

شناخت درمانی تحولی

برای بزرگسالان

صفحة ٢ سید

شناخت درمانی تحولی برای بزرگسالان

نویسنده
جانث زارب

ترجمه
حسن حمیدپور



انتشارات ارجمند

۱۳۸۸

سرشناسه	زرب، جانث ام. Zarb, Janet M.
عنوان و نام پدیدآور	: شناخت درمانی تحولی برای بزرگسالان / جانث ام. زرب؛ ترجمه حسن حمیدپور.
مشخصات نشر	: تهران: ارجمند: ۱۳۸۸.
مشخصات ظاهری	: ۲۵۶ ص.
شابک	ISBN: 978-964-496-245-5
وضعیت فهرست‌نویسی	: فیبا
یادداشت	: عنوان اصلی: Development cognitive behavioral therapy with adults, 2007.
یادداشت	: واژه‌نامه.
موضوع	: شناخت‌درمانی
موضوع	: روان‌شناسی رشد
موضوع	: ناتوانی رشد
شناسه افزوده	: حمیدپور، حسن، ۱۳۵۵، مترجم
رده‌بندی کنگره	: ۱۳۸۸ / ۴۹۳ / RC۴۸۹
رده‌بندی دیویی	: ۶۱۶ / ۸۹۱۴
شماره کتابشناسی ملی	: ۱۸۴۴۷۳۲



انتشارات ارجمند

شناخت درمانی تحولی برای بزرگسالان

ترجمه: حسن حمیدپور
 ناشر: انتشارات ارجمند (با همکاری نسل فردا و کتاب ارجمند)
 صفحه‌آرایی: بهمنی طراح جلد: احسان ارجمند
 چاپ: سمارنگ
 چاپ اول، ۱۱۰۰ نسخه ۱۳۸۸
 بها: ۵۲۰۰ تومان

www.arjmandpub.com
 arjmandpress@gmail.com

تمامی حقوق برای ناشر محفوظ است. این کتاب مشمول قانون حمایت از مؤلفان و مصنفان می‌باشد. هیچ بخشی از کتاب به هیچ شکلی اعم از فتوکپی، بازنویسی مطالب در هرگونه رسانه‌ای من جمله کتاب، لوح فشرده، مجلات، بدون اجازه کتبی ناشر قابل استفاده نیست و موجب پیگرد قانونی می‌شود.

مرکز پخش: انتشارات ارجمند

- دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، نبش ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲ کدپستی ۱۴۱۷۹۹۴۴۲ تلفن ۸۸۹۷۷۰۰۲
- شعبه اصفهان: دروازه شیراز، خیابان چهارباغ بالا، پاساژ هزارجریب تلفن ۶۲۸۱۵۷۴-۰۳۱۱
- شعبه مشهد: خ. تقی‌آباد، خ. احمدآباد، پاساژ امیر، کتاب دانشجو تلفن: ۰۵۱۱-۸۴۴۱۰۱۶
- شعبه بابل: خیابان گنج‌افروز، پاساژ گنج‌افروز تلفن ۲۲۲۷۷۶۴-۰۱۱۱
- شعبه رشت: خیابان نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی تلفن ۳۲۳۲۸۷۶-۰۱۳۱

”من چه ریزم در پای تو که پسند تو بُود

سر و دست را نتوان گفت که مقداری هست.”

تقدیم به پدر و مادرم،

اقدامی ناچیز به پاس

زحماتی جبران ناپذیر.

پیشگفتار مترجم

در شناخت درمانی (یا درمان‌های شناختی - رفتاری) برای فرمول‌بندی مشکلات مراجعان^۱ به طور کلی به سه عامل اصلی اشاره می‌کنند (گرانت^۲، تاونند^۳، میلز^۴ و کوکس^۵، ۲۰۰۸). این عوامل عبارتند از:

۱- عوامل زمینه‌ساز^۶

۲- عوامل آشکارساز^۷

۳- عوامل تداوم‌بخش^۸

آماج اصلی شناخت درمانی، عوامل تداوم‌بخش هستند. از ابتدای روی کارآمدن این رویکرد تا چند سال قبل، اکثر مداخله‌ها و تکنیک‌های درمان به نوعی عوامل تداوم‌بخش را نشانه می‌رفتند، اما به تدریج تجارب بالینی و شواهد پژوهشی نشان داد که برای چاره‌اندیشی برخی از مشکلات مراجعان لازم است به عوامل زمینه‌ساز نیز پرداخته شود، مخصوصاً مراجعانی که دچار مشکلات مزمن دیرپا هستند و نمی‌توانند گریبان خود را از شر این مشکلات رها کنند.

به تدریج بر اثر تلاش‌های ارزشمند افرادی نظیر یانگ^۹ و لیهی^{۱۰}، توجه شناخت درمانگران به عوامل زمینه‌ساز مشکلات هیجانی، رفتاری و بین فردی جلب شد و در حال حاضر می‌توان از رویکرد "شناخت درمانی تحولی"^{۱۱} صحبت به میان آورد. البته نباید از نظرپردازی و تلاش‌های مصرانه گوئیدانو^{۱۲} و لیوتی^{۱۳} (۱۹۸۳) و سفران^{۱۴} (۱۹۹۰a، ۱۹۹۰b) به سادگی چشم‌پوشی کرد، زیرا این افراد سالهاست که بر این نکته تأکید می‌کنند بایستی در فرآیند شناخت درمانی به ریشه‌های تحولی باورهای مرکزی و طرح‌واره‌های ناسازگار پرداخته شود.

جنت زارب، نویسنده کتاب حاضر، توانست تلاش‌های گرانبهای افراد قبلی را به ثمر بنشاند و عملاً رویکرد شناخت درمانی تحولی را پایه‌گذاری کند. او با نوشتن این کتاب، حوزه شناخت درمانی را غنای بیشتری بخشید و نشان داد که رویکرد شناخت درمانی را می‌توان یکی از نقدپذیرترین عرصه‌های روان‌درمانی به حساب آورد. از سال‌ها قبل داعیه‌داران برخی از شیوه‌های روان‌درمانی، پرداختن شناخت درمانگران به عوامل تداوم‌بخش را نظیر پیراهن عثمان در کوی و

1- case formulation

4- Mills

7- precipitating

10- Leahy

12- Guidano

2- Grant

5- Cockx

8- perpetuating

11- developmental cognitive therapy

13- Liotti

3- Townend

6- predisposing

9- Young

14- Safran

برزن به عنوان انتقاد مطرح می‌کردند، اما امروزه در پرتو تلاش‌های جَنت زارب می‌توان این نکته را مطرح کرد که شناخت درمانگران به عوامل زمینه‌ساز بیش از پیش توجه می‌کنند. نکته بارز چشم‌انداز کتاب حاضر این است که تأثیر تجارب تحولی را در قالب مهارت‌ها و توانمندی‌ها مفهوم‌سازی کرده است. به عبارتی زارب اعتقاد راسخ دارد که افراد بایستی از بحران‌ها یا چالش‌های هنجارین زندگی سربلند بیرون بیایند و بتوانند مهارت‌های لازم برای مراحل بعدی را کسب کنند. چنین دیدگاهی در بطن خود حاکی از نوعی نگاه انسان‌گرایی است، زیرا افراد مشکل‌آفرین، فرصت یادگیری مهارت‌ها و کسب توانمندی‌ها را نداشته‌اند و می‌توان این فرصت را در شرایط درمان برای آنها فراهم ساخت.

کتابی که ترجمه آن را پیش رو دارید در شش فصل نگاشته شده است. نویسنده در فصل اول به معرفی رویکرد شناخت درمانی تحولی پرداخته که از ترکیب شناخت درمانی و آسیب‌شناسی تحولی پدید آمده است. فصل دوم را می‌توان یکی از بهترین فصل‌های کتاب حاضر تلقی کرد، زیرا در این فصل به ابزارهای سنجش در رویکرد شناخت درمانی تحولی اشاره شده است. در این فصل، ۱۶ جدول و فرم گنجانده شده است که هر کدام از آنها می‌تواند فرآیند سنجش را دقیق و گام به گام به پیش ببرد. برخی از این جداول عبارتند از تکالیف روانی اجتماعی هنجارین دوران کودکی و نوجوانی (جدول ۴-۲)، تکالیف روانی اجتماعی هنجارین اوایل، اواسط و اواخر دوران بزرگسالی (جدول ۵-۲)، نقد و بررسی تکالیف تحولی مراجع (جدول ۶-۲)، الگوهای خانواده اصلی (جدول ۹-۲)، سبک تعامل والد - فرزند (جدول ۱۰-۲)، ثبت الگوهای ناکارآمد شناختی، رفتاری و هیجانی (جدول ۱۵-۲) و مفهوم‌سازی مشکل مراجع در رویکرد شناخت درمانی تحولی (جدول ۱۶-۲).

نتایج سنجش تحولی بایستی در جدول ۱۶-۲ به صورت دقیق و یکپارچه گنجانده شود تا مفهوم‌سازی (یا فرمول‌بندی) صورت بگیرد. درمان بدون مفهوم‌سازی در حکم رها کردن تیر در تاریکی است. نویسنده کتاب، طرفدار درمان مبتنی بر مفهوم‌سازی است.

