

## درمانگریهای شناختی - رفتاری نگر

### Cognitive Behavioral Therapies

تنیدگیهای ناشی از زندگی ماشینی امروز، انسان عصر حاضر را با مجموعه‌ای از اختلالها مانند افسردگی، اضطراب، پرخوری و روان بی‌اشتهایی، ناخن جویدن و نظایر آن مواجه ساخته است. هر چند این اختلالها مختص زمان حال نیستند، باید پذیرفت که داعیه تسلط بر محیط از سوی انسان وی را موظف می‌سازد تا در جستجوی راه حلی برای فائق آمدن بر این اختلالها برآید.

اگرچه نمی‌توان این اختلالها را مانند آبله ریشه کن کرد، اما روان‌شناسان با به کارگیری روشهای درمانگری متفاوت درصددند تا شیوع آنها را کاهش دهند و یا حداقل مرهمی بر زخم آسیب‌دیدگان چنین اختلالهایی بنهند. سطوری که در پی می‌آیند، به ارائه فعالیتهای علمی اخیر قلمرو رفتاری شناختی، در این باب اختصاص دارد، با این امید که دریچه‌های نوینی به سوی پژوهشگران ایرانی بگشاید.

کنش ناخن جویدن چیست : یک سنجش مقایسه‌ای

Williams, T. I., Chisholm, R. R., & Chisholm, S. (2007). What is the function of nail biting: An analog assessment study. *Behavior Research and Therapy*, 45 (5), 989-995.

موضوع : مقایسه فراوانی ناخن جویدن در ۴ موقعیت (مداخله‌ها) به منظور دستیابی به کنشهای ناخن جویدن و مقایسه نتایج با یک پرسشنامه خود گزارش‌دهی درباره کنشهای ناخن جویدن.  
 طرح : انتخاب تصادفی سهمیه‌ای شرکت‌کنندگان برای ارائه موقعیتها.  
 محل : بخش روان‌شناسی دانشگاه.

آزمودنیها : ۴۰ دانشجوی دوره لیسانس که جویدن ناخنهایشان را گزارش داده بودند.  
 مداخله‌ها : تنها ماندن (بی‌حوصلگی)، حل کردن مسائل ریاضی (ناکامی)، سرزنش کردن برای جویدن ناخن (توجه وابسته)، مکالمه بی‌وقفه (توجه غیروابسته).

اندازه‌گیریهای پیامد اصلی : تعداد دفعه‌هایی که دانشجویان ناخنهایشان را می‌جویدند.  
 نتایج : ناخن جویدن اغلب در دو موقعیت بی‌حوصلگی و ناکامی رخ داد.

نتیجه‌گیری : ناخن جویدن در بزرگسالان جوان پیامد بی‌حوصلگی یا حل مسائل دشواری است، که می‌تواند انعکاس یک حالت هیجانی خاص باشد. این مشکل هنگامی که افراد درگیر تعامل اجتماعی‌اند یا وقتی که برای این رفتار مورد مؤاخذه

قرار می‌گیرند به ندرت رخ می‌دهد.

### پاسخ‌دهی به تنیدگی و مقابله در افسردگی فصلی و غیر فصلی

Sugmon, S. T., Pells, J. J., Schartel, J. G., Hermann, B. A., Edenfield, T. M., LaMattina, S. M., Boulard, N. E., & Whitcomb-Smith, S. R. (2007). Stress reactivity and coping in seasonal and nonseasonal depression. *Behavior Research and Therapy*, 45 (5), 965-975.

در این پژوهش، تنیدگی، پاسخ‌دهی به تنیدگی و کاربرد مهارت مقابله‌ای در افراد مبتلا به افسردگی فصلی، غیر فصلی و گروه کنترل فاقد افسردگی، بررسی شد. اگرچه آزمودنی‌های دو گروه افسرده بیش از گروه کنترل راهبردهای مقابله اجتنابی را گزارش دادند، اما فقط در شرکت‌کنندگان گروه افسردگی فصلی استفاده از مقابله فصلی خاص بیش از شرکت‌کنندگان گروه افسردگی غیر فصلی و کنترل گزارش شد (مانند راهبردهای مرتبط به نور). همچنین استفاده از راهبردهای مقابله‌ای پذیرش در افراد گروه افسرده فصلی به مراتب کمتر از افراد گروه کنترل بود. همچنین شرکت‌کنندگان گروه افسرده غیرفصلی، در مقایسه با شرکت‌کنندگان گروه افسرده فصلی و گروه کنترل، برانگیختگی روانی فیزیولوژیکی بیشتری را در واکنش به عوامل تنیدگی‌زای آزمایشگاهی (مانند آزمون غیر قابل حل نوشتن معکوس) نشان دادند. پیامدهای رویدادهای منفی زندگی در خلال شش ماه گذشته در شرکت‌کنندگان هر دو گروه افسرده نسبت به گروه کنترل بیشتر گزارش شد. مشابهت‌ها و تفاوت‌های دو نوع افسردگی می‌توانند در مفهوم سازی و درمان افسردگی فصلی دارای استلزام‌هایی باشند.

