



درمان شناختی_رفتاری بیماری مزمن و ناتوانی

مؤلف

رنه. آر. تیلور

مترجمان

دکتر مژگان آگاه هریس دکتر عزت‌اله کردمیرزانی‌کوزاده

دکتر مهديه رحمانیان دکتر زینب صادقی

«عضو هیئت علمی دانشگاه فرهنگیان»

امروز کتابخوانی و علم‌آموزی نه تنها یک وظیفه‌ی ملی، که یک واجب دینی است.^۱

مقام معظم رهبری

در عصر حاضر یکی از شاخصه‌های ارزیابی رشد، توسعه و پیشرفت فرهنگی هر کشوری میزان تولید کتاب، مطالعه و کتابخوانی مردم آن مرز و بوم است. ایران اسلامی نیز از دیرباز تاکنون با داشتن تمدنی چندهزارساله و مراکز متعدد علمی، فرهنگی، کتابخانه‌های معتبر، علما و دانشمندان بزرگ با آثار ارزشمند تاریخی، سرآمد دولت‌ها و ملت‌های دیگر بوده و در عرصه فرهنگ و تمدن جهانی به‌سان خورشیدی تابناک همچنان می‌درخشد و با فرزندان نیک‌نهاد خویش هنرنمایی می‌کند. چه کسی است که در دنیا با دانشمندان فرزانه و نام‌آور ایرانی همچون ابوعلی سینا، ابوریحان بیرونی، فارابی، خوارزمی و ... همچنین شاعران برجسته‌ای نظیر فردوسی، سعدی، مولوی، حافظ و ... آشنا نباشد و در مقابل عظمت آنها سر تعظیم فرود نیاورد. تمامی این افتخارات ارزشمند، برگرفته از میزان عشق و علاقه فراوان ملت ما به فراگیری علم و دانش از طریق خواندن و مطالعه منابع و کتاب‌های گوناگون است. به شکرانه الهی، تاریخ و گذشته ما، همیشه درخشان و پر بار است. ولی اکنون در این زمینه در چه جایگاهی قرار داریم؟ آمار و ارقام ارائه‌شده از سوی مجامع و سازمان‌های فرهنگی در مورد سرانه مطالعه هر ایرانی، برایمان چندان امیدوارکننده نمی‌باشد.

کتاب، دروازه‌ای به سوی گستره دانش و معرفت است و کتاب خوب، یکی از بهترین ابزارهای کمال بشری است. همه دستاوردهای بشر در سراسر عمر جهان، تا آنجا که قابل کتابت بوده است، در میان دست‌نوشته‌هایی است که انسان‌ها پدید آورده و می‌آورند. در این مجموعه بی‌نظیر، تعالیم الهی، درس‌های پیامبران به بشر، و همچنین علوم مختلفی است که سعادت بشر بدون آگاهی از آنها امکان‌پذیر نیست. کسی که با دنیای زیبا و زندگی‌بخش کتاب ارتباط ندارد بی‌شک از مهم‌ترین دستاورد انسانی و نیز از بیشترین معارف الهی و بشری محروم است. با این دیدگاه، به‌روشنی می‌توان ارزش و مفهوم رمزی عمیق در این حقیقت تاریخی را دریافت که اولین خطاب خداوند متعال به پیامبر گرامی اسلام (ص) این است که «بخوان!» و در اولین سوره‌ای که بر آن فرستاده عظیم‌الشأن خداوند، فرود آمده، نام «قلم» به تجلیل یاد

1. <https://farsi.khamenei.ir/message-content?id=2696>

شده است: «إِقْرَأْ وَ رَبُّكَ الْأَكْرَمُ. الَّذِي عَلَّمَ بِالْقَلَمِ» در اهمیت عنصر کتاب برای تکامل جامعه انسانی، همین بس که تمامی ادیان آسمانی و رجال بزرگ تاریخ بشری، از طریق کتاب جاودانه مانده اند.

دانشگاه پیام نور با گستره جغرافیایی ایران شمول خود با هدف آموزش برای همه، همه جا و همه وقت، به عنوان دانشگاهی کتاب محور در نظام آموزش عالی کشورمان، افتخار دارد جایگاه اندیشه سازی و خردورزی بخش عظیمی از جوانان جویای علم این مرز و بوم باشد. تلاش فراوانی در ایام طولانی فعالیت این دانشگاه انجام پذیرفته تا با بهره گیری از تجربه های گرانقدر استادان و صاحب نظران برجسته کشورمان، کتاب ها و منابع آموزشی درسی شاخص و خودآموز تولید شود. در آینده هم، این مهم با هدف ارتقای سطح علمی، روزآمدی و توجه بیشتر به نیازهای مخاطبان دانشگاه پیام نور با جدیت ادامه خواهد داشت. به طور قطع استفاده از نظرات استادان، صاحب نظران و دانشجویان محترم، ما را در انجام این وظیفه مهم و خطیر یاری رسان خواهد بود. پیشاپیش از تمامی عزیزانی که با نقد، تصحیح و پیشنهادهای خود ما را در انجام این وظیفه خطیر یاری می رسانند، سپاسگزاری می نمایم. لازم است از تمامی اندیشمندانی که تاکنون دانشگاه پیام نور را منزلگاه اندیشه سازی خود دانسته و ما را در تولید کتاب و محتوای آموزشی درسی یاری نموده اند، صمیمانه قدردانی گردد. موفقیت و بهروزی تمامی دانشجویان و دانش پژوهان عزیز آرزوی همیشگی ما است.

