

شناخت درمانی گروهی: اصول و روشها

دکتر علی صاحبی / حمید جمعه پور^۱

چکیده:

روانشناسان در ابتدا به عنوان راه چاره‌ای برای پاسخگویی به نیاز مراجعینی که در انتظار دریافت درمان بودند اقدام به درمان افراد بصورت گروهی نمودند، اما با کمال تعجب دریافتند که گروه درمانی بخودی خود واجد یک سری مزایای درمانی می‌باشد که درمان فردی فاقد آن است، در نتیجه درمانگران رفته رفته علاقه‌مند شدند که رویکرد درمانی خاص خویش را بصورت گروهی در مورد مراجعین بکار گیرند. امروزه متخصصین این حوزه گروه درمانی را با رویکردهای مختلف از جمله انسانگرایی، گشتالت، روان تحلیلی، شناختی و تحلیل تبادلگی مورد استفاده قرار می‌دهند. با توجه به گسترش اخیر رویکرد شناختی علی‌الخصوص در کشور ما هدف این مقاله آشنا نمودن خوانندگان با اصول و روشهای مطرح در شناخت درمانی گروهی است. علاوه بر این با هدف کاربردی‌تر نمودن این نوشتار در ادامه اهداف هر یک از جلسات گروه درمانی و تکالیف مربوط به هر جلسه آورده شده است.

واژه‌های کلیدی: شناخت درمانی گروهی، رویکرد روانی تربیتی، افسردگی، اضطراب، خشم

Cognitive grouptherapy: principles and methods

A.Sahebi, PHD, Clinical Psychologist, Assistant Professor, Ferdowsi University of Mashhad
H. Jomehpour, Postgraduate Student of Clinical Psychology, Ferdowsi University of Mashhad

Abstract:

Psychologists at first as a solution for responding to client's need for treatment attempted to treat patients in groups, but they realized that grouptherapy per se has some therapical advantages, so therapists preferred to use their own therapical approach in groups. Nowadays clinicians working in this field, use grouptherapy in different approaches such as humanism, geshalt, psychoanalysis, cognitive and transactional analysis. According to the contemporary extension of cognitive approach, specially in Iran, the target that this paper is looking for is introducing the principles and methods involved in cognitive grouptherapy to

^۱روانشناس بالینی، استادیار دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد
^۲دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه فردوسی مشهد

readers. Furthermore, to make this essay more practical, the purpose and tasks of each session has been explained in the following.

به کارگیری شناخت‌درمانی در گستره وسیع‌تر و قابل دسترس نمودن درمان برای همه اقشار مردم، علی‌الخصوص افرادی که استطاعت مالی کافی برای پرداخت هزینه‌های سنگین روان‌درمانی فردی را ندارند در شرایط علمی - اجتماعی کنونی ما جایگاه رفیع‌تری می‌یابد. چرا که در ایران علاوه بر هزینه‌های سنگین روان‌درمانی و عدم حمایت‌های دولتی و بیمه‌ای از مراجعین به کلینیک‌های مشاوره و روان‌شناسی، فقدان روان‌درمانگران متخصص و صاحب صلاحیت که سوپرویزن درمانی در مراکز علمی - دانشگاهی را گذرانده باشند، دسترسی به خدمات روان‌شناختی را برای مراجعین دشوار نمود است. بنابراین افراد نیازمند به خدمات روان‌شناختی به ویژه کسانی که از اختلالات هیجانی رنج می‌برند برای دریافت خدمات درمانی، در صورت یافتن روان‌شناسی معتبر و با صلاحیت، باید هفته‌ها و ماه‌ها در لیست انتظار بمانند تا نوبت آنها فرا رسد. از طرفی روان‌درمانگران با صلاحیت نیز اندک‌اند و از آنجایی که روان‌شناسی بالینی یک رشته پژوهشی - بالینی است، روان‌شناسان بالینی کمی وجود دارند که تمام وقت به ارائه خدمات روان‌درمانی بپردازند. بنابراین عملاً ارائه خدمات روان‌شناختی علمی به صورت روان‌درمانی فردی یا محدودیت‌های زیادی روبروست.

یکی از راهبردهای مهم برای رفع مشکل موجود این است که درمان را به صورت گروهی برای افراد به کار ببریم. از نظر تاریخی شاید نخستین فردی که به طور جدی به این کار پرداخت روانپزشکی به نام ماکسول جونز^۱ بود. کسی که در طی جنگ جهانی دوم متوجه شد که درمان مناسبی برای سربازان مبتلا به نوروز جنگ^۲ وجود ندارد. او متوجه شد که درمان چنین افرادی در گروهها کاملاً موثر است. عقیده درمان‌افراد در گروهها به عنوان یک پارادایم جدید درمانی همچنان به حرکت خود ادامه می‌داد.

گروهها را ابتدا درمانگران انسان‌گرا^۳، گشتالت‌درمانگران^۴ و درمانگران تحلیل‌تصادفی^۵ به وجود آوردند. همچنین هنگامی که رفتاردرمانی^۶ در اوایل دهه ۱۹۶۰ به وجود آمد، موفقیت‌های

^۱ Maxwell Jones

^۲ War neurosis

^۳ Humanistic therapies

^۴ Gestalt therapy

^۵ Transactional analysis

^۶ Behaviour therapy

زیادی از اجرای حساسیت‌زدایی منظم^۱ در گروه‌ها به دست آمد. این وضعیت در مورد شناخت درمانگران نیز صادق بود. گروه‌درمانی با ساختارهای متفاوتی وجود دارد که از آن میان گروه‌درمانی اختصاصی و گروه‌درمانی با تعامل بین تمام اعضا توجه خاصی را برانگیختند. تعاملها می‌توانند به شیوه‌های زیر سازماندهی شوند:

با دور هم نشستن اعضای گروه برای شناخت مشکلات، با نشان دادن یک نفر بروی صندلی داغ^۲ و تمرکز ارتباطات اعضا بر روی فرد مورد نظر و یا اینکه می‌تواند بدون ساختار باشد. رویکرد روانی - تربیتی یکی از اولین شکل‌های مورد استفاده بود. اولین کاربرد بالینی گروه‌درمانی به وسیله جوزف پرات^۳ انجام گرفت. او در اوایل قرن حاضر زندگی می‌کرد و در بوستون به شغل پزشکی مشغول بود. او بیماران مبتلا به توبرکلوسیس^۴ را در گروه جمع می‌کرد و به آنها در مورد بیماریشان آموزش داده و آنها را به حمایت از یکدیگر تشویق می‌کرد.

