

شناخت درمانی و دیابت

مؤلفان: الهه محمدی
سمانه سادات جعفر طباطبایی



نشر چهار دریا

شناخت درمانی و دیابت

عنوان و نام پدیدآور: شناخت درمانی و دیابت / مؤلفان الهه محمدی، سمانه سادات جعفر طباطبایی

سرشناسه: محمدی، الهه، ۱۳۶۹

شناسه افزوده: جعفر طباطبایی، سمانه سادات، ۱۳۵۷

وضعیت فهرست نویسی: فیا

مشخصات نشر: بیرجند: نشر چهار درخت، ۱۳۹۷.

مشخصات ظاهری: ۷۰ ص: جدول، نمودار.

موضوع: بیماران دیابتی توانبخشی

موضوع: Diabetics -- Rehabilitation

موضوع: دیابت درمان جایگزین

موضوع: Diabetes -- Alternative treatment

موضوع: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

موضوع: Mindfulness-based cognitive therapy

موضوع: آگاهی (روانشناسی)

موضوع: Mindfulness (Psychology)

رده بندی یو بی: ۶۱۶/۴۶۲

شابک: ۹۷۸-۶۲-۶۱۰۵-۲۶-۲

رده بندی شماره: ۹۱۷.۷/۴۶۶۰/۱۰

شماره کتابشناسی ملی: ۵۲۴۴۰

حقوق این اثر متعلق به مؤلف است.

مؤلفان: الهه محمدی، سمانه سادات جعفر طباطبایی

ناشر: نشر چهار درخت

چاپ اول: ۱۳۹۷

محل نشر: بیرجند

شمارگان: ۱۰۰۰ نسخه

امور فنی و طرح جلد: نشر چهار درخت

چاپ و صحافی: مهرنگ

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۶۱۰۵-۲۶-۲

قیمت: ۱۰۰.۰۰۰ ریال

خرید اینترنتی کتاب در سایت: www.4derakht.ir

بیرجند، خیابان معلم، بین معلم ۴۴ و خیابان ۱۵ خرداد

تلفن: ۳۲۴۳۳۲۸۶ - ۰۵۶ همراه: ۷۱۵۵ ۵۶۱ ۹۱۵

www.4derakht.ir



نشر چهار درخت

فهرست مطالب

۱.....	مقدمه
۳.....	پیشرفت شناخت درمانی: میراث رویکرد رفتاری
۵.....	رفتار درمانی (وج او)
۶.....	موج دوم و سوم رفتار درمانی
۶.....	نسل اول رفتار درمانی: کاربرد بالینی تحلیل تجربی رفتار
۷.....	نسل دوم رفتار درمانی: تاکید گسترده بر شناخت
۸.....	«نسل سوم» رفتار درمانی: درمان مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی
۹.....	تعاریف شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی
۱۱.....	تاریخچه و مبانی نظری شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی
۱۴.....	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی
۱۴.....	مؤلفه های ذهن آگاهی
۱۵.....	کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی
۱۶.....	راهنمادهای افزایش ذهن آگاهی
۱۶.....	تمرین و آموزش ذهن آگاهی
۱۷.....	تنفس همراه با ذهن آگاهی
۱۷.....	ذهن آگاهی نسبت به خوردن
۱۸.....	گسترش ذهن آگاهی به فعالیت های روزمره
۱۸.....	ذهن آگاهی نسبت به صداها
۱۸.....	ذهن آگاهی نسبت به سایر حس های بدنی

۱۸	ذهن آگاهی نسبت به هیجانات، افکار و تمرینات همجوشی زدایی
۱۹	رویکردهای مفهومی
۱۹	رویارویی
۲۱	تغییر شناختی
۲۲	خودگردانی
۲۳	آرام سازی
۲۳	پدیده
۲۴	رابطه آموزش ذهن آگاهی و رویکردهای شناختی - رفتاری
۲۵	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی
۲۶	راهبردهای افزایش ذهن آگاهی
۲۶	تمرین و آموزش ذهن آگاهی
۲۷	تنفس همراه با ذهن آگاهی
۲۷	ذهن آگاهی نسبت به خوردن
۲۷	گسترش ذهن آگاهی به فعالیت های روزانه
۲۸	ذهن آگاهی نسبت به صداها
۲۸	ذهن آگاهی نسبت به سایر حس های بدنی
۲۸	ذهن آگاهی نسبت به هیجانات و افکار و تمرینات همجوشی زدایی
۲۹	چگونگی مکانیسم اثر ذهن آگاهی بر هیجانات
۳۰	ذهن و بدن
۳۱	دیابت
۳۱	تاریخچه دیابت
۳۲	بیمار دیابتی
۳۳	انواع دیابت
۳۳	دیابت نوع اول IDDM

