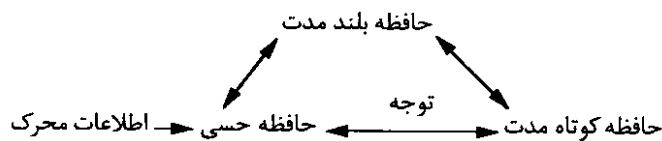


## نکاتی پیرامون رفتار درمانی شناختی

### نهاله مشتاق

انستیتو روانپزشکی تهران

فعالیت، عمدتاً در ارتباط با سازمان بندی و آرایش اطلاعات وارده است (قاسم‌زاده ۱۳۷۹). انسان نیز اطلاعات را از دنیای بیرون دریافت می‌کند، تبدیل به علایم عصب شناختی می‌نماید و بعدها بر مبنای اطلاعات اندوخته شده رفتارهای مختلفی از او سر می‌زند. عده‌ای مجموعه این فرآیندها را دیدگاه «پردازش اطلاعات» نام نهادند (گوئنتر ۱۹۹۸). آنچه را که گفتیم، می‌توان به طور خلاصه، به صورت شکل زیر نمایش داد (آشکرافت ۱۹۹۸):



مطابق این مدل، پردازش آگاهانه بازنمایی‌های روانی (اطلاعات) در حافظه کوتاه مدت انجام می‌شود، در حالی که حافظه بلند مدت، از سازمان طرحواره‌ای، به شکل فرآیندهای ناخودآگاه برخوردار است (سیزل ۱۹۹۵). یعنی مجموعه‌ای از باورها و فرض‌های پایه که از تجارب اولیه و همانندسازی با افراد مهم زندگی تشکیل شده‌اند (بک و وایشار ۱۹۸۹). مهمترین مشخصه طرحواره، محتوای آن است. محتوا معمولاً به صورت تعمیمی در چارچوب گرایش‌ها، هدف‌ها، ارزش‌ها و تصورات فرد، خود را نشان می‌دهد (قاسم‌زاده ۱۳۷۹). طرحواره‌ها بر فرآیندهای شناختی آگاهانه مانند توجه، رمزگذاری، باز نمایی اطلاعات و استنتاج‌ها اثر می‌گذارند (میلون ۱۹۹۹). چندین جنبه از دستگاه شناختی که مورد مطالعه قرار گرفته‌اند عبارتند از: تفکر، توجه، حافظه، تصویرسازی ذهنی، نگرانی و فرا شناخت (گلدنر ۱۹۹۶).

به طور کلی مفاهیم مدل «پردازش اطلاعات» در شکل‌گیری درمان‌های معطوف به بازسازی شناختی به کار گرفته شدند (بک و وایشار ۱۹۸۹). این

### خلاصه

رفتار درمانی شناختی، رشد و توسعه جدیدی در درمان روانشناختی به شمار می‌آید. با این همه توانسته است علاقه فراوانی را در متخصصان بالینی، به خود معطوف سازد. در این شیوه درمانی، به بیمار کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتار ناکارآمد خود را تشخیص دهد. برای این منظور از بحث‌های منظم و تکلیف رفتاری دقیقاً سازمان یافته‌ای استفاده می‌شود. در جنبه‌هایی از درمان، تأکید، عمدتاً رفتاری و در جنبه‌های دیگر شناختی است. رفتار درمانی شناختی بر آن است تا فرد را در یافتن یا زمینه زبانی، اجتماعی و فرهنگی خود قرار دهد و با تکیه بر اصول و قواعد برخاسته از رشته‌های مختلف روانشناسی و سایر علوم وابسته، سالم زیستن و «سالم اندیشیدن» را به او بیاموزد.

### ارتباط بین رفتار درمانی شناختی و علم شناخت پایه

پس از انتشار مقاله واتسون در سال ۱۹۱۳ در مجله Psychological Review تا دهه ۱۹۵۰ رفتارگرایی در آمریکا حاکم بود. به تدریج به علت عدم کارایی تکنیک‌های رفتار درمانی در حل مشکلاتی که طی جنگ جهانی دوم پیش آمد و همچنین رشد وسایل ارتباطی، بخصوص رایانه به عنوان یک ماشین اندیشمند، روانشناسان به رویکرد جدیدی گرایش پیدا کردند. این عوامل منجر به تغییر و تحولاتی شد که «انقلاب شناختی» (cognitive revolution) نام گرفت. محققان به طور وسیعی از رفتارگرایی اورتودوکسی روی گردان شدند و به شناخت‌گرایی تمایل پیدا کردند. مقاله چامسکی (Chomsky) در مورد کتاب «رفتار کلامی» اسکینر (Skinner) که در سال ۱۹۵۹ منتشر شد، سهم قابل توجهی در این جریان داشته و امروزه «مانیفست شناختی» نام گرفته است (آشکرافت ۱۹۹۸).

گسترش ماشین‌های پردازش‌کننده اطلاعات، مسأله شباهت بین مغز انسان و کارکرد این ماشین‌ها را مطرح کرد. امروزه جای شکی باقی نمانده است که ذهن در برخورد با جهان خارج دخالت می‌کند و این دخالت و

که دخالت دادن مفهوم شناخت در رفتار درمانی از لحاظ بالینی، امکان بیشتری برای جولان تکنیکی فراهم آورد (قاسم زاده ۱۳۷۰). رفتار درمانی عمدتاً در زمینه کاهش اضطراب و غلبه بر رفتارهای اجتنابی موثر بود، اما موفقیتی در زمینه درمان افسردگی به دست نیآورده بود. با در نظر گرفتن عناصر شناختی و عدم موفقیت روش‌های رفتاری، افسردگی اولین هدف شناخت درمانی قرار گرفت. بک و ایس برجسته‌ترین پیشگامان شناخت درمانی محسوب می‌شوند. هر دو اعتقاد دارند که اکثر اختلالات [روانی] ناشی از شناخت‌ها و / یا پردازش شناختی معیوب هستند. روش درمانی هر دوی آنها شامل اصلاح این شناخت‌ها / فرآیندهای معیوب، تمرکز بر مشکلات جاری و تمرینات رفتاری می‌باشد (راچمن ۱۹۹۶).

روش خودآموزی مایکن بوم (Meichenbaum) که بر مبنای درمان منطقی - عاطفی ایس و نظریه لوریا درباره نقش گفتار در کنترل رفتار قرار دارد، به عنوان یکی دیگر از روش‌های بازسازی شناختی مورد توجه قرار گرفت. در همین چارچوب باید به نظریه «شیوه تبیین» سلیگمن (Seligman) اشاره کرد. او شناخت درمانی را بهترین روش درمان افسردگی می‌داند که در آن سعی می‌شود شیوه تبیین در بیمار، مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد و تفسیر بیمار از رویدادها «منعطف»، «اختصاصی» و «بیرونی» شود (قاسم زاده ۱۳۷۰). ویلسون (۱۹۸۹) معتقد است که رفتار درمانی طیف وسیعی از روانشناسی محرک - پاسخ صرف تا تغییر شناختی - رفتاری را در بر می‌گیرد. به نظر وی، وجه مشترک دیدگاه‌های مختلف این طیف اعتقاد به وجود مدل یادگیری برای رفتار انسان و تعهد به روش‌های علمی است.

در فرآیند تلفیق رفتار درمانی و شناخت درمانی، با یکدیگر تاکید رفتار درمانی بر تجربه‌گرایی در شناخت درمانی جذب شده است. سبک تحقیقات رفتارگرایی با تاکید بر وجود گروه کنترل، طرح‌های آماری و یکپارچگی درمان نیز در شناخت درمانی پذیرفته شده‌اند. از سوی دیگر، مفاهیم شناختی نیز در رفتار درمانی جذب شدند (راچمن ۱۹۹۶).

شناخت درمانی از تکنیک‌های رفتاری برای اصلاح افکار خودآیند استفاده می‌کند. همچنین، از این تکنیک‌ها برای گسترش ذخایر پاسخ بیماران (آموزش مهارت‌ها)، آرمیدگی، برنامه‌ریزی فعالیت‌های روزانه یا قرار دادن بیماران در معرض محرک‌هایی که آنها را وحشت زده می‌کند (exposure therapy) نیز استفاده می‌شود (بک و وایشار ۱۹۸۹).

به این ترتیب، شاید بتوان گفت تنها وجه اشتراک بین روش‌های رفتاری و روش‌های شناختی در شیوه کاربرد آنها و تکیه بر تمرین و ممارست و تاکید بر ارزیابی باشد. اما این که آیا این وجه اشتراک کافی است تا به یک پیوند اصولی بین رفتار و شناخت دست یافت یا نه، خود مسأله‌ای

درمان‌ها بر نحوه ادراک فرد از وقایع زندگی، توجه، سازماندهی افکار و ارتباط واکنش‌ها و عقاید فرد با دیگران تمرکز دارند (میلون ۱۹۹۹). اما اگرچه شناخت درمانی طی دوره‌ای به وجود آمد که روانشناسی به طور کلی و به شدت در راستای تبیین‌های شناختی حرکت می‌کرد، شکافی میان این دو جریان - یعنی شناخت درمانی از یک سوی و علوم شناختی از سوی دیگر - موجود بود. تیزدیل (Teasdale) در سال‌های اخیر اذعان داشت که پیدایش شناخت درمانی برای درمان افسردگی تا حدود زیادی جدا از علوم شناختی صورت گرفته است. دو شکل برجسته شناخت درمانی (درمان‌های بک و ایس) در چشم انداز عمومی با علوم شناختی همخوانی دارند اما در نظریه پرداز، واژگان فنی و روش‌شناسی همگونی اندکی دیده می‌شود (راچمن ۱۹۹۶).

رویکرد رفتار درمانی شناختی خود از تلفیق دو رویکرد رفتار درمانی و رویکرد شناختی - چه در قالب شناخت درمانی و چه در چارچوب روانشناسی شناختی و دانش شناخت پایه - پدید آمد. امروزه این رویکرد نظریه‌ها و گرایش‌های نسبتاً متفاوتی را در خود جای داده است. شاید بتوان گفت تنها وجه مشترک آنها توجه به نقش میانجی‌گری فرآیندهای شناختی در پردازش اطلاعات و در بروز واکنش فرد به محرک‌ها است (هاوتون و همکاران ۱۹۸۹؛ ترجمه قاسم زاده ۱۳۷۶). راهبرد کلی، ترکیبی از مداخلات گفتاری و تکنیک‌های تغییر رفتار است که شامل کمک به مراجعان در شناسایی شناخت‌های غلط خود، آزمون مبانی شناخت‌ها و تصحیح مفهوم‌سازی‌های تحریف شده و عقاید ناکارآمد می‌باشد (بک و راش ۱۹۹۵).

### نحوه تلفیق رفتار درمانی و شناخت درمانی

تغییر مسیر در رفتار درمانی از سمت روانشناسی محرک - پاسخ که عمدتاً زیر نفوذ مدل‌های شرطی سازی جانوران قرار داشت، به سوی عوامل شناختی، از زمانی مطرح شد که بندورا (Bandura) کتاب مشهور خود را به نام «اصول تغییر و اصلاح رفتار» در سال ۱۹۶۹ منتشر کرد (قاسم زاده ۱۳۷۰). بندورا فرآیندهای شناختی را در تعیین رفتار آدمی بسیار مهم می‌داند. بنا بر تئوری او، اگر این فرآیندها واقعیت را به درستی منعکس نکنند، موجب رفتار ناسازگار می‌شوند. بندورا چند دلیل برای ایجاد فرآیندهای شناختی معیوب عنوان می‌کند، از جمله ارزیابی بر حسب ظاهر، اطلاعات حاصل از شواهد ناکافی و پردازش غلط اطلاعات (هرگنهان و السون ۱۹۹۳؛ ترجمه سیف ۱۳۷۴).

این تاکید بر عناصر شناختی در رفتار درمانی مورد قبول برخی از رفتار درمانگران، از جمله ولپه (Wolpe) قرار نگرفت، اما نمی‌توان انکار کرد

است که باید به آن پاسخ داد (قاسم زاده ۱۳۷۰).

### فرآیند ارزیابی در رفتار درمانی شناختی

اندازه‌گیری در تمامی رشته‌های علوم نقش اساسی دارد، زیرا پیش نیاز اصلی آن فهم و پیش‌بینی پدیده‌های طبیعی است. در علوم مانند فیزیک و زیست‌شناسی که محقق با متغیرهای ملموس سروکار دارد، کمی‌سازی دقیق بسیاری از فرآیندها امکان‌پذیر است. اما وقتی فرآیندهای روانی مد نظر باشد، ارزیابی و اندازه‌گیری بسیار مشکل و چالش‌انگیز خواهد بود (باتلر و ساتز ۱۹۹۵). تکنیک‌های ارزیابی روانشناختی برای تعیین عوامل شناختی، هیجانی، شخصیتی و رفتاری سهیم در آسیب‌شناسی روانی فرد طراحی شده‌اند (دویسون و نیل ۱۹۹۸). در این تکنیک‌ها سعی بر این است که فرد در یک موقعیت مشکل به گونه‌ای که اطلاعات به دست آمده به نحوی در حل مشکل کمک کند ارزیابی شود (گراث - مارنات ۱۹۹۰؛ ترجمه شریفی ۱۳۷۵). به نظر کرونباخ (Cronbach) کلیه روش‌هایی که در سنجش و ارزیابی ویژگی‌های آدمی به کار می‌روند بر دو فلسفه مهم استوارند: نظریه روان‌سنجی و نظریه طرح و هیأت کلی. روش روان‌سنجی جنبه‌های معینی از خصایص مانند استعداد، توانایی و پیشرفت آدمی را بر اساس مقادیر کمی و عددی برآورده می‌کند. این نظریه بر عقیده ترندایک (Thorndike) مبتنی است که می‌گوید: «اگر چیزی وجود داشته باشد دارای کمیت است و آنچه دارای کمیت است قابل اندازه‌گیری است». نظریه طرح و هیأت کلی در پی آن است که تصویری جامع و توصیف‌کننده از ویژگی‌های آدمی به دست آورد. این روش در جستجوی نشانه‌ها و قراین مهم رفتارها و ویژگی‌های انسان با استفاده از همه روش‌ها و وسایل ممکن و از طریق در هم آمیزی تمام اطلاعات به دست آمده است تا بتواند ضمن تهیه تصویری جامع از خصایص فرد، به شناخت پویایی آدمی دست یابد. بر اساس این نظریه، اندازه‌گیری کمی خصایص آدمی کمتر مورد توجه است. بر عکس، چگونگی و جرایبی بروز رفتارهای آدمی بیشتر مورد تأکید قرار می‌گیرد. ارزیابی بر مبنای این نظریه بیشتر بر روش‌های مشاهده رفتار، داده‌های توصیفی و گزارش‌های شخصی مبتنی است (شریفی ۱۳۷۵).

ارزیابی بالینی متخصص را در درک مشکل مراجع، علل احتمالی، راه‌حل‌های مختلف و اثر مداخلات درمانی یاری می‌کند. مصاحبه و استفاده از آزمون‌های روانشناختی مختلف، در زمره روش‌های شناخته شده ارزیابی روانی می‌باشند. همگام با رشد رویکردهای شناختی و رفتاری، محققان بتدریج به روش‌هایی که با آزمون‌های متعارف از قبیل رورشاخ، TAT و MMPI تفاوت داشت گرایش پیدا کردند. آزمون‌های فوق بیشتر سعی دارند

ساختارهای زیر بنایی شخصیت، از قبیل پارانویا، پرخاشگری، وسواس و ... را اندازه‌گیری کنند. اما متخصصانی که رویکرد شناختی - رفتاری دارند اغلب چهار گروه متغیر را ارزیابی می‌کنند که بطور خلاصه SORC نامیده می‌شوند. منظور از S (stimuli) موقعیت‌های محیطی مقدم بر مشکل مطرح شده است. عامل O (organismic) به عوامل جسمی و روانی دخیل در مساله اشاره می‌کند. منظور از R (response) پاسخ‌های آشکار است که رفتار ناپه‌نجا، بسامد، شدت و شکل آن را مشخص می‌کند و بالاخره C (consequent variable) به تمام وقایعی که رفتار مورد نظر را مورد تشویق یا تنبیه قرار می‌دهند، اشاره دارد (دویسون و نیل ۱۹۹۸). ارزیابی شناختی - رفتاری بر اساس اصول ساده‌ای استوار است و هدف‌های کاملاً مشخصی را دنبال می‌کند. نخستین و شاید مهمترین اصل ارزیابی شناختی - رفتاری این است که چگونگی رفتار هر فرد را در موقعیت‌های مستقیم (بی‌واسطه) و تفسیر او از این موقعیت‌ها تعیین گردد. بنابراین در ارزیابی، توجه اصلی به این موقعیت‌ها معطوف می‌شود و آنچه مورد تأکید قرار می‌گیرد مسایل اختصاصی و نه مسایل کلی است.

بطور خلاصه می‌توان مشخصات فرآیند ارزیابی را به شرح زیر مطرح نمود:

- ۱- در ارزیابی بر این امر تأکید می‌شود که امکان تغییر وجود دارد.
- ۲- در مورد میزان دستاوردها در درمان حدود منطقی تعیین می‌شود.
- ۳- بیمار را متوجه می‌سازد که با توجه به رویدادهای درونی و بیرونی می‌توان نوسان‌هایی را در شدت ناراحتی پیش‌بینی کرد.
- ۴- همدردی و توجه درمانگر حین فرآیند ارزیابی به مقدار زیادی بیمار را تسکین می‌دهد.
- ۵- موارد اضطراری را تعیین می‌کند.
- ۶- درمانگر و بیمار درباره ضابطه‌بندی و طرح درمانی به توافق می‌رسند (هاوتون و همکاران ۱۹۸۹؛ ترجمه قاسم‌زاده ۱۳۷۶).

### زمینه‌ها و موانع رشد درمانهای شناختی - رفتاری در

#### ایران

جهت بررسی زمینه‌های مطلوب رشد درمانهای روانشناختی بطور اعم و رویکرد رفتاری شناختی بطور اخص در ایران، نگاهی به خصوصیات روان‌شناختی و فرهنگی ایرانیان ضروری است. ویلیام بیمن، انسان‌شناس آمریکایی که چند سال در ایران به مطالعه و تحقیق در زمینه فرهنگ مردم پرداخته است، در کتابی که در سال ۱۹۸۶ در همین مورد منتشر کرده می‌نویسد: «عامل کلیدی در فهم رفتارهای اجتماعی و سیاسی ایرانیان، فهم

نشان می‌داد و کارکرد تمایزی، خواه مربوط به چشیدن نوشیدنی باشد خواه مربوط به شناخت هیجان‌ها، شدیداً تحت تأثیر زبان است (لین و همکاران ۱۹۹۷)

با توجه به این که مرزبندی و اطلاق اصطلاحات هیجانی میان ایرانیان چندان دقیق نیست، شاید بتوان از مطالب فوق نتیجه گرفت که لازم است نحوه تمایز حالات هیجانی با دقت بیشتری آموزش داده شود. به تعبیر ویگوتسکی اندیشه خود به کمک گفتار شکل می‌گیرد و در کلمه کامل می‌شود (لوریا ۱۹۸۲، ترجمه قاسم زاده ۱۳۷۶). به این ترتیب، شاید به کارگیری کلمات نارسا و مبهم در مورد حالات هیجانی، خود نشانگر لزوم تفکر بیشتر در این مورد باشد. این مسأله یکی از موانع رشد درمان‌های روانشناختی در ایران محسوب می‌شود - بخصوص درمان‌هایی که بر مسائل شناختی تأکید دارند. بنابراین، بنظر می‌رسد تا نیل به این هدف، استفاده از درمان‌هایی که تکنیک‌های رفتاری در آنها سهم بیشتری دارد، نتیجه بهتری داشته باشد.

از طرف دیگر، درمان‌های شناختی - رفتاری به لحاظ اهمیتی که به جنبه‌های رفتاری و عملی (به شکل تکلیف خانگی، یادداشت برداری، خود - بازنگری، تمرین و ذهن‌ورزی) می‌دهند و به دلیل سازمان‌بندی مناسبی که در طراحی و اجرای برنامه درمانی وجود دارد (هاوتون و همکاران ۱۹۸۹؛ ترجمه قاسم زاده ۱۳۷۶) می‌توانند در جلب همکاری مراجع، بسیار اثرگذار باشند.

لازم به ذکر است در صورت ارائه آموزش منظم، علاقه فزاینده دانشجویان روانشناسی بالینی در مقاطع مختلف تحصیلی به یادگیری و کاربرد تکنیک‌های شناختی - رفتاری می‌تواند در گسترش این رشته در ایران سهم بسزایی داشته باشد.

یوایی‌های رفتار بین فردی آنها است... رفتار بین فردی ایرانیان یک جنبه زیبایی شناختی دارد - تعامل ماهرانه بر ارزش اجتماعی فرد تأثیر بسزایی دارد. به این ترتیب مهارت‌های کلامی و استفاده (مناسب) از زبان نقش مهمی در زندگی افراد ایفا می‌کند (بیمن ۱۹۸۶، ص ۲-۳). اما نکته جالب اینجاست که همین مردمی که به اعتقاد بیمن می‌توانند به قدری پیچیده و هوشمندانه صحبت کنند که «گاهی اوقات محتوای پیام کاملاً متضاد فرم ظاهری آن باشد»، هنگام کلامی کردن مسائل روانی خود، به بن بست برخورد می‌کنند. معمولاً واژگان نامشخصی مثل «ناراحتی» برای بیان حالات هیجانی مختلف از ملال گرفته تا عصبی بودن افسردگی و اضطراب به کار می‌روند. مردم تلاش می‌کنند این هیجان را به طرق مختلفی به صورت غیر کلامی مانند قهر و غذا نخوردن یا از طریق شکایت‌های جسمی متعدد (somatization) بیان کنند (پلیسکین ۱۹۹۲). در واقع، این نکات کم و بیش با تعریف افراد الکسی-تامیک (alexithymic) مطابقت دارد. بنا بر توصیف هاویلند و رایس (به نقل از لین و همکاران ۱۹۹۷) عاطفه در این افراد سطحی است، با مسائل جسمی مشغله ذهنی دارند، احساسات خود را با عمل و رفتار غیر کلامی نشان می‌دهند، در روابط بین فردی سرد هستند، تحت استرس دچار آشفتگی می‌شوند، تصورات ذهنی و بینش قوی ندارند و از نظر اجتماعی دنباله‌رو هستند. بعضی از صاحب‌نظران این حالات را معادل نقص در تجربه آگاهانه هیجان می‌دانند. این گروه معتقدند زبان نقش مهمی در تجربه آگاهانه دارد و برای نشان دادن اهمیت آن آزمایشی را از سولومون (Solomon) ذکر می‌کنند که طی آن یک گروه متشکل از افراد خبره و یک گروه تازه کار در توانایی تمایز بین نوشیدنی‌های الکلی مختلف مورد مقایسه قرار گرفتند. نتیجه این مطالعه نشان داد افراد خبره نسبت به گروه کنترل، ابعاد بیشتری را در نظر گرفتند و توصیف آنها مطابقت زیادی با موارد اصلی داشت. این موضوع کارکرد تمایزی دقیق‌تر گروه کارشناسان را

## منابع

- شریفی، حسن پاشا. ۱۳۷۵، اصول روان‌سنجی و روان‌آزمایی. تهران: انتشارات رشد.
- قاسم زاده، حبیب‌الله. ۱۳۷۹، «شناخت و افسردگی». در شناخت و عاطفه - جنبه‌های بالینی و اجتماعی. تهران: فرهنگان.
- گراث - مارنات، گری قاسم زاده، حبیب‌الله. ۱۳۷۰، رفتار درمانی. تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی دانشگاه تهران.
- گراث، گری و مارنات. ۱۳۷۵، راهنمای سنجش روانی. ترجمه حسن پاشا شریفی. تهران: انتشارات رشد.
- لوریا، الکساندر رویانوویچ. ۱۳۷۶، زبان و شناخت. ترجمه حبیب‌الله قاسم زاده. تهران: فرهنگان.
- هاوتون، کیت؛ سالکووسکیس، پال؛ کرک، جوان و کلارک، دیوید. ۱۳۷۶، رفتار درمانی شناختی. ترجمه حبیب‌الله قاسم زاده. تهران: انتشارات ارجمند.
- هرگنهان، بی.آر.، و السون، ام. اچ. ۱۳۷۴، مقدمه‌ای بر نظریه‌های یادگیری. ترجمه علی اکبر سیف. تهران: انتشارات دانا.

Ashcraft M H (1998). *Fundamentals of Cognition* New York: Longman.

Beeman W O (1986). *Language, Status and Power in Iran*. Bloomington: Indiana University Press.

Beck A T & Weishaar M E (1989). "Cognitive Therapy". In R J Corsini & D Wedding, (Eds.), *Current Psychotherapies*. Illinois: Peacock Publishers.

Beck A T & Rush, A G (1995). "Cognitive Therapy". In H I Kaplan & B J Sadock, (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (6th Ed). Baltimore: Williams & Wilkins.

Butler R W & Staz P (1995). "Personality Assessment of Adults and Children". In H I Kaplan & B J Sadock (Eds), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.

Davison G C & Nealse, J M (1998). *Abnormal Psychology*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Gelder M (1996). "The Scientific Foundations of Cognitive Behavior Therapy". In D M Clarck, & C G Fairburn, (Eds), *Science and Practice of Cognitive Behavior Therapy*. Oxford: Oxford University Press.

Guenther RK (1998). *Human Cognition*. NJ: Prentice Hall.

Lane R D Ahern G L Schewartz G E & Kaszniak A W (1997). Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight? *Biological Psychiatry*. 1997; 42: 834-844.

Millon T (1990) *Personality Guided Therapy*. Ney York: John Wiley & Sons Inc.

Pliskin K L (1992). Dysphoria and somatization in Iranian culture. (Abstract). *West Journal of Medicine*. 157(3):295-300. Retrieved 02/04/2001 from the World Wide Web: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=1413773&dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=1413773&dopt=Abstract).

Rachman S (1996). "The Evolution of Cognitive Behavior Therapy". In D M Clarck, & C G Fairburn, (Eds), *Science and Practice of Cognitive Behavior Therapy*. Oxford: Oxford University Press.

Siegel DG (1995). "Perception and cognition". In H I Kaplan & B J Sadock, (Eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (6th Ed). Baltimore: Williams & Wilkins.

Wilson G T (1989). "Behavior therapy". In R J Corsini, & D Wedding, (Eds). *Current Psychotherapies*. Illinois: Peacock Publishers.



### زندگی نامه آرون تی بک (Aaron T. Beck)

آرون تی بک متولد منطقه‌ای به نام رودآیلند (Rhode Island) بود. وی از زمانی که به خاطر داشته، علاقه‌ای وافر به رشته روانپزشکی داشت. او در دانشگاه براون (Brown) جانشین سردبیر نشریه پیک روزانه براون (Brown Daily Herald) بود و در همان زمان به خاطر سخنرانی‌های خود، موفق به دریافت افتخارات و جوایزی بسیاری از جمله جایزه گستون (Gaston Prize) شد. بعد از فارغ التحصیلی از کالج در سال ۱۹۴۲ مبادرت به تحصیل در رشته پزشکی در دانشکده پزشکی ییل (Yale Medical School) نمود و بعد از گذراندن دوران کارورزی، دستیاری خود را در رشته آسیب‌شناسی بیمارستان رودآیلند شروع کرد. با

وجود علاقه شدید بک به رشته روانپزشکی، رویکردهای پوچ‌گرایانه و بی نتیجه این علم در آن زمان باعث شد که او تصمیم به ادامه تحصیل در رشته داخلی اعصاب بگیرد. هنگام گذراندن دوران دستیاری اعصاب در بیمارستان کوشینگ فرامینگهام، مجبور شد که دوره‌ای را در بخش روانپزشکی طی کند و این امر او را با کشفیات جدید این رشته آشنا کرد. بک به مدت ۲ سال به عنوان دستیار فوق تخصصی در مرکز آستین ریگز (Austin Riggs Center) در اسکات بریج (Stock bridge) کار کرد و در آنجا تجارب ارزنده‌ای در اجرای روان درمانی بلند مدت بدست آورد. جنگ کره سبب شد تا محل کار بک به بیمارستان ارتشی ولی فورگ (Valley Forge) تغییر کند و در آنجا بود که توانست دستیار ارشد عصب روانپزشکی شود.

بک در سال ۱۹۵۴ به عضویت هیأت علمی روانپزشکی دانشگاه پنسیلوانیا در آمد و اکنون به عنوان استاد ممتاز روانپزشکی در این دانشگاه مشغول به کار است. او تحقیقات اولیه خود را بر روی نظریه‌های روانکاوی در افسردگی شروع کرد، اما هنگامی که مشاهده کرد مورد تأنید دیگران نیست، رویکرد نظری و بالینی خود را تحت عنوان شناخت درمانی گسترش داد. فعالیت‌های کنونی او با دریافت جایزه M.E.R.I.T از مؤسسه ملی بهداشت روان (National Institute of Mental Health) به مدت ۱۰ سال حمایت شده و همچنین مرکز کنترل بیماری‌ها (CDC) تسهیلاتی را برای تعیین کارایی و اثربخشی مداخلات شناخت درمانی کوتاه مدت در افراد اقدام‌کننده به خودکشی، در اختیار او قرار داد. بک از سال ۱۹۵۹ مجری تحقیقات معتبر

بسیاری در زمینه‌های آسیب‌شناسی روانی، افسردگی، خودکشی، اختلالات اضطرابی، اختلالات پانیک، الکلیسم، سوء مصرف مواد و اختلالات شخصیت بوده است و همچنین سعی کرد کاربرد شناخت درمانی را در درمان این اختلالات مورد بررسی قرار دهد. او بیش از ۳۷۵ مقاله و ۱۴ عنوان کتاب منتشر کرده است. یک عضو و مشاور چندین پانل تخصصی مؤسسه ملی بهداشت روانی و عضو هیئت سردبیری نشریه‌های مختلف دنیا بوده است و سخنرانی‌های متعددی را در خصوص شناخت درمانی در سراسر جهان ایراد کرده است. او دانشمند ناظر شورای پژوهش پزشکی دانشگاه آکسفورد و استاد ناظر کالج ولفسون (Wolfson) بوده است. او در سالهای اخیر، به عنوان پزشک مشاور بیمارستان‌های روانپزشکی، سازمان‌های مدیریتی و برنامه‌ریزی بهداشتی فعالیت داشته و برنامه‌های بستری، نیمه بستری و سرپائی مختلفی را بر اساس مدل شناخت درمانی طراحی کرده است. او همچنین در بسیاری از سازمان‌های مدیریتی و برنامه‌ریزی بهداشتی، شناخت درمانی را برای درمان بیماران طبی معرفی کرده است. یک ۴۹ سال است که ازدواج کرده و دارای چهار فرزند و هشت نوه است.

### مؤسسه مطالعات و درمان شناختی بک (Beck Institute for Cognitive Therapy and Research)

مؤسسه مطالعات و درمان شناختی بک توسط پیشگام بزرگ درمان شناختی و استاد ممتاز روانپزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه پنسیلوانیا، دکتر آرون تی بک راه اندازی شد. ریاست مؤسسه بر عهده خود او و مدیریت آن بر عهده دخترش جودیت بک، دانشیار روان‌شناسی بالینی دانشگاه پنسیلوانیا می‌باشد. مؤسسه بک برنامه‌های آموزش شناخت درمانی را در موقعیت‌های مختلف درمانی (سرپائی و بستری)، آموزشی و پژوهشی برای متخصصین حوزه بهداشت روانی و پزشکی فراهم کرده است. این برنامه‌ها در سه سطح مقدماتی، متوسطه و پیشرفته اجرا می‌گردد. مؤسسه مطالعات و درمان شناختی بک در سال ۱۹۹۴ به عنوان مرکز اصلی شناخت درمانی در دانشگاه پنسیلوانیا شروع به کار کرد. این مؤسسه آموزش‌های بسیار مهمی را در حیطه شناختی برای شناخت درمان گرایان ارائه داده است.

در سال ۱۹۶۰ دکتر آرون تی بک نظام ویژه‌ای از روان درمانی را که «درمان شناختی» لقب گرفت، ایجاد کرد. او از طریق مطالعات دقیق و روش‌های درمانی ابتکاری توانست پیشگام درمانی گردد که کارایی آن تاکنون در ۳۲۵ کارآزمایی بالینی مورد آزمایش قرار گرفته است. نتایج پژوهش‌های اولیه استفاده از درمان‌های شناختی را برای بسیاری از اختلالات از جمله افسردگی، اضطراب، پانیک، سوء مصرف مواد و اختلالات شخصیتی مؤثر دانست. امروزه پژوهش‌های بسیاری برای بررسی کارایی این روش درمانی به عنوان درمان اولیه یا کمکی اختلالاتی نظیر اسکیزوفرنیا، اختلالات دو قطبی، افسردگی منجر به بستری، درد مزمن، PTSD، وسواس و اجبار و مشکلات ارتباطی انجام گرفته است. درمان شناختی برای گروه‌ها و جمعیت‌های مختلف از کودکان پیش دبستانی گرفته تا پیرمردان و در اشکال مختلف فردی، زوج، خانوادگی و گروهی به کار رفته است.

جامعه جهانی روان‌درمانگران، به پاس دانش پژوهی و الگوی درمانی اثبات شده‌ی وی، دکتر بک را به عنوان متخصص بین‌المللی در زمینه بهداشت روان معرفی کرده و از او قدردانی نموده‌اند. در واقع همه مراکز درمان شناختی که امروزه در جهان فعالیت دارند توسط شاگردان، بالین‌گران، محققین و تحصیل کردگانی که آموزش خود را در مرکز اصلی آن در فیلادلفیا دیده‌اند راه‌اندازی شده است.

دکتر بک، رئیس مرکز درمان شناختی و دخترش جودیت بک، مدیر سابق خدمات بالینی مرکز درمان شناختی و بالینگر سرشناس، همیشه آرزوی تأسیس مجموعه بالینی جدیدی داشتند که روش‌های مختلف روان‌درمانی را همراه فرصت‌های پژوهشی در جهت آموزش بین‌المللی و همه جانبه در اختیار علاقه‌مندان شناخت درمانی قرار دهند. تأسیس مؤسسه تحقیقات درمان شناختی بک به ایشان فرصت تحقق آرزوهایشان را داد.

حمیدرضا طاهری نخست