

هرگونه استفاده از مطالب مندرج در این بخش فقط با ذکر ماخذ مجاز است!!

تبدیل به PDF: www.takbook.com

رفتار درمانی شناختی - جلد ۲

راهنمای کاربردی در درمان اختلال های روانی
کیت هاوتون، کرک، سالکووس کیس
دکتر حبیب الله قاسم زاده

ناشر: ارجمند

تاریخ چاپ: ۱۳۸۱

نوبت چاپ: دوم

تیراژ: ۲۲۰۰ نسخه

قیمت: ۳۲۰۰ تومان

شابک: ۹۶۴-۵۸۵۵-۵۴-۳

تعداد صفحه: ۲۷۲ ص

قطع: وزیری

می خواهم این کتاب را بخرم

بازگشت به سایت اصلی

فصل اول / مسائل جسمی رفتار

درمانی شناختی فهرست مطالب

یاداشتی از مترجم ۵

فصل ۱. مسائل جسمی ۷

رویکردهایی به مسائل جسمی ۸

ماهیت مسائل ۹

ارزیابی ۱۹

درمان ۲۸

اختلالهای اختصاصی: کاربرد تکنیکهای عمومی

و اختصاصی ۴۲

نکاتی خاص درباره سایر اختلالها ۵۶

مشکلات درمان ۵۶

نتیجه گیری ۵۷

برای مطالعه بیشتر ۵۸

فصل ۲. اختلالهای خورد و خوراک ۵۹

مقدمه ۵۹

سیمایه های بالینی بی اشتیاهی روانی و پراشتهاهی روانی

۶۰

درمان پراشتهاهی روانی ۶۳

راهنمای درمان شناختی-رفتاری ۶۵

زیرگروههای دشوار برای درمان ۸۹

گروه درمانی ، درمان به طور بستری ۹۱

درمان بی اشتیاهی روانی ۹۲

قدردانی ۱۰۳

برای مطالعه بیشتر ۱۰۴

فصل ۳. معلولیتهای روانی مزمن ۱۰۵

مقدمه ۱۰۵

مسائل ۱۰۶

ارزیابی ۱۰۹

درمان معلولیت مزمن روانی ۱۱۴

نتیجه گیری ۱۳۰

برای مطالعه بیشتر ۱۳۴

فصل ۴. مسائل زناشویی ۱۲۵

مقدمه ۱۲۵

ارزیابی ۱۲۸

ساختار درمان ۱۴۴

مداخله های درمانی : تکنیکها ۱۵۱

نتیجه درمان ۱۷۱

برای مطالعه بیشتر ۱۷۳

فصل ۵. اختلالهای (کارکرد) جنسی ۱۷۴

مقدمه ۱۷۴

ماهیت اختلالهای جنسی ۱۷۵

علل اختلال جنسی ۱۷۷

ارزیابی ۱۸۳

مروری کلی بر درمان (اختلالهای) جنسی ۱۹۰

فرمول بندي ۱۹۲
تكاليف خانگي ۱۹۴
مشاوره ۲۰۷
آموزش ۲۱۲
دوره پاياني ۲۱۳
بررسي نتايج درمان جنسي ۲۱۳
نتيجه گيري ۲۱۶
براي مطالعه بيشتر ۲۱۶

فصل ۶. حل مسأله (يا مسأله گشايي) ۲۱۸

مقدمه ۲۱۸
ارزيابي ۲۲۰
مراحل و راهبردهاي مسأله گشايي ۲۲۹
پايان بخشيدن به درمان ۲۴۰
نتيجه گيري ۲۴۲
براي مطالعه بيشتر ۲۴۳
منابع ۲۴۴
نمايه ۲۶۷

مسائل جسمي ۱

پال م. سالكووس كيس

درمان مسائل جسمي ، يكي از قديمي ترين موارد کاربرد رويكردهاي روان شناختي است (ليپووسكي ، ۱۹۸۶ a). در اين باره ، مخصوصاً نوشته هاي جالينوس در قرن دوم ميلادي در رم ، نقش مهمي داشت . نگرش جالينوس كه «انفعالات» از قبيل خشم ، ترس و شهوت ، علل مهم بيماري را تشكيل مي دهند، تا قرن هيچدهم ، همچنان مسلط بود. در زمانهاي اخير، دو رويکرد، اهميت پيدا کرده اند: يكي ، **پزشكي روان** -

تنی است که در صدد علّت یابی روان شناختی اختلالهای جسمی مانند آسم ، آگزما ، و زخم معده بود (به عنوان مثال الکساندر، ۱۹۵۰). این حوزه ، که سخت تحت تأثیر روان کاوی بود، اینک رو به افول گذارده است و کمتر کاربرد عملی از خود به یادگار گذاشته است (شوارتز و ویس ، ۱۹۷۸) ؛ امّا این اثر تأسّف بار را داشته است که در مواردی مسائل موردنظر در درمان روان شناختی عوارض جسمی ، "جملگی متعلّق به ذهن [یا روان] " تلقّی شوند.

دیگری ، رویکرد جدیدتری است به نام **پسیکوفیزیولوژیک** . این نگرش ، به جای طبقه بندیهای تشخیصی ، اهمّیت فرآیندهای روان شناختی را مورد تأکید قرار داد. اساس این رویکرد، کارهای تجربی است که در آنها پاسخهای فیزیولوژیک ، در جریان آزمایش های تجربی ، که فرآیندهای روان شناختی خاصّی را مورد واریسی قرار می دهند، اندازه گیری می شوند (مانند گوش دادن به محرّکها از طریق فشار دادن به دگمه ، هر بار که محرّکی اتّفاق می افتد). در چنین آزمایشهایی ، هدف بررسی این مسأله است که آیا انواع خاصّی از محرّکها یا واکنشهای روانی ، همیشه واکنشهای فیزیولوژیک مشخصّی پدید می آورند (اختصاصی گری محرّک - پاسخ) ؛ و آیا افراد مختلف ، به شیوه های مشخصّی به محرّکها، واکنش نشان می دهند (اختصاصی گری فرد - پاسخ). بنابراین ، استرس زاهای خاصّی ، ممکن است در ایجاد اختلالهای مخصوصی در افراد آسیب پذیر، اهمّیت داشته باشند. به کمک این مفاهیم ، می توانیم توضیح دهیم که چرا عدّه ای در پاسخ به استرس ، دچار سر درد می شوند و عدّه ای نه ، و چرا برخی از استرسها سردرد را آشکار می سازند و برخی نه .

ذکر این نکته مهمّ است که بیشترین تجربه درباره اختلالهای جسمی ، ابتدا از بیمارانی حاصل آمده بود که پس از چندین بار مراجعه به پزشک ، ارائه درمانهای غیرمؤثر و شنیدن تعداد مختلفی از توجیه های بالقوه ضدّونقیض درباره مسأله ، مورد بررسی قرار می گرفتند. امروزه تأکید بیشتری بر

کار "رابط" قرار می‌گیرد: همکاری و ارتباط با افرادی که در درمان روان‌شناختی نقش دارند و در مراکز پزشکی اولیه و ثانویه کار می‌کنند. این نوع کار، هم به تغییر در مشخصه‌های خود بیماران می‌انجامد (برای مثال، مسائل آنان کمتر مزمن می‌شود و کمتر به دخالت‌های درمانی جسمی نیاز پیدا می‌کنند) و هم به تغییر در طرز تلقی از درمان روان‌شناختی منتهی می‌شود (به این معنی که این نوع درمان، به عنوان آخرین چاره، تلقی نمی‌شود).

