

**عنوان کتاب: رفتار درمانی شناختی**

**مؤلف : کیت هاوتون**

**تبدیل به pdf : [www.takbook.com](http://www.takbook.com)**

### 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 شرف الدین خراسانی ، تهران ، کتابهای جیبی ، ۱۳۵۷).  
می‌توان از این جمله ، این برداشت را کرد که رودخانه ای که هم اکنون در آن  
پای می‌گذاری ، رودخانه ای نیست که قبلاً در آن پای نهاده بودی ، چراکه  
رودخانه ، تغییر کرده است ! شاید در کل هستی ، هیچ پدیده یا اصلی ، پایدارتر از  
خود حرکت ، نباشد. تغییر (change) نیز مفهومی در ارتباط با حرکت است .  
منظور از آن ، از شکل ، وضعیّت یا حالتی ، به شکل ، وضعیّت 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 روان شناسی بالینی و درمانی ،  
یعنی ایجاد دگرگونی برنامه ریزی شده ، سازمان دار 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 خودبه خودی که ظاهراً بدون برنامه ریزی  
مدون صورت می‌پذیرد، قرار می‌گیرد. هدف این نوع تغییر، در نهایت ایجاد  
سازگاری مطلوب در افراد است که به نحوی بتوانند رابطه ای سازنده و فعال با  
محیط خود، برقرار کنند. برنامه ریزی این تغییر را یافته های علمی از یک سوی و  
سازمان بندی و چارچوبهای اجتماعی از سوی دیگر، تعیین می‌کنند. بدین معنی  
که اطلاعات برخاسته از علوم رفتاری و عصبی درباره شکل گیری و تداوم  
مشکلات و مسایل روانی و نیز رهنمودهایی برای ازمیان برداشتن 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، برنامه ریزی تغییر، باید در سطح اجتماعی، صورت گیرد و شرایط رشد انسانهایی امیدوار، خلاق، جسور، هم‌نوع دوست و آزاده فراهم آید. بدین منظور، بخش عظیمی از علوم انسانی و روانی، متوجه این سطح از برنامه ریزی است؛ اما روان‌شناسی بالینی - به معنای اخص خود - با فرد معین و مشخصی سروکار دارد و در صدد ایجاد تغییرات مطلوب در آن فرد است. رفتاردرمانی 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، «سالم زیستن» و «سالم اندیشیدن» را به او بیاموزد.

این رویکرد، خود از تلفیق دو رویکرد رفتاردرمانی (که عمدتاً در بستر شرطی سازی پاولوفی و نوپاولفی، فرابالید) و رویکرد شناختی - چه در قالب شناخت درمانی 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 شناخت درمانی - یعنی عینی‌گرایی، ارزیابی و سنجش از یک سوی و دخالت دادن 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 به نحوی 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 سلیگمن 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 مایکن بام درباره پیوند دادن دیدگاه ایس با نظریه لوریا در خصوص نقش نظم‌بخشی گفتار، نظرپردازیهایی 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 وسواس انگیز، و فعالیتهای اخیر تیزدیل درباره متصل ساختن جریان شناخت درمانی به دانش شناخت پایه، جملگی در کشانده شدن آن قسمت از رفتار درمانی به مسیری که اینک رفتار درمانی شناختی نامیده می‌شود، مؤثر واقع شدند. اما از لحاظ کاربردی شاید هیچ عاملی مهم تر از مدل شناخت درمانی 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 شناخت درمانی با برخی از نگرش‌های پردازش اطلاعات، ظرفیتهای جدیدی، در آن به وجود آورد. استفاده از سازه‌های نظری مهم و کارسازی مانند طرحواره، سوگیری، فرضیه آزمایی، تحریف، افکار خود-آیند و غیره، تبیین برخی از مکانیسم‌های شناختی در افسردگی و اضطراب را آسان تر 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 شناخت درمانی پدید آوردند، بلکه مکانیسم‌های احتمالی جدیدی را در فرایند درمان ارائه دادند که گاه با مکانیسم‌های پیشنهادی در شناخت درمانی، 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، یادداشت برداری، خود-بازنگری، تمرین و ذهن‌ورزی) در ارزیابی و درمان، داده می‌شود و سازمان بندی مناسبی که در طراح‌ی و اجرای برنامه درمانی در آن وجود دارد، در گسترش و قابلیت کاربردی 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. سازمان بندی فصل‌ها و شیوه برخورد با مسئله، به گونه‌ای 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 فرا گرفته شوند و براساس فیدبک (پس‌خوراند)، دقت و

ظرفتهای موجود در کاربرد آنها، مورد توجه قرار گیرند. بنابراین، کتاب حاضر را نمی توان به هیچ وجه، کتاب «خود-آموز» تلقی کرد.

در فصلهای مختلف کتاب، بیش از همه به مسئله ارتباط بین درمانگر و بیمار، تأکید شده است. این ارتباط به عنوان ارتباطی واقعی، بافتاری (contextual)، ابهام زدایی - شده، صادقانه و مبتنی بر اصل فیدبک و مشارکت فعالانه طرفین، تصویر می شود. چیزی از نظر بیمار، در پرده ابهام باقی نمی ماند. درمانگر و بیمار، هر دو، در طرح فرضیه و فراهم آوردن دلایل مشخص برای قبول یا رد آن، کوشش می کنند. اما این مسئولیت، به تدریج و در طی یک فرایند سنجیده، بر عهده بیمار گذاشته می شود تا بتواند مستقلاً برداشتهای 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 تقسیم بندی موضوعها، تصمیم گرفته شد که ترجمه آن در دو جلد، انتشار یابد. جلد اول، شامل ۶ فصل تاریخچه و اصول، ارزیابی، پانیک و اضطراب تعمیم یافته، هراسها، وسواس و افسردگی می شود. جلد دوم که امیدواریم به موقع در اختیار خوانندگان قرار گیرد، فصلهای زیر را در بر می گیرد: مسایل جسمی، اختلالاتی خورد و خوراک، معلولیتهای مزمن روانی، مسایل زناشویی، اختلالاتی جنسی و حل مسئله.

در واژه گزینی، سعی شده است تا حد امکان از معادلهای موجود استفاده شود. اما در مواردی نیز ناگزیر، معادلهای جدیدی وضع شده اند. این معادلهای را باید به عنوان یک پیشنهاد تلقی کرد و اصراری در کاربرد آنها وجود ندارد.

