

ترجمه و توضیح: دکتر علوی - دکتر افروز

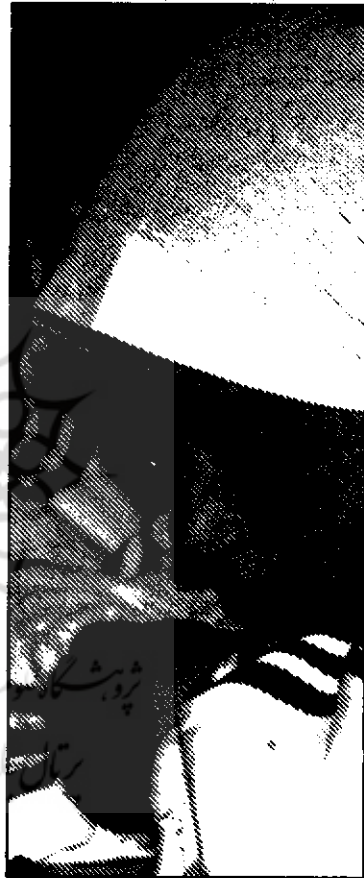
منبع: کتاب COGNITIVE - BEHAVIOURAL
ASSESSMENT AND THERAPY WITH
ADOLESCENTS

تألیف: DR. JANET ZARB

افسردگی نوجوانی، گروهی از علائم ناهمگن را شامل می‌گردد که در طول تحول طبیعی مشاهده نمی‌شوند. کلارک^۱ و همکارانش (۱۹۹۰) در تحقیقات خود نشان داده‌اند که ۲۰٪ نوجوانان ۱۳ تا ۱۹ ساله، تا قبل از سن ۱۸ سالگی، حداقل یک بار به افسردگی مبتلا شده‌اند.^۲ بعضی از علائم افسردگی عبارت‌اند از: ۱- ضعف در مهارت‌های اجتماعی ۲- اضطراب اجتماعی و سطوح بالای اضطراب ناشی از سایر منابع استرس‌زا ۳- استفاده از سیگار و مواد مخدر ۴- عدم تمایل حتی برای شرکت در فعالیت‌های خوشایند ۵- فکر کردن در مورد خودکشی ۶- بروز مشکلات و نارسایی‌های تحصیلی ۷- مواجهه مکرر با اتفاقات تنش‌زا ۸- اختلالات سلوکی^۳ ۹- اختلالات تغذیه‌ای در دختران نوجوان.

هم‌چنین کلارک و همکارانش (۱۹۹۰) به این نتیجه رسیدند که شباهت زیادی بین علائم افسردگی اساسی دوره نوجوانی و افسردگی بزرگ‌سالی وجود دارد. بر اساس DSMIV، افسردگی اساسی دوره نوجوانی حداقل پنج علامت از علائم زیر را شامل می‌گردد:

- ۱- خلق افسرده
- ۲- کاهش قابل توجه در علاقه نسبت به کلیه فعالیت‌ها، حتی فعالیت‌های خوشایند.
- ۳- افزایش یا کاهش در اشتها نسبت به غذا و



بررسی علل افسردگی در نوجوانان و روش‌های درمان

وزن بدن .

۴- بی خوابی یا پر خوابی .

۵- آشفتگی و کندی روانی - حرکتی .

۶- احساس کاهش انرژی حیاتی، احساس

خستگی و کوفتگی و بی رمقی .

۷- احساس گناه و احساس بی ارزش بودن و

بی کفایتی .

۸- کاهش توانایی در فکر کردن و ضعف در

تمرکز ذهنی بر موضوع خاص .

۹- تشدید افکار مربوط به مرگ و خودکشی .

دیس تایمیا^۲ (افسردگی عمومی) اختلالی

مشابه است ولی مدت آن در کودکان و

نوجوانان مبتلا، حدود یک سال است و

خصوصیات اصلی آن شبیه به علائم افسردگی

مزمن و خفیف می باشد. این اختلال دارای

حداقل دو علامت از علائم زیر می باشد:

۱- کم خوری یا پر خوری ۲- بی خوابی یا

پر خوابی ۳- کاهش سطح انرژی و تنبلی،

۴- عزت نفس پایین، ۵- کاهش سطح تمرکز یا

ضعیف بودن قدرت تصمیم گیری ۶- احساس

عدم اطمینان. البته ذکر این نکته لازم است که

مرز بین اختلال دیس تایمیا و دوره های

افسردگی اساسی (خصوصاً در کودکان و

نوجوانان) کاملاً واضح و مشخص نیست.

اختلال افسردگی جزئی (مختصر) زمانی رخ

می دهد که افسردگی، بر خلق فرد غالب است،

اما همه جنبه های زندگی او را در بر نمی گیرد.

در حالی که افسردگی کلی نوجوانی و

بزرگ سالی، در حدی است که اولاً همه

جنبه های زندگی فرد را در بر می گیرد، ثانیاً

علاوه بر روان درمانی، گاهی ممکن است به

دارو درمانی نیاز داشته باشد. بدین لحاظ

می بایستی بین افسردگی کلی و جزئی تفکیک

قائل شد.

تفکیک بین افسردگی یک قطبی^۵ و دو

قطبی^۶ نیز مهم و اساسی است، زیرا اختلال

افسردگی دو قطبی (که ممکن است شامل یک

دوره مانیا^۷ نیز بشود) ممکن است نیاز به دارو

درمانی داشته باشد. علاوه بر این، دارو درمانی

می تواند برای درمان افسردگی های سایکوتیک

که با توهم یا هذیان همراه اند، و نیز آن دسته از

افسردگی هایی که دارای علائم بدنی اند، مفید

باشد. نکته دیگر این که ترکیبی از دارو درمانی

و درمان های شناختی - رفتاری می تواند برای

دوره های افسردگی کلی لازم باشد، در حالی که

برای درمان افسردگی جزئی معمولاً فقط

استفاده از روش های شناختی - رفتاری توصیه

می شود.

عوامل مؤثر در افسردگی نوجوانان

کارتیر و رانیری^۸ (۱۹۸۴) در مطالعات

بالینی بی که در زمینه افسردگی نوجوانی انجام

دادند به این نتیجه رسیدند که نمی توان

چارچوب مشخص و واضحی برای افسردگی

نوجوانی تعیین کرد، زیرا افسردگی دوره

نوجوانی تعدادی از علائم اختلالات دیگر را با

خود به همراه دارد. در ادبیات روان شناختی،

رفتارها و علائمی را که با افسردگی همراه

باشند، تحت عنوان "معادل های افسردگی"^۹

می نامند. بعضی از این معادل ها عبارت اند از:

۱- رفتارهای بزه کارانه در سطح خانواده و

جامعه مانند پر خاشاگری، فعالیت های

ضد اجتماعی، اعتراض و سرکشی، قشقرق

راه انداختن، فرار از منزل، استفاده از سیگار و

مواد مخدر، و اختلالات و انحرافات جنسی

۲- مشکلات مدرسه ای (مثل مدرسه هراسی،

مشکلات بروز کند و علائم آن نیز ممکن است در اظهار نظرهای فعلی نوجوان آشکار یا پنهان باشد.

به نظر کروک^{۱۰} و همکارانش (۱۹۸۱) نگرش‌هایی که افراد افسرده نسبت به خود دارند، ممکن است در اثر رابطه نامناسبی که والدین در دوران کودکی با آنها داشته‌اند ایجاد شود. این رابطه می‌تواند شامل طرد شدن توسط والدین، تنبیه شدن و ارزیابی‌های منفی‌گرایانه والدین نسبت به آنها، محروم شدن از محبت والدین و ایجاد احساس گناه و اضطراب در کودک توسط والدین، باشد. البته ذکر این نکته لازم است که در ابتدای دوره نوجوانی، احتمال بروز علائم بارز افسردگی بزرگ‌سالی در نوجوان کم است و در صورت بروز آن در نوجوانان کم سن و سال‌تر، می‌توان علائم افسردگی را به صورت خودبیمار انگاری^{۱۱}، چاقی و سستی و مشکلات تمرکز، در رفتارشان مشاهده کرد. الگوهای رفتاری آنها ممکن است نشان دهنده تلاششان برای مهار کردن افسردگی یا طلب کمک از دیگران برای این کار باشد (وینر^{۱۲}، ۱۹۷۰).

در ضمن، تلاش‌های این قبیل نوجوانان برای مهار کردن افسردگی گاهی شکل احساس ناراحتی^{۱۳}، رابطه افراطی با دیگران یا دوری گزینی از مردم به خود می‌گیرد. احساس ناراحتی آنها، به این صورت متبلور می‌شود که تمایل بسیار زیادی برای ایجاد تغییر در وضعیت موجود از خود نشان می‌دهند، ولی تلاشی برای تغییر نمی‌کنند. تحمل آنها در مقابل وقایع تکراری و روزمره بسیار پایین است. نوجوانان افسرده تمایل زیادی برای رفاقت و برقراری روابط صمیمانه از خود نشان

عدم پیشرفت تحصیلی، مدرسه‌گریزی و اخراج از مدرسه و ۳- مشکلات مربوط به برقراری رابطه با گروه همسن و سال (مثل طرد شدن توسط آنها). بعضی دیگر از معادل‌های افسردگی که در منابع مختلف به آنها اشاره شده است عبارت‌اند از: پاسخ‌های حاکی از خود بیمار پنداری، ناآرامی، مقاومت در مقابل تنهایی و عکس‌العمل‌های نامناسب در مقابل



محرك‌های خوشایند. به هر حال کارتیر و رانیری به دنبال مطالعه‌ای که در زمینه ارتباط بین معادل‌های افسردگی و تشخیص افسردگی نوجوانی به عمل آمده بود، به این نتیجه رسیدند که استنباط با هم برابر بودن عوامل زیربنایی افسردگی و معادل افسردگی، قابل اثبات و واریسی نمی‌باشد. افسردگی نوجوانی، ممکن است قبل یا بعد از رخداد سایر

می دهند و برای یافتن دوستان جدید تلاش می کنند.

رفتارهای کمک طلبانه^{۱۴} نوجوانان افسرده ممکن است به صورت رفتارهای مشکل آفرینی همچون: قشقرق راه انداختن^{۱۵}، دوری گزیدن، دزدی کردن، مدرسه گریزی، اعتراض، رفتارهای ضداجتماعی و فعالیت های بزه کارانه^{۱۶} باشد. این رفتارها که باعث جلب توجه دیگران می شود، همواره باعث نمی شود که دیگران تصور کنند نوجوان نیاز به کمک دارد و به او کمک کنند، بلکه باعث می شود که آنها تصور کنند این رفتارها بیانگر پرخاشگری نوجوان است و گاهی نیز این رفتارها را به عنوان نشانه هایی از اختلالات سلوکی (ارتباطی) در نظر می گیرند. نوجوانان بزرگسال تر، ظرفیت بیش تری برای اندیشیدن راجع به مشکلات و تعارض های درونی خود دارند و مایل اند مشکلات درونی خود را به شکل مستقیم برای دیگران مطرح کنند. هم چنین، این گروه، علائم سستی افسردگی را نیز از خود نشان می دهند. در



ضمن ممکن است رفتارهای خودتخریبی^{۱۷} مختلفی مانند استفاده از داروهای مؤثر بر روان، آشفتگی در رفتار جنسی و اقدام به خودکشی را از خود بروز دهند. چنانچه نوجوانان افسرده نتوانند با استفاده از رفتارهای سازگارانه به سطحی از رضایت، همدلی و روابط صمیمانه با دیگران دست پیدا کنند، ممکن است مجدداً به داروهای مؤثر بر روان و انحرافات جنسی (به عنوان روشی برای کاهش افسردگی) تمایل پیدا کنند. در نتیجه، آنها ممکن است از انجام کارهایی که باعث پیشرفت و موفقیت می شود خودداری کنند و به دلیل احساس عدم صلاحیت و احساس افسردگی، دچار درماندگی شوند.

مدل افسردگی بک^{۱۸}

بک (۱۹۶۳) در بررسی خود به مقایسه نوجوانان مبتلا به افسردگی و نوجوانان غیرمبتلا پرداخت. او در این تحقیق متوجه شد که ساختار ذهنی نوجوانان افسرده به گونه ای است که نوع استنباط آنها از واقعیت، متفاوت با نوع استنباط نوجوانان عادی است. مهم ترین خصوصیات ساختار ذهنی آنها عبارت اند از: عزت نفس پایین^{۱۹}، احساس گناه و غرق شدن در مسئولیت ها.

فرایندهای شناختی که سبب می شود نوجوانان افسرده استنباط غیرواقعی نسبت به محیط اطراف داشته باشند عبارت اند از: ۱- استنتاج های غلط ذهنی (استنتاج هایی که منطبق با میل آنهاست نه منطبق با واقعیت)، بیش تعمیمی، برداشت مبالغه آمیز از مسائل و موضوعات روزمره و برچسب زدن های ناروا به رویدادها. بک به این نتیجه رسید که افسردگی

همین علت تعبیرهای او اغراق آمیز و غیرطبیعی است. از نظر رفتاری نیز، از آنجا که به انتظار دارد رفتارها و فعالیت‌هایش به نتیجه نرسد، از تنظیم اهداف و خطر کردن در فعالیت‌ها خودداری می‌کند.

کارتیر و رائیری (۱۹۸۴) در تحقیقات خود نشان دادند که روش درمانی بک می‌تواند برای درمان نوجوانان مبتلا به افسردگی نیز مفید باشد. به نظر می‌رسد که نوجوانان مبتلا به افسردگی دارای: تصور منفی یا ضعیف از خود، احساس بی‌ارزشی، عزت نفس پایین و احساس ناامنی‌اند. در روش درمانی بک سعی می‌شود آن دسته از شناخت‌های ذهنی و گمان‌های غیرطبیعی که در ایجاد اختلال مؤثرند شناسایی و اصلاح شوند. در این روش درمانی، اعتقاد بر این است که رفتارهای افسرده‌وار نوجوان، از افکار و تعبیرهای غیرطبیعی او سرچشمه می‌گیرند. به همین علت است که سعی می‌شود افکار و فلسفه ذهنی مراجع، شناسایی و اصلاح شود. بسیاری از تصورات ذهنی و گمان‌های غیرطبیعی نوجوانان افسرده، از عللی چون گناه‌کار شمردن خود^{۲۱}، بایدها و نبایدهای ذهنی و احساس عدم اطمینانی که در آنان وجود دارد ناشی می‌شود. (شاو و بک ۱۹۷۷، بک و همکارانش ۱۹۷۹)

در روش درمانی بک برای نوجوانان افسرده‌ای که شدت افسردگی آن‌ها از سطح متوسط تا شدید است، به طبقه‌بندی نشانه‌های افسردگی پرداخته می‌شود. تغییر در این نشانه‌ها به عنوان علامتی برای بیان میزان موفقیت یا عدم موفقیت درمان مورد توجه قرار می‌گیرد. در مورد نوجوانانی که شدت افسردگی آن‌ها کم‌تر است، درمانگر سعی می‌کند به

عمدتاً از تعبیرهای منفی و غلط افراد مبتلا از واقعیات موجود ناشی می‌شود. او در این زمینه به سه موضوع اصلی اشاره کرده و معتقد است که آن‌ها زیربنای این‌گونه تعبیرها را تشکیل می‌دهند. این سه موضوع عبارت‌اند از: الف) نگرش نوجوانان افسرده نسبت به جهان، به این ترتیب که جهان را به عنوان جهانی بی‌رحم و ظالم می‌دانند. ب) خود و دیگران را بی‌ارزش تلقی می‌کنند. ج) احساس می‌کنند که نمی‌توان به آینده امیدوار بود. در روش شناخت درمانی بک، سعی می‌شود فشارهای هیجانی و سایر علائم افسردگی کاهش یابد، به این صورت که درمانگر تلاش می‌کند با بررسی تعبیرهای غلط، رفتارهای خود تخریبی و نگرش‌های غیرطبیعی مراجع، آن‌ها را اصلاح کند و بدین ترتیب به مراجع کمک می‌کند که ارتباط بین افکار منفی و احساس‌های منفی را درک کند.

میزان رشد و تداوم افسردگی هیجانی^{۲۲} بستگی به این موضوع دارد که مراجع، واقعیات و اتفاقات محیطی را به چه شکلی در ذهن خود سازمان‌دهی می‌کند. بک به منظور توضیح سه الگوی ذهنی اصلی افراد مبتلا به افسردگی از اصطلاح "مثلث شناختی" استفاده می‌کند. در این مثلث، فرد افسرده تمایل به این دارد که خودش، تجربیات و آینده‌اش را به صورت منفی ببیند. او به محیط اطراف خود به عنوان یک محیط خسته‌کننده می‌نگرد، خودش را یک فرد نالایق، غیرجذاب و مسئول اتفاقات ناخوشایند زندگی می‌داند و احساس می‌کند که در آینده هیچ‌گونه پیش‌رفتی نخواهد داشت. او تمایل دارد که تجربیات زندگی را بر اساس سیستم فکری و اعتقادی خویش تعبیر کند. به



شناسایی و ایجاد تغییر در عوامل محیطی ای
پردازد که باعث ایجاد و تداوم افسردگی در فرد
می شود. از جمله این عوامل عبارت اند از:
اختلال در روابط شخصی، ناتوانی در
دستیابی به اهداف و محرومیت از
فعالیت های رضایت بخش.

درمان گر، سعی می کند به شناسایی
موضوعات و مواردی پردازد که نشان دهنده
سه الگوی شناختی افسردگی بک می باشند.
علاوه بر این، درمان گر سعی می کند به
شناسایی آن دسته از تجربیات فعلی و گذشته
مراجع پردازد که ممکن است باعث ایجاد
استنتاج های ذهنی دل بخواهی،^{۲۲} بیش
تعمیمی،^{۲۳} بسزرگ نمایی واقعیات،^{۲۴}
کوچک نمایی واقعیات^{۲۵} و شخصی سازی آن ها
شوند. هم چنین درمان گر سعی می کند آن دسته
از گفتارها و جملات و نجواهای درونی^{۲۶}
مراجع را که با هیجان های مختلف او
(هیجان هایی چون خشم، عصبانیت و ترس)
همراه اند شناسایی کند تا بدین صورت به
مراجع کمک شود ارتباط بین پاسخ های هیجانی
خود و الگوهای ذهنی و شناختی غیر طبیعی اش
را بفهمد.

نوجوان، آینده را به صورت منفی ببیند.
۲- عوامل عاطفی و هیجانی چون خشم و
نبود تجربیات خوشایند و لذت بخش.
۳- عوامل انگیزشی که شامل دوری گزیدن
از جامعه و تمایل به خودکشی می گردد.
۴- عوامل رفتاری و فیزیولوژیکی که
بی فعالیتی، نوسان در اشتها، آشفتگی در خواب
و اظهار خستگی مفرط را شامل می شود
(کارتیر و رانیری ۱۹۸۴).

درمان گر می تواند با استفاده از روش

بک، علائم و نشانه های افسردگی افراد
بزرگ سال را که نیاز به اصلاح و درمان دارند به
چند مقوله تقسیم می کند. این مقوله ها
عبارت اند از: علائم و نشانه های شناختی^{۲۷}،
عاطفی^{۲۸}، انگیزشی^{۲۹}، رفتاری^{۳۰} و
فیزیولوژیکی.^{۳۱} این طبقه بندی علائم و
نشانه ها، می تواند در مورد افسردگی نوجوانی
نیز مورد توجه قرار گیرد. علائم و نشانه های
فوق عبارت اند از:

۱- عوامل شناختی ای که باعث می شوند

این موضوع می‌توسید که مبادا پدرش در طول ساعاتی که او در مدرسه است، به مادرش صدمه‌ای وارد کند. او اعتقاد داشت که در مقابل مادرش مسئول است و به همین سبب در طول ساعات مدرسه از این که در منزل حضور ندارد تا از مادرش حمایت کند، احساس گناه می‌کرد و معتقد بود هرگونه اتفاقی که برای مادرش رخ

دهد، مسئولیتش به عهده اوست. به همین علت او نمی‌توانست به اندازه کافی بر روی مطالب درسی و مدرسه‌ای تمرکز داشته باشد و به‌طور منظم در مدرسه حضور نمی‌یافت. و در ساعات غیرمدرسه‌ای نیز، اوقاتش را با دوستانش سپری نمی‌کرد. او در امتحانات کنکور دانشگاهی شرکت نکرد، زیرا رفتن به دانشگاه مستلزم ترک خانه بود و مادر این دختر نیز از او خواهش کرده بود که وی را تنها نگذارد. از طرف دیگر احساس این که سال‌های آینده را باید در خانه بماند و به دانشگاه نرود، دختر را دچار افسردگی کرده بود. نمونه‌هایی از شناخت و گمان‌های غیرطبیعی این دختر، که بیانگر وجود احساس گناه، انتقاد شدید از خود، احساس عدم اطمینان و احساس مسئولیت اغراق‌آمیز بود، عبارت بودند از: "من مسئول کارهایی که پدرم انجام می‌دهد هستم، من نمی‌توانم هیچ کاری برای بهبود این وضعیت انجام دهم، پدرم هیچ تغییری نخواهد کرد، بنابراین من ناچارم برای محافظت از مادرم به دانشگاه بروم و در خانه بمانم."

مداخله‌های درمانی به کار گرفته شده در مورد این دختر عبارت‌اند از:

۱- بازسازی شناختی گمان‌های غیرطبیعی فوق.

۲- آموزش حل مسئله به منظور ایجاد

بازسازی شناختی و درمان‌های رفتاری، به مراجع آموزش دهد که تفکرات و گمان‌های غلط خود را شناسایی و اصلاح کند و از بروز آن‌ها جلوگیری نماید. با این کار می‌توان به درمان علام افسردگی پرداخت. در زیر به هنر کدام از علائم و نشانه‌های چهارگانه فوق اشاره می‌شود:

۱- اهداف شناختی ۳۲

اهداف شناختی، آن دسته از گمان‌ها، نگرش‌ها و توضیحات منفی و غیرطبیعی را در بر می‌گیرد که بیانگر دیدگاه منفی مراجع نسبت به خود، جهان و آینده‌اند. (این اهداف می‌توانند شامل اختلال در تمرکز یا حافظه نیز باشند). یک درمان‌گر، اساساً سعی می‌کند که خطاهای شناختی‌ای را که مراجع مرتکب آن‌ها می‌شود شناسایی کند و نگرش او نسبت به خود، جهان و آینده را مشخص نماید. او با این کار، عوامل و زمینه‌های برجسته افسردگی را شناسایی می‌کند تا در روش درمانی بازسازی شناختی، به آن‌ها توجه نماید.

الف - هدف درمانی: بازسازی شناختی نگرش منفی نسبت به جهان

نگرش فرد بدین‌گونه است که او مشکلات خود را بسیار شدید و بزرگ و مضمحل‌کننده می‌بیند و در مقابل، موفقیت‌هایش را بسیار کوچک و غیرقابل توجه می‌داند و احساس می‌کند که نه تنها هیچ‌گونه کنترلی بر روی حوادث و محیط اطراف خود ندارد بلکه حتی نمی‌تواند رفتارهای خودش را هم کنترل کند. به‌عنوان مثال در یک مورد مشاهده شد که:

بزرگ‌ترین دختر یک پدر تنبیه‌گر، وقتی که به مدرسه می‌رفت دچار اضطراب می‌شد و از

ساده‌ترین آن‌ها شروع کرده، تدریجاً به اجرای اجزای پیچیده‌تر پردازد. هم‌زمان با اجرای این کار، به بازسازی شناختی موضوع بزرگ دیدن مشکلات و داشتن توقعات بیش از حد از خود، پرداخته می‌شود. در نهایت می‌توان با استفاده از آموزش قاطع بودن، مراجع را برای مواجهه با توقعات غیرواقعی دیگران از او، که به‌طور غیرمستقیم موقعیت‌ها را برای فرد مشکل می‌کنند، آماده کرد.



موقعیت‌هایی که باعث بهبود وضعیت خانواده می‌شود، از قبیل تشویق مادر به حضور در گروه زنان و استفاده از راهنمایی‌های آن‌ها.

۳- بازسازی شناختی، به منظور مبارزه با افکار ناپایمن و جلوگیری از بروز این فکر که: به هنگام عدم حضور او در منزل، حتماً برای مادرش حادثه‌ای پیش خواهد آمد. با این کار، او می‌تواند در مدرسه به اندازه کافی تمرکز داشته باشد.

مداخله درمانی:

۱- درمان به وسیله روش‌های مقابله‌ای یا از عهده برآمدن^{۳۳} که با این روش‌ها، مراجع یاد می‌گیرد به مشکلات خود، به عنوان مشکلات حل‌نشده‌ی نگاه نکند.

۲- بازسازی شناخت‌ها و گمان‌های ذهنی منفی و غیرطبیعی (مثلاً بزرگ دیدن مشکلات و انتظارات بیش از حد از خود داشتن).

۳- آموزش جرئت‌ورزی و قاطع بودن در مقابل تقاضاهای غیرمنطقی‌یی که افراد مهم زندگی، از فرد دارند.

فرایند درمان به این صورت است که به مراجع کمک می‌شود ضمن شناسایی مشکلات اساسی خود و هم‌چنین موقعیت‌هایی که برایش آزار دهنده‌اند برای هر کدام از این‌ها (با استفاده از روش حل مسئله) چندین راه حل را پیش‌نهاد کند. بعد از این‌که بهترین راه حل شناسایی گردید، می‌توان راه حل را به اجزای تشکیل دهنده آن تجزیه نمود و سپس این اجزاء را از ساده‌ترین تا مشکل‌ترین، به ترتیب، تنظیم کرد. سپس درمان‌گر، از مراجع می‌خواهد که این اجزای رفتاری را، به عنوان تکلیف، در منزل اجرا کند. البته مراجع باید اجزای رفتاری را از

ب - هدف درمانی: دیدگاه منفی فرد نسبت به خود

نگرش منفی مراجع نسبت به خود، ممکن است از موضوعاتی چون: احساس مقصر دانستن خود، احساس خجالت، خشم و توقعات بیش از حد و غیرواقعی از خود، سرچشمه بگیرد. این زمینه‌ها را می‌توان در خلال صحبت‌ها و جملات مراجع، در طول جلسات درمانی پیدا کرد. احساس مقصر دانستن خود از این‌جا سرچشمه می‌گیرد که فرد احساس می‌کند که مسئولیت همه شکست‌ها به عهده اوست و او هیچ نقشی در موفقیت‌هایی که برایش رخ می‌دهد، ندارد. به عنوان مثال دختر مورد بحث ممکن است بگوید: "من لایق خوشحال بودن نیستم، زیرا اساساً آدم خوبی نیستم. من هم مانند پدرم فردی تنبل و بی‌ارزشم که نتوانسته است برای خودش شغلی پیدا کند." و... گاهی مفهوم منفی‌ای که فرد نسبت به خود دارد، از خشم و نفرت او نسبت به افراد مهم زندگی‌اش ناشی می‌شود. مثلاً: "وقتی که کوچک‌تر بودم، پدرم همیشه مرا کتک می‌زد و به من صدمه می‌رساند، به طوری که همان موقع با خودم عهد کردم که یک روز از او انتقام بگیرم." یا "مادرم، زندگی‌ام را تباہ کرده است. حالا او باید آن را برایم جبران کند." "خانواده‌ام فکر می‌کنند که همه کارهای من بی‌فایده است."

احساس مقصر دانستن خود، گاهی نیز از این موضوع ناشی می‌شود که مراجع برای دیگران آرزوی بدبخت شدن می‌کند (پدرم، هرگاه مواد مخدر و مشروبات الکلی مصرف می‌کند، به ما صدمه می‌زند، به همین علت من آرزو می‌کنم که او بمیرد). این احساس می‌تواند

از این موضوع ناشی شود که مراجع فکر می‌کند نمی‌تواند هیچ‌گونه کنترلی بر روی رفتار دیگران داشته باشد. (مثلاً: من نمی‌توانم پدرم را قانع کنم که از مواد مخدر و الکل استفاده نکند، به همین علت برای او آرزوی مرگ می‌کنم). گاهی نیز احساس مقصر دانستن خود به این علت است که مراجع دست به رفتارهای خودتخریب‌گرانه می‌زند؛ رفتارهایی چون استفاده از سیگار و مواد مخدر، پرخوری، بی‌بندوباری و انحراف جنسی (مثلاً: "من تمام بعدازظهر مشغول تماشای تلویزیون بوده و درس نخوانده‌ام، بنابراین مستحق آنم که در امتحان قبول نشوم).

گاهی نیز مراجع معتقد به یک سلسله "باید" های غیرواقعی است. همین موضوع باعث می‌شود که او ارزیابی منفی نسبت به خود داشته باشد. این موضوع را می‌توان در جملات بیان شده توسط نوجوان به خوبی پیدا کرد. جملاتی چون: "بچه‌ها باید والدین خود را دوست داشته باشند، اما من نسبت به پدرم کینه دارم."

گاهی احساس مقصر دانستن خود، از احساس خجالت و کوچک شمردن خود سرچشمه می‌گیرد. احساس خجالت و کوچک شمردن خود می‌تواند به این علت به وجود آید که اطرافیان، در مورد مراجع به عنوان یک فرد ضعیف و بی‌لیاقت قضاوت کنند (مثلاً: من باز هم در امتحان ریاضی نمره نیاوردم. من همان‌طور که پدرم می‌گوید فردی خنگ و عقب‌مانده هستم و باعث بدبختی خانواده شده‌ام).

پسر ۱۹ ساله‌ای که مادرش دو سال پیش دست به خودکشی زده بود، خودش را در مرگ

۱۹۷۹) می‌تواند برای نوجوانانی که احساس گناه کرده، از خود انتقاد می‌کنند و هم‌چنین دچار احساس شرم و خجالت‌اند، مفید باشد. بک و همکارانش سه مرحلهٔ روش "اسناد مجدد"^{۳۴} برای حل مشکل مقصر دانستن خود را ارائه نموده‌اند. در این روش، در مرحلهٔ اول، واقعیات مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. در مرحلهٔ دوم آن دسته از معیارها و انتظارات خشک و شدید والدین که باعث ایجاد توقعات و گمان‌های ذهنی غیرواقعی در نوجوان گردیده‌اند، شناسایی می‌شوند و در مرحلهٔ سوم گمان‌های ذهنی غیرواقعی مورد واری و تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند.

ج - هدف درمانی: اصلاح نگرش منفی نسبت

به آینده

نگرش منفی نسبت به آینده را می‌توان در لابه‌لای بعضی از جملات نوجوان پیدا کرد. نمونه‌هایی از این جملات عبارت‌اند از:

- من هرگز در زندگی‌ام موفق نخواهم شد، زیرا دوران کودکی‌ام دوران سالمی نبوده است.
- من و مادرم وجه اشتراک بسیار کمی داریم و الآن نیز برای این که بتوانم به او نزدیک شوم، دیر است.

- حتی اگر من بتوانم دیپلم بگیرم و از دبیرستان فارغ‌التحصیل شوم، بعد از آن مشکلات و شکست‌های دیگری بر سر راهم خواهد بود.

- من از زندگی کردن با پدرم و تحمل تنبیه‌های او متنفرم، اما نمی‌توانم او را ترک کنم زیرا جای دیگری ندارم و به کمک او نیاز دارم.
- من هرگز نخواهم توانست برای خودم خانه و زندگی داشته باشم. زیرا همیشه باید در

مادرش مقصر می‌دانست و احساس گناه می‌کرد. او معتقد بود که باید وقتی مادرش زنده بود، شغلی برای خودش پیدا می‌کرد و مادرش را از نظر مالی حمایت می‌کرد و به این ترتیب مانع از خودکشی مادرش می‌شد. او در عین حال، از مادرش ناراحت بود زیرا او را تنها گذاشته بود. وی نسبت به پدرش نیز احساس تنفر می‌کرد، زیرا او را یک فرد مشروب‌خوار بی‌خاصیت می‌دانست. از یک‌سال پیش، او ناچار شده بود که با خاله‌ای زندگی کند که هیچ علاقه‌ای به او نداشت. او از این سبک زندگی متنفر بود، خصوصاً این که خاله‌اش دائماً او را زیر نظر داشت. او اگرچه یک دانش‌آموز بالای متوسط بود، اما احساس می‌کرد که پیش‌رفت تحصیلی‌اش کند است و همیشه بعد از امتحان، خودش را سرزنش می‌کرد که چرا بیشتر از این تلاش نکرده است. او خودش را فرد بی‌ارزشی می‌دانست و نمی‌توانست روابط موفقیت‌آمیزی با گروه هم‌سن و سال داشته باشد، زیرا احساس می‌کرد برای دوستان و هم‌کلاسی‌ها جاذبه‌ای ندارد.

مداخلهٔ درمانی

۱- بازسازی شناختی گمان‌های غیرطبیعی که باعث ایجاد احساس مقصر دانستن خود، شرمندگی و گناه‌کار دانستن خود می‌گردند، با استفاده از عبارات و جملات مثبت به جای آن‌ها.

۲- آموزش حل مسئله برای کمک به مراجع که بتواند راه‌حل‌های مناسبی برای رفع مشکلات خود پیدا کند. مطالعات و تحقیقات بالینی نشان داده است که روش‌های بازسازی شناختی بک و همکارانش (بک و همکاران



خانه والدینم زندگی کنم و از مادرم سرپرستی
نمایم.

- من نمی‌توانم از دبیرستان فارغ‌التحصیل
شوم و به دانشگاه بروم، زیرا دیگر برایم دیر
شده است.

- همه دوستانم در حال پیش‌رفت و رسیدن
به هدف‌هایشان‌اند. اما من عقب مانده‌ام و
نمی‌توانم جبران کنم.

- آینده من هم مانند پدرم سیاه است، زیرا
من دارای همان خصوصیات منفی او هستم؛ نه
دوستی دارم و نه سرگرمی مفیدی.

- من مثل مادرم بی‌فکر، عاقبت‌کار من
پناهنده شدن به کشور دیگری است.

در زیر به شخصیتی اشاره شده است که
اعتقاد دارد ناچار است آینده بسیار دردناکی را
تحمل کند:

دبیر زبان انگلیسی یکی از دبیرستان‌ها،
وقتی که دفتر یکی از دانش‌آموزانش را نگاه
می‌کرد با این جملات مواجه شد: "زندگی
هیچ‌گونه لذتی برای من ندارد. من نمی‌توانم
هیچ کار خوبی انجام دهم. حالا که نمی‌توانم
برای حل مشکلاتم کاری انجام دهم، بهتر است
که تصمیم دیگری بگیرم و خودم را راحت کنم.
همواره دیگران مرا طرد می‌کنند. اگر پیش‌رفت
نکنم و موفق نشوم، راه حل دیگری جز مردن
ندارم." این دبیر زبان، دانش‌آموز را نزد
روان‌شناس مدرسه فرستاد. روان‌شناس مدرسه
بعد از چند جلسه صحبت با دانش‌آموز به این
نتیجه رسید که او تصور می‌کند مشکلاتش
غیرقابل حل می‌باشند.

بعضی از مشکلات او عبارت بودند از:

چاقی بیش از حد و عدم جذابیت ظاهری، تنفر
والدین نسبت به او و عدم توانایی وی در
دوستی با دیگران. خواندن و نوشتن شعر، یکی
از موضوعات مورد علاقه او بود، اما والدینش
به شعرهای او اهمیت نمی‌دادند و با او موافقت
نمی‌کردند که بعد از اتمام تحصیلات
دبیرستانی، در رشته شعر و ادبیات ادامه

واقعی تری در مورد نگرش های والدین و گروه همسن و سال نسبت به خودش داشته باشد.

مداخله درمانی:

- ۱- بازسازی شناختی
- ۲- آموزش حل مسئله
- ۳- تشکیل جلسات خانوادگی: موضوعات مطرح شده در این جلسات عبارت اند از: آموزش مهارت های برقراری ارتباط، آموزش بالا بردن سطح ارتباطات و آموزش گفت و گو کردن در زمینه اختلافات و تعارض ها. علاوه بر این، در طول جلسات فردی با مراجع، از روش های بازسازی شناختی و آموزش حل مسئله استفاده می شود. در جلسات خانوادگی نیز درمانگر به اعضای خانواده کمک می کند که گمان ها و تعبیرهای غیرطبیعی خود از فرزند نوجوانشان را شناسایی و اصلاح کنند.

تحصیل بدهد، در حالی که به برادر بزرگ ترش این اجازه را داده بودند.

روش درمانی به کار گرفته شده برای این دختر به این ترتیب بود که به او کمک شد بتواند راه حل های متعددی برای هر کدام از مشکلات خود طراحی کند. ابتدا به او کمک شد که بتواند رژیم غذایی خود را کنترل کند و مقدار غذای مصرفی اش را کاهش دهد تا به این ترتیب وزنش نیز کاسته شود و جاذبه ظاهری اش افزایش یابد. برای این کار، درمانگر او را به یک کلینیک تغذیه معرفی کرد تا یک برنامه غذایی برای او تنظیم شود. سپس با استفاده از ترکیبی از آموزش مهارت های بین شخصی^{۳۵} و آموزش مهارت های کلامی^{۳۶} به او کمک شد که روابط مثبت و دوستانه ای با دو نفر از هم کلاسی هایش برقرار کند. بعد با استفاده از بازسازی شناختی به او کمک شد که استنباط

پی نوشت ها:

- 1- CLARK
- ۲- این بررسی در امریکا صورت گرفته است و آمار ارائه شده مربوط به جامعه امریکا می باشد. با این وجود به نظر می رسد که در سایر کشورها نیز میزان افسردگی تا حدودی نزدیک به این رقم باشد.

- 3- CONDUCT DISORDERS
- 4- DYSTHYMIE
- 5- UNIPOLAR
- 6- BIPOLAR
- 7- MANIE
- 8- CHARTIERS AND RANIERI
- 9- DEPRESSIVE EQUIVALENTS
- 10- CROOK
- 11- HYPOCHONDRIASIS
- 12- WEINER
- 13- RESTLESSNESS
- 14- APPEALS FOR HELP
- 15- TEMPER TANTRUMS
- 16- DELIQUENT ACTS
- 17- SELF DESTRUCTIVE
- 18- BECK S MODEL OF DEPRESSION
- 19- LOW SELF STEEM
- 20- AFFECTIVE DEPRESSION
- 21- SELF BLAME
- 22- ARBITRARY
- 23- OVER GENERALIZATION
- 24- MAGNIFICATION
- 25- MINIMIZATION
- 26- SELF STATEMENTS
- 27- CONGNITIVE SYMPTOMS
- 28- AFFECTIVE
- 29- MOTIVATIVE SYMPTOMS
- 30- BEHAVIOURAL SYMPTOMS
- 31- PHYSIOLOGICAL SYMPTOMS
- 32- COGNITIVE TARGETS
- 33- COPING SKILLS
- 34- REATTRIBUTION
- 35- INTERPERSONAL SKILL TRAINING
- 36- CONVERSATION

SKILL TRAINING