

از حس بد به حس خوب

براساس شناخت درمانی

نویسنده،

دکتر دیوید برنز

مترجم:

فاطمه سادات میرحییبی



سرشناسه: برنز، دیوید دی. Bums, David D.
عنوان و نام پدیدآور: از حس بد به حس خوب بر اساس شناخت درمانی / نویسنده دیوید برنز؛ مترجم فاطمه سادات میرحبیبی.
مشخصات نشر: تهران: کتاب درمانی، ۱۳۹۲
مشخصات ظاهری: ۹۲۸ ص: مصور، جنول
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۶۴۸۳-۰۴-۷

وضعیت فهرست نویسی: فیا

یادداشت: عنوان اصلی: The feeling good handbook

موضوع: شناخت درمانی

موضوع: داروهای روانپزشکی

موضوع: روان دارونپزشکی

شناسه افزودن: میرحبیبی، فاطمه سادات، ۱۳۵۵ - مترجم

رده بندی کنگره: ۱۳۴۲ کب ۹ ش ۴۸۹/ RC

رده بندی دربی: ۸۹۱۴۲

شماره کتابشناسی ملی: ۳۱۲۱۲۲۷



از حس بد به حس خوب
(بر اساس شناخت درمانی)

نویسنده: دکتر دیوید برنز

مترجم: فاطمه سادات میرحبیبی

ویرایش: فرحناز صارم بافنده

امور فنی: میترا صارم بافنده

نوبت چاپ: اول ۱۳۹۲

تیراژ: ۵۰۰ جلد رقی

قیمت: ۳۹۰۰۰ تومان

تهران، میدان انقلاب، خیابان کارگر جنوبی، بین جمهوری و آذربایجان، کرجه کامیاب، بن بست
یکم، پلاک ۲
۶۶۴۲۳۳۷ - ۶۶۲۸۴۲۹

www.Ketabdarmani.com
info@Ketabdarmani.com

کلیه حقوق این اثر متعلق به انتشارات کتاب درمانی می باشد و هرگونه استفاده تجاری از این اثر اعم از کپی برداری، کتاب سازی، ضبط کامپیوتری و یا تکثیر به هر صورت دیگر کلاً و جزئاً ممنوع و قابل پیگرد قانونی است.

فهرست مطالب

۱۷	.....	مقدمه
		بخش اول
		درک حقیقات
۳۷	.....	فصل ۱: شما می‌توانید شیوه‌ای را که احساس می‌کنید، تغییر دهید
۴۹	.....	تمرین خودآگاهی
۵۰	.....	خشم
۵۶	.....	اضطراب و ترس
۵۹	.....	استرس
۶۳	.....	افسردگی
۶۶	.....	اغوا (وسوسه)
۶۹	.....	احساسات دیگر
۷۵	.....	فصل ۲: چگونه حقیقات خود را ارزیابی کنیم
۷۶	.....	آزمون سنجش اضطراب برتر

- ۸۰ آزمون سنجش افسردگی برنز
- تست‌های خلقی تا حد دقیق و قابل اطمینان هستند؟ آیا افرادی که این تست‌ها را انجام می‌دهند، نسبت به آنچه که واقعاً احساس می‌کنند بهتر خواهند شد یا بدتر؟ ۸۳
- تفاوت بین افسردگی و ناراحتی طبیعی چیست؟ ۸۴
- چه زمانی لازم است فرد پیگیر کمک‌ها و درمان‌های حرفه‌ای باشد؟ ۸۴
- برای فرد محبوبی که دچار افسردگی شده است چه کاری می‌توانم انجام دهم؟ ۸۵
- اگر یک دوست یا یکی از اعضای خانواده به درمان روان‌پزشکی نیاز داشته باشد چه کاری می‌توانم برای او انجام دهم؟ ۸۵
- چگونه می‌توانم تشخیص دهم که فرد قصد خودکشی دارد؟ ۸۶
- پزشک من یک آزمایش خون برایم انجام داد و گفت که افسردگی هورمونی دارم. آیا به این معناست که باید با دارو، درمان شوم؟ ۸۹
- نشانه‌های بیماری ۹۰
- فصل ۳: چگونه خلقیات خود را تشخیص دهیم ۹۷
- اضطراب و هراس ۹۹
- اختلال اضطراب فراگیر ۱۰۰
- فوبی اجتماعی ۱۰۱
- فوبی ساده ۱۰۲
- اختلال هراس (وحشت) ۱۰۲
- ترس از فضای باز ۱۰۴
- اختلال و سواسی جبری (فکری-عملی) ۱۰۵
- خود بیمار انگاری ۱۰۶
- افسردگی و مانی (شیدایی) ۱۰۸

- دوره‌ی افسردگی طولانی (ماژور) ۱۰۸
- اندوه‌گینی و افسرده‌خویی (دیستایمی) ۱۰۹
- اختلال دو قطبی (مینیک دپوسیو) ۱۰۹
- اختلال ادواری خلق ۱۱۱
- فصل ۴: آیا باید روش احساس کردن خود را تغییر دهیم؟** ۱۱۳
- چه مدتی است که چنین احساسی داریم؟ ۱۱۶
- آیا کار مثبت و سازنده‌ای برای رفع این مشکل انجام داده‌ام یا اینکه فقط غصه خورده و از آن اجتناب کرده‌ام؟ ۱۱۶
- اگر احساساتم را بیان کنم برایم مفید است یا مضر؟ ۱۱۸
- آیا خودم را برای مشکلی رنج می‌دهم که خارج از کنترلم است؟ ۱۱۹
- آیا مشکلی را که واقعا مرا ناراحت کرده است انکار می‌کنم؟ ۱۲۰
- آیا انتظارات من از دنیا و اطرافیانم واقعی و منطقی هستند؟ ۱۲۱
- آیا انتظاراتی که از خودم دارم، منطقی هستند؟ ۱۲۳
- آیا احساس ناامیدی می‌کنم؟ ۱۲۴
- آیا فقدان خودباوری را تجربه می‌کنم؟ ۱۲۵

بخش دوم

احساس خوب در مورد خودمان:

چگونه بر افسردگی غلبه کنیم و خودباوری را پرورش دهیم

- فصل ۵: چگونه روش احساسی خود را تغییر دهیم: چهار مرحله برای رسیدن به احساس رضایت و شادی** ۱۲۹
- مرحله ۱: واقع‌هی ناراحت کننده را مشخص کنید** ۱۳۰

