

مجموعه درمان‌های اثر بخش
راهنمای عملی درمان شناختی رفتاری
درد مزمن

جلد اول
راهنمای درمانگر

تألیف
جان د. اوتیس

ترجمه
دکتر ندا علی بیگی

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی
عضو گروه پژوهشی درد جهاد دانشگاهی علوم پزشکی ایران

فرزانه محمدی
دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی



عنوان و نام پدیدآور: اوتیس، جان د. Otis, John D.
 راهنمای عملی درمان شناختی - رفتاری درد مزمن / مولف
 جان د. اوتیس؛ مترجم ندا علی بیگی، فرزانه محمدی.
 مشخصات نشر: تهران: کتاب ارجمند، ۱۳۸۹.
 مشخصات ظاهری: ۱۱۲ ص. قطع. وزیری
 شابک جلد ۱: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۰۴۸-۴
 یادداشت: عنوان اصلی: Managing Chronic Pain: a
 Cognitive Behavioral "Managing Chronic Pain: a &
 Therapy Approach. Therapist Guide, C2007
 Cognitive- Behavioral the Approach. Workbook, c2007
 است.
 موضوع: درد مزمن، شناخت درمانی
 شناسه افزوده: علی بیگی، ندا، ۱۳۵۹ -، مترجم.
 رده بندی کنگره: ۱۳۸۹ م ۸۴ الف / ۱۲۷ RB
 رده بندی دیویی: ۶۱۶/۰۴۷۲
 شماره کتابشناسی ملی: ۲۲۵۵۱۹۹

جان د. اوتیس
راهنمای عملی درمان شناختی رفتاری درد مزمن (جلد اول)
 ترجمه: دکتر ندا علی بیگی، فرزانه محمدی
 فروست: ۴۵
 ناشر: کتاب ارجمند با همکاری انتشارات ارجمند
 صفحه آرا: پرستو قدیم خانی
 مدیر هنری: احسان ارجمند
 سرپرست تولید: پروین عبدی
 ناظر چاپ: سعید خانکشلو
 چاپ و صحافی: سمارنگ
 چاپ دوم، شهریور ۱۳۹۵، ۷۷۰ نسخه
 شابک جلد ۱: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۰۴۸-۴
 این اثر، مشمول قانون حمایت 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: ۰۱۳-۳۳۳۲۸۷۶
 شعبه بابل: خ گنج افروز، پاساژ گنج افروز، تلفن: ۰۱۱-۳۲۲۲۷۶۴
 شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست تلفن: ۰۹۱۱-۸۰۲۰۰۹۰
 شعبه کرمانشاه: خ مدرس، پشت پاساژ سعید، کتابفروشی دانشمند تلفن: ۰۸۳-۳۷۲۸۴۸۲۸

بها: ۱۰۰۰۰ تومان

با ارسال پیامک به شماره ۰۲۱۸۸۹۸۲۰۴۰ 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

درباره مجموعه درمان‌های اثربخش^۱

با وجود پیشرفت‌های چشمگیری که در چند سال اخیر در سیستم بهداشتی به وجود آمده است اما بسیاری از مداخلات و راهبردهای کاملاً پذیرفته شده و راهبردها در سلامت روان و طب رفتاری توسط شواهد مطالعاتی زیر سؤال رفته‌اند که نه تنها مفید نیستند بلکه می‌توانند مضر هم باشند. راهبردهای دیگری که اثربخشی آنها به اثبات رسیده است و از بهترین شواهد استاندارد موجود استفاده کرده‌اند، به طور وسیعی پیشنهاد شده‌اند تا در جمعیت عمومی مورد استفاده قرار گیرند. پیشرفتهای اخیر در ورای این تحول رخ داده است. اول اینکه ما به درک عمیق‌تری از آسیب‌شناسی روانی در هر دو زمینه روان‌شناختی و فیزیولوژیکی رسیده‌ایم که منجر به پیشرفت مداخلات جدید و هدف‌مندتر شده است. دوم اینکه، محققان ما پیشرفتهای اساسی کرده‌اند مانند کاهش تهدیدهای مربوط به روایی درونی و بیرونی یا دستیابی به نتایجی که برای اجرا در شرایط بالینی کاربردی‌تر است. سوم اینکه، دولت‌ها در سراسر دنیا و سیستم‌های بهداشت و سیاستگذاران تصمیم گرفتند که کیفیت مراقبت را ارتقاء بخشند به طوری که این مراقبت‌ها بر مبنای شواهد بوده و عموم متقاعد شوند که این اتفاق واقعاً افتاده است (بارلو، ۲۰۰۴؛ انستیتو روان‌پزشکی، ۲۰۰۱).

با این وجود، بزرگترین مانع برای بالینگران در هر جا، دسترسی به مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر شواهد جدید است. کارگاه‌ها و کتابها تنها تا حد کمی می‌توانند در آشنا کردن متخصصان با آخرین تمرینات رفتاری مؤثر سیستم بهداشتی و کاربرد آنها در مورد بیماران پاسخگو باشند. مجموعه جدید "Treatments that work TM" اختصاصی به درمانگرانی دارد که می‌خواهند مداخلات جدید را به کار ببرند.

راهنمای درمانگر^۲ و کتاب کار^۳ این مجموعه شامل فرآیند گام به گام دقیق برای ارزیابی و درمان مشکلات خاص و تشخیص‌ها است.

اما این مجموعه علاوه بر آنچه در کتابها و راهنماها وجود دارند، موارد کمکی فراهم می‌آورد که فرآیند نظارت بالینی را برای متخصصین همواره کرده تا این کار را در حین درمان انجام دهند.

در سیستم بهداشتی اولیه، توافق نظر متخصصین بر این است که روشهای مبتنی بر شواهد به افراد تخصصی سیستم بهداشت روان مسئولیت‌پذیری بیشتری را در کار ارائه می‌دهد.

همه بالینگران رفتاری سیستم مراقبت بهداشتی عمیقاً می‌خواهند بهترین مراقبت ممکن را برای بیمارانشان تهیه کنند. در این مجموعه، هدف ما پر کردن خلأهای اطلاعاتی و امکان‌پذیر ساختن ارائه بهترین خدمات است.

1. Treatments That work
2. Therapist guide
3. Work book

این راهنمای درمانگران و کتاب کار همراه آن برای بیماران، مدیریت دردهای مزمن را آموزش می‌دهد. علاوه بر اینکه درد مزمن می‌تواند از آسیب‌ها ناشی شود، همچنین می‌تواند با تعدادی از بیماری‌ها و موقعیت‌های روان‌نژدانه همراه شود. درد مزمن نه تنها می‌تواند عملکرد فیزیکی فرد را محدود کند بلکه به شدت روی عملکرد روانی - اجتماعی فرد تأثیر می‌گذارد.

