

رفتار درمانی شناختی

راهنمای کاربردی در درمان اختلال های روانی

(جلد اول)

تألیف

کیت هاوتون

پال م. سالکووس کیس

جوان کرک

دیوید م. کلارک

ترجمه

دکتر حبیب الله قاسم زاده

مرکز روان شناسی بالینی

گروه روان پزشکی، (بیمارستان روزبه)

دانشگاه علوم پزشکی تهران



انتشارات ارجمند

فهرست مطالب

<p>۱۲۶ برای مطالعه بیشتر.</p> <p>۱۲۷ اساس منطقی (توجیه)</p> <p>فصل ۴. اختلالهای هراس ۱۳۵</p> <p>مقدمه ۱۳۵</p> <p>زمینه نظری درمان ۱۴۳</p> <p>ارزیابی ۱۴۲</p> <p>درمان: جنبه‌های عملی ۱۵۱</p> <p>اثربخشی رویارویی ۱۷۵</p> <p>برای مطالعه بیشتر ۱۷۵</p> <p>فصل ۵. اختلال‌های وسواسی ۱۷۶</p> <p>ماهیت مسأله ۱۷۹</p> <p>مدل روان‌شناختی اختلال وسواسی -</p> <p>اجباری ۱۸۱</p> <p>ارزیابی ۱۸۲</p> <p>درمان وسواس توأم با رفتار اجباری آشکار ۲۰۱</p> <p>درمان وسواسهای بدون رفتار اجباری آشکار ۲۱۲</p> <p>درمانهای جانشین ۲۲۰</p> <p>پژوهشهای مربوط به نتیجه درمان ۲۲۱</p> <p>برای مطالعه بیشتر ۲۲۳</p> <p>فصل ۶. افسردگی ۲۲۴</p> <p>مقدمه ۲۲۴</p> <p>مدل شناختی افسردگی ۲۲۶</p> <p>رفتاردرمانی شناختی افسردگی: مشخصات کلی ۲۲۹</p> <p>انتخاب بیمار برای رفتاردرمانی شناختی ۲۳۰</p> <p>ساختار جلسه‌های درمانی ۲۳۳</p> <p>راهبردهای عمده در رفتاردرمانی شناختی ۲۴۵</p> <p>گام ۱- راهبردهای شناختی ۲۴۷</p> <p>گام ۲- راهبردهای رفتاری ۲۴۹</p> <p>گام ۳- راهبردهای شناختی - رفتاری ۲۵۲</p> <p>گام ۴- راهبردهای پیش‌گیر ۲۶۴</p> <p>در موارد شکست رفتاردرمانی شناختی چه کار باید کرد؟ ۲۷۱</p> <p>یافته‌های پژوهشی ۲۷۲</p> <p>برای مطالعه بیشتر ۲۷۳</p> <p>چگونه می‌توان خود را فعال ساخت؟ ۲۷۴</p> <p>چگونگی مقابله با افکار منفی ۲۸۶</p> <p>واژه‌نامه ۳۰۹</p>	<p>یادداشت مترجم بر چاپ یازدهم ۴</p> <p>یادداشت مترجم بر چاپ سوم ۶</p> <p>یادداشتی از مترجم ۸</p> <p>پیشگفتار ۱۱</p> <p>مقدمه ۱۳</p> <p>فصل ۱. اصول رفتاردرمانی شناختی ۱۵</p> <p>روش‌های درمانی شناختی - رفتاریک شکل‌گیری و اصول ۱۵</p> <p>کساربردهای اولیه اصول رفتاری در زمینه‌های بالینی ۱۸</p> <p>کاربرد فنون کنشگر: تحلیل کاربردی رفتار ۲۳</p> <p>تحکیم و توسعه رویکرد رفتاری ۲۴</p> <p>تلفیق رویکردهای شناختی و رفتاری ۲۶</p> <p>اصول کلی در شیوه درمانی شناختی - رفتاری ۲۸</p> <p>برای مطالعه بیشتر ۲۹</p> <p>فصل ۲. ارزشیابی شناختی - رفتاری ۳۰</p> <p>مقدمه ۳۰</p> <p>اهداف ارزیابی شناختی - رفتاری ۳۴</p> <p>سنجش در ارزیابی و درمان شناختی - رفتاری ۳۴</p> <p>مصاحبه رفتاری ۳۹</p> <p>خود- بازنگری ۶۸</p> <p>پرسشنامه‌های خود- سنجی ۷۴</p> <p>اطلاعاتی از سایر افراد ۷۵</p> <p>مشاهده مستقیم رفتار ۷۶</p> <p>شاخصهای غیرمستقیم رفتاری ۷۸</p> <p>سنجشهای فیزیولوژیک ۷۸</p> <p>نتیجه‌گیری ۷۹</p> <p>برای مطالعه بیشتر ۷۹</p> <p>فصل ۳. حالت‌های اضطرابی ۸۰</p> <p>پانیک (آسیمگی) و اضطراب تعمیم‌یافته ۸۰</p> <p>ماهیت مسأله ۸۰</p> <p>مدلهای شناختی حالت‌های اضطرابی ۸۲</p> <p>ارزیابی ۸۸</p> <p>انتخاب موارد مناسب برای درمان ۹۵</p> <p>شرح درمان ۹۵</p> <p>درمانهای نوع دیگر ۱۲۵</p> <p>نتیجه درمان ۱۲۵</p>
--	---

یادداشت مترجم بر چاپ یازدهم

آنچه در روان‌درمانی به طور عام و درمان‌های شناختی - رفتاری به طور خاص اتفاق می‌افتد، تجربه‌ی نوعی تغییر است، تغییری در جهت مطلوب. از این نظر، انواع روان‌درمانی‌ها را می‌توان آموزش تلقی کرد. در تعلیم و تربیت نیز هدف مربیان، ایجاد تغییرات مطلوب در عملکرد انسان‌ها برحسب نقش و جایگاه آن‌ها در جامعه است. آنچه درمان‌های روان‌شناختی را از آموزش به معنای عام کلمه، متمایز می‌کند، کمک به سازگاری فرد با خویشتن از سویی و با جهان خارج، از سوی دیگر است. البته در آموزش رسمی نیز این دو نوع سازگاری، کم و بیش، مدنظر قرار می‌گیرند، اما بنا به تعریف و بنابر اصولی که ریشه در تاریخ تکامل جوامع دارند، ما در این جا با افراد «بهنجار» سر و کار داریم و هدف اصلی مان سازگار ساختن آن‌ها با جهان اطراف است، به نحوی که بتوانند مهارت‌های لازم برای انجام کارها را فرا بگیرند، از توانایی‌های خود به‌درستی بهره بگیرند، و در جامعه، نقشی را عهده‌دار شوند. اگرچه روند آموزشی در نگرش آنان به خویشتن نیز اثر می‌گذارد، اما این نوع اثرگذاری، حداقل در آموزش‌های رسمی مسلط، به عنوان هدف اصلی قرار نمی‌گیرد. در حالی که در درمان‌های روان‌شناختی، هدف اصلی ما تغییر در نگرش انسان‌ها به خویشتن است. شکی نیست که برای ایجاد این نوع تغییر، تغییر در نگرش به جهان پیرامون نیز ضروری است. در واقع، این دو نوع تغییر، لازم و ملزوم هم و دو روی یک سکه‌اند. برای شناخت خود، باید دنیای بیرون و روابط را شناخت و برعکس، برای شناخت جهان بیرون، باید خود را شناخت. تغییر نیز چنین وضعی دارد. اما روان‌شناس بالینی، کار خود را اغلب از فرد آغاز می‌کند و اگر هم به روابط خانوادگی و اجتماعی درمان‌جو می‌پردازد، به اعتبار گره‌گشایی از کلاف مشکلاتی است که وی را نیازمند به کمک گرفتن از یک فرد حرفه‌ای کرده است. درمانگر در این فرایند، ناگزیر از تجزیه و تحلیل و توجه به چگونگی شکل‌گیری مسائل در شبکه پیچیده روابط انسانی است. ولی اصلی را همیشه در ذهن دارد، اصلی که بارها از زبان متفکران شنیده‌ایم که «آن چه ما را تحت تأثیر قرار می‌دهد، خود رویدادها نیستند، بلکه نگرش ما به آن رویدادها و برداشت ما از آن‌هاست.» این، همان ویژگی است که انواع درمان‌های روان‌شناختی را از انواع شیوه‌های آموزش رسمی، تاحدی متمایز می‌سازد.