دو روان‌کاو به نام‌های لوئیس وندر^۵ و اسکیلدر^۶ نیز در طی دهه ۱۹۳۰ مسئول برگزاری گروه‌درمانی بودند. تکنیک‌های آنان در آغاز بیش از حد جنبه تدریسی داشتند. برای مثال وندر در گروه‌های خویش از سخنرانی و مثال‌های توضیحی و پرسش و پاسخ ساختمان استفاده می‌کرد. به طور کلی ساختار گروه‌درمانی روانی - تربیتی با اصول و قواعد رفتارگرایی^۷ همخوانی و هماهنگی دارد. در واقع یکی از دلایل پیشرفت رفتارگرایی در دهه ۱۹۶۰ ابهام‌زدایی^۸ از درمان بود، چشم‌اندازی به درمان که به آن عنوان یک فرایند تربیتی می‌نگرد. همانطور که رویکرد رفتاری در تعلیم و تربیت بکار گرفته شد، اینطور به نظر می‌رسد که از این رویکرد در امر درمان نیز می‌توان استفاده کرد.

رویکرد روانی - تربیتی شامل بکارگیری تعدادی از تکنیک‌های رفتاری به منظور آموزش رفتارهایی خاص است که می‌توان آنها را به عنوان بخشی از درمان در نظر گرفت. اولین

^۱ Systematic desensitisation

^۲ Hot seat

^۳ Joseph Pratt

^۴ سل، بیماری عفونی که عامل آن میکروباکتریوم توبر و کولوزیس است و با تشکیل گره‌هایی (توبروکول) در بافت مشخص می‌شود. Tuberculosis

^۵ Louis Wender

^۶ Poul Schilder

^۷ Behaviourism

^۸ Demystification

کاربرد شناخته شده و معتبر درمان روان‌شناختی در این ارتباط، احتمالاً جسارت آموزی^۱ بوده است.

علاوه بر جسارت آموزی، رویکرد روانی - تربیتی در مورد مشکلات دیگری از قبیل مشکلات اعتیاد^۲، انحرافات و ناکارآمدی‌های جنسی، کنترل خشم و هراس اجتماعی^۳ نیز می‌تواند به کار برده شود. چندین برنامه گروهی روانی - تربیتی که به دقت طراحی و مورد ارزیابی قرار گرفته برای درمان افسردگی به وسیله سانک^۴ و شافر^۵ ۱۹۸۴ و لوینسون^۶، آنتونوسیو^۷، استینمز^۸ و تری^۹ ۱۹۸۴ ارائه شده است.

مؤلفه‌های شناخت‌درمانی گروهی:

به طور کلی باید دانست که شناخت‌درمانی گروهی رابطه نزدیکی با درمان فردی یک دارد که می‌تواند در گروه نیز براساس اصول درمان فردی یک بکار گرفته شود. هر چند تفاوت‌های فاحشی به لحاظ ساختاری بین این دو روش درمان وجود دارد: در اینجا ارائه درمان‌گروهی و رویکرد مورد تاکید به شیوه روانی - تربیتی است.

برنامه شناخت‌درمانی گروهی با جهت‌گیری تربیتی در خصوص مهمترین اصول شناخت‌درمانی آغاز می‌شود. جلسه اول با ارائه مدل سه سیستمی از انسان بنا تاکید بر فرایندهای همبسته شناختی، رفتاری، فیزیولوژیکی و هیجانی شروع می‌شود. شرکت‌کنندگان سپس مدل A-B-C یا واقعه فعال‌ساز، باورها، افکار و پیامدهای هیجانی را می‌آموزند. به شرکت‌کنندگان کمک می‌شود تا باورهای سطحی را که طی هفته‌های بین جلسات درمانی رخ می‌دهد، بشناسند و آنها را در برگه سه ستونی^{۱۰} یادداشت کنند که هر ستون شامل یکی از مؤلفه‌های A-B-C می‌باشد. جلسه دوم شامل بحث نظری در مورد نقش شناختواره در سه هیجان منفی یعنی افسردگی، اضطراب و خشم است. هر کدام از شرکت‌کنندگان تعدادی از

¹ Assertion training

² Addiction

³ Social phobia

⁴ Sank

⁵ Shaffer

⁶ Lewinsohn

⁷ Antonuccio

⁸ Steinmetz

⁹ Teri

¹⁰ Three - column format

مدلهای A-B-C را اجرا می‌کنند و سپس به آنها آموزش داده می‌شود تا با استفاده از روش پیکان رو به پایین^۱ طرح‌واره‌ها^۲ یا باورهای مرکزی^۳ منفی خود را بشناسند. سپس آنها چندین روش برای دستیابی به فهمی کلی از الگوی روابط بین باورهای منفی نظیر طبقه‌بندی باورها، تهیه لیست اصلی از تمام باورها و تهیه نقشه شناختی^۴ را به کار می‌برند. هنگامی که باورها سازمان‌بندی شدند، شرکت‌کنندگان چندین روش را برای چالش با باورها نظیر مقایسه آنها با واقعیت عینی، ارزیابی صحت و درستی هر باور و آزمون تجربی خرد باور به کار می‌برند. هدف از کاربرد این روشها این است که شرکت‌کنندگان با این نتیجه برسند که تعدادی زیادی از باورهایشان غلط است.

آنها سپس شیوه‌های متنوعی از چالش با باورها را یاد می‌گیرند از جمله این فنون می‌توان به بازداری پس‌گستر^۵ یا متقابل از باورهای ابتکار مانند مخالف‌ورزی^۶، فنون منبعث از رویکرد خویش‌داری^۷ (خود پاداش‌دهی^۸ - خودتنبیهی^۹) و تکنیکهایی که مؤلفه‌های شرطی‌زدایی^{۱۰} دارد، نظیر بازداری ارادی کرتکس^{۱۱} اشاره کرد. در نهایت برنامه با بحث در مورد رویکردهایی برای تداوم اثرات مثبت درمانی پایان می‌یابد.

