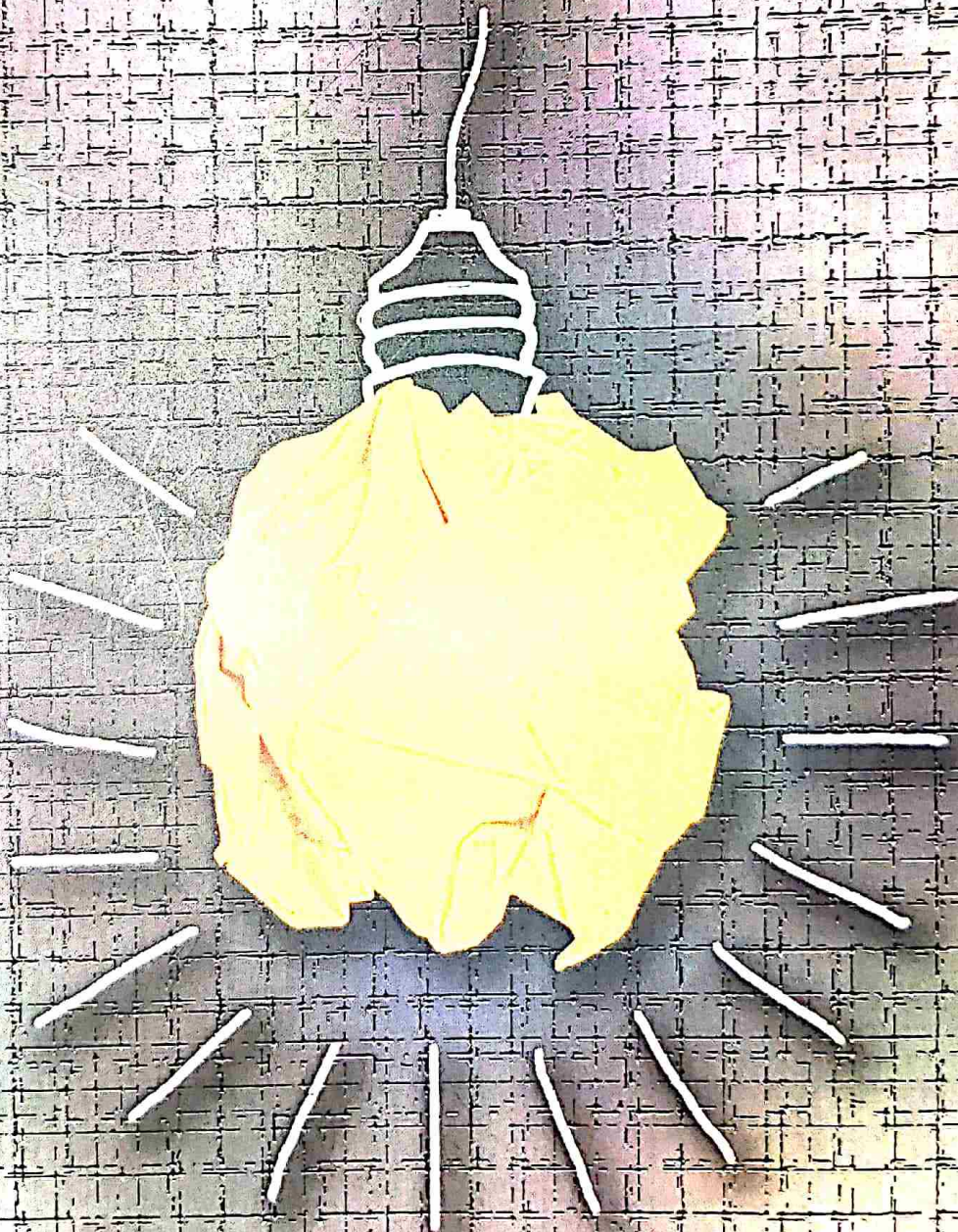


مهارت‌های چالشی در شناخت درمانی

دکتر شهربانو قهاری





۹	..... مقدمه
۱۱	..... فصل ۱. مدل شناختی
۱۱	..... افکار خودآیند
۱۲	..... باورها
۱۳	..... باورهای واسطه‌ای
۱۴	..... فرض‌ها
۱۴	..... قواعد
۱۵	..... نگرش‌ها
۱۶	..... طرح‌واره‌ها
۱۷	..... فصل ۲. افکار خودآیند
۱۹	..... افکار خودآیند مثبت
۲۰	..... افکار خودآیند مثبت در مصرف‌کنندگان مواد
۲۰	..... افکار خودآیند مثبت در بیماران مبتلا به مانیا
۲۰	..... افکار خودآیند مثبت در افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته
۲۱	..... افکار پراتهاب
۲۲	..... ویژگی افکار خودآیند
۲۳	..... تبیین افکار خودآیند برای بیمار
۲۴	..... اشکال افکار خودآیند
۲۹	..... طبقه‌بندی افکار خودآیند

۳۱	..... فصل ۳. فراخواندن افکار خود آیند
۳۱	..... توجه به رفتارهای غیر کلامی بیمار در جلسه
۳۲	..... شناسایی افکار خود آیند در یک موقعیت خاص
۳۳	..... تغییرات خلقی بیمار در جلسه
۳۵	..... مفهوم سازی جدید
۳۶	..... توجه به تصاویر ذهنی
۳۷	..... توجه به هیجانها
۴۱	..... حدس زدن فکر
۴۲	..... بیان فکری مخالف انتظار بیمار
۴۳	..... مبالغه در نتایج همراه با شوخی
۴۴	..... پیش بینی بدترین اتفاق ممکن
۴۴	..... ایفای نقش
۴۵	..... فن صندلی خالی
۴۷	..... فن القای نشانه
۴۷	..... توجه به معانی رویدادها
۴۹	..... رویارویی ذهنی
۵۰	..... فن رویارویی زنده
۵۱	..... آموزش بیمار
۵۳	..... خود بازنگری روزانه و ثبت افکار خود آیند ناکارآمد
۵۴	..... تکالیف رفتاری
۵۶	..... فراخوانی تصاویر ذهنی
۵۷	..... آموزش بیمار درباره ی تصاویر خود آیند
۵۸	.....

۵۹	..... فصل ۴. چالش با افکار خود آیند
۵۹	..... فن تعریف واژه ها
۶۲	..... فن اسناد مجدد یا فن دایره
۶۴	..... فن فاجعه زدایی
۶۸	..... فن پیشگویی های خودکام بخش
۷۰	..... فنون فاصله ای
۷۵	..... (د) فن ماشین زمان «دیگران»
۷۶	..... (ه) فن نگاه کردن به مشکل از بالکن

۷۸	.....	بررسی مزایا و معایب فکر خودآیند
۷۹	.....	فن و کیل مدافع
۸۱	.....	فن تمایز رفتار از شخصیت
۸۳	.....	تکالیف رفتاری
۸۴	.....	مبالغه و مزاح
۸۵	.....	بررسی شواهد
۸۸	.....	ایفای نقش هر دو جنبه‌ی ذهن
۸۹	.....	معیارهای دوگانه
۹۱	.....	شناسایی تحریف‌های شناختی
۹۵	.....	بازسازی تصاویر اضطراب‌زا
۹۵	.....	دنبال کردن تصویر و کامل کردن آن
۹۹	.....	تغییر دادن تصاویر
۱۰۰	.....	جهش به جلو در زمان
۱۰۲	.....	مقابله با تصویر
۱۰۳	.....	تجسم مکرر تصویر
۱۰۳	.....	واقعیت‌سنجی تصویرذهنی
۱۰۴	.....	راهبرد توجه‌برگردانی از تصویرذهنی
۱۰۵	.....	فن توقف تصویرذهنی
۱۰۵	.....	جایگزین کردن تصویرذهنی با تصویری خوشایندتر
۱۰۵	.....	همراه ساختن تصویر ذهنی با تمرین‌های آرمیدگی
۱۰۶	.....	آیا باید همه‌ی افکار خودآیند منفی را به چالش کشید؟
۱۰۶	.....	در صورت درست بودن افکار خودآیند چه باید کرد؟
۱۰۸	.....	دلایل اعتقاد بیمار به افکار خود آیند علی‌رغم چالش‌ها
۱۱۱	.....	فصل ۵. فراخوانی و چالش‌باورهای واسطه‌ای
۱۱۲	.....	فراخوانی باورهای واسطه‌ای
۱۱۲	.....	عبارت اگر... پس
۱۱۳	.....	فن پیکان روبه پایین
۱۱۴	.....	توجه به تغییرات خلقی بیمار در جلسه
۱۱۵	.....	پرسش از بیمار
۱۱۶	.....	بررسی اشتغال‌های ذهنی بیمار

۱۱۷.....	خاطرات و سخنان افراد خانواده
۱۱۷.....	پرسش نامه‌ها
۱۱۸.....	شناسایی یک موضوع محوری در افکار خود آیند
۱۱۹.....	شناسایی قواعد و نگرش‌ها
۱۲۰.....	فنونی برای اصلاح و تغییر فرض‌ها
۱۲۱.....	پیوستار شناختی
۱۲۳.....	قراردادهای شخصی و مقابله به مثل بادیگران
۱۲۴.....	مزایا و معایب فرض‌ها یا قواعد
۱۲۴.....	فن برهان خلف
۱۲۶.....	فن ایفای نقش عقلانی هیجانی
۱۲۸.....	فرض‌های جایگزین با حفظ فواید فرض‌های ناکارآمد
۱۲۹.....	پرسش سقراطی
۱۳۱.....	بررسی نظام ارزشی
۱۳۲.....	توجه به دیدگاه دیگران
۱۳۴.....	کودکان به عنوان منبعی برای مقایسه
۱۳۵.....	خودافشایی
۱۳۷.....	چالش با قواعد و نگرش‌ها
۱۳۹.....	جایگزینی پیشرفت‌گرایی به جای کمال‌گرایی
۱۴۰.....	آزمایش رفتاری
۱۴۱.....	فن منشور حقوق بشر

۱۴۳.....	فصل ۶. باورهای اصلی و چالش با آن‌ها
۱۴۶.....	طبقه‌بندی باورهای اصلی
۱۴۶.....	باورهای اصلی مربوط به دوست‌داشتنی نبودن
۱۴۷.....	باورهای اصلی مربوط به درماندگی
۱۴۸.....	فراخوانی باورهای اصلی
۱۴۹.....	فن پیکان روبه پایین
۱۵۲.....	عبارات عطفی
۱۵۳.....	تکمیل جملات ناتمام
۱۵۳.....	توجه به محتوای افکار خود آیند
۱۵۵.....	تغییر و اصلاح باورهای اصلی

۱۵۶	شکل‌گیری باورهای جدید
۱۵۶	باورهای جدید متضاد
۱۵۷	باورهای جدید نسبی
۱۵۹	باورها و نظام ارزشی
۱۵۹	باورهای تضعیف شده
۱۶۰	فنونی برای اصلاح و تغییر باورهای اصلی
۱۶۰	ارائه‌ی توضیحاتی درباره‌ی باور اصلی
۱۶۱	استفاده از تقابل‌های شدید برای اصلاح باورهای اصلی
۱۶۲	فن استعاره
۱۶۳	فن نوشتن نامه
۱۶۵	فن وانمود کردن
۱۶۵	بررسی مزایا و معایب باور اصلی
۱۶۶	چالش با سفسطه‌های منطقی
۱۶۷	ارزیابی تاریخی‌چه‌ای باور اصلی
۱۶۸	بازسازی خاطرات اولیه
۱۷۱	فن تجسم برای بازسازی خاطرات اولیه
۱۸۰	تکالیف رفتاری
۱۸۳	تقویت باورهای اصلی جدید
۱۸۳	ثبت شواهد جدید
۱۸۴	مرور تجارب گذشته
۱۸۵	باور اصلی جدید مورد آزمون: من دوست‌داشتنی هستم
۱۸۶	باور اصلی جدید: من هوش طبیعی دارم
۱۸۹	منابع
۱۹۳	واژه نما
۱۹۵	موضوع نما

فصل اول

مدل شناختی

شناخت‌درمانی مبتنی است بر مدل شناختی. در مدل شناختی، هیجانات و رفتارها تحت تأثیر برداشت فرد از رویدادها هستند. به عبارتی این اشیا و رویدادها نیستند که انسان را آشفته می‌کنند، بلکه طرز تلقی آنها از این رویدادهاست که مهم است (برنز، ۱۹۸۹). از همین رو بک (۱۹۶۴) نیز به اهمیت تلقی‌ها و برداشت‌های شخصی افراد در تفسیر رویدادها تأکید کرده است.

افکار خودآیند^۱

شناخت‌درمانگران به بررسی سطوح شناخت علاقه‌مندند. آنها بر این باورند که افکار خودآیند سطحی‌ترین لایه‌ی شناختی و باورها و طرح‌واره‌ها لایه‌های زیرین شناختی را تشکیل می‌دهند. در این زمینه به یک مثال از بک (۱۹۹۵) توجه کنید:

«فرض کنید که در حال مطالعه‌ی کتاب حاضر هستید، بخشی از ذهن شما بر روی اطلاعات این کتاب متمرکز است، بخشی که سعی می‌کند اطلاعات را پردازش کند. در سطحی دیگر ممکن است افکاری سریع و ناگهانی به ذهن‌تان خطور کنند که حالت ارزیابی‌کننده دارند. این افکار، «افکار خودآیند» نامیده می‌شوند، افکار خودآیند منطقی نیستند، خودبه‌خود به ذهن می‌آیند، زودگذر

1. Burns

و کوتاه هستند، بنابراین به ندرت ممکن است از وجود این افکار با خبر شوید. اما اغلب هیجانی را که تحت‌تأثیر این افکار برانگیخته می‌شوند، احساس می‌کنید. در نتیجه، افکار خودآیند خود را به عنوان «واقعیت» می‌پذیرید، درحالی‌که ممکن است با واقعیت مطابقت داشته یا نداشته باشند.»

با توجه به تغییرات خلقی ایجاد شده، می‌توانید رد افکار خودآیند را دنبال کنید. وقتی احساس خشم یا غم می‌کنید یا وقتی ناراحت و آزرده می‌شوید، از خودتان پرسید: «در ذهنم چه گذشت؟ همین حالا داشتم به چه چیزی فکر می‌کردم؟»

وقتی افکار خودآیند خود را بشناسید، می‌توانید آن‌ها را به چالش بکشید و مورد ارزیابی قرار دهید. بنابراین شناسایی و فراخوانی افکار خودآیند مقدمه‌ای برای چالش با آن به‌شمار می‌رود. ممکن است از خود پرسید: افکار خودآیند از کجا می‌آیند؟ پاسخ این است که آن‌ها تحت‌تأثیر یک پدیده‌ی شناختی پایدار تحت عنوان «باورها» هستند.

باورها^۱

باورها تحت‌تأثیر تجارب و روابط بین‌فردی در دوران کودکی شکل می‌گیرند و به مرور از طریق فرایند پردازش اطلاعات تقویت می‌شوند. باورهای ناکارآمد در فرایند پردازش اطلاعات تحریف ایجاد می‌کنند و چنین چیزی سبب می‌شود که فرد در طول رشد، شواهد خلاف باورهای خود را کم‌رنگ کند و نادیده بگیرد و تنها به شواهدی توجه کند که در راستای تأیید باورهای او هستند.

باورها فرضیه‌هایی درباره‌ی خود، جهان و آینده هستند. باورهای منفی و ناکارآمد بسیار افراطی، تعمیم‌پذیر و در برابر تغییر مقاوم هستند و تنها با استفاده از فنون خاصی می‌توان آن‌ها را به چالش کشید. به مواردی از باورهای اصلی توجه کنید:

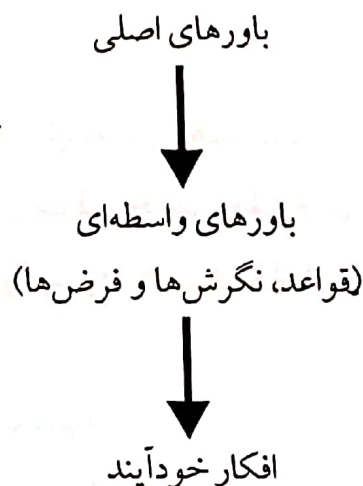
1. beliefs

- من بی کفایت هستم (باور در مورد خود).
- من به درد نخورم (باور در مورد خود).
- مردم اهل سوءاستفاده‌اند (باور در مورد دیگران).
- دیگران فرصت طلبند (باور در مورد دیگران).
- در دنیا قانون جنگل حاکم است (باور در مورد جهان).
- همه چیز در دنیا به شانس بستگی دارد (باور در مورد جهان).

باورهای واسطه‌ای^۱

باورهای اصلی در رشد و شکل‌گیری باورهای واسطه‌ای نقش دارند. باورهای واسطه‌ای نگرش‌ها^۲، قواعد^۳ و فرض‌ها^۴ را دربر می‌گیرند، که دیدگاه فرد را نسبت به خود، جهان و موقعیت تحت تأثیر قرار می‌دهند و سبب می‌شوند فرد به شیوه‌ای خاص احساس یا رفتار کند. بک (۱۹۹۵) رابطه‌ی بین افکار خودآیند، باورهای واسطه‌ای و باورهای اصلی را در نمودار زیر نشان داده است:

نمودار ۱-۱- سطوح شناختی



-
- 1 . Intermediate beliefs
 - 2 . attitude
 - 3 . rules
 - 4 . assumptions

همان‌طور که گفته شد باورهای واسطه‌ای به سه دسته‌ی فرض‌ها، قواعد و نگرش‌ها تقسیم می‌شوند:

فرض‌ها

فرض‌ها باورهایی شرطی مربوط به فرد، جهان و آینده هستند که باعث سوگیری در پردازش اطلاعات می‌شوند و سبب می‌شوند فرد هیجانات ناخوشایندی را تجربه کند. فرض‌ها و باورها می‌توانند افکار خودآیند زیادی را بیدار کنند و خود تحت تأثیر رویدادها یا هیجانات ناخوشایند برانگیخته شوند. به مواردی از فرض‌ها توجه کنید:

«اگر اشتباه کنم، پس شکست خورده‌ام.»

«اگر طرد شوم، پس بی‌ارزش هستم.»

«اگر به دیگران نزدیک شوم، آن‌گاه مورد سوءاستفاده قرار می‌گیرم.»

همان‌طور که ملاحظه می‌کنید فرض‌ها در قالب جملات شرطی هستند، جملات دو عبارتی که با اگر... پس... مشخص می‌شوند.

قواعد

قواعد همان بایدها و نبایدهایی هستند که به واسطه‌ی آن‌ها خود و دیگران را به انجام دادن عملی خاص ملزم می‌کنیم. از فرض‌های ذکر شده در بالا می‌توان قواعد را بیرون کشید. مانند:

«من نباید اشتباه کنم.»

«من باید همیشه موفق باشم.»

«من نباید به دیگران نزدیک شوم.»

«من نباید طرد شوم.»

نگرش‌ها^۱

گاهی اوقات طرز تلقی و نوع دیدگاه افراد نسبت به رویدادی خاص، در قالب واژه‌هایی با بار ارزشی منعکس می‌شود. واژه‌هایی مانند وحشتناک، خیلی زشت، بد، خوب، زیبا، درست، نادرست، همگی می‌توانند نگرش را منتقل کنند. برای مثال:

«اشتباه کردن وحشتناک است.»

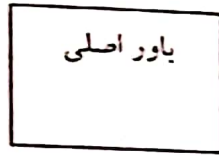
«شکست یک فاجعه است.»

«طرد شدن بد است.»

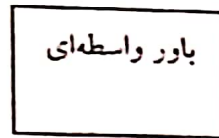
«تأیید نشدن خوب نیست.»

بک (۱۹۹۵) برای درک بهتر مدل شناختی آن را در قالب یک نمودار خلاصه کرده است:

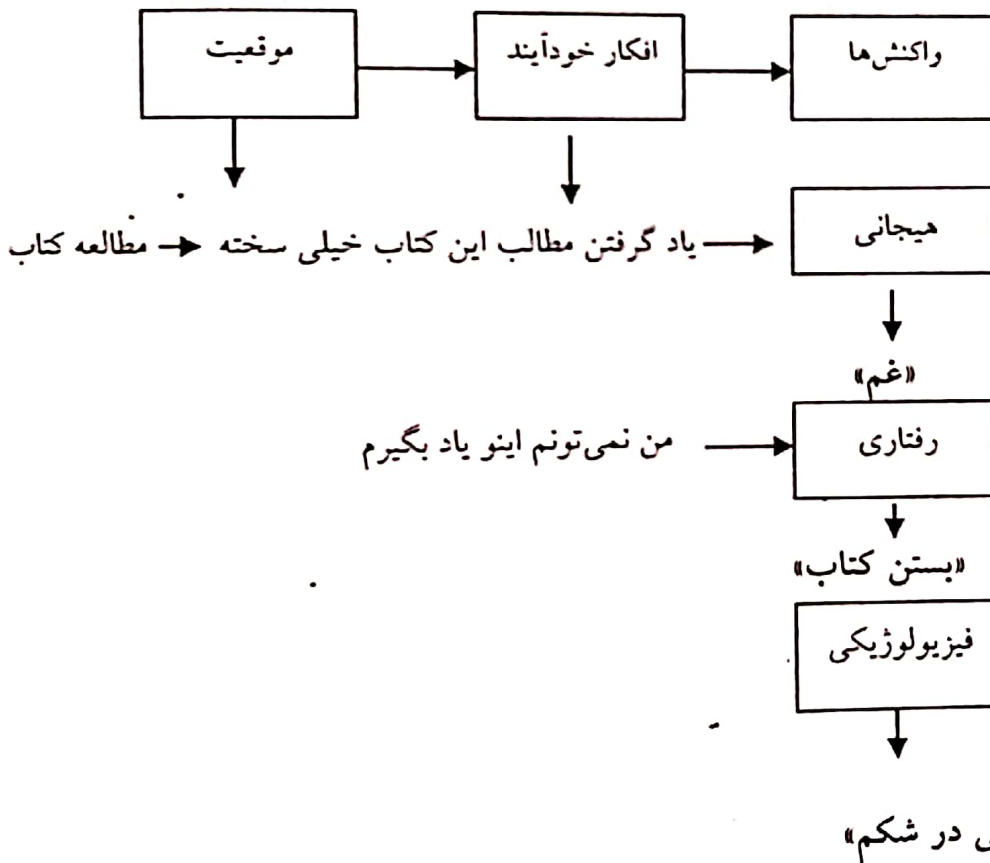
نمودار ۱-۲- باورهای اصلی، واسطه‌ای و افکار خودآیند



من بی‌کفایت هستم



اگر در امتحان قبول نشم پس خنگ هستم



طرح‌واره‌ها

مفهوم طرح‌واره‌ها و باورهای اصلی اغلب مشابه هم به کار می‌روند. در تمایز آن دو می‌توان گفت که باورهای اصلی محتوای شناختی طرح‌واره‌ها هستند. به عبارتی، طرح‌واره‌ها، بسان ظروفي هستند که باورها را در خود جای داده‌اند. در این کتاب طرح‌واره‌ها و باورها معادل فرض شده‌اند.

فصل دوم

افکار خودآیند

لاله قرار است برای اولین بار پس از گذراندن دوره‌ی پرستاری به یک بیمار آمپول تزریق کند. او در حین کارش به خیلی چیزها فکر می‌کند، به مهمانی شامی که قرار است امشب برود، خرید یک پالتو با دوستش در عصر همان روز، تماس کوتاه تلفنی با یک دوست، اطمینان دادن به بیمار، شست‌وشوی محل تزریق و... اما در لابه‌لای این افکار، این فکرها هم به ذهنش می‌رسند:

- اگر نتوانم درست آمپول بزنم، چه خواهد شد؟
- اگر سوزن بشکند؟
- وای اگر درست تزریق نکنم و هوا وارد بدن بیمار شود؟

این افکار لاله را نگران می‌کند، او احساس تنش و ناراحتی می‌کند و به این فکر می‌افتد که از تزریق آمپول اجتناب کند. به مربی خود زنگ می‌زند و احساس ترس و نگرانی‌اش را با او درمیان می‌گذارد. همان‌طور که ملاحظه می‌کنید لاله در حین آماده شدن برای تزریق به یک بیمار، افکار خودآیند زیادی داشت، مهمانی شب، خرید پالتو، تماس تلفنی و... اما در کنار آن چند فکر خودآیند منفی داشت، مانند: «اگر نتوانم درست آمپول بزنم، مبادا در تزریق، هوا وارد بدن بیمار شود و مبادا سوزن در بدن بیمار بشکند». این سه فکر خودآیند منفی که سبب شد

لاله هیجان‌های ترس و اضطراب را تجربه کند، «افکار پرت‌تهاب»^۱ نامیده می‌شوند. بین این افکار خودآیند پُرت‌تهاب و تجربه‌ی هیجانی در بیماران رابطه‌ی تنگاتنگی وجود دارد (گرین برگر و پدسکی، ۱۹۹۵).

افکار خودآیند که چونان ابرها آسمان ذهن را درمی‌نوردند، همیشه در آسمان ذهن حضور دارند، اما منظور از افکار خودآیند، افکار پرت‌تهابی هستند که هیجان ایجاد می‌کنند و اغلب در قالب کلمات و عبارات و گاهی هم به شکل تصاویر ظاهر می‌شوند. افکار پرت‌تهاب با تنش، عصبی شدن، خشم، افسردگی و اضطراب رابطه دارند. به عبارتی در ورای هیجانات، افکار خودآیند نهفته هستند. این افکار اغلب با عباراتی همراه می‌باشند، مانند:

اگر...

نکند که...

برای مثال نسترن که به فویای اجتماعی مبتلاست، وقتی قرار است در جمع سخنرانی کند، ممکن است افکار زیادی به ذهنش خطور کنند که برخی از آن‌ها از نوع منفی و پرت‌تهاب هستند، مانند:

- اگر نتوانم خوب سخنرانی کنم چه می‌شود؟
- اگر مضطرب شوم چه می‌شود؟
- نکند خراب کنم؟
- وای اگر دیگران بفهمند دچار اضطراب شدم چه می‌شود؟

در ذهن لاله و نسترن دو سطح افکار درگیرند، یکی افکاری راجع به این موضوع که چگونه تزریق کند یا چگونه در جمع حرف بزند و هم‌زمان افکاری سریع، غیرارادی و زودگذر که به ذهن‌شان می‌آیند و حالت ارزیابی‌کننده دارند. مانند «تزریق کار سختی است»، «ممکن است سوزن بشکند؟»، «اگر کنفرانسم را خراب کنم؟»، «نکند که آبروریزی شود؟»

^۱ واژه‌ی افکار پرت‌تهاب از دکتر جیب‌اله قاسم‌زاده است . hot cognition

با وجود این، برخی افراد به طور خودکار به این افکار پاسخ می دهند.
برای مثال:

نسترن می تواند در پاسخ به این جمله ها، «نکند خراب کنم»، «نکند
آبروریزی شود»، به خودش بگوید:
«خوب تلاشم را می کنم، قبلاً هم کنفرانس داده ام و از عهده اش برآمده ام،
این دفعه هم سعی خودم را می کنم.»

یا لاله می تواند در پاسخ به افکار خودآیند خود بگوید:
«می توانم از عهده اش بریایم»، «مشکلی پیش نمی آید»، «این تنها مهارتی
نیست که در حال یاد گرفتن آن هستم، من مهارت های زیادی را یاد
گرفته ام و از عهده ای انجام دادن آن ها به خوبی برآمده ام.»

این کار که واریسی انتقادی^۱ نام دارد (بک، ۱۹۹۵) معمولاً نوعی سنجش
واقعیت^۲ است که افراد سالم اغلب انجام می دهند. به عبارتی افراد سالم
به طور غیرارادی به این افکار پاسخ می دهند، اما افراد پریشان در انجام
این کار ناتوان هستند.

افکار خودآیند مثبت

افکار خودآیند اغلب منفی هستند، اما افکار خودآیند مثبت «غیرانطباقی»^۳
هم وجود دارند که معمولاً در بیماران مبتلا به اختلالات خوردن (کوپر^۴
و همکاران، ۲۰۰۰)، بیماران مبتلا به مانیا، هیپومانیا، برخی اختلالات
شخصیت و در بین مصرف کنندگان مواد دیده می شود (بک، ۱۹۹۵). به
نمونه ای از این موارد توجه کنید:

-
1. Critical Checking
 2. reality testing
 3. maladaptive
 4. Cooper

افکار خودآیند مثبت در مصرف‌کنندگان مواد

«کمی نوشیدن حال مرا بهتر می‌کند.»

«من قوی‌تر از آن هستم که با یک بار مصرف به مواد وابسته شوم.»

«این‌قدر اراده دارم که هر وقت دلم خواست، مواد را کنار بگذارم، پس

از مصرف آن ابایی ندارم.»

افکار خودآیند مثبت در بیماران مبتلا به مانیا

«زندگی در لذت خلاصه می‌شود.»

«هرچه بیش‌تر پول خرج کنم، پول بیش‌تری به دست می‌آورم.»

«آزادی من بی‌نهایت و مطلق است.»

«باید قید و بند را کنار گذاشت و از مرزها عبور کرد، این نشانه‌ی

شهامت است.»

«این‌که می‌توانم از هر چیزی لذت ببرم، از هوش سرشار من حکایت

دارد.»

افکار خودآیند مثبت در افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته

«هیچ‌کس در حد من نیست.»

«آدم فوق‌العاده‌ای هستم، لیاقت من بیش از این‌هاست.»

«اگر کسی از من خوشش نمی‌آید به دلیل این است که لیاقت دوستی

با مرا ندارد.»

فرد مبتلا به اختلال پرخوری خود را متقاعد می‌کند که می‌تواند هر

چیزی که خواست، بخورد چون پرخوری باعث بیماری می‌شود و بیماری

سبب می‌شود وزنش افزایش پیدا نکند (کوپر و همکاران، ۲۰۰۰).

افکار خودآیند مثبت نیز مانند افکار خودآیند منفی پس از شناسایی قابل

اصلاح هستند. به کمک سؤالات زیر می‌توان افکار خودآیند مثبت و منفی

را بیرون کشید:

«همین حالا چه در ذهنت بود؟»

«الان داری به چه فکر می کنی؟»

«وقتی با مواد روبه رو می شوی چه افکاری به ذهنت می آید؟»

افکار پرتهاپ

افکار خودآیندی که ارتباطی تنگاتنگ با حالت‌های خلقی دارند «افکار پرتهاپ» نامیده می‌شوند. این افکار بار هیجانی دارند (گرین برگر و پدسکی^۱، ۱۹۹۵، ترجمه قاسم‌زاده، ۱۳۸۶). برای شناسایی این افکار لازم است درمانگر به مراجع آموزش دهد که هر زمان هیجان شدیدی را احساس کرد به ذهنش توجه کند که چه فکر یا افکاری دارد.

بدیهی است که همه‌ی افکار خودآیند به یک اندازه توان فراخواندن هیجان را ندارند و برخی افکار «پرتهاپ‌تر» هستند، برای مثال: الهام نگران است مبادا در مهمانی دچار اضطراب شود. این فکر گرچه او را نگران می‌کند، اما اضطراب اندکی ایجاد می‌کند، چیزی در حد ۳۰ درصد، اما این فکر که نکند در خیابان بیهوش شود یا تعادل روانی‌اش را از دست دهد، اضطرابی در حد ۱۰۰ درصد ایجاد می‌کند. بنابراین فکر دوم، برای الهام یک فکر پرتهاپ محسوب می‌شود و باید برای چالش در اولویت قرار گیرد. به همین ترتیب برخی تصاویر ذهنی «بار روانی» زیادی دارند و اضطراب شدیدی ایجاد می‌کنند، این تصاویر نیز «التهاپ‌آمیز» هستند. برای مثال: الهام خود را مجسم می‌کند که رنگش از شدت اضطراب به سفیدی گراییده است، فشارش پایین آمده و از شدت ترس بیهوش بر زمین افتاده است. این تصویر پرتهاپ نیز جزء اولویت‌های درمانی نمی‌باشد و باید قبل از پرداختن به دیگر افکار و تصاویر به چالش کشیده شود. یکی از شیوه‌های شناسایی افکار پرتهاپ این است که ببینید، وقتی

1 . Greenberger
2 . Padesky

نسبت به چیزی واکنش شدیدی نشان می‌دهید، در ذهن‌تان چه می‌گذرد؟ در مجموع می‌توان گفت که افکار پرتهاپ ممکن است با تصاویر همراه باشند یا نباشند. بدیهی است افکار پرتهاپی که با تصاویر همراه هستند، هیجان شدیدتری ایجاد می‌کنند.

افکار خودآیند پرتهاپ ممکن است درباره‌ی خود بیمار باشند «نمی‌توانم از پس این درس بریایم»، در رابطه با درمانگر باشند «او مرا درک نمی‌کند، آن‌ها به من اهمیتی نمی‌دهند»، یا در رابطه با جلسه باشند «چیز بی‌ربطی است، ارزش صحبت کردن ندارد». شناسایی این افکار بسیار مهم است، زیرا آن‌ها در مفهوم‌سازی اهمیت اساسی دارند، و ممکن است انگیزه، کفایت و ارزشمندی بیمار را زیر سؤال ببرند یا کم‌رنگ جلوه دهند. به‌علاوه این افکار ممکن است بر فرایند رابطه‌ی درمانی و نیز بر تمرکز بیمار تأثیر منفی بگذارند (بک، ۱۹۹۵).

ویژگی افکار خودآیند

افکار خودآیند اغلب مختصر و گذرا هستند. بیمار از هیجانی که در نتیجه‌ی این فکر می‌آید، آگاه است، اما از افکار خودآیند خود آگاه نیست. هیجان احساس شده اغلب با محتوای فکر بیمار مربوط است (بک، ۱۹۹۵). برای مثال:

اگر کسی در حین مطالعه‌ی کتاب این فکر به ذهنش بیاید که «یاد نمی‌گیرم... متن دشواری است» به او احساس اضطراب دست می‌دهد و یا اگر کسی در هنگام تزریق آمپول این فکر به ذهنش بیاید که «نکند بد تزریق کنم»، نگران و مضطرب می‌شود.

افکار خودآیند جنبه‌ی عادی پیدا می‌کنند، بنابراین تشخیص آن‌ها دشوار است، خودآیند و غیرارادی هستند، بنابراین کنترل آن‌ها مشکل است. توجیه‌پذیر به نظر می‌رسند، مخصوصاً زمانی که با هیجان‌های شدید همراه هستند و بنابراین مبارزه با آن‌ها دشوار است و بالاخره در پاسخ به

طیف وسیعی از محرک‌ها و از جمله به خود درمان برانگیخته می‌شوند (فنل ۱، ۱۹۸۹، به نقل از هاوتون^۱ و همکاران، ۱۳۸۰).

افکار خودآیند اغلب کوتاه و زودگذر هستند و به راحتی شناسایی نمی‌شوند، مگر زمانی که درمانگر معنی و مفهوم آن را از بیمار سؤال کند؛ در آن صورت به آسانی آشکار می‌شوند. مانند:

درمانگر: الان چه فکری در ذهنت است؟

بیمار: این که از پس تزریق بر نمی‌آیم.

درمانگر: و این برای تو چه معنایی دارد؟

بیمار: این که عرض می‌کنم یک تزریق ساده را هم ندارم.

تبیین افکار خودآیند برای بیمار

برای موفقیت در شناخت درمانی که چالش با افکار خودآیند یکی از تکالیف مهم آن است، لازم است افکار خودآیند به دقت شناسایی شوند. این کار زمانی صورت می‌گیرد که بیمار با مفهوم فکر خودآیند آشنا شود و درک درستی از آن داشته باشد. در این راستا لازم است درمانگر افکار خودآیند را برای بیمار تبیین کند. به یک مثال از بک (۱۹۹۵) توجه کنید:

د: حالا می‌خواهم کمکت کنم تا با مفهوم فکر خودآیند آشنا شوی. آیا در این هفته مواقعی بود که احساس غمگینی کنی؟

ب: بله امروز وقتی در دانشکده قدم می‌زدم.

د: چه احساسی داشتی؟ غم، اضطراب یا خشم؟

ب: غم.

د: زمانی که این احساس را داشتی در ذهنت چه گذشت؟

ب: هم‌کلاسی‌هایم را دیدم که باهم خوش بودند.

د: داری موقعیت را توصیف می‌کنی، منظورم این است که در ذهنت چه

1 . Fenell

2 . Howton

فکری بود؟

ب: این که من هیچ وقت نمی‌توانم مثل آن‌ها باشم؟

د: خوب این چیزی است که ما آن را فکر خودآیند می‌نامیم.

اشکال افکار خودآیند

افکار خودآیند ممکن است به شکل یک جمله‌ی سوالی، یک جمله‌ی منفی و در قالب چند واژه یا به صورت تصویری بیان شوند که کار شناسایی آن‌ها را دشوار می‌کند.

افکار خودآیند به صورت تصویر: گاهی اوقات بیمار در پاسخ به این سؤال که در «آن موقعیت خاص چه فکری در ذهنت بود»، چیزی به‌خاطر نمی‌آورد و در پاسخ به درمانگر می‌گوید «فکر خاصی نداشتم»، چیزی در ذهنم نبود». در این‌جا لازم است درمانگر تصاویر ذهنی را وارسی کند. این کار به کمک پرسش زیر حاصل می‌شود:

د: وقتی برای کنفرانس دعوت شدی چه فکری به ذهنت آمد؟

ب: مضطرب شدم، خوب من از صحبت در حضور جمع دست‌پاچه می‌شوم.

د: اضطراب یک احساس است، منظورم این است که چه فکری به ذهنت آمد؟

ب: فکر خاصی نداشتم. فقط مضطرب بودم.

د: چه تصویری به ذهنت آمد؟

ب: خودم را می‌دیدم که در حال صحبت هستم و چه قدر ناشیانه صحبت می‌کنم، تپق می‌زنم و خیلی خنده‌دار و مسخره به‌نظر می‌رسم.

د: گفتی مسخره به‌نظر می‌رسیدی و همه به تو نگاه می‌کردند؟ به‌نظرت پیش خودشان چه فکری می‌کردند؟

ب: این‌که چه قدر بی‌عرضه است، از عهده‌ی کنفرانس ساده هم بر نمی‌آید.

همان‌طور که می‌بینید درمانگر به کمک تصویر ذهنی توانست افکار خودآیند بیمار را بیرون بکشد، به‌علاوه با پرسش این سؤال که آن‌ها پیش خود چه فکری می‌کردند، ذهن‌خوانی بیمار را مشخص کرد. ذهن‌خوانی یکی از تحریف‌های شناختی است. در ذهن‌خوانی، بیمار با خود فکر می‌کند که دیگران درباره‌ی او پیش خودشان چه فکری می‌کنند.

افکار خودآیند به صورت یک جمله‌ی سؤالی: برخی بیماران ممکن است افکار خودآیند خود را به صورت یک جمله‌ی سؤالی بیان کنند، ارزیابی جملات سؤالی کار دشواری است (بک، ۱۹۹۵). از طرفی جملات سؤالی اغلب سرشار از احساس و هیجان هستند و افکار پراشتهاب زیادی را در خود جای داده‌اند (گریگر^۱ و بوید^۲، ۱۹۸۰). بنابراین باید به بیمار کمک کنید تا بتواند افکار خودآیند سؤالی را به صورت یک جمله‌ی خبری درآورد. برای مثال:

د: پس گفתי وقتی مشغول مطالعه بودی، احساس اضطراب می‌کردی؟
در آن لحظه در ذهنت چه گذشت؟

ب: با خود فکر کردم که آیا از عهده‌ی قبول شدن در این درس برمی‌آیم؟
د: قبل از ارزیابی این فکر، لازم است که این فکر را مجدداً به شکل یک جمله‌ی خبری بیان کنی، در آن صورت راحت‌تر می‌توان روی آن کار کرد، نظرت در این مورد چیست؟

ب: خوب است.

د: حالا بیگو چه فکری در ذهنت بود؟

ب: فکرم این بود که از عهده‌ی قبول شدن در این درس برنمی‌آیم.

د: فکر دیگری هم بود؟

ب: نه.

1 . Grieger

2 . Boyed

درمانگر از مراجعی می‌پرسد: «چه چیزی در ذهنت می‌گذرد؟»
مراجع: چرا باید این بدبختی‌ها برای من پیش بیاید؟
درمانگر: خوب اگر چرا را برداریم جمله به چه صورتی خواهد بود؟
مراجع: این بدبختی‌ها اغلب برای من پیش می‌آید.
درمانگر: و این یعنی چه؟
مراجع: یعنی آدم بدشانس و بدبختی هستم.

افکار خودآیند در قالب چند کلمه: گاهی اوقات بیمار افکار خودآیند
«منفی» را در قالب چند کلمه یا عبارت کوتاه بیان می‌کند، مانند:
وای... اوه.

اوه... وحشتناک است.

وای... چه می‌شود.

به چنین عبارت‌های کوتاه و مختصری نمی‌توان پاسخ داد. بهتر است از
بیمار خواست که آن‌ها را در قالب یک جمله‌ی خبری مثبت یا منفی بیان
کند: «چه چیزی وحشتناک است؟»، «انتظار داری چه چیزی پیش آید؟»،
«از چه چیزی می‌ترسی؟»

د: چه فکری به ذهنت آمد وقتی نمره‌ات را دیدی؟

ب: اوه، هیچی فقط به خودم گفتم اوه... وای...

د: می‌توانی به من بگویی معنی و مفهوم اوه... وای یعنی چه؟

ب: هیچ وقت نشده که یک نمره‌ی خوب بگیرم.

در صورتی که بیمار نتوانست معنا و مفهوم آن را بگوید، درمانگر با
به‌کارگیری یک فکر مخالف، به بیمار کمک می‌کند تا آن را بیرون بکشد.

د: شاید اوه... وای... به این معناست که وای چه قدر خوب؟

ب: نه... این طور نیست، به نظرم خیلی وحشتناک است.

وقتی بیمار افکار خودآیندی را گزارش نمی‌دهد یا افکار خودآیند کم‌اهمیتی را گزارش می‌دهد، لازم است درمانگر معنی و مفهوم یک موقعیت خاص را از مراجع بپرسد. برای مثال مراجعی به درمانگرش می‌گوید: «وقتی به درخواست کسی «نه» می‌گوییم، احساس گناه می‌کنم»، درمانگر پاسخ می‌دهد:

د: گفتی وقتی به درخواست کسی «نه» می‌گویی، احساس گناه می‌کنی؟
در این شرایط چه فکری داری؟

ب: فکر خاصی ندارم، فقط احساس گناه می‌کنم.

د: «نه» گفتن به درخواست دیگران برای تو چه معنایی دارد؟

ب: این که با این کارم آنها را می‌رنجانم و آنها ممکن است به این دلیل مرا کنار بگذارند.

بیان واقعیت به جای فکر: اغلب وقتی عصبانی یا افسرده هستیم، به گونه‌ای با افکارمان برخورد می‌کنیم که انگار واقعیت دارند، در حالی که افکار و واقعیت‌ها دقیقاً شبیه هم نیستند. به عبارتی واقعیت‌ها همان چیزی نیستند که شما فکر می‌کنید. برای مثال: «من می‌توانم فکر کنم که یک زرافه هستم، اما این فکر به این معنا نیست که من یک زرافه هستم». بنابراین، لازم است افکارمان را در مقابل واقعیت‌ها به محک تجربه بگذاریم (لیهی^۱، ۲۰۰۳، ترجمه حمیدپور و اندوز ۱۳۸۸).

درمانگر: گفتی وقتی دوست صمیمی تو جواب سلامت را نداد، ناراحت شدی؟

بیمار: البته که ناراحت شدم، اصلاً توقع نداشتم جواب سلامم را ندهد.

درمانگر: به نظر تو، چرا دوستت جواب سلام تو را نداد؟

بیمار: از بس آدم خودخواه و مغروری است.

درمانگر: از کجا می‌دانی آدم خودخواهی است؟

بیمار: چون جواب سلامم را نداد.

درمانگر: فکر می‌کنی غیر از مغرور بودن، چه دلایل دیگری وجود دارد که دوستت جواب سلام تو را نداده است؟
بیمار: نمی‌دانم، شاید نشنید، شاید خسته بود.

درمانگر: درست است، مغرور بودن تنها واقعیت ممکن در این اتفاق نبود. همان‌طور که گفتی شاید صدای تو را نشنیده باشد. شاید آن‌قدر خسته بوده که اصلاً تو را ندیده است. بهتر است افکارت را تنها واقعیت ممکن در نظر نگیری و به سایر واقعیت‌های اجتماعی نیز توجه کنی (لیهی، ۱۳۸۸)

بیان احساس به جای فکر: برخی بیماران در پاسخ به این سؤال که در آن شرایط خاص چه فکری در ذهن داشتند، از احساس خود صحبت می‌کنند. به عبارتی آن‌ها افکار خود را در قالب احساس توضیح می‌دهند، در حالی که قصد آنان فکر است. برای مثال بیماری می‌گوید:

«احساس می‌کنم که از عهده‌ی امتحان بر نمی‌آیم.»

«احساس می‌کنم آینده‌ی بدی در انتظارم است.»

«احساس می‌کنم اوضاع به‌هم خواهد ریخت.»

در این موارد، درمانگر از بیمار می‌خواهد واژه‌ی احساس می‌کنم را از جلو جملات بردارد. به این ترتیب بیمار جملاتی خواهد داشت که فکر را بیان می‌کنند. مانند:

«از عهده‌ی امتحان بر نمی‌آیم.»

«آینده‌ی بدی در انتظارم است.»

«اوضاع به‌هم خواهد ریخت.»

گرین برگر و پدسکی یک قانون عمومی مطرح کردند مبنی بر این که هیجانات (مانند اضطراب، افسردگی، احساس گناه، شرم و خشم) را می‌توان

در قالب یک واژه‌ی توصیفی بیان کرد. «اگر برای توصیف روحیات خود به بیش از یک کلمه احتیاج داشتید، بدانید که در حال توصیف یک فکر هستید» (نینان و درایدن، ۱۳۸۷). به یک مثال در این رابطه توجه کنید:
درمانگر: گفتی نگران و مضطرب هستی که مبادا این ترم مشروط شوی؟
مراجع: بله.

درمانگر: مشروط شدن چه معنایی برای تو دارد؟

مراجع: افسرده می‌شوم، به‌هم می‌ریزم.

درمانگر: گفتی اگر مشروط شوی افسرده می‌شوی و به‌هم می‌ریزی، افسرده شدن یک احساس است، من دنبال یک فکر خودآیند هستم، پس به من بگو مشروط شدن برای تو چه معنایی دارد؟
مراجع: احساس شکست و حقارت خواهم کرد.

درمانگر: لطفاً یک لحظه دست نگره‌دار، بهتر است به جای عبارت احساس شکست و حقارت خواهم کرد، بگویی: شکست خواهم خورد.
مراجع: شکست خواهم خورد (فکر خودآیند) و تحقیر خواهم شد (فکر خودآیند).

همان‌طور که ملاحظه می‌کنید بیمار افکار خودآیند خود را با عبارت «احساس می‌کنم» بیان کرده است.

طبقه‌بندی افکار خودآیند

بک (۱۹۹۵) افکار خودآیند را به سه دسته تقسیم کرده است. دسته‌ی اول افکار خودآیندی هستند که علی‌رغم وجود شواهدی برخلاف آن‌ها، فرد هم‌چنان آن‌ها را باور دارد، مانند: فردی که چندین بار در جمع سخنرانی کرده است و به خوبی از عهده‌ی آن برآمده است، اما نگران است که مبادا سخنرانی اخیر را خراب و آبروریزی کند.

دسته‌ی دوم افکار خودآیندی هستند که به ظاهر درست می‌باشند، اما نتیجه‌ای که فرد از آن‌ها می‌گیرد، نادرست است. برای مثال: فردی را

در نظر بگیرید که نسبت به دوستش بدقولی کرده است و از این بابت ناراحت است و فکر خود آیندش این است که « دوستم پیش خود فکر می‌کند چقدر بی فکر و بی توجه است » و نتیجه ای که می‌گیرد این است که آدم ارزشمندی نیست، یا کسی را در نظر بگیرید که وقتی در انجام کاری شکست می‌خورد، به این نتیجه می‌رسد که فردی بی‌کفایت است. دسته‌ی سوم افکار خودآیندی هستند که درست هستند، اما انطباقی نیستند، مانند کسی که شب قبل امتحان خود را می‌گذراند و باید چند ساعت مطالعه کند، این فرد با خود می‌گوید اگر تا نیمه‌شب هم بیدار بمانم و مطالعه کنم، باز هم نمی‌رسم درسم را تمام کنم. گرچه این فکر درست است، اما باعث افزایش اضطراب و افت تمرکز بیمار می‌شود. در هر سه مورد، ضروری است به کمک فنون شناختی اعتبار این افکار به چالش کشیده شود.

فصل سوم

فراخواندن افکار خود آیند

شناسایی افکار خود آیند کار دشواری است، به ویژه افکار خود آیند «پرالتهاب». این افکار مثل ماهی لیز می خورند و در می روند و یکی از مهم ترین راه های به دام انداختن آنها این است که بر سر راه احساسات خود «تور» پهن کنید، به عبارتی، دقت کنید که چه زمانی دچار هیجان های شدید می شوید، مانند: خشم، ترس، نفرت، اضطراب، شادی و... در این لحظات «ناب» به ذهن تان توجه کنید و ابرهای تیره ی آسمان ذهن تان را شکار کنید.

گرین برگر و پدسکی (۱۳۸۶) می گویند: برای تشخیص افکار خود آیند، ببینید وقتی احساس شنیدنی دارید یا واکنش شنیدنی نسبت به چیزی نشان می دهید، در ذهن تان چه می گذرد. به علاوه پرسش سؤالات زیر نیز می تواند مفید باشد.

۱. درست لحظه ی قبل از این احساس، از ذهنم چه گذشت؟
۲. اگر این درست باشد، چه معنایی برایم دارد؟
۳. می ترسم چه اتفاقی بیفتد؟
۴. اگر این فکر درست باشم، بدترین اتفاقی که ممکن است بیفتد، چیست؟
۵. در این موقعیت چه تصاویر ذهنی ای پیدا می کنم؟

برای شناسایی افکار خودآیند فنون زیادی وجود دارد، برخی از این فنون در جلسه و به کمک درمانگر مورد استفاده قرار می‌گیرند و فنون دیگر را بیمار در بین جلسات و به عنوان تکلیف درمانی به کار می‌گیرد تا به کمک آن‌ها افکار خودآیند پرتیاب خود را شناسایی کند. این فنون عبارتند از:

توجه به رفتارهای غیر کلامی^۱ بیمار در جلسه

درمانگر با توجه به رفتارهای غیر کلامی، به ویژه حالت‌های چهره‌ای بیمار (مانند: رنگ چهره، حالت نگاه، تن صدا، لحن کلام، فرم لب‌ها و عضلات پیشانی) در جلسه، توجه بیمار را به این موضوع جلب می‌کند که در آن لحظه‌ی خاص چه افکاری در ذهنش هستند. در اکثر موارد مراجعان از حالت‌های چهره‌ای خود آگاه هستند و وقتی درمانگر به آن اشاره می‌کند به راحتی آن را می‌پذیرند، اما مواقعی هم هست که ممکن است بیماران از حالت‌های چهره‌ای خود آگاه نباشند. به مثال زیر توجه کنید:

درمانگر: متوجه هستی وقتی در مورد نامزدت صحبت می‌کنی، چشم‌هایت را به زمین می‌دوزی؟
بیمار: بله.

درمانگر: این برای تو چه معنایی دارد؟

بیمار: خوب خجالت می‌کشم.

درمانگر: وقتی در مورد نامزدت صحبت می‌کنی، احساس خجالت می‌کنی زیرا...
بیمار: زیرا خود را همسر خوبی نمی‌دانم.

درمانگر: می‌توانم دلیل آن را بدانم؟

بیمار: من برای او وقت نمی‌گذارم، به اندازه‌ی کافی او را دوست ندارم، من برای پول با او ازدواج کردم. (افکار خودآیند).

درمانگر: اگر همه‌ی این چیزهایی که می‌گویی درست باشد، چه معنایی برای تو دارد؟

1. nonverbal behaviour

بیمار: آدم رذلی هستم. (باور اصلی).

و در مواقعی مراجعان متوجه تغییرات چهره‌ای خود نیستند، به همین دلیل لازم است درمانگر ابتدا فن «مواجهه» را به کار گیرد، مانند: درمانگر: گفتمی از زندگی زناشوی‌ات راضی هستی، اما چهره‌ات چیز دیگری را نشان می‌دهد، به ویژه زمانی که داشتی از همسرت تعریف می‌کردی، لحن صدایت عوض شده بود.

مراجع: او... متوجه نبودم.

درمانگر: ممکن است چیزی وجود داشته باشد که نخواهی در موردش صحبت کنی؟

مراجع: خوب من او را خیلی دوست دارم، از زندگی با او راضی هستم، ولی...

درمانگر: ولی...

مراجع: ولی او در برخی مواقع مادرش را به من ترجیح می‌دهد.

درمانگر: مثلاً...

مراجع: زیاد پیش آمده که طبق نظر مادرش عمل کند. مثلاً برنامه‌ی تعطیلات آخر هفته‌ی ما را اغلب مادر همسرم تعیین می‌کند.

درمانگر: و این برای تو چه معنایی دارد؟

مراجع: این که او مادرش را به من ترجیح می‌دهد، او مرا به اندازه‌ی کافی دوست ندارد. (افکار خود آیند).

درمانگر: و این چه معنایی برای تو دارد؟

مراجع: من عشق دست دوم هستم، من بی‌ارزش هستم. (باورهای اصلی).

شناسایی افکار خود آیند در یک موقعیت خاص

این روش در بین جلسات به کار می‌رود. از بیمار بخواهید هر زمان که رویداد ناراحت‌کننده‌ای برایش پیش می‌آید، رویداد، هیجان، شدت هیجان

و نیز افکاری که در آن لحظه داشت، را یادداشت کند. این فن را می‌توان در طول جلسه، وقتی بیمار یک موقعیت دردناک را توصیف می‌کند، نیز به کار گرفت. درمانگر از بیمار می‌خواهد با جزئیات توضیح دهد که در آن شرایط خاص چه احساسی داشت و در ذهنش چه گذشت؟

اگر توضیح کلامی برای فراخواندن افکار خود آیند کافی نیست، بهتر است درمانگر از مراجع بخواهد موقعیت مورد نظر را مجسم کند و بگوید در آن شرایط در ذهنش چه گذشته است؟ به عبارتی درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا موقعیت خاص را مجدداً مجسم کند و آن را با جزئیات به تصویر کشد. آن‌گاه از او می‌خواهد، افکاری را که در آن شرایط در ذهنش بود، بیان کند (بک، ۱۹۹۵). به یک مثال توجه کنید:

ب: نوبت کنفرانس به من رسید، خیلی هول شدم، دست و پایم می‌لرزید.

د: چه فکری در ذهنت بود؟

ب: نمی‌دانم، آن‌قدر مضطرب بودم که متوجه نبودم در ذهن من چه می‌گذشت؟

د: بعد چه کار کردی؟

ب: رفتم جلو کلاس و روبه‌روی بچه‌ها ایستادم. همه منتظر بودند تا من شروع کنم.

د: تو چه کار کردی؟

ب: صدایم می‌لرزید، صورتم سرخ شده بود، از این‌که ده‌ها جفت چشم به من نگاه می‌کرد، احساس بدی داشتم.

د: چه احساسی؟

ب: ترس، اضطراب، شرم و خجالت.

د: و در ذهنت چه فکری بود؟

ب: آبرویم خواهد رفت، گند می‌زنم.

تغییرات خلقی بیمار در جلسه

تغییرات خلقی بیمار در جلسه می تواند درمانگر را به سمت افکاری هدایت کند که مراجع در آن لحظه در ذهن دارد (بک، ۱۹۹۵). این کار با دادن بازخورد به مراجع صورت می گیرد، برای مثال: بیماری را در نظر بگیرید که وقتی در مورد پدرش صحبت می کند، تن صدایش بالا می رود، صورتش سرخ می شود و صدایش می لرزد. درمانگر با مشاهده این حالت های چهره ای ابتدا احساس و سپس افکار مراجع را هدف قرار می دهد.

درمانگر: وقتی در مورد پدرت صحبت می کنی، صورتت سرخ می شود، صدایت می لرزد و تن صدایت بالا می رود، چه احساسی داری؟

بیمار: خشم... من از پدرم عصبانی ام.

درمانگر: الان چه فکری در ذهنت هست؟

بیمار: او... او همیشه بین من و برادرم فرق می گذاشت. او مرا دوست نداشت... او برادرم را به من ترجیح می داد. (افکار خود آیند).

درمانگر: و این برای تو چه معنایی دارد؟

بیمار: این که به درد نخور هستم... یک آشغال به درد نخور. (افکار اصلی).

به یک مثال دیگر توجه کنید:

د: مینا تو داری اشک می ریزی، می خواستم بینم در این لحظه چه در ذهنت گذشت؟

ب: ناراحت شدم.

د: چه فکری در ذهنت هست؟

ب: این که بدشانس هستم. (فکر خود آیند).

بک (۱۹۹۵) اظهار می دارد، در صورتی که بیمار نتوانست فکری را گزارش دهد، درمانگر باید بر روی واکنش های فیزیولوژیک و هیجانی بیمار متمرکز شود.

د: سالی، الان چه فکری در ذهنت گذشت؟

ب: هیچی.

د: در حال حاضر چه احساسی داری؟

ب: غمگین هستم.

د: غم را در کجای بدنت احساس می‌کنی؟

ب: در سینه و پشت چشم‌هایم.

د: فکری هم به ذهنت آمد؟

ب: به درس‌های این ترم فکر می‌کنم.

د: چه فکری؟

ب: این که ممکن است مشروط شوم.

د: آیا تصویری هم داری؟

ب: بله. کارنامه‌ام را می‌بینم که واژه‌ی «رُفوزه» با خودکار قرمز روی آن نوشته شده است.

همان‌طور که ملاحظه می‌کنید بیمار نتوانست فکری را گزارش کند، اما درمانگر به او کمک کرد تا با تمرکز بر روی واکنش‌های جسمانی با افکار و تصاویر خودآیند خود روبه‌رو شود.

مفهوم‌سازی جدید^۱

مفهوم‌سازی جدید و ارائه‌ی آن به بیمار از دیگر فنونی است که برای فراخوانی افکار خودآیند کاربرد دارد. مراجعی را در نظر بگیرید که از انتقاد شدن وحشت دارد، درمانگر به کمک این فن به او کمک می‌کند تا به موضوع‌طور دیگری نگاه کند و در عین حال افکار خودآیند خود را بیان نماید (نینان و درایدن، ۱۳۸۷).

درمانگر: گفתי وقتی مورد انتقاد قرار می‌گیری، احساس تحقیر شدن می‌کنی؟

1. new conceptualization

بیمار: بله، درست است.

درمانگر: (مفهوم‌سازی جدید) ممکن است مفهوم آن این باشد که اگر از شما انتقاد شود پس حتماً اشکالی در شما وجود دارد؟

بیمار: بله، همین‌طور است، وقتی کسی از من انتقاد می‌کند با خود فکر می‌کنم که «لابد ایرادی دارم»، «دیگران از من بهترند»، «چیز جالب و به دردبخوری ندارم»، «به‌زودی همه مرا از خود می‌رانند».

همان‌طور که می‌بینید درمانگر به کمک این فن توانست افکار خودآیند زیادی را بیرون بکشد.

توجه به تصاویر ذهنی

چنان‌چه بیمار نمی‌تواند با توصیف هیجان یا شرایطی که هیجان خاصی را در آن تجربه کرده است، افکار خودآیند خود را فراخواند، بهتر است از تصویر ذهنی کمک گرفته شود. تصاویر ذهنی در اختلالات اضطرابی از جمله فوبیا^۱ و پانیک^۲ نقش مهمی در برانگیختن هیجانات منفی دارند؛ بنابراین زمانی که بیمار در بیان افکار خودآیند خود ناتوان است یا زمانی که افکار خودآیند با تصاویر همراه هستند، این فن به مراجع کمک می‌کند تا افکار و تصاویر خودآیند را فراخوانی کند. در این شرایط بهتر است درمانگر از مراجع بخواهد تصویر یا تصاویر خاصی را که در ذهن دارد، توصیف کند.

درمانگر: گفתי وقتی به این موضوع فکر می‌کنی که به تنهایی بیرون بروی به شدت دچار اضطراب می‌شوی، در آن لحظه چه تصویری به ذهنت می‌آید؟

بیمار: تصویر خودم که از شدت اضطراب از هوش رفته‌ام.

1. Phobia
2. Panic

درمانگر: و...

بیمار: و دیگران بدون توجه از کنارم رد می‌شوند.

درمانگر: دیگر؟

بیمار: آن‌ها مرا تحقیر می‌کنند. و با من طوری رفتار می‌کنند که انگار

بیمار روانی هستم.

مریم به دلیل اضطراب اجتماعی معمولاً در جمع مضطرب می‌شود، دست و پایش را گم می‌کند و به هم می‌ریزد. اضطراب او آنقدر شدید است که مطالب خود را فراموش می‌کند. اضطراب شدید سبب شده است که او از سخنرانی در جمع اجتناب کند. مریم به روان‌شناس مراجعه کرد. درمانگر از او خواست:

«وقتی در جمع هستی به ذهنت توجه کن و سؤالات زیر را از خودت

پرس»:

«در ذهنم چه می‌گذرد؟»، «چه فکری در ذهن من هست؟»، «چه

تصویری در ذهنم است؟»

درمانگر از مریم خواست آخرین باری را که در یک جمع مضطرب شد، به یاد آورد و آن را با جزئیات کامل در ذهنش به تصویر بکشد، سپس از او پرسید:

د: حالا به من بگو چه فکری در ذهنت است؟

ب: ای وای، چه بدبختی بزرگی! مطمئنم گند می‌زنم. نمی‌توانم از عهده‌ی کارم بریایم، خراب می‌کنم و دیگران مرا دست می‌اندازند، خدایا کمک کن، خرابکاری می‌کنم، مطمئن هستم که آبروریزی می‌شود. مجدداً درمانگر از او پرسید: «بدترین اتفاقی که ممکن است روی دهد، چیست؟»

ب: این که جلو جمع غش کنم و دیگران مرا تحقیر کنند و حتی نتوانم یک کلمه حرف بزنم، و دیگران نیز متوجه اضطراب من شوند و مرا مورد تمسخر قرار دهند.

د: چه تصویری به ذهنت می آید؟

ب: خودم را می بینم که به شدت مضطرب هستم.

د: دیگر چه؟

ب: خودم را مجسم می کنم که از شدت اضطراب دست و پایم را گم کرده ام و حتی یک کلمه از مطالبی که باید بگویم به ذهنم نمی رسد.

د: و بدترین چیزی که ممکن است پیش بیاید، چیست؟

ب: این که بیهوش روی زمین ولو شوم و همه دوروبرم جمع شوند.

همان طور که ملاحظه می کنید با پرسش هر یک از این سؤالات می توانید افکار خود آیند را فراخوانی کنید، اما پرسش این که چه تصویری به ذهنت آمد، به شما کمک می کند تا افکار خود آیند بیش تری را بیرون بکشید. به علاوه می توانید افکار خود آیند پر التهاب را، که بیش ترین اضطراب را ایجاد می کنند، از افکار خود آیندی که کم تر اضطراب ایجاد می کنند، تفکیک کنید و چالش با افکار پر التهاب تر را در اولویت قرار دهید. فن تصویرسازی و تجسم برای آن دسته از مراجعانی مفید است که نمی توانند افکار خود آیند خود را در قالب کلمات بیان کنند. در این راستا لازم است درمانگر به مراجعانی که در تصویرسازی با مشکل مواجه اند، کمک کند تا موقعیت استرس زای اخیر را به خوبی به تصویر بکشد. برای مثال: «دقیقاً توضیح بده کجا بودی؟ چه ساعتی بود؟ چه لباسی بر تن داشتی؟ با چه کسانی بودی؟ قرار بود چه کاری انجام دهی؟ چگونه رفتار کردی؟ واکنش دیگران چه بود؟ چه فکری به ذهنت آمد؟ در جسمت چه احساسی داشتی؟ چه هیجانی داشتی؟ میزان هیجان شما چه قدر بوده است؟» درمانگر با پرسش این سؤالات برای تصویرسازی بهتر به مراجع کمک می کند و آن گاه به راحتی می تواند با پرسش سؤالات مورد نظر، افکار خود آیند مراجع را فراخوانی کند. برای مثال درمانگر به بیمار مبتلا به فوبیای اجتماعی می گوید:

د: چشم‌هایت را ببند و خودت را در مکانی مجسم کن که آخرین بار دچار اضطراب اجتماعی شدی. آیا می‌توانی مجسم کنی؟

ب: بله.

د: چه لباسی بر تن داری؟

ب: کت و شلوار.

د: قرار است برای چه کسانی حرف بزنی؟

ب: جمعی از دانشجویان.

د: دانشجویان دختر یا پسر؟

ب: هر دو.

د: آن‌ها چه کار می‌کنند؟

ب: همگی روبه‌روی من نشسته‌اند و به من خیره شده‌اند.

د: گفتی که همه‌ی نگاه‌ها متوجه توست، ده‌ها جفت چشم به تو خیره

شده، درست است؟

ب: بله.

د: چه فکری به ذهنت می‌آید؟

ب: چیزی در ذهن من نیست، آن‌قدر اضطراب دارم که نمی‌توانم به چیزی فکر کنم.

د: آن‌ها در مورد تو چه فکری می‌کنند؟

ب: دارند فکر می‌کنند که چه‌قدر ترسو و ضعیف هستم، عرضه ندارم دو کلمه حرف بزنم.

د: در مورد خودت چه فکری می‌کنی؟

ب: بی‌عرضه و بی‌دست و پا هستم، مفت هم نمی‌ارزم.

د: در چشم دیگران چه‌طور به‌نظر می‌رسی؟

ب: متوجه منظورتان نمی‌شوم.

د: آن‌ها تو را چه‌طور می‌بینند؟

ب: مثل یک لبو سرخ، با لپ‌های گل‌انداخته و چشم‌هایی که از ترس

فصل سوم: فراخواندن افکار خودآیند ۴۱

بیرون زده است. دست‌هایم می‌لرزد و میکروفنی که در دست دارم، به شدت تکان می‌خورد.

د: متشکرم.

توجه به هیجان‌ها

هیجان‌ها بهترین شیوه‌ی به دام انداختن افکار خودآیند هستند (گرین برگر و پدسکی، ۱۹۹۵). هیجان‌ها عموماً توسط برانگیزاننده‌های بیرونی (رویدادها) و برانگیزاننده‌های درونی (افکار) برانگیخته می‌شوند. در این راستا، فن سه ستونی که بک (۱۹۹۵) آن را معرفی کرده است به بیماران کمک می‌کند تا افکار خودآیند خود را شناسایی کنند. درمانگر از بیمار می‌خواهد که به کمک یک برنامه‌ی خودبازنگری روزانه، رویدادهایی که هیجان خاصی در او ایجاد می‌کنند، را ثبت کند، سپس احساس خود نسبت به آن حادثه یا موقعیت را بنویسد و شدت احساس خود را از صفر تا ۱۰۰ درجه‌بندی کند و آن‌گاه از خود بپرسد در آن شرایط چه افکاری به ذهنش آمده است. برای سهولت کار می‌توان از جدول خودبازنگری استفاده کرد.

جدول ۱-۳- خودبازنگری روزانه‌ی خلق و افکار خودآیند

رویداد	احساس و شدت آن از ۰ تا ۱۰۰	افکار خودآیند

برنز (۱۹۸۹) فن پنج ستونی را به عنوان یک تکلیف بین‌جلسه‌ای ثابت به همه‌ی بیماران روان‌پزشکی پیشنهاد می‌کند که تحت رفتاردرمانی شناختی قرار دارند. این جدول کامل‌تر از جدول قبلی است زیرا بیمار

1. emotion

باید تحریف‌های شناختی و پاسخ منطقی به افکار خودآیند منفی را نیز ثبت کند.

جدول ۲-۳- خودبازنگری روزانه‌ی خلق، افکار خودآیند و تحریف‌های شناختی

رویداد	احساس و شدت آن از ۰ تا ۱۰۰	افکار خودآیند	تحریف‌های شناختی	پاسخ‌های منطقی

حدس زدن فکر

گاهی اوقات شدت هیجان بیمار آن‌قدر زیاد است که به سادگی نمی‌تواند افکار منفی و خودآیند خود را بشناسد. در این راستا لیهی (۱۳۸۸) به درمانگران پیشنهاد می‌کند که برخی افکار احتمالی بیمار را حدس بزنند تا بیمار بتواند از بین آن‌ها فکر خودآیند خود را تشخیص دهد.

فرح که به دلیل ترس از طرد شدن، از نزدیکی و صمیمیت با دوستانش خودداری می‌کرد به روان‌شناس مراجعه کرد:

درمانگر: گفتمی می‌ترسی دیگران دست رد به سینه‌ات بزنند و طردت کنند و به همین دلیل هم سعی می‌کنی با آن‌ها صمیمی نشوی، درست است؟

فرح: بله.

درمانگر: خوب، فرض کنیم چنین اتفاقی برای تو بیفتد، معنا و مفهوم آن چیست؟

فرح: خیلی ناراحت‌کننده است.

درمانگر: متوجه هستم که تا چه اندازه ناراحت‌کننده است، اما می‌

خواهم بدانم چرا تا این اندازه شما را ناراحت می‌کند؟
فرح: خودم هم نمی‌دانم که چرا ناراحت می‌شوم و به هم می‌ریزم.
درمانگر: این چیزی که تو می‌گویی، احساس است، نه فکر. اجازه بده
من حدس بزنم که در صورت وقوع چنین چیزی چه احساسی خواهی
داشت: «تنها خواهم شد، کسی دور و برم نخواهد بود، دوستی نخواهم
داشت، هیچ‌کس را ندارم که با او درد دل کنم»، آیا همین‌طور است؟
فرح: بله کاملاً درست است.

بیان فکری مخالف انتظار بیمار

اگر مراجع علی‌رغم توصیف موقعیت و بیان هیجان در بیان افکار
خودآیند با مشکل مواجه است، در این صورت بک (۱۹۹۵) پیشنهاد
می‌کند که بهتر است درمانگر موضوعی را پیش بکشد که کاملاً برخلاف
انتظار بیمار است، برای مثال:

درمانگر: گفتم از سخنرانی در حضور جمع دچار اضطراب می‌شوی؟
مراجع: بله... خیلی زیاد.

درمانگر: شاید به این دلیل باشد که ممکن است سخنران زبردستی
به نظر برسی و همه را مات و مبهوت خود کنی؟

مراجع: درست برعکس آقای دکتر، فکر می‌کنم جلو جمع گند می‌زنم،
آبروریزی می‌کنم. همه به من می‌خندند و تا مدت‌ها مضحک‌های خاص و
عام می‌شوم (افکار خودآیند پراتهاب).

همان‌طور که ملاحظه می‌کنید درمانگر با کمک این فن توانست افکار
خودآیند منفی و پراتهاب بیمار را بیرون بکشد.

مبالغه^۱ در نتایج همراه با شوخی^۲

درمانگر با اغراق در نتایج و پیش‌بینی‌های بیمار به او کمک می‌کند. متوجه غیرواقع‌بینانه بودن آن‌ها شود. طنز و شوخی فنی است که درمانگر با اشاره به جنبه‌های خنده‌دار پیش‌بینی‌ها و نتایج بیمار سعی می‌کند فضایی ایجاد کند تا در کنار مراجع قرار گیرد و همراه با او به مشکل بخنند. در این راستا، نینان و درایدن (۱۳۸۷) ذکر می‌کنند که درمانگر تنها هنگامی باید از این فن استفاده کند که رابطه‌ی درمانی با مراجع برقرار شده باشد و به‌علاوه باید بر این نکته تأکید کند که این حرف‌ها به عقاید او اشاره دارد نه به خودش. هم‌چنین لازم است پس از به‌کارگیری این فن از مراجع بازخورد گرفته شود. به یک مثال توجه کنید:

بیمار: فکر می‌کنم به دلیل اشتباهاتی که از من سر زده، اتفاقات وحشتناکی رخ خواهد داد.

درمانگر: (با جدیتی کاذب و مسخره‌وار)، شرکت تعطیل خواهد شد، صدها نفر بی‌کار می‌شوند، همه‌ی صنعت، یک‌شبه نابود می‌شود. چرخ‌های اقتصادی کشور متوقف می‌شود و جهان دچار رکود خواهد شد. بیمار: (در حالی که می‌خندد.) به این بزرگی و غلیظی هم نیست، شما خیلی اغراق کرده‌اید.

درمانگر: تو گفתי به دلیل اشتباهت «یک اتفاق وحشتناک روی خواهد داد».

بیمار: بسیار خوب، فهمیدم، تا این حد هم وحشتناک نخواهد بود، اما رئیس‌م حتماً مرا توبیخ خواهد کرد. این یک واقعیت است.

پیش‌بینی بدترین اتفاق ممکن

با به‌کارگیری فن پیش‌بینی بدترین اتفاق ممکن می‌توان به مراجع

1. exaggeration
2. humour

کمک کرد تا افکار خود آیند خود را بیان کند. در این راستا، درمانگر از مراجع می پرسد: «بدترین اتفاقی که ممکن است برای تو روی دهد، چیست؟»

با تجسم بدترین رویداد احتمالی، افکار داغ و پراکنجهایی به ذهن مراجع می رسند که خوراک لازم برای کار روی آنها فراهم می شود (ولز، ۱۹۹۷). برای مثال: درمانگر از مراجعی که با شنیدن واژه‌ی طلاق دچار اضطراب و وحشت می شد، پرسید:

درمانگر: بدترین اتفاقی که ممکن است پس از طلاق برای تو روی دهد، چیست؟

مراجع: خوب... تنها می شوم... یک زن بیوه و مطلقه.

درمانگر: این بدترین چیزی است که احتمال دارد اتفاق بیفتد؟

مراجع: نه، خوب... ممکن است مورد اتهام و آزار مردان قرار بگیرم.

درمانگر: و... این بدترین چیزی است که احتمال دارد اتفاق بیفتد؟

مراجع: این که توسط یکی از آن مردان آزارگر مورد تجاوز قرار بگیرم.

درمانگر: و این به معنای این است که...

مراجع: من یک «بی آبرو» هستم.

ایفای نقش^۲

ایفای نقش فنی است که برای فراخوانی افکار خود آیند در یک موقعیت بین فردی مؤثر است. در ایفای نقش درمانگر به جای فردی قرار می گیرد که مراجع با او مشکل دارد و گفت و گویی پیرامون موضوعی خاص بین آنها درمی گیرد. لازم است درمانگر در مورد کسی که مراجع با او مشکل دارد، اطلاعاتی داشته باشد تا بتواند به بهترین نحو نقش فرد مقابل را ایفا کند. به یک مثال از بک (۱۹۹۵) در مورد مراجعی به نام سالی توجه کنید:

1. Wells

2. role playing

د: وقتی شوهرت به تو گفت دیر می‌آید خانه، چه فکری در ذهنت گذشت؟

ب: دقیقاً یادم نیست، ولی می‌دانم، ناراحت شدم.

د: ناراحت شدی چون فکر کردی که...

ب: نمی‌دانم چه فکری کردم.

د: چه‌طور است ایفای نقش انجام دهیم. من نقش شوهرت و تو نقش خودت؟

ب: باشد.

د: تو شروع کن.

ب: دلم می‌خواهد امشب با هم برویم... خیلی وقت است که بیرون نرفتیم.

د: من امشب دیر می‌آیم... متأسفم.

ب: ولی مدت‌هاست که بیرون نرفتیم، دلم می‌خواهد امشب بیرون باشیم.

د: من خیلی درگیرم... امشب نمی‌توانم به موقع بیایم خانه.

(درمانگر ایفای نقش را متوقف می‌کند و از بیمار می‌خواهد بگوید در ذهنش چه گذشت.)

ب: این‌که برای همه چیز وقت می‌گذارد الا برای من، به من که می‌رسد، سرش شلوغ است.

د: تو این افکار را داشتی؟

ب: بله.

د: و این افکار باعث شد که احساس غم کنی؟

ب: بله.

د: لازم است که درمانگر افکار خودآیند دیگری را هم بیرون بکشد.

د: خوب... سالی... فکر دیگری هم به ذهنت آمد؟

ب: بله. این‌که درست‌شدنی نیست... این‌که او همیشه حق مرا نادیده می‌گیرد.

د: چه احساسی داری؟

ب: احساس خشم می‌کنم... تنم داغ شده... دلم می‌خواهد داد بکشم.

فن صندلی خالی^۱

فن صندلی خالی که اولین بار توسط پرلز^۲ بیان شد، به عنوان یکی از فنون مهم برای فراخوانی افکار خودآیند منفی مربوط به روابط بین فردی مفید گزارش شده است. درمانگر از بیمار می‌خواهد کسی که با او مشکل دارد را روی یک صندلی خالی مجسم کند و با وی سخن بگوید. ابتدا احساس و سپس افکار خودآیند خود را بیان کند (نینان و درایدن، ۱۳۸۷). به یک مثال توجه کنید:

درمانگر از زنی که با همسرش مشکل دارد، می‌خواهد که همسرش را مجسم کند که روی صندلی خالی روبه‌روی او نشسته است. او باید به صندلی خالی نگاه کند و با همسرش حرف بزند و احساس خود را به او بگوید:

بیمار: (رو به صندلی خالی) ازت متنفرم، دلم می‌خواهد سر به تنت نباشد.
درمانگر: (در نقش کسی که از طرف صندلی خالی حرف می‌زند). چرا، چرا از من متنفری، چرا می‌خواهی سر به تنم نباشد؟
بیمار: به دلیل این که تو به من اهمیت نمی‌دهی، تو نیازهای مرا جدی نمی‌گیری، تو برای من ارزشی قایل نیستی.
همان‌طور که می‌بینید درمانگر به کمک فن صندلی خالی توانست افکار خودآیند زیادی را بیرون بکشد.

فن القای نشانه^۳

از القای نشانه می‌توان برای فراخوانی افکار خودآیند استفاده کرد. این

1. empathy
2. perlz
3. symptom induction

فن در اختلال پانیک کاربرد زیادی دارد، از بیمار خواسته می‌شود که به تندی و پشت سرهم نفس بکشد یا چندین بار بنشیند و بلند شود. نفس کشیدن سریع سبب می‌شود فرد علایمی را تجربه کند که معمولاً در حالت اضطراب شدید تجربه می‌کند:

درمانگر: نسیم، من از تو می‌خواهم که چندین بار تمرین بنشین و پاشو را انجام دهی، اگر این کار برایت سخت است می‌توانی برای ۲ تا ۳ دقیقه تند تند نفس بکشی.

نسیم: خوب.

درمانگر: (پس از ۳ دقیقه که بیمار تند تند نفس کشید.) خوب چه احساسی داری؟

نسیم: ضربان قلبم افزایش یافته است، احساس گرما و داغ شدن می‌کنم، می‌ترسم که قلبم از شدت ضربان از فعالیت بایستد.

درمانگر: تو در جسم خود حس‌هایی را تجربه می‌کنی که در حالت پانیک هم تجربه می‌کنی. متوجه هستی؟
نسیم: بله.

درمانگر: می‌دانی معنای این چیست؟

نسیم: این که فعالیت جسمی یا نفس نفس زدن می‌تواند حس‌هایی مشابه پانیک در من ایجاد کند.

درمانگر: بله، همین‌طور است، و می‌توان نتیجه گرفت که این حس‌ها ناشی از حمله‌ی قلبی نیست.

نسیم: بله، می‌تواند این‌طور باشد.

به‌علاوه، درمانگر می‌تواند از بیمار بخواهد هر زمان که نگران حمله‌ی قلبی است، اگر نشسته است بلند شود و اگر ایستاده است چند قدم راه برود، به این ترتیب کاملاً مطمئن می‌شود که حمله‌ی قلبی در کار نیست (برنز، ۱۹۸۹).

توجه به معانی رویدادها

در شناخت‌درمانی تفسیر موقعیت مهم‌تر از خود موقعیت است و این تفسیر اغلب به صورت افکار خود آیند جلوه‌گر می‌شود و بر روی هیجان، رفتار و پاسخ فیزیولوژیکی فرد تأثیر می‌گذارد. گرچه برخی رویدادها ناراحت‌کننده هستند، اما افراد مبتلا به مشکلات روان‌شناختی حتی موقعیت‌های مثبت و طبیعی را نیز منفی تفسیر می‌کنند. بنابراین رویدادهایی که برای دیگران عادی و قابل قبول است، ممکن است برای آنان اضطراب‌زا باشد و هیجانات ناخوشایندی ایجاد کند (بک، ۱۹۹۵).

مراجع: همکارم از کنارم رد شد و پاسخ سلام مرا نداد.

درمانگر: همکارت به سلام تو پاسخ نداد. این اتفاق از نظر تو چه

معنایی دارد؟

مراجع: خوب یک نوع بی‌توجهی و جدی نگرفتن من است.

درمانگر: و معنای دیگری هم دارد؟

مراجع: بله. یعنی من بی‌ارزش و حقیرم، به همین دلیل هم مرا نادیده

می‌گیرند.

طبیعی است که این مراجع با چنین تفسیر منفی‌ای احساس ناخوشایندی

را تجربه کند. به یک مثال دیگر توجه کنید:

مراجع: همکارم از کنارم رد شد و پاسخ سلام مرا نداد.

درمانگر: این اتفاق از نظر تو چه معنایی دارد؟

مراجع: او متوجه من نشد، احتمالاً خیلی فکرش مشغول بود، او حتی

مرا ندید.

با چنین تفسیری مراجع راحت‌تر می‌تواند واقعیت را بپذیرد و با احتمال

کم‌تری هیجانات ناخوشایند را تجربه خواهد کرد.

رویارویی ذهنی

فن تجسم یا رویارویی ذهنی برای فراخوانی افکار خودآیند مفید است. درمانگر در جلسه از بیمار می‌خواهد رویداد یا اتفاقی که او را ناراحت کرده است، به ذهن بیاورد و آن را با تمام جزئیات مجسم کند. این که در چه مکانی بود؟ با چه کسانی بود؟ چه اشیا یا دور و بر او بود، چه لباسی بر تن داشت؟ در چه وضعیتی قرار داشت و... پس از آن که مراجع توانست، شرایط را با جزئیات کامل، تجسم کند، درمانگر از او می‌خواهد افکار خودآیند خود را بیان کند. به یک مثال توجه کنید:

درمانگر: شرایطی را که باعث ناراحتی‌ات شد به دقت توصیف کن.

بیمار: من در ماشین نشسته‌ام. با سرعت داریم از یک بزرگراه رد می‌شویم. خیابان خیلی شلوغ است، ترافیک سنگین شده... و همسرم پشت فرمان است... دارد سیگار می‌کشد... از او می‌خواهم سیگار را بیندازد بیرون... بویش مرا اذیت می‌کند... او توجهی نمی‌کند... احساس خشم می‌کنم... او سیگارش را تمام می‌کند و پایش را می‌گذارد روی پدال و با سرعت گاز می‌دهد و می‌رود، من می‌ترسم، از او می‌خواهم آرام‌تر برود، می‌گوید نگران نباش، مشکلی پیش نمی‌آید و هم‌چنان با سرعت می‌تازد...

درمانگر: چه احساسی داری؟

مراجع: خشم.

درمانگر: تو از همسرت دلخور شدی و احساس خشم می‌کنی، چه فکری به ذهنت می‌آید؟

مراجع: برای من هیچ ارزشی قابل نیست، به من اهمیتی نمی‌دهد...

مراجعی از اضطراب شدید در جلو جمع شکایت داشت. درمانگر از او خواست جمعی که او را مضطرب می‌کند، مجسم کند و به دقت آن را توصیف نماید.

مراجع: قرار است در کلاس کنفرانس بدهم. از جایم بلند می‌شوم می‌روم جلو. کنار تخته سیاه می‌ایستم... بچه‌ها چشم‌هایشان را به من دوخته‌اند...

معلم انتظار دارد شروع کنم. خیلی سخت است... این که چندین جفت چشم بخواهد مرا ورنه انداز کند... معلوم نیست پیش خودشان چه فکری می کنند... دلم درد گرفته است. تپش قلب دارم، صورتم داغ شده، همه دارند به من نگاه می کنند و دارند پیش خودشان فکر می کنند که...
درمانگر: پیش خودشان چه فکری می کنند؟

مراجع: این که چه قدر بی دست و پا است، عجب آدم بی عرضه ای است، نمی تواند دو تا کلمه حرف بزند، این آدم مفت هم نمی ارزد...
همان طور که ملاحظه می کنید درمانگر به کمک فن رویارویی ذهنی توانست افکار خودآیند داغ و پرا التهاب بیمار را فراخوانی کند. این فن معادل فن توجه به تصاویر ذهنی است.

فن رویارویی زنده

در رویارویی زنده، که به نوعی مشابه فن تکلیف رفتاری است، درمانگر در عمل مراجع را با رویداد اضطراب برانگیز مواجه می کند تا بدین وسیله با افکار خودآیند خود روبه رو شود. برای مثال: درمانگر از بیمار مبتلا به وسواس در مورد افکار وسواسی پرسش می کند، بیمار تنها یک یا دو فکر وسواسی را گزارش می دهد، در حالی که درمانگر احتمال می دهد افکار منفی بیش تری مطرح باشند. به همین دلیل از مراجع می خواهد که به کف زمین، شیء یا هر وسیله ای که بیمار آن را آلوده می داند، دست بزند، ولی دست خود را نشوید و در آن لحظه به ذهن خود توجه کند که چه فکر یا افکاری دارد؟ نوع دیگری از مواجهه ی زنده که مواجهه با نشانه های داخلی بدن است توسط ولز (۱۹۹۷) پیشنهاد شده است. این فن به نوعی «فن القای نشانه» نیز نامیده می شود. در این راستا، درمانگر از یک بیمار مبتلا به پانیک می خواهد که در حضور وی، چندین بار به تندی نفس بکشد یا چندین بار بنشیند و بلند شود. با این روش بیمار احساس افزایش ضربان قلب، گرما و برانگیختگی را تجربه خواهد کرد که ممکن

است در فراخواندن افکار خودآیند مؤثر باشند (نینان و درایدن ۱۳۸۷).
بیمار مبتلا به پانیک پس از رویارویی زنده ممکن است افکار خودآیند
زیر را گزارش دهد:

«همین حال است که سخته کنم.»

«الان بیهوش بر زمین می‌افتم.»

«ممکن است هر لحظه تعادل روانی خود را از دست بدهم.»

رویارویی زنده می‌تواند تکلیف بین جلسه‌ای باشد. به این صورت که
درمانگر از بیمار می‌خواهد خود را در موقعیتی قرار دهد که بتواند با افکار
خودآیند خود روبه‌رو شود. برای مثال درمانگر از بیماری که از صحبت
در حضور جمع امتناع می‌ورزد، درخواست می‌کند به عنوان تکلیف
بین جلسه‌ای فعالیتی را انجام دهد. بهتر است فعالیت به صورت مشارکی
توسط درمانگر و بیمار انتخاب شود و درمانگر مطمئن باشد که بیمار به
نحوی از عهده‌ی آن برمی‌آید. در رابطه با بیمار نام‌برده درمانگر و بیمار با
هم تکلیفی را تعیین می‌کنند، این که مراجع همان‌طور که در جای خود
نشسته است، در کلاس اظهارنظری انجام دهد.

درمانگر: می‌خواهم یک تکلیف به تو بدهم، موافقی تا جلسه‌ی آینده
در یکی از جمع‌های دانشجویان در کلاس مشارکت کنی و اظهارنظر نمایی؟
مراجع: خوب... این چیزی است که من از آن می‌ترسم و برای برطرف
شدنش به شما مراجعه کرده‌ام.

درمانگر: درست است... همان‌طور که گفتم طبق الگوی شناختی، افکار
در بروز احساسات تعیین‌کننده‌اند و یکی از راه‌های دسترسی به افکار
خودآیند این است که در موقعیت اضطراب‌برانگیز حاضر شوی و با انجام
دادن فعالیتی این افکار را فراخوانی.

مراجع: باشد... ولی ترجیح می‌دهم یک اظهارنظر کوتاه باشد.

درمانگر: خوب است... کافی است... می‌توانی در حالی که روی صندلی
خود نشسته‌ای، اظهارنظری کنی و احساس، شدت احساس و نیز افکار

خودآیند خود را یادداشت نمایی.

مراجع: باشد.

درمانگر: خوب، پیش‌بینی می‌کنی چه قدر اضطراب داشته باشی.

مراجع: فکر می‌کنم ۵۰ تا ۶۰ درصد.

آموزش بیمار^۱

بک (۱۹۹۵) پیشنهاد می‌کند که قبل از ارائه‌ی تکالیف بین جلسه‌ای برای فراخواندن افکار خودآیند، لازم است در این رابطه به بیمار آموزش داده شود. برای درک بهتر آموزش به یک مثال از او توجه کنید:

د: سالی، هر موقع متوجه تغییراتی در خلقت شدی، افکار خودآیند را یادداشت کن. این کار با پرسش این سؤال صورت می‌گیرد... چه در ذهنم گذشت؟

ب: باشد.

د: اگر بتوانی این فکر را روی کاغذ بنویسی، بهتر است. و اگر این سؤال کافی نبود، می‌توانی از تجسم کمک‌گیری و از خودت بپرسی در این لحظه‌ی خاص چه فکری در ذهنم بود؟... فکر می‌کنی بتوانی این کار را انجام بدهی؟

ب: بله... این طور فکر می‌کنم.

د: و اگر علی‌رغم این دو روش باز هم در شناسایی فکر خودآیند مشکل داشتی، می‌توانی این سؤال را از خودت بپرسی: «این موقعیت برای من چه معنایی دارد؟»

ب: باشد.

خودبازنگری روزانه^۱ و ثبت افکار خودآیند ناکارآمد^۲

خودبازنگری روزانه در شناسایی افکار منفی مؤثر است. در این رابطه می‌توان از مراجع خواست که در صورت تجربه‌ی خشم، اضطراب، افسردگی و دیگر هیجانات، بر روی ذهنش متمرکز شود و از خود بپرسد:

«حالا که خشمگین هستم در ذهنم چه فکری است؟»

«به شدت مضطرب هستم، چه فکری دارم؟»

«این اتفاق مرا غمگین کرد، زیرا این فکر به ذهنم آمد که...»

درمانگر می‌تواند برگه‌ی خودبازنگری را در اختیار بیمار قرار دهد و از او بخواهد در صورت تجربه‌ی احساسات ناخوشایند این برگه را تکمیل کند. برگه‌ی خودبازنگری (جدول‌های ۱-۳، ۲-۳، ۳-۳) مواردی مانند رویداد یا اتفاق، احساس، شدت احساس از صفر تا صد، افکار خودآیند، تحریف‌های شناختی و پاسخ‌های منطقی فرد به افکار خودآیند را دربرمی‌گیرند (برنز، ۱۹۸۹).

درمانگر باید قبل از آشنا کردن بیمار با فنون چالشی برگه‌ی ثبت افکار ناکارآمد را در اختیار بیمار قرار دهد. این برگه به عنوان ابزار عینی در فرایند جمع‌آوری اطلاعات شناختی مانند افکار خودآیند، تحریف‌های شناختی و... مفید خواهد بود.

لازم است که این جدول در جلسه آموزش داده شود. درمانگر باید در اولین جلسه چهار ستون اول و در جلسه‌ی بعدی دو ستون دیگر را به صورت عملی همراه با ذکر مثال آموزش دهد (بک، ۱۹۹۵).

1. daily self monitoring
2. dysfunctional thought record

فصل سوم: فراخواندن الکار خودآیند ۵۵

جدول ۳-۲= ثبت الکار خودآیند و پاسخ منطقی به آن

روز یا تاریخ	موقعیت یا اتفاق	هیجان و درجه بندی آن	میزان اعتقاد به افکار خودآیند	افکار خودآیند	پاسخ سازنده به افکار خودآیند	میزان اعتقاد به افکار خودآیند

بک (۱۹۹۵) پیشنهاد می کند که یک ستون به دنبال ستون افکار خودآیند اضافه شود و در قسمت نتیجه نیز مجدداً میزان اعتقاد فرد به افکار خودآیند از صفر تا صد مورد ارزیابی قرار گیرد.

بک (۱۹۹۵) توصیه می کند که درمانگر قبل از درخواست از بیمار برای تکمیل این جدول، باید مطمئن شود که بیمار مدل شناختی را می شناسد و

به نقش افکار خودآیند و رابطه‌ی آن با هیجانات آگاه است. به علاوه بیمار باید از توانایی لازم برای شناسایی افکار خودآیند برخوردار باشد و تفاوت بین فکر و احساس را بداند و بتواند هیجانات مختلف را از هم تمیز دهد و آن‌ها را درجه‌بندی کند و در نهایت این که قبل از اقدام به تکمیل برگه، درمانگر باید چگونگی چالش کلامی با افکار خودآیند را به بیمار آموزش دهد و این فنون را به صورت عملی در جلسه با بیمار تمرین کند.

تکالیف رفتاری^۱

در این فن درمانگر از مراجع می‌خواهد تکالیفی را بین جلسات انجام دهد. این تکالیف، معمولاً فعالیت‌هایی را هدف قرار می‌دهند که مراجع از انجام آن‌ها امتناع می‌کند یا آن‌ها را به تعویق می‌اندازد. چگونگی و نوع تکالیف را می‌توان با مشارکت مراجع تعیین کرد. مراجع باید توجیه شود که در حین انجام تکالیف هر فکر خودآیندی که به ذهنش می‌رسد را یادداشت کند. به یک مثال توجه کنید:

بیماری از زیاد بودن وزنش ناراضی است. او تا به حال رژیم‌های غذایی مختلفی را امتحان کرده است، اما رژیم‌های غذایی در کم کردن وزنش به او کمکی نکرده‌اند. یک مربی ورزش اخیراً به او گفته است که به شنا پردازد، اما وی از رفتن به استخر اجتناب می‌کند. درمانگر علت اجتناب او را هدف قرار می‌دهد.

درمانگر: می‌توانم بپرسم به چه دلیل از رفتن به استخر اجتناب می‌کنی؟
بیمار: برایم سخت است که در استخر با آدم‌هایی روبه‌رو شوم که به هیکلم زل می‌زنند.

درمانگر: گفتی برایت سخت است که ببینی یک عده در استخر به اندام لخت تو زل بزنند. زل زدن دیگران برای تو چه معنایی دارد؟
بیمار: احساس خوبی به من نمی‌دهد، خجالت می‌کشم.

1. behavioural tasks

فصل سوم: فراخواندن افکار خود آیند ۵۷

درمانگر: الان که داری این مشکل را توضیح می دهی چه فکری به ذهنت می آید؟

بیمار: فکر خاصی ندارم... ولی مطمئن هستم پیش خودشان فکر خوبی در مورد من نخواهند کرد؟

درمانگر: چه فکری خواهند داشت؟

بیمار: دقیقاً نمی دانم چه فکری خواهند داشت، اما می دانم که فکر خوبی نخواهند داشت.

درمانگر: می خواهم تکلیفی به تو بدهم، این که تا جلسه ی آینده یک بار به استخر بروی، موافقی؟
بیمار: بله.

درمانگر: می خواهم زمانی که دیگران در استخر به تو زل می زنند، به ذهنت توجه کنی و ببینی که چه افکاری به ذهنت می آید. این افکار را به خاطر بسپار و به محض این که از استخر بیرون آمدی آن ها را یادداشت کن. جلسه ی بعد در مورد آن افکار صحبت خواهیم کرد.
بیمار: باشد.

فراخوانی تصاویر ذهنی

با توجه به حالت های خلقى و رفتار غیرکلامی بیمار در جلسه، با بکارگیری فن رویارویی زنده، رویارویی ذهنی (تجسم) و خودبازنگری روزانه می توان تصاویر ذهنی را فراخوانی کرد و با تصاویر ذهنی منفی و ناکارآمد به چالش برخاست.

آسان ترین راه این است که از بیمار بخواهید هر گاه هیجان ناخوشایندی را تجربه کرد و یا متوجه تغییری در روحیه اش شد، به ذهنش توجه کند و آن تصاویر منفی را شکار کند.

آموزش بیمار درباره‌ی تصاویر خودآیند

همانند افکار خودآیند تصاویر ذهنی گذرا هستند، خود به خود به ذهن فرد می‌آیند، هیجان زیادی ایجاد می‌کنند و شناسایی آن‌ها دشوار است. شناسایی به هنگام این تصاویر درمانگر را در مسیری سوق می‌دهد که فنون و راهبردهای مناسبی را به کار گیرد و از رنج و ناراحتی بیمار بکاهد. از آنجایی که برخی از بیماران اغلب به جای افکار خودآیند، به تصاویر اشاره می‌کنند (بک و امری ۱، ۱۹۸۵، به نقل از بک، ۱۹۹۵)، لازم است که درمانگر در این رابطه به بیمار آموزش دهد. به ویژه آن‌که بسیاری از بیماران اغلب در بیان تصاویر خودآیند با مشکل مواجه هستند. در این راستا، بک (۱۹۹۵) فن عادی سازی ۲ را توصیه می‌کند و آن را برای شناسایی تصاویر خودآیند در بیماران مفید می‌داند.

درمانگر: مردم وقتی نگران حمله‌ی پانیک هستند دچار اضطراب می‌شوند و در آن حالت صحنه‌ها و تصاویری به ذهن‌شان می‌آید. شما چه‌طور؟ آیا وقتی نگران حمله‌ی پانیک هستی، چنین صحنه‌هایی به ذهنت می‌آید؟
بیمار: بله.

درمانگر: خوب، این همان تصویر خودآیند است. این تصاویر، کوتاه، لحظه‌ای و زودگذر هستند. خیلی سریع می‌آیند و می‌روند و از همه مهم‌تر این‌که خیلی اضطراب‌زا و هراس‌برانگیز می‌باشند.
بیمار: بله. متوجه شدم.

درمانگر: حالا از شما می‌خواهم هر زمان که مضطرب شدی به ذهنت توجه کنی و علاوه بر افکار، اگر تصاویر ناراحت‌کننده‌ای داشتی، آن‌را هم یادداشت کنی؟
بیمار: باشد.

فصل چهارم

چالش با افکار خودآیند

پس از شناسایی و فراخواندن افکار خودآیند منفی، درمانگر و بیمار وارد مرحله‌ی چالش با این افکار می‌شوند. فنونی که در این قسمت معرفی می‌شوند جزء مهارت‌های چالشی برای مقابله با افکار خودآیند هستند. تسلط بر این فنون تنها با تمرین امکان‌پذیر است. با به‌کارگیری این فنون و مهارت‌ها در جلسه‌ی درمانی، بیماران چگونگی استفاده از آن‌ها را می‌آموزند. بدیهی است هدف تنها چالش با افکار خودآیند نیست، بلکه بیماران باید بتوانند افکار منطقی‌تری را جایگزین افکار ناکارآمد خود کنند و تفسیر واقع‌بینانه‌تری از شرایط، رویدادها و خود ارائه دهند.

فن تعریف واژه‌ها

بسیاری از بیماران در توصیف افکار خودآیند خود از واژه‌هایی کلی و مطلق استفاده می‌کنند که بیش‌تر به برچسب زدن شبیه است (برنز، ۱۹۸۹)، برچسبی که به خود یا دیگران نسبت می‌دهند و در مورد خود و دیگران به نتایج کلی می‌رسند. بنابراین، لازم است که درمانگر ابتدا بیماران را با این موضوع که از «واژه‌های کلی» استفاده می‌کنند، آشنا کند و سپس از آن‌ها بخواهد واژه‌ها را تعریف کنند. بسیاری از بیماران در پاسخ به این سؤال متوجه خواهند شد که واژه‌هایی که در توصیف خود یا دیگران به کار می‌برند، تا چه اندازه کلی و غیرمنطقی است. به یک مثال توجه کنید:

نیلوفر پس از مدتی رابطه‌ی عاشقانه با مهرداد، متوجه شد که مهرداد به او خیانت می‌کند، وقتی موضوع را با او در میان گذاشت، مهرداد ابتدا انکار کرد، اما به دنبال اصرارهای نیلوفر، به او گفت که مینا را بیش‌تر از او دوست دارد. نیلوفر با شنیدن این موضوع بسیار به هم ریخت و به این نتیجه رسید که چون مهرداد او را فریب داده است، پس او یک احمق است.

درمانگر به کمک فن تعریف واژه‌ها به او کمک کرد تا واژه‌ی احمق را مجدداً تعریف کند.

درمانگر: صبر کن، تو گفتی چون فریب خوردی پس یک احمق هستی. نیلوفر: بله، همین‌طور است.

درمانگر: چه قدر به این موضوع که «احمق» هستی اعتقاد داری؟ نیلوفر: ۹۵ درصد.

درمانگر: می‌توانی واژه‌ی احمق را تعریف کنی؟ نیلوفر: احمق کسی است که فریب می‌خورد.

درمانگر: آیا همین یک تعریف برای احمق بودن کافی است؟ نیلوفر: نه.

درمانگر: خوب، احمق‌ها غیر از فریب خوردن چه خصوصیات دیگری دارند؟

نیلوفر: خیلی از مسائل را نمی‌فهمند، به ضرر خود کار می‌کنند. درمانگر: و دیگر...

نیلوفر: در ظاهر خل و بی‌دست و پا به نظر می‌رسند، در زندگی پشرفتی ندارند.

درمانگر: آیا تو همه‌ی این معیارها را داری؟

نیلوفر: خیر، من فقط یکی از آنها را دارم، این که توسط نامزدم فریب خوردم.

درمانگر: آیا هنوز هم به این موضوع باور داری که احمق هستی؟

نیلوفر: بله، ولی نه به اندازه‌ی قبل.

درمانگر: مثلاً چند درصد؟

نیلوفر: فکر می‌کنم ۴۰ درصد.

درمانگر: خوب، اگر موافقی باز هم به بحث ادامه دهیم.

نیلوفر: باشد.

درمانگر: خوب با این تعریفی که تو از «احمق» کردی، چند درصد

انسان‌های کره‌ی زمین را شامل می‌شود؟

نیلوفر: نمی‌دانم. شاید خیلی.

درمانگر: معیاری که برای خودت در نظر گرفتی (این که چون فریب

خوردم، پس احمق هستم)، فکر می‌کنی چند درصد افراد کره‌ی زمین را

شامل می‌شود؟

نیلوفر: خوب، فکر می‌کنم کم‌تر کسی وجود دارد که در زندگیش فریب

نخورده باشد، حداقل فریب‌های کوچک و جزئی را تقریباً همه خورده‌اند.

درمانگر: خوب به چه نتیجه‌ای رسیدی؟

نیلوفر: این که این معیار خیلی گسترده است و با این معیار تقریباً همه‌ی

انسان‌ها را می‌توان احمق فرض کرد.

درمانگر: به نظر تو این امکان وجود دارد که کره‌ی زمینی پر از آدم‌های

احمق داشته باشیم؟

نیلوفر: نه، خیلی غیرعادی است.

درمانگر: و اگر بخواهی واژه‌ی احمق را مجدداً تعریف کنی، چه خواهی

گفت؟

نیلوفر: خوب اگر کسی چندین بار از فرد خاصی فریب بخورد یا

اشتباهات خود را تکرار کند، می‌توان او را احمق نامید.

