

شناخت درمانی

فرآیندها و ساختارها

(مجموعه مقاله)

مؤلف
دکتر حسن حمیدپور



زمانی از والتر لیپمن، متفکر سیاسی آمریکایی، می‌پرسند که درباره فلان موضوع نظرش را بگوید. او در جواب می‌گوید: «نمی‌دانم درباره این موضوع چه نظری دارم، چون هنوز درباره این موضوع مطلبی ننوشته‌ام»^۱.

۱. ذکریا، فرید (۱۳۹۵). در دفاع از یک آموزش لیبرال (ص ۵۶). ترجمه مظفر رویایی و مرضیه شریعتی. تهران: بوتیمار

فهرست

مقدمه.....	۹
بخش ۱: ساختارها و شناخت درمانی.....	۱۹
فصل ۱: آیا من شناخت درمان‌انگرم؟.....	۲۱
فصل ۲: نظریه شناختی یک درباره اختلالات شخصیت.....	۴۲
فصل ۳: نقش کلیدی رابطه درمانی در رویکرد شناخت درمانی.....	۶۱
فصل ۴: اهمیت روش‌شناسی در پژوهش‌های رفتاری - شناختی.....	۷۴
فصل ۵: جای خالی پرسشگری سقراطی در شناخت درمانی.....	۸۷
فصل ۶: چه بر سر رفتارگرایی آمده است؟.....	۹۴
فصل ۷: طرح‌واره به‌عنوان پیش‌داوری درباره خود.....	۱۰۱
فصل ۸: دیدگاه دلبستگی: کاربردهایی برای شناخت درمانی.....	۱۰۵
بخش ۲: ویگوتسکی و شناخت درمانی.....	۱۳۱
فصل ۹: دیدگاه ویگوتسکی: کاربردهایی برای شناخت درمانی.....	۱۳۳
فصل ۱۰: گفت‌وگوی درونی: مفهومی ارزشمند، اما فراموش شده در شناخت درمانی.....	۱۵۳
فصل ۱۱: گفتار درونی و تجربه آگاهانه: نقش کلیدی گفتار درونی در شکل‌گیری خودپنداره.....	۱۶۲
بخش ۳: فرآیندهای شناختی و شناخت درمانی.....	۱۶۹
فصل ۱۲: چرا اتفاق‌های بد برای انسان‌های خوب می‌افتد؟.....	۱۷۱
فصل ۱۳: اندیشناکی: مفهومی جدید در شناخت درمانی افسردگی.....	۱۸۵
فصل ۱۴: مسئله دیرپای شناخت‌واره‌های منفی در افسردگی و اضطراب: چشم‌اندازهای جدید و مناقشه‌های قدیم.....	۲۰۷
بخش ۴: مغز و شناخت درمانی.....	۲۱۹
فصل ۱۵: مغز، هیجان و شناخت.....	۲۲۱
فصل ۱۶: نقش مغز در هدف‌گزینی و دستیابی به هدف.....	۲۳۵

بخش ۵: هیجان و شناخت درمانی.....	۲۴۵
فصل ۱۷: معنا و مضمون: بازگشایی افق‌هایی فراسوی شناخت درمانی.....	۲۴۷
فصل ۱۸: نظریهٔ خویشتن شناختی – تجربه‌ای.....	۲۶۵
فصل ۱۹: هیجان‌ها، فرمانروایان بزرگ زندگی ما: نقش هیجان‌ها در فرایند تغییر در روان‌درمانی.....	۲۷۱
واژه‌نامهٔ انگلیسی به فارسی.....	۲۹۰
واژه‌نامهٔ فارسی به انگلیسی.....	۲۹۶

مقدمه

از زمانی که با مفاهیم و اصول درمان شناختی- رفتاری در درس نظریه‌های یادگیری (ترم پنجم دوره کارشناسی روان‌شناسی عمومی دانشگاه اصفهان، سال ۱۳۷۶) با تدریس دکتر محمدرضا عابدی آشنا شدم، تا به امروز وسوسه و اشتیاق یادگیری مفاهیم بنیادین درمان شناختی- رفتاری مرا رها نکرده است. در طول این سال‌ها با مفاهیم، مدل‌ها، اصول، تاریخچه و تکنیک‌های این رویکرد بیشتر آشنا شدم و مثل هر نوآموزی هنوز هم افتان و خیزان به دنبال یادگیری این رویکرد هستم.

از شما چه پنهان که گذشت سال‌ها نه تنها از شور و اشتیاق اولیه‌ام کم نکرد، بلکه بیشتر مشتاق شدم تا به قدر وسع بگویم و این رویکرد را بیشتر بشناسم و به کار بگیرم.

در دوره کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی در دانشگاه فردوسی مشهد نیز درس رفتاردرمانی شناختی را با دکتر حبیب‌الله قاسم‌زاده گذراندم. در این درس به‌طور بنیادین و اصولی با این رویکرد و نحوه کاربست آن آشنا شدم. در طول این درس متوجه شدم که یادگیری یک رویکرد درمانی فقط در سطح دانش خلاصه نمی‌شود، بلکه بایستی با این رویکرد زندگی کرد و مفاهیم این رویکرد بایستی با گوشت، پوست و استخوان در هم تنیده شود. به عبارتی باید علاوه بر دانش؛ بایستی نگرش، منش، روش و بینش شما نیز متأثر از رویکردتان باشد.

در همان دوره کارشناسی ارشد، دو سال در کلینیک روان‌شناسی بالینی دانشگاه فردوسی مشهد زیر نظر دکتر علی صاحبی دوره کارورزی را گذراندم. در طول این دو سال با انواع و اقسام اختلالات و کاربرد رویکرد شناختی- رفتاری در این اختلالات آشنا شدم. اگرچه در همان ابتدا باید مشخص می‌کردیم که حوزه کاری‌مان بزرگسال است یا کودک و نوجوان و باید روی یک اختلال بیشتر تمرکز می‌کردیم در همان زمینه نیز پایان‌نامه می‌گرفتیم.

در طول این سال‌ها یکی از علاقمندی‌هایم نوشتن مقاله در حوزه درمان‌های شناختی- رفتاری بوده است.

خوشبختانه یا بدبختانه این مقاله‌ها از آفت «سندرم علمی- پژوهشی» مبرا بوده‌اند. به عبارتی مقاله‌هایی نوشته‌ام که نه به درد دنیا می‌خورند و نه به درد آخرت. نوشتن این‌گونه مقاله‌ها برای نویسنده آبتوانی به همراه ندارد و به رتبه علمی فرد نمی‌افزاید. این مقاله‌ها به‌نوعی بیشتر «نقد و بررسی» بوده‌اند. برخی از این مقاله‌ها را در همایش‌ها و کنفرانس‌ها ارائه دادم و برخی نیز در «مجله بازتاب دانش» و «فصلنامه سلامت روان» چاپ شده‌اند.

در طول این سال‌ها برخی از مقاله‌ها را بازنویسی کردم و برخی نیز کماکان دست نخورده‌اند. وسوسه‌ای سراغم آمد که این مقاله‌ها را روزآمد کنم و منابع جدیدی به آن‌ها بیافزایم. اما در برابر این وسوسه مقاومت کردم چون به احتمال زیاد در دام اهمال‌کاری می‌افتادم و در چاپ و نشر این مقاله‌ها تأخیر بیشتری به‌وجود می‌آمد. پس خوانندگان این مقاله‌ها بایستی این نکته را مدّ نظر قرار دهند. و اما دربارهٔ سازمان‌بندی مقاله‌ها. مقاله‌ها به پنج دسته تقسیم شده‌اند:

بخش اول: ساختارها و شناخت درمانی

این بخش شش مقاله دارد. ابتدا با اصول حاکم بر شناخت درمانی از دیدگاه آرون بک آشنا خواهیم شد. ده اصل بنیادینی که آرون بک اعتقاد راسخ دارد که باید به آن‌ها پایبند باشیم تا بتوانیم خودمان را شناخت درمانگر بدانیم. این اصول آن چنان اهمیتی دارند که صلاحیت بالینی فرد در حوزه شناخت درمانی با پایبندی به این اصول سنجیده می‌شود. در مقاله دوم به بحث رابطه درمانی پرداخته شده است. رابطه درمانی یکی از اصول خدشه‌ناپذیر شناخت درمانی است. در این مقاله به تعریف رابطه درمانی، سطوح، شکل‌گیری و تداوم رابطه درمانی اشاره شده است. در بخش انتهایی مقاله به موضوع مقاومت در رابطه درمانی پرداخته‌ایم. ذکر این نکته ضروری است که این مقاله با همکاری سرکارخانم دکتر اندوز نوشته شده است.

یکی از ویژگی‌های متمایز و جذاب رویکرد شناختی- رفتاری، پژوهش‌آفرینی است. اگر یکی از ملاک‌های رویکردهای درمانی را دامن زدن به پژوهش در نظر بگیریم، رویکرد شناختی- رفتاری از این ملاک یا آزمون سربلند بیرون خواهد آمد. برخی از این پژوهش‌ها در حوزه نتیجه پژوهی^۱ قرار می‌گیرند. به عبارتی این پژوهش‌ها به بررسی کارآیی و اثربخشی مدل‌ها یا تکنیک‌های شناختی- رفتاری می‌پردازند. اکثر این پژوهش‌ها حداقل در ایران به‌عنوان پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد یا دکتری انجام می‌شوند. با مطالعه دقیق این پژوهش‌ها متوجه می‌شویم که مشکلات روش شناختی عمده و چشمگیری دارند. در این بخش مقاله‌ای تحت عنوان «اهمیت روش شناسی در پژوهش‌های رفتاری- شناختی» قرار داده‌ایم تا بتوانیم پژوهش‌هایی با کیفیت و مطابق با معیارهای علمی این نوع پژوهش‌ها انجام بدهیم. علاوه بر این تا جای ممکن از تکرار خطاهای پژوهشی واضح جلوگیری کنیم.

یکی از مهارت‌های بنیادین هر درمانگری به‌طور عام و هر شناخت درمانگری به‌طور خاص، پرسش‌گری است. پرسش‌گری در شناخت درمانی با پرسوند سقراطی همراه می‌شود. به عبارتی شناخت درمانگر در قالب گفتگوی سقراطی به طرح سؤال‌هایی دقیق و هدفمند می‌پردازد تا مراجع بتواند اولاً از خلال این پرسش‌ها به سمت کشف مسائل بنیادین خود (مثل باورهای مرکزی، قواعد زندگی، تفسیرهای مشکل‌آفرین، خزانه رفتاری ناکارآمد، و هیجان‌های دردرساز) دست یابد. ثانیاً مراجع

بتواند عوامل زمینه‌ساز، آشکارساز، برانگیزان و تداوم بخش مشکلات خود را کشف کند و ثالثاً برای برون رفت از این مسائل تدبیری ببیند و راهکاری بیابد. به عبارتی مراجع در طول این پرسش‌گری می‌تواند کارکرد تاملی^۱ خود را فعال سازد. هدف پرسش‌گری سقراطی، اکتشاف هدایت شده است. در طی پرسش‌گری سقراطی، اصل تجربه‌گرایی مشارکتی یک لحظه از چشم شناخت درمانگر دور نمی‌ماند. این اصل تجربه‌گرایی مشارکتی، احترام به خودمختاری مراجع و اعتقاد به توانمندی او نیز تلقی می‌شود.

در مقاله‌ای بسیار فشرده به این بحث پرکشش پرداخته‌ایم. پرسش‌گری سقراطی در طی آموزش‌های شناختی- رفتاری مسلم و بدیهی تلقی می‌شود. اگر چه در طول این سال‌ها کتاب‌هایی به فارسی و انگلیسی در این زمینه به رشته تحریر درآمده است. اما این مقاله کوچک زمانی نوشته شد که کتاب مستقلی در این زمینه وجود نداشت.

