

درمان شناختی – رفتاری برای بیماری‌های مزمن پزشکی

راهنمای عملی برای ارزیابی و درمان

کِوگ ا. وایت

دپارتمان طب روانشناختی، دانشگاه گلاسکو، اسکاتلند، بریتانیا

تن ز جان و جان ز تن مستور نیست ...

پیش‌درآمد ترجمه فارسی

روانشناسی سلامت حوزه‌ای جدید و میان‌رشته‌ای در عرصه روانشناسی است که عمری حدود چهار دهه دارد. مأموریت اصلی روانشناسی سلامت انتقال دانش روانشناسی به حیطه بیماری‌های جسمانی است. جالب این‌جاست که آثاری از این نوع نگرش روانشناختی به بیماری‌های جسمی در ادبیات ایران و در تاریخ پزشکی این مرز و بوم دیده می‌شود. سبک طبابت ابوعلی سینا عملاً توجه به مؤلفه‌های روانی و رفتاری در شکل‌گیری و ابقای بیماری‌های جسمانی بوده و شیوه‌های مورد استفاده این نابغه‌ی ایرانی، بنابر اسناد نوشتاری موجود، نوعی درمان روانشناختی نیز بوده است. در میان مدعیان حوزه روانشناسی سلامت، درمان‌گران شناختی- رفتاری به دلایل چندی یکی از موفق‌ترین گروه‌ها بوده‌اند که در این‌جا نیز سنخیت ادبیات و سیاق فکر مولانا با نگاه پدیدارشناختی و شناخت‌مدار این رویکرد به رویدادها، زندگی و انسان قابل توجه است. رویکرد شناختی رفتاری، به دلیل کوتاه‌مدت بودن، عینیت، فنون‌مداری، توجه به قالب‌های مناسب هر بیمار (مفهوم‌پردازی موردی)، برخورداری از پشتوانه پژوهشی غنی و محکم، توان تلفیق با یافته‌ها و فنون سایر حوزه‌های روانشناختی مثل علوم شناختی، رفتاری، و عصب‌روانشناختی، طی سال‌های اخیر با اقبال فراوان در میان درمان‌گران و درمانجویان روبرو شده است. بدین ترتیب همان‌طور که فصول این کتاب نشان می‌دهد، روانشناسی سلامت مبتنی بر نظریه شناختی- رفتاری در حوزه بسیاری از مشکلات پزشکی حاد و مزمن عرض اندام می‌کند. انعطاف‌پذیری بی‌بدیل درمان شناختی- رفتاری باعث شده که این روش ضمن حفظ ساختار و فرایند اصلی خود، بتواند طرح درمانی مناسبی برای هر اختلال جسمانی ارائه دهد. نگاهی به مقالات و مجلات موجود در حوزه روانشناسی حاکی از آن است که این رشته به سرعت روبه گسترش است. در ایران نیز روانشناسی سلامت هم به عنوان یک رشته دانشگاهی و هم به عنوان یک موضوع پژوهش در حال توسعه است. هم‌اکنون تعداد زیادی از روانشناسان به پژوهش در این حوزه می‌پردازند. بنابراین شایسته بود از همان ابتدای پاگرفتن این گرایش میان‌رشته‌ای جدید یعنی روانشناسی سلامت، منابع موجود شناختی- رفتاری در این حوزه به زبان فارسی برگردانده شوند.

زمانی که آقای مولودی و همکارشان خانم فتاحی پیشنهاد ویرایش ترجمه‌ی فارسی این کتاب را دادند، برایم بسیار جالب بود. کارهای قبلی که همکاران و من در قالب پروژه‌های پژوهشی در حوزه رویکرد شناخت درمانی یا مدیریت بیماری‌های جسمی نظیر دیابت و مولتیپل اسکلوروزیس انجام داده بودیم، من را مطمئن ساخته بود که لازم است متون مدونی در حوزه رویکرد شناختی- رفتاری به بیماری‌های جسمانی در اختیار روانشناسان فارسی زبان باشد. پیشنهاد این دو دوست سرآغاز راهی تازه در روانشناسی ایران بود. به این ترتیب کتاب دکتر وایت ترجمه شد! گرفتن بازخورد یکی از اصول اساسی درمان شناختی- رفتاری است. مترجمان این کتاب نیز همانند تمامی کسانی که به رویکرد شناختی- رفتاری پایبند هستند، منتظر اخذ بازخوردهای همکاران نسبت به محتوا و ترجمه فارسی این کتاب می‌باشند.

دکتر لادن فتی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

درباره‌ی نویسنده

کریگ ا. وایت^۱، هم‌اکنون فوق تخصص روانشناسی سرطان در مرکز تحقیقات سرطان در دانشکده‌ی روانشناسی است. او اولین روانشناس بالینی است که این دوره‌ی فوق تخصصی را طی کرده است. او روانشناس بالینی و روانشناس سلامت است و از مرکز مراقبت‌های اولیه‌ی آیرشایر و آران ان. اچ. اس تراست^۲ و دانشگاه بیمارستان‌های گلاسکوی شمالی^۳ درجه‌ی دکترای افتخاری را دریافت کرده است. او آموزش‌های بالینی خود را در دانشگاه منچستر طی کرده است و از سال ۱۹۹۵ تا ۱۹۹۸ به عنوان روانشناس بالینی ان. اچ. اس در زمینه بهداشت روانی و جسمی بزرگسالان کار کرده است. وی آموزش‌های تخصصی درمان شناختی را در سال‌های ۱۹۹۶ تا ۱۹۹۷ در مرکز شناخت درمانی نیوکاسل و زیر نظر پروفیسور اوی بلاک‌برن^۴ گذرانده است. او عضو جامعه‌ی سلطنتی پزشکان است. او به پژوهش در زمینه‌ی کاربرد رویکرد شناختی- رفتاری در ارزیابی، مفهوم‌پردازی و درمان پیامدهای روانی مربوط به مشکلات پزشکی و عمل جراحی علاقمند است.

1- Craig A. White
3-North Glasgow Hospitals University

2- Ayrshire and Arran Primary Care NHS Trust
4- Ivy Blackburn

تقدیر و تشکر

من از کسانی که در طی مراحل اولیه‌ی کارم مرا تشویق کرده‌اند، تشکر می‌کنم. به ویژه از کارکنان و ناظران کار عملی در دانشکده‌ی روانشناسی بالینی دانشگاه منچستر که روانشناسی بالینی را به خوبی به من آموزش داده‌اند و من را به روان‌درمانی شناختی - رفتاری ترغیب کردند، تشکر می‌نمایم. به ویژه از گلین مایس^۱ که رشته‌ی روانشناسی بالینی را زمانی که دانشجوی دوره‌ی لیسانس بودم به من معرفی کرد، متشکرم. همچنین از خانم جنینفر آنوین^۲ که مرا به روانشناسی بالینی سلامت علاقمند کرد تشکر می‌کنم. زنا وایت^۳ (مرکز خدمات روانشناسی بالینی و مشاوره) دوست و همکار محترم من است و من درباره‌ی ارائه‌ی روان‌درمانی با کیفیت بالا نکات بسیاری را از او آموختم. کولین اسپی^۴ (دانشکده روانشناسی پزشکی، دانشگاه گلاسکو) همیشه از من حمایت کرده است. همچنین از افراد زیر که در نگارش این کتاب به من کمک کرده‌اند تشکر و قدردانی می‌کنم: مایکل کومز^۵، مایک شاردلو^۶، فران اسکات-ترنر^۷ و لسلی وارلیو^۸ (جان وایلی^۹ و پسران)؛ ماریان کنی^{۱۰} و آلیسون کارنگی^{۱۱} (دانشکده‌ی روانشناسی پزشکی، دانشگاه گلاسکو^{۱۲})؛ مارگارت واگنر^{۱۳} (مرکز خدمات روانشناسی بالینی و مشاوره)؛ لیندزی مک لئود^{۱۴} (مرکز پژوهش‌های پزشکی^{۱۵}، وسترن اینفرمری^{۱۶}، گلاسکو)؛ لویس اونیل^{۱۷} و برایان کالاهان^{۱۸} که در جستجوی منابع و آکس وایت^{۱۹} که در ویرایش کتاب به من کمک کردند.

از مسئولان مرکز تحقیقات سرطان کمال تشکر را دارم. آن‌ها با اعطای دوره‌ی فلوشپی روانشناسی سرطان به من این فرصت را دادند که درباره‌ی نحوه‌ی کاربرد موضوعات مطرح شده در این کتاب برای شناخت سازگاری روانی با سرطان و درمان آن به تحقیق و پژوهش بپردازم. علاقه و حمایت خانواده و دوستانم به من کمک کرد تا این کتاب را کامل کنم. از آندرو^{۲۰} و مک‌فایل^{۲۱} تشکر می‌کنم.

