی نظارت.....	۱۰۶
ساختار و برنامه کلی درمان.....	۱۰۷
مرحله دوم: شناخت افکار.....	۱۰۷
گام اول: بیان تعامل فکر، احساس و عمل.....	۱۰۷
گام دوم: اهمیت فکر.....	۱۰۸
گام سوم: آشنایی با فرمول‌بندی فکر (مدل ABC).....	۱۱۰
الف) چگونه افکار را به تله بیندازیم.....	۱۱۰
ب) معیار تمایز فکر درست از نادرست.....	۱۱۱
ج) ریشه افکار: چرا ذهن افکار غیرمنطقی را جذب می‌کند؟.....	۱۱۳
گام چهارم: معرفی ساختار فکر.....	۱۱۴
الف) افکار سطحی.....	۱۱۷
ب) افکار میانی منفی.....	۱۲۰
ج) افکار هسته‌ای منفی (روان‌بندهای منفی).....	۱۲۱
گام پنجم: تهیه بولتن شناختی.....	۱۲۲
مرحله سوم: تحلیل افکار.....	۱۲۲
گام اول: راستی‌آزمایی افکار.....	۱۲۳
گام دوم تحلیل عمقی (پیکان رو به پایین).....	۱۲۴
گام سوم: تحلیل کنشی.....	۱۲۴
گام چهارم: تحلیل مقاومت.....	۱۲۵
گام پنجم: تحلیل هم‌آوردی.....	۱۲۶
گام ششم: تحلیل جستجوگرانه.....	۱۲۶
گام هفتم: تحلیل علمی.....	۱۲۶
مرحله چهارم: تغییر افکار.....	۱۲۷

گام اول: آزمون تغییر افکار و واریسی پیامدهای آن.....	۱۲۷
گام دوم: تغییر باورهای سطحی (خودکار).....	۱۲۷
گام سوم: تغییر افکار میانی.....	۱۲۸
ساختن مخالف‌ورز.....	۱۳۰
مخالف‌ورزی شناختی.....	۱۳۰
تدارک مخالف‌ورز رفتاری.....	۱۳۱
گام چهارم: تغییر باورهای هسته‌ای.....	۱۳۲
مرحله پنجم: تغییر رفتار.....	۱۳۳
گام اول: تعیین رفتار ناکارآمد.....	۱۳۳
گام دوم: برنامه‌ریزی برای تغییر.....	۱۳۴
گام سوم: تقویت عمل - افکار جایگزین.....	۱۳۴
مرحله ششم: استحکام.....	۱۳۴
۴. ارزشیابی.....	۱۳۷
۱-۴. تداوم پژوهش‌های اثربخشی CBT در حوزه‌های مختلف.....	۱۳۷
۲-۴. کاربست CBT در محیط‌های تحت وب.....	۱۳۸
۳-۴. کاربست‌های خاص CBT در حوزه‌هایی مانند درمان از راه دور و سواس.....	۱۴۰
۵. نقد و بررسی.....	۱۴۱
نقد روان‌تحلیل‌گران به نظریه‌های شناختی - رفتاری.....	۱۴۲
۶. مطابقت فرهنگی.....	۱۴۴
۷. خلاصه فصل.....	۱۴۷

فصل چهارم: درمان مبتنی بر ذهن آگاهی

۱. اهداف فصل.....	۱۴۹
۲. کلیات و مفاهیم اصلی.....	۱۴۹
۳. چارچوب‌های نظری و اصول.....	۱۵۳
۴. منطق و کاربرد درمان.....	۱۵۷
۵. فرایند و مراحل درمان.....	۱۶۲
۵-۱. مراحل درمان.....	۱۶۳
۵-۱-۱. مرحله پذیرش و آمادگی.....	۱۶۶
۵-۱-۲. ذهن آگاهی بدن.....	۱۶۷
۵-۱-۳. عوامل بیداری.....	۱۷۰
۵-۱-۴. برنامه هشت هفته درمان برای متخصصان.....	۱۷۲
هفته اول: مقدمه‌ای بر ذهن آگاهی.....	۱۷۲
هفته دوم: پرداختن به پنج عنصر ذهن آگاهی.....	۱۷۳

هفته سوم: یکپارچه کردن ذهن آگاهی با زندگی روزمره.....	۱۷۳
هفته چهارم: ذهن آگاهی به عنوان روش زندگی.....	۱۷۴
هفته پنجم: ذهن آگاهی به عنوان پایگاه اصلی.....	۱۷۶
مطالب هفته ششم.....	۱۷۷
حرکت ذهن آگاهانه.....	۱۷۷
تمرین ۱۹: آرام کردن کمر.....	۱۷۸
تمرین ۲۰: ناحیه شانه-گردن.....	۱۷۹
تمرین: کاهش تنش و خشم (عصبانیت).....	۱۸۱
تمرینات هفته پیش رو.....	۱۸۲
مطالب هفته هفتم.....	۱۸۲
۵-۱-۵. تخلیه مراجعان.....	۱۸۲
تمرین ۲۴: تصویر و رهاسازی (حدود ۵ دقیقه).....	۱۸۳
گوش کردن ذهن آگاهانه.....	۱۸۴
تمرین ۲۵: گوش کردن ذهن آگاهانه.....	۱۸۴
تمرین: مراقبه قلبی (۱۰ تا ۱۵ دقیقه).....	۱۸۵
تمرینات هفته پیش رو.....	۱۸۶
مطالب هفته هشتم.....	۱۸۷
مرور.....	۱۸۷
۶. فنون اساسی.....	۱۸۸
۷. ارزشیابی.....	۱۹۲
۸. نقد و بررسی.....	۱۹۴
نقاط قوت درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی.....	۱۹۵
نقاط ضعف درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی.....	۱۹۵
۹. مطابقت و عدم مطابقت فرهنگی.....	۱۹۶
مراقبه.....	۱۹۸
پرداختن به خود.....	۲۰۱
مشارطه، مراقبه، محاسبه.....	۲۰۲
عمل صالح.....	۲۰۲
ذکر/تذکر.....	۲۰۲
عقل طبیعی و خدا آگاهی.....	۲۰۳
۱۰. خلاصه فصل.....	۲۰۴

فصل پنجم: شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)

