

مقدمه‌ای بر رفتاردرمانی شناختی نوین

راه‌حل‌های روان‌شناختی برای مسائل سلامت روان

در معرفی این کتاب ...

کتاب حاضر که توسط پژوهشگر و روان‌شناس بالینی شناخته شده در سطح جهان، اشتفان هوفمن به نگارش درآمده، کتابی بسیار مناسب برای روان‌درمانگران پرمشغله‌ای است که می‌خواهند از جدیدترین پژوهش‌های مرتبط با درمان بالینی و روش درمان مراجعان نیازمند به کمک، آگاه شوند. سبک تحریر واضح، کاربردی و مؤثر این کتاب برای دانشجویان تحصیلات تکمیلی و مشتاق به کارگیری رویکردهایی با پشتوانه تجربی، و همچنین متخصصان بالینی کارآموده‌ای که می‌خواهند از جدیدترین درمان‌های نوآورانه در حوزه CBT آگاه شوند، بسیار ارزشمند است.

رابرت ال. لیهی، مدیر مؤسسه درمان شناختی، نیویورک

اشتفان هوفمن، از پیشتازان جهانی درمان هراس اجتماعی، راهنمای مقدماتی کاملی را در کتاب رفتار درمانی شناختی قرن ۲۱ به نگارش درآورده است. این کتاب واضح و کاربردی، به ویژه برای دانشجویان و درمانگران باسابقه‌ای که در جستجوی فراگیری آخرین مداخله‌های درمانی مبتنی بر شواهد برای شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی که امروزه با آنها روبه‌رو هستند، بسیار مفید و باارزش است.

ریچارد جی. مک نلی، استاد دانشگاه هاروارد و مؤلف کتاب "بیماری روانی چیست؟"

تقدیم به آرون تی. بک برای کار پیشگامانه‌اش که روان‌درمانی را برای همیشه تغییر داد و به بیماران بی‌شماری کمک کرده تا از بند اختلال‌های روانی رها شوند، و نیز برای نظریه بی‌نظیرش که الهام‌بخش نسل‌های بی‌پایی روان‌درمانگران و پژوهشگران بوده و خواهد بود.

فهرست

۱۱	..... سپاسگزاری
۱۳	..... دیباچه
۱۵	..... مقدمه
۱۹	..... ۱. ایده اولیه
۴۲	..... ۲. توانمندسازی ذهن
۶۳	..... ۳. رویارویی با هراس‌ها
۷۷	..... ۴. غلبه بر وحشت‌زدگی و گذرهراسی
۹۶	..... ۵. غلبه بر اختلال اضطراب اجتماعی
۱۱۲	..... ۶. درمان اختلال وسواسی - جبری
۱۲۵	..... ۷. غلبه بر اختلال اضطراب فراگیر و نگرانی
۱۴۰	..... ۸. درمان افسردگی
۱۵۵	..... ۹. غلبه بر مشکلات ناشی از سوء مصرف الکل
۱۷۰	..... ۱۰. حل مشکلات جنسی
۱۸۳	..... ۱۱. مدیریت درد
۱۹۵	..... ۱۲. غلبه بر مشکلات خواب
۲۰۹	..... منابع
۲۲۳	..... واژه‌نامه انگلیسی به فارسی
۲۲۵	..... واژه‌نامه فارسی به انگلیسی
۲۲۷	..... درباره نویسنده
۲۳۷	..... درباره کتاب

سپاس‌گزاری

سپاس‌گزاری از همه کسانی که در نگارش و چاپ این کتاب مرا یاری کرده‌اند، غیر ممکن است. بنابر این فهرستی که در ادامه می‌آید، مطمئناً کامل نخواهد بود. ابتدا و در درجه نخست، می‌خواهم از همسرم دکتر رزماری تومی و پسرانم بنجامین و لوکاس به خاطر عشق و حمایت بی‌دریغشان سپاس‌گزاری کنم. سپس می‌خواهم از بیمارانم به دلیل شجاعت، اعتماد، بی‌شکنش و اشتیاقشان برای به اشتراک گذاشتن رنج‌های شخصی خود، و شریک کردن من در تجربه بهبودی‌شان تشکر کنم. به شخصه شاهد بوده‌ام نیروی درمان و شفابخشی، بیش از هر کتاب و سخنرانی آموزنده خواهد بود. ضمناً می‌خواهم از معلمان، دوستان و همکارانی که حین نگارش این کتاب شان‌هایشان تکیه‌گاه و پناهگاه من بوده است، تشکر کنم: دکتر آرون تی بک، لسللی سوکول، انکه اهلرز، والتون تی. راث، سی. بار تیلور، دیوید اچ. بارلو، مایکل دبلیو. اوتو، و ریچارد جی. مک‌نلی. ایده‌های شما این جهان را به مکان بهتری بدل ساخته‌اند. در نهایت، می‌خواهم از دانشجویان و همکاران کنونی‌ام برای بازخوانی و تصحیح بخش‌هایی از این کتاب سپاس‌گزاری کنم، اسامی به ترتیب الفبا: دکتر آیدان آدرکا، آنو اسنانی، هانس-ژاکوب بوئر، ژاکلین بولیس، میشل کاپوزولی، آنجلا فنگ، کسیدی گاتنر، دکتر آنجلا نیکرسون، و آلیس (تای) ساویر. کاملاً می‌دانم که چقدر به خاطر داشتن این دوستان فوق‌العاده، راهنمایان عالی، دانشجویان ممتاز و بیماران ارزشمند، بخت با من یار است.

دیباچه

درمان شناختی رشته‌ای در حال تحول است. اکنون پس از گذر سال‌های پرتلاطم ابتدایی رشد، به دوره رشد وارد شده است. گرچه مزایای دارو درمانی به اثبات رسیده است، اما محدودیت‌های آن هم مشخص شده و این امر به وضوح آشکار است که یک «قرص جادویی» برای همه اختلال‌های روان‌پزشکی وجود ندارد. در نتیجه، ضرورت استفاده از روان‌درمانی برای درمان اثربخش بسیاری از اختلال‌های روانی محرز است.

در طول سال‌ها، پروتکل‌های متعدد درمان شناختی مختص انواع اختلالات تدوین شده است. این درمان‌ها برای بسیاری از اختلال‌ها از جمله درد مزمن، اختلال‌های خواب، اختلال‌های جنسی، افسردگی، اضطراب، سوء مصرف مواد و بسیاری از انواع دیگر اختلال‌ها اثربخش بوده‌اند. علی‌رغم تمرکز این پروتکل‌ها بر نشانگان اختصاصی متنوع، همگی مشخصه‌های یکسانی را نشان می‌دهند که در یک چارچوب مفهومی یکسان قرار می‌گیرند. رویکرد اصلی درمان شناختی را که برای همه انواع اختلال‌های روانی کاربرد دارد، می‌توان به سه بخش تقسیم کرد:

اول ماشه‌چکان‌ها و عوامل بیرونی برانگیزاننده‌ای وجود دارند که باورهای غیر انطباقی را فعال می‌کنند، باورهایی که منجر به بروز افکار خودآیند غیر انطباقی می‌شوند.