یکی از بحث‌های داغ و جذاب حوزه شناختی- رفتاری این است که چگونه رفتار درمانی کلاسیک به تدریج وارد موج دوم (رفتار درمانی شناختی) و بعدها وارد موج سوم (رفتار درمانی پذیرشی) شد. در طول این سال‌ها و با تغییرات عمده‌ای که در مدل‌های شناختی- رفتاری به وجود آمد، اصول رفتار درمانی کماکان ثابت بوده است. در برخی از مدل‌های موج سوم انگار نوعی بازگشت یا دقیق‌تر، احیای مجدد اصول رفتار درمانی، رخ داد مثل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، فعال‌سازی رفتاری و روان درمانی مبتنی بر تحلیل کارکردی. اگر این فرض را بپذیریم که رفتار درمانی بر بنیاد نظریه‌های رفتارگرایی ساخته و پرداخته شده است، پس رفتارگرایی و به تبع آن رفتار درمانی هنوز هم زنده است و بر خلاف برخی از پیش‌بینی‌ها به تاریخ ناپیوسته است.

رودی رودیگر رئیس جامعه روان‌شناسی آمریکا در یکصدمین سال تولد اسکینر در مجله Observer مقاله‌ای نوشت تحت عنوان «چه بر سر رفتارگرایی آمده است». عنوان این مقاله به‌نوعی اشاره به مقاله‌ای از اسکینر دارد که در سال ۱۹۸۷ تحت این عنوان چاپ شد: «چه بر سر روان‌شناسی به عنوان علم رفتار آمده است؟» رودیگر در این مقاله اشاره می‌کند که علیرغم پیشرفت بی‌چون و چرای روان‌شناسی شناختی و برخلاف بسیاری از پیش‌بینی‌ها، رفتارگرایی کماکان به حیات خود ادامه می‌دهد.

درمانگران حوزه شناختی- رفتاری بیش از آنچه فکر می‌کنند به رفتار درمانی مدیون هستند. اگرچه در طول این سال‌ها نقدهای زیادی به رفتار درمانی وارد شده است و خود رفتار درمانی هم تغییرات بنیادی داشته است، اما در نهایی بایستی عادت‌های مراجع تغییر کنند، چه عادت‌های رفتاری، چه عادت‌های شناختی و چه عادت‌های هیجانی. طبق دیدگاه ویلیام جیمز نیز شخصیت مجموعه‌ای از

عادت‌ها است. پس در نهایت عادت‌ها بایستی تغییر کنند تا سازگاری بهینه حاصل شود.

با روی کارآمدن مدل طرح‌واره درمانی جفری یانگ، مفهوم طرح‌واره اهمیت بالینی و پژوهشی بیشتری پیدا کرد. یکی از اصول مهم درمان‌های شناختی- رفتاری، آموزش دقیق و قابل درک مفاهیم و فرمول‌بندی به مراجع است. کریستین پدسکی مفهوم طرح‌واره را در قالب استعاره به مراجعان آموزش می‌دهد. پدسکی اعتقاد دارد که می‌توانیم در فرآیند آموزش به مراجع طرح‌واره را به مثابه نوعی پیش‌داروی تلقی کنیم. انسان‌ها با مفهوم پیش‌داروی به‌نوعی آشنا هستند. انگار طرح‌واره‌ها نوعی پیش‌داروی خام و شتابزده تلقی می‌شوند. این مقاله کوچک و ارزشمند را نیز در این بخش قرار دادیم.

یکی از واژه‌های کلیدی در کتاب‌های شناخت درمانی، واژه «درون‌سازی»^۱ است. به عبارتی سؤال این است نظام باورها یا ساختارهای شناختی افراد چگونه شکل می‌گیرد؟ برخی معتقدند که کودکان نظام باورهای والدین را درون‌سازی می‌کنند. اما سازوکار این درون‌سازی برخی اوقات چندان مشخص نیست؛ اگر چه نظریه‌پردازان برای این سازوکار از مفاهیمی مثل تقلید، مدل‌سازی، تنبیه و تشویق استفاده می‌کنند. گوئیدانو^۲ و لیوتی^۳ در سال‌های ۱۹۸۰ در رم ایتالیا براساس نظریه دلبستگی بالینی به بررسی شیوه‌های شکل‌گیری ساختاری شناختی پرداختند. آن‌ها اعتقاد دارند که ساختارهای شناختی در ذهن افراد از مسیر دلبستگی شکل می‌گیرند. گوئیدانو و لیوتی در سال ۱۹۸۳ کتاب بسیار مهمی منتشر کردند تحت عنوان: «فرآیندهای شناختی و اختلالات هیجانی»^۴. در فصل چهارم کتاب به نقش دلبستگی در شکل‌گیری، تداوم و نحوه تغییر ساختارهای شناختی پرداخته‌اند. انگار این کتاب پاسخی بود به کتاب آرون بک تحت عنوان «شناخت درمانی و اختلالات هیجانی».

به عبارتی می‌توان گوئیدانو و لیوتی را سردمداران طرح استفاده از نظریه دلبستگی در شناخت درمانی تلقی کرد. با روی کارآمدن نظریه، طرح‌واره درمانی، انگار پیوند بین نظریه دلبستگی و نظریه شناخت درمانی یک گام جلوتر رفت.

مقاله «دیدگاه دلبستگی: کاربردهایی برای شناخت درمانی» را در دوره کارشناسی ارشد نوشتم. با مطالعه بیشتر دیدگاه دلبستگی در طول زمان متوجه شدم که نه تنها شناخت درمانی بلکه به عبارتی روان درمانی نوع دلبستگی است. اگر مراجع در طول درمان سیستم دلبستگی‌اش فعال نشود و زخم‌های دلبستگی التیام نیابند، در مدل‌های فعال درونی یا همان طرح‌واره‌های او تغییری نخواهد کرد.

1. Internalization
 2. Guidano
 3. Liotti
 4. Cognitive process and Emotional disorders

بخش دوم: ویگوتسکی و شناخت‌درمانی

به نظریه ویگوتسکی زمانی بیشتر علاقمند شدم که پی بُردم مفهوم گفتار درونی مبنای نظریه آلبرت ایس و دونالد مایکن بام است. در پرتو نظریه‌های لوریا، لئون تیف، سوکولوف، مورین، هوگ و برک، نقش و اهمیت گفتار درونی به تدریج برای من واضح‌تر، مشخص‌تر و کاربردی‌تر شد.

