

در کجا شناخت‌درمانی به بن‌بست می‌رسد؟

دکتر سیدجلال یونسی^۱

چکیده

مقاله حاضر به معرفی نظریه جدید انتقادی پروفسور تیزدل (Teasdale) می‌پردازد. بر اساس این نظریه مشاهدات بالینی در بیماران افسرده نشان می‌دهد که گاهی شناخت‌درمانی این‌گونه بیماران به بن‌بست نزدیک می‌شود. در این مقاله علل به بن‌بست رسیدن شناخت‌درمانی و راهکارهای درمانی مناسب با این بیماران به تفصیل مورد بررسی قرار می‌گیرد. و سعی بر آشنایی با سیستم‌های فرعی شناختی متعامل (ICS)^۲ می‌باشد که اساس نظریه تیزدل را تشکیل می‌دهد. ضمناً دلالت‌های این نظریه در رابطه با لزوم توجه به ادبیات و فرهنگ جامعه به عنوان عنصر اساسی در روان‌درمانی مدنظر قرار می‌گیرد.

کلمات کلید: شناخت‌درمانی، سیستم‌های فرعی شناختی متعامل، افسردگی، تغییر ذهن

Emotion or Cognition?

Where Cognitive Therapy Stops? And Why?

Dr. Jalal Younesi. Clinical Psychologist, Assistant Professor, University of Welfare and Rehabilitation Sciences. Tehran.

ABSTRACT

In this article, professor Teasdale's View about cognitive therapy, has been explained. According to his view sometimes cognitive therapy with depressed patients may face serious problems which can persuade them to give up irrational thoughts with head not with heart. These problems are resolved in the Interacting Cognitive Subsystems (ICS) approach by focusing on holistic rather than specific meaning in patient's mind. The approach and its implications for understanding and treatment of emotional disorders is described.

^۱ دکتر سید جلال یونسی - دکتر تخصصی در روانشناسی بالینی از انیستیتو روانپزشکی دانشگاه لندن، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

^۲ Interacting Cognitive Subsystems

Key words: Cognitive Therapy, ICS, Depression, Changing mind.

تاریخ روانشناسی گویای سوگیری‌های رادیکالی در بسیاری زمینه‌هاست (لی‌هی، ۱۹۸۷).^۱ هر نظریه‌ای در قیام در مقابل نظریات قبلی به سوی نوعی رادیکالیسم رانده می‌شود ولی پس از گذشت زمان پیروان آن نظریه به اصلاح و رفرم پرداخته و سوگیری‌های افراطی آن را کاهش می‌دهند که نظریات مربوط به روان‌درمانی نیز مستثنی نمی‌باشد. در قرنی که گذشت حداقل سه دیدگاه اصلی و فراگیر در زمینه‌های بیماری‌ها و اختلالات رفتاری مطرح شد:

۱- دیدگاه روانکاوی با تاکید بر جنبه‌های پویایی روان و پی‌گیری مسائل در اعماق ضمیر ناخودآگاه بشر.

۲- در دیدگاه دوم که در قیام در مقابل روانکاوی بود، بشدت هر آنچه که مربوط به ضمیر ناآگاه بود، مورد انکار واقع شد و مطالعات فقط بر رفتار انسان متمرکز گردید. در این دیدگاه عینی (Objective) حتی ذهن و کنش‌ها و محتوای آن به عنوان جعبه سیاهی مطرح گردید که باید از ورود به آن اجتناب شود. نمونه افراطی این دیدگاه را در نظرات اسکینر می‌بینیم.

۳- دیدگاه سوم که نوعی قیام در مقابل دیدگاه‌های اول و دوم بود (لی‌هی، ۱۹۸۷) سعی در نزدیک شدن به ذهن و فرآیندهای آن نمود، ناهشیار را نپذیرفت و تاکید بر سطح آگاه ذهن نمود (بک^۲ و همکاران ۱۹۸۳). ولی به شکلی تجارب اولیه در دوره کودکی را مطرح ساخت. سطوح مربوط به نیمه هشیار را به عنوان حافظه پنهان (و نه قابل دسترس ودلالتی)^۳ مورد توجه قرار داد. در این دیدگاه سعی در تمرکز بر رفتار و علائم شد (گرایش به رفتارگرایی) ولی ریشه آن را در سیستم‌های پردازش اطلاعات در ذهن می‌داند (بک ۱۹۷۸، ۱۹۸۳) که با بررسی و پیگیری تصورات فرد می‌توان به سطوح غیرقابل دسترس ذهن و تا حدی به سمت نیمه هشیار نزدیک شد (یونسی ۱۳۷۸). ولی این دیدگاه از افراط دور نماند. سوگیری شدید این دیدگاه به سمت شناخت و آنچه که با سر (Head) درک می‌شود و نه با قلب (heart)، گرایش شدید به فکر و نه احساس باعث شد که از دهه ۱۹۹۰ به این طرف بسیاری از شناخت‌درمانگران مجرب را به شک و تردید جدی در رابطه با این گونه سوگیری‌ها بکشاند. البته بانی اصلی

¹ Leahy

² beck

^۳ Implicit نوعی از حافظه است که شخص به واسطه آن نمی‌تواند حوادث گذشته را بیاد آورد اگر چه قادر است به محرک‌های مربوط به آن پاسخ دهد (Durand & Barlow, 1997)

شناخت درمانی پروفسور بک در سال ۱۹۷۹ متوجه این مشکل در طول جلسات درمان با بیماران خودش شده بود، آنجا که وی به نقل از بیماران خودش می‌گوید: من به آنچه که شما می‌گویید به طور عقلانی و نه به طور هیجانی اعتقاد دارم (ص ۳۰۲).

در این جمله بک تقابل بین عقل و منطق با هیجان را به وضوح مطرح می‌کند. در حقیقت دو نوع اعتقاد داریم:

۱- اعتقاد هیجانی (Emotional) ۲- اعتقاد عقلانی (Intellectual) اولی را عموم مردم به قلب برمی‌گردانند و نوعی احساس (Feeling) را بیان می‌کند و دومی به سر برمی‌گردد و نوعی فکر ما را بیان می‌کند.

بیان مسئله:

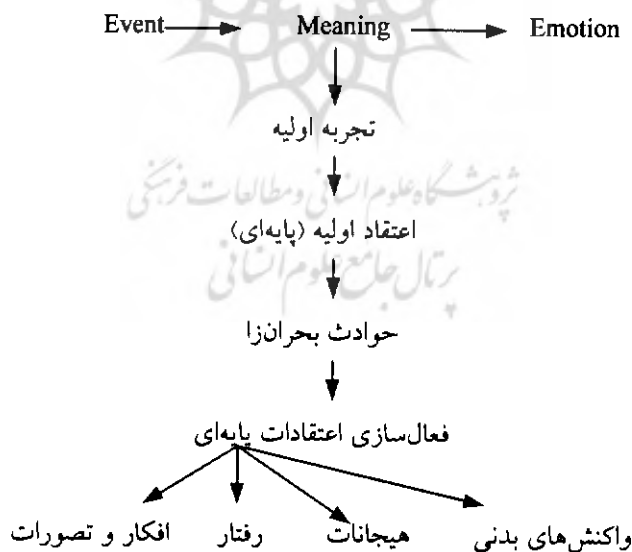
آنچه که در جلسات شناخت‌درمانی اتفاق می‌افتد تمرکز بیش از حد درمانگر بر روی استدلال‌ات ذهنی بیمار است که با اصلاح آن و تغییر آن از غیر منطقی به منطقی سعی بر نزدیک‌سازی تفکر بیمار با واقعیت دارد. چنین روندی به شکل‌های متفاوت و همراه با تکالیف رفتاری حتی در مورد تصورات دور از واقعیت بیمار انجام می‌شود. در این رویکرد درمانی درمانگر نقش بسیار فعالی دارد و مدام با چالش‌های نظام‌دار سعی در قبولاندن شیوه تفکر غیرمنطقی بیمار به خودش و نتیجتاً اصلاح آن را دارد ولی آنچه که در بعضی از موارد می‌تواند مشکل‌ساز باشد دست نخوردن جنبه‌هایی از روان انسان است که دارای خصوصیات هیجانی و عاطفی می‌باشد. وقتی که درمانگر به شناخت محض توجه کند و سایر زمینه‌ها را که در سرزمین هیجان‌ات قرار دارند، مورد توجه قرار ندهد ممکن است با این سخن بیمار افسرده روبرو شود که پس از چالش‌های متعدد در مقابل اعتقاد به بی‌ارزش بودن وی، با صراحت تمام اظهار می‌دارد که آقای درمانگر من می‌دانم که من بی‌ارزش نیستم ولی این را قلباً (بطور هیجانی) اعتقاد ندارم. در حقیقت اصلاحات شناختی انجام شده را بیمار با قلب خودش نمی‌تواند بپذیرد. مشاهدات بالینی نویسنده این مقاله، در ایران گویای این تضاد در بین سطوح مختلف ذهن می‌باشد، خانمی با تحصیلات نسبتاً کم وقتی افکار بدبینانه‌اش نسبت به مردم و آشنایان و بستگان خودش در جلسه شناخت‌درمانی از طرف درمانگر توسط دلایل محکم و مثال‌های واضح و غیرقابل انکار مورد چالش قرار گرفت با کمال صراحت گفت:

من آنچه را که شما می‌گویید می‌پذیرم و کاملاً درست است. من غلط فکر می‌کردم اما آقای دکتر باید بگویم که دل من چیز دیگری را گواهی می‌دهد.

این اظهارات نشان می‌دهد که صرف مجاب شدن بیمار در مقابل استدلال‌ات منطقی درمانگر نمی‌تواند مشکل را حل کند. پس راه حل چیست؟ تیزدل راه‌هایی را ارائه می‌دهد که در چارچوب دیدگاه سیستم‌های فرعی شناختی متعامل (ICS) قرار می‌گیرد.

راه‌حل - سیستم‌های فرعی شناختی متعامل (ICS):

در دیدگاه بک (۱۹۷۹) هر حادثه و پدیده‌ای باعث ایجاد معنایی در ذهن ما می‌گردد که این معانی در حقیقت شناخت‌های ما را تشکیل می‌دهند. شکل شماره (۱) این را دیدگاه توضیح می‌دهد:



در این دیدگاه (بک) افسردگی به عنوان نتیجه فعال‌سازی الگوهای شناختی مد نظر قرار می‌گیرد و شناخت‌ها می‌توانند به صورت یک ایده با محتوای کلامی (Verbal) و یا تصویری (Pictorial) تعریف شود، آنچه که باعث بن‌بست رسیدن شناخت‌درمانی می‌شود اشکالاتی است که این دیدگاه آنها را مدنظر قرار نداده است:

۱- در بسیاری موارد هیجان بدون افکار اتوماتیک منفی وجود دارد: مشاهدات بالینی گویای این امر است که درمانگران در مواردی بین بیماران وجود حالات غم و اندوه و اضطراب را مشاهده می‌کنند در حالی که بیمار قادر به ارائه فکری که در پشت این حالات هیجانی وجود دارد نیست (تیزدل و برنارد ۱۹۹۳).

۲- عدم تمایز بین دو نوع شناخت: شناخت و درک با سر در مقابل شناخت و درک با قلب و یا بهتر بگوییم شناخت داغ (Hot) و شناخت سرد (Cold) (تیزدل ۱۹۹۳).

۳- نارسایی مجادلات و چالش‌های استدلالی و یا اطلاعات تصحیح کننده (Corrective Information) در طول شناخت‌درمانی و در عوض موفقیت‌های شیوه‌های دیگر درمانی: برای مثال گشتالت درمانی در درمان افسردگی (یانگ^۱، ۱۹۹۰ و ادوارد^۲ ۱۹۹۰). این شیوه‌های درمان، منطقی را دنبال می‌کنند که در مدل شناختی وجود ندارد (تیزدل ۱۹۹۳) پس باید این روش‌های درمان مداخلاتی را در سطوح دیگر ذهن انجام داده باشد که مدل شناختی بک آن را مدنظر قرار نمی‌دهد. به عبارت دیگر از راه‌هایی دیگر برای درمان وارد شده باشند. تحقیقات نشان می‌دهد که شیوه‌های دیگر درمانی غیر از شناخت‌درمانی وجود دارد که افسردگی را درمان می‌کنند (ویلیام^۳ ۱۹۹۲) و باعث کاهش افکار منفی در بیمار می‌گردد (ایمیر^۴ و همکاران ۱۹۹۰). این امر گویای این حقیقت است که مدل شناختی تمام راه‌های ممکن را جهت درمان افسردگی مورد توجه قرار نداده است.

۴- عدم توجه به موضوع وابستگی شناخت‌ها: در دیدگاه بک شناخت‌ها بیشتر مستقل از هم در نظر گرفته می‌شوند. در حالی که بر طبق تحقیق سال ۱۹۹۵ تیزدل شناخت‌ها در ذهن بهم وابسته‌اند و با هم تعامل دارند. تیزدل اعتقاد دارد که استریوتایپی براساس نظریه شناختی (ستی) وجود دارد که بیماران افسرده خودشان و دیگران را با دیدی منفی نگرسته و ارزیابی می‌کنند. در حالی که این شناخت در تعامل با شناختی که بیماران افسرده در ارتباط با وابستگی به دیگران دارند، تغییر یافته و شناخت دیگری شکل می‌گیرد که بیشتر حالت مثبت دارد. لازم به یادآوری است که در افراد افسرده علائم متعددی وجود دارد از آن جمله وابستگی شدید به

¹ Young

² Edward

³ William

⁴ Imber

دیگران و دید منفی نسبت به خود و دیگران (آبرامسون^۱ و دیگران ۱۹۸۹: ۱۹۷۸). این تعامل را اینگونه می‌توان نشان داد:

داشتن دید مثبت به دیگران = شناخت منفی نسبت به دیگران. شناخت در رابطه با وابستگی به دیگران بر طبق نظر بوئر^۲ (۱۹۸۱) وقتی کسی دچار افسردگی است نوعی افزایش کلی در فعال‌سازی و دسترس بودن تمام ساختارهای ذهنی منفی در فرد مشاهده می‌شود. در حالی که وقتی خلق فرد بهبود می‌یابد فعال‌سازی این ساختارهای ذهنی که ناشی از حالت افسردگی است کاهش می‌یابد و نتیجتاً امکان وجود بازخوردهای مختل کمتر می‌باشد. برخلاف نظریه بوئر، مدل (ICS) اعتقاد دارد که هر نوع تغییر در بازخوردهای مختل در نتیجه تغییر در مدل‌های ذهنی سطح بالا در رابطه با خود و جهان است که سبب می‌شود فرایند پردازش اطلاعات از حالتی به حالتی دیگر تغییر یابد. در این مدل توجه خاص به روابط درونی در بین منظومه‌های ساختارهای ذهنی معطوف می‌گردد و ساختار ذهنی به طور انفرادی و جدا از دیگر ساختارها در نظر گرفته نمی‌شود (تیزدل ۱۹۹۳). تیزدل با استفاده از مقیاس بازخوردهای مختل (DAS)^۳ که توسط ویسمن و بک (۱۹۷۹) ساخته شده است توانست ارتباط بین ساختارهای ذهن را در بیماران افسرده و بیماران بهبود یافته پیدا کند. وی از آزمودنی‌ها خواست که جمله‌های ناتمام را با آنچه در اولین فرصت به ذهنشان می‌آمد کامل کنند. نمونه جواب‌های بیماران افسرده و بهبود یافته ذیلاً نشان داده می‌شود:

افسرده	بهبود یافته
۱- همیشه مقدم شمردن خواسته‌های دیگران	
نسبت به خواسته‌های خود مایه	بدبختی است
۲- اگر من همیشه بتوانم صادق باشم دیگران مرا ...	
دوست خواهند داشت	مورد نفرت قرار خواهند داد
۳- اگر کسی بدنبال راهنمایی و توصیه‌های من باشد این امر مرا	
مهم می‌سازد	مرا می‌ترساند

^۱ Abramson

^۲ Bower

^۳ Dysfunctional Attitude Scale

۴- همواره به دنبال تایید دیگران بودن جاده‌ای برای

شادگامی است فاجعه است

در اینجا مشاهده می‌شود که هماهنگ با تغییر در خلق بیمار تغییرات در تکمیل جملات توسط بیمار افسرده ایجاد می‌شود. زمانی که افسردگی کاهش می‌یابد تغییرات از جنبه مثبت (مختل) به منفی (سازگارانه) تغییر می‌یابد (برنارد^۱ و تیزدل^۱، ۱۹۹۱، ۱۹۹۳). این یافته درست بر خلاف نظریه بوئر است که اعتقاد داشت که با بهبود در افسردگی تکمیل جملات از منفی به مثبت تغییر خواهد یافت.

۵ - عدم توجه به دو سطح معنا: آنچه که در ذهن ماست در دو سطح می‌تواند کدگذاری شود:

الف - موضوعی یا قضیه‌ای (Propositional)، که معانی در اصطلاحاتی از مفاهیم مشخص و سر راست و کاملاً مجزا ارائه می‌شود و مانند: علی دارای موی سیاه است (تیزدل ۱۹۹۳، باربر^۲ و دی روبیز، ۱۹۸۹). در این سطح بین آنچه که به زبان می‌آید و آنچه مفهوم آن (در ذهن) است رابطه‌ای مستقیم وجود دارد. آنچه که در دیدگاه بک و طرفداران آن بویژه ثوری بوئر (۱۹۸۱) در رابطه با تداعی‌های حاصل از خلق افسرده وجود دارد این نظر را تعقیب می‌کند که خلق افسرده باعث در دسترس بودن هر چه بیشتر خاطره‌ها و حوادث منفی در ذهن می‌گردد و نتیجتاً تفسیرهای منفی را دنبال دارد. در این مقطع، سطح نوع اول معانی مطرح می‌گردد که دیدگاه بوئر بر آن تاکید دارد و از ساختارهای مشخص ذهنی و ارتباط بین این ساختارها تشکیل یافته است. ما در مکالمات روزمره خود در بسیاری موارد معانی را در این سطح (نوع اول) بکار می‌بریم.

ب - در سطح دوم، معانی به صورت کلی کدگذاری می‌شوند که به عنوان سطح دلالت (Implicational) نامیده می‌شود. معانی در این سطح به طور سر راست قابل فهم نیستند. بین آنچه که به زبان می‌آید و آنچه که در ذهن به عنوان مفهوم وجود دارد رابطه‌ای مستقیم وجود ندارند. دیدگاه (ICS) اعتقاد دارد که تنها در این سطح است که معانی به طور مستقیم به هیجانات ربط داده می‌شوند. برای مثال بیمار در این سطح احساسات خود را در محتوایی بیان

¹ Bernard

² Barber

می‌کند که بیشتر حالت دلالتی دارد: «مشکلی در من وجود دارد». «اعتقاد یا عدم اعتماد به بخود و دیگران»، «ناامیدی».

تیزدل (۱۹۹۳) اعتقاد دارد که این سطح دارای سه ویژگی است:

۱- در سطوح بسیار بالای انتزاع بیان می‌شود. در فرهنگ خودمان مواردی در ضرب‌المثل‌ها و اشعار می‌بینیم (تیزدل جهت ارائه مثال به ضرب‌المثل‌های ایرانی مربوط به ملانصرالدین روی می‌آورد). همچنین در آیات الهی (قرآن کریم) مشاهده می‌کنیم که ظاهر آیه چیزی را در قالب جملات و کلمات بیان می‌کند که محتوا (و یا باطن) آن چیزی دیگری را ابزاری می‌نماید (شاید بحث محکمت و متشابهات در تفسیر آیات قرآن به این بعد مربوط باشد). به طور نمونه در اشعار حافظ، ما این را به وضوح می‌بینیم:

نوبهار است در آن کوش که خوش دل باشی	بسی گل بدمد باز تو در گل باشی
من نگویم که کنون با که نشین و چه بنوش	که تو خوددانی اگر زیرک و عاقل باشی
در چمن هر ورقی دفتر حالی دگر است	حیف باشد که از این نکته تو غافل باشی

در این بیت آخر چنانچه ما بخواهیم از سطح اول معانی بنگریم هرگز راه به جایی نخواهیم برد بلکه این بیت ممکن است به نظر مهمل آید. در حالی که در سطح دوم معانی، این بیت موضوع حرکت و تحول کل هستی را بیان می‌کند که لحظه به لحظه دگرگونی را در پی دارد. نکته‌ای که بیانگر پی بردن حافظ به عنوان یک عارف به موضوع حرکت جوهری در جهان هستی است (شهید مطهری، ۱۳۶۴). این درک از شعر احتیاج به داشتن قدرت انتزاع بسیاری بالای در ذهن می‌باشد.

۲- در سطح دلالتی ما معانی را از سطح خاص گرفته و استخراج می‌کنیم: برای مثال جنبه‌های حسی مثل تن صدا، وضعیت صورت یک شخص، برانگیختگی بدنی می‌تواند به طور مستقیم به معنای دلالتی کمک کند، مثل: پی بردن به تنش و یا آرامش، خستگی و یا راحتی یک شخص.

۳- این معانی می‌توانند به صورت یک اسکیمما (طرحواره) ارائه شوند: علی‌ضربه به لیوان زد و مهری رفت آشپزخانه که جارو بیاورد. در اینجا ما از این جملات "شکسته شدن" چیزی را استنباط می‌کنیم. شکسته شدن، طرحواره‌ای که بعد از شنیدن این جملات در ذهن ما شکل می‌یابد. بنابراین برخلاف سطح اول معنا در این سطح معانی نمی‌تواند توسط جملات تنها مورد محاوره قرار گیرد.

آنچه که شناخت درمانی را به بن‌بست می‌کشاند در دو بعد عدم توجه به سطح دوم معانی و به تعامل معانی ذهنی در سیستم پردازش اطلاعات خلاصه می‌گردد. تعامل معانی در ذهن موضوعی است که روانشناسان سال‌ها پیش از تیزدل به آن واقف بودند (جانسون و لیرد^۱، ۱۹۸۳). در حقیقت وقتی درمانگر به طور مستقیم از گفته‌های بیمار، دلایل بر علیه آن گفته‌ها استخراج می‌کند و سعی در تغییر فکر بیمار دارد بیشتر با سطح اول معانی سر و کار دارد که خاص و مشخص می‌باشد.

حقیقت این است که بر اساس دیدگاه سیستم‌های فرعی شناختی متعامل این گونه چالش‌های مستقیم در طول جلسات شناخت‌درمانی، می‌تواند نتیجه معکوس داشته باشد. در اینجا مثالی ارائه می‌شود که فرایند را توضیح می‌دهد. بک و همکاران (۱۹۷۹) مثال دانش‌آموزی را می‌آورند که اعتقاد دارد قادر به ورود به دانشگاه نیست:

درمانگر: چرا شما فکر می‌کنید که قادر به ورود به دانشگاه مورد دلخواهتان نیستید؟
بیمار: زیرا که نمرات من واقعاً بالا نیستند.

درمانگر: خوب نمرات شما در دبیرستان نسبتاً خوب بودند.

بیمار: تا قبل از آخرین نیمسال در دبیرستان نسبتاً خوب بودم.

درمانگر: در کل سطح نمرات شما چقدر بودند؟

بیمار: الف (A) و ب (B)

درمانگر: درمانگر خوب از هر کدام چند تا (چند تا ب و چند تا الف).

بیمار: خوب من حدس می‌زنم تقریباً تمام نمرات من الف بودند اما من در آخرین ترم دارای نمرات بسیار بدی بودم.

درمانگر: در آخرین ترم نمرات شما چند بودند؟

بیمار: من دو تا الف و دو تا ب داشتم.

درمانگر: من فکر می‌کنم که معدل شما تقریباً الف را نشان می‌دهد و نمرات در سطح الف

به طور معمول قرار دارند. چرا شما فکر می‌کنید که قادر به ورود به دانشگاه نیستید؟

بیمار: به خاطر رقابت سخت و فشرده‌ای که وجود دارد.

درمانگر: آیا تا به حال فکر کرده‌اید که می‌توانید نمرات برای ورود به دانشگاه در چه

سطحی می‌باشد؟

¹ Johnson

بیمار: بله شخصی به من گفت که میانگین بالای (ب) می‌تواند کافی باشد.
 درمانگر: آیا این معدل شما بهتر از آنچه که آن شخص گفت نمی‌باشد؟
 بیمار: حدس می‌زنم که چنین باشد.

در اینجا درمانگر با چالش طرز تفکر بیمار نسبت به خودش به وی می‌قبولاند که خود را بی‌کفایت ملاحظه نکند. در اینجا بیمار در سطح عقلانی مورد چالش قرار گرفت ولی چقدر در بعد هیجانی این اعتقاد وی تغییر یافت؟ براساس دیدگاه (ICS) در اینجا با حملات مستقیم و چالش‌های آشکار فکر بیمار در مورد بی‌کفایتی خودش، ما باعث شده‌ایم که بیمار به غیرمنطقی بودن فکر خودش اذعان نماید و نتیجتاً طرحواره من بی‌کفایت تقویت شود (به خاطر آشکار شدن غیرمنطقی بودن طرز تفکر فرد برای خودش) و متعاقباً به جای کاهش افسردگی باعث افزایش آن می‌گردد (تعامل قبول طرز تفکر غیرمنطقی با خصوصیت بی‌کفایتی در فرد افسرده). در اینجا مدل ICS به جای چالش‌های مستقیم، سعی در ارائه مدل‌های جانشینی دارد به گونه‌ای که بیمار گزینه‌ای دیگر را مد نظر قرار دهد: «خویشتر را به عنوان با کفایت مدنظر قرار گیرد اما با شک‌ها و تردیدهایی در مورد توانایی و کفایت فرد». در اینجا ما در پی بی‌اعتبار ساختن عقاید و افکار منفی مراجع نیستیم بلکه گزینه‌ها و انتخاب‌هایی را مطرح می‌کنیم که در کنار ایده‌های منفی مراجع آنها را مد نظر قرار دهد. به عبارت دیگر نمی‌گوییم: این طرز تفکر شما غلط است، بلکه شکل‌های دیگر فکر و عقیده را ارائه می‌دهیم تا مراجع آنها را در کنار افکار منفی خود مد نظر قرار دهد. این گزینه‌ها و انتخاب‌ها در بسیاری موارد برای درمانگر نیز از قبل روشن و آشکار نیست بلکه در طول درمان به کمک مراجع به کشف و شناسایی آنها می‌پردازد (Guiding Discovery). شیوه راهنمایی در جهت کشف از شیوه‌های موفق‌تری است که کلارک^۱ و سالکووسکی (۱۹۹۱) در درمان اختلالات وحشت و هیپوکندر یا استفاده کرده‌اند. در دیدگاه بک و طرفدارنش درمانگر موضع مداخله‌گر و فعالی به خود می‌گیرد (Changing mind) این شیوه درمانی می‌تواند برای معانی سطح اول ذهن مورد استفاده قرار گیرد ولی برای معانی سطح دوم ذهن دارای کارایی لازم نیست لذا رویکرد (Guiding Discovery) جهت درمان پیشنهاد می‌شود.

با ذکر مثال یک بیمار، تیزدل و برنارد (۱۹۹۳) دو روش درمانی (Guiding - Changing mind - Discovery) را به طور واضح تشریح می‌کنند:

¹ Clark

۱- روش تغییر ذهن (Changing mind):

بیمار: من به طور کامل در تمام جهات یک شکست خورده هستم.
 درمانگر: شما وقتی که چنین می‌گویید به نظر می‌رسد که مغلوب شده‌اید. آیا شما احساس می‌کنید که یک شکست خورده‌اید؟

بیمار: بله، من (آدم) خوبی نیستم.
 درمانگر: شما می‌گویید که من خوب نیستم. آیا صحیح است که (بگویم) شما هیچ کار خوبی را اصلاً انجام نداده‌اید؟
 بیمار: بله، هیچ کار مهمی انجام نداده‌ام.

درمانگر: در مورد فرزندان چطور؟ آیا در این هفته هیچگونه مراقبت و توجهی به آنها نمودید؟

بیمار: البته، من همسرم را در جهت خواباندن بچه‌ها و بردن آنان به تفریح و بازی کمک کردم.

درمانگر: آیا فکر می‌کنید این برای آنان کاری مهم بود.

بیمار: بله، من چنین فکر می‌کنم.

درمانگر: آیا در این هفته کاری که باعث خوشحالی همسرت شود انجام ندادی؟

بیمار: او این امر را دوست داشت که من درست سر وقت به خانه می‌آمدم.

درمانگر: آیا یک فرد کاملاً شکست خورده قادر است که به تقاضاهای همسرش به این صورت موفق پاسخ دهد؟

بیمار: من حدس می‌زنم نه.

درمانگر: بنابر این آیا واقعاً درست است که گفته شود شما یک شکست خورده در تمام جهات هستید؟

بیمار: من تصور می‌کنم چنین نیست.

درمانگر: پس در حال حاضر چطور هستی؟

بیمار: من حدس می‌زنم کمی بهترم.

۲- روش راهنمایی در جهت کشف (Guiding Discovery):

بیمار: من به طور کامل در تمام جهات یک شکست خورده هستم.

درمانگر: شما وقتی که چنین می‌گویید، به نظر می‌رسد که مغلوب شده‌اید. آیا شما احساس می‌کنید که یک شکست خورده‌اید؟
بیمار: بله، من (آدم) خوبی نیستم.

درمانگر: زمانی که شما می‌گویید من خوب هستم، منظور شما چیست؟
بیمار: من به طور کامل زندگی‌ام را خراب کردم. من کاری درست تا بحال انجام نداده‌ام.
درمانگر: آیا خیرا چیزی اتفاق افتاده است که شما را به این نتیجه‌گیری کشانده است؟ و یا اینکه شما مدت‌ها است که این چنین احساس می‌کنید؟
بیمار: من فکر می‌کنم که خودم را در حال حاضر با وضوح بهتری می‌بینم.

درمانگر: پس این که یک تغییر در تفکر شما است؟
بیمار: بله (مقداری تأمل)، من به آن جمع خانوادگی رفتم و موفق شدم که برادرم، فرزندان و همسرش را ببینم. آنها همه به نظر بسیار خوشحال و شاد می‌رسیدند. و من ملاحظه کردم که خانواده من شاد و خوشبخت نیستند. و تمام اینها به خاطر افسردگی است و تقصیر من است. اگر آنها در خانواده برادرم بودند، آنها بهتر از این بودند.
درمانگر: پس به خاطر اینکه شما به خانواده‌تان توجه دارید، شما به این نتیجه رسیده‌اید یک فرد کاملاً شکست خورده و مایوس هستید.
بیمار: درست است.

درمانگر: شما همچنین اظهار داشتید که این یک تغییر در تفکر شما است. شما بارها در گذشته افسرده بودید. همچنین شما برادرتان و خانواده‌اش را بارها دیده‌اید. در گذشته درباره این موضوع چگونه فکر می‌کردید؟

بیمار: من حدس می‌زنم که من همیشه فکر می‌کردم که من خوب هستم زیرا که من کوشیده‌ام که شوهر و پدر خوبی باشم. اما در حال حاضر ملاحظه می‌کنم که کوشش محض کافی نیست.

درمانگر: من متوجه نمی‌شوم، چرا کوشش تنها کافی نیست؟
بیمار: به خاطر اینکه مهم نیست که چقدر من سخت کوشش کنم، آنها هنوز به شادکامی افراد دیگر نیستند.

درمانگر: آیا این همان چیزی است که خانواده شما می‌گویند؟
بیمار: نه، اما من می‌توانم ببینم که چقدر فرزندان برادرم شاد هستند.

درمانگر: و شما دوست داشتید که فرزندان شما شادتر باشند.

بیمار: بله

درمانگر: اگر شما کمتر افسرده بودید و یا یک پدر بهتری به نظر خودتان بودید، شما چه چیز متفاوتی را انجام می‌دادید؟ بیمار: من فکر می‌کنم که من با آنها بیشتر صحبت می‌کردم، بیشتر آنها را می‌خندانم و مثل برادرم، آنها را تشویق می‌کردم که اینگونه زندگی کنند. درمانگر آیا اینها چیزهایی هستند که شما حتی زمانی که افسرده هستید، بتوانید انجام دهید؟

بیمار: خوب بله من فکر می‌کنم که می‌توانم.

درمانگر: آیا به شما احساس بهتری دست می‌دهد اگر بعضی چیزهای جدید را به عنوان یک پدر انجام دهید به جای اینکه همان کارهای قبلی را انجام دهید؟

بیمار: بله من فکر می‌کنم که چنین باشد. اما من مطمئن نیستم که این کافی باشد چرا که هنوز من افسرده‌ام.

درمانگر: چگونه شما می‌توانید به این نتیجه برسید؟

بیمار: من حدس می‌زنم که من این را می‌توانم برای یک هفته آزمایش کنم.

درمانگر: و چگونه شما ارزیابی می‌کنید که این تغییرات فرزندان شما را به مرحله‌ای برساند که احساس شادی بیشتری کنند؟

آنچه با ارائه این مثال‌ها روشن می‌گردد این معنا است که وقتی درمانگر مستقیم مداخله کرده و مراجع را توسط استدلال‌ات خود مجاب می‌کند، تاثیر آن بیشتر برای سطوح آشکار و کم عمق ذهن است (روش تغییر ذهن). در این حال درمان دارای سرعت زیادی است ولی تاثیرگذاری آن برای سطوح عمیق ذهن نمی‌باشد. زیرا که مراجع با سعی و تلاش خود به غلط بودن طرز تفکر خود پی نبرده است. همچنین گزینه‌های متفاوتی از افکار برای مراجع مطرح نشده است تا بتواند در کنار افکار غیرمنطقی خود آنها را مدنظر قرار دهد. بنابراین فعال بودن مراجع می‌تواند تاثیرگذاری درمانی بیشتری بر سطوح عمیق ذهن داشته باشد.

تیزدل و برنارد (۱۹۹۳) راهنمایی‌های درمانی ICS را به طور خلاصه اینگونه بیان می‌کنند:

۱- اصلاح افکار و تصورات در صورتی می‌تواند مفید واقع شود که:

الف: اگر مدل طرحواره‌ای اصلی و اساسی مربوط به افسردگی تحت تاثیر واقع شود. این مدل در سطوح عمیق شناختی قرار دارد.

ب: اگر افکار و تصورات و دیگر عناصری که کمک به ایجاد مدل‌های طرحواره‌ای مربوط به عاطفه می‌نمایند نیز تحت تاثیر قرار گیرد. در این حال درمانگر باید بعد هیجانی افکار را مد نظر قرار دهد.

۲- به عنوان قسمتی از درمان باید ایجاد طرحواره "داشتن کنترل" بر قسمت‌های مختلف زندگی مد نظر قرار گیرد. این امر توسط تکالیفی رفتار و عملی که به مراجع داده می‌شود می‌تواند تسهیل شود. همچنین نظام‌مند نمودن فعالیت‌های روزمره بیمار و ارزیابی و نمره‌گذاری این فعالیت‌ها می‌تواند نوعی حس کنترل را برای بیمار در رابطه با زندگی‌اش ایجاد کند (یونسی، ۱۳۷۸).

۳- معانی دلالتی کلی به جای معانی موضوعی خاص مورد هدف اولیه درمان قرار گیرد.
 ۴- استراتژی کلی درمان باید ایجاد مدل‌های طرحواره‌ای جانشینی باشد به جای اینکه افکار اتوماتیک منفی مورد جستجو قرار گرفته و نابود شود. در حقیقت درمانگر به جای تخریب و نابودی یک فکر غیرمنطقی در صدد ایجاد مدل‌های جانشینی تفکر منطقی است که بیمار در کنار مدل افکار غیر منطقی خود آنان را مد نظر قرار داده و چنانچه خود تشخیص داد به انتخاب و قبول آنان پردازد.
 ۵- شیوه‌های دیگری که استدلالات و مجادله‌های منطقی را دنبال نمی‌کنند، می‌تواند در روند درمان مفید باشند. مثل: تصور هدایت یافته (یونسی، ۱۳۷۸)، دستکاری‌های فیزیکی برای مثال: اصلاح حالات بیانی چهره، اصلاح طرح نشستن فرد، اصلاح بیان هیجانات فرد و اصلاح تظاهر هیجانی فرد، دروندادهای به طور خالص حسی (مثل موسیقی) و برنامه‌های ایجاد کنترل بر امور زندگی می‌تواند در کنار چالش‌های شناختی متمر ثمر واقع شوند.

نتیجه‌گیری:

آنچه که رویکرد ICS در جهت خروج از بن‌بست برای شناخت‌درمانی ارائه می‌دهد، در حقیقت نوعی عصیان به رادیکالیسم است که در بسیاری رویکردهای درمانی از جمله شناخت‌درمانی دیده می‌شود (لی هی، ۱۹۸۷). در اینجا عاطفه و هیجان فراموش شده و یا بهتر بگوییم مورد کم لطفی واقع شده احیاء می‌شود و نقش زیان‌شناسی در روان‌درمانگری به وضوح آشکار می‌شود. تاکید فراوان این دیدگاه به استفاده از علم شناخت^۱، روش‌های درمانی را به

^۱ Cognitive Science

مرزهایی فراتر از شناخت درمانی کلاسیک می‌کشاند. از این دیدگاه این امر مهم استنباط می‌شود که آشنایی روان‌درمانگر با فرهنگ زبانشناسی و ادبیات موجود در جامعه از لوازم ضروری روان‌درمانی است. متأسفانه این امر بعضی اوقات مورد توجه روانشناسان بالینی در ایران نمی‌باشد. صرف دانستن نظریات پیشرفته روان‌درمانی بدون توجه به عناصر فرهنگی حاکم بر ذهن بیمار، باعث بروز بن بست‌هایی در روند درمان می‌گردد: نکته امیدوار کننده در این دیدگاه سمت و جهت اصلاح‌گرانه این نظریه است که سعی در دیدن انسان با تمام ابعاد و کلیت‌اش می‌نماید. موضوع مهمی که در این دیدگاه با تأکید به آن پرداخته شده است تعامل معانی در سطح آگاه و نیمه آگاه ذهن است که به نظر یس‌آور پویایی‌هایی است که نظام روان‌کاوی بیان می‌کند (Psycho dynamism). ولی تفاوت این است که (ICS) تأکیدی بر سطح ناآگاه روان ندارد و این خصوصیات را بیشتر برای سطوحی از شناخت بیان می‌کند که بیشتر فرد به آنها آگاه بوده و یا در سطح نیمه آگاه می‌باشد.

منابع:

استاد شهید مطهری (۱۳۶۴). شرح مبسوط منظومه حاج ملاهادی سبزواری. جلد اول. انتشارات حکمت.

یونسی جلال. (۱۳۷۸). کار با تصورات در شناخت درمانی. شماره ۱۳ و ۱۴.

یونسی جلال. (۱۳۷۸). فعال سازی بیماران افسرده (مشکلات و راهکارها). مقاله ارائه شده به هفتمین کنگره کاردرمانی ایران.

Abramson, I.Y. seligman, M. E. P. & Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformation. *Journal of Abnorma Psychology*, 87, 49 - 74.

Abramson, I. Y. Metalsky, G. I. & Alloy B.L (1989). Hoplessness Depression. A Theory - based subtype of depression. *Psychological Review*. 96. 358 - 372.

Barnard, P. (1985). Interacting cognitive subsystems: a psycholinguistic to short term memory. In Ellis, A. (ed), *Progress in the psychology of language*. Vol.2. (197 - 258). London Lawrence Erlbaum associates.

Barnard, P.J. & Teasdale, J. D.(1991). Interacting cognitive subsystem: Asystemic approach to cognitive - Affective interactionm and change. *Cognition and Emotion*, 5, 1 - 39.

Barber, J.P. and De Rubeis, R.J. (1989). On second thought: Where the action is in cognitive therapy for depression. *Cognitive therapy and Research* 13, 441 - 457.

Beck, A. T. Epstein. N. & Harrison, R. (1983). Cognitions attitudes and personality dimentions in depression. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*. 1, 1 - 16.

Beck, A.T. Rush, A.J. Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New york: Guilford Press.

Bower, G.H. (1981). Mood and Memory. *American Psychologist*. 36. 129 - 148.

Clark, D, M, & Salkovskis. P.M. (1991). *Cognitive therapy with panic and hypochondriasis*. Oxford. Pergammon Press.

- Durand, V.M. & Barlow, D.H. (1997). *Abnormal Psychology. An Interoduction*. Brook Cole Publishing.
- Hagga, D.A.F. Dyck, M.J. & Ernest, D. (1991). Emperical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin*, 110, 215 - 236.
- Imber, S. D. Pilkonis, P. A Sotsky, S.M. Elkin, I. Watkins, J. T. (1990). Mode Specific effects among Three treatments For depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 5, 88 - 99.
- Johnson - Laird, P. N. (1983). *Mental Models*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Teasdale, J. D. (1983). Negative thinking in depression : cause, effect or reciprocal relationship? *Advances in Behaviour Research and Therapy*. 5, 3 - 35.
- Teasdale, J.D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*. 2. 247 - 274.
- Teasdale, J. D. (1993) Emotion and two kinds of thinking: Cognitive therapy and applied cognitive sciences. *Behavioural Research and therapy*. 31, 339 - 354.
- Teasdale, J. D. & Bernard, P. J. (1993). *Affect, Cognition and Change: Remodelling depressive thought*. Hillsdale, N. J. Erlbaum.
- Teasdale, J. D. Taylor, M. J. Cooper, Z. Hayhurst, H. & Patkel, E, S. (1995). Depressive thinking: Shifts in construct accessibility or in schematic mental models? *Journal of Abnormal Psychology*. 104, 500 - 507.
- Weissman, A. & Beck, A. T. (1978) The Dysfunctional Attitudes Scale. Paper presented at the annual meeting of the association for the advancement of behaviour therapy. chicago .II.
- William, J. M. G. (1984). *The psychological treatment of depression* . London croom Helm.