

زندگی با درد مزمن
رویکرد مبتنی بر پذیرش
راهنمای درمانگر و کتاب کار بیمار

تألیف

کوبین ولز
جان سورل

ترجمه

دکتر فاطمه مسگریان
دکتر رسول روشن چسلی
استاد روان‌شناسی دانشگاه شاهد تهران

با مقدمه

دکتر محمدعلی اصغری مقدم



فهرست

۷.....	سخن مترجم
۹.....	پیشگفتار
۱۹.....	مقدمه مؤلف
۲۱.....	راهنمای درمانگر
۲۲.....	جلسه ۱: مقدمه و دستور جلسه درمان
۲۵.....	جلسه ۲: تغییر رفتار و ذهن‌آگاهی
۳۲.....	جلسه ۳: ارزش‌ها
۳۶.....	جلسه ۴: شفاف‌سازی ارزش‌ها و اهداف
۴۰.....	جلسه ۵: گسستگی
۴۵.....	جلسه ۶: عمل متعهدانه
۵۰.....	جلسه ۷: رضایت
۵۴.....	جلسه ۸: ختم جلسات و نتیجه‌گیری
۵۹.....	پیوست: تمرین‌ها و تمثیل‌ها
۷۵.....	کتاب کار بیمار
۷۶.....	جلسه ۱: مقدمات و بنیان‌های اساسی درمان
۸۵.....	جلسه ۲: گزینه‌ها و تعیین مسیر درمان
۹۱.....	جلسه ۳: «یادگیری زندگی» با درد مزمن
۱۰۲.....	جلسه ۴: ارزش‌ها و عمل

- جلسه ۵: انگیزه، افکار و احساسات ۱۱۰
- جلسه ۶: عمل، شروع به حرکت کردن ۱۱۷
- جلسه ۷: تعهد ۱۲۵
- جلسه ۸: نگهداری مادام العمر ۱۲۸

راهنمای درمانگر

جلسه ۱

مقدمه و دستور جلسه درمان

۱- فراهم کردن فرصتی برای بیماران تا با همدیگر و با اهداف درمان آشنا شوند.

در آغاز به هر کدام از شرکت‌کنندگان در گروه اجازه می‌دهیم تا «داستان درد» خود را بیان کند. مسایل مطرح شده، اغلب شامل تاریخچه درد و حوزه‌های خاصی از زندگی است که با مشکل مواجه شده‌اند. به طور کلی در ابتدای درمان بیشتر روی مسایل کارکردی متمرکز می‌شویم، با این پرسش از شرکت‌کنندگان که چه عاملی باعث آمدن آنها به درمان شده است و چه انتظاری از شرکت کردن در آن دارند. این بحث، فرصتی فراهم می‌کند تا به تدریج نقطه تمرکز درمان و انتظارات شرکت‌کنندگان شروع به شکل‌گیری کند. در نهایت، این کار معمولاً فرصت خوبی برای عادی‌سازی تجارب افراد فراهم می‌کند.

۲- تعیین دستور جلسه تغییر از طریق استفاده از تمرین «ناامیدی خلاق»^۱ (هیز^۲ و همکاران، ۱۹۹۹؛ دال^۳ و همکاران، ۲۰۰۵ و مک کراکن^۴، ۲۰۰۵)

سپس از هر یک از افراد می‌خواهیم توضیح بدهد که دردش از کی شروع شده است و میانگین تقریبی آن (یا هر شاخص تمایل مرکزی دیگر را محاسبه

1. creative hopelessness
2. Hayes
3. Dahl
4. McCracken

می‌کنیم. این کار به درمانگر این امکان را می‌دهد که ماهیت طولانی مدت درد را دریابد، همچنین راجع به اهمیت تجربه‌ی بیماران، در ارتباط با نقشی که در زندگی با درد مزمن دارند، به گونه‌ای که انگار «متخصصان واقعی درد» خود بیماران هستند، توضیحاتی بدهد.