در فصل سوم، به راهبردهای شناخت درمانی تحولی در قالبی بسیار آموزنده پرداخته شده است. ابتدا به هدف راهبرد و سپس به چگونگی انجام آن اشاره شده است. نکته جالب این است که هر راهبرد درباره مراجعی به کار گرفته شده است تا روند اجرای آن دقیق‌تر بیان شود. فصول چهارم، پنجم و ششم به نحوه به کارگیری رویکرد شناخت درمانی تحولی در حل و فصل مشکلات شغلی، روابط اجتماعی و روابط صمیمی اختصاص یافته است.

نویسنده کتاب به دلیل این که تحت تأثیر جفری یانگ است در فصل‌های چهارم، پنجم و ششم به طرح‌واره‌ها یا درون مایه‌های متنوعی اشاره می‌کند که ریشه مشکل در آنها نهفته است. زارب،

جملات شایع و متداولی را که از زبان مراجعان مشکل‌آفرین و دردساز شنیده است، در قالب طرح‌واره‌ها و درون‌مایه‌ها قرار داده است و از این نظر، گامی بزرگ در راه تحلیل گفتمان مراجع برداشته است. جداول سه فصل آخر کتاب می‌توانند عصبای دست درمانگران در راه شناسایی طرح‌واره‌ها و درون‌مایه‌های ذهنی مراجعان قرار گیرند.

زارب - دانسته یا نادانسته - سه فصل آخر کتاب را به گونه‌ای تنظیم کرده است که یادآور تکالیف زندگی^۱ است که آلفرد آدلر^۲ سال‌ها قبل به آن‌ها اشاره کرده است. آدلر (۱۹۵۶) معتقد بود که تمامی انسان‌ها باید در قبال شغل، روابط اجتماعی و عشق (روابط صمیمی)، موضع خود را مشخص کنند. از نحوه کنار آمدن با این سه تکلیف زندگی می‌توان به شناسایی سبک زندگی افراد پرداخت. شناخت درمانی بیش از آن چیزی که تصریحاً بیان می‌دارد به کارهای نافذ آدلر مدیون است. بسیاری از شناخت درمانگران تلویحاً از نظرپردازی‌های آدلر در کارهای بالینی خود استفاده می‌کنند. البته شناخت درمانگران به تأثیر خود از کارهای آدلر اشاره کرده‌اند. علاقمندان می‌توانند به کتاب ارزشمندی که توسط "ریچارد واتس"^۳ ویراستاری شده است، مراجعه کنند. آلبرت الیس^۴ در مقدمه‌ای که بر کتاب درمان آدلری: جنبه‌های نظری و کاربردی^۵ نوشته است، اشاره می‌کند:

من به دیدگاه آدلر بسیار علاقمندم، چون مشکلات افراد را به آشفتگی‌های جنسی ربط نمی‌دهد، بلکه علل مشکلات را در قدرت‌طلبی و درجه‌بندی خویشتن^۶ جستجو می‌کند. حتی افرادی که مشکل جنسی دارند معمولاً خودشان را افرادی خیر یا بی‌ارزش تلقی می‌کنند، عملکرد جنسی خود را ناکافی و ناسالم می‌دانند و این مسئله را به کل شخصیت خود تعمیم می‌دهند. من در رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی سالهاست که بر این نکته تأکید کرده‌ام که افراد به گونه‌ای ناشیانه خودشان را رتبه‌بندی می‌کنند، به جای این که عملکردشان را ارزیابی کنند. این مسئله به احساس حقارت افراد دامن می‌زند. افراد علیرغم شکست‌های خود می‌توانند به سمت پذیرش خویشتن^۷ حرکت کنند. آلفرد آدلر نیز در دهه ۱۹۲۰ همین نگرش را داشت. نمی‌دانم بدون وجود آموزه‌های آدلر، آیا امروزه جایگاه من و رفتار درمانی عقلانی هیجانی همین بود (کارلسون^۸، واتس^۹ و مانیاسی^{۱۰})، ۲۰۰۶؛ ص ۲ پیشگفتار، تأکید از ماست).

نویسنده، عنوان کتاب را "رفتاردرمانی شناختی"^{۱۱} برای بزرگسالان گذاشته است. در صورتی که

- | | | |
|--------------------------------|--|------------------|
| 1- life tasks | 2- Alfred Adler | 3- Richard Watts |
| 4- Albert Ellis | 5- Adlerian therapy: theory and practice | |
| 6- Self-rating | 7- self-acceptance | 8- Carlson |
| 9- Watts | 10- Maniaci | |
| 11- Cognitive behavior therapy | | |

عنوان اصلی را باید "شناخت درمانی^۱ تحولی برای بزرگسالان" می‌گذاشت. گلدفرید^۲ (۲۰۰۳) معتقد است که بین رفتار درمانی شناختی و شناخت درمانی تفاوت وجود دارد. رفتاردرمانی شناختی همان رفتاردرمانی است که بر اثر تلاش‌های افرادی نظیر بندورا^۳، دیویسون^۴، لازاروس^۵، ماهونی^۶، مایکن بام^۷، میشل^۸ و تسلط رویکرد روان‌شناسی شناختی، به تدریج مؤلفه‌های شناختی نیز بدان افزوده شد.

از سوی دیگر، شناخت درمانی از اوایل دهه ۱۹۶۰ میلادی به طور مستقل با کارهای آرون بک پا به عرصه روان‌درمانی گذاشت. گلدفرید (۲۰۰۳) معتقد است که نباید این دو را معادل یکدیگر فرض کرد و به ریشه‌یابی چنین اشتباهی پرداخته است. او به این نتیجه رسیده است که این اشتباه از سال ۱۹۸۵ به وجود آمد، زیرا در این سال در "مؤسسه ملی بهداشت روانی"، پژوهشی با عنوان "تأثیر اثر شناخت درمانی بر افسردگی" انجام شد. در گزارش نتایج نهایی این پژوهش اشتباهی صورت گرفت، زیرا به جای شناخت درمانی به رفتاردرمانی شناختی اشاره کردند.

گلدفرید و همکارانش (گلدسمت^۹، گلدفرید، هیز^{۱۰} و کر^{۱۱}) با استفاده از "سیستم نمره‌گذاری آماج‌های درمانی^{۱۲}" به بررسی و تحلیل جلسات درمان بک (شناخت درمانگر)، مایکن بام (رفتاردرمانگر شناختی) و استراب (روان‌درمانگر پویشی) درباره مراجع واحدی به نام ریچارد پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که تمرکز اصلی بک بر مثلث شناختی است. از سوی دیگر اگر چه هر سه نفر بر تأثیر سایر افراد بر مراجع تأکید داشتند، اما مایکن بام و استراب^{۱۳} بیشتر از بک، بر اثرات رفتار مراجع بر اطرافیان نیز توجه می‌کردند.

بک در سال ۱۹۷۰ در اولین شماره "مجله رفتار درمانی" به معرفی شناخت درمانی و ارتباط آن با رفتاردرمانی پرداخت. او پس از ذکر شباهت‌های این دو شیوه درمان به این تفاوت عمده اشاره می‌کند که مفهوم‌سازی و دلیل کاربرد تکنیک‌های مشابه در این رویکردها متفاوت است. به عنوان مثال، شناخت درمانگر نیز ممکن است تکنیک حساسیت‌زدایی منظم را به کار بگیرد، اما هدفش با رفتاردرمانگر از کاربرد این تکنیک فرق دارد. هدف شناخت درمانگر از کاربرد این روش، آرام‌سازی فرد برای گزارش افکار اضطراب‌برانگیز است، اما رفتاردرمانگر این تکنیک را در قالب نظریه آرام‌سازی ولیبی^{۱۴} مفهوم‌سازی می‌کند و به منظور شرطی‌زدایی آن را انجام می‌دهد.

1- Cognitive therapy	2- Goldfried	3- Bandura
4- Davison	5- Lazarus	6- Mahony
7- Meichenbaum	8- Mischel	9- Goldsamt
10- Hayes	11- Kerr	
12- Coding system of therapeutic focus (CSTF)		13- Strupp
14- Wolpe		

هالن^۱ و بک (۱۹۹۴) نیز به بررسی تفاوت درمانگران شناختی و رفتاردرمانگران شناختی پرداخته‌اند. آن‌ها معتقدند که رفتار درمانگران شناختی عمدتاً اهداف متفاوتی از کاربرد تکنیک‌های شناختی - رفتاری دنبال می‌کنند. هدف شناخت درمانگر از کاربرد تکنیک‌های رفتاری، به محک تجربه گذاشتن افکار و نظام باورهای مراجع است. به عنوان مثال، هدف شناخت درمانگر از آزمایش‌های رفتاری، بررسی صحت و سقم نظام باورها (افکار خودآیند، مفروضه‌ها و طرح‌واره‌ها) است. اما رفتار درمانگر شناختی ممکن است از تکنیک‌های رفتاری (به عنوان مثال درباره افسردگی) برای افزایش میزان لذت و تسلط فرد بر فعالیت‌های روزمره استفاده کند. در همین راستا در سال ۲۰۰۴، در مرکز شناخت درمانی دانشگاه آکسفورد، بنت - لوی^۲ و همکارانش کتابی را ویراستاری کردند به نام آزمایش‌های رفتاری در شناخت درمانی. در این کتاب برای اختلالاتی نظیر آسیب‌پذیری، اضطراب سلامتی، وسواسی - اجباری، اضطراب فراگیر، هراس اجتماعی، هراس اختصاصی، استرس پس از سانحه، افسردگی، علائم سایکوتیک، بی‌خوابی و عزت نفس پایین، آزمایش‌های رفتاری خاصی طراحی و تدوین شده است. هدف این آزمایش‌های رفتاری، تغییر نظام شناختی مراجعان در سه سطح افکار خودآیند، مفروضه‌ها و طرح‌واره‌های ناسازگار است. تبیین نویسندگان کاملاً شناختی است و با دیدگاه رفتار درمانی شناختی متفاوت است. علاوه بر این، زارب در دو صفحه از متن اصلی کتاب (ص ۱۰ و ص ۵۰) صریحاً اشاره می‌کند که شناخت درمانی تحولی بر پایه مدل شناختی بک بنیان‌گذاری شده است. علاقمندان برای کسب اطلاعات بیشتر در این زمینه می‌توانند به گلدسمت، گلدفرید، هیز و کر (۱۹۹۲)، گلدفرید (۲۰۰۳) و قاسم‌زاده (۱۳۸۷) مراجعه کنند.