فردی که به روان‌شناس بالینی مراجعه می‌کند با کوله‌باری از تجربه و خاطرات و با زنجیره‌ای

از دریافت‌ها، برداشت‌ها و سوی‌مندی‌ها مراجعه می‌کند، یعنی با تاریخچه‌ای که مخصوص خود اوست. بی‌تردید او شاهد حوادثی بوده که بر او اتفاق افتاده‌اند، اما این حوادث، در او معنایی می‌شوند و به تغییری درباره‌ی زندگی می‌انجامند. آنچه امروز، او را به سوی ماکشانده است. عدم رضایت از زندگی است، آن‌گونه که وی بدان می‌نگرد. مسلماً روان‌شناس قادر به تغییر گذشته نیست. او نمی‌تواند چرخ زمان را به عقب برگرداند و مانع به وقوع پیوستن گناه جبرگرایانه رخدادها شود. اما یاد گرفته است و آمادگی دارد که چیزی را در مراجع تغییر دهد و آن، ارزیابی و تفسیری است که او (مراجع) از زندگی می‌کند و تحت تأثیر آن قرار می‌گیرد. بر مبنای این دگرگونی در ارزیابی و تفسیر و اصولاً چهارچوب ارزش‌گذاری مسائل، وابستگی به گذشته، به نوعی «وارستگی» تبدیل می‌شود. این‌جاست که «آزادی» معنا پیدا می‌کند. فردی که خود را «اسیر» و «زندانی» برخی افکار و گرایش‌ها احساس می‌کرد، در پرتو این دگرگونی، «آزاد» می‌شود. این نوع «آزادی»، در واقع، خود، حاصل آگاهی است که بر پایه «شناخت ضرورت‌ها» شکل می‌گیرد. ما وقتی گذشته‌مان را بازشناسی کردیم و سازوکار اثر رخدادها را بر زندگی خود، در حد امکان، مشخص نمودیم. وارد عرصه‌ی جدیدی از نگرش به خود و جهان اطراف می‌شویم و این، همان مفهوم «آزادی» است.

این نکته را نیز نباید فراموش کرد که آزادی هم‌زاد ضرورت است. هدف ما سوق دادن مراجع به یک زندگی بدون کشمکش، بدون نگرانی، و بی‌خیالی از یک سوی، و آسایش‌طلبی و فزون‌خواهی یا برعکس تسلیم و پذیرش محض نیست. هدف ما سازگاری فعال و واقع‌نگرانه است. منظور از سازگاری فعال و واقع‌نگرانه، رسیدن به سطحی از آگاهی، قابلیت و خودیابی است که فرد بتواند روحیه‌ی چالش‌پذیری، امیدواری و تغییرباوری را در خود پرورش دهد. این‌گونه سازگاری، در حقیقت، هم تغییر خویشتن را می‌طلبد و هم تغییر محیط را. این فرایند بیش از آنچه در رسیدن به هدف تحقق یابد، در شناخت موانع و چالش با آن‌ها است که معنا پیدا می‌کند. هیچ انسانی نمی‌تواند بدون آگاهی، به این سطح از سازگاری دست یابد و راه بالندگی را پیش بگیرد.

روان‌درمانی در نهایت کمک به انسان‌ها است که از چنبره «من این جوریم» نجات پیدا بکنند و وارد میدان «چه باید کرد؟» بشوند. در آن‌جا نیز متوقف نشوند تا به عرصه «می‌توانم» پای بگذارند. به عبارتی، هدف روان‌درمانی آموزش چه‌گونگی عبور از گذرگاه تنگ و باریک «بودن» و ورود به پهن‌دشت «شدن»، و از آن‌جا حرکت به سوی بلندی‌ها است. این احساس حرکت، به معنای «آزادی» است.

به امید آن‌که این کتاب و کتاب‌هایی از این دست، راه و شیوه‌ی تغییر خود و تغییر جهان اطراف‌مان را به ما بیاموزند و ما را با شناخت محدودیت‌ها، به آزادی برسانند.

ح.ق.

۲۵ تیرماه ۱۳۹۳

یادداشت مترجم بر چاپ سوم

از زمان انتشار چاپ نخست این کتاب در سال ۱۳۷۶، حدود ۶ سال می‌گذرد. آن زمان، موضوع رفتاردرمانی شناختی یا درمان‌شناختی - رفتاری، به عنوان موضوعی نسبتاً جدید، به جامعه ما معرفی شد. اما اینک موضوعی آشنا و مورد توجه متخصصان بالینی، دانشجویان و علاقه‌مندان، به شمار می‌رود. آثاری نیز در این باره، چاپ و منتشر شده است.

این توجه به رفتاردرمانی شناختی را باید به فال نیک گرفت و قدر شناخت. با این همه، هر فکر، انگاره یا مفهومی نیاز به مراقبت و رسیدگی دارد تا بتواند در محیطی سالم، نشو و نما پیدا کند و ابزارهای لازم را برای رهگشایی و اثرگذاری در اختیار گیرد. و نیز با گرفتن پس‌خورد (فیدبک) از کاربردهای عملی، پالایش یابد و به تدریج به یک سیستم فکری و عملکردی سازمان‌دار، سیال و پویا تبدیل شود.

از جمله «آفت‌هایی که ممکن است این گونه جریان‌های علمی و کاربردی را مبتلا سازد، ساده‌انگاری، سهل‌شماری، و تکیه صرف بر همخوانی برخی از تفکیک‌ها با «عقل سلیم و متعارف» است. اصولاً مبانی نظری و اسلوبی رفتاردرمانی شناختی به گونه‌ای است که در بسیاری از جوامع، قابل درک و قابل تفسیر است. اما سخن بر سر فراهم آوردن پشتوانه محکم علمی برای این رویکرد، و سهم بردن جامعه ما در تسبیب‌پذیری آن در سطح جهانی است. آموزش منظم، و تربیت درمانگر زیرنظر متخصص کارآموده، و تنظیم برنامه‌های مدون در قالب کارگاه‌های مختلف، از جمله شرایط لازم برای رشد و گسترش این جریان نو و بالنده است.

علاوه بر شرایط بالا درمانگر باید به درک کاملی از ویژگی‌های کاربردی این رویکرد درمانی در جامعه ما نایل آید. بدین منظور مسلماً باید دست به تحقیق زد - البته نه آن‌گونه تحقیق که گاه در علوم روان‌شناختی و رفتاری در حال حاضر مشاهده می‌شود، بلکه تحقیقی برخاسته از سؤال، که خود مرحله‌ای از رشد دانش و شناخت و مفهوم‌سازی به

حساب می آید.

یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های درمان شناختی-رفتاری در ایران، به ارتباط بین شناخت و عاطفه (یا هیجان) مربوط می‌شود. آن تمایز و جداگشتگی که در جوامع غربی بین فعالیت‌های عقلانی و حالت‌های هیجانی وجود دارد و در این باره درمانگران خود را ناگزیر احساس می‌کنند که برای شروع درمان آموزش‌هایی به مراجع بدهند، در جامعه علمی ما به آن شکل وجود ندارد. در نتیجه، چه بسا تشخیص افکار خودآیند (اتوماتیک) به عنوان هسته اصلی افسردگی و بسیاری از اختلال‌های اضطرابی و چگونگی ربط دادن آنها به هیجان‌ها، انگیزه و رفتار، در فرهنگ ما سازوکار دیگری داشته باشد و در چارچوب‌های دیگری قابل تبیین و بررسی باشد. آنچه مهم است گردآوری اطلاعات در این باره، و فرمول‌بندی آزمون‌پذیر این نوع سازوکارهاست.

به امید آن که بتوانیم با الهام گرفتن از دستاوردهای بسیار مهم جوامع پیشرفته درباره فرایند تغییر و چگونگی اثرگذاری و اثرپذیری در پردازش اطلاعات و تنظیم رفتار، سیستم درمانی متناسب با ویژگی‌های زیستی، فکری و فرهنگی جامعه خودمان طراحی کنیم.

ح.ق.

تابستان ۱۳۸۲

یادداشتی از مترجم

از هراکلیتوس (حدود سده پنجم پیش از میلاد) نقل می‌کنند که می‌گفت: «نمی‌توان دوبار در یک رودخانه، پای نهاد». این جمله معروف هراکلیتوس، اشاره معنی داری به تغییر و حرکت دارد. هم از اوست: «سکون در هستی نمی‌تواند باشد»، و یا «همه چیز، در جریان است» (به نقل از نخستین فیلسوفان یونان، تألیف شرف‌الدین خراسانی، تهران، کتابهای جیبی، ۱۳۵۷). می‌توان از این جمله، این برداشت را کرد که رودخانه‌ای که هم‌اکنون در آن پای می‌گذاری، رودخانه‌ای نیست که قبلاً در آن پای نهاده بودی، چراکه رودخانه، تغییر کرده است! شاید در کُل هستی، هیچ پدیده یا اصلی، پایدارتر از خود حرکت، نباشد. تغییر (change) نیز مفهومی در ارتباط با حرکت است. منظور از آن، از شکل، وضعیت یا حالتی، به شکل، وضعیت و یا حالت دیگر، درآمدن است. به یک معنی، می‌توان گفت که همه چیز در همه حال در حالت گشتن و تغییر است. اما منظور از تغییر در روان‌شناسی بالینی و درمانی، یعنی ایجاد دگرگونی برنامه‌ریزی شده، سازمان‌دار و منظم، هدفمند و انسانی در رفتار بیمار (درمانجو) و در شیوه برخورد او با جهان پیرامون و جهان درون. این نوع تغییر، در تقابل با تغییر به اصطلاح خودبه‌خودی که ظاهراً بدون برنامه‌ریزی مدون صورت می‌پذیرد، قرار می‌گیرد. هدف این نوع تغییر، در نهایت ایجاد سازگاری مطلوب در افراد است که به‌نحوی بتوانند رابطه‌ای سازنده و فعال با محیط خود، برقرار کنند. برنامه‌ریزی این تغییر را یافته‌های علمی از یک‌سوی و سازمان‌بندی و چارچوب‌های اجتماعی از سوی دیگر، تعیین می‌کنند. بدین معنی که اطلاعات برخاسته از علوم رفتاری و عصبی درباره شکل‌گیری و تداوم مشکلات و مسایل روانی و نیز رهنمودهایی برای ازمیان‌برداشتن این مشکلات و مسایل، مکانیسم و سطح مداخله درمانی - یعنی تغییر مطلوب - را معلوم می‌کند. از طرف دیگر، هر فرد در جامعه می‌زید و در جامعه فرا می‌بالد. در واقع، بسیاری از مشکلات، ریشه در روابط متقابل فرد با افراد دیگر و سازمانها و نهادهای اجتماعی دارند و باید در همان بافت - یعنی ارتباط متقابل - بررسی شوند. بیمار فردی است واقعی و ملموس که در شرایطی واقعی و ملموس، زندگی می‌کند. هر آن چه اتفاق می‌افتد، در این ارتباط، اتفاق می‌افتد. بدین معنی، برنامه‌ریزی تغییر، باید در سطح اجتماعی، صورت گیرد و شرایط رشد انسانهایی امیدوار، خلاق، جسور، هم‌نوع‌دوست و آزاده فراهم آید. بدین منظور، بخش عظیمی از علوم انسانی و روانی، متوجه این سطح از برنامه‌ریزی است؛ اما روان‌شناسی بالینی - به معنای انحصار خود - با فرد معین و مشخصی سروکار دارد و در صدد ایجاد تغییرات مطلوب در آن فرد است. رفتار درمانی شناختی، رویکرد نسبتاً نوپایی است که می‌خواهد فرد را در بافت یا زمینه زیستی، اجتماعی و فرهنگی خود قرار دهد و با

