

شناخت اجتماعی و آموزش تعامل

فهرست مطالب

مقدمه مترجمان	۹
مقدمه نویسندگان	۱۳
فصل ۱: اطلاعات مقدماتی جهت آشنایی درمانگران	۱۵
فصل ۲: طرح کلی و نکات کاربردی SCIT	۳۹

مرحله اول: جلسات ۱ - ۷ مقدمه و هیجان‌ها

فصل ۳: جلسات اول و دوم: مقدمه	۶۵
فصل ۴: جلسه سوم: هیجان‌ها و موقعیت‌های اجتماعی (موضوع اختیاری)	۷۳
فصل ۵: جلسه چهارم: تعریف هیجان‌ها	۸۳
فصل ۶: جلسه پنجم: حدس زدن هیجان دیگران	۹۵
فصل ۷: جلسه ششم: به‌روزرسانی حدس‌های هیجانی	۱۰۹
فصل ۸: جلسه هفتم: احساس سوءظن	۱۱۷

مرحله دوم: جلسات ۸ - ۱۵ موقعیت‌ها را دریابیم

فصل ۹: جلسه هشتم: نتیجه‌گیری شتاب‌زده	۱۲۷
فصل ۱۰: جلسات نهم و دهم: راهبرد ۱- به حدس‌های دیگر فکر کن	۱۳۳
فصل ۱۱: جلسات یازدهم و دوازدهم: راهبرد ۲- جداکردن حقایق از حدسیات	۱۴۹
فصل ۱۲: جلسات چهاردهم و پانزدهم: راهبرد ۳- جمع‌آوری مدرک بیشتر	۱۶۳

مرحله سوم: جلسات ۲۰ - ۱۶
جمع بندی

فصل ۱۳: جلسات شانزدهم تا بیستم: جمع بندی و بررسی کلی..... ۱۸۱

پیوست

پیوست الف: توضیح فیلم‌ها و محرک‌های تصویری ۲۰۲

پیوست ب: جزوات و تکالیف ۲۰۸

پیوست ج: جزوات شریک تمرینی ۲۳۱

پیوست د: مقیاس پایبندی به SCIT ۲۴۳

منابع ۲۴۹

واژه‌نامه انگلیسی به فارسی ۲۵۹

واژه‌نامه فارسی به انگلیسی ۲۶۱

درباره نویسندگان ۲۶۳

اگر موضوعی را نفهمیم، باور می‌کنیم که واقعیت دارد؛

و اگر موضوعی را نفهمیم، تمایل داریم که آن را اشتباه بدانیم.

(از فصل اول کتاب حاضر)

انسان موجودی اجتماعی است و به ارتباط و تعامل با دیگران نیازمند است. در یک تعامل مناسب، لازم است تا اطلاعات متفاوتی را از افراد، موقعیت‌ها و مناسبات موجود، از حافظه و یا به‌طور مستقیم به‌دست آوریم. جمع‌بندی و ترکیب این اطلاعات موجب قضاوت ما از افراد و موقعیت‌ها می‌شود و رفتار اجتماعی ما را هدایت می‌کند. مباحث شناخت اجتماعی به بررسی فرایندهای شناختی می‌پردازد که با این امر در ارتباط هستند. برای مثال اینکه چه اطلاعاتی توجه ما را برمی‌انگیزد؟ چه اطلاعاتی را به حافظه خود می‌سپاریم؟ این اطلاعات را چگونه دسته‌بندی می‌نماییم و با چه ترکیبی در حافظه نگهداری می‌کنیم؟ در موقع لزوم چه اطلاعاتی را بازیابی می‌کنیم و چگونه منسجم می‌نماییم؟ این اطلاعات چگونه موجب استدلال یا قضاوت ما خواهند شد؟

مشخص است که این فرایندهای پیچیده، شیوه تعامل ما را شکل می‌دهند و هرگونه نقص یا بدکارکردی موجب اختلال در رفتار اجتماعی خواهد شد. بررسی‌ها نشان می‌دهد که بسیاری از اختلالات روان‌شناختی با نقص یا بدکارکردی فرایندهای شناختی روبرو هستند که اسکیزوفرنی نیز از جمله آنهاست. در واقع برخی از نشانگان این اختلال مانند توهمات پارانوییدی به‌علت وجود چنین مشکلاتی بروز می‌نماید.

تاکنون درمان‌های متفاوت و متنوعی برای اختلالات روان‌شناختی مطرح شده‌اند که بر اساس تأکید بر نشانگان یا آسیب‌شناسی خاصی، بر یک اختلال یا بر یک نشانه تمرکز دارند. در این کتاب با روش درمانی جدیدی آشنا خواهید شد که بر نشانگان تعامل اجتماعی معیوب یا نادرست تمرکز دارد. اگرچه نویسندگان کتاب، بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی را مهمترین گروه هدف معرفی کرده‌اند، اما این درمان برای سایر اختلالات روان‌پریشی و حتی هر فردی که این نشانه را به همراه دارد، نیز قابل اجرا و کاربردی است.

