



سرشناسه	سهیلی پور، عاطفه، ۱۳۷۰-
عنوان و نام پدیدآور	روان‌درمانی (بک) - خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی Beck JS, Cognitive Behavior Therapy. 3th edition. 2021./۱۴۰۴ ترجمه و تلخیص عاطفه سهیلی پور. پاسخدهی به سوالات دکتر زهرا محمدی بینا، دکتر سارا صادقی پور میبیدی، دکتر پریسا حمیدی عدل
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۳.
مشخصات ظاهری	۱۸۲ ص.
شابک	۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۰۵۷-۲
وضعیت فهرست نویسی	فیپا
یادداشت	کتاب حاضر ترجمه و تلخیصی از کتاب "Cognitive behavior therapy : basics and beyond,3rd.ed,2021" اثر جودیت‌اس. بک است.
موضوع	شناخت‌درمانی Cognitive therapy روان‌درمانی Psychotherapy شناخت‌درمانی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Cognitive therapy -- Examinations, questions, etc. روان‌درمانی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها. Psychotherapy -- Examinations, questions, etc.
شناسه افزوده	بک، جودیت‌اس.، ۱۹۵۴-م.
شناسه افزوده	Beck, Judith S., 1954-
رده بندی کنگره	۴۸۹RC
رده بندی دیویی	۸۹۱۴۲۵/۶۱۶
شماره کتابشناسی ملی	۹۴۶۲۳۹۱
اطلاعات رکورد کتابشناسی	فیپا

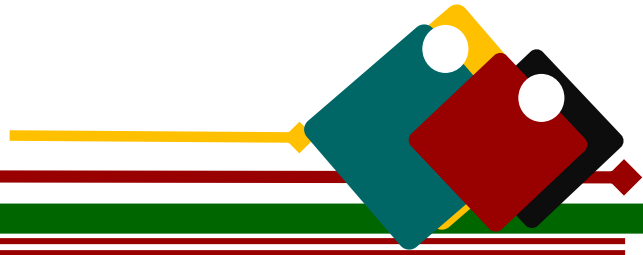
روان‌درمانی (بک) - خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۴	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت‌یار
Beck JS, Cognitive Behavior Therapy. 3th edition. 2021	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۳
ترجمه و تلخیص: دکتر عاطفه سهیلی پور، پاسخدهی به سوالات دکتر زهرا محمدی بینا، دکتر سارا صادقی پور میبیدی، دکتر پریسا حمیدی عدل	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۰۵۷-۲
ناشر: انتشارات کاردیا	بهاء: ۴۶۷,۰۰۰ تومان
صفحه آرا: رزیدنت‌یار - منیره امیری مقدم	
طراح و گرافیسیت: رزیدنت‌یار - مهرداد فیضی	

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگر جنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸

شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، شماره تماس ویژه: ۰۲۱-۹۱۰۹۵۹۶۷

www.residenttyar.com

هر گونه کپی‌برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.



روان درمانی (بک)

خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی

ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۴

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

ترجمه و تلخیص

دکتر عاطفه سهیلی پور

متخصص روان پزشکی

رتبه برتر آزمون بورد تخصصی ۱۴۰۲

پاسخدهی به سوالات

دکتر زهرا محمدی بینا

رتبه ۱۰ درصد برتر بورد تخصصی ۱۴۰۲

هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دکتر سارا صادقی پور میبیدی

بورد تخصصی ۱۳۹۹

هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

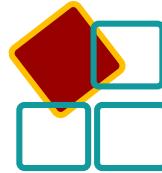
دکتر پریسا حمیدی عدل

بورد تخصصی ۱۴۰۲

هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز



فهرست مطالب



فصل ۱- معرفی برای درمان شناختی - رفتاری.....	۱۱
فصل ۲- اصول درمان.....	۱۷
فصل ۳- مفهوم پردازش شناختی.....	۲۱
فصل ۴- ارتباط درمانی.....	۲۷
فصل ۵- جلسه ارزیابی.....	۳۱
فصل ۶- اولین جلسه درمان.....	۳۵
فصل ۷- برنامه‌ریزی فعالیت‌ها.....	۴۱
فصل ۸- برنامه‌های فعالیت (ACTION PLANS).....	۴۷
فصل ۹- برنامه‌ریزی درمان.....	۵۳
فصل ۱۰- ساختار جلسات.....	۵۷
فصل ۱۱- مشکلات ساختار بندی جلسات.....	۶۱
فصل ۱۲- شناسایی افکار خودآیند.....	۶۷
فصل ۱۳- هیجانات.....	۷۵
فصل ۱۴- ارزیابی افکار خودآیند.....	۷۹
فصل ۱۵- پاسخ دادن به افکار خودآیند.....	۸۷
فصل ۱۶- ادغام ذهن- آگاهی در CBT.....	۹۱
فصل ۱۷- معرفی باورها.....	۹۵
فصل ۱۸- اصلاح و تغییر باورها.....	۱۰۵

فصل ۱۹- سایر تکنیک‌ها	۱۱۳
فصل ۲۰- تصویرسازی ذهنی	۱۲۱
فصل ۲۱- پایان دادن به درمان	۱۲۵
فصل ۲۲- مشکلات درمانی	۱۲۹
سؤالات و پاسخنامه ارتقاء و مورد	۱۳۳

معرفی برای درمان شناختی – رفتاری

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 نگاه‌دارنده‌ای 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 تمام‌وقتش 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 شکست‌خورده‌ام» 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:



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

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.

مفهوم‌پردازی شناختی

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 به‌تنهایی 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 می‌توان افکار خودآیند را شناسایی کرد: زمانی که احساس کسالت می‌کنید، تمایل دارید به شیوه ناکارآمدی رفتار کنید یا از رفتار کردن به شیوه‌ای سازگارانه اجتناب می‌کنید و یا متوجه تغییراتی در ذهن یا بدن خود می‌شوید که باعث آزار شما می‌شوند (مثلاً نفس کم می‌آورید یا دچار افکار سریع مزاحم می‌شوید)

افکار خودآیند از کجا سرچشمه می‌گیرند؟ در یک پدیده شناختی پایدار نهفته است: **باورها** (beliefs).

محتویات افکار خودآیند افراد همیشه معنی‌دارند، به شرطی که باورهای آنها را بفهمیم.



باورها (beliefs)

انسان‌ها از دوران کودکی، افکار خاصی را درباره خودشان، دیگران و جهان پیرامون در خود شکل می‌دهند. باورهای مرکزی (Core beliefs)، بادوام‌ترین درک‌ها هستند؛ درک‌هایی که آن‌قدر پایه‌ای و عمیق هستند که افراد، معمولاً حتی برای خودشان هم آن‌ها را به روشنی بیان نمی‌کنند. افراد، این اندیشه‌ها را به‌عنوان حقایق مطلق در نظر می‌گیرند دقیقاً همان‌طور که اشیاء هستند.

باورهای سازگار (Adaptive Beliefs)

بسیاری از درمان‌جویان 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 روان‌شناختی سالم نبوده‌اند یا در محیط‌های خطرناک و روابط بین فردی آسیب‌زننده زندگی کرده‌اند، عملکرد ضعیف‌تری دارند. در طول زندگی این افراد ممکن است باورهای سازگاری یا ناسازگاری داشته باشند اما هنگام اپیزود حاد بیماری، باورها به‌شدت ناسازگار می‌شوند. باورهای مرکزی منفی درباره خود، در سه دسته قرار می‌گیرند:

باورهای مرکزی ناسازگار	باورهای مرکزی سازگار
HELPLESS CORE BELIEFS 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	EFFECTIVE CORE BELIEFS باورهای مرکزی کارآمد: من توانمندم. می‌توانم بیشتر کارها را به‌درستی انجام دهم. من آزادی نسبی دارم. از بسیاری جهات با دیگران هم‌سطح هستم
UNLOVABLE CORE BELIEFS 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	LOVABLE CORE BELIEFS باورهای مرکزی دوست‌داشتنی بودن: من دوست‌داشتنی هستم. من به‌اندازه کافی خوب هستم. احتمال اینکه پذیرفته نشوم خیلی کم است.
WORTHLESS CORE BELIEFS باورهای مرکزی بی‌ارزشی: من یک آدم بدطینت هستم. من گناهکار و بی‌ارزش هستم. من آدم سمی هستم. من مستحق زندگی کردن نیستم	WORTHY CORE BELIEFS باورهای مرکزی ارزشمندی: من ارزشمند هستم.

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.

جلسه ارزیابی

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 تشخیص گذاری 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 گزارش دهی 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 درمان‌جو، 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 درمان‌جو سلام و احوالپرسی کنید

با کمک درمان‌جو 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 درمان‌جو آموزش دهید

با همکاری هم یک برنامه فعالیت مشخص کنید

انتظارات از درمان را مشخص کنید و جلسه را خلاصه و جمع‌بندی کنید و بازخورد بگیرید

در جلسه ارزیابی یا در نخستین جلسه درمان، باید پیش‌نیازهای اخلاقی و قانونی محلی را که در آن مشغول به کارید فراهم کنید. اگر جایی که در آن کار می‌کنید چنین الزاماتی ندارد، همچنان توصیه می‌شود از درمان‌جو بخواهید یک فرم رضایت‌نامه درمانی را بخواند و امضا کند. این فرم باید شامل مواردی مثل خطرات و منافع درمان، محدودیت‌های رازداری، اطلاع‌رسانی الزامی به منابع ذی‌ربط و محرمانه بودن گزارش‌ها باشد.

توصیفی از یک روز معمولی

یک بخش مهم دیگر ارزیابی این است که از درمان‌جو بپرسید زمانش را چطور می‌گذراند. این توصیف اطلاعات بیشتری درباره تجربه روزمره درمان‌جو برای شما ایجاد می‌کند، تعیین هدف را آسان می‌کند و به شما کمک می‌کند فعالیت‌های مثبتی را تعیین کنید که بعداً می‌توانید درمان‌جو را تشویق کنید تا بیشتر آنها را انجام دهد. همچنین به شما کمک می‌کند متوجه شوید که مراجع برای چه فعالیت‌هایی زمان بیشتری صرف می‌کند و برای چه فعالیت‌هایی زمان کمی صرف می‌کند. در حین توصیف یک روز عادی شما یادداشت‌برداری 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 می‌گذراند. چه فعالیت‌هایی احساس لذت و موفقیت به او می‌دهد. فعالیت‌های خود مراقبتی‌اش چگونه است و از چه فعالیت‌هایی دوری می‌کند.

نکته مهم و سؤال

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». پس‌از 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:

آیا درمانگر قبلی شما برای هر جلسه، دستور کار مشخص می‌کرده

آیا درمانگر شما توضیح می‌داده که در فواصل درمان چه کاری انجام دهید تا هفته بهتری داشته باشید

آیا درمانگر شما از اینکه نکات جلسه درمان ثبت‌شده است اطمینان حاصل می‌کرده

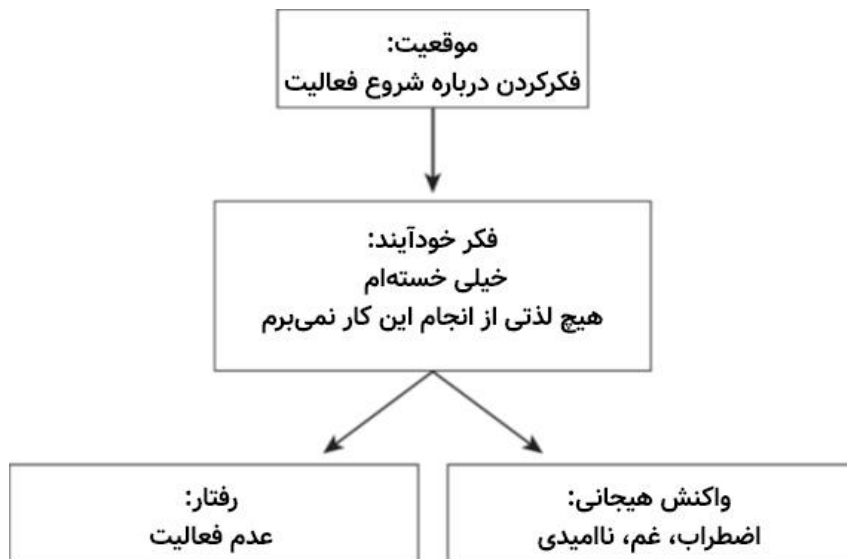
آیا درمانگر شما به شما یاد می‌داده که فکرها یا رفتارهای خودتان را ارزیابی کنید و به آنها پاسخ دهید

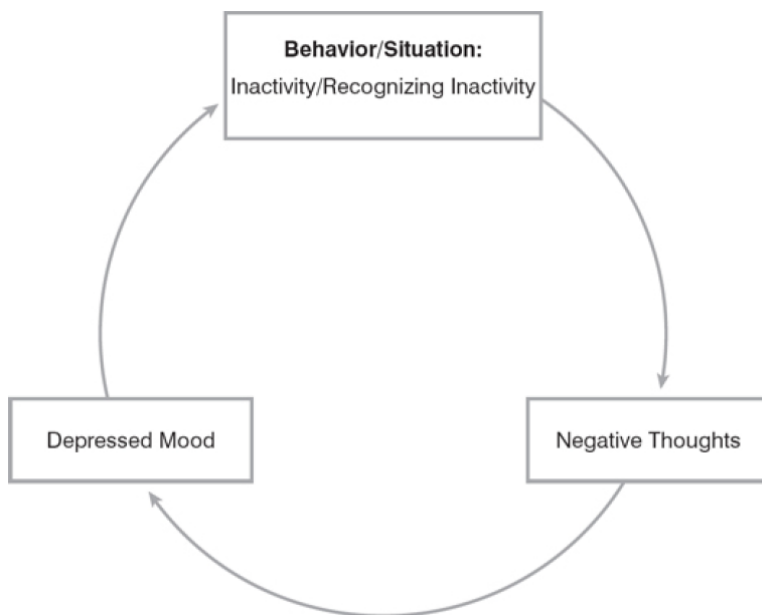
آیا درمانگران به شما انگیزه می‌داده تا تغییرات رفتاری ایجاد کنید.

آیا درمانگران از شما در مورد درمان بازخورد می‌گرفته تا اطمینان پیدا کند مسیر درمانی‌اش درست است

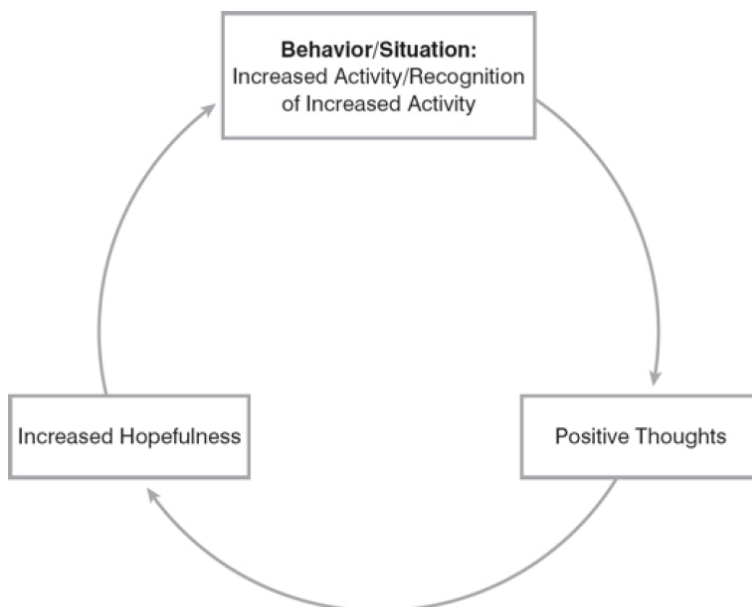
برنامه‌ریزی فعالیت‌ها

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.



برنامه‌ریزی درمان

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:

اتحاد درمانی

مشخص کردن روند درمان برای بیمار

بررسی میزان پیشرفت به‌طور هفتگی و اصلاح طرح درمان براساس میزان پیشرفت بیمار

آموزش مدل شناختی به بیمار و مطرح کردن مفهوم‌پردازی‌تان با او

کاهش آشفتگی بیمار از طریق روش‌های بازسازی شناختی، حل مسئله و مهارت‌آموزی

افزایش خلق مثبت از طریق ایجاد فرصت برای انجام کارهایی که احساس معناداری، لذت و تسلط را در بیمار افزایش می‌دهد

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 سازگارانه تر برسد.

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:
فعال تر شده باشد
در تعیین دستور کار پیش‌قدم شود
راه‌حل موانع را بشناسد
به افکار ناسازگار پاسخ دهد
یادداشت‌های درمانی را ثبت کند
و برنامه فعالیت تهیه کند

ایجاد یک برنامه درمانی

بر این اساس برنامه درمانی تهیه می‌شود:

مشکلات ساختار بندی جلسات

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 اثربخش ترین 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 تازه کار و بی تجربه 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 به درستی 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 غیرواقع بینانه‌ای 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 به‌اندازه 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 پاسخ‌های کلامی و غیرکلامی او را بررسی کنید. اگر علت فقط ناآشنایی با روند کار باشد پاسخ‌هایش تقریباً خنثی یا شاید گاهی خودانتقادگرانه باشد. پس از انجام مداخله تبعیت او بهتر می‌شود.

مشکلات معمول در ساختار بندی قسمت‌های 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 درمان‌جو با نحوه تکمیل فرم باشد، بهتر است منطق تکمیل فرم را به او یادآوری کنید. سپس مشکلات عملی موجود مثل زمان کم، فراموش‌کاری یا مشکل در خواندن و نوشتن را رفع کنید. در صورتیکه بیمار به خاطر تکمیل کردن فرم‌ها ناراحت است می‌توان از او پرسید که هنگامی که این کار را انجام می‌دهد چه فکر خودآیندی دارد.

مثال: بیمار: تکمیل کردن فرم‌ها وقت تلف کردن است و این سؤالات بی‌ارتباط به من هستند.
درمانگر: متوجه هستم که احساس دلخوری دارید پر کردن این فرم‌ها چقدر از شما زمان می‌برد.
بیمار: شاید چند دقیقه

درمانگر: می‌دانم که گاهی سؤالات مربوط به شما نیستند اما پر کردن فرم‌ها باعث می‌شود ما بتوانیم بهتر از زمان جلسه استفاده کنیم چراکه دیگر حین جلسه لازم نیست از شما سؤالات زیادی بپرسم و می‌توانیم به کارهای مهم‌تر بپردازیم
بیمار: پس فکر می‌کنم بهتر است انجامش دهیم

هیجان‌ات

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 الان 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، دل‌تنگ، 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 زود هنگام 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:

A little		A medium amount				A lot		Completely	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

متمایز کردن افکار خودآیند از هیجانات

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

تطبیق محتوای افکار خودکار با هیجانات

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 هیجانات و رفتارش اثر می‌گذارد.

افزایش هیجانات منفی

بعضی از تکنیک‌ها برای افزایش هیجانات 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 هیجانات خطرناک یا

پاسخ دادن به افکار خود آیند

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 کاربرد.

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 به کل یک جلسه درمانی گوش دهد معمولاً اثربخشی کمتری دارد. در این موارد بیمار ممکن است در طول یک هفته فقط یک‌مرتبه 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 خود شود از او سؤال کنید. در صورتیکه زمان مورد نیاز برای این کار را بیش برآورد کرد، از او بخواهید در همان جلسه یادداشتهای را با صدای بلند بخواند و شما زمان را ثبت کنید تا بیمار متوجه شود این کار زمان کمی می‌گیرد.



استفاده از کاربرگ

کاربرگ آزمون 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 سوالات این کاربرگ را از خودتان بپرسید و پاسخ‌های آن را بنویسید. این کار ۵ تا ۱۰ دقیقه طول می‌کشد

۲- همه سوالات 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 همه یا 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 بایستی 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؟

۲- دارم چه فکری می‌کنم یا چه تصویری در ذهنم هست؟

۳- کدام خطای شناختی وجود دارد؟



معرفی باورها (BELIEFS)

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:

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

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

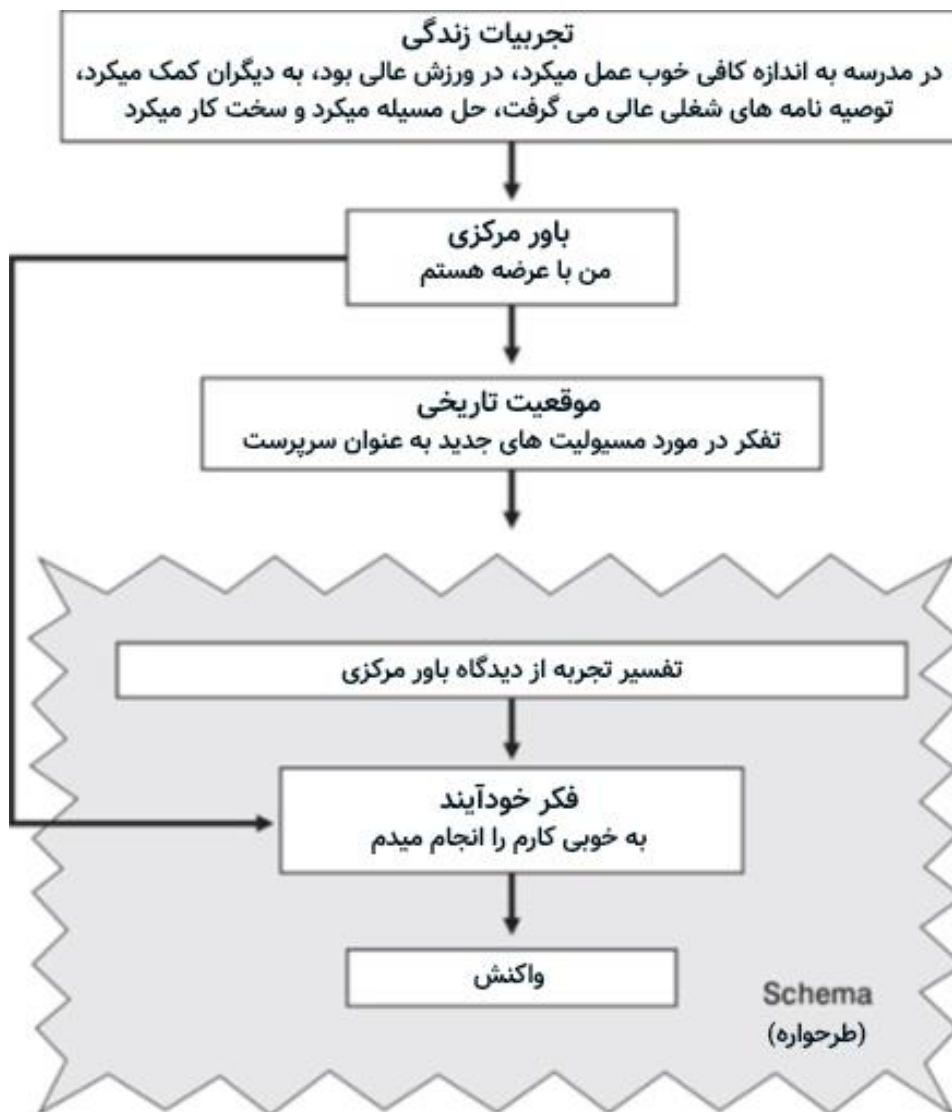
باورهای مرکزی (CORE BELIEFS)، طرح‌واره‌ها (SCHEMAS) و ذهنیت‌ها (MODES)

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 به‌صورت ناسازگارانه حفظ می‌شوند. گاهی برای اشاره به این باورها از اصطلاح طرح‌واره (Schemas). یک 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، نشان‌دهنده 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:



بیمار تجربه جدید را طبق باور مرکزی تفسیر می‌کند
 فعال شدن طرح‌واره، باور مرکزی را تقویت می‌کند
 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.

سایر تکنیک‌ها

تکنیک‌های تنظیم هیجان (EMOTION REGULATION TECHNIQUES)

هدف CBT حذف هیجان‌های منفی نیست. تمام هیجان‌های مهم هستند. هیجان‌های 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 لااقل 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 بیش از حد غذاهای پرکالری به علت نبود به اندازه 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.

مشکلات درمان

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 بیماران 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. هر چند 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، حقه‌باز و ... این برجسب‌ها در حل مسئله تداخل می‌کنند و حس مسئولیت‌پذیری درمانگر برای حل مشکلات را کاهش می‌دهد.

انواع مشکلات

مشکلات در چند طبقه رخ می‌دهند:

۱- تشخیص، مفهوم‌پردازی و طرح درمان

تشخیص: باید براساس DSM5 یا ICD و به‌درستی داده شود. آیا دارو و یا درمان روانشناختی برای این بیمار ضروری است؟
مفهوم‌پردازی: آیا باورهای مثبت، ویژگی‌ها نقاط قوت و منابع درمان‌جو را شناسایی کرده‌ام؟ آیا نمودار مفهوم‌پردازی شناختی را دائم اصلاح کرده‌ام تا اصلی‌ترین رفتارها و شناخت‌های ناکارآمد بیمار را شناسایی کنم؟ آیا به‌طور پیوسته مفهوم‌پردازی را با درمان‌جو در میان گذاشته‌ام؟ آیا مفهوم‌پردازی برای بیمار معنادار و صحیح بوده است؟



طرح درمان: آیا درمان بر اساس مفهوم‌پردازی من از بیمار است؟ آیا هنگام نیاز بر اساس مفهوم‌پردازیم درمان را اصلاح کرده‌ام؟ آیا هنگام نیاز CBT استاندارد را متناسب با ویژگی‌های بیمار تغییر داده‌ام؟ آیا هنگام نیاز مهارت‌آموزی انجام داده‌ام؟ آیا اعضای خانواده را به‌طور مناسب در درمان شرکت داده‌ام؟ اگر بهبود از طریق درمان به‌تنهایی ممکن نیست آیا نیاز به یک تغییر اساسی در زندگی را در دستور کار قرار داده‌ام؟

۲- رابطه درمانی (همکاری، بازخورد، دیدگاه بیمار نسبت به درمانگر و واکنش‌های درمانگر)

همکاری: بیمار و درمانگر باید با یکدیگر همکاری کرده باشند و به‌صورت یک تیم کار کرده باشند، هردو در قبال پیشرفت احساس مسئولیت کنند. موافقت بیمار برای تمام مداخلات و برنامه‌های 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 کرده‌ایم که بیش از همه برای بیمار اهمیت دارد؟

بازخورد: در طول درمان به‌طور دائم بیمار را تشویق به دادن بازخورد صادقانه بکنید و به بازخوردهای منفی به‌طور 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. شناخته‌های منفی که درمانگر در مورد بیمار دارد را باید بشناسد. آیا مشکلات در زمینه 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 هریک 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 به‌احتمال‌زیاد برنامه فعالیت جدید را تکمیل می‌کند؟



سؤالات و پاسخنامه ارتقاء و بورد

۱. بیمار مبتلا به MDD بر این باور است که از دست دادن شغلش تنها عامل جدایی اوست و همسرش حق داشته که او را رها کند. درمانگر نقش شخصیت همسر، زودرنجی‌ها و حساسیت‌های زیاد همسر در ارتباط‌های بین فردی و باور همسر به زندگی شاد بعد از طلاق را در این جدایی پررنگ می‌بیند. درمانگر تمایل دارد که در قالب یک تکنیک نقش این عوامل را برای بیمار نیز نشان دهد. کدام یک از تکنیک‌های زیر برای این منظور مناسب‌تر است؟ (بورد ۱۴۰۳)

الف) Reframing

ب) experiments Behavioral

ج) continuum Cognitive

د) technique Pie

گزینه د

۲. بیماری با شکایت از عصبانیت‌های مکرر برای روان‌درمانی شناختی مراجعه کرده است. او در خانواده‌ای با رفتارهای سوء استفاده گرایانه بزرگ شده بود و این باور را داشت که دیگران فقط به فکر منافع خودشان هستند و باید در برابر آن‌ها از خود دفاع کند. او در جلسات به کرات از جملاتی مانند «هیچ‌کس حق ندارد با من این‌گونه رفتار کند و باید به آن‌ها نشان دهم که هرگز نمی‌توانند مرا تحت فشار قرار دهند» و «من نباید با این افراد و حماقت‌هایشان سر و کار داشته باشم» استفاده می‌کرد. وجود کدام یک از باورهای بنیادی زیر در این بیمار محتمل‌تر است؟ (بورد ۱۴۰۳)

الف) control self Insufficient

ب) directedness Other

ج) autonomy Impaired

د) Mistrust-Entitlement

گزینه د

باورها را میتوان در دو دسته طبقه بندی کرد

۱. باورهای میانجی (beliefs intermediate) شامل قواعد (rules) نگرشها (attitudes) ومفروضه ها (assumptions)



۲. باوریای مرکزی (beliefs core) شامل عقیده های کلی درباره خود، دیگران، دنیا، تغییر و اصلاح باورهای میانجی ناسازگار سختتر از افکار خودآیند هست اما راحتتر و انعطاف پذیرتر از باورهای مرکزی است

۳. بیمار در جلسه درمان می گوید: "دقیقاً نمی دانم قبل از مصاحبه کاری چه چیزی از ذهنم می گذشت ولی واقعاً مضطرب بودم". درمانگر در پاسخ می گوید: "شاید به این فکر می کردی که چقدر در مصاحبه عالی عمل خواهی کرد؟" این تکنیک چیست و با چه هدفی انجام شده است؟

الف) ارائه فکر مثبت با هدف بهبود هیجانات همراه با افکار خودآیند منفی

ب) تحسین بیمار با هدف جلوگیری از ایجاد افکار خودآیند منفی

ج) ارائه فکری مخالف با هدف مشخص شدن افکار خودآیند منفی بیمار

د) ارائه فکری جایگزین با هدف تعدیل افکار خودآیند بیمار

گزینه ج

بک. فصل ۱۲

پیشنهاد یک فکر مخ گزینه الف: زمانی که شما فکری را به بیمار پیشنهاد میکنید که نقطه مقابل فکر واقعی او است بیمار به راحتی به افکارش دسترسی پیدا میکند.

۴. دانشجویی قرار است خود را برای شرکت در امتحان پایان ترم یکی از دروس آماده کند و سه روز فرصت دارد. اخیراً جزوه‌ای برای مطالعه از همکلاسی خود گرفته است. او صفحات جزوه را چند بار با دقت و وسواس می خواند. شب‌ها کم می خوابد و بیدار می ماند تا جزوه را تمام کند. تمرکز او کم شده و گاهی دچار تپش قلب می شود. با توجه به پسیکوپاتولوژی فعلی مراجع، کدام فکر خودآیند زیر بیشتر درباره وی صدق می کند؟ (بورڈ ۱۴۰۳)

الف) مطالب این جزوه خیلی سخت است و من هرگز نمی توانم یاد بگیرم.

ب) وقت خود را بیهوده برای خواندن این جزوه تلف می کنم.

ج) من باید هر طور شده حداقل دو بار جزوه را کامل مرور کنم.

د) فکر نمی کنم مطالب این جزوه به قبولی در این امتحان کمکی کند.

گزینه ج

بک . فصل ۳

قواعد غیر سودمند Un helpful rules اغلب با (من باید) یا (من نباید) آغاز میشوند.

نگرشهای غیرمفید (attitudes unhelpful) معمولاً با (بد است که) شروع میشوند.

۵. با هدف ارزیابی افکار خودآیند یک مراجع، درمانگر در جلسه درمان به او می گوید: "فرض کن یکی از دوستان نزدیک تو در چنین شرایطی بود و همین فکر را داشت، آن وقت تو به او چی می گفتی؟" این توصیف مربوط به کدام

یک از انواع سؤالات برای ارزیابی افکار خودآیند است؟

الف) questions thought of Impact