دوم توجه بر روی این باورها و افکار متمرکز می‌شود.

و سوم آنکه مکانیسم‌های کنترل ناسازگار وجود دارد.

برای مثال، در اختلال وحشت‌زدگی، ماشه‌چکان بیرونی می‌تواند تپش قلب باشد. فرد احتمالاً باور دارد، این علائم جسمانی آسیب‌زا و غیر قابل کنترل هستند و در تلاش برای کنترل این احساسات ممکن است اقدام به رفتارهای اجتنابی کند که نوعی از مکانیسم‌های کنترل ناسازگار هستند. این مکانیسم‌های کنترل، منجر به بدتر شدن مشکل می‌شوند. در نتیجه، فرد بیشتر روی علائم هراس تمرکز می‌کند و بیشتر درگیر رفتارهای اجتنابی شده که در نهایت به تداوم مشکل می‌انجامد.

برخی از تکنیک‌های درمانی با پذیرش این سه‌گانه، ناکارآمدی روانی را مفهوم‌سازی می‌کنند. مثلاً درمانگر می‌تواند باورهای ناسازگار را شناسایی و ارزیابی کند، مکانیسم‌های کنترل ناسازگار را هدف قرار داده و مثلاً با تشویق بیمار بر تمرکز توجهش روی سایر محرک‌های غیر تهدیدآمیز، از تکنیک تمرکز توجه استفاده کند.

کتاب حاضر، اصول بنیادین درمان شناختی را با طیف گسترده‌ای از اختلال‌های روانی مطابقت داده است. اگرچه تکنیک‌های درمانی خاص هر کدام از این اختلال‌ها با هم متفاوت‌اند و باید متناسب با نوع مشکل و خود بیمار باشند، اما همگی بر مبنای یک مدل درمانی بنیادین بنا شده‌اند. باور دارم این

کتاب منبع ارزشمندی برای درمانگران در حوزه درمان و آموزش، و مرجع مفیدی برای دانشجویان روان‌پزشکی خواهد بود.

دکتر آرون تی. بک

استاد روان‌پزشکی

دانشکده روان‌پزشکی دانشگاه پنسیلوانیا

مقدمه

ذهن فراتر از جسم: اگر اگر ذهن وجود نداشته باشد، جسم به چه کار آید؟

بنجامین فرانکلین، بوستون، ماساچوست

اختلال‌های روان‌پزشکی شایع هستند و موجب رنج فردی و بار مالی فراوانی بر جامعه می‌شوند. مصرف داروهای اعصاب و روان، روشی متداول برای درمان این مشکلات هستند. این داروها از موفق‌ترین محصولات صنعت پول‌ساز داروسازی به شمار می‌روند.

درمان‌های روان‌شناختی به ویژه رفتار درمانی شناختی (CBT)، جایگزین‌های بسیار مؤثری برای درمان‌های دارویی هستند. CBT درمانی ساده و شفاف است و مجموعه‌ای از مداخله‌ها است که از یک اصل بنیادین مشترک بهره می‌گیرند. این اصل عبارت است از اینکه شناخت‌واره‌ها بسیار عمیق و به شکل سببی بر هیجان‌ها و رفتارها تأثیر می‌گذارند و باعث تداوم اختلال‌های روان‌پزشکی می‌شوند. مدل درمانی و تکنیک‌ها متناسب با اختلال هدف انتخاب شده و در صورت لزوم تکنیک‌ها تغییر داده می‌شوند. کتاب حاضر به معرفی کاربردی رویکرد CBT نوین برای برخی از اختلال‌های شایع روان‌پزشکی می‌پردازد. اگرچه CBT به‌خوبی شناخته شده‌است، اما هنوز سوءتعبیرها و "خطاهای شناختی" بسیاری در مورد این رویکرد وجود دارد که مانع از آن شده که برای درمان اختلال‌های روان‌پزشکی روش درمانی غالب باشد. نیت من در این کتاب، ارائه خلاصه‌ای از راهبردهای بسیار مؤثر CBT به همراه شواهد تجربی مؤید آن، و رویکردهای مدرن و رو به گسترش این درمان است که برخی از آنها هنوز به اعتبارسنجی بیشتر توسط کارآزمایی‌های کنترل‌شده بالینی و آزمایشگاهی نیاز دارد.

پیام اصلی این متن، ساده و روشن است: CBT فقط یک رویکرد نیست بلکه یک مدل منسجم است. از آنجا که CBT همراه با تغییر و تحولات علم، در حال گسترش و تغییر است، شاید دقیق‌تر باشد که CBT را یک نظام علمی رشد یافته بدانیم، تا مجموعه‌ای از تکنیک‌های درمانی خاص. دلیل این ادعا، تعهد قوی CBT به مشارکت علمی، پذیرا بودن تفاسیر و جذب یافته‌های علمی جدید در آسیب‌شناسی روانی هر اختلال که برای به‌کارگیری مدل CBT برای درمان آن اختلال مورد نظر قرار می‌دهد. این فرایند پیوسته و رو به جلو است؛ برای مثال، درمان CBT برای اختلال‌های اضطرابی در ۱۰ سال گذشته با درمان امروز آن بسیار متفاوت به نظر می‌رسد، اگرچه مفروضه بنیادین آن همان است - تغییر شناخت‌واره‌ها به شکل سببی پیش‌بینی‌کننده تغییر آسیب‌شناسی روانی است - تکنیک‌های درمانی مشخصی تغییر کرده‌اند و در آینده هم همراه با رشد علم آسیب‌شناسی روانی، تغییر خواهند کرد.

امیدوارم این کتاب در گسترش CBT نقش داشته باشد. مطالعات انجام شده در مقایسه CBT با دارودرمانی نشان داده‌اند که CBT حداقل به اندازه دارو درمانی مؤثر است، و در بسیاری موارد، به‌ویژه در بلند مدت، اثربخشی آن حتی از مؤثرترین داروها نیز بیشتر است، علاوه بر این، بیماران آن را راحت‌تر تحمل می‌کنند، ارزان‌تر است و عوارض کمتری نسبت به دارو درمانی دارد. وجود این، دارو درمانی همچنان به عنوان درمان استاندارد مشکلات روان‌پزشکی شناخته می‌شود.