دانشگاه پیام نور

فهرست مطالب

پیشگفتار مترجمان.....	هفت
پیشگفتار مؤلف.....	نه

بخش اول: مبانی نظری و دستورالعمل‌های کلی

فصل اول. مقدمه: چهار نمونه بالینی.....	۳
فصل دوم. مروری بر درمان شناختی-رفتاری.....	۱۹
فصل سوم. پیچیدگی‌های روان‌شناختی بیماری مزمن و ناتوانی.....	۲۹
فصل چهارم. ارزیابی اولیه و جهت‌گیری نسبت به درمان شناختی-رفتاری.....	۴۹
فصل پنجم. جلسات بعدی درمان شناختی-رفتاری.....	۹۳
فصل ششم. معرفی فنون درمان شناختی-رفتاری.....	۱۰۸
فصل هفتم. فنون مقابله با شناخت‌های ناسازگار غیرواقعی.....	۱۱۶
فصل هشتم. فنون مقابله با شناخت‌های واقع‌بینانه اما ناسازگار.....	۱۳۶
فصل نهم. رویکردهای رفتاری.....	۱۶۵
فصل دهم. ویژگی‌های منحصربه‌فرد درمان شناختی-رفتاری برای مراجعان مبتلا به بیماری مزمن.....	۱۸۲

بخش دوم: دانش مرتبط

فصل یازدهم. ایمان به همدلی: ضرورت یک رویکرد جدید.....	۲۱۱
فصل دوازدهم. القای امید در افراد مبتلا به بیماری مزمن.....	۲۲۷
فصل سیزدهم. غلبه بر چالش‌های مرتبط با انگیزه در درمان شناختی-رفتاری.....	۲۴۴

بخش سوم: کاربردهای خاص درمان شناختی-رفتاری برای خستگی، درد، اختلال‌های خواب و اختلال عملکرد دستگاه گوارش

فصل چهاردهم. خستگی: انواع، شیوع و شرایط مرتبط.....	۲۶۵
فصل پانزدهم. ارزیابی شناختی-رفتاری و نتایج درمان برای خستگی مزمن: مورد نینا.....	۲۸۵
فصل شانزدهم. درد: انواع، شیوع و بیماری‌های مرتبط.....	۳۰۸
فصل هفدهم. ارزیابی شناختی-رفتاری و نتایج درمانی برای درد مزمن: مورد پائولت.....	۳۳۲
فصل هجدهم. اختلال عملکرد خواب: دسته‌بندی‌های تشخیصی، شیوع و بیماری‌های مرتبط.....	۳۶۴
فصل نوزدهم. ارزیابی شناختی-رفتاری و نتایج درمان برای اختلال عملکرد خواب: مورد کرتیس.....	۳۸۹
فصل بیستم. اختلال عملکرد دستگاه گوارش: دسته‌بندی‌های تشخیصی، شیوع و بیماری‌های مرتبط.....	۴۱۷
فصل بیست و یکم. ارزیابی شناختی-رفتاری و نتایج درمان برای اختلال عملکرد دستگاه گوارش: مورد الکس.....	۴۳۹
منابع.....	۴۵۱
نمایه.....	۴۷۳

پیشگفتار مترجمان

با کمال مسرت، ترجمه کتاب ارزشمند «درمان شناختی-رفتاری بیماری مزمن و ناتوانی» را به جامعه درمانگران و پژوهشگران حوزه سلامت روان تقدیم می‌کنیم. این اثر که حاصل تلاش و تجربه سال‌ها تحقیق و کار بالینی نویسندگان برجسته در این زمینه است، می‌تواند راهنمای جامع و کاربردی برای درمان شناختی-رفتاری (CBT) در مواجهه با چالش‌های بیماران مبتلا به شرایط مزمن باشد.

