

**درمانگری شناختی - رفتاری بیماری‌ها
و ناتوانی‌های مزمن**

درمانگری شناختی - رفتاری بیماری‌ها و ناتوانی‌های مزمن

تألیف

رنه، ر. تایلور

ترجمه

دکتر مسعود جان بزرگی

دانشیار روان‌شناسی بالینی
پژوهشگاه، حوزه و دانشگاه

دکتر مژگان آگاه‌هریس

استادیار روان‌شناسی سلامت
دانشگاه پیام نور

ندا گلچین

کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور



سرشناسه: تایلور، رنه ر.، ۱۹۷۰، م (Taylor, Renee R.)
عنوان و نام پدیدآور: درمانگری شناختی-رفتاری بیماری‌ها و ناتوانی‌های مزمن / مؤلف رنه ر. تایلور؛ مترجمان دکتر مسعود جان‌بزرگی، دکتر مژگان آگاه‌هریس، ندا گلچین.
مشخصات نشر: تهران: کتاب ارجمند (با همکاری انتشارات ارجمند)، ۱۳۹۱.

مشخصات ظاهری: ۲۶۴ ص، قطع: وزیری
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۲۰۴-۴
عنوان اصلی: Cognitive behavioral therapy for chronic illness and disability, c2010
موضوع: بیماری‌های مزمن - جنبه‌های روان‌شناسی، بیماری‌های مزمن - درمان، شناخت درمانی
شناسه افزوده: جان‌بزرگی، مسعود، ۱۳۴۳ -، مترجم.، آگاه‌هریس، مژگان، ۱۳۴۹، مترجم.، گلچین، ندا، ۱۳۵۹ - مترجم
رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۱ RC۱۰۸/ت۹د۴
رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۰۴۴
شماره کتابشناسی ملی: ۲۸۶۱۶۶۸

رنه ر. تایلور
درمانگری شناختی - رفتاری بیماری‌ها و ناتوانی‌های مزمن

ترجمه: دکتر مسعود جان‌بزرگی، دکتر مژگان آگاه‌هریس، ندا گلچین
فروست: ۴۵۲

ناشر: کتاب ارجمند (با همکاری انتشارات ارجمند)
صفحه‌آرا: پرستو قدیم‌خانی
مدیر هنری: احسان ارجمند
ناظر چاپ: سعید خانکشلو
چاپ: سامان، صحافی: روشنگر
چاپ اول، اردیبهشت ۱۳۹۴، ۱۱۰۰ نسخه
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۲۰۴-۴

این اثر، مشمول قانون حمایت از مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف، ناشر، نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

www.arjmandpub.com

مرکز پخش: انتشارات ارجمند

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خ کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن ۸۸۹۸۲۰۴۰
شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، انتشارات مجد دانش، تلفن ۰۵۱-۳۸۴۴۱۰۱۶
شعبه رشت: خ نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی، تلفن ۰۱۳-۳۳۳۳۲۸۷۶
شعبه بابل: خ گنج افروز، پاساژ گنج افروز، تلفن ۰۱۱-۳۲۲۲۷۷۶۴
شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست تلفن ۰۹۱۱۸۰۲۰۰۹۰
شعبه کرمانشاه: خ مدرس، پشت پاساژ سعید، کتابفروشی دانشمند تلفن ۰۸۳-۳۷۲۸۴۸۳۸

بها: ۱۵۰۰۰ تومان

با ارسال پیامک به شماره ۰۵۹۹ ۰۵۹۹ ۰۰۰ ۱۰۰۰ در جریان تازه‌های نشر ما قرار بگیرید:
ارسال عدد ۱: دریافت تازه‌های نشر پزشکی به صورت پیامک
ارسال عدد ۲: دریافت تازه‌های نشر روان‌شناسی به صورت پیامک
ارسال ایمیل: دریافت خبرنامه الکترونیکی انتشارات ارجمند به صورت ایمیل

فهرست

سخن مترجم ۷

پیشگفتار ۱۳

قسمت اول

بنیان‌های نظری و رهنمون‌های عملی کلی ۱۷

۱

مقدمه: چهار نمونه بالینی ۱۹

۲

مرور کلی درمانگری شناختی- رفتاری ۳۵

۳

پیچیدگی‌های روان‌شناختی اختلال و بیماری مزمن ۴۵

۴

ارزیابی اولیه و جهت‌گیری برای درمان شناختی- رفتاری ۶۳

۵

جلسات بعدی درمانگری شناختی- رفتاری ۱۰۷

۶

معرفی فنون درمانگری شناختی- رفتاری ۱۲۲

۷

فنون بررسی شناخت‌های ناسازگار غیر واقع‌نگر ۱۳۰

۸

فنونی برای بررسی شناخت‌های واقع‌نگر اما ناسازگار ۱۵۳

۹

۱۸۳ رویکردهای رفتاری

۱۰

۲۰۳ ویژگی‌های منحصربه‌فرد درمانگری شناختی- رفتاری برای مراجعان مبتلا به بیماری‌های مزمن

۲۳۱

منابع

مقدمه

درک حال کسی که در مدت کوتاهی خبر یک بیماری مزمن و یا مهلکی را به او می‌دهند و تغییرات سریع روحیه و حال روان‌شناختی او آسان نیست. چنین اتفاقی به سرعت شرایط زندگی فرد مبتلا را تغییر می‌دهد و او را با بن‌بست‌ها و محدودیت‌های جدی در روند معمولی زندگی مواجه می‌سازد. پذیرش این شرایط که زندگی به روالی که سایرین طی می‌کنند، دیگر امکان‌پذیر نیست یا اینکه تا پایان عمر با بیماری، درد یا تهیه و مصرف دارو باید سروکار داشت، برای بسیاری ناامیدکننده است. به همین دلیل لزوم طراحی چارچوب‌های مداخله‌ای مؤثر برای این گروه از افراد بیش از پیش حائز اهمیت است. مترجمان این اثر در تجربه بالینی خود همواره با دو دسته از این بیماران مواجه بوده‌اند. دسته اول، آنهایی هستند که پس از شنیدن خبر بیماری به طور کلی روحیه خود را باخته و همین ضعف به تأیید پزشکان؛ موجبات بدتر شدن روحیه آنها را فراهم کرده و گاهی یک بیماری قابل تحمل را به یک بیماری مهلک تبدیل می‌کند و دسته دوم افرادی هستند که وقتی توانسته‌اند به زودی بیماری خود را بپذیرند و روحیه‌شان را حفظ کنند بر آن بیماری غلبه کرده‌اند. به راستی چه تفاوتی بین این دو وجود دارد؟ مشکل وقتی پیچیده‌تر می‌شود که اطرافیان بیمار به عنوان یک متغیر مهم وارد جریان می‌شوند و گاهی برعکس خود بیمار که به زندگی و زنده ماندن فکر می‌کند، آنها به مرگ و مردن او می‌اندیشند و برخوردهای آنها فضاهای روان‌شناختی خاصی را برای فرد ایجاد می‌کند. این فضاها بیش از هر چیزی در فرهنگ‌های عاطفی موجب افکار ناکارآمد و در پی آن وابستگی این بیماران و حساس کردن آنها به محرک‌های عاطفی و تضعیف توان آنها در اداره خود می‌شود.

امروزه در متون علمی تفاوت آن دو قشری که بیشتر به آنها اشاره شد را به تفاوت در نوع نگاه افراد نسبت می‌دهند. گروه اول معنایی منفی به اتفاق می‌دهند و گروه دوم معنایی واقع‌بینانه به خبر بد می‌دهند. دو طرز تلقی متفاوت منجر به دو برخورد متفاوت با وقایع سنگین زندگی می‌شود. اثر فرایندهای شناختی در سلامتی انسان و رفتارهای سالم در پژوهش‌های مختلف تأیید شده است¹. حتی به‌رغم برخورد واقع‌بینانه بسیاری که به بیماری مزمن مبتلا هستند با بیماری خود، کنار آمدن با برخی پیامدهای این بیماری‌ها کار آسانی نیست. درمانگری شناختی- رفتاری بیماران را ترغیب می‌کند نقش فعال‌تری در مدیریت درد، به حداقل رساندن انفعال، وابستگی و ناتوانی ایفا کند. باورها، نگرانی‌ها و ترس‌ها و عوامل محیطی، نقش مهمی بر ناتوانی، آشفتگی و تنیدگی فردی که

1. O'Dowd H, Gladwell P, Rogers CA, Hollinghurst S, Gregory A. Cognitive behavioral therapy in chronic fatigue syndrome: a randomised controlled trial of an outpatient group programme. *Health Technol Assess* 2006;10(37).

دچار یک بیماری مزمن است، دارند. این ناتوانی و آشفتگی را می‌توان به طور معنا داری کاهش داد. درمانگری شناختی- رفتاری می‌تواند چنین نقشی را به خوبی ایفا کند، به خصوص اگر یک رویکرد جامع و مشارکت‌جویانه با در نظر گرفتن عوامل مرتبط با بیمار را در نظر بگیرد.