۱۳۹	..... مرحله ۲: احساسات منفی خود را یادداشت کنید
۱۴۰	..... مرحله ۳: تکنیک سه ستونی
۱۴۵	..... مرحله ۴: نتیجه
۱۵۹	..... فصل ۶: ده روش برای منطقی اندیشیدن
۱۶۰	..... ۱. مشخص کردن خطاهای شناختی
۱۶۲	..... ۲. بررسی شواهد و مدارک
۱۶۴	..... ۳. روش معیار دوگانه
۱۶۶	..... ۴. تکنیک تجربی
۱۶۸	..... ۵. تفکر در سایه یکنواختی
۱۷۲	..... ۶. روش پرسش (بررسی)
۱۷۴	..... ۷. تعریف واژه‌ها
۱۷۵	..... ۸. روش معنایی
۱۷۷	..... ۹. نسبت دادن دوباره
۱۸۰	..... ۱۰. تحلیل موثر
۱۸۹	..... فصل ۷: چگونه سیستم مناسبی از ارزش‌های شخصی ایجاد کنیم؟
۱۹۱	..... تکنیک فلش عمودی
۲۱۱	..... فصل ۸: شناخت درمانی در عمل: چگونه یک خلق بد را تغییر دهیم
۲۱۱	..... مشکل خلقی شماره یک: احساس حقارت و ناامنی در میان جمع
۲۱۹	..... مشکل خلقی شماره دو: تحریک‌پذیری و کمبود خودباوری
۲۲۸	..... مشکل خلقی شماره سه: ناکامی، احساس گناه و استرس در محل کار
۲۳۹	..... مشکل خلقی شماره چهار: تحریک‌پذیری، ناکامی، اختلاف زناشویی
۲۴۵	..... مشکل خلقی شماره پنج: افسردگی

۲۵۳	فصل ۹: چرا افراد تعلل می کنند
۲۷۵	فصل ۱۰: توصیه‌هایی برای افرادی که تعلل می کنند
۲۷۶	مرحله یک: تحلیل موثر
۲۸۳	مرحله دو: برنامه‌ریزی کنید
۲۸۷	مرحله سه: کار خود را آسان تر کنید
۲۹۰	مرحله چهار: مثبت ببینید
۲۹۷	مرحله پنج: برای خودتان ارزش قایل شوید

بخش سوم

احساس اعتماد به نفس

چگونه بر اضطراب، ترس و قوی غلبه کنیم

۳۰۷	فصل ۱۱: درک اضطراب
۳۰۸	چگونه افکار تان می‌توانند شما را دچار هراس کنند
۳۱۲	چگونه احساسات سرکوب شده می‌توانند شما را مضطرب کنند
۳۱۷	علت‌های پزشکی اضطراب و هراس
۳۲۵	فصل ۱۲: چگونه با ترس‌های تان مقابله کنید تا پیروز شوید
۳۳۲	روش تجربی
۳۳۶	روش‌های به ظاهر نادرست
۳۳۷	تمرین مقابله با خجالت
۳۳۹	مواجه شدن با ترس
۳۴۵	گزارش خلقی روزانه
۳۵۰	تحلیل سود و زیان

۳۵۲	..... خیال مثبت
۳۵۵	..... پرت کردن حواس
۳۵۶	..... پذیرش احساسات منفی
۳۶۳	..... ارتباط داشتن (سروکار داشتن)
۳۷۹	..... فصل ۱۱: برطرف کردن ترس از مرگ
۳۹۱	..... فصل ۱۲: اضطراب اجتماعی: ترس از افراد
۳۹۵	..... خود افشاگری
۴۰۱	..... تکنیک پندار ترس
۴۰۳	..... تمرین مقابله با خجالت
۴۰۷	..... تکنیک تجربی
۴۱۰	..... روش علم معنایی
۴۱۲	..... بدترین اتفاق ممکن
۴۲۳	..... فصل ۱۵: اضطراب صحبت در جمع
۴۴۹	..... فصل ۱۶: چگونه زمانی که در هنگام مصاحبه به شدت دچار دلهره شده‌ایم بر این احساس غلبه کنیم
۴۵۶	..... پنج اصل مصاحبه‌ی پویا
۴۵۶	..... اصل شماره ۱: دوستانه رفتار کنید
۴۵۹	..... اصل شماره ۲: اجازه دهید آن‌ها خودشان را به شما بقیولانند
۴۶۱	..... اصل شماره ۳: صداقت داشته باشید، اما خود را مثبت جلوه دهید
۴۶۳	..... اصل شماره ۴: در مورد نقطه ضعف‌های‌تان حالت تدافعی نداشته باشید
.....	..... اصل شماره ۵: زمانی که نمی‌دانید چه مطلبی را عنوان کنید، سوالی را شرح دهید
۴۷۲	..... تبدیل شکست به پیروزی

فصل ۱۷: ترس از امتحان و انجام کار	۴۷۷
مواجه شدن با ترس	۴۸۰
تکنیک بخش‌بخش کردن	۴۸۵
وقفه‌های نگرانی	۴۸۹
گزارش روزانه روحیه سنجی	۴۹۰
تحلیل موثر	۴۹۲

بخش چهارم

سخت خوب با هم بودن

چگونه از طریق ارتباط بهتر روابطمان را بهتر کنیم

فصل ۱۸: ارتباط خوب و بد	۵۰۵
ویژگی‌های ارتباط بد و نامناسب	۵۰۷
فصل ۱۹: پنج راز ارتباط صمیمانه	۵۲۱
فصل ۲۰: چگونه بهتر ارتباط برقرار کنیم	۵۶۷
فصل ۲۱: چگونه با افراد پرتوقع و سخت‌گیر برخورد کنیم	۵۷۷
چگونه با فردی که از صحبت کردن با شما امتناع می‌کند، ارتباط برقرار کنیم	۵۷۸
چگونه با فردی که مخالف و سرسخت است، برخورد کنیم	۵۸۲
چگونه با کسی که لجوج و اهل جر و بحث است، ارتباط برقرار کنیم	۵۸۷
چگونه با افرادی که منتقدانه و داورانه برخورد می‌کنند، ارتباط برقرار کنیم	۵۹۰
چگونه با افرادی که شما را بر سردوراهی قرار می‌دهند و تقاضای غیرمنطقی دارند، برخورد کنیم	۵۹۶
چگونه با افرادی که شکوه و شکایت می‌کنند، برخورد کنیم	۵۹۸

- ۶۰۱ چگونه به فرد مورد علاقه‌مان که دچار مشکل شده است، کمک کنیم
- ۶۰۵ چگونه بلافاصله یک مکالمه‌ی کسل‌کننده را به یک مکالمه‌ی مهیج تبدیل کنیم
- ۶۰۹ فصل ۲۱: چرا افراد نمی‌توانند با یکدیگر ارتباط برقرار کنند
- ۶۰۹ چگونه "حقیقت" شما را گرفتار می‌کند
- ۶۱۷ چگونه "خود فریبی"، شما را به اشتباه می‌اندازد
- ۶۱۹ چگونه "سرنش" و "سوءظن"، شما را به اشتباه می‌اندازد
- ۶۲۳ چگونه فوبی "بی‌اعتمادی"، شما را به اشتباه می‌اندازد
- ۶۲۸ چگونه "قربانی شدن" می‌تواند شما را به اشتباه بیندازد
- ۶۳۲ چگونه "نیاز به حل مشکلات"، شما را دچار اشتباه می‌کند

بخش پنجم

دارو درمانی

- ۶۴۱ سخنی با خوانندگان
- ۶۴۳ فصل ۲۳: داروهای که برای افسردگی و اضطراب تجویز می‌شوند
- ۶۶۹ فصل ۲۴: راهنمای کامل مصرف داروهای ضدافسردگی
- ۶۷۰ انواع خاص داروهای ضدافسردگی
- ۶۷۲ میزان مصرف (دوز) داروهای ضدافسردگی سه حلقه‌ای و چهار حلقه‌ای
- ۶۷۴ عوارض جانبی داروهای ضدافسردگی سه حلقه‌ای
- ۶۸۳ عوارض جانبی داروهای ضدافسردگی چهار حلقه‌ای
- ۶۸۶ فعل و انفعالات داروهای ضدافسردگی سه حلقه‌ای و چهار حلقه‌ای (TCA)

۶۸۹	..... بازدارنده‌های انتخابی جذب مجدد سروتونین (SSRIs)
۶۹۲	..... SSRIs (دوز) مصرف
۶۹۳	..... راهنمای فعل و انفعالات داروهای ضدافسردگی سه‌حلقه‌ای و چهارحلقه‌ای
۷۰۷	..... عوارض جانبی SSRIs
۷۱۵	..... راهنمای واکنش دارویی برای داروهای ضدافسردگی SSRIs
۷۲۰	..... مهارکننده‌های MAO
۷۳۲	..... بحران‌های فشارخونی و تب بالا
۷۳۵	..... چگونه از بحران پرفشارخونی و تب بالا جلوگیری کنیم
۷۳۶	..... غذاهایی که نباید مصرف شوند
۷۴۰	..... داروهایی که باید از آن‌ها اجتناب کنید
۷۴۹	..... عوارض جانبی داروهای ضد سروتونین
۷۵۷	..... تثبیت کننده‌های خلقی
۷۵۷	..... لیتیوم
۷۷۲	..... اسید والپروئیک
۷۷۷	..... کاربامازپین
۷۸۶	..... داروهایی که با گاباپنتین فعل و انفعال برقرار می‌کنند
۷۹۶	..... محرک‌ها
۷۹۷	..... داروهای ضدجنون (نورولپتیک‌ها)
۷۹۸	..... تداخل دارویی
۸۰۳	..... فصل ۲۵: راهنمای کامل مصرف داروهای ضداضطراب
۸۰۴	..... باربیتورات‌ها
۸۰۵	..... میروبامات

۸۰۵	آرام بخش‌های ضعیف (بنزودیازپین‌ها)
۸۰۹	اعتیاد
۸۱۱	فعل و انفعالات دارویی
۸۱۴	کوناژپام
۸۱۵	Busiprone
۸۱۸	مهار کننده‌های بیلا
۸۲۰	پروپرانولول
۸۲۷	clonidine
۸۳۰	آنتی هیستامین‌ها
۸۳۱	آرام بخش‌های قوی

بخش ششم

چگونه با بیماران پرتوقع رفتار کنیم

۸۳۵	فصل ۲۶: عوامل درمانی، موفقیت و شکست
۸۴۳	فصل ۲۷: همدلی: چگونه با بیماران خشمگین و منقذ، رابطه‌ی نزدیکی برقرار کنیم
۸۴۹	فصل ۲۸: تنظیم برنامه‌ی کار: چگونه می‌توانید زمانی که شما و بیمارتان احساس می‌کنید به بن‌بست رسیده‌اید، روند درمان را خلاق سازید
۸۶۳	فصل ۲۹: تمرین‌های خودیاریگر: چگونه بیمارانی را که در روند درمان اخلاص ایجاد می‌کنند، ترغیب کنیم
۸۹۶	روش‌ها و فرم‌های خودیاریگر
۹۱۴	بیست و پنج دلیل برای انجام ندادن تمرین‌های خودیاریگر
۹۱۷	

مقدمه

این کتاب در مورد روش نسبتاً جدید درمان افسردگی، اضطراب و دیگر اختلالات می‌باشد که به آن رفتاردرمانی (CBT) می‌گویند. گرچه ممکن است رفتار درمانی شناختی یک اسم پیچیده به نظر برسد، اما معنای ساده‌ای دارد. "شناخت" تنها یک نام تخیلی برای تفکر است. اگر شما خیلی افسرده یا مضطرب هم نباشید، اما زمانی که بی‌حوصله هستید، به وقایع منفی فکر می‌کنید. اشخاص افسرده تمایل دارند به روش خودمغلوبی رفتار کنند. به‌طور مثال شاید فرد از کار کردن، فعالیت‌های لذت بخش و ملاقات افراد دیگر اجتناب کند. رفتاردرمانی شناختی می‌تواند به شما کمک کند تا این افکار منفی و الگوهای رفتاری را تغییر دهید، به گونه‌ای که بتوانید شادی، خلاقیت و صمیمیت بیشتری را تجربه کنید.

من از واکنش‌های مثبت نسبت به این کتاب بسیار خرسند شدم. در سال ۱۹۹۴ نتایج بررسی ملی در مورد استفاده از کتاب‌های خودیاریگر، توسط افراد حرفه‌ای در کار بهداشت روان در کتاب "راهنمای موفق کتاب‌های خودیاریگر" چاپ شد. در این مطالعه، محققان بررسی کردند که آیا درمانگران برای سرعت بخشیدن در روند بهبودی بیمارانشان این کتاب‌ها را به آن‌ها توصیه می‌کنند. نتیجه این نظرسنجی مثبت بود. آن‌ها این کتاب‌ها را برای بیمارانشان مفید می‌دانستند. همچنین از درمانگرها سوال شد که از بین ۱۰۰۰ عنوان کتاب خودیاریگر کدام کتاب را به بیماران افسرده‌شان پیشنهاد می‌کنند. من تعجب

کردم که اکثر پزشکان به بیمارانشان کتاب "از حس بد به حس خوب" را توصیه کرده‌اند. همچنین از علاقه‌ی زیادی که درمانگرها به رفتاردرمانی شناختی نشان دادند خشنود شدم.

یکی از دلایل شهرت این کتاب روش‌های موثر آن است. رفتار درمانی شناختی در مقایسه با افرادی که با داروهای ضدافسردگی درمان شدند سریعتر بهبود یافتند و بعد از بهبود اولیه به مدت چندین سال دوران بدون افسردگی را ادامه دادند. رفتاردرمانی شناختی در مقایسه با درمان با داروهای ضد افسردگی موثرتر است و امروزه درمانگرها آن را به‌عنوان اولین درمان برای افسردگی‌های ملایم و شدید و همچنین اضطراب بکار می‌گیرند. دکتر دیوید آنتوسویو از دانشگاه نوادا مرکز پزشکی درمانی رنو و ترانس افیرز در مقاله‌ی خود تحت عنوان روان‌درمانی برای افسردگی بدون داروی قوی اظهار داشت که اکثر شواهد علمی موجود نشان می‌دهند که مداخلات روان‌پزشکی به‌خصوص رفتاردرمانی شناختی، اغلب در درمان افسردگی موثرتر از دارو هستند. حتی اگر افسردگی شدید باشد.

رفتاردرمانی شناختی در درمان بسیاری از اختلالات دیگر هم شهرت یافته است. به‌طور مثال در کنفرانسی که اخیراً داشتم، توسط مقاله‌ای که یکی از همکارانم از استانفورد - دکتر استوارت آگراس - ارائه کرده بود، شگفت‌زده شدم، دکتر آگراس، استاد روان‌پزشکی است که در کل جهان شهرت دارد. ایشان نتایج مطالعات زیادی را که در مورد درمان‌دارویی اختلالات خوردن بودند مثل داروهای SSRZ از قبیل prozac و انواع مختلف روان‌درمانی ارائه کردند. این مطالعات بیانگر این مورد بودند که رفتاردرمانی شناختی، موثرترین درمان برای اختلالات خوردن است.

اولین مطالعه در ارتباط با رفتاردرمانی شناختی برای افسردگی، زمانی صورت گرفت که من رتبه‌ی دستیاری بعد از پزشکی را در مورد تحقیقات افسردگی در دانشگاه پنسیلوانیا در نیمه‌ی دهه‌ی ۱۹۷۰ می‌گذراندم. در این مطالعه بیماران افسرده به‌طور اتفاقی و تصادفی به دو گروه درمانی تقسیم شدند. بیماران گروه

اول، با ایمنی پیرامین درمان شدند. این بیماران دارو را بدون روان‌درمانی دریافت کرده‌ند. بیماران گروه دوم، بعد از یک دوره درمانی ۱۲ هفته‌ای، به همان اندازه‌ی بیماری‌هایی که دارو دریافت کردند، بهبود یافتند. این اولین باری بود که مشخص شد شناخت درمانی به اندازه دارو موثر است. این تحقیق اختلاف نظرات قابل ملاحظه‌ای را بوجود آورد و موجب شد پزشکان زیادی تمایل به استفاده از این روش پیدا کنند.

در طی دو دهه از زمانی که این تحقیق به اطلاع همگان رسید، مطالعات زیلازی صورت گرفتند که رفتار درمانی شناختی را با داروهای ضدافسردگی و اشکال دیگر روان‌درمانی‌های کوتاه مدتی که در مجلات روان‌پزشکی و روان‌درمانی سرتاسر دنیا چاپ شده بود مقایسه کردند. دکتر آنتونوسیو^۱ و ویلیام دانتون^۲ از دانشگاه نوادا، گارلند دنلسکی^۳ از مؤسسه‌ی کلوند کلینیک اخیراً این مطالعات را مورد بررسی مجدد قرار دارند تا بتوانند پاسخی برای پرسش‌های اولیه بیابند:

- خرد می‌گوید که افسردگی یک اختلال ژنتیک، بیولوژیکی است که در اثر عدم تعادل هورمونی در مغز ایجاد می‌شود. همچنین اکثر افراد اعتقاد دارند که داروها، مؤثرترین درمان برای افسردگی هستند. آیا این داروها حقیقت دارند؟
 - در درمان افسردگی شدید یا ملایم، داروها مؤثر هستند یا روان‌درمانی؟
 - چه نوع درمانی - داروها یا روان‌درمانی - موجب می‌شود بعد از درمان بیماری عود نکند و بازنگردد؟
 - برای درمان افسردگی بزرگسالان، افسردگی دوره‌ی نوجوانی و یا کودکان افسرده، چه راهنمایی‌هایی باید ارائه شود؟
- محققان، یافته‌های خود را در مقاله‌ای تحت عنوان " داروهای ضد افسردگی

1. Dr. Antonuccio

2. Dr. William Danton

3. Garland Denelsky

در برابر روان‌درمانی برای درمان افسردگی: قدرت طلبی خرد عمومی در برابر داده‌ها، به چاپ رساندند. آن‌ها نتیجه گرفتند که شناخت درمانی برای درمان افسردگی بزرگسالان خوب است و احتمالاً در موارد افسردگی شتید یا ملایم می‌تواند بهتر از داروهای ضد افسردگی عمل کند. در مورد کودکان و نوجوانان افسرده نتیجه گرفتند که مدرک متقاعد کننده‌ای وجود ندارد که داروهای ضدافسردگی مؤثر هستند و اینکه اول روان‌درمانی باید مورد استفاده قرار گیرد.

نویسندگان و محققان این مقاله بر مبنای تحلیلشان در مورد مطالعات بلند مدتی که در این رابطه انجام داده بودند نتیجه گرفتند که، بیمارانی که با رفتار درمانی شناختی درمان می‌شوند، مدت طولانی‌تری دوره‌ی بدون افسردگی را تجربه می‌کنند و بعد از درمان، احتمال بازگشت بیماری کمتر است. نویسندگان حدس زدند که شاید درمان طولانی مدت با دارو برای برخی از بیماران عوارض منفی داشته باشد. به‌طور مثال یافته‌های جدید نشان می‌دهند که ظاهراً تأثیرات داروهای ضد افسردگی جدید، بعد از مدتی به تدریج از بین می‌روند، به این ترتیب دارویی که یک زمان مؤثر بود، دیگر تأثیری نخواهد داشت. گرچه این مورد همیشه اتفاق نمی‌افتد، گاهی اوقات موجب می‌شود بیمار نسبت به بازگشت افسردگی، آسیب‌پذیر شود و در برابر درمان مقاومت کند. اگر می‌خواهید در این رابطه اطلاعات بیشتری کسب نمایید می‌توانید مقالات زیادی را در مجله‌ی نیویورک بیابید. این مجله را از طریق وب سایت زیر مطالعه نمایید.

<http://www.nymag.com>

دکتر آنتونوسو و همکارانش تأکید داشتند که این یافته‌ها توسط رسانه‌ها و عموم نادیده گرفته شده است. یک مبنای اجتماعی قوی وجود دارد که می‌گوید افسردگی یک اختلال بیولوژیکی و ژنتیکی است و داروهای ضدافسردگی، مؤثرترین روش درمانی محسوب می‌شود.

ممکن است نسبت به این یافته‌ها تردید داشته باشید و تعجب کنید که آیا دکتر آنتونوسو و همکارانش این مقاله را به روش منصفانه و بدون پایه و اساس،

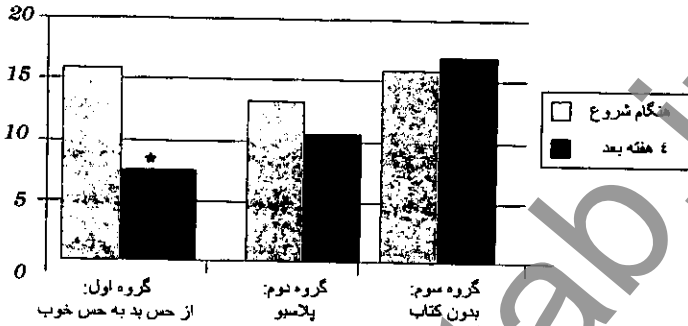
تفسیر کرده‌اند. به‌طور حتم نتایج آن‌ها مورد اختلاف است. هنوز مقالات زیادی وجود دارند که برای درمان افسردگی، روان‌درمانی را با درمان دارویی مقایسه می‌کنند و نتایج آن‌ها با آنچه که دکتر آنتونوسو و همکارانش به‌دست آورده‌اند، سازگاری دارد. شواهد قوی از تحقیقات زیاد دیگری وجود دارند که می‌گویند رفتاردرمانی شناختی حداقل به اندازه‌ی داروهای ضد افسردگی مفید و خوب هستند. در واقع به‌نظر می‌رسد که برای اکثر بیماران رفتار درمانی شناختی بهتر جواب می‌دهد.

آیا مدرکی وجود دارد که ثابت کند کتاب‌های خودیاریگری که در ارتباط با روان‌درمانی هستند (مثل این کتاب) می‌توانند تأثیرات داروهای ضد افسردگی را داشته باشند؟ اگر با سخت‌کوشی این کتاب را مطالعه نمایید و تمرین‌های آن را انجام دهید، شانس اینکه خلقیات شما بهبود یابد و روحیه‌تان تغییر کند، افزایش می‌یابد.

برخی از کتاب‌های خودیاریگری، بسیار مورد بحث هستند. بسیاری از افراد در مورد انگیزه افرادی که این کتاب‌ها را می‌نویسند شک دارند. این افراد باور دارند که نویسندگان کتاب‌های خودیاریگری در ابتدا به خودشان کمک می‌کنند تا پول زیادی کسب نمایند. علاوه بر این نویسندگان چنین کتاب‌هایی اغلب برای ارائه راه حل‌ها و فرمول‌های ساده برای مشکلات پیچیده‌ی زندگی روزمره، مورد انتقاد واقع می‌شوند. فکر می‌کنم چنین تصوراتی به‌جا و موجه باشند. وقتی به بخش‌های مختلف کتاب‌های خودیاریگری نگاه می‌اندازم، زبان نامفهوم و گنگی که در این کتاب‌ها وجود دارد، مرا نیز از رغبت می‌اندازد.

البته هر سکه دو رو دارد و محققان دانشگاهی تصمیم گرفته‌اند که کتاب‌های خودیاریگری را به‌عنوان فرم جدید درمان، مورد بررسی جدی قرار دهند. این نوع درمان را درمان با کتاب یا خواندن درمانی می‌نامند. این نوع درمان می‌تواند به دو شیوه تجویز شود. اول اینکه درمانگرها می‌توانند یک کتاب خودیاریگری را به بیماران معرفی کنند تا برای افزایش سرعت یادگیری و بهبود، این کتاب را بین

تست افسردگی همیلتون



تست افسردگی گریاتریک



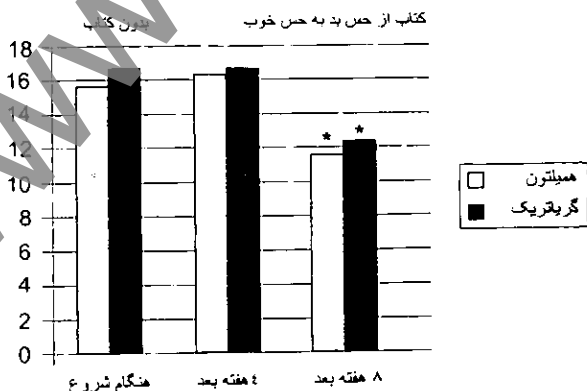
نمودار شماره ۱: تست افسردگی همیلتون-تست افسردگی گریاتریک

این انتظار که ممکن است کتاب به بهبودی آنان کمک کند می‌تواند امید بیماران را افزایش دهد و این امر موجب کاهش افسردگی می‌شود. این همان

معنی تأثیرات پلاسبو است. محققان نتیجه گرفتند در حالی که یک کتاب خودیاری می‌تواند تأثیرات ضد افسردگی مشخصی داشته باشد، اما لزوماً این امر در مورد هر کتاب خودیاری صدق نمی‌کند. این کتاب باید حاوی اطلاعات جامع و درستی باشد که با استفاده از آن‌ها یاد بگیریم چگونه بر افسردگی غلبه کنیم.

سپس محققان این کتاب را به بیمارانی دادند که در گروه کتاب درمانی نبودند. در نمودار شماره ۲ می‌بینید زمانی که این افراد کتاب "از حس بد به حس خوب" را مطالعه کردند بعد از ۴ هفته بهبود یافتند. این نتایج یافته‌های چهار هفته‌ای اول تحقیق را تکرار می‌کند. علاوه بر این امتیاز خلیات بیمارانی که این کتاب را خوانده بودند به طور واضح تفاوت چندانی را در ارزیابی دوماه بعد آن‌ها نشان نمی‌داد. این امر نشان می‌دهد که این بیماران بعد از خواندن کتاب، دوباره دچار افسردگی نشدند بلکه یافته‌های خود را حفظ کردند (حداقل به مدت دو ماه افسردگی در آن‌ها دیده نشد).

گروه کتاب درمانی تلخیری



نمودار شماره ۲: امتیازها در ۴ و ۸ هفته بعد در تست افسردگی همیلتون و مقیاس

افسردگی گریاتریک در گروه کتاب‌درمانی تاخیری. امتیازهای بیشتر نشان دهنده‌ی افسردگی شدیدتر است. این بیماران به دلیل نداشتن کتاب از حس بد به حس خوب در طی چهار هفته اول بهبودی هم نداشتند. سپس در چهار هفته دوم کتاب از حس بد به حس خوب را دریافت کرده‌اند و به طور مشخص بهبود داشته‌اند.

این تحقیق بسیار ترغیب کننده است، اما به چند دلیل به تمرین نیاز دارد. اول اینکه شاید نتیجه‌ی مثبت این تحقیق شانس باشد. دوم اینکه این تحقیق در مورد افراد مسن صورت گرفت. اگر متوجه شویم که کتاب‌درمانی برای افراد در تمام سنین مؤثر است به نتیجه‌ی مطلوبی رسیده‌ایم، و سوم اینکه دوره‌ی پیگیری و تکمیل این تحقیق بسیار کوتاه بود. در اکثر افراد، افسردگی به یک اختلال مزمن تبدیل می‌شود و این اختلال دوباره عود می‌کند. مطالعات تکمیلی بیمارانی که با داروها و روان‌درمانی درمان شده‌اند، اغلب ناامید کننده است چون این بیماری در درصد زیادی از بیماران دوباره عود می‌کند و بازگشت افسردگی معمولاً در اولین سال درمان و یا زودتر رخ می‌دهد. پرسش اساسی این بود. آیا نتایج کتاب‌درمانی جدید به مدت طولانی باقی می‌ماند؟ و در نهایت، بسیاری از بیماران در گروه کتاب‌درمانی دچار افسردگی خفیف و یا ملایم می‌شوند. این روش درمانی در افرادی که به افسردگی شدید دچار هستند، چه تأثیری ایجاد می‌کند؟

در تحقیقی که در سال ۱۹۹۵ در *consulting and clinical psychology* چاپ شد، پزشکان کریستین جیمسون^۱ و فارست اسکالکین^۲ تعداد افراد افسرده را به ۸۰ نفر تغییر دادند. آن‌ها این بیماران را به مدت سه ماه بعد از تکمیل چهار هفته کتاب‌درمانی مورد بررسی قرار دادند و یک تحقیق تکمیلی سه ساله را آغاز کردند. این تحقیق به افراد ۶۰ ساله محدود نمی‌شد. بیماران در این تحقیق جدید

1. Dr.Christine Jamison

2. Dr.Forrest S-cogin

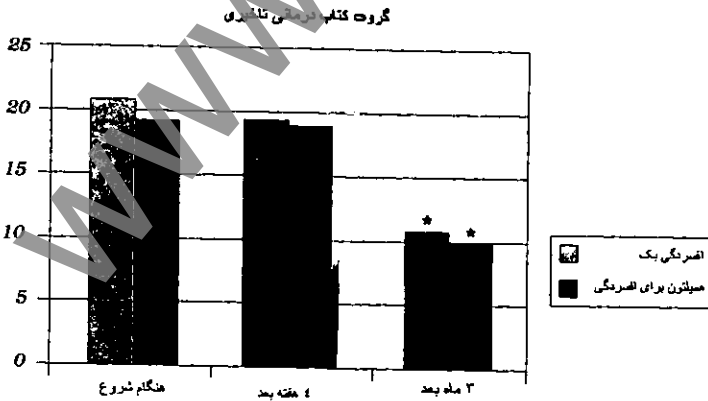
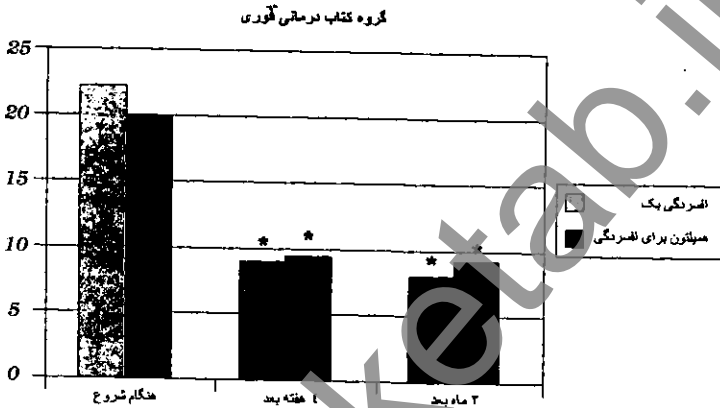
برای یک دوره افسردگی مازور باید یکسری معیارها را رعایت می‌کردند. این نوعی افسردگی است که به‌طور عادی توسط روان‌پزشکان در مورد بیماران بستری و بیماران غیربستری درمان می‌شود. این امر موجب می‌شود محققان تعیین کنند آیا کتاب‌درمانی به افرادی که دچار افسردگی شدید هستند کمک می‌کند یا خیر.

به عبارت دیگر طرح تحقیق جدید مشابه تحقیق اولیه بود. محققان به‌طور تصادفی ۸۰ بیمار را به دو گروه بیمار تقسیم‌بندی کردند. آن‌ها به بیماران گروه اول یک نسخه کتاب "از حس بد به حس خوب" دادند و آن‌ها را تشویق کردند که این کتاب را در عرض چهار هفته مطالعه کنند. این گروه را گروه کتاب‌درمانی فوری نامیدند. به این بیماران یک دفترچه حاوی کپی فرم‌های خودیاریگر دادند تا تمرین‌های کتاب را در آن دفترچه انجام دهند.

به بیماران گروه دوم گفته شد که قبل از شروع درمان در لیست انتظار چهار هفته‌ای قرار گیرند. این گروه را گروه کتاب‌درمانی تأخیری نامیدند، زیرا به این بیماران کتاب "از حس بد به حس خوب" داده نشد، تا زمانی که چهار هفته بعدی تحقیق فرا رسید. این بیماران به‌عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شدند تا این اطمینان حاصل شود که هر بهبودی در گروه کتاب‌درمانی فوری در نتیجهی گذشت زمان نبوده است.

در ارزیابی اولیه، محققان دو تست افسردگی برای تمام بیماران تجویز کردند. یکی از این تست‌ها، تست افسردگی بک (BDI) بود که سنجش خودارزیابی بر مبنای زمان بود که بیماران خودشان آن را پر می‌کردند و دیگری سنجش درجه‌بندی همیلتون برای افسردگی (FRSD) که توسط محققان آموزش دیده در مورد افسردگی فراهم شده بود. همان‌طور که در نمودار شماره ۳ می‌بینید تفاوتی در سطح افسردگی دو گروه در ارزیابی اولیه وجود ندارد. میانگین امتیازات برای هر دو گروه در حدود ۲۰ و یا بیشتر بود. این سطوح نشان دهنده‌ی این هستند که بیماران نسبت به تحقیق اولیه، دچار افسردگی شدیدتری نیستند و وضعیت افسردگی آن‌ها شبیه بیماران. در اکثر تحقیق‌های کنترل‌کننده‌ی نتایج در مورد

داروهای ضدافسردگی و روان درمانی است. به طور مثال، این امتیاز تقریباً با امتیاز میانگین افسردگی در ۵۰۰ بیماری که در طی اواخر دهه‌ی ۱۹۸۰ در کلینیک من در فیلادلفیا برای درمان مراجعه کرده بودند، یکسان بود.



نمودار شماره ۳: بیماران در گروه کتاب‌درمانی فوری (نمودار بالا) کتاب حسن خوب

را در ابتدای ارزیابی دریافت کردند. امتیازات بیشتر نشان دهنده‌ی افسردگی شدیدتر است. بیماران گروه کتاب‌درمانی تأخیری (نمودار پایین صفحه). کتاب از حس بد به حس خوب را در یک ارزیابی چهار هفته‌ای دریافت کردند.

BDI = تست افسردگی بک

ITRSD = تست همیلتون برای افسردگی

هر هفته، دستیارم به بیماران هر دو گروه تلفن می‌زد و انجام تست افسردگی بک را به آن‌ها یادآوری می‌کرد. همچنین او به سؤالات بیماران که در مورد تحقیق بود، پاسخ می‌داد و بیماران گروه کتاب‌درمانی فوری را تشویق می‌کرد تا دفترچه را در عرض چهار هفته تکمیل کنند. این تماس‌های تلفنی ده دقیقه بیشتر طول نمی‌کشید و از این طریق مشاوره‌ای ارائه نمی‌شد.

در انتهای هفته چهارم، هر دو گروه با هم مقایسه شدند. همانگونه که در نمودار شماره ۳ مشاهده می‌کنید، بیماران گروه کتاب‌درمانی فوری به‌طور قابل ملاحظه‌ی بهبود یافتند. میانگین امتیاز هر دو تست در حدود ۱۰ و یا کمتر و در حد نرمال بودند. این تغییراتی که در افسردگی رخ دادند از لحاظ آماری و بالینی بسیار قابل ملاحظه بودند. همچنین می‌توانید ببینید که این بیماران در ارزیابی سه ماهه‌ای که داشتند، دوباره دچار افسردگی نشدند و در این مدت افسردگی در آن‌ها عود نکرد. در حقیقت بعد از تکمیل درمان در آن‌ها تمایلی برای ادامه‌ی بهبودی وجود داشت. امتیازهای هر دو تست افسردگی در واقع در ارزیابی سه ماهه کمتر شده بود.

در مقایسه، در بیماران گروه کتاب‌درمانی تأخیری به ندرت تغییری مشاهده شد. این امر نشان می‌داد که بهبودی که در اثر مطالعه‌ی کتاب "از حس بد به حس خوب" ایجاد شده بود، در نتیجه‌ی گذشت زمان نبود. به این ترتیب پزشکان به بیماران این گروه، یک نسخه از این کتاب دادند و از آن‌ها خواستند که در عرض چهار هفته‌ی بعدی، این کتاب را مطالعه نمایند. در چهار هفته‌ی بعدی،

بهبود آن‌ها شبیه بهبود گروه اول بود. می‌توانید در نمودار شماره ۳ مشاهده نمایید که هر دو گروه دچار افسردگی مجدد نشدند بلکه تا سه ماه ارزیابی کاملاً در وضعیت بهبودی به سر می‌بردند.

نتایج این تحقیق جدید، نتایج اولین بررسی را تأیید کرد. مشخص شد که این کتاب تأثیر ضدافسردگی اساسی و طولانی مدتی دارد. محققان تحلیل‌های متعددی انجام دادند تا قدرت تأثیرات ضدافسردگی این کتاب را تعیین نمایند. اول اینکه، آن‌ها درصد بیماری‌رانی را که به‌طور واقعی بر طبق معیارهای شناختی از دوره افسردگی مازور بهبود یافته بودند تعیین کردند که این معیارها در کتاب راهنمای شناختی و آماری (DSM) انجمن روان‌پزشکان آمریکا تصریح شده است. در انتهای هفته‌ی چهارم، ۷۰ درصد از بیماران گروه کتاب‌درمانی فوری، معیارهای افسردگی مازور را نداشتند. در حالی که در گروه کتاب‌درمانی تأخیری، فقط ۳ درصد از بیماران در طی این چهار هفته بهبودی حاصل کرده بودند. این نتایج با نتایج تست‌های افسردگی بک و همیلتون برابری می‌کردند. در ارزیابی سه ماهه، زمانی که هر دو گروه این کتاب را مطالعه کرده بودند، ۷۵ درصد از بیماران در گروه کتاب‌درمانی فوری و ۷۳ درصد از بیماران در گروه کتاب‌درمانی تأخیری بر طبق معیار کتاب شناختی آماری، بهبود یافته بودند. دوم اینکه، محققان میزان بهبود با کتاب‌درمانی را با میزان بهبود در نتایج اعلام شده با استفاده از داروهای ضدافسردگی یا روان‌درمانی و یا هر دو مقایسه کردند. به‌طور مثال، در مطالعات موسسه بزرگ ملی سلامت روانی، مشخص شد بیماری‌رانی که رفتار درمانی شناختی را به مدت ۱۲ هفته از سوی یک درمانگر متبحر دریافت کرده بودند، ۱۱/۶ کاهش امتیاز در تست افسردگی همیلتون وجود داشت. این میزان مشابه ۱۰/۶ تغییر امتیاز در بیماری‌رانی بود که فقط در عرض ۴ هفته کتاب "از حس بد به حس خوب" را مطالعه کرده بودند. به این ترتیب میزان بهبود در کتاب‌درمانی قابل مقایسه با دیگر درمان‌های رایج بود، هر چند به نظر می‌رسید که به‌طور قابل ملاحظه‌ای سریع‌تر عمل می‌کند. تجربه‌ی کلینیکی من این مورد را تأیید می‌کند.

سوم، درصد بیماری‌رانی بود که کتاب‌درمانی را نیمه‌کاره - حدود ۱۰ درصد - رها کرده بودند. این میزان کمتر از میزان اعلام شده در مورد استفاده از دارو و یا روان‌درمانی بود که به‌طور عادی میزان کناره‌گیری از درمان در این موارد بین ۱۵ تا ۵۰ درصد بود. در نهایت بیماران به‌طور قابل ملاحظه‌ای بعد از خواندن این کتاب نگرش‌ها و افکار مثبتی را در خود ایجاد کردند. این امر با فرضیه‌ای که برای نوشتن این کتاب در نظر گرفته شده سازگار است؛ یعنی اینکه فرد با تغییر الگوهای تفکر منفی بر افسردگی غلبه می‌کند.

در حالی که نتایج این تحقیق ترغیب‌کننده بودند، هنوز ارزیابی سه ماهه برای تعیین این مورد که آیا ناهنجاریات مطالعه‌ی این کتاب دوام خواهد داشت یا خیر کافی نبود. چنین مشکلی برای درمان افسردگی با دارو یا با روان‌درمانی هم وجود دارد. بعد از گذشت مدتی، افسردگی بار می‌گردد. برخی از بیماران دچار افسردگی مزمن می‌شوند که ممکن است درمان آن مشکل و یا بازگشت افسردگی شدید باشد. چون بیمار احساس ناامیدی و یأس شدید می‌کند.

در مطالعه‌ای که در تابستان سال ۱۹۹۷ چاپ شد، محققان نتایج تحقیق تکمیلی ۳ ساله‌ای را در مورد بیماری‌رانی که با این کتاب درمان شده بودند انجام دادند. نویسندگان این مقاله دکتر نانسی اسمیت مارک فلوید^۱ و فارست اسکاگین^۲ از دانشگاه آلاباما و دکتر کریستین جیمسون^۳ از مرکز پزشکی نوسکگی بودند. محققان بعد از سه سال که از مطالعه‌ی کتاب‌درمانی گذشته بود با بیماران تماس گرفتند و یک بار دیگر تست‌های افسردگی را انجام دادند. همچنین چند سوال دیگر هم در مورد اینکه بعد از تکمیل تحقیق قبلی چه احساسی داشته‌اند، پرسیدند. محققان متوجه شدند که نه تنها افسردگی در این بیماران عود نکرده

1. Dr.Nancy smith,mark floyd

2. Forrest Scogin

3. Christine Jamison

است بلکه آن‌ها در طی این سه سال بهبودی خود را حفظ کرده بودند. امتیاز دو تست افسردگی در ارزیابی سه ساله اندکی بهتر بود. بسیاری از بیماران (۵۸ درصد)، گفتند که بعد از تکمیل مطالعه‌ی اولیه خلیقات مثبت خود را حفظ کرده‌اند. یافته‌های تشخیصی در ارزیابی سه ساله، این مورد را تأیید کرد. ۶۲ درصد از بیماران هنوز معیار دوره‌ی افسردگی مازور را نداشتند و ۷۰ درصد از آن‌ها در طی دوره پیگیری داروی ضدافسردگی و یا روان‌درمانی دریافت نکرده‌اند. گرچه این افراد میزان و نشیب‌های عادی را تجربه کردند. همه‌ی ما احساس می‌کنیم زمانی که این افراد ناراحت بودند، کتاب "از حس بد به حس خوب" را باز می‌کردند و بخش‌هایی که بیشتر امیدوار کننده بودند را مجدداً مطالعه می‌کردند. محققان حدس می‌زدند که بخش‌ها و فصل‌های تقویت‌کننده‌ی کتاب، احتمالاً در حفظ یک دیدگاه مثبت بعد از بهبودی اهمیت دارد. ۴۰ درصد از بیماران گفتند این کتاب به آن‌ها کمک کرده است تا الگوی افکار منفی خود را تغییر دهند و دست از تفکر همه یا هیچ بردارند.

البته این تحقیق هم مانند سایر تحقیق‌ها محدودیت‌هایی نیز داشت. تمام بیماران با مطالعه‌ی این کتاب درمان نشده بودند. هیچ درمانی، علاج تمام دردها نمی‌باشد. ۷۰ درصد میزان بهبود، شبیه میزان بهبودی داروهای ضدافسردگی و رفتاردرمانی شناختی و درمان بین فردی است. این امر ترغیب‌کننده هستند و نشان می‌دهند که به نظر می‌رسد اکثر بیماران به درمان خودیاری‌گری به تنهایی پاسخ می‌دهند، اما واضح است بیماران که افسردگی مزمن و یا شدید دارند، باید با کمک درمانگر و احتمالاً داروهای ضدافسردگی درمان شوند. این پی‌زی نیست که بیان آن موجب شرمندگی شود، زیرا افراد مختلف به روش‌های متفاوت بهتر جواب می‌دهند. این خوب است که ما بدانیم برای درمان افسردگی سه روش داریم:

داروهای ضدافسردگی روان‌درمانی فردی، گروهی و کتاب‌درمانی

اگر در جست‌وجوی درمان حرفه‌ای هستید، به‌خاطر داشته باشید که می‌توانید

بین جلسات آن کتاب‌درمانی شناختی استفاده نماید تا سرعت بهبود خود را افزایش دهید. در حقیقت زمانی که کتاب "از حس بد به حس خوب" را نوشتیم، هدفم سرعت بهبودی افراد بود و هرگز آرزو نداشتم که این کتاب روزی به‌عنوان درمان قطعی و صرفاً افسردگی به کار رود.

شاید در مورد داروهای ضدافسردگی در برابر رفتاردرمانی شناختی و یا بعضی از انواع دیگر روان‌درمانی شگفت زده شوید. گرچه مطالعات تحقیقی اغلب به‌گونه‌ای برآمده‌اند که تأثیر دارو درمانی را با روان‌درمانی مقایسه کنند، درمانگرهایی که محقق نیستند اغلب دو روش درمانی را با هم تلفیق می‌کنند. بسیاری از بیماران داروهای ضدافسردگی یا دیگر داروهای مورد نیاز را زمانی که در حین مشاوره هستند، دریافت می‌کنند. این تلفیق اغلب می‌تواند بسیار مؤثر باشد.

البته، یک سری از تحقیقاتی که اخیراً صورت گرفته است، سوالات جدی در ارتباط با تأثیر داروهای ضدافسردگی ایجاد می‌کنند. به‌خصوص اگر این داروها به تنهایی و بدون روان‌درمانی مصرف شوند این مطالعات نشان می‌دهند که داروهای ضدافسردگی از جمله داروهای جدید و گران‌ممکن است به آن اندازه‌ای که باور داریم، سودمند نباشند. در حقیقت، یک سری محقق نتیجه گرفته‌اند که شاید داروهای ضدافسردگی مؤثرتر از داروهای پلاسبو باشند.

من هیچگاه مخالف داروهای ضدافسردگی نبوده‌ام. من حرفه‌ای خود را مانند یک محقق تمام وقت در این حوزه آغاز کردم. البته اکثر بیمارانی که من در طی سالیان صلبایتم با داروهای ضدافسردگی درمان کرده‌ام به وضعیت مطلوب درمانی نرسیدند. برخی از آن‌ها هم به خوبی نسبت به داروهای ضدافسردگی واکنش نشان دادند و در این موارد خیلی خوشحال بودم که چنین داروهایی در دسترس دارم، اما اکثر بیمارانی که دارو دریافت کردند یا اصلاً خوب نشدند و یا بهبودی آن‌ها اندک بود. به‌طور حتم زمانی که این افراد این داروها را مصرف می‌کنند به زندگی خلاقانه و لذت بخش گذشته باز نمی‌گردند به‌همین دلیل زمان زیادی از

حرفه‌ی خود را به تحقیق سپری کردم و درمان جدیدی را در روان‌پزشکی بنا نهادم تا برای مبارزه با افسردگی سلاحی غیر از دارو داشته باشم.

به‌خاطر داشته باشید که این کتاب نسبت به روش‌های دیگر درمان قطعی محسوب نمی‌شود. اگر این روش برای شما مؤثر باشد که عالی است، اما ۳۰ درصد از افرادی که این کتاب را مطالعه کرده‌اند بهبود نیافتند. اگر متوجه شدید زمانی که این کتاب را مطالعه می‌کنید هیچ بهبودی در خلیقات شما حاصل نمی‌شود نباید مسکلی در نظرتان ایجاد شود چون امروزه روش‌های مؤثر زیادی برای درمان افسردگی داریم. الگوهای تفکر منفی می‌توانند به‌طور قابل ملاحظه‌ای فریب دهنده و تهاجمی باشند و تغییر آن‌ها به‌ندرت آسان خواهد بود. من اعتقاد دارم که با صبر و پشتکار تقریباً تمام افراد افسرده می‌توانند بهبود یابند و دوباره از خودباوری لذت ببرند مشاهده چنین مواردی همیشه رضایت خاطر زیادی در من ایجاد می‌کند و من امیدوارم زمانی که ایده‌ها و نظرات موجود در این کتاب را درک می‌کنید و آن را به کار می‌گیرید شما هم به چنین رضایت خاطر برسید.