تکیه بر اصول و قواعد برخاسته از رشته‌های مختلف روان‌شناسی و سایر علوم وابسته، «سالم‌زیستن» و «سالم‌اندیشیدن» را به او بیاموزد.

این رویکرد، خود از تلفیق دو رویکرد رفتاردرمانی (که عمدتاً در بستر شرطی‌سازی پاولوفی و نوپاولفی، فرابالید) و رویکرد شناختی - چه در قالب شناخت‌درمانی و چه در چارچوب روان‌شناسی شناختی و دانش شناخت پایه (cognitive science) - پدید آمد. به یک اعتبار، می‌توان گفت که در رفتاردرمانی شناختی، نکات قوت رویکردهای رفتاردرمانی و شناخت‌درمانی - یعنی عینی‌گرایی، ارزیابی و سنجش از یک سوی و دخالت‌دادن نقش حافظه در بازسازی و تفسیر اطلاعات از سوی دیگر - گرد آمدند و به صورت یک پیکره دانش کار بسته درآمدند. امروزه، این رویکرد، نظریه‌ها و نگرشهای نسبتاً متفاوتی را در خود جای داده است. شاید بتوان گفت که تنها وجه مشترک آنها، توجه به نقش واسطه‌مند فرایندهای شناختی در پردازش اطلاعات و در بروز واکنش فرد به محرکها باشد. اما در هر صورت، از اصطلاحات و مفاهیمی استفاده می‌کنند که به‌نحوی در چارچوب رفتاری، معنی پیدا می‌کنند و قابل ارزیابی و سنجش، تلقی می‌شوند. تحقیقات و مدل‌سازیهای بندورا درباره «اهمیت یادگیری مشاهده‌ای» و نقش «خویشتن» در ارزیابی رفتار و تسلط بر آن، پژوهشهای سلینگمن درباره درماندگی اکتسابی، تحقیقات الوی و آبرامسون درباره مسئله اسناد و سوگیری پردازش در افراد افسرده، بررسیهای لنگ درباره سیستمهای سه‌گانه در واکنش فرد و ارائه مدل زیست - اطلاعاتی درباره واکنش ترس و چگونگی مواجهه با آن، کوششهای اولیه مایکن‌بام درباره پیوند دادن دیدگاه ایس با نظریه لوریا در خصوص نقش نظم‌بخشی گفتار، نظرپردازیهای هولون درباره مشخصات خودانگیختگی پردازش اطلاعات در ذهن فرد افسرده و فرایند تغییر، پژوهشهای گروه فوآ درباره پردازش هیجانی در رویارویی با محرک ترسناک و یا سواس‌انگیز، و فعالیتهای اخیر تیزدیل درباره متصل‌ساختن جریان شناخت‌درمانی به دانش شناخت پایه، جملگی در کشاندن آن قسمت از رفتاردرمانی به مسیری که اینک رفتاردرمانی شناختی نامیده می‌شود، مؤثر واقع شدند. اما از لحاظ کاربردی شاید هیچ عاملی مهم‌تر از مدل شناخت‌درمانی بک، بر روند شکل‌گیری رویکرد رفتاری - شناختی به درمان، تأثیر نگذاشت. یکی از خصوصیت‌های بارز این مدل، ایجاد پیوند محکم بین دو زمینه بالینی و پژوهشی بود. و نیز پیوند خوردن بنیان نظری مدل شناخت‌درمانی با برخی از نگرشهای پردازش اطلاعات، ظرفیتهای جدیدی، در آن به وجود آورد. استفاده از سازه‌های نظری مهم و کارسازی مانند طرحواره، سوگیری، فرضیه آزمایشی، تحریف، افکار خود-آیند و غیره، تبیین برخی از مکانیسمهای شناختی در افسردگی و اضطراب را آسان‌تر ساخت. مدل بک، مخصوصاً از این نظر حایز اهمیت است که پژوهشهای گسترده‌ای را دامن زد و یافته‌های حاصل از این پژوهشها نه تنها پالایشهایی در پاره‌ای از مفاهیم اصلی شناخت‌درمانی پدید آوردند، بلکه مکانیسمهای احتمالی جدیدی را در فرایند درمان ارائه دادند که گاه با مکانیسمهای پیشنهادی در شناخت‌درمانی، در مقام تعارض قرار می‌گرفتند. با این همه، این مدل، هنوز یکی از کاراترین مدلها درباره تغییر رفتار و برداشت فرد از رویدادهاست. مخصوصاً اهمیتی که در آن به جنبه‌های رفتاری و عملی (به شکل تکلیف خانگی، یادداشت‌برداری، خود-بازنگری، تمرین و ذهن‌ورزی) در ارزیابی و درمان، داده می‌شود و سازمان‌بندی مناسبی که در طراحی و اجرای برنامه درمانی در آن وجود دارد، در گسترش و قابلیت‌کاربردی آن در افراد مختلف و متناسب با شرایط مختلف فرهنگی و اجتماعی، تأثیر داشته است.

* * *

در این کتاب، رویکرد رفتاری - شناختی به درمان، به صورت یک الگوی راهنما، توضیح داده شده است. سازمان‌بندی فصلها و شیوه برخورد با مسئله، به‌گونه‌ای است که استفاده از مطالب را آسان ساخته است. اما این بدان معنی نیست که نیازی به آموزش منظم و دوره کارآموزی، زیر نظر یک متخصص بالینی کارآموده، وجود ندارد. راهبردها و تکنیکهای درمانی باید در یک مرکز علمی و بالینی فراگرفته شوند و براساس فیدبک (پسخوراند)، دقت و ظرافتهای موجود در کاربرد آنها، مورد توجه قرار گیرند. بنابراین، کتاب حاضر را نمی‌توان به‌هیچ‌وجه، کتاب «خود-آموز» تلقی کرد.

در فصلهای مختلف کتاب، بیش از همه به مسئله ارتباط بین درمانگر و بیمار، تأکید شده است. این ارتباط به‌عنوان ارتباطی واقعی، بافتاری (contextual)، ابهام‌زدایی - شده، صادقانه و مبتنی بر اصل فیدبک و مشارکت فعالانه طرفین، تصویر می‌شود. چیزی از نظر بیمار، در پرده ابهام باقی نمی‌ماند. درمانگر و بیمار، هر دو، در طرح فرضیه و فراهم آوردن دلایل مشخص برای قبول یا رد آن، کوشش می‌کنند. اما این مسئولیت، به تدریج و در طی یک فرایند سنجیده، بر عهده بیمار گذاشته می‌شود تا بتواند مستقلاً بر دشتهای خود را از وقایع مهم زندگی و نگرش دیگران درباره خود، بیازماید و در صورت لزوم، تغییراتی در آنها ایجاد کند.

* * *

کتاب در اصل در یک جلد، تدوین شده است. اما با توجه به حجم کتاب و تقسیم‌بندی موضوعها، تصمیم گرفته شد که ترجمه آن در دو جلد، انتشار یابد. جلد اول، شامل ۶ فصل تاریخیچه و اصول، ارزیابی، پانیک و اضطراب تعمیم‌یافته، هراسها، سواس و افسردگی می‌شود. جلد دوم که امیدواریم به‌موقع در اختیار خوانندگان قرار گیرد، فصلهای زیر را در بر می‌گیرد: مسایل جسمی، اختلالات خوردن و خوراک، معلولیتهای مزمن روانی، مسایل زناشویی، اختلالات جنسی و حل مسئله. در واژه‌گزینی، سعی شده است تا حد امکان از معادلهای موجود استفاده شود. اما در مواردی نیز ناگزیر، معادلهای جدیدی وضع شده‌اند. این معادلهای را باید به‌عنوان یک پیشنهاد تلقی کرد و اصراری در کاربرد آنها وجود ندارد.