همانطور که گفته شد برنامه شناخت‌درمانی گروهی که در اینجا بیان می‌شود ترکیبی^{۱۲} است از مدل شناختی بک در خصوص افسردگی، اضطراب و خشم افراطی با رویکردهای الیس. بنابراین از دیدگاه عملی به نظر می‌رسد که سه تغییر مهم در طی برنامه شناخت‌درمانی گروهی رخ می‌دهد:

- تغییراتی که در ساختارهای شناختی ثابتتر (طرحواره‌ها) رخ می‌دهد.
- تغییر در فرایندهای تفکر که ابتدا حداقل ب صورت عمدی و هشیارانه طرح‌ریزی

¹ Vertical Arrow

² Schemas

³ Core - Beliefs

⁴ Cognitive map

⁵ Retroactive inhibition

⁶ Countering

⁷ Self - control

⁸ Self - Reward

⁹ Self - Punishment

¹⁰ Deconditioning

¹¹ Voluntary cortical inhibition

¹² Synthesis

می‌شود.

□ تغییر از افکار خودآیند با محتوای منفی به تفکر ارادی‌تر^۱ که با واقعیت عینی هماهنگی بیشتری دارد.

هدف برنامه شناخت‌درمانی گروهی این است که تمام جنبه‌های روش‌درمانی بسک را بدون مؤلفه‌های رفتاری آن بکار گیرد. ارائه مدل سه سیستمی در جلسه اول دیدگاه بسک را مطرح می‌کند که در افسردگی مؤلفه‌های فیزیوژنیک و رفتاری نیز وجود داشته که این مؤلفه‌ها در ارتباط نزدیک با درمانهای دیگر از جمله مداخلات رفتاری و زیستی فراهم می‌کند. هدف از طرح مؤلفه‌های تربیتی گسترده در جلسه اول ایجاد تغییر در طرحواره‌ها از طریق مداخلات اولیه است. یافته‌های گرانبهایی از سوی فنل و تیزدل ۱۹۸۷ بیان شده است. مبنی بر اینکه پاسخهای مثبت اولیه به شناخت‌درمانی ناشی از مؤلفه‌های تربیتی است. مراحل اولیه با شناسایی افکار خودآیند منفی در مدل A-B-C و تکنیک سه ستونی انجام می‌شود. طرحواره‌ها با استفاده از تکنیک پیکان رو به پایین شناسایی شده، خطاهای منطقی نیز ذکر می‌شوند، اما شرکت‌کنندگان به طور اختصاصی نمی‌توانند آنها را به دست آورند. نهایتاً اینکه مخالف‌ورزی برای تمرین^۲ افکار مثبت به جای تکرار افکار خودآیند منفی نظم خاصی برای فرد ایجاد می‌کند.

بنابراین لازم است که رهبر گروه از این نکته آگاه باشد که چه جنبه‌هایی از فرایند تغییر با هم مؤلفه درمانی درگیر می‌شود و از این امر برای پیشینه‌سازی تاثیر آنها بر فرایند تغییر استفاده کند. این کارها شامل موارد زیر است:

□ اطمینان از اینکه اطلاعات روشن و واضح هستند.

□ پیکان رو به پایین طرحواره‌های مهم و مربوطه را شناسایی می‌کند.

□ مراجع مهارت‌های تفکر منطقی‌تر را یاد می‌گیرد.

□ مراجع به طور هشیارانه با افکار منفی مواجه می‌شود.

باید توجه نمود که این برنامه می‌تواند به صورت بالینی با افرادی که اضطراب دارند و یا افرادی که مشکل خشم دارند، مورد استفاده قرار گیرد. همچنین برای افرادی که افسردگی غیرمرضی^۳ دارند نیز قابل کاربرد و اجرا می‌باشد.

¹ Deliberate

² Reherse

³ Sub – clinical depression

منابع لازم جهت اجرای برنامه شناخت‌درمانی گروهی

منابع زیر توصیه می‌شوند:

درمانگران با تجربه، ماهر، دانا و با ویژگیهای شخصیتی مناسب

□ فضای فیزیکی مناسب

□ تخته سیاه / سفید

□ پروژکتور

□ وسایل پذیرایی

□ امکان کپی برداری از دست‌نوشته‌ها

درمانگران

در این برنامه بسته به تعداد شرکت‌کنندگان یک یا چند درمانگر ماهر نیاز است. اگر شرکت‌کنندگان از سطح افسردگی مرضی طبق ملاکهای DSM مانند افسردگی اساسی رنج می‌برند و بیش از چهار نفر باشند، توصیه می‌شود دو درمانگر با هم کار کنند. نسبت ایده‌آل، یک درمانگر برای سه شرکت‌کننده است اما این امکان برای درمانگر ماهر وجود دارد که هفت، هشت یا نه شرکت‌کننده را رهبری و هدایت کند. بهتر است نسبت درمانگران به شرکت‌کنندگان همان هشت باقی بماند.

درمانگر رهبر نیز باید روان‌شناس بالینی با تجربه‌ای باشد که مهارت‌های بالینی خوب از قبیل مهارت‌های ارائه، مهارت‌های مدیریت گروه و مهارت‌های روانی - تربیتی نیز داشته باشد. مهارت‌های بالینی عبارتند از توانایی برای بازبینی وضعیت روانی و برخورد مناسب با افزایش علائم بیماری در بیماران. رهبر گروه بایستی ارائه‌کننده‌ای فرهمند باشد و توانایی ارتباط اثربخش و ارائه یک باور درمانی را داشته باشد اما در همان حال باید غیر دفاعی، قابل اعتماد و صریح باشد. کسی که برنامه را ارائه می‌دهد باید آشنایی زیادی هم با برنامه و هم با نظریه‌های زیربنایی آن داشته باشد. او بایستی به طور عمیق و کارا فکر کند تا بتواند به سؤالات شرکت‌کنندگان پاسخ دهد.

فضای فیزیکی مناسب

اولین نیاز این است که اتاقی برای اعضای گروه در نظر گرفته شود که به نسبت تعداد آنها مناسب باشد. این کار می‌تواند به چندین روش صورت گیرد: به صورت دایره‌وار یا به صورت

کلاسی که افراد در میزهای جداگانه قرار می‌گیرند و یا به صورت دسته‌ای کوچک از میزها که افراد را از یکدیگر جدا می‌کنند. علاوه بر این هوای محیط باید مناسب باشد و از فضای خارج از ساختمان عوامل منحل به داخل نفوذ نکند.