درد مزمن معمولاً هزینه‌های سنگینی برای فرد دارد و به طور ضمنی هزینه‌های بالایی برای سیستم مراقبت بهداشتی ایجاد می‌کند. این راهنما براساس رویکرد شناختی - رفتاری (CBT) به مدیریت درد مزمن می‌پردازد. CBT در مدیریت درد مزمن در بین شرایط مختلف مربوط به درد اثربخشی خوبی نشان داده است.

هر جلسه این برنامه یک روش جدید را برای کمک به بیماران به منظور کنار آمدن با درد مزمن معرفی می‌کند. تکنیک‌ها شامل آرام‌سازی عضلانی پیشرونده، بازسازی شناختی، مدیریت استرس و سایر روش‌ها است.

مدیریت درد مزمن با CBT می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را ارتقاء دهد و استفاده از مداخلات دارویی را کاهش دهد. این راهنما با پیشنهاد دادن تکنیک‌های زیادی در قالب استفاده آسان، منبع ارزشمندی برای درمانگران است.

دیوید بارلو، سردبیر
درمان‌های اثربخش
بوستون، ماساچوست

تقدیم به

زیباترین سروده‌های هستی‌ام

مهربانم

فرزانه محمدی

تقدیم به بهترینم

همسرم

شریک شادی‌ها و التیام‌بخش دردهایم

دکتر ندا علی‌بیگی

مقدمه مترجمین

سال ۱۳۸۱ نخستین تجربه کاری خود روی درد مزمن را با کار روی بیماران مبتلا به درد مزمن که به کلینیک‌های تخصصی درد جهاد دانشگاهی علوم پزشکی ایران مراجعه می‌کردند، شروع کردم. گروه تخصصی درد شامل جمعی از متخصصین مختلف بود که به نوعی با درد سروکار داشتند و من به عنوان روان‌شناس آن تیم با بیمارانی که سالها با درد زندگی کرده بودند، کار خود را شروع کردم. تلاش زیادی برای به کارگیری تکنیک‌های مختلف برای رسیدن به نتیجه مطلوب داشتم ولی در نهایت بسیاری مواقع در درمان مایوس می‌شدم. در آن زمان هنوز کتاب کار مناسبی که درمان کاربردی و عملی را پیشنهاد دهد، وجود نداشت و خلأ نبود برنامه عملی درمان روان‌شناختی احساس می‌شد.

علاقه من به درمان‌های شناختی - رفتاری و دردهای مزمن باعث شد این حوزه را به عنوان حوزه پژوهشی و درمانی‌ام انتخاب نمایم. در حین مطالعاتی که از آن سال تاکنون داشته‌ام تغییرات نسبتاً بزرگی در نگرش من به درمان به وجود آمده است. درد مزمن حوزه‌ای است که فرصتهای بسیار زیادی برای پژوهش، تدریس، پیشرفت و توسعه در بخش روان درمانی ایجاد کرده است.

در طول این سالها فرصت تجربه درمان شناختی - رفتاری با بیماران دزد مزمن را در محلهای مختلفی داشته‌ام ولی همیشه جای خالی کتابی که قابل استفاده برای کارهای پژوهشی باشد و بالاخص برای بیماران قابل استفاده باشد، احساس می‌کردم. در یکی از کنگره‌های درمان شناختی - رفتاری که شرکت کرده بودم در غرفه انتشارات آکسفورد کتاب جان. دی. اتیس از سری کتابهای درمان‌های اثربخش (Treatments That work) توجه من را جلب کرد. این مجموعه آن قدر عملی و ساده نگاشته شده که چه برای درمانگران حرفه‌ای و چه برای درمانگران تازه کار و بیماران قابل استفاده است. این مجموعه با ایجاد روش عملی و جدید در ارائه درمان‌های مختلف، امکان یکسان‌سازی درمان بین درمانگران و اجرای کاربردی توصیه‌های درمانی را میسر می‌سازد. تفکر ترجمه این کتاب توسط همکار محترم مترجم خانم فرزانه محمدی مطرح شد و همت ایشان برای ترجمه این کتاب به منظور ابزاری برای درمان، خواسته ما برای داشتن راهنمایی عملی در زمینه درمان شناختی رفتاری را عملی کرد. علاقه ایشان به اجرای این برنامه در قالب یک کارآزمایی بالینی نهایتاً ترجمه این کتاب را هموار کرد و اثربخشی این درمان در ایران نیز توسط پژوهش ایشان تأیید شده و بررسی‌های دیگری نیز روی این برنامه در حال اجرا است.

لازم است از آقای دکتر اصغری مقدم که پیشگام روان‌شناسی درد در ایران هستند، یاد کنیم که علاقه، اشتیاق و دلگرمی‌هایشان به درمان این بیماران قابل ستایش است.

گروه پژوهشی درد جهاد دانشگاهی علوم پزشکی ایران نخستین جایی بود که ایده کار بر روی بیماران مبتلا به درد مزمن از آنجا نشأت گرفته و تأثیر عمیقی بر حوزه کاری من گذاشته است. از دکتر علی بیداری مدیر گروه پژوهشی درد به خاطر حمایتها و تلاششان در راستای کارهای پژوهشی و علمی در حوزه درد مزمن تشکر می‌کنیم.

از جناب آقای دکتر ارجمند به خاطر استقبال ایشان از علاقه ما و کمک به انتشار کتاب سپاسگذاری می‌کنیم.

این ترجمه قطعاً خالی از اشکال نیست از اساتید، همکاران و خوانندگان گرامی خواهشمندیم نظرات خود را به ما پیشنهاد دهند.

ندا علی بیگی

فرزانه محمدی

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
عضو گروه پژوهشی درد جهاد دانشگاهی علوم پزشکی ایران

دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی

فصل اول: اطلاعات مقدماتی برای درمانگران	۱۱
اطلاعات زمینه‌ای و هدف این برنامه	۱۱
اطلاعاتی درباره درد مزمن	۱۱
شروع برنامه درمانی CBT و شواهد تجربی	۱۵
انواع درد	۱۳
حمایت تجربی	۱۶
خطرها و مزایای آن برنامه درمانی	۱۶
نقش داروها	۱۷
مواردی که قبل از شروع درمان لازم است مورد توجه قرار گیرند	۱۷
رئوس برنامه درمانی	۱۸
سازگار کردن این برنامه برای گروه‌ها	۱۹
درگیر کردن یک فرد مهم دیگر در درمان	۲۰
استفاده از کتاب کار مراجع	۲۱
فصل دوم: ارزیابی درد	۲۲
برقراری اولین ارتباط	۲۲
ارزیابی بیمار	۲۳
مصاحبه درد	۲۴
مقیاس‌های خود گزارشی	۲۸
فصل سوم: جلسه ۱: آموزش درباره درد مزمن	۳۰
رئوس مطالب	۳۰
مرور ارزیابی	۳۰
اثر درد	۳۱
مواد موردنیاز	۳۰
چرخه درد، آشفتگی و ناتوانی	۳۲
اهداف کلی درمان	۳۳
اهداف کلی درمان را تهیه کنید	۳۳
تکلیف خانگی	۳۶