کتاب حاضر، روش درمانی-آموزشی SCIT را با بیانی روشن و روان معرفی می‌کند. در ابتدا مبانی نظری این درمان طرح و تفاوت‌های آن با سایر درمان‌های مرسوم معرفی

می‌شود. در ادامه نیز مراحل آموزش با جزئیات آموزش داده شده است. مخاطب این کتاب درمانگران و متخصصان حوزه سلامت روان هستند و در زمینه‌های کلینیکی و بیمارستانی قابل اجراست. این درمان جدید، حمایت‌های تجربی تحقیقات بسیاری را به همراه داشته است که این امر از مهمترین مزایای آن به شمار می‌رود.

درمان SCIT، یک برنامه شناخت اجتماعی و آموزش تعامل است که به صورت گروه درمانی طراحی شده است. از دیگر مزایای درخشان این کتاب، راهنمای قدم‌به‌قدم مراحل و جلسات درمان است که درمانگران را قادر می‌سازد تا با اطمینان از اعتبار بیرونی و درونی بالایی، هر جلسه و هر بخش این برنامه درمانی را به اجرا درآورند. توضیح هر جلسه با معرفی لوازم مورد نیاز آغاز می‌شود، و در هر قدم همراه درمانگر خواهد بود؛ تا آنجا که حتی برای مدیریت بحث‌های گروهی مکالمات مفید و آموزشی را پیشنهاد می‌دهد. در پایان کتاب نیز ملزومات اخلاقانه و کاربردی به صورت پیوست ارائه شده است.

یکی از خصوصیات متفاوت و جالب SCIT، تأکید بر عادی‌سازی نشانگان اختلال است. برای مثال پارانوئید یک اختلال یا نشانه بیماری قلمداد نشده و بعنوان نوعی هیجان معرفی می‌شود که همه گاهی آن را تجربه می‌کنند. حتی در موارد زیادی درمانگر موظف است تا مثال‌هایی از این نشانه‌ها را در زندگی واقعی خود برای دیگران بیان کند. به همین دلیل افراد با اختلالات مختلف، اما نشانگان یکسان، در یک گروه و در کنار هم قرار گرفته و بدون برچسب‌زنی از مزایای دوره آموزشی بهره می‌گیرند.

در تمامی مراحل و جلسات SCIT، سعی بر آن است که بیماران با زندگی واقعی و خارج از فضای درمان، ارتباط برقرار کنند و این راهبردها را در واقعیت بکار برند. این کار با بحث درباره مثال‌هایی از زندگی کنند واقعی افراد در جلسات آغاز می‌شود، با تکالیف بین جلسات هفتگی ادامه می‌یابد، و در مرحله آخر به شکلی کامل و کاربردی برای زندگی واقعی افراد بکار گرفته می‌شود. این امر موجب می‌شود تا نتیجه بیشتر بررسی‌های تجربی، نشان‌دهنده ثبات درمان در مرحله پیگیری باشد. در واقع درحالی که بسیاری از درمان‌های روان‌شناختی با محیط خارج از درمان، ارتباط مناسبی برقرار نکرده‌اند، SCIT این فاصله را به‌خوبی پوشش داده است. مترجمان مطالعه این کتاب را به تمامی درمانگران و متخصصان حوزه سلامت روان توصیه و از پیشنهاد‌های شما در جهت غنای اثر، استقبال می‌کنند. همچنین لازم می‌دانیم تا از مدیریت محترم انتشارات

ارجمند و همکاران محترمشان که در چاپ اثر حاضر مساعی لازم را مبذول داشتند،
سپاسگزاری نماییم.

دکتر سوسن علیزاده فرد^۱ - دکتر حسین زارع^۲

اعضای هیئت علمی دانشگاه پیام نور

1. s.alizadehfard@pnu.ac.ir
2. h_zare@pnu.ac.ir

در سال‌های اخیر، حوزه سلامت و درمان، گسترش حیرت‌آوری داشته است. نتایج حاصل از تحقیقات جدید نشان داده است که بسیاری از مداخلات و راهبردهای سلامت روان و پزشکی رفتاری، که قبلاً مورد پذیرش گستره قرار داشت، نه تنها فایده کمی دارند، بلکه گاهی آسیب‌رسان هم هستند (بارلو، ۲۰۱۰). در مقابل تنها راهبردهایی که اثربخشی آنها با روش‌ها و مدارک استاندارد تایید شده، برای کاربرد عمومی در سطح وسیع پیشنهاد می‌شوند (مک هیو و بارلو، ۲۰۱۰). دلایل مختلفی در پشت این تحول وجود دارد. ابتدا آنکه، ما به درک عمیقی از آسیب‌شناسی روانی و فیزیکی رسیدیم که منجر به ارائه راهبردهای درمانی تازه شده است. دوم رشد و پیشرفت در روش‌های مطالعه مانند اعتبار درونی و بیرونی مداخلات، سبب شد تا نتایج در حوزه‌های بالینی بیشتر کاربردی شوند. سومین دلیل این بود که در سراسر دنیا، دولت‌ها، قانون‌گذاران و متولیان سلامت، تصمیم گرفتند که کیفیت سلامت را بالا ببرند و آنرا مبتنی بر شواهد علمی نمایند، در حالی که عامه مردم نیز خواستار این امر بودند (بارلو، ۲۰۰۴؛ موسسه پزشکی، ۲۰۰۱؛ مک‌هیو و بارلو، ۲۰۱۰).