امروزه، با افزایش شیوع بیماری‌های مزمن و ناتوانی‌ها، نیاز به رویکردهای درمانی مؤثر و کارآمد بیش از پیش احساس می‌شود. درمان شناختی-رفتاری به‌عنوان یکی از روش‌های مبتنی بر شواهد، با تمرکز بر تغییر الگوهای فکری و رفتاری ناسازگارانه، می‌تواند نقش به‌سزایی در بهبود کیفیت زندگی این بیماران ایفا کند. با این حال، اجرای CBT برای شرایط مزمن، نیازمند دانش و مهارت خاصی است که در این کتاب به تفصیل به آن پرداخته شده است.

این کتاب با ساختاری منظم و منطقی، به سه بخش اصلی تقسیم شده است:

۱. **مبانی نظری و دستورالعمل‌های کلی:** در این بخش، اصول و مبانی CBT، پیچیدگی‌های روان‌شناختی بیماری مزمن، فرایند ارزیابی و درمان، و فنون مقابله با شناخت‌های ناسازگار به‌طور جامع شرح داده شده است.
۲. **دانش مرتبط:** این بخش به بررسی موضوعاتی مانند همدلی، امید و انگیزه در بیماران مزمن می‌پردازد و راهکارهایی برای غلبه بر چالش‌های انگیزشی در درمان ارائه می‌دهد.
۳. **کاربردهای خاص CBT:** در این بخش، کاربردهای عملی CBT برای مقابله با مشکلات شایع در بیماران مزمن، از جمله خستگی، درد، اختلال‌های خواب و اختلال عملکرد گوارشی، به همراه مثال‌های موردی بررسی شده است.

ترجمه این کتاب با هدف انتقال دقیق و روان مطالب به زبان فارسی انجام شده است. در طول فرایند ترجمه، تلاش شده است تا اصطلاحات تخصصی به درستی معادل سازی شوند و در عین حال، زبان کتاب برای خوانندگان قابل فهم باشد. این کتاب می تواند برای طیف وسیعی از مخاطبان، از جمله روانشناسان سلامت، روانشناسان بالینی، مشاوران، پزشکان، پرستاران و سایر متخصصان حوزه سلامت که با بیماران مبتلا به شرایط مزمن سروکار دارند، مفید باشد. همچنین، دانشجویان و پژوهشگران این حوزه نیز می توانند از مطالب ارزشمند این کتاب بهره مند شوند.

امیدواریم این ترجمه بتواند گامی مؤثر در جهت ارتقاء دانش و مهارت درمانگران در زمینه CBT برای شرایط مزمن و بهبود کیفیت زندگی بیماران عزیز باشد.

دکتر مژگان آگاه هریس و همکاران

پیشگفتار مؤلف

ارتباط بین بیماری مزمن، ناتوانی (محدودیت)، سازگاری روان‌شناختی و رفتارهای مرتبط با سلامت، موضوعی مهم و گسترده در سطح جهانی است. این کتاب با هدف ارائه راهنمایی‌های عملی و مبتنی بر شواهد برای متخصصان روان‌درمانی و توان‌بخشی که با افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و ناتوانی‌ها سروکار دارند، تدوین شده است. علاوه بر این، کتاب حاضر می‌تواند برای پژوهشگرانی که در زمینه انجام، ارزیابی و نقد اثربخشی رویکردهای شناختی-رفتاری در مدیریت و درمان این بیماری‌های مزمن فعالیت می‌کنند نیز مفید باشد.

سه تحول مهم در نگارش این کتاب مؤثر بوده‌اند. نخست، این کتاب منعکس‌کننده تجربه من به‌عنوان یک روانشناس بالینی در ارزیابی و مداوای افراد مبتلا به بیماری‌ها و ناتوانی‌های مزمن در محیط بالینی است. دوم، کتاب حاضر تحت تأثیر پژوهش‌های من در زمینه ماهیت و عواقب این بیماری‌ها و خدمات درمانی مرتبط با آن‌ها قرار گرفته است؛ و در آخر، کتاب نتیجه تجربه شخصی زندگی، مراقبت و مشاهده زندگی بستگان نزدیکم که با بیماری‌ها و ناتوانی‌های مزمن دست‌وپنجه نرم می‌کنند، می‌باشد.

شرایط مطرح‌شده در این کتاب، بر اساس چهار دسته علامت مشترک شامل خستگی، درد، اختلال‌های خواب و مشکلات گوارشی دسته‌بندی شده‌اند. از آنجا که این علائم می‌توانند در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن یا ناتوانی‌ها مشترک باشند، در این کتاب از اصطلاح «شرایط مزمن» برای اشاره به این گروه از افراد استفاده می‌شود. این چهار دسته به این دلیل انتخاب شده‌اند که گروه‌های گسترده‌ای از علائم را نشان می‌دهند که معمولاً در بسیاری از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن در سطح بین‌المللی دیده و تجربه می‌شوند. خستگی، درد، اختلال خواب و/یا مشکلات گوارشی در بیماری‌هایی مانند بیماری قلبی، سرطان، دیابت،

سکته مغزی، ایدز/ اچ آی وی^۱، انواع آرتریت، کمردرد، بیماری تیروئید، ام‌اس، لوپوس و بیماری کرون (و بسیاری موارد دیگر) یا خود بیماری یا ناشی از درمان‌های آن‌ها هستند. به‌علاوه، این علائم مشترک از جمله شایع‌ترین مشکلات مشاهده‌شده در افراد دارای ناتوانی‌های جسمی و سندرم‌های دشوار مانند نشانگان خستگی مزمن، فیبرومیالژیا و سایر اختلال‌های درد مزمن، حساسیت‌های شیمیایی متعدد و سندرم روده تحریک‌پذیر نیز به شمار می‌روند.

