



سرشناسه عنوان و نام پدیدآور	سرشناسه عنوان و نام پدیدآور
مشخصات نشر مشخصات ظاهری شابک	مشخصات نشر مشخصات ظاهری شابک
وضعیت فهرست نویسی یادداشت	وضعیت فهرست نویسی یادداشت
موضوع	موضوع
شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده رده بندی کنگره رده بندی دیویی شماره کتابشناسی ملی اطلاعات رکورد کتابشناسی	شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده رده بندی کنگره رده بندی دیویی شماره کتابشناسی ملی اطلاعات رکورد کتابشناسی

روان درمانی بک Beck JS, Cognitive Behavior Therapy. 3th edition. 2021 ترجمه و تلخیص: دکتر عاطفه سهیلی پور ناشر: انتشارات کاردیا صفحه آرا: رزیدنت یار - منیرالسادات حسینی طراح و گرافیک: رزیدنت یار - مهرداد فیضی	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار نوبت چاپ: اول ۱۴۰۲ شابک: ۵-۹۷۸-۶۲۲-۸۲۴۳-۱۱ بهاء: ۲۶۷,۰۰۰ تومان
--	---

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸  
شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶ / [www.residenttvar.com](http://www.residenttvar.com)

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

# روان درمانی بک

به همراه سوالات و آزمون های مرتبط تا پایان سال ۱۴۰۲ با پاسخ تشریحی

**Beck JS, Cognitive Behavior Therapy. 3th edition. 2021.**

**ترجمه و تلخیص**

**دکتر عاطفه سهیلی پور**

متخصص روان پزشکی

رتبه برتر آزمون بورد تخصصی ۱۴۰۲



## فهرست مطالب

فصل ۱- معرفی برای درمان شناختی - رفتاری .....	۱۱
فصل ۲- اصول درمان .....	۱۷
فصل ۳- مفهوم‌پردازی شناختی .....	۲۳
فصل ۴- ارتباط درمانی .....	۳۱
فصل ۵- جلسه ارزیابی .....	۳۵
فصل ۶- اولین جلسه درمان .....	۳۹
فصل ۷- برنامه‌ریزی فعالیت .....	۴۷
فصل ۸- برنامه‌های فعلیت ACTION PLANS .....	۵۳
فصل ۹- برنامه‌ریزی درمان .....	۶۳
فصل ۱۰- ساختار جلسات .....	۶۷
فصل ۱۱- مشکلات ساختاربندی جلسات .....	۷۱
فصل ۱۲- شناسایی افکار خودآیند .....	۷۹
فصل ۱۳- هیجانات .....	۸۷
فصل ۱۴- ارزیابی افکار خودآیند .....	۹۱
فصل ۱۵- پاسخ دادن به افکار خودآیند .....	۱۰۳
فصل ۱۶- ادغام ذهن آگاهی در CBT .....	۱۰۷
فصل ۱۷- معرفی باورها BELIEFS .....	۱۱۳
فصل ۱۸- اصلاح و تغییر باورها .....	۱۲۳
فصل ۱۹- سایر تکنیک‌ها .....	۱۳۳
فصل ۲۰- تصویرسازی ذهنر IMAGERY .....	۱۴۳
فصل ۲۱- پایان دادن به درمان و پیشگیری از عود .....	۱۴۷
فصل ۲۲- مشکلات درمان .....	۱۵۳
سؤالات آزمون خورد و ارتقای ۱۴۰۲ .....	۱۵۹



# معرفی برای درمان شناختی – رفتاری

## فصل ۱

Beck Section 1

### درمان شناختی رفتاری (cognitive behavior therapy-CBT) چیست

ارن بک، شکلی از روان‌درمانی را ابداع کرد که در ابتدا درمان شناختی نام گرفت که گاهی مترادف با درمان شناختی رفتاری (CBT) به کار گرفته می‌شود. بک، یک روان‌درمانی ساختارمند (structured) کوتاه‌مدت (short-term) متمرکز بر زمان حال (present-oriented) را برای افسردگی ابداع کرد. از آن زمان بک و سایر درمانگران از این نوع درمان برای کار با جمعیت‌های بالینی بسیار متفاوت استفاده کردند.

CBT براساس این نظریه استوار است که فکر افراد، بر هیجانات و رفتار آن‌ها تأثیر می‌گذارد. درمانگران در تمام اشکال CBT که از مدل بک برگرفته شده‌اند، درمان را بر اساس یک فرمول‌بندی شناختی بنا می‌کنند: باورهای ناسازگار (maladaptive beliefs)، راهبردهای رفتاری (behavioral strategies) و عوامل نگهدارنده‌ای که مشخصه یک اختلال خاص محسوب می‌شوند. شما درمان را بر اساس مفهوم‌پردازی، یا درک خودتان، از درمان‌جو و باورهای زیربنایی و الگوهای رفتاری خاص او نیز بنا می‌کنید.

### مثال:

Abe's آقای ۵۵ ساله که از همسرش طلاق گرفته و از حدود دو سال پیش به دنبال بروز مشکلات در محل کار و مشکلات در ازدواجش دچار افسردگی شدید شده، در شروع درمان بیمار فعالیت چندانی نداشت و تمام وقتش را در آپارتمان خود، تلویزیون تماشا می‌کرد و در فضای مجازی می‌گذراند.



یکی از باورهای منفی زیربنایی (underlying negative beliefs) این بود که «من یک شکست خورده‌ام» در نتیجه Abe's دچار اجتناب رفتاری (behavioral avoidance) گسترده‌ای بود تا شکست او آشکار نگردد. اما در نتیجه اجتناب باعث تقویت باور شکست او می‌شد. اشکال مختلفی از CBT مشتق شده که فرمول‌بندی و نکات ترکیبی آنها در درمان، تا اندازه‌ای متفاوت با درمان بک می‌باشد. اشکال مختلف مشتق شده از CBT به شرح زیر می‌باشد:

ترجمه روش درمانی	مبدع	نام روش درمانی
رفتار درمانی عقلانی - هیجانی	Ellis	emotional behavior therapy
رفتار درمانی دیالکتیکی	Linehan	dialectical behavior therapy
درمان حل مسئله	D'Zurilla & Nezu	problem-solving therapy
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	Hayes et al	acceptance and commitment therapy
درمان مواجهه	Foa & Rothbaum	exposure therapy
درمان پردازش شناختی	Resick & Schnicke	cognitive processing therapy
سیستم روان‌درمانی تحلیلی-شناختی - رفتاری	McCullough	cognitive behavioral analysis system of psychotherapy
فعال‌سازی رفتاری	Lewinsohn et al; Martell et al	behavioral activation
اصلاح رفتار شناختی	Meichenbaum	cognitive behavior modification

CBT برای کار با افراد در تمام سنین از کودکی تا سالمندی متناسب‌سازی شده. CBT همچنین در قالب‌های گروهی زوجی و خانوادگی قابل اجرا است. در کتاب پیش رو درمان ارائه شده بر جلسات فردی ۴۵ تا ۵۰ دقیقه‌ای با بیماران سرپایی تمرکز دارد ولی تعاملات درمانی می‌تواند برای افرادی مختصرتر از این هم باشد. مثلاً بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی شدید که در بیمارستان بستری هستند و نمی‌توانند جلسات کامل را تاب بیاورند.

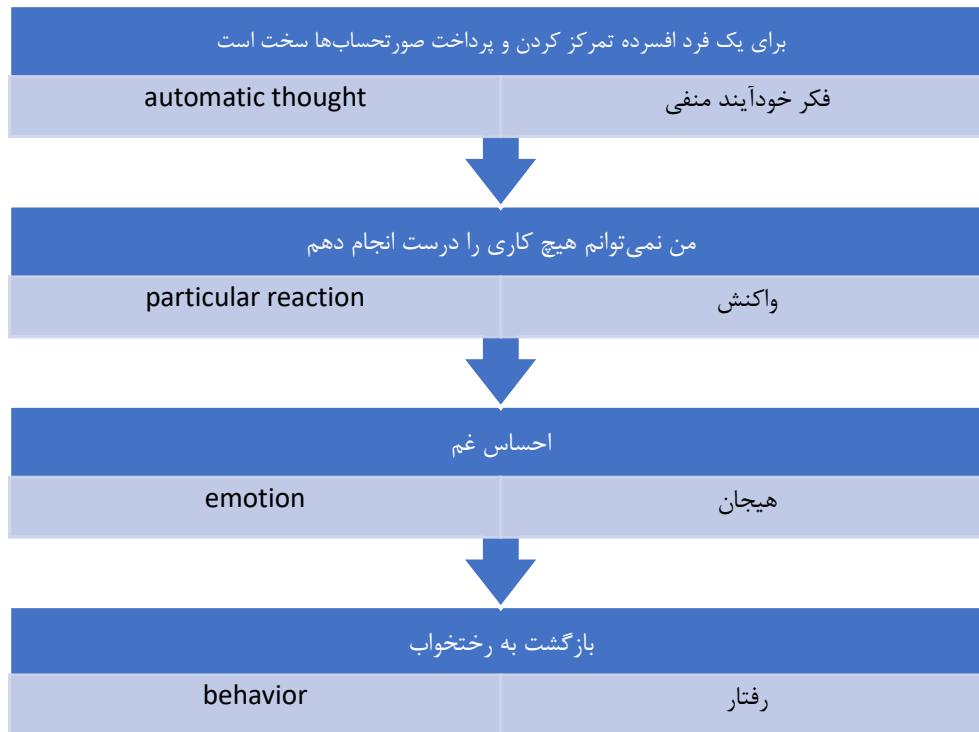
### مدل نظری CBT

مدل شناختی بیان می‌کند تفکر ناکارآمد (dysfunctional thinking) (که بر خلق و رفتار درمان‌جو اثر می‌گذارد) نقطه اشتراک تمام پریشانی‌های روان‌شناختی محسوب می‌شود.



وقتی افراد می‌آموزند تفکر خود را به شیوه‌ای واقع‌بینانه‌تر و سازگارانه‌تر ارزیابی کنند، میزان هیجان منفی و رفتار ناسازگارشان کاهش می‌یابد.

### مثال:



در مدل CBT سنتی اعتبار فکر (validity of thought) توسط درمانگر بررسی می‌شود و ممکن است درمان‌جو به این نتیجه برسد که دچار تعمیم افراطی (overgeneralized) بوده است و باوجود افسردگی هنوز خیلی از کارها را به‌خوبی انجام می‌دهد. در نتیجه این دیدگاه جدید احساس غم را در فرد کاهش می‌دهد و فرد مشغول رفتار کارآمد می‌شود.

**رویکرد بهبودمدار (Recovery oriented approach):** در این رویکرد بر شناخت‌هایی که تاکنون ایجاد شده‌اند تمرکز کمتری دارد و بیشتر تمرکز بر شناخت‌هایی است که احتمالاً طی هفته

در این فصل ۱۴ اصل اساسی درمان را جداگانه توضیح می‌دهیم:

**اصل ۱:** طرح درمان CBT بر اساس **مفهوم‌پردازی شناختی پویا** تهیه می‌شود. مفهوم‌پردازی از درمان‌جو بر اساس داده‌های به‌دست‌آمده از او و بر اساس فرمول‌بندی شناختی که شامل شناخت‌های اصلی بیمار، راهبردهای رفتاری او و عوامل نگهدارنده اختلال او هستند، انجام می‌شود. از ابتدا، نقاط قوت، ویژگی‌های مثبت و منابع درمان‌جو را نیز در مفهوم‌پردازی جا داده می‌شود. و با جمع‌آوری داده‌های بیشتر در طول درمان، به اصلاح این فرمول‌بندی ادامه می‌دهیم و از آن برای برنامه‌ریزی درمان استفاده می‌کنیم.

**اصل شماره ۲:** CBT نیاز به رابطه درمانی سالم دارد. درمانگر برای شکل‌گیری یک رابطه درمانی وقت صرف می‌کند تا درمان‌جو همراه با او به شکل یک تیم و به‌طور مؤثر تلاش کند. درمانگر از رابطه درمانی استفاده می‌کند تا شاهدهی باشد بر اینکه باورهای منفی درمان‌جو بخصوص باورهای مرتبط با خودش اشتباه است و باورهای مثبت‌تر اعتبار دارد. اتحاد درمانی سالم باعث می‌شود زمان بیشتری در جلسه صرف کمک به درمان‌جو شود

**اصل شماره ۳:** CBT پیشرفت درمان‌جو را به‌طور مستمر ثبت می‌کند. توصیه می‌شود که هر هفته از چک‌لیست علائم استفاده شود و در انتهای جلسات از بیمار بازخورد شفاهی و مکتوب گرفته شود. ثبت مداوم، باعث بهبود نتایج می‌شود.

**اصل ۴:** CBT منطبق با فرهنگ تنظیم می‌شود و همچنین درمان را با فرد متناسب می‌سازد. زمانی که فرهنگ بیمار با درمانگر متفاوت است شاید نیاز باشد دانش و توانمندی فرهنگی درمانگر افزایش یابد.





درواقع ممکن است درمانگر از سوگیری‌های فرهنگی خود ناآگاه باشد و همچنین از سوگیری‌های فرهنگی که برخی بیماران تجربه می‌کنند نیز ناآگاه باشد بخصوص در مواردی که بخشی از فرهنگ اکثریت نباشد.

**اصل ۵: CBT بر مثبت‌ها تأکید دارد.** باید به درمان‌جویان کمک کرد به‌طور فعال در جهت پرورش فکر و خلق مثبت تلاش کنند.

**اصل ۶: CBT بر همکاری و مشارکت فعال تأکید می‌کند.** در این روش هم بیماران و هم درمانگران فعال هستند و درمان مانند یک کار گروهی در نظر گرفته می‌شود. درمان‌جو و درمانگر باهم تصمیم می‌گیرند در هر جلسه چه کار کنند و با چه فاصله زمانی یکدیگر را ملاقات کنند و در فاصله بین جلسات چه کارهایی انجام دهند.

**اصل ۷: CBT به آرزوهای درمان‌جو توجه می‌کند و براساس ارزش‌ها و هدف-مدار است.** در اولین جلسه با درمان‌جو در مورد ارزش‌های او یعنی چیزهایی که در زندگی برای او مهم هستند و آرزوهایش یعنی درمان‌جو می‌خواهد چگونه باشد و اهداف خاص او برای درمان یعنی از درمان به چه نتیجه‌ای می‌خواهد برسد صحبت کند.

**اصل ۸: CBT در آغاز بر زمان حال تأکید دارد.** معمولاً درمان نیاز به تمرکز دقیق بر مهارت‌هایی است که بیماران نیاز دارند تا بتوانند خلق خود را بهتر کنند.  
در سه موقعیت بر گذشته تمرکز می‌کنید:



- ۱- وقتی درمان‌جو تمایل به انجام این کار دارد
- ۲- وقتی تمرکز بر مشکلات فعلی و آرزوهای آینده، باعث تغییر کافی نشود
- ۳- وقتی که برای شما و درمان‌جو مهم است بفهمید افکار و راهبردهای مقابله رفتاری ناکارآمد او چگونه و چه زمانی شکل گرفتند و تداوم یافتند.

**اصل شماره ۹: CBT رویکردی آموزشی است.** یکی از اهداف اصلی درمان این است که فرایند درمان را برای درمان‌جو قابل‌درک کند. Abe (نام بیماری که در ابتدای فصل ۱ در مورد توضیح داد و تا انتهای کتاب در مورد او مثال زده می‌شود) زمانی احساس راحتی بیشتر کرد که فهمید از درمان چه انتظاری دارد، به‌وضوح متوجه شد من از او می‌خواهم چه کار کند، احساس کرد گویی من و او یک تیم هستیم و به‌صورت ملموس دریافت در طول یک جلسه و در طول دوره درمان، کار ما چطور ادامه خواهد یافت. در سرتاسر درمان بعد از به‌کارگیری تکنیک‌های متنوع به Abe آموزش دادم چگونه خودش از این تکنیک‌ها استفاده کند تا بتواند درمانگر خودش باشد. در هر جلسه Abe را تشویق کردم مهمترین مفاهیمی که آموخته بود یادداشت کند تا بتواند آموخته‌هایش را هر روز مرور کند.

**اصل شماره ۱۰: CBT نسبت به زمان حساس است.** قبلاً می‌گفتم CBT یک درمان کوتاه‌مدت است. بسیاری از درمان‌جویانی که مشخصاً دچار افسردگی و اختلالات اضطرابی هستند، به ۶ تا ۱۶ جلسه درمانی نیاز دارند. ولی در برخی شرایط نیاز به درمان بسیار طولانی‌تری داریم. ما تلاش می‌کنیم درمان را حتی‌الامکان کوتاه‌مدت کنیم و درعین‌حال به اهدافمان نیز برسیم. اهداف ما از درمان این است که به درمان‌جویان کمک کنیم بیماری‌شان بهبود یابد، در جهت رسیدن به آرزوها، ارزش‌ها و اهدافشان تلاش کنند و مهم‌ترین مسائل و مشکلاتشان را حل کنند. از زندگی رضایت بیشتری داشته باشند و بیشتر لذت ببرند. مهارت‌هایی را بیاموزند که منجر به افزایش تاب‌آوری آنها شود و عود بیماری‌شان را کاهش دهد.

درمان‌جو و درمانگر مشترکاً تصمیم می‌گیرند جلسات به‌صورت هر هفته، یک هفته درمیان و سپس به‌صورت یک‌بار در ماه را امتحان کنند. گاهی بعد از اتمام درمان برنامه‌ریزی می‌شود تا به مدت یک سال هر سه ماه یک‌بار جلسات تقویتی (booster sessions) داشته باشند. برخی درمان‌جویان نیاز دارند

# مفهوم‌پردازی شناختی

## فصل ۳

### Beck Section 3

سنگ بنای CBT، Cognitive conceptualizing یا مفهوم‌پردازی شناختی است. مفهوم‌پردازی چارچوب درمان را مشخص می‌کند و به شما کمک می‌کند، درمان‌جو و نقاط قوت و ضعف او، آرزوها و چالش‌های او را بفهمید. متوجه شوید چگونه یک اختلال روانشناختی با فکر ناکارآمد در درمان‌جو ایجاد شده، رابطه درمانی را محکم کنید، طرح درمانی را درون جلسات و در فاصله جلسات مشخص کنید، درمان را بر اساس بیمار متناسب‌سازی کنید و مداخلات مناسب را انتخاب کنید. مفهوم‌پردازی در نخستین برخورد با درمان‌جو آغاز می‌شود و در طول درمان در تمام ملاقات‌ها اصلاح می‌شود. شما به‌طور مداوم اطلاعات جمع‌آوری می‌کنید، آنچه را شنیده‌اید خلاصه می‌کنید و فرضیه‌های خود را با درمان‌جو مطرح و درستی آنرا بررسی می‌کنید و در صورت لزوم مفهوم‌پردازی خود را اصلاح می‌کنید. شما مفهوم‌پردازی خود را برای درمان‌جو مطرح می‌کنید و از او می‌پرسید آیا درست است؟ بازخورد گرفتن از درمان‌جو باعث تقویت اتحاد درمانی می‌شود و این امکان را به شما می‌دهد که مفهوم‌پردازی صحیح‌تری داشته باشید و درمان اثربخشی را اجرا کنید. درواقع در میان گذاشتن مفهوم‌پردازی با درمان‌جو بخشی از درمان است. مفهوم‌پردازی کمک می‌کند مهارت‌ها و ویژگی‌های مثبت درمان‌جو را درک کنید و از آنها استفاده کنید.

احساس افراد و رفتار آنها، با چگونگی فکر و تفسیر آنها از یک موقعیت مرتبط است. خود موقعیت به تنهایی و مستقیماً تعیین نمی‌کند افراد چگونه احساسی خواهند داشت یا چه کاری می‌کنند. عکس‌العمل‌های افراد همیشه معنی‌دار هستند، به شرطی که بدانیم چه فکری می‌کنند. بخشی از ذهن شما بر اطلاعات این کتاب تمرکز می‌کند، یعنی شما تلاش می‌کنید اطلاعات را درک کنید. اما در سطحی دیگر، ممکن است افکار سریع و ارزیابی‌کننده‌ای درباره این موقعیت داشته باشید. این شناخت‌ها را افکار خودآیند می‌نامند که محصول فکر یا استدلال نیستند بلکه به‌طور خودانگیخته و ناگهان ایجاد می‌شوند.



