

فصل ششم

رفتار درمانی شناختی

مقدمه

از آنجا که بیش شنوایی غالباً در حیطه شنوایی شناسی مطرح و درمان می شود، روانشناسان بالینی معدودی بیماران بیش شنوا را می پذیرند. با این وجود، در متون علوم رفتاری نسبت به حساسیت بسیار زیاد به نویز اظهار نظر شده (گاهی به عنوان فونوفوبی مطرح گردیده)، و تحقیقات مداوم و تجربه بالینی بوضوح به نقش روش‌های روان درمانی در مدیریت بیش شنوایی اشاره دارند (آندرسون، جوریس و همکاران، ۲۰۰۵). بدیهی است برای برخی بیماران روان درمانی مناسبت چندانی ندارد. در صورت تشخیص پاتولوژی اتولوژیک یا نورولوژیک قابل درمان ابتدا باید به آن پرداخته شود. لکن، درخصوص بیش شنوایی بسیاری از مواقع چنین نبوده و در این موارد باید شکلی از توانبخشی مبتنی بر مشاوره در روند درمان مد نظر قرار گیرد.

ابتدا، لازم به تأکید است که روش‌های متعددی برای روان درمانی وجود دارند، اما تا آنجا که اطلاع داریم رفتار درمانی شناختی (CBT)^۱ تنها روشی است که در منابع مربوط به بیش شنوایی در مورد آن اظهار نظر شده و تحقیقات مناسبی هم بر روی موارد مرتبط با آن به عمل آمده است. به عنوان مثال، پروتکل درمانی برای وزوز که در سوئد تهیه شد شامل بخشی در خصوص درمان بیش شنوایی می باشد

1- Cognitive Behavioral Therapy

کالدو^۱ و آندرسون، ۲۰۰۴). علاوه بر این، یک پروتکل CBT با طراحی اختصاصی بر بیش شنوایی در آلمان تهیه گردیده است (گوپل^۲، ۲۰۰۳).

نکته دوم آن که برخی از جنبه‌های درمان وزوز از طریق بازآموزی^۳ برای بیش‌شنوایی اساساً "روانشناختی" بوده (جاستربف و هیزل، ۲۰۰۴) و با آنچه در این بخش خواهیم گفت همخوانی دارند.

در فصل ۴ ما تشخیص بیش شنوایی و اندازه‌گیری‌های خوداظهاری و مصاحبه‌های ساختاریافته موجود را مطرح نمودیم. این موارد در CBT برای بیش شنوایی بعنوان نخستین گام در بدست آوردن یک تاریخچه کامل از نشانه‌ها و مسائل مربوط به هر بیمار مورد استفاده قرار می‌گیرند. با این وجود، برای درمان بیمار بیش شنوایی روش‌های دیگری نیز در اختیار کارشناس بالینی قرار دارند که مدت‌ها در CBT در ارتباط با بیماری‌های دیگری مانند اختلالات اضطرابی و درد مزمن بکار رفته‌اند. اولین روش ثبت منظم موارد اجتناب از محیط‌های صوتی، استفاده از محافظ شنوایی، و هر چیزی است که بنظر مهم می‌آید. گرچه ما در فصل ۴ بطور خلاصه در این خصوص توضیح دادیم اما لازم به ذکر است که ثبت وقایع به عنوان یکی از ابزارهای اصلی در درمان و نیز ارزیابی اولیه بکار می‌رود. برای بیمار لازم است در ارتباط با پیشرفت یا نوسانات نشانه‌ها بازخورد مناسب را دریافت نماید و برای

1- Kaldo

2- Goebel

3- tinnitus retraining therapy

کارشناس بالینی ضرورت دارد هنگام کار در حیطه یک پروتکل درمانی در جریان پیشرفت کار قرار داشته باشد.

