

ضمیمہ کتاب
روان شناسی بالینی



بخش ۳: نکات تکمیلی بخش دوم (روان درمانی)

توضیح: این ضمیمه شامل نکات تکمیلی از ویراست جدید کتاب فیرس (ویراست نهم) است. ابتدا فصل ذکرشده را کامل از کتاب روان آموز (چاپ ۱۴۰۴) مطالعه کنید و سپس ضمیمه را بخوانید. کتاب روان آموز شامل مطالب ویراست قبلی فیرس به علاوه کتب کرامر، مارنات، شاملو و پروچاسکا است. با این ضمیمه، نکات جدید ویراست جدید فیرس نیز به روان آموز اضافه می شود. این ضمیمه به شما کمک می کند در صورتی که فرصت مطالعه ویراست جدید فیرس را در کنار روان آموز ندارید، نکات مهم جدید آن را از دست ندهید. برخی از این مطالب صرفاً نوعی دسته بندی یا بیان جدید از مطالب بوده اند و برخی کاملاً نکات جدیدی هستند که مطالعه آن ها ضروری است. اگر برای فصلی ضمیمه ای ارائه نشده است به این معنی است که نکته ای به آن اضافه نشده است یا آن فصل براساس فیرس نوشته نشده بوده است. لازم به ذکر است در صورتی که کلاس جدید بالینی (ضبط ۱۴۰۴) را دارید، خیالتان از این بابت راحت باشد که این کلاس نکات فیرس جدید را به شکل کامل پوشش می دهد.

فصل شانزدهم: تعریف و مقایسهٔ مداخله‌های روان‌شناختی

تعریف روان‌درمانی و درمان روان‌شناختی:

روان‌درمانی (psychotherapy) اشاره دارد به «روش‌های القای تغییر در رفتار، افکار یا احساسات شخص با هدف بهبود سلامت روانی و فیزیکی و کارکرد مربوطه».

بارلو معتقد است باید بین رویه‌های درمان‌بخش و فنون دارای پشتوانهٔ پژوهشی با شکل‌های عمومی‌تر روان‌درمانی تمایز قائل شویم. از نظر بارلو زمانی از اصطلاح «درمان روان‌شناختی» (psychological treatment) استفاده می‌شود که مداخلات از (۱) علم روان‌شناختی گرفته شده باشند، (۲) برای فرایندهای روان‌شناختی که علت و نگهدارندهٔ مشکلات خاص و اختلالات هستند، طراحی شده باشند، (۳) پژوهش‌های کنترل‌شده از کارایی آن حکایت داشته باشند.

براین اساس، درمان روان‌شناختی این‌طور تعریف می‌شود: «فنون و رویه‌های اختصاصی دارای پشتوانهٔ پژوهشی که در نظریهٔ روان‌شناختی ریشه دارند و از مدل‌های آسیب‌شناسی روانی مشتق شده‌اند تا مکانیسم‌های علی یا نگهدارنده را هدف بگیرند و جنبه‌های اختصاصی سلامت روانی، هیجانی، رفتاری یا فیزیکی و کارکرد مربوطه را بهبود بخشند».

کتاب فیرس، رویکردهای اصلی درمان روان‌شناختی را به شکل زیر دسته‌بندی کرده است. براساس این کتاب، روان‌درمانی‌هایی که ملاک‌های بارلو در تعریف درمان روان‌شناختی را دارند در چهار رویکرد اصلی (اما دارای هم‌پوشانی) قرار می‌گیرند: رفتاری، شناختی-رفتاری، دیالکتیک و وقوف/پذیرش بنیان. دو مکتب دیگر یعنی مکتب روان‌پویشی و مراجع‌محور (انسان‌گرایی) اهمیت تاریخی دارند و فقط تا حدودی واجد ملاک‌های بارلو هستند.

اختلاف نظر در زمینهٔ درمان و عمل شواهدبنیان:

برخی از روان‌شناسان ایدهٔ درمان و عمل شواهدبنیان را رد می‌کنند. آن‌ها معتقدند روان‌درمانی یک هنر است و تعریف و اندازه‌گیری علمی تغییرات حاصل از آن دشوار است. این اختلاف نظر به شکاف پژوهش-عمل منجر شده است. برخی با فرض اینکه می‌توان به جای یافته‌های پژوهشی به قضاوت بالینی تکیه کرد، نتایج پژوهش‌های اثربخشی و مؤثر بودن درمان را نادیده می‌گیرند؛ اما حتی مجرب‌ترین بالینگران هم می‌توانند اسیر پیش‌پندارها، سوگیری‌ها و تفسیرهای غلط شوند.

فنون و روش‌های اختصاصی بالینگران تنها اجزای فعال درمان روان‌شناختی نیستند. جدول زیر چند عامل را فهرست کرده است که می‌توانند تبیین‌های رقیب برای بهبود مراجع باشند. این عوامل غالباً برای درمانگران نامشهود هستند که باعث می‌شود درمانگر تصور کند درمان مؤثر بوده است، درحالی‌که این‌طور نبوده است. همچنین، مفروضات مبتنی بر قضاوت دچار خطای منطقی «بعداز این، بنابراین به این دلیل» می‌شوند. چون بعداز فلان درمان شاهد تغییر هستیم، دلیل نمی‌شود لزوماً آن درمان علت آن تغییر بوده باشد. روشن‌ترین شکل ممکن برای بررسی اثربخشی یک درمان خاص روی یک مشکل خاص، «کارآزمایی کنترل‌شدهٔ تصادفی» یا RCT (Randomized Controlled Trial) است. RCT اعتبار درونی را حداکثری می‌کند، یعنی می‌توانیم از آن‌ها دربارهٔ رابطهٔ درمان و برون‌داد نتیجه‌گیری‌های علت و معلولی قوی و جدی کنیم و معیار طلایی پژوهش‌های اثربخشی است.

تبیین رقیب	توصیف
اثرات دارونما	یأس و ناامیدی مؤلفهٔ اصلی بسیاری از مشکلات روان‌شناختی است. اکثر درمان‌های مقبول تا حدودی در مراجع احساس امیدواری و باور به توانایی حل چالش‌های زندگی ایجاد می‌کنند.
بهبود خودبه‌خودی	هرچه درمان بیشتر ادامه می‌یابد، فرصت بیشتری برای عواملی مثل فرایندهای شفابخش، حمایت اجتماعی و تجارب مثبت زندگی روزمره پیش می‌آید که باعث ایجاد تغییر می‌شود.
بازگشت به میانه و نوسانات طبیعی در مشکلات روان‌شناختی	بسیاری از مراجعان زمانی جویای کمک می‌شوند که ناراحتی آن‌ها شدت یافته است. به‌طور طبیعی این گرایش وجود دارد که به‌مرور متعادل شوند و این خطای ادراکی شکل می‌گیرد که درمان علت بهبود بوده است.

توجیه تلاش	مراجعات وقت و انرژی و تلاش و پول زیادی صرف درمان می‌کنند. ممکن است این نیاز روان‌شناختی در آن‌ها شکل بگیرد که باید تعهدشان را به نوعی توجیه کنند و به درمانگر گزارش بهبود بدهند.
استنباط تعدد درمان	وقتی مراجعات جویای کمک می‌شوند غالباً چند تغییر هم‌زمان در آن‌ها ایجاد می‌شود که اسناد قطعی بهبود به مداخله‌ای خاص را غیرممکن می‌کند.
سوگیری گزارش	گزارش بهبود می‌تواند به این دلیل باشد که از لحاظ اجتماعی خوشایند است. کسانی که بهبود نمی‌یابند امکان دارد درمان را رها کنند و عدم تغییر خود را هرگز به درمان گزارش ندهند.

اشاعه درمان شواهدبنیان:

پژوهشگران به دنبال اشاعه درمان شواهدبنیان هستند، یعنی اطمینان حاصل کنند که متخصصان سلامت روان این مداخلات را به کمک فناوری در عمل بالینی خود اتخاذ و اجرا می‌کنند. هدف این اشاعه، پرکردن شکاف بین درمان‌های شواهدبنیان و استفاده از آن‌ها در عمل بالینی است. اشاعه درمان‌های روان‌شناختی به کمک فناوری با اصطلاحات مختلفی مثل سلامت از راه دور، روان‌شناسی از راه دور و درمان الکترونیک عنوان می‌شود.

