

رفتار درمانی شناختی

راهنمای کاربردی در درمان اختلال‌های روانی

جلد ۲

تألیف

کیت هاوتون
پال م. سالکووس کیس
جوان کرک
دیوید م. کلارک

ترجمه

دکتر حبیب‌الله قاسم‌زاده
مرکز روان‌شناسی بالینی
گروه روان‌پزشکی، (بیمارستان روزبه)
دانشگاه علوم پزشکی تهران



انتشارات ارجمند

فهرست مطالب

<p>یاداشتی از مترجم ۵</p> <p>فصل ۱. مسائل جسمی ۷</p> <p>۴۲ و اختصاصی</p> <p>۵۶ نکاتی خاص درباره سایر اختلال‌ها</p> <p>۵۶ مشکلات درمان</p> <p>۵۷ نتیجه‌گیری</p> <p>۵۸ برای مطالعه بیشتر</p>	<p>۸ رویکردهایی به مسائل جسمی</p> <p>۹ ماهیت مسائل</p> <p>۱۹ ارزیابی</p> <p>۲۸ درمان</p> <p>اختلالهای اختصاصی: کاربرد تکنیکهای عمومی</p>
<p>۵۹ زیرگروه‌های دشوار برای درمان</p> <p>۹۱ گروه‌درمانی، درمان به‌طور بستری</p> <p>۹۲ درمان بی‌اشتهایی روانی</p> <p>۱۰۳ قدردانی</p> <p>۱۰۴ برای مطالعه بیشتر</p>	<p>فصل ۲. اختلالهای خورد و خوراک ۵۹</p> <p>مقدمه ۵۹</p> <p>سیمایه‌های بالینی بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی روانی ۶۰</p> <p>درمان پراشتهایی روانی ۶۳</p> <p>راهنمای درمان شناختی-رفتاری ۶۵</p>
<p>۱۰۵ درمان معلولیت مزمن روانی</p> <p>۱۱۴ نتیجه‌گیری</p> <p>۱۳۰ برای مطالعه بیشتر</p>	<p>فصل ۳. معلولیت‌های روانی مزمن ۱۰۵</p> <p>مقدمه ۱۰۵</p> <p>مسائل ۱۰۶</p> <p>ارزیابی ۱۰۹</p>
<p>۱۳۵ مداخله‌های درمانی: تکنیک‌ها</p> <p>۱۷۱ نتیجه درمان</p> <p>۱۷۳ برای مطالعه بیشتر</p>	<p>فصل ۴. مسائل زناشویی ۱۳۵</p> <p>مقدمه ۱۳۵</p> <p>ارزیابی ۱۳۸</p> <p>ساختار درمان ۱۴۴</p>

۱۷۴	فصل ۵. اختلالاتهای (کارکرد) جنسی	۱۷۴	مقدمه
۲۰۷	مشاوره	۱۷۴	
۲۱۲	آموزش	۱۷۵	ماهیت اختلالاتهای جنسی
۲۱۳	دوره پایانی	۱۷۷	علل اختلال جنسی
۲۱۳	بررسی نتایج درمان جنسی	۱۸۳	ارزیابی
۲۱۶	نتیجه‌گیری	۱۹۰	مروری کلی بر درمان (اختلال‌های) جنسی
۲۱۶	برای مطالعه بیشتر	۱۹۲	فرمول‌بندی
		۱۹۴	تکالیف خانگی
۲۱۸	فصل ۶. حل مسأله (یا مسأله‌گشایی)		
۲۴۲	نتیجه‌گیری	۲۱۸	مقدمه
۲۴۳	برای مطالعه بیشتر	۲۲۰	ارزیابی
۲۴۴	منابع	۲۲۹	مراحل و راهبردهای مسأله‌گشایی
۲۶۷	نمایه	۲۴۰	پایان‌بخشیدن به درمان

یادداشتی از مترجم

همان‌گونه که در جلد اول، توضیح داده شده است، متن انگلیسی کتاب حاضر - «رفتار درمانی شناختی: راهنمای کاربردی در درمان اختلالات روانی» - در اصل در یک جلد منتشر شده است. اما با توجه به حجم کتاب و تقسیم‌بندی عناوین و موضوعات تصمیم گرفته شد که ترجمه آن در دو جلد، ارائه شود.

جلد اول که شامل اصول رفتار درمانی شناختی، ارزشیابی شناختی - رفتاری، درمان حالت‌های اضطرابی، پانیک و اضطراب تعمیم یافته، درمان اختلالات هراس، وسواس و افسردگی بود، در سال ۱۳۷۵ به وسیله انتشارات ارجمند چاپ و منتشر شد. اینک جلد دوم، که مباحث مربوط به مسائل جسمی، اختلالات خورد و خوراک، معلولیت‌های مزمن روانی، مسائل زناشویی، اختلالات جنسی و حلّ مسأله را دربر می‌گیرد، به همت همان ناشر در دسترس علاقه‌مندان قرار می‌گیرد.

استقبالی که از جلد اول به عمل آمد، جای خالی چنین کتابی را که بتواند به‌عنوان منبع علمی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد، نشان می‌داد. در حال حاضر، این تنها کتاب موجود است که کاربرد تکنیک‌های شناختی - رفتاری را در محیط‌های بیمارستانی، کلینیک‌های دولتی و خصوصی، مراکز مشاوره و راهنمایی، به بهترین وجهی، آموزش می‌دهد.

از مزیت‌های مهم کتاب، جنبه کاربردی و گام به گام آن است، در عین حال که از پشتوانه نظری، مفهوم‌سازی و روش شناختی بسیار قوی نیز در هر دو سطح تجربی و بالینی برخوردار است. مؤلفان که از چهره‌های سرشناس و صاحب‌نام رفتار درمانی شناختی در زمینه‌های تخصصی خود، به‌شمار می‌روند، کوشیده‌اند راهبردها و تکنیک‌ها را به شیوه‌ای ساده، روشن و قابل اجرا بیان کنند و با افزودن نمونه‌های بالینی، مطالب را زنده و پرکشش سازند.

دانش رفتار درمانی شناختی در دهه آخر قرن بیستم با تکیه بر پیشرفتهایی که در زمینه‌های

مختلف مدل‌سازیهای نظری و اسلوبی و نیز تحقیقات فراوان در عرصه‌های علوم زیستی - عصبی، علوم شناختی و روان‌شناسی بالینی با گرایش تجربی و شناختی و رویکرد پردازش اطلاعات فراهم آمد، هویت میان‌رشته‌ای جدیدی پیدا کرده است و چشم‌اندازهای بدیعی جلوی دیدگان محققان، صاحب‌نظران و متخصصان بالینی گشوده است. از دستاوردهای بسیار مهم این پیشرفتها و چشم‌اندازها همسویی‌ها و هم‌اراییهای هرچه بیشتر در تبیین و توضیح سازوکارهای احتمالی در رویکردهای درمانی است (به عنوان نمونه مراجعه شود به مجله بریتانیایی روان‌پزشکی، ۱۹۹۸، ۱۷۳، ویژه‌نامه، ۳۵).

خوشبختانه امروز شاهد هستیم که در روان‌شناسی ایران، یکی از زمینه‌های مناسب برای پژوهش در دوره‌های تحصیلی تکمیلی را مسائل مربوط به ارزیابی و درمان شناختی - رفتاری تشکیل داده است. از لحاظ بالینی نیز هم‌اینک کلینیک شناختی - رفتاری بیمارستان روزبه، برنامه منظم و مدونی را با همکاری روان‌شناسان مرکز روان‌شناسی بالینی، برای دستیاران روان‌پزشکی، فراهم آورده است.

از زمان انتشار جلد اول تاکنون، بسیاری از همکاران از طریق نامه، تلفن، ملاقاتهای حضوری، از جنبه‌های عملی و کاربردی تکنیکها و انتقال راحت مطالب کتاب به دانشجویان، ابراز رضایت کرده‌اند. عده‌ای از علاقه‌مندان نیز مطرح کرده‌اند که با استفاده از تکنیکهای این کتاب توانسته‌اند تغییرات مطلوبی در رفتار و شناخت خود، پدید بیاورند. چنان‌که در جلد اول نیز یادآور شدیم هر کسی می‌تواند از اصول رهنمودی کتاب، در تغییر رفتار و دریافت خود، بهره بجوید، اما این برنامه تغییر حتماً باید زیر نظر یک متخصص بالینی تنظیم شود.

به امید آن‌که این کتاب بتواند در آزمون‌پذیر کردن فرضیه‌های مختلف درمانی و نزدیک کردن دیدگاههای موجود در این باره و نیز فرمول‌بندی تجارب بالینی در ایران، مؤثر واقع شود و در آینده نزدیک، شاهد شکل‌گیری و کاربرد روشها و رویکردهای جدیدتری مبتنی بر تحقیقات و مدل‌سازی ثمربخش و بالنده باشیم.

