

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)
برای آسیب مغزی
راهنمای عملی برای بالینگران

ویراستار
ویل کرویس
ابیگل مثلی

ترجمه
دکتر حسین زارع
استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور

سمانه حدادی
مدرس دانشگاه پیام نور

فهرست

سخن مترجمان.....	۷
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آسیب مغزی.....	۱۷
پیشگفتار.....	۱۹
مقدمه.....	۲۳

بخش ۱: معرفی اکت و آسیب مغزی

فصل ۱ آماده سازی صحنه تأثیر آسیب مغزی.....	۳۱
فصل ۲ ادغام درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توان بخشی عصب روان شناختی کل نگر.....	۳۶
فصل ۳ مدل Y شکل سازگاری روانی پس از آسیب مغزی از چشم انداز پذیرش و تعهد.....	۴۶

بخش ۲: به کارگیری رویکرد اکت در نمونه های عصب روان شناختی

فصل ۴ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای کودکانی که تجربه آسیب مغزی داشته اند.....	۵۹
فصل ۵ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای افراد مبتلا به آسیب مغزی تروماتیک خفیف و نشانه های پس از ضربه مغزی.....	۷۱
فصل ۶ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای افراد دارای آسیب مغزی متوسط یا شدید.....	۸۴
فصل ۷ استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای کمک به افراد با اختلال های طولانی مدت هوشیاری.....	۱۰۳
فصل ۸ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای افراد مبتلا به تشنج.....	۱۱۳
فصل ۹ استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افراد دارای حالت های عصبی پیش رونده.....	۱۲۶
فصل ۱۰ آیا یک اندازه و میزان برای همه مناسب است؟ ملاحظه های نژادی و فرهنگی پیرامون استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افراد مبتلا به آسیب مغزی.....	۱۳۶

بخش ۳: استفاده از اکت در نظام‌های حمایتی از افراد مبتلا به آسیب مغزی

فصل ۱۱	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای خانواده‌هایی که با افراد مبتلا به آسیب مغزی زندگی می‌کنند.....	۱۵۵
فصل ۱۲	اجرای گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مواقع آسیب‌های مغزی.....	۱۶۷
فصل ۱۳	ادغام اصول درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در موقعیت‌های پزشکی حاد.....	۱۸۵
فصل ۱۴	استفاده از اصول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای حمایت از تغییر نظام‌مند.....	۲۰۰
فصل ۱۵	بقاء و شکوفایی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای خود-مراقبتی کارکنان در خدمات آسیب مغزی اکتسابی.....	۲۱۷
فصل ۱۶	دستورالعمل‌های آینده.....	۲۳۳
	دست‌اندرکاران.....	۲۳۹
	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....	۲۴۷

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

و آسیب مغزی

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)^۱ و آسیب مغزی (BI)^۲ به بحث در خصوص نحوه ادغام درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با رویکردهای موجود توانبخشی عصب روانشناختی و درمان استفاده‌شده برای افرادی که آسیب مغزی را تجربه کرده‌اند، می‌پردازد.

این کتاب که [توسط عده‌ای از] روان‌شناسان بالینی و عصب روان‌شناسان بالینی فعال در این حوزه نوشته‌شده، نخستین کتاب مربوط به ادغام پژوهش‌های موجود با عملکرد نوآورانه بالینی است. کتاب حاضر به بحث در خصوص این موضوع می‌پردازد که چگونه می‌توان برای پاسخ به نیازهای گسترده و متنوع جسمی، شناختی، هیجانی و رفتاری افرادی که تجربه آسیب مغزی داشته‌اند، از جمله حمایت خانواده‌های این افراد و متخصصان مراقبت‌های بهداشتی که در مراکز خدمات آسیب مغزی فعالیت دارند، اصول اکت را باهم تطبیق داد. کتاب حاضر برای ملاحظات در خصوص کار مستقیم و غیرمستقیم، نظام‌مند و چند رشته‌ای، از طریق بحث در رابطه با مفاهیم اکت همراه با مثال‌هایی برگرفته از تجربه و ملاحظه بالینی از پرونده‌های آسیب مغزی در دنیای واقعی، طیف وسیعی از موقعیت‌ها و بافت‌های بالینی را ارائه می‌دهد.

این کتاب مربوط به دامنه وسیعی از روان‌شناسان و متخصصان مربوطه، از جمله، افرادی است که در زمینه عصب روان‌شناختی فعالیت دارند، یا افرادی که در زمینه‌های سلامت جسمی یا روانی عمومی کار می‌کنند.

دکتر ویل کرویس یک روان‌شناس بالینی در «خدمات سلامت ملی (NHS)»^۳ است که حوزه فعالیت او عمدتاً روی سلامت جسمی بیماران بستری با شرایط حاد و ارائه خدمات عصب روان‌شناسی به افرادی است که مدت‌هاست دارای مشکلات سلامت جسمی و شرایط عصبی هستند. وی همچنین در برنامه روان‌شناسی بالینی دانشگاه لنکستر به‌عنوان مدرس بالینی مقطع دکترا فعالیت دارد.