چگونه می توان افکار خودآیند را شناسایی کرد: زمانی که احساس کسالت می کنید، تمایل دارید به شیوه ناکارآمدی رفتار کنید یا از رفتار کردن به شیوه ای سازگارانه اجتناب می کنید و یا متوجه تغییراتی در ذهن یا بدن خود می شوید که باعث آزار شما می شوند (مثلاً نفس کم می آورید یا دچار افکار سریع مزاحم می شوید)

افکار خودآیند از کجا سرچشمه می گیرند؟ در یک پدیده شناختی پایدار نهفته است: **باورها (beliefs)**. محتویات افکار خودآیند افراد همیشه معنی دارند، به شرطی که باورهای آن ها را بفهمیم.

### باورها (beliefs)

انسان ها از دوران کودکی، افکار خاصی را درباره خودشان، دیگران و جهان پیرامون در خود شکل می دهند. باورهای مرکزی (Core beliefs)، بادوام ترین درک ها هستند؛ درک هایی که آن قدر پایه ای و عمیق هستند که افراد، معمولاً حتی برای خودشان هم آن ها را به روشنی بیان نمی کنند. افراد، این اندیشه ها را به عنوان حقایق مطلق در نظر می گیرند دقیقاً همان طور که اشیاء هستند.

### باورهای سازگار (Adaptive Beliefs)

بسیاری از درمان جویان قبل از شروع اختلالشان از لحاظ روانشناختی سالم، کارآمد هستند و روابط خوبی دارند. در این حالت آنها باورهای سازگاری در مورد خودشان، دنیایشان، دیگران و آینده دارند.

### باورهای منفی ناکارآمد (Dysfunctional Negative Beliefs)

افرادی که به لحاظ روان شناختی سالم نبوده اند یا در محیط های خطرناک و روابط بین فردی آسیب زنده زندگی کرده اند، عملکرد ضعیف تری دارند. در طول زندگی این افراد ممکن است باورهای سازگاری یا ناسازگاری داشته باشند اما هنگام اپیزود حاد بیماری، باورها به شدت ناسازگار می شوند. باورهای مرکزی منفی درباره خود، در سه دسته قرار می گیرند:



باورهای مرکزی ناسازگار	باورهای مرکزی سازگار
<p><b>HELPLESS CORE BELIEFS</b> باورهای مرکزی                      درماندگی: من عرضه انجام هیچ کاری ندارم. من درمانده هستم. من نمی‌توانم از خودم مراقبت کنم. من کنترلی روی مسائل ندارم. من یک آدم شکست‌خورده هستم. من به‌اندازه کافی خوب نیستم</p>	<p><b>EFFECTIVE CORE BELIEFS</b> باورهای مرکزی                      کارآمد:                      من توانمندم. می‌توانم بیشتر کارها را به‌درستی انجام دهم. من آزادی نسبی دارم. از بسیاری جهات با دیگران هم‌سطح هستم</p>
<p><b>UNLOVABLE CORE BELIEFS</b> باور مرکزی                      دوست‌نداشتنی بودن: من دوست‌نداشتنی هستم. من معیوب و بد هستم. من چیزی برای ارائه کردن ندارم من حتماً طرد می‌شوم. من تنها می‌مانم</p>	<p><b>LOVABLE CORE BELIEFS</b> باورهای مرکزی                      دوست‌داشتنی بودن:                      من دوست‌داشتنی هستم. من به‌اندازه کافی خوب هستم. احتمال اینکه پذیرفته نشوم خیلی کم است.</p>
<p><b>WORTHLESS CORE BELIEFS</b> باورهای مرکزی                      بی‌ارزشی: من یک آدم بدطینت هستم. من گناهکار و بی‌ارزش هستم. من آدم سمی هستم. من مستحق زندگی کردن نیستم</p>	<p><b>WORTHY CORE BELIEFS</b> باورهای مرکزی                      ارزشمندی: من ارزشمند هستم.</p>

باورهای مرکزی ناکارآمد ممکن است زمانی که بیمار در حالت افسرده قرار دارد فعال باشند و یا این باورها گاهی اوقات و بیشتر اوقات فعال باشند و یا ممکن است یک باور کاملاً ثابت باشند. زمانی که این باور فعال است افراد موقعیت از دریچه این باور نگاه می‌کنند مگر اینکه کاملاً بی‌اعتبار باشد. افراد تمایل دارند به شکل انتخابی بر مسائلی تمرکز کنند که باور مرکزی آنها را تأیید می‌کند و اطلاعاتی که با باور مرکزی مغایرت دارد را نادیده می‌گیرند.

به عقیده پیاز، طرح‌واره (schema) عبارت است از یک ساختار ذهنی فرضی که اطلاعات را سازمان‌دهی می‌کند. درون این طرح‌واره، باور مرکزی قرار دارد:

### چهار راهنمای اصلی برای ایجاد ارتباط درمانی خوب.

- (۱) با هر مراجع طوری رفتار کنید که اگر خودمان درمان‌جو باشیم دوست داریم با ما رفتار شود
  - (۲) در اتاق درمان آدم خوبی باشیم و به مراجع کمک کنیم احساس امنیت کند
  - (۳) به خاطر داشته باشیم چنانچه درمان‌جو ما را با چالش مواجه کند همین دلیل نیاز او به درمان است.
  - (۴) از خودمان و درمان‌جو انتظارات منطقی داشته باشیم
- اتحاد درمانی زمانی تقویت می‌شود که درمان‌جو، در فاصله بین جلسات احساس بهبود بکند.

### چگونه نشان دهیم مهارت‌های مشاوره خوب را داریم

- براساس نظریه Norcross and Lamber این موارد در ایجاد رابطه درمانی خوب مفید هستند:
- همکاری، توافق درباره اهداف، همدلی، توجه مثبت، تأیید کردن، بازخورد دادن به درمان‌جو و بازخورد گرفتن از درمان‌جو مؤثرند.
- ابراز هیجانی، پرورش انتظارات مثبت، ارتقا اعتبار درمان، مدیریت انتقال متقابل و جبران گسیختگی‌ها در رابطه درمانی، احتمالاً مؤثرند.
- خودآشنایی و حضور ذهن امیدوارکننده هستند، اما پژوهش‌ها به اندازه کافی نیست.
- درباره فروتنی و شوخ‌طبعی درمانگر هم پژوهش کافی انجام نشده است.
- در CBT مهارت‌های مشاوره راجرزی، یعنی همدلی (empathy) اصالت (genuineness) توجه مثبت (positive regard) اهمیت فراوان دارند.



اخذ بازخورد در انتهای هر جلسه از بیمار به صورت «چه نظری درباره این جلسه دارید؟» می تواند اتحاد درمانی را به خوبی تقویت و تحکیم کند.

### همکاری کردن با درمان جویان

شما در طول درمان، به روش های زیادی همکاری را افزایش خواهید داد. مثلاً شما و درمان جو باهم تصمیماتی خواهید گرفت، مثل:

- در طول جلسه، برای چه اهدافی تلاش کنید
- برای پرداختن به اهداف و موانع گوناگون چقدر زمان صرف کنید
- کدام افکار خودآیند، هیجانات، رفتارها یا پاسخ های فیزیولوژیکی را هدف قرار دهید
- کدام مداخلات را امتحان کنید
- کدام فعالیت های خود-یاری در خانه انجام شوند
- چند وقت یکبار یکدیگر را ملاقات کنید
- چه زمانی شروع کنید به کم کردن تدریجی جلسات و پایان درمان

### استفاده از خود-افشایی Self Discloser

گاهی به بعضی درمانگران آموزش داده می شود از خود-افشایی استفاده نکنند. این ممانعت ممکن است از مفهوم درمانگر به عنوان «لوح خالی» در روان تحلیلی نشأت گرفته باشد. اما در CBT شما نمی خواهید یک لوح خالی باشید. می خواهید درمان جو، شما را به درستی به عنوان یک فرد صمیمی و قابل اعتماد بشناسد. خود-افشاگری هوشمندانه می تواند تأثیر زیادی در تقویت فهم بیمار از درمان جو داشته باشد. البته خود-افشاگری باید یک هدف واضح داشته باشد؛ مثلاً، تقویت رابطه درمانی، قابل درک نشان دادن مشکلات درمان جو، روشن کردن این موضوع که تکنیک های CBT چطور می توانند کمک کنند، الگو قرار دادن یک مهارت یا عمل کردن به شکل یک الگو یا سرمشق



### ترمیم گسیختگی رابطه درمانی

گاهی در طول درمان، درمان‌جویان بازخورد منفی به شما می‌دهند مثلاً «شما درک نمی‌کنید من چه می‌گویم» در این موارد قطعاً مشکلی وجود دارد. بعضی از درمان‌جویان به شکل غیرمستقیم به یک مشکل اشاره می‌کنند و گاهی خودشان را مسئول این مشکل می‌دانند. مثلاً «شاید حرفم را واضح بیان نمی‌کنم» در صورتی که منظورشان این است که شما من را درک نمی‌کنید.

در این موارد لازم است سؤالات بیشتری از درمان‌جو بپرسید تا متوجه مشکل شوید و اگر چنانچه مشکلی وجود دارد آیا این مشکل تأثیر منفی بر رابطه درمانی می‌گذارد یا نه. برای جلوگیری از مشکلات و احیای رابطه درمانی پس از بروز مشکل باید از مفهوم‌پردازی خودتان در مورد درمان‌جو استفاده کنید.

### مثال:

درمان‌جو: انجام دادن این کار مفید نیست. -> فکر خودآیند: شما به من اهمیتی نمی‌دهید  
درمانگر: چقدر خوب شد که این را به من گفتید (تقویت مثبت) سپس مفهوم‌پردازی مشکل و ایجاد یک راهبرد.

اولین سؤالی که باید در این موارد از خودتان بپرسید این است: درمان‌جو درست می‌گوید؟ در این صورت عذرخواهی را الگودهی کنید.

اشتباهات رایجی که از درمانگران رخ می‌دهد: ارائه کاربرگی که برای درمان‌جو گیج‌کننده است. پیشنهادی که از نظر درمان‌جو نامناسب است. عنوان کردن تکالیفی که برای بیمار دشوار است. فهم نادرست صحبت‌های درمان‌جو. قطع کردن زیاد صحبت درمان‌جو.

### چگونه واکنش منفی خودمان نسبت به درمان‌جو را مدیریت کنیم

در آغاز هر روز کاری به فهرست مراجعان نگاه کنید و از خودتان بپرسید: آرزو می‌کنم کدام درمان‌جو امروز مراجعه نکند. در این صورت اگر مراجعی به ذهنتان آمد از تکنیک‌های CBT روی خودتان بهره ببرید. شناختن‌هایتان را درباره این درمان‌جوی خاص شناسایی کنید انتظاراتتان را از درمان‌جو بررسی کنید. انتظاراتتان از خودتان بررسی کنید و اطمینان پیدا کنید که این انتظارات واقع‌بینانه‌اند.



این جلسه در ابتدای جلسه درمان برگزار می‌شود ولی ارزیابی فقط به این جلسه محدود نیست و شما در هر جلسه داده‌هایی جدید را جمع‌آوری می‌کنید تا تشخیص و مفهوم‌پردازی‌تان را تأیید کنید، عوض کنید و یا موارد جدید به آن اضافه کنید.

در این موارد ممکن است به یک تشخیص توجه نکنید زمانی که اطلاعات شما کافی نیست. زمانی که درمان‌جو از ارائه اطلاعات خاصی خودداری کند. برای مثال مصرف مواد، اختلال خوردن و ... . زمانی که علائم مشخصی را به یک اختلال نسبت می‌دهید در صورتیکه اختلال دیگری وجود دارد. برای مثال گوشه‌گیری را به افسردگی نسبت می‌دهید در صورتیکه اضطراب اجتماعی وجود دارد.

### اهداف جلسه ارزیابی

جمع‌آوری اطلاعات مثبت و منفی برای تشخیص‌گذاری درست و تهیه مفهوم‌پردازی شناختی و طرح درمان اولیه

مشخص کردن اینکه آیا شما درمانگر مناسبی برای این درمان‌جو هستید  
فهمیدن اینکه آیا خدمات یا درمان اضافی مثل تجویز دارو ضرورت دارد یا خیر.  
ایجاد اتحاد درمانی با درمان‌جو

آموزش دادن به درمان‌جو درباره درمان شناختی رفتاری و تهیه یک تکلیف منزل آسان  
شما باید تا جایی که می‌توانید اطلاعات جمع‌آوری کنید. گزارش‌های مربوط به درمان‌گران فعلی و قبلی بیمار را مطالعه کنید از پرسشنامه‌ها و فرم‌های خود گزارش‌دهی استفاده کنید در مورد سوابق مشکلات جسمی بیمار آگاه باشید چراکه بعضی از بیماران مشکلات جسمی دارند نه روانشناختی. مثل کم‌کاری تیروئید که با افسردگی اشتباه می‌شود.



یک راهکار مناسب این است که در تماس تلفنی اولیه با درمان جو، به او اطلاع بدهید مفید است یک عضو خانواده، همسر یا دوست مورد اعتماد، وی را در جلسه ارزیابی همراهی کند تا اطلاعات بیشتری فراهم شود.

### در جلسه ارزیابی:

با درمان جو سلام و احوالپرسی کنید  
با کمک درمان جو تصمیم بگیرید آیا یک عضو خانواده یا دوست باید در اتاق حضور داشته باشد یا نه  
دستور کار را مشخص کنید.  
بررسی روانی اجتماعی.  
اهداف کلی را تعیین کنید  
تشخیص احتمالی و طرح درمان کلی را شرح دهید و درباره CBT به درمان جو آموزش دهید  
با همکاری هم یک برنامه فعالیت مشخص کنید  
انتظارات از درمان را مشخص کنید و جلسه را خلاصه و جمع بندی کنید و بازخورد بگیرید  
در جلسه ارزیابی یا در نخستین جلسه درمان، باید پیش نیازهای اخلاقی و قانونی محلی را که در آن مشغول به کارید فراهم کنید. اگر جایی که در آن کار می کنید چنین الزاماتی ندارد، همچنان توصیه می شود از درمان جو بخواهید یک فرم رضایت نامه درمانی را بخواند و امضا کند. این فرم باید شامل مواردی مثل خطرات و منافع درمان، محدودیت های رازداری، اطلاع رسانی الزامی به منابع ذی ربط و محرمانه بودن گزارش ها باشد.

### توصیفی از یک روز معمولی

یک بخش مهم دیگر ارزیابی این است که از درمان جو بپرسید زمانش را چگونه می گذرانند. این توصیف اطلاعات بیشتری درباره تجربه روزمره درمان جو برای شما ایجاد می کند، تعیین هدف را آسان می کند و به شما کمک می کند فعالیت های مثبتی را تعیین کنید که بعداً می توانید درمان جو را تشویق کنید تا بیشتر آنها را انجام دهد. همچنین به شما کمک می کند متوجه شوید که مراجع برای چه فعالیت هایی زمان بیشتری صرف می کند و برای چه فعالیت هایی زمان کمی صرف می کند. در حین توصیف یک روز عادی شما یادداشت برداری کنید و این موارد را مشخص کنید:



تغییرات خلقی، مقدار ارتباط مراجع با خانواده، دوستان و همکاران. میزان کلی عملکرد مراجع در خانه، کار و ... چگونه مراجع زمانش را می گذرانند. چه فعالیت‌هایی احساس لذت و موفقیت به او می‌دهد. فعالیت‌های خود مراقبتی‌اش چگونه است و از چه فعالیت‌هایی دوری می‌کند.

### نکته مهم و سؤالی

زمانی که درمان‌های قبلی بیمار اثربخش نبوده است و بیمار به همین دلیل نگران است، در ابتدا به خاطر بیان عدم اطمینان او را تقویت مثبت کنید. به این صورت که: «چقدر خوب شد که این موضوع را به من گفتید». پس از آن از بیمار بپرسید که رابطه‌اش با درمانگران قبلی‌اش چگونه بوده است. آیا رابطه خوبی با آنها داشته یا خیر و سپس این سؤالات را از بیمار بپرسید:

- ۱) آیا درمانگر قبلی شما برای هر جلسه، دستور کار مشخص می‌کرده
- ۲) آیا درمانگر شما توضیح می‌داده که در فواصل درمان چه کاری انجام دهید تا هفته بهتری داشته باشید
- ۳) آیا درمانگر شما از اینکه نکات جلسه درمان ثبت شده است اطمینان حاصل می‌کرده
- ۴) آیا درمانگر شما به شما یاد می‌داده که فکرها یا نگرانی‌ها خودتان ارزیابی کنید و به آنها پاسخ دهید
- ۵) آیا درمانگران به شما انگیزه می‌داده تا تغییرات رفتاری ایجاد کنید.
- ۶) آیا درمانگران از شما در مورد درمان بازخورد می‌گرفته تا اطمینان پیدا کند مسیر درمانی‌شان درست است

معمولاً بیشتر مراجعان تجربه چنین درمانی را ندارند بنابراین شما می‌توانید بگویید «از اینکه می‌شنوم درمانگران قبلی شما تمام این کارها را انجام نمی‌داده‌اند خوشحال هستم. مثل اینکه درمان ما با درمان‌های قبلی شما متفاوت است. اگر درمان ما نیز دقیقاً مثل تجربه‌های قبلی شما می‌بود کمتر امیدوار بودم.» چنانچه مراجع عنوان کرد درمانگر قبلی تمام این فعالیت‌ها را انجام می‌داده باید زمان بیشتری صرف کنید تا بفهمید چه اتفاقی افتاده به‌خصوص دقت کنید که درمانگران قبلی درمان مناسب اختلال خاص بیمار برای او ارائه می‌دادند یا خیر. درمان‌های آنها براساس پژوهش‌های جدید و بالینی شخصی‌سازی شده بوده یا خیر. در هر صورت شما می‌توانید مراجع را تشویق کنید که درمان

مهم‌ترین هدف اولین جلسه درمان افزایش امیدواری درمان‌جو است. به‌منظور افزایش امیدواری بیمار این اقدامات باید انجام شود:

- آموزش روانشناختی: مثل توضیح در مورد CBT و اثربخش بودن آن برای شرایط درمان‌جو
- بیان کردن طرح کلی درمان: به بیمار بگویید که مطمئن هستید می‌توانید به او کمک کنید تا احساس بهتری داشته باشد.
- ارزش‌ها، آرزوها و هدف‌های بیمار را شناسایی کنید
- برقراری رابطه همدلانه، آشنا کردن بیمار با سیر درمان
- بررسی خلق بیمار برای پایش پیشرفت درمان
- جمع‌آوری اطلاعات بیشتر برای مفهوم‌پردازی بهتر
- آموزش مدل شناختی به درمان‌جو
- برنامه‌ریزی فعالیت‌ها یا کار کردن روی یک مسئله
- تهیه برنامه فعالیت و درخواست بازخورد از بیمار



جلسات استاندارد CBT با مراجعان سرپایی ۴۵ تا ۵۰ دقیقه می باشد ولی اولین جلسه درمان معمولاً یک ساعت طول می کشد. در طول جلسه سعی کنید یک یا چند مورد از افکار خودآیند مراجع را شناسایی کنید و سپس می توان مدل شناختی را به بیمار معرفی کرد در حین جلسه به دنبال فرصت برای ایجاد هیجان مثبت در بیمار باشید. مثلاً از او بخواهید تصور کند به آرزوهایش رسید. درباره علایق و ارزشهای او صحبت کنید.