رویکردهای بی‌مسائل جسمی

درک رویکردهای روان‌شناختی بی‌مسائل جسمی، تحت تأثیر این گرایش قرار گرفته است که اقدام به درمان روان‌شناختی، به عنوان "آخرین چاره" تلقی می‌شده است و نیز میزان بالای عوارض پیچیده روانی ناشی از آن در جمعیت بالینی، در این امر دخالت داشته است. بدین معنی که هرچه مسائل بیمار، مزمن‌تر می‌شود و هرچه از ناموفق ماندن درمان پزشکی، وضع نابسامان‌تری پیدا می‌کند، به همان میزان، مسأله روان‌شناختی ناشی از عارضه مزمن، جسمی‌تر تلقی می‌شود. اگرچه این تصور، او را به پذیرش ارجاع به روان‌پزشک می‌کشاند. اما غالباً این مراجعه، به خاطر مسائلی صورت می‌گیرد که بیمار، حاشیه‌ای تلقی می‌کند. گاه پس از ماه‌ها و حتی پس از سال‌ها بررسی‌های پزشکی، به بیمار گفته می‌شود که در مورد مسأله او، درمان پزشکی دیگری وجود ندارد و تنها امکان برای گرفتن کمک بیشتر، از طریق پذیرش کمک روان‌شناختی است. چگونگی ارجاع بیماران در این باره، پی‌آمدهای مهمی در تمایل آنها برای پذیرش درمان روان‌شناختی دارد. به این نکته، در بحث مربوط به موضوع بسیار مهم احساس مسئولیت در درمان، اشاره خواهد شد.

اثر دیگر این نوع الگوی ارجاع، این است که عده‌ای از متخصصان بالینی و پژوهشگران روان‌پزشکی، پدیده‌هایی مانند "خود-بیمارانگاری"، سردرد یا اختلال خواب را، ثانویه به

مجموعه نشانگان دیگر بالینی ، بیشتر از همه افسردگی ، تلقی می کنند (برای مثال مراجعه شود به کن یون ، ۱۹۶۴). در توسعه کاربرد رویکردهای شناختی - رفتاری در مسائل جسمی ، دو زمینه مهم پژوهشی در رفتار درمانی ، مؤثر بوده است . در زمینه نخست ، این نگرش لنگ (۱۹۷۰) پذیرفته شده است که بهترین توصیف پاسخهای روان شناختی را می توان برحسب تعامل بین نظامهای پاسخی تقریباً وابسته : **ذهنی ، رفتاری ، و فیزیولوژیک** ، ارائه داد. این نگرش ، این مفهوم را با خود به همراه آورد که **مداخله های** رفتاری یا شناختی می توانند در فیزیولوژی ، اثر داشته باشند و بنابراین شالوده کارهای بعدی زیادی را در پزشکی رفتاری ، پی افکند (لاتی مر ، ۱۹۸۱). زمینه مهم دیگری که در آن رویکردهای روان شناختی در مسائل جسمی به کار گرفته شد، کنترل ارادی و آموخته پاسخهای فیزیولوژیک و شناخته شده تحت عنوان پسخورد زیستی بود (برک ، ۱۹۷۳). سنجشهای فعالیت فیزیولوژیک ، به بیمار ارائه می شود و از او خواسته می شود این الگوها را تغییر دهد. اما دورنمای درمانی پسخورد زیستی ، به اثبات نرسیده است . حتی موقعی که کنترل فراگرفته می شود، به خوبی به محیطهای بیرون از آزمایشگاه ، تعمیم پیدا نمی کند و به ندرت ، اثری بیش از بهبود بالینی حاصل از کاربرد سایر روشها، مانند آرمش ، فراهم می آورد. در پسخورد زیستی ، فرض بر آن است که بین پاسخهای اختصاصی فیزیولوژیک و اختلالهای خاص، پیوندی وجود دارد. اعتبار این فرض در مواردی ، مورد سوال قرار گرفته است (به عنوان مثال مراجعه شود به فیلیپس ، ۱۹۷۶).

ماهیت مسائل

تظاهرات جسمی مسائل روان شناختی ، در سه دسته بزرگ قرار می گیرند:

(۱) مسائلی که در آنها اختلالهای قابل مشاهده و قابل تشخیصی در کارکرد جسمی وجود دارد؛

(۲) مسائلي که در آنها اختلالها در درجه اول، به علایمي که بیمار در خود احساس می کند، و نیز حساسیت و یا واکنش افراطی نسبت به احساسهای جسمی بهنجار، مربوط می شود؛ و

(۳) آمیزه ای از هر دو.

مسائلي عمده ای که در این سه دسته قرار می گیرند در جدول ۱-۱ نشان داده شده اند. در واقع، همپوشانی قابل ملاحظه ای بین این دسته ها وجود دارد (به عنوان مثال، افراد خودبیمارانگار، غالباً به نشانه های فرعی مانند سردردها یا لکه های پوستی، واکنش نشان می دهند). با این همه، میزان آسیب جسمی می تواند درمداخله های به کار گرفته شده و آماجهای درمانی، اثر داشته باشد.

در میان شایع ترین مسائلي که در پزشکی عمومی و در مراکز روان پزشکی مشاهده می شوند، می توان به موارد زیر اشاره کرد: بی خوابی، سردرد، نشانگان روده تحریک پذیر و خودبیمارانگاری. از آن جا که عوامل مختلفی ممکن است در ایجاد و تداوم این مسائل و مسائل دیگر نقش داشته باشند، در این فصل، اصول کلی درمان در مسائل جسمی موردتوجه قرار خواهد گرفت و به جنبه هایی از این چهار مسئله خاص، به عنوان نمونه ای از کاربرد اصول کلی، اشاره خواهد شد. در سرتاسر فصل، توجه خاصی به عوامل ذی نقش در اضطراب درباره سلامت (که در صورت شدت یافتن، خود - بیمارانگاری نامیده می شود)، معطوف خواهد شد، اما بخشهای خاصی به بی خوابی، سردرد و نشانگان روده تحریک پذیر، اختصاص داده خواهد شد. اضطراب درباره سلامت، بیش از همه مورد بحث قرار خواهد گرفت. چراکه منشأ مهم ناراحتی در اکثر مسائل جسمی است، چه اضطراب، مستقیماً در تداوم آن مسائل نقش داشته باشد و چه نداشته باشد.

اصل مهم در رویکرد شناختی رفتاری به عوارض جسمی این است که مسائل بیمار باید به طور قاطع برحسب اصطلاحات روان شناختی، ضابطه بندی شوند، حتی

اگر این مسائل، بر اثر یک عارضه فیزیکی واقعی، پیچیدگی بیشتری پیدا کنند. این بدان معنی است که افرادی که به درمان روان شناختی می پردازند، ضرورتاً نباید بر تجربه ناخرسندکننده تشخیص مسائل روان شناختی از طریق حذف هرگونه عامل فیزیکی، بپردازند. وقتی عوامل فیزیولوژیک، نقشی مهم در مسأله دارند، مخصوصاً رویکرد روان شناختی پیچیده تر و مستقیم تر مورد نیاز است. در چنین مواردی، مفهومی ندارد که هر نوع عارضه فیزیکی پیش از شروع درمان روان شناختی، کنار گذاشته شود، با این استدلال که "اگر جسمی نیست، پس باید روانی باشد".

البته لازم است که توصیف واقع نگرانه ای از حالت جسمانی بیمار فراهم آید و نیز به سیر احتمالی هر نوع عارضه جسمانی، و هر نوع محدودیت جسمانی که ممکن است در درمان روان شناختی اثر بگذارد توجه شود. این امر، زمینه ای برای طرح یک فرضیه کاری شناختی رفتاری، فراهم می کند. این فرضیه، با تشخیص عواملی که در حال حاضر، مسأله بیمار و ناراحتی تجربه شده را تداوم می بخشد، ضابطه بندی می شود. آن گاه، برای آزمون این فرضیه، درمانی، طراحی می شود، البته براساس پیشرفت، در صورت لزوم، تغییراتی در درمان داده می شود. این رویکرد را می توان همچنین در مواردی که نشانه های جسمی همراه با سایر مسائل روان شناختی مشاهده می شوند، با موفقیت به کار گرفت (مثلاً موارد بی خوابی، سردرد، روده تحریک پذیر معمولاً با اختلالهای اضطرابی همراهند) و نیز در بیمارانی که شکایتهای جسمی

جدول ۱-۱. مسائل جسمی عمده که در آنها مؤلفه روان شناختی مهمی وجود دارد و یا مواردی که شواهدی دال بر پاسخ به مداخله درمانی شناختی - رفتاری در آنها وجود دارد.

