

شناخت درمانی (کار با تصورات)

سید جلال یونسی^۱

چکیده:

این مقاله برگرفته از چند اثر علمی در رابطه با تکنیک‌های جدید در شناخت‌درمانی است. چگونگی شناسایی انحرافات^۲ در تصورات و بکارگیری آنان جهت کشف و شناسایی اعتقادات پایهای و هسته‌ای^۳ مورد بررسی قرار گرفته است. همچنین روشهای بازشناسی تجارب اولیه^۴ توسط تصورات بیمار گونه مراجع، مورد مطالعه قرار گرفته است. این مقاله جهت علاقمندان به شناخت‌درمانی، راهکارهای ورود به سطوح پایهای شناخت و تغییرات مطلوب درمانی در آنها را مطرح می‌کند. این رویکرد جدید درمانی حوزه‌هایی از ذهن را که تا حدی خارج از آگاهی عمل می‌کنند مطرح می‌سازد.

Cognitive therapy

S.J Yunossi, Clinical Psychologist, Assistant professor, University of Welfare and Rehabilitation Sciences

مقاله

Abstract:

In this article some new techniques of cognitive therapy have been described. Assessment of distorted images and their usage for exploring of core beliefs has been explained.

Moreover reconstruction of early experiences by distorted images of patient has been discussed. Psychotherapists can find some practical methods in this paper which guide them to discover basic layers of cognition. This new therapeutic approach introduces some areas of mind which be out of consciousness.

دکتر سید جلال یونسی - دکتر تخصصی در رشته روانشناسی بالینی از انستیتو روانپزشکی دانشگاه لندن، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

² Distortions

³ Core Belief

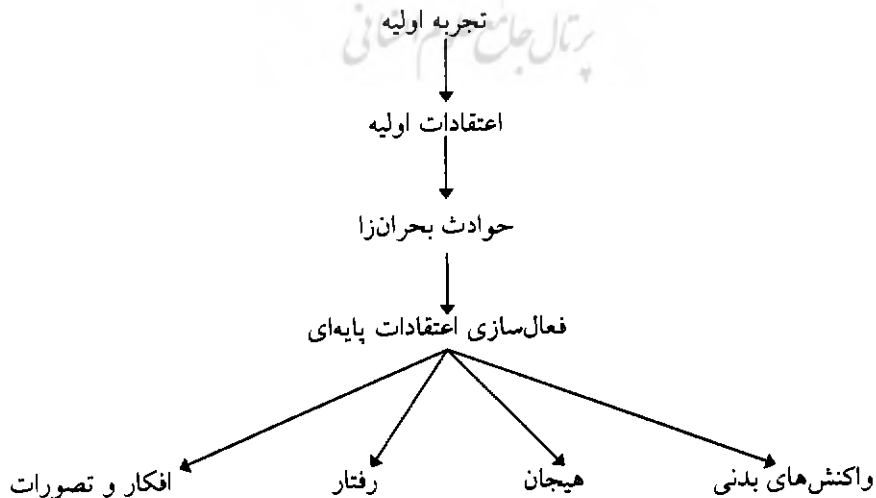
⁴ Early Experience

در شناخت‌درمانی اغلب مواقع علاوه بر افکار، رفتار، هیجانات، ما به وفور با تصورات^۱ سروکار داریم. البته باید بین تصورات و افکار تمایز قائل شد، آنچه که در شناخت‌درمانی در رابطه با فکر مطرح می‌شود بیشتر آن حکمی است که به صورت ایجابی و یا سلبی فرد در رابطه با موقعیت و یا موضوعی بیان می‌دارد: من مستحق لذت بردن نیستم، انجام آن کار بسیار مشکل است، و یا اینکه ممکن است به صورت سؤال مطرح شود که باز به نوعی حکم سلبی و یا ایجابی برمی‌گردد، مثال: «بالفرض من درس خواندم خوب که چه؟» در حقیقت فرد در پوشش این سؤال، فکری را بیان می‌کند که درس خواندن برای من فایده‌ای ندارد.

در حالی که تصورات در شناخت‌درمانی بیشتر اشاره به تصویر کشیدن موقعیت‌ها و موضوعات دارد که اغلب تمایل به صدور حکم در رابطه با موقعیت وجود ندارد. برای مثال تصور دیدن خود در قبر، فقر و تهیدستی خانواده خود، تصور مرگ خود. لازم به ذکر است که مواقعی تمایز بین فکر و تصور بسیار مشکل می‌باشد.

فکر و تصور در مدل شناختی پس از فعال‌سازی اعتقادات پایه‌ای^۲ شکل می‌گیرند.