۳۷	فصل چهارم: جلسه ۲: نظریه‌های درد و تنفس شکمی
۳۷	مواد موردنیاز
۳۷	رئوس مطالب
۳۷	مرور تکلیف خانگی
۳۹	نظریه‌های درد
۴۳	فنون آرامسازی
۴۳	تنفس شکمی
۴۶	تکلیف خانگی

۴۷	فصل پنجم: جلسه ۳: آرامسازی عضلانی پیشرونده و تصویرسازی دیداری
۴۷	مواد موردنیاز
۴۷	رئوس مطالب
۴۷	مرور تکلیف خانگی
۴۷	آرامسازی عضلانی پیشرونده (PMR)
۵۳	تصویرسازی دیداری
۵۵	تکلیف خانگی

۵۶	فصل ششم: جلسه ۴: افکار خودآیند و درد
۵۶	مواد مورد نیاز
۵۶	رئوس مطالب
۵۶	مرور تکلیف خانگی
۵۷	افکار و خودآیند
۵۸	افکار و هیجان‌ها
۵۹	هیجان‌ها و درد
۶۰	خطاهای شناختی
۶۲	مدل ABC
۶۴	تکلیف خانگی

۶۵	فصل هفتم: جلسه ۵: بازسازی شناختی
۶۵	مواد مورد نیاز
۶۵	رئوس مطالب

۶۵	.....	مرور تکلیف خانگی
۶۶	.....	افکار منفی و درد
۶۶	.....	بازسازی افکار
۷۰	.....	تکلیف خانگی
فصل هشتم: جلسه ۶: مدیریت استرس		
۷۱	.....	مواد مورد نیاز
۷۱	.....	رئوس مطالب
۷۱	.....	مرور تکلیف خانگی
۷۲	.....	استرس چیست؟
۷۳	.....	پاسخ جنگ یا گریز
۷۴	.....	منابع رایج استرس
۷۴	.....	ارتباط بین استرس و درد
۷۴	.....	شیوه‌هایی برای کاهش استرس
۷۶	.....	تکلیف خانگی
فصل نهم: جلسه ۷: فعالیت زمان‌مند		
۷۷	.....	مواد مورد نیاز
۷۷	.....	رئوس مطالب
۷۷	.....	مرور تکلیف خانگی
۷۸	.....	فعالیت زمان‌مند
۸۰	.....	مراحل فعالیت زمان‌مند
۸۱	.....	تکنیک‌های فعالیت زمان‌مند
۸۲	.....	تکلیف خانگی
فصل دهم: جلسه ۸: برنامه‌ریزی فعالیت خوشایند		
۸۳	.....	مواد مورد نیاز
۸۳	.....	رئوس مطالب
۸۳	.....	مرور تکلیف خانگی
۸۴	.....	انتخاب فعالیت‌های خوشایند
۸۴	.....	برنامه فعالیت خوشایند
۸۶	.....	تکلیف خانگی

برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های خوشایند.....	۸۶
فصل یازدهم: جلسه ۹: مدیریت خشم	۸۷
مواد مورد نیاز.....	۸۷
رئوس مطالب.....	۸۷
مرور تکلیف خانگی.....	۸۷
خشم چیست؟.....	۸۸
خشم و درد.....	۸۸
کنترل خشم.....	۸۹
تکلیف خانگی.....	۹۳
فصل دوازدهم: جلسه ۱۰: بهداشت خواب	۹۴
مواد مورد نیاز.....	۹۴
رئوس مطالب.....	۹۴
مرور تکلیف خانگی.....	۹۴
ضرورت خواب.....	۹۴
شیوه‌هایی برای بهبود خواب.....	۹۶
تکلیف خانگی.....	۹۸
فصل سیزدهم: جلسه ۱۱: برنامه‌پیشگیری از عود و بروز مجدد درد	۹۹
مواد مورد نیاز.....	۹۹
رئوس مطالب.....	۹۹
مرور تکلیف خانگی.....	۹۹
برنامه‌پیشگیری از عود و بروز مجدد.....	۱۰۰
چگونه بروز درد را مدیریت کنیم.....	۱۰۰
مرور پیشرفت‌ها.....	۱۰۲
خاتمه درمان.....	۱۰۳
پیوست‌ها	۱۰۴
منابع	۱۰۹
درباره مؤلف	۱۱۲

اطلاعات زمینه‌ای و هدف این برنامه

این برنامه درمانی برای استفاده درمانگرانی طراحی شده است که به درمان افراد مبتلا به درد مزمن می‌پردازند. از آنجا که رویکرد شناختی-رفتاری در کار با بیماران دارای درد مزمن بسیار مؤثر شناخته شده است، این برنامه از نقطه نظر شناختی - رفتاری نوشته شده است. تاکید این برنامه بر فعالسازی رفتاری و تغییر افکار منفی مرتبط با درد است. این طرح درمانی مبتنی بر شواهد است و جنبه‌هایی از کنترل درد را دربرمی‌گیرد که مثبت‌ترین نتایج بالینی را ارائه می‌دهد. راهکارهایی که در اینجا ارائه شده است سالها در کار بالینی مورد استفاده قرار گرفته‌اند. بسیاری از تکنیکهای مطرح شده منحصر به مدیریت درد نیستند و اغلب در سایر شرایط درمانی نیز بکار می‌روند. بهر حال این راهنمای درمان، رهنمودهایی برای ارائه این فنون (مثل آموزش آرامسازی، بازسازی شناختی، کنترل استرس) متناسب با نیازهای ویژه بیماران مبتلا به درد مزمن فراهم می‌کند. سراسر متن مثالهایی را شامل می‌شود که مرتبط با بحث هستند و برای متقاعد کردن بیماران مبتلا به درد مزمن کاربرد دارند.

نمونه‌ای از گفتگوها برای کمک به درمانگر در ارائه اطلاعات کلیدی به بیمار فراهم شده است. کتاب راهنمای درمانگر و کتاب کار متناظر آن جلسه به جلسه سازمان یافته‌اند و مواد آموزشی و فرم‌های تکلیف خانگی را دربر دارند.