دلایل بسیاری وجود دارد که چرا CBT هنوز برای به دست آوردن جایگاه اول، یا حداقل درمان جایگزین خط اول، در درمان اختلال‌های روان‌پزشکی تلاش می‌کند. شرکت‌های داروسازی به دلیل به دست آوردن سود بیشتر، تمایل زیادی به فروش گسترده داروهایشان دارند. افراد بسیاری هم می‌توانند با تبلیغ و فروش داروهای آنها به ثروت کلانی دست پیدا کنند از جمله: دانشمندانی که در تولید دارو نقش داشته‌اند، پژوهشگران و فروشندگانی که در صنعت داروسازی فعالیت می‌کنند، پزشکان و پرستارانی که این داروها را تجویز می‌کنند. در مقابل، CBT مشخصاً منافع مادی کمتری به همراه دارد. این درمان‌ها عموماً توسط روان‌شناسان و به عنوان بخشی از پروژه‌های پژوهشی گسترش می‌یابند. اگر پژوهشگری خوش شانس باشد، ممکن است از مؤسسه ملی سلامت روان، حمایت مالی دریافت کند. اما این حمایت‌ها محدود هستند و دریافت آنها بسیار دشوار است. وانگهی این کمک‌های مالی فرسنگ‌ها با بودجه‌های بیلیون دلاری صنعت داروسازی فاصله دارد. امید من این است که این کتاب بتواند به انتشار CBT در جامعه تحصیل کرده کمک کند.

درمان‌های دارویی اغلب به مداخله‌های روان‌شناختی ترجیح داده می‌شوند. مصرف قرص برای درمان یک مشکل، حاکی از آن است که آن مشکل ریشه‌ی طبی دارد. همچنین این مفروضه را که اختلال از رفتارهای بیمار یا تفکر ناسازگار او ناشی می‌شود، به عدم تعادل زیست‌شیمیایی تغییر می‌دهد و در نتیجه مسئولیت را از شانه‌های بیمار برمی‌دارد. از طرفی گره زدن اختلال‌های روان‌پزشکی به برهم خوردن نظم زیست‌شیمیایی با مدل کلی پزشکی در خصوص رنج‌های بشری تطابق دارد و در ظاهر نشان می‌دهد که دارو ریشه‌ی اصلی مشکل را درمان می‌کند. حیطة سلامت روان، متخصصانی را که از فاصله این فرضیه با حقیقت آگاه‌اند و روان‌شناسانی که توضیحات معتبر علمی و قابل قبول - گاهی معتبرتر از دلایل اعلام شده توسط صنعت داروسازی - برای مشکلات روان‌پزشکی ارائه می‌دهند، را ارج می‌نهد. کتاب حاضر این مدل‌های روان‌شناختی نوین را در اختیار خوانندگان قرار می‌دهد.

در نهایت، به نظر می‌رسد ترجیح دارو درمانی بر درمان‌های روان‌شناختی به فرضیه‌های نادرستی که دارو درمانی را مؤثرتر از درمان روان‌شناختی می‌دانند، نیز ارتباط دارد. سال‌ها و گاهی چندین دهه طول کشیده است تا ایمنی و اثربخشی داروهای روان‌پزشکی مشخص شود. معمولاً این آزمون‌ها با تحقیق روی حیوانات آغاز می‌شود و سپس تأثیر آنها روی انسان آزمایش می‌شود. در مقابل، فرایند پدید آمدن درمان‌های روان‌شناختی تا حدود زیادی برای عموم مردم ناشناخته است. در این کتاب،

هدف من تبیین و روشن ساختن این فرآیند و ارائه خلاصه‌ای از اساس علمی به وجود آمدن درمان‌های روان‌شناختی است.

این کتاب در درجه اول برای دانشجویان و روان‌درمانگران در حال آموزش، سیاست‌گذاران و نیز افرادی تهیه شده است که تمایل دارند اطلاعات بیشتری در خصوص گزینه‌های مؤثر درمان روان‌شناختی کسب کنند. قصد من به نگارش درآوردن یک کتاب خودیاری دیگر نبود، بلکه هدفم ارائه راهنمایی برای آموزش عملی گام به گام درمان برخی از اختلال‌های روان‌پزشکی شایع، برای کسانی است که می‌خواهند با درمان‌های جایگزین روان‌شناختی آشنا شوند. انتخاب اختلال‌های مطرح شده در این کتاب کاملاً اختیاری بود و بسیاری از اختلال‌های مهم، مانند اختلال خوردن، اختلال‌های شخصیت، و اختلال‌های روان‌پریشی در این کتاب عنوان نشده‌اند. به علاوه، به جای مرور گسترده پیشینه CBT، مروری کوتاه از برخی رویکردها و مدل‌های توسعه یافته CBT را پیش نظر خواننده آورده‌ام. در این کتاب قصد بر آن است که مقدمه کوتاه و مرتب‌تری بر محوریت تکنیک‌های جدیدتر CBT ارائه شود. شخصاً از این کتاب برای آموزش و نظارت بر متخصصان بالینی و نیز نوسازی دانش خود پیرامون CBT برای اختلال‌هایی خاص استفاده می‌کنم. امیدوارم برای شما خواننده عزیز هم، چنین باشد.

دکتر اشتفان جی هوفمن

بوستون، ماساچوست

۱ ایده اولیه

جو

جو ۴۵ ساله و یک فروشنده ماشین است. او و همسرش مری و دو فرزند ۹ و ۱۲ ساله‌شان در حومه شهر بوستون زندگی می‌کنند. وضع اقتصادی آنها تا ۳ ماه قبل و تا پیش از بیکار شدن جو خوب بود. اما پس از آن که جو کارش را از دست داد، مری شغل پاره وقت خود به عنوان منشی یک دندان‌پزشک را تمام وقت کرد. حداقل در حال حاضر درآمد مری کفاف خرج و هزینه‌های زندگی‌شان را می‌دهد.

بیکاری جو باعث خانه‌نشین شدن او شده، صبح‌ها او به فرزندانش کمک می‌کند که آماده رفتن به مدرسه شوند، اما پس از آن دوباره به رختخواب می‌رود و گاهی اوقات تا ساعتیک و دو بعدازظهر همان‌جا می‌ماند. پس از آن هم تا زمان بازگشت بچه‌ها و همسرش به تماشای تلویزیون می‌نشیند. گاهی حتی انرژی لازم برای تماشای تلویزیون را هم ندارد. جو احساس بی‌ارزشی می‌کند و باور دارد که هرگز دیگر نمی‌تواند شغل جدیدی پیدا کند. مری به شدت نگران جو است. بی‌انگیزه بودن جو تعارضات و مشکلاتی را در مسئولیت‌های خانه و وظایفی از قبیل آشپزی به وجود آورده، اما مری همه تلاش خود را می‌کند تا همسرش احساس بهتری داشته باشد. در عین حال مسئولیت‌های مضاعف جدید مری را هم تحت فشار گذاشته‌اند.