به شکل شماره (۱) توجه شود:



مانند افکار، انحرافات را در تصورات می‌توان دید که بسیار مشابه آنچه که در افکار مطرح

است می‌باشد:

^۱ Images

^۲ Underlying Belief

انحرافات در رابطه با تصورات:

- ۱- حاکمیت اصل همه یا هیچ در تصورات: تصورات موقعیتی در منتهی درجه شدت و کمال. برای مثال تصور خود در منتهی درجه فقر و تهیدستی.
- ۲- تعمیم بیش از حد در تصورات:
- ۳- دارا نبودن جنبه مثبت در تصورات (بیشتر بار منفی داشتن).
- ۴- ذهن خوانی: به صورتی که فرد تصور کند که ذهن دیگران را می‌خواند و می‌داند که دیگران چه فکر می‌کنند و یا این که تصور کند دیگران نیز ذهن وی را می‌خوانند و از آن آگاه می‌شوند.
- ۵- تصورات به عنوان یک فیلتر عمل کند: تصویری به صورت یک فیلتر عمل می‌کند که تصورات دیگر را هدایت کرده و محتوا می‌بخشد.
- ۶- پیش‌گویی: تصورات طوری است که خیر از آینده می‌دهند.
- ۷- بزرگ‌نمایی و کوچک‌نمایی: محتوای تصورات طوری است که در آن چیزی بیش از اندازه بزرگ و یا کوچک جلوه داده می‌شود.
- ۸- استدلال‌های هیجانی کردن: محتوای تصورات طوری است که منتهی به استدلال‌های هیجانی می‌شود.
- ۹- کاربرد کلمات باید و نبایدها: در بیان تصورات باید و نبایدها (اجبار) بکار می‌رود.
- ۱۰- برجسب زدن.
- ۱۱- فردی سازی (شخصی سازی): فرد چنین می‌انگارد که این تصورات خاص اوست و کسان دیگر دارای چنین تصوراتی نیستند و آن را تجربه نمی‌کنند.
- ۱۲- متوقف شدن تصورات در بدترین لحظه.
- ۱۳- دید و تماشا کردن خود از چشم و نگاه دیگران در شیوه‌ای کاملاً انحرافی و نامناسب.
- ۱۴- تماشاگر بدن بودن: تصور کردن داخل بدن به شیوه‌ای کاملاً انحرافی.
- ۱۵- تصور استعاره‌ای (تشبیهی) داشتن: تصور استعاره‌ای از خود و یا موقعیت خود.
- ۱۶- فکر خرافی یا (سحر آمیز): اعتقاد به اینکه داشتن تصور خاصی بعضی اوقات می‌تواند باعث تأثیرگذاری در آینده شود. افراد مبتلا به اختلال اضطرابی تعمیم یافته اعتقاد دارند که با

تصور بعضی موقعیتهای خطرناک در ذهن می‌توان از وقوع آن در دنیای خارج جلوگیری کرد، ولز (۱۹۹۶)

۱۷- فاصله گرفتن: نگرستن به یک تصور ناراحت کننده در افقی دور و پوشیده شده در مه (با حالت ابهام دیدن).

۱۸- غیبت تصورات: قادر نبودن در به تصویر کشیدن یک موقعیت، بعضی اوقات حالتی پیش می‌آید که فرد در به تصویر کشیدن یک موقعیت ناتوان است.

ایجاد تغییرات ممکن در تصورات:

مراجع و درمانگر بایستی با تشریح مساعی بر روی تصورات کار کنند و معنای تصور می‌بایستی تغییر یابد، کافی است یک تصور متفاوتی را جانشین تصویری دیگر کنیم و یا اینکه تصور را به جهتی هدایت کنیم که دارای پایانی لذت بخش و مثبت باشد. در اینجا لازم است که از مراجع پرسیده شود برای این که تصویری دارای معنای متفاوتی شود به چه چیزی نیاز است؟

این کار عموماً مستلزم بحث است و با یک مفهوم پردازشی و مباحثه، گره خورده است. درمانگر باید وقت زیادی را برای کار با تصورات اختصاص دهد، بطوری که امکان دارد آنها دارای معنای غنی و بار عاطفی باشند و تغییر و انتقال دادن آنها مشکل باشند. در این مورد چند نکته باید مد نظر قرار گیرد:

۱- انحرافات در تصورات باید بحث شود و موافقت مراجع در رابطه با تغییراتی که بتواند تصور خاصی را واقع‌گرایانه‌تر سازد جلب گردد. عوامل نجات دهنده (رهایی ساز) مثلاً استراتژیها سازگاری بایستی بنا شود. چنانچه تغییری حاصل شود درمانگر باید تغییرات را مد نظر قرار داده و بررسی کند که میزان اعتقاد به این تصورات تغییر یافته است یا نه؟

۲- رهاسازی تصور از انجماد: در این حال باید بیمار را تشویق کرد که در تصورات خود در طول یک زمان مشخص به جلو برود، گاهی این عمل برای چند دقیقه و بعضی اوقات برای چند ماه می‌توان بیمار را به جلو برد. برای مثال از بیماران خواسته می‌شود که تصور کند اگر چنین اتفاقی بیافتد چه می‌شود؟ ممکن است بیمار جواب دهد که فاجعه‌ای بزرگ اتفاق می‌افتد. بار دیگر از بیمار سؤال می‌شود اگر چنین شد چه اتفاقی می‌افتد؟ با اینگونه سؤالات به جلو می‌رویم. در این حال بیمار متوجه خواهد شد که عوامل نجات دهنده بطور خود به

خودی ظاهر شده و از بار فاجعه‌آمیز تصور کاسته می‌شود و تصور به صورت سریعی عقب گرد کرده و از بار فاجعه‌ایش رها می‌شود.