بررسی خُلق بیمار باید مختصر و تا حد امکان کوتاه باشد اگر درمان جو وارد جزییات زیادی شد می توانید صحبت بیمار را قطع کنید و از او عذرخواهی کنید و سپس از این جمله استفاده کنید: «لطفاً احساس خودتان را در طول این هفته در یک یا دو جمله خلاصه کنید»

اگر بیمار به علت مشکلات روانشناختی دارو مصرف میکند پایبندی به مصرف، مشکلات مصرف و عوارض جانبی را به طور مختصر بررسی کنید. نکته مهم این است که پرسش در مورد پایبندی به مصرف دارو را به صورت فراوانی یا تناوب مصرف مطرح کنید، یعنی نپرسید «این هفته داروهاتون را مصرف کردید؟» بلکه بپرسید «این هفته چند مرتبه توانستید داروهایتان را همانگونه که دکتر تجویز کرده مصرف کنید؟» در صورتی که بیمار دارو مصرف میکند و یا نوع دیگری از درمان را دریافت میکنند، باید با اجازه او هر چند وقت یک بار برای تبادل اطلاعات با متخصصی که این درمان را به او ارائه میدهد تماس بگیرید.



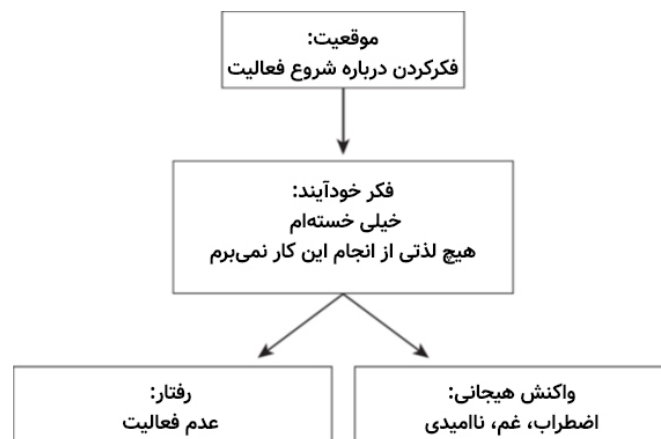
هدف از این تماس این نیست که شما داروهای بیمار را تغییر دهید ولی ممکن است با این کار بتوانید به بیمار کمک کنید بر موانعی که در پایداری کامل او به مصرف دارو وجود دارد غلبه کنید. در صورتی که درمان جو در مورد مسائلی مثل عوارض جانبی داروها، مقدار مصرف دارو یا اعتیاد به داروها و استفاده از داروهای جایگزین به جای داروهای شیمیایی نگرانی دارد این پیشنهاد را به او بدهید که پرسش‌هایش را یادداشت کند و از متخصصی که برایش دارو تجویز کرده بپرسد. سپس به بیمار پیشنهاد کنید پاسخ‌های متخصص را نیز یادداشت کند. در صورتیکه مراجع دارو مصرف نمی‌کند ولی از نظر شما نیاز به مصرف دارو دارد می‌توانید پیشنهاد کنید که مراجع مشاوره روانپزشکی بگیرد. در صورتیکه مراجع در مورد ملاقات یک متخصص دیگر شک داشت می‌توانید همراه باهم به بررسی مزایا و معایب انجام دادن این کار در برابر مزایا و معایب انجام ندادن آن بپردازید. همچنین اشاره به این موضوع نیز مفید است که به مراجع بگویید لازم نیست حتماً دارو مصرف کند. می‌تواند فقط اطلاعات بیشتری در این مورد به دست بیاورد.

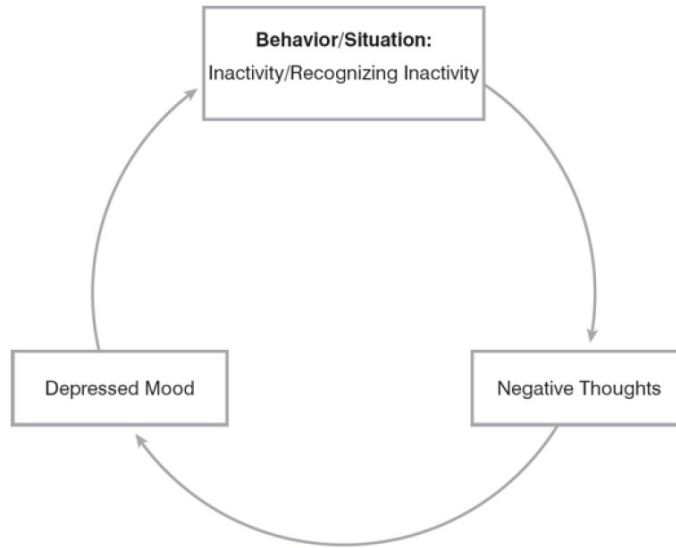
در CBT سنتی برای بهینه‌سازی برنامه فعالیت این پرسش را از بیمار مطرح می‌کنیم که «در فاصله بین جلسات چه اتفاقی افتاده که بهتر است من بدانم» این پرسش به‌خصوص در اوایل درمان منجر به بیان مجموعه‌ای از تجارب منفی می‌شود. سپس می‌توان این پرسش را مطرح کرد که «اتفاقات مثبتی که در فاصله جلسات افتاد چه چیزهایی بودند» در شناخت درمانی بهبود مدار تمایل داریم با تجربه‌های مثبت شروع کنیم و به درمان جو کمک کنیم به این وسیله به نتیجه‌گیری‌های سازگارانة برسد.

بیشتر مراجعان تمایل دارند که تشخیص کلی خود را بدانند و از این بابت مطمئن شوند که شما فکر نمی‌کنید آنها دیوانه هستند. بهتر است در جلسه اول از برچسب یک اختلال روانی جدی یا اختلال شخصیت اجتناب کنید و در عوض مشکلاتی که درمان جو تجربه کرده را توصیف کنید. مثال: «به نظر من شما افسردگی اساسی دارید. همین‌طور به نظر میرسد مشکلات طولانی‌مدتی در روابط و شغلستان داشته‌اید. درست است؟»

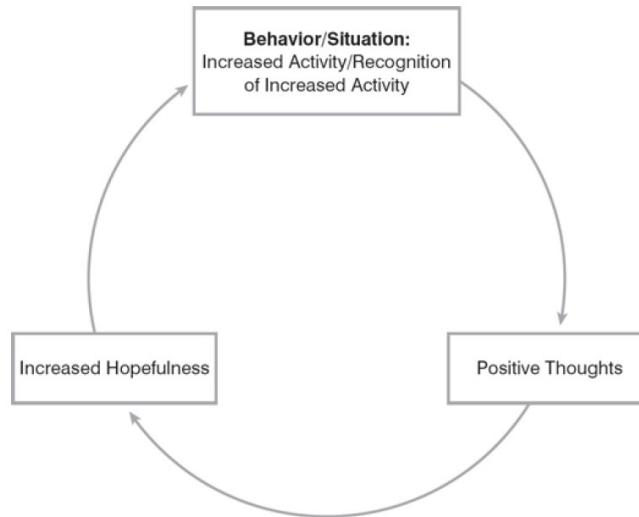
بهتر است به بیمار بگویید که چگونه به این تشخیص رسیده‌اید و در مورد شرایط بیمار یک آموزش روانشناختی اولیه به او بدهید. هدف ما این است که کمک کنیم درمان‌جویان مشکلاتشان را به اختلالشان نسبت بدهند نه به شخصیتشان. افکاری مثل «مشکل در وجود من است» «من تنبل

مهم‌ترین قدم در مورد بیماران افسرده برنامه‌ریزی کردن برای فعالیت‌های آن‌هاست. بیماران افسرده از انجام بعضی از کارهایی که قبلاً به آنها احساس موفقیت، کنترل، لذت و پیوند با دیگران می‌داد به‌طور فعالانه اجتناب می‌کنند. گاهی کارهای عادی روزمره را نیز انجام نمی‌دهند و فعالیت‌های خودمراقبتی شان کاهش پیدا می‌کند. خوب غذا نمی‌خورند و غذاهای خوب نمی‌خورند. ورزش کمتری می‌کنند، ساعات خواب و مقدار خواب آنها به هم می‌ریزد و رفتارهایی مانند ماندن در رختخواب، تماشای تلویزیون، بازی‌های کامپیوتری و گذراندن زمان در فضای مجازی را بیشتر انجام می‌دهند. معمولاً در این بیماران افکار خودآیند مانند سد راهی می‌شود که مانع آغاز کردن یا انجام یک فعالیت می‌شود. بنابراین عدم فعالیت منجر به تشدید خُلق پایین بیمار می‌شود چراکه بی‌فعالیتی به‌خودی‌خود باعث کاهش حس تسلط، لذت و پیوند با دیگران می‌شود و در نتیجه این وضعیت منجر به تشدید افکار منفی می‌شود و یک دور باطل ایجاد می‌کند.





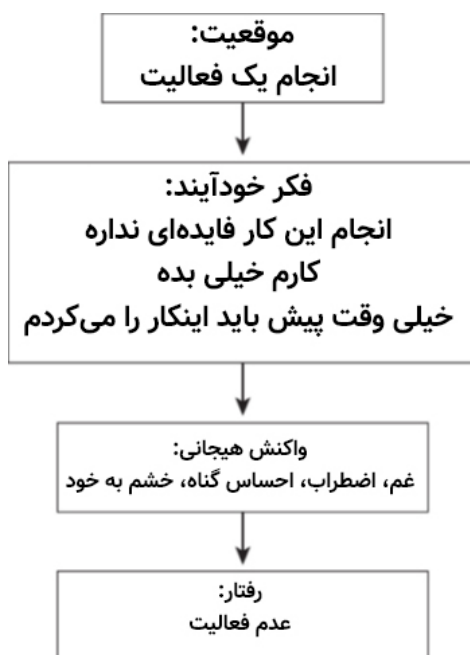
فعال شدن بیمار خُلق را بهتر می کند و منجر به شکستن سیکل باطل می شود.







گاهی برای بهبود فهم بیمار از شرایط می‌توان این شکل‌ها را برای او رسم کرد. گاهی بیماران افسرده فعالیت‌های مختلفی نیز انجام می‌دهند ولی معمولاً سطح پایینی از رضایت و لذت را به علت افکار خودآیند خودسرزنشگر تجربه می‌کنند. حتی بعد از اینکه بیمار به فعالیت‌هایی هم پرداخت افکار منفی خودآیندی دارد مثل: «باید این کار را بهتر انجام می‌دادم» «این کار خیلی هم مهم نبود». پس بهتر است زمانی که برای فعالیت‌های بیمار برنامه‌ریزی می‌کنیم افکار خودآیندی که ممکن است در آغاز فعالیت یا ادامه فعالیت‌ها در روند کار بیمار تداخل ایجاد کند را پیش‌بینی کنیم و همچنین افکاری که منجر به کاهش حس لذت، موفقیت و پیوند با دیگران می‌شود را هم پیش‌بینی کنیم.



### برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های درمان‌جو

افراد افسرده فعالیت‌های روزانه و هفتگی خود را تغییر می‌دهند. باید به این افراد کمک کنید بیشتر با زندگی درگیر شوند. می‌توان از آنها خواست یک جدول فعالیت رسم کنند و در آن جدول مشخص

قبلاً به برنامه فعالیت، تکلیف خانه (homework) می‌گفتند که جزء جدایی‌ناپذیر CBT است نه یک جزء اختیاری.

بهبود افراد در گرو این است که هر روز، تغییرات جزئی در رفتار و فکرشان ایجاد کنند هیچ فرمول مشخصی برای تعیین برنامه فعالیت وجود ندارد. شما و بیمار باهم تصمیم می‌گیرید که بهتر است او چه کارهایی انجام دهد.

این برنامه‌ریزی به مفهوم‌پردازی شما از بیمار، آرزوهای بیمار و چیزی که در جلسه در موردش حرف زده‌اید و چیزی که شما و او فکر می‌کنید بیش از همه مفید است و مهم‌تر از همه چیزی که بیمار تمایل دارد و می‌تواند انجام دهد بستگی دارد. هرچقدر که بیمار بیشتر افسرده باشد برنامه فعالیتش باید در ابتدا تأکید بیشتری بر تغییر رفتار داشته باشد. کار شناختی در ابتدا بیشتر شامل اصلاح و تغییر افکار خودآیندی است که در اجرای برنامه فعالیت و رسیدن به حس موفقیت، لذت و پیوند ناشی از انجام فعالیت برنامه‌ریزی شده تداخل ایجاد می‌کند.

برنامه فعالیت خوب باعث می‌شود: ۱- بیمار درباره تجربه‌هایش و خودش نتیجه‌گیری مثبتی انجام دهد. ۲- بیمار به خودش آموزش دهد مثلاً با مطالعه کتاب. ۳- اطلاعات جمع‌آوری کند مثلاً افکار، هیجانات و رفتارش را بررسی کند ۴- شناخت‌هایش را بررسی کند، اصلاح کند و یا نادیده بگیرد. ۵- مهارت‌های شناختی و رفتاری را تمرین کند ۶- رفتارهای جدید را امتحان کند

### مواردی که در برنامه فعالیت گنجانده می‌شود

- ۱) خواندن یادداشتهای درمان: مطالب مهمی که در جلسه درمان ثبت شده
- ۲) نظارت افکار خودآیند: هرزمانی که بیمار متوجه شد خلقش تغییر می‌کند یا رفتار ناسازگاری انجام می‌دهد از خودش بپرسد «الآن به چه چیز فکر می‌کنم» این تفکرات



- ممکن است درست باشد، درست نباشد یا کاملاً درست نباشد. بهتر است که افکارش را ثبت کند
- (۳) بررسی افکار خود آیند و پاسخ دادن به آنها: در هر جلسه به بیمار کمک کنید افکار غیرسودمندش را تغییر دهد بخصوص آنهایی که در اجرای برنامه فعالیت تداخل می‌کند به مرور به او آموزش دهید تا خودش بتواند به تنهایی افکارش را بررسی کند.
- (۴) آزمایش‌های رفتاری: آزمایش‌هایی طراحی کنید تا به کمک آن اعتبار پیش‌بینی‌ها منفی را بیازمایید و درمان‌جو بتواند آنها در فاصله بین جلسات و یا در جلسه درمان اجرا کند. ابتدا می‌توان از پرسشگری سقراطی استفاده کرد ولی وقتی که از طریق یک تجربه شخصی پیش‌بینی‌ها رد شوند تغییر شناختی و هیجانی بیشتری ایجاد می‌کند.
- (۵) آزادی از افکاری که قسمتی از یک فکر مضر هستند به کمک تکنیک‌های ذهن آگاهی
- (۶) برداشتن گام‌ها در جهت اهداف: در مورد اهداف بیمار در هر جلسه سؤال کنید و سپس مشخص کنید که با توجه به این اهداف طی هفته آینده چه گام‌هایی باید بردارد. موانع را مشخص کنید و بازسازی شناختی، حل مسئله و یا مهارت‌آموزی را در جهت انجام این گام‌ها انجام دهید.
- (۷) انجام فعالیت‌های بالا برنده خلق: این فعالیت‌ها با آرزوها، ارزش‌ها و اهداف بیمار مرتبط هستند و منجر به افزایش فعالیت‌های خودمراقبتی، تعاملات اجتماعی، حس لذت، تسلط و هدفمندی می‌شوند.
- (۸) لیست اعتبار (Credit lists): بیمار باید خودش را تحسین و تشویق کند. کارهایی که انجام می‌دهد حتی اگر آسان هستند به شکل یک لیست بنویسد. زمانی که بیمار خود انتقادگر است و باورهای مرکزی در مورد درماندگی و بی‌کفایتی دارد این کار بسیار مهم است و باعث می‌شود که این افراد مجدداً به خودشان اعتماد پیدا کنند و به شکل واقع‌بینانه‌تری در مورد خودشان قضاوت کنند. در این موارد می‌توان از خودافشایی استفاده کرد به این صورت که اگر شما خودتان را در سرتاسر طول روز تشویق می‌کند این تجربه را با بیمار در میان بگذارد.



- ۹) تمرین مهارت‌های رفتاری (Practicing behavioral skills): برای حل مسئله، بیمار نیاز دارد مهارت‌های جدیدی بیاموزد و تمرین کند. مثل ذهن آگاهی (mindfulness)، تن آرامی (relaxation)، تنظیم هیجانی (emotional regulation)، ارتباط (communication skill) یا مهارت سازمان‌دهی (organizational skill)، مدیریت زمان (time management) یا بودجه‌بندی (budgeting skill)
- ۱۰) درگیر شدن با مطالعه درمانی (Engaging in bibliotherapy): مطالعه در فاصله بین جلسات باعث تقویت مفاهیم بحث شده در جلسه می‌شود. از بیمار بخواهید هنگام مطالعه، یادداشت‌برداری کند که با چه چیزهایی موافق است، با چه چیزهایی مخالف است و چه سؤال‌هایی دارد. سطح تمرکز و انگیزه بیمار را برای مطالعه و پیشنهاد منبع در نظر داشته باشید. اگر بیمار تلاش کند مطلبی را بخواند که نمی‌تواند درک کند ممکن است خودانتقادگر شود یا از انتقاد شما بترسد.
- ۱۱) آمادگی برای جلسه بعدی درمان: اینکه بیمار در فاصله بین جلسات به این فکر کند که در جلسه بعدی چه چیزی می‌خواهد بگوید باعث می‌شود سرعت هر جلسه درمانی افزایش پیدا کند.

### چگونه پایبندی به برنامه فعالیت را افزایش دهید

- ۱) برنامه فعالیت متناسب با هر بیمار، فردی سازی شود: بر اساس آرزوها، اهداف، نقاط قوت و منابع بیمار توانایی فکری، خواندن و نوشتن و ترجیحات و سطح انگیزه او، میزان علائم و اختلال عملکرد اجرایی و عملکرد کلی او و محدودیت‌های او.
- ۲) به بیمار توضیح دهید چه منطقی برای انجام برنامه فعالیت وجود دارد: در این صورت احتمال انجام برنامه فعالیت بیشتر می‌شود و می‌تواند بفهمد که چرا و چگونه برنامه فعالیت به او کمک می‌کند.
- ۳) برنامه فعالیت را با موافقت و همکاری بیمار مشخص کنید: در تمام طول درمان برای تعیین برنامه فعالیت باید موافقت بیمار را کسب کنیم.
- ۴) برنامه فعالیت را راحت‌تر کنید نه سخت‌تر: فعالیت‌هایی را انتخاب کنید که برای بیماران آفسرده آسان است. تکالیف بزرگ را به تکه‌های کوچک و قابل مدیریت تقسیم کنید.

اگر درمان را سفر در نظر بگیریم، مفهوم‌پردازی، نقشه راه و مقصد، اهداف و آرزوهای بیمار است. مفهوم‌پردازی درست کمک می‌کند بفهمید بهترین راه کدام است.

برنامه‌ریزی درمانی مؤثر نیازمند تشخیص صحیح، فرمول‌بندی مورد اعتماد و در نظر داشتن ویژگی‌های بیمار و آرزوها و ارزش‌ها و اهداف اوست. درمان باید بر اساس هر بیمار، فردی سازی شود. در مورد درمان یک راهبرد کلی داریم و در هر جلسه هم یک برنامه خاص برای آن جلسه. برای درمان باید مفهوم‌پردازی خودتان از درمان‌جو، مرحله‌ای از درمان که بیمار در آن قرار دارد، ارزش‌ها و انگیزه بیمار و اتحاد درمانی را در نظر داشته باشید.

