

# درمان فرایندمدار (PBT)

راهنمای گام به گام مهارت آموزی متخصصان برای آماج  
قرار دادن فرایندهای بنیادین تغییر روانی در درمان

تألیف

استفان هافمن

استیون هیز

دیوید لورشاید

ترجمه

محمد خالقی

دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی



## فهرست مطالب

۹	یادداشت مترجم
۱۲	پیش درآمد
۱۳	فصل ۱ بازاندیشی در علم و عمل بالینی
۲۸	فصل ۲ رویکرد شبکه‌ای
۴۵	فصل ۳ فرامدل تکاملی گسترش‌یافته (EEMM)
۶۲	فصل ۴ ابعاد شناختی، عاطفی، توجهی
۸۸	فصل ۵ ابعاد خوب‌شدن، انگیزشی، رفتاری
۱۱۱	فصل ۶ سطوح زیستی‌فیزیولوژیکی و فرهنگی اجتماعی
۱۳۵	فصل ۷ حساسیت به بافت و حفظ
۱۵۷	فصل ۸ نگاهی دقیق‌تر به فرایندها
۱۷۷	فصل ۹ مختل کردن نظام
۱۹۳	فصل ۱۰ هسته‌های درمان
۲۱۳	فصل ۱۱ دوره درمان
۲۳۴	فصل ۱۲ از مشکلات تا کامیابی: تداوم و گسترش دستاوردها
۲۴۵	فصل ۱۳ به کارگیری ابزارهای درمان فرایندمدار (PBT) در عمل
۲۵۳	سخن پایانی
۲۵۵	منابع
۲۵۸	درباره نویسندگان
۲۵۹	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی
۲۶۲	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی

«کتاب حاضر، راهنمای مهمی است که روشی واقع‌بینانه، نیرومند و خردمندانه را برای مد نظر قرار دادن مسائل و مشکلات هر درمانجو در پیش گرفته است و درمان یگانه‌ای برای هر فرد طراحی می‌کند. نویسندگان با تمرکز بر فرایندهای خاص، ما را به سوی بهترین اندیشه‌های برگرفته از رویکردهای مختلف سوق می‌دهند. کتاب حاضر جعبه‌ابزاری شگفت‌انگیز و نقشه راه مفهومی برای درمانگران است. این صدای درمان شناختی‌رفتاری (CBT) نوین است که به گوش می‌رسد.»

— دکتر رابرت لیهی، رئیس مؤسسه شناخت‌درمانی آمریکا و

نویسنده کتاب *درمان طرح‌واره هیجانی*

«درمان فرایندمدار (PBT)، مدلی جامع و نوآورانه است که پرده از بهترین شیوه‌ها برمی‌دارد. کتاب به شکلی خردمندانه در قالب مجموعه‌ای از گام‌های عملی به نگارش درآمده است که فارغ از سطح تجربه یا علائق و وفاداری نظری افراد، موجب پیشرفت کارهای بالینی می‌شود.»

— دکتر جفری زیگ، بنیادگذار و مدیر اجرایی بنیاد میلتنون اریکسون

و طراح همایش تکامل روان‌درمانی

«خرد و ابزارهای عملی ارائه‌شده در این کتاب به‌موقع و مهم، موجب پیشرفت زیاد رویکردهای درمانی متعدد و متمایز ما خواهد شد. این راهنمای مفصل و متفکرانه، با بررسی نحوه زندگی گونه انسان در قالب شبکه‌هایی از نظام‌ها، نشان می‌دهد که چگونه رویکردی مبتنی بر شواهد را می‌توان برای فردی خاص طراحی کرد و منطبق ساخت و چگونه فرایندهای تغییری که از پشتوانه تجربی برخوردارند نه تنها موجب تعمیق و تقویت روش‌های کاستن از رنج انسان می‌شوند، بلکه تغییرات پایداری را برای فرد به ارمغان می‌آورند. این کتاب با بهره‌گیری از دانش برآمده از پژوهش‌های ذهن جسم‌آگین و ارتباطی انسان و اینکه چگونه این ذهن هم در الگوهای ناکارآمد گیر می‌افتد و هم با تغییر و دگرگونی‌هایی می‌یابد، برای هر آن کس که به رشد افراد کمک می‌کند، مفید خواهد بود.»

— دکتر دنیل سیگل، نویسنده کتاب *ذهن*، کتاب *آگاه*، کتاب *درمانگر*

*ذهن‌آگاه*، کتاب *ذهن‌بینی* و کتاب *ذهن در حال رشد*

«در هر عرصه علمی، برداشتن یک گام به عقب و ارزیابی پیشرفت آن و شناسایی مسیرهای مهم آتی، امری حیاتی است. این دقیقاً همان کاری است که نویسندگان این کتاب انجام داده‌اند. آنها با تمرکز بر فرایندها به جای محتوا، مسیر منحصربه‌فردی را برای پیشنهاد، بررسی و اجرای رویکردهای اثربخش مطرح می‌کنند تا افراد به بهترین نحو در راستای دستیابی به اهداف مهم زندگی قدم بردارند. کتاب حاضر گام روبه‌جلوی مهمی است!»

— دکتر آرتور نزو، استاد ممتاز علوم روان‌شناختی و مغز دانشگاه

درکسل و سردبیر مجله *روان‌شناسی بالینی*

«این کتابی بی‌نظیر است که فرایندها و درمان‌ها را به هم پیوند می‌زند و سناریوهای بالینی مختلفی را در بر دارد که به آن دسته از دانشجویان تحصیلات تکمیلی که در حال یادگیری مفاهیم درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی (ACT) هستند، کمک زیادی خواهد کرد. من قدردان یکپارچه‌سازی مفاهیم علوم تکاملی (ES) با فرامدل توصیف‌شده در این کتاب برای پیش‌بینی و تأثیر بر هم رفتارهای سازگارانه و هم رفتارهای ناسازگارانه هستم. این رویکردی بسیار عمل‌گرایانه برای ارائه درمان فرایندمدار (PBT) است.»

— **دکتر روث آن ریفلت**، رئیس برنامه مقطع کارشناسی روان‌شناسی

و استاد تحلیل رفتار کاربردی، دانشکده روان‌شناسی حرفه‌ای شیکاگو

«این کتاب، نوری بر مؤلفه مهمی از درمان می‌تابد: فرایندهای فراتشخیصی‌ای که منجر به کژکاری می‌شوند و باید در درمان آماج قرار گیرند. نویسندگان، نظامی را برای شناسایی و اصلاح این فرایندهای بسیار مهم ارائه می‌کنند.»

— **دکتر جودیت بک**، رئیس مؤسسه درمان شناختی‌رفتاری بک و

نویسنده کتاب *درمان شناختی‌رفتاری*

«هر روز بسته‌های درمانی با نامی جدید روانه بازار می‌شوند. من یک بسته و یک زبان فنی جدید نمی‌خواهم. خدا را شاکرم که این کتاب نوشته شده است. کتابی که روشی واضح و نظام‌مند را برای فهم فرایندهای مؤثری که در بسته‌های درمانی مختلف وجود دارند، ارائه می‌کند. این کار به من اجازه می‌دهد به رنج درمانجو طور دیگری نگاه کنم، از منظر نظام‌های پویا، نه "چیزهایی" ایستا. کتابی بسیار کاربردی که فهم آن آسان است. من عاشق این کتاب‌ام.»

— **دکتر جوزف سیاروچی**، استاد پژوهشی در دانشگاه کاتولیک

استرالیا و نویسنده مشترک کتاب *زندگی تو، مسیر تو؛ کتاب نوجوان*

*کامیاب؛ و کتاب رهایی از چاقی*

«در درمان‌های مبتنی بر شواهد و پژوهش‌هایی که از این مداخله‌ها حمایت می‌کنند، بخش مهمی، یعنی تمرکز صریح بر «فردی» که تحت درمان است، مورد غفلت واقع شده است. نویسندگان این کتاب، که جزو پژوهشگران بالینی ممتاز حال حاضر محسوب می‌شوند، با تکیه بر درمان فرایندمدار با این مشکل سرشاخ می‌شوند. در این کتاب، درمانگران یاد می‌گیرند تا اصول نیرومند تغییر روانی را بر فردی که تحت درمان قرار دارد متمرکز سازند. همه درمانگران باید با این راهبردها آشنا باشند.»

— **دکتر دیوید بارلو**، استاد بازنشسته افتخاری روان‌شناسی و

روان‌پزشکی و بنیادگذار مرکز اختلال‌های اضطرابی و اختلال‌های

مرتبط با آن (CARD)

«این کتاب مثل نفس کشیدن در هوایی تازه است. در این کتاب بی‌پرده سخن گفته شده است. دوران چه درمانی برای چه اختلالی، به سر آمده است. رویکرد فرایندمدار مطرح شده در این کتاب، ما را به سوی رویکرد فراتشخیصی و فرانظری جدید و نویدبخشی در ارتباط با فرایندهای تغییر مبتنی بر شواهدی سوق می‌دهد که متناسب با نیازهای درمانجویی خاص است. آینده همین است. رویکرد و کتابی فوق‌العاده که مطالعه آن ضروری است.»

— دکتر لسللی گرینبرگ، استاد ممتاز پژوهشی و استاد بازنشسته

افتخاری روان‌شناسی در دانشگاه یورک، نویسنده کتاب تغییر هیجان با هیجان و نویسنده مشترک کتاب الگوهای تغییر

«من عاشق رویکرد فردنگری‌ام که این کتاب برای روان‌درمانی در پیش گرفته است! درمان فرایندمدار، جایگزین نویدبخشی برای پروتکل‌های درمانی اختلال‌محور است. این کتاب به درمانگران یاد می‌دهد مدلی را برای هر فرد طراحی کنند و از آن مدل برای هدایت درمان بهره جویند — به عبارتی، به بازنگری پیشرفت درمان بپردازند و بر اساس داده‌های به دست آمده در حین درمان دست به انطباق‌هایی بزنند. اساس خردمندان‌های که این مدل در پیش می‌گیرد موجب افزایش آگاهی شده و پیشنهاد این عرصه خواهد بود.»

— دکتر ژاکلین پرسونز، رئیس مرکز درمان شناختی‌رفتاری اوکلند؛

استاد بالینی دانشگاه کالیفرنیا، برکلی؛ و نویسنده کتاب رویکرد

فرمول‌بندی موردی به درمان شناختی‌رفتاری

## یادداشت مترجم

در دهه‌های اخیر شاهد توسعه روزافزون پروتکل‌های درمانی بوده‌ایم که نشانگان مختلف DSM را آماج قرار می‌دهند. مسئله قابل تأمل این است که بیشتر این روش‌ها مبتنی بر شواهد هستند و حتی برای یک نشانگان، برای نمونه افسردگی، چند نوع بسته درمانی وجود دارد. سؤال‌هایی که ممکن است در ذهن هر درمانگری نقش‌بندند این است که کدام‌یک از این پروتکل‌ها بهترند؟ آیا من به‌عنوان درمانگر رویکرد مناسبی در پیش گرفته‌ام؟ آیا یادگیری همه این پروتکل‌ها امکان‌پذیر است؟ آیا درمانجو (انسان) در علائم و نشانگان DSM/ICD، یا چند مؤلفه درمانی خلاصه می‌شود؟ آیا فرایند تغییر، خطی و غیرپویاست؟ آیا می‌توان روش‌های مبتنی بر شواهد مختلف را در قالبی منسجم در نظر گرفت و به‌کار بست؟