۳- رها ساختن وضعیت تماشاگر بودن: در این حال از بیمار خواسته می‌شود که به جای تصور تماشا کردن بدن خود عملاً بدن خود را از نزدیک تصور کند به عبارت بهتر به جای تماشاچی بودن خود را عملاً وارد صحنه کند.

این اغلب یک حسی فوری از قدرت را به بیمار می‌بخشد و باعث کاهش خود آگاهی وی می‌شود زیرا که از وسعت تصورات وی کاسته می‌شود.

۴- عدم تماشای بدن: در بیمارانی که دارای تصورات انحرافی در رابطه با بدنشان هستند، یک شیوه انجام کار این است که چهارچوبی برای تصویر منحرف مشخص کنیم بطوری که بدن بیمار بتواند در صفحه‌ای از کتاب ظاهر شود و در حقیقت به این تصور عینیت بیشتری بدهیم به گونه‌ای که بیمار بتواند آن را در صفحه‌ای از کتاب به روشنی ببیند. در این حال می‌توان تصویری که واقع گرایانه‌ترست تصور شود به عبارت بهتر یکسری از عکس‌های رادیوگرافی^۱ می‌تواند حذف شده (تصویری که بیمار در ذهن خود ساخته و به تصویر کشیده است) و آن عکس‌هایی که صحیح‌تر و واقعی‌تر هستند به جای آن آورده شده و در رابطه با آن با بیمار بحث شود.

۵- تغییر تصورات استعاره‌ای: این شیوه توسط پیدا کردن معنای حقیقی و واقعی تصور امکان پذیر است. درمانگر باید پرس و جو کند که به چه چیزی نیاز است که بتواند علاوه بر متفاوت ساختن این تصور موقعیت را مطلوب‌تر سازد، سپس این تغییرات تصور شود. برای مثال شخصی که خودش را به عنوان «حصیر دم در» تصور می‌کند، در این حال این تصور می‌تواند توسط تصور دیگری جانشین شود که خانواده همواره حصیر دم در را تمیز می‌کنند و از آن مواظبت می‌کنند ادوارد^۲ (۱۹۸۹، ۱۹۹۰). در حقیقت ما فرد را به تعبیر به احسن بودن سوق می‌دهیم. به نظر می‌رسد که داشتن اطلاعات جامع در رابطه با فرهنگ و ادبیات قومی و بومی مراجع برای یک روانشناس بالینی بسیار ضروری می‌باشد.

۶- بسیاری مواقع بیماران از نزدیک شدن (دقت کردن) به تصورات خودشان ابا دارند. تصورات می‌تواند مورد مداخله قرار گرفته تا معانی آن که توسط فاصله گرفتن^۳ مبهم شده

^۱ X-Rays

^۲ Edward

^۳ Distancing

است کشف شود. این امر مراجع را کمک می‌کند که به جای دوری‌گزیدن از تصورات به تصورات خود توسط فرایند دقت، هرچه بیشتر نزدیک شود.

۷- زمانی که هیچ تصویری وجود ندارد برای مثال در ناامیدی افسردگی که هیچ تصویری از آینده وجود ندارد. در این حال افراد تشویق به استفاده از تکنیک فرافکنسی در زمان^۱ می‌شوند در این تکنیک از بیمار می‌خواهیم در موقعیت‌های خاصی که در آینده برای وی پیش می‌آید و یا موقعیت‌های خاصی را که متذکر می‌شویم تصورات خود را بگوید.

در این جا برای روشن شدن موضوع نمونه‌ای ارائه می‌گردد هاگمن^۲ (۱۹۹۶):

خانمی گور خود را در حالی که نام خودش و کلمه AIDS با حروف طلایی بر روی تابوتش نوشته شده، تصور می‌کند. شوهر وی در حالی که گریه می‌کند در کنار گور ایستاده است، شوهر پسر کوچکش را در حالی که گریه می‌کند در کنار خود نگهداشته است و در این حال گلها را بر روی قبر قرار می‌دهد و سپس آنجا را ترک کرده و سه ملاقات زن جوان زیبا دیگری می‌رود. زن حلقه نامزدی در دست دارد، شوهر نیز یک حلقه نامزدی در دست دارد که متفاوت با حلقه قبلی است. شوهر، زن جوان و پسر همگی در حال خندیدن، بازی و تفریح هستند ولی این خانم (تصور کننده) در آنجا حضور ندارد. بعد از آن وی تصویری از خود دارد که زنده است ولی بسیار لاغر و نحیف شده است. یک پرستار وی را به عقب و به سمت تابوت هل می‌دهد، سپس می‌بیند که مرده است.