۱. مسائلی که در آنها یک اختلال قابل مشاهده و

قابل تشخیص در کارکرد جسمی وجود دارد:

نشانگان روده تحریک پذیر درد در ناحیه شکم و تغییر در عادت دفع که شامل یبوست و/یا اسهال می شود.

فشارخون فشارخون بالا

تیکها و گرفتگیها حرکات یا انقباضهای عضلانی غیرارادی

آسم

بی خوابی اشکال در خواب یا به صورت شکایت (تصویری) و یا به صورت واقعی، همراه با شکایت از خستگی در طی روز. بی خوابی به صورتهای زیر خود را نشان می دهد: اشکال در خواب رفتن (بی خوابی در شروع خواب)، اختلال خواب به صورت بیدارشدنهای مکرر، بیداری اول صبح و خواب نارضایت بخش

اختلالهای خواب کابوسهای شبانه، خوابگردی، شب ادراری، مسائل حرکتی (دندان ساییدگی، کوبش سر شبانه) وقفه تنفسی در خواب، خرناس

استفراغ روان زاد

اشکال در بلعیدن و خوردن

عوارض پوستی ضایعات، تحریک پذیری یا بثورات پوستی که اغلب با خارش، وضع بدتری پیدا می کند (اگزما، پسوریازیس)

۲. مسائلی که در آنها یک اختلال عمدتاً به نشانه های ذهنی (تصویری) مربوط می شوند، حساسیت به احساسهای جسمی بهنجار و یا واکنش شدید در برابر این احساسها

خود-بیمارانگاری اشتغال ذهنی درباره ترس از این که فرد، دچار بیماری خطرناکی شده است و یا اعتقاد به این مسأله، که (به طور کامل) با عوارض جسمی قابل توجیه نیست؛ "مقاومت" در برابر "اطمینان خاطر" پزشکی؛ شامل بیماری - هراسی نیز می شود.

اختلال جسمی سازی بسیاری از شکایتهای جزئی فیزیکی، با این اعتقاد بیمار مشخص می شوند

(بروز جسمانی) که "بیمارگونه اند"

اختلال درد با علت نامشخص اشتغال ذهنی

درباره درد

تبدیل هیستریک از بین رفتن و یا تغییر کارکرد فیزیکی که اختلال جسمی را القا می کند.

بدریختی هراسی اشتغال ذهنی با یک نقص تصویری به ظاهر فیزیکی

۳. مسائلی که در آنها زیرساخت نشانه ها متغیر و یا نامطمئن است

سردرد درد در ناحیه سر (و از آن جمله در صورت) که به سردرد میگرن و تنشی تقسیم می شود، و ممکن است به ترتیب، ناشی از اختلالهای کارکردی انقباض عضلانی و کارکرد مغزی - عروقی، باشند.

تنگی نفس نامتناسب احساس بندآمدگی (تصویری) در ناحیه فوقانی مجاری تنفسی، بدون آن که آسیب واقعی و کافی در کارکرد فیزیولوژیک، وجود داشته باشد.

درد غیرعضوی (کارکردی) درد در ناحیه قلب، معمولاً مشابه اختلال کارکرد در قلب است. در ناحیه سینه/قلب

نشانه های دهلیزی سرگیجه، وزوزگوش

درد مزمن دردی که پس از دوره عادی درمان نیز همچنان ادامه دارد و یا ناشی از یک عارضه قهقراپی است - شامل درد قسمت پایین پشت نیز می شود.

اختلالهای خوردوخوراک (بی اشتهاپی، پراشتهایپی روانی)، حملات آسمیگی، و مسائل جنسی در فصلهای ۳ و ۸ و ۱۱ شرح داده شده اند.

آنها ناشی از یک عارضه دیگر روانی است (مانند افسردگی و بی اشتهاپی؛ حمله آسمیگی و نشانه های قلبی [کی تون، ۱۹۸۴ فصل ۳]، در هر مورد، مفهوم سازی [فرمول بندی] روان شناختی، بسیار مهم است.

مفهوم سازي کلي درباره مسائل جسمي توأم با مسأله رواني

امروزه ، در حيطه روان شناسي پزشکي و پزشکي رفتاري ، چند مدل نظري ، در تبين کارآيي طيفي از درمانهاي روان شناختي ، کاربرد دارند. در اين باره دو رويکرد عمده وجود دارد:

(۱) پذيرش چارچوب تشخيص پزشکي ، و بعد به کارگرفتن اصول روان شناختي در اين چارچوب ، با اين فرض که عوامل روان شناختي مختلفی ، در تشخيصهاي مختلف نقش دارند؛

(۲) پذيرش یک چارچوب مفهومي عمدتاً روان شناختي ، به کارگيري اصول روان شناختي در مورد بيماراني که تشخيصهاي اختصاصي درباره آنها به عمل آمده است (مارتو و جانستون ، ۱۹۸۷)، با توجه به گروههاي تشخيصي پزشکي خاص به عنوان مسأله اي ثانويه .

گزينه دوم بيشتر با رويکرد شناختي - رفتاري ، هماهنگي دارد و در اين جا پذيرفته مي شود. اگرچه نمي توان از یک چارچوب مفهومي واحدی در توجیه مسائلي که همه بيماران تجربه مي کنند، سود جست ، اما مفاهيم مشترکي وجود دارند که در درمان روان شناختي اکثر مسائل جسمي ، صدق مي کنند. خلاصه اي از اين مفاهيم در زير آمده است :

۱. بيماران معمولاً اعتقاد دارند که مسائل آن ها علّت يا تظاهري فيزيکي دارد. اين برداشت ممکن است درست ، اغراق آميز و يا کاملاً نادرست باشد. اما اگر بيماران اين اعتقاد مخدوش يا غيرواقع نگرانه را داشته باشند که کارکرد جسمي آنها دچار اختلالي خطرناک است و يا دچار اين اختلال خواهد شد، اين اعتقاد منشأ اشکال و اضطراب خواهد بود.

۲. بيماران ، اعتقادهاي اغراق آميز خود را براساس مشاهداتي استوار مي کنند که ممکن است اين اعتقادهای را در نظر آنها درست جلوه دهند. ممکن است نشانه ها و علايمي وجود داشته باشند که به نادرستي ، به عنوان شاهد اختلال جسمي تفسير شوند و يا ممکن است درک بيمار (يا سوءتعبير بيمار) از صحبتهايي که با کارآزمایان پزشکي

و یا دیگران ، به عمل می آورد، به عنوان شاهد عمل کند. گاه نشانه ها، علایم و اظهارنظرهایی که جنبه ای از کارکرد جسمی بیمار را اندکی متفاوت از هنجار یا کمال مطلوب ارزیابی می کنند، به عنوان شاهدهی بر اختلال جدی به حساب می آیند.

۳. مسائل جسمی بیمار، به دو معنی ، تهدیدآمیز به شمار می روند. این هر دو شقّ، توانایی آنها را برای زندگی تمام عیار، دچار اشکال می سازند:

(الف) میزان معلولیت یا ناتوانی ناشی از مسئله ؛ و
(ب) واکنش هیجانی به مسئله ، مخصوصاً اضطراب درباره علل و عواقب ممکن ، خشم ، و افسردگی .

هر یک از این دو عامل و یا هر دوی آنها ممکن است بیمار را برای گرفتن کمک ، به سوی متخصص بکشاند.