ح.ق.

بهمن‌ماه ۱۳۷۸

مسائل جسمی^۱

پال م. سالکوس کیس^۲

درمان مسائل جسمی، یکی از قدیمی‌ترین موارد کاربرد رویکردهای روان‌شناختی است (لیپووسکی^۳، ۱۹۸۶a). در این باره، مخصوصاً نوشته‌های جالینوس^۴ در قرن دوم میلادی در رم، نقش مهمی داشت. نگرش جالینوس که "انفعالات"^۵ از قبیل خشم، ترس و شهوت، علل مهم بیماری را تشکیل می‌دهند، تا قرن هیجدهم، همچنان مسلط بود. در زمانهای اخیر، دو رویکرد، اهمیت پیدا کرده‌اند: یکی، پزشکی روان - تنی^۶ است که در صدد علت‌یابی روان‌شناختی اختلالات جسمی مانند آسم^۷، اگزما^۸، و زخم معده^۹ بود (به‌عنوان مثال الکساندر^{۱۰}، ۱۹۵۰). این حوزه، که سخت تحت تأثیر روان‌کاوی بود، اینک رو به افول گذارده است و کمتر کاربرد عملی از خود به یادگار گذاشته است (شوارتز^{۱۱} و ویس^{۱۲}، ۱۹۷۸)؛ اما این اثر تأسّف‌بار را داشته است که در مواردی مسائل موردنظر در درمان روان‌شناختی عوارض جسمی، "جملگی متعلق به ذهن [یا روان]" تلقی شوند.

دیگری، رویکرد جدیدتری است به نام پسیکوفیزیولوژیک^{۱۳}. این نگرش، به جای طبقه‌بندیهای تشخیصی، اهمیت فرایندهای روان‌شناختی را مورد تأکید قرار داد. اساس این رویکرد، کارهای تجربی است که در آنها پاسخهای فیزیولوژیک، در جریان آزمایش‌های^{۱۴} تجربی، که فرایندهای روان‌شناختی خاصی را مورد واریسی قرار می‌دهند، اندازه‌گیری می‌شوند (مانند گوش دادن به محرکها از طریق فشار دادن به دگمه، هر بار که محرکی اتفاق می‌افتد). در چنین آزمایشهایی، هدف بررسی این مسأله است که آیا انواع خاصی از محرکها یا واکنشهای

1. somatic problems

2. Paul M.Salkovskis

3. Lipowski

4. Galen

5. passions

6. psychosomatic medicine

7. asthma

8. eczema

9. ulcer

10. Alexander

11. Schwartz

12. Weiss

13. psychophysiological

14. tasks

روانی، همیشه واکنشهای فیزیولوژیک مشخصی پدید می‌آورند (اختصاصی‌گری^۱ محرک - پاسخ)؛ و آیا افراد مختلف، به شیوه‌های مشخصی به محرکها، واکنش نشان می‌دهند (اختصاصی‌گری فرد - پاسخ). بنابراین، استرس‌زاهای خاصی، ممکن است در ایجاد اختلالهای مخصوصی در افراد آسیب‌پذیر، اهمیت داشته باشند. به کمک این مفاهیم، می‌توانیم توضیح دهیم که چرا عده‌ای در پاسخ به استرس، دچار سر درد می‌شوند و عده‌ای نه، و چرا برخی از استرسها سردرد را آشکار می‌سازند و برخی نه.

ذکر این نکته مهم است که بیشترین تجربه درباره اختلالهای جسمی، ابتدا از بیمارانی حاصل آمده بود که پس از چندین بار مراجعه به پزشک، ارائه درمانهای غیر مؤثر و شنیدن تعداد مختلفی از توجیه‌های بالقوه ضد و نقیض درباره مسأله، مورد بررسی قرار می‌گرفتند. امروزه تأکید بیشتری بر کار "رابط"^۲ 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).

رویکردهایی به مسائل جسمی

درک رویکردهای روان‌شناختی به مسائل 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 مسؤولیت در درمان، اشاره خواهد شد.

اثر دیگر این نوع الگوی ارجاع، این است که عده‌ای از متخصصان بالینی و پژوهشگران

1. specificity

2. liaison work

روان‌پزشکی، پدیده‌هایی مانند "خود - بیمارانگاری"^۱، سردرد یا اختلال خواب را، ثانویه به مجموعه نشانگان دیگر بالینی، بیشتر از همه افسردگی، تلقی می‌کنند (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^۲ (۱۹۷۰) پذیرفته شده است که بهترین توصیف پاسخهای روان‌شناختی را می‌توان برحسب تعامل بین نظامهای پاسخی تقریباً وابسته: ذهنی^۳، رفتاری، و فیزیولوژیک، ارائه داد. این نگرش، این مفهوم را با خود به همراه آورد که *مداخله‌های رفتاری* یا شناختی می‌توانند در فیزیولوژی، اثر داشته باشند و بنابراین شالوده کارهای بعدی زیادی را در پزشکی رفتاری^۴، پی افکند (لاتی مر، ۱۹۸۱). زمینه مهم دیگری که در آن رویکردهای روان‌شناختی در مسائل جسمی به کار گرفته شد، کنترل ارادی و آموخته پاسخی فیزیولوژیک و شناخته شده تحت عنوان پسخورد زیستی^۵ بود (برک، ۱۹۷۳). سنجشهای فعالیت فیزیولوژیک، به بیمار ارائه می‌شود و از او خواسته می‌شود این الگوها را تغییر دهد. اما دورنمای درمانی پسخورد زیستی، به اثبات نرسیده است. حتی موقعی که کنترل فراگرفته می‌شود، به خوبی به محیطهای بیرون از آزمایشگاه، تعمیم پیدا نمی‌کند و به ندرت، اثری بیش از بهبود بالینی حاصل از کاربرد سایر روشها، مانند آرمش، فراهم می‌آورد. 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 روان‌شناختی، در سه دسته بزرگ قرار می‌گیرند:

- (۱) مسائلی که در آنها اختلالهای قابل مشاهده و قابل تشخیصی در کارکرد جسمی وجود دارد؛
- (۲) مسائلی که در آنها اختلالها در درجه اول، به علایمی که بیمار در خود احساس می‌کند، و نیز حساسیت و یا واکنش افراطی نسبت به احساسهای جسمی بهنجار، مربوط می‌شود؛ و
- (۳) آمیزه‌ای از هر دو.

مسائلی عمده‌ای که در این سه دسته قرار می‌گیرند در جدول ۱ - ۱ نشان داده شده‌اند. در واقع، همپوشانی قابل ملاحظه‌ای بین این دسته‌ها وجود دارد (به عنوان مثال، افراد خود - بیمارانگار، غالباً به نشانه‌های فرعی مانند سردردها یا لکه‌های پوستی، واکنش نشان می‌دهند). با این همه،

1. hypochondriasis 2. Lang 3. subjective 4. behavioral medicine
5. biofeedback

میزان آسیب جسمی می تواند در مداخله های به کار گرفته شده و آماجهای درمانی، اثر داشته باشد. در میان شایع ترین مسائلی 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^۱ و خود-بیمارانگاری. از آنجا 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 مورد توجه 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^۲ (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 تری مورد نیاز است. 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 کناری شناختی-رفتاری، فراهم می کند. این فرضیه، با تشخیص عواملی که در حال حاضر، مسأله بیمار و ناراحتی تجربه شده را تداوم می بخشند، ضابطه بندی می شود. آنگاه، 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 اختلالات اضطرابی همراهند) و نیز در بیمارانی که شکایتهای جسمی

1. irritable bowel syndrome

2. anxiety about health

جدول ۱ - ۱. مسائل جسمی عمده که در آنها مؤلفه روان‌شناختی 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:	
نشانیگان روده تحریک پذیر	درد در ناحیه شکم و تغییر در عادت دفع که شامل یبوست و / یا اسهال می‌شود.
فشار خون	فشار خون 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 می‌دهد: 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 ^۱ ، خوابگردی ^۲ ، شب‌اداری ^۳ ، مسائل حرکتی (دندان‌سای ^۴ ، کوبش سر شبانه ^۵) وقفه تنفسی ^۶ در خواب، خرناس ^۷
استفراغ روان‌زاد	
اشکال در بلعیدن و خوردن	
عوارض پوستی	ضایعات، تحریک پذیری یا بثورات پوستی که اغلب با خارش، وضع بدتری پیدا می‌کند (اگزما، پسوریازیس)
۲. مسائلی که در آنها یک اختلال عمدتاً به نشانه‌های ذهنی (تصویری) مربوط می‌شوند، حساسیت به احساسهای جسمی بهنجار و یا واکنش شدید در برابر این احساسها	
خود - بیمار انگاری	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 توجه نیست؛ "مقاومت" در برابر "اطمینان خاطر" پزشکی؛ شامل بیماری - هراسی نیز می‌شود.
اختلال جسمی سازی ^۸	بسیاری از شکایتهای جزئی فیزیکی، با این اعتقاد بیمار مشخص می‌شوند که "بیمارگونه‌اند"
(بروز جسمانی)	اشتغال ذهنی درباره درد
اختلال درد با علت نامشخص ^۹	از بین رفتن و یا تغییر کارکرد فیزیکی که اختلال جسمی را القا می‌کند.
تبدیل هیستریک	اشتغال ذهنی با یک نقص تصویری به ظاهر فیزیکی
بدریختی هراسی ^{۱۰}	