هدف اصلی درمانگری شناختی- رفتاری در اینجا می‌تواند در چند محور خلاصه شود:

۱. افزایش کنش‌وری یا فعالیت‌های سازنده فرد، به رغم وجود درد.

۲. بهبودی خلق به رغم وجود درد.

۳. کاهش استفاده از دارو در درمانگری ضد درد

الگوی شناختی- رفتاری از طریق مداخله‌های شناختی و رفتاری به همراه تعدیل محیط (تغییر در شغل، محیط خانه و خدمات حمایتی و غیره) و نیز هماهنگی با مداخله‌های پزشکی، بر تجربه درد و خستگی مزمن، رفتارهای بیماری، وظایف کنشی یا کارکردی و حالت‌های خلقی تأثیر مثبت می‌گذارد. انتظار می‌رود با پذیرش تعامل جسم و روان، مداخله‌های روان‌شناختی بتوانند اثرات ناتوان‌کننده ناتوانایی‌ها و بیماری‌های مزمن را کاهش دهند.

هر چند کتاب حاضر را به عنوان یک برنامه دقیق و کارآمد به منظور مهار اثرات مخرب بیماری‌های ناتوان‌کننده جسمی، کم‌نظیر می‌دانیم؛ اما در سطحی فراتر و در فرهنگی که معنویت و دین عامل مهمی برای کمک به این بیماران در حال ایفای نقش است، آن را کافی نمی‌دانیم. امروزه از مداخله‌های «مذهبی- معنوی»^۱، به عنوان یکی از مداخله‌های طب مکمل- جایگزین^۲ استفاده می‌شود (نقل از: جان بزرگی، فاکر و جان بزرگی، ۱۳۹۰) و تأثیر معنادار آن را حتی برای کمک به بیماران مزمنی مانند سرطانی‌ها بسیار آزموده‌اند (برادی و دیگران، ۱۹۹۹؛ هشائو و دیگران، ۲۰۰۸؛ گلدشتاین و دیگران، ۲۰۰۸؛ گانسلا و دیگران، ۲۰۰۸؛ گاسیلث و ویکرز، ۲۰۰۵؛ پترمن و دیگران، ۲۰۰۲؛ مایتکو و نایت، ۱۹۹۹؛ مارتنز و دیگران، ۲۰۰۸؛ لیوین و دیگران، ۲۰۰۹؛ ویتفرد و دیگران، ۲۰۰۸ و پیوالا و دیگران، ۲۰۰۶)^۳. سلامتی معنوی و مداخله مذهبی- معنوی، به عنوان یکی از مؤلفه‌های درمانی مهم در بیماری‌های مزمن و سخت شناخته شده است. کرامر و دیگران (۲۰۱۱) ضمن تأکید بر این مطلب، سه جنبه این درمانگری: ایمان، آرامش و معنادمی را مورد بررسی قرار داده‌اند، که ایمان و معنادمی دارای اهمیت ویژه‌ای بودند. جریک، وال، کاروین و کوپمن (۲۰۱۱) از درمانگری یکپارچه روانی- معنوی برای زنانی که به سرطان سینه مبتلا بودند استفاده کردند و نشان دادند که آنها علاوه بر بهبودی از نظر

1. religion/spirituality

2. complementary/alternative methods

۳. مداخله‌های طب مکمل و جایگزین براساس مرکز بین‌المللی طب مکمل و جایگزین، گروهی از مداخله‌های متنوع و نظام‌های مراقبت بهداشتی، تمرین‌ها و هستند که در حال حاضر در پزشکی مرسوم، مورد ملاحظه قرار نمی‌گیرند (NCCAM, 2008)

(National Center for Complementary and Alternative Medicine

افسردگی، خشم و خستگی، از نظر سلامتی جسمی^۱، سلامتی هیجانی^۲ و سلامتی کنش‌وری^۳، بهبودی معناداری یافتند. علاوه بر آن از نظر شخصیتی قوی‌تر و دارای سلامتی معنوی (احساس معناداری و آرامش) بیشتری بودند. در این روش محققان بیشتر بر جهان‌بینی، هدف‌یابی برای زندگی، معنادهی و تمرین‌های معنوی برای عبور از نشانه‌های بیماری، استفاده کرده‌اند. این مؤلفه‌های درمانی بیشتر به جنبه‌های روانی معنوی افراد مربوط هستند (پارک، ۲۰۰۷).

با توجه به این مطلب، چنانچه مداخله‌های شناختی- رفتاری با رویکردی معنوی و مذهبی ارائه شوند، احتمالاً علاوه بر اینکه پذیرش مراجعان را نسبت به درمان افزایش می‌دهند، انگیزه آنها را برای پیگیری جلسات درمان بیشتر کرده، نتایج را ماندگار و اثرات درمانی را تعمیق می‌کنند؛ این کاری است که مترجمان این اثر به عنوان مکمل این کتاب در دست تهیه دارند و اثر بعدی این زمینه را به خود اختصاص می‌دهد. علاوه بر متون دینی قوی و مستند در این زمینه شواهد فرهنگی متعددی بیانگر تفاوت دید صاحبان درد و بیماری در تحمل آن و نه تنها دید مثبت بلکه نگاه به بیماری و درد به عنوان یک موهبت و لطف الهی چنین دیدی را از ارزشی فراتر از آنچه درمانگری‌های شناختی- رفتاری مطرح می‌کنند، می‌گرداند. به عنوان مثال مولوی در کتاب مثنوی خود^۴ به خوبی به این نگاه خاص معنوی اشاره می‌کند:

ای خجسته رنج و بیماری و تب	ای مبارک درد و بیداری شب
نک مرا در پیری از لطف و کرم	حق چنین رنجوری داد و سقم
درد پشتم داد هم تا من ز خواب	برجهم هر نیم شب لابد شتاب
تا نخسبم جمله شب چون گاو میش	دردها بخشید حق از لطف خویش
زین شکست آن رحم شاهان جوش کرد	دوزخ از تهدید من خاموش کرد

در اینجا مولوی به خوبی فکر مثبت و جایگزین را با الهام از متون دینی بیان می‌کند که این درد و رنج هر چند دنیای فرد را با سختی مواجه می‌کند، اما آینده امیدبخش و بهستی برین را برای فرد به ارمغان می‌آورد. در احادیث مختلفی از معصومین علیهم‌السلام به این موضوع اشاره

1. Physical Wellbeing
2. Emotional Well-being
3. Functional Well-being

۴. مثنوی معنوی، دفتر دوم، صفحه ۲۷۴

شده است. از جمله اینکه در بیماری ثواب بسیار خوابیده است^۱ یا در بیماری خیر نهفته است^۲. مولوی در ادامه شعر خود به درستی ارزش صبر و پذیرش را در موقع رنج و بلا و گنج بودن این سختی‌ها را برجسته می‌سازد:

رنج گنج آمد که رحمت‌ها در اوست مغز تازه شد چو بخراشید پوست
ای برادر موضع تاریک و سرد صبر کردن بر غم و سستی و درد

در همین راستا احادیث فراوانی بر این نکته تأکید می‌کنند^۳ و اینکه بیماری، کفاره گناهان و سبب بخشش آنها می‌شود^۴. این نکته می‌تواند برای بیماران مزمن بسیار امیدبخش باشد و معنای درد را در ذهن آنها تغییر دهد. سپس مولوی به خوبی دیدگاه غیرخطی و قصد متناقض که امروزه در درمان استفاده می‌شود را مورد اشاره قرار می‌دهد که همواره می‌توان در سختی‌ها به دنبال موفقیت گشت و فرار از بلاها و انکار آنها نوعی فرصت‌کشی برای پیشرفت و کمال است:

چشمه‌ی حیوان و جام مستی است کان بلندی‌ها همه در پستی است
آن بهاران مضمهر است اندر خزان در بهار است آن خزان مگریز از آن
همره غم باش و با وحشت بساز می‌طلب در مرگ خود عمر دراز
آن چه گوید نفس تو کاینجا بد است مشنوش چون کار او ضد آمده‌ست
تو خلافتش کن که از پیغمبران این چنین آمد وصیت در جهان

۱. ما در نزد رسول خدا صلی الله علیه و آله بودیم ناگاه تبسم فرمود من به آن حضرت عرض کردم که یا رسول الله تو را چه شد که بی‌سبب خندیدی فرمود که تعجب کردم از مؤمن و بیتابیش از بیماری و اگر بدانند که در بیماری چه قدر از ثواب از برای او است هر آینه دوست دارد که پیوسته بیمار باشد تا پروردگار عز و جل خود را ملاقات کند (ابن بابویه، محمد بن علی - اردکانی، محمد علی، اسرار توحید / ترجمه التوحید للصدوق، ۱ جلد، انتشارات علمیه اسلامیة - تهران، چاپ: اول، بی تا.)

۲. امام زین‌العابدین علیه السلام فرمودند: تب بیماری خوبی است، بهره هر عضوی از بلا را به آن می‌دهد. در کسی که به بلایی گرفتار نشود خیری نیست. (هلالی، سلیم بن قیس، کتاب سلیم بن قیس الهلالی، ۲ جلد، الهادی - ایران؛ قم، چاپ: اول، ۱۴۰۵ق.)

۳. سه چیز است که از گنج‌های بهشت است: پنهان داشتن صدقه (یعنی در پنهانی صدقه دادن) و پوشیده داشتن بلا و مصیبت، و پنهان داشتن درد و بیماری. (هلالی، سلیم بن قیس، کتاب سلیم بن قیس الهلالی، ۲ جلد، الهادی - ایران؛ قم، چاپ: اول، ۱۴۰۵ق.)

۴. روزی پیامبر صلی الله علیه و آله و سلم به اصحاب فرمود: «۱» کدامیک از شما دوست دارد، سالم بماند و بیمار نشود؟ عرض کردند: همه ما؛ پیامبر خدا صلی الله علیه و آله و سلم فرمود: آیا دوست دارید همانند خران گمشده باشید، نه اصحاب کفارات؟ (چون بیماری کفاره گناهان می‌گردد) سوگند به کسی که جانم در دست اوست، انسان در بهشت مقامی دارد که با عمل به آن نمی‌رسد، اما به صبر بر بلا به آن می‌رسد و بزرگی پادشاه، در مقابل بلای بزرگ است و خداوند هر گاه بنده‌ای را دوست بدارد، او را به بلای بزرگ مبتلا می‌سازد که اگر صابر بود، رضا و خشنودی خدا را به دست می‌آورد، و اگر صبر نکرد مورد خشم و غضب او قرار خواهد گرفت (دیلمی، حسن بن محمد - سلگی نهانندی، علی، إرشاد القلوب / ترجمه سلگی، جلد ۲، ناصر - قم، چاپ: اول، ۱۳۷۶ش) یا از همین منبع: فرمود: «۱» اگر مؤمن در بیماری نیکویی حال خود را بداند، دوست نمی‌دارد، از آن خارج گردد.

در پایان مولوی مشاوره و درمان را برای تصمیم‌های معقول و خلاصی از تعارض و پشیمانی بعد از اقدام توصیه می‌کند که ملاک صحیح بودن آن را هم عقل قرار می‌دهد که می‌توان امروزه به مشاوره با افراد متخصص و حاذق قابل تطبیق باشد.

مشورت در کارها واجب شود تا پشیمانی در آخر کم بود
گفت امت مشورت با کی کنیم انبیا گفتند با عقل امیم

از کلیه دانش‌جویان، همکاران و مطالعه‌کنندگان این مجلد درخواست می‌شود تا نظرات پیشنهادی یا انتقادی خود را به agah.mojgan@yahoo.com ارسال کنند و یا با دفتر طلیعه سلامت با شماره تلفن ۲۲۵۷۲۲۷۴ تماس حاصل کنند.

در نهایت اشاره به این مطلب ضروری است که این ترجمه در دو جلد به طبع خواهد رسید و امیدواریم بتواند فرا راه دانشجویان عزیزمان برای کمک به بیماران نیازمند باشد. در اینجا بر خود فرض می‌دانیم از همکاران و اساتید گرانقدر خود سپاسگزاری کنیم و تلاش‌های شوق‌برانگیز دکتر ارجمند رئیس محترم انتشارات ارجمند را قدر بدانیم که زمینه را برای چاپ این اثر فراهم نمود.

دکتر مسعود جان‌بزرگی

روان‌شناس بالینی

دکتر مژگان آگاه‌هریس

روان‌شناس سلامت

پیشگفتار

ارتباط میان بیماری‌های مزمن، ناتوانی‌ها (اختلال)، سازگاری روان‌شناختی و رفتارهای مرتبط با سلامت موضوعی مهم است که به‌طور گسترده در دنیا مطرح شده است. این کتاب به منظور ارائه راهنمایی‌های علمی مبتنی بر پشتوانه‌های تجربی برای متخصصان دست‌اندرکار روان‌درمانگری و بازتوانبخشی افراد مبتلا به بیماری‌ها و ناتوانی‌های مزمن طراحی شده است. همچنین این کتاب می‌تواند توسط پژوهشگرانی که به اجراء، ارزشیابی و تفکر انتقادی در مورد اثربخشی رویکردهای شناختی - رفتاری برای مدیریت و درمان این بیماری‌های مزمن اشتغال دارند؛ به کار رود.

نگارش این کتاب متأثر از سه جریان تحولی مهم است: اول این که، این کتاب منعکس‌کننده تجربه عملی من به عنوان یک روان‌شناس بالینی برای ارزشیابی و درمان افرادی است که به بیماری‌ها و ناتوانی‌های مزمن مبتلا بوده‌اند. دوم اینکه، این کتاب بر اساس کار پژوهشی من در مورد ماهیت و پیامدهای بیماری‌های مزمن و خدمات درمانگرانه‌ای که برای بررسی آنها طراحی شده، نوشته شده است. در نهایت اینکه، این کتاب حاصل تجربه شخصی مشاهده زندگی اعضای نزدیک خانواده که مبتلا به بیماری‌ها و ناتوانی‌های مزمن بودند، زندگی با آنها و مراقبت از آنهاست.

بیماری‌هایی که در این کتاب بررسی شده‌اند را می‌توان در چهار گروه فرعی از نشانه‌های میان‌بر طبقه‌بندی کرد: خستگی مفرط، درد، بدکارکردی خواب و مشکلات معدی - روده‌ای. از آنجا که این طبقه‌بندی‌های مبتنی بر نشانه می‌تواند در افراد مبتلا به بیماری‌ها و ناتوانی‌های مزمن به صورت "شرایط مزمن"^۱ تجربه شوند؛ از این عبارت برای بررسی ویژگی‌های مشترک ناتوانی‌ها و بیماری‌های مزمن استفاده خواهد شد. علت انتخاب این چهار طبقه آن بود که این طبقات نشان‌دهنده گروه‌های وسیعی از نشانه‌ها هستند که به طور مشترک در تعداد زیادی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن که افراد سراسر دنیا به آنها مبتلا هستند، مشاهده و تجربه می‌شوند. خستگی مفرط، درد، بدکارکردی خواب و مشکلات معدی - روده‌ای در بیماری‌هایی نظیر بیماری‌های زیر ایجاد می‌شوند یا می‌توانند حاصل درمان چنین بیماری‌هایی باشند: بیماری‌های قلبی، سرطان، انواع دیابت، سکنه مغزی، ایدز/HIV، اشکال مختلف آرتريت، کمردرد، بیماری‌های تیروئید، مولتیپل اسکلروز (MS)، لوپوس و بیماری کرون (از میان هزاران بیماری دیگر).

علاوه بر این، این نشانه‌های میان‌بر می‌توانند بازنمایی مشکلات متداولی باشند که در افراد مبتلا به نقائص (ناتوانی‌های) جسمی و نشانگان‌هایی که درمان آنها دشوار است نظیر نشانگان خستگی مفرط،

1. chronic condition

فیبرومیالژی و سایر اختلال‌های درد مزمن، حساسیت‌های شیمیایی چندگانه و نشانگان روده تحریک‌پذیر نیز مشاهده شوند.

در تلاش برای نشان دادن کاربرد راهبردهای درمانگرانه‌ای که در حد امکان مستقیم‌ترین شیوه هستند؛ چهار مورد که هر یک توصیف‌کننده فردی با تابلوی بیماری خاص است که یکی از نشانه‌های میان‌بر را هم داراست؛ معرفی خواهند شد و در سراسر کتاب به آنها ارجاع خواهد شد. این نمونه‌های موردی نشان خواهند داد که چگونه رویکردهای درمانگری شناختی-رفتاری می‌توانند با توجه به نوع نشانه‌شناسی بیماری‌ها و شرایط مزمن تغییر کنند. هم رویکردهای کوتاه‌مدت و هم رویکردهای بلندمدت درمانگری ارائه شده‌اند تا میزان زمان‌بر بودن و تقاضاهای محیطی که می‌توانند اهداف درمانی و شیوه‌های مورد استفاده را تحت تأثیر قرار دهند را نشان دهند.

باید توجه داشته باشید که مفهوم واژه "ناتوانی"^۱ که در عنوان این کتاب به کار رفته است و در کاربرد امروزی به طور مداوم توسط بیشتر متخصصان استفاده می‌شود؛ دلالت بر بعضی از انواع محدودیت‌های مداوم در ظرفیت کارکردی دارد. مخصوصاً، هدف این کتاب، بررسی موضوعات اجتماعی و محیطی متعددی که توسط افراد مبتلا به بیماری‌ها و ناتوانی‌های مزمن (نظیر سرکوب ناتوانی و تبعیض، برچسب زدن، محدودیت دسترسی، پدیدارشناسی ناتوانی و هویت ناتوانی) تجربه می‌شوند؛ نیست. به میزان زیادی پذیرفته شده است که این موضوعات علاوه بر بسیاری از جنبه‌های کلیدی دیگر تجربه ناتوانی؛ تأثیر مهمی روی باورهای فرد درباره بیماری یا ناتوانی آنها دارند. با وجود اینکه به برخی از این موضوعات در این کتاب پرداخته می‌شود و در روش‌های درمانی پیشنهادی از مشارکت آنها استفاده می‌شود؛ باید پذیرفت که درمان مکفی و کامل موضوعات محیطی و اجتماعی که هم‌آیند با بیماری و ناتوانی مزمن هستند؛ خارج از حوزه این کتاب است. خوانندگان را به منظور درمان کامل این قبیل موضوعات، به کارهای نویسندگان نامداری نظیر جیمز چارتون (۱۹۹۸)، میسائیل یور (۱۹۹۰) و سیمی لیتون (۱۹۹۸) ارجاع می‌دهم. به منظور هماهنگی با بحث ناتوانی به هنگام مواجه شدن فرد مبتلا به ناتوانی (اختلال) با موانع محیطی؛ از واژه "اختلال"^۲ در سراسر این کتاب استفاده خواهد شد که به محدودیت‌های ظرفیت کارکردی دلالت دارد.

این کتاب به میزان چشمگیری برگرفته از کارهای معاصر شناخت‌درمانگری آرون بک (۱۹۹۶) و جودیت بک (۱۹۹۵) است. از تکنیک‌ها و ایده‌های نظری درمانگری شناختی به عنوان چهارچوبی برای درک و درمان افراد مبتلا به دامنه گسترده‌ای از اختلال‌ها و بیماری‌های مزمن استفاده شده است. از آنجا که از نظریه شناختی بک برای آسیب‌شناسی روانی و شناخت‌درمانگری در سطوح بالای تفکر انتقادی و مطالعه تجربی استفاده شده است (بک ۱۹۹۶؛ کلارک، بک و آلفورد، ۱۹۹۹؛ دبسون و

1. disability
2. impairment

دوزویس، ۲۰۰۱؛ ویتروود، بک و گرونر، ۲۰۰۳)، شناخت‌درمانگری بک را به عنوان چارچوب اصلی کارم انتخاب کردم. علاوه بر این، شواهد بسیار زیادی وجود دارند دال بر اینکه شناخت‌درمانگری موفق‌ترین رویکرد درمانی است که دارای پشتوانه پژوهشی غنی بوده و برای شرایط بسیار زیادی نظیر شماری از بیماری‌های مزمن کارایی دارد (دبسون و دوزویس، ۲۰۰۱؛ وایت، ۲۰۰۱؛ ویتروود، بک و گرونر، ۲۰۰۳).

با وجود اینکه این کتاب به میزان زیادی متأثر از شناخت‌درمانگری بک است؛ اما بسیاری از رویکردها و تکنیک‌هایی که در این کتاب ارائه شده‌اند برگرفته از حوزه وسیع‌تری از درمانگری شناختی- رفتاری است که حاصل کار سایر متخصصان این حوزه است (نظیر گرینبرگر و پدسکی، ۱۹۹۵؛ نیکاسیو و اسمیت، ۱۹۹۵؛ تورک، مایشن‌باوم و گنست، ۱۹۸۳). به منظور منعکس کردن مشارکت‌جویی از این شیوه‌ها که به میزان زیادی مشتق از سایر رویکردها هستند؛ از عبارت جامع "درمانگری شناختی- رفتاری" در این کتاب استفاده شده است. طراحی این کتاب تحت تأثیر دانش تجربی و نظری موجود از سه حوزه دیگر نیز هست که به آنها عنوان "حوزه‌های دانش مرتبط" را با توجه به اهداف تعریف و شفاف‌سازی آن داده‌ام. به این علت حوزه‌های دانش مرتبط را اضافه کردم که شناخت‌درمانگری به عنوان درمانی جامع و روانی- اجتماعی است که رویکردی انعطاف‌پذیر و به طور مداوم در حال تکامل در روان‌درمانگری تلقی می‌شود (بک، ۱۹۹۱؛ بثوتلر، هاروود و کالدول، ۲۰۰۱). بک (۱۹۹۱) معتقد است که جنبه عملی اصلی درمانگری شناختی عبارت است از تغییر شناختی^۲ که تغییری است که مشخص شده در همه درمانگری‌هایی که برون‌دادها و نتایج کارآمدی آنها گزارش شده است؛ وجود داشته است. بر این اساس؛ شناخت‌درمانگران طرفدار بک اجازه دارند که مداخله‌هایشان را از جهت‌گیری‌های نظری متعدد انتخاب کنند، به طوری که رویکرد آنها را برای هر مورد مشخصی به طور متناسب همساز کند.

به ویژه، سه حوزه از دانش مرتبط که در این کتاب ارائه شده‌اند، عبارت از روان‌شناسی خود^۳ (گاردنر، ۱۹۹۱؛ کوهات، ۱۹۷۱)، روان‌شناسی مثبت‌نگر^۴ (سلیگمن و کسیکسزنتمیهایلی^۵، ۲۰۰۰) و الگوی کار انسان^۶ (کیلهوفنر، ۲۰۰۲). من این سه حوزه دانش را با هدف خاص کاربرد دانش و راهبردهای نظری پیشنهاد شده در این حوزه‌ها انتخاب کردم تا به صورت مکمل عمل کنند یا این سه جنبه اختصاصی از فرآیند درمان‌گرانه را برجسته کنند که در حال حاضر در سوابق پژوهشی درمانگری شناختی- رفتاری فعلی و بویژه در سوابق پژوهشی که کاربرد درمانگری شناختی- رفتاری را برای

-
1. areas of related knowledge
 2. cognitive change
 3. Self psychology
 4. Positive psychology
 5. Seligman & Csikszentmihalyi
 6. The model of Human occupation

اختلال‌ها و بیماری‌های مزمن نشان داده‌اند اهمیت آنها یا ناچیز انگاشته شده یا کاربرد آنها بحث‌برانگیز بوده است. در مجموع این تکنیک‌ها شامل همدلی، امید و اختیار^۱ می‌شوند. این حوزه‌های اختصاصی از دانش مرتبط شامل منابع مکمل و مختصری می‌شوند که همراه با درک شناخت‌درمانگری بک با جهت‌گیری اصلی، چارچوب نظری راهنما و راهبردهای درمانی توصیف شده در این کتاب را تشکیل می‌دهند. هدف از ارائه این حوزه‌های دانش مرتبط، تکمیل دانش تجربی و نظری کاربرد رویکردهای درمانگری شناختی- رفتاری برای بیماری‌های مزمن خاص است اما توجه داشته باشید که این حوزه‌ها به منظور پیشنهاد یک الگو یا جهت‌گیری نوین در روان‌درمانگری ارائه نشده‌اند. در پایان، ایده‌هایی که در این کتاب ارائه شده‌اند را باید به صورت ایده‌هایی خام و نوپا در نظر بگیرید. به گونه‌ای که آنها نیازمند ارزشیابی تجربی و بالینی بیشتر بوده و نیاز به مجادله مداوم در مورد کاربری آنها است. امید است که این کتاب و سازماندهی آن در مورد حوزه‌های نشانه‌های میان‌بر بتواند به پیشرفت تمرکز روی نتایج پژوهش‌ها و مطالعات به هنگام استفاده از درمانگری شناختی- رفتاری برای اختلال‌ها و بیماری‌های مزمن کمک کند.

رنه .آر . تیلور

شیکاگو، ایلینوس، ایالت متحده امریکا^۲

1. volition
2. Chcago, Illinos, USA

قسمت اول

بنیان‌های نظری و رهنمون‌های عملی کلی

مقدمه

قسمت اول کتاب به مرور بنیان‌های نظری درمانگری شناختی- رفتاری می‌پردازد و به‌طور اختصاصی رهنمون‌های کلی را برای درمانگری شناختی- رفتاری روی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن ارائه می‌دهد. فصل ۱ به معرفی چهار نمونه بالینی می‌پردازد که به‌عنوان پایه‌ای برای کاربرد مفاهیم کلیدی ارائه شده در سراسر این کتاب به کار خواهند رفت. فصل ۲ به تدارک نگاهی کلی از درمانگری شناختی- رفتاری می‌پردازد و ارتباط آن با افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن را برجسته می‌سازد. فصل ۳ به موضوع‌هایی پوشش می‌دهد که متخصصان دست‌اندرکار در امر درمان افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن با آن مواجه می‌شوند و در مورد ارتباط میان شناخت، استرس و بیماری‌های مزمن بحث می‌کند و منطقی برای کاربرد درمانگری شناختی- رفتاری در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن تدارک می‌بیند. فصول ۴ تا ۹ به توصیف رویکردهای شناختی- رفتاری خاص پرداخته است. به‌گونه‌ای که برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن کارآمدی داشته باشد. فصل ۱۰ به بحث در مورد پیچیدگی‌های درمانگری شناختی- رفتاری برای مراجعان مبتلا به بیماری‌های مزمن و لزوم سازگاری رویکردهای سنتی برای انطباق با این موضوع‌های منحصربه‌فرد می‌پردازد.

مقدمه: چهار نمونه بالینی

کاربرد درمانگری شناختی - رفتاری برای افراد مبتلا به بیماری‌ها و اختلال‌های مزمن در این کتاب مطرح است. به جای تأکید بر طبقه‌بندی‌های تشخیصی، بر برش مقطعی^۱ نشانه‌هایی نظیر خستگی مفرط، درد، اختلال خواب و مشکلات معدی - روده‌ای تمرکز شده است. این طبقه‌های نشانه‌ها به طور مفرد یا ترکیبی در اغلب موارد بیانگر ویژگی‌های بیماری‌های مزمن هستند. درحالی‌که هر یک از طبقه نشانه‌ها مستلزم رعایت برخی از ملاحظات خاص هستند، این کتاب نشان خواهد داد که چگونه راهبردهای اصلی درمان شناختی - رفتاری می‌تواند برای همه آنها کاربرد داشته باشد.

در این فصل، ابتدا چهار نمونه بالینی معرفی می‌شوند که هر یک به معرفی یکی از چهار طبقه‌بندی اصلی علائم می‌پردازند. نمونه بالینی اول روی خستگی مفرط به‌عنوان یک نشانه اولیه تمرکز دارد و به توصیف تجارب نینا یک زن ۳۵ ساله مبتلا به نشانگان مزمن خستگی مفرط می‌پردازد. نمونه دوم روی درد به‌عنوان یک نشانه اولیه تمرکز دارد و به توصیف تجربه پائولت، یک زن ۴۲ ساله مبتلا به آرتریت روماتوئید^۲ می‌پردازد. نمونه بالینی سوم نقش بدکارکردی خواب را در بیماری مزمن برجسته می‌سازد و کرتیس، یک مرد ۶۰ ساله مبتلا به سرطان پیشرفته پروستات را معرفی می‌کند. نمونه بالینی چهارم بر مشکلات معدی - روده‌ای به‌عنوان یک نشانه ابتدایی تمرکز دارد و به توصیف آلکس یک مرد ۲۳ ساله مبتلا به بیماری کرون^۳ می‌پردازد. این نمونه‌های بالینی بیانگر بازنمایی‌های مرکب از نمونه‌های بالینی واقعی است که توسط نویسنده کتاب مشاهده شده‌اند. جزئیات اجتماعی - جمعیت‌شناختی، اطلاعات تشخیصی، جنبه‌هایی از

1. cross-cutting
2. rheumatoid arthritis
3. Crohn's Disease

تاریخچه پزشکی و اطلاعات مهم مربوط به سوابق این بیماران تغییر داده شده‌اند تا تطبیق هر یک از این نمونه‌ها با افرادی که واقعاً تحت درمان قرار گرفته‌اند، امکان‌پذیر نباشد.^۱

این نمونه‌های بالینی در سراسر کتاب بارها به‌عنوان مثال ظاهر خواهند شد و پایه‌ای برای توضیح کاربرد مفاهیم کلیدی درمانگری شناختی - رفتاری شوند. هر یک از آنها از نظر میزان همپوشی با محورهای I و II روان‌پزشکی با هم متفاوت هستند و از آنها، به‌هنگام درمان، برای نشان دادن تفاوت‌های ظریف موجود در گام‌های درمانی، اتخاذ رویکردهای متفاوت برای یکپارچه‌سازی دانش مربوطه، و برای مشخص شدن پیچیدگی‌های دنیای واقعی، استفاده خواهد شد.

انتخاب انجام شده برای معرفی بعضی از نمونه‌های بالینی به‌واسطه همپوشی با مشکلات روان‌پزشکی صورت گرفته تا تلاشی برای انعکاس بهترین نمونه از انواع مراجعانی باشند که مبتلا به بیماری مزمن هستند و احتمال زیادی دارد که برای روان‌درمانگری ارجاع شوند. گرچه نویسنده معتقد است همه افرادی که نشانه‌های اصلی ارائه شده در این کتاب را تجربه می‌کنند، به‌طور بالقوه از مزایای رویکردهای درمانگری شناختی - رفتاری برای مدیریت نشانه‌ها بهره‌مند خواهند شد، اما افرادی که به میزان بیشتری با آسیب‌شناسی روانی همپوشی دارند در مقایسه با افراد فاقد این علائم به احتمال بیشتری برای روان‌درمانگری بالینی مراجعه خواهند کرد. مهم آن است که این انتخاب برای معرفی بعضی از مراجعان مبتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی با این هدف صورت نگرفته است که به افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن برچسب ابتلا به بیماری روان‌پزشکی زده شود یا این نکته به ذهن خطور کند که اکثر افراد مبتلا به بیماری مزمن، آسیب‌شناسی روانی حائز اهمیتی را نشان خواهند داد.

نینا: زنی مبتلا به خستگی مفرط

نینا زنی متأهل و ۳۵ ساله است که در اصل دورگه، اروپایی - آمریکایی است. او دارای مدرک لیسانس است و یک دختر ۱۰ ساله دارد. نینا قبل از شروع بیماری و اختلال متعاقب آن، به‌عنوان فروشنده در یک شرکت کوچک بسته‌بندی کار می‌کرد. او در طراحی و فروش بسته‌بندی‌های محصولات ورزشی تخصص داشت. شغل او این بود که هر روز با اتومبیل در جاده رانندگی کند و با سوار و پیاده شدن از اتومبیل با بیش از پنج مشتری که در فواصل ۷۰ مایلی [هر مایل برابر با

۱. نویسنده این کار را به دلیل رعایت اصل محرمانه‌بودن، از اصول اخلاق حرفه‌ای انجام داده است - م.

۱۶۰۹ متر است] زندگی می‌کردند، ملاقات کند. همچنین حداقل ماهی یک‌بار کار او مستلزم پروازهای خارج از شهر، به شهرهای بزرگ آمریکا بود. نینا علاوه بر شغلش، دوست داشت در فعالیت‌های ورزشی شرکت کند. او همیشه در کنار همسرش که فیزیوتراپیست بود در فعالیت‌های ورزشی نظیر اسکی، اسب‌سواری و سورتمه‌سواری شرکت می‌کرد و از انجام آنها لذت می‌برد.

سابقه پزشکی (سلامتی) و تشخیص

نینا، بدون در نظر گرفتن ابتلا به مجموعه‌ای از بیماری‌های عفونی شدید در دوران کودکی (به‌عنوان مثال: آبله‌مرغان، اوریون، سیاه‌سرفه و وهله‌های چندگانه ابتلا به آنفلوانزا) و ضربه مغزی به هنگام سورتمه‌سواری در سن ۳۰ سالگی، خود را دارای بهترین وضعیت سلامتی در اکثر مواقع زندگی‌اش می‌دانست. نینا دو سال پیش، دچار عفونت مونونوکلئوز شد و برای چهار روز به علت تب بالا و التهاب گلو بستری شد که التهاب گلو باعث انسداد شدید تنفسی او شده بود.

بعد از ترخیص از بیمارستان، خستگی مفرط و دیگر نشانه‌های عفونی تداوم یافت. با وجود آنکه در دوره‌های کوتاهی (به‌عنوان مثال: پنج تا هفت روز) احساس می‌کرد که توان کافی برای کار کردن دارد، اما این دوره‌ها، مشخصاً با خستگی شدید و نشانه‌هایی که تقریباً به‌شدت وهله اول ابتلا به عفونت مونونوکلئوز بودند، دنبال می‌شد. وهله‌های راجعه خستگی طاقت‌فرسا با گلودردهای راجعه، گره‌های لنفاوی متورم مزمن، درد عضلات و ماهیچه‌ها، اختلال شدید در تمرکز و حافظه طولانی‌مدت، خواب بدون تجدید قوا، و حملات از سرگیجه/ غش همراه می‌شد که در حالت نشسته و ایستاده به وقوع می‌پیوستند و بیش از چند دقیقه به طول می‌انجامیدند.

نینا خستگی مفرط خود را به‌صورت "احساس فراگیری از استیصال جسمی و ذهنی" توصیف می‌کند. او از نقطه‌نظر خستگی مفرط جسمانی به این نکته توجه داشت که "من مستأصل شده‌ام و با این حال قلبم می‌تپد و بدنم احساسی شبیه به این دارد که جریان برق از درون آن در حال عبور است." نینا خستگی مفرط ذهنی خود را این‌گونه توصیف می‌کرد که "احساس و عمل فاصله گرفتن^۱ - به شیوه‌ای خطرناک که گاهی اوقات همسرم را به وحشت می‌اندازد." او همچنین نسبت به از دست دادن توانایی تمرکز، فراموشی غیرمعمول و گاه‌گاهی گیجی و عدم جهت‌یابی^۲ شکایت داشت. او گزارش می‌کرد که این نشانه‌ها به‌هنگام رانندگی و به‌طور ناگهانی بروز می‌کردند، به‌طوری که او نمی‌دانست کجاست، نگران می‌شد و به‌رغم خستگی مفرط، نمی‌توانست

1. spacey
2. disoriented

خوب بخوابد یا حتی استراحت خوبی داشته باشد.

نینا، علاوه بر نشانه‌های بی‌شماری که داشت، قبل از بیماری‌اش فوق‌العاده زیبا و دارای هیكلی ورزشکاری بود، اما موقع مراجعه به میزان قابل توجهی وزنش کاهش یافته بود. علاوه بر این، چهره رنگ‌پریده‌ای داشت و از اینکه موهایش خشک و شکننده شده‌اند، شاکی بود. محدودیت انرژی او باعث شده بود که برای حفظ همه فعالیت‌های مراقبت و توجه شخصی که قبلاً برای "به بهترین شکل به نظر رسیدن" مبذول می‌داشت با مشکل مواجه شود. یکی از دوستانش به او گفته بود که در کمتر از یک سال به اندازه ده سال، پیرتر به نظر می‌رسد.

بعد از آنکه نشانه‌های نینا به مدت شش ماه تداوم یافت، در عرض یک سال بعدی به متخصصان متعددی در حوزه‌های بیماری‌های عفونی، روماتولوژی، غدد، اعصاب و قلب مراجعه کرد. نینا متوجه شد که اکثر این ملاقات‌ها بسیار دلسردکننده و غیرمفید بودند. از آنجا که آزمایش‌های خون و نتایج رادیولوژی هیچ دلیل روشنی برای نشانه‌هایش مشخص نمی‌کردند، اغلب به پزشک عمومی‌اش بدون هیچ تشخیص یا درمان پیشنهادی ارجاع می‌شد. تا اینکه برای نشانه‌هایش توجیهی پیدا شد و تشخیص اضطراب یا افسردگی جسمانی شده^۱ روی او گذاشته شد و او را به یک روان‌پزشک متخصص ارجاع دادند. بعد از چند جلسه مشاوره، یک پزشک متخصص بیماری‌های عفونی او را به یک پزشک عمومی که در درمان نشانگان خستگی مفرط پس از ابتلا به عفونت خبره بود، ارجاع داد.

پزشک نینا، شش ماه پیش نشانگان خستگی مفرط مزمن را برای بیماری او تشخیص داد. متعاقب این تشخیص، او مجموعه‌ای از داروهای ضد افسردگی، ضد اضطراب، ضد درد و محرک را برای او تجویز کرد. به استثنای داروهای ضد درد، همه داروهای دیگر در ایجاد تسکین مداوم یا معنادار در نشانه‌های او با شکست مواجه شدند. علاوه بر این، عوارض جانبی به وجود آمده توسط بعضی از این داروها برای نینا، غیر قابل تحمل بودند. همچنین پزشک نینا به او پیشنهاد داد که فعالیت‌های پر استرس مرتبط با کار خود را متوقف سازد و یک برنامه ورزشی تدریجی را آغاز کند و تغییر شغل خود را هم در نظر داشته باشد. نینا همه توصیه‌های مذکور را به شدت رد کرد و اصرار داشت که انجام فعالیت‌های او به اندازه کافی با وقفه روبرو شده است. از آنجا که احساس می‌کرد پزشکش، او را درک نکرده است و برای درمان او فاقد شایستگی کافی است، تصمیم گرفت پزشک خود را تغییر دهد. با این حال، از آنجا که قبل از این هم سابقه تعامل منفی با مراقبان

سلامت را داشت، از ارجاع‌های بیشتر مستأصل شده بود و نمی‌دانست که باید به چه کسی مراجعه کند.

تاریخچه روانی-اجتماعی اخیر

نینا بعد از چهار ماه غیبت از کار به علت بیماری، به سرکار خود بازگشت، تنها به این دلیل که رئیسش از پسرش خواسته بود تا همه مشتری‌های نینا را در غیاب او پیگیری کند. به نینا گفته شد که باید از اول شروع کند تا اعتبار فروش خود را مجدداً به دست آورد. این به معنای ردگیری محصولات جدید و مراجعه کردن به مشتری‌هایی بود که عمدتاً تمایلی به قبول پیشنهاد خرید و انتخاب بسته‌بندی‌های جایگزین محصولات فعلی نداشتند. از آنجا که نینا همیشه معتقد بود که فروشندگی حرفه‌ای بسیار دیداری و مبتنی بر تصویر است و اینکه او یک‌بار از ظاهر جسمانی جذابش برای فروش سود برده بود، به شدت نگران این بود که چگونه می‌تواند دوباره به حجم فروش قبلی خود برسد.

نینا به منظور رویارویی با این نگرانی‌ها و علی‌رغم رفتار غیرمنصفانه و تبعیض‌آمیز رئیسش، جهت توسعه ارتباط‌ها و برقراری ارتباط مجدد با مشتری برای قرار گذاشتن و مراجعه به مشتری‌های جدید اقدام کرد. با این حال، ظرفیت و توانایی فعالیت او کاهش یافته بود. در مقایسه با میزان مراجعان قبلی او که عبارت بود از پنج مشتری در روز، حالا نینا خود را خوش‌شانس می‌دانست که می‌توانست در هفته به دو مشتری مراجعه کند.

نینا علاوه بر نگرانی‌های مرتبط با شغلش، همچنین گزارش نمود که ارتباط‌های خانوادگی‌اش هم دستخوش تغییر شده است. گرچه همسرش همچنان از او حمایت می‌کرد، اما او هم مجبور شده بود ورزش را کنار بگذارد و به میزان قابل‌توجهی چاق شده بود. از نظر نینا، همسرش همیشه مستأصل، افسرده و از نظر هیجانی طردکننده بود.

اکنون، دختر ۱۰ ساله نینا طرف‌ها را می‌شست، در تمیز کردن خانه کمک می‌کرد و حتی هنگامی که شوهرش نبود در انجام تکالیفی نظیر لباس شستن و مرتب کردن لباس‌ها او را یاری می‌داد. علاوه بر این، دخترش تماس با دوستان و اشتغال به فعالیت‌های فوق‌برنامه و ورزش بعد از مدرسه را کم کرده بود. با وجود اینکه به نظر می‌رسید دختر نینا با همه تغییرات مذکور با مسئله کمک کردن به مادرش کنار آمده است و به نظر می‌رسید که احساس مسئولیت بیشتری برای خانواده دارد، ولی به میزان زیادی مضطرب و تحت فشار تکالیف مدرسه بود. نینا احساس گناه

زیادی داشت و خود را مسئول تغییرات به وجود آمده در خانواده‌اش می‌دانست و اعتقاد داشت که این موارد پیامد و نتیجه بیماری او هستند.

اطلاعات زمینه خانوادگی

نینا گزارش کرد که در یک خانواده حمایت‌کننده بزرگ شده است اما اغلب برای انجام دادن فعالیت‌های مطلوب تحصیلی و ورزشی احساس فشار می‌کرد. او یک برادر ۳۰ ساله داشت. والدین نینا، با هم زندگی کردند تا زمانی که در یک تصادف رانندگی شدید وقتی که نینا ۲۳ ساله بوده فوت کردند. علاوه بر همسرش، عمو و عمه نینا منبع اصلی حمایت اجتماعی او بعد از مرگ والدینش بودند. نینا به استثنای وهله کوتاهی از سوگواری ساده بعد از مرگ والدینش، هرگونه نشانه‌ای دال بر مشکلات روان‌پزشکی یا ناراحتی‌های هیجانی را انکار کرد.

دلیل ارجاع

پزشک نینا شش ماه بود که به او پیشنهاد داده بود به یک روان‌شناس برای روان‌درمانگری مراجعه کند. پزشک به سه دلیل روان‌درمانگری را تجویز کرد:

- نینا به هیچ‌یک از داروهای تجویز شده یا درمان‌های پیشنهاد شده پاسخ خوبی نداده بود. پزشک او معتقد بود که متغیرهای روان‌شناختی در توانایی نینا برای پیگیری رژیم‌های درمانی پیشنهاد شده، تداخل ایجاد کرده‌اند.
- نینا افزایش استرس و تعارض در ارتباط خود با همسر و دخترش را گزارش کرده بود و در مورد بهزیستی^۱ آنها نگران بود.
- با گذشت زمان، نینا به‌طور فزاینده‌ای نسبت به نشانه‌ها و سطح اختلال در انجام فعالیت‌های معمول روزانه‌اش مضطرب و دل‌سرد شده بود و پای تلفن هق‌هق‌کنان و با التماس از او درخواست کرده بود تا راه دیگری را برای کمک به او پیدا کند. خیلی وقت بود که دیگر نمی‌توانست در فعالیت‌های ورزشی که برایش بسیار حائز اهمیت بودند، شرکت کند. احساس می‌کرد که کارش طاقت‌فرسا شده است و برایش حفظ نگاه خوش‌بینانه نسبت به زندگی به‌طور فزاینده‌ای دشوار شده بود.