۴. واکنش نسبت به اختلال تصوّری (ذهنی) ممکن است شامل تغییراتی در خلق ، شناختارها، رفتار و کارکرد فیزیولوژیک شود. این تغییرات ، می توانند خود مسئله را تداوم بخشند (در اختلالهایی که اساس جسمی برای عارضه وجود ندارد و یا اگر هم قبلاً وجود داشته ، اینک نقشی ندارد)، میزان معلولیت ناشی از عارضه را عارضه ای براساس جسمانی قابل تشخیص - افزایش دهند و واکنش هیجانی نسبت به اختلال کارکردی تصوّری (ذهنی) را تشدید کنند. هدف درمان روان شناختی ، تغییر عواملی است که هم ناراحتی و هم معلولیت را تداوم می بخشند.

۵. مسائلی که در اصل ، دارای علّت فیزیکی بوده اند، ممکن است بعدها از طریق عوامل روان شناختی ، تداوم پیدا کنند.

مفهوم سازی خود - بیمارانگاری و اضطراب درباره سلامتی

خود - بیمارانگاری موقعی به وجود می آید که اضطراب درباره سلامتی ، یا به شکل ترس از مبتلابودن به یک بیماری جدّی جسمی و یا به شکل اعتقاد درباره ابتلا به این بیماری

، به صورت اختلال مسلّطی درآید. بسیاری از بیماران مبتلا به اختلالهای جسمی اختصاصی ، میزان کمتری از این اضطراب را - اضطراب درباره سلامتی خودشان - تجربه می کنند. یکی از کارهای اولیّه در درمان روان شناختی هر عارضه جسمی این است که میزان دخالت مستقیم یا غیرمستقیم اضطراب در گرفتاری بیمار و مسأله موردشکایت ، ارزیابی شود. این بدان معنی نیست که اضطراب سلامتی ، همیشه در تداوم همه انواع مسائل جسمی ، دخالت دارد، بلکه منظور این است که معمولاً این دخالت وجود دارد و مخصوصاً به مداخله روان شناختی ، راه می دهد. ارزیابی مسأله خاصّ جسمی ، ممکن است عوامل نگه دارنده دیگری را آشکار سازد که همراه اضطراب سلامتی وجود دارند و غالباً بهتر است که مداخله در هر دو زمینه ، به عمل آید. کاهش در اضطراب بیمار درباره سلامتی ، در درمان مسائل جسمی ، غالباً هدفی است که می توان به سرعت به آن ، دست یافت . این کاهش اضطراب ، اثربخشی سایر مداخله های درمانی را هم بیشتر می کند. مخصوصاً مواقعی که اضطراب سلامتی از ابتدا شدید باشد. نمونه مهمّ آن ، اثر باورهای سلامتی ، در پذیرش برنامه های پزشکی است (بکر، میمن ، کرچت ، هیفغر، درچمن و تیلور، ۱۹۷۹).

عوامل مؤثر در اشتغال ذهنی بیمار درباره سلامتی

در تصویر ۱-۱ راههای عمده در عملکرد عوامل روان شناختی که باعث تداوم اضطراب و اشتغال ذهنی درباره سلامتی می شوند، نشان داده شده است. ذکر این نکته مهمّ است که در بسیاری از بیماران ، این عوامل جسمی و روان شناختی با سایر سازوکارهای ذی نقش در تداوم تغییرات جسمی ، تعامل پیدا می کنند. این ارتباط ، به شکل تعامل است و نه تحت الشعاع قراردادن آنها.

افزایش در سطح برانگیختگی فیزیولوژیک
این تغییر، از ادراک خطر، نشأت می گیرد و به افزایش

احساس‌هایی که واسطه آنها دستگاه عصبی خودمختار است می‌انجامد؛ بیمار این احساسها را غالباً به عنوان شاهد دیگری بر بیماری، تفسیر می‌کند. مثلاً بیماری، متوجه افزایش تعریق در خود شده بود و این فکر را پیدا کرده بود که این، نشانه عدم تعادل جدی در سیستم هورمونی است؛ وقتی این فکر به ذهنش می‌رسید، تعریق افزایش می‌یافت و این خود، دلیل دیگری برای «اختلال» فراهم می‌آورد. بیماری دارای مسائل مربوط به روده تحریک پذیر، متوجه ناراحتی در ناحیه شکم می‌شد و درباره این که ممکن است کنترل دفع خود را از دست بدهد، دچار اضطراب می‌شد و این خود باعث می‌شد که معده اش حالت به هم خوردگی پیدا کند. بدین ترتیب ناراحتی و درد، افزایش پیدا می‌کرد و به افکار ترسناکی درباره عدم کنترل دفع، منجر می‌شد و الی آخر.

تمرکز تغییرپذیری بهنجار در کارکرد جسمی (از جمله تغییراتی که احساس‌های بدنی را به وجود می‌آورند) و یا جنبه‌هایی از ظاهر فیزیکی و یا کارکرد جسمی، که قبلاً مورد توجه نبوده‌اند، ممکن است توجه بیمار را به خود جلب کنند و به عنوان چیز تازه‌ای، ادراک شوند و بیمار ممکن است به این نتیجه برسد که این تغییرات تصویری (ذهنی)، نمایانگر انحراف بیمارگونه از «بهنجار» است. به عنوان مثال، بیماری متوجه شد که ناخن‌های انگشت او رنگ پریده‌اند و لکه‌هایی روی آنها دیده می‌شود. او آنها را به عنوان نشانه‌ای از «مسأله هورمونی» تلقی کرد. این توجه، فوق‌العاده برای او ناراحت‌کننده بود و نمی‌توانست باور کند که در گذشته توانسته مسأله‌ای به این اهمیت را ندیده بگیرد و بنابراین، باید مسأله تازه‌ای باشد.

تمرکز، همچنین ممکن است به تغییرات واقعی در سیستم‌های فیزیولوژیک که در آنها هم بازتاب‌های غیرارادی و هم کنترل ارادی نقش دارند، بیانجامد (مانند تنفس، بلعیدن، فعالیت عضلانی و غیره). به عنوان مثال، بیمار ممکن است

متوجه اشکال در بلعیدن غذاهای خشک بشود و این را به عنوان سرطان گلو تفسیر کند. آن گاه تمرکز بر عمل بلعیدن ، به کوشش بی مورد و افزایش ناراحتی و اشکال می انجامد. تجربه درد از طریق تمرکز (مل زک ، ۱۹۷۹)، مستقل از شیوه تفسیر درد، افزایش می یابد.

رفتارهای رویگردانی (اجتنابی) برخلاف بیماران هراسی ، بیماران که نگران عارضه جسمی هستند، در درجه اول درباره خطرات ناشی از موقعیتهای درونی یا محرکها، اضطراب دارند (احساسهای بدنی از قبیل ناراحتی معده یا درد، نشانه های جسمی از قبیل برجستگیهای زیر پوست). اما توجه آنها ممکن است از طریق عوامل خارجی مانند مطالعه درباره بیماریهای خاص و یا پرس وجو از همسری نگران ، به این محرکهای درونی ، جلب شده باشد. بیماران ، به ندرت می توانند به طور کامل از محرکهای اضطراب انگیز، اجتناب کنند. بنابراین ، به جای آن ، به رفتارهایی متوسل می شوند که به منظور کاهش در ناراحتیهای جسمی ، بروز داده می شوند و نیز رفتارهایی که به عقیده آنها می توانند جلو فاجعه ترسناک را بگیرند. این اعتقاد که خطر دفع شده است ، باورهای بیمار را تداوم می بخشد؛ باورهایی مانند "اگر از افشانه تنفسی استفاده نکرده بودم ، احساس خفگی پیدا می کردم و می مُردم" و یا "هیچ وقت ورزش نمی کنم ، چون ممکن است مرا از پای درآورد".