اطلاعاتی درباره درد مزمن

اگرچه درد معمولاً یک تجربه گذراست، برای برخی از مردم درد از گذشته‌ها دوام یافته تا جایی که از واکنشی سازگارانه به یک آسیب حاد فراتر می‌رود و منجر به آشفتگی هیجانی و افزایش استفاده از منابع موجود در سیستم‌های مراقبت بهداشتی می‌گردد. بر اساس مدل زیستی روانی اجتماعی از بیماری، افراد مبتلا به درد مزمن

اغلب گزارش می‌کنند که درد با توانایی‌شان برای شرکت در فعالیت‌های شغلی، اجتماعی یا تفریحی تداخل می‌کند.

ناتوانی آنها برای شرکت در این فعالیتهای تقویت‌کننده ممکن است منجر به افزایش انزوا، خلق منفی (مانند احساس بی‌ارزشی و افسردگی) و شرطی‌زدایی جسمی، یعنی همه آنچه در تجربه درد نقش دارد، گردد. با گذشت زمان، این نوع الگوهای شناختی و رفتاری منفی می‌توانند به تغییر بسیار مقاوم شوند.

درد معمولاً به عنوان تجربه‌ای حسی و هیجانی تعریف می‌شود که با آسیب بافتی واقعی یا بالقوه همراه است یا در اصطلاح چنین آسیبی تعریف می‌شود (IASP، ۱۹۹۴). یک راه برای تعریف تجربه درد طول مدت آن است. دردی که کوتاه مدت است و بخودی خود در طول زمان رفع می‌شود به عنوان درد حاد اطلاق می‌شود مانند دردی که با سوختگی خفیف، بریدگی، یا شکستگی استخوان همراه است. دردی که برای یک دوره زمانی طولانی (یعنی سالها و ماهها) ادامه دارد که فرآیندی از بیماری را شامل می‌شود یا با آسیب بدنی همراه است که در طول زمان رفع نمی‌شود ممکن است به عنوان درد مزمن اطلاق شود (طبقه بندی درد مزمن، ۱۹۹۴).

درد یکی از رایجترین شکایاتی است که منجر به مراجعه به مراقبین بهداشتی اولیه می‌شود و هزینه‌های قابل توجهی به بار می‌آورد (گرج، ون کورف، سمون و گیتز، ۱۹۹۸؛ اُتیس، رید و کرن، ۲۰۰۵). در حقیقت مؤسسه ملی سلامت، درد مزمن را به عنوان هزینه‌برترین مشکل طبی در آمریکا شناسایی کرده است که نزدیک به ۱۰۰ میلیون نفر را تحت تاثیر قرار داده است (برن و هووارتر، ۲۰۰۶). بر اساس گزارش سالانه مراکز کنترل و پیشگیری بیماری، از هر ۴ بزرگسال یک نفر گزارش می‌دهد که از دوره طولانی مدت درد در ماه گذشته رنج برده است و از هر ۱۰ بزرگسال یک نفر دردی که برای یکسال یا بیشتر طول کشیده را گزارش می‌کند (CDC، ۲۰۰۶). بالای ۲۰ درصد همه ویزیت‌های پزشکی و ۱۰ درصد فروش دارو با درد مرتبط است (ماکس، ۲۰۰۳). در موقعیتهای حرفه‌ای، درد مزمن نه تنها عامل مهم غیبت از کار، بلکه عامل عمده کاهش تولید هنگام کار نیز است. در واقع تقریباً نیمی از همه کارمندان درحالیکه سرکار هستند درد را تجربه می‌کنند و در مورد افرادی که کارشان حرکات مکرر یا جابجایی سنگین را شامل می‌شود تعداد بیشتری را تحت تاثیر قرار می‌دهد (برن و هووارتر، ۲۰۰۶). برآورد شده است درد سالانه به ۷۹ میلیارد دلار خسارت از دست دادن تولید کارگران منجر می‌شود (ماکس، ۲۰۰۳). یک مطالعه اخیر تخمین زد که هزینه کلی مراکز بهداشتی برای کمردرد به تنهایی به بالغ از ۹۰/۷ میلیارد دلار در سال ۱۹۹۸ رسید (اکیومی، پیتربان، سان، لویی و هی، ۲۰۰۴). بطورکلی هزینه‌های کلی مستقیم و غیر مستقیم درد مزمن در ایالات متحده، سالانه بین ۱۵۰ میلیارد تا ۲۶۰ میلیارد دلار برآورد شده است. این آمار باعث شد صد و هشتمین

کنگره آمریکا دوره ۱۰ ساله آغاز شده از ۱ ژانویه ۲۰۰۱ را رسماً "دهه تحقیق و کنترل درد" بنامد.

انواع درد

درد می تواند به ۲ طبقه وسیع درد های حسی و درد نوروپاتییک تقسیم شود.

درد حسی

دو نوع درد حسی وجود دارد: جسمی و احشایی. درد جسمی بوسیله فعالیت گیرنده های درد در سطح بدن مانند پوست (بافت های پوستی یا جلدی) یا بافت هایی که مانند ماهیچه ها عمیق تر هستند (بافت های اسکلتی-عضلانی) ایجاد می شود. زمانی که درد در بافت های اسکلتی-عضلانی رخ می دهد، درد جسمی عمیق نامیده می شود. درد جسمی معمولاً به عنوان "مبهم" یا "دردناک" اما متمرکز توصیف می شود. این نوع درد اغلب در افرادی که "بصورت افراطی کار" می کنند و عضلاتشان را هنگام انجام دادن فعالیت جسمی یا ورزش کردن خسته می کنند، دیده می شود. دردهای جسمی سطحی معمولاً تیزتر هستند و ممکن است کیفیت سوزشی یا گزش داشته باشند. علل معمول درد جسمانی سطحی، درد پس از عمل جراحی یا درد مربوط به بریدگی است. "احشا" به نواحی درونی بدن اطلاق می شود که در میان حفره قرار گرفته اند. درد احشایی از فعالیت گیرنده های دردی ایجاد می شوند که در نتیجه تراوشات، فشردگی، انبساط یا کشیدگی احشاء لگنی، شکمی یا قفسه سینه فعال شده اند. ناحیه درد احشایی به خوبی مشخص نیست و معمولاً به عنوان "درد فشار مانند، یا درد ناشی از عطسه عمیق" توصیف می شوند. نمونه هایی از درد احشایی شامل درد مرتبط با سرطان، شکستگی استخوان یا سرطان استخوان هستند.