### درمانگری از راه دور پرخوری و اختلال زیادی خوردن: بررسی تصادفی درمانگری شناختی - رفتاری با کمک اینترنت

Ljotsson, B., Lundin, C., Mitsell, K., Carlbring, P., Ramklint, M., & Ghaderi, A. (2007). Remote treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder: A randomized trial of Internet-assisted cognitive behavioural therapy. *Behavior Research and Therapy*, 45 (4), 649-661.

در این پژوهش، کارآمدی کمک به خود براساس درمانگری شناختی رفتاری در تلفیق با حمایت اینترنتی در درمانگری پرخوری تخلیه‌ای و غیر تخلیه‌ای بررسی شد. پس از تأیید تشخیص از طریق مصاحبه با شخص، ۷۳ بیمار به صورت تصادفی در دو گروه درمان و انتظار جای داده شدند. افرادی که تحت درمان قرار گرفتند پس از ۱۲ هفته کمک به خود در مقایسه با گروه کنترل در اندازه‌گیری‌های اول و دوم پیشرفت آشکاری را نشان دادند. تحلیلهای اشتیاق به درمانگری نشان دادند که ۳۷٪ (۴۶٪ از تکمیل‌کنندگان) در پایان درمانگری به اختلال پرخوری تخلیه‌ای و غیر تخلیه‌ای مبتلا نبودند و تعداد قابل توجهی از بیماران به بهبود معنادار بالینی در سایر ارزشیابیها دست یافتند. نتایج در پیگیری ۶ ماه بعد حفظ شده بودند و شواهدی به سود کاربرد مداوم و گسترش برنامه‌های کمک به خود ارائه دادند.

### مهیار توجه در میانه کودکی: ارتباط با نشانه‌های آسیب‌شناختی روانی و خطر تحریف‌های ادراکی

Muris, P., Meesters, C., & Rempelberg, L. (2007). Attention control in middle childhood: Relations to psychopathological symptoms and threat perception distortions. *Behavior Research and Therapy*, 45 (5), 997-1010.

در پژوهش حاضر، سازه مهیار توجه که یکی از جنبه‌های مهم کوشش در تمرکز است در نمونه‌ای از کودکان غیربالینی ۹-۱۳ سال، بررسی شد. نتایج نشان دادند که (۱) مهیار توجه با دامنه‌ای وسیع از اختلال‌های روان‌شناختی مانند نشانه‌های اضطراب، پرخاشگری، افسردگی و اختلال توجه و فزون کنشی همراه است. (۲) همانطور که پیش‌بینی شده بود سطوح پایین مهیار توجه با سطوح بالای این نشانه‌ها همراه بودند. افزون بر این، بین مهیار توجه با خطر تحریف‌های ادراکی ارتباط منفی وجود داشت که نشان می‌داد، کودکانی که واجد سطوح پایین این عامل خلقی تنظیم‌کننده هستند، در معرض سوگیری‌های شناختی نیز قرار دارند. (۳) وقتی روان‌آزردگی نیز کنترل شد، مهیار توجه به طور معنادار (به صورت منفی) با نشانه‌های اضطراب، افسردگی (صرفاً بر مبنای گزارش کودک) و اختلال توجه و فزون کنشی همراه بود. همبستگی‌های بین مهیار توجه و خطر تحریف‌های ادراکی با حذف تأثیر روان‌آزردگی، به گونه‌ای قابل ملاحظه، کاهش می‌یافت و فقط پیوند بین مهیار توجه و تفسیرهای اضطرابی از موقعیت‌های مبهم باقی می‌ماندند. بالاخره، هیچ شاهدهی دال بر نقش واسطه‌ای تحریف‌های شناختی بر ارتباط بین عوامل خلقی و نشانه‌های مرضی به دست نیامد.

### انتظارهای تعمیم‌یافته برای نظم‌دهی به خلق منفی پیش‌بینی‌کننده تغییرات اضطراب و افسردگی در دانشجویان دانشگاه

Kassel, J. D., Bornovalova, M., & Mehta, N. (2007). Generalized expectancies for negative mood regulation predict change in anxiety and depression among college students. *Behavior Research and Therapy*, 45 (5), 939-950.

انتظارهای نظم‌دهی به خلق منفی (NMR) یا باور افراد به اینکه هنگام مواجهه با تظاهرات متفاوت تنیدگی و عاطفه منفی، می‌توانند به صورت موفقیت‌آمیز با اینگونه حالت‌های خلقی مقابله کنند، بهترین سازه‌ای است که برای درک بهتر فرایندهای خود نظم‌دهی وجود دارد. در بررسی آینده‌نگر حاضر، سودمندی پیش‌بینی‌کننده NMR با توجه به توانایی آن در پیش‌بینی آثار باقی‌مانده نشانه‌های افسردگی و اضطراب، در خلال ۸ هفته، در یک نمونه ۳۲۲ نفری از دانشجویان بررسی شد. همانگونه که انتظار می‌رفت نخستین تحلیل‌های همبستگی نشان دادند، که تنظیم خلق منفی با نشانه‌های مرضی افسردگی، اضطراب و نیز با سبک مقابله سازش‌نا یافته، همبستگی منفی داشت. در حالی که ارتباط انتظارهای تنظیم خلق منفی با مقابله سازش‌یافته مبتنی بر خود گزارش‌دهی، مثبت بود. مجموعه‌ای از تحلیل‌های رگرسیون سلسله مراتبی نشان دادند که حتی وقتی سن، جنس، سطوح پایه‌ای عواطف ناراحت‌کننده (افسردگی یا اضطراب) و سبک‌های مقابله، کنترل شدند، انتظارهای نظم‌دهی به خلق منفی تغییرات نشانه‌شناختی افسردگی و اضطراب را پیش‌بینی می‌کردند. استلزام بررسی یافته‌های مناسب برای ساخت و آزمایش نظریه، مورد بحث قرار گرفتند.