این کتاب می تواند به عنوان کتاب درسی و یا کمکی در دوره های کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترای روان شناسی با درجات متفاوتی از توقع کار نظری و عملی از دانشجوی، مورد استفاده قرار گیرد. دستیاران روان پزشکی نیز می توانند از آن به عنوان یک کتاب مرجع و راهنمای معتبر علمی، استفاده کنند. افراد علاقه مند می توانند از اصول رهنمودی آن در تغییر رفتار خود بهره بجویند؛ اما برنامه تغییر رفتار در آنها حتماً باید زیر نظر یک متخصص بالینی، تنظیم شود.

حبيب الله قاسم زاده  
گروه روان پزشکی (بیمارستان روزبه)  
دانشگاه علوم پزشکی تهران  
پاییز سال ۱۳۷۵

## پیشگفتار

م. جی. گلدر  
استاد روان پزشکی، دانشگاه آکسفورد

رفتاردرمانی شناختی، رشد و توسعه جدیدی در درمان روان شناختی، به شمار می آید. با این همه، در این مدت کم، توانسته است علاقه زیادی را در متخصصان بالینی، به خود معطوف سازد. سه دلیل عمده، برای این علاقه وجود دارد. نخست آن که روشهای شناختی - رفتاری، برعکس سایر شکل‌های رفتاردرمانی، مستقیماً با افکار و احساسات - که در تمامی اختلال‌های روانی از اهمیتی آشکار برخوردارند - سروکار دارد. دوم آن که رفتاردرمانی شناختی، شکافی دارد که بسیاری از درمانگران بین روشهای صرفاً رفتاری و روان درمانی‌های پویا احساس می کنند، پُر می سازد. سوم آن که این روشهای جدید درمانی، برعکس روان درمانی پویا، پایه های علمی دارند و قابلیت بیشتری در ارزیابی فعالیتهای بالینی، از خود نشان می دهند.

احتمالاً در فرایند برنامه ریزی برای درمان اختلال‌های افسردگی بود که رویکردهای شناختی، توجه اکثر درمانگران را به خود جلب کرد. البته [امروزه] رفتاردرمانی شناختی، کاربردهای بس وسیع تری دارد و بسیاری از آنها به مواردی مربوط می شوند که با استفاده از سایر روشها نمی توان 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، جنبه هایی 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 مناسب بودن 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 را گرد 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 درباره حل مسایلی که ممکن است در درمان پیش بیایند، به عمل آمده است. بی‌شک، برای یادگیری هر روش درمانی تازه‌ای، تجربه نظارت شده‌ای 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 مفصل 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 بپردازند. خلاصه آن که 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 یکپارچه ای است درباره کاربرد رفتاردرمانی شناختی. این کتاب، به عنوان یک اثر واحد و پیوسته، نگارش یافته است. در فصل اول، اصول اساسی روان شناسی در درمانهای شناختی - رفتاری، توضیح داده شده اند و به چگونگی شکل گیری این نوع درمان و اصول آن، در حدی کلی اشاره شده است. فصل دوم، توضیح مفصّلی درباره چگونگی ارزیابی شناختی - رفتاری، ارائه داده است. و چون در این فصل، مبانی نظری و عملی قسمت اعظم فصلهای بعدی، شرح داده شده اند. توصیه می شود، پیش از مراجعه به فصلهای بعدی که با اختلالاتی اختصاصی، سروکار دارند، این فصل خوانده شود. در هر یک از فصلهای بعدی، نویسندگان، برای ارائه مطالب خود از چارچوب واحد و ثابتی، استفاده کرده اند. ابتدا نکات عمده ای را درباره ماهیت هر اختلال و شکل گیری رویکردهای درمانی متداول، بیان کرده اند و بعد به شرح مفصّلی درباره نحوه اجرای درمان، پرداخته اند. به چگونگی برخورد با مشکلاتی که در جریان درمان خود را نشان می دهند 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 کرده اند از ارائه بخشهای گسترده پژوهشی، خودداری کنند، چراکه دسترسی به این نوع بررسیها همه جا وجود دارد و ذکر آنها جزو هدف اصلی این

کتاب نیست . در پایان هر فصل ، فهرست کوتاهی از مقاله ها و کتابها به عنوان مکمل فصل ، پیشنهاد شده است .  
نویسندگان در عین حال که چارچوب مسئله نگر را به عنوان شیوه ای سودمند در سازمان بندي مطالب ، پذیرفته اند، از کاربرد هر نوع طرحواره تشخيصي جزمي نیز، دوري جسته اند. اصل اساسي در همه فصلها این است که هر طرح درمانی ، براساس ارزیابی کامل شناختی - رفتاری و نیز ضابطه بندي مبتنی بر یک مدل روان شناختی 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 قرار گیرد 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 بندي و درمان ، پیوندي 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 .

فصل ۱

**اصول رفتاردرمانی شناختی**

The development and principles of



جوآن کرک

*Joan Kirk*

عناوین فصل اول

روشهای درمانی شناختی - رفتاری : شکل گیری و اصول ۱۷

مقدمه ۱۷

کاربردهای اولیه اصول رفتاری در زمینه های بالینی ۲۰

کاربرد فنون کنشگر : تحلیل کاربردی رفتار ۲۵

تحکیم و توسعه رویکرد رفتاری ۲۷

تلفیق رویکردهای شناختی و رفتاری ۲۹

اصول کلّی در شیوه درمانی شناختی - رفتاری ۳۲

برای مطالعه بیشتر ۳۲

## **روشهای درمانی شناختی - رفتاری : شکل گیری و اصول**

مقدمه

مبانی تجربی رویکردهای شناختی - رفتاری به مسایل روانی را می توان در اوایل قرن حاضر پی جویی کرد. نگرش داروینی درباره پیوستگی بین انسان و جانوران پست تر، این امکان را پدید آورد که از «مدلهای حیوانی» رفتار، در مطالعه 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 ، قابل تعمیم به انسان نیز هستند.