موفق‌ترین ابتکار اشاعه در مقیاس بزرگ درون روان‌شناسی بالینی، برنامه «بهبود دسترسی به درمان‌های روان‌شناختی» یا IAPT (Improving Access to Psychological Therapies) در انگلستان است که یک اقتصاددان به اسم لایارد و یک روان‌شناس بالینی به اسم کلارک، آن را طراحی و راه‌اندازی کردند. این برنامه به دسترسی‌پذیری افراد دچار اضطراب و افسردگی شدید به درمان‌های شواهدبنیان، عمدتاً مداخلات رفتاری و شناختی-رفتاری، تأکید کرد. این برنامه از مدل مراقبت گام‌به‌گام استفاده می‌کند که در آن مؤثرترین اما کم‌هزینه‌ترین و فشرده‌ترین درمان ابتدا توسط درمانگران آموزش دیده جهت درمان اضطراب و افسردگی خفیف تا متوسط ارائه می‌شود. مراجعات فقط زمانی به خدمات فشرده‌تر توسط درمانگران مجرب‌تر قدم می‌گذارند که ثابت شود سطح آغازین مراقبت موفق نبوده است.

مکانیسم‌های اثرگذاری درمان روان‌شناختی:

برخی متخصصان معتقدند مداخلات روان‌شناختی به واسطه فنون و روش‌های اختصاصی که بخشی از هر رویکرد هستند، کار می‌کنند. برخی دیگر معتقدند این مداخلات به واسطه عوامل مشترک بین تمام رویکردها کار می‌کنند. عده‌ای هم اختلاف نظر بر سر عوامل اختصاصی و مشترک را یک دوگانه‌سازی غلط می‌دانند و معتقدند باید این عوامل را یکپارچه کنیم.

۱) دیدگاه عوامل اختصاصی

براساس دیدگاه عوامل اختصاصی، تغییر روان‌شناختی یا رفتاری در گروهی نظریه‌ها و رویه‌های خاص یک رویکرد درمانی است. بالینگری که تحت هدایت یک مفهوم‌بندی خاص است، مراجع را بر آن می‌دارد تا کنشی انجام دهد که (۱) به تغییر فرایندهای روان‌شناختی مسبب یا نگهدارنده مشکل هدف منجر می‌شود، (۲) باعث کاهش ناراحتی و ناکارایی روان‌شناختی می‌گردد.

داده‌های متقاعدکننده‌ای که به نفع دیدگاه عوامل اختصاصی هستند، از «پژوهش‌های بازکردن» (dismantling study) می‌آیند. در این پژوهش‌ها، درمان‌های چندمؤلفه‌ای را بررسی می‌کنند تا آن دسته از فوونی را که با منفعت درمان ارتباط محکمی دارند، شناسایی کنند.

برخی از مداخلات روان‌شناختی به مراجعات کمکی نمی‌کنند و حتی به آن‌ها آسیب می‌رسانند. انحراف از مداخلات مفید و کاربرد نادرست آن‌ها نیز می‌تواند اثرات درمان را تضعیف کند یا به درمان لطمه بزند. این یافته‌ها به نقش مهمی که فنون اختصاصی و فرایندها و مکانیسم خاص در برون‌داد درمان بازی می‌کنند، اشاره دارند. لیلینفلد، طرفدار «علم روان‌شناسی بالینی»، فهرستی از مداخلات تهیه کرد که در چند مطالعه با تأثیرات زیان‌بار (مثل افت کارکرد، ظهور مشکلات جدید، وابستگی و خروج زود هنگام از درمان) مرتبط بودند. همچنین، یک فراتحلیل نشان داد مداخله «بازدارندگی از طریق ترس» (scared straight) برای نوجوانان دارای مشکلات سلوک و مداخله «بازنگری فشار روانی پس از رویداد بحرانی» (critical incident stress debriefing) برای افراد ضربه‌خورده، در بهترین حالت نامؤثر و در بدترین حالت بالقوه زیان‌بار بودند.

۲) دیدگاه عوامل مشترک

دیدگاه عوامل مشترک (مثل وِمپولد) می‌گوید اجزای فعال درمان‌های روان‌شناختی مجموعه‌ای از خصوصیات درمان‌بخش اصلی هستند که بین مداخلات مشترک هستند. درمان‌های متفاوت بیش از آنچه در ظاهر نشان می‌دهند شبیه یکدیگر هستند و کیفیات درمان‌بخش غیراختصاصی (مشترک)، نه ویژگی‌های بی‌همتای آن‌ها، بیشترین اهمیت را در ارتقای درمان دارند و مسئول برون‌دادهای هم‌ارز هستند. نام این مفهوم را «حکم دودو» گذاشتند که از داستان آلیس در سرزمین عجایب گرفته شده است، که در آن شخصیت‌ها با هم مسابقه می‌دهند و دست آخر پرنده‌ای به نام دودو حکم می‌دهد که همه برنده شده‌اند و همه باید جایزه بگیرند.

وِمپولد در مورد عوامل مشترک مدلی بافتاری ارائه می‌دهد که در آن درمان‌های روان‌شناختی به دنبال برقراری پیوند آغازین بین مراجع و درمانگر در سه مسیر کار می‌کنند: ۱) اتحاد خالصانه بین مراجع و درمانگر: پیوند مراجع با شخصی دلسوز و همدل به خودی خود شفاف‌بخش است. ۲) انتظارات یا امید مراجع: درمان‌های روان‌شناختی تبیینی برای چگونگی ایجاد و حل مشکل ارائه می‌کنند که دلایلی برای خوش‌بینی مراجع و امید به بهبود فراهم می‌کند. ۳) فنون اختصاصی: فنونی که در مداخله استفاده می‌شوند، اما فقط تا اندازه‌ای که به طور کلی کنش سالم را تحریک کنند. فنون اختصاصی وسیله‌ای هستند که دو مسیر اول از طریق آن‌ها تأثیرات خود را به جا می‌گذارند، نه اینکه از طریق وارونگی فرایندهای علی یا نگهدارنده خاص تأثیر بگذارند.

۳) دیدگاه تعاملی

این دیدگاه معتقد است اختلاف بر سر عوامل اختصاصی و مشترک یک دوگانه‌سازی غلط است و این عناصر درمان را نمی‌توانیم از هم جدا کنیم. عوامل مشترک، مثل امید و انتظارات مراجع، را وقتی به بهترین نحو می‌توان درک کرد که با بالینگر برای اجرای فنون درمانی اختصاصی همکاری کنیم. همچنین ممکن است فنون نظریه‌بنیان تا حدودی به این دلیل کار کنند که بین مراجع و بالینگر رابطه برقرار می‌شود.

فصل هفدهم و هجدهم: درمان‌های روان‌کاوی و درمان‌های روان‌پویشی

رابطه مراجع-درمانگر غالباً نقطهٔ کانونی روان‌کاوی است. این اتفاق وقتی رخ می‌دهد که مراجع احساسات ناهشیارانهٔ خود را به درمانگر فرافکنی می‌کند. این فرایند وقتی مراجع سعی می‌کند احساسات ناراحت‌کننده‌اش را در جریان تحلیل مدیریت کند، به‌طور نیمه‌هشیارانه رخ می‌دهد. به عبارت دقیق‌تر، مراجع احساسات خود به افراد مهم زندگی‌اش را به درمانگر فرافکنی می‌کند. به این فرایند، «انتقال» یا «روان‌رنجوری انتقال» گفته می‌شود.

چون محتوای نهفتهٔ رویا برای ذهن ناهشیار فرد قابل قبول نیست، باید در قالب محتوای آشکار پنهان شود، طوری که فرد بتواند همچنان بخوابد و رویاها را در بیداری به یاد بیاورد. به عبارت دیگر، محتوای نهفته شامل ایده‌ها، تخیلات و تکانه‌های ناهشیارانه است که صورت مبدل و تغییریافته پیدا کرده‌اند. «کار رویا» (Dream Work) به فرایندی اطلاق می‌شود که ازطریق آن مواد ناهشیارانهٔ نامقبول به محتوای آشکار مقبول تبدیل می‌شود.

نظریه‌های روان‌کاوانه تا حد زیادی برگرفته از تجارب حکایت‌گونهٔ فروید با مراجعان و تأمل متفکرانه در مورد خودش است. این نظریه‌ها بر مطالعهٔ علمی استوار نیستند و روان‌شناسی نوین تقریباً داده‌ای برای پشتیبانی از ادعاهای او ندارد. اما در مورد روان‌درمانی روان‌پویشی پژوهش‌های زیادی انجام شده است. بااین‌حال، این پژوهش‌ها نیز محدودیت‌های روش‌شناختی مهمی دارند که نتیجه‌گیری دربارهٔ اثربخشی آن‌ها را دچار مشکل می‌کند.

یک استثنای قابل توجه، «روان‌درمانی میان‌فردی» (IPT) از کلمن و وایسمن است. این درمان مظهر جابجایی تند و تیز از درمان روان‌کاونهٔ سنتی به درمان دارای محدودیت زمانی متمرکزتر است. IPT کاربرد عمدتاً موفقیت‌آمیزی در مورد افسردگی داشته است و پشتوانهٔ پژوهشی خوبی دارد. این درمان به اندازهٔ شناخت‌درمانی در کاهش دوره‌های افسردگی و تفکر خودکشی‌گرا مؤثر است.

