



به نام خدا

خانواده درمانی شناختی رفتاری

مولفان :

حمید رستمی

فرشته آزادنیا

انتشارات ارسطو
(چاپ و نشر ایران)
۱۴۰۰

سرشناسه: رستمی، حمید، ۱۳۶۹-
عنوان و نام پدیدآور: خانواده درمانی شناختی رفتاری / مولفان حمید رستمی -
فرشته آزادنیا.
مشخصات نشر: ارسطو (سامانه اطلاع رسانی چاپ و نشر ایران)، ۱۴۰۰.
مشخصات ظاهری: ۲۵۰ص: جدول.
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۴۳۲-۷۰۴-۶-۶
وضعیت فهرست نویسی: فیبا
یادداشت: کتابنامه:ص. ۲۵۰-۲۴۰.
موضوع: روان‌درمانی خانواده
موضوع: Family psychotherapy
شناسه افزوده: آزادنیا، فرشته، ۱۳۵۸-
رده بندی کنگره: RJ۵۰۶
رده بندی دیویی: ۶۱۸/۹۲۸۵۸۸۲
شماره کتابشناسی ملی: ۷۶۵۰۰۵۶
اطلاعات رکورد کتابشناسی: فیبا

نام کتاب: خانواده درمانی شناختی رفتاری
مولفان: حمید رستمی - فرشته آزادنیا
ناشر: ارسطو (سامانه اطلاع رسانی چاپ و نشر ایران)
صفحه آرای، تنظیم و طرح جلد: پروانه مهاجر
تیراژ: ۱۰۰۰ جلد
نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۰
چاپ: مدیران
قیمت: ۷۰۰۰۰ تومان
فروش نسخه الکترونیکی - کتاب‌رسان:
<https://chaponashr.ir/ketabresan>
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۴۳۲-۷۰۴-۶-۶
تلفن مرکز پخش: ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵
www.chaponashr.ir



انتشارات ارسطو



فهرست مطالب

۹.....	پیشگفتار.....
۱۲.....	فصل اول: پیش درآمدی بر درمان شناختی رفتاری.....
۱۳.....	مقدمه.....
۱۸.....	تاریخچه.....
۲۶.....	شکل‌گیری و رشد رفتار درمانی.....
۳۱.....	زمینه مشترک.....
۳۷.....	کاربرد اولیه اصول رفتاری در زمینه بالینی.....
۴۴.....	کاربرد فنون کنشگر: تحلیل کاربردی رفتار.....
۵۱.....	تکنیک‌های رفتار درمانی.....
۷۲.....	شناخت درمانی بک.....
۸۳.....	فصل دوم: خانواده درمانی شناختی رفتاری.....
۸۴.....	تاریخچه خانواده‌درمانی.....
۸۸.....	تاریخچه شکل‌گیری زوج درمانی و خانواده درمانی شناختی رفتاری.....
۹۵.....	خلاصه‌ای از درمان شناختی رفتاری همزمان با زوجین و خانواده‌ها.....
۹۶.....	یادگیری اصول نظریه.....
۱۰۱.....	اصول شناخت درمانی.....
۱۰۳.....	یکپارچگی بالقوه‌ی درمان شناختی-رفتاری.....
۱۱۰.....	فصل سوم: مکانیسم تغییر در زوجین و خانواده‌ها.....

۱۱۱	فرایندهای شناختی.....
۱۱۲	توقعات و معیارها.....
۱۱۶	تغییرات شناختی رایج میان زوجین و خانواده‌ها.....
۱۱۹	توجه انتخابی.....
۱۲۱	نسبت‌ها.....
۱۲۲	انتظارات.....
۱۲۳	پیش فرض‌ها.....
۱۲۵	معیارها.....
۱۲۹	اختلال در برقراری ارتباط و مهارت‌های حل مسئله.....
۱۳۱	افراط در رفتارهای منفی و اختلال در رفتار مثبت بین زوجین یا میان اعضای خانواده‌ها.....
۱۳۳	دل‌بستگی و تحت تأثیر قرار گرفتن.....
۱۳۹	نقش تنظیم عواطف.....
۱۴۱	افزایش احساس و تمرکز عاطفی.....
۱۴۶	دوره درمان.....
۱۴۷	حالت‌های مثبت و منفی.....
۱۴۹	تجربه عواطف و ابراز احساسات.....
۱۵۱	افکار و باورهای پیرامون ابراز احساسات.....
۱۵۷	نقش تغییرات رفتاری.....
۱۶۲	اعمال متقابل در روابط.....
۱۶۴	تعاملات کوچک و بزرگ در تغییر رابطه.....
۱۶۵	تشریفات مذهبی.....

۱۶۶	رفتارهای مرزی
۱۶۶	حمایت اجتماعی برای رفتارها و تغییر
۱۶۹	فصل چهارم: تکنیک‌های درمانی در رویکرد شناختی-رفتاری
۱۷۰	مقدمه
۱۷۱	شناسایی افکار خودآیند و پیوستگی عواطف و رفتار
۱۷۳	شناسایی طرح‌واره‌ها و بازسازی آن‌ها
۱۷۳	تغییر طرح‌واره‌های برگرفته شده از خانواده اصلی
۱۷۴	وضع قوانین از طریق شکل دهی مجدد و تمرین
۱۷۵	تکنیک‌های رفتاری
۱۷۵	آموزش ارتباط
۱۷۸	راهکارهای برای گوینده
۱۸۰	راهکارهایی برای شنونده
۱۸۴	انتقال همدلی
۱۸۵	تائید
۱۸۷	تکنیک‌هایی برای اصلاح و کاهش ایجاد وقفه در سخن دیگری در رابطه
۱۸۸	تکنیک کاغذ و مداد
۱۹۰	راهکارهای حل مسئله
۱۹۲	قراردادهای تبادل رفتاری
۱۹۳	مورد شیرین و احمد
۱۹۴	مداخلاتی برای افراط و تفریط در واکنش‌های عاطفی
۱۹۵	توافق‌های احتمالی

۱۹۷	آموزش جرات ورزی.....
۱۹۹	تکنیک‌ها و مداخلات متناقض نما.....
۲۰۴	کاهش و وقفه.....
۲۰۵	تمرین رفتاری.....
۲۰۵	نقش وارونه.....
۲۰۷	دستیابی به مهارت‌های ارتباطی.....
۲۰۸	تکالیف خانگی.....
۲۱۱	تکالیف مربوط به روش‌شناسی درمانی.....
۲۱۲	ضبط صوتی و تصویری عکس‌العمل‌ها در منزل.....
۲۱۲	زمان‌بندی فعالیت.....
۲۱۴	خود بازبینی.....
۲۱۴	تکالیف کاری در ارتباط با رفتار.....
۲۱۵	بازسازی شناختی افکار بد کارکرد.....
۲۱۵	گسترش و انجام دادن تکالیف خانگی.....
۲۱۷	قبول تکلیف.....
۲۱۸	پیگیری.....
۲۱۸	مقاومت برای انجام تکالیف.....
۲۱۹	بررسی پیش‌بینی‌ها با تجربیات رفتاری.....
۲۲۰	شناسایی پتانسیل بازگشت.....
۲۲۰	کنترل موانع و مقاومت برای تغییر.....
۲۲۲	دیدگاه منفی شرکا و ناامیدی برای تغییر.....

۲۲۳	تفاوت در برنامه‌ها.....
۲۲۴	اضطراب درباره تغییر الگوهای موجود در رابطه.....
۲۲۵	چشم پوشی از قدرت و کنترل دریافتی.....
۲۲۶	مشکلاتی برای پذیرش مسئولیت برای تغییر.....
۲۲۷	راه بندها (موانع).....
۲۲۸	موانع درمانگر.....
۲۲۹	انتظارات غیرواقع بینانه.....
۲۳۰	موانع فرهنگی.....
۲۳۱	اجبارهای محیطی.....
۲۳۱	آسیب‌شناسی روانی.....
۲۳۲	اثرات درمان‌های گذشته.....
۲۳۳	به کارگیری فشار در زمان غلط.....
۲۳۳	تلقیح در مقابل بازگشت.....
۲۳۵	منابع و مآخذ.....

پیشگفتار

ساختار خانواده در سراسر تاریخ بشر، تصور چندان درستی نیست. بر این اساس، تعریف خانواده، امری سهل و ممتنع است. سهل است به علت تصور قالبی که از خانواده، حتی در ذهن خواص وجود دارد و آن را ترکیبی از شوهر، همسر و فرزندان می‌پندارد؛ و ممتنع است به سبب گونه‌های بی‌شمار و متفاوتی که قدر مشترک آن‌ها، تنها اطلاق نام «خانواده» است و جز آن، قدر مشترک دیگری ندارند. به همین دلیل، جامعه‌شناسی و روانشناسی معاصر ناگزیر است که در تعریف خانواده، تا حدودی محتاطانه وارد عمل شود؛ زیرا «خانواده» واژه‌ای با معانی متعدد است و از یک چارچوب مفهومی، که قادر به تعریف حیطه گسترده پدیده‌های خانوادگی باشد، محروم است.

آنچه پیشتر در مفهوم خانواده زیستی می‌گنجید، خانواده‌ای است که پدر و مادر، تنها نقش زیستی و تولید مثل دارند. با تکامل فرهنگ ملل و جوامع بشری، نقش‌های والدین نیز تعدد و تنوع یافت. رابطه پدر و فرزند، دیگر تنها رابطه زیستی نبود. پدر و مادر، مسؤول اجتماعی شدن کودک خویش نیز شدند و مسؤولیت راهبری او، اجتماعی شدن، فرهنگ‌آموزی و حتی آموزش حرفه را نیز بر عهده گرفتند. اگر چه در جوامعی، بسیاری از این گونه‌ها به حیات خود ادامه داد، اما ظهور و بروز پدیده‌های جدید، ماهیت و کارکردهای خانواده را شدیداً به چالش طلبید و تغییرات و تحولات عمیق و در عین حال، پیش‌بینی نشده‌ای را بر جوامع انسانی تحمیل کرد.

نظر به چنین تحولاتی و رنج‌های مستتر و گاه‌ها آشکار در میان آن، بر آن شدیم که در این کتاب این چالش را که مدتهاست فراروی بشر قرار گرفته بازنمایی و بررسی نماییم و گامی در جهت درمان آن برداریم. امید است که مفید آید.

فرشته آزادنیا

فصل اول: پیش درآمدی بر

درمان شناختی رفتاری

مقدمه

اختلال‌های روانی در جوامع انسانی بسیار مشهود و فراوان است. در هر طبقه و صنفی، در هر گروه و جمعی، افراد نامتعادل وجود دارند بنابراین در مورد همه اعم از کارگر، محصل، معلم، پزشک، زارع، استاد دانشگاه و غیر خطر ابتلا به ناراحتی‌های روانی وجود دارد، به عبارت دیگر هیچ فردی در برابر امراض روانی مصونیت ندارد. پیچیدگی‌های تمدن و مشکلات همراه با آن، فشارهای روانی ناشی از زندگی اجتماعی، فقر و مشکلات اقتصادی، نابسامانی‌های خانوادگی، الگوهای ناصحیح تربیتی والدین و نظایر این‌ها عوامل به وجود آورنده اختلال‌ها و ناهنجاری روانی هستند (شاملو، ۱۳۶۶).

برای برخورد با اختلال‌های روانی نظریه‌های متفاوتی وجود دارد، شش دیدگاه نظری که امروزه نفوذ فراوان دارند عبارتند از:

- (۱) دیدگاه زیست شناختی، که بر نقش فرآیندهای بدنی تأکید می‌ورزد.
- (۲) دیدگاه روانکاوی که بر نقش اضطراب و تعارض درونی تأکید دارد.
- (۳) دیدگاه یادگیری، که چگونگی تأثیر محیط بر رفتار را بررسی می‌کند.
- (۴) دیدگاه شناختی که تفکر ناقص و مشکلات حل مسئله را علل رفتار غیر عادی می‌داند.
- (۵) دیدگاه انسانگرایی - هستی گرایی که بر فردیت آدمی و آزادی او برای تصمیم‌گیری در مورد خود تأکید دارد.

(۶) دیدگاه اجتماعی، که متوجه نقش روابط اجتماعی و تأثیر شرایط اقتصادی و اجتماعی بر رفتار غیر انطباقی است.

در پاسخ به اینکه کدامیک از این دیدگاه‌های نظری درست است؟ باید گفت نظریه‌ها، مطالبی ایستا نیستند، همه آن‌ها دارای اهمیت بوده و به طور فعال مورد پژوهش قرار گرفته و به کار به راه می‌شوند، با این حال هر یک از آن‌ها واکنشی به جلو مسلط زمانه‌ی خود بوده و یا هستند (سارسون و سارسون، ۲۰۱۶).

نظریه پردازان و درمانگران متأخر بر اهمیت فرایندهای شناختی تأکید ورزیده و برای آن‌ها نقش علیت در تبیین رفتار قائل شده‌اند. مفاهیم مهمی که این رویکردهای شناختی با آن‌ها سروکار دارند عبارتند از ادراک‌های فرد از رویدادها، تغییر و اسنادهای فرد از رفتار خود، الگوهای فکری، بیانات شخصی و راهبردهای شناختی، به طور کلی مضمون اصلی نظریه‌های شناختی رفتار درمانی و تغییر رفتار این است که تفکر افراد، چگونگی احساس و رفتار آن‌ها را تعیین می‌کند (سیف، ۱۳۹۸).

نظریه‌های رفتاری، عوامل محیطی و نظریه‌های شناختی، افکار، ادراکات و تغییرهای فرد از موقعیت‌ها را علل عمده رفتارهای بهنجار و نابهنجار می‌دانند. در این پژوهش تلفیقی از این دو رویکرد تحت عنوان رفتار درمانی شناختی^۱، که در برگرنده آمیزه‌ی پیچیده‌ای از فنون شناختی و رفتاری است مورد بررسی قرار می‌گیرد.

^۱. Cognitive Behavior Therapy

تفکر و شناخت در احساس، رفتار و به طور کلی در زندگی انسان نقش مهمی دارد. انسان از نظر داشتن عقل، قدرت اندیشیدن و قدرت استنباط نتایج از مقدمات از سایر حیوانات متمایز می‌گردد (نجاتی، ۱۳۹۷).

اخیراً در روانشناسی و روانپزشکی «شناخت^۲» جایگاه خاصی را در سیب‌شناسی و درمان اختلالات هیجانی به خود اختصاص داده است. گفته می‌شود روان‌شناسی دوباره به نقطه آغازین خود بازگشته است (اتکینسون و اتکینسون و هیلگارد^۳، ۱۳۹۹)، و روان‌شناختی^۴ شده است.

تأکید بر عوامر شناختی بارزترین خصوصیت رفتار درمانی در دهه مربوط به سال‌های پس از ۱۹۷۰ به شمار می‌رود (ویلسون و اولیری، ۱۹۸۰، نقل از قاسم‌زاده، ۱۳۷۰).

ادراک ما از اشیاء و موقعیت‌های دنیای پیرامون یکی از تعیین‌کننده‌های اصلی اعمال ماست. بنابراین، افکار^۵ نقش اساسی را در رفتار انسان بازی می‌کنند (ولپر، ۲۰۱۸). لازاروس (۱۹۶۴) معتقد است که استرس زایی حوادث به تنهایی موجب اختلال روانی نمی‌شود، بلکه تغییر و ارزیابی استرس توسط فرد است که نقش اساسی را در ایجاد

² Cognition

³ Atkinson, Atkinson and Hilgard

⁴ cognitive

⁵ thought

بیماری بازی می‌کند (بروین ۱۹۸۹). براون، بی فوکلو و هاریس (۱۹۸۷) نیز به نقش عوامل اجتماعی و شناختی اهمیت خاصی می‌دهند.

در نظریه‌های شناختی عوامل اصلی نگهدارنده رفتار فرایندهای شناختی فرض می‌شوند. بنابراین یکی از فرض‌های روش‌ها و فنون شناخت درمانی این است که افراد بر حسب ادراکی که از امور و رویدادها دارند به آن‌ها واکنش نشان می‌دهند. فرض دوم شناخت درمانی این است که شناخت‌های غلط سبب اختلالات هیجانی می‌شوند. بنابراین هدف عمده شناخت درمانی ایجاد تغییر در فرایندهای شناختی افراد است. درمانگران شناختی و تغییردهندگان رفتار شناختی معتقدند که تغییرات مطلوب در رفتار مددجویان (از جمله رفتارهای هیجانی آنان) از راه تغییر دادن الگوهای فکری، باورها، نگرش‌ها، و عقایدشان امکانپذیر است. (سیف، ۱۳۹۸)

اگر نقش عوامل شناختی در ادراک و اصلاح رفتار انسانی نادیده گرفته شود از توانایی رفتار درمانگر در پرداختن به بسیاری از مشکلاتی که در کار بالینی به آن‌ها بر می‌خورد جداً کاسته می‌شود. با وجودی که در گذشته رفتار درمانگران سرسختانه از هر گونه ارجاع به مفاهیم واسطه‌ای اجتناب می‌کردند ولی در گزارش‌های جدیدتر به وضوح به اهمیت عوامل شناختی تأکید شده است (گلدفرید و دیویسون، ۱۹۷۶)

فنون رفتاری یار فنون شناختی است. هدف کلی روش‌های رفتاری کمک به بیمار برای درک نادرستی فرضیات شناختی خود و یادگیری فنون جدید برای مدارا، پیامدهای آن است.

مطالعات به وضوح نشان داده‌اند که شناخت درمانی در بعضی از موارد معادل یا برتر از داروهایست و در هر حال روش موثری است. شناخت درمانی یکی از مفیدترین روش‌های روان درمانی فعلی برای افسردگی است و انتظار می‌رود که برای درمان سایر اختلالات نیز مفید بوده باشد (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۳). کارست (۱۹۷۰) و ترکسر (۱۹۷۲) تأثیر مثبت شناخت درمانی را در تخفیف اضطراب افراد به هنگام سخنرانی جمع ثابت نمودند (نجابتیان، ۱۳۷۹)

پاور و هکاران (۱۹۹۰) اظهار می‌دارند درمان شناختی - رفتاری احتمالاً بسیار موفق‌تر از درمان‌های دیگر در زمینه اضطراب عمل کرده است.

رفتار درمان شناختی، رویکردی است فعال، جهت بخش، از لحاظ زمانی محدود و سازمان یافته. این رویکرد براساس این منطق نظری زیربنایی استوار است که عاطفه و رفتار فرد عمدتاً بر حسب شیوه شناخت جهان از نظر او تعیین می‌شود (بک و همکاران^۶، ۱۹۷۹). این نوع درمان، درمانی است:

➤ مبتنی بر مدل شناختی منسجم درباره اختلال‌های هیجانی و نه مجموعه‌ی ناهماهنگی از فنونی که فاقد هر نوع اساس وحدت بخش منطقی باشند.

➤ مبتنی بر همکاری درمانی استوار بین بیمار و درمانگر که در آن بیمار به صراحت به عنوان فردی که نقشی برابر در رویکرد تیمی به حل مسأله دارد تلقی می‌شود؛

^۶ Beck et al

- کوتاه و محدود از لحاظ زمانی که در آن سعی می‌شود به بیمار کمک شود تا در خود مهارت‌های خود - یاری مستقلاً پدید آورد؛
- سازمان یافته و جهت بخش؛
- مسأله مدارو معطوف به عوامل تداوم بخش مشکلات و نه منشأ آن‌ها.
- متکی بر فرایند سؤال و «کشف راهبری شده»^(۷) و نه قانع‌سازی، موعظه و مباحثه.
- براساس روش‌های استقرایی، به طوری که بیمار فرا می‌گیرد که افکار و اعتقاداتها را به عنوان فرضیه‌هایی که باید اعتبار شن آزموده شود، بنگرد.
- آموزشی، که در آن فنون شناختی- رفتاری به عنوان مهارت‌هایی که باید از طریق ممارست فراگرفته شوند و از طریق تکالیف خانگی وارد محیط بیمار گردند، تلقی می‌شود (هاوتون و همکاران^(۸)، ۲۰۱۹).

تاریخچه

درمان شناختی - رفتاری رویکرد نسبتاً نویایی است که می‌خواهد فرد را در بافت زمینه‌ی زیست، اجتماعی، فرهنگی خود قرار دهد و با تکیه بر اصول و قواعد بر خاسته از رشته‌های مختلف و سایر علوم وابسته، «سالم زیستن» و «سالم اندیشیدن» را به او بیاموزد.

⁷ Guided discovery

⁸ Hawton at al

این رویکرد، خود از تلفیق دو رویکرد رفتار درمانی و رویکرد شناختی پدید آمده است. به یک اعتبار می‌توان گفت که در رفتار درمان شناختی، نکات قوت رویکردهای رفتار درمانی و شناخت درمانی - یعنی عینی‌گرایی، ارزیابی و سنجش از یک سوی و دخالت دادن نقش حافظه در بازسازی و تغییر اطلاعات از سوی دیگر گرد آمده و به صورت یک پیکره دانش کار بسته درآمده است (هاوتون و همکاران، ۲۰۱۹).

تحقیقات و مدل‌سازی‌های بندورا درباره «اهمیت یادگیری مشاهده‌ای» نقش «خویشتن» در ارزیابی رفتار و تسلط بر آن، پژوهش‌های سلیگمن درباره درماندگی اکتسابی، تحقیقات الوی و آبرامسون مسئله اسناد و سوگیری پردازش در افراد افسرده، بررسی‌های لانگ درباره سیستم‌های سه‌گانه در واکنش فرد و ارائه مدل زیست - اطلاعاتی درباره واکنش ترس و چگونگی مواجهه با آن، کوشش‌های اولیه مایکن بام درباره پیوند دادن دیدگاه آلیس با نظریه لوریا در خصوص نقش نظم بخشی گفتار و نظایر این موارد جملگی در کشانده شدن آن قسمت از رفتار درمانی به مسیری که اینک درمان رفتاری - شناختی نامیده می‌شود، مؤثر واقع شدند، اما از لحاظ کاربردی شاید هیچ عاملی مهمتر از مدل شناخت درمانی بک به روند شکل‌گیری رویکرد رفتاری - شناختی به درمان، تأثیر نگذاشت.

یکی از خصوصیت‌های بارز این مدل، ایجاد پیوند محکم بین دو زمینه بالینی و پژوهشی بود. استفاده از سازه‌های نظری مهم و کارسازی مانند طرحواره سوگیری، فرضیه آزمایی، تحریف، افکار خود آینده و غیره، تبیین برخی از مکانیسم‌های شناختی در اضطراب و

افسردگی را آسان‌تر ساخت. مدل بک مخصوصاً از این نظر حائز اهمیت است که پژوهش‌های گسترده‌ای را دامن زد.

دلیل رشد و توسعه رفتار درمان شناختی که در مدت کم توانسته است علاقه زیادی را در متخصصان بالینی به خود معطوف سازد. این است که اولاً روش‌های شناختی - رفتاری، برعکس سایر شکل‌های رفتار درمانی، مستقیماً با افکار و احساسات که در تمامی اختلالات روانی از اهمیت آشکاری برخوردارند سروکار دارد.

دوم اینکه رفتار درمانی شناختی شکافی را که بسیاری از درمانگران بین روش‌های صرفاً رفتاری و روان درمانی‌های پویا احساس می‌کنند را پر می‌سازد و سوم اینکه روش‌های جدید درمانی، بر عکس روان درمانی‌های پویا، پایه‌های علمی دارند و قابلیت بیشتری در ارزیابی فعالیت‌های بالینی از خود نشان می‌دهند، (هاوتون و همکاران، ۲۰۱۹).

اندیشه فلسفی رویکردهای شناختی به نظریات رواقیون بر می‌گردد. اپیکور معتقد بود که حوادث و اشیاء باعث اختلال و پریشانی نمی‌شوند بلکه نگرش فرد نسبت به این پدیده‌ها و اشیاء است که باعث آشفتگی و ناراحتی او می‌شود. از متفکرین اخیر کانت نیز معتقد است که ما نمی‌توانیم اشیاء را آن طوری که هستند بشناسیم بلکه آنچه ما می‌دانیم فقط تعبیر و تفسیر خودمان از اشیاء است (به لک برن و دیوید سون، ۱۹۹۰).

از نظر متفکرین اسلامی عقل و تفکر نیز جایگاه والایی دارند. اکثر اندیشمندان اسلامی و بسیاری از اندیشمندان غیر اسلامی معتقدند که عقل ویژگی خاص انسان است، یکی از نقاط افتراق انسان با سایر حیوانات همین عقل است. (احمدی، ۱۳۹۸).

اهمیت تفکر در اسلام به حدی است که یک ساعت تفکر برتر از هفتاد سال عبادت تلقی شده است.

دکارت معتقد است که جانوران براساس قوانین مکانیستی عمل می‌کنند و می‌توان رفتار آن‌ها را به شیوه‌ای کاملاً جبری‌گرایانه تعیین نمود، اما به نظر او چنین تبیین جبری‌گرایانه‌ای در مورد انسان اعتبار ندارد (قاسم‌زاده، ۱۳۹۶).

انسان تنها اشیاء را ادراک نمی‌کند بلکه درباره آن‌ها به استدلال می‌پردازد و از مشاهدات خود نتیجه‌گیری‌هایی نیز می‌کند بنابراین انسان واجد وسیله پیچیده‌ای جهت دریافت و پردازش اطلاعات می‌باشد، به عبارتی مشخصه انسان تنها شناخت حسی نیست بلکه شناخت عقلانی نیز هست (لوریا، ۱۳۹۲).

در حالیکه رفتار درمانگران اولیه سعی می‌کردند توجه خود را به پاسخ‌های آشکار معطوف گردانند و هر نوع فرایند شناختی را نادید بگیرند به تدریج مولفان و محققان زیادی (مثلاً باندورا ۱۹۶۹، برگین ۱۹۷۰، دیوسون ۱۹۶۸، لازاروس ۱۹۶۸، میشل ۱۹۷۳، ماهونی ۱۹۷۴، مایکن باوم ۱۹۷۴، بک ۱۹۷۵، نقل از ماسترز، بوریش هالون وریم، ۱۹۸۷) به اهمیت فرایندهای شناختی اشاره کردند. تفاوت بین رفتارگرایی روش شناختی و

رفتارگرایی متافزیکال اهمیت خاصی دارد. رفتار گرایی متافزیکال که نوع رفتار گرایی افراطی است برای رفتار بشر، وجود هر نوع پدیده ذهنی را آشکار می‌کند. واتسون به عنوان سرومدار این نظریه، افکار، تصورات و عقاید را برای بررسی علمی نامناسب می‌داند و در این رابطه با برتری نقش محیط در تعیین تفاوت‌های فردی تأکید دارد در حالیکه رفتار گرایی روش شناختی خود را محدود به رفتار آشکار نمی‌کند، اما پایبند دقیق بررسی و پژوهش علمی است (هاورز، ۱۹۸۸).

به هر حال رفتار درمانی با مفهومی ساده از محدودی رفتارها شروع شد و نمی‌توانست نیاز روان‌شناسی بالینی را پاسخ گوید، زیرا رفتار با تعدادی از عوامل (افکار، حافظه و حالت هیجانی) ارتباط دارد (بروین، ۱۹۸۸)، که رفتار درمانگران اولیه از آنان غفلت می‌ورزیدند. به تدریج روان‌شناسی به سوی «شناختی شدن» تغییر جهت داد (دمبر، ۱۹۷۴). از اواخر سال‌های ۱۹۷۰ انقلاب شناختی رفتار درمانی را نیز همانند سایر شاخه‌های روان‌شناسی زیر نفوذ خود قرار داد. رفتار درمانی ساخت‌های شناختی را در روش‌های درمانی به کار گرفت و به طور تجربی سودمندی بالینی این روش‌ها را مورد ارزیابی قرار داد. ویلسون در سال ۱۹۷۸ گفته است که این ترکیب رفتار درمانی و روان‌شناسی تجربی شناختی اجتناب ناپذیر بوده است.

بدین ترتیب درمان‌های رفتاری شناختی (رفتار درمانی شناختی؛ CBT) رشد یافتند، چندین عامل در شکل‌گیری CBT مؤثر بوده‌اند (هاوز، ۱۹۸۸).

گرچه به نظر هاوز (۱۹۸۸)، هب اولین روانشناسی است که در سال ۱۹۶۰ تغییر در روان‌شناسی را تشخیص داد ولی انتشار کتاب روان‌شناسی شناختی نيسر در سال ۱۹۶۵ که مشتمل بر تحقیقات راجع به فرایندهای شناختی مثل توجه، حافظه، حل مسئله، تصور و اسناد بود، در انقلاب شناختی نقش عمده‌ای را داشته است. با این حال ما سترز و دیگران (۱۹۷۸) ریشه‌های تاریخی رویکردهای شناختی را در نظریات راتر و کلی می‌دانند.

دمبر (۱۹۷۴، به نقل از هاوز، ۱۹۸۸) از میان حوادثی که به انقلاب شناختی نسبت داده می‌شوند از یادگیری زبان، حافظه ادراک و انگیزه نام می‌برد. همانا یادگیری زبان چیزی بیش از زنجیره محرک - پاسخ (S-R) است. پژوهش در زمینه حافظه نشان داده که ذخیره‌سازی و بازیابی اطلاعات نیازمند استراتژی‌های فعال توسط آموزنده است.

پژوهش در قلمرو و ادراک نیز ثابت کرد که فرایندهای اساسی ادراک تحت تأثیر حالت عاطفی و شناختی بیمار قرار می‌گیرند. این تحقیقات نشان می‌دهند که جنبش‌های فیزیکی محرک در مقایسه با ادراک فرد اهمیت کمتری در تعیین رفتار فرد ممکن است داشته باشد، ادراک نیز به توجه خود تحت تأثیر انتظارات، انگیزه‌ها و حالت عاطفی شخص قرار می‌گیرد. بنابراین همان طوری که ماهونی (۱۹۷۴) می‌گوید: فرد به محیط واقعی پاسخ نمی‌دهد بلکه به محیط ادراک شده پاسخ می‌گوید (هاورز، ۱۹۸۸). روان‌شناسان تجربی با مطالعه انگیزه به نظریه هال در رابطه با سائق به عنوان انحراف از حالت تعادل فیزیولوژیایی پی بردند، از این جهت در دیدگاه جدید دمبر به جای اهمیت کاهندگی سائق به جنبه‌های

اطلاعاتی حوادث تأکیده شده است. یاداش دهندگی یک حادثه یا رویداد بستگی به ادراک فرد دارد و نه محرک، بر این اساس دمپر نتیجه می‌گیرد که مدل رفتاری با یافته‌های تحقیقاتی جدید در قلمرو تجربی تطبیق نمی‌کند و نمی‌تواند آن‌ها را کاملاً جذب نماید، و بنابراین:

الف) روان‌شناسان از اکثر مسائل مورد علاقه ایشان محروم می‌کند.

ب) نظریه S-R در تبیین رفتار انسان نارسا و ناکافی است.

یکی دیگر از پدیده‌های مؤثر در شکل‌گیری CBT، نظریه یادگیری مشاهده‌ای باندورا است. در سایر تحقیقات و نیز رشد و ظهور نظریه‌های دیگر، انبوهی از اطلاعات فراهم گردید که نمی‌توان آن‌ها را با مدل‌های S-R توضیح داد. باندورا در سال ۱۹۶۹ در کتابش به نام «اصول اصلاح رفتار» تبیین نسبتاً کامل و جامعی از رفتار انسان ارائه نمود، در حقیقت او در نظریه‌اش اصول شرطی‌سازی کلاسیک و شرطی‌سازی عامل را درهم آمیخت. باندورا و همکارانش بر اساس تحقیقاتی که انجام دادند به سرمشق‌گیری و عوامل مؤثر در یادگیری مشاهده‌ای پی بردند. تحقیقات آن‌ها نشان داد که افراد از طریق مشاهده دیگران می‌آموزند و این نوع یادگیری بستگی به تقویت مشاهده‌کننده یا مدل ندارد. افراد از این طریق نه فقط پاسخ‌های جدید بلکه همچنین استانداردهایی را برای تقویت خود می‌آموزند. فرایند توجه و مشوق در یادگیری مشاهده‌ای باندورا به رفتار نمادین (شناخت) اشاره دارند، باندورا (۱۹۷۷)، با مطرح کردن نظریه خود اثرمندی، فرایندهای شناختی را درمان مهم می‌داند.