

رویکرد فرمول بندی بیمار به درمان شناختی-رفتاری

تألیف

ژاکلین بی. پرسونز

ترجمه

علی حسین اسفندزاد

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی



فهرست مطالب

۵.....	مقدمه مترجم.....
۱۱.....	درباره نویسنده.....
۱۳.....	پیشگفتار.....
۱۵.....	فصل اول. رویکرد فرمول‌بندی بیمار به درمان شناختی-رفتاری چیست؟.....
۳۸.....	فصل دوم. نظریه‌های شناختی و تلویحات بالینی آنها.....
۷۱.....	فصل سوم. نظریه‌های یادگیری و تلویحات بالینی آنها.....
۱۰۵.....	فصل چهارم. نظریه‌های هیجان و تلویحات بالینی آنها.....
۱۳۸.....	فصل پنجم. برقرار کردن رابطه درمانی و دست‌یابی به فهرست مسئله و تشخیص.....
۱۸۴.....	فصل ششم. ایجاد فرمول‌بندی اولیه از بیمار و تعیین اهداف درمان.....
۲۱۹.....	فصل هفتم. استفاده از فرمول‌بندی برای ایجاد طرح درمان و کسب رضایت بیمار نسبت به آن.....
۲۴۴.....	فصل هشتم. رابطه درمانی.....
۲۶۵.....	فصل نهم. پایش پیشرفت.....
۲۹۲.....	فصل دهم. تصمیم‌گیری در جلسه درمان.....
۳۱۱.....	فصل یازدهم. برخورد با عدم تبعیت و شکست درمان.....
۳۳۵.....	فصل دوازدهم. تصمیم‌گیری در سراسر دوره درمان.....
۳۵۶.....	منابع.....
۳۷۵.....	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....
۳۸۰.....	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....

رویکرد شناختی-رفتاری در روان‌درمانی شناخته شده ترین و مقبول‌ترین روش درمانی در دنیا به شمار می‌رود. تمام دانشجویان روان‌شناسی بالینی در مقطع کارشناسی ارشد و دکتری و دستیاران روان‌پزشکی در دانشگاه‌ها آموزش می‌بینند تا از روش شناختی-رفتاری برای روان‌درمانی و مشاوره استفاده نمایند. درمان شناختی-رفتاری به واسطه ویژگی‌های ارزشمندی که دارد، قابل‌آزمون است و یافته‌های آن به وسیله پژوهش‌های تجربی حمایت می‌شود.

امروزه درمان‌های شناختی-رفتاری با پشتوانه تجربی بسیاری برای طیف وسیعی از اختلالات و مسائل ارائه شده است. علاوه بر افسردگی و اضطراب که بیشترین بهره را از درمان شناختی-رفتاری می‌برند، این درمان، درمان انتخابی بسیاری از اختلالات است (از جمله، اختلال وسواس فکری-عملی، اختلال پانیک، اختلال استرس پس از سانحه، انواع فوبیا، اختلالات خوردن، اختلالات خواب، اختلالات مربوط به مصرف مواد و الکل). علاوه بر اختلالات روانی، درمان شناختی-رفتاری می‌تواند در بهبود برخی از مشکلات سلامتی که به صورت مزمن فرد را درگیر می‌کنند، تأثیرگذار باشد. مشکلاتی مانند سندرم روده تحریک‌پذیر و سندرم خستگی مزمن نیز با درمان شناختی-رفتاری قابل رفع هستند. این درمان علاوه بر اینکه در بهبود علائم جسمانی این اختلالات مؤثر است، به فرد کمک می‌کند تا بتواند راحت‌تر با علائم ناشی از این بیماری‌ها کنار بیاید.

با اینکه درمان‌های شناختی-رفتاری با پشتوانه تجربی بسیاری برای اختلالات و مسائل مختلف وجود دارد، اما آنها در بسیاری از موقعیت‌های چالش‌انگیز، به متخصصان متکی بر شواهد کمک نمی‌کنند. آن موقعیت‌ها عبارت‌اند از: بیماری که چندین اختلال دارد، بیماری که چندین درمانگر دارد، نیاز درمانگر به تصمیم‌گیری‌هایی که در پروتکل‌های درمان با پشتوانه تجربی به آنها اشاره نشده است، بیماری که اختلالات و مسائلی دارد که هیچ‌گونه درمان با پشتوانه تجربی برای آنها در دسترس نیست، بیماری که از پروتکل درمان با پشتوانه تجربی تبعیت نمی‌کند، بیماری که نمی‌تواند رابطه درمانی مشارکتی مورد نیاز برای اجرای پروتکل درمان با پشتوانه تجربی را برقرار کند، بیماری که به پروتکل درمان با پشتوانه تجربی پاسخ نمی‌دهد، یا افزایش پرشتاب درمان‌های با پشتوانه تجربی که درمانگر را به مهارت یافتن در آنها فرا می‌خواند.

رویکرد فرمول‌بندی بیمار به درمان شناختی-رفتاری یک چارچوبی برای راهنمایی متخصصان بالینی برای برخورد با چالش‌های فوق در هنگام تلاش برای استفاده از درمان‌های با پشتوانه تجربی

ارائه می‌کند. در این رویکرد تلاش می‌شود تا بر درمان‌های با پشتوانه تجربی موجود تکیه شود، بیمار به صورت کامل و درست و فردی شده فرمول‌بندی شود، به مسائل موجود در رابطه و عدم تبعیت و شکست پرداخته شود، و پیشرفت پایش شود. این اقدامات موجب می‌شوند که تا حد امکان از شکست درمان و هدر رفتن زمان و هزینه‌های بی‌مورد جلوگیری شود و به بسیاری از مسائلی پرداخته شود که درمان‌های موجود راه حلی برای آنها ارائه نمی‌کنند.

گام اول در رویکرد فرمول‌بندی بیمار به درمان شناختی-رفتاری، جمع‌آوری اطلاعات ارزیابی از منابع مختلف (از جمله مصاحبه بالینی، مقیاس‌های خودگزارشی، اطلاعات خودپایشی ارائه شده توسط بیمار، مصاحبه‌های تشخیصی ساخت‌مند، و گزارش‌های اعضای خانواده بیمار و سایر درمانگران) و رسیدن به فهرست جامع از همه مسائل بیمار و تشخیص و فرمول‌بندی اولیه از بیمار است. درمانگر تاریخچه زندگی بیمار را به طور مفصل از کودکی ارزیابی می‌کند، همه نشانه‌ها، اختلالات، و مسائل بیمار را توصیف می‌کند، فرضیه‌هایی درباره مکانیسم‌های مسبب اختلالات و مسائل پیشنهاد می‌کند، عوامل شتاب‌دهنده اخیر اختلالات و مسائل فعلی را پیشنهاد می‌کند، منشأهای مکانیسم‌ها را پیشنهاد می‌کند، و همه این اجزاء را درون یک مجموعه‌ای که از نظر منطقی منسجم است، در یک پاراگراف و تحت عنوان داستان زندگی بیمار به یکدیگر پیوند می‌زند.

قلب فرمول‌بندی، ایجاد فرضیه مکانیسم است و شامل این نظریه‌پردازی درمانگر است که چه عواملی مسبب و نگه‌دارنده مسائل و اختلالات فعلی بیمار هستند. بدین منظور، درمانگر از نظریه‌های اساسی شناختی، یادگیری، و هیجان که در فصل‌های ۲، ۳، و ۴ تشریح شده‌اند، استفاده می‌کند. به طور خلاصه، فرمول‌بندی شامل جمع‌آوری اطلاعات در مورد همه عواملی است که ممکن است با مسائل بیمار و درمان آن‌ها مرتبط باشند و همچنین ایجاد فرضیه (یا فرضیات) در این باره است که این عوامل چگونه دست به دست هم دادند و مسائل فعلی بیمار را به وجود آوردند و آن‌ها را تداوم می‌بخشند. گام بعدی، ارائه طرح درمان بر اساس فرمول‌بندی است. بنابراین، اگر درمانگر مسائل بیمار را با استفاده از نظریه شناختی بک مفهوم‌سازی کرده باشد، آن وقت آن درمان را برای پرداختن به مسائل بیمار به کار خواهد برد.

این کتاب، یک کتاب کاربردی است که گام به گام نحوه فرمول‌بندی بیمار و ارائه طرح درمان را با نمونه‌های عینی مختلف شرح می‌دهد. نمونه‌های عینی فراوان، پرسشنامه‌ها و فرم‌ها برای ارزیابی جامع، از ویژگی‌های بارز و سودمند و آموزنده این کتاب است. این کتاب شامل ۱۲ فصل به شرح زیر است:

در فصل ۱، ضرورت یادگیری رویکرد فرمول‌بندی بیمار به درمان شناختی-رفتاری، اجزاء فرمول‌بندی و نحوه فرمول‌بندی، و پشتوانه‌های تجربی این رویکرد توضیح داده شده است. در فصل‌های ۲، ۳، و ۴، بخش‌های مهم سه نظریه شناخت، یادگیری، و هیجان که در ایجاد فرضیه یا فرضیات فرمول‌بندی به کار می‌روند، با نمونه‌های عینی تشریح شده است. در فصل ۲، عمدتاً نظریه

شناختی بک و همچنین سایر نظریات شناختی در مورد آسیب‌شناسی روانی و درمان آن‌ها ارائه شده است. در فصل ۳، نظریه‌های یادگیری شامل شرطی کلاسیک، شرطی عامل، یادگیری مشاهده‌ای، و مدل‌های ترکیبی و تلویحات بالینی آن‌ها توصیف شده است. در فصل ۴، مدل‌های هیجان و تلویحات بالینی آن‌ها در درمان آسیب‌شناسی روانی ارائه شده است. در فصل ۵ به ایجاد رابطه درمانی و نحوه دستیابی به فهرست مسئله و تشخیص پرداخته شده است. این فصل شامل تأکید به نیاز به مرز روشن بین ارزیابی و درمان، تکالیف این مرحله، ایجاد رابطه درمانی، و شروع اولین بخش فرمول‌بندی (یعنی به دست آوردن فهرست جامع از مسائل) است.