این تصورات همراه با حالات عاطفی بسیار شدید بوده، مراجع گریه می‌کند و تمام بدنش می‌لرزد. این مراجع هیچ راهی را برای تغییر این تصور نمی‌دید.

معنای تصور: او به خاطر داشتن این تصور، اعتقاد دارد که چنین چیزی مطمئناً اتفاق خواهد افتاد و این تصور مثل پیش‌بینی است.

چگونگی تغییر این تصور: باید برای مراجع روشن شود که این تصور به جای آن که واقعیت غیر قابل تغییر باشد یک خیال و قابل تغییر است.

راه حل: یکی از راههای مواجهه با چنین تصوراتی این است که به بیمار یادآور شویم که چنین تصوراتی در رابطه با قبر قبلاً بوده و وی نام، حتی تاریخ وفات خود را بر روی آن دیده است. با این حال آن تاریخ گذشته ولی او هنوز زنده است. در این حال فرد می‌تواند ملاحظه

¹ Time projection movie technique

² Hackmann

کند که تصوراتش تنها یک خیال محض بوده است. آنچه که در این تکنیک مطرح است استفاده از محتوای تصور در جهت غیرواقعی جلوه دادن آن می‌باشد.

روش دیگر ایجاد مانع برای جلوگیری از تصور است: مورد فوق‌الذکر در حالی که به تماشای تلویزیون مشغول بود و همسر و پسرش در کنار وی نشسته بودند دچار چنین تصویری شد به طوری که چنین تصویری را در تلویزیون دید. آنها توافق داشتند که این یک خیال وحشتناکی است و شوهرش فوراً تلویزیون را خاموش کرد و سپس همسرش را به بیرون از خانه برد، آنها برای نهار به طرف خانه مادر بیمار حرکت کردند و در نتیجه اضطراب بیمار کاهش یافت و احساس آرامش در وی ایجاد شد.

روش دیگر یافتن اعتقادات و گمانها در رابطه با تصورات است که امر تغییر را تسهیل می‌کند.

اعتقادات و گمانها:

اعتقادات و گمانها اغلب می‌توانند از تصورات استخراج شوند چند سؤال می‌تواند این امر را تسهیل کند مثل:

چه چیز بسیار بد در رابطه با آنچه در حال اتفاق افتادن است، وجود دارد؟
 چطور شد که شما به این وضعیت کشیده شدید؟
 فکر می‌کنید که بعداً چه اتفاقی می‌افتد و چرا؟

باز کردن تصور در این شیوه بدین معناست که شخص بتواند مفهوم پردازی را آزمایش کرده و آن را غنی سازد و به شیوه‌ای بنگرد که عقاید با همدیگر تناسب یابند. این موضوع را می‌توان با جلسات قبلی که بیشتر محتوای کلامی دارند تألیف نمود:

تصور به شخص کمک می‌کند تا به دلالت‌هایی که آن تصور برای یک فرد دارد نگرسته و آن را در سطوحی بالا که برای عموم دارای معنایی مورد قبول از فاجعه‌های متنوع دارد، مد نظر قرار دهد. چند مثال در این مورد جهت روشن شدن موضوع بعداً ارائه می‌شود.

برای عده‌ای بدترین چیز در رابطه با بیماری این بود که بیماری فرد را رو در روی ابدیت و جاودانگی قرار می‌دهد، که در نبود اعتقاد به خدا زندگی بی‌ارزش و بی‌معنا می‌شود. توجه به آیه قرآن شود که خداوند متعال می‌فرماید: «هر کسی از بنیاد من روی برگرداند به تحقیق زندگی برای وی تنگ و تاریک خواهد شد و در روز قیامت به صورت کور محسوس خواهد شد»

شد^۱». در حقیقت تصور شدیدترین حالت یک بیماری منتهی به روبرو شدن با موضوع ابدیت و جاودانگی است، مرحله بعد از بیماری مرگ است و مرحله بعد از مرگ روبرو شدن با ابدیت و جاودانگی است.

تغییر تصورات در شیوه‌ای که اعتقادات هسته‌ای را تغییر دهد:

به طور نمونه باز کردن تصورات در این شیوه به نظر می‌رسد که به طور مستقیمی با خاطره‌های مهم دوران کودکی پیوند می‌یابد، این امر صحنه‌هایی را منعکس می‌سازد که اعتقادات هسته‌ای ممکن است در آن شکل یافته باشند، تغییر می‌تواند شامل:

- ۱- دوباره دیدن خاطره (بازنگری)
- ۲- تعامل با خاطره بازسازی شده در شیوه‌ای که یک معنای متفاوتی را بدهد. این امر می‌تواند از قبل طراحی شده و یا ممکن است به طور خود به خودی اتفاق افتد با این نکته که درمانگر به مراجع بها داده و وی را تشویق می‌کند که بگوید چه احساسی دارد و یا این که سؤالاتی را از وی پرسد. البته این فرایند می‌تواند تا حدی هیجان‌زا باشد.
- ۳- همچنین ممکن است در رابطه با این اعتقادات هسته‌ای با شیوه‌هایی سنتی‌تر کار شود، مثل استفاده از تکنیک‌های بحث و مجادله، تجارب رفتاری و یا تکالیف نوشتاری.