در ترجمه کتاب حاضر با مشکل همیشگی روبه‌رو بوده‌ایم: واژه‌گزینی و معادل‌یابی برای اصطلاحات تخصصی. در این کتاب، واژه‌ها و اصطلاحات فنی بسیاری وجود داشت که هیچ‌گونه معادل فارسی برای آن‌ها پیشنهاد نشده است. بنابراین ناگزیر معادل‌هایی برای این اصطلاحات به کار برده شده است. صد البته ممکن است برخی از این معادل‌ها به مذاق برخی خوشش نیاید یا این که به طور کلی اشتباه باشند و صاحب‌نظران و خوانندگان، معادل‌های درست‌تر و خوش‌آهنگ‌تری به ذهنشان خطور کند. مترجم مشتاق پیشنهاد معادل‌هایی درست‌تر و دقیق‌تر است.

از آقایان دکتر ارجمند و دکتر مظفر سپاسگزارم که با مساعدت‌های بی‌پایان خویش، زمینه چاپ و نشر این کتاب را فراهم ساختند. علاقه اجتماعی این دو بزرگوار بسیار بالاست زیرا به گفته درایکروز^۳، تنها به دیگران علاقه ندارند؛ بلکه به علاقمندی‌های دیگران نیز علاقه و اشتیاق دارند.

از همسر که با تشویق‌های انگیزه‌آفرین و روحیه‌بخشی خود باعث پیشبرد این کار شدند، تشکر می‌کنم؛ هر چند بارها گفته و بار دیگر می‌گویم که کلام از بیان احساس قاصر است. امیدوارم این کتاب بتواند در افزایش دانش بالینی و اثربخشی شناخت درمانی مؤثر واقع شود. با همه تلاش و کوشش مداوم، مطمئناً ترجمه کتاب خالی از اشکال نیست که این نقص‌ها و مشکلات از دیده تیزبین خوانندگان پنهان نمی‌ماند. ارائه پیشنهادها و نظرات اساتید، دانشجویان و علاقمندان به حوزه روان‌درمانی باعث غلظ‌زدایی و پیرایش متن فارسی می‌شود.

حسن حمیدپور
پاییز ۱۳۸۸

منابع

قاسم زاده، حبیب‌الله. (۱۳۸۷). از رفتار درمانی تا رفتار درمانی شناختی. بازتاب دانش. دوره سوم، شماره ۱۰، ۳۴-۴۸.

- Adler, A. (1956). **The individual psychology of Alfred Adler**. (Eds: H.L. Ansbacher., & R.R. Ansbacher). Ney York: Basic Book
- Beck, A.T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. **Behavior therapy**, 1, 187-200.
- Bennet-Levy, J., Butler, G., Fennel, M., Hackman, A., Mueller, M., Westbrook, D. (2005). **Oxford guide to behaviorual experiments in cognitive therapy**. Oxford: Oxford university.
- Carlson, J., Watts, R.E., & Maniacin, M. (2006) **Adlerian therapy: Theory and practice**. Washingotn, DC: American Psychological Association.
- Goldfried, M. R. (2003). cognitive-behavior therapy: Reflections on the evolution of a therapeutic orientation. **cognitive therapy and research**, 27, 1, 53-69.
- Goldsmat, L. A., Goldfried, M. R., Hayes, A.M., & Kerr, S. (1992). Beck, Meichenbaum, and strupp: A comparison of three therapies on the dimation of therapist feed back. **Psychotherapy**, 29, 2, 169-175.

- Grant, A., Townend, M., Mills, T. & Cockx, A. (2008). **Assessment and case formulation in cognitive behavioural therapy**. Los Angeles: Sage.
- Guidano, V. & Liotti, G. (1983). **Cognitive Processes and the emotional disorders**. New York: Guilford.
- Hollon, S.D. & Beck, A. T. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In A.E Bergin, & S.L. Garfield. (Eds). **Handbook of psychotherapy and behavior change**. (4 Ed. pp. 394-466).New York: John Wiley.
- Safran, J.D (1990a). Toward a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: I theory. **Clinical Psychology Review**, 10, 87-105.
- Safran, J.D (1990b). Toward a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: II practice. **Clinical Psychology Review**, 10, 107-121.
- Watts, R.E. (2003). **Adlerian, cognitive, and constructivist therapies: An integrative dialogue**. New York: Springer

فهرست مطالب

۱۷	فصل ۱- مقدمه‌ای بر رویکرد شناخت درمانی تحولی
۱۸	شکل‌گیری رویکرد شناخت درمانی تحولی
۱۹	مشکلات ایفای نقش در اوایل، اواسط و اواخر دوران بزرگسالی
۲۰	دیدگاه‌های تحولی عمرنگر درباره تحول روانی اجتماعی هنجار و ناهنجار
۲۴	مفاهیم آسیب‌شناسی تحولی: آسیب‌شناسی به عنوان انحراف از خط تحول
۲۶	تأثیر تجارب منفی اولیه در ناتوانی برای حل و فصل تکالیف هنجارین
۲۷	مسیرهای تحولی، کفایت و توانمندی
۲۹	نگاهی احتمالی به رویکرد شناخت درمانی تحولی
۳۰	فرآیند شناخت درمانی تحولی
۳۱	ابزارهای سنجش تحولی
۳۲	راهبردهای تغییر تحولی
۳۲	سیر درمان
۳۵	ویژگی‌های متمایز مرحله تحولی
۳۶	چارچوب و اهداف کتاب
۳۹	فصل ۲- راهبردهای سنجش در شناخت درمانی تحولی
۴۰	سنجش جامع در شناخت درمانی تحولی
۴۱	سنجش تحولی
۴۱	سنجش تحولی
۴۳	پژوهش‌های مربوط به سبک فرزندپروری: زیربنای راهبردهای شناخت درمانی تحولی
۴۵	سایر مفاهیم زیربنایی مربوط به راهبردهای سنجش در شناخت درمانی تحولی
۴۷	راهبردهای جدید سنجش
۴۸	شناسایی مشکلات تکالیف تحولی
۵۵	عوامل زمینه‌ساز تحولی اولیه در بروز مشکلات تکالیف ابتدایی زندگی

۶۱	شناسایی بهتر مشکلات تحولی روانی اجتماعی
۶۱	مرور اجمالی آماج‌های شناختی و رفتاری
۶۷	سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد

فصل ۳- راهبردهای مداخله‌ای در شناخت درمانی تحولی

۷۰	آموزش به مراجع درباره شناخت درمانی تحولی
۷۳	مرحله اولیه درمان
۷۵	مرحله تحولی
۷۷	شناسایی تکالیف ناتمام تحولی
۸۰	تحلیل تکالیف ناتمام تحولی
۸۵	برنامه‌ریزی برای حل و فصل مشکلات تحولی
۸۸	تکمیل طرح درمان در رویکرد شناخت درمانی تحولی
۹۱	مسیرهای تحولی جایگزین
۹۲	سبک مقابله‌ای انطباقی در برابر سبک مقابله‌ای منسوخ (غیر انطباقی)
۹۳	برطرف‌سازی نقص مهارت‌های تحولی
۹۸	این جا و اکنون
۱۰۰	بازسازی ساختار فعلی زندگی
۱۰۲	چشم‌اندازه آینده
۱۰۴	برنامه‌ریزی برای مرحله تحول بعدی
۱۰۶	دادن معنایی جدید به زندگی منفی
۱۱۰	آموزش توانمندسازی
۱۱۴	کاربرد راهبردهای شناخت درمانی تحولی

فصل ۴- تاثیر الگوهای ناسازگار تحولی بر عملکرد شغلی

۱۱۵	چالش‌های هنجارین شغلی در گستره زندگی
۱۱۸	دسته‌بندی مشکلات تحولی شغلی
۱۱۹	مشکلات شغلی شاخص در اوایل، اواسط و اواخر دوران بزرگسالی
۱۲۰	افسردگی و اضطراب شغلی
۱۲۶	مشکلات موجود بر سر راه انتخاب مسیر اولیه شغلی
۱۳۶	مشکلات موجود بر سر راه تداوم کارآیی شغلی

