
شناخت درمانی برای بیماران مشکل آفرین

گره‌گشایی از بن‌بست‌های شناخت‌درمانی کلاسیک

تألیف

جو دیت بک

ترجمه

دکتر حسن حمیدپور

دکتر زهرا اندوز

شبنم حمیدی

حمید جمعه‌پور

با مقدمه

دکتر آرون بک



فصل فردا



نسل فردا

جوڈیت بک

شناخت درمانی برای بیماران مشکل آفرین

ترجمه: دکتر حسن حمیدپور، دکتر زهرا اندوز

شبنم حمیدی، حمید جمعه پور

فروست: ۵۷

ناشر: انتشارات نسل فردا

حروف نگار: علی نیا

صفحه آرا: حسین اینانلو

مدیر هنری: احسان ارجمند

سرپرست تولید: پروین عبدی

ناظر چاپ: سعید خانکشلو

چاپ: سامان، صحافی: افشین

چاپ دوم، مهر ۱۳۹۴، ۱۶۵۰ نسخه

این اثر، مشمول قانون حمایت مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف (ناشر) نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

www.arjmandpub.com

سرشناسه: بک، جوڈیت. Beck, Judith S.

عنوان و نام پدیدآور: شناخت درمانی برای بیماران مشکل آفرین: گره گشایی از بن‌بست‌های شناخت‌درمانی کلاسیک / نویسنده جوڈیت بک؛ مترجمان حسن حمیدپور... [و دیگران].

مشخصات نشر: تهران: نسل فردا، ۱۳۹۱.

مشخصات ظاهری: ۴۲۴ ص، قطع: وزیری

شابک: ۰-۴۵-۲۵۳۶-۹۶۴-۹۷۸

عنوان اصلی: Cognitive Therapy for Challenging Problems: What to Do When the Basics Don't work, c2005.

موضوع: شناخت‌درمانی، روان‌درمانگر و بیمار

شناسه افزوده: حمیدپور، حسن، ۱۳۵۵-، مترجم.

رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۱ ۸۵ب۹/ش/RC۴۸۹

رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹۱۴۲

شماره کتابشناسی ملی: ۲۸۸۸۰۱۰

مرکز پخش: انتشارات ارجمند

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خیابان کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن ۸۸۹۸۲۰۴۰

شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، انتشارات مجد دانش، تلفن ۰۵۱-۳۸۴۴۱۰۱۶

شعبه رشت: خ نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی، تلفن ۰۱۳-۳۳۳۲۸۷۶

شعبه بابل: خ گنج‌افروز، پاساژ گنج‌افروز، تلفن ۰۱۱-۳۲۲۷۷۶۴

شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست تلفن ۰۹۱۱۸۰۲۰۰۹۰

شعبه کرمانشاه: خ مدرس، پشت پاساژ سعید، کتابفروشی دانشمند تلفن ۰۸۳-۳۷۲۸۴۸۲۸

بها: ۱۹۰۰۰ تومان

با ارسال پیامک به شماره ۰۵۹۹ ۰۵۹۹ ۰۰۰۰ در جریان تازه‌های نشر ما قرار بگیرید:

ارسال عدد ۱: دریافت تازه‌های نشر پزشکی به صورت پیامک

ارسال عدد ۲: دریافت تازه‌های نشر روان‌شناسی به صورت پیامک

ارسال ایمیل: دریافت خبرنامه الکترونیکی انتشارات ارجمند به صورت ایمیل

فهرست مطالب

پیشگفتاری بر ترجمه فارسی	۶
فصل ۱. شناسایی چالش‌های درمان	۲۱
فصل ۲. مفهوم‌سازی مشکلات بیماران چالش‌آفرین	۴۱
فصل ۳. مشکل‌آفرینی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت در روند درمان	۶۸
فصل ۴. اتحاد درمانی: شکل‌گیری و استفاده	۹۷
فصل ۵. مشکلات رابطه درمانی	۱۳۱
فصل ۶. واکنش‌های ناکارآمد درمانگران نسبت به بیماران	۱۵۴
فصل ۷. هدف‌گزینی: چالش‌ها و راه‌حل‌آفرینی	۱۷۳
فصل ۸. ساختاردهی به جلسات درمان: چالش‌ها و راه‌حل‌آفرینی	۲۰۲
فصل ۹. مسئله‌گشایی و تکالیف خانگی: چالش‌ها و راه‌حل‌آفرینی	۲۲۷
فصل ۱۰. شناسایی شناخت‌واره‌ها: چالش‌ها و راه‌حل‌آفرینی	۲۶۵
فصل ۱۱. تغییر افکار و تصاویر ذهنی: چالش‌ها و راه‌حل‌آفرینی	۲۹۳
فصل ۱۲. تغییر مفروضه‌ها: چالش‌ها و راه‌حل‌آفرینی	۳۱۴
فصل ۱۳. تغییر باورهای مرکزی: چالش‌ها و راه‌حل‌آفرینی	۳۳۵
توضیحی درباره پیوست‌های کتاب	۳۷۴
پیوست اول. سرنخ‌های بالینی حاکی از وجود مشکلات شخصیتی	۳۷۶
پیوست دوم. باورهای مشکل‌آفرین افراد مبتلا به اختلال شخصیت در مراحل شناخت‌درمانی	۳۷۸
پیوست سوم. مقیاس دلایل احتمالی انجام ندادن تمرین‌های خودیاری	۳۸۱
پیوست چهارم. نمونه‌هایی از سؤال‌های سقراطی (خودپرسش‌گری)	۳۸۳
پیوست پنجم. پرسش‌نامه افکار خودآیند منفی	۳۸۵
پیوست ششم. مقیاس نگرش ناکارآمد	۳۸۸
پیوست هفتم. پرسش‌نامه باورهای شخصیتی	۳۹۲
پیوست هشتم. مقیاس شناخت‌درمانی	۴۰۲
پیوست نهم. طرح‌واره به عنوان پیش‌دآوری درباره خود	۴۰۷
پیوست دهم. معرفی مؤسسه شناخت‌درمانی و شناخت‌پژوهی بک و آکادمی شناخت‌درمانی	۴۱۱
پیوست یازدهم. فرم نظرخواهی از مراجع درباره درمان و درمانگر	۴۱۴
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی	۴۱۷
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی	۴۱۹
منابع	۴۲۱

معرفی کتاب

متخصصین بالینی اغلب گزارش می‌کنند که در به کارگیری تکنیک‌ها با بیماران مشکل‌آفرین، دچار چالش می‌شوند. همراه شدن اختلال‌های محور I (بالینی) و اختلال‌های محور II (شخصیت) بیشتر یک قانون است. جو دیت بک با نوشتن این کتاب به شیوه‌ای دقیق و نظام‌مند برای حل و فصل چالش‌های بیماران مشکل‌آفرین، شناخت درمانی را به سطح بالاتری از توانمندی ارتقاء داده است. این کتاب هم برای دانشجویان و هم برای درمانگران باتجربه، ارزشمند است.

گلن گبارد، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی بایلور

این کتاب نشانگر اجرای هنرمندانه شناخت‌درمانی است. زمانی که درمان خوب و طبق انتظار پیش نمی‌رود، بیشتر متخصصین بالینی به این فکر می‌افتند که بیماران مشکل‌آفرین را به درمانگر بهتر و کارکشته‌تری ارجاع بدهند. این کتاب به ما یاد خواهد داد که چگونه خودمان درمانگر خبره و باتجربه‌ای در کار با بیماران مشکل‌آفرین بشویم. دکتر بک براساس سال‌ها تجربه‌آموزی (از درمان بیماران و آموزش درمانگران) توانسته است دستورالعملی زیبا و دقیق برای شناسایی مشکلات و تدبیراندیشی در روند شناخت‌درمانی بنویسد.

در نتیجه، این کتاب به درمانگران جرأت پنجه درافکنی با مشکلات را می‌دهد و برای بیشتر درمانگران باتجربه، مایه امیدواری است. تأکید می‌کنم که این کتاب را حتماً مطالعه کنید.

دیوید، م. کلارک، انستیتو روان‌پزشکی، دانشکده لینگ، لندن

پیشگفتاری بر ترجمه فارسی

برخی اعتقاد دارند که ارزش هر کتاب بستگی به میزان تغییری دارد که خواندن آن کتاب در دانش قبلی خوانندگان ایجاد کند. اگر با این معیار به بررسی کتاب حاضر بپردازیم بایستی به این نکته اشاره شود که کتاب ارزشمندی است. نویسنده کتاب توانسته است در اثر تأمل‌اندیشی در تجربه‌های بالینی‌اش و فرمول‌بندی این تجربه‌ها به گونه‌ای قابل درک و انتقال‌پذیر، کتابی پدید آورد که تا سال‌های سال به‌عنوان کتابی آموزنده و تأثیرگذار شناخته می‌شود.

این کتاب برای گره‌گشایی از بن‌بست‌های شناخت‌درمانی کلاسیک نوشته شده است. علی‌رغم تلاش شناخت درمانگران برای سنجش، فرمول‌بندی، طرح درمان، ایجاد و تداوم اتحاد درمانی مناسب، حدود ۴۰ درصد از بیماران یا از درمان نتیجه لازم را نمی‌گیرند یا این‌که درمان را نیمه‌کاره رها می‌کنند (لیهی، ۲۰۰۱). برای این دسته از بیماران چه راهبردهایی وجود دارد و از چه تدابیری می‌توان سود برد؟ جودیت بک توانسته است با این دسته از بیماران دست‌وپنجه نرم کند و به راحتی پا پس نکشد. او با ظرافت و زیبایی خاصی نشان داده است که یکی از علل اساسی مقاومت بیماران مشکل‌آفرین را بایستی در باورهای مرکزی آن‌ها جستجو کرد. باورهایی که باعث می‌شوند این بیماران در راه حل و فصل مشکلات، سنگ‌اندازی کنند. یکی دیگر از ارزشمندی‌های کتاب حاضر، مثال‌های بالینی متعددی است که بر سرتاسر کتاب سایه انداخته‌اند. مثال‌های بالینی چندین حُسن دارند. اول این‌که بر غنای بالینی کتاب می‌افزایند و متن کتاب را از حالت رسمی و آموزشی صرف در می‌آورند. دوم این‌که به دلیل همراه شدن مثال‌های بالینی با گفتگوهای درمانی، می‌توانند برای خوانندگان مدلی از نحوه گفتگوی سقراطی با بیماران فراهم کنند. سوم این‌که مثال‌های بالینی کتاب به‌قدری فراوانند که خواننده به‌یاد مقاله‌های پژوهشی می‌افتد که پژوهش‌گر برای تک‌تک جملات و پاراگراف‌ها، منبع می‌دهد. جودیت بک نیز مثل این‌که خود را ملزم دیده است برای هرکدام از مطالبی که ارائه می‌دهد به ذکر مثال بالینی بپردازد. از این جهت شاید بتوان کتاب حاضر را به نوعی از جمله کتاب‌های سرگذشت پژوهی^۲ در حوزه شناخت‌درمانی قلمداد کرد.

نکته دیگری که در این کتاب به چشم می‌خورد، فراوانی کاربرد کلمه challenge است که در متن فارسی به چالش‌آفرین یا مشکل‌آفرین ترجمه شده است. در بحث هرمنوتیک اعتقاد بر این است که هر

-
1. Leahy
 2. case study

متنی یک زیرمتن نیز دارد. به عبارتی هر کتاب یا نوشته‌ای ممکن است علی‌رغم مباحث متنوع و فراوانش، چند مرکز ثقل داشته باشد که مطالب آن کتاب حول این مرکز ثقل‌ها می‌چرخند (احمدی، ۱۳۷۷). جالب این‌که نویسنده ممکن است از این مرکز ثقل، آگاه نباشد زیرا به قول لاکاتوش^۱ (به نقل از گوئیدانو^۲ و لیوتی^۳، ۱۹۸۳) این مرکز ثقل، هسته سخت متافیزیکی است. لاکاتوش می‌گوید:

هسته سخت متافیزیکی، ساختاری نسبتاً عمیق و حقیقی است ... و اساساً در خودآگاه ضمنی جای گرفته است. خودآگاهی‌ای که در جریان رشد به‌طور فزاینده‌ای بسط می‌یابد و ... برای فرد نوعی دیدگاه کلی و ضمنی دربارهٔ خودش فراهم می‌کند (ص ۶۶).

به نظر می‌رسد هسته سخت متافیزیکی جویدیت بک، همانا پرتاقتی^۴ است زیرا در برابر بیماران مشکل‌آفرین، چالش و مبارزه‌جویی را از دست نمی‌دهد. در برخورد با مشکلات بیماران میزان کنترل خودش و بیمار را بر مسائل تعیین می‌کند و برای تغییر آن‌چه از دستش برمی‌آید، تعهد می‌سپارد. چالش^۵، کنترل^۶ و تعهد^۷، همانا مؤلفه‌های پرتاقتی هستند که سال‌ها قبل کوباسا^۸ (۱۹۷۹) مطرح کرده است.

درمانگرانی که چالش‌جو هستند، اعتقاد دارند که تغییر جزو روال طبیعی درمان است و اگر در فرآیند درمان، تغییری به‌وجود آید (که اکثر مثال‌های بالینی این کتاب گویای ناکارآمدی تکنیک‌های شناخت‌درمانی کلاسیک هستند) از این فرصت برای کمک به بیمار در درک مشکل و راه‌حل اندیشی استفاده می‌کنند. به‌عنوان مثال در فصل پنجم (مشکلات رابطهٔ درمانی) در برخورد با الکساندر می‌توان صبر، حوصله، پشتکار، درک، دقت و تلاش‌مندی را در بحث بازسازی شناختی مشاهده کرد. الکساندر بارها و بارها علی‌رغم سؤال‌های سقراطی دقیق باز هم به سر خانه اول (مفروضه ناکارآمدش) برمی‌گردد: "اگر کسی به من اهمیّت می‌دهد، پس باید همیشه نیازهای من را برآورده سازد". اما ویژگی‌های شناخت‌درمانگر صاحب صلاحیت باعث می‌شود که در نهایت بیمار به‌درستی مفروضه‌اش شک کند و بپذیرد که در قالب آزمایش رفتاری از تکنیک کارت مقابله‌ای استفاده کند.

ویژگی دوم درمانگران پرتاقت، کنترل است. چنین درمانگرانی در برابر مشکلات و گرفتاری‌ها، بلافاصله عوامل کنترل‌ناپذیر را از عوامل کنترل‌ناپذیر تفکیک می‌کنند. برای مشکلات قابل حل، دست به انتخاب و اجرای راهکار می‌زنند و در برابر مشکلات کنترل‌ناپذیر، رویکرد پذیرش را در پیش می‌گیرند. در این کتاب نیز نویسنده اگر در برابر تقاضای ناسالم بیمارانش برای تغییر مشکلات تغییرناپذیر روبه‌رو می‌شود، از راهکارهای همدلی درک، تأیید و در نهایت ابراز تأسف از ناتوانی برای تغییر چنین مشکلاتی استفاده می‌کند.

1. Lakatosh

2. Guidano

3. Liotti

4. hardiness

5. challenge

6. control

7. commitment

8. Kobassa

ویژگی سؤم درمانگران پرطاعت، تعهد است. چنین درمانگران در برابر انجام وظایف روزمره‌شان تعهد دارند و برای کار خود ارزش قائلند و در برابر مشکلات پا پس نمی‌کشند. بنابراین شاید بتوان با توجه به این بحث، جودیت بک را جزو درمانگران پرطاعت قرار داد که از چالش‌طلبی، تعهد و کنترل مناسبی برخوردارند.

نکته دیگری که می‌توان از کتاب استنباط کرد این است که نویسنده اعتقاد دارد که شناخت‌درمانی با بیماران مشکل‌آفرین، درگیرشدن در فرآیند مسئله‌گشایی است، زیرا او برای هر مشکلی که پیش می‌آید پس از درک و مفهوم‌سازی به دنبال راه‌حل‌آفرینی است. به نظر می‌رسد ریشه چنین تفکری را می‌توان در آثار پوپر جستجو کرد. پوپر (۱۳۸۷) اعتقاد دارد که انسان‌ها برای حل مشکل اول به سمت راه‌حل اول گام برمی‌دارند. خود راه‌حل اول، مشکلات دیگری پدید می‌آورد. در این کتاب نیز چنین مضمونی به چشم می‌خورد. به‌عنوان مثال نویسنده برای پیشبرد ساختار شناخت‌درمانی برای بیماران، هدف‌گزینی می‌کند. به‌عبارتی برای این‌که بیماران را از سردرگمی در بیاورد از همان ابتدا به سوی راه‌حل (هدف‌گزینی) گام برمی‌دارد. اما باورهای مرکزی و مفروضه‌های بیماران در این فرآیند، مشکل ایجاد می‌کنند. بنابراین بایستی برای حل این مسئله، فکر و تدبیر تازه‌ای در پیش بگیرد. شاید، بتوان با اقتباس از مقاله پوپر (۱۳۸۷) این‌گونه برداشت کرد که "شناخت‌درمانی، سراسر مسئله‌گشایی است".

اما نکته مهمی که در این بحث باقی می‌ماند موضع درمانگر در برابر مسائل و مشکلات غیرقابل حل است. نویسنده در آخر فصل نهم (مسئله‌گشایی و تکالیف خانگی: چالش‌ها و راه‌حل‌آفرینی) اشاره می‌کند:

اگرچه مسئله‌گشایی بخش جدایی‌ناپذیر شناخت‌درمانی است، اما زمان‌هایی انجام آن مناسب نیست.

در همین رابطه، لیاهی (۲۰۰۱) اعتقاد دارد که شناخت‌درمانی به‌دلیل ریشه داشتن در فلسفه روشن‌اندیشی و عقلانیت براساس این مفروضه حرکت می‌کند که برای هر مشکلی، راه‌حلی وجود دارد. اما لیاهی (۲۰۰۲) این مفروضه را با دیده شک و تردید نگاه می‌کند و معتقد است که برخی از مواقع گمیت این مفروضه می‌لنگد. او برای اثبات مدعای خود به دو کتاب اشاره می‌کند: یکی *درد جاودانگی*، اثر میگل د'انامونو، فیلسوف و رمان‌نویس اسپانیایی و دیگری *ننه دلاور و فرزندان او*، اثر برتولت برشت.

مواردی نظیر سوگ‌های جانگداز، بلایا و فجایع طبیعی و زمانی که در پیش گرفتن مسئله‌گشایی باعث آسیب به رابطه‌درمانی می‌شود، می‌توان موقتاً رویکرد مسئله‌گشایی را کنار گذاشت و از راهبردهای درک، همدلی، شفقت و تأیید استفاده کرد.

نکته دیگری که در این کتاب به چشم می‌خورد بحث مقاومت بیماران است. یکی از متغیرهای مهم و اثرگذار برای حل و فصل مقاومت‌ها در درمان، نوع تفکر و نگرش درمانگر نسبت به پدیده مقاومت است. معمولاً درمانگران کمال‌گرا و ایده‌آل‌پرست، نگاه کارآمدی نسبت به پدیده مقاومت ندارند و آن را نوعی ناکامی یا شکست تلقی می‌کنند. نیومن (۱۹۹۴) اعتقاد دارد که برای درک پدیده مقاومت بهتر است به این سؤال‌ها جواب داده شود:

۱. رفتار مقاومت‌وار بیمار چه عملکردی برای وی دارد؟
۲. مقاومت فعلی بیمار چگونه با الگوی تحولی تاریخچه‌ای مقاومت وی همخوانی پیدا می‌کند؟
۳. کدام باورهای فرد - ویژه بیمار در پدیدآیی مقاومت بیمار نقش دارند؟
۴. اگر بیمار در درمان مقاومت نکند، کدام ترس‌ها دامن وی را خواهند گرفت؟
۵. کدام یک از تکنیک‌ها و روش‌های درمانگر در ذهن بیمار به سوء تفاهم منجر شده‌اند؟
۶. بیمار از کمبود چه مهارت‌هایی رنج می‌برد که باعث مقاومت وی در فرآیند درمان می‌شود؟
۷. چه عواملی در محیط زندگی بیمار باعث می‌شود که تلاش‌های وی برای تغییر با تنبیه روبه‌رو شوند؟
۸. ممکن است مفهوم‌سازی مشکل بیمار نیازمند بازنگری و تغییر باشد؟

به نظر می‌رسد که جودیت بک برای درک و حل مقاومت بیماران مشکل‌آفرین به این سؤال‌ها جواب می‌دهد. از قضا مقاله نیومن (۱۹۹۴) یکی از منابع کتاب است. اگرچه ممکن است در متن کتاب چند جا به مقاله نیومن اشاره شده باشد، اما به نظر می‌رسد با توجه به این هشت سؤال، بایستی به ارزشمندی مقاله نیومن بیشتر واقف شد، زیرا جودیت بک در حل و فصل مسائل بیماران مشکل‌آفرین، عملاً درگیر پاسخگویی به این سؤال‌ها (مخصوصاً سؤال سوم) است.

ماهونی^۱ (۱۹۹۱) بر این باور است که مقاومت در شناخت درمانی را باید اساساً فرآیندی خودمحافظة‌گر^۲ تلقی کرد. بنابراین چنین نگرشی باعث می‌شود که شناخت درمانگران در برابر مقاومت‌های احتمالی بیماران مشکل‌آفرین، صبر پیشه کنند و صبوری را از کف ندهند و به دنبال راه‌حل‌یابی برای گذر از این مقاومت‌ها باشند. مقاومت بیمار نوعی رفتار امنیت‌طلبانه تلقی می‌شود.

شاید بتوان برای واکنش سالم‌تر به بیماران مشکل‌آفرین (در فصل ششم کتاب به واکنش‌های ناکارآمد درمانگران اشاره شده است) این‌گونه نیز به مسئله نگاه کرد که درمان بیماران راحت و آسان اگرچه ممکن است رضایت‌بخش باشد، اما به افزایش دانش بالینی درمانگران کمکی نمی‌کند. بیماران مشکل‌آفرین این حُسن را دارند که درمانگر را به سمت کمک‌طلبی از همکاران، مطالعه کتاب، مشورت با اساتید می‌کشاند و ماحصل این راهکار، افزایش دانش، تجربه و صلاحیت بالینی است.

1. Mahoney

2. self-protective

در برخی از قسمت‌های کتاب و در چالش با باورهای مرکزی و مفروضه‌ها با تاسی از دیدگاه ماهونی (۱۹۹۱) به این نکته اشاره شده است که باورها و مفروضه‌های برخی از بیماران، سنگ بنای هویت شخصی آن‌ها محسوب می‌شوند. جویدیت بک در چنین مواردی با احتیاط عمل می‌کند و به تدریج بیماران را به سمت چالش با باورهایشان می‌کشانند.

اگر باورهای مرکزی و مفروضه‌ها، مبنای هویت اشخاص به‌شمار بروند، به‌سادگی نمی‌توان این باورها و مفروضه‌ها را به چالش کشید. از آنجایی که افراد سال‌ها عزت‌نفس خودشان را مرهون این باورها و مفروضه‌ها دانسته‌اند، بنابراین حتی سؤال‌های خیلی آرام را نیز ممکن است برنتابند. مشکل چنین افرادی را شاید نتوان در سطح افکار خودآیند به تحریف‌های شناختی خلاصه کرد. این افراد بیشتر از خطاها و سفسطه‌های منطقی استفاده می‌کنند تا از درستی باورهایشان دفاع کنند. شوپنهاور (۱۳۸۵) اعتقاد دارد که شگردها و فریب‌های زیادی وجود دارد که افراد می‌توانند از آن‌ها سود ببرند و در هر بحثی پیروز شوند. شلاپسرت (۱۳۸۷) نیز راه‌حل‌های خوبی برای چالش با باورهای جزمی ارائه کرده است.

* * *

جویدیت بک مشکلات درمان را به سه دسته تقسیم می‌کند:

۱. مشکلات ناشی از کاربرد نادرست تکنیک‌های استاندارد
۲. مشکلات ناشی از دخالت باورها و رفتارهای مشکل‌آفرین (از سوی بیمار و درمانگر)
۳. ترکیبی از عوامل دسته اول و دوم

وی اعتقاد دارد که گاهی اوقات بیماران مشکل چندانی ندارند، بلکه مشکل در شناخت درمانگری است که نمی‌توانند تکنیک‌های استاندارد را به درستی به کار بگیرد. به‌عنوان مثال بیماری را در نظر بگیرد که قبلاً تجربه درمان‌های روان‌پویشی را داشته است و براساس آموخته‌های قبلی خود فکر می‌کند که جلسه شناخت‌درمانی نیز تداعی آزاد است. اگر شناخت درمانگر نتواند این بیمار را با درمان آشنا سازد و در بحث از آموزش اصول روان‌شناختی ناتوان بماند، بنابراین مشکل بیمار نیست، بلکه مشکل، شناخت‌درمانگر است که نتوانسته تکنیک‌های استاندارد و پایه‌ای شناخت‌درمانی را به کار بگیرد.

گاهی اوقات نیز مشکل در باورها و مفروضه‌های شناخت‌درمانگر است. فصل ششم کتاب به این موضوع اختصاص یافته است. فصل ششم کتاب مصداق این بیت است:

بهرام که گور می‌گرفتی همه عمر دیدی که چگونه گور بهرام گرفت

به‌عبارتی شناخت‌درمانگر باید شش دانگ حواسش به واکنش‌های خودش و بیمار باشد و چه بسا مشکل در واکنش‌های خودش باشد و نه بیمار. در این صورت بایستی همان راهکارها و مداخلاتی را برای بیماران در پیش می‌گرفت برای خودش انجام بدهد: شناسایی مشکل، مفهوم‌سازی شناختی مشکل، چالش شناختی و رفتاری.

پوسونز^۱ (۱۹۸۹) نیز به این مسئله اشاره می‌کند و در فصل آخر کتابش به تحریف‌های شناختی، باورها و ترس‌های شناخت درمانگران پرداخته است. او بر این باور است که اگر شناخت درمانگر نتواند تحریف‌های شناختی‌اش را بشناسد و نقش آن‌ها را در مشکل‌آفرینی‌های درمان نادیده بگیرد، به احتمال زیاد یکی از منابع اطلاعاتی مهم را از دست داده است. چه بسا بتوان ریشه برخی از مشکلات درمان را در واکنش‌های درمانگران جستجو کرد.

جمع‌بندی این‌که شاید بتوان مخاطب اصلی کتاب را شناخت درمانگران دانست. اگرچه نویسنده با این هدف کتاب را نوشته که متخصصان بتوانند با گره‌گشایی از مشکلات بیماران از آن سود ببرند، اما در دسته‌بندی مشکلات، نقش درمانگران برجسته شده است.

اگرچه محتوای اصلی کتاب بر بازسازی شناختی بنا شده است، اما به نظر می‌رسد که تغییر یا بازسازی شناختی بدون رعایت پیش‌نیازهای خاصی به‌وقوع نمی‌پیوندد. این پیش‌نیازها را می‌توان به سه دسته تقسیم کرد:

۱. رابطه‌درمانی سالم

۲. تکنیک‌ها

۳. روش‌مندی

رابطه‌درمانی سالم، پیش‌نیاز مهمی برای بازسازی شناختی است. اگر به باورهای مرکزی، مفروضه‌ها و افکار خودآیندی که در این کتاب اشاره شده است، دقت کنیم مخرج مشترک خاصی بین آن‌ها وجود دارد. محتوای این سه سطح شناخت‌واره‌ها به نوعی فرد را درگیر روابط بین‌فردی می‌کند. به‌عبارتی شاید بتوان گفت که نظام باورهای ناکارآمد در بطن روابط ناسازگار شکل می‌گیرد و تقویت می‌شود، پس شاید برای بازسازی نظام باورهای ناکارآمد نیز به رابطه سالمی نیاز باشد تا حداقل یکی از شرایط مهیا گردد. از این رو شاید با اندکی مسامحه بتوان نام این کتاب را "شناخت‌درمانی بین‌فردی" گذاشت.

برخلاف نظر برخی از افراد که اعتقاد دارند رابطه‌درمانی شرط لازم و کافی است (مثل راجرز) در شناخت‌درمانی، رابطه‌درمانی را شرط لازم تلقی می‌کنند و شناخت‌درمانگر برای تغییر بایستی به ابزارها و تکنیک‌ها نیز مسلط باشد.

شرط سوم نیز اصول حاکم بر محتوای شناخت‌درمانی را نشان می‌دهد. به‌عبارتی تکنیک‌ها و رابطه‌درمانی بایستی مبتنی بر اصول برخاسته از نظریه شناختی به‌کار گرفته شوند تا اثربخشی خودشان را نشان دهند. به‌عنوان مثال یکی از اصول شناخت‌درمانی این است که تا جای ممکن مسائل و

مشکلات را به صورت عملیاتی تعریف کنید. نویسنده در همان چند صفحه اول کتاب، این اصل را با ذکر مثال‌های دقیق به خوبی نشان داده است.

* * *

یکی دیگر از نکاتی که در کتاب حاضر به چشم می‌خورد، اختلاف بین باورهای عقلانی^۱ باورهای هیجانی^۲ است. برخی این پدیده را گسست عقلانی-هیجانی^۳ نام‌گذاری کرده‌اند (استات^۴، ۲۰۰۷). کسانی که با رویکرد شناختی به درمان مشکلات بیماران می‌پردازند با این پدیده آشنا هستند: "می‌دانم فکرم غلط است، اما دلم چیز دیگری می‌گوید"، می‌دانم که این فرد برای ازدواج مناسب نیست، اما دوستش دارم"، می‌دانم حرف پدرم منطقی است، اما وقتی با من حرف می‌زند عصبانی می‌شوم". این پدیده را می‌توان از زوایای گوناگون بررسی کرد.

جویدیت بک اعتقاد دارد که تفاوت بین این دو دسته باور، تفاوتی کمی است و می‌توان با تکنیک ایفای نقش منطقی - هیجانی به بیماران کمک کرد تا از این مشکل رهایی یابند و احساس و تفکر خود را هم‌جهت و هم‌نوا سازند.

آرون بک (۱۹۷۶، ۱۹۹۷) برای این پدیده به سه دلیل اشاره می‌کند. اول این‌که افراد ممکن است از افکار و باورهایی که باعث جهت‌دهی به رفتارها و احساس‌هایشان می‌شوند، چندان آگاه نباشند. بنابراین توصیه می‌شود قبل از چالش با این تناقض و ناسازواری، مهارت‌های بازبینی^۵ افکار به بیماران آموزش داده شود. ممکن است افکار اصلی به دلیل ضعف در مهارت‌های بازبینی از دسترس‌پذیری شناختی خارج شده‌اند. دوم این‌که برخی از این افکار به حالت خلقی بستگی دارند. به عبارتی ممکن است اگر بیماران در موقعیت‌های خاص و برانگیزان قرار بگیرند، بتوانند به افکار اصلی دست یابند. به عنوان مثال همان بیماری که معتقد است "می‌دانم این فرد برای ازدواج مناسب نیست، اما دوستش دارم"، اگر در موقعیت‌های برانگیزان قرار بگیرد، این فکر آشکار گردد: "می‌دانم این فرد برای ازدواج مناسب نیست، اما اگر رهایش کنم بدبخت می‌شوم". بنابراین شاید بتوان مفروضه این بیمار را چنین بیان کرد: "برای این‌که بدبخت نشوم باید حتماً با این فرد ازدواج کنم". ممکن است این مفروضه از چنین باور مرکزی نشأت گرفته باشد: "من بدبختم". سوم این‌که احتمال دارد که تفاوت بین باورهای عقلانی با باورهای هیجانی، به دلیل تفاوت در اعتقاد به این باورها باشد. به عبارتی بیمار به باورهای عقلانی چندان اعتقاد ندارد و به باورهای هیجانی، اعتقاد راسخ‌تری دارد. جویدیت بک در کتاب حاضر از همین مفهوم‌سازی استفاده کرده است.

1. intellectual belief

2. emotional belief

3. Rational-Emotional Dissociation (RED)

4. Stott

5. monitoring

تیزدیل^۱ (۱۹۹۳) با این عقیده مخالف است که تفاوت بین این باورها را کمی تلقی کنند. او اعتقاد دارد که این تفاوت کیفی است. او براساس نظریه زیر سیستم‌های شناختی متعامل^۲ (ICS) به این نتیجه رسیده است که حوادث و اتفاق‌ها در سطوح مختلف ذهن پردازش می‌شوند و اطلاعات حسی، بدنی و هیجانی حوادث در حافظه ضمنی رمزگردانی می‌شوند و ممکن است با اطلاعات کلامی چندان هم‌سو و هم‌جهت نباشند. به همین دلیل اعتقاد دارد که ممکن است چالش‌های کلامی نتواند گره از کار فرو بسته بیماران بگشاید. او در همین راستا کاربرد تکنیک‌های توجه آگاهی^۳ را پیشنهاد می‌کند.

گیلبرت^۴ (۱۹۸۹) اعتقاد دارد که افراد در دوران کودکی نیازمند همدلی، مهربانی و دلسوزی هستند. اگر این شرایط در دوران کودکی وجود داشته باشد کودکان به تدریج این نقش‌ها را درون‌سازی می‌کنند و در مواقع استرس‌زا سعی می‌کنند با خودشان مهربانانه‌تر و دلسوزانه‌تر رفتار کنند. یکی از ویژگی‌های این دلسوزی و مهربانی استفاده از "گفتگوی درونی ارتباطی"^۵ است که اجازه نمی‌دهد فرد دچار خودسرزنش‌گری و باقی ماندن در تعارض بین باورهای عقلانی و هیجانی شود.

آدلر^۶ (۱۹۵۹) اعتقاد دارد که این پدیده را می‌توان "سندرم بله ... اما"^۷ نامگذاری کرد. او بر این باور است که افراد روان رنجور همیشه از این سندرم استفاده می‌کنند و با گفتن کلمه اول ("بله") می‌خواهند به این نکته اذعان کنند که ما حرف شما را درک می‌کنیم و علاقه اجتماعی مان بالاست، ولی با گفتن کلمه اما؛ خط بطلانی می‌کشند بر وظایف خود در قبال حل و فصل تکالیف زندگی. او چنین سندرمی را نگرش تردیدآمیز^۸ می‌داند که در زمره دفاعی‌های امنیت‌طلبانه^۹ قرار می‌گیرد و برای گذر از آن از روش‌ها و تکنیک‌های مختص رویکرد خود استفاده می‌کنند. آدلر به درمانگران پیشنهاد می‌کند که در دام این نوع نگرش گرفتار نشوند و بیشتر بر جمله بعد از کلمه اما، متمرکز شوند که بهانه‌ای است برای ادامه سبک زندگی مخرب.

گلدفرید^{۱۰} و رابینز^{۱۱} (۱۹۸۳) نیز نگاهی دیگر به این پدیده دارند. آن‌ها نگرش "بله ... اما" را نوعی مرحله گذار در درمان می‌دانند و معتقدند که بیماران این نگرش را در سه حالت به کار می‌گیرند: (۱) ناتوانی در دستیابی به اهداف درمانی، (۲) تمرکز بر حوزه‌های تغییر نکرده در زندگی و (۳) مقایسه عملکرد خود با افراد توانمندتر و با کفایت‌تر.

آن‌ها در همین راستا چند راهکار پیشنهاد می‌کنند: (۱) آموزش اسناد به بیماران برای اسناددهی موفقیت‌های درمان به خود، (۲) تلاش درمانگر برای عینی‌سازی نگرش بیماران و (۳) بازیابی موفقیت‌های گذشته از حافظه برای شکل‌دهی به طرح‌واره جدید.

1. Teasdale

2. Interactive Cognitive Subsystems

3. mindfulness

4. Gilbert

5. internal relational dialogue

6. Adler

7. yes ... but syndrome

8. hesitate attitude

9. safeguarding

10. Guldfried

11. Robins

برخی از بیماران ممکن است با مشکل تردیدهای وجودگرایانه و هستی‌شناسی برای درمان مراجعه کنند. در این کتاب نیز چند مثال بالینی از این دست افراد آمده است (فصل هشتم). در برابر این بیماران اگر شناخت درمانگر وارد چالش با افکار سطحی (مثل "برای چی به دنیا آمده‌ایم؟ چرا باید این همه رنج در دنیا تحمل کنیم؟ چرا نمی‌توان از عدالت حاکم بر جهان سر در آورد؟") شود، عملاً دستش در پوست گردو می‌ماند و نمی‌تواند به بیماران کمکی بکند. افکاری که اکثراً در قالب سؤال‌های بی‌جواب و چالش‌ناپذیر بیان می‌شوند در رویکرد شناخت‌درمانی به‌عنوان راهبرد مقابله‌ای نگریسته می‌شوند. درمانگر بایستی به باورهای مرکزی و مفروضه‌هایی که این راهبرد مقابله‌ای را دامن زده است، دست یابد تا بتواند به بیماران کمک کند. البته نویسنده کتاب جزم‌اندیش نیست و در بحث از مشکلات این بیماران به رویکرد وجودگرایی اشاره کرده است. به عبارتی عقیده دارد که اگر کسی می‌تواند از تکنیک‌های وجودگرایی برای حل مشکل این بیماران استفاده کند این گوی و این میدان، اما در رویکرد شناخت‌درمانی نبایستی وارد بحث‌های فلسفی با این بیماران شد، زیرا این بحث‌ها فلسفی و وجودگرایانه نوعی اجتناب شناختی و هیجانی به‌شمار می‌روند. به عبارتی این افراد برای گریز از مشکلات و چالش‌های زندگی روزمره دست به دامن چنین بحث‌هایی شده‌اند.

در این کتاب به باورهای مرکزی افراد درباره‌ی خویشتن به‌طور مفصل پرداخته شده است و محور اصلی کتاب، شناسایی و اصلاح باورهای مرکزی درباره‌ی خویشتن است. به بحث باورهای مرکزی افراد درباره‌ی دیگران خیلی کم پرداخته است. با توجه به مثلث شناختی یکی از محورهای اصلی زیاد به آن پرداخته نشده است: باورهای مرکزی درباره‌ی جهان. احتمالاً نویسنده دلائلی برای این‌کار داشته است. باورهای مرکزی درباره‌ی جهان را شاید بتوان به چند دسته تقسیم کرد:

۱. باورهای افراد درباره‌ی عدالت در جهان
۲. باورهای افراد درباره‌ی امکان تغییر شرایط
۳. باورهای افراد درباره‌ی پیش‌بینی‌پذیری و تغییرپذیری جهان

هر کدام از این باورها می‌توانند به مشکلات و مسائلی دامن بزنند. به‌عنوان مثال در حوادث فاجعه‌بار زندگی و اختلال استرس پس از سانحه، باورهای افراد درباره‌ی عدالت، دستخوش تغییر و ناهمخوانی می‌شوند. در همین راستا، جانوف - بولمن^۱ (۱۹۸۹) فرضیه جهان عادلانه^۲ را مطرح کرد. او بر این باور است که افراد قبل از بروز حوادث فاجعه‌بار این‌گونه فکر می‌کنند:

1. Janoff-Bulman

2. just world hypothesis

۱. من از لحاظ شخصی آسیب ناپذیرم.
۲. جهان قابل پیش‌بینی و کنترل‌پذیر است.
۳. من آدم ارزشمند و مثبتی هستم.

بعد از بروز حوادث آسیب‌زا این باورها دچار تزلزل می‌شوند و باورهای فرد در هر سه محور به هم خواهند ریخت، مخصوصاً باورهای افراد درباره‌ی جهان. بر همین اساس یکی از محورهای شناخت‌درمانی برای افرادی که دچار اختلال استرس از سانحه شده‌اند، بازسازی معنای جهان است.

نکته دیگر این‌که باورهای افراد درباره‌ی امکان تغییر مشکل، شرایط و دیگران نیز در نوع خودش جالب است. این‌که چه قدر امکان تغییر وجود دارد، شرایط ایجادکننده تغییر کدامند، از چه راهکارهایی می‌توان برای تغییر استفاده کرد، از جمله مسائلی هستند که به نظر می‌رسد افراد براساس تجربه‌ها و آموخته‌های‌شان در این حوزه، باورهایی دارند.

اعتقاد سرسختانه به باورهای مبتنی بر راحت بودن تغییر ممکن است فرد را به سمت خوش‌بینی و خوش‌خیالی بکشاند. اعتقاد و پای‌بندی شدید به باورهای مبتنی بر امکان‌ناپذیری تغییر نیز ممکن است به سمت و سوی بدبینی کشیده شود.

باورهای افراد درباره‌ی تغییر ممکن است از رهگذر فرآیندهای ضمنی یاد گرفته شوند، بنابراین ممکن است بر رفتار، احساس و تصمیم‌گیری؛ سخت‌تر بگذارند، اما احتمال دارد به قالب کلام در نیایند. شناخت درمانگران در این زمینه هنوز به‌طور جدی وارد بحث نشده‌اند (هانا، ۲۰۰۵).

البته ذکر این نکته به نظر ضروری می‌رسد که نباید این باورها را فقط در بیماران جستجو کرد، بلکه بایستی در نظام فکری درمانگران نیز به‌دنبال چنین باورهایی باشیم. به برخی از باورهای مرکزی ناکارآمد افراد درباره‌ی تغییر اشاره می‌شود.

باورهای مرکزی ناکارآمد درباره‌ی تغییر

باورهای مرکزی مثبت درباره‌ی تغییر	باورهای مرکزی منفی درباره‌ی تغییر
۱. خواستن توانستن است.	۱. تغییر دردسر است.
۲. تغییر یک جو اراده می‌خواهد.	۲. تغییر نکردن راه خوبی برای انتقام‌طلبی است.
۳. هر وقت اراده کنم می‌توانم تغییر کنم.	۳. بی‌انصافی است که من تغییر کنم.
۴. فقط خودم می‌توانم تغییر کنم، دیگران نمی‌توانند مرا وادار به تغییر کنند.	۴. تغییر امکان‌پذیر نیست.
۵. در راه تغییر، استرسی وجود ندارد.	۵. انسان محکوم به تکرار شکست‌های گذشته است.
۶. می‌توان اثرات زندگی گذشته را کاملاً پاک کرد.	۶. همه زندگی تکرار گذشته است.

و اما نکاتی درباره ترجمه

۱. در حین ترجمه کتاب به نکاتی برخوردیم که به نظر می‌رسد نویسنده احتمالاً صلاح دیده است به ذکر نکاتی اندک بسنده کند. سعی کردیم که در پانویس‌ها و پیشگفتار، این نکات را حداقل از برخی جهات روشن‌تر سازیم به این امید که بتواند به دانش‌بالی‌نی خوانندگان کتاب بیفزاید.
۲. به جزء چند کلمه محدوده، زیرنویس اصطلاحات را در پایین صفحات نیاوردیم و در عوض در واژه‌نامه سعی کردیم معادل‌ها را ذکر کنیم.

حسن حمیدپور

منابع

- احمدی، بابک (۱۳۷۷). *آفرینش و آزادی*. تهران: مرکز.
- برشت، برتولت (۱۳۸۸). *ننه دلاور و فرزندان او*. ترجمه مصطفی رحیمی. تهران، نیلوفر.
- پوپر، کارل (۱۳۸۷). *زندگی سراسر مسئله‌گشایی است*. ترجمه شهریار خواجه‌جیان. تهران: مرکز.
- دانا مونو، میگل (۱۳۸۳). *درد جاودانگی*. ترجمه بهاء‌الدین خرمشاهی. تهران: ناهید.
- شلایشرت، هوبرت (۱۳۹۸). *بحث با بنیادگرایان: شگردها، امکان‌ها و محدودیت‌ها*. ترجمه محمدرضا نیکفر، تهران: طرح نو.
- شوپنهاور، آرتور (۱۳۸۵). *هنر همیشه بر حق بودن*. ترجمه عرفان ثابتی. تهران: فقنوس.
- Adler, A. (1959). *Indivitual psychology of Alfred Adler*. New York: Basic books.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International university.
- Beck, A.T. (1997). *Beyond belief: A theory of modes, personality and psycho therapy*. In P.M. salkovskis (Ed.), *Forentiers in cognitive therapy* (pp. 1-25). New York: Guilford.
- Guidano, V.F. Liotti, G. (1983). *Cognitive process and emotional disorders*. New York: Guilford.
- Guilber, P. (1989). *Human nature and suffering*. Hout, UK: Erlbaum.
- Guldfried, M.R. & Robins, C. (1983). Self-schema, cognitive bias, and the processing of theraputic experience. In P.C. kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (vol 2, p.p 33-80). New York: Academic.
- Hanna, F.T. (2005). *Therapy with difficult clients*. Washington: American Psychological association.

- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and stress of traumatic events: Applications of schema construct. *Social cognition*, 7(2), 113-136.
- Kobassa, S.C. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of personality and social psychology*, 36, 1-11.
- Leahy, R.L. (2001). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York: Guilford.
- Mahony, M.T. (1991). *Human change process*. New York: Basic Books.
- Newman, C.F. (1999). Understanding client resistance methods for enhancing motivation to change. *Cognitive and behavioral practice*, 9(1), 1-29.
- Stott, R. (2007). When head and heart don't agree: A theoretical clinical analysis of rational-emotional dissociation in cognitive therapy. *Journal of cognitive psychotherapy*, 21, 1, 37-50.

این کتاب در پرداختن شناخت درمانی به حل و فصل و تدبیراندیشی مشکلات بیماران چالش آفرین، سهم عمده‌ای دارد. دکتر جودیت بک با تجربه‌اندوژی از درمان بیماران و نظارت بر کار سایر درمانگران توانسته است به درستی سیمای مشکلات متداولی را ترسیم کند که در فرآیند درمان سنگ می‌اندازند و بیماران و درمانگران را از روند کار، ناامید می‌کنند. تا همین اواخر، بسیاری از درمانگران چنین مشکلاتی را با اصطلاحاتی مثل "مقاومت"، "واکنش‌های ناشی از انتقال منفی" یا "تمایلات پرخاشگرانه - منفعلانه"، نام‌گذاری می‌کردند. بسیاری از درمانگران در قبال این مشکلات، سر تعظیم فرود می‌آوردند و در مقابل ناکامی‌های حاصل از این مشکلات، خیلی راحت کنار می‌کشیدند و نمی‌دانستند که چه کار بکنند.

دکتر جودیت بک به جای گله‌گزاری و شکایت از چنین مانع درمانی، توانسته است این مشکلات را به مسائلی مشخص، باریک بین و در قالب مرزها و ویژگی‌های دقیق، تعریف کند. دکتر جودیت بک با تقسیم‌بندی این مشکلات به حوزه‌هایی خاص برای راه‌حل آفرینی و چاره‌اندیشی، راهنمایی دقیق در دسترس علاقمندان قرار داده است. او بر اساس تجربه‌های بالینی گرانبهایش توانسته است رویکردی مناسب برای برخورد با این مشکلات در پیش بگیرد. رویکرد او را می‌توان به دو محور تقسیم‌بندی کرد: (۱) مفهوم‌سازی مشکلات در قالب تاریخچه تحولی بیماران، مفروضه‌ها، باورهای مرکزی، شناخت واره‌های ناکارآمد و رفتارها و (۲) طراحی راهبردها و تکنیک‌هایی برای حل و فصل این مشکلات. از آنجا که هر کدام از این مشکلات متفاوت هستند، پس درمانگران بایستی راهبردهای درمانی را با این مشکلات دقیقاً تطبیق دهند، همان‌گونه که در این کتاب چنین تطبیق هنرمندانه‌ای انجام شده است.

درمانگران همیشه این‌قدر به خودشان سخت نمی‌گرفتند. ما در اوایل شکل‌گیری رویکرد شناخت‌درمانی تنها قادر بودیم به چاره‌اندیشی درباره مشکلات فعلی بیماران پردازیم و راهنماهای درمانی برای رفع مشکلات کنونی بیماران تدوین می‌شدند. به‌عنوان مثال برای درمان بیماران افسرده از تکنیک‌های فعال‌سازی رفتاری از طریق برنامه‌ریزی فعالیت، تکمیل فرم‌های ثبت افکار ناکارآمد و تلاش برای مسئله‌گشایی عملی، استفاده می‌شد. به‌طورکلی برای درمان افسردگی (یا اختلال اضطرابی) حدود ۱۰ جلسه وقت صرف می‌شد و یک یا چند جلسه نیز صرف آموزش روش‌های جلوگیری از بازگشت می‌شد (راش، بک، کوواکس و هالن، ۱۹۷۷). با گذشت زمان و مفهوم‌سازی و مدل آفرینی برای بیماران افسرده‌ای که به اختلال‌های دیگر یا مشکلات پیچیده یا مزمن مبتلا بودند (نظیر بیمارانی که در این کتاب به درمان آن‌ها پرداخته می‌شود)، طول مدت درمان به حدود ۱۵، ۲۰، ۲۵ جلسه یا بیشتر افزایش یافت.

این بیماران ممکن است علاوه بر ابتلا به اختلال افسردگی، اضطراب یا آسیب‌گی به اختلال شخصیت نیز گرفتار باشند. امروزه نیمی از بیمارانی که برای رفع مشکلات خود به مؤسسه شناخت‌درمانی بک مراجعه می‌کنند، حداقل دو نوع دارو دریافت می‌کنند و سابقه آن‌ها حاکی از این است که به روان‌درمان‌های قبلی یا اقدامات دارویی گذشته، جواب نداده‌اند. چنین مشکلات به ظاهر درمان ناپذیری را می‌توان با تکیه بر راهبردهای دکتر جودیت بک از پیش پا برداشت.

آیا واقعاً همه مشکلات به سادگی قابل حل و فصل هستند؟ ما مدت‌ها برای رمزگشایی از این مشکلات سروکله زده‌ایم. بیشتر بیماران به درمان‌های خط اول (مثل مراقبت‌های اولیه یا دارودرمانی) جواب می‌دهند. آن‌ها که به این درمان‌ها نسبتاً جواب نمی‌دهند، ممکن است برای شناخت‌درمانی به ما ارجاع داده شوند که در حال حاضر در سطوح مراقبتی به‌عنوان درمان سطح دوم یا حتی سطح سوم در نظر گرفته می‌شود. دکتر جودیت بک با نگرش جدید و مفهوم‌سازی مجدد مشکلات این بیماران باعث شده که درمان با این بیماران، چالش‌آفرین باشد و نه طاقت‌فرسا.

البته نمی‌توانم این پیش‌گفتار را بدون اشاره به رابطه منحصربه‌فردم با دکتر جودیت بک به پایان برسانم. هم‌زمان با تولد او، رویکرد شناخت‌درمانی را بنیان‌گذاری کردم. زمانی که جودیت به سن نوجوانی رسید، نظریه شناخت‌درمانی در ابعاد نظری و کاربردی به گونه‌ای زیبا تبلور یافته بود، اما هنوز داشت مراحل نوپایی خودش را پشت سر می‌گذاشت زیرا من عقاید و نظریاتم را پیوسته پیرایش و پردازش می‌کردم. بنابراین وقتی تلاش می‌کردم مفاهیم نظریه شناختی را به دخترم توضیح بدهم او مرا خاطرجمع می‌کرد: "آره پدرم می‌فهمم چی می‌گویید. حرف‌هایتان قابل درک است".

تلاش نکرده‌ام که او را به دنباله‌روی از خودم تشویق کنم. بعداً او در رشته آموزش‌های ویژه وارد دانشگاه شد و با موفقیت این رشته را به پایان رساند. با این وجود، تصور کردم که شناخت‌درمانی هنوز در او حس خوبی ایجاد می‌کند. این حس به این دلیل پیش آمد که تصمیم گرفت رشته روان‌شناسی بالینی را در پیش بگیرد مخصوصاً با رویکرد شناخت‌درمانی. من از چاپ کتاب **شناخت‌درمانی: از میانی تا موانع*** که برای شناخت‌درمانگران تازه‌کار نوشته شده است، احساس غرور می‌کنم. کتاب حاضر نیز برای شناخت‌درمانگران باتجربه نوشته شده است. دو جلد این کتاب هم برای درمانگران و هم برای بیماران، نعمتی به‌شمار می‌روند. از این نظر مطمئنم.

آرون تی. بک

* از این کتاب سه ترجمه به زبان فارسی وجود دارد:

بک، جودیت. (۱۳۸۶). **راهنمای گام‌به‌گام شناخت‌درمانی**. ترجمه ایرج دوراهی و محمدرضا عابدی. اصفهان: جستان.

بک، جودیت. (۱۳۹۰). **شناخت‌درمانی: میانی و فراتر از آن**. ترجمه لادن فتی و فرهاد فریدحسینی. تهران: دانژه.

بک، جودیت. (۱۳۹۱). **شناخت‌درمانی: اصول و مفاهیم ماورای آن**. ترجمه محمدرضا محققی و همکاران. تهران: ارجمند.

منبع

Rush, A.T., Beck, A.T., Kovacs, M. & Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and imipramine in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 17, 37.

فصل ۱

شناسایی چالش‌های درمان

زمانی که کتاب **شناخت درمانی: از مبانی تا موانع** را نوشتم، نیک می‌دانستم که کتاب استاندارد شناخت درمانی نمی‌تواند مشکلات پیچیده بسیاری از بیماران را از پیش پا بردارد. زمانی که درمانگران از تکنیک‌های استاندارد شناخت درمانی استفاده می‌کنند، بیماران از این تکنیک‌ها طرفی بر نمی‌بندند. به نظر می‌رسد برخی از بیماران نمی‌توانند تکنیک‌های استاندارد شناخت درمانی را به کار ببندند. برخی از بیماران نیز اشتیاق چندانی برای ادامه درمان ندارند. برخی از بیماران نیز چنان به عقاید دیرپا (درباره خود، دیگران و جهان) چسبیده‌اند که به راحتی از این عقاید دست بر نمی‌دارند. بایستی در فرآیند درمان برای چاره‌گشایی این مشکلات، راه‌حلی پیدا کرد. اما درمانگر از کی و کجا پی ببرد که بایستی شیوه برخورد با بیمارش را تغییر دهد؟

زمانی که شناخت درمانگران با تجربه با بیماران مشکل‌آفرین روبه‌رو می‌شوند، به‌طور شهودی می‌دانند که بایستی دست به کار جدیدی بزنند. بعد از این‌که بارها از من خواسته شد برای این‌گونه مشکلات تدبیری بیندیشم، تصمیم‌های خودم در جلسات درمان را زیر نظر گرفتم و این تصمیم‌ها را به‌دقت مشاهده کردم. متوجه شدم که فرآیند تصمیم‌گیری شهودی من در جلسات درمان بر پایه مفهوم‌سازی مداوم مشکلات بیماران، تشخیص و تجربه همان لحظه جلسه درمان است. البته من علاوه بر مشاهده جلسات درمان، بسیار خوش‌شانس بودم که توانستم از مشاهده تحلیل جلسات درمانی که پدرم، آرون بک، برگزار می‌کرد، سود ببرم و هم‌چنین از جلسات همکارانم نیز استفاده کنم.

این کتاب ماحصل تجربه‌هایی است که از زمان انتشار کتاب **شناخت درمانی: از مبانی تا موانع** یاد گرفتم. در آن کتاب، روش گام به گام شناخت درمانی برای درمان بیماران دچار اختلال‌های خفیف افسردگی و اضطراب را توضیح دادم و پیش‌نیازی مهم برای این کتاب است؛ زیرا کتاب حاضر برای کمک به درمانگرانی طراحی شده است که تکنیک‌های شناخت درمانی استاندارد نتوانسته است گرهی از کار

فروپسته مشکلات بیماران‌شان بگشاید. این‌که چرا بیماران در فرآیند درمان به مشکل برمی‌خورند، دلایل متعدد و چندوجهی دارد. برخی از این مشکلات، فراسوی کنترل درمانگر است مثل ناتوانی بیماران برای ادامه جلسات درمان به دلیل مشکلات اقتصادی و مالی یا محیط تخریب‌گر زندگی بیماران که ممکن است به قدری آسیب‌زا باشد که اثر روان‌درمانی را محدود کند. اما بیشتر مشکلات یا حداقل بخشی از آن‌ها در کنترل درمانگر است. به طور کلی، علت‌های مشکلات درمان را می‌توان به دو دسته تقسیم کرد:

- ۱) باورهای تحریفی بیماران (مثل "اگر بیماری من بهتر شود، اوضاع و احوال زندگی‌ام بدتر می‌شود.")
- ۲) اشتباهات درمانگر (مثل "استفاده از درمان استاندارد افسردگی برای بیماری که به اختلال دیگری نیز مبتلاست.")

در صدها کارگاه آموزشی که در دهه گذشته برگزار کردم، از متخصصان بهداشت روانی خواسته‌ام که براساس تجربه‌های‌شان، مشکلات خاصی را که با بیماران‌شان تجربه کرده‌اند، بازگو کنند. براساس تجربه‌های آن‌ها، به دو نتیجه‌گیری مهم رسیدم. اول، این‌که بسیاری از درمانگران ابتدا تمایل دارند مشکلات را در قالب اصطلاحاتی گنگ، کلی و نادقیق توصیف کنند. مثلاً می‌گویند بیماران در برابر درمان مقاومت می‌کنند. دوم، این‌که وقتی هم که درمانگران مشکلات را دقیق‌تر مشخص می‌کنند، بارها و بارها به طور کلیشه‌ای به همین مشکلات اشاره می‌کنند، مثل انجام ندادن تکالیف خانگی، خشم بیماران نسبت به درمانگر، الگوهای رفتاری خودآسیب‌رسان در بین جلسات و غیره. به این نتیجه رسیدم که بسیاری از درمانگران باید یاد بگیرند که مشکلات بیماران را به طور عملیاتی (در قالب رفتار) تعریف کنند تا از این رهگذر بتوانند مشکلات را در چارچوب رویکرد شناختی درک کنند و براساس مفهوم‌سازی خاص مشکلات بیمار، راهبردهای درمانی را به کار بگیرند. این کتاب به شما آموزش می‌دهد تا:

- مشکلات را به طور دقیق مشخص کنید (و میزان کنترل درمانگر در کاهش آن‌ها را مشخص نمایید).
- مشکلات بیماران را به طور فرد-ویژه مفهوم‌سازی کنید، از جمله بیماران دچار اختلال‌های محور II.
- با واکنش‌های چالش‌آفرین بیماران در قبال درمانگران یا برعکس، درست کنار بیایید.
- هدف‌گزینی کنید، به جلسات ساختار بدهید، مشکلات را حل و فصل کنید و شانس انجام تکالیف خانگی را برای بیماران مشکل‌آفرین بالا ببرید (از جمله تغییر رفتاری).
- شناخت‌واره‌های ناکارآمد (افکار خودآیند، تصاویر ذهنی، مفروضه‌ها و باورهای مرکزی) را بشناسید و به تغییر و اصلاح آن‌ها پردازید.

اگر دوست دارید به رشد حرفه‌ای خود در رویکرد شناخت‌درمانی ادامه دهید، به پیوست دهم کتاب مراجعه کنید. در این پیوست آدرس وب سایت برخی از مراکز آموزش شناخت‌درمانی در اختیار شما قرار گرفته است.

مشخص‌سازی مشکلات

حتی شناخت درمانگران صاحب صلاحیت و با تجربه نیز در درمان برخی از بیماران، مشکل پیدا می‌کنند. ممکن است به محض روبه‌رو شدن با چنین بیماران مشکل‌آفرینی، وسوسه شویم که آن‌ها را سرزنش کنیم و علت مشکلات را به نگرش‌ها و رفتارهای ناکارآمد بیماران نسبت دهیم که به زعم خودمان، ریشه در منش دردرسازشان دارد. معمولاً با این کار، گرهی از مشکل باز نمی‌کنیم و متمایل می‌شویم که مشکلات را در قالب برچسب‌هایی به بیماران از پیش یا برداریم مثل "مقاوم"، "بی‌انگیزه"، "تنبل"، "ناکام"، "فریب‌کار" یا "گرفتار". توصیف‌های کلی از بیماران نیز دردی دوا نمی‌کند، مثل "بیمار تمایلی به ادامه درمان ندارد" یا "بیمار انتظار دارد که من تمام مشکلاتش را حل کنم". بهتر است مشکلات را در قالب رفتار مشخص کنیم. منظور همان رفتارهایی است که در پیشبرد درمان و اتخاذ موضع مسئله‌گشایی، دردرساز ایجاد می‌کنند. درمانگر می‌تواند با پرسیدن این سؤال‌ها، مشکلات را به‌طور دقیق مشخص کند:

■ "بیمار در جلسه درمان - یا بین جلسات - چی گفت یا چه کار کرد (چی نگفت یا چه کار نکرد) که باعث دامن زدن به این مشکل شد؟"

به برخی از رفتارهای مشکل‌آفرین بعضی از بیماران در حین جلسات درمان اشاره می‌شود:

- اشاره مدام به تغییر نکردن یا اشاره به بی‌فایده‌گی درمان.
- ناتوانی در هدف‌گزینی یا مشارکت نکردن در تعیین دستور جلسه.
- شکایت از نقش دیگران در ایجاد مشکلات، سرزنش آن‌ها یا انکار نقش دیگران.
- ارائه مشکلات متعدد یا حرکت مداوم از یک بحران به بحران دیگر.
- خودداری از پاسخ به برخی سؤال‌ها یا پاسخ حاشیه‌پردازانه.
- دیر رسیدن به جلسات درمان یا لغو جلسات درمان.
- توقع برخورد خاص.
- عصبانیت، آشفتگی، عیب‌جویی یا بی‌خیالی.
- ناتوانی یا بی‌میلی در تغییر شناخت‌واره‌ها.
- بی‌توجهی یا دخالت مداوم در کارها، تصمیم‌ها یا حرف‌های درمانگر.
- دروغ‌گویی یا اجتناب از بازگویی اطلاعات مهم.

بسیاری از بیماران در بین جلسات نیز دست به رفتارهای ناکارآمد می‌زنند. به برخی از این رفتارها اشاره می‌شود:

- انجام ندادن تکالیف خانگی.
- ناتوانی در مصرف داروهای تجویزی.
- سوءاستفاده از داروها یا میگساری.
- زنگ زدن مداوم به درمانگر، در حین بحران.
- انجام رفتارهای خودآسیب‌رسان.
- آزار و اذیت دیگران.

اقدام به خودکشی نیازمند سنجش فوری و مداخله بحران است که در این کتاب، به آن پرداخته نمی‌شود.

مثال بالینی

آندرا به اختلال دوقطبی، اختلال استرس پس از سانحه و اختلال شخصیت مرزی مبتلا بود و اخیراً به دنبال تلاش برای خودکشی در بیمارستان بستری شده بود. او پس از مرخص شدن از بیمارستان با یکی از درمانگران متخصص در درمان بیماران سرپایی، روند درمان خود را شروع کرد. از همان آغاز جلسات درمان، آندرا به درمانگرش اعتماد نداشت و نسبت به ضررها و خطرهایی که از جانب درمانگر ممکن بود به او وارد شود، سخت گوش به زنگ بود. او درباره هدف‌گزینی با درمانگرش به توافق نمی‌رسید، دائم در لاک دفاعی می‌رفت و مدام شکایت می‌کرد که درمان نمی‌تواند گرهی از مشکلات او باز کند. او اغلب از حرف زدن با درمانگرش آشفته می‌شد و نسبت به نوع دوستی درمانگرش شک داشت و درمانگرش را مسبب آشفتگی‌هایش می‌دانست و او را سرزنش می‌کرد. آندرا تکالیف خانگی را انجام نمی‌داد یا داروهای تجویز شده را مرتب و به موقع مصرف نمی‌کرد.

وقتی که تلاش می‌کنیم تا پی ببریم بهترین شیوه درمان چنین بیمارانی، مثل آندرا، کدام است با چالش‌های بزرگی روبه‌رو می‌شویم. نکته مهم، این است که بایستی تعیین کنیم مشکلات درمان به کدام یک از علل احتمالی ربط دارند:

- آسیب روانی بیمار
- خطای درمانگر
- عوامل ذاتی درمان (مثل سطح مراقبت، نوع درمان، تعداد جلسات درمان)
- عوامل بیرونی درمان (مثل وجود بیماری‌های جسمی و مغزی، محیط آسیب‌زای بیمار یا نیاز به درمان‌های الحاقی)

بسیاری از مشکلاتی که در این کتاب به مفهوم‌سازی و چاره‌اندیشی آن‌ها می‌پردازیم، در زمرهٔ عامل اول (آسیب روانی بیمار) قرار می‌گیرند. بیمارانی که در حین درمان، چالش می‌آفرینند، اغلب در روابط بین فردی، محیط کار یا تدبیراندیشی زندگی‌شان با مشکلات دیرپایی دست به‌گریبان هستند. ذهن آن‌ها معمولاً مملو از باورهای منفی دربارهٔ خودشان، دیگران و جهان است. این باورها در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته‌اند و تداوم یافته‌اند. زمانی که این باورها، ادراک بیماران را تحت سیطرهٔ خود بگیرند، رفتار و احساس این بیماران در اغلب اوقات و اغلب موقعیت‌ها به شدت ناکارآمد می‌شود، از جمله خود جلسات درمان. نکتهٔ حائز اهمیت این است که درمانگران نشانه‌های فعال‌سازی این باورها را بشناسند و بدانند که کی و چگونه بایستی درمان را در پاسخ به این باورها، هماهنگ سازند. هم‌چنین، بیماران ممکن است در درمان به‌دلیل ماهیت اختلال‌هایشان، چالش‌آفرینی کنند. به‌عنوان مثال بر اثر ماهیت خود-همخوان اختلال بی‌اشتهایی عصبی یا تغییرات بیولوژیکی دخیل در نوسان خلقی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی، ممکن است مشکلاتی در فرآیند درمان پیش بیاید. برای این بیماران نیز دستورالعمل‌های درمانی ویژه‌ای تدوین شده است.

با این حال، برخی از مشکلات نیز ممکن است به‌دلیل کاربرد نابه‌جای درمان پدید بیایند. منظور، زمانی است که درمانگران در اجرای درمان استاندارد و مناسب با شکست روبه‌رو می‌شوند. برخی از مشکلات نیز به‌دلیل ترکیب این دو علت است. با این حال، قبل از این‌که مشخص کنیم علت اصلی مشکلات ناشی از آسیب روانی بیماران است یا کاربرد نابه‌جای درمان، بایستی فراوانی و عمق مشکلات را از یک سو و سایر عوامل احتمالی دخیل در مشکل را از سوی دیگر، مشخص کنیم.

در ادامهٔ فصل به این مطالب می‌پردازیم:

- تعیین دامنهٔ نفوذ مشکل یا مشکلات.
- تعیین میزان دخالت عوامل بیرونی در جلسهٔ درمان.
- تشخیص اشتباه درمانگر.
- شناسایی باورهای ناکارآمد بیمار.
- تمایز بین خطاهای درمانگر از باورهای ناکارآمد بیمار.

در پایان فصل، نیز رهنمودهایی در اختیار درمانگران قرار می‌دهیم که با تکیه بر آن‌ها، از بروز این مشکلات تا حد امکان جلوگیری کنند.

تعیین دامنه نفوذ مشکل

درمانگر بایستی قبل از اجرای هر اقدامی برای حل مشکلات، شدت و فراوانی مشکلات را بسنجد. درمانگران بایستی این سؤال‌ها را از خودشان بپرسند.

- آیا این مشکل فقط در بخشی از یک جلسه درمان به وجود آمد؟
- آیا این مشکل دائم در طول یک جلسه درمان تکرار شد؟
- آیا این مشکل در بسیاری از جلسات درمان پدید آمد؟

مشکلات خفیف ممکن است حداقل در ابتدای به وجود آمدن، نیازی به مداخله مستقیم نداشته باشند. جورج که دانش آموز دوره دبیرستان بود، در آغاز جلسات اول و دوم، شکلک در می‌آورد و چشم‌هایش را می‌بست. درمانگر اصلاً به این رفتار جورج توجه نکرد. در عوض هم‌وغم خود را صرف همدلی مناسب با او کرد، با این هدف که نشان بدهد مثل سایر افراد مهم زندگی جورج به دنبال کنترل زندگی او نیست. هم‌چنین، درمانگر به او کمک کرد، تا اهداف و خواسته‌هایش را مشخص کند، بدون این‌که لازم باشد دیگران او را کنترل کنند. جورج در اواسط جلسه دوم متوجه شد که قصد درمانگرش کمک به اوست و به همین دلیل، واکنش‌های منفی اولیه جورج (شکلک در آوردن یا بستن چشم‌ها) از بین رفتند.

برخی از مشکلات نیز نسبتاً خاص و منفرد هستند و می‌توان با به کارگیری مسئله‌گشایی، این مشکلات را به سادگی از پیش پا برداشت. زمانی که درمانگر از جیمز خواست فهرست علائم را در قالب تکلیف خانگی تکمیل کند، عصبانی شد. او و درمانگرش موافقت کردند که وضعیت خلقی را براساس مقیاس ده درجه‌ای رتبه‌بندی کنند. جیمز نمی‌دانست که چگونه می‌تواند برای مراقبت از فرزندانش پرستار بگیرد تا بتواند منظم و سر وقت در جلسات حضور یابد. از این وضعیت، عصبانی بود. درمانگر به جیمز مهارت تنظیم وقت را یاد داد و مشکل حل شد.

برخی از مشکلات نیز نمود بیشتری در جلسه درمان پیدا می‌کنند و ممکن است به راه‌حل‌های متنوعی برای پنجه‌درافکنی با این مشکلات نیاز باشد. وقتی درمانگر دیوید تلاش می‌کرد به او کمک کند تا باور تزلزل‌ناپذیرش را ارزیابی نماید، بیمار موفق نمی‌شد موقعیت را از زوایای دیگری بنگرد. درمانگر به او گفت: "به نظر نمی‌رسد که این روش خیلی به شما کمک کند. اگر موافقت موضوع دیگری را به عنوان ادامه جلسه درمان انتخاب کنیم." وقتی که درمانگر برای بار سوم حرف‌های باب را قطع کرد،

به نظر رسید که باب آشفته شده بود. وقتی که مشخص شد این ناراحتی و آشفتگی به دلیل این است که روند حرف‌های باب قطع می‌شود، درمانگر از او عذرخواهی کرد و پیشنهاد کرد که باب ۵ یا ۱۰ دقیقه بدون این‌که درمانگر از او سؤال کند، حرف‌هایش را تمام و کمال بزند. در هر دوی این مثال‌ها، درمانگر برنامه خود را تغییر داد تا مشکل از پیش پا برداشته شود.

گاهی اوقات، مشکلات کُل وقت جلسه درمان را به خود اختصاص می‌دهند. لوسی احساس کرد که در پایان جلسه انگار حالش بدتر می‌شود. درمانگر این آشفتگی بیمار را به فعال‌سازی مداوم باور مرکزی بیمار (هیچ‌کس مرا دوست ندارد) نسبت داد و این اسنادش نیز درست بود. آن‌ها موافقت کردند که چند دقیقه پایانی هر جلسه درمان را به صحبت کردن درباره علائق لوسی (مثل فیلم) بپردازند تا از این رهگذر، لوسی جلسه درمان را با آشفتگی کم‌تری ترک کند. به نظر می‌رسید که مارگارت در ابتدای جلسه درمان بی‌قرار بود. مشخص شد که بی‌قراری مارگارت به دلیل این است که درمانگر ناهمدلانه با مشکل برخورد کرده است. درمانگر از مارگارت سؤال کرد که اگر موافق باشد، می‌تواند احساس‌های خود را بیشتر ابراز کند و درمانگر به‌دقت به حرف‌هایش گوش بدهد و راه‌حل‌آفرینی و مسئله‌گشایی را تا آخر جلسه درمان به تعویق بیندازد. باز هم ملاحظه کردید که برخی از مسائل را می‌توان خیلی خوب و سریع حل و فصل کرد.

برخی از مشکلات نیز در بسیاری از جلسات پیش می‌آیند. برای حل و فصل این مشکلات، وقت بیشتری نیاز است تا با بیمار به بحث و تبادل نظر پرداخت و موضع مسئله‌گشایی را اتخاذ کرد، به گونه‌ای که بیمار نیز تمایل به این‌کار و پیشبرد درمان داشته باشد. دیوید مدام از دست درمانگرش دلخور بود، چون اعتقاد داشت که درمانگرش قصد دارد او را زیر سیطره و کنترل خود بگیرد. درمانگر متوجه شد که بایستی وقت بیشتری صرف همدلی با مشکلات بیمار کند، باورهای ناکارآمد بیمار را مشخص کند و به وی کمک نماید تا در ارتباط با درمانگر، موضع مسئله‌گشایی را انتخاب کند به نحوی که توجه وی بیشتر به حل و فصل مشکلات روزمره در خارج از جلسه درمان، معطوف شود.

اغلب مشکلات درمانی را می‌توان با مسئله‌گشایی، تغییر و اصلاح شناخت‌واره‌های بیمار یا تغییر رفتار درمانگر از پیش پا برداشت. اگر با این حال، پس از به‌کارگیری این روش‌ها، مشکلات کماکان برجای خود باقی ماندند، بایستی سایر عوامل احتمالی مداخله‌گر در درمان را مد نظر قرار داد. در این بخش، به توصیف این عوامل پرداخته می‌شود.

تعیین میزان دخالت عوامل بیرونی در جلسه درمان

اگرچه برخی از مشکلات متداول به فرآیند و محتوای جلسات درمان ربط دارند، اما نباید از عوامل بیرونی تأثیرگذار به‌راحتی چشم‌پوشید. عوامل دیگری که ممکن است در درمان دخالت کنند، در جدول ۱-۱ ذکر شده‌اند.

جدول ۱-۱. عوامل بیرونی دخیل در جلسه درمان

<ul style="list-style-type: none"> ● آیا بیمار درمان مناسب دریافت می‌کند؟ <ul style="list-style-type: none"> ○ آیا لازم است جلسات بیمار را بیشتر یا کم‌تر کرد؟ ○ آیا بیمار به سطح مراقبت بیشتر یا کم‌تری نیاز دارد؟ (سرپایی، بستری موقت یا بستری طولانی) ● آیا دارودرمانی برای بیمار مناسب است؟ <ul style="list-style-type: none"> ○ اگر بیمار دارو مصرف نمی‌کند، لزومی برای این‌کار وجود دارد؟ ○ اگر بیمار دارو مصرف می‌کند، داروها را به موقع می‌خورد؟ ○ آیا بیمار از عوارض جانبی داروها رنج می‌برد؟ ● ممکن است بیمار به مشکل جسمی مبتلا باشد که تشخیص داده نشده است؟ <ul style="list-style-type: none"> ○ آیا بیمار باید از نظر جسمی تحت نظر متخصص، معاینه شود؟ ● آیا شکل درمان مناسب است؟ <ul style="list-style-type: none"> ○ آیا درمان باید انفرادی باشد؟ ○ آیا درمان باید گروهی باشد؟ ○ آیا درمان باید به صورت زوج‌درمانی باشد؟ ○ آیا درمان باید خانوادگی باشد؟ ● آیا بیمار به درمان الحاقی نیاز دارد؟ <ul style="list-style-type: none"> ○ آیا لازم است بیمار به روان‌پزشک ارجاع داده شود؟ ○ آیا لازم است بیمار به مشاور مذهبی ارجاع داده شود؟ ○ آیا لازم است بیمار به متخصص تغذیه ارجاع داده شود؟ ○ آیا لازم است بیمار به مشاور شغلی ارجاع داده شود؟ ● آیا زندگی فعلی و محیط شغلی بیمار چنان اثرات ناخوشایندی دارد که مانع پیشبرد درمان شود؟ <ul style="list-style-type: none"> ○ آیا لازم است محیط زندگی بیمار به‌طور دائمی یا موقت عوض شود؟ ○ آیا لازم است بیمار تغییراتی اساسی در شغلش به‌وجود بیاورد؟ ○ آیا لازم است بیمار شغل خود را عوض کند؟
--

فاصله جلسات، سطح مراقبت، نوع درمان و درمان الحاقی

گاهی اوقات بیماران به این دلیل در سیر درمان بهبود کافی نمی‌یابند که "فاصله جلسات" درمان کافی نیست. گلوریا که از علائم زیاد بیماری رنج می‌برد، به جای این‌که طبق معمول بهبود یابد، روند رو به

بهبودی را به‌کندی طی می‌کرد. پس از تشویق‌های درمانگر برای مراجعات هفتگی به جلسات درمانی، به بهبودی قابل ملاحظه‌ای دست یافت. قبل از این، گلوریا هر سه هفته یکبار برای درمان مراجعه می‌کرد. جانیس که از اختلال اضطرابی رنج می‌برد خیلی بهبود پیدا کرد، اما بایستی بین جلسات درمانی او فاصله ایجاد می‌شد تا او را بتواند بدون کمک‌طلبی افراطی از درمانگرش، مهارت‌های یادگرفته‌شده در سیر درمان را به‌طور مستقل تمرین کند.

بیماران ممکن است **سطح مراقبت** ناکافی دریافت کنند و همین مسئله باعث شکست آن‌ها در سیر درمان شود. بیماری که به اختلال دوقطبی تندچرخ می‌تلا بود و مدام فکر خودکشی در ذهنش شکل می‌گرفت، وقتی که سرپایی تحت درمان قرار گرفت، متناوباً دچار مشکلات وخیم‌تری شد، در حالی که او نیاز داشت علاوه بر درمان متداول، در بیمارستان نیز بستری (موقت یا کامل) شود. کارول که به سوء مصرف مواد وابسته بود، برای این‌که از درمان سرپایی استفاده لازم را ببرد، بایستی برای درمان سوء مصرف مواد بستری می‌شد و تحت درمان قرار می‌گرفت.

نوع درمان نیز ممکن است برای برخی از بیماران مناسب نباشد. راسل که علاوه بر ابتلا به افسردگی از مشکلات چشمگیر محور II نیز رنج می‌برد، پس از موافقت برای شرکت در جلسات گروه‌درمانی و ادامه شناخت‌درمانی، روند بهبودش خیلی تسریع یافت. او متوجه شد که تجربه‌های دیگر اعضای گروه مثل تجربه‌های خودش است، بنابراین فرآیند ننگ‌زدایی را سریع‌تر طی کرد و بیشتر توانست افکار خود را به محک آزمون بگذارد و رفتارش را تغییر دهد. الینا که از افسردگی و اضطراب خفیف رنج می‌برد و علاوه بر این صفات شخصیت مرزی نیز داشت، پس از چند جلسه درمان انفرادی از حالت‌های افسردگی و اضطراب‌رهایی یافت. اما مشکلاتش با همسرش کماکان پابرجا باقی مانده بودند تا این‌که بعد از چند جلسه زوج‌درمانی، روابط وی با همسرش به سطح رضایت‌بخش رسید. لیزا که نوجوان بود به اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای گرفتار شده بود. او از درمان انفرادی طرفی برنست، مخصوصاً این‌که لیزا از یک سو دیگران را سرزنش می‌کرد و آن‌ها را مسبب مشکلات خود می‌دانست و از سوی دیگر، نقش خودش را در مشکلات نادیده می‌گرفت. پس از این‌که درمانگر تصمیم گرفت جلسات درمان لیزا را با خانواده‌اش تشکیل بدهد و چند جلسه خانواده‌درمانی انجام شد، دست از رفتارهای حاکی از بی‌اعتنایی مقابله‌ای برداشت.

گاهی اوقات، ممکن است درمانگران تشخیص بدهند که بیماران‌شان به **درمان الحاقی** نیاز دارند، اما احتمال دارد که در آن زمینه، تخصص کافی نداشته باشند. برخی از بیماران از سایر انواع مداخلات روان‌شناختی مثل مشاوره شغلی، تحصیلی یا حتی مشاوره تغذیه‌ای سود زیادی می‌برند. بسیاری از بیماران نیز با شرکت در گروه‌های حمایتی آموزشی (مثل الکلی‌های گم‌نام و غیره) یا گروه‌های خودیاری می‌توانند گره از کار فرو بسته خویش بگشایند.

مداخلات زیستی

بسیاری از بیماران، مخصوصاً آن‌هایی که سال‌هاست دارو مصرف می‌کنند از مشاورهٔ دارویی سود زیادی می‌برند، چون ممکن است ویزیت جدید باعث شود که روان‌پزشک، داروهای آن‌ها را کاهش یا افزایش دهد یا این‌که داروها را به‌کل تغییر بدهد. مایکل، افسردگی شدید داشت و نمی‌توانست خوب بخوابد. تجویز دارو همراه با ادامهٔ روان‌درمانی، توانست این مشکل را به‌طور کامل از پیش پای مایکل بردارد. شانون که به اختلال آسیمگی مبتلا بود، دُوز بالایی از داروهای بنزودیازپین‌ها را دریافت کرد تا علائم اضطراب وی کاهش یافت. البته تا زمانی که دارو مصرف می‌کرد، نتوانست یاد بگیرد که علائم اضطراب آن‌چنان که او می‌پندارد، خطرناک نیستند. نانسی که داروهای ضدافسردگی مصرف می‌کرد، نمی‌توانست در طول جلسهٔ درمان به حرف‌ها دقت کند (اگر چه در عین حال، تلاش می‌کرد تکالیف خانگی را انجام دهد). زمانی که داروهایش را تغییر داد، مشکل تمرکز و حواس‌پرتی‌اش حل شد.

بیماران ممکن است مشکلات جسمی تشخیص داده نشده‌ای داشته باشند که بایستی حتماً پیگیری شوند. اگر بیماران اخیراً معاینه نشده‌اند، درمانگر بایستی آن‌ها را به متخصص ارجاع دهد تا از لحاظ جسمی، معاینهٔ کامل صورت گیرد. مارک با اضطراب، تحریک‌پذیری، کاهش وزن، بی‌ثباتی هیجانی و حواس‌پرتی دست به‌گریبان بود. خوشبختانه، درمانگر مارک وی را به پزشک ارجاع داد و پس از معاینات پزشکی (آزمایش خون) مشخص شد که مارک به افسردگی مبتلا نیست، بلکه دچار پرکاری تیروئید شده است. علائم الکساندر نیز افسردگی را در ذهن متبلور می‌ساخت: از دست دادن علاقه به تقریباً تمام فعالیت‌ها، خستگی جسمی و ذهنی، بی‌خوابی و افزایش وزن. پزشک او تشخیص داد که الکساندر به پرکاری تیروئید مبتلا شده است. پس از تجویز و مصرف داروهای لازم، علائم افسردگی به تدریج از بین رفتند.

برخی از بیماران ممکن است علائمی از اختلال‌های روان‌شناختی نشان بدهند، اما در واقع این علائم ممکن است از مسائل جسمی (مثل اختلال در غدد درون‌ریز)، ضربه به مغز، آسیب‌های مغزی، اختلال‌های صرع، عفونت‌های سیستم عصبی مرکزی، اختلالات کمبود ویتامین و سوخت‌وساز، دامنس‌های پیش‌رونده، بیماری‌های قلبی و عروقی یا سایر مسائل ناشی شده باشند (برای کسب اطلاعات بیشتر در این زمینه مراجعه کنید به اسد، ۱۹۹۵).

تغییرات محیطی

گاهی اوقات محیط زندگی بیمار به قدری آسیب‌زا است که بایستی همراه با مداخلات درمانی، تغییر در محیط نیز در دستور کار قرار گیرد. ربکا که در سن نوجوانی بود، از افسردگی شدید همراه با اختلال در خوردن و خوراک رنج می‌برد. او همراه با مادرش و سه خواهر و برادرش زندگی می‌کرد. خانوادهٔ آن‌ها سخت آشفته و نابسامان بود. مادرش مشروب‌خوار قهاری بود و از نظر عاطفی با بچه‌هایش بدرفتاری