1. Acceptance and commitment therapy (ACT)
2. Brain injury (BI)
3. National health service (NHS)

دکتر ایبگل مثلی روان‌شناس بالینی در «NHS» در بخش خدمات سرپایی عصب‌روانشناسی به افراد دارای شرایط عصبی کمک می‌کند. در شیوه مستقلش، وی به افراد بهبودیافته از تروما و افراد دارای سطوح مختلف مشکلات عصبی کمک می‌کند. وی یک پژوهشگر بالینی است و به‌طور منظم در زمینه سلامت روان و موضوع‌های کاربردی عصب‌روانشناسی مطالبی منتشر می‌کند.

پیشگفتار

ری‌آون

در بیشتر مواقع، اکثر مخلوقات، میل شدیدی برای زنده ماندن دارند. اگر بقای ما، یا کسی که برای ما مهم است به‌طور جدی توسط مسئله‌ای مانند آسیب مغزی اکتسابی (ABI)^۱ در معرض تهدید قرار گیرد و او از این خطر بدیهی جان سالم به در برد، منطقی است که برای آن جشن بگیریم. بعضی مواقع دوره بهبودی و توانبخشی فوری بعد از آسیب و جراحی و درمان لازم، منجر به بهبود شده و با خود آرامش، پاداش و امید به بازگشت سریع به زندگی و آینده‌ای را به همراه دارد که قبل از این رویداد در آن فرد زنده بود.

برخی مواقع، این نتیجه‌ای است که مردم به دست می‌آورند.
ولی اغلب این‌گونه نیست.

ممکن است بهبودی محدود، یا حتی در کنار پیشرفت‌های بزرگ، محدودیت‌هایی وجود داشته باشد: تمرکز و حافظه ضعیف نسبت به قبل، مشکل در برنامه‌ریزی، واکنش هیجانی زیاد، خستگی مفرط، دست‌وپنجه نرم کردن با صدای بلند یا محیط‌های پیچیده و بغرنج. برای آن زندگی «عادی» که امیدوار بودیم به آن بازگردیم پیامدهای ثانویه‌ای وجود دارد- [این پیامدها] ممکن است بر توانایی شما برای انجام شغل قبلی، بر زندگی سایر افراد خانواده‌تان، یا بر فعالیت‌های تفریحی شما تأثیر بگذارد. ممکن است دیدگاه فرد نسبت به خود، دنیا و آینده‌اش را تحت تأثیر قرار دهد. این افراد مجبورند با اندیشه‌ها و احساس‌های دشواری که هر فرد منطقی ممکن است در چنین شرایطی تجربه کند، کنار بیایند. جای تعجب نیست که دوره‌های خلقی پایین، ناکامی، خشم و ترس از آینده بسیار رایج هستند. خواه این امور با اندیشه خودکشی همراه باشند یا خیر، برخی خواهند پرسید که آیا این زندگی «جدید» واقعاً ارزش زندگی کردن دارد یا خیر.

بسیاری از این چالش‌ها، منحصر به «ABI» نیستند. مشکلات طولانی‌مدت سلامتی جسمی اغلب توانایی ما برای داشتن زندگی خوب را به چالش می‌کشد، افرادی که قابل درمان نیستند به الگویی برای آینده قابل پیش‌بینی آن‌ها تبدیل می‌شوند. درباره [مواردی همچون] درد مزمن، دیابت، بیماری‌های

1. Acquired brain injury (ABI)

جدی ریوی یا قلبی، اختلال‌های روده‌ای و بیماری ام اس (مالتیپل اسکلروز)^۱ بیندیشید. در بریتانیا، از هر ۵ نفر یک نفر با چنین شرایطی زندگی می‌کند و این رقم در میان افراد بالای ۶۰ سال به ۵۸٪ افزایش داشته است (وزارت بهداشت، ۲۰۱۲). درحالی‌که این الگوی دقیق از علائم جسمی، اختلال و مداخله درمانی می‌تواند میان شرایط مختلف متفاوت باشد، برخی نشانه‌ها در بسیاری از افراد دیده می‌شود (درد، خستگی، کم‌تحریکی) و موضوع‌های مشترک پیرامون پیامدهای کیفیت زندگی اغلب به چشم می‌خورند.