۱۴۸	.....	بیکاری مزمن
۱۵۳	.....	پایان شغل و تنزل رتبه شغلی و ناسازگاری با آن
۱۵۸	.....	خلاصه‌ای از مسیرهای تحولی ناسازگار دخیل در مشکلات مشاهدات شغلی دوران بزرگسالی
۱۵۹	.....	فصل ۵ - تأثیر الگوهای تحولی ناسازگار بر روابط اجتماعی
۱۶۰	.....	تجارب منفی اولیه
۱۶۲	.....	مسیر هنجار تحول اجتماعی
۱۶۳	.....	بررسی مسیر ناسازگار تحول اجتماعی
۱۶۵	.....	راهبردهای شناخت درمانی تحولی
۱۶۶	.....	سبک پرخاشگر - عصبانی
۱۷۳	.....	سبک مستحق - برتری طلب
۱۷۷	.....	سبک مضطرب - معذب
۱۸۵	.....	خلاصه‌ای از مسیرهای ناسازگار تحول اجتماعی
۱۸۶	.....	فصل ۶ - تأثیر الگوهای تحولی ناسازگار بر روابط صمیمی و خانوادگی
۱۸۶	.....	چالش‌های طبیعی خانوادگی و زناشویی در گستره زندگی
۱۸۹	.....	چالش‌های تنها زندگی کردن
۱۹۰	.....	مشکل در ایجاد رابطه صمیمی با همسر
۲۲۵	.....	مشکلات فرزندپروری
۲۳۴	.....	خلاصه‌ای از تأثیر الگوهای تحولی ناسازگار بر روابط صمیمانه و ایفای نقش فرزندپروری
۲۳۶	.....	منابع
۲۴۳	.....	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی
۲۴۶	.....	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی

فصل ۱



مقدمه‌ای بر رویکرد شناخت درمانی تحولی

هدف این کتاب ارائه رویکردی جدید در حوزه روان‌درمانی است. در این رویکرد، دیدگاه آسیب‌شناسی تحولی^۱ و شناخت درمانی کلاسیک با یکدیگر تلفیق شده‌اند. تمرکز اصلی کتاب حاضر، درمان مشکلاتی است که افراد بزرگسال در ایفای نقش‌های خود تجربه می‌کنند و این مشکلات در پدیدآیی و تداوم اختلالات روانی نقش دارند. شناخت درمانی تحولی^۲ به بررسی رابطه بین افسردگی، اضطراب، اختلالات شخصیت و سایر اختلالات روانی با مشکلات افراد در ایفای نقش‌های دوران بزرگسالی و ناتوانی در انجام وظایف این دوران می‌پردازد. زیربنای شناخت درمانی تحولی، دیدگاه آسیب‌شناسی تحولی است. آسیب‌شناسی تحولی بر این اصل اساسی بنا شده است که اختلالات هیجانی و رفتاری به شکست در گذراندن مراحل طبیعی رشد انسان در سیر زندگی ربط دارند. به این رویکرد جدید، شناخت درمانی تحولی می‌گویند.

شناخت درمانی تحولی دو مرحله دارد. در مرحله اول از مدل متداول شناخت درمانی که پشتوانه تجربی قابل توجهی دارد و توسط آرون‌بک^۳ و همکارانش پایه‌گذاری شده است، استفاده می‌شود. مدل شناخت درمانی کلاسیک در این چهل سال با تلاش خستگی‌ناپذیر صاحب‌نظران این حوزه، پیشرفت قابل ملاحظه‌ای داشته است (مثل بک ۱۹۷۶؛ بک و امری^۴، ۱۹۸۵؛ بک و فریمن^۵، ۱۹۹۰؛ جودی بک^۶، ۱۹۹۵؛ مایکن بام^۷، ۱۹۹۴؛ پدسکی^۸، ۱۹۹۴؛ بک، یانگ^۹ و وین‌برگر^{۱۰}، ۱۹۹۳). تفاوت بین شناخت درمانی کلاسیک و

1- developmental psychopathology

2- developmental cognitive therapy

4- Emery

7- Meichenbaum

10- Weinberger

5- Freeman

8- Padesky

3- Aaron Beck

6- Judith Beck

9- Young

شناخت درمانی تحولی (که در این کتاب به آن پرداخته می‌شود) افزودن مرحله تحولی در فرآیند سنجش و درمان است. به عبارتی در شناخت درمانی تحولی به ناتوانی مراجع در حل و فصل ناموفق تکالیف تحولی و ناتوانی در گذار سالم به مراحل تحولی بعدی پرداخته می‌شود. تجربه نویسنده و سایر متخصصان بالینی گواه آن است که درصد زیادی از مراجعان بزرگسال مشکل آفرین، نمی‌توانند از پس انجام تکالیف تحولی و نقش‌های بزرگسالی (مثل "ترک خانه پدری، برقراری روابط اجتماعی و خانوادگی سالم یا دستیابی به شغل مؤثر") به درستی بر بیابند (روبل^۱ و سیدمن^۲، ۱۹۹۶). بسیاری از مراجعین در گذر از مراحل زندگی، شکست خورده‌اند و نتوانسته‌اند تکالیف حساس مراحل زندگی در حوزه‌های بین فردی، شغلی و خانوادگی را با موفقیت پشت سر بگذارند.

اگر تنها به مشکلات فعلی و اختلالات محور I و II مراجعان پردازیم، ممکن است اطلاعات با ارزشی را از دست بدهیم. به عبارتی، بدون اتخاذ دیدگاه تحولی ممکن است شکست‌های مراجع در حل تکالیف طبیعی مراحل زندگی را نادیده بگیریم؛ در صورتی که همین شکست‌ها ممکن است باعث تداوم اختلالات روانی شوند. به عنوان مثال، مراجعی ممکن است به دلیل پیدا نکردن کار دچار افسردگی ثانویه شده باشد. ممکن است علت این افسردگی، ناتوانی مراجع در ایجاد انضباط شخصی کافی در سال‌های اول زندگی باشد؛ در صورتی که انضباط شخصی لازمه عملکرد شغلی موفق در دوران بزرگسالی است. همچنین ممکن است این فرد نتوانسته تحصیلات خود را با موفقیت پشت سر بگذارد تا بتواند به شغل دلخواه دست یابد یا نتوانسته خودش را از زیر بار وابستگی به خانواده اصلی رها کند و زندگی مستقلی تشکیل بدهد.

شکل‌گیری رویکرد شناخت درمانی تحولی

رویکرد شناخت درمانی تحولی که در این کتاب به آن می‌پردازیم، از سال‌ها تجربه بالینی با مراجعان بزرگسال و نوجوان بدست آمده است. این افراد در مراحل مختلف زندگی در انجام تکالیف تحولی با مشکلاتی روبرو شده‌اند. پرواضح است که بسیاری از مراجعان، علاوه بر اختلالات محور I و II و فشارزاهای محیطی، همچنین نمی‌توانند تکالیف روانی اجتماعی طبیعی مراحل زندگی (از قبیل برقراری و تداوم روابط بین فردی رضایت‌بخش با دوستان، همکاران یا همسر، تشکیل زندگی مستقل، دستیابی به شغل و حرفه اثربخش یا

فرزندپروری مؤثر) را به درستی انجام دهند. شکست در انجام تکالیف تحولی، اغلب بر سایر حوزه‌های زندگی مثل حوزه اجتماعی، خانوادگی و شغلی نیز اثر می‌گذارد و ممکن است کفایت و کارایی فرد را در تمام این حوزه‌ها تحت تأثیر مخرب خود قرار بدهد. چنین مشاهدات و تجارب بالینی نشان می‌دهند که باید راهبردهای جدیدی برای پرداختن به تکالیف تحولی افراد بزرگسال و ناتوانی آنها در ایفای نقش‌های طبیعی، طراحی و تدوین کرد. در این کتاب منظور از "مشکلات تکالیف تحولی"، کاهش توانایی روانی اجتماعی برای گذر موفق از تکالیف هنجارین زندگی است. ریشه چنین مشکلاتی را باید در زندگی گذشته فرد جستجو کرد. همچنین می‌توانیم از این مشکلات به عنوان "وقفه در تکالیف تحولی" یاد کنیم.

مشکلات ایفای نقش در اوایل، اواسط و اواخر دوران بزرگسالی

مشکلات خاصی که افراد در ایفای نقش تجربه می‌کنند، بسته به مراحل زندگی، ویژگی‌های خاصی دارند. مراجعان در اوایل دوران بزرگسالی، با مشکلاتی در زمینه رابطه صمیمانه با همسر، آغاز مسیر شغلی، شروع زندگی مستقل و ترک خانه پدری، دست به گریبان هستند. برخی از مراجعان ممکن است از برقراری روابط صمیمانه، تشکیل زندگی مستقل و دستیابی به شغل مناسب، اجتناب کنند. مراجعان در اواسط دوران بزرگسالی ممکن است با مشکلاتی از قبیل ادامه‌دادن به روابط رضایت‌بخش با همسر یا استخدام‌شدن یا تربیت مؤثر فرزندان روبرو شوند. برخی از مراجعان نمی‌توانند با موفقیت از پس گذارهای مهم و سرنوشت‌ساز زندگی‌شان (مثل "خاتمه‌دادن به یک رابطه آسیب‌زا با همسر یا تغییر شغل برای جستجوی فرصت‌های شغلی بهتر") برآیند. مراجعان بزرگسال که دوران جافتادگی را پشت سر می‌گذارند، ممکن است با مشکلاتی از قبیل آرزوهای ناکام مانده شغلی و ارتباطی روبرو شوند و نتوانند در اهداف خود بازنگری کنند یا برای رسیدن به آنها برنامه‌ریزی نمایند. شکایت رایج افراد سالمند این است که رسیدن به چنین اهدافی از سن ما گذشته است. شکست در چالش‌های هنجارین زندگی، نه تنها باعث افزایش آسیب‌پذیری مراجع نسبت به اختلالات خلقی، اضطرابی و خشم می‌شود، بلکه همچنین توانایی فرد برای مقابله با وقایع استرس‌زا و فاجعه‌آمیز غیر قابل پیش‌بینی زندگی را تحلیل می‌برد.