فصل بیستم: درمان‌های وجودی

(دو مطلب زیر از کتاب پروچاسکا اضافه شده است)

مراجعان از همان آغاز درمان، وقتی تصمیم می‌گیرند خود را متعهد به همکاری با درمانگر کنند، با مسئولیت انتخاب روبه‌رو هستند. مراجعان باید گزینه‌های جدید بودن را بررسی کنند، تصمیم بگیرند کدام را انتخاب کنند و اضطراب ناشی از مسئولیت این انتخاب را تجربه کنند. این بار سنگین زمانی خیلی آشکار می‌شود که بیماران با «کایروس» (kairos) روبه‌رو می‌شوند، یعنی لحظه‌های مهم انتخاب و فرصت‌های بسیار مهم تصمیم‌گیری درباره تغییر دادن جنبه اساسی وجود.

وجودگرایان قبول دارند که درمانگر باید در آغاز اصیل‌تر و هم‌خوان‌تر از بیمار باشد. همچنین، با همدلی موافق هستند که باعث درک دنیای مراجع می‌شود. کلمه dasein که به «حضور ملموس» درمانگر با بیمار اشاره دارد، به معنی روبه‌رو شدن نامشروط با تجربه و حضور ارتباطی است. اما وجودنگرها قبول ندارند که درمانگر باید توجه مثبت نامشروط ارائه کند چون با اصالت درمانگر در تضاد است.

فصل بیست و یکم: درمان فردمدار

رویکرد انسان‌گرا (این مطلب از کتاب کرامر اضافه شده است)

روان‌شناسان در رویکرد انسان‌گرا، مراجعان را موجوداتی خلاق و قادر به رشد روان‌شناختی می‌دانند که اگر همه چیز خوب پیش برود، می‌توانند رفتارشان را هشیارانه به سوی تحقق کامل ظرفیت‌های بالقوه به‌عنوان افرادی بی‌همتا پیش ببرند. طبق این دیدگاه، اختلالات رفتاری از اختلال‌هایی در آگاهی یا محدودیت‌های وجودی نشئت می‌گیرند که از طریق انواع تجربه‌های درمانی قابل رفع هستند. تجارب درمانی انسان‌گرا چند فرض، هدف و فن را به هم پیوند می‌زنند:

(۱) فرض می‌کنند که زندگی مراجعان فقط از منظر خود مراجعان قابل فهم است.

(۲) انسان‌ها را مخلوقات تحت هدایت غرایز نمی‌بینند، بلکه آن‌ها را آدم‌هایی می‌بینند که طبیعت خوبی دارند و قادرند در مورد زندگی‌شان انتخاب‌هایی کنند و سرنوشت خود را تعیین کنند.

(۳) همسو با جنبش «روان‌شناسی مثبت‌نگر» بر تقویت نقاط قوت و نه رسیدگی به مشکلات مراجعان تأکید دارند. در واقع، روان‌شناسی مثبت‌نگر - یعنی مطالعه شکوفاشدن انسان و ارتقای شکوفایی انسان - ریشه در کارهای روان‌شناسان انسان‌گرا دارد.

(۴) رابطه درمانی را ابزار اولیه‌ای می‌دانند که درمان از طریق آن به منافعش می‌رسد. رابطه درمانی باید صداقت را تضمین کند و به لحاظ هیجانی درها را به روی مراجع و درمانگر برای تجارب میان‌فردی بگشاید. مراجعان در نظر درمانگران، افراد برابر و مسئولی هستند که متخصص تجارب خودشان هستند و باید درباره زندگی خودشان تصمیم بگیرند.

(۵) اکثر آن‌ها بر اهمیت تجربه‌کردن و کندوکاو هیجانات گیج‌کننده و دردناک و تمرکز مراجع روی تجارب بلافصل این‌مکانی و این‌زمانی تأکید دارند.

درمان فردمدار:

راجرز مثل اکثر روان‌شناسان زمان خود در رویکرد روان‌کاوی آموزش دید، ولی در واکنش به محدودیت‌های روان‌کاوی رویکرد خود را پایه‌گذاری کرد. این محدودیت‌ها از نظر راجرز عبارت بودند از: (۱) نگاه عمدتاً منفی و جبرگرایانه فروید به طبیعت انسان؛ (۲) این نگاه که درمانگر بهتر از خود مراجع، او را می‌شناسد؛ (۳) عدم تمرکز بر رابطه درمان‌بخش؛ (۴) عدم تأکید بر کمک به مراجع برای پرورش ظرفیت و توان بالقوه برای کمک به خود.

راجرز تحت تأثیر رنک و تافت قرار داشت. آن‌ها معتقدند نقش مراجعان در درمان باید بیش از آن چیزی باشد که در روان‌کاوی سنتی انجام می‌شود. رنک رویکرد «اراده‌درمانی» را ایجاد کرد و معتقد بود یک علت متحرک، حاوی نیروهای سازنده در درون مراجع است که اراده برای سلامت را تشکیل می‌دهد. از نظر او درمانگر به‌عنوان یک انسان، نه به واسطه مهارت‌های فنی خود، علاج‌بخش است. خودانگیختگی و بی‌همتابودن درمان زیسته‌شده در زمان حال، بیمار را به سوی سلامت سوق می‌دهد. تافت نیز رابطه مراجع-درمانگر را مهم‌تر از تبیین عقلی مشکلات مراجع می‌دانست.

از نظر راجرز، گرایش اساسی انسان به «خودشکوفایی» (self-actualization) است، یعنی تحقق استعداد و ظرفیت‌های بالقوه. راجرز نام این ظرفیت بالقوه را «ظرفیت رشد» (growth potential) گذاشت. مصداق خودشکوفایی، یافتن رضایت در آنچه انجام می‌دهیم و لذت بردن یا خشنودی از لحظه حال است. این مفهوم مشابه مفهوم وقوف در درمان‌های موج سوم است.

فصل بیست و سوم: درمان‌های رفتاری و مواجهه‌ای

کاربردهای رفتاردرمانی:

در کتاب با دسته‌بندی سه رویکرد رفتاردرمانی و فنون مختلف در هریک از این رویکردها آشنا شدید، که براساس دسته‌بندی کتاب پروچاسکا نوشته شده است. ویراست جدید کتاب فیرس به انواع کاربردهای مداخلات رفتاری اشاره کرده است و یک دسته‌بندی از این کاربردها و فنون مربوط به هریک ارائه کرده است. از جهت اهمیت مبحث رفتاردرمانی، دسته‌بندی مطالب کتاب فیرس را به شکل جداگانه در این بخش ذکر می‌کنیم تا تمام نکات هر دو کتاب پوشش داده شوند. تقریباً با همه این فنون در کتاب آشنا شده‌اید ولی موارد جدید کامل توضیح داده شده‌اند.

(۱) رسیدگی به کاستی‌های مهارتی

آموزش مهارت‌های اجتماعی: کاستی‌های مهارتی، مثل کاستی در توانایی ارتباط مؤثر، غالباً نتیجه یادنگرفتن مهارت‌های اجتماعی هستند. «آموزش مهارت‌های اجتماعی» (گولدفرد و دیویسون) یک مداخله رفتاری پرمصرف برای بهبود مهارت‌های اجتماعی ضروری است. این درمان مواردی مثل جلسات نقش‌بازی کردن برای تمرین مهارت‌ها، الگوگیری از درمانگر و سفرهای میدانی برای تمرین مهارت‌ها در موقعیت واقعی را شامل می‌شود. آموزش مهارت‌های اجتماعی در مواردی مثل اوتیسم، اسکیزوفرنی، ناتوانی رشدی و اختلال اضطراب اجتماعی اثربخش است.

جسارت‌آموزی: اصل هدایتگر در جسارت‌آموزی، که غالباً به صورت گروهی اجرا می‌شود، این است که هرکسی حق دارد محترمانه و بدون زورگویی افکار و احساسات و نیازهای خود را ابراز کند. درمان بر این موارد تمرکز دارد: یادگیری طرز درخواست کردن توأم با اعتماد به نفس، ابراز عقیده و تمجید، نه گفتن و امتناع از قبول درخواست‌های نامعقول، مصالحه و مذاکره و پاسخ‌دهی مؤثر به تحریکات.

(۲) اصلاح رفتار با پاداش‌ها و پیامدها

اصلاح رفتاری/والدآموزی: آموزش مدیریت وابستگی به والدین شامل مجموعه‌ای از فنون مبتنی بر شرطی‌سازی کنشگر برای ایجاد رفتار مناسب در کودک است. هدف این راهبردها کنترل رفتار از طریق دستکاری پیامدها است.