البته در همه جا، بزرگترین مانع برای درمانگران، دسترسی به مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر شواهد علمی است که به تازگی طرح شده‌اند. کتاب‌ها و کارگاه‌های آموزشی تنها در اختیار برخی درمانگران مسئول و باوجدان قرار دارد تا روش‌های جدید درمان رفتاری را تمرین نموده و برای بیماران خود بکار برند. این سری از انتشارات *راهنمای درمان*، قصد دارد تا مداخلات جالب جدید را برای درمانگران معرفی نماید.

کتاب‌های این مجموعه بصورت کتاب کار آموزشی بوده و شامل جزئیات قدم‌به‌قدم مراحل درمان، راه‌حل مشکلات احتمالی و حتی نمونه‌ای از شیوه گفتگو است. همچنین این مجموعه از محدوده کتاب و راهنمای نوشتاری فراتر می‌رود و حتی ابزارهایی را برای کمک به اجرای کاربردی این روش‌ها ارائه می‌کند.

باور سیستم سلامتی بر این است که تمرین روش‌های مبتنی بر شواهد علمی، موجب افزایش مسئولیت در کارکرد متخصصان سلامت روان خواهد شد. به شکلی که تمامی رفتارهای این درمانگران، عمیقاً زمینه‌بهترین مراقبت از بیمار را فراهم می‌آورد. در این مجموعه آموزشی نیز هدف ما رسیدن به این توانایی و پوشاندن خلاء موجود است.

این کتاب راهنما به ارائه یک درمان روان‌شناختی - اجتماعی جهت بهبود تعامل و شناخت اجتماعی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان‌پریشی می‌پردازد. ناتوانی در شناخت اجتماعی، موجب می‌شود تا این افراد از داشتن یک زندگی معنادار، و تعاملات اجتماعی مناسب محروم باشند. شناخت اجتماعی و آموزش تعامل (SCIT) یکی از درمان‌های بهبود شناخت اجتماعی است که بیشترین حمایت تجربی و پژوهشی را به همراه دارد.

این راهنما شامل یک برنامه آموزشی جامع برای متخصصان سلامت روان است که بصورت جلسات ۱ ساعته هفتگی و به شکل گروهی اجرا می‌شود و هدف آن ارتقای شناخت اجتماعی افراد، و درگیر کردن بیماران با زندگی اجتماعی است. این درمان می‌تواند توسط درمانگران سلامت روان، و در سطوح مختلف اجتماعی و بیمارستانی اجرا شود. SCIT شامل تمرینات مختلف، بازی، بحث گروهی، و محرک‌های اجتماعی تعاملی است؛ تا حوزه‌های خاص نقص شناخت اجتماعی را بهبود بخشد. فلسفه زیربنایی SCIT این است که رشد کارکرد اجتماعی، تنها در تعاملات اجتماعی واقعی است که به بهترین شکل رخ می‌دهد؛ و مهمترین مزیت آن نیز در این نکته نهفته است که آموزش SCIT موجب افزایش تعاملات مثبت اجتماعی بیماران در زندگی واقعی آنان خواهد شد.

References

- Barlow, D.H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59, 869-878.
- Barlow, D.H. (2010). Negative effects from psychological treatments: A perspective. *American Psychologist*, 65(2), 13-20.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.
- McHugh, R.K., & Barlow, D.H. (2010). Dissemination and implementation of evidence-based psychological interventions: A review of current efforts. *American Psychologist*, 65(2), 73-84.

زمینه و هدف از تألیف کتاب حاضر

هدف این کتاب، شرح و توضیح برنامه آموزشی «شناخت اجتماعی و تعامل» یا SCIT^۱ است، که در واقع یک شیوه روان‌درمانی گروهی، برای افرادی با اختلالات روان‌پریشی است. اگرچه در اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان‌پریشی، شناخت اجتماعی نابهنجار شایع و با ناتوانی آنها در کارکرد اجتماعی‌شان مرتبط است، بیشتر درمان‌های امروز، شناخت اجتماعی را هدف اصلی خود قرار نمی‌دهند. SCIT نیز به همین دلیل و برای پر کردن این خلاء در شیوه‌های درمانی طراحی شده و شکل گرفته است.

در این مقدمه، ما ابتدا اصول منطقی و نظری SCIT را به طور خلاصه معرفی می‌کنیم و سپس تفاوت‌های آن را با سایر درمان‌های روانی-اجتماعی در اختلالات روان‌پریشی شرح می‌دهیم. در ادامه نمایی کلی از این مداخله و کاربردهای مرتبط با آن ارائه خواهند شد. بخش اصلی این کتاب، به شرح هر جلسه و راهنمایی‌های لازم در به کارگیری SCIT اختصاص دارد. بخش آخر نیز به چهار پیوست به شرح زیر پرداخته است:

پیوست الف) شرح توضیحات مربوط به فیلم و محرک‌های تصویری، پیوست ب) برگه‌های تکالیف خانگی، پیوست ج) برگه‌های شریک تمرینی، پیوست د) مقیاس پیگیری پایبندی به SCIT، اسلایدها، عکس‌ها و فیلم‌های مربوط از سایت www.scit.web.unc.edu قابل دریافت است.