در پاره ای از بیماران مستعد اضطراب درباره سلامت خود، رفتارهایی از قبیل واریسی بدن و کسب اطمینان ، از طریق کاهش موقت اضطراب ، تقویت می شود - چنان که در بیماران وسواسی نیز چنین است - اما این ، به قیمت افزایش درازمدت اضطراب و اشتغال ذهنی تمام می شود (به فصل ۵ جلد اول مراجعه شود). در کسب اطمینان ، قصد بیمار، جلب توجه دیگران به حالت جسمی خود است ، به طوری که هر نوع نابهنجاری جسمی ، مورد توجه قرار می گیرد (و بنابراین خطر درازمدت ، کاهش پیدا می کند). در واقع ،

وارسي و کسب اطمینان ، توجه بیمار را بر ترسهای خود، جلب می کند و مانع خوگیری نسبت به محرکهای اضطراب انگیز می شود. در مواردی ، ناراحتی مداوم ، اختلال در رفتار بهنجار، و مراجعه مکرر برای مشاوره و بررسیهای پزشکی و کسب اطمینان ، پزشکان «دلسوز» را ترغیب می کند به مداخله های پزشکی جدی تري پردازند: از آن جمله جراحی و یا استفاده از داروي قوي . بیماران ، این اقدامات را به عنوان تأییدی بر ترسهای خود، تلقی می کنند و این باعث می شود که نشانه ها و شکایتها وضع بدتری پیدا کند. گاه نشانه های ایاتروژنی (درمان زاد) تازه ای بر نشانه های قدیمی افزوده شود (از قبیل عوارض جانبی درمان های دارویی).

بعضی از رفتارها اثر فیزیکی مستقیم تري در نشانه های بیمار دارند. به عنوان مثال ، بیماری که متوجه ضعف مداوم در خود شد، فعالیتهاي خود را کم کرد، ورزش را متوقف ساخت و از میزان پیاده روی خود کاست . پس از چندماه ، متوجه شد که ضعفش بیشتر می شود (عملاً بر اثر پیدا کردن وضع نامناسب) و این خود ترسهای اولیه او را که مبتلا به تصلب چندانگانه شده است ، تأیید می کرد. بیماران دارای درد، غالباً میزان ورزش را کم می کنند و برای کم کردن درد خود، وضعیتهای افراط آمیزی پیش می گیرند. در نتیجه این رفتار، درد، (که ممکن است در اصل ، عضلانی بوده باشد) شدیدتر می شود و بیمار شروع می کند به تجربه درد در سایر عضلات که به طور مداوم در وضعیتهای نامساعدی ، به کار گرفته می شوند. بیماری که در بیضه های خود احساس درد می کرد، مرتب آنها را فشار می داد تا ببیند هنوز درد دارند یا نه . او این کار را به مدتی تا ۱۵ دقیقه انجام می داد و گاه فقط ۲ تا ۳ دقیقه بین آنها فاصله بود. چنان که قابل انتظار بود، درد، افزایش یافت و مشکلش در آن باره ، بیشتر شد. سایر رفتارهای شایع عبارتند از استفاده از چیزهایی مانند داروي نامناسب (تجویز شده یا نشده)، کمرست و شکم بند، عصا، چوب زیر بغل و غیره .

باورها و سوءتعبیر نشانه ها ، علایم و گزارشهای

پزشکی مهم ترین جنبه اضطراب درباره سلامتی و یکی از مؤلفه های پراهمیت در شکایتهای بسیاری از بیماران دارای مسائل جسمی ، سوءتفسیر تغییرات بی ضرر جسمی و یا اطلاعات گرفته شده از پزشکان ، دوستان و یا رسانه های گروهی است . بیماران ، این تغییرات و سخنان را به عنوان دلیلی براین که گرفتار مسأله ای شدیدتر - از آن چه واقعیت دارد - هستند، تفسیر می کنند. این امر مخصوصاً موقعی صدق می کند که باورهای اغراق آمیز بیماران درباره ماهیت نشانه ها یا بیماری ، در ارتباط با اطلاعات مربوط به بیماری ، به **سویمندی تأییدی** بیانجامد. در نتیجه ، این گونه بیماران ، به طور انتخابی ، اطلاعات هماهنگ با باورهای منفی خود درباره مسأله را موردتوجه و یادآوری قرار می دهند. به عنوان مثال ، بیماری به علت داشتن سردرد و سرگیجه ، به متخصص اعصاب مراجعه کرد و او گفت که اگر بیمار، غده مغزی داشت ، شدت ناراحتی اش بیشتر بود و او را می کشت . بیمار که معتقد بود که هر احساسی در سر، نشانه چیزی خطرناک در داخل کاسه سر است ، بعدها به درمانگرش گفت که متخصص اعصاب به او گفته بود که او دارای غده مغزی کشنده ای است ، چون علایم خود را بیشتر موردتوجه قرار می داد و فکر می کرد که غده ش و خیم تر می شود. او معتقد بود که متخصص اعصاب با گفتن این که او مسأله جدی ندارد، می خواسته "موضوع را با ملایمت به اطلاع او برساند". در اکثر عوارض جسمی ، جنبه هایی از این عوامل ممکن است مستقیماً درتداوم مسأله و همین طور در اضطراب درباره سلامتی ، نقش داشته باشند. اهمیت نسبی این عوامل و اختلال خلق (مخصوصاً افسردگی) در تداوم مسائل شایع جسمی ، در جدول ۱-۲ آمده است .

گستره مسأله

گزارشهای مختلفی درباره شیوع مسائل جسمی وجود دارد. اما روشن است که مسائل فوق العاده شایعی

هستند. سردردها و اختلالهای خواب به تنهایی، در مواقعی در بیش از ۹۰ درصد جمعیت، مشاهده می‌شوند. البته تعداد بسیار کمی از این مسائل به حدی می‌رسند که بیمار را به پزشک عمومی بکشانند. باین همه، تخمین زده شده است که ۳۰ تا ۸۰ درصد بیمارانی که به پزشکان عمومی مراجعه می‌کنند، علایمی از خود بروز می‌دهند که توجه به مبانی جسمی نمی‌تواند به طور کامل، میزان ناراحتی تجربه شده را توجیه کند (بارسی و کلرمن، ۱۹۸۳). فقط مسائل بسیار مقاوم و پیچیده هستند که در درمانگاههای روان پزشکی مورد درمان قرار می‌گیرند.

ارزیابی

معرفی ارزیابی و فراهم کردن شرایط آن

بیمارانی که معتقدند به نادرستی برای درمان روان شناختی ارجاع داده شده‌اند - چرا که مسأله شان به طور کامل جسمی است (بنابراین مستلزم درمان جسمی هم هست) - باید در مورد ارزیابی و هدف آن، آگاهی‌هایی کسب کنند. این باورها مخصوصاً مصاحبه اولیه را دشوار می‌سازد، بخصوص موقعی که بیمار فقط با قصد متقاعد ساختن درمانگر در این باره که او صرفاً از لحاظ جسمی بیمار است و ارزیابی، باید پزشکی باشد و نه روان شناختی، می‌خواهد با او ملاقات کند. یکی از کارهای اولیه درمانگر، کشف بازخورد بیمار نسبت به ارجاع ومخصوصاً توجه بر هر نوع فکری است که ممکن است بیمار درباره پی آمدهای این ارجاع داشته باشد. به عنوان مثال، می‌توان از بیمار پرسید: "وقتی پزشک شما مطرح کرد که می‌خواهد شما را برای مشاوره روان شناسی بفرستد، واکنش شما چه بود؟" و بعد "حالا در آن باره، چه احساسی دارید؟" غالباً پاسخ چیزی خواهد بود مانند "پزشکم فکر می‌کند که مسأله، خیالی است" و یا "او فکر می‌کند که من دیوانه‌ام". اگر بیمار نگرانی‌هایی از این قبیل دارد، مهم است که این ترسها پیش از آن که ارزیابی بیشتری صورت گیرد، برطرف شوند. یکی از راههای مفید برای برانگیختن

همکاری بیمار، توضیح زیر است :

"از جمله کارهای من ، درمان انواع مسائلی است که ظاهراً روان شناختی نیستند، اما ممکن است در آنها عوامل روان شناختی ، نقش داشته باشند. به عنوان مثال ، اغلب از من می خواهند که به افرادی که دچار سردردهای شدید میگرنی هستند، افرادی که زخم معده دارند، افرادی که فشار خون بالا دارند، افرادی که نگران سلامت خود هستند و غیره ، کمک کنم . در هر یک از این مسائل ، اغلب مسأله جسمی واقعی وجود دارد، اما درمان روان شناختی ، می تواند از طریق کاستن از فشاری که در این مسأله ، نقش دارد، و یا کاستن از فشار دیگری که خود مسأله ایجاد می کند و یا از طریق کمک به افراد که بتوانند با مسئله خود سازگاری پیدا کنند، مفید واقع شود. عملاً بسیار نادرست است اگر کسی پیدا شود که حداقل درباره مسأله خود، صرف نظر از آن که علت اصلی چه باشد، نگران نباشد."