درمان فرایندمدار (PBT) می‌کوشد تا پاسخی برای چنین سؤال‌هایی ارائه کند. همان‌طور که توسعه‌دهندگان PBT می‌گویند، این یک بسته درمانی جدید نیست، بلکه نوعی روش نوین اندیشیدن درباره روش‌های درمانی است. این رویکرد در میان انبوهی از روش‌های موجود، تحت چتر فرامدل تکاملی گسترش یافته (EEMM)، پلی بین رویکردهای مختلف ایجاد می‌کند. رویکردهای درمانی که ما بر اساس جهان‌بینی‌ها، آموزش، علایق و تناسب با شخصیت‌مان برمی‌گزینیم ما را احاطه و محدود می‌کنند و اجازه فراتر رفتن از آن را به ما نمی‌دهند. گاهی درمانگرانی که جهان‌بینی‌ها و رویکردهای متفاوتی را اختیار کرده‌اند، می‌کوشند درستی رویکرد خویش و نادرستی رویکرد هم‌تایان‌شان را اثبات کنند. این مسائل موجب تعارض یا بهتر بگوییم شبه‌تعارض می‌شوند. در واقع مفروضه‌های متفاوت جهان‌بینی‌ها موجب اختلاف نظر می‌شوند و درمانگران رویکردهای مختلف فراتر رفتن از مرزهای جهان‌بینی خویش را ناممکن می‌دانند. شناخت جهان‌بینی‌ها و فرایندهای تغییر می‌تواند ما را از شبه‌تعارض‌ها دور نگه داشته و همکاری بین متخصصان و پژوهشگران رویکردهای مختلف را ممکن سازد، که نتیجه آن را در اتاق‌های درمان و همچنین خارج از آن شاهد خواهیم بود.

پس از ترجمه کتاب «فراسوی DSM» که به بنیادهای رویکرد فرایندمدار می‌پردازد، بر آن شدم راهنمای درمانی این رویکرد نوین را هم ترجمه کنم تا بتوان از پیشرفت‌های حاصله بهره برد. کتاب حاضر نسخه کاربردی تشخیص و درمان فرایندمدار است که تحت چتر فرامدل تکاملی گسترش یافته (EEMM) و با بهره‌گیری از تحلیل شبکه‌ای پویا، سعی در شناسایی فرایندهای پویای درمانجو و برگزیدن مناسب‌ترین روش‌های درمانی برای انتخاب تغییرات سازگارانه و حفظ آنها، متناسب با بافت

درمانجو، دارد. رویکرد فرایندمدار، رویکردی فردنگر است که سعی در بررسی فرایندها در هر فرد به شکلی ویژه دارد و از تعمیم‌های قانون‌نگری که از دل روش فردنگر برنخیزند پرهیز می‌کند. از طرفی، توسعه پروتکل‌های مبتنی بر شواهد علائم‌محور در سال‌های اخیر، موجب غفلت از فردی شده که به دنبال این مراقبت‌های مبتنی بر شواهد است. در درمان فرایندمدار، اعتقاد بر این است که درمانجو در فرایندهایی منحصر به خویش به دام افتاده که منجر به ایجاد و تداوم مشکلات او می‌شوند و خبری از نشانگان تشخیصی DSM/ICD نیست. با مشارکت درمانجو و ترسیم شبکه‌ای از مشکلات او، بهینه‌ترین نقاطی که می‌توان آماج قرار داد تعیین و بر اساس هسته‌های درمان تغییراتی ایجاد و حفظ می‌شوند. همچنین، سنجش در این رویکرد به صورت فشرده و متراکم است و این داده‌های تجربی درمان هستند که بازخورد فراهم می‌کنند. ریشه‌های مشکلات یا تداوم آنها در هر فردی متفاوت‌اند و در نظر گرفتن مشکلات در قالب یک جهان‌بینی خاص، یک نوع طبقه‌بندی خاص، یا یک رویکرد نظری خاص باعث می‌شود که ریشه(های) اصلی مشکل در فرد را به درستی شناسایی نکنیم و در نتیجه برای همه بر اساس رویکرد «ثابت» خودمان پیش رفته و درمانی ارائه کنیم که با درمانجوی «متغیر» منطبق نیست. درمان فرایندمدار با بهره‌گیری از تحلیل شبکه‌ای (به‌عنوان یکی از ابزارهای فرایندمدار) در درمانجویی خاص، شبکه‌ها و زیرشبکه‌های تداوم مشکلات را شناسایی و متناسب با آن مداخله را تحت شرایطی که شرح آن در این کتاب آمده، طراحی و ارائه می‌کند.

این روش نوین اندیشیدن درباره روش‌های درمانی، زبان مشترک تکاملی گسترش‌یافته را برای ارتباط رویکردهای مختلف برمی‌گزیند. با انتخاب نقطه‌ای مشترک در قالب فرایندهای تغییر، درمانگران رویکردهای مختلف می‌توانند بهترین مداخله‌ها (هسته‌های درمان) را چه از رویکرد خودشان و چه رویکردهای دیگر برگزینند. البته که این نوعی التقاط‌گرایی غیرنظام‌مند نیست که بر هر رویکرد و روشی چنگ اندازد، بلکه تمرکز بر فرایندهای تغییر از طریق فرامدل تکاملی گسترش‌یافته و فرایندهای مبتنی بر شواهد صورت می‌گیرد.

رویکرد فرایندمدار فراسوی علائم و کاهش رنج، به دنبال بهزیستی و کامیابی هم است. در مجموع رویکرد PBT نگاهی فراگیر، چندبُعدی و چندسطحی به انسان در پیش می‌گیرد و فراتر از یک بُعد خاص، برای مثال زیستی، شناختی، رفتاری، روان‌پوشی و غیره برای در نظر گرفتن رنج و بهزیستی انسان، حرکت می‌کند. این رویکرد بیان می‌کند که نباید انسان، مشکلات و کامیابی او را محدود به بُعد خاصی کنیم و از زاویه‌ای خاص بدان بنگریم. ابعاد مختلف زیستی، فرهنگی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و غیره بر فرد و شبکه پیچیده و مشکلات او تأثیر می‌گذارند که می‌توان به شکلی نظام‌مند آنها را بررسی و روش‌های مناسبی را که تا به امروز توسعه داده شده و توسعه می‌یابند، برای هر فرد خاص به کار بست. شاید برای بسیاری از متخصصان در اردوگاه‌های نظری مختلف، اتخاذ روش‌های درمانی هم‌تایان‌شان، سخت و نپذیرفتنی به نظر آید. تا به امروز نیز تلاش‌هایی برای یکپارچه‌سازی صورت گرفته اما بیشتر این تلاش‌ها مبتنی بر مدل‌های نظری خاصی بوده‌اند، یا در

عمل بیشتر به یک بُعد خاص اهمیت داده‌اند، که موجب نارضایتی و عدم به‌کارگیری مکاتب فکری مختلف شده، یا در ابعاد و مؤلفه‌های محدودی خلاصه شده‌اند. وجود یکپارچگی در هر حیطه علمی می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد. در درمان فرایندمدار (PBT)، بر اساس سودمندی ثابت‌شده فرایندها از همه جریان‌های روان‌درمانی، فرصتی برابر به تمامی رویکردها داده می‌شود. رویکرد فرایندمدار به دنبال حذف یا برتر دانستن رویکردی بر دیگری نیست، بلکه هدف را کاهش رنج و افزایش کامیابی انسان قرار داده و با بهره‌گیری از زبان مشترک فرامدل تکاملی گسترش‌یافته (EEMM) سعی در این دارد که از محدودیت‌هایی که لُز رویکردی ما را احاطه کرده فاصله بگیرد و روش‌های مبتنی بر شواهد را برای تغییرپذیری و حفظ انتخابی فرایندهای سازگاران و کاهش فرایندهای ناسازگاران، متناسب با بافت درمانجو، به‌کار بگیرد. به عبارتی، درمان فرایندمدار تشویق‌مان می‌کند تا از فرایندهای مبتنی بر شواهد دقیقی که فراتر از مرزهای رویکردهای درمانی ما هستند مطلع شده و بیاموزیم، و آنهایی که بیشترین و بهترین تأثیر را برای درمانجویی دارند که روبروی ما نشسته است، به‌کار بگیریم. روی‌هم‌رفته، همان‌طور که نویسندگان این کتاب می‌گویند، با به‌کارگیری فرامدل تکاملی گسترش‌یافته و درمان فرایندمدار، یاد می‌گیریم تا تبدیل به یک روان‌شناس انعطاف‌پذیر و انطباق‌پذیر، یا به نوعی VRSCDL شویم. VRSCDL مخفف شش مفهوم کلیدی در تکامل است که می‌توانیم آن را برای پدیده‌های مختلف از جمله روان‌درمانی به‌کار ببندیم. VRSCDL به معنای تغییرپذیری (Variation) و حفظ (Retention) آنچه در بافت (Context) انتخاب (Select) می‌شود در بُعد (Dimension) و سطح (Level) درست است (به فصل سوم نگاه کنید). با در نظر داشتن این موارد می‌توانیم فرایندهای تغییر درمانی و زندگی را دنبال کنیم و بهبود بخشیم. در پایان، امیدوارم ترجمه این اثر به‌سهم خود گامی در راستای توسعه دانش نوین روان‌شناسی در کشورمان باشد و مورد استفاده متخصصان، دانشگاهیان و پژوهشگران واقع شده و در نهایت موجب کاهش رنج و افزایش کامیابی افراد شود.

محمد خالقی

mohammad.khaleghi66@gmail.com



## پیش در آمد

برای دهه‌ها، در برنامه‌های آموزشی تحصیلات تکمیلی به متخصصان سلامت روان و رفتار گفته شده که کارشان باید «مبتنی بر شواهد» باشد. آنها منابع و متون علمی را مطالعه می‌کنند، در ارتباط با «تشخیص‌ها» آموزش دقیقی می‌بینند، پروتکل‌های مبتنی بر شواهد را یاد می‌گیرند و مهارت‌های آماری کسب می‌کنند.

اما یک جای کار می‌لنگد. اندازه‌های اثر افزایش پیدا نمی‌کنند. شیوع مشکلات سلامت روان و رفتار کاهش نمی‌یابد. خیلی رنگ‌وبوی مراقبت مبتنی بر شواهد پیدا نیست. بسیاری از درمانگران این مدل مراقبت مبتنی بر شواهد را فرسوده‌کننده می‌دانند. همین‌طور شاهد پیشرفت کندی در این عرصه هستیم.

ما معتقدیم که شاهد پایان یک دوران و آغاز دورانی جدید هستیم. مراقبت مبتنی بر شواهد به صورت ارائه پروتکل‌های آزمون‌شده تجربی در نظر گرفته شده که نشانگان روان‌پزشکی را آماج قرار می‌دهند. آن‌طور که سردمداران مدل زیست‌پزشکی رنج انسان انتظار داشتند، این مدل نتیجه نداده است. پروتکل‌های فراوانی تکثیر شدند که اغلب با نیازهای درمان‌جو منطبق نیستند. زمان آن فرا رسیده که مدلی از اساس متفاوت توسعه داده شود.

درمان فرایندمدار (PBT) تعریف جدیدی از درمان مبتنی بر شواهد است. PBT روش درمانی جدیدی نیست، بلکه روش نوین اندیشیدن درباره روش‌های درمانی است. معتقدیم که با اتخاذ رویکردی بسیار فردنگرتر و یادگیری شکل جدیدی از تحلیل کارکردی مبتنی بر فرایندهای تغییر، این عرصه می‌تواند دستخوش پیشرفت شود. این رویکرد جدید، فرایندهای مبتنی بر شواهد را با هسته‌های درمان مبتنی بر شواهد پیوند می‌زند و در قالب مدل‌های ساده‌تر و در عین حال جامع‌تر سازمان‌دهی می‌کند تا هرچه بهتر به آنچه درمان‌جو بسیار خواهان آن است، پرداخته شود.

در این کتاب مجموعه‌ای نیرومند از مهارت‌ها و ابزارها را برای یادگیری این رویکرد جدید ارائه می‌کنیم که بر پایه بهترین سنت‌های بالینی ما و هسته نیرومند علم مداخله بنا شده است. زمان آن فرا رسیده که شاهد تحولی اساسی باشیم. ما هم مثل شما آماده‌ایم، پس با ما همراه شوید.

استفان هافمن

استیون هیز

دیوید لورشاید

## فصل ۱

# بازاندیشی در علم و عمل بالینی

بیل سی ساله، پس از قطع رابطه با نامزدش احساس افسردگی می‌کرد و در پی درمان بود. این جدایی باعث شده بود اغلب اوقات مشغول نشخوار فکری باشد که چیزی جز بدتر شدن خلُق دستگیرش نمی‌شد. سارا، درمانگر همدل و جوانی‌ست که به تازگی دوره کارورزی خود را به اتمام رسانده است. او در این دوره با یک پروتکل رایج درمان شناختی رفتاری (CBT) برای افسردگی آشنا شد و آن را آموخت. سارا خیلی ماهرانه هر جلسه را مطابق با راهنمای ساختارمند درمان افسردگی اجرا کرد. پس از اجرای سنجش اولیه و آموزش روانی، مدل سه مؤلفه‌ای خلُق را معرفی کرد و ابعاد شناختی، هیجانی و زیستی فیزیولوژیکی آن را توضیح داد. همچنین از برگه‌های بازنگری برای ردیابی فکرها، احساس‌ها و رفتارهای بیل استفاده کرد و سپس بر فکرها، ناکارآمد و رفتارهای ناسازگارانه او متمرکز شد. به‌ویژه، مطابق با راهنمای درمان، تمایل بیل به نشخوار فکری را آماج قرار داد.

پس از دوازده جلسه، سارا با استفاده از پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI) اقدام به سنجش افسردگی بیل کرد که خبر از کاهش متوسط اما چشمگیر افسردگی می‌داد. هر دوی آنها از این اتفاق نسبتاً راضی بودند. اگر چنین بهبودی‌ای در یک کارآزمایی بالینی حاصل می‌شد، بیل جزو شرکت‌کنندگانی در نظر گرفته می‌شد که در اثر درمان «بهبود» یافته است. پس از آنکه آخرین جلسه پروتکل درمانی فرا رسید، سارا هم مجاب شد که زمان خاتمه درمان فرا رسیده است. بیل را راهی خانه کرد و به او سپرد که به تمرین مهارت‌های آموخته‌شده، از جمله تمرینات فعال‌سازی رفتاری و مهارت‌های آماج قرار دادن نشخوار فکری و خطاهای فکری، ادامه دهد.

بیل از سارا تشکر کرد و روانه خانه شد. با این حال، در راه بازگشت به خانه همچنان ناراحت بود. هرچند نسبت به قبل احساس افسردگی کمتری داشت، به این فکر می‌کرد که از نظر هیجانی و به‌طور کلی در زندگی، به نقطه‌ای که می‌خواست نرسیده است. همچنان پس از قطع رابطه، احساس تنهایی و جدایی می‌کرد. او با این فکر که درمان نمی‌تواند حلال همه مشکلات باشد و شاید او آدم روابط متعهدانه نیست، سعی کرد از آن چشم‌پوشی کند. احساس ناراحتی با او ماند و نمی‌دانست الان باید چه کار کند.

سارا راجع به درمانجوی خود احساس خوبی داشت. او از یک پروتکل درمانی معتبر برای درمان افسردگی پیروی کرد و با خود فکر می‌کرد که به‌خوبی از پس این کار برآمده است. مطابق با نتایج مقیاس‌های پیامدی سنتی، درمان این درمانجو موفقیت‌آمیز بود و سارا نیز بر همین باور بود و آن را چنین گزارش کرد. توجه او خیلی زود به درمانجویان دیگری معطوف شد و رفته‌رفته بیل به خاطره‌ها پیوست.

سارا هیچ‌گاه متوجه نخواهد شد که حتی پس از جلسه آخر نیز بیل احساس ناراحتی و آسیب‌پذیری داشت. او هرگز نخواهد فهمید که طی چند ماه آینده، احساس تنهایی تمام توجه بیل را به خود معطوف می‌کند و دوباره سروکله افسردگی پیدا می‌شود. حتی ممکن است فکرهای خودکشی نیز به سرش بزنند.

خب، ایراد کار کجاست؟ نمی‌توانیم با قطعیت بگوییم که تمامی مسائل بیل با موفقیت حل شده‌اند، اما مطمئن‌ایم که به چند مورد از آنها اصلاً پرداخته نشد. سارا برخی از جنبه‌های مشکلات بیل، از قبیل احساس تنهایی، روابط، احساس انزوای اجتماعی و ناخشنودی او را آماج قرار نداد. بیل اغلب به این مسائل فکر می‌کرد و نمی‌دانست که از کجا آب می‌خورند و چه چیزی باعث تداوم آنها می‌شود. سارا خیلی کم به این مسائل توجه داشت و با خودش فکر می‌کرد که پس از آماج قرار دادن تمایل بیل به نشخوار فکری و خلق افسرده و همچنین اعمال او، این مسائل هم به‌طور طبیعی حل و فصل خواهند شد. مهارت‌های ارتباطی، بخش مهمی از راهنمای ساختارمند پروتکل درمانی که سارا در آن تبحر داشت، نبودند. از آنجا که او افسردگی را با مجموعه‌ای از روش‌های مبتنی بر شواهد به‌طرز موفقیت‌آمیزی آماج قرار داده بود، بر این باور بود که همین قدر کفایت می‌کند. اما، کافی نبود.

## بازی پروتکل‌ها برای نشانگان

آیا بیل مبتلا به یک بیماری به نام افسردگی است؟ به‌علاوه، چگونه می‌توان این بیماری را تعریف کرد؟ به‌نظر پاسخ به این سؤال به راحتی آب خوردن است. اما این‌طورها هم نیست. اخیراً شاهد همه‌گیری جهانی ویروس کووید-۱۹ (COVID-19) بوده‌ایم. هم‌اکنون که در حال نگارش این کتاب هستیم در میانه این بحران قرار داریم. تعداد زیادی از هم‌نوعانمان را در اثر ابتلا به این ویروس از دست دادیم. برخی از افراد مبتلا هم به‌سختی علائمی داشتند و برخی نیز اصلاً علائمی نشان ندادند. یک روش فوری برای شناسایی افراد مبتلا به این ویروس، اندازه‌گیری دمای بدن است. با این حال، خیلی از افراد نیز با این روش شناسایی نمی‌شوند. روش دقیق‌تر برای این کار، بررسی آنتی‌بادی، یا قطعات RNA خود ویروس است. وجود این شاخص‌های زیستی به وضوح بیانگر این بیماری است.

اما چنین آزمونی برای افسردگی، اضطراب، اسکیزوفرنی یا سایر اختلال‌های روانی وجود ندارد. حتی یکی. همین‌طور، هیچ واکسنی که افراد را در برابر ابتلا به یک اختلال روانی خاص ایمن کند وجود ندارد. با وجود این، دهه‌هاست که روان‌پزشکی بر مدل بیماری‌پزشکی پافشاری کرده است. در این مدل، فرض بر این است که علائم یک اختلال روانی، تظاهراتی از یک بیماری زیربنایی هستند. راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM) و طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD) ابزارهایی جهت دستیابی به این هدف هستند. نسخه‌های اولیه DSM و ICD بر پایه نظریه روان‌تحلیلی استوار بودند و فرض می‌کردند که اختلال‌های روانی ناشی از تعارض‌های زیربنایی و عمیق‌اند. نسخه‌های جدیدتر این راهنماها بر کژکاری فرایندهای زیستی، روانی و تحولی به‌عنوان علت اصلی اختلال‌های روانی تأکید می‌کنند. روی هم‌رفته، طی چهل سال گذشته، روان‌پزشکی علمی امیدوار بود تا شاخص‌های زیستی را، برای نمونه در ژن‌ها یا مدارهای مغزی، برای اختلال‌های روانی شناسایی کند.

این جست‌وجوی طولانی، موفقیت‌آمیز نبود و با افزایش دانش علمی، این امید طولانی برای پیامد حتی دوردست‌تر هم به‌نظر می‌رسد. برای مثال، تحلیل‌های ژنوم کامل، برای نزدیک به نیم‌میلیون نفر، در راستای حمایت از ارتباط ژن‌های زیاد مورد مطالعه قرار گرفته با اختلال‌های روان‌پزشکی رایج، ناکام مانده است (برای مثال، بوردر و همکاران، ۲۰۱۹). به‌نظر می‌رسد که عوامل ژنتیکی می‌توانند با همدیگر و با تاریخچه شخصی و بافت تعامل کنند تا به روش‌های مختلف انواعی از مشکلات روانی را پدید آورند.

این عدم موفقیت، منجر به کنار گذاشتن مدل بیماری‌نرفته نشده است. شاید معروف‌ترین انگاره این بوده که علت اختلال‌های روانی عدم تعادل در انتقال‌دهنده‌های عصبی‌ست. بنابراین، شرکت‌های دارویی اقدام به تولید، آزمایش و بازاریابی داروها جهت تغییر نظام انتقال‌دهنده‌های عصبی، به‌ویژه سرتونین، دوپامین، گابا و گلوتامات، کردند. این داروها در کارآزمایی‌های تصادفی کنترل‌شده با دارونما مورد بررسی قرار گرفتند. برخی از این مطالعات اثرهای متوسطی در برخی از علائم اختلال موردنظر گزارش کردند (اما بسیاری از مطالعات دیگر چنین نتایجی را گزارش نکردند). برخی از پژوهشگران برجسته و مبتکر دنیای روان‌شناسی نیز شروع به مقایسه کارآمدی این داروها با مداخله‌های روانی، عمدتاً درمان شناختی‌رفتاری (CBT) و همین‌طور برخی دیگر از اشکال درمان مبتنی بر شواهد، کردند. به‌منظور حفظ تمرکز درمان‌های روانی بر علائم و جهت انجام این کارآزمایی‌ها به شکلی مناسب، باید پروتکل‌های درمانی تدوین می‌شدند.

نتایج تکان‌دهنده بود. این نتایج که اغلب در مجله‌های روان‌پزشکی معتبر منتشر می‌شدند، دائم مجادلات زیادی را پیش می‌کشیدند. خبر خوب این بود که این کارآزمایی‌ها اغلب حکایت از این

داشتند که به‌ویژه درمان شناختی‌رفتاری به‌اندازهٔ اثربخش‌ترین داروها، خوب و حتی بهتر عمل می‌کند. با این حال، خبر بد این بود که درمان شناختی‌رفتاری شروع به فاصله گرفتن از مبانی نظری‌اش کرد و تبدیل به مداخله‌ای علامت‌محور و مبتنی بر پروتکل شد که به‌جای درمان‌جو، اختلال را آماج قرار می‌دهد. امروزه، درمان شناختی‌رفتاری رایج‌ترین نوع روان‌درمانی و استاندارد طلایی در نظر گرفته می‌شود که حتی از سوی روان‌پزشکانی که دیدگاه‌های زیستی‌سرخستی دارند مورد تأیید است و به رسمیت شناخته می‌شود.

هزینه علمی و اجتماعی برای دست یافتن به چنین دستاوردی بسیار گزاف بود. با وجود ارزشمند بودن دانش به دست آمده از کارآزمایی‌های بالینی و فراتحلیل‌های آشکال مختلف درمان مبتنی بر شواهد، نتایج پیام‌نگر چندان علاقه‌ای به تبیین تفاوت‌های مهم فردی در زمینه نمود مشکل و پاسخ به درمان، یا در فهم مکانیسم‌های تغییر درمان به‌ویژه زمانی که تفاوت‌هایی از این دست در میان گروه‌ها متوسط بودند، نشان ندادند. یک کارآزمایی بالینی تصادفی به مقایسهٔ سطوح افسردگی شرکت‌کنندگان در مداخله‌های مختلف با استفاده از یک ابزار پیامدی محوری (برای مثال، مقیاس برداشت کلی بالینی) می‌پردازد و تفاوت‌های موجود میان شرکت‌کنندگان در پاسخ به درمان را فقط برآوردی از عوامل نامربوط و خارجی و همچنین خطای اندازه‌گیری در نظر می‌گیرد. در نتیجه، اطلاعات دربارهٔ الگوی منحصربه‌فرد بهبود یا زوال فرد و ارتباط آن با نمود مشکل، بافت و درمان از دست می‌رود. بخش اعظمی از چنین پژوهشی شامل بررسی این احتمال است که درمان برای تشخیص مؤثر است نه برای فرایندها، شرایط و علائمی که مشخصهٔ فرد هستند.

در همین حال، یک نسل کامل با اندیشه‌ای که از نظر تجاری سودمند و از نظر علمی غلط بود رشد یافت و آن اندیشه این بود که ابتلا به مشکلات روانی به معنای این است که شما دچار کژکاری زیستی خاصی در مغزتان هستید. در نتیجه، فارغ از اینکه داده‌ها چه می‌گویند، مصرف‌کنندگان علاقه کمتری به روان‌درمانی نشان می‌دهند. از سال ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۷ (نزدیک‌ترین دههٔ اخیر با اعداد و ارقام بالا)، تعداد افرادی که فقط از روش‌های تغییر روان‌شناختی استفاده می‌کردند نزدیک به ۵۰ درصد کاهش یافت، در حالی که تعداد افرادی که از رویکردهای روان‌شناختی در کنار داروها استفاده می‌کردند حدود ۳۰ درصد کاهش داشت. مصرف دارو به‌تنهایی بالا گرفت، طوری که در حال حاضر چیزی نزدیک به دو نفر از سه نفری که دچار مشکلات روانی هستند فقط تحت دارودرمانی قرار دارند (آلفسون و مارکوس، ۲۰۱۰).

موفقیت نهایی بازی «پروتکل‌ها برای نشانگان» وابسته به شناسایی موجودیت‌های کارکردی بیماری بود، یا حداقل در نظر گرفتن اثرهای درمانی بسیار خاص که با نشانگان سازمان‌دهی می‌شوند. زمانی که هیچ‌کدام حاصل نشد، مسیر علمی به سوی شکل‌بالیده‌ای از درمان مبتنی بر شواهد به نیروی

تجربه‌گرایی بی‌تفکر<sup>۱</sup> که در آن تقریباً هر چیزی باید با هر چیز دیگری در انواع وسیعی از نشانگان یا زیرنشانگان مقایسه شود، تغییر جهت داد. ریاضیات این رویکرد پژوهشی، صعود و پیشرفت را ناممکن ساخته است، حتی اگر بتوان تعداد روش‌های مداخله جدید و موجودیت‌های نشانگانی را به طرز معجزه‌آسایی در همین تعداد فعلی نگه داشت — که صدالبته نمی‌تواند چنین باشد.

عصر پروتکل‌ها برای نشانگان مجموعه منسجمی از مفروضه‌هایی کلیدی را در بر داشت که شکل‌دهنده راهبرد علمی و سلامت عمومی آن بود — اما اکنون هر یک از آنها خیلی آزادانه به چالش کشیده می‌شوند و برخی نیز اکنون نادرست در نظر گرفته می‌شوند. هم‌زمان، یک برنامه راهبردی جایگزین و نیرومند در حال ظهور است که منعکس‌کننده برخی از مفروضه‌های فرایندمدار و فردنگر روزهای آغازین پژوهش رفتاری و همچنین درمان مرتبط با آن است.

به دلیل آثار نامطلوب مدل بیماری نهفته، مدت‌ها طول کشید تا این برنامه جایگزین به‌طور واضح دیده شود. تنها در یک نمونه، این مدل چشم توسعه‌دهندگان درمان را بر نقش فرایندهای روانی بهنجار در پیامدهای رفتاری بست. به‌علاوه، ترجیحات درمانجو را برای پیامدهای عملی نادیده گرفت و در عوض به فهرست ترجیحی از علائم و نشانه‌ها اولویت بخشید. این رویکرد، رنج انسان را به نابهنجاری‌های مغزی و کژکاری‌های زیستی فرضی تقلیل داد، در حالی که محوریت فرد و بافت فرهنگی و زیستی روانی اجتماعی او را نادیده انگاشت. انتقادهای وارده به DSM و ICD بیان می‌دارند که اختلال‌ها، برچسب‌هایی قراردادی برای توصیف تجارب معمول انسانی هستند که نابهنجار در نظر گرفته می‌شوند. مثالی از آن به این حقیقت برمی‌گردد که کشورهای مختلف، باورها و دیدگاه‌های متفاوتی راجع به موضوع بهنجار دارند. ممکن است در یک فرهنگ، فردی که مدعی صحبت با ارواح است مبتلا به اسکیزوفرنی در نظر گرفته شود، ولی در فرهنگی دیگر فردی مقدس باشد.

رویکرد DSM/ICD سودمندی درمانی مشخصی برای تشخیص و سنجش در بر ندارد، انگار که هدف نهایی چنین طبقه‌بندی، یعنی پیامدهای بهتر، در درجه بعدی اهمیت قرار دارد. فقدان سودمندی درمانی DSM/ICD به‌جای اینکه علامتی از شکست تلقی شود، علامتی از درستی انگاشته می‌شود.

در پاسخ به تمامی این انتقادات، مؤسسه ملی سلامت روان (NIMH)، چهارچوب ملاک‌های حیطه پژوهش (RDoC) را تدوین کرد که هدف آن طبقه‌بندی اختلال‌های روانی بر اساس ابعاد رفتار قابل مشاهده و اندازه‌های زیستی عصبی است (اینسل و همکاران، ۲۰۱۰). چهارچوب RDoC بیان می‌کند که نابهنجاری‌های زیستی روانی زیربنایی منجر به الگوهای قابل مشاهده‌ای می‌شوند که در آسیب‌های روانی مختلف هم‌پوش‌اند. به‌علاوه، این نوآوری از سطوح تحلیل مختلفی بهره می‌گیرد — از جمله سطح مولکولی، سطح مدار مغزی، سطح علامتی و سطح رفتاری — تا سازه‌هایی را تعریف

کند که به‌عنوان علائم بنیادین اختلال‌های روانی مطرح می‌شوند.

با اینکه RDoC تمرکز خود را بر فرایندهای زیربنایی قرار داده است، در عمل تقریباً به‌طور کامل بر فرایندهای زیستی متمرکز بوده و مشکلات روان‌پزشکی را با اختلال‌های مغزی برابر گرفته است (هافمن و هیز، ۲۰۱۹). هم DSM/ICD و هم RDoC علت رنج روانی را بیماری نهفته می‌دانند. در حالی که در DSM/ICD اعتقاد بر این است که سازه‌های نهفته از طریق برداشت بالینی و گزارش علائم سنجیده می‌شوند، در RDoC عقیده بر این است که بیماری‌های نهفته را می‌توان از طریق آزمون‌های زیستی و رفتاری اندازه‌گیری کرد. با این حال، اگر مدل بیماری نهفته به‌خودی‌خود نادرست است، RDoC هم گام بسیار کوچکی در مسیر فرایند محسوب می‌شود. بایستی با فقدان شواهد برای مدل بیماری نهفته نیز رویارو شد تا درمانگران تمرکز اصلی خود را به فرایندهای تغییر جابه‌جا کنند: مکانیسم‌هایی که منجر به تغییر فرد می‌شوند، متناسب با بافت او هستند، موجب افزایش سودمندی درمانی و هدایت مداخله می‌شوند و پیچیدگی انسان را ساده‌سازی می‌کنند.

در همین حال، پس از تدوین چهارچوب RDoC، درمانگران، نهادهای دولتی و عموم مردم در بسیاری از نقاط دنیا همچنان نسبت به ارزش مراقبت‌های روانی مبتنی بر شواهد قانع نشده‌اند. بارها پیش آمده که به‌کارگیری پروتکل‌ها با مشکل همراه بوده است و فقدان مؤلفه‌های شناخته‌شده و فرایندهای تغییر، انطباق آنها با فرد و پیچیدگی‌هایش را با دشواری همراه ساخته است. اکثر درمانجویانی که تحت درمان روانی اجتماعی قرار گرفتند، در حقیقت تحت درمان مبتنی بر شواهد نبودند.

## درمانگران و درمانجویان چه مطالبه‌ای از علم دارند؟

تقریباً همه درمانگران با درمانجویی مانند بیل سروکار داشته‌اند. ما هم شاید مثل سارا بر این باور بوده باشیم که تفاوتی در زندگی درمانجو رقم زده‌ایم، در حالی که شاید فقط تغییری سطحی ایجاد کرده باشیم. بیل و سارا هر دو ممکن است بر «افسردگی» به‌عنوان چیزی که بیل «دارد» تمرکز کنند و با این کار جزئیات غنی و مهم از مردی را که جدا شده و این جدایی موجب برانگیختن احساس‌های عمیق تنهایی و بی‌کفایتی در او می‌شوند، از دست دهند.

افراد، طبقه‌های تشخیصی نیستند؛ آنها انسان‌هایی هستند که رنج می‌کشند، هر کدامشان با داستان، تاریخچه و اهداف خاص خودشان. بیل افسردگی «نداشت». او به دلیل عوامل زیستی روانی اجتماعی منحصربه‌فرد، که همچنین شامل تاریخچه شخصی، تجارب گذشته او و روش‌های مقابله‌ای ناسازگارانه با ناملایمات بود، احساس افسردگی (و تنهایی و جدایی) می‌کرد.

بیل داستان خودش را دارد که پای او را به درمان کشانده است. زندگی انسان‌ها وابسته به بافت