این کتاب می‌تواند به‌عنوان کتاب درسی و یا کمکی در دوره‌های کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترای روان‌شناسی با درجات متفاوتی از توقع کار نظری و عملی از دانشجوی، مورد استفاده قرار گیرد. دستیاران روان‌پزشکی نیز می‌توانند از آن به‌عنوان یک کتاب مرجع و راهنمای معتبر علمی، استفاده کنند. افراد علاقه‌مند می‌توانند از اصول رهنمودی آن در تغییر رفتار خود بهره‌جویند؛ اما برنامه تغییر رفتار در آنها حتماً باید زیر نظر یک متخصص بالینی، تنظیم شود.

حبيب‌الله قاسم‌زاده

استاد گروه روان‌پزشکی بیمارستان روزبه

دانشگاه علوم پزشکی تهران

پاییز سال ۱۳۷۵

پیشگفتار

م. جی. گلدرا^۱

استاد روان‌پزشکی، دانشگاه آکسفورد

رفتاردرمانی شناختی، رشد و توسعه جدیدی در درمان روان‌شناختی، به‌شمار می‌آید. با این همه، در این مدّت کم، توانسته است علاقه زیادی را در متخصصان بالینی، به خود معطوف سازد. سه دلیل عمده، برای این علاقه وجود دارد. نخست آن‌که روشهای شناختی - رفتاری، برعکس سایر شکلهای رفتاردرمانی، مستقیماً با افکار و احساسات - که در تمامی اختلالهای روانی از اهمیتی آشکار برخوردارند - سروکار دارد. دوّم آن‌که رفتاردرمانی شناختی، شکافی دارد که بسیاری از درمانگران بین روشهای صرفاً رفتاری و روان‌درمانیهای پویا احساس می‌کنند، پُر می‌سازد. سوّم آن‌که این روشهای جدید درمانی، برعکس روان‌درمانی پویا، پایه‌های علمی دارند و قابلیت بیشتری در ارزیابی فعالیتهای بالینی، از خود نشان می‌دهند.

احتمالاً در فرایند برنامه‌ریزی برای درمان اختلالهای افسردگی بود که رویکردهای شناختی، توجه اکثر درمانگران را به خود جلب کرد. البته [امروزه] رفتاردرمانی شناختی، کاربردهای بس وسیع‌تری دارد و بسیاری از آنها به مواردی مربوط می‌شوند که با استفاده از سایر روشها نمی‌توان آنها را به سادگی و به طرز مؤثری درمان کرد. این موارد عبارتند از اختلالهای اضطراب و وسواس، اختلالهای خورد و خوراک، برخی از مسایل جسمی، جنبه‌هایی از ناتوانیها در بیماران مبتلا به بیماریهای روانی مزمن، و نیز مسایل جنسی و زناشویی.

درباره رفتاردرمانی شناختی، مطالب زیادی، چه به صورت کتاب و چه به صورت مقاله، نوشته شده است. اما فقط بخش بسیار کوچکی از این نوشته‌ها، به جنبه‌های عملی درمان، اختصاص یافته است. به همین دلیل، برای یک درمانگر علاقه‌مند، دشوار است که بتواند مناسب‌بودن بیمار برای این نوع درمان را تشخیص دهد و به اجرای روشها بپردازد. ویراستاران

این کتاب، متوجه این نقص در آثار مربوط به رفتاردرمانی شناختی شدند و درصدد رفع آن برآمدند. آنها در این کار، موفقیت بسیار خوبی، به دست آورده‌اند. گروهی از مؤلفانی راگرد آورده‌اند که نه تنها افرادی مطلع در زمینه رفتاردرمانی شناختی به حساب می‌آیند، بلکه در کاربرد این نوع درمان و آموزش آن به دیگران نیز کارآزموده هستند. کتاب، شامل فصلهایی است که در آنها به کلیه کاربردهای مهم رفتاردرمانی شناختی، پرداخته شده است. فصلها به گونه‌ای تنظیم شده‌اند که از ساختاری معین و یکسان در همه موارد برخوردار باشند: هر فصل، شامل بخشهایی درباره مسایل اساسی مربوط، ارزیابی و درمان است. این مطالب، روشن و واضح نوشته شده‌اند و نقل‌گزیده‌هایی از جلسه‌های درمانی، آنها را زنده و پُرکشش، ساخته است. توصیه‌های عملی بسیاری نیز در باره حل مسایلی که ممکن است در درمان پیش بیایند، به عمل آمده است. بی‌شک، برای یادگیری هر روش درمانی تازه‌ای، تجربه نظارت‌شده‌ای لازم است و همین‌طور مطالعه. اما توضیحات کتاب، به گونه‌ای است که آموزندگان می‌توانند کار درمانی خود را با انگاره روشنی درباره روشهای مورد استفاده، آغاز کنند. و چون بدین ترتیب، مسایل نظری مورد لزوم، به خوبی درک می‌شوند، شرکت در جلسه‌های سرپرستی، سودمندی بیشتری خواهد داشت.

فصلهای کتاب، در عین حال که حاوی اطلاعات پایه‌ای لازم برای کارآموزان روان‌شناسی و روان‌پزشکی است، شامل نوعی توصیه‌های منفصل نیز هست: توصیه‌هایی که می‌تواند برای اکثر درمانگران کار کرده، مفید واقع شود. بدین ترتیب، خوانندگان از انواع مختلف و با سطح آموزشی متفاوت، این کتاب را مناسب خواهند یافت. رفتاردرمانی شناختی، به سرعت رشد می‌کند. اما خوانندگانی که از طریق این کتاب با جنبه‌های اساسی [نظری] و عملی تکنیکهای شناختی - رفتاری، آشنا می‌شوند، باید بتوانند با ایجاد تغییراتی مناسب در تجربه خود، به سایر مواردی که ممکن است درمان شناختی - رفتاری در آنها کاربرد داشته باشد، نیز پردازند. خلاصه آن‌که این کتاب بدون تردید، مطالب بس مهم و جدیدی بر ادبیات رفتاردرمانی شناختی می‌افزاید. خوشوقتم که آن را برای خوانندگان، معرفی می‌کنم.

مقدمه

چگونگی استفاده از این کتاب

این کتاب، برای درمانگرانی تألیف شده است که تجاربی در زمینه درمان بالینی بیماران روانی دارند و هدف آن کمک به این دسته از خوانندگان است تا بتوانند استفاده از روشهای درمانی شناختی - رفتاری را در کار بالینی خود، آغاز کنند. اگرچه مطالب علمی بسیاری در کارآیی این رویکرد وجود دارد، اما کتاب راهنمایی که بتواند با توضیحات کافی خود، کارآزمایان را در کارهای بالینی روزمره یاری رساند، وجود ندارد.

هدف از تدوین این کتاب، فراهم آوردن راهنمای جامع و یکپارچه‌ای است درباره کاربرد رفتاردرمانی شناختی. این کتاب، به عنوان یک اثر واحد و پیوسته، نگارش یافته است. در فصل اول، اصول اساسی روان‌شناسی در درمانهای شناختی - رفتاری، توضیح داده شده‌اند و به چگونگی شکل‌گیری این نوع درمان و اصول آن، در حدی کلی اشاره شده است. فصل دوم، توضیح مفصلی درباره چگونگی ارزیابی شناختی - رفتاری، ارائه داده است. و چون در این فصل، مبانی نظری و عملی قسمت اعظم فصلهای بعدی، شرح داده شده‌اند. توصیه می‌شود، پیش از مراجعه به فصلهای بعدی که با اختلالهای اختصاصی، سروکار دارند، این فصل خوانده شود. در هر یک از فصلهای بعدی، نویسندگان، برای ارائه مطالب خود از چارچوب واحد و ثابتی، استفاده کرده‌اند. ابتدا نکات عمده‌ای را درباره ماهیت هر اختلال و شکل‌گیری رویکردهای درمانی متداول، بیان کرده‌اند و بعد به شرح مفصلی درباره نحوه اجرای درمان، پرداخته‌اند. به چگونگی برخورد با مشکلاتی که در جریان درمان خود را نشان می‌دهند و نیز دلایل شکست در درمان، توجه خاصی مبذول شده است. اگرچه در موارد مقتضی، از شواهد پژوهشی به عنوان تأیید کاربرد برخی از روشهای درمانی، سخن به میان آمده است، اما نویسندگان آگاهانه سعی کرده‌اند از ارائه بخشهای گسترده پژوهشی، خودداری کنند، چراکه دسترسی به این نوع بررسیها همه‌جا وجود دارد و ذکر آنها جزو هدف اصلی این کتاب نیست. در پایان هر فصل، فهرست کوتاهی از مقاله‌ها و کتابها به عنوان مکمل فصل، پیشنهاد شده است.