شیوه مفید دیگر این است که به بیمار بگوییم :

"من در این مرحله ، اطلاعات کمی درباره " مسائل شما دارم . هدف از این مصاحبه این است که بیشتر درباره مسائل شما بدانم و نیز چگونگی اثر آنها بر شما. ممکن است نیاز به کمک روان شناختی داشته باشید و یا نداشته باشید . لازم نیست که در این مرحله در این باره تصمیم بگیرید. چیزی که می خواهم این است که مسأله تان را بحث کنیم و بعد ببینیم که آیا چیزی هست که بتوانیم در آن باره کاری انجام دهیم . آن گاه می توانیم صحبت کنیم که آیا درمانی از نوع درمان من ، مفید است یا نه ."

گاه لازم می آید که ۱۵ تا ۲۰ دقیقه صرف بحثی از این نوع بشود. هدف درمانگر این است که بیمار را به اندازه کافی درگیر کند تا بتواند با مشارکت او، مسأله را مورد ارزیابی قرار

دهد. درگیر کردن بیمار در درمان ، هدف بعدی است (به قسمتهای زیرین توجه کنید)، اما این کار در این مرحله ، نه لازم است و نه مطلوب . تا زمانی که درمانگر به یک فرمول بندی روان شناختی قطعی درباره مسائل بیمار نرسیده است ، هیچ درمانی نباید پیشنهاد شود. علی رغم استفاده از این تکنیکها، عده کمی از این بیماران ، در بیان چیزی جز علایم جسمی ، از خود مقاومت نشان می دهند. در مورد این بیماران ، درگیر ساختن آنها در ارزیابی ، باید همراه با طرح کلی مورد استفاده برای شروع درمان باشد.

به عنوان مثال ، درمانگر می تواند بگوید، "من فکر می کنم که تردید شما در مورد بحث درباره جنبه های روان شناختی مسأله تان ، بجاست ، چون مسأله تان را کاملاً جسمی می دانید. با این همه ، آیا در طی شش ماه گذشته ، لحظه ای وجود داشته است که در حدی ، حتی کوچک تر از یک صدم ، در این باره ، شک کنید؟" پس در آن صورت ، فعلاً می توانیم آن شک را به عنوان شقی در تمرین در نظر بگیریم تا مطمئن شویم که در برخورد با مسأله ، هر امکانی را منظور کرده ایم . بنابراین به یاد داشته باشید که ، فقط درباره حداقل میزان شک ، صحبت می کنیم»

ارزیابی کلی

مصاحبه ارزیابی ، مطابق با آن چه در فصل ۲ جلد اول بحث شد، پیش می رود. در این مصاحبه ، بر عوامل همراه فیزیولوژیک و اعتقاد بیمار درباره حالتهای جسمی اش ، تأکید می شود (خلاصه ای از نکات اصلی ارزیابی ، در جدول ۱-۳ آمده است). هر رویداد، فکر، تصویر ذهنی ، احساس رفتاری که مقدم بر مسأله ویا همراه آن است ، موردتوجه قرار می گیرد. به عنوان مثال ، از بیماران دارای سردرد، سوال می شود که آیا متوجه چیزی شده اند که مسأله را بهتر یا بدتر بکند؟ آیا متوجه الگویی در ارتباط با روز هفته ، زمانی از ماه و یا سال شده اند؟ وقتی دچار سردرد می شوند، در آن زمان در

ذهن شان چه مي گذرد؟ وقتي علايم ، بدترين وضع را پيدا مي کنند، آیا آن چه بيماران فکر مي کنند **بدترين چيزي است که ممکن است اتفاق بيفتد؟** بيماراني که بسيار مضطربند، اغلب درگير افکاري هستند درباره آن چه در نهايت برايشان اتفاق خواهد افتاد؛ اگر چه برانگيختن اين افکار، ممکن است بسيار دشوار باشد. اين اشکال ، مخصوصاً موقعي مشخص

جدول ۱-۲. خلاصه اي از زمينه هاي اصلي ارزيابي مصاحبه

باز خورد بيمار نسبت به ارجاع و مسأله ؛
جزئیات مسأله : شناختي ، فيزيولوژیک ، رفتاري و عاطفي ؛ تاريخچه اي از درمانهاي قبلي ؛
چه چيزي ، مسأله را بدتر و چه چيزي بهتر مي کند؛
میزان ناتواني : از لحاظ اجتماعي ، حرفه اي و اوقات فراغت ؛

اعتقاد درباره منشأ، علّت و سير بيماري ؛
اعتقاد عمومي درباره ماهيت و معنای علايم .

خود - بازنگري

يادداشت روزانه درباره مسأله ، افکار مربوط ، خلق ، رفتار، مصرف دارو، پي آمد مسأله ؛

پرسشنامه ها

اضطراب ، افسردگي ، پرسشنامه هاي اختصاصي ؛

سنجشهاي فيزيولوژیک

سنجشهاي اختصاصي به عنوان ملاک در موارد مناسب ؛

مشخص ساختن هر تغيير مورد توجه درکارکرد جسمي مربوطه .

مي شود که بيماران فعالانه سعي بکنند که ترسهايشان را مورد توجه قرار ندهند. در اين گونه اجتناب شناختي ، کوشش

برای فرونشانی افکار فاجعه بار (گاه از طریق کسب اطمینان به شیوه ای جنون آمیز درباره علایم تجربه شده) ممکن است به رخنه و نفوذ مکرر و ناخوشایند افکار یا تصاویر ترس آور، منجر شود.

بنابراین، اثر این اجتناب شناختی، افزایش متناقض نمایی اشتغال ذهنی درباره ترسهای مبهم از "بدترین" است. نمونه آن، بیماری بود که متوجه شد وقتی نگران است، دچار تنش شدید می شود. دکتر به او گفت که نگران نباشد. ممکن است شخص این قدر تنش داشته باشد که به مرحله سفتی عضلات برسد، اما هنوز بتواند نفس بکشد. او این نظر دکتر را چنین تعبیر کرد که این مسأله، برای او اتفاق خواهد افتاد و درباره احساس سفتی در عضلات، دنبال راه حل پزشکی می گشت، چون معتقد بود که این احساس، علامت بیماری مهلکی است. اما شیوه سودمندتر در سؤال این است که بپرسیم "فکر می کنید علت مسأله تان چیست؟"، "به نظر شما این عامل چگونه می تواند علایمی در شما ایجاد کند؟" درمانگر باید درباره **تصاویر ذهنی (دیداری)** مربوط به مسأله، پرس و جو کند. به عنوان مثال، بیماری که از درد پا شکایت داشت توانست به این نتیجه برسد که هر بار متوجه احساس تیر کشیدن در زانوی خود می شود، تصویری درباره قطع اندام در ذهن خود پیدا می کند. این تصویر، هم با افزایش در اضطراب ارتباط داشت و هم با دردی که بیمار حس می کرد.