۱. اهداف فصل.....	۲۰۵
۲. کلیات و مفاهیم اساسی.....	۲۰۵

۲۰۷	 چارچوب‌های نظری و اصول
۲۰۸	 ۱-۳. ذهن نشخوارگر
۲۰۹	 ۲-۳. هدایت خودکار
۲۱۰	 ۳-۳. اجتناب تجربی
۲۱۱	 ۴-۳. رویه‌های ذهنی
۲۱۱	 ۵-۳. رویه ذهنی انجام
۲۱۳	 ۶-۳. رویه بودن
۲۱۵	 ۷-۳. ذهن آگاهی
۲۱۶	 ۴. منطق و کاربرد درمان
۲۱۸	 ۵. فرایند و مراحل درمان
۲۲۰	 ۶. برنامه‌ریزی برای درمان
۲۲۲	 ۱. هفته اول: آگاهی و هدایت خودکار
۲۲۳	 مضمون و برنامه جلسه اول
۲۲۳	 مضمون
۲۲۳	 دستور جلسه
۲۲۴	 برنامه‌ریزی و آمادگی
۲۲۸	 ۲. هفته دوم: زندگی در سر (ذهن)
۲۲۹	 مضمون و برنامه جلسه دوم
۲۲۹	 مضمون
۲۲۹	 دستور جلسه
۲۲۹	 ذهن آگاهی روزانه
۲۲۹	 برنامه و آمادگی
۲۳۰	 کاربرگ‌های جلسه دوم برای مراجعان
۲۳۰	 راه‌های شناخت
۲۳۳	 ۳. هفته سوم: جمع و جور کردن ذهن
۲۳۵	 دستور جلسه سوم
۲۳۵	 مضمون و برنامه جلسه سوم
۲۳۵	 مضمون
۲۳۵	 ارزشیابی
۲۳۶	 ۸. مطابقت فرهنگی
۲۳۸	 ۹. خلاصه فصل

فصل ششم: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)

۲۴۱	 ۱. اهداف فصل
۲۴۱	 ۲. کلیات و مفاهیم اصلی

۲۴۲	۳. چارچوب‌های نظری و اصول
۲۴۶	۴. منطق و کاربرد درمان
۲۵۰	۵. فنون درمان
۲۵۰	۵-۱. پذیرش
۲۵۳	۵-۲. فرایندهای حضور در لحظه؛ ذهن آگاهی
۲۵۶	۵-۳. همجوشی‌زدایی شناختی
۲۵۹	۵-۴. خود به عنوان زمینه
۲۶۱	۵-۵. تمرکز بر ارزش‌ها
۲۶۱	۵-۶. عمل متعهدانه
۲۶۳	۵-۷. انعطاف‌پذیری
۲۶۵	۶. فرایند و مراحل درمان
۲۶۷	۶-۱. فرمول‌بندی مشکل مراجع
۲۶۸	۱. تحلیل مشکل
۲۶۹	۲. انگیزش
۲۷۱	۳. عوامل مؤثر بر انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی
۲۷۱	۴. عوامل مساعدکننده انعطاف روان‌شناختی
۲۷۳	۶-۲. تنظیم جلسات درمان و فنون درمان
۲۷۵	۶-۳. خوشامدگویی و معرفی
۲۷۵	۶-۴. معرفی ارزش‌ها
۲۷۹	۶-۵. استعاره مسافران اتوبوس
۲۸۰	هدایت خودکار
۲۸۰	۶-۶. تمرین ذهن آگاهی
۲۸۱	۶-۷. پایان دادن به جلسه
۲۸۱	۶-۷-۱. جلسه اول: معرفی توجه کردن، ارزش‌ها و عمل متعهدانه
۲۸۲	۶-۷-۱-۱. تمرین توجه کردن (آگاهی)
۲۸۳	۶-۷-۱-۲. معرفی و شناخت ارزش‌ها (فعال)
۲۸۷	۶-۷-۱-۳. تنظیم اعمال متعهدانه
۲۸۷	۶-۷-۱-۳. پایان دادن به جلسه
۲۸۸	۶-۷-۲. جلسه دوم: عمل‌گرایی به عنوان جایگزین
۲۸۹	۶-۷-۳. جلسه سوم: اقدام در جهت ارزش‌ها با گشاده‌رویی، آگاهی و تمایل
۲۹۰	۶-۷-۴. جلسه چهارم: آمدن همه با هم؛ گشاده‌رویی، آگاهی، فعال بودن
۲۹۰	هدف اصلی جلسه
۲۹۰	۷. ارزشیابی
۲۹۲	۸. نقد و بررسی
۲۹۴	۹. مطابقت و عدم مطابقت فرهنگی
۳۰۱	۱۰. خلاصه فصل

فصل هفتم: رفتاردرمانگری دیالکتیکی (DBT)

۱. اهداف فصل.....	۳۰۳
۲. کلیات و مفاهیم اصلی.....	۳۰۳
۳. چارچوب‌های نظری و اصول.....	۳۰۵
۴. منطق و کاربرد درمان.....	۳۰۷
۵. اصول و قواعد آموزش و درمان.....	۳۰۹
۶. آموزش مهارت‌ها.....	۳۱۰
۷. انواع مهارت‌ها.....	۳۱۵
۷-۱. مهارت‌های عمومی.....	۳۱۵
۷-۲. مهارت‌های ذهن‌آگاهی.....	۳۱۶
۷-۳. مهارت‌های ارتباط مؤثر.....	۳۲۰
۷-۴. مهارت‌های تنظیم هیجانی.....	۳۲۴
۷-۵. مهارت‌های تحمل آشفتگی.....	۳۲۸
۷-۶. مهارت‌های مربوط به مهار بقای بحران.....	۳۲۸
۷-۷. مهارت‌های پذیرش واقعیت.....	۳۳۰
۸. فرایند و مراحل درمان.....	۳۳۲
۹. ارزشیابی.....	۳۳۹
۱۰. نقد و بررسی.....	۳۴۱
۱۱. مطابقت و عدم مطابقت فرهنگی.....	۳۴۶
۱۲. خلاصه فصل.....	۳۴۹

فصل هشتم: درمان‌های فراتشخیصی

۱. اهداف فصل.....	۳۵۱
۲. کلیات و مفاهیم اصلی.....	۳۵۱
۳. منطق شکل‌گیری درمان‌های فراتشخیصی.....	۳۵۳
۴. فرایندهای فراتشخیصی زیربنای اختلال‌های روان‌شناختی.....	۳۵۷
۵. تنظیم هیجان مورد حمایت‌ترین فرایند فراتشخیصی.....	۳۶۱
۶. چارچوب‌های نظری و اصول.....	۳۶۵
۷. انواع برنامه‌های درمانی فراتشخیصی.....	۳۶۷
۸. پروتکل یکپارچه بارلو.....	۳۷۱
۹. منطق و کاربرد درمان‌های فراتشخیصی و پروتکل یکپارچه بارلو.....	۳۷۲
۱۰. فرایند و مراحل پروتکل یکپارچه بارلو.....	۳۷۴
۱۱. ارزشیابی.....	۳۷۶
۱۲. نقد و بررسی.....	۳۷۹