نقص شناخت اجتماعی در اسکیزوفرنی

ناتوانی در کارکرد اجتماعی از جمله نشانه‌های برجسته اسکیزوفرنی محسوب شده (DSM-V; 2013)، و تاحدودی مستقل از نشانگان مثبت و منفی این اختلال و پیش‌بینی‌کننده عود مجدد آنها است (بویر و همکاران، ۲۰۱۳؛ بلک و همکاران، ۲۰۰۷؛ لزن و وگر و دورکین، ۱۹۹۶). بهبود کارکردهای اجتماعی برای مراجعان و خانواده‌های آنها بسیار بااهمیت است و آن را یکی از مهم‌ترین نیازهای درمانی خود می‌دانند (فولدیمو، ایک و بوگرن، ۲۰۰۴). همچنین بهبود کارکرد اجتماعی، پیش‌بینی‌کننده قدرتمندی برای بهبود کیفیت زندگی افراد اسکیزوفرن است (بنگسون-تاپز، ۲۰۰۴؛ لاسالویا و همکاران، ۲۰۰۵). متأسفانه درمان‌هایی که امروزه به کار می‌روند، در بهبود این جنبه، به نسبت ضعیف عمل کرده‌اند (دسیلوا، کوپر، لی، لوند و پاتل، ۲۰۱۳؛ اسکات و دیکسون، ۱۹۹۵) و مراجعان معتقدند که این نیاز درمانی، مهم‌ترین موردی است که به آن نمی‌رسند (میدلبو، ۲۰۰۱؛ آچوا و همکاران، ۲۰۰۳).

در تلاش برای بهبود هرچه بیشتر جلوه‌های درمانی کارکرد اجتماعی، نقش توانایی‌های عصبی-شناختی (مانند توجه، حافظه و مهارت‌های حل مسئله) در حمایت از رفتارهای اجتماعی، مورد توجه قرار گرفته (گرین، کرن و هیتون، ۲۰۰۴) و از رشد آنها در جهت بهبود کارکردهای اجتماعی، بهره گرفته شد. متأسفانه ارتباط بین کارکردهای روانی-اجتماعی و توانایی‌های عصبی-شناختی تقریباً ضعیف است (کوچر، پن و رابرتز، ۲۰۰۶) و بنابراین، مداخلات متمرکز بر بازسازی عصبی-شناختی، قدرت زیادی را در بهبود کارکرد اجتماعی افراد اسکیزوفرنیک، به شکل مستقل نشان نداده است (ویکز و همکاران، ۲۰۱۱). این امر موجب شد تا محققان به سمت آزمایش جنبه‌های خاص و منحصر به فرد شناخت روی آورند که زیربنای کارکردهای اجتماعی است و می‌تواند به طور عملی از حوزه عصبی-شناختی سستی متمایز شود. این هدف امیدوارکننده، شناخت اجتماعی بود.

شناخت اجتماعی به صورت «عملیات ذهنی که زیربنای سازنده تعاملات اجتماعی است، و شامل توانایی انسان در ادراک قصد و حالت دیگران است» تعریف شده (برادرز، ۱۹۹۰؛ ص ۲۸)، و بر اساس این تعریف، مطالعه اسکیزوفرنی بر سه حوزه مختلف تمرکز یافت:

درک هیجان: توانایی درک و استنباط وضعیت هیجانی دیگران بر اساس تظاهرات چهره‌ای یا طنین کلام آنها.

نظریه ذهن^۱: توانایی درک و استنباط افکار و قصد دیگران بر اساس گفتار و رفتار آنها. نظریه ذهن به‌عنوان درک دیدگاه دیگران نیز به کار می‌رود.

سوگیری/اسنادی^۲: عادات یا تمایلات فردی برای توضیح چگونگی یا علت رویدادهای اجتماعی مبهم. به‌عنوان مثال برخی عقیده دارند که رویدادهای منفی به صورت تصادفی رخ می‌دهند، اما افراد دیگری تصور می‌کنند که این حوادث پیش می‌آیند چون به آنها فکر می‌کنیم.

شناخت اجتماعی در اختلال اسکیزوفرنی، تاحدی مستقل از شناخت عصبی است و این یعنی یک نفر می‌تواند توانایی حافظه یا تمرکز قوی‌ای داشته باشد، اما برعکس در شناخت اجتماعی ضعیف باشد (کوچر و پن، ۲۰۱۳). همچنین شناخت اجتماعی نقش مهمی در کارکردهای اجتماعی افراد اسکیزوفرنیک بازی می‌کند و در حقیقت بیش از شناخت عصبی، رابطه‌ای قوی و مستقیم با کارکردهای اجتماعی دارد (فت و همکاران، ۲۰۱۱؛ کوچر و پن، ۲۰۱۳؛ سرگی، راسوفسکی، نیواکترلین و گرین، ۲۰۰۶). این موضوع ارائه‌دهنده یک شیوه درمانی است تا شناخت اجتماعی را در بیماران اسکیزوفرنیک اصلاح کند و موجب بهبود کارکردهای اجتماعی آنها شود و این مفهوم همان منطق زیربنایی در طرح و توسعه درمان SCIT است.

