

## יסודות הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי יונתן ד' הפרט

הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי התפתח בשנות השישים והשבעים של המאה ה-20, אחרי הפריחה הגדולה של הגישה ההתנהגותית (Behaviorism), בעקבות התפיסה, שהפסיכופתולוגיה כוללת אסוציאציות בלתי-מסתגלות, הנעות בין התנהגויות, מחשבות ורגשות, והנשמרות או מתוחזקות באמצעות תהליכים קוגניטיביים (קשב, פרשנות, זיכרון) והתנהגותיים (הימנעות ממצבים בעייתיים, חיזוקים עצמיים לשימור ההפרעה ועוד). רוב ההתערבויות הטיפוליות נועדו לשינוי תהליכים קוגניטיביים, התנהגותיים, רגשיים ופיזיולוגיים, או לשינוי אמונות, רגשות והתנהגויות פתולוגיות המערובות בשימור של התנהגויות בעייתיות ובלתי-מסתגלות העומדות בבסיס ההפרעה. פרק זה מציג את עקרונות הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי ושלביו, והפרק הבא מתמקד בהמשגת מקרה, שאף היא מאושיות גישה טיפולית זו.

המושג טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (Cognitive Behavioral Therapy – CBT) כולל סוגים רבים של טיפולים ומסורות טיפול, הניזונים מתאוריות שונות או משילוב של תאוריות. מעצם ההגדרה, יש בהם מן המשותף, כפי שיוצג בספר זה.

הטיפול ההתנהגותי התפתח ממסורות של תאוריית הלמידה של פבלוב (Pavlov, 1927), תורנדייק (Thorndike, 1931) וסקינר (Skinner, 1953) – חוקרים ידועים שעסקו במודלים של למידה בקרב בעלי חיים ובהשלכותיהם על הפסיכופתולוגיה. יישומים קליניים ישירים יותר של עקרונות התנהגותיים לתאוריה קלינית פיתחו לראשונה מורר (Mowrer, 1939), ווטסון וריינר (Watson and Rayner, 1920), ומאוחר יותר וולפה (Wolpe, 1952) ואחרים. בו בזמן הוצעו הסברים התנהגותיים לתאוריות ולטיפולים פסיכואנליטיים (Dollard & Miller, 1950). השילוב של מושגים קוגניטיביים ושל טיפול התנהגותי התבסס על הצעותיהם של אליס (Ellis, 1962) ושל בק (Beck, 1976).

התאוריה הקוגניטיבית הושתתה על עקרונות הכלולים בטיפול ההתנהגותי, אך ההתמקדות בשימוש בהם נועדה לסייע בשינוי של עיוותים קוגניטיביים. בעשורים האחרונים חלה התקדמות רבה הן בהיבטים ההתנהגותיים הן בהיבטים הקוגניטיביים של הטיפול, ושפע של מחקרים מדגימים את יעילות השיטה ברוב צורות הפסיכופתולוגיה, לרבות הפרעות חרדה, דיכאון, הפרעות אכילה, סכיזופרניה (שסעת), הפרעות אישיות ועוד (Butler et al. 2006). התקדמות ניכרת גם חלה במשך ההשפעה של הטיפול ההתנהגותי-קוגניטיבי, לטווח של שנה עד עשר שנים בטיפולים רבים (Hollon et al., 2006).

בשלושת העשורים האחרונים הולכים ונעשים מובנים המנגנונים הפסיכולוגיים שהוצע לראותם כגורמים ראשוניים משותפים המעורבים בשימור התסמינים של פסיכופתולוגיה בכלל (Harvey et al., 2004) ושל הפרעות או תופעות ספציפיות בפרט (Clark, 2004);

פאן (Dalglish, 2004; Mathews & Mackintosh, 1998; Mogg & Bradley, 1998). נוסף על הגידול במספרם ובאיכותם של מחקרים אמפיריים הדנים במנגנונים התנהגותיים וקוגניטיביים המערבים בפסיכופתולוגיה, גוברת במחקר ההדגשה על הרגש כמבנה חשוב בתאוריות אלו (Barlow, 2002; Power & Dalglish, 2008; Teasdale & Barnard, 1993). לבסוף, מנגנוני הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי ותוצאות הטיפול לסוגיו נבחנו בשיטות מחקר מתקדמות (Ingram, 2007), ובהן מחקרים המשווים בין טיפול למתן תרופות, לשימוש באינבו (פלסבו), לטיפול בקרה ולטיפולים נוספים (Butler et al., 2006). רוב הגישות העכשוויות הן משולבות, כלומר בעת הטיפול הן מביאות בחשבון גורמים קוגניטיביים, התנהגותיים, רגשיים, בין-אישיים וביולוגיים.

בבסיס כל הגישות של טיפול קוגניטיבי-התנהגותי בהפרעות נפשיות עומדת התפיסה, שהפסיכופתולוגיה כוללת אסוציאציות בלתי-מסתגלות (שמכונות גם דיספונקציונליות), הנעות בין התנהגויות, מקשבות ורגשות, והנשמרות או מתוחזקות באמצעות תהליכים קוגניטיביים (קשב, פרשנות, זיכרון) והתנהגותיים (הימנעות ממצבים בעייתיים, חיזוקים עצמיים לשימור ההפרעה ועוד). עם זאת, ההדגשים על היבטים של מאפייני הפסיכופתולוגיה ועל מנגנוני השימור שלהם שונים מגישה לגישה (Beck, 1996; Brewin, 2006; Foa, 2006; Huppert, & Cahill, 2006; Mineka & Zinbarg, 2006; Power & Dalglish, 2008; Teasdale & Barnard, 1993; Williams et al., 1997). בדרך כלל, תאוריות טיפול קוגניטיבי-התנהגותי שמות את הדגש על כל הנוגע לשימור ההפרעה ומקדישות פחות לאטיולוגיה שלה (מקור ההפרעה). לכן, רוב ההתערבויות נועדו לשינוי תהליכים קוגניטיביים, התנהגותיים, רגשיים ופיזיולוגיים, או לשינוי אמונות, רגשות והתנהגויות פתולוגיות המערבות בשימור של התנהגויות בעייתיות ובלתי-מסתגלות העומדות בבסיס ההפרעה.

תקצר היריעה מלתאר את כל תאוריות הטיפול קוגניטיבי-התנהגותי הנוגעות לפתולוגיה. רבות מהן הן ספרים בפני עצמם (Barlow, 2002; Beck, 1976; O'Donahue & Krasner, 1995; Power & Dalglish, 2008). לכן יתוארו הקווים המשותפים העיקריים לרוב התאוריות הללו, בלויית דוגמאות שיציגו את עקרונותיהן.

התאוריות ההתנהגותיות המוקדמות סברו שקשרים בין גירויים לבין עצמם (קשרי S-S) ובין גירויים ותגובות (קשרי S-R) מובילים לרכישת ההתנהגויות הבלתי-מסתגלות העומדות בבסיס הפסיכופתולוגיות (Mowrer, 1939; Watson & Raynor, 1920). על פי תאוריות קוגניטיביות מוקדמות, התסמינים הקוגניטיביים, ההתנהגותיים והפיזיולוגיים של דיכאון ושל פתולוגיות אחרות ניזונים מסכמות קוגניטיביות שליליות ייחודיות (Beck, 1976). מהנחה זו נבעה התפיסה, שהתערבויות טיפוליות בפרושים ובניבויים דיספונקציונליים ואף באמונות שמהן הם נובעים (הנקראות סכמות) ימתנו פתולוגיות כאלו, ובעקבותיה נוצרו מודלים בעבור רוב הפרעות הפסיכופתולוגיה (Clark, 1986; Clark & Wells, 1995; Ehlers & Clark, 2000; Fairburn, 2003; Rapee & Heimberg, 1997; Salkovskis, 1999).

ממודלים אלה מנסה להסביר את התסמינים הבולטים של הפרעות ספציפיות באמצעות פיתוח מודל מפורט יותר של קוגניציות, התנהגויות ותגובות פיזיולוגיות המשפיעות זו על זו והנשמרות בתהליכים קוגניטיביים מרמה נמוכה ומרמה גבוהה: קשב, מתן פירושים, זיכרון והערכה. המודלים נעזרים בממצאים מהפסיכופתולוגיה התיאורית והניסויית ומתחומים מגוונים נוספים כדי להציב מטרות מפורטות וכלליות לטיפול. על פי רוב המודלים, גורמי הפסיכופתולוגיה הם חסרי ספציפיים או רגישויות ייחודיות (למשל, עיסוק-יתר במחשבות הקשורות בגוף אצל מטופל<sup>1</sup> עם הפרעות אכילה; תגובת-יתר לחיזוקים במקרי מאניה; פחד מתחושות גוף בפאניקה) המצטרפים לגורם כללי של נירוטיות, לאפקט שלילי או למצוקה. במרוצת הזמן לא זו בלבד שתאוריות קוגניטיביות והתנהגותיות השתלבו אלו באלו, אלא אף פותחו תאוריות קוגניטיביות להסברת מודלים פסיכופתולוגיים התנהגותיים רבים, לרבות מודל חוסר האונים לדיכאון (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978) ותאוריות לעיבוד רגשי של חרדה ושל הפחתתה על ידי התרגלות (Habituation) (Foa & Kozak, 1986). על פי מודל חוסר האונים, ייחוס אירועים שליליים לגורמים אישיים וקבועים משמר אמונות מחוללות דיכאון ועשוי להסביר את המצבים הדיכאוניים שמקורם במצבים אָבְרַסְיִיִּים (מצבים יוצרי תחושת אי נעימות) בלתי מוכחשים (Abramson et al., 1978). על פי תאוריית העיבוד הרגשי (Foa & Kozak, 1986), בעקבות לאנג (Lang, 1977), מבני פחד הם רשתות טענתיות (propositional networks) המכילות מידע על: 1. גירויים; 2. תגובות מילוליות, התנהגותיות ופיזיולוגיות; 3. המשמעות של הגירויים והתגובות. הסברה היא שכדי לחולל שינוי במבנה פחד נחוצים שני דברים: תפעול (activation) שלו והטמעה של מידע חדש הסותר את הקודם המאוחסן בו. פירוש הדבר, שתהליכים קוגניטיביים מסבירים את ההתרגלות (במקרה זה, ירידת עוצמת הפחד) ההולכת ונבנית במהלך הפגישות הטיפוליות וביניהן. בדומה לכך, ברלו (Barlow, 1988) שילב הערכות קוגניטיביות לגבי שליטה וניבוי בתאוריית הרגש הביו-התנהגותית של גריי (Gray, 1982) המסבירה חרדה, ויצר בכך תאוריה מתקדמת של טיפול. תאוריות אלו ואחרות הן שהביאו למרכזיות של הגישה הקוגניטיבית בטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי וייעלו את הטיפולים בשיטה זו. התאוריות החדשות הורחבו ושוכללו על סמך ראיות שהצטברו, קצתן עברו התאמות קיצוניות לממצאים החדשים (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989) וקצתן עודכנו על ידי שינויים הדרגתיים (Barlow, 2002; Beck, 1996; Foa, Huppert & Cahill, 2006). ברבים מהעדכונים משולב מידע עדכני בנוגע לטבעם של למידה, זיכרון, קשב והכחדה ובנוגע לזוויסות רגשות ומבנים דומים (Gross, 1998; Kring, 2008). תאוריות חדשות יותר התמקדו בתחרות על מידע בזיכרון (Brewin, 2006), בעוד אחרות מנסות להבין את

---

<sup>1</sup> בעת השימוש במונח "מטופל" הכוונה לשני המינים, אך בגלל אילוצי העברית נבחרה צורת הזכר. במקרה של בעיה ייחודית לנשים תופיע צורת הנקבה.

הפסיכופתולוגיה על פי רמות מרובות (multi-level) של עיבוד מידע ( Beevers, 2005; )  
(Power & Dalgleish, 2008; Teasdale & Barnard, 1993).

אחת התאוריות הראשונות בפסיכופתולוגיה על פי רמות מרובות הייתה תאוריית התת-  
מערכות הקוגניטיביות האינטראקטיביות (Interactive Cognitive Subsystems – ICS) (Teasdale & Barnard, 1993).  
על פיה, קודים (codes) של מידע מאוחסנים בשתי רמות של משמעות, כללית וספציפית. קודים אלה ניתנים להמרה אלה באלה, אבל הם מאוחסנים  
במערכות זיכרון נפרדות. מודלים סכמטיים הקשורים ברגש מכילים מאפיינים של מצבים  
טיפוסיים שעוררו את הרגש בעבר. משמעויות שבדרך כלל מופעלות בסכמות הללו מוכללות  
ונשמרות במעגל קסמים קוגניטיבי (cognitive loop) ברוב צורות הפסיכופתולוגיה. מודל זה  
הורחב על ידי הוספת מערכות ייצוג סכמטיות טענתיות אנלוגיות ואסוציאטיביות  
(Schematic Propositional Analog Associative Representation Systems – SPAARS) (Power & Dalgeish, 1997; 2008), ועל ידי הכללת מידע משמעותי  
מתאוריית הרגש (ניסיון להסביר את רוב צורות הפסיכופתולוגיה באמצעות הסבר פונקציונלי-  
הערכתי של חמשת הרגשות הבסיסיים – אושר, עצב, פחד, גועל וכעס – והקשר שלהם  
למטרות), וכן על ידי התאוריה הקוגניטיבית (במודל מורכב ביותר הכולל ארבע רמות של  
ייצוגי מידע, כפי שמתואר בשמו של המודל: סכמטיות, טענתיות, אנלוגיות ואסוציאטיביות).  
הרחבה נוספת של מודל התת-מערכות הקוגניטיביות האינטראקטיביות חלה בעקבות הנחה  
בדבר רמות מידע תת-הכרתיות (אוטומטיות) והכרתיות (מודעות), תהליכים מעכבים וצירוף  
מורכב של רגשות.

מודלים אחרים שפותחו לאחרונה, המנסים לתאר יחסי גומלין אפשריים בין הצד הקוגניטיבי,  
ההתנהגותי והרגשי ולהבין את הקשר שלהם לפסיכופתולוגיה, כוללים את תאוריית השליטה  
הקשבית (Attentional Control Theory) (Eysenck et al., 2007) והרחבות בנוגע  
לזיוסות רגשי ותהליכים קוגניטיביים (Phillipot and colleagues, 2004). כמו כן הורחבו  
מודלים הנעזרים בנירוביולוגיה כדי להסביר פסיכופתולוגיה קוגניטיבית והתנהגותית  
(Davidson et al., 2000; Grossberg, 2003; Posner & Roethbart, 2007).

מחקרים עדכניים מצביעים על התפקיד האפשרי של הטיות (biases) של קשב ושל פרשנות  
(כלומר, התמקדות שגויה בסיטואציות או בגורמים שכביכול מצדיקים חרדה) בהתפתחות  
חרדה (Mathews & MacLeod, 2005; Koster, Fox, & MacLeod, 2009). מחקרי אורך  
הדגימו את החשיבות של צורות מסוימות של קוגניציה בהתפתחות של פסיכופתולוגיה  
(Bryant & Guthrie, 2007; Huppert et. al., 2008), וכמה מהם הצביעו על כך ששינויים  
במנגנונים קוגניטיביים והתנהגותיים, שיש הרואים בהם היבטים מרכזיים בגישת הטיפול  
הקוגניטיבי-התנהגותי, קשורים בשיפור בתסמינים (Ingram, Huppert et al., 2008; )  
(2007).

לסיכום, התאוריות העכשוויות של טיפול קוגניטיבי-התנהגותי בפסיכופתולוגיה מציגות שילוב של תחומים רבים של פסיכופתולוגיה ניסויית, פסיכולוגיה ומדעי המוח, וטרם נאמרה המילה האחרונה. ההתפתחות המתמדת של הגישות העכשוויות ושל גישות עתידיות תעמיק את יכולתנו להבין את מהותו של הטיפול בפסיכופתולוגיה.

### **מוקדים, טכניקות ותהליכים**

בפתיחת סעיף זה יצוין, כי הטכניקות שהטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי מתמקד בהן אינן מערך נפרד מהטיפול; אדרבה, הן חלק מההקשר של היחסים הטיפוליים. בשיטות רבות של הגישה מתגבש הקשר הטיפולי במהלך ההערכה והפגישות הראשונות. במחקרים עד כה נמצא, כי בדרך כלל הקשר הטיפולי בטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי הוא חזק למדי וחיובי, וכי המטפלים נתפסים כחמים, דאגים, וסמכותיים (אך לא סמכותניים) (Keijsers et al., 2000), כפי שגישת הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי אכן שמה לה למטרה. כמו כן נמצא שהתפיסה הטיפולית מבוססת על כנות, על שקיפות (המטפל מצייר מסגרת כללית של מה שיקרה בטיפול, ובתחילת כל פגישה הוא משוחח עם המטופל על תוכנה הצפוי) ועל שיתוף פעולה (המטפל והמטופל עובדים יחד לשם השגת המטרה המשותפת של הבנת הבעיות של המטופל באמצעות בחינת השערות שמעלים שניהם). במהלך הטיפול שואל המטפל שאלות סוקראטיות המעוררות את המטופל לשקול ולעבד את המידע באופן מלא, ובכך להגדיל את הסיכויים להפנימו וליישמו.

רוב שיטות הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי אינן מתייחסות לשיחות על הקשר הטיפולי עצמו כגורם שינוי, אלא אם כן יש סיבות לשער שהתעלמות מנושאים כאלה תפריע לטיפול מלכתחילה (Linehan, 1993; McCullough, 2003; Young et al. 2003). יתר על כן, ממה שידוע עד כה עולה, כי בשיטות מסוימות של טיפול קוגניטיבי-התנהגותי, הקשר הטיפולי נוצר בזכות הסיוע הענייני בחשיבה, בהתנהגות ובהקלה בתסמינים, ולא בעקבות התמקדות בקשר כשלעצמו (Tang & DeRubies, 1999). אמנם מאז תחילת היישום של גישת הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי הודגשה החשיבות של קשר טיפולי חיובי (Beck et al., 1979), אבל אפשר לומר שתפקיד המטפל אינו המרכיב המהותי ביותר בשיטה זו. עדות לכך היא יעילותן של תוכניות לעזרה עצמית ברוח הגישה הקוגניטיבי-התנהגותית לטיפול בכמה הפרעות (Newman et al., 2003).

ברוב שיטות הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי, ההתמקדות העיקרית היא במחשבות, בהתנהגויות, בתחושות הגופניות וברגשות שחווה המטופל, האופייניים לתלונותיו או להופעת הפסיכופתולוגיה שלו. המטרה היא להכיר ולהבין את ההקשר של המצבים הבעייתיים שעובר המטופל באמצעות בחינה של סיטואציות מן העבר הקרוב, שעוררו אצלו תגובה רגשית או התנהגותית קיצונית (פחד, בושה, מבוכה, דיכאון, כעס וכו'). מחשבות, ניבויים, אמונות, תגובות התנהגותיות ותגובות פיזיולוגיות נבחנים בצורה מפורטת במטרה להבין את מבנה

התגובות של המטופל למצבים כאלה (למעשה, זהו נתוח תפקודי [functional analysis] קפדני).

רוב גישות הטיפול מעודדות תהליך של היזכרות רגשית בסיטואציה (כדי להעלות "קוגניציות חמות" ובכך לסלול את הדרך לעיבוד רגשי) שלאחריה התרחקות כלשהי ממנה. ההתרחקות יכולה ללוש צורה של אתגור קוגניטיבי (הערכה מחדש של המחשבות שהופיעו בעת הסיטואציה הנדונה), או של בחינת ההתנהגויות החלופיות שהיה אפשר להפעיל (כלומר, חשיפה לחוויות שפוחדים מהן).

בסופו של דבר, כל גישות הטיפול מנסות ליצור הלכה למעשה חוויות למידה חדשות (לשנות צירופי משמעות בתוך מבני הסכמות מרובי-הרמות), אך זרמים שונים בוחרים דרכים משלהם לכך. הכיוון ההתנהגותי (למשל, טיפול בחשיפה להפרעות חרדה או הפעלה התנהגותית לטיפול בדיכאון) מדגיש שינויים בהתנהגות כדי לסייע ללמידה חדשה, ואילו הכיוון הקוגניטיבי מתמקד בבחינת ניבויים ומחשבות באמצעות אתגור קוגניטיבי והתנסויות התנהגותיות. בפועל, ברוב השיטות נמצא שילוב של אסטרטגיות התנהגותיות וקוגניטיביות, לא פעם אף באותו התרגיל. מטרת המטפל היא למקד את הקשר הטיפולי ואת כוח השכנוע שלו בסיוע למטופל להעלות חוויות הקוראות תיגר על אמונותיו הנוגעות לעצמו, לעולם ולעתיד.

גם הטכניקות ברובן (אך לא כולן) משותפות לרוב הגישות לטיפול. הן כוללות הערכה ואבחון (assessment), פסיכו-הדרכה (Psychoeducation), ניטור (Monitoring), הבניה קוגניטיבית (Cognitive Reconstruction), חשיפה במציאות חשיפה בדמיון, צמצום התנהגויות בלתי-מסתגלות או התנהגויות של הימנעות, הפעלה התנהגותית ומטלות בית. טכניקות אלו, הנדונות בהמשך הפרק, מותאמות למטופל לשם התמודדותו עם הבעיות העיקריות העשויות לשמר רגשות, מחשבות ות התנהגויות פתולוגיים כאלו.

המשגה (formulation, conceptualization) של כל מקרה ומקרה מאפשרת למטפל לעבוד לא מול "הפרעה" כמושג מופשט, אלא לגייס גם את תרומתו הייחודית של המטופל לפתרון בעיות שהוא חווה (ראה פרק 2). לכן מומלץ להמציא מטפורות מתאימות לסייע למטופל להבין וליישם את העקרונות והטכניקות של הטיפול.

טכניקות נוספות מארגז הכלים התקני של הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי הן הרפיה (relaxation), מטלות של חיפוש מידע, אימון בכישורים חברתיים (Social Skills Training) ומשחק תפקידים (role playing), וכן ראיונות מוטיבציוניים, ביופידבק, היפנוזה, EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) והעמקה רגשית (emotional deepening). חלק מטכניקות אלו עוררו תקווה להצלחה הן בתחום הקליני הן בתחום המחקרי, ובנוגע לאחרות עדיין נדרש מידע נוסף כדי לקבוע אם טמונה בהן תועלת לטיפול ואם יש למנותן עם שיטות הטיפול.

להלן מתוארות בקצרה הטכניקות הבסיסיות שהוזכרו לעיל, המקובלות על רוב החוקרים והמטפלים בתחום.

**הערכה** – לפני הטיפול נעשית הערכה קפדנית של אופן הצגת הבעיה כפי שהציג אותה המטופל (idiographic presentation). לשאלה אם יש להדגיש בהערכה את האבחנה הפסיכיאטרית באמצעות מדריך האבחון (Diagnostic and Statistical Manual, 4<sup>th</sup> ed; American Psychiatric Publications) או רק באמצעות ניתוח פונקציונלי קוגניטיבי והתנהגותי של הבעיות המוצגות, יש יותר מתשובה אחת.

לאחרונה פותחו כמה פרוטוקולים בין-אבחנתיים (transdiagnostical) המתמקדים במרכיבי הליבה של האבחנות לסיוע בהתייחסות לאבחנות מרובות באמצעות טכניקות המשותפות לרוב שיטות הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי (Allen, McHugh & Barlow, 2008; Barlow, Allen & Choate, 2004; Mansell et al., 2009; McEvoy et al., 2009). כמו כן פותחו אסטרטגיות העשויות לטפל מעבר האבחנות המגובלות או החפיפה בין האבחנות (Hayes et al., 1999). מודלים בין-אבחנתיים נדונים בפרקים אחדים בספר זה. על אף הוויכוח לגבי תפיסה זו, הכיוון של כל הגישות היום בטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי הוא שאין להסתפק בתווית האבחונית אלא ליצור המשגה ייחודית למטופל, שתסייע בבניית תוכנית טיפול ההולמת אותו. כפי שעולה מפרקי הספר, בטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי המשגות ספציפיות קשורות לעתים קרובות בהפרעות ספציפיות (לדוגמה, רגישות לחרדה ו"פחד מפחד" בהפרעת אימה [פאניקה]; התעסקות חוזרת ונשנית [רומינציה, "העלאת גירה מחשבתית"] בדיכאון; מיזוג בין מחשבה ופעולה בהפרעה טורדנית-כפייתית; דאגות בנוגע לדימוי הגופני בהפרעות אכילה). לכן, לפני הטיפול יש להעריך ולמדוד את הגורמים הקוגניטיביים, ההתנהגותיים והרגשיים העשויים להיות הבסיס להפרעה ושכוחם להסביר את הבעיות שמציג המטופל לפני הטיפול ובמהלכו. מתן מדדים לדיווח עצמי וראיונות הם צעד ראשון חיוני בטיפול טוב. ברגע שנקבעו האבחנות וזוהו הגורמים הקוגניטיביים וההתנהגותיים הפוטנציאליים הקשורים בתלונות המוצגות, מועבר מידע זה למטופל באמצעות הצעד הבא: פסיכו-הדרכה.

**פסיכו-הדרכה** – אחת ההנחות הבסיסיות של גישת הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי היא, שהמטופל מסוגל להבין את רוב צורות הפסיכופתולוגיה וההתנהגויות הבעייתיות על סמך ממצאים מן הפסיכולוגיה הניסויית ומתחומים אחרים של הפסיכולוגיה ובהם תאוריה רגשית, תאוריה חברתית, פסיכולוגיה קוגניטיבית ותאוריה של קבלת החלטות. סיוע למטופל להבין מה אנו חושבים על טבע מחלתו ועל הטיפול בה, ושיתופו בממצאים המחקריים על תוצאות טיפול כזה, עוזרים לקרב אותו לתפיסת הטיפול. זו כל הפסיכו-הדרכה על רגל אחת. הדבר גם מסייע להבנה עצמית, שלא לדבר על הבנת מושגים וטכניקות שיעלו במהלך הטיפול. פסיכו-הדרכה יכולה לעורר אצל המטופל תקווה לשיפור בתסמינים בזכות השתתפותו בטיפול (לדוגמה, מידע שלאדם הממוצע המשתתף בטיפול יש הפחתה בתסמינים ללפחות

50% ממה שהיה לפני הטיפול, וכי 60%-80% מהמטופלים מגיבים משמעותית לטיפול). פסיכו-הדרכה מבהירה למטופל שהוא אינו היחיד הסובל מן ההפרעה ויוצרת בו את התחושה שהמטפל הוא סמכות מקצועית, שהוא מכיר את הספרות המקצועית ויודע ליישם הלכה למעשה את הידע שלו ואת כישוריו המקצועיים.

לסיכום, יתרונה של הפסיכו-הדרכה בכך שהיא נוטעת תקווה בלב המטופל ומסייעת בהעלאת המוטיבציה להמשיך בטיפול. לכן, לעתים קרובות ההדרכה הזאת ניתנת בפגישה הראשונה, וכמטלות בית מוצע לקריאה חומר רלוונטי.

**ניטור** – ניטור עצמי (self monitoring) הוא אחד המרכיבים הבסיסיים והחיוניים בטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי. ניטור משמש הן הליך להערכה הן שיטת טיפול. כהליך להערכה, הניטור מסייע לזהות את הקשר ותוכן של מחשבות, התנהגויות, תחושות פיזיולוגיות ורגשות הקשורים להפרעה, ומאפשר לעקוב אחר שינויים לטוב או לרע הכרוכים בהם. כאסטרטגיית טיפול, הניטור מסייע לפרט להיעשות מודע לתבניות ומספק הקונטקסט להתמקדות ברגשות קשים (כצורה של חשיפה) וגם להתרחקות מהם (כדי לבחון אותם ללא שיפוט). המטלה הבסיסית ברוב צורות הניטור היא, שבכל פעם שהמטופל חש רגש עוצמתי, הוא מעלה על הכתב פרטים בנוגע לזמן, למקום ולזרז טריגר), לעוצמת החוויה ולמשכה, למחשבות, לתחושות ולתגובות הגופניות שהתרחשו (כלומר, אסטרטגיות התנהגותיות או קוגניטיביות שנעשה בהן שימוש כדי לנסות להתמודד עם התגובות). כמות המידע שנאסף שונה בין מטופל למטופל וגם אצל אותו מטופל בהתאם לחוויה וליכולות ולצרכים של כל פרט.

איי-היענות של המטופל לניטור מזיקה מכמה סיבות: היא עלולה להעיד על חוסר מוטיבציה, על הימנעות מרגש (אפקט) על חוסר הבנה של ההיגיון המנחה את המטלה או את הטיפול, ועל חשש לסיים את המטלה באופן לא מדויק. אבל התנגדות של המטופל צריכה להיות ברוב המקרים הדבר האחרון ששוקלים, כדי לאפשר לו "ליהנות מהספק". לעתים מוטב לפשט בעיות כדי להשיג היענות, מאשר להפסיק לגמרי את הניטור. ההיענות למתן מטלות הבית אף היא חשובה ברוב צורות טיפול (Kazantsis, Deane, Ronen & Labate, 2005).

**הבניה קוגניטיבית** – בצורות מסוימות של טיפון קוגניטיבי-התנהגותי, הבניה קוגניטיבית (cognitive restructuring) היא מנגנון השינוי החיוני ביותר והעיקרי מבחינה תאורטית (Beck, 1976, 1995). העיקרון המנחה את ההבניה הקוגניטיבית הוא בחינה של תקרית מסוימת ושל המחשבות שעלו במהלכה (לעתים המחשבות נרשמו, כמתואר לעיל). המטופל מתבקש להיזכר בפרטים בהקשר של המצב שהוביל לעוצמת החוויה הרגשית שלו (לדוגמה, "הרגשתי מדוכא וחרד כשהלכתי לבית הספר"), כדי להקל על העלאת קוגניציות "חמות", שהן מחשבות טעונות רגשית. לאחר מכן, המטופל מתבקש לתאר אילו מחשבות עלו בדעתו באותו הקשר (לדוגמה, "חשבתי שלעולם לא אעבור את הבחינה"). מחשבות אלו נבחנות יחד על רקע הבסיס ההיגיוני והמציאותי שלהן, כדי לעזור למטופל להעריך מחדש מחשבות מעוותות בצורה מדויקת יותר, שיש בה כדי להפחית את התגובה הרגשית השלילית שלו



באותו מצב. לדוגמה, "כמה פעמים נכשלת בעבר? מה הדבר הגרוע ביותר שיכול לקרות לך אם תיכשל?" – מה שמוביל לתשובות כגון, "טוב, קיבלתי 80 פעם אחת כשהייתי חולה". כשהמטפל שואל, "אז מהי הסבירות לקבל 60?", סביר להניח שהמטופל אומר "כן, אני מניח שאני מגזים מאוד כשאני מרגיש רע. בסך הכול לא נראה לי שתהיה לי בעיה לעבור את הבחינה".

קיימות כמה וכמה וריאציות לביצוע הבניה קוגניטיבית. הצורה המסורתית ביותר בטיפול קוגניטיבי-התנהגותי על פי הגישה של בק (Beck, 1976) היא באמצעות רישום המחשבות (הרישום משמש לניטור, כפי שתואר לעיל, אך כאן עיקר הדגש הוא על מחשבות ועל הערכת מחשבות). בצורות מסוימות של הטיפול, חלק מההערכה היא תיוג של סוג העיוות הקוגניטיבי המאפיין את המחשבה הספציפית, כגון חשיבה מסוג "הכול או לא-כלום" (all or none thinking), שעל פיה האדם שואף להשיג מה שנראה לו כשלמות מוחלטת ואינו מוכן להתפשר על פחות מזה. עם מחשבות ספציפיות נמנים גם הפחתה מערכו של החיובי, סינון מנטלי, פזיזות בהסקת מסקנות, ראיית דברים כהרי-אסון (catastrophizing), היקש רגשי, טענות מסוג "זה היה צריך להיות כך וכך" (should statements) והאנשה ("הכל קרה בגללי") (Burns, 1980). אחרים מדלגים על שלב התיוג וניגשים ישירות לעבודה עם המטופל על פיתוח תגובות רציונליות למחשבות. לאחר פיתוח תגובות רציונליות ריאליסטיות מוצע למטופל להעריך מחדש את עוצמת החוויה הרגשית, כדי לקבוע אם השינויים בניבויים או בחשיבה השפיעו עליו רגשית. לעתים נעשית ההבניה הקוגניטיבית במהלך החשיפה או הניסויים התנהגותיים, ולעתים לפניהם. בטיפולים מסוימים היא מבוצעת בשלבים: לפני חשיפה לניסוי נערכות הערכות ראשוניות של מחשבות, ואחריה הן מוערכות מחדש. יש מטפלים המבצעים אתגור קוגניטיבי, גם הוא בשלבים: קודם כל ניטור זיהוי נושאים, לאחר מכן זיהוי עיוותים ותגובות רציונליות. אחרים מעדיפים פיתוח מיידי ופעיל יותר של תגובות רציונליות. כך או כך, אתגור קוגניטיבי דורש מיומנות שהיא כמעט בגדר אמנות. בשימוש באתגור סוקראטי יש להיזהר, ולהבטיח שהמטופל אינו חש שלועגים לו או שמתעמתים אתו בנוקשות בעת התשאול. מכל מקום, יש בספרות המלצות גם לעימות ישיר (Ellis, 1962). אצל מטופלים עם בעיות כרוניות, שיכולות להיות קשורות לבעיות אישיות, האתגור הקוגניטיבי נמשך לאורך הבדיקה וההבניה של אמונות מרכזיות (כלומר, סכמות עקביות על האדם עצמו, על הסביבה או על העתיד) באמצעות כמה וכמה טכניקות (Beck, 1995).

*חשיפה במציאות* – חשיפה במציאות היא מאפיין מרכזי של ניסויים התנהגותיים רבים (Bennett-Levy et al., 2004). בדרך כלל, בגישה הקוגניטיבית-התנהגותית ננקטות חשיפות כאלו בטיפול בהפרעות חרדה (פוביות ספציפיות, הפרעת חרדה חברתית, הפרעת חרדה עם אגורפוביה, הפרעת דחק פוסט-טראומטית, הפרעה טורדנית-כפייתית) ובכמה בעיות נוספות ובהן היפוכונדריה. הטיפול מותאם לכל סוג של חרדה. לדוגמה, בהפרעת פאניקה נעשית חשיפה ל"פחד מפחד" (מעצם הפחד) או לתחושות גופניות בעקבות תרגילים

שמעוררים תחושות של קוצר נשימה, דופק מהיר וכו'. תרגילים כאלה נתפסים כמרכיבים חשובים של הטיפול בהפרעת פאניקה. תאוריות שונות מסבירות כיצד פועלת החשיפה, ובהן תאוריית הלמידה המודרנית (Craske et al., 2008; Minkeka & Zinbarg, 2006), תאוריית העיבוד הרגשי (Foa, Huppert & Cahill, 2006; Foa & Kozak, 1986), תאוריית עיבוד המידע (Brewin, 2006) ותאוריות של שני גורמים (Mowrer, 1939; Teasdale & Barnard, 1993). העוסקים בתחום דנים בהבדלים שבין "ניסויים התנהגותיים" לחשיפות, וברור מאליו שאין די, תאורטית וקלינית, בתאוריות התנהגותיות מסורתיות המבוססות על התרגלות (הביטואציה) בלבד. במילים אחרות, ברוב הטיפולים בגישה הקוגניטיבית-התנהגותית, הסבר ההתרגלות הניתן למטופל לגבי החשיפה הוא חלקי. לא פחות חשובה ממנו היא למידת מידע חדש, מידע המערער את האמונות הקודמות או סותר אותן, בכל צורה של חשיפה. כדי שתמוצָה יעילותה, על החשיפה להיות מתוכננת כך שתחדור אל מהות פחדיו או דאגותיו הייחודיים של המטופל, כדי להבטיח שהוא אינו מנסה בעדינות לנקוט הימנעות כלשהי או לדבוק באמונה טפלה כהתנהגות מגוננת (בטחון). לדוגמה, אם בעל הפרעה טורדנית-כפייתית מגלה חששות מזיהום, צריך לנסות להבין מה הוא מדמה לעצמו שיקרה בעקבות הזיהום (האם זו תחושת גועל מלכלוך או מנוזלי גוף, שמא זה פחד להידבק באיידס, פחד מתולעים, פחד מעצם הלכלוך וכו'). עתה יש לוודא שהמטופל מסכים להשתתף בחשיפות למזוהם שטמונה בו תפיסה מוטעית של סכנה (לדוגמה, לגעת בספרייה בספר על איידס, אם הוא פוחד להידבק באיידס).

כדי להמחיש את הרעיון המרכזי של טכניקת החשיפה אפשר להשתמש בדברים המיוחסים לאלניור רוזוולט: "אדם רוכש כוח, אומץ וביטחון מכל חוויה שבה הוא עוצר להסתכל ישר בפניו של הפחד. עליך לעשות את הדבר שאתה חושב שאינך יכול לעשות".

**חשיפה בדמיון** – שתיים מצורות החשיפה בדמיון (imaginary exposure) הנפוצות ביותר הן חשיפה לזיכרונות של מאורעות טראומטיים בטיפול בתסמונת דחק פוסט-טראומטית וחשיפה לתוצאות מוגזמות שהמטופל פוחד מהן (המקובלת בטיפול בהפרעה טורדנית-כפייתית, אך גם בבעיות רבות אחרות). בחשיפה בדמיון מתבקשים המטופלים להתמקד שוב ושוב במצבים מדומיינים המעוררים תחושות רגשיות שליליות. נראה שלתרגול זה השלכות חיוביות רבות, ובהן סבילות מוגברת ומוכנות לחוות רגשות שליליים, יצירת נרטיב קוהרנטי של הטראומה או הפחד של המטופל, הבחנה בין מחשבות למציאות, והפחתה בסבירות ובמחיר של התרחשות האירועים או הישנותם. אחת ההמשגות בתסמונת דחק פוסט-טראומטית היא, שמכיוון שפחד מההיזכרות מונע עיבוד הולם של הזיכרון ואינו מאפשר שילוב מלא של התוכן והרגש עם חויות אחרות, המטופל נמנע מהיזכרות מפריעה, מה שמוביל להתפתחות ההפרעה. חשיפה בדמיון בהקשר זה כוללת סיפור מחדש מובנה ושיטתי של זיכרון הטראומה, תוך התמקדות בנקודות טעונות רגשית שהמטופל צריך לעבד בצורה מלאה יותר. סוג זה של טיפול יעיל מאוד לרבים מבין הסובלים מהתסמונת.

בטיפול בהפרעות חרדה אחרות, גם דמיון של קטסטרופות עתידיות יכול להיות דרך יעילה לעיבוד אמונות שליליות. לדוגמה, אם המטופל מודאג שמא תימתח עליו ביקורת בגלל משגה חברתי (faux pas) מינורי שיעשה, המטפל יכול ליצור אתו יחד תרחיש דמיוני שבו הוא מאפשר לעצמו משגה חברתי מינורי המוביל לביקורת קיצונית מצד חבריו לעבודה, מצד משפחתו ומצד זרים ברחוב. אחרי שהקליט תיאור מפורט וטעון רגשית, מתבקש המטופל להקשיב להקלטה שוב ושוב כ-45 דקות ביום במשך שבוע. הנחה היא שלהקשבה חוזרת ונשנית לתרחיש יש אפקט דומה לזה של צפייה בסרט אימה פעם אחר פעם. הפעמים הראשונות תמיד מפחידות, אך אז הצופה מתחיל לחוש ריחוק, להבחין בפרטים אחרים, ולבסוף מוצא את הסרט משעמם. אם הדבר מבוצע היטב, המטופל מדווח בהתחלה על חרדה משמעותית בזמן ההאזנה להקלטה, ועל הפחתה משמעותית שלה במשך השבוע. אחרי חשיפה מדומיינת כזאת מציינים מטופלים רבים כי פחדיהם כבר לא נראים להם מציאותיים או סבירים.

**הכחדת התנהגויות של בטיחות והפסקת הימנעות בלתי-מסתגלת** – צורות רבות של טיפול קוגניטיבי-התנהגותי מדגישות את התפקיד שממלאת ההימנעות בשימור פסיכופתולוגיה. זה היה מרכיב מפתח ברציונל של טיפולי החשיפה במשך שנים רבות (Mowrer, 1939). לאחרונה מודגש עוד יותר תפקיד ההימנעות (קוגניטיבית, רגשית או התנהגותית) ו/או תפקידו של תרגול עדין שנועד למנוע התנהגויות מגוננות – גם בגישות קוגניטיביות (Clark, 1999; Salkovskis, 1996) וגם בגישות התנהגותיות לטיפול (Foa & Kozak, 1986; Hayes et al., 1999; ראו גם Yovel, פרק X). הטיפולים שונים זה מזה באופן שהם מנסים לעודד את המטופלים "להימנע מהימנעות". מכל מקום, קיימת הסכמה גוברת והולכת לכך שניסיונות להימנע מתוצאות שליליות או מאפקט שלילי של מצבים נוטים להשיג את התוצאה ההפוכה. לכן, ביצוע ניסיונות התנהגותיים, חשיפות, פעולות שהמטופל התחייב לבצע וכיוצא באלו – כולן שיטות להבטחת מגע ישיר ללא תכסיסי הימנעות. אם לדבוק בדוגמה שלעיל שבה בעל הפרעה טורדנית-כפייתית חושש להידבק בחיידקי מחלה בעקבות נגיעה בספר שעוסק במחלה זו, הרי אין די בחשיפת המטופל לידיית של דלת שנראית לו מזוהמת; יש לדאוג לכך שהוא לא ינקוט התנהגויות שינטרלו את החשיפה, החל בכך שהוא יאמר לעצמו שאין כל רע בידיית המסוימת שבה התבקש לאחוז, כי הרי המטפל מאשר זאת, או שיימנע מלגעת באזור ספציפי של הידיית שנראה כאילו יש עליו כתם, וכלה ברחיצת ידיים מיד לאחר הנגיעה בידיית הדלת. כל ההתנהגויות הללו יפריעו להפנמת הלמידה, שהמגע עם הספר לא הדביק אותו באיידס ושחפצים אחרים שהוא פוחד מהם, ככל הנראה אינם מזיקים. כל אחת מהימנעויות אלו צריכה להוביל את המטפל לעודד את המטופל לחשיפה חוזרת ללא הימנעות, כדי לסייע בלמידה מתקנת. דיון בהפסקת הימנעות ובשאלה כיצד להתמודד עם התנהגויות מגוננות ועם סוגים אחרים של הימנעות אפשר למצוא ברבים מפרקי הספר.

**הפעלה התנהגותית** – הפעלה (אקטיבציה) התנהגותית היא חלק מליבת הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי בדיכאון (Beck et al., 1979), ונמצא כי אפילו לבדה היא בגדר טיפול יעיל בדיכאון (Cuipers et al., 2007). על פי אחת התאוריות, הפעלה התנהגותית היא צורה של חשיפה למטופלים עם דיכאון שפוחדים מכישלון ולכן אינם מנסים לעסוק בפעילויות מהנות או בפעילויות הדורשות שליטה (Martell et al., 2001). כמו בכל טכניקות הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי, גם הפעלה התנהגותית מופעלת בשיטות שונות. אחת הנפוצות ביותר מתחילה בניטור פעילויות יום-יומיות באמצעות רישום שבועי. המטופל מתבקש לנהל יומן פעילויות שעה אחרי שעה בכל יום לפחות במשך שבוע (בדרך כלל כותבים ביומן בסוף כל יום), ובו עליו גם לדרג את מידת ההנאה ומידת השליטה שהוא חווה בכל פעילות. כל שבוע עוברים המטפל והמטופל יחד על שבוע הפעילויות. בחייו של מטופל דיכאוני נפוצות פעילויות כגון שכיבה במיטה, צפייה בטלוויזיה וגלישה באינטרנט. לכן, המטפל עובד עם המטופל על קביעת פעילויות חדשות שיגבירו הנאה או שליטה (בדרך כלל באופן הדרגתי, כדי לא לקבוע מטרות שסביר שייכשלו), ובהן פעילויות שהעסיקו אותו לפני שהפך לדיכאוני. פעילות גופנית נכללת לעתים קרובות בהצעות אלו. במקרים רבים, זהו תהליך של הערכה ושל יצירה משותפת של פעילויות חדשות, הנמשך לעתים בכמה וכמה פגישות טיפוליות.

**מטלות בית** – מטלות למיניהן ותרגול בין פגישה לפגישה הם תנאי בל-יעבור בטיפול, ותרומתם נחקרה יחסית ביסודיות (Kazantis et al., 2000, 2005). מכיוון שאת רוב דפוסי החיים הקוגניטיביים, ההתנהגותיים או הרגשיים אי אפשר לשנות על ידי טיפול של שעה או שעתיים בשבוע, ההכללה של העקרונות והמושגים שנלמדו בפגישה הטיפולית ויישומם לעולם האמיתי נעשים דרך תרגילים מיוחדים הניתנים כמטלות בית. פעילויות אלו כוללות רבים מההליכים שתוארו לעיל (קריאת חומר הדרכה, ניטור, אתגור קוגניטיבי, חשיפות וכו'). עקרונית, התפקיד של מטלות הבית בטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי דומה לזה שבלימוד שפה חדשה: אם הלומד רוצה לשלוט בה היטב, עליו להשקיע מאמץ בלימוד ובשינון, ובעיקר בשימוש בה. הפגישות הטיפוליות עשויות לספק את הבסיס ל"דקדוק" ול"אוצר המילים" של השפה, אך רק על ידי השימוש בכל הזדמנות במה שלמד יוכל הלומד לשלוט באמת ב"שפת הטיפול" ולהשתמש בה גם זמן רב אחרי הטיפול. השוואה מטאפורית זו משמשת לעתים קרובות כדי להסביר למטופל את חשיבותן של מטלות הבית.

## **סיכום**

בחמישים השנה האחרונות חלה התקדמות רבה הן בהיבטים ההתנהגותיים הן בהיבטים הקוגניטיביים של הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי. שפע של מחקרים מוכיחים את יעילותו ברוב צורות הפסיכופתולוגיה: הפרעות חרדה, דיכאון, הפרעות אכילה, סכיזופרניה, הפרעות אישיות ועוד (Butler et al., 2006). גם משך ההשפעה של הטיפול לאורך זמן הוכח כיעיל (Hollon et al., 2006). אין ראיות לכך שבעיות או הפרעות חדשות מחליפות את אלו שטופלו בגישה הקוגניטיבית-התנהגותית.

הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי הוא מערך טיפולים עשיר, יצירתי ויעיל. הדרישה שהוא מציב לעצמו, להשתמש בטכניקות הערכה מדויקות ובעלות תוקף אמפירי (שלאחריהן באה הערכה נוספת) שנועדו להשגת תועלת מרבית מהטיפול, משתקפת הן ברמת המיקרו, כלומר בטיפול בפרט, הן ברמת המאקרו – במחקרים על יעילות הטיפול. העוסקים בתחום שוקדים בהתמדה על הערכה של הישגי הטיפול ועל דרכים לשפרו. לנגד עיניהם עומדת המטרה של השגת ההקלה המרבית האפשרית למטופל לטווח הקצר ולטווח הארוך – בתוך פרק הזמן הקצר ביותר.

## מקורות

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Allen, L.B., McHugh, R. K., & Barlow, D.H. (2008). Emotional Disorders: A unified protocol. In Handbook of Psychological Disorders (4<sup>th</sup> Ed.), Barlow, D.H., Ed.). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press .
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck A.T. (1996). Beyond Belief: A Theory of Modes, Personality and Psychopathology. In P.M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy* (pp. 1-25). New York: Guilford Press.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York, New American Library.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Beevers, C. G. (2005). Cognitive vulnerability to depression: A dual process model. *Clinical Psychology Review*, 25, 975-1002

- Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackmann, A., Mueller, M., & Westbrook, D. (2004). *Oxford Guide to behavioural experiments in cognitive therapy*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Brewin, C.R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 765–784.
- Bryant, R.A., & Guthrie, R.M. (2007). Maladaptive self-appraisals before trauma exposure predict posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 812-815.
- Burns, D.D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. New York: William Morrow & Co.
- Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26: 17-31.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope, & F. Scheiner (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69-93). New York: Guilford Press.
- Clark, D. M. (1999). Anxiety disorders: why they persist and how to treat them. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S5-S27.
- Clark, D.M. (2004). Developing new treatments: on the interplay between theories, experimental science and clinical innovation. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1089-1104.

- Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 5–27
- Cuipers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 318-326
- Dalgleish, T. (2004). Cognitive theories of posttraumatic stress disorder: The evolution of multi-representational theorizing. *Psychological Bulletin*, 130, 228-260.
- Ehlers, A. and Clark, D.M. (2000) A cognitive model of post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion In Psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Eysenck, M. W., Derakshan, N., Santos, R., & Calvo, M. G. (2007). Anxiety and cognitive performance: Attentional control theory. *Emotion*, 7, 336–353.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Foa, E. B., Huppert, J.D., & Cahill, S.P. (2006). Update on Emotional Processing Theory. In (Rothbaum, B.O., Ed). *The Nature and Treatment of Pathological Anxiety*. New York: Guilford Press, pp 3-24
- Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.



- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology, 2*, 271-299.
- Gray, J. (1982). *The neuropsychology of anxiety*. New York: Oxford University Press.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive Behavioural Processes across psychological disorders*. New York: Oxford University Press.
- Hollon, S.D., Stewart, M.O., & Strunk, D. (2006). Cognitive behavior therapy has enduring effects in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology, 57*, 285-315.
- Huppert, J.D., Foa, E.B., McNally, R.J., & Cahill, S.P. (2008). The Role of Cognition in Stress and Fear-Circuitry Disorders. Andrews G, Charney D, Sirovatka P, & Regier DA. Eds. *Stress-Induced and Fear Circuitry Disorders: Refining the Research Agenda for DSM-V*. Arlington, VA, American Psychiatric Association, pp. 193-212.
- Ingram, R.E. (2007). Introduction to the special section on cognitive processes and psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*: 359-362.
- Kazantzis, N., Deane, F.P., Ronan, K.R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science & Practice, 7*, 189-202.
- Kazantzis, N., Deane, F.P., Ronan, K.R., L'Abate, L. (2005). *Using homework assignments in cognitive-behavior therapy*. New York: Brunner-Routledge.

- Keijsers, G.P.J., Schaap, C.P.D.R., & Hoogduin, C.A.L. (2000). The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavioral therapy. *Behavior Modification, 24*: 264-297.
- Lang, P.J. (1977). Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behavior Therapy, 8*, 862-886.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 23*, 6-19.
- Martell, C.R., Addis, M.E., & Jacobson, N.S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. N.Y.: Norton.
- Mathews, A., & Mackintosh, B. (1998). A cognitive model of selective processing in anxiety, *Cognitive Therapy and Research, 22*(6), 539- 560
- Mathews, A., & MacLeod, C. (2005). Cognitive Vulnerability to Emotional Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 167-195.
- McCullough Jr. JP. (2003). *Treatment for Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)*. New York: Guilford Press.
- McEvoy, P. M., Nathan, P., & Norton, P. J. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 23*, 20-33.

Mineka, S., & Zinbarg, R. (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders: It's not what you thought it was. *American Psychologist*, 61, 10–26.

Mogg, K. & Bradley, B. P.(1998). A cognitive-motivational analysis of anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 809-848.

Mowrer, O.H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychology Review*, 46: 553-565.

Newman, M. G., Erickson, T., Przeworski, A., & Dzus, E. (2003). Self-help and minimal-contact therapies for anxiety disorders: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Journal of Clinical Psychology*, 59, 251-274.

O'Donahue, W., & Krasner, L., Eds. (1995). *Theories of Behavior Therapy*. Washington D.C.: American Psychological Association.

Pavlov, I.P. (1927). *Conditioned reflexes*. London: Oxford University Press.

Power, M. J., & Dalgleish, T. (1997). *Cognition and emotion: From order to disorder*. Hove, U.K.: Psychology Press.

Power, M. J., & Dalgleish, T. (2008). *Cognition and emotion: From order to disorder, Second Edition*. Hove, U.K.: Psychology Press.

Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioural model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741–756.

Salkovskis, P. M. (1996). The cognitive approach to anxiety: threat beliefs, safety-seeking behaviour and the special case of health anxiety and obsessions. In P. M. Salkovskis, *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 48-74). New York: Guilford.

- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, s29-s52.
- Seligman, M. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior Therapy*, 2, 307-320.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.
- Tang, T.Z., DeRubeis, R.J. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitive behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 894-904.
- Teasdale, J., & Barnard, P. (1993). *Affect, Cognition and Change*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Thorndike, E.L. (1931). *Human learning*. New York: Century.
- Watson, J. B. & Raynor, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- Williams, J. M. G., Watts, F. N., MacLeod, C., & Mathews, A. (1997). *Cognitive psychology and emotional disorders* (2nd ed.). Chichester, UK: Wiley
- Wolpe, J. (1952). Experimental neuroses as learned behavior. *British Journal of Psychology*, 43, 243-268.
- Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2003). *Schema Therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.