خود - کمک‌دهی هدایت‌شده در مقابل خود - کمک‌دهی محض با هدف کمال‌گرایی : یک بررسی کنترل شده تصادفی

Pleva, J., & Wade, T. D. (2007). Guided self-help versus pure self-help for perfectionism: A randomised controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 45 (5), 849-861.

کمال‌گرایی به عنوان یک عامل خطرآفرین تحول و حفظ نشانه‌های وسواس بی‌اختیاری و افسردگی شناخته شده است. هدف پژوهش حاضر، آزمون تأثیر یک درمانگری رفتاری - شناختی مبتنی بر خود - کمک‌دهی با هدف کمال‌گرایی و آزمایش اثر چنین درمانگری‌ای بر نشانه شناختی وسواس بی‌اختیاری و افسردگی بود. در این پژوهش تأثیر درمانگری خود - کمک‌دهی هدایت‌شده (GSH, n=24) با خود - کمک‌دهی محض (PSH, n=25) مقایسه شد. نتایج نشان دادند که هر دو روش GSH و PSH، در کاهش کمال‌گرایی و نیز کاهش نشانه شناختی وسواس بی‌اختیاری و افسردگی مؤثرند. در مجموع شرکت‌کنندگان تحت شرایط GSH نسبت به شرکت‌کنندگان تحت شرایط PSH بهبود نشانه‌ای بیشتری را تجربه کردند و دستاوردهای درمانگری عمدتاً، برای هر دو گروه در پیگیری‌هایی که ۳ ماه بعد به عمل آمد، تداوم یافته بودند. بیست درصد از شرکت‌کنندگان PSH افزایش بالینی معنادار در نشانه‌های افسردگی را در خلال درمانگری و مطالعه متعاقب تجربه کردند (در مقایسه با ۵٪ تحت شرایط GSH)، نتایجی که مبین این نکته‌اند که PSH نسبت به GSH راهبرد نامناسب‌تری برای درمانگری این گروه به حساب می‌آید. در مجموع بر مبنای یافته‌ها به نظر می‌رسد که خود - کمک‌دهی با هدف کمال‌گرایی در کاهش نشانه‌شناسی وسواس بی‌اختیاری و افسردگی در افراد غیر بالینی مؤثر است، و در افراد گروه GSH نسبت به گروه PSH به نتایج بهتری منجر می‌شود.

افکار شب هنگام (شبانه) در افراد واجد نگرانی بالا و پائین : واکنش نسبت به کافئین - سبب بی‌خوابی

Ombik, S., Pallesen, S., Bjorvatn, B., Thayer, J., & Hilde Nordhus, H. (2007), Night-time thoughts in high and low worriers : Reaction to caffeine-induced sleeplessness. *Behavior Research and Therapy*, 45 (4), 715-727.

با آنکه شواهد فراوانی در مورد وجود مشارکت بین بی‌خوابی و نگرانی وجود دارد، اما آگاهی درباره ماهیت این ارتباط اندک است. پژوهش حاضر به بررسی ارتباط علی بین بی‌خوابی و نگرانی شبانه انجام شد. طرح آنالیز کوواریانس ۲×۲ (نگرانی × مسبب بی‌خوابی) مورد استفاده قرار گرفت. نخستین عامل مشتمل بر یک متغیر فاعلی بود که توسط امتیاز بالا و پائین در اندازه‌گیری رگه نگرانی مشخص می‌شد (پرسشنامه نگرانی به من) و عامل دوم مشتمل بر ۳۰۰ میلی‌گرم کافئین یا دارونما بود. ۹۶ دانشجوی مؤنث در این پژوهش شرکت کردند. متغیرهای وابسته شامل نمره‌های نگرانی شبانه (پرسشنامه افکار شب هنگام) و شاخصهای خواب فاعلی و عینی بود. در مجموع کافئین موجب افزایش نگرانی شبانه و بی‌خوابی شد. یک اثر تعاملی معنادار بین نگرانی و مسبب بی‌خوابی بر یکی از شاخصهای خواب عینی رخ داد، اما هیچ اثر تعاملی دیگری معنادار نبود. نتایج این فرض را مطرح می‌کنند که نگرانی احتمالاً یک پدیدهٔ جنبی بی‌خوابی است.