اهداف کلی از درمان کمک کردن به بهتر شدن اختلال بیمار، بهبود خلق، عملکرد، تاب‌آوری او و جلوگیری از عود است. شما باید به بیمار کمک کنید که در افکار و رفتارش انعطاف‌پذیرتر باشد. برای رسیدن به هدف‌های درمانی باید این موارد رعایت شود:

- (۱) اتحاد درمانی
- (۲) مشخص کردن روند درمان برای بیمار
- (۳) بررسی میزان پیشرفت به‌طور هفتگی و اصلاح طرح درمان براساس میزان پیشرفت بیمار
- (۴) آموزش مدل شناختی به بیمار و مطرح کردن مفهوم‌پردازی‌تان با او
- (۵) کاهش آشفتگی بیمار از طریق روش‌های بازسازی شناختی، حل مسئله و مهارت‌آموزی
- (۶) افزایش خلق مثبت از طریق ایجاد فرصت برای انجام کارهایی که احساس معناداری، لذت و تسلط را در بیمار افزایش می‌دهد
- (۷) به او کمک کنید بر اساس تجربه‌های مثبت نتیجه‌گیری مثبت کند و به این وسیله باورهای مثبت سازگار درباره خودش، اطرافیان، دنیا، آینده افزایش پیدا کند. همچنین کمک کنید



باورهای منفی خود را شناسایی کند و در کاهش آنها تلاش کند و در مورد تجربه‌های منفی‌اش به نتیجه سازگارانه‌تر برسد.  
۸) به او آموزش بدهید از CBT و بقیه تکنیک‌ها در سایر مراحل زندگی استفاده کند.

### برنامه‌ریزی درمان در تمام جلسات

فرایند درمان سه مرحله‌ای است.

#### مرحله اول:

- ایجاد اتحاد درمانی
  - شناختن آرزوها، ارزش‌ها و اهداف بیمار
  - مشخص کردن مراحل رسیدن به هر هدف یا حل هر مشکل
  - موانع راه را شناسایی و حل کنید
  - بیمار را با فرایند درمان آشنا کنید
  - آموزش در مورد مدل شناختی، اختلال بیمار و روش‌های مقابله
  - تأکید بر نقاط قوت، منابع و باورهای مثبت بیمار
  - به بیمار آموزش دهید چگونه افکار خودآیندش را شناسایی کند و به آنها پاسخ دهد
  - به بیمار کمک کنید از تجربه‌هایش نتیجه مثبت بگیرد
  - مهارت‌آموزی
  - آموزش برنامه‌ریزی برای فعالیت‌ها به‌خصوص در فرد افسرده
- کاهش علائم و بهبود عملکرد بیمار در ابتدای درمان بسیار مهم است. این کار باعث می‌شود قطع زودهنگام درمان از طرف بیمار کاهش پیدا کند و نتیجه درمانی بهتری ایجاد شود افزایش ایجاد هیجان‌ات مثبت در طول درمان مهم است

#### مرحله میانی درمان:

در این مرحله بر تقویت باورهای مثبت و سازگار بیمار تأکید می‌کنید و با کمک تکنیک‌های عقلانی و هیجانی باورهای ناکارآمد بیمار را شناسایی، ارزیابی و اصلاح می‌کنید.



### مرحله پایانی:

در این مرحله بیمار را برای اتمام درمان آماده می‌کنید، در رسیدن به اهداف تلاش می‌کنید، حس بهزیستی و تاب‌آوری را افزایش می‌دهید و بر جلوگیری از عود تأکید می‌کنید. در این مرحله بیمار باید به این اهداف رسیده باشد:

- (۱) فعال‌تر شده باشد
- (۲) در تعیین دستور کار پیش‌قدم شود
- (۳) راه‌حل موانع را بشناسد
- (۴) به افکار ناسازگار پاسخ دهد
- (۵) یادداشتهای درمانی را ثبت کند
- (۶) و برنامه فعالیت تهیه کند

### ایجاد یک برنامه درمانی

بر این اساس برنامه درمانی تهیه می‌شود:

- (۱) تشخیص و فرمول‌بندی شناختی اختلال
  - (۲) اصول درمانی برای آن اختلال
  - (۳) مفهوم‌پردازی درمانگر از بیمار
  - (۴) آرزوها، نقاط قوت، ارزش‌ها و حس هدفمندی بیمار
  - (۵) موانعی که بیمار در راه رسیدن به هدف‌هایش با آنها روبرو است
- باید برنامه درمان برای هر بیمار و ویژگی‌های فرهنگی، سن، دین، قوم، وضعیت اجتماعی اقتصادی، جنسیت، جهت‌گیری جنسی او فردی سازی شود.

### برنامه‌ریزی تک‌تک جلسات

نکته بسیار مهم این است که بهتر شدن افراد درگرو تغییرات کوچکی است که هر روز در فکر و رفتارشان ایجاد می‌شود.

جلسه اول درمان ساختار متفاوتی با بقیه جلسات دارد به این دلیل که باید به موضوعات زیادی پرداخته شود. در مورد ساختار جلسات باید درمان‌جو انعطاف‌پذیر باشد و در صورت لزوم تغییراتی در طول درمان در این ساختار ایجاد کند.

### چگونه محتوای جلسات را تعیین می‌کنید؟

در هر بخش از جلسه درمانی چه اتفاقی می‌افتد: بررسی خلق، دارو و دیگر درمان‌ها، تنظیم دستور کار اولیه، به‌روزرسانی و بررسی برنامه فعالیت، بحث در مورد موارد دستور کار، خلاصه‌های دوره‌ای، خلاصه جلسه، بررسی نهایی برنامه فعالیت جدید، و بازخورد؟

### محتوای جلسات

محتوای جلسات براساس اهداف بیمار و اهداف درمانی درمانگر متفاوت است. برای برنامه‌ریزی هر جلسه باید مرحله درمانی که بیمار در آن قرار دارد را در نظر بگیرید و از مفهوم‌پردازی‌تان درباره بیمار برای هدایت درمان استفاده کنید.

### قالب یک جلسه معمولی

در جلسه اول منطق هر بخش درمان را با بیمار مطرح کنید. در طول جلسه مرتب مطالب را خلاصه کنید.

### بخش ابتدایی جلسه:

- بررسی خلق، دارو و سایر درمان‌ها
- مشخص کردن دستور کار جلسه





- مرور برنامه فعالیت جلسه قبل

- اولویت‌بندی دستور کار جلسه

اهداف اختصاصی بخش ابتدایی جلسه برقراری رابطه و جمع‌آوری اطلاعات برای مشخص کردن این است که به چه اهدافی باید در جلسه پرداخته شود و در نهایت نتیجه‌گیری در مورد چیزهایی که بیمار به آنها رسیده است، به‌عنوان پیگیری جلسه قبلی. در نتیجه برای رسیدن به این اهداف باید خُلق و مصرف دارو را بررسی کنید و دستور کار اولیه را تعیین کنید و برنامه فعالیت را مرور کنید و دستور کار جلسه را اولویت‌بندی کنید.

### مثال:

درمانگر: هفته گذشته چه صحبت‌های مهمی داشتید؟ خلقتان در مقایسه با هفته‌های قبل چطور بود؟ چه تجربه‌های مثبتی در این هفته داشتید؟ چه چیزهایی یاد گرفتید؟ در این هفته چه اتفاق مهمی افتاد؟ برای هفته آینده چه هدف‌هایی دارید؟ چه مواردی از برنامه فعالیت را انجام دادید؟ در صورتی که انجام ندادید چه چیز مانع بود؟

**بررسی خُلق** فرصتی برای درمانگر ایجاد می‌کند که به بیمار نشان دهد برای درمانگر مهم است که در هفته گذشته چه احساسی داشته. پیشرفت و سیر درمان را بررسی می‌کنید. مدل شناختی را به‌وسیله اینکه افکار و فعالیت‌های بیمار بر خلقش اثر گذاشته تقویت می‌کنید و افکار خودکشی، ناامیدی و پرخاشگری را که نیاز است در جلسه به آن پرداخته شود بررسی می‌کنید.

در بررسی خُلق سه مشکل ممکن است ایجاد شود: ۱- بیمار تغییرات مثبت در خلقش را به عوامل بیرونی نسبت دهد. ۲- بیمار با تمام جزئیات در مورد خلقش صحبت کند ۳- خُلق بدتر شده باشد.

در مورد بیمارانی که برای آنها دارو تجویز شده باید پایبندی به **مصرف دارو و سایر درمان‌ها** بررسی شود.

برای **تعیین دستور کار اولیه** از بیمار بپرسید چه هدف‌هایی برای جلسه دارد. یادداشت‌های جلسه قبلی را مرور کنید و در مورد مواردی که فرصت نشد به آنها پردازید سؤال کنید و موضوعاتی که خودتان مایلید به آنها پرداخته شود را پیشنهاد دهید.



همچنین در تمام طول بخش اول درمان باید از بیمار بپرسید آیا مسائل مهم دیگری هم برای هفته آینده پیش‌بینی می‌کند و همچنین به‌طور دائم برای سایر موارد مهم در دستور کار گوش‌به‌زنگ باشید مثل تجربه‌های منفی هفته گذشته که احتمال دارد در هفته پیش رو دوباره اتفاق بیافتد. درمانگر باید بین جلسه قبلی و جلسه فعلی پل بزند. باید مرور برنامه فعالیت را با به‌روزرسانی تلفیق کنید و گوش‌به‌زنگ اهدافی باشید برای دستور کار جلسه مهم هستند. برای شروع به‌روزرسانی می‌توان این سؤال را پرسید «هفته گذشته چه اتفاق‌هایی افتاد که بهتر است من بدانم؟» در این موارد معمولاً بیمار تجربه‌های منفی را گزارش می‌کند. بنابراین مهم است سؤال دیگری هم مطرح کنید که به‌طور خاص تجربه‌های مثبت و زمان‌هایی که بیمار احساس بهتر داشته است را مرور کند. در درمان بهبود مدار ما گرایش داریم با مثبت‌ها شروع کنیم. تأکید بر موارد مثبت کمک می‌کند بیمار واقعیت را بهتر درک کند چراکه افسردگی باعث می‌شود بیمار صرفاً بر موارد منفی تمرکز داشته باشد. مرور موارد مثبت به بیمار کمک می‌کند بفهمد در طول یک هفته به‌طور دائم پریشانی را تجربه نکرده. در این موارد باید بیمار را به خاطر انجام فعالیت‌های مثبت، فعالیت اجتماعی و لذت‌بخش تشویق کرد و به او کمک کنید در مورد این فعالیت‌ها نتیجه مثبتی درباره خودش بگیرد و او را تشویق کنید که هفته آینده هم به فعالیت‌های مشابه بپردازد.

باید اهداف دستور کار جلسه را فهرست کنید در صورتیکه تعداد موارد زیاد بود با مشورت بیمار دستور کار جلسه را اولویت‌بندی کنید. و مشخص کنید که بیمار می‌خواهد بیشتر در مورد کدام موضوع صحبت کند.

### بخش میانی جلسه:

- روی اولین مورد دستور کار جلسه کار کنید، خلاصه کنید، مداخلات لازم را انجام دهید، نیاز به مداخلات بیشتر را بسنجید و در مورد برنامه فعالیت صحبت کنید. باید روی مسئله‌ای بیشتر کار کنید که برای بیمار مهم‌تر است.

در CBT سنتی اطلاعاتی در مورد مشکلاتی که اخیراً اتفاق افتاده جمع‌آوری می‌کنیم و آن مشکل را براساس مدل شناختی مفهوم‌پردازی می‌کنیم. در رویکرد بهبودمدار از بیمار می‌پرسیم در هفته آینده چه قدم‌هایی در رسیدن به یک هدف که درواقع روی دیگر یک مشکل است برمی‌دارد. از مدل شناختی استفاده می‌کنیم تا موانع را مفهوم‌پردازی کنیم و درنهایت در مورد هر دو رویکرد باید با همکاری بیمار

بیشتر بیماران به خوبی با ساختار عادی جلسات آشنا می‌شوند و آنرا می‌پذیرند در این موارد تنها آموزش دادن در مورد ساختار جلسه به بیمار کفایت. اما گاهی اوقات نباید ساختار عادی جلسه را دنبال کنید.

### مشکلات عمومی در ساختار بندی

زمانی که از مشکل مطلع شدید از خودتان بپرسید «مشکل دقیقاً چیست؟» «بیمار چه چیز می‌گوید یا نمی‌گوید که مشکل محسوب می‌شود» «این مشکل چرا بوجود آمده» «برای این مشکل باید چکار کنم؟»

اگر تشخیص گذاری درست انجام داده‌اید و طرح درمانی خوب تهیه کرده‌اید ولی هنوز در ساختاردهی جلسات مشکل دارید این موارد را بررسی کنید:

#### • آیا برای هدایت جلسه صحبت بیمار را به آرامی قطع کردید؟

برای اینکه به اثربخش‌ترین حالت ممکن پیش رود گاهی نیاز است حرف بیمار را به آرامی قطع کنید. گاهی اوقات بیمار به خاطر قطع کردن حرفش ناراحت می‌شود. در این موارد او را به خاطر مطرح کردن این موضوع تقویت مثبت کنید و سپس عذرخواهی کنید. اشتباه شما این بوده که توانایی بیمار در تحمل قطع شدن صحبتش را بیش از حد برآورد کرده‌اید.

درمانگران تازه‌کار و بی‌تجربه شناخت‌های مداخله‌گری در مورد قطع کردن صحبت بیمار و اجرای ساختار جلسه دارند. در این موارد باید در فاصله بین جلسات افکار خودآیندتان در این مورد شناسایی کنید. مثل «من نمیتونم جلسه را ساختاردهی کنم» «بیمار نمیتونه خودش را مختصر بیان کنه» «نباید حرفش را قطع کنم»



آیا بیمار را با فرایند درمان آشنا کردید؟ دومین مشکل متداول در حفظ ساختار زمانی ایجاد می‌شود که بیمار را به‌درستی با روند کار آشنا نکنیم. بیمارانی که تا کنون تحت درمان CBT قرار نگرفته‌اند نمی‌دانند که شما از آنها چه می‌خواهید. در اولین جلسه درمان باید به بیمار بگویید که چه علتی برای ساختاردهی جلسه هست. درباره هر یک از اجزای جلسه به او توضیح دهید و منطق آنرا برای بیمار بگویید و از او بازخورد بخواهید.

#### • آیا بیمار به اندازه کافی در درمان مشارکت داشته؟

سومین مشکل زمانی ایجاد می‌شود که بیمار باورهای ناسازگاری داشته باشد و این باورها مانع از تلاش او در درمان می‌شود. همچنین شاید بیمار اهداف مشخصی نداشته باشد که بخواهد به آنها برسد و یا امیدهای غیرواقع‌بینانه‌ای برای حضور در جلسات درمانی بدون هیچ‌گونه تلاشی داشته باشد. شاید بیمار احساس ناامیدی در مورد توانایی‌هایش برای حل مسئله و تأثیر گذاشتن بر زندگی داشته باشد و یا شاید بترسد که اگر حالش بهتر شود زندگی‌اش بدتر می‌شود. مثلاً دیگر درمانگرش را از دست می‌دهد. درمانگر باید تغییر عاطفه بیمار را به‌دقت رصد کند تا بتواند درباره شناخت‌های بیمار از او سؤال کند.

#### • آیا رابطه درمانی به اندازه کافی محکم است؟

چهارمین مشکل که باعث می‌شود بیمار با ساختار جلسات هماهنگ نشود باورهای ناکارآمد درباره خودش، درمان و درمانگر است.

اگر ساختار جلسه را به روش کنترل‌گرانه به بیمار تحمیل کنیم ممکن است مشکلاتی ایجاد شود. اگر بیمار به شما بازخورد صادقانه ندهد حتی متوجه چنین اشتباهی نمی‌شوید پس مهم است با اجازه بیمار به کمک ضبط کردن، جلسه را مرور کنید و یا از یک ناظر آموزشی کمک بخواهید. عذرخواهی کردن را تمرین کنید و در جلسات بعد مشکل را جبران کنید «من در هفته گذشته بی‌ملاحظه عمل کرده‌ام. از این بابت متأسفم و می‌خواهم با نحوه پیش رفتن جلسه موافق باشید»

**نکته:** چگونه می‌توان مشخص کرد که عدم پایبندی بیمار به ساختار جلسات به چه علت است. آیا به خاطر اشتباه درمانگر در آشنا کردن بیمار با روند کار است یا به علت عدم تمایل بیمار در تبعیت کردن از درمان؟



در ابتدا باید بیمار را با ساختار مرسوم جلسه آشنا کنید و در این حین پاسخ های کلامی و غیر کلامی او را بررسی کنید. اگر علت فقط ناآشنایی با روند کار باشد پاسخ هایش تقریباً خنثی یا شاید گاهی خودانتقادگرانه باشد. پس از انجام مداخله تبعیت او بهتر می شود.

## مشکلات معمول در ساختار بندی قسمت های مختلف جلسه درمان

### ۱- بررسی خلق

مشکلات معمول در این قسمت عبارتند از: عدم توانایی بیمار در تکمیل کردن فرمها، نارضایتی بیمار از فرمها یا مشکل او در ابراز وضعیت کلی خلق.

اگر این مشکلات صرفاً به علت عدم آشنایی درمان جو با نحوه تکمیل فرم باشد، بهتر است منطق تکمیل فرم را به او یادآوری کنید. سپس مشکلات عملی موجود مثل زمان کم، فراموش کاری یا مشکل در خواندن و نوشتن را رفع کنید.

در صورتیکه بیمار به خاطر تکمیل کردن فرمها ناراحت است می توان از او پرسید که هنگامی که این کار را انجام می دهد چه فکر خودآیندی دارد.

مثال: بیمار: تکمیل کردن فرمها وقت تلف کردن است و این سؤالات بی ارتباط به من هستند.

درمانگر: متوجه هستم که احساس دلخوری دارید پر کردن این فرمها چقدر از شما زمان می برد.

بیمار: شاید چند دقیقه

درمانگر: می دانم که گاهی سؤالات مربوط به شما نیستند اما پر کردن فرمها باعث می شود ما بتوانیم بهتر از زمان جلسه استفاده کنیم چراکه دیگر حین جلسه لازم نیست از شما سؤالات زیادی بپرسم و می توانیم به کارهای مهم تر بپردازیم

بیمار: پس فکر می کنم بهتر است انجامش دهیم

اگر بیماران نتوانند به شکل ذهنی خلقشان را توصیف کنند و یا نتوانند این کار را خلاصه انجام دهند و در برچسب زدن به خلقشان مشکل داشته باشند، می توان صحبت درمان جو را به آرامی قطع کرد و سؤالات اختصاصی تری از او پرسید و به او نشان دهید چگونه پاسخ دهد.

در صورتیکه بیماران در مورد توصیف خلقشان پرحرفی کنند به او آموزش دهید چگونه به صورت خلاصه خلقشان را وصف کنند. اگر بیماران تغییرات مثبت خلق خود را به عواملی بیرون از خود نسبت دهند مثلاً به مصرف دارو و یا مهربان تر بودن همسر و غیره این پاسخ کمک کننده است: «قطعاً این

افکار خودآیند جریانی از فکر که همزمان با یک جریان آشکارتر از تفکر وجود دارد هستند. این افکار مخصوص افراد دارای مشکلات روانشناختی نیست. یک تجربه رایج برای همه انسان‌ها است. معمولاً به‌ندرت افراد از این افکار آگاه هستند ولی با اندکی آموزش می‌توان به راحتی نسبت به آنها هوشیاری پیدا کرد. اگر دچار مشکلات روانشناختی نباشیم هنگامی که از این افکار آگاه شویم می‌توانیم به‌طور خودکار واقعیت آزمایی کنیم و به افکار منفی پاسخ بدهیم. اما افرادی که دچار آشفتگی‌های روانشناختی هستند معمولاً این بررسی مهم و ضروری را نمی‌توانند انجام دهند. CBT به بیماران می‌آموزد افکارشان را به‌صورت هوشیارانه ارزیابی کنند بخصوص هنگامی که ناراحت هستند یا به رفتار بی‌فایده می‌پردازند. بیماران بعد از آموختن CBT متوجه می‌شوند که می‌توانند از هیجانات منفی خود به‌عنوان یک سرخ برای شناخت افکار خودآیند استفاده کنند. چه افکار خودآیندی ناکارآمد هستند:

(۱) افکاری که واقعیت را تحریف می‌کنند

(۲) افکاری که باعث ایجاد یک واکنش هیجانی و یا فیزیولوژیک ناسازگار می‌شوند

(۳) افکاری که منجر به یک رفتار ناسازگار می‌شوند

(۴) افکاری که مانع رسیدن به اهداف بیمار می‌شوند به‌وسیله ایجاد اختلال در حس توانایی او

به این مسئله توجه کنید که بسیار مهم است نسبت به هر دو دسته سرخ‌های کلامی و غیرکلامی بیمار گوش‌به‌زنگ باشید تا شناخته‌های مهم او یا به‌اصطلاح شناخته‌های داغ (important or “hot” cognitions) را شناسایی کنید. این شناخته‌ها افکار خودآیند مهمی هستند که درون جلسه درمان رخ می‌دهند که می‌تواند درباره موضوع مورد بحث «اینکه من مجبور باشم این‌همه کار انجام دهم غیرمنصفانه است» باشد و یا درباره خود بیمار «من نمی‌توانم هیچ کاری را درست انجام دهم»، درمانگر «من را درک نمی‌کنی» یا فرایند درمان «باز خورد دادن را دوست ندارم» باشد.