اقتصاد ژتونی: از فنون مبتنی بر شرطی‌سازی کنشگر در مورد بزرگسالان و کودکان بستری در بیمارستان‌ها، ساکنین مراکز مراقبتی و کلاس‌های درس استفاده می‌شود. یک نمونه رایج آن، اقتصاد ژتونی است.

(۳) کاهش اضطراب و ترس بالینی

مواجهه‌درمانی: بسیاری از مشکلات مرتبط با اضطراب و ترس را می‌توانیم از منظر شرطی‌سازی کلاسیک ترس ببینیم. خاموشی ترس (extinction) به فرایند کاهش یا حذف پاسخ ترس شرطی از طریق تضعیف تداوی آن با محرک غیرشرطی گفته می‌شود. بهترین راه ایجاد خاموشی، درمان مواجهه‌ای یا مواجهه‌درمانی است. اثرات مفید درمان مواجهه‌ای برای اضطراب و ترس جزو همسان‌ترین یافته‌های پژوهشی در کل علم روان‌شناسی بالینی است. در بخش مجزا به مواجهه‌درمانی بیشتر می‌پردازیم.

آرمیدگی عضلانی پیش‌رونده: در مراجعان دچار استرس و اضطراب مزمن، تنش عضلانی طولانی می‌تواند باعث مشکلات فیزیکی مثل درد مزمن، فشار خون بالا و بی‌خوابی شود. در کار با این بیماران از روش «آرمیدگی عضلانی پیش‌رونده» استفاده می‌شود. آرمیدگی عضلانی پیش‌رونده غالباً در جریان درمان با دیگر فنون شناختی-رفتاری استفاده می‌شود. مؤثرترین حالت این روش در رابطه با اضطراب خفیف تا متوسط است و در مورد پاسخ‌های ترس شرطی به جای مواجهه‌درمانی استفاده نمی‌شود. در واقع انتظار نمی‌رود که این روش اضطراب شدید را تسکین دهد و در آزمایش‌های بررسی اثربخشی سایر درمان‌ها به عنوان مداخله گواه استفاده می‌شود. بهترین جابرای استفاده از آن، کمک به اضطراب عمومی و استرس متداعی با بیماری‌های پزشکی است.

(۴) بهبود خلق افسرده

افسردگی از منظر رفتاری نتیجه فقدان تقویت مثبت حاصل از روابط اجتماعی و دیگر جنبه‌های محیط است. رفتاردرمانگران برای قطع این چرخه، از روش «فعال‌سازی رفتاری» استفاده می‌کنند.

(۵) اصلاح رفتارهای عادت

برای کمک به مراجعان جهت کاهش عادات مشکل‌ساز مثل موکنی، پوست‌کنی، ناخن جویدن، تماشای پورنوگرافی، خرید افراطی، سیگار کشیدن، مصرف الکل یا دارو، قماربازی و استفاده افراطی از رسانه‌های دیجیتال و اینترنت از برخی مداخلات استفاده می‌شود که در ادامه با آن‌ها آشنا می‌شوید.

آموزش وارونگی عادت:

آموزش وارونگی عادت یا HRT (Habit Reversal Training) روشی است که در آن تلاش می‌شود با انجام رفتار ناسازگار با رفتار عادت، فراوانی عادت‌های غیرانطباقی کاهش یابد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد آموزش وارونگی عادت غالباً در کنار دیگر مداخلات شناختی-رفتاری با کاهش بزرگ و ماندگار در رفتارهای عادت همراه است. این درمان شامل سه مؤلفه است:

(۱) آگاهی‌آموزی: مراجع هر مورد از وقوع رفتار هدف (مثل رفتار موکنی) در طول روز را ثبت می‌کند. دفترچه‌های زیرنظرگرفتن خود شامل زمان و وضعیت (مثل تنهایی)، حالات فیزیکی تداعی‌شده (مثل خستگی)، افکار و هیجانات (مثل اضطراب) و جنبه‌های خود رفتار (مثل دفعات انجام رفتار) هستند.

(۲) کنترل محرک: مراجع و درمانگر با استفاده از داده‌های دفترچه آگاهی‌آموزی، راهبردهایی را برای کاهش تأثیر محرک‌های شرطی که ماشه رفتار هدف را می‌چکانند، طراحی می‌کنند. برای مثال، در عادت کندن مو، محرک اجتماعی می‌تواند شامل تنهایی باشد، و راهبرد کنترل محرک می‌تواند این باشد که تا حد امکان در معرض دید دیگران قرار بگیرد.

(۳) تمرین پاسخ رقیب: شامل پاسخ‌دهی مراجع به تمایل برای انجام رفتار هدف، با انجام رفتار ناسازگار با رفتار هدف است. برای مثال، وقتی تمایل به کندن مو ایجاد شد، به جای آن یک شیء را با دستانش بگیرد؛ یا مراجعی که درگیر قماربازی افراطی است، وقتش را با دوستانی که اهل قمار نیستند بگذراند.

مواجهه نشانی:

برخی عادت‌ها پس از جفت‌شدن مکرر با محرک‌های مشابه به پاسخ شرطی تبدیل می‌شوند. برای مثال، مواد و داروها محرک‌های غیرشرطی هستند که پاسخ‌های غیرشرطی زیستی و روان‌شناختی تولید می‌کنند. در جریان مصرف دارو، چیزهایی که با آن همراه هستند (مثل سرنگ و دوستان) حکم محرک شرطی را پیدا می‌کنند که ماشه پاسخ شرطی به شکل هوس مواد را می‌چکانند.

این پیوند تداعی می‌تواند با عدم تقویت مکرر محرک‌های شرطی خاموش شود، طوری که ظرفیت تولید پاسخ شرطی را از دست بدهد. این مفهوم‌بندی به استفاده از «مواجهه نشانی» یا مواجهه با نشانه (cue exposure) در درمان رفتاری برای عادت‌های مشکل‌ساز منتهی شده است. در این روش مراجع در معرض محرک‌های شرطی (مثل سرنگ) قرار می‌گیرد، اما در برابر پاسخ رفتاری معمول (مثل مصرف ماده) مقاومت می‌کند. هدف از این کار تضعیف پیوند محرک شرطی-محرک غیرشرطی از طریق خاموشی و تضعیف هوس است.

برخی پژوهش‌ها از مواجهه نشانی حمایت می‌کنند، اما نتایج ناهمسان بوده است، اثرات کلی آن ضعیف تا متوسط بوده است و ماندگاری زیادی نداشته است. می‌توان از این روش به عنوان بخشی از یک بسته درمان شناختی-رفتاری استفاده کرد.

شرطی‌سازی بیزاری‌آور:

شرطی‌سازی بیزاری‌آور یا آزاردهنده شامل جفت‌کردن محرک ناخوشایند با رفتار هدف نامطلوب است. این روش براساس اصل تنبیه قرار دارد، یعنی اگر رفتار پیامد ناخوشایند داشته باشد، کاهش خواهد یافت.

(۶) بهبود کارکرد جنسی

رویکرد رفتاری برای بسیاری از مشکلات مرتبط با کارکرد جنسی استفاده می‌شود. برای مثال، افراد دارای ناکارایی نعوظی غالباً اضطراب عملکردی دارند که بازدارنده برانگیختگی است و در برابر انتظار فعالیت جنسی شرطی شده است. رکن اصلی درمان در تقریباً تمام مشکلات مرتبط با کارکرد جنسی، فن رفتاری «تمرکز بر حس» است که توسط مسترز و جانسون مطرح شده است.

مواجهه درمانی:

درمان مواجهه‌ای، مداخله‌ای رفتاری است که در آن مکرراً با محرک شرطی روبه‌رو می‌شوند، بدون آنکه محرک غیرشرطی وجود داشته

نکات تکمیلی

باشد. بعد از مواجهه مکرر برنامه ریزی شده، یک یادگیری جدید صورت می گیرد که الف) محرک شرطی به طور کلی امن است، ب) احساس اضطراب و ترس، گذرا و قابل مدیریت هستند. این یادگیری جدید باعث از بین رفتن تداعی می شود و ترس خاموش می شود.

مواجهه به شیوه های متفاوتی صورت می گیرد: زنده، تصویری، احشایی (شامل تحریک احساسات بدنی که ماشه ترس را می چکانند). در جریان طراحی درمان، مراجع و درمانگر «سلسله مراتب مواجهه» را مشخص می کنند، یعنی لیستی از محرک هایی که طی کوشش های مواجهه با آن ها روبه رو خواهند شد. سپس این محرک ها بر مبنای حداقل چالش تا حداکثر چالش مرتب می شوند و غالباً (اما نه همیشه) از آسان ترین به سخت ترین آن ها رویارویی صورت می گیرد.