به‌منظور نشان دادن کاربردهای استراتژی‌های درمانی به ساده‌ترین شکل ممکن، چهار مورد مشابه، که هر کدام فردی را با وضعیتی شامل یکی از چهار علامت مشترک توصیف می‌کنند، در سراسر کتاب ارائه و استفاده خواهند شد. این مثال‌های موردی نشان می‌دهند که چگونه رویکردهای درمان شناختی-رفتاری می‌توانند بسته به تغییرات در نشانه‌شناسی شرایط مزمن متفاوت باشند. رویکردهای درمانی بلندمدت و کوتاه‌مدت ارائه می‌شوند تا نشان داده شود که چگونه الزامات زمان و محیط می‌توانند بر هدف‌ها و روش‌های مورد استفاده در درمان تأثیر بگذارند.

اصطلاح «ناتوانی»^۲ در عنوان به این دلیل استفاده شده که رایج‌ترین اصطلاح بین متخصصان برای اشاره به محدودیت‌های پایدار عملکردی است. این کتاب به‌طور خاص به مسائل اجتماعی و محیطی مرتبط با بیماری‌های مزمن و ناتوانی (مانند تبعیض، انگ، محدودیت دسترسی و پدیدارشناسی ناتوانی) نمی‌پردازد. این مسائل، در کنار سایر جنبه‌های تجربه ناتوانی، بر فکرهای فرد درباره بیماری‌اش مؤثرند. اگرچه برخی از این موارد در کتاب آمده، پرداختن کامل به آن‌ها خارج از محدوده کتاب است. برای مطالعه بیشتر، به آثار چارلتون (۱۹۹۸)، اولیور (۱۹۹۰) و لیتون (۱۹۹۸) مراجعه کنید. در این کتاب، «محدودیت»^۳ به جای «ناتوانی» برای اشاره به محدودیت‌های عملکردی استفاده شده تا تأکید شود که ناتوانی، ناشی از موانع محیطی است.^۴

این کتاب بیشتر از همه از کار معاصر آرون بک (۱۹۹۶) و درمان شناختی-جودیت بک (۱۹۹۵) بهره می‌برد. ایده‌ها و تکنیک‌های نظری اصلی از درمان شناختی-به‌عنوان چارچوبی برای درک و درمان افرادی که طیف گسترده‌ای از بیماری‌های مزمن و محدودیت‌ها را دارند، اعمال می‌شوند. درمان شناختی بک به‌عنوان چارچوب مرکزی انتخاب شد زیرا نظریه شناختی بک در مورد روان‌پاتولوژی و استراتژی‌های درمان شناختی در معرض سطح بالایی از تفکر

1. HIV/AIDS
2. Disability
3. Impairment

۴. لازم به ذکر است در ترجمه کتاب از واژه ناتوانی استفاده شد. - م.

انتقادی و بررسی تجربی قرار گرفته است (بک ۱۹۹۶؛ کلارک، بک و آلفورد ۱۹۹۹؛ دابسون و دوزوئیس ۲۰۰۱؛ اینگرام، میراندا و سگال ۱۹۹۸). علاوه بر این، شواهد قابل توجهی وجود دارد که نشان می‌دهد درمان شناختی، بهترین رویکرد تحقیق شده و موفق درمانی برای تعداد فزاینده‌ای از شرایط، از جمله تعدادی از بیماری‌های مزمن است (دابسون و دوزوئیس ۲۰۰۱؛ وایت ۲۰۰۱؛ وینتروود و بک و گرونر ۲۰۰۳). اگرچه کتاب بیشتر از همه از درمان شناختی بک بهره می‌برد، بسیاری از رویکردها و تکنیک‌های دیگر که در این کتاب پوشش داده شده‌اند، از حوزه وسیع‌تر درمان شناختی-رفتاری گرفته شده‌اند (به‌عنوان مثال، گرینرگر و پادسکی ۱۹۹۵؛ نیکاسیو و اسمیت ۱۹۹۵؛ تورک، میشنهام و جنست ۱۹۸۳). برای انعکاس گنجاندن این روش‌های مشتق شده گسترده‌تر، اصطلاح جامع‌تر «درمان شناختی-رفتاری» استفاده خواهد شد.