۳۸۱	 ۱۳. مطابقت و عدم مطابقت فرهنگی
۳۸۵	 ۱۴. خلاصه فصل

فصل نهم: چشم‌انداز آینده

۳۸۷	 ۱. اهداف فصل
۳۸۷	 ۲. نکات کلی
۳۸۸	 ۳. مشکلات پژوهشی در زمینه روان‌درمانگری
۳۸۸	 مشکل کنترل متغیرها
۳۸۸	 متغیرهای مربوط به مراجعان
۳۹۱	 متغیرهای مربوط به درمانگر
۳۹۲	 متغیرهای مربوط به فرایند درمان
۳۹۲	 متغیرهای فرادرمانی
۳۹۳	 تعامل متغیرها
۳۹۴	 ۴. جهت‌گیری‌های آینده درمانگری شناختی-رفتاری
۳۹۵	 ۵. تداوم پژوهش‌های اثربخشی CBT در حوزه‌های گوناگون
۳۹۷	 ۶. کاربست CBT در محیط‌های تحت وب
۳۹۹	 ۷. چشم‌انداز روان‌درمانگری
۴۰۱	 ۸. نقد و بررسی درمان‌های شناختی رفتاری
۴۰۲	 بررسی درمان شناختی - رفتاری از دیدگاه مکاتب
۴۰۲	 نقد متقابل درمان‌های رفتاری و شناختی از یکدیگر
۴۰۵	 نقد روان‌تحلیل‌گران به نظریه‌های شناختی-رفتاری
۴۰۵	 بررسی نظریه انسان‌شناسی-شناختی-رفتاری
۴۰۷	 ۹. جمع‌بندی کلی (معیارهای بررسی)
۴۰۸	 ویژگی‌های علمی نظریه شناختی رفتاری
۴۰۹	 بررسی درمان شناختی-رفتاری از دیدگاه فرهنگی
۴۱۱	 جمع‌بندی کلی
۴۱۳	 ۱۰. خلاصه فصل
۴۱۵	 منابع
۴۴۷	 پیوست‌ها

مقدمه

اصطلاح «درمان‌های شناختی-رفتاری»^۱ به خانواده گسترده‌ای از مداخلات نجات‌بخش در اختلالات روان‌شناسی گفته می‌شود که از پشتوانه تجربی بالایی برخوردار است (باتلر و دیگران، ۲۰۰۶؛ جان‌بزرگی و داستانی، ۱۳۹۳) و با مکانیزم‌های قوی برای درمان مانند نوع خاصی از انعطاف‌پذیری (سالکواسکی^۲ و همکاران، ۲۰۲۳) همچنان پیشتاز است. درمان شناختی-رفتاری ابعاد و دوره‌های تحولی مختلفی دارد که از آن به عنوان «موج» یاد می‌شود؛ نخستین موج این درمان‌ها به درمان رفتاری مربوط است.

گرچه رفتاردرمانگری یک نهضت علمی دقیق در زمانه خود شناخته شده است؛ ولی در مقابله با روش‌های درون‌نگرانه آن زمان به عنوان نیرویی مستقل و قوی (در کنار روان‌تحلیلگری و روان‌شناسی انسانی-هستی‌نگر) در عرصه علمی خودنمایی کرد. رفتاردرمانگری اصرار بر مطالعه رفتار آشکار داشت (هیز و هافمن، ۲۰۱۷) و اصرار این نحله علمی بر رفتار قابل مشاهده و اندازه‌گیری، آن را به یکی از روش‌های علمی و دقیق تبدیل کرد. دیری نپایید که اهمیت زبان و شناخت از سوی پژوهشگرانی همچون پیاز و چامسکی (۱۹۵۷) موج دیگری از روش‌های درمان را توسط کسانی مانند بک و الیس (به نقل از جان‌بزرگی و نوری، ۱۳۹۴) گسترش داد که امروزه آن را به عنوان موج دوم درمان‌های شناختی رفتاری می‌شناسند؛ این شیوه

1. Cognitive behavior therapy (CBT)

2. Salkovskis, P. M.

درمانگری «روشی فعال،^۱ مستقیم،^۲ دارای محدودیت زمانی^۳ و ساخت یافته است» (بک و دیگران، ۱۹۷۹). هرچند اینها نیز اهمیت زبان و فرهنگ و ارزش‌ها را نادیده گرفتند؛ اما پرداختن به محتوای ذهن و تغییر افکار ناکارآمد، آماج توجه آنها بود.

درمان‌های شناختی رفتاری^۴ به عنوان یکی از حوزه‌های کاربردی و موفق روان‌درمانگری از جمله حوزه‌هایی است که با چالش کمتری با فرهنگ ایران تطابق یافته است؛ گویی که امروزه آنها بخشی از فرهنگ دانشگاهی رشته روان‌شناسی شده‌اند. این درمان‌ها سیر تحول زیادی داشته‌اند. مسئله‌محور بودن این درمان‌ها موجب اقبال بیشتری به آنها شده و کوتاه‌مدت بودن، آنها را به درمان‌های مقرون به صرفه تبدیل کرده است. بی‌شک درمان‌های شناختی-رفتاری یکی از بهترین روش‌های درمان در بین انواع روش‌های درمانی موجود برای کمک به مراجعان است (ونزل، ۲۰۲۱^۵).

امروزه درمانگری شناختی-رفتاری گسترده‌ترین حجم تحقیقات را به خود اختصاص داده است (باتلر و دیگران ۲۰۰۶)؛ درحالی‌که تنها بیش از ۱۲۰ کار بالینی با روش کنترل شده و دقیق در طول سال‌های ۱۹۸۶ تا ۱۹۹۳ به مجموعه مقالات تحقیقاتی در این زمینه افزوده شد (بک و هولن، ۱۹۹۴). یک بررسی کوتاه نشان می‌دهد که بیش از ۳ هزار مقاله و فصل کتاب در سال ۲۰۰۸ در این باره به چاپ رسیده است. در ایران نیز یک بررسی اجمالی از پایگاه‌هایی که تحقیقات داخلی را به چاپ می‌رسانند، نشان می‌دهد این روی‌آورد درمانی بیش از هر روش دیگر مورد استفاده و پژوهش قرار گرفته است (جان‌بزرگی، ۱۳۸۸؛ جان‌بزرگی و داستانی، ۱۳۹۳) و این توجه روزافزون به سرعت ادامه دارد (دابسن، ۲۰۰۱^۶). به راستی چرا این شیوه درمانگری امروزه تا این حد مورد اقبال قرار گرفته است؟ برخی این تحول را به قابلیت انطباق و سازش‌پذیری آن با طیف وسیعی از اختلال‌ها و مشکلات روان‌شناختی نسبت می‌دهند (بک،

1. Active

2. Directive

3. Tim-limited

4. Cognitive Behavior Therapy

5. Wenzel, A.

6. Dobson, K. S.

۱۹۹۷، سالکوزکی، ۱۹۹۶)؛ با وجود این سؤال‌های زیادی دربارهٔ این شیوهٔ درمانگری هنوز باقی است.