هر ماده مواجهه به یک «انتظار خطرینان» گره خورده است، یعنی پیش بینی آن چیزی که مراجع فرض می کند در صورت قرارگرفتن در معرض محرک رخ خواهد داد. برای مثال، این انتظار که اگر وارد یک رستوران شلوغ شود، از اضطراب خواهد مرد. می توان مواجهه سازی را مجموعه آزمایش هایی دانست که در آن مراجع برای رد کردن انتظار خطر، داده های تجربه ای جمع می کند.

فهرست های مواجهه براساس ترس های خاص مراجعان و بسیار فردی هستند. باین حال، یک سری قواعد سرانگشتی برای اجرای مواجهه وجود دارد: ۱) هر جلسه معمولاً طول خواهد کشید و کوتاه نخواهد بود. ۲) مواجهه می تواند تدریجی باشد و با محرک های کمتر اضطراب آور شروع شود و به محرک های چالش انگیزتر برسد، اما لزومی ندارد که این پیشرفت به صورت سلسله مراتب باشد. ۳) مهم است که مراجعان به محرک ترسناک توجه و تاحدامکان با آن تعامل کنند. ۴) مراجعان نباید با احساس اضطرابی که بر اثر مواجهه تحریک می شود، بجنگند. در عوض، باید به این احساس اجازه تداوم دهند تا خودش کم شود، فرایندی طبیعی که به آن خوگیری گفته می شود. «خوگیری» (habituation) یعنی حذف پاسخ ناشی از ارائه مکرر و یا طولانی محرک تحریک کننده. خوگیری به مراجع کمک می کند یاد بگیرد اضطراب به خودی خود احساس امنی است و قابل مدیریت و گذراست. ۵) مواجهه وقتی پایان می یابد که مراجع دیگر انتظار ندارد وضعیت هایی که زمانی برای او ترسناک بود یا از آن اجتناب می کرد، خطر یا ترس شدیدی تولید کنند.

فوا پیشگام حوزه درمان مواجهه ای برای اختلال وسواس فکری-عملی (OCD) و اختلال استرس پس از تروما (PTSD) است. برنامه درمانی او برای PTSD شامل تربیت روانی، درمان شناختی و مواجهه تصویری است. برنامه درمانی برای OCD نیز مستلزم مواجهه زنده و تصویری است.

فصل بیست و چهارم: درمان شناختی-رفتاری

درمان شناختی-رفتاری:

الگوهای غیرانطباقی صحبت با خود، «افکار خودکار» نامیده می‌شوند که می‌توانند شکل‌های متفاوتی به خود بگیرند: (۱) ارزیابی‌ها (appraisal) همان قضاوت‌های ما هستند؛ (۲) تفسیرها (interpretation) معانی منتسب به عدم یقین در یک وضعیت خاص هستند؛ (۳) اسنادها (attribution) تبیین‌هایی هستند که در ذهن‌مان راجع به علت وقوع رویدادها می‌کنیم. «باورهای ناکارا» (dysfunctional belief) طرز فکرهای غیردقیق، دارای نقص منطقی، اغراق‌آمیز و غیرمنعطفی هستند که بادستیابی و رسیدن به هدف هم خوانی ندارند.

«فن پیکان رو به پایین» یکی از راهبردهای سنجش باورهای عمیق است که شامل این موارد است: (۱) شناسایی یک رویداد ناگوار، (۲) پرسیدن معنی وضعیت از مراجع، (۳) ادامه‌دادن پرسیدن همان سوال تا برملاشدن یک یا چند الگوی فکری ناکارا. یک رویداد به فراخور تفکر شخص می‌تواند واکنش هیجانی و رفتاری متفاوتی داشته باشد. روان‌شناسان شناختی به این قضیه، «وضوح شناختی» یا «اختصاصی‌بودن شناختی» (cognitive specificity) می‌گویند. براین اساس، مراجعانی با تشخیص‌های متفاوت، الگوهای تفکر متفاوت هم دارند. پژوهشگران نشان داده‌اند این پیش‌بینی تا حد زیادی درست است. برای مثال الگوی فکری در اختلال وسواس فکری-عملی شامل این موارد است: تخمین افراطی تهدید و مسئولیت‌پذیری، این باور که افکار مزاحم بسیار معنادار هستند و باید آن‌ها را کنترل کرد، عدم تحمل ابهام و نقص.

بین مثبت‌اندیشی (همه چیز درست خواهد شد) و عاقلانه‌اندیشی (ممکن است اوضاع طبق میل من پیش برود یا نرود، اما تحملش خواهم کرد) تمایز وجود دارد. عاقلانه‌اندیشی توانایی درنظرگرفتن عینی حقایق، عقاید، قضاوت‌ها و داده‌ها برای رسیدن به نتایج درست است که می‌تواند به طرز واقع‌بینانه‌ای نظرات مثبت و منفی را شامل شود. مثبت‌اندیشی دل‌خواهی است و غالباً به نادیده‌گرفتن حقایق مهم اما ناامیدکننده و عدم اقدام مناسب منتهی می‌شود.

فرد نمی‌تواند همیشه احساس شادی و خوب‌بودن کند. هیجانات منفی تجارب همگانی هستند و بسیاری از این هیجانات منفی پاسخ‌های مناسبی به برخی شرایط و رویدادها هستند. جدول زیر هیجانات منفی مخرب و سازنده را مقایسه می‌کند و نشان می‌دهد که تفاوت این دو غالباً در دفعات، شدت و مدت آن‌هاست.

هیجانات منفی مخرب، خودناکام‌کننده و زیان‌بار فیزیکی	هیجانات منفی سازنده، مناسب، مفید و انطباقی
افسردگی، ناامیدی، درماندگی، یأس، بدبختی، مصیبت	غم، سوگ، تأسف، ناشادی، دل‌سردی
احساس گناه، شرم، پشیمانی	ندامت، افسوس، یأس
اضطراب، دل‌شوره	نگرانی، ترس کوتاه‌مدت مناسب
عصبانیت، ناکامی	آزردگی، رنجش، یأس

رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی الیس، الگوهای تفکر ناکارا را در چهار نوع باور نامعقول خلاصه می‌کند: متوقع‌بودن، افتضاح‌سازی، تحمل کم ناکامی، خود/دیگرپذیری مشروط.

الیس از راهبرد «زیرسؤال‌بردن» استفاده می‌کرد. دوروش در راهبرد زیرسؤال‌بردن در این درمان عبارت‌اند از: (۱) زیرسؤال‌بردن منطقی: قوانین عقل و منطق استفاده می‌شود تا باورهای نامعقول مراجع به چالش کشیده و اصلاح شوند. (۲) زیرسؤال‌بردن تجربی: از داده‌ها و شواهد عینی اثبات‌پذیر (مثل مشاهدات و نتایج پژوهشی) استفاده می‌شود تا نامعقول‌اندیشی به چالش کشیده شود. درمانگر در راهبرد زیرسؤال‌بردن، غالباً از «گفت‌وگوی سقراطی» استفاده می‌کند، که در آن سؤالات بازپاسخ صریحی می‌پرسد که تأمل را تشویق می‌کند و دیدگاه‌های جدید و معقول‌تری را دامن می‌زند.

در درمان شناختی بک، برای اینکه اعتبار افکار خودکار هرچه بیشتر آزموده شوند، از آزمایش‌های رفتاری نیز استفاده می‌شود. در این آزمایش‌ها فرد متوجه می‌شود برخلاف افکار خودکارش، فلان اتفاق همیشه هم رخ نمی‌دهد. نوعی از آزمایش رفتاری، فن «نمودار

دایره‌ای» است. از این فن زمانی استفاده می‌شود که مراجعان در مورد میزان نکوهش وضعیت‌های ناگوار مبالغه می‌کنند. مراجعانی که اضطراب و افسردگی شدید بالینی دارند، معمولاً به «شخصی‌سازی» رو می‌آورند، نوعی خطای فکری که خود یا دیگری را بابت چیزی که عملاً معلول زنجیره پیچیده‌ای از رویدادهاست، یا کاملاً خارج از کنترل آن‌هاست، سرزنش می‌کنند. فن نمودار دایره‌ای کمک می‌کند مراجع در مورد نقش خود در ایجاد چنین رویدادهایی دیدگاه واقع‌بینانه‌ای پیدا کند. در این فن از مراجعان می‌خواهند تمام عوامل سهمیم ممکن را شناسایی کنند، سهم هریک از عوامل را در وقوع رویدادهای منفی به درصد درجه‌بندی کنند و سپس از این درجه‌بندی‌ها برای ترسیم نمودار دایره‌ای استفاده کنند. این نمودار خطاهای منطقی آن‌ها را به صورت تصویری نشان می‌دهد.