در پژوهشهای اولیه ، دو اصل ، در یادگیری جانوران تشخیص داده شده بودند. اصل نخست بر پایه کارهای پاولوف و سایر فیزیولوژیستهای روسی ، استوار بود. این محققان ، آزمایشهایی با سگها انجام دادند. در این آزمایشها ابتدا زنگی

به صدا درمی‌آید و آن گاه به جانور، غذایی داده می‌شود. پس از آن که این زنجیره رویدادها چندین بار تکرار می‌شود، بزاق سگ به محض ایجاد صدای زنگ، پیش از آن که غذایی ارائه شود، شروع به ترشح می‌کند. این پدیده به عنوان شرطی‌سازی کلاسیک شناخته شد. از آن جا که غذا به طور خودبه‌خودی و پیش از آن که یادگیری (شرطی‌سازی) صورت پذیرد، موجب ترشح بزاق می‌شود، آن را محرک غیرشرطی و پاسخ ترشح بزاق نسبت به غذا را پاسخ غیرشرطی نامیدند. پیش از آن که 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) قادر به ترشح بزاق (پاسخ شرطی) در سگ شد. این الگو در شکل ۱-۱ نشان داده شده است. پاولوف همچنین بررسی کرد که اگر به دنبال ایجاد صدای زنگ، محرک غیرشرطی (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 می‌شود. محققان روسی همچنین دریافتند 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 غیرشرطی، جانور در برابر ضربه الکتریکی، پاسخی هیجانی از خود نشان می‌دهد.



تصویر ۱-۱: الگوی شرطی‌سازی کلاسیک

این پاسخ، پاسخی غیرشرطی است که ضربان قلب جانور را بالا می‌برد. اما در مقابل محرک غیرشرطی 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 محرک ترس شرطی برای جانور درمی‌آید. اصل دوم که به عنوان شرطی‌سازی کنشگر شناخته شده است، از مشاهدات ترندایک، تول من و گاتری پدید آمده است. آنان در یک رشته آزمایش دریافتند که اگر به دنبال رفتاری معین، به طور مرتب پاداشی، ارائه شود، احتمال وقوع مجدد آن رفتار بیشتر می‌شود. این پدیده به عنوان «قانون اثر» شناخته شد. این قانون می‌گوید رفتاری که پسایندهای ارضاکنده‌ای 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 تقویت‌کننده‌ها را برحسب اثر آنها بر رفتار فرد، تعریف کرد و نه برحسب این که آیا آنها پاداش دهنده 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 ۱-۲). منظور از تقویت مثبت، موقعیتی است که در آن رفتاری خاص (مانند سروقت حاضر شدن) با بسامد بیشتری اتفاق می‌افتد، چون پسایندهای مثبتی (مانند تشویق) را به دنبال می‌آورد. منظور از تقویت منفی، موقعیتی است که در آن بسامد رفتاری، افزایش می‌یابد بدین علت که به دنبال آن، رویداد ناگوار قابل انتظاری (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 پسایندهای دیگری قابل ذکرند. تنبیه به موقعیتی گفته می‌شود که در آن از بسامد رفتاری، به علت آن که رویداد بیزارساز یا آزارنده‌ای (از قبیل ضربه الکتریکی) به دنبال آن اتفاق می‌افتد، کاسته می‌شود. ناکام‌سازی از طریق حذف پاداش، موقعیتی است که در آن از بسامد رفتاری، به علت آن که پاداش مورد انتظار حذف می‌شود (مانند مورد تشویق قرارنگرفتن)، کاسته می‌شود. برای آن که بتوانیم از اصول شرطی‌سازی کنشگر، برای کمک به بیماران استفاده کنیم، باید در برنامه ریزی درمانی رویدادهایی را منظور کنیم که در گذشته، قدرت تغییر خود را در جهت مطلوبی

نشان داده اند. این تقویت کننده ها ضرورتاً همانهایی نیستند که اساساً پاداش دهنده به نظر می رسند.

شکل گیری این دو الگوی شرطی سازی، و تلفیق بعدی آنها به وسیله محققانی از قبیل هال و ماورر، در تکامل رفتاردرمانی از ارزش بالایی برخوردار بود. در این ارتباط، پژوهشهای ماورر (۱۹۶۰ و ۱۹۴۷) اهمیت ویژه ای دارد. وی برای تبیین ترس و رفتار اجتنابی از مدل دوعاملی (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 می شود. اما چون ترس حالتی بیزارساز است، جانور یاد می گیرد از طریق اجتناب (رویگردانی) از محرکهای شرطی آن را کاهش دهد. سولومون و وین (۱۹۵۴) به مشاهدات مهم دیگری پرداختند و به این نتیجه رسیدند که اگر محرکهای طبق الگوی شرطی سازی کلاسیک، در گذشته با محرکهای بیزارساز قدرتمندی همبسته شوند، پاسخهای اجتنابی نسبت به این محرکهای شرطی، در برابر خاموشی، فوق العاده مقاوم خواهند بود. یعنی این محققان نشان دادند که پاسخ اجتنابی نسبت به محرکهای بی ضرر ممکن است مدتها پس از زمانی که شرطی سازی قبلی از بین رفته است، گرایشی به کم شدن از خود نشان ندهند.

### کاربردهای اولیه اصول رفتاری در زمینه های بالینی

شاید معروف ترین نمونه کاربرد اصول رفتاری در زمینه اضطراب بالینی (مرضی)، توصیف روشهای شرطی باشد که به وسیله وات سون و ری نر (۱۹۲۰) در مورد نوپای ۱۱ ماهه ای به نام «آلبرت کوچولو» 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). اما این امر در مورد اشیای غیرمشابه، اتفاق نیفتاد. مسئولیت این قسمت از کار را جونز (۱۹۲۴) به عهده گرفت. او سعی کرد توصیه های وات سون را برای درمان به کار گیرد. خانم جونز کشف کرد که فقط دوروش درمانی وجود دارد که همیشه مؤثر واقع می شوند: 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 نمی شود، با محرک ترسناک روبرو می سازیم. قابل توجه است که این روشها، شباهت زیادی به روشهایی دارد که بعدها ولپی (در حساسیت زدایی منظم) و بندورا (در سرمشق گیری فعال) به کار گرفتند (به قسمتهای بعدی فصل مراجعه شود).