مبانی نظری و گسترش SCIT

این شیوه درمانی به صورت یک برنامه مکمل یا جایگزین برای آموزش مهارت‌های اجتماعی رفتاری^۳ (SST) طراحی شده است (مانند کارهای بلیک، موزر و جینجریک، ۱۹۹۷). علی‌رغم کارآمدی روش SST برای بسیاری از افراد، دو محدودیت برای آن وجود دارد. ابتدا آنکه این روش قواعد رفتاری را به کار می‌گیرد که نیازمند آموزش فشرده و ادامه‌دار است و امروزه، به طور عملی در بسیاری از محیط‌های درمانی

1. Theory of mind
2. Attributional bias
3. Social skills training

بیماران سرپایی با شدت پایین اجرایی نیست. محدودیت دوم نیز مربوط به تجربیات بالینی است که نشان می‌دهد حفظ انگیزه مراجعان در این روش درمانی بسیار سخت است. تصور ما این است که می‌توان انگیزه مراجع را به جای تمرکز بر رفتار، از طریق تمرکز بر تجربیات ذهنی درباره زندگی‌اش افزایش داد. همچنین می‌توان انگیزه آنها را با گسترش مهارت‌هایشان در زمینه‌ای بالا برد که محرک‌های اجتماعی به صورت طبیعی برانگیخته می‌شوند - مانند موقعیت‌های طنز تلویزیونی، روایت خیالی خطاهای اجتماعی و اتفاقات اجتماعی واقعی که در ارتباط روزانه برای مراجع و درمانگر پیش می‌آید.

SCIT در اصل به صورت یک مداخله گروهی برای افراد حداقل ۱۸ سال طراحی شده که از بیماری روان‌پریشی رنج می‌برند و به واسطه این بیماری در ارتباطات بین‌فردی دچار مشکل شده‌اند. این درمان برای بیماران بستری یا بیماران سرپایی و توسط همه درمانگرانی که امکان برگزاری گروه درمانی را دارند، قابل اجرا است.

بدکارکردی شناخت اجتماعی

در ابتدا لازم است تا درباره دو نوع از بدکارکردی شناخت اجتماعی بحث کنیم: نقص و سوگیری.

نقص شناخت اجتماعی

نقص شناخت اجتماعی به فقدان یک توانایی یا مهارت اشاره دارد، درحالی‌که سوگیری مربوط به استفاده نابهنجار از یک توانایی سالم است. از آنجا که افراد مبتلا به اسکیزوفرنی معمولاً نسبت به افراد بزرگسال سالم، نمرات کمتری در آزمون‌های درک هیجانی (کهلر و همکاران، ۲۰۱۰) و نظریه ذهن (بورا، یوسل و پتلیس، ۲۰۰۹؛ اسپرانگ و همکاران، ۲۰۰۷) کسب می‌کنند، می‌توان نتیجه گرفت که آنها در این حوزه‌ها نقص دارند. ما نیز برای رفع همین نقص شناخت اجتماعی، روشی مانند برنامه‌های قبلی را اجرا کردیم (مانند برنر و همکاران، ۱۹۹۴) که در آنها فنونی برای بهبود نواقص حوزه عصب‌شناختی، مانند حافظه و تمرکز، آموزش داده می‌شد. به

کارگیری این رویکردها بر اساس اصول یادگیری مانند تمرین و تکرار^۱، دشواری درجه‌بندی شده و شکل‌دهی محرک‌های اجتماعی بود.

سوگیری

درحالی‌که نقص شناخت اجتماعی هدف SCIT است، سوگیری‌های شناخت اجتماعی نیز مورد توجه قرار می‌گیرند. سوگیری با نقص تفاوت پایه دارد، چرا که سوگیری درست در برابر سوگیری نادرست وجود ندارد، که با آموزش سوگیری‌زدایی^۲ به بیماران آنها به سوگیری درست دست یابند. تحقیقات شناخت اجتماعی نشان می‌دهد که افراد اسکیزوفرنیک و به خصوص کسانی که توهم دارند یا پارانوئید هستند، اغلب تمایل دارند تا رویدادهای منفی را نتیجه اقدام دیگران به قصد آسیب رساندن تصور کنند. آنها دچار نوعی سوگیری هستند که سوگیری اسنادی خصمانه^۳ نامیده می‌شود و شبیه نشانه بالینی پارانوئید است (بتال و اوداچینا، ۲۰۱۳). کماینکه مراجعان دارای هذیان، در موقعیت‌های مبهم بیشتر به نتیجه‌گیری‌های شتاب‌زده دست می‌زنند. این درحالی است که قضاوت‌های فوری آنها معمولاً در برابر شواهد متناقض، تغییر نکرده و اصلاح نمی‌شوند و کماکان اعتماد زیادی به درستی آنها دارند (گرتی و فریمن، ۱۹۹۹؛ موریتز و وودوارد، ۲۰۰۶). همان‌طور که سوگیری اسنادی خصمانه با پارانوئید همپوشانی دارد، سوگیری نتیجه‌گیری شتاب‌زده نیز کلید شکل‌گیری توهم یا به عبارت دیگر، گرایش به احساسات قوی و مقاوم در برابر تغییر، حتی در مواجهه با شواهد متضاد قانع‌کننده است. (DSM-V، ۲۰۱۳).

