

اشاره

در شماره‌ی قبل انواع خطاها یا تحریفات شناختی را به طور مبسوط توضیح دادیم. در این قسمت، مرحله‌ی اول درمان شناختی-رفتاری، یعنی، «روش‌های فراخوانی افکار اتوماتیک منفی» تشریح می‌گردد. ابتدا به تبیین مدل شناختی رشد، ویژگی‌های درمان شناختی-رفتاری، روش‌های ارزیابی و جمع‌آوری اطلاعات و جنبه‌های شناخت درمانی می‌پردازیم، سپس اولین مرحله‌ی درمان شناختی-رفتاری (روش‌های فراخوانی افکار اتوماتیک منفی) را شرح می‌دهیم.

مدل شناختی رشد

درمانگران شناختی معتقدند که اعتقادات افراد در ابتدای کودکی شروع و در طی عمر توسعه می‌یابد. تجربیات اولیه‌ی کودکی منجر به اعتقادات

منجر شود. چنین اعتقاداتی ممکن است برای فرد به عنوان طرح‌های شناختی منفی اساسی، مطرح گردد (شارف ۲۰۰۰).

فکر و تصور در مدل شناختی، پس از فعال‌سازی اعتقادات پایه‌ای شکل می‌گیرد. (برای اطلاع بیشتر به یونسی، ۱۳۸۲ مراجعه شود).

ویژگی‌های رفتار درمانی شناختی

«رفتار درمانی شناختی، رویکردی است فعال، جهت‌بخش، دارای محدودیت زمانی، سازمان یافته و ... این رویکرد براساس این منطق نظری زیربنایی استوار است که عاطفه و رفتار فرد، عمدتاً برحسب شیوه‌ی ساخت‌یابی جهان از نظر او تعیین می‌شود» (بک و همکاران، ۱۹۷۹).

این نوع درمان، درمانی است دارای ویژگی‌های زیر (هاوتون و همکاران ۱۹۸۹).

۷. آموزشی است؛ زیرا در آن فنون شناختی-رفتاری به‌عنوان مهارت‌هایی که باید از طریق ممارست فرا گرفته شوند و از طریق تکالیف خانگی وارد محیط بیمار گردند، تلقی می‌شوند (ترجمه دوراهی و عابدی، ۱۳۸۰).

۸. تأکید بر زمان حال دارد؛ یعنی درمان بیشتر بیماران، مستلزم تمرکز قوی بر روی مشکلات فعلی و موقعیت‌های خاصی است که برای بیمار غم‌انگیز و ناراحت‌کننده‌اند.

۹. از تکنیک‌های مختلف برای تغییر فکر، خلق و رفتار استفاده می‌کند. اگر چه راهبردهای شناختی مانند سؤال و جواب سقراطی و اکتشاف هدایت شده، مهم‌ترین راهبردهای مورد استفاده می‌باشند، اما روش‌های گرفته شده از دیگر جهت‌گیری‌ها به‌خصوص گشتالت درمانی^۳ و رفتار درمانی نیز، با یک چارچوب شناختی مورد استفاده

تشخیص افکار اتوماتیک منفی

رامین لطافتی بریس

کارشناس ارشد مشاوره‌ی خانواده

● کلیدواژه‌ها: تشخیص رفتار، رفتار درمانی، رفتار شناختی، رفتار هیجانی، بیمار.

اساسی و پایه در مورد خود و جهان خود می‌تواند شود. انسان بطور طبیعی حمایت، عشق و محبت را از والدین خود می‌آموزد. این تجربه‌ها منجر به عقایدی چون «من دوست‌داشتنی هستم»، «من شایسته هستم» می‌شود که باعث داشتن نظرات مثبت فرد در مورد خود، در بزرگسالی می‌گردد. افرادی که دچار اختلالات روان‌شناختی هستند، در مقابل کسانی که دارای کارکردهای سالم و پهن‌جار روان‌شناختی هستند، در زندگی خود دارای تجربی منفی می‌شوند که به اعتقاداتی چون «من دوست‌داشتنی نیستم» یا «من بی‌کفایت هستم» منجر می‌گردد. این تجارب رشدی، همه‌ی حوادث مهم یا تجارب فشارزا، نظام اعتقادی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. تجارب منفی از قبیل مسخره شدن توسط معلم، می‌تواند به عقاید شرطی، همچون: «اگر دیگران کاری را که من انجام می‌دهم دوست نداشته باشند، من ارزشمند نیستم»،

۱. مبتنی بر همکاری درمانی بین بیمار و درمانگر است. زیرا در آن، بیمار به صراحت به عنوان فردی که نقشی برابر در رویکرد تیمی به حل مسئله دارد، تلقی می‌شود.

۲. کوتاه و محدود از لحاظ زمانی؛ یعنی در آن سعی می‌شود به بیمار کمک شود تا در خود مهارت‌های خودیاری مستقلی پدید آورد.

۳. سازمان‌یافته و جهت‌بخش است.

۴. مسئله‌مدار و معطوف به عوامل تداوم بخش مشکلات و نه منشا آنهاست.

۵. متکی بر فرایند سؤال و «کشف راهبری شده» (یانگ^۲ و بک، ۱۹۸۲) و نه قانع‌سازی، موعظه و مباحثه است.

۶. براساس روش‌های استقرایی می‌باشد، به‌طوری که بیمار فرا می‌گیرد به افکار و اعتقادات به‌عنوان فرضیه‌هایی بنگرد، که باید اعتبارشان آزموده شود.

قرار می‌گیرند.

۱۰. ساخت یافته؛ مهم نیست که تشخیص چه است و یا در چه مرحله‌ای از درمان قرار داشته باشیم، بلکه تمایل به این است که در هر جلسه‌ی شناخت درمانی، به یک شیوه‌ی ساخت یافته، عمل شود.

۱۱. نیازمند ارتباط درمانی^۴ است؛ درمانگر با بیان عبارات همدلانه، گوش دادن دقیق و با دقت، جمع‌بندی دقیق افکار و احساسات بیمار و خوش‌بین بودن واقع‌گرایانه و نویدبخش، توجه خود را به بیمار نشان می‌دهد و در پایان هر جلسه از مراجع تقاضای بازخورد می‌کند (بلک برن و دیویسون ۱۹۹۰).

۱۲. صراحت دارد؛ یعنی فرایند درمان پوشیده و پنهان نیست، بلکه صریح و بی‌پرده است. درمانگر و بیمار درباره‌ی جریان درمان تفاهم دارند.

۱۳. نقش فعال و رهنمودی دارد؛ زیرا درمانگر

نقش فعال و رهنمودی را در سرتاسر درمان می‌پذیرد. درمانگر گاهی نقش آموزش دهنده دارد ولی وظیفه‌ی اصلی او عبارت است از تسهیل تعریف و مسئله‌گشایی.

دارای الگو یادگیری است. در این روش برای توضیح رفتار از سازه‌های روان‌پویشی استفاده نمی‌شود، بلکه اختلالات رفتاری بیش‌تر ناشی از یادگیری‌های ناسازگارانه تلقی می‌گردد. یادگیری مجدد رفتار، هدف کارکردی این شیوه‌ی درمانی است.

روش‌های ارزیابی و جمع‌آوری اطلاعات

بررسی مطالعات انجام شده پیرامون عواملی که به آسیب‌شناسی روانی نوجوانان مربوط می‌شوند، بیانگر نیاز به یک روش ارزیابی چند

(C.B.T)

جنبه‌های رفتاری درمان، شامل استفاده از آموزش آرام‌سازی، حساسیت‌زدایی منظم، آموزش خودکنترلی، خودبازبینی، الگوبرداری، اصلاح رفتار، آموزش جرأت‌ورزی، ایفای نقش و ایفای نقش معکوس، تکالیف مدرج، ورزش و غیره است

بعدی است که شامل بررسی عوامل و متغیرهای مختلفی چون خانواده، گروه همسالان و مدرسه می‌شود. درمانگری که از روش تحلیل‌کنشی رفتار استفاده می‌کند، ابتدا رفتار پیچیده و زنجیره‌های رفتاری مبهم را که در طرح مسئله وجود دارد، به اجزای رفتاری تبدیل می‌کند. این اجزای رفتاری «رفتار آماج» یا «رفتار هدف» نامیده می‌شود. سپس سعی می‌کند معیارها و مقیاس‌های کمی

را در سه زمینه‌ی زیر جمع‌آوری کند:

الف. رفتارهای حرکتی آشکار

ب. رفتارهای هیجانی

انسان به‌طور طبیعی حمایت، عشق و محبت را از والدین خود می‌آموزد

شیوه‌ی دیگری که برای سنجش افکار، احساسات و رفتارهای مراجع در خارج از دفتر کار مشاور انجام می‌گیرد، خودآگاهی است

ج. رفتارهای شناختی-هیجانی

او باید پاسخ‌های رفتاری مربوط به هر اختلال و مشکل را به شکل فراوانی، شدت و طول مدت، کمی کند، همچنین نقص‌ها و رفتارهای افراطی را شناسایی نماید. علاوه بر این، او می‌کوشد شناخت‌هایی را که رفتارهای اختلال‌آمیز را همراهی می‌کنند، شناسایی کرده و ثبت نماید. قدم بعدی عبارت است از تجزیه و تحلیل دقیق عواملی که از رخداد هر کدام از این رفتارهای آماج و غیرعادی، شناسایی و ثبت می‌شود. این عوامل از محیط خانواده، گروه همسال و محیط مدرسه دریافت می‌شود (زرب، ۲۰۰۱).

سنجش مشکلات و شناخت مراجعان، هم در آغاز و هم در کل فرایند درمان به‌طور دقیق مورد توجه قرار می‌گیرد. این امر به این خاطر است که درمانگر بتواند به وضوح مشکلات مراجعان را تشخیص دهد و آن‌ها را مفهوم‌سازی کند. در این بخش شیوه‌ها و روش‌های مختلفی را که درمانگر به عنوان تکنیک‌های سنجش به کار می‌برد شرح می‌دهیم. این شیوه‌ها به نظر «فری‌من» و دیگران به نقل از «شارف» (۲۰۰۰)، به قرار زیر است: مصاحبه با مراجع، خوداطلاعی (خودآگاهی)، نمونه‌گیری فکری، سنجش عقاید مفروضه و پرسشنامه‌های خود گزارشی.

الف. مصاحبه‌ها

«فری‌من» و دیگران (۱۹۹۰)، بر اهمیت کسب گزارش‌های دقیق از حوادث تأکید می‌کنند. آن‌ها درمانگران را از پرسیدن سئوالات جهت‌دار مانند «شما نمی‌خواستید سرکار بروید؟» برحذر می‌دارند و به جای آن سئوالاتی مانند «هنگامی که شما سرکار نرفتید چه اتفاق افتاد؟»، پیشنهاد می‌کنند. در سنجش افکار، درمانگران، ممکن است احتیاج داشته باشند به مراجع آموزش دهند تا میان «افکار» و «احساسات» تمایز قائل شود و مشاهدات خود را گزارش کند نه استنباط‌های خود در مورد مشاهدات را. بعضی اوقات مشاهدات و مصاحبه‌ها در حالت طبیعی، کمک خاصی به درمانگر می‌کند. برای مثال، اگر مراجعی به خاطر ترس از بلندی در رنج باشد، درمانگر ممکن است او را در خانه یا در حال پیاده‌روی در بیرون از دفتر

کارش ملاقات کند و در جریان مصاحبه با او و مشاهده‌ی رفتارش، سنجش را انجام دهد.

ب. خودآگاهی

شیوه‌ی دیگری که برای سنجش افکار، احساسات و رفتارهای مراجع در خارج از دفتر کار مشاور انجام می‌گیرد، خودآگاهی است. اساساً مراجعان گزارشی از حوادث، احساسات و یا افکار خود را نگه می‌دارند. این عمل می‌تواند به صورت روزانه در یک نوار ضبط صوت یا به وسیله‌ی پرکردن یک پرسش‌نامه انجام شود. یکی از عمومی‌ترین این شیوه‌ها، ثبت افکار غیرکارکردی (ناکارآمد) DTR است (بک، راش و امری^۱ ۱۹۷۹). این روش که گاهی به آن «برگه‌ی تفکر» نیز می‌گویند، دارای چند ستون است که در یک ستون، شرایط و موقعیت‌ها شرح داده می‌شود، در ستون دیگر، مراجع عواطف و هیجانات را شناسایی و درجه‌بندی می‌کند و در ستون سوم، مراجع افکار اتوماتیک خود را ثبت می‌نماید. مراجعان ممکن است استفاده از فن DTR را در جلسه‌ی درمان، تمرین کنند، به این منظور که به ثبت افکار اتوماتیک و درجه‌بندی شدت احساسات خود، عادت می‌نمایند.

استفاده از DTR موادی را برای بحث در جلسه‌ی آینده و نیز فرصتی برای یادگیری مراجعان در مورد افکار اتوماتیک خود فراهم می‌کند.

ج. نمونه‌گیری از افکار

نمونه‌گیری فکری شیوه‌ای دیگر برای کسب اطلاعات در مورد شناخت‌ها است. یک راه برای نمونه‌گیری افکار این است که در فواصل زمانی تصادفی، در خانه، لحن خاصی داشته باشیم، سپس افکارمان را ثبت کنیم. مراجعان می‌توانند افکار خود را در یک نوار، ضبط یا دفترچه‌ی خود یادداشت کنند. نمونه‌گیری فکری در جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعاتی که مربوط به شرایط خاصی مانند مدرسه و کار است، می‌تواند سودمند باشند. با این حال، نمونه‌گیری فکری می‌تواند فعالیت مراجع را متوقف و او را برانگیخته کند.

د. مقیاس‌ها و پرسش‌نامه‌ها

علاوه بر تکنیک‌های فوق، پرسش‌نامه‌ها و مقیاس‌های درجه‌بندی نیز که قبلاً به وجود

آمده‌اند، می‌توانند در سنجش افکار غیرمنطقی و تحریف‌های شناختی سودمند واقع شوند.

جنبه‌های شناخت درمانی

به طور کلی شناخت درمانی دارای جنبه‌های آموزشی، شناختی و رفتاری است. جنبه‌های آموزشی مشتمل است بر توضیح دادن مثلث‌های شناختی، طرح‌واره‌ها و منطق اشتباه به بیمار. درمانگر باید به بیمار توضیح دهد که آن‌ها با هم فرضیاتی تنظیم می‌کنند و در طول درمان، آن‌ها را به آزمایش خواهند گذاشت. شناخت درمانی مستلزم شرح کامل رابطه‌ی افسردگی و تفکر، عواطف و رفتار و نیز فلسفه‌ی تمام جنبه‌های درمانی است. این‌گونه توضیح دادن در تضاد با روان درمانی‌های تحلیل‌گراست که مستلزم توضیح بسیار کمی هستند. فنون شناختی شامل چهار فرایند است: ۱- آشکار نمودن افکار اتوماتیک ۲- آزمایش افکار اتوماتیک ۳- شناسایی فرضیات غیرانطباقی پنهان ۴- آزمایش اعتبار فرضیات غیرانطباقی (بک برن و دیویدسون، ترجمه توزه‌زنده جانی، ۱۳۷۴). جنبه‌های رفتاری درمان، شامل استفاده از آموزش آرام‌سازی، حساسیت‌زدایی منظم، آموزش خودکنترلی، خودبازبینی، الگوبرداری، اصلاح رفتار، آموزش جرات‌ورزی، ایفای نقش و ایفای نقش معکوس، تکالیف مدرج، ورزش و غیره است (بک و همکاران، ترجمه گودرزی، ۱۳۸۰ و ایبی-نیلین^۱، ۲۰۰۲).

در این قسمت به توضیح روش‌های فراخوانی افکار اتوماتیک می‌پردازیم.

روش‌های فراخوانی افکار اتوماتیک

منفی

۱. سئوالات مستقیم: پرسش مستقیم به صورت «در ذهن شما چه می‌گذشت؟» و نه پرسش‌هایی مثل: «در آن موقع به چه فکر می‌کردید؟»، به طور آشکار، ساده‌ترین شیوه برای متوجه ساختن بیمار به جریان پردازش اطلاعات به‌طور غیرهوشیارانه درونی و فراخوانی افکار خودآیند منفی است.
۲. پرسش‌گری سقراطی: اگر سئوالات



4. Rapport
5. Problem- solving
6. Target behavior
7. Dysfunctional Thought Record
8. Beck, Rush & Emmerly
9. Thought sheet
10. Yii- Niilin
11. Role Play
12. Mining
13. Suggesting the opposite

بلک برن و دیویدسون، ترجمه تو زنده جانی، (۱۳۷۴).

۷. ایفای نقش^{۱۱}: برای بازآفرینی یک موقعیت به طور زنده، به منظور دسترسی به افکار منفی مربوط به آن، ایفای نقش از تجسم ذهنی مناسب‌تر است. از این روش می‌توان در موقعیت روابط مشکوک با دیگران نیز استفاده کرد. در این حالت، درمانگر نقش کسی را که مراجع مشکلات را با او تجربه کرده است، بازی می‌کند.

۸. محقق کردن معنای^{۱۲} یک رویداد: بیماران اغلب چنان در مورد رویدادها صحبت می‌کنند که گویی این رویدادها سبب بروز ناراحتی و احساس‌های ناخوشایند در آن‌ها شده است. درمانگر با مشخص ساختن معناهای شخصی، افکار مربوط به موقعیت را فراخوانی می‌کند. مثلاً، وقتی که کارفرما، با تو به روش اهانت‌آمیز صحبت می‌کند برای تو چه معنی دارد؟

۹. ثبت افکار روزانه (DTR): کار کردن با این جدول به مراجع اجازه می‌دهد تا انواع افکار خود را بازبینی کند.

۱۰. پیشنهاد معکوس (متضاد^{۱۳}): تکنیکی که برای آشکارسازی افکار مربوط به عزت نفس پایین کمک می‌کند، عبارت است از مطرح کردن پیشنهاد مخالف و متضاد اعتقاد یا فکری که بیمار در مورد حادثه‌ها یا پدیده‌های مشخص دارد (برندگن، ۲۰۰۲).

به طور کلی برای تشخیص افکار اتوماتیک منفی، لازم است سه مرحله زیر را طی کنید:

۱. تشخیص هیجان‌های ناخوشایند
۲. تشخیص موقعیتی که این هیجان‌ها در آن اتفاق می‌افتد.
۳. تشخیص افکار اتوماتیک مربوط به آن هیجان (هاوتون و همکاران، ۱۹۸۹).

انشاءاله در مقاله‌ی بعدی به تشریح روش‌های درمانی یا زیر سؤال بردن خطاهای شناختی خواهیم پرداخت.

پی‌نوشت

1. Guided discovery
2. Young
3. Gestalt therapy

مستقیم برای آشکار کردن افکار منفی و کلیدی مفید نباشد، از سئوالات استقرایی که گاهی اوقات «اکتشاف هدایت شده» نیز نامیده می‌شود، استفاده می‌گردد. درمانگر باید به دقت عمل کند و سئوالات مناسبی را مطرح سازد بدون اینکه بیمار را به طرف پاسخ راهنمایی کرده باشد.

۳. بحث و گفت‌وگو درباره‌ی تجربه‌ی هیجانی اخیر: موقعیتی را که با اضطراب یا افسردگی او بوده است و آن را به خوبی به خاطر دارد، یادآوری می‌کند. بیمار واقعه را توصیف می‌نماید و درمانگر افکاری را که با شروع و دوام آن مرتبط است شناسایی می‌کند. این کار از طریق پرسش سئوالاتی نظیر «در آن موقع چه چیزی به ذهنتان آمد؟ فکر خاصی به ذهنتان رسید؟ وقتی شدیداً مضطرب شدید، بدترین چیزی که فکر می‌کردید ممکن است اتفاق بیفتد، چه بود؟»

۴. افزایش تنش جسمی: به بیماران می‌توان آموزش داد تا از طریق تمرین آرام‌سازی، از تشدید تنش جسمی یا شروع حمله‌ی ناشی از وحشت‌زدگی، مطلع گردند. بیمار می‌تواند از این افزایش تنش همانند تغییر حالات روانی، به عنوان نشانه‌هایی برای توجه و وارسی افکار غیرارادی خود استفاده کند. درمانگر با مشاهده‌ی افزایش تنش در جلسه‌ی درمان، می‌تواند به افکار اتوماتیک بیمار پی برد.

۵. تصویرسازی ذهنی یا تخیل: چنانچه سئوالات استقرایی در جهت شناسایی افکار غیرارادی سودمند نباشد، استفاده از تصویرسازی ذهنی برای بازآفرینی یک موقعیت می‌تواند مفید باشد. بیمار باید یک موقعیت را تا جایی که می‌تواند، به طور صریح در ذهن خود، بازآفرینی کند و پس از چند دقیقه، درمانگر در مورد افکار همراه با این تجسم ذهنی سؤال نماید.

۶. تغییر خلق در جلسه: در جلسات درمان، معمولاً خلق منبع مفیدی برای افکار منفی است. وقتی در جلسه، تغییری در خلق بیمار به وجود آمد، درمانگر این تغییر را به بیمار خاطر نشان می‌کند سپس از او می‌پرسد، چه فکری به ذهنت رسید؟ یا راجع به چه موضوعی یا مطلبی فکر می‌کردی؟

منبع

(الف) فارسی

۱. بک، آرون تی و همکاران. درمان شناختی-اعتیادیه مواد مخدر، ترجمه محمدعلی گودرزی شیراز. نشر راهگشا، ۱۳۸۰.

۲. بک، جودیت اس. راهنمای گام‌به‌گام شناخت درمانی، ترجمه علیرحمن چوراهی و محمدرضا عبیدی اصفهان: موسسه علمی فرهنگی کوثر، ۱۳۸۰.

۳. بلک برن، ماری و دیویدسون، کیت. شناخت درمانی افسردگی و اضطراب، ترجمه حسن تونزنده جانی. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی، ۱۳۷۴.

۴. زرب، ژانت (۲۰۰۱). روش‌های ارزیابی و درمان شناختی-رفتاری نوجوان، ترجمه غلامعلی افروز و گلبران علوی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۸۱.

۵. بشارف، ریچارد اس (۲۰۰۰). نظریه‌های روان‌درمانی و مشهورترین جمع‌هم‌رادی‌ها و ریزخت تهران: مؤسسه خدمات فرهنگی رسا، ۱۳۸۱. ۶۰.

۶. هاتون کیت و همکاران (۱۹۸۹). رفتار درمانی شناختی، ترجمه حبیب‌الله سزاده تهران: انتشارات آتا جمند، ۱۳۸۰.

۷. یونسی، سیدجلال. از یونگ تا نشونمن (الف)، نگاهی نو در آسیب‌شناسی روانی در سطوح فردی و اجتماعی. مشهد: مجله تازه‌های روان‌درمانی، شماره‌های ۲۷ و ۲۸، ۱۳۸۲.

(ب) انگلیسی English references

8. Beck, A.T., Rush, A.J. Shaw, B.F., anx Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. Guilford press, New York.

9. Blackburn I.M. Davidson K.M. (1990). Cognitive therapy of depression and Anxiety. London: Black well scientific publication.

10. Brendagen, Jane. (2002). Overcoming low self esteem (A V Cognitive behavioural Approach). Strees news, vol. 14 No.3.

11. Niilin- Yii. (2002). The application of Cognitive- bbehavioral therapy to counseling chines. American journal of hotherapy. New York. Vol. 56, Iss.1; g 46, 13 pgs.