گفتار درونی هم در شکل‌دهی و تنظیم رفتار نقش دارد و هم در تنظیم فعالیت‌های شناختی (مثل توجه، حافظه، حل مسئله و تصمیم‌گیری) و هم این که گفتار درونی مملو از مضمون و آغشته به مسایل عاطفی است. در فرآیند درمان‌های شناختی- رفتاری هم نیز هدف تغییر رفتار، فعالیت‌های شناختی و تنظیم هیجان است. پس به این اعتبار شاید بتوان فرآیندهای تغییر در درمان‌های شناختی- رفتاری را در نهایت با مفهوم گفتار درونی تبیین کرد. این بخش سه مقاله دارد. طرح مقاله «دیدگاه ویگوتسکی: کاربردهایی برای شناخت درمانی» در دوره کارشناسی ارشد به ذهنم رسید و در دومین سمپوزیوم نوروپسیکولوژی شناختی که به مناسب یکصدمین سالگرد تولد لوریا در دانشگاه بین‌المللی قزوین برگزار شد، ارایه کردم (سال ۱۳۸۱) و بعدها در کتاب «نوروپسیکولوژی شناختی» نیز چاپ شد.

مقاله بعدی به نقش و اهمیت گفتار درونی پرداخته است. شاید امروزه در پرتو موج سوم رفتاردرمانی کمتر به مدل مایکن بام توجه می‌شود، اما واقعیت آن است که گفتار درونی می‌تواند نقش بسیار مهمی در درمان داشته باشد.

آلیان مورین اعتقاد دارد که گفتار درونی می‌تواند در شکل‌گیری خودپنداره نقش بارز و برجسته‌ای ایفاء کند. او همچنین بر این باور است که درک دیدگاه دیگران و به تبع آن همدلی با استفاده از گفتار درونی امکان‌پذیر است. در این بخش مقاله‌ای از آلیان مورین نیز آمده است. نکته جالب این که امروز، مدل‌های گفتگویی در روان‌درمانی رواج پیدا کرده‌اند. مبنای این مدل‌های گفتگویی به کارهای باختین برمی‌گردد که نوعی گفتگو با خویشتن در قالب گفتار درونی است.

بخش سوم: فرآیندهای شناختی و شناخت درمانی

اینگرم و کندال (۱۹۸۶) در فصل اول کتاب «رویکردهای پردازش اطلاعات در روان‌شناسی بالینی»، مقوله «شناخت» را تقسیم‌بندی کردند. آن‌ها در فصل اول این کتاب (روان‌شناسی بالینی شناختی) طرحی طبقه‌بندی شده از مفهوم «شناخت» عرضه کنند. از دید آن‌ها می‌توان «شناخت» را به چهار دسته تقسیم کرد:

۱. ساختارهای شناختی^۱ (حافظه بلندمدت، حافظه کوتاه‌مدت، شبکه تداعی شناختی، گره‌ها^۲ و رابط‌ها^۳ در حافظه)

۲. گزاره‌های شناختی^۴ (دانش معنایی، دانش مقطعی یا رخدادی، باورهای ذخیره شده)

۳. عملیات‌های^۵ شناختی (توجه، رمزگذاری، یادآوری انتقال اطلاعات)

۴. محصولات شناختی^۶ (اسنادها، تصمیم‌ها، تصورات، افکار، باره‌شناسی و باورهای ابراز شده)

این‌گرام و کندال ساختارها و گزاره‌های شناختی را تحت عنوان "طرح‌واره" قلمداد می‌کنند. به عبارتی شاید بتوان عملیات‌های شناختی را نوعی فرآیند شناختی نیز تلقی کرد.

این بخش سه مقاله وجود دارد. یکی از عملیات‌های شناختی مهم و اثرگذار، سبک اسناد^۷ یا سبک تبیین است. پس به این اعتبار اگر اتفاق ناخوشایند و ناگواری برای یک فرد درست کار و اخلاق محور پیش بیاید؛ بلافاصله باید این اتفاق را به مسئله پدیده‌ای ربط بدهیم. افرادی که ساختار شناختی‌شان بر محور "عدالت اندیشی"^۸ پایه گذاری شده است، با این رخداد به سختی کنار می‌آیند زیرا ساختار شناختی این افراد بر این پاشنه می‌چرخد که انسان‌ها درست کار و خوب نباید در زندگی حوادث تلخ و دل‌آزاری را تجربه کنند. چنین افرادی اعتقاد راسخ دارند که افراد درست کار و ارزشمند باید پاداش رفتارهای خوب و خیرخواهانه خود را دریافت کنند و افراد پلید و نابکار باید سزای رفتارهای اخلاق ستیزانه خود را ببینند. در هر صورت در این مقاله به بررسی ابعاد مختلف عدالت اندیشی به‌عنوان ساختار شناختی (طرح‌واره) و سبک‌های اسناد به‌عنوان عملیات‌های شناختی پرداخته‌ایم.

مقاله دوم مربوط به نقش اندیشناکی^۹ در شروع و تداوم افسردگی است. اندیشناکی را می‌توان نوعی فرآیند شناختی در نظر گرفت که علاوه بر ساختارها و گزاره‌ها به نوعی باعث تصمیم‌گیری (محصول شناختی) نیز می‌شود. در این مقاله به نظریه‌های اندیشناکی و تلویحات درمانی آنها پرداخته شده است.

موضوع دیگری که می‌تواند برای درمانگران حوزه، شناختی- رفتاری جذاب باشد، بحث این است که چرا شناخت‌واره‌های^{۱۰} منفی افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی در برابر تغییر مقاوم

1. Cognitive structures

2. Nodes

3. Linkages

4. Cognitive propositions

5. Cognitive operations

6. Cognitive products

7. Attribution style

8. Taste thinking

9. Rumination

10. Cognitions

هستند و به این راحتی دست از سر ذهن فرد برنمی‌دارند. در سال ۲۰۰۷ در «مجله رفتاردرمانی» ویژه‌نامه‌ای به این موضوع اختصاص داده شد. یکی از مقاله‌های معروف این ویژه‌نامه را دیوید کلارک به رشته تحریر درآورد. این مقاله را سال‌ها قبل ترجمه کردم و در مجله بازتاب دانش (سال اول، شماره اول، پاییز ۱۳۸۵) چاپ شد.