فنون درمانی شناخت عصبی، برای اصلاح و بهبود نقص‌ها بسیار ارزشمند بودند، اما برای سوگیری‌ها کارایی چندانی نداشتند. بنابراین ما به سوی روان‌درمانی شناختی (بک، ۲۰۰۴) روی آوردیم تا فنون خود را برای درمان سوگیری‌ها معرفی کنیم. فنون سوگیری‌زدایی در SCIT بر موارد زیر تمرکز یافته است:

۱. آموزش روان‌شناختی مخاطرات سوگیری
۲. گسترش بینش فرد نسبت به سوگیری‌های شخصی‌اش

1. drill-and-repeat practice
2. de-biasing
3. hostile attributional bias

۳. تمرین مهارت‌های اجتناب از سوگیری

ما SCIT را با ترکیب مداخلات متمرکز بر نقایص و متمرکز بر سوگیری طراحی کردیم تا به مراجعان کمک نماید مانند یک «کارآگاه اجتماعی»، با جمع‌آوری و تحلیل مدارک، به قضاوت درست اجتماعی دست یابند، درحالی‌که می‌آموزند مراقب سوگیری‌های گمراه‌کننده قضاوت‌هایشان باشند.

روان‌شناسی اجتماعی

SCIT در پاسخ به تجربیات بالینی و یافته‌های تحقیقاتی در طی سال‌ها تکامل یافته است. از همه مهم‌تر اینکه دریافتیم هدف از آموزش مراجعان برای قضاوت اجتماعی دقیق و درست، اغلب خیالی و غیرواقعی (و در برخی موارد نامطلوب) است. غیرواقعی است چون سرعت و پیچیدگی دنیای اجتماعی به قدری بالا رفته که معمولاً حفظ آن حتی فراتر از توانایی قوی‌ترین مغزها شده است. همچنین حتی اگر بتوانیم همه اطلاعات اجتماعی را که به ما می‌رسد حفظ کنیم، بازهم هیچ راهی وجود ندارد تا به صورت مستقیم به افکار و احساسات دیگران دسترسی داشته باشیم. بنابراین، نمی‌توانیم تشخیص دهیم که قضاوت اجتماعی ما درست یا نادرست است. به عبارت دیگر، ما همیشه فقط در حال حدس زدن هستیم (فیسک و تیلور، ۲۰۱۳). روان‌شناسان اجتماعی این نوع از حدس زدن آموخته‌شده را «قضاوت نامطمئن» نامیده‌اند. آنها دریافته‌اند که شناخت اجتماعی بهنجار، به طور معمول با نوعی از قضاوت اجتماعی سروکار دارد که به اندازه کافی خوب است؛ یعنی اگرچه خیلی دقیق نیست، اما از نظر اجتماعی سازگارانه است.

نکته جالب آنکه، روان‌شناسی اجتماعی نشان داده در برخی موارد، واقعاً بهتر است که قضاوت اجتماعی یک فرد خیلی هم دقیق نباشد. بزرگسالان سالم از استدلال انگیزه‌شده استفاده می‌کنند تا به شکلی نامحسوس خود را در تفسیر و تعبیر موقعیت‌های اجتماعی گول زده و آن وضعیت‌ها را مطابق با اهداف، انگیزه‌ها و تصویرذهنی خود هماهنگ کنند (کوندا، ۱۹۹۰). برای مثال من نگاه خیره مادرزنم را به جای تحقیرآمیز بودن، ناشی از دل‌دردش ببینم؛ چون می‌خواهم باور داشته باشم که او من را دوست

دارد. این تفکر اجتماعی تحریف شده، ابزاری قدرتمند برای سازگاری دنیای اجتماعی ما با دیدگاهی است که نسبت به خود داریم (لیری، ۲۰۰۴).

در پرتو این این بینش، SCIT به شکلی تنظیم شده است تا بین بهبود شناخت اجتماعی دقیق، و درک مراجعان از تفکر اجتماعی به عنوان ابزاری برای مدیریت زندگی اجتماعی شان، تعادل برقرار کند. برای مثال، درحالی که تمرینات آغازین درک هیجانی، در جهت گرفتن پاسخ «درست» از مراجع طراحی شده، اما کم کم به سمت این هدف پیش می رود که مراجع یک «حدس درست» مبتنی بر حقایق موجود داشته و بداند که در تعاملات اجتماعی، هیچ پاسخ درستی برای ماهیت پویا و چالشی هیجان وجود ندارد. به همین منوال، رویکرد SCIT کمک می کند مراجعان جایگزین های مناسبی برای تصحیح قضاوت های اجتماعی تحریف شده خود ایجاد کنند و به تدریج هدف آن از اصلاح تحریف ها به سمت درک این واقعیت پیش می رود که چگونه قضاوت های مختلف، دارای تأثیرات و نتایج متفاوت اجتماعی و هیجانی هستند.