هر بار که به نینا پیشنهاد مشاوره می‌شد، ارجاع به روان‌درمانگری را رد می‌کرد و اصرار داشت

که نشانه‌های مشکل او «در بدنش هستند نه در سرش». با وجود اینکه نینا به‌طور مکرر توصیه پزشک خود برای درمان‌گری را رد می‌کرد، در نهایت، خواستار مراجعه به یک روان‌درمانگر متخصص در حوزه درمان افراد مبتلا به خستگی مفرط شد. نقطه عطف زندگی او زمانی بود که پزشک او اظهار داشت درمان‌گری را می‌شناسد که در درمان افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن نظیر خستگی مفرط تخصص دارد. او به نینا خبر داد که این درمانگر در رویکرد خود بسیار مشارکت‌جو است و کار او عمدتاً شناسایی راهبردهای مدیریت خستگی طاقت‌فرسای اوست.

پائولت: زنی مبتلا به درد شدید

پائولت یک زن ۴۲ ساله با قومیت نامشخص است. او فوق‌لیسانس آموزش کودکان استثنایی دارد و به‌طور نیمه‌وقت به‌عنوان معلم آموزش کودکان استثنایی در یک مدرسه محلی آموزش دستور زبان می‌داد. او در کنار همسر دومش و دو پسر نوجوانش که حاصل ازدواج قبلی او هستند، زندگی می‌کند.

تشخیص و سابقه پزشکی (سلامتی)

پائولت گزارش کرد که قبل از تشخیص آرتریت روماتوئید، وضعیت سلامتی‌اش خوب بوده است. پائولت به یاد می‌آورد که اولین بار در ۲۴ سالگی تشخیص RA را پس از تولد فرزند اولش برای بیماری‌اش داده بودند. آزمایش‌های معمول خون، افزایش میزان سدیمانتاسیون^۱ را نشان دادند. این باعث شد تا متخصص زنان و زایمان آزمایش‌های خون بیشتری را برای او تجویز کند و نتایج نشان داد که او دارای عامل ضد CCP مثبت^۲، عامل روماتوئید مثبت، و افزایش سطح پروتئین واکنشی^۳ است. آرتریت روماتوئید برای او تشخیص داده شد و او به یک روماتولوژیست ارجاع داده شد.

پائولت در آن هنگام، شروع ناگهانی دردهای دوره‌ای نظیر درد سوزشی، خشکی و درد به‌ویژه در مفاصل انگشتان و مچ دست‌ها را تجربه می‌کرد. این علائم با تورم بافت نرم و قرمزی انگشتان هر دو دست و مچ دست‌ها همراه می‌شد. با این حال، او با مصرف داروهای ضدالتهاب

1. sedimentation rate
2. positive anti-CCP
3. C-reactive protein

غیراستروئیدی [NSAIPS]^۱ می‌توانست از عهده کارکردهای اصلی شغل‌اش به‌اندازهٔ مکفی برآید. متخصص روماتولوژی گروه دیگری از داروها (ضد روماتوئید تعدیل‌کننده بیماری یا DMARD^۲) که برای کند کردن پیشرفت بیماری و جلوگیری از تخریب و تغییر شکل مفاصل طراحی شده بودند تجویز کرد. پائولت بعد از چندین دوره مصرف DMARDS، تصمیم گرفت که مصرف آنها را متوقف سازد. او گزارش کرد که هیچ‌گونه نتایج فوری را مشاهده نکرده است و اینکه داروهای مذکور باعث عوارض جانبی ناراحت‌کننده‌ای نظیر جوش‌های قرمز و نشانه‌های معدی-روده‌ای شدید شده‌اند. پائولت علاوه بر قطع درمان DMARD، دوباره به متخصص روماتولوژی‌اش مراجعه نکرد چون احساس می‌کرد که او زیاد حمایت‌کننده و مفید نیست. در عوض مصرف NSAIDS های تجویز شده توسط متخصص زنانش را انتخاب کرد.

بیماری پائولت از ۲۰ سالگی به علت عدم مدیریت هشیارانه نشانه‌هایش، پیشرفت کرد. حالا او خشکی، محدودیت در حرکت مفاصل و محدودیت حرکتی، و شعله‌ور شدن درد با فراوانی بیشتر، فراگیرتر و شدیدتر را تجربه می‌کرد. به علت شدت بسیار زیاد حمله‌های شدید بیماری، دیگر درد او حتی به دوزهای بالای داروهای غیراستروئیدی ضدالتهاب پاسخ نمی‌داد. در نتیجه، حالا پائولت به‌طور منظم برای دریافت تزریق‌های کورتیکواستروئیدی به متخصص روماتولوژی مراجعه می‌کرد. در او بدشکلی‌های مفاصل دست‌ها و پاها به‌طور مشخص ایجاد شده بود و شواهدی دال بر آتروفی عضلات (تحلیل‌رفتگی عضلات) مشاهده می‌شد. همچنین پائولت در حین حمله‌های درد، خستگی مفرط فراگیر، مشکلات خواب و تب‌های گاه‌به‌گاه را تجربه می‌کرد. او از فعالیت‌های داوطلبانه‌اش انصراف داد و نمی‌دانست که آیا حتی با وجود اینکه کارش نیمه‌وقت بود، می‌توانست به کارش ادامه دهد یا نه.

اکنون پائولت دوباره مصرف داروهای ضد روماتوئید را در نظر دارد چون متخصص روماتولوژی به او گفته است که درد، دژنراسیون (از بین رفتن) مفاصل و محدودیت‌های حرکتی او تنها وقتی بدتر می‌شوند که یکی از این داروهای تجویز شده را مصرف نکند. بااین‌حال، هنوز مصرف این گروه از داروها را به علت وحشت زیادش از عوارض جانبی آنها، نپذیرفته است. با توجه به DMARD خاص، عوارض جانبی می‌تواند نظیر جوش‌های قرمز^۳، اسهال، تخریب مغز استخوان و کبد، تخریب کلیه و مشکلات بینایی باشد. بااین‌حال، متخصص روماتولوژی‌اش، نگران

1. non-steroidal anti-inflammatory drugs
2. a disease-modifying anti-rheumatic drug
3. rash

عوارض جانبی طولانی مدت تزریق‌های مکرر کورتیکواستروئیدها بود و به این دلیل به او هشدار داد در صورتی که داروهای ضد روماتوئید را مصرف نکند، تزریق کورتیکواستروئیدها را قطع خواهد کرد.

همچنین متخصص روماتولوژی به پائولت پیشنهاد کرد برای بهبود حرکت مفاصل، استفاده از آتل‌های دست برای بهبود وضعیت آرایش مفاصل و شروع تدریجی آب‌درمانی به‌منظور افزایش کارکرد کلی جسمانی، کاهش درد و افزایش توان حرکتی، با یک فیزیوتراپیست و کاردرمانگر مشورت کند. با این حال، از آنجا که بیمه سلامت پائولت بسیار محدود بود و خدمات بازتوان‌بخشی را پوشش نمی‌داد، به این پیشنهادها عمل نکرد.

تاریخچه روانی-اجتماعی اخیر

پائولت علاوه بر کار به‌عنوان معلم آموزش کودکان استثنایی، از حضور داوطلبانه به‌صورت هفته‌ای یک‌بار در یک مرکز پرستاری محلی، رفتن به کافی‌شاپ، انجام کارهای هنری، خرید لباس، شرکت در کنسرت‌های موسیقی پسر کوچک‌ترش و تماشای حضور پسر بزرگ‌ترش در تیم‌های ورزشی مختلف لذت می‌برد. با این حال، در دو سال اخیر، از فعالیت‌هایی که زمانی از آنها لذت می‌برد، کم‌کم دست کشیده بود. او اعتراف کرد که با دوره‌هایی از احساس غم، بی‌تفاوتی و ناامیدی در بیشتر روزهای زندگی‌اش جنگیده است. پائولت خود را "نگران مزمن" توصیف می‌کند و بارها احساس اضطراب و آشفتگی زیاد، به‌ویژه در طی ازدواج اولش داشته است. تاکنون، خلق و نشانه‌های RA او تا این حد نبود که توانایی برای انجام کار و کارکرد در نقش‌های همسر و مادر را تحت تأثیر قرار دهد.

از وقتی پائولت دست از کار کشیده است، بیشتر وقتش را صرف کارهای خانه می‌کند و تنها در فعالیت‌هایی شرکت می‌کند که احساس می‌کند مجبور به انجام آنهاست. او گزارش می‌کند که درد و سفتی مفاصلش مانع شرکت او در میهمانی و گردهم‌آیی‌های اجتماعی که او عادت به شرکت در آنها داشت، شده است. همچنین گزارش می‌کند که احساس افسردگی، عدم جذابیت جسمانی، تنهایی و غم دارد.

اطلاعات مربوط به زمینه خانوادگی

مرور دوران اولیه کودکی نشان می‌دهد پائولت دارای سابقه گسترده‌ای از مشکلات بین فردی و

فقدان‌ها است. پائولت وقتی نوباوه بود، دوست ناپدری‌اش پاهای او را به شدت سوزاند. از آنجا که مادر اصلی او توانایی فراهم کردن مراقبت و حمایت کافی از نوزادش را نداشت، پائولت را تحت حضانت یک پرورشگاه قرار دادند. مادر اصلی او در آن زمان ۱۵ ساله بود. بعد از دو سال و نیم، مادرش دیگر به ملاقات او نیامد و از همه حقوق فرزندپروری دست کشید. پائولت وقتی سه ساله بود به فرزندخواندگی پذیرفته شد.

پائولت به فرزندخواندگی یک خانواده که دارای چهار فرزند پسر بودند، درآمد. پدرش مدیر یک دبیرستان محلی بود و مادرش در کودکانستان درس می‌داد. او برادرانش را کمابیش خوب توصیف کرد. آنها بسیار او را نصیحت می‌کردند و در مدرسه برایش فیس و افاده می‌آمدند. او پدرخوانده‌اش را فردی حمایت‌کننده و دوست‌داشتنی معرفی کرد. علاوه بر این، ارتباط نزدیکی به‌ویژه با مادر بزرگ پدری‌اش داشت. او مادرخوانده‌اش را گاهی گرم و گاهی سرد و با توجه به خلق‌وخوی او نسبت به فرزندان از لحاظ کلامی "بد زبان" توصیف کرد.

پائولت و همسر قبلی‌اش اختلاف‌های زیادی با هم داشتند و در دو وهله به علت خشونت خانوادگی در زمانی که همسرش در اوایل ازدواجشان به‌صورت او سیلی زده بود، از هم جدا شده بودند. بعد از یک دوره جدایی و رجوع، پائولت از همسرش در ۳۰ سالگی طلاق گرفت. او دو پسرش را به‌تنهایی بزرگ کرد تا اینکه در ۳۸ سالگی با همسر فعلی‌اش ازدواج کرد.

همسر فعلی پائولت، یک مرد ۴۳ ساله و یک نجار ماهر است که از شکار و کارت‌بازی با دوستان لذت می‌برد. پائولت عاشق همسر فعلی‌اش است و او را بسیار حمایت‌کننده‌تر از همسر قبلی‌اش می‌داند. باین حال، نگران است که ممکن است همسرش اعتیاد به الکل داشته باشد. همچنین نگران است که ممکن است شوهرش علاقه‌اش را به او از دست بدهد. در موارد زیادی او شاهد عصبانیت نامتناسب همسرش علیه او یا یکی از پسرانش بوده است، به‌ویژه وقتی مست می‌شد. پائولت گزارش کرد که این مشکلات به‌زودی بعد از ازدواج آنها شروع شد و از هنگامی که بیماری او پیشرفت کرده بدتر شده‌اند.

پائولت قبلاً به شکل‌های مختلف از خدمات مشاوره و روان‌درمانگری استفاده کرده بود، اما قبلاً هرگز درمانگری شناختی - رفتاری را دریافت نکرده بود. در هر دو باری که همسر پائولت او را مورد ضرب و شتم قرار داده بود، در بخش اورژانس، مشاوره در بحران دریافت کرده بود. بار اول برای مدت بیشتری از مراجعه به مشاور برای دریافت مشاورهٔ خشونت خانوادگی بهره‌مند شده بود که در آن هنگام این مشاوره را در یک مرکز حمایت از خانواده دریافت کرده بود.

همچنین جلسات وساطت را توسط دادگاه وکالت طلاق به همراه همسر قبلی اش به منظور طراحی طلاق قابل پیش‌بینی دریافت کرده بود. او گزارش کرد که جلسات وساطت برای "حفظ اقامه دعوی شهروندی برای طلاق، مفید بودند ولی در غیر این صورت فایده‌ای نداشتند." نشانه‌های اضطراب و افسردگی بعد از طلاق در پائولت افزایش یافت و او برای روان‌درمانگری به یک روان‌درمانگر با رویکرد روان‌تحلیل‌گری مراجعه کرد. در توصیف این وهله از درمان، گزارش کرد که "تنها جنبه مفید سفر دو ساله به جهنم، یک یا دو جلسه اول درمان بود." ارتباط درمانگرانه مذکور به میزان ضعیفی شکل گرفت و بدون ایجاد رهایی و آرامش پایان یافت. پائولت گزارش کرد که احساسی شبیه این داشت که زمان و پولش را با کسی هدر داده است که در نهایت او را به دیده تحقیر می‌نگریسته و باعث شده که نسبت به مادرش تفکر منفی داشته باشد. از آن به بعد، او از مراجعه برای دریافت روان‌درمانگری بیشتر، اکراه داشت.

دلیل ارجاع: درد شدید

پائولت، وقتی که در مقابل هشدار متخصص روماتولوژی برای قطع تزریق‌های کورتیکواستروئیدی احساس تنگنا کرد، درصدد روان‌درمانگری برآمد. او با مطالعه مزایای درمانگری شناختی- رفتاری برای غلبه بر درد در مقاله‌ای که در مجله‌ای توسط یک سازمان خودیاری افراد مبتلا به آرتریت منتشر شده بود، اطلاعاتی اخذ کرد. از این سازمان او، به درمانگر شناختی- رفتاری ارجاع شد. متخصص روماتولوژی از تصمیم‌گیری اش برای دریافت درمانگری شناختی- رفتاری حمایت کرد و برای او فهرستی از اهداف دریافت درمان تهیه کرد. باین حال، هدف اول پائولت رهایی از درد بود.

کرتیس: مردی مبتلا به بی‌خوابی ثانویه

کرتیس یک مرد متأهل آمریکایی آفریقایی تبار ۶۰ ساله است. ۲۵ سال است که ازدواج کرده است و یک دختر ۲۰ ساله دارد. مدرک او در حوزه تجارت است و بیشتر عمر خود را صرف خرده‌فروشی کرده است. در حال حاضر به‌عنوان فروشنده وسایل خانه کار می‌کند.

تشخیص و سابقه پزشکی (سلامتی)

به‌استثنای پرفشاری خون خفیف و برخی از مشکلات ارتوپدی ناشی از صدمات قدیمی، کرتیس

هیچ سابقه قبلی از بیماری‌های جسمانی عمده نداشت و هیچ سابقه‌ای از مشکلات خواب را گزارش نکرد. تقریباً یک ماه قبل، متخصص اورولوژی بیماری کرتیس را سرطان پروستات تشخیص داد. در ابتدا، کرتیس فکر می‌کرد که سرطان از طریق برداشتن پروستات به روش جراحی کاملاً درمان می‌شود. با این حال، بعد از جراحی که هدف اصلی آن برداشتن پروستات بود، مطلع شد که سرطان او غیرقابل جراحی است و احتمال دارد که تا شش ماه یا یک سال آینده متاستاز دهد. کرتیس بعد از این خبر، دچار مشکلات خواب شد، چندین بار در حین خواب بیدار می‌شد و کابوس‌های شبانه مکرری داشت. او در طول روز چرت می‌زد و سه بار به هنگام کار درست موقع کسادی کارش، به خواب رفت.

سابقه روانی-اجتماعی اخیر

کرتیس هیچ سابقه‌ای از بیماری روانی نداشت و هرگز برای روان‌درمانگری مراجعه نکرده بود. او با تشخیص سرطان پروستات تا زمانی که متوجه شد سرطانش غیرقابل جراحی است به خوبی کنار آمده بود. اما از آن لحظه در او نشانه‌های بی‌خوابی، کابوس‌های شبانه، حمله‌های اضطرابی و نشانه‌های واکنشی افسردگی شروع شد. کرتیس به داروهای ضدافسردگی پاسخ خوبی داد و با حمایت مداوم همسر، دختر و خانواده گسترده‌اش، همه نشانه‌های هیجانی در عرض تقریباً سه ماه فروکش کرد.

اطلاعات مربوط به زمینه خانوادگی

کرتیس ۲۵ سال است که با همسرش ازدواج کرده و این ازدواج را موفق می‌داند و ارتباط محکمی با دخترش دارد و شبکه دوستی گسترده‌ای با خانواده و دوستانی که او آنها را صمیمی توصیف می‌کند، دارد. او ارتباط خود با همسرش را یک ازدواج صمیمی و بسیار عاشقانه، توصیف می‌کند. همچنین سابقه کار نسبتاً ثابت و مداوم را در انواع موقعیت‌های بخش‌های خرید و فروش دارد و خودش را فردی "اجتماعی"، "صلح‌طلب" و "دوست‌داشتنی" توصیف می‌کند. او فرزند ارشد یک خانواده چهار نفره بود. او و خواهر کوچک‌ترش در حومه شهر توسط هر دو والدینشان پرورش یافتند. پدرش یک مکانیک بود و مادرش صندوقدار یک فروشگاه. او پدرش را "مردی پرکار با حس شوخ‌طبعی" و مادرش را "زنی خوب"، "دارای اعتمادبه‌نفس" و "محکم" توصیف کرد.