اصلاح سوگیری شناختی:

«اصلاح سوگیری شناختی» یا (CBM) (cognitive bias modification) یک مداخله آزمایشی است که تکالیف بازی‌مانند در یک صفحه نمایش ارائه می‌شوند و مراجعان روی رایانه یا گوشی هوشمند آن‌ها را انجام می‌دهند. این تکالیف به اصلاح الگوهای فکری سوگیرانه کمک می‌کنند، از جمله توجه ترجیحی به جنبه‌های منفی وضعیت‌ها (سوگیری توجه) و نتیجه‌گیری عجولانه منفی (سوگیری تفسیر).

در مقابل فرایند توأم با وقوف زیاد و فرایند عقلانی که مشخصه تغییر شناختی در رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی و شناخت‌درمانی است، در اصلاح سوگیری شناختی، تغییر شکل به صورت آنلاین رخ می‌دهد و کمتر هشیارانه است. ایده پشت اصلاح سوگیری شناختی از مجموعه بزرگی از پژوهش‌های آزمایشگاهی گرفته شده است که نشان می‌دهند سوگیری‌های شناختی در ایجاد و تداوم بسیاری از مشکلات روان‌شناختی سهم دارند. اصلاح سوگیری شناختی معرف ترجمه یافته‌های آزمایشی به عمل بالینی در خالص‌ترین شکل آن است.

یک نمونه معمول برنامه اصلاح سوگیری شناختی، «آموزش تداعی کلمه-جمله» (word-sentence association training) است، که هدف آن تعلیم تفسیر مطبوع از وضعیت‌های غیرقطعی یا مبهم است. در این تکلیف، مراجع (کاربر) ابتدا با یک کلمه مرتبط با تهدید (مثل خصمانه) یا با یک کلمه مطبوع (یعنی خنثی یا مثبت، مثل دوستانه) مواجه می‌شود که برای مدت کوتاهی روی صفحه نمایش می‌ماند و سپس جای خود را به توصیفی یک جمله‌ای از یک وضعیت مبهم می‌دهد (مثلاً سراغ استادت می‌روی و از او سؤال می‌کنی). سپس کاربر وادار می‌شود برای نشان دادن اینکه آیا آن کلمه و جمله با هم ارتباط دارند یا ندارند، دکمه متناظر با «بله» یا «خیر» را کلیک کند. بازخورد مثبت (درست گفتی) وقتی داده می‌شود که مراجع برای تفسیر مطبوع، کلمه بله (یا برای تفسیر منفی، کلمه نه) را انتخاب می‌کند؛ و برعکس برای بازخورد منفی (درست نگفتی). در این برنامه صد مورد از این کوشش‌ها وجود دارد و سرعت و دقت در آن اهمیت دارد، که باعث می‌شود اصلاح سوگیری شناختی مثل یک بازی ویدیویی رقابتی شود. ایده این برنامه این است که کاربر با دریافت بازخورد مثبت یاد می‌گیرد که از وضعیت‌ها به شکل خودکارتری تفسیر مثبت یا خنثی به عمل آورد.

مداخلات اصلاح سوگیری شناختی، آزمایشی محسوب می‌شوند، چون اثربخشی و مؤثر بودن آن‌ها هنوز تحت بررسی است. به همین دلیل، این مداخلات هنوز به طور گسترده در کار بالینی استفاده نمی‌شوند. اکثر مطالعات در این زمینه توسط پژوهشگران در آزمایشگاه‌های پژوهشی یا درمانگاه‌ها استفاده می‌شوند؛ اما می‌توانند به عنوان یک مداخله خودیار توسط افراد در خانه نیز انجام شوند. این مداخلات می‌تواند برای مراجعانی که به درمان دسترسی ندارند، علاقه‌ای به درمان رودررو ندارند، یا مشکلات آن‌ها مستلزم درمان شدیدتر نیست، مناسب باشد.

برخی از مطالعات، اصلاح سوگیری شناختی را به عنوان پیش‌درآمد درمان شناختی-رفتاری سنتی‌تر بررسی کرده‌اند. این مداخلات می‌توانند به انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر، پاسخ‌دهی بیشتر به مداخلاتی مثل رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی و افزایش اعتمادبه‌نفس جهت انجام مداخلات رفتاری مثل مواجهه درمانی یا جسارت‌آموزی، منتهی شوند. همچنین، می‌تواند برای مراجعانی که قبلاً تحت درمان شناختی-رفتاری قرار گرفته‌اند، مفید باشد. برای مثال، می‌تواند به عنوان تمرین منزل استفاده شود. همچنین، می‌تواند یک مداخله کم‌شدت خوب در موقعیت‌های مراقبت اولیه باشد و به ادغام سلامت رفتاری و مراقبت اولیه کمک کند.

چند فراتحلیل نشان داده‌اند اصلاح سوگیری شناختی همواره باعث کاهش سوگیری‌های شناختی بزرگ‌سالان می‌شود، ولی در مورد

کودکان این طور نیست. روشن نیست که چقدر تغییر در سوگیری‌های شناختی به بهبود بالینی تعبیر می‌شود. اثرات آن روی کاهش اضطراب فقط ضعیف تا متوسط بوده است و تأثیر آن روی افسردگی و دیگر مشکلات کمتر روشن است. اکثر مطالعات نشان می‌دهند این مداخلات اثربخشی کوتاه‌مدت دارند و بهبود حاصل از آن در پیگیری‌ها حفظ نمی‌شود.

برنامه‌های درمان شناختی-رفتاری چندمؤلفه‌ای:

بسته‌های درمانی برای انواع مشکلات شامل مؤلفه‌های رفتاری و شناختی طراحی شده‌اند. این برنامه‌های درمانی در بسیاری از موارد (نه تمام موارد) با در نظر داشتن اختلالات DSM تهیه شده‌اند، سپس راهنما دار شده‌اند و در کارآزمایی‌های کنترل‌شده تصادفی دقیق آزموده شده‌اند. این امر به اشاعه درمان شناختی-رفتاری به عنوان درمان انتخابی دارای پشتوانه تجربی برای اختلالات DSM کمک کرده است. در جدول زیر برای نشان دادن چگونگی ترکیب مداخلات شناختی و رفتاری در درمان شناختی-رفتاری، چند برنامه شواهدبنیان چندمؤلفه‌ای برای مشکلات و تشخیص‌های مختلف DSM ذکر شده است.

مشکل یا اختلال	مؤلفه‌های رفتاری	مؤلفه‌های شناختی
اضطراب عمومی	مواجهه تصویری، مهارت‌های آرمیدگی عضلانی، حل مسئله	شناخت درمانی/رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی
اضطراب اجتماعی	مواجهه زنده	شناخت درمانی
حملات وحشت‌زدگی	مواجهه احشایی	تعلیم و تربیت، شناخت درمانی فاجعه‌اندیشی
اختلال استرس پس از تروما	مواجهه زنده و تصویری	تعلیم و تربیت، شناخت درمانی
افسردگی	فعال سازی رفتاری	شناخت درمانی/رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی
پر خوری عصبی	زیر نظر گرفتن خود، پیش‌گیری از پاسخ، کنترل محرک	تعلیم و تربیت، شناخت درمانی متمرکز بر افکار مربوط به بدن
مشکلات مصرف مواد	مدیریت وابستگی، زیر نظر گرفتن خود	شناخت درمانی برای کاهش استرس و باورهای منفی
بی خوابی	اصلاح رفتارهایی که خواب را مختل می‌کنند، یعنی بهبود بهداشت خواب	شناخت درمانی برای اصلاح افکاری که در خواب اختلال می‌کنند.
اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی	والدآموزی، آموزش مهارت‌های اجتماعی، آموزش مهارت‌های کنار آمدن (مثل سازمان‌دهی و مدیریت زمان)	شناخت درمانی
موکنی-پوست‌کنی	آموزش وارونگی عادت	شناخت درمانی

فصل بیست و پنجم: درمان‌های موج سوم

مفاهیم اولیه:

پذیرش (acceptance) و تفکر دیالکتیک (dialectic thinking) دو مفهوم مجزا هستند، اما به هم ربط دارند. زیربنای هر دو مفهوم وقوف یا ذهن آگاهی (mindfulness) است، که به آگاهی از لحظه حال اشاره دارد و برگرفته از تعالیم بودا است. در ادامه به تعریف این مفاهیم می‌پردازیم:

(۱) وقوف در روان‌شناسی بالینی جدید، توجه هدفمند و عاری از قضاوت به لحظه حال تعریف می‌شود. وقوف مهارتی است شامل ملاحظه متفکرانه آنچه در حال وقوع است، بدون ارزیابی آن تجربه و فقط توجه کردن به آن.