این افکار می‌تواند باعث کاهش احساس کفایت و ارزشمندی، انگیزه و تمرکز بیمار شود و در نهایت باعث اختلال در فرایند درمان می‌شود. شناسایی سریع افکار خودآیند این فرصت را برای بیمار ایجاد می‌کند که بتواند بلافاصله افکارش را بیازماید و به آنها پاسخ دهد و این مسئله باعث تسهیل کار در ادامه جلسه می‌شود. افکار خودآیند ناکارآمد معمولاً همیشه منفی هستند به جز در این موارد:

- بیمار مبتلا به مانیا یا هایپومانیا باشد مثال: «یه فکر عالی دارم. می‌خوام ببینم ماشینم تا چه سرعتی میتونه بره»

- بیمار ویژگی‌های خودشیفتگی داشته باشد «من از همه بهترم»

- بیمار به خودش اجازه بدهد به رفتار ناسازگار ادامه دهد «همه دوستان من الکل می‌خورند.

نوشیدن الکل به مقدار زیاد هیچ اشکالی ندارد»

معمولاً بیماران بیشتر در مورد هیجاناتی که به دنبال افکار خودآیند می‌آید آگاه هستند تا نسبت به خود افکار خودآیند. افکار خودآیند معمولاً بسیار کوتاه هستند. مثلاً بیماران در جلسه درمان تا حدودی در مورد هیجانانگم، اضطراب، شرم و ... آگاه هستند ولی از افکار خودآیندشان آگاهی ندارند تا زمانی که درمانگر این افکار را بیرون بکشد. هیجاناتی که بیمار احساس می‌کند با محتوای افکار خودآیند ارتباط دارد. همچنین بیماران از رفتار ناسازگارشان بیشتر از افکار خودآیندی که پیش از آن رفتار ایجاد می‌شود آگاه هستند. مثلاً زمانی که بیمار از رابطه با دوستان اجتناب می‌کند این رفتار با افکار خودآیندش مرتبط است. بیمار ممکن است نسبت به پاسخ‌های فیزیولوژیک خود هم آگاهی بیشتری داشته باشد تا افکار خودآیند. مثلاً احساس تنش در بدن. شناسایی افکار خودآیند یک مهارت است. این مهارت در بعضی افراد به سرعت یاد گرفته می‌شود و در بعضی افراد به راهنمایی و تمرین نیاز دارد. هنگامی که بیمار در جلسه درمان یک موقعیت، هیجان، رفتار یا واکنش فیزیولوژیک را توصیف می‌کند که در گذشته تجربه کرده یا فکر می‌کند در آینده ممکن است تجربه کند و یا زمانی که بیمار در خود جلسه درمان یک تغییر ناگهانی منفی در هیجانش را تجربه می‌کند یا یک رفتار ناسازگار نشان می‌دهد در این موارد سؤالاتی که می‌تواند در شناسایی افکار خودآیند کمک کند: «به چی فکر می‌کنید؟»

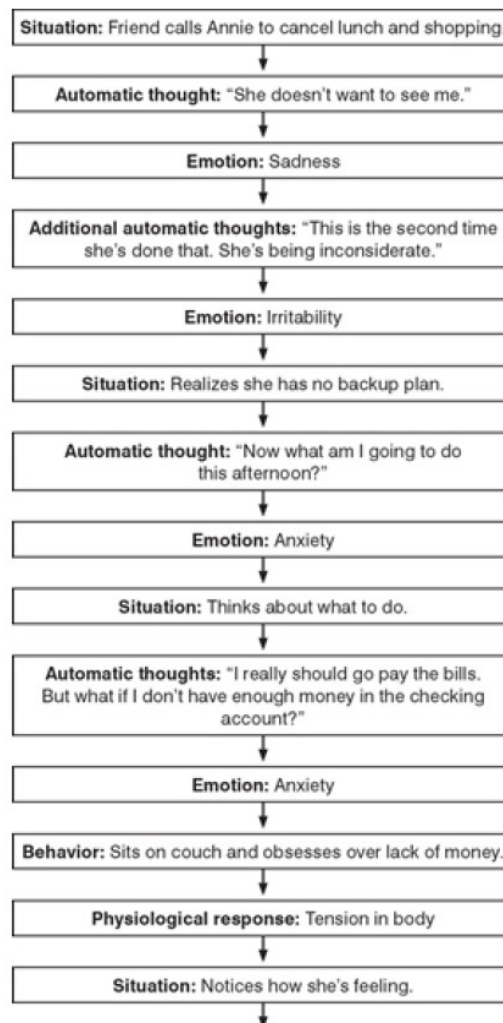
زمانی که بیمار یک فکر خودآیند اولیه را گزارش می‌کند شما باید برای مشخص کردن بقیه افکار

خودآیند مهم که ممکن است وجود داشته باشد پرسشگری را ادامه دهید.



### یک مدل شناختی توسعه‌یافته (AN EXTENDED COGNITIVE MODEL)

زمانی که بیمار مجموعه‌ای از افکار خودآیند و واکنش‌ها را درباره یک مسئله خاص دارد بخصوص اگر به دنبال آن مشغول رفتار ناسازگار شود مثل یک رفتار تکانشی باید مراحل متعدد که در این رفتار نقش ایفا می‌کند یادداشت کنید. یعنی از اولین محرک تا آخرین واکنش که می‌تواند چندثانیه تا چند ساعت طول بکشد. مثال زیر در مورد یکی از بیماران است که نشان می‌دهد چگونه موقعیت ناراحت‌کننده اولیه نهایتاً منجر به نوشیدن فراوان الکل می‌شود.





در CBT هیجان‌ات بسیار مهم هستند و یکی از هدف‌های درمان کاهش هیجان‌ات منفی و افزایش هیجان‌ات مثبت است. هیجان‌ات منفی شدید بسیار دردناک هستند و می‌توانند موانعی در مسیر دستیابی به اهداف فرد باشند. افرادی که اختلال روانپزشکی دارند، به‌طور افراطی نسبت به موقعیت هیجان‌ات را تجربه می‌کنند. همچنین شناسایی کارکردهای مثبت هیجان منفی نیز مهم است. مثلاً غم می‌تواند به‌اصطلاح جاهای خالی زندگی را پر کند. احساس گناه می‌تواند برای انجام کارها انگیزه بدهد و اضطراب می‌تواند انرژی بدهد که شما با چالشی مواجه شوید.

### برانگیختن و تقویت هیجان‌ات مثبت

هیجان‌ات مثبت باعث افزایش حس بهزیستی و تحمل می‌شود و هر دوی این موارد در طول درمان و پس از اتمام درمان مهم هستند.

یادآوری خاطرات مثبت مربوط به موضوعی که بیمار در گذشته با مشکلات دست‌وپنجه نرم کرده و موفق شده به او این امکان را می‌دهد که در حال حاضر بهتر مقابله کند. شما باید در سرتاسر هفته و در طول جلسه هیجان‌ات مثبت بیمار را استخراج کنید و تقویت کنید:

- درباره علایق بیمار و اتفاقات مثبتی که در طول هفته رخ داده صحبت کنید
- در برنامه فعالیت کارهایی که باعث افزایش هیجان مثبت می‌شود را بگنجانید و سپس به بیمار آموزش دهید بعد از انجام آن کارها خود را تشویق کند
- به بیمار کمک کنید از تجربه‌هایش نتایج مثبت بگیرد

خیلی از بیماران برای توصیف هیجان‌ات مثبت واژه‌های محدودی دارند باید از آنها بخواهید تمامی هیجان‌ات مثبت را شناسایی کنند. این کار باعث افزایش توانایی بیمار در برچسب زدن به هیجان‌ات می‌شود و خُلق او را بالا می‌برد.



برای افزایش شدت هیجانات مثبت در حین جلسه از بیمار بخواهید تصور کند موقعیت مثبت مورد نظر همین الآن اتفاق افتاده.

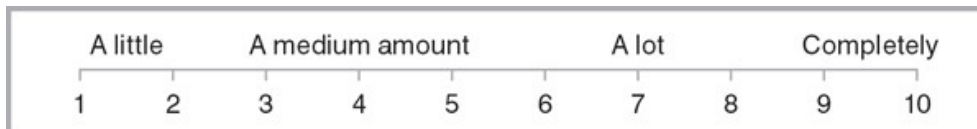
### برچسب زدن به هیجانات منفی

هنگامی که بیمار در شناسایی هیجانات منفی مشکل دارد، می‌توانید چند گزینه در اختیار او قرار دهید و یا فهرستی از هیجانات منفی را به او نشان دهید.

- غمگین، دل تنگ، تنها، افسرده
- عصبانی، ناامید، آشفته، دلخور
- ناامید، سرخورده
- مقصر
- مشکوک
- مضطرب، نگران، پرتنش، سراسیمه
- شرمزده، تحقیر شده
- حسود، غبطه‌خور
- آسیب‌دیده

### درجه‌بندی شدت هیجانات

گاهی نیاز است از بیمار بخواهید هم هیجاناتش را بشناسد و هم شدت آنها را مشخص کند. نمره دادن به شدت هیجانات قبل و بعد از مداخله درمانی به شما کمک می‌کند مشخص کنید آیا نیاز است مداخله بیشتری انجام دهید یا نه. همچنین از قطع زودهنگام مداخله درباره یک مسئله جلوگیری می‌کند. اندازه‌گیری شدت هیجان در موقعیت خاص به شما و بیمار کمک می‌کند که در ابتدا مشخص کنید که آیا نیاز به بررسی بیشتر هست یا خیر. در صورتیکه بیماران در نمره دادن به شدت یک هیجان مشکل دارند یا دوست ندارند این کار را انجام دهند، می‌توان از عبارت مختصر، متوسط، شدید استفاده کرد یا مقیاسی به شکل زیر کشید:





## متمایز کردن افکار خودآیند از هیجانان

بیمار باید بتواند هیجانان منفی‌اش را تشخیص دهد و به آنها برچسب بزند بخصوص زمانی که این هیجانان در گام برداشتن به سمت اهداف اختلال ایجاد می‌کند هدف ما حذف کردن هیجانان منفی نیست. هیجانان منفی به‌اندازه هیجانان مثبت بخشی از زندگی هستند و به‌اندازه درد جسمی کارکرد دارند. ولی ما می‌خواهیم هیجانان منفی افراطی را کم کنیم. درواقع ما با هیجانان بیمار مجادله نمی‌کنیم بلکه آنها را تصدیق می‌کنیم و با بیمار همدلی می‌کنیم.

## تطبیق محتوای افکار خودکار با هیجانان

طی مفهوم‌پردازی بیمار شما باید به‌طور مداوم تلاش کنید تجربیات بیمار را درک کنید و بفهمید چگونه افکار زیربنایی او باعث ایجاد شدن افکار خودآیند خاص در یک موقعیت خاص می‌شود و بر هیجانان و رفتارش اثر می‌گذارد.

## افزایش هیجانان منفی

بعضی از تکنیک‌ها برای افزایش هیجانان منفی طراحی شده‌اند. از این تکنیک‌ها زمانی استفاده می‌شود که نیاز است بیمار بیشتر به افکارش دسترسی داشته باشد، شناخت‌هایش را در سطح هیجانی تغییر دهد، یاد بگیرد هیجانان خطرناک یا غیرقابل کنترل یا تحمل‌ناپذیر نیستند، نتیجه بعضی از رفتارهای ناسازگارش را بررسی کند. برای افزایش هیجانان منفی از تصویرسازی ذهنی، مواجهه و تمرکز بر حس‌های بدنی استفاده کنید.

## آزمایش باورها در مورد هیجانان منفی

بعضی از بیماران اعتقاد دارند که هیجانان منفی خطرناک هستند مثلاً «آگه ناراحت بشم، ناراحتی همین‌طور بدتر می‌شود تا جایی که نمی‌توانم تحمل کنم و کنترلم را از دست می‌دهم» این باورها مانع تلاش بیمار در رسیدن به اهداف می‌شود. و باعث اجتناب بیمار از صحبت کردن درباره مشکلات پریشان‌کننده می‌شود. در این موارد که بیمار شناخت‌های ناسازگار درباره هیجانان منفی دارد، در درمان پیشرفت نمی‌کند. در این موارد باید از تکنیک‌های بازسازی شناختی (cognitive restructuring) استفاده کنید تا به بیمار کمک کنید باورهایش را ارزیابی کند. آزمایش رفتاری (behavioral experiment) به کمک ذهن آگاهی (mindfulness) کمک‌کننده است. می‌توان به بیمار

سه نوع فکر خودآیند مرتبط با درمان وجود دارد. ۱- افکار غلطی که باعث پریشانی یا رفتار ناسازگار می‌شود: این افکار باید به شکل کلامی و از طریق آزمایش رفتار مورد ارزیابی قرار بگیرد. ۲- افکار درست ولی بی‌فایده: این افکار باید حل مسئله شوند. نتیجه‌گیری نادرست ناشی از این افکار ارزیابی شود و برای یک مشکل غیرقابل حل پذیرش تمرین شود. ۳- افکاری که بخشی از یک فرایند فکری ناسازگار مثل نشخوار، وسواس و خود انتقادگری هستند. باورهای مربوط به این فرایندهای فکری را باید ارزیابی کنید و از تکنیک‌های ذهن آگاهی استفاده کنید.

### انتخاب افکار خودآیند کلیدی

هنگامی که بیمار به یک فکر خودآیند اشاره می‌کند، ابتدا باید این فکر مفهوم‌پردازی شود تا مشخص شود آیا فکر مهمی است که نیاز است بر آن تمرکز شود و در حال حاضر موجب ایجاد آشفتگی می‌شود و این فکر احتمال دارد تکرار شود و چقدر احتمال دارد مجدداً بیمار این فکر را تجربه کند و به دنبال آن دچار آشفتگی شود. در صورتیکه پاسخ به این سؤالات منفی باشد این یک شناخت به‌اندازه کافی مهم نیست و لازم نیست که وقت جلسه صرف کار کردن بر روی آن شود. بیمارانی که آشنایی کافی با درمان ندارند اینگونه افکار را گزارش می‌کنند. حتی اگر بیمار یک فکر خودآیند مهم را گزارش کرد با مشورت هم می‌توان تصمیم بگیرید روی آن تمرکز کنید یا نه. بخصوص اگر این فکر خودآیند موجب شود ۱- به رابطه درمانی آسیب بزند مثلاً: بیمار احساس بی‌اعتباری کند ۲- باعث افزایش سطح آشفتگی بیمار شود ۳- زمان کافی نداریم که بتوانیم در موردش به‌طور مؤثری صحبت کنیم. ۴- نیاز است روی باور ناکارآمد زیربنایی آن فکر کار شود ۵- صحبت کردن در مورد موضوع کاملاً متفاوت دیگری مهم‌تر است.



### پرسش برای ارزیابی یک فکر خودآیند

به چند دلیل نباید به‌طور مستقیم فکر خودآیند را به چالش کشید: ۱- نمی‌دانید که این فکر خودآیند تا چه مقدار درست است ۲- چالش مستقیم فکر موجب احساس بی‌اعتباری در بیمار شود ۳- به چالش کشیدن یک شناخت اصل تجربه‌گرایی مشارکتی (collaborative empiricism) را نقض کند. طبق این اصل بیمار و درمانگر باید باهم فکر خودآیند را ارزیابی کنند.

معمولاً افکار خودآیند همیشه اندکی حقیقت دارند و به‌جای به چالش کشیدن مستقیم آنها باید با فرایند ظریفی به نام پرسشگری سقراطی (Socratic questioning) با آنها روبرو شد. اگر پرسشگری سقراطی به‌طور حرفه‌ای انجام شود شبیه به پرس‌وجوی محاوره‌ای است. شیوه سقراطی برتری واضحی نسبت به روش‌های آموزشی دارد. اگر پرسشگری سقراطی به‌درستی انجام شود باعث تغییر علائم می‌شود.

این روش محترمانه‌تر است و باعث می‌شود بیماران بیشتر به بازسازی شناختی بپردازند.

- چه شواهدی نشون دهنده درست بودن این فکر خودآیند است؟ چه شواهدی نشون میده اشتباه است؟
- بدترین چیزی که ممکنه اتفاق بیافته چیه؟ بهترین چیزی که ممکنه اتفاق بیافته چیه؟
- واقع‌بینانه‌ترین نتیجه چیه؟
- اعتقاد من به این فکر خودآیند چه اثری داره؟ تغییر دادن فکرم چه اثری داره؟
- اگر ... توی این موقعیت بود و همین فکر را داشت بهش چی می‌گفتم؟

### پرسش‌های ارزیابی افکار خودآیند از فرم ثبت فکر

- موقعیت چیه؟
- الان به چی فکر می‌کنم یا چه چیزی را تصور می‌کنم؟
- چه چیز باعث میشه گمان کنم فکرم درست است؟
- چی باعث میشه گمان کنم این فکر درست نیست یا به‌طور کامل درست نیست؟
- بدترین چیزی که ممکنه اتفاق بیافته چیه؟ اونوقت باید چیکار کنم؟
- بهترین چیزی که ممکنه اتفاق بیافته چیه؟
- احتمالاً چه اتفاقی می‌افته؟ اگر این فکرم را برای خودم تکرار کنم چه اتفاقی می‌افته؟ اگر فکرم را تغییر بدم چه اتفاقی می‌افته؟



### پرسش‌های ارزیابی افکار خودآیند از کاربرگ آزمودن افکار

گاهی روش‌های رفتاری (behavioral methods) قدرتمندتر از پرسشگری سقراطی است. یعنی روش‌هایی که به بیمار کمک می‌کند از تجربه‌هایش به نتیجه‌گیری‌های سازگار برسد. آزمایش‌های رفتاری برای تمام بیماران مناسب هستند از جمله کودکان، افرادی که بیماری روانی جدی، آسیب مغزی، ناتوانی هوش و اوتیسم دارند.

بررسی فکر بیمار باید خنثی باشد هدف ما این نیست که بیمار شواهدی که از یک فکر خودآیند حمایت می‌کند نادیده بگیرد و یک توضیح جایگزین غیرممکن و دیدگاه مثبت غیرواقع‌بینانه را جایگزین کند.

### سوالات "شواهد" (Evidence Questions)

افکار خودآیند تکه‌هایی از حقیقت را شامل می‌شوند و به همین دلیل بیمار شواهدی از درستی افکارش دارد که باید در ابتدا این شواهد شناسایی شوند. اما معمولاً بیماران نمی‌توانند شواهد مخالف را شناسایی کنند و این وظیفه شما است که به بیماران کمک کنید در مرحله بعد این دسته از شواهد را شناسایی کنند. مثال:

درمانگر: چی باعث میشه فکر کنید چارلی نمی‌خواهد با شما صحبت کند؟

Abe: خب آخرین صحبت ما یک ماه پیش بوده

درمانگر: دیگه چی؟

Abe: در آخرین ملاقاتمون حال من خوب نبود

درمانگر: دیگه چی؟

Abe: چیزی دیگه نیست

درمانگر: خب حالا چی باعث میشه فکر کنید که ممکن است این فکر درست نباشه یا کاملاً درست

نباشه و چارلی می‌خواهد با شما صحبت کند؟

Abe: خب ما دوستای خوبی بودیم

درمانگر: دیگه چی؟

Abe: زمانی که برنامه‌ای که ماه پیش گذاشته بودیم را کنسل کردم ناراحت شدم

درمانگر: چی بهتون گفت؟

برای اینکه به بیمار کمک کنید که چگونه به افکار خودآیندی که در فاصله بین جلسات تجربه می‌کند، پاسخ دهد، از دو روش اساسی استفاده کند ۱- یادداشتهای درمانی‌اش را بخواند ۲- استفاده از کاربرگ.