نویسندگان در عین حال که چارچوب مسئله‌نگر را به عنوان شیوه‌ای سودمند در سازمان‌بندی مطالب، پذیرفته‌اند، از کاربرد هر نوع طرحواره تشخیصی جزئی نیز، دوری جسته‌اند. اصل اساسی در همه فصلها این است که هر طرح درمانی، براساس ارزیابی کامل شناختی - رفتاری و نیز ضابطه‌بندی مبتنی بر یک مدل روان‌شناختی درباره هر اختلال، استوار

است. قصد آن نیست که روشهای درمانی ارائه شده در این کتاب، به عنوان دستورالعمل میزان شده در درمان اختلالهای مختلف، تلقی شود. بلکه هدف آن است که اطلاعات کافی در اختیار خواننده قرارگیرد تا بتواند به عمل ارزیابی دست یازد و در مورد تک تک بیماران مختلف - با طیف وسیعی از مسایلی که در تجربه بالینی مشاهده می شود - روش درمانی، مناسبی، طراحی کند. فرمول بندی و درمان، پیوندی تنگاتنگ با هم دارند و در صورت لزوم و به اعتبار پاسخ بیمار به درمان، می توان تغییراتی در آنها پدید آورد. در این کتاب از نمونه های بالینی فراوانی استفاده شده است تا خوانندگان را در نحوه کاربرد روشهای خاص درمانی، یاری رساند. آکسفورد، ۱۹۸۸

- ک.ه.
- پ.م.س.
- ج.ک.
- د.م.ک.

اصول رفتاردرمانی شناختی

ویراستاران

روشهای درمانی شناختی - رفتاری^۱: شکل‌گیری و اصول

مقدمه

مبانی تجربی رویکردهای شناختی - رفتاری به مسایل روانی را می‌توان در اوایل قرن حاضر پی‌جویی کرد. نگرش داروینی دربارهٔ پیوستگی بین انسان و جانوران پست‌تر، این امکان را پدید آورد که از «مدلهای حیوانی» رفتار، در مطالعهٔ چگونگی ایجاد و تداوم بیماریهای روانی استفاده شود. در این نگرش، فرض بر آن است که اصول برخاسته از پژوهشهای مربوط به یادگیری در جانوران، قابل‌تعمیم به انسان نیز هستند.

در پژوهشهای اولیه، دو اصل، در یادگیری جانوران تشخیص داده شده بودند. اصل نخست بر پایهٔ کارهای پاولوف^۲ و سایر فیزیولوژیستهای روسی، استوار بود. این محققان، آزمایشهایی با سگها انجام دادند. در این آزمایشها ابتدا زنگی به صدا درمی‌آمد و آن‌گاه به جانور، غذایی داده می‌شد. پس از آن که این زنجیرهٔ رویدادها چندین بار تکرار می‌شد، بزاق سگ به محض ایجاد صدای زنگ، پیش از آن‌که غذایی ارائه شود، شروع به ترشح می‌کرد. این پدیده به عنوان شرطی‌سازی کلاسیک^۳ شناخته شد. از آن‌جا که غذا به طور خودبه‌خودی و پیش از آن‌که یادگیری (شرطی‌سازی) صورت پذیرد، موجب ترشح بزاق می‌شد، آن را محرک غیرشرطی^۴ و پاسخ ترشح بزاق نسبت به غذا را پاسخ غیرشرطی^۵ نامیدند. پیش از آن‌که هیچ نوع یادگیری به وقوع بپیوندد، زنگ قادر به ترشح بزاق در جانور نبود. اما پس از چند بار توأم‌سازی صدای زنگ با غذا، صدای زنگ (محرک شرطی^۶) قادر به ترشح بزاق (پاسخ شرطی^۷) در سگ شد. این الگو در تصویر ۱-۱ نشان داده شده است. پاولوف همچنین بررسی کرد که اگر به دنبال ایجاد صدای

1- cognitive - behavioural treatments

2- Pavlov, I.P. (1849-1936)

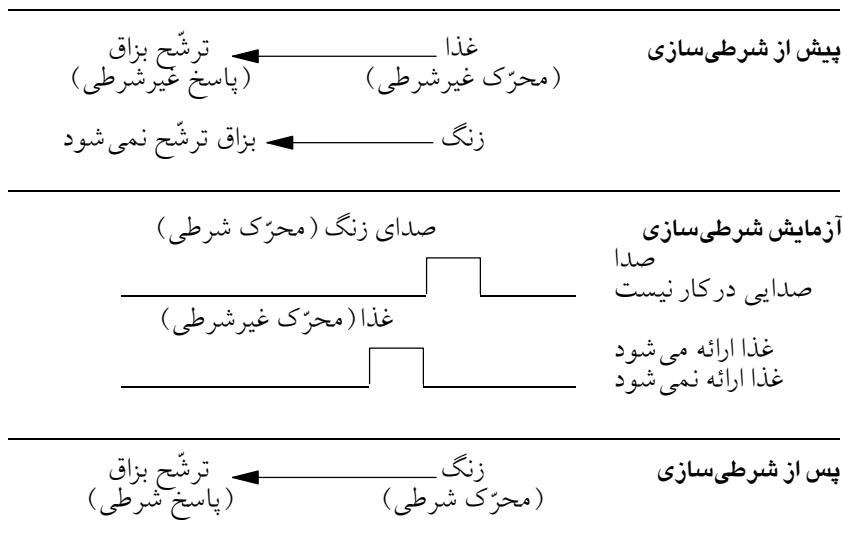
3- classical conditioning

4- Unconditioned stimulus

5- Unconditioned response

6- conditioned stimulus

7- conditioned response



تصویر ۱-۱: الگوی^۱ شرطی‌سازی کلاسیک

زنگ، محرك غير شرطی (غذا) ارائه نشود، در پاسخ شرطی چه تغییراتی ایجاد می‌شود. معلوم شد که اگر این حالت چند بار تکرار گردد، پاسخ شرطی به تدریج دچار خاموشی^۲ می‌شود. محققان روسی همچنین دریافته‌اند که می‌توان پاسخهای هیجانی از قبیل ترس را نیز شرطی کرد. به همین دلیل، الگوی شرطی‌سازی کلاسیک، پی‌آمدهای قابل ملاحظه‌ای در درک پدیده‌های آسیب‌شناسی روانی دارد. مثلاً در حالت غير شرطی، جانور در برابر ضربه الکتریکی، پاسخی هیجانی از خود نشان می‌دهد. این پاسخ، پاسخی غير شرطی است که ضربان قلب جانور را بالا می‌برد. اما در مقابل محرك غير شرطی دیگری مانند نور قرمز، از ابتدا چنین پاسخی در جانور مشاهده نمی‌شود. حال اگر نور قرمز به طور منظم با ضربه الکتریکی توأم شود، جانور در برابر نور قرمز نیز پاسخ ترس شرطی از خود نشان می‌دهد. بدین ترتیب، نور قرمز به صورت یک محرك ترس شرطی برای جانور درمی‌آید.

اصل دوم که به عنوان **شرطی‌سازی کنشگر**^۳ شناخته شده است، از مشاهدات ترندایک^۴، تول من^۵ و گاتری^۶ پدید آمده است. آنان در یک رشته آزمایش دریافته‌اند که اگر به دنبال رفتاری معین، به طور مرتب پاداشی، ارائه شود، احتمال وقوع مجدد آن رفتار بیشتر می‌شود. این پدیده

1- paradigm

2- extinction

3- operant conditioning

4- Thorndike, E.L. (1874-1859)

5- Tolman, E.c. (1886-1959)

6- Guthrie, E.R. (1886-1959)

تقویت‌کننده

حذف می‌شود ↓ (ناکام‌سازی از طریق حذف پاداش)	ارائه می‌شود ↑ (تقویت مثبت)	مثبت نوع تقویت‌کننده منفی
↑ (تقویت منفی)	↓ (تنبیه)	

تصویر ۲-۱: شیوه‌های افزایش (↑) و یا کاهش (↓) در بسامد رفتار بر اثر دستکاری پسایندهای آن

به عنوان «قانون اثر»^۱ شناخته شد. این قانون می‌گوید رفتاری که پسایندها^۲ی ارضاکننده‌ای به دنبال داشته باشد، گرایش به تکرار پیدا می‌کند و رفتاری که پسایندهای ناگوار به دنبال داشته باشد، احتمال وقوع کمتری پیدا می‌کند. اما اسکینر^۳ تقویت‌کننده‌ها^۴ را برحسب اثر آنها بر رفتار فرد، تعریف کرد و نه برحسب این که آیا آنها پاداش‌دهنده به نظر می‌رسند و یا ناگوار. و بدین ترتیب دامنه این اصل را گسترش داد. بنابراین در شرطی‌سازی کنشگر، اگر به دنبال رفتاری، رویدادی خاص به وقوع بپیوندد و بسامد رفتار افزایش یابد، گوئیم آن رفتار تقویت شده است (مراجعه شود به شکل ۲-۱). منظور از تقویت مثبت^۵، موقعیتی است که در آن رفتاری خاص (مانند سروقت حاضرشدن) با بسامد بیشتری اتفاق می‌افتد، چون پسایندهای مثبتی (مانند تشویق) را به دنبال می‌آورد. منظور از تقویت منفی^۶، موقعیتی است که در آن بسامد رفتاری، افزایش می‌یابد بدین علت که به دنبال آن، رویداد ناگوار قابل‌انتظاری (مثلاً اضطراب یا شکایت فرد دیگر) حذف می‌شود. پس اصطلاح تقویت در هر صورت به موقعیتی اطلاق می‌شود که در آن رفتار از لحاظ بسامد و یا قدرت، افزایش می‌یابد. در ارتباط با کاهش در بسامد رفتار، دو نوع پساینده دیگری قابل ذکرند. تنبیه^۷ به موقعیتی گفته می‌شود که در آن از بسامد رفتاری، به علت آن که رویداد بیزارساز^۸ یا آزارنده‌ای (از قبیل ضربه الکتریکی) به دنبال آن اتفاق می‌افتد، کاسته می‌شود. ناکام‌سازی از طریق حذف پاداش^۹، موقعیتی است که در آن از بسامد رفتاری، به علت آن که پاداش موردانتظار حذف می‌شود (مانند مورد تشویق قرارنگرفتن)، کاسته می‌شود. برای آن که بتوانیم از اصول شرطی‌سازی کنشگر، برای کمک به بیماران استفاده کنیم، باید در برنامه‌ریزی

