

راه و رسم درمانگری در نظریه شناختی رفتاری

دکتر فرشته موتابی • دکتر لادن فتی

چاپ هشتم

مقدمه

درمان شناختی - رفتاری برای نخستین بار در اواخر دهه‌ی ۵۰ و ابتدای دهه ۶۰ میلادی و طی دو حرکت موازی توسط آلبرت الیس^۱ و آرون تی بک^۲ در امریکا آغاز شد. شکل گیری مدل شناختی اختلالات روانی در ذهن این دو نفر، برآیند سرخوردگی آنها از رویکردهای مسلط درمانی آن دوره بود. این دو نفر که هر دو در مکتب روانکاوی آموزش دیده بودند، خیلی زود دریافتند که باید به نحو دیگری به اختلالات روانی نگریست. در مدل شناختی اعتقاد براین است که احساسات و رفتار انسان متأثر از شیوه تفکر و سبک پردازش اطلاعات اوست. به بیان دیگر آدم‌ها هرطور که فکر کنند، همان‌طور احساس می‌کنند و رفتار آنها نیز متناسب با همان فکر و احساس است.

این ایده اگر چه ساده و بدیهی به نظر می‌رسد ولی زمانی که برای نخستین بار مطرح شد، عملاً با بدیهیات زمان خود فاصله بسیار داشت. از نظر روانکاوان، ناهشیار فرمانروای روان محسوب می‌شد و پرداختن به افکار آگاهانه و هشیارانه کار ثمربخشی به‌شمار نمی‌آمد. گروه دیگری از روانشناسان آن دوران نیز که پیرو مکتب رفتارگرایی بودند، اعتقاد داشتند که بدون باز کردن جعبه سیاه و بدون پرداختن به افکار، تنها با مطالعه همانندی موقعیت‌ها، رفتارها و پیامدها می‌توان اختلالات روانی را تبیین کرد. در این فصل به ویژگی‌هایی که باعث دوام درمان شناختی رفتاری شده خواهیم پرداخت. همچنین اصول بنیادین در تبیین و درمان اختلالات روانی از دیدگاه شناختی رفتاری مورد بحث قرار خواهد گرفت.

ویژگی‌های درمان شناختی رفتاری

درمان شناختی رفتاری از ابتدای ظهور خود با چالشی عظیم روبرو بود ولی چهار راهبرد یا ویژگی اصلی درمان شناختی رفتاری باعث دوام و ابقای این نظریه گردید.

1- Albert Ellis

2- Aaron T. Beck

۱- درمان شناختی رفتاری در طول رشد و تحول خود شواهد تجربی، بالینی و پژوهشی بسیاری دال بر کارآمدی خود فراهم نمود. این درمان از همان ابتدای شکل‌گیری با پژوهش عجین شد و شروع به جمع‌آوری شواهد عینی در تأیید کارآمدی^۱، کارآیی^۲ و مقرون به صرفه بودن^۳ خود کرد (کندال^۴ و چمبلس^۵، ۱۹۹۸؛ لیدون^۶ و جونز^۷، ۲۰۰۱؛ باتلر^۸ و بک، ۲۰۰۰؛ چمبلس^۹ و پترمن^{۱۰}، ۲۰۰۶).

۲- نظریه شناختی رفتاری از همان ابتدا تلاش کرد تا پشتوانه‌های قدرتمندی در فلسفه و دانش عمومی روان‌شناسی برای خود فراهم کند. به این ترتیب درمان شناختی رفتاری به لحاظ فلسفی نظریه‌های پدیدار شناختی^{۱۱} و ساخت‌گرا^{۱۲} به شمار می‌رود. و از روان‌شناسی شناختی^{۱۳} جرج کلی^{۱۴} و نظریه اجتماعی آدلر^{۱۵} نیز بسیار تأثیر پذیرفته است (بک و ویشار^{۱۶}، ۲۰۰۲).

