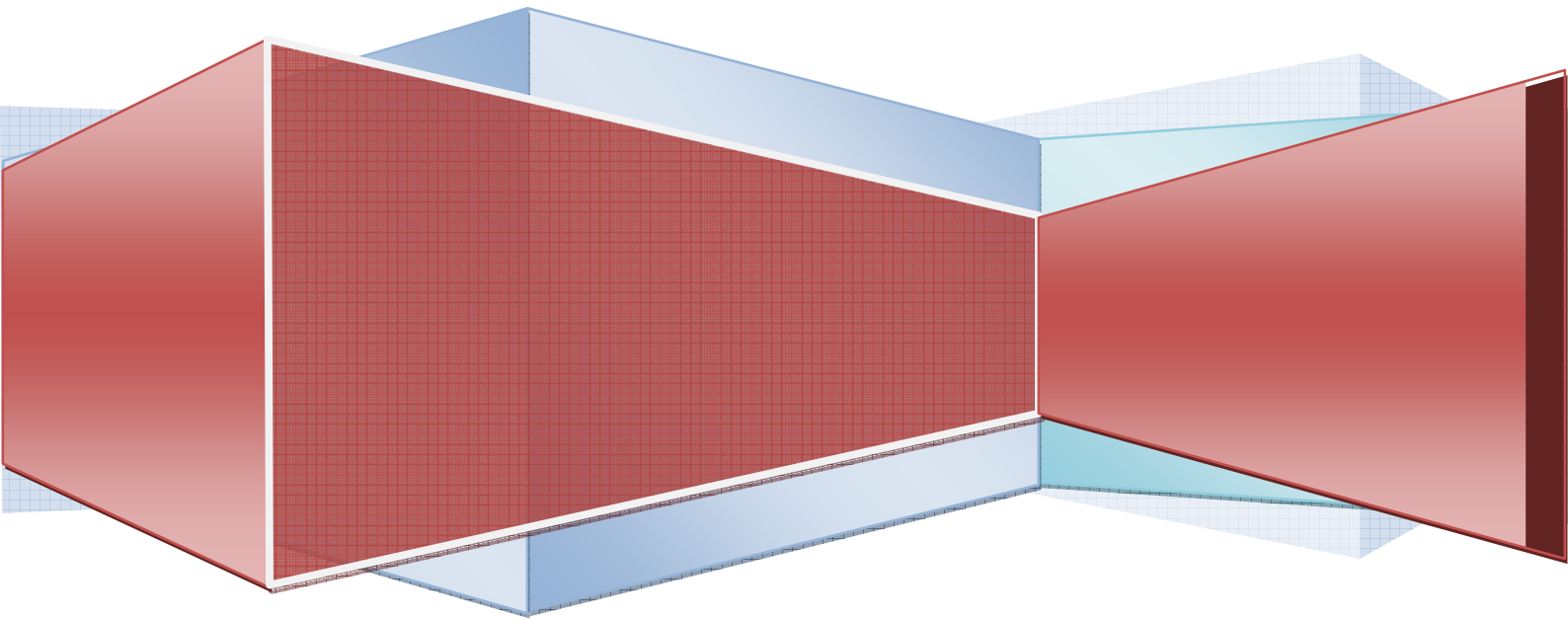


درمان های شناختی رفتاری

دکتر عباس بخشی پور رودسری

خرداد ۱۳۹۱



CYBER

Psychology & Neurofeedback Center

مرکز روانشناسی و نوروفیدبک سایبر

تبریز، خیابان ارتش جنوبی، روبروی اداره پست مرکزی، ساختمان پرده استار، طبقه ششم

تلفن: ۰۴۱۱ ۵۴۱۰۱۴۳

۰۹۱۴۶۶۵۷۸۹۸

www.CyberPsychology.blogfa.com

Email: PsychologyCyber@gmail.com

سایبر

مرکز روانشناسی و نوروفیدبک

پیشگفتار

درمانهای شناختی رفتاری (CBT) از موثرترین و جدیدترین رویکردهای درمانی است. در مقاله ای که پیش رو دارید نخست به خاستگاه تاریخی CBT پرداخته ایم و از نحوه ی شکل گیری این سیستم درمانی به تفصیل بحث کردیم و نشان دادیم که روندهای مختلف در تاریخ رواندرمانی چگونه خواسته یا ناخواسته به ظهور اشکال معیار درمان شناختی رفتاری منجر شده اند. سپس شناخت درمانی بک را بعنوان شکل معتبر و معیار درمان شناختی به تفصیل معرفی نمودیم. نگاه ما در این بررسی بیشتر متمرکز بر حوزه هایی بوده است که این درمان در آن با موفقیت پیش رفته و نیز حوزه هایی که در آن با مشکل برخورد کرده است. در نهایت با اشاره به برخی تغییراتی که در شناخت درمانی صورت پذیرفته، موضع کنونی این سبک درمانی و پرسشهایی را که فراسوی آن قرار گرفته است، باز نمودیم. همان گونه که می توان از چنین مقالاتی انتظار داشت تمرکز بحث بر تحولات مفهومی و نظری سر برآورده در درمان های شناختی رفتاری بوده است. اصول و چارچوب اصلی شناخت درمانی مورد کاوش و واریسی قرار گرفته است و تحولات مهمی که از سر گذرانده به ایجاز توصیف شده است. ولی در پایان این پیشگفتار توضیح این نکته را ضروری می دانم که درمانهای شناختی رفتاری مانند سایر حوزه هایی که ذیل نام علم قرار می گیرند، هنوز رویکردی است در راه، و تغییرات زیادی را پیش رو دارد. از نقاط قوت این رویکرد درمانی نیز همین بوده است که هیچگاه به صورت یک سیستم بسته و جزمی خود را معرفی نکرده است و با اتخاذ موضعی تجربی همیشه پذیرای صورتبندی جدید و آزمودن فرضیه های بکر و بدیع بوده است و احتمالاً همین موضع در تداوم گسترش این شیوه درمانی بی تاثیر نبوده است. امید می رود با التفات تام به رویکردی تجربی در مسیر تکامل نظری و عملی این شیوه درمانی قرار گیریم.

فهرست مطالب

درمانهای شناختی _ رفتاری	۶
چشم انداز تاریخی.....	۶
تغییر مفاهیم درمانهای شناختی _ رفتاری.....	۱۳
شرطی سازی به مثابه یک استعاره	۱۳
پردازش اطلاعات به مثابه یک استعاره	۱۴
روایت سازنده به مثابه یک استعاره	۱۷
الگوی معیار درمان شناختی رفتاری	۲۰
مدل شناختی آسیب شناسی روانی	۲۰
رواندرمانی شناختی	۲۲
حوزه هایی که شناخت درمانی در آنها به کار گرفته می شود	۲۴
مکانیسم تاثیر شناخت درمانی	۲۵
مؤلفه هایی از شناخت درمانی که با تغییر همبسته اند	۲۵
تغییرات حاصله در بیمار	۲۶
محدودیت های شناخت درمانی	۲۸
تحولات جدید در شناخت درمانی	۲۹
طرحواره های هسته ای در برابر طرحواره های پیرامونی	۳۰
فرایندهای دفاعی	۳۱

چرخه های شناختی _ بین فردی و رابطه درمانی ۳۲

نقش عاطفه و هیجان ۳۴

تاکید فزاینده بر موضوعات رشدی ۳۴

نتیجه گیری ۳۵

درمانهای شناختی رفتاری

دشوار است شخص یا زمان خاصی را نقطه شروع رویکرد درمانی خاصی در نظر بگیریم. درمان شناختی (CT) یا شناختی _ رفتاری (CBT) نتیجه یک فرایند تکاملی طولانی بوده است. تحولات بسیاری همزمان در گسترش درمانهای شناختی _ رفتاری موثر شناخته شده اند. از دهه ۱۹۵۰ به این سو شتاب این تحولات و افتراقات آنها شدت یافته است. مقاله حاضر عمدتاً به زمینه تاریخی، شیوه درمانی معیار و تحولات نظری رواندرمانی های شناختی می پردازد. در هر یک از حوزه های مذکور ناچار به اختصار اکتفا می شود. لازم به ذکر است که هر گونه روایتی در این زمینه ها لزوماً تفسیری و تابع دیدگاه خاص روایتگر است.

چشم انداز تاریخی

خاستگاه نظریه های درمان شناختی را به سهولت می توان تا دوره باستان پیگیری نمود. شباهت های زیادی بین آرای متفکران باستان و دانشمندان روانشناس کنونی دیده می شود. اهمیت قائل شدن برای پالودن ضمیر در اندیشه متفکران هند و چین باستان، سخت گیری فیثاغوریان در تحصیل انضباط در زندگی، محوریت یافتن دیالوگ میان معلم و متعلم در دیدگاه افلاطونیان، اهمیت یافتن پژوهش همگانی و استقرائی در نگاه ارسطوئیان، هدف قرار گرفتن چیرگی بر عواطف و هیجانات میان رواقیون و اپیکوریان، همگی تقدم شناخت بر عواطف و رفتار را پیشفرض خویش قرار می دادند. بودا معتقد بود:

((ما آن چیزی هستیم که فکر می کنیم، هر چه در ما ظهور می یابد از تفکر ماست. ما با افکارمان جهان را می سازیم.))

افلاطون به صراحت بیماری و اختلال را خروج از دایره عقل در نظر می گرفت. اپیکتوس، فیلسوف رواقی قرن چهارم قبل از میلاد اعلام داشت که

((انسانها به واسطه رویدادها آشفته نمی شوند بلکه نظری که در قبال حوادث اتخاذ می کنند آن ها را ناراحت و مشوش می -

سازد)).

در دوره قرون وسطی در آرای آگوستین قدیس و توماس آکوئیناس، تعدیل و اصلاح عقل تنها راه تادیب و تحدید هیجانات سرکش تلقی می شد. دکارت در دوره جدید، راسیونالیسم را احیا نمود. در نگاه دکارت، انسان تالیفی از جسم و ذهن است، جسم جایگاه تاثرات و انفعالات نفسانی و ذهن جوهر غیر مادی و صورت بخش تلقی می شد. نهضت روشنگری چیزی نبود جز تقدیس عقل و اولویت دادن آن بر احساسات و عواطف. گرچه تجربه گرایی انگلیسی (بیکن، هابز، لاک، بارکلی، هیوم، میل) پادزهری علیه آموزه تفوق عقل در نظر گرفته می شد، ولی با تسلط ایده باوری کانت در تفکر غربیان بار دیگر ذهن

چون عاملی فعال و صورت بخش در نظر گرفته شد. کانت معتقد بود بیماری ذهنی زمانی رخ می دهد که شخص در تطبیق دادن ((عقل عام)) با ((عقل شخصی)) شکست بخورد. بازتاب عملی این تحولات نظری، نهضت سلامت ذهنی بود که به سرعت بخشهایی از اروپا و آمریکای شمالی را در اواخر قرن هجده و اوایل قرن نوزده درنوردید. این نهضت که گاه به نام ((روانشناسی ذهن سالم)) خوانده می شود بر اهمیت تفکر مثبت و تمرینات عملی تاکید می گذارد و آموزشهای خود را در زمینه ای از آموزه های مسیحیت عرضه می داشت. این نهضت هنوز وجود دارد و به حیات خویش در آثار دیل کارنگی و نرمان و نیست پیل ادامه داده است. ولی امروزه نهضت تفکر مثبت و ذهن سالم به عنوان کاربرد عرفی علوم شناختی طبقه بندی می شود (ماهونی، ۱۹۹۳؛ مایکن بام، ۱۹۹۳، ۱۹۹۵).

صرف نظر از این زمینه های عام، درون حوزه روانشناسی نیز سنت دیرپایی از درمانگران معناگرا وجود داشته است. یعنی پیش از ظهور درمانگران شناختی، غالب درمانگران اواخر قرن نوزده و اوایل قرن بیست نیز بر اهمیت شناختها در ایجاد اختلالات اذعان داشتند. پیر ژانه معتقد بود بیماران مبتلا به هیستری از ((افکار ثابتی)) در رنجند. پاول دوبویس باور داشت ((افکار نادرست)) موجب اختلال روان شناختی می شود. آلفرد آدلر ((عقاید خطا)) را زیربنای رفتار نوروپیک می دانست. جرج کلی نقش ((سازه های شخصی)) افراد را در بروز بیماری دارای ارزش قاطع در نظر می گرفت (مایکن بام، ۱۹۹۳، ۱۹۹۵).

در روان شناسی با تسلط رفتارگرایی، این تاکید اولیه بر شناخت و تفکر رو به نقصان گذارد. در این دیدگاه تنها بر پاسخهای عینی و مشاهده پذیر تکیه می شد. رفتارگرایان معتقد بودند که درون نگری روشی غیر علمی است و هشپاری موضوع بسیار مبهمی است و برای پژوهش علمی مناسب نیست. در حقیقت تاکید آنها بر رفتار مشاهده پذیر آنها را بسوی طرد هر اصطلاحی که به رویدادهای ذهنی اشاره داشت نظیر تصور، ایده یا فکر کشاند (ماتلین، ۱۹۸۹). با حاکم شدن بینش رفتارگرایانه در حوزه بالینی که تجلی آن ظهور و گسترش رفتار درمانی بود با یک دوره فترت در توجه به شناخت و فرایندهای واسط در عرصه علوم پایه و کاربردی روانشناسی روبرو می شویم.

علوم شناختی جدید بین سالهای ۶۵- ۱۹۵۵ ظهور مجدد یافتند ولی تصدیق انقلاب شناختی تا دهه ۱۹۷۰ به تعویق افتاد. جالب توجه است بدانیم که اکثر رویکردهای درمانی شناختی قبل یا همزمان با روانشناسی شناختی ظهور یافتند. برای مثال هرچند کتاب روانشناسی سازه شخصی جرج کلی بعنوان یک شناخت گرا منبع الهام بسیاری از درمانگران شناختی شد ولی تقریباً در همین دوره درمان عقلانی _ عاطفی الیس (۱۹۶۲) و درمان شناختی بک (۱۹۶۳) آغاز شده بود. در نتیجه کاربردهای بالینی دیدگاه شناختی عموماً قبل از نظریه رسمی روان شناسی شناختی و پژوهشهای همبسته با آن صورت

پذیرفته بود. ماهونی (۱۹۹۲) معتقد است در اواخر دهه ۱۹۵۰ سه چهارم گام بلند نظری در علوم شناختی برداشته شد. این تغییرات نظری عمدتاً در بیرون از روانشناسی انجام پذیرفت و زمینه را برای توجه مجدد به مفاهیم و توضیحات شناختی در حوزه روانشناسی فراهم نمود.