۳۴	.....	دیابت نوع دوم NDDM
۳۵	.....	عوامل مؤثر در بیماری دیابت
۳۵	.....	وراثت و ژنتیک
۳۵	.....	ویروس ها و سیستم ایمنی
۳۶	.....	تغذیه و چاقی
۳۶	.....	تأثیر محیطی
۳۶	.....	استرس ها
۳۶	.....	دیابت به علائم بیماری های دیگر
۳۶	.....	عوامل شناختی و بعضی از داروها
۳۷	.....	عوامل هشداردهنده در بیماری دیابت
۳۷	.....	دیابت و بارداری
۳۷	.....	علائم افزایش قند خون
۳۸	.....	دیابت در سالمندان
۳۸	.....	دیابت ملیتوس
۳۸	.....	تشخیص دیابت
۳۹	.....	روش های تشخیص دیابت
۳۹	.....	الف) آزمایش خون
۳۹	.....	ب) آزمایش ادرار
۴۰	.....	درمان دیابت
۴۰	.....	رژیم غذایی و دیابت
۴۰	.....	ورزش و اثرات آن بر دیابت
۴۱	.....	فواید ورزش
۴۱	.....	انسولین
۴۲	.....	بیماران دیابتی و کنترل افکار

۴۲	تفکر
۴۳	انواع افکار انسان
۴۳	افکار مثبت انسان
۴۳	نمونه‌ای از افکار مثبت
۴۴	افکار منفی انسان
۴۴	نمونه‌ای از افکار منفی
۴۴	حکما، بدفمنند در برابر افکار بی‌هدف
۴۵	مکر از دیدگاه امام علی (ع)
۴۵	راهبردهای کنترل فکر
۴۶	قدرت کنترل فکر
۴۷	فقدان کنترل
۴۷	تفکر غیرمنطقی
۴۸	کمبود یا بی‌ثباتی کنترل
۴۹	اثرات کمبود کنترل در فعالیت‌ها و تصورات احساسی
۵۰	نفوذ کنترل ناپسند روی اعضای بدن
۵۱	کنترل ذهن و بیماری‌های عصبی
۵۲	کنترل ذهن (فکر بد، فکر غلط، فکر منفی)
۵۳	عوامل اتیولوژیکی
۵۳	عوامل اولیه
۵۴	عوامل ثانویه
۵۴	ارتباط بین افکار و عواطف
۵۵	عاطفه یا هیجان
۵۵	سیستم‌های واکنشی
۵۵	نگاه کارکردی به عواطف و هیجانات

- ۵۷..... نظریه‌های مربوط به عواطف
- ۵۷..... نظریه جیمز - لانگه
- ۵۸..... نظریه‌ی برانگیختگی - تفسیر
- ۵۹..... نظریه ارزیابی لازاروس
- ۶۰..... پارکینسون: نظریه‌ی چهار عاملی
- ۶۱..... دیت ، عواطف
- ۶۱..... سیستم‌های فیزیولوژیکی عواطف و هیجانات
- ۶۲..... نقش سرکوتین د عواطف و هیجانات
- ۶۳..... تنظیم هیجان و مقاومت
- ۶۴..... راهبردهای تنظیم هیجان
- ۶۵..... پیامدهای عواطف و هیجانات
- ۶۶..... پیشینه داخلی
- ۶۸..... پیشینه خارجی