از آنجائی که در کار گروهی مقداری نوشتن لازم است، میز و صندلی یا صندلی راحتی همراه با یک سطح صاف برای نوشتن احتمالاً بهتر از صندلی دسته دار است. باید فضای کافی برای درمانگران وجود داشته باشد تا اطراف گروه دور بزنند و هنگامی که با یکی از آنها مشغول گفتگو هستند، حواس شرکت‌کنندگان دیگر پرت نشود؛ همچنین مقدار کمی از حریم خصوصی شرکت‌کنندگان آزاد گذاشته شود. فضا نباید این قدر بزرگ باشد که درمانگر وقت زیادی را صرف قدم زدن در بین شرکت‌کنندگان کند.

تخته سیاه، پروژکتور و امکان کمی‌برداری از دست نوشته‌ها

امکانات استاندارد خوبی مثل پروژکتور، دستگاه اورهد و تخته نگارش باید هر روز وجود داشته باشد اما شما باید قبلاً بررسی کنید که آنها عیب و نقص مهمی نداشته باشند.

وسایل پذیرایی

هر جلسه حداقل دو ساعت طول می‌کشد و تنفسی کوتاه در وسط آن در نظر گرفته شده است. حتی هنگامی که گروه هنوز به عنوان یک فرایند درمانی طرح‌ریزی نشده است، مقداری آشنایی با دیگر شرکت‌کنندگان می‌تواند خوشایند باشد. این کار می‌تواند با وسایل پذیرایی برای اینکه افراد در بین جلسه و هنگام پذیرایی با هم گپ بزنند، صورت گیرد. حتی بهتر است یک مکان جداگانه بیرون از فضای تشکیل گروه در نظر گرفته شود تا افرادی که می‌خواهند جای یا قهوه بخورند مانع کار دیگران نشوند. تنفس بین جلسات افراد را قادر می‌سازد تا به قسمت دوم جلسه بهتر توجه کنند و از آن بهتر استفاده نمایند.

انتخاب شرکت‌کنندگان

ملاکهای زیر نشان می‌دهد که موفقیت چنین افرادی احتمالاً بعید است و یا احیاناً اگر موفقیتی به دست آورند، نیازمند صرف میزان زیادی از وقت درمانگر در گروه می‌باشد، شرایطی مانند:

شواهدی از اختلال دو قطبی

افسردگی که ثانوی بر یکاختلال روانپزشکی عمده باشد (نظیر اسکیزوفرنی)

فردی

افرادی که اخیراً مواد مخدر یا الکل مصرف کرده‌اند

وجود شواهدی از بیماری جسمی عمده

فردی با تشخیص اختلال شخصیت

فردی که اندیشه پردازی شدیدی در مورد خودکشی نشان می‌دهد

فردی با ناکارآمدی شناختی که پایه این ناکارآمدی بیماریهای ارگانیک است

فردی که مشکلاتی در خواندن دارد

چهار ملاک اول بازتاب جنبه‌هایی از شرایطی هستند که احتمالاً درمان را پیچیده و بفرنج می‌کنند و بعید است که شناخت درمانی درمان اولیه برای آنها باشد. هر چند در صورت پیوستن این افراد به گروه، ممکن است که شناخت درمانی برای آنها مفید واقع شود. شناخت درمانی نشان داده که برای افرادی که تشخیص اختلال شخصیت می‌گیرند نیز می‌تواند مؤثر و مفید واقع شود.

کامل کردن برنامه نیازمند میزانی از سواد و عملکرد تحصیلی است، علاوه بر این فرد بایستی قادر به فهم اصول انتزاعی باشد و براساس تجارب ما افرادی که نقص‌هایی در عملکرد هوشی یا در مشکلات خواندن دارند، در کامل کردن این برنامه با مشکل مواجه می‌شوند. البته ما نمی‌گوییم که نمی‌توانند شناخت درمانی را انجام دهند، منصفانه این است که شناخت درمانی به شکل‌های مختلفی ارائه شود تا اینگونه افراد نیز بتوانند از چنین برنامه‌هایی استفاده کنند.

بنابراین افرادی که داوطلب شرکت در گروه درمانی می‌باشند، در واقع در ابتدا از یک گزینش دو مرحله‌ای عبور می‌کنند: مرحله اول مصاحبه غربالگری ده تا بیست دقیقه‌ای است که معمولاً به وسیله تلفن انجام می‌شود، مرحله دوم مصاحبه تشخیصی استاندارد است که با وسایلی نظیر مصاحبه‌های ساختارمند همچون مصاحبه ساختارمند برای اختلالات عاطفی (اسپیتزر و اندیکات، ۱۹۷۸) یا مصاحبه بالینی ساختارمند برای اختلالات روانی (اسپیتزر، ویلیامز، گیون و فرست، ۱۹۹۰ الف؛ فرست، اسپیتزر، گیون و ویلیامز، ۱۹۹۶) صورت می‌گیرد. آزمون غربالگری اصالتاً برای غربال افرادی که ملاکهای خاصی دارند استفاده می‌شود و همچنین برای اینکه افرادی انتخاب شوند که حقیقتاً از مشکلات هیجانی رنج می‌برند و احتمالاً به شناخت درمانی پاسخ مثبت خواهند داد.

علاوه بر مصاحبه و غربالگری تشخیصی که به عنوان بخشی از داده‌های پیش‌آزمون محسوب می‌شوند، برای یک اجرای حرفه‌ای خوب، اندازه‌گیری پیش‌آزمون و بازبینی پیشرفت در دوره درمان و دوره پیگیری باید صورت گیرد.