نخستین گام، نهضت پردازش اطلاعات بود که گاه نهضت سایبرنتیک نیز خوانده می شود. این نهضت در حوزه تکنولوژی کامپیوتر و شبیه سازیهای هوش مصنوعی به وقوع پیوست ولی خیلی زود از این زمینه ها جدا شد. روانشناسی شناختی اولیه نیز با الهام از این نهضت به مساله اطلاعات (اندوزش، بازیابی، پردازش) پرداخت. حوزه پردازش اطلاعات در اواسط دهه ۱۹۵۰ آغاز شد و در دهه ۱۹۷۰ به نقطه اوج خود رسید.

دومین گام ((نهضت ارتباط گرای جدید)) بود که همپوشی هایی با حوزه پردازش اطلاعات دارد. این نهضت در دهه های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ با ساختن سوپر کامپیوترها ظهور یافت. هرچند شباهتهایی با ارتباط گرای اوایل قرن و نظریه تورندایک دارد. ولی ارتباط گرای جدید به نحو قابل ملاحظه ای پیچیده تر و واسطه مندتر است. سه وجه معرف ارتباط گرای جدید عبارت است از اتکا به ((پردازش موازی توزیع شده))، تلاش جهت شبیه سازی شبکه نورونی و تصدیق این نکته که برخی از وجوه پردازش اطلاعات در حوزه زیست شناسی، بدون وساطت مندی نمادها انجام می گیرد و در نتیجه برنامه ریزی آن جنبه ها درون الگوریتمهای مشخص، دشوار یا محال است. پردازش موازی توزیع شده در مقایسه با پردازش خطی در قدرت محاسباتی کامپیوترها یک افزایش اساسی ایجاد نموده است. تغییر مدل قرار گرفتن کامپیوتر برای سیستم عصبی به مدل واقع شدن سیستم عصبی برای کامپیوتر به تشکیل یک حوزه بین رشته ای جدید بنام علم عصبی _ کامپیوتری انجامید و سرانجام تصدیق فرایندهایی بدون واسطه مندی نمادها نشانه تصدیق یک ابهام گیج کننده در یادگیری و شناخت موجودات زنده و به تبع آن، انسانهاست.

سومین مرحله در انقلاب شناختی تقریباً همزمان با ارتباط گرای جدید برداشته شد و عموماً ((سازنده گرای)) خوانده می شود. نکته اساسی در سازنده گرای تاکید بر ماهیت فعال ذهن است و بر خلاف مدل‌های نسبتاً منفعل از مغز و ذهن، این نظریه فعالیت خود ساماندهی درونی را بعنوان پایه کل فرایندهای معرفتی مسلم فرض می کند. در نتیجه ذهن/مغز دیگر بعنوان یک مخزن بازنمایی (بانک حافظه) نگرسته نمی شود بلکه بعنوان یک سیستم ارگانیک دارای فعالیت‌های خود ارجاعی نگرسته می شود به مفهوم سیرنتیکی فیدبک (اطلاعات مبتنی بر محیط) مفهوم فید فوروارد (اطلاعات به طور ارگانیک تولید شده) افزوده شد. در دیدگاه سازنده گرا بر پیچیدگی تجربه انسانی و ویژگیهای تحولی و متمرکز بر فرایند شناخت تاکید می شود.

چهارمین گام در حوزه علوم شناخت، ظهور هرمنوتیک مدرن است. این اصطلاح از واژه یونانی ((هرمنوتیکوس)) (به معنی علم تفسیر) مشتق شده است و حوزه ای است که خاستگاه آن به متخصصان تفسیر متون برمی گردد. در قرن بیستم به دنبال تحولات پیچیده در حوزه های زبان شناسی، نشانه شناسی، نقد ادبی و نقد فلسفی، هرمنوتیک ظهور یافت. فهم مبانی هرمنوتیکی این است که تمامی تعاملات میان متن و خواننده تحت تاثیر ویژگیهای بی همتای فردی، اجتماعی، فرهنگی و تاریخی قرار می گیرد. درست همانطور که سازنده گرایان، ذهن شناسنده را در شکل‌های شناختن (و پویایی های فرایند شناختن) متجلی می دانند اصحاب وفادار به دیدگاه هرمنوتیکی نیز معتقدند خواننده درون متن است و بالعکس (ماهونی، ۱۹۹۳).

زمینه های دیگری که در توجه مجدد به شناخت و فرایندهای ذهنی موثر شناخته شده اند و از نگاه ماهونی دورمانده اند عبارتند از ظهور زبان شناسی شناختی نوام چامسکی در دهه ۱۹۵۰، افول دیدگاه اثبات گرایی منطقی در فلسفه علم که فضا را برای توجه مجدد به سازه های نظری گشود. زبان شناسی پس از چامسکی یکی از جبهه های علمی شد که شواهدی علیه محیط گرایان و رفتارگرایان ارائه کرد. ارائه نظریان چامسکی درباره اکتسابی نمودن دستور زبان، انگیزه تحقیق در شاخه ای از روانشناسی به نام روانشناسی زبان گردید که به مطالعه چگونگی یادگیری زبان، فهم کلام و تولید و کاربرد آن می پردازد. در درون حوزه روانشناسی نیز زمینه برای یک تغییر نگرش نسبت به انسان، بیماریهایش و شیوه درمان فراهم شد. مایکن بام (۱۹۹۳_۱۹۹۵) معتقد است یکی از دلایل اقبال به رویکرد شناختی در حوزه روانشناسی، عدم رضایت از مبانی نظری و نیز تجربی رویکرد رفتاردرمانی بود. برخی از صاحب نظران، کفایت تبیین های مبتنی بر نظریه یادگیری را هم در حوزه آسیب روانی و هم تغییر رفتاری به زیر سوال بردند. برای نمونه، برگر و مک گا (۱۹۶۸ به نقل از مایکن بام، ۱۹۹۵) دیدگاه مسلط نظریه های محرک _ پاسخ را به چالش گرفتند و به ماهیت دوری بودن تعریف تقویت اشاره کردند و از مداخله های درمانی مسلط رفتاری نظیر جاسایت زدایی نظامدار و لپه به واسطه عدم توجه به نقش مهم روابط و عوامل شناختی انتقاد کردند. آنها همچنین تبیینی شناختی _ رفتاری برای ماهیت تغییر رفتاری ارائه دادند. کفایت تبیین های متکی بر نظریه یادگیری از سوی برور (۱۹۷۴ به نقل از مایکن بام، ۱۹۹۵) مورد حملات شدیدتری قرار گرفت. برور این ادعای غریب را اظهار داشت که هیچ مدرک متقاعد کننده ای برای شرطی سازی کنشگر و کلاسیک در انسانهای بزرگسال وجود ندارد. اتخاذ این موضع تند علیه شرطی سازی آن هم پس از پیشروانی چون پاولف، ثرندایک، واتسون و اسکینر، اشخاصی را که به سهولت زبان نظریه یادگیری را به رفتار پیچیده انسانی تعمیم می دادند به تامل و تردید واداشت. تحقیقات زیادی به منظور ایضاح این نکته صورت گرفت که این محرک یا تقویت نیست که بر رفتار فرد تاثیر می گذارد بلکه چگونگی درک فرد از رفتار و

رویدادهای اساسی نیست که رفتار را تحت تاثیر قرار می دهد. علاوه بر این آگاهی فرد از وابستگی پیامد، تعیین کننده اولیه و اصلی یادگیری است.

ریچارد لازاروس (۱۹۶۶_ به نقل از مایکن بام، ۱۹۹۵) در آزمایشگاه نشان داد که فرایندهای ارزیابی بر نحوه رفتار فرد در برابر رویدادهای استرس سزا اثر می گذارد. او متوجه شد آنچه به آزمودنی ها در مورد محرکهای استرس زا گفته می شود در تعیین واکنش های فیزیولوژیکی، رفتاری شان، اساسی است. برای مثال اگر به آزمودنی ها گفته شود صحنه سانحه ای که در یک محیط صنعتی شاهد آن هستند به دلایل آموزشی در آن اغراق صورت گرفته است الگوی واکنشهای آنها در قیاس با الگوی واکنش به یک سانحه واقعی، کاملاً متفاوت است. این نکته کاملاً نظر اپیکتوس را تایید می کند که رویدادها بخودی خود نیستند که اهمیت دارند بلکه تلقی ها از رویدادهاست که تعیین کننده است. استرس نیز مثل زیبایی، در نگاه انسانها جای دارد. همان گونه که خواهیم دید پیامد درمانی این آراء کاملاً هویداست. مک کیچی به سال ۱۹۷۴ با نگارش مقاله ((زوال و سقوط قوانین یادگیری)) ناقوس مرگ رویکرد نظریه یادگیری را به صدا درآورد ولی از تاریخ علم آموخته ایم که این داده ها نیستند که موجب می شوند نظریه پردازان و متخصصان بالینی باورهای خود را فرو بگذارند. وقتی به باورهای کسی حمله شود همان گونه که در بیماران شاهد آن هستیم، فرد سرسختانه تر به آن باورها می چسبد. دانشمندان از این قاعده مستثنی نیستند و مانند بیماران تحت درمان به گونه ای عمل می کنند فرانسویس بیکن، فیلسوف برجسته قرن هفده انگلیس نام ((سوگیری معطوف به تایید)) بر آن نهاده است. یعنی به منظور حفظ سازگاری عقاید و نظام انتظارات، فرد اطلاعات نقیض را تحریف و تنها به اطلاعات موید توجه انتخابی می کند. همان طور که ماهونی (۱۹۹۱) متذکر شده است اکثر مفاهیم شناختی نوین از قبل موجود بوده است بیکن در سال ۱۶۲۰ میلادی چنین آورده است که ((آدمی وقتی عقیده ای را پذیرفت ... همه چیز را در جهت حمایت و سازگاری با آن به خدمت می گیرد و با اینکه حجم عظیمی از شواهد علیه آن عقیده است آن شواهد را نادیده می گیرد و حقیر می شمارد و یا طرد می کند و کنار می گذارد. بدین شکل اعتبار استنباطات پیشین مصون از تعرض باقی می ماند (ماهونی، ۱۹۹۱، ص ۵۰).

باورهای مومنان پرحرارت دیدگاه رفتاری نیز مصون از تعرض باقی ماند. استدلالهای برگر، مک کور، برور، مک کیچی و بسیاری دیگر از منتقدان تا زمانی که مدل های تبیینی جدید ارائه نشد تغییری در این وضع ایجاد نکرد.

در درون حوزه روان شناسی یادگیری نیز نظریه های جدید سر بر آوردند. نوشته های نظر پردازان یادگیری اجتماعی مانند بندورا و والترز (۱۹۶۳)، باندورا (۱۹۶۹)، کانفر و فیلیس (۱۹۷۰)، میشل (۱۹۷۳)، راتر (۱۹۶۶) و سایرین بود که جهت نوین مورد نیاز را به وجود آورد. این نویسندگان بر نقش فرایندهای واسطه ای خود نظم بخشی در تغییر رفتار تاکید نمودند

اینکه افراد چگونه اهداف خود را تعیین می کنند، انتظارات را شکل می دهند، مساله حل می کنند، تصمیم می گیرند، خود را نظاره می کنند، معنا می بخشند، تفسیرهای علی عرضه می دارند و اسنادها را می سازند هم اکنون به عنوان اصول موثر بر رفتار آدمی و قلمرو مناسبی برای انجام مداخله های پیشگیرانه درمانی در نظر گرفته می شوند. اصطلاحاتی برای بیان این آرای جدید وضع شدند از جمله تعین متقابل که بر وابستگی متقابل فرایندهای شناختی، عاطفی، رفتاری و فیزیولوژیکی اشاره دارد، و تحلیل مرادده ای که توصیف می کند چگونه افراد پاسخهایی در دیگران بر می انگیزند که باورهای پیشین آنها را (درباره خود و دیگران) تایید می کند. با توجه به این چارچوبهای نظری جدید به بیماران آموزش می دهند که آنها چگونه بدون آنکه بخواهند و شاید بدون آنکه حتی بدانند واکنشهایی در دیگران برمی انگیزند که به شدت از آن هراس دارند. برای نمونه، بیمار افسرده ای که نگران از دست دادن، طرد شدن و نادیده گرفته شدن است ممکن است به شیوه ای ((افسرده وار)) رفتار کند که موجب می شود دیگران از او اجتناب کنند و او را طرد کنند. در نتیجه افکار بیمار افسرده مقهور فرایندی قرار می گیرد که نخست بیکن و بعدها جرج مید ((پیش بینی خود کامروا ساز)) نامید (مایکن بام، ۱۹۹۵). در دهه های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ طی پژوهشهای وسیع، فرایندهای استنتاجی و تصمیم گیری افراد مورد مطالعه قرار گرفت. پژوهشهای روان شناسان شناختی از قبیل کانه من، اسلوویک و تورسکی، کراگلنسکی، ماندلر، نیزبت، راس، تایلور، کروکر و سایرین آشکار ساخت که افراد پردازش گرانی گرفتار سوداری، ناکارآمد و اغلب بی کفایت و تصمیم گیرانی ضعیف هستند. تصمیم های افراد به جای اتکا بر رویدادهای واقعی غالباً تحت تاثیر عادات فکری یا اصول رهنمودی ذهنی قرار می گیرد. برای مثال، هنگام ارزیابی رویدادها، شکل گیری انتظارات و تصمیم گیریها، بیمار افسرده از گذشته خاطرات افسرده ساز و هماهنگ با خلق خود را فرا می خواند و آنگاه این رویدادهای به خاطر آمده، رفتارهای حال و آینده او را هدایت می کنند.

به طور خلاصه، روان شناسان شناختی شروع کردند مکانیسم های روانشناختی ای را آشکار کنند که اپیکتوس، بیکن، کانت و دوبویس به نحو شهودی قبلاً توصیف کرده بودند. علاوه بر این، روانشناسان بالینی مانند هالون و کرایس، کاواکس و بک، ماهونی، مایکن بام و گیلومر، تورک و ساووی این سازه ها را جهت فهم اختلال روانی و رفتارهای مختل گسترش دادند. آنها معتقد بودند که آگاه ساختن درمانجویان از ماهیت دو سویه و متقابل رفتارهایشان و آگاهی از شیوه هایی که در آن سوگیری ها شکل می گیرد می تواند به اهداف درمانی خدمت کند. درمانگران شناختی به بیماران آموزشهایی برای شناسایی و کشف استنباطهایشان فراهم ساختند بر اساس این آموزشها، درمانجویان یاد می گیرند به تفکرات خود به عنوان فرضیه هایی بنگرند که ارزش آزمودن دارد. از این اهداف درمانی فنون درمانی جدیدی نتیجه داده شده اند. مساله گشایی و آموزش مهارتهای مقابله ای نمونه ای از این دسته فنون می باشند.