### ثبت یادداشتهای درمانی

بعد از اینکه بیمار یک فکر خودآیند را ارزیابی کرد از او بخواهید که خلاصه‌سازی کند وقتی که خلاصه خوبی ارائه داد از او بخواهید که این خلاصه را یادداشت کند. در حالت ایدئال بهتر است که بیمار هر روز صبح یادداشتهای درمانی را بخواند و در طول روز هر موقع نیاز شد به این یادداشتهای مراجعه کند. زمانی که این یادداشتهای مرتب تمرین شود بیماران این مطالب را با تفکرشان یکپارچه می‌کنند. اینکه یادداشتهای درمانی به‌طور مرتب برای آمادگی با موقعیت‌های دشوار مطالعه شود اثربخشی بسیار بیشتری دارد تا اینکه فقط زمانی که بیمار با موقعیت‌های دشوار روبرو می‌شود به آنها مراجعه کند.

بهتر است هر درمانگر یک کپی از یادداشتهای درمانی بیمار را پیش خود داشته باشد تا زمان برنامه‌ریزی برای جلسه بعد مرور برنامه فعالیت و تقویت مفاهیمی که در جلسه قبلی با بیمار درباره آن صحبت کرده‌اید به این یادداشتهای مراجعه کنید. ایدئال‌ترین حالت این است که بیمار یادداشتهای درمانی را بنویسد، ولی در مورد بعضی از بیماران که دوست ندارند این کار را انجام دهند یا نمی‌توانند بخوانند و یا به نظر آنها گوش دادن به یادداشتهایشان اثربخشی بیشتری دارد، از ضبط کردن استفاده کنید. هنگامی که در جلسه بیمار به افکار خودآیندش پاسخ می‌دهد، با استفاده از یک ضبط‌صوت، پاسخ‌ها را ضبط کنید و یا می‌توان در انتهای جلسه، تمام پاسخ‌ها را یکجا ضبط کنید. اینکه تمام طول جلسه را ضبط کنید و از بیمار بخواهید به‌کل یک جلسه درمانی گوش دهد معمولاً اثربخشی کمتری



دارد. در این موارد بیمار ممکن است در طول یک هفته فقط یک مرتبه جلسه را گوش کند. نه اینکه چندین بار به مهمترین نکات جلسه گوش کند و گاهی همین مسئله باعث می‌شود افکار خودانتقادگر در بیمار ایجاد شود. مهم است که به بیمار انگیزه دهید که یادداشتهای درمانی را بخواند، درباره موانع بیمار که ممکن است مانع از خواندن یادداشتهای او شود از او سؤال کنید. در صورتیکه زمان مورد نیاز برای این کار را بیش برآورد کرد، از او بخواهید در همان جلسه یادداشتهای او را با صدای بلند بخواند و شما زمان را ثبت کنید تا بیمار متوجه شود این کار زمان کمی می‌گیرد.





## استفاده از کاربرگ

کاربرگ آزمودن افکار (Thoughts Worksheet)

- افکار ممکن است صد درصد درست باشند، اصلاً درست نباشند یا کاملاً درست نباشند. اگر شما به چیزی فکر می‌کنید به این معنا نیست که آن فکر درست است.
- ۱- هرگاه روحیه‌تان بدتر می‌شود یا مشغول کار غیرسودمندی هستید سؤالات این کاربرگ را از خودتان بپرسید و پاسخ‌های آن را بنویسید. این کار ۵ تا ۱۰ دقیقه طول می‌کشد
  - ۲- همه سؤالات در مورد همه افکار خودآیند کاربرد ندارند
  - ۳- از فهرست شناسایی خطاهای شناختی در مورد افکار خودآیند استفاده کنید
  - ۴- املا، دستخط و دستور زبان مهم نیست
  - ۵- اگر بعد از کار با این کاربرگ خلقتان ۱۰ درصد بهبود پیدا کرد به استفاده از آن ادامه دهید

مثال: «اگه کاملاً موفق نشم، آنگاه یک آدم شکست‌خورده هستم»	All-or-nothing thinking تفکر همه‌یا هیچ
مثال: «خیلی ناراحت میشم اصلاً نمی‌تونم هیچ کاری بکنم»	Catastrophizing (fortune-telling) فاجعه‌سازی یا پیشگویی
مثال: «اون پروژه را خوب انجام دادم ولی به این معنا نیست که آدم شایسته‌ای هستم، فقط شانس آوردم»	Disqualifying or discounting the positive نادیده گرفتن موارد مثبت
مثال: «توی شغلم خیلی کارها را خوب انجام میدم اما هنوز حس می‌کنم یه شکست‌خورده هستم»	Emotional reasoning استدلال هیجانی
مثال: «من یه بازنده‌ام» «اون اصلاً آدم خوبی نیست»	Labeling برچسب‌زنی
مثال: «گرفتن نتیجه متوسط ثابت می‌کند چقدر بی‌عرضه هستم. نمرات بالا این معنی را نمی‌ده که من باهوشم»	Magnification/minimization بزرگنمایی و کوچک‌نمایی
مثال: «اون فکر میکنه من الفبای این پروژه را نمی‌دانم»	Mind reading ذهن‌خوانی
مثال: «توی جلسه احساس ناراحتی داشتم، پس من چیزی را که برای دوستی با دیگران ضروری است را ندارم»	Overgeneralization تعمیم افراطی
مثال: «تعمیرکار با من گستاخانه رفتار کرد چون کار من اشتباه بود.»	Personalization شخصی‌سازی
مثال: «اینکه اشتباه کردم وحشتناکه، من همیشه باید تمام تلاشم را بکنم»	Should and must statements Also called imperatives جملات بایده الزامات
مثال: «معلم پسر من هیچ کاری را درست انجام نمی‌ده اون انتقادگره و مزخرف درس میده»	Tunnel vision دید تونلی

۱- موقعیت کدام است؟

از ذهن آگاهی (Mindfulness) می‌توان با عنوان یک مداخله مستقل و یا بخشی از یک روش درمانی استفاده کرد. ذهن آگاهی به شما یاد می‌دهد به همان چیزی که در حال اتفاق افتادن است تمرکز کنید چه یک اتفاق بیرونی باشد مثل صحبت کردن با فرد دیگر یا اتفاق درونی باشد مثل: افکار، هیجانات، حس‌های بدنی و سپس باید تمرین کنید تا هر چیزی که در حال اتفاق افتادن است به صورت غیر قضاوت‌گرانه تجربه کنید.

ذهن آگاهی زمانی مفید است که بیمار مشغول یک فرایند تفکر ناسازگار مانند وسواس، نشخوار فکری، نگرانی یا خود انتقادگری باشد. همچنین زمانی که بیمار از تجربه کردن محرک‌های درونی بخصوصی مانند هیجانات، افکار، تصاویر ذهنی منفی، امیال شدید یا درد بترسد ذهن آگاهی بسیار سودمند است.

ذهن آگاهی کمک می‌کند که به شکل متفاوت با افکار ارتباط برقرار کنید مثلاً به جای اینکه درگیر افکار شوید، اعتبار افکار را زیر سؤال ببرید و بدون قضاوت متوجه حضور آنها شوید و اجازه دهید افکار خودشان بیایند و بروند. هدف در ذهن آگاهی حذف کردن افکار ناسازگار یا محرک‌های درونی پریشان کننده نیست حذف کردن معمولاً غیرممکن و بسیار ناسازگار است. ذهن آگاهی کمک می‌کند تجربه‌های درونی را به طور غیر قضاوت‌گرانه مشاهده کنید و بپذیرید بدون اینکه آنها را ارزیابی کنید یا تلاش بکنید آنها را تغییر دهید. درواقع به کمک ذهن آگاهی می‌آموزید بر لحظه حال تمرکز کنید و درعین حال باز، پذیرنده و کنجکاو باشید.

### سه مورد ذهن آگاهی:

۱) ذهن آگاهی در مورد افکار: برای بیمارانی که بیش از حد نشخوار فکری می‌کنند، نگران هستند یا سعی می‌کنند افکار مزاحم یا مزاحمشان را سرکوب کنند.



۲) ذهن آگاهی در مورد محرک‌های درونی: برای هیجانات شدید و سایر تجربیات

ناراحت کننده درونی

۳) ذهن آگاهی برای شفقت به خود: برای بیمارانی که مقدار زیادی از خود انتقادی را تجربه

می کنند

### تمرینات ذهن آگاهی رسمی و غیررسمی

در ذهن آگاهی رسمی زمانی را مشخص می کنید که به یک مکان بی سروصدا بروید و توجه خود را بر یک تجربه خاص مثل تنفس، قسمت‌های مختلف بدن، حرکت، افکار، هیجانات، اشیا بیرونی یا صداها متمرکز کنید. این زمان می تواند از ۵ تا ۶۰ دقیقه باشد. در این حین دقت دارید که چه زمانی توجهتان از آن تجربه خاص منحرف شده. در این موارد به صورتی غیر قضاوت‌گرانه توجه خودتان را مجدد به تجربه قبلی برمی گردانید. بهتر است که در آغاز ذهن آگاهی رسمی حدود ۵ دقیقه باشد. در صورتیکه مدت زمان ذهن آگاهی رسمی کوتاه باشد به احتمال زیاد بیمار آن را ادامه می دهد.

ذهن آگاهی غیررسمی یعنی کاربرد اصول ذهن آگاهی در تجربیات روزمره یعنی به شیوه‌ای پذیرنده، باز و غیرقضاوتی بر اتفاقی که رخ می دهد تمرکز کنید و هنگامی که ذهنتان سرگردان آینده یا گذشته می شود مجدداً تمرکزتان را به تجربه پیش رو جلب کنید و هنگامی که نسبت به تجربه افکار، هیجانات و حس‌های ناخواسته‌تان بی‌علاقه می شوید آن تجربه‌ها را یادداشت کنید اجازه بدهید حضور داشته باشند بدون اینکه سعی کنید آنها را کنترل کنید و توجهتان را روی همان کاری متمرکز کنید که مشغول انجامش هستید.

به سه دلیل بهتر است همه درمانگران در زندگی و حرفه‌شان از ذهن آگاهی استفاده کنند: ۱- کاهش استرس و افزایش حس بهزیستی ۲- درک کردن بهتر این تکنیک برای توضیح به بیمار ۳- خودافشایی درباره منافع این کار برای خودتان می توان ذهن آگاهی را به‌عنوان یک مداخله مستقل انجام داد ولی تجربه ثابت کرده که تلفیق ذهن آگاهی در درمان اثربخشی بیشتری دارد.

۱) به بیماران در مورد مدل شناختی آموزش دهید

۲) مزایا و معایب نشخوار فکری را در مقابل مزایا و معایب تمرکز بر لحظه حال و استفاده از

مهارت‌های جایگزین مانند حل مسئله و ذهن آگاهی در صورت نیاز بررسی کنید.

۳) از پرسشگری سقراطی برای آزمایش صحت آنچه بیمار به‌عنوان مزایای نشخوار فکری عنوان

می کنند استفاده کنید



- ۴) بحث کنید که چگونه نشخوار فکری در توانایی آنها برای زندگی بر اساس ارزش‌هایشان اختلال ایجاد می‌کند.
- ۵) به بیماران آموزش دهید که چگونه ذهن آگاهی می‌تواند برای فرآیند فکر آنها مفید باشد
- ۶) از آنها بخواهید فرآیند فکر را در جلسه شروع کنند
- ۷) از آنها بخواهید که شدت احساسات منفی خود را ارزیابی کنند
- به دو دلیل از بیماران می‌خواهیم قبل از شروع تمرین ذهن آگاهی مثلاً ذهن آگاهی نسبت به تنفس مشغول فرایند تفکر غیر سودمند خود شوند:
- ۱) این تمرین می‌تواند به‌عنوان یک آزمایش رفتاری برای آزمایش باورهای ناکارآمد عمل کند - به‌عنوان مثال: "نشخوار فکری غیرقابل کنترل است." بیماران می‌آموزند که تمرین تمرکز حواس به آنها در جای از کنترل بر نشخوار فکری می‌دهد - که آنها را تشویق می‌کند بین جلسات هم تمرین کنند.
- ۲) شبیه‌سازی شرایطی که بیماران هنگام استفاده از این استراتژی در خارج از جلسه تجربه خواهند کرد، مهم است. اگر در طول یک جلسه درمانی، زمانی که تا حدودی بیمار آرام است، ذهن آگاهی را آموزش دهید، ممکن است جلسه بعد گزارش دهد که هنگام مضطرب بودن و نشخوار فکری، ذهن آگاهی کمکی به او نکرد

### معرفی ذهن آگاهی به بیماران

نمونه‌ای از آموزش ذهن آگاهی به Abe

درمانگر: به نظر می‌رسد که نشخوار فکر فایده‌ای ندارد درست است؟

Abe: بله

درمانگر: می‌خواهم در مورد ذهن آگاهی به شما اطلاعاتی بدهم. ذهن آگاهی روشی است که به شما کمک می‌کند به شکل غیرقضاوتی بر افکارتان تمرکز داشته باشید و به این ترتیب نشخوار فکری را کم کنید. همین‌طور به شما کمک می‌کند هنگام توجه به چیزهای دیگر در لحظه حال، اجازه بدهید افکار بیایند و بروند و اینگونه از فکرها رها شوید

Abe: باشه

# معرفی باورها (BELIEFS)

## فصل ۱۷

Beck Section 17

در این فصل و فصل بعدی به توصیف باورها یا ادراکات عمیق تر و بیان نشده‌ای می‌پردازم که بیماران افسرده درباره خودشان، دیگران، دنیا، آینده دارند و به افکار خودآیند منجر می‌شوند. در CBT سنتی تأکید بیشتر بر باورهای ناسازگار است که هنگامی که بیمار ذهنیت افسرده دارد آنها را تجربه می‌کند در رویکرد بهبود مدار بر باورهای سازگار تأکید می‌کنیم تا بیماران به سمت ذهنیت سازگار هدایت شوند. باورها را می‌توان در دو دسته طبقه‌بندی کرد:

(۱) باورهای میانجی (intermediate beliefs) شامل قواعد (rules) نگرش‌ها (attitudes) و مفروضه‌ها (assumptions)

(۲) باورهای مرکزی (core beliefs) شامل عقیده‌های کلی درباره خود، دیگران، دنیا تغییر و اصلاح باورهای میانجی ناسازگار سخت‌تر از افکار خودآیند هستند اما راحت‌تر و انعطاف‌پذیرتر از باورهای مرکزی است

### باورهای مرکزی (CORE BELIEFS)، طرح‌واره‌ها (SCHEMAS) و ذهنیت‌ها (MODES)

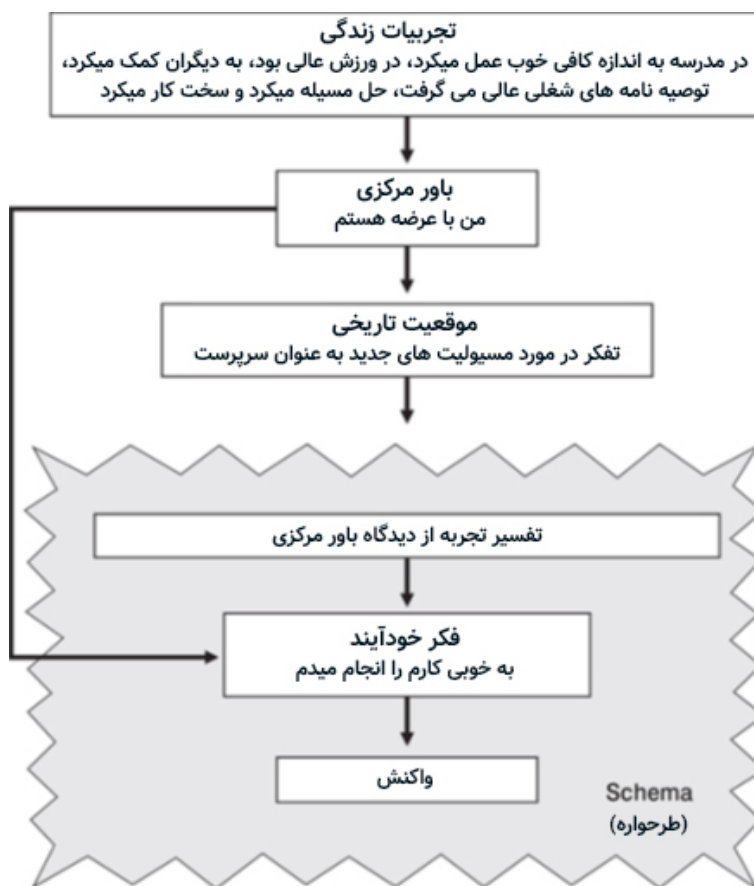
#### باورهای مرکزی و طرح‌واره‌ها

باورهای مرکزی یعنی اصلی‌ترین عقاید شخص در مورد خودش، دیگران و دنیا. باورهای سازگار معمولاً واقع‌بینانه، کارآمد و به دور از افراط هستند در برابر آن باورهای مرکزی ناکارآمد، انعطاف‌ناپذیر و مطلق هستند و به صورت ناسازگاران حفظ می‌شوند. گاهی برای اشاره به این باورها از اصطلاح طرح‌واره (Schemas). بک برای تمایز بین این دو بیان می‌کند که طرح‌واره‌ها ساختارهای شناختی درون ذهن هستند. در رویکرد پیازه طرح‌واره ویژگی‌های گوناگون دارند: نفوذپذیر (permeability) هستند یعنی می‌توان آنها را تغییر داد، بزرگ (magnitude) اندازه در مقایسه با خودپنداره عمومی فرد، بار



(charge) پایین به بالا، نشان دهنده سطوح قدرت است، محتوا (content). محتوای طرح‌واره‌ها می‌تواند شناختی باشد در این موارد در قالب باورها ابراز می‌شود یا انگیزشی، رفتاری، هیجانی و فیزیولوژیک باشد. باورهای مرکزی انسان در سنین پایین شکل می‌گیرد این فرایند تحت تأثیر آمادگی ژنتیکی، تعامل با افراد مهم است و معنایی که افراد به تجربه‌های خودشان می‌دهند. زمانی که موقعیتی با محتوای باور مرکزی ارتباط داشته باشد طرح‌واره‌ای فعال می‌شود که شامل یکی از همین باورهای مرکزی است در شرایط افسردگی طرح‌واره‌های منفی بیمار دائماً فعال می‌شود. زمانی که طرح‌واره فعال می‌شود سه اتفاق می‌افتد:

- ۱) بیمار تجربه جدید را طبق باور مرکزی تفسیر می‌کند
- ۲) فعال شدن طرح‌واره، باور مرکزی را تقویت می‌کند
- ۳) بقیه طرح‌واره‌ها نیز فعال می‌شود



### ذهنیت‌ها (Modes)

چندین طرح‌واره مرتبط که با یکدیگر اتفاق می‌افتند ذهنیت یا Modes نام دارند. در هر جلسه باید ذهنیت افسرده ساز یا غیرفعال کنید و ذهنیت‌های سازگار را فعال کنید.

هنگامی که بیمار در یک ذهنیت ناسازگار مثل افسردگی قرار دارد باید باورهایی که به شکل واقع‌بینانه مثبت هستند، شکل بگیرند و تقویت شوند تا ذهنیت سازگار فعال شود و باورهای منفی و غیرواقع‌بینانه بیمار اصلاح شوند تا ذهنیت افسرده ساز غیرفعال شود.

### تقویت باورهای سازگار

تمام افراد باورهای واقع‌بینانه سازگار دارند. اما زمانی که ذهنیت افسرده وجود دارد طرح‌واره‌های حاوی این باورهای مثبت غیرفعال می‌شود. مهم است که در سرتاسر درمان باورهای مثبت تقویت شوند. برای اینکار باید به بیمار کمک کنید به فعالیت‌هایی بپردازد که باعث ایجاد حس تسلط، لذت، پیوند با دیگران و توانمندی شود.

### استخراج داده‌های مثبت و رسیدن به نتایج سودمند

از ابتدای درمان به روش‌های مختلف شناسایی و تقویت باورهای سازگار و مثبت را شروع کنید و تا سرتاسر جریان درمان این کار را انجام دهید.

### بررسی فواید باورهای سازگار

همچنین به بیمار کمک کنید فواید این باورها را بررسی کند.





### توجه به معنای داده‌های مثبت

در ابتدای درمان هنگامی که رفتارهای سازگار بیماران را شناسایی کردید این رفتارها را شاهدهی مبنی بر کفایت و سایر ویژگی‌های مثبت بیمار قرار دهید و با پیشرفت درمان از بیماران بخواهید خودشان به معنای این اطلاعات اشاره کنند.

### ارجاع به دیگر افراد (Referencing Other People)

یک راه برای اینکه به بیماران کمک کنید از باورهایشان فاصله بگیرند این است که از آنها بخواهید فکر کنند چگونه ممکن است باورهای سازگار در مورد دیگران کاربرد داشته باشد و یا اینکه فکر کنند دیدگاه سایر افراد درباره او ممکن است چگونه باشد.

### برای مثال

- از بیمار درباره افرادی پرسید که از گذشته دید مطلوبی نسبت به آنها داشتند. «چه کسی در زندگی‌تان بیشتر از همه عقیده داشته که شما باعرضه هستید؟ چرا؟ آیا نظر او درست است؟»
- از بیمار بخواهید به یک فرد بخصوص فکر کند و بگوید در چارچوب باور سازگار آن فرد را چگونه ارزیابی می‌کند «به نظر شما چه کسی خیلی باعرضه است؟ خود شما این هفته چه کاری کرده‌اید که اگر اون آدم انجام می‌داد می‌گفتید باعرضه است؟»
- از بیمار بخواهید فکر کند و ببیند اگر کاری را که انجام داده با یک الگوی منفی فرضی مقایسه کند آیا شاهد مثبت را نادیده می‌گیرد «شما عقیده ندارید که پرداخت تمام قبض‌ها نشان دهند عرضه است. اما آیا به آدم واقعاً بی‌عرضه میتونه این کارها را انجام بده؟»
- از بیمار بخواهید به فردی اشاره کند که دید مثبتی نسبت به بیمار دارد. «چه کسی شما را خیلی خوب میشناسه و به قضاوتش اعتماد دارید؟ این هفته چه کاری کردید که اون فرد این کار را نشون دهند عرض میدونه؟»



### استفاده از جدول برای جمع‌آوری شواهد (Using a Chart to Collect Evidence)

برای بیماران افسرده یادآوری مداوم باورهای مثبت مهم است. همچنین می‌توان لیست اعتبار (credit list) را به فهرست شواهدی مبنی بر کفایت (Evidence of Competence Chart) تبدیل کند. می‌توان این جدول را برای بیماران تهیه کرد و در جلسه درمان کار با جدول را شروع کنیم تا مطمئن شوید که بیمار متوجه شده که چه کاری باید انجام دهد. این جدول حاوی نتیجه‌گیری‌ها از تجربیات است و اینکه این تجربیات چه چیزی درباره بیمار به او نشان می‌دهد.

اتفاق / تجربه	نتیجه‌گیری، این درباره من چی میگه
تمام قبض‌ها را پرداخت کردم معلم فوتبال، بعد از بازی از من تشکر کرد به دوستم کمک کردم لوله را تعمیر کند	توانایی من در تمرکز کردن بهتر از چیزی که فکرش را می‌کنم خیلی خوب میتونم مردم و فعالیت‌ها را مدیریت کنم من کارهای زیادی را بلد هستم

### القای تصاویر از تجربیات کنونی و قبلی. (Inducing Images of Current and Historical

#### (Experiences)

تصاویر ذهنی می‌تواند باورهای سازگار را هم در سطح عقلانی و هم در سطح هیجانی تقویت کنند بخصوص هنگامی که بیمار همزمان با تصویرسازی یک صحنه عاطفه مثبت را تجربه می‌کند.

#### اقدام «انگار که» «As If Acting»

هنگامی که بیمار طوری رفتار کند که انگار به باور سازگار خود عقیده دارد، باور سازگارش تقویت می‌شود. در جلسه درمان با Abe در مورد مصاحبه شغلی صحبت می‌کردیم که قرار بود در آن شرکت کند. از او خواستم به‌طور کامل آن موقعیت را تصور کند طوری‌که انگار در همان لحظه دارد اتفاق می‌افتد و سپس تصور کند دارد طوری اقدام می‌کند انگار که به باور مثبتش اعتقاد دارد.

#### تغییر و اصلاح باور ناسازگار

اصلاح باورهای منفی در بیمارانی که مبتلا به اختلالات حاد هستند و باور سازگارشان در بخش بزرگی از طول زندگی فعال بوده راحت‌تر است تا اصلاح این باورها در بیمارانی که اختلالات شخصیت دارند. باورها در سطح عقلانی به راحتی تغییر می‌کنند. اما برای بعضی از بیماران به تلاش زیادی در طول زمان نیاز است تا باورها هم در سطح عقلانی و هم در سطح هیجانی تغییر کنند. باورها معمولاً اول در سطح

### تکنیک‌های تنظیم هیجان (EMOTION REGULATION TECHNIQUES)

هدف CBT حذف هیجانات منفی نیست. تمام هیجانات مهم هستند. هیجانات منفی اغلب به مشکلی اشاره می‌کنند که باید حل شود و یا اگر نمی‌تواند حل شود باید پذیرفته شود. در ادامه به تکنیک‌های بیشتری اشاره می‌کنیم.

#### تمرکز مجدد، پرداختن به رفتارهای ارزشمندانانه و خود تسکین دهی ( Refocusing, Engaging in Valued Behavior, and Self-Soothing)

بیشتر وقت‌ها زمانی که احساس پریشانی می‌کنم صحت افکارم را بررسی و به حل مسئله می‌پردازم ولی گاهی در تفکر غیر سودمند گیر می‌کنم. این اتفاق زمانی برایم رخ می‌دهد که مشکلی دارم ولی قادر نیستم آنرا لاقلاً در همان زمان حل کنم. اگر بررسی فکرم کمکی نکند تمرکز را تغییر می‌دهم و به خودم می‌گویم «فکر کردن درباره این موضوع فعلاً سودی ندارد، اشکالی نداره اگه احساس ... می‌کنم. فقط باید روی کاری که دارم انجام می‌دهم متمرکز شوم» وقتی شما هم چنین کاری انجام دهید می‌توانید این کار را به بیماران آموزش دهید و به آنها کمک کنید پاسخ‌ها عاطفی منفی خودشان را بررسی کنند و بفهمند توجهشان به چه چیزی معطوف شده و سپس تمرکز خود را به موضوع دیگری جلب کند.

#### تن آرامی (Relaxation)

آموزش تن آرامی برای بسیاری از بیماران مفید است بخصوص آن‌هایی که تنش جسمی را تجربه می‌کنند. انواعی از تمرین‌های تن آرامی وجود دارد از جمله «تن آرامی عضلانی پیش‌رونده»



(progressive muscle relaxation (PMR)) تصویرسازی ذهنی (imagery) و تنفس آرام و عمیق (slow and/or deep breathing). در تن آرامی عضلانی پیش‌رونده بیمار یاد می‌گیرد گروه‌هایی از عضلات را به صورت منظم و به ترتیب منقبض و سپس رها کند. در تصویرسازی ذهنی از بیمار خواسته می‌شود تصویری که احساس آسودگی و ایمنی در فضای خاص را در ذهنش ایجاد می‌کند تصور کند. بعضی از بیماران به دنبال تمرین‌های تن آرامی دچار یک برانگیختگی متناقض می‌شوند در واقع تنش و اضطراب آنها افزایش پیدا می‌کند. شما می‌توانید از این وضعیت به عنوان یک تجربه یادگیری استفاده کنید و از بیمار بپرسید «در صورت ادامه این تمرین چه اتفاقی ممکن است رخ دهد که بیشتر از همه از آن می‌ترسید؟». سپس بیمار را تشویق کنید تکنیک تن آرامی را ادامه دهد و ببیند ترس‌هایش در صورتیکه در واقعیت رخ دهد چقدر درست است.

### مهارت‌آموزی (SKILLS TRAINING)

بسیاری از بیماران افسرده در مهارت‌هایی مثل گفتگو، ارتباط، مصاحبه شغلی و ... نقص دارند. اگر متوجه یک نقص مهارتی شدید در ابتدا به منطق کار کردن روی آن اشاره کنید سپس با همکاری بیمار تصمیم بگیرید روی آن کار کنید. درباره مهارت مورد نظر توضیح بدهید و همان مهارت را در جلسه بعد در رفتارشان نشان دهید.

وقتی بوجود یک مانع یا مشکل پی بردید مشخص کنید آیا بیمار واقعاً نقص مهارتی دارد یا اینکه از آن مهارت برخوردار است ولی شناخت‌هایی دارد که در کاربرد آن مهارت تداخل می‌کند مثلاً می‌توانید از بیمار بپرسید «اگر مطمئن باشید نتیجه خوبی می‌گیرید آن وقت چکار می‌کردید یا چه چیزی می‌گفتید؟» اگر بیمار پاسخ منطقی داد در این صورت نیاز به مهارت‌آموزی ندارد بلکه باید بازسازی شناختی انجام شود.

وقتی بیمار مطمئن نیست که چطور می‌تواند به فرد دیگری پاسخ دهد، ایفای نقش را پیشنهاد کنید و به بیمار انتخاب بدهید که نقش خودش یا طرف مقابل را ایفا کند در صورتیکه نقش خودش را ایفا کرد و کارش را به خوبی انجام داد، بازخورد مثبت بدهید و بپرسید که آیا می‌خواهد چیزی که در ایفای نقش گفته ضبط کند تا یادش بماند اما اگر ایفای نقش خوب نبود، بپرسید آیا دوست دارد شما شیوه دیگر به او نشان دهید و در صورتیکه دوست داشت نقش بیمار را ایفا کنید و بعد نقش‌هایتان را عوض کنید تا بیمار فرصتی برای تغییر داشته باشد.



### حل مسئله (PROBLEM SOLVING)

بیماران در قدم برداشتن به سمت برآوردن آرزوهایشان با موانع روزمره زندگی مواجه می‌شوند در هر جلسه باید بیمار را تشویق کنید تا به هفته آینده نگاه کند و ببیند برای بهبود تجربه‌اش چه کاری می‌تواند انجام دهد و موانع و مشکلات را شناسایی کند. بر اساس ماهیت مشکلات پیش‌بینی شده می‌توان از رویکردهای مختلفی استفاده کنید.

#### مشکل در حل مسئله

بیمار را تشویق کنید راه‌حلی برای مشکلاتش مطابق با ارزش‌ها و آرزوهای خود بیان کند. وقتی بیمار در مهارت‌های حل مسئله کمبودهایی دارد می‌تواند از آموزش مستقیم مهارت حل مسئله سود ببرد در این آموزش بیمار یاد می‌گیرد در ابتدا مشکل را مشخص کند سپس راه‌حلی برای آن عنوان کند یکی از این راه‌حل‌ها را انتخاب و آن را اجرا کند و سپس اثربخشی آن را ارزیابی کند همچنین می‌توانید از بیمار بپرسید مشکلات مشابه را در گذشته چگونه حل می‌کرده و یا اگر قرار باشد برای حل همان نوع مشکل به دوست صمیمی‌اش پیشنهادی بدهد چه می‌گوید یا می‌توانید خودتان راه‌حل‌های بالقوه را به بیمار پیشنهاد دهید و یا در صورت مرتبط بودن، از خودافشایی استفاده کنید. بعضی از مشکلات با ایجاد تغییر در محیط حل می‌شود مثلاً مصرف بیش‌ازحد غذاهای پرکالری به علت نبود به‌اندازه کافی غذای سالم و تازه در خانه در این موارد خرید از فروشگاه یکی را یکی از اولویت‌های بیمار قرار دهید. گاهی اوقات حل مسئله نیاز به تغییرات چشمگیر در زندگی است. مثلاً فردی که سال‌ها مورد ضرب و شتم همسرش قرار گرفته باید تشویق شود به ارگان‌های حمایتی پناه ببرد یا اقدام قانونی انجام دهد.

وقتی شناخته‌های ناکارآمد در حل مسئله تداخل ایجاد می‌کنند باید به بیمار کمک کنید شناخته‌های مداخله‌گر را شناسایی کند و به آنها پاسخ دهد و دوباره مشغول حل مسئله شود

#### وقتی مشکلات قابل حل نیستند

قطعاً تمام مشکلات را نمی‌توان حل کرد. در این موارد می‌توانید تکنیک «خوب باشه» (”Oh, well“ technique) به بیماران بیاموزید این تکنیک یعنی من این موقعیت یا مشکل را دوست ندارم اما برای

# تصویرسازی ذهنی (IMAGERY)

## فصل ۲۰

Beck Section 20

بیشتر تصویرسازی‌های ذهنی از نوع دیداری هستند اما می‌توانند شامل حس‌ها مثل لحن صدا، یا حس‌های فیزیولوژیکی نیز باشد. تصویرسازی ذهنی بیش از فرایند کلامی بر احساس ما اثر می‌گذارد. تصویرسازی ذهنی می‌تواند برای اصلاح باورهای مرکزی منفی مورد استفاده قرار بگیرد در این حالت تصویرسازی ذهنی معنای اتفاقات ناگوار برجسته را چارچوب‌بندی مجدد می‌کند.

### القاء تصاویر مثبت

ما از بیماران می‌خواهیم تصور کنند به آرزوها و اهدافشان رسیده‌اند. این تصور همراه با احساسات مثبتی است که هنگام موفقیت آن را تجربه می‌کنند. از بیماران می‌خواهیم تصور کنند برنامه فعالیتشان را انجام داده‌اند و به این وسیله انگیزه آنها را تقویت می‌کنیم در این فصل ۵ مداخله که سبب القاء تصویر ذهنی مثبت می‌شود را توضیح می‌دهیم:

#### ۱- تمرکز بر خاطرات مثبت (Focusing on Positive Memories)

تصاویر ذهنی مثبت می‌تواند هیجان‌های مثبت، انگیزه و اعتمادبه‌نفس بیمار را افزایش دهد. از بیماران می‌خواهیم خاطرات مثبت مرتبط با موقعیتی را که در آن مشکلات را حل کردند تصور کنند.

#### ۲- تمرین تکنیک‌های مقابله سازگار (Rehearsing Adaptive Coping Techniques)

این تمرین به بیماران کمک می‌کند استفاده از راهبردهای مقابله‌ای را در ذهنش تصور کند و تمرین کند. انجام این کار باعث تقویت اعتمادبه‌نفس بهبود خلق، افزایش انگیزه در بیماران می‌شود. مثال:

درمانگر: قبل از رفتن به محل کار چه کاری انجام دهید باعث میشه آرام بشید؟

Abe: به خودم یادآوری کنم که طبیعیه اولین روز کاری مضطرب باشم.



درمانگر: پس تصور کنید دارید این را به خودتون می‌گید. دیگه چه کاری باید بکنید؟

Abe: ذهن آگاهی انجام بدم

درمانگر: پس تصور کنید این کار را انجام می‌دهید

### ۳- فاصله‌گیری (Distancing)

تکنیک دیگر برای القاء تصویرسازی ذهنی، فاصله‌گیری است. این تکنیک باعث کاهش پریشانی می‌شود و به بیمار کمک می‌کند با دید وسیعی به مشکلات نگاه کند. برای این تکنیک به بیماران کمک کنید روزی را در آینده که مشکل آنها حل شده تصور کنند. این کار باعث ایجاد امید و انگیزه در بیماران می‌شود.

### ۴- جایگزینی تصاویر مثبت (Substituting Positive Images)

بیماران باید برای انجام این تکنیک دائماً تمرین کنند تا بتوانند از تصاویر ذهنی پریشان کننده رهایی پیدا کنند. هنگامی که بیماران تصاویر ذهنی منفی را تجربه می‌کنند بهتر است از این تکنیک استفاده کنند ولی اگر تصاویر ذهنی منفی بخشی از یک فرایند تفکر ناکارآمد باشد ذهن آگاهی مناسب‌تر است. مثال:

درمانگر: فرض کنید تصویر ذهنی پریشان کننده، تصویری است که در تلویزیون نمایش داده می‌شود، شما کانال تلویزیون را عوض می‌کنید و تصویر متفاوتی نمایش داده میشه مثلاً قدم زدن در جنگل

### ۵- تمرکز بر جنبه‌های مثبت یک موقعیت (Focusing on Positive Aspects of a Situation)

این تکنیک به بیماران کمک می‌کند یک موقعیت را به شکل مثبت ببینند. مثلاً بیمارانی که از سزارین می‌ترسند چهره هیجان‌زده همسرشان را تصور کنند، چهره دلسوز پرستارها و پزشک‌ها را تصور کنند و سپس تصور در آغوش کشیدن نوزادشان

### شناسایی تصاویر ذهنی منفی

با اینکه تصاویر ذهنی منفی در بیماران زیاد تجربه می‌شود آنها آگاهی کمی به این تصاویر دارند. این تصاویر ممکن است فقط چند صدم ثانیه طول بکشد بنابراین صرفاً سؤال پرسیدن درباره تصاویر ذهنی



منفی کمک کننده نیست. هنگامی که بیماران تصاویر ذهنی پریشان کننده دارند باید تکنیک‌های تصویری را به آنها آموزش دهید اگر به این تصاویر پرداخته نشود پریشانی بیماران ادامه میابد.

### آموزش به بیماران درباره تصاویر ذهنی پریشان کننده

گاهی بیماران مفهوم تصاویر ذهنی را متوجه نمی‌شوند بهتر است از مترادف‌های آن استفاده کنید مثل خیال، رؤیا، تخیل و ...

گاهی بیماران تصاویر ذهنی را شناسایی می‌کنند ولی آنها را گزارش نمی‌کنند چراکه این تصاویر پریشان کننده هستند یا محتوای خاصی دارند. اگر به هر کدام از این موارد شک داشتید این تجربیات را برای بیماران عادی جلوه دهید. گاهی اوقات تصاویر ذهنی خیلی عجیب به نظر می‌رسند ولی درواقع «داشتن هر نوع تصویر ذهنی یک چیز کاملاً عادی است»

### اصلاح تصویر ذهنی منفی خودبه‌خودی (MODIFYING SPONTANEOUS NEGATIVE IMAGES)

دو نوع تصویر ذهنی منفی خودبه‌خودی وجود دارد که باید در درمان آنها را مدنظر قرار دهید. اول تصاویر ذهنی هستند که تکرار می‌شوند و به‌صورت افکار مزاحم تجربه می‌شوند که می‌توان آنها را به‌عنوان یک فرایند تفکر غیر سودمند در نظر گرفت و از تکنیک ذهن آگاهی برای آن استفاده کرد. هنگامی که تصاویر ذهنی بخشی از فرایند تفکر نیستند می‌توان راهکارهای متعددی را به بیماران آموزش بدهید:

#### ۱- تغییر دادن فیلم (Changing the Movie)

به بیماران آموزش بدهید که لازم نیست تسلیم تصاویر ذهنی‌شان بشوند و می‌توانند این تصاویر را تغییر بدهند. انگار این تصاویر یک فیلم هستند و آنها می‌توانند تصمیم بگیرند که دوست دارند این فیلم چگونه باشد برای مثال هنگامی که بیمار در مورد تنهایی‌اش در آپارتمان صحبت می‌کند به او آموزش دهید این تصویر ذهنی را تغییر دهد و فیلم جدید بسازد.



# پایان دادن به درمان و پیشگیری از عود

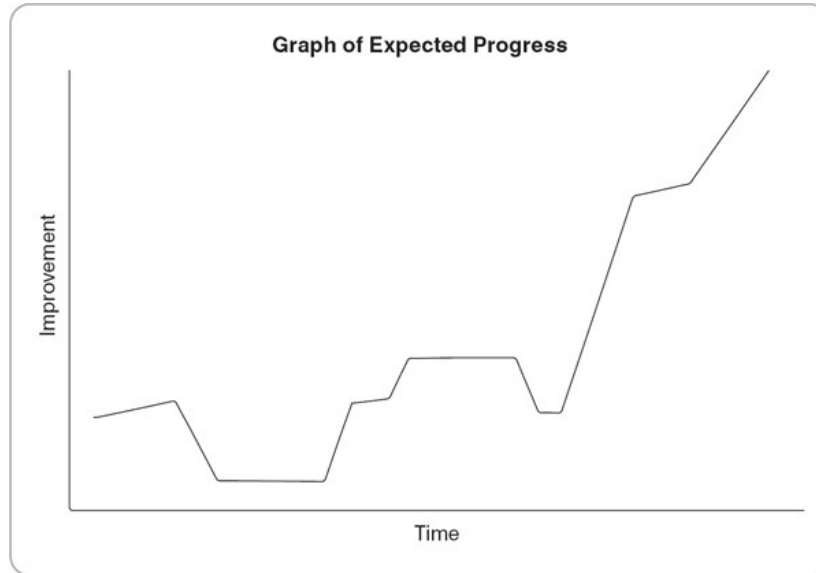
## فصل ۲۱

Beck Section 21

جلساتی که بر پیشگیری از عود تمرکز دارند باعث می‌شوند عود به تأخیر بیفتد. پیشگیری از عود در سرتاسر درمان انجام می‌شود. اهداف CBT سنتی بهبود اختلال، آموختن مهارت به بیمار برای استفاده در تمام طول زندگی و کاهش عود است. اهداف رویکرد بهبود مدار تقویت خُلق مثبت، افزایش اقدامات ارزشمندانانه، افزایش تاب‌آوری و بهبود رضایت از زندگی و بهزیستی کلی است.

### فعالیت‌های درمانی ابتدایی

حتی در نخستین جلسه درمان هم بیمار را برای اتمام درمان و عود آماده می‌کنید. به محض اینکه بیمار احساس بهتری پیدا کرد که معمولاً در چند هفته ابتدایی درمان رخ می‌دهد باید به او بگویید که بهبودی که اکنون تجربه کرده در یک مسیر مستقیم نیست. روند درمان شامل دوره‌هایی از بهبود است که توسط دوره‌های عدم پیشرفت و پسرفت موقتی دچار وقفه می‌شود



نمودار پیشرفت مورد انتظار Graph of expected progress

### فعالیت‌های طول درمان

در سرتاسر درمان تکنیک‌هایی وجود دارد که باعث جلوگیری از عود می‌شود:

#### ۱- نسبت دادن پیشرفت به خود بیمار

در هر جلسه بیمار را به خاطر پیشرفتی که نشان می‌دهد تقویت کنید. هنگامی که بیمار بهبود خلق را تجربه می‌کند از او بپرسید چرا خلقش بهتر شده. هر زمان ممکن بود به بیمار تأکید کنید که خودش از طریق تغییر دادن افکار و رفتارش باعث بهبود خلقش شده این کار به حس خودکارآمدی بیمار کمک می‌کند.

گاهی بیمار همه پیشرفت‌ها را به بهبود یا تغییر شرایط نسبت می‌دهد یا به مصرف دارو. شما باید به تأثیر عوامل بیرونی اشاره کنید ولی درباره تغییراتی که خودشان ایجاد کردند و در بهبود خلقشان نقش داشته سؤال بپرسید.



## ۲- مهارت آموزشی (Teaching Skills)

هنگام آموزش تکنیک به بیمار به این نکته تأکید کنید که این تکنیک‌ها هم برای موقعیت کنونی و هم در آینده برای تمام عمر مورد استفاده قرار می‌گیرند. بیمار را تشویق کنید یادداشت‌های درمانی‌اش را مطالعه کند و آنها را مرتب کند تا در آینده به راحتی مورد استفاده قرار بگیرد.

## ۳- تاب‌آوری و بهزیستی (Building Resilience and Well-Being)

بیماران افسرده اعتماد به نفسشان را از دست می‌دهند باید در این افراد تاب‌آوری افزایش پیدا کند و اعتماد به نفسشان بیشتر شود تا بتوانند در آینده بدون اینکه مجدداً افسرده شوند موقعیت‌های دشوار را مدیریت کنند.

## فعالیت‌های نزدیک به انتهای درمان

اگر بیمار تعداد محدودی جلسه دارد، چند هفته قبل از اتمام درمان درباره کاهش جلسات با او صحبت کنید در غیر این صورت صحبت درباره این موضوع را تا زمانی که حال بیمار تا اندازه‌ای بهتر شود و بتواند به طور پیوسته از مهارت‌هایش استفاده کند به تأخیر بیندازید. هدف شما این نیست که تمام مشکلات بیمار را حل کنید و یا کمک کنید به همه اهدافش برسد. اگر خودتان را مسئول این مسئله بدانید ممکن است خطر وابستگی بیمار را افزایش دهید و او را از فرصت آزمودن و تقویت مهارت‌هایش محروم کنید. در ابتدا با کمک بیمار تصمیم بگیرید فاصله بین جلسات را بیشتر کنید مثلاً به جای جلسات هفتگی هر دو هفته یکبار جلسه داشته باشید بعد از چند هفته اگر این روند مناسب بود، فاصله جلسات را طولانی‌تر کنید. ممکن است قبل از اتمام درمان چند جلسه ماهانه برگزار کنید و سپس چند جلسه تقویتی (booster sessions) با فواصل بیشتر داشته باشید.

## مشکلات مربوط به کاهش تدریجی جلسات

اگر بیمار به دنبال فاصله انداختن بین جلسات مضطرب شد از او بخواهید مزایا و معایب تلاش برای کاهش فراوانی ملاقات‌ها را یادداشت کند. در صورتیکه نمی‌تواند به مزایا اشاره کند ابتدا معایب را بیان و سپس با استفاده از اکتشاف هدایت‌شده کمک کنید بیمار مزایا را شناسایی کند. سپس به بیمار کمک کنید معایب قطع جلسه را چارچوب‌بندی مجدد کند.

منطقی نیست که یک درمانگر از خودش انتظار داشته باشد که حین درمان با هیچ مشکلی مواجه نشود. دیدگاه مفید نسبت به مشکلات درمان و نقاط گیر افتادن (stuck points) در درمان این است که آنها را به عنوان فرصتی برای خودتان ببینید که به تصحیح مفهوم‌پردازی شما از بیمار کمک می‌کند. در نهایت مشکلات در کار با یک بیمار این فرصت را به شما می‌دهد تا مهارت‌هایتان را بهتر کنید و انعطاف‌پذیری و خلاقیتتان را بیشتر کنید. مشکلاتی که در درمان بوجود می‌آید هم با ویژگی بیمار مرتبط است و هم با ضعف‌های درمانگر.

### پی بردن به وجود مشکل

شما به این روش‌ها می‌توانید به وجود یک مشکل در درمان پی ببرید:

- در تمام جلسه به بازخوردهایی که بیمار بدون سؤال کردن و با سؤال کردن به شما می‌دهد خوب گوش کنید.
- هرچند وقت یک‌بار از بیمار بخواهید که صحبت‌هایی که در جلسه داشته‌اید را خلاصه کند و عمق درک و موافقت بیمار را بررسی کنید
- بر اساس آزمون‌های عینی و گزارش‌های ذهنی بیمار میزان بهبود را بررسی کنید
- جلسات درمانی ضبط‌شده را تنها و یا با یک ناظر آموزشی مرور کنید.

### مفهوم‌پردازی مشکلات

هنگامی که متوجه شدید مشکلی وجود دارد سعی کنید واقعیت‌های درونی درمان‌جو را درک کنید. مراقب افکار خودآیند خودتان باشید. مثل برجسب‌هایی که ممکن است به بیمار زده باشید از جمله:



مقاوم، حقه باز و ... این برچسبها در حل مسئله تداخل می کنند و حس مسئولیت پذیری درمانگر برای حل مشکلات را کاهش می دهد.

## انواع مشکلات

مشکلات در چند طبقه رخ می دهند:

### ۱- تشخیص، مفهوم پردازی و طرح درمان

**تشخیص:** باید براساس DSM5 یا ICD و به درستی داده شود. آیا دارو و یا درمان روانشناختی برای این بیمار ضروری است؟

**مفهوم پردازی:** آیا باورهای مثبت، ویژگیها نقاط قوت و منابع درمان جو را شناسایی کرده ام؟ آیا نمودار مفهوم پردازی شناختی را دائم اصلاح کرده ام تا اصلی ترین رفتارها و شناختهای ناکارآمد بیمار را شناسایی کنم؟ آیا به طور پیوسته مفهوم پردازی را با درمان جو در میان گذاشته ام؟ آیا مفهوم پردازی برای بیمار معنادار و صحیح بوده است؟

**طرح درمان:** آیا درمان بر اساس مفهوم پردازی من از بیمار است؟ آیا هنگام نیاز بر اساس مفهوم پردازی درمان را اصلاح کرده ام؟ آیا هنگام نیاز CBT استاندارد را متناسب با ویژگیهای بیمار تغییر داده ام؟ آیا هنگام نیاز مهارت آموزی انجام داده ام؟ آیا اعضای خانواده را به طور مناسب در درمان شرکت داده ام؟ اگر بهبود از طریق درمان به تنهایی ممکن نیست آیا نیاز به یک تغییر اساسی در زندگی را در دستور کار قرار داده ام؟

### ۲- رابطه درمانی (همکاری، بازخورد، دیدگاه بیمار نسبت به درمانگر و واکنش های درمانگر)

**همکاری:** بیمار و درمانگر باید با یکدیگر همکاری کرده باشند و به صورت یک تیم کار کرده باشند، هر دو در قبال پیشرفت احساس مسئولیت کنند. موافقت بیمار برای تمام مداخلات و برنامه های فعالیت جلب شود و منطق کار برایش توضیح داده شود. در تمام جلسات بیمار را به سطح مناسبی از پابندی، هدایت کرده باشید. آیا ما روی چیزی کار کرده ایم که بیش از همه برای بیمار اهمیت دارد؟

**بازخورد:** در طول درمان به طور دائم بیمار را تشویق به دادن بازخورد صادقانه بکنید و به بازخوردهای منفی به طور اثربخشی پاسخ داده شود.



**دیدگاه بیمار در مورد درمان و درمانگر:** آیا بیمار دیدگاه مثبتی نسبت به درمانگر و درمان دارد و آیا اعتقاد دارد که درمان سودمند است؟ آیا بیمار درمانگر را به‌عنوان فرد توانمند، همکاری کننده و دلسوز می‌بیند؟

**واکنش‌های درمانگر:** واکنش‌های دلسوزانه و مراقبت صادقانه درمانگر مهم است. درمانگر باید بتواند به بیمار کمک کند و بیمار متوجه حس توانمندی او بشود. شناخت‌های منفی که درمانگر در مورد بیمار دارد را باید بشناسد. آیا مشکلات درزمینهٔ اتحاد درمانی را به‌عنوان فرصتی برای کمک به پیشرفت می‌بینم و یا فرصتی برای سرزنش کردن بیمار؟ آیا در مورد سودمندی درمان دیدگاهی را نشان می‌دهیم که به شکل واقع‌گرایانه‌ای خوش‌بینانه است؟

### ۳- انگیزه

بیمار چقدر انگیزه دارد که بهتر شود و آیا بهتر نشدن برای او مزایایی دارد؟ درمانگر برای انگیزه بخشیدن به بیمار چه کارهایی انجام داده؟ آیا مرتباً اهداف و اقدامات بیمار را با آرزوها و ارزش‌هایش ارتباط داده؟

### ۴- ساختار و سرعت جلسه

**دستور کار:** در ابتدای جلسه باید به‌سرعت یک دستور کار کامل و مشخص تعیین شود و موضوعات دستور کار اولویت‌بندی شود. با همکاری بیمار تصمیم بگیرید که بر روی کدام موضوع کار کنید. **سرعت:** بررسی کنید که آیا زمانی که بر روی هر یک از جلسات می‌گذارید مناسب است یا نه. همچنین بررسی کنید که زمانی که به هر یک از قسمت‌های جلسه اختصاص می‌دهید مناسب است؟ بررسی خلق، تعیین دستور کار، به‌روزرسانی و بررسی برنامه فعالیت خلاصه‌سازی‌های دوره‌ای و بازخورد. اگر مشکلی بیش از زمانی که در ابتدا برای آن در نظر گرفته بودیم نیاز به زمان داشت، آیا با همکاری بیمار تصمیم گرفته‌اید که چکار کنید؟ آیا در صورت نیاز صحبت بیمار را قطع کرده‌اید؟ آیا زمان زیادی صرف صحبت غیرضروری کرده‌اید؟ آیا مطمئن می‌شوید که بیمار مهمترین نکات جلسه را به یاد خواهد داشت و به‌احتمال زیاد برنامه فعالیت جدید را تکمیل می‌کند؟



## سؤالات آزمون بورد و ارتقای ۱۴۰۲

۱- مرد ۴۰ سال‌های که اخیراً به دنبال طلاق از همسرش دچار افسردگی شده، برای درمان شناختی- رفتاری مراجعه کرده است. در جلسه ارزیابی از عصبانیت‌های انفجاری همسرش صحبت می‌کند و اینکه همسر سابقش قبلاً دو ازدواج ناموفق داشته است. اما در جلسه دوم درمان در حین ارزیابی افکار منفی مقصر فروپاشی ازدواجش را خودش می‌داند و می‌گوید «اگر من از شرکت اخراج نشده بودم، او از من طلاق نمی‌گرفت هم‌هاش تقصیر من است» مناسب‌ترین تکنیک برخورد با این افکار اتوماتیک منفی کدام است؟ (ارتقا ۱۴۰۰)

الف: Refocusing

ب: reframing

ج: cognitive continuum

د: pie technique

پاسخ: د

تکنیک نمودار دایره‌ای (USING THE "PIE" TECHNIQUE)

برای بیماران مفید است که افکارشان را به شکل تصویری مثل یک نمودار ببینند. برای مثال هنگامی که می‌خواهید به بیماران در هدف‌گذاری کمک کنید می‌توان از نمودار دایره‌ای استفاده کرد. این نمودار نشان می‌دهد در حال حاضر بیمار برای رسیدن به آرزوهایش چقدر زمان صرف می‌کند. یکی دیگر از موارد استفاده نمودار دایره‌ای تعیین مسئولیت نسبی برای یک وضعیت بخصوص است. هنگام بررسی سهم توضیحات جایگزین، بعد از بررسی سایر توضیحات جایگزین و در آخر از بیمار بپرسید سهم انتساب اشتباه را تخمین بزنند تا بتوانند سایر توضیحات را به‌طور کامل بررسی کنند.



۲- مرد ۴۲ سال‌های که اخیراً در محل کار موقعیت شغلی بالاتری به وی پیشنهاد شده است با علائم اضطراب شدید مراجعه کرده است. او معتقد است از پس این شغل جدید برنمی‌آید. وی می‌گوید اگر از عهده این کار بر نیایم وحشتناک است. اصولاً من از رقابت و تنش خوشم نمی‌آید و معتقدم عرض زندگی از طولش مهم‌تر است. بیمار با وجود هوش و تحصیلات بالا همواره در مشاغل پایین‌تر از حد خود کار کرده است. در مفهوم‌پردازی شناختی این بیمار ترتیب درست مؤلفه‌ها کدام است؟ (ارتقا ۱۴۰۰)

الف: باور بی‌کفایتی - وحشتناک بودن شکست - انتخاب مشاغل سطح پایین - فکر اینکه از عهده کار برنمی‌آیم

ب- وحشتناک بودن شکست - فکر اینکه از عهده کار برنمی‌آیم - انتخاب مشاغل سطح پایین - باور بی‌کفایتی - وحشتناک بودن شکست - باور بی‌کفایتی

ج- فکر اینکه از عهده کار برنمی‌آیم - وحشتناک بودن شکست - انتخاب مشاغل سطح پایین - باور بی‌کفایتی

د - باور بی‌کفایتی - فکر اینکه از عهده کار برنمی‌آیم - وحشتناک بودن شکست - انتخاب مشاغل سطح پایین

#### پاسخ: الف

۳- زن ۲۸ سال‌های که به دنبال فوت مادرش دچار افکار ناامیدی و غمگینی شده است. بر خلاف سابق تمایلی به بیرون رفتن با دوستانش یا رفتن به مهمانی ندارد. قبلاً کتاب‌خوان قهاری بود اما می‌گوید در حال حاضر تمرکز ندارد حتی یک صفحه روزنامه بخواند. دائم با این نشخوار فکر دست‌به‌گریبان است که اگر مادرش به بیمارستان مجهزتری می‌برد فوت نمی‌کرد. علاوه بر این افکار وسواس گونه‌ای در مورد معنی زندگی و هدف آن دارد که مدام ذهنش را درگیر می‌کند. در درمان شناختی رفتاری در جلسات اول کدامیک از تمرینات زیر مناسب‌تر است؟ (ارتقا ۱۴۰۰)

الف: Mindfulness

ب: Bibliotherapy

ج: Credit list

د: Monitoring automatic thoughts





پاسخ: الف

ذهن آگاهی زمانی مفید است که بیمار مشغول یک فرایند تفکر ناسازگار مانند وسواس، نشخوار فکری، نگرانی یا خود انتقادگری باشد. همچنین زمانی که بیمار از تجربه کردن محرک‌های درونی بخصوصی مانند هیجانات، افکار، تصاویر ذهنی منفی، امیال شدید یا درد بترسد ذهن آگاهی بسیار سودمند است.

ذهن آگاهی کمک می‌کند که به شکل متفاوت با افکار ارتباط برقرار کنید مثلاً به جای اینکه درگیر افکار شوید، اعتبار افکار را زیر سؤال ببرید و بدون قضاوت متوجه حضور آنها شوید و اجازه دهید افکار خودشان بیایند و بروند. هدف در ذهن آگاهی حذف کردن افکار ناسازگار یا محرک‌های درونی پریشان کننده نیست حذف کردن معمولاً غیرممکن و بسیار ناسازگار است. ذهن آگاهی کمک می‌کند تجربه‌های درونی را به طور غیر قضاوت گرانه مشاهده کنید و بپذیرید بدون اینکه آنها را ارزیابی کنید یا تلاش بکنید آنها را تغییر دهید. درواقع به کمک ذهن آگاهی می‌آموزید بر لحظه حال تمرکز کنید و درعین حال باز، پذیرنده و کنجکاو باشید.

۴- وقتی می‌خواهید اندکی پس از آغاز درمان، در مفهوم‌پردازی شناختی رفتاری معنای فکر خودآیند مراجع را بیرون بکشید که منطقاً با یکی از باورهای مرکزی وی مرتبط است کدام تکنیک زیر را به کار می‌برید؟ (ارتقا ۱۴۰۰)

الف: آزمایش رفتاری behavior experiment

ب: بررسی شواهد evidence-based evaluation

ج: پیکان رو به پایین downward arrow

د: نمودار دایره‌ای pie chart

پاسخ: ج

تکنیک پیکان رو به پایین (The Downward Arrow Technique) این تکنیک به شما در شناسایی باورهای مرکزی منفی بیمار کمک می‌کند. در این تکنیک ابتدا از بیمار می‌خواهید فرض کند افکار خودآیندش که تکراری هستند درست است، سپس در مورد معنای افکار