1- Law of Effect

2- consequences

3- Skinner, B.F. (1904-1990)

4- reinforcers

5- positive reinforcement

6- negative reinforcement

7- punishment

8- aversive

9- frustrative non-reward

درمانی رویدادهایی را منظور کنیم که در گذشته، قدرت تغییر خود را در جهت مطلوبی نشان داده‌اند. این تقویت‌کننده‌ها ضرورتاً همانهایی نیستند که اساساً پاداش‌دهنده به نظر می‌رسند. شکل‌گیری این دو الگوی شرطی سازی، و تلفیق بعدی آنها به وسیله محققانی از قبیل هال^۱ و ماورر^۲، در تکامل رفتاردرمانی از ارزش بالایی برخوردار بود. در این ارتباط، پژوهشهای ماورر (۱۹۶۰ و ۱۹۴۷) اهمیت ویژه‌ای دارد. وی برای تبیین ترس و رفتار اجتنابی از مدل دو عاملی^۳ (که دربرگیرنده اجزای هر دو شرطی سازی کلاسیک و کنشگر بود) استفاده کرد. ماورر مطرح کرد که ترس از محرکهای اختصاصی از طریق شرطی سازی کلاسیک، فراگیری می‌شود. اما چون ترس حالتی بیزارساز است، جانور یاد می‌گیرد از طریق اجتناب (رویگردانی^۴) از محرکهای شرطی آن را کاهش دهد. سولومون^۵ و وین^۶ (۱۹۵۴) به مشاهدات مهم دیگری پرداختند و به این نتیجه رسیدند که اگر محرکهایی طبق الگوی شرطی سازی کلاسیک، در گذشته با محرکهای بیزارساز قدرتمندی همبسته شوند، پاسخهای اجتنابی نسبت به این محرکهای شرطی، در برابر خاموشی، فوق‌العاده مقاوم خواهند بود. یعنی این محققان نشان دادند که پاسخ اجتنابی نسبت به محرکهای بی‌ضرر ممکن است مدتها پس از زمانی که شرطی سازی قبلی از بین رفته است، گرایشی به کم شدن از خود نشان ندهند.

کاربردهای اولیة اصول رفتاری در زمینه‌های بالینی

شاید معروف‌ترین نمونه کاربرد اصول رفتاری در زمینه اضطراب بالینی (مرضی)، توصیف روشهای شرطی باشد که به وسیله واتسون^۷ و ری‌نر^۸ (۱۹۲۰) در مورد نوپای ۱۱ ماهه‌ای به نام «آلبرت کوچولو»^۹ به کار گرفته شد. آنها توانستند از طریق توأم ساختن صدای بلند و منظره موش سفید، در آلبرت پاسخ اضطرابی شرطی نسبت به موش ایجاد کنند. این شرطی سازی اضطراب، به محرکهای مشابهی از قبیل موی سفید و پنبه بهداشتی، نیز کشیده شد (تعمیم یافت^{۱۰}). اما این امر در مورد اشیای غیرمشابه، اتفاق نیفتاد. مسؤولیت این قسمت از کار را جونز^{۱۱} (۱۹۲۴) به عهده گرفت. او سعی کرد توصیه‌های واتسون را برای درمان به کار گیرد. خانم جونز کشف کرد که فقط دو روش درمانی وجود دارد که همیشه مؤثر واقع می‌شوند: شیوه نخست این است که شیء ترسناک را با یک پاسخ خوشایند دیگری (مانند خوردن) همبسته سازیم. و در شیوه دوم، کودک را در حضور کودکان دیگری که اثری از ترس در آنها مشاهده نمی‌شود، با محرک ترسناک روبرو می‌سازیم. قابل توجه است که این روشها، شباهت زیادی به

1- Hull, c.l. (1884)

2- Mowrer, O.H. (1907-1982)

3- two-factor model

4- avoidance

5- Solomon

6- Wynne

7- Watson, J.B. (1878-1958)

8- Rayner

9- "little Albert"

10- generalization

11- Jones

روشهایی دارد که بعدها ولپی^۱ (در حساسیت‌زدایی منظم^۲) و بندورا^۳ (در سرمشق‌گیری فعال^۴) به کار گرفتند (به قسمت‌های بعدی فصل مراجعه شود).

گسترش عمده بعدی، به کارهای ماورر و ماورر درباره شب‌اداری، که در اواخر سالهای (۱۹۳۰) صورت گرفته است، مربوط می‌شود. آنها شب‌اداری را به عنوان ناتوانی بیمار در بیدار شدن از خواب، در پاسخ به پرشدگی مثانه، تلقی کردند. و در نتیجه، پرشدگی مثانه (آغاز ادار) را با بیدارسازی و انقباض اسفنگتر در مرحله پس از بیداری ارتباط دادند، به طوری که پس از چند بار تکرار، پرشدن مثانه، به خودی خود به انقباض اسفنگتر منجر می‌شد و بدین ترتیب مانع ادار می‌گشت. درمان با استفاده از ابزار الکتریکی «زنگ و تشک» مؤثر شناخته شد (ماورر و ماورر ۱۹۳۸). اهمیت کار ماوررها تنها به جنبه این نتیجه جالب توجه مربوط نمی‌شود، بلکه آن چه در کار آنها تازگی داشت، ضابطه‌بندی و درمان رفتاری شب‌اداری بود. این کار در رشد و توسعه بعدی ضابطه‌بندیها و درمان رفتاری، نقش مهمی ایفا کرد.

گسترشهای مربوط به سالهای ۱۹۵۰ شامل تلاشهایی می‌شدند که به منظور وارد ساختن مفاهیمی بیرون از حیطه رفتاری، به قلمرو رفتاردرمانی صورت می‌گرفتند. در این باره مخصوصاً کارهای دالرد و میلر^۵ (۱۹۵۰) مؤثر بود. این دو، نظریه روان‌کاوی را برحسب اصطلاحات نظریه یادگیری مفهوم‌سازی کردند و عواملی از قبیل اثرات فرهنگی را وارد چارچوب رفتاری ساختند. این امر نشان داد که رفتاردرمانی از قدرت تبیینی وسیعی برخوردار است. و بدین ترتیب اساس ضابطه‌بندیهای شناختی - رفتاری بعدی - آن گونه که بتواند یافته‌های مربوط به پژوهشهای روان‌شناسی شناختی و اجتماعی را در خود ادغام کنند، پی‌ریزی شد.

جوزف ولپی در آفریقای جنوبی در اوایل سالهای ۱۹۵۰، گزارشهای خود را درباره روان‌نژندیهای تجربی (آزمایشگاهی)^۶ گریه‌ها، منتشر ساخت. این پژوهش، شبیه پژوهشهای پیشین، و از آن جمله کارهای ماسرمن^۷ (۱۹۴۳) بود. با این تفاوت که ولپی برای حذف ترس، و اجتناب آزمایشگاهی (تجربی)، فنون جدیدی را مورد توجه قرار داد. او مخصوصاً به ایجاد ترس شرطی، علاقه مند شد. بنابراین، اگر جانور هر بار که به سمت غذا نزدیک می‌شود، ضربه الکتریکی ضعیفی دریافت کند، این ترس ممکن است در موقعیتهایی مشابه موقعیتی که در آن ضربه الکتریکی وارد شده است، نیز خود را نشان دهد. ولپی برای توضیح این پدیده، از تبیینی نوروفیزیولوژیک استفاده کرد. از آن جا که نزدیک شدن به غذا از طریق موقعیتی که «نشانه‌های روان‌نژندی تجربی» را پدید می‌آورد بازداری می‌شد، او نتیجه گرفت که ترس و نزدیک شدن به

1- Wolpe, J. (1915-)

2- systematic desensitization

3- Bandura A. (1925)

4- participant modeling

5- Dollard and Miller

6- experimental neuroses

7- Masserman

غذا در مقام تعارض متقابل و یا بازداری متقابل^۱ قرار دارند. این نتیجه‌گیری به این نظر انجامید که می‌توان از غذا در کاهش اضطرابی که در موقعیتهای خاصی پدید می‌آید، استفاده کرد. ولپی این نظر را به طور موفقیت‌آمیزی به اثبات رسانید. بدین ترتیب، در عین حال که جانوران آزمایشگاهی خود را غذا می‌داد به تدریج آنها را به موقعیتهای که اولین بار ضربه الکتریکی به آنها وارد شده بود، نزدیک می‌ساخت. او پیشنهاد کرد که به طور کلی می‌توان از طریق ارائه همزمان محرکهای اضطراب‌انگیز و محرکهایی که پاسخی معارض با اضطراب (بازدارنده متقابل) در اورگانسیم ایجاد می‌کنند، ترس را کم ساخت، به شرطی که پاسخ معارض، قوی‌تر از اضطراب باشد. برای حصول اطمینان از این که بازدارنده، قوی‌تر از اضطراب است، محرکهای اضطراب‌انگیز به طور تدریجی و به صورت سلسله‌مراتبی^۲، از کم به زیاد، ارائه می‌شدند.