همه آنچه تا اینجا بحث کردیم تحول روشهای درمانی شناختی بزرگسالان را شامل می شود ولی درمانگران شناختی توجه خاصی به مشکلات کودکان و نوجوانان نیز داشته اند. مشکلات رشدی از قبیل اختلال کرداری، تکانش وری، اختلالات اضطرابی، افسردگی، ناتوانی یادگیری و تعارض والد _ نوجوان به نحو موفقیت آمیز از طریق رویکردهای شناختی _ رفتاری درمان می شوند. این مداخله های درمانی رشدی تحت نفوذ کارهای ویگوتسکی و شاگردش لوریا قرار داشت. فرض این نظریه پردازان این بود که کودکان از طریق درونی سازی گفتارهای بین شخصی به گفتار درون شخصی خصوصی، اجتماعی می شوند. در نتیجه معلم و مربی به واسطه گفتار اجتماعی که به دقت بر حسب نیازهای کودک به نظم و قاعده در آمده بر تحول شناختی و مهارت های خود نظم بخشی کودک تاثیر می گذارد. این مهارت های عالی ذهنی که فراشناخت نیز خوانده می شود، توانایی کودک را در زمینه های توجه، گرفتن، رها کردن، خودیابی، تفصیل، پیش بینی، تلخیص، خود _ استنطاقی، دستیابی به اطلاعات اولیه و حل مساله منعکس می سازد. به بیان دیگر، کودک به یک یادگیرنده خود نظم بخش مبدل می شود. درمانگران شناختی به جمعیت های بالینی مختلف کودکان، خود تعلیمی و مهارت های خود _ کنترلی را آموزش دادند. احتمالاً بهترین توصیف از رویکرد شناختی با کودکان از زمینه کار با کودکان مبتلا به اختلال کرداری به دست می آید. معلوم شده که ۵ تا ۱۰ درصد کودکانی که رفتار پرخاشگرانه مرضی نشان می دهند نقایص و تحریفات شناختی متنوعی بروز می دهند. درمانگران شناختی به این کودکان آموزش می دهند تا رفتار، افکار و احساساتشان را تغییر دهند.

پژوهش های درمانی مشابهی هم اکنون با سایر جمعیت های بالینی کودک در جریان است. این رویکردها از والدین، همسن و سالها و اولیای مدرسه کمک می گیرند تا تعمیم تغییرات درمانی به سهولت حاصل آید.

در دهه ۱۹۷۰ فعالیت های پژوهشی و درمانی که در چارچوب دیدگاه شناختی و شناختی _ رفتاری انجام می گرفت، گسترش بسیاری پذیرفت. همه این فعالیتها نیاز به چاپ و نشر داشت در سال ۱۹۷۷ مجله ی ((درمان و پژوهش شناختی)) تحت سرپرستی مایکل ماهونی منتشر شد. نیاز به یک مجله علمی جدید از این ضرورت ناشی شد که فعالیت پژوهشی در این حوزه می باید نشر می یافت و این پژوهشها غالباً از سوی مجلات رفتاری مورد قبول قرار نمی گرفت. دومین دلیل برای انتشار یک مجله جدید از نیاز به یکپارچه سازی و تلفیق نظرات درمانگران دارای جهت گیریهای مختلف ناشی می شد. این حرکت در جهت ادغام و تلفیق در اولین نشست انجمن جستجو برای تلفیق رواندرمانی در سال ۱۹۸۳ مشهور بود. در این نشست، درمانگران شناختی _ رفتاری نقش برجسته ای ایفا می کردند. مایکن بام (۱۹۹۵) با بازنگری تاریخ نظریه پردازی در باب شناخت دریافتی است که پژوهشها و درمانهای مبتنی بر دیدگاه شناختی حداقل در سه دوره صورت گرفته است و در هر دوره پارادایم خاصی حاکم بوده است. بهترین را جهت فهم پارادایم مسلط هر دوره، شناسایی و فهم استعاره غالبی است که در

باب شناخت به کار گرفته می شده است. در واقع از روی تغییر مفاهیم مربوط به چیستی شناخت می توان به فهم پارادایم های مسلط دست یافت. در ادامه به تغییر این مفاهیم مربوط به شناخت می پردازیم.

تغییر مفاهیم درمانهای شناختی رفتاری

گفته شد که علاوه بر فهم جریاناتی که در تحول درمانهای شناختی _ رفتاری نقش موثر داشته اند، یک شیوه دیگر برای بررسی تاریخچه درمانهای شناختی _ رفتاری، پیگیری این نکته است که چگونه مفهوم شناخت تحول پذیرفته است. درمانگران شناختی _ رفتاری جهت توصیف ماهیت شناختهای درمانجویانشان در فرایند درمان از سه استعاره هدایت کننده استفاده کرده اند که عبارتند از شرطی سازی، پردازش اطلاعات و ساختن روایتها.

شرطی سازی به مثابه یک استعاره

درمانگران شناختی _ رفتاری در ابتدا شناختهای یک درمانجو را به عنوان ((رفتارهای نهان)) در نظر گرفتند که همان قوانین یادگیری رفتارهای آشکار بر آنها نیز حاکم است. شناخت درمانجویان (گفتارها و تصورات شخصی) به عنوان محرهای تشخیصی، خود آموزیها و محرکهای مشروطی تلقی می شدند که به هدایت و کنترل رفتار می انجامند. درمان بر ((شرطی زدایی)) و تحکیم ارتباطات نوین و تقویت و تمرین مهارتهای مقابله ای انطباقی متمرکز بود. تکنولوژی درمان رفتاری مانند سرمشق سازی، مرور ذهنی و رفتاری و دستکاری وابستگی ها به کار گرفته می شد تا نه تنها رفتارهای آشکار درمانجویان بلکه افکار و احساساتشان را تغییر دهند.

در سنت اسکینر و دیگر نظریه پردازان یادگیری، شناختها بعنوان کنشگرهای نا آشکار در نظر گرفته می شدند که بنا بر فرض به وابستگی های بیرونی و درونی حساسند. در نتیجه، معنا و تاثیرات افکار و تجسمات درمانجویان می تواند از طریق همراه ساختن آنها با یک رویداد انزجاری یا مثبت تغییر یابد. برای مثال گفته می شد در مورد درمانجویان معتاد یا مبتلا به اختلالات عادی، می توان از طریق همراه سازی تصورات سیگار کشیدن (یا نوشیدن یا پر خوری) با تصورات بیماری شدید جسمی (برای مثال تهوع و استفراغ) به توفیقات درمانی دستس یافت. همچنین برخی از درمانگران پیشنهاد می کردند اگر کلماتی مانند ((آرام)) یا هر متغیر شناختی دیگر به طور منظم با پایان یافتن یا اجتناب از یک رویداد انزجاری مانند شوک الکتریکی همراه شود آنگاه آن متغیر موجب آرامش و تسکین می گردد. درمانگران بیماران را تشویق می کردند تا سوزش ناشی از کشیدن بند لاستیکی را که به دور مچ بسته شده است، با تمایلات رفتار عادی یا افکار منفی همراه سازند و از این طریق فراوانی بروز تکانه ها و افکار منفی را کاهش دهند. به برخی از درمانجویان آموزش می دادند تا از فن توقف فکر به منظور

حذف افکار وسواسی استفاده کنند و به درمانجویان دیگر آموزش می دادند تا پاسخهای مقابله ای را در ذهن خود مرور و تمرین کنند و یا به عبارتی دیگر به سرمشق سازی نا آشکار مبادرت ورزند.

بزودی پژوهشها آشکار ساختند که کاربرد غیر وابسته این تکنیکهای رفتار درمانی نیز به همان اندازه موثر است؛ برای مثال توقف فکر در زمینه افکار غیر وسواسی یا همخوانی غیر وابسته تصورات انزجاری و غیر انزجاری به نتایج درمانی مثبت یکسانی منتهی می شود. علاوه بر این همان طور که پیشتر خاطر نشان کردیم پژوهشگران کفایت مفاهیم رفتاری را در زمینه تبیین رفتار پیچیده انسانی و نظریه پردازان اعتبار قوانین به اصطلاح یادگیری را در زمینه رفتارهای آشکار به زیر سوال بردند. حتی به عنوان قوانین یادگیری با شک و تردید نظر شد. در نتیجه به یک پارادایم نوین و یک استعاره جدید حاجت بود تا شناختهای درمانجویان از نو صورتبندی گردد. در این هنگام، استفاده از رایانه ها همه گیر شد و اصطلاحات حوزه پردازش اطلاعات چارچوب مناسبی برای صورتبندی نظری شناختهای انسانها و بیماران فراهم ساخت.

پردازش اطلاعات به مثابه یک استعاره

((ذهن به مثابه یک رایانه)) این نتیجه را به دنبال داشت که درمانجویان را درگیر تعدادی از فرایندهای شناختی از جمله رمزگشایی، رمزگردانی، اندوزش فزاینده، پردازش توجه ای و بیش توجه ای، سوگیری های اسنادی و فعالیت های تحریفی در نظر گیریم. فعالیتهای تحریفی به شکل خطاهای شناختی نظیر تفکر دوقطبی، استنباط دلخواهی، بزرگنمایی، ناچیز شماری و مانند اینها ظهور می یابند. فرض اینست که بیماران واقعیت را تحریف می کنند. یکی از اهداف درمانی یاری رساندن به بیماران بود تا بفهمند چگونه این فرایندهای رخ می دهند و علاوه بر این آموزش به درمانجویان جهت اندیشیدن واقع گرایانه تر و منطقی تر است. خطاهای شناختی درمانجویان نتیجه ساختارهای شناختی، باورها، طرحواره ها، علایق کنونی و مفروضه های ضمنی تلقی می شدند که بر موقعیتهای تحمیل می شوند. فرض بر اینست که چنین باورهایی از طریق الگوهای رفتاری تحکیم می شوند. همانطور که ذکر شد اصطلاحات مناسب برای توصیف این ترتیب و توالی تاثیر شناخت بر رفتار و بالعکس همان اصطلاحات دو سویگی و تقابلی بودن روابط می باشد. افراد در اینجا معمار تجاربشان و تاثیرگذار بر داده های جمع آوری شده تلقی می شوند. مدل پردازش اطلاعات فرض را بر این می گذارد که افراد فعل پذیر نیستند بلکه ممکن است بدون اینکه چنین قصدی داشته باشند یا بخواهند و یا حتی بدانند به گونه ای رفتار کنند که واکنشهایی در دیگران برانگیزند و آنگاه آنها را به عنوان شاهدهی برای اثبات دیدگاهشان در مورد جهان و خود مورد استفاده قرار دهند.

تعدادی از محققان، دیدگاه پردازش اطلاعات را برای توضیح مشکلات درمانجویانشان به کار بردند و سپس برنامه های درمانی شناختی _ رفتاری را بر آن مبنا طرح ریختند. این درمانگران عبارتند از بک و هالون که افسردگی را مطالعه کردند؛

بارلو و کلارک که اختلال اضطرابی را مطالعه کردند؛ داج، کوی و ناواکو که پرخاشگری در کودکان و بزرگسالان را مطالعه کردند؛ مارلت و گوردون که مشکلات عادی را مطالعه کردند؛ ویلسون و فایر بورن که اختلالات خوردن را مورد مطالعه قرار دادند. اگر بخواهیم از زاویه دید معتقدان به پردازش اطلاعات به بیماران نگاه کنیم باید بگوییم که درمانجویان به دلیل خطاهای شناختی، واقعیت را تحریف می کنند و به خاطر اعتقاد به باورهای غیر منطقی، افسرده می شوند. درمانجویان افسرده دیدگاهی منفی از خود، گذشته و آینده در سر دارند؛ به هنگام مواجهه به شکست و ناکامی خودشان را سرزنش می کنند. درمانجویان مضطربی که به حملات وحشتزدگی مبتلایند به علائم بدنی توجه مفرط می ورزند و اغلب آنها را به عنوان تهدیدات شخصی سوء تعبیر می کنند، با سلامت جسمی اشتغال خاطر دارند و احساس می کنند نیاز دارند در همه حال بر خودشان کنترل داشته باشند. چنین سوء تعبیرهایی به افکار فاجعه آمیز اضطراب زا همراه با انگیزتگی فیزیولوژیکی (نفس زدن) منتهی می شود. برای مثال، یک تپش قلب علامت احتمالی یک حمله قلبی، احساس سبکی سر پیش درآمد از دست دادن کنترل در نظر گرفته می شود. در نتیجه یک دور باطل خود آسیب زننده بین تهدید تصور شده، افکار فاجعه آمیز، نفس زدن و شروع حملات وحشتزدگی شکل می گیرد و تداوم می یابد.

همچنین معلوم شده است درمانجویان بزرگسالی که مشکلاتی در زمینه کنترل خشم و پرخاشگری دارند دارای سبک های اسنادی خصمانه اند، برگه های بین شخصی مبهم را به عنوان انگیزتگی های شخصی تعبیر می کنند از حافظه خود رویدادهای پرخاشگرانه پیشین را به یاد می آورند و در زمینه بروز و به اجرا گذاردن بدیل‌های پذیرفتنی اجتماعی شکست می خورند. علاوه بر این به گونه ای رفتار می کنند که واکنشهای قهری و متقابل را در دیگران فرا می خوانند که دیدگاههای پرخاشگرانه آنها را تایید می کند. در نتیجه، انتظارات و عبارت پردازی های شخصی آنها، پیشگویی های خود کامروا ساز می گردد.

درمانگران شناختی _ رفتاری برنامه های متعدد مداخله درمانی را توسعه داده اند. این برنامه ها به منظور یاری رساندن به درمانجویان طراحی شده اند. هدف نهایی این برنامه ها ایجاد واکنشهای انطباقی در درمانجویان است. درمانجویان می آموزند تا موقعیتهای خطر آفرین را شناسایی کنند، با آنها مواجه شوند و شیوه های آماده سازی، کنترل و مقابله با شکستهای احتمالی را در نظر گیرند. وقتی نتایج مثبت رخ داد درمانجویان تشویق می شوند برای تغییراتی که به وجود آورده اند اسنادهای شخصی ارائه دهند. اغلب درمانجویان به آموزش مهارت‌های خاص نیاز دارند تا به اهداف فوق دست یابند. درمان معمولاً به مشارکت اشخاص مهم دیگر (مانند همسران، اعضای خانواده، معلمان، همسن و سالان) نیاز دارد زیرا مشارکت این اشخاص به تعمیم و تداوم نتایج مثبت کمک می کند.