تدوین این کتاب همچنین از دانش نظری و تجربی موجود در سه حوزه دیگر که برای تعریف و وضوح، «حوزه‌های دانش مرتبط» نامیده شده‌اند، تأثیر پذیرفته است. حوزه‌های دانش مرتبط در این کتاب گنجانده شده‌اند، زیرا درمان شناختی به‌عنوان یک روش درمان روان اجتماعی یکپارچه و رویکردی انعطاف‌پذیر و همواره در حال تکامل در روان‌درمانی توصیف شده است (بک ۱۹۹۱؛ بیوتلر، هاروود و کالدول ۲۰۰۱). بک (۱۹۹۱) توضیح می‌دهد که عامل اصلی در درمان شناختی، یعنی تغییر شناختی، متغیری است که در تمام درمان‌های مؤثر گزارش شده، مشاهده شده است. بر همین اساس، درمانگران شناختی پیرو بک مجازند که مداخلات درمانی را از طیف وسیعی از رویکردهای نظری انتخاب کنند، به شرطی که این مداخلات به‌درستی و در مورد مناسب به کار گرفته شوند (بیوتلر و همکاران، ۲۰۰۱).

به‌طور مشخص، سه حوزه از دانش مرتبط که در این کتاب ارائه شده‌اند، شامل روان‌شناسی خود^۱ (گاردنر، ۱۹۹۱؛ کوهات، ۱۹۷۱)، روان‌شناسی مثبت‌نگر^۲ (سلیگمن و کسیکسزنتمیهایلی^۳، ۲۰۰۰) و الگوی شغل انسان^۴ (کیلهوفنر، ۲۰۰۲) می‌شوند. این سه حوزه با هدف مشخص استفاده از دانش و راهبردهای نظری ارائه شده در آن‌ها برای تکمیل یا برجسته ساختن سه جنبه خاص از فرایند درمان که در متون کنونی درمان شناختی-رفتاری - به‌ویژه در متونی که به کاربرد این درمان در بیماری‌های مزمن و ناتوانی می‌پردازند - مورد بحث، کمتر توسعه یافته یا کم‌اهمیت در نظر گرفته شده‌اند، انتخاب شده‌اند. این سه جنبه به‌طور کلی شامل همدلی، امید و اراده هستند. این حوزه‌های خاص دانش مرتبط به‌عنوان منابعی محدود و مکمل

1. Self Psychology

2. Positive Psychology

3. Seligman & Csikszentmihalyi

4. Model Of Human Occupation

در نظر گرفته شده‌اند، با این درک که درمان شناختی-بک، چارچوب نظری و راهبردهای درمانی کتاب را شکل می‌دهد. این حوزه‌ها صرفاً برای تکمیل دانش نظری و تجربی موجود در زمینه کاربرد رویکردهای درمان شناختی-رفتاری در بیماری‌های مزمن خاص در نظر گرفته شده‌اند و هدف آن‌ها ارائه مدل یا رویکرد جدیدی در روان‌درمانی نیست.

در نهایت، ایده‌های مطرح شده در این کتاب در مراحل اولیه توسعه خود هستند و نیاز به ارزیابی بالینی و تجربی بیشتر و گفت‌وگوی مداوم در مورد نحوه کاربردشان دارند. امید است که این کتاب و ساختار آن حول محور علائم مشترک، به پالایش بیشتر و تمرکز مطالعات پیامد در زمینه کاربرد درمان شناختی-رفتاری در بیماری‌های مزمن و ناتوانی منجر شود.

رنه. آر. تیلور

شیکاگو، ایلینوس، ایالت متحده آمریکا

بخش اول

مبانی نظری و دستورالعمل‌های کلی

مقدمه

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

فصل اول

مقدمه: چهار نمونه بالینی

کاربرد درمان شناختی-رفتاری برای افرادی مبتلا به بیماری‌ها و اختلال‌های مزمن در این کتاب مطرح است. به‌جای تأکید بر طبقه‌بندی‌های تشخیصی، بر نشانه‌های مقطعی^۱ طبقه‌بندی‌هایی نظیر خستگی مفرط، درد، بدکارکردی خواب و مشکلات گوارشی تمرکز شده است. این طبقه‌بندی‌های نشانه‌ها به‌طور انفرادی یا ترکیبی در اغلب موارد بیانگر ویژگی‌های بیماری‌های مزمن هستند. درحالی‌که هر یک از این طبقه‌بندی‌های نشانه‌ها مستلزم رعایت برخی از ملاحظات خاص هستند، این کتاب نشان خواهد داد که چگونه راهبردهای درمانی اصلی درمان شناختی-رفتاری می‌تواند برای همه آن‌ها کاربرد داشته باشد.