درد نوروپاتییک

درد نوروپاتییک یک اختلال نورولوژیک است که از آسیب گیرنده و فرستنده درد ایجاد می شود. درد نوروپاتییک از درد جسمانی یا احشایی متفاوت احساس می شود و اغلب با استفاده از کلماتی مانند "سوزش داشتن"، "درد الکتریکی" "تیر کشیدن یا سوختن" توصیف می شود. این نوع درد ممکن است در طول مسیر عصبی از نخاع به بازوها و دستها یا به باسن و پاها حس شود. درد نوروپاتییک گزینه های درمان طبی بسیار متفاوتی نسبت به انواع دیگر درد دارد. برای مثال اپیوئیدها (مانند مورفین) و داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی (NSAIDs) (مانند ایبوپروفن) معمولاً در تسکین درد

نوروپاتیکی غیرمؤثر هستند. درمان های طبی درد نوروپاتیکی، تزریق های مسدود کننده عصب و تنوعی از مداخلاتی که معمولاً برای درد مزمن بکار می رود را دربرمی گیرد. مثالهایی از شرایط درد نوروپاتیکی شامل درد عضو خیالی، درد عصبی پس از درمان، و دیگر نوروپاتی های دردناک (مثل دیابت یا مربوط به مصرف الکل) است. مهم است به خاطر داشته باشیم که بیماران با هر یک از شرایط درد نوروپاتیکی یا حسی می توانند به درمان شناختی-رفتاری (CBT) پاسخ دهند.

درد مزمن

درد می تواند در بسیاری از قسمتهای بدن، هر یک با شیوع، الگو و ویژگی های خاص خود رخ دهد. اگرچه برخی شرایط درد رایج تر از سایر شرایط است. کمر درد مزمن شایع ترین درد مزمن است که سالانه ۱۵ تا ۴۵٪ بزرگسالان و حداقل ۷۰٪ بزرگسالان را در طول عمر تحت تاثیر قرار می دهد (اندرسون، ۱۹۹۷). کمردرد شایع ترین علت ناتوانی مربوط به کار است که منجر به از دست دادن شغل می گردد. اکثر کمردردها بدنبال آسیب یا ضربه به کمر ایجاد می شود، اما درد ممکن است توسط شرایط مضمحل کننده مانند آرتروز یا بیماری دیسک (برآمدگی دیسک، فتق دیسک، پارگی دیسک سیاتیک یا استئوپروزیس یا دیگر بیماری های استخوانی نیز ایجاد شود.

سردردها طبقه وسیع دیگری از شرایط دردناک را تشکیل می دهند. سردردهای تنشی رایجترین سردردها هستند و ۳۸ تا ۷۸٪ مردم را تحت تاثیر قرار می دهند (راسموسن، جنسن، اسکرول و اولسن، ۱۹۹۱). درد معمولاً در نواحی پیشانی، گردن و شانه قرار دارد و بسیاری از مردم احساسی مانند داشتن یک نوار سفت دور سرشان را توصیف می کنند. عواملی که می توانند در سردردهای تنشی سهیم باشد استرس، جا افتادن وعده غذایی یا کم تحرکی را شامل می شود. بنابراین درمان اغلب آموزش مدیریت شناختی-رفتاری استرس و آرامسازی را دربرمی گیرد. سردردهای میگرنی ۱۸٪ زنان و ۶٪ مردان را تحت تاثیر قرار می دهد (لیبون، استوارت، دیاموند، دیاموند و رید، ۲۰۰۱). این دردها اغلب به دنبال یا به همراه یک علامت هشدار دهنده حسی که "اورا" نامیده می شود مانند فلش های نور، نقاط سیاه جلوی چشم یا مورمور شدن اندام های انتهایی ایجاد می شوند. آنها اغلب با سایر علایم و نشانه ها مانند تهوع، استفراغ کردن و حساسیت بیش از اندازه به نور و صدا همراه می شوند. گاهی ممکن است درد پشت یک چشم متمرکز شود و با درد تنشی رابطه داشته باشد.

سندرم فیبرومیالژی (FMS) از یک مجموعه علایم بدون تبیین جسمی با درد کلی و حساسیت زیاد به لمس در محل های خاصی از بدن که "مناطق حساس به لمس" نامیده می شود تشکیل شده است. به علاوه بیمار مبتلا به FMS اغلب دامنه ای از

محدودیت‌های کارکردی و بدعملکردی روانشناختی از جمله خستگی مداوم، آشفتگی خواب، سفتی بدن، سردردها، اختلال‌های روده تحریک پذیر، افسردگی، اضطراب، نقص‌های شناختی و ناراحتی کلی را گزارش می‌شود که گاهی به آن "ابهام فیرومیالژیایی" اطلاق می‌شود (بام استارک و باکلو، ۱۹۹۲).

FMS معمولاً در بزرگسالان رخ می‌دهد و در آن دسته از افرادی که بدنال درمان هستند نسبت زنان به مردان ۷ به ۱ است. درحالی‌که علت FMS ناشناخته است وقایع محرک زیادی وجود دارد که تصور می‌شود بروز آن را تسریع می‌کند از جمله عفونت ویروسی یا باکتریایی، ترومای جسمی یا روانشناختی یا ابتلاء به اختلالات دیگری نظیر آرتريت روماتوئید، لوپوس یا کم کاری تیروئید.

شروع برنامه درمانی CBT و شواهد تجربی

هدف اولیه CBT برای درد ایجاد سازگاری با یک رویکرد فعال حل مساله برای از عهده بسیاری از چالش‌های همراه با تجربه درد مزمن برآمدن است. تغییر چشم انداز درماندگی با توجه به این چالش‌ها به چشم اندازی از مسئولیت پذیری شخصی، خود کنترلی و اعتماد به نفس مورد تشویق قرار می‌گیرد. رویکرد شناختی-رفتاری بر این اساس شکل گرفته که افراد عموماً نه به علت درد، بلکه به علت سازگار شدن با این باور که به لحاظ بدنی "ناتوان" هستند، از فعال بودن دست بر می‌دارند. بنابراین، CBT برای درد مزمن شامل به چالش کشیدن این باورها و آموزش دادن راههایی به بیماران برای بازگشت مجدد و مطمئن به فعالیت‌های لذت بخش در زندگی‌شان است. این مساله به ویژه زمانی که افکار مربوط به ناتوانی برای سال‌های زیادی با فرد همراه بوده یک تکلیف ترساننده است. CBT برای درد مزمن چندین جزء کلیدی دارد: از جمله بازسازی شناختی (یعنی آموزش نحوه شناخت خطاهای شناختی و تغییر افکار ناسازگارانه مربوط به درد به افکار سازگارانه تر و مثبت به بیماران)، آموزش آرام سازی (مانند آموزش تنفس شکمی، تصویر سازی ذهنی دیداری، آرام سازی عضلانی پیشرونده)، برنامه زمان‌مند (یعنی آموزش نحوه فعالیت شدن بدون انجام بیش از حد آن)، و ارائه تکلیف‌های درجه بندی شده برای کاهش اجتناب از فعالیت و معرفی مجدد یک شیوه زندگی سالم و فعال تر. از آنجا که افرادی که تجربه درد مزمن دارند اغلب از کاهش سطح فعالیت و کاهش در کارکرد نقش اجتماعی خبر می‌دهند، CBT بر ترغیب فعالیت بیشتر بیماران و کارکرد سودبخش با استفاده از فنونی مثل تمرین، برنامه ریزی فعالیت و دادن تکلیف درجه بندی شده (یعنی فعالیت افزایش‌دهنده تدریجی در جهت یک هدف تعیین شده) تمرکز می‌کند.