ولپی در کار تعمیم این یافته‌ها به انسان، به سه نوع پاسخ عمده رسید که ممکن بود در نقش بازدارنده‌های متقابل، عمل کنند. پاسخهای جنسی، پاسخهای جرأت‌آمیز^۳ و آرامش عضلانی پیش‌رونده^۴. متداول‌ترین این پاسخها، شکل تعدیل یافته و کوتاه شده روش آرامش جکوبسون^۵ (۱۹۳۸) بود که به نظر ولپی از لحاظ همبسته‌های نوروفیزیولوژیک، اثری مشابه غذا خوردن را داراست. در روش ولپی، ابتدا به بیمار آرامش یاد داده می‌شود و بعد، از او خواسته می‌شود که به طور گام به گام طبق سلسله‌مراتبی که تنظیم شده است، در معرض موقعیتهای ترسناک قرار گیرد. زیرا این حالت آرامش، موجب بازداری متقابل در پاسخ ترس می‌شود. ولپی ابتدا از رویارویی عینی (واقعی)^۶ استفاده می‌کرد، اما بعد، ارائه ذهنی را جایگزین آن کرد. این تغییر، به علت قابلیت کنترل بیشتر، و سهولت کاربرد روش ذهنی، صورت گرفت. این روش که به حساسیت‌زدایی منظم^۷ شهرت یافت، به طور دقیق در کتاب معتبر ولپی تحت عنوان روان‌درمانی از طریق بازداری متقابل^۸ (۱۹۵۸) شرح و بسط داده شد. در این کتاب با صراحت عنوان شده است که بیماران باید بین جلسه‌ها، به‌طور عینی تکالیف مفصلی را انجام دهند. ولپی در این باره سهم قابل ملاحظه‌ای داشت و تأثیر بسزایی در کاربرد رفتاردرمانی به جای گذاشت. اهمیت کار ولپی، تنها در استفاده او از یک ضابطه‌بندی نظری، مبتنی بر فرضیه‌های روشن و قابل آزمون - که به منظور ایجاد راهبردهای درمانی کاملاً مشخصی انجام می‌پذیرد - نیست، بلکه در شرح و توصیف جزء به جزء کاربرد درمانی این تکنیک بالینی نیز هست. اما اساس نظری بازداری متقابل، امروزه دیگر اعتباری ندارد. چون ثابت شده است که رویارویی با موقعیتهای واقعی زندگی، مؤثرترین روش در کاهش اضطراب شرطی است و نیز ثابت شده است که نه رویارویی

1- reciprocal inhibition

2- hierarchy

3- assertive responses

4- progressive muscular relaxation

5- Jacobson

6- *in vivo* exposure

7- systematic desensitization

8- *Psychotherapy by reciprocal inhibition*

تدریجی، و نه استفاده از بازدارنده‌های متقابلی چون آرمش، ضرورتی برای درمان به شمار نمی‌روند. با این همه، حساسیت‌زدایی منظم توانست اساس عملی و انگیزه نظری لازم برای پژوهشها را فراهم آورد: پژوهشهایی که به رشد و توسعه درمانهای مبتنی بر رویارویی انجامیده‌اند.

ولپی کارهای خود را در دوران مهمی ارائه داد: دورانی که کاربردهای روان‌کاوی به دنبال نقد پر مشاجره آیسنک^۱ (۱۹۵۲) به طور جدی زیر علامت سؤال رفته بود. آیسنک در این نقد خود مطرح ساخته بود که نسبت بهبود در روان‌درمانی بالاتر از نسبت بهبود قابل انتظار در مواقعی که اصلاً درمانی اعمال نمی‌شود (بهبود خودبه‌خودی^۲)، نیست. کاربرد نظریه‌های شرطی سازی در مسایل روانی مورد توجه آیسنک، جونز^۳، مه‌یر^۴، یتیز^۵ و شپیرو^۶ در بیمارستان مادلزلی^۷ لندن قرار گرفت و در این باره، سمینارهایی تشکیل یافت. از این بحثها یک رویکرد درمانی پدیدار شد، که نمونه‌هایی از آن در یک سلسله تحقیقات مفصل تک‌آزمودنی - که در آنها اصول شرطی سازی به طرز موفقیت‌آمیزی در مسایل بالینی مورد استفاده قرار می‌گرفتند - به کار گرفته شدند. کاربرد درمان مبتنی بر یادگیری، با شرکت راجمن^۸، که قبلاً با ولپی کار می‌کرد، توسعه یافت. راجمن در ایجاد و رشد انزجاردرمانی، پزشکی رفتاری، و مخصوصاً درمان رفتاری اختلالهای وسواسی، نقش سازنده‌ای داشت. گلدنر^۹، مارکس^{۱۰}، متیوز^{۱۱} و دیگر همکاران آنها در بیمارستانهای مادلزلی و وارن‌فورد^{۱۲} یک سلسله روشهای رویارویی برای درمان اختلالهای هراسی وضع کردند و آنها را گسترش دادند. در همان زمان، محققان آمریکایی از قبیل دی‌وی‌سون^{۱۳} (۱۹۶۸) سعی می‌کردند فرآیند حساسیت‌زدایی و سایر فنون ترس‌کاهی را با جزئیات بیشتری مورد بررسی قرار دهند، و نشان دهند که در این درمانها رویارویی عینی، جزء ضروری درمان به حساب می‌آید. اساس نظری رویکرد رویارویی این است که اشیای ترسناک عبارتند از محرک‌هایی که پاسخ اضطراب در برابر آنها شرطی شده باشد (محرکهای شرطی)؛ اما علت خاموش نشدن ترس شرطی این است که رفتارهای رویگردانی و فرار^{۱۴} ایجاد شده در بیمار، مانع رویارویی کامل بیمار با این محرکها می‌گردد. برای ایجاد خاموشی در ترس، بیمار باید با محرکهای ترسناک روبرو شود و در جریان رویارویی، از موقعیت، فرار (و بنابراین اجتناب) نکند. رویارویی این‌قدر باید ادامه یابد که حداقل، اضطراب، شروع به کاهش کند. با وجود آن‌که این فن، مشابه حساسیت‌زدایی منظم است، اما پیشرفت کار در آن بسیار سریع‌تر است. یکی از

1- Eysenck, H.J. (1916-)

2- spontaneous remission

3- Jones

4- Meyer

5- Yates

6- Shapiro

7- Maudsley Hospital

8- Rachman

9- Gelder

10- Marks

11- Mathews

12- Warneford

13- Davison

14- avoidance and escape behavior

دلایل کسب اعتبار رویکردهای رفتاری در کاهش ترس، این بود که اثربخشی آنها به طور منظم در آزمایشهای کنترل شده‌ای مورد تحقیق قرار گرفت (برای مثال مراجعه شود به پال، ۱۹۶۶؛ مارکس ۱۹۷۵).

کوشش دیگری که به موازات شکل‌گیری فنون کاهش ترس، و در ارتباط نظری مربوط به زمینه قبلی صورت گرفت، کوششی بود که رفتار درمانگران اولیه، در جهت القا و یا افزایش اضطراب وابسته به محرک‌ها، و یا رفتارهای ناخواسته، انجام می‌دادند. این رویکرد، *انزجار درمانی*^۱ نامیده شد و عمدتاً در درمان مسایل الکلیسم و رفتار انحراف جنسی به کار برده می‌شد. محرک‌های خارجی، افکار و یا رفتارهای مربوط به پاسخ نامطلوب، با محرک ناگواری از قبیل ضربه الکتریکی ناگوار همراه می‌شدند. پس از چندین بار عمل همراه سازی، محرک‌های اصلی به تنهایی قادر می‌شوند همان پاسخی را که محرک بیزارساز، ایجاد می‌کرد، ایجاد کنند. یعنی محرک‌های اصلی، اضطراب شرطی ایجاد می‌کنند. شور و اشتیاق اولیه برای این رویکرد، به دلایل اخلاقی و به علت غیرمؤثر شناخته شدن آن در عمل، فروکش کرد (راچمن و تیزدیل، ۱۹۶۹). به جای آن، رویکرد دیگری نشست که از جنبه احساس برانگیزی کمتری برخوردار بود (کوته‌لا، ۱۹۶۷). در این چارچوب، روش *حساسیت‌زایی نهفته*^۲ را می‌توان ذکر کرد. در این روش، افکار مربوط به رفتار ناخواسته، با تصور مربوط به محرک‌های ناگوار (مانند بازداشت شدن و یا مورد اهانت قرار گرفتن) همراه می‌شود. البته تأثیر این روش نیز نامشخص است.