آیا می‌تونم به کارم ادامه بدم؟ اگر نتونم با بچه‌ام بازی کنم چطور می‌تونم پدر یا مادر خوبی باشم؟ اگر نتونم بدوم، ورزش کنم، باغبانی کنم، آواز بخونم یا هرچی، چطور می‌تونم از این زندگی لذت ببرم؟ اگر مطمئن نباشم که برای امروز، فردا، ماه بعد یا سال بعد چه کاری را می‌تونم مدیریت کنم، پس چطور می‌تونم برنامه‌ریزی داشته باشم؟

جای تعجب نیست که این شرایط همچون، دشمنی است که زندگی ما را احاطه کرده است. مطمئناً، برخی مواقع «روزنه‌های امیدی» وجود دارند- [مثل] تغییر در اولویت‌های زندگی، بینش‌های جدید در بطن روابط یا تغییر جهت سودمند. با این حال، در اکثر موارد، باید درد و فقدان را که این شرایط طولانی مدت، با خود به همراه می‌آورد بپذیریم. درمان بیماری‌های طولانی مدتی همچون آسیب مغزی همانند دشمنی که باید با آن به مبارزه برخاست قابل درک است؛ چیزی که باید به‌منظور به دست آوردن خویشتن قبلی بر آن غلبه کرد. ولی اغلب، این پیروزی دست‌نیافتنی است. از دست دادن کسی در یک مبارزه بی‌پایان و بدون بُرد در برابر این جنبه از خویشتن می‌تواند به‌طور فعال مانع یافتن راهی متفاوت برای زندگی در چنین شرایط جدیدی شود.

یکی از مزیت‌های مفهوم‌سازی زندگی بعد از «ABI» به‌مثابه زندگی با سایر شرایط سلامت جسمانی طولانی مدت این است که دانش، مهارت و تجربه حاصل از کمک به مردم برای سازگاری موفقیت‌آمیز و یافتن راهی برای داشتن زندگی خوب در شرایط سلامتی می‌تواند (به‌طور کلی یا جزئی) برای کمک به افراد به‌منظور سازگاری و غلبه بر شرایط بعد از آسیب مغزی مفید باشد.

در این شرایط برای حمایت از این افراد راه‌های متعددی وجود دارد. یکی از این راه‌ها رویکرد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۲ است- یک اصطلاح به‌شدت رسمی در متون علوم رفتاری بافتاری^۳ که بیشتر به‌عنوان روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT: هیز و همکاران، ۱۹۹۹) شناخته شده است.

این شکل رفتاردرمانی معاصر- با بیش از ۳۰۰ کارآزمایی‌های کنترل‌شده تصادفی در مجله‌های معتبر- به‌طور مستقیم بسیاری از چالش‌های گفته‌شده را مطرح می‌سازد: چگونه به سمت نوعی از

1. Multiple sclerosis (MS)
2. Psychological Flexibility approach
3. Contextual Behavioural Science

زندگی حرکت کنیم که ما را به بسندگی و کفایت می‌رساند؟ چگونه با اندیشه‌ها و احساس‌های دشوار کنار بیاییم که به‌ناچار در طول این مسیر با آن مواجه می‌شویم؟ به‌ویژه، ما انسان‌ها معمولاً با چنین عادت‌های زیان‌آوری که با آن سروکار داریم - ذهنمان را درگیر می‌کند - به‌ویژه با اندیشه‌های انتقادی، نگرانی درباره آینده یا امتناع از امور مهم، به این دلیل که حس بدی به ما می‌دهند، چگونه برخورد می‌کنیم؟ این قبیل پرسش‌ها، پرسش‌هایی هستند که از میان پرسش‌های بی‌شمار دیگر می‌توانند در تمامی زمینه‌های زندگی، از حوزه‌های سنتی سلامت روانی، از طریق اعتیاد، تحصیل و آموزش، انگ مدیریت روابط، شرمساری و فشار روانی محل کار، تغییر سازمانی و اجتماعی مطرح شوند. مهم‌تر از همه اینکه، از همان روزهای نخستین، اکت هم در موقعیت‌های گروهی و هم فردی برای افرادی به کار گرفته شد که با مشکلات طولانی مدت سلامت جسمی دست‌وپنجه نرم می‌کنند.

اما چه امیدی است که یک رویکرد درمانی بتواند میان این طیف وسیع از مشکلات، مؤثر واقع شود؟ رویکرد اکت مجموعه‌ای از واکنش‌ها و پاسخ‌های متداول انسان به تجربه‌های زندگی را پیشنهاد می‌دهد که می‌توانند به درک ما از پیشروی و کمک برای حرکت به‌سوی جلو مفید باشد. دیده‌شده که این قبیل فرایندها در بیشتر بافت‌های متفاوت اعمال می‌شوند؛ دقیقاً چگونه نقش ایفا می‌کنند و چگونه می‌توانیم به بهترین نحو در تغییر آن‌ها کمک کنیم که به‌طور اطمینان‌بخشی همگی به جزئیات آن موقعیت و شرایط بستگی دارد. از این رو، می‌توان گفت که ما با فرآیندهای جهانی در بافت‌های ویژه سروکار داریم. هرچند کتاب‌های بسیاری به شرح الگوی اکت پرداخته‌اند، [لیکن] این کتاب می‌تواند به درک شما برای به‌کارگیری اکت در بافت کاری ویژه روی افراد با تجربه آسیب مغزی کمک کند.