روش دوم آزمایش یا آزمون رفتاری است که در آن کارشناس بالینی و بیمار با هم اطلاعات را در موقعیت های زندگی واقعی از این نظر که چگونه نشانه رخ داده و درک می شود جمع آوری می کنند. در واقع، گاهی این کار در جلسه درمان نیز قابل انجام است. به عنوان مثال، چنانچه بیماری هنگام مراجعه از محافظ شنوایی استفاده نموده و در صورتی که همکاری خوبی میان وی و درمانگر بوجود آمده باشد، می توانند تصمیم بگیرند بدون محافظ شنوایی با یکدیگر صحبت نموده و نتیجه را مورد ارزیابی قرار دهند. توجه داشته باشید که هر مرحله نباید بیش از اندازه گسترده باشد. در صورتی که بیمار بخاطر ترس از اصوات بلند از ترافیک دوری می کند صلاح نیست که اولین آزمون رفتاری را در چنین موقعیتی انجام داد. با این حال، گاهی تنها راه پیش رو انجام آزمون در شرایطی است که امکان ترس و اجتناب در بیمار وجود دارد.

پروتکل درمانی

تحت این عنوان ما اصول مقدماتی CBT برای بیش شنوایی را بیان می داریم.

اطلاعات و توجیهات

CBT معمولاً با اطلاعات و مفهوم سازی^۱ موردی آغاز می شود (پرسونز^۲ و دیویدسون^۳، ۲۰۰۱). با توجه به این که اطلاعات زمینه قبلاً جمع آوری شده اند اولین گام انجام آنالیز عملکردی مقدماتی (استرمی^۴، ۱۹۹۶) از پیشینه و پیامدهای رفتارهای مرتبط با بیش شنوایی است. در این مورد نکته قابل توجه آنست که یک رفتار واحد می تواند از عوامل متفاوتی متأثر گردد. همانگونه که قبلاً در این کتاب بیان شد، مسأله اجتناب در بیش شنوایی ممکنست ناشی از درد واقعی، ترس از آسیب دیدن، یا صرفاً آزرده‌گی باشد. گاهی جنبه‌هایی از هر سه مورد وجود دارند. اجتناب از صدا اغلب فاکتور بسیار مهمی بوده و باید در توجیه برای درمان مد نظر قرار گیرد. در این ارتباط و با اطلاعات مناسب، میتوان مفهوم "رفتارهای ایمنی"^۵ را مطرح نمود (سالکوسکی و همکاران، ۱۹۹۹). این رفتارها به عنوان رفتارهایی با هدف جلوگیری از یک فاجعه فرضی زمانی که در واقع هیچ فاجعه‌ای برای مواجهه وجود نداشته باشد تعریف می شوند. افراد بیش شنوا اغلب عادات یا راه‌هایی را برای رهایی از اصوات دارند که مشابه رفتارهای ایمنی بوده یا مانند آن عمل می‌کند. به عنوان مثال، استفاده دائمی از محافظ‌های گوش می تواند نمونه‌ای از این کارها باشد. لطفاً توجه داشته باشید که رفتارهای ایمنی قابل توجیه اند (مانند استفاده

1- conceptualization
 2- Persons
 3- Davidson
 4- Sturmy
 5- safety behaviors

از کلاه ایمنی در محیط کار)، اما در صورت پیدا نشدن دلیل مشخصی بر عکس می‌توانند نظرات نادرست مربوط به یک واقعه ترسناک را تقویت نمایند "اگر از محافظ گوش استفاده نکنم شنوایی‌ام دچار آسیب خواهد شد. من دیروز از آنها استفاده کردم و شنوایی‌ام هنوز سالم است. پس، محلی که رفته بودم باید مکان خطرناکی بوده باشد."

کار دیگر کارشناس بالینی یا درمانگر بررسی نقش افراد مهم مانند خانواده و دوستان است. علاوه بر این، در نظر گرفتن ارتباط متقابل با دیگر پرسنل بهداشتی میتواند اهمیت داشته باشد. این افراد با بهترین نیت گاهی می‌توانند بطور ناخواسته رفتارهای اجتنابی را با دادن اطمینان خاطر به بیمار تداوم بخشند ("هیچ اتفاق بدی نمی‌افتد"، "این صدای خطرناکی نیست"، "ما با آرام‌تر صحبت کردن به تو کمک می‌کنیم"، "من با مطلع کردن همکارانم حین کار می‌توانم به تو کمک کنم" و غیره). اطمینان خاطر بخشیدن تأثیر سودمند کوتاه مدتی دارد (مثلاً، در طول روز به بیمار کمک می‌کند)، اما ممکنست تأثیرات سوء بلند مدتی به همراه داشته باشد (از خوگیری و تماس لازم ممانعت بعمل آورد). علیرغم ریسک احتمالی اطمینان خاطر دادن، همه ما گاهی با بیمارانمان چنین رفتار می‌کنیم، اما باید آگاه بود که این کار می‌تواند بر رفتار بیمار تأثیر گذاشته و هر چند با نیت خوبی صورت می‌گیرد، اما کاملاً هم دوستانه و بی‌خطر نیست.

مفهوم سازی رفتاری - شناختی پدیده بیش شنوایی معمولاً متناسب با هر بیمار انجام می‌شود اما موارد زیر معمولاً تحت پوشش قرار دارند:

- مکانیسم‌های مسئول بروز مشکل (فرمی و همکاران، ۲۰۰۳).
 - چگونه روان درمانی اثر می‌کند،
 - این مساله که درمان بصورت مشارکتی انجام می‌شود،
 - این که شرکت فعال و کار در منزل الزامی است.
- به طور اختصاصی تر، هنگامی که از مکانیسم‌های درگیر سخن بمیان می‌آید، نقش شرطی سازی کلاسیک و نیز نقش آسیب و حساس شدن بیان می‌گردد. همانطور که در فصل ۳ ذکر شد کار تحقیقاتی اخیر این طرح‌های پیشنهادی مرتبط با مکانیسم‌ها را قوی تر می‌کند (فرمی و همکاران، ۲۰۰۳). مدل نوروفیزیولوژیک (جاستربف و هیزل، ۲۰۰۴) نیز می‌تواند در این مرحله کمک مناسبی باشد (فصل ۳ ملاحظه گردد). هنگام توضیح در مورد نحوه تأثیر درمان، از خوگیری و نقش عقاید و ادراکات نیز سخن بمیان می‌آید. به وضوح بیان شده که بیمار طی درمان باید روی تماس با اصوات روزمره کار کند، اما اصواتی که قبلاً مورد توافق قرار گرفته باشند. در نهایت، کار مهم در یک یا دو جلسه اول تعیین اهداف است. تعیین هدف جنبه بسیار مهمی از CBT بوده و در توانبخشی ادیولوژیک نیز توصیه شده است (مک‌کنا، ۱۹۸۷). به طور مشخص، اهداف در درمان بیش شنوایی توافقی هستند و بر حسب موفقیت‌های رفتاری که از نظر بیمار مناسب است تنظیم می‌شوند. برای مثال، توانایی صرف شام با خانواده بدون استفاده از محافظ شنوایی می‌تواند یک نمونه واقع بینانه هرچند چالش برانگیز باشد. با این وجود، مهم است که نباید اهداف بسیار بزرگی داشت چرا که حصول آنها دشوار است. به عنوان نمونه، بدست آوردن

شغل برای فرد بیکار می تواند بسیار مشکل (البته گاهی دست یافتنی) باشد و اغلب چالش بیشتری از غلبه بر بیش شنوایی دارد. مدیریت بالینی خوب دربردارنده اهداف واقع بینانه و خرد کردن اهداف ارزشمند بزرگ تر به زیراهداف کوچک تر است. بطور واقع بینانه، ما همه بیمارانمان را درمان نمی کنیم و داشتن اهداف کوچک تر لاقط تجربیاتی از موفقیت را برای بیمار به همراه خواهد داشت.

یک جلسه CBT

یک جلسه عادی CBT زمانی که کار برای آن جلسه مورد برنامه ریزی و توافق قرار گرفته باشد با بحث و گفتگو آغاز می شود. اولین قدم اغلب پیگیری تکالیف محوله در منزل است. از آنجا که بیماران بیش شنوا غالباً مایل به تکمیل یادداشت‌های تماس با صدا و تجربیات صوتی هستند، در طول جلسه این گزارش کارها مورد بحث و اظهار نظر قرار می گیرند. این یک اشتباه درمانی است که به بیمار تکلیفی داده شود و جلسه بعد در مورد آن نظری ارائه نگردد. از سوی دیگر، تکلیف منزل همیشه کامل انجام نمی شود و لذا اهمیت دارد که ملایمت داشت و ضمن درک موقعیت راهی برای تبعیت یافت. از این رو، در یک جلسه عادی قدری کار عملی مد نظر قرار می گیرد. شکل آن ممکنست فرق کند اما، اگر به عنوان مثال آرمیدگی^۱ جزئی از برنامه درمانی باشد، در طی جلسه تمرین می شود. رعایت توازن بین صحبت درباره موضوعی و تمرین بر روی آن مناسب است. در حالت تماس در

1- relaxation

شرایط واقعی لازم است که درمانگر و بیمار اتاق مشاوره را ترک کنند. در سایر موقعیت‌ها، میتوان از دستگاه پخش CD نیز برای تماس صوتی استفاده نمود. در نهایت، جلسه درمان با مروری بر کار آن جلسه و تعیین تکلیف منزل و نوبت جلسه بعد به پایان می‌رسد. در کار گروهی این امر می‌تواند از نظر شکل و اجرا متفاوت باشد، اما محتوا اصولاً یکسان است.

آرمیدگی کاربردی

آرمیدگی کاربردی^۱ یکی از عناصر اصلی در CBT برای بیش شنوایی محسوب می‌شود. بیمار غالباً دچار تنش بوده و پیوسته نگران اصوات است. آرمیدگی ابزار مفیدی برای استفاده روزمره در اختیار بیمار قرار می‌دهد. آرمیدگی کاربردی روشی است که از طریق آن بیمار بتدریج یاد می‌گیرد که سریعاً آرام شده و در برابر حالات جسمی و ذهنی (مانند استرس) بر خود کنترل داشته باشند. این روش به چهار مرحله یا مهارت مجزا تقسیم می‌شود: (۱) آرمیدگی پیشرونده^۲ (انقباض و رها کردن مجموعه مشخصی از عضلات)؛ (۲) آرمیدگی پیشرونده مختصر^۳ (آرمیدگی گروه‌های عضلانی مشابه)؛ (۳) آرمیدگی cue-controlled (آرمیدگی به‌مراه یک لغت کلیدی و تأکید بر کنترل تنفس)؛ و (۴) آرمیدگی سریع^۴ (آندرسون و کالدو، ۲۰۰۶). احتمالاً مهمترین مرحله آخرین آنهاست یعنی هنگامی که آرمیدگی سریع

1- applied relaxation

2- progressive

3- short

4- rapid

در موقعیت های روزمره مورد استفاده قرار می گیرد (آست^۱، ۱۹۸۷). انجام این کار تنها چند ثانیه زمان می برد، اما برای ایجاد تغییر لازمست هر روز چندین بار تکرار شود. بدیهی است که بعضی از بیماران ممکنست تجربه قبلی اشکال مختلفی از آرمیدگی یا حتی مراقبه را داشته باشند. این امر همواره نقطه قوتی در درمان محسوب می شود، اما تفاوتی که وجود دارد اینست که آرمیدگی کاربردی بنا بر ضرورت نیازمند تمرین در محیط های متفاوتی است.

شناخت درمانی^۲

در CBT درک عقاید درباره نشانه بر تغییر رفتار تقدم داشته و رسیدن به محتوای اصلی عقاید، در این جا آراء و عقاید مربوط به تماس صوتی، لازم و ضروری تلقی می گردد. به بیمار کمک می شود تا محتوای افکارش را مشخص نموده و راه های رویارویی یا کنترل آن افکار که معمولاً غیر مفید، و حتی نادرست محسوب می شوند را فرا گیرد. تکنیک های انحراف توجه نیز می توانند همچون تکنیک های تصویرسازی ذهنی^۳ گنجانده شوند. در بیش شنوایی، ترس از اصوات می تواند همچون ترس در درد مزمن شدید باشد (آموندسون^۴ و همکاران، ۱۹۹۹). چنین اجتناب ناشی از ترس (فصل ۳ ملاحظه شود) و همین طور اضطراب و احساس ناراحتی همراه با آن نسبت به کاهش تحمل اصوات نیاز به توجه دارند بدین ترتیب

1- ost

2- cognitive therapy

3- imagery

4- Amundson

جنبه های عاطفی مزبور قابل اداره کردن می باشند. علاوه براین، از ثبت افکار و دیگر راه های معمول برای کار کردن با محتوای افکار در CBT (بک^۱، ۱۹۹۳)، میتوان در درمان بیش شنوایی استفاده نمود.

تماس تدریجی^۲

تماس با اصوات مهمترین جزء CBT برای بیش شنوایی است. از آنجا که این مساله بسته به اینکه حساسیت خاص یا فراگیر باشد میتواند شکل های متفاوتی داشته باشد، راه پیشنهادی در این جا کار کردن با هر دو مورد بطور همزمان است. CBT تنها درمان معتبر تجربی برای ترس ها و فوبی ها بوده و لذا می باید امکان مشارکت اطلاعات در این مورد که چگونه تماس در CBT برای فوبی ها ارائه و استفاده می شود فراهم گردد (دیوی^۳، ۱۹۹۷). یک جنبه آنست که تماس باید همواره اختیاری باشد و مورد دیگر آنکه افکار و احساسات در امر تماس دخالت دارند. اصولاً تماس تدریجی بوده و بین جلسات تکلیف منزل داده می شود.

در بیش شنوایی، ما با تربیت *مقدماتی*^۴ آغاز می کنیم که شباهت هایی با TRT (درمان وزوز از طریق بازآموزی، که در فصل ۷ به تفصیل توضیح داده می شود) دارد و در آن اصوات بتدریج بصورت "غنی سازی صوتی"^۵ افزایش می یابند.

1- Beck

2- graded exposure

3- Davey

4- basic training

5- sound enrichment

معمولاً در CBT از مولدهای صوتی استفاده نمی شود، اما فی نفسه دلیلی برای این کار وجود ندارد. بیمار از طریق ثبت روزانه تماس های صوتی در جریان سیر تماس های خود قرار می گیرد. برای تربیت مقدماتی باید از محیط های صوتی قابل پیش بینی تا نسبتاً راحت استفاده نمود و مدت زمان تماس نیز باید طولانی باشد. تربیت مقدماتی باید مابین تربیت فشرده^۱ تری که در آن محیط های صوتی ناراحت کننده تر (مانند مراکز خرید) مطرح هستند انجام شود. تماس تا آنجا ادامه می یابد که بیمار احساس تسلط نموده و ترجیحاً سطوح انگیزتگی کاهش یابد. برای تربیت فشرده، به آمادگی و برنامه ریزی دقیق همراه با بیمار نیاز است. سلسله مراتب باید از پیش آماده بوده و مهم است که بیمار بتدریج وارد محیط های مشکل ساز شود و "ضعف های" احتمالی نیز از قبل مورد بحث و بررسی قرار گیرند. ممکن است داشتن تماس صوتی با همراهی درمانگر، برای مثال قدم زدن در یک خیابان شلوغ، لزوم یابد. یک مزیت همراهی با بیمار اینست که امکان مشاهده رفتار در موقعیت وجود دارد (که بنظر می رسد دقیق تر از صرف ارائه گزارش در اتاق مشاوره باشد). با حصول اهداف، میتوان برنامه ای برای تثبیت و ابقاء وضعیت تهیه و تنظیم نمود. این کار با ایده "جلوگیری از عود"^۲ صورت می پذیرد که شامل صحبت بطور کامل در مورد عوامل خطر بروز مجدد بیش شنوایی و اتخاذ تدبیر برای زمانی

1- intensive training

2- relapse prevention

است که حساسیت به نویز بدتر می‌شود. این امر میتواند شامل بازگشت به غنی سازی صوتی و استراتژی‌های آرمیدگی باشد.

ملاحظات خاص

هر فردی که با بیماران بیش شنوا کار کرده باشد می‌داند که در میان این گروه از بیماران هستند افرادی که به دلایل مختلف بطور همزمان دارای مشکلات روانی بوده و گاهی حتی معیارهای یک اختلال روانی را دارند (فصل ۵ ملاحظه شود). یک نمونه زمانی است که بیش شنوایی منجر به اجتناب و عدم فعالیت قابل توجهی شده باشد (مثلاً بیمار خانه نشین شده باشد). در این موارد، برنامه فعال سازی رفتاری^۱ مد نظر قرار می‌گیرد (مارتل^۲، آدیس^۳ و جاکوبسون، ۲۰۰۱) که یک روش درمانی مبتنی بر شواهد برای افسردگی است. در کار با بیماران دچار بیش شنوایی این مورد میتواند به برنامه زمان بندی غنی سازی صوتی و یادداشت های تماس صوتی افزوده شود. به عنوان مثال، برنامه ریزی فعالیت های اجتماعی میتواند موقعیتی هم برای فعال سازی رفتاری و هم برای تماس با صدا باشد. در فعال سازی رفتاری تجزیه و تحلیل عملکرد رفتار بسیار مهم است و ارتباطات خلق - رفتار از طریق آزمون های رفتاری مورد بررسی و چالش قرار می‌گیرند.

1- behavioral activation

2- Martell

3- Adis

تمام استراتژی های درمانی که در بالا ذکر شد در صورت فقدان انگیزه لازم در بیمار برای تغییر بی نتیجه خواهند بود. از این رو، پرداختن به انگیزه حائز اهمیت است. احتمال بروز مقاومت در برابر تغییر و واکنش های تدافعی بسیار زیاد است. این مسأله میتواند به شکل مقصر دانستن افراد (متخصصین بهداشتی "ناآگاه")، وقایع گذشته و حال، و گاهی تمام محیط ها (مثلاً فرودگاه ها) باشد. برای کارشناس بالینی بسیار راحت است که سوگیری کرده و با بیمار شروع به بحث و مجادله نماید اما این کار راه به جایی نمی برد. در مقابل، رفتار حمایتی و همدلانه به صورت گوش دادن عمیق باید با رفتار صریح و امیدوارانه مبنی بر این که وضعیت می تواند بهتر شود همراه گردد. علاوه براین، لازم است درمانگر حس آزادی انتخاب برای تغییر کردن یا نکردن را به بیمار القا نماید. تمام این نکات و موارد بمراتب بیشتر در ارتباط با ایجاد انگیزه در بیماران برای آغاز یک فرآیند تغییر از متون مربوط به مصاحبه انگیزه بخش قابل حصول است (میلر^۱ و رولنیک^۲، ۲۰۰۲).

تأیید تجربی

برای بسیاری از روش های درمانی پیشنهادی در این بخش، مانند آرمیدگی کاربردی و CBT بطور کلی، شواهد تجربی قابل توجهی که دربرگیرنده بیماری های متعددی باشد وجود دارد.