گسترش عمده بعدی، به کارهای ماورر و ماورر درباره شب ادراری، که در اواخر سالهای (۱۹۳۰) صورت گرفته است، مربوط می شود. آنها شب ادراری را به عنوان ناتوانی بیمار در بیدار شدن از خواب، در پاسخ به پرشدگی مثانه، تلقی کردند. و در نتیجه، پرشدگی مثانه (آغاز ادرار) را با بیدارسازی و انقباض اسفنکتر در مرحله پس از بیداری ارتباط دادند، به طوری که پس از چند بار تکرار، پرشدن مثانه، به خودی خود به انقباض اسفنکتر منجر می شد و بدین ترتیب مانع ادرار می گشت. 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 نمی شود، بلکه آن چه در کار آنها تازگی داشت، ضابطه بندی و درمان رفتاری شب ادراری بود. این کار در رشد و توسعه بعدی ضابطه بندیها و درمان رفتاری، نقش مهمی ایفا کرد.

گسترشهای مربوط به سالهای ۱۹۵۰ شامل تلاشهایی می شدند که به منظور وارد ساختن مفاهیمی بیرون از حیطه رفتاری، به قلمرو رفتاردرمانی صورت می گرفتند. در این باره مخصوصاً کارهای دالرد و میلر (۱۹۵۰) مؤثر بود. این دو، نظریه روان کاوی را برحسب اصطلاحات نظریه یادگیری مفهوم سازی 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 ضابطه بندیهای شناختی - رفتاری بعدی - آن گونه که بتواند یافته های مربوط به پژوهشهای روان شناسی شناختی و اجتماعی را در خود ادغام کند، پی ریزی شد.

جوزف ولپی در آفریقای جنوبی در اوایل سالهای ۱۹۵۰، گزارشهای خود را درباره روان نژندیهای تجربی (آزمایشگاهی) گربه ها، منتشر ساخت. این پژوهش، شبیه پژوهشهای پیشین، و از آن جمله کارهای ماسرمن (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 می شود، ضربه الکتریکی ضعیفی دریافت کند، این ترس ممکن است در موقعیتهایی مشابه موقعیتهایی که در آن ضربه الکتریکی وارد شده است، نیز خود را نشان دهد.

ولپي براي توضیح این پدیده ، از تبیینی نوروفیزیولوژیک استفاده کرد. از آن جا که نزدیک شدن به غذا از طریق موقعیتی که «نشانه های روان نژندی تجربی» را پدید می آورد بازداري می شد، او نتیجه گرفت که ترس و نزدیک شدن به غذا در مقام تعارض متقابل و یا *بازداري متقابل* قرار دارند. این نتیجه گیری به این نظر انجامید که می توان از غذا در کاهش اضطرابی که در موقعیتهای خاصی پدید می آید، استفاده کرد. ولپی این نظر را به طور موفقیت آمیزی به اثبات رسانید. بدین ترتیب ، در عین حال که جانوران آزمایشگاهی خود را غذا می داد به تدریج آنها را به موقعیتی که اولین بار ضربه الکتریکی به آنها وارد شده بود، نزدیک می ساخت . او پیشنهاد کرد که به طور کلی می توان از طریق ارائه همزمان محرکهای اضطراب انگیز و محرکهای که پاسخی معارض با اضطراب (بازدارنده متقابل) در اورگانیسم ایجاد می کنند، ترس را کم ساخت ، به شرطی که پاسخ معارض ، قوی تر از اضطراب باشد. برای حصول اطمینان از این که بازدارنده ، قوی تر از اضطراب است ، محرکهای اضطراب انگیز به طور تدریجی و به صورت *سلسله مراتبی* ، از کم به زیاد، ارائه می شدند.

ولپی در کار تعمیم این یافته ها به انسان ، به سه نوع پاسخ عمده رسید که ممکن بود در نقش بازدارنده های متقابل ، عمل کنند. پاسخهای جنسی ، پاسخهای جرأت آمیز و آرمش عضلانی پیشرونده . متداول ترین این پاسخها، شکل تعدیل یافته و کوتاه شده روش آرمش جکوسون (۱۹۳۸) بود که به نظر ولپی از لحاظ همبسته های نوروفیزیولوژیک ، اثری مشابه غذا خوردن را داراست . در روش ولپی ، ابتدا به بیمار آرمش یاد داده می شود و بعد، از او خواسته می شود که به طور گام به گام طبق *سلسله مراتبی* که تنظیم شده است ، در معرض موقعیتهای ترسناک قرار گیرد. زیرا این حالت آرمش ، موجب بازداري متقابل در پاسخ ترس می شود. ولپی ابتدا از رویارویی عینی (واقعی) استفاده می کرد، 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 *حساسیت زدایی منظم* شهرت یافت ، به طور دقیق در کتاب معتبر ولپی تحت عنوان *روان درمانی از طریق بازداري متقابل* (۱۹۵۸) شرح و بسط داده شد. در این کتاب با صراحت عنوان شده است که بیماران باید بین جلسه ها، به طور عینی تکالیف مفصلی را انجام دهند. ولپی در این باره سهم قابل ملاحظه ای داشت و تأثیر بسزایی در کاربرد رفتاردرمانی به جای گذاشت . اهمیت کار ولپی ، تنها در استفاده او از یک ضابطه بندي نظری ، مبتنی بر فرضیه های روشن و قابل آزمون - که به منظور ایجاد راهبرد درمانی کاملاً

مشخصی انجام می‌پذیرد - نیست ، بلکه در شرح و توصیف جزء به جزء کاربرد درمانی این تکنیک بالینی نیز هست . اما اساس نظری بازداري 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 تدریجی ، و نه استفاده از بازدارنده های متقابلی چون آرمش ، ضرورتی برای درمان به شمار نمی‌رود. با این همه ، حساسیت زدایی منظم توانست اساس عملی و انگیزه نظری لازم برای پژوهشها را فراهم آورد: پژوهشهایی که به رشد و توسعه درمانهای مبتنی بر رویارویی انجامیده اند.