نقش دیگری که روان شناسی اجتماعی دارد مربوط به پژوهش هایی است که نشان دادند قضاوت های اجتماعی مردم به شدت تحت تأثیر احساسات آنان قرار دارد. این عقیده، که مردم هیجان های خود را به جای اطلاعات به کار می گیرند، برای بسیاری از ما آشنا است. اگر من حال بدی داشته باشم، احتمالاً هر فرد جدیدی را که می بینم دوست نخواهم داشت. به هر حال، طیف گسترده ای از احساسات بیش از هیجان های پایه، بر تفکر اجتماعی ما اثرگذار هستند. به خصوص تفسیر درونی ما از موضوعات، به شدت تحت تأثیر آن است که سخت یا آسان احساس شود. زمانی که یک موضوع را به راحتی بفهمیم، به احتمال زیاد باور می کنیم که واقعیت دارد. از سوی دیگر، اگر مفهومی را متوجه نشویم و فهم آن برایمان دشوار باشد، تمایل داریم که بی دلیل آن را اشتباه بدانیم. این تأثیرات احساسی که بر قضاوت اثرگذارند، تجربیات فراشناختی نامیده می شوند (شوارتز و کلور، ۲۰۰۷). برای افراد بسیاری، بدکارکردی تفکر ماندگار می شود، چراکه آسان ترین شیوه تفکر بوده و به یک عادت تبدیل شده است. در روند SCIT، به جای تفکر بدکارکرد و خشک، اما درست، به شکلی پیش رونده بر تولید تفکرات سازگارانه و قابل انعطافی تمرکز می کنیم که حس می کنیم آسان تر هستند.

در مجموع، ادبیات پژوهشی روان شناسی اجتماعی به ما کمک می کند تا SCIT را با الگوی عادی سازی شکل دهیم و به جای آنکه مراجعان را به سمت اهداف دقیق، اما

غیرواقعی شناخت اجتماعی هدایت کنیم، آنها را در جهت یک شناخت اجتماعی معمولی (اما دست‌یافتنی) به حرکت درآوریم. در راستای همین رویکرد عادی‌سازی، SCIT یک مداخله مبتنی بر بیماری یا متمرکز بر نشانه‌ها نیست و در عوض با مشکلات شناخت اجتماعی سروکار دارد که همه مردم با آنها روبرو هستند. بنابراین، در تمام این برنامه آموزشی عباراتی مانند «اسکیزوفرنی، بیماری روانی، هذیان یا توهم» وجود ندارد؛ و همان طور که قبلاً اشاره شد، درمانگران تشویق می‌شوند تا افشا کنند که آنها نیز مانند مراجعانشان، با چالش‌های اجتماعی روزانه درگیر هستند. البته صحبت درباره بیماری اجتناب‌ناپذیر است و زمانی که افراد، بیماری را در رابطه با شناخت اجتماعی مطرح می‌کنند، درمانگران باید درباره آن صحبت کنند. انتظار می‌رود یکی از مفاهیمی که در SCIT درباره آن بحث می‌شود، پارانوئید باشد. مفهومی که بر روی طیفی از دیدگاه بهنجار تا سوءظن، قرار دارد و باید درباره آن نیز مانند یک تجربه معمولی بحث نمود.

روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش

بسیاری از مفاهیم روان‌شناسی اجتماعی، که در بالا به آنها اشاره شد، با یافته‌های اخیر در روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش، تأیید شده است و گسترش می‌یابند؛ یافته‌هایی که نشان دادند زندگی مراجعان را نمی‌توان به طور دقیق، شناخت و کنترل کرد. در این دیدگاه، مراجع تشویق می‌شود تا هوشیاری خود را نسبت به افکار و احساساتش گسترش دهد و آنها را به‌جای حقیقت خود و دنیا، تنها بعنوان یک تجربه ببیند (هایز، استروسال و ویلسون، ۲۰۰۳).^۱ ما معتقدیم که این موضوع به‌طور خاص در بافت اجتماعی صدق می‌کند. قضاوت‌های ما درباره افکار و احساسات دیگران، از واقعیت آن وضعیت، خیلی فاصله دارد. بنابراین در SCIT مراجعان را هدایت می‌کنیم تا از منظر دیگری به یک موقعیت نگاه کنند- البته این موضوع به آن معنا نیست که دیدگاه آنها تحریف شده یا دیدگاه دیگری دقیق‌تر است، بلکه به آنها کمک می‌کنیم تا منظر و دیدگاه خود را انتخاب کنند و دریابند که این انتخاب آنهاست که تعیین‌کننده

۱. ویرایش دوم این کتاب ارزشمند (۲۰۱۲) به وسیله زارع، عابدین و برادران در سال ۱۳۹۶ ترجمه گردیده و به‌وسیله انتشارات ارجمند به چاپ رسیده است. م

احساس‌شان درباره خود و دنیای اطراف است. همچنین بر پذیرش عدم قطعیت، و پیدا کردن راه‌هایی برای تحمل ناراحتی‌های ناشی از آن تمرکز می‌نماییم.