جو افسرده شده است. او اغلب با این خلق پایین، بی‌انگیزگی و کمبود انرژی دست و پنجه نرم می‌کند. اما این بار افسردگی او شدیدتر از معمول است. بیکار شدن، آشکارا شروع یک دوره افسردگی اساسی را برای او رقم زده است. هرکسی با از دست دادن شغل ناراحت و غمگین می‌شود، اما در مورد جو، مقدار، مدت و شدت این غم به وضوح بیشتر از حد طبیعی است. این اولین بار نیست که جو چنین احساسی دارد. مدت کوتاهی پس از تولد دومین پسرشان، جو به افسردگی شدید مبتلا شد که تقریباً یک سال طول کشید. آن زمان هیچ دلیل روشنی، به جز تولد فرزندشان، برای شروع آن دوره افسردگی وجود نداشت. شدت افسردگی او به حدی بود که فکر می‌کرد به روش دار زدن اقدام به خودکشی کند. خوشبختانه این فکرها عملی نشدند. او داروهای مختلفی برای درمان افسردگی‌اش مصرف کرد اما هیچ‌کدام اثربخش نبودند، ضمن آنکه از عوارض جانبی آنها رنج می‌برد.

مری اخیراً در یک مجله مقاله‌ای در مورد نوعی گفت‌وودرمانی خواند. این روش درمانی رفتار درمانی شناختی (CBT) نام دارد. مری از خواندن آن مقاله بسیار هیجان‌زده شد و به فکر افتاد جو را متقاعد کند تا این روش را امتحان کند. آن روز پس از بازگشت به خانه، از جو خواست تا او هم آن مقاله را بخواند. جو گمان می‌کرد این روش هم کارساز و مفید نخواهد بود و مخالفتش باعث بروز بحث شدیدی بین آن دو شد. البته چنین مشاجراتی در خانه آنها معمول بود. در نهایت مری از جو قول گرفت تا از این روش درمانی

استفاده کند. او از یک روان‌شناس متخصص CBT در بوستون وقت گرفت. در طول ۱۶ جلسهٔ درمانی یک ساعته CBT، افسردگی جو بهبود یافت. در انتهای دورهٔ درمان، هیچ آثاری از افسردگی بر جا نمانده بود. جو سرانجام توانست هم دیدگاه مثبتی نسبت به زندگی‌اش و هم نگرش مثبت راجع به خود را در وجودش پرورش دهد. روابط او با همسر و فرزندان هم به میزان چشمگیری بهبود یافت. و در نهایت پس از گذشت چند هفته توانست شغل جدیدی به عنوان فروشندهٔ ماشین پیدا کند.

بهبودی جو پس از گذراندن دورهٔ درمان به هیچ وجه غیر عادی نیست. شیوهٔ درمانی که برای جو به کار گرفته شد رفتاردرمانی شناختی (CBT) نام دارد. CBT یکی از مؤثرترین روش‌های روان‌درمانی کوتاه مدت است که برای بسیاری از مشکلات و اختلال‌های جدی روان‌شناختی، از جمله افسردگی، اختلال‌های اضطرابی، سوء مصرف الکل، درد مزمن، اختلال‌های خواب، و موارد بی‌شمار دیگر کاربرد دارد. راهبردهای CBT که بسیاری از اختلال‌های متداول را هدف قرار می‌دهند، به تفصیل در فصل‌های آتی تشریح خواهند شد. در این فصل به مرور اصول راهنمای بنیادین CBT که راهبردهایی ویژه در درمان اختلال‌هایی خاص، بر پایهٔ آنها بنا شده‌اند خواهیم پرداخت.

بنیان‌گذاران و پیشگامان

آرون تی. بک و آلبرت الیس هر یک به طور مستقل درمانی را پایه‌گذاری کردند که بعدها به نام CBT شهرت یافت. بک آموزش دیدهٔ مکتب روان‌تحلیل‌گری فروید بود اما فقدان پشتوانه تجربی ایده‌های فرویدی، وی را ناخشنود ساخت. بک در هنگام کار با بیماران مبتلا به افسردگی دریافت که این بیماران جریانی از افکار منفی را گزارش می‌دهند که به نظر می‌رسد جریانی خودبه‌خود است. بک این شناخت‌واره‌ها را *افکار خودآیند* نامید. این افکار بر باورهای مرکزی کلی و فراگیر که فرد از خود، جهان یا آینده دارد استوار هستند و طرحواره نامیده می‌شوند. طرحواره‌ها نحوهٔ تفسیر فرد از موقعیت‌های مشخص را تعیین و موجب پرورش افکار خودآیند می‌شوند. افکار خودآیند خاص در ارزیابی‌های ناسازگار از موقعیت‌ها یا رویدادهای مختلف نقش دارند و باعث واکنش هیجانی می‌شوند. بک بر اساس این مدل کلی، روش درمانی جدیدی ارائه داد تا بیماران را در شناسایی و ارزیابی این افکار و باورهای سطح بالاتر یاری کرده و در نتیجه آنان را تشویق کند که واقع‌گرایانه‌تر فکر کنند، کارآمدتر رفتار کنند و از نظر روانی احساس بهتری داشته باشند.

الیس هم مانند بک از دانش‌آموختگان مکتب روان‌تحلیل‌گری فروید بود، اما بعدها تحت تأثیر یک نئوفرویدی به نام کارن هورنای قرار گرفت. روش درمانی الیس نیز همانند روش درمانی بک، بر اهمیت فرایندهای شناختی تأکید دارد و نوعی روان‌درمانی فعال و مستقیم است. در این روش،

درمانگر به بیماران کمک می‌کند تا دریابند باورهای خودشان نقش مهمی در بروز مشکلات روان‌شناختی و تداوم آنها دارد. این رویکرد بیماران را در تشخیص افکار غیر منطقی و غیرمنعطف خود هدایت و آنها را تشویق می‌کند که فعالانه باورها و رفتارهای بر علیه خودشان را تغییر دهند. ایس در ابتدا این روش را درمان عقلانی نام‌گذاری کرد، سپس نام آن را به درمان عقلانی-هیجانی تغییر داد و در نهایت عنوان رفتار درمانی عقلانی-هیجانی را انتخاب کرد تا بر اهمیت ارتباط میان شناخت، رفتار و هیجان تأکید کند. بک ترجیح می‌دهد برای توصیف ماهیت شناخت‌های تحریف شده از واژه ناسازگار یا ناکارآمد به جای واژه غیرمنطقی استفاده کند، زیرا افکار ناسازگار یا ناکارآمد الزاماً غیر منطقی نیستند. برای مثال، ممکن است برخی از افراد افسرده ارزیابی‌های واقع‌گرایانه‌تری از خطرات بالقوه در زندگی داشته باشند، اما همین «واقع‌گرایی افسرده‌ساز» ناکارآمد است زیرا در زندگی عادی اختلال ایجاد می‌کند.