در این فصل، ابتدا چهار نمونه بالینی معرفی می‌شوند که هر یک به معرفی یکی از چهار طبقه‌بندی اصلی علائم می‌پردازند. نمونه بالینی اول روی خستگی مفرط به‌عنوان یک نشانه اولیه تمرکز دارد و به توصیف تجارب نینا^۲ یک زن ۳۵ ساله مبتلا به نشانگان مزمن خستگی مفرط می‌پردازد. نمونه دوم، روی درد به‌عنوان یک نشانه اولیه تمرکز دارد و به توصیف تجربه پائولت^۳، یک زن ۴۲ ساله مبتلا به آرتریت روماتوئید^۴ می‌پردازد. نمونه بالینی سوم نقش بدکارکردی خواب را در بیماری مزمن برجسته می‌سازد و کرتیس^۵، یک مرد ۶۰ ساله مبتلا به سرطان پیشرفته پروستات را معرفی می‌کند. نمونه بالینی چهارم روی مشکلات گوارشی^۶ به‌عنوان یک نشانه ابتدایی تمرکز دارد و به توصیف آلکس^۷ یک مرد ۲۳ ساله مبتلا به بیماری

1. Cross-Cutting

2. Nina

3. Paulette

4. Rheumatoid Arthritis

5. Curtis

6. Gastrointestinal Difficulties

7. Alex

کرون^۱ می‌پردازد. این نمونه‌های بالینی بیانگر بازنمایی‌های پیچیده‌ای از نمونه‌های بالینی واقعی مشاهده شده توسط نویسنده کتاب هستند. جزئیات اجتماعی-جمعیت شناختی، اطلاعات تشخیصی، جنبه‌هایی از تاریخچه پزشکی و اطلاعات مهم مربوط به سوابق این بیماران تغییر داده شده‌اند تا مرتبط کردن هر یک از این نمونه‌های بالینی با افرادی که واقعاً تحت درمان قرار گرفته‌اند، امکان‌پذیر نباشد.

این نمونه‌های بالینی در سراسر کتاب بارها به‌عنوان مثال ظاهر خواهند شد و پایه‌ای برای توضیح کاربرد مفاهیم اصلی درمان شناختی-رفتاری محسوب خواهند شد. هر یک از آن‌ها از نظر میزان همبودی با محورهای I و II روان‌پزشکی باهم متفاوت هستند و از آن‌ها، به هنگام اجرای درمان شناختی-رفتاری روی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن برای نشان دادن تفاوت‌های ظریف موجود در گام‌های درمانی، اتخاذ رویکردهای متفاوت برای یکپارچه‌سازی دانش مربوطه، و برای مشخص شدن پیچیدگی‌های دنیای واقعی، استفاده خواهد شد.

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

نینا: زنی مبتلا به خستگی مفرط

نینا زنی متأهل و ۳۵ ساله است که در اصل دو رگه اروپایی-آمریکایی است. او دارای مدرک لیسانس است و یک دختر ۱۰ ساله دارد. نینا قبل از شروع بیماری و اختلال متعاقب آن، به‌عنوان فروشنده در یک شرکت کوچک بسته‌بندی کار می‌کرد. او در طراحی و فروش بسته‌بندی‌های محصولات ورزشی تخصص داشت. کار او این بود که هر روز با اتومبیل در

جاده رانندگی کند و با سوار و پیاده شدن از اتومبیل با بیش از پنج مشتری که در فواصل ۷۰ مایلی^۱ [هر مایل برابر با ۱۶۰۹ متر است] زندگی می‌کردند، ملاقات کند. همچنین حداقل ماهی یک‌بار کار او مستلزم پروازهای خارج از شهر به شهرهای بزرگ آمریکا بود. نینا علاوه بر شغلش، دوست داشت در فعالیتهای ورزشی شرکت کند. او همیشه در کنار همسرش که فیزیوتراپ بود در فعالیتهای ورزشی نظیر اسکی، اسب‌سواری و سورتمه‌سواری شرکت می‌کرد و از انجام دادن آنها لذت می‌برد.

سابقه پزشکی (سلامتی) و تشخیص

نینا با استثنا قرار دادن ابتلا به مجموعه‌ای از بیماری‌های عفونی شدید در دوران کودکی (به‌عنوان مثال: آبله‌مرغان^۲، اوریون^۳، سیاه‌سرفه^۴ و وهله‌های چندگانه ابتلا به آنفولانزا^۵) و ضربه‌مغزی^۶ به هنگام سورتمه‌سواری در سن ۳۰ سالگی، خود را دارای بهترین وضعیت سلامتی در اکثر مواقع زندگی‌اش می‌دانست. نینا دو سال پیش، دچار عفونت مونونوکلئوز^۷ شد و برای چهار روز به علت تب بالا و التهاب گلو بستری شد که التهاب گلو باعث انسداد شدید تنفسی او شده بود.