مقدمه

شناخت درمانی به بیماران کمک می کند که الگوهای فکری تحریف شده شان را شناسایی کرده و آن ها را اصلاح کنند و به این ترتیب اختلال هیجانی بیماران را تسکین می دهد. ^۱ (۱۹۶۵) این کار مهم را با تحقیقات علمی همراه کرد. در این رویکرد، بیمار و درمانگر تشویق می شوند تا باورهای بیمار را به عنوان فرضیه هایی در نظر بگیرند و سپس با جمع آوری اطلاعاتی در مورد بیمار و دنیای او این فرضیه ها را مورد ارزیابی قرار دهند. در این مرحله، معمول است که در مورد شواهد تأییدکننده و همچنین ناسازگار فرضیه یک باور بخصوص بحث و گفت و گو شود. با این حال، "بک" در اولین روش جامع درمانی، روش قدرتمندی را نشان داد که طی آن برای آزمودن تجربی یک فرضیه بخصوص، اعتبار این فرضیه را توسط طراحی یک تمرین و تکلیف بررسی می کرد. او در مورد این که چگونه می توان یک تمرین را توسعه داد، بحث کرد. به طور اختصاصی، تکلیف ثابت می کند که اگر مثلاً پیامد X اتفاق بیفتد، پس فرضیه درست است و می توان آن را پذیرفت و اگر پیامدهای دیگری رخ بدهند، پس فرض غلط است. هنگامی که تکلیف به طور کامل انجام شده باشد، درمانگر و بیمار نتایج تمرین را ارزیابی کردند. تمرین های مختلف را بررسی می کنند و نتایج واقعی تمرین را با پیش بینی های بیمار که بر پایه مفروضه های اساسی او قرار دارد، مقایسه می کنند (بنت - لوی ^۲ و همکاران، ۱۳۹۲).

شور و اشتیاق اولیه "بک" برای انجام تمرین ها، کاملاً به جا بود. در طی ۳۰ سال بعد از انتشار کارهای بنیادی بک و همکارانش، برنامه های مؤثر شناخت درمانی برای طیف وسیعی از اختلالات شناختی توسعه یافتند (برای مرور، کارهای هالن ^۳ و بک ^۴ ۲۰۰۳؛ ناتان و گارمن ^۴ ۲۰۰۲؛ ملاحظه

-
1. Beck
 2. Bennet Levy
 3. Halen
 4. natan & garmen

شود). در اغلب "تمرین‌های رفتاری" بیماران تشویق می‌شوند که از طریق عملکردشان، باورهایشان را بیازمایند. در حال حاضر دستورالعمل‌های درمانی دقیقی برای برنامه‌هایی که مخصوص اختلالات مشخصی هستند در دسترس درمانگران قرار دارند. با این وجود، هیچ منبعی وجود ندارد که اختلالات متعدد را پوشش داده و خصوصاً بر تمرین‌های رفتاری تمرکز کند. امید است این اثر به‌طور قابل‌تحصینی این شکاف کمتر کرده باشد. از زمان انتشار کارهای اولیه "بک" (بک، ۱۹۶۱، ۱۹۶۴، ۱۹۶۷، ۱۹۷۶) شناخت‌درمانی آنچنان توسعه یافته است که در دنیای غرب به یکی از روش‌های پیشگام در روان‌درمانی تبدیل شده است (هالن و بک، ۲۰۰۳). مدل‌های شناختی برای دامنه وسیعی از اختلالات توسعه یافته‌اند و پژوهش‌های متعدد، مکرراً اثربخشی آن‌ها را به اثبات رسانده‌اند (دراپز و کریتز - کریستف، ۱۹۹۸؛ هالن و بک، ۲۰۰۳). هم‌اکنون دیگر صحبت در مورد "شناخت‌درمانی"، پیش‌افتاده به نظر می‌رسد، زیرا فقط یک درمان‌شناختی وجود ندارد بلکه درمان‌های شناختی بسیار وجود دارند. تئوری پردازان نامداری، پیشگام شناخت‌درمانی بودند، همچون: الیس (۱۹۶۲)، ماهونی (۱۹۷۴)، بک (۱۹۷۶) و مایکنبام^۲ (۱۹۷۷) با این وجود، وسیع‌ترین و معتبرترین روش‌های مورد استفاده، آن‌هایی هستند که در اصل توسط "بک" توسعه داده شده‌اند. تأکید شناخت‌درمانی بر پژوهش تجربی، همچنین، به نظری و توانایی سازگاری آن به‌عنوان یک مداخله درمانی، باعث شده است که در مقایسه با دیگر درمان‌های روان‌شناختی، به‌عنوان یک درمان مؤثر برای طیف وسیعی از اختلالات، اعتبار بیشتری پیدا کند.

یکی از متداول‌ترین و مؤثرترین درمان‌ها در روانشناسی شناخت‌درمانی، شناخت رفتاردرمانی است. در این نوع از درمان فرض بر آن می‌رود که این نحوه برداشت افراد از حوادث و افکار افراد است که باعث بروز برخی از بیماری‌های روانی یا روانی می‌شود این نوع از درمان،

1. Drabysz and Krytz - Christoph
2. Ellis, Mahoney & Meichenbaum

به بهبود کامل افسردگی در سطوح غیر حاد (در درمان افسردگی‌های حاد ضمن شناخت- رفتاردرمانی از دارو نیز بهره برده می‌شود) اضطراب، انواع مختلف فوبیا یا هراس (هراس از جمع- هراس از ارتفاع- هراس از محیط بار و ...) و سواس، پارانوئید، بدبینی، عزت‌نفس پایین و انواع مختلف بیماری‌ها) منجر می‌گردد. اگر بخواهیم مثال ملموسی از چگونگی تأثیر افکار بر روان بزنیم می‌توانیم بگوییم که همه ما با آن آشنایی داریم را بیان کنیم نحوه برداشتی که از نتیجه منفی یک امتحان داریم باعث اضطراب و استرس می‌شود. در این نوع از درمان به اصلاح خطاهای شناختی پرداخته می‌شود. خطاهای شناختی ۱۰ و جدیداً ۱۶ عدد هستند مانند: تعمیم ناروا (تو هیچ کاری رو درست انجام نداده‌ای پس همه چیز دهنی و عدم توجه به نکات مثبت - توجه به امر منفی پیش‌بینی ناروا (حتماً در امتحان رد می‌شوم) ذهن‌خوانی (اگر مردم لباس مرا ببینند در ذهن خود مرا مسخره می‌کنند- عبارت‌های باید ا، (تو باید ساعت ۹ خانه باشی- من باید این کار را بتوانم انجام بدهم) کمال‌گرایی (اگر نتوانم این کار را انجام بدهم نمی‌توانم برجسب موفق را به خودم برجسانم) برجسب زدن (من احمقم، تو گیج و ...) و سایر خطاهای شناختی. بحث خطاهای شناختی فراتر از این موضوع می‌باشد. اصلاح خطاهای شناختی با جایگزین کردن فکر مناسب صورت می‌پذیرد. به‌طور مثال جایگزین خطای شناختی که من در این کار را درست انجام بدهم مهم نیست من کارهای موفق آمیز دیگری هم داشته‌ام. اگر ما در این نلموفق بوده‌ام ۹۵ درصد موفقیت داشته‌ام (بنت- لوی و همکاران، ۱۳۹۲).

پیشرفت شناخت‌درمانی: میراث رویکرد رفتاری

در نیمه اول قرن بیستم، روانکاوی و مشتقات آن بر عرصه روان‌درمانی حاکم بودند. با این حال، در دهه (۱۹۵۰) پژوهشگران شروع به زیر سؤال بردن پایه تئوری و کارایی روانکاوی کردند

(آیزنک^۱، ۱۹۵۲) در همان زمان تئوری یادگیری و رویکرد رفتاری مشتق شده از آن شروع به تأثیرگذاری بر درمان، کاربرد و تحقیق در روانشناسی کرد. رویکرد رفتاری بر اساس اصول کلیدی معینی قرار داشت که به‌طور اساسی روانکاوی سنتی حاکم را به چالش می‌کشید. برای مثال در این تئوری گفته می‌شود که:

• ذهن یک موضوع عقلانی برای بررسی کردن نیست.

• مشکل بیمار رفتار اوست نه فرآیندهای غیرقابل مشاهده (و غیرقابل آزمونی) مانند ناهشیار.

• ارزیابی و درمان باید بر چیزهایی تمرکز کنند که قابل مشاهده، عملیاتی شده و قابل اندازه‌گیری باشند.

• در تغییر رفتار، به هم است عواملی است که باعث ادامه یافتن مشکلات می‌شوند نه علت فرضی رفتارها.

• روش علمی، چارچوبی معیاری و استاندارد، توسعه تئوری و کاربرد بالینی آن فراهم کرده و فهم و کاربرد مفیدتر آن را از طریق پژوهش تحریک و هم ارتقا می‌دهد.

نتایج مطالعات مربوط به رفتاردرمانی در دهه ۱۹۶۰ تا ۱۹۷۰ خصوصاً در درمان فوبی‌ها و اختلالات وسواسی فکری- عملی به‌طور قابل ملاحظه‌ای استاندارد شده بود. با این وجود، به تدریج آشکار شد که رفتاردرمانی، هم در چارچوب تئوری و هم در دام روش‌های سنتی که در مورد آن‌ها مؤثر است، محدودیت‌های زیادی دارد (راچمن^۲، ۱۹۹۷). هنگامی که بک (۱۹۷۰، ص ۱۸۴) اعلام کرد که: «هرچند نمی‌توان درستی "خود گزارشگری‌های" فرد از تجربیات شخصی‌اش را به وسیله مشاهدات دیگر اثبات کرد، اما چنین اطلاعاتی که حاصل درون‌نگری هستند، منبع ارزشمندی از فرضیات قابل آزمون را فراهم می‌کنند». این دیدگاه نگرانی‌های تعداد زیادی از درمانگران را که از

1. Eysenck

2. Rachman

بی‌توجهی‌های رفتاردرمانگران به منبع ارزشمند اطلاعات و ادراک (شناخت) دلسرد شده بودند را به‌روشنی بیان کرد. اگرچه شناخت‌درمانی، فراتر از رفتاردرمانی توسعه یافت و از منابع دیگری همچون روانکاوی، پدیدارشناسی، تئوری ساختار شخصی و درمان هیجانی منطقی، عناصری را قرض گرفت (بک و همکاران، ۱۹۷۹). بااین‌حال "بک" ارزش تأکید رفتاردرمانی بر روش علمی، پژوهش تجربی، شواهد قابل‌اثبات را درک کرد. او همچنان اهمیت عوامل تداوم‌بخش در مقایسه با درمان‌نظمی که در گذشته رخ داده‌اند را مورد تأیید قرار داد. وی بعضی از عناصر درمان را حفظ کرد، مثلاً ساختار، سه، انتخاب هدف، درمان کوتاه‌مدت، تکالیف درمانی درجه‌بندی شده) و شاید مهم‌تر از همه، اینک در تشخیص داد تغییر رفتاری یک ابزار قدرتمند خصوصاً برای ایجاد تغییر شناختی و مؤثر است (بک و همکاران، ۱۳۹۲).

رفتاردرمانی (موج اول)

همان‌طور که از عنوان این شیوه درمانی، بداند رفتاردرمانی بیشتر بر تغییر رفتار تأکید دارد. انتظار و هدف رفتاردرمان‌گر آن است یادگیری‌های نامطلوب و ناسازگار را معکوس کنند و در جایی که مراجع پاسخ‌ها و طرحواره‌های رفتاری مطلوب را نآموخته است، تجربیاتی را ارائه دهد که یادگیری این نوع رفتارها را تسهیل کند. از نظر پاپن (۱۹۷۹) هدف اصلی رفتاردرمانی آن است که به مراجع آموخته شود تا در تبیین و تغییر رفتار خویش متخصص شود. در این روش، طرح‌های مناسب رفتاری را تدوین کند و به مرحله اجرا درآورد و نهایتاً به بی‌بهره‌گیری از تقویت‌کننده‌های بیرونی به‌نوعی انگیزش و تقویت درونی دست یابد. انتظار و طرح‌های درمان که در اصل، یادگیری رفتارهای جدیدتر و مناسب‌تر و فراموشی رفتارهای نامطلوب است، چیزی نیست که به‌طور یک‌جانبه از طرف مشاور یا مراجع تعیین شود، بلکه تعیین آن‌ها وظیفه هر دو

طرف است و موافقت مشترک آن‌ها برای قبول اهداف و رعایت پاره‌ای از اصول اخلاقی از شرایط اساسی کار است (شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۳۸۵).