در مرحله دوم، بهتر آن است که ساختارهایی اندازه‌گیری شناخت‌واره‌ها با مشکلاتی روبروست ولی مقیاسهای طرح‌ریزی شده است. اگر چه اندازه‌گیری شناخت‌واره‌ها با مشکلاتی روبروست ولی مقیاسهای مناسب زیادی برای این کار وجود دارد. در این رابطه پیشنهاد می‌شود که از پرسشنامه افکار خودآیند و مقیاس نگرشهای ناکارآمد^۱ استفاده گردد. این مقیاسها بیشتر برای اندازه‌گیری شناخت‌واره‌های افسردگی به کار می‌روند تا سنجش افکار مربوط به خشم یا اضطراب. به طور کلی در طرح‌ریزی برنامه شناخت‌درمانی گروهی اصول کلی زیر مورد استفاده قرار می‌گیرد:

جهت‌گیری برنامه بجای فرایند محوری، بیشتر یک رویکرد روانی - تربیتی است. شرکت‌کنندگان تجربه تربیتی ساختارمندی را می‌گذرانند به گونه‌ای که مهارتهای لازم را در برنامه یاد گرفته و سپس آنها را برای مشکلات خود به کار می‌برند. بین محتوای برنامه و تمرینهای مربوطه، آموزشی اندام‌وار وجود دارد. شرکت‌کنندگان یاد می‌گیرند که با مشکلات خود کار کنند. مهارتهای پیچیده و دشوار در طی چندین جلسه به طور گسترده کار می‌شوند. انجام بخش مهمی از تمرین‌ها به خود شرکت‌کنندگان واگذار می‌شود. این تمرینات عباراتند از اظهار نظرهایی درباره عملکردشان که در تمرینها و در خانه و جلسه درمان آنها را کامل کرده‌اند.

نقش درمانگر در گروه درمانی با رویکرد روانی - تربیتی

برای اجرای برنامه گروهی ارائه شده در این مقاله ممکن است یک یا چند درمانگر لازم باشد. اگر تعداد شرکت‌کنندگان کم باشد، یک درمانگر کافی است. درمانگر دو نقش مهم در اجرای برنامه به عهده دارد. نقش اولش این است که رئوس برنامه را ارائه دهد. ارائه دهنده کسی است که محتوا را برای شرکت‌کنندگان ارائه و تمرینها را انجام می‌دهد. یک درمانگر مجبور نیست در تمام زمینه‌ها این کار را انجام دهد. ممکن است جالب‌تر این باشد که یک درمانگر درس اول را ارائه دهد و درمانگر دیگر درس دوم را. تمرینها نیز می‌تواند به وسیله

^۱ Dystunctional Attitude Scale (DAS)

افراد متفاوتی انجام شود. مهم اطلاعاتی است که ارائه می‌شود، همگی باید واضح، جذاب و قابل توجه باشد.

لب افراد حرفه‌ای مهارت‌های ارائه خوبی دارند. ارائه کننده باید از زیر و بم صدا، رفتارهای غیر کلامی و کمک کننده‌های صوتی - تصویری استفاده کند تا اینکه مطالبی را که ارائه می‌دهند جالب توجه باشد.

نقش دیگر درمانگر راهنمایی و نظارت بر شرکت کنندگان برای مرور و بررسی تکالیف خانگی و انجام تمرینهاست. نکات زیادی در این فرایند نقش دارند. در بررسی تکالیف خانگی مهم این است که درمانگر مثبت‌نگر باشد. تعریف و تمجید از تکالیف درمانی که شرکت کنندگان به نحو احسن انجام داده‌اند و دادن اطلاعاتی در مورد خطاهای آنها لازم است. بسیاری از افراد افسرده بی‌نقص‌گرا (کمال‌گرا) هستند و هر گونه عیبی را به منزله بی‌ارزشی خود می‌نگرند. بنابراین بهتر آن است که در حالی که به افراد در مورد اجرای تمرینها نظارت می‌کنید، اصول روانشناختی زیر را نیز مهم تلقی کنید. بهتر آن است که یکی از ارائه دهندگان تمرین را ارائه دهد، مثلاً مثالی یا دلالتی ذکر کند، سپس انتظار می‌رود شرکت کنندگان با توجه به مثال ذکر شده، مشکلات خودشان کار کنند، همانند چیزی که در جلسه درمان رخ داده است. درمانگران در اطراف گروه دور می‌زنند و به شرکت کنندگان برای انجام تکالیف درمانی کمک می‌کنند. در کمک به شرکت کنندگان درمانگر می‌تواند از اصول رفتاری برای آموزش استفاده کند. شاید لازم باشد بار اول درمانگر تکلیف را با شرکت کننده‌ای به طور کامل اجرا کند نظیر روش پیکان رو به پایین یا یک تحلیل منطقی. درمانگر ممکن است سپس مثالی بزند و تکلیف دیگری را به شرکت کننده بدهد تا خودش آن را به تنهایی کامل کند. پس از کامل کردن تکلیف، درمانگر دوباره تکلیف را نگاه کرده و به او بازخورد می‌دهد. مقداری کمک مستقیم در زمان مناسب می‌تواند به شرکت کنندگان داده شود.

جلسات درمان

در اینجا لازم است این نکته را یادآوری نمایم که به دلیل محدودیت صفحات، امکان بیان مشروح و گام به گام مطالب هر جلسه در این مقاله وجود ندارد، لذا در این قسمت صرفاً اهداف هر جلسه و همچنین تکالیف خانگی مربوط به هر جلسه آورده می‌شود. خوانندگان می‌توانند جهت دستیابی به دستورالعمل کامل و مطالب گام به گام مربوط به هر جلسه به کتاب شناخت درمانی گروهی مراجعه نمایند.

هدفهای جلسه اول

۱- ارائه این مطلب برای شرکت‌کنندگان که فرایندهای فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری در موجود انسانی با هم تعامل دارند و هیجانها دارای مؤلفه‌های شناختی، فیزیولوژیکی و رفتاری می‌باشد.

۲- ارائه این مطلب برای شرکت‌کنندگان که تمام یا اغلب واکنشهای هیجانی دارای مؤلفه‌های شناختی هستند.

۳- تواناسازی شرکت‌کنندگان در دریافت افکار سطحی مقدماتی که بین واقعه و واکنش هیجانی قرار می‌گیرند و نوشتن آنها در زیر شکل سه ستونی یکی برای واقعه فعال‌ساز (A)، یکی برای باورها یا افکار (B) و دیگری برای پیامد هیجانی (C)

تکالیف خانگی جلسه اول

۱- ده مورد از بدترین وقایع زندگی که در بزرگسالی شما رخ داده است را با استفاده از زنجیره A-B-C بنویسید.

۲- یکی از بدترین وقایعی را که در هر روز با آن مواجه می‌شوید در زنجیر A-B-C بنویسید. دقت کنید که سؤالی باقی نمانده باشد.