رویکرد شناخت درمانی تحولی که در این کتاب ارائه شده است، تکنیک‌های استاندارد شناخت درمانی را با راهبردهای سنجش و درمان تحولی تلفیق می‌کند. مؤلف این کتاب، سال‌هاست که با این رویکرد به حل و فصل مشکلات تکالیف تحولی مختلف مراجعان

می‌پردازد و با آنها دست و پنجه نرم می‌کند. در بخش دوم کتاب به این راهبردهای جدید تحولی پرداخته می‌شود. هدف این راهبردها، کمک به مراجعان برای شناسایی تکالیف ناتمام تحولی و افزایش توانایی برای کسب مهارت‌های لازم به منظور حل و فصل موفقیت‌آمیز گذارها و نقش‌های هنجارین زندگی است تا از این رهگذر به سلامت روانی و عملکرد بهتری دست یابند. مهم‌ترین چالشی که مراجعان در این فرآیند با آن روبرو می‌شوند، ابتلای آنها به اختلالات شخصیت است. وجود اختلال شخصیت، مقاومت زیادی برای تغییر الگوهای تحولی خود آسیب‌رسان ایجاد می‌کند. اغلب، این الگوهای ناکارآمد به مراجعان کمک کرده است با موقعیت‌های استرس‌زا و چالش‌های تحولی دوران کودکی، نوجوانی یا اوایل بزرگسالی کنار بیایند، اما در حال حاضر این الگوها، مؤثر نیستند و مانع فرآیند تحول طبیعی مراجعان می‌شوند.

دیدگاه‌های تحولی عمرنگر^۱ دربارهٔ تحول روانی اجتماعی هنجار و ناهنجار

مهم‌ترین مفهوم رویکرد تحولی عمرنگر این است که می‌توان چرخه زندگی را با اندکی مسامحه، طبق مراحل تحولی تعریف کرد. زندگی از مراحل تکاملی تشکیل شده است که افراد خانواده باید با موفقیت و بدون بحران‌های مزمن و رکود، این مراحل را پشت سر بگذارند. مفهوم مراحل زندگی، قالب مفیدی برای شناسایی تکالیف تحولی هنجارین فراهم می‌کند. این تکالیف تحولی بر اثر عوامل زیست‌شناسی و انتظارات فرهنگی و اجتماعی وابسته به سن بوجود می‌آیند و منجر به تغییر نقش‌ها می‌شوند. مفروضهٔ زیر بنایی این است که افراد باید قبل از رفتن به مرحلهٔ بعدی، بتوانند تکالیف خاص مرحلهٔ قبل را با موفقیت پشت سر بگذارند. افرادی که از پس چالش‌های تحولی خاص هر مرحله درست برمی‌آیند، مهارت‌هایی را کسب می‌کنند که موفقیت آنها را برای چالش‌های تحولی مراحل بعدی تضمین می‌کند. همچنین تسلط بر تکالیف تحولی هنجارین، احتمال موفقیت افراد برای رویارویی با وقایع و بحران‌های غیر هنجارین زندگی (از قبیل مرگ یکی از اعضای خانواده) را افزایش می‌دهد.

دانشمندان علوم اجتماعی در چند دههٔ گذشته از مفهوم دوره‌های تحولی وابسته به سن برای سال‌های پیش از بزرگسالی حمایت کرده‌اند. کودکان از بدو تولد، مراحل تحولی

1- life span developmental approach

نوزادی، اوایل کودکی، اواسط کودکی، بلوغ و نوجوانی را پشت سر می‌گذارند. روان‌شناسان برای هر کدام از مراحل تحولی، تکالیف خاصی در نظر گرفته‌اند. آنها معتقدند برای رسیدن موفق به دوران بزرگسالی، باید این تکالیف را با موفقیت پشت سر گذاشت (کونگر^۱، ۱۹۷۷). نظریه‌پردازان حوزه تحولی در دهه‌های اخیر به شناسایی مراحل و تکالیف تحولی دوران بزرگسالی پرداخته‌اند. آنها معتقدند همان گونه که دوران کودکی و نوجوانی، مراحل و وظایف تحولی خاصی دارد، در دوران بزرگسالی نیز تکالیف تحولی خاصی بر دوش افراد گذاشته می‌شود که باید آنها را با موفقیت پشت سر بگذارند. شرایط کاملاً متفاوت زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی هر فرد باعث می‌شود که این تکالیف تحولی، ویژگی منحصر به فردی پیدا کنند.

صاحب‌نظران این حوزه (بالبی^۲، ۱۹۸۸؛ کارتر^۳ و مک‌گولدريک^۴، ۱۹۸۹، کوهلر^۵ و باکسر^۶، ۱۹۹۱، کونگر، ۱۹۷۷، اریکسون^۷، ۱۹۸۲؛ فیتزمان^۸ و همکاران، ۱۹۹۴، گوئیدانو^۹، ۱۹۸۷؛ هاوین‌گورست^{۱۰}؛ لوین‌سون^{۱۱}، ۱۹۷۸، ۱۹۹۶، اوکان^{۱۲}، ۱۹۸۴، ون‌دن‌باس^{۱۳}، ۱۹۹۸) برای سنجش تکالیف تحولی دوران کودکی و بزرگسالی، ابزارهای جدیدی تدوین کرده‌اند که در فصل دوم به معرفی آنها می‌پردازیم.

دیدگاه روان‌شناسی تحولی عمرنگر، مفهوم چالش‌ها یا بحران‌های تحولی هنجارین را پذیرفته است. این چالش‌ها یا بحران‌های تحولی هنجارین در مراحل گذار زندگی، زیاد رخ می‌دهند و افراد را نسبت به استرس، آسیب‌پذیرتر می‌کنند. بحران‌های تحولی موقتی، طبیعی تلقی می‌شوند و برای بیشتر افراد فرصت پیشرفت فراهم می‌کنند، زیرا حل و فصل موفق این بحران‌ها باعث می‌شود افراد با سربلندی، گام به مرحله بعدی تحول بگذارند.

با این حال، برخی افراد ممکن است ماهها یا حتی سال‌ها دست به گریبان این چالش‌های گذار باشند. چنین مشکلاتی به سبک مقابله‌ای افراد با استرس‌های بیرونی بستگی دارد. اغلب، دلیل چنین مشکلی را باید در شکل‌گیری ضعیف مهارت‌های بنیادین حل و فصل چالش‌های تحولی طبیعی جستجو کرد. بهتر است بین بحران‌های تحولی و غیر تحولی

1- Conger	2- Bowlby	3- Carter
4- McGoldrick	5- Cohler	6- Boxer
7- Erikson	8- Featherman	9- Guidano
10- Havinghurst	11- Levinson	12- Okun
13- Vandebos		

تمایز قابل شویم. چالش‌ها یا بحران‌های تحولی^۱ به دلیل عوامل زیستی و انتظارات فرهنگی و اجتماعی وابسته به سن بوجود می‌آیند. بیشتر افراد با این بحران‌ها روبرو می‌شوند و مجبورند با این چالش‌های وابسته به سن که قابل پیش‌بینی هم هستند، روبرو شوند. این چالش‌ها معمولاً در ارتباط با تغییر نقش‌های شغلی، تحصیلی و خانوادگی بوجود می‌آیند. بحران‌ها و چالش‌های تحولی بر اثر تکالیف تحول طبیعی پدید می‌آیند. اغلب این بحران‌ها با علائم ناراحتی روان شناختی همراه می‌شوند. ممکن است بین متخصصان حوزه بهداشت روانی در زمینه عوامل مؤثر در چالش‌های تحولی طبیعی، اختلاف نظر وجود داشته باشد. به عنوان مثال با توجه به شیوع نسبتاً بالای از دست‌دادن شغل و طلاق در زندگی امروزی، برخی از متخصصان چنین وقایعی را بحران‌های تحول طبیعی تلقی می‌کنند.

بحران‌ها یا چالش‌های غیرتحولی^۲ (مثل تصادف‌ها، مشکلات جسمی یا موقعیت‌های عذاب‌آور) در پاسخ به حوادث غیر معمول و پیش‌بینی‌ناپذیر یا وقایع خارجی به وجود می‌آیند و به دوره‌های سنی ربط ندارند. گاهی اوقات به چنین وقایعی، بحران‌های موقعیتی^۳ گفته می‌شود. ممکن است بحران‌های تحولی و غیر تحولی همزمان اتفاق بیفتند. گاهی اوقات بحران‌های غیر تحولی، زمینه‌ساز بحران‌های تحولی می‌شوند. کاملاً واضح است که بحران‌های موقعیتی، وقتی در حل و فصل تکالیف و نقش‌های مهم دوران بزرگسالی (مثل ادامه تحصیل، پیدا کردن شغل، انتخاب همسر) دخالت می‌کنند، بیشترین اثرات منفی و دیرپا را بر جای می‌گذارند (کوهرلر، ۱۹۹۱).