موج دوم و سوم رفتاردرمانی

روان‌درمانی‌های موج دوم و سوم با خیز گرفتن درمان‌های رفتارگرایی مبتنی بر اصول شرطی‌سازی عاملی و پاسخگر آغاز شد که می‌توان این پدیده را واکنشی به رویکردهای روان‌تحلیلی در دهه ۱۹۵۰ (۱) تلقی کرد. از روش‌های رفتارگرایی می‌توان به مهارت‌آموزی، حساسیت‌زدایی منظم و روش‌های مبتنی بر مواجهه و پیشگیری اشاره کرد که در درمان اختلالات کودکان و بزرگسالان مؤثر بودند، بر مبنای مثال، نوزاد، شرطی‌سازی عامل برای درمان کودکان مبتلا به اختلالات شدید زبانی مؤثر بوده است و مبتنی بر تکنیک‌های شرطی‌سازی پاسخگر مانند مواجهه، در درمان افراد مبتلا به مشکلات اضطرابی مؤثر بوده است. در پایان دهه‌ی ۸۰ و اوایل دهه ۹۰ رویکردهای مربوط به خیز اول و خیز دوم با هم ادغام شده و مجموعه‌ای از درمان‌ها را تحت عنوان درمان‌های شناختی-رفتاری ایجاد کردند. موج سوم نیز، تلفیقی از روش‌های معنوی شرقی، از جمله فنون مراقبه، تفکر نظارهای با رفتاردرمانی-شناختی سنتی است که هاینز همکاران از این تلفیق به‌عنوان موج سوم رفتاردرمانی یاد می‌کنند که در اوایل دهه ۱۹۹۰ شروع شد و برای آگاهی نسبت به لحظه حال و پذیرش آن تأکید می‌کردند (سهرابی، ۱۳۹۴).

نسل اول رفتاردرمانی: کاربردهای بالینی تحلیل تجربی رفتار

رفتاردرمانی که از چارچوب مفهومی رفتارگرایی نشأت گرفت به‌طور رسمی در کم‌وبیش به‌طور مستقل در دهه (۱۹۵۰) در ۳ کشور رشد پیدا کرد: (۱) آفریقای جنوبی جایی که جوزف ولپی^۱ درمانی با عنوان حساسیت‌زدایی منظم را برای اختلال‌های اضطرابی تدوین کرد و در سال ۱۹۵۸

1. Joseph Wolpe

کتاب روان‌درمانی با استفاده از بازاریاری متقابل را منتشر نمود؛ (۲) ایالات متحده آمریکا جایی که اوگن لیندزلی^۱ تکنیک‌های شرطی‌سازی عامل را در کار با بیماران اسکیزوفرن^۲ به کار برد؛ (۳) انگلستان جایی که آیزنک به ایجاد جایگزین‌هایی برای درمان روان تحلیل گری مبادرت ورزید (اوست^۳، ۲۰۰۸).

بدین ترتیب رفتاردرمانی به‌عنوان اولین نسل مؤثر در روان‌درمانی مدنظر قرار گرفت. رفتاردرمانی در اوایل کار خود ارتباط ضعیفی با اصول علمی استقرار یافته داشت توصیفات مبهم و گدیی انداخت خود عرضه می‌کرد و از سویی شواهد علمی ضعیفی در حمایت از این مداخلات وجود داشت (رست^۴، ۲۰۰۴). ازاین‌رو دو ویژگی را به خود افزود ویژگی‌هایی که آن را از مداخلات بالینی موجود در آن زمان متمایز می‌ساخت. دو ویژگی مزبور عبارت بود از: کاربرد اصول تحلیل رفتاری در کار بالینی تأکید بر ارزیابی تجربی مداخلات.

نسل دوم رفتاردرمانی: تأکید بر ارزیابی تجربی و شناخت

تا اواخر دهه (۱۹۶۰) رفتار درمانگران به‌طور مازافزون تشخیص دادند که نیاز است افکار و احساسات به‌اندازه کافی مورد تجزیه و تحلیل قرار بگیرند، باین‌حال تکنیک گرائی و تحلیل رفتاری قادر نبودند به‌اندازه کافی به نقش زبان و شناخت انسان بپردازند. ازاین‌رو تغییر اساسی در رفتاردرمانی ضرورت یافت. در نتیجه شناخت برای مداخلات بالینی متغیر هدف در نظر گرفته شد و رویکردهایی (مانند رویکرد بندورا) روی کار آمد که به سهم شناخت در تغییر رفتار اشاره داشتند این عوامل دست‌به‌دست هم داد تا شناخت درمانی شکل بگیرد و گسترش یابد. سه جریان مؤثر در این زمینه بدین شرح است: (۱) کاربرد سازه‌های روان‌شناسی شناختی برای تدوین مداخلات شناختی؛ (۲)

1. Eugene Lindsey

2. Schizophrenia

3. Ost

4. Hayes

پایه‌ریزی روش‌های خویشتن‌داری رفتاری به‌عنوان نوعی مداخله شناختی؛ (۳) ظهور درمان‌های شناختی توسط آلپس و بک که در رفتار بالینی و نه روانشناسی بنیادی تدوین شدند (کراگید و کراگید^۱، ۲۰۰۳).

دومین نسل - شناخت درمانی - در دهه (۱۹۷۰) توسط بک ابتدا برای افسردگی و بعدها برای اختلال‌های اضطرابی و خوردوخوراک روی کارآمد (هیز، ۲۰۰۴). در پایان دهه (۱۹۸۰) و اوایل دهه (۱۹۹۰) نوعی یکپارچگی بین رفتاردرمانی و شناخت درمانی اتفاق افتاد که درمان شناختی - رفتاری^۲ نامیده شد. این شکل درمان تا به امروز بیشترین شواهد پژوهشی را جمع‌آوری کرده است (اوست، ۲۰۰۸).

شناخت درمانی جدید، روی حذف اصلاح و بررسی و چالش با افکار غیرمنطقی و ناکارآمد طرح‌واره‌های ناسازگار و سبب‌های معصوم پردازش اطلاعات تمرکز دارد. ازاین‌رو اصول رفتاری با شناخت درمانی ترکیب شد تا درمان شناختی - رفتاری را با هدف درمان مشکلات مربوط به شناخت رفتار و هیجان شکل دهد. در طی ۱۵ - ۲۰ سال گذشته در حوزه روان‌درمانی چند درمان جدید یا اشکال گسترش‌یافته درمان‌های شناختی - رفتاری روی کار آمدند (اوست، ۲۰۰۸).

«نسل سوم» رفتاردرمانی: درمان‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی

نسل سوم رفتاردرمانی در اوایل دهه (۱۹۹۰) با تدوین درمان‌های مبتنی بر پذیرش شروع شد. این درمان‌ها بر آگاهی از لحظه حال و پذیرش تأکید می‌کردند اصطلاحاتی چون رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش^۳ و رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی^۴ گستره‌ای از مداخلات را توصیف

1. Carighead

2. Cognitive - behavioral therapy

3. Behavior-based therapeutics acceptance

4. Therapeutics behavior based on acceptance and mindfulne

می‌کنند که مشخصاً بر تغییر رابطه درمان‌جویان با تجارب درونی‌شان و اجتناب نکردن از آن‌ها به‌عنوان سازوکار اصلی تغییر تأکید می‌نمایند. درمان‌های نسل سوم را می‌توان به دو گروه تقسیم کرد: (۱) مداخلاتی که بر مبنای آموزش ذهن‌آگاهی است (مانند کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی) و (۲) مداخلاتی که ذهن‌آگاهی را به‌عنوان مؤلفه‌ای کلیدی به کار می‌برد (مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی).^۱ دردها، نسل سوم ویژگی‌های مشترکی دارد اما واجد تفاوت‌هایی هست. از ویژگی‌های مشترک آن‌ها می‌توان به تمرکز بر ذهن‌آگاهی و پذیرش، همجوشی زدایی ارزش‌ها، روابط منطقی عملکرد درمان و رابطه درمانگر - درمان‌جو اشاره کرد (هیز، ۲۰۰۴). باین‌حال بعضی از پژوهشگران (هافمن و اسموندسون، ۲۰۰۸) معتقدند که بعضی از این ویژگی‌ها بخشی از درمان شناختی - رفتاری بوده و این سؤال مطرح است که آیا درسهایی از نسل سوم سخن گفت؟ از این گذشته درمان‌های مذکور از نظر پایه‌های نظری باهم تفاوت دارند به‌ونهایی که بعضی از آن‌ها مبتنی بر تحلیل رفتاری با رفتارگرایی سنتی هستند و بعضی دیگر از تحلیل رفتاری تبعیت نمی‌کنند.

تعاریف شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

در چارچوب روان‌شناسی غربی، مطالعه ذهن‌آگاهی برای سلامت جسمی و روان موضوعی نویاست. متفاوت بودن روش‌هایی که ذهن‌آگاهی را صورت‌بندی کرده، حاکی از عدم توانایی نظری در این مورد است (بیشوپ^۲ و همکاران، ۲۰۰۴؛ نقل از کایون^۳، ۱۳۹۳). بسیاری از مطالعات حاکی از اینستوار بودن فرایند تخصیص یک تعریف برای ذهن‌آگاهی هستند. استفاده از واژه ذهن‌آگاهی به‌طور بالقوه ممکن

1. Dialectical Behavior Therapy

2. Hofmann & Asmundson

3. Bishop

4. Kayon

است گیج‌کننده باشد، چراکه ذهن‌آگاهی ممکن است به‌عنوان گروهی از رفتارها و کسب نتیجه یکسان (بائر، اسمیت^۱ و آلن^۲، ۲۰۰۴؛ نقل از کایون، ۱۳۹۳)، یک تمرین، یک فرایند درمان یک فناوری، یک حالت و یک صفت، توصیف شود (نقل از کایون، ۱۳۹۳).

طبق تعریفی که از کابات‌زین^۳ موجود است ذهن‌آگاهی به معنی توجه کردن ویژه، هدفمند، در زمان کنونی و خالی از پیش‌داوری و قضاوت است. در ذهن‌آگاهی، فرد در هر لحظه از شیوه ذهن‌آگاهی آگاه می‌شود و مهارت‌های شناسایی شیوه‌های مفیدتر را فرامی‌گیرد (سگال^۴ و همکاران، ۲۰۰۲).

کابات-زین مریف^۵ از ذهن‌آگاهی را به‌صورت مفهوم‌سازی کیفی ارتقا بخشید و نشان داد که چگونه یک فرد در سلاط خود در فرایند ذهن‌آگاهی مراقبت کند. شاپیرو، اسکوارتز و بونر^۶، (۱۹۹۸)، غیر قضاوتی، بی‌ترس، صبر، اعتماد، بازبودن، رهاسازی، آرامی، سخاوت، همدلی، سپاسگزاری، مهربانی عاشقانه، لایمت دانستند (آذرگون و همکاران، ۱۳۸۹).

حضور ذهن به‌مثابه حالت شناختی^۷ بدیل نگرسته می‌شود که با دارا بودن ویژگی‌هایی مانند نیت‌مند بودن، غیر قضاوتی بودن، رابر نگرفتن افکار با واقعیت‌ها و فعال کردن حالت ذهنی بودن، می‌تواند آنتی‌تز^۸ پاسخ‌های راجع به حالت‌های کژکار ذهنی^۹ باشد. از سوی دیگر هدفی که در حضور ذهن (کنترل توجه) دنبال می‌شود، می‌تواند در خارج شدن از چرخه‌های اندیشناکی کمک‌کننده باشد (تیزدل، سگال و ویلیامز^۸، ۱۹۹۵).

-
1. Smith
 2. Alen
 3. Kabat-zinn
 4. Segal
 5. Shapiro, Squares & Boner
 6. Antithesis
 7. States of mental dysfunction
 8. Williams