

۲. انواع روان‌درمانی

تقریباً هدف تمام روان‌درمانی‌ها این است که آشفته‌گی‌ها را از بین برده و عملکرد رفتار را بهبود بخشند. با این حال، روان‌درمانی‌ها از نظر مفاهیم، روش‌ها و تکنیک‌هایی که استفاده می‌کنند، تفاوت‌های زیادی با یکدیگر دارند. در این کتاب، ما بیشتر بر تکنیک‌هایی متمرکز هستیم که در رفتاردرمانی و تحولات پس از آن ریشه دارد و در درمان افراد ترومادیده بسیار مؤثر هستند

۱-۲ رفتاردرمانی

موج قدرتمند دانش در زمینه‌ی یادگیری و بررسی رفتار حیوانات در اوایل قرن ۲۰ ایجاد شد. در ابتدا، ایوان پاولف^۱، فرآیند یادگیری حیوانات پس از اتفاق افتادن همزمان دو واقعه را کشف کرد که به شرطی‌سازی کلاسیک^۲ معروف شد (رسورلا و سولومون^۳، ۱۹۶۷). در سال ۱۹۰۶، متخصصان طی آزمایشی زنگی را به صدا در آورده و سپس به سگ غذا دادند. پس از چندین بار همراه شدن غذا و صدای زنگ، دهان سگ با به صدا درآمدن آن شروع به ترشح بزاق کرد؛ زیرا سگ آموخته بود صدای زنگ به معنای این است که غذایی در راه است. چند دهه بعد، دانشمندانی از جمله بی‌اف اسکینر^۴ چگونگی شکل‌گیری رفتار را کشف کردند و اینکه چه چیزی باعث می‌شود ما بعضی کارها را بیشتر و بعضی را کمتر انجام دهیم. نتایج به دست آمده، به خوبی گویای آن بود که فرد با تنبیه، فعالیت را متوقف و با تشویق، آن را ادامه می‌دهد. چنین فرآیندی، شرطی شدن فعال^۵ نام گرفت (اسکینر، ۱۹۶۳).

بر اساس این دانش، پیش‌فرض اصلی رفتاردرمانی این است که نگرانی‌های روانشناختی از الگوهای ناکارآمد رفتاری و فکری ناشی می‌شوند. این موضوع، ریشه در اصول اساسی نظریه‌ی یادگیری^۶ و یا تعامل بین محرک^۷ و پاسخ^۸ دارد. البته، انتخاب درمان‌های خاص، به تشخیص‌های محوری و علائم مرتبط با آنها وابسته است. بنابراین، یک مراجع افسرده، فرآیند متفاوتی را نسبت به مراجع با اختلال اضطرابی طی خواهد کرد.

^۱ behavioral therapy

^۲ Ivan Pavlov

^۳ classical conditioning

^۴ Rescorla & Solomon

^۵ B. F. Skinner

^۶ operant conditioning

^۷ learning theory

^۸ stimulus

^۹ response

۱-۱-۲ روش‌های درمانی

رفتاردرمانی به توصیف و تغییر رفتارهای ناکارآمد و عوامل نگهدارنده آن در زمان حال تمرکز دارد. تحلیل رفتار برای یافتن رفتارهای ناکارآمد، پیش‌بینی یادگیری‌های معیوب و یا تقویت‌کننده‌های آن انجام می‌شود.

- رفتارهای ناکارآمد، به رفتارهایی گفته می‌شود که منجر به پریشانی طولانی‌مدت مراجع می‌شوند.
- عوامل پیش‌بینی، دلایلی هستند که باعث می‌شود فرد را به انجام رفتاری تحریک کنند.
- عوامل نگهدارنده، عواملی هستند که منجر به پایداری رفتار نادرستی می‌شوند.

مثال یک

مراجع، فرد جوانی است که رفتار ناکارآمد سیگار کشیدن داشته و خواهان ترک کردن آن است. تحلیل رفتاری به وسیله‌ی مصاحبه‌هایی که با مراجع و اعضای خانواده‌اش شد، این نکته را آشکار کرد که شروع سیگار کشیدن او همزمان با دوره‌ی آمادگی‌اش برای امتحانات نهایی بوده است. او گزارش کرد که با سیگار کشیدن توانسته از شر اضطراب‌هایش خلاصی یابد. بنابراین، موقعیت‌هایی که اضطراب‌زا بوده‌اند، جزئی از عوامل پیش‌بینی به حساب می‌آیند. احساس‌هایی از اضطراب پس از کشیدن سیگار، عامل نگهدارنده و تداوم بخش مصرف سیگار بوده است. بنابراین، پاسخ شرطی سیگار کشیدن با تقویت‌کننده‌ای مثل احساس‌هایی از اضطراب همراه شده بود.

پس از شناسایی رفتارهای نادرست و بخش‌هایی از آن که باعث آشفتگی می‌شوند، بسته‌ی درمانی انتخاب و تنظیم شد. هدف درمان این است که شما به عنوان درمانگر، رفتارهای نامناسب را خنثی کرده یا از بین ببرید و الگوهای رفتاری سازگاران را جایگزین آنها کنید. درمانگر این کار را با عملیات پیش‌بینی و پس‌بینی انجام می‌دهد. در عملیات پیش‌بینی رفتار، با تغییر دادن محرک‌ها، رفتار نادرست کنترل می‌شود. تغییر را می‌توان با افزایش یا کاهش ارزش تقویت‌کنندگی یک پیامد خاص حاصل کرد. به این کار/ایجاد عملیات گفته می‌شود.

مثال دو

کودکی، هنگام شام از خوردن غذای کافی خودداری می‌کند. یک راه برای ایجاد عملیات ممکن است کاهش دادن میزان غذایی که در هنگام عصرانه به او می‌دهند، باشد. این کار، باعث افزایش میزان گرسنگی او هنگام شام می‌شود. بنابراین، ارزش تقویتی غذا هنگام شام افزایش می‌یابد. تعریف کردن از کودک هنگامی که غذایی را به طور کامل می‌خورد نیز رفتار او را تقویت می‌کند. عملیات پیش‌بینی، کاهش دادن غذای عصرانه و عملیات پس‌بینی، تعریف کردن از کودک موقع شام خوردن است. در نهایت، این عمل پاسخ شام خوردن را ایجاد می‌کند.

¹ behavioral analysis

۲-۱-۲ انواع فنون رفتاردرمانی

امروزه، طیف گسترده‌ای از تکنیک‌های تغییر رفتار در دسترس است که برای موارد زیر مورد استفاده قرار می‌گیرد:

- به منظور کاهش برانگیختگی
- به منظور تغییر رفتار از طریق شرطی‌سازی کلاسیک یا فعال
- به منظور یادگیری نیابتی در صورت نیاز

یک تکنیک خاص "تقویت منفی" نام دارد که به پیامدی دردناک یا ناخوشایند پس از یک پاسخ نامطلوب اشاره دارد. به عنوان مثال، معلم، دانش‌آموزی را که زیاد حرف می‌زند، تنبیه می‌کند؛ و این تنبیه، تقویت منفی نام دارد. تکنیک دیگر، "شرطی‌سازی آزارنده" است که به همراه شدن مکرر یک پاسخ نامطلوب با یک پیامد آزاردهنده اشاره دارد. به عنوان مثال، یک شوک خفیف به فردی که اعتیاد به الکل دارد، داده می‌شود. سپس، از او خواسته می‌شود که الکل را بو کند. تکرار مکرر شوک و بوی الکل، آزاردهنده است و پس از چندین بار همراه شدن درد با بوی آن، فرد الکل را ترک خواهد کرد. یک رفتار انطباقی می‌تواند بر اساس "شرطی‌سازی عامل" تقویت شود. به عنوان مثال، اگر کودک تکالیف خود را به طور منظم انجام ندهد، ممکن است مادرش از تقویت مثبت استفاده کند. به این صورت که هرگاه او در زمان مورد نظر تکالیفش را انجام داد، می‌تواند غذای مورد علاقه‌اش را دریافت کند. غذا، به عنوان یک تقویت‌کننده مثبت، رفتار سر موقع انجام دادن تکالیف را افزایش می‌دهد.

تکنیک مورد استفاده‌ی دیگر، استفاده از ژتون است. به افرادی که دچار مشکلات رفتاری هستند ژتونی در مقابل رفتار مطلوبشان ارائه می‌شود. سپس، این ژتون‌ها را به تدریج می‌توان جمع و با وعده‌ی جایزه‌ای برای مراجع و یا تشویق کودک عوض کرد. به این فن "اقتصاد ژتونی" گفته می‌شود. همچنین، درمانگر می‌تواند تکنیک "تقویت افتراقی"^۵ را به طور همزمان برای کاهش رفتار نامطلوب و افزایش رفتار مطلوب استفاده کند. در این روش، او رفتار مطلوب را تقویت مثبت کرده و رفتار نامطلوب را نادیده می‌گیرد. به عنوان مثال، دختر بچه‌ای را در نظر بگیرید که بعد از اینکه درخواست رفتن به سینما از طرف والدین رد می‌شود، شروع به گریه و جیغ زدن می‌کند. در این موقعیت، به والدین او آموزش داده می‌شود تا هنگام گریه و جیغ فرزندشان او را نادیده بگیرند و یا در صورتی اجازه رفتن به سینما را بدهند که دختر آرام باشد.

۲-۲ درمان شناختی (بک، ۲۰۱۶)

درمان شناختی به عنوان جنبشی در مقابل با رفتاردرمانی در دهه‌های ۶۰ و ۷۰ ایجاد شد. این رویکرد، بر قدرت افکار در شکل دادن هیجانات و رفتار انسان‌ها تأکید دارد. فرض زیربنایی شناخت‌درمانی بر این استوار است که ریشه‌ی بیماری - هایی مثل اضطراب و افسردگی در افکار افراد است. اگر ما از تحمل اضطراب زیادی رنج می‌بریم، احتمالاً افکارمان سراسر پر از پیش‌بینی‌های خطر شده است. باور راسخ در شناخت‌درمانی این است که با تغییر نوع تفکر خود می‌توانیم احساسات

¹ vicarious learning

² negative reinforcement

³ aversive conditioning

⁴ token economy

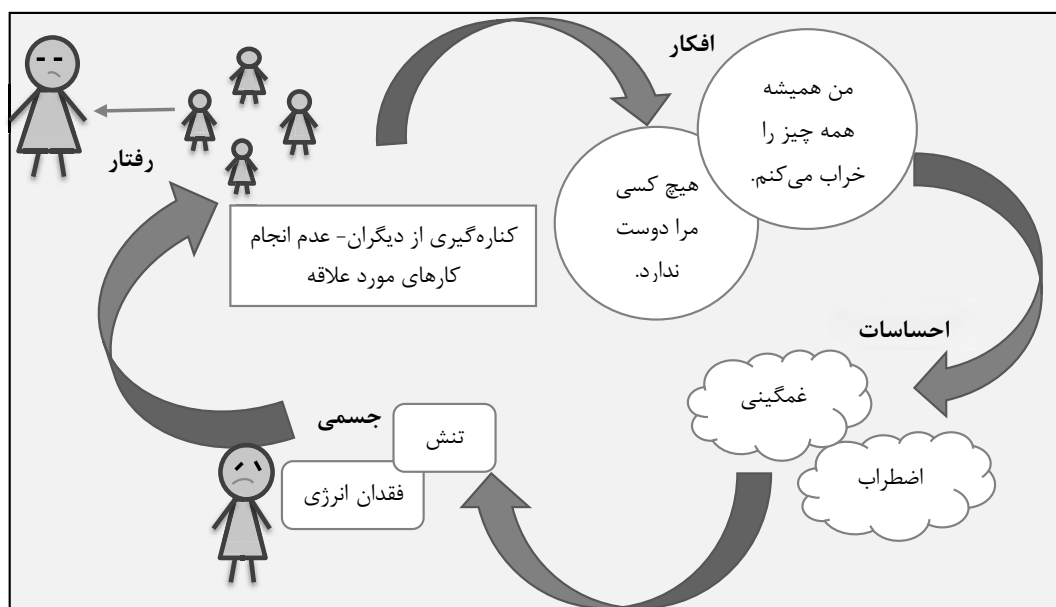
⁵ differential reinforcement

⁶ Beck

و رفتارمان را تغییر دهیم. به عنوان مثال، فردی به نام هاوار^۱ یک پل را دیده و احساس ترس شدید می کند، تجربه او به این صورت بوده است: پل - ترس

از دیدگاه شناخت درمانی در اینجا یک قسمت مهم حذف شده است و آن هم تفسیر هاوار از آنچه که یک پل برایش نمایان می کند: پل - من کنترل را از دست می دهم و از پل می افتم - ترس

در سایه‌ی باور هاوار، ترس او کاملاً قابل درک است، اما این نکته به این معنا نیست که افکار او صحیح هستند. اگر ما بفهمیم که او چگونه فکر می کند، درک اینکه چرا احساس ترس دارد، ساده تر است. شناخت درمانی "تحریفات شناختی"^۲ را عامل زیربنایی مسائل مربوط به اختلال روانی می داند. تحریفات شناختی، افکار نادرستی هستند که الگوهای رفتاری یا هیجانات منفی را تقویت می کنند. یک اصل اساسی شناخت درمانی این است که خلق ما بر اساس افکار و شناخت های ما ساخته می شود. بنابراین، درمانگران بر افکار خودکار مراجعان متمرکز و به آنها متذکر می شوند که افکار آگاهانه و خودکار هستند که گاهی با اثرات منفی همراه می شوند. مدل شناختی از اصول زیر تشکیل شده است: مردم، افکار خود را با روش های خاص و رایجی تحریف می کنند. این افکار و باورهای غیرمنطقی مثل تحریف ها می توانند به حالت های هیجانی و رفتارهای مشکل داری مثل اضطراب، عزت نفس پایین، افسردگی و تعارض در روابط منجر شوند. به همین دلیل، لازم است از آنها آگاه باشیم تا در صورت امکان تفکر شما را به تفکر منطقی تر و افکار عینی تری تغییر دهیم. یک شناخت، به طور ساده اشاره به برداشت ما از واقعیت (چگونه دنیای اطرافمان را تفسیر می کنیم) و برداشت از خودمان (چگونه با خود، عقاید و ارزش هایمان ارتباط برقرار می کنیم) دارد (شکل ۱).



شکل ۱: تحریفات شناختی

^۱ Hawar

^۲ cognitive distortions

از شکل بالا می توان فهمید که افکار ما (مانند کسی من را دوست ندارد یا من همیشه همه چیز را خراب می کنم) احساسات ما را می سازند (مانند غمگینی یا اضطراب) که در مقابل بر جسم ما اثر می گذارد (احساس تنش یا فقدان انرژی)؛ و به این طریق رفتار ما را تعیین می کنند (کناره گیری از دیگران یا عدم انجام کارهایی که دوست داریم). به عنوان مثال، موقعیتی را تصور کنید که دوستی پیام شما را بخواند، اما پاسخ ندهد. ممکن است برداشت شما این باشد که (دوستم برای من اهمیتی قائل نیست) و پس از آن احساس (ناراحتی) کنید. مشکل زمانی ایجاد می شود که ما (من احساس ناراحتی می کنم، پس من ناراحتم) را به عنوان حقیقتی محض قبول می کنیم. این، همان تحریف شناختی است. تحریف شناختی، زمانی اتفاق می افتد که ما موضوعی را که واقعیت ندارد، به صوت واقعیت محض باور داریم. این افکار، غیرمنطقی هستند و اتفاقات منجر به احساسات منفی نمی شوند، بلکه مشکل، واکنش ما به اتفاق است.

۳-۲ درمان رفتاری-شناختی (CBT)^۱

این روش، تلفیقی از دو رویکرد رفتاردرمانی و شناخت درمانی بوده و امروزه به عنوان یکی از روش های درمانی مدرن شناخته می شود.

۳-۲-۱ CBT چیست؟

CBT نیز شامل انواع گوناگونی از درمان هایی می باشد که لزوماً نام CBT را درون عنوان خود ندارند. به عنوان مثال:

- مواجهه و پیشگیری از پاسخ وسواسی-جبری (OCD)
- مواجهه ی طولانی مدت برای اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)^۲
- رفتاردرمانی دیالکتیک^۴ برای اختلالات شخصیت مرزی
- درمان پانیک^۵ برای اختلالات پانیک

هر کدام از این رویکردهای درمانی اصول زیربنایی CBT را برای پاسخ به شرایطی که برای آن طراحی شده اند، استفاده می کنند. از طرف دیگر، باید توجه داشته باشید که هر چیزی که CBT نام می گیرد، ممکن است CBT واقعی نباشد. اگر به دنبال درمانگر CBT می گردید، دقت کنید که او آموزش تخصصی CBT را دیده باشد. در بخش منابع پایان کتاب، لینکی برای یافتن تعدادی از درمانگران CBT قرار داده شده است (اسپک، نیلجک، ریپر و همکاران، ۲۰۰۷).

۳-۲-۲ چقدر CBT مؤثر است؟

پژوهش های فراتحلیل زیادی نشان داده اند که CBT اثر مثبتی در درمان اضطراب، افسردگی و سایر اختلالات دارد (هافمن^۶ و همکاران، ۲۰۱۲)؛ و شواهد مفصلی نشان می دهد که در مقایسه با سایر انواع درمان ها، اثرات CBT حتی فراتر از بهبودی

^۱ cognitive behavioral therapy

^۲ obsessive compulsive disorder

^۳ post-traumatic stress disorder

^۴ dialectical behavior

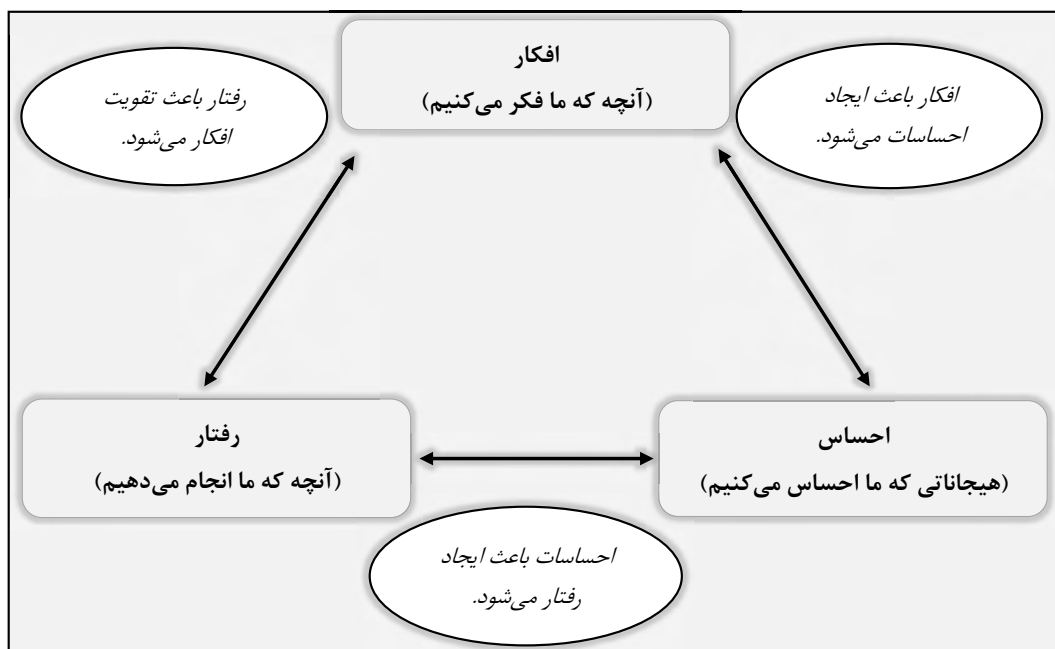
^۵ panic

^۶ Spek, Cuijpers, Nyklicek, Riper

^۷ Hofmann

است که از گذر زمان و یا استفاده از داروهای مختلف به دست می‌آید. مداخلات درمانی موجود در این روش، به سادگی می‌تواند از اتاق درمانگر به درمان‌های خودهدایتگر در زندگی روزمره‌ی مراجع انتقال یابد (مثل استفاده از تکنیک‌های این کتاب و یا CBT به صورت آنلاین).

پژوهش‌های فراتحلیل به این نتیجه رسیده‌اند که CBT به شیوه‌ی خودیاری نیز می‌تواند علائم افسردگی و اضطراب را کاهش دهد. اگرچه درمان‌های خودیاری به خودی‌خود مفید هستند، اما تحقیقات نشان داده‌اند که برخی افراد سود بیشتری از خودیاری هدایت‌شده می‌برند؛ به شرطی که با یک متخصص از طریق تلفن، ایمیل یا به صورت حضوری به طور مکرر هم در تماس باشند (بامیستر، رایکلر، مانزینگر و لین؛ ۲۰۱۴). CBT رویکرد اصلی است که در این کتاب دنبال می‌شود. جهت فهم کلی افکار، احساسات و رفتار به شکل صفحه‌ی بعد دقت کنید.



شکل ۲: درک کلی از افکار، احساسات و رفتار

همانطور که در شکل دیده شد، هر عامل بر دو عامل دیگر اثرگذار است. به عنوان مثال، زمانی که احساس اضطراب داریم معمولاً افکار مرتبط با خطر هم داریم و تمایل داریم از چیزی که می‌ترسیم، اجتناب کنیم. می‌توان گفت، وقتی عاملی را خطرناک می‌دانیم، از آن می‌ترسیم (احساس) و از آن اجتناب می‌کنیم (رفتار).

¹ Baumeister, Reichler, Munzinger, & Lin

تصور کنید برای یک امتحان تلاش زیادی کرده‌اید، اما نتیجه بدی گرفتید. سپس، ممکن است فکر کنید که من هرگز موفق نمی‌شوم و همیشه شکست خواهم خورد. بنابراین، مهم نیست که چقدر درس بخوانم، بلکه به طور خودکار، افکار به احساساتی چون غمگینی و حتی ناامیدی منجر می‌شوند و این قبیل احساسات باعث از دست دادن انگیزه‌ی مطالعه برای امتحان بعدی خواهد شد. بنابراین، شما دیگر تلاش بیشتری برای مطالعه نمی‌کنید و در نتیجه، در امتحان شکست می‌خورید. شکست دوباره در امتحان بر نوع فکر و احساس شما اثر می‌گذارد.

تمرین

به یک موقعیت اخیر فکر کنید که در آن هیجان قدرتمندی مثل اضطراب یا غمگینی را تجربه کرده‌اید. خلاصه‌ای از موقعیت را در قالب زیر توصیف کنید. از دیاگرام زیر برای یادداشت احساساتی که تجربه کردید، افکاری که داشتید و کاری که انجام دادید، استفاده کنید.

آنچه احساس کردم:

آنچه فکر کردم:

آنچه انجام دادم:

۳-۲-۳ اصول CBT

CBT از بسیاری جهات شبیه سایر درمان‌ها است. مهم‌تر از هر چیز، در این درمان یک رابطه‌ی حمایتگرانه بین درمانگر و مراجع لازم است. درمانگر کارآمد CBT، دیدگاه مثبتی نسبت به مراجعش دارد و تلاش می‌کند که دنیا را از زاویه‌ی دید او ببیند. همانند سایر درمان‌های موفق، CBT یک تلاش عمیق انسانی است، در عین حال، CBT رویکرد متمایز خود را دارد. برخی از اصول اساسی CBT به شرح زیر است:

- **CBT محدودیت زمانی دارد:** به گونه‌ای طراحی شده است که در کوتاه‌ترین زمان ممکن، بیشترین سودمندی را برای مراجع فراهم کند. معمولاً این زمان ۱۰ تا ۱۵ جلسه طول می‌کشد که هزینه‌های اضافی تحمیلی بر مراجع را کاهش می‌دهد. همچنین، کوتاه بودن زمان درمان به ما انگیزه می‌دهد که در این مدت برای بهترین نتیجه تلاش کنیم.
- **CBT مبتنی بر شواهد است:** درمانگران CBT بر تکنیک‌هایی تکیه دارند که در تحقیقات زیادی به خوبی مورد آزمایش واقع شده‌اند. CBT درمانگران، در خلال درمان نیز اطلاعاتی را جمع‌آوری می‌کنند تا متوجه شوند کدام یک از آنها برای مشکل مراجع مؤثرتر هستند. بر همین اساس، مراحل بعدی درمان خود را تنظیم می‌کنند.
- **CBT هدف‌محور است:** CBT حرکتی به سوی اهداف است. باید توجه کنید که آیا این همان درمانی است که شما را به اهدافتان می‌رساند و اینکه پیشرفت شما در مورد آنها چقدر است.
- **CBT مبتنی بر همکاری است:** نمی‌تواند برای یک مراجع انجام شود مگر زمانی که درمانگر، متخصص CBT باشد و مراجعان هم در مورد خودشان دانش کافی را داشته باشند. موفقیت CBT در این است که به نیازهای فردی مراجع پاسخ دهد و درمانگر با مراجع، هر دو به طور فعالانه در درمان مشارکت کنند.

- **CBT متمرکز بر زمان حال است:** تمرکز CBT بر این است که چگونه افکار و رفتار فعلی را تغییر دهد تا رهایی دائمی از مشکلات را به سرعت ایجاد کند. البته، این نکته به این معنا نیست که درمانگران، گذشته فرد را نادیده می‌گیرند یا حوادث سخت دوران کودکی را غیرمرتبط می‌دانند.
- **CBT ساختار دارد:** مفهوم‌سازی اهداف مشخص، اولین قدم در CBT است. طراحی یک برنامه و نقشه‌ی درمانی نیز بخش ضروری این قدم است. زمانی که این نقشه را کامل کردیم، متوجه می‌شویم که آیا به سمت اهدافمان حرکت کرده‌ایم یا نه. ساختار CBT بر اساس خودش شکل داده می‌شود. به طوری که جلسات قبلی اساس جلسات بعدی را فراهم می‌سازند. به عنوان مثال، در هفته‌ی سوم این برنامه، ما درباره اینکه چگونه افکار ناکارآمد را شناسایی کنیم، کار می‌کنیم و هفته‌ی چهارم به چگونگی تغییر این افکار می‌پردازیم.
- **CBT مهارت محور است:** از طریق CBT تکنیک‌هایی را در خلال جلسات درمانی برای مدیریت مسائلی که با آنها مواجه می‌شویم، یاد گرفته، تمرین کرده و پس از درمان با خود به زندگی روزمره می‌بریم. معمولاً افراد پس از اتمام درمان CBT می‌گویند، من موارد زیادی در مورد اضطراب‌هایم یاد گرفتم.
- **CBT بر تمرین تأکید دارد:** عموماً درمان به صورت یک جلسه در هفته برگزار می‌شود. در نتیجه، مراجع باید مهارت-های جدیدی را بین جلسات تمرین کند تا بهترین نتیجه را از آنها ببرد. بسیاری از تحقیقات نشان داده‌اند که مراجعانی که تمرین بیشتری بین جلسات انجام می‌دهند، حداکثر پیشرفت را در CBT داشته‌اند.

۲-۳-۴ چرا CBT مؤثر است؟

اگرچه CBT در چند دهه‌ی گذشته، به عنوان یک روش درمانی شناخته شده است، اصولی که به آن تکیه دارد چندان جدید نیستند. پس سؤال اساسی این است که CBT چه چیزی را بر اصولی که صدها یا شاید هزاران سال پیش هم وجود داشته افزوده است؟

تمرینات هدفمند

وقتی احساس اضطراب و افسردگی داریم، بسیاری از جنبه‌های زندگی، خارج از کنترل به نظر می‌رسند. ساختار CBT نحوی است که به ما در مورد اینکه از کجا شروع کنیم، ایده می‌دهد. به جای مقابله با همه چیز در یک جلسه، CBT در هر جلسه بر یک یا دو موضوع متمرکز می‌شود. تمرینات هدفمند در طول جلسات در جهت اهداف درمانی می‌باشد.

اثرات تمرین

در اکثر مواقع، ما نه تنها با یادگیری چیزهای جدید، بلکه با عمل کردن طبق آنچه که در گذشته می‌دانستیم، شکوفا می‌شویم. دانستن اصول CBT امری ضروری است و تمرین کردن آنها باعث اثربخشی بیشتر آن می‌شود. خدمات CBT به عنوان یک یادآور مداوم از برنامه در جهت اهداف ما می‌باشد.

شکستن چرخه‌ی معیوب

وقتی ما مضطرب یا افسرده‌ایم، افکار، احساسات و رفتارهایمان علیه ما در یک چرخه‌ی معیوب حرکت می‌کنند. CBT کمک می‌کند که این چرخه را بشکنیم. به این صورت که با تمرین بیشتر، بهتر فکر کردن و رفتار مفیدتر، افکار و اعمال ما یکدیگر را در جهت مثبت تقویت می‌کنند.

کسب مهارت

تمرکز بر یادگیری و تمرین مهارت‌های جدید در CBT این اطمینان را ایجاد می‌کند که پس از اتمام درمان، آن را با خود همراه داشته باشیم و وقتی با چالش‌های جدیدی روبه‌رو می‌شویم، به مجموعه‌ای از ابزارهای جدید برای مقابله با چالش‌ها مجهز هستیم. بنابراین، فواید CBT فراتر از یک درمان است.

تمرین

در این فصل ما خلاصه‌ای از تاریخچه‌ی CBT و اصول اساسی آن و اینکه چرا CBT مؤثر است را مرور کردیم. لحظه‌ای برای بررسی و خلاصه کردن این فصل زمان بگذارید تا آنچه که آموخته‌اید را در حد توان در زندگی شخصی خود پیاده کنید. احساسات و افکار خودتان را بنویسید و تا حد امکان نسبت به آنها گشوده باشید. فقط کافی است مدتی از زمان خود را به این تمرین اختصاص دهید.

۳. مصاحبه‌ی اولیه

این فصل اطلاعاتی را درباره‌ی مصاحبه‌ی اولیه ارائه می‌کند و پاسخی را به سؤالات زیر فراهم می‌سازد:

- چگونه درمانگر مصاحبه‌ی اولیه را آماده کرده و ساختار می‌دهد؟
- چشم‌انداز مراجع قبل از مصاحبه‌ی اولیه چگونه است؟
- درمانگر چه برخوردی با این چشم‌انداز دارد؟
- اهداف درمانگر از مصاحبه‌ی اولیه چیست؟
- درمانگر چه سؤالاتی را می‌پرسد؟
- چگونه درمانگر در عین دنبال کردن اهداف، با مراجعان گوناگون و چشم‌اندازهای مختلف آنها روبه‌رو می‌شود؟
- چرا کسب اطلاعات تاریخچه‌ای مشکل و زندگینامه‌ی مراجع در مصاحبه اول مهم است؟
- چگونه مصاحبه‌ی اولیه پایه‌های رابطه‌ی درمانی را شکل داده و صحنه‌ی درمان را آماده می‌کند؟
- چه نوع تعهدات و جنبه‌های سازمانی برای درمانگر مهم است؟

مصاحبه‌ی اولیه، شروعی برای یک مرحله‌ی بسیار مهم در فرایند درمان است؛ یعنی مرحله‌ی مقدماتی. در این مرحله درمانگر و مراجع اساس فرایند درمان را پایه‌گذاری می‌کنند. درمانگر و مراجع تا اینجا هنوز مشخص نکرده‌اند که نقش‌هایشان در این فرایند چیست. همچنین، در مورد سطح رابطه، درمانگر اطلاعات زیادی در این مرحله می‌تواند به دست آورد؛ در عین حال که چیزهای زیادی را نیز می‌تواند از دست بدهد.

دیدگاه مراجع و اولین ارتباط

مراجعان، احساسات پیچیده و احساسات متعارضی در زمینه‌ی مشورت با یک روان‌درمانگر دارند. ممکن است این اولین باری باشد که مراجع با یک روان‌درمانگر برخورد داشته و شاید مطمئن نباشد که آیا به جای درستی مراجعه کرده است یا نه. مراجعان ممکن است احساس اضطراب، عدم اطمینان یا نگرانی داشته باشند (درمانگر می‌تواند ذهن من را بخواند) و یا ممکن است نگران باشند و فکر کنند که از جانب درمانگر جدی گرفته نمی‌شوند.

امروزه، روان‌درمانی حداقل در مناطق شهری دیگر یک تابو به شمار نمی‌رود، اما هنوز هم ممکن است بسیاری از افراد از تصمیم ملاقات با یک روان‌درمانگر خودداری کنند، چراکه از نظر آنها، مراجعه به یک درمانگر با ننگ اجتماعی و ضعف شخصی مرتبط است و از این موضوع، احساس شرم می‌کنند. حتی ممکن است از درخواست کمک خود خجالت‌زده شوند و مدام نگران این باشند که دیگران آنها را دیوانه‌ای ببینند که رو به سوی درمان آورده است.

در جلسات درمانی بسیاری از افراد بیان می‌کنند که ترجیح می‌دهند یک بیماری جسمی داشته باشند تا یک مشکل روانشناختی؛ و حتی قادرند به طور واضحی علائم خود را به صورت یک بیماری جسمی ببینند. در هر حال، برای اینکه

¹ taboo

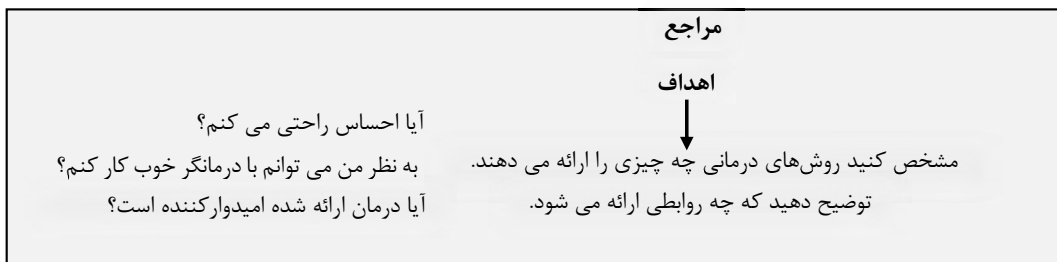
درمانگران بتوانند یک رابطه‌ی کاری مناسب با مراجعانشان برقرار کنند، باید از این قبیل احساسات و فرضیات آنها آگاه باشند.

اهداف درمانگر و مراجع

مصاحبه‌ی اولیه کمک می‌کند که مراجع و درمانگر از نگرش یکدیگر مطلع شوند. آنها باید هر چیزی را که برای ارزیابی موقعیت و اثرش بر موفقیت درمان لازم است، بشناسند. در ادامه توضیح می‌دهیم که دقیقاً منظور ما از این موارد چیست؟

اهداف مراجع

مراجع، اطلاعاتی در مورد اینکه چه درمان‌هایی برای مقابله با مشکلاتش وجود دارد، نیاز دارد. بنابراین، مصاحبه‌ی اولیه فرصتی را برای صحبتی گشوده در رابطه با مسائل شخصی مراجع فراهم می‌سازد. مراجعان، امیدوارند که بالاخره بتوانند کمک و پشتیبانی مورد نیاز خود را به دست آورند.

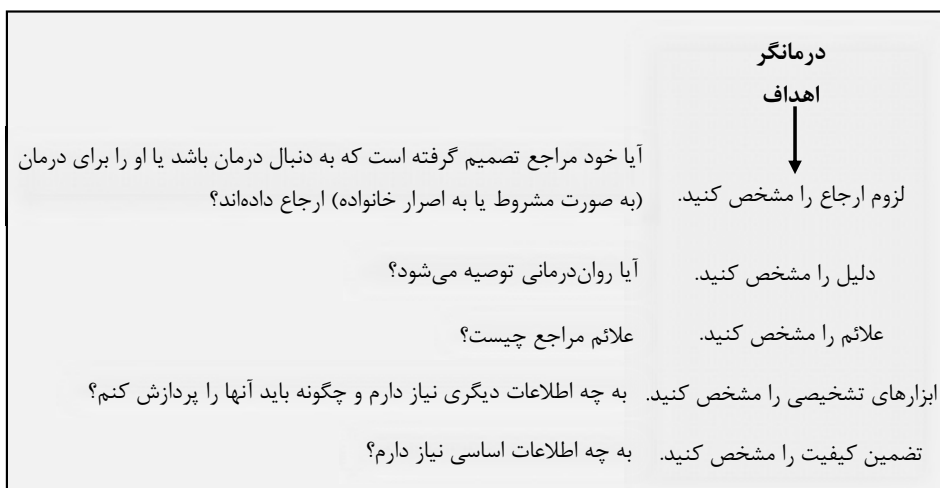


شکل ۳: اهداف مراجع در طول مصاحبه‌ی اولیه

اهداف درمانگر

مصاحبه‌ی اولیه نیز به درمانگر این فرضیه را می‌دهد که سؤالات اولیه‌ی مهم را قبل از شروع فرایند درمان بپرسد. درمانگر باید جزئیات شخصی مراجع، محیط اجتماعی او، علائم فعلی و اینکه مشکل چگونه شکل گرفته و پایدار مانده را پوشش دهد (شکل ۴).

برگه‌ی اطلاعات شماره ۰۱ فهرستی برای ساختاردهی و آماده سازی درمانگر و مراجع فراهم می‌کند. از این طریق، مراجع و درمانگر می‌توانند تمام اطلاعاتی را که برای تصمیم‌گیری آگاهانه نیاز دارند، جمع‌آوری کنند.



شکل ۴: اهداف درمانگر در طول مصاحبه‌ی اولیه

سه نوع رابطه

استیو د. شازر^۱ (۱۹۸۸) سه نوع رابطه را بین درمانگر و فردی که به دنبال درمان است، توضیح می‌دهد (جدول شماره ۱). این دسته‌بندی به درمانگران کمک می‌کند تا مصاحبه‌ی اولیه را به شیوه زیر دنبال کنند: آنها می‌دانند که از رابطه‌ی درمانی باید چه انتظاری داشته باشند. این توصیفی اکتشافی است و جنبه‌ی تشخیصی یا طبقه‌بندی کردن ندارد. اگر مراجع انتظار بیش از حدی از درمانگر یا درمان داشته باشد، درمانگر به سرعت نقش پزشک یا شفادهنده معجزه‌گر را بر عهده خواهد گرفت و اگر مراجع انتظار کمی داشته باشد ممکن است این انتظار، به صورت رفتارهای خصمانه‌ی پنهان یا آشکار ظاهر شود.

جدول ۱: سه نوع رابطه مراجع و درمانگر مطابق نظر استیو د. شازر

انواع مراجع	ویژگی‌های بارز آنها
بازدید کننده	• شکایتی ندارند. • هیچ هدفی ندارند. • توسط فردی دیگر ارجاع داده شده‌اند. • همراه دارند.
شاکی	• شاکی‌اند • ممکن است اهدافی داشته باشند • خود را به عنوان بخشی از مشکل می‌بینند، اما نه به عنوان بخشی از راه حل • انتظار تغییر دیگران را دارند نه تغییر خودشان.
مشتری	• شکایت دارند • هدف دارند • خود را به عنوان بخشی از راه حل مشاهده می‌کنند • آماده هستند برای حل مشکل خود اقدامی کنند.

¹ Steve de Shazer

"بالاخره فردی را پیدا کردم که به من گوش دهد". اکثر مراجعان علاقه دارند در جلسه‌ی اول، بیش از جلسات بعدی در مورد خودشان بگویند. بنابراین، مصاحبه‌ی اولیه می‌تواند یک منبع اطلاعاتی مهم حتی برای آینده‌ی درمان نیز باشد. به همین دلیل، بهتر است این مصاحبه با استفاده از ابزارهای صوتی و تصویری ضبط شود، اما لازم است قبل از این اقدام، درمانگر اجازه‌ی آگاهانه‌ی مراجع را با امضای خود او اخذ کند (کاربرگ شماره ۰۲ فرم رضایت از ضبط جلسات مصاحبه). هر چقدر این موضوع به طور واضح‌تری برای مراجع توضیح داده شود، او بیشتر تمایل خواهد داشت که اجازه‌ی ضبط جلسات را بدهد. اگر مراجعی اجازه‌ی ضبط نداد، درمانگر لازم است آنچه را که بحث می‌شود تا حد امکان با جزییات دقیق‌تری یادداشت کند. به منظور توضیح هدف از امضای فرم رضایت، می‌توانید از جملاتی شبیه به این استفاده کنید: "فرم رضایت، فرمی است که پس از امضای آن توسط شما، به ما اجازه‌ی ضبط جلسات درمان را می‌دهد. این فایل برای درمان بسیار مهم است، ولی اگر علاقه‌ای به ضبط ندارید، نیازی نیست که فرم رضایت را امضا کنید."

۱-۳ صحبت با مراجعان

در طول مصاحبه‌ی اولیه، لازم است درمانگران یک رمز مشخص ایجاد کنند. از یک طرف، هدف این است که مصاحبه‌ی اولیه، تجربه لذت‌بخشی برای مراجع باشد؛ و از طرف دیگر، درمانگر می‌خواهد که تا حد ممکن اطلاعات دقیق‌تری دریافت کند، اما اول از همه درمانگر باید فضای قابل اعتمادی را فراهم سازد. درمانگران از طریق نوع صحبت مراجع و مشاهده‌ی رابطه‌ی درمانی در مصاحبه‌ی اولیه، اطلاعات تشخیصی بسیاری دریافت می‌کنند. آنها نباید سؤالات پیچیده‌ای بپرسند. درمانگر باید به مراجع نشان دهد که موقعیت فعلی او و مشکلاتی را که توصیف می‌کند درک کرده و در عین حال، لازم است با کسب اجازه از مراجع، مشکلاتی را که او بیان می‌کند، عمیق‌تر بررسی کند. درمانگر این کار را با پرسیدن سؤالات جزیی‌تر در مورد جنبه‌های مختلف مربوط به مشکلات انجام می‌دهد. در اینجا، لیستی از اقدامات درمانگر ارائه شده است:

درمانگر باید...

- اولین نفری باشد که برخورد اولیه و گفتگوی باز را آغاز می‌کند.
- به مراجع فرصت پرسش آزادانه بدهد.
- با پرسیدن سؤالات هدفمند از مراجع حمایت کند.
- آنچه گفته شده را خلاصه کند و با سؤال پرسیدن، موارد قبلی را بررسی کند.
- به مراجع فرصت دهد که سؤالاتش را بپرسد.

در جدول شماره ۲ آنچه که درمانگران نباید در مصاحبه‌ی اولیه از آنها استفاده کند، بیان شده است. اگر درمانگر به هر دلیلی مجبور شد یکی از این موارد را در مصاحبه‌ی اولیه به کار برد، باید با احتیاط کامل این کار را انجام دهد.

جدول شماره ۲: درمانگران چه کارهایی را نباید انجام دهند؟

درمانگران چه کارهایی را نباید انجام دهند؟	مثال
در مورد علائم، سؤالات جایگزین مشخصی بپرسند.	آیا درد به صورت سوزن شدن، ضربان دار، لرزشی و یا به نقاط دیگر کشیده می شود؟
سؤالات با پاسخ بله یا خیر بپرسند.	آیا قبلاً این علائم را تجربه کرده اید؟
سؤالات هدایت شده بپرسند.	و پس از آن شما باید احساس ترس و وحشت کرده باشید، درست است؟

قبل از آنکه به بخش بعدی بروید: خلاصه‌ای کوتاه از نقش مصاحبه‌ی اولیه در کلیه‌ی فرایند درمان

مصاحبه‌ی اولیه در شکل‌دهی رابطه مراجع و درمانگر اهمیت زیادی دارد. در ابتدای این مصاحبه، تمرکز بیشتر بر ایجاد رابطه و در جریان آن تمرکز بر مشکلات اساسی مراجع است. مراجعان اغلب برای مدت طولانی از مشکلاتشان رنج برده‌اند، ناامید شده‌اند و معتقدند که هیچکس آنها را درک نمی‌کند. به همین دلیل، ضمن اینکه روان‌درمانی باید به طور واضح ساختار داشته و بر اساس اصول مشخصی باشد، ابتدا باید مراجعان را در حالت آرامش قرار داد. مراجعان می‌توانند انتظار یک خوشامدگویی گرم را داشته باشند. آنها باید این احساس را نیز داشته باشند که فردی وجود دارد که آنها و نگرانی‌هایشان را درک کند و بپذیرد. نکته کلیدی در اینجا، آفرینش یک فضای لذت‌بخش و بدون اضطراب است که در آن اطلاعات لازم برای تشخیص به صورت گام به گام جمع آوری شود.

کاربرگ شماره ۰۳-فهرست حاد

کاربرگ شماره ۰۴- رهایی از محرمانه بودن (درمان قبلی)

کاربرگ شماره ۰۵-قرارداد زندگی

کاربرگ شماره ۰۶-قرارداد پرهیز از مصرف مواد (اعتیادآور)

۲-۳ درک وضعیت فعلی مراجع در زندگی و شرح حال او

۲-۳-۱ وضعیت فعلی زندگی

درمانگر باید وضعیت فعلی زندگی مراجع را در نظر بگیرد، چراکه این نکته مزیت زیادی دارد. اول اینکه، درمانگر تصمیم می‌گیرد آیا مراجع نیاز به روان‌درمانی سرپایی و یا بستری شدن دارد یا خیر. دوم اینکه، به درمانگر کمک می‌کند مراجع را بهتر درک کند، زیرا وضعیت اجتماعی نامناسب می‌تواند عامل تعیین‌کننده در ایجاد مشکلات باشد. اما چگونه درمانگر می‌تواند مروری از وضعیت فعلی زندگی مراجع به دست آورد؟

درمانگر باید در مورد ابعاد زیر از مراجع خود سؤال بپرسد:

- رضایت شغلی و رضایت کلی از زندگی
- توانایی عملکرد کلی در ابعاد مختلف زندگی
- سطح مشارکت و یکپارچگی اجتماعی (دوستان و خانواده)
- محیط خانوادگی و اجتماعی

جمع‌آوری اطلاعات در مورد این جنبه‌ها برای پیش‌آگهی درمان بسیار مهم است. به مثال زیر توجه کنید.

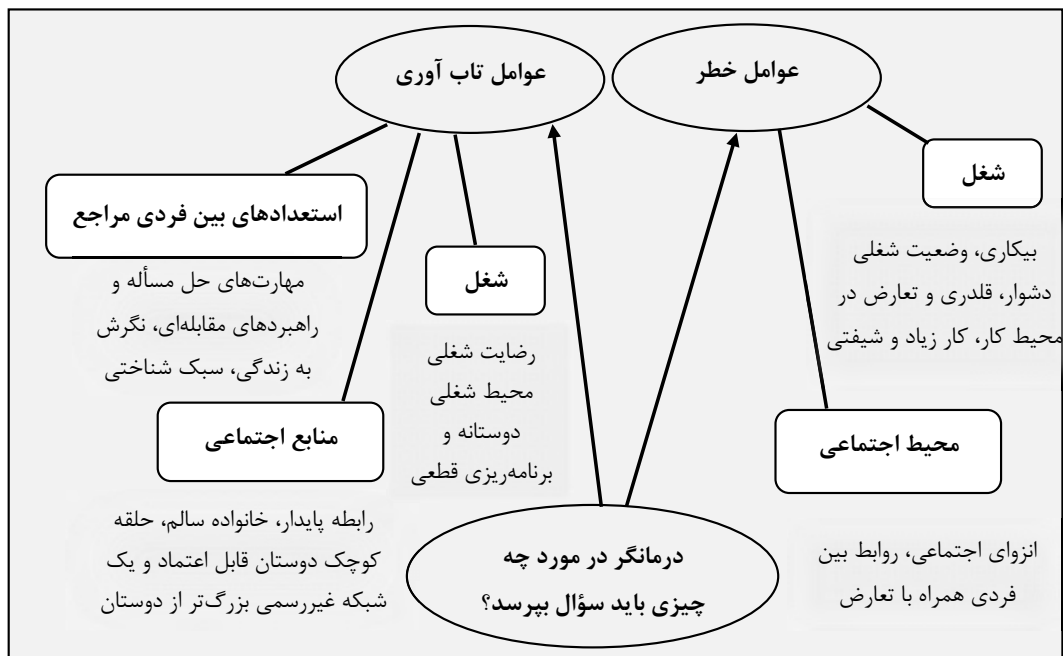
درمانگری نسبت به استعدادها و بین‌فردی مراجع (مهارت‌های حل مسئله و راهبردهای مقابله‌ای، نگرش به زندگی، سبک شناختی) و منابع اجتماعی او آگاهی خوبی دارد. بر اساس این اطلاعات، درمانگر می‌تواند در پیش‌آگهی خود به عوامل تاب‌آوری توجه کند. نمونه‌هایی از عوامل تاب‌آوری عبارتند از: یک رابطه‌ی پایدار، خانواده‌ی سالم، گروه کوچکی از دوستان قابل اعتماد و یک شبکه غیررسمی بزرگ‌تر از دوستان و آشنایان.

از طرف دیگر، اگر عوامل خطر در پیش رو باشند، درمانگر پیش‌آگهی متفاوتی را ایجاد می‌کند. نمونه‌هایی از عوامل خطر عبارتند از: انزوای اجتماعی، روابط بین‌فردی همراه با تعارض. این عوامل خطرآمیز باعث افزایش آسیب‌پذیری در برابر یک اختلال روانی می‌شود.

وقتی صحبت از شغل می‌شود، درمانگر ممکن است با عوامل تاب‌آوری مثل رضایت شغلی، محیط شغلی دوستانه و برنامه‌ریزی مشخص رویارو گردد. عواملی هم مثل بیکاری، وضعیت شغلی دشوار، قلدری و تعارض در محیط شغلی، کار بیش از حد و سایر عوامل استرس‌آمیزی مانند کار شیفتی نمونه‌هایی از عوامل خطر هستند. علاوه‌براین، درمانگر باید عوامل زیستی-اجتماعی و اجتماعی-اقتصادی را نیز در نظر بگیرد. برخی از این عوامل مانند: شرایط زندگی نامطلوب (آلودگی صوتی، اسکان در محیط شلوغ)، فقر و بدهکار بودن.

اطلاعات در رابطه با این موارد می‌تواند به درمانگر کمک کند که متوجه شود چه عواملی اختلال و مشکلات فعلی مراجع را پایدار می‌سازد و سپس عوامل خطر را در نظر بگیرد. از سوی دیگر، درمانگر هم می‌تواند به عوامل تاب‌آوری اشاره کند و سپس، درمانگر و مراجع این عوامل را به صورت هدفمند بررسی کنند تا امکان موفقیت درمان و پیش‌آگهی آن بهبود یابد.

زمانی که به زندگی فعلی مراجع توجه می‌شود، باید فراتر از شرایط درمان را نگاه کرد و درمانگر ساختار زندگی مراجع را نیز در نظر بگیرد. شکل ۵ نشان می‌دهد که چه چیزهایی باید بررسی شوند.



شکل ۵: درمانگر در مورد چه چیزی باید سؤال بپرسد؟

۲-۳-۲ ارتباط بین شرح حال مراجع، مسائل و مشکلاتش

درمانگر به جای یک تحلیل نظام‌مند وسیع باید اطلاعات خاص در زمینه‌های زیر جمع‌آوری کند.

- تقویت‌کننده‌های اولیه و ثانویه در محیط زندگی مراجع و زندگینامه‌اش
مثال: نمونه‌هایی از تقویت‌کننده‌های اولیه مواردی هستند که نیازهای اساسی بقای فرد مثل آب و غذا، رابطه جنسی، خواب و هوا را برآورده می‌سازند. پول، نمونه‌ای از یک تقویت‌کننده‌ی ثانویه است. تقویت‌کننده‌های اولیه و ثانویه به همدیگر متصل هستند، زیرا می‌توانید با تقویت‌کننده‌های ثانویه مثل پول، مواد غذایی را که تقویت‌کننده‌ی اولیه هستند، بخرید.
 - منابع احتمالی در محیط و زندگینامه‌ی مراجع
مثال: حمایت از سوی خانواده، دوستان، روابط سالم، سرگرمی‌هایی مانند ورزش و فعالیت‌های دیگر، شرایط زندگی پایدار برای انجام این کار.
- به منظور جمع‌آوری اطلاعات در مورد ارتباط زندگی مراجع با مشکلاتش، درمانگر باید پاسخ سؤالات زیر را بیابد (همچنین، به مثال موجود در برگه‌ی اطلاعات شماره ۸ مراجعه کنید).

• چگونه تاریخچه‌ی زندگی مراجع و وضعیت او با مشکلات و مسائلش مرتبط است؟

• چه چیزی باعث شده که مراجع درخواست درمان داشته باشد؟

مصاحبه‌ی اولیه به درمانگر کمک می‌کند که تاریخچه‌ی زندگی و وضعیت روانشناختی او را بیشتر بفهمد. احتمالاً درمانگر می‌تواند اطلاعاتی در مورد وضعیت اقتصادی او نیز دریافت کند. وقتی اصطلاح زندگینامه را استفاده می‌کنیم، منظورمان وقایع مهم زندگی مراجع است (مانند تغییر منزل) که نوعی اطلاعات زندگینامه‌ای محسوب می‌شود. درمانگر و مراجع اطلاعات زندگینامه‌ای را در مراحل بعدی، بیشتر بررسی می‌کند. در واقع، مراجع حکایت زندگی خود را می‌گوید. زمانی که از اصطلاح حکایت زندگی استفاده می‌کنیم، می‌خواهیم بفهمیم که مراجع چگونه در مورد زندگی‌اش صحبت می‌کند و چه جنبه‌هایی از زندگی را برای توصیف حکایتش به کار می‌برد. برخی مراجعان در مورد پدربزرگ و مادربزرگ‌هایشان و حتی قبل از تولد خود صحبت می‌کنند، البته درمانگر و مراجع ممکن است هنگام جمع‌آوری اطلاعات، این زمان‌ها را در نظر نگیرند. برخی از عواملی که در ایجاد اختلال نقش داشته‌اند، ممکن است در حفظ این اختلال مهم نباشد و مراجع این محرک‌ها را نه از نظر درونی و نه بیرونی تجربه نکند.

یک درمانگر باید از دو مورد زیر اطلاع یابد:

(۱) اختلال چه زمانی آغاز شده است؟

(۲) جریان اختلال چگونه بوده و چگونه به تاریخچه زندگی مراجع مرتبط می‌شود؟

درمانگر نباید این اطلاعات را برای نتیجه‌گیری سریع جهت سبب‌شناسی مشکلات فعلی مراجع به کار ببرد، اما می‌تواند برای پیشگیری از عود، در پایان درمان و جهت ایجاد منابع مراجع در این خصوص، از این اطلاعات استفاده کند. تحلیل محرک‌ها می‌تواند بینش را درخصوص مکانیسم‌های مقابله‌ای در زمان بازگشت اختلال فراهم سازد. علاوه‌براین، درمانگر می‌تواند به مراجع آموزش دهد که چگونه از این راهبردهای جدید و انطباقی روزمره استفاده کند.

۳-۲-۳ دریافت تاریخچه‌ی زندگی مراجع

در رفتاردرمانی هدف از دریافت تاریخچه زندگی مراجع، به دست آوردن اطلاعات زیر است:

• اختلال تا این زمان که مراجع درخواست کمک کرده چه تغییراتی داشته است؟

• عوامل خطرزای فردی (آسیب‌پذیری‌ها و استرس‌زاها) کدامند؟

• عوامل حفاظتی (تاب‌آوری، تأثیرات محیطی، حفاظتی و منابع) کدامند؟

این اطلاعات، در قالب مدل استرس-آسیب‌پذیری، توضیح می‌دهد که چگونه مشکلات یا اختلال فردی مراجع بروز یافته‌اند. این مدل، یک بازسازی گذشته‌نگر از شرایط قبلی است. براساس این مدل، آسیب‌پذیری‌های بیولوژیکی، استرس و عوامل حفاظتی در ایجاد یک بیماری روانی نقش دارند. همچنین، آسیب‌پذیری بیولوژیکی با ژنتیک یا بیماری‌های جسمی و روانی مرتبط است. مثال‌هایی از وقایع استرس‌زا شامل حوادث سخت زندگی یا تنش‌ها و تعارض در روابط است. در نهایت، عوامل محافظتی مثل مهارت‌های مقابله‌ای سازنده یا حمایت اجتماعی می‌توانند آسیب‌پذیری بیولوژیکی و استرس را کاهش دهند. بدیهی است بازسازی گذشته‌نگر، غالباً حدس و گمان است. با این حال، این مدل می‌تواند توصیف احتمالی و قابل‌قبولی از اینکه چگونه مشکلات ایجاد شده‌اند، به مراجع ارائه کند. همچنین، این مدل می‌تواند نشانه‌هایی از مداخلات درمانی احتمالی در وضعیت موجود مراجع را ارائه کند.

تاریخچه‌ی اختلال

زمانی که تاریخچه‌ی مراجع بررسی می‌شود، درمانگر این هدف را دنبال می‌کند: او می‌خواهد تا حد امکان این موضوع را بازسازی کند که چگونه اختلال در طی زمان تحول یافته است. این موضوع، ممکن است شامل ناسازگاری‌ها و ناهنجاری‌های اولیه در تجربه و رفتار مراجع تا پیش‌آگهی‌های نامشخص و علائم اولیه باشد. علاوه‌براین، تاریخچه می‌تواند در مورد چگونگی ایجاد اختلال تا زمان حال هم باشد. این شامل موارد زیر است:

- ابعاد فردی اختلال فعلی
 - ثابت یا دوره‌ای
 - تکرارشدنی، انتقالی، در حال پیشرفت
 - تجدیدشونده، دوره‌های عاری از نشانه‌ها، دوره‌هایی از سرخوشی طولانی
- شیوع سایر اختلالات روانی همبود در زندگی مراجع
- مشکلات جسمی و درمان‌های قبلی

درمانگر نباید از مورد آخر غفلت کند. او باید بداند که مراجع چه میزان دارو برای بیماری‌های جسمی‌اش دریافت کرده یا مصرف می‌کند، چراکه برخی داروها می‌توانند عوارض جانبی روانشناختی جدی ایجاد کنند (مثل داروهای کورتیزون؛ اسپری آسم و داروهای سیتوستاتیک).

تاریخچه‌ی درمان و خوددرمانی

روش‌های قبلی مراجع جهت درمان مسائل، علائم و مشکلات خود، ارتباط قوی با سبب‌شناسی اختلال دارد. درمانگر حتماً باید اطلاعات کافی در زمینه‌ی موارد زیر به دست آورد:

- درمان‌های دارویی یا روانپزشکی و روان‌درمانی‌های قبلی درون یا بیرون بیمارستان
 - تجارب درمانی قبلی مرتبط با اختلالات فعلی یا قبلی و موفقیت یا شکست آنها
- درمانگر باید از مراجع در مورد سایر مدارک (تشخیص‌ها، نتایج آزمایش‌ها، یافته‌های تشخیصی، بروز بیماری، گزارش ترخیص‌ها) نیز سؤال بپرسد، به شرطی که مراجع نسبت به بررسی این موارد رضایت داده باشد. درمانگر باید پس از مشاهده مدارک، موارد زیر را مشخص کند.
- درمان‌های فرعی در حال انجام (مثل داروهای تجویز شده توسط پزشک عمومی، روانپزشک و یا متخصص مغز و اعصاب)
 - درمان‌های جایگزین مثل هومیوپاتی^۳
 - تلاش مراجع برای خوددرمانی
- مورد آخر بسیار مهم است، زیرا مراجعان اغلب تلاش می‌کنند که به خود کمک کرده و یا نشانه‌های خود را قبل از جستجوی کمک تخصصی درمان کنند. درمانگر باید سؤالات کافی در مورد تلاش‌های مراجع برای خوددرمانی‌اش، اینکه برای درمان خود چه اقدامی کرده و خوددرمانی چه اثراتی برایش داشته است، بپرسد.

¹ cortisone

² cytostatic

³ homeopathy

پاسخ‌های مراجع سرنخ‌های مفیدی را برای نقطه‌ی شروع مناسب یا نامناسب در طی برنامه‌ریزی مداخلات درمان در اختیار قرار می‌دهد. مراجعان برای رها شدن از علائم در کوتاه‌مدت، اغلب گام‌های نادرست و حتی زیان‌باری برمی‌دارند که ممکن است، پیامدهای ناگوار طولانی‌مدتی علاوه بر مشکلات قبلشان به همراه داشته باشد. به عنوان مثال، استفاده از روانگردان‌ها برای کاهش نشانه‌ها و غلبه بر مشکلات، گاهی به سرعت تبدیل به سوءمصرف مواد یا وابستگی‌های دارویی می‌شود. مواد روانگردان ممکن است مانع جدی برای درمان اختلال اولیه‌ی مراجع باشد و به همین دلیل، ممکن است خود آنها هدف درمان باشند. با توجه به مثال قبلی، درمانگر باید این اطلاعات را نیز بداند:

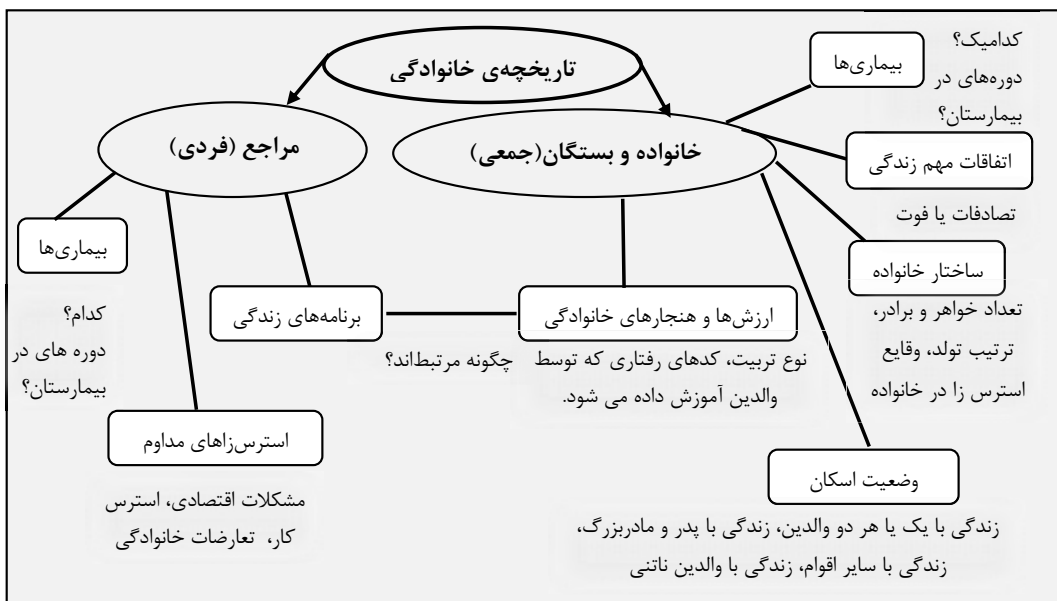
تاریخچه‌ی دارویی که هم شامل داروهای قانونی (الکل، داروهای تجویزی و تنباکو و توتون) و هم داروهای غیرقانونی (حشیش، آمفتامین‌ها و تریاک) است. درمانگر می‌تواند تمام مستندات را در برنامه‌ی درمانی خود قرار دهد.

تاریخچه‌ی خانوادگی

مصاحبه‌ی اولیه، به دلیل کمک به جمع‌آوری اطلاعات در مورد پیش‌زمینه‌های ژنتیکی احتمالی یا مدل‌های خانوادگی (نامطلوب) حائز اهمیت است. درمانگر باید به سؤالات زیر پاسخ دهد:

- آیا در خانواده‌ی مراجع بیماری‌های مرتبط با مشکلات سلامت روان وجود داشته است؟
- آیا هیچ کدام از اعضای خانواده تحت درمان روانپزشکی بوده‌اند؟
- آیا در خانواده سابقه‌ی خودکشی وجود داشته است؟

اطلاعات تاریخچه خانوادگی باید شامل موارد در شکل ۶ باشد:



شکل ۶: آنچه درمانگر باید در تاریخچه‌ی خانوادگی مد نظر قرار دهد.

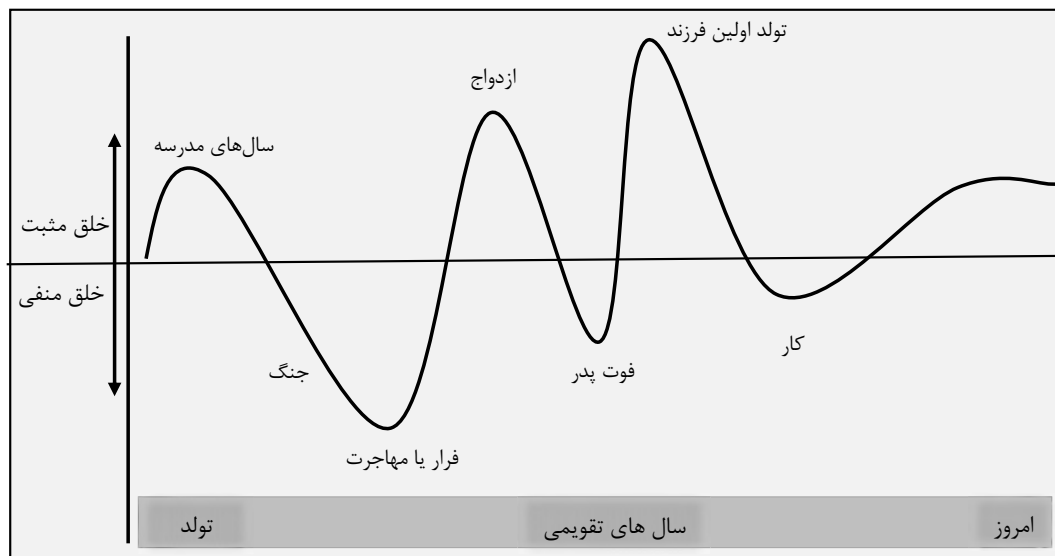
ممکن است بین جنبه‌های مطرح شده و اختلال فعلی مراجع ارتباطی وجود داشته باشد و این ابعاد می‌توانند به عوامل خطر و یا محافظتی اشاره کنند. شرایط مختلف زندگی می‌تواند هم استرس‌زا و هم یک منبع باشد. به مثال زیر توجه کنید: درگیری‌های جدی در خانواده مراجعی وجود دارد. مراجع با هشت نفر در یک آپارتمان کوچک زندگی می‌کند و به همین دلیل، او همیشه در معرض تعارض است و گاهی نمی‌تواند تعارض را حل کند. در حالی که محل سکونت می‌تواند یک عامل حفاظتی باشد، محیط زندگی این مراجع برای او تبدیل به یک عامل استرس‌زا شده است، اما از طرفی، شاید وقتی او با تعداد بیشتری از اعضای خانواده خود زندگی کند، بتواند حمایت عاطفی بیشتری نیز از همدیگر دریافت کنند.

زندگی‌نامه

هنگام جمع‌آوری اطلاعات زندگی‌نامه‌ای، درمانگر باید به سؤالات زیر پاسخ دهد:

- رشد مراجع تا زمان حال تا چه اندازه طبیعی بوده است؟
- آیا مراجع، وظایف رشدی متناسب با مرحله‌ی رشدی خود را تکمیل کرده است؟
- آیا اتفاقاتی باعث شده است که مراجع نسبت به این اختلال حساس‌تر شود؟

درمانگر باید وقایع مهم زندگی، بیماری‌ها، بحران‌ها یا دوره‌های استرس در زندگی مراجع را ثبت کند، اما چگونه درمانگر این کار را انجام می‌دهد؟ او می‌تواند از تکنیک نمودار زندگی استفاده کند. این نمودار منحنی، وضعیت بهزیستی روانشناختی زندگی مراجع را نشان می‌دهد. مراجع می‌تواند عملکرد خود و وقایع قابل توجه در زندگی‌اش را روی این منحنی نشان دهد. همچنین، مراجع می‌تواند اشکال مختلف دلبستگی اولیه‌ی خود را در این منحنی نمایان کند.



شکل ۷: نمونه‌ای از تکنیک نمودار زندگی

منبع دلبستگی اولیه مراجع در دوره‌های مختلف زندگی (شامل مادر، پدر، پدربزرگ، مادربزرگ، همشیره‌ها، معلمان و همسالان)، ممکن است در ایجاد یک اختلال روانی اثرگذار باشد، اما چگونه منبع دلبستگی می‌تواند به این موضوع مرتبط باشد؟

دلبستگی، اطلاعاتی را در زمینه‌ی الگوهای مؤثر یادگیری فراهم می‌کند که ممکن است به ایجاد اختلال روانی مربوط باشد. مراحل مختلف زندگی می‌تواند تأثیرات گوناگونی بر اختلالات روانی مراجع بگذارد. می‌توانید این مراحل را در زیر مشاهده کنید:

• قبل از تولد

تأثیرات شرایط دوران بارداری می‌تواند منجر به ایجاد عوامل پیش‌زمینه‌ای اختلال خاصی شود. عوامل اثرگذار عبارتند از:

- مصرف تنباکو، الکل و مواد
- بیماری‌ها و داروها
- تصادفات
- استرس‌های روانی و استرس مادر در حین بارداری

• تولد

مشکلات هنگام تولد نیز ممکن است پیش‌زمینه‌هایی برای ابتلا به اختلال خاصی را فراهم سازند. این مشکلات شامل موارد زیر است:

- کمبود اکسیژن هنگام تولد
- داروها
- صدمات

• دوران اولیه‌ی کودکی

عوامل اثرگذار بر دلبستگی والد-فرزند این مرحله، در فرایند درمان بسیار مهم است و درمانگر باید در مورد این عوامل اطلاعات کافی کسب کند. این عوامل می‌توانند نشانه‌های استرس‌زایی برای اختلالات دلبستگی یا تروما باشند. این موارد عبارتند از:

- بیماری‌های جدی در دوران نوزادی، دارو و دوره‌های بستری شدن در بیمارستان
- وقایع منجر به جدایی، از دست دادن یا محرومیت
- عوامل استرس‌زای بیرونی
- تجربه‌ی مورد غفلت واقع شدن
- خشونت
- شرایط خانوادگی
 - حضور یا غیبت والدین و حجم کار زیاد آنها
 - تعارضات زناشویی و جدایی
 - سبک والدگری
- وضعیت در مهد کودک

• دوران مهد کودک و دبستان

در این دوره فرآیندهای اجتماعی شدن مثل یکپارچه شدن با گروه همسال اهمیت پیدا می‌کند. تمایلات به سمت مهار رفتار، ناامنی در شرایط اجتماعی یا انزوایابی در این مرحله، اغلب پیش‌بینی‌کننده اختلالات روانی در بزرگسالی هستند. رفتارهای خاص مشکل‌دار در اوایل کودکی ممکن است پیش‌بینی‌کننده اختلالات شخصیت نیز باشند. فهرست زیر عوامل احتمالی خطر و منابع موجود برای مقابله با اختلال را نشان می‌دهد.

- کیفیت و اندازه‌ی شبکه‌ی روابط اجتماعی کودک در مدرسه
- جایگاه کودک در گروه همسال:
 - نماینده‌ی کلاس بودن
 - مرتکب قلدری و یا قربانی شدن
- سطح و سازگاری عملکرد در مدرسه
- تغییر منزل یا گذار به مدرسه‌ی دیگر و از دست دادن دوستان

• دوره‌ی رشدی بعدی

فهرست زیر شامل ابعاد مرتبط با مراحل بعدی رشد است:

- وقایع مهم در زندگی شغلی
 - تحصیلات، آموزش‌ها، شروع به کار کردن
 - اشتغال یا تغییر شغل‌ها
 - دوره‌های بیکاری
- وقایع مهم در زندگی خصوصی
 - شبکه‌ی روابط اجتماعی
 - زندگی خانوادگی
 - روابط
 - ازدواج
 - کودکان
- رشد جنسی

برگه‌ی اطلاعات ۰۳- فهرست: شرح حال گرفتن از مراجع

کاربرگ ۱۷- تکلیف منزل: نمودار زندگی

کاربرگ شماره ۱۸- (مراجع)، تکلیف منزل: سوسیوگرام^۱

^۱ sociogram

۳-۳ پایان مصاحبه‌ی اولیه

خلاصه

در پایان مصاحبه‌ی اولیه، درمانگر باید آنچه را که بحث شده است، خلاصه کند. خلاصه باید موارد زیر را پوشش دهد:

- مهم‌ترین مشکلات و دغدغه‌های مراجع
 - اطلاعات درباره‌ی مرزها و شرایط زندگی
 - نکات کلیدی در زندگینامه‌ی مرتبط با رشد اختلال
- در نهایت، به مراجع باید فرصت داده شود تا هر چه را می‌خواهد به این خلاصه اضافه کند.

تشخیص اولیه

در ادامه، درمانگر می‌تواند یک تشخیص اولیه داشته باشد و در طول صحبت با مراجع، همیشه اذعان می‌کند که قبل از یک تشخیص صحیح به اطلاعات بیشتری نیاز دارد. او می‌تواند این نیاز خود را با چنین جملاتی بیان کند:

امروز بعد از صحبت با شما، معتقدم که بر اساس نشانه‌ها و آنچه که در مورد وضعیت فعلی خود به من گفتید، از یک اختلال افسردگی رنج می‌برید. با این حال، در این برهه، من نمی‌توانم یک تشخیص دقیق بدهم. در واقع، تا زمانی که اطلاعات دقیق‌تری نداشته باشم، نمی‌توانم تشخیص نهایی را ارائه کنم.

چشم‌انداز

درمانگر با نشان دادن ساختار فرایند درمان به مراجع، مروری اجمالی از مسیر پیش رو و مفهوم درمان به او می‌دهد. درمانگر باید به طور مختصر موارد زیر را توضیح دهد:

- **مرحله‌ی آزمایشی**
 - تحلیل رفتار
 - ثبت زندگینامه
 - فرایند تشخیص
 - آزمون‌های روانشناختی
 - مصاحبه‌ی بالینی یا غربالگری
- **جلسه‌ی سنجش (ارائه یک تشخیص)**
- **آموزش روانشناختی و آماده سازی شناختی**
 - اطلاعات درباره ماهیت اختلال
 - الگوهای چگونگی ایجاد و ثبات اختلال
- **مرحله‌ی تغییر رفتار**

پیش‌آگهی

درمانگر باید یک پیش‌آگهی مثبت به مراجع بدهد. مراجع هم باید به این فکر و احساس برسد که به جای مناسبی مراجعه کرده و روش‌ها و مداخلات روان‌درمانی ابزار خوبی برای درمان مسائل یا اختلال او است.

پیشنهاد

برخی مراجعان در ابتدای درمان، بسیار کم حوصله‌اند. آنها به دنبال یک تشخیص قطعی هستند و می‌خواهند تا حد ممکن به صورت دقیق بدانند که چه درمانی خواهند گرفت و چقدر طول می‌کشد. درمانگر می‌تواند توضیحات زیر را ارائه دهد:

- من درک می‌کنم که شما به یک تشخیص دقیق نیاز دارید.
- درمان، فرایندی گام به گام است.
- اول، من باید یک تصویر کلی از شما و مشکلاتتان داشته باشم. به همین دلیل، مصاحبه‌ی اولیه را نیاز داشتیم.
- مصاحبه‌ی اولیه همه‌ی اطلاعات کافی را به ما نمی‌دهد. در نتیجه، در این لحظه نمی‌توان یک تشخیص معتبر ارائه داد.
- آنچه که می‌توانم انجام دهم این است که چشم اندازی از فرایند درمان به شما ارائه کنم.
- همچنین، می‌توانم بگویم که درمان تا حد امکان کوتاه خواهد بود.

خلاصه

درمانگر باید از مراجع بخواهد که یک خلاصه ارائه کند (مثلاً از آنچه که می‌خواهد با درمان به دست آورد). یک خلاصه، دستورالعملی است از اینکه یک شخص وظیفه‌اش چیست و چه تکالیفی دارد. اگر مراجع قادر به انجام آن می‌باشد، درمانگر خلاصه‌ی مراجع را بدون انتقاد و یا مورد سؤال قرار دادن می‌پذیرد. یکی از اهداف جلسات بعدی، بررسی آرزوها و خواسته‌های مراجع به طور جزئی‌تر با مشخص کردن بیشتر و چارچوب‌دهی مجدد خلاصه است. اگر مراجع قادر به ایجاد یک خلاصه نیست، پس این کار می‌تواند اولین تکلیف او باشد. از آنجا که این گام بسیار مهمی است، باید به طریقی توسط خود مراجع انجام شود. شکل‌دهی یک خلاصه در مصاحبه‌ی اولیه به مراجع کمک می‌کند تا متوجه شود مشارکت او در موفقیت فرآیند درمان امری بسیار مهم است.

مسائل سازمانی و چهارچوب کلی

در بخش پایانی مصاحبه‌ی اولیه، درمانگر و مراجع در مورد موضوعات مهم سازمانی بحث می‌کنند:

- بر اساس تشخیص موقتی و اولیه، درمانگر می‌تواند برگه‌های ثبت را به مراجع بدهد. به عنوان مثال، درباره یادداشت‌های افسردگی، درد و اضطراب. مراجع می‌تواند این برگه‌ها را کنارش بگذارد و در ادامه، درمانگر باید دستورالعمل‌های جزئی در مورد اینکه چگونه این برگه‌ها را استفاده کند، به او بدهد. اگر زمان کافی برای این کار وجود ندارد، بهتر است در جلسه بعدی برگه‌ها را تهیه کنید.

- اگر مراجع تصمیم گرفت که به مرحله‌ی آزمایشی برود باید به او پرسشنامه (کاربرگ ۰۱) و آزمون‌های روانشناختی داده شود. مراجع باید این پرسشنامه‌ها را در خانه انجام دهد و جلسه بعدی با خود بیاورد.
 - به مراجع گزارش جلسه‌ی مشاوره داده می‌شود. پزشک مراجع و یا مشاور او باید گزارش را تکمیل کنند. علاوه بر این، فرم‌های گزارش، بخشی از برگه‌هایی است که برای هزینه‌های مربوط به بیمه نیاز است.
 - اگر نیاز به مشورت‌های بیشتر یا درمان‌های پزشکی باشد (مثل بررسی تیروئید، ECC، درمان دارویی و...) باید به نحوی برنامه‌ریزی شود.
 - درمانگر برگه‌ی شرح حریم خصوصی را به مراجع می‌دهد (کاربرگ ۰۸ - شرح حریم خصوصی)
 - در پایان، قرار ملاقات برای جلسات بعد برنامه‌ریزی می‌شود و در اینجا، درمانگر و مراجع خداحافظی می‌کنند.
- کاربرگ‌های شماره (۰۷ تا ۱۴) به درمانگر کمک می‌کند تا اطلاعات مرتبط و تصور اولیه‌ای که از مصاحبه‌ی اولیه به دست آورده سازماندهی کند. فهرست‌های موجود در کاربرگ (۲۱ تا ۲۸ در مورد اختلال بی‌اشتهایی روانی، پرخوری عصبی، افسردگی، PTSD، وسواس و اضطراب) برای جمع‌آوری، دسته‌بندی و ثبت علائم جهت تشخیص مفید هستند.

کاربرگ ۰۷- پیگیری مصاحبه‌ی اولیه، علائم و پرسشنامه‌ی تاریخچه

کاربرگ ۰۸- شرح حریم خصوصی

کاربرگ ۱۰- برگه‌ی ثبت مصاحبه‌ی اولیه: افسردگی

کاربرگ ۱۱- برگه‌ی ثبت مصاحبه‌ی اولیه: اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)

کاربرگ ۱۲- برگه‌ی ثبت مصاحبه‌ی اولیه: درد

کاربرگ ۱۳- برگه‌ی ثبت مصاحبه‌ی اولیه: اضطراب

کاربرگ ۱۴- تشخیص عملکردی- اضطراب

کاربرگ ۱۵- خودانکاسی بعد از مصاحبه‌ی اولیه

آزمونی از قسمت مصاحبه‌ی اولیه

تکلیف: پاسخ خود را به سؤالات زیر بنویسید.

- گام‌های مصاحبه‌ی اولیه را نام برده و ویژگی‌های اصلی هر گام را توصیف کنید.
- اهداف مراجع و درمانگر از مصاحبه‌ی اولیه را بنویسید.
- به مراجعی که برای دریافت تشخیص صبر ندارد چه پاسخی می‌دهید؟ پاسخ شما باید در مورد علت‌ها شفاف باشد و با همدلی به مراجع ارائه شود.
- توصیف کنید که خلاصه چیست و چرا برای انگیزه‌ی مراجع اهمیت دارد؟

آیا برای فصل بعدی آماده هستید؟ بیایید شروع کنیم.