بحران موقعیتی، شرایط جدیدی پدید می‌آورد که نقش‌های نوینی را از فرد طلب می‌کند. بسیاری از مراجعان به این دلیل برای درمان مراجعه می‌کنند که نمی‌توانند تکالیف تحولی خود را به درستی انجام بدهند، چون سال‌هاست از مهارت‌های مقابله‌ای و راهبردهای حل مسئله‌ای استفاده می‌کنند که چاره‌گشا نیستند. از دیدگاه شناخت درمانی، ممکن است مراجع در تفسیر شناختی و مهارت‌های مقابله‌ای رفتاری برای حل و فصل موفق تکالیف تحولی، مشکل داشته باشد و نتواند تصمیم لازم برای اقدام مؤثر را اتخاذ کند. مشکلاتی که افراد در ایفای نقش‌های تحولی و پشت سر گذاشتن تکالیف تحولی تجربه می‌کنند، آسیب‌پذیری آن‌ها به فشارهای محیطی و ابتلای همزمان به اختلالات محور I و II را افزایش می‌دهد. سلامت روانی افراد را از میزان توانایی آن‌ها برای حل و فصل موفقیت‌آمیز نقش‌ها و بحران‌های قابل انتظار فرهنگی و مقابله با وقایع آسیب‌زای

1- developmental challenges or crisis

2- nondevelopmental challenges or crisis

3- situational crisis

زندگی و عملکرد سازگارانه روزمره تخمین می‌زنند. سلامت روانی مراجع حاصل دستیابی موفقیت‌آمیز تکالیف هنجارین مراحل تحولی است (کوهلر و باکسر، ۱۹۹۱). اگر چه صاحب‌نظران، تکالیف تحولی مختلفی برای کودکان و نوجوانان در نظر گرفته‌اند که باید برای دستیابی به سلامت روان با موفقیت آن‌ها را پشت بگذارند، با این حال بیشتر آن‌ها بر سر پنج تکلیف تحولی ارائه شده از سوی یانگ^۱ (۱۹۹۰)، اتفاق نظر دارند. این پنج تکلیف تحولی^۲ عبارتند از:

- ۱- **خودمختاری**^۳ (فرد بتواند عملکرد مستقلی داشته باشد)؛
- ۲- **ارتباط**^۴ (فرد بتواند ارتباطی دیرپا، ثابت و قابل اعتماد با دیگران برقرار کند)؛
- ۳- **احساس ارزشمندی**^۵ (فرد احساس کند دیگران او را انسانی دوست‌داشتنی، با کفایت و خوشایند تلقی می‌کنند)؛
- ۴- **انتظارات منطقی**^۶ (فرد بتواند معیارهایی واقع‌بینانه و دست‌یافتنی برای خودش و دیگران ایجاد کند)؛
- ۵- **محدودیت‌های منطقی**^۷ (فرد بتواند انضباط شخصی را در زندگی خود پیاده کند و به نیازهای دیگران نیز توجه کند).

به همین ترتیب، لوین سون (۱۹۷۸) براساس پژوهش‌هایی که در حوزه رویکرد عمرنگر بزرگسالان انجام داد، به این نتیجه رسید که تحول روان‌شناختی در اوایل دوران بزرگسالی در صورتی به سلامتی منتهی می‌شود که فرد بتواند به این اهداف دست پیدا کند: "برقراری روابط بین فردی رضایت‌بخش، تعهد و مسئولیت‌پذیری در قبال افراد خانواده و روابط اجتماعی، تلاش پیگیر و انضباط شخصی برای دستیابی به شغل رضایت‌آمیز و کفایت در ایفای نقش‌های اجتماعی دوران بزرگسالی". سلامت روان همچنین به ادراک فرد از عملکرد طبیعی خودش نیز بستگی دارد. در زمینه پایان تحصیلات، ازدواج، تولد اولین فرزند و دستیابی به اولین شغل ثابت، در برخی فرهنگ‌ها توافق نظر کلی وجود دارد. افراد معمولاً از معیار زمان برای ارزیابی زندگی و موفقیت‌هایشان استفاده می‌کنند. بنابراین، اگر مراحل گذار زندگی، قبل یا بعد از زمان طبیعی رخ بدهند یا این که با تأخیر مواجه شوند،

۱- این کتاب با مشخصات زیر به فارسی ترجمه شده است:

یانگ، جفری. (۱۳۸۴). **شناخت درمانی اختلالات شخصیت: رویکرد طرح‌واره محور**. ترجمه: علی صاحبی و حسن حمیدپور. تهران: آگه و ارجمند

2- developmental tasks	3- autonomy	4- connectedness
5- worthiness	6- reasonable expectations	
7- reasonable limits		

ممکن است اثرات منفی بر جای بگذارند.

مفاهیم آسیب‌شناسی تحولی: آسیب‌شناسی به عنوان انحراف از خط تحول

اصطلاح "آسیب‌شناسی تحولی" برای اشاره به رویکردی عمومی استفاده می‌شود که به درک رابطه بین تحول انسان و انحراف‌های ناسازگار تحول می‌پردازد (روچن‌باخ^۱، ۱۹۹۰؛ سی‌چتی^۲ و کوهن، ۱۹۹۵؛ راتر^۳ و استراف^۴، ۲۰۰۰). در دهه‌های اخیر، آسیب‌شناسی تحولی از ترکیب چندین حوزه به عرصه علم روان‌شناسی وارد شده است. تغییرات هنجارین زیادی در چرخه زندگی رخ می‌دهد. مشکلات هیجانی و رفتاری در قالب توالی هنجارین و دستاوردهای هر مرحله خاص تحولی نگریسته می‌شوند. دیدگاه آسیب‌شناسی تحولی، فقط به توصیف نظری اختلال روانی نمی‌پردازد، بلکه چارچوبی مفهومی برای سازمان‌بندی آسیب‌شناسی و توالی تحولی جسمی، شناختی، اجتماعی - هیجانی، تحصیلی و شغلی فراهم می‌کند. در نتیجه بایستی تنوع حوزه‌های تحولی را از یکدیگر متمایز کنیم که در حوزه تحول طبیعی رخ می‌دهند و به انحراف کشیده می‌شوند. چه این انحراف به دلیل آشفتگی تحولی باشد و چه حاصل فرآیند آسیب‌زا، در هر صورت اثراتی منفی بر پیش‌آگهی سلامت روان افراد بر جای می‌گذارد.

اگر آسیب‌شناسی را انحراف، آشفتگی یا تخریب عملکرد طبیعی در نظر بگیریم، بنابراین درمانگری که قصد دارد درک بیشتری از آسیب مرضی به دست بیاورد، ابتدا باید عملکرد طبیعی تحول را بفهمد و آن را با آسیب‌شناسی تحولی مقایسه کند (سی‌چتی، ۱۹۸۴). برای تمایز تحول طبیعی از تحول آسیب‌شناسی در هر مرحله، متخصصین بالینی باید ابتدا با تکالیف تحول روانی اجتماعی هنجارین دوره‌های مختلف بزرگسالی آشنا شوند. بنیاد علمی دیدگاه آسیب‌شناسی تحولی بر پایه پژوهش‌های طولی پایه‌ریزی شده است. در این پژوهش‌های طولی به تداوم یا عدم تداوم مشکلات هر دوره تحولی و شناسایی الگوهای مرضی هر مرحله تحولی پرداخته می‌شود. مطالعاتی که به بررسی رابطه بین تجارب منفی اولیه تحصیلی و خانوادگی و مشکلات افراد بزرگسال در انجام درست تکالیف تحولی و مشکلات روان شناختی پرداخته‌اند، به پیشینه پژوهشی آسیب‌شناسی