۳- نظریه شناختی رفتاری در مراحل مختلف رشد خود به جای موضع گرفتن در مقابل نظریه‌های رقیب سعی کرد تا حد امکان، مدل‌های موجود را با مدل شناختی رفتاری تلفیق نماید. تاجایی که رویکرد کنونی شناختی رفتاری، درواقع حاصل ادغام مدل شناختی و بخش‌هایی از نظریه رفتاری است. بسیاری از مؤلفه‌های اصلی نظریه رفتاری مثل پیشایند و پسایند، ارزیابی عینی و تغییر رفتار هم‌اکنون جزو مفاهیم اصلی مدل شناختی رفتاری نیز به شمار می‌روند. بسیاری از فنون کلاسیک نظریه رفتاری نظیر آرام‌سازی^{۱۷}، آموزش مهارت‌های اجتماعی^{۱۸}، و رویارویی همراه با جلوگیری از پاسخ^{۱۹} نیز به خوبی با فنون شناختی ادغام گردیده‌اند. به همین دلیل هم‌اکنون از رویکرد شناختی رفتاری به عنوان یک نظریه گسترده یاد می‌شود که چندین مدل را دربرمی‌گیرد (دابسون^{۲۰}، ۱۹۹۹). شناخت‌درمانی^{۲۱} (بک، ۱۹۶۷، ۱۹۷۶)، درمان منطقی هیجانی رفتاری^{۲۲} (الیس، ۲۰۰۲)، شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن^{۲۳} (سگال^{۲۴}، ویلیامز^{۲۵}، تیسدیل^{۲۶}، ۲۰۰۲)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۲۷} (هیز^{۲۸}، استراسهال^{۲۹}، و ویلسون^{۳۰}، ۱۹۹۹)، درمان فراشناختی^{۳۱} (ولز^{۳۲}، ۲۰۰۲ و ۲۰۰۶؛ دیوی^{۳۳} و ولز، ۲۰۰۶)،

1- efficacy	2- effectiveness	3- cost effectiveness/ efficiency	4- Kendall
5- Chambless	6- Lyddon	7- Jones	8- Butler
9- Chambless	10- Peterman	11- phenomenological	12- structuralist
13- cognitive psychology	14- George Kelly	15- Adler	16- weishaar
17- relaxation	18- Social skills training	19- exposure with response preventeh	
20- Dobson	21- cognitive therapy	22- Rational Emotive Behavioral	
23- Mindfulness Based Cognitive Therapy		24- Segal	25- Williams
27- Acceptance and Commitment Therapy		26- Teasdale	27- Hayes
31- Metacognitive Therapy	32- Wells	28- Hayes	29- Strosnal
		30- Wilson	33- Davey

رفتاردرمانی دیالکتیک^۱، (لینهان^۲، ۱۹۹۳)، و طرحواره‌درمانی^۳ (یانگ^۴ و کلووسکو^۵، کلووسکو^۵، ۲۰۰۳) از جمله این مدل‌ها به شمار می‌روند. اگر چه هر یک از این رویکردها سهم و نقش خاص خود را در توسعه علم داشته‌اند، ولی فصل مشترک آنان آن قدر هست که هم‌چنان بتوان از یک نظریه واحد مبنایی تحت عنوان نظریه شناختی رفتاری صحبت کرد (دوناهو^۶، فیشر^۷ و هیز^۷، ۲۰۰۳).

۴- نظریه شناختی رفتاری یک نظریه علمی است؛ بنابراین مشمول اصل ابطال‌پذیری بوده و در نتیجه قابل تعدیل و تغییر است. به همین دلیل طی سالیان گذشته این نظریه در نتیجه‌ی پژوهش‌های مکرر، حک و اصلاح شده و بخش‌هایی از نظریه شناختی رفتاری تغییرات چشمگیری کرده‌اند. برآیند این تغییرات، اصلاح، پختگی و بسط علمی و بالینی این نظریه بوده است. این نظریه که در ابتدا برای تبیین و درمان افسردگی ابداع شده بود، خیلی زود به کلیه اختلالات هیجانی بسط یافت و به سرعت به ارائه مدل تبیین، مفهوم پردازی و نیز راه‌کار درمانی برای سایر اختلالات روانی نیز پرداخت. برای مثال درمان شناختی رفتاری پروتکل‌هایی برای درمان اختلالات مختلف معرفی کرده و در پژوهش‌های مختلف اثربخشی آن در حیطه‌های مختلف مورد تأیید قرار گرفته است. در آخر همین کتاب منابعی برای مطالعه در باره کاربردهای نظریه شناختی رفتاری در حوزه‌های مختلف معرفی شده‌اند. اختلالات شخصیت، خودکشی، سوءمصرف مواد، اسکیزوفرنیا، اختلالات خلقی دو قطبی، انواع اختلالات اضطرابی، حوزه روان‌شناسی سلامت، ارتقای بهداشت روان، پیشگیری از اختلالات روانی، درمان بیماران مقاوم به درمان و زوج درمانی و خانواده درمانی از جمله این حیطه‌ها به شمار می‌روند (جویدیت بک، ۱۹۹۵، ۲۰۰۵؛ آرون تی بک، ۱۹۹۹).