1- Gillian Mayes

2- Jennifer Unwin

3- Zena Wight

4- Colin Espie

5- Michael coombs

6- Mike Shardlow

7- Fran Scot-Turner

8- Lesly Valerio

9- John Wiley & Sons

10- Marian Kenny

11- Alison Karnegie

12- Glasgow University

13- Margaret Wagner

14- Lindsay Macleod

15- Department of Medical Illustration

16- Western Infirmary

17- Louise O'Neill

18- Braian Callaghan

19- Alex Whyte

20- Andrew

21- McPhail

از تمام مراجعانی که تاکنون ارزیابی و درمان کرده‌ام کمال تشکر را دارم. تجربیات و افکار و نگرش‌های آنان در نگارش این کتاب به من کمک فراوانی کرد. از پدر و مادرم -گوردون^۱ و لیندا وایت^۲- به خاطر محبت و حمایت‌شان کمال تشکر و قدردانی را دارم. بدون حمایت و دلگرمی‌های همسر من گوئن^۳ نگارش این کتاب غیرممکن بود و من این کتاب را به او و پسرمان آدام^۴ تقدیم می‌کنم.

1- Gordon
3- Gwen

2- Linda white
4- Adam

مقدمه مؤلف

کتاب حاضر با هدف تدوین یک راهنمای کاربردی برای درمانگران شناختی-رفتاری نگاشته شده است تا به آن‌ها نشان دهد که چگونه درمان شناختی-رفتاری را برای بیماری‌های مزمن پزشکی مورد استفاده قرار دهند. هدف این کتاب صرفاً این نیست که درمانگران را با نحوه‌ی درمان شناختی-رفتاری مشکلات روانی شایع ناشی از مشکلات طبی آشنا کند و یا شواهد و متون موجود درباره‌ی جنبه‌های شناختی-رفتاری مشکلات مزمن پزشکی را مرور کند. این کار به چند دلیل انجام شده است. اولاً در این زمینه شواهد و منابع معدودی وجود دارند و این منابع و شواهد به درمانگرانی که با بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن پزشکی کار می‌کنند، کمک چندانی نمی‌کند. دوماً، هدف اصلی این کتاب این است که به خوانندگان کمک کند چگونه رویکرد درمانی خود را با مشکلات مربوط به بیماری‌های مزمن پزشکی مورد بحث در این کتاب متناسب کنند. البته این کتاب بر اساس نظریه شناختی-رفتاری نوشته شده است و در موارد لزوم به شواهد و منابع حمایت‌کننده از این نظریه اشاره شده است. به منظور توضیح بهتر روش‌های ارزیابی و درمان شناختی-رفتاری در سراسر کتاب خلاصه‌هایی از جلسات درمانی ارائه شده است. در ضمن، نویسنده اطلاعات شناساننده‌ی بیماران را تغییر داده است.

من سعی کرده‌ام کتابی بنویسم که اگر زمانی که کار با بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن پزشکی را آغاز کردم، آن را مطالعه می‌کردم، برایم مفید واقع می‌شد. زمانی که به عنوان دانشجوی روانشناسی بالینی آموزش می‌دیدم به پیامدهای روانی مشکلات پزشکی علاقمند شدم. آموزش‌های من کاملاً متأثر از رویکرد شناختی-رفتاری بود و در طی سال اول کار بالینی‌ام علاقه و اشتیاقم فزونی یافت. در آن زمان مجبور بودم یافته‌های مربوط به روانشناسی سلامت را با درمان شناختی-رفتاری تلفیق کنم. به عبارت دیگر، مجبور بودم یافته‌های مربوط به روانشناسی سلامت را با ارزیابی‌ها و پروتکل‌های شناختی-رفتاری برای اختلالات اضطرابی و افسردگی ادغام کنم تا بتوانم با بیمارانی که از سرطان، درد مزمن و یا مشکلات روانی مربوط به عمل جراحی رنج می‌بردند کار کنم.

امیدوارم این کتاب به خوانندگان کمک کند تا در ارزیابی و درمان مشکلات روانشناختی شایع در بیماری‌های مزمن پزشکی بحث شده در این کتاب، احساس کفایت و اطمینان بیشتری داشته باشند. کتاب حاضر از سه بخش تشکیل شده است.

بخش اول به مفاهیم و عناصر اصلی درمان شناختی- رفتاری می‌پردازد. در فصل اول مسائل کنونی درمان شناختی- رفتاری و مسائل و موضوعاتی که در این کتاب مورد توجه قرار می‌گیرد، مرور می‌شوند. فصل دوم چارچوب ارزیابی را تشریح می‌کند. در درمان شناختی- رفتاری فرمول‌بندی (فرمولاسیون) بسیار مهم است و به همین دلیل فصل سوم کتاب به این موضوع اختصاص داده شده است. همچنین در هر یک از فصل‌های بخش دوم کتاب قسمتی به فرمول‌بندی اختصاص داده شده است. در فصل چهارم راهبردهای درمانی رویکرد شناختی- رفتاری و اصول اساسی درمان شناختی- رفتاری توضیح داده می‌شود.

بخش دوم کتاب کاربرد درمان شناختی- رفتاری برای بیماری‌های مزمن پزشکی شایع را تشریح می‌کند. فصل پنجم و ششم به دو بیماری که بیشتر منابع شناختی- رفتاری موجود در زمینه بیماری‌های مزمن در این باره نگاشته شده‌اند، یعنی سرطان و درد مزمن پرداخته است. فصل هفتم نحوه‌ی کاربرد درمان شناختی- رفتاری برای نیازها و نگرانی‌های بیماران مبتلا به دیابت را توضیح می‌دهد. در فصل هشتم نحوه‌ی استفاده از رویکرد شناختی- رفتاری برای شناخت و درمان مشکلات روانی مربوط به بیماری‌های پوستی توضیح داده می‌شود. در فصل نهم توضیح داده می‌شود که اصول شناختی- رفتاری چگونه به فرایند عمل جراحی کمک می‌کنند. سرانجام در فصل دهم مشکلات مربوط به بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی- عروقی مورد توجه قرار می‌گیرد.

بخش سوم کتاب از دو فصل تشکیل شده است. در این دو فصل به مسائل حرفه‌ای و مسائل مربوط به ارائه‌ی خدمات درمان شناختی- رفتاری در حوزه‌ی بیماری‌های مزمن پزشکی پرداخته می‌شود. درمان شناختی- رفتاری در این حوزه بسیار نوپا است و درمانگران باید در برنامه‌های طراحی خدمات درمانی به صورت فعال شرکت کنند. همچنین درمانگران باید اطلاعات خود را در زمینه‌ی رویکرد شناختی- رفتاری به طور کلی و کاربرد درمان شناختی- رفتاری برای بیماری‌های مزمن پزشکی به طور اخص به روز نگه دارند. ممکن است کسانی که برنامه‌های خدمات بهداشتی را طراحی و تدوین می‌کنند مراقبت‌های روانی بیماران مبتلا به مشکلات مزمن پزشکی را نادیده بگیرند.

هدف من از نگارش کتاب حاضر اولاً این است که درمانگران شناختی- رفتاری با نحوه‌ی کار با بیماران مزمن پزشکی آشنا شوند. دوم، امید است این کتاب پژوهشگران را ترغیب کند که پژوهش‌های بیشتری را درباره‌ی درمان شناختی- رفتاری در این حوزه و جنبه‌های شناختی- رفتاری بیماری‌های مزمن و کنترل آن‌ها انجام دهند. درمانگران فقط زمانی می‌توانند تقاضای گسترش خدمات روانشناختی را مطرح کنند که شواهد تحقیقی گسترده‌ای در این زمینه وجود داشته باشد. و تنها در این شرایط است که تمام بیماران مبتلا به مشکلات مزمن پزشکی امکان دسترسی به درمان شناختی- رفتاری را پیدا می‌کنند.

فهرست

۱۳	بخش اول : مفاهیم اصلی درمان شناختی - رفتاری برای بیماری‌های مزمن پزشکی
۱۵	فصل اول : مقدمه
۲۹	فصل دوم: ارزیابی
۵۶	فصل سوم: مفهوم‌پردازی
۸۳	فصل چهارم: راهبردهای درمانی
۱۲۵	بخش دوم : کاربرد درمان شناختی - رفتاری برای بیماری‌های مزمن جسمی خاص
۱۲۷	فصل پنجم: سرطان
۱۶۳	فصل ششم: درد مزمن
۱۹۲	فصل هفتم: دیابت
۲۱۹	فصل هشتم: بیماری‌های پوستی
۲۴۳	فصل نهم: مشکلات مربوط به جراحی
۲۷۵	فصل دهم: مشکلات قلبی
۳۰۲	بخش سوم : مسائل حرفه‌ای و ارائه‌ی خدمات
۳۰۳	فصل یازدهم: مسائل حرفه‌ای
۳۱۴	فصل دوازدهم: ارائه‌ی خدمات
۳۳۲	بخش چهارم : پیوست‌ها
۳۳۳	پیوست یک : پرسشنامه‌ی ادراک بیماری
۳۳۸	پیوست ۲ : پرسشنامه رفتار مربوط به سرطان
۳۴۱	پیوست ۳ : پرسشنامه مراحل تغییر در درد
۳۴۳	منابع

بخش اول

مفاهیم اصلی درمان شناختی – رفتاری

برای بیماری‌های مزمن پزشکی

فصل اول

مقدمه

مقدمه‌ای بر مشکلات مزمن پزشکی

در سال‌های اخیر مشکلات مزمن پزشکی شیوع فزاینده‌ای یافته است. مردم طولانی‌تر زندگی می‌کنند و مشکلات پزشکی که در گذشته با خطر مرگ و میر قابل ملاحظه‌ای همراه بودند هم‌اکنون به صورت مؤثرتری کنترل می‌شوند. ترنر^۱ و کلی (۲۰۰۰) معتقدند که پیشرفت‌های صورت گرفته در روش‌های درمان بیماری‌های مزمن جسمی گاهی اوقات ممکن است به بهای کیفیت زندگی بیماران تمام شود. اسکاندلین^۲ (۲۰۰۰) بر این باور است که بیماری‌های مزمن، نگاه به زندگی را به عنوان فرایندی منظم و مستمر به چالش می‌کشند، چالشی که می‌تواند پیامدهای روانی مهمی به دنبال داشته باشد. پیشرفت‌های تکنولوژیکی فزاینده در مبانی علمی و بالینی پزشکی یکی از عوامل مهم در تغییر همه‌گیرشناسی بیماری‌ها بوده است. به تناسب این پیشرفت‌ها، نیاز بیماران به اطلاعات و حمایت بیشتر شده است. این امر به خصوص در مورد بیمارانی که مجبورند درمان‌های ناتوان‌کننده و طاقت‌فرسا را تحمل کنند، صادق است. اطلاع‌رسانی عمومی خوب درباره‌ی پیشرفت‌های پزشکی، اغلب این توقع را در بیماران و خانواده آنان ایجاد می‌کند که تمام مشکلات پزشکی قابل معالجه هستند. این امر به نوبه‌ی خود پذیرش پیامدهای بیماری‌های مزمن را برای فرد دشوار می‌کند و استفاده از یک مدل "مقابله‌ای" مناسب را برای درمان بیماری آن‌ها دشوار می‌سازد.

دیدگاه بین‌رشته‌ای^۳ در طب به این معنی است که بیماران با تعداد بیشتری از متخصصان در ارتباط هستند. این امر مستلزم ارتباط با افراد بیشتر است و همین موضوع خود به معنی افزایش انتظار فرد از

1 -Turner

2- Scandlyn

3- Multidisciplinary

خودش علی‌رغم محدودیت ظرفیت‌های روانی‌اش می‌باشد. حرکت به سمت مراقبت در اجتماع و مراقبت روزانه به این معنی است که بیماران زمان طولانی‌تری را در محیط‌های غیربیمارستانی سپری می‌کنند. این موضوع در بعضی از بیماران این احساس را به وجود می‌آورد که از لحاظ روانی حمایت نمی‌شوند و این امر ممکن است خود یکی از عواملی باشد که باعث شکل‌گیری مشکلات روانی در فرد می‌شود. بسیاری از مشکلات مزمن جسمی به یک رویکرد خود مدیریتی برای کنترل دوره و تأثیر نشانه‌های بیماری نیاز دارند. بیماران باید با کارکنان بهداشتی همکاری و مشارکت داشته باشند و اغلب از بیماران انتظار می‌رود در مقایسه با یک بیمار مبتلا به مشکل پزشکی حاد، نقش فعال‌تری در مدیریت مشکلات‌شان ایفا کنند. هلمن^۱ و لاریگ^۲ (۲۰۰۰) بعضی از تفاوت‌های بیماری‌های مزمن و حاد را مشخص کرده‌اند. این تفاوت‌ها در جدول ۱-۱ آمده‌اند. این مقایسه، عواملی را که به مشکلات روانی مربوط به بیماری‌های مزمن پزشکی منجر می‌شوند، نشان می‌دهد. پیامدهای نامشخص و سطوح بالای ابهام در تشخیص و پیش‌آگهی، عوامل اصلی مشکلات روانی مربوط به بیماری‌های مزمن و درمان آن‌ها هستند.

جدول ۱-۱: تفاوت‌های بین بیماری‌های حاد و مزمن

بیماری‌های مزمن	بیماری‌های حاد	
معمولاً تدریجی	ناگهانی	شروع
طولانی، نامشخص	محدود	طول مدت
معمولاً چند علتی و متغیر در طول زمان	معمولاً تک‌علتی	علت
معمولاً مبهم	معمولاً درست	تشخیص و پیش‌آگهی
اغلب غیرقطعی، عوارض جانبی شایع است.	معمولاً مؤثر	درمان‌های تخصصی
درمان نمی‌شود	درمان می‌شود	نتیجه
فراگیر	حداقل	ابهام
متخصصان و بیماران دانش مکملی درباره بیماری دارند.	متخصصان درباره آن آگاهی دارند، بیماران تجربه‌ای از بیماری ندارند.	دانش درباره‌ی بیماری

از هلمن و لاریگ (۲۰۰۰) منبع الکترونیکی تأمین اطلاعات/ مجله‌ی پزشکی انگلستان/ چاپ شده با اجازه‌ی نویسندگان و مجله‌ی پزشکی انگلستان).

1-Holman

2- Lorig

تأثیر روانشناختی

ابعاد روانی بیماری‌های مزمن اغلب نادیده گرفته می‌شود (ترنر و کلی، ۲۰۰۰). به عبارتی دیگر، تصور می‌شود اکثر بیماران به خوبی با جنبه‌های روانی بیماری‌های مزمن سازگار می‌شوند. اما هنگامی که بیماران نقصی را در وضعیت سلامت جسمی‌شان تجربه می‌کنند سازگاری روانی دشوارتر می‌شود (کسلز^۱ و همکاران، ۱۹۸۴). به طور کلی می‌دانیم که در حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد بیماران مبتلا به مشکلات مزمن پزشکی، از نظر بالینی، نشانه‌های روانی مهمی را تجربه می‌کنند. تشخیص یک بیماری مزمن می‌تواند به بیمار، انگ عدم استقلال و ناتوانی در انجام فعالیت‌های روزانه را بزند (اسکاندالین، ۲۰۰۰). بیماری‌های مزمن پزشکی، به واسطه‌ی افزایش نیازهای خود مراقبتی، مستلزم تغییراتی در رفتار هستند و این امر نیز می‌تواند به تخریب منجر شود. هلمن و لاریگ (۲۰۰۰، ص ۵۲۶) توضیح داده‌اند چگونه زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن پزشکی تغییر می‌کند:

زندگی بیمار مبتلا به بیماری مزمن به طور بازگشت‌ناپذیری تغییر پیدا می‌کند. نه بیماری و نه پیامدهای آن ایستا نیستند. بیماری و پیامدهای آن در تعامل با هم الگوهای بیماری را شکل می‌دهند که به درمان مداوم و پیچیده نیاز دارند. به علاوه، تنوع الگوهای بیماری و پیامدهای مبهم درمان‌ها موجب ابهام در پیش‌آگهی می‌شوند. کلید مدیریت مؤثر، درک تفاوت در الگوهای بیماری و سرعت پیشرفت آن‌ها است. هدف، معالجه نیست بلکه حفظ یک زندگی مستقل و لذت‌بخش است.

بیماران مبتلا به مشکلات مزمن جسمی اغلب خود را در حال ایجاد یک تعادل به شیوه‌ای ظریف می‌یابند، جایی که آن‌ها باید بین نیاز به کنترل زندگی‌شان و این حقیقت که گاهی اوقات برای آنان بهتر است تسلیم کنترل نزدیکان‌شان شوند، تعادل ایجاد کنند. بیماران ممکن است مشکلات روانی همبودی نیز داشته باشند. این امر، درمان مشکلات پزشکی را دشوار می‌کند و کار درمانگر را برای متناسب کردن ارزیابی‌ها، فرمول‌بندی‌ها و برنامه‌های درمان شناختی- رفتاری به صورتی که همه‌ی متغیرهای بیولوژیکی، شناختی و جسمانی را در نظر بگیرد مشکل می‌کند. پس از تشخیص یک بیماری مزمن، بعضی از بیمارانی که سابقه‌ی مشکلات روانی دارند در برابر ابتلا به مشکلات روانی آسیب‌پذیرتر می‌شوند. مشکلات روانی ممکن است در هنگام تشخیص بیماری و یا در طی دوره بیماری در پاسخ به روش‌های درمانی یا رویدادهایی که در طول بیماری پیش می‌آیند اتفاق افتند. گروه دیگری از

بیماران وجود دارند که در آن‌ها بیماری مزمن پزشکی خود یک آسیب‌پذیری روانی به وجود می‌آورد که باعث می‌شود بیماران در مقابل رویدادهای دیگر زندگی مشکلاتی را تجربه کنند. همچنین، دانش فزاینده ما حاکی از آن است که مشکلات روانی به نوبه‌ی خود می‌توانند به مشکلات جسمی منجر شوند. پرات^۱ و همکاران (۱۹۹۶) گزارش کردند هنگامی که متغیرهای جسمی کنترل می‌شود، خطر نارسایی‌های قلبی - عروقی در نتیجه نشانه‌های افسردگی چهار تا پنج برابر افزایش می‌یابد. فریدمن^۲ و همکارانش (۱۹۹۵) معتقدند مشکلات روانی از طریق مسیرهای مختلف، بر تعامل بیمار با مراکز خدمات بهداشتی تأثیر می‌گذارد. آن‌ها همچنین پیشنهاد کرده‌اند که این مسیرها تحت تأثیر مداخلات روانی قرار می‌گیرند و بنابراین این مداخلات تأثیر مثبتی روی کیفیت مراقبت بالینی و نیز هزینه‌های مالی ارائه‌ی مراقبت‌های بالینی دارند. این روش‌ها در جدول ۱-۲ آمده است.

جدول ۱-۲: مسیرهای مربوط به تعامل بیمار با مراکز خدمات بهداشتی (فریدمن و همکاران، ۱۹۹۵)

حمایت اطلاعاتی و تصمیمی روانی	حمایت اجتماعی
تغییر رفتار	اختلال روانی تشخیص داده نشده
	جسمانی سازی

مسیر حمایت اطلاعاتی و تصمیمی به ارتباط بیمار با مراکز بهداشتی مربوط می‌شود، ارتباطی که تحت تأثیر نیاز بیمار به اطلاعات درباره شناسایی علایم بالینی یا کسب اطلاعات درباره‌ی مشکلات پزشکی قرار دارد. مسیر روانی به تجربه‌ی پیامدهای زیان‌بخش در نتیجه‌ی تأثیرات منفی استرس بر بیماری‌هایی مانند آرتروز^۳ مربوط می‌شود. مسیرهای مربوط به تغییرات رفتاری به تأثیر رفتارهایی مانند رژیم غذایی، سیگار کشیدن یا ورزش بر مشکلات پزشکی مانند سرطان، دیابت یا بیماری‌های قلبی مربوط می‌شود. مشکلات مزمن جسمی می‌توانند به انزوا منجر شوند و مسیر حمایت اجتماعی مطرح شده از سوی فریدمن و همکاران نشان می‌دهد چگونه تعاملات بعضی از بیماران با سیستم مراقبت بهداشتی متأثر از نیاز به حمایت اجتماعی است. گروه دیگری از بیماران با نشانه‌های جسمانی مراجعه می‌کنند که این نشانه‌ها نتیجه‌ی یک مشکل یا اختلال روانی تشخیص داده نشده هستند. این امر ممکن

1-Prat
2-Friedman
3-Arthritis

است با جسمانی سازی مربوط باشد که در آن ناراحتی هیجانی به صورت جسمی ابراز می‌شود. به کمک این مسیرها می‌توان بسیاری از عوامل روانی مرتبط با سازگاری با مشکلات مزمن پزشکی را فهمید. در حقیقت، درمان شناختی- رفتاری اغلب یک یا چند تا از این مسیرها را مورد توجه قرار می‌دهد. فریدمن و همکاران شواهدی ارائه می‌کنند دال بر این‌که توجه به استفاده‌ی بیمار از خدمات بهداشتی به عنوان تابع این مسیرها به تعدیل معنی‌دار هزینه‌های درمانی منجر می‌شود.

درک گوناگونی‌ها در سازگاری روانی- اجتماعی

می‌دانیم که کارکرد روانی و جسمانی بیمارانی که شرایط پزشکی یکسانی دارند کاملاً با یکدیگر متفاوت است. تأثیرات روانی شرایط پزشکی با شدت عینی یکسان کاملاً متغیر است. دو بیمار ممکن است درجه‌ی یکسانی از بیماری یا آسیب جسمانی را تجربه کنند ولی پاسخ‌های روانی متفاوتی به آن بیماری جسمی بدهند. گوناگونی روش‌هایی که بیماران بیماری جسمی خود را تبیین می‌کنند و به آن پاسخ می‌دهند بر اساس مدل خود تنظیمی لونتال^۱ مورد بررسی قرار گرفته است (لونتال، دیافنباچ و لونتال، ۱۹۹۲). این مدل بر اهمیت بازنمایی بیماری به وسیله‌ی بیمار تأکید می‌کند (واینمن^۲ و همکاران، ۱۹۹۶). بازنمایی بیماری اغلب به ماهیت بیماری بستگی دارد و بنابراین بازنمایی بیماری بسته به ماهیت و فرایند بیماری ممکن است با سازگاری روانی و کیفیت زندگی ارتباطات متفاوتی داشته باشد (هیجمانز^۳ و دی‌ریدر، ۱۹۹۸). تحقیقات نشان داده‌اند که بازنمایی بیماری توسط بیمار را می‌توان بر اساس گوناگونی واکنش هیجانی به نشانه‌ها (پروهاسکا^۴، ۱۹۸۷) و رفتارهای خود مراقبتی (پتری^۵، ۱۹۹۶) توضیح داد. بیمارانی که درباره بیماری‌شان دیدگاه منفی‌تری دارند، احتمال بیشتری دارد که افسرده شوند (مورفی^۶ و همکاران، ۱۹۹۹). بیمارانی که بیماری‌شان را خطرناک‌تر، مزمن‌تر و غیرقابل کنترل‌تر می‌دانند منفعل‌تر می‌شوند، ناتوانی بیشتری را گزارش می‌کنند، کارکرد اجتماعی ضعیف‌تر و مشکلات روانی بیشتری دارند (هیجمانز، ۱۹۹۹). ادراک بیمار درباره کنترل نشانه‌ها و یا طول دوره‌ی بیماری با حالات خلقی او مانند افسردگی ارتباط دارد (دوینس^۷ و همکاران، ۱۹۸۱؛ تامپسون^۸ و همکاران، ۱۹۹۳؛ آفلک^۹ و همکاران، ۱۹۸۷ و هلکسن^{۱۰}، ۱۹۹۲). تحقیقات نشان داده‌اند کنترل ادراک

1- Leventhal
4- Prohaska
7- Devins
10- Helgeson

2- Weinman
5- Petrie
8- Thompson

3- Heijmans
6- Murphy
9- Affleck

شده^۱، بهبود یافتن و رهایی از ناتوانی را پیش‌بینی می‌کند (یانستن^۲ و همکاران، ۱۹۹۹). اجزای شناختی مانند باورهای هسته‌ای، باورهای واسطه‌ای و افکار اغلب پاسخ‌های روانی متفاوت به بیماری را توجیه می‌کنند. لاکروئا^۳ و همکاران (۱۹۹۱) توضیح داده‌اند چگونه طرحواره بیمار در مورد نشانه‌های بیماری روی باورهای بیماران در مورد مشکلات‌شان تأثیر می‌گذارد. آن‌ها نشان داده‌اند چگونه یک بیمار مبتلا به طیفی از نشانه‌های جسمی به اسنادهایی متفاوت از اسناد پزشک خود در مورد علت بیماری می‌رسد. نشانه‌ها و توضیح‌های بیمار و پزشک در جدول ۳-۱ آمده است و به بهترین وجه نشان می‌دهد چگونه شناخت‌ها برای درک تجربه‌ی بیماران از علائم بالینی‌شان اساسی هستند.

جدول ۳-۱: اهمیت طرحواره‌ی علامت بالینی (لاکروئا و همکاران، ۱۹۹۱)

بیمار از احساس خفگی، آبریزش بینی، سردرد، گلودرد، تنگی نفس، کمردرد، درد و گرفتگی عضلات، سرگیجه، جوش‌های پوستی و خستگی شکایت می‌کند.

بیمار علائم بالینی را در ۶ دسته طبقه‌بندی می‌کند:

- ۱) تنگی نفس، خستگی و احساس خفگی و آبریزش بینی به سرماخوردگی نسبت داده می‌شوند.
- ۲) تنگی نفس به خستگی عضلات سینه نسبت داده می‌شود.
- ۳) سردرد به یک علت نامشخص نسبت داده می‌شود.
- ۴) کمردرد و درد عضلات به نشستن نامناسب در صندلی چرخ‌دار نسبت داده می‌شود.
- ۵) جوش‌های پوستی به خشکی پوست نسبت داده می‌شود.
- ۶) سرگیجه به حرکت کردن خیلی سریع نسبت داده می‌شود.

عقاید کادر پزشکی درباره نشانه‌های بیمار:

- ۱) گلودرد، احساس خفگی و آبریزش بینی به علت تراکوتومی* است.
- ۲) تنگی نفس به علت وقفه‌ی تنفسی است.
- ۳) کمردرد، درد و گرفتگی عضلات به علت ضایعه‌ی نخاعی است.
- ۴) جوش‌های پوستی به علت عوارض جانبی داروها است.
- ۵) سردرد و خستگی به علت افسردگی است.
- ۶) سرگیجه به علت آسیب مغزی است.

1- Perceived Control

2- Johnston

3- Lacroix

*عمل برداشتن حنجره

در سال‌های اخیر بر اهمیت نقش معنادهی درک آسیب‌شناسی روانی تأکید فزاینده‌ای شده است (بروین^۱ و پاور، ۱۹۹۹). بارتن^۲ معتقد است که در شناخت درمانی افسردگی باید بر معنادهی مربوط به رویدادهای آشکار ساز تأکید بیشتری صورت گیرد. اختلالات روانی اغلب با معنادهی‌های دردناک و نامطلوب همراه‌اند. بک^۳ (۱۹۹۱) با اشاره به کارهای اولیه‌اش در شکل‌دهی شناخت درمانی توضیح می‌دهد که چگونه شناسایی معناهایی که هر فرد به رویدادها می‌دهد به توضیح رویدادها کمک می‌کند. پاسخ‌های رفتاری و عاطفی افراد به جز از این طریق، قابل تبیین نبودند (ص ۳۶۹). این عقیده که نوع معنادهی عامل اصلی سازگاری با بیماری جسمی است در روانشناسی سلامت و منابع پرستاری نیز آمده است (اوکانر^۴، ویکر، جرمینو، ۱۹۹۰). بیماران به چارچوبی برای معنا دادن به بیماری نیاز دارند (هلند^۵ و همکاران، ۱۹۹۸). فایف^۶ (۱۹۹۵) معتقد است بیماران در جستجوی معنایی برای شناخت تجربه و موقعیت، در چارچوب طرحواره‌های زندگی هستند. توانایی پیدا کردن معنا و هدف در بحبوحه‌ی مشکلات بر سازگاری روانی تأثیر می‌گذارد.

پژوهشگران پیشنهاد کرده‌اند که درمانگران باید چارچوب تفسیر شناختی بیماران را که بر اساس آن به تجربیات‌شان معنا می‌دهند بشناسند و مداخلات درمانی که به این موضوع توجه نمی‌کنند ممکن است روشی بی‌حساب و کتاب را در پیش گیرند (بوئیک^۷، ۱۹۹۷). به نظر بوئیک (۱۹۹۷) بازنمایی‌های شناختی بیماران برای درک نوع معنایی که بیماران به تجربه‌ی بیماری‌شان می‌دهند بسیار مهم هستند. کاسل^۸ (۱۹۸۲) در مقاله‌اش درباره ماهیت رنج کشیدن و هدف پزشکی اظهار می‌کند "یک جنبه اساسی شناخت درد و رنج بیمار معنایی است که بیمار از طریق آن بیماری را تجربه می‌کند".

شیوه‌ای که فرد معنای بیماری را پردازش می‌کند می‌تواند به اندازه محتوای آن معنا مهم باشد. تأکید اخیر درمان شناختی- رفتاری بر فرایندهای فراشناختی منعکس‌کننده این حقیقت است که شیوه‌ی پردازش می‌تواند به اندازه‌ی محتوی معنی و تفسیرهای مربوط به سازگاری روانی مهم باشد. هنگامی که درمان شناختی- رفتاری را برای مشکلات و مسائل بیماران مبتلا به مشکلات جسمی به کار می‌بریم، شناخت معنادهی‌های مربوط به تشخیص و کنترل بیماری‌های مزمن بسیار مهم است. هنگامی که توانایی معناسازی بیماران کانون تلاش‌های درمانی است مدل شناختی- رفتاری برای روانشناسی

1-Brewin
4-O'Connor
7-Buick

2-Barton
5-Holland
8-Cassel

3-Beck
6-Fife

بیماری‌ها بسیار مناسب می‌باشد. پیامدهای تشخیص یک بیماری خطرناک بر فرد مبتلا اغلب بر حسب باورهای قبلی بیمار درباره‌ی خود و فرض‌های او درباره‌ی دنیایی که در آن زندگی می‌کند مشخص می‌شود. درمانگران درباره‌ی فرض‌های "شکسته شده"^۱ (فاووزی^۲ و همکاران، ۱۹۹۰) یا "به چالش کشیده شده" (لپوره^۳ و هلگسن، ۱۹۹۸) صحبت می‌کنند و موضوع نیاز به مفهوم‌پردازی مجدد و یا اصلاح این فرض‌ها در منابع مربوط به این حوزه منعکس شده است (تایلر^۴، ۱۹۸۳؛ فایف، ۱۹۹۴، ۱۹۹۵). نقش اساسی معنادهی‌ها و تفسیرهای فرد از رویدادها و موقعیت‌ها در درمان شناختی - رفتاری یکی از دلایلی است که این مدل درمانی را به یک درمان مناسب برای اجزای روانی مشکلات مزمن پزشکی تبدیل کرده است. سایر عواملی که باعث مناسب بودن درمان شناختی - رفتاری برای مشکلات مزمن پزشکی می‌شوند در قسمت بعدی توضیح داده خواهند شد.

چرا درمان شناختی - رفتاری؟

به نظر اینرایت^۵ (۱۹۹۷) "منطقی است اگر بگوییم هیچ مشکل روانی یا جسمانی وجود ندارد که رویکرد شناختی - رفتاری بالقوه برای آن مؤثر نباشد" (ص ۱۸۱۲). درمانگران می‌توانند درمان شناختی - رفتاری را برای ارزیابی و درمان بسیاری از بیماری‌های مزمن پزشکی به کار برند و عوامل متعددی وجود دارد که درمان شناختی - رفتاری را به یک درمان مناسب برای مشکلات مربوط به بیماری‌های پزشکی طولانی مدت تبدیل می‌کند. نخست، مشکلات مزمن پزشکی با گروهی از مشکلات روانی همراه هستند که تأثیر درمان شناختی - رفتاری برای این مشکلات ثابت شده است، درمان شناختی - رفتاری درمان انتخابی برای آنها است یا نقش ثابت شده‌ای در درمان آنها دارد (به دیرابیس^۶ و کریتس - کریستوف، ۱۹۹۸ رجوع کنید). حتی زمانی که تداوم درمان و هزینه‌های مربوطه را در نظر می‌گیریم درمان شناختی - رفتاری ارزان‌تر از دارودرمانی می‌باشد (آنتونوسی^۷، توماس و دانتون، ۱۹۹۷). از نظر کار گروه مداخلات روانشناختی وابسته به بخش روانشناسی انجمن روانشناسی آمریکا، اغلب درمان‌های "دارای حمایت تجربی"، مداخلات مبتنی بر دیدگاه شناختی - رفتاری هستند (چمبلس^۸، ۱۹۹۸). اهمیت اتخاذ یک رویکرد خودمدیریتی از سوی بیمار، بر قراری ارتباط مشارکتی