در فصل ۶، نحوه ایجاد فرمول‌بندی اولیه و تعیین اهداف درمان بررسی شده است. فصل ۷ شامل استفاده از فرمول‌بندی برای ایجاد طرح درمان و کسب رضایت بیمار نسبت به آن است و در اینجا مرحله پیش از درمان یا ارزیابی تمام می‌شود. در فصل ۸، به موضوع مهم رابطه درمانی و مسائل مرتبط با آن که مانع درمان می‌شوند، پرداخته شده است. در فصل ۹ به موضوع مهم دیگر که پایش پیشرفت است، پرداخته شده است. در این فصل نحوه پایش با نمونه‌های عینی تشریح شده است. در فصل ۱۰ نحوه استفاده از فرمول‌بندی برای تصمیم‌گیری بالینی در مورد مسائل مختلفی که در جلسه مطرح می‌شوند، بررسی شده است. در فصل ۱۱ نحوه برخورد با یک موضوع مهم دیگر یعنی عدم تبعیت و شکست درمان پرداخته شده است. در فصل ۱۲ نیز نحوه پرداختن به مسائل پیش آمده در سراسر دوره درمان از جمله درمان مسائل چندگانه، هماهنگ کردن کار چندین درمانگر، و نحوه کار در مراحل مختلف درمان (آغازین، میانی، پایانی) توضیح داده شده است.

به نظر می‌رسد به همان اندازه که تسلط بر آسیب‌شناسی روانی و شناخت اختلالات و تسلط بر پروتکل‌ها و تکنیک‌های درمانی مهم است، تسلط بر دانش فرمول‌بندی نیز مهم است، چرا که بدون آن ممکن است مسائل بیمار به درستی شناسایی یا تبیین نشوند و به تبع آن، درمان هم چندان موفق نخواهد بود. امید است این کتاب مورد توجه جدی متخصصان بالینی، دانشجویان روان‌شناسی بالینی و دستیاران روان‌پزشکی و سایر متخصصان بهداشت روانی قرار گیرد. در پایان لازم می‌دانم از زحمات مجموعه انتشارات ارجمند برای چاپ این کتاب تشکر کنم.

علی حسین اسفند زاد

بهار ۱۴۰۱

مجموعه کتاب‌های راهنما برای درمان مبتنی بر شواهد فردی شده^۱

ژاکلین بی. پرسونز، ویراستار مجموعه

کتاب‌های این مجموعه از طریق ارائه دستورالعمل‌های گام‌به‌گام برای اداره کردن بیماران واقعی، به متخصص بالینی کمک می‌کنند تا طرح‌های درمان را با استفاده از مداخلاتی ایجاد کند که اثربخشی‌شان اثبات شده است. این کتاب‌های راهنمای کاربردی^۲ به وسیله تأکیدی که بر فرمول‌بندی نظام‌مند و در عین حال انعطاف‌پذیر دارند، جایگزین‌های قدرتمند برای رویکردهای تک‌سایز ارائه می‌کنند. هر یک از این کتاب‌ها به یک اختلال ویژه‌ای می‌پردازند یا راهبردهای مداخله‌ای پیشگامی را مطرح می‌کنند که می‌توانند در سراسر طیف مسائل بالینی به کار بروند.

شناخت درمانی اسکیزوفرنی

دیوید جی، کینگدون و داگلاس تورکینگتون

درمان اختلال دوقطبی:

راهنمای متخصص بالینی برای درمان بین فردی و ریتم اجتماعی

آلن فرانک

درمان شناختی-رفتاری چندبخشی برای اختلالات اضطرابی کودکانی

بروس اف. چورپیتا

درمان شناختی-رفتاری برای اختلال استرس پس از سانحه:

رویکرد فرمول‌بندی بیمار

کلاودیا زیفرت و کارولین بلک بکر

درمان شناختی-رفتاری برای سندرم آسیب‌گر بزرگ‌سالی

والری ال. گائوس

درمان شناختی-رفتاری برای اختلالات اضطرابی:

۱. درمان فردی شده درمانی است که ایجاد فرمول‌بندی بیمار و طرح درمان در آن، به طور ویژه و متناسب با مسائل بی‌همتای بیمار انجام می‌شود. همچنین درمان مبتنی بر شواهد درمانی است که پشتوانه‌های پژوهشی معتبر و متعدد برای اثربخشی آن وجود دارد. مترجم.

۲. برخلاف کتاب‌های نظری که فقط اصول نظری را مطرح می‌کنند، کتاب‌های راهنمای کاربردی دستورالعمل‌های گام‌به‌گام برای پرداختن به مسائل و اختلالات گوناگون را در اختیار متخصصان بالینی قرار می‌دهند. مترجم.

دکتر ژاکلین بی. پرسونز، مدیر مرکز شناخت‌درمانی منطقه بی سان‌فرانسیسکو و استاد بالینی در دپارتمان روان‌شناسی دانشگاه برکلی کالیفرنیا است. او متخصص بالینی، مدرس، پژوهشگر، نویسنده، و دانشمند-متخصص است. او به طور فعال به کار درمان می‌پردازد، درمان شناختی-رفتاری را برای اختلالات خلقی و اضطرابی و مسائل مرتبط ارائه می‌کند، و نظارت بالینی را به دانشجویان و متخصصان در بسیاری از محیط‌ها آموزش می‌دهد و ارائه می‌کند. دکتر پرسونز به پژوهش درباره مکانیسم‌های زیربنایی نشانه‌های افسردگی و اضطراب و فرایند و نتیجه درمان شناختی-رفتاری (به‌ویژه به شکلی که در کار بالینی معمول انجام می‌شود) می‌پردازد. اولین کتاب او (شناخت‌درمانی در عمل: رویکرد فرمول‌بندی بیمار) که به وسیله انتشارات نورتون در سال ۱۹۸۹ چاپ شد، به طور گسترده به عنوان یک کتاب کلاسیک به حساب آمده است. او رئیس سابق انجمن پیشرفت رفتاردرمانی (حالا انجمن درمان‌های رفتاری و شناختی) و انجمن علم روان‌شناسی بالینی (یکی از بخش‌های انجمن روان‌شناسی بالینی در انجمن روانشناسی آمریکا) است.

تقلاهای من به عنوان یک درمانگر تازه‌کار در واکنش به انواع موقعیت‌های پرارزش و دائماً شگفت‌انگیزی که هر روز در کار بالینی‌ام مواجه می‌شدم، مرا به پیدا کردن راهی برای فرمول‌بندی بیمار واداشت که بتواند به درک درست از موقعیت^۱ و تصمیم‌گیری مناسب هدایت کند. آن جستجو منجر به اولین کتاب من، یعنی شناخت‌درمانی در عمل: رویکرد فرمول‌بندی بیمار شد (پرسونز، ۱۹۸۹).

من در این کتاب، آن کتاب و نوشته‌های دیگرم درباره فرمول‌بندی بیمار را بسط داده‌ام و مطالب زیادی به آنها اضافه کرده‌ام. مهم‌ترین پیشرفت در مقایسه با کتاب قبلی‌ام این است که من اکنون فرمول‌بندی بیمار را در چارچوب جامع‌تر فرضیه‌آزمایی بالینی قرار داده‌ام. فرمول‌بندی (یا به بیان دقیق‌تر، فرمول‌بندی‌ها، چون متخصص بالینی چندین فرمول‌بندی در سطوح گوناگون برای هدایت کار برای هر بیمار ایجاد می‌کند) یک فرضیه است. متخصص بالینی در هر جلسه درمان اطلاعات جمع‌آوری می‌کند تا فرمول‌بندی را آزمون کند و اثربخشی طرح درمان مبتنی بر آن را ارزیابی کند. فصل مربوط به پایش پیشرفت (فصل ۹) یکی از رکن‌های اصلی این کتاب است.

من در این کتاب تلاش می‌کنم تا بر درمان‌های با پشتوانه تجربی تکیه کنم. این کار دشوار است. اکثر پروتکل‌های درمان با پشتوانه تجربی متشکل از فهرستی از مداخلات هستند که باید به منظور درمان اختلال هدف‌گیری شده به وسیله درمان با پشتوانه تجربی انجام شوند. پروتکل درمان با پشتوانه تجربی فرض می‌کند که مکانیسم‌های مسبب و نگه‌دارنده نشانه‌های بیمار تحت درمان با مکانیسم‌های موجود در زیربنای طرح پروتکل مطابقت دارند. پروتکل همچنین فرض می‌کند که هدف بیمار، درمان اختلال DSM هدف‌گیری شده به وسیله پروتکل است. اما این فرض‌ها اغلب نادرست از آب درمی‌آیند.

راه‌حل من برای این مسائل (که به تفصیل در این کتاب توضیح داده شده است) این پیشنهاد است که متخصصان بالینی پروتکل‌های درمان با پشتوانه تجربی را بررسی کنند تا فرمول‌بندی‌های موجود در زیربنای آن‌ها را درک کنند و همچنین پی ببرند که چگونه مداخلات موجود در پروتکل از فرمول‌بندی‌ها بیرون می‌آیند. آن وقت آن‌ها می‌توانند از آن اطلاعات (و نه رویه‌های گام‌به‌گام خود

۱. درک درست از موقعیت یعنی استدلال منطقی بدون سوگیری و پیش‌داوری، دیدگاه جامع به مسئله یا مسائل بیمار و به شمار آوردن همه مسائل و عوامل اثرگذار گذشته و حال در شکل‌گیری مسائل و اختلالات بیمار، مترجم.

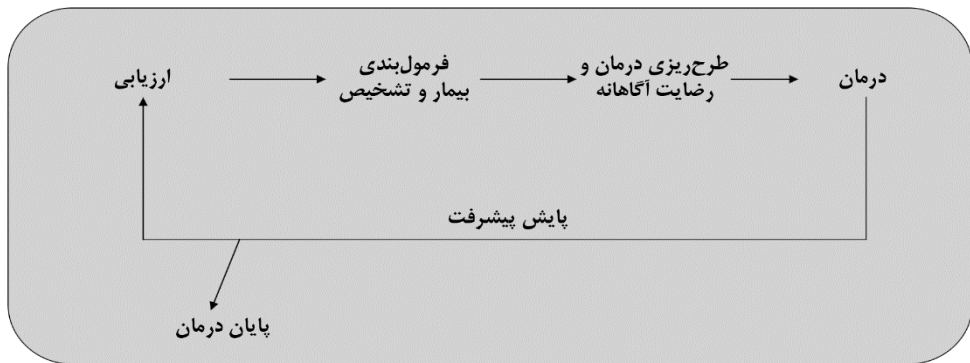
پروتکل) برای هدایت کارشان استفاده کنند. به منظور اینکه آن تکالیف آسان شود، این کتاب شامل سه فصلی است که در آنها، اصول بنیادی سه گروه عمده مدل‌هایی که در زیربنای اکثر درمان‌های با پشتوانه تجربی قرار دارند، به تفصیل شرح داده شده است: مدل‌های شناختی (به‌ویژه نظریهٔ بک)، نظریه‌های یادگیری، و مدل‌های بنیادین هیجان.

به کار بستن رویکرد به درمان شناختی-رفتاری توصیف شده در اینجا دشوار است. با وجود این، رضایت‌بخش است. هدف من این است که به متخصصان بالینی کمک کنم تا کار اثربخشی انجام دهند که پاسخگوی وضعیت جاری است، به وسیلهٔ درک درست از موقعیت هدایت می‌شود، و مبتنی بر شواهد است.

فصل اول

رویکرد فرمول‌بندی بیمار به درمان شناختی-رفتاری چیست؟

رویکرد فرمول‌بندی بیمار به درمان شناختی-رفتاری یک چارچوبی برای ارائه درمان شناختی-رفتاری است که به طور انعطاف‌پذیر به نیازهای بی‌همتای بیمار تحت درمان پاسخ می‌دهد، تصمیم‌گیری درمانگر را هدایت می‌کند، و مبتنی بر شواهد است. درمان شناختی-رفتاری هدایت شده به وسیله فرمول‌بندی بیمار درمان جدیدی نیست. این رویکرد یک روشی برای استفاده از درمان‌های شناختی-رفتاری با پشتوانه تجربی و نظریه‌ها در کار بالینی معمول است. اجزاء رویکرد فرمول‌بندی بیمار به درمان شناختی-رفتاری در شکل ۱-۱ به نمایش در آمده است. درمانگر کار را با جمع‌آوری اطلاعات ارزیابی آغاز می‌کند تا به تشخیص برسد و یک فرمول‌بندی فردی شده از بیمار ایجاد کند. درمانگر برای ایجاد طرح درمان و کسب رضایت بیمار نسبت به آن از فرمول‌بندی استفاده می‌کند.



□ = رابطه درمانی

شکل ۱-۱. رویکرد فرمول‌بندی بیمار به درمان شناختی-رفتاری. حق چاپ، ۲۰۰۸؛ متعلق به مرکز شناخت‌درمانی منطقه بی‌سان‌فرانسیسکو. چاپ دوباره در ژاکلین بی. پرسونز با کسب اجازه (۲۰۰۸). اجازه فتوکپی از این شکل فقط به خریداران این کتاب و برای استفاده شخصی داده می‌شود (برای کسب اطلاعات بیشتر به صفحه حق چاپ مراجعه کنید).

در آن حین که درمان پیش می‌ورد، درمانگر از فرمول‌بندی استفاده می‌کند تا تصمیم‌گیری را هدایت کند و با همکاری بیمار اطلاعات جمع‌آوری می‌کند تا پیشرفت درمان را پیش کند و تغییرات مورد نیاز را انجام دهد. همه این اتفاقات در بافتار رابطه درمانی مشارکتی رخ می‌دهند.

چرا رویکرد فرمول‌بندی بیمار به درمان شناختی-رفتاری نیاز است؟

گسترش درمان‌های با پشتوانه تجربی برای اختلالات روان‌پزشکی و مسائل روان‌شناختی، پیشرفت مثبت مهمی در رشته ما و موهبت برای روان‌درمانگرانی است که تلاش می‌کنند تا درمان مبتنی بر شواهد ارائه کنند. با وجود این، پروتکل‌های درمان با پشتوانه تجربی در بسیاری از موقعیت‌های چالش‌انگیز، راهنمایی برای متخصصان بالینی متکی بر شواهد ارائه نمی‌کنند. این موقعیت‌ها عبارت‌اند از: بیماری که اختلالات و مسائل چندگانه دارد، بیماری که چندین درمانگر دارد، نیاز درمانگر به تصمیم‌گیری‌هایی که در پروتکل‌های درمان با پشتوانه تجربی به آنها اشاره نشده است، بیماری که اختلالات و مسائلی دارد که هیچ‌گونه درمان با پشتوانه تجربی برای آنها در دسترس نیست، بیماری که از پروتکل درمان با پشتوانه تجربی تبعیت نمی‌کند، بیماری که نمی‌تواند رابطه درمانی مشارکتی مورد نیاز برای اجرای پروتکل درمان با پشتوانه تجربی را برقرار کند، بیماری که به پروتکل درمان با پشتوانه تجربی پاسخ نمی‌دهد، یا افزایش پرشتاب درمان‌های با پشتوانه تجربی که درمانگر را به مهارت یافتن در آنها فرا می‌خواند.

من هر یک از این موقعیت‌های چالش‌انگیز را در بخش بعدی به طور خلاصه توضیح می‌دهم. سپس رویکرد فرمول‌بندی بیمار به درمان شناختی-رفتاری را شرح می‌دهم و توضیح می‌دهم که این رویکرد چگونه به آن موقعیت‌ها می‌پردازد. من این فصل را با مروری بر بنیادهای نظری و زیربنای تجربی رویکرد فرمول‌بندی بیمار به درمان شناختی-رفتاری به پایان می‌رسانم. در بقیه کتاب، نحوه استفاده از رویکرد فرمول‌بندی بیمار به منظور ارائه درمان شناختی-رفتاری برای گروه‌های ناهمگن بیماران بزرگ‌سالی که معمولاً در درمان سرپایی دیده می‌شوند، به تفصیل توضیح داده می‌شود. این بیماران معمولاً با شکایت‌های اصلی اضطراب و یا افسردگی و همه مسائل مرتبط با آنها به درمان مراجعه می‌کنند.

اختلالات و مسائل چندگانه

درمان‌های با پشتوانه تجربی معمولاً یک اختلال واحد را هدف می‌گیرند، اما بیماران معمولاً اختلالات و مسائل چندگانه‌ای دارند. درمانگر به منظور اینکه به این بیماران بپردازد، باید به چندین سؤال پاسخ دهد: کدام اختلالات و مسائل موجب بیشترین اختلال در کیفیت زندگی بیمار می‌شوند؟ آیا بهتر است

به اختلالات و مسائل چندگانه به ترتیب پرداخته شود یا هم‌زمان؟ اگر من از راهبرد ترتیبی استفاده کنم، کدام مسئله را باید اول از همه هدف بگیرم؟ آیا ممکن است پرداختن به برخی مسائل منجر به بهبود یا تشدید مسائل دیگر شود؟ خود درمان‌های با پشتوانه تجربی نه به این سؤالات پاسخ می‌دهند و نه می‌توانند پاسخ دهند.

چالش دیگری که به وسیله بیمار دارای مسائل چندگانه ایجاد می‌شود، این است که بعضی اوقات همه مسائل گوناگون بیمار به نظر می‌رسد که ناشی از چندین مکانیسم روان‌شناختی یکسان است؛ مانند مورد صندوق‌دار سوپرمارکتی که به افسردگی و هراس اجتماعی مبتلا است و هر دو افسردگی و اضطراب اجتماعی را می‌توان ناشی از طرح‌واره‌های درباره خود بی‌کفایت و معیوب و طرح‌واره‌های درباره دیگران انتقادکننده و طردکننده مفهوم‌سازی کرد. به نظر می‌رسد یک رویکرد درمانی با پشتوانه تجربی برای درمان این فرد پیشنهاد کند که درمانگر از دو پروتکل درمان با پشتوانه تجربی، به ترتیب یکی برای افسردگی و یکی برای هراس اجتماعی استفاده کند. اما این راهبرد به نظر می‌رسد پرزحمت و بی‌ثمر باشد، به‌ویژه وقتی که هر دو پروتکل بر اساس مدل شناختی-رفتاری یکسانی هستند و متکی بر چندین مداخله یکسان هستند.

چندین درمانگر

پروتکل‌های درمان با پشتوانه تجربی فقط یک درمان روانی-اجتماعی را توصیف می‌کنند. آن‌ها هیچ‌گونه راهنمایی برای کمک به درمانگر درباره وضعیت شایعی که در آن، بیمار به طور هم‌زمان از متخصصان بالینی دیگری نیز درمان دریافت می‌کند، ارائه نمی‌کنند. نمونه‌ها شامل یک زن در جستجوی درمان برای اختلال وحشت‌زدگی است که از قبل، درمان بنزودیازپین را از پزشک مراقبت‌های اولیه خود دریافت می‌کند و مرد جوان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری که از روحانی نیز مشاوره می‌گیرد (بل، ۲۰۰۷). این درمان‌های الحاقی ممکن است درمان ارائه شده توسط درمانگر شناختی-رفتاری را تضعیف یا تسهیل کنند.

موقعیت‌هایی که در پروتکل‌های درمان با پشتوانه تجربی به آنها اشاره نشده است

متخصصان بالینی هر روز بارها تصمیمات بزرگ و کوچکی می‌گیرند که در پروتکل‌های درمان با پشتوانه تجربی به آنها اشاره نشده است. برای نمونه، آیا خواسته سوزان برای کاهش تعداد واحدهای درسی‌اش در این ترم، یک نمونه از رفتار اجتنابی است یا محدودسازی عقلاانه؟ یک پروتکل درمان با پشتوانه تجربی نمی‌تواند به سؤالاتی تا این حد جزئی پاسخ دهد. پروتکل درمان با پشتوانه تجربی بر اساس یک فرمول‌بندی قانون‌نگری (کلی) است که گروه‌هایی از رفتارهای آماج را توصیف می‌کند

(برای نمونه، در شناخت‌درمانی بک برای افسردگی، شناخت‌های تحریف شده و رفتارهای ناسازگارانه)، اما مشخص نمی‌کند که کدام شناخت‌ها و رفتارهای خاص برای یک بیمار خاص مشکل‌ساز هستند. بدون یک روش نظام‌مند برای تعیین اینکه آیا یک رفتار خاص سازگارانه است یا ناسازگارانه، درمانگر ممکن است در هنگام این تصمیم‌گیری‌ها بدون تفکر عمل‌کننده یا تحت تأثیر راحت‌طلبی قرار بگیرد. شواهد موجود نشان می‌دهند که روان‌درمانگران مهارت زیادی در تصمیم‌گیری ندارند. (گرب، ۱۹۹۸؛ ویلسون، ۱۹۹۶.آ).

موقعیت‌هایی که هیچ‌گونه درمان با پشتوانه تجربی برای آن‌ها در دسترس نیست

افراد اغلب در جستجوی درمان برای مسائلی هستند که هیچ‌گونه درمان با پشتوانه تجربی برای آن‌ها در دسترس نیست، مانند اختلال جسمانی‌سازی، سندرم آسپرگر، اختلال تجزیه‌ای، یا پریشانی درباره رابطه همسر با یک فرد دیگر. و بعضی اوقات افراد اختلالی دارند که درمان با پشتوانه تجربی برای آن وجود دارد، اما هدف آنها درمان آن اختلال نیست. یک نمونه شایع، مرد مبتلا به افسردگی و هراس اجتماعی است که می‌خواهد اقدام به قرار گذاشتن و ازدواج کند. با اینکه اختلالات DSM این فرد مانع قرار گذاشتن و ازدواج می‌شوند، اما او تمایلی برای پرداختن به اختلالات DSM ندارد تا بهبود یابد (به طوری که درمان‌های با پشتوانه تجربی فرض می‌کنند).

عدم تبعیت

عدم تبعیت که شامل امتناع از درمان، انجام ندادن تکلیف منزل، و به پایان بردن زودهنگام درمان است، شایع است. عدم تبعیت تعجب‌برانگیز نیست. بسیاری از درمان‌های شناختی-رفتاری (مانند درمان‌های مواجهه برای اختلالات اضطرابی)، حجم کار زیادی را بر بیماران تحمیل می‌کنند و از آنها می‌خواهند پریشانی زیادی را تحمل کنند. درمانگر شناختی-رفتاری کارآمد به راهبردهایی نیاز دارد تا تبعیت از مداخلات طاقت‌فرسا و پریشان‌کننده را افزایش دهد. با اینکه درمانگر خلاق می‌تواند در بیشتر مواقع راه‌کارهای خوبی برای افزایش تبعیت پیدا کند (کندال، چو، گیفورد، هیز، و نائوتا، ۱۹۹۸)، اما خود پروتکل درمان با پشتوانه تجربی معمولاً هیچ‌گونه کمک مشخصی در این باره ارائه نمی‌کند.

مشکل در برقرار کردن رابطه درمانی مشارکتی

پروتکل‌های درمان با پشتوانه تجربی از بیمار و درمانگر می‌خواهند به طور نزدیک و مشارکتی بر روی تکالیف دشوار و حساس کار کنند. بسیاری از بیماران تعدادی شکایات اصلی دارند که مانع آنها برای برقرار کردن رابطه درمانی مشارکتی مورد نیاز برای انجام مداخلات توصیف شده در درمان‌های با

پشتوانه تجربی می‌شود. کشمکش، مخالفت، ناتوانی برای همکاری، و گسست‌های موجود در رابطه درمانی می‌تواند مانع پیشرفت بدون مشکل درمان شوند. خود پروتکل‌های درمان با پشتوانه تجربی نمی‌تواند راهنمایی زیادی در این وضعیت به درمانگر ارائه کند.

شکست درمان

بسیاری از بیماران به درمان‌های با پشتوانه تجربی پاسخ نمی‌دهند. برای نمونه، ۴۰ تا ۵۰ درصد از بیمارانی که درمان شناختی-رفتاری برای افسردگی را در کارآزمایی‌های کنترل شده تصادفی دریافت می‌کنند، موفق نمی‌شوند در پایان درمان به بهبود کامل دست یابند. (وستن و موریسون، ۲۰۰۱). تنها راهنمایی که درمان‌های با پشتوانه تجربی در این وضعیت ارائه می‌کنند، پیشنهاد امتحان کردن یک درمان با پشتوانه تجربی دیگر است. با وجود این، آنها هیچ‌گونه راهنمایی درباره اینکه کدام درمان با پشتوانه تجربی بیش از همه احتمال دارد کمک کند، ارائه نمی‌کنند.

مشکل دیگر مرتبط با این موضوع آن است که پروتکل درمان با پشتوانه تجربی به درمانگر کمک نمی‌کند تا شکست درمان را در اوایل درمان به طور اثربخشی اداره کند. درمانگر دنباله‌رو یک پروتکل درمان با پشتوانه تجربی که پروتکل را به طور کامل به صورت مکتوب آن اجرا می‌کند، برای نمونه در شناخت درمانی بک برای افسردگی، قبل از آن که موفقیت یا شکست درمان را اعلام کند، دوره کامل ۱۸ تا ۲۰ جلسه را به انجام می‌رساند. این راهبرد برخلاف داده‌های به دست آمده توسط ایلاردی و کرایگهید (۱۹۹۴) است که نشان می‌دهد فقط و فقط پس از ۴ تا ۶ جلسه می‌توان نتیجه نهایی درمان بیمار را به خوبی پیش‌بینی کرد.

درمان‌های با پشتوانه تجربی متعدد

چالش نهایی، افزایش ناگهانی درمان‌های با پشتوانه تجربی است. البته در دسترس بودن تعداد زیادی درمان با پشتوانه تجربی اتفاق خوبی است. در واقع، رشته ما بازم به درمان‌های اثربخش‌تری نیاز دارد. در عین حال، تعداد همیشه رو به افزایش درمان‌های با پشتوانه تجربی، فشار بسیار زیادی به روان‌درمانگر متکی بر شواهد وارد می‌کند. پروتکل‌های درمان با پشتوانه تجربی اغلب کتاب‌های قطوری هستند. اگر متخصصان بالینی تقلا کنند تا فرصتی برای خواندن این کتاب‌های قطور پیدا کنند، پی بردن به همپوشی بالای بسیاری از آنها مایوس‌کننده خواهد بود. مفهوم‌سازی‌های شناختی-رفتاری و درمان‌های با پشتوانه تجربی برای بسیاری از اختلالات و مسائل بر اساس مدل‌های یکسانی هستند و تعدادی از مداخلات یکسان را توصیف می‌کنند (چورپیتا، ۲۰۰۶؛ زایفرت و بکر، ۲۰۰۷).

درمانگرانی که موفق می‌شوند پروتکل‌های متعددی را یاد بگیرند، با تصمیم‌گیری در این باره

مواجه می‌شوند که کدام درمان بیش از همه احتمال دارد برای بیمار حاضر در مطب درمانگر کمک کننده باشد. اما خود درمان‌های با پشتوانه تجربی هیچ‌گونه پاسخی به این سؤال نمی‌دهند. رویکرد فرمول‌بندی بیمار به درمان شناختی-رفتاری یک چارچوبی برای راهنمایی متخصصان بالینی برای برخورد با این چالش‌ها در هنگام تلاش برای استفاده از درمان‌های با پشتوانه تجربی ارائه می‌کند. من در بخش بعدی، رویکرد فرمول‌بندی بیمار به درمان شناختی-رفتاری را به صورت کلی شرح می‌دهم و توضیح می‌دهم که این رویکرد چگونه به این مسائل می‌پردازد.

اجزاء رویکرد فرمول‌بندی بیمار به درمان شناختی-رفتاری

ارزیابی برای دست‌یابی به تشخیص و فرمول‌بندی اولیه از بیمار

درمانگر کار را با جمع‌آوری اطلاعات ارزیابی آغاز می‌کند تا به تشخیص و فرمول‌بندی اولیه‌ای از بیمار دست یابد که برای هدایت طرح‌ریزی درمان و تصمیم‌گیری بالینی به کار می‌روند (شکل ۱-۱ را ببینید). درمانگر اطلاعات را از چندین منبع جمع‌آوری می‌کند، از جمله مصاحبه بالینی، مقیاس‌های خودگزارشی، اطلاعات خودپایشی ارائه شده توسط بیمار، مصاحبه‌های تشخیصی ساخت‌مند، و گزارش‌های اعضای خانواده بیمار و سایر درمانگران.

تشخیص به چند دلیل مهم است، از جمله اینکه درمان‌های با پشتوانه تجربی و سایر ادبیات‌های پژوهشی با تشخیص پیوند دارند و تشخیص می‌تواند در فرمول‌بندی، طرح‌ریزی درمان، و تصمیم‌گیری برای مداخله کمک کند.

اما تشخیص برای هدایت درمان کافی نیست؛ فرمول‌بندی بیمار نیز لازم است. فرمول‌بندی بیمار یک فرضیه درباره مکانیسم‌های روان‌شناختی و سایر عواملی است که مسبب و نگه‌دارنده همه اختلالات و مسائل یک بیمار خاص هستند.

اجزاء فرمول‌بندی بیمار

فرمول‌بندی کامل از بیمار، همه اجزاء زیر را درون یک مجموعه‌ای که از نظر منطقی منسجم است، به یکدیگر پیوند می‌زند:

۱. فرمول‌بندی همه نشانه‌ها، اختلالات، و مسائل بیمار را توصیف می‌کند.
۲. فرمول‌بندی فرضیه‌هایی درباره مکانیسم‌های مسبب اختلالات و مسائل پیشنهاد می‌کند.
۳. فرمول‌بندی عوامل شتاب‌دهنده اخیر اختلالات و مسائل فعلی را پیشنهاد می‌کند، و
۴. منشأهای مکانیسم‌ها را پیشنهاد می‌کند.

بنابراین، برای نمونه، فرمول‌بندی برای مورد جان که به افسردگی مبتلا است، بر اساس نظریهٔ بک به صورت زیر خواهد بود. اجزاء فرمول‌بندی با **خط درشت** مشخص شده‌اند.

جان در دورهٔ کودکی و نوجوانی به طور بی‌رحمانه‌ای توسط پدرش مسخره و تحقیر می‌شد (**مشأها**). در نتیجه، جان این طرح‌واره‌ها را کسب کرد: «من بی‌کفایت و بازنده هستم»، و «دیگران نسبت به من انتقادکننده، حمله‌کننده^۱، و غیرحمایتی هستند» (**مکانیسم‌ها**). این طرح‌واره‌ها به تازگی در نتیجهٔ ارزیابی ضعیف از عملکرد در سر کار فعال شده‌اند (**عامل شتاب‌دهنده**). در نتیجه، جان رفته رفته با افکار خودآیند بسیاری درگیر شد (**مکانیسم‌ها**)، از جمله «من نمی‌توانم از پس این کار برآیم»، و اضطراب و افسردگی را تجربه کرد (**نشانه‌ها**، **مسائل**)، که او از طریق اجتناب کردن (**مکانیسم**) از پروژه‌های کاری مهم و کناره‌گیری از تعاملات کاری با هم‌پایه‌ها و مافوق‌ها با آنها مقابله کرد (**مسائل**). اجتناب باعث شد که جان به برخی از ضرب‌الاجل‌های کاری نرسد (**مسئله**)، که موجب انتقاد از طرف همکاران و کارفرمایش شد (**مسئله**) و منجر به افزایش غمگینی، احساسات بی‌لیاقتی، انتقاد از خود و سرزنش خود، انرژی پایین، و از دست دادن علاقه به دیگران شد (**نشانه‌ها**، **مسائل**). انرژی پایین و ناامیدی جان (**مسئله**) موجب شد که او برنامهٔ ورزش مرتبش را متوقف کند، که در نتیجه وضعیت طبی پیش‌دیابتی‌اش^۲ تشدید شد (**مسئله**).

همان طوری که این نمونه نشان می‌دهد، یک فرمول‌بندی شناختی-رفتاری خوب از درون منسجم است. اجزاء فرمول‌بندی به یکدیگر پیوند زده می‌شوند تا یک داستان متقاعدکننده‌ای را روایت کنند که در آن، بخش‌های بسیاری از تاریخچه و عملکرد بیمار دست‌به‌دست هم می‌دهند (پرسونز، ۱۹۸۹). در فرمول‌بندی مورد جان، همهٔ مسائل او که شامل افسردگی، مصرف الکل، و وضعیت طبی‌اش هستند، به یکدیگر پیوند زده شده است. فرمول‌بندی بیمار به درمانگر کمک می‌کند تا درک کند که چگونه مسائل به ظاهر متفاوت با یکدیگر ارتباط دارند و به درمانگر کمک می‌کند تا یک طرح درمانی اثربخش برای پرداختن به آنها ایجاد کند.

یک نمونهٔ ساده مورد جین است که در جستجوی کمک برای آنچه او «خرید و سواسی» توصیف کرد، بود. ارزیابی جامع آشکار کرد که او وحشت‌زدگی و برخی از نشانه‌های بیرون‌هراسی را نیز دارد. پایش دقیق همهٔ این نشانه‌ها آشکار کرد که امیال شدید جین برای خرید به وسیلهٔ نشانه‌های اضطراب

۱ - حملهٔ کلامی

۲ - مرحلهٔ پیش‌دیابتی پیشرو بیماری دیابت است که لازم نیست همهٔ نشانه‌ها وجود داشته باشند تا تشخیص دیابت بر فرد گذاشته شود، اما قند خون به طور غیرطبیعی بالا است. به این مرحله اغلب وضعیت مبهم گفته می‌شود. مترجم.

و وحشت‌زدگی به راه می‌افتند، که آنها نیز به ترتیب به وسیله شناخت‌های فاجعه‌آمیز درباره حس‌های بدنی ناخوشایند به راه می‌افتادند. خرید کردن از طریق اثرات کاهش‌دهنده اضطرابش، به صورت منفی تقویت می‌شد. درمانگر جین بر اساس این فرمول‌بندی، یک طرحی برای درمان ایجاد کرد که به همه مسائل جین به طور هم‌زمان پرداخت، به این طریق که به جین آموزش داد تا تجارب بدنی، شناخت‌های فاجعه‌آمیز، و امیال شدیدش به خرید را پایش کند و برای اداره کردن حس‌های بدنی ناراحت‌کننده و اضطرابی که آنها تحریک می‌کردند، از راهبردهای دیگری به غیر از خرید (برای نمونه، بازسازی شناختی، ذهن‌آگاهی در لحظه حال) استفاده کند.

فرایند ایجاد فرمول‌بندی اولیه از بیمار

در اوایل درمان، درمانگر یک فرمول‌بندی آزمایشی اولیه از بیمار ایجاد می‌کند که طرح‌ریزی درمان اولیه را هدایت می‌کند، اطلاعات کافی به بیمار می‌دهد تا رضایت آگاهانه‌ای نسبت به درمان بدهد، و به بیمار کمک می‌کند تا در درمان درگیر شود. با وجود این، فرمول‌بندی کامل و با جزئیات دقیق از بیمار نوعاً فقط پس از آغاز درمان و جمع‌آوری اطلاعات بیشتر (از جمله اطلاعات به دست آمده از پایش پیشرفت که بعداً توصیف می‌شود) به دست می‌آید. در واقع، فرمول‌بندی یک فرضیه است و تا زمانی که اطلاعات جمع‌آوری می‌شوند و درمان پیش می‌رود، در معرض آزمودن و بازنگری دائمی است.

کار فرمول‌بندی بیمار با ایجاد فهرست جامع از همه مسائل بیمار آغاز می‌شود. درمانگر برای ایجاد فهرست مسئله، همه حوزه‌های زندگی بیمار، از جمله مسکن، منابع درآمد، و حوزه‌های دیگر را ارزیابی می‌کند. فرمول‌بندی همه مسائل، اختلالات، و نشانه‌های بیمار را به حساب می‌آورد و فرضیه‌هایی درباره اینکه آنها چگونه با یکدیگر ارتباط دارند و چه مکانیسم‌هایی مسبب و نگه‌دارنده آنها هستند، پیشنهاد می‌کند.

ایجاد فرضیه مکانیسم

قلب فرمول‌بندی، فرضیه مکانیسم است. درمانگر برای ایجاد فرضیه مکانیسم با یک نظریه قانون‌نگر آغاز می‌کند و آن را فردی‌سازی می‌کند تا اختلالات و یا مسائل بیمار تحت درمان را تبیین کند. فرمول‌بندی قانون‌نگر یک فرمول‌بندی کلی است. یک نمونه از فرمول‌بندی قانون‌نگر، نظریه شناختی بک است، که بر اساس آن، نشانه‌های افسردگی زمانی به وجود می‌آیند که طرح‌واره‌ها به وسیله حوادث زندگی فعال می‌شوند تا افکار خودآیند ناکارآمد، رفتارهای ناسازگارانه، و هیجان‌های مشکل‌ساز را به وجود آورند. تکلیف درمانگر این است که فرمول‌بندی قانون‌نگر را به فرمول‌بندی

فردنگر تبدیل کند. فرمول‌بندی فردنگر به توصیف نشانه‌ها، طرح‌واره‌ها، افکار خودآیند، رفتارهای ناسازگارانه، و هیجان‌های خاص تجربه شده توسط یک فرد خاص می‌پردازد.

برای ایجاد فرضیه مکانیسم فردنگر برای هر بیمار خاص، درمانگر می‌تواند یکی از دو راهبرد زیر را به کار ببرد. راهبرد اول این است که یک فرمول‌بندی قانون‌نگری را شناسایی کند که در زیربنای یک درمان با پشتوانه تجربی قرار دارد (برای نمونه، فعال‌سازی رفتاری برای افسردگی) و سپس آن فرمول‌بندی را فردی‌سازی و برون‌یابی کند^۱ تا همه مسائل بیمار خاص حاضر در مطب درمانگر را تبیین کند.

راهبرد دوم این است که اساس فرمول‌بندی را یک نظریه روان‌شناختی مبتنی بر شواهد کلی‌تر قرار دهد (برای نمونه، نظریه شرطی عامل) و سپس آن فرمول‌بندی را فردی‌سازی و برون‌یابی کند تا مسائل شخصی بیمار تحت درمان را تبیین کند. به منظور اینکه این فرایند آسان شود، در فصل‌های ۲، ۳، و ۴ این کتاب، اصول بنیادی و تلویحات بالینی سه نظریه اصلی شناختی، یادگیری، و هیجان که در زیربنای تعداد زیادی از درمان‌های با پشتوانه تجربی قرار دارند، توضیح داده شده است.

یادگیری این نظریه‌ها به درمانگر کمک می‌کند تا از پس مسئله افزایش ناگهانی پروتکل‌ها برآید. اکثر درمان‌های با پشتوانه تجربی بر اساس این نظریه‌ها هستند. متخصص بالینی به جای اینکه جزئیات همه درمان‌های با پشتوانه تجربی را یاد بگیرد، یک یا دو درمان با پشتوانه تجربی‌ای را یاد می‌گیرد که مسائل و اختلالاتی را آماج قرار می‌دهند که او معمولاً به درمان آن‌ها می‌پردازد و برای هدایت فرمول‌بندی، طرح‌ریزی درمان، و تصمیم‌گیری بالینی، تا اندازه زیادی بر اصول بنیادینی تکیه می‌کند که در زیربنای آن درمان‌ها و بسیاری از درمان‌های با پشتوانه تجربی دیگر قرار دارند.

سطوح فرمول‌بندی

فرمول‌بندی‌ها در سه سطح ایجاد می‌شوند: بیمار، اختلال یا مسئله، و نشانه. این سه سطح تودرتوی هم قرار می‌گیرند. یک بیمار متشکل از یک یا بیش از یک اختلال و یا مسئله است، و یک اختلال از نشانه‌ها تشکیل شده است. بنابراین، یک فرمول‌بندی در سطح بیمار به طور کلی از برون‌یابی یا بسط یک یا بیش از یک فرمول‌بندی در سطح اختلال و نشانه تشکیل شده است.

فرمول‌بندی‌های ایجاد شده در سطوح مختلف، بخش‌های مختلف درمان را هدایت می‌کنند. فرمول‌بندی در سطح بیمار، فرایند طرح‌ریزی درمان را هدایت می‌کند، به‌ویژه فرایند تعیین اهداف و تصمیم‌گیری درباره اینکه در ابتدا به کدام مسائل پرداخته شود. این فرمول‌بندی اغلب تنظیم دستور کار جلسه در جلسه درمان را نیز هدایت می‌کند.

۱. پیش‌بینی اتفاقات آینده بر اساس اطلاعات موجود. مترجم.

اکثر مداخلات در سطح نشانه انجام می‌شوند و به وسیله فرمول‌بندی در سطح نشانه هدایت می‌شوند. با وجود این، مداخلات مورد استفاده برای درمان یک نشانه فقط به فرمول‌بندی در سطح نشانه متکی نیستند. نشانه نشخوار نشان می‌دهد که چگونه فرمول‌بندی در سطح اختلال، فرمول‌بندی یک نشانه را هدایت می‌کند. فعال‌سازی رفتاری (مارتل، ادیس، و جیکوبسون، ۲۰۰۱) نشانه نشخوار را یک رفتار اجتنابی در نظر می‌گیرد و از مداخلاتی برای افزایش رفتار گرایشی و درگیر شدن دوباره فرد با محیطش استفاده می‌کند. در مقابل، مدل شناختی بک نشخوار را متشکل از افکار تحریف شده در نظر می‌گیرد و به بیماران کمک می‌کند تا محتوی افکارشان را تغییر دهند.

طرح‌ریزی درمان

کارکرد فرمول‌بندی، هدایت درمان اثربخش است (اس. سی. هیز، نلسون، و جارت، ۱۹۸۷). یکی از راه‌های کلیدی فرمول‌بندی برای هدایت درمان از طریق شناسایی آماج‌های درمان است، که در کل مکانیسم‌هایی هستند که فرمول‌بندی پیشنهاد می‌کند مسبب نشانه‌ها هستند. در مورد یک فرمول‌بندی شبیه فرمول‌بندی جان (ارائه شده در صفحات قبلی) که بر اساس نظریه شناختی بک است، آماج‌های درمان شامل طرح‌واره‌ها، افکار خودآیند، و رفتارهای ناسازگارانه‌ای هستند که مدل شناختی آنها را به عنوان مکانیسم‌های مسبب و نگه‌دارنده نشانه‌های بیمار در نظر می‌گیرد. در مقابل، یک فرمول‌بندی مبتنی بر نظریه رفتاری لوینسون (لوینسون، هوبرمن، و هاتزینگر، ۱۹۸۵)، نقایص موجود در مهارت‌های اجتماعی و کمبود فعالیت‌های خوشایند را به عنوان آماج‌های درمان در نظر می‌گیرد.

طرح‌ریزی درمان در مواقعی که به چندین درمانگر نیاز است

طرح‌ریزی درمان در رویکرد فرمول‌بندی بیمار به درمان شناختی-رفتاری در سطح بیمار انجام می‌شود. یعنی این رویکرد علاوه بر درمان ارائه شده توسط درمانگر شناختی-رفتاری، همه درمان‌هایی را که بیمار دریافت می‌کند، مورد توجه قرار می‌دهد. رویکرد فرمول‌بندی بیمار به درمان شناختی-رفتاری علاوه بر اینکه توجه درمانگر را بر رویه‌های مداخلات متمرکز می‌کند، توجه او را بر مکانیسم نیز متمرکز می‌کند. برای نمونه، در مورد مری که نشانه‌های وحشت‌زدگی داشت و هر دو درمان مواجهه و بنزودیازپین را دریافت می‌کرد، رویکرد هدایت شده به وسیله فرمول‌بندی بیمار به درمانگر کمک کرد تا متوجه شود که اجزاء شناختی-رفتاری و بنزودیازپین درمان مری با یکدیگر ناسازگار هستند. درمان شناختی-رفتاری طرح‌ریزی شد تا به مری کمک کند خودش را با نشانه‌های اضطرابش مواجه کند و یاد بگیرد که آنها را تحمل کند، تا متوجه شود که آنها خطرناک نیستند، در حالی که بنزودیازپین نشانه‌های اضطراب را از طریق رفع آنها درمان کرد. در این مورد خاص، مسئله به آسانی حل شد.

وقتی که درمانگر شناختی-رفتاری مری ناسازگاری بین دو درمان را توضیح داد، مری پیشنهاد کرد که پس از یادگیری چند راهبرد برای مدیریت اضطراب، از پزشک مراقبت‌های اولیه‌اش خواهد خواست بنزودیزاین را به تدریج کاهش دهد.

جلوگیری از عدم تبعیت

استفاده از فرمول‌بندی فردنگر برای هدایت درمان به درمانگر کمک می‌کند تا از طریق انتخاب یک مفهوم‌سازی و طرح درمانی‌ای که بیش از همه برای بیمار تحت درمان مناسب است، از عدم تبعیت جلوگیری کند. برای نمونه، یک بیمار مبتلا به افسردگی را می‌توان با به‌کارگیری هر یک از چندین فرمول‌بندی قانون‌نگر مبتنی بر شواهد مفهوم‌سازی کرد، از جمله مدل شناختی بک (آ. تی. بک، راش، شاو، و امری، ۱۹۷۹)، مدل رفتاری لوینسون (لوینسون و گاتلیب، ۱۹۹۵)، فعال‌سازی رفتاری (مارتل و همکاران، ۲۰۰۱)، درمان حل مسئله (نزو و پری، ۱۹۸۹)، یا سیستم روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل شناختی-رفتاری (مک‌کلوگ، ۲۰۰۰). درمانگر می‌تواند یک ارزیابی فردنگر از بیمار تحت درمان انجام دهد و مدلی را انتخاب کند که بیش از همه برای بیمار مناسب است (هاینس، کاهولوکولا، و نلسون، ۱۹۹۹) یا بیش از همه برای بیمار قابل پذیرش است.

این رویکرد به درمان می‌تواند از عدم تبعیت جلوگیری کند و آن را کاهش دهد، چون درمانگر تلاش می‌کند تا به جای اینکه بیمار با او تطبیق یابد، او با بیمار تطبیق یابد. برای نمونه، جکی گزارش کرد که او قبلاً از طریق افزایش ورزش و تماس‌های اجتماعی، با موفقیت بر یک دوره افسردگی غلبه کرده است. بنابراین، او می‌خواست دوباره از آن راهبرد استفاده کند. راهبرد او به نظر می‌رسید که بر اساس یک مفهوم‌سازی از افسردگی‌اش باشد که شبیه دیدگاه لوینسون (۱۹۷۴) درباره افسردگی بود که افسردگی را ناشی از فقدان تقویت‌کننده‌های مثبت می‌داند. با توجه به اینکه مداخلات توصیف شده توسط جکی در گذشته به او کمک کرده بودند و هماهنگ با یک فرمول‌بندی و طرح مداخله مبتنی بر درمان با پشتوانه تجربی بودند، من مایل بودم از آن‌ها حمایت کنم. من به جای اینکه از جکی بخواهم مجموعه جدیدی از مهارت‌های شناختی یا حل مسئله را برای غلبه بر دوره افسردگی فعلی‌اش یاد بگیرد، با او کار کردم تا از ورزش و برنامه‌ریزی فعالیت استفاده کند (رود، ۱۹۸۶).

این رویکرد به درمان، یادآور توصیف آکوسلا (۲۰۰۳) از رویکرد جورج بالانچین (رقص‌گردان بالت شهر نیویورک) است.

او متقاعد شده بود که شما واقعاً نمی‌توانید یک رقص را تغییر دهید. حداکثر کاری که شما می‌توانید انجام دهید، این است که داشته‌های قبلی او را گسترش دهید. او اغلب در طراحی یک رقص ممکن بود به افرادی که جمع کرده بود، بگوید، «خوب، چه کاری می‌توانید انجام

دهید؟» سپس اگر از رقص آنها خوشش می‌آمد، آن را گسترش می‌داد و چیزی به آن اضافه می‌کرد و به رقصان اجازه می‌داد تا آن را کامل کنند... وقتی که گروه رقصان عوض می‌شد، او اغلب طراحی رقص را متناسب با رقصان جدید تغییر می‌داد. در نتیجه، بسیاری از رقص‌هایی که به طراحی‌شان پرداخت، در چندین نسخه موجود هستند. (ص. ۵۳)

بنابراین، درمانگر می‌تواند بسته به اینکه کدام فرمول‌بندی برای بیمار حاضر در مطبش بیش از همه قابل پذیرش یا کمک‌کننده به نظر می‌رسد، فرمول‌بندی‌های متفاوتی را برای بیماران مختلف انتخاب کند. در واقع، درمانگر می‌تواند از فرمول‌بندی‌های متفاوتی در زمان‌های مختلف برای یک بیمار واحد استفاده کند. برای نمونه، اگر یک بیماری که به طور کلی از فعال‌سازی رفتاری برای درمان نشانه‌های افسردگی سود می‌برد، یک روز از آن امتناع کند، من ممکن است به جای آن به سوی گفتگوی سقراطی تغییر جهت بدهم تا شناخت‌های تحریف‌شده را شناسایی کنم و به آنها بپردازم. منطق این راهبرد آن است که با اینکه مدل‌های فعال‌سازی رفتاری و شناختی متفاوت هستند، اما با یکدیگر تعارض ندارند. در واقع، هر دو راهبرد ممکن است حتی برای یک بیمار واحد درست باشند!

راهبرد استفاده هم‌زمان از چندین مفهوم‌سازی پرخطر است. این راهبرد به‌ویژه زمانی پرخطر است که مدل‌ها تعارض دارند، چون آن‌وقت ممکن است مداخلات هدایت‌شده به وسیله فرمول‌بندی‌های مختلف بر ضد هم عمل کنند. با وجود این، این مخاطره کم است، چون اکثر مدل‌های درمان شناختی-رفتاری تعارض ندارند. مخاطره دیگر این است که استفاده درمانگر از چندین فرمول‌بندی می‌تواند در تفکر درهم و برهم یا فکر نکردن سهیم شود و او بدون هیچ منطقی، بارها بین مداخلات جا به جا شود. بنابراین، این راهبرد باید با احتیاط استفاده شود. در واقع، این سؤال که آیا منافع این راهبرد بیشتر است یا مخاطراتش، سؤال تجربی بسیار جالبی است. به هر حال، این راهبرد انعطاف‌پذیری زیادی به درمانگر می‌دهد که می‌تواند به او کمک کند تا برای درگیر نگه داشتن بیمار در درمان، به طور انعطاف‌پذیری پاسخ دهد.

طرح‌ریزی درمان در مواقعی که هیچ‌گونه درمان با پشتوانه تجربی در دسترس نیست

وقتی که بیماران در جستجوی درمان برای مسائل و اختلالاتی هستند که هیچ‌گونه درمان با پشتوانه تجربی برای آن‌ها در دسترس نیست، درمانگران متکی بر شواهد با دوراهی دشواری مواجه می‌شوند. آیا آن‌ها باید از ارائه درمان خودداری کنند؟ این تصمیم چندان جالب نیست. رویکرد فرمول‌بندی بیمار به درمان شناختی-رفتاری چندین راه‌حل پیشنهاد می‌کند.

یکی از راه‌حل‌ها، استفاده از راهبرد به کار رفته توسط اپدیک و روتبائوم (۱۹۹۸) است. آنها از فرمول‌بندی‌ها و مداخلات با پشتوانه تجربی برای یک اختلال کنترل‌نکانه (وسواس‌کنندگی) به

عنوان الگوهایی برای ایجاد فرمول‌بندی‌ها و مداخلات برای سایر اختلالات کنترل تکانه‌ای (برای نمونه، جنون دزدی و جنون آتش‌افروزی) استفاده کردند که هیچ‌گونه فرمول‌بندی و درمان با پشتوانه تجربی برای آنها در دسترس نیست. این راهبرد به‌ویژه زمانی سودمند است که بیماران ملاک‌های کامل یک اختلال DSM ای را که درمان با پشتوانه تجربی برای آن در دسترس است، ندارند یا زمانی که بیمار اختلال را دارد، اما اهدافی به غیر از درمان آن اختلال دارد. با اینکه بیمار ملاک‌های کامل اختلال هدف‌گیری شده به وسیله درمان با پشتوانه تجربی را ندارد، اما به این بیماران می‌توان یک درمان مبتنی بر درمان با پشتوانه تجربی ارائه کرد.

راهبرد دیگر، ایجاد فرمول‌بندی فردنگر بر اساس یکی از نظریه‌های بنیادینی است که در زیربنای بسیاری از درمان‌های با پشتوانه تجربی قرار دارند، مانند نظریه شناختی بک، نظریه‌های شرطی پاسخگر و عامل، و نظریه زیستی-اطلاعاتی لنگ (۱۹۷۹) درباره پردازش هیجانی (این نظریه‌ها در فصل‌های ۲، ۳، و ۴ توضیح داده شده‌اند) و سپس استفاده از فرمول‌بندی برای ایجاد طرح درمان. این راهبرد یک راهبرد فراتشخیصی است (هاروی، واتکینز، منسل، و شافران، ۲۰۰۴). یعنی این راهبرد با تشخیص ارتباط ندارد. این راهبرد به متخصص بالینی اجازه می‌دهد تا برای هدایت مفهوم‌سازی و درمان، از دانش پایه استفاده کند.

بنابراین، یک درمان از نوع هدایت شده به وسیله فرمول‌بندی بیمار به درمانگر اجازه می‌دهد تا به بیمارانی درمان ارائه کند که اختلالات یا مسائلی دارند که به وسیله یک درمان با پشتوانه تجربی هدف‌گیری نشده‌اند. البته با توجه به اینکه درمانگر در هنگام درمان این‌گونه بیماران از یک درمان با پشتوانه تجربی استفاده نمی‌کند، باید رضایت آگاهانه بیمار را قبل از آغاز درمانی که در اصل آزمایشی است، کسب کند.

کسب رضایت آگاهانه بیمار نسبت به درمان

فرمول‌بندی اولیه از بیمار، تشخیص، و طرح‌ریزی درمان، همگی در بافتار رابطه مشارکتی با بیمار انجام می‌شوند و بیمار در آنها مشارکت می‌کند. ایده آل آن است که این کارها به طور تدریجی و به صورت فرایند اکتشاف مشارکتی انجام شوند. اما درمانگر قبل از آن که درمان را آغاز کند، موضوعات کلیدی را به طور رسمی مطرح می‌کند تا رضایت آگاهانه بیمار نسبت به آغاز درمان پیشنهاد شده را کسب کند.

فرمول‌بندی بیمار در فرایند کسب رضایت آگاهانه کمک می‌کند، چون اکثر بیماران تا هنگامی که مطمئن نشوند درمانگر واقعاً مشکلاتشان را درک می‌کند و درمانی ارائه خواهد کرد که به آنها بپردازد، مایل به ادامه درمان نیستند؛ یعنی بیمار و درمانگر یک فرمول‌بندی مشترک درباره ماهیت و علل مسائل

بیمار و اقدامات لازم برای درمان اثربخش آن‌ها دارند. فرایند رسمی کسب رضایت آگاهانه از بیمار قبل از آغاز درمان همچنین از طریق کسب رضایت بیمار نسبت به اهداف و مداخلات درمان، در جلوگیری از عدم تبعیت نیز کمک می‌کند.

همه اجزاء درمان که تا به اینجا توصیف شده‌اند (ارزیابی اولیه، تشخیص، فرمول‌بندی بیمار، طرح‌ریزی درمان، و رضایت آگاهانه نسبت به درمان)، مرحله قبل از درمان را تشکیل می‌دهند. این مرحله از درمان، ۱ تا ۲ یا ۴ جلسه طول می‌کشد. فعالیت‌های مرحله قبل از درمان به تفصیل در فصل‌های ۵، ۶، و ۷ توضیح داده شده‌اند. اگر این اجزاء با موفقیت انجام شوند و بیمار و درمانگر بتوانند بر سر طرح درمان به توافق برسند، درمان آغاز می‌شود.

درمان

درمان به وسیله فرمول‌بندی هدایت می‌شود (یا به بیان دقیق‌تر، به وسیله چندین فرمول‌بندی، چون همان طوری که قبلاً توضیح داده شد، درمانگر فرمول‌بندی‌ها را در چندین سطح ایجاد می‌کند). من در فصل ۱۰ و ۱۲ توضیح می‌دهم که درمانگر چگونه از سطوح مختلف فرمول‌بندی استفاده می‌کند تا تصمیم‌گیری و مداخله را هدایت کند. به دو دلیل، من در این کتاب زیاد درباره جزئیات خود مداخلات صحبت نمی‌کنم. اولاً، آن جزئیات در بسیاری از جاهای دیگر ارائه شده‌اند و من فرض می‌کنم که خواننده کتاب با آنها آشنا است. ثانیاً، من به تجربه دریافته‌ام که انجام مداخله بخش آسان کار بالینی است. بخش‌های دشوار شامل جمع‌آوری و در نظر گرفتن همه اطلاعاتی است که مورد توجه متخصص بالینی قرار می‌گیرند تا تعیین کند که چه زمانی مداخله کند و در آن هنگام به کدام آماج درمانی پردازد، و بنابراین من توجهم را بر آن تکالیف تصمیم‌گیری متمرکز می‌کنم.

استفاده از فرمول‌بندی برای هدایت تصمیم‌گیری فردنگر

در موقعیت‌هایی که چنان بی‌همتا هستند که نمی‌توان به وسیله پروتکل‌های درمان با پشتوانه تجربی به آن‌ها پرداخت، فرمول‌بندی‌های در سطح بیمار، در سطح اختلال، و در سطح نشانه، تصمیم‌گیری درمانگر را هدایت می‌کنند. فرمول‌بندی بیمار، پروتکل قانون‌نگر (کلی) را به پروتکل فردنگر (فردی شده) برای بیمار تحت درمان تبدیل می‌کند. فرمول‌بندی‌های فردنگر، تصمیم‌گیری متخصص بالینی را هدایت می‌کنند (برای نمونه، در مورد سوزان که قبلاً توصیف شد و می‌خواست تعداد واحدهای درسی‌اش برای ترم آینده را کاهش دهد). در آن مورد، درمانگر باید با سوزان کار می‌کرد تا مشخص شود که آیا خواسته او برای کاهش تعداد واحدهای درسی‌اش را هربرد مقابله سازگارانه است یا اجتناب ناسازگارانه.

درمانگر سوزان قبلاً با همکاری سوزان فرمول‌بندی ایجاد کرده بود و مشخص شده بود که او طرح‌واره درباره خود ضعیف، شکننده، و درمانده دارد. این فرمول‌بندی پیشنهاد کرد که خواسته سوزان برای کاهش تعداد واحدهای درسی‌اش راهبرد ناسازگارانه‌ای است که به وسیله آن طرح‌واره به راه می‌افتد. با وجود این، درمانگر به جای اینکه به سادگی فرض کند این فرمول‌بندی درست است، با سوزان کار کرد تا آن را آزمون کنند. آنها یک ثبت فکری را تکمیل کردند که سوزان در آن، افکار خودآیندی را بررسی کرد که در هنگام بازبینی برنامه درسی‌اش برای ترم آینده (که خیلی معمولی بود و بیش‌ازحد سنگین یا سبک نبود) به وجود آمده بودند. هماهنگ با فرضیه فرمول‌بندی، افکار خودآیند سوزان اینها بودند: «من قادر نخواهم بود کار را به انجام برسانم» و «من درب و داغون خواهم شد و دوباره افسرده خواهم شد و زندگی‌ام نابود خواهد شد.» سوزان و درمانگرش این افکار را شناسایی کردند و توانستند موافقت کنند که با اینکه این پیش‌بینی‌ها از لحاظ هیجانی برای سوزان متقاعد‌کننده به نظر می‌رسند، اما هماهنگ با عملکرد خوبش نیستند.

دانشجوی دیگری به نام اریک نیز درباره تعداد واحدهای درسی‌اش مضطرب بود. اضطراب او در بافتار بازگشت به دانشگاه پس از یک دوره بیماری طولانی مدت بروز کرده بود و به وسیله افکاری مانند اینها به راه می‌افتاد: «اگر من با بیماری‌ام سازگار نشوم، زندگی‌ام نابود خواهد شد»، که یک خط فکری بود که از این طرح‌واره درباره خودش نشأت می‌گرفت: «من به خاطر بیماری‌ام، بدبخت، معیوب، و محکوم به نابودی هستم». در مورد اریک، فرمول‌بندی پیشنهاد کرد که کاهش تعداد واحدهای درسی‌اش می‌تواند به او اجازه دهد تا این باورش را که اگر او با بیماری‌اش سازگار نشود، زندگی‌اش نابود خواهد شد، آزمون کند.

در هر دو مورد سوزان و اریک، فرمول‌بندی فردنگر یک فرضیه اولیه در اختیار درمانگر گذاشت که از کدام خط مداخله برای کمک به دانشجو در ارزیابی تعداد واحدهای درسی‌اش استفاده کند. و در هر دو مورد، درمانگر به طور مشارکتی با بیمار کار کرد تا فرضیه فرمول‌بندی را تفصیل دهد و آزمون کند. سپس، بیمار و درمانگر اطلاعات جمع‌آوری خواهند کرد تا تبعیت بیمار از مداخلات بیرون آمده از فرمول‌بندی و کمک‌کننده بودن آنها را پایش کنند.

فرمول‌بندی بیمار همچنین تصمیم‌گیری بالینی در موقعیت‌هایی مانند زمان‌بندی و ضوابط کاری درمان را نیز هدایت می‌کند که معمولاً در درمان‌های با پشتوانه تجربی به آنها پرداخته نمی‌شود. لئونورا با من تماس گرفت و یک پیام تلفنی گذاشت که می‌گفت با یک ضرب‌الاجل مهمی در سر کار مواجه شده است و می‌خواهد جلسه برنامه‌ریزی شده برای هفته آینده را لغو کند و جلسه ملاقاتش با من را برای پس از ضرب‌الاجل برنامه‌ریزی کند. من چه جوابی دادم؟ من به فرمول‌بندی‌ام درباره او مراجعه کردم. لئونورا دچار نگرانی بود و او و من به تازگی یک مفهوم‌سازی ایجاد کرده بودیم که در آن، رفتار

نگرانی او (به‌ویژه فکر نگرانی «من اشتباه کردم؛ من نباید با شوهرم ازدواج می‌کردم») موجب افزایش اجتناب او از پذیرفتن مسئله زناشویی و انجام کاری برای حل آن می‌شد. من بر اساس این مفهوم‌سازی فرض کردم که درخواست لئونورا برای به تأخیر انداختن جلسه درمان ممکن است یک نمونه از آماج‌های درمان (رفتار اجتنابی) باشد که در فرمول‌بندی او توصیف شده بود. من با لئونورا تماس گرفتم و با اشاره به مفهوم‌سازی مشارکتی قبلی‌مان توضیح دادم که چرا توصیه می‌کنم به قرار ملاقاتش بیاید. او دلیل مرا پذیرفت و ما باهم ملاقات کردیم و یک جلسهٔ پرباری داشتیم که به پیشرفت او در انجام برخی تکالیف برای حل مسئله زناشویی کمک کرد.

استفاده از فرمول‌بندی برای برخورد با عدم تبعیت

فرمول‌بندی بیمار فردی شده به درمانگر کمک می‌کند تا رفتار عدم تبعیت را به طور اثربخشی درک و اداره کند. برای نمونه، فرمول‌بندی من از بیمارم به نام چایه پیشنهاد کرد که یکی از راهبردهای عمدهٔ او برای مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا، «دست کشیدن از تلاش و ناامیدی از حل آن‌ها» است. در واقع، او اغلب به راحتی به رختخواب می‌رفت. اگر چایه در جریان یکی از دوره‌های «دست کشیدن از تلاش»، برای ملاقات حضوری قرار می‌گذاشت، ممکن بود یک پیام تلفنی برای لغو جلسه‌اش بگذارد و بعضی اوقات حتی درمان را به طور کامل ترک می‌کرد.

فرمول‌بندی من در مورد چایه از طریق یادآوری به من کمک کرد که حالت «دست کشیدن از تلاش و ناامیدی از حل مشکلات»، یک رفتار مشکل‌ساز کلیدی است که در همهٔ نشانه‌ها و مسائل او مشترک است. بنابراین، کاملاً قابل پیش‌بینی بود و در واقع *اتفاق خوبی* بود که در درمان پدیدار شد، جایی که من توانستم آن را به طور مفصل ارزیابی کنم و به طور مستقیم با آن برخورد کنم. یعنی فرمول‌بندی به من کمک کرد تا وقتی که رفتار مشکل‌ساز چایه در درمان پدیدار شد، همدلی‌ام را افزایش و ناامیدی‌ام را کاهش دهم. فرمول‌بندی همچنین به من کمک کرد تا وقتی که این رفتار روی داد و به من یادآوری کرد که مداخلاتی که به این رفتار می‌پردازند، می‌توانند علاوه بر افزایش تبعیت چایه در درمان، در حل بسیاری از مسائل دیگر نیز به او کمک کنند، این رفتار را در اولویت قرار دهم و برای مداخله هدف بگیرم.

پایش و فرضیه‌آزمایی

در آن حین که درمان پیش می‌رود، بیمار و درمانگر اطلاعات جمع‌آوری می‌کنند تا فرمول‌بندی را آزمون کنند و فرایند و نتیجهٔ درمان را پایش می‌کنند. این بخش از درمان در فصل ۹ کتاب به تفصیل توضیح داده شده است. جمع‌آوری اطلاعات به بیمار و درمانگر اجازه می‌دهد تا به سؤالاتی مانند