ولپی کارهای خود را در دوران مهمی ارائه داد: دورانی که کاربردهای روان کاوی به دنبال نقد پر مشاجره آیسنک (۱۹۵۲) به طور جدی زیر علامت سؤال رفته بود. آیسنک در این نقد خود مطرح ساخته بود که نسبت بهبود در روان درمانی بالاتر از نسبت بهبود قابل انتظار در مواقعی که اصلاً درمانی اعمال نمی‌شود (بهبود خودبه خودی) ، نیست . کاربرد نظریه های شرطی سازی در مسایل روانی مورد توجه آیسنک ، جونز ، مهیر ، یتیز و شپیرو در بیمارستان مادزلی لندن قرار گرفت و در این باره ، سمینارهایی تشکیل یافت . از این بحثها یک رویکرد درمانی پدیدار شد، که نمونه هایی از آن در یک سلسله تحقیقات مفصل تک آزمودنی - که در آنها اصول شرطی سازی به طرز موفقیت آمیزی در مسایل بالینی مورد استفاده قرار می‌گرفتند- به کار گرفته شدند. کاربرد درمان مبتنی بر یادگیری ، با شرکت راچمن ، که قبلاً با ولپی کار می‌کرد، توسعه یافت . راچمن در ایجاد و رشد انزجار درمانی ، پزشکی رفتاری ، و مخصوصاً درمان رفتاری اختلالهای وسواسی ، نقش سازنده ای داشت . گلدر ، مارکس ، متیوز و دیگر همکاران آنها در بیمارستانهای مادزلی و وارن فورد یک سلسله روشهای رویارویی برای درمان اختلالهای هراسی وضع کردند و آنها را گسترش دادند. در همان زمان ، محققان آمریکایی از قبیل دی وی سون (۱۹۶۸) سعی می‌کردند فرآیند حساسیت زدایی و سایر فنون ترس کاهی 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 ایجاد شده در بیمار، مانع رویارویی کامل بیمار با این محرکها می‌گردد. برای ایجاد

خاموشي در ترس ، بیمار باید با محرکهاي ترسناک روبرو شود و در جریان رويارويي ، از موقعيت ، فرار (و بنا براین اجتناب ) نکند. رويارويي این قدر باید ادامه یابد که حداقل ، اضطراب ، شروع به کاهش کند. با وجود آن که این فن ، مشابه حساسيت زدایي منظم است ، اما پیشرفت کار در آن بسیار سریع تر است . يکي از دلایل کسب اعتبار رويکردهاي رفتاري در کاهش ترس ، این بود که اثريخشي آنها به طور منظم در آزمایشهاي کنترل شده اي مورد تحقيق قرار گرفت (براي مثال مراجعه شود به پال ، ۱۹۶۶؛ مارکس ۱۹۷۵).

کوشش ديگري که به موازات شکل گيري فنون کاهش ترس ، و در ارتباط نظري مربوط به زمينه قبلي صورت گرفت ، کوششي بود که رفتار درمانگران اوليه ، در جهت القا و يا افزايش اضطراب وابسته به محرکها ، و يا رفتارهاي ناخواسته ، انجام مي دادند. این رويکرد، *انزجاردرماني* نامیده شد و عمدتاً در درمان مسایل الکليسم و رفتار انحراف جنسي به کار برده مي شد. محرکهاي خارجي ، افکار و يا رفتارهاي مربوط به پاسخ نامطلوب ، با محرک ناگواري از قبيل ضربه الکتریکي ناگوار همراه مي شدند. پس از چندین بار عمل همراه سازي ، محرکهاي اصلي به تنهائي قادر مي شوند همان پاسخي را که محرک بيزارساز، ایجاد مي کرد، ایجاد کنند. يعني محرکهاي اصلي ، اضطراب شرطي ایجاد مي کنند. شور و اشتياق اوليه براي این رويکرد، به دلایل اخلاقي و به علت غيرمؤثر شناخته شدن آن در عمل ، فروکش کرد (راچمن و تيزديل ، ۱۹۶۹). به جاي آن ، رويکرد ديگري نشست که از جنبه احساس برانگيزي کمتری برخوردار بود (کوته لا ، ۱۹۶۷). در این چارچوب ، روش *حساسيت زايي نهفته* را مي توان ذکر کرد. در این روش ، افکار مربوط به رفتار ناخواسته ، با تصور مربوط به محرکهاي ناگوار (مانند بازداشت شدن و يا مورد اهانت قرار گرفتن ) همراه مي شود. البته تأثیر این روش نیز نامشخص است .

در اوایل سالهاي ۱۹۶۰ ، در کاربرد روشهاي درماني به مقیاس وسیع تر - در حدي فراتر از مسایل کاهش ترس - گسترشهاي بيشتري صورت گرفت . این گسترش ، عمدتاً براساس بررسيهاي استوار بود که در آنها از *طرحهاي تک آزمودني* - روشي که پس از انتشار مقاله هاي اصلي شپيرو ( ۱۹۶۱ a,b ) درباره روش شناسي تک آزمودني به صورت عنصر مهمي از رويکرد رفتاري درآمد - استفاده مي شد. در آزمایشهاي تک آزمودني ، معمولاً یک متغیر باليني مورد نظر، در فواصل معيني (در مقاطع خاص زماني) ، مورد سنجشهاي مکرري قرار مي گيرد. در يکي از این مقاطع زماني که از قبل تعيين مي شود، مداخله درماني به عمل مي آید و اثر این مداخله ، برحسب تغييراتي که در متغیر



ایجاد می کند، مورد سنجش قرار می گیرد. می توان اثر راهبردهای مختلف مداخله ای را از این طریق، ارزیابی کرد. بعدها طرحهای تجربی پیچیده ای وضع شدند: طرحهایی که می شد بدان وسیله آزمایشهای تک آزمودنی 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 نمی شود، 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، شهرت یافته است) به وسیله اسکینر و لیندزلی شرح داده شد. اما تا سالهای ۱۹۶۰ کار درمانی 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. ایلن در کاربردهای اولیه این فنون در مسایل روانی بزرگسالان، سعی کرد رفتار روان پریشانه ای (از قبیل: اعمال تهاجمی، سخن گوئی روان پریشانه و رفتار غذاخوری نامناسب) را در بیماران بستری، تغییر دهد. او از سیگار و تشویق به عنوان تقویت کننده و برگرداندن توجه از بیمار را به عنوان خاموش سازی استفاده کرد. ایلن توانست نشان دهد که رفتارهای نابهنجار، برحسب این که مورد تقویت قرار می گیرند و یا تقویت در مورد آنها به کار برده نمی شود، افزایش یا کاهش پیدا می کنند. کار ایلن نشان دهنده 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 اتاق، تقویت کننده باشد و در مورد بیمار دیگر، غذا خوردن با سایر بیماران در اتاق نهارخوری. ایلن و ازرین در سال ۱۹۶۱ یک بخش بیمارستانی را به نحوی طراحی کردند که در آن برای تغییر منظم بیماران از تقویت کننده ها استفاده می شد. این سیستم به economy token شهرت یافت. زیرا در آن از توکنهایی به عنوان تقویت کننده، استفاده می شد که بعد قابل تبدیل به مجموعه ای از امتیازها بود. امتیازهایی که بیمار می توانست 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 توکن اکونومیهای بعدی، همگی بر اهمیت تقویت اجتماعی، مخصوصاً تقویت‌هایی که به عنوان کمکی برای تعمیم (عمومیت یافتن در سایر موقعیتهای) و نیز برای تدوین رفتارهای مطلوب یا مقبول، عمل می‌کنند، تأکید کردند. تحقیقات اخیر، اساس نظری سیستم توکن را مورد سؤال قرار داده است. مثلاً هال و بیکر (۱۹۸۶) نشان دادند که پسخوراند و راهنماییهای اختصاصی که به هنگام دادن توکن مورد استفاده قرار می‌گیرند، مهم‌ترین عامل در این نوع برنامه ریزیها به شمار می‌روند. با این همه، رشد و گسترش این روش به لحاظ نقشی که در هدایت رویکرد کلی به درمان در موقعیتهای توان بخشی داشت، از اهمیت زیادی برخوردار بود. کاربرد تقویت کننده‌های اجتماعی سازمان یافته (مانند تشویق و توجه از سوی درمانگر) بیش از توکنها مورد پذیرش قرار گرفته‌اند. همچنین تأکید بر تغییر و سازمان بخشی تعاملها هنوز به عنوان عاملی مهم در کمک به بیماران اسکیزوفرنیک شناخته می‌شود (مراجعه شود به فالون، بوید و مک گیل، 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 اختلالات درآمد؛ مانند کاربرد رویارویی عینی در هراسها، وسواسها و اختلالات جنسی و کاربرد فنون کنشگر و هدف‌گزینی در توان بخشی. البته درمان جنسی با کارهای پیش‌تازانه مسترز و جان سون 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 بود. برک (۱۹۷۳) اصطلاح پزشکی رفتاری را در مقام توصیف کاربرد بیوفیدیک در اختلالاتی پزشکی، به کاربرد در بیوفیدیک، بیمار می‌آموزد که پاسخهای فیزیولوژیک خود

را از طریق دریافت اطلاعات مستقیم از تغییراتی که در دستگاه فیزیولوژیک او اتفاق می افتد، کنترل کند. بعدها پزشکی رفتاری حوزه وسیع تری را دربرگرفت. از آن جمله می توان به کاربرد اصول فیزیولوژیک درمان در اختلالهایی که صرفاً منشأ جسمی دارند (مانند: سوختگیهای درونک) و یا در اختلالهایی که احتمالاً دارای علت روانی هستند (مانند نشانگان روده تحریک پذیر)، دردهای روان زاد در ناحیه سینه و نیز در تغییر و اصلاح عوامل خطرزا (مانند کشیدن سیگار)، اشاره کرد. این دوره همچنین با پالایش فنون موجود (مانند کم کردن زمان لازم برای رویارویی مؤثر با محرک ترسناک و ایجاد شکل‌های کوتاه شده آرمش) و نیز معرفی رویکردهای تازه (از قبیل آموزش کنترل اضطراب و آموزش مهارتهای اجتماعی) مشخص می شود.

پیشرفت مهم دیگر، پذیرش رویکرد «سه نظامی» ، بود. لنگ ، راجمن و دیگران مطرح کردند که می توان مسایل روانی را برحسب نظامهای پاسخی که تا حدی به هم پیوسته هستند، به نحو سودمندی ، مفهوم سازی کرد. نظامهایی که آنها پیشنهاد کردند، عبارت بودند از رفتاری □ ، شناختی/عاطفی و فیزیولوژیک . این نظامها اگر چه با هم ارتباط دارند، اما ضرورتاً به طور همزمان و به شیوه ای یکسان و یا حتی ' همسو، تغییر پیدا نمی کنند. بنابراین *ناهمزمان* شمرده می شوند (راجمن و هاج سون ، ۱۹۷۴). البته هیچ علتی از قبل تعیین شده ای وجود ندارد که فقط سه نظام تشخیص داده شود و نه چهار و یا حتی ' بیشتر. و شاید مفیدتر باشد که نظامهای شناختی و عاطفی را نیز از هم جدا کنیم و به یک طبقه بندی چهارنظامی برسیم .

با این همه ، این شقّ جدید در برابر نگرش تک نظامی مسایل روانی ، به دو دلیل اهمیت داشت . نخست آن که در تبیین دامنه وسیعی از الگوهای نشانه ای که بیماران گزارش می کنند، مؤثر افتاد و دوم آن که به ارزیابیهای منظم تر و مناسب تر نتیجه درمانی ، منجر شد. این نگرش ، امکان ارزیابی اثرات اختصاصی تک تک شیوه های درمانی را بیشتر ساخت . مثلاً معلوم شد که درمانهای مبتنی بر آرمش در مراحل اولیه خود، بیشتر بر جنبه های فیزیولوژیک نابهنجاری اثر می گذارد تا جنبه رفتاری یا شناختی .

اواخر سالهای ۱۹۶۰ و اوایل سالهای ۱۹۷۰ همچنین شاهد شروع نارضايتها از تصوّرات صرفاً رفتاری که در رشد اولیه رفتاردرمانی جنبه مسلّطی داشتند، بود. مخصوصاً لازاروس (۱۹۷۱) آنچه را که وي تصوّرات مکانیستیکی زیربنایی در کاربرد رفتاردرمانی می نامد، مورد حمله قرار داد. لازاروس معتقد بود که تبیین قسمت اعظم درمانهای رفتاری صرفاً برحسب اصطلاحهای نظریّه یادگیری ،

ناممکن است. او پیشنهاد کرد که باید «رفتاردرمانی با طیف وسیع» را بپذیریم. در این نوع رفتاردرمانی، تکنیکهایی که کارآیی آنها از لحاظ تجربی به اثبات رسیده است، مورد استفاده قرار می‌گیرند؛ صرف نظر از آن که اساس نظری آنها چه باشد. این رویکرد در عمل با سرعت فزاینده‌ای مورد پذیرش متخصصان بالینی قرار گرفت. اما محدودیتهای رفتاردرمانی تا مدتها بعد، مورد بررسی منظم آثار پژوهشی قرار نگرفت. یکی از ناخوشایندترین جنبه این «التقاط‌گرایی تکنیکی» عبارت بود از تمایل متخصصان بالینی به کاربرد فنون، به شیوه‌ای تجویزی؛ به نحوی که به طور مکانیکی، فنونی خاص در مورد مسایلی خاص به کار گرفته می‌شدند، بدون آن که ارزیابی و ضابطه‌بندی کامل رفتاری مورد توجه کافی و یا اصلاً مورد توجه قرار گرفته باشند. اما نارضایتی از رویکردهای صرفاً رفتاری نتیجه سودمندی نیز داشت و آن عبارت بود از کوششهایی که در جهت افزودن عناصر شناختی بر فنون موجود و نیز گشودن راهی برای ارائه و کاربرد منظم رویکردهای شناختی، به عمل می‌آمد.