مداخلات درمانی به وسیله ی شیوه های پیچیده ای هدایت می شود که در آن درمانگران شناختی رفتاری شناختهای خود را مفهوم پردازی می کنند این مفهوم پردازشها شامل (۱) رویدادهای شناختی، (۲) فرایندهای شناختی و (۳) ساختارهای شناختی می شود. پرداختن به هر یک از این مفاهیم، چگونگی تحول درمانهای شناختی _ رفتاری را روشن می سازد.

(۱) رویدادهای شناختی به افکار و تصورات هشیار و قابل شناسایی اشاره دارد. این افکار و تصورات در هشیاری فرد رخ می دهند یا می توانند به سهولت در صورت نیاز بازایی شوند. این افکار خودکار در میان امور دیگری چون اسنادها، انتظارات، خود ارزیابی ها و افکار مرتبط با تکالیف قرار دارند. واژه ها و ژستهای معنی دار و عواطف همراه آنها نیز جزو رویدادهای شناختی قرار می گیرند.

این رویدادهای شناختی به نحو خودکار رخ می دهند. افراد وقتی با خود صحبت می کنند که شیوه های معمول و مرسوم می که امور را انجام می دهند شکست بخورند و وقتی که مجبور می شوند تصمیماتی تحت شرایط نامشخص بگیرند. این رویدادهای شناختی بندرت از سوی شخص زیر سوال می روند. افکار خودکار معمولاً الهامات صادقانه در نظر گرفته می شوند و نه فرضیه هایی که ارزش آزمودن دارند. در نتیجه این تفکر درمانجو که برای مثال ((من مادر بسیار بدی هستم)) یا اینکه ((امیدی نیست هیچ کاری از من بر نمی آید)) بعنوان یک حقیقت بی چون و چرا پذیرفته می شود. این افکار می تواند بر چگونگی احساس و رفتار فرد اثر بگذارد. همچنین اینکه شخص چه احساسی دارد بر چگونگی افکار او و بر میزان باور او از چنین افکاری و چگونگی عمل روی آنها اثر می گذارد. ولی رویدادهای شناختی تنها یک شیوه نگریستن به شناختهای درمانجویان در نظر گرفته می شود. فرایندهای شناختی و ساختارهای شناختی دو چشم انداز دیگر را بر می سازند.

(۲) فرایندهای شناختی به فرایندهایی اشاره دارد که بازنمایی های ذهنی، تبدیل آنها و ساختن طرحواره های جدید از تجربه و کنش را شکل می دهد. این فرایندهای شناختی، مکانیسم های کاوش و اندوزش و فرایندهای استنتاجی و باز یابانه را شامل می شود. در شرایط مختلف ما اطلاعات را به شیوه های خاصی پردازش می کنیم از جمله این پردازش ها کمک گرفتن از اصول رهنمودی ذهنی یا عادات ذهنی، سوگیری های معطوف به تایید یا پیشگویی های خود کامرواساز می باشد.

(۳) ساختارهای شناختی به طرحواره ها، مفروضه های نهان و ضمنی، باورهایی که مانند یک کلیشه عمل می کنند، فرضیه های حاضر و آماده، از کار و ایده های قطعی اشاره دارد که اطلاعات را سرند، رمزگردانی، مقوله بندی و ارزشیابی می کنند. ساختارهای شناختی فرایندهای انتزاعی ذهنی هستند که بر شیوه هایی که اطلاعات پردازش می شوند و رفتار سازمان می یابند، اثر می گذارند.

با بازگشت به استعاره ذهن بعنوان کامپیوتر، یک ساختار یا طرحواره شناختی شبیه یک فرمات در زبان برنامه ریزی کامپیوتری است. فرماتها مشخص می کنند اگر اطلاعات بخواهند بطور منسجم تعبیر شوند باید از نوع معینی باشند. همان گونه که نیسر (۱۹۷۶ به نقل از مایکن بام، ۱۹۹۵) گزارش می کند طرحواره ها از فرماتها فراتر می روند آنها هم برنامه هستند و هم می توانند بعنوان اجرا کنندگان برنامه ها عمل کنند. آنها بر ادراک، تعبیر، تبدیل، سازماندهی و یادآوری اطلاعات تاثیر می گذارند. ساختارهای شناختی، ادراک کننده را قادر می سازند تا محرکها را به سرهت شناسایی کند، واحدهای مناسب را دسته بندی کند، آن قسمت از شکل یک محرک را که حذف شده تکمیل کند، راهبردی برای دستیابی به اطلاعات بیشتر انتخاب کند، مساله ای را حل کند و به هدفی دست یابد. در نتیجه، ساختارهای شناختی به رمزگردانی و کارکردهای بازنمایی، همچنین کارکردهای تعبیری و استنتاجی کمک می کنند. درمانگران شناختی _ رفتاری به درمانجویان کمک می کنند تا از ساختارهای شناختی آگاه شوند، یادگیرند چگونه آنها را کنترل کنند و به آن ساختارها اثر گذارند.

از لحاظ تاریخی مهم است اشاره کنیم که اصطلاحات مربوط به پردازش اطلاعات و خصوصاً مفاهیمی چون ساختارشناختی و طرحواره پیش از ظهور کامپیوتر موجود بوده اند. فیلسوف شهیر آلمانی، امانوئل کانت، روان شناسان تجربی و اجتماعی چون تولمن، بارتلت، لوین، دالارد و میلر، گالاتر و پریرام؛ روانشناسان رشدی چون بالدوین، پیازه و جرج کلی هر یک جداگانه از مفاهیم مشابهی بحث کرده اند. ولی تغییر مفاهیم و استعارات مربوط به شناخت هنوز ادامه دارد، آخرین تحول این است که درمانگران و روانشناسان هم اکنون بیماران و درمانجویان را بتدریج بعنوان روایت گران، داستان سرایان و معناسازان در نظر می گیرند.

روایت سازنده به مثابه یک استعاره

این عقیده که درمانجویان معماران و سازندگان محیطشان هستند و اینکه خطاها می توانند از ارزش انطباقی برخوردار باشند موجب ظهور سومین استعاره شده است که تحول کنونی درمانهای شناختی _ رفتاری را هدایت می کند. دیدگاه روایت ساز بر این ایده استوار است که انسانها فعالانه واقعیتهای شخصیشان را می سازند و الگوهای بازنمایی شده خودشان را از جهان خلق می کنند. این دیدگاه سازنده گرا، از نوشته های فلسفی ویکو، کانت، وهینگر، کاسیرر، گودمن و در نوشته های روانشناختی از آثار ونت، آدلر، کلی، پیازه، فرانکل و فرانک الهام گرفته است. طرفداران کنونی دیدگاه سازنده گرا عبارتند از ابستین و ادسکین (۱۹۸۳)، گایدانو ولوتی (۱۹۸۳)، هاروی، و پرواویاخ (۱۹۹۰)، ماهونی و لیدون (۱۹۸۸)، مک کان و برلمن (۱۹۹۰)، مک نامی و جرجن (۱۹۹۲)، نایمر (۱۹۹۳)، نایمر و فیکساس (۱۹۹۳، ۱۹۹۰)، مایکن بام و فیتز پاتریک و وایت و اپستون (۱۹۹۰)، (مایکن بام ، ۱۹۹۵). امر مشترک در میان تمامی این هواداران این عقیده است که ذهن انسانی

محصول فعالیت نمادین سازنده استس و اینکه واقعیت محصول معانی شخصی است که افراد خلق می کنند. چنین نیست که تنها یک واقعیت موجود باشد و درمانجویان آن واقعیت را تحریف کنند و به همین دلیل هم مسئول مشکلاتشان باشند. بلکه سازنده گرایان معتقدند که واقعتهای چندگانه وجود دارد و اینکه وظیفه درمانگر کمک به درمانجویان است تا آگاه شوند چگونه واقعتهای را خلق می کنند و پیامد چنین ساختن های چیست.

برونر (۱۹۹۰ به نقل از مایکن بام ۱۹۹۵) که از دیدگاه روانشناسی روایت ساز حمایت می کند توصیف می کند چگونه افراد ((معنا)) یا ((حکایت)) را می سازند و ((ارزیابی هایی عرضه می دارند)) تا رفتار و موقعیتهایشان را توضیح دهند. برای نمونه، درمانجویان ممکن است استعاراتی به کار برند تا تجربه هیجانی شان را توصیف کنند. یکی از مراجعین گزارش می کرد که او ((همیشه بر احساساتش سرپوش می گذارد)) و سپس احساسات به ناگهان به شکل انفجار بیرون می ریزند؛ یک فرد دیگر توصیف می کرد که چگونه او ((بین خود و دیگران دیوار ساخته است)) درمانگر شناختی _ رفتاری به این درمانجویان کمک می کند تا ماهیت و تاثیر استفاده از چنین استعاره هایی را درک کنند. کافی نیست درمانجویان اذعان دارند که نباید احساسات را حبس کنند یا دیوار بنا کنند. درمانگر سعی می کند با مشارکت درمانجو دست به عملی بزند که سافر آن را ((بازسازی روایت)) می نامد. درمان نیز یک روایت است. درمانگر کمک می کند به درمانجو تا یک داستان زندگی تازه و سازگارانه تر باز نویسد. درمانجویان به رواندرمانی روی می آورند چون داستانهایشان فروپاشیده و زندگی شان غرضی در بر ندارد. یا غرض زندگیشان به بن بست رسیده یا مورد تهدید قرار گرفته است. درمان به قصد تغییر درک درمانجویان از گذشته شان طراحی می شود. درمانجویان باید بتوانند زندگی خود را به شیوه ای سالمتر و شادمانه تر بازنویسی کنند.

استفاده از استعاره روایت ساز، نتایج نظری و عملی برای درمانهای شناختی _ رفتاری در بر داشته است که اعم آنها عبارتند از : ۱) درمانگر هم اکنون در دیدگاه شناختی _ رفتاری بعنوان یک فرد سازنده نگریده می شود که کمک می کند تا درمانجویان داستانهای خودشان را تغییر دهند. درمانگر نخصت باید یک شنونده همدل و پاسخگو به روند داستان اولیه درمانجویان باشد و سپس باید به آنها کمک کند تا داستانهایشان را تغییر دهند. مجموعه ای از شرایط مناسب، گرم، غیر قضاوت گونه لازم است تا درمانجویان داستانهای خودشان را به شیوه خاص خود بیان کنند. از تکنیکهای متعدد بالینی از جمله گوش دادن همدلانه، پرسشهای سقراطی، غور و بررسی دقیق، بازسازیهای تجسمی تجارب استرس زا و خودیابی به کار گرفته می شود تا به اهداف درمانی دسترسی صورت پذیرد.

۲) درمانگر به درمانجویان کمک می کند تا رویدادهای استرس زا را به نحو شناختی از نو ساخت دهند و واکنشهای درمانجویان را به استرس ((طبیعی)) سازد. از این دیدگاه، نشانه های افسردگی، اضطراب یا خشم بخودی خود نیستند که با کارآمدی تداخل می یابند بلکه آنچه درمانجویان به خود و دیگران درباره این واکنشها می گویند، داستانهایی که می سازند، ارزیابی هایی که ارائه می کنند، است که برای فرایند انطباقی مهم است. درمانگر نه تنها کمک به متعادل سازی واکنشهای درمانجو می کند بلکه همچنین نشان می دهد که نشانه های درمانجو طبیعی هستند. در واقع آشفتگی عاطفی درمانجو بعنوان یک فرایند انطباقی و توان بخشی خود انگیزه و طبیعی در نظر گرفته می شود. درمانگر همچنین به درمانجویان کمک می کند مثالهایی از توانشان، منابعشان و توانایی مقابله ایشان ارائه دهند تا باقی داستان انتقال یابد. درمانگر شناختی _ رفتاری از اعتقاد به یک سوگیری آسیب شناسی اجتناب می ورزد و بجای آن رویدادهایی را جستجو می کند که در طول مقابله موثر درمانجویان بنا می نهند.

۳) در این دیدگاهف درمانگر نه تنها به درمانجویان کمک می کند تا داستانهای کلی خود را درون یک دیدگاه رفتاری قرار دهند، یعنی آنها را رویدادهای قابل اداره ای در نظر گیرند که آنها می توانند تکنیکهای مقابله ای حل مساله را در مورد آنها به کار برند بلکه همچنین به آنها کمک کی کند تا مهارتهای مقابله ایشان را اصلاح کنند و جهانهای فرضی جدیدی بسازند و با شیوه های جدیدی به خودشان و جهانشان بنگرند. درمانگر شناختی _ رفتاری به درمانجویان کمک می کند تا روایتی بسازند که مناسب شرایط فعلی آنها باشد و در فهم و توضیح مشکلات آنها و قابل قبول باشند. درمان به بیماران کمک می کند تا خاستگاه، معانی و اهمیت مشکلات کنونی را درک کنند و علاوه بر این چنین کاری به شکلی انجام می گیرد که تغییرات قابل درک و قابل دسترسی ایجاد می کند. آن موضوعاتی که بیشترین اهمیت را در این داستان (باز) گویی یا (باز) سازی روایت گرانه دارد ((صحت تاریخی)) آنها نیست بلکه ((هماهنگی روایت)) و ((وجوه انطباقی)) آن است.

در این دیدگاه مردم زمانی به جستجوی درمان برمی آیند که داستانهای زندگی آنها غیر موثر می گردد و به ویراستاری یا ((بازنگاری)) دقیق و اساسی نیاز دارد. بازسازیهای رواندرمانی زمانی ضرورت می یابد که افراد با مشکلات خود آشنا می شوند و موضوع روایتی واقع شده اند که رفتار آنها را محدود می سازد یا به انکار رفتار منجر می شود یا رفتار آنها را تحت فشار قرار می دهد.

همگام با تقرب درمانگران شناختی _ رفتاری به یک دیدگاه روایت ساز، شکاف بین رویکردشان و رواندرمانگران سازنده گردا از یک سو و درمانگران دارای سوگیری روانپویشی از سوی دیگر به نحو قابل توجهی کاهش یافته است. وقتی درمانگران شناختی _ رفتاری مفاهیم طحوازه، ساختارهای شناختی، تفاوتهای نظری و عملی بین رویکرد خودشان و مفاهیم

درمانگران روانپویشی کوتاه مدت و درمانگران سازنده گرا را بیان می کنند اطمینان می یابیم که تمایزات در حال کمرنگ شدن است. این نکته در نوشته های اخیر درمانگران شناختی _ رفتاری مانند ماهونی (۱۹۹۳) و مایکن بام (۱۹۹۵) مورد اذعان قرار گرفته است همانطور که ماهونی اشاره کرده است کمتر از چهار دهه است که درمانهای شناختی _ رفتاری ظهور یافته، متکثر شده، تمایز یافته و مهمتر از همه در یکپارچه سازی رویکردهای رواندرمانی نقش ایفا کرده است. به مباحث مربوط به تاریخچه تحول درمانهای شناختی _ رفتاری تا همین حد اکتفا می کنیم. در ادامه به منظور فهم مکانیسم تغییرات ایجاد شده به بررسی الگوی مسلط شناسخت درمانی یعنی نظام درمانی یک می پردازیم. قصد ما این ایت که نشان دهیم که شناخت درمانی چه دیدگاهی در قبال آسیب و درمان اختلالات روانشناختی داشته، در چه حوزه هایی از توفیق برخوردار بوده، در چه زمینه هایی ناتوان شده و در یک دهه اخیر چه تحولاتی را برای جبران ناکامی خود از سر گذرانده است.