1. nightmare	2. sleepwalking	3. enuresis	4. bruxism
5. nocturnal head rocking		6. sleep apnoea	7. snoring
8. somatization	9. Idiopathic	10. dysmorphophobia	

جدول ۱ - ۱.۱ (ادامه)

۳. مسائلی که در آنها زیر ساخت نشانه‌ها متغیر و یا نامطمئن است	
سردرد	درد در ناحیه سر (و از آن جمله در صورت) که به سردرد میگرن و تنشی تقسیم می‌شود، و ممکن است به ترتیب، ناشی از اختلالات 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
نشانه‌های دهلیزی	سرگیجه، وزوزگوش ^۱
درد مزمن	دردی که پس از دوره عادی درمان نیز همچنان ادامه دارد و یا ناشی از یک عارضه قهقرایی است - شامل درد قسمت پایین پشت نیز می‌شود.

اختلالات خورد و خوراک (بی‌اشتهایی، پراشتهایی روانی)، حملات آسمیگی، و مسائل جنسی در فصلهای ۳ و ۸ و ۱۱ شرح داده شده‌اند.

آنها ناشی از یک عارضه دیگر روانی است (مانند افسردگی و بی‌اشتهایی؛ حمله آسمیگی و نشانه‌های قلبی [کی‌تون، ۱۹۸۴ فصل ۳]). در هر مورد، مفهوم‌سازی [فرمول‌بندی] روان‌شناختی، بسیار مهم است.

مفهوم‌سازی کلی درباره مسائل جسمی توأم با مسأله روانی

امروزه، در حیطه روان‌شناسی پزشکی و پزشکی رفتاری، چند مدل نظری، در تبیین کارایی طیفی از درمان‌های روان‌شناختی، کاربرد دارند. در این باره دو رویکرد عمده وجود دارد:

(۱) پذیرش چارچوب تشخیص پزشکی، و بعد به کارگرفتن اصول روان‌شناختی در این چارچوب، با این فرض که عوامل روان‌شناختی مختلفی، در تشخیص‌های مختلف نقش دارند؛

(۲) پذیرش یک چارچوب مفهومی عمدتاً روان‌شناختی، به کارگیری اصول روان‌شناختی در مورد بیمارانی که تشخیص‌های اختصاصی درباره آنها به عمل آمده است (مارتو^۲ و جانستون^۳، ۱۹۸۷)، با توجه به گروه‌های تشخیصی پزشکی خاص به عنوان مسأله‌ای ثانویه.

1. tinnitus

2. Marteau

3. Johnston

گزینه دوم بیشتر با رویکرد شناختی - رفتاری، هماهنگی دارد و در این جا پذیرفته می شود. اگرچه نمی توان از یک چارچوب مفهومی واحدی در توجیه مسائلی که همه بیماران تجربه می کنند، سود جست، اما مفاهیم مشترکی وجود دارند که در درمان روان شناختی اکثر مسائل جسمی، صدق می کنند. خلاصه ای از این مفاهیم در زیر آمده است:

۱. بیماران معمولاً اعتقاد دارند که مسائل آنها علت یا تظاهراتی فیزیکی دارد. این برداشت ممکن است درست، اغراق آمیز و یا کاملاً نادرست باشد. اما اگر بیماران این اعتقاد مخدوش یا غیر واقع نگرانه را داشته باشند که کارکرد جسمی آنها دچار اختلالی خطرناک است و یا دچار این اختلال خواهد شد، این اعتقاد منشأ اشکال و اضطراب خواهد بود.

۲. بیماران، اعتقادهای اغراق آمیز خود را براساس مشاهداتی استوار می کنند که ممکن است این اعتقادهای را در نظر آنها درست جلوه دهند. ممکن است نشانه ها و علایمی وجود داشته باشند که به نادرستی، به عنوان شاهد اختلال جسمی تفسیر شوند و یا ممکن است درک بیمار (یا سوء تعبیر بیمار) از صحبت هایی که با کارآزمایان پزشکی 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 شواهدی بر اختلال جدی به حساب می آیند.

۳. مسائل جسمی بیمار، به دو معنی، تهدیدآمیز به شمار می روند. این هر دو شق، 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 تصویری (ذهنی) ممکن است شامل تغییراتی در خلق، شناختارها^۱، 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 تصویری (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 علت فیزیکی بوده‌اند، ممکن است بعدها از طریق عوامل روان‌شناختی، تداوم پیدا کنند.

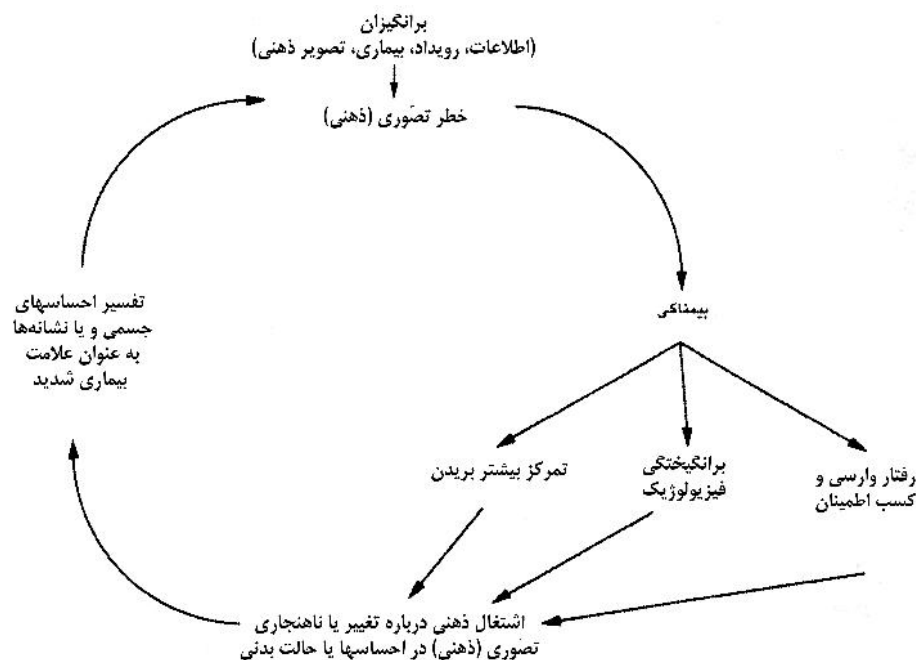
مفهوم‌سازی خود - بیمارانگاری و اضطراب درباره سلامت

خود - بیمارانگاری موقعی به وجود می‌آید که اضطراب درباره سلامت، یا به شکل ترس از مبتلا بودن به یک بیماری جدی جسمی و یا به شکل اعتقاد درباره ابتلا به این بیماری، به صورت اختلال مسلطی درآید. بسیاری از بیماران مبتلا به اختلالات جسمی اختصاصی، میزان کمتری از این اضطراب را - اضطراب درباره سلامت خودشان - تجربه می‌کنند. یکی از کارهای اولیه در درمان روان‌شناختی 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 روان‌شناختی، راه می‌دهد. ارزیابی مسأله خاص جسمی، ممکن است عوامل نگه‌دارنده 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 سلامت، در درمان مسائل جسمی، غالباً هدفی است که می‌توان به سرعت به آن، دست یافت. این کاهش اضطراب، اثربخشی سایر مداخله‌های درمانی را هم بیشتر می‌کند. مخصوصاً مواقعی که اضطراب سلامتی از ابتدا شدید باشد. نمونه مهم آن، اثر باورهای سلامتی، در پذیرش برنامه‌های پزشکی است (بکر، میمن، کرچت، هیفنر، درچمن و تیلور، ۱۹۷۹).

عوامل مؤثر در اشتغال ذهنی بیمار درباره سلامت

در تصویر ۱-۱ راههای عمده در عملکرد عوامل روان‌شناختی که باعث تداوم اضطراب و اشتغال ذهنی درباره سلامت می‌شوند، نشان داده شده است. ذکر این نکته مهم است که در بسیاری از بیماران، این عوامل جسمی و روان‌شناختی با سایر سازوکارهای ذی‌نقش در تداوم تغییرات جسمی، تعامل پیدا می‌کنند. این ارتباط، به شکل تعامل است و نه تحت‌الشعاع قراردادن آنها.

افزایش در سطح برانگیختگی فیزیولوژیک این تغییر، از ادراک خطر، نشأت می‌گیرد 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



تصویر ۱-۱. سازوکارهای فرضی تداوم در خود - بیمارانگاری

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 تحریک‌پذیر، 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 معده‌اش حالت به‌هم‌خوردگی 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 پریده اند و لکه‌هایی روی آنها دیده می‌شود. او آنها را به‌عنوان نشانه‌ای از «مسأله هورمونی» تلقی کرد. این توجه، فوق‌العاده برای او ناراحت‌کننده بود و نمی‌توانست باور کند که در گذشته توانسته مسأله‌ای به این اهمیّت 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). به‌عنوان مثال، بیمار ممکن است متوجه اشکال در بلعیدن غذاهای خشک بشود و این را به‌عنوان سرطان گلو تفسیر کند. آنگاه تمرکز بر عمل بلعیدن، به کوشش بی‌مورد و افزایش ناراحتی و اشکال می‌انجامد. تجربه درد از طریق تمرکز (مل‌زک^۱، ۱۹۷۹)، مستقل از شیوه تفسیر درد، افزایش می‌یابد.

رفتارهای رویگردانی (اجتنابی) برخلاف بیماران هراسی، بیمارانی 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، نشانه‌های جسمی از قبیل برجستگیهای زیر پوست). اما توجه آنها ممکن است از طریق عوامل خارجی مانند مطالعه درباره بیماریهای خاص و یا پرس‌وجو از همسری نگران، به این محرکهای درونی، جلب شده باشد. بیماران، به‌ندرت می‌توانند به‌طور کامل از محرکهای اضطراب‌انگیز، اجتناب کنند. بنابراین، به جای آن، به رفتارهایی متوسل می‌شوند که به منظور کاهش در ناراحتیهای جسمی، بروز داده می‌شوند و نیز رفتارهایی که به عقیده آنها می‌توانند جلو فاجعه ترسناک را بگیرند. این اعتقاد که خطر دفع شده است، باورهای بیمار را تداوم می‌بخشد؛ باورهایی مانند "اگر از افشانه^۲ تنفسی استفاده نکرده بودم، احساس خفگی پیدا می‌کردم و می‌مُردم" و یا "هیچ‌وقت ورزش نمی‌کنم، چون ممکن است مرا از پای درآورد".

در پاره‌ای از بیماران مستعد اضطراب درباره سلامت خود، رفتارهایی از قبیل واریسی بدن و کسب اطمینان، از طریق کاهش موقت اضطراب، تقویت می‌شود - چنان‌که در بیماران وسواسی نیز چنین است - اما این، به قیمت افزایش درازمدت اضطراب و اشتغال ذهنی تمام می‌شود (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 می‌گیرد (و بنابراین خطر درازمدت، کاهش پیدا می‌کند). در واقع، واریسی و کسب اطمینان، توجه بیمار را بر ترسهای خود، جلب می‌کند و مانع خوگیری^۳ نسبت به محرکهای اضطراب‌انگیز می‌شود. در مواردی، ناراحتی مداوم، اختلال در رفتار بهنجار، و مراجعه مکرر برای مشاوره و بررسیهای

1. Melzack

2. inhaler

3. habituation

پزشکی و کسب اطمینان، پزشکان «دلسوز» را ترغیب می‌کند به مداخله‌های پزشکی جدی‌تری بپردازند: از آن جمله جراحی و یا استفاده از داروی قوی. بیماران، این اقدامات را به عنوان تأییدی بر ترسهای خود، تلقی می‌کنند و این باعث می‌شود که نشانه‌ها و شکایتها وضع بدتری پیدا کند. گاه نشانه‌های ایاتروژنی^۱ (درمان‌زاد) تازه‌ای بر نشانه‌های قدیمی افزوده شود (از قبیل عوارض جانبی درمان‌های دارویی).

بعضی از رفتارها اثر فیزیکی مستقیم‌تری در نشانه‌های بیمار دارند. به‌عنوان مثال، بیماری که متوجه ضعف مداوم در خود شد، فعالیت‌های خود را کم کرد، ورزش را متوقف ساخت و از میزان پیاده‌روی خود کاست. پس از چند ماه، متوجه شد که ضعفش بیشتر می‌شود (عملاً بر اثر پیدا کردن وضع نامناسب) و این خود ترسهای اولیه او را که مبتلا به تصلب چندگانه^۲ شده است، تأیید می‌کرد. بیماران دارای درد، غالباً میزان ورزش را کم می‌کنند و برای کم کردن درد خود، وضعیت‌های افراط‌آمیزی پیش می‌گیرند. در نتیجه این رفتار، درد، (که ممکن است در اصل، عضلانی بوده باشد) شدیدتر می‌شود و بیمار شروع می‌کند به تجربه درد در سایر عضلات که به‌طور مداوم در وضعیت‌های نامساعدی، به کار گرفته می‌شوند. بیماری که در بیضه‌های خود احساس درد می‌کرد، مرتب آنها را فشار می‌داد تا ببیند هنوز درد دارند یا نه. او این کار را به مدتی تا ۱۵ دقیقه انجام می‌داد 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 داروی نامناسب (تجویز شده یا نشده)، کمرست و شکم‌بند، عصا، چوب زیر بغل و غیره.

باورها و سوء تعبیر نشانه‌ها، علایم و گزارش‌های پزشکی مهم‌ترین جنبه اضطراب درباره سلامتی و یکی از مؤلفه‌های پراهمیت در شکایتهای بسیاری از بیماران دارای مسائل جسمی، سوء تعبیر تغییرات بی‌ضرر جسمی و یا اطلاعات گرفته شده از پزشکان، دوستان و یا رسانه‌های گروهی است. بیماران، این تغییرات و سخنان را به عنوان دلیلی بر این که گرفتار مسأله‌ای شدیدتر - از آنچه واقعیت دارد - هستند، تفسیر می‌کنند. این امر مخصوصاً موقعی صدق می‌کند که باورهای اغراق‌آمیز بیماران درباره ماهیت نشانه‌ها یا بیماری، در ارتباط با اطلاعات مربوط به بیماری، به سویمندی تأییدی^۳ بیانجامد. در نتیجه، این‌گونه بیماران، به‌طور انتخابی، اطلاعات هماهنگ با باورهای منفی خود درباره مسأله را مورد توجه و یادآوری قرار می‌دهند. به‌عنوان مثال، بیماری به‌علت داشتن سردرد و سرگیجه، به متخصص اعصاب مراجعه کرد و او گفت که اگر بیمار، غده مغزی داشت، شدت ناراحتی‌اش بیشتر بود و او را می‌کشت. بیمار که معتقد بود که هر احساسی

1. iatrogenic

2. multiple sclerosis

3. confirmatory bias

جدول ۲ - ۱. سهم اجزای شناختی، فیزیولوژیک و رفتاری در تداوم مسائل شایع جسمی

برانگیختگی فیزیولوژیک	اجتناب از فعالیتهای	واریسی، کسب اطمینان	سوء تفسیر نشانه‌ها	خُلق ناپس‌مان
+/-	+	+	+/-	-
+	-	-	-	-
+/-	-	-	+/-	+/-
-	+	++	++	+/-
+/-	++	++	+	+/-
+	+	+/-	+/-	-
+/-	+	+	++	-

+ عامل مهم؛ ++ عامل بسیار مهم؛ - عاملی که به ندرت مهم است؛ +/- این عامل می‌تواند مهم باشد اما ممکن است وجود نداشته باشد.

در سر، نشانه‌های چیزهای خطرناک در داخل کاسه سر است، بعدها به درمان‌گرش گفت که متخصص اعصاب به او گفته بود که او دارای غده مغزی گشوده‌ای است، چون علائم خود را بیشتر مورد توجه قرار می‌داد و فکر می‌کرد که غده‌ش وخیم‌تر می‌شود. او معتقد بود که متخصص اعصاب با گفتن این که او مسأله جدی ندارد، می‌خواسته "موضوع را با ملایمت به اطلاع او برساند".

در اکثر عوارض جسمی، جنبه‌هایی از این عوامل ممکن است مستقیماً در تداوم مسأله و همین‌طور در اضطراب درباره سلامتی، نقش داشته باشند. اهمیت نسبی این عوامل و اختلال خلق (مخصوصاً افسردگی) در تداوم مسائل شایع جسمی، در جدول ۲-۱ آمده است.

گستره مسأله

گزارش‌های مختلفی درباره شیوع مسائل جسمی وجود دارد. اما روشن است که مسائل فوق‌العاده 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. با این همه، تخمین زده شده است که ۳۰ تا ۸۰ درصد بیمارانی که به پزشکان عمومی مراجعه می‌کنند، علائمی از خود بروز می‌دهند که توجه به مبانی جسمی نمی‌تواند به طور کامل، میزان ناراحتی تجربه‌شده را توجیه کند (بارسی و کلرمن، ۱۹۸۳). فقط مسائل بسیار مقاوم و پیچیده هستند که در درمانگاه‌های روان‌پزشکی مورد درمان قرار می‌گیرند.

ارزیابی

معرفی ارزیابی و فراهم کردن شرایط آن

بیمارانی که معتقدند به نادرستی برای درمان روان‌شناختی ارجاع داده شده‌اند - چرا که مسأله‌شان به طور کامل جسمی است (بنابراین مستلزم درمان جسمی هم هست) - باید در مورد ارزیابی و هدف آن، آگاهی‌هایی کسب کنند. این باورها مخصوصاً مصاحبهٔ اولیّه 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 روان‌شناختی، می‌خواهد با او ملاقات کند. یکی از کارهای اولیّهٔ درمانگر، کشف بازخورد بیمار نسبت به ارجاع و مخصوصاً توجه بر هر نوع فکری است که ممکن است بیمار دربارهٔ پی‌آمدهای این ارجاع داشته باشد. به عنوان مثال، می‌توان از بیمار پرسید: "وقتی پزشک شما مطرح کرد که می‌خواهد شما را برای مشاورهٔ روان‌شناسی 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 روان‌شناختی نیستند، اما ممکن است در آنها عوامل روان‌شناختی، نقش داشته باشند. به عنوان مثال، اغلب از من می‌خواهند 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 مسألهٔ جسمی واقعی وجود دارد، اما درمان روان‌شناختی، می‌تواند از طریق کاستن از فشاری که در این مسأله، نقش دارد، و یا کاستن از فشار دیگری که خود مسأله ایجاد می‌کند و یا از طریق کمک به افراد که بتوانند با مسألهٔ خود سازگاری پیدا کنند، مفید واقع شود. عملاً بسیار نادرست است اگر کسی پیدا شود که حداقل دربارهٔ مسألهٔ خود، صرف‌نظر از آن که علت اصلی چه باشد، نگران نباشد."

شیوهٔ مفید دیگر این است که به بیمار بگوییم:

"من در این مرحله، اطلاعات کمی دربارهٔ "مسائل شما دارم. هدف از این مصاحبه این است که بیشتر دربارهٔ مسائل شما بدانم و نیز چگونگی اثر آنها بر شما. ممکن است نیاز به کمک روان‌شناختی داشته باشید و یا نداشته باشید - لازم نیست که در این مرحله در این باره تصمیم بگیرید. چیزی که می‌خواهم

این است که مسأله تان را بحث کنیم و بعد ببینیم که آیا چیزی هست که بتوانیم در آن باره کاری انجام دهیم. آن‌گاه می‌توانیم صحبت کنیم که آیا درمانی از نوع درمان من، مفید است یا نه.

گاه لازم می‌آید 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 این‌کار در این مرحله، نه لازم است و نه مطلوب. تا زمانی که درمانگر به یک فرمول‌بندی روان‌شناختی قطعی درباره مسأله بیمار نرسیده است، هیچ درمانی نباید پیشنهاد شود. علی‌رغم استفاده از این تکنیکها، عده کمی از این بیماران، در بیان چیزی جز علایم جسمی، از خود مقاومت نشان می‌دهند. در مورد این بیماران، درگیر ساختن آنها در ارزیابی، باید همراه با طرح کلی مورد استفاده برای شروع درمان باشد.

به عنوان مثال، درمانگر می‌تواند بگوید، "من فکر می‌کنم که تردید شما در مورد بحث درباره جنبه‌های روان‌شناختی مسأله تان، بجاست، چون مسأله تان را کاملاً جسمی می‌دانید. با این همه، آیا در طی شش ماه گذشته، لحظه‌ای وجود داشته است که در حدی، حتی کوچک‌تر از یک صدم، در این باره، شک کنید؟" پس در آن صورت، فعلاً می‌توانیم آن شک را به عنوان شقی در تمرین در نظر بگیریم تا مطمئن شویم که در برخورد با مسأله، هر امکانی را منظور کرده‌ایم. بنابراین به یاد داشته باشید که، فقط درباره حداقل میزان شک، صحبت می‌کنیم....»

ارزیابی کلی

مصاحبه ارزیابی، مطابق با آن چه در فصل ۲ جلد اول بحث شد، پیش می‌رود. در این مصاحبه، بر عوامل همراه فیزیولوژیک و اعتقاد بیمار درباره حالت‌های جسمی‌اش، تأکید می‌شود (خلاصه‌ای از نکات اصلی ارزیابی، در جدول ۳-۱ آمده است). هر رویداد، فکر، تصویر ذهنی، احساس رفتاری که مقدم بر مسأله و یا همراه آن است، مورد توجه قرار می‌گیرد. به عنوان مثال، از بیماران دارای سردرد، سؤال می‌شود که آیا متوجه چیزی شده‌اند که مسأله را بهتر یا بدتر بکنند؟ آیا متوجه الگویی در ارتباط با روز هفته، زمانی از ماه و یا سال شده‌اند؟ وقتی دچار سردرد می‌شوند، در آن زمان در ذهن‌شان چه می‌گذرد؟ وقتی علایم، بدترین وضع را پیدا می‌کنند، آیا آن چه بیماران فکر می‌کنند بدترین چیزی است که ممکن است اتفاق بیفتد؟ بیمارانی که بسیار مضطربند، اغلب درگیر افکاری هستند درباره آن چه در نهایت برایشان اتفاق خواهد افتاد؛ اگر چه برانگیختن این افکار، ممکن است بسیار دشوار باشد. این اشکال، مخصوصاً موقعی مشخص

جدول ۳ - ۱. خلاصه‌ای از زمینه‌های اصلی ارزیابی

مصاحبه

- باز خورد بیمار نسبت به ارجاع و مسأله؛
- جزئیات مسأله: شناختی، فیزیولوژیک، رفتاری و عاطفی؛ تاریخچه‌ای از درمان‌های قبلی؛
- چه چیزی، مسأله را بدتر و چه چیزی بهتر می‌کند؛
- میزان ناتوانی: از لحاظ اجتماعی، حرفه‌ای و اوقات فراغت؛
- اعتقاد درباره منشأ، علت و سیر بیماری؛
- اعتقاد عمومی درباره ماهیت و معنای علائم.

خود - بازنگری

- یادداشت روزانه درباره مسأله، افکار مربوط، خلق، رفتار، مصرف دارو، پی‌آمد مسأله؛

پرسشنامه‌ها

- اضطراب، افسردگی، پرسشنامه‌های اختصاصی؛

سنجشهای فیزیولوژیک

- سنجشهای اختصاصی به عنوان ملاک در موارد مناسب؛
- مشخص ساختن هر تغییر مورد توجه در کارکرد جسمی مربوطه.

می‌شود که بیماران فعالانه سعی بکنند که ترسهایشان را مورد توجه قرار ندهند. در این گونه اجتناب شناختی، کوشش برای فرونشانی افکار فاجعه‌بار (گاه از طریق کسب اطمینان به شیوه‌ای جنون‌آمیز درباره علائم تجربه شده) ممکن است به رخنه و نفوذ مکرر و ناخوشایند افکار یا تصاویر ترس‌آور، منجر شود.

بنابراین، اثر این اجتناب شناختی، افزایش متناقض نمای اشتغال ذهنی درباره ترسهای مبهم از "بدترین" است. نمونه آن، بیماری بود که متوجه شد وقتی نگران است، دچار تنش شدید می‌شود. 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 راه‌حل پزشکی می‌گشت، چون معتقد بود که این احساس، علامت بیماری مهلکی است. اما شیوه سودمندتر در سوال این است که بپرسیم "فکر می‌کنید علت مسأله تان چیست؟"، "به نظر شما این عامل چگونه می‌تواند علائمی در شما ایجاد کند؟" درمانگر باید درباره تصاویر ذهنی^۱ (دیداری) مربوط به مسأله، پرس و جو کند. به عنوان مثال، بیماری که از درد پا شکایت داشت توانست به

1. visual images

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: "علائم 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 وخیمی داشته باشد. این گونه باورها ممکن است بر اثر تجربه شخصی و یا نمونه هایی که از طریق رسانه ها به اطلاع عموم می رسد، به وجود آمده باشد. ارزیابی این باورها قسمت مهمی از ارزیابی اولیه را تشکیل می دهد. در مراحل بعدی درمان، می توان با چالش با آنها برخاست، آن گونه که در فصلهای ۳ و ۶ جلد اول توضیح داده شده است. مسأله مربوط دیگر، سبک شناختی فراگستری است که برخی از بیماران، درباره سلامتی، اتخاذ می کنند.

به عنوان مثال، بیماری مرتب به درمانگر خود می گفت 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 بوده ام که باید علت مسأله را دریابد. برای مثال، برای آن که بینم چرا ماشینم صدایی می دهد اجزای ماشین را به طور کامل پیاده می کنم؛ چون صدا به این معنی است که اشکالی وجود دارد و بدتر می شود" بنابراین گفتن این که "از نظر ما دلیلی وجود ندارد که این علائم مربوط به عارضه ای جدی باشند"، چندان کمکی نخواهد کرد، مگر آن که این باورها تغییر پیدا کنند.

رفتارهایی که به عنوان پسایند علائم یا اضطراب بیمار، اتفاق می افتند، به تفصیل ارزیابی می شوند. این رفتارها شامل هر چیزی می شود که بیماران عملاً انجام می دهند (مانند رفتن به خانه، دراز کشیدن، قرص خوردن) و نیز اعمالی که جنبه ارادی 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 می کنند، مورد پرس و جو قرار می گیرد. از بیمار سؤال می شود "وقتی مسأله، موجب ناراحتی تان می شود، 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 حلّ 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 دربارهٔ اجتناب شود که از علائم و اضطراب و نیز هر فکر مرتبط با آنها، خبر می‌دهد. برای مثال بیماران اغلب گزارش می‌کنند که طبق عادت، از فعالیت بی‌مصرف، پرهیز می‌کنند، اما نمی‌توانند فکر مربوط به آن را تشخیص دهند. درمانگر می‌تواند بپرسد "اگر قادر نبودید از آن فعالیت اجتناب کنید... در آن صورت بدترین چیزی که ممکن بود اتفاق بیفتد، چه می‌توانست باشد؟" بیماران مبتلا به درد، خود-بیمارانگاری، روده تحریک‌پذیر و سردرد، اغلب رفتارهای انتظاری از این قبیل دارا هستند و بنابراین نمی‌توانند بلافاصله، افکار منفی قابل تشخیص را گزارش کنند. اجتناب در این جا مشابه آن چه در اضطراب هراسی دیدیم عمل می‌کند (مراجعه شود به فصل ۴، جلد اول) و مشابه آن ارزیابی می‌شود. به عنوان مثال، این سؤال مطرح می‌شود: "آیا کارهایی هست که این مسأله، مانع انجام دادن آنها می‌شود؟"

وقتی شرح کلی مسأله، فراهم آمد، توصیف بُره‌های اخیر، خواسته می‌شود. این‌کار را می‌توان از طریق نقل اتفاق اخیری که بیمار به یاد می‌آورد، 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 می‌شود، چه بود؟" با ادامه توضیح، می‌توان سؤالیهای مفید دیگری کرد، مانند "وقتی متوجه شدید که درد شدیدتر می‌شود، از ذهن‌تان چه گذشت؟"، "بعد چه اتفاق افتاد؟"، "در آن موقع، بدترین چیزی که می‌توانست اتفاق بیفتد، چه بود؟" آیا سعی کردید جلوی این اتفاق را بگیرید؟"، "در آن صورت، چه کاری می‌خواستید بکنید؟"

خود-بازنگری^۱

به ندرت، می‌توان بلافاصله پس از نخستین جلسه ارزیابی، فرمول‌بندی کاملی ارائه داد؛ در ارزیابی‌های دیگر، باید دوره‌ای از خود-بازنگری (که در عین حال به عنوان خط پایه^۲ برای سنجش کارایی درمان می‌توان از آن استفاده کرد) و تکمیل پرسشنامه‌های خود-سنجی نیز منظور شود. وقتی خود-بازنگری شروع شد، از بیمار خواسته می‌شود دربارهٔ متغیرهای مربوط (مانند مسأله آماجی، افکار مربوط به بُره‌ها، خلق کلی و رفتارها)، آن گونه که در فصل ۲ جلد اول توضیح داده شده است، یادداشت‌هایی تهیه کند. درمانگر باید تأکید کند که در این مرحله، بیماران باید افکار و رفتارهای مربوط به مسأله را توضیح دهند، به جای آن که بخواهند بین آنها ارتباط برقرار کنند.

1. self-monitoring

2. baseline

معمولاً پس از آن که درمانگر، مدارک پزشکی و روان‌پزشکی را - در صورت موجود بودن این مدارک - بررسی کرد، حداقل یک جلسه ارزیابی دیگر، سودمند خواهد بود. در این فاصله زمانی، می‌توان از بیمار خواست داده‌هایی درباره خود - بازنگری گردآوری کند تا مورد بحث قرار گیرند. جنبه‌هایی از تاریخچه بیمار که ممکن است میزان ناراحتی تجربه شده را در بیمار تشدید کند، باید منظور شود. به عنوان مثال، دوندۀ رقابت‌جوی برجسته‌ای، به دنبال سقوطی که در طی آن، پاهای او به شدت آسیب دید - به طوری که دیگر قادر نبود دوباره به خوبی راه برود - درد مزمن و چاقی پیدا کرد؛ او هر وقت متوجه درد می‌شد، این فکر به سراغش می‌آمد: "اگر من نتوانم دو مرتبه بدوم، زندگی ارزشی ندارد. هیچ چیز ارزشی ندارد".

باید با پزشکان و سایر متخصصانی که در حال حاضر در کار درمان بیمار شرکت دارند، تماس گرفته شود و از آنها نظرخواهی شود و دخالت درمانگر به اطلاع آنها برسد. مهم است که حدود و قیود پزشکی که ممکن است خود را بر درمان تحمیل کند، مشخص شود و در آن باره، توافقی حاصل شود. درمان غالباً شامل کاهش دارو، برنامه‌های ورزشی (تمرین) و غیره می‌شود. این کارها باید با همکاری پزشکهای مربوطه صورت گیرد. در جلسه بعدی، نتایج خود - بازنگری بررسی می‌شود و فرآیند درگیر ساختن بیمار در درمان، آغاز می‌شود.

خود - بازنگری، ممکن است فردی (موردی) یا میزان شده باشد. نمونه‌ای از کاربرد برگه خود - بازنگری میزان شده در مورد بیمار مبتلا به سردرد، در تصویر ۲ - ۱ نشان داده شده است. خود - بازنگری معمولاً بر اساس یادداشت روزانه، فراهم می‌آید. و در آن، متغیرهایی منظور می‌شوند که در ارزیابی اولیه، مهم تشخیص داده شده‌اند. اگر چه سنجشهای معیاری (مانند شدت سردرد) ثابت نگه داشته می‌شود، سایر جزئیات گزارش شده در یادداشت روزانه (مانند افکاری درباره غده مغزی، رویدادهای استرس‌زا، رفتارهای مقابله‌ای)، ممکن است با پیشرفت درمان، تغییر پیدا کنند و فرمول‌بندی، مورد تجدید نظر قرار گیرد. کاربرد و کارایی تکنیکهای مقابله‌ای که در جریان درمان فراگرفته شده‌اند نیز ممکن است در مراحل بعدی، گزارش شود.

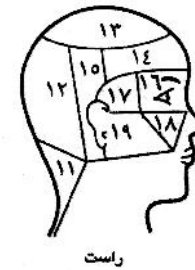
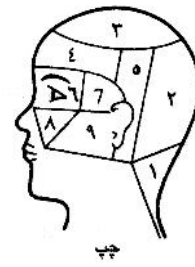
به عنوان مثال، ارزیابی بیماری که دارای درد مزمن بوده نشان داد که او فعالیت‌های جسمی خود را محدود کرده است و بیشتر صبحها را در رختخواب می‌گذراند. یادداشت روزانه درباره فعالیتها نشان داد که او عصرها و شبها معمولاً در یک وضعیت، روی تخت دراز می‌کشد. از او خواسته شد که در یادداشت روزانه‌اش، افکار و خلق خود را نیز هر بار که ساعت، وقت را اعلام می‌کند، یادداشت کند (اعلام ساعت، به عنوان نشانه قابل تشخیصی برای یادداشتهای او عمل می‌کرد). معلوم شد که افکار حزن‌انگیز او بر محور ناامیدی درباره آینده، دور می‌زند و این به بحثی درباره نقش نافع‌الی ذهنی و نیز جسمی، منجر شد و شیوه‌هایی که او بدان طریق می‌توانست موقعیت خود را صرف‌نظر از عارضه پزشکی خود، بهبود

تصویر ۲ - ۱. نمونه‌ای از یادداشت روزانه تکمیل شده برای سردرد که در آن قسمت‌های زیر، نشان داده شده است: (الف) درجه بندی که در قسمت رویی دفترچه، داده شده است؛ (ب) قسمت یادداشت محل سردرد و فعالیت‌های مورد اجتناب (محل‌های مختلف در تصاویر سر، مشخص شده است)؛ (ج) نگاره خود سردرد؛ در قسمت بالاداروهای مصرف شده، یادداشت شده است (نویسنده از کلارک فیلیپ که در اصل، او الگوی این فرم را فراهم آورد، تشکر می‌کند).

الف) مقیاس درجه بندی (۵ - ۰)

- ۰ سردرد وجود ندارد
- ۱ بسیار کم - فقط گاهی احساس می‌شود
- ۲ می‌توان در مواقعی درد را نادیده گرفت
- ۳ دردناک، ولی می‌توان به کار ادامه داد
- ۴ شدید، تمرکز را دشوار می‌کند
- ۵ بسیار شدید، فلج کننده

زمان بیدار شدن ۷ و ۳۰ صبح
 زمان خوابیدن ۱۱ و ۱۵ شب

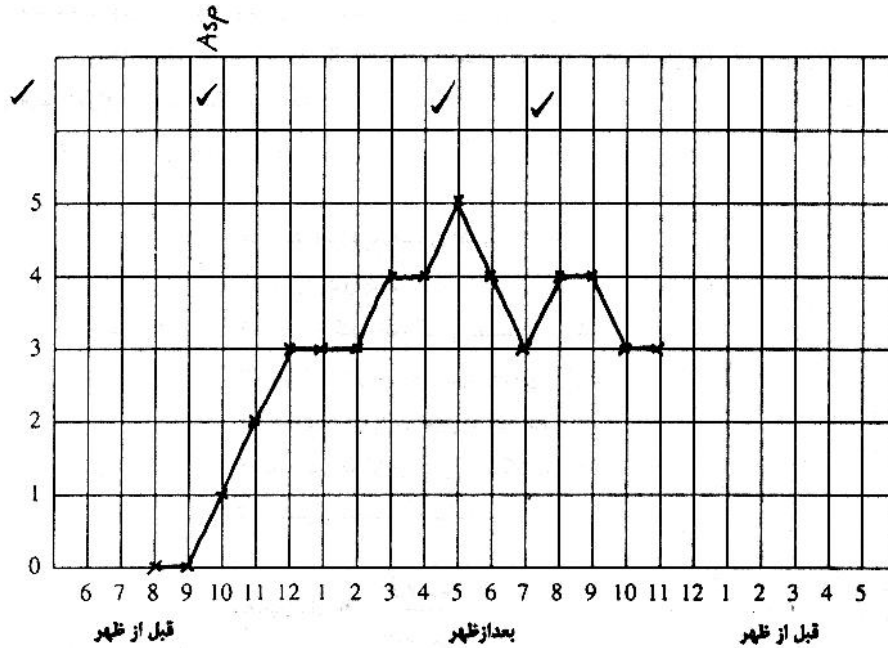


زمان	فعّالیت مورد اجتناب و غیره	محل
قبل از ظهر	دیداری (دعوت نشده) از همسایه	۱۶، ۱۷
	در ساعت ۱۲، به مدت نیم ساعت نشستم	۱۴، ۶
بعد از ظهر	ساعت ۵-۴ بعد از ظهر در رفتنوب	۱۶، ۱۷
	دراز کشیدم، نمی‌خواستم بپه‌ها را	۱۴، ۶، ۱۵
	پارک بیرم، از صحبت کردن و سر و صدا اجتناب کردم	۱۳، ۴

تصویر ۲ - ۱. (ادامه)

ج) درمان

تاریخ: چهارشنبه



بخشد. از او سؤال شد "بر فرض این که عجلتاً بیداریم 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 کلی، حملات اضطرابی و استفاده از افشانه تنفسی را بازنگری کند. معلوم شد که احتمال برهه های اضطراب، در بعد از ظهرها مواقعی که او بیش از سه بار از افشانه تنفسی استفاده می کند، پنج برابر می شود. محدود کردن استفاده از افشانه تنفسی، به عنوان مقدمه ای بر برنامه کامل تر درمان، به کاهش بارزی در اضطراب انجامید (مراجعه شود به ص ۳۳).

پرسشنامه‌ها

اگر چه پرسشنامه‌های زیادی برای مسائل جسمی به وجود آمده‌اند، اما تعداد بسیار کمی از آنها برای استفاده از کارهای روزمره بالینی، مفید تشخیص داده شده است. "پرسشنامه درد مک‌گیل"^۱ را می‌توان در مورد بیماران دارای درد، به کار گرفت. این پرسشنامه، اجزای حسی، عاطفی و ارزیابی درد و نیز شدت آن را اندازه می‌گیرد (ملزک و تورگرسون، ۱۹۷۱). در مورد بیماران مبتلا به سردرد، "پرسشنامه سردرد"^۲ (بلنکار و آندراسیک، ۱۹۸۵، ص ۸)، مفید است. هیچ یک از پرسشنامه‌هایی که جسمی سازی و رفتار مرضی را می‌سنجند، مفید بودن خود را از لحاظ بالینی، به اثبات نرسانده‌اند. سنجش اضطراب و افسردگی در بیمارانی که علائم جسمی در آنها وجود دارد، مسأله خاصی است، چون پرسشنامه‌های مربوط به این حالتها عموماً بر قسمت عمده نشانه‌های جسمی تأکید دارند. "مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی"^۳ (زیگ موند و اسنیت، ۱۹۸۳)، به منظور رفع این مشکل، طراحی شد و از مزیت‌های کوتاه بودن، نمره‌گذاری 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 می‌تواند مفید باشد؛ چرا که می‌توان از آن، به عنوان راهی برای ارزیابی پیشرفت و فراهم آوردن پسخورد برای بیمار و درمانگر درباره کارایی درمان، استفاده کرد (مانند اندازه‌گیری فشار خون در فواصل معین؛ سنجش اندازه نواحی متورم در بیماران دارای عارضه پوستی). سنجشها را می‌توان طوری ترتیب داد که خود-بازنگریهای در خلال ارزیابی را نیز شامل شوند. بنابراین، در مورد بیماری که به طور متناوب دچار فشارخون است، می‌توان 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 نفس‌زدن نفس‌کم آوردن، ممکن است نقشی در مسأله داشته باشد، سنجش pCO_2 می‌تواند گاه سودمند باشد (سالکوس کیس، کلارک و جونز، ۱۹۸۶). اگر چه انجام این کار همیشه آسان نیست و هر نوع ملاک نفس‌زدن را باید در بافت ارزیابی روان‌شناختی معنی و مفهوم نشانه‌های تجربه شده به وسیله بیمار، نگریست (سالکوس کیس، ۱۹۸۸). کارافزارهای^۴ ساده‌ای وجود دارند که برای سنجش میزان فعالیت، از آنها می‌توان استفاده کرد. این کار افزارها در سنجش مسائل مختلف و مخصوصاً درد، از ارزش

1. McGill Pain Questionnaire

2. Headache Questionnaire

3. the Hospital Anxiety & Depression Scale

4. devices

زیادی برخوردارند. به عنوان مثال، با استفاده از گام سنج^۱، 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)، پس خورد سریع و آسانی فراهم می آورد و می توان از آن، در تعریف آمابهای ورزشی و تمرینی پیشرونده استفاده کرد.

گاه بیماران، اعتقاد پیدا می کنند که تغییرات یا کارکردهای نابهنجار جسمی از خود نشان می دهند. در مواقعی که دخالت جسمی، بلافاصله از طریق پرس و جو یا معاینه پزشکی، مشخص نشود، توجه به تعریف نابهنجاری ادراک شده، معطوف می شود. مثلاً عده ای از بیماران معتقدند که شبها بسیار کم می خوابند و یا اصلاً نمی خوابند و یا این که ضربان قلب آنها هرگز نباید بیش از ۶۰ بار در دقیقه باشد. وقتی مصاحبه نمی تواند میزان مسأله را روشن سازد، می توان از ارزیابی فیزیولوژیک در تعریف مسأله، کمک گرفت.

درمان

اصول زیرساخت درمان

اگر چه رویکردهای درمانی اختلالهای اختصاصی با هم فرق دارند، اما اصول کلی که در جدول ۴-۱ آمده است، در همه موارد، صدق می کند. این اصول باید راهنمای کاربرد تکنیکهای درمانی خاص، در هر مورد از اختلالها باشد.

تکنیکهای درمانی

تکنیکهای درمانی اختصاصی در مورد مسائل جسمی در این بخش توضیح داده می شوند. در پاره ای از بیماران، ارزیابی ممکن است کاربرد برخی از تکنیکهای درمانی را که در فصلهای ۳ و ۴ و ۵ از جلد اول و ۴ و ۶ از جلد دوم ذکر شده است، ایجاب کند. اما در مواردی که بیمار از شرکت در درمان ابا می کند، باید پیش از شروع درمان، در این باره، اقدام شود.

مسئولیت پذیری در درمان

بیمارانی که از آغاز معتقدند که مسأله آنها در درجه اول، جسمی است، چندان گرایش به شرکت در درمان نشان نمی دهند، چون درمان روان شناختی را مناسب نمی دانند. این اعتقاد، به عدم پذیرش مداخله های درمانی از جانب بیمار منجر می شود (روزن استاک، کرسنت، ۱۹۷۹). شرکت مسؤولانه در درمان، معمولاً به دنبال ارزیابی، آغاز می شود. درمانگر، بر اساس مفهوم سازی مقدماتی از مسأله، خلاصه ای از گفته های بیمار را ارائه می دهد. مفهوم سازی، با

1. pedometer

جدول ۴ - ۱. اصول کلی درمان شناختی- رفتاری مسائل جسمی

۱. هدف این است که بیمار بتواند تشخیص دهد که چه چیزی مسئله اوست و نه آن که چه چیزی مسئله او نیست؛
۲. بپذیرد که علائم واقعاً وجود دارند- و هدف درمان، فراهم آوردن تبیین ارضاکننده‌ای درباره علائم است؛
۳. دادن اطلاعات مربوط، در نقطه مقابل ایجاد خاطر جمعی، از طریق دادن اطلاعات نامربوط یا تکراری، قرار دارد. این دو را از هم تمیز دهید؛
۴. جلسه‌های درمانی هرگز نباید به صورت مبارزه‌طلبی درآید. سوال کردن و تشریک مساعی با بیمار، شیوه بهتری است، همان‌گونه که در شناخت درمانی، به طور کلی، چنین است؛
۵. باورهای بیمار همیشه بر اساس شواهدی استوار است که او آن‌ها را متقاعدکننده احساس می‌کند. به جای آن که باوری را از اعتبار بیندازید، درصد کشف مشاهداتی برآید که بیمار از آنها به عنوان شواهد بیماری، یاد می‌کند و بعد با مشارکت خود او، آنها را مورد بررسی قرار دهید؛
۶. قراردادی کوتاه‌مدت، متناسب با شرایط بیمار تنظیم کنید و در عین حال، متوجه نگرانیهای بیمار باشید؛
۷. از توجه انتخابی و تلقین‌پذیری که مشخصه بسیاری از بیماران است باید به عنوان راهی برای نشان دادن این که اضطراب می‌تواند از شرایط، علائم و اطلاعات بی‌خطری برخیزد، استفاده شود؛
۸. باید همیشه درک بیمار از آن چه در جلسه‌های درمانی اتفاق افتاده است مورد واری قرار گیرد. بدین منظور از او خواسته می‌شود خلاصه‌ای از آن چه در جلسه گفته شده است، ارائه دهد و معانی ضمنی آن‌ها را بیان کند.

تأکید بر نقش علائم، افکار، باورها و رفتارهای بیمار و برحسب این اصطلاحات، صورت می‌گیرد. قابلیت پذیرش این مفهوم‌سازی، با بیمار در میان گذاشته می‌شود. پیش از آن که درمان از این مرحله فراتر رود، درمانگر و بیمار باید در هدفهای درمانی به توافق رسیده باشند. بسیاری از بیماران مایلند که در ارزیابی روان‌شناختی، شرکت کنند، اما هدفهای آنها متفاوت از هدفهای درمانگر است. درمانگر در صدد دستیابی به یک ضابطه‌بندی روان‌شناختی درباره مسئله بیمار است. اما بیمار، ممکن است درمانگر را متحد بالقوه خود در رد احتمال بیماریهای جسمی بداند و یا او را در پذیرفتن این که مسائل وی ریشه جسمی دارند، هم‌عقیده خود ببندارد. به عنوان مثال، ممکن است بخواهد به درمانگر ثابت کند که "دیوانه" نیست و یا درمانگر را به عنوان خاستگاه تازه‌ای در کسب اطمینان تخصصی، تلقی کند. تا زمانی که این انتظارات مختلف از درمان و چگونگی پرداختن به آنها مورد حل و فصل قرار نگرفته‌اند، کمتر امکان دارد که درمان مؤثر واقع شود. با این همه، درمانگر نباید انتظار این "پذیرش" را از جانب بیمار داشته باشد که مسئله خود را "فقط اضطراب" بداند، در حالی که به دنبال درمان چیزی است که معتقد است یک بیماری جسمی تشخیص داده نشده است و یا بسیار شدیدتر و مشکل‌سازتر از مرضی است که تشخیص داده شده است.

این مسئله را می‌توان از طریق بحثی که در آن نه باورهای بیمار کنار گذاشته می‌شود و نه مورد حمایت قرار می‌گیرد، حل کرد. درمانگر ابتدا مطرح می‌کند که تجربه بیمار را از نشانه‌های

جسمی و نیز اعتقاد بیمار را در این باره که این نشانه‌ها ناشی از یک بیماری جسمی است، به طور کامل می‌پذیرد. درمانگر توضیح می‌دهد که مردم عموماً این گونه باورها را بر اساس مشاهداتی خاص که ظاهراً شواهد متقاعدکننده‌ای دربارهٔ بیماری آن‌ها فراهم می‌آورد - استوار می‌سازند. اما این امکان هم وجود دارد که تبیین‌های دیگری دربارهٔ آن مشاهدات، ارائه شود (به صفحه ۳۴ نیز مراجعه شود). آن‌گاه، بررسی شواهد و تبیین‌های احتمالی دیگر، در برنامهٔ ارزیابی و درمان قرار می‌گیرد. بدین منظور از آزمایش‌های خاصی که برای آزمون تبیین‌های دیگر، طراحی شده‌اند، استفاده می‌شود. با صراحت به بیمار گفته می‌شود که در این روش جدید برخورد با مسأله، آزمون‌ها و واریسهای فیزیکی جزء درمان نخواهند بود و همان طور، کسب اطمینان و بحث‌های طولانی دربارهٔ علایم، نمی‌تواند سودمند باشند.

پیش از آن‌که بیماران دربارهٔ پذیرش این رویکرد جدید به مسأله، تصمیم بگیرند، سودمندی دو شیوهٔ مختلف (قدیم و جدید) برخورد با مسأله، باید مورد توجه قرار گیرد. چه مدتی است که بیماران سعی می‌کنند از طریق صرفاً پزشکی، مسأله‌شان را حل کنند و خود را از علایم رهایی بخشند؟ این روش، چه قدر مؤثر بوده است؟ آیا تا حال رویکرد روان‌شناختی را که درمانگر پیشنهاد می‌کند، به طور بایسته‌ای مورد آزمون قرار داده‌اند؟ آن‌گاه از بیماران خواسته می‌شود که در این شیوهٔ جدید به مدت چهار ماه، با درمانگر همکاری کنند و بدین ترتیب تاریخهای مراجعه، مشخص می‌شود. اگر همه نکاتی را که با درمانگر به توافق رسیده بودند، به انجام برسانند و در آخر این دوره، هیچ بهبودی در وضع آنها ایجاد نشود، در آن صورت، منطقی خواهد بود که به شیوهٔ قبلی برخورد با مسأله رجعت شود و درمانگر رضایت خواهد داد که مسأله را از دیدگاهی فیزیکی تر، نگاه بکند. بدین ترتیب، از بیماران خواسته نمی‌شود که نظر خود را نسبت به مسائل خود کنار بگذارند، بلکه از آنها خواسته می‌شود برای مدتی محدود، شق دیگری را مورد بررسی و آزمون، قرار دهند. در بیمارانی که معتقدند که شاید به یک بیماری جسمی مبتلا هستند که کسی به آن توجه نمی‌کند، این پیشنهاد جالبی می‌تواند باشد. نمونهٔ زیر، نمایانگر این رویکرد در دومین جلسه، با خانمی ۵۷ ساله است.

درمانگر «بنابراین معتقدید که مسألهٔ جسمی شدیدی دارید که پزشکان نتوانسته‌اند متوجه آن بشوند. درست است؟»

بیمار «بلی، درست است»

درمانگر «و این فکر، زیاد اذیت‌تان می‌کند و به طرق مختلف، احساس غمگینی در شما به وجود می‌آورد. راه‌های عمدهٔ اثر آن در اعمال شما این است که نمی‌گذارد به حال خودتان باشید و شما را از انجام کارهایی که خوشتان می‌آید، مانند بازی تنیس، باز می‌دارد. همچنین باعث شده است که نتوانید زیاد