باورهای ناکارآمد افراطی درباره سلامت و بیماری باید مورد ارزیابی قرار گیرند. این باورها ممکن است بیمار را به این نتیجه برسانند که دچار بیماری شدیدی شده است. به عنوان نمونه، می توان به موارد زیر اشاره کرد: "علایم جسمانی، همیشه نشانه آن است که مشکلی در بدن ما به وجود آمده است"، "می توان با اطمینان مطلق یقین حاصل کرد که مریض **نیستیم**". مسأله شایع دیگر، در بیمارانی اتفاق می افتد که معتقدند متخصصان پزشکی از لحاظ تشخیص، در معرض خطا قرار دارند؛ و این می تواند پی

آمدهای و خیمه‌ها داشته باشد. این گونه باورها ممکن است بر اثر تجربه شخصی و یا نمونه‌هایی که از طریق رسانه‌ها به اطلاع عموم می‌رسد، به وجود آمده باشد. ارزیابی این باورها قسمت مهمی از ارزیابی اولیه را تشکیل می‌دهد. در مراحل بعدی درمان، می‌توان با چالش با آنها برخاست، آن گونه که در فصلهای ۲ و ۶ جلد اول توضیح داده شده است. مسأله مربوط دیگر، سبک شناختی فراگستری است که برخی از بیماران، درباره سلامتی، اتخاذ می‌کنند.

به عنوان مثال، بیماری مرتب به درمانگر خود می‌گفت که او باید علت جوشهای پوستی (بثورات) خود را پیدا کند و این که پزشکان باید دلیلی برای بیماری او ارائه دهند. درمانگر پرسید "چرا باید علت را کشف کنید؟ آیا هر چیزی باید علت قابل کشفی داشته باشد؟" بیمار پاسخ داد، "من همیشه شخصی بوده‌ام که باید علت مسأله را دریابد. برای مثال، برای آن که بینم چرا ماشینم صدایی می‌دهد اجزای ماشین را به طور کامل پیاده می‌کنم؛ چون صدا به این معنی است که اشکالی وجود دارد و بدتر می‌شود" بنابراین گفتن این که "از نظر ما دلیلی وجود ندارد که این علائم مربوط به عارضه‌ای جدی باشند"، چندان کمکی نخواهد کرد، مگر آن که این باورها تغییر پیدا کنند.

رفتارهایی که به عنوان پسایند علائم یا اضطراب بیمار، اتفاق می‌افتند، به تفصیل ارزیابی می‌شوند. این رفتارها شامل هر چیزی می‌شود که بیماران عملاً انجام می‌دهند (مانند رفتن به خانه، دراز کشیدن، قرص خوردن) و نیز اعمالی که جنبه آزادی دارند (مانند مورد توجه قرار دادن بدن، توجه برگردانی، کسب اطمینان از دیگران، خواندن کتابهای پزشکی). هر چیزی که بیماران، **خود را مجبور به انجام آن** و یا **فکر درباره آن می‌کنند**، مورد پرس و جو قرار می‌گیرد. از بیمار سؤال می‌شود "وقتی مسأله، موجب ناراحتی تان می‌شود، آیا چیزی هست که آمادگی بیشتری برای انجام دادن

آن داشته باشید؟" "آیا وقتی مسأله شروع می شود، به چه کارهایی دست می زنید؟"، "اگر قرار باشد که مسأله ، فردا حل شود، چه تغییری در رفتار شما ایجاد خواهد شد؟" کسب اطمینان از مراجع پزشکی و غیرپزشکی مخصوصاً باید ارزیابی شود.

ارزیابی ، همچنین باید شامل کندوکاو درباره اجتناب شود که از علایم و اضطراب و نیز هر فکر مرتبط با آنها، **خبر می دهد** . برای مثال بیماران اغلب گزارش می کنند که طبق عادت ، از فعالیتّی بخصوص ، پرهیز می کنند، اما نمی توانند فکر مربوط به آن را تشخیص دهند. درمانگر می تواند بپرسد "اگر قادر نبودید از آن فعالیتّ اجتناب کنید... در آن صورت بدترین چیزی که ممکن بود اتفاق بیفتد، چه می توانست باشد؟" بیماران مبتلا به درد، خودبیمارانگاری ، روده تحریک پذیر و سردرد، اغلب رفتارهای انتظاری از این قبیل دارا هستند و بنابراین نمی توانند بلافاصله ، افکار منفی قابل تشخیص را گزارش کنند. اجتناب در این جا مشابه آن چه در اضطراب هراسی دیدیم عمل می کند (مراجعه شود به فصل ۷، جلد اول) و مشابه آن ارزیابی می شود. به عنوان مثال ، این سؤال مطرح می شود: "آیا کارهایی هست که این مسأله ، مانع انجام دادن آنها می شود؟"

وقتی شرح کلی مسأله ، فراهم آمد، توصیف بُرّه های اخیر، خواسته می شود. این کار را می توان از طریق نقل اتفاق اخیری که بیمار به یاد می آورد، به بهترین وجهی انجام داد: "دفعه گذشته دردتان به قدری شدید بود که شما را از راه رفتن بازداشت . نخستین نشانه این که وضع بدتر می شود، چه بود؟" با ادامه توضیح ، می توان سؤالی مفید دیگری کرد، مانند "وقتی متوجه شدید که درد شدیدتر می شود، از ذهن تان چه گذشت؟"، "بعد چه اتفاق افتاد؟"، "در آن موقع ، بدترین چیزی که می توانست اتفاق بیفتد، چه بود؟" آیا سعی کردید جلوی این اتفاق را بگیرید؟"، "در آن صورت ، چه کاری می خواستید بکنید؟"

خود - بازنگري

به ندرت ، مي توان بلافاصله پس از نخستين جلسه ارزيابي ، فرمول بندي كاملي ارائه داد؛ در ارزيابي هاي ديگر، بايد دوره اي از خودبازنگري (که در عين حال به عنوان خطّ پايه براي سنجش کارآيي درمان مي توان از آن استفاده کرد) و تکميل پرسشنامه هاي خودسنجي نيز منظور شود. وقتي خود - بازنگري شروع شد، از بيمار خواسته مي شود درباره متغيّري مربوط (مانند مسأله آماجي ، افکار مربوط به بُرّه ها، خلق کلّي و رفتارها)، آن گونه که در فصل ۲ جلد اول توضيح داده شده است ، يادداشتهاي تهيه کند. درمانگر بايد تأکيد کند که در اين مرحله ، بيماران بايد افکار و رفتارهاي مربوط به مسأله را توضيح دهند، به جاي آن که بخواهند بين آنها ارتباط برقرار کنند.

معمولاً پس از آن که درمانگر، مدارک پزشکي و روان پزشکي را - در صورت موجود بودن اين مدارک - بررسي کرد، حداقلّ يک جلسه ارزيابي ديگر، سودمند خواهد بود. در اين فاصله زماني ، مي توان از بيمار خواست داده هايي درباره خود - بازنگري گردآوري کند تا مورد بحث قرار گيرند. جنبه هايي از تاريخچه بيمار که ممکن است ميزان ناراحتي تجربه شده را در بيمار تشديد کند، بايد منظور شود. به عنوان مثال ، دونده رقابت جوي برجسته اي ، به دنبال سقوطي که در طي آن ، پاهاي او به شدّت آسیب ديد - به طوري که ديگر قادر نبود دوباره به خوبي راه برود - درد مزمن و چاقبي پيدا کرد؛ او هروقت متوجّه درد مي شد، اين فکر به سراغش مي آمد: "اگر من نتوانم دومرتبه بدوم ، زندگي ارزشي ندارد. هيچ چيز ارزشي ندارد".

بايد با پزشکان و ساير متخصصاني که در حال حاضر در کار درمان بيمار شرکت دارند، تماس گرفته شود و از آنها نظرخواهي شود و دخالت درمانگر به اطلاع آنها برسد. مهمّ است که حدود و قيود پزشکي که ممکن است خود را بر درمان تحميل کند، مشخص شود و در آن باره ، توافقي حاصل شود. درمان غالباً شامل کاهش دارو، برنامه هاي ورزشي

(تمرین) و غیره می شود. این کارها باید با همکاری پزشکهای مربوطه صورت گیرد. در جلسه بعدی، نتایج خود - بازنگری بررسی می شود و فرآیند درگیرساختن بیمار در درمان، آغاز می شود.

خود-بازنگری، ممکن است فردی (موردی) یا میزان شده باشد. نمونه ای از کاربرد برگه خود-بازنگری میزان شده درمورد بیمار مبتلا به سردرد، در تصویر ۱-۲ نشان داده شده است. خود-بازنگری معمولاً بر اساس یادداشت روزانه، فراهم می آید. و در آن، متغیرهایی منظور می شوند که در ارزیابی اولیه، مهم تشخیص داده شده اند. اگر چه سنجشهای معیاری (مانند شدت سردرد) ثابت نگه داشته می شود، سایر جزئیات گزارش شده در یادداشت روزانه (مانند افکاری درباره غده مغزی، رویدادهای استرس زا، رفتارهای مقابله ای)، ممکن است با پیشرفت درمان، تغییر پیدا کنند و فرمول بندی، مورد تجدید نظر قرار گیرد. کاربرد و کارآیی تکنیکهای مقابله ای که در جریان درمان فراگرفته شده اند نیز ممکن است در مراحل بعدی، گزارش شود.

به عنوان مثال، ارزیابی بیماری که دارای درد مزمن بوده نشان داد که او فعالیت‌های جسمی خود را محدود کرده است و بیشتر صبحها را در رختخواب می گذراند. یادداشت روزانه درباره فعالیتها نشان داد که او عصرها و شبها معمولاً در یک وضعیت، روی تخت دراز می کشد. از او خواسته شد که در یادداشت روزانه اش، افکار و خلق خود را نیز هر بار که ساعت، وقت را اعلام می کند، یادداشت کند (اعلام ساعت، به عنوان نشانه قابل تشخیصی برای یادداشت‌های او عمل می کرد). معلوم شد که افکار حزن انگیز او بر محور ناامیدی درباره آینده، دور می زند و این به بحثی درباره نقش نافرمانی **ذهنی** و نیز جسمی، منجر شد و شیوه هایی که او بدان طریق می توانست موقعیت خود را **صرف نظر از عارضه پزشکی خود**، بهبود بخشد. از او سؤال شد "بر فرض این که عجلتاً بپذیریم که درد شما هرگز خوب نخواهد شد، برای

مقابله با این مسأله چه کار خواهید کرد؟"

مصرف دارو باید در فرم خود - بازنگری یادداشت شود. و می توان آن را رفتار واکنشی نسبت به بیماری دانست که اشتغال ذهنی را گاه به واسطه عوارض جانبی ، تقویت می کند.

به عنوان مثال ، بیماری با آسم خفیف ، هر روز چند حمله اضطراب را تجربه می کرد و مدام در حالتی از بی قراری ، قرار داشت . از او خواسته شد که کم آوردن نفس ، اضطراب کلّی ، حملات اضطرابی و استفاده از افشانه تنفسی را بازنگری کند. معلوم شد که احتمال برهه های اضطراب ، در بعد از ظهرها موافعی که او بیش از سه بار از افشانه تنفسی استفاده می کند، پنج برابر می شود. محدود کردن استفاده از افشانه تنفسی ، به عنوان مقدّمه ای بر برنامه کامل تر درمان ، به کاهش بارزی در اضطراب انجامید (مراجعه شود به ص ۳۳).

پرسشنامه ها

اگر چه پرسشنامه های زیادی برای مسائل جسمی به وجود آمده اند، اما تعداد بسیار کمی از آن ها برای استفاده از کارهای روزمره بالینی ، مفید تشخیص داده شده است . " پرسشنامه درد مک گیل " را می توان در مورد بیماران دارای درد، به کار گرفت . این پرسشنامه ، اجزای حسّی ، عاطفی و ارزیابی درد و نیز شدّت آن را اندازه می گیرد (مل زک و تورگرسون ، ۱۹۷۱). در مورد بیماران مبتلا به سردرد، "پرسشنامه سردرد" (بلنکارد و آندراسیک ، ۱۹۸۵، ص ۸)، مفید است . هیچ یک از پرسشنامه هایی که جسمی سازی و رفتار مرضی را می سنجند، مفید بودن خود را از لحاظ بالینی ، به اثبات نرسانده اند. سنجش اضطراب و افسردگی در بیمارانی که علائم جسمی در آنها وجود دارد، مسأله خاصّی است ، چون پرسشنامه های مربوط به این حالتها عموماً بر

قسمت عمده نشانه های جسمی تأکید دارند. "مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی" (زیگ موند و اسنیت ، ۱۹۸۳)، به منظور رفع این مشکل ، طراحی شد و از مزیت‌های کوتاه بودن ، نمره گذاری آسان و حساسیت نسبی به تغییر ، برخوردار است .

سنجش‌های فیزیولوژیک

در مورد بیمارانی که مسأله آنها دارای یک همبسته فیزیولوژیک قابل تشخیص است ، سنجش مستقیم آن ، گاه می تواند مفید باشد؛ چرا که می توان از آن ، به عنوان راهی برای ارزیابی پیشرفت و فراهم آوردن پاسخورد برای بیمار و درمانگر درباره کارآیی درمان ، استفاده کرد(مانند اندازه گیری فشار خون درفواصل معین ؛ سنجش اندازه نواحی متورم در بیماران دارای عارضه پوستی). سنجشها را می توان طوری ترتیب داد که خودبازنگریهای در خلال ارزیابی را نیز شامل شوند. بنابراین ، درمورد بیماری که به طور متناوب دچار فشارخون است ، می توان از او خواست که فشار خون خود را در مواقع مختلف روز، قبل و پس از انجام فعالیت‌هایی خاص ، اندازه بگیرد و غیره . در بیمارانی که عوامل تنفسی مانند نفس زدن (نفس کم آوردن)، ممکن است نقشی در مسأله داشته باشد، سنجش $p\text{CO}_2$ می تواند گاه سودمند باشد (سالکوس کیس ، کلارک و جونز، ۱۹۸۶) - اگر چه انجام این کار همیشه آسان نیست و هر نوع ملاک نفس زدن را باید در بافت ارزیابی روان شناختی معنی و مفهوم نشانه های تجربه شده به وسیله بیمار، نگریست (سالکوس کیس ، ۱۹۸۸). کارافزارهای ساده ای وجود دارند که برای سنجش میزان فعالیت ، از آنها می توان استفاده کرد. این کار افزارها در سنجش مسائل مختلف و مخصوصاً درد، از ارزش زیادی برخوردارند. به عنوان مثال ، با استفاده از گام سنج ، می توان فعالیت را در مواقع مختلفی از روز و یا روزهای مختلف ، با هم مقایسه کرد. گام سنج ، به عنوان بخشی از برنامه تمرین (ورزش)، پاسخورد سریع و آسانی فراهم می

آورد و مي توان از آن ، در تعريف آماجهاي ورزشي و تمريني پيشرونده استفاده کرد.

گاه بيماران ، اعتقاد پيدا مي کنند که تغييرات يا کارکردهاي نابهنجار جسمي از خود نشان مي دهند. در مواقعي که دخالت جسمي ، بلافاصله از طريق پرس وجو يا معاينه پزشکي ، مشخص نشود، توجه به تعريف نابهنجاري ادارک شده ، معطوف مي شود. مثلاً عده اي از بيماران معتقدند که شبا بسيار کم مي خوابند و يا اصلاً نمي خوابند و يا اين که ضربان قلب آنها هرگز نبايد بيش از ۶۰ بار در دقيقه باشد. وقتي مصاحبه نمي تواند ميزان مسأله را روشن سازد، مي توان از ارزيابي فيزيولوژيک در تعريف مسأله ، کمک گرفت .

[TOP]