1- Miller
2- Rollnick

ما از هرگونه کارآزمایی تصادفی شاهددار در ارتباط با CBT که بطور اختصاصی بر روی بیش شنوایی انجام شده باشد بی اطلاع هستیم، اما حداقل یک بررسی در حال انجام است و از تحقیقات بیشتر در این زمینه حمایت می‌شود. علاوه براین، جنبه‌های روانشناختی بیش شنوایی مانند اجتناب از روی ترس، توجه انتخابی، و نقش شخصیت (بخش ۳ ملاحظه گردد) نیازمند توجه بیشتری هستند چرا که این آگاهی میتواند بر تحقیقات و پیشرفت‌های درمانی تأثیر بگذارد.

قابلیت کاربرد روان درمانی در حرفه شنوایی شناسی

علیرغم آن که بنظر می‌رسد روان درمانی برای بیش شنوایی، و بویژه CBT، با برداشت مفهومی از نشانه مزبور و تجربیات مربوطه تناسب داشته باشد و پروتکلی هم مطرح شده است، اما ذکر نکاتی چند لازم می‌باشد. اول آنکه، در عمل روانشناسان معدودی آمادگی پذیرش بیماران با شکایت اولیه بیش شنوایی را دارند. این بیماران معمولاً به متخصصین گوش و شنوایی شناسان مراجعه نموده و تشخیص و درمان را به نحو مناسب و مؤثری دریافت می‌دارند. از اینرو پرسشی که مطرح می‌شود اینست که "تا چه اندازه روش‌های برگرفته از روانشناسی قابل اعمال از طرف شنوایی شناسان هستند؟"

این نکته مهم و ظریفی است. شنوایی شناسی ریشه در روانشناسی دارد و لذا تعجیبی ندارد که این علوم و کار بالینی با یکدیگر همپوشانی داشته باشند. در واقع، عمده کار شنوایی شناسی ترغیب بیماران و خانواده‌هایشان، حمایت از افکار مثبت و رویارویی

با افکار منفی است؛ برای مشاهده این امر کفایت حیطه توانبخشی شنوایی کودکان را در نظر بگیرید. مباحث "داخل محدوده" که توسط فلشر و فگل (۲۰۰۴) مشخص شد و به تفصیل در فصل ۴ بیان گردید بحث و گفتگو در مورد مسائل خانوادگی و واکنش عاطفی نسبت به مشکل و تشخیص را از طرف شنوایی شناس مجاز می‌داند. مباحث "خارج از محدوده" شنوایی شناس را از ورود به موارد خارج از حوزه عملکرد شنوایی شناسی و اموری که نیازمند داشتن اطلاعات و دانش رسمی روانشناسی است باز می‌دارد. استفاده از مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی^۱، که در فصل ۴ مطرح شد، به شنوایی شناس این امکان را نیز می‌دهد که اضطراب و افسردگی قابل درمان را غربالگری کرده و در صورت لزوم درخواست کمک تخصصی نماید. از اینرو، به عنوان شنوایی شناس منعی برای کار با بیماران بیش شنوا و استفاده از روش‌های مناسب روانشناسی وجود ندارد مگر آنکه جواز کار بوضوح این امر را منتفی بداند.

خلاصه

در این بخش، درمان مبتنی بر CBT مطرح و بیان گردید. CBT برای بیش‌شنوایی برگرفته از اقدامات شنوایی شناسی و تمهیداتی است که توسط روانشناسان بالینی و روانپزشکان انجام می‌شود. با این وجود، بخش عمده درمان بیماران بیش‌شنوا در

1- Hospital Anxiety and Depression Scale

حیطه تخصصی شنوایی شناسی صورت می‌پذیرد و از روش‌های چند تخصصی که چند روش را ترکیب می‌کنند نیز حمایت می‌شود.