بعد از ترخیص از بیمارستان، خستگی مفرط^۸ و نشانه‌های عفونی تداوم یافت. با وجود آنکه در دوره‌های کوتاهی (به‌عنوان مثال: پنج تا هفت روز) او احساس می‌کرد که توان کافی برای کار کردن دارد، اما این دوره‌ها، مشخصاً با خستگی شدید و نشانه‌هایی که تقریباً به‌شدت وهله اول ابتلا به عفونت مونونوکلئوز بودند، دنبال می‌شد. وهله‌های راجعه خستگی طاقت‌فرسا با گلودردهای راجعه، گره‌های لنفاوی متورم مزمن، درد عضلات و ماهیچه‌ها، اختلال شدید در تمرکز و حافظه طولانی‌مدت، خواب فاقد تجدیدقوا^۹، و وهله‌هایی از سرگیجه^{۱۰}/غش^{۱۱} همراه می‌شد که در حالت نشسته و ایستاده به وقوع می‌پیوستند و بیش از چند دقیقه به طول می‌انجامیدند.

نینا خستگی مفرط خود را به‌صورت «احساس فراگیری از استیصال جسمی و ذهنی» توصیف می‌کند. او از نقطه نظر خستگی مفرط جسمانی به این نکته توجه دارد که «من

1. Mile
2. Chicken Pox
3. Mumps
4. Whooping Cough
5. Influenza
6. Concussion
7. Mononucleosis
8. Fatigue
9. Unrefreshing Sleep
10. Dizziness
11. Fainting

مستأصل شده‌ام و با این حال قلبم می‌تپد و بدنم احساسی شبیه به این دارد که جریان برق از درون آن در حال عبور است.» نینا خستگی مفرط ذهنی خود را این‌گونه توصیف می‌کند که «احساس و کنش فاصله گرفتن^۱ - به شیوه‌ای خطرناک که گاهی اوقات همسر را به وحشت می‌اندازد.» او همچنین از، از دست دادن توانایی تمرکز، فراموشی غیرمعمول و گاه‌گاهی گیجی^۲ و عدم جهت‌یابی^۳ شکایت دارد. او گزارش می‌کند که این نشانه‌ها به هنگام رانندگی و به‌طور ناگهانی بروز می‌کنند، به‌طوری‌که او نمی‌داند کجاست، نگران می‌شود و علی‌رغم خستگی مفرط، نمی‌تواند خوب بخوابد یا حتی استراحت خوبی داشته باشد.

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

هنگامی که نشانه‌های نینا به مدت شش ماه تداوم یافت، او در عرض یک سال بعدی به پزشکان متخصص متعدد در حوزه‌های بیماری‌های عفونی، روماتولوژی، متخصص غدد، اعصاب و قلب مراجعه کرد. نینا متوجه شد که اکثر این ملاقات‌ها به میزان زیادی دلسردکننده و غیرمفید بودند. از آنجا که آزمایش‌های خون و نتایج رادیولوژی هیچ دلیل روشنی برای نشانه‌هایش مشخص نمی‌کردند، نینا اغلب به پزشک عمومی‌اش بدون هیچ تشخیص یا درمان پیشنهادی ارجاع می‌شد. تا اینکه برای نشانه‌هایش توجیهی پیدا شد و تشخیص اضطراب یا افسردگی جسمانی شده^۴ روی او گذاشته شد و او را به یک روان‌پزشک متخصص ارجاع دادند. بعد از چند جلسه مشاوره، یک پزشک متخصص در بیماری‌های عفونی او را به یک پزشک عمومی که متخصص نشانگان خستگی مفرط پس از ابتلا به عفونت بود، ارجاع داد.

پزشک نینا، شش ماه پیش نشانگان خستگی مفرط^۵ را برای بیماری او تشخیص داد. متعاقب این تشخیص، او مجموعه‌ای از داروهای ضدافسردگی مختلف، داروهای ضد اضطراب، داروهای ضد درد و داروهای محرک را برای او تجویز کرد. به‌استثنای داروهای ضد درد، همه داروهای دیگر در ایجاد تسکین مداوم یا معنادار در نشانه‌های او با شکست مواجه

1. Spacey

2. Confused

3. Disoriented

4. Somatized Depression or Anxiety

5. Chronic Fatigue Syndrome

شدند. علاوه بر این، عوارض جانبی به وجود آمده توسط بعضی از این داروها برای نینا، غیرقابل تحمل بودند. همچنین پزشک نینا به او پیشنهاد داد که فعالیت‌های پراسترس مرتبط با کار خود را متوقف سازد و یک برنامه ورزشی تدریجی را آغاز کند و تغییر شغل خود را هم در نظر داشته باشد، نینا همه توصیه‌های مذکور را به شدت رد کرد و اصرار داشت که انجام فعالیت‌های او به اندازه کافی با وقفه رویه‌رو شده است. از آنجا که احساس می‌کرد پزشکش، او را درک نکرده است و برای درمان او فاقد شایستگی کافی است، تصمیم گرفت پزشکش را تغییر دهد. با این حال، از آنجا که قبل از این هم سابقه تعامل منفی با مراقبان سلامت را داشت، از ارجاع‌های بیشتر مستأصل شده بود و نمی‌دانست که باید به چه کسی مراجعه کند.