الگوی معیار درمان شناختی رفتاری

شناخت درمانی بک و همکاران که از دهه هفتاد به اینسو تحول چشمگیری پذیرفته است، معمولاً الگوی معیار شناخت درمانی نگریسته می شود. مدل های درمانی دیگر وجوه تشابه زیادی با این الگوی درمانی دارند. توفیقات، شکستها و تهائتا تحولات مدل شناختی درمانی بک بر سایر الگوها تاثیر گذارده است. امروزه همانطور که بروین (۱۹۸۹) اشاره کرده است بیش از ۲۲ سیستم رواندرمانی عنوان شناخت درمانی را برای خود برگزیده اند ولی علی رغم این تنوع در یک هسته سخت مشترک هستند و توصیف این هسته مشترک در مدل درمانی بک بخوبی صورت پذیرفته است. در اینجا به ارزیابی شناخت درمانی بک و تحولاتی که این رویکرد پذیرفته است، می پردازیم.

مدل شناختی آسیب شناسی روانی

بک به منظور اثبات وجوهی از نظریه روانکاوی، در جستجوی علائمی از خصومت سرکوب شده روی افکار و رویاهای افراد افسرده تحقیق می کرد. چون روانکاوان افسردگی را خشم و مخصومتی معطوف به خود در نظر می گرفتند. بک در عوض دستیابی به خصومت سرکوب ششده متوجه شد که موضوع مسلط و غالب در افسرده ها وجود احساس شکست و یک سوگیری منفی فراگیر است. در نتیجه نظریه ای ارائه داد که بنا بر آن نشانه های افسردگی می تواند بعنوان نتیجه مستقیم این سوگیری شناختی و منفی تلقی شود. بک نظریات خود را در سال ۱۹۶۷ به صورت مفصل در یک مدل ارائه داد و در این مدل بین سه سطح شناخت که در افسردگی و درمان آن نقش ایفا می کنند فرق قائل شد : افکار خودکار، طرحواره ها یا مفروضه های زیرین و تحریفات شناختی (رایینز و هیز. ۱۹۹۳)

افکار خودکار را می توان پوسته شناخت در نظر گرفت که نسبتا به سهولت با کمک درمانگر و همیاری بیمار به سطح آگاهی می رسند. افراد افسرده معمولا درباره خود، جهان و آینده افکار منفی دارند (سه گانه شناختی افسردگی)؛ این افکار منفی حول موضوعاتی چون بی ارزشی، گناه، بی کفایتی، شکست، محرومیت، تنهایی و ناامیدی دور می زند. اختلالات دیگر از طریق افکار متمایز و متفاوتی شناخته می شوند (ویژه بودن محتوا)؛ برای مثال، بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی مکررا افکاری در ارتباط با خطر خیالی تجربه می کنند. دلیل اینکه چنین افکار یا تصاویری را ((خودکار)) قلمداد می کنند اینست که این افکار و تصاویر معمولا یکباره، مکرر و بسیار سریع ظاهر می شوند و حتی ممکن است مورد شناسایی قرار نگیرند مگر آنچه توجه بیمار را طوری جهت دهیم تا عمدا خودش را زیر نظر بگیرد. این افکار خودکار که ارزیابی فرد از موقعیت است و نه نتیجه موقعیت عینی و واقعی، مستقیما به پاسخهای هیجانی و رفتاری بیمار منتهی می شوند. این پاسخها به میزانی که ارزیابی ها دچار تحریف یا اغراق آمیز می گردند، ناسازگارانه و غیر انطباقی تلقی می شوند و این تحریفات و اغراق ها نیز زمانی رخ می دهد که از افکار و ارزیابی هایی نتیجه شوند که خود آنها نتیجه فعال شدن طحوااره های ناکارآمد باشند. به طور خلاصه، طحوااره های ناکارآمد توسط حوادثی فعال می شوند که نتیجه این فعال شدن ظهور افکار، تصاویر و ارزیابی هایی است که عملکردشان تفسیر و تعبیر تحریف آمیز موقعیتهاست. نتیجه این تعبیر و تفسیرهای اغراق آمیز بروز پاسخهای هیجانی و رفتارهای ناسازگارانه در بیمار است.

طحوااره ها مدل های درونی وجوهی از خود و جهان هستند که افراد از آنها استفاده می کنند تا اطلاعات را درک، رمزگردانی و یادآوری کنند. آنها در اثر تجارب ویژه بشماری توسعه می یابند و تا جایی که پردازش موثر اطلاعات را تسهیل می کنند، از ارزش انطباقی برخوردارند. طحوااره ها کمک می کنند تا اطلاعات جدید به اطلاعات پیشین مربوط شوند به گونه ای که بازشناسی و یادآوری آنها به سهولت بیشتری صورت پذیرد و عمل مناسب و مورد نیاز بتواند به آسانی اتخاذ شود. با وجود این، همان گونه که در روانشناسی شناختی تجربی و اجتماعی نشان داده شده است این فواید به قیمت نادیده گرفتن اطلاعات مخالف تمام می شود. جذب اطلاعات نوین در یک طحوااره به سهولت بیشتری رخ می دهد تا انطباق یک طحوااره با اطلاعات جدید. نظریه های شناختی آسیب شناسی روانی معتقدند که افراد مبتلا به اختلالات عاطفی طحوااره های خاصی دارند که آنها را دچار سوگیری می کنند و باعث می شوند موقعیتها را بر حسب فقدان، خطر یا دیگر انواع تهدیدات نسبت به خود درک کنند. طحوااره هایی که حول این موضوعات سازمان می یابند می توانند بخاطر ارزش انطباقی شان جهانشمول باشند. با وجود این در برخی از افراد بواسطه تجارب رشدی خاص، چنین طحوااره هایی بسیار قوی شده اند. اگر چه این طحوااره ها در اکثر اوقات در حالت کمون قرار دارند ولی ممکن است در اثر وقوع رویدادهای معین

استرس زا یا حالات خلقی منفی، فعال شوند. وقتی فعال شدند بر ادراک موقعیتهای جدید مسلط می شوند در نتیجه حالت هیجانی منفی تداوم می یابند.

واسط میان طرحواره های ناکارآمد و افکار خودکار، تحریفات شناختی هستند. وقتی اطلاعات یا خاطرات مورد پردازش شناختی قرار می گیرند به منظور انطباق با یک طرحواره مورد تحریف قرار می گیرند. نتایج این تحریفات و سوگیریها در نهایت به شکل افکار و تصورات خودکار در دسترس هشیاری قرار می گیرند. بک (۱۹۷۶، ۱۹۶۷) تعدادی از این تحریفات شناختی را در افراد مبتلا به اختلالات عاطفی شناسایی کرده است. برای مثال، در تفکر دوقطبی فرد تنها دو شق افراطی قضیه را مورد لحاظ قرار می دهند. در بیش تعمیم دهی یک مثال خاص بعنوان نماینده طبقه وسیعتر موقعیتهای یا ویژگیها قرار می گیرد. در انتزاع انتخابی برخی وجوه یک موقعیت، معمولا منفی مورد توجه قرار می گیرد یا به خاطر می آید و وجوه مثبت آن موقعیت نادیده گرفته می شود. در ذهن خوانی، نگرشها یا کنشهای آتی دیگران بدون شواهد موثق پیش بینی می شود. در شخصی سازی چنین فرض می شود که یک عمل خاص، شخص را هدف قرار داده یا به واسطه شخص رخ می دهد نه به خاطر برخی وجوه دیگر موقعیت. در الزامهای گفتاری (عبارات ((باید)) دار) جملات امری مطلق در زمینه رفتار شخص بیان می گردد. در فاجعه آمیز سازی نتایج منفی بسیار افراطی بدون شواهد کافی پیش بینی می شود. در ناچیز شماری اهمیت نتایج مثبت ناچیز انگاشته می شود. هرچند در سطح نظری می توان این تحریفات شناختی متعدد را جدا از هم مورد لحاظ قرار داد ولی در اصل هر فکر خاصی ممکن است مبتلا به بیش از یک نوع تحریف شناختی باشد.

مدل شناختی تصدیق می کند که خلق بر شناخت و نیز شناخت بر خلق تاثیر می گذارد و اینکه شناختها بر رفتار به شیوه های مختلف تاثیر می گذارد و رفتار نیز موقعیتهای استرس زا ایجاد می کند و موقعیتهای نیز به نوبه خود به شناختهای ناخوشایند افراد دامن می زنند. در نتیجه در توالی به هم پیچیده و پویایی تاثیرات، شناخت تنها یک نقش ایفا می کند. با وجود این، در مدل شناختی بر تاثیر شناخت بر خلق و رفتار تاکید می شود و مداخلات درمانی در درجه نخست بر تغییر فرایندهای شناختی بیماران متمرکز است.

رواندرمانی شناختی

هدف اولیه درمان شناختی در درجه نخست کاهش و حذف نشانه ها و علائم شناختی بیمارهاست. برای این منظور درمانگر شناختی به بیماران کمک می کند تا نسبت به افکار و تجسمات خودکار منفی آگاه شوند و با آنها به چالش برخیزند. اعتقاد بر این است که تغییرات دیرپا مستلزم بازساخت دهی به نگرشهای ناکارآمد و مجموع باورهای بیمار است. ماهیت رابطه درمانی در شناخت درمانی از بسیاری درمانهای دیگر متفاوت است. بک (۱۹۶۷) به شناخت درمانی بعنوان یک فرایند ((

تجربه گرایی همیارانه)) اشاره می کند بدین معنی که در این درمان، درمانگر و بیمار با همدیگر کار می کنند و اهداف را تعیین می کنند، برنامه کار هر جلسه درمانی را مشخص می سازند و به طور منظم شواهد له و علیه باورهای بیمار درست به شیوه ای شبیه به روش علمی آزمودن فرضیه ها، فراهم می شود. فرضیه آزمایشی با استفاده از پرسشهای سقراطی تسهیل می شود نه از طریق به چالش گرفتن افکار و باورهای بیمار. به بیمار کمک می شود تا به کنشهای هدایت شده ای دست یابد و آزمایشهای رفتاری طراحی می گردد تا اعتبار افکار و فرضهای خودکار را بیازماید. شناخت درمانگر همچنین ممکن است به شیوه رهنمودی تر بعنوان یک معلم دهنده مهارتهای عمل کند.

هرچند درمانگران شناختی نوعاً از روشهای رفتاری متنوعی چون تنظیم فعالیتهای مدرج، تعیین تکالیف مدرج، تمرین رفتاری، حل مساله و آموزش آرام بخشی استفاده می کنند ولی در درجه نخست این فنون را روشهایی در نظر می گیرند که به بیماران کمک می کند تا باورهایشان را درباره خودشان بیازمایند و اصلاح کنند. شناخت درمانی روشهای درمانی ویژه خود را هم توسعه داده است. از همان آغاز دوره درمان از بیماران خواسته می شود تا افکار منفی شان را به شیوه ای منظم زیر نظر بگیرند و به ارتباط آنها با موقعیتهای، افکار و احساسات توجه ورزند. درمانگر با استفاده از پرسشهای سقراطی به بیماران کمک می کند افکار خودکار را مورد واری قرار دهند و افکار دیگری را جانشین آنها سازند. فنون شناختی متعددی به منظور چالش با چنین افکار معرفی شده است از جمله کمک به بیماران تا برچنین تحریفاتی برچسب بگذارند، بررسی شواهد له و علیه یک فرضیه، به چالش گرفتن گفتارهای مطلق از طریق استفاده از رتبه بندی کردن، ارزشیابی احتمال وقوع نتایج و بررسی سایر توضیحات یا علت یابی محتمل رویدادها. تغییر در این افکار به تغییراتی در احساسات و رفتار منتهی می شود. درمانگر و بیمار با توجه به موضوعات مطرح شده در مجموع افکار خودکار، تدریجاً به فرضیه هایی در مورد طرحواره های زیرین دست می یابند. طرحواره های زیرین را می توان از طریق کاوش عمودی یا تکنیک ((فلش های رو به پایین)) کشف نمود. در این تکنیک پیامدهای یک فکر خاص زنجیره وار بیرون کشیده می شود. از این طریق کانون تمرکز از روی افکار درباره موقعیتهای خاص برگرفته شده و روی نگرانی های عمومی تر معطوف می گردد. وقتی طرحواره های ناکارآمد مورد شناسایی قرار گرفتند بیماران تشویق می شوند تا اعتبار آنها را بیازمایند و واکنشهای معمول خودشان را نظاره کنند تا معلوم شود چه وقت یک طرحواره خاص فعال می شود.

البته تغییر دیدگاههای شخص معمولاً بلافاصله به تغییرات رفتاری نمی انجامد. درمانگران می باید برای بیماران توضیح دهند که طرحواره ها نسبت به تغییر مقاومت دارند. درمانگران معمولاً اصول هدایت کننده متعددی فراهم می سازند که به اصطلاح و تغییر طرحواره ها یاری می رساند. علاوه بر تشویق رفتارهای جدید که به منظور ارائه شواهد تقیض انجام می گیرد درمانگر می تواند به بیماران کمک کند تا طرحواره های شخصی خودشان را تغییر دهند این کار به طرق مختلف انجام می گیرد از

جمله: (الف) کمک به بیماران تا عملکرد کنونی و گذشته را با هم مقایسه کنند و به پیشرفتهای درمانی حاصله توجه نمایند نه اینکه عملکرد کنونی را با آرمانها یا میزان عملکرد دیگران مقایسه کنند؛ (ب) دیدگاه عینی را به دیدگاه ذهنی شان بیفزایند این کار با استفاده از پسخورندهای فراهم شده درمانگر، تاملات شخصی، خودیابی و نظم بخشی پسخوراند ارائه شونده از سوی دیگران ممکن می گردد؛ و (ج) کمک به بیماران تا تجارب موفقیت آمیز و نقض کننده طحواره ها را بازیابی می کنند (یک را برای دستیابی به این هدف روش ثبت موفقیتها است).

حوزه هایی که شناخت درمانی در آنها به کار گرفته می شود

شناخت درمانی یکی از سیستم های رواندرمانی است که روی آن بیشترین پژوهش صورت پذیرفته است. تحقیقات بیش از همه روی اختلالات افسردگی انجام گرفته است. شناخت درمانی در درجه نخست برای درمان افسردگی شکل گرفته است و بسیاری از مطالعات اولیه بر بیماران افسرده سرپایی متمرکز بوده است. فراتحلیل دابسون (۱۹۸۹) که روی ۲۸ مطالعه درمان شناختی افسردگی انجام گرفته معلوم ساخته که شناخت درمانی روی افسردگی از دارو درمانی، رفتار درمانی و دیگر رواندرمانی ها موثرتر است. با وجود این، هالون، شلتون و لوسن (۱۹۹۱) خاطر نشان کرده اند که این مطالعات اغلب هیچ گروه کنترل پلاسیبو را شامل نمی شد. و اینکه دارو درمانی در بسیاری از مطالعات به قدر کافی صورت نگرفته است. یک تعبیر محتاطانه تر از این داده ها این است که شناخت درمانی بطور تقریبی در درمان دوره حاد بیماری به اندازه دارو درمانی موثر است. شواهد امیدوار کننده ای وجود دارد که CT می تواند از عود دوره های افسردگی پیشگیری کند هرچند این شواهد تنها بر تعداد معدودی از مطالعات مبتنی است. برخی از مطالعات این مساله را بررسی کرده اند که آیا ترکیب CT با دارو درمانی بر میزان اثربخشی می افزاید. این مطالعات شواهد اندکی برای افزایش اثر به دست داده اند (هالون و همکاران، ۱۹۹۱). هرچند CT ممکن است روی بیماران افسرده بسیاری شدید کم اثرتر باشد چند مطالعه جدید حکایت کرده اند که این درمان روی این جمعیت بالینی نیز موثرتر است (باورز، ۱۹۹۰؛ میلر، نرمن، کیتنز، بیشاب و داو، ۱۹۸۹؛ یتس، بوولر و هاردن، ۱۹۹۱ به نقل از رابینز و هیز، ۱۹۹۳). در یک آزمایش کنترل نشده تیس و همکاران (۱۹۹۱) کاهش معنی داری را در نشانه های افسردگی بیماران بستری، درون زاد و تحت درمان دارویی قرار نگرفته، گزارش کردند.

CT از همان آغاز برای انواع دیگر اختلالات روانی نیز به کار گرفته شده است از جمله مقابله با خشمف اختلالات اضطرابی، اختلالات شخصیت، اختلالات روان فیزیولوژیایی، اختلالات زناشویی، اختلالات خوردن، اعتیاد و مشکلات متنوع کودکی. با وجود این در اکثر موارد فوق درمانهای شناختی به همراه رفتار درمانی صورت گرفته و هنوز بر شواهد تجربی اندکی در

مورد سودمندی CT، اختلال وحشتزدگی است. مطالعات اخیر نشان داده اند که تقریباً ۹۰ درصد بیماران مبتلا به اختلال وحشتزدگی پس از سه ماه درمان از بیماری خلاص می شوند. هرچند درمانهای به کار گرفته شده، مولفه های متعددی را شامل می شوند ولی بازساخت دهی شناختی از نقش اساسی برخوردار است و ثابت شده که به اندازه درمان رویاروسازی موثر است (مارگراف و اشنایدر، ۱۹۹۱ به نقل از رایبیز و هیز ۱۹۹۳). علاوه بر این شواهدی در دست است که نشان می دهد تغییر شناختهای مربوط به احساسات بدنی مقدم بر وحشتزدگی می تواند مکانیسم اصلی تغییر در شناخت درمانی، درمان رویارویی و درمان دارویی وحشتزدگی باشد.

اخیراً شاهد علاقه فزاینده شناخت درمانگران به درمان اختلالات شخصیت هستیم. چون اختلالات شخصیت بازتاب طر حواره های غیر انطباقی عمیقاً پیچیده و فراگیر در نظر گرفته می شود شناخت درمانی یک درمان انتخابی این حوزه تلقی می شود. با توجه به لجاجت و عدم همکاری مبتلایان به اختلالات شخصیت، اعمال روشهای شناخت درمانی در درمان آنها باید مورد تعدیل قرار گیرد. در حال حاضر در مورد تاثیر CT در حوزه اختلالات شخصیت شواهد تجربی زیادی در دسترس نیست. البته به واسطه عواملی چون زمان طولانی تر درمان، پژوهش روی درمان اینگونه اختلالات احتمالاً دشوارتر است. به هر صورت این حوزه دارای اهمیت است و نیاز است در آینده تحقیقات بیشتری در این زمینه صورت گیرد.

مکانیسم تاثیر شناخت درمانی

از دو زاویه می توان فرایند درمان موثر را فهم نمود: مولفه های برنامه درمانی که با پیشرفت و اصلاح همراه هستند و تغییراتی که در بیمار طی دوره درمان ایجاد می شود. پژوهش روی فرایندهای موجود در CT نسبتاً تلاش تازه ای هستند در نتیجه مطالعات اندکی روی آنها صورت گرفته است و بیشتر مطالعات در این حوزه روی درمان افسردگی متمرکز است. در ادامه آنچه از این مطالعات درباره مکانیسم تاثیر شناخت درمانی به دست آمده را بازنگری می کنیم.

مولفه هایی از شناخت درمانی که با تغییر همبسته اند.

بر طبق نظر بک (بک و همکاران، ۱۹۷۹) مداخلات شناختی به این منظور طراحی می شوند تا نظریه پردازای خطا و طر حواره های ناکارآمد زیر ساز آنها را شناسایی کنند، آنها را با واقعیت تطبیق دهند و در نتیجه آنها را مورد اصلاح قرار دهند. مکانیسم تاثیر شناخت درمانی نیز بر اساس همین تغییرات قابل توضیح است. دیرایس و فیلی (۱۹۹۰) داده های بدست آمده از مقیاس رتبه بندی رواندرمانی را که از مطالعه هالون و همکاران به دست آمده بود، مورد تحلیل عوامل قرار دادند و دریافتند که در شناخت درمانی دو نوع تکنیک عمده وجود دارد این دو عامل را تحت عنوان روشهای عینی و روشهای انتزاعی معرفی کردند. روشهای عینی به آن دسته از فعالیتهای درمانگر مربوط می شود که آموزش مهارتهای آزمون فرضیه به

بیماران را شامل می شود. در این روشها، بیماران باورهای خاصی را بررسی می کنند، بطور مستقیم این باورها را می آزمایند و مهارتهای مربوط به آزمودن فرضیه را در تکالیف خاص بین جلسه ای انجام می دهند. روشهای انتزاعی جستجو و کشف معنای عمیقتر افکار بیمار (فرضهای زیربنایی) و بحث درباره ماهیت جلسات درمانی را شامل می شود. استفاده از روشهای عینی تغییر بعدی خلق افسرده بیماران را پیش بینی می کند ولی استفاده از مولفه های انتزاعی چنین قدرت پیش بینی ای را ندارند. نقش تکنیکهای خاص در کاهش نشانه ها به طور جداگانه بررسی شده اند. معلوم شده است وقتی درمانگرات به بیماران آموزش می دهند تا باورهای خود را محک بزنند و افکار منفی خود را باطساخت دهی کنند و فقط به اطلاعات موید افکار منفی توجه نکنند، بیماران تغییر بیشتری در افکار منفی خودکار و افسردگی در پایان یک جلسه درمان و پیشرفت بیشتری در کاهش نشانه های افسردگی در پایان درمان گزارش می کنند (رایینز و هیز، ۱۹۹۳).

در شناخت درمانی هم بر آزمودن بین جلسه ای فرضیه ها تکیه می شود و هم بر آزمودن حسن جلسات فرضیه ها. معلوم شده است وقتی به بیماران افسرده تکالیف بین جلسه ای داده می شود در پایان درمان کاهش معنادار بیشتری در میزان افسردگی دیده می شود. به طور کلی مطالعات موجود از مهارتهای فرضیه آزمایی و تمرینات بین جلسه ای این مهارتها بعنوان عناصر اصلی شناخت درمانی حمایت می کنند. هرچند هنوز پژوهش بیشتر در این زمینه لازم است. درمانران شناختی ظاهرا تغییر شناختی را هدف خویش قرار می دهند ولی این مساله هنوز جای خود باقی است که آیا مداخلات شناختی در طرحواره های افسرده ساز تغییراتی ایجاد می کنند یا آنها را از فعالیت می اندازند و طرحواره های غیر افسرده ساز را فعال می کنند و یا به بیمار مهارتهای جبرانی اصلاح کننده خلق را آموزش می دهند تا جهت مقابله با افکار افسرده ساز از آنها استفاده کنند.

به هنگام بررسی مولفه هایی که تصور می شود اختصاص به شناخت درمانی دارند، مهم است نقش و سهم آنها را در قیاس با مولفه های عمومی تر درمان از قبیل گرمی، حمایت و همدلی مورد بررسی قرار دهیم. شواهد حکایت از آن دارند که مداخله های خاص شناخت درمانی با کاهش نشانه های بیماری همبسته است و این کاهش فراتر از اثری است که از عوامل عمومی تر درمانی به دست می آید. همچنین درمان شناختی اختلالات افسردگی بهتر از حمایت به تنهایی عمل می کند که این بدان معنی است که اثرات خاص CT فراتر از اثرات عمومی تر درمانی است. احتمالا اکثر درمانگران یک محیط بین فردی تسهیل کننده فراهم می کنند که روی آن عناصر فعال و موثر درمانی می توانند عمل کنند.

تغییرات حاصله در بیمار

اگر در حقیقت شناخت درمانی به واسطه آموزش مهارتهای فرضیه آزمایی به بیماران تاثیر می گذارد برخی معتقدند بیمارانی که شناخت درمانی دریافت می کنند می باید در آزمونهای شناختی در مقایسه با اشخاصی که مداخله های غیر شناختی

دریافت داشته اند، تغییر بیشتری نشان دهند. با وجود این نتایج حاصله از تحقیقات یکدست نیست. اکثر پژوهشها حکایت از آن دارند که شناخت درمانی در درمان افسردگی یا اختلال وحشتزدگی اثرات خاص ندارند (باربر و دی رایس، ۱۹۸۹؛ واتکینز، ۱۹۸۹؛ کلارک و همکاران، ۱۹۹۱؛ مارگراف و اشنايدر، ۱۹۹۱ به نقل از رایبیز و هیز، ۱۹۹۳). برخی دیگر از مطالعات به اثرات خاص شناخت درمانی روی شناخت بیماران دست یافته اند. این اثرات می تواند علت تاثیر بیشتر شناخت درمانی بر دارو درمانی در نظر گرفته شود. ایمبر و همکاران (۱۹۹۰) گزارش کردند بیمارانی که در انستیتو بهداشت روانی (NIMH) درمان شناختی برای افسردگی دریافت کرده بودند پس از درمان در عامل نیاز به تایید اجتماعی مقیاس نگرشهای ناکارآمد نمرات پایین تری به دست آوردند. با این وجود روی عاملهای دیگر مقیاس نگرش های ناکارآمد با سایر گروههای درمانی غیر شناختی تفاوتی نداشتند. در مطالعه روی درمان فویبای اجتماعی ماتیک، پیتز و کلارک (۱۹۸۹) به نقل از رایبیز و هیز، ۱۹۹۳) دریافتند بیمارانی که بازساخت دهی شناختی، به تنهایی یا در ترکیب با رویاروسازی دریافت می دارند در آزمونهای اجتناب فویبایی، خود ارزیابی منفی و باورهای غیر منطقی، تغییرات معنی داری نشان می دهند. کسانی که تنها درمان رویارویی دریافت کرده اند تنها روی آزمونهای اجتناب پیشرفت نشان می دهند. برخی از پژوهشگران خاطر نشان ساخته اند مطالعاتی که تغییر شناختی را در پایان درمان با آغاز آن مقایسه می کنند ممکن است ما بین گروهها تفاوتی نیابند چون تفاوتها ممکن است مدتها بعد از خاتمه درمان ظاهر شود. به منظور بررسی این احتمال، و سیمن و همکاران (۱۹۹۱) به نقل از رایبیز و هیز، ۱۹۹۳) دو گروه از بیماران افسرده را ۶ و ۱۲ ماه پس از درمان مقایسه کردند. بیمارانی که CT به اضافه دارودرمانی دریافت کرده بودند در پی گیریهای ۶ و ۱۲ ماهه پس از درمان نامیدی، سوگیری شناختی و نگرشهای ناکارآمد کمتری نشان می دادند. با وجود این در شدت افسردگی در هیچ دوره از ارزیابی تفاوتی بین گروهها دیده نشد.

هرچند پژوهشگران سعی دارند اثرات اختصاصی CT را نشان دهند ولی بک (۱۹۸۵) اظهار داشته است که تغییر در ساخت دهی شناختی مسیر مشترکی است که از سیستمهای متخلف درمانی و حتی دارو درمانی نتیجه می شود. در تایید این قضاوت شواهد اولیه ای در دسترس است که نشان می دهد درمان رویارویی و دارو درمانی در تفسیر فاجعه آمیز احساسات بدنی تغییراتی ایجاد می کند و اینکه این تغییرات شناختی میانجی اثربخشی هر سه نوع درمان می تواند باشد. ولی با اینکه تغییرات شناختی در هر گروه در پایان درمان شبیه به نظر می آید پس از خاتمه درمان متفاوت باشد. برای مثال، بیمارانی که پس از دریافت دارو تعبیر فاجعه آمیز نشانه های خود را کنار می گذارند بعد از کنار گذاردن دارو کمتر محتمل است این تغییر تفسیر دوام یابد زیرا کاهش در تعبیر فاجعه آمیز احتمالاً به سبب کاهش احساسات بدنی همبسته با اختلال وحشتزدگی رخ داده است و با بازگشت نشانه های بدنی پس از کنار گذاردن دارو دوباره دیده شود. تغییرات بدست آمده از درمان رفتاری رویاروسازی و درمان شناختی احتمالاً بیشتر دوام می یابند زیرا این فنون درمانی تغییر تعبیر و تفسیرهای اساسی فرد را هدف

قرار داده اند. همین عامل بخوبی می تواند نرخ عود پایتتر در دریافت کنندگان شناخت درمانی و درمان رویاروسازی را در مقایسه با دارو درمانی توجیه کند. پژوهشهای آینده روی ماهیت و تداوم تغییرات شناختی در درمانهای مختلف می تواند مفیدتر از جستجوی درمانها باشد.

محدودیت های شناخت درمانی

هر چند مطالعات زیادی نشان داده اند که شناخت درمانی، رویکرد درمانی مفیدی برای اختلالات افسردگی و اضطراب است ولی مشخص شده است برخی از بیماران به این درمان پاسخ مناسب نمی دهند و برخی اصلا پاسخ نمی دهند. در نتیجه مهم است چنین افرادی را شناسایی کنیم و شیوه هایی را جستجو کنیم که CT را برای این اشخاص موثرتر می سازد. یک راه برای این هدف، توصیف ویژگی های کسانی است که به درمان شناختی پاسخ نمی دهند.

شدت اولیه افسردگی و سطح اختلال شناختی با نتیجه ضعیفتر گرفتن از CT همبسته اند (نرمن، میلر، داو، ۱۹۸۸؛ به نقل از رابینز و هیز، ۱۹۹۳). نرمن و همکاران (۱۹۸۸) تخمین می زنند که تقریباً ۵۰ درصد از افسرده ها، اختلال شناختی شدیدتری دارند و این بیماران در آغاز بسیار افسرده تر و ناامیدتر هستند، افکار خودکار منفی بیشتر، حمایت اجتماعی کمتر و سازگاری اجتماعی ضعیفتری دارند. آنها نه تنها افکار منفی بیشتری حین دوره حاد بیماری تجربه می کنند بلکه بعد از رفع علائم بیماریشان نیز این افکار هنوز وجود دارند.

یک عامل دیگر که با نتیجه ضعیف شناخت درمانی همبسته است اختلالات بین فردی شدید از جمله ناسازگاریهای زناشویی مزمن که مشخصاً تقریباً ۵۰ درصد از افراد افسرده است، می باشد. اختلالات زناشویی و اختلال کارکردی خانوادگی دو متغیری هستند که بر دوره افسردگی تاثیر می گذارند. همچنین شواهد محکمی در دسترس است که نشان می دهد بین سطوح بالای ارتباطات انتقادی در خانواده افراد افسرده و نرخ بالاتر عود بیماری وجود دارد (هولی و تیسدل، ۱۹۸۹). یافته های فوق هم دلیل موثر بودن رواندرمانی های بین شخصی را توجیه می کند و هم زوج درمانی را. این داده ها نیاز شناخت درمانگران را در توجه به مشکلات بین فردی بسیاری از بیماران روشن می سازد. درمانگران نباید تنها به شیوه های غلط تعبیر و تفسیر موقعیتهای توجه کنند. توجه به زمینه روابط بین فردی در درمان اختلالات اضطرابی نیز مورد تاکید بوده است التفات به همین یافته ها نهایتاً موجب شد درمانگران شناختی وارد حوزه جدیدی بنام زوج درمانی شناختی شدند (برای مثال بوکان و ابستین، ۱۹۹۰).

همبودی اختلالات شخصیتی نیز در بسیاری از مطالعات مشخص شده با پاسخ ضعیفتر به درمان افسردگی و پیش آگهی وخیمتر مرتبط می باشد. در مطالعه درمان افسردگی NIMH نیز بیماران مبتلا به اختلال شخصیتی بطور معنی داری پاسخ ضعیفتری به همه درمانها دادند و پس از درمان نیز کارکرد اجتماعی در قیاس با اشخاص افسرده بدون اختلالات شخصیتی ضعیفتر بود. در مورد درمان اختلالات اضطرابی نیز توجه به اختلالات محور دوم اهمیت اساسی دارد.

یک راه دیگر برای توصیف اشخاصی که به درمان پاسخ مناسبی نمی دهند اینست که بررسی کنیم درمانگران در جلسات درمانی با این بیماران چه انجام می دهند. والیس و شاو (۱۹۸۷ به نقل از رابینز و هیز، ۱۹۹۳) از درمانگران شناختی خواستند تا آن دسته از بیماران را که در اعمال پروتوکل CT روی آنها دچار سرگردانی می شوند توصیف کنند. از تحلیل توصیفات درمانگران معلوم شد بیمارانی که در شروع بیماری دارای افسردگی شدیدتر، فعالیت کمتر، تمایل به کشف خود ضعیفتر و نگرش منفی معطوف به درمانگر بودند، بیماران دشوار طبقه بندی می شدند. بیماران افسرده بسیار شدید قادر نیستند تا در درمان شناختی مشارکت ورزند زیرا شدیدا در نشانه های جسمی افسردگی، افکار منفی و شاید شرایط بین فردی بسیار منفی خود غرق هستند. در مورد بیماران مبتلا به افسردگی بسیار شدید، شناخت درمانگران بیشتر روی فعال سازی رفتاری و کمتر روی آموزش فرضیه آزمایی تاکید می کنند. در نتیجه اگر مهارتهای فرضیه آزمایی در واقع مولفه مهم در فرایند تغییر باشد بیماران شدیدا افسرده این مولفه را کمتر دریافت می دارند هرچند نمی توان جهت علی تاثیر رفتارهای بیمار و درمانگر را تعیین کرد ولی داده های فوق حکایت از آن دارند که در مقایسه با کسانی که به درمان پاسخ می دهند افراد غیر پاسخ دهنده نسبت به آنچه ارزیابی می شود افکار منفی تری دارند، مشکلات بین فردی بیشتری دارند و در درمان مولفه های مربوط به رابطه ی درمانی نیز در آنها مطلوب نیست. در بخش بعدی با توجه به مسائل همبسته با پاسخ ضعیف به شناخت درمانی، حوزه هایی را بازنگری می کنیم که در آنها از شکل رویکرد معیار خود فراتر رفته و تحول پذیرفته است.

تحولات جدید در شناخت درمانی

نویسندگان متعدد روی این نکته بحث کرده اند که چگونه می توان روی CT اصلاحاتی انجام داد تا مناسب بیماران گردد که شیوه معیار CT پاسخ نمی دهند و به انتقادات متعدد وارده بر آن فائق آید. هرچند برخی از این تحولات اقتباساتی از مفاهیم و فنون نظری رویکردهای دیگر درمانی هستند ولی زمانی به بهترین وجه می توان به این تحولات نگریست که آنها را تکامل مدل CT در نظر گرفت و نه یک شکل جدید از روان درمانی زیرا آنها همان چارچوب نظری را اتخاذ کرده اند که در آنها بر نقش طحوااره های ناکارآمد تاکید می شود. در حقیقت در بسیاری از تحولات بر آن وجوهی تاکید می گذارند که ابتدا در کارهای اولیه بک مورد تاکید بود ولی به تدریج تاکید بر آنها رو به کاهش نهاد تحولاتی که در CT رخ داده

است عبارتند از: الف) تمایز بین طرحواره های هسته ای و پیرامونی تر ب) فهم نقش فرایندهای دفاعی در اجتناب از موضوعات مرتبط با طرحواره ج) تاکید بسیار بر رابطه درمانی و روابط بین فردی بیمار بطور کلی د) تاکید بسیار بر نقش انگیزش عاطفی _ هیجانی جهت بیرون کشیدن و اصلاح طرحواره ها و تاکید بسیار بر کاوش و کشف تجارب رشدی که در ایجاد طرحواره های ناسازگارانه اهمیت داشته اند. هرچند سودمندی این اصلاحات یا تاکیدات هنوز به نحو تجربی مستند نگردیده است در اینجا از آنها عمیقاً بحث می کنیم زیرا آنها احتمالاً نقش مهمی در شناخت درمانی آینده ایفا خواهند کرد.

طرحواره های هسته ای در برابر طرحواره های پیرامونی

نویسندگان متعدد اظهار داشته اند که طرحواره ها را می توان به سوره سلسله مراتبی سازمان داد یعنی برخی از طرحواره ها در ارتباط با درک بنیادین شخص از هویتش، پیرامونی تر و برخی درگیر از طرحواره ها محوری تر هستند. همان گونه که یانگ (۱۹۹۰) توصیف کرد باورهای هسته ای معمولاً به صورت غیر شرطی بیان می شوند برای مثال در حالی که یک باور پیرامونی به این شکل بیان می شوند که ((اگر کسی مرا طرد کند پس من فرد بدی هستم)) یک باور بنیادی هسته ای این گونه بیان می شود ((من فرد دوست داشتنی نیستم)) یا ((من بد هستم)) چنین باورهایی نسبت به تغییر بسیار مقاوم و پایدارند.

سافرن، والیس، سیگل و شاو (۱۹۸۶) برای ارزیابی فرایندهای شناختی هسته ای، چند اصول راهنما به دست داده اند. نخست، طرحواره های هسته ای به شکل شناختهای خود راجعی ابراز می گردند. استفاده از تکنیک کاوش عمودی یا پیکانهای پایین رونده می توان استفاده کرد و از شناختهای فعال درباره یک موقعیت به شناختهای هسته ای تر بیمار دست یافت. دوم، طرحواره های هسته ای تمایل دارند در دامنه وسیعی از موقعیتهای تظاهر یابند به گونه ای که درمانگر می تواند تجانس و همخوانی های بین موقعیتی را جستجو کرد. سوم، موضوعات مشترکی وجود دارد که در بیماران مختلف رخ می دهند بخصوص موضوعاتی مرتبط با مورد دوست داشتن قرار گرفتن (جامعه خواهی) و شایستگی (خود مختاری). چهارم، علاوه بر ((شاخصهای محتوایی) که قبلاً ذکر شدش درمانگرها می توانند نسب به شاخصهای فرایندی نیز التفات ورزند یعنی این موضوع که چگونه بیماران تجربه خودشان را گزارش می کنند. طرحواره های هسته ای وقتی فعال می شوند سطح بالایی هیجان تولید می کنند. سرانجام، سافرن و همکارانش (۱۹۸۶) اظهار داشته اند که درمانگر می تواند فرضیه هایی درباره طرحواره های هسته ای بیمار، از روی عدم موفقیت راهبردهای درمانی، دشواری در برقراری رابطه درمانی و مقاومت بیمار صورتبندی کند همه موارد فوق می تواند درون یک طرحواره هسته ای جای گیرد. در تخمین فرضیه ها درباره طرحواره های هسته ای، درمانگر لازم نیست همیشه شناختهای ناکارآمد بیمار را مورد چالش قرار دهد گاه در ابتدا لازم است

بیماران تشویق شوند تا افکار منفی خودشان را خصوصا از طریق تجسمات تفصیل بخشند تا به سهولت بیشتری به باورهای هسته ای آنها دست یابند (سافرن و سیکل، ۱۹۹۰).

همان گونه که ذکر شد در طرحواره های هسته ای بیماران، موضوعات مشترکی وجود دارد. بک (۱۹۸۳) اظهار داشته است که افسرده ها و سایر اختلالات هیجانی را می توان بر حسب نگرانی های هسته ای به دو گروه تقسیم نمود. نگرانی های هسته ای یا به حوزه روابط بین فردی (جامعه خواهی) یا به حوزه پیشرفت شخصی (خود-مختاری) مربوط می شوند. شواهد فراوانی از این فرضیه ها حمایت می کنند که استرسهای همخوان با جامعه خواهی و خودمختاری در شروع افسردگی دخیلند یعنی اگر افراد دارای نگرشهای هسته ای جامعه خواهانه رویدادهای بین فردی منفی را تجربه کنند وقوع افسردگی بسیار محتمل می شود در حالی که افراد خود مختار وقتی رویدادهای منفی نقش برانگیزان افسردگی را ایفا می کنند که از حوزه پیشرفت فردی سر بر آورده باشند به عبارت دیگر استرسورهای برانگیزان افسردگی در دو تیپ شخصیتی از هم متفاوتند و یا اینکه استرسورها بر حسب نوع باورهای هسته ای بنحو اختصاصی عمل می کنند. استرسورهای غیر همخوان نقش برانگیزان افسردگی ندارند. دومین نکته ای که شواهد از آن حمایت می کنند اینست که تظاهرات بالینی افسردگی بر حسب ابعاد شخصیتی متفاوت است. هرچند این داده های مقدماتی سودمندی سازه های جامعه خواهی و خودمختاری فهم افسردگی را نشان می دهند ولی لازم است پژوهشهایی در ارتباط با این دو سازه و نتایج درمانی انجام گیرد. پیسی لو، رابینز (۱۹۹۲) گزارش کردند که خودمختاری قویا پاسخ مثبت به درمان دارویی ضد افسردگی و پاسخ ضعیف پلاسیبو را پیش بینی می کند. در حالیکه جامعه خواهی با پاسخ ضعیف به داروهای ضدافسردگی همبسته بود. اینکه آیا جامعه خواهی و خودمختاری پاسخ به درمان CT را پیش بینی می کند و آیا بین آنها و تاکید بر رابطه درمانی در CT تعاملی برقرار است مسایلی است که نیاز به تحقیق در آنها احساس می شود. افراد داری میزان جامعه خواهی بسیار بالا ممکن است روی تعامل بین شخصی در CT بیشتر تاکید داشته باشند و از آن بیشتر سود ببرند در حالیکه افراد با میزان خودمختاری بالا ممکن است بیشتر از رویکرد تکلیف محور سود ببرند و آن را ترجیح دهند.

فرایندهای دفاعی

بسیاری از نظریه پردازان شناختی اظهار داشته اند که آگاهی از باورهای ناکارآمد هسته ای یا ظهور آنها موجب اضطراب می شود و افراد ممکن است از خود در برابر اضطراب از طریق تمسک به مجموعه ای از باورها که در ظاهر در تقابل با محتوای طرحواره های هسته ای هستند، دفاع کنند. برای مثال، بیماری که یک طرحواره هسته ای نا ارزشمندی دارد ممکن است مجموعه ای از طرحواره های مرتبط با قدرت و استعداد را توسعه دهد و ممکن است آنها را به شیوه ای خود بزرگ بینانه و

خود دوستانه نشان دهد. یانگ (۱۹۹۰) به فعال شدن این طرحواره ها، عنوان ((جبران سازی طرحواره ای)) داده است و سافرن و سیگل (۱۹۹۰) نیز تحت عنوان ((عملیات ایمنی)) از آن بحث کرده اند. یانگ از یک فرایند دفاعی دیگر بنام ((اجتناب از طرحواره)) صحبت به میان آورده که در آن از طریق سرکوبی خاطرات، انکار یا مسخ شخصیت، از طرحواره شناختی اجتناب می شود. گاه با طرحواره شناختی به نحو هیجانی مقابله می شود برای مثال از طریق کرحتی، گسست یا به حداقل رساندن تجارب دردزا و یا به نحو رفتاری از طریق دوری از موقعیتهایی که احتمالاً طرحواره هسته ای را فعال می سازند، از طرحواره های شناسختی هسته ای پرهیز می شود. نویسندگان فوق توصیه می کنند بجای مبارزه با این فرایندهایی که احتمالاً برای بیمار بسیار تهدید زا هستند، درمانگر باید فرضیه هایی درباره باورها و عواطف همراه آنها صورتبندی کند و تدریجاً به بیمار کمک کند تا از آنها آگاهتر شود.

چرخه های شناختی بین فردی و رابطه درمانی

مهمترین طرحواره ای که نیاز است در جلسات رواندرمانی روی آن زیاد کار شود، طرحواره بین فردی است یعنی مدل‌های فعال اولیه روابط که طی سالها رابطه خاص توسعه یافته اند ولی کماکان تحت تاثیر روابط اولیه می باشند. بسیاری از مشکلات جاری بیماران، انعکاس فعالیت طرحواره بین فردی ناکارآمد است. سافرن (۱۹۹۰، سافرن و سیگل، ۱۹۹۰) خصوصاً موکداً از این نکته بحث کرده است که تداوم این طرحواره ها نه به دلیل عدم توجه به شواهد بالقوه نقض کننده است بلکه عمدتاً به این خاطر است که چنین طرحواره هایی به گونه ای بر رفتار شخص اثر می گذارند که در واقع بسیاری از پیامدهای بین فردی، موید طرحواره قرار می گیرند. برای مثال، فردی که طرحواره پر قدرتی در زمینه شخص محبوب نبودن دارد تمایل دارد در باب مورد محبت قرار گرفتن مرتب اطمینان حاصل کند که همین کار بتدریج دیگران را از او دور می کند. در نتیجه شواهدی به دست می آید که در واقع از طرحواره محبوب نبودن حمایت می کند. این مفهوم چرخه شناختی _ بین فردی هم از سوی نویسندگان سنت بین فردی و هم روان پویایی مورد توصیف قرار گرفته است و به ما کمک می کند تا بر شکاف میان نظریه شناختی و تفسیرهایی که بر تعیین کننده های محیطی مشکلات هیجانی دست می گذارند، پل بزنیم. بر حسب این دیدگاه، افسردگی و دیگر اختلالات هیجانی در واقع از تعیین کننده های موقعیتی ناشی می شوند ولی این اختلالات نسبت به نقشی که فرایندهای شناخت فرد ایفا می کنند نمی توانند بی ارتباط نگاشته شوند، فرایندهای شناختی نه تنها بر تعبیر و تفسیر موقعیتهای بلکه در ایجاد بسیاری از هیجانات اثر می گذارند. نکات فوق دارای اهمیت درمانی می باشند و با عطف توجه به آنها می توان به بیماران کمک کرد تا چرخه های شناختی _ بین فردی خود را برری و تعدیل نمایند. علاوه بر این، جو منفی حاکم بر جهان بین فردی بسیاری از بیماران اغلب محتاج مداخله های مستقیم از طریق روشهایی چون آموزش مهارت‌های اجتماعی، زوج درمانی و حل مساله می باشد.

علاوه بر کشف روابط خارج از فضای درمان، رابطه درمانی فی نفسه می تواند فرصتهای مناسبی جهت شناخت و اصلاح طرحواره و رفتار بین فردی در اختیار درمانگر بگذارد. اخیرا درمانگران شناختی توجه بیشتری به این فرصت ها و امکانات مبذول داشته اند (برای مثال، سافرن و سیگل، ۱۹۹۰). چون رفتار بین فردی مکمل دیگران است که طرحواره ناسازگار بیمار را حفظ می کند، سافرن و سیگل (۱۹۹۰) به درمانگران توصیه می کنند که توجه خاصی به احساسات و تمایلات رفتاری خودشات مبذول دارند این احساسات و تمایلات احتمالا قدرت ((کشش)) بیمار را نشان می دهد. بنابر این وظایف درمانگر اینست که شیوه ای بیابد تا از تعامل بین فردی طوری خودش را رها سازد که این چرخه تداوم نیابد و با بیمار درباره احساسات و تمایلات رفتاری خودش گفتگو شود و آنگاه به بیمار کمک کند تا از افکار و احساساتی که حین تعامل تجربه می کند آگاه شود. نوع خاصی از رابطه درمانی که مخصوصا برای چنین کاوشی مفید است آن چیزی است که سافرن و سیگل (۱۹۹۰) عنوان ((گسیختگی پیوستگی)) را برای آن انتخاب کرده اند و آن در مواردی است که شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه بیماران در مورد رابطه درمانی یا درمان احساس منفی دارند و یا بیماران در پذیرش پیشنهادات درمانگر مرددند. سافرن و سیگل (۱۹۹۰) تمرکز روی فهم و رفع چنین گسیختگی هایی را توصیه می کنند. این کار نه تنها دوشادوش دیگر تکالیف درمانی باید صورت گیرد بلکه از اولویت خاصی برخوردار است زیرا التیام چنین گسیختگی هایی به خودی خود دارای چنان اثر درمانی هستند که طرحواره شناختی بین فردی بیمار را ابطال می کنند.

لیوتی (۱۹۹۱) اظهار داشته است که غالبا می توان به رابطه درمانی به نحو مفیدی در چارچوب نظریه دلبستگی بالبی نگریست. بر طبق این نظریه همه افراد از آغاز تولد این نیاز ذاتی را دارند تا به بزرگسال مهم دلبسته شوند. الگوهای رفتار دلبستگی تحت تاثیر واکنشهای بزرگسالان مهم به نوزاد قرار می گیرد و پایه تحولی که روی واکنشهای مربوط به جدایی صورت گرفته سه نوع دلبستگی نا ایمن شناسایی شده است: دلبستگی اجتنابی، در این گونه دلبستگی، نوزاد از مراقب خویش پس از یک جدایی موقت پرهیز می کند و زمانی دیده می شود که نوزاد از سوی مراقب طرد شود یا مورد بی توجهی قرار گیرد. دلبستگی مضطربانه در این نوع دلبستگی نوزاد نیاز دارد پس از یک جدایی، بسیار مورد استمالت و دلجویی قرار گیرد غالبا وقتی دیده می شود که مراقب مداخله گر و بیش از حد کنترل کننده باشد. دلبستگی سازمان گسیخته یا جهت نیافته، در این نوع دلبستگی، نوزاد پس از جدایی، گیج و منگ است بین تقرب جویی و اجتناب، دچار نوسان است و معمولا در نوزادانی دیده می شود که والدینشان تهدید می کنند یا مورد تهدید قرار می گیرند، گیج می کنند یا گیج می شوند. ممکن است این انتظار را داشته باشند از سوی کودکانشان کسب آرامش کنند. بر طبق نظر لیوتی (۱۹۹۱)، این الگوهای رفتاری خصوصا در روابطی فعال می شوند که در آن روابط، شخصی احساس می کند آسیب پذیر است و مانند یک رابطه درمانی از یک مراقب کمک طلب می کند. بیمار ممکن است این انتظار را داشته باشد که درمانگر به شیوه ای مشابه با مراقب اولیه

عمل کند. برای درمانگر مهم است به محض وقوع الگوهای رفتاری و انتظارات آنها را تشخیص دهد و به بیمار جهت شناسایی آنها کمک کند نه اینکه از طریق برخورد با این رفتارهای ناسازگارانه مقاومت عظیمی را در بیمار موجب شود. در حقیقت دشوار است بدون چنین فهمی از بیماران دارای تاریخچه دل بستگی های نا ایمن رابطه همیارانه لازم برای CT را توسعه دهیم.

نقش عاطفه و هیجان

نظریه پردازان متعدد اظهار داشته اند وقتی در افکار و نگرشهای خاص تغییر اساسی رخ می دهد که آن افکار و نگرشها در یک زمینه عاطفی و هیجانی مورد آزمون قرار گیرند. بک (۱۹۷۶) این نکته را سالها قبل متذکر شده بود ولی به صورت کاملتر از سوی دیگران مورد تاکید قرار گرفت. پرسونز و میرندا (۱۹۹۱) اظهار داشته اند که باورهای ناکارآمد احتمالا زمانی در درمان آشکار می شود که بیمار بسیار مشوش و ناراحت شده باشد که این مرحله فرصت مناسبی برای فراخوانی باورهای ناکارآمد هسته ای فراهم می شود و از لحاظ درمانی مرحله ای حساس و اساسی است حتی اگر چنین باورهایی مورد توجه فوری در درمان قرار بگیرند. نویسندگان متعدد روشهایی را برای دستیابی و تغییر باورهای ناکارآمد در یک بافت انگیزتگی عاطفی معرفی کرده اند از جمله این روشها استفاده از فنونی چون تمرینات تحت حالت شرم قرار گرفتن، واداشتن بیماران تا به نحو خیالی با والدینشان یا با وجوه متفاوت خودشات گفتگو کنند، رویاها و رویدادهای زندگی کنونی یا گذشته خود را به تصور درآوردند، عبارات کلیدی را تکرار و به شکل اغراق آمیز ادا کنند و روی احساسات بدنی که با احساسات تجربه شونده در آن لحظه منطبق هستند، متمرکز شوند (گرین برگ و سافرن ۱۹۸۷؛ یانگ، ۱۹۹۰). نقش عاطفه در تغییر درمانی به شکل کاملتر توسط گرین برگ و سافرن (۱۹۸۷، ۱۹۸۹) مورد بحث قرار گرفته است. آنها پنج شیوه استفاده از فنون افزاینده عاطفه را توصیف کرده اند: (الف) برانگیختن و تشدید هیجان، (ب) تسهیل جذب و تصدیق پاسخهای هیجانی بیمار که قبلا خارج از آگاهی قرار داشت (ج) دستیابی به باورهای هسته ای وابسته به حالت (د) بازسازماندهی شبکه شناختی _ هیجانی زیربنای پاسخهای مشکل آفرین و (ه) اصلاح پاسخهای هیجانی ناسازگار.

تاکید فزاینده بر موضوعات رشدی

اگرچه درمانگران شناختی در درجه نخست روی کنش کنونی بیمار متمرکزند ولی اخیرا درمانگران مختلف بحث با بیمارات درباره ریشه های تاریخی باورهای ناسازگارانه را سودمند قلمداد کرده اند. برای مثال، یانگ (۱۹۹۰) به طرحواره هسته ای، عنوان ((طرحواره های غیر انطباقی اولیه)) داده و اظهار داشته است که یک شیوه برای شناسایی آنها متمرکز شدن و

پرداختن بر تاریخچه رشدی بیمار است. تجریخ بالینی نشان داده است که صرف تمرکز بر تجارب رشدی غیر محتمل است بخودی خود به تغییر طرحواره ای منجر شود با وجود این وقتی بیماران ریشه های تحولی باورهای و رفتار کنونی شان را درک کنند شدت خود سرزنشی آنها بسیار کاهش می یابد و ممکن است درباره تغییر اموری که هم اکنون به وضوح آنها را فراگرفته شده تلقی می کنند، کمتر احساس ناامیدی کنند. اعتقادات بیماران نسبت به خودشان از جمله بی کفایتی، بی ارزشی یا غیر محبوب بودن می تواند با استفاده از روشهای معمول CT مورد چالش قرار گیرد و تضعیف شود. خاطرات مهم اولیه غالباً موارد آسیب زایی چون مورد سوء استفاده قرار گرفتن، بی توجهی مداوم، سرخوردگی و وارونگی نقش والدینی را شامل می شود. از خاطرات تروماتیک، آگاهانه یا ناآگاهانه اجتناب می شود و اغلب به شیوه ای تدریجی باید به آنها نزدیک شد. با اینکه ممکن است ظهور صرف این خاطرات، ارزشمند باشد ولی ظهور آنها فرصت مناسبی برای ارزیابی فرضهای ناآشکار بیماران درباره معنای رویدادهای یادآوری شده جهت فهم ارزش شخصی و روابط با دیگران فراهم می سازد. واکنس درمانگران نسبت به افشای چنین خاطراتی می تواند فی نفسه به نقض باورهای بیماران بینجامد و فرایند ابطال نگرشها را تقویت نماید.

نتیجه گیری

CT یک درمان موثر برای دامنه وسیعی از اختلالات بالینی است. این درمان یک سیستم بسته نیست بلکه سیستمی است که مفاهیم نظری و فنون سایر رویکردها را در خود ادغام کرده است تا نیازمندیهای بالینی را پاسخی در خورد دهد و به چالشهای نظری و تجربی توجه کند. درست همانگونه که CT به بیماران آموزش می دهد تا تمامی شواهد موجود را بررسی نمایند، طرفداران این رویکرد نیز شواهد مربوط به محدودیت های این نظریه و سبک درمانی مورد توجه و اصلاح قرار دادند. CT به حوزه هایی اختلالات بین فردی و اختلالات شخصیتی گسترش یافت و موضوعاتی که مورد توجه موکد دیگر سمت گیریها بود مانند طرحواره های هسته ای، فرایندهای دفاعی رابطه درمانی انگیختگی هیجانی، و تجارب اولیه رشدی کشانده شده است. بک (۱۹۹۱) در یک مقاله، CT را بعنوان درمانی تلفیقی نام داده است چون او تغییر شناختی را بعنوان عامل مشترک موثر در سراسر درمانها در نظر می گیرد. در نتیجه اظهار می دارد که مدل شناختی می تواند بعنوان چارچوبی برای گزینش فنون رواندرمانی های دیگر استفاده شود. CT از مشاهدات بالینی دقیق و آزمایشات تجربی نظامدار سر بر آورده است با اینحال بسیار کارها باقی می ماند تا بعنوان موضوع کاربردهای جدید قرار گیرد. علاوه بر این، پژوهش روی فرایند هنوز دوره جنینی خود را می گذرانند. پژوهشهای آینده لازم است شناسایی مولفه های موثر CT، مکانیسم های تغییر درمانی و تعامل مولفه های درمانی و متغیرهای مربوط به بیمار را هدف خویش قرار دهد. همچنین این پرسش باقی می ماند که آیا

CT اثراتش را از طریق خنثی سازی طرحواره های افسرده ساز و فعال سازی طرحواره های انطباقی تر، بازساخت دهی به طرحواره های قدیمی یا آموزش مهارت‌های جبرانی بدون تغییر دادن طرحواره اعمال می کند.

هرچند شناسایی چگونگی مکانیسم تاثیر CT مهم است ولی وظیفه دیگر پژوهشگران درک این نکته است که چرا موثر است و برای چه کسانی. مطالعات اندکی روی کسانی انجام گرفته که از CT تاثیر نپذیرفته اند؛ روی این مساله نیز باید پژوهش صورت گیرد که CT چگونه بر این بیماران قابل اعمال است. در مجموع درک مکانیسم های موثر در CT و اعمال آن روی حوزه های جدید به توسع و پالودن بیشتر این شیوه درمانی یاری می رساند.

پایان

CYBER

Psychology & Neurofeedback Center

سایبر

مرکز روانشناسی و نوروفیدبک