

چاپ چهارم

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



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

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. جودیت 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 شناخت درمانی 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 شناخت درمانی 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

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 تأمل اندیشی در تجربه‌های بالینی‌اش و فرمول‌بندی این تجربه‌ها به گونه‌ای قابل درک و انتقال‌پذیر، کتابی پدید آورد که تا سال‌های سال به عنوان 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^۱، 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 مشکل آفرین را بایستی در باورهای مرکزی آن‌ها جستجو کرد. باورهایی که باعث می‌شوند این بیماران در راه حل و فصل مشکلات، سنگ اندازی کنند. یکی دیگر از ارزشمندی‌های کتاب حاضر، مثال‌های بالینی متعددی است که بر سرتاسر کتاب سایه انداخته‌اند. مثال‌های بالینی چندین حُسن دارند. اول این که 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 به قدری فراوانند که خواننده به یاد مقاله‌های پژوهشی می‌افتد که پژوهش‌گر برای تک‌تک جملات و پاراگراف‌ها، منبع می‌دهد. جودیت بک نیز مثل این‌که خود را ملزم دیده است برای هر کدام 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 گوئیداندو^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 جودیت 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 به وجود آید (که اکثر مثال‌های بالینی این کتاب گویای ناکارآمدی تکنیک‌های شناخت‌درمانی کلاسیک هستند) از این فرصت برای کمک به بیمار در درک مشکل و راه‌حل‌اندیشی استفاده می‌کنند. به عنوان مثال در فصل پنجم (مشکلات رابطه 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 اهمیت می‌دهد، پس باید همیشه نیازهای من را برآورده سازد". اما ویژگی‌های شناخت‌درمانگر صاحب صلاحیت باعث می‌شود که در نهایت بیمار به درستی 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 رویه‌رو 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 پربطاعت، 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 باتوجه به این بحث، جدودیت بک را جزو درمانگران پربطاعت 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. به عبارتی 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، لیهی (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 لیهی (۲۰۰۲) این مفروضه را با دیده شک و تردید نگاه می‌کند و معتقد است که برخی از مواقع کمیت این مفروضه می‌لنگد. او برای اثبات مدعای خود به دو کتاب اشاره می‌کند: یکی **درد جاودانگی**، اثر میگل دِ انامونو، فیلسوف و رمان‌نویس اسپانیایی و دیگری **ننه دلاور و فرزند 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 تاریخیچه‌ای 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 خودمحافظت‌گر^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 می‌کشانند 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. جدیت یک 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.

* * *

جدیت یک 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. به عنوان مثال بیماری را در نظر بگیرد که قبلاً تجربه درمان‌های روان‌پویشی را داشته است و براساس آموخته‌های قبلی خود فکر می‌کند که جلسه شناخت درمانی 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، شناخت درمانگر است که نتوانسته تکنیک‌های استاندارد و پایه‌ای شناخت درمانی را به کار بگیرد.

گاهی اوقات نیز مشکل در باورها و مفروضه‌های شناخت درمانگر 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

به عبارتی شناخت درمانگر 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.

پرسونز^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 به وقوع نمی‌پیوندد. این پیش‌نیازها را می‌توان به سه دسته تقسیم کرد:

۱. رابطه درمانی سالم

۲. تکنیک‌ها

۳. روش‌مندی

رابطه درمانی 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. به عبارتی 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 "شناخت درمانی بین فردی" گذاشت.

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

شرط سوم نیز اصول حاکم بر محتوای شناخت درمانی را نشان می‌دهد. به عبارتی تکنیک‌ها و رابطه درمانی بایستی مبتنی بر اصول برخاسته از نظریه شناختی به کار گرفته شوند تا اثربخشی خودشان را نشان دهند. به عنوان مثال یکی از اصول شناخت درمانی 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.

جودیت 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 مشکل‌رهایی‌یابند 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. جودیت بک در کتاب حاضر از همین مفهوم سازی 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.

گلدفريد^{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
3. mindfulness
6. Adler
9. safeguarding
11. Robins

2. Interactive Cognitive Subsystems
4. Gilbert
5. internal relational dialogue
7. yes ... but syndrome
8. hesitate attitude
10. Guldried



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 نگرسته 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 دلایلی 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 دربارهٔ 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 دربارهٔ 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 دربارهٔ تغییر ممکن است از رهگذر فرآیندهای ضمنی یاد گرفته شوند، بنابراین ممکن است بر رفتار، احساس و تصمیم‌گیری؛ سخت اثر بگذارند، اما احتمال دارد به قالب کلام در نیایند. شناخت درمانگران در این زمینه هنوز به‌طور جدی وارد بحث نشده‌اند (هانا^۱، 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 به دنبال چنین باورهایی باشیم. به برخی از باورهای مرکزی ناکارآمد افراد دربارهٔ تغییر اشاره می‌شود.

باورهای مرکزی ناکارآمد دربارهٔ تغییر

باورهای مرکزی مثبت دربارهٔ تغییر	باورهای مرکزی منفی دربارهٔ 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.

* * *

واما 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 دانش بالینی خوانندگان کتاب بیفزاید.
۲. به جزء چند کلمه محدود، 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 خواجه‌پایان. تهران: مرکز.
- دانا مونو، میگل (۱۳۸۳). *درد جاودانگی*. ترجمه بهاء‌الدین خرمشاهی. تهران: ناهید.
- شلاشیرت، هوبرت (۱۳۹۸). *بحث با بنیادگرایان: شگردها، امکان‌ها و محدودیت‌ها*. ترجمه محمدرضا نیکفر، تهران: طرح نو.
- شوینهاور، آرتور (۱۳۸۵). *هنر همیشه بر حق بودن*. ترجمه عرفان ثابتی. تهران: ققنوس.
- Adler, A. (1959). *Individual 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.

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 (دربارۀ خود، دیگران و جهان) چسبیده‌اند که به راحتی از این عقاید دست برنمی‌دارند. بایستی در فرآیند درمان برای چاره‌گشایی این مشکلات، راه‌حلی پیدا کرد. اما درمانگر از کی و کجا پی ببرد که بایستی شیوۀ برخورد با بیمارش را تغییر دهد؟

زمانی که شناخت درمانگران با تجربه با بیمارانش 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 مفهومی‌سازی 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

فرو بسته مشکلات بیماران شان بگشاید. این که چرا بیماران در فرآیند درمان به مشکل بر می خورند، دلایل متعدد و چند وجهی 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 روان درمانی را محدود کند. اما بیشتر مشکلات یا حداقل بخشی از آنها در کنترل درمانگر است. به طور کلی، علتهای مشکلات درمان را می توان به دو دسته تقسیم کرد:

- (۱) باورهای تحریفی بیماران (مثل "اگر بیماری من بهتر شود، اوضاع و احوال زندگی ام بدتر می شود.")
- (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 خواسته ام که براساس تجربه های شان، مشکلات خاصی را که با بیماران شان تجربه کرده اند، بازگو کنند. براساس تجربه های آنها، به دو نتیجه گیری مهم رسیدم. اول، این که بسیاری از درمانگران ابتدا تمایل دارند مشکلات را در قالب اصطلاحاتی گنگ، کلی و نادقیق توصیف کنند. مثلاً می گویند بیماران در برابر درمان مقاومت می کنند. دوم، این که وقتی هم که درمانگران مشکلات را دقیق تر مشخص می کنند، بارها و بارها به طور کلیشه ای به همین مشکلات اشاره می کنند، مثل انجام ندادن تکالیف خانگی، خشم بیماران نسبت به درمانگر، الگوهای رفتاری خود آسیب رسان 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 مفهوم سازی خاص مشکلات بیمار، راهبردهای درمانی را به کار بگیرند. این کتاب به شما آموزش می دهد 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 مفهوم سازی کنید، از جمله بیماران دچار اختلال های محور II.
- با واکنش های چالش آفرین بیماران در قبال درمانگران یا برعکس، درست کنار بیایید.
- هدف گزینی کنید، به جلسات ساختار بدهید، مشکلات را حل و فصل کنید و شانس انجام تکالیف خانگی را برای بیماران مشکل آفرین بالا ببرید (از جمله تغییر رفتاری).
- شناخت واره های ناکارآمد (افکار خودآیند، تصاویر ذهنی، مفروضه ها و باورهای مرکزی) را بشناسید و به تغییر و اصلاح آنها پردازید.

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

مشخص سازی 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 مشکل آفرینی، 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 برجسب‌هایی به بیماران از پیش پا برداریم مثل "مقاوم"، "بی انگیزه"، "تنبل"، "ناکام"، "فریب‌کار" یا "گرفتار". توصیف‌های کلی از بیماران نیز دودی 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، دردرسرا 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 مداوم 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 به گریبان 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 به دلیل ماهیت اختلال‌هایشان، چالش‌آفرینی کنند. به عنوان 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 به دلیل کاربرد نابه‌جای درمان پدید بیایند. منظور، زمانی است که درمانگران در اجرای درمان استاندارد و مناسب با شکست روبه‌رو می‌شوند. برخی از مشکلات نیز به دلیل 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.