(۲) پذیرش از جایی شروع می‌شود که وقوف به پایان می‌رسد. پذیرش یعنی تمایل به استقبال از تجارب درونی (مثل افکار و احساسات درونی و احساسات فیزیکی) حتی وقتی ناخوشایند به نظر می‌رسند.

(۳) تفکر دیالکتیک انعکاس فلسفه «یین و یانگ» در چین باستان است، که می‌گوید نیروهای متضاد در حقیقت مکمل یکدیگر هستند. تفکر دیالکتیک بر این باور است که تمام جنبه‌های جهان بذریهایی از تضاد را در خود دارند و به همین جهت می‌توانیم مسائل را از چند منظر ببینیم، مواضع به ظاهر متناقض را گرد هم آوریم و بپذیریم که دو نظر متضاد می‌توانند هم‌زمان درست باشند.

روان‌شناسان بالینی مفاهیم وقوف، پذیرش و دیالکتیک را در عناصر شناختی و رفتاری سنتی تنیده و با آن‌ها تلفیق کرده‌اند؛ که حاصل آن ظهور گروهی از مداخلات در درمان شناختی-رفتاری مرسوم به «درمان‌های موج سوم» بوده است.

DBT و ACT شناخته‌شده‌ترین و پرمصرف‌ترین مداخلات موج سوم هستند. ACT تاکنون بیشترین پشتوانه پژوهشی را در میان درمان‌های موج سوم داشته است. این جنبش محصولات دیگری هم دارد از جمله رفتاردرمانی پذیرش‌بنیان، روان‌درمانی تحلیلی کارکردی، کاهش استرس وقوف‌بنیان یا MBSR، شناخت‌درمانی وقوف‌بنیان یا MBCT.

درمان پذیرش و تعهد (ACT):

ACT رویکردی تجربه‌ای-بافتاری به درمان روان‌شناختی است که در مقوله وسیع درمان شناختی-رفتاری قرار می‌گیرد. منظور از تجربه‌ای این است که بر پذیرفتن و تجربه کردن تجارب درونی مثل افکار و احساسات ناخواسته تأکید دارد. منظور از بافتاری این است که رفتار فرد را در موقعیت و بافت منحصربه‌فرد او در نظر می‌گیرد.

ACT بر «نظریه چهارچوب رابطه‌ای» استوار است. نظریه چهارچوب رابطه‌ای نظریه‌ای زبانی است که می‌گوید توانایی ما برای ربط دادن یک مفهوم به مفهوم دیگر، اساس زبان انسان است. شناخت انسانی و ارتباطات انسانی بر پایه ظرفیت ما برای شناسایی و خلق روابط بین محرک‌ها بنا نهاده شده است. مغز انسان تداعی‌های وسیع و انتزاعی، مثل تداعی کلمات و معانی را برقرار می‌کند. توانایی شکل دادن پیوند بین مفاهیم، از ویژگی‌های بی‌همتای مغز انسان است و از طریق فرایند تقویت یاد گرفته می‌شود. این جریان، خشت‌های اولیه و اساسی زبان (کلامی و کتبی و بدنی) را می‌گذارد. به این تداعی‌ها، «چهارچوب‌های رابطه‌ای» گفته می‌شود.

ACT کمک می‌کند مراجعان چهارچوب‌های رابطه‌ای غیرانطباقی مربوط به محرک‌های درونی ناخوشایند مثل افکار و احساسات منفی را اصلاح کنند. مراجعان غالباً این محرک‌ها را به عنوان «نشانه‌هایی» که تلویحاً بد، زیان‌بار یا نابهنجار هستند، ادراک می‌کنند. بنابراین آن‌ها را چیزهایی می‌دانند که برای سالم و بهنجاربودن باید از آن‌ها خلاص شد. هدف درمان، پرورش چهارچوب‌های رابطه‌ای جدیدی است که در آن‌ها، تجارب درونی ناخواسته، جنبه‌های صرفاً ناخوشایند زندگی تلقی می‌شوند که نباید با آن‌ها کشمکش کرد و از آن‌ها خلاص شد.

ACT از شش اصل پیروی می‌کند که در جدول زیر آورده شده‌اند.

تعریف	اصل
فصل دادن به تجارب خصوصی ناخوشایند، اجازه دادن به رفت و آمد این تجارب، بدون کشمکش با آن‌ها یا توجه بیش از حد به آن‌ها	پذیرش
ادراک کردن تجارب خصوصی به عنوان اطلاعات و قطعات زبانی، کلمات و تصاویر، نه حقیقت انگاشتن آن‌ها	ناهم جوشی شناختی
آگاهی کامل از اینجا و اکنون، تمرکز بر هر آنچه در حال انجام آن هستیم و درگیر شدن کامل با آن	تماس با لحظه حال
فهمیدن اینکه افکار و احساسات، جوهر هویت ما نیستند، بلکه فقط جنبه‌هایی از ما هستند.	خود مشاهده‌گر
روشن کردن مهم‌ترین و معنادارترین چیز در زندگی	ارزش‌ها
تعیین اهدافی که ارزش‌های فرد آن‌ها را هدایت می‌کنند و اقدام برای رسیدن به آن اهداف	کنش متعهدانه

این درمان از استعاره‌هایی استفاده می‌کند تا اصول فوق را نشان دهد و درمان را تجربه‌ای تر کند. برای توضیح اجتناب تجربه‌ای از استعاره باتلاق شنی استفاده می‌شود. استعاره مهمانی برای تسهیل پذیرش، استعاره صفحه شطرنج برای توضیح خود مشاهده‌گر، استعاره مسافران اتوبوس برای توضیح ناهم جوشی شناختی استفاده می‌شوند.

تمرین ناهم جوشی شناختی با دیگر فنون درمانی مثل مواجهه درمانی همسانی دارد که هدف آن تغییر پاسخ‌دهی به افکار و سواسی و اضطراب است. می‌توان از این تمرین برای آماده شدن صحنه جهت انجام درمان «مواجهه و پیش‌گیری از پاسخ» استفاده کرد. ایده آن است که به جای اینکه در محتوای افکار و سواسی گیر کنیم، می‌توانیم آن‌ها را همان‌طور که هستند ببینیم، یعنی یک مشت سر و صدای ذهنی.

یکی از فنون این درمان برای روشن‌سازی ارزش‌ها، «مرکز ارزش‌ها» یا خال هدف (Value Bull's Eye) نامیده می‌شود که توسط لوندگرن طراحی شده است. یک تخته دایره‌ای را تصور کنید که به قسمت‌های مختلف برای انواع حیطه‌های زندگی تقسیم شده است، مثل کار و فراغت و خانواده و غیره. مراجع در هر قسمت مشخص می‌کند رفتارهای چقدر با ارزش‌هایش در آن حیطه هم‌راستا است. هرچه بیشتر هم‌راستا باشد، به سمت مرکز دایره نزدیک‌تر می‌شود.

رفتار درمانی دیالکتیک (DBT):

یکی از ایده‌های اصلی در DBT، ایده «ذهن مدبر» (Wise Mind) یا ذهن خردمند است. هر آدمی گاهی هیجانی، دمدمی یا خلاق می‌شود، حالتی که به آن «ذهن هیجانی» گفته می‌شود. وقتی ذهن هیجانی حاکم است، رفتارها توسط خلیات، احساسات و تمایلات رفتاری (نه عقل و منطق) تعیین می‌شوند. از طرف دیگر، «ذهن عقلانی» تحت حاکمیت حقایق، دلایل و جنبه‌های عملی و عمل‌گرایی (نه ارزش‌ها یا احساسات شخصی) است. درحالی‌که هر دو حالت ذهنی کیفیات مفیدی دارند، اما بیش از حد وقت گذاشتن برای هر یک باعث ناکامی خواهد شد. ذهن مدبر به هم‌پوشانی و تعادل بین ذهن هیجانی و ذهن عقلانی اشاره دارد. ذهن مدبر اجازه می‌دهد ضمن حساسیت هیجانی، کنترل خود را حفظ کنیم. رسیدن به چنین تعادلی یکی از اهداف اولیه DBT است.

بنیان DBT «نظریه زیستی-اجتماعی کارکرد شخصیت» است، که منشأ مشکلات مرتبط با هیجان را تعامل عوامل زیست‌شناختی و محیطی می‌داند. به بیان دقیق‌تر، عامل زیست‌شناختی اصلی، آسیب‌پذیری در برابر تجربه کردن هیجانات منفی شدید است و منظور از عوامل محیطی، محیط غیراعتباربخش مزمن است.

DBT یک درمان بسیار ساختاردار است و شامل یادگیری مهارت‌ها در چهار بخش است: وقوف، تحمل ناراحتی، تنظیم هیجان، مؤثر بودن میان‌فردی. ابتدا مهارت‌های وقوف آموخته می‌شود که به آموزش سایر مهارت‌ها کمک می‌کند.