در چند دهه گذشته درمان‌های شناختی رفتاری دچار چالش شده و به‌ویژه پاسخگو نبودن به برخی مشکلات از جمله اختلالات شخصیت و مانند آن، زمینه شکل‌گیری موج‌های جدیدی از درمان‌ها در سه دهه اخیر را موجب شده است. این جریانات به «موج سوم» معروف شده‌اند که شروع این موج از ابتدای قرن حاضر بود (هیز، ۲۰۰۴^۱). وجه مشترک این درمان‌ها این بود که ادعا داشتند درمان‌های شناختی-رفتاری مرسوم که به سنت‌های بک و الیس برمی‌گشتند؛ به شناخت‌های داغ توجهی ندارند، توانایی تغییر شناخت‌های هسته‌ای را ندارند و به جریان‌های فراشناختی توجه نداشته، و نیز به فرایندهای شبه معنوی بی‌توجهند. از نظر موج سوم‌ها، توجه به محتوای فکر و تلاش در تغییر آن به شکل منطقی همان ویژگی برخورد ابزاری موج اول به شمار می‌آمد (همان). درمان‌های موج سوم فنون پیشین را مورد توجه قرار می‌دادند؛ اما بیشتر به فنون رفتاری، پذیرش، ذهن‌آگاهی، تمرکززدایی از توجه به مشکل، همجوشی‌زدایی شناختی، ارزش‌ها و عمل متعهدانه روی آوردند. اساس درمان‌های موج سوم را که بافتاری (توجه به زمینه‌ها) به شمار می‌روند، باید تحلیل کنش‌وری قلمداد شود؛ آنها به جای پرداختن به محتوای ذهن به فرایند و رابطه انسان با افکار پرداختند. تحلیل کنش‌وری در واقع کارکرد یا کنش رفتار یا عمل را در مدنظر قرار می‌دهد (اسکات، ۲۰۱۵^۲). هرچند تحلیل کنش‌وری دارای محدودیت‌هایی همچون زمان‌بر بودن و ناکارایی درباره رفتارهای پرخطر و رفتارهای کم‌بسامد بود؛ اما روز به روز محققان با پژوهش‌های مختلفی همچون سنجش کنش‌وری، تلاش کرده‌اند بر این مشکلات غلبه کنند (گری و ژورف، ۲۰۱۵).

روش‌های موج سوم از تنوع زیادی برخوردارند؛ روان‌بنده‌درمانگری، درمان فراشناختی، شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رفتاردرمانگری دیالکتیکی و... از جمله این روش‌ها هستند و همان‌طور که بیان شد، اغلب به زمینه کنشی فرد، ارزش‌ها و اهمیت زبان در روان‌درمانگری پرداخته‌اند (هیز، ۲۰۰۵). تأکید اصلی این روش بر هیجان‌های آزاردهنده از اهمیت خاصی برخوردار است، ولی بیشتر درمان‌های جدید

1. Hayes, S. C.

2. Scott

تحت تأثیر الگوهای فکری مشرق زمین معتقدند که بخش قابل توجهی از پریشانی روان‌شناختی در زمره تجربه بهنجار زندگی است. این مفروضه با دیدگاه بالینی و روان‌پزشکی امروز در تضاد است؛ چارچوب‌های ارتباطی مربوط به زبان در انسان ظرفیت‌هایی اجتنابی ایجاد می‌کند که مانع نشاط طبیعی اوست (فلکسمن، بلکلج و باند، ۲۰۱۱). مفهوم اجتناب تجربه‌ای و اهمیت زبان تقریباً در همه روش‌های درمانی موج سوم به چشم می‌خورد. هرچند آنها کوشیده‌اند به اصول رفتاردرمانگری (به‌ویژه با چارچوب اسکینری) وفادار بمانند، این مفاهیم سبب شد مکانیزم‌های فراشناختی، ارزش‌ها، و معنویت (مانند روش‌های ذهن‌آگاهی و شفقت (مهرورزی) در درمان‌های روان‌شناختی وارد شوند و تا حدی بر نتیجه درمان به‌ویژه مراجعان مقاوم به درمان مؤثر افتند. تأکید بر تغییر بافتاری که افکار و هیجان‌ها در آن شکل می‌گیرند، ویژگی مشترک همه آنها به‌ویژه رفتاردرمانی دیالکتیکی (لینهان، ۱۹۹۳) و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲)، است.

مداخله‌ها مبتنی بر ذهن‌آگاهی فنون محور موج سوم شناختی رفتاری است. منطق اساسی ذهن‌آگاهی را سرعت بخشیدن به اثرهای درمان و پایداری آن و نیز توجه بیشتر به فرایند به جای محتوای افکار دانسته‌اند. این روش‌های درمانی بسیار با سرعت گسترش یافتند و به زودی اثربخشی خود را در درمان اضطراب و افسردگی نشان دادند (هافمن و دیگران، ۲۰۱۰، و ویات، هارپر و واترمن، ۲۰۱۴).

این نکته نیز بسیار مهم است که موج‌های سه‌گانه اخیر یکدیگر را از صحنه خارج نکرده‌اند، بلکه به نوعی مکمل هم برداشت می‌شوند.

بنابراین، افزون بر محدودیت مربوط به سنجش کنش‌وری در درمان‌های موج سوم، فراوانی آنها بدون تمایز جدی بین آنان و نیز بی‌توجهی به موضوعات معنوی و روابط همدلانه انسانی زمینه را برای ایجاد موجی که شاید بتوان آن را «موج چهارم» نامید، برای این درمان‌ها فراهم کرده است؛ درمان‌هایی که موضوعاتی مانند بخشش، مهرورزی و ابعاد معنوی/ مذهبی را مورد توجه قرار می‌دهند.

پیگیری مطالعات و پژوهش‌های مربوط به این روش‌ها در ایران (مرورگر SID، علم‌نت و magiran) بیانگر اقبال بیش از حد پژوهشگران ایرانی به این روش‌ها است. جدول زیر نشان

می‌دهد تاکنون بیش از ۱۱۰۰ مقاله و پایان‌نامه درباره روش‌های درمانی جدید و درمان شناختی-رفتاری به تنهایی ۱۲۷۵ مقاله و پایان‌نامه را در ایران به خود اختصاص داده‌اند.

تعداد مقالات	روش درمان: کلیدواژه‌های جستجو
۱۷۹	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
۵۳۰	درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT & MBSR)
۷۰	روان‌درمانی‌های معنوی، معنویت درمانی و مذهب درمانی
۱۰۴	درمان مبتنی بر روان‌بنا (طرحواره)
۱۰۲	درمان فراشناختی / فراشناخت درمانگری
۷۹	بخشش درمانی
۳۷	درمان مبتنی بر شفقت و مهرورزی
۱۸	رفتاردرمانی دیالکتیکی
۱۱۱۹	جمع
۱۲۷۵	شناخت درمانی، درمان شناختی رفتاری، رفتاردرمانی شناختی، درمانگری شناختی رفتاری

همچنین تاکنون ده‌ها کتاب از مقولات مختلف این درمان‌ها به زبان فارسی ترجمه شده است. مراجعه به برخی سایت‌های خارجی نیز بیانگر فعالیت مطلوب محققان ایرانی در تدارک شواهد تجربی برای این روش‌ها است. جان‌بزرگی و داستانی (۱۳۹۳)، یک دهه از درمانگری‌های اجرا شده در ایران را بررسی کرده‌اند؛ گرچه از میان آنها، حدود ۲۰ درصد دارای نقایص جدی در گزارش نتایج خود بودند، اما اغلب آنها دارای میزان اثر متوسطی بودند. در این پژوهش مشخص شد که درمان‌های شناختی رفتاری بیشترین بسامد را به خود اختصاص داده‌اند؛ همچنین جان‌بزرگی (۱۳۸۷) با مرور فراتحلیل‌گری‌ها در زمینه درمان‌های شناختی رفتاری، وضعیت تجربی این درمان‌ها را بررسی کرده است. در این پژوهش بیشترین اندازه اثر برای اختلالات به افسردگی و اضطراب تعمیم یافته تعلق دارد، اما بررسی اندازه اثر این درمان‌ها جای تأمل و بررسی بیشتری دارد.