1-shattered
4-Taylor
7-Antonucci

2-Fawzy
5-Enright
8-Chambless

3-Lepore
6-De Rubeis

با کارکنان مراقبت بهداشتی، و تشویق بیمار برای اتخاذ یک نقش فعال در درمان بیماری، همگی از فلسفه و اصول اساسی درمان شناختی- رفتاری اقتباس شده‌اند. ماهیت مشارکتی ارتباط بیمار و درمانگر و تأکید بر ایجاد مجموعه‌ای از مهارت‌ها برای درمان مشکلات روانی، با درمان شناختی- رفتاری و همچنین رویکرد خود مدیریتی پزشکی ارتباط دارد. تأکید کنونی خدمات بهداشتی انگلستان بر دستیابی به درمان‌های دارای حمایت تجربی و مقرون به صرفه احتمال دسترسی بیماران به درمان شناختی- رفتاری را افزایش می‌دهد. اگرچه شواهد زیادی درباره تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر اختلالات افسردگی و اضطرابی وجود دارد، اما اکثر این مطالعات روی مراجعانی انجام شده است که مشکل پزشکی مهمی نداشته‌اند. دلیلی ندارد که انتظار داشته باشیم درمان شناختی- رفتاری برای درمان مشکلات روانی همراه با مشکلات پزشکی کمتر مؤثر باشد. اما مطالعات، تأثیر درمان شناختی- رفتاری را تنها در حوزه سرطان و درد مزمن ثابت کرده‌اند (به فصل‌های ۵ و ۶ رجوع کنید). گاتری^۱ (۱۹۹۶) بعضی از مشکلات مربوط به روان‌درمانی در بیماری‌های مزمن پزشکی را توضیح داده است. تحقیق در این زمینه دشوار و چالش برانگیز است و محققان را با متغیرهای مخدوش کننده‌ی فراوان و مشکلاتی در رابطه با استفاده از بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن پزشکی مواجه می‌کند.

مروری بر درمان شناختی- رفتاری

این کتاب بر اساس رویکرد شناختی- رفتاری آرون تی بک نوشته شده است (بک، ۱۹۷۶؛ بک و همکاران ۱۹۷۹). اما درمان شناختی- رفتاری به طور فزاینده‌ای به دامنه‌ی گسترده‌ای از رویکردهای درمانی تبدیل شده است. گاهی این تمایل وجود دارد که درمان شناختی- رفتاری را به اجزای اصلی آن کاهش دهند و یا آن را با سایر رویکردهای درمانی دیگر ادغام کنند (مثلاً در مواردی آن را به اصطلاح مشاوره‌ی شناختی- رفتاری می‌نامند). باید به خاطر داشت که درمان شناختی- رفتاری مشاوره نیست و تعریف آن به عنوان مشاوره مفاهیم اصلی آن را کاملاً تغییر می‌دهد. به طور کلی مشاوره به عنوان یک شکل غیرساختاریافته و غیرمستقیم مداخله یا حمایت روانی در نظر گرفته می‌شود. درمان شناختی- رفتاری یک شکل ساختاریافته از درمان است و نامیدن آن به عنوان مشاوره شناختی- رفتاری سودمند نیست. بدیهی است که ساختار در درمان شناختی- رفتاری مهم است. شاو^۲

1-Guthrie

2-Shaw

و همکاران (۱۹۹۹) گزارش کرده‌اند توانایی درمانگران برای ساختار دادن به درمان به طور مستقیم با نتایج درمان ارتباط دارد. اکثر درمانگران ادعا می‌کنند از درمان شناختی - رفتاری استفاده می‌کنند، درحالی‌که در واقع از راهبردهای شناختی یا رفتاری یا تکنیک‌های درمانی به صورت مجزا و یا بدون مفهوم‌پردازی کافی و یا همراه با درمان‌های دیگر استفاده می‌کنند. بعضی از درمانگران تصمیم می‌گیرند درمان شناختی - رفتاری را بدون برنامه‌ریزی یا تکلیف‌خانگی اجرا کنند و ترجیح می‌دهند راهبردهای شناختی یا رفتاری را به عنوان بخشی از یک رویکرد التقاطی روان‌درمانی به کار گیرند. حمایت تجربی درباره تأثیر و کارایی درمان شناختی - رفتاری معنی‌دار است، در حالی‌که در مورد مشاوره چنین نیست و این دو نباید با یکدیگر اشتباه شوند.

مدل شناختی بر سه "سطح" شناخت تأکید می‌کند: طرحواره (یا باورهای هسته‌ای)، فرض‌ها (یا باورهای واسطه‌ای) و افکار یا تصورات خودآیند. همچنین اهمیت متغیرهای پردازش اطلاعات مانند سوگیری‌ها و حافظه در نظر گرفته می‌شوند. باورهای هسته‌ای کلی و مطلق هستند (مانند من ناتوان هستم، دیگران برایم دلسوزی می‌کنند، سرطان همیشه کشنده است). باورهای واسطه‌ای (فرض‌ها) بیشتر موقعیتی هستند و به عنوان قوانین زندگی در نظر گرفته می‌شوند و می‌توانند به صورت جملات شرطی یا غیرشرطی بیان شوند. نمونه‌ای از باورهای شرطی جمله‌ی زیر است (اگر به دستورات پزشکم عمل کنم بیماری‌ام برطرف خواهد شد). باورهای واسطه‌ای غیرشرطی به این صورت هستند (باید همیشه دستورات پزشکم را انجام دهم). افکار خودآیند وابسته به موقعیت هستند و شناسایی آن‌ها ساده‌تر از باورهای هسته‌ای یا باورهای واسطه‌ای است. هر یک از سطوح شناختی به طور معنی‌داری با سطوح دیگر ارتباط دارد. باورهای هسته‌ای، فرض‌ها و افکار خودآیند از نظر موضوعی به هم مربوط هستند (به این مثال توجه کنید: آنها خیلی بیمار به نظر می‌رسند - اگر من مثل آنها شوم در هم می‌شکنم). درمان شناختی - رفتاری بک بر اهمیت شناسایی تأثیر تجربیات بیمار بر نظام باورهای او تأکید می‌کند. باورها و طرحواره‌ها در اثر تجربیات و رویارویی فرد با رویدادها، مردم و موقعیت‌ها شکل می‌گیرند. این رویکرد بر نقش رویدادهای بحرانی تأکید می‌کند. رویدادهای بحرانی که با محتوای عقاید موجود همخوان هستند، می‌توانند آنها را فعال کنند. این باورها به نوبه خود باعث می‌شوند بیماران اطلاعات را به شیوه‌ی خاصی پردازش کنند.

این مدل بر اهمیت شناخت بازنمایی‌های ذهنی ثابت و پایدار و تأثیر آنها بر چگونگی پردازش اطلاعات تأکید می‌کند. گلدِر^۱ (۱۹۹۷) توضیح داده است که چگونه رویکردهای شناختی- رفتاری به مشکلات روانی، به توجه و حافظه توجه ویژه داشته‌اند. اضطراب و اختلالات خلقی با سطوح بالاتر توجه متمرکز بر خویشتن^۲ همراه هستند (اینگرام^۳ و اسمیت، ۱۹۸۴؛ ولز^۴، ۱۹۸۵). رفت و آمد به مراکز پزشکی اغلب باعث می‌شود بیماران در مقایسه با گذشته توجه بیشتری به خود داشته باشند. این امر می‌تواند مشکلات قبلی را تشدید کند و یا مشکلات سوگیری توجهی به وجود آورد و این موضوع به توجه بیش از اندازه به خود منجر می‌شود. می‌دانیم که هیجان‌ها با نحوه‌ی بازیابی اطلاعات از حافظه ارتباط دارند. عوامل فراشناختی در مفهوم‌پردازی اختلالات روانی مورد استفاده قرار می‌گیرند (نلسون^۵ و همکاران، ۱۹۹۹؛ پاپاجورجیو^۶ و ولز، ۱۹۹۹). ابزارهای اندازه‌گیری مانند پرسشنامه‌ی فرا شناخت‌ها^۷ (به ولز، ۱۹۹۷ رجوع کنید) و پرسشنامه‌ی کنترل افکار^۸ (ولز و دیویس، ۱۹۹۴؛ رنلدز^۹ و ولز، ۱۹۹۹) تدوین شده‌اند تا درمانگران بتوانند با استفاده از آنها اجزای تجربه بیماران را ارزیابی کنند. همچنین علاقه فزاینده‌ای برای شناخت ماهیت و کارکرد تصویرپردازی در اختلالات روانی شکل گرفته است و به عنوان بخشی از اهداف درمانی مورد توجه قرار گرفته است.

نمونه‌ای از کاربرد این مدل در شناخت مشکلات روانی، بیماری است که به دلیل رویارویی با یک رویداد ناخوشایند یا فقدان، درباره‌ی شکست، فقدان و موفقیت باورهای منفی دارد. بلاک‌برن^{۱۰} (۱۹۹۸) می‌گوید که درون‌مایه‌های اصلی طرحواره‌ها ارزش شخصی، ارزش‌های اخلاقی، ناهنجاری و توانایی شخصی هستند. این باورها به وسیله‌ی رویدادهایی که از لحاظ موضوعی با باورها همخوان هستند فعال می‌شوند. در بیماری با طرحواره‌ی هسته‌ای بی‌ارزشی در مقایسه با کسی که چنین طرحواره‌ای ندارد احتمال دارد پس از طرد شدن، این باور فعال شود. فعال شدن این عقیده سبب می‌شود اطلاعات مطابق با ساختارهای شناختی مسلط که فعال شده‌اند پردازش شود. این امر باعث می‌شود بیمار افکار و تصوراتی را تجربه کند که با واکنش‌های عاطفی، رفتاری و جسمانی قابل پیش‌بینی ارتباط دارند.

تاکنون مدل‌های شناختی- رفتاری و پروتکل‌های درمانی برای تعداد زیادی از اختلالات روانی تدوین شده‌اند و بسیاری از آنها در تحقیقات بالینی مؤثر شناخته شده‌اند. این پروتکل‌ها شامل درمان

1-Gelder

2- Self- focused attention

3-Ingram

4-Wells

5-Nelson

6-Papageorgiou

7-Metacognitions Questionnaire

8-Thought Control Questionnaire

9-reynolds

10-Blackburn

شناختی - رفتاری برای افسردگی (بک و همکاران، ۱۹۷۹؛ دابسن^۱، ۱۹۸۹)، اختلال وحشت‌زدگی (کلارک^۲ و همکاران، ۱۹۹۹)، اختلال اضطراب منتشر (باتلر^۳ و همکاران، ۱۹۹۱)، اختلال وسواس - جبری (سالکوفسکیس^۴، ۱۹۹۹)، اختلال استرس پس از سانحه (دانمور^۵ و اهلرس^۶، ۱۹۹۹)، خود بیمارپنداری (وارویک^۷ و همکاران، ۱۹۹۶؛ کلارک، کووک^۸ و اسنو^۹، ۱۹۹۸)، پراشتهایی روانی (لدانوسکی^{۱۰} و همکاران، ۱۹۹۷؛ های و باکالچوک، ۱۹۹۹)، اسکیزوفرنیا (هدوک^{۱۱} و همکاران، ۱۹۹۸؛ جونز^{۱۲} و همکاران، ۱۹۹۹؛ تاریر^{۱۳} و همکاران، ۱۹۹۹)، اختلالات شخصیت (داویدسون^{۱۴} و تایر، ۱۹۹۶؛ داویدسون، ۲۰۰۰) و اختلال دو قطبی (اسکات^{۱۵}، ۱۹۹۶) می‌شوند. راجمن^{۱۶} (۱۹۹۸) معتقد است کاربرد رویکردهای روانشناسی در شاخه‌های دیگر پزشکی در مقایسه با گسترش مدل‌های روانشناسی و روان‌درمانی در روانپزشکی کمتر از حد انتظار است. در ضمن درمان شناختی - رفتاری به صورت موفقیت‌آمیزی برای کنترل سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر^{۱۷} (گرین^{۱۸} و بلانشار، ۱۹۹۴) سندرم خستگی مزمن (پرایس^{۱۹} و کوپر، ۱۹۹۲) دردهای مزمن (مورلی^{۲۰}، اکلستن^{۲۱} و ویلیامز، ۱۹۹۹) و سرطان (گریر^{۲۲} و همکاران، ۱۹۹۲) به کار رفته است. درست است که پیشرفت‌های رویکردهای شناختی - رفتاری در زمینه اختلالات روانی با کاربرد این رویکرد در شناخت جنبه‌های روانی سازگاری با بیماری‌های جسمی هماهنگ نیست، اما با توجه به این‌که درمانگران تلفیق مشاهدات بالینی با یافته‌های علمی را آغاز کرده‌اند (گلدنر، ۱۹۹۷)، هم‌اکنون در ابتدای راه استفاده از این رویکرد در شناخت جنبه‌های روانی سازگاری با بیماری‌های جسمی هستیم (سا لکوفسکیس و ریمز، ۱۹۹۷).

به خوانندگانی که مایلند مرور جامعی بر اصول علمی درمان شناختی - رفتاری داشته باشند توصیه می‌شود به کلارک و فایبرن (۱۹۹۷) رجوع کنند. به خوانندگانی که به درمان شناختی - رفتاری به طور کلی علاقمند هستند توصیه می‌شود به منابع مقدماتی شناخت‌درمانی مانند بک (۱۹۹۵)، لیهی^{۲۳} (۱۹۹۶) یا بلاک‌برن^{۲۴} و تونادل (۱۹۹۶) که توضیحات بسیار خوبی درباره‌ی مبانی و اجرای عملی شناخت درمانی ارائه می‌کنند، رجوع نمایند.

1-Dobson	2-Clark	3-Butler	4-Salkovskis
5-Dunmore	6-Ehlers	7-Warwick	8-Cook
9-Snow	10-Ledanovski	11-Haddock	12-Jones
13-Tarrier	14-Davidson	15-Scott	16-Rachman
17-Irritable Bowel Syndrome		18-Greene	19-Price
20-Morly	21-Eccleston	22-Greer	23-Leahy
24-Blackburn			

اهمیت دادن به فرایند تجربی در درمان شناختی- رفتاری و پذیرفتن نیاز به ارزشیابی‌های دقیق به این معنا است که درمان شناختی- رفتاری به دلیل برخورداری از امتیاز تأکید بر کار بالینی درمان، جایگاه ویژه و محکمی دارد. دسترسی بیماران به درمان شناختی- رفتاری افزایش یافته است و مردم و رسانه‌ها می‌خواهند بدانند درمان شناختی- رفتاری چگونه برای درمان اختلالات روانی به کار می‌رود (۲۰۰۰، BABCP NEWS). روانشناسی بالینی در نظریه‌ها و درمان‌های رفتاری ریشه دارد؛ نظریه‌های رفتاری معمولاً با درمان شناختی- رفتاری ارتباط دارند و در سال‌های اخیر به طور فزاینده‌ای بر مؤلفه‌های شناختی تأکید می‌کنند (راچمن، ۱۹۹۸). اکثر روانشناسان بالینی که در انگلستان تحصیل می‌کنند مجبورند درباره استفاده از راهبردهای درمانی شناختی- رفتاری بعضی از دوره‌های آموزشی را سپری کنند. همچنین در انگلستان تعداد معدودی روانپزشک با آموزش‌های تخصصی درمان شناختی- رفتاری وجود دارند، زیرا روانپزشکان باید به عنوان بخشی از آموزش‌هایشان تعدادی از بیماران را با استفاده از درمان شناختی- رفتاری تحت نظارت استادان درمان کنند تا بتوانند به عضویت کالج سلطنتی روانپزشکان درآیند. درمانگران رشته‌هایی مانند کاردرمانی و مددکاری اجتماعی در رابطه با درمان شناختی- رفتاری آموزش‌هایی می‌بینند و افزایش فرصت‌های آموزشی، نیاز به داشتن درمانگرانی را منعکس می‌کند که به شیوه مناسب آموزش دیده‌اند و از اعتبار کار آنها اطمینان حاصل شده است. شواهد نشان می‌دهند دوره‌های آموزشی کنونی درمان شناختی- رفتاری در افزایش مهارت‌های دانشجویان مؤثر هستند (میلن^۱ و همکاران، ۱۹۹۹).

خلاصه و نتیجه‌گیری

تأثیرات بیماری‌های حاد و مزمن کاملاً متفاوت هستند. واکنش روانی بیماران به ندرت با شدت بیماری ارتباط دارد. متغیرهای روانشناختی در شناخت نحوه‌ی پاسخ بیماران به چالش‌های مربوط به مشکلات مزمن پزشکی بسیار مهم هستند. در این زمینه تحقیقات پیشین بر اهمیت معنادهی تأکید می‌کنند و به همین دلیل درمان شناختی- رفتاری می‌تواند به بیماران کمک کند تا تأثیرات روانی منفی بیماری‌شان را به حداقل برسانند. حمایت تجربی قوی درباره کاربرد درمان شناختی- رفتاری برای مشکلات روانی شایع در بیماری‌های جسمی، با ارائه مراقبت بهداشتی نوین و تأکید بر درمان‌های دارای حمایت تجربی کاملاً هماهنگ است. علی‌رغم ارتباط آشکار درمان شناختی- رفتاری با بافت

1-Milne

مراقبت‌های مورد نیاز برای بیماران مبتلا به مشکلات مزمن پزشکی، درمانگران اغلب نمی‌دانند چگونه ارزیابی‌ها، فرمول‌بندی و درمان‌ها را با ویژگی‌های منحصر به فرد کار با یک بیمار مزمن پزشکی متناسب کنند. این امر به رویکردی احتیاج دارد که اجزای مختص به تجربه‌ی بیماری مزمن را مورد توجه قرار دهد و در عین حال اصول اساسی درمان شناختی-رفتاری را نیز حفظ نماید.

فصل دوم

ارزیابی

مقدمه

در این فصل اهمیت ارزیابی در درمان شناختی- رفتاری بیماران مبتلا به مشکلات مزمن جسمی توضیح داده خواهد شد. در این فصل محتوای ارزیابی از فرایند ارزیابی متمایز می‌شود. ارزیابی مشکلات روانی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن پزشکی از بسیاری جهات شبیه ارزیابی مشکلات روانی رایجی است که با استفاده از رویکرد شناختی- رفتاری درمان می‌شوند. اما هنگامی که مشکلات پیچیده ارزیابی می‌شوند ممکن است مسائل خاصی پیش آید که باید به آنها توجه نمود. ارزیابی یک بیمار مبتلا به بیماری مزمن که مشکلات روانی توأم و تاریخچه‌ی مشکلات روانی قبلی دارد، نمونه‌ای از یک موقعیت پیچیده‌ی ارزیابی است. در این فصل توصیه‌های کلی در باره‌ی ساختار و محتوای ارزیابی در درمان شناختی- رفتاری ارائه می‌شود. با توجه به این که فصل‌های بعدی به اختلالات خاصی مربوط می‌شوند، در هر فصل راهنمایی‌های کلی ارائه شده در این فصل بیشتر توضیح داده خواهند شد و درباره فرایندهای مهم و مسائل مربوط به محتوا، اطلاعات دقیق‌تری ارائه می‌شود.

فرایند ارزیابی

ارزیابی شناختی- رفتاری یک جزء اساسی درمان‌های شناختی- رفتاری است. هدف اصلی ارزیابی، جمع‌آوری اطلاعات است تا در مراحل بعدی با فرمول‌بندی (یا مفهوم‌پردازی) در سطح مورد ترکیب شود. ارزیابی از نظر تعیین اطلاعاتی که به ارزشیابی پیامدهای مداخلات درمانی کمک می‌کنند، نیز بسیار مهم است. چنانچه ارزیابی به درستی انجام شود و حوزه‌های اصلی مشکلات را پوشش دهد، مفهوم‌پردازی مسیریابی که بیمار از طریق آنها می‌تواند به اهداف درمانی دست یابد

آسان‌تر خواهد شد. در طی فرایند ارزیابی می‌توان از روش‌های متعددی استفاده کرد: برای مثال، مشاهده، پرسشنامه‌های خودگزارشی، مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته، مصاحبه‌های بالینی و تهیه گزارش‌های روزانه. این روش‌های جمع‌آوری اطلاعات در قسمت‌های بعدی این فصل توضیح داده می‌شوند و نمونه‌هایی از کاربرد آن‌ها در ارزیابی جنبه‌های روانی مشکلات مزمن پزشکی ارائه خواهد شد. اگرچه بعضی از فرایندها و محتوای ارزیابی شناختی - رفتاری شبیه یک مصاحبه‌ی روانپزشکی استاندارد است، ولی تفاوت‌های مهمی بین آنها وجود دارد که به این تفاوت‌ها اشاره خواهد شد.

بیماران، مخصوصاً آن‌هایی که مشکلات روانی و پزشکی پیچیده‌ای دارند، تجربیات خود را در ابعاد مختلف به گونه‌ای گزارش می‌کنند که درمانگر را گیج و ناتوان می‌سازند. مهم است توانایی تحمل ابهاماتی را که به وجود می‌آیند در خود پرورش دهیم. این نوع ابهامات باید برای درمانگر به عنوان سرنخی عمل کنند که به او نشان می‌دهند هنوز عوامل شناختی و رفتاری کلیدی مشکلات بیمار را شناسایی نکرده است. کتاب‌های شناختی - رفتاری اغلب به درمانگران توصیه می‌کنند اگر در طول یک جلسه‌ی ارزیابی گیج و سردرگم شدند، آنچه را که شنیده‌اند خلاصه‌سازی کنند. درمانگران باید همیشه، مخصوصاً در طی فرایند ارزیابی، از خلاصه‌سازی استفاده کنند. زیرا خلاصه‌سازی این نکته را به بیمار منتقل می‌کند که شما منظور اصلی گفته‌های او را درک کرده‌اید (البته فرض بر این است که منظور اصلی را دریافته‌اید). این روش به درمانگر و بیمار کمک می‌کند به طور مستمر بر ارزیابی تمرکز نمایند.

بعضی از اجزای کلیدی فرایند درمان شناختی - رفتاری مانند ساختار، مشارکت و تمرکز بر زمان حال^۱ (به فصل ۴ رجوع کنید) عناصر مهم فرایند ارزیابی هستند. در واقع همین اجزای فرایندی است که ارزیابی شناختی - رفتاری را از رویکردهای دیگر ارزیابی روانی متمایز می‌کند. چنانچه در طی فرایند ارزیابی از چندین راهبرد جمع‌آوری اطلاعات استفاده شود، روایی^۲ ارزیابی افزایش می‌یابد. راهبردهای مهمی که ممکن است درمانگران از آن‌ها استفاده کنند در این قسمت توضیح داده خواهند شد.

1- present-oriented focus

2- validity

پرسشنامه‌های خود گزارشی

پرسشنامه‌های خودگزارشی متعددی برای ارزیابی ابعاد شناختی و رفتاری عوامل روانی همراه با بیماری‌های مزمن پزشکی وجود دارد. پرسشنامه‌های مخصوصی که می‌توانند برای ارزیابی مورد استفاده قرار گیرند در قسمت‌های مختلف کتاب، هنگام صحبت از اختلالات مختلف توضیح داده خواهند شد. زیرا این پرسشنامه‌ها با اختلالات مورد بحث ارتباط دارند. با توجه به این‌که در طرح و کیفیت این پرسشنامه‌ها تنوع زیادی وجود دارد، هنگام انتخاب یک پرسشنامه به عنوان بخشی از فرایند ارزیابی باید به عوامل متعددی توجه نمود (جدول ۱ - ۲). همچنین تعدادی پرسشنامه‌های "عمومی" برای اندازه‌گیری ساخت‌های روانی وجود دارند که برای طیف وسیعی از مشکلات سلامت جسمی مانند بازنمایی بیماری^۱ و منبع کنترل^۲ قابل استفاده هستند. بعضی از آن‌ها را می‌توان به عنوان بخشی از مجموعه‌ی ارزیابی اصلی به کاربرد.

جدول ۱- ۲: عوامل مهم در انتخاب یک پرسشنامه‌ی خودگزارشی

- ۱- آیا این پرسشنامه از اعتبار^۳ و روایی کافی برخوردار است؟
- ۲- آیا این پرسشنامه برای ابعاد روانی که می‌خواهم ارزیابی کنم تدوین شده است؟
- ۳- آیا این پرسشنامه برای افرادی که مشکلات بیمار من را تجربه کرده‌اند به کار رفته است؟
- ۴- آیا جنبه‌هایی از مشکلات جسمی این بیمار استفاده از این پرسشنامه را بی‌اعتبار می‌کند؟
- ۵- آیا این پرسشنامه تنها راه جمع‌آوری اطلاعات از این بیمار است؟
- ۶- اجرای این پرسشنامه چقدر طول خواهد کشید؟
- ۷- آیا بیمار می‌تواند این پرسشنامه را کامل کند؟ آیا مشکلات پزشکی مانع پاسخ دادن به پرسشنامه خواهند شد؟
- ۸- آیا برای افراد مبتلا به این بیماری خاص داده‌های هنجاری پرسشنامه مورد نظر وجود دارد؟

پرسشنامه‌ی ادراک بیماری^۴

این پرسشنامه (واینمن^۵ و همکاران، ۱۹۹۶) یک ابزار خودگزارشی برای ارزیابی بازنمایی شناختی بیماری است. این پرسشنامه از ۵ مقیاس تشکیل شده است که هویت بیماری^۶ - نشانه‌هایی که بیمار به

1- illness representation
4-Illness Perception Questionnaire

2- locus of control
5-Weinman

3- reliability
6-Identity