بخش چهارم: مغز و شناخت درمانی

اگر نوروپسیکولوژی را برای رابطه بین مغز و رفتار تعریف کنیم، آن‌گاه این سؤال پیش می‌آید که رابطه بین مغز و روان‌درمانی - در معنای عام - و رابطه بین مغز و شناخت‌درمانی - در معنای خاص - چگونه است؟ پیدا کردن متناظر فرآیندهای هیجانی، شناختی و رفتاری در مغز می‌تواند به تبیین نوروپسیکولوژیک اثربخشی شناخت درمانی کمک کند. اگرچه تقلیل اثرگذاری شناخت درمانی به سطح مغزی نوعی کاهش‌گرایی محسوب می‌شود. اما با این حال می‌تواند کمک ارزشمندی به درک اثرگذاری درمان کند.

یکی از افرادی که به آثار او در این زمینه خیلی استناد می‌شود، آنتونیو داماسیوس است. او با نوشتن کتاب «اشتباه دکارت: هیجان - فرد و مغز انسان» معروف شد و با آثار بعدی خود توانست بینش‌های خوبی در زمینه بحث مغز، شناخت و هیجان ارائه دهد.

یکی از مصاحبه‌های او را ترجمه کردیم و در این بخش (مغز و شناخت درمانی) قرار دادیم. این مصاحبه از کتاب روان‌شناسی روان‌شناسان (اثر دیوید کوهن) انتخاب شده است.

موضوع دیگری که در طی شناخت‌درمانی با مغز ارتباط پیدا می‌کند بحث هدف‌گزینی است. افراد گاهی اوقات به این دلیل برای درمان مراجعه می‌کنند چون به اهداف‌شان نرسیده‌اند یا مسیر دست‌یابی به اهداف را بلد نیستند یا بر مسیر شکست خورده دست‌یابی به هدف کماکان یا فشاری می‌کنند یا به اهداف خود رسیده‌اند، اما نارضایتی عمیقی را تجربه می‌کنند. پس چه بخواهیم و یا نخواهیم زندگی افراد قبل از مراجعه به درمانگر به نوعی درگیر هدف و هدف‌گزینی بوده است. در ابتدای درمان و در طول درمان نیز شناخت درمانگر مدام به نقد و بررسی اهداف، هدف‌گزینی جدید و تسهیل دست‌یابی به اهداف جدید مشغول است، حال سؤال این است که موضوعی به این اهمیت می‌تواند در مغز متناظرهای خاصی داشته باشد؟ در مقاله دوم این بخش به نقش ساختارها و عملکردهای مغزی در هدف‌گزینی اشاره شده است.

پس به این اعتبار زمانی که در طول درمان با مراجعان بر سر هدف‌های‌شان وارد گفتگوی سقراطی شویم انگار عملکردهای مغزی را دست کاری می‌کنیم و فعالیت‌های جدیدی را در مغز راه می‌اندازیم.

بخش پنجم: هیجان و شناخت درمانی

از زمان روی کار آمدن شناخت درمانی همیشه این موضوع مطرح بوده است که جایگاه هیجان در شناخت درمانی کجاست؟ آیا در شناخت درمانی صرفاً با تغییر باورها و رفتارها می‌توان به تغییر معناداری در سطح هیجان‌ها دست یافت؟ در این بخش سه مقاله دارد.

مقاله اول (معنا و مضمون: بازگشایی افق‌های جدید فراسوی شناخت درمانی) به طرح نظریه زیر سیستم‌های شناختی متعامل می‌پردازد. این نظریه را تیزدیل و برنارد مطرح کردند. در این نظریه اعتقاد بر این است که باورهای عقلانی (معنا) با باورهای هیجانی (مضمون) چگونه در تعامل قرار می‌گیرند. آرون یک تفاوت بین این دو باور را کمی تلقی می‌کند و اعتقاد دارد که با تکنیک‌هایی مثل ایفای نقش منطقی - هیجانی یا تکنیک وکیل مدافع می‌توان از بن‌بست شناخت سرد و شناخت داغ (می‌دانم که آدم بی‌ارزشی نیستم ولی احساسی‌ام هیچ تغییری نمی‌کند) رهایی جست. اما تیزدیل بر این باور است که تفاوت بین این دو نوع باور کیفی است و باورهای ضمنی را نمی‌توان با چالش‌های کلامی تغییر داد زیرا این باورها خاستگاه بدنی دارند. پس بایستی از تکنیک‌های توجه‌آگاهی^۱ برای شکستن حلقه معیوب بدنی این باورها استفاده کرد.

یکی از نظریه‌هایی که می‌توان به درک فرآیند تغییر در شناخت درمانی کمک کند، نظریه خویشتن شناختی - تجربه‌ای است. این نظریه را سیمور اپستاین ارایه کرده است. در این نظریه فرض بر این است که انسان‌ها چهار نیاز بنیادین دارند و برای ارضاء این چهار نیاز بایستی بتوانند در مسیر تفکر سازنده یا راهگشا حرکت کنند. لازمه حرکت در مسیر تفکری سازنده یا راهگشا، تعادل بین سیستم پردازش عقلانی و تجربه‌ای است. این مقاله به صورت خیلی خلاصه ارایه شده است.

مقاله بعدی از لسلای گرین‌برگ، بنیان‌گذار درمان هیجان محور، است. ممکن است در ابتدا این مقاله در کتابی درباره شناخت درمانی اندکی تعجب برانگیز باشد. گرین‌برگ در فصل یازدهم کتاب «پرداختن به هیجان‌ها در رفتار درمانی شناختی» به این مطلب اشاره کرده است که می‌توان تکنیک‌هایی درمان متمرکز بر هیجان را در رفتار درمانی شناختی یکپارچه کرد.

در مقاله گرین‌برگ چندین بار اشاره شده است که در دیدگاه شناخت درمانی، هیجان را پدیده‌ای پس شناختی می‌نگرند. به عبارتی او اعتقاد دارد که هیجان یا احساس بعد از فکر یا اندیشه به وجود می‌آید. همان زمان که این مقاله را ترجمه می‌کردم به نظرم رسید که مبتنی بر شواهد و پیشینه علمی و تاریخی شناخت درمانی به نقد این سوء تفاهم پردازم. انگار گرین‌برگ هنوز هم به دیدگاه‌های یک سطحی رابطه بین هیجان و شناخت اعتقاد دارد (مثل دیدگاه آلبرت ایس). واقعیت این است که با روی کار آمدن دیدگاه‌های چندسطحی شناخت و هیجان (مثل دیدگاه تیزدیل و برنارد و دیدگاه پاور و

دالگلیش) موضوع پیچیده‌تر از آن است که به دیدگاه‌های یک سطحی وفادار بمانیم و خودمان را از پویایی و زیبایی رابطه بین شناخت و هیجان محروم کنیم. آرون در کتاب شناختی درمانی افسردگی که در سال ۱۹۷۹ چاپ و منتشر شد به صراحت اشاره می‌کند که میزان تغییر در ساختار شناختی مراجع بستگی به میزان عواطفی دارد که در جلسه درمان پردازش کرده است. در منابع مقاله گرین برگ به کتاب «اختلالات هیجانی و شناخت درمانی» بک (۱۹۷۶) استفاده شده است، اما انگار این کتاب دقیق مطالعه نشده زیرا بک در همین کتاب می‌گوید:

تأکید بر مفهوم تفکر [در شناخت درمانی] نباید ما را از اهمیت واکنش‌های هیجانی که عامل بلافصل آشفتگی تلقی می‌شوند، غافل کند. بلکه منظور این است که از طریق شناخت‌واره‌های فرد بتوانیم به هیجان‌های او پی ببریم (ص ۲۰۴).

اما در پایان بایستی به چند نکته اشاره کنم:

امیدوارم این کتاب بتواند به افزایش بینش، درک و عمق بخشیدن به ذهن خوانندگان اندکی کمک کند. بدون شک می‌توان این مقاله‌ها را در پرتو دانش روزآمد نقد کرد یا مجدداً به رشته تحریر آورد. همان گونه که اشاره شد ترسیدم که در دام اهمال‌کاری گرفتار شوم و این کار مدت‌ها به تعویق بیفتد. از استاد گرامی جناب آقای دکتر قاسم‌زاده بی‌نهایت سپاسگزارم که به من یاد داد تا زمانی درباره یک مفهوم قلم به دست نگیرم و ننویسم، گو این که آن مطلب را درست پردازش نکرده‌ام. از جناب آقای دکتر حمید یعقوبی نیز سپاسگزارم که اجازه دادند دو مقاله را که در فصلنامه سلامت روان چاپ شده بود در این کتاب باز نشر شوند. از همکار گرامی جناب آقای پوریا حیدری نیز ممنون و سپاسگزارم که با خواندن دقیق این مقاله‌ها کمک بزرگی کردند تا مطالب یک‌دست‌تر مستجم‌تر و کم‌غلط‌تر چاپ شوند. از همسر گرامی و دختر نازنین‌ام نیز بی‌نهایت تشکر می‌کنم که در طول انجام این کار صبوری به خرج دادند و همراهی کردند. با این حال هر گونه اشتباه، نقد و ایراد به این مقاله‌ها بر عهده نویسنده/مترجم است. ما را از نقدهای خود بی‌نصیب نگذارید.

منابع

- Thoma, N. C. & McKay, D (2015). Working with emotion in cognitive-behavioral therapy. New York: Guilford
Ingram, R. E. & Kendall, P. C. (1986). Cognitive Clinical Psychology: Implication of information processing perspective (p.3-21). In Information processing approaches to Clinical Psychology. R. Ingram (Ed). Orlando: Academic press.
Becks, A. T. (1976). Cognitive therapy and emotional disorders. New York: Enguan.

بخش ۱

ساختارها و شناخت درمانی

- فصل ۱: آیا من شناخت درمان‌نگرم؟
- فصل ۲: نظریه شناختی یک درباره اختلالات شخصیت
- فصل ۳: نقش کلیدی رابطه درمانی در رویکرد شناخت درمانی
- فصل ۴: اهمیت روش‌شناسی در پژوهش‌های رفتاری- شناختی
- فصل ۵: جای خالی پرسشگری سقراطی در شناخت درمانی
- فصل ۶: چه بر سر رفتارگرایی آمده است؟
- فصل ۷: طرح‌واره به‌عنوان پیش‌داوری درباره خود
- فصل ۸: دیدگاه دلبستگی: کاربردهایی برای شناخت درمانی

فصل ۱

آیا من شناخت درمانگرم؟

چکیده

شناخت درمانی به عنوان یکی از مدل‌های درمان اختلالات روان‌شناختی، پشتوانه تجربی پربراری دارد. کارایی و اثربخشی شناخت درمانی به عوامل زیادی بستگی دارد که یکی از این عوامل مهم را بایستی پای‌بندی به اصول بنیادین شناخت درمانی قلمداد کرد. شناخت درمانی بر اساس اصول خاصی بنا شده است که این اصول، راهنمای سنجش، فرمول‌بندی و مداخله قرار می‌گیرند. گاهی اوقات این اصول ساده انگاشته می‌شود، در صورتی که صلاحیت بالینی شناخت درمانگران منوط به تعهد و اجرای این اصول است. در این فصل به ده اصل بنیادین شناخت درمانی پرداخته می‌شود و هدف از این کار، شفافیت و دقت این اصول از یک سو و انگیزه‌افزایی برای پای‌بندی به این اصول از سوی دیگر است.

هرکدام از نظام‌های روان‌درمانی از اصول خاصی تبعیت می‌کنند. شناخت درمانی نیز بنا به مفاهیم فلسفی و نظریه‌پردازی درباره چگونگی شروع و تداوم مشکلات روان‌شناختی به تدوین اصولی دست زده است که هر شناخت درمانگری برای انجام دقیق و عملی این رویکرد، مستلزم به رعایت آنهاست. ممکن است در نگاه اول این اصول ساده به نظر برسند، اما شاید بتوان برخی از شکست‌های درمانی را به نادیده‌انگاری یا سهل‌اندیشی در زمینه همین اصول ربط داد. لیهی (۱۳۸۶) معتقد است که اگر در فرایند اجرای شناخت درمانی با مشکل مواجه شدید یا به عبارت بهتر اگر بیمار، مقاومت زیادی نشان داد، قبل از پیچیده‌اندیشی و تأمل درباره زیربناهای شناختی-رفتاری مقاومت بیمار، به این مسئله بیندیشید که آیا اصول اولیه شناخت درمانی را رعایت کرده‌اید یا نه.

راهنمها و تکنیک‌های شناخت درمانی در ذات خود از اصولی برخاسته‌اند که سهل‌انگاری در زمینه رعایت این اصول ممکن است باعث گردد که به‌رغم در دست داشتن تکنیک‌ها و راهنمهای متنوع نتوان گرهی از مشکلات بیمار باز کرد. شاید به همین دلیل است که برخی از شناخت درمانگران تنها به

صرف بلد بودن تکنیک‌ها، نام خودشان را در زمره شناخت درمانگران قرار می‌دهند؛ در حالی که از اصول این روش درمانی تبعیت نمی‌کنند.

اصول ده‌گانه شناخت درمانی

بک، امری و گرین‌برگ (۱۹۸۵) معتقدند که شناخت درمانی، ده اصل اساسی دارد که بایستی این اصول را در کار بالینی با بیماران لحاظ کرد. این اصول عبارت‌اند از:

۱. شناخت درمانی مبتنی بر به‌کارگیری مدل شناختی برای اختلال‌های هیجانی است.
۲. شناخت درمانی، کوتاه‌مدت و زمان‌مند است.
۳. رابطه درمانی سالم، شرط لازم برای شناخت درمانی اثربخش است.
۴. درمان، نیازمند تلاش هم‌پارانه درمانگر و بیمار است.
۵. شناخت درمانی عمدتاً به روش‌های سقراطی تکیه دارد.
۶. شناخت درمانی، ساختارمند و جهت‌مند است.
۷. شناخت درمانی، مسئله‌محور است.
۸. شناخت درمانی مبتنی بر مدل آموزشی است.
۹. نظریه و تکنیک‌های شناخت درمانی بر اساس روش استقرایی پایه‌ریزی شده‌اند.
۱۰. تکالیف خانگی، مشخصه اصلی شناخت درمانی محسوب می‌شوند.

در ادامه فصل به هر کدام از این اصول می‌پردازیم.

اصل اول: شناخت درمانی مبتنی بر به‌کارگیری

مدل شناختی برای اختلال‌های هیجانی است.

شناخت درمانگران بایستی با استفاده از مدل‌های شناختی برای مفهوم‌سازی و درمان مشکلات هیجانی بیماران اقدام کنند. اگر شناخت درمانگری مدّعی به‌کارگیری روش شناخت درمانی است، اما نتواند با استفاده از مفاهیم و اصلاحات مدل‌های شناختی، مشکل بیمارانش را مفهوم‌سازی و تغییرات را تبیین کند، در زمره کسانی قرار می‌گیرد که تکنیک‌ها را بلد است، اما از اصل اول شناخت درمانی غافل است. به‌عنوان مثال اگر بیماری با مشکل اختلال اضطراب فراگیر به شناخت درمانگر مراجعه کند، درمانگرش بایستی برای سنجش، فرمول‌بندی و طرح درمان این بیمار از مدل‌های شناختی اضطراب فراگیر استفاده کند. تنوع این مدل‌های درمانی امروزه به قدری زیاد شده است (به‌عنوان مثال رجوع کنید به هیم‌برگ، تورک و منین، ۲۰۰۴) که شناخت درمانگر بایستی خودش را ملزم کند که دو راه در پیش بگیرد: الف) از یکی از این مدل‌های درمانی استفاده کند؛ به‌عنوان مثال در سنجش و مفهوم‌سازی از مدل فراشناختی

ولز استفاده کند. ب) از ترکیبی از این مدل‌ها استفاده نماید. البته انتخاب راه حل دوم ممکن است مشکلاتی را پدید بیاورد، زیرا مدل‌های شناختی اختلال اضطراب فراگیر اگرچه در قالب رویکرد شناختی قرار می‌گیرند، اما گاهی اوقات مؤلفه‌های درمانی برخی از این مدل‌ها با یکدیگر ناسازگار است. به عنوان مثال در مدل شناختی داگاس (داگاس و رابی‌چاوود، ۲۰۰۷) درباره اضطراب فراگیر راهبردهای آرامش‌آموزی جایی ندارند، زیرا داگاس عقیده دارد که با آموزش این راهبردها، افراد مبتلا به اضطراب فراگیر از اضطراب خود فرار می‌کنند و در این صورت با بلا تکلیفی روبه‌رو نمی‌شوند، زیرا طبق نظر داگاس مشکل اصلی این افراد ناتوانی در تحمل بلا تکلیفی^۱ است. اما در مدل درمانی بارلو (۲۰۰۱) راهکارهای آرامش‌آموزی جایگاه ویژه‌ای دارند. برای اینکه بتوانید میزان تبعیت و پای‌بندی خود به اصل اول شناخت درمانی را بسنجید به سؤال‌های جدول ۱-۱ پاسخ دهید.

جدول ۱-۱. شاخص‌های پای‌بندی به اصل اول شناخت درمانی

میزان پای‌بندی			شاخص
زیاد	متوسط	کم	
			۱. از مفاهیم شناختی برای فرمول‌بندی مشکل بیماران استفاده می‌کنم.
			۲. فرمول‌بندی را به‌طور شفاف و واضح به بیماران آموزش می‌دهم.
			۳. تفکیک بین شناخت، هیجان و رفتار را به بیماران آموزش می‌دهم.
			۴. تأثیرگذاری متقابل شناخت، هیجان و رفتار را به بیماران یاد می‌دهم.
			۵. درباره اختلال یا مشکل بیماران، به آنها اطلاعاتی می‌دهم.
			۶. مشکل بیماران را عادی‌سازی می‌کنم.

اصل دوم: شناخت درمانی، کوتاه‌مدت و زمان‌مند است.

امروزه می‌توان شناخت درمانی را در رابطه با تعداد جلسات به سه شکل به کار گرفت:

الف) شناخت درمانی کوتاه‌مدت

ب) شناخت درمانی کلاسیک

ج) شناخت درمانی بلندمدت

پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که برخی از اختلال‌ها را که شرایط خاصی دارند، می‌توان زیر ده جلسه درمان کرد. برخی از این اختلال‌ها یا مشکلات عبارت‌اند از: آسیمیگی^۲، هراس اجتماعی، اضطراب امتحان و فرسودگی شغلی. البته منظور این نیست که هر کسی که این مشکلات یا اختلال‌ها را دارد، بایستی زیر ده جلسه مشکلش برطرف شود (برای کسب اطلاعات بیشتر در این زمینه رجوع

1. Intolerance of uncertainty

2. Panic

کنید به باند و درآیدن، ۲۰۰۸). شناخت درمانی کلاسیک نیز بین دوازده تا بیست جلسه طول می کشد (برای کسب اطلاعات بیشتر در این زمینه می توانید به بارلو، ۲۰۰۱؛ هاوتون، کرک، سالکووس کیس و کلارک، ۱۹۸۹، مراجعه کنید).

اما پژوهش های جدید نشان دادند که برای درمان برخی از اختلالات محور I که مزمن شده اند یا تشخیص همودی می گیرند یا اختلالات محور II، بایستی شناخت درمانی بلندمدت را به کار گرفت که حداکثر یک یا دو سال طول می کشد. مک گین، یانگ و ساندرسون (۱۹۹۵) معتقدند در صورتی که شرایط زیر وجود داشته باشد، شناخت درمانگران می توانند از شناخت درمانی بلندمدت استفاده کنند و دچار احساس گناه نشوند:

۱. بیماران مشکلات مشخص و دقیقی ندارند.
۲. مشکلات بیماران سابقه دیرپایی دارد.
۳. بیماران به راحتی نمی توانند به افکار خود دست یابند.
۴. بیماران به راحتی نمی توانند به احساس های خود پی ببرند.
۵. بیماران در ایجاد و تداوم رابطه درمانی مشکل دارند.

در هر صورت، شناخت درمانگران برای اینکه درمان را زمان مند و محدود سازند، بایستی از زمان جلسه درمان به بهترین نحو استفاده کنند. در شناخت درمانی مسئله ای به نام درمان بی پایان وجود ندارد. بک، امری و گرین برگ (۱۹۸۵) برای رعایت این اصل به شناخت درمانگران توصیه می کنند که این اقدامات را در پیش بگیرند:

۱. درمان باید کاملاً اختصاصی و عینی باشد.

سعی کنید به جای اصطلاحات و عبارات کلی و ابهام برانگیز، تا جای ممکن مشکلات بیماران را به صورت عینی و عملیاتی تعریف کنید. به جای اینکه بگویید بیمار مقاوم به درمان است، میت وان گفت که بیمار سه جلسه است که تکالیف خانگی را به بهانه وقت نداشتن انجام نمی دهد و موضوع جلسات را دائم عوض می کند. بک (۲۰۰۵) اعتقاد دارد که برای چاره اندیشی و چاره جویی بیماران مشکل آفرین می توان مقاومت های آنها را به صورت عملیاتی تعریف کرد.

۲. بر تکالیف خانگی تأکید کنید.

تکالیف خانگی باعث می شوند که بیماران برخی از مسئولیت درمان را بر عهده بگیرند و از این نظر می توان به اصل زمان بندی شناخت درمانی پای بند بود. در ادامه فصل، به بحث بیشتر پیرامون تکالیف خانگی می پردازیم.

۳. مدام پیشرفت بیماران را بسنجید.

در شناخت درمانی بایستی پیشرفت بیماران سنجیده شود. توصیه می‌شود که برای این سنجش از ابزارهای استاندارد استفاده شود. گزارش دقیق و عینی بیماران نیز می‌تواند شاخص خوبی برای پیشرفت درمان باشد، اگرچه برخی از صاحب‌نظران حوزه‌شناسی (مثل بروین، ۱۹۸۹) به گزارش‌های افراد درباره مشکلات‌شان خیلی اعتقاد ندارند و آن را قابل نقد می‌دانند.

۴. از روش‌های تنظیم وقت استفاده کنید.

شناخت‌درمانگران بایستی از وقت جلسه درمان به نحو احسن استفاده کنند. به‌عنوان مثال بایستی به گونه‌ای ساختارمند جلسات درمان را پیش ببرند که به‌موقع بتوانند به بازخورد گرفتن و ختم جلسه درمان برسند. یکی از گویه‌هایی که در مقیاس شناخت‌درمانی (یانگ و بک، ۱۹۸۹) برای سنجش صلاحیت بالینی شناخت‌درمانگران در نظر گرفته شده است، "استفاده مؤثر از وقت جلسه درمان" است. برای سنجش میزان تبخّر خود می‌توانید بر اساس جدول ۱-۲ به خودتان نمره بدهید. البته نمرات گویه‌های مقیاس شناخت‌درمانی بین صفر تا شش است که شناخت‌درمانگر می‌تواند به عملکرد خود نمرات یک، سه و پنج نیز بدهد.

۵. توجه خود را به مسائل قابل حل متمرکز کنید.

برخی از بیماران در جلسات اول، انتظاراتی از شناخت‌درمانگر دارند که ممکن است در توان درمانگر یا محدوده زمانی جلسات درمان قرار نگیرد. به همین دلیل هدف‌گزینی در رویکرد شناخت‌درمانی اهمیت و جایگاه ویژه‌ای می‌یابد. درآیدن و یانکورا (۱۹۹۵) معتقدند که برخی از بیماران به‌دنبال

جدول ۱-۲. میزان صلاحیت شناخت‌درمانگر در استفاده مؤثر از وقت جلسه درمان
(یانگ و بک، ۱۹۸۹؛ به نقل از بلک بورن و دیویدسون، ۱۹۹۰)

نمره	فعالیت‌های درمانگر
۰	درمانگر هیچ تلاشی برای زمان‌بندی وقت جلسه درمان انجام نداد. جلسه بدون هدف به نظر می‌رسید.
۲	جلسه درمان تا اندازه‌ای جهت‌مند بود، اما درمانگر مشکلات مهمی در سازمان‌دهی سنجش و استفاده مؤثر از وقت جلسه درمان داشت (به‌عنوان مثال، جلسه ساختار اندکی است، سرعت مباحث جلسه درمان خیلی کند یا خیلی تند بود).
۴	درمانگر در استفاده مؤثر از وقت جلسه درمان موفق بود. درمانگر بر مباحث جلسه درمان و پیشرفت درمان، کنترل مناسب داشت.
۶	درمانگر با ایجاد محدودیت‌های زمانی دوره‌ای و جلوگیری از بحث‌های بی‌مورد و نیز متناسب‌سازی جلسه درمان با نیازهای بیمار، خیلی خوب از وقت جلسه درمان استفاده کرد.