متأسفانه دکتر ایس در ۲۴م ژوئیه سال ۲۰۰۷ درگذشت. دکتر بک که اکنون در دهه ۹۰ عمر خود به سر می‌برد، کماکان فعالانه به عنوان درمانگر و پژوهشگر مشغول فعالیت است و عطش سیری‌ناپذیری برای یادگیری دارد. بک و ایس که در دهه ۱۹۶۰ رویکرد درمانی خود را ارائه دادند، تأثیر شگرف و قابل ملاحظه‌ای بر روان‌شناسی بالینی و روان‌پزشکی امروزی داشته‌اند. در فضای غالب تفکر روان‌تحلیلی، این دو پیشگام علم روان‌شناسی برخی از فرضیه‌های بنیادین روان‌پزشکی را زیر سؤال برده و به چالش کشیدند. آنها با بینش خاص خود که برای مشکلات انسانی راه‌حل‌های انسانی قائل بودند، از روش‌های تجربی برای درمان مشکلات و اختلال‌های روان‌شناختی استفاده کردند و توانستند به بسیاری از پرسش‌های بی‌پاسخ روان‌پزشکی پاسخ دهند. ایس به عنوان یک روان‌شناس تجربی، کلینیک روان‌شناسی خود را در مرکز شهر منهن تأسیس کرد. در آن زمان نیویورک هم مانند بسیاری از شهرهای دیگر، مملو از روان‌تحلیلگرها بود. از طرفی بک هم به عنوان یک دانش‌آموخته روان‌پزشکی دانشگاه پنسیلوانیا، در برابر مقاومت بسیار جامعه عمومی روان‌پزشکی که به شدت تحت تأثیر عقاید فروید بودند، به دنبال یافتن پاسخی برای پرسش‌های خود بود. پس از آنکه درخواست بورسیه او برای انجام پژوهش در راستای آزمودن ایده‌هایش رد شد، بدون دریافت هیچ‌گونه کمک مالی از دولت یا سایر مؤسسات، جمعی از دوستان و همکارانش را گرد هم آورد تا به پیشرفت مطالعاتش در این زمینه کمک کنند. پس از آنکه مجلات آکادمیک مقالاتش را رد کردند، وی توانست برخی از ناشران روشنفکر را متقاعد کند که آنها را در قالب کتاب منتشر کنند.

در سال ۲۰۰۶ با مشخص شدن نقش مؤثر بک، جایزه لاسکر به او اعطا شد. این جایزه بسیار ارزشمند پزشکی عموماً به افرادی اعطا می‌شود که بعدها برنده جایزه نوبل می‌شوند. رئیس هیأت

داوری لسکر اعلام کرد، درمان شناختی یکی از مهم‌ترین پیشرفت‌ها - اگر آن را مهم‌ترین ندانیم - در حوزه درمان بیماری‌های روانی در ۵۰ سال اخیر است (آلتن، ۲۰۰۶).

علی‌رغم تأثیر واضح این رویکرد و اثربخشی درمان، اغلب افرادی که به مشکلات روان‌شناختی دچارند، به راحتی به خدمات CBT دسترسی ندارند. برخلاف درمان روان‌پزشکی، سازمان گسترده‌ای برای ترویج CBT وجود ندارد. در برخی کشورها سیاست‌مداران به منظور افزایش دسترسی مردم به درمان CBT، تصمیم گرفته‌اند که مانع از سلطه شرکت‌های فرصت طلب و پول دوست داروسازی بر نظام سلامت روان جامعه خود شوند. در اکتبر سال ۲۰۰۷، وزیر بهداشت بریتانیا اعلام کرد که قصد دارد برای آغاز یک برنامه شش ساله، با هدف آموزش ارتشی از درمانگران متخصص در حوزه CBT، ۳۰۰ میلیون پوند (معادل ۶۰۰ میلیون دلار آمریکا) سرمایه‌گذاری کند تا امکان برخورداری افراد مبتلا به اختلال‌های روان‌شناختی از درمان CBT فراهم شود. این تغییر در نظام درمانی از مجموعه آمارهای اقتصادی نشأت می‌گیرند که تایید می‌کنند درمان CBT برای درمان اغلب اختلال‌های شایع روان‌شناختی بسیار کم‌هزینه‌تر از دارو درمانی یا درمان‌های تحلیلی است. به همین شکل، در سال ۱۹۹۶ دولت استرالیا هم استفاده از روش درمانی CBT را توصیه کرد و به این منظور طرحی برای دستیابی بهتر به این خدمات ارائه کرد.

یک ایده ساده اما قدرتمند

اگرچه بک و ایس به درستی به عنوان پیشگامان این سبک شناخته شده‌اند، اما ایده اولیه و پدید آورنده این رویکرد جدید روان‌درمانی، قطعاً جدید نیست. بهتر است آن را نتیجه خرد جمعی بدانیم که به عمل تبدیل شده است. اولین تجلی‌های ایده CBT شاید به زمان اپیکتوس، فیلسوف رواقی یونانی باز می‌گردد که سال‌های ۵۵ تا ۱۳۴ پس از میلاد مسیح می‌زیسته است. شهرت اپیکتوس به این گفته‌اش برمی‌گردد که: «انسان تحت تأثیر اشیا نیست، بلکه تحت تأثیر دیدگاه خود نسبت به آنها قرار می‌گیرد». بعدها مارکوس اورلیوس در مراقبه‌های خود چنین نوشت: «اگر عاملی بیرونی بر جان تو دردی وارد کند، این عامل بیرونی نیست که باعث رنج تو شده، بلکه قضاوت خودت این رنج را به تو تحمیل می‌کند. پس فقط قدرت خودت می‌تواند این قضاوت نادرست را بزدايد». ویلیام شکسپیر هم در نمایشنامه هملت می‌نویسد: «هیچ چیزی به طور مطلق خوب یا بد نیست، بلکه طرز تفکر خودمان است که آن را به خوب یا بد مبدل می‌کند». در طول تاریخ، فلاسفه، هنرمندان و شاعران بسیاری ایده‌هایی شبیه به این بیان کرده‌اند.

ایده اصلی CBT بسیار ساده است. این ایده بیان می‌کند که واکنش‌های هیجانی و رفتاری ما به شدت تحت تأثیر شناخت‌واره‌های ما (مثلاً افکارمان) قرار دارند، این شناخت‌واره‌ها چگونگی ادراک ما از دنیای اطراف را تعیین می‌کنند. بنابر این هنگامی مضطرب، خشمگین یا ناراحت می‌شویم که گمان کنیم دلیلی برای اضطراب، خشم یا ناراحتی داریم. به عبارت دیگر، این شرایط و موقعیت‌های مختلف نیستند که هیجان‌ها و رفتارها را در ما برمی‌انگیزانند، بلکه ادراک، انتظارات یا تفسیر ما از رویدادها (مانند ارزیابی شناختی) است که هیجان‌های ما را شکل می‌دهند. بک (۱۹۷۶) در مثال ذیل به خوبی این مسأله را توضیح داده است:

خانم خانه‌دار (بک، ۱۹۷۶؛ صفحات ۲۳۴ تا ۲۳۵)

خانمی صدای ضربه‌هایی به در را می‌شنود. چند فرضیه در ذهنش شکل می‌گیرد: «شاید سالی باشد که از مدرسه به خانه بازگشته است. شاید یک سارق خانگی باشد. شاید صدای باد باشد که به در بسته خانه می‌خورد». فرضیه‌های ترجیحی او به شرایط و موقعیت احتمالی فعلی‌اش بستگی دارند. به طور کلی فرایند منطقی فرضیه‌سازی تحت تأثیر وضعیت روان‌شناختی این خانم خانه‌دار است. اگر تفکر او تحت تأثیر مفهوم خطر قرار داشته باشد، قطعاً نتیجه می‌گیرد که سارقی پشت در است. استنتاج او اختیاری است. اگرچه این ارزیابی لزوماً نادرست نیست، اما همیشه به جای اطلاعات واقعی، بر پایه فرایند شناخت‌های درونی شکل می‌گیرد. بنابر این اگر این خانم فرار کند و جایی مخفی شود، فرصت رد (یا تأیید) سایر فرضیه‌ها را به تأخیر می‌اندازد یا از دست می‌دهد.

