

## معرفی نویسنده

بروس اف چورپیتا، پروفیسور در روانشناسی بالینی، دانشیار بالینی روان‌پزشکی و سرپرست مرکز درمان شناختی- رفتاری در دانشگاه هاوایی است. وی متخصصی است که در اختلالات اضطراب کودکی و نیز نوآوری در طرح درمان و گسترش آن معروفیت بین‌المللی دارد. دکتر چورپیتا دارای بیش از ۷۵ اثر منتشر شده در رابطه با اختلالات اضطرابی و بهداشت روانی کودکان بوده و موفق به اخذ جوایز و مدارک بسیاری در کار خود می‌باشد، از آن جمله دریافت تقدیرنامه از فرماندار هاوایی به مناسبت کار گروهی با بخش سلامت هاوایی در سال ۲۰۰۴ و همچنین مدال سلطنتی هاوایی به مناسبت ارائه بهترین تحقیقات در سال ۲۰۰۵.

دکتر چورپیتا از سال ۱۹۹۹ ریاست کمیته خدمات متکی بر شواهد را عهده‌دار می‌باشد. این کمیته متشکل از روان‌شناسان، روان‌پزشکان، پرستاران روان‌پزشکی، مددکاران اجتماعی بالینی، اعضای خانواده و سایر متخصصینی است که بطور منظم مسئول بررسی تحقیقات علمی جهت به روزرسانی خطوط راهنمای درمان بالینی ایالتی و پیشگیری از مشکلات بهداشت روان کودکان می‌باشند. از سال ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۳ دکتر چورپیتا همچنین بعنوان ریاست بالینی بخش سلامت شاخه کودک و نوجوان هاوایی، خدمات شایانی در هدایت و سرپرستی فعالیت‌های وسیع ایالتی در سلامت بهداشت عمومی به انجام رسانده است.

دکتر چورپیتا سردبیر و عضو هیئت تحریریه مجلات تخصصی بسیاری بوده و از سال ۲۰۰۵ همکار سردبیر مجله روان‌شناسی ناهنجاریهای کودکی<sup>۱</sup> می‌باشد. وی همچنین در طرح ملی سیاست‌های کاربردی به عنوان عضو همزمان در انجمن روان‌شناسی آمریکا شاخه ۵۳ کمیته درمان متکی بر شواهد و همچنین شاخه ۱۲ کمیته علم و عمل همکاری نمود. از سال ۲۰۰۲ وی عضو شبکه تحقیقی سلامت روان جوانان، جمعیتی ملی متشکل از متخصصین می‌باشد که در زمینه بررسی، آزمایش و کاربرد روش‌های امیدبخش در سلامت روان کودکان فعالیت دارند. دکتر چورپیتا همچنین به اخذ جوایز تحقیقی و آموزشی از مؤسسه ملی سلامت روان، وزارت آموزش و وزارت بهداشت و سلامت هاوایی، و نیز مؤسسه جان دی و کاترین تی مک آرتور نائل آمده است.

علاقمندان جهت اطلاع بیشتر و دسترسی به آخرین مقالات منتشر شده ایشان می‌توانند به سایت مراجعه نمایند. [www.childfirst.ucla.edu](http://www.childfirst.ucla.edu).

1. Journal of Abnormal Child Psychology

## مقدمه ناشر

هر کودک مضطرب به شکلی متفاوت از دیگری است. برخی اضطراب جدایی داشته، برخی با اختلال وسواس-بی‌اختیاری دست به گریبان بوده و عده‌ای نیز از نگرانی در رنج می‌باشند. برخی در خانواده‌هایی قرار دارند که آنها را به رویارویی با ترس‌ها و غلبه بر آنها تشویق می‌کنند و برخی فاقد چنین خانواده‌هایی هستند. و با این وجود، همانطور که بروس اف چورپیتا، نویسنده این کتاب اشاره می‌کند، "هیچکس مواجهه را دوست ندارد"، بعضی به آرامی در مسیر آن گام برمی‌دارند در حالیکه سایرین علائم افسردگی یا رفتار مقابله‌ای و یا سایر مشکلاتی را نشان می‌دهند که با درمان تداخل می‌کند. این کتاب راهنمای واحدی است برای درمانگر پرمشغله، جهت درمان مؤثر تمام این کودکان. این کتاب، که یکی از مجموعه کتاب‌های راهنمای درمان فردی متکی بر شواهد است، قصد آن دارد که درمان‌های متکی بر شواهد را از برج عاج به خطوط مقدم درمان بالینی منتقل نماید. این مجموعه روش‌هایی را معرفی می‌نماید که درمانگران می‌توانند با استفاده از آنها درمان را بر اساس نیازهای منحصر به فرد مراجعین فردی نموده و در عین حال همچنان بر اصول متکی بودن بر شواهد وفادار بمانند. به این لحاظ تکیه بر شواهد بسیار نیرومند است؛ درمان معرفی شده در این کتاب در یک مطالعه کنترل شده در درمان اضطراب کودکی مؤثر واقع شده است (چورپیتا، تیلور، فرانسیس، موفیت، و آستین، ۲۰۰۴).

کتاب با توضیح روشنی از مفهوم‌سازی شناختی-رفتاری اضطراب بالینی کودکان و درمان آن شروع می‌شود. هدف در اینجا آموزش اصول مفهوم‌سازی شناختی-رفتاری اضطراب و درمان آن به درمانگران به ترتیبی است که قادر شوند در مورد هر کودک مفهوم‌سازی شناختی-رفتاری اضطراب وی را انجام داده و بر آن اساس درمان اصولی آن را نیز برجسته سازند. لذا، درمان توسط اصول هدایت می‌شود و نه فهرستی از مداخلات. در حالیکه برخی رویکردها پروتکلی گام به گام تدارک می‌بینند که فهرستی است از مجموعه مداخلاتی که می‌باید در مورد تمام مراجعین به اجرا درآیند (با

ویلسون<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸ مقایسه شود)، این کتاب با تلاشی گسترده‌تر سعی در ارتقای قضاوت بالینی درمانگران به عوض کاهش آن، دارد.

جهت روبرو شدن با نیازهای هر کودک و خانواده، درمان در قالب واحدها منسجم شده (ویلسون، ۲۰۰۰). برخی از واحدها در مورد تمامی کودکان مضطرب به اجرا درمی‌آیند (مثلاً یادگیری ساخت نردبان ترس جهت نمره دادن به شدت اضطراب)، ولی برخی دیگر از واحدها تنها در مورد عده‌ای اجرا می‌شوند (مثلاً واحدی که در آن والدین می‌آموزند اجتناب یا سایر رفتارهای مختل درمان کودک را مورد بی‌توجهی قرار دهند). یک الگوریتم جهت راهنمایی درمانگران در انتخاب واحدها برای هر مورد وجود دارد. تمام واحدها فرم مشابهی داشته که این ثبات و یکپارچگی باعث ایجاد سهولت در یادگیری واحد و استفاده از آن در طرح درمان می‌شود. از آنجا که چورپیتا مواجهه را بعنوان قلب و روح درمان مؤثر اضطراب می‌داند، مواجهه هم به شکل زنده و هم تصویری با ذکر جزئیات آورده شده است. برخی واحدها برای رویارویی با رفتارهای تمرّد، مقابله و اجتناب یا سایر مشکلاتی هستند که با مواجهه و یا سایر بخش‌های بنیادی درمان تداخل می‌نمایند. درمان همچنین بسیار فردنگر است چرا که با جمع‌آوری اطلاعات هر بیمار در روند درمان هدایت می‌شود. در ابتدای هر جلسه درمانگر جهت بررسی پیشرفت درمان کودک از نردبان ترس استفاده کرده و از نتایج این ارزیابی مستقیماً در دستور کار همان جلسه استفاده می‌کند.

تجربه بالینی، قضاوت و فرزاندگی بروس چورپیتا راهنمای ارزشمندی در اینجا می‌باشد. یک مفهوم کلیدی شامل "بازگشت به اصول" است. به این معنا که اگر کودک به درمان پاسخ نمی‌دهد، چورپیتا پیشنهاد می‌کند نگاه دقیق‌تری به اصول بیندازیم تا قبل از تجدید نظر در طرح درمان از اجرای صحیح آنها اطمینان یابیم. دانش و تخصص وی، تجربه بالینی، مهارت‌های آموزشی، شور و حرارت و شوخ طبعی در خلال تمامی صفحات به چشم می‌خورد. گوناگونی نژادی، قومی و فرهنگی در هاوایی، جایی که این درمان ارائه شده، نیز بر غنای کار می‌افزاید.

خوشحال هستم که این کتاب را به مجموعه کتاب‌های راهنمای درمان متکی بر شواهد فردی اضافه می‌کنم. اطمینان دارم که کمک مهمی در درمان کودکانی که از اختلالات اضطرابی در رنج هستند، و در مقیاس وسیع‌تر در توسعه درمان‌های فردنگر، متکی بر اصول، شناختی-رفتاری خواهد بود.

دکتر ژاکلین بی پرسونز

## سخنی از مترجم

برای درک لزوم پرداختن سریع به مسئله اضطراب در کودکان، نگاهی کوتاه به ادبیات پژوهشی در این زمینه کافی است. در تحقیقات بین‌المللی میزان این اختلال با اشکال مختلف آن رقمی بین ۲۰ تا ۲۵ درصد را به خود اختصاص می‌دهد (برای نمونه می‌توان از کارهای راشلوالو، ۲۰۰۸؛ ایسالونگو و همکاران، ۱۹۹۴ و کلین، ۱۹۹۵ نام برد). با توجه به این مسئله که اضطراب جزو اختلالات درون-فکانه بوده و علائم و تظاهرات آشکاری مانند علائم پرخاشگری و سایر اختلالات برون‌فکانه ندارد، می‌توان تصور نمود که آمار واقعی ابتلای به این اختلال بسیار بیش از آن چیزی است که گزارش می‌شود. لذا با توجه به این آمار بالا و در نظر گرفتن این واقعیت که کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی در معرض خطر عدم ایجاد مهارت‌های اجتماعی و شناختی - اجتماعی مورد نیاز جهت ایجاد تجارب مثبت در طول زندگی می‌باشند (آلتمن و گاتلیب، ۱۹۸۸)، لزوم رسیدگی هر چه سریع‌تر و سامان‌یافته‌تر در این زمینه احساس می‌شود. کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی از نظر اجتماعی گوشه‌گیر شده، خودپنداره منفی در آنها شکل می‌گیرد و همچنین مهارت‌های خاص مانند حل تعارض و نقد و گفتگو در آنها رشد نمی‌کند، علاوه بر آن در گذشته نگرانی‌ها و ترس‌های کودکی دارای طبیعتی ناپایدار و موقتی در نظر گرفته می‌شدند در حالیکه امروزه اختلالات اضطرابی به عنوان اختلالات پایدار و شایع دوران کودکی مورد توجه قرار گرفته‌اند (لست، پرین، هرسن، و کازدین، ۱۹۹۶). در مطالعه‌ای در کشور کانادا تأثیر اضطراب بر کاهش حافظه کاری و رابطه آن با ADHD مورد تأیید قرار گرفت (راشلوالو، ۲۰۰۸). در مطالعه‌ای دیگر در فلوریدا تأثیر درازمدت درمان اضطراب با استفاده از روش‌های مواجهه‌ای، ۱۰ سال پس از درمان مورد تأیید قرار گرفته و در عوض در افرادی که نتایج مطلوبی از درمان دریافت نکرده بودند طبق گزارش ۱۰ سال بعد تداوم اختلال و مراجعات بعدی به متخصصین درمان روانی و نیز استفاده و سوء‌مصرف مواد شیوع بیشتری از گروه دیگر داشت (ساودرا، ۲۰۰۵). در تحقیقات متعدد دیگر درمان انتخابی اضطراب، درمان متکی بر مواجهه شناخته شده (کندال، ۱۹۹۴؛ کندال و همکاران، ۱۹۹۷؛ سیلورمن و همکاران، ۱۹۹۹) که در کتاب حاضر نیز به عنوان درمان انتخابی با دقت و با ذکر جزئیات کاربردی معرفی گردیده است.

در ایران متأسفانه تحقیقات رسمی و پی‌گیر از طرف سازمان‌های اجرایی در زمینه آمار ابتلا به این اختلال در میان کودکان وجود ندارد با این وصف با قرار داشتن ایران در شبکه جهانی و عدم مصون‌سازی در برابر اضطراب در سطحی بالاتر از سایر کشورها، غالباً با در نظر گرفتن تمامی عوامل مولد اضطراب، گرایش بر این است که میزان اضطراب را در کشورمان اگر نه بالاتر لااقل در سطح اضطراب جهانی در نظر گیریم.

و لذا با پرداختن به این مقدمه‌چینی، ذهن پویای هر فرد مشتاق و درگیر در امور کودکان خواه متخصصین روانشناسی کودک، روان‌پزشکان، سرپرستان آموزشی و پرورشی، دانشجویان رشته‌های مربوطه و در آخر و مهم‌تر از همه والدین که گرچه در سلسله مراتب تخصصی در رده آخر قرار داشته ولی از حیث نزدیکی و زندگی با این مشکل در صدر جدول می‌باشند، در جستجوی راهی کوتاه، سریع و قاطع در حل این معضل می‌باشد.

دکتر چورپیتا در این کتاب تلاش نموده چنین راهی را به روی ما بگشاید که با تکیه بر نظریه‌های موجود روشی علمی و کاربردی بوده و از صحنه آزمایش و تحقیق نیز سربلند بیرون آمده و لذا در بین روش‌های جدید متکی بر شواهد حرف زیادی برای گفتن دارد. وی پس از بنیان‌گذاری تیم‌های تحقیقی و دریافت جوایز و تقدیرنامه‌های متعدد در دانشگاه هاوایی، هم‌اینک به عنوان هیئت علمی در بخش روان‌شناسی دانشگاه کالیفرنیا مشغول به تدریس و ادامه تحقیقات در زمینه اختلالات اضطرابی کودکان و نوجوانان بوده و علاقمندی زیادی به گسترش و توسعه این تحقیقات به سایر کشورها و منجمله ایران دارد.

هدف اینجانب در ترجمه این کتاب آشناسازی هرچه بیشتر دست‌اندرکاران امور کودکان با جدیدترین روش‌های مرسوم و اجرایی درمان اضطراب کودکان بوده که با توجه به ساده و کاربردی بودن آن قابل استفاده توسط آغازگران روند مقدس درمان کودکان و نیز روشی مدون و منسجم جهت کار در کلینیک‌ها و مراکز مشاوره و نیز در تحقیقات دانشگاهی می‌باشد. امید است این گام همچنان که در مسیر گام‌های پیشین جهت ارتقای سلامت و بهداشت روانی فرزندان کشورمان می‌باشد، خود مسیری نو و پر رهرو در این وادی گشاید که هر چه در این راه توان و سرمایه گذاریم ثمره آن به کشور و آینده فرزندانمان بازخواهد گشت.

در اینجا لازم می‌دانم از خانم دکتر مژگان آگاه که اصل این کتاب را در اختیار بنده قرار داده و مشوق اینجانب در آغاز کار ترجمه بودند مراتب تشکر و قدردانی را به جا آورم. همچنین از دکتر مسعود جان بزرگی که در ابتدای کار با تأیید بنده انگیزه ادامه راهم شدند و در نهایت دکتر محسن ارجمند که با قبول زحمت انتشار این کتاب دری به سوی راهی جدید به رویم گشودند، کمال امتنان و سپاسگزاری را داشته امیدوارم در مسیر هدایت نیروهای فعال و جوان همچنان ثابت قدم و استوار بمانند.

راه‌ها بسیارند،  
درب‌ها باید کوفت،  
تا جوابی بگرفت،  
وندراین راه دراز،  
بذرها باید کاشت،  
و کمرها خم کرد،  
شاید اندر خم آن راه دراز،  
بلبلی از سر شوق،  
نغمه‌ای بهر گلی بگشاید،  
و چمن‌ها سرسبز، سروها در دل خود جای دهند.

و در این راه دراز که با شوق پیمودم و توشه‌ی راهم جز عشق و عشق به کودکان نبود، شاید فرزندانم بابت ساعت‌ها که پشت میز مشغول سروکله زدن با مفاهیم بودم بیشتر نیازمند حضور معنوی من بودند و خوشحالم از اینکه نوگلانم با رسیدن به سن نوجوانی در این مدت با صبر و شکیبایی همراهم بودند و همراهی‌ام کردند و این کتاب را به آنها و به تمام فرزندان مام ایران تقدیم می‌کنم به امید روزی که فرزندان ما به دور از اژدهای اضطراب و با آرامشی خدایی مسیر رشد و تکامل پیمایند.

در خواب دوش پیری در کوی عشق دیدم      با دست اشارتم کرد که عزم سوی ما کن  
گر اژدهاست بر ره، عشق است چون زمرد      از برق آن زمرد، هین دفع اژدها کن  
(مولوی)

کتایون حلیمی

- Altman, E.O., & Gotlib, I.H., (1988). The social behavior of depressed children: An observational study. *Journal of abnormal child psychology*, 16.
- Ialongo , N. Edelson, G., Werthamer-Larsson, L., & Kellam, S. (1994). The significance of self-reported anxious symptoms in 1<sup>st</sup> grade children. *Journal of abnormal child psychiatry*, 22.
- Klein, R. (1995). Anxiety Disorders: In M. Rutter, E. Taylor, & L. Hersov (Eds), *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches*. London: Blackwell Scientific.
- Kendall, P.C. (1994). Treating anxiety disorders n children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62.
- Kendall, P.C., Flannery-Schroeder, E., Panicelli-Mindel, S.M., Southam-Gerow, M.A., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65.
- Last, C.G., Hansen, C., & Franco, N. (1997). Anxious children in adulthood: A prospective study of adjustment. *Journal of the American Academy of childhood and adolescent psychiatry*, 36(5).
- Rachel Valo, S. (2008). Working memory in children with anxiety disorders & ADHD: Test of processing efficiency theory.
- Saavedra, L.M. (2005). Anxious children who received treatment Grow-Up: An 8-13 year follow-up study. A dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in Psychology. Florida International University.
- Silverman, W.K., Kurtines, W.M., Ginsburg, G.S., Weems, C.F., Lumpkin, P.W., & Hicks-Carmichael, D. (1999a). Treating anxiety disorders in children with group cognitive behavior therapy: A randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67.

## فهرست

بخش یک: شروع.....	۱۵
فصل اول: علت ساخت این راهنمای عملی چیست؟.....	۱۷
سه نکته حیاتی.....	۱۸
محل تلاقی اصول بنیادین با فرمول‌بندی مورد.....	۱۹
چهارچوب فرمول‌بندی مورد.....	۲۰
نحوه استفاده از این دستور کار.....	۲۳
فصل دوم: در مورد اضطراب.....	۲۵
کریستی.....	۲۵
داگ.....	۲۶
مری.....	۲۷
تأثیر اضطراب.....	۲۸
علائم اضطراب.....	۲۹
رسیدن به ریشه اضطراب.....	۳۳
تفکر اضطرابی.....	۳۶
دو مرحله: اضطراب و وحشت.....	۳۶
نکات درمانی.....	۳۷
فصل سوم: چه کسی نیاز به این درمان دارد؟.....	۳۹
حوزه‌های ارزیابی.....	۳۹
عاطفه.....	۴۰
رفتار و علائم.....	۴۲
دیدگاه‌های مراجع.....	۴۶
تشخیص.....	۴۷
محیط.....	۴۸
عملکرد.....	۵۰
مثال: ارزیابی جامع مقدماتی (با کریستی).....	۵۱
خلاصه.....	۵۴



۵۵	فصل چهارم: طرح محوری درمان
۵۶	درمانگری‌های اضطراب
۶۰	اهمیت مواجهه
۶۲	محور درمان: روند "چهار محوری"
۶۳	ارزیابی دوره‌های و نمودار بالینی
۶۷	بخش دو: هنر مواجهه
۶۹	فصل پنجم: نحوه اجرای مواجهه
۶۹	پیشینه نظری
۷۱	اصول اساسی
۸۱	فصل ششم: هیچکس مواجهه را دوست ندارد
۸۲	ایجاد رابطه
۸۳	آموزش روانی
۸۴	مصون‌سازی
۸۵	یک موفقیت آشکار
۸۶	حساس و درگیر باقی بمانید
۸۷	ملاحظات فرهنگی
۸۹	فصل هفتم: طرح ماهرانه مواجهه
۸۹	ملاحظات تشخیصی
۸۹	اختلال اضطراب جدایی
۹۵	برداشتن گام‌های کوچک در نردبان ترس
۹۶	خلاق بودن
۹۹	خلاصه
۱۰۱	بخش سه: هنگامی که کار دشوار میشود
۱۰۳	فصل هشتم: مفاهیم پایه در درمان واحدی
۱۰۳	راهبردهای فردسازی
۱۰۴	چگونه واحدها منحصراً از طرح محوری درمان حمایت می‌کنند
۱۰۶	واحدپردازه‌ای
۱۱۱	خلاصه
۱۱۳	فصل نهم: سایر واحدها برای چه هستند؟
۱۱۳	الگوهای استفاده
۱۱۴	انواع تداخلات درمانی

۱۱۵	..... روشهای کمکی
۱۲۳	..... فصل دهم: بازگشت به اصول بنیادی
۱۲۴	..... نردبان ترس
۱۲۵	..... آموزش روانی
۱۲۶	..... پاداش
۱۳۰	..... روشهای شناختی
۱۳۲	..... بی‌توجهی فعال
۱۳۴	..... مهارتهای اجتماعی
۱۳۵	..... وقفه
۱۳۶	..... نگهداری
۱۳۹	..... فصل یازدهم: کمک به خانواده‌هایی که مشارکت ضعیف دارند
۱۴۰	..... منابع مشارکت ضعیف
۱۴۱	..... نسبت هزینه - فایده
۱۴۱	..... راهکارهای ایجاد همکاری
۱۴۵	..... راهکارهای شدت بخشی و ایجاد اشتیاق
۱۴۹	..... بخش چهارم: واحدهای درمانی
۱۵۱	..... فصل دوازدهم: موارد استفاده از واحدها
۱۵۳	..... موضوعات عمده در برنامه درمانی
۱۵۶	..... ساختار فرمها
۲۶۳	..... برگه‌ها، اوراق ثبت و جزوه‌ها
۳۶۱	..... منابع

بخش یک

شروع



## علت ساخت این راهنمای عملی چیست؟

زمینه اصلی در شکل‌گیری فکر درمان کودکان و خانواده‌شان در برنامه ما از زمانی ایجاد شد که در مرکز درمان CBT دانشگاه هاوایی، گروه ما به کودکان بین ۶ تا ۱۸ سال خدمات بهداشت روانی ارائه می‌نمود، که غالباً از مدارس عمومی هاوایی یا اداره بهداشت ارجاع می‌شدند. عده زیادی نیز خانواده‌هایی بودند که به دنبال خدمات تخصصی در درمان مشکلات پیچیده اضطرابی شخصاً به این مرکز مراجعه نموده بودند.

بیش از ۱۰ سال تجربه در این کار و درک میزان پیچیدگی آن باعث ایجاد تغییر و حتی تهدید بسیاری از باورهای من در تأثیر رویکردهای درمانی گردیده بود. از یک سو، کودکان و خانواده‌هایی که ما در اینجا ویزیت می‌کردیم بسیار بیش از آنکه من در ابتدا تعلیم دیده بودم و توقع داشتم مشکل‌دار و دارای چالش بودند که بتوان با رویکردهای مشخص شناخته شده به موفقیت رسید. این احساس به این علت نبود که از نظر من تکنیک‌های مذکور کارایی کافی را نداشتند ولی موقعیت خانواده‌ها به حدی پیچیده و بیماری‌های همزمان به قدری شایع و گاهاً نیاز به کسب موفقیت درمانی به حدی شدید و وسیع بود که اجرای تکنیک‌های مناسب هرگز امکان‌پذیر نبود و یا به اندازه کافی سریع نبود که بتوان خانواده را منتظر گذاشت. مثلاً کودکی که توسط مشاور مدرسه در ماه آبان به ما ارجاع شده بود که بیش از یک ماه تأخیر در ورود به مدرسه داشت، زمان کافی نداشت تا قبل از ورود مجدد به کلاس درس تمامی قدم‌های لازم در دستور کارهای رایج CBT را طی کند. این اتفاق بایستی قبلاً می‌افتاد. به همین شکل، یک کودک مضطرب با رفتارهای مقابله‌ای چالش‌انگیز احتمالاً تمایلی به مشارکت و همکاری در یک برنامه CBT را نداشته و نیاز به روش‌هایی جهت کنترل رفتارهای مخرب دارد. در موارد دیگر ممکن بود درمانی بیش از ۱۲ تا ۱۶ جلسه ادامه یافته و همچنان علایم واضح نیاز به ادامه درمان مشاهده گردد، در حالی که غالب درمان‌های CBT با راهنمای عملی در این زمان پایان یافته بودند. و بالاخره اغلب کودکان بیش از یک نوع اختلال اضطرابی داشتند، که به معنای نیاز به

دستور کارهای مختلف بود (مثلاً یکی برای اختلال وسواس - بی‌اختیاری و دیگری برای اضطراب اجتماعی). آموزش‌های من گویای اهمیت این نکته بود که درمان‌های مورد استفاده می‌بایست تحت حمایت شواهد علمی باشند ولی در این موارد چطور می‌شد از این دستور کارهای درمانی استفاده نمود.

سرانجام به این نتیجه رسیدم که حل این معضل نیاز به نوع جدیدی از دستور کار دارد.

### سه نکته حیاتی

چنین دستور کاری باید حول سه محور اساسی شکل می‌گرفت. اول اینکه همانطور که مشخص است، بهترین طرح درمانی ممکن، در صورتی که کودک یا خانواده مشتاق به شرکت در برنامه نبوده، یا امکان آن را نداشته باشند شانس کمی برای موفقیت خواهد داشت. بنابراین مشارکت<sup>۱</sup> یکی از اولین نکات مورد توجه است. یک حداقل مشارکت مورد نیاز است تا پروتکل پیش رود، و با توجه به این حقیقت که درمان اضطراب می‌تواند برای کودک و حتی خانواده آزار دهنده باشد، احتمالاً نیاز به مشارکت بیشتر خواهد بود. البته هیچ مدرکی در دست نیست که نشان دهد مشارکت تنها شرط موفقیت است. موارد دیگری هم باید مورد توجه قرار بگیرند.

در اضطراب کودکان، این موارد دیگر شامل روندهای خاص می‌شود که به خوبی تدوین شده ولی همیشه به راحتی قابل اجرا نمی‌باشد. مواجهه کامل یک کودک با موقعیت ترس‌آور یا تهیه مناسب فهرستی از موقعیت‌های ترس‌آور نیاز به مهارت‌های خاص دارد. در موقعیت‌هایی که نسبتاً ساده و بدون پیچش هستند، بکار بردن تکنیک‌ها می‌تواند بر تفکر بالینی تفوق یابد، و بدون شک انتخاب صحیح تکنیک‌ها بسیار مهم است. از این رو به نظر می‌رسد که در دست داشتن یک دستور کار ایده‌آل باشد - تمام تکنیک‌ها با گام‌های مشخص می‌توانند برای استفاده درمانگر نوشته شوند. پس اصل اساسی دوم مربوط به روش‌های اساسی CBT می‌شود همان که من تحت عنوان پایه‌های بنیادی<sup>۲</sup> از آن‌ها یاد می‌کنم.

آخرین نکته حیاتی که بخصوص در مراجعین با موقعیت‌های پیچیده‌تر خانوادگی، تحصیلی یا اجتماعی با آن روبرو می‌شویم، مربوط به سرعت، زمان یا انتخاب خود تکنیک‌ها است و نه صرفاً اجرای دقیق آن‌ها. آیا می‌توانیم تمرین در شرایط ترس‌آور را با کودک آغاز کنیم؟ با چه سرعتی؟ آیا این کودک در ابتدا نیاز به تمرین برخی مهارت‌های شناختی دارد؟ آیا مهارت‌های اجتماعی در اینجا مهم خواهند بود؟ چطور می‌توانیم با عدم توانایی کودک در اجرای تکالیف خانگی برخورد کنیم؟ این جنبه از درمان مربوط به طرز اجرای تکنیک نمی‌شود بلکه مربوط به انتخاب آن‌ها، ترتیب، سرعت، شدت و غیره است. چطور آن تکنیک‌ها در کنار هم عمل می‌کنند.

به عنوان مثال دختر بچه مضطرب ۸ ساله‌ای را در نظر بگیرید که در یادگیری مهارت‌های بازسازی شناختی بنا به دلایلی مشکل دارد. از یک طرف درمانگر با کار بر روی موارد شناختی وقت را تلف می‌کند چرا که نهایتاً تنها اندکی از مطالب به کار خواهند آمد و ارزش تکنیکی چندانی نخواهد داشت. بنابراین شاید بهتر این باشد که تمرینات شناختی را کنار گذاشته و به سمت سایر قسمت‌های پروتکل حرکت کند. از طرف دیگر ممکن است صرف وقت جهت کسب مهارت در یک تکنیک شناختی در ابتدای درمان بعدها مزایای زیادی به دنبال داشته باشد. صرف زمان بیشتر بر روی مهارت‌های شناختی؟ کنار گذاشتن مهارت‌های شناختی؟ این درگیری فکری در تمام موارد وجود داشته و نیاز به صرف وقت و تلاش جهت ارزیابی دارد. تجربه نشان داده که این نوع تصمیم‌گیری‌ها به شیوه‌ای صورت می‌گیرند که همیشه به یک روش قابل پیش‌بینی نبوده و دارای نظم و طول درمان و جلسات آن طور که در بسیاری دستور کارهای درمانی آورده شده نمی‌باشند.

بنابراین سومین نکته فرمول‌بندی مورد<sup>۱</sup> است. با ایجاد یک نظریه عملی که بیان کند چرا مشکلات بدین گونه هستند، درمانگران جهت انتخاب و تعیین ترتیب و سرعت روش‌های شناخته شده هدایت خواهند شد. پس این کتاب علاوه بر هدف قرار دادن مشارکت و پایه‌های بنیادی درمان، می‌بایست چهارچوبی جهت فرمول‌بندی مورد داشته باشد.

### محل تلاقی اصول بنیادین با فرمول‌بندی مورد

با توجه به اهمیت انعطاف‌پذیری و تصمیم‌گیری بالینی در فرمول‌بندی مورد، چطور می‌توان این ایده را با درمان متکی بر دستورکار همراه نمود؟ آیا این طور نیست که دستورکارهای درمانی ثابت بوده و بر خط مستقیم حرکت می‌کنند؟ البته الزاماً چنین نیست. در طول زمان، من و همکارانم دریافتیم که چگونه می‌توان فرمول‌بندی مورد را با روندهای بالینی موجود در رویکردهای متکی بر شواهد که حتی در جزئی‌ترین سطوح دارای دستورالعمل‌های مشروح بودند، همراه و همگام نمود (یا به عبارتی با اصول بنیادین)، و این ترکیب پایه‌ای است برای بهترین روند در کار با یک مراجع خاص. و لذا این دستورکار بر مبنای همین اصول تدوین شده است. از یک طرف، نیاز به توضیحات شفاف و جداگانه در مورد اجرای تکنیک‌های مهم بالینی داریم که در بخش چهار این کتاب گنجانده شده، به نحوی که هر تکنیک در یک بخش مستقل یا به عبارتی در یک واحد به صورتی توضیح داده شده که با اجرای گام‌های مشخص به سهولت قابل اجرا می‌باشد. اغلب نکات اساسی این تکنیک‌ها نسبتاً سراسر است و واضح بوده و احتمالاً جزء گنجینه تکنیکی درمانگر می‌باشند. البته چالش موجود در این نکته نهفته که اجرای ضعیف اصول بنیادین بسیار ساده بوده و در عوض اجرای صحیح این اصول دشوار است. متناسب ساختن این اصول با مشکلات فردی هر کودک نیازمند تجربه و زمان است. هرچند که پس از کسب مهارت، مانند ابزارهای قابل اعتماد در جعبه ابزار درمانگر خواهند بود.

در ادامه بخش اعظم کتاب در خصوص فرمول‌بندی مورد است، با تکیه بر این که در چه زمان، چه کاری و به چه دلیل باید انجام داد. در این فصل نخستین، نگاهی داریم به چهارچوب کلی این تصمیمات و اشاره‌ای داریم به چگونگی استفاده از سایر قسمت‌های کتاب در تصمیم‌گیری‌های مختلف و تحت شرایط متفاوت. کسب مهارت در فرمول‌بندی مورد نیز همانند اصول بنیادین نیاز به مقداری تجربه و تمرین دارد.

### چهارچوب فرمول‌بندی مورد

مدل فرمول‌بندی که جهت تصمیم‌گیری ما در این پروتکل بکار می‌رود در شکل ۱-۱ آمده است. توجه کنید که تصمیمات در خانه لوزی شکل آمده‌اند و با روشی نظام‌مند پیش می‌روند. همچنین هر تصمیمی براساس یک یا چند قطعه اطلاعاتی اتخاذ می‌شود که ممکن است از منابع مختلف تأمین شود (که در خانه چند پرونده‌ای با انتهای پایینی قوسی شکل آمده‌اند). یک اصل کلیدی آن است که تصمیمات در غیاب اطلاعات مناسب اتخاذ نمی‌شوند، منابع اطلاعاتی برای تصمیمات کلیدی در اولین ستون دیده می‌شوند. سرانجام تصمیمات می‌توانند منجر به عمل شوند که در خانه‌های مستطیل شکل دیده می‌شوند و هر یک از این اعمال با منابع اطلاعاتی مجدداً حمایت می‌شوند که در چهارمین ستون شکل دیده می‌شود.

با شروع از اولین خانه سمت چپ، شکل نشان می‌دهد که اولین تصمیم یک درمانگر در مورد انتخاب نوع درمان است. در حیطه این دستور کار، در واقع درمانگر باید تصمیم بگیرد که آیا مشکل کودک در درجه اول اضطراب بوده و بنابراین روش‌ها و تکنیک‌های ارائه شده برای وی مناسب هستند. برای اتخاذ این تصمیم، درمانگر باید دست به یک ارزیابی جامع و کامل زده و با استفاده از نتایج این ارزیابی تصمیم گیرد که محدوده مشکل‌ساز در درجه اول اضطراب است (با یا بدون بیماری دیگر). فصل ۳ در این کتاب در مورد نحوه اجرای این ارزیابی و تصمیم‌گیری می‌باشد.

چنانچه بنا به تصمیم، درمان اضطراب مناسب باشد آنگاه درمانگر باید به دنبال این سؤال برود که آیا درمان در حال حاضر امکان‌پذیر است. به عبارت دیگر جهت استفاده از مهارت‌ها و روش‌های این دستور کار، کودک و خانواده باید قادر به مشارکت در درمان باشند- یعنی بتوانند بطور منظم در نشست‌ها شرکت کرده و در اغلب موارد لازم است که تمایل به تمرین مهارت‌ها در خارج از جلسات درمانی داشته باشند.

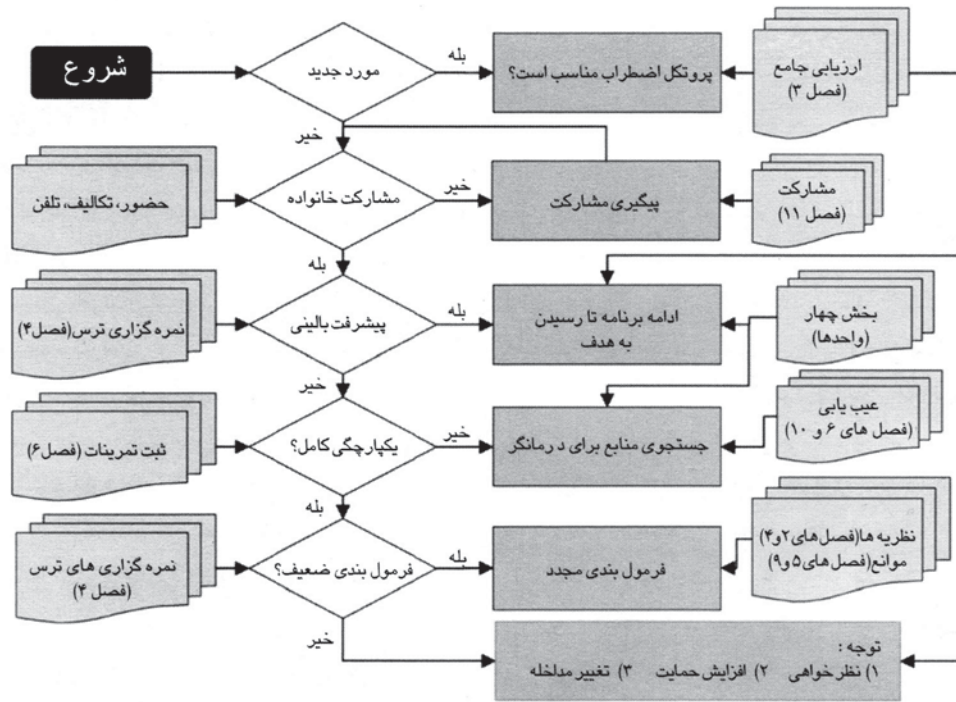
جهت کسب اطلاعات در مورد وجود مشارکت می‌توان از برنامه زمان‌بندی استفاده کرد (برای مثال، مشخص کردن روزهای ملاقات). چنانچه درمان از قبل در جریان باشد می‌توان از سایر منابع اطلاعاتی نیز استفاده نمود. مانند تکرار غیبت در جلسات، میزان تکالیف کامل نشده، و یا میزان تلفن زدن‌ها یا سرعتی که در جوابگویی به تلفن‌های درمانگر دارند. چنانچه میزان مشارکت پایین بوده و به اجرای کامل پروتکل صدمه وارد نماید، اولین هدف درمان باید همین مشارکت باشد. اگر چه این



موارد نادر نیستند ولی اکثریت موارد را تشکیل نمی‌دهند، به هر جهت روش‌های کار جهت ارتقاء مشارکت در فصل‌های بعدی کتاب دیده می‌شوند (فصل‌های ۶ و ۱۱).

هنگامی که مطمئن شدیم مشارکت وجود دارد یا به هر شکل ایجاد شده، سپس تصمیم‌گیری به صورت جدی متوجه پیشرفت بالینی می‌شود. در مورد یک مراجع جدید، این به معنای استفاده مناسب از روشی است که اجازه اندازه‌گیری متناوب در طول زمان را به ما بدهد. اندازه‌گیری‌های مکرر اضطراب برای این منظور در فصل ۴ گنجانیده شده‌اند و شامل فهرستی از موقعیت‌های ترس‌آور می‌باشند. این جنبه از درمان به درمانگر اجازه ارزیابی مکرر موفقیت در فرمول‌بندی کار را داده تا در صورت لزوم نیز بتواند تغییرات لازم را ایجاد کند.

پس از آن که روش و نوع ارزیابی تثبیت شد، به صورت هفتگی انجام شده و این اندازه‌گیری‌ها همان طور که در شکل ۱-۱ دیده می‌شود، اطلاعی از پیشرفت بالینی به ما می‌دهند. در این زمان، درمانگر در حال کار کردن با طرح درمانی است که توصیه می‌کند کدام تکنیک‌ها و به چه ترتیبی اجرا شوند (تمامی تکنیک‌ها با یک طرح محوری شروع می‌شود که در صورت لزوم می‌تواند مورد تجدید نظر قرار گیرد). جزئیات در خصوص طرح درمان اولیه و نحوه کارکرد آن در فصل ۴ گنجانیده



شکل ۱-۱. فرمول‌بندی مورد: چگونه با در دست داشتن دستور کار فکر کنیم؟

شده‌اند. چنانچه کودک در حال پیشرفت کردن باشد، توصیه می‌شود که همان طرح درمان ادامه یابد. توجه کنید که عمل «ادامه‌ی برنامه تا رسیدن با اهداف» توسط پایه‌های بنیادی تعیین می‌شوند، یعنی، گام‌هایی که در واحدهای درمانی مشخص شده‌اند و نیز از اطلاعاتی که از ارزیابی اولیه بدست آمده، که اینها نیز برخی اهداف درمان را بیان می‌کنند.

اگر کودکی براساس کمیته‌های اندازه‌گیری جهت پیشرفت، در حال بهبودی نیست، باید مجدداً به پایه‌ها توجه نمود (یعنی اجرای صحیح تکنیک‌های دستور کار) در این حال درمانگر باید از خود سؤال کند که آیا درمان را بطرز کامل انجام می‌دهد. از آنجائی که اصل درمان حول محور مواجهه انجام می‌شود، سه فصل کامل به آن اختصاص یافته تا علاوه بر بیان اصول، نحوه رفع اشکال در اجرا نیز توضیح داده شود. رفع اشکال شامل مرور تعداد زیادی از برگه‌های ثبت شده و منابع اطلاعاتی است که مستقیماً از جلسات درمانی بدست آمده‌اند (در فصل ۵). به همین شکل بررسی یکپارچگی و بی-نقص بودن تمامی تکنیک‌ها غیر از مواجهه نیز آورده شده و در فصل ۱۰ روش‌هایی برای رفع این مشکلات ارائه شده است. چنانچه مشکلاتی در راه اجرای تکنیک‌های خاص وجود داشته باشد فصل ۵ و ۱۰ می‌توانند راه‌کارهایی ارائه دهند، در شکل کلی‌تر، ممکن است نیاز به مرور و بررسی واحدها باشد.

همیشه باید قبل از بازنگری فرمول‌بندی مورد، پایه‌ها را مد نظر قرار دهیم. در گروه تحت نظارت ما، برای مثال، قبل از نتیجه‌گیری اینکه پایه‌ها خوب کار نمی‌کنند، درمانگر باید ابتدا نشان دهد که تکنیک‌ها به طرز صحیح اجرا می‌شوند. در آن صورت روش اصلاح پایه است نه تغییر مسیر دادن. در تجربه دیده‌ایم که تمایل شدیدی به تغییر سریع طرح درمان وجود دارد. چه کسی دوست دارد باور کند که کاری را خوب انجام نمی‌دهد؟ من شخصاً چنین علاقه‌ای ندارم، و همین عکس‌العمل طبیعی غالباً درمانگر را وادار می‌کند که به سمت یک طرح جدید تغییر مسیر دهد، در حالیکه شاید طرح قدیمی خوب بوده باشد- تنها اجرای غلط داشته. با توجه به فراگیر بودن این اشتباه، جمله "چسبیدن به طرح درمان" در فصل ۴ بطور جدی مطرح شده، که مفهوم طرح درمان محوری را بیان می‌کند، با این حال چسبیدن به طرح درمان گاهی واقعاً کارگر نبوده و براساس شواهد رویکرد جدیدی مورد نیاز است. برای مثال، همراه شدن رفتار مقابله‌ای حتی با بهترین طرح مواجهه تداخل می‌کند. در این زمان، تناسب خود طرح (در اینجا مواجهه) باید مورد تجدید نظر قرار گیرد. با توجه به دشواری تجدید نظر در طرح درمان، این تصمیم غالباً باید با توجه به منابع اطلاعاتی مختلف اتخاذ شود. این منابع مهم شامل تئوری بالینی در مورد اضطراب کودکی (فصل ۲)، اطلاعاتی در خصوص اینکه در شرایط ایده‌آل درمان چطور پیش خواهد رفت (فصل ۴)، اطلاعاتی در مورد اینکه تحت شرایط نه چندان ایده‌آل درمان چطور پیش خواهد رفت (فصل ۸) و روش‌هایی جهت انتخاب طرح درمان صحیح متناسب با بازنگری موضوع (فصل ۹) می‌باشند. در یک نظریه‌ی اضطراب، درمانگر تشویق می‌شود که طرح جدید درمان را فرضیه‌بندی نموده و به طرز مناسب اقدام نماید. در این صورت فلوچارت مجدداً از نقطه بالایی سمت چپ شروع می‌شود ("شروع")، و درمانگر بررسی مشارکت را دنبال می‌کند، سپس

پیشرفت بالینی و یکپارچگی تکنیکی به همین ترتیب. اگر چه این روش به نظر دشوار می‌آید، در عمل چنین فرمول‌بندی مجددی به شکل "وارد کردن" یک برنامه تشویقی یا وقفه جهت برخورد با مشکلات یا موانع در مسیر طرح درمان صورت می‌گیرد.

چنانچه علی‌رغم وجود مشارکت کامل، پایه‌های محکم و طرح درمان مناسب، کودک پیشرفتی حاصل نمی‌کند، درمانگر با نامطلوب‌ترین موقعیت روبرو می‌شود: "درماندگی" بالینی (مستطیل پایینی در شکل ۱-۱ را ملاحظه نمایید). تنها پس از بررسی مجدد تمامی تصمیمات مقدماتی و حذف سایر احتمالات می‌توان به این مرحله رسید. در چنین شرایط دشواری، ممکن است نیاز به طلب مشورت از فرد دیگری بوده یا افزایش شدت مداخله مورد نیاز باشد (مثلاً در نظر گرفتن یک محل مشخص، اضافه کردن حمایت‌های درمانی) و شاید هم در مجموع لازم باشد به نوع دیگری از درمان بیندیشیم. توجه نمائید که این اطلاع را می‌توان از ارزیابی اولیه نیز دریافت نمود، که می‌تواند نشان دهد آیا درمان دیگری بهتر نبود (مثلاً، درمان موردی غیر از اضطراب). خوشبختانه در تجربه ما چنین شرایطی نادر است. اغلب مشکلات در پیشرفت بالینی ناشی از مواردی است که قبلاً در شکل ۱-۱ بیان شد. به هر حال هر کسی ممکن است دیر یا زود "درمانده" شود، به همین دلیل این پیامد نیز جهت تکمیل در شکل ۱-۱ گنجانیده شده است.

## نحوه استفاده از این دستور کار

آدیس و کراسنوو<sup>۱</sup> طی یک نظرسنجی نگرش روان‌شناسان بالینی در مورد درمان‌های با دستورکار را مورد بررسی قرار دادند. یک یافته کلیدی در این مورد آن بود که درمانگران در اغلب موارد از کاربرد آنها خودداری می‌کنند. خبر جالب این که با توجه به این حقیقت که شما در حال مطالعه بخشی به نام "نحوه استفاده از این دستورکار" می‌باشید، لذا از این قاعده مستثنی هستید. به این کار ادامه دهید (هنوز مطالب زیادی جهت مطالعه وجود دارد).

خبر بد این که احتمالاً دستکارها واجد برخی ویژگی‌های خاص هستند که آن‌ها را غیرجذاب و یا اجرای آن‌ها را دشوار می‌نماید. دو موضوع اصلی مطرح شده توسط درمانگران این بود که دستکارها تأکید کافی بر (۱) اهمیت رابطه درمانی و (۲) تفاوت موردهای مختلف در مفهوم‌سازی ندارند. بیایید هر یک از این موارد را به ترتیب مورد بررسی قرار دهیم زیرا مستقیماً مربوط به نحوه کاربرد این دستورکار می‌شوند.

در سطور قبل گفته‌ام و مجدداً تکرار می‌کنم: رابطه درمانی بسیار حائز اهمیت است. چنانچه کودک مضطرب از ملاقات با شما امتناع ورزد، قادر به اجرای کاری نخواهید بود. لذا توجه اولیه در جریان یک درمان به میزان مشارکت می‌باشد (شکل ۱-۱). همانطور که قبلاً نیز اشاره شد این مفهوم در فصل ۱۱ توضیح داده شده و در فصل ۶ نیز در این مورد توجه خاص در زمینه روندهای محوری شده است.

البته لازم به تذکر است که آموزش نحوه برقراری رابطه درمانی تا حدی شبیه به تلاش جهت آموزش بامزه بودن به یک فرد می‌باشد. این دستورکار توجه شما را به موارد متعددی در رابطه با مشارکت جلب می‌نماید، ولی در اصل فرض بر این است که شما دارای این مهارت‌ها می‌باشید. غالب درمانگران تحت آموزش من توانایی زیادی در مجذوب کردن، نشاط بخشیدن، به چالش کشیدن، رویارویی و سرگرم ساختن کودکان تحت درمان خود داشته‌اند. این مهارت به میزان باورنکردنی با اهمیت بوده و برای برخی افراد یک نعمت محسوب می‌شود. این کتاب مواردی را در این خصوص معرفی می‌کند، ولی اگر شما یک درمانگر هستید گنجینه مهارت‌های شما در این زمینه بخشی از موفقیت شما محسوب می‌شود. به انجام آن چه در مورد شما جواب می‌دهد ادامه داده و از پیشنهادات و ایده‌های این کتاب تنها در زمان مقتضی استفاده نمایید.

در مورد موضوع دوم، مفهوم‌سازی فردی مورد<sup>۱</sup>، این دستورکار تلاش مستقیمی است جهت متفاوت بودن. این پروتکل همان طور که در شکل ۱-۱ ملاحظه می‌شود در حول چهارچوب فرمول-بندی مورد ساخته شده و یک راهنمای طرح درمان انعطاف‌پذیر بطور مشروح در فصل ۴ گنجانده شده است. فرمول‌بندی مورد و روندهای طرح درمان بخش اعظم این پروتکل را تشکیل می‌دهند. درمانگران باید همواره موقعیت خود را در رابطه با اطلاعات شکل ۱-۱ دانسته و علاوه بر آن باید آگاه باشند که چگونه روش‌های بالینی مورد استفاده در ارتباط با فرمول‌بندی می‌باشند. بهترین راه، مطالعه فصل‌های اصلی کتاب است تا بدین طریق ایده درستی از نحوه کاربرد فرمول‌بندی مورد و روندهای طرح درمان بدست آورید. پس از درک درست این مفاهیم، بخش عمده مطالعه پروتکل شامل کاربرد انتخابی واحدها در فصل ۴ می‌باشد. نیازی به مطالعه آن‌ها از ابتدا تا به انتها نیست، تنها بر حسب نیاز و با ترتیبی که بهترین تناسب را با طرح درمان داشته باشد، می‌توان آن‌ها را انتخاب نموده و به کار بست.

و در انتها، اجازه دهید بهترین کارکرد دستورکارها را نیز معرفی نماییم: شرح کامل جزئیات در اجرای روش‌های خاص. یکی از این روش‌ها به حدی بااهمیت و محوری بوده و یادگیری آن از چندان اهمیتی برخوردار است که سه فصل کامل و دو واحد درمانی به آن اختصاص یافته است: مواجهه. درمانگران در برنامه ما جهت کسب مهارت و تسلط بر مواجهه آموزش می‌بینند. این واحد مهم‌ترین ابزار در درمان اضطراب بوده و به غیر از آن هر فعالیت درمانگر جهت حمایت از مواجهه طراحی می‌گردد. و لذا این بخش‌ها را مطالعه کرده و در مواجهه مهارت‌های لازم را کسب نمایید، اگر چنانچه هم‌اکنون نیز در این کار مهارت دارید سعی در بهتر شدن نمایید، تمام تفاوت درمان‌ها در همین نهفته است.

به طور خلاصه این پروتکل سه حوزه را متعادل می‌سازد: (۱) مشارکت و رابطه درمانی، (۲) اصول بنیادین (بخصوص مواجهه)، (۳) فرمول‌بندی مورد. تمامی آن‌ها مهم بوده و همانطور که در شکل ملاحظه می‌شود، به همان ترتیب در نظر گرفته می‌شوند.

## 1. Individual case conceptualization