دوره مربوط به سالهای میانه تا اواخر دهه ۱۹۷۰ دوره‌ای بود که در آن مفیدبودن رفتاردرمانی مورد پذیرش همگان قرار گرفت. دیگر نیازی برای اثبات کارآیی رفتاردرمانی فی حد نفسه نبود و در نتیجه، عده‌ای از رفتاردرمانگران سعی کردند توجه خود را به مواردی معطوف کنند که از رفتاردرمانی، حتی در صورتی که به طور کامل اجرا می‌شد، سودی نمی‌بردند. بهترین نمونه این توجه کتاب فوآ و امل کمپ درباره موارد ناموفق درمان است (۱۹۸۳). مثلاً بیش از پیش روشن شد که مشکلات وابسته به پذیرش درمان از سوی بیمار را نمی‌توان به سادگی به «انگیزه ضعیف» در او نسبت داد. اما در عین حال، کوششهایی که در زمینه تجزیه و تحلیل جزو به جزو رفتار بیمارانی که همکاری خوبی در درمان از خود نشان نداده بودند صورت می‌گرفتند، نیز کمکی به بهبود بیشتر در آنان نکرد. پیشرفت مهم دیگری که در این دوره به عمل آمد، کوشش برای ارائه نظریه‌ها و فنونی بود که می‌شد آنها را در درمان سایر مسایل روانی، مخصوصاً افسردگی، به کار گرفت. به عنوان مثال، لوین سون (۱۹۷۴ a) مطرح کرد که افسردگی، ناشی از کاهش میزان تقویت مبتنی بر پاسخ است. اما تلاشهای اولیه برای استفاده از درمان براساس چنین نظری (همین و گلّس، ۱۹۷۵) موفقیت‌های کمی دربرداشت. علت این امر شاید این بود که با وجود شرکت بیمار در تعداد بیشتری از فعالیتهای بالقوه تقویت‌کننده، فعالیتهای و عملکرد موفقیت‌آمیز خود وی، غالباً از جانب خود او به طور منفی مورد

ارزیابی قرار می‌گرفت. بدین ترتیب، نقش عوامل شناختی در بیمارانی که به درمان‌های صرفاً رفتاری پاسخ نداده بودند، هر چه بیشتر مسلّم می‌شد. این دو پیشرفت زمینه را برای پذیرش اهمیت عوامل شناختی و لزوم پرداختن به آنها در جلسه‌های درمانی، از سوی بسیاری از درمانگران فراهم ساخت.

## تلفیق رویکردهای شناختی و رفتاری

نظریه لنگ درباره سه نظام پاسخی نسبتاً مستقل، شالوده لازم برای پذیرش مفاهیم شناختی در رویکرد رفتاری را فراهم آورده بود. در زمینه روان‌شناسی رفتاری (که متفاوت از رفتاردرمانی است)، اهمیت متغیرهای شناختی بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته بود. شاید علت کندی جریان جذب دیدگاه‌های شناختی به وسیله رفتاردرمانی، به ادامه تأثیرات سون در زمینه طرد درون‌نگری، و نیز به نگرش رفتاردرمانگران به سایر روش‌های روان‌درمانی، مربوط باشد. کارهای بندورا درباره یادگیری مشاهده‌ای مخصوصاً در عطف توجه به عوامل شناختی، در رفتاردرمانی مهم بودند. در این رویکرد، فرض بر این است که فرد از طریق تماشای شخص دیگری که رفتاری از خود نشان می‌دهد، یاد می‌گیرد. اگر ناظر پس از مشاهده، رفتار مورد نظر را خود انجام دهد، یادگیری به بهترین وجه، صورت خواهد گرفت. اما این مشارکت، شرط ضروری برای یادگیری نیست.

بندورا یک مدل خود-نظم‌بخشی موسوم به خود-اثربخشی وضع کرد. خود-اثربخشی بر این انگاره استوار است که هر نوع تغییر آگاهانه‌ای که در رفتار اتفاق می‌افتد با وساطت دریافت فرد از توانایی خود، برای انجام رفتار مورد نظر، صورت می‌گیرد. عامل مهم دیگر، توجه فزاینده به مفهوم خویشتن‌داری بود. این مفهوم بر یک مدل سه مرحله‌ای متشکل از مرحله خود-نگری، خود-سنجی (تعیین معیارها) و خود-نیروبخشی استوار است. پژوهش‌های زیادی براساس این مدل به عمل آمدند. در این پژوهش‌ها سازه‌های شناختی، از آن جمله اسناد و خود-آموزی، نقش بارزی پیدا کردند.

شاید نخستین رویکرد شناختی کامل‌العیاری که علاقه پژوهشگران رفتاری را برانگیخت، تعلیم خود-آموزی (مایکن بام، ۱۹۷۵) باشد. شهرت این رویکرد به اساس نظری ساده آن و نیز شباهت آن به مفهوم covenants (رفتارکنشگر ذهنی) در چارچوب نظریه کنشگر، مربوط می‌شود. مایکن بام مطرح کرد که می‌توان با تغییر در دستورالعمل‌هایی که در جریان آنها بیماران خود را مورد خطاب

قرار می دهند، از سمت افکار ناسازگار و برآشوبنده به سوی خود-گویی های سازگارتری حرکت کرد.

شناخت درمانی پیچیده تری که به وسیله بک (۱۹۷۶، ۱۹۷۰) شرح داده شد و از بسیاری جهات شبیه درمان منطقی - عقلانی الیس (۱۹۶۲) به شمار می رود، بسیار کندتر از رویکرد اولی مورد پذیرش قرار گرفت؛ اما امروزه به صورت مهم ترین رویکرد شناختی درآمده است. این رویکرد ابتدا به طور عمده در افسردگی به کار گرفته شد (بک، ۱۹۶۷). بک برعکس نگرش سنتی روان پزشکی درباره افسردگی، نظر داد که تفکر منفی، که جنبه کاملاً مسلطی در این اختلال دارد، فقط یک نشانه نیست، بلکه نقشی تعیین کننده در تداوم افسردگی ایفا می کند. این بدان معنی است که می توان افسردگی را از طریق کمک به بیمار در تشخیص و تغییر افکار منفی خود، درمان کرد.

بک مطرح کرد که منشأ تفکر منفی در افسردگی به بازخوردها (فرضها) بی مربوط می شود که در کودکی و دوره های بعدی شکل می گیرند. این فرضها ممکن است در بسیاری مواقع مفید باشند و رفتار را هدایت کنند. مثلاً فرضی مانند «برای پیدا کردن احساس ارزشمندی باید در کارها موفق باشم» ممکن است میزان زیادی از فعالیت مثبت را در فرد بیانگیزاند؛ اما این فرضها از سوی دیگر او را در برابر پاره ای از رویدادهای پراهمیت، آسیب پذیر می گردانند. برای مثال، اگر فرد بخواهد عدم توفیق خود را در امتحان برحسب فرض بالا توجیه کند، آن را شکستی بزرگ تعبیر می کند که به *افکار خود-آیند منفی* از قبیل «من به هیچ دردی نمی خورم»، «در هیچ کاری نمی توانم موفق بشوم» می انجامد.

این نوع افکار، خلق را پایین می آورند و پایین آمدن خلق، خود، احتمال وقوع افکار خود-آیند منفی را بیشتر می گرداند و بدین ترتیب دور باطلی ایجاد می شود که در جهت تداوم افسردگی عمل می کند.

وقتی فردی افسرده شد، مجموعه ای از تحریفهای شناختی، اثر عمومی خود را بر کارکرد روزانه او باقی می گذارد. این نوع تحریفها خود را به صورت *مثلث شناختی*: نگرش منفی نسبت به خویشتن، نسبت به تجربه جاری و آینده، نشان می دهند. سایر تغییرات شناختی نیز ممکن است این نگرش را تداوم بخشد. مثلاً ممکن است بیماران به طور انتخابی، به رویدادهایی توجه کنند که نگرش منفی به خویشتن را در آنان تأیید می کنند. این مدل، به طور کامل در فصل ۶ شرح داده شده است. بک (۱۹۷۶) کاربرد شناخت درمانی را به طیف وسیعی از اختلالهای هیجانی، تعمیم داده است.

شیوه درمانی که در این کتاب توضیح داده می‌شود، تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است. به همین سبب نام آن را رفتاردرمانی شناختی نامیدیم. در این نوع شیوه درمانی، به بیمار کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتار ناکارآمد خود را تشخیص دهد. برای این که بتواند این افکار تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تغییر دهد، از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان یافته‌ای، استفاده می‌شود. در جنبه‌هایی از درمان، تأکید عمدتاً رفتاری و در جنبه‌هایی دیگر شناختی است. چنان که به وضوح در این کتاب مشاهده می‌شود، شیوه‌های درمانی شناختی □ - □ رفتاری، امروزه در مورد اکثر اختلال‌هایی که در روان پزشکی با آنها روبرو می‌شویم، کاربرد دارد.

### اصول کلّی در شیوه درمانی شناختی - رفتاری

در رویکرد شناختی - رفتاری تأکید زیادی می‌شود که مفاهیم به طور عملیاتی بیان شوند و اعتباریابی درمان به طور تجربی صورت پذیرد: بدین منظور در شرایط پژوهشی و نیز در کار بالینی روزمره، از طرح‌های آزمایشی گروهی و تک آزمودنی استفاده می‌شود. همچنین برای آن که بتوان به بازآزمونی یافته‌ها دست زد، باید شیوه درمانی، برحسب تعاریف عملیاتی مشخص شود، و اثر آن به کمک معیارهایی پایا و عینی مورد ارزیابی قرار گیرد. قسمت اعظم درمان، براساس رویکرد «این جا و اینک» صورت می‌گیرد و فرض بر آن است که هدف عمده درمان، عبارت است از کمک به بیمار به نحوی که بتواند تغییراتی مطلوب در زندگی خود پدید آورد. بنابراین تأکید در درمان، متوجه فراهم آوردن فرصتی برای یادگیری‌های انطباقی جدید، و نیز ایجاد تغییراتی در فضای بیرون از حیطه بالینی (درمانگاه یا مطب) می‌شود. حل مسأله، جزء مهم لاینفک درمان را تشکیل می‌دهد. تمامی جنبه‌های درمانی برای بیمار توضیح داده می‌شود. درمانگر و بیمار سعی می‌کنند ارتباطی متقابل با هم برقرار کنند و راهبردهایی را برای مقابله با مسایل دقیقاً مشخص شده، با هم وضع نمایند. در این فصل، پیشرفت‌های اولیه‌ای را که منجر به پذیرش کاربردی و استفاده از رویکردهای درمانی شناختی - رفتاری، در بسیاری از اختلال‌های روانی شد، به اجمال برشمردیم. بی‌شک چند سال آینده، شاهد تغییرات بنیادی و گسترش این رویکردها خواهیم بود. با این همه، در حال حاضر، این دیدگاه‌ها هم وسیله اختصاصی مؤثری برای کمک به بیماران در اختیار ما قرار می‌دهند و هم رویکرد

عامّ ارزشمندی در زمینه درک اختلالهای روانی و طراحی برنامه های درمانی ،  
فراهم می آورند.

### برای مطالعه بیشتر

*The scientist* .(۱۹۸۴) .Barlow, D. H., Hayes, S. C., and Nelson, R. O  
.New York ,Pergamon .*practitioner*  
,Wiley .(*psychology (3rd edn Abnormal* .(Davison, G. and Neale, J. (1984  
.York New  
*experimental :History of behavior modification* .(Kazdin, A. E. (1978  
.Baltimore ,University Park Press .*foundations of contemporary research*