سپس از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود تمامی درمان‌های قبلی سپس مربوط به درد را فهرست کنند. لانس مک کراکن (۲۰۰۵) در کتاب خود اشاره می‌کند که او و همکارانش از این تمرین، برای بحث پیرامون رفتارهای دیگری که در گذشته جهت سازگاری با درد انجام شده است، استفاده کرده‌اند (از قبیل اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی، استفاده از عصا/ صندلی چرخ‌دار، محدودسازی فعالیت/ استراحت). به طور کلی، تجربه ما نشان می‌دهد که حتی یک گروه کوچک از بیماران، تقریباً فهرستی از همه درمان‌های موجود، اعم از مرسوم یا غیر مرسوم را، در اختیار قرار می‌دهد. پرسیدن راه‌های دیگری که بیماران جهت کاهش اثر درد بر زندگی‌شان آزموده‌اند نیز احتمالاً مفید خواهد بود (از قبیل نرفتن به مهمانی‌ها، توقف کار/ بازی/ ورزش/ و مانند آن). درمانگر همچنین می‌تواند از این فرصت برای ارائه‌ی آموزش‌های کلی راجع به راهبردها و داده‌های درمان‌های قبلی، یا گاهی اوقات کمبودهای آنها استفاده کند.

سرانجام، به طور خلاصه تحلیلی از درمان‌های قبلی ارائه می‌دهیم و آن‌ها را به پیامدهای کوتاه‌مدت و درازمدت تقسیم می‌کنیم. معمولاً کاملاً روشن می‌شود که درمان‌های قبلی، چه درازمدت و چه کوتاه‌مدت، فواید درازمدت اندک و هزینه‌های زیادی در بر داشته‌اند. ما از این موضوع به عنوان فرصتی برای زیر سوال بردن درمان‌های قبلی استفاده نمی‌کنیم، بلکه در عوض، از آن برای پربار کردن بحث راجع به آنچه یاد گرفته شده و گزینه‌های بالقوه‌ای که موجود است بهره می‌بریم. دال و همکاران (۲۰۰۴) تمرین مشابهی را به کار برده‌اند، و این

سؤال را مطرح کرده‌اند که، «تجربه‌تان چه چیزی به شما می‌گوید؟» این سؤال هم شاید فرصت مشابهی برای شروع فرایند انتقال دستور جلسه، از نوع گرایش به کنترل درد، به انواع کارکردی‌تر، فراهم کند.

این تمرین معمولاً اثر هیجانی، قابل توجهی روی بیماران دارد، هنگامی که بیماران با این مسأله مواجه می‌شوند که پیگیری کنترل درد، منجر به نتایج سودمند اندکی شده و در عین حال ممکن است در رنج آنها نیز سهیم باشد. عدم کارایی دستور جلسه حذف/ کنترل درد را هم می‌توان در بحث گنجانده.

۳- تکلیف

به منظور راه‌اندازی فرایند افزایش انعطاف‌پذیری طراحی شده است. به نحوی که برای شرکت‌کننده مفید باشد، انجام تکلیف را تشویق کنید.

جلسه ۲

تغییر رفتار و ذهن آگاهی^۱

۱- ارزش‌های بالقوه و مسأله انتخاب

تکلیف، برای کمک به بیمار در راستای تعیین گزینه‌های دیگری که در صورت عدم امکان رهایی از درد برایش وجود دارد، طراحی می‌شود. اگر از نظر بالینی با توجه به بازخوردهای بیمار پیش برویم، راه‌های متنوعی پیش رویمان قرار می‌گیرد. مواردی را که ما برای قرار دادن در بحث مفید یافته‌ایم شامل:

الف) مطرح کردن مفهوم ارزش‌ها

ب) تمرکز مداوم روی کارایی، گاهی اوقات به شکل تحلیل سودمندی / هزینه
ج) تذکر این مسأله که ممکن است شخصی «گرفتار» شود و با توجه به کیفیت ناخوشایند تجربه‌اش متوقف گردد و در مقابل، شخصی «گرفتار» شود اما به راهش ادامه دهد (با توجه به اهداف / ارزش‌ها / و غیره).

د) مطرح نمودن این احتمال که همه چیز یک انتخاب است (یعنی چیزی وجود ندارد که شخص «باید» آن را انجام دهد و انجام ندادن کاری هم انتخابی است برای انجام ندادن آن، درست همان طور که انجام کاری را بر می‌گزینیم).

این تمرین اغلب، تا حدی برخی جنبه‌های درمان که برای جلسات بعدی برنامه‌ریزی شده‌اند را به همراه دارد و فرصتی است تا مسایل به وجود آمده به آرامی بهم پیوند بخورند.

۲- معرفی مدل رفتاری و مفهوم تغییر رفتار

مدل رفتاری سه جزئی (لانگ^۱، کن^۲، ۱۹۶۸؛ کن^۳، ۱۹۷۸) به عنوان چارچوبی برای بحث پیرامون رابطه متقابل میان افکار/ احساسات، کارکردهای فیزیولوژیک، و رفتارهای عینی به کار می‌رود. همکاران دیگر در انگلستان از مدل چهار جزئی که در آن افکار و احساسات به طبقات جداگانه تفکیک می‌شوند استفاده نموده‌اند. به احتمال زیاد هر دو روش مناسب خواهند بود.