حمایت تجربی

حمایت تجربی قابل ملاحظه ای برای اثر بخشی مداخلات شناختی- رفتاری در بهبودی درد مزمن در انواع مختلفی از مشکلات پزشکی متعدد به وجود آمده است (کامپس، هاگا، کیف، لیتنبرگ و ویلیامز، ۱۹۹۸). در یک متا آنالیز که مکرراً به آن ارجاع شده از ۲۵ کارآزمایی کنترل شده تصادفی CBT برای کنترل درد (مورلی، اکلستون و ویلیامز، ۱۹۹۹) به این نتیجه رسیدند که CBT درمانی اثربخش است، زیرا بطور معناداری به تغییرات بزرگتر در زمینه‌های تجربه درد، مقابله و ارزیابی شناختی (شاخص‌های مقابله مثبت) و تظاهر رفتاری کمتر درد هنگام مقایسه با درمان‌های فعال دیگر می‌شود. در یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی اخیر CBT که توسط ترنر، مانکل و آرون (۲۰۰۶) صورت گرفته، بیمارانی که یک دوره مداخله شناختی رفتاری چهار جلسه‌ای برای درد مربوط به استخوان گیجگاه و فک پایین را به اتمام رساندند کاهش قابل ملاحظه ای در درد، تداخل درد، عملکرد فک و افسردگی در مقایسه با بیماران شرکت کننده در برنامه آموزش کنترل/ توجه نشان دادند. همچنین، در یک متاآنالیز از ۲۲ کارآزمایی تصادفی کنترل شده درمان‌های روان شناختی برای کمر درد مزمن غیر سرطانی، درمان‌های شناختی رفتاری و خودتنظیمی به طور ویژه ای مؤثر شناخته شدند (هافمن، پاپاس، چارکوف و کرنز، ۲۰۰۷). در نهایت، درحالی که مطالعات کمی وجود دارند که اثربخشی درمان های روان شناختی برای درد در کودکان و نوجوانان را بررسی می کنند، یک متاآنالیز از ۱۸ کارآزمایی تصادفی کنترل شده نشان داد که درمان های روان شناختی، بویژه آرام سازی و CBT، در کاهش شدت و فراوانی سردرد مزمن در کودکان و نوجوانان مؤثر هستند (اکلستون، مورلی، ویلیامز، یورک و ماسترویانیوپولو، ۲۰۰۲).

خطرها و مزایای این برنامه درمانی

مزایای بالقوه این برنامه شامل بهبود عملکرد فیزیکی و کاهش ناتوانی، بهبود خلق و اضطراب مرتبط با فعالیت، کاهش درد و بهبود روابط با خانواده، همسر و دیگر افراد مهم می‌گردد. CBT در مدیریت درد مزمن، درمانی بسیار جذاب است که اغلب بیماران را ترغیب می کند تا از لحاظ جسمی فعالتر باشند. در نتیجه، برخی بیماران ممکن است درد عضلانی بیشتری را تجربه کنند. به علاوه، بیماران ممکن است حس کنند که بهبود عملکرد آنها بر بهبود نقش‌های مشخص طولانی مدت اعضای خانواده اثر دارد. برای مثال، بیمار ممکن است ترجیح دهد که فعالیتی را خودش انجام دهد تا اینکه از دیگری بخواهد آن را برای او انجام دهد.

نقش داروها

هدف این برنامه آموزش مهارتهایی به بیماران است که آنها بتوانند بکار ببرند تا به سهم خودشان به کنترل درد مزمن کمک کنند. با این وجود نباید از بیمارانی که ابراز تمایل به شرکت (در این برنامه) می کنند خواسته شود که به منظور ورود در این برنامه مصرف داروهای ضد دردشان را متوقف کنند. بسیاری از بیمارانی که این برنامه را شروع می کنند برنامه معمول دارویی شان برای درد را ادامه می دهند تا جایی که مهارت های جدیدی به دست آورند که آنها را قادر به قطع مصرف دارو کرده یا احساس کنند که درمان دارویی برایشان مؤثرتر است. به طور خلاصه، اغلب چنین است که وقتی بیماران شیوه های کنترل درد را شخصاً یاد می گیرند، قادرند وابستگی بر داروهای مربوط به درد را کاهش دهند.

اگر بیماری این برنامه را شروع کند و تمایل به تغییر داروی خود دارد باید درباره هر نوع تغییری که می خواهد داشته باشد، در ابتدا با پزشک خود صحبت کند.

مواردی که قبل از شروع درمان لازم است مورد توجه قرار گیرند

به عنوان بخشی از این برنامه، درمانگران از بیمارانشان خواهند خواست تا خودشان را به زمان و تلاش مورد نیاز برای تمرین و یادگیری روشهای مطرح شده متعهد سازند. پژوهش های بالینی نشان داده اند که CBT می تواند برای بیماران مبتلا به درد مزمن، در صورتی که درگیر فرایند درمان شده باشند مفید باشد، هرچند، بیمارانی که درگیر درمان نشده اند یا متقاعد نشده اند که سرمایه گذاری زمانی شان در نهایت سودمند خواهد بود احتمال کمتری دارد که برنامه درمانی را دنبال کنند و احتمال بیشتری دارد که بعد از چند جلسه اول از درمان خارج شوند.

به منظور اینکه درمانگران قادر به پیش بینی شرکت فعال بیمارانشان در درمان باشند، باید بتوانند منطقی شفاف و متقاعد کننده برای این درمان ارائه دهند. لازم است درمانگران برای مطالعه مقالات و فصل های کلیدی مرتبط با کنترل درد زمان صرف کنند و مواد درمانی را قبل از هر جلسه مرور کنند. خواندن و پرسیدن سؤالات از سرپرستان یا همکاران، درمانگران را قادر خواهد ساخت تا نسبت به دانش خود از روش های کنترل درد، توانایی شان در پاسخ گویی به پرسش های بیماران و مهارت های خاص که باید به بیمارانشان ارائه کنند، مطمئن شوند.