مهارت‌های تحمل ناراحتی راهبردهایی در زمینه کنار آمدن با بحران در اختیار مراجعان می‌گذارند. جدول زیر انواع «مهارت‌های بقا در بحران» را توضیح می‌دهد.

مهارت	توصیف
آرام کردن خود	آرام کردن ناراحتی از طریق تسکین خود و دلداری دادن به خود هنگام بحران، مثل گوش دادن به موسیقی دل خواه.
مهارت های TIPP	مهارت هایی برای کم کردن برانگیختگی هیجانی شدید شامل: استفاده از دما مثلاً آب خنک (Temperature)، ورزش شدید (Intense exercise)، تنفس آرام (Paced breathing) و آرمیدگی عضلانی پیش رونده (Paired relaxation).
مهارت های STOP	یادگرفتن پاسخ دهی به بحران ها در چهار گام: توقف و کاری نکردن به جای انجام واکنش معمول (Stop)، گامی به عقب برداشتن و نفس عمیق کشیدن (Take a step back)، مشاهده آنچه در وضعیت در حال وقوع است (Observe)، استفاده از وقوف و مهارت های پذیرش (Proceed mindfully).
نقاط قوت و ضعف	لحظه ای منطقی فکر کردن به وضعیت و به گام های بعدی (مثل تهیه فهرستی از نقاط قوت و ضعف اقدامات ممکن)، طوری که تصمیمات فکورانه و دقیق گرفته شود، نه تصمیمات تکانشی و مبتنی بر هیجانات شدید.
پذیرش تندرستیز	مشاهده بدون قضاوت وضعیت یا مشاهده بدون تلاش برای تغییر دادن آن (یعنی همین که هست) و فهم اینکه برخی چیزها از کنترل ما خارج هستند.
پرت کردن حواس / مهارت های ACCEPTS	انجام دادن موقتی عملی دیگر تا آنکه مراجع بتواند با آرامش بیشتری با وضعیت بحرانی برخورد کند: فعالیت ها (Activities)، یاری رساندن (Contributing)، مقایسه ها (Comparisons)، کنار گذاشتن موقت (Pushing away)، هیجانات (Emotions)، افکار (Thoughts)، حواس (Sensations).
بهبود لحظه / مهارت های IMPROVE	مهارت هایی برای بهبود لحظه دشوار شامل: تصویرسازی ذهنی (Imagery)، یافتن معنی و حکمت بحران (Meaning)، دعا (Prayer)، آرمیدگی (Relaxation)، بخش کردن مسأله و تمرکز بر یک کار (One thing at a time)، فاصله گرفتن و تعطیلات (Vacation)، ترغیب و تشویق خود (Encouragement).

یک روش مهم در بخش مهارت های تنظیم هیجان، «کنش متضاد» است، یعنی رفتار کردن برخلاف میلی که هیجان شدید، آن را برانگیخته است. در صورتی که یک هیجان یا شدت آن با حقایق وضعیت تناسب نداشته باشد، یا عمل به آن تمایل رفتاری غیرمدرّانه باشد، مراجعان الف) با شناسایی آنچه تمایل هیجانی از آنان می خواهد انجام دهند و ب) با رفتار کردن به شیوه ای که در تقابل با آن تمایل است، درگیر کنش متضاد می شوند، مثلاً دوری کردن به جای حمله کردن هنگام خشم.

در بخش مهارت های مؤثر بودن میان فردی، یک مجموعه مهارت با عنوان GIVE شامل تاکتیک های زیر است: مهربان باش (Gentle)، ابراز علاقه کن (Interested)، اعتبار ببخش (Validate)، آرام باش (Easy manner).

فصل بیست و هشتم: درمان‌های سیستمی و گروه‌درمانی

گروه‌درمانی:

رویکردهای متفاوت زیادی در گروه‌درمانی وجود دارد. در اکثر موارد، این رویکردها به دو دستهٔ رهنمودی و بی‌رهنمود تقسیم می‌شوند.

(۱) گروه‌های رهنمودی

گروه‌های رهنمودی (directive) معمولاً محدودیت زمانی دارند و از مراجعانی تشکیل می‌شوند که مشکلات مشابهی دارند. در این گروه‌ها درمانگر نقش فعالی بازی می‌کند که تقریباً یک نقش آموزشی است. این گروه‌ها ساختاری دارند که شباهت زیادی به ساختار درمان شناختی-رفتاری انفرادی دارد. نمونه‌هایی از گروه‌درمانی رهنمودی شامل جرأت‌آموزی گروه‌بنیان و گروه‌درمانی شناختی-رفتاری اضطراب اجتماعی است.

گروه‌های رهنمودی عمدتاً از مراجعان دارای مشکل مشابه تشکیل می‌شود، اما استثنا هم وجود دارد؛ مثل درمان شناختی-رفتاری چندمؤلفه‌ای با نام «پروتکل واحد» که برای درمان میان‌تشخیصی انواع اختلالات هیجانی تهیه شده است. پژوهش نشان می‌دهد اجرای پروتکل واحد در موقعیت‌های گروهی (به شکل گروه رهنمودی) آن را نیرومندتر می‌کند.

(۲) گروه‌های بی‌رهنمود

گروه‌های بی‌رهنمود (nondirective) ساختار کمتری دارند یا برخلاف گروه‌های رهنمودی، کمتر کلاس‌مانند هستند؛ در عوض به تجربهٔ فردی مراجع گرایش دارند. این گروه‌ها بر پایهٔ اصول روان‌کاوانه، روان‌پویشی میان‌فردی، مراجع‌محوری یا گشتالتی استوار هستند، هرچندگاهی جنبه‌هایی از مداخلات رفتاری و شناختی را هم در بر می‌گیرند.

گروه‌های بی‌رهنمود بیش از گروه‌های رهنمودی احتمال دارد شامل مراجعانی با انواع متفاوتی از شکایات شوند. برخی از گروه‌های بی‌رهنمود، گروه‌های دارای محدودیت زمانی هستند، درحالی‌که برخی دیگر پایان مشخص ندارند یا درمان بلندمدت محسوب می‌شوند. «روان‌درمانی گروهی میان‌فردی» از بودن و همکاران یک نوع گروه‌درمانی بی‌رهنمود برای اختلالات شخصیت است. در این درمان، اعضای گروه تشویق می‌شوند که درون گروه تعامل کنند و در مورد جنبه‌های انطباقی و غیرانطباقی رفتار میان‌فردی یکدیگر به هم بازخورد بدهند و رفتار خود را اصلاح کنند. نوع دیگری از گروه‌درمانی بی‌رهنمود، «گروه‌درمانی گشتالتی» است.

زوج‌درمانی:

زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بیش از هر مداخلهٔ زوج‌بنیان دیگری مطالعه شده است و پژوهش‌هایی با روش‌شناسی قوی از اثربخشی و مؤثر بودن آن حمایت می‌کنند. اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان نیز نشان داده شده است، اما پژوهش‌های آن از نظر روش‌شناسی به قدرت قبلی نیست. فراتحلیل‌ها نشان می‌دهند تفاوت معناداری بین زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان وجود ندارد و از هر دو حمایت می‌کنند.

زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بر اصول برگرفته از نظریه‌های یادگیری اجتماعی متکی است و بر شناخت‌ها، رفتارها و پاسخ‌های هیجانی طرفین رابطه تمرکز می‌کند که به بهبود ارتباط و حل مسئله کمک می‌کند. در زوج‌درمانی شناختی-رفتاری از آموزش مهارت‌های ارتباطی نیز استفاده می‌شود. یکی از بخش‌های خاص مهارت‌آموزی، «آموزش ابرازگری هیجانی» است که در آن طرفین یاد می‌گیرند الف) نشان دهند که چه احساسی دارند، و ب) به طرف مقابل توأم با توجه گوش بدهند.

زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان، سه مرحله دارد (در کتاب با ترجمهٔ دیگری ذکر شده است): مرحلهٔ اول - تشدیدزدایی (de-escalation)، مرحلهٔ دوم - ساختاردهی مجدد (restructuring)، مرحلهٔ سوم - تحکیم (consolidation).

یکی از فنون رایج مورد استفاده در زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان، فن «اجرا» (enactment) است، که در آن درمانگر زوجین را از طریق گفت‌وگو دربارهٔ هیجان راهنمایی می‌کند و طرفین را تشویق می‌کند که برای افزایش خودآگاهی درگیر آزادسازی هیجان شوند. مثل گشتالت‌درمانی، جلسات اجرا به طرفین کمک می‌کند هیجانات عمیق‌تر را بکاوند و ابراز کنند و از احساسات یکدیگر آگاه‌تر شوند و از این طریق، همدلی خود را افزایش دهند.