با وجود به کارگیری بسیار پربسامد این روش‌ها و به‌ویژه شیوه‌های جدید و دامن‌رو به گسترش آن، و نیز با توجه به زمینه فلسفی گسترده این روش‌ها، هنوز کتابی به شکل تألیفی (به زبان فارسی) نیافتیم که این شیوه‌ها و مبانی نظری آنها را مورد نقد و بررسی قرار داده باشد؛ درحالی که هر ساله شاهد گسترش دانشجویان مقاطع عالی و به دنبال آن توسعه آموزش این

روش‌ها براساس الگوی صرفاً ترجمه‌ای و انتقال مفاهیم آن در حجم گسترده‌تری به قشر آسیب‌پذیر روانی در سطح جامعه هستیم.

مبانی نظری برخی از این روش‌ها (مانند ذهن‌آگاهی) را باید به فرهنگ شرقی از نوع هندو و بودیسم دانست؛ هرچند برخی (هیز، ۲۰۱۴) به مبانی فکری مسیحیت نیز اشاره می‌کنند. البته این بازگشت روش‌ها به حیطه‌های فرهنگی و معنوی با سکولاریزه کردن روش‌ها، موضوع قابل توجهی است. در دانشگاه‌های ایران شاید اشاره به مبانی فکری این روش‌ها مرسوم نیست. چه بسا که ترجمه بدون نقد این روش‌ها و گسترش فوق‌العاده آنها در محیط‌های بالینی زمینه بی‌توجهی به فرهنگ ایرانی را در جامعه گسترش دهد. این امر به معنای ناآرزنده‌سازی روش‌های علمی نیست که امروزه به بسیاری از انسان‌ها در سراسر جهان کمک می‌کند، بلکه توجه به زمینه فرهنگی می‌تواند دامنه تأثیر این روش‌ها را افزایش دهد و آنها را با فرهنگ بومی هماهنگ کند.

پژوهشگاه حوزه و دانشگاه با همکاری سازمان سمت، تاکنون چند کتاب در زمینه نظریه‌های روان‌درمانگری و مشاوره منتشر کرده که در آنها تلاش شده است نظریه‌های اساسی و معاصر روان‌درمانگری را پس از بیان و آموزش مورد نقد اجمالی قرار دهد؛ اما کتابی تألیفی در زمینه روش‌های اخیر در حوزه شناختی رفتاری با این مشخصات تاکنون نگاشته نشده است. این مجموعه می‌کوشد این روش‌ها را در مجلدی جداگانه مورد بررسی قرار دهد؛ به گونه‌ای که برای دانشجویان سطح عالی (ارشد و دکتری) که بیشتر با کاربرد این نظریه‌ها سروکار دارند، قابل استفاده باشد و همچنین دانش‌پژوهان با نقد آنها براساس فرهنگ اسلامی ایرانی آشنا شوند و زمینه تولید روش‌های بومی برای آنان را فراهم سازد.

کتاب حاضر در نُه فصل، موج دوم و سوم نظریه‌های شناختی- رفتاری را پوشش داده است؛ گرچه مناسب بود برخی روش‌ها با شهرت کمتر نیز در کتاب حاضر گنجانده شوند، اما به دلیل حجم بالای کتاب این روش‌ها حذف شد و همچنین روش‌هایی که بیشتر بعد معنوی داشتند (بخشش درمانگری، درمان مبتنی بر مهرورزی/شفقت، درمان شناختی رفتاری معنوی/مذهبی) در مجلدی جداگانه انتشار یابند. پیش‌تر در کتاب نظریه‌های بنیادین روان‌درمانگری و مشاوره (جان‌بزرگی و نوری، ۱۳۷۴)، دو فصل به «رفتاردرمانگری» و «شناخت درمانگری» اختصاص یافته است که مطالعه این دو فصل را برای فهم مطالب این کتاب لازم می‌دانم و در کتاب

نظریه‌های نوین روان‌درمانگری و مشاوره از جان‌بزرگی و غروی (۱۳۹۵)، دو فصل «درمان مبتنی بر روان‌بنه» (طرحواره) و «درمان فراشناختی و حل مسئله» آمده است که در چارچوب درمان‌های موج سوم قرار می‌گیرند و در این کتاب به آنها اشاره‌ای نشده است؛ همچنین کتاب شیوه‌های درمانگری اضطراب و تنیدگی (جان‌بزرگی و نوری، ۱۴۰۰)، درمان عقلانی عاطفی، رفتاری الیس و روش تنیدگی‌زدایی مایشن بام و چند وجهی لازاروس را به تفصیل توضیح داده است.

در اینجا پس از حمد خدای مهربان که هرچه هست از اوست؛ بر خود لازم می‌دانم از اساتید گرانقدری که به هر نحوی در تدوین این کتاب نقش داشته‌اند، به‌ویژه آیت‌الله سیدمحمد غروی که در بازخوانی سطر به سطر کتاب همراه بودند، بسیار قدردانی کنم. از ارزیابان محترم کتاب، سرکار خانم‌ها دکتر منصورالسادات صادقی و دکتر ربابه نوری و حجت الاسلام دکتر محمدرضا سالاری‌فر تشکر و قدردانی می‌نمایم و نیز از همسر سرکار خانم ناهید نوری که بدون همراهی‌های او، به‌ویژه در نقد و بررسی کاربردی مطالب، امکان تهیه متنی مناسب فراهم نمی‌شد و گروه پژوهشی درمان معنوی «مرکز مشاوره طلایه سلامت» به‌ویژه سرکار خانم مهدیه حیدری‌زاد صمیمانه سپاسگزارم.

ذوق دانشجویان و دانش‌پژوهان دانشگاه همواره انگیزه‌بخش فعالیت‌های نوشتاری‌ام بوده است و خواندن دقیق اساتید ارزیاب کتاب همیشه بر شور درست‌نویسی و دقتم افزوده است که از همگان سپاسگزارم.

مسعود جان‌بزرگی

فصل اول

مفاهیم کلی درمان‌های شناختی-رفتاری

قال امیرالمؤمنین (علیه السلام): «العقول ائمه الافکار، والافکار ائمه القلوب، والقلوب ائمه الحواس، والحواس ائمه الاعضاء؛ عقلها هادی فکرها هستند، فکرها پیشوای قلبها هستند، قلبها پیشوای حواس و حواس اعضا و جوارح را هدایت می‌کنند» (کراجکی و نعمه، ۱۴۱۰ق، ج ۱، ص ۲۰۰).

۱. اهداف فصل

- دانشجو پس از مطالعه این فصل می‌آموزد:
- تعریف درمان شناختی-رفتاری و ویژگی‌های کلی آن؛
 - آشنایی با تاریخچه شکل‌گیری درمان‌های شناختی-رفتاری؛
 - آشنایی با منطق و کاربرد درمان‌های شناختی-رفتاری؛
 - شناخت چارچوب‌های کلی و فرایند درمان‌های شناختی-رفتاری؛
 - آگاهی از امکان مطابقت‌های فرهنگی آن با مراجعان بومی.

۲. نکات کلی؛ تعریف و ویژگی‌ها

گسترش و اهمیت: درمان شناختی-رفتاری^۱ یکی از الگوهای روان‌درمانگری است که امروزه گسترده‌ترین حجم تحقیقات را به خود اختصاص داده است (باتلر و همکاران، ۲۰۰۶)؛ درحالی‌که بیش از ۱۲۰ کار بالینی با روش کنترل شده و دقیق در طول سال‌های ۱۹۸۶ تا ۱۹۹۳

1. cognitive-Behavior Therapy (CBT)

به مجموعه مقالات تحقیقاتی در این زمینه افزوده شده بود (هولن و بک، ۱۹۹۴)؛ یک بررسی اجمالی نشان می‌دهد که بیش از ۳ هزار مقاله و فصل کتاب در سال ۲۰۰۸ در این باره به چاپ رسیده است. در ایران نیز یک بررسی کوتاه از پایگاه‌هایی که تحقیقات داخلی را به چاپ می‌رسانند، نشان می‌دهد این روی‌آورد درمانی بیش از هر روشی مورد استفاده و پژوهش قرار گرفته و حدود سیصد مقاله و پایان‌نامه در این زمینه انتشار یافته است (جان‌بزرگی، ۱۳۸۸) و این توجه روزافزون به سرعت ادامه دارد (دابسون، ۲۰۰۱). برخی این تحول را به قابلیت انطباق و سازش‌پذیری آن با طیف وسیعی از اختلال‌ها و مشکلات روان‌شناختی نسبت می‌دهند (بک، ۱۹۹۷ و سالکوزکی، ۱۹۹۶)؛ با وجود این، سؤال‌های زیادی درباره این شیوه درمانگری باقی است که در قسمت‌های بعدی به آن خواهیم پرداخت.

اما درمان شناختی- رفتاری (معروف به حروف مخفف CBT)، چه ماهیتی دارد، چگونه تعریف می‌شود، چه تحولی داشته، و دارای کدام ویژگی‌های اساسی است؟
درمان شناختی- رفتاری روشی فعال،^۱ مستقیم،^۲ دارای محدودیت زمانی^۳ در اجرا و ساخت‌یافته^۴ برای درمان اختلال‌های روان‌شناختی و یا پیشگیری از آنها تعریف شده است (بک و همکاران، ۱۹۷۹). دابسون^۵ (۲۰۱۰) در مورد درمان‌های شناختی- رفتاری معتقد است در طول تاریخ این روش با سه ویژگی یا پیش‌فرض اساسی متمایز شده است:

۱. فعالیت شناختی، رفتارها را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛

۲. فعالیت شناختی قابل مشاهده و تغییرپذیر است؛

۳. تغییر در رفتار مورد نظر ممکن است تحت تأثیر تغییر شناخت حاصل شود.

کازدین^۶ (۱۹۷۸) با همین مضمون تعدیل شناختی- رفتاری را شامل درمان‌هایی می‌داند که تلاش می‌کنند رفتار آشکار را از راه تغییر افکار، تعبیر و تفسیرها، پیش‌فرض‌ها و استراتژی‌هایی پاسخ‌دهی تغییر دهند.

1. active

2. directive

3. time-limited

4. structured

5. Dobson, K. S.

6. Kazdin

کنش اصلی: در چارچوب چنین شیوه‌ای کار درمانگر کمک به مراجع است تا الگوهای فکری مختل و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد. بحث‌های نظام‌دار، تکالیف دقیق و ساخت‌یافته که برای مراجع تعیین می‌شوند، به او کمک می‌کند تا فکرها را تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را ارزیابی و تعدیل کند (هاوتون و دیگران، ۱۹۸۹).

ویژگی‌ها: ساخت‌یافتگی در CBT مورد تأکید درمانگران این رشته بوده است؛ زیرا برخی مانند وایت^۱ (۲۰۰۱) به‌طور کلی ساخت‌یافتگی را وجه تمایز CBT از مشاوره می‌دانند. به نظر آنها مشاوره شیوه‌ای ساختارنیافته^۲ و غیرمستقیم^۳ است و درمانگری شناختی-رفتاری ساخت‌یافته می‌باشد و توانایی ساخت‌دهی به درمان با نتیجه درمان رابطه مستقیم دارد؛ درحالی‌که صرفاً استفاده از فنون شناختی یا رفتاری بدون فرمول‌بندی کافی را نمی‌توان درمانگری شناختی-رفتاری نامید.

تعداد جلسات درمان شناختی-رفتاری از یک اختلال به اختلال دیگر متفاوت است؛ برای مثال برای اختلال وحشت‌زدگی دوازده جلسه پیشنهاد می‌شود (ولز،^۴ ۱۹۹۷) و درحالی‌که برای مشکلات شخصیتی ممکن است ۱۲ تا ۲۴ ماه درمان به درازا بکشد (لینهان،^۵ ۱۹۹۳، ۲۰۰۵). برخی مانند فری^۶ (۲۰۰۷) تلاش کرده‌اند برای مشکلات مربوط به اضطراب، افسردگی و خشم تا ۲۵ جلسه درمان طراحی کنند؛ زیرا فنونی که برای یک اختلال کاربرد دارد، شاید برای اختلال دیگر متناسب نباشد. این مطلب به ماهیت و هسته اصلی شکل‌دهنده مشکل نیز مربوط می‌شود؛ برای مثال در افسردگی، «فقدان» موضوع هسته‌ای و اصلی شکل‌دهنده مسئله و در اضطراب، «تهدید و ترس» هسته اصلی آن است.

ویژگی‌هایی مانند فعال، مستقیم و زمان محدود بودن، این درمان را از روان‌تحلیل‌گری متمایز می‌کند؛ اما در این رویکرد نیز مانند روان‌تحلیل‌گری ذهن به اقیانوسی تشبیه می‌شود که سه لایه یا سطح مهم فکری در آن قابل شناسایی است و می‌توان آنها را از یکدیگر متمایز کرد:

-
1. White, C.A.
 2. unstructured
 3. non-directed
 4. Wells
 5. Linehan
 6. Ferry, M.J.

۱. روان‌بندها^۱ که باورهای مرکزی^۲ یا هسته‌ای^۳ به شمار می‌روند و عمیق‌ترین لایه‌های فکر را تشکیل می‌دهند؛ ۲. باورهای واسطه‌ای^۴ که لایه‌ها یا سطوح میانی افکار را به خود اختصاص می‌دهند و ۳. افکار خودکار^۵ یا سطحی^۶ که سطحی‌ترین لایه‌های فکری هستند. این نظام‌های فکری با یکدیگر در ارتباط هستند. باورهای هسته‌ای یا روان‌بندها به «ساختار فکر»، باورهای میانی به «محتوای فکر» و باورهای سطحی به «فرایند فکر» مربوط هستند، اگرچه ممکن است یک روان‌بنده محتوا و فرایند فکر را نیز مدیریت کند. بک (۱۹۷۶) افکار خودکار را مؤلفه مهم آشفتگی هیجانی جاری فرد معرفی کرده است؛ درحالی‌که الیس بیشتر با افکار واسطه‌ای کار می‌کرد و درمانگران شناختی- رفتاری که هدفشان درمان اختلال‌های پیچیده‌تر مانند اختلال شخصیت است، با روان‌بندها سر و کار دارند.

۳. تاریخچه تحول و زمینه فلسفی درمان‌های شناختی- رفتاری

پیشینه درمان شناختی رفتاری را باید به دهه شصت قرن بیستم با فعالیت‌های آلبرت الیس (۱۹۶۲) نسبت داد؛ فعالیتی که با کارهای آرون تی بک در دهه هفتاد همان قرن و فعالیت‌های درمانگران دیگر با برنامه تعدیل و تغییر رفتار طراحی و در قالب کتاب‌های شناختی- رفتاری عرضه شد (بک، ۱۹۷۳؛ کندال و هالون، ۱۹۷۹؛ ماهونی، ۱۹۷۴؛ مایشن بام، ۱۹۷۷) و به شکوفایی و اوج خود رسید. غلبه رفتاردرمانگری در روند حاکم بر روان‌شناختی موجب شد هرگونه تحولی واجد یک دوران گذار باشد؛ برای نمونه در دوران عبور از رفتاردرمانگری به درمان شناختی- رفتاری با یک اصطلاح تعدیل شناختی- رفتاری^۷ روبه‌رو هستیم (دابسون، ۲۰۱۰). تعدیل شناختی رفتاری به دنبال تغییر در رفتار آشکار بود؛ درحالی‌که درمان‌های شناختی رفتاری بر تغییر افکار تأکید داشتند و تغییر رفتار را تابع آن می‌دانستند.

-
1. schema
 2. central belief
 3. core beliefs
 4. intermediate belief
 5. automatic thought
 6. surface belief
 7. Cognitive- behavior modification

برای پیگیری تاریخچه تحول درمان‌های شناختی-رفتاری باید چند مقطع تاریخی مهم را مورد بررسی قرار داد: ۱. زمانی که در اوایل قرن بیستم نظریه‌های رفتاری تحت تأثیر تجربه‌گرایی شکل گرفت و به اوج رسید؛ ۲. زمانی که بر اثر مؤلفه‌های جدید شناختی-اجتماعی این روند دستخوش تحول شد و ۳. زمانی که هویت روش‌های شناختی-رفتاری روشن‌تر شد و تحول و گسترش آن تا به امروز همچنان پیش‌تاز و منسجم‌تر به پیش می‌رود.

درمان شناختی-رفتاری را باید حاصل تحول مکاتب و پژوهش‌های موضوعی بدانیم که بیان‌آم آنها به درک تاریخچه شکل‌گیری این الگوی درمانی کمک می‌کند.

۳-۱. رفتاری‌نگری

رفتاری‌نگری موضوع مطالعه انسان را از آنچه احساس می‌کند به آنچه عمل می‌کند یا انجام می‌دهد، تغییر داد. شاید بتوان اساس رفتاری‌نگری را از آغاز تا آنچه در حال حاضر در نظام رفتارشناسی می‌بینیم، به طور خلاصه این‌گونه ترسیم کنیم که رفتاری‌نگری به طور کلی به سه اصل اساسی مبتنی است:

۱. اصل تداعی: شرطی‌سازی نوع اول و به اصطلاح شرطی‌سازی پاسخگر (واتسونی) را مطرح می‌کند که اگر دو محرک با یکدیگر تداعی شوند (به‌ویژه اگر یکی از آنها خواص طبیعی داشته باشد)، خاصیت آنها به یکدیگر منتقل می‌شود و به جای هم قابل استفاده هستند؛ ۲. اصل تقویت: ایجاد یک رفتار به پیامد او بستگی دارد که همان تقویت‌کنندگی است و بیشتر نظریات اسکینر را دربرمی‌گیرد؛

۳. اصل یادگیری جانشینی یا تقلید: مشاهده یک الگو قابلیت درونی‌سازی و اجرای آن از سوی مشاهده‌گر را دارد. در این اصل نظریه‌های جدید شناختی اجتماعی مثل بندورا، راتر و میشل قابل پیگیری است (ر.ک: جان‌بزرگی و نوری، ۱۳۹۴).

۳-۲. درمان‌نگری شناختی-رفتاری

جنبش شناختی-رفتاری در روان‌درمانگری از اواخر دهه ۱۹۵۰ آغاز و در دهه ۱۹۷۰ به جنبش اصلی (در کنار رفتاردرمانگری) تبدیل شد. این شیوه از یک‌سو در مقابل روان‌تحلیل‌گری و از

سوی دیگر در برابر درمان خشک رفتاری ایستاد که تأثیر اساسی آن قابل تأمل بود (کازدین، ۲۰۰۰). این حرکت، نخست خارج از روند رفتاردرمانگری آلبرت الیس و همکاران آغاز شد (فیلیپس، ۱۹۵۷) و سپس از آنجا که روان‌شناسی رفتاری‌نگر بر کاربرد اصول علمی و دانش مبتنی بود، دانشمندان رفتاری‌نگر تلاش کردند به‌طور تجربی اعتبار رویکردهای شناختی را در تغییر رفتار و هیجان مورد آزمون قرار دهند؛ برای مثال در مطالعات اولیه درباره تأثیر خودگویی بر خلق، والتن هدف تحقیق خود را چنین بیان کرد که: «هدف نظری این تحقیق تجربی آزمون اصل محوری معنادرمانگری می‌باشد که ساخت‌دهی و یا تعبیر و تفسیر افراد از وقایع، تعیین‌کننده پاسخ‌های عاطفی آنها است» (۱۹۶۸، ص ۴۷۳). مقاله والتن در مجله پژوهش‌های درمانگری رفتاری چاپ شد و خود موضوع مهمی برای ورود فرایندهای شناختی در جنبش مسلط رفتاردرمانگری بود. امروزه درمانگری شناختی- رفتاری، نه تنها مؤلفه‌های شناختی را از نوع آنچه بک و الیس به آن توجه کرده‌اند، محور کار خود قرار داده است؛ بلکه به مؤلفه‌های عمیق‌تر شناختی مانند روان‌بنه‌ها نیز می‌پردازد.

از نظر تاریخی رفتاردرمانگران یکی از این دو موضع را اتخاذ کرده‌اند؛ از یک‌سو غالب رفتاردرمانگران (شامل ۵ هزار یا بیشتر اعضای انجمن ارتقای رفتاردرمانگری^۱ که در سال ۱۹۶۷ تأسیس شد)، همه روی‌آوردهای شناختی را پذیرفته‌اند؛ زیرا براساس داده‌های تجربی به عنوان اشکالی از رفتاردرمانگری گسترش یافته‌اند و از سوی دیگر اعضای انجمن تحلیل رفتار^۲ (پیروان بی. اف. اسکینر) اصول شناختی یا شناختی- رفتاری و رویکردهای مربوط به آن را طرد می‌کنند (فیشرمن و فرانکز، ۱۹۹۷). گفتنی است این ایده که شناخت‌ها بر رفتارها تأثیر می‌گذارند، توسط اسکینر (۱۹۵۳) و به ویژه در زمینه توضیح و تبیین فرایندهای خود-مهارگری^۳ پذیرفته شده بود، اما وی آنها را به عنوان یک رفتار زیرکلامی^۴ می‌دانست (هاگز، ۱۹۸۸^۵).

-
1. association for advancement of behavior therapy (AABT)
 2. association for behavior analysis
 3. self-control
 4. sub-vocal
 5. Hughes, J. N.

به نظر می‌رسد جدا از خواست شناخت درمانگران و یا رفتاردرمانگران افراطی، روند شکل‌گیری درمان شناختی-رفتاری به تحول خود ادامه داده است و این تحول بیش از هرچیزی ریشه در جریان نیاز و کاربردهای پژوهشی و اجتماعی دارد؛ برای مثال الیس نخست درمان عقلانی را مطرح کرد، اما تحت فشار منتقدان جریان عاطفی و پس از گسترش و کاربرد رفتاردرمانگری و اینکه رفتار به عنوان یک پستوانه برای شکل‌گیری شناخت‌های جدید عمل می‌کرد، درمان خود را به عنوان «درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری» معرفی کرد؛ البته الگوهای شرطی‌سازی در عمل برای تبیین یادگیری انسان کافی نبود (فوریت^۱ و گودریک، ۲۰۰۳). روند تحول شیوه‌های درمان به سمت چندبعدی‌نگری، هم از جذب یافته‌های تجربی و علمی شتاب گرفت که براساس روش‌های کنترل شده هدایت می‌شد و هم از تلفیقی‌نگری فنی بهره برد که تا حد زیادی لازاروس آن را در روند رفتاردرمانگری شروع کرده بود (ر.ک: جان‌بزرگی و نوری، ۱۳۸۳).

۳-۳. مطالعه خود-مهارگری

علاقه به فرایندهای خود-مهارگری و خود-نظم‌جویی^۲ در اواخر دهه ۱۹۶۰ در درون رفتاردرمانگری به تغییر باورهای رفتاردرمانگری مبتنی بر جبرنگری محیطی^۳ (زندگی انسان اساساً توسط محیط بیرونی شکل می‌گیرد) به یک تفکر علی‌نگری تقابلی^۴ انجامید. در علی‌نگری تقابلی فرد محصول منفعل محیط خود نیست، بلکه در روند تحول خود مشارکت‌کننده‌ای فعال است (ماهونی و آرنکوف،^۵ ۱۹۷۸)؛ همچنین در دهه ۱۹۶۰ بسیاری از رفتاردرمانگران به بررسی کامل‌تر افکار مراجعان خود پرداختند.

پژوهش‌هایی نیز که در زمینه فرایندهای پنهان در خلال حساسیت‌زدایی‌ها یا ایجاد تنفرهای تجسمی شکل گرفت، در این مورد بسیار اهمیت دارند (فوریت و گوریک، ۲۰۰۳). پژوهش‌ها

1. Goodrick, G. K. & Foreyt, J. P.

2. self-regulatory

3. environmental determinist

4. reciprocal determinist

5. Arnkoff

در زمینه خود-مهارگری اهمیت سه نوع الگوی خود-مهارگری را برجسته کرده‌اند: خود-نظارت‌گری^۱ (کانفر، ۱۹۷۱؛ کانفر و کارولی، ۱۹۷۲)؛ خود-ارزشیابی^۲ (که مستلزم تعیین معیارها بود) و خود-تقویت‌گری^۳. این الگو زمینه‌های بزرگی را در زمینه ساخت‌های شناختی از جمله اسناد^۴ و خود-هدایت‌گری^۵ فراهم کرد (هاوتون و دیگران، ۱۹۸۸). یکی از مقاله‌های کلاسیک در زمینه خود-مهارگری را هوم^۶ (۱۹۶۵) ارائه کرد که معتقد بود افکار موضوعاتی می‌باشند که با قوانین مشابه یادگیری رفتار آشکار قابل بررسی هستند. او روش‌هایی را برای به‌کارگیری اصول شرطی‌سازی کنشگر برای تغییر افکار پنهان^۷ پیشنهاد کرد. هوم فنون کنترل این افکار پنهان را برای مهار سیگار کشیدن به کار برد. او از مراجع می‌خواست تا در ابتدا یک فهرست از خود-اظهاری^۸ خویش را در مورد جنبه‌های نفرت‌انگیز سیگار کشیدن فهرست کند و در وهله دوم مراجع یک تقویت‌کننده را انتخاب می‌کرد. وقتی در مراجع تمایل قوی نسبت به سیگار کشیدن بروز می‌کرد، از او می‌خواست که جملات خود-اظهاری را بیان کند (مثلاً سیگار موجب محدود شدن حجم تنفس می‌شود). برای ارتباط تنگاتنگ با این معاهده‌های پنهان فکری، مراجع به خودش تقویت می‌داد. در دهه ۱۹۶۰ و اوایل دهه ۱۹۷۰ چندین نظریه خود-مهارگری گسترش یافته بود (گلدفرید و مروبام، ۱۹۷۳^۹؛ ثورسن^{۱۰} و ماهونی، ۱۹۷۴). اگرچه کارهای اولیه درباره خود-مهارگری در چارچوب شرطی‌سازی کنشگر انجام می‌شد، ولی به تدریج پردازش‌های شناختی به عنوان اساس کار قرار گرفت. نخست این تغییر جهت‌گیری با عنوان رفتار پنهان^{۱۱} صورت می‌گرفت (کندال و هولون، ۱۹۷۹^{۱۲}). در دهه

1. self-monitoring

2. self-evaluation

3. self-reinforcement

4. attribution

5. self-instruction

6. Homme

7. coverant

8. self-statement

9. Goldfried & Merbaum

10. Thoresen

11. covert behavior

12. Kendal & Hollon