این مساله نیز مهم است که افراد دیگری که در مراقبت بیمار شرکت دارند (مثل اعضای یک تیم چند تخصصی کنترل درد یا مراقبان اصلی) همگام با پیشرفت بیمار در درمان، حرکت کنند. این هدف را می توان از طریق مرور یادداشت های منظم پیشرفت

بیمار که مسائل درمانی مثل اهداف و دستیابی به هدف را مورد بحث قرار می‌دهد، برنامه ریزی برای اهداف با مشارکت دیگر مراقبان (مانند انجام تمرین در برنامه فیزیوتراپی یا مصرف صحیح داروها)، و مورد بحث قرار دادن پیشرفت بیمار در جلسات تیمی درد یا از طریق تماس مستقیم یا تماس الکترونیکی با مراقبان به دست آورد. دعوت کردن از دیگر افراد مهم و همسران بیماران برای همراهی در چند دقیقه آخر هر جلسه به گونه ای که از موضوعات گنجانده شده در هر جلسه آگاه باشند و بتوانند بیمار را حمایت و تشویق کنند نیز، در برخی مواقع سودمند است.

رئوس برنامه درمانی

این برنامه درمانی به دو بخش تقسیم می‌شود که هر یک برای کمک به درمانگران طراحی شده است تا به بیماران یک مهارت جدید برای مقابله با درد مزمن (مانند آرام سازی، بازسازی شناختی، فعالیت زمان‌مند) آموزش دهند. مواد هر فصل می‌تواند طی یک جلسه درمانی ۶۰ دقیقه‌ای ارائه شود. هر فصل رئوسی از موضوعات مهم که لازم است در جلسه گنجانده شود، اطلاعات آموزشی برای انتقال به بیماران و دستوراتی در مورد نحوه استفاده از فنون را دربرمی‌گیرد. جلسات با تعیین تکلیف خانگی و اهداف هفتگی پایان می‌یابد.

تعیین اهداف درمانی

سه نوع هدف وجود دارند که درمانگر در همکاری با بیمار مشخص می‌کند:

- ۱- اهداف کلی درمان: اینها اهداف کلی برنامه درمان درد هستند که در جلسه اول تعیین می‌شوند. مهم است که اهداف واقع بینانه باشند و طی دو جلسه درمانی بعدی قابل دست یافتن باشند، نه اهدافی که دستیابی به آنها به چندین ماه یا سال زمان نیاز دارد. علاوه بر این، اهداف باید قابل اندازه گیری باشند (مثلاً ۳ کیلومتر پیاده روی در یک هفته، رفتن به باشگاه ورزشی) و نه مبهم (مثل انسان بهتری بودن، یادگیری آرام بودن یا کاهش درد). برخی مواقع لازم است که اهداف در طی دوره درمان تعدیل شوند مثلاً وقتی که بیمار به هدف دست پیدا کرده، و می‌خواهد هدف دیگری را تعیین کند یا اینکه بیمار بیشتر در مورد هدف فکر کرده است و تصمیم خود را درباره آنچه خواهان آن است تا در درمان برای رسیدن به آن بکوشد، تغییر داده است.
- ۲- اهداف رفتاری هفتگی: اینها مجموعه اهداف قابل دستیابی کوچکی هستند که در پایان هر جلسه درمانی تعیین می‌شوند تا به بیمار کمک کنند در جهت دست یابی به

اهداف کلی درمان گام بردارد. برای مثال اگر هدف کلی درمانی روزانه ۳۰ دقیقه پیاده روی با تردمیل است، یک هدف رفتاری هفتگی ممکن است ۱۰ دقیقه پیاده روی با تردمیل، چهار بار در هر هفته باشد. هدف رفتاری را می‌توان با گام‌های کوچک افزایش داد تا هدف درمانی کلی بدست آید.

۳- اهداف تکلیف خانگی: اهداف تکلیف خانگی هفتگی که به مواد جلسه درمان مرتبط می‌شود در پایان هر جلسه تعیین می‌شود. برای مثال، علاوه بر داشتن هدف رفتاری هفتگی چهار بار پیاده روی با تردمیل در هر هفته، هر بار به مدت ۱۰ دقیقه، بیمار ممکن است بخواهد تنفس شکمی را روزانه به مدت ۱۰ دقیقه انجام دهد یا استفاده از فرم بازسازی شناختی برای سه فکر ناسازگارانه را داشته باشد.

نظارت بر تکمیل تکلیف خانگی

در شروع هر جلسه، مدت زمانی صرف ارزیابی میزان دستیابی بیمار به مجموعه اهداف هفته قبل می‌شود. بعد از مرور تکلیف خانگی، درمانگر با همراهی بیمار فرم تکمیل هدف هفتگی را کامل می‌کند (نمونه آن را در فصل ۴ و نسخه سفید آن را در فصل ۳ مشاهده کنید). بیمار فرم را پر می‌کند و میزان دستیابی به هدف را با استفاده از یک مقیاس درجه‌بندی عددی از صفر تا ده، درجه‌بندی می‌کند. استفاده متناسب از این فرم راهی بسیار مؤثر برای مسئول بودن بیماران برای تکمیل تکلیف خانگی، بازشناسی موفقیت و فراهم کردن تقویت است. درمانگران باید مطمئن باشند که به بیماران اجازه دست کم گرفتن موفقیت‌هایشان را نداده‌اند.

سازگار کردن این برنامه برای گروه‌ها

در حالی که این برنامه درمانی در حال حاضر برای استفاده فردی طراحی شده است، این برنامه را می‌توان به آسانی برای استفاده در شکل گروهی نیز سازگار کرد. هرچند اجرای گروه درمانی با بیماران مبتلا به درد مزمن می‌تواند چالش برانگیز باشد، مزایای زیادی برای اجرای درمان گروهی وجود دارند. اول اینکه، درمان گروهی از لحاظ زمانی برای درمانگر مقرون به صرفه است چرا که می‌تواند درمان را در هر جایی که ۵ تا ۱۰ شرکت‌کننده همزمان وجود دارند، اجرا کند. دوم اینکه، درمان گروهی مکانیزمی برای شرکت‌کنندگان فراهم می‌کند تا مهارت‌های مقابله‌ای را از دیگر اعضای گروه که ممکن است شکایات درد مشابه داشته باشند یا آنهایی که مجبور بوده‌اند بر موانع مشابه در مقابله با یک شرایط پزشکی دردناک غلبه کنند، یاد بگیرند. سوم، اغلب برای بیماران مبتلا به درد مزمن مفید است ببینند که آنها در کنار آمدن با آشفتگی و ناتوانی