شرکت‌کنندگان معمولاً سه بخش این مدل را سریع پر می‌کنند، ما معمولاً آن را به عنوان یک تمرین گروهی، به جای فردی، اجرا می‌کنیم (با استفاده از تخته سیاه و غیره). با معرفی درد به عنوان یک احساس فیزیولوژیکی شروع می‌کنیم (درد از طریق اعصاب و نخاع به مغز هدایت می‌شود) و بحث می‌کنیم که چگونه افزایش شدت درد، روی افکار/ احساسات و رفتارها اثر می‌گذارد. از آنجا درمانگر می‌تواند به توضیح اثرات بیشتر هر یک از این اجزا روی دیگری ادامه بدهد (با گنجاندن نظریه شناختی بک، مدل ترس - اجتناب درد^۳ و غیره). ما معمولاً بعد از بحث گروهی، نتایج زیر را برای این تمرین بیان می‌کنیم:

الف) درد (و احساسات فیزیولوژیک دیگر)، افکار، خلق و رفتار به شدت بهم وابسته‌اند و می‌توانند به سرعت یک «چرخه معیوب» را شکل دهند. این مسأله، امکان بحث درباره‌ی ترس‌های بیماران از قبیل «اینها همه در ذهن من است» / «مردم گمان می‌کنند من وانمود می‌کنم» را فراهم می‌کند.

ب) همانطور که در این تمرین نشان داده شد، گرفتار شدن در دام، رایج، قابل درک و قابل پیش‌بینی است. به عبارت دیگر، این موضوع بدان معناست که شرکت‌کنندگان بهنجار هستند. لزوماً گرفتار شدن در دام، به خودی خود مشکل نیست؛ بلکه تقلاً برای رهایی از آن، استفاده از همان روش‌هایی که

1. Lang

2. Cone

3. fear-avoidance model of pain

در گذشته مؤثر نبوده‌اند و گرفتار باقی ماندن در آنها مشکل‌زا است. * در اینجا بحث راجع به عمل متعهدانه^۱ را می‌توانیم در این مطلب که بیماران می‌توانند خود انتخاب کنند که گرفتار باقی بمانند، بگنجانیم. شاید تنها توجه به اینکه آن‌ها واقعاً چقدر گرفتار هستند، نهایتاً به گرفتار باقی نماندن‌شان کمک کند (با همه پیامدهای فیزیکی و هیجانی که در بر می‌گیرد). به طور متناوب آن‌ها ممکن است متوجه شوند که گرفتار شده‌اند و دوباره کارهایی را برای رهایی از آن انجام دهند (در راستای ارزش‌ها و مانند آن). ما این بحث‌ها را مخصوصاً هنگامی که افراد در حال تجربه یک «روز بد» (یعنی درد/ پریشانی زیاد) هستند، مفید یافته‌ایم.

ج) تعیین کنید که آیا ارتباط متقابل میان افکار/ خلق، عمل و احساسات فیزیولوژیکی می‌تواند به نفع ما هم باشد. به عبارت دیگر، آیا اگر تغییرات سازگارانه‌ای در یک قسمت اتفاق بیفتد، اثرات سودمندی در قسمت‌های دیگر نیز خواهد داشت؟

سپس می‌توان با استفاده از مدل سه جزئی، درباره اینکه تلاش‌های تغییر رفتار از کجا شروع شوند بحث نمود.

الف) درد، معمولاً نقطه شروع است و شاید مرور تمرین قبلی مربوط به اثربخشی تلاش‌های کنترل درد مفید باشد.

ب) ممکن است بحث درباره‌ی افکار و خلق دشوار باشد. تعداد زیادی تمرین گسستگی^۲ وجود دارد. به طور مثال ما از تمرین «کیک شکلاتی» (یعنی سعی کنید راجع به کیک شکلاتی فکر نکنید)، همچنین از تمثیل^۳ چندنگار (یعنی پریشان نشوید و گرنه به شما تیراندازی خواهیم کرد) استفاده می‌کنیم که هر دو از کتاب هیز و همکاران (۱۹۹۹) گفته می‌شود. اما برای پرداختن به

1. committed action

2. defusion

3. metaphor