1- Auchenbach

2- Cicchetti

3- Rutter

4- Stroufe

تحولی کمک شایانی کرده‌اند (برای مثال باگ‌ول^۱ و همکاران، ۱۹۹۸؛ بالدری^۲ و فارینگتون^۳، ۲۰۰۰؛ بدروسیان^۴ و بوزیکاس^۵، ۱۹۹۴، دیتر - دکارد^۶، ۲۰۰۱، پریس^۷ و همکاران، یانگ، کلسکو^۸ و ویشار^۹، ۲۰۰۳). در آسیب‌شناسی تحولی به نقص در مهارت‌های خاصی پرداخته می‌شود که در نا کارآمدی، نقش بازی می‌کنند. به عنوان مثال، واسطه روابط نا کارآمد با همسالان ممکن است ضعف در مهارت‌های شناخت اجتماعی یا مهارت‌های نظم‌بخشی هیجانی باشد (دیتر - دکارد، ۲۰۰۱). بنابراین به درمانگران توصیه می‌شود که با پرداختن به این واسطه‌ها یا نقص‌های مهارتی به مراجعان کمک کنند. در شناخت درمانی تحولی به اثرات منفی سبک‌های نا کارآمد فرزندپروری والدین در شکل‌گیری آسیب‌های دوران بزرگسالی، توجه ویژه‌ای مبذول می‌شود (برای مثال بدروسیان و بوزیکاس، ۱۹۹۴؛ پریس و همکاران، ۱۹۹۴، اسکینر^{۱۰} و ولبورن^{۱۱}، ۱۹۹۴، یانگ، ۱۹۹۰). به عنوان مثال، "نظریه مقابله در طول زندگی" که از سوی اسکینر و ولبورن ارائه شده است، بر این مفروضه زیر بنایی پایه گذاری شده که نیاز به برقراری رابطه با دیگران، دستیابی به کفایت و خودمختاری یا خود تعیین‌گری در بین تمام افراد مشترک است. برپایه این مفروضه بنیادین، ممکن است هر کدام از این سه نیاز روان شناختی را وقایعی تهدید کند و استرس جهانشمول به بار بیاورد. این استرس‌زاهای جهانشمول عبارتند از: غفلت^{۱۲} (به دلیل تهدید نیاز به برقراری رابطه با دیگران)، آشفتگی^{۱۳} (به دلیل تحلیل‌بردن کفایت) و زور و اجبار^{۱۴} (به دلیل تخریب خودمختاری). "مقابله" به توانایی افراد برای تداوم، بازسازی، نوسازی و جبران نیازهای روان‌شناختی اساسی تهدید شده، اشاره دارد. داشتن روابط صمیمی و نزدیک برای کودکان به منظور فراهم‌سازی توانایی روان‌شناختی برای جلوگیری از تهدیدهای موجود در روابط اجتماعی، کفایت و خودمختاری ضروری است. شیوه مقابله کودک، پیش‌بینی‌کننده موفقیت او در موقعیت‌های چالش‌برانگیز آینده یا اجتناب او از این موقعیت‌هاست (اسکینر و ولبورن، ۱۹۹۴).

1- Bagwell	2- Baldry	3- Farrington
4- Bedrosian	5- Bozicas	6- Deattr-Deckard
7- Perris	8- Klosko	9- Weisharr

* این کتاب با مشخصات زیر به فارسی ترجمه شده است:

یانگ، جفری؛ کلسکو، ژانت و ویشار، مارجوری. (۱۳۸۶). **طرح‌واره درمانی**. ترجمه حسن حمید پور و زهرا اندوز. تهران: ارجمند

10- Skinner	11- Wellborn	12- neglect
13- chaos	14- coercion	

تأثیر تجارب منفی اولیه در ناتوانی برای حل و فصل تکالیف هنجارین

زیاد هم نباید تعجب برانگیز باشد که بسیاری از عوامل تأثیرگذار در شکل‌گیری اختلالات روانی همان عوامل مؤثر در ناتوانی افراد بزرگسال برای حل و فصل موفقیت‌آمیز تکالیف تحولی هستند. تجارب منفی اولیه با خانواده، همسالان و در طی دوران تحصیل بر توان افراد برای حل و فصل موفقیت‌آمیز تکالیف هنجارین تحولی دوران بزرگسالی، تأثیر مخربی بر جای می‌گذارند. کودکانی که از حمایت و تشویق کافی در خانواده برخوردار نبوده‌اند به احتمال زیاد در روابط صمیمی و زندگی مشترک، مشکلات بیشتری پیدا می‌کنند. همچنین، آنها در شرایط استرس‌زا، آسیب‌پذیری بیشتری نشان می‌دهند و با فرزندان خود مشکلات عدیده‌ای تجربه می‌کنند (به عنوان مثال به بالبی، ۱۹۸۸ مراجعه کنید). فقدان یا غیبت والدین به دلیل مرگ یا طلاق، فرزندپروری ناکارآمد والدین یا بی‌کفایتی والدین از جمله عوامل تأثیرگذار منفی خانوادگی به شمار می‌روند. علاوه بر نقش خانواده ناکارآمد، عواملی مثل تجارب تحصیلی منفی و تجارب ناخوشایند با همسالان نیز احتمال مشکلات بعدی افراد در ایفای نقش و اختلالات هیجانی ناشی از آن را افزایش می‌دهد. ناتوانی بزرگسالان در حل و فصل تکالیف هنجارین یا پشت سر گذاشتن دست و پاشکسته این تکالیف، ممکن است به دلیل تقلید از والدین ناکارآمد، فقدان‌های دردناک و آسیب‌زای اولیه یا انتقادهای بی‌رحمانه همسالان و معلمان باشد (پترسون^۱ و سلیگمن^۲، ۱۹۸۴).

سبک‌های فرزندپروری^۳، الگوسازی از والدین و تعامل‌های ناسازگار بین کودک و والدین می‌توانند تأثیر نافذی بر توان بالقوه کودک برای تسلط بر مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر در سرتاسر زندگی به جای بگذارند. پیشینه پژوهشی مستندی درباره اثرات دیرپا و منفی خانواده ناکارآمد و فرزندپروری ناسالم وجود دارد (به عنوان مثال می‌توانید رجوع کنید به آلی‌مر^۴، ۱۹۸۹؛ بدروسیان و بوزیکاس، ۱۹۹۴، بالبی ۱۹۷۳، ۱۹۸۸؛ بروین^۵ و همکاران ۱۹۹۳؛ مک‌کلند^۶ و فرانز^۷، ۱۹۹۲، می‌سی‌لدین^۸، ۱۹۶۳؛ پریس و همکاران ۱۹۹۴؛ راتر، ۱۹۸۵). انتظارات، نگرش‌ها و خودپنداره افراد درباره خودشان و دیگران و روابط ناسازگار، در بطن خانواده اصلی یاد گرفته می‌شوند. رَد پای این یادگیری‌ها را می‌توان در

1- Peterson

4- Alymer

7- Franz

2- Seligman

5- Berwin

8- Missildine

3- parenting styles

6- McClelland

سبک مقابله افراد در برابر تکالیفی از قبیل روابط صمیمی و نحوه تربیت کودکان مشاهده کرد. چنین پژوهش‌هایی بر طراحی راهبردهای سنجش و درمان رویکرد شناخت درمانی تحولی، تأثیر مستقیمی داشته‌اند.

مسیرهای تحولی، کفایت و توانمندی

مفهوم مسیرهای تحولی^۱ منجر به کفایت را می‌توان در رویکرد شناخت درمانی تحولی جای داد. این مفهوم از کارهای بالبی و سایرین اقتباس شده است (بالبی، ۱۹۷۳؛ فیشر^۲ و همکاران، ۱۹۹۷). از این دیدگاه، آسیب‌شناسی، انحراف از تحول تلقی می‌شود. بنابراین، درک مسایل تحولی هنجارین (از قبیل دلبستگی ایمن، توان کنترل تکانه و برقراری رابطه مؤثر با همسالان) ضروری به نظر می‌رسد. اگر در انطباق افراد انحراف واضحی بوجود بیاید، در حل و فصل موفقیت‌آمیز تکالیف بعدی تحولی، احتمالاً مشکلات بیشتری پدید می‌آید. آسیب، انحراف از الگوهای هنجارین در نظر گرفته می‌شود. ممکن است در بسیاری از حوزه‌های تحولی تغییراتی ایجاد شود و علی‌رغم این انحراف‌های اولیه مسیر تحول یا تغییر در شرایط زندگی یا به کارگیری مداخلات درمانی، باز هم افراد به همان مسیرهای تحولی قابل دسترس‌تر باز گردند. با این حال، تغییری که در فرآیند انطباق قبلی بوجود آمده با پیگیری مسیرهای تحولی ناسازگار به اثرات منفی خود ادامه می‌دهد و احتمال کمتری وجود دارد که فرد بتواند انطباق مثبت را از سرگیرد (بالبی، ۱۹۷۳).

مفهوم کفایت^۳ در برگیرنده مجموعه‌ای از سازه‌های مرتبط با انطباق مؤثر افراد با محیط است (ماستن^۴ و کواتس ورت^۵، ۱۹۹۵). روان‌شناسانی که دیدگاهی تحولی به فرآیند زندگی انسان دارند، علاوه بر مسیرهای منجر به کفایت افراد، به مسیرهای انحرافی این سیر تحول نیز علاقمندند. دانشی که از مطالعات این مسیرهای تحولی بدست آمده است در نظریه‌پردازی درباره سبب‌شناسی، درمان و پیشگیری از اختلالات روانی نقش داشته‌اند (سی‌جی، ۱۹۸۴، ۱۹۹۰؛ استراف، ۱۹۸۹). طبق دیدگاه‌های تحولی، اختلال روانی، نقص در کارکرد انطباقی در نظر گرفته می‌شود. افرادی که به مشکلات روانی مبتلا هستند، مسیرهای تحولی خاصی را پشت سر گذاشته‌اند و برای انطباق با مشکلات این مسیرها، مهارت‌های خاصی، کسب کرده‌اند. این مسیرها، اغلب برای انطباق با وقایع آسیب‌زا (مثل بدرفتاری‌های والدینی) شکل گرفته‌اند. چنین وقایعی در قالب تکالیف تحولی هنجارین

1- developmental pathways

2- Fischer

3- competence

4- Masten

5- Coatworth

قرار نگرفته بودند. به عبارتی، افراد مبتلا به مشکلات روانی، بار سنگین اضافی کنار آمدن با وقایع آسیب‌زا را به دوش می‌کشند. حوزه آسیب‌شناسی تحولی به فرآیندهای شکل‌گیری ناکارآمدی، احتمال پیشگیری یا بهبود چنین ناکارآمدی‌هایی، علاقه‌مند است.