تاریخچه روانی-اجتماعی اخیر

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

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

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

اکنون، دختر ۱۰ ساله نینا ظرف‌ها را می‌شست، در تمیز کردن خانه کمک می‌کرد و حتی هنگامی که شوهرش نبود در انجام تکالیفی نظیر لباس شستن و مرتب کردن لباس‌ها او را یاری می‌داد. علاوه بر این، دخترش تماس با دوستان و اشتغال به فعالیت‌های فوق‌برنامه و ورزش

بعد از مدرسه را کم کرده بود. با وجود اینکه به نظر می‌رسید دختر نینا با همه تغییرات مذکور با مسئله کمک کردن به مادرش کنار آمده است و به نظر می‌رسید که احساس مسئولیت بیشتری برای خانواده دارد، ولی به میزان زیادی مضطرب و تحت فشار تکالیف مدرسه بود. نینا احساس گناه زیادی داشت و خود را مسئول تغییرات به وجود آمده در خانواده‌اش می‌دانست و اعتقاد داشت که این موارد پیامد و نتیجه بیماری‌اش هستند.

اطلاعات زمینه خانوادگی

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

دلیل ارجاع

- پزشک نینا شش ماه بود که به او پیشنهاد داده بود به یک روان‌شناس برای روان‌درمان مراجعه کند. پزشک به سه دلیل روان‌درمان را تجویز کرد:
- نینا به هیچ‌یک از داروهای تجویز شده یا درمان‌های پیشنهاد شده پاسخ خوبی نداده بود. پزشک او معتقد بود که متغیرهای روان‌شناختی در توانایی نینا برای پیگیری رژیم‌های درمانی پیشنهاد شده، تداخل ایجاد کرده بودند.
 - نینا افزایش استرس و تعارض در ارتباط با رابطه خود با همسر و دخترش را گزارش کرده بود و در مورد بهزیستی^۱ آن‌ها نگران بود.
 - با گذشت زمان، نینا به‌طور فزاینده‌ای نسبت به نشانه‌هایش و نسبت به سطح اختلال در تکمیل فعالیت‌های معمول روزانه‌اش مضطرب و دلسرد شده بود و پای تلفن حقوق‌کنان و با التماس از او درخواست کرده بود تا راه دیگری را برای کمک به او پیدا کند. او دیگر نمی‌توانست در فعالیت‌های ورزشی که برایش بسیار حائز اهمیت بودند، شرکت کند. او احساس می‌کرد که با کارش ازپادرآمده است و برایش حفظ نگاه خوش‌بینانه نسبت به زندگی به‌طور فزاینده‌ای دشوار شده بود.

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

پائولت: زنی مبتلا به درد شدید

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

سابقه پزشکی (سلامتی) و تشخیص

پائولت گزارش کرد که قبل از تشخیص ارتريت روماتوئید (RA)^۱، وضعیت سلامتی‌اش خوب بوده است. پائولت به یاد می‌آورد که اولین بار در سن ۲۴ سالگی تشخیص RA را پس از تولد فرزند اولش روی بیماری‌اش گذاشته شد. آزمایش‌های معمول خون، افزایش میزان سدیمنتاسیون^۲ را نشان دادند. این باعث شد تا متخصص زنان و زایمان آزمایش‌های خون بیشتری را برای او تجویز کند و نتایج نشان داد که او دارای عامل ضد CCP مثبت^۳، عامل روماتوئید مثبت، و افزایش سطح پروتئین واکنشی^۴ است. ارتريت روماتوئید برای او تشخیص داده شد و او به یک روماتولوژیست ارجاع شد.

پائولت در آن هنگام، با تجربه شروع ناگهانی دردهای دوره‌ای نظیر درد سوزشی، خشکی و درد به‌ویژه در مفاصل انگشتان و مچ دست‌ها را تجربه می‌کرد. این علائم با تورم بافت نرم و قرمزی انگشتان هر دو دست و مچ دست‌ها همراه می‌شد. باین‌حال، او با مصرف داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی [NSAIPS]^۵ می‌توانست از عهده کارکردهای اصلی شغلش به‌اندازه

1. Rheumatoid Arthritis

2. Sedimentation Rate

3. Positive Anti-CCP

4. C-Reactive Protein

5. Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs