



## شناخت درمانی گروهی

مایکل فری

دکتر زهرا اندوز	دکتر حسن حمیدپور	دکتر علی صاحبی
دکترای روان‌شناسی بالینی	دکترای روان‌شناسی بالینی	دکترای روان‌شناسی بالینی

فوق‌دکترای اختلالات و سوابس  
مربي ارشد و عضو هيئت علمي  
 مؤسسه دکتر ويليام گلسر

سرشناسه: فری، مایکل ال L Free, Michael L عنوان و نام پدیدآور: شناخت درمانی گروهی / مایکل فری؛ ترجمه علی صاحبی، حسن حمیدپور، زهرا آندوز مشخصات نشر: تهران، سایه سخن، ۱۳۹۲، ۴۰۰ ص.، مصور، جدول، نمودار مشخصات ظاهری: ۹۷۸-۶۰۰-۷۰۰-۴-۶۳۰-۴ مشخصات شاپیک: ۹۷۸-۶۰۰-۷۰۰-۴-۶۳۰-۴ وضعيت فهرستنويسي: فپا.

يادداشت: عنوان اصلی: Cognitive therapy in groups: guide lines and resources for practice

يادداشت: واژه‌نامه  
موضوع: شناخت درمانی  
موضوع: روان‌درمانی گروهی  
موضوع: افسردگی - درمان  
شناسه افزوده: صاحبی، علی، ۱۴۳، مترجم  
شناسه افزوده: حمیدپور، حسن، ۱۳۵۵، مترجم  
شناسه افزوده: آندوز، زهرا، مترجم  
ردیبندی کنگره: ۴۸۹RC/ش۹۴۴-۱۹۹۲  
ردیبندی دیوبی: ۳۳۶۱۹۱۴-۸۹۱۴۲  
شماره کتابشناسی ملی: ۳۳۶۱۹۱۴



## شناخت درمانی گروهی

نويسنده: مایکل فری

متجمين: دکتر علی صاحبی / دکتر حسن حمیدپور / دکتر زهرا آندوز  
طرح جلد: محمدمهدی صنعتی - ویرايش: محمد حسينی / نرگس مساوات  
صفحه‌آريي: ع. خرمشاهي - ناظر چاپ: ابوذر ملکيان  
شمارگان: ۲۰۰۰ نسخه - نوبت چاپ: اول ۱۳۹۳ - قيمت: ۱۸۰۰۰ تومان  
ليتوگرافی: واصف - چاپ متن: جاويدينو - چاپ جلد: سنوبر - صحافي: سپيدار

نشاني: تهران، خيابان انقلاب، خيابان دوازده فروردین، كوچه بهشت‌آين، پلاک ۱۹

طبقه همکف

تلفن: ۰۹۱۲۶۴۹۱۸۲۸ - ۶۶۹۶۲۴۵۶

حق چاپ محفوظ است.

و نهشت  
میر محمد صاحب‌الملک

# دفتر زمانه فتد نامه مرتضی‌الاز

در دفتر زمانه فتد نامش از قلم  
هر ملتی که مردم صاحب قلم نداشت

تقدیم به:

دکتر حبیب‌الله قاسم‌زاده

که ما را معلمی کم‌نظیر بود و ایران زمین را اندیشمندی گر اقدر است.

«مترجمین»

## فهرست مندرجات

۷	پیش‌گفتار ترجمهٔ فارسی.....
۱۱	پیش‌گفتار.....
۱۵	مقدمه.....
۱۹	بخش اول: ملاحظات مقدماتی.....
۲۱	فصل اول: مقدمه‌ای بر برنامه.....
۳۷	فصل دوم: بنیادهای نظری .....
۷۱	فصل سوم: مطالعه نتایج.....
۸۹	بخش دوم: دستورالعمل درمان.....
۹۱	فصل چهارم: آماده‌سازی برای اجرای برنامه گروهی .....
۱۱۱	فصل پنجم: جلسه اول درمان.....
۱۴۳	فصل ششم: جلسه دوم درمان.....
۱۶۷	فصل هفتم: جلسه سوم درمان.....
۱۸۷	فصل هشتم: جلسه چهارم درمان.....
۱۹۹	فصل نهم: جلسه پنجم درمان.....
۲۱۱	فصل دهم: جلسه ششم درمان.....

فصل یازدهم: جلسه هفتم درمان ..... ۲۲۱	
فصل دوازدهم: جلسه هشتم درمان ..... ۲۳۳	
فصل سیزدهم: جلسه نهم درمان ..... ۲۴۹	
فصل چهاردهم: جلسه دهم درمان ..... ۲۶۳	
فصل پانزدهم: جلسه یازدهم و دوازدهم درمان ..... ۲۷۹	
 بخش سوم: برخی از ملاحظات نهایی ..... ۲۹۱	
فصل شانزدهم: توسعه و گسترش بیشتر و جهتگیری‌های آینده ..... ۲۹۳	
 پیوست‌ها ..... ۳۰۵	
پیوست ۱: برگه پذیرش / غربالگری ..... ۳۰۷	
پیوست ۲: «برگه پذیرش» ..... ۳۰۹	
پیوست ۳: «برنامه شناخت درمانی گروهی» ..... ۳۱۱	
پیوست ۴: «مقدمه‌ای بر شناخت درمانی» ..... ۳۱۳	
پیوست ۵: «قرارداد تکلیف انجام خانگی» ..... ۳۱۹	
پیوست ۶: ترنسپرنسی‌ها ..... ۳۲۱	
پیوست ۷: «فهرست اصلی باورها» ..... ۳۶۷	
پیوست ۸: «نمونه‌هایی از تحلیل‌های منطقی» ..... ۳۶۹	
پیوست ۹: «فرم تحلیل‌های منطقی» ..... ۳۷۷	
پیوست ۱۰: «شکل چهار ستونی تغییر ادراکی» ..... ۳۷۹	
پیوست ۱۱: «مقیاس هیجان منفی (شکل سلسله‌مراتبی)» ..... ۳۸۱	
پیوست ۱۲: «منابعی برای تغییر باور» ..... ۳۸۳	
منابع ..... ۳۸۵	
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی ..... ۳۹۵	

## پیش‌گفتار ترجمهٔ فارسی

کتابی که در پیش روی دارید شاید بی‌نظیرترین اثر در نوع خودش باشد. در زمینهٔ شناخت‌درمانی و رویکرد روان‌درمانی رفتاری-شناختی کتاب‌های متعددی، چه به زبان فارسی و چه به دیگر زبان‌ها وجود دارد، اما کتابی با این ساختار که فرآیند کار گروهی و اجرای گام طرح روان‌درمانی گروهی را با جزئیات تمام و به تفصیل بیان کرده باشد، تاکنون وجود نداشته است.

مایکل فری با نگاهی جامع‌نگر برای به کارگیری شناخت‌درمانی در گسترهٔ وسیع‌تر و قابل دسترس نمودن درمان برای همه اقسام مردم، به خصوص افرادی که استطاعت مالی کافی برای پرداخت هزینه‌های سنگین روان‌درمانی فردی را ندارند، یافته‌های خود را در اختیار دیگران قرار داده است. این اثر در زبان انگلیسی نیز جایگاه ویژه‌ای دارد، اما در شرایط علمی-اجتماعی کنونی ما جایگاه رفیع‌تری می‌یابد؛ چراکه در ایران علاوه بر هزینه‌های سنگین روان‌درمانی و عدم حمایت‌های دولتی و بیمه‌ای از مراجعان به کلینیک‌های مشاوره و روان‌شناسی، فقدان روان‌درمانگران متخصص و صاحب صلاحیت که سوپریورین درمانی در مراکز علمی-دانشگاهی را گذرانده باشند، دسترسی به خدمات روان‌شناختی را برای مراجعان دشوار کرده است؛ بنابراین افراد

نیازمند به خدمات روان‌شناختی به ویژه کسانی که از اختلالات هیجانی رنج می‌برند، برای دریافت خدمات درمانی، در صورت یافتن روان‌شناسی معابر و باصلاحیت، باید هفته‌ها و ماه‌ها در انتظار بمانند تا نوبتشان فرارسد.

از طرفی روان‌درمانگران باصلاحیت نیز اندکند و از آن جایی که روان‌شناسی بالینی یک رشتۀ پژوهشی-بالینی است، روان‌شناسان بالینی کمی وجود دارند که تمام وقت به ارائه خدمات روان‌درمانی بپردازنند. بنابراین عملاً ارائه خدمات روان‌شناختی علمی به صورت روان‌درمانی فردی با محدودیت‌های زیادی روبروست. از این رو به کارگیری روش‌های درمان گروهی با رویکرد رفتاری‌شناختی شاید پاسخی به این نیاز و محدودیت باشد. چنانچه مدرسان و استادی روان‌شناختی بالینی، این کتاب و روش‌های ارائه شده در آن را در برنامه آموزش روان‌شناسان بالینی و مشاوران (در مقاطع فوق‌لیسانس و دکترای تخصصی) جای دهنند و به آموزش گروه‌درمانی رفتاری‌شناختی همت گمارند، شاید بتوان در جهت عمومی‌تر کردن خدمات روان‌شناسی بالینی گامی مؤثر برداشت؛ این میل درونی و نیت اصلی مترجمان بوده است.

نگارش و سازمان این کتاب به گونه‌ای است که روان‌شناسان و روان‌درمانگران را گام به گام در جهت اجرای روان‌درمانی گروهی هدایت و راهنمایی می‌کند. چگونگی شروع، ادامه و پایان دادن به هر مرحله از درمان با جزئیات تمام و مواد و ابزارهای لازم، به طور کامل در کتاب توضیح داده شده است.

در پیوست‌های کتاب، کلیه فرم‌ها، برگه‌های ثبت افکار، شناسایی باورها، چالش با شناختواره‌ها و... آمده است. از آن جایی که رویکرد اصلی کتاب یک

رویکرد روان‌شناختی-تربیتی است، مواد مورد نیاز برای آموزش مفاهیم و شیوه‌های رایج در رفتاردرمانی شناختی از قبیل کارت‌ها، فرم‌ها، جدول‌ها و شکل‌های آموزشی برای استفاده با دستگاه اوره德، به تفکیک برای هر جلسه در پیوست‌ها آورده شده است که خود کمک بزرگی است به درمانگران برای انتقال مفاهیم جدی درمان گروهی. درمانگرانی که بخواهند از رفتار درمانی-شناختی در گروه‌ها استفاده کنند، می‌توانند به این کتاب به عنوان یک منبع و دستورالعمل جامع توجه کنند.

این کتاب توسط خانم زهراء ندوز و آقای حسن حمیدپور، که خود روان‌شناسان بالینی و صاحب صلاحیت در رویکرد رفتاردرمانی شناختی‌اند و سوپرولیزن‌های لازم را با تلاش خستگی‌ناپذیر خود در کلینیک روان‌شناسی بالینی دانشگاه فردوسی گذرانده‌اند، ترجمه شده است. ویرایش علمی و مطابقت با متن اصلی به عهده اینجانب بوده است که امیدوارم خوانندگان فهیم و فرزانه، کاستی‌های آن را به دیده اغماس بنگرنده و جهت تعالی و بهبود کار، نظرات خود را به ما منعکس کنند. در اینجا لازم می‌دانم از تمامی کسانی که در تمامی مراحل آماده‌سازی این کتاب ما را یاری داده‌اند، قدردانی کنم.

دکتر علی صاحبی



## پیش‌گفتار

رفتاردرمانی شناختی یا شناختدرمانی در اواخر دهه پنجماه در مغرب زمین ظهور کرد. شناختدرمانی برای بسیاری از مشکلات روان‌شناختی و گستره وسیعی از اختلالات روان‌پزشکی نظیر کنترل خشم، اختلالات خلقی، اضطرابی و اسکیزوفرنی به کار می‌رود. شواهد تجربی برآمده از مغرب زمین نشان می‌دهد شناختدرمانی، برای درمان بسیاری از اختلالات روان‌شناختی و روان‌پزشکی رویکردی مؤثر است. برای مثال در مورد اختلال آسیمگی همراه با یا بدون بیرون‌هراسی و اختلال افسردگی اساسی، شناختدرمانی، درمان مطلوبی است. اویی در ویرایش سال ۱۹۹۸ کتابش<sup>۱</sup> خاطرنشان کرده است که شناختدرمانی نه تنها در جهان غرب پذیرفته شده و به کار گرفته می‌شود، بلکه در بسیاری کشورهای آسیایی نظیر چین، هند، پاکستان، تایلند و اندونزی نیز به کار برده می‌شود. حتی با وجود مشکلات فرهنگی، سیاسی و فلسفی در کاربرد شناختدرمانی در آسیا، یافته‌های به دست آمده از این کشورها نشان

---

۱. تیان اویی در سال ۱۹۹۸ کتابی با عنوان «رفتاردرمانی و رفتاردرمانی شناختی در آسیا» نوشته است. او در این کتاب به مشکلات تشخیص، کاربرد فنون درمانی و آزمون‌های آزاد از فرهنگ در کشورهای آسیایی پرداخته و ضمناً به آیین‌های کشورهای آسیایی نیز اشاره کرده است. -۴.

می‌دهد شناختدرمانی روشی مؤثر و کاراست. هم‌اکنون برای بسیاری از درمانگران و پژوهشگران مشخص شده است که شناختدرمانی نوعی روان‌درمانی کارآمد است که می‌تواند برای بسیاری از مردمی که از مشکلات بهداشت روان رنج می‌برند، به کار گرفته شود.

یکی دیگر از دلایل موفقیت شناختدرمانی استفاده از راهنمایی درمانی است که هدایت‌کننده پژوهش در رفتاردرمانی شناختی هستند. درحال حاضر چنین دستورالعمل‌هایی را می‌توان از پیشینه یا نوشتارهای پژوهشی و مراکز نشر به دست آورد. چاپ دستورالعمل و کتاب راهنمای شناختدرمانی از درمان فردی برگرفته شده است که درباره افراد زیادی آزمایش شده و موفق از آب درآمده است. درحالی که به طور وسیعی از راهنمایی درمانی شناختدرمانی برای درمان فردی استفاده می‌شود، ولی راهنمایی شناختدرمانی برای درمان گروهی به سادگی قابل دسترس نیست. طی بیست سال گذشته، تمرکز و تأکید پژوهش‌های تجربی در کلینیک من، بر گسترش و انتقال شناختدرمانی فردی به شناختدرمانی گروهی بوده است. شناختدرمانی گروهی را برای حیطه وسیعی از مشکلات بهداشت روانی از الکلیسم تا اختلالات اضطرابی و خلقی به کار برده‌ایم و نتایج نشان داده است شناختدرمانی گروهی در درمان سوءصرف الکل، اختلال آسیمگی با یا بدون بیرون‌هراسی و اختلال افسردگی اساسی به اندازه درمان فردی مؤثر است. من از چاپ این کتاب توسط دکتر فری که در آن شناختدرمانی گروهی را برای اختلال افسردگی اساسی توضیح داده است، بسیار خرسندم. این کتاب اثر جالب و مناسبی است و نارسایی و کمبود موجود در این زمینه را پر خواهد کرد. امیدوارم همچنان که من از نوشتمن مقدمه‌ای برای این کتاب احساس

شفع می‌کنم، درمانگران و پژوهشگرانی که قصد دارند از این کتاب استفاده کنند نیز از خواندن این اثر لذت ببرند. امید دیگر من این است که این کتاب بتواند انگیزه‌ای فراهم کند برای استمرار پژوهش در شناخت‌درمانی گروهی و همچنین به تدوین دستورالعمل و راهنمای شناخت‌درمانی گروهی، همانند شناخت‌درمانی فردی، کمک کند.

تیان. پی. اس. اویی

بخش رفatarدرمانی شناختی دانشگاه

کوینزلند

۱۹۹۹ اپریل ۳۰



## مقدمه

من کارم را در سال ۱۹۸۵ در کلینیک روان‌پزشکی ووردبrijg شروع کردم. این کلینیک یکی از چندین کلینیک جدیدی بود که درست در همان زمان شروع به کار کرده و از نظر پوشش جغرافیایی در حال گسترش بود. در این کلینیک به بیماران سرپایی خدمات ارائه می‌شد. من نخستین روان‌شناسی بودم که در یک تیم حرفه‌ای بهداشت روانی در کلینیک کار می‌کردم. ووردبrijg مرکزی در شهر جنوبی بریزبین (استرالیا) بود که با وجود مشکلات اجتماعی بسیار و منابع محدود به سرعت رشد می‌کرد. همیشه علاقه داشتم در یک کلینیک روان‌شناسی اجتماعی کار کنم. با وجود این که چهارسال وقت لازم بود تا دوره دکتری حرفه‌ای روان‌شناسی را تمام کنم، با این حال در این دوره شرکت کردم.

حوزه علاقه من اختلالات اضطرابی بود، اما آمار منتشره کلینیک‌های روان‌پزشکی اداره بهداشت ایالت کوینزلند، حکایت از این داشت که تعداد مبتلایان به اختلال اضطرابی که درمان دریافت می‌کنند، خیلی کمتر از چیزی است که پژوهش‌ها نشان می‌داد.

افسردگی، مشکل دیگری بود. هنگامی که به آمارهای بیمارستان‌های نواحی تحت پوشش برای ایجاد کلینیک‌های جدید نگاه کردم، متوجه شدم افسردگی

دومین اختلالی بود که بیشترین تشخیص را شامل می‌شد (بعد از اسکیزوفرنی). در همین ایام دومین مطالعه مهمی که اثربخشی شناختدرمانی را نشان می‌داد، انتشار یافته بود (مورفی و همکاران، ۱۹۸۴) که خود تأیید دیگری بود بر این که شناختدرمانی به عنوان یک روش درمان افسردگی معتبر است و پشتونه تجربی دارد. تصمیم گرفتم در کلینیک جدید، افسردگی را به عنوان حوزهٔ خاص خود و شناختدرمانی را به عنوان رویکرد درمانی ام انتخاب کنم.

همچنین تصمیم گرفتم پژوهش دورهٔ دکتری خود را بر روی افسردگی متمرکز کنم. با کار در یک تیم بین رشته‌ای، به رابطهٔ بین روش‌های درمان و اثرات آن بر جنبه‌های مختلف عملکرد علاقه‌مند شدم. برای پژوهش دورهٔ دکتری تصمیم گرفتم تغییرات زیست شیمیایی را که طی شناختدرمانی رخ می‌دهد، مطالعه کنم (فری، اویی و آپلتون، ۱۹۹۸). برای انجام این پژوهش لازم بود برنامه‌ای استاندارد برای شناختدرمانی فراهم کنم. در کلینیک طولی نکشید که تعداد زیادی از افراد افسرده برای دریافت شناختدرمانی به من ارجاع داده شدند. به نظرم رسید که بهتر است یک کار گروهی را شروع کنم و حالا برای به کارگیری شناختدرمانی دو دلیل روشن داشتم.

قبل‌اً در یک کارگاه آموزشی به سرپرستی روان‌شناسی مجرب به نام پال کونارد شرکت کرده بودم و شیوه‌ای از شناختدرمانی را آموزش دیده بودم که ترکیبی از شناختدرمانی آرون بک (بک و همکاران، ۱۹۷۹) و رایان مک‌مولین (مک‌مولین و گیلز، ۱۹۸۱) بود. برنامه گروهی خود را بر اساس این مدل و با گرتهداری از اندیشه‌های لوینسون و همکارانش (۱۹۸۴) که در کتاب مقابله با افسردگی آمده است، ساخته‌ام.

ویراست نخست این کتاب بیانگر چند نکته بود که در یک مقاله ارائه شده بود. دومین ویرایش آن مجموعه‌ای دستنوشته بود که متن کامل برنامه درمان را در بر می‌گرفت و نخستین پیش‌نویس برنامه درمان به شمار می‌رفت. هر وقت آن را در گروه به کار می‌گرفتم، بازخوردهایی از سایر درمانگران دریافت می‌کردم و با ارائه مثال‌ها و زبان ساده، آن را قابل فهم‌تر می‌ساختم. از کسانی که به اختلالاتی غیر از افسردگی مبتلا بودند و از شرکت در گروه نتیجه مثبت گرفته بودند نیز بازخوردهایی دریافت کردم. ویرایش حاضر این کتاب نتیجه تکرار زیاد و تقریباً نزدیک به چهارده سال آموزش مهارت‌های شناخت‌درمانی به کارآموزان دوره فوق‌لیسانس روان‌شناسی است. این کتاب یک دستورالعمل کامل درمانی است و کسی که در یک تیم حرفه‌ای آموزش دیده است می‌تواند، با کم‌ترین زحمت از آن استفاده کند. آماده‌سازی چنین شخصی نیازمند راهنمایی او در به کارگیری شناخت‌درمانی با مراجعانی است که اختلالات هیجانی گسترده‌ای دارند.

ماه گذشته یک روان‌شناس از کلینیک ووردبریج با من تماس گرفت و باعث خوشحالی ام شد. او به تازگی پیش‌نویس این کتاب را برای گروهی که افسردگی داشته‌اند به کار برده و پیشنهادهایی برای گسترش این برنامه ارائه داده است؛ چیزی که این کتاب واقعاً به آن احتیاج داشت.

مایکل فری



## بخش اول: ملاحظات مقدماتی



# فصل اول

## مقدمه‌ای بر برنامه

### چکیده فصل اول

- ماهیت برنامه
- در جستجوی روان‌درمانی اثربخش، کارا، و اخلاقی
- مقدمات درمان در گروه‌ها
- رویکرد روانی-تربیتی به روان‌درمانی
- درمان‌های معتبر از نظر تجربی
- درمان بر اساس دستورالعمل و راهنمایی
- رابطه بین درمانگر و بیمار در شناخت‌درمانی

### ماهیت برنامه

برنامهٔ شناخت‌درمانی گروهی<sup>1</sup> که در این کتاب گردآوری شده مشتمل

---

1. group cognitive therapy

بر طرح کاملی از دوازده جلسه درمان گروهی است که هدفش شناخت، رویارویی(چالش) و تغییر شناختواره<sup>۱</sup> منفی افرادی است که از اختلالات هیجانی نظیر افسردگی، اختلالات اضطرابی و خشم افراطی رنج می‌برند. در این برنامه گام به گام آموزش‌هایی به شرکت‌کنندگان داده می‌شود تا تکالیف درمانی را انجام دهند. کتاب از منابع مختلفی تشکیل شده است که هدفش کمک برای انجام برنامه‌هاست. همراه با آن نکات مهمی از چگونگی مدیریت و اداره فرآیند درمان در گروه آمده است. برنامه با تعدادی از روندهای موجود در عرصه روان‌درمانی تطبیق داده شده است که مقدمات روان‌درمانی در طی بیست سال اخیر بوده‌اند:

- تدارک درمان گروه‌ها
- به کارگیری درمان‌های مبتنی بر دستورالعمل و کتابچه راهنمایی
- استفاده از رویکرد روانی-تربیتی در روان‌درمانی

### در جستجوی روان‌درمانی اثر بخش، کارا و اخلاقی

درمان روان‌شناختی برای اختلالات هیجانی، نزدیک به یک قرن است که در دسترس افراد قرار دارد. با وجود این، حتی در کشورهایی که خاستگاه این گونه درمان‌ها بوده‌اند، درمان برای همگان قابل دسترس نبوده است. در وین تنها ثروتمندان و طبقه متوسط از عهده دیدن فروید و همکارانش برمی‌آمدند. این حالت در قرن بیستم رایج بود؛ بسیاری می‌توانستند از روان‌درمانی سود ببرند درحالی که به دلایل گوناگون قادر

۱. اصطلاح شناختواره cognition را اولین بار مایکل گلدر در سال ۱۹۸۵ به کار برد. او شناختواره را این‌چنین تعریف می‌کند: «توجه کردن، ادراک کردن، فکر کردن، به خاطر آوردن». -م.

نبودند به خدمات روان‌شناسختی دسترسی پیدا کنند. مهم‌ترین این دلایل عبارت بودند از:

- بیمارانی که درآمد کم‌تری داشتند از عهده ویزیت درمانگران برنامی‌آمدند.
- در مقایسه با مردمی که برای درمان شرایط مناسب داشتند، درمانگران باکفایت و آموزش‌دیده کم‌تری وجود داشت.

یک راهبرد مهم برای غلبه بر مشکل حاضر این بود که نوعی روان‌درمانی اثربخش و کار ایجاد شود که برای بیماران مراجعه‌کننده فرصت بهبودی ایجاد کند. به عبارت دیگر انصافی در دسترسی به درمان وجود داشته باشد. در این بحث، اثربخشی به معنی کیفیت نتایج درمان است، به ویژه در قالب نشانه‌ها و شرایطی که بیمار با خودش به جلسه درمان می‌آورد. کارایی به معنی ارزش نتایج است در مقایسه با منابعی که کسب کرده است با افزایش دسترسی به درمان؛ به این دلیل که درمان می‌تواند هزینه‌ها را کاهش دهد و مردم بیشتری با منابع یکسان، درمان شوند، انتظار می‌رود اثربخشی و کارایی درمان نیز افزایش یابد.

علاوه بر این متخصصان بالینی و پژوهشگران پذیرفته‌اند اخلاق نیز همانند اثربخشی و کارایی در درمان لازم و ضروری است. در حرفه روان‌شناسی بالینی ارزش‌هایی اخلاقی وجود دارد که برای ارزیابی درمان به منظور افزایش اثربخشی و کارایی به کار می‌روند. علاوه بر مسائل اخلاقی، شرایط اقتصادی خدمات مربوط به مراقبت‌های بهداشتی، برای دولتمردان و افراد مؤسسات مسئول، نظیر شرکت‌های بیمه، مسئله بسیار

مهماً است. در قلمرو پزشکی شرایط بدین صورت پیش رفته است که برای شرایط یا وضعیت خاصی از بیماری، اقدامات درمانی مشخص قابل قبول است و ارگان‌های مسئول و ارائه‌دهنده خدمات درمانی، بودجه خود را بر اساس میزان درمان‌های انجام گرفته و تعداد درمان شدگان توسط آن ارگان دریافت می‌کنند.

روندي شبیه به این در حوزه بهداشت روانی در جهت افزایش اثربخشی و کارایی درمان‌های روان‌شناختی کاملاً ضروری و محسوس است.

### شرایط درمان در گروه‌ها

یکی از راهبردهای مهم برای دستیابی به اثربخشی این است که از درمان گروهی استفاده کنیم. شاید نخستین فردی که به طور جدی به این کار پرداخت روان‌پزشکی به نام ماکسول جونز<sup>1</sup> بود. کسی که طی جنگ جهانی دوم متوجه شد درمان مناسبی برای سربازان مبتلا به نوروز جنگ وجود ندارد. او متوجه شد که درمان چنین افرادی در گروه‌ها کاملاً مؤثر است. عقیده درمان افراد در گروه‌ها به عنوان یک پارادایم جدید درمانی همچنان به حرکت خود ادامه داد.

گروه‌ها را درمان‌گران انسان‌گرا، گشتالت‌درمان‌گران و درمان‌گران تحلیل تبادلی به وجود آوردند. هنگامی که در اوایل دهه ۱۹۶۰ رفتار درمانی به وجود آمد، موفقیت‌های زیادی از اجرای حساسیت‌زدایی منظم در گروه‌ها به دست آمد (برای مثال لازاروس، ۱۹۶۱، راچمن

---

1. Maxwell Jones

۱۹۶۶، پاول و شانون ۱۹۶۶)؛ این وضعیت درباره شناخت درمانگران نیز صادق بود. دو واقعه برجسته در تحول شناخت درمانی وجود داشت که اولین آن‌ها انتشار مطالعه مهمی بود که در سال ۱۹۷۷ صورت گرفت (راش، بک، کواکس و هولون، ۱۹۷۷) و واقعه بعدی انتشار راهنمای دستورالعمل درمانی بود (بک، راش، شاو و امری، ۱۹۷۹) از آن زمان رفتار درمانی شناختی به صورت روان‌درمانی غالب و مسلط در اکثر کشورهای غربی درآمد. در این چارچوب از درمان‌هایی استفاده می‌شد که از نظر تجربی معتبر بودند. طولی نکشید که کتاب‌هایی نظیر شناخت درمانی افسرده‌گی (بک و همکاران، ۱۹۷۹) و شناخت درمانی با زوج‌ها و گروه‌ها (فریمن، ۱۹۸۳) منتشر شدند.

### رویکرد روانی-تربیتی به روان‌درمانی

گروه‌درمانی با ساختارهای متفاوتی وجود دارد که از آن میان گروه‌درمانی اختصاصی و گروه‌درمانی با تعامل بین تمام اعضا توجه خاصی برانگیختند. تعامل‌ها می‌توانند به شیوه‌های زیر سازمان‌دهی شوند:

- دور هم نشستن اعضای گروه برای شناخت مشکلات؛
- نشاندن یک نفر روی صندلی داغ و تمرکز ارتباطات اعضا روی فرد مورد نظر؛
- تعامل بدون ساختار.

رویکرد روانی-تربیتی یکی از اولین شکل‌های مورد استفاده بوده است. اولین کاربرد بالینی گروه‌درمانی به وسیله جوزف پرات انجام گرفت. او

در اوایل قرن حاضر زندگی می‌کرد و در بوس-tone به شغل پزشکی مشغول بود. او بیماران مبتلا به توبوکلوسیس را در گروه جمع می‌کرد و به آن‌ها درباره بیماری‌شان آموزش می‌داد و به حمایت از یکدیگر تشویق‌شان می‌کرد (روزنامه، برگر، ۱۹۷۴؛ به نقل از کامر، ۱۹۹۲). دو روانکاو به نام‌های لوئیس وندر و اسچیدلر مسئول برگزاری گروه‌درمانی طی دهه ۱۹۳۰ بودند. تکنیک‌های آنان در آغاز بیش از حد جنبه تدریسی داشتند. برای مثال وندر از سخنرانی و مثال‌های توضیحی و پرسش و پاسخ ساختمند استفاده می‌کرد (دِماری، ۱۹۷۲).

ساختار گروه‌درمانی روانی-تربیتی با اصول و قواعد رفتارگرایی همخوانی و هماهنگی دارد. یکی از دلایل پیشرفت رفتارگرایی در دهه ۱۹۶۰ ابهام‌زدایی از درمان بود، چشم‌اندازی به درمان که به آن به عنوان یک فرآیند تربیتی می‌نگرد. همان‌طور که رویکرد رفتاری در تعلیم و تربیت به کار گرفته شد، این‌طور به نظر می‌رسد که از این رویکرد در امر درمان نیز می‌توان استفاده کرد. این نظر را سه قاعدهٔ فلسفی رفتارگرایی به شدت تأیید می‌کرد: ۱. به طور روشمند اختصاصی بود. ۲. فرآیند فعال آن نیازمند استنباطات پیچیده در خصوص فرآیندهای ناهشیار نیست. ۳. از طریق واگذاری بخشی از مسئولیت درمان به بیماران، تقویت و تشویشان می‌کند.

رویکرد روانی-تربیتی شامل به کارگیری برخی از تکنیک‌های رفتاری به منظور آموزش رفتارهایی خاص است که می‌توان آن‌ها را به عنوان بخشی از درمان در نظر گرفت. اولین کاربرد شناخته شده و معتر درمان روان‌شناختی، احتمالاً جسارت‌آموزی بوده است. در مرحله اول، رفتار

فرد تحلیل می‌شود. سپس فرآیندها به مراحلی قابل آموزش تقسیم می‌گردد؛ آن‌گاه درمانگر مراحل را با ارائه اطلاعات روشن و واضح آموزش می‌دهد. اطلاعات درباره رفتارهای مورد نظر می‌تواند توسط دستورالعمل‌های نوشتاری یا شکل و ترسیم یا از طریق ارائه یک الگو و مدل کامل شده ارائه شود. بیمار سپس فرصت پیدا می‌کند رفتار را انجام دهد و بازخورد دریافت کند. انجام هر مرحله می‌تواند با ایفای نقش با درمانگر در کلینیک، نقش بازی کردن رفتار در موقعیت‌های مشابه یا انجام آن‌ها در محیط طبیعی صورت گیرد. پسخورد علاوه بر اطلاعات می‌تواند شامل تقویت نیز باشد. چند اصل مهم رفتاری که در برنامه‌های روانی-تربیتی به کار برده می‌شوند، عبارتند از:

- اطلاعاتی که قبل یا حین اجرای رفتار بلافضله داده می‌شود، می‌تواند به تدریج کم شود یا کاهش یابد.
- رفتار می‌تواند با تقویت مثبت و موافقیت‌های نسبی رفتارهای مورد نظر شکل گیرد.
- وابستگی‌ها می‌توانند از طریق کاهش مقدار تقویت‌ها کاهش یابند.
- پیچیدگی بافتاری موقعیتی که رفتار در آن انجام می‌شود، می‌تواند به تدریج افزایش یابد تا به محیط طبیعی و اصلی شباهت بیشتری پیدا کند.

علاوه بر جسارت‌آموزی، رویکرد روانی-تربیتی می‌تواند در مورد مشکلات دیگری از قبیل مشکلات اعتیاد، انحرافات و ناکارآمدی‌های جنسی، کنترل خشم و هراس اجتماعی نیز به کار برده شود. چندین برنامه گروهی روانی-تربیتی که به دقت طراحی و ارزیابی شده‌اند برای

درمان افسردگی به وسیله سانک شافر (۱۹۸۴) و لوینسون، آنتونوسیو، استینمنز و تری (۱۹۸۴) ارائه شده است.

- درمان‌هایی که اعتبار آن‌ها به طور تجربی تأیید شده‌اند**
- هم انگیزه‌های اخلاقی و هم انگیزه‌های اقتصادی دلایلی برای بهبود روان‌درمانی بوده‌اند و جدی‌ترین روندهایی هستند که در ترویج درمان‌های معتبر از نظر تجربی مشارکت داشته‌اند. هم شرکت‌های بیمه و هم انجمن‌های حرفه‌ای روان‌شناسان و درمانگران شناختی‌رفتاری، مدافعان پروپا قرص درمان‌هایی هستند که از نظر تجربی معتبرند (انجمان روان‌شناسی آمریکا، ۱۹۹۳؛ کینگ، ۱۹۹۷؛ اولنديک، ۱۹۹۵). برای اجرای درمان‌هایی که از نظر تجربی معتبرند ملاک‌های زیر باید اعمال شود:
- اثبات کارایی در دو مطالعه کنترل شده با محققان مستقل و سپس مقایسه آن با درمان‌های دیگر و دارونما.
  - استفاده از کتابچه راهنمای و دستورالعمل مشخص درمان.
  - مشخص کردن خصوصیات مراجعان.

یک اصل در روان‌شناسی وجود دارد که از درمان‌های معتبر از نظر تجربی حمایت می‌کند. طبق این اصل، رویکرد آماری برای پیش‌بینی نتایج در چندین حوزه به کار می‌رود. بخشی از رویکردهای آماری از ضرورت پیش‌بینی موفقیت در محیط‌های تربیتی برخاسته است. نتایج پژوهش‌های متعدد نشان داده است بهترین پیش‌بینی‌کننده موفقیت تحصیلی از طریق معادلات رگرسیون به دست می‌آید. این

معادلات بر اساس رابطه بین متغیرهای پیش‌بین مختلفی مثل عوامل جمعیت‌شناختی و نمرات آزمون‌های استعداد است که در نمونه‌های قبلی به دست آمده است. ویلسون (۱۹۹۷) این اصول را به حوزهٔ بالینی کشاند: هیچ‌گونه مدرک متقنی در پیش‌بینی یا تصمیم‌گیری کلی درباره نتایج پراکندهٔ درمانی به طور خاص وجود ندارد که از برتری قضایت درمانگران نسبت به رویکرد آماری حمایت کند (صفحه ۲۰۵).

منطق مشابهی در موارد بالینی به کار برده شده است، تلویحاً به این معنا که برای پیش‌بینی نتایج برنامه‌های درمانی بهتر است درمان مورد نظر در مورد افراد خاصی به کار برده شود که این برنامه در گذشته بر آن‌ها موفقیت‌آمیز بوده است. تشخیص مشکلات باید بر اساس DSM صورت گیرد (براساس چاپ اخیر راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روان‌پزشکی آمریکا). انتساب به گروه‌های درمانی بر پایهٔ تشخیص‌های DSM با انتساب افراد به گروه‌ها بر اساس تحلیل کنشی مشکلات آن‌ها مغایرت دارد. اختلاف نظرهای زیادی در این خصوص وجود دارد. [برای مثال نگاه کنید به هیکلینگ<sup>۱</sup> و بلانچارد<sup>۲</sup> (۱۹۹۷) و ویلسون (۱۹۹۷)، زیرا این کتاب جایگاه مناسبی برای پرداختن به این مسائل نیست]. بنابراین هم در زمانی که خصوصیات واقعی مراجع پیش‌بینی می‌کند که شناخت‌درمانی، درمان مناسبی است و همچنین وقتی بر اساس تحلیل کنشی مشکل فرد معلوم می‌شود که شناخت‌درمانی برایش مناسب است، می‌توان از برنامهٔ حاضر استفاده کرد.

---

1. Hichling

2. Blancard

### درمان بر اساس دستورالعمل

یکی دیگر از پیامدهای ارائه خدمات روان‌درمانی، حرکت به سمت استفاده از راهنمایی درمانی است. این تحول از چندین منبع نشت گرفته است:

- اصول آماری قوی که در روان‌شناسی وجود دارد و در بالا شرح داده شد.
- برای ارزیابی درمان باید اصول اخلاقی روان‌درمانی نیز مدنظر قرار گیرد.
- نیاز به آموزش متخصصان بالینی باکفایت و کارآمد که در آینده مدافع درمان‌هایی باشند که از نظر تجربی معتبرند.

امکان ارزیابی هر نوع درمان وجود دارد، اما ممکن است استدلال شود که ارزیابی درمان‌هایی که در آن‌ها روش درمان به طور مشخص و روشن شرح داده است، آسان صورت می‌گیرد، آن‌گاه بررسی این‌که نمونه ارزیابی شده، یک نمونه واقعی و مشخص از الگوی درمانی مورد نظر است، نسبتاً آسان‌تر خواهد بود. همچنین به کارگیری درمان توسط چندین متخصص بالینی در چندین مرکز درمانی به منظور کاهش سوگیری ناشی از اثر فردی کارشناسان یا مکاتب درمانی خاص نسبتاً آسان‌تر خواهد بود. همان‌طور که در بحث‌های بالا ذکر شد، استفاده از راهنمایی درمانی برای هدایت درمان یکی از ملاک‌های اعتبار تجربی درمان‌هاست. برخورداری از چارچوب راهنمایی، به خودی خود درمان