رویکرد اکت را که با فرآیندهای جهانی سروکار دارد می‌توان حتی برای افرادی که در سلامت جسمانی به سر می‌برند، برای اعضای خانواده یا در حقیقت برای متخصصان سلامت که به دنبال حمایت از این افراد هستند، به کار برد. هر انسانی دارای مجموعه‌ای از ارزش‌ها است که با آن‌ها زندگی می‌کند؛ هر انسان عمل‌هایی را انجام می‌دهد که وی را به‌سوی این ارزش‌ها پیش‌برده یا از این ارزش‌ها دور می‌سازد؛ هر انسانی برای کنار آمدن با اندیشه‌ها و احساس‌های ناخواسته راه‌های خاص خودش را دارد تا آن‌ها را نشان دهد. بهترین نتیجه برای افراد با «ABI» درک و حمایت از تمامی افراد پیرامون خود است. داشتن چارچوبی مشترک برای درک، کمک به مشکلاتی که این افراد از نظر خودشان با آن مواجه می‌شوند، امری مفید است.

در این کتاب شما این فرصت را دارید تا ببینید چگونه می‌توان اکت را برای کار با افرادی که آسیب مغزی و انواع مختلف شرایط عصب‌شناختی با سطوح مختلف شدت، آن را تجربه کرده‌اند، برای حمایت از سازگاری، مقابله و بهزیستی به کار برد. همچنین می‌خوانید چگونه مفاهیم اکت را می‌توان در بافت‌های متفاوت به کاربرد و با گروه‌های مختلف مردم، از جمله با کودکان، اعضای خانواده و کارکنان مرکز مراقبت‌های بهداشتی کارکرد.

در مجموعه اکت یک جمله معروف وجود دارد: «زندگی خوب زندگی‌ای است که بر اساس ارزش‌های شما بگذرد.» وجود موانع موجود- و ABI مطمئناً چالش‌های بسیاری برای آن مطرح می‌سازد. این کتاب به شما راه‌هایی برای کمک به افراد یاد خواهد داد تا به بهترین نحو با این چالش‌ها کنار آیند، به شما یاد می‌دهد به مردم کمک کنید تا به راحتی در برابر آسیب مغزی به حیات خودشان ادامه دهند و با وجود آسیب مغزی به زندگی رضایتمندانه خود تداوم بخشند.

منابع

Department of Health. (2012). Long term conditions compendium of information (3rd ed). https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216528/dh_134486.pdf

Hayes, S. C. Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.

مقدمه

ویل کرویس و ابیگل متلی

این احتمال وجود دارد که هرکسی در زمانی، دچار آسیب مغزی شود. در بریتانیا، هر ۹۰ ثانیه یک نفر دچار آسیب مغزی می‌شود. پژوهش‌های روزافزون در بخش مروری بر ادبیات و دستورالعمل‌های بالینی - همراه با همکاری با خیریه‌ها و سازمان‌های حمایت از بیماران - بر اهمیت رویکردهای شکل‌یافته عصب‌روان‌شناختی به‌منظور بهبود و بهزیستی پس از آسیب مغزی، با در نظر گرفتن پیامدهای جسمانی، احساسی، شناختی و کارکردی که ماحصل آسیب مغزی در زندگی افراد است، تأکید دارد.

با این حال، درمان‌های روان‌شناختی مبتنی بر هدف، همچون روش درمانی رفتاری-شناختی که تمرکزش روی کاهش نشانه است و به‌طور کلی مختص دسته‌های تشخیصی خاص همچون افسردگی یا اضطراب است، اغلب برای برآورده‌سازی نیازهای افراد آسیب‌دیده مغزی در حال تلاش هستند. تغییرهای پایدار جسمانی، رفتاری، شناختی و هیجانی یا آسیب‌های ماحصل آسیب مغزی می‌توانند همچون مانعی مقابل این نوع رویکرد درمانی به کار رود. تأکید بر تغییر یا جابه‌جایی اندیشه‌های منفی زمانی مشکل‌ساز است که این اندیشه‌ها، قدرتمند و ریشه‌دار باشند. سطوح افزایشی فعالیت مثبت و تلاش برای رسیدن به هدف‌ها می‌تواند به فردی که دیگر قادر به انجام امور قبلی خود نیست، حس طاقت‌فرسایی بدهد.

در مقابل، بیشتر رویکردهای اکتشافی یا پیش‌تاز همچون روان‌درمانی روان‌پویشی یا مشاوره شخص‌محور می‌تواند جهت یا تمرکز بر تغییر