اصول بنیادین در تبیین و درمان اختلالات روانی از دیدگاه شناختی رفتاری

درمان شناختی رفتاری طی فرایند تحولی خود، اصولی را از ابتدا تاکنون حفظ کرده است، این اصول، باورها و نگرش‌های درمانگران شناختی رفتاری درباره‌ی اختلالات روانی و شیوه درمان را شکل می‌دهند و در واقع به‌منزله‌ی یک برنامه‌ی راهبردی هستند که تمامی حرکات‌های درمانی در چارچوب آنها اتفاق می‌افتند.

1- Dialectic Behavior Therapy

2- Linehan

3- Schema Therapy

4- Young

5- Klosko

6- O'Donohue

7- Fisher

این اصول به قرار زیر هستند:

۱- شناخت‌ها، رفتار و هیجان را تعیین می‌کنند، ولی در عین حال رفتارهای معیوب و هیجان‌های منفی خود باعث تشدید شناخت‌های منفی، تحریف شده و ناکارآمد می‌شوند (بک، ۱۹۷۶). پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که شناخت، الزاماً شروع کننده چرخه افکار، احساس و رفتار ناکارآمد نیست (باور^۱، ۱۹۸۱) و تغییرات خلقی می‌تواند راه‌انداز افکار منفی و به دنبال آن رفتارهای ناکارآمد باشد. با این حال نظریه شناختی رفتاری برای باور است که نقطه‌ی شروع چرخه‌ی افکار، هیجان و رفتار، معمولاً شناخت‌های ناکارآمد است (الوی^۲ و ریسکیند^۳، ۲۰۰۵؛ کلارک، ۲۰۰۴؛ پاپا جورجیو^۴ و ولز^۵، ۲۰۰۴). درمان شناختی رفتاری علی‌رغم این موضع کاربردی و مبتنی بر مدل، در عمل گستره‌ای از فنون چالش شناختی، تعدیل و تنظیم هیجانات و تغییر رفتارها را به‌طور هم‌زمان به کار می‌گیرد. برای مثال، درمانگر نه تنها به چالش با این فکر بیمار که «من بدبختم» می‌پردازد، بلکه هم‌زمان فنون تنظیم خلق غمگین نشأت گرفته از این فکر را نیز به کار می‌گیرد و نیز طراحی فعالیت‌ها و رفتارهای مغایر با فرض بدبخت بودن را نیز انجام می‌دهد. به این ترتیب، اگرچه شناخت درمانی هر سه محور را هدف مداخلات درمانی قرار می‌دهد، ولی همان‌گونه که مثال فوق نشان داد، تصمیم‌گیری در مورد نوع مداخله در هر محور، بر مبنای شناخت زیربنایی آن رفتار و هیجان صورت می‌گیرد.

۲- نظام پردازش اطلاعات می‌تواند در تمامی سطوح، از جمله ادراک^۶، توجه^۷، حافظه^۸ و تعبیر و تفسیر^۹ دچار تحریف و سوی‌مندی شود. پژوهش‌هایی که در حوزه آسیب‌شناسی شناختی انجام شده نشان داده‌اند که ادراک محرک‌های درونی و بیرونی، تابع شرایط هیجانی فرد است (بیلینگ^{۱۰} و گرانت^{۱۱}، ۲۰۰۷؛ دیویدسون^{۱۲}، ۲۰۰۰). برای مثال فرد افسرده، نشانه‌های طرد و نادیده گرفته شدن را در محیط به راحتی ادراک می‌کند ولی نشانه‌های پذیرش و تأیید از طرف فرد مقابل را نادیده می‌گیرد (کلارک، بک و الفورد، ۱۹۹۹). این پژوهش‌ها نشان داده‌اند توجه انسان‌ها انتخابی بوده و افراد وقتی در موقعیت‌های مختلف قرار می‌گیرند، فقط به آن بخشی از

1- Bower

2- Alloy

3- Riskind

4- Papageorgiou

5- Wells

6- perception

7- attention

8- memory

9- interpretation

10- Bieling

11- Grant

12- Davidson

اطلاعات توجه می‌کنند که هم‌سو با شرایط هیجانی آنها است. به این ترتیب زمانی که از یک فرد مشطرب می‌خواهیم آن‌چه را که در یک ایستگاه متروی در حال ساخت رخ می‌دهد برای ما گزارش کند، وی به طور انتخابی به تمامی نشانه‌های خطر و شواهد مبتنی بر طراحی بد و نایمن ایستگاه توجه کرده و آنها را گزارش می‌کند. این قاعده در باره‌ی حافظه نیز صدق می‌کند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در شرایط هیجانی خاص، قسمت‌هایی از حافظه و خاطراتی که در گذشته در شرایط هیجانی مشابه ذخیره شده است، مجدداً به خاطر می‌آید (باور، ۱۹۸۱). برای مثال زمانی که فرد غمگین می‌شود، دسترسی وی به تمامی خاطرات ناراحت‌کننده‌ای که قبلاً در زمان غمگینی برایش رخ داده بودند، تسهیل می‌شود. فرد غمگین تمامی یأس‌ها و ناراحتی‌های قبلی خود از کودکی تا به حال را به راحتی به خاطر آورده ولی قادر به یادآوری خاطرات خوشایند و پاداش‌بخش خود نیست. این پدیده در تفسیر و معنا کردن رویدادها نیز رخ می‌دهد (کلارک، بک و آلفورد، ۱۹۹۹). برای مثال افراد افسرده در نتیجه‌گیری درباره آن‌چه روی می‌دهد، انتخابی عمل می‌کنند. به عبارت دیگر حوادث را منطبق با شرایط روحی خود معنی و تفسیر می‌کنند. به این ترتیب زمانی که دانشجویی درس نخوانده و استاد از او درس می‌پرسد، به خود می‌گوید: «از شانس بد من، هروقت درس بلد نیستم، استاد از من سؤال می‌پرسد»؛ و یا فرد مبتلا به اضطراب اجتماعی، لبخند کسی را که در مهمانی روبرویش نشسته و به او نگاه می‌کند چنین تعبیر می‌کند: «دارد توی دلش به من می‌خندد».

۳- اگر چه نظام پردازش اطلاعات مستعد تحریف و سوی‌مندی است، ولی به همان اندازه قابلیت اصلاح را نیز دارد. در واقع انسان‌ها نه تنها فکر می‌کنند، بلکه به فکرهايشان فکر می‌کنند و به شیوه‌ی فکر کردن درباره‌ی فکرهايشان نیز فکر می‌کنند (الیس، ۲۰۰۲). انسان‌ها این توانایی را دارند که هم‌زمان با پردازش اطلاعات، به نحوه‌ی پردازش اطلاعات خود نیز توجه کرده و آن‌را تغییر دهند. برای مثال انسان‌ها می‌توانند متوجه «توجه انتخابی» خویش شده و به شکلی قصدمند به آن بخشی از اطلاعات که نادیده گرفته‌اند نیز توجه کنند. انسان‌ها این توانایی را دارند که با اندکی تلاش آن بخشی از خاطرات خود را که به سهولت به خاطر نمی‌آورند، یادآوری کنند و یا رویدادها را به گونه‌ای دیگر معنی یا تفسیر کنند. مأموریت اصلی درمان شناختی رفتاری، کمک به فرد برای اصلاح نظام پردازش اطلاعات خویشتن است.

۴- اصلاح نظام پردازش اطلاعات با روش رایج در علم انجام می‌شود. یعنی بیمار می‌آموزد که براساس فکرهايش فرضیه بسازد، ملاک عینی برای رد یا تأیید فرضیه‌اش ابداع کند، به صورت عملی با جمع آوری شواهد رفتاری و ذهنی فرضیه را بیازماید و در صورت تأیید نشدن، فرضیه را به گونه‌ای تعدیل کند که با شواهد موجود منطبق باشد. در درمان شناختی رفتاری، درمانگر به بیمار می‌آموزد که چگونه این روش علمی را هم در مقابله با نشانگان اختلال روانی خویش و هم در زندگی روزمره خود به کار گیرد (بنت لوی^۱، باتلر^۲، فنل^۳، هکمن^۴، مولر^۵ و وستبروک^۶، ۲۰۰۴).

۵- اگر چه شناخت‌ها به ظاهر دردسترس نیستند ولی روش‌های علمی و عینی برای شناسایی، کمی کردن و پی‌گیری تغییرات آنها وجود دارند. در درمان شناختی رفتاری به بیمار آموزش داده می‌شود که به فرایندهای ذهنی خود توجه کند، آنچه را که از ذهنش می‌گذرد (چه به شکل تصویر ذهنی و چه به شکل گزاره یا عبارت) ثبت کند، میزان اعتقاد و باور خویش به آنها را درجه‌بندی کند و حتی نوع و شدت هیجان وابسته به هر فکر یا شناخت را نیز تعیین کند. هم‌چنین درمان شناختی رفتاری به افراد می‌آموزد که به دنبال تغییر دادن شناخت‌ها و رفتار خویش، این تغییرات را پایش کرده و به شکل عینی ثبت کنند. برای مثال، به دنبال تغییرات درمانی، درمانجو قادر خواهد بود بگوید: «۵۰٪ کمتر به این فکر اعتقاد دارم»، «میزان هیجان منفی من به میزان ۴۰٪ کاهش یافته است»، «به جای آن، این فکر و احساس را دارم و در نتیجه دفعه آینده در شرایط مشابه چنین رفتار خواهم کرد و نتیجه این تغییر رفتار من چنین و چنان خواهد بود» (لیهی^۷، ۱۹۹۶، ۱۹۹۷).

۶- رفتار و تغییرات آن یک مؤلفه‌ی بسیار مهم درمان شناختی رفتاری است (فارمر^۸ و چپمن^۹، ۲۰۰۸). اصولاً نگاه شناختی رفتاری به درمان، نگاهی مهارت‌مدار است. تغییر در سطح دانش، نگرش یا به آگاهی آوردن شناخت‌های بنیادین به تنهایی درمان محسوب نمی‌شود. درمان شامل تغییرات رفتار و تکرار آن در حد مهارت‌آموزی است. داشتن اطلاعات در باره‌ی یک مشکل یا اختلال، هرچند که شرط لازم برای تغییر است، ولی به تنهایی منجر به تغییرات درمانی نمی‌شود. در کنار دریافت اطلاعات تازه

1- Bennett-Levy 2- Butler 3- Fennell 4- Hackmann 5- Mueller
6- Westbrook 7- Leahy 8- Farmer 9- Chapman

درباره‌ی این که رفتار، شناخت و هیجان کارآمد چیست و چگونه به دست می‌آید، لازم است که بیمار یا مراجع مهارت انجام رفتار کارآمد، تنظیم هیجان و پردازش اطلاعات به سبک واقع‌بینانه را عملاً «تمرین» کند. در کنار افزایش مهارت بیمار در انجام رفتار کارآمد، تنظیم هیجان و تغییر شناخت، یک قسمت مهم درمان تغییر نگرش بیمار است. ما به تجربه دریافته‌ایم که زمانی مراجع به معنای واقعی تغییر می‌کند که نگرش وی تغییر کرده باشد؛ یعنی این باور توأم با هیجان در وی شکل گرفته باشد که: «من می‌توانم تغییر کنم و این تغییر نتایج مثبتی برای من به دنبال خواهد داشت». البته این جدل هم‌چنان برجای خود باقی است که آیا تغییر در رفتار تنها به این دلیل ارزشمند است که باعث تغییر در شناخت می‌شود و یا این که تغییر در رفتار به خودی خود ارزش درمانی دارد. ولی در هر حال در این باره اتفاق نظر وجود دارد که (۱) تغییر در رفتار لازم است و (۲) بیمار باید ضرورت این تغییر را به شکل هیجانی نیز تجربه کند (جویدیت بک، ۱۹۹۵؛ هولون^۱ و دورویس^۲، ۲۰۰۶).

۷- درمان شناختی رفتاری بدون تکلیف معنا ندارد! یکی از مؤلفه‌های درمان شناختی رفتاری تلاش بر بودن آن است. درمانجو نه در جلسه درمان و نه در فاصله جلسات درمانی منفعل نیست، بلکه فعالانه در تلاش برای به چالش کشیدن افکار و تغییر رفتارهای خود است. درمانگر فرایند درمان را به گونه‌ای پیش می‌برد که مراجع لحظه به لحظه فعالانه در آن مشارکت داشته باشد و در بین جلسات، تغییرات مورد نظر را عملاً تمرین کند. انجام ندادن تکالیف به منزله عدم پیشرفت درمان است. قبلاً اشاره شد که تازمانی که تغییر در سطح مهارت و نگرش اتفاق نیافتاده باشد، پیشرفت درمانی نیز اتفاق نمی‌افتد. تغییر در مهارت و نگرش مستلزم انجام تکالیف درمانی است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کسانی از درمان شناختی رفتاری بیشترین بهره را می‌برند که تکالیف خارج از جلسه درمان را به خوبی انجام داده باشند (برای مثال، کازانتاکیس^۳ و لابات^۴، ۲۰۰۷؛ تامکینز^۵، ۲۰۰۴؛ لدلی^۶ و هوپرت^۷، ۲۰۰۷؛ بک و تامکینز، ۲۰۰۷). بخش عمده‌ای از فعالیت طراحان درمان‌های شناختی رفتاری به این موضوع اختصاص دارد که چگونه درمانجو را به تمرین مهارت‌هایی که آموخته،

1- Hollon 2- DeRubeis 3- Kazantkis 4- L'Abate
5- Tompkins 6- Ledley 7- Huppert



Danjeh Pub

On Becoming A Cognitive Behavioral Therapist

Fereshteh Mootabi, Ph.D.

Ladan Fata, Ph.D.

کتاب حاضر به آن جنبه‌هایی از درمان شناختی رفتاری پرداخته که در بیشتر کتاب‌های ترجمه‌ای و تألیفی موجود فارسی، نادیده گرفته شده است. در فصل‌های مختلف کتاب سعی شده به دو پرسش خوانندگان فارسی زبان، پاسخ داده شود. نخست در پاسخ به این پرسش که آیا این سبک درمان و این مثال‌ها و دیالوگ‌ها برای بیمار ایرانی نیز کاربرد دارد؟، سعی شده تا در کنار مثال‌های استاندارد بین‌المللی، نمونه‌های واقعی از کاربرد درمان شناختی رفتاری و استفاده از فنون آن برای بیمار ایرانی نیز ارائه شود.

در پاسخ به پرسش دوم که فنون و روش‌های شناختی رفتاری در جلسات درمان با چه اسلوب و روندی به کار گرفته می‌شوند؟ مؤلفان براساس سال‌ها تجربه‌ی علمی و عملی، به جای پرداختن به فنون متنوع و یا معرفی برنامه‌های درمانی ویژه‌ی هر اختلال، بر روند و ساختار جلسات درمان تأکید ورزیده‌اند.

امید است این اثر مورد توجه درمانگران، مشاوران و مددکاران قرار گیرد.

قیمت: ۸۰۰۰۰ تومان

ISBN: 978-600-250-004-5



9 786002 500045

تهران: خیابان استاد مطهری، خیابان سلیمان خاطر، کوچه اسلامی، پلاک ۴/۲

تلفن: ۸۸۸۴۲۵۴۳ - ۸۸۸۴۶۱۴۸ - ۸۸۸۱۲۰۸۳ کد پستی: ۱۵۷۸۶۳۵۸۳۱

دفتر پخش دانه: ۶۶۴۷۶۳۷۵ - ۶۶۴۶۲۰۶۱ فکس: ۶۶۴۷۶۳۸۹

www.danjeh.info - info@danjeh.org