

موضوع: رویکرد درمانی شناختی رفتاری
(Cognitive Behavior Therapy - CBT)

با راهنمایی:

دکتر مجید صفاری نیا

درمان شناختی_رفتاری

مقدمه

درمان شناختی_رفتاری یکی از روش‌های متداول روان‌درمانی است که به مراجعین کمک می‌کند الگوهای منفی و نادرست آگاه شوند. برخلاف روان‌درمانی‌های سنتی درمان شناختی رفتاری در جهت یافتن ریشه‌های مشکلات مراجعین نیست. به جای آن CBT بر چگونگی اثر الگوهای فکری بر احساسات و رفتار تأکید دارد. با تغییر این الگوها، افراد می‌توانند بهتر احساسات خود را کنترل کنند و رفتار خود را تغییر دهند و می‌توانند آموزش ببینند که به صورت موثرتر و واقع‌بینانه‌تر با مشکلات خود برخورد کنند. برای بسیار از افراد CBT از سایر انواع روان‌درمانی موثر است به علت این که برای رسیدن به نتایج مثبت نیاز به تعداد جلسات کم‌تری است. CBT می‌تواند به صورت انفرادی یا با سایر درمان‌ها و داروهای روان‌پزشکی به منظور درمان گسترده وسیعی از اختلالات روانی به کار گرفته شود. اختلالات شامل اختلال استرس پس از سانحه، فوبیا(ترس‌های غیرمنطقی)، نقص توجه/بیش‌فعالی، اختلالات اضطرابی، اختلال وسواسی جبری، سوءمصرف مواد و اختلالات خوراک می‌شود. همچنین روش‌های CBT به افرادی که دارای اختلال روانی نیستند نیز در شرایط استرس شدید همانند سوگ از دست دادن اعضای خانواده کمک می‌کند.

توسعه تاریخی

CBT مدرن ریشه‌های خود را در سال 1950 و 1960 میلادی دارد زمانی که روانشناسان و روان‌پزشکان در آفریقای جنوبی، انگلیس و ایالات متحده آمریکا شروع به مطالعات در مورد مداخلات درمانی بر پایه نظریه یادگیری نمودند. به سرعت، رفتاردرمانی به عنوان یکی از روش‌های درمان پذیرفته شد که شامل راهبردهای مواجهه و فنون شرطی سازی کلاسیک و شرطی سازی پاسخگر و سایر راهبردها در جهت تغییر مستقیم رفتار می‌شد.

در اوایل دهه 1960 واژه رفتاردرمانی در بسیاری از انتشارات مهم ظاهر شد. کلمات مرتبط مثل اصلاح رفتاری در این دهه بسیار مورد استفاده قرار گرفت. در سال 1963 اولین نشریه علمی به رفتاردرمانی(به نام تحقیقات رفتاری و درمان) اختصاص یافت و در سال 1966 انجمن پیشرفت رفتاردرمانی(AABT) شکل گرفت.

در دهه 1960 و 1970 چندین روانشناس شروع به ترکیب رفتاردرمانی با درمان‌های شناختی کردند که هدف آن‌ها تغییر الگوهای منفی تفکر و پردازش اطلاعات مراجعین بود. اگرچه تعدادی از افراد نقش مهمی در پیشرفت

اولیه درمان‌های شناختی ایفا کردند، آرون بک و آلبرت ایس اغلب به توسعه این درمان‌ها نسبت داده می‌شوند. هر دو در ابتدا به عنوان روانکاو آموزش دیده بودند و هر دو نارضایتی خود از روانکاو سنتی را دلیلی برای ایجاد رویکردهای جدید برای درمان افسردگی، اضطراب و مشکلات مرتبط توصیف کردند. ایس شکل درمان خود را به عنوان درمان هیجانی منطقی و بعدها رفتاردرمانی هیجانی منطقی نامید و بک از اصطلاح درمان شناختی استفاده کرد. هر دو درمان بر کمک به مراجعان متمرکز بود تا باورها، مفروضات و پیش‌بینی‌های خود را از منفی، افسردگی، مضطرب و ناکارآمد به واقعی‌تر، مثبت‌تر و سازگارتر تغییر دهند. با تثبیت‌تر شدن درمان‌های رفتاری و شناختی مؤثر، محققان در دهه‌های 1970 و 1980 شروع به توسعه پروتکل‌هایی کردند که شامل استراتژی‌هایی از هر دو شکل درمان بود [1].

اشکال درمان

مدت، دفعات و قالب جلسات CBT بسته به نوع مشکل درمان شده، در دسترس بودن درمانگر و ترجیحات مراجع بسیار متفاوت است. به طور معمول، درمان شامل 10-20 جلسه است که معمولاً هر هفته انجام می‌شود. با این حال، افراد با تظاهرات پیچیده (مانند اختلالات شخصیتی و همبودی قابل توجه) ممکن است بیش از 20 جلسه طول بکشد تا درمان شوند و افرادی که مشکلات بسیار متمرکز دارند (مثلاً فوبیای خاص) اغلب می‌توانند در تعداد جلسات بسیار کم‌تری درمان شوند. درمان ممکن است به صورت فردی یا گروهی انجام شود. اگرچه CBT اغلب به صورت سرپایی انجام می‌شود، برنامه‌های درمانی بستری و روزانه نیز بر اساس رویکرد CBT وجود دارد. جلسات CBT معمولاً با همکاری درمانگر و مراجع برای تعیین دستور جلسه شروع می‌شود. بخش عمده‌ای از هر جلسه صرف آموزش، بررسی یا به کارگیری استراتژی‌های خاص CBT برای مشکلات مراجع می‌شود. جلسات اولیه اغلب آموزشی بیشتر است، با درمانگر توضیح می‌دهد که چگونه از تکنیک‌های خاص استفاده کنید، درحالی‌که در جلسات بعدی زمان بیشتری برای استفاده از استراتژی‌های جدید صرف می‌شود. تکالیف خانه اغلب برای تشویق مراجعان به بررسی و تمرین استراتژی‌های CBT به صورت روزانه تعیین می‌شود. رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) نوعی درمان شناختی رفتاری است که بر پذیرش همه احساسات و رفتارها تأکید می‌کند و درعین حال تلاش می‌کند برخی از آن رفتارها را تغییر دهد [1].

ارزیابی مراجع:

انواع روش‌های ارزیابی برای درک نیازهای درمانی مراجع، تعیین این که از کدام تکنیک‌های CBT در درمان استفاده شود و اندازه‌گیری پیشرفت استفاده می‌شود. مانند تقریباً تمام انواع روان‌درمانی، مصاحبه بالینی ابزار مهمی برای درمان‌گرانی است که از CBT استفاده می‌کنند. علاوه بر موضوعات معمولی که در طول مصاحبه پوشش داده می‌شود (مانند سابقه مشکل ارائه شده، سابقه شخصی و خانوادگی و غیره)، درمانگران CBT در

مورد انواع افراط و نقایص رفتاری که با مشکلات مراجع مرتبط است، محرک‌ها و پیامدهای رفتارهای مشکل‌ساز و انواع شناخت‌هایی که با حالات خلقی منفی مانند اضطراب، افسردگی و خشم مرتبط هستند با مراجع گفتگو می‌کنند. اغلب، مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته برای اطمینان از یک رویکرد استاندارد شده برای ارزیابی استفاده می‌شود که بعید است به طور تصادفی ویژگی‌های مهم مشکل را از دست بدهد.

مشاهده رفتاری مستقیم شامل مشاهده مراجع در یک موقعیت مرتبط و یادداشت رفتارها و پاسخ‌های مورد علاقه است. به عنوان مثال، هنگام درمان اختلال اضطراب اجتماعی با استفاده از CBT، درمانگران ممکن است ابتدا یک آزمون رویکرد رفتاری (BAT) را اجرا کنند که در آن مراجع با یک موقعیت ترسناک مواجه می‌شود (مثلاً یک مکالمه گاه‌به‌گاه با یک غریبه یا یک ارائه کوتاه). در طول BAT، درمانگر این فرصت را دارد که مراجع را مشاهده کند تا هرگونه نقص مهارتی را یادداشت کند و هرگونه رفتار اجتنابی یا ایمنی را که در طول آزمایش استفاده می‌شود، مشاهده کند. پس از BAT، مراجعان معمولاً در مورد شدت اضطراب خود و هرگونه افکار اضطرابی که در طول تمرین رخ داده است، گزارش می‌دهند. مشاهده رفتاری این مزیت را نسبت به سایر اشکال ارزیابی دارد که می‌تواند رفتارها یا سایر ویژگی‌های مشکلی را که مراجع ممکن است از آن بی‌اطلاع باشد، شناسایی کند.

یادداشت‌های نظارتی فرم‌هایی هستند که مراجعان به‌طور منظم برای اندازه‌گیری علائم مرتبط یا نظارت بر استفاده از استراتژی‌های خاص CBT تکمیل می‌کنند. به عنوان مثال، در درمان افسردگی معمول است که مراجعان افکار افسردگی خود را تحت نظر دارند و از یادداشت‌های روزانه شناختی برای به چالش کشیدن الگوهای تفکر منفی خود استفاده می‌کنند. مزیت نظارت بر یادداشت‌های روزانه این است که از مشکلات سوگیری یادآوری گذشته نگر جلوگیری می‌کنند. مراجعان با ثبت علائم در حین بروز، با احتمال بیشتری گزارش دقیقی از فراوانی و شدت علائم خود ارائه می‌دهند نسبت به زمانی که صرفاً سعی می‌کنند خاطره علائم خود را چند روز یا چند هفته بعد یادآوری کنند.

مقیاس‌های استاندارد متعددی برای اندازه‌گیری مهم‌ترین ویژگی‌های (تقریباً) تمام گروه‌های تشخیصی وجود دارد. تنها برای اختلالات اضطرابی، بیش از 200 مقیاس با پشتیبانی تجربی در اوایل قرن 21 مورد استفاده قرار گرفت. به عنوان مثال، در مورد اختلال هراس و آگورافوبیا، فراوانی علائم حمله پانیک، شدت اجتناب و میزان ترس مراجع از احساسات مرتبط با هراس (یک ویژگی بارز اختلال هراس) اندازه‌گیری می‌شود. اطلاعات به‌دست‌آمده در مقیاس‌های خودگزارش‌دهی می‌تواند هم برای کمک به انتخاب هدف درمان و هم انتخاب مناسب‌ترین استراتژی‌ها برای مقابله با مشکل استفاده شود [1].

تکنیک‌ها و استراتژی‌های درمانی

درمان CBT از تکنیک‌های مختلفی استفاده می‌کند که برای اصلاح الگوهای فکری منفی، کاهش پریشانی در موقعیت‌های ترسناک یا اضطراب‌آور و آموزش مهارت‌های بین فردی به کار می‌رود. بسته به ماهیت مشکل تحت درمان، درمان فردی شامل برخی یا همه این موارد خواهد بود.

بازسازی شناختی شامل آموزش مراجعان به آگاهی بیشتر از افکار منفی، ارزیابی شواهد مربوط به میزان دقیق بودن افکارشان و جایگزینی افکار غیرواقعی با تفاسیر، پیش بینی‌ها و مفروضات متعادل‌تر است. به عنوان مثال، یک درمانگر ممکن است به مراجعینی که معتقدند کسی دوستشان ندارد آموزش دهد که زمان‌هایی را یادآوری کنند که به مهمانی‌ها دعوت شده‌اند، بنابراین به مراجع کمک کنند درک کند حس تنفر دیگران از او غیرواقعی و اغراق شده است. فرم‌های نظارت برای کمک به مراجعان برای شناسایی و به چالش کشیدن افکاری که منجر به مشکلات اضطراب، افسردگی، خشم و سایر احساسات منفی می‌شوند، استفاده می‌شود.

آزمون رفتاری (که آزمون فرضیه نیز نامیده می‌شود) شامل آزمایش اعتبار مفروضات یا انتظارات منفی مراجع با انجام آزمایش است. برای مثال، افرادی که متقاعد شده‌اند که قرار گرفتن در مرکز توجه منجر به عواقب وحشتناکی می‌شود، ممکن است تشویق شوند تا عمداً توجه را به خود جلب کنند (مثلاً صحبت کردن در جمع، انداختن کلیدها، ریختن یک لیوان آب و غیره) تا یاد بگیرند که عواقب واقعی بسیار خفیف است.

مواجهه یکی از قدرتمندترین روش‌های غلبه بر ترس است. به طور معمول در درمان اختلالات اضطرابی و همچنین سایر مشکلاتی که شامل ترس به عنوان یک جزء است استفاده می‌شود (به عنوان مثال، افراد مبتلا به اختلالات خوردن که از خوردن غذاهای خاص می‌ترسند). در اصل، مراجعین تشویق می‌شوند که به طور مکرر با اشیاء و شرایط مقابله کنند تا این که دیگر با آن ترس مشکلی نداشته باشند. در مواردی که افراد از افکار خود می‌ترسند (به عنوان مثال، افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-اجباری که حملات وسواس را تجربه می‌کنند، افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه که دائماً سعی می‌کنند خود را از خاطرات آسیب‌زا خلاص کنند)، قرار گرفتن در معرض افکار و خاطرات ترسناک می‌تواند مفید باشد به طور مشابه، برای افرادی که از علائم فیزیکی خاصی می‌ترسند (مانند افراد مبتلا به اختلال هراس که از تپش قلب می‌ترسند؛ افراد مبتلا به فوبیای ارتفاع که از احساس سرگیجه در مکان‌های بلند می‌ترسند).

مواجهه زمانی موثرتر است که قابل پیش بینی، تحت کنترل مرجع، مکرر و طولانی مدت باشد (در حالت ایده آل، به اندازه‌های طول بکشد که ترس کاهش یابد). مراجعان اغلب تشویق می‌شوند تا در مکان‌ها و زمینه‌های مختلف و با انواع مختلف اشیاء ترسناک مواجهه را تمرین کنند. به عنوان مثال، شخصی که از سگ می‌ترسد ممکن است تمرین کند که در مکان‌های مختلف در اطراف نژادهای مختلف سگ قرار بگیرد.

استراتژی‌های مبتنی بر آرامش از زمان توسعه درمان‌های رفتاری مورد استفاده قرار گرفته‌اند. آن‌ها اغلب در درمان اختلال اضطراب فراگیر و برای مدیریت استرس استفاده می‌شوند، اما آن‌ها همچنین به عنوان درمان برای سایر شرایط مبتنی بر اضطراب مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. اشکال متداول تمرینات تمدد اعصاب شامل مدیتیشن، آرام‌سازی پیشرونده عضلانی (شامل یک سری تمرینات تنش و آرامش)، تمرین تمدد اعصاب مبتنی بر تصویرسازی و بازآموزی تنفس است.

آموزش مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی شامل شناسایی کاستی‌های مهارت‌های اجتماعی خاص مراجعان، سپس آموزش راهبردهای خاص برای افزایش اثربخشی رفتارهای اجتماعی آن‌هاست. آموزش مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی اغلب جزء CBT برای اضطراب اجتماعی، افسردگی، اختلال زناشویی، اختلالات روان‌پریشی و انواع مشکلات دیگر است.

آموزش حل مسئله شامل آموزش یک روش ساختاریافته و سیستماتیک برای حل مشکلاتی است که به وجود می‌آیند، به عنوان جایگزینی برای حل مشکلات به صورت تکانشی، تمرکز بر مشکلات اشتباه، یا اجتناب از برخورد با مشکلات به طور کلی (مثلاً به تعویق انداختن کار). اغلب، افراد در حل مشکلات مشکل دارند زیرا مشکلات به نظر بی‌شکل یا مبهم به نظر می‌رسند یا به این دلیل که احساس می‌کنند تحت فشار هستند. آموزش حل مسئله به دور زدن هر دوی این موانع برای حل موثر یک مشکل کمک می‌کند. این استراتژی برای درمان موثر تعدادی از مشکلات روانی از جمله افسردگی استفاده شده است.

از آنجایی که CBT مستلزم آن است که افرادی که تحت درمان قرار می‌گیرند هم شرایطی را که تحت درمان قرار می‌گیرند و هم تکنیک‌های درمانی پیشنهادی را درک کنند، همه درمان‌های CBT شامل یک عنصر آموزشی هستند که گاهی اوقات آموزش روانی نامیده می‌شود. به عنوان مثال، به افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی آموزش داده می‌شود که تنفس خود را به عنوان راهی برای آرامش کم کنند، ابتدا در مورد رابطه بین تهویه هوا و علائم اضطراب آموزش داده می‌شود. اگرچه آموزش روانی در طول درمان رخ می‌دهد، اما اغلب در جلسات اولیه به طور گسترده مورد استفاده قرار می‌گیرد و ممکن است با مطالب خواندنی، فیلم‌ها یا سایر مطالب آموزشی تکمیل شود [1].

وضعیت فعلی CBT

برتری CBT در مقایسه با لیست انتظار یا گروه کنترل به طور مداوم نشان داده شده است. قوی‌ترین حمایت در مورد اختلالات اضطرابی دیده می‌شود که CBT به عنوان درمان خط اول در نظر گرفته می‌شود (هوفمن و اسمیت، 2008). "اندازه اثر" CBT در مقایسه با شرایط کنترل از متوسط تا بالا برای اختلالات اضطرابی مختلف (به عنوان مثال، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال هراس، اضطراب اجتماعی، اختلال وسواس فکری جبری، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و فوبیاهای خاص، متغیر است (آبرامویتز، 2004).

به عنوان مثال، نشان داده شده است که CBT نسبت به سایر درمان‌ها برای اختلالات اضطرابی مختلف برتری دارد (به عنوان مثال، فوبیای اجتماعی، اختلال اضطراب فراگیر؛ هافمن و اسمیت، 2008). مشخص شده است که CBT برای افسردگی تک‌قطبی (هایزر و فایفر، 2011)، فوبیای خاص (هافمن و اسمیت، 2008) نسبت به سایر درمان‌های روان‌شناختی خاص برتری دارد و این پرسش‌هایی را در مورد عوامل موثر بر اثربخشی CBT ایجاد کرده است. مشخص شده است که CBT به تنهایی برای درمان اختلال دوقطبی کافی نیست (گرگوری، 2010)، اگرچه برخی شواهد نشان می‌دهد که ممکن است به جلوگیری از عود کمک کند (کاکر و اوزردم، 2011). شواهد برای حمایت از اثربخشی CBT برای درمان بی‌اشتهایی عصبی (مک‌اینشاس و همکاران، 2005) یا علائم مزمن مرتبط با اختلالات روان‌پریشی (برد و همکاران، 2010) قوی نیستند.

در مقایسه با دارودرمانی، CBT برای درمان اختلالات اضطرابی خاص (به عنوان مثال، اضطراب اجتماعی، اختلال وسواس فکری جبری؛ هافمن و اسمیت، 2008) و اختلالات قمار برتر و ارجح است (لئونگ و کوتلر، 2009). و مداخله خط اول برای BPD است که هیچ دارویی انتخابی برای آن وجود ندارد. درمان CBT حداقل در درمان اختلالات اضطرابی خاص (مانند اختلال اضطراب فراگیر و اختلال هراس؛ هافمن و اسمیت، 2008) و پرخوری عصبی (Thompson, Brenner, 2002) موثر است. و یک مکمل موثر برای دارو برای درمان اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی است. برای افسردگی شدید، شواهد متفاوت است: برخی از مطالعات نشان می‌دهند که داروها برتر هستند (الکین و همکاران، 1995) در حالی که دیگران نشان می‌دهند که CBT به اندازه دارو موثر است (به عنوان مثال، DeRubeis و همکاران، 2005). برای درمان وابستگی به الکل و مواد افیونی، CBT نسبت به داروهای آگونیست موثرتر است (دوترا و همکاران، 2008).

در مجموع، CBT برای بسیاری از اختلالات دارای شواهد قوی است. در نتیجه، در 10 سال گذشته، دستورالعمل‌های منتشر شده توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا و موسسه ملی سلامت و مراقبت عالی، این درمان را توصیه کرده‌اند. [2]

خلاصه و جمع‌بندی

در حالی که پایه شواهد برای CBT قوی است، باید شواهد قوی‌تری یافت و در حال حاضر در چندین زمینه دانش شکاف وجود دارد. ما باید درک خود را از تعدیل‌کننده‌ها، واسطه‌ها و پیش‌بینی‌کننده‌های پاسخ به CBT ارتقا دهیم تا فرمول‌بندی را بهبود بخشیم. و درمانگران را قادر به انتخاب استراتژی‌های مناسب برای به حداکثر رساندن اثرات درمان کنیم. تعداد محدودی مطالعات در مورد فرآیندهای تغییر و مکانیسم‌های تغییر وجود دارد و چنین تحقیقاتی برای بهبود درک ما از نحوه دستیابی CBT به اثرات آن بسیار مهم است. اثربخشی CBT آنطور که در دنیای واقعی انجام می‌شود به خوبی درک نشده است. بسیاری از افرادی که به CBT نیاز دارند نمی‌توانند به آن دسترسی داشته باشند. علاوه بر این، کمبود اطلاعات مرتبط با آموزش کارآمد درمانگران و تحقیق در مورد چگونگی بهبود CBT ضروری است.

چندین جهت طبیعی برای تحقیقات آینده وجود دارد. اولین حوزه اصلی که باید به آن پرداخته شود این است که چگونه CBT را برای هر مراجع شخصی‌سازی کنیم. مشخص نیست که چگونه CBT به اثرات خود دست می‌یابد، بنابراین تحقیق در مورد مکانیسم‌های اساسی تغییر در CBT به ما کمک می‌کند تا درک کنیم که چگونه می‌توان پاسخ درمان افتراقی را بهتر پیش‌بینی کرد. دومین جهت اصلی مربوط به ایجاد یک پایگاه شواهد برای هدایت انتشار و اجرای CBT است. مطالعات انجام شده در محیط‌های دنیای واقعی، مانند مطالعات انجام شده از طریق شبکه‌های تحقیقاتی مبتنی بر تمرین، برای افزایش ارتباط بالینی تحقیقات مورد نیاز است.

در نهایت، ما باید از فناوری‌های نوآورانه به دلیل ارزش آن‌ها در تسهیل تلاش‌ها برای انتشار و اجرای CBT استفاده بهتری کنیم. روی هم‌رفته، این توصیه‌ها می‌توانند تاثیر CBT را به حداکثر برسانند.

جلسات درمان [3]

تماس اولیه:

پدر با مرکز درمان جهت درمان دخترش تماس گرفته است. روان‌درمانگر با ایشان به مدت 20 دقیقه صحبت کرد. در این تماس پدر بیان نموده است که دختر بسیار با هوش و مستعدی دارد و همچنین تمام نگرانی‌های خود را در مورد مشکلاتی که می‌تواند در پیشرفت کاری دخترش که به تازگی در یک شرکت معتبر استخدام شده است، اختلال ایجاد کند بیان کرد. آقای الف مکرراً بر توانایی و استعداد بسیار بالای ندا و موفقیت او در شکست دادن رقبا در به دست آوردن کار تأکید داشت اما هیچ اشاره‌ای به استرس و ناراحتی او نداشت. روان‌درمانگر فرض را بر این موضوع گذاشت که به ندا القا شده است که او حتماً باید جهت پذیرفته شدن توسط اطرافیان موفقیتی کسب کند و احساسات و پریشانی او بی‌اهمیت و شایسته توجه نیستند.

جلسه اول:

هدف اصلی این جلسه تهیه لیستی از مشکلات، دست یافتن به اطلاعات مورد نیاز جهت اهداف تشخیص گذاری و تست فرضیاتی که از قبل در ذهن مشاور موجود است و برقراری ارتباط درمانی با درمانجو است و در نهایت پیشنهاد رویکرد درمانی. در صورتی که به طور مثال رویکرد درمان شناختی رفتاری انتخاب شد اطلاعاتی در این مورد نیز در همین جلسه ارائه می‌گردد. و درخواست از مراجع که با کلمات خود بیان کند که چه چیز منجر شده که او به جلسه مشاوره بیاید.

****در مطالعه موردی حاضر جواب ندا این است که در ارتباطات خود احساس درگیر بودن بیش از حد و محبوس بودن میکند - مورد دیگر اتمام رابطه با شریک عاطفی و مشکلات بین فردی با هم خانه ها و دوستان****

پیش از جلسه اول پرسشنامه‌های معینی برای درمانجو فرستاده شد در این مطالعه موردی پرسشنامه افسردگی بک (Beck Depression Inventory-BDI) و پرسشنامه اضطراب برنز (Burns Anxiety Inventory) و یک پرسشنامه مختصر استفاده از مواد برای او ایمیل شده بود. پس از بررسی نمرات پرسشنامه از مراجع خواسته شد مشکل آخر و جدیدترین موردی که ذهن او را درگیر کرده است را بیان کند و درمانگر جدول زیر را برای شروع کار و یافتن پاسخ سازگاران تهیه کرد.

تاریخ	موقعیت	رفتار	احساسات	افکار	پاسخ
	ندا دعوت یکی از دوستان را رد کرده است و او با ناراحتی به ندا گفته حالا که دوستان جدید پیدا کردی دیگر نمیخواهی با من وقت بگذرانی	اصرار بر قطع رابطه	احساس گناه، ناکافی بودن، محبوس	-دارم دوباره خراب میکنم -اگر دوست خوبی بودم دعوت او را میپذیرفتم -اگر دوست و هم خانه ای خوبی نباشم بهتر است که کلا تنها زندگی کنم	

جدول موقعیت، رفتار، احساسات و افکار آزردهنده جهت بررسی و یافتن پاسخ های سازگارانه

جلسه دوم:

در مورد پاسخ و احساسات مراجع در مورد جلسه اول صحبت می شود. پیگیری تکالیف (در صورت مشخص شدن تکلیف در جلسه اول)، جهت دهی درمانجو در راستای درمان، اتمام تهیه لیست مشکلات و در صورت امکان پس از تهیه جدول در جلسه اول و گرفتن جزئیات بیشتر و برقراری بیشتر ارتباط درمانی با مراجع و بررسی آن توسط درمانگر و درمانجو از مراجع خواسته میشود که اهداف درمانی مدنظر را برای جلسه آینده تهیه و همراه خود بیاورد.

(مطالعه موردی: ندا با نمره BDI خود به جلسه دوم آمد و که به میزان قابل توجهی کاهش نشان می دهد. البته این بهبود خلق به علت اسباب کشی هم خانه ای بد اخلاق و حساس او بود که این رفتار اجتنابی و غیر سازنده تلقی می گردد. به هر نحو رسم نمودار نمرات BDI و BAI جهت مانیتور کردن پیشرفت و همچنین نمایش دادن آن به درمانجو مفید است)

جلسه سوم:

در جلسه سوم مروری بر تکالیف انجام شده (ثبت تفکرات) و اصلاح لیست مشکلات

در جلسه سوم میتوان به جمع‌آوری اطلاعات بیشتری از تاریخچه و زمینه فکری و فرهنگی مراجع پرداخت.

مطالعه موردی: از ندا درخواست شد اگر چیزی هست که می‌خواهد درباره آن صحبت کند یا در لیست قرار دهد ندا گفت که شروع به ثبت تفکرات خود در مورد یکی از دوستان خود کرده است که او را آزار می‌دهد و می‌خواهد در مورد آن صحبت کند.

نمونه ثبت تفکرات:

تاریخ	موقعیت	رفتار	احساس	افکار	پاسخ
	دوستم از من خواست که باهش برم بیرون، ولی من کار دارم	پذیرفتم	احساس گناه، تحت فشار	-اگر بگم نه، دوستم ناراحت میشود -اگر بگویم نه، او فکر میکند من به او اهمیت نمیدهم -شاید هم سرگرمی خوبی در انتظارم باشد	-نه ببخشید من خیلی کار دارم -من دارم به یک ددلاین تو کارم نزدیکمیشم می‌خواهم به موقع کارم تمام بشود. -فقط به خاطر این که میگم نه دلیل نمی‌شود برای دوستم ارزش قائل نباشم

جلسه چهارم

طبق روال جلسات در ابتدای کار به مرور جلسات گذشته و فرم‌های ثبت افکار و حالات پرداخته میشود و امور هفتگی و موقعیت‌های استرس زا و مشکلات بین فردی مطرح و موفق بودن شخص در مدیریت موقعیت خاص مطرح می‌گردد.

مطالعه موردی: خانواده ندا هفته آینده سفری را ترتیب داده‌اند و او هراس دارد که در سفر تمام وقتش را باید صرف خانواده کند در زمانی که بسیار از لحاظ کاری پرمشغله است. این موقعیت بسیار خوبی است زیرا بسیار به مشکل بین فردی که درمانگر سعی در درمان آن دارد نزدیک است. ندا نمی‌تواند بگوید نه به دلیل این که از قبل پدر بلیت را تهیه کرده است (بدون مشورت با او) که بسیار گران است.

درمانگر در این مورد از ندا می‌خواهد یک برنامه شفاف و عملیاتی برای ترکیب اوقات فراغت و کاری در طول سفر تهیه نماید و قالب "برنامه فعالیت" را برای مراجع توضیح و نمونه‌ای در اختیارش قرار می‌دهد. ندا به سرعت تصمیم می‌گیرد که روز خود را به دو بخش تقسیم کند و صبح کار کند و بعدازظهر در اختیار خانواده باشد.

نمونه "برنامه فعالیت" تدوین شده توسط درمانجو

	شنبه	یکشنبه	دوشنبه	سه شنبه	چهارشنبه	پنج شنبه	جمعه
7-8							
8-9	کار	کار	کار	کار	کار	کار	کار
9-10	کار	کار	کار	کار	کار	کار	کار
10-11	کار	کار	کار	کار	کار	کار	کار
11-12	کار	کار	کار	کار	کار	کار	کار
12 به بعد	نهار و باقی روز استراحت یا تفریح	نهار و باقی روز استراحت یا تفریح	نهار و باقی روز استراحت یا تفریح	نهار و باقی روز استراحت یا تفریح	نهار و باقی روز استراحت یا تفریح	نهار و باقی روز استراحت یا تفریح	نهار و باقی روز استراحت یا تفریح

اگر در جلسه قبلی شرح حال و تاریخچه گرفته نشده است این جلسه می‌تواند به این موضوع نیز اختصاص داده شود

مطالعه موردی: درمانگر راجع به خانواده و سوابق بیماری و نحوه برقراری ارتباط در خانواده سؤال می‌کند. ندا پاسخ می‌دهد که مادرش از بچگی دارو مصرف می‌کرده و سیگار می‌کشد. و زمانی که او 15 ساله بوده پدر و مادر برای طلاق برنامه‌ریزی کرده بودند. مادرش اکثر اوقات الکل مصرف می‌کرده و خواهان گذراندن وقت بیشتر با ندا بوده است. و پدرش را شخصی غیرقابل پیش بینی توصیف کرد که گاهی اوقات انسان خوب و گاهی به شدت بد است.

این موضوع فرضیه درمانگر را قوی‌تر کرد که ندا دارای والدینی است که نیازهای خود را اولویت می‌دهند و به نیازهای ندا توجه نمی‌کنند و از او توقع دارند فقط نیازهای آن‌ها را برآورده کند.

مرحله میانی درمان

در پایان جلسه چهارم برنامه درمانی تنظیم می‌گردد.

تدوین طرح درمان برای ندا

نام: ندا

اطلاعات: 25 ساله، شاغل، مجرد، توسط پدر به درمان ارجاع شده است

لیست مشکلات:

1. نشانه‌های افسردگی: نمره $BDI=21$ ، غمگین بدون انگیزه و ناامید نسبت به آینده، احساس گناه، مشکل در تصمیم‌گیری، افکار خودکار(اتوماتیک): "من دوست/دوست دختر/هم‌خانه‌ای بدی هستم اگر نیاز سایرین را برآورده نکنم"، مشکل رفتاری: پذیرفتن دعوت دیگران تحت فشار زمانی که بهتر است یا باید کار کند.
2. نشانه‌های اضطراب: $BAI=25$ ، اضطراب، تنش، ترس از نقد شدن و عدم تأیید، تپش قلب، بی‌قراری، سرگیجه، سردرد، خستگی. افکار اتوماتیک: "من از کار عقبم"، "اگر با دوستم وقت نگذرانم او از من عصبانی می‌شود"، "من برای این ارائه آماده نیستم و خراب می‌کنم". رفتار مشکل‌زا: شرکت در دوره‌های اجتماعی درحالی که باید کار کند و کار شدیداً فشرده زمانی که ددلاین نزدیک است.
3. مشکلات ارتباطی: احساس گیرافتادن در ارتباطات و اعتقاد به این که ارتباطات را بد مدیریت می‌کند. احساس گناه به ویژه زمانی که دیگران بیشتر می‌خواهند وقت بگذرانند تا او. احساس گناه در مورد اتمام رابطه با شریک عاطفی خود اگر کاری که دیگران می‌خواهند را انجام ندهم آن‌ها آسیب می‌بینند و این تقصیر من است.

4. مشکل کاری: به اندازه‌ای می‌خواهد کار نمی‌کند. کار بیش از حد نزدیک به ضرب‌الاجل تحویل، افکار خودکار: نمی‌دانم دارم چه کاری انجام می‌دهم.

5. استرس مالی: درآمد پایین او را به لحاظ مالی وابسته پدر کرده است

طرح‌واره‌ها:

خود (self)

من ناکافی‌ام

من خودخواهم

من برای مورد پذیرش بودن باید کارهایی که دیگران می‌خواهند انجام دهم

احساسات من مهم نیستند

من مسئول خوشحال کردن کسانی هستم که با آن‌ها نزدیک هستم.

دیگران (Others)

نیازهای سایرین از من مهم‌تر است

دیگران برای خوشحالی به من وابسته‌اند

آینده (Future)

آینده خوب نیست

جهان بار زیادی بر دوش افراد می‌گذارد

جلسه پنجم

به بحث در مورد یکی از مشکلات لیست پرداخته می‌شود

مورد مطالعه: درمانگر و ندا شروع به بحث در مورد اتمام رابطه عاطفی با علی پرداختند. ندا می‌گوید که او احساس گناه می‌کند به دلیل این که رابطه را قطع کرد به احساس علی صدمه وارد کرد و نخواست به رابطه برگردد و حتی دیگر با او صحبت کند. و این موضوع که او با شخص دیگری به نام محمد ارتباط جدیدی برقرار

کرده درحالیکه دلیل اتمام رابطه با علی را این بیان کرده بود که می‌خواهد تنها باشد. ندا با مرور خاطرات به یاد می‌آورد که والدین به او خودخواه می‌گفتند ریشه دیدگاه او در مورد دوست بد برای علی بودن از این نشأت گرفته بود که تنها در صورتی خودخواه نیست که نیاز طرف مقابل را در اولویت قرار دهد.

درمانگر پیشنهاد می‌کند برای این موضوع هم فرم ثبت افکار را پر کند و تمام احساسات و افکار را ثبت نماید. "فکر خودکار: من خودخواهم در صورتی که نیاز سایرین را در اولویت قرار ندهم" ثبت گردید و پس از پرسش‌های سقراطی درمانگر ندا قادر بود که در زیر ستون پاسخ جمله "در نظر گرفتن نیاز خودم در این موقعیت مرا به انسان خودخواه تبدیل نمی‌کند"

در اینجا درمانگر پرسید اگر فشاری از طرف علی بر تو نباشد و تو بخواهی تصمیم‌گیری این رابطه به چه صورت باشد تو چه چیزی می‌خواهی ندا پاسخ داد که او می‌خواهد با علی دوست بماند اما گرایشی به شریک عاطفی بودن ندارد.

پس از پایان جلسه به عنوان تکلیف درمانگر از او خواست تا با علی تماس بگیرد و همین صحبت‌ها را منتقل کند.

جلسه ششم:

چک کردن تکلیف جلسه قبل و تمرکز بر مشکلی دیگر در لیست

در این مرحله مراجع گفت که تکالیف را انجام داده و علی مجبور به عقب نشینی شده است. این جلسه بر برنامه‌ریزی سفر متمرکز شد.

در این مرحله درمانگر و ندا به ایفای نقش در سفر و فشارهای احتمالی وارده و عدم انجام کارها به علت دیر خوابیدن و تفریح بیش از حد پرداختند.

جلسه هفتم

تمرکز بر مشکل کار و ارائه به موقع تحویل پروژه

مطالعه موردی: گزارش سفر ارائه شد و این که پس از یکی دوبار تلاش موفق توانست خط کاری خود را حفظ نماید و بسیار راضی بود ولی بابت ارائه گزارش فصلی در کار اضطراب او برگشته بود و مهلت آن 4 هفته بیشتر نمانده بود و او احساس عقب ماندگی در کار داشت.

مصاحبه در این مورد شروع شد که دفعه قبل ندا چطور پروژه را به پایان رسانده و تحویل داده او چه چالش‌ها و مشکلاتی در این راه داشته است.

درمانگر به منظور دستیابی به یک مینی فرضیه (فرضیه‌ای که در مورد یک مثال خاص از یک موقعیت خاص است). در این مورد، عملکرد ضعیف گزارش کار فصلی مد نظر قرار گرفت.

جلسه هشتم:

در طول جلسه هشتم ندا گزارش داد که جدول فعالیت روزانه مفید بوده و او توانسته گزارش فصلی را به موقع تحویل دهد. اگر چه او مجبور بود شده بود چندباری جدول فعالیت را ویرایش کند اما این جدول به او کمک کرد که بر کار متمرکز باشد و توانایی نه گفتن به فعالیت‌هایی که در جدول نیست را داشته باشد.

به علت موفقیت آمیز بودن جدول فعالیت درمانگر از ندا خواست جدول فعالیت را برای هفته آینده نیز تنظیم کند. ندا با آغوش باز پذیرفت و آن را به عنوان تکلیف هفته آینده در نظر گرفت.

در این جلسه بر اضطراب او در مورد ارائه گزارش فصلی به مدیران ارشد شرکت پرداخته می‌شود. سری قبلی ارائه مدیران ارشد ایرادات جزئی گرفته بودند و ندا به خاطر اعتمادبه‌نفس پایین نتوانسته بود روی موارد اصلی تمرکز و آن‌ها را ارائه کند. در این موقع ندا و درمانگر شروع به ایفای نقش در مورد ارائه کردند.

ندا مواردی که در این ایفای نقش یاد گرفت را یادداشت کرد که پیش از ارائه مرور کند. درمانگر در این جلسه متوجه شد که ندا ارائه قبلی را روخوانی کرده و برای حضار ارائه نداده است. تکلیف هفته آینده جدول فعالیت برای هفته آینده مشخص شد.

جلسه نهم تا دوازدهم:

روی یکی دیگر از مشکلات تمرکز می‌شود که این سه جلسه در مطالعه موردی ما ارائه به مدیران ارشد و اضطراب وارده است.

همچنین کار برای صحبت قاطعانه با صاحب‌خانه اش در مورد مشکلی در خانه

در این دو مورد ایفای نقش و جدول ثبت افکار استفاده شد.

پس از ایفای نقش و جدول ثبت افکار ندا مکالمه موفقیت‌آمیزی در مورد مشکلات آپارتمان داشت.

در جلسه یازدهم ندا گفت توانسته از لحاظ بازه زمانی توانسته گزارش خود را تهیه و بسیار بهتر از سری قبل آن را ارائه نماید که برای او راضی‌کننده بوده است.

مشکل دیگر ندا تلفن بود: تحت فشار بودن توسط تماس تلفنی دوستانش که خواهان صحبت با او بیش از 30 دقیقه می‌شدند. در این مورد بحث و بررسی شد و ایفای نقش انجام شد که مشکل اتمام تماس تلفنی صورت پذیرد.

زمانی که از ندا پرسیده شد که آیا جدول ثبت افکار مفید بود یا خیر او گفت ایده منطقی این که فقط به دلیل این که او مایل نیست کاری که دوستش از او می‌خواهد انجام ندهد پس او خودخواه است خیلی برایش جالب نبود. او گفت در سطح منطقی این گزاره را قبول دارد اما از منظر احساسی به این موضوع معتقد نیست.

جلسه بعدی نیز با تمرکز بر همین موضوع شروع و پس از مطرح کردن سؤالات سقراطی مراجع متوجه شد اگر نتواند محدودیت زمانی در روابط تلفنی و حضوریش اعمال کند مجبور می‌شود تحت فشار مضاعف کل رابطه‌اش را با دوستان قطع کند. ندا این موضوع را مفید یافت و مجدد شروع به ثبت افکار

تاریخ	موقعیت	رفتار	احساس	افکار	پاسخ
	در حال صحبت با دوست صمیمی هستم، میخواهم قطع کنم	قطع نمیکنم	تحت فشار و محبوس	- اگر الان قطع کنم، احساسات او آسیب میبیند - من خودخواهم نمیخواهم وقت بگذرانم - چند دقیقه بیشتر به من آسیبی نمیزند	نمی دانم چه فکری میکند، ذهن خوانی نباید انجام شود من به این زمان برای کار کردن نیاز دارم اگر همینطور ادامه دهم ممکن است مجبور شوم رابطه ام را به طور کل قطع کنم

حل مشکل پس از یک الی دو جلسه درمان و تهیه لیست تماس و مدت تماس‌ها و تغییر رفتار میسر گردید

جلسه چهاردهم:

مرور درمان

در این مرحله به مرور درمان پرداخته می‌شود و بهبود، افت و ثابت بودن شرایط مشخص می‌شود. و در پایان از مراجع بازخورد گرفته می‌شود که کدام موارد بیشتر مفید بوده است

مثال موردی:

1. نشانه‌های افسردگی و اضطراب. این نشانگان بهبود یافته‌اند و نمره BDI از 21 به 11 و نمره BAI از 25 به 19 کاهش یافته است
2. مشکلات ارتباطی: ندا از تغییر رابطه خود با علی راضی بود و در مورد سفر نیز اضطراب کم‌تری دارد. اما میزان کاهش را 60 درصد ارزیابی کرد. مشکلات تماس تلفنی هنوز حل نشده است
3. مشکلات کاری: بسیار در مدیریت زمان و ارائه گزارش احساس بهتر و عملکرد بهتری دارد
4. مشکلات مالی: بدون تغییر
5. ...
6. ...

تهیه جدول بهبود رفتار

زمان و تاریخ	شواهد تغییر طرحواره (Schema)
4/3	دعوت فاطمه برای روز شنبه دوچرخه سواری را نپذیرفت (قبلا به محمد قول داده بود)
4/4	اتاق کنفرانس را در بهترین زمان برای مشتری رزرو کردم که برای همکارم خیلی زمان خوبی نبود
4/6	مریض بودم و در خانه کار کردم با اینکه رئیسم دوست داشت حضورا آنجا باشم
4/8	از اتوشویی خواستم که یکی از لباس‌ها را مجددا بشوید چون لکه باقی مانده بود
4/13	به محمد گفتم پنجشنبه نمیتوانم او را ببینم و جمعه او را خواهم دید.

در پایان جلساتی به منظور پیگیری معین میگردد.

منابع:

1. Antony, Martin M. and Baugh, L. Sue. "cognitive behaviour therapy". Encyclopedia Britannica, 5 Dec. 2023, <https://www.britannica.com/science/cognitive-behaviour-therapy>. Accessed 9 January 2024.
2. McMain S, Newman MG, Segal ZV, DeRubeis RJ. Cognitive behavioral therapy: current status and future research directions. *Psychother Res.* 2015;25(3):321-9. doi: 10.1080/10503307.2014.1002440. Epub 2015 Feb 17. PMID: 25689506.
3. Essential Components of Cognitive-Behavior Therapy for Depression, by J. B. Persons, J. Davidson, and M. A. Tompkins, Chapter 7, Case study, Nancy