بنابر این در شرایط مشابه (شنیدن ضربه‌های پشت سر هم به در خانه)، بسته به آنکه او چه تفسیری از این موقعیت داشته باشد، ممکن است هیجان‌های متفاوتی در وی برانگیخته شود. صدای کوبیدن به در، خود به تنهایی نمی‌تواند هیچ هیجانی را در او تولید کند، اما وقتی خانم خانه‌دار، از صدای ضربات در، حضور یک سارق را استنباط می‌کند، هیجان ترس را تجربه می‌کند. اگر مثلاً مقاله‌ای در مورد سارقین منازل در روزنامه یا مجله خوانده باشد یا باور بنیادینی (طرحواره‌ای) داشته باشد مبنی بر اینکه دنیا جای خطرناکی است و دزدان به راحتی می‌توانند وارد خانه او شوند، به احتمال بیشتری چنین نتیجه‌ای خواهد گرفت. قطعاً رفتارهای وی در این وضعیت بسیار متفاوت از زمانی خواهد بود که این در زدن برایش معنای به‌خصوصی نداشته باشد. با دانستن این مطلب به منظور اپیکتوس پی می‌بریم که گفته است: «انسان تحت تأثیر اشیا نیست، بلکه تحت تأثیر دیدگاه خود نسبت به آنها قرار می‌گیرد». با استفاده از واژه‌های امروزی می‌توانیم بگوییم که ارزیابی شناختی

از یک موقعیت یا رویداد نوع پاسخ ما را به آن تعیین می‌کند، که شامل پاسخ‌های رفتاری، علائم روان‌شناختی و تجربیات ذهنی ما می‌شود.

بک فرضیه‌های پیرامون رویدادها و موقعیت‌ها را *افکار خود/بند* نام‌گذاری می‌کند، چون این افکار بدون وجود تفکر یا استدلال اولیه شکل می‌گیرند (۱۹۷۶). ایس این فرضیه‌ها را خودگویی می‌نامد چون در واقع ایده‌هایی هستند که فرد با خودش در میان می‌گذارد (۱۹۶۲). این خودگویی‌ها، تفسیرهایی از دنیای بیرون هستند و واکنش‌های رفتاری و هیجانی ما به رویدادها را برمی‌انگیزانند. این رابطه در مدل ABC ایس نشان داده شده است که در آن A به واقعه پیشایند یا رویداد برانگیزاننده (صدای ضربه به در)؛ B به باورها و عقاید (حتماً دزدی پشت در است)، و C به پیامدهای هیجانی و رفتاری (ترس) اشاره دارد. گاهی اوقات B وجود *ندارد*، چون افکار با چنان سرعتی به طور خودکار وارد عمل می‌شوند که فرد بدون وجود تفکر ارزیابی‌کننده، به طور غیر ارادی نسبت به رویداد مزبور واکنش نشان می‌دهد. اگر فرد به شناخت‌واره‌های خود آگاهی نداشته نباشد، تشخیص دشوار خواهد شد. این همان چیزی است که بک آن را *افکار خود/بند* می‌نامد. در چنین مواقعی فرد باید ابتدا با دقت موقعیت یا رویداد مورد نظر را واکاوی کند و بعد به آن واکنش نشان دهد، پس از آن می‌تواند به جستجوی نظام باور زیربنایی آن بپردازد. به همین دلیل است که در درمان CBT معمولاً باید بیمار در نقش یک کارآگاه یا دانشمند آموزش ببیند تا به کشف تکه گم شده پازل بپردازد (برای مثال تکنیک پر کردن جای خالی در یک جمله).

علی‌رغم واژگان و اصطلاحات متفاوتی که ایس و بک بکار برده‌اند، هر دو روش درمانی مشابهی را به وجود آورده‌اند. هر دو معتقدند که مرکز و هسته مشکلات روان‌شناختی، تحریف‌های شناختی هستند. این گونه شناخت‌واره‌ها را تحریف شده می‌نامیم، زیرا سوء تعبیرها یا سوء برداشت‌هایی از موقعیت‌ها و رویدادهای مختلف هستند. این شناخت‌واره‌ها واقعیت را نشان نمی‌دهند و نابهنجار محسوب می‌شوند زیرا در نهایت به آشفتگی هیجانی، مشکلات رفتاری یا برانگیختگی فیزیولوژیک منجر می‌شوند. الگوهای مشخص علائم فیزیولوژیک، آشفتگی هیجانی و رفتار ناکارآمد که نتیجه این فرایند هستند، به عنوان سندرم اختلال‌های روانی شناخته می‌شوند.

عوامل زمینه‌ساز در برابر عوامل تداوم‌بخش

عامل به‌وجود آورنده یک مشکل روان‌شناختی اغلب همان عاملی نیست که باعث تداوم آن می‌شود. شاید شناختن عامل بروز یک مشکل جالب باشد، اما چنین اطلاعاتی تقریباً در درمان CBT از اهمیت چندانی برخوردار نیستند. شناسایی این عوامل برای درمان نه کافی است و نه ضروری. با یک مثال

ساده پزشکی می‌توان این مورد را توضیح داد: عوامل متعددی به شکستگی بازو منجر می‌شوند، برای مثال پرت شدن از پله‌های خانه، آسیب‌دیدگی در ورزش اسکی، یا تصادف اتومبیل. هنگامی که به پزشک مراجعه می‌کنید ممکن است از روی کنجکاوای در مورد سانه منجر به شکستگی بازوی شما سؤالی بپرسد، اما این اطلاعات ارتباطی به انتخاب درمان مناسب ندارد. به هر حال بازوی شکسته را گچ می‌گیرند.

واضح است که مشکلات روان‌شناختی بسیار پیچیده‌تر از شکستگی بازو هستند. مثلاً در مورد جو، بیش از یک عامل به افسردگی او منجر شده‌اند. جو گرایش آشکاری به افسرده بودن دارد. همچنین پس از آنکه از کارش برکنار شد، نتوانست با این قضیه کنار بیاید. افراد بسیاری بیکار می‌شوند و اما فقط تعداد کمی از آنها به افسردگی مبتلا می‌شوند. برخی افراد هم ممکن است پس از بیکار شدن مشکلاتی مانند سوء مصرف مواد، اختلال‌های اضطرابی یا مشکلات جنسی را تجربه کنند. به عبارت دیگر یک عامل استرس‌زای مشترک می‌تواند تأثیرات متفاوتی بر افراد مختلف داشته باشد. برخی از مردم سریع‌تر می‌توانند با این مشکلات کنار بیایند و زودتر از بحران خارج شوند، اما در برخی عوامل استرس‌زا می‌توانند به مشکلات روان‌شناختی مختلف منجر شوند. مشکلات پدید آمده برای این دسته افراد نیز مشابه نیست. یکی از استثناهای قابل ملاحظه، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) است که در آن یک رویداد مهیب و ناگوار در تجارب زندگی روزمره فرد - مانند آسیب روان‌شناختی به وجود آمده در اثر تجاوز، جنگ یا تصادف - باعث پدید آمدن و تداوم یک مشکل روان‌شناختی حاد می‌شود. اما حتی در موارد حاد هم تعداد کسانی که به PTSD مبتلا می‌شوند اندک است. در اغلب موارد تأثیرات احتمالی عوامل استرس‌زا بر روی مشکلات روان‌شناختی (اگر اثر داشته باشند) نامشخص است.

این مسأله که یک عامل استرس‌زا به یک مشکل روان‌شناختی مشخص بیانجامد یا خیر، به آسیب‌پذیری فرد در برابر آن مشکل بستگی دارد. این آسیب‌پذیری، به نوبه خود، در درجه اول به آمادگی ژنتیک فرد برای بروز یک مشکل خاص بستگی دارد. نظریه شناخته شده روان‌شناختی «فرضیه آسیب‌پذیری ارثی در برابر استرس»^۱ به این موضوع می‌پردازد که چگونه ممکن است یک مشکل روان‌شناختی به وجود آید. اما تعیین اینکه کدام یک از ۲۰۰۰۰ زن پروتئینی کدگذاری شده در آمادگی افراد برای ابتلا به مشکلات روان‌شناختی نقش دارند، موضوع تحقیقات آینده پژوهشگران است. حتی اگر مشخصات و ترکیبات این نوع ژن‌ها را بدانیم، باز هم پیش‌بینی اینکه چه کسی در معرض ابتلا به یک اختلال روان‌شناختی قرار دارد و چه کسی از آن مصون خواهد بود، دشوار است. علاوه بر اطلاع

۱. توضیح مترجم: این فرضیه به میزان آسیب‌پذیری ژنتیکی افراد در برابر استرس در یک محیط استرس‌زا درحالی‌که فرد فاقد مهارت‌های لازم برای کنار آمدن با استرس است، اشاره دارد.

از ساختار ژنتیک فرد، باید بدانیم که چه زمانی ممکن است فرد در معرض یک عامل استرس‌زا قرار گیرد و یا چگونه با آن مقابله خواهد کرد. برای پیچیده‌تر شدن این موضوع باید به این نکته اشاره کنیم که طبق یافته‌های علم رو به رشد اپی‌ژنتیک، تجربیات محیطی هم می‌توانند در فعال شدن یا خاموش ماندن برخی ژن‌های خاص مؤثر باشند. این تغییرات نه تنها منجر به ایجاد تغییرات بلند مدت در رفتار فرد می‌شوند، بلکه به نسل‌های بعدی هم منتقل می‌شوند. به این ترتیب به اهمیت یادگیری و تجربه پی می‌بریم، یعنی فرایندی که در CBT اتفاق می‌افتد، که از نظر آسیب‌شناسی روانی هم برای فرد و هم نسل‌های آتی حائز اهمیت است.

در اغلب مشکلات روان‌شناختی، عوامل زمینه‌ساز و تداوم‌بخش کاملاً با هم متفاوت هستند، زیرا عاملی که در آغاز سبب پدید آمدن مشکلی می‌شود، عموماً با عامل تداوم‌بخش آن مشکل نامرتب است یا ارتباط اندکی دارد. در مورد جو، تداوم افسردگی تا حد زیادی ناشی از افکار خودسرزنش‌گر، کم‌تحرکی و خوابیدن بیش از حد است. توجه کنید که روان‌پزشکان عموماً افکار خودسرزنش‌گر، عدم فعالیت، و بیش از حد خوابیدن را نشانه‌های افسردگی می‌دانند، درحالی‌که درمانگران CBT معتقدند این عوامل فقط تا حدی مسئول تداوم افسردگی جو هستند و او قدرت کافی برای تغییر دادن آنها را دارد.

CBT در روان‌پزشکی

CBT راهبردی بسیار مؤثر برای غلبه بر بسیاری از مشکلات روان‌شناختی است. در واقع، CBT حداقل به اندازه دارو درمانی برای مشکلات مطرح شده در این کتاب، مؤثر است. با این مزیت که CBT هیچ‌گونه عوارض جانبی ندارد، و بدون هیچ‌گونه خطر برای یک دوره نامحدود قابل اجرا است. هدف CBT تغییر روش‌های تفکر ناکارآمد و رفتار در جهت افزایش به‌زیستی روان‌شناختی است. بهتر است ابتدا واژه *ناسازگار* را دقیق‌تر توصیف کنیم زیرا در مرکز تعریف بسیاری از اختلال‌های روانی قرار دارد. روان‌شناسان و روان‌پزشکان مجادلات طولانی و داغی بر سر بهترین و دقیق‌ترین تعریف از اختلال روانی دارند. تعریف جروم ویکفیلد (۱۹۹۲) شاید پرطرفدارترین و مقبول‌ترین تعریف عصر حاضر باشد. او اختلال روانی را یک *ناکارآمدی آسیب‌رسان* نامیده است. ناکارآمدی از آن رو که فرد نمی‌تواند عملکردی طبیعی مطابق با سیر تکاملی داشته باشد؛ و آسیب‌رسان از آن جهت که برای فرد پیامدهای منفی به دنبال دارد و جامعه نیز به این ناکارآمدی توجه دارد (برای مطالعه بحثی انتقادی در این خصوص به مک نلی، ۲۰۱۱ مراجعه کنید).

برخی از نظریه پردازان افراطی اصل قضیه را به چالش می کشند و می پرسند آیا اصلاً اختلال‌های روانی وجود خارجی دارند؟ یکی از اولین و سرسخت‌ترین این مخالفان، توماس ساس (۱۹۶۱) بود. ساس اختلال‌های روانی را سازه‌هایی قراردادی و ساخته دست بشر می داند که پایه و اساس علمی مشخصی ندارند. او عنوان می کند که مشکلات روان‌شناختی از قبیل افسردگی، اختلال وحشت‌زدگی و اسکیزوفرنیا همگی برچسب‌هایی هستند که جوامع به تجارب عادی انسانی اطلاق می کنند. هر حالت یا تجربه‌ای که در یک فرهنگ یا در یک دوره زمانی به عنوان بیماری از آن یاد می شود در فرهنگ یا دوره‌ای دیگر از تاریخ عادی و یا حتی مطلوب شناخته می شود.

طرفداران CBT هم تصدیق می کنند که فرهنگ در تبیین اختلال نقش دارد اما موافق این دیدگاه نیستند که رنج‌های انسانی هم ساخته و پرداخته جوامع بشری باشند. بلکه بالعکس، CBT همه اختلال‌های روان‌شناختی را به عنوان مشکلات واقعی انسانی تفسیر می کند که باید توسط راه‌حل‌های کاملاً انسانی هم درمان شوند. از سوی دیگر، CBT منتقد افراط در چارچوب‌بندی پزشکی تجارب انسانی است. در CBT اهمیتی ندارد که یک مشکل روان‌شناختی که با عملکردهای بهنجار تداخل دارد، به نام یک بیماری روان‌پزشکی برچسب‌گذاری شود یا خیر. در طول زمان اسامی مختلفی بر روی اختلال‌های روانی گذاشته می شوند و حیطه‌های تعریف شده برای تعیین مرزهای این اختلال‌ها، کاملاً قراردادی و ساخته دست انسان هستند. اما رنج انسان، پریشانی‌های هیجانی، مشکلات رفتاری و تحریف‌های شناختی واقعی هستند. صرف‌نظر از نامی که به رنج‌های انسانی اطلاق شود -اصلاً نام‌گذاری آنها اهمیتی ندارد- CBT به فرد مبتلا در شناسایی و کاهش رنج‌های خود کمک می کند.

از سویی، دیدگاه افراطی دیگری وجود دارد مبنی بر اینکه همه اختلال‌های روانی، از ماهیت‌های متمایز پزشکی برخوردار هستند. روان‌پزشکان بالینی روان‌تحلیل‌گر بر این باورند که همه این اختلال‌ها ریشه در تعارضات بسیار عمیق دارند. بر اساس تفکرات فرویدی، این تعارضات عموماً ناشی از سرکوبی افکار، امیال، احساسات و آرزوهای ناخواسته هستند. مثلاً در مورد جو تعارضش احتمالاً ریشه در روابط او با مادر یا پدرش دارد. افسردگی او نیز احتمالاً نتیجه خشم از والدین است که اکنون به سوی خودش بازگشته است. اغلب روان‌تحلیل‌گران مدرن که خود را درمان‌گران بینش‌گرا یا روان‌پویشی می دانند، در مقایسه با روان‌کاوان فرویدی که بیشتر بر تجربیات دوران کودکی تمرکز دارند، تأکید بیشتری بر کشف و شناسایی تعارضات درون‌فردی یا بین فردی حل نشده یا کنونی فرد دارند. به عنوان مثال، از نظر این گروه از روان‌تحلیل‌گران، ممکن است افسردگی جو ناشی از سوگ حل نشده برای فقدان یک عزیز یا رابطه‌ای از دست رفته با یک فرد مهم، مانند پدر یا مادرش باشد. مشکل این نوع ایده‌ها در این است که پس از گذشت بیش از ۱۰۰ سال از عمر آن‌ها، هنوز هم پشتیبانی علمی برای آنها وجود ندارد.

به جای کاوش در گذشته فرد برای کشف تعارضات حل نشده میان والدین و فرزندان که شاید عامل بروز مشکل فعلی باشند، CBT بر زمان حال تأکید دارد، مگر آنکه تأثیر گذشته بر زمان حال کاملاً مشهود باشد. به عنوان مثال CBT به بررسی بیکاری فعلی جو، تلاش قبلی‌اش برای کنار آمدن با افسردگی و هر آنچه از گذشته که بر وضعیت فعلی او تأثیرگذار باشد، می‌پردازد. اما برخلاف درمان روان تحلیل‌گری، CBT فرض را بر این نمی‌گذارد که افسردگی فعلی جو مربوط به تعارضات حل‌نشده‌اش با والدین یا فرد مهم دیگری در زندگی‌اش باشد. در ضمن، افسردگی جو را بازگشت انرژی بر علیه خودش نمی‌داند. در واقع، CBT روشی علمی‌تر و اکتشافی‌تر برای درک رنج‌های انسانی در پیش می‌گیرد. بنابر این، بیمار را یک قربانی درمانده نمی‌داند، بلکه او را به عنوان متخصصی می‌شناسد که توانایی تغییر مشکل خودش را دارد.

روان‌پزشکان زیست‌نگر معتقدند که اختلال‌های روان‌شناختی ماهیت زیستی دارند. هواداران این دیدگاه بر این باورند که ناهنجاری‌های روانی معمولاً به دلایل زیستی، از قبیل بدکارکردی بخش خاصی از مغز یا عدم تعادل انتقال‌دهنده‌های عصبی رخ می‌دهند. انتقال‌دهنده‌های عصبی مولکول‌هایی هستند که پیام‌های عصبی را از یک سلول عصبی به سلول عصبی دیگر منتقل می‌کنند. به عنوان مثال، سروتونین یک انتقال‌دهنده عصبی است که در شکل‌گیری احساساتی همچون اضطراب یا افسردگی دخیل است. بسیاری از روان‌پزشکان زیست‌نگر بر این باور هستند که کاهش سطح سروتونین عامل بروز بسیاری از اختلال‌های هیجانی است. در این زمینه بیشترین پژوهش‌ها بر روی آمیگدال انجام شده است که ساختاری بادامی شکل و کوچک در مغز است. با پیشرفت‌های صورت گرفته در علم ژنتیک، برخی از پژوهش‌گران می‌کوشند ژن‌های خاص مؤثر بر اختلال‌های روان‌شناختی را شناسایی کنند. CBT هم به اهمیت نقش زیست‌شناختی در بروز مشکلات روان‌شناختی و رنج‌های انسان توجه می‌کند. اما شناسایی علل بیولوژیک پدید آورنده یک احساس، نمی‌تواند احساس مذکور را توصیف کند. در واقع با این کار فقط به جای دیدگاه روان‌شناختی، با نگاه بیولوژیک به پرسش اولیه نظر می‌کنیم، درحالی‌که عامل اصلی بروز فشارهای هیجانی همچنان ناشناخته باقی می‌ماند. پذیرش این حقیقت اغلب دشوار است. برای شفاف‌سازی این مسأله، مثال دیگری می‌زنیم. سردرد علل مختلفی دارد. چند نمونه از این دلایل عبارت‌اند از: مصرف بیش از حد الکل، کمبود خواب یا ترک کافئین. آسپرین یکی از داروهای مسکنی است که در همه این موارد مؤثر است. ممکن است شخصی ادعا کند تأثیر آسپرین به این دلیل است که بدن ما به آن نیاز دارد. یعنی شاید سردرد به دلیل سندرم کمبود آسپرین به وجود بیاید، به این صورت که اگر بدن ما آسپرین کافی دریافت نکند، دچار سردرد می‌شویم (و علت دیگری برای سردرد وجود ندارد). اما نظریه دیگری اذعان می‌کند که آسپرین می‌تواند جلوی تولید پروستاگلاندین‌ها را بگیرد و در نهایت تأثیر تسکین‌دهنده عمومی درد را خواهد