مفهوم کفایت باعث تسریع در مطالعه مفهوم "توانمندی"^۱ شد. توانمندی، موضوعی است که چند دهه اخیر، توجه متخصصین و پژوهشگران را به خود جلب کرده است. توانمندی را انطباق مؤثر با شرایط خطرزا یا روبروشدن با وقایع تهدیدکننده تحول تعریف کرده‌اند. کودکان توانمند با شرایط سخت و طاقت‌فرسایی روبرو می‌شوند، اما با این حال، پس از یک دوره کوتاه ناکارآمدی به عملکرد مثبت خود باز می‌گردند (ماستن و کواتس‌ورث، ۱۹۹۵). آسیب روانی به عنوان محصول انطباق ناکارآمد با حوزه‌های زیستی - روانی اجتماعی تحول در نظر گرفته می‌شود. پژوهش مهمی در این حوزه با هدف شناسایی عوامل احتمالی در آشفتگی‌های بعدی دوران زندگی و فرآیندهای منحرف‌کننده مسیرهای تحولی انجام شده است (استراف، ۱۹۹۷). پژوهشگران علاقه‌مند هستند تا فرآیندهای مؤثر در انطباق کارآمد کودکان را شناسایی کنند که به خوبی توانسته‌اند از پس مقابله با شرایط تهدیدکننده و طاقت‌فرسا برآیند. از این اطلاعات می‌توان برای پیشگیری یا درمان مشکلات روانی و تسریع فرآیند کفایت در سیر تحول استفاده کرد (فیشر و همکاران، ۱۹۹۷؛ ماستن و کواتس‌ورث، ۱۹۹۵).

در حوزه آسیب‌شناسی تحولی، علاقه خاصی به شناسایی الگوهای ناکارآمد وجود دارد، در عین حال که به معنای دقیق کلمه، به خود اختلالات پرداخته نمی‌شود. در آسیب‌شناسی تحولی ممکن است به بررسی پیشاهنگ‌های اختلالات علاقه‌مند باشند. همچنین در این حوزه، علاوه بر عوامل درون‌زا، به نقش شرایط خطرآفرین بیرونی در شکل‌گیری الگوهای ناکارآمد اهمیت داده می‌شود. علاوه بر آن، علاقه روزافزونی به بررسی عوامل و فرآیندهای دخیل در اختلال پیدا شده است. به عبارتی، تنها دغدغه خاطر متخصصان آسیب‌شناسی تحولی، کنترل علائم بیماری نیست. تا این جا به این بحث پرداختیم که شناخت درمانی تحولی، تحت تأثیر پژوهش‌ها و نظریه‌های روان‌شناسی تحولی عمرنگر و آسیب‌شناسی تحولی بوده است. علاوه بر این، شناخت درمانی تحولی از کارهای ارزشمند حوزه شناخت درمانی، مخصوصاً بک و همکارانش، تأثیر پذیرفته است. همان طور که اشاره شد، برخی از صاحب‌نظران حوزه شناخت درمانی بر نقش تاریخیچه

زندگی فرد در شکل‌گیری اختلال روانی، تاکید زیادی کرده‌اند (گوئیدانو، ۱۹۸۷). رویکرد شناخت درمانی تحولی همچنین تحت تأثیر کارهای جفری یانگ بوده است. جفری یانگ (۱۹۹۰) که بنیان‌گذار طرح واره‌درمانی^۱ است به بررسی الگوهای شناختی دیرپای (یانگ این الگوها را طرح واره‌های ناسازگار اولیه^۲ نام‌گذاری کرده است) مرتبط با اختلالات شخصیت می‌پردازد (یانگ و همکاران، ۱۹۹۳؛ یانگ و گلووسکی^۳، ۱۹۹۶؛ یانگ و کلسکو، ۱۹۹۴؛ یانگ و همکاران ۲۰۰۳). تجارب بالینی یانگ نشان می‌دهد که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در شکل‌گیری و تداوم مشکلات بزرگسالان در تکالیف تحولی، نقش غیر قابل انکاری بازی می‌کنند. به همین دلیل در شناخت درمانی تحولی به این طرح‌واره‌ها پرداخته می‌شود.

نگاهی اجتماعی به رویکرد شناخت درمانی تحولی

همان‌گونه در بالا اشاره شد، شناخت درمانی تحولی، دیدگاه آسیب‌شناسی تحولی را اتخاذ کرده است. شناخت درمانی تحولی به رابطه بین مشکلات روان شناختی مراجعان با مشکلات آن‌ها در حل و فصل تکالیف روانی اجتماعی هنجاری قبلی و فعلی می‌پردازد. هدف این کتاب، ارائه روش‌هایی برای بررسی مشکلات تحولی مراجعان در حوزه‌های خانوادگی، شغلی، رابطه صمیمانه با همسر و همسالان است. هدف شناخت درمانی تحولی، برطرف‌سازی نقص‌های مهارتی است. این نقص‌های مهارتی نگذاشته‌اند مراجعان به راحتی بتوانند تکالیف تحولی روانی اجتماعی را پشت سر بگذارند. در شناخت درمانی تحولی، تکنیک‌های خاصی برای سنجش و تغییر الگوهای ناسازگار مؤثر در تداوم مشکلات تحولی مراجعان طراحی و تدوین شده است. هدف چنین تکنیک‌هایی کمک به مراجعان برای حل و فصل موفقیت‌آمیز تکالیف تحولی است. به برخی از این تکالیف تحولی در جدول ۱-۱ اشاره شده است. بنابراین، درمان به مراجعان کمک می‌کند تا بتوانند از پس انتظارات فرهنگی نقش‌های مهم دوران بزرگسالی با موفقیت برآیند.

در شناخت درمانی تحولی، براساس پیشینه پژوهش رویکرد تحولی عمرنگر، مراحل زیر در نظر گرفته شده‌اند. این مراحل با یکدیگر همپوشی دارند:

* کودکی و نوجوانی (تقریباً از تولد تا ۱۹ سالگی)

* اوایل بزرگسالی (تقریباً از ۲۰ سالگی تا ۳۵-۳۰ سالگی)

1- schema therapy

2- early maladaptive schemas

3- Gluhoski

جدول ۱-۱. تکالیف روانی اجتماعی دوران بزرگسالی

۱- جدایی از خانواده اصلی و تشکیل زندگی مستقل؛
۲- ادامه تحصیل و یافتن مسیر شغلی آینده؛
۳- ایجاد و تداوم روابط رضایت‌بخش و کسب مهارت‌های بین فردی برای عملکرد مؤثر در محیط اجتماعی و شغلی؛
۴- برقراری روابط ثابت، دیرپا و سالم با همسر؛
۵- فرزندپروری مؤثر (تأمین هزینه مالی کودکان، حمایت از آن‌ها و اجتماع‌پذیری مؤثر کودکان)؛
۶- تداوم رابطه سالم با خانواده اصلی؛
۷- تداوم سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت روانی و جسمانی؛
۸- ادامه فعالیت‌های تفریحی لذت‌بخش.

* اواسط بزرگسالی (تقریباً از ۳۰ تا ۳۵ سالگی تا ۵۰ سالگی)

* بزرگسال معقول (تقریباً از ۵۰ سالگی تا ۶۰ تا ۶۵ سالگی)

* اواخر بزرگسالی (تقریباً از ۶۵ سالگی به بالا)

رابطه بین این مراحل و سن زمانی، انعطاف‌پذیر است و تفاوت‌های فردی زیادی در این زمینه وجود دارد. پرداختن به مشکلات تحولی افراد بالای سن ۶۵ سال در زمره اهداف کتاب حاضر نمی‌گنجد و مجال دیگری می‌طلبد.

اگر چه این کتاب به بررسی تکالیف تحولی **بزرگسالان** می‌پردازد، اما بر این نکته پافشاری می‌کند که تحول در سرتاسر عمر ادامه دارد. با این حال لازم است به سنجش عملکرد گذشته مراجعان در حل و فصل تکالیف روانی اجتماعی دوران کودکی و نوجوانی نیز پرداخته شود. افراد در دوره کودکی و نوجوانی باید مدام به بازسازی روابط خود با والدین، همسرها و مراجع قدرت مخصوصاً در محیط مدرسه و اجتماع بپردازند. همزمان باید با نا کامی‌ها و اضطراب‌های لاینفک وارد شدن به گروه‌های همسال با موفقیت کنار بیایند. کودکان در مراحل اولیه زندگی باید به روابط سالم با اعتماد و دوستانه با افراد هم‌جنس و افراد جنس مخالف دست یابند.

فرآیند شناخت درمانی تحولی

فرآیند شناخت درمانی تحولی دو مرحله اساسی دارد. ابتدا، مرحله اولیه درمان با هدف کاهش یا رفع علائم فعلی مشکلات مراجع دنبال می‌شود. این علائم در عملکرد روزانه مراجع مشکل ایجاد می‌کنند، مخصوصاً علائم همبودی اختلالات محور I مثل اضطراب و افسردگی. در شناخت درمانی تحولی از مفاهیم و تکنیک‌های شناخت درمانی کلاسیک