اعتقادات مبنایی:

- چند پاسخ به سؤال: چه چیزی بسیار بد در رابطه با آن تصور وجود دارد؟
- در اینجا مثال‌هایی از بیماران دارای «اختلال هراس» و «اختلال خود بیمار انگاری»^۲ در رابطه با مرگ و مفهوم مردن ارائه می‌شود.
- ۱- مردن به معنای تنها بودن و یا آگاه شدن از خودتان در حالی که جسدتان در حال پوسیدن است و همچنین برای همیشه آگاه بودن از ناراحتی نزدیکان در این رابطه.
 - ۲- مردن به معنای تنها بودن و به دام افتادن در یک بدن مرده برای همیشه.
 - ۳- مردن به معنای بیمار بودن و به معنای عدم توانایی برای کار کردن و بنابراین مورد بی محبتی واقع شدن و توسط دیگران طرد شدن است. خانواده فرد نیز دچار بیماری شده در

² Panic Disorder

³ Hypochondriasis

وضعیت رقت‌باری زندگی خواهد کرد (مثل زندگی در جای دلگیر و پوشیدن لباسهای کهنه و مندرس) و این تقصیر فرد خواهد بود.

۴- مردن به معنای قرار گرفتن در یک بشکه توسط شیطان و سپس انداخته شدن به دریا است. این یک تنبیه ظالمانه است که توسط شیطان به وی روا داشته شده است. برای فرد حرکت کردن در داخل بشکه غیرممکن است. همچنین ممکن است مرگ برای شخص آگاه بودن از به دام افتادن در داخل تابوت معنا دهد و همچنین عدم توانایی در حرکت در داخل آن باشد.

۵- بیمار بودن به معنای مورد توجه دیگران قرار نگرفتن باشد به طوری که مدت‌های مدیدی چنین حالتی ادامه یابد تا مرگ فرا رسد. مردن به معنای فراموش شدن کامل توسط همسر و فرزندان است.

۶- مردن به معنای از دست دادن مسئولیت خود در قبال همسر و کودکان خویش است. و این که افراد (همسر و فرزندان) ممکن است بدون وی خوشحال باشند.

۷- بیمار بودن به معنای از دست دادن توانایی جهت انجام شغل و از این رو به عنوان یک عنصر بی‌ارزش دیده شدن است. در این حال ممکن اقدام به خودکشی کند.

۸- بیمار بودن به معنای پذیرفته شدن در بیمارستان، برخلاف میل فرد در آنجا نگاه داشته شدن و توسط بستگان مورد بی‌مهری و بی‌توجهی قرار گرفتن است. در این حال فرد بنای لجبازی و عدم همکاری را با کارکنان بیمارستان می‌گذارد و آنان نیز از ترخیص وی جلوگیری می‌کنند، او در آنجا تنها و بی‌توان برای بقیه عمرش باقی می‌ماند.

۹- بیمار بودن و یا پیر شدن، به صورت فیزیکی برای دیگران انزجار آور شدن است.

دیگران دوست نخواهند داشت که از وی مواظبت کنند و نه وی دوست دارد که از دیگران تقاضای کمک نماید، او ترجیح می‌دهد که بمیرد.

۱۰- مردن به معنای به دام افتادن در یک بدن گرم است، آگاه از مرده بودن اما هیچ کس نمی‌داند که وی زنده است. این همچنین بدین معناست که فرد در یک منطقه خارج از واقعیت به دام افتاده و در یک حرکت مارپیچی بی‌پایان به سوی جهنم افتاده است.

استفاده از تصورات جهت غنی‌سازی مفهوم‌پردازی:

الف - باز کردن معانی از تصورات در سطح افکار اتوماتیک و گمانها و یا در سطح اعتقادات هسته‌ای.

سؤالاتی که می‌تواند در جهت باز کردن معانی ما را کمک کند عبارتند از:

- ۱- چه چیزی در آن تصور در حال اتفاق افتادن است؟ چه کسانی در آن حضور دارند.
 - ۲- چه چیزی باعث منتهی شدن به این حوادث در آن تصور شد؟ (چه باعث شد که چنین حوادثی را در تصورات خودتان به تصویر بکشید؟).
 - ۳- بدترین چیزی که در تصور ممکن است باشد چیست؟ و بدترین چیزی که می‌تواند اتفاق بیافتد چیست؟
 - ۴- چطور شد که شما در تصوراتتان به این موقعیت بد و غیرقابل فرار رسیدید؟
 - ۵- حوادث آن تصور به شما در رابطه با خودتان، دیگران و جهان چه می‌گویند؟
- ب - حرکت از تصور به تجارب و خاطرات رایج اولیه از زمانی که گمانها شکل یافتند:

سؤالاتی در این زمینه، کمک می‌کنند که در طول زمان به عقب برگردیم:

- ۱- در این تصور چه نوع افکاری در ذهن شما می‌گذرد؟
- ۲- در این تصور چه نوع احساسات بدنی را متوجه شدید؟
- ۳- در این تصور چه نوع هیجاناتی را تجربه می‌کنید؟
- ۴- چه اعتقاداتی در رابطه با خودتان، جهان، و دیگران در این تصور وجود دارد؟
- ۵- چه زمانی را در زندگیتان اول بار به یاد می‌آورید که دارای افکار، اعتقادات، هیجانات و احساسات بدنی مثل این بودید؟
- آیا شما می‌توانید آن دوره زندگیتان را توصیف کنید؟
- ۶- در آن زمان زندگیتان چگونه بود آیا دارای خاطره‌های خاصی در این رابطه هستید که به ذهن شما بیاید؟

البته بهتر است که تربیت این سؤالات رعایت شود چرا که جواب یکی ما را به سؤال دیگری هدایت می‌کند.

در این جا مثال مرد بیماری که دارای اختلال هراس و خود بیماری انگاری برای مدت شش ماه بوده است ارائه می‌شود (هاکمن ۱۹۹۶):

این بیمار دارای اولین دوره هراس حدود ۱۸ سال پیش بوده است. علائم ابتدائی وی بصورت احساس ضعف در پاها، مشکل تنفس، ضریان قلب سریع، سرگیجه، تار بودن بینایی و

از دست دادن تعادل است. این علائم به عنوان مدرکی برای بیماری خطرناک و کشنده‌ای مثل ایدز و یا سرطان تعبیر و تفسیر می‌شدند.

او دو تصور همراه با اضطرابش را گزارش داد، اول: خانواده‌اش را در حالت فقر زده مشاهده کرد که در یک خانه‌ای تاریک زندگی می‌کنند و همه لباس‌های مندرس و کهنه پوشیده‌اند. دوم: او خودش را به عنوان یک مرده مشاهده کرد که هنوز به طور کامل آگاه است و در یک بشکه سحرآمیز به دام افتاده است، به طوری که اجازه حرکت و یا فرار را ندارد. او آنجا باقی می‌ماند در حالی که احساس تنهایی برای همیشه را خواهد داشت. این را به عنوان یک تنبیه تلقی می‌کرد.

مفاهیم هسته‌ای:

مفاهیمی که در این تصور ارائه شده است به دیدن خود فرد به عنوان ضعیف و مستحق تنبیه اشاره دارد. بیماری و مرگ نتایج دقیق ضعف و اختصاصاً شکست و تنبیه همیشگی خواهد بود. در استخراج تصور مرگ بیمار احساسات بدنی شدید و قابل توجهی را گزارش داد.

تجربه اولیه:

زمانی که از بیمار در رابطه با قدیمیترین و ابتداییترین احساسات بدنی که او می‌توانست بیاد آورد سؤال شد، گفت: که وقتی وی ۶-۷ ساله بوده چنین احساسات جسمی را تجربه کرده است.

«به یاد می‌آورد که در آن زمان کتک خورده، توسط پدرش سرزنش شده و توسط برادر بزرگش مورد اذیت و آزار قرار گرفته است. او به یاد آورد که در یک کمد سیاه و تاریک قفل شده انداخته شده بود. برادرش با او روی زمین گلاویز شده و وی را خفه می‌کرد در حالی که هر چه فریاد کمک را سر می‌داد کسی توجه نمی‌کرد. تمام این‌ها را برادرش به عنوان بازی و سرگرمی با وی انجام داده است. از آن زمان این نظر را پیدا کرد که او ضعیف است و مستحق تنبیه می‌باشد».

در دوره کودکی، در کشور سنگاپور در خانه‌ای زندگی می‌کرد که نزدیک قبرستان هندوها و مسلمانان بود. به طور مداوم شاهد تشییع جنازه و دفن مردگان بوده است. شاهد بوده است

¹ Core Concepts

² Early experience

که چگونه اجساد مردگان در داخل قبرها می‌نهادند. در آن زمان اعتقاد داشت که انسانها فنا ناپذیراند، و این افراد مرده واقعا^۱ به صورت زنده دفن می‌شدند (با دید دوره کودکی‌اش برای وی پذیرش این نکته بسیار ثقیل بوده است که انسانهای مرده بدنشان آری از هرگونه حس و احساسی است، او نمی‌دانست که افراد داخل تابوت مرده‌اند و فکر می‌کرد آنها به صورت زنده دفن می‌شوند. بیمار خودبخود در انتهای گزارش به درمانگر اذعان می‌کند که: «شاید خفه شدن توسط برادر و اعتقاد به این که مردم به صورت زنده دفن می‌شوند نقشی در پیدایش تصور من در رابطه با در بشکه بودن و رها شدن و مورد بی‌توجهی قرار گرفتن دارد».