درمانگر: خوب با این تعریف جدیدی که از احمق ارائه دادی، چه قدر

اعتقاد داری که احمق هستی؟

نیلوفر: فکر می‌کنم که این تعریف شامل حال من نمی‌شود. چون من

معمولاً اشتباهات خود را تکرار نمی‌کنم و کم‌تر پیش آمده است که کسی بخواهد چند بار مرا فریب دهد.
درمانگر: حالا چه قدر به این فکر اعتقاد داری؟
نیلوفر: خیلی کم، شاید ۵ درصد.

فن اسناد مجدد^۱ یا فن دایره^۲

درمانگر به کمک فن اسناد مجدد یا فن دایره به مراجعین کمک می‌کند تا به دیگر عوامل تأثیرگذار در ایجاد یک رویداد منفی توجه کنند. این فن برای مراجعینی که خود را به دلیل رویدادهای ناخوشایند سرزنش می‌کنند و خود را مسئول بروز آن‌ها می‌دانند، مفید است و یکی از فنون مهم برای چالش با شخصی سازی و احساس مسئولیت بیش از اندازه است. در این راستا، درمانگر از بیمار می‌خواهد تا همه‌ی عوامل احتمالی که فکر می‌کند در بروز یک رویداد ناخوشایند نقش داشته‌اند، را یادداشت کند و آن‌گاه نقش و سهم خود را از بین دیگر عوامل مشخص نماید.

این فن برای بیماران وسواسی که خود را مسئول حوادث ناخوشایند احتمالی می‌دانند و نیز برای بیماران افسرده و افرادی که عزت‌نفس پایینی دارند و اغلب مسئولیت حوادث منفی را خود به تنهایی به عهده می‌گیرند، مفید گزارش شده است. لیهی (۱۳۸۸) می‌گوید: این فن یکی از فنون مهم برای چالش با تفکر همه یا هیچ است. در این فن از افراد خواسته می‌شود دایره‌ای با بخش‌های مختلف در نظر بگیرند که هر بخش آن نمایانگر قسمتی از وقایع مسئول در حادثه است. سپس تمام علل احتمالی حادثه را مدنظر قرار دهند و نشان بدهند که هر علتی، چند درصد از کل سطح دایره را به خود اختصاص می‌دهد. در پایان، به تنها علت باقی‌مانده، یعنی خودشان، پردازند و به این فکر کنند که چه قدر از سطح دایره

1. reattribution
2. pie technique

فصل چهارم: چالش با افکار خود آیند ۶۳

نشان دهنده‌ی مسئولیت آن‌ها در بروز حادثه است.

زوجی را فرض کنید که از هم جدا شده‌اند و یکی از آن دو خود را مسئول تمام مشکلات و نهایتاً عامل طلاق می‌داند.

سونیا: من مقصرم، اگر سخت نمی‌گرفتم و جاهایی کوتاه می‌آمدم چنین اتفاقاتی پیش نمی‌آمد.

درمانگر: اگر بخواهیم میزان تقصیر شما را از ۰ تا ۱۰۰ درصد درجه‌بندی کنیم، فکر می‌کنید در رابطه با قضیه‌ی طلاق، شما چه قدر مقصر هستید؟
سونیا: ۱۰۰ درصد. همه‌اش تقصیر من بود.

درمانگر: اجازه بده به بررسی تمام عوامل دخیل در بروز اختلافات زناشویی شما پردازیم، گفتی با عشق و علاقه‌ی زیاد ازدواج کردی، اما در حال حاضر چنین احساسی نداری و حتی از طرف مقابل خشمگین هستی، درست است؟

سونیا: بله، به نظر من او با وظایف زناشویی‌اش آشنا نبود. تازه نمی‌توانست مانع از دخالت خانواده‌اش در مسائل شخصی ما شود.

درمانگر: پس چرا تو همه‌ی تقصیرها را خود به عهده می‌گیری؟

سونیا: من باید به او کمک می‌کردم تا در برابر خانواده‌اش بایستد. من نتوانستم رابطه‌ی خوبی با خانواده‌اش برقرار کنم و او را هم توی دردسر انداختم.

درمانگر: و در مورد مسائل زناشویی هم، تو باید به او آموزش می‌دادی؟

سونیا: هوم.

درمانگر: با این حساب از خودت انتظار داشتی که در ارتباط با ایشان نقش یک معلم یا مادر را ایفا کنی. آیا این نقش با نقش همسری جور درمی‌آید؟

سونیا: نه.

درمانگر: خوب اگر بخواهی به عنوان یک همسر به موضوع نگاه کنی چه نظری داری؟

سونیا: این که جاهایی برایم کم گذاشته است. خانوادهاش را به من ترجیح داد و اصلاً آماده‌ی ازدواج نبود.
درمانگر: اگر بخواهی عوامل دیگری به این فهرست اضافه کنی به چه چیزهای دیگری فکر می‌کنی؟
سونیا: بی‌پولی همسرم و بدرفتاری من.

درمانگر: آیا موافقی همه‌ی این عوامل را روی دایره نشان دهی؟ سعی کن با در نظر گرفتن تناسب هریک از عوامل دخیل در طلاق، قسمت‌های دایره را هاشور بزنی.

سونیا: باشد (بیمار دایره‌ای ترسیم می‌کند و به کمک درمانگر سهم هریک از عوامل را روی دایره نشان می‌دهد).
درمانگر: خوب، حالا با در نظر گرفتن دایره‌ی مورد نظر چه نظری داری؟

سونیا: این که ۱۰۰ درصد تقصیر من نبود.
درمانگر: چند درصد تقصیر تو بود؟
سونیا: با در نظر گرفتن همه‌ی این موارد، سهم من کم‌تر از ۱۰۰ درصد است، چیزی حدود ۴۰ درصد.
درمانگر: خوب، حالا چه احساسی داری؟
سونیا: راحت‌تر شدم، کم‌تر احساس گناه می‌کنم.
به یک مثال دیگر توجه کنید:

بیمار: همه‌اش تقصیر من بود، اگر کمی بیش‌تر مراقب حال مادرم بودم مطمئناً این اتفاق برای او نمی‌افتاد. او نمی‌بایست در این سن سکنه می‌کرد. البته خدا را شکر که جان سالم به‌در برد.
درمانگر: از این که چنین اتفاق ناخوشایندی برای شما روی داده است، متأسفم. اول به من بگو از صد درصد چه قدر خودت را مقصر می‌دانی و بعد از تو می‌خواهم به این سؤال پاسخ بدهی که چه عواملی در بروز سکنه در یک فرد دست‌اندرکارند؟

فصل چهارم: چالش با انکار خود آیند ۶۵

بیمار: خوب فکر می‌کنم ۹۹ درصد. به نظرم چاقی، سیگار، بی‌تحركی، چگونگی تغذیه و شیوه‌ی زندگی، نیز مهم هستند.

درمانگر: آیا مادرت تحت تأثیر این عوامل بود؟

بیمار: بله، او هم چاق بود و هم سیگار می‌کشید و تازه این اواخر سیگارش را زیاد کرده بود.

درمانگر: با این حساب فکر می‌کنی این عوامل چه قدر نقش داشتند؟

بیمار: خوب بی‌تأثیر نبودند. ولی من پرستار هستم و باید بیش‌تر مراقب مادرم می‌بودم.

درمانگر: خوب اجازه بده سهم هر یک از این عوامل دخیل در بروز سکتة را بر روی یک نمودار دایره‌ای مشخص کنیم (درمانگر دایره‌ای روی تخته‌سیاه می‌کشد و از بیمار می‌خواهد سهم هر یک از عوامل دخیل در بروز سکتةی مادرش را روی دایره نشان دهد).

درمانگر: خوب با دیدن این دایره به چه نتایجی می‌رسی؟

بیمار: با دیدن این دایره متوجه شدم که من سهم خودم را بیش از اندازه برآورد کرده‌ام.

درمانگر: در حال حاضر چه قدر به این موضوع که سکتةی قلبی مادرت همه‌اش تقصیر تو بود، معتقدی؟

بیمار: فکر می‌کنم الان متوجه شدم که سکتةی او همه‌اش تقصیر من نبود، بلکه عوامل دیگری هم وجود داشت، مثل وزن زیاد، بی‌تحركی و سیگار.

درمانگر: در حال حاضر سهم خود را چه قدر برآورد می‌کنی؟

بیمار: قبلاً فکر می‌کردم که ۹۹ درصد تقصیر من بوده است، ولی الان فکر می‌کنم که سهم من چیزی بین ۱۰ تا ۱۵ درصد است. من باید او را برای کاهش وزن و کنار گذاشتن سیگار تشویق می‌کردم. البته، اگر این کار را می‌کردم، باز هم هیچ تضمینی وجود نداشت که مادرم به حرف‌هایم گوش دهد.

درمانگر: چه قدر به این گفته‌ها اعتقاد داری؟

بیمار: فکر می‌کنم چیزی حدود ۸۰ درصد.

بعضی از مراجعین عوامل بیرونی ایجادکننده‌ی یک رویداد خاص را سرزنش می‌کنند، مثل مراجعی که معتقد بود «فشار کاری و رئیس پرتوقع او را وادار به نوشیدن الکل کرد». در چنین مواردی درمانگر به افراد کمک می‌کند تا خود مسئولیت استفاده از مواد را به عهده بگیرند و به این ترتیب به تعدیل رفتار مصرف پردازند (بک و همکاران، ۱۹۹۳)، اگر مراجع توانسته است برای مقابله با فشار کاری و رئیس پرتوقع گزینه‌ی نوشیدن الکل را انتخاب کند، پس خودش هم می‌تواند روش جایگزین و سازنده‌ای برای مقابله با این مسئله پیدا کند (به نقل از نینان و درایدن، ۱۳۸۷).

فن فاجعه‌زدایی

بدترین چیزی که ممکن است اتفاق بیفتد، چیست؟ و آیا علی‌رغم این اتفاق می‌توان به زندگی ادامه داد (بک، ۱۹۹۵). این فن برای چالش با افکار خودآیند نگران‌کننده و فاجعه‌آمیز امتحان خود را به خوبی پس داده است. فن پیش‌بینی بدترین اتفاق ممکن، نوعی فاجعه‌زدایی محسوب می‌شود. از مراجع بخواهید که آگاهانه و عمدی هر روز به مدت ۲۰ دقیقه به بدترین اتفاق ممکن فکر کند و آن را تجسم نماید. او باید این کار را برای روزهای متوالی آن‌قدر ادامه دهد که به تدریج هراس او کم‌رنگ شود و از بین برود. فاجعه‌زدایی را می‌توان با حل مسئله همراه ساخت و از بیمار پرسید: اگر فاجعه‌ای که از آن می‌ترسی روی دهد چه راهکارهایی برای مقابله با آن داری؟

د: بدترین اتفاق ممکن چه خواهد بود؟

ب: این که از شدت اضطراب از هوش بروم.

د: بعد چه می‌شود؟

ب: خوب عده‌ای دور و برم جمع می‌شوند.

د: و...

ب: برخی از آن‌ها می‌خواهند به من کمک کنند و برخی فقط نگاه می‌کنند.

د: بعد؟

ب: ... من بلند می‌شوم، یعنی به هوش می‌آیم، اما از این‌که نتوانستم از عهده‌ی سخنرانی در جمع بر بیایم و بیهوش شدم، احساس بدی دارم. این موضوع مرا خیلی اذیت می‌کند. این شکست بزرگی است برای من.

د: آیا زندگی تعطیل می‌شود، مثلاً خورشید دیگر طلوع نخواهد کرد یا ماه نخواهد تابید یا زمین از چرخش خواهد ایستاد؟
ب: نه، مطمئناً نه.

د: آیا تو بعد از این شکست دیگر حق حیات نخواهی داشت و محکوم به مرگ خواهی شد؟

ب: نه، به هر حال زندگی طبق روال عادی پیش خواهد رفت.

د: خوب. حالا می‌خواهم طور دیگری به قضیه نگاه کنیم. اگر بدترین اتفاق همان چیزی باشد که تو گفتی، واقع‌بینانه‌ترین پیامد کدام است؟
ب: خوب، ممکن است قبل از آن‌که از شدت اضطراب به زمین بیفتم و از هوش بروم، به من کمک شود. مطمئناً در جمعی که قرار است برای آن‌ها صحبت کنم کسانی هم هستند که حمایت‌کننده و مهربان باشند. آن‌ها هر کاری که از دست‌شان برآید برایم انجام خواهند داد. مثلاً وقتی به هوش بیایم و آن‌ها شرم و خجالت مرا ببینند، مطمئناً به من دلداری خواهند داد.

د: خوب به نظر می‌رسد این نوع نگاه واقع‌بینانه‌تر از برداشت قبلی است که فکر می‌کنی در جمع دشمنان خود صحبت می‌کنی و آن‌ها همه منتظرند از تو ایرادی بگیرند، تو را تحقیر کنند و تو را مورد حمله قرار دهند.

ب: بله همین‌طور است.

آن‌گاه درمانگر از مراجع می‌خواهد این فن را روزانه به مدت ۲۰ دقیقه تمرین کند.

فن پیشگویی‌های خودکام‌بخش

نادیده گرفتن نقش خود همراه با اجتناب^۱، اهمال‌کاری^۲ و تحمیل کردن^۳ از جمله رفتارهایی هستند که به پیش‌گویی‌های خودکام‌بخش منتهی می‌شوند. در این راستا، درمانگر باید بیماران را متوجه این موضوع کند که رفتار آن‌ها تا چه اندازه سبب می‌شود تا انتظارات آن‌ها جامه‌ی عمل بپوشد. چنان‌چه لیهی (۱۳۸۷) می‌گوید: افراد اجتناب‌گر از تعامل با دیگران کناره‌گیری می‌کنند و دست به دامن دلیل‌تراشی می‌شوند، که آدم سالم برای برقراری روابط اجتماعی پیدا نمی‌شود. افراد اهمال‌کار، اذعان می‌کنند که کار کردن باعث اضطراب آن‌ها می‌شود، ولی متوجه نمی‌شوند که دلیل اضطراب آن‌ها به تأخیر انداختن کارها تا دقیقه‌ی نود است. همسران زورگو و تنبیه‌گر از بی‌عاطفگی همسرشان شکایت می‌کنند، ولی توجه نمی‌کنند که انتقادهای ایشان باعث کناره‌گیری همسرشان شده است. به یک مثال توجه کنید:

نغمه بر این باور است که از عهده‌ی مطالب درسی بر نمی‌آید و اغلب امتحانات خود را خراب می‌کند. درمانگر قبل از چالش با افکار خودآیند و فرض‌ها به کمک فن کاوش^۴ موضوع را باز می‌کند و سپس به اهمال‌کاری رفتاری نغمه اشاره می‌کند:

درمانگر: می‌توانم از تو پرسم که اغلب در طول ترم چه‌طور درس می‌خوانی؟

نغمه: من در طول ترم کم درس می‌خوانم.

-
1. avoidance
 2. procrastination
 3. coercion
 4. probing

درمانگر: خوب، چه طور برای امتحان آماده می شوی؟

نغمه: اغلب در فرجه های امتحانی درس می خوانم.

درمانگر: از زمانی که در فرجه های امتحانی در اختیار داری، خوب استفاده می کنی؟

نغمه: راستش را بخواهید، نه. اوایل فرجه ها نسبتاً بی خیال هستم و کم تر درس می خوانم، اما هرچه که به روز امتحان نزدیک می شوم اضطرابم بیش تر می شود.

درمانگر: زیاد شدن اضطراب به تو کمک می کند که بیش تر مطالعه کنی یا مطالب را بهتر درک کنی؟

نغمه: نه، خیلی نگران می شوم و نگرانی و اضطراب باعث می شود نتوانم خوب تمرکز کنم و بنابراین نمی توانم در زمان مورد نظر مطالب را مطالعه کنم و وقت کم می آورم.

درمانگر: فکر می کنی خودت در این «کم آوردن وقت» برای مطالعه ی درس های امتحان چه قدر نقش داری؟

نغمه: فکر می کنم که باید برنامه ریزی کنم و درس خواندن را زودتر شروع کنم.

درمانگر: چه چیزی باعث می شود که مطالعه را به تأخیر بیندازی و وقت کم بیاوری؟

نغمه: تعلل، به نظرم تعلل می کنم. ...
درمانگر: هوم، درست است. اهمال کاری یا تعلل رفتاری است که در پیش می گیری و با این کار پیش بینی ات هم درست از آب درمی آید، این که از عهده ی یادگیری مطالب بر نمی آیی، درست است؟

نغمه: بله، کاملاً درست است.

فنون فاصله‌ای^۱

یکی دیگر از فنونی که برای چالش با افکار خودآیند به کار می‌رود، فن «فاصله گرفتن و از دور نگاه کردن» است (بک، ۱۹۹۵). این فن به فرد کمک می‌کند تا موضوع را در دورنما قرار دهد و از دور به آن نگاه کند.

الف) اگر شخصی با مشکل مشابه به شما مراجعه کند به عنوان یک مشاور به او چه خواهید گفت؟

درمانگر از بیمار می‌پرسد: «اگر شخصی با این مشکل به شما مراجعه کند به عنوان یک مشاور یا درمانگر او چه خواهید گفت؟» می‌توان از بیمار درخواست کرد خود را به جای درمانگری بگذارد که قرار است فردی با مشکل مشابه خود را ببیند و بگوید به این فرد چه خواهد گفت (فنل، ۱۹۸۹، هاوتون و همکاران، ۱۳۸۰). در این راستا، بیمار یاد می‌گیرد برای لحظاتی از دور به موضوع نگاه کند و به جای غرق شدن در جنبه‌های منفی فکر خودآیند به راه‌حل‌های احتمالی بیندیشد. این فن نیز کارایی بالایی خود را در چالش با افکار خودآیند در بسیاری از اختلالات از جمله افسردگی، اضطراب، بحران‌ها و فقدان پس داده است. به یک مثال توجه کنید:

نسترن قبرار است در جمع دانشجویان مطلبی را کنفرانس دهد. او بسیار نگران است از این که می‌تواند از عهده‌ی صحبت در جمع برآید. شدت نگرانی او به اندازه‌ای است که ناچار شد برای درخواست کمک به روان‌شناس مراجعه کند.

درمانگر: این تکلیف که قرار است در جمع کنفرانس دهی تو را بسیار نگران کرده است؟

نسترن: بله.

درمانگر: چه چیزی تو را نگران کرده است؟

1. distance techniques

نسترن: این که از عهده اش برنیايم و با تپق زدن در جلو جمع آبروی خود را ببرم.

درمانگر: و اگر چنین چیزی اتفاق بیفتد برای تو چه معنایی دارد؟
بیمار: این که دست و پا چلفتی هستم و از عهده ی کنفرانس در جمع بر نمی آیم.

درمانگر: چه قدر به این فکر اعتقاد داری؟

بیمار: خیلی، شاید ۹۰ درصد.

درمانگر: خوب اجازه بده یک سؤال از تو بپرسم. تو می گویی اگر نتوانی در جمع دانشجویان کنفرانس دهی، پس دست و پا چلفتی هستی. اگر بیماری با این طرز فکر به تو مراجعه کند، در مقام درمانگر به او چه خواهی گفت؟

بیمار: خوب. تا حالا به آن فکر نکرده بودم.

درمانگر: خوب، حالا می توانی به آن فکر کنی.

بیمار: به او خواهم گفت خراب کردن یک کنفرانس به معنای دست و پا چلفتی بودن نیست، چون آدم های موفق زیادی وجود دارند که نمی توانند از عهده ی کنفرانس در جمع بر آیند.

درمانگر: دیگر...

بیمار: به او خواهم گفت که خراب کردن کنفرانس از ارزش تو چیزی کم نمی کند، حتی اگر کنفرانس را هم خراب کنی، باز هم دوستانت را خواهی داشت. چون آنها تو را به دلیل این که کنفرانس دهنده ی خوبی هستی، انتخاب نکردند، بلکه به این دلیل انتخاب کردند که فردی قابل اعتماد و مهربان هستی.

درمانگر: خوب، حالا چه قدر به این فکر اعتقاد داری که اگر کنفرانس

را خراب کنی، فردی دست و پا چلفتی هستی؟

بیمار: خوب کم تر، شاید ۳۰ - ۴۰ درصد.

ب) اگر یکی از دوستان‌تان در شرایطی مشابه شما باشد به او چه می‌گویید؟

درمانگر به کمک این فن به بیمار یاد می‌دهد تا از خودش فاصله بگیرد و از دور به خود نگاه کند و آن‌گاه توضیح دهد که شرایط را چگونه می‌بیند. در این راستا بک (۱۹۹۵) پیشنهاد کرده است از درمان‌جو بپرسید: «اگر این اتفاق برای یکی از دوستان نزدیکش بیفتد، چه توصیه‌هایی برای او دارد؟»

د: سارا گفتی در آستانه‌ی طلاق هستی، فشار زیادی تحمل می‌کنی، از به‌هم خوردن روال زندگی‌ات کلافه‌ای، از تنهایی و بیوه شدن می‌ترسی، درست است؟

سارا: بله.

د: به یکی از دوستان نزدیکت فکر کن که در موقعیتی مشابه تو قرار گرفته است، به او چه توصیه‌ای می‌کنی؟

(درمانگر از بیمار می‌خواهد توصیه‌هایی را که به دوستش کرده است یادداشت نماید و سعی کند خود آن‌ها را به‌کار گیرد.)

سارا: خوب، به دوستم می‌گویم درست است که طلاق اتفاق ناراحت‌کننده‌ای است، ولی ادامه‌ی زندگی با کسی که به او علاقه‌ای نداری و هر لحظه بودن باهم به مشاجره و درگیری می‌انجامد، بدتر از طلاق است. تازه تو دوستان سابق، سلامتی، تفریح و سرگرمی و حتی شغلت را داری، چرا به چیزهایی که داری فکر نمی‌کنی؟

د: خوب است، حالا من از خودت این سؤال را می‌پرسم که چرا به چیزهایی که داری فکر نمی‌کنی؟

سارا: فکر می‌کنم علتش این است که طلاق را خیلی مهم و پررنگ می‌بینم.

د: و مواهبی که داری را خیلی کم‌رنگ و بی‌ارزش می‌بینی.

سارا: بله همین‌طور است.

د: این نوعی تحریف شناختی است که بزرگ‌نمایی - کوچک‌نمایی نامیده

می شود. به عبارتی بیماران مواهب و امکانات خود را نادیده می گیرند یا کوچک می کنند، در حالی که مشکلات و فقدانها را بزرگ نمایی می کنند.

ج) فن ماشین زمان یا دورنما

این فن نیز به بیماران کمک می کند تا موضوع یا مسئله را در دورنما قرار دهند و از دور به آن نگاه کنند. هاوتون و همکاران (۱۹۸۹) از آن به عنوان برون فکنی زمان نام برده اند. (قاسم زاده، ۱۳۸۰). بیماران در پاسخ به این سؤال که بعد از یک سال، دو سال، پنج سال یا ده سال وضع چگونه خواهد بود یا در مورد واکنشی که امروز نشان داده اند چگونه خواهند اندیشید، پاسخ های جالبی می دهند که به آنها کمک می کند خود را از گود هیجانات منفی ناشی از افکار خود آیند بیرون بکشند و از بیرون گود به مسئله نگاه کنند؟

به این ترتیب تحمل مسئله برای شان آسان تر خواهد شد و حتی ممکن است در پی یافتن راه حل هایی هم برای آن باشند. این فن برای چالش با فقدان یا از دست دادن ها کاربرد فراوانی دارد.

مهدی به تازگی از همسرش جدا شده است. این جدایی از طرف او ناخواسته بوده است، زیرا پس از ماهها مشاجره با آسیه، در نهایت علی رغم میل باطنی به جدایی تن داد. وقتی دفتر طلاق را امضا کرد احساس کرد آسمان بر سرش خراب شده است. دنیا را تیره و تار و خودش را بسیار بدبخت و درمانده می دید، فکر می کرد که دیگر همه چیز تمام شده است و آرزوی مرگ داشت. احساس می کرد چون دست رد به سینه اش خورده است، پس فردی بی ارزش است و چون ارزش ندارد پس بهتر است بمیرد. درمانگر: متوجه هستم در چه شرایط دشواری هستی، تحمل آن مطمئناً سخت است (همدلی).

مهدی: این یک فاجعه ی بزرگ است (تحریف شناختی فاجعه سازی).

درمانگر: خوب، می‌دانم خیلی عذاب می‌کشی، ولی تو اولین نفر نیستی و آخرین نفر هم نخواهی بود که طلاق گرفته است.

مهدی: بله، درست است، ولی... خیلی بدشانسی آوردم.

درمانگر: خوب اجازه بده با هم تمرینی انجام بدهیم. من از تو می‌خواهم چشم‌هایت را ببندی و یک سال آینده‌ات را مجسم کنی... مهدی: باشد.

درمانگر: خوب در چه شرایطی هستی؟

مهدی: نمی‌دانم، فکر می‌کنم هم‌چنان عزادار آسیه هستم.

درمانگر: حالا مجسم کن دو سال گذشته است، به من بگو در چه شرایطی هستی؟

مهدی: فکر می‌کنم دیگر فارغ‌التحصیل شده باشم و در صدد یافتن شغلی مناسب خواهم بود، اما کماکان به آسیه فکر خواهم کرد.

درمانگر: حالا پنج‌سال آینده را مجسم کن، در چه شرایطی خواهی بود؟

مهدی: خوب، فکر می‌کنم شغل مناسب خود را به دست خواهم آورد، احتمالاً درآمد، امکانات و شرایط مالی بهتری خواهم داشت و حتی ممکن است با فرد جدیدی آشنا شوم.

درمانگر: در آن شرایط در مورد «آسیه» چه فکری خواهی داشت؟

مهدی: ممکن است دیگر به اندازه‌ی حالا به او فکر نکنم و تازه ممکن است خیلی از رفتارهای فعلی و احساساتی که دارم برایم افراطی و اغراق‌آمیز به نظر برسد.

درمانگر: بله، همان‌طور که مجسم کردی، پنج سال آینده اوضاع تغییر خواهد کرد و ممکن است تو احساس و رفتاری را که در حال حاضر داری، نداشته باشی و مسئله‌ی فعلی هم ممکن است به این اندازه برای تو دردناک نباشد.

مهدی: خوب حتی ممکن است به بعضی افکار و تصمیم‌هایم بپردازم مانند تمایل به مرگ و خودکشی.

د) فن ماشین زمان «دیگران»

در فن ماشین زمان «دیگران» که لیهی (۱۳۸۸) پیشنهاد کرده است، به مراجع کمک می‌شود، دیدگاه دیگران یعنی افراد مهم را نسبت به مشکل در دورنما قرار دهد و از دور به آن نگاه کند.

شما نگران قضاوت دیگران هستید اما به نظر منی رسد مردم این قدر بی‌کار نیستند که دایم به شما فکر کنند، فرض کنید بر ماشین زمان سوار هستید و تصور کنید به هفته‌ی بعد، ماه بعد و سال بعد سفر می‌کنید و می‌خواهید ببینید که مردم درباره‌ی شما چه فکری دارند، چه احساسی درباره‌ی شما دارند؟ آیا به شما و عملکردتان فکر می‌کنند؟ یا این که درگیر مسائل و مشکلات خودشان هستند؟

به یک مثال توجه کنید:

مهدی: اگر در خیابان دچار حمله‌ی هراس شوم خیلی «بد» می‌شود.

درمانگر: چرا خیلی بد می‌شود؟

مهدی: همه می‌فهمند که دچار هراس شدم.

درمانگر: فرض کنیم که همه بفهمند تو دچار هراس شدی، این چه

معنایی برای تو دارد؟

مهدی: پیش خودشان فکر می‌کنند که من «غیرعادی» هستم.

درمانگر: این چیزی که تو می‌گویی «پیش خودشان دارند فکر می‌کنند»

یک نوع تحریف شناختی است که «ذهن خوانی» نام دارد.

مهدی: اوه...

درمانگر: اگر فرض کنیم که «ذهن خوانی» تو درست باشد، همین مردم

در یک هفته‌ی آینده هم به تو و حمله‌ی هراسی که تجربه کردی، فکر

می‌کنند؟

مهدی: بله، ممکن است، ولی احتمالش خیلی کم است.

درمانگر: در یک ماه آینده چه طور؟

مهدی: خوب نه، چون اتفاقات دیگری هم برای شان پیش می‌آید و

بنابراین موضوع را فراموش می‌کنند.
درمانگر: در یک سال آینده چه طور؟

مهدی: به هیچ وجه...

درمانگر: در پنج سال آینده چه طور؟

مهدی: فکر کنم که موضوع را برای همیشه فراموش کرده باشند.

درمانگر: حالا چه احساسی داری؟

مهدی: خیلی راحت‌تر شدم، اگر این طوری فکر کنم اضطرابم خیلی کاهش خواهد یافت.

ه) فن نگاه کردن به مشکل از بالکن

اولین بار فیشر^۱ و اوری^۲ (۱۹۹۱) فن مذاکره را پیشنهاد کردند که به معنای نگرستن به تعامل‌های بین‌فردی از فراز بالکن است. در این فن، درمانگر از بیمار می‌خواهد که به موقعیت فعلی از بالکن نگاه کند و به عبارتی خود را مجسم کند که از بالای بالکن در حال تماشای تعامل‌های خود است و بگوید چه می‌بیند یا چه فکری به ذهنش می‌آید. هدف از این تمرین، تسهیل چشم‌اندازی وسیع‌تر در ذهن فرد است. شاید این فن بتواند فرد را از پوسته‌ی خودمحوری بیرون بیاورد (لیهی، ۱۳۸۸).

این فن برای چالش با افکار خودآیند مربوط به روابط زناشویی و دیگر روابط بین‌فردی بسیار مفید است. افراد به کمک این فن یاد می‌گیرند که از گود بیرون بیایند و از خارج گود به موضوع نگاه کنند. به یک مثال توجه کنید:

مهرداد: پدرم اصلاً مرا درک نمی‌کند، او می‌خواهد حرف خود را به کرسی بنشانند.

درمانگر: انگار از پدرتان خشمگین هستید (انعکاس احساس).

1. Fisher
2. Ury

مهرداد: بله، من از او عصبانی‌ام، به همین دلیل اغلب در طول روز با هم مشاجره می‌کنیم.

درمانگر: آخرین باری که با هم مشاجره داشتید کی بود؟

مهرداد: صبح امروز.

درمانگر: لطفاً صحنه را کاملاً مجسم کن و به دقت برایم شرح بده.

مهرداد: من و او روی میز آشپزخانه مشغول صرف صبحانه هستیم، او از من انتقاد می‌کند و می‌گوید که خوب درس نمی‌خوانم و نمرات خوبی ندارم.

درمانگر: و تو؟

مهرداد: تن صدایش بالاست، و من هم عصبانی می‌شوم و با صدای بلند به او می‌گویم تو فقط بلدی انتقاد کنی و گیر بدی.

درمانگر: و پدر چه می‌گوید؟

مهرداد: پدر می‌گوید درست صحبت کن، تو هنوز یاد نگرفتی چه جوری با پدرت حرف بزنی. هم بی‌مسئولیت هستی و هم گستاخ.

درمانگر: خوب، حالا احساس کن که از بالکن طبقه‌ی دوم داری به داخل آشپزخانه نگاه می‌کنی، چس می‌بینی؟

مهرداد: یک پدر و پسر که دارند سرهم داد می‌کشند.

درمانگر: از دید شخص سوم که در بالکن در حال نظاره است، چه می‌بینی؟

مهرداد: خوب، رفتار پدرم خوب نیست ولی رفتار من غیر قابل تحمل است. من در پاسخ به انتقاد او خیلی زود از کوره در می‌روم و داد و بیداد راه می‌اندازم.

درمانگر: نظرت در مورد رفتار خودت چیست؟

مهرداد: به نظرم خیلی تند رفتم.

بررسی مزایا و معایب فکر خودآیند

پس از فراخواندن یک فکر خودآیند، درمانگر از بیمار می‌خواهد مزایا و معایب این فکر را فهرست کند و به پیامدهای مثبت و منفی آن توجه نماید تا در عمل متوجه شود مزایای این فکری بیشتر است یا معایب آن. ولز معتقد است تلاش باید بر شناسایی هرچه بیشتر معایب باشد، نه مزایا. زیرا وقتی معایب حفظ یک رفتار یا یک نگرش از فواید آن بیشتر باشد، فرد انگیزه‌ی بیشتری برای تغییر رفتار خواهد داشت (نینان و درایدن^{۱، ۲}). به یک مثال توجه کنید:

سوسن پس از شکست در کنکور سراسری به این نتیجه رسید که به اندازه‌ی کافی باهوش نیست و دیگران از او باهوش‌ترند. درمانگر از او پرسید:

درمانگر: خوب، با شکست در کنکور به این نتیجه رسیدی که دیگر دانش‌آموزان از تو باهوش‌ترند و تو به اندازه‌ی آنها باهوش نیستی؟
سوسن: بله، همین‌طور است.

درمانگر: اگر موافق باشی، فکر تو را بررسی کنیم. گفتی به اندازه‌ی دیگران باهوش نیستی، من از تو می‌خواهم فکرت را روی کاغذ بنویسی و کاغذ را از وسط به دو قسمت تقسیم کنی، ستون سمت راست را به مزایا و ستون چپ را به معایب اختصاص دهی و آن‌گاه مزایا و معایب را فهرست کنی. اگر موافقی این کار را با هم انجام دهیم.
سوسن: باشد.

درمانگر: این فکر چه مزایایی دارد؟

سوسن: خوب ناراحت‌کننده است. این فکر مرا مضطرب می‌کند. فکر نمی‌کنم هیچ مزایایی داشته باشد.
درمانگر: حتماً مزایایی دارد، وگرنه آن را کنار می‌گذاشتی.

1. Ninan
2. Dryden

فصل چهارم: چالش با افکار خود آیند ۷۹

سوسن: مزیت آن این است که شکست خود را به کم کاری خودم مربوط نمی دانم، بلکه به کم هوش بودن خود ربط می دهم و آن هم که دست من نیست، ژنتیکی است.

درمانگر: دیگر...

سوسن: با این فکر کم تر به خود زحمت درس خواندن می دهم.

درمانگر: خوب معایب این فکر چیست؟

سوسن: با این فکر روحیه ام را می بازم و دست از تلاش می کشم.

درمانگر: دیگر...

سوسن: در جا می زنم، رابطه ام با دیگران به هم می خورد، چون آن ها را از خود برتر می دانم، به علاوه، فرصت یادگیری را از خود می گیرم.

درمانگر: خوب اگر بخواهیم هر یک از مزایا و معایب را بررسی کنیم و ۱۰ درصد را بین مزایا و معایب تقسیم کنیم، هر کدام از ستون ها چند درصد را به خود اختصاص می دهند؟

سوسن: خوب فکر می کنم مزایای این فکر ۲۰ و معایب آن ۸۰ امتیاز از ۱۰۰ امتیاز را به دست آورد.

درمانگر: حالا که متوجه شدی معایب این فکر بیش تر از مزایای آن است، به چه جمع بندی ای می رسی؟

سوسن: بهتر است این فکر را کنار بگذارم، با این افکار اوضاع نه تنها بهتر نخواهد شد، بلکه بدتر هم خواهد شد.

فن وکیل مدافع

لیهی می گوید (۱۳۸۸) از بیماران بخواهید در چالش با افکار خود آیند، خود را در مقابل دادستان تصور کنند (نقش دادستان را افکار خود آیند بازی می کنند). دادستان به دلیل عملکرد ضعیف تان در چند روز گذشته به شما حمله می کند و القابی مثل تنبل، شکست خورده، بی کفایت و گناهکار را به شما نسبت می دهد. شما هم اکنون وظیفه دارید نقش وکیل مدافع را

بازی کنید. وکیل مدافع باید شواهد را زیر سؤال ببرد و شواهد عینی علیه شما (متهم) را از اعتبار ببرد و به‌طور منطقی از شما دفاع کند. پس از چند روز تلاش خستگی‌ناپذیر دادستان برای متهم کردن شما، مطمئناً انتظار نخواهید داشت که وکیل مدافع دفاع را رها کند و خیلی راحت بگوید: «موکل من بی‌گناه است» و شما را به حال خود بگذارد. بلکه انتظار دارید، وکیل‌تان با جان و دل از شما دفاع کند و برای اثبات بی‌گناهی شما شواهد مستدلی به قاضی ارائه دهد. به عنوان یک وکیل مدافع، مجبور نیستید به بی‌گناهی موکل‌تان (یعنی خودتان) معتقد باشید. شما فقط در کار خود جدی باشید.

در جلسه‌ی درمان، درمانگر و بیمار می‌توانند نقش‌های دادستان و وکیل مدافع را ایفای نقش کنند و به این ترتیب فرصت خوبی برای بیمار فراهم می‌شود تا به صورت عملی چگونگی چالش با افکار خودآیند را بیاموزد. درمانگر: (در نقش دادستان یا افکار خودآیند) شما دوست‌داشتنی نیستید، هیچ‌کس از شما خوشش نمی‌آید.

مریم: (در نقش وکیل) شما کلی قضاوت می‌کنید، مریم خانواده و دوستانش را دارد که به او خیلی هم علاقه‌مندند.

درمانگر: ولی افراد زیادی هستند که از مریم خوش‌شان نمی‌آید.

مریم: خوب، بله هستند کسانی که از مریم خوش‌شان نیاید، ولی این چیزی است که برای همه پیش می‌آید. هیچ انسانی را نمی‌توانید پیدا کنید که مورد علاقه و محبوب همه باشد.

درمانگر: آخر مریم خودش هم خود را دوست ندارد...

مریم: اما این دلیل کافی برای دوست‌داشتنی نبودن او نیست، تازه مریم گاهی اوقات چنین احساسی دارد، ولی اغلب احساس می‌کند که دوست‌داشتنی است و به همین دلیل هم از خودش مراقبت می‌کند. درمانگر: وقتی نتواند نظر همه را جلب کند و کاری کند که همه دوستش داشته باشند، پس آدم ضعیفی است.

مریم: چنین خواسته‌ای محال است، امکان این که کسی برای تمامی افرادی که او را می‌شناسند، عزیز و دوست‌داشتنی باشد، محال است. این خواسته دست‌نیافتنی است و به جرئت می‌توان گفت چنین انسانی تاکنون وجود نداشته است.

فن تمایز رفتار از شخصیت

یکی از شایع‌ترین خطاهای تفکر، معادل گرفتن یک رفتار با شخصیت فرد است. در این رابطه لیهی (۱۳۸۸) می‌گوید، فردی که این خطای فکری را دارد با خود می‌گوید: «اگر من در کاری با شکست مواجه شوم، پس کلاً آدم شکست‌خورده‌ای هستم.» درمانگر با آموزش فن تمایز رفتار از شخصیت به بیماران کمک می‌کند تا خطاها و اشتباهات خود را از شخصیت خویش جدا کنند و به قضاوت‌های کلی نپردازند.

معادل گرفتن عملکرد با شخصیت به نوعی مشابه برچسب زدن است. وقتی کسی در مورد خود قضاوت کلی می‌کند، آن هم از نوع منفی، مثل ترسو، احمق، ناتوان، بدشانس، ضعیف، به نوعی به خود برچسب می‌زند. درمانگر: گفתי که بعد از امتحان این فکر به ذهنت رسید که آدم شکست‌خورده‌ای هستی. چگونه می‌توانیم بین جواب ندادن به بعضی از سؤال‌های امتحان با این برچسب کلی تمایز قایل شویم؟

بیمار: با وجودی که خیلی مطالعه کردم نتوانستم در امتحان موفق شوم. درمانگر: و به این ترتیب نتیجه گرفتی که آدم شکست‌خورده‌ای هستی، در واقع شکست در امتحان را معادل شکست خوردن خودت فرض کردی.

بیمار: بله همین‌طور.

درمانگر: بسیار خوب، بیا فکر تو را بیش‌تر بررسی کنیم. آیا کارهایی است که آن‌ها را به خوبی انجام داده باشی؟
بیمار: من در بسیاری از درس‌های دوران تحصیل موفق بوده‌ام و آن‌ها را با

موفقیت پشت سر گذاشته‌ام. چند دوست صمیمی دارم، همسر خوبی دارم.
درمانگر: بسیار خوب، پس در انجام بعضی کارها موفق بوده‌ای. گفتی
امتحان ۴۰۰ سؤال داشت. فکر می‌کنی به چندتا از سؤالات درست جواب
داده باشی؟

بیمار: نصف آن‌ها را درست جواب دادم. اما در مجموع به ۲۰۰ سؤال
جواب ندادم.

درمانگر: پس به نصف سؤال‌های امتحان درست جواب دادی و نصف
دیگر را بلد نبودی؟ درست است؟

بیمار: بله، درست است.

درمانگر: و به این ترتیب امتحان را خراب کردی؟

بیمار: بله درس را افتادم.

درمانگر: و در این درس شکست خوردی.

بیمار: بله.

درمانگر: و بعد به این نتیجه کلی رسیدی که آدم شکست خورده‌ای.
در حالی که شما فقط در یک درس موفق عمل نکردی. اگر هم در این
درس شکست خورده باشی به این معنا نیست که آدم شکست خورده‌ای
هستی، بلکه صرفاً عملکرد مناسبی در این درس نداشتی.

بیمار: بله عملکردم خوب نبود.

درمانگر: عملکرد خودت را معادل شخصیت فرض کردی و چون در
این درس عملکرد خوبی نداشتی به این نتیجه رسیدی که آدم شکست
خورده‌ای هستی.

بیمار: بله، چند اشتباه داشتم.

درمانگر: آیا داشتن این چند اشتباه نشان‌دهنده‌ی شکست خورده بودن
است؟

بیمار: خیر.

تکالیف رفتاری

معمولاً همراه با چالش (مقابله) کلامی با افکار خود آیند، از تکالیف رفتاری نیز استفاده می شود. در این تکالیف، انگاره های جدیدی به بوتهی آزمایش گذاشته می شوند و کارهایی در جهت بهبود موقعیت خارجی ناخوشایند، صورت می گیرند و سعی می شود در واکنش به موقعیت خارجی که امکان بهبود در آن نیست، راه های مؤثرتری پیدا شود. به این ترتیب، در محدوده ی رفتاردرمانی شناختی تغییر رفتار وسیله ای است برای ارزیابی اعتبار افکار خود آیند منفی و به خودی خود، هدف نیست، گاه رفتارهای جدید از قبل، در خزانه ی رفتاری شخص وجود دارند، اما افکار منفی جلو آن ها را گرفته است. مثلاً شخص می داند چه طور مخالفت خود را بیان کند، اما افکاری مانند «اگر مخالفت کنم، دوستم نخواهند داشت» جلو آن را می گیرد. اما در مواردی هم لازم است رفتارهای جدیدی مانند جرئت مندی، مهارت های اجتماعی، حل مسئله یا مهارت مطالعه به بیمار یاد داده شود (فنل، ۱۹۸۹، به نقل از هاوتون و همکاران، ۱۳۸۰).

برای ترتیب دادن آزمایش رفتاری بهتر است درمانگر نظر بیمار را جویا شود و به کمک هم هدفی را مشخص کنند که دسترسی به آن برای مراجع امکان پذیر باشد. برای مثال:

مراجعی که نتوانسته بود به موقع گزارش کاری اش را به پایان برساند از این که مورد مؤاخذه ی رئیس قرار بگیرد وحشت داشت. درمانگر از او خواست در رابطه با عدم تکمیل گزارش و دلایل آن با رئیس خود حرف بزند و افکاری که در آن زمان در ذهن دارد و نیز هیجانات خود را یادداشت کند. به عنوان یک تکلیف رفتاری مراجع می بایست در یک فرصت مناسب با رئیس خود صحبت می کرد. مراجع پس از اتمام تکالیف به درمانگر گفت:

ب: قبلاً فکر می کردم به رئیس گزارش دادن کار سختی است، به ویژه اگر در مورد انجام ندادن وظایف کاری باشد.

د: الان چه فکری می‌کنی؟

ب: به نظرم چندان کار دشواری نبود. به هر حال، توانستم مشکل خود را بیان کنم و او هم به دقت به صحبت‌های من گوش داد و عذر مرا پذیرفت.

د: قبل از این که با رئیس صحبت کنی، چه قدر اضطراب داشتی؟

ب: خیلی زیاد. فکر می‌کردم امکان این که بتوانم با او در مورد این مسئله حرف بزنم، غیرممکن است.

د: خوب مثلاً از ۰ تا ۱۰۰ درصد چه قدر اضطراب داشتی؟

ب: فکر می‌کنم ۹۹ و شاید هم ۱۰۰ درصد.

د: و زمانی که با او صحبت می‌کردی، چه قدر بود؟

ب: اضطراب داشتم اما نه اندازه‌ی ۱۰۰ درصد، چیزی در حد ۴۰ یا ۵۰ درصد. من مضطرب بودم اما توانستم دیدگاه خودم را برایش تشریح کنم و او هم پذیرفت.

د: نظرت در مورد پیش‌گویی‌ات چیست؟

ب: خوب، غلط از آب درآمد. به نظر می‌رسد که خیلی منفی به موضوع نگاه می‌کنم و...

د: و تازه غیر از پیش‌گویی، فاجعه‌سازی هم می‌کنی.

ب: بله، همین‌طور است.

مبالغه^۱ و مزاح^۲

نینان و درایدن (۱۳۸۷) می‌گویند که این فن باید زمانی مورد استفاده قرار گیرد که رابطه‌ی درمانی خوبی بین بیمار و درمانگر برقرار شده باشد و درمانگر در به‌کارگیری این فن باید همواره بر این نکته تأکید کند که این حرف‌ها به عقاید بیمار اشاره دارد، نه به خود او. پس از استفاده از فن

1. exaggeration
2. humour

باید از مراجع باز خورد گرفت. درمانگر به کمک این فن بیهودگی باورهای خودتخریبی مراجعان را به آنها نشان می‌دهد و به آنها کمک می‌کند تا دیدگاه واقع‌گرایانه‌تری درباره‌ی موقعیت مشکل‌آفرین داشته باشند. بیمار: فکر می‌کنم به دلیل اشتباهاتی که از من سر زده، اتفاقات وحشتناکی رخ خواهد داد.

درمانگر: (با جدیتی کاذب و مسخره‌وار) شرکت تعطیل خواهد شد، صدها نفر بی‌کار می‌شوند، همه‌ی صنعت یک‌شبه نابود می‌شود. چرخ‌های اقتصادی کشور متوقف می‌شود و جهان دچار رکود خواهد شد. بیمار: (در حالی که می‌خندد) به این بزرگی و غلیظی هم نیست، شما خیلی اغراق کرده‌اید.

درمانگر: تو گفتی به دلیل این اشتباهت «یک اتفاق وحشتناک روی خواهد داد».

بیمار: بسیار خوب، فهمیدم. تا این حد هم وحشتناک نخواهد بود، اما رئیس حتماً مرا توقیف خواهد کرد و این یک واقعیت است.

بررسی شواهد

فنل (۱۹۸۹) می‌گوید که شواهد ردکننده‌ی فکر خودآیند ممکن است به دو طریق نادیده گرفته شوند. نخست این که شواهد تأییدکننده فکر خودآیند بیش‌تر از شواهد ردکننده یادآوری می‌شوند. این بدان معناست که بیمار بدون آن که متوجه شود، نتایج خود را بر اساس نمونه‌ی سوگیری‌شده استوار می‌کند. دوم این که، اطلاعات خنثی یا مثبت، نیز منفی تفسیر می‌شوند (هاوتون و همکاران، ۱۳۸۰)، بنابراین، یکی از فنونی که در چالش با افکار خودآیند کاربرد دارد، این است که از بیمار خواسته شود تنها به شواهد مثبتی که در راستای تأیید افکار خودآیند وی هستند، توجه نکند و شواهد منفی را نیز در نظر داشته باشد. چنین چیزی سبب می‌شود مراجع در قطعیت افکار خودآیند خود شک کند و این در نهایت می‌تواند

مقدمه‌ای برای چالش با فکر خود آیند و کنار گذاشتن آن باشند. برای مثال، مراجعی پس از شکست در رابطه‌ی عاطفی به این نتیجه می‌رسد که فردی غیر جذاب و دوست‌ناداشتنی است. درمانگر از وی می‌خواهد شواهد بیشتری در راستای تأیید افکار خود آیند خود ارائه دهد.

درمانگر: به هم خوردن نامزدی تو را به این نتیجه رسانده است که فردی دوست‌داشتنی نیستی، آیا در این رابطه شواهدی کافی داری؟ بیمار: خوب، این شکست بزرگ به تنهایی کافی نیست؟

درمانگر: این شکست در جای خود قابل بررسی است و دلایل خود را دارد، اما سؤال من این است که غیر از همسرت فرد دیگری تو را دوست ندارد؟

بیمار: خوب، خانواده و دوستان به من لطف دارند، اغلب به من تلفن می‌کنند و حال مرا می‌پرسند.

درمانگر: این به چه معناست؟

بیمار: این که هستند کسانی که مرا دوست دارند.

درمانگر: و به چه نتیجه‌ای می‌رسی؟

بیمار: این که دوست‌داشتنی هستم اما...

درمانگر: اما... چی...؟

بیمار: خوب، نامزدم برایم مهم‌تر است. دوست داشتن او اهمیت بیشتری برایم دارد.

درمانگر: او دوست داشتن از نظر شما درجه‌بندی شده است بین مهم و غیرمهم و تنها دوست داشتن نامزدتان برای‌تان مهم می‌باشد، درست است؟

بیمار: بله، فکر می‌کنم.

درمانگر: خوب، در مورد این درجه‌بندی چه نظری داری؟

بیمار: فکر می‌کنم اگر کسی چنین طبقه‌بندی‌ای را در مورد من اعمال کند و مرا درجه ۲ به حساب آورد، خیلی ناراحت شوم.

درمانگر: خوب، حتماً دلیلی برای این کار وجود دارد؟

بیمار: خوب، به هر دلیلی که باشد غیر منطقی است، چرا باید دوست داشته شدن توسط کسی این قدر مهم باشد که علاقه‌ی دیگران نادیده گرفته شود، این بی انصافی است.

درمانگر: اگر خانواده و دوستان تو را دوست نداشته باشند، چه احساسی خواهی داشت؟

بیمار: خیلی ناراحت می شوم. دلم می خواهد مورد علاقه و محبت آنها باشم، به نظرم آنها مرا از صمیم قلب دوست دارند.

درمانگر: خوب، گفتی که آنها تو را از صمیم قلب دوست دارند، گرچه دوست داشتن آنها برای تو امتیاز کم تری دارد.

بیمار: بله، همین طور است، فکر می کنم که آنها مرا از ته دل دوست دارند، ولی من اهمیت کم تری به احساسات آنها می دهم.

درمانگر: این واقعیت که دوستان و خانواده از صمیم قلب تو را دوست دارند، با این فکر که فردی دوست داشتنی نیستی، چگونه قابل توجه است؟

بیمار: خوب، به نظرم دوست داشته شدن از طرف نامزدم را زیادی جدی گرفتم.

درمانگر: و علاقه‌ی خانواده و دوستان را نسبت به خودت دست کم گرفتی.

بیمار: بله، همین طور است.

درمانگر: و اگر برای یک نفر عزیز و محبوب نباشی به این معنا نیست که برای بقیه هم نیستی.

بیمار: بله، همین طور است.

درمانگر: خوب حالا می توانی به غیر از دوستان و خانواده به کسان دیگری فکر کنی که تو را دوست دارند و تو برای شان مهم هستی؟

بیمار: هم کلاسی ها و چندتا از همکارانم.

درمانگر: با این حساب به چه نتیجه‌ای می‌رسی؟
بیمار: این که فردی محبوب و دوست‌داشتنی هستم.
درمانگر: پس نشد در رابطه با دوست‌داشتنی نبودن شما شواهد کافی ارائه دهیم.
بیمار: بله، همین‌طور است.

ایفای نقش هر دو جنبه‌ی ذهن

درمانگر و بیمار به منظور اصلاح فکر منفی، می‌توانند نقش جنبه‌ی مثبت و منفی ذهن را بازی کنند. به عنوان مثال، درمانگر ابتدا می‌تواند در موقعیت ذهن مثبت و منطقی قرار گیرد، در حالی که بیمار از فکر منفی دفاع می‌کند، سپس جای خود را عوض کنند، بدین صورت که درمانگر از فکر منفی حمایت کند و بیمار از فکر مثبت. یکی از مزیت‌های جایگزینی نقش این است که بیمار می‌تواند برخی از چالش‌های مفید درمانگر را مشاهده کند، درمانگر نیز می‌تواند پی ببرد که چه پاسخ منطقی‌ای برای بیمار مفید است و کدام افکار منفی برای بیمار مشکل‌آفرین هستند. جایگزینی نقش می‌تواند در چند نوبت ادامه یابد (لیهی، ۱۳۸۸).

افسانه در یک رابطه‌ی آزارگرانه که نقش قربانی را در آن بازی می‌کند، گیر افتاده است. از یک سو می‌خواهد این رابطه‌ی ناخوشایندی را که جز رنج و عذاب، فایده‌ای برایش ندارد، پایان بخشد، اما از طرف دیگر به فرد مقابل وابسته است و جدا شدن از او را در توان خود نمی‌بیند.

درمانگر: بر سر دوراهی قرار داری، از یک سو می‌خواهی به رابطه پایان ببخشی، اما از سوی دیگر به دلیل وابستگی چنین توانی را در خود نمی‌بینی.

بیمار: بله، همین‌طور است.

درمانگر: خوب اگر موافق باشی یک ایفای نقش داشته باشیم، من نقش مغز منطقی را بازی می‌کنم و تو نقش مغز هیجانی را بازی کن. تو از افکار

منفی حمایت می کنی و من از افکار منطقی، شروع می کنیم.
بیمار: دلم نمی خواهد رابطه ام را با رضا به هم بزنم، من به او احتیاج دارم.

درمانگر: ولی در این رابطه رنج زیادی را تحمل می کنی.
بیمار: درست است، رنج این رابطه زیاد است، ولی لذت و علاقه هم هست.

درمانگر: ولی رنج و عذاب بیش تر از لذت و علاقه است.
بیمار: خوب من به او وابسته ام. نمی توانم از او جدا شوم.
درمانگر: می توانی وابستگی را انتخاب کنی و در این رابطه بمانی، اما هزینه سنگینی پردازی، یعنی تحقیر شوی و رنج بکشی.
بیمار: خوب انتخاب خیلی سخت است، نمی دانم چه کار کنم.
درمانگر: به نظرم گزینه ای که مزایای بیش تری دارد، مناسب تر است.
بیمار: من آن قدر گیج هستم که نمی توانم تصمیم بگیرم کدام گزینه مزایای بیش تری دارد.

درمانگر: عجله ای نیست. می توانی این کار را به بعد موکول کنی.
به علاوه می توانی انتخاب های خود را به روی کاغذ بیاوری و به مزایا یا معایب آن فکر کنی.
بیمار: باشد.

معیارهای دوگانه^۱

معیارهایی که بیماران برای خود و دیگران در نظر می گیرند، بسیار متفاوت است. آن ها در ارزیابی خود سخت گیرترند و برای خود قوانین دشواری را تعیین می کنند که دستیابی به آن ها غیر ممکن یا دشوار است. برعکس، معیارهایی که برای دیگران در نظر می گیرند نسبتاً آسان و انعطاف پذیر است. داشتن معیارهای دوگانه نشان می دهد که بیماران تا

1. double standard

چه اندازه نسبت به خود سخت گیرند و نیز تا چه اندازه عزت نفس آنها در معرض تهدید قرار دارد. درمانگر باید به بیمار کمک کند تا این تفاوت و دوگانگی را ببیند و سپس دلایل چنین انتخابی را پرس و جو نماید. اکثر بیماران در پاسخ به این سوال که چرا تا این اندازه به خود سخت می‌گیری، می‌گویند: «برای آن که می‌خواهم همه‌ی تلاش خود را بکنم و به بهترین نحو عمل کنم». درمانگر هم چنین باید بیمار را متوجه کند که داشتن انتظار بالا از خود لزوماً به معنای دستیابی به هدف نیست، بلکه به قیمت فشار روانی بیش‌تر نسبت به خود است.

افرادی که معیارهای دوگانه‌ای دارند، اغلب خود را مورد سرزنش قرار می‌دهند و ملامت می‌کنند. درمانگر باید از بیمار بپرسد که «اگر اتفاق مشابهی برای یکی از دوستان نزدیک شما روی دهد، با او نیز چنین برخوردی خواهید داشت»، در پاسخ به این سؤال اکثر بیماران پاسخ منفی می‌دهند (برنز، ۱۹۸۹).

بیمار: من فرد نالایقی هستم، حتی نمی‌توانم غذا بپزم.

درمانگر: تو غذا را سوزاندی و به دلیل همین هم خود را ملامت می‌کنی، زیرا انتظار داری که همیشه خوب غذا بپزی و هیچ وقت غذا را نسوزانی یا آشپزیت خراب نشود.

بیمار: بله همین‌طور است، این وظیفه‌ی من به عنوان یک زن خانه‌دار است. من باید خوب آشپزی کنم.

درمانگر: حالا اجازه بده یک سؤال از تو بپرسم. اگر برای یکی از دوستانت چنین مشکلی پیش آید، چه فکری می‌کنی؟

بیمار: خوب، ممکن است مشکلی پیش آمده باشد و جواسش را پرت کرده باشد یا به هر دلیلی لحظه‌ای غفلت کرده باشد.

درمانگر: متوجه هستی که قضاوت تو در مورد خودت با دیگران چه قدر فرق دارد؟ یک اتفاق مشابه را دو گونه تفسیر می‌کنی. اگر برای خودت پیش آید آن را ناشی از بی‌لیاقتی خود می‌دانی و اگر برای دوست پیش

فصل چهارم: چالش با افکار خودآیند ۹۱

آید، آن را ناشی از غفلت یا حواس پرتی به دلیل مشغله‌ی ذهنی می‌دانی. بیمار: خوب، بله، من نسبت به خود سخت گیرم. اگر انتظار بالایی از خود نداشته باشم که پیشرفت نمی‌کنم.

درمانگر: چه تضمینی وجود دارد که داشتن انتظار بالا از خود تو را به هدف برساند. انتظار بالا از خود سبب می‌شود که در صورت بروز اشتباه با خودمان رفتاری متفاوت با دیگران در پیش گیریم. مثلاً: اگر چنین مشکلی برای دوست تو پیش آید و او به تو زنگ بزند و درددل کند، به او چه خواهی گفت؟

بیمار: خوب، او را دلداری خواهم داد. به او خواهم گفت که ناراحت نباشد، چیز مهمی نیست، بنابراین نباید نسبت به خودش سخت بگیرد. درمانگر: پس چرا چنین چیزهایی را به خودت نمی‌گویی؟

بیمار: (می‌خندد.) خوب فکر می‌کنم که نسبت به خودم خیلی سخت می‌گیرم.

شناسایی تحریف‌های شناختی^۱

بک (۱۹۸۹) در چالش با افکار خودآیند پیشنهاد می‌کند تحریف‌های شناختی را به کمک بیمار شناسایی کنید. تحریف‌های شناختی به پردازش ناکارآمد اطلاعات منتهی می‌شوند و می‌توانند سوخت لازم را برای افکار خودآیند منفی تأمین کنند و تا زمانی که بیمار به نقش مهم آن‌ها در تقویت افکار خودآیند منفی یا افکار خودآیند مثبت غیرانطباقی پی نبرد، نمی‌تواند آن‌ها را به چالش بکشد.

هیجان‌های ناخوشایند محصول افکار خودآیند هستند و افکار خودآیند تحت تأثیر سوگیری در پردازش اطلاعات ایجاد می‌شوند. افکار خودآیند در نگاه اول موجه به نظر می‌رسند، مانند: من بدشانس هستم، پر از اشتباه هستم، تنها هستم و... این افکار ممکن است کاملاً یا تا حدی درست

1 . cognitive distortions

باشند اما اغلب نادرست هستند. در هر حال هر فکر خودآیندی ممکن است یک یا چند تحریف شناختی را در خود جای دهد، بنابراین چالش موفق با افکار خودآیند مستلزم شناسایی تحریف‌های شناختی‌ای است که در درون آن‌ها جای گرفته‌اند. به نمونه‌ای از فکر خودآیند که چند تحریف شناختی را در خود جای داده است، توجه کنید:

هیچ وقت موفق نخواهم شد.

تحریف‌های شناختی: تفکر همه یا هیچ، پیش‌گویی

درمانگر می‌تواند فهرستی از تحریف‌های شناختی را در اختیار بیمار بگذارد و در جلسه‌ی درمان نیز بیمار را با تحریف‌های شناختی عمده‌ای که با آن‌ها درگیر است، آشنا کند.

آشنا شدن با تحریف‌های شناختی سبب می‌شود که بیماران بر فرایند پردازش اطلاعات خود آگاهانه نظارت داشته باشند.

۱) ذهن خوانی: تحریف‌های شناختی متنوع هستند، ذهن خوانی یکی از آن‌هاست. با این نوع تحریف شناختی فرد ذهن دیگران را می‌خواند و به خود می‌گوید دیگران پیش خودشان چه فکری درباره‌ی من دارند. پرسونز (۱۹۸۹) بر این باور است که ذهن خوانی می‌تواند شکلی از فرافکنی باشد. به عبارتی افکاری که بیماران فکر می‌کنند دیگران درباره‌ی آن‌ها دارند، معمولاً افکاری هستند که آن‌ها درباره‌ی خود دارند. برای مثال اگر مراجع فکر کند آدم خسته‌کننده‌ای است، احتمالاً به این نتیجه می‌رسد که دیگران هم همین فکر را درباره‌ی او دارند (به نقل از نینان و درایدن، ۱۳۸۷)، مثلاً: فرد مبتلا به اضطراب اجتماعی وقتی جلو جمع قرار می‌گیرد با خود فکر می‌کند: «متوجه اضطرابم شده‌اند و پیش خودشان فکر می‌کنند که چه قدر ضعیف و ناتوانم».

۲) پیش‌گویی منفی: پیش‌گویی می‌کنید اتفاق بدی می‌افتد، خطری در راه است یا اوضاع بدتر خواهد شد. برای مثال فرد مبتلا به اضطراب اجتماعی قبل از صحبت در جمع پیش‌بینی می‌کند که کنفرانس خود را

خراب و آبروریزی می‌کند.

(۳) فاجعه‌سازی: در فاجعه‌سازی رویداد به وقوع پیوسته یا رویدادی که قرار است به وقوع بپیوندد، را آن‌چنان ناخوشایند و دردناک تلقی می‌کنید که عمل به آن برای تان دشوار خواهد بود. برای مثال فرد مبتلا به اضطراب اجتماعی با خود می‌گوید: «اگر سخنرانی‌ام را خراب کنم واقعاً جلو جمع گند می‌زنم. آن وقت دیگر نمی‌توانم سرم را بلند کنم.»

(۴) برجسب زدن: در برجسب زدن فرد یک ویژگی منفی کلی را به خود یا به دیگران نسبت می‌دهد، مانند: «او بی‌لیاقت است، من دوست‌داشتنی نیستم.»

(۵) دست‌کم گرفتن جنبه‌های مثبت: بر این باورید که موفقیت‌ها و دستاوردهای شما یا دیگران بی‌اهمیت هستند. برای مثال کسی موفقیت شما را تحسین می‌کند و شما در پاسخ به او می‌گویید: «این موفقیت‌ها که اهمیتی ندارد، همه‌اش شانسی بوده.»

(۶) فیلتر ذهنی: تمرکز به جنبه‌های منفی و نادیده گرفتن جنبه‌های مثبت؛ برای مثال علی‌رغم اضطراب مطالبی را در جمع کنفرانس می‌دهید و مورد تحسین قرار می‌گیرید، ولی تنها به علایم اضطراب خود می‌اندیشید و توجهی به مطالب خوبی که علی‌رغم اضطراب ارائه داده‌اید، نمی‌کنید.

(۷) تفکر دو قطبی: آدم‌ها یا رویدادها را به صورت همه یا هیچ دیدن، از جمله تحریف‌های شناختی است که تفکر دو قطبی نامیده می‌شود. برای مثال یک فرد مبتلا به اضطراب اجتماعی می‌گوید: «یا خوب ظاهر می‌شوم یا گند می‌زنم»، «برخی آدم‌ها خوش‌شانس هستند و برخی بدشانس.»

(۸) تعمیم افراطی: استنباط یک الگوی کلی و فراگیر منفی بر اساس یک رویداد خاص. برای مثال: «اگر کنفرانسم را خراب کنم یک شکست‌خورده‌ی تمام‌عیار هستم. این بدشانسی‌ها همیشه برای من

پیش می‌آید. هیچ وقت روی خوشی را ندیدم.»

۹) بایدها: رویدادها را بر اساس این که چه طور هستند. به عبارتی قواعدی برای می‌کنید، نه بر اساس این که چه طور هستند. به عبارتی قواعدی برای خود وضع می‌کنید و خود را به ناچار ملزم به پیروی از آنها می‌بینید. برای مثال: «باید خوب عمل کنم و گرنه شکست خورده‌ام. نباید به کسی «نه» بگویم. باید طوری عمل کنم که جای انتقاد برای خود نگذارم.»

۱۰) شخصی سازی: اتفاقات ناخوشایند و منفی را تنها از چشم خود می‌بینید و نقش دیگران را در ایجاد آنها نادیده می‌گیرید. برای مثال: «زندگی زناشویی مان از هم پاشید، همه اش تقصیر من بود.»

۱۱) مقایسه‌های غیرمنصفانه: بر اساس معیارهای شخصی و غیرواقع بینانه، رویدادها و افراد را ارزیابی می‌کنید. برای مثال: «او از من توانا تر است. او از من موفق تر است. دیگران بهتر از من عمل می‌کنند.»

۱۲) احساس پشیمانی: تمرکز بر رفتارهایی که قبلاً انجام دادید به جای این که به این موضوع توجه کنید که در حال حاضر چه فعالیت‌هایی را می‌توانید انجام دهید.

۱۳) دیگران را مقصر دانستن: دیگران را منبع اصلی احساس‌های منفی خود می‌دانید و مسئولیت رفتار خود را نمی‌پذیرید، به عبارتی دنبال مقصر می‌گردید و تقصیر اشتباهات خود را به گردن دیگران می‌اندازید. برای مثال: «همه اش تقصیر او بود که من به اعتیاد کشیده شدم»، «تو باعث بدبختی‌های من هستی.»

۱۴) نکند که: از خودتان سؤالاتی می‌پرسید که با «نکند که» شروع می‌شوند. با این عبارتها نگرانی‌های خود را نیز بیان می‌کنید. برای مثال: «نکند که اتفاق بدی بیفتد»، «نکند کنفرانس ام را خراب کنم» «نکند از عهده‌ی مصاحبه‌ی شغلی برنایم.»

۱۵) استدلال هیجانی: بر اساس هیجان‌ها و احساسات خود رویدادها را تفسیر می‌کنید. برای مثال: «خیلی می‌ترسم، پس باید وحشتناک باشد.»

فصل چهارم: چالش با افکار خود آیند ۹۵

«دلم شور می زند، پس حتماً اتفاق بدی خواهد افتاد».

۱۶) شواهد متناقض: شواهد خلاف فکر منفی تان را نادیده می گیرید و تنها به شواهدی توجه می کنید که در راستای تأیید فکر منفی تان هستند. برای مثال فردی که خود را دوست داشتنی نمی داند، همه ی مدارکی را که نشان دهنده ی دوست داشتنی بودن اوست رد می کند. مثلاً نگار که خود را دختری بی کفایت و ناموفق می داند در برابر تحسین های چند تن از دوستانش می گوید: «به این مورد نگاه نکن، این دفعه واقعاً شانس آوردم».

۱۷) برخورد قضاوتی: خود، دیگران و رویدادها را توصیف نمی کنید، بلکه مورد قضاوت قرار می دهید و در قضاوت هم قطبی عمل می کنید: خوب - بد، ارزشمند - بی ارزش، زیبا - زشت، قابل اعتماد - غیر قابل اعتماد.

بازسازی تصاویر اضطراب زا

تصاویر خود آیند اضطراب زا در بسیاری از اختلالات اضطرابی از جمله پانیک و فوبیا نقش مهمی دارند. در این راستا بازسازی آن ها در شناخت درمانی یک ضرورت به شمار می رود. بک (۱۹۹۵) پنج فن را برای چالش با تصاویر اضطراب زا پیشنهاد کرده است:

دنبال کردن تصویر و کامل کردن آن^۱

فن دنبال کردن تصویر و کامل کردن آن یا فن گذار از بدترین لحظه از فنون بسیار مهم برای بازسازی تصاویر اضطراب برانگیز به شمار می رود که توسط ولز (۱۹۹۷) پیشنهاد شده است. درمانگر در این فن از بیمار درخواست می کند که تصویر اضطراب زا را دنبال کند تا یک یا دو اتفاق مهم بیفتد و دلیل آن این است که در تصویرسازی رویدادهای ذهنی، افراد

1. Following images to completion

مضطرب وقتی به بدترین لحظه می‌رسند از تصویرسازی دست می‌کشند، می‌ایستند و از آن فراتر نمی‌روند. در این راستا، ولز فن گذار از بدترین لحظه را پیشنهاد می‌کند. این فن به بیماران کمک می‌کند تا آن سوی بدترین اتفاق را ببینند، چنین چیزی به کاهش تنش و پریشانی در بیمار می‌انجامد. این فن به ویژه برای بیماران مبتلا به فوبیا و پانیک کاربرد زیادی دارد.

به دو مثال توجه کنید:

درمانگر: گفתי از این که در خیابان دچار حمله‌ی پانیک شوی، به شدت می‌ترسی؟

بیمار: بله.

درمانگر: آیا تصویری هم داری؟

بیمار: بله.

درمانگر: می‌توانی تصویر را به ذهن بیاوری و با جزئیات برایم توضیح دهی؟

بیمار: خودم را می‌بینم که به دیواری در خیابان تکیه داده‌ام، قلبم به شدت می‌زند، احساس می‌کنم که نفس کم آورده‌ام.
درمانگر: دیگر...

بیمار: به شدت می‌ترسم که مبادا دچار حمله‌ی قلبی شوم.

درمانگر: لطفاً ادامه بده... بگو چه اتفاقی پیش می‌آید؟

بیمار: چند دقیقه هم‌چنان به دیوار تکیه داده‌ام.

درمانگر: و بعد چه اتفاقی می‌افتد؟

بیمار: انگار کمی آرام‌تر می‌شوم.

درمانگر: و بعد؟

بیمار: هر طور شده خودم را به یک فروشگاه می‌رسانم و یک بطری آب می‌خرم.

درمانگر: و بعد؟

بیمار: چند جرعه آب می نوشم، حالم نسبتاً بهتر می شود.

درمانگر: و بعد؟

بیمار: به طرف دانشکده راه می افتم.

درمانگر: و بعد؟

بیمار: در دانشکده هستم.

درمانگر: آیا هنوز هم اضطراب داری؟

بیمار: نه به اندازه ی قبل، خیلی کم.

درمانگر: با فکر کردن به آن تصویر اضطراب زار چه قدر دچار اضطراب

می شوی؟

بیمار: خیلی کمتر از قبل، حدوداً ۴۰ درصد.

به یک مثال دیگر توجه کنید:

بیمار: فکر این که مبادا در خیابان دچار حمله ی پانیک شوم مرا دیوانه

می کند.

درمانگر: وقتی به این موضوع فکر می کنی، چه قدر اضطراب داری؟

بیمار: خیلی زیاد، شاید ۱۰۰ درصد.

درمانگر: فرض کنیم که در خیابان دچار حمله ی پانیک شوی، چه

چیزی تو را دیوانه می کند؟

بیمار: این که از هوش بروم، بر زمین بیفتم و عده ای به دورم جمع شوند.

درمانگر: چه خواهد شد؟

بیمار: خوب به نظرم هر کسی چیزی خواهد گفت، افراد ممکن است

مرا با انگشت به خودشان نشان دهند و مسخره ام کنند.

درمانگر: خوب، حالا می خواهم تصویر را ادامه بدهی و درست مثل

این که فیلم سینمایی تماشا می کنی، صحنه را دنبال کنی. به من بگو بعد

از ۱۰ یا ۲۰ دقیقه وضع چگونه خواهد بود؟

بیمار: فکر می‌کنم که بالاخره به هوش خودم آمد و...

درمانگر: و چه اتفاقی می‌افتد، افرادی که در دور و برت هستند، چه کار می‌کنند؟

بیمار: خوب، برخی از آنها پی کارشان می‌روند، عده‌ای هم ممکن است هم‌چنان باقی بمانند.

درمانگر: چه خواهند کرد؟ آیا همه‌ی آن‌هایی که بالای سرت می‌مانند تو را مسخره خواهند کرد؟

بیمار: نه، به نظرم اغلب آن‌ها در صدد کمک به من برمی‌آیند، مثلاً دستم را می‌گیرند و مرا بلند می‌کنند و به من کمک می‌کنند تا خودم را جمع و جور کنم، کیفم را بردارم و حتی ممکن است پیشنهاد کنند که مرا به پزشک برسانند.

درمانگر: حالا یک‌بار دیگر به من بگو، وقتی به این فکر می‌کنی که ممکن است در خیابان دچار حمله‌ی پانیک شوی، چه قدر اضطراب خواهی داشت؟

بیمار: کم‌تر از قبل. فکر می‌کنم ۴۰ یا ۵۰ درصد.

درمانگر: خوب است. همان‌طور که متوجه شدی، تو قبلاً تصاویر

اضطراب‌زا را در بدترین حالت متوقف می‌کردی و اکنون یاد گرفتی که

به جای متوقف کردن تصاویر اضطراب‌زا آن را دنبال کنی تا یک یا چند

اتفاق رخ دهد و به نقطه‌ای بررسی که احساس بهتری داشته باشی. این فن

«تصویر را ادامه بده و کامل کن» و یا فن گذار از بدترین لحظه نامیده

می‌شود. آیا به نظر تو این فن مفید است؟

بیمار: بله، خیلی زیاد.

گاهی اوقات ممکن است بیمار در دنبال کردن تصویر، پیامدهای

ناراحت‌کننده‌ای را پیش‌بینی کند و بیش از پیش مضطرب شود. در این

راستا، درمانگر باید در بازسازی صحنه‌ی اضطراب‌برانگیز به بیمار کمک

فصل چهارم: چالش با افکار خود آیند ۹۹

کند. به یک مثال از بک (۱۹۹۵) توجه کنید:

بیمار دانشجویی است که اضطراب امتحان دارد او خود را در جلسه‌ی امتحان مجسم می‌کند که از شدت اضطراب فلج شده است و هیچ کاری نمی‌تواند انجام دهد.

درمانگر: گفתי سر جلسه‌ی امتحان هستی و بسیار نگرانی، درست است؟
بیمار: بله.

درمانگر: چه احساسی داری؟

بیمار: به شدت مضطرب هستم، احساس می‌کنم فلج شده‌ام.

درمانگر: چه اتفاقی می‌افتد؟

بیمار: نمی‌دانم، من سر جای خود نشسته‌ام و احساس می‌کنم که فلج شده‌ام.

درمانگر: آیا می‌توانی کمی خودت را روی صندلی تکان بدهی؟

بیمار: بله، خیلی کم.

درمانگر: آیا می‌توانی نفس بکشی؟

بیمار: بله.

درمانگر: آیا می‌توانی به پنجره نگاه کنی؟

بیمار: بله.

درمانگر: آیا می‌توانی دستت را بالا ببری و گردنت را بخارانی؟

بیمار: بله.

درمانگر: همان‌طور که ملاحظه می‌کنی پس فلج نیستی، چون اگر فلج بودی نمی‌توانستی هیچ کدام از این کارهایی را که از تو خواستم، انجام دهی، درست است؟

بیمار: بله، درست است.

تفسیر دادن تصاویر

فن دیگری که برای بازسازی تصاویر اضطراب‌برانگیز مفید است،

فن تغییر دادن تصاویر است. درمانگر از بیمار می‌خواهد صحنه‌ای را که بیش‌ترین اضطراب را در او ایجاد می‌کند، تصور کند، سپس سعی کند برای تصویر پایان خوشی در نظر گیرد. چنین چیزی مستلزم ایجاد تغییراتی در تصاویر ذهنی اضطراب‌زاست، تغییراتی که به کاهش اضطراب منجر می‌شود (بک، ۱۹۹۵).

درمانگر: هفته‌ی پیش ما در مورد روش‌هایی صحبت کردیم که شما می‌توانید برای تغییر تصاویر اضطراب‌زا آن‌ها را به کار بگیرید. آیا یادتان هست؟ آیا توانستید این فن را به کار بگیرید؟

بیمار: بله. همین امروز صبح داشتم به تعطیلات بهاری فکر می‌کردم. با خودم گفتم من نمی‌توانم به خانه بروم و مجبورم همین جا بمانم. درمانگر: تصویر را برایم شرح بده.

بیمار: خودم را مجسم کردم که تنها در اتاقم روی صندلی نشسته‌ام و خیلی ناراحت و غمگین هستم.

درمانگر: خوب است. شما تنها روی صندلی نشسته‌اید و خیلی ناراحت به نظر می‌رسید؟ انتظار دارید چه اتفاق خوشایندی رخ دهد؟

بیمار: یکی از دوستان صمیمی به من زنگ می‌زند و مرا برای آخر هفته به منزلش دعوت می‌کند.

درمانگر: دیگر چه اتفاقی می‌افتد؟

بیمار: به من خیلی خوش می‌گذرد. ما به سینما می‌رویم، چند فیلم خوب می‌بینیم، با هم تنیس بازی می‌کنیم و...

درمانگر: خوب حالا چه احساسی دارید؟

بیمار: احساس بهتری دارم، دیگر خود را تنها و غمگین احساس نمی‌کنم.

جهش به جلو در زمان^۱

در برخی موارد، دنبال کردن تصویر یا کامل کردن آن بی‌فایده است،

1. jumping ahead in time

فصل چهارم: چالش با افکار خود آیند ۱۰۱

زیرا بیمار اغلب به تصور رویدادهای ناخوشایند ادامه می دهد و مایل نیست نقطه پایانی برای آنها در نظر گیرد. در این راستا، درمانگر از بیمار می خواهد که خود را در ماشین زمان تصور کند و چند ساعت یا چند روز بعد را به تصویر بکشد.

درمانگر: وقتی خود را مجسم می کنی که در حال نوشتن این مقاله هستی دچار اضطراب می شوی، زیرا با خود فکر می کنی که زمان کافی نداری و تلاش زیادی باید انجام دهی تا مقاله را تکمیل کنی. واقعاً فکر می کنی برای تکمیل این مقاله چه قدر وقت لازم داری؟

بیمار: فکر می کنم که حداقل دو روز برای تکمیل آن وقت لازم دارم. درمانگر: چه طور است کمی جلوتر پیری و دو روز بعد را مجسم کنی، زمانی که مقاله را به پایان رسانده ای. آیا می توانی این صحنه را تصور کنی؟

بیمار: بله. خودم را مجسم می کنم که در حال نوشتن آخرین کلمه هستم.

درمانگر: خوب، یک لحظه دست نگه دار. دلم می خواهد از این جا به بعد را با جزئیات برایم شرح دهی که چه کار می کنی؟
بیمار: مقاله به پایان رسیده است. من آن را در یکی از فایل ها در رایانه ذخیره می کنم، سپس از آن پرینت می گیرم و در کیفم می گذارم.
درمانگر: دیگر...

بیمار: به سمت دانشکده می روم، مقاله ام را در کیفم دارم.
درمانگر: چه احساسی داری؟

بیمار: با این تصویر احساس خوبی دارم. دیگر در قسمت قفسه ی سینه احساس فشار و سنگینی نمی کنم.

درمانگر: خوب است. این فنی که به کار بردیم فن جهش به جلو در زمان و تماشای پایان کار است. این فن را چه قدر مفید می دانی؟
بیمار: خیلی زیاد (بک، ۱۹۹۵).

مقابله با تصویر^۱

از دیگر فنونی که برای بازسازی تصاویر اضطراب‌زا مفید است، فن مقابله با تصویر است. درمانگر از بیمار می‌خواهد تصویر اضطراب‌برانگیز را مجسم کند و آن را شرح دهد و سپس با تغییر آن از میزان اضطراب خود بکاهد و به تفاوت بین آن دو تصویر و میزان هیجانی که ایجاد می‌کنند، توجه کند (بک، ۱۹۹۵).

درمانگر: گفתי نگرانی چون قرار است هفته‌ی آینده در کلاس کنفرانس دهی. درست است؟

بیمار: بله. می‌ترسم که از شدت اضطراب فراموش کنم چه چیزی می‌خواستم بگویم.

درمانگر: چه تصویری داری؟

بیمار: خودم را می‌بینم که دست و پایم می‌لرزد و کنترل بر خود را از دست داده‌ام و به شدت سرخ شده‌ام.

درمانگر: دیگر؟

بیمار: فراموش کرده‌ام که درباره‌ی چه چیزی قرار است صحبت کنم. انگار لال شده‌ام.

درمانگر: تو خودت را در بدترین صحنه توصیف کردی. حالا می‌خواهم

مجسم کنی که برای مقابله با بدترین صحنه چه راه‌حلی داری؟

بیمار: خودم را می‌بینم که در حال نوشتن تیتراژ مطالب سخنرانی هستم. به علاوه، مطالب مهم را خلاصه‌وار روی کاغذ می‌نویسم و جلو خودم روی میز می‌گذارم تا هنگام سخنرانی به آن‌ها نگاهی بیندازم. به این ترتیب حتی در حالت اضطراب هم دست و پایم را گم نخواهم کرد، چون می‌دانم چه باید بگویم.

درمانگر: خوب است.

فصل چهارم: چالش با افکار خود آیند ۱۰۳

تجسم مکرر تصویر
زمانی که بیمار پیامد منفی و اغراق آمیزی را تصور می کند، درمانگر از او می خواهد صحنه های ناخوشایند و پیامدهای منفی مربوطه را بارها و بارها به ذهن بیاورد تا به آن عادت کند. هدف از به کارگیری این فن این است که با تجسم مکرر تصاویر اضطراب برانگیز از میزان پریشانی بیمار کاسته شود. درمانگر از بیمار مبتلا به اختلال پانیک که نگران رخداد حمله ای دیگر است، می خواهد که خود را در فضایی نسبتاً راحت مانند اتاق نشیمن خانه اش مجسم کند که دچار حمله ای پانیک شده است و لحظاتی بعد اوضاع خود به خود به حالت عادی برمی گردد. بیمار باید این تصویر را بارها و بارها تکرار کند.

از بیمار مبتلا به گذرهاسی که از بیرون رفتن از منزل به تنهایی می ترسد، خواسته می شود خود را مجسم کند که به تنهایی برای خرید بیرون می رود و علی رغم این که دچار حمله ای پانیک می شود، هم چنان در خیابان می ماند و به خرید ادامه می دهد تا حمله ای پانیک به پایان برسد. بیمار باید این تصویر را مکرراً در ذهن خود تکرار کند.

واقعیت سنجی تصویر ذهنی^۱

در این فن درمانگر به بیمار آموزش می دهد تا همانند فکر خود آیند با تصویر مقابله کند و به کمک پرسش های سقراطی آن را به چالش بکشد. البته ترجیح این است که در کار با تصاویر ذهنی، از فنون تصویرسازی ذهنی استفاده شود تا فنون کلامی. زیرا فنون تجسمی و تصویری سودمندترند. اما مواردی پیش می آید که بیمار تصاویر ذهنی واضح، شفاف و ناخوشایند زیادی دارد، در این موارد، وی می تواند از فنون کلامی نیز سود ببرد (بک، ۱۹۹۵).

درمانگر: دقیقاً بگو تصویر ذهنی ات از شوهرت چیست؟

1. reality- testing the image

بیمار: او را مجسم می‌کنم که از سرکار به خانه برگشته است چپ‌پا،
اش درهم است و پاسخ سلام مرا نمی‌دهد. انگار هنوز مشاجره دیشب را
فراموش نکرده است.

درمانگر: آیا شواهد کافی داری که او احتمالاً چنین رفتاری خواهد
داشت. برای مثال: آیا سابق بر این هم وقتی با هم مشاجره می‌کردید، به
همین شکل عمل می‌کرد؟

بیمار: خیر

درمانگر: می‌توانی بیشتر توضیح دهی؟

بیمار: راستش ما دعوا زیاد می‌کنیم ولی او آدم کینه‌ای نیست و خیلی
زود فراموش می‌کند و مرا می‌بخشد..

درمانگر: روز یا شب بعد از دعوا چه رفتاری دارد؟

بیمار: خیلی عادی است. به محض ورود به خانه سلام و احوال‌پرسی
می‌کند و پیشنهاد شام می‌دهد.

درمانگر: ولی انگار تو واقعیت را تحریف کردی و تصویری را در ذهن
مجسم کردی که مطابق میل تو بود و ارتباطی به واقعیت نداشت درسته؟
بیمار: بله. همین‌طور

راهبرد توجه‌برگردانی از تصویر ذهنی

این راهبرد به منظور رهایی فوری بیمار از تصاویر ذهنی اضطراب
برانگیز است، همان‌طور که قبلاً گفته شد، این فن جزء فنون غیر چالشی
در شناخت درمانی است که به بازسازی شناختی منجر نمی‌شود. بلکه تنها
توجه فرد را از محرک اضطراب‌زا دور می‌کند.

راهبرد توجه‌برگردانی از تصویر ذهنی از سه فن تشکیل می‌شود که
عبارتند از: توقف تصویر ذهنی که معادل توقف فکر است، جایگزین کردن
یک تصویر ذهنی ناخوشایند با تصویر خوشایندتر و همراه ساختن تصویر
ذهنی خوشایند با تمرین آرمیدگی (بک، ۱۹۹۵).

فن توقف تصویر ذهنی^۱

این فن معادل فن توقف فکر است که یا به تنهایی به کار می‌رود و یا به دنبال آن از توجه برگردانی نیز استفاده می‌شود. درمانگر در این فن از بیمار می‌خواهد یک تصویر ذهنی ناراحت کننده را شناسایی کند و سپس سعی کند آن را به طریقی متوقف کند. همانند فکر وسواسی که بیمار با گفتن واژه «ایست» ابتدا به صدای بلند و سپس به آرامی فکر وسواسی را از ذهن خود دور می‌کند، باید همین کار را با تصویر ذهنی هم انجام دهد. بیمار هم چنین می‌تواند به دنبال فن توقف تصویر ذهنی توجه خود را به چیز دیگری به جز تصویر ذهنی جلب کند.

جایگزین کردن تصویر ذهنی با تصویری خوشایندتر

این فن شناختی غیر چالشی به بیمار کمک می‌کند تا جایگزینی برای تصویر ذهنی ناخوشایند پیدا کند. بک و امری (۱۹۸۵) بر این باورند که این فن باید مرتب تمرین شود تا بیمار بتواند به کمک آن از یک تصویر خود آیند آشفته رها شود. درمانگر برای بیمار توضیح می‌دهد:

«ابتدا تصویر ناراحت کننده را در ذهنت مجسم کن. سعی کن این تصویر ذهنی را با جزئیات کامل در ذهنت تصور کنی. سپس تصویری جالب و خوشایندی را جایگزین آن کن. تصویری که از دیدن آن لذت می‌بری و احساس خوشایندی پیدا می‌کنی.»

همراه ساختن تصویر ذهنی با تمرین‌های آرمیدگی

یکی دیگر از فنون شناختی غیر چالشی برای تغییر تصاویر این است که بیمار تصاویر خوشایندی را جایگزین تصویر ناخوشایند کند و سپس آن را با آرمیدگی همراه سازد. بک (۱۹۹۵) این روش را برای آن دسته از بیمارانی که رنج و ناراحتی اولیه آن‌ها چندان زیاد نیست، سودمند می‌داند.

1. Image stopping

«اکنون که یاد گرفتی می‌توانی تصویر خوشایند و مطبوع‌تری را جایگزین تصویر ذهنی ناخوشایند قبلی کنی، می‌توانی آن را با آرمیدگی همراه سازی. ابتدا چند نفس عمیق بکش و سپس تعریف آرمیدگی را انجام بده»

آیا باید همه‌ی افکار خودآیند منفی را به چالش کشید؟

این سؤال برای بسیاری از درمانگرانی که در شروع کار هستند پیش می‌آید و سؤالی به‌جاست. پاسخ این است که لازم نیست همه‌ی افکار خودآیند بیمار را به چالش کشید بلکه بیمار تنها با به چالش کشیدن چند فکر خودآیند، مهارت کافی برای چالش یا افکار خودآیند را پیدا می‌کند به‌علاوه درمانگر می‌تواند برگه‌های اطلاعاتی مربوط به فنون چالشی را در اختیار بیمار بگذارد یا منابع ضروری را معرفی کند این کار سبب می‌شود بیماران در فاصله‌ی بین جلسات و نیز پس از اتمام درمان خود به چالش با شناخت‌های منفی و ناکارآمد ادامه دهند.

در صورت درست بودن افکار خودآیند چه باید کرد؟

احتمال این‌که در بین افکار خودآیند، افکاری یافت شوند که با واقعیت منطبق باشند وجود دارد، بنابراین، همه‌ی افکار خودآیند را نباید به چالش کشید و آن دسته از افکار خودآیندی که منطبق با واقعیت هستند را باید به عنوان مسئله‌ای جدی در نظر گرفت و در یک فرایند مشارکتی به حل آن‌ها پرداخت. بک (۱۹۹۵) مهارت حل مسئله را برای این دسته از افکار خودآیند پیشنهاد کرده است. به یک مثال توجه کنید:

علی، دانشجوی سال دوم رشته‌ی برق، ایام امتحان پایان‌ترم خود را می‌گذراند. او نگران نتایج امتحان است، چون برخی از کلاس‌ها را شرکت نکرده و مطالب کتاب را دشوار احساس می‌کند افکار خودآیند زیرین در حین مطالعه ذهنش را به خود مشغول می‌کنند. او امتحان قبول نمی‌شود چون در کلاس‌ها منظم شرکت نکرده‌ام. درک برخی از مطالب کتاب برام

فصل چهارم: چالش با افکار خود آیند ۱۰۷

دشوار است و احتمال دارد نتوانم از عهده‌ی امتحان برآیم. با زمان کمی که در اختیار دارم مطمئن هستم نمی‌توانم خوب پیش بروم و مطالب را تمام کنم.»

همان‌طور که ملاحظه می‌کنید افکار خود آیند بالا ذهن علی را به خود مشغول داشته‌اند، ولی واقعیت این است که برخی از این افکار خود آیند، با واقعیت منطبق هستند، مانند این فکر که: «چون به صورت منظم در کلاس‌ها شرکت نکرده‌ام، امکان درک برخی از مطالب کتاب برایم دشوار است»، این یک فکر خود آیند منطقی است و درمانگر، علی را متوجه منطقی بودن آن می‌کند.

درمانگر: خوب، علی گفتی وقتی کتاب را باز می‌کنی، مضطرب می‌شوی؟

علی: بله.

درمانگر: چه فکری به ذهنت می‌آید؟

علی: فکرهای زیادی، این که از امتحان رد می‌شوم. آخر ترم مشروط می‌شوم، مطالب کتاب را درک نمی‌کنم و...

درمانگر: تو گفتی که برخی از کلاس‌ها را شرکت نکردی و دقیقاً به همین دلیل نمی‌توانی مطالب را خوب درک کنی؟

علی: بله همین‌طور است، درک برخی مطالب کتاب برایم خیلی سخت است و نیاز دارم استاد برایم توضیح بدهد.

درمانگر: خوب، حق با توست. این یک واقعیت مسلم است و خیلی از دانشجویان اگر در شرایط تو باشند مشکلاتی مشابه تو خواهند داشت. بگو ببینم چگونه می‌توان به حل این مشکل پرداخت (درمانگر حل مسئله را پیشنهاد می‌کند).

علی: خوب، الان چیزی به ذهنم نمی‌آید. فکر می‌کنم مغزم هنگ کرده است.

درمانگر: من از تو می‌خواهم که به عنوان تکلیف بین جلسه‌ای به این

موضوع فکر کنی که چه‌طور و با چه روش‌هایی می‌توانی این مشکل را حل کنی. می‌توانی از دوستان هم نظر خواهی کنی.

علی: باشد، ولی من فقط ۲ هفته فرصت دارم.

درمانگر: می‌توانیم یک جلسه‌ی اضطراری تا دو روز دیگر داشته باشیم و تا آن زمان تو راه‌حل‌ها را جمع‌آوری کنی. به‌علاوه مطالعه هم که سر جایش است، باشد؟

علی: باشد، موافقم، ولی خیلی متوجه منظورتان از راه‌حل نمی‌شوم.

درمانگر: برای این مشکل راه‌حل‌های زیادی وجود دارد، مانند گرفتن جزوه از دانشجویانی که در کلاس حاضر بودند، معلم خصوصی و...

علی: حذف درسی که احتمال رد شدن در آن زیاد است، وقت گرفتن از استاد درس، مطرح کردن سؤالات و...

درمانگر: بله، دقیقاً منظورم همین است. در جلسه‌ی آینده که دو روز دیگر است ما هریک از راه‌حل‌های پیشنهادی شما را ارزیابی می‌کنیم و راه‌حلی را که مناسب‌تر و کم‌هزینه‌تر است به عنوان بهترین راه‌حل انتخاب می‌کنیم.

علی: باشد، موافقم.

دلایل اعتقاد بیمار به افکار خودآیند علی‌رغم چالش‌ها

در صورتی که بیمار علی‌رغم به‌کارگیری فنون چالشی هم‌چنان به افکار خودآیند اعتقاد دارد، دلایل زیادی ممکن است، مطرح باشد، از جمله:

۱. احتمالاً ممکن است افکار و تصاویر خودآیند محوری دیگری درگیر باشند که شناخته نشدند یا مورد ارزیابی قرار نگرفتند.
۲. احتمالاً چگونگی ارزشیابی و چالش با افکار خودآیند ناکافی با سطحی بوده است.
۳. بیمار به اندازه‌ی کافی افکار خودآیند خود را شناسایی نکرده است تا به چالش کشیده شود.

فصل چهارم: چالش با افکار خودآیند ۱۰۹

۴. بیمار به لحاظ منطقی باور دارد که افکار خودآیند او ناکارآمد است، اما به لحاظ هیجانی به آنها اعتقاد دارد.
۵. فکر خودآیند ممکن است خود یک باور اصلی باشد.
۶. بیمار فرایند ارزشیابی و به چالش کشیدن افکار خودآیند را در بین جلسات درست انجام نداده است (بک، ۱۹۹۵).

فصل پنجم

فراخوانی و چالش با باورهای واسطه‌ای

باورهای واسطه‌ای حد فاصل افکار خودآیند و باورهای اصلی قرار دارند و به سه دسته تقسیم می‌شوند: فرض‌ها، قواعد و نگرش‌ها. فرض‌ها جملات دو عبارتی هستند که با اگر... پس...، یا اگر... آن‌گاه... مشخص می‌شوند. درحالی‌که قواعد جملات ساده‌ی خبری هستند که با واژه‌ی باید یا نباید همراه هستند. مانند: من باید... من نباید... قواعد ممکن است به خود شخص مربوط باشند، مانند: «من باید کامل باشم». یا به دیگران مربوط باشند، مانند: «همه باید به من احترام بگذارند». یا به زندگی و جهان مربوط باشند: «اوضاع همیشه باید بر وفق مراد من باشد». نگرش‌ها در قالب جملات خبری ساده بیان می‌شوند و فرد با استفاده از کلمات «خوب» یا «بد» آن‌ها را ارزش‌گذاری می‌کند. مانند:

«درخواست کمک از دیگران خوب نیست.»

«گریه کردن بد است.»

«عذرخواهی کردن نشانه‌ی ضعف است.»

درمانگر به کمک فنونی خاص و به شیوه‌ای مشارکتی فرض‌ها را آشکار می‌کند. بیمار با الگوگیری از عملکرد درمانگر در جلسه قادر خواهد شد تا در فاصله‌ی بین جلسات، خود به تنهایی به فراخوانی باورهای واسطه‌ای بپردازد. عمده‌ترین فنونی که برای فراخوانی باورهای واسطه‌ای وجود دارند، عبارتند از:

فراخوانی باورهای واسطه‌ای

فن پیکان رو به پایین، توجه به تغییرات خلقی بیمار در جلسه، عبارت اگر... پس، پرسش از بیمار، توجه به محتوای افکار خودآیند، استفاده از پرسش‌نامه، بررسی اشتغال ذهنی، خاطرات و سخنان افراد خانواده، آزمایش رفتاری، شناسایی موضوعات محوری در افکار خودآیند. که در این قسمت به آن‌ها پرداخته می‌شود.

عبارت اگر... پس

بیرون کشیدن عبارت اگر... پس، از جملات بیمار چندان آسان نیست. چون ممکن است برخی بیماران فرض‌های خود را به صورت آشکارا نشان ندهند، ولی می‌توان به کمک پرسش‌های سقراطی به گونه‌ای پیش رفت که چنین عبارتی را از سخنان بیمار بیرون کشید. به عبارتی درمانگر با فراخواندن نیمه‌ی اول یک فرضیه به نیمه‌ی دوم آن دست می‌یابد. این فن به مثابه یک پازل ناتمام عمل می‌کند. وقتی قطعه‌ای از پازل را داشته باشی در آن صورت حدس و گمان برای شکل کامل پازل با کمک قطعات موجود کار دشواری نخواهد بود. به یک مثال توجه کنید:

درمانگر: وقتی قرار شد در جمع صحبت کنی چه فکری به ذهنت آمد؟

بیمار: این که خراب می‌کنم، از عهده‌ی آن برنمی‌آیم.

درمانگر: پس تو فکر می‌کردی که خراب می‌کنی و از عهده‌ی کنفرانس برنمی‌آیی.

بیمار: بله، همین‌طور است.

درمانگر: و اگر خراب کنی یا از عهده‌ی کنفرانس برنیایی، در آن صورت...

بیمار: حقیر و به‌دردنخورم.

درمانگر: پس تو بر این باوری که اگر نتوانی از عهده‌ی کنفرانس در

جمع برآیی، پس فردی حقیر و به‌دردنخورم.

بیمار: بله همین‌طور است.

همان‌طور که ملاحظه می‌کنید درمانگر بیمار را به سمتی سوق داد که بتواند فرض او را بیرون بکشد.

فن پیکان رو به پایین

برنز (۱۹۸۹) برای اولین بار این فن را برای شناسایی فرض‌ها و باورها پیشنهاد کرد. از این فن می‌توان برای شناسایی قواعد نیز بهره گرفت. درمانگر به جای مخالفت با فرض‌های بیمار، به ظاهر آن‌ها را می‌پذیرد، اما معنایی را که در ورای آن‌ها نهفته است، جست‌وجو می‌کند. با توجه به این‌که بسیاری از بیماران در شناسایی لایه‌های مختلف افکار خود با مشکل مواجه هستند، درمانگر به کمک فن پیکان رو به پایین می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا با فرض‌ها و قواعدی که در لایه‌های انبوه افکارشان پنهان شده‌اند، تماس حاصل کنند و این کار را با پرسش این جمله که «این فکر برای شما چه معنایی دارد»، یا «این موضوع برای شما چه معنایی دارد» و «بعد از آن چه اتفاقی ممکن است بیفتد» انجام می‌دهد. درمانگر: شما می‌گویید که همه باید به شما احترام بگذارند. اگر کسی به شما احترام نگذارد برای شما چه معنایی دارد؟

بیمار: این‌که از نظر او بی‌ارزش هستم.

درمانگر: چه قدر به این قاعده باور داری؟

بیمار: بیش از ۹۰ درصد.

به یک مثال دیگر توجه کنید:

درمانگر: گفتم که از صحبت در جمع دچار اضطراب می‌شوی، چون نگران هستی که خراب کنی.

بیمار: بله.

درمانگر: اگر چنین اتفاقی بیفتد؟

بیمار: آبروریزی می‌شود.

درمانگر: و اگر آبروریزی کنی؟

بیمار: در آن صورت کسی روی من حساب نخواهد کرد
درمانگر: و اگر چنین چیزی درست باشد برای تو چه معنایی دارد؟

بیمار: یعنی آدم حقیر و بی ارزشی هستم.

درمانگر: چقدر به این باور اعتقاد داری؟

بیمار: خیلی زیاد نزدیک به ۱۰۰ درصد.

درمانگر: پس یکی از فرض‌های تو این است که «اگر کنفرانس را
خراب کنی دیگر کسی روی تو حساب نمی‌کند و چنین چیزی به این
معناست که آدم حقیر و بی ارزشی هستی؟ درسته؟
بیمار: بله.

توجه به تغییرات خلقی بیمار در جلسه

یکی دیگر از راه‌های شناسایی فرض‌ها و قواعد توجه به حالت‌های
خلقی بیمار در جلسه است. همانند افکار خودآیند، در صورتی که مراجع
هیجانات شدیدی را در جلسه تجربه کند درمانگر می‌تواند حدس بزند
که احتمالاً فرض‌ها و قواعدی در پشت هیجانات بیمار خوابیده‌اند. در
این راستا، فنل (۱۹۸۹) می‌گوید خلق پایین نشانه‌ی آن است که از فرض
خاصی عدول شده است. به عنوان مثال اگر شخصی قاعده‌ای داشته باشد
مبنی بر اینکه دیگران همیشه باید او را تایید کنند، وقتی کسی او را تایید
می‌کند، دچار شعف می‌شود، یعنی واکنش او از خوشحالی ساده فراتر
می‌رود (هاوتون و همکاران، ۱۳۸۰) و بر عکس، وقتی کسی او را تایید
نکند، به شدت حالش گرفته می‌شود.

به‌علاوه، می‌توان از بیمار خواست که در فاصله‌ی بین جلسات به
تغییرات هیجانی خود توجه کند و به این ترتیب فرض‌ها و قواعد خود
را بیرون بکشد.

نینان و درایدن (۱۳۸۷) بیماری را مثال می‌زنند که به دلیل گرفتن تشویقی
از رئیس خود خیلی خوشحال شد و احساس می‌کرد که از خوشحالی

روی ابرها پرواز می‌کند.
مراجع: خیلی احساس خوبی داشتم، اعتماد به نفسم تا آسمان‌ها بالا رفت. دوست دارم از من تعریف کنند.
درمانگر: دریافت تحسین و تعریف از نظر تو یعنی چه؟
مراجع: این که دوست داشتنی‌ام و یک انسان ارزشمند محسوب می‌شوم.
درمانگر: چه کاری باید انجام دهی یا چگونه باید باشی که دوستت بدارند یا ارزشمند محسوب شوی؟
مراجع: باید نهایت تلاشم را بکنم تا دیگران را خشنود کنم.
و درمانگر، در نهایت او را با این موضوع مواجه می‌کند که خوشحالی بیش از اندازه‌ی او در حال حاضر به تشویقی گرفتن از رئیس مربوط است. و این احتمال نیز در جلسه بررسی شد که اگر از سوی رئیس مورد انتقاد قرار گیرد، چه احساسی خواهد داشت.

پرسش از بیمار

بک (۱۹۹۵) پیشنهاد می‌کند که برخی بیماران قادرند باورهای خود را به راحتی بیرون بکشند و در این راستا به درمانگران توصیه می‌کند که به صورت مستقیم در مورد باورها، قواعد و نگرش‌ها از بیمار سؤال پرسند:
درمانگر: سالی، باور تو در مورد درخواست کمک چیست؟
بیمار: درخواست کمک به نظر من نشانه‌ی ضعف است.
این گفت‌وگو در واقع نگرش منفی بیمار را نسبت به درخواست کمک از دیگران نشان می‌دهد. در این نگرش «قاعده‌ای» پنهان است و آن این است که من نباید از کسی درخواست کمک کنم. درمانگر برای فراخوانی فرض یا باور واسطه‌ای از عبارت «چه معنایی دارد» استفاده می‌کند:
درمانگر: و اگر ناچار شوی از کسی درخواست کمک کنی، در آن صورت...
بیمار: فرد ضعیفی هستم.

درمانگر: پس تو فرضی داری که اگر از دیگران درخواست کمک کنی، در آن صورت فرد ضعیفی هستی.

بیمار: بله.

درمانگر: و قاعده‌ای داری مبنی بر این که نباید از کسی کمک بخواهی.

بیمار: بله.

درمانگر: چه قدر به این قاعده باور داری؟

بیمار: ۱۰۰ درصد.

بررسی اشتغال‌های ذهنی بیمار

پرسش از بیمار در مورد این که اغلب چه افکاری در طول روز ذهن او را به خود مشغول می‌دارند، می‌تواند راهگشای خوبی برای فراخوانی فرض‌ها و قواعد باشد. برای مثال اشتغال ذهنی درباره‌ی انجام دادن کارها به بهترین وجه یا نگرانی از طرد شدن می‌تواند قواعدی مانند «من باید کارها را به بهترین نحو انجام دهم» و «من نباید طرد شوم» را در خود جای داده باشد (سالکوس کیس^۱، ۱۹۹۹). درمانگر می‌تواند از بیمار بخواهد در فاصله‌ی بین جلسات از افکارش نمونه‌گیری کند و روزی یک یا چند بار به افکارش توجه و آن‌ها را یادداشت کند. چنین چیزی به بیمار کمک می‌کند تا فرض‌ها، قواعد، نگرش‌ها و باورهای اصلی خود را از آن‌ها بیرون بکشد.

درمانگر: سارا اغلب در طول روز به چه فکر می‌کنی؟

سارا: به آینده، این که نتوانم در امتحانات موفق شوم و نمره‌ی قبولی بگیرم.

درمانگر: خوب دیگر به چه چیزی فکر می‌کنی؟

سارا: این که کار مناسبی پیدا نکنم و ناچار شوم تمام ترم تحصیلی را با مشکلات مالی بگذرانم.

1. Salkovskis

درمانگر: و چیزهایی دیگری هم هست؟
سارا: نه، اغلب به این مواردی که گفتم فکر می‌کنم.
درمانگر: به نظر می‌رسد اشتغالات ذهنی تو همگی پیامی را انتقال می‌دهند مبنی بر این که موفق نخواهی شد و به اهدافت نخواهی رسید.
سارا: بله.

خاطرات و سخنان افراد خانواده

مردم گاه خاطرات روشنی از تجربه‌های کودکی دارند. تجاربی که به نظر می‌رسد حداقل به‌طور احساسی با باورهای آنها انطباق دارد. زنی اعتقاد داشت که همیشه باید به‌طور کامل به خواسته‌های دیگران گردن نهد. او به روشنی به یاد می‌آورد که مادرش هنگام ترک خانه می‌گفت اگر آنچه را گفته است، انجام ندهد، او را دوست نخواهد داشت. با وجود آن که اینک چهل و چند سال داشت، هر نشانه‌ی طرد، در او همان احساس ناامیدی را برمی‌انگیخت. برای تشخیص خاطراتی از این نوع، بهتر است از سؤالاتی مانند موارد زیر استفاده کرد (هاوتون و همکاران، ۱۳۸۰).

«یادتان می‌آید که قبلاً نیز چنین احساسی داشته باشید؟»
«نخستین بار این احساس را چه موقعی پیدا کردید؟»
«آیا این احساس شما را به یاد چیزی در گذشته می‌اندازد؟»

پرسش‌نامه‌ها

پرسش‌نامه‌هایی وجود دارد که به کمک آنها می‌توان باورها، طرح‌واره‌ها، افکار و فرض‌های ناکارآمد را سنجید، در صورتی که موفق به شناسایی فرض‌ها، قواعد و نگرش‌های منفی نشدید، می‌توانید از پرسش‌نامه‌ها استفاده کنید.

شناسایی یک موضوع محوری در افکار خودآیند

یکی از روش‌های مهم برای شناسایی باورهای واسطه‌ای و اصلی توجه به موضوع محوری در محتوای افکار خودآیند است. درمانگر با مرور تکالیف خودبازنگری بیمار به او نشان می‌دهد که چگونه برخی افکار خودآیند مشابه و تکراری، پیام مشترکی را منتقل می‌کنند که می‌تواند در قالب یک جمله‌ی شرطی یا یک جمله‌ی خبری بیان شود. به عنوان مثال: **درمانگر:** مرور افکار خودآیند طی هفته‌ی گذشته نشان داد که برخی افکار خودآیند تکراری وجود دارند که مفهوم مشترکی را منتقل می‌کنند، مثلاً:

نگرانی از این که همسرت تو را ترک کند، ترس از مرگ مادر بیمار، اشتغال ذهنی با سرطان و ترس از این که مبادا روزی به سرطان مبتلا شوی و ترس از دست دادن شغل، به نظر می‌رسد، همه‌ی این‌ها پیام مشترکی را منتقل می‌کنند.

بیمار: تا حالا دقت نکرده بودم.

درمانگر: این لحظه فرصت خوبی است برای این که به مضمون مشترک نهفته در این افکار توجه کنی.

بیمار: به نظرم در همه‌ی این افکار ترس وجود دارد.

درمانگر: بله، ترس از دست دادن، مانند از دست دادن سلامتی، از دست دادن مادر، جدایی از همسر، از دست دادن شغل و...

بیمار: بله، حالا که توضیح دادید، متوجه شدم.

درمانگر: خوب اگر بخواهیم یک جمله‌ی شرطی از آن‌ها بیرون بکشیم، به نظر تو چه جمله‌ای مناسب خواهد بود؟

بیمار: اگر چیز مهمی را از دست بدهم، بدبخت و گرفتار خواهم شد.

درمانگر: و این همان «فرض» است که ما به دنبالش هستیم.

شناسایی قواعد و نگرش‌ها

قوانین نانوشته‌ای که افراد خود را ملزم به رعایت آن‌ها می‌دانند، اغلب در قالب جملاتی آشکار می‌شوند که با باید و نباید همراه هستند. این قوانین به مرور ممکن است از حالت خودآگاهی خارج شوند و بیمار ناخودآگاه بدون این که متوجه باشد، آن‌ها را به کار گیرد. قواعد اغلب کلی، افراطی، مطلق و انعطاف‌ناپذیرند و فرد در صورت عدم رعایت آن‌ها دچار احساسات ناخوشایندی می‌شود. مانند: احساس خشم، گناه و عدم رضایت از خود. قواعد به شکل جملات مثبت یا منفی خبری بیان می‌شوند. مانند:

«من باید همه را از خود راضی نگه دارم.»

«من نباید اشتباه بکنم.»

«من همیشه باید اول باشم.»

«من باید برنده باشم.»

«من باید بهترین باشم.»

«من باید جلو احساسات خود را بگیرم.»

جلسه‌ی درمان، فرصت مناسبی است تا درمانگر با پرسش، قواعد بیمار را شناسایی کند و آن‌ها را به بیمار بشناساند.

درمانگر: تو در صحبتت، چندین بار واژه‌ی «باید» را به کار بردی. واژه‌ی «باید» به نوعی برای ما الزام ایجاد می‌کند. وقتی می‌گوییم من باید کاری انجام دهم، به نوعی خود را ملزم به انجام آن می‌دانیم. بنابراین، وجود چنین واژه‌هایی معرف این است که تو الزاماتی داری که خود را ناچار به اطاعت از آن‌ها می‌بینی.

بیمار: بله، من باید‌های خاص خود را دارم.

درمانگر: می‌توانی به چند مورد از آن‌ها اشاره کنی؟

بیمار: بله، این که سعی کنم همه را از خود راضی نگه دارم و کاری کنم که همه به من احترام بگذارند. مثلاً: «من نباید از کسی درخواست کمک

کنم»، «من باید در هر شرایطی احساساتم را کنترل کنم». درمانگر: اجازه بده چندتای دیگر را من بگویم، این که «نباید به کسی وابسته شوی»، «باید در هر کاری موفق باشی». بیمار: درست است.

همان‌طور که ملاحظه کردید درمانگر به کمک بیمار قواعد او را آشکار می‌کند و آن‌ها را به بیمار نشان می‌دهد. در ادامه درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا به نگرش‌های مثبت و منفی خود پی ببرد. درمانگر: خوب، در این گفت‌وگویی که داشتیم، متوجه شدی که به قول خودت برای هر چیزی قواعد خاص خود را داری، درست است؟ بیمار: بله.

درمانگر: می‌خواهم از تو بپرسم چرا «نباید از کسی درخواست کمک کنی»؟ بیمار: به‌نظرم درخواست کمک از دیگران چیز بدی است. درمانگر: حالا سؤال دیگری دارم، چرا باید سعی کنی که همه را از خود راضی نگه‌داری؟

بیمار: چون آدم‌های خوب همه را از خود راضی نگه می‌دارند. درمانگر: این جملات که درخواست کمک از دیگران چیز بدی است یا خوب نیست که دیگران از تو راضی نباشند، مفاهیمی مانند «بد یا خوب» را در خود جای داده‌اند که انعکاس‌دهنده‌ی نگرش منفی تو نسبت به درخواست کمک از دیگران است.

فنونی برای اصلاح و تغییر فرض‌ها
فنون پیشنهادی زیر در چالش با فرض‌ها مفید گزارش شده‌اند.

پیوستار شناختی^۱

این فن هم برای اصلاح افکار خود آیند و هم برای تغییر باورهایی که انعکاس‌دهنده‌ی تفکر قطبی هستند، مفید است. باورهای واسطه‌ای و اصلی را می‌توان به کمک این فن به چالش کشید. در این راستا بک (۱۹۹۵) بیماری را مثال می‌زند که به کمک این فن به چالش با باور واسطه‌ای «اگر عالی نباشم پس شکست خورده‌ام» پرداخت:

درمانگر: تو بر این باوری که اگر در حد عالی نباشی پس شکست خورده‌ای، درست است؟

بیمار: بله، همین‌طور است.

درمانگر: اجازه بده برای روشن‌تر شدن موضوع آن را روی یک نمودار نشان دهیم.

درمانگر: خوب، با در نظر گرفتن نمودار بالا پس دانشجوی شکست‌خورده باید جایی در نقطه‌ی صفر باشد، درست است؟

بیمار: بله، همین‌طور است.

درمانگر: و دانشجوی عالی جایش کجاست؟

بیمار: بین ۹۰ تا ۱۰۰.

درمانگر: اگر نمره‌ای زیر ۹۰ باشد، مانند نمرات ۳۰، ۴۰، ۵۰، ۶۰، ۷۰، ۸۰ به معنای شکست‌خورده بودن است؟

بیمار: نه.

درمانگر: پس شکست‌خورده بودن از چه نقطه‌ای شروع می‌شود؟

بیمار: فکر می‌کنم حول و حوش ۵۰ درصد.

درمانگر: پس هر کس زیر ۵۰ باشد شکست‌خورده است؟

بیمار: مطمئن نیستم.

درمانگر: کسی را می‌شناسی که واقعاً روی نقطه‌ی صفر باشد؟

بیمار: بله، هم کلاسی‌ام، جک. فکر می‌کنم او وضعیتش از من بدتر است.

درمانگر: پس ما هم کلاسی تو را روی نقطه‌ی صفر در نظر می‌گیریم، اگر کسی بهتر از جک باشد، جایش کجاست؟
بیمار: نمی‌دانم.

درمانگر: آیا کسی هست که در همه‌ی درس‌ها رد شود و هیچ نمره‌ای نیاورد؟
بیمار: بله.

درمانگر: اگر چنین فردی را روی نقطه‌ی صفر بگذاریم، به عنوان یک شکست خورده‌ی واقعی، جای تو در کجای این مقیاس قرار دارد؟
بیمار: خوب، من ۵۰ درصد هستم.

درمانگر: خوب کسی که نمی‌تواند در هیچ درسی قبول شود و همه‌ی امتحانات را خراب می‌کند، جایش کجاست؟
بیمار: فکر می‌کنم صفر.

درمانگر: آیا جک این‌گونه است؟
بیمار: خیر. فکر می‌کنم جک برخی از امتحاناتش را خوب داده است و به نظرم نمره‌ی ۳۰ می‌گیرد.

درمانگر: و دانش‌آموزی که همه‌ی تلاش خود را می‌کند، اما نمی‌تواند درس‌هایش را قبول شود، جایش کجاست؟
بیمار: فکر می‌کنم حدود ۱۰ درصد.

درمانگر: خوب، شما و هم‌کلاسی‌تان کجا هستید؟
بیمار: با این حساب او ۵۰ و من ۷۵ درصد.

٪۰	٪۱۰	٪۵۰	٪۷۵	٪۹۰	٪۱۰۰
کسی که هیچ تلاشی انجام نمی‌دهد.	دانشجوی پرتلاش اما شکست‌خورده	هم‌کلاسی	بیمار	دانشجوی عالی	

درمانگر: خوب، به نظر تو کسی که روی نقطه‌ی ۷۵ باشد، موفق است؟

بیمار: بله.
درمانگر: خوب برگردیم به فرض تو: «این که اگر عالی نباشم پس شکست خورده‌ام». حالا چه قدر به این فرض اعتقاد داری؟
بیمار: نه خیلی، شاید ۲۵ درصد.

درمانگر: خوب است، اجازه بده کاری را که انجام دادیم با هم مرور کنیم. ما یک خطای شناختی همه یا هیچ را در تفکر تو شناسایی کردیم و سپس برای نشان دادن آن به صورت عینی آن را روی یک مقیاس دو طبقه‌ای موفقیت و شکست که بین صفر تا ۱۰۰ قرار داشت، نشان دادیم، و تر متوجه شدی که بین دو گزینه‌ی صفر و ۱۰۰ گزینه‌های دیگری هم هست. درست است؟

بیمار: بله.
درمانگر می‌تواند به بیمار تکلیفی برای بین جلسات بدهد و از او بخواهد موارد دیگری را که در زندگی به آن‌ها دو قطبی نگاه می‌کند، در این پیوستار گستره‌ی شناختی طبقه‌بندی کند.

قراردادهای شخصی و مقابله به مثل با دیگران

فرض‌ها و قواعد به عنوان قراردادهای شخصی مراجعان محسوب می‌شوند. قراردادی که مراجع خود را ملزم به رعایت آن‌ها می‌داند و ممکن است حتی ناخواسته یا خودآگاه از دیگران نیز انتظار پیروی از آن‌ها را داشته باشد. برنز (۱۹۸۹) از این قراردادها به عنوان نوعی مقابله به مثل ذاتی نام می‌برد. انگار مراجع قانون نانوشته‌ای دارد که هم خود و هم دیگران را ملزم به رعایت آن می‌داند. در این راستا، نینان و درایدن (۲۰۰۴) از بیماری نام می‌برند که قراردادی به این شکل داشت:

«اگر به دوستانم کمک کردم، آن‌گاه آن‌ها هم باید به من کمک کنند.»
شروط این قرارداد گاهی تأمین نمی‌شد، چون برخی از دوستانش در مقابل تقاضای کمک او، پاسخ رد می‌دادند که منجر به ناراحتی شدید

مراجع از «بی‌وفایی» دوستانش می‌شد. مراجع برای توقف احساس تلخ ناراحتی ناشی از کنار گذاشته شدن توسط دوستان، تصمیم گرفت قرارداد شخصی خود را مجدداً معقول‌تر و واقع‌گرایانه‌تر بنویسد:

«از این به بعد زمانی به دوستانم کمک می‌کنم که از ته دل بخواهم این کار را بکنم و انتظار هم ندارم که آن‌ها متقابلاً کمک مرا جبران کنند. البته اگر گاهی اوقات این کار را انجام دهند، خوشحال خواهم شد.» (یعقوبی و کریمی، ۱۳۸۷).

مزایا و معایب فرض‌ها یا قواعد

یکی از شیوه‌های چالش با فرض‌ها و قواعد این است که از بیمار بخواهید فهرستی از مزایا و معایب آن‌ها تهیه کند. البته بیماران ممکن است به تنهایی نتوانند معایب بیش‌تری بیابند. بنابراین بهتر است طی یک فرایند مشارکتی در جلسه‌ی درمان، درمانگر و بیمار به کمک هم به جست‌وجوی مزایا و معایب پردازند. این فرایند باید به گونه‌ای باشد که درمانگر مراجع را به سمتی سوق دهد که معایب بیش‌تری را باز یابد، زیرا تغییر فرض‌ها یا قواعد زمانی صورت خواهد گرفت که بیمار به این نتیجه برسد که معایب فرض‌ها از مزایای آن‌ها بیش‌تر است.

فن برهان خلف

یکی از تکنیک‌های متداول برای چالش با نتیجه‌گیری‌های نامعقول و مهمل‌گویی‌های بیمار، فن برهان خلف است. این فن را می‌توان به شکل‌های مختلفی به کار برد. می‌توانیم استدلال‌های بیمار را ساختار و نظم بدهیم و هم‌زمان به شناسایی استدلال‌های موازی پردازیم که نامعقول و مهمل به نظر می‌رسند به چند مثال از لیهی (۱۳۸۸) توجه کنید.

۱. برخی از افرادی که مرتکب اشتباه می‌شوند، دیوانه‌اند.

۲. من اشتباه کردم.

۳. پس من دیوانه‌ام.

۱. همه باید مرا دوست داشته باشند و گرنه آدم بی‌ارزشی هستم.
۲. یک نفر از من ایراد گرفت.
۳. پس من آدم بی‌ارزشی هستم.

درمانگر باید به بیماران کمک کند تا بتوانند به استدلال‌های خود از چشم‌اندازی منطقی نگاه کنند و بررسی کنند که آیا استدلال‌های آنها پیامدهای منفی برای آنان یا دیگران به بار می‌آورد یا نه؟ به یک مثال توجه کنید:

درمانگر: تو گفتی که باید کامل باشی، می‌خواستم بپرسم که اگر کامل نباشی چه می‌شود؟

بیمار: فردی بی‌ارزش و حقیر خواهم بود.

درمانگر: آیا این قانون شامل حال دیگران هم می‌شود؟

بیمار: بله، چون دارای نقص هستند.

درمانگر: پس به نظر تو همه‌ی کسانی که کامل نیستند و دارای نقص

هستند، بی‌ارزش هستند. اجازه بده استدلال تو را بررسی کنیم:

۱- اگر کسی نقص داشته باشد پس بی‌ارزش است.

۲- من نقص دارم.

۳- پس من بی‌ارزش هستم.

بیمار: کاملاً درست است.

درمانگر: اگر بر اساس استدلال تو در مورد مردم نتیجه‌گیری کنیم، پس با این حساب بسیاری از افراد بی‌ارزش هستند، مانند افراد کم‌سواد، معلول، کودکان، سالمندان و...
بیمار: بله.

درمانگر: پس با توجه به این استدلال، جمعیت عظیمی از کره‌ی زمین که کودکان، سالمندان، بیماران و معلولین را دربر می‌گیرد، بی‌ارزش هستند.

بیمار: بله، ولی به‌نظرم یک جای کار اشکال دارد.

درمانگر: کجا؟

بیمار: به‌نظرم این استدلال منطقی نیست.

درمانگر: اگر بخواهیم استدلال فعلی را منطقی‌تر کنیم چه باید بکنیم؟

بیمار: به‌نظرم باید تعریف دیگری از ارزشمندی داشته باشیم.

فن ایفای نقش عقلانی - هیجانی^۱

این فن که مشابه فن نقطه‌ای^۲ یانگ است (یانگ^۳، ۱۹۹۰) و اغلب زمانی به‌کار می‌رود که بیمار یک فرض یا باور را به لحاظ عقلانی غیرمنطقی می‌بیند، اما به لحاظ هیجانی به آن باور دارد. درمانگر ابتدا از بیمار می‌خواهد نقش «بخش هیجانی»^۴ ذهنش را که با باور هیجانی گره خورده است، ایفا کند. در مقابل درمانگر نقش «بخش منطقی» را ایفا می‌کند. در دومین قسمت ایفای نقش جای نقش‌ها عوض می‌شود. توجه کنید که در هر دو بخش بیمار و درمانگر در قالب بیمار صحبت می‌کنند و جمله‌ی «من» را به‌کار می‌گیرند. به این ترتیب بیمار با هر دو بخش منطقی و هیجانی ذهنش ارتباط برقرار می‌کند (بک، ۱۹۹۵).

درمانگر: تو بر این باوری که دانشجوی بی‌کفایتی هستی، زیرا ترم

گذشته خوب عمل نکردی؟

بیمار: بله.

درمانگر: دلم می‌خواهد بدانم در حمایت از باورت چه شواهدی داری؟

برای این کار آیا موافقی با هم ایفای نقش انجام دهیم؟ من نقش بخش منطقی را داشته باشم و تو نقش بخش هیجانی، بخشی که باور دارد تو بی‌کفایت هستی. دلم می‌خواهد با هم بحث کنیم.

1. emotional intellectual role playing
2. point technique
3. Young
4. emotional section

بیمار: باشد.

درمانگر: خوب. شروع کن، بگو که بی‌کفایتی، چون نتوانستی در هیچ درسی نمره‌ی خوبی بگیری.

بیمار: من بی‌کفایت هستم، چون نتوانستم در درس‌ها نمره‌ی خوبی بگیرم.

درمانگر: نه، این‌طور نیست، درست است که نتوانستم در درس‌ها نمره‌ی خوبی بگیرم، اما خیلی جاها هست که با کفایت عمل می‌کنم. بیمار: نه، نه، اگر با کفایت باشم، باید در درس‌ها نمره‌ی خوب بگیرم. درمانگر: این درست نیست. کفایت معادل عملکرد تحصیلی کلی نیست. اگر چنین چیزی واقعیت داشته باشد، تنها یک درصد دانشجویان با کفایت هستند و بقیه بی‌کفایت.

بیمار: خوب من درس شیمی را پاس نکردم و این یعنی بی‌کفایت هستم.

درمانگر: می‌تواند به این معنا باشد که من در درس شیمی ضعیف هستم، نه این‌که کلاً آدم بی‌کفایتی هستم. به‌علاوه، ضعیف بودن در درس شیمی می‌تواند به خیلی چیزها مربوط باشد، مانند: افسردگی، نداشتن تمرکز و... بیمار: خوب، شخص با کفایت افسرده نمی‌شود.

درمانگر: حتی افراد با کفایت هم افسرده می‌شوند و از این نظر بین افراد با کفایت و بی‌کفایت تفاوتی وجود ندارد. هر دو گروه وقتی افسرده می‌شوند انگیزه‌ی خود را از دست می‌دهند و نمی‌توانند طبیعی عمل کنند و این به معنای بی‌کفایت بودن آن‌ها نیست.

بیمار: خوب، چیزی ندارم بگویم.

درمانگر: چه شواهد دیگری داری که از بی‌کفایت بودن من حمایت می‌کند؟

بیمار: (لحظه‌ای فکر می‌کند...) نمی‌دانم.

درمانگر: چه‌طور است نقش‌ها را عوض کنیم. این بار تو نقش بخش

منطقی را بازی کن و من نقش بخش هیجانی را بازی می‌کنم.
بیمار: باشد.

درمانگر: آدم بی‌کفایتی هستم، چون نتوانستم نمره‌ی خوبی بگیرم.

به این ترتیب نقش ادامه می‌یابد و تغییر نقش به بیمار فرصتی می‌دهد تا صدای بخش منطقی خود را بشنود. درمانگر سعی می‌کند لغاتی مشابه لغات بیمار را به کار گیرد، تا به این ترتیب امکان چالش را برای بیمار آسان‌تر کند (بک، ۱۹۹۵).

اوکان^۱ می‌گوید برای عینی‌تر کردن چالش دو بخش می‌توان از بیمار خواست دو دست خود را مشت کند. یکی از مشت‌ها نماد بخش هیجانی و مشت دیگر نماد بخش منطقی است (محمدخانی، ۱۳۸۶).
آن‌گاه بیمار از طرف یکی از مشت‌ها و درمانگر از طرف مشت دیگر با هم به چالش می‌پردازند. پس از مدتی چالش می‌توان جای دو نقش را تغییر داد. در نهایت بیمار می‌تواند این تمرین را بین جلسات انجام دهد و خود به تنهایی به کمک مشت‌ها که نماینده‌ی دو بخش از ذهن او هستند، با فرض‌های خود به چالش برخیزد. البته ممکن است برخی از بیماران استفاده از آن را ناخوشایند بدانند. درمانگر در اجرای این فن باید به رفتار غیرکلامی بیمار توجه کند و در صورت مشاهده‌ی ناراحتی بیمار از ادامه‌ی چالش بایستد و دلایل ناراحتی بیمار را پرس‌وجو نماید و با فنونی مانند هم‌دلی و انعکاس درک خود را به بیمار منتقل کند.

فرض‌های جایگزین با حفظ فواید فرض‌های ناکارآمد

فرض‌های ناکارآمد اغلب بسیار افراطی و انعطاف‌ناپذیر هستند. «اگر همیشه استانداردهای بالایی را حفظ نکنم، آن‌گاه ثابت می‌شود که بی‌کفایت هستم». مراجع هیچ‌وقت هنگام رعایت استانداردهایش لذت نمی‌برد، چون

1. okan

همواره نگران تخطی از آن است؛ وقتی هم که از این استاندارد تخطی می‌کند، افسرده می‌شود. در این راستا، درمانگر پیشنهاد می‌کند که فرض جدید او فرضی باشد که «قسمت خوب» فرضیه‌ی قدیمی را حفظ کند و قسمت «بد» آن را حذف نماید (نینان و درایدن، ۱۳۸۷).

بیماری بر این باور است که باید همه را از خود راضی نگه دارد و اگر چنین اتفاقی نیفتد، تقصیر اوست. درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا قسمت خوب فرض را حفظ و قسمت بد آن را کنار بگذارد. در نتیجه بیمار فرض جدید خود را به صورت زیر می‌نویسد:

تا جایی که بتوانم سعی می‌کنم کسی را از خود نرنجانم، ولی اگر کسی از من رنجیده شد یا خوشش نیامد، همیشه تقصیر من نیست، ممکن است عوامل دیگری در کار باشند.

پیش‌سقراطی

درمانگر به کمک فن پیکان رو به پایین فرض‌های بیمار را بیرون می‌کشد و سپس به کمک پرسش سقراطی آن‌ها را به چالش می‌کشد. پیش‌سقراطی قتی است که پیش‌تر در چالش با افکار خودآیند نیز به آن اشاره شد. در واقع درمانگر از پرسش سقراطی به عنوان راهبردی برای اصلاح افکار و باورهای بیمار استفاده می‌کند.

درمانگر: خوب، تو بر این باوری که اگر درخواست کمک کنی، فردی تکفایت هستی و به این باور ۹۰ درصد اعتقاد داری، درست است؟
بیمار: بله.

درمانگر: آیا روش دیگری برای درخواست کمک وجود دارد؟

بیمار: مطمئن نیستم.

درمانگر: آیا آمدن تو به این جا به منظور درمان نیز نشانه‌ی بی‌کفایتی نیست، چون برای کمک به این جا آمدی؟
بیمار: شاید.

درمانگر: جالب است، ولی من متفاوت با تو به این قضیه نگاه می‌کنم. به نظر من چنین چیزی نشانه‌ی قدرت و توانایی توست، نه نشانه‌ی ضعف و بی‌کفایتی.

بیمار: هوم.

درمانگر: تو بر این باوری که درخواست کمک، آن هم زمانی که افسرده هستی کار ناپسندی است، پس باید تا پایان عمر افسرده باقی بمانی. بیمار: اوه، نه... این طور نیست.

درمانگر: خوب، فرض کنیم هر دوی ما دانشجوی دانشگاه هستیم و به افسردگی دچاریم، یکی از ما طالب درمان است و دیگری نه و در افسردگی خود دست و پا می‌زند. به نظر تو کدام رفتار درست است؟ بیمار: خوب، رفتار کسی که درخواست کمک می‌کند.

درمانگر: حالا فکر کن به دو دانشجوی دانشگاه که قرار است به سال پایینی‌های خود درس بدهند و هر دوی آن‌ها چیزی از درس نمی‌دانند. یکی از آن‌ها درخواست کمک می‌کند، دیگری نه، به نظر تو کدام رفتار درست است؟

بیمار: کسی که درخواست کمک می‌کند.

درمانگر: مطمئن هستی؟

بیمار: (برای لحظه‌ای فکر می‌کند.) خوب درخواست کمک بهتر است از این که در موضوعی که قبلاً بلد نیستی، گیج شوی و دست و پا بزنی. درمانگر: چه قدر به این باور اعتقاد داری؟

بیمار: خیلی زیاد، ۸۰ درصد.

درمانگر: خوب، حالا بگذار باور قدیمی را در این جا یادداشت کنم. چس بود؟

بیمار: اگر درخواست کمک کنم، آدم بی‌کفایتی هستم.

درمانگر: بگذار ببینم، تو قبلاً به این باور ۹۰ درصد اعتقاد داشتی. حالا چه قدر به آن اعتقاد داری؟ بیش‌تر یا کم‌تر از ۹۰ درصد؟

بیمار: شاید حدود ۴۰ درصد.

درمانگر: خوب است. خوب حالا باور جدید را بگو.

بیمار: اگر درخواست کمک کنم، بی کفایت نیستم.

درمانگر: چه قدر به این باور اعتقاد داری؟

بیمار: زیاد، شاید بین ۷۰ تا ۸۰ درصد.

درمانگر: خوب است، برگردیم عقب. چه طور است این هفته دوتا تکلیف داشته باشیم. یکی از آنها این است که باورها را هر روز بخوانی و میزان اعتقاد خود را به آنها از صفر تا صد درجه بندی کنی.

بیمار: باشد.

درمانگر: با این کار، تو باورهای جدید و قبلی خود را با هم مقایسه می کنی و از میزان اعتقادات به آنها آگاه خواهی شد.

بیمار: باشد.

درمانگر: دومین تکلیف این است که در پی موقعیت‌هایی باشی که بتوانی در آن موقعیت‌ها درخواست کمک کنی. فرض را بر این بگذار که به این باور جدید که «درخواست کمک نشانه‌ی کفایت است»، ۱۰۰ درصد اعتقاد داری. در طول این هفته کی و کجا ممکن است درخواست کمک کنی؟ این موقعیت‌ها را مشخص کن.

بررسی نظام ارزشی^۱

بسیاری از فرض‌ها به یک بعد از شخصیت انسان ربط دارند. مانند مفروضه‌های انسان درباره‌ی لزوم موفقیت در یک کار. این مفروضه‌ها ممکن است تنها برای دستیابی به پیشرفت مؤثر باشند. از دیدگاه لیهی (۱۳۸۸) بررسی نظام ارزش‌ها می‌تواند دو پیامد مهم داشته باشد، اول این که می‌تواند شدت برخی از قضاوت‌های خودملا متگر را کاهش دهد، و دوم این که می‌تواند ارزش‌های بهتری در نظام ارزشی افراد جایگزین کند. به

1. value system

عنوان مثال، از بیماری که ارزشمندی خود را با میزان پیشرفت می‌سنجد، می‌توان سؤال کرد: «آیا ارزش‌های دیگری مثل عشق، عفو، مهربانی، کنجکاوی، رشد فردی، تفریح و اوقات فراغت را مدنظر قرار می‌دهید؟» سپس می‌توان موضوع «انتخاب‌های اجباری» را مطرح کرد: «اگر مجبور باشید بین پیشرفت در کار و تبادل عشق، یکی را انتخاب کنید، کدام یک را برمی‌گزینید؟» تکلیف اول این است که فهرستی از ارزش‌های زندگی تهیه کنید. بیمار ممکن است از ارزش‌های دیگری مثل سلامت جسمی، روابط دوستانه و ارزش‌های مذهبی یاد کند. سپس از بیمار بخواهید این ارزش‌ها را با هم مقایسه کند و آن‌ها را به صورت سلسله‌مراتبی مرتب کند. راه دیگر این است که از بیمار بخواهیم مشخص کند، مایل است کدام یک از ارزش‌ها را خودش، فرزندش یا همسرش دنبال کنند یا کدام یک از ارزش‌ها را افکار عمومی بپذیرند. پرسش‌سؤالات زیر مفید خواهد بود. این فن در چالش با قواعد هم کاربرد دارد.

۱. اگر به تمام ارزش‌ها دست پیدا کنید، آیا ممکن است ارزش‌های دیگری هم برای شما وجود داشته باشد؟
۲. آیا می‌توانید همین نظام ارزشی را برای بهترین دوست خود به کار ببرید؟ اگر نمی‌توانید، چرا؟
۳. آیا بیش‌تر مردم به داشتن نظام ارزشی بهتر، فکر می‌کنند؟
۴. چرا دیگران ارزش‌های شما را متفاوت می‌بینند؟

توجه به دیدگاه دیگران

اولین بار کارل راجرز^۱ بود که مفهوم چهارچوب ذهنی یا درونی را بیان کرد و اظهار داشت مشاوره‌ی موفق مستلزم این است که درمانگر بتواند از چهارچوب درونی بیمار به موضوع نگاه کند و تغییر رفتار منوط به تغییر این چهارچوب ذهنی است. این مفهوم در شناخت‌درمانی نیز مورد توجه

1. Carl Rogers

فرار گرفته است. در این راستا بک (۱۹۹۵) بر این باور است که وقتی مردم به باورهای دیگران در رابطه با یک موضوع توجه می‌کنند، می‌توانند از باورهای غیرانطباقی خود فاصله بگیرند و متوجه ناهماهنگی‌های شناختی خود شوند، و چنین چیزی مقدمه‌ای خواهد شد برای تغییر باورها و فرض‌های آن‌ها.

درمانگر: سالی، تو هفته‌ی قبل گفتی که دخترعمویت درباره‌ی مفهوم ارزشمندی، متفاوت با تو فکر می‌کند؟
بیمار: بله.

درمانگر: می‌توانی در این مورد توضیح دهی؟
بیمار: دخترعمویم خود را به عنوان یک شخص ارزشمند می‌داند، چه کار مثبتی انجام بدهد و چه کار مثبتی انجام ندهد.
درمانگر: آیا تو با نظر ایشان موافقی؟ این که برای احساس ارزشمند بودن نیازی به تلاش نیست.

بیمار: بله.
درمانگر: آیا تو او را شخصی ارزشمند می‌دانی؟
بیمار: بله.
درمانگر: خوب ممکن است او نمره‌ی خوبی نگیرد، یا عملکرد خوبی نداشته باشد، آیا باز هم او را ارزشمند می‌بینی؟
بیمار: بله.

درمانگر: من دلم می‌خواهد تو باور دخترعموی خود را به کارگیری: «حتی اگر فعالیت قابل توجهی هم انجام ندهی، هم‌چنان احساس کنی که ارزشمند هستی».

بیمار: نمی‌دانم.
درمانگر: چه فرقی بین تو و دخترعمویت وجود دارد که او چه در کارش موفق باشد یا نباشد، فردی ارزشمند است، اما تو نه؟
بیمار: (برای لحظه‌ای فکر می‌کند.) نه این‌طور فکر نمی‌کنم. من قبلاً

این طوری به موضوع نگاه نکرده بودم.

درمانگر: الان چه طور به موضوع نگاه می‌کنی؟

بیمار: فکر می‌کنم که با دو معیار مختلف در مورد خود و دیگران قضاوت می‌کنم. دیگران چه کار مفیدی انجام بدهند و چه ندهند، ارزشمندند، ولی من تنها در صورتی ارزشمندم که کار مفید و مثبتی انجام دهم.

درمانگر: در حال حاضر چه قدر به این باور اعتقاد داری که «اگر کار مفیدی انجام ندهی، بی‌ارزش هستی»؟

بیمار: کم‌تر، شاید ۵۰ درصد.

درمانگر: تا چه اندازه به باور جدید اعتقاد داری، این که «من فردی ارزشمند هستم، حتی اگر کار خاصی هم انجام ندهم»؟

بیمار: بیش‌تر از قبل، شاید ۷۰ درصد.

درمانگر: چه طور است این باور جدید را روی تخته‌سیاه بنویسیم و آن‌گاه شواهدی در راستای آن جمع‌آوری کنیم؟

بیمار: باشد.

کودکان به عنوان منبعی برای مقایسه

بسیاری از بیماران می‌توانند با مقایسه خود و کودکان از یک باور یا عقیده ناکارآمد فاصله بگیرند. درمانگر این فن را با درخواست از بیمار مبنی بر این که فرض کند «دارای کودکی است»، به کار می‌گیرد (بک، ۱۹۹۵). به یک مثال توجه کنید:

درمانگر: سالی، تو اگر به اندازه‌ی دیگران با کفایت عمل نکنی، شکست‌خورده‌ای؟ و ۸۰ درصد به آن اعتقاد داری؟

بیمار: بله.

درمانگر: فرض کن دختر ۱۰ ساله‌ای داری که در کلاس پنجم دبستان درس می‌خواند و یک روز به حالتی غمگین به منزل می‌آید. و می‌گوید که همه‌ی دوستانش نمره‌ی الف گرفتند، اما او نمره‌ی ج گرفته است. تو

مراقبی که او فکر کند آدمی شکست خورده است؟

بیمار: نه، هرگز.

درمانگر: چرا نه؟ تو می‌خواهی او چه‌طور فکر کند؟

بیمار: این‌که نمره‌ی «ج» گرفتن از درس به معنای شکست خورده بودن نیست.

درمانگر: خوب، حالا چه‌طور است آن‌چه را در مورد ایشان گفتی، در

مورد تو به‌کار ببریم؟

بیمار: موافقم.

خودافشایی

بک (۱۹۹۵) می‌گوید: خودافشایی مناسب می‌تواند به برخی بیماران کمک کند تا باور خود را به شیوه‌ای متفاوت ببینند و به این ترتیب امکان چالش با آن باور برای بیمار فراهم می‌شود.

خودافشایی فنی است که درمانگر به کمک آن احساسات، تجارب، نگرش و مشکلات خود را با بیماران در میان می‌گذارد. افشای خود البته به صورت محدود سبب می‌شود که بیمار نسبت به درمانگر احساس نزدیکی کند و به این نتیجه برسد که درمانگر نیز انسانی مثل اوست و چالش‌های خود را دارد. چنین چیزی در نهایت به این منجر می‌شود که بیمار احساس آرامش و راحتی بیشتری کند و خود را افشا کند. به علاوه بیماران می‌توانند از مشکلات درمانگر پند گیرند و به این نتیجه برسند که مشکلات حل‌شدنی هستند. علی‌رغم مفید بودن خودافشایی، لازم است خودافشایی درمانگر در مورد مسائل شخصی و زندگی خصوصی به حداقل برسد و با احتیاط صورت گیرد (اسکوولت^۱ و رایورز^۲، ۲۰۰۷).

اروین یالوم^۳ (۲۰۰۳) در کتاب بی‌نظیر خود تحت عنوان «هنر درمان»

1. Skovolt
2. Rivers
3. Ervin Yalom

افشاگری را به سه دسته تقسیم کرده است: افشاگری در ساختار درمان، افشاگری در احساسات این جایی و اکنونی و افشاگری در زندگی خصوصی. از دیدگاه او درمانگر باید درباره‌ی ساختار درمان و احساسات مربوط به تجربه‌ی بی‌واسطگی^۱ (این جا و اکنون) شفاف باشد، اما در افشای مسائل شخصی خود باید با احتیاط عمل کند (حیب، ۱۳۸۶).

به یک مثال از خودافشایی درمانگر در رابطه با احساسات این جایی و اکنونی توجه کنید:

درمانگر: سارا، همین الان که داشتی در مورد دشوار بودن تکالیف درمانی صحبت می‌کردی چه در ذهنت گذشت؟

سارا: این که تکالیف سختی می‌دهید توانایی مرا در نظر نمی‌گیرید.

درمانگر: خوب است، می‌خواهی بدانی که در همین لحظه در ذهن من چه می‌گذرد؟

سارا: بله.

درمانگر: این که سارا می‌خواهد بدون هیچ تلاشی تغییر کند.

سارا: اوه.

درمانگر: می‌خواهم بدانم نظرت در مورد این فکر من چیست؟

سارا: نمی‌دانم، شاید درست باشد یا نباشد.

درمانگر: منظورت چیست؟

سارا: خوب، به نظرم تا حدودی درست است. انتظار من این بود که

درمانگر خود به تنهایی مشکلات مرا حل کند، این چیزی بود که فکر می‌کردم.

درمانگر: به نظرم داشتن چنین انتظاری می‌تواند به این منجر شود که

فرد هیچ تلاشی برای انجام تکالیف نکند. چه طور است جلسه‌ی امروز را

به انتظار تو از درمان اختصاص دهیم تا خیلی چیزها روشن شود.

سارا: موافقم.

چالش با قواعد و نگرش‌ها

از آنجایی که چالش با فرض‌ها آسان‌تر از چالش با بایدها و نگرش‌هاست و ارزیابی فرض‌ها از طریق سؤال کردن در مقایسه با ارزیابی نگرش‌ها و قوانین ناهماهنگی بیش‌تری ایجاد می‌کند، بهتر است درمانگر به کمک فن پیکان رو به پایین فرض‌ها را از بایدها و نگرش‌ها بیرون بکشد و به صورت یک جمله‌ی دو عبارتی با مضمون اگر... پس... برای بیمار آشکار کند؛ آن‌گاه به کمک فنون چالشی با این بایدها و نگرش‌ها به چالش پردازد (بک، ۱۹۹۵).

درمانگر: تو عمیقاً باور داری که باید کار خودت را خودت انجام دهی (قانون) و درخواست کمک از دیگران را چیز خوبی نمی‌دانی (نگرش). می‌توانم پرسم درخواست کمک از دیگران برای تو چه معنایی دارد؟ بیمار: به این معناست که آدم بی‌کفایتی هستم.

درمانگر: در حال حاضر چه قدر به این باور اعتقاد داری که اگر از کسی درخواست کمک کنی، فرد بی‌کفایتی هستی؟ بیمار: خیلی، حدود ۷۰ درصد.

درمانگر: این باور که باید کارت را خودت انجام دهی یک قانون است، چون با «باید» همراه است. از طرفی، تو درخواست کمک از دیگران را بد می‌دانی و این نشان‌دهنده‌ی نگرش منفی تو نسبت به درخواست کمک از دیگران است.

بیمار: متوجه شدم.

درمانگر: خوب، حالا اجازه بده جمله را به صورت دیگری مطرح کنیم. برای مثال: «اگر از دیگران کمک بخواهم آن‌گاه...»

بیمار: آن‌گاه ضعف و بی‌کفایتی‌ام را به آن‌ها نشان داده‌ام.

درمانگر: پس می‌توان قاعده‌ی تو را در قالب یک فرض درآورد. مانند «اگر از دیگران کمک بخواهم، آن‌گاه ضعیف و بی‌کفایت خواهم بود». بیمار: بله، همین‌طور است.

همان‌طور که مشاهده می‌کنید درمانگر ابتدا قانون و نگرش را به فرض تبدیل می‌کند و سپس به کمک بیمار آن را به چالش می‌کشد. لیاهی (۱۳۸۸) برای چالش با بایدها سوالات مختلفی را پیشنهاد می‌کند، مانند:

* بر اساس کدام منطق یا شواهد، انسان باید این‌گونه عمل کند؟

* این قاعده را کجا یاد گرفتید؟

* آیا این قاعده برای تمام افراد قابل اجراست؟

* آیا می‌توان به جای پایبندی به این قاعده‌ی تزلزل‌ناپذیر، از یک اصل انعطاف‌پذیر تبعیت کرد؟

هدف، حذف بایدها نیست، بلکه تعدیل آنهاست. چنین چیزی به اضافه کردن تبصره‌های جدید به یک قانون قدیمی شباهت دارد. مانند:

- من باید در هر کاری با کفایت عمل کنم (قاعده).

- این امکان وجود ندارد که در همه‌ی کارها با کفایت باشم، بنابراین لازم

است به بعضی حوزه‌ها اولویت بیش‌تری بدهم (تبصره‌ی شماره‌ی ۱).

- با اولویت‌بندی حوزه‌های مورد انتظارم، تازه در همه‌ی حوزه‌ها به یک

اندازه با کفایت نخواهم بود و این طبیعی است (تبصره‌ی شماره‌ی ۲).

قواعد انعطاف‌پذیر بالا نه تنها فشاری بر فرد وارد نمی‌کند، بلکه عدول گاه‌گاهی از آنها احساسات ناخوشایندی ایجاد نخواهد کرد.

علاوه بر ایجاد تبصره برای قواعد، یکی دیگر از راه‌های چالش با قواعد

«تغییر رفتار» است. درمانگر از بیمار می‌خواهد رفتاری متفاوت در پیش

گیرد. مثلاً «اگر بیماری قاعده‌ای دارد مبنی بر این که باید به همه‌ی دوستان

و آشنایان هدیه بدهد»، درمانگر از او می‌خواهد تا هدیه دادن را متوقف کند

و نتایج احتمالی آن را بر رفتارش مورد ارزیابی قرار دهد.

تغییر نظام ارزشی به تغییر نگرش‌ها و قواعد می‌انجامد، برای مثال: درمانگر

به بیماری که خود را ملزم به دادن هدیه به دیگران می‌داند، می‌گوید:

«اگر دلم بخواهد به دوستان هدیه خواهم داد و این کار را نه به خاطر این‌که به آن‌ها ثابت کنم که دست و دلباز هستم، بلکه برای دل خودم انجام می‌دهم.»

جایگزینی پیشرفت‌گرایی به جای کمال‌گرایی

کمال‌گرایی در باورها، قواعد و فرض‌های بیماران به وضوح دیده می‌شود. بیماران معیارهای غیرواقع‌بینانه‌ای برای خود در نظر می‌گیرند و خود را ملزم به دستیابی به آن‌ها می‌دانند، درحالی‌که از توان کافی برای این کار برخوردار نیستند. چنین چیزی به قضاوت ضعیف آن‌ها اشاره دارد. لیهی (۱۳۸۸) می‌گوید: از طریق این فن که هدفش تأکید روی پیشرفت‌گرایی است تا کمال‌گرایی، بیمار می‌تواند به‌جای سروکله زدن برای دستیابی به معیارهای غیرواقع‌بینانه، به فکر بهبود عملکرد گذشته‌اش باشد، در این راستا، درمانگر به بیمار می‌گوید: «اگر تمام هم و غم شما تنها دستیابی به کمال‌گرایی باشد، بدون شک با ناکامی روبه‌رو می‌شوید. در مقابل اگر تلاش کنید به پیشرفت بیش‌تری دست یابید، ممکن است احساس کنترل بیش‌تری کنید و به ادامه‌ی کار امیدوارتر شوید. دوست دارید در کدام حوزه‌های زندگی پیشرفت کنید؟ آیا به دلیل پیشرفت‌های شخصی به خودتان افتخار می‌کنید یا به دلیل کمال‌گرایی؟ اگر افتخار شما تلاش برای پیشرفت باشد، چه پیامدی به دنبال خواهد داشت؟»

درمانگر: از این‌که از عهده‌ی کنفرانس در جلو جمع برنیامدی، ناراحت هستی؟

بیمار: بله، همین‌طور است.

درمانگر: و اگر چنین چیزی اتفاق بیفتد به چه معنایی است؟

بیمار: این‌که بی‌عرضه هستم (باور اصلی).

درمانگر: چه انتظاری از خودت داری؟

بیمار: این‌که خوب ظاهر شوم.

درمانگر: منظورت از این که خوب ظاهر شوی، یعنی چه؟
بیمار: یعنی اصلاً اشتباه نکنم، دستم نلرزد، اضطرابی نداشته باشم و ثقی
نزنم.

درمانگر: اگر با معیار کمال‌گرایی قضاوت کنی، در مورد کنفرانس حق
هیچ‌گونه اشتباه را نداری، اما اگر به جای آن با معیار پیشرفت‌گرایی
قضاوت کنی، به چه نتیجه‌ای می‌رسی؟

بیمار: خوب، اگر خوب ارائه دهم چه بهتر و اگر خوب ارائه ندهم،
فرصتی برای رشد و یادگیری بیش‌تر خواهد بود، به عبارتی تجربه‌ی
خوبی برای تسلط بیش‌تر در مهارت سخنوری خواهد بود.

درمانگر: با این حساب، با هر کنفرانسی پیشرفت بیش‌تری خواهی کرد،
حتی اگر در شروع کار خوب ظاهر نشوی.
بیمار: بله، همین‌طور است.

آزمایش رفتاری

آزمایش رفتاری فنی است که قبلاً به آن اشاره شده است. این فن نیز
برای چالش با باورهای واسطه‌ای مفید گزارش شده است. درمانگر تکلیفی
به بیمار می‌دهد تا بیمار با انجام آن تکلیف صحت و سقم باورهای
واسطه‌ای خود را مورد ارزیابی قرار دهد. این فن در مقایسه با فنون کلامی
از قدرت بیش‌تری برای تغییر و اصلاح باورهای واسطه‌ای برخوردار است.
بیمار: من نباید از دیگران انتقاد کنم.

درمانگر: حتماً برای این کار دلایلی داری؟

بیمار: بله، می‌ترسم ناراحت شوند، از من برنجند و مرا کنار بگذارند.

درمانگر: تو می‌گویی اگر از دیگران انتقاد کنی، آن‌گاه از طرف آن‌ها
طرد می‌شوی؟

بیمار: بله، همین‌طور است.

درمانگر: چه قدر به این باور اعتقاد داری؟

بیمار: فکر می‌کنم زیاد، حدود ۹۰ درصد.
درمانگر: حال می‌خواهم سؤالی بپرسم، آیا به دوستان انتقادی هم وارد

است؟

بیمار: بله، آن‌ها اشکالاتی دارند، گاهی وقت‌ها از رفتارشان می‌رنجم.
درمانگر: وقتی از آن‌ها رنجیده می‌شوی، چگونه رنجش خود را بیان

می‌کنی؟

بیمار: از انتقاد کردن نسبت به آن‌ها خودداری می‌ورزم. چون می‌ترسم ناراحت شوند.

درمانگر: چه‌طور است این هفته تکلیفی به شما بدهم، این‌که از یکی یا دوتا از دوستان که با آن‌ها روابط نزدیک و صمیمانه‌ای داری، انتقاد کوچکی بکنی.

بیمار: خوب تکلیف آسانی نیست، ولی...

درمانگر: ولی...؟

بیمار: ولی تلاشم را می‌کنم.

درمانگر: ما می‌خواهیم این فرضیه‌ی شما را به بوته‌ی آزمایش بگذاریم و ببینیم آیا واقعاً انتقاد تو از آن‌ها، باعث می‌شود که آنان تو را کنار بگذارند؟

بیمار: به‌نظر نوعی خطر کردن است.

درمانگر: خطر کردن گاهی اوقات لازم است و در زندگی اجتناب‌ناپذیر است.

بیمار: باشد، ولی از انتقادهای جزئی شروع می‌کنم.

درمانگر: اشکالی ندارد.

فن منشور حقوق بشر

لیهی (۱۳۸۸) بر این باور است که می‌توان به بیماران توصیه کرد منشور اعلامیه‌ی حقوق بشر را مطالعه کنند، مخصوصاً بخش‌های مربوط به حق

زندگی، حق سواد و شادکامی. فرض‌ها و قواعد جدید و قدیم را می‌توان با این حقوق اساسی بشر مقایسه کرد. درمانگر می‌تواند به بیمار بگوید: «تو به عنوان یک انسان حق و حقوق خاصی داری. در منشور اعلامیه‌ی حقوق بشر، حقوقی مثل زندگی، سواد و شادکامی برای انسان مسلم فرض شده‌اند. چه‌طور است منشور جدیدی از حقوق انسانی برای تو تهیه کنیم. در نظر داشته باش که چنین حقوقی را نه تنها برای تو، بلکه برای هر انسانی به کار می‌بریم. برخی از این حقوق عبارتند از: حق رهایی از اضطراب، افسردگی و خشم، حق پذیرش خویش، حق کنجکاوی و چالشگری، حق یادگیری از اشتباهات و حق پذیرش افرادی که ضعف‌هایی دارند و کامل نیستند» (حمیدپور و اندوز، ۱۳۸۸).

درمانگر به یک بیمار کمال‌گرا که اعتیاد به کار دارد، می‌گوید:

درمانگر: به نظر تو انسان حق تفریح و لذت بردن دارد؟
بیمار: بله.

درمانگر: حتماً برای این کار دلیلی داری؟

بیمار: خوب، بله. به عنوان یک انسان، آن‌ها نیاز به تفریح دارند و حق دارند از زندگی لذت ببرند.

درمانگر: خوب، پس نیاز خودت چه می‌شود؟ تو سخت کار می‌کنی و برای تفریح و فعالیت‌های لذت‌بخش وقت نمی‌گذاری.

بیمار: به نظر من نسبت به خود خیلی سخت‌گیر هستم.

درمانگر: انگار حقوق چندانی برای خود قایل نیستی.

بیمار: فکر می‌کنم حق تفریح و لذت بردن از زندگی را از خود گرفته‌ام.

فصل ششم

باورهای اصلی و چالش با آنها

باورهای اصلی^۱، باورهای بنیادی درباره‌ی خود، دیگران و جهان هستند که تحت تأثیر تجارب و تعامل فرد با والدین و دیگر اطرافیان نزدیک در سال‌های اولیه‌ی زندگی شکل می‌گیرند و تا پایان عمر با فرد همراه هستند. باورها می‌توانند مثبت یا منفی باشند. اکثر مردم هر دو نوع باور را دارند، اما ممکن است برخی از افراد باورهای منفی یا مثبت بیش‌تری داشته باشند. در زیر نمونه‌ای از باورها را مشاهده می‌کنید:

باور اصلی مثبت درباره‌ی خود	باور اصلی منفی درباره‌ی خود
جالب هستم	به درد بخور نیستم
باهوش هستم	بی‌عرضه‌ام
ارزشمند هستم	زشت هستم
باور اصلی مثبت درباره‌ی جهان	باور اصلی منفی درباره‌ی جهان
دنیا حساب و کتاب دارد	دنیا جای امنی نیست
با هر دست بدهی با همان دست می‌گیری	قانون جنگل در دنیا حاکم است
	در کار جهان حساب و کتاب وجود ندارد
باور اصلی مثبت درباره‌ی دیگران	باور اصلی منفی درباره‌ی دیگران

1 . core beliefs

دیگران اهل سوءاستفاده‌اند

مردم قابل اعتمادند

مردم غیرقابل اعتماد هستند

مردم حمایت‌کننده‌اند

باورها برداشت‌هایی مطلق، کلی و انعطاف‌ناپذیر هستند و بر چگونگی ادراک و برداشت ما از رویدادها تأثیر می‌گذارند و از آنجایی که باورهای اصلی درباره‌ی خود، جهان و دیگران از دوران کودکی شکل می‌گیرند مراجع در طول رشد، شواهدی به نفع آن‌ها جمع می‌کند و شواهدی را که خلاف باورهای او هستند، نادیده می‌گیرد یا کم‌رنگ می‌کند، این فرایند تحریف شناختی در پردازش اطلاعات نامیده می‌شود. تحریف‌ها فرد را از دسترسی به اطلاعات ناب محروم می‌کنند.

افراد مطابق با فرض‌های بنیادی خود رفتار می‌کنند، کسی که بر این باور است «دوست‌داشتنی نیستم»، به دیگران نزدیک نمی‌شود. با تغییر باور بنیادی رفتار هم تغییر می‌کند.

باورها در قالب کلمات کلی یا یک جمله خبری ساده بیان می‌شوند، مانند: «من بی‌ارزش هستم».

بین باورها و طرح‌واره تفاوت وجود دارد. از نظر بک (۱۹۶۴) طرح‌واره‌ها، سازه‌های شناختی درون ذهن هستند که باورهای بنیادی محتوای اختصاصی آن‌ها را تشکیل می‌دهند.

باورها، به ویژه باورهای منفی، عموماً خاموش هستند، تا زمانی که رویداد خاصی به عنوان برانگیزاننده، یک باور فعال اما خاموش را بیدار کند. درست مانند کوه آتش‌فشان که مدت‌ها خاموش بوده است، اما در شرایطی خاص فعال می‌شود. با فعال شدن این آتش‌فشان هیجانات (دودها و گازها) و افکار خودآیند (گدازه‌ها) فوران می‌کنند و سرزمین ذهن فرد را درمی‌نوردند.

فصل ششم: باورهای اصلی و چالش با آن‌ها ۱۴۵

تجربیه اولیه	← شکل‌گیری باورها	← رویداد استرس زا	← فعال شدن باورها	← افکار خودآیند منفی	← هیجانات ناخوشایند
-----------------	----------------------	-------------------------	-------------------------	----------------------------	------------------------

فنل (۱۹۸۹) می‌گوید: باورهای اصلی ناکارآمد چند مشخصه‌ی اصلی دارند (هاوتون و همکاران، ۱۳۸۰):

- ۱- باورهای ناکارآمد واقعیت تجربه‌ی انسانی را منعکس نمی‌کنند. مثلاً این باور که «همیشه باید قوی باشم» آسیب‌پذیری انسان را نادیده می‌گیرد، به همین دلیل «غیرمنطقی» است.
- ۲- باورهای ناکارآمد انعطاف‌ناپذیر، افراطی و کلی هستند.
- ۳- باورهای ناکارآمد به جای آن‌که رسیدن به اهداف را آسان کنند، آن را دشوارتر می‌کنند، مانند زمانی که معیارهای کمال‌گرایی اضطراب ایجاد می‌کنند و اضطراب جلو پیشرفت را می‌گیرد.
- ۴- سرپیچی از باورهای ناکارآمد هیجان‌های افراطی و شدیدی ایجاد می‌کند، هیجان‌هایی مانند افسردگی و ناامیدی، دل‌تنگی و تأسف. وقتی دوره‌ی آن‌ها تمام شد، هیجان‌های مثبت تجربه شده نیز به همان میزان خود را قوی نشان می‌دهند، یعنی به جای لذت یا خشنودی، وجد و سرور می‌نشینند.
- ۵- باورهای ناکارآمد در برابر تجارب معمولی نسبتاً مقاومند، به عبارتی به راحتی اصلاح نمی‌شوند و تغییر نمی‌کنند چون تا اندازه‌ای ناخودآگاه هستند.

بک (۱۹۹۵) باورهای اصلی را چنین توصیف می‌کند:
باورهای اصلی تنها یک عقیده هستند و ضرورتاً واقعیت را منعکس نمی‌کنند. گرچه فرد ممکن است به درست بودن آن اعتقاد زیادی داشته باشد، اما واقعیت چیز دیگری است.

باورهای اصلی فرضیه‌هایی هستند که آزمون‌پذیری آن‌ها باید مورد بررسی قرار گیرد. آن‌ها ریشه در رویدادهای کودکی دارند و سوگیری در پردازش اطلاعات باعث تداوم آن‌ها می‌شود، زیرا به اطلاعاتی که به نفع آن‌هاست، توجه می‌شود، در حالی که اطلاعات مغایر با آن‌ها، نادیده گرفته می‌شود.

طبقه‌بندی باورهای اصلی

وقتی بیمار از افکار، احساسات، مشکلات و تاریخچه‌اش می‌گوید، با توجه به محتوای صحبت بیمار می‌توان طبقه‌ای را که باور اصلی به آن متعلق است، بیرون کشید. بک (۱۹۹۵) باورهای اصلی مربوط به خود را به دو دسته تقسیم کرده است: باورهایی که با درماندگی^۱ مرتبط هستند و باورهایی که با دوست‌داشتنی^۲ نبودن ارتباط دارند. برخی از بیماران تنها یک طبقه و برخی دیگر هر دو دسته از باورها را دارا هستند.

باورهای اصلی مربوط به دوست‌داشتنی نبودن

- * دوست‌داشتنی نیستم.
- * محبوب نیستم.
- * جالب نیستم.
- * خواستنی نیستم.
- * بد هستم.
- * بی‌ارزش هستم.
- * با بقیه فرق دارم.
- * به اندازه‌ی کافی خوب نیستم.
- * به دردبخور نیستم.
- * قابل توجه نیستم.

1 . helplessness
2 . lovelessness

باورهای اصلی مربوط به درماندگی

- ‡ من ضعیف هستم.
- ‡ درمانده هستم.
- ‡ ناتوان هستم.
- ‡ بی کفایت هستم.
- ‡ من شکست خورده‌ام.
- ‡ من بی فایده هستم.
- ‡ بی خاصیت هستم.
- ‡ بی عرضه هستم.
- ‡ من قابل احترام نیستم.
- ‡ به اندازه‌ی کافی خوب نیستم.

برای مثال بیماری می‌گوید: «احساس تنهایی می‌کنم»، «برای هیچ‌کس جالب نیستم»، «احساس می‌کنم کسی مرا دوست ندارد» و «دوست‌داشتنی نیستم». باورهای اصلی این بیمار در طبقه‌ی باورهای دوست‌داشتنی نبودن قرار می‌گیرد. بیمار دیگری می‌گوید: «از شکست می‌ترسم»، «در تمرکز مشکل دارم»، «در کارم موفق نیستم»، «نمی‌توانم در جمع ابراز وجود کنم»، «از دیگران عقب افتاده‌ام». باورهای اصلی این بیمار در طبقه‌ی باورهای مربوط به درماندگی قرار می‌گیرد.

بیماران با تشخیص‌های محور یک (تقریباً همه اختلالات روان‌پزشکی) ممکن است هم باورهای اصلی منفی و هم مثبت داشته باشند و به گروهی از این باورها اعتقاد داشته باشند، اما در شرایط خاصی مانند زمانی که هیجان‌های منفی را تجربه می‌کنند، باورهای مثبت آن‌ها رنگ می‌بازند و باورهای منفی آشکار می‌شوند و جای باورهای مثبت را می‌گیرند. اما بیماران مبتلا به اختلالات شخصیتی (تشخیص‌های محور دو) ممکن است هیچ باور اصلی مثبتی در مورد خود، دیگران یا جهان نداشته باشند. اگر هم چنین باورهایی در حد محدود وجود داشته باشد، ممکن است چندان به آن‌ها اعتقاد نداشته باشند.

فراخوانی باورهای اصلی

تشخیص باورهای اصلی بسیار دشوارتر از تشخیص افکار خودآیند منفی است و به مهارت خاصی نیاز دارد. البته چگونگی شناسایی و اصلاح باورهای اصلی از فردی به فرد دیگر متفاوت است. برخی بیماران آسان‌تر می‌توانند باورهای اصلی خود را شناسایی کنند، درحالی‌که شناسایی و اصلاح آن برای اغلب مردم دشوار است.

درمانگر در یک جمله مفهوم باور اصلی را برای بیمار شرح می‌دهد تا ببیند آیا بیمار متوجه آن شده است یا خیر. برای درک بهتر بیمار، لازم است درمانگر مثالی بزند، با این وجود ممکن است برخی بیماران در شناسایی باورهای اصلی مشکلات پیش‌تری داشته باشند، درحالی‌که برخی دیگر از بیمارانی که پریشانی روان‌شناختی قابل توجهی را تجربه می‌کنند، راحت‌تر می‌توانند باورهای اصلی خود را آشکار کنند (زیرا باورها می‌توانند در جلسه فعال شوند). از طرفی باورهای اصلی منفی بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت با دشواری پیش‌تر شناسایی می‌شوند (بک و همکاران، ۱۹۹۰)، زیرا آن‌ها باورهای اصلی مثبت کم‌تری دارند و باورهای اصلی منفی آن‌ها در هم تنیده هستند و شبکه‌ای را تشکیل می‌دهند که هر باوری، باور دیگر را حمایت و تأیید می‌کند. البته در بیماران مبتلا به اختلالات شخصیتی تشخیص و اصلاح باورهای اصلی انعطاف‌ناپذیر و بادوام (مانند من بد هستم) در مراحل اولیه‌ی درمان آغاز می‌شود، زیرا این باورها در بسیاری از موقعیت‌ها فعال می‌شوند، چون دیدگاه بیمار نسبت به خود، دیگران و جهان مبتنی بر آن‌هاست. چنان‌چه دیوید سون^۱ (۲۰۰۰) می‌گوید که باورهای اصلی، افکار خودآیند بیماران مبتلا به اختلالات شخصیتی هستند. فنون زیادی برای تشخیص باورهای اصلی وجود دارد که عبارتند از:

فن پیکان رو به پایین، عبارات عطفی^۲، تکمیل جمله، باورهای اصلی که

1. Davidson
2. conjunctive phrase

در قالب افکار خودآیند ظاهر می‌شوند. (بک، ۱۹۹۵)، خاطرات و سخنان افراد خانواده، خودارزیابی‌های کلی، خلاق بالا، تعریف‌های شناختی و موضوع‌هایی که در جریان درمان خود را نشان می‌دهند. (فنل، ۱۹۸۹، به نقل از هاوتون و همکاران، ۱۳۸۰).

فن پیکان رو به پایین

این فن که اولین بار توسط برنز (۱۹۸۹) مطرح شد، می‌تواند باورهای خاموش و پنهان شده را بیرون بکشد. درمانگر به کمک این فن، به جای آن‌که با افکار خودآیند به مقابله برخیزد «فرض را بر درست بودن فکر خودآیند» می‌گذارد و پیش می‌رود. درمانگر با این سؤال که «گیرم که این فکر درست باشد، برای تان چه معنایی دارد؟» آن‌قدر پیش می‌رود تا فرضیه‌ی خاموش را آشکار کند. از جمله امتیازهای مهم این روش شناسایی باورها و طرز تلقی‌های غیرانطباقی در کوتاه‌ترین زمان ممکن است:

درمانگر: چه در ذهنت گذشت، وقتی شنیدی در امتحان رد شدی؟
بیمار: این‌که چه قدر وحشتناک است من این درس را افتادم، من شکست خوردم.

درمانگر: با شنیدن نتایج امتحان این فکر به ذهنت آمد که شکست خوردی، اگر چنین چیزی درست باشد برای تو چه معنایی دارد؟
بیمار: یعنی من خنگ هستم.

به مثالی دیگر توجه کنید:

درمانگر: گفتم امروز با هم‌اتاقی‌ات مشاجره داشتی و خیلی خشمگین شدی، می‌توانم بپرسم در آن لحظه در ذهنت چه گذشت؟
بیمار: بله، من از دست او خیلی عصبانی شدم، زیرا به نظرم حرف حساب در کله‌اش نمی‌رفت.
درمانگر: چه فکری به ذهنت آمد؟

بیمار: می‌خواهد به من زور بگوید، می‌خواهد از من سواری بگیرد.
 درمانگر: و اگر چنین چیزی درست باشد، برای تو چه معنایی دارد؟
 بیمار: مردم ضعیف‌کش و قالتاق هستند و اگر جلو آن‌ها کوتاه بیایی
 فکر می‌کنند هالو و ابله هستی.

بهتر است درمانگر چگونگی شکل‌گیری باور اصلی را برای بیمار توضیح
 دهد تا متوجه شود که آیا بیمار به خوبی آن را درک کرده است یا نه؟
 درمانگر: این فکر که خنگ هستم «یک باور اصلی» نامیده می‌شود.
 می‌خواهم درباره‌ی آن برایت توضیح دهم. باورهایی که درباره‌ی خودمان،
 دیگران یا جهان داریم، از دوران کودکی به وجود می‌آیند و در ارتباط ما
 با اطرافیان ریشه دارند. وقتی چنین باورهایی شکل گرفتند، تا سال‌های
 سال وجود خواهند داشت و تقویت می‌شوند، زیرا در فرایند پردازش
 اطلاعات سوگیری ایجاد می‌کنند، به طوری که فرد ناخودآگاه سعی
 می‌کند اطلاعاتی را که به نفع آن‌ها وجود دارد، پررنگ کند و اطلاعات
 برخلاف آن‌ها را نادیده بگیرد. چنین چیزی به تداوم و تقویت باورهای
 اصلی منفی منتهی می‌شود. این باورها با هیجانات در ارتباط هستند، زیرا
 در حالت عادی زمانی که آرام هستید، این باورها خاموش هستند، انگار که
 وجود ندارند یا وجود دارند، ولی شما اعتقادی به آن‌ها ندارید. اما وقتی
 افسرده یا مضطرب می‌شوید، سر و کله‌ی آن‌ها پیدا می‌شود و شما به
 آن‌ها اهمیت می‌دهید و به همین دلیل نسبت به آن‌ها اعتقاد پیدا می‌کنید
 و اگر شواهدی برخلاف آن‌ها ببینید، به آن شواهد توجه می‌کنید و سعی
 می‌کنید تجارب و شواهد خود را به نحوی تحریف کنید تا با دیدگاه شما
 جور درآید. آیا توضیحات من کافی بود؟
 بیمار: بله، متشکرم.

بک بر این باور است که به کمک فن پیکان رو به پایین نه تنها می‌توان