در اوایل سالهای ۱۹۶۰، در کاربرد روشهای درمانی به مقیاس وسیع‌تر - در حدی فراتر از مسایل کاهش ترس - گسترشهای بیشتری صورت گرفت. این گسترش، عمدتاً براساس بررسیهایی استوار بود که در آنها از *طرحهای تک‌آزمودنی*^۳ - روشی که پس از انتشار مقاله‌های اصلی شپپرو^۴ (۱۹۶۱a,b) درباره روش شناسی تک‌آزمودنی به صورت عنصر مهمی از رویکرد رفتاری درآمد - استفاده می‌شد. در آزمایشهای تک‌آزمودنی، معمولاً یک متغیر بالینی مورد نظر، در فواصل معینی (در مقاطع خاص زمانی)، مورد سنجشهای مکرری قرار می‌گیرد. در یکی از این مقاطع زمانی که از قبل تعیین می‌شود، مداخله درمانی^۵ به عمل می‌آید و اثر این مداخله، برحسب تغییراتی که در متغیر ایجاد می‌کند، مورد سنجش قرار می‌گیرد. می‌توان اثر راهبردهای مختلف مداخله‌ای را از این طریق، ارزیابی کرد. بعدها طرحهای تجربی پیچیده‌ای وضع شدند: طرحهایی که می‌شد بدان وسیله آزمایشهای تک‌آزمودنی را در طیف وسیعی از مسایل بالینی و پژوهشی به عنوان *جزئی از کاربرد معمولی بالینی* به کار گرفت (مراجعه شود به بارلو، هیز و نل سون، ۱۹۸۴). اگر چه این روش از لحاظ نظری محدود به درمانهای شناختی - رفتاری

1- aversion therapy

2- covert sensitization

3- single - case designs

4- Shapiro

5- intervention

نمی‌شود، اما ارتباطی تنگاتنگ با کاربرد این رویکرد پیدا کرده است و سهمی مداوم در رشد و تکامل آن دارد.

کاربرد فنون کنشگر: تحلیل کاربردی رفتار

در اواخر سالهای ۱۹۵۰ ظرفیت کاربردی رویکرد کنشگر (که به تحلیل کاربردی رفتار^۱، شهرت یافته است) به وسیله اسکینر^۲ و لیندزلی^۳ شرح داده شد. اما تا سالهای ۱۹۶۰ کاربردمانی در این مورد، صورت نگرفت. توجه اصلی در کاربردهای نخستین فنون کنشگر، بر مسایل بالینی و بر سنجش و تغییر رفتار آزمایشگاهی افراد عقب مانده و کودکان خردسال، معطوف بود.

آیون در کاربردهای اولیه این فنون در مسایل روانی بزرگسالان، سعی کرد رفتار روان پریشانه‌ای^۴ (از قبیل: اعمال تهاجمی، سخن‌گویی روان‌پریشانه و رفتار غذاخوری نامناسب) را در بیماران بستری، تغییر دهد. او از سیگار و تشویق به عنوان تقویت‌کننده و برگرداندن توجه از بیمار را به عنوان خاموش‌سازی استفاده کرد. ایلن توانست نشان دهد که رفتارهای نابهنجار، برحسب این که مورد تقویت قرار می‌گیرند و یا تقویت در مورد آنها به کار برده نمی‌شود، افزایش یا کاهش پیدا می‌کنند. کار ایلن نشان‌دهنده اهمیت اصل اسکینری بود، که تقویت باید برحسب تأثیر آن بر روی رفتار تعریف شود (مراجعه شود به ص ۱۹). بنابراین ممکن است در مورد بیماری، خوردن به تنهایی در یک اطاق، تقویت‌کننده باشد و در مورد بیمار دیگر، غذاخوردن با سایر بیماران در اطاق نهارخوری.

آیون^۵ و ازرین^۶ در سال ۱۹۶۱ یک بخش بیمارستانی را به نحوی طراحی کردند که در آن برای تغییر منظم بیماران از تقویت‌کننده‌ها استفاده می‌شد. این سیستم به *token economy* شهرت یافت. زیرا در آن از توکنهایی به عنوان تقویت‌کننده، استفاده می‌شد که بعد قابل تبدیل به مجموعه‌ای از امتیازها بود - امتیازهایی که بیمار می‌توانست از میان آنها دست به انتخاب بزند (ایلن و ازرین، ۱۹۶۸). این کار از اهمیت بسزایی برخوردار بود، زیرا نشان می‌داد که می‌توان از مداخله درمانی در بیمارانی که پیش از آن، مناسب برای رویکردهای درمانی تلقی نمی‌شدند (مخصوصاً بیماران اسکیزوفرنیک مزمن) به نحو مؤثری استفاده کرد. این بررسی و توکن‌اکنونومیهای بعدی، همگی بر اهمیت تقویت اجتماعی، مخصوصاً تقویتهایی که به عنوان کمکی برای تعمیم^۷ (عمومی‌یافتن در سایر موقعیتهای) و نیز برای تداوم^۸ رفتارهای مطلوب یا مقبول، عمل می‌کنند، تأکید کردند. تحقیقات اخیر، اساس نظری سیستم توکن را مورد سؤال قرار

1- applied behavior analysis

2- Skinner

3- Lindsley

4- psychotic

5- Ayllon

6- Azrin

7- generalization

8- maintenance

داده است. مثلاً هال^۱ و بیکر^۲ (۱۹۸۶) نشان دادند که پسخوراند^۳ و راهنماییهای اختصاصی که به هنگام دادن توکن مورد استفاده قرار می‌گیرند، مهم‌ترین عامل در این نوع برنامه‌ریزیها به شمار می‌روند. با این همه، رشد و گسترش این روش به لحاظ نقشی که در هدایت رویکرد کلی به درمان در موقعیتهای توان‌بخشی داشت، از اهمیت زیادی برخوردار بود. کاربرد تقویت‌کننده‌های اجتماعی سازمان‌یافته (مانند تشویق و توجه از سوی درمانگر) بیش از توکنها مورد پذیرش قرار گرفته‌اند. همچنین تأکید بر تغییر و سازمان‌بخشی تعاملها هنوز به عنوان عاملی مهم در کمک به بیماران اسکیزوفرنیک شناخته می‌شود (مراجعه شود به فالون^۴، بوید^۵ و مک‌گیل^۶، ۱۹۸۴).

تحکیم و توسعه رویکرد رفتاری

سالهای ۱۹۷۰ شاهد ظهور کامل رفتاردرمانی با فنون جدید و متعددی بود که از لحاظ تجربی اعتباریابی شده بودند. تا اواخر سالهای ۱۹۷۰ رویکردهای رفتاری، مورد پذیرش عمومی قرار گرفتند و رفتاردرمانی به عنوان روش انتخابی در مورد بسیاری از اختلالها درآمد: مانند کاربرد رویارویی عینی در هراسها، وسواسها و اختلالهای جنسی و کاربرد فنون کنشگر و هدف‌گزینی در توان‌بخشی. البته درمان جنسی با کارهای پیش‌تازانه مسترز و جان‌سون^۷ درباره فیزیولوژی پاسخهای جنسی شکل گرفت و نه با پژوهشهای رفتاری درباره اختلال جنسی. اما تأکیدی که در آن بر ارزیابی تجربی درمانها و نیز بر تعریفهای عملکردی (عملیاتی) راهبردهای درمانی گذاشته می‌شد، به تدریج درمان جنسی را در مسیر رفتاردرمانی شناختی قرار داد.

گسترش بعدی رویکردهای رفتاری، ناشی از رشد پزشکی رفتاری^۸ بود. برک^۹ (۱۹۷۳) اصطلاح پزشکی رفتاری را در مقام توصیف کاربرد بیوفیدبک در اختلالهای پزشکی، به کاربرد در بیوفیدبک^{۱۰}، بیمار می‌آموزد که پاسخهای فیزیولوژیک خود را از طریق دریافت اطلاعات مستقیم از تغییراتی که در دستگاه فیزیولوژیک او اتفاق می‌افتد، کنترل کند. بعدها پزشکی رفتاری حوزه وسیع‌تری را دربرگرفت. از آن جمله می‌توان به کاربرد اصول فیزیولوژیک درمان در اختلالهایی که صرفاً منشأ جسمی دارند (مانند: سوختگیهای دردناک) و یا در اختلالهایی که احتمالاً دارای علت روانی هستند (مانند نشانگان روده تحریک‌پذیر)، دردهای روان‌زاد در ناحیه سینه و نیز در تغییر و اصلاح عوامل خطرزا (مانند کشیدن سیگار)، اشاره کرد. این دوره همچنین با پالایش فنون موجود (مانند کم‌کردن زمان لازم برای رویارویی مؤثر با محرک ترسناک و ایجاد شکلهای کوتاه‌شده آرمش) و نیز معرفی رویکردهای تازه (از قبیل آموزش کنترل اضطراب و

1- Hall

2- Baker

3- feedback

4- Fallon

5- Boyd

6- McGill

7- Masters & Johnson

8- behavioral medicine

9- Birk

10- biofeedback