که اغلب با درد مزمن همراه است، تنها نیستند. علاوه بر این، اجرای درمان در یک قالب گروهی، به بیمارانی که درد مزمن دارند اجازه می‌دهد تا حمایت اجتماعی ارزشمندی از دیگر اعضای گروه به دست آورند. راه‌های متعددی وجود دارند که این برنامه درمانی بتواند به منظور استفاده در یک قالب گروهی تعدیل شود. همانند درمان فردی، بسیار مهم است که در جلسه اول درمانگر یک منطق متقاعد کننده و شفاف برای این رویکرد درمانی ارائه دهد، در غیر اینصورت احتمال زیادی دارد که حضور در گروه به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش پیدا کند. شروع هر جلسه مرور تکلیف هفته قبل هر یک از اعضای گروه با استفاده از فرم تکمیل هدف هفتگی را شامل می‌شود. بحث آزادانه درباره موفقیت در برنامه و مشکلات همراه با تکمیل اهداف، روشی عالی برای برانگیختن حمایت و پیشنهادهای دیگر اعضای گروه است. هرچند مهارت‌هایی که در هر جلسه مرور می‌شود و مواد مورد نیاز فراهم شده در برنامه نیاز به هیچ‌گونه تغییراتی برای استفاده در قالب گروهی ندارد، به خاطر داشته باشیم که هر یک از اعضای گروه اهداف درمانی کلی مخصوص به خودش را خواهد داشت، به این معنا که هر جلسه به اهداف رفتاری نیاز خواهد بود که به طور فردی سازگار شده باشند. جلساتی که شامل استفاده از فرم‌های بازسازی هستند را می‌توان توسط درمانگر با استفاده از یک وایت‌برد یا تخته سیاه تسهیل کرد به گونه‌ای که همه اعضای گروه بتوانند همچنان که نمونه‌ها مرور می‌شوند آن را دنبال کنند. ممکن است برخی جلسات باشند که بعضی از بیماران علاقه خاصی به آنها داشته باشند، اما بقیه نه. برای مثال برخی بیماران ممکن است به یادگیری درباره خواب علاقه داشته باشند درحالی‌که بقیه ممکن است نگرانی‌های بیشتری در رابطه با کنترل خشم داشته باشند. در این موارد می‌توان به بیماران یادآوری کرد تا با پیشنهاد کردن روش‌هایی که آنها را مؤثر یافته‌اند، به حمایت از اعضای گروه‌شان کمک کنند.

درگیر کردن یک فرد مهم دیگر در درمان

برخی مواقع بیماران مبتلا به درد مزمن بعد از گذشت سالها از دردی که داشته‌اند که به طور جدی هر جنبه از زندگی‌شان، از جمله زندگی خانواده‌هایشان را تحت تأثیر قرار داده است، برای درمان روانشناختی مراجعه می‌کنند. به مرور زمان پویایی‌ها و نقش‌های خانوادگی می‌توانند ناسازگارانه شده و نسبت به تغییر شدیداً مقاوم شوند. وارد کردن دیگر افراد مهم در فرایند درمان می‌تواند به منظور شروع تغییر این الگوهای ناسازگار خانوادگی مفید باشد. به طور مثال دعوت کردن همسر بیمار برای شرکت در ارزیابی درد می‌تواند برای دست‌یابی به چشم‌اندازی درباره رویکردهای مقابله‌ای معمول بیمار و اینکه درد چگونه زندگی بیمار را تحت تأثیر قرار داده است، شیوه

مؤثری باشد. این کار همچنین همسر بیمار را آگاه می‌کند که درمانگر تشخیص می‌دهد که درد همه افراد خانواده را تحت تاثیر قرار داده و اینکه درمانگر برای حضور آنها ارزش قائل است. علاوه بر شرکت داشتن همسر به عنوان بخشی از ارزیابی، همسر می‌تواند برای حضور در چند دقیقه آخر هر جلسه درمانی به منظور یادگیری درباره مهارت‌هایی که بیمار در خانه تمرین خواهد کرد و اهداف رفتاری که برای هر هفته روی آن کار خواهد کرد، دعوت شود. از طریق برانگیختن حمایت همسر برای دست‌یابی به اهداف و تمرین کردن مهارت‌ها، ممکن است همسر بتواند ترغیب و حمایت بیشتری برای بیمار فراهم کند.

استفاده از کتاب کار مراجع

کتاب کار مراجع به درمانگرها در ارائه این درمان کمک خواهد کرد. این کتاب شامل اطلاعات آموزش روانی درباره درد مزمن و استرس و دستوراتی به مراجعان است که قالب آن همانند قالب این راهنما است. هر فصل منطبق با یک جلسه ویژه از درمان است و سرفصل‌هایی برای تسلط یافتن بر مهارتهایی همچون آرام‌سازی و بازسازی شناختی فراهم می‌کند. کتاب کار همچنین شامل نسخه‌هایی از همه فرم‌های خودپایشی و برگه‌های مهارت‌مورد استفاده در طی جلسات و تکالیفی برای تمرینات خانگی است. همه فرم‌های در نظر گرفته شده برای استفاده‌های متعدد را می‌توان از کتاب کارکپی کرد یا می‌توان از سایت www.oup.com/us/ttw دانلود کرد.

برقراری اولین ارتباط

راههای گوناگونی وجود دارد که بیماران به منظور یادگیری مهارتهای کنترل درد به روانشناس مراجعه کنند. بعضی از بیماران ضرورت مراجعه به درمانگر را بر اساس توصیه جراح ارتوپد، متخصص بیهوشی، متخصص مغز و اعصاب و دیگر متخصصان درد حس می کنند. در دیگر موارد، نام بیمار را به منظور سنجش درد به روان شناس داده اند و روان شنای با وی تماس می گیرد. در هر صورت، درحالیکه بعضی از بیماران مضطربانه منتظر تماس تلفنی شما برای یک وقت ملاقات هستند، عده دیگری نیز هستند که فکر می کنند کسی باور نمی کند درد آنها واقعی است و اینکه شما تماس می گیرید به این دلیل است که فکر می کنید که درد تماماً ساخته ذهن آنهاست. در نتیجه شما ممکن است برای برقراری اولین ملاقات با مقاومت مواجه شوید. آنچه در ادامه می خوانید متنی است که ممکن است به شما در غلبه بر بعضی از این مقاومتها کمک کند.

درمانگر: آقای اسمیت، پزشک شما با ما تماس گرفته چون او اعتقاد دارد که شما می توانید با بکارگیری برخی مهارتهای اضافی برای کنار آمدن با درد به خودتان کمک کنید.

بیمار: من مطمئن نیستم که شما چگونه می توانید به من کمک کنید. درد من واقعی است نه ذهنی. من به روانشناس نیازی ندارم.

درمانگر: ملاقات ما به این معنا نیست که فکر می کنیم درد در ذهن شماست. اگر شما برای مدت طولانی درد داشته باشید آن درد می تواند جنبه های دیگر زندگی شما را تحت تاثیر قرار دهد حتی می تواند بر روی روابط شما با خانواده و دوستانتان، توانایی کارکردن و پرداختن به فعالیتهای اجتماعی شما تاثیرگذار باشد و حتی استرس را نیز بر