در این جا مورد دیگری با مشکلات وسعت هراسی، اختلال هراس، رفتارهای وسواسی، اضطراب اجتماعی، اعتماد به نفس پایین را مثال می‌زنیم. چنین فردی دارای ویژگی‌های زیر است:

۱- افکار اتوماتیک منفی مثل: افتادن، سکنه قلبی، دیوانه شدن، سکنه ناگهانی مغزی^۱ که باعث از دست دادن حس و توان جهت حرکت می‌شود، غش کردن، از دست دادن حافظه، در بیمارستان بستری شدن و قادر نبودن برای به خانه خود رفتن.

۲- تصورات: در یک فروشگاه بزرگ افتادن و سپس به بیمارستان هدایت شدن و علی‌رغم میل خود در آنجا بودن و بالاچار چند آزمایش پزشکی دادن (مثل آزمایش خون و ادرار) و عدم همکاری وی با کادر بیمارستان. نهایتاً وی توسط کارمندان مورد بی‌توجهی قرار گرفته بدون اینکه کسی به ملاقات وی بیاید، او می‌بایستی در بیمارستان بماند. در حالی که در آنجا رها شده و کسی به وی توجهی نمی‌کند تا این که بمیرد.

۳- خاطره و تجربه اولیه: در سن ۴ سالگی به خاطر تهوع و استفراغ به بیمارستان برده می‌شود. در حالی که والدین وی بدون هیچگونه توضیحی را آنجا رها می‌کنند. او در آن زمان فکر می‌کرد گمشده است.

بنابراین شروع به گریه کرده و آدرس خودش را به کادر بیمارستان می‌دهد به این امید که آنها او را به خانه‌اش ببرند اما کادر بیمارستان به او توجهی نکرده فقط سعی می‌کردند آرام بگیرد. روز بعد وی متقاعد شده بود که آنجا توسط والدینش رها شده است و آنها هرگز باز نمی‌گردند. آنها خوشحال هستند که از دست او خلاص شده‌اند زیرا که او بسیار شیطان و مودی بوده است.

۴- طرحواره‌ها:

- من ناتوان هستم

- من دوست‌داستانی نبوده و مقبولیتی ندارم.

- من آسیب‌پذیر هستم.

استخراج و بازسازی طرحواره‌ها از خاطرات دوران کودکی لیدن و همکاران^۱ (۱۹۹۳): برای شناسایی طرحواره‌ها لازم است به چند نکته توجه شود:

۱- علائم فعال شدن طرحواره‌ها

الف - عاطفه بالا

ب - عواطف در شدت و محتوی برای موقعیت مورد توصیف نامناسب می‌باشد.

۲- مبانی که درمانگر براساس آن فرض می‌کند که چه طرحواره‌ای فعال شده است.

الف - تاریخچه گذشته فرد

ب - لیست مشکلات درمانی اخیر

ج - ارائه مشکلات (همراه با نحوه ارائه آنان) سانی و مطالعات فرهنگی

د - بحران‌هایی که بیمار با آن مواجه است.

اقدامات لازم:

۱- به صورت تصویری درمانگر می‌تواند موقعیت اخیر (تصور شده) را دوباره ایجاد کرده و

سپس در جلسه درمان تجدید فعالیت عواطف تجربه شده را بررسی کند.

۲- تمرکز بر هیجانات و احساسات بدنی مراجع.

۳- از مراجع سؤال شود که: چه وقتی از دوره کودکی را به یاد می‌آوری که برای اولین بار

این احساسات را تجربه کرده باشی؟

۴- تکه‌هایی از تصورات و یا کل تصورات، شناختها و احساسات باید بررسی شوند.

۵- محتوی حافظه باید روشن و آشکار شود.

۶- آشکارسازی شناختها و هیجانات که توسط مراجع در زمان کودکی تجربه شده است:

الف - به عنوان کودک چه فکر می‌کند (در رابطه با تصور مطرح شده)؟

ب - به عنوان کودک چه احساس می‌کند؟

^۱ Schema

^۲ Layden et al

ج - به عنوان کودک چه معنایی برای این حادثه قائل می‌شود؟ (منظور حادثه مطرح در تصور است)

د - به عنوان کودک چرا فکر می‌کند این حادثه در حال اتفاق افتادن است؟

ه - به عنوان کودک انتظار دارد در آینده به خاطر این حادثه چه چیزی اتفاق بیافتد؟

و - به عنوان کودک این حادثه چه معنایی برای شخصیت کودک دارد؟

ز - به عنوان کودک این حادثه چه معنایی برای افراد دیگر دارد؟

ح - به عنوان کودک چه قوانین و اصولی را جهت زندگی در ذهن خود سازمان می‌دهد؟

ط - به عنوان کودک آن تصور چه معنایی درباره عشق‌ورزی، رقابت، کنترل و بیان هیجانی دارد؟

۷- خلاصه‌سازی معنای این خاطره.

۸- بررسی شناخت‌های مراجع به عنوان بزرگسال:

آیا به عنوان بزرگسال هنوز به این چیزها اعتقاد داری؟

۹- بازسازی شناختی به عنوان بزرگسال مدنظر قرار گیرد.

۱۰- بازسازی اعتقاد کودک:

الف - به عنوان یک مراجع بزرگسال

ب - در رابطه با افراد مطمئن، شامل افرادی که در این زمان در دسترس نیستند برای مثال مادر بزرگ، معلم و درمانگر.

ج - در رابطه با والدین

۱۱- بررسی جهت بازسازی خاطرات:

بعد از هر اقدامی جهت بازسازی اعتقاد دوران کودکی باید از مراجع پرسیده شود: در حال

حاضر چه فکر می‌کنی؟ در حال حاضر چه احساسی داری؟

۱۲- نتیجه بازسازی باعث تغییر حادثه مورد تصور می‌شود:

الف - افراد دیگر به طور متفاوتی عکس‌العمل نشان خواهند داد.

ب - خویشتن^۱ فرد به طور متفاوتی عمل خواهد کرد.

ج - نتایج در آن تصور متفاوت خواهند بود.

این روند درمان ما را کمک می‌کند که از طریق تصورات به سمت سطوح پایین‌تر و زیربنایی شناخت رفته تا نسبت به تغییرات مطلوب اقدام لازم را بعمل آوریم. در ضمن کاربرد این تکنیک‌ها نشان می‌دهد که تا چه حد در شناخت‌درمانی به معنای مرسوم کلمه درمانگر به عمق شخصیت بیمار نفوذ می‌نماید. این امر نشان می‌دهد که این رویکرد درمانی به مقدار قابل توجهی به دیدگاه‌های رواندمانی نزدیک می‌شود. فرآیندی که با توجه نقادیه‌های تیزدل از شناخت‌درمانی و تئوری‌های بدیع وی در این رابطه شتاب بیشتری یافته است. وی با مطرح ساختن سطوح مختلف معانی جهت شناخت، در پی عمق بخشیدن به شناخت‌درمانی است. تمایز بین اعتقادات شناختی و عقلانی^۱ و اعتقادات هیجانی^۲ که ما آن را باورهای قلبی می‌نامیم شناخت‌درمانی را به سوی بررسی لایه‌های عمیق ذهن سوق می‌دهد. با این وصف به نظر می‌رسد که در آینده شاهد نزدیکی هر چه بیشتر این رویکرد درمانی با روانکاوی باشیم.

REFERENCES:

- Barnard, P., and Teasdale, J. (1990) Interaction cognitive subsystems: A systematic approach to cognitive-affective interaction and change. *Cognition and Emotion*.
- Bedck, A.T. (1970). The role of fantasies in psychotherapy and psychopathology. *Journal of Nervous and mental diseases*, 150, 3-17.
- Beck, A.T. et al (1974). Ideational components of anxiety neurosis. *Archive of General Psychiatry*. 31. 319-325.
- Edwards, D.J.A. (1990). Cognitive therapy and the restructuring of early memories through guided imagery. *Journal of cognitive Psychotherapy: an international quarterly*, 4(1), 33-50.
- Edwards, D.J.A. (1989). Cognitive restructuring through guided imagery: lessons from Gestalt therapy. In Freeman, A. Simon, k. A rkowitz, H. and Beutler, L. (Eds). *Comprehensive Handbook of cognitive therapy* (pp283-297). New York, Plenum.
- Freeman, A. (1981) Dreams and images in cognitive therapy. In Emery, G. Hollon, S.D. and Bedrosian, R.C. (Eds) *New directions un cognitive therapy: case book*. (pp 224-238)
- Gendlin, E.T. (1978) *Focusing*. New York: Everest House.
- Greenberg, L.S. Safran, J.D. (1984) Integrating affect and Cognition: a Perspective on the process of therapeutic change. *Cognitive therapy and reaserch* . 8, 559-575.
- Hackmann, A. (1996). Working with images in cognitive therapy. Unpublished manuscript, University of Oxford, England.
- Lang, P. (1977). Imagery and Therapy. *Behaviour Therapy*, 8, 862-886.
- Layden, M: Newman, c, Freeman, A and Mors. (1993). *Cognitive therapy of Borderline personality disorder*. Psychology Practitioner Guidebooks, Allyn and Boacon, U.S.A
- Teasdale, J.D. (1996). Emotion and two kinds of meaning: cognitive therapy and applied cognitive sciences. *Behaviour Research Therapy*. Vol. 31, No. 4, PP. 339 - 345.
- Wells, A. (1996). Generalized Anxiety Disorder (GAD). Unpublished manuscript, University of Manchester, England.
- Young, J. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders*. Sarasota, FL: professional Resource Exchange, INC

¹ Teasdale 1993, Barnard & Teasdale 1990

² Intellectual

³ Emotional