هدفهای جلسه دوم

۱- شرکت‌کنندگان دانش‌های زیر را به دست آورند:

مهمترین جنبه‌های نظریه‌های شناختی افسردگی، اضطراب و خشم
خصوصیات افکار خودآیند و چگونگی دستیابی به آنها

تحریف‌های شناختی^۱ یا خطاهای منطقی^۲ مهم و امکان‌بازشناسی آنها در افکار خودتان

۲- شرکت‌کنندگان مقاومت‌های بالقوه خود را که ممکن است در برابر شناخت‌درمانی بروز دهند، بشناسند و برای مقابله با این مقاومتها راهبردهایی را در نظر بگیرند.

تکالیف خانگی برای جلسه دوم

۱- تا جایی که می‌توانید افکار خودآیند را به دست آورید. اگر می‌توانید آنها را در زنجیره

¹ Congitive distortion

² Logical error

- ۱- A-B-C ثبت کنید. سعی کنید حداقل هر روز یکی را پیدا کنید.
- ۲- طبقه‌بندی باورها را تمام کنید و قرارداد را تهیه کنید.
- ۳- به بدترین واقعه A-B-C در هر روز توجه کنید و این کار را ادامه دهید.

اهداف جلسه سوم

- ۱- آشنایی شرکت‌کنندگان با این نکته که افکارشان دارای پیامدهای رفتاری می‌باشد. درست مثل پیامدهای هیجانی و همچنین اینکه خود این پیامدهای رفتاری ممکن است ناکارآمد باشد.
- ۲- آموزش شرکت‌کنندگان در خصوص ماهیت طرحواره‌ها (باورهای مرکزی، اندیشه‌ها، نگرشهای ناکارآمد)، و ارتباط بین طرحواره‌ها و افکار خودآیند و همچنین آموزش روش پیکان رو به پایین برای شناسایی طرحواره‌ها.

تکلیف خانگی جلسه سوم

- ۱- به نوشتن زنجیره A-B-C خصوصاً برای موقعیت‌های جدید ادامه دهید.
- ۲- آقاء فکر را کامل کنید.
- ۳- پیامدهای رفتاری زنجیره‌های A-B-C را که تا کنون کامل شده‌اند، بنویسید.
- ۴- دو مورد از تحلیل پیکان رو به پایین برای زنجیره A-B-C خودتان بنویسید.

اهداف جلسه چهارم

- ۱- کار بر روی پیکانهای رو به پایین که هفته گذشته معرفی شد را ادامه دهید و مشکلاتی را که شرکت‌کنندگان هنگام به کارگیری روش پیکان رو به پایین برای تعیین طرحواره‌های منفی داشته‌اند را حل کنید.
- ۲- شرکت‌کنندگان باید بتوانند ده نوع از طرحواره‌های منفی رایج و معمول را تشخیص دهند و باورهایشان را درون آن ده طبقه معمول طبقه‌بندی کنند.

تکلیف خانگی برای جلسه چهارم

- ۱- پیکانهای رو به پایین را برای تمام الگوهای A-B-C ادامه دهید مگر اینکه پیکان رو به پایین تکرار واضحی از دیگر پیکانهای باشد که انجام داده‌اید.
- ۲- طبقه‌بندی باورها را ادامه دهید.

اهداف جلسه پنجم

اهداف این جلسه بیشتر به شرکت‌کنندگانی مربوط می‌شود که به «تصویر بزرگ» یعنی فهم اینکه چطور باورهای منفی‌شان با یکدیگر مربوط می‌شوند، دست یافته‌اند. در پایان آنها فهرست اصلی باورهای منفی، نقشه‌های شناختی از اینکه چطور باورها با یکدیگر مرتبط هستند را تهیه می‌کنند و باورهایشان را بر روی مقیاس واحدهای ناراحتی ذهنی^۱ براساس شدت هیجان مرتبط با آنها درجه‌بندی می‌کنند.

تکلیف خانگی جلسه پنجم

- ۱- انجام پیکانه‌های رو به پایین را ادامه دهید.
- ۲- هر باور جدیدی را که پیدا می‌کنید، طبقه‌بندی کنید.
- ۳- فهرست اصلی باورها را کامل کرده و باورهای جدید را به آن اضافه کنید.
- ۴- به تهیه نقشه‌های شناختی ادامه دهید و هر باور را روی مقیاس واحدهای ناراحتی ذهنی درجه‌بندی کنید.

اهداف جلسه ششم

این جلسه دو هدف عمده دارد که هر دو شناختی هستند. اولین هدف این است که شرکت‌کنندگان این عقیده را بپذیرند که باورها تغییرپذیر هستند. باورهای فرهنگی غالب طی تاریخ بشری تغییر می‌کنند و افراد همچنین در طی زمان باورهایشان را تغییر می‌دهند. هدف دوم این است که شرکت‌کنندگان بپذیرند که این امکان وجود دارد که آنها بتوانند به باورهایشان به طور عینی توجه کنند. هدف اول از طریق واداشتن شرکت‌کنندگان به اینکه مثالهایی بزنند از باورهایی که طی تساریخ بشری تغییر کرده‌اند و باورهایی که طی مدت زندگی‌شان تغییر کرده است، برآورده خواهد شد. این مسئله راه را برای این عقیده می‌گشاید که باورهایی که آنها در روش پیکان رو به پایین شناسایی کرده‌اند نیز می‌توانند تغییر کنند. دومین هدف برای اینکه مفهوم عینیت توسعه یابد استفاده از مثالهایی از فرایند علمی و فرایند حقوقی قضاوت و داوری به دست می‌دهد. قضاوت و داوری نهادی است که اکثر افراد با آن آشنا هستند که هدف اصلی آن تعیین واقعیت‌ها توسط جستجوی مدرک و سند می‌باشد. مثال علمی به اندازه مفهوم فوق برای اکثر افراد آشنا نیست ولی در بافت جستجوی غول

^۱ Subject unit distress (sub)

دریاچه معرفی می‌گردد. از تمثیل‌هایی استفاده کنید که شانس پذیرش و به کارگیری مفهومی را توسط شرکت‌کنندگان افزایش می‌دهد اگر چه به طور کلی من متوجه شده‌ام که تمثیل قضاوت و داوری بهتر عمل می‌کند.

تکلیف خانگی برای جلسه ششم

۱- فهرست اصلی باورها را تکمیل کنید.

۲- در مورد باورهایی که تا به حال تعیین شده است، تحلیل‌های عینی انجام دهید.

