

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



# درمان شناختی تحلیلی

---





---

عنوان و نام پدیدآور	:	درمان شناختی تحلیلی/تالیف محبوبه دادفر...[او دیگران]؛ [به سفارش] بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ع)، مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء.
مشخصات نشر	:	تهران : میرماہ ، ۱۳۹۳.
مشخصات ظاهری	:	۹۲ص: مصور(بخشی رنگی).
شابک	:	۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۰۹۵-۵ : ۶۱۰۰۰ ریال
وضعیت فهرست نویسی	:	فیپا
یادداشت	:	تالیف محبوبه دادفر، محمد کاظم عاطف وحید، هادی کاظمی، پیر حسین کولیوند.
موضوع	:	درمان شناختی تحلیلی
شناسه افزوده	:	دادفر، محبوبه، ۱۳۴۶ -
شناسه افزوده	:	بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ص)
شناسه افزوده	:	بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ص). مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء
رده بندی کنگره	:	۱۳۹۳ ۴۲۳۵۴ /د/۴۸۹ RC
رده بندی دیویی	:	۶۱۶/۸۹۱۴
شماره کتابشناسی ملی	:	۳۶۵۳۶۳۰

---

# درمان شناختی تحلیلی

تألیف:

دکتر محمد کاظم عاطف و حید

روانشناس بالینی  
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران  
دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان

محبوبه دادفر

دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی  
دانشگاه علوم پزشکی ایران - پردیس بین الملل

پیرحسین کولیوند

معاون مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا

دکتر هادی کاظمی

عضو هیئت علمی دانشگاه شاهد  
و رئیس مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا



میراث

۱۳۹۳ شمسی



بیمارستان فوق تخصصی  
خاتم الانبیاء (ص)

## درمان شناختی تحلیلی



مرکز  
تحقیقات  
علوم  
عصاب  
شفا

تألیف: محبوبه دادفر، دکتر محمد کاظم عاطف وحید، دکتر هادی کاظمی، پیرحسین کولیوند

ناشر: میرماه

گرافیک جلد و متن: مهدیه ناظم زاده

لیتوگرافی و چاپ: قائم چاپ جوربند

صحافی: عطف

نوبت و سال انتشار: نخست/ ۱۳۹۳

شمارگان: ۵۰۰ نسخه

قیمت: ۶۱۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۰۹۵-۵

تمام حقوق اثر برای مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا محفوظ است.

خیابان ولیعصر (عج) - خیابان رشید یاسمی - بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ص)

تلفن: ۸۸۸۸۴۰۴۰

انتشارات میرماه: تخریش، دزاشیب، خیابان شهید رضانی، کوی شهید مرتضی عباسی، پلاک ۲، واحد ۲

تلفن: ۲-۲۲۷۲۲۹۰۱ و ۴-۲۲۷۵۹۲۰۳ فاکس: ۲۲۷۱۹۵۲۳

## پیشگفتار

---

مانند کودکان، گاهی با موقعیت‌هایی مواجهه می‌شویم که مشکلات هیجانی برای ما ایجاد می‌کنند و برای حل آنها ناگزیر می‌شویم راهبردهای مقابله‌ای متعلق به خود را به کار بندیم. گرچه این راهبردها ممکن است در آن زمان برای ما کارساز باشند ولی با افزایش سن به الگوهای ثابت، تکراری و اغلب آسیب‌زا تبدیل می‌شوند که دیگر با موقعیت فعلی ما ارتباطی ندارند و اغلب بر روابط ما تاثیر می‌گذارند و باعث می‌شوند ما همان اشتباهات را مجدداً تکرار کنیم.

یکی از مدل‌های روان‌درمانی، درمان شناختی تحلیلی (Cognitive Analytic Therapy) (CAT) است. این درمان برای افرادی به کار گرفته می‌شود که هم تمایل دارند مهارت‌های موثر را برای درک بیماری‌شان یاد بگیرند و هم سلامتی و بهبودی خود را حفظ و نگهداری کنند. به‌وجود آورندهٔ درمان شناختی تحلیلی (CAT)، یک روانپزشک انگلیسی بنام آنتونی رایلی (Antony Ryle) بود.

CAT، اصول درمان‌های شناختی، روانکاوی و اخیراً عقاید ویگوتسکی را با یکدیگر تلفیق کرده است و تاکید آن بر مشارکت بیمار- درمانگر در فرمول بندی مجدد مشکلات جاری است. این درمان از نظر اقتصادی مقرون به صرفه بوده و در طیف وسیعی از اختلالات کاربرد دارد. یکی از منابع درمان شناختی تحلیلی، امید به یافتن زبانی مشترک برای روان‌درمانی‌ها بود. درمان شناختی تحلیلی نظریه‌ای جامع‌الارائه

می‌کند که هدف آن تلفیق یافته‌های محکم‌تر و معتبرتر مکاتب مختلف روان‌درمانی، روانشناسی رشد و پژوهش‌های مشاهده‌ای است. روند تلفیق در درمان شناختی تحلیلی استفاده از ابزارها و روش‌های شناختی از جمله پرسشنامه فایل روان‌درمانی / پرسشنامه سه گانه / روش فهرست‌بندی شبکه‌ای (Reportory Grid Technique)، برای پژوهش درباره‌ی روند و نتیجه درمان روان‌پویایی است و در آن بسیاری از مفاهیم روانکاوی به زبانی قابل فهم‌تر ترجمه شده است که بر اساس روانشناختی شناختی جدید قرار دارد.

بعدها با گسترش درمان شناختی تحلیلی (CAT)، در کشور انگلیس انجمن درمان شناختی تحلیلی (The Association for Cognitive Analytic Therapy) (ACAT) و انجمن بین‌المللی درمان شناختی تحلیلی (The International Association for Cognitive Analytic Therapy) به وجود آمد. کار و آموزش با درمان شناختی تحلیلی ممکن است در خارج از انگلیس مشکل باشد. توصیه به آموزش و عمل و گواهینامه به متخصصان این نوع درمان که دارای گواهینامه هستند توسط این انجمن صورت می‌گیرد.

مؤلفین

۱۳۹۳ شمسی



## فهرست

درمان شناختی تحلیلی (CAT) کجا، چه موقع و توسط چه کسی ایجاد شد؟	۱۱
توصیف رویکرد درمان شناختی تحلیلی	۱۱
ریشه‌ها و منابع درمان شناختی تحلیلی	۱۲
درمان یکپارچه بر اساس درمان‌های شناختی تحلیلی	۱۲
ریشه‌های سنتی درمان شناختی تحلیلی	۱۳
رشد نظری	۱۴
مرور نظری رویکرد درمان شناختی تحلیلی	۱۵
درمان شناختی تحلیلی چیست؟	۱۶
مدل زنجیره‌ای پروسیجری PSM (The Procedural Sequence Model)	۱۸
نقش‌های متقابل (RRS)	۲۰
درمان شناختی تحلیلی در عمل	۲۳
فایل روان درمانی	۲۴
پرسشنامه فایل روان درمانی / پرسشنامه سه گانه / روش فهرست بندی شبکه‌ای	۲۹
فرایند درمان	۳۱
ارزیابی	۳۲
شروع درمان شناختی تحلیلی	۳۲
فرمول بندی مجدد	۳۳
انجام درمان شناختی تحلیلی	۳۳
خاتمه درمان	۳۳
چه اتفاقی در این نوع درمان می‌افتد؟	۳۳
درمان شناختی تحلیلی چطور کار می‌کند؟	۳۴
چه کسانی از درمان سود می‌برند؟	۳۵
درمان شناختی تحلیلی چگونه از سایر درمان‌ها متفاوت است؟	۳۵
طرح درمانی شناختی تحلیلی	۳۷
فعالیت‌های درمانگر	۴۰
فهرست فعالیت‌های درمانگر	۴۰
روش‌های درمانگر	۴۱

۴۱.....	ابزارهای مورد استفاده در درمان شناختی تحلیلی .....
۴۲.....	نامه‌های خداحافظی .....
۴۲.....	عوامل عمده در ترکیب روش‌های روان تحلیلی، شناختی، رفتاری .....
۴۳.....	محتوای جلسات درمان .....
۴۵.....	خاتمه درمان .....
۴۵.....	جلسه پیگیری .....
۴۸.....	وجه اشتراک درمان شناختی تحلیلی با درمان شناختی رفتاری .....
۴۸.....	تفاوت درمان شناختی تحلیلی با درمان شناختی رفتاری .....
۴۸.....	تفاوت درمان شناختی تحلیلی (CAT) با درمان شناختی .....
۵۰.....	فرمول‌بندی مجدد پیچیده و نظریه روابط ابژه .....
۵۱.....	نظریه روابط ابژه و پروسیجرهای نقش دوگانه .....
۵۲.....	ریشه‌های نوزادی پروسیجرهای نقش متقابل و ساختار خود .....
۵۳.....	چطور تنگناها و دوراهی‌ها در افراد نوروتیک و اختلال شخصیت با هم فرق می‌کنند؟ .....
۵۴.....	سازمان شخصیتی مرزی .....
۵۶.....	یک کمک در فرمول‌بندی پیچیده: تحلیل نقش متقابل .....
۵۶.....	فرمول‌بندی مجدد زنجیره‌ای نموداری .....
۵۸.....	کاربردهای اصلی این نمودار در درمان .....
۵۹.....	درمان بیماران مبتلا به اختلال‌های شخصیت .....
۵۹.....	درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی .....
۶۲.....	شواهد پژوهشی اثربخشی درمان شناختی تحلیلی .....
۶۶.....	انجمن درمان شناختی تحلیلی ACAT .....
۶۶.....	انجمن بین‌المللی درمان شناختی تحلیلی ICATA .....
۶۶.....	جمع‌بندی .....
۶۸.....	منابع .....
۸۳.....	منابعی برای مطالعه بیشتر .....

## درمان شناختی تحلیلی (CAT) کجا، چه موقع و توسط چه کسی ایجاد شد؟

آنتونی رایلی (Antony Ryle) بوجود آورنده درمان شناختی تحلیلی، هنگام کار با بیماران روانپزشکی به دو حیطه توجه داشت:

- ۱- مشاوره غیر رسمی و کار بالینی با افراد و زوجین و نیز با دانشجویان
- ۲- پژوهش در زمینه مطالعات همه گیرشناسی در جمعیت بالینی مورد مطالعه

## توصیف رویکرد درمان شناختی تحلیلی

درمان شناختی تحلیلی درمانی فعال، یکپارچه و متمرکز است. در این روش درمان دامنه گسترده‌ای از روش‌های درمانی ممکن است ترکیب شوند ولی ویژگی‌های معین و مشخص، تاکید روی فرمول‌بندی و مشارکت با بیمار از شرح متراکم پروسیجرهایی که این مشکلات را حفظ و مشخص می‌کنند، است. پروسیجرها با زنجیره فرایندهای روانی و رفتاری ارتباط پیدا می‌کنند که به عنوان راهنمای مورد استفاده تکراری برای عمل هدفمند، خدمت می‌کنند. اکثراً خارج از آگاهی عمل می‌کند. به طور سلسله مراتبی سازماندهی شده‌اند. تغییر در یک سطح سلسله مراتب ممکن است روی سطوح بالاتر یا پایین‌تر اثر بگذارد. مشکلات به واسطه

استفاده مداوم و بدون تجدید نظر پروسیجرهای غیر موثر ایجاد می‌شوند و درمان شناختی تحلیلی به شناسایی و تجدید نظر روی این پروسیجرها کمک می‌کند.

### ریشه‌ها و منابع درمان شناختی تحلیلی

همگرایی از سه دغدغه فردی، مشتق شده است:

۱- تعهد به گسترش یک نوع درمان که ممکن است در سرویس بهداشتی ملی انگلیس به کار برده شود.

۲- درگیر شدن در پژوهش‌های روان درمانی

۳- اعتقاد به اینکه زمان برای یک نظریه روان درمانی متحد فرا رسیده است.

### درمان یکپارچه بر اساس درمان‌های شناختی تحلیلی

آنتونی رابلی، روانپزشک و درمانگر آموزش دیده تحلیلی، پژوهشی برای تمرین روان درمانی با استفاده از شبکه‌های خزانه، انجام داد. وی دریافت که موضوع‌هایی که در نهایت در کار تحلیلی تاکید شدند، در واقع واقعیات حاضر در متن‌های جلسات خیلی اولیه است. وی درمان شناختی تحلیلی را پیشنهاد کرد که کوتاه تر، فعال تر با عناصر یکپارچه از عمل درمان شناختی (مثل تعیین کردن هدف و پرسش‌های سقراطی) می‌باشد. فرمول‌بندی مجدد مشکلات تجربه شده توسط بیمار و سهم کردن این فرمول‌بندی مجدد با بیمار با قرار دادن این فرمول در روان‌درمانی تحت عنوان مشارکت همکاری کننده می‌باشد.

درمان شناختی تحلیلی تحت تاثیر کارهای ویگوتسکی و باختین بوده است. از ویگوتسکی مفاهیم حوزه تقریبی رشد (ZPD) و داربست (Scaffolding) و از باختین مفاهیم دیالوگیسم را گرفته است.

حوزه تقریبی رشد (ZPD) تکالیف جدید را برای بیمار تنظیم می‌کند برای مثال تحمل در باره موقعیت‌های اجتماعی باید فراتر از توانایی فعلی‌اش حتی با میزان کم و دست یافتنی گسترش پیدا کند.

داربست (Scaffolding) ارائه حمایت درمانگر برای تلاش‌های بیمار برای تغییر، اما متنوع در این سطح حمایت به عنوان تغییر نیازهای بیمار.

باختین مفاهیم دیالوگیسم را از برخی روش‌ها مانند تحلیل زنجیره‌ای دیالوگی برگرفته است. یک تلاش ساخت یافته برای شناسایی و از نظر دیداری نشان دادن زنجیره‌ای از رفتار، تا فکر و هیجان‌ها به طوری که بیمار از اینها آگاه‌تر می‌شود و می‌تواند شروع به تغییر آنها کند. ریشه‌های اصلی درمان شناختی تحلیلی عبارت است از:

- تئوری روابط شیئی روان تحلیلی

- کارهای جرج کلی شامل روش شبکه خزانه و تئوری سازه‌های شخصی که در آن ایده‌های سازنده شناختی معرفی می‌شود.

- شروع دوباره ایده‌های روان تحلیلی در اصطلاح شناختی با انجام پژوهش

فرمول‌بندی مجدد و یژگی اصلی درمان شناختی تحلیلی برای ایجاد یک رابطه کاری غیر استبدادی و ابزارهای قدرتمند درک و تغییر است.

### ریشه‌های سنتی درمان شناختی تحلیلی

ریشه‌های سنتی درمان شناختی تحلیلی شامل موارد زیر هستند:

- مفاهیم روانکاوی (تعارض، دفاع، روابط ابژه و ضدانتقال) در قالب شناختی به طور مجدد بیان می‌شوند. مداخلات درمانگر فعال‌تر و متنوع‌تر از درمان‌های روانکاوی است.

- تئوری سازه شخصی کلی و کار با شبکه خزانه، روی اینکه مردم چگونه دنیای‌شان را حس می‌کنند (انسان به عنوان یک دانشمند) و روی حس مشترک، کار همکاری کننده با بیماران متمرکز است. به سازمان دهی عمل نیز توجه بیشتری شده است. درمان شناختی تحلیلی شریک طرد بحث و جدلی کلی از روانکاوی و رفتارگرایی نیست.

- رویکردهای شناختی رفتاری. برنامه ریزی گام به گام و سنجش تغییر، آموزش بیماران به مشاهده خود از خلق، افکار و علائم. توجه به رفتارهای قابل مشاهده و افکار آگاهانه و در دسترس محدود نشده است.

- روانشناسی شناختی و تحولی و هوش مصنوعی. یک مدل پردازش اطلاعات از چگونگی تجربه و اعمال سازمان دهی شده، پیشنهاد شده، با تاکید روی زنجیره عود کننده از فرایندهای مرتبط روانی (درونی) و رفتاری (بیرونی).

### رشد نظری

رشد فرمول‌بندی مجدد دیاگراماتیک. از تجدید نظر جزئی‌تر، مفصل‌تر و رادیکال‌تر تئوری روابط شئی تا رشد مدل ساختار شخصیتی تجزیه‌ای از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. سهم میکائیل لیمان از فنلاند در رابطه با ایده‌های ویگوتسکی و باختین با مدل درمان شناختی تحلیلی، این فرایند را تقویت کرد.

در نتیجه این تحولات روش‌های اولیه فرمول‌بندی مجدد و مشکلات بیماران در اصطلاح شکست‌ها و نقص‌ها برای تجدید نظر الگوهای آسیب‌زا که تحت عنوان (Traps, Dilemmas & Snags) نامیده می‌شوند، ارائه شده‌اند، در عین حال که در موارد ساده‌تر، تا حد زیادی روی پروسیجرهای نقش‌های متقابل تاکید کمتری شده است. پروسیجرهای نقش‌های متقابل ریشه در اوایل زندگی دارند و از طریق تعاملات مورد انتظار از سایرین، حفظ و نگهداری می‌شوند.

این نقش‌ها شناسایی می‌شوند. پروسیجرهای نقش که از روابط با دیگران ناشی می‌شوند، ریشه فرآیند خود هستند و روابط درون فردی و بین فردی تا حد زیادی با گفت و شنود، با استفاده از زبان و سایر ابزارهای میانجی آموخته شده در اوایل زندگی، همراه یا جایگزین می‌شوند. یک خزانه شخصی پروسیجرهای نقش به طور نرمال کم و بیش یکپارچه هستند و به طور متناسبی منسجم هستند اما در افراد مشکل‌دارتر تجزیه می‌شوند، بیان خود ممکن است به طور متناوب عمل کنند، به‌طور نگران‌کننده هم برای بیماران و هم متخصصان سوئیچ کنند.

علیرغم این که درمان شناختی تحلیلی بحث کمی را در مجلات مکاتب کنونی درمانی ایجاد کرده‌اند ولی از آموزش و کار بالینی در بسیاری از نقاط انگلیس و نیز فنلاند، یونان و

سایر مراکز جلوگیری یا ممانعت نشده است. درمان شناختی تحلیلی نیاز به پژوهش بیشتری دارد.

### مرور نظری رویکرد درمان شناختی تحلیلی

درمان شناختی تحلیلی به درک و بهبود الگوهای مزمن و خود محدود کننده بازداری/ بیان هیجانی کمک می کند. این درمان برای پیدا کردن الگوهای هیجانی اصلی ارتباط با خود و دیگران و ارتباطشان با مشکل فعلی مراجع یا پریشانی آشکار مراجع تلاش می کند. این درمان تصویر بزرگتری از دنیای روانشناختی مراجع را جستجو می کند و آن را به وضوح توضیح می دهد. راه های دوستانه را به کار می گیرد تا فرد کمتر احساس کند که به دام و تله افتاده است، بیشتر از خود مراقبت کند و تکالیف خانگی خودیاری روانشناختی خود را در خارج از جلسه درمان انجام دهد.

این درمان در قالب تصویر بزرگ تر، درک اهمیت نقش های هیجانی متقابل شناسایی شده به طور دلسوزانه، از طریق پروسیجرهای مقابله هیجانی و تثبیت شده طولانی، را در نظر می گیرد. این پروسیجرهای مقابله ای هیجانی به دلیل تجربه کودکی و بزرگسالی که یک بار موثر ولی ناسازگارانه بوده است، حفظ می شوند و در رابطه درمانی با درمانگر نیز به وجود می آید و باید در درمان روی آن کار شود.

بسته درمانی از پیش تعیین شده شامل ۱۶ جلسه است. احتمال یک مداخله نسبتاً کوتاه بدون از دست دادن عمق و تعامل درگیری روانشناختی و بینش با مراجع و نگرانی هایش مطرح است.

این درمان به طور آشکار رویکرد آموزشی را برای کمک به ارتباط، در مقایسه با سایر رویکردهای درمانی، به کار می گیرد.

درمان شناختی تحلیلی شانس بهتری از درک و مشارکت را با اهداف و روش های کمک به مشکلات مراجع به کار می گیرد. این درمان یک تجربه شناختی و هیجانی اصلاحی ارائه می دهد که به فرد حس قوی تری برای الگوهای خودآسیبی یا خود مراقبتی می دهد. این درمان یک مداخله امن قابل دسترس برای گستره ای از مشکلات بهداشت روانی و روانشناختی زمینه ای و موجود را ارائه می دهد.

### درمان شناختی تحلیلی چیست؟

این درمان، با مدت زمان محدود، در بافت سرویس‌های بهداشتی ملی کشور انگلستان (NHS)، با هدف ارائه درمان روانشناختی موثر و مقرون به صرفه که می‌تواند به طور واقعی در یک منبع محدود سیستم بهداشت یا سلامت عمومی ارائه داده شود، ایجاد شده است. درمان شناختی تحلیلی با استفاده از فرمول‌بندی مجدد، ادغام عمل شناختی و تحلیلی و ماهیت مشارکتی، بیمار را به طور خیلی فعال درگیر درمان می‌کند.

درمان تحلیلی شناختی (CAT) به منظور غلبه بر بلوک‌ها و موانع در یادگیری مجدد رفتار طراحی شده است. بهترین و مفیدترین تعریف از مسئله نوروپیک در این درمان عبارت است از:

- نوروپیک را به طور دقیق و صحیح تعریف کند.

- درک ناتوانی فرد برای یادگیری و چگونگی تداوم این ناتوانی را در این تعریف بگنجاند.

در این درمان سه الگوی اصلی و عمده از تکرار نوروپیک وجود دارد:

۱- دام، نیرنگ، تله (Traps)

۲- معضل، تنگنا، دوراهی (Dilemmas)

۳- مشکل غیر منتظره، دردسر پنهان (Snags)

دام، نیرنگ، تله (Traps)

مفروضه‌های منفی که منجر به بروز رفتارهایی می‌شوند و پیامدهایی را ایجاد می‌کنند که این پیامدها موجب تقویت این مفروضه‌ها می‌شوند. Traps یا الگوهای رویه‌ای مشکل، الگوهای از افکار یا رفتاری خود تقویت‌کننده هستند و به پیامدهایی منجر می‌شوند که این افکار را تایید می‌کنند. سیکل‌های تکرار شونده رفتار که در آن پیامد رفتار به تداوم چرخه معیوب منجر می‌شود. افکار یا اعمال خاصی که به چرخه معیوب منجر می‌شود و علی‌رغم سعی زیاد به جای بهتر شدن اوضاع بدتر می‌شود.



### معضل، تنگنا، دوراهی (Dilemmas)

معضل، تنگنا، دو راهی محدودیت آشکار در مورد اعمال یا نقش‌ها است. الگوهای درونی شده در مورد نقش‌های دوگانه (Functional / Dysfunction) که متاثر از خود یا دیگران و یادگیری اولیه درباره جهان اجتماعی شکل‌های قالبی ذخیره شده از نقش‌های متقابل است. نقشی برای خود و نقشی برای دیگران + یک پارادایم برای ارتباط آنها (سوء استفاده گر یا مورد آزار قرار گرفتن). وقتی یک فرد یک نقش را می‌گیرد، فرد دیگر احساس فشار می‌کند تا قطب دیگر نقش را اتخاذ نماید. فرد به گونه‌ای رفتار می‌کند که عمل قابل دستیابی یا نقش‌های احتمالی به صورت انتخاب‌های قطبی شده محدود می‌شوند (دوگانگی‌های اشتباه) که معمولاً آگاهی از این موارد وجود ندارد.

### مشکل غیر منتظره، دردسر پنهان (Snags)

جنبه منفی اهداف، پیش‌بینی‌هایی هستند در مورد پیامدهای اعمالی که به حدی منفی هستند که باعث توقف روال کار می‌شود، جلوی پای خود سنگ انداختن. به خاطر اینکه روال کار متوقف می‌شود هرگز شخص آن گزینه را انتخاب نمی‌کند. شکلی از رویه مشکل است که در آن اهداف مناسب و موجه کنار گذاشته می‌شوند یا اجرا نمی‌شوند. اهداف مناسب یا نقش‌های مناسب به دو صورت رها می‌شوند:

الف) به صورت مفروضه‌های درست یا نادرست که دیگران خلاف آنها را می‌آورند و با آنها مخالفت می‌کنند.

ب) مستقل از نقطه نظر دیگران انگار که آنها منع شده‌اند یا خطرناک هستند. فرد ممکن است کم و بیش از رفتار خود به این گونه آگاه باشد و ممکن است به احساساتی چون احساس گناه مربوط باشند یا نباشند.

متخصص درمان شناختی تحلیلی با بیمار کار می‌کند تا زنجیره پروسه‌ی را شناسایی کند یعنی زنجیره رویدادها، افکار، هیجان‌ها و انگیزه‌ها را که توضیح می‌دهد چگونه یک مشکل هدف (TP) مثلاً خود آزاری ایجاد و حفظ شده است.

### مدل زنجیره‌ای پروسیجری PSM (The Procedural Sequence Model)

اعتقادات و باورهای روان تحلیلی در CAT در مرکز قرار دارند. Dilemmas، Traps و Snags‌ها ی فهرست شده در فایل روان درمانی مثال‌هایی از این انواع پروسیجرهایی هستند که در سازمان کلی عملکرد عمدی و معطوف به هدف گنجاینده می‌شوند. Dilemmas، Traps و Snags سه مدل ناقص مدل زنجیره‌ای پروسیجری هستند.

این مدل پایه نظری CAT است و یک مفهوم کلی را از توالی فرآیندهای روانی و رفتاری مشتعل در یک عملکرد معطوف به هدف ارائه می‌کند. مدل زنجیره‌ای است یعنی نظم‌ی که در آن مرحله به مرحله طی می‌شود. مدل پروسیجری است یعنی چگونه چیزها سازمان پیدا می‌کنند. PSM یک تئوری شناختی در دامنه وسیع تری است و به پروسیجرهای روانی سطح بالاتر مربوط است و شامل گزینه‌های عاطفی هیجانی هم است. یک پروسیجر مشخص توسط اهدافش تعریف می‌شود و البته قسمتی از پشتکارها و اقدامات پیچیده زندگی فرد است. یک پروسیجر به طور طبیعی قسمتی از یک ساختار طبقه‌ای است که معرفی کننده یک پروسیجر فرعی از یک نظم بالاتر و طبقه بالاتر است و در مقابل از طریق پروسیجرهای نوعی طبقه‌های پایین تر تحت تاثیر قرار می‌گیرد. برای مثال:

- \* لذت بردن از زندگی خودم      سطح بالاتر پروسیجری
- \* مراقبت از سلامتی خودم      سطح میانی پروسیجری
- \* سیگار نکشیدن                      سطح پایین تر پروسیجری

#### مراحل به‌کارگیری پروسیجرهای فرعی متناوب

مراحل به‌کارگیری پروسیجرهای فرعی متناوب به شرح زیر هستند:

- ۱- تعریف هدف (شاید در پاسخ به رویدادهای خارجی)
- ۲- واریسی کردن هدف از لحاظ همخوانی با سایر اهداف و ارزش‌ها
- ۳- ارزیابی موقعیت و پیش‌بینی ظرفیت فرد برای اثر کردن بر آن و عواقب و پیامدهای احتمالی کسب هدف
- ۴- لحاظ کردن درجه و راهنما و دامنه ابزارها یا نقش‌ها (پروسیجرهای فرعی) قابل دسترس و انتخاب بهترین

#### ۵- عمل

۶- ارزیابی کردن میزان تاثیر و کارآمدی عمل و ارزیابی پیامدهای عمل

۷- تائید یا رد کردن پروسیجرها و هدف

مراحل ۱ تا ۴ و مراحل ۶ و ۷ روان شناختی هستند، مرحله ۵ خارجی است و عملی در دنیای خارج است ولی در تصور هم می تواند به وجود بیاید.

در قالب اصطلاحات این مدل درمانی، نوروژ عبارت است از کاربرد مداوم و پایدار و شکست در تعدیل و اصلاح پروسیجرهایی که ناکارآمد و یا مضر هستند. Snagها با یک درک یا پیش بینی درست یا غلط از نتایج منفی در ارتباطند. Dilemmaها بیانگر دوگانگی و انتخاب های غلط از پروسیجرهای فرعی احتمالی و ممکن هستند. Trapها عبارتند از تقویت باورها و مفروضه های منفی توسط عمل به طریقی که پیامدهایی را برانگیزانند که به نظر می رسد تقویت کننده مفروضه های منفی هستند.

در این مدل دفاع های ایگو در روان تحلیلی به عنوان ویراستاری پروسیجرهایی است به منظور کاهش تعارض یا اضطراب به قیمت کاهش تجربه خود و واقعیت.

بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت در حفظ یک ارتباط منسجم میان پروسیجرهای مختلف شکست می خورند و ممکن است هم عملکرد ناکارآمد و هم هیجان بی نهایت نامناسب را از خود نشان دهند.

سمر و فریس (۱۹۸۴) چهار سطح پروسیجرها را به شرح زیر مطرح کردند:

۱- حسی - حرکتی که با زنجیره های همخوان استریوتایپی در ارتباط هستند.

۲- درکی - شناختی که با مجموعه اساسی الگوهای عمل در ارتباط هستند.

۳- عقلانی که با تحلیل پیچیده و حل مسئله در ارتباط هستند.

۴- انتزاعی که با کشف نظم و قوانین و تعاریف تناقضات در ارتباط می باشند.

درمانگر CAT در سطح ۴ عمل می کند، سطح ۳ و ۴ بیمار را به حرکت در می آورد و هدف آن تعدیل و اصلاح پروسیجرهای ناکارآمد و غیر موثر سطوح ۲، ۳ و ۴ است. مداخله موثر نیازمند بازشناسی راهی است که در آن گرایش های عمل توسط هیجانها و سیستم های معنادهی شخصی تعیین می شود.

### نقش‌های متقابل (RRS)

علاوه بر مدل زنجیره‌ای پروسیجری (PSM)، یک وجه دوم تمایز دهنده درمان شناختی تحلیلی، استفاده از نقش‌های متقابل (RRS) است. رویه نقش متقابل یا RRP عبارت است از یک الگوی پایدار از تعامل که ریشه در ارتباط با مراقبین سال‌های اولیه زندگی دارد و این تجربه اولیه تعیین کننده الگوی ارتباطی جاری خود با دیگران و خود می‌شود.

این نقش‌ها مشکلات را آنگونه که بین مردم رخ می‌دهد و نه در درون بیمار شناسایی می‌کند. این نقش‌ها ممکن است در سال‌های اول زندگی یا اوایل زندگی تشکیل شده و سپس به سال‌های بعدی زندگی سرایت کند برای مثال فردی که در کودکی احساس کرده از او غفلت شده این گونه برداشت کند که توسط والدین رها شده است. این امر ممکن است به احساس غفلت یا بی‌توجهی یا نادیده گرفته شدگی در سال‌های بعدی آسیب پذیر شود (یا در واقع به خودش بی توجه شود).

ویژگی‌های خاص درمان شناختی تحلیلی شامل نوشتن یک نامه فرمول‌بندی مجدد برای بیمار در اوایل درمان است که این نامه، فرضیه کار برای درمان و کمک به ارتقاء تغییر است. این درمان طی ۲۰-۱۶ جلسه انجام می‌گیرد.

درمان شناختی تحلیلی به ایجاد تغییر مثبت در اینجا و اکنون، از طریق بررسی چگونگی تغییر یا عمل که در گذشته اتفاق افتاده است، کمک می‌کند. به عبارت دیگر، راهی که فرد راهبردهای مقابله‌ای را در گذشته ایجاد کرده است تا حد زیادی بر اینکه چگونه عمل می‌کند یا رفتار می‌کند و قادر است مشکلات را در حال حاضر حل کند، تاثیر می‌گذارد. با فهم و درک آن راهبردهای اولیه و سپس درک و فهم آنها در بافت فعلی فرد، افراد می‌توانند ابزارها و مدل‌های مقابله‌ای موثرتری را اتخاذ کنند که منجر به بهداشت روانی بیشتر شود.

درمان شناختی تحلیلی به طور معمول بیشتر از ۲۴-۲۲ جلسه طول نمی‌کشد و اکثراً در دامنه ۱۶ جلسه قرار دارد. بیماران یاد می‌گیرند که چطور تکنیک‌های جدیدتر برای مقابله با مشکلات هیجانی به کار ببرند. برخی افراد ممکن است به یک سری جلسات دوم نیاز پیدا بکنند و مشخص نیست که درمان شناختی تحلیلی برای همه افراد مبتلا به مشکلات یا بیماری‌های روانی مورد استفاده قرار بگیرد.

در درمان شناختی تحلیلی لازم است فرد به طور شناختی با درمانگر در بازسازی تاریخچه و در نظر گرفتن تجربه‌های گذشته زندگی و تجربه‌های فعلی در جلسات اولیه تعامل پیدا کند. این امر به وسیله ایجاد دیاگرام یا نمودارها که فرمول‌بندی مجدد نامیده می‌شود، مورد استفاده واقع می‌شود. فرمول‌بندی مجدد به طور محسوسی به شتاسایی حوزه‌هایی که فرد حداکثر مشکل را دارد، کمک می‌کند. از این فرمول‌بندی مجدد و بررسی دقیق آن، اهداف یا مشکل هدف (TPPs) یا پروسیجرهای مشکل هدف (TP) مشخص می‌شود. بخش عمده‌ای از بقیه درمان با کار روی این‌ها چه با روش ساخت یافته یا بدون ساخت، انجام می‌گیرد. تکلیف خانگی در درمان شناختی تحلیلی رایج است. در اواخر درمان شناختی تحلیلی یک فعالیت دیگر، ارتباط بین درمانگر و بیمار را به یک شکل دیگر، در بر می‌گیرد. هر دو نامه‌های خداحافظی به یکدیگر می‌نویسند که ممکن است به مقابله با وجود هر انتقالی کمک کند. این می‌تواند به درمان کمک کند و درمان را به یک وضعیت طبیعی‌تر نزدیک کند.

درمان شناختی تحلیلی گرچه به درمان کوتاه مدت محدود شده ولی موثر است و همیشه هدفمند بوده است.

درمان شناختی تحلیلی در حال حاضر در انگلیس خیلی به کار برده می‌شود، گرچه در سایر نقاط دنیا (اروپا و امریکا) گسترش پیدا کرده است. کار با درمان شناختی تحلیلی و آموزش ممکن است در خارج از انگلیس مشکل باشد. توصیه به آموزش، عمل و گواهینامه به متخصصان این نوع درمان که دارای گواهینامه هستند، شده است.

هدف درمان شناختی تحلیلی پیدا کردن راه‌های بهتر و جدید مقابله است که مرتبط با زندگی فعلی بیماران می‌باشد و به آنها برای غلبه بر تفکر و رفتار خود شکننده کمک خواهد کرد و در آینده به آنها کمک خواهد نمود.

درمان شناختی تحلیلی روی ارتباطها متمرکز است، نه فقط که این روابط انگیزه اصلی در زندگی هستند، همچنین گستره زیادی را که ما تبدیل به شدن هستیم، تعیین می‌کنند. بیمار درک می‌کند چگونه با دیگران ارتباط برقرار کند و رفتارها و ادراک‌های آموخته شده در شیوه‌ای که با سایرین تعامل می‌کنند، سهم دارند. به این شکل مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی را شکل می‌دهند که به آنها کمک می‌کند زندگی‌شان را به طور موثرتری مدیریت کنند.

درمان شناختی تحلیلی یک مدل یکپارچه از روان درمانی است. گرچه ابتدا برای جمعیت بیماران سرپایی نورو تیک ایجاد شد و مدل خیلی ساخت یافته‌ای از درمان کوتاه مدت بود، در حال حاضر به سمت یک مدل پخته از رشد و پسیکوپاتولوژی تکامل پیدا کرده است. ویژگی‌ها و مشخصات متمایزکننده درمان شناختی تحلیلی شامل فعال بودن آن، موضع درمانی مشارکتی با تاکید بر مشارکت فعال بیمار، در رابطه با یک تمرکز ارتباطی پایدار با تاکید بر ریشه‌ها و بافت اجتماعی حداکثر آسیب شناسی روانی انسان هستند. به عنوان یک درمان جدید ارزیابی و پژوهش بیشتر روایی و اثربخشی مقایسه‌ای آن، موثر گزارش شده است. به ویژه روی اختلال شخصیت مرزی مطالعات کنترل شده صورت گرفته است که جزو شواهد پژوهشی درمان شناختی تحلیلی هستند.

سوالاتی چون «چرا من همیشه این احساس را دارم» بیشتر قابل پاسخ گویی شده است.

به طور کلی درمان شناختی تحلیلی شامل موارد زیر است:

- دارای زمان محدود است. ۲۰-۴ جلسه به طور معمول ۱۶ جلسه، مداخله کوتاه مدت که

می تواند طولانی تر هم بشود.

- به صورت فردی، گروهی و با زوج به کار برده می شود.

- شناختی است. از قابلیت‌های مراجعین برای مشاهده تفکر درباره خودشان،

مفروضه‌هایشان، احساس شان و رفتارشان استفاده می کند.

- تحلیلی است. کشف عوامل نامعلوم، تأیید نشده در ناخودآگاه و کار روی آنها،

بازشناسی و تاثیرشان. رابطه درمانگر- مراجع درک شده و به کار برده می شود.

- یکپارچه است. بدنه منسجم تئوری با درک واحد منحصر به فرد از شخصیت و رشد

گسترش یافته است. روی اثر متقابل بین فرایندهای روانی، احساسات، اعمال و پیامدها تاکید

می شود.

- باز و موضوعی برای پژوهش و ارزیابی است.

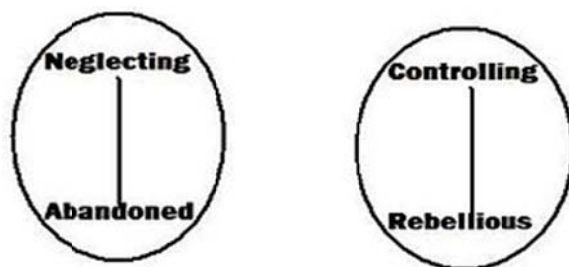
- راهی موثر برای رشد خودآگاهی و رشد فردی است.

- گسترش ظرفیت‌های مراجعین برای خودیاری، و رشد آنها با ابزارهای خاص برای درک

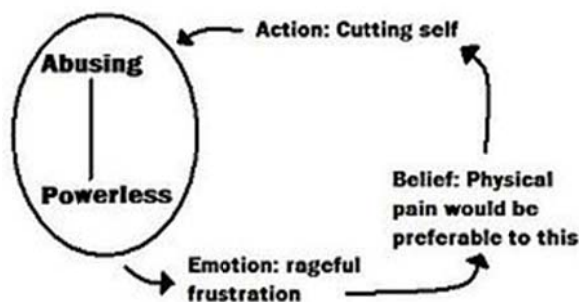
و تغییر دادن پروسبجرهای مقابله غیر مفید است.

### درمان شناختی تحلیلی در عمل

سه مفهوم در این درمان عبارت از فرمول‌بندی مجدد، بازشناسی و تجدید نظر (سه R) هستند. بیمار هم شخص درمانگر و هم ابزارهای معمولی به کار برده شده را درونی می‌کند. فرمول‌بندی مجدد درمانگر و بیمار را درگیر می‌کند. به صورت کتبی و فرم دیاگراماتیک ثبت می‌شود (شکل ۱ و ۲). جزء روایتی، بازگویی تاریخچه بیمار و تاریخچه توصیفی، توصیف پروسیجرهای آسیب‌زای فعلی است. در سرتاسر درمان به عنوان اساس تکالیف بیمار معطوف به بازشناسی سریع و نیز به عنوان راهنما برای توصیف تعاملات انتقال و ضد انتقال است. در پایان نامه خداحافظی، مرور آنچه حاصل شده است، نوشته می‌شود.



شکل ۱- یک مثال از دو نقش متقابل مختلف که باید طی مرحله فرمول‌بندی مجدد درمان شناختی تحلیلی شناسایی شوند.



شکل ۲- یک دیاگرام متقابلی که باید طی مرحله فرمول‌بندی مجدد درمان شناختی تحلیلی ترسیم شود.

### فایل روان درمانی

برای روان درمانی بهتر است که مروری بر فایل روان درمانی داشته باشیم. این فایل که در طول سالها تکامل یافته است، دستورالعمل‌هایی برای کنترل خود، با توصیف‌ها و تعاریفی از دامنه‌ای از Traps، Dilemmas و Snags را ترکیب می‌کند. این توصیف‌ها تا حدی ناآشنا به نظر می‌رسند، ولی برای درک و فهم تعیین‌کننده‌ها یا محدودیت‌های رفتار یک فرد راه‌هایی قابل شناسایی را عرضه می‌کنند. این فایل در پایان اولین جلسه ارزیابی به بیمار داده می‌شود. فایل روان درمانی در چهار زمینه زیر مهم است:

۱- کمکی برای درک و فهم بهتر خودمان

۲- فهرستی از خلیات بد و رفتارهای ما را در اختیار می‌گذارد.

۳- الگوهای را که کارآمد نیستند ولی از بین بردن و شکستن آنها مشکل است را

مشخص می‌کند.

۴- Traps، Dilemmas و Snags را مشخص می‌کند.

### کمکی برای درک و فهم بهتر خودمان

راه‌های تفکر در مورد آنچه انجام می‌دهیم را عرضه می‌کند. باز شناسی الگوهای خاص خودمان اولین قدم در یادگیری کسب کنترل بیشتر و کسب شادی بیشتر در زندگی ما است.

فهرستی از خلیات بد و رفتارهای ما را در اختیار می‌گذارد.

تهیه یک یادداشت روزانه که بر یک خلق، علامت یا رفتار خاص متمرکز است و باید هر روز مورد توجه قرار گرفته و تکمیل شود. در این یادداشت باید مسایل زیر ثبت شوند:

۱- چه احساسی در مورد خودتان و دیگران دارید و چه احساسی در مورد دنیا قبل از

وقوع این مشکل داشتید؟

۲- ثبت هر نوع رویداد خارجی و هر نوع فکر یا تصور در ذهن تان زمانی که مشکل

شما آغاز می‌شود، ادامه می‌یابد یا آنچه که به نظر می‌رسد موجب شروع یا خاموش شدن این مشکل می‌شود.

۳- وقتی مشکل آغاز شد چه افکار، تصورات و احساساتی را تجربه می‌کنید.



یادداشت روزانه برای یک تا دو هفته ادامه می‌یابد و سپس در جلسه درمان با درمانگر مورد بحث قرار می‌گیرد.

الگوهای را که کارآمد نیستند ولی از بین بردن و شکستن آنها مشکل است را مشخص می‌کند.

شیوه‌های تفکر و عمل مشخصی وجود دارند که آنچه که می‌خواهیم را کسب نمی‌کنند و کارآمد نیستند ولی در مقابل تغییر مقاوم بوده و به سختی می‌توان آنها را تغییر داد. در فایل روان درمانی مشخص می‌کنیم که چطور فکر کنیم که آنها برای ما قابل کاربرد باشند.

### مشخص کردن Traps، Dilemmas و Snags

دام، نیرنگ، تله (Traps)

چیزهایی هستند که نمی‌توان از آنها فرار کرد. انواع مشخصی از افکار و رفتارها که منجر به ایجاد یک چرخه معیوب می‌شوند مثل تله پرخاشگری و جرات مندی. در زیر مثال‌هایی از Traps آورده شده است.

۱- تله پرخاشگری و جرات مندی

۲- اجتناب

۳- افکار افسرده

۴- انزوای اجتماعی

۵- سعی در راضی کردن دیگران

#### ۱- پرخاشگری و جرات مندی

معمولاً آدم‌ها در این تله می‌افتند زیرا پرخاشگری و جرات مندی را با هم مخلوط می‌کنند. ترس از صدمه رساندن به دیگران می‌تواند موجب شود که این احساسات را در درون خودمان حفظ کنیم یا این که نیازهای خودمان را کنار بگذاریم. این مسئله منجر می‌شود که دیگران ما را به طرق مختلف نادیده بگیرند یا مورد آزار قرار دهند که این مسئله موجب برانگیختن احساس خشم و پرخاشگری بچه گانه در ما می‌شود. وقتی این احساس در ما به وجود آمد این باور را تقویت می‌کند که نباید پرخاشگر باشیم. اکثراً جرات مند بودن و گرفتن

حق و حقوق مورد قبول است. افرادی که به حقوق ما احترام نمی گذارند باید از آن‌ها اجتناب کرد و در عین حال در مقابل آن‌ها ایستاد.

#### ۲- اجتناب

اگر ما در مورد موقعیت‌های خاصی ناکارآمد و مضطرب هستیم از ورود به آن موقعیت‌ها اجتناب می‌کنیم ولی در عین حال اضطراب ما بیشتر می‌شود. درست است که اجتناب موجب می‌شود که احساس بهتری داشته باشیم ولی جلوی سعی و تلاش ما را می‌گیرد، در نتیجه احساس اضطراب و ناکارآمد بودن در ما ایجاد می‌شود.

#### ۳- افکار افسرده

احساس افسردگی ما را مطمئن می‌سازد که یک وظیفه یا کار را در موقعیت‌های اجتماعی بد انجام می‌دهیم. افسرده بودن موجب ناکارآمدی ما می‌شود و افسردگی باعث می‌شود که به طور اغراق آمیزی بد کنترل کردن و بد کنار آمدن با چیزها در ما تقویت شود. این مسئله باعث می‌شود که احساس افسردگی بیشتری در مورد خودمان داشته باشیم.

#### ۴- انزوای اجتماعی

احساس کارآمدی و اعتماد به نفس پایین در مورد خودمان و اضطراب دیگران را غمگین نمی‌کند، ما نگرانیم که دیگران ما را به عنوان افراد احمق یا خسته کننده درک کنند و در نتیجه در نظر دیگران نمی‌توانیم یک دوست باشیم. در نتیجه منزوی می‌شویم چون متقاعد شده‌ایم که خسته کننده و احمق هستیم، پس اعتماد به نفس و کارآمدی ما پایین تر می‌آید.

#### ۵- سعی در راضی کردن دیگران

وقتی در مورد خودمان احساس عدم اطمینان داریم و مضطرب هستیم دیگران غمگین نمی‌شوند، در این شرایط سعی می‌کنیم که دیگران را راضی نگه داشته و به آن‌ها خدمت‌رسانی کنیم. در نتیجه از منافع خود چشم پوشی کرده و در نتیجه عصبانی و افسرده شده و احساس گناه می‌کنیم چون هر چه بیشتر بی‌اطمینانی خودمان ثابت شده است. همچنین گاهی اوقات احساس عدم کنترل کرده چون نیاز به راضی شدن داریم در نتیجه پنهان شده و

دیگران را راضی نمی‌کنیم که این مسئله موجب عصبانی شدن آنها می‌شود و در نتیجه نا اطمینانی ما افزایش پیدا می‌کند.

معضل، تنگنا، دوراهی (Dilemmas) (انتخاب‌های غلط و گزینش‌های محدود)

گاهی فرد به گونه‌ای عمل می‌کند که در انتخاب بین بد و بدترین قرار می‌گیرد. این به معنای احمق یا بد بودن نیست بلکه بجای آن:

الف) فرد این کار را انجام می‌دهد چون روشی است که از طریق آن یاد می‌گیرد که به بهترین نحو کنترل کند.

ب) فرد مجبور نیست که این کارها را انجام داده و آنها را حفظ کند بلکه یاد می‌گیرد که آنها را شناسایی کند.

ج) فرد با تغییر رفتار خود نه تنها می‌تواند یاد بگیرد که رفتارش را کنترل کند بلکه روشی را که دیگران با او رفتار می‌کنند را نیز تغییر می‌دهد.

د) اگر چه بنظر می‌رسد که دیگران در مقابل تغییر فرد مقاوم هستند ولی فرد این تغییر را برای خود می‌خواهد. اگر فرد در مورد حق خود برای تغییر پایدار باشد، اثر دیگران را کم برآورد می‌کند. افرادی که واقعاً نگران فرد هستند معمولاً تغییر را در فرد می‌پذیرند. انتخاب‌های بیمار در مورد خودش شامل موارد زیر است:

من عمل می‌کنم انگار که:

۱- هم احساسات سرکوب کردن را حفظ می‌کنم یا این که ریسک کردن موجب طرد من شده و دیگران را آزرده می‌کند.

۲- هم احساس می‌کنم که زایل شده‌ام یا این که خودم را انکار می‌کنم و خودم را تنبیه کرده و احساس بدبختی می‌کنم.

۳- اگر سعی کنم که کامل باشم احساس افسردگی و خشم می‌کنم و اگر سعی نکنم برای کامل بودن، احساس گناه، خشم و عدم ارضا می‌کنم.

گزینش‌هایی در مورد این که چطور خودمان با دیگران ارتباط برقرار کنیم شامل موارد زیر است:

من با دیگران طوری رفتار می‌کنم انگار که:

۱- اگر من در مورد کسی نگرانم، مجبورم این نگرانی را نشان دهم.  
۲- اگر من در مورد کسی نگرانم، پس آن‌ها مجبورند این نگرانی را نسبت من ابراز  
دارند.

۳- به عنوان یک زن مجبورم کارهایی را بکنم که دیگران می‌خواهند.  
اگر بیمار تشخیص دهد که در زندگی احساس محدودیت می‌کند، به دلایل زیر است:  
- ترس از پاسخگویی به دیگران  
- توسط چیزی در درون خودش

#### حالات دشوار و ناپایدار در ذهن

۱- نحوه احساس من در باره خودم و دیگران می‌تواند بی‌ثبات شود، می‌توانم از یک  
حالت ذهنی به یک حالت کاملاً متفاوت سوئیچ کنم.  
۲- برخی حالات ممکن است همراه هیجانات فشرده شدید بی‌نهایت و غیر قابل کنترل  
همراه شوند.

۳- دیگر حالات با خلاء هیجانی و احساسی غیر واقعی همراه می‌شوند.  
۴- برخی حالات با احساسات شدید گناه یا خشم در مورد خودمان و احساس صدمه  
زدن به خودمان همراه می‌شود.

۵- احساساتی که دیگران غیر قابل اعتماد هستند و قصد صدمه زدن به من را دارند.  
۶- احساسات خشمگین بودن بدون دلیل و صدمه زننده نسبت به دیگران  
۷- خاموش کردن احساسات بهم ریخته و سردرگم و از لحاظ هیجانی فاصله گرفتن از  
دیگران اگر بیمار قادر به انجام موثر تکالیف محوله از جمله مطالعه فایل روان‌درمانی، انجام  
تست‌های قلم - کاغذی و ... شود و اگر خودکنترلی را زمینه برقراری یک رابطه مثبت درمانی  
با درمانگر انجام دهد، دفاعی بودن در همان مراحل اولیه درمان از بین می‌رود و تغییر درمانی  
در همان جلسه‌های اولیه شروع می‌شود.

در چنین مواردی مفاهیم انتقال بعدی ممکن است در اواسط درمان ظاهر شود؛ برای  
مثال برخی ناامیدی‌ها به وجود می‌آید، پروسیجرهای مشکلات هدف ظاهر می‌شوند.

وقتی بیمار مقاومت نشان می‌دهد، فرمول‌بندی مجدد باید به گونه‌ای باشد که درک درستی از چنین رفتارهایی را در اختیار وی بگذارد و کار درمان به تعریف و چالش کردن با آنها بستگی دارد و در عین حال نشان دادن ارتباط آنها با مشکلات زندگی باید صورت گیرد.

#### مشکل غیرمنتظره، دردسر پنهان (Snags)

عبارتست از آن چه که اتفاق می‌افتد؛ وقتی می‌گوییم من می‌خواهم که یک زندگی بهتر داشته باشم اما ... یا من می‌خواهم رفتارم را عوض کنم اما ...

گاهی اوقات این مسئله از آن جا می‌آید که ما یا خانواده ما در مورد ما زمانی که جوان و کودک هستیم چطور فکر می‌کنند به طور مثال او همیشه یک دختر بچه خوب بود یا در خانواده ما هرگز ...

گاهی اوقات این Snags را از افراد مهم در زندگی ما که نمی‌خواهند ما تغییر کنیم یا این که قادر به مدارا با آن چه که در اثر تغییر در ما روی می‌دهند نبودیم، ریشه می‌گیرند. مقاومت اغلب بیشتر به صورت غیر مستقیم است به طور مثال یک والد، شوهر یا زن وقتی مراجع رو به بهبود می‌رود، افسرده می‌شود.

همان طور که ذکر شد فایل روان‌درمانی در اولین جلسه درمان به مراجعان ارائه می‌شود، روی پاسخ‌های مراجع به سند فرمول‌بندی مجدد که روابط گذشته و فعلی را توصیف می‌کند، بحث می‌کند. فایل روان‌درمانی شامل درگیری در رابطه درمانی و نیز رابطه بیمار با خودش می‌باشد. بنابراین به طور همزمان حضور یا وجود فرایندهای درون فردی و بین فردی. درون این درک کلی، مشکلات خاص ممکن است به واسطه دامنه‌ای از تکنیک‌های درمانی مورد تاکید قرار بگیرد.

#### پرسشنامه فایل روان‌درمانی / پرسشنامه سه گانه / روش فهرست بندی شبکه‌ای (Reportary Grid Technique)

پرسشنامه فایل روان‌درمانی / پرسشنامه سه گانه / تکنیک فهرست بندی شبکه‌ای توسط رایلی و لانگی (۱۹۷۰) مبتنی بر نظریه درمان شناختی تحلیلی طراحی و در سال‌های ۱۹۷۵، ۱۹۷۹ و ۱۹۸۲ بازنگری شد. آخرین ویرایش آن در سال ۱۹۹۷ صورت گرفت. این پرسشنامه

سه الگوی ناسازگارانه دام ها، دوراهی ها، و موانع را در سبک ارتباطی فرد مشخص می‌سازد (دان و پری، ۱۹۹۷؛ رایلی و گلین کینا، ۲۰۰۰).

این پرسشنامه از سه پرسشنامه مجزا که هر سه همزمان با هم تکمیل می‌شوند، تشکیل شده است و شامل نمونه‌هایی از الگوهای ناسازگارانه و تکرار شونده است که فرد در برخورد با محیط بیرونی از آن استفاده می‌کند. بیمار در ابتدا و انتهای درمان، وجود این الگوهای سه‌گانه ناسازگارانه و تکرار شونده (دام ها، دو راهی‌ها و موانع) را رتبه بندی می‌کند. این پرسشنامه به دنبال ارزیابی موارد زیر است: آنچه در زندگی ما رخ می‌دهد و احساسی که از آن به ما دست می‌دهد، بر شیوه درک ما از خود و دیگران تاثیر می‌گذارد. درک فرد از آنچه متعلق و مرتبط با خود اوست چیست؟ فرد چگونه زندگی خود را جهت بدهد که درست، شفاف و روشن بنظر برسد؟ بعضی مواقع، رویه و سبک‌های آشنای فرد در رفتار کردن و درک کردن می‌توانند منبع مشکلات وی باشند؛ لذا به منظور حل مشکلات لازم است فرد بداند سبک وی در انجام یک کار، شرایط را بدتر می‌کند. بنابراین می‌توان شیوه‌های جدید فکر کردن و رفتار کردن را جایگزین کرد. پرسشنامه فایل روان درمانی شیوه فکر کردن درباره آنچه را که ما انجام می‌دهیم به نمایش می‌گذارد. به منظور حل مشکلات لازم است فرد بداند سبک وی در انجام یک کار، شرایط را بدتر می‌کند. منظور این است که شیوه‌های خاصی از فکر کردن و رفتار کردن وجود دارد که با به کار بردن آنها فرد به آنچه می‌خواهد دست نمی‌یابد اما همزمان این شیوه‌ها به سختی قابل تغییر هستند. فهرستی از این شیوه‌ها به بیمار داده و از او خواسته می‌شود تا آنها را بخواند و مشخص کند آنها چقدر در مورد او صدق می‌کنند.

در این پرسشنامه ۶ نمونه از دام ها، ۲۰ نمونه از دو راهی‌ها و ۳۲ نمونه از موانع به بیمار داده و از وی خواسته می‌شود تا میزان موافقت یا مخالفت خود را از وجود این نمونه‌ها در عملکرد روزانه خود در طیفی از ۱ تا ۳ نمره گذاری کند. استفاده از این پرسشنامه در ابتدای اولین جلسه درمانی بهترین روش برای ورود به این نوع درمان می‌باشد. این پرسشنامه به طور گسترده در جلسات درمان شناختی تحلیلی بکار برده می‌شود. اعتبار و روایی بالایی برای این پرسشنامه گزارش شده است (بینیت و پری، ۱۹۹۸، رایلی و گلین کینا، ۲۰۰۰، رایلی و کر، ۲۰۰۲، کاظمی، رسول زاده طباطبایی، دژ کام، آزاد فلاح و مؤمنی، ۱۳۹۰).

## فرایند درمان

کمک درمانی از طریق سه R ( Reformulation, Recognition, Review ) یا فرمول‌بندی مجدد، بازشناسی یا شناسایی مجدد و تجدید نظر به دست می‌آید. فرمول‌بندی مجدد شامل دو بخش است: نوشتن یک نامه فرمول‌بندی مجدد که در رابطه با مشکلات بیمار، جایی که بیمار از آن آمده است و جایی که حالا هست را توضیح می‌دهد و استفاده از یک نقشه برای نشان دادن تله‌ها و دام‌های کلیدی، پیامدهایشان و راهبردهای موجود.

در مرحله فرمول‌بندی اقدامات زیر توسط درمانگر انجام می‌گیرد: جمع‌آوری اطلاعات مرتبط از مراجع، پرسش از بیمار در باره مشکلات روزمره فعلی و نیز تجارب ابتدای زندگی مراجع، نوشتن نامه فرمول‌بندی به مراجع که این نامه درک درمانگر را از مشکلات مراجع خلاصه می‌کند و به درک ارتباط بین الگوهای کودکی از رفتار و تاثیرشان روی زندگی بزرگسالی توجه خاص دارد. نامه به توافق بیمار و درمانگر می‌رسد و پایه بقیه کار را تشکیل می‌دهد.

پس از نامه فرمول‌بندی از بیمار خواسته می‌شود برگه‌های ارزیابی یا روزانه را تکمیل کند و در آن وقوع مشکلات و سابقه آنها را ثبت کند. طی این دوره که شناسایی مجدد نامیده می‌شود هر دو یک فرمول‌بندی دیاگراماتیک برای نشان دادن پروسیجرهای غیر مفید که مشکلات بیمار را نگهداری می‌کند، می‌سازند. هدف این مرحله، توانمند کردن بیمار برای شناسایی مجدد این است که مشکلات چه موقع و چطور رخ می‌دهند.

شناسایی مجدد یا بازشناسی، شناسایی مجدد الگوها یا سیکل‌های رفتار گام بعدی است. در ابتدا درون بافت جلسات درمانی، در حال حاضر و بعداً در زندگی خارج از جلسات درمان. در نیمه دوم درمان به سمت مرحله تجدیدنظر کار می‌شود، جایی که هر دو "خروج" از دیاگرام پروسیجری ایجاد شده در مرحله قبلی مثل احساس خشم به مصرف بیش از حد دارو را شناسایی و تمرین می‌کنند. تجدید نظر، بازگشت به عقب و شناسایی تغییرات انجام شده و آنهایی که هنوز لازم است انجام شود. یک خروج ممکن است شامل بیان کردن خشم به شیوه‌های دیگر به عنوان جایگزین برای رفتار خودآسیبی می‌باشد.

درمان شناختی تحلیلی دارای زمان محدود، شامل ۸-۲۴ جلسه هفتگی (تعداد دقیق در ابتدای درمان توافق می‌شود). ۱۶ جلسه شایع‌تر است.

درمان معمولاً شامل کار شفاهی فشرده، کتبی و دیاگراماتیک، مشارکت چهره به چهره بین مراجع و درمانگر است. در پایان سیر درمان، نامه خداحافظی، برای اختتام فرایند درمان نوشته می‌شود. درمانگر و مراجع خلاصه آنچه در درمان حاصل شده و آنچه می‌ماند تا انجام شود را تبادل می‌کنند.

بعد از پایان تعداد جلسات هفتگی توافق شده، جلسات پیگیری طرح ریزی شده، نظارت می‌شود و از تغییراتی که باید انجام گیرد، حمایت می‌شود. به طور معمول یک درمان شناختی تحلیلی ۱۶ جلسه‌ای ممکن است با یک جلسه واحد، یک ماه بعد از پایان درمان و یک پیگیری نهایی ۳ ماه بعد از، درمان ممکن است انجام شود.

موضوعات کلیدی در این درمان شامل ارزیابی، شروع درمان شناختی تحلیلی، فرمول‌بندی، انجام درمان شناختی تحلیلی و پایان درمان است.

### ارزیابی

جلسه ارزیابی اولیه در باره دلیل ارجاع برای درمان، هدف درمان شناختی تحلیلی، اینکه احساس خوشحالی دارند که در این درمان با هم کار می‌کنند و پاسخ به سوالات مراجع در مورد درمان شناختی تحلیلی می‌باشد. بستن قرارداد برای یک دوره درمانی ۸، ۱۲ و ۲۴ هر چند جلسه که مناسب است و در مورد دلایل انجام آن با مراجع بحث می‌کند. زمان محدود است، همه موارد مشخص هستند (تاریخ، ساعت و ...). شروع کار در زمانی است که هر دو موافق و راحت هستند.

### شروع درمان شناختی تحلیلی

تکمیل فایل درمانی توسط مراجع بعد از اولین جلسه که درباره مشکلات یا الگوهای شایع که تحت عنوان تله، نیرنگ و تنگناها توصیف شده‌اند، انجام می‌گیرد. تکلیف نظارت بر خلق و خوی خود یا الگوهای رفتاری مطرح می‌شود. جلسات اولیه در مورد شنیدن داستان مراجع و الگوهایی که زندگی مراجع را تشکیل می‌دهند و شروع درک اینکه چطور با هم کار می‌کنند، می‌باشند.



### فرمول‌بندی مجدد

حول و حوش چهارمین جلسه درمان، نوشتن نامه از موقعیت مراجع، توصیف زندگی، توصیف الگوها و مشکلاتی که منجر به علاقه به درمان می‌شود. نشان دادن TP و TTP با دیاگرام نشان می‌دهند یا به عنوان فرمول‌بندی دیاگراماتیک زنجیره‌ای SDR تجربه آنها در گذشته و تاثیر روی رفتار فعلی و علت وجود مشکل فعلی مطرح می‌شود. کار روی TTP، واری اینک آنها موقعیت مراجع را توصیف می‌کنند و سپس شروع خروج از این راه‌های غیر مفید زندگی انجام می‌گیرد.

### انجام درمان شناختی تحلیلی

نمرکز روی SDR و فرمول‌بندی برای کمک به یادگیری شیوه‌های جدید، پرداختن به موقعیت‌هایی که مراجع در حال حاضر با آنها روبرو است. کار روی TTP برای کمک به درک انتخاب‌هایی که مراجع در موقعیت فعلی دارد وقتی مراجع الگوهای غیر مفید و کهنه خود را انجام می‌دهد. درخواست تکمیل فعالیت‌های "تکلیف خانگی" متنوع و ترغیب توجه به افکار، اعمال و احساسات در سیر درمان انجام می‌گیرد. برای رسیدن به بینش که بیماران چطور تغییر مثبتی در زندگی‌شان ایجاد کنند.

### خاتمه درمان

۳ یا ۴ جلسه آخر کار برای پایان خوب درمان، فرصتی برای احساس و افکار مراجع در مورد پایان درمان، موضوعات کلیدی جلسات پیشین، تبادل نامه خداحافظی فرصتی برای هر دو برای بستن فرایند درمان، انجام می‌گیرد.

### چه اتفاقی در این نوع درمان می‌افتد؟

توافق تعداد ۱۶ جلسه یا بیشتر بسته به شرایط است. بعد از اولین جلسه تکمیل فایل روان‌درمانی توسط مراجع که شامل آموزش روی خود نظارتی تغییرات خلق و علائم است، تکلیف یادگیری خود انعکاسی شروع می‌شود. پایان ۴ جلسه اول، نامه فرمول‌بندی که معنی شخصی تجربیات مراجع و اختلال در کارکرد پریشانی را شناسایی می‌کند، نوشته می‌شود.

دامنه‌ای از فنون شناختی و روان تحلیلی برای کمک به مراجع در نقش‌های فعلی سه R و رفتارها برای رسیدن به معنی متفاوت بهتر ارتباط با دیگران و یک مجموعه سالم‌تر راهبردهای مقابله‌ای، بکار گرفته می‌شود.

در باقیمانده درمان بدون ساختار رویدادهای فعلی، تاریخچه گذشته و انتقال در قالب TPPs بحث می‌شود.

هدف رشد مراجع است برای شناسایی پروسیجرهای ناقص برای اینکه مراجع به کنترل و جایگزینی آنها شروع کند. تکالیف خانگی برای مراجع با پروسیجرها و با گشودن احتمال تعدیل و تغییر داده می‌شود. تغییر کامل بندرت در پایان درمان به وجود می‌آید، اما مراجع ابزاری برای ادامه کار دارد.

#### درمان شناختی تحلیلی چگونه کار می‌کند؟

این درمان فعال و مشارکتی است. دیاگرام و نامه‌ها برای باز شناسی، به چالش کشیدن و تجدید نظر الگوهای قدیمی، توافق روی بینش‌ها که در مدارک متذکر شده به عنوان ابزاری برای استفاده درون، بیرون و طی دوره درمان است.

ارزیابی حدود ۹۰ دقیقه می‌باشد و در پایان اگر مراجع سوال دارد از درمانگر می‌پرسد. یک کپی از نامه ارزیابی خود ارسال می‌کند. درمان هفتگی، در یک اتاق روی صندلی است. سه جلسه اول شامل تاریخچه شرح حال، تکنیک ژنوگرام، خطوط زمانی و فایل درمان شناختی تحلیلی است. فرمول‌بندی مجدد نیمه اول درمان، مشکلات بیمار و ریشه‌های آن است. ارتباط درمانی گرم، بدون قضاوت و همدلانه است. تکالیف خانگی برای تشویق شناسایی مجدد و تجدید نظر در پروسیجرهای ناسازگارانه ارائه می‌شود.

نامه خداحافظی به فرایند پایان درمان مربوط است و به بیماران در کسب دستاوردها در طول درمان کمک می‌کند.

درمان ۵۰ - ۶۰ دقیقه طول می‌کشد. ۱۶ - ۲۴ جلسه درمان توسط درمانگر بر اساس مذاکره با بیمار تعیین می‌گردد.

### چه کسانی از درمان سود می‌برند؟

افراد دارای مشکلات زیر از این شیوه درمانی سود می‌برند:

- اضطراب
- افسردگی
- مشکلات بین فردی
- مشکلات شخصی
- مشکلات شغلی
- خود آسیبی
- سوء مصرف مواد
- اختلال‌های خوردن
- اختلال‌های شخصیت به ویژه مرزی
- به‌ویژه موثر در درمان تروما

### درمان شناختی تحلیلی چگونه از سایر درمان‌ها متفاوت است؟

این درمان به‌واسطه فرمول‌بندی مجدد از سایر انواع درمان‌ها متفاوت است. فرمول‌بندی مجدد یک سند نوشته شده، جزء روایتی حکایتی، بازگویی تاریخچه بیمار، توصیف جزئی که تاکید می‌کند بر روابط گذشته و فعلی شامل ارتباط درمانگر و بیمار و رابطه بیمار با خودش، رفتارهای آسیب‌زای فعلی، نیز نمایش نموداری که چطور تجربیات گذشته تاثیر می‌گذارد و باعث مشکلات فعلی می‌شود. فرمول‌بندی مجدد در سرتاسر درمان وجود دارد و به‌عنوان راهنمای توصیف تعاملاتی که منجر به انتقال و انتقال مجدد هیجان‌ها می‌شود، است. فرمول‌بندی مجدد به‌عنوان پایه تکلیف‌خانه برای بازشناسی رفتارهای غیر مفید تلقی می‌شود. فایل روان‌درمانی به مراجع در اولین جلسه داده می‌شود و بحث برای فرمول‌بندی صورت می‌گیرد. فرمول‌بندی مجدد شامل موارد زیر می‌باشد:

- جمع‌آوری اطلاعات مرتبط از مراجع
- پرسش از بیمار درباره مشکلات روزمره فعلی و نیز تجارب ابتدای زندگی وی

- به صورت کتبی و دیاگرام یا نمودار ثبت می‌شود که چطور تجربیات گذشته باعث مشکلات فعلی می‌شود. یک سند نوشته شده است.
- فرضیه کار برای درمان و کمک به ارتقاء تغییر است.
- به طور محسوسی به شناسایی حوزه‌هایی که فرد حداکثر مشکل را دارد، کمک می‌کند.
- اهداف یا مشکل هدف (TP) یا پروسیجرهای هدف (TPPs) مشخص می‌شود. TP و TPPs با دیاگرام یا به عنوان فرمول‌بندی دیاگراماتیک زنجیره ای (SDR) نشان داده می‌شود.
- روی SDR و فرمول‌بندی برای کمک به یادگیری شیوه‌های جدید پرداختن به موقعیت‌هایی که مراجع در حال حاضر با آنها روبرو است، متمرکز است.
- روی TP و TPPs کار می‌شود و واریسی اینکه آنها موقعیت بیمار را توصیف می‌کنند و سپس خروج از این راه‌های غیر مفید زندگی شروع می‌شود.
- فرمول‌بندی مجدد درمانگر و بیمار را درگیر می‌کند.
- شامل دو جزء روایتی یا حکایتی (بازگویی تاریخچه بیمار)، جزء توصیفی (توصیف پروسیجرها و رفتارهای آسیب‌زای فعلی، تاکید بر روابط گذشته و فعلی شامل ارتباط درمانگر و بیمار و رابطه بیمار با خودش) است.
- نوشتن یک نامه که توضیح می‌دهد درباره‌ی جایی که بیمار از آنجا آمده است و جایی که حالا هست و استفاده از یک نقشه برای نشان دادن Traps کلیدی، پیامدهایشان و راهبردهای موجود.
- این نامه درک درمانگر را از مشکلات بیمار خلاصه می‌کند و به درک ارتباط بین الگوهای کودکی از رفتار و تاثیرشان روی زندگی بزرگسالی توجه می‌کند.
- این نامه معنی شخصی تجربیات بیمار و اختلال در کارکرد پریشانی را شناسایی می‌کند.
- بیمار و درمانگر در مورد این نامه به توافق می‌رسند و این نامه پایه بقیه کار را تشکیل می‌دهد.
- در سرتاسر درمان به عنوان اساس تکالیف بیمار و معطوف به بازشناسی سریع و نیز به عنوان راهنما برای توصیف تعاملات انتقال و ضد انتقال است.
- دیاگرام‌ها و نامه‌ها برای شناسایی، چالش کشیدن و تجدید نظر الگوهای قدیمی

- به عنوان راهنمای توصیف تعاملاتی که منجر به انتقال و انتقال مجدد هیجان‌ها می‌شود، تلقی می‌گردد.

- به عنوان پایه تکلیف خانگی برای بازشناسی رفتارهای غیر مفید می‌باشد.

### طرح درمانی شناختی تحلیلی

این درمان دارای یک چهار چوب زمان محدود است و شکل و ریتم کاملاً واضح و مشخص دارد. تکلیف در جلسات اولیه عبارت است از:

۱- برقراری یک ارتباط کاری

۲- به حداکثر رسانیدن اثرات قدرتمند و عام درمان در روحیه بیمار

تبدیل رنج منفعل به شرکت فعالانه در حل مسئله در جلسات اولیه

این مرحله معمولاً ۴ جلسه اول درمان را دربرمی‌گیرد. در طی آن گوش دادن کم و بیش بدون جهت که با آرایه درمانی تکمیل می‌شود و گرفتن بازخورد از طریق دادن تکلیف خانگی میان جلسه‌ها صورت می‌گیرد.

این تکالیف همه به سمت مفهوم فرمول‌بندی مجدد هدایت می‌شوند و منجر خواهد شد تا درمانگر و مراجع به یک توافق مکتوب از گذشته بیمار و اینکه چطور این گذشته در لیست مشکلات جاری و پروسیجرهای مشکل فرد منعکس می‌شوند، برسند.

این لیست‌ها عبارتند از مشکل آماج (TP) و لیست پروسیجرهای مشکل (TPPs).

این لیست یک برنامه و چهارچوب برای درمان فراهم می‌آورد. در طی مرحله ارزیابی، موضوعات انتقال ممکن است از قبل ظاهر شده باشد و تفسیرهای احتمالی و موقتی یا فرمول‌بندی‌های موقتی مورد بحث قرار خواهد گرفت. در فرم نهایی آن از هر TPP باید یک توصیف و تعریف کارآمد و کافی، اختصاصی، قابل کاربرد، دقیق، روشن و واضح به دست آمده باشد. این TPP همان پروسیجرهای غیرانطباقی است که بیمار به طور مکرر از آنها استفاده می‌کند. به علاوه گذشته بیمار و اینکه چطور این گذشته منجر به بروز مشکلات جاری فرد شده است مورد بررسی قرار می‌گیرد و بر منشا و تظاهرات فرایندهایی تاکید می‌شود که به طریقی توصیف می‌گردند که نیاز ریشه‌ای را برای پروسیجرها مطرح می‌سازد.

این فرمول‌بندی‌های مجدد به صورت یک نامه برای بیمار نوشته می‌شود و از بیمار می‌خواهیم خودش با صدای بلند آن را برای ما بخواند یا با زبان بیمار برای او گفته می‌شود و تعیین‌کننده درد مداوم مزمن بیمار است و بیانگر یک روش قدرتمند برای توانمندسازی اتحاد و ارتباط درمانی است.

بر اساس یک لیست TPPs و TPS توافق شده، درمانگر و بیمار معمولاً یک قرارداد زمان محدود را وضع می‌کنند. اهداف مختلف برای فرمول‌بندی مجدد در طی مرحله ارزیابی مورد استفاده قرار می‌گیرد و در تاریخچه بیمار کاملاً منعکس می‌شود.

مهارت اصلی درمانگر CAT عبارت است از توانایی او در رسیدن به فرمول‌بندی‌های مجدد خوب و تعاریف و توصیف‌های درست TPPs.

فرمول‌بندی مجدد اغلب نقش عمده‌ای را در به حرکت در آوردن هیجان‌انگیز شده و زنده کردن مجدد معنی گذشته بازی می‌کند، در حالی که TPPs اگر به خوبی تهیه شده باشد و توسط بیمار به طور کامل درک شده باشد ممکن است کار درمان را دقیق و موثر کند و پیش‌بینی انتقال در طول درمان ممکن است به وقوع بپیوندد.

اگر چه تغییر درمانی ممکن است بخوبی در طول جلسه ارزیابی آغاز شود یعنی زمانی که فرمول‌بندی مجدد مورد توافق قرار می‌گیرد و مکتوب می‌شود، تاکید روی تعریف و توصیف TPPs به تمرین بر روی بازشناسی و شناسایی آن شیفتمی‌کند. یادگرفتن باز شناسی کاربرد جاری این پروسیجرها یک قسمت عمده در این مرحله از درمان است. این یادگیری در دو زمینه صورت می‌گیرد: در اتاق مشاوره و در تکالیف خانگی مابین جلسات.

برای بیمار یادگرفتن بازشناسی عملکرد TPPs در عمل در دنیا، توسط مرحله ارزیابی خود بازنگری برای رویدادهایی که در زمان جاری بوقوع می‌پیوندند صورت می‌گیرد از جمله علایم یا تغییرات خلقی، اما در طول جلسات درمان، بازنگری باید به سمت تعریف پروسیجرهای مشکل جدیداً توصیف شده و باز شناسی شده هدایت شود.

تکلیف آشکار بیمار را موظف می‌سازد که توصیف‌ها و مفاهیم را از جهان بیرون بکشد و یک ظرفیت جدید برای بیمار به منظور خود مشاهده‌ای را در وی توسعه دهد. به طور اولیه یادداشت‌های روزانه TPPs ضبط و ثبت خواهند شد: من دوباره این کار را انجام دادم ...

اما پس از یک تا سه هفته بیمار قادر خواهد بود که گزارش را آغاز کند: من متوجه شدم که دوباره شروع کردم این را انجام دهم اما قادر بودم که آن را متوقف کنم و فکر کنم... کار انتقال و یادداشت‌های روزانه در ارتباط با TPPs، درون داد درمانی عمده در طی مرحله درمان است. مفهوم خاتمه معمولاً توسط شمارش تعداد جلسات به خاطر سپرده می‌شود ولی نه به صورت مکانیکی.

در پایان هر جلسه از بیمار در مورد دامنه تغییر در لیست TPs و TPPs سوال می‌شود و همه موارد و رویدادها در طول جلسه جمع آوری می‌شود و آنها با این تعاریف و توصیف‌ها مرتبط می‌شوند. بدین طریق تجارب گوناگون در خارج و در درون ساعت درمانی، به طور همخوان به این مشکلات تعریف شده، ارجاع داده می‌شوند.

در صورتی که این روش‌ها منجر به تغییر نشوند، متدهای اختصاصی دیگری بکار برده می‌شوند. مثلاً برای بیمارانی که الگوها را شناسایی می‌کنند ولی قادر به تغییر رفتار خود نمی‌باشند تمرین‌های ذهنی یا ایفای نقش در خلال جلسه بکار برده می‌شود.

به طور کلی در CAT مهارت‌ها و تصورات بیمار و درمانگر محدود نمی‌شوند، هر آنچه که انجام می‌شود و تجربه می‌شود در ارتباط با مشکلات تعریف شده مورد توافق توسط TPPs مورد بحث قرار می‌گیرد.

در انتهای درمان هم بیمار و هم درمانگر ممکن است به توافق برسند تا آنچه را که کسب کرده‌اند مکتوب کنند و درمانگر می‌تواند زمینه‌هایی را که کار بیشتر روی آنها نیاز است را مشخص سازند. این نامه خداحافظی به منظور حفظ کار درمان، با تمرکز در طی دوره پیگیری، فراهم می‌شود.

همان طور که مشاهده می‌شود CAT یک کاربرد سه‌گانه در تغییر درمانی دارد:

۱- درک و فهم جدید (از طریق تعریف و شناسایی دقیق)

۲- تجربه جدید

۳- اعمال جدید

درک و فهم قدرتمندترین جزء برای تغییر است چون در فرمول‌بندی مجدد مشکلات بیمار دخالت دارد و یک ابزار جدید برای فهم و درک خود برای شروع اعمال جدید و کشف جدید برای بیمار می‌باشد.

معمولاً در ۱۲ تا ۱۶ جلسه رضایتمند، بیمار از عملکرد TPPs های خود آگاه می‌شود و از این آگاهی برای تغییر رفتار خود در برخی جنبه‌ها استفاده می‌کند. درمان کوتاه مدت اجازه کار درمان (working through) را نمی‌دهد و بهبود بیمار به توانایی وی در حفظ درک و فهم یادگیری شده جدید و به کارگیری این چیزهای یاد گرفته شده در زندگی روزمره خود می‌باشد. نامه‌ی خداحافظی درمانگر چیزهایی که باقی مانده‌اند را مشخص می‌سازد و می‌تواند در اینجا مفید باشد. بیماران نیازمند پیگیری ۲ تا ۳ ماهه هستند و در این زمان برخی بیماران ممکن است نیازمند جلسات اضافی، پیگیری بیشتر، درمان کوتاه مدت دیگر، گروه درمانی یا سایر مداخلات دیگر باشند.

### فعالیت‌های درمانگر

جلسات باید در قالب جلسات ساختار نیافته برقرار شود اما درمانگر باید از مهارت‌های درمانی خود برای تمرکز بر زمینه‌های مرتبط با TP و TPPs ها استفاده کند، همچنین درمانگر باید به فعالیت تجویز شده و توصیه شده هم توجه کند همان طور که در لیست فعالیت درمانگر ذکر شده است که نشان دهنده برنامه مخصوص و ضروری و فعالیت‌های بهینه درمانگر در هر جلسه می‌باشد.

### فهرست فعالیت‌های درمانگر

- فهرست فعالیت‌های درمانگر عبارتند از:
- ۱- تاریخچه، الگوها، احساسات، معنی‌ها
  - ۲- قوانین و تنظیمات درمان
  - ۳- تعیین خود بازنگری برای خلق متغیر با علامت‌ها
  - ۴- بحث در مورد خود بازنگری و فایل روان درمانی
  - ۵- فرمول‌بندی TP و TPPs با بیمار
  - ۶- تکالیف خانگی برای بازشناسی TPP
  - ۷- بحث در مورد تکالیف خانگی TPP، رتبه بندی‌های انجام شده TP/TPP توسط بیمار



۸- تعیین دیگر تکالیف خانگی

۹- تفسیر انتقال انتقال متقابل در ارتباط با TPPها

۱۰- حقیقت و معنی ختم درمان

ایفای نقش، گشتالت و غیره

کاربرد این چک لیست ممکن است به نظر غیر قابل انعطاف و خشک برسد ولی در عمل در بسیاری جلسات فقط یک مدت زمان محدودی صرف انجام تکالیف نیمه ساختار یافته از قبل تعیین شده می شود و قسمت عمده هر جلسه به توجه به موقعیت های جاری زندگی، رویدادهای تاریخیچه ای و ارتباط میان درمانگر و بیمار اختصاص می یابد.

#### روش های درمانگر

روش های درمانگر در طول جلسه ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- گوش دادن فعال

- کشف و آشکار سازی

- انعکاسی

- راهنمایی

- چالش

- همدلی

- توضیح

- تفسیر

- توصیف

#### ابزارهای مورد استفاده در درمان شناختی تحلیلی

- تاریخچه

- به کارگیری فایل روان درمانی

- خود بازنگری

- چارت‌های زندگی. چارت زندگی شامل سه ستون است: تاریخ، رویدادهای مهم و شواهد و ناراحتی‌های علایم یا درمان‌های قبلی
- از بیمار خواسته می‌شود که یک مطلب از خودش بنویسد که شخص سوم را توصیف می‌کند که فرد علامت‌داری است (توسط کلی معرفی شد).
- پرسشنامه منابع شخصی. یک تمرین ساده کاغذ-قلمی است که توجه مردم را به شیوه‌هایی که توسط آنها مشکلات و ناراحتی‌ها تداوم می‌یابند، جلب می‌کند.

### نامه‌های خداحافظی

هدف همه موارد مکتوب شده، خلق و ایجاد، ثبت و در دسترس قرار دادن منبعی برای درک و فهم بهتر و تغییرات در مشکلات بیمار است. ارزشیابی بیمار از کلیه جلسات قبل، فرصتی را برای بیمار فراهم می‌کند که آنچه را که در طول جلسات کسب کرده و تجربه کرده است مرور کند و هر گونه نااطمینانی‌هایی یا احساسات حل نشده‌ای که هنوز ادامه دارد را بیان کند.

### عوامل عمده در ترکیب روش‌های روان تحلیلی، شناختی، رفتاری

ترکیب روش‌های روان تحلیلی، شناختی، رفتاری و سایر روش‌ها بسته به تصمیم‌گیری درمانگر دارد و بر اساس مشکلات بیمار و پاسخ وی به مداخلات اولیه تعیین می‌گردد. عوامل عمده در این میان عبارتند از:

- شخصیت درمانگر
- آموزش و نظارتی که درمانگر دیده است.
- عوامل مربوط به بیمار

در لحاظ کردن راهبرد در مورد یک بیمار به خصوص، تعیین‌کننده عمده روش درمانی، بیمار است.

مفاهیم انتقال و انتقال متقابل در درمان مورد توجه قرار می‌گیرند. روش تجزیه و تحلیل آنها با درمان روان تحلیلی سنتی فرق دارد. فرمول‌بندی مجدد معمولاً شامل جملاتی (TPPs) است مشکلات تکراری در روابط را کپسوله می‌کنند و این چنین مشکلات اغلب بدون تغییر

## درمان شناختی تحلیلی / ۴۳

در درمان وارد می‌شوند و این TPPs پیش‌بینی می‌کنند که این موضوعات در ارتباط با درمانگر برانگیخته شوند. لذا درمانگر باید انتقال را سریع تشخیص دهد و از آن به طور مناسبی به عنوان یک تجربه یادگیری استفاده کند و به عنوان هدفی در درمان به منظور تغییر مشخص شوند.

تفسیر انتقال در قالب واژه‌های تعریف شده TP و TPPs صورت می‌گیرد که به طور مستقیم رفتار درون جلسه را به مشکلات زندگی مرتبط می‌سازد و این به تعمیم آنچه که یاد گرفته شده است، کمک می‌کند.

تکالیف خانگی به بیمار داده می‌شود و هدف آن به حداکثر رسانیدن پیشرفتی است که در یک دوره کوتاه زمان به دست آمده است. بیمار به عنوان یک کمک درمانگر می‌شود و خودآگاهی، خودشناسی و خودکنترلی فرد به حداکثر می‌رسد و رجعت به حداقل می‌رسد. این تکالیف خانگی به تکلیف فرمول‌بندی مجدد مرتبط می‌شود و TPPs‌ها را باز شناسی می‌کند و موجب رویارویی با موقعیت‌های جدید یا تلاش برای فعالیت‌های جدید می‌شود.

### محتوای جلسات درمان

هیچ پروتکل محدود و مشخصی در مورد محتوای جلسات وجود ندارد. اگرچه برای درمانگران دستورالعمل‌های خاصی است که باید در هر جلسه مورد لحاظ قرار دهند. این مسایل بسته به مراحل مختلف درمان فرق می‌کند.

به طور کلی معمولاً درمانگران از برداشتن یادداشت در طول جلسه منصرف می‌شوند. گزارش‌ها و ثبت فرایند کامل جلسه باید توسط کسانی نوشته شود که تحت آموزش این نوع درمان هستند و ضبط صوتی تصویری جلسه یک ابزار مفید است.

به طور کلی درمانگر باید اجازه دهد تا بیمار جلسه را شروع کند و اشتغال ذهنی یا سکوت بیمار یک راهنمای ارزشمند از وضعیت و حالت جاری وی است.

در آغاز درمان یک قرارداد بسته می‌شود و کاربردهای این قرارداد به طور واضح و آشکار برای بیمار توضیح داده می‌شود.

در واقع درمان شناختی تحلیلی یک مدل top down است و اجازه تعمیم‌های سریع یادگیری‌های جدید را می‌دهد در نتیجه فرمول‌بندی‌های مجدد دقیق ایجاد می‌شود که منجر به یک درمان موثر می‌گردد.

پس از فرمول‌بندی مجدد، برگه‌های رتبه بندی TP و TPPs کامل می‌شود. این برگه‌ها شامل یک سری مقیاس‌های بصری آنالوگ برای هر یک از TP و TPPs است. نمره میانی هر مقیاس بیانگر وضعیت فرد در هنگام مصاحبه است در حالی که دو نقطه انتهایی هدف کسب شده و بدترین حالت ممکن است.

این برگه‌ها یک آگاهی ویژه از آنچه که قرار است تغییر کند، در اختیار بیمار قرار می‌دهد. در بسیاری موارد این برگه‌ها نشان‌دهنده بهبود و افزایش خودآگاهی و خود کنترلی است.

برگه‌های رتبه بندی به عنوان راهنمای درمانگر به چند طریق عمل می‌کند:

۱- به عنوان یادآورنده برای درمانگر و در نتیجه کلیه چیزهایی را که روی داده‌اند در جلسه درمان مورد تمرکز قرار می‌گیرد.

۲- برای درمانگران کم تجربه ساختاری از TP و TPPs را هر هفته در اختیار قرار می‌دهد تا متدهای درمانی موثری را انتخاب کنند.

۳- به درمانگر و بیمار اجازه می‌دهد تا تعاملات خود را مرور کنند، تکالیف، مواد تاریخچه‌ای، رویاها و هر رویداد دیگری را در قالب TPPsها مورد بررسی قرار دهند.

۴- یک ابزار عینی اندازه‌گیری با پایه و اساس ذهنی است.

۵- نشان‌دهنده زمینه‌هایی است که بیمار احساس می‌کند هنوز در آنها بهبودی پیدا نکرده است.

۶- ناهمخوانی‌ها میان تغییرات و رتبه بندی‌ها را نشان می‌دهد.

۷- قسمت‌هایی که روی آن کار نشده یا امتناع شده را نشان می‌دهد، در عین حال که از بیش برآورد کردن میزان پیشرفت جلوگیری می‌کند.

#### انواع تکالیف خانگی

تکالیف‌های رفتاری شامل آرام‌سازی است. سایر تکالیف‌های خانگی شامل موارد زیر

میباشد:

۱- برنامه مواجهه تدریجی با وضعیت‌های ترسناک یا اجتناب شده

۲- حل مسئله

۳- یادداشت روزانه

۴- تکنیک‌های مربوط به بیماران مضطرب/ افسرده

تعیین تکلیف خانگی یک وظیفه اجباری درمانگر است.

### خاتمه درمان

خاتمه درمان هم به صورت ساختار یافته و هم ساختار نیافته انجام می‌شود:

۱- در هر جلسه به بیمار یادآوری می‌شود که تعداد جلسات باقیمانده چقدر است و حالا

جلسه چندم هستیم.

۲- در جلسات انتهایی TP و TPPs‌های مربوط و زمانی که روی آنها کار شده مورد

بررسی قرار می‌گیرد و فرایند درمان و میزان بهبود و پیشرفت بررسی می‌شود.

اهمیت نسبی خاتمه درمان در بیماران مختلف متفاوت است. جدایی، واکنش‌های سوگ

حل نشده ممکن است مشاهده شود. تشدید علائم معمولاً در جلسات انتهایی مشاهده می‌شود

که در برگه‌های رتبه بندی منعکس می‌شوند و مفید است که درمانگر این وضعیت را پیش‌بینی

کند و آن را به خاتمه درمان نسبت دهد. کار درمان و مسایل برخاسته توسط خاتمه درمان باید

در نامه خداحافظی ذکر شود.

یک یا دو جلسه قبل از خاتمه درمان، درمانگر قصد خود را از دادن نامه خداحافظی بیان

می‌کند و از بیمار می‌خواهد نظر خود را بدهد. درمانگر پیش‌نویسی را تهیه می‌کند که در آن

روند درمان، فرمول‌بندی مجدد و خلاصه‌ای از پیشرفت را ذکر کرده و پیشنهادات را برای

خود یاری بعدی می‌گوید و همه را با بیمار مورد بحث قرار می‌دهد.

درمانگر از بیمار می‌خواهد خلاصه خود را بنویسد و مرور کند. آن را با صدای بلند

بخواند و مورد بحث قرار دهد تا به توافق برسند و سپس هر یک کپی از آن تهیه کنند.

### جلسه پیگیری

جلسه پیگیری سه ماه بعد از آخرین جلسه گذاشته می‌شود که در آن عملکرد بیمار و

رویدادهایی که اتفاق افتاده که در جلسه درمان روی آن کار نشده بود، میزان استفاده از

پیشرفت‌ها و مواد یاد گرفته در طول درمان در مدت این سه ماه بررسی می‌شوند و در مورد

اینکه آیا جلسات بعدی نیاز است یا خیر تصمیم‌گیری می‌شود.

در جدول شماره ۱ نمونه محتوای راهنمای درمان شناختی تحلیلی بر اساس ترتیب جلسات نشان داده شده است.

جدول ۱ - نمونه محتوای راهنمای درمان شناختی تحلیلی بر اساس ترتیب جلسات

جلسه	محتوی درمان
اول	سنجش اولیه، فرمول‌بندی مجدد، تدوین فهرست مشکلات هدف بیمار و ترغیب وی به کسب بینش و آگاهی نسبت به منبع اصلی مشکلات با همکاری متقابل بین درمانگر و بیمار
دوم	فرمول‌بندی مجدد بر اساس جمع‌آوری تاریخچه فردی، تدوین تاریخچه فردی و تاریخچه بیماری
سوم	فرمول‌بندی مجدد بر اساس چگونگی بروز و پیدایش مشکلات و نشانه‌های بیماری
چهارم	فرمول‌بندی مجدد بر اساس افکار ناکارآمد، نظام باورها و رفتارهای بیمار با تمرکز بر انگاره‌های خاص بیماری و شناسایی تله یا چرخه تکراری رفتار و در نهایت نوشتن نامه فرمول‌بندی مجدد به بیمار
پنجم	تعیین اهداف درمانی و تدوین فرمول‌بندی نهایی بر اساس فرمول‌بندی‌های اولیه مربوط به مشکلات، علائم و نشانگان بیماری
ششم	بازشناسی رخدادهای آشکارساز مشکلات، نقاط قوت و توانمندی‌های بیمار، شناسایی روند آسیب‌شناسی و در نهایت ارائه فرمول‌بندی ترسیمی یا هندسی
هفتم	بازشناسی مشکلات و اشتغالات ذهنی و تدوین فهرستی جهت شناخت رویه‌ها و افکار ناکارآمد با همکاری بیمار و بازبینی در پیامد و شدت نشانه‌های بیماری
هشتم	بازشناسی و چالش با الگوهای قدیمی اکتسابی و تاثیر گذار در زندگی از طریق روابط بین فردی و آموزش فنون بازبینی رویه‌های ناکارآمد و اصلاح این روابط، نشانه‌ها و سبک زندگی
نهم	بازشناسی در رویه ارزیابی علائم و نشانه‌ها و اصلاح بازبینی‌های انجام گرفته توسط بیمار
دهم	تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس شناخت تاثیر هیجان و رفتارهای بیمار بر علائم بیماری و آگاهی از نحوه استمرار طرح‌واره‌های قدیمی مرتبط با بیماری
یازدهم	تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس شناسایی و ترمیم نمودار رویه‌ای در مورد ارزش‌گذاری رفتارهای بیمار و ارزیابی افکار خودآیند منفی
دوازدهم	تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس اصلاح روند ارزشیابی وضعیت فعلی بیمار، بینش نسبت به مسائل و چگونگی تایید و تثبیت نقش‌های واقع‌گرایانه
سیزدهم	تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس اصلاح نقش‌های بین فردی و حمایت‌های اجتماعی
چهاردهم	تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس کمک به بیمار در دستیابی به منبع طرح‌واره‌های واقع‌بینانه و دستیابی به تله و موانع رشد بیمار
پانزدهم	تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس افزایش بینش و آگاهی بیمار از مسیر تکاملی مشکلاتش در جهت کاهش اشتغالات ذهنی، مدیریت زندگی و تعریف مجدد از زندگی
شانزدهم	نوشتن نامه‌های خداحافظی ختم درمان توسط درمانگر و بیمار به یکدیگر و همچنین خلاصه سازی روند درمان بر اساس آنچه در درمان کسب شده است و آنچه که هنوز نیازمند تغییر است.
هفدهم	پیگیری سه ماه بعد از آخرین جلسه درمان و بررسی عملکرد بیمار و رویدادهایی که اتفاق افتاده که در جلسه درمان روی آن کار نشده بود، میزان استفاده از پیشرفت‌ها و مواد یاد گرفته در طول درمان و تصمیم‌گیری در مورد اینکه لزوم یا عدم لزوم ادامه جلسات بعدی درمان.

### وجه اشتراک درمان شناختی تحلیلی با درمان شناختی رفتاری

وجه مشترک درمان شناختی تحلیلی با درمان شناختی رفتاری در موارد زیر است:

- سنجش تغییرات
- دستور جلسات
- یادداشت برداری
- آموزش به بیمار
- خودمشاهده‌گری
- کوتاه مدت
- ساختار یافته
- رابطه مشارکتی
- فعال بودن
- استفاده از تکالیف
- آموزش مدل درمان
- رویکرد حل مساله

### تفاوت درمان شناختی تحلیلی با درمان شناختی رفتاری

در CAT تاکید بر تعاملات اجتماعی بوده، ولی در CBT تاکید بر فرآیندهای فردی است.

### تفاوت درمان شناختی تحلیلی (CAT) با درمان شناختی

در روان درمانی شناختی تمرکز بر شرح روایتی بیمار و نحوه سازماندهی این فرایندها کمتر مورد نظر قرار گرفته و بیشتر بر شناخت و تعریف طرحواره تاکید می‌شود. در درمان شناختی همیشه فرایندهای مشکل ساز محصولی از تجربیات اولیه که به صورت طرحواره مطرح می‌شود در نظر گرفته می‌شود که وقتی فرد با یک مشکل هیجانی برخورد می‌کند، ممکن است سبب باز فعال سازی یک طرحواره یا طرحواره‌هایی باشد که برای سال‌های متمادی غیر فعال بوده است. اگرچه فهمیدن معنا و مفهوم مشکل اصل است ولی تکنیک‌های



شناختی بیشتر در سطح هشیار عمل می‌کند، در حالی که در درمان شناختی تحلیلی (CAT) با استفاده از مدل زنجیره فرایندی و در طی فرایند فرمول‌بندی مجدد، معانی مشکل فرد در شرح روایتی مطرح شده و سبب افزایش بینش مراجع نسبت به معانی در سطح ناهشیار می‌شود و این نکته حاصل ترکیب تکنیک‌های شناختی و تکنیک‌های روان تحلیلی است.

در نظریه شناختی هر کدام از الگوهای سه گانه و ناسازگار (دام‌ها، دوراهی‌ها و موانع) تحت عنوان طرحواره مطرح می‌شود و طرحواره‌ها باورها و احساسات مهم در مورد خود و محیط است که فرد بدون سوال آن را می‌پذیرد. این طرحواره همانطور که یانگ می‌گوید در مقابل تفسیر مقاومت نشان می‌دهند. تمرکز بیشتر بر طرحواره‌ها در درمان شناختی به بازشناسی ختم می‌شود و الگوی رفتاری یا احساسی فرد می‌تواند این معنا را داشته باشد که فرد ناهشیار در مقابل اصلاح و تغییر مقاومت نشان می‌دهد. در حالی که در درمان شناختی تحلیلی (CAT) با گذر از مقاومت فرد از طریق ایجاد زنجیره متوالی فرایندهای ذهنی فرد، سبب نزدیک شدن بیمار به هسته زنجیره وار مشکلات خود می‌شود.

عدم تمرکز بر معنا در ناهشیار در طی فرایند درمان شناختی شاید سبب می‌شود که طرحواره بعد از بازشناسی و درمان مجدداً فعال می‌شود چرا که موفقیت قاطع در زندگی اغلب برای تغییر طرحواره کافی نیست. ولی در درمان شناختی تحلیلی (CAT) محتوای هشیار فرد، درمانگر و مراجع را به یک شرح روایتی از گذشته می‌رساند و فرایند فرمول‌بندی مجدد و مدل زنجیره فرایندی سبب می‌شود که فرد به هسته درد که اغلب ناهشیار است تسلط پیدا کند. در درمان شناختی تحلیلی (CAT) این ایده وجود دارد که فرد به شیوه و الگوهای عمل می‌کند که به طور ناهشیار سبب تحریک فرد می‌شود تا از یک حالت هسته‌ای فرار یا اجتناب کند.

بروز فرایند "خود انعکاسی" در درمان شناختی تحلیلی (CAT) رخ می‌دهد. فرایند فرمول‌بندی مجدد با توسعه ابزار جدید خود انعکاسی در اکثر بیماران سبب ایجاد تغییر سریع به دنبال مشاهده خود روایتی در یک سطح هشیار و خودآگاه می‌شود. به عبارت دیگر در فرایند خود انعکاسی، فرد یک یا چند حالت هسته‌ای که در بردارنده احساسات ناهشیار است را به تصویر می‌کشد. زنجیره فرایندی و متوالی این حالات هسته‌ای از مشکل می‌تواند سازه‌های ناهشیار را برای مراجع به خوبی قابل درک کند.

### فرمول‌بندی مجدد پیچیده و نظریه روابط ابژه

فرآیند فرمول‌بندی مجدد یک فرآیند توصیفی است و وظیفه اصلی آن بازشناسی الگوهای زیر بنایی جاری و بررسی تناسب توصیف‌های دقیق با اطلاعات سازمان نیافته جمع‌آوری شده از بیمار است. این رویکرد در هنگام کار با بیماران نوروتیک مفید است اما در مورد بیماران جدا آسیب دیده نیاز به درک و فهم عمیق تری برای بررسی پروسجرهای بیمار می‌باشد.

به منظور فهم تفاوت در فرمول‌بندی مجدد در مورد بیماران نوروتیک و بیماران مبتلا به اختلال شخصیت لازم است نکات زیر را در نظر بگیریم. همه ما انسان‌ها با یک نقشه خالی به دنیا می‌آییم و پس از آن این نقشه با دستورالعمل‌هایی که بر اساس تجارب واقعی ما شکل می‌گیرند پر می‌شود. این تجارب توسط افراد مراقب ما شکل می‌گیرند. سرمایه‌هایی را که در این نقشه ثبت می‌کنیم و قوانینی که شکل می‌گیرند از قسمتی از تجارب مستقیم ما استخراج شده‌اند و این تجارب به میزان بسیار زیادی تحت تاثیر والدین و دیگر افراد بزرگسال اطراف ما می‌باشند. اما نیاز ما برای داشتن یک معنی و مفهوم واحد از خودمان و معنی که از دیگران داریم و معنی که دیگران از ما دارند که در واقع نتیجه اجتناب ناپذیر وابستگی و بی‌قدرت بودن نسبی ماست، بدین معنی است که نقشه‌های ما و کتاب‌های قانون ما حقایق و دستورالعمل‌ها در مورد این معانی را ثبت می‌کنند. این نقشه در واقع راهنما و دستورالعمل در طول زندگی ما می‌شود. زمانی که بزرگسال می‌شویم معمولاً یک نقشه ثابت از واقعیت و یک مجموعه همخوان نسبی از قوانین را کسب می‌کنیم، هیچیک از ما یک نقشه کاملی از دنیای خارج را نداریم، ما در ارتباط هم با ماهیت غیر قابل اجتناب نسبی ما از تجارب خاص خودمان و هم کسب قوانین محدود یک نقشه کامل نداریم.

در افراد نوروتیک بر خلاف افراد نرمال این محدودیت از لحاظ کمی بسیار بیشتر است و قسمت اعظم این نقشه به عنوان قسمت‌های خطرناک یا منع شده برچسب زده شده‌اند و راه‌هایی را که فرد دنبال می‌کند اغلب مشکل دارد و یا بسیار انتخابی و محدود از میان

احتمالات مختلف است. اعتماد این فرد به خودش به عنوان کسی که شکل دهنده نقشه است بسیار شکننده است و این فرد خود را در قوانین مرتبط با امنیت محدود کرده است. این الگوهای خود تقویت کننده محدودیت از انتخاب‌های محدود غلط در فرمول‌بندی مجدد به صورت دام وتله، تنگنا و دو راهی و دردسرهای پنهان نوروتیک توصیف می‌شوند. این چنین فرمول‌بندی‌های مجدد نشان دهنده قوانین محدود می‌باشد و فرد را از دستیابی به واقعیت و بازنگری نقشه‌ها و تغییر قوانین ناتوان می‌سازد. در شخصیت‌هایی که به طور ضعیفی یکپارچه شده‌اند، شکل آن پیچیده‌تر است. علاوه بر مشکلات موجود در نوروتیک‌ها، انفصال و عدم ارتباط میان حالات مشخص می‌شود. انگار که تعدادی نقشه‌های تکه تکه وجود دارد. قوانین پروسیجری کم و بیش موثر هستند با اینکه ممکن است کم و بیش نشانگر محدودیت‌ها یا تحریف‌های مختلف در نقشه‌های نوروتیک باشند. فرمول‌بندی مجدد افراد دارای اختلال‌های شخصیت باید با در نظر گرفتن این نقشه‌های تکه تکه شده و پروسیجرهایی که این افراد به عنوان راهنما برای درک خود و واقعیت در نظر می‌گیرند، باشد.

#### نظریه روابط ابژه و پروسیجرهای نقش دوگانه

یکی از منابع مورد بحث نظریه ابژه است. این نظریه در مورد تاثیر سال‌های اولیه زندگی بر ساختار شخصیت و الگوهای ارتباط است.

تسلسل پروسیجری بنیادین چه سهوی چه عمدی معطوف به هدف توسط یک زنجیره تکراری دایره‌واری سازمان و تداوم می‌یابد که از طریق مراحل درونی (روانی) و بیرونی (رفتاری) شکل می‌گیرند. این زنجیره عبارت است از:

- ۱- تعریف هدف (شاید در پاسخ به رویداد بیرونی)
- ۲- ارزیابی موقعیت و ظرفیت فرد برای عمل در ارتباط با آن
- ۳- مربوط ساختن هدف و موقعیت به سیستم‌های حافظه و معنی
- ۴- پیش بینی پیامدها یا پیگیری هدف یا نقش و تناسب آن با دیگر اهداف و ارزش‌ها
- ۵- انتخاب ابزارهای پیگیری هدف از طیفی از پروسیجرهای در دسترس
- ۶- عمل یا عملکرد نقش

## ۷- درک کارآمدی و پیامدهای عمل

## ۸- تائید یا بازنگری پروسیجر و پیگیری یا ترک هدف

وقتی به رفتار بین فردی نظر کنیم این فرآیند ویژگی‌های خاصی را دارا می‌باشد که در آن با پیش بینی پیامدهای نقش‌های رفتارهای ما، ما باید رفتار نقش دوگانه را از دیگران پیش‌بینی کنیم و پیامدهای رفتار نقش خودمان را درک کنیم و باید که پاسخ نقش خودمان از دیگران را ارزشیابی کنیم. بنابراین برای پیگیری یک رابطه رضایت بخش نیاز داریم تا دو پروسیجر نقش را درک کنیم و قادر شویم که آن را با هم مناسب سازیم. پروسیجرهایی که برای سازمان دادن روابط هستند، پروسیجرهای نقش متقابل نامیده می‌شوند.

نظریه روابط شیئی با این پروسیجرها در ارتباط است. این مسئله از لحاظ بالینی در درک تعامل زوجین و انتقال و انتقال متقابل میان بیمار و درمانگر با ارزش است. این نظریه پایه محکمی در درک تحول و ساختار شخصیت به ما می‌دهد و اهمیت روابط اولیه دوران کودکی را در شکل‌گیری شخصیت مشخص می‌سازد.

## ریشه‌های نوزادی پروسیجرهای نقش متقابل و ساختار خود

تجارب دوران اولیه نوزادی تحت کنترل یک سیستم عصبی مرکزی برنامه ریزی شده است تا رفتارهای وابستگی را سازمان دهد که با رفتارهای مادر مراقبت‌کننده مخلوط است. در سال‌های اولیه زندگی، بر اساس رابطه اولیه خود - دیگری، پروسیجرهای نقش متقابل پیچیده به طور افزایشی، افزایش می‌یابند اما به طور غیر قابل اجتنابی ردهایی از مشکل و محدودیت‌های تجربه خاص دوران نوزادی را دارد به ویژه وابستگی بی‌نهایت فرد و ناپختگی وی اما ظرفیت وی تحول یافته و به آن معنی و شکل می‌دهد. اولین تمایزهای ضروری به منظور هدایت یک زندگی به عنوان یک فرد بر اساس تجارب بدنی بنا نهاده می‌شود. این تکالیف شناختی اولیه از درون به بیرون و از بدن به غیر بدن است، این تجارب ممکن است در فرد پسیکوتیک از بین برود. تمایز خود و دیگری ادامه می‌یابد اما این تحول شامل یک تلفیق رضایت‌مند از آنچه که به طور ریشه‌ای دامنه‌ای از تجارب جداگانه از دیگری هستند، می‌باشد. تجارب اولیه ما در کل یک فرد نخواهد بود، نوزاد در ابتدا دامنه‌ای از نقش‌های متقابل را دارد که در آنها نقش‌های خود را ایفا می‌کند، به طور مثال کودک معترض در مقابل

مادر کنترل کننده. این نقش‌های مجزا اساس و بنیانی هستند که بعدها نقش‌های یکپارچه برای ارتباط با کل دیگران را شکل می‌دهد. کسب این نقش‌های متقابل نسبی قبلاً نیازمند فهم و درک دو نقش است، یکی توسط خود و دیگری توسط والدین بازی می‌شوند. بنابراین نسخه‌ای از نقش‌های والدینی باید درونی شوند و مرتبط با آن فرد می‌تواند نه تنها نقش خود بلکه نقش دیگران را نیز بازی کند و قادر می‌گردد که نقش‌های برخاسته از کودک و برخاسته از والدین را در روابط بعدی ایفا کند.

ایجاد پروسیجرهای نقش متقابل در این مرحله با تحول یک معنی و مفهوم از خود و یک ارتباط با خود همراه می‌شود. در این رابطه ما می‌توانیم در فرد یک نقش برخاسته از والدین را بازشناسی کنیم (من I) که به طور متفاوتی برای مراقبت و کنترل نقش برخاسته از کودک یعنی (من را Me) است. بنابراین کودک مدل‌های پروسیجری زیر را شکل می‌دهد:

۱- برای ارتباط با دیگران

۲- برای مراقبت از خود و کنترل بر اساس تعاملات مشابه والد - کودک

در این ارتباط با خودش او هم صدای والدین و هم صدای خودش را تعریف می‌کند و در ارتباط با دیگران او نقش‌های برخاسته از کودک و برخاسته از والدین را فعال می‌کند و در جستجوی ایجاد نقش متقابل از دیگران است. در تجارب بعدی کودکی و بعدها تا حدی این نقش‌های متقابل اولیه به طور قابل انعطافی تلفیق و یکپارچه می‌شوند و میزان و وسعتی که تجربه ذهنی و معنی مستقل‌تر و گسترده‌تر از خود و دیگران شکل می‌گیرد، متفاوت خواهد بود، اما هیچیک از ما به طور کامل الگوهای دوران اولیه کودکی خودمان را از دست نمی‌دهیم یا به طور کامل اجزاء متناقض آن را یکپارچه نمی‌کنیم.

**چطور تنگناها و دوراهی‌ها در افراد نوروتیک و اختلال شخصیت با هم فرق می‌کنند؟**

به طور ساده تنگناها و دو راهی‌های فرد نوروتیک معمولاً نشانه‌ای از مدل محدود تعامل والد - کودک است جایی که دامنه ریشه‌ای نقش‌های متقابل مجزا مورد تاکید قرار می‌گیرند و تحول نیافته، تحریف شده یا سرکوب شده هستند. در برخی موارد تعامل‌های خاص و ویژه‌ای که در آن والدین غالب هستند ممکن است وجود داشته باشد.

تنگناها و دو راهی‌های خاص نوروتیک عبارتند از:

- ۱- میان نقش‌های برخاسته از والدین و برخاسته از کودک در هر کدام مراقب کنترل کننده یا وابستگی فرمانبر
- ۲- میان پاسخ‌های قطبی شده به طور خام که نقش‌های درک شده والدینی هستند هم ستیزه جوی و هم شکایت کننده
- ۳- میان نقش‌های به طور خام قطبی شده والدین هم ایده آل و هم آزار دهنده فرد نوروتیک خود را با ویژگی‌های خاصی نشان می‌دهد که عبارت است از الگوهای ناقص یا پرهزینه خود مراقبتی و کنترل و شکست در روابط پخته و دو طرفه با دیگران.

### سازمان شخصیتی مرزی

تنگناها و دوراهی‌های افراد دارای سازمان شخصیتی که به طور ضعیفی تلفیق و یکپارچه شده اند، متفاوت است و بیانگر شکست‌ها و ضعف‌هایی در یکپارچه کردن کامل دامنه‌ای از نقش‌های متقابل مجزا در یک معنی و مفهوم کامل خود و دیگری هستند که سیستم‌های فرعی مجزایی از پروسیجرها یا شخصیت‌های فرعی را به طور مداوم دارند که توسط آنها دنیا به طور متفاوتی تجربه می‌شود و عمل به صورت متفاوتی سازمان می‌یابد. بیماران دارای شخصیت‌های ضعیف یکپارچه شده اشاره دارد به کسانی که اشکال سازمان شخصیتی آنها به عنوان مرزی است (کرنبرگ). این گروه دارای طوفان‌ها و نوسان‌های هیجانی، رفتارهای بچه گانه، برون ریزی، نمایشی، رفتارهای جنسی، احساسات نامتمایز، احساسات غیر واقعی، حالت‌های وسواس و موجی از افکار فراقکنانه که منجر به حالت‌های پارانوئید می‌شود.

سطح دو شامل نوروها است که در آن فرد یک سری ابزارهای جبرانی پر هزینه استفاده می‌کند تا بتواند زندگی کند، سطح سه شامل سطح مرزی است که توسط بازگشت، نابسامانی و سازمان نیافتگی و عدم تعادل و فرار از تکانه‌های خطرناک است، سطح چهار شامل از بین رفتن واقعیت در پسیکوز است.

بیماران دارای اختلال‌های شخصیت شدید زندگی را به صورت تکه تکه و مجزا تجربه می‌کنند. همچنین تجربه‌ای هم که از دیگران دارند به صورت تکه تکه است. از بی ثباتی خلق و رفتار، از سوئیچ از یک حالت به حالت دیگر و یک معنی از دنیا و خود به دیگری در رنج

هستند. در نظریه روابط ابژه این حالت به خاطر دو نیمه سازی است که یک فرآیندهای درون روانی است که مخرب بوده و جنبه‌های با ارزش و مخرب دنیای درونی را کم و بیش به طور ثابتی از هم جدا می‌کند و در جنبه‌های مختلف خود، واقعیت و دیگری سرمایه گذاری می‌کنند. همچنین از همانندسازی فرافکنانه استفاده می‌کنند که در آن وجود همزمان معانی خود و دیگری با الگوی روابطی خاص مشخص می‌شود. در این فرآیند در یک رابطه مشخص الگوی آگاهانه نقش متقابل مرتبط با یک سیستم عمل کننده متناوب کمتر آگاهانه همراه می‌شود. نقش‌های متقابل معادل ممکن است از دیگر پروسیجرها چه آگاهانه چه ناآگاهانه برانگیخته شوند. در همانند سازی فرافکنانه عملکرد پروسیجرهای نقش متقابل از یک نشات می‌گیرند که به طور ناکاملی از نسخه متفاوت خود آگاه است یا آن را انکار می‌کند.

نقش‌هایی را که افراد از دیگری جستجو می‌کنند ممکن است بیانگر (۱) جنبه‌هایی از خود باشد که بی ارزش یا انکار شده است به طور مثال ضعیف، (۲) جنبه‌هایی که مخرب و غیرقابل اعتماد است مثل شکاک و (۳) اشکال ایده آل شده از قدرت و مراقبت که به دیگران فرافکنی می‌شود. این نقش‌های مثبت ممکن است دفاعی علیه احساسات مخرب باشند یا خیال پردازی‌های جبرانی باشند.

در همه ما به ویژه در افراد دارای سازمان شخصیتی ضعیف، نقش‌های متقابل برخاسته از والدین کاریکاتورهایی از والدین هستند که بسیار قدرتمندتر آن والدینی هستند که در عالم واقع وجود دارند. این الگوی والدینی درونی شده کاریکاتوری با نقش‌های متقابل برخاسته از کودک مقاوم که منعکس کننده ضعف وابستگی یا همه توانی است، همتا می‌شوند. این پروسیجرهای ابتدایی کودک گونه یا اهداف می‌توانند در خود برانگیخته شوند و پروسیجرهای درونی والدین سخت گیر کاریکاتوری را تخریب کنند در نتیجه الگوهای گناه، خود تخریبی و خود محدود سازی تشکیل می‌شود.

بسیاری از افراد دارای سازمان شخصیتی ضعیف یک الگوی غالب از تعامل را ایجاد کرده که نسبتاً نرمال و موثر است و به صورت راهبرد حیاتی یا حالت مقابله نامیده می‌شود. در واقع این بیانگر نقشی است که نیروهای هیجانی محدود را که به حد کافی و در افراد عمل می‌کند در بافت خانوادگی آنها و یا در مدرسه موجب عملکرد تقریباً خوب آنها است.

نقش‌های مقابله‌ای دو نیمه سازی سیستم‌های کمتر آگاهانه و کمتر شناخته شده، شخصیت‌های فرعی هستند که بسیار هم ابتدایی اند. نقش‌های برخاسته از والدین اغلب میان سوءظن بسیار آزاردهنده و خشن از یک طرف و مراقبت بسیار قدرتمند از طرف دیگر دو نیمه‌سازی می‌کند، نقش‌های برخاسته از کودک در ارتباط با جستجوی تنبیه از طرفی و جستجوی مراقب ایده آل و همجوشی از طرف دیگر هستند.

### یک کمک در فرمول‌بندی پیچیده: تحلیل نقش متقابل

به منظور بازشناسی پدیده نیاز به یک چهارچوب مفهومی داریم. با کاربرد یک فرم ساده طراحی شده به منظور ثبت الگوهای افراد از کنترل و خود مراقبتی و ارتباط‌های آنها می‌توان به این فرم رسید. برگه تحلیل نقش متقابل نقش‌های والدینی را در طرف چپ، نقش‌های کودکانه متقابل را در طرف راست فهرست می‌کند. به منظور استفاده از این برگه در مورد فرد فکر کنید، خطوطی که کشیده شده‌اند نشان دهنده نقش‌های متقابل توصیف شده توسط فرد در گذشته و روابط مهم هیجانی جاری فرد است. الگوهای غالب خود به خود روابط همچنین در این برگه هستند. برای روابطی به روش دو نیمه سازی توصیف می‌شوند. دو خط می‌تواند کشیده شود. از الگوی تجمعی خط‌ها از روابط مهم، ساختار غالب نقش‌های متقابل فرد می‌تواند تعیین شود. در موارد دو نیمه سازی نقش‌های متقابل به خوشه‌های بالا و پائین نمودار و نواحی به حد کافی خوب خالی شده گرایش خواهند داشت.

### فرمول‌بندی مجدد زنجیره‌ای نموداری

حالت‌های مختلف توصیف شده در فرمول‌بندی‌های مجدد کلامی، برگه‌های تحلیل نقش متقابل و نمودارها بدین منظور ایجاد می‌شوند که هم روابط خود به خود و هم روابط خود به دیگری را مشخص کنند. روابط یا دوره‌های رابطه‌ای در بیماران دارای سازمان شخصیتی ضعیف نیاز دارد که در قالب این واژه‌ها فهمیده شود. درمانگری که با این نوع بیماران کار می‌کند اغلب یک سوئیچ گیج و منگ را میان حالت‌های مختلف تجربه خواهد کرد که در بیانات بیمار، مانورها و رفتارهای وی منعکس شده و در درمانگر با تجربه، تغییر احساسات درمانگر مشخص می‌شود. این احساسات انتقال متقابل بیانگر بازتاب‌های درمانگر به



منظور تلاش انجام شده توسط بیمار برای برانگیختن یک نقش متقابل در وی است. قدرت و ثبات این فراخوانی‌ها قابل ملاحظه است به همین دلیل درمانگر باید همواره دارای خودآگاهی و خود مشاهده‌گری باشد.

توصیف‌های کلامی و نمودارهای ساختاری تا حدی در اینجا مفید هستند. اگر حالت‌های متفاوت بیماری می‌تواند در قالب ارتباط با خود و دیگری (نقش‌های متقابل)، میزان دستیابی به احساسات و خلق غالب یا علائم غالب در آن تعریف و توصیف شود، پس درمانگر می‌تواند یک مفهوم دقیق از حالت‌های مجزای بیمار تهیه کند و انتقال بین آن حالت‌ها را مشخص نماید. در این فرآیند بیمار می‌تواند قسمتی هم در توصیف دقیق و هم در تحلیل دقیق حالت‌های مختلف و در یادگیری بازشناسی و ثبت انتقال‌های حالت‌ها باشد. این نوع داده‌ها می‌تواند به صورت یک نمودار نشان داده شود که برای درمانگر باارزش است و اساسی را برای تحول ظرفیت خود مشاهده‌ای و خود یکپارچه سازی برای بیمار فراهم می‌سازد. این فرم کامل‌تر فرمول‌بندی مجدد هم حالت‌ها و هم انتقال بین حالت‌ها را مشخص کرده، زنجیره‌های حالت را تعیین می‌کند و اجازه کنترل عواملی را می‌دهد که حالت هدف را تغییر می‌دهد. این فرمول‌بندی مجدد بیانگر تحلیلی از ساختار و تغییر مشابه با تحلیل پس‌نگر ترتیبی است که توسط هوروتیز مطرح شد. یک فرمول‌بندی مجدد نموداری زنجیره‌ای در آغاز درمان، وسیله‌ی هدایت‌کننده قوی و دقیق برای درمانگر در مداخله‌های وی است و برای بیمار پایه‌ای برای کنترل کامل‌تر و یکپارچگی خود فراهم می‌سازد.

بیماری که برای وی فرمول‌بندی مجدد نموداری زنجیره‌ای تهیه می‌شود، غالباً بیماری است که می‌توان یک حالت هسته‌ای را برای او تعریف کرد که بیانگر تجارب اولیه حل نشده باقیمانده‌ای است که نه یکپارچه شده و نه به طور کامل سرکوب شده است. این حالت هسته‌ای شامل عناصری از نیازهای ارضاء نشده، احساسات مخرب و غمگینی که مرتبط است با محرومیت‌ها با تجارب متضاد در آن لحظه از زندگی، زمانی که کودک ناتوان از کنترل محیط و ناتوان از مقابله با احساسات برانگیخته شده از آن بود. همچنین توسط عناصر برانگیخته از والدین سرکوب‌گر یا آزار دهنده است. در بزرگسالی، پروسیجرهای انطباق یافته اغلب می‌تواند به عنوان تلاش‌هایی برای حل این حالت و همچنین وسیله‌ای برای اجتناب از تجربه کامل آن مشاهده شود. تجارب این افراد از زندگی توسط این اجتناب، چه با

فاصله گیری اسکیزوئید، چه با علایم بیانگر راه حل های غلط، چه با الگوهای ضعیف یا متناقض روابط با دیگران، محدود شده است. در ساختن یک فرمول بندی مجدد نموداری زنجیره ای معمولاً بهتر است از این حالت هسته ای شروع کنیم و احساسات غالب متصل به این حالت ها را کاملاً مشخص و تعریف کنیم. احساسات شناخته نشده یا سرکوب شده در پراکنش نوشته شوند. ارتباط درونی جنبه های برخاسته از کودک و برخاسته از والدین با این حالت هسته نشان داده می شود و همچنین باید احساسات غیر قابل کنترل و اداره مشخص شوند. روش های کم و بیش ارضاء کننده مقابله در دنیا که می تواند به عنوان حالت مقابله یا حالت حیاتی نامگذاری شوند، مشخص گردند.

به طور کلی این پروسیجرها برای موفقیت در روابط بین فردی به کار می روند و ریشه در دوران کودکی دارند. همچنین دیگر پروسیجرهای بین فردی که تحت عنوان تله ها و دام ها و تنگناها و دو راهی ها در فایل روان درمانی هستند در این نمودار آورده می شوند. همچنین پروسیجرهای علامت دار آورده می شوند. در دسرهای پنهان و هر گونه پروسیجر موفق یا لذت بخش آورده می شوند. این نمودارها نشان می دهد که چطور فرد سعی می کند از طریق این پروسیجرهای مختلف از حالت هسته ای فرار کند.

### کاربردهای اصلی این نمودار در درمان

۱- برای بیمار معرفی کننده یک درک و فهم جدید برای شناختن دردهای جاری و ناراحتی هایی است که او از آنها رنج می برد. در نتیجه همکاری بیمار را در درمان افزایش می دهد.

۲- این نمودارها یک پایه بسیار ارضاء کننده ای برای خود بازنگری بیمار فراهم می کند که می تواند بین جلسات مورد استفاده قرار گیرد و توسط درمانگر در جلسه استفاده شود تا تجارب طول هفته را معنی دهد.

۳- به درمانگر کمک می کند تا بتواند از انتقال و انتقال متقابل استفاده کند. بدین منظور مفید است یک نقشه انتقال متقابل تهیه شود بنابراین پاسخ های برانگیخته شده توسط حالت های مختلف بیمار سریعاً قابل شناسایی می گردند.

### درمان بیماران مبتلا به اختلال‌های شخصیت

مفاهیم روان تحلیلی از ساختار شخصیت بر اساس الگوهای است که در درمان ظاهر می‌شوند از جمله در انتقال، سیمایه‌های توصیفی و ساختارهای تحلیلی (سازه‌های تحلیلی). ساختارهای شخصیتی مشابه‌ای در اختلال‌های شخصیت وجود دارند که در نظریه روابط ابژه توضیح داده شد (در این قسمت توصیفی در مورد آن و در مورد دو نیمه سازی و همانند سازی فرافکنانه داده می‌شود).

در فرمول‌بندی مجدد نموداری زنجیره‌ای بیماران اختلال شخصیت داریم:

۱- یک احساس مرکزی متغیر قابل دستیابی در آگاهی که بیمار سعی می‌کند از آن از طریق پروسیجرهای مختلف اجتناب کند.

۲- یک جدایی زیر بنایی در این احساس مرکزی میان یک قسمت ایده آل شده در جستجوی همجوشی یا بزرگ منشی با یک قسمت شدید آزار دهنده / آزار دیده وجود دارد.

۳- این جدایی توسط رفتارهای خود ارجاعی منعکس می‌شود به طور مثال سوء مصرف

مواد

۴- این جدایی مرکزی توسط حالت‌های بین فردی منعکس می‌شود به طور مثال ایده آل

سازی ابتدایی

۵- گنجی ایجاد شده توسط رویارویی هیجانی ممکن است توسط درجه‌های مختلف

گوشه‌گیری اسکیزوئید مورد اجتناب قرار گیرد.

۶- تجربه عدم تداوم (تغییرات جهت در حالت‌ها)، یک خود تکه تکه که در مرزی

روی می‌دهد و علایم مسخ واقعیت، فقدان یکپارچگی واقعیت و خود

۸- همچنین یکسری علایم همراه از جمله اضطراب پراکنده، فویاها و فراموشی،

انفجارهای خشم و حالت‌های پارانوئید ممکن است وجود داشته باشد.

### درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

به دلیل ماهیت اختلال‌های شخصیت، بی ثباتی علایم، خود ویرانگری و احساسات

پراکنده و نامشخص در این بیماران غالباً درمان‌های موثری را دریافت نمی‌کنند. در درمان

اختلال شخصیت مرزی و اختلال‌های خلقی، درمان شناختی تحلیلی (CAT) بر شیوه و سبک

حفظ نگرش‌های منفی نسبت به خود و نگرش‌های مطیعانه (Submissive) نسبت به دیگران تمرکز دارد که این نگرش‌ها در نهایت منجر به شکست فرد در ایجاد و حفظ یک ارتباط مداوم و همراه با احساس رضایت در فرد می‌شود.

در درمان شناختی تحلیلی (CAT) این الگوهای ناسازگارانه و تکرار شونده تحت سه زیر مجموعه طبقه بندی می‌شوند که عبارتند از: دام‌ها (Traps)، دوراهی‌ها (Dilemmas) و موانع (Snags). افراد مبتلا به اختلال دوقطبی II در برخورد با رویدادها و محیط بیرونی از دام‌ها استفاده می‌کند. دام‌ها (Traps)، اشاره دارد به حفظ و نگهداری افکار بنیادین منفی که خود منجر به شکل‌گیری رفتارهایی می‌شود که پیامد این زنجیره رفتارها (که معمولاً پاسخ به دیگران است) خود، سبب تأیید این افکار بنیادین می‌شود. قرار گرفتن بر سر دوراهی‌ها (Dilemmas) به این معنا است که احتمالات ممکن برای یک عمل یا یک ارتباط، تنها محدود به انتخاب‌های دوقطبی می‌شود به این معنا که، تنها انتخاب آشکار، پیروی از انتخابی است که کمتر قابل اعتراض بوده و یا شدیداً قابل اعتراض باشد و موانع (Snags) که در آن اهداف مناسب‌رها می‌شوند و یا توسط خود فرد، تخریب می‌شوند، زیرا فرد معتقد است که رسیدن به این اهداف برای خود فرد و یا دیگران خطرناک است و لذا فرد این اهداف را طرد می‌کند.

در درمان شناختی تحلیلی (CAT)، دام‌ها، دوراهی‌ها و موانع از طریق فایل روان‌درمانی و تکنیک فهرست بندی شبکه‌ای (Repoertary Gird Technique) که توسط فرد به طور روزانه تکمیل می‌شود، استخراج می‌گردد. در این برگه‌های فهرست بندی (پرسشنامه‌های سه گانه)، مراجع میزان وجود این دام‌ها، دوراهی‌ها و موانع را در برخورد با دیگران درجه بندی می‌کند. پیامد استفاده از این الگوهای تکرار شونده و ناسازگارانه از یک طرف، تخریب ارتباط بهینه فرد با محیط بیرونی است، چرا که فرد احساس رضایت از این ارتباط کسب نمی‌کند و وجود احساسات منفی در ارتباط با خود و دیگران سبب شکل‌گیری زنجیره‌ای از رفتار و عمل می‌شود که خود باعث بدتر شدن الگوی ارتباطی فرد با محیط بیرونی می‌شود. چرا که نظریه شناختی تحلیلی مبتنی بر مدل "زنجیره فرایندی ارتباطات موضوعی" (Procedural Sequence Object Relations) است.

مدل «زنجیره فرایندی ارتباطات موضوعی» (Procedural Sequence Object Relations)

تاکید فراوانی بر سبک ارتباط نقش متقابل اولیه دارد که در اوائل زندگی شکل می‌گیرد و این

سبک ارتباطی می‌تواند سبب ساخته شدن الگوهای سه گانه و ناسازگارانه ارتباطی شود و پس از شکل‌گیری این سبک ارتباطی و تکرار آن در طی سال‌ها، فرد در زمان حال نیز از این الگو در ارتباط با محیط بیرونی استفاده می‌کند. استفاده از درمان شناختی تحلیلی (CAT) با تمرکز بر فرایند فرمول‌بندی مجدد - ترسیم مدل زنجیره فرایندی پیرامون مسئله مورد هدف، شرح روایتی بیمار و نحوه تاثیرگذاری این فرایندها در مشکلات فعلی بیمار کمک می‌کند تا منشاء و نحوه فرایندهای آسیب‌زا آشکار شود.

در رویکرد درمانی شناختی تحلیلی در مورد بیماران مرزی، درمان شناختی تحلیلی قوانین کلی مشابه با دیگر بیماران را دنبال می‌کند، درمان بر پایه یک همکاری مشترک بین درمانگر - مراجع است و تاکید بر رسیدن به یک فرمول‌بندی مجدد موثر است. زمان درمان محدود بوده و به بروز انتقال و به ویژه انتقال متقابل مخرب توجه می‌شود. احتمال پایه ریزی سریع یک همکاری کاری سریع وجود دارد. حتی بیماران شدیداً مشکل‌دار نیز معمولاً ظرفیت مشاهده و انعکاس خود را دارند. ابزار اصلی در درمان شناختی تحلیلی فرمول‌بندی مجدد به ویژه فرمول‌بندی مجدد نموداری رنجیره‌ای است. در ابتدا یک نمودار قوی تهیه می‌شود.

اولاً نمودار در طی جلسه‌های اول تهیه می‌شود و یک گواه بصری درک را ایجاد می‌کند. ایجاد یک فرم معمول از این نمودارها برای این بیماران که در آن همه حالت‌های هسته‌ای ابتدایی و دردناک مشخص شده و امکان ارجاع به آنها وجود دارد، با یک همدلی قوی با بیمار برقرار می‌شود.

ثانیاً فرمول‌بندی مجدد نموداری رنجیره‌ای نشان‌دهنده احساس محکمی برای درک درمانگر از ساختارها و شخصیت‌های حالت می‌باشد و انتقال متقابل درمانگر را نشان می‌دهد. برای آموزش گیرنده‌ها این یک تجربه آموزشی خوب است و برای همه درمانگر یک آگاهی را از احتمال وجود شخصیت‌ها مهیا می‌سازد که بسیار با ارزش است و امکان بازشناسی و روایی را بالا می‌برد.

ثالثاً فرمول‌بندی مجدد نموداری رنجیره‌ای چیزی بیش از یک فرمول‌بندی کلامی استفاده شده در اکثریت الگوها می‌باشد و اساسی را برای یادگیری آشکار در مراحل پس از فرمول‌بندی مجدد در درمان فراهم می‌سازد. کار درمان ممکن است نیاز به انجام پروسیجرهای نوروتیک خاصی داشته باشد به ویژه اگر در درمان تاثیر بگذارند.

اما هدف اصلی کار با این بیماران کمک به یکپارچگی، ساختن یک چشم مشاهده‌گر که می‌تواند به شکل یک من یکپارچه منجر شود. این کار به خوبی بوسیله یادداشت روزانه با هدف ثبت حالت‌های مختلف و شخصیت‌های میان آنها است که توسط کاربرد مداوم فرمول‌بندی مجدد نموداری رنجیره‌ای در جلسات صورت می‌گیرد. این نمودار می‌تواند بر روی میز بین بیمار و درمانگر قرار داده بشود و همان‌طور که رویدادهای بیرونی توصیف می‌شوند یا شیفت‌ها در اتاق درمان روی می‌دهند در نمودار باید نشان داده شوند. این مسئله به انجام هر وضعیت احتمال نیاز دارد که ممکن است به معنی ارجاع به نقشه در طول یک جلسه است. فقط به این طریق بیمار شروع می‌کند که نقطه نظر جدید خود را از خودش به طور یکپارچه بنویسد.

#### شواهد پژوهشی اثربخشی درمان شناختی تحلیلی

اثربخشی درمان شناختی (فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون، ۱۳۸۴، دباغی، اصغر نژاد فرید، عاطف وحید و بوالهری، ۱۳۸۶)، شناختی رفتاری (یعقوبی نصرآبادی، عاطف وحید و احمدزاده، ۱۳۸۲)، فراشناختی (دادفر، غرایبی، نوری قاسم‌آبادی و کولیوند، ۱۳۹۳)، و تحلیلی (رحمانی، دادستان، عاطف وحید و امیدی، ۱۳۸۴، نوروزی، عاطف وحید، قربانی و قاضی طباطبایی، ۱۳۸۶، فتحعلی لواسانی، عاطف وحید، اصغر نژاد فرید و فرزاد، ۱۳۸۹) در درمان اختلال‌های روانی گزارش شده است. مطالعات مقایسه‌ای پیشنهاد کرده‌اند که درمان شناختی تحلیلی به اندازه سایر انواع روان‌درمانی‌های کوتاه مدت (مان و گلدمن، ۱۹۸۲)، روان‌درمانی بین‌فردی (بل، ۱۹۹۶) و درمان مراجع محوری و درمان شناختی رفتاری (ماریوت و کالت، ۲۰۰۹) اثربخش می‌باشد.

درمان شناختی تحلیلی به عنوان یکی از درمان‌های کوتاه مدت روانشناختی، رویکردی ماهرانه، فعال و مبتنی بر افزایش بینش دارد و برای حل مسائل و تقویت انگیزش برای تغییر در موقعیت‌های گروهی نقش چشمگیری را ایفا می‌کند (ماریوت و کیلیت، ۲۰۰۹، هیل، ۲۰۱۲). درمان شناختی تحلیلی درمانی فعال است که بر اساس فرمول‌بندی مبتنی بر ادغام عناصر مفید و موثر نظریه روان تحلیلی روابط شیئی و روان‌شناسی شناختی به‌ویژه نظریه سازه‌های

شخصی ملانی کلاین استوار است و با همکاری درمانگر و بیمار، مشارکت کامل بیمار را می‌طلبد (هیپل، ۲۰۱۲، کیلیت، ۲۰۱۲).

نتیجه یک پژوهش نشان داد که درمان شناختی تحلیلی در بهبود شاخص‌های بهداشت روان موثر است (دیفن بیپ و همکاران، بی تا، به نقل از دیرسلی، لیبی، کلارک و همکاران، ۲۰۰۵). بیشترین تاثیر درمان شناختی تحلیلی بر کاهش سردرگمی و اشتغالات ذهنی بیماران، حل تعارض‌های گذشته و شناخت روش‌های کارا تر در زندگی افراد می‌باشد که در نهایت منجر به کاهش علائم و افزایش بهداشت روانی آنها خواهد شد (کیلیت، ۲۰۱۲). درمان شناختی تحلیلی مداخله‌ای روان شناختی موثر برای اختلال‌های روانی و عوارض آنها است (تامپسون، دونیسون، وارنوگ-پارکیز و همکاران، ۲۰۰۸، شاینی و وستاکوت، ۲۰۱۰، کلارک، توماس و جیمز، ۲۰۱۳). فرمول‌بندی مجدد، آگاهی و افزایش بینش نسبت به منشاء تحولی مشکلات بیمار در طول درمان شناختی تحلیلی در بهبود مبتلایان به انواع بیماری روانی اثربخش است (فزون، ۲۰۱۰). ترغیب به یادآوری و بازگشایی تجربیات آسیب‌زای اولیه و حل آنها در درمان شناختی تحلیلی نقش موثری در کاهش علائم بیماری، کاهش درماندگی روانشناختی و بهبود سلامت روان دارد (کلارک، توماس و جیمز، ۲۰۱۳).

پژوهش‌ها اثربخشی درمان شناختی تحلیلی را کاهش شدت علائم و بهبود شاخص‌های سلامت در طیف وسیعی از اختلال‌های روانی مانند اختلال جسمانی سازی، رفتارهای خودآسیب‌رسان و خودکشی‌های تکانه‌ای، اختلال خوردن، اختلال سوء مصرف مواد، اختلال دوقطبی، اختلال‌های شخصیت مرزی، نمایشی و خودشیفته، افسردگی، پانیک، اختلال‌های سایکوتیک، سایکوز تجزیه‌ای، اختلال روان‌تنی، اختلال هویت تجزیه‌ای، تبدیلی، آسیب مغزی، مجرمین و مشکلات روانشناختی در مولتیپل اسکروزیس گزارش داده‌اند (کاو میادو، ۱۹۹۴، گراهام و تاواسوتی، ۱۹۹۵، پولاک و بلشوا، ۱۹۹۸، رایلی، پوینتون و بروکمن، ۱۹۹۹، بنازی، ۲۰۰۰، کر، بیرکیت و چانن، ۲۰۰۳، کلیت، ۲۰۰۵، ۲۰۰۷، آداموپولو، ۲۰۰۶، یتیز، ۲۰۰۸، تزورامانیس، آداموپولو، بوزیکاس و همکاران، ۲۰۱۰، کلارک، توماس و جیمز، ۲۰۱۲).

اثربخشی درمان شناختی تحلیلی در مطالعه تک موردی بر روی بیماران وسواسی اجباری (رایلی و کر، ۲۰۰۲)، و کاهش شدت علائم شخصیت وسواسی اجباری (پروتوجرون،

گاریفالس، کاتسی جیانوپولوس و همکاران، ۲۰۰۸) گزارش شده است. درمان شناختی تحلیلی به عنوان یک درمان مبتنی بر شواهد، روشی مناسب و مقرون به صرفه برای درمان اختلال‌های روانی و کاهش علائم اختصاصی بیماری و سواسی اجباری نظیر اشتغالات ذهنی و تردیدها و نیز ارتقای شاخص‌های بهداشت روان در این بیماری است (تامپسون، دونیسون، وارنوگ-پارکیز و همکاران، ۲۰۰۸). در بهبود عملکرد و علائم روانی اجتماعی بیماران و سواسی اجباری، استفاده از روان درمانی‌های مبتنی بر بینش با تاکید بر تغییر در سبک زندگی نتایج مطلوبی را به دنبال داشته است (راینر، تامپسون و والش، ۲۰۱۱، بوشن و دروموند، ۲۰۱۲). درمان شناختی تحلیلی با تاثیر بر ساختارهای شخصیتی و تغییر در سبک زندگی مبتلایان به اختلال و سواسی اجباری، در کاهش اشتغالات ذهنی و سردرگمی‌های و بهبود سطح بهداشت روانی این بیماران موثر است (رایلی و کر، ۲۰۰۲، کیلیت، بینیت، رایلی و تاکی، ۲۰۱۳). یوسفی، رحیمیان بوگر و رضایی (۱۳۹۲) ۲۰ بیمار مبتلا به اختلال و سواسی- اجباری را به طور تصادفی به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم نمودند. گروه آزمایشی طی ۱۶ جلسه تحت درمان شناختی تحلیلی گروهی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که درمان شناختی تحلیلی به شیوه گروهی راهبرد موثری برای بهبود سلامت روان بیماران مبتلا به اختلال و سواسی - اجباری است.

اثربخشی درمان شناختی تحلیلی بر روی سایر اختلال‌های اضطرابی و اختلال‌های شخصیت از جمله اختلال شخصیت مرزی نیز گزارش شده است (کیلیت، بینیت، رایلی و تاکی، ۲۰۱۳). اثربخشی درمان شناختی تحلیلی در درمان اختلال شخصیت مرزی مبتنی بر این فرض است که بی ثباتی هیجانی (دام‌ها)، رفتار تکانشی (دوراهی‌ها) و بی ثباتی اجتماعی (موانع)، ریشه در الگوهای ناسازگارانه و تکرارشونده در دوران اولیه زندگی فرد دارد (بنازی، ۲۰۰۰، رایلی، لیگتن و پولاک، ۲۰۰۰، رایلی و گلین کینا، ۲۰۰۰). لیوبلن (۲۰۰۳)، مولدر و چن (۲۰۱۳) گزارش دادند که درمان شناختی تحلیلی به واسطه تغییر در صفات هسته شخصیت و اصلاح رفتارهای آسیب‌زا منجر به بهبود در عملکرد روانی اجتماعی و بهداشت روان می‌گردد. اتحاد درمانی بین بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و درمانگر خود تسهیل‌کننده فرایند و تداوم بهتر درمان شناختی تحلیلی و در نتیجه اثربخشی آن می‌باشد (بینیت، پری و رایلی، ۲۰۰۶، کیلیت، بینیت، رایلی و تاکی، ۲۰۱۳، نصیری، ابراهیمی و عرب، ۱۳۹۱).



بر اساس دیدگاه درمان شناختی تحلیلی احساس خود سرزنشی و خشونت نسبت به خود که بیماران مبتلا به اختلال خلقی تجربه می‌کنند می‌تواند عمل راه انداز اولیه رویه نقش متقابل باشد. در این افراد احساس فرسودگی و فقدان عاطفه با ثبات در ارتباط با دیگران به وضوح دیده می‌شود. این عوامل مربوط به زمان حال و رویدادها و قضاوت‌های درونی شده گذشته بیمار می‌باشد در درمان شناختی تحلیلی هدف این است که چرا بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی II شیوه‌های تفکر و عمل خود را که سبب حفظ مشکل می‌شود، تغییر نمی‌دهد. لذا اهداف درمان متمرکز بر اصلاح و تغییر الگوهای ناسازگارانه و تکراری تفکر و رفتار است. افراد مبتلا به اختلال دوقطبی II در برخورد با رویدادها و محیط بیرونی از دام‌ها استفاده می‌کنند (رایلی و کر، ۲۰۰۲).

کاظمی، رسول زاده طباطبایی، دژ کام، آزاد فلاح و مومنی (۱۳۹۰) سه گروه ۱۶ نفری از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی II را انتخاب کردند و آنها را به طور تصادفی به سه گروه آزمایشی روان درمانی شناختی تحلیلی همراه با دارو درمانی، روان درمانی شناختی همراه با دارو درمانی و دارو درمانی بدون مداخله روانشناختی تقسیم کردند. قبل و پس از دوره درمان، پرسشنامه فایل روان درمانی که سه الگوی دام‌ها، دوره‌های‌ها و موانع بررسی می‌کرد، توسط آزمودنی‌های تکمیل شد. یافته‌ها نشان داد که در متغیر دام‌ها، دوره‌های‌ها و موانع در گروه روان درمانی شناختی تحلیلی همراه با دارو درمانی کاهش معناداری نسبت به گروه شناخت درمانی همراه با دارو درمانی و گروه دارو درمانی به تنهایی مشاهده شد. در گروه شناخت درمانی همراه با دارو درمانی این کاهش نسبت به گروه دارو درمانی به تنهایی معنادار بود و کاهش معناداری در گروه دارو درمانی به تنهایی مشاهده نشد. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد اثربخشی روان درمانی شناختی تحلیلی در کاهش الگوی ناسازگارانه دام‌ها، دوره‌های‌ها و موانع در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی II بیش از شناخت درمانی همراه با دارو درمانی و دارو درمانی به تنهایی می‌باشد و به دنبال آن انتظار می‌رود که کاهش معناداری در سطح بی‌ثباتی هیجانی، رفتار تکانشگری و بی‌ثباتی اجتماعی در این گروه مشاهده شود. ولی این کاهش معنادار در گروهی که تنها دارو درمانی را دریافت نمودند، مشاهده نشد.

نصیری، ابراهیمی و عرب (۱۳۹۱) یک کودک مبتلا به نزدیک بینی تبدیلی را با رویکرد درمانی شناختی تحلیلی مورد مطالعه و مداخله درمانی قرار دادند. نتایج به دست آمده تاثیر معنی دار درمان تحلیلی شناختی را در آزمودنی مورد مطالعه نشان داد.

#### **انجمن درمان شناختی تحلیلی (ACAT) The Association for Cognitive Analytic Therapy**

وب سایت انجمن درمان شناختی تحلیلی، مقدمه‌ای بر درمان شناختی تحلیلی درمان، یک برنامه مشترک برای نگاه کردن به راهی که فرد فکر می‌کند، احساس می‌کند و عمل می‌کند، و حوادث و روابط زمینه ساز این تجارب که اغلب مربوط به دوران کودکی و یا اوایل زندگی می‌باشد را ارائه می‌دهد. این انجمن به متخصصان و هر شخص دیگری که مایل به دریافت مجوز رسمی برای کار با درمان شناختی تحلیلی می‌باشد، گواهی صادر می‌کند.

#### **انجمن بین المللی درمان شناختی تحلیلی**

#### **International Cognitive Analytic Therapy Association (ICATA)**

انجمن بین‌المللی درمان شناختی تحلیلی، فدراسیونی متشکل از انجمن‌های ملی کشورهای استرالیا، فنلاند، یونان، ایرلند، ایتالیا، نیوزیلند، لهستان، اسپانیا، هند و هنگ کنگ و انگلستان، برای ترویج آموزش و نظارت عمل بر در مان شناختی تحلیلی است و پیوستن سایر کشورها را به این فدراسیون مورد تشویق و ترغیب قرار می‌دهد. هدف این انجمن توسعه دانش و استفاده از درمان شناختی تحلیلی در سطح بین المللی، حمایت از آموزش و نظارت در سطح بین المللی و نظارت بر روش‌ها و برنامه‌های مجوز رسمی ملی می‌باشد.

#### **جمع بندی**

در درمان شناختی تحلیلی (CAT) بخش شناختی به مراجع جهت بالا بردن ظرفیت تفکر انتزاعی جهت مشاهده فرضیه‌ها، احساسات، رفتار و ... خودشان کمک می‌کند و بخش تحلیلی جهت شناخت فاکتورهای ناهشیار و کشف عوامل مؤثر بر شناخت و فهم ارتباط بین درمانگر و مراجع استفاده می‌شود. هدف اصلی در این درمان که یکی از مدل‌های روان درمانی‌های فردی و دیدگاهی التقاطی است، پیدا کردن الگوی هیجانی اصلی در ارتباط با خود و دیگران که با استرس‌ها و مسائل مشکل ساز بیمار در ارتباط هستند، می‌باشد.

درمان شناختی تحلیلی (CAT) یکی از محدود الگوهای است که نظریه‌ای جامع ارائه می‌کند که هدف آن تلفیق یافته‌های محکم‌تر و معتبرتر مکاتب مختلف روان‌درمانی و همین‌طور روانشناسی رشد و پژوهش‌های مشاهده‌ای است (افخم ابراهیمی، ۱۳۸۱). اثربخشی درمان شناختی تحلیلی (CAT) در درمان اختلال‌های بالینی چون اختلال جسمانی سازی، رفتارهای خودآسیب رسان و خودکشی‌های تکانه‌ای، اختلال خوردن، اختلال سوء مصرف مواد، انواع اختلال‌های شخصیت چون اختلال شخصیت مرزی و خودشیفته نشان داده شده است. مدارک غیر علمی و تایید نشده‌ای نیز وجود دارد که نشان می‌دهد درمان شناختی تحلیلی (CAT) می‌تواند در مورد بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در طولانی مدت مفید باشد.

درمان شناختی تحلیلی (CAT) به پدیده انتقال، انتقال متقابل و همانند سازی فراقنانه توجه دارد که منابع مفیدی از اطلاعات هستند که منجر به افزایش بینش می‌شود و به تحولات درمانی کمک می‌کند. این درمان از نظر اقتصادی مقرون به صرفه می‌باشد و در طیف وسیعی از اختلالات کاربرد دارد. معمولاً درمان انفرادی است، اما اثر بخشی آن در گروه درمانی و زوج درمانی مؤثر نیز بوده است.

## منابع

- افخم ابراهیمی، عزیزه (۱۳۸۱). معرفی درمان شناختی تحلیلی. مقاله ارائه شده در دومین کنگره سراسری درمانهای غیر دارویی در روانپزشکی. تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- برومند، بهزاد (۱۳۹۲). درمان شناختی - تحلیلی. لوح فشرده صوتی آموزشی موجود در مرکز مشاوره رها. تهران.
- بیان زاده، سیداکبر، بوالهروی، جعفر، عاطف وحید، محمد کاظم، نوری قاسم آبادی، ربابه، فتحعلی لواسانی، فهیمه، کریمی کیسمی، عیسی (۱۳۸۴). بررسی نقش مداخلات دارویی و شناختی در کاهش آسیب ناشی از مصرف مواد در زندانیان معتاد. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، دوره ۱۴، شماره ۵۵، ۴۷-۵۸.
- دادفر، فرشته، دادفر، محبوبه، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). افسردگی مردان: جنبه های زیستی و روانشناختی. تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه، بیرشک، بهروز، دادفر، فرشته (۱۳۹۰). افسردگی نوجوانان: راهنمای عملی برای نوجوانان و والدین. تهران: انتشارات رویان پژوه.
- دادفر، محبوبه، دادفر، فرشته (۱۳۹۰). رویکردهای درمانی اعتیاد. مقاله ارائه شده در پنجمین کنگره سالیانه پایه های زیستی اعتیاد. تهران دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۳-۱ تیر ماه.
- دادفر، محبوبه، صابری زفرقندی، محمدباقر، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). رویکردهای روانشناختی در درمان اعتیاد. تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه، غرایبی، بنفشه، نوری قاسم آبادی، ربابه، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). درمان فراشناختی (MCT) اختلال وسواسی جبری: به انضمام راهنمای عملی درمان فراشناختی (MCT) برای بیماران. تهران: انتشارات میرماه.
- دباغی، پرویز، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، عاطف وحید، محمد کاظم، بوالهروی، جعفر (۱۳۸۶). اثربخشی شناخت درمانی گروهی بر پایه تفکر نظاره‌ای (ذهن آگاهی) و فعال سازی طرح واره‌های معنوی در پیش‌گیری از عود مصرف مواد افیونی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال سیزدهم، شماره ۴، ۳۶۶-۳۷۵.

## درمان شناختی تحلیلی / ۶۹

راشکی، حسن، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۲). سنجش سلامت (چکاپ). تهران: انتشارات رویان پژوه.

رحمانی، فاتح، دادستان، پریرخ، عاطف وحید، محمد کاظم، امیدی، ایرج (۱۳۸۴). اثربخشی روان درمانگری پویا کوتاه مدت و دارودرمانگری در بیماران افسرده. فصلنامه انجمن ایرانی روانشناسی، ۲، ۱۳۸-۱۱۴

رمضانی فرانی، عباس، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین، دادفر، محبوبه، بهرامی، فاضل (۱۳۹۳). معرفی مدل های مداخله شناختی رفتاری مذهبی در درمان اضطراب و اختلال وسواسی جبری. تهران: انتشارات میر ماه.

عاطف وحید، محمد کاظم، دادفر، محبوبه (۱۳۹۳). راهنمای اخلاق و رفتار حرفه ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان). تهران: انتشارات میر ماه.

عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۹۰). اسلایدهای آموزشی درمان شناختی تحلیلی موجود در دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۹۰). جزوه های آموزشی درمان شناختی تحلیلی موجود در دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

فتحعلی لواسانی، فهیمه، عاطف وحید، محمد کاظم، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، فرزاد، ولی اله (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی درمان روانپویایی حمایتی - بیانگر در بهبود پیامد درمان اعتیاد به مواد افیونی. روانشناسی معاصر، سال ۴، شماره ۲،

فتی، لادن، بیرشک، بهروز؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ دابسون، کیت استفان (۱۳۸۴)، ساختارهای معناگذاری طرحواره ها، حالت های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی، مقایسه دو چارچوب مفهومی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال یازدهم، شماره ۳، (پیاپی ۴۳).

کاظمی، حمید، رسول زاده طباطبایی، سید کاظم، دژ کام، محمود، آزاد فلاح، پرویز، مومنی، خلیل (۱۳۹۰). اثربخشی روان درمانگری شناختی - تحلیلی، روان درمانگری شناختی و دارودرمانگری در کاهش بی ثباتی هیجانی، رفتار تکانشگری و بی ثباتی اجتماعی در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی II. مجله علوم رفتاری، ۵، ۲، مسلسل ۹۹، ۹۱-۹۹.

کولیوند، پیرحسین، دادفر، طیبه، دادفر، محبوبه، کاظمی، هادی (۱۳۹۳). خود کار آمدی. تهران: انتشارات میر ماه.

نصر، نصرالله، کولیوند، پیرحسین، کاظمی، هادی (۱۳۹۲). فناوری اطلاعات در سلامت. تهران: انتشارات میر ماه.

- نصیری، حمید، ابراهیمی، امرالله، عرب، مصطفی (۱۳۹۱). درمان شناختی تحلیلی یک مورد مبتلا به اختلال تبدیلی نزدیک بینی کارکردی - یک مطالعه موردی. مقاله ارائه شده در چهارمین کنگره بین المللی روان تنی سایکوسوماتیک.
- نوروزی، نصرت الله، عاطف وحید، محمد کاظم، قربانی، نیما، قاضی طباطبایی، محمود (۱۳۸۶). عامل دوگانه مقاومت و انتقال در بیماران با و بدون اختلال های شخصیت. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال سیزدهم، شماره ۲، ۱۳۹-۱۳۲.
- یعقوبی نصرآبادی، محمد؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ احمدزاده، غلامحسین (۱۳۸۲). تأثیر گروه درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلال خلقی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال نهم، شماره ۲، (پیاپی ۳۴). ص ۶۳-۵۶.
- یوسفی، آریتا (۱۳۹۲). تأثیر درمان شناختی تحلیلی بر بهبود کیفیت زندگی، کاهش علایم و سلامت روان مبتلایان به وسواس فکری - عملی شهر سمنان.
- یوسفی، آریتا، رحیمیان بوگر، اسحق، رضایی، علی محمد (۱۳۹۲). اثربخشی درمان شناختی تحلیلی بر سلامت روان بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری. مجله روان شناسی بالینی، ۵، ۳، پیاپی ۱۹، ۱۱-۱.

- Adamopoulou, A. (2006). An evaluation of cognitive analytic therapy for psychological problem in patients with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 12, supplement 1, S106.
- Aveline, M. (2001). Innovative contemporary psychotherapies. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 241 - 242.
- Aveline, M. (2001). Very brief dynamic psychotherapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 373-380.
- Bamber, M. (1997). An evaluation of three cognitive models of depression. *Clinical Psychology Forum*, 99, 3-8.
- Bateman, A.W., & Tyrer, P. (2004). Psychological treatment for personality disorders. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 378-388.
- Bateman, A.W., Ryle, A., Fonagy, P. & Kerr, I.B. (2007). Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Therapy and Cognitive Analytic Therapy Compared. *International Review of Psychiatry*, 19, 51-62.
- Beard, H., Marlowe, M., & Ryle, A. (1990). The Management and Treatment of Personality-Disordered Patients The use of sequential diagrammatic reformulation. *British Journal of Psychiatry*, 156, 541-545.
- Bedford, A., Davies, F. & Tibbles, J. (2009). The Personality Structure Questionnaire (PSQ): A cross-validation with a large clinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 77-81.
- Bell, L. (1995). Cognitive Analytic Therapy: its key strengths and some concerns. *Clinical Psychology Forum*, 27-30.
- Bell, L. (1996). Cognitive Analytic Therapy: Its value in the treatment of people with eating disorders. *Clinical Psychology Forum*, 92, 5-10.
- Bell, L. (1999). The spectrum of psychological problems in people with eating disorders, an analysis of 30 eating disordered patients treated with Cognitive Analytic Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 29-38.

- Bell, L. (2001). Psychological therapies in anorexia nervosa.. *British Journal of Psychiatry*, 179, 78.
- Bennett, D. & Ryle, A. (2005). The Characteristic Features of Common Borderline States: A Pilot Study using the States Description Procedure. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 58-66.
- Bennett, D. (1994). Readiness to change-the impact of Reformulation: A case example of Cognitive Analytic Therapy. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 9, 83-91.
- Bennett, D., & Parry, G. (1998). The Accuracy of the Reformulation in Cognitive Analytic Therapy: A Validation Study. *Psychotherapy Research*, 8, 1, 84-103.
- Bennett, D., Parry, G. (2004). A measure of psychotherapeutic competence derived from Cognitive Analytic Therapy. *Psychotherapy Research*, 14/2, 176-192.
- Bennett, D., Parry, G., & Ryle, A. (2006). Resolving threats to the therapeutic alliance in cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: A task analysis. *Psychol Psychotherapy*, 79,395-418.
- Bennett, D., Pollock, P. & Ryle, A. (2005). The states description procedure: The use of guided self-reflection in the case formulation of patients with borderline personality disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 50-57.
- Birtchnell, J., Denman, C. & Okhai, F. (2004). Cognitive analytic therapy: Comparing two measures of improvement. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 479-492.
- Blenkiron, P. (2002). Political range of psychotherapies has emerged. *British Medical Journal*, 324, 1523.
- Boddington, S. (2003). Psychological therapies with older people: Developing treatments for effective practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 42/3, 330.
- Boyce, P., Oakley-Browne, M.A. & Hatcher, S. (2001). The problem of deliberate self-harm. *Current Opinion in Psychiatry*, 14, 107-111.
- Breckon, S., & Simpson, J. (2011). The case for a role for cognitive analytic therapy in learning disability services. *Clinical Psychology and People with Learning Disabilities*, 9,1, 2-7.
- Brockman, B., Poynton, A., Ryle, A. & Watson, J.P. (1987). Effectiveness of Time-limited Therapy Carried Out by Trainees. *British Journal of Psychiatry*, 151, 602 - 610.
- Buckley, M. (2002). Psychotherapy with compulsively striving professional women: Introducing the patient group. *Psychodynamic Practice*, 8,1, 75-84.
- Buckley, M. (2002). Psychotherapy with compulsively striving professional women 2: Clinical issues. *Psychodynamic Practice*, 8,1, 85-98.
- Campbell, C. (2007). Formulation: More than a formula? *Psyc CRITIQUES*, 52, Online, no page number.
- Cavieres, M. (2006). Introduction to Cognitive Analytic Therapy; A case example. *New Zealand Clinical Psychologist Journal*, 16, 1, 12-17.
- Chanen, A., McCutcheon, L. K., Germano, D., Nistico, H., Jackson, H. J & McGorry, P. M. (2009). The HYPE Clinic: An Early Intervention for Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 15, 3, 163-172.
- Chanen, A.M., Jackson, H.J., McCutcheon, L.K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen H.P., Germano, D., Nistico, H., McDougall, E., Weinstein, C., Clarkson, V. & McGorry, P.D. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 193, 6, 477-84.
- Chanen, A.M., Jackson, H.J., McCutcheon, L.K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H.P., Germano, D., Nistico, H., McDougall, E., Weinstein, C., Clarkson, V. and McGorry, P.D. (2009). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder: Quasi-experimental comparison with treatment as usual.. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 5, 397-408.

- Clarke, S., & Llewelyn, S. (1994). Personal constructs of survivors of childhood sexual abuse receiving cognitive analytic therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 273-289.
- Clarke, S., & Pearson, C. (2000). Personal constructs of male survivors of childhood sexual abuse receiving cognitive analytic therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 169 - 177.
- Clarke, S., Thomas, P., & James, K. (2012). Cognitive analytic therapy for personality disorder: Randomized controlled trial. *British Journal Psychiatry*, 202,129-34.
- Clayton, P. (2010). From insecure attachment to (partial) inter-subjectivity (fearful aloneness to safely being with others). *Journal of Learning Disabilities and Offending Behaviour*, 1, 33-43.
- Cowmeadow, P. (1994). Deliberate Self-Harm and Cognitive Analytic Therapy. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 9, 135-150.
- Daly, A.M., Llewelyn, S., McDougall, E. &Chanen, A.M. (2010). Rupture resolution in cognitive analytic therapy for adolescents with borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83, 273-288.
- Dare, C., Eisler, I., Russell, G., Treasure, J. and Dodge, L. (2001). Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of out-patient treatments. *British Journal of Psychiatry*, 178, 216-221.
- Dasoukis, J., Garyfallos, G., Bozikas, V., Katsigiannopoulos, K., Voikli, M., Pandoularis, J., Lombtziannidou, M., Zagora, C., Giannakou, M. and Adamopoulou, A. (2008). Evaluation of Cognitive-Analytic Therapy (CAT) outcome in patients with Borderline Personality Disorder. *Annals of General Psychiatry*, 7, Supplement 1, S108.
- Deen, N. (2005). Review of Handbook of Individual Therapy. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 27, 1, 161-162.
- DelMonte, M. M. (2003). Iatrogenic post-traumatic stress disorder: A case study. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*, 14, 1-5.
- Denman, C. (1994). Quality in a psychotherapy service. *Psychiatric Bulletin*, 18, 80 - 82.
- Denman, C. (2001). Author's response to Cognitive Analytic Therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 256.
- Denman, C. (2001). Cognitive Analytic Therapy. *Dialogue*, 9, 4.
- Denman, C. (2001). Cognitive-analytic therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, issue 7, 243-252.
- Denman, C. (2004). Review of change for the better: Self-help through Practical psychotherapy. *British Journal of Psychotherapy*, 20, 3, 379-381.
- Denman, C. (2007). The organization and delivery of psychological treatments. *International Review of Psychiatry*, 19, 1, 81-92.
- Denman, C. (2009). Review of against and for CBT: Towards a constructive dialogue?. *British Journal of Psychiatry*, 195,6, 1472-1465.
- Dent-Brown, K. (1999). Working with personality disorder in community mental health. *Dialogue*, 2, 5.
- Derisley, J., Libby, S., Clark, S., & Reynolds, S. (2005). Mental health, coping and family-functioning in parents of young people with obsessive-compulsive disorder and with anxiety disorders. *British Journal Clinical Psychology*, 44, 439-44.
- Diamond, D., &Milton, M. (2003). The dialogic unconscious: The missing link or a contradiction in terms?. *Counselling Psychology Review*, 18,4, 3-10.
- Duignan, I., & Mitzman, S. (1994). Measuring individual change in patients receiving time-limited cognitive analytic group therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 1 -6.
- Duignan, I., & Mitzman, S. (1994). Change in patients receiving time limited cognitive analytic group therapy. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 9, 151-160.
- Dunn, M., & Parry, G., 1997. A Formulated Care Plan Approach to Caring for People with BPD in a Community Mental Health Service Setting.. *Clinical Psychology Forum*, 104, pp 19-22.



- Dunn, M., 1994. Variations in Cognitive Analytic Therapy Technique in the Treatment of a Severely Disturbed Patient. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 9/2, pp 119-133.
- Dunn, M., Golyukina, K., Ryle, A. and Watson, J.P., 1997. A repeat audit of the Cognitive Analytic Therapy Clinic at Guy's Hospital. *Psychiatric Bulletin*, 21, pp 165-168.
- Dunn, M., Parry, G. D. (1997). A formulated care plan approach to caring for borderline personality disorder in a community mental health setting. *Clinical Psychology Forum*, 104, 19-22.
- Evans, J. and Parry, G., 1996. The Impact of Reformulation in Cognitive-Analytic Therapy with Difficult-to-Help Clients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3 (2), pp 109-117.
- Fisher, E.B., Thorpe C.T., Devellis, B.M. and Devellis, R.F., 2007. Healthy coping, negative emotions, and diabetes management: a systematic review and appraisal. *The Diabetes Educator*, 33, pp 1080-1103.
- Fosbury J.A., Bosley, C.M., Ryle, A., Sonksen, P.H. and Judd, S.L., 1997. A Trial of Cognitive Analytic Therapy in Poorly Controlled Type 1 Diabetes Patients. *Diabetes Care*, 20, pp 959-964.
- Fosbury, J., 1996. Psychological treatment (CAT) with poorly-controlled diabetic patients. *Practical Diabetes International*, 13 No. 5, pp 158-162.
- Fosbury, J., Bosley, C., Ryle, A., Sonksen, P. & Judd, S. (1997). A Trial of Cognitive Analytic Therapy in poorly controlled type 1 diabetes patients. *Diabetes Care*, 20, issue 6.
- Fosbury, J., Moore, S., Kidd, J., Sonksen, P. and Amiel, S., 1995. Psychological issues in the diabetes clinic. *Practical Diabetes International*, 13 No. 3, pp 92-93.
- Fozooni, B. (2010). Cognitive analytic therapy: A sympathetic critique. *Psychotherapy and Politics International Journal*, 8, 128-145.
- Fozooni, B., 2010. Cognitive analytic therapy: a sympathetic critique. *Psychotherapy and Politics International*, 8(2), pp 128-145.
- Freshwater, K., Leach, C. And Aldridge, J., 2001. Personal constructs, childhood sexual abuse and revictimization. *British Journal of Medical Psychology*, 74, pp 379-397.
- Gamble, D., 2008. Review of Cognitive Analytic Therapy for Offenders. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 18, pp 259-260.
- Garcia, R., Urdaniz, A.P., Garcia, J.M.S., Perera, C.J.L., Ramos, M.R. and Peral, M.J.M., 2004. Psychotherapy of personality disorders. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 32, pp 37-52.
- Garfinkel, Paul E, 2002. Guest editorial: Eating disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47/3, pp 225-226.
- Garyfallos, G., Adamopoulou, A., Mastrogianni, A., Voikli, M., Saitis, M., Alektoridis, P., Zlatanov, D. and Pantazi, A., 1998. Evaluation of cognitive analytic therapy (CAT) outcome in Greek psychiatric outpatients. *The European Journal of Psychiatry*, 12 No. 3, pp 167-179.
- Garyfallos, G., Adamopoulou, A., Karastergiou, A., Voikli, M., Zlatanov, D. and Tsifida, S., 2002. Evaluation of cognitive-analytic therapy (CAT) outcome: A 4-8 year follow up. *The European Journal of Psychiatry*, 16/4, pp 197-209.
- Gleeson, J.F.M., Chanen, A., Cotton, S.M., et al., 2012. Treating co-occurring first episode psychosis and borderline personality - a pilot RCT. *Early Intervention in Psychiatry*, 6, pp 21-29.
- Golyukina, K. and Ryle, A., 1999. The identification and characteristics of the partially dissociated states of patients with borderline personality disorder. *British Journal of Medical Psychology*, 72, pp 429-445.
- Graham & Thavastoby (1995). Dissociative psychosis.
- Graham, C. and Thavastoby, R., 1995. Dissociative psychosis: an atypical presentation and response to cognitive-analytic therapy. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 12(3), pp 109-111.

- Gustafson, J., 2003. Review of 'Short-Term Psychotherapy, A Psychodynamic Approach'. *Psychodynamic Practice*, 9, pp 565-569.
- Hagan, T. and Smail, D., 1997. Power-Mapping-I. Background and Basic Methodology. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 7, pp 257-267.
- Hagan, T. and Smail, D., 1997. Power-Mapping-II. Practical Application: The Example of Child Sexual Abuse. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 7, pp 269 - 284.
- Hamill, M. and Mahony, K., 2011. 'The Long Goodbye': Cognitive Analytic Therapy with Carers of People with Dementia. *British Journal of Psychotherapy*, 27, pp 292-304.
- Hamill, M., Reid, M. and Reynolds, S., 2008. Letters in cognitive analytic therapy: The patient's experience. *Psychotherapy Research*, 18(5), pp 573-583.
- Hepple, J., 2012. Cognitive Analytic Therapy in a Group: Reflections on a Dialogic Approach. *British Journal of Psychotherapy*, 28 part 4, pp 474-495.
- Hepple, J. (2012). Cognitive Analytic Therapy in a Group: Reflections on a Dialogic Approach. *British Journal of Psychotherapy*, 28, 474-495.
- Hepple, J., 2000. Cognitive Analytic Therapy for Older Adults. *CPD Bulletin Old Age Psychiatry*, 2, pp 45-46.
- Hepple, J., 2003. Talking about cognitive analytic therapy.. *British Journal of Psychiatry*, 182/6, pp 552.
- Hepple, J., 2004. Psychotherapies with older people. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, pp 371-377.
- Hopkins, S.M., 1995. Personal reflections on counselling in primary health care: An approach based in analytical psychology.. *Counselling Psychology Review*, 10, pp 5-9.
- Hughes, P. & Kerr, I., 2000. Transference and countertransference in communication between doctor and patient. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, pp 57-64.
- Hughes, R., 2007. An enquiry into an integration of cognitive analytic therapy with art therapy. *International Journal of Art Therapy*, 12, pp 23-38.
- Jellema, A., 1999. Cognitive Analytic Therapy: Developing its Theory and Practice Via Attachment Theory. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, pp 16 - 28.
- Jellema, A., 2000. Insecure attachment states: Their relationship to borderline and narcissistic personality disorders and treatment process in cognitive analytic therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, pp 138-154.
- Jellema, A., 2002. Dismissing and Preoccupied Insecure Attachment and Procedures in CAT: Some Implications for CAT Practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, pp 225-241.
- Jones L, Annesley P and Gilley L, 2012. Working with clients with a diagnosis of personality disorder: An evaluation of a cognitive analytic therapy (CAT) informed approach to multidisciplinary training. *Clinical Psychology Forum*, 236, pp 36-40.
- Katsigiannopoulos, K., Garyfallos, G., Pazarlis, P. and Adamopoulou, A., 2008. Effectiveness of cognitive-analytic therapy (CAT) in major depression and systemic lupus erythematosus: a case report. *Annals of General Psychiatry*, 7, pp Supplement 1.
- Kellett (2005). Dissociative identity disorder.
- Kellett, S. & Totterdell, P., 2013. Taming the green-eyed monster: Temporal responsivity to cognitive behavioural and cognitive analytic therapy for morbid jealousy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86 part 1, pp 52-69.
- Kellett, S. (2007). A time series evaluation of the treatment of histrionic personality disorder with cognitive analytic therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 3, 389-405.
- Kellett, S. (2012). Cognitive Analytic Therapy. In Feltham C. & Horton I. 2012 the SAGE Handbook of Counselling and Psychotherapy. Sage. Ch. 2012: pp.343-350.
- Kellett, S., 2005. The Treatment of Dissociative Identity Disorder with Cognitive Analytic Therapy: Experimental Evidence of Sudden Gains. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(3), pp 55-81.

- Kellett, S., 2007. A time series evaluation of the treatment of histrionic personality disorder with cognitive analytic therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, pp 389-405.
- Kellett, S., Bennett, D., Ryle, T., & Thake, A. (2013). Cognitive analytic therapy for borderline personality disorder: Therapist competence and therapeutic effectiveness in routine practice. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 20, 216-25.
- Kerr, I. B., Birkett, P. B., & Chanen, A. (2003). Clinical and service implications of a cognitive analytic therapy model of psychosis. *Aust N Z Journal Psychiatry*, 37, 515-23.
- Kerr, I.B., 1999. Cognitive Analytic Therapy for Borderline Personality Disorder in the Context of a Community Mental Health Team: Individual and Organisational Psychodynamic Implications. *British Journal of Psychotherapy*, 15(4), pp 425-438.
- Kerr, I.B., 2000. Vygotsky, activity theory and the therapeutic community: A further paradigm?. *Therapeutic Communities*, 21 no3, pp 151-164.
- Kerr, I.B., 2001. Brief cognitive analytic therapy for post-acute manic psychosis on a psychiatric intensive care unit. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, pp 117-129.
- Kerr, I.B., Birkett, P.B.L. and Chanen, A., 2003. Clinical and service implications of a cognitive analytic therapy model of psychosis.. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37/5, pp 515-523.
- Kerr, I.B., Dent-Brown, K. and Parry, G.D., 2007. Psychotherapy and mental health teams. *International Review of Psychiatry*, 19(1), pp 63-80.
- Kosti, F., Adamopoulou, A., Bozikas, V., Katsigiannopoulos, K., Protogerou, C., Voikli, M., Zagora, C. and Garyfallos, G., 2008. The efficacy of Cognitive-Analytic Therapy (CAT) on anhedonia in patients with Obsessive-Compulsive Personality Disorder. *Annals of General Psychiatry*, 7, pp Supplement 1.
- Leach, C., Freshwater, K., Aldridge, J. and Sunderland, J., 2001. Analysis of repertory grids in clinical practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, pp 225 - 248.
- Leighton, T., 1995. A Cognitive Analytic Understanding of 'Twelve Step' Treatment.. *New Directions in the Study of Alcohol Group*, 20, pp 31-41.
- Leiman, M., 1997. 'Dialogical Sequences and Bakhtinian Voices: unpublished paper. *Journal Article*
- Leiman, M., 2002. Toward Semiotic Dialogism: The Role of Sign Mediation in the Dialogical Self. *Theory and Psychology*, 12(2), pp 221-235.
- Leiman, M. (1994). The development of cognitive analytic therapy. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 9, issue 2/3, 67-82.
- Leiman, M. (2004). Dialogical sequence analysis. In: H. J. M. Hermans & G. Dimaggio (eds.), *The dialogical self in psychotherapy* (pp. 255-270). London: Brunner-Routledge.
- Leiman, M. and Stiles, W.B., 2001. Dialogical Sequence Analysis and the Zone of Proximal Development as Conceptual Enhancements to the Assimilation Model: The Case of Jan Revisited. *Psychotherapy Research*, 11(3), pp 311-330.
- Leiman, M., 1992. The Concept of Sign in the Work of Vygotsky, Winnicott and Bakhtin: Further integration of object relations theory and activity theory. *British Journal of Medical Psychology*, 65, pp 209-221.
- Leiman, M., 1994. Projective Identification as Early Joint Action Sequences: A Vygotskian Addendum to the Procedural Sequence Object Relations Model. *British Journal of Medical Psychology*, 67, pp 97-106.
- Leiman, M., 1994. The Development of Cognitive Analytic Therapy. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 9, pp 67-81.
- Leiman, M., 1997. Procedures as Dialogical Sequences: A Revised Version of the Fundamental Concept in Cognitive Analytic Therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 70, pp 193-207.
- Leiman, M., 2000. Ogden's matrix of transference and the concept of sign. *British Journal of Medical Psychology*, 73, pp 385-397.

- Livanos, A., Adamopoulou, A., Katsigiannopoulos, K., Bozikas, V., Voikli, M., Pandoularis, J., Dasoukis, J., Zagora, C. and Garyfallos, G., 2008. Anhedonia in patients with borderline personality disorder: the efficacy of cognitive-analytic therapy (CAT). *Annals of General Psychiatry*, 7, pp Supplement 1.
- Llewelyn, S. (2003). Cognitive Analytic Therapy: Time and process. *Psychodynamic Practice*, 9, 501-520.
- Llewelyn, S., 2002. Therapeutic challenges in work with childhood sexual abuse survivors: The contribution of cognitive analytic therapy.. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2, pp 123-133.
- Llewelyn, S., 2003. Cognitive Analytic Therapy : Time and Process. *Psychodynamic Practice*, 9,4, pp 501-520.
- Lloyd, J., & Williams, B., 2004. Exploring the Use of Cognitive Analytic Therapy within Services for People with Learning Disabilities and Challenging Behaviour. *Clinical Psychology and People with Learning Disabilities*, 2, pp 4-5.
- Lloyd, J., 2011. Consulting with Staff Teams. *Clinical Psychology and People with Learning Disabilities*, 9, pp 22-31.
- Mace, C. Beeken, S. and Embleton, J., 2006. Beginning therapy: Clinical outcomes in brief treatments by psychiatric trainees.. *Psychiatric Bulletin*, 30/1, pp 7-10.
- Mann, J., & Goldman, R. (1982). *A casebook in time-limited psychotherapy*. New York:McGraw Hill.
- Maple, N.A., 2003. Review of Introducing Cognitive Analytic Therapy: Principles and Practice.. *Psychodynamic Practice*, 9/4, pp 577-580.
- Margison, F., 2000. Cognitive analytic therapy: A case study in treatment development. *British Journal of Medical Psychology*, 73, pp 145-150.
- Margison, F., 2005. Integrating approaches to psychotherapy in psychosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, pp 972-981.
- Marlowe, M.J., 1994. Cognitive Analytic Therapy and Borderline Personality Disorder: Restricted, Reciprocal Role Repertoires and Subpersonality Organsiation. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 9, pp 161-169.
- Marriott, M. and Kellett, S., 2009. Evaluating a cognitive analytic therapy service; practice-based outcomes and comparisons with person-centred and cognitive-behavioural therapies.. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82, pp 57-72.
- Marriott, M., & Kellett, S. (2009). Evaluating a cognitive analytic therapy service: Practice-based outcomes and comparisons with person-centred and cognitive behavioural therapies. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82, 57-72.
- Marsh, R. and Low, J., 2006. God as other, God as self, God as beyond: a cognitive analytic perspective on the relationship with God. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79/2, pp 237-255.
- Martens, W.H.J., 2006. Effectiveness of psychodynamic treatment in patients with borderline personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36/4, pp 167-173.
- Marx, R & Marx, S, 2012. The Eye and the I: The Construction and Use of the Observer in Cognitive Analytic Psychotherapy and Mindfulness Based Therapy. *British Journal of Psychotherapy*, 28, part 4, pp 496-515.
- Marx, R, 2011. Relational supervision: Drawing on cognitive-analytic frameworks. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, pp 406-424.
- Mitzman, S. and Duignan, I., 1993. One Man's Group: Brief Cognitive Analytic Group Therapy and the use of Sequential Diagrammatic Reformulation. *Counselling Psychology Quarterly*, 6, No 3, pp 183-192.
- Mordekar, A. & Spence, S.A., 2008. Personality Disorder in Older People: how common is it and what can be done. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14, pp 71-77.
- Morris, J., 2001. Psychological therapies in anorexia nervosa... *British Journal of Psychiatry*, 179, pp 77-78.

- Morris, J., 2002. Interpersonal psychotherapy -A trainee's ABC?. *Psychiatric Bulletin*, 26, pp 26-28.
- Msebele, N. and Brown, H., 2011. Racism in the Consulting Room. *Psychoanalytic Review*, 98, pp 451-492.
- Mulder, R., & Chanen, A. M. (2013). Effectiveness of cognitive analytic therapy for personality disorders. *British Journal of Psychiatry*, 202, 89-90.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2009) *Clinical guideline 78 (Borderline Personality Disorder)*, p.33.
- Ntonias, S., 1991. Attitudes of therapists and patients in cognitive analytic therapy.. *Psychiatriki*, 2, pp 209-216.
- O'Keefe, P. and Berk, M., 2009. Writing letters to patients. *Acta Neuropsychiatrica*, 21, pp 314-316.
- Okhai, M.F., 2001. Psychological therapies in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 179, pp 78.
- Ougrin, D., Ng, A.V. and Low, J., 2008. Therapeutic assessment based on cognitive-analytic therapy for young people presenting with self-harm: pilot study.. *Psychiatric Bulletin*, 32, pp 423-426.
- Perlmutter, I.R., 2004. Review of Integration in Psychotherapy: Models and Methods.. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65/5, pp 728.
- Pickvance, D., Parry, G. and Howe, A., 2004. A Cognitive Analytic Framework for Understanding and Managing Problematic Frequent Attendance in Primary Care. *Primary Care and Mental Health*, 2, pp 165-174.
- Pollard, R. and Potter, S., 1999. Cognitive Analytic Therapy And The 'Hard To Help' Client. *Probation Journal*, 46, pp 3-10.
- Pollock, P. and Belshaw, T., 1998. Cognitive Analytic Therapy for Offenders. *Journal of Forensic Psychiatry*, 9, No 3, pp 629-642.
- Pollock, P. and Kear-Colwell, J., 1994. Women who stab: A personal construct analysis of sexual victimisation and offending behaviour. *British Journal of Medical Psychology*, 67, pp 13-22.
- Pollock, P., & Belshaw, T. (1998). Cognitive analytic therapy for offenders. *Journal of Forensic Psychiatry*, 9, 629-642.
- Pollock, P.H., 1996. Clinical Issues in the Cognitive Analytic Therapy of Sexually Abused Women who Commit Violent Offences against their Partners. *British Journal of Medical Psychology*, 69, pp 117-127.
- Pollock, P.H., 2001. Cognitive analytic therapy for borderline erotomania: forensic romances and violence in the therapy room. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, pp 214-229.
- Pollock, P.H., Broadbent, M., Clarke, S., Dorrian, A. and Ryle, A., 2001. The personality structure questionnaire (PSQ): A measure of the multiple self states model of identity disturbance in cognitive analytic therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, pp 59-72.
- Potter, S. and Lloyd, J., 2005. With war in mind: a dialogical analysis of the mindset underlying Blair's case for war with Iraq in 2003.. *Medicine, Conflict and Survival*, 21 NO.4, pp 283-298.
- Protogerou, C., Garyfallos, G., Katsigiannopoulos, K., Bozikas, V., Voikli, M., & Georgiadou, O. (2008). Evaluation of Cognitive-Analytic Therapy (CAT) outcome in patients with Obsessive-Compulsive Personality Disorder. *Ann Gen Psychiatry*, 7,109.
- Protogerou, C., Garyfallos, G., Katsigiannopoulos, K., Bozikas, V., Voikli, M., Georgiadou, O., Kosti, F., Ziliasopoulou, D., Zagora, C. and Adamopoulou, A., 2004. Evaluation of Cognitive-Analytic Therapy (CAT) outcome in patients with Obsessive-Compulsive Personality Disorder. *Annals of General Psychiatry*, 7, pp Supplement 1.
- Rayner, K., Thompson, A. R., & Walsh, S. (2011). Clients' experience of the process of change in cognitive analytic therapy. *Psychol Psychother*. 84, 299-313.

- Rayner, K., Thompson, A.R. and Walsh, S., 2011. Clients' experience of the process of change in cognitive analytic therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, pp 299-313.
- Reebye, P., 2008. Review of An introduction to the psychotherapies.. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53, pp 71-72.
- Rees, H., 2000. Cognitive Analytic Therapy - a most suitable training for psychiatrists?. *The Psychiatrist*, 24, pp 124-126.
- Roper, L.A., 2010. Stuck in a rut: a case study detailing the application of cognitive analytic therapy with alcohol use disorders. *Journal of Substance Use*, 15(1), pp 1-12.
- Rubio, G.I., Perez, U.A., Santos, G.J.M., Carrasco, P.J.L., Molina, R.R. and Misiego, P.J.M., 2004. [Psychotherapy of personality disorders]. [Spanish] *Psicoterapia de los trastornos de la personalidad.. Actas Espanolas de Psiquiatria*, 32/1, pp 37-52.
- Ryle A. and Beard, H., 1993. The Integrative Effect of Reformulation: Cognitive Analytic Therapy with a Patient with Borderline Personality Disorder. *British Journal of Medical Psychology*, 66, pp 249-258.
- Ryle, A & Kerr, I (2002). *Introducing Cognitive Analytic Therapy: Principles and Practice*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Ryle, A. (1979). The focus in brief interpretive psychotherapy: dilemmas, traps and snags as target problems. *The British Journal of Psychiatry*, 134, 46-54.
- Ryle, A. (1990). *Cognitive Analytic Therapy: Active Participation in Change*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Ryle, A. (1993). *Cognitive Analytic Therapy*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Ryle, A. (1995). *Cognitive Analytic Therapy: Developments in Theory and Practice*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Ryle, A. (1997). *Cognitive Analytic Therapy and Borderline Personality Disorder: The Model and the Method*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Ryle, A. and Breen, D., 1971. The Recognition of Psychopathology on the Repertory Grid. *British Journal of Psychiatry*, 119, pp 319-321.
- Ryle, A. and Breen, D., 1972. Some Differences in the Personal Constructs of Neurotic and Normal Subjects. *British Journal of Psychiatry*, 120, pp 483-489.
- Ryle, A. and Evans, C.H., 1991. Some meanings of body and self in eating-disordered and comparison subjects. *British Journal of Medical Psychology*, 64, pp 273-283.
- Ryle, A. and Fawkes, L., 2007. Multiplicity of Selves and Others: Cognitive Analytic Therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 63 (2), pp 165-174.
- Ryle, A. and Golyukina, K., 2000. Effectiveness of time-limited cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: Factors associated with outcome. *British Journal of Medical Psychology*, 73, pp 197-210.
- Ryle, A. and Lipshitz, S., 1976. Repertory Grid Elucidation of a Difficult Conjoint Therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 49, pp 281-285.
- Ryle, A. and Lunghi, M.E., 1969. The Measurement of Relevant Change after Psychotherapy: Use of Repertory Grid Testing. *British Journal of Psychiatry*, 115, pp 1297-1304.
- Ryle, A. and Marlowe, M.J., 1995. Cognitive Analytic Therapy of Borderline Personality Disorder: Theory and Practice and the Clinical and Research Uses of the Self States Sequential Diagram. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 10, pp 21-34.
- Ryle, A. and Marlowe, M.J., 2001. States and State Shifts in Borderline Patients: Theoretical Considerations and a Comparison of Sequential Diagrammatic Reformulation and the Self States Grid. *Journal Article*
- Ryle, A. et al., 1992. Outcome Measures on 38 Guys CAT Patients - unpublished data. *Journal Article*
- Ryle, A., & Golyukina, K. (2000). Effectiveness of time-limited cognitive analytic therapy for borderline personality disorder. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 249-258.

- Ryle, A., & Kerr, L. B. (2002). *Introducing Cognitive Analytic Therapy: Principles and practice*. New York, NY: John Wiley & Sons Ltd.
- Ryle, A., & Poynton, A. M., & Brockman, B.J. (1999). *Cognitive analytic therapy: Active participation in change. A New integration in brief psychotherapy*. John Wiley & Sons Ltd.
- Ryle, A., 1967. A Repertory Grid Study of the Meaning and Consequences of a Suicidal Act. *British Journal of Psychiatry*, 113, pp 1393-1403.
- Ryle, A., 1975. Self-to-Self, Self-to-Other: The World's Shortest Account of Object Relations Theory. *New Psychiatry*, pp 12-13.
- Ryle, A., 1975. The World's Shortest Account of Object Relations Theory. *New Psychiatry*, pp 12-13.
- Ryle, A., 1978. A Common Language For The Psychotherapies. *British Journal of Psychiatry*, 132, pp 585-594.
- Ryle, A., 1979. Defining Goals and Assessing Change in Brief Psychotherapy: A Pilot Study using Target Ratings and the Dyad Grid. *British Journal of Medical Psychology*, 52, pp 223-233.
- Ryle, A., 1979. The Focus in Brief Interpretive Psychotherapy; Dilemmas, Traps and Snags as Target Problems. *British Journal of Psychiatry*, 134, pp 46-54.
- Ryle, A., 1980. Some Measures of Goal Attainment in Focused Integrated Active Psychotherapy: A Study of Fifteen Cases. *British Journal of Psychiatry*, 137, pp 475-486.
- Ryle, A., 1981. Dyad Grid Dilemmas in Patients and Control Subjects. *British Journal of Medical Psychology*, 54, pp 353-358.
- Ryle, A., 1983. The Value of Written Communications in Dynamic Psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology*, 56, pp 361-366.
- Ryle, A., 1984. How can we compare different psychotherapies? Why are they all effective?. *British Journal of Medical Psychology*, 57, pp 261-264.
- Ryle, A., 1985. Cognitive Theory, Object Relations and the Self. *British Journal of Medical Psychology*, 58, pp 1 - 7.
- Ryle, A., 1987. Cognitive Psychology as a Common Language for Psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 2, pp 168 - 172.
- Ryle, A., 1991. Object Relations Theory and Activity Theory: A Proposed Link by way of the Procedural Sequence Model. *British Journal of Medical Psychology*, 64, pp 307 - 316.
- Ryle, A., 1992. Critique of a Kleinian Case Presentation. *British Journal of Medical Psychology*, 65, pp 309 -317.
- Ryle, A., 1993. Addiction to the Death Instinct? A Critical Review of Joseph's paper 'Addiction to Near Death'. *British Journal of Psychotherapy*, 10 (1), pp 88-92.
- Ryle, A., 1994. Consciousness and psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology*, 67, pp 115 - 123.
- Ryle, A., 1994. Introduction to Cognitive Analytic Therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 17.
- Ryle, A., 1994. Introduction to cognitive analytic therapy. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 9, pp 92-109.
- Ryle, A., 1994. Persuasion or Education? The Role of Reformulation in Cognitive Analytic Therapy. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 9, pp 111 - 118.
- Ryle, A., 1994. Projective Identification: A Particular Form of Reciprocal Role Procedure. *British Journal of Medical Psychology*, 67, pp 107 - 114.
- Ryle, A., 1994. Psychoanalysis and Cognitive Analytic Therapy. *British Journal of Psychotherapy*, 10 (3), pp 402 - 404.
- Ryle, A., 1994. Psychoanalysis, Cognitive-Analytic Therapy, Mind and Self. *British Journal of Psychotherapy*, 11, pp 567 - 593.
- Ryle, A., 1995. BJP ANNUAL LECTURE 1994: Psychoanalysis, Cognitive Analytic Therapy, Mind and Self. *British Journal of Psychotherapy*, 11 (4), pp 567-575.

- Ryle, A., 1995. Critique of a Kleinian Case Study Defensive Organizations or Collusive Interpretations? A Further Critique of Kleinian Theory and Practice. *British Journal of Psychotherapy*, 12(1), pp 60-68.
- Ryle, A., 1995. Defensive Organizations or Collusive Interpretations? A Further Critique of Kleinian Theory and Practice. *British Journal of Psychotherapy*, 12/1, pp 60 - 68.
- Ryle, A., 1995. Fashions and Preoccupations in Psychotherapy Research. *Psychotherapy Research*, 5(2), pp 113-117.
- Ryle, A., 1995. Holmes on Bowlby and the Future of Psychotherapy: A Response. *British Journal of Psychotherapy*, 11 (3), pp 448 - 452.
- Ryle, A., 1995. Transference and counter-transference variations in the course of the cognitive-analytic therapy of two borderlinepatients: The relation to the diagrammatic reformulation of self-states. *British Journal of Medical Psychology*, 68, pp 109 -124.
- Ryle, A., 1996. Cognitive analytic therapy: Theory and practice and its application to the treatment of a personality-disordered patient.. *Journal of Psychotherapy Integration*, 6, no. 2, pp 139-172.
- Ryle, A., 1996. Ogden's Autistic-Contiguous Position and the Role of Interpretation in Psychoanalytic Theory Building. *British Journal of Medical Psychology*, 69, pp 129 - 138.
- Ryle, A., 1997. The Structure and Development of Borderline Personality Disorder: A Proposed Model. *British Journal of Psychiatry*, 170, pp 82-87.
- Ryle, A., 1998. Cognitive Analytic Therapy. *The Psychotherapist*, 10, pp 7.
- Ryle, A., 1998. The whirligig of time. *Psychiatric Bulletin*, 22, pp 263 - 267.
- Ryle, A., 1998. Transference and counter-transference The Cognitive Analytic Therapy Perspective. *British Journal of Psychotherapy*, 14, pp 303-309.
- Ryle, A., 1998. Transferences and Countertransferences: The Cognitive Analytic Therapy Perspective. *British Journal of Psychotherapy*, 14 (3), pp 303-309.
- Ryle, A., 2001. Constructivism and cognitive analytic therapy (CAT).. *Constructivism in the Human Sciences*, 6, pp 51-58.
- Ryle, A., 2002. Personality disorder (Correspondence). *British Journal of Psychiatry*, 181, pp 76-77.
- Ryle, A., 2003. Something more than the 'Something more than interpretation' is needed: A comment on the paper by the Process of Change Study Group. *The International Journal of Psychoanalysis*, 84, pp 109-118.
- Ryle, A., 2004. The contribution of cognitive analytic therapy to the treatment of borderline personality disorder.. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), pp 3-35.
- Ryle, A., 2005. Invited comment on 'state of mind organization in personality disorders: Typical states and the triggering of interstate shifts' by Dimaggio et al.. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12/5, pp 360-366.
- Ryle, A., 2005. The relevance of evolutionary psychology for psychotherapy. *British Journal of Psychotherapy*, 21 (3), pp 375-388.
- Ryle, A., 2007. Investigating the phenomenology of borderline personality disorder with the States Description procedure: Clinical implications.. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, pp 329-341.
- Ryle, A., Leighton, T., & Pollock, P. (2000). *Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder*. John Wiley & Sons Ltd.
- Ryle, A., Spencer, J. and Yawetz, C., 1992. When Less Is More Or At Least Enough: Two Case Examples of 16-session Cognitive Analytic Therapy. *British Journal of Psychotherapy*, 8 (4), pp 401-412.
- Savournin, R., Evans, C., Hirst, J.F. and Watson, J.P., 1995. The elusive factor structure of the Inventory of Interpersonal Problems.. *British Journal of Medical Psychology*, 68, pp 353-369.
- Scott, A., 1993. Response to Anthony Ryle. *British Journal of Psychotherapy*, 10(1), pp 93-95.



- Sheard, T., Evans, J., Cash, D., Hicks, J., King, A., Morgan, N., Nereli, B., Porter, I., Rees, H., Sandford, J., Slinn, R., Sunder, K. and Ryle, A., 2000. A CAT-derived one to three session intervention for repeated deliberate self-harm: A description of the model and initial experience of trainee psychiatrist in using it. *British Journal of Medical Psychology*, 73, pp 179-196.
- Shine, L. and Westacott, M., 2010. Reformulation in cognitive analytic therapy: Effects on the working alliance and the client's perspective on change. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83, pp 161-177.
- Shine, L., & Westacott, M. (2010). Reformulation in cognitive analytic therapy: effects on the working alliance and the client's perspective on change. *Psychol Psychother*, 83,161-77.
- Sochos, A., 2005. Attachment and representational change in cognitive analytic therapy: Developing a taxonomy.. *Counselling Psychology Review*, 20/4, pp 15-30.
- Stiles, W., Leiman, M., Shapiro, D., Hardy, G., Barkham, M., Detert, N. and Llewelyn, S., 2006. What does the first exchange tell? Dialogical sequence analysis and assimilation in very brief therapy. *Psychotherapy Research*, 16(4), pp 408-421.
- Stiles, W.B., 1997. Signs and Voices: Joining a Conversation in Progress. *British Journal of Medical Psychology*, 70, pp 169-176.
- Stricker, G., 1991. Toward Psychotherapy Integration. *PsycCRITIQUES*, 36, pp 574-575.
- Sutton, L., 2003. When Late Life Brings a Diagnosis of Alzheimer's Disease and Early Life Brought Trauma. A Cognitive-Analytic Understanding of Loss of Mind.. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10/3, pp 156-164.
- Thompson, A. R., Donnison, J., Warnock-Parkes, E., Turpin, G., Turner, J., & Kerr, I. B. (2008). Multidisciplinary community mental health team staff's experience of a 'skills level' training course in cognitive analytic therapy. *International Journal Mental Health Nursing*, 17, 131-7.
- Thompson, A.R., Donnison, J., Warnock-Parkes, E., Turpin, G., Turner, J. and Kerr I.B., 2008. Multidisciplinary community mental health team staff's experience of a 'skills level' training course in cognitive analytic therapy.. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, pp 131-137.
- Thompson, A.R., Powis, J. and Carradice, A., 2008. Community Psychiatric Nurses' experience of working with people who engage in deliberate self-harm. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, pp 153-161.
- Tilden, B., Charman, D., Sharples, J. And Fosbury, J., 2005. Identity and Adherence in a Diabetes Patient: Transformations in Psychotherapy. *Qualitative Health Research*, 15 no. 3, pp 312-324.
- Treasure et al. (2003) *Handbook of Eating Disorders*. Chichester: Wiley. Treasure, J & Ward, A. (1997). Cognitive analytical therapy in the treatment of Anorexia nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 1, 62-71.
- Treasure, J. and Ward, A., 1997. Cognitive Analytical Therapy in the Treatment of Anorexia Nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4(1), pp 62-71.
- Treasure, J., 2001. Psychological therapies in anorexia nervosa: Reply.. *British Journal of Psychiatry*, 179, pp 78-79.
- Treasure, J., Todd, G., Brolly, M., Tiller, J., Nehmed, A. and Denman, F., 1995. A Pilot Study of a Randomised Trial of Cognitive Analytic Therapy vs Educational Behavioral Therapy for Adult Anorexia Nervosa. *Behavioral Research Therapy*, 33 no. 4, pp 363-367.
- Turner, J. and Mackintosh, P., 2010. A review of the effectiveness of a brief (8 sessions) Cognitive Analytic Therapy (CAT) for clients with anger problems. *Journal Article*
- Tzouramanis, P., Adamopoulou, A., Bozikas, V., Voikli, M., Zagora, C., Lombtzianidou, M., et al. (2010). Evaluation of cognitive-analytic therapy (CAT) outcome in patients with panic disorder. *Psychiatrike*, 21, 4, 287-93.
- Vygotsky, L. S. (1987). Thinking and speech. In L. S. Vygotsky, *Collected works* (vol. 1, pp. 39-285) (R. Rieber & A. Carton, Eds; N. Minick, Trans.). New York: Plenum. (Original works published in 1934, 1960).

- Uusitalo-Arola, L., 2004. When work challenges one's whole life: Dialogical assessment of coping competency.. *Psykologia*, 39/4, pp 272-283.
- Vapaavouri, J.A. and Leiman, M., 2000. Conflict between two persons in a staff group: A repertory grid study.. *Revista Argentina de Clinica Psicologica*, 9, pp 25-37.
- Vos, H.J., 2001. A minimax procedure in the context of sequential testing problems in psychodiagnostics.. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 54, pp 139-159.
- Walsh, S, Hagan, T. and Gamsu, D., 2000. Rescuer and rescued: applying a cognitive analytic perspective to explore the 'mis-management' of asthma.. *British Journal of Medical Psychology*, 73, pp 151-168.
- Walsh, S., 1996. Adapting Cognitive Analytic Therapy to Make Sense of Psychologically Harmful Work Environments. *British Journal of Medical Psychology*, 69, pp 3-20.
- Watson, J.P. and Ryle, A., 1992. Providing a Psychotherapy Service to an Inner London Catchment Area. *Journal of Mental Health*, 1, pp 169-176.
- Watson, R. and Vidal, M., 2011. 'Do you see other men who do this?' Reflections upon working with men who visit commercial sex workers in a National Health Service sexual health clinic. *Sexual and Relationship Therapy*, 26 No. 1, pp 61-71.
- Whewell, P., 2001. Commentary on innovative contemporary psychotherapies. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, pp 252-254.
- Wildgoose, A., Clarke, S. and Waller, G., 2001. Treating personality fragmentation and dissociation in borderline personality disorder: a pilot study of the impact of cognitive analytic therapy.. *British Journal of Medical Psychology*, 74, pp 47-55.
- Wildgoose, J., McCrindle, D. and Tillett, R., 2002. The Exeter half-day release psychotherapy training scheme -A model for others?. *Psychiatric Bulletin*, 26, pp 31-33.
- Winston, A.P., 2000. Recent developments in borderline personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, pp 211-217.
- Withers, J., 2008. Cognitive analytic therapy (CAT): a therapy in a medium secure hospital for a mentally disordered offender with a personality disorder.. *British Journal of Forensic Practice*, 10 Issue 3, pp 24-32.
- Woody, R.H., 2007. Treating Offenders.. *PsycCRITIQUES*, 52/5, pp Online review, no page numbers
- Yeates, G., Hamill, M., Sutton, L., Psaila, K., Gracey, F., Mohamed, S. and O'Dell, J., 2008. Dysexecutive Problems and Interpersonal Relating Following Frontal Brain Injury: Reformulation and Compensation in Cognitive Analytic Therapy (CAT). *Neuro-Psychoanalysis*, 10, 1, 43-58.

### منابعی برای مطالعه بیشتر

در زیر فهرستی از کتاب‌ها و فصولی از کتاب‌هایی که در باره درمان شناختی تحلیلی (CAT) نگارش شده، آورده شده است:

#### **Books:**

- Coren, A., 2009. Short-Term Psychotherapy, A Psychodynamic Approach (2nd ed.). Palgrave Macmillan.
- Hepple, J. and Sutton, L., 2004. Cognitive Analytic Therapy and Later Life: A New Perspective on Old Age. Routledge.
- Hepple, J. and Sutton, L. (eds), 2004. Cognitive Analytic Therapy and Later Life. Brunner Routledge.
- Hepple, J., Pearce, J. and Wilkinson, P. (eds), 2002. Psychological Therapies with Older People: Developing treatments for effective practice. Routledge.
- Lloyd, J. and Clayton, P., 2013. Cognitive Analytic Therapy for People with Intellectual Disabilities and their Carers. .
- McCormick, E, 2012. Change for the Better: Self Help Through Practical Psychotherapy 4th Ed.. .
- Miller, K.J. and M.J. Scott (eds.), 2000. Comparative treatments for eating disorders. Free Association Books.
- Norcross, J.C. and Goldfried, M.R. [eds.], 2005. Handbook of psychotherapy integration (2nd ed.). In Norcross, J.C. and Goldfried, M.R. [eds.] 2005 Handbook of psychotherapy integration (2nd ed.).Oxford University Press. Ch. . pp..
- Pollock, P., 2001. Cognitive Analytic Therapy for Adult Survivors of Childhood Abuse: Approaches to Treatment and Case Management. .
- Pollock, P.H., Stowell-Smith, M. and Gopfert, M. (eds.), 2006. Cognitive Analytic Therapy for Offenders: A New Approach to Forensic Psychotherapy. Taylor and Francis.
- Ryle, A., 1991. Cognitive Analytic Therapy - Active Participation in Change: New Integration in Brief Psychotherapy. .
- Ryle, A., 1995. Cognitive Analytic Therapy: Developments in Theory and Practice. .
- Ryle, A. and Kerr, I., 2002. Introducing Cognitive Analytic Therapy: Principles and Practice. .
- Ryle, A., Leighton, T. and Pollock, P., 1997. Cognitive Analytic Therapy of Borderline Personality Disorder: The Model and the Method. .
- Wake, L., 2010. The role of brief therapy in attachment disorders. .

#### **Book chapters:**

- Aitken, G. and McDonnell, K., 2006. The use of Cognitive Analytic Therapy with women in secure settings. In Pollock, P.H., Stowell-Smith, M. and Gopfert, M. (eds.) 2006 Cognitive Analytic Therapy for Offenders: A New Approach to Forensic Psychotherapy. Taylor and Francis. Ch. . pp.121-138.
- Allison, D. and Denman, C., 2001. Comparing models in cognitive therapy and cognitive analytic therapy. In Mace, C., Mooney, S. and Roberts, B. (eds) 2001 Evidence in the psychological therapies: A critical guide for practitioners. London Routledge. Ch. 10. pp.141-153.

- Bamber, M., 2001. An independent commentary on CAT for adult survivors of abuse. In Pollock, P.H. 2001 Cognitive analytic therapy for adult survivors of childhood abuse: approaches to treatment and case management..Wiley. Ch. 13. pp.257-269.
- Bell, C. and Hamill, J., 2006. Community-based Cognitive Analytic Therapy with perpetrators of domestic violence: Challenges to the orthodoxy.. In Pollock, P.H., Stowell-Smith, M. and Gopfert, M. (eds.) 2006 Cognitive Analytic Therapy for Offenders: A New Approach to Forensic Psychotherapy.Taylor and Francis. Ch. . pp.209-220.
- Bennett, D. and Kerr, I.B., 2006. Addressing Personality Disorder in the Other Healthcare Systems. In Sampson, M.J., McCubbin, R.A. and Tyrer, P. (eds.) 2006 Personality Disorder and Community Mental Health Teams: A Practitioners Guide.Wiley. Ch. 16. pp.323-340.
- Bennett, D. and Parry, G., 2003. Maintaining the Therapeutic Alliance: Resolving Alliance-Threatening Interactions Related to the Transference. In Charman, D.P. (Ed.) 2003 Core Processes in Brief Psychodynamic Psychotherap.Routledge. Ch. 12. pp.251-272.
- Brockman, B.J. (ed.), 1991. The use of CAT in various clinical settings; general practice; social work; forensic services; private practice. In Ryle, a. 1991 Cognitive Analytic Therapy: Active Participation in Change. A New Integration in Brief Psychotherapy.Wiley. Ch. 9. pp.178-192.
- Clarke, S. and Llewelyn, S., 2001. A case of borderline personality disorder. In Pollock, P.H. 2001 Cognitive analytic therapy for adult survivors of childhood abuse: approaches to treatment and case management.Wiley. Ch. 6. pp.123-143.
- Clayton, P., 2000. Cognitive Analytic Therapy: learning disability and Firesetting.. In Mercer, D., Mason, T., McKeown, M and McCann, G. ( 2000 Forensic Mental Health Care, A Case Study Approach.Churchill Livingstone. Ch. Cognitive Analytic Therapy: learning disability an. pp.175-180.
- Clayton, P., 2001. Using cognitive analytic therapy in an institution to understand and help both client and staff. In Landsberg, G. and Smiley, A. (eds) 2001 Forensic mental health: Working with offenders with mental illness.Civic Research Institute Inc. Kingston, New Jersey. Ch. 24. pp..
- Clayton, P., 2006. The learning disabled offender and the secure institution.. In Pollock, P.H., Stowell-Smith, M. and Gopfert, M. (eds.) 2006 Cognitive Analytic Therapy for Offenders: A New Approach to Forensic Psychotherapy.Taylor and Francis. Ch. . pp.158-172.
- Cowmeadow, P., 1995. Very brief psychotherapeutic interventions with deliberate self-harmers. In Ryle, A. (ed.) 1995 Cognitive Analytic Therapy: Developments in theory and practice.Wiley. Ch. 3. pp.55-66.
- Curran, A., 1999. Counselling within a time limit in general practice. In Lees, J. 1999 Clinical counselling in primary care.Routledge. Ch. 4. pp.61-76.
- Dallos, R., 2006. Integrative formulation: CAT and ANT. In Johnstone, L. and Dallos, R. 2006 Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people's problems.Routledge. Ch. 8. pp.182-207.
- Denman, C., 1995. Treating eating disorders using CAT: two case examples. In Ryle, A. (ed.) 1995 Cognitive Analytic Therapy: Developments in theory and practice.Wiley. Ch. 4. pp.67-76.
- Denman, C., 1995. Auditing CAT. In Ryle, A. (ed.) 1995 Cognitive Analytic Therapy: Developments in theory and practice.Wiley. Ch. 9. pp.165-174.

- Denman, C., 2002. Integrative developments in cognitive analytic therapy. In Holmes, J. and Bateman, A. 2002 *Integration in psychotherapy: Models and methods*. Oxford University Press. Ch. 6. pp.87-106.
- Dunn, M., 2004. Why do so few become elders?. In Hepple, J. and Sutton, L. (eds) 2004 *Cognitive Analytic therapy and Later Life*. Brunner Routledge. Ch. 3. pp.67-83.
- Dunn, M., 2009. A Cognitive Analytic Formulation. In Sturmey, P. 2009 *Clinical Case Formulation: Varieties of Approaches*. Wiley. Ch. 15. pp.199-212.
- Ennis, S-A., 2004. King Lear: the mirror cracked. In Hepple, J. and Sutton, L. (eds) 2004 *Cognitive Analytic Therapy and Later Life*. Brunner Routledge. Ch. 5. pp.109-132.
- Fosbury, J., 2003. The case study: the therapy, the patient and the therapist. In Charman, D.P. 2003 *Core Processes in Brief Psychodynamic Psychotherapy*. London: Routledge. Ch. Appendix. pp.383-399.
- Gopfert, M., 2006. Cognitive Analytic Therapy and parents in prison. In Pollock, P.H., Stowell-Smith, M. and Gopfert, M. (eds.) 2006 *Cognitive Analytic Therapy for Offenders: A New Approach to Forensic Psychotherapy*. Taylor and Francis. Ch. . pp.139-157.
- Hagan, T. and Gregory, K., 2001. Group work with survivors of childhood sexual abuse. In Pollock, P.H. 2001 *Cognitive analytic therapy for adult survivors of childhood abuse: approaches to treatment and case management*. Wiley. Ch. 9. pp.190-205.
- Hepple, J., 2004. Ageism in therapy and beyond. In Hepple, J. and Sutton, L. (eds) 2004 *Cognitive Analytic Therapy and Later Life*. Brunner Routledge. Ch. 2. pp.45-66.
- Hepple, J., 2004. Borderline traits and dissociated states in later life. In Hepple, J. and Sutton, L. (eds) 2004 *Cognitive Analytic Therapy and Later Life*. Brunner Routledge. Ch. 8. pp.177-200.
- Kellett, S., 2012. Cognitive Analytic Therapy. In Feltham, C. & Horton, I. 2012 *the SAGE Handbook of Counselling and Psychotherapy*. Sage. Ch. 5.24. pp.343-350.
- Kerr, I.B. and Gopfert, M., 2006. A Cognitive Analytic Therapy-informed model of the therapeutic community: Implications for work in forensic settings.. In Pollock, P.H., Stowell-Smith, M. and Gopfert, M. (eds.) 2006 *Cognitive Analytic Therapy for Offenders: A New Approach to Forensic Psychotherapy*. Taylor and Francis. Ch. . pp.173-185.
- Kerr, I.B. and Ryle, A., 2006. Cognitive analytic therapy. In Bloch, S. 2006 *An introduction to the psychotherapies*, 4th ed.. OUP. Ch. 12. pp.267-286.
- Kerr, I.B., Jan Olav Johannessen, Brian V. Martindale and Johan Cullberg., 2006. A cognitive analytic therapy-based approach to psychotic disorder. In Johannessen, J.O., Martindale, B.V. and Cullberg, J. 2006 *Evolving Psychosis: Different Stages, Different Treatments*. Routledge. Ch. 10. pp.172-184.
- Leighton, T., 1997. Borderline personality and substance abuse problems. In Ryle, A. 1997 *Cognitive analytic therapy and Borderline Personality Disorder: the model and the method*. Wiley. Ch. 10. pp.128-145.
- Leighton, T., 2004. Interpersonal group therapy in intensive treatment.. In Reading, B. and Weegmann, M. 2004 *Group psychotherapy and addiction*. Whurr Publishers Ltd.. Ch. 6. pp.81-98.
- Leighton, T. and Ryle, A., 1995. How analytic is CAT?. In Ryle, A. (ed.) 1995 *Cognitive Analytic Therapy: Developments in theory and practice*. Wiley. Ch. 8. pp.139-164.
- Leiman, M., 1995. Early development. In Ryle, A. (ed.) 1995 *Cognitive Analytic Therapy: Developments in theory and practice*. Wiley. Ch. 6. pp.103-120.

- Leiman, M. and Stiles, W.B., 2002. Integration of theory: methodological issues. In Nolan, I.S. and Nolan, P. (eds.) 2002 *Object Relations and Integrative Psychotherapy*. Whurr Publishers Ltd. London. Ch. Integration of theory: methodological issues. pp..
- Llewelyn, S. And Clarke, S., 2001. Adult psychological problems and abuse. In Pollock, P.H. 2001 *Cognitive analytic therapy for adult survivors of childhood abuse: approaches to treatment and case management*. Wiley. Ch. 5. pp.107-122.
- Loates, M., 2004. Individual CAT with older people: clinical examples. In Hepple, J. and Sutton, L. (eds) 2004 *Cognitive Analytic Therapy and Later Life*. Brunner Routledge. Ch. 4. pp.84-98.
- Loates, M., 2004. The case of Michael. In Hepple, J. and Sutton, L. (eds) 2004 *Cognitive Analytic Therapy and Later Life*. Brunner Routledge. Ch. 6. pp.133-145.
- Low, J., 2000. The structures of suffering: Tibetan Buddhist and cognitive analytic approaches. In Low, J, Watson, G., Batchlor, S. and Claxton, G. 2000 *The psychology of awakening: Buddhism, science, and our day-to-day lives*. Samuel Weiser, Inc.. Ch. 18. pp.250-270.
- Low, J., 2006. Cognitive Analytic Therapy. In Feltham, C. and Horton, I. (eds.) 2006 *The SAGE Handbook of Counselling and Psychotherapy (2nd ed.)*. Sage Publications Ltd.. Ch. 5.24. pp.317-321.
- Maple, N. and Simpson, I., 1995. CAT in groups. In Ryle, A. (ed.) 1995 *Cognitive Analytic Therapy: Developments in theory and practice*. Wiley. Ch. 5. pp.77-102.
- Marzillier, J., 1999. The psychological treatment of adults. In Marzillier, J.S. and Hall, J.N. 1999 *What is clinical psychology? (3rd ed.)*. Oxford University Press. Ch. 2. pp.32-59.
- Marzillier, J. and Butler, G., 1995. CAT in relation to cognitive therapy. In Ryle, A. (ed.) 1995 *Cognitive Analytic Therapy: Developments in theory and practice*. Wiley. Ch. 7. pp.121-138.
- McGauley, G., 2010. Introduction to the psychotherapies for mentally disordered offenders.. In Bartlett, A. and McGauley, G. (eds) 2010 *Forensic mental health: Concepts, systems, and practice*. Oxford University Press. Ch. 11. pp.131-149.
- McGuire, J., 2006. An invited critique of Cognitive Analytic Therapy for offenders. In Pollock, P.H., Stowell-Smith, M. and Gopfert, M. (eds.) 2006 *Cognitive Analytic Therapy for Offenders: A New Approach to Forensic Psychotherapy*. Taylor and Francis. Ch. . pp..
- Moorey, J., Davidson, K., Evans, M. and Feigenbaum, J., 2006. Psychological Therapies for Personality Disorder. In Sampson, M.J., McCubbin, R.A. and Tyrer, P. (eds.) 2006 *Personality Disorder and Community Mental Health Teams: A Practitioner's Guide*. Wiley. Ch. 5. pp.91-124.
- Moorey, J., Davidson, K., Evans, M. and Feigenbaum, J., 2006. Psychological theories regarding the development of personality disorder.. In Sampson, M., McCubbin, R. and Tyrer, P. (eds) 2006 *Personality disorder and community mental health teams: A practitioner's guide*. Wiley. Ch. 4. pp.59-90.
- Murphy, T. and Llewelyn, S., 2007. Cognitive Analytic Therapy. In Grant, S. & Naismith, J. (eds.) 2007 *College Seminar Series: The Psychotherapies*. RCP, London, Gaskell. Ch. . pp.118 -140.
- Newall, A., 2012. Using Cognitive Analytic Therapy to Understand and Treat People with Eating Disorders. In Fox, J.R.E. & Goss, K. (eds). 2012 *Eating and its Disorders*. Wiley-Blackwell. Ch. 19. pp.280-302.
- Parry, G., Glen O. Gabbard, Judith S. Beck and Jeremy Holmes., 2005. Brief and Time-Limited Psychotherapy. In Gabbard, G.O., Beck, J. & Holmes, J. (eds) 2005 *Oxford Textbook of Psychotherapy*. OUP. Ch. 43. pp.207-522.

- Pitceathly, C., Tolosa, I., & Kerr, I.B., et al., 2011. Cognitive Analytic Therapy in Psycho-Oncology. In Watson, M., & Kissane, D.W. (eds.) 2011 Handbook of Psychotherapy in Cancer Care. John Wiley & Sons Ltd. Ch. 3. pp.27-38.
- Pollock, P.H., 1997. CAT of an Offender with Borderline Personality Disorder. In Ryle, A. 1997 Cognitive analytic therapy and Borderline Personality Disorder: the model and the method. Wiley. Ch. 11. pp.146-156.
- Pollock, P.H., 2001. Conceptualising the developmental outcomes of abuse. In Pollock, P.H. 2001 Cognitive analytic therapy for adult survivors of childhood abuse: approaches to treatment and case management..Wiley. Ch. 1. pp.3-11.
- Pollock, P.H., 2001. The language and practice of CAT: assessment and treatment procedures. In Pollock, P.H. 2001 Cognitive analytic therapy for adult survivors of childhood abuse: approaches to treatment and case management..Wiley. Ch. 2. pp.12-51.
- Pollock, P.H., 2001. CAT and the Multiple Self-States Model of trauma. In Pollock, P.H. 2001 Cognitive analytic therapy for adult survivors of childhood abuse: approaches to treatment and case management. Wiley. Ch. . pp.52-77.
- Pollock, P.H., 2001. Psychological models and therapies for traumatic experiences. In Pollock, P.H. 2001 Cognitive analytic therapy for adult survivors of childhood abuse: approaches to treatment and case management. Wiley. Ch. 4. pp.78-104.
- Pollock, P.H., 2001. A case of dissociative identity disorder. In Pollock, P.H. 2001 Cognitive analytic therapy for adult survivors of childhood abuse: approaches to treatment and case management. Wiley. Ch. 7. pp.144-163.
- Pollock, P.H., 2001. Forensic romances and violence in the therapy room: the challenge of the abuse-to-abuser dimension. In Pollock, P.H. 2001 Cognitive analytic therapy for adult survivors of childhood abuse: approaches to treatment and case management. Wiley. Ch. 8. pp.164-189.
- Pollock, P.H., 2001. Clinical outcomes in the application of the CAT for adult survivors. In Pollock, P.H. 2001 Cognitive analytic therapy for adult survivors of childhood abuse: approaches to treatment and case management..Wiley. Ch. 11. pp.231-238.
- Pollock, P.H., 2001. The Personality Structure Questionnaire: a measure of identity integration in CAT. In Pollock, P.H. 2001 Cognitive analytic therapy for adult survivors of childhood abuse: approaches to treatment and case management..Wiley. Ch. 12. pp.239-256.
- Pollock, P.H., 2006. Final thoughts: The way forward for Cognitive Analytic Therapy in forensic settings.. In Pollock, P.H., Stowell-Smith, M. and Gopfert, M. (eds.) 2006 Cognitive Analytic Therapy for Offenders: A New Approach to Forensic Psychotherapy. Taylor and Francis. Ch. . pp..
- Pollock, P.H., 2006. The contribution of Cognitive Analytic Therapy to court proceedings.. In Pollock, P.H., Stowell-Smith, M. and Gopfert, M. (eds.) 2006 Cognitive Analytic Therapy for Offenders: A New Approach to Forensic Psychotherapy. Taylor and Francis. Ch. . pp..
- Pollock, P.H., 2006. Cognitive Analytic Therapy analysis of the errant self and serial sexual homicide: An encounter with the extremes of human conduct.. In Pollock, P.H., Stowell-Smith, M. and Gopfert, M. (eds.) 2006 Cognitive Analytic Therapy for Offenders: A New Approach to Forensic Psychotherapy. Taylor and Francis. Ch. . pp.252-272.
- Pollock, P.H., 2006. Cognitive Analytic Therapy for rage-type homicide. In Pollock, P.H., Stowell-Smith, M. and Gopfert, M. (eds.) 2006 Cognitive Analytic Therapy for Offenders: A New Approach to Forensic Psychotherapy. Taylor and Francis. Ch. . pp.221-237.

- Pollock, P.H., 2006. Cognitive Analytic Therapy for a rapist with psychopathic personality disorder. In Pollock, P.H., Stowell-Smith, M. and Gopfert, M. (eds.) 2006 Cognitive Analytic Therapy for Offenders: A New Approach to Forensic Psychotherapy. Taylor and Francis. Ch. . pp.186-208.
- Pollock, P.H., 2006. Stifled fantasies and the stalker's obsessions: Cognitive Analytic Therapy for a misguided lover.. In Pollock, P.H., Stowell-Smith, M. and Gopfert, M. (eds.) 2006 Cognitive Analytic Therapy for Offenders: A New Approach to Forensic Psychotherapy. Taylor and Francis. Ch. . pp.103-120.
- Pollock, P.H. and Stowell-Smith, M., 2006. Adam and Eve in the forensic Eden: Boundary violations in forensic practice.. In Pollock, P.H., Stowell-Smith, M. and Gopfert, M. (eds.) 2006 Cognitive Analytic Therapy for Offenders: A New Approach to Forensic Psychotherapy. Taylor and Francis. Ch. . pp.238-251.
- Potter, S., 2007. Relational Psychology in the War Speeches of Bush and Blair: Beyond Us and Them. In Roberts, R. (ed.) 2007 Just War: Psychology and Terrorism Ed. Ron Roberts. PCCS Books: Ross on Wye. Ch. 7. pp.140-159.
- Poynton, A.M., 1991. Basic Treatment Procedures. In Ryle, A. 1991 Cognitive Analytic Therapy: Active Participation in Change. A New Integration in Brief Psychotherapy. Wiley. Ch. 3. pp.28-53.
- Robbins, I. and Sutton, L., 2004. A coming together of CBT and CAT. In Hepple, J. and Sutton, L. (eds) 2004 Cognitive Analytic Therapy and Later Life. Brunner Routledge. Ch. 7. pp.146-176.
- Ryle, A., 1990. Cognitive Analytic Therapy. Handbook of Integrative Therapies, pp 84 - 193.
- Ryle, A., 1991. The Origins and Main Features of Cognitive Analytic Therapy. In Ryle, A. 1991 Cognitive Analytic Therapy: Active Participation in Change. A New Integration in Brief Psychotherapy. Wiley. Ch. 1. pp.1-14.
- Ryle, A., 1991. The Reformulation Process and the Uses of Writing. In Ryle, A. 1991 Cognitive Analytic Therapy: Active Participation in Change. A New Integration in Brief Psychotherapy. Wiley. Ch. 2. pp.15-27.
- Ryle, A., 1991. Twelve Sessions: An Edited Transcript. In Ryle, A. 1991 Cognitive Analytic Therapy: Active Participation in Change. A New Integration in Brief Psychotherapy. Wiley. Ch. 4. pp.54-95.
- Ryle, A., 1991. Complex Reformulation and Object Relations Theory. In Ryle, A. 1991 Cognitive Analytic Therapy: Active Participation in Change. A New Integration in Brief Psychotherapy. Wiley. Ch. 5. pp.96-118.
- Ryle, A., 1991. Treating Patients with Personality Disorders. In Ryle, A. 1991 Cognitive Analytic Therapy: Active Participation in Change. A New Integration in Brief Psychotherapy. Wiley. Ch. 6. pp.119-147.
- Ryle, A., 1991. CAT Techniques with Long-term Patients. In Ryle, A. 1991 Cognitive Analytic Therapy: Active Participation in Change. A New Integration in Brief Psychotherapy. Wiley. Ch. 7. pp.148-164.
- Ryle, A., 1991. CAT and Couple Therapy. In Ryle, A. 1991 Cognitive Analytic Therapy: Active Participation in Change. A New Integration in Brief Psychotherapy. Wiley. Ch. 8. pp.165-177.
- Ryle, A., 1991. The theoretical basis of CAT. In Ryle, A. 1991 Cognitive Analytic Therapy: Active Participation in Change. A New Integration in Brief Psychotherapy. Wiley. Ch. 10. pp.193-202.



- Ryle, A., 1991. Developments in Cognitive therapy and CAT. In Ryle, A. 1991 Cognitive Analytic Therapy: Active Participation in Change. A New Integration in Brief Psychotherapy. Wiley. Ch. 11. pp..
- Ryle, A., 1991. CAT, Psychoanalysis and Psychoanalytic Psychotherapy. In Ryle, A. 1991 Cognitive Analytic Therapy: Active Participation in Change. A New Integration in Brief Psychotherapy. Wiley. Ch. 12. pp.210-221.
- Ryle, A., 1991. Teaching, Supervising and Learning CAT. In Ryle, A. 1991 Cognitive Analytic Therapy: Active Participation in Change. A New Integration in Brief Psychotherapy. Wiley. Ch. 13. pp.222-233.
- Ryle, A., 1991. The Evaluation of CAT. In Ryle, A. 1991 Cognitive Analytic Therapy: Active Participation in Change. A New Integration in Brief Psychotherapy. Wiley. Ch. 14. pp.234-240.
- Ryle, A., 1995. Cognitive Analytic Therapy: history and recent developments. In Ryle, A. (ed.) 1995 Cognitive Analytic Therapy: Developments in theory and practice. Wiley. Ch. 1. pp.1-22.
- Ryle, A., 1995. The practice of CAT. In Ryle, A. (ed.) 1995 Cognitive Analytic Therapy: Developments in theory and practice. Wiley. Ch. 2. pp.23-54.
- Ryle, A., 1995. Research relating to CAT. In Ryle, A. (ed.) 1995 Cognitive Analytic Therapy: Developments in theory and practice. Wiley. Ch. 10. pp.175-191.
- Ryle, A., 1995. Future developments. In Ryle, A. (ed.) 1995 Cognitive Analytic Therapy: Developments in theory and practice. Wiley. Ch. 11. pp.191-193.
- Ryle, A., 1997. Diagnosis, Course and Prevalence of Borderline Personality Disorder. In Ryle, A. 1997 Cognitive Analytic Therapy and Borderline Personality Disorder. Wiley. Ch. 1. pp.1 - 11.
- Ryle, A., 1997. Diagnosis Course and Prevalence of Borderline Personality Disorder. In Ryle, A. 1997 Cognitive analytic therapy and Borderline Personality Disorder: the model and the method. Wiley. Ch. 1. pp.1-11.
- Ryle, A., 1997. The Evolution of Cognitive Analytic Therapy. In Ryle, A. 1997 Cognitive analytic therapy and Borderline Personality Disorder: the model and the method. Wiley. Ch. 2. pp.12-25.
- Ryle, A., 1997. The Multiple Self States Model of Borderline Personality Disorder. In Ryle, A. 1997 Cognitive analytic therapy and Borderline Personality Disorder: the model and the method. Wiley. Ch. 3. pp.26-42.
- Ryle, A., 1997. A Critical Account of Current Theories of Borderline Pathology and their Clinical Implications. In Ryle, A. 1997 Cognitive analytic therapy and Borderline Personality Disorder: the model and the method. Wiley. Ch. 4. pp.43-51.
- Ryle, A., 1997. An Outline of Practice and Two Case Illustrations. In Ryle, A. 1997 Cognitive analytic therapy and Borderline Personality Disorder: the model and the method. Wiley. Ch. 5. pp.52-70.
- Ryle, A., 1997. Understanding the Treatment Relationship in Work with Borderline Patients. In Ryle, A. 1997 Cognitive analytic therapy and Borderline Personality Disorder: the model and the method. Wiley. Ch. 6. pp.71-82.
- Ryle, A., 1997. Referral, Assessment, Contracts and Containment. In Ryle, A. 1997 Cognitive analytic therapy and Borderline Personality Disorder: the model and the method. Wiley. Ch. 7. pp.83-96.
- Ryle, A., 1997. The Early Sessions. In Ryle, A. 1997 Cognitive analytic therapy and Borderline Personality Disorder: the model and the method. Wiley. Ch. 8. pp.97-108.

- Ryle, A., 1997. From Reformulation to Termination. In Ryle, A. 1997 Cognitive analytic therapy and Borderline Personality Disorder: the model and the method.Wiley. Ch. 9. pp.109-127.
- Ryle, A., 1997. CAT in Context. In Ryle, A. 1997 Cognitive analytic therapy and Borderline Personality Disorder: the model and the method.Wiley. Ch. 12. pp.157-163.
- Ryle, A., 1999. Object relations theory and activity theory: A proposed link by way of the procedural sequence model.. In Engstrom, Y., Miettinen, R. & Punamaki-Gitai, R.L. 1999 Perspectives on activity theory.Cambridge University Press. Ch. 24. pp.407-418.
- Ryle, A., 2004. Writing by patients and therapists in Cognitive Analytic Therapy. In Bolton, G. Howlett, S. Lago, C. and Wright, J.K. 2004 Writing Cures: An Introductory Handbook of Writing in Counselling and Psychotherapy.Brunner Routledge. Ch. 6. pp.59-71.
- Ryle, A., 2009. Cognitive analytic therapy. In Kazantzis, N., Reinecke, M.A. and Freeman, A. (eds) 2009 Cognitive and Behavioral Theories in Clinical Practice.Guilford Publications. Ch. 8. pp.244-277.
- Ryle, A., 2010. The view from CAT. In Loewenthal, D. and House, R. 2010 Critically engaging CBT.Open University Press. Ch. 3. pp.33-45.
- Ryle, A. and Bennett, D., 1997. Case formulation in cognitive analytic therapy. In Eells, T.D. (ed.) 1997 Handbook of psychotherapy case formulation.The Guilford Press. Ch. 11. pp.289-313.
- Ryle, A. and Bennink-Bolt, F., 2002. Cognitive analytic therapy: A Vygotskian development of object relations theory. In Nolan, I.S. and Nolan, P. 2002 Object relations and integrative psychotherapy: Tradition and innovation in theory and practice.Whurr Publishers. Ch. 9. pp.126-142.
- Ryle, A. and Low, J., 1993. Cognitive Analytic Therapy. Comprehensive Handbook of Psychotherapy Integration, Chapter 7, pp 87-100.
- Ryle, A., Boa, C. and Fosbury, J., 1993. Identifying the causes of poor self-management in insulin dependent diabetics: The use of cognitive-analytic therapy techniques.. In Hodes, M. and Moorey, S. 1993 Psychological treatment in disease and illness.Gaskell & The Society for Psychosomatic Research. Ch. . pp..
- Stowell-Smith, M, Gopfert, M. and Mitzman, S., 2001. Chapter 10 Group CAT for people with a history of sexual victimisation. In Pollock, P.H. 2001 Cognitive analytic therapy for adult survivors of childhood abuse: approaches to treatment and case management.Wiley. Ch. 10. pp.206-227.
- Stowell-Smith, M., 2006. States and reciprocal roles in the wider understanding of forensic mental health.. In Pollock, P.H., Stowell-Smith, M. and Gopfert, M. (eds.) 2006 Cognitive Analytic Therapy for Offenders: A New Approach to Forensic Psychotherapy.Taylor and Francis. Ch. . pp.66-81.
- Stowell-Smith, M., O'Kane, A. and Fairbanks, A., 2006. The adjunctive role of Cognitive Analytic Therapy in the treatment of child sexual offenders in secure forensic settings.. In Pollock, P.H., Stowell-Smith, M. and Gopfert, M. (eds.) 2006 Cognitive Analytic Therapy for Offenders: A New Approach to Forensic Psychotherapy.Taylor and Francis. Ch. . pp.82-102.
- Stricker, G. and Goen-Piels, J., 2002. Integrative and object relations focused approaches to psychotherapy: Theoretical concerns and outcome research.. In Nolan, I.S. and Nolan, P. 2002 Object relations and integrative psychotherapy: Tradition and innovation in theory and practice.Wiley. Ch. 3. pp.28-51.

- Sutton, L., 2004. Cultures of care in severe depression and dementia. In Hepple, J. and Sutton, L. (eds) 2004 Cognitive Analytic Therapy and Later Life. Brunner Routledge. Ch. 9. pp.201-220.
- Sutton, L. and Leiman, M., 2004. The development of the dialogical self in CAT: a fresh perspective on ageing. In Hepple, J. and Sutton, L. 2004 Cognitive Analytic therapy and Later Life. Brunner Routledge. Ch. 1. pp.6-44.
- Tanner, C. and Connan, F., 2003. Cognitive Analytic Therapy. In Treasure, J., Schmidt, U. And van Furth, E. (eds.) 2003 Handbook of Eating Disorders, Second Edition. Wiley. Ch. 17. pp.279-289.
- Westacott, M., 2006. A case of dissociative murder. In Pollock, P.H., Stowell-Smith, M. and Gopfert, M. (eds.) 2006 Cognitive Analytic Therapy for Offenders: A New Approach to Forensic Psychotherapy. Taylor and Francis. Ch. . pp.273-282.
- Williams, D., 2006. Borderline sexuality: sexually addictive behaviour in the context of a diagnosis of borderline personality disorder.. In Hiller, J., Wood, H. and Bolton, W. (eds) 2006 Sex, mind, and emotion: Innovation in Psychological Theory and Practice. Karnac Books. Ch. 10. pp..
- Wills, F., 2006. Cognitive Therapy: A Down-to-earth and Accessible Approach. In Sills, C. 2006 Contracts in counselling and psychotherapy (2nd ed.). Sage Publications Ltd. Ch. 3. pp.41-51.
- Withers, J., 2010. Cognitive Analytic Therapy (CAT): A Treatment Approach for Treating People with Severe Personality Disorder. In Tennant A. and Howells, K. (eds.) 2010 Using Time, Not Doing Time: Practitioner Perspectives on Personality Disorder and Risk. Wiley. Ch. 6. pp.81-94.
- Wood, H., 2006. Psychoanalytically informed CAT: a first treatment for problems of sexual relationships. In Hiller, J., Wood, H. And Bolton, W. (eds.) 2006 Sex, Mind, and Emotion: Innovation in Psychological Theory and Practice. Karnac. Ch. 11. pp.249-272.
- Wyner, R. & Gopfert, M. [Ed], 2006. In the light of experience.. In Pollock, P.H., Stowell-Smith, M. and Gopfert, M. (eds.) 2006 Cognitive Analytic Therapy for Offenders: A New Approach to Forensic Psychotherapy. Taylor and Francis. Ch. . pp.

# Cognitive Analytic Therapy (CAT)

---



by:

**Mahboubeh Dadfar**

PhD student in clinical psychology,  
International Campus,  
Iran University of Medical Sciences

**Dr. Mohammad Kazem Atef Vahid**

Clinical psychologist  
Faculty member of Iran University of Medical Sciences  
School of Mental Health & Behavioral Sciences

**Hadi Kazemi MD**

Faculty of Shahed University and  
Director of Shafa Neuroscience Research Center Clinical

**Pir Hossein Kolivand**

Assistant of Shafa Neuroscience Research Center