علوم اعصاب اجتماعی

رشته جدید علوم اعصاب اجتماعی نیز با درمان SCIT مرتبط است، و به‌ویژه یک مدل ساده از شناخت اجتماعی را مطرح می‌کند که با یافته‌های روان‌شناسی اجتماعی فوق به خوبی همگام است و درک ما را از نقص و سوگیری شناخت اجتماعی غنا می‌بخشد. این مدل که دارای فرایندی دوجبهی است، به کارکرد متقابل استدلال یا تفکر کنترل شده و تفکر خودکار می‌پردازد. (کانمان، ۲۰۱۱؛ لیبرمن، ۲۰۰۷؛ اوکسندر، ۲۰۰۸). افکار کنترل‌شده^۱ یعنی سبکی از استدلال که معمولاً آن را معادل «تفکر» می‌دانیم. افکار کنترل‌شده تحت توجه، هوشیاری و کنترل فردی هستند و در بخش بزرگی از لوب پیشانی مغز قرار دارند. افکار خودکار^۲ به قضاوت‌های شهودی، که خارج از توجه، هوشیاری و کنترل فرد هستند، اطلاق می‌شوند و اغلب از تجربیات هیجان محور در سیستم لیمبیک در مرکز مغز، ریشه می‌گیرند. این مدل نشان می‌دهد که تمام قضاوت‌های اجتماعی از تعامل فرایند افکار کنترل‌شده و خودکار ناشی می‌شوند.^۳

تعامل افکار کنترل‌شده و خودکار، مسیرهای مختلفی از نقص و سوگیری شناخت اجتماعی را روشن می‌سازد. زمانی که فردی با دقت یک وضعیت اجتماعی را بررسی می‌کند، لوب پیشانی، پیام‌های هیجانی سیستم لیمبیک را به عقب می‌راند تا این پیام‌ها استدلال را تحت تأثیر قرار ندهند. در زمان دیگری (به خصوص زمان استرس، هیجان یا خستگی) فرایندهای خودکار بر افکار کنترل‌شده غلبه می‌کنند و قضاوت فرد نسبت به احساسات جاری او را تحت تأثیر قرار می‌دهند و این سوگیری، قضاوت او را از تفکر منطقی یا اهداف برنامه‌ریزی‌شده دور می‌کند.

1. controlled thought

2. automatic thought

۳. برای اطلاع بیشتر از مفهوم تفکر و انواع پردازش، مطالعه کتاب روان‌شناسی شناختی - زبان، هیجان‌ها و شناخت تألیف آیزنک و کین، ترجمه حسین زارع (۱۳۹۷) از انتشارات ارجمند توصیه می‌شود. م

علاوه بر هیجان، سایر تأثیرات خودکار بر تفکر اجتماعی شامل تجربیات فراشناختی^۱، تجربیات غالب و برجسته^۲ و امکان شبیه‌سازی آینده‌ای^۳ است. تجربیات فراشناختی را در ادامه توضیح خواهیم داد.

تجربه برجسته، این احساس است که چیز مهمی اتفاق افتاده؛ مانند لحظه‌ای که می‌فهمید کلید را در خانه جا گذاشتید. این تجربیات یکی از راه‌هایی هستند که مغز خودکار شما، اطلاعات را به مغز هوشیاران منتقل می‌کند. تجربیات برجسته، به وسیله انتقال‌دهنده عصبی دوپامین کنترل می‌شود. سیستم دوپامین در اسکیزوفرنی، غیرمتعادل می‌شود و می‌تواند پیام‌های برجسته نادرستی را به مغز بفرستد و موجب سوگیری قضاوت اجتماعی، در تفسیر آسیب یا خودبزرگ‌بینی شود (کاپور، ۲۰۰۳). برای مثال اگر یک تجربه برجسته نابه‌جا را در حالی که در خیابان قدم می‌زنم، داشته باشم، به احتمال زیاد رفتار غریبه‌ها را به اشتباه، مربوط به خودم می‌بینم. از سوی دیگر، نقص در تجربیات برجسته، ممکن است من را از دریافت هیجان‌ات قلبی دیگران باز دارد و توانایی ارتباط اجتماعی را از من بگیرد.

شبیه‌سازی آینده‌ای نیز فرایند خودکار دیگری است که بر شناخت اجتماعی تأثیر دارد. وقتی شخصی، حرکت شخص دیگری را می‌بیند، نورون‌های آینده‌ای به صورت خودکار، فعالیت مشاهده شده را در مغز بیننده تحریک می‌کنند. این کار مغز را به برقراری ارتباط با افکار و احساسات مربوط به آن فعالیت وا می‌دارد و طوری تجربه می‌کند که گویی خود آن کار را انجام می‌دهد. این مفهوم اساس ادراک هیجان و نظریه ذهن را فراهم کرده است (کار و همکاران، ۲۰۰۳؛ داپرتو و همکاران، ۲۰۰۵).

برای مثال اگر دوستی را تماشا کنید که یک لیوان آب را به دهانش می‌برد، مغزتان به صورت خودکار تصور می‌کند که شما همان کار را انجام داده‌اید و نسخه ظریفی از احساسات و افکاری را تولید می‌کند که اگر واقعاً لیوان را به دهانتان نزدیک می‌کردید- و شما را هدایت می‌کند تا تفسیر نمایید، او تشنه است. به همان ترتیبی که تجربیات هیجانی، فراشناختی یا برجسته، می‌توانند باعث سوگیری شوند، کارکرد نابهنجار سیستم تحریک آینده‌ای نیز ممکن است موجب برخی از سوگیری‌های شناخت

1. metacognitive experiences
2. salience experiences
3. mirror simulation