اهداف جلسه هفتم

اهداف اصلی این جلسه برای شرکت‌کنندگان فهم این مطلب است که باورها می‌توانند بر پایه تعدادی از معیارها ارزیابی شوند. موضوع بحث این جلسه در ادامه موضوع جلسه قبلی است که هدف آن نشان دادن این مسئله بود که باور طی یک فرایند طبیعی هم در طول فرهنگ و هم در طول تاریخ فردی بشر تغییر می‌کند. در این جلسه، سه عقیده دیگر مطرح می‌شود. این مسئله تبیین می‌شود که باورها می‌توانند درجات متفاوتی از کارایی را داشته باشند و اینکه افراد برای سازمان‌دهی رفتارهایشان مجموعه‌ای از باورها را به کار می‌گیرند که با باورهای دیگر و باورهای توسط افراد دیگر به کار گرفته می‌شوند، تا حدودی سازگار و هماهنگ است. در پایان نیز این بحث مطرح شده است که هماهنگی با باورهای دیگر و باورهای افراد دیگر دلالت ضمنی بر درست بودن باور دارد. کاربرد عقاید مطرح شده این است که افراد می‌توانند باورها را براساس ابعادشان درست مثل ابعاد یک واقعیت عینی ارزیابی کنند. این مسئله با یکی از موضوعات عمده این برنامه مرتبط می‌باشد که افراد در فرایند برنامه، قادر خواهند بود تا باورهای در دس‌آفرین را شناسایی کرده و تصمیم بگیرند که آنها را کنار گذاشته یا حفظ کنند. بنابراین اهداف جلسه هفتم این است که شرکت‌کنندگان با دو بعد دیگر آشنا شده و باورهای موجود در فهرست اصلی باورها را براساس این دو معیار با موفقیت درجه‌بندی کنند.

تکالیف خانگی جلسه هفتم

تحلیل کارآمدی و تحلیل هماهنگی را بر روی همه باورهای موجود در فهرست اصلی باورها انجام دهید.

اهداف جلسه هشتم

هدف جلسه هشتم این است که شرکت‌کنندگان بتوانند روش تحلیل منطقی را در مورد باورهایشان به کار گیرند. روش تحلیل منطقی قوی‌ترین تکنیک برای چالش با باورهای افراد است و از طرفی به لحاظ مفهومی نیز سخت‌ترین تکنیک می‌باشد. فرایند کار بسیار شبیه به آن چیزی است که در آزمایشهای علوم اجتماعی به کار می‌رود. بنابراین اکثر درمانگران با آن آشنا هستند. برای شروع فرایند کار لازم است که شرکت‌کنندگان مراحل خاص بیان مشکلشان، مشخص ساختن واژه‌ها و اصطلاحات، تعیین قوانین، یافتن و آزمون شواهد و بیان حکم کلی و قضاوت نهایی را بشناسند.

بیان مشکل شبیه به مشخص کردن سؤال پژوهشی شماست. در اینجا یعنی آنچه به طور واقعی باور شخص را تشکیل می‌دهد به طور دقیق تعیین کنیم. بعضی اوقات مهمتر است که اصل زیربنایی را تعیین کنید مثل «افراد بی‌ارزش هستند اگر در حرفه‌شان موفق نباشند» و گاهی اوقات بهتر است که مرجع باور خود را مشخص کنیم «من موفق نیستم». گاهی اوقات انجام هر دوی آنها می‌تواند مفید باشد. یک جنبه مهم تحلیل منطقی این است که شیوه‌های متعدد چالش با باورها را در خود دارد. یکی از وظایف درمانگر راهنمایی شرکت‌کنندگان به انجام یک تحلیل منطقی است که برای آنها نتیجه‌بخش باشد. این بدین معناست که درمانگر مجبور است تجزیه و تحلیل منطقی را در یک سطح مفهومی مطرح نماید که احتمالاً توسط شرکت‌کنندگان قابل درک باشد. از آنجایی که بخشی از یک تحلیل منطقی با جستجوی باورها و ارزشهای عالی سر و کار دارد، بنابراین بهتر آن است که جهت‌گیری تحلیل منطقی متناسب با این باورها و ارزشهای عالی باشد. این درست نیست که باوری را برای آزمون کردن مشخص کنیم که به ژرف‌ترین پیشداوری شرکت‌کننده مربوط است. اگر شما مایلید این پیشداوریه‌ها را به آزمون بکشید، بهتر است آن را به طور جداگانه انجام دهید.

تعریف واژه‌ها و اصطلاحات شبیه به فرایند تعریف عملیاتی در پژوهشهای علوم اجتماعی است. موضوع مهم تعریف باور از طریق پدیده‌هایی است که:

۱- قابل مشاهده هستند؛

۲- اصلی که مورد بحث و بررسی است، به صورت قابل قبولی بیان شود.

مهم است که از بسیاری تعریف‌های فردی خاص، مفاهیمی نظیر «شکست» اجتناب کنیم. راههای متعددی وجود دارد که در آن هر باوری به طور عملیاتی تعریف می‌شود، ولیکن

رعایت اصول زیر مفید است. تعریف باید:

برای شرکت‌کنندگان قابل قبول باشد

هماهنگ و متناسب با باورهای فرهنگی شرکت‌کننده باشد

به راحتی با استدلال قابل آزمون باشد

تعیین قوانین شبیه به قرار دادن پارامترهای پژوهش است: اندازه حجم نمونه، مقایسه‌های برنامه‌ریزی شده، احتمال خطای نوع اول و غیره. شروع به جمع‌آوری اطلاعات در فرایند پژوهش و یافتن مدرکی به عنوان نقض‌کننده فرضیه‌ها یا حمایت‌کننده فرضیه‌هایتان، یک اصل مهم پژوهش است. تحلیل منطقی تا حدی با تلاش برای نقض باورهای منفی سر و کار دارد. کار اصلی درمانگر در این جلسه تشویق شرکت‌کننده برای به کارگیری تحلیل منطقی است که مؤثرترین راه نقض باورهای خاص می‌باشد. این مسئله تا حدی به مسائل آشنا با خرده فرهنگی که شرکت‌کننده از آن می‌آید و باورها و ارزش‌های اصلی احتمالی‌اش ربط دارد. این ادراک و فهم سپس بین باورها و ارزش‌های اصلی شرکت‌کننده و باورهای منفی که تحلیل شده‌اند تنشی به وجود می‌آورد و شرکت‌کننده می‌تواند به این نتیجه برسد که باورش منفی است.

تکالیف خانگی جلسه هشتم

تحلیل منطقی را کامل کنید مخصوصاً بر روی باورهایی که هنوز از نظر شما درست‌اند و تمام طرحواره‌های مشروط و مطلق کار کنید.

اهداف جلسه نهم

این جلسه دو هدف اصلی دارد: (۱) شرکت‌کنندگان بتوانند سلسله مراتبی از موقعیت‌های متداعی با باورهای مرکزی ایجاد کنند و (۲) برای باورهای منفی‌شان بدیل یا «مخالف‌ورز» به وجود آورند. این سلسله مراتب شبیه به سلسله مراتب مورد استفاده در حساسیت‌زدایی منظم سستی می‌باشد (ولپه، ۱۹۷۹) و اصول راهنمای مورد استفاده در حساسیت‌زدایی منظم می‌شوند، شرکت‌کننده باید مجموعه باورهای جمع شده به دور یکی یا چند تا از باورهای مرکزی را مشخص کند.

با توجه به مخالف‌ورزی، هدف این جلسه این است که شرکت‌کنندگان فرایند کار را شروع

کنند و طی چند جلسه آینده این کار را ادامه دهند. در این جلسه کافی است که شرکت کننده مفهوم «مخالف‌ورز» را فهمیده و بتواند در طی جلسه حداقل یک یا دو «مخالف‌ورز» یا بدیل ارائه کند.

تکالیف خانگی جلسه نهم

- ترنس‌پرنسی سی و هشتم را نشان دهید. توضیح دهید چطور باورهای منفی و مخالفت کننده‌ها را روی کارتهای ضمیمه بنویسند. درست مثل شکل ۲-۱۳.
- ۱- «مخالف‌ورز» را برای تمام باورهای فهرست اصلی به وجود آورید.
 - ۲- شواهدی برای «مخالف‌ورزهایتان» بیان کنید.
 - ۳- سلسله مراتبی برای تمام باورهای مرکزی تهیه کنید و آنها را به کارتهای ضمیمه منتقل کنید. شکل هر کارت شامل افکار منفی و «مخالف‌ورز» می‌باشد.

یک طرف کارت باور غیر منطقی را بنویسید:

من بی‌ارزشم.

طرف دیگر کارت مخالف‌ورز را بنویسید:

من باارزشم چون همه مردم ارزشمنداند.

شکل ۲-۱۳: مخالف‌ورزی با استفاده از کارتهای فهرست راهنما

«مخالف‌ورزها» را برای تمرین می‌توان در دو ستون انجام داد یا آنها را می‌توان روی کارتهای کوچک ۱۰-۱۵ سانتیمتری انجام داد مثل آنچه در ترنس‌پرنسی نشان داده می‌شود.

اهداف جلسه دهم

دو قلمرو محتوایی عمده در این جلسه وجود دارد: تغییر ادراکی و «بازداری ارادی کرتکس». اهداف بخش تغییر ادراکی عبارتند از:
شرکت‌کنندگان متوجه شدند که مجموعه اطلاعاتی که به شیوه‌های مبهم ارائه می‌شود می‌تواند به چند طریق دیده شود.

شرکت‌کنندگان این نکته را دریابند که تغییر ادراکی یک عمل نسبتاً ارادی است و تا حدودی نگاه کردن به جزئیات اطلاعات می‌باشد.

شرکت‌کنندگان یاد بگیرند که اجزاء تغییر ادراکی را به وجود آورند: «مخالف‌ورزها» گروه وسیعی از شواهد حمایت‌کننده از «مخالف‌ورزها» و چند نمونه از شواهد مسلم که از «مخالف‌ورزها» حمایت می‌کند.

هدف بخش «بازداری ارادی کرتکس» این است که:

شرکت‌کنندگان روش «بازداری ارادی کرتکس» را بفهمند تا بتوانند به خوبی آن را در منزل انجام دهند و در مورد آن حداقل، تجربه مختصری کسب کنند.

تکالیف خانگی جلسه دهم

تغییر ادراکی یا «بازداری ارادی کرتکس» را حداقل نیم ساعت هر روز انجام دهید.

تغییر ادراکی در مورد همه باورها

«بازداری ارادی کرتکس» را حداقل ۲-۳ بار در روز انجام دهید

اهداف جلسه یازدهم

اهداف جلسه یازدهم بسیار صریح و روشن هستند:

۱- شرکت‌کنندگان روش خودتنبهی - خود پاداش‌دهی را یاد بگیرند و بتوانند آنها را مستقلاً انجام دهند.

۲- شرکت‌کنندگان برای خودشان یک برنامه کاربردی بسازند که آنها را به ادامه تمرین تکنیک‌ها و رویکردی که در طول برنامه یاد گرفته‌اند، تشویق کند.

خصوصاً امید آن است که شرکت‌کنندگان بتوانند یک یا چند راهبرد نگهداری را از مجموعه‌ای که شامل راهبردهای مخالف‌ورزی، «بازداری ارادی کرتکس»، خودتنبهی - خودپاداش‌دهی و تصویرسازی ذهنی / شبیه‌سازی که در این جلسه معرفی می‌شود، انتخاب کنند.

تکالیف خانگی جلسه یازدهم

تکلیف خانه شرکت‌کنندگان این است که برنامه نگهداری خویش را برای تمرین تکمیل

کنند.

اهداف جلسه دوازدهم

جلسه دوازدهم سه هدف دارد:

- ۱- بررسی طرحها برای نگهداری اهدافی که در درمان به دست آورده‌اند
- ۲- به دست آوردن بازخورد از شرکت‌کنندگان در مورد برنامه
- ۳- فراهم کردن فرصتی برای اختتام جمعی به برنامه از طریق یک برنامه دسته‌جمعی و گروهی مناسب.

مراسم اختتامیه

هر آنچه گروه تصمیم گرفته است.

این مقاله چکیده‌ای است از کتاب شناختی درمانی گروهی، اثر مایکل فری، ترجمه دکتر علی صاحبی، حسن حمیدپور و زهرا اندوز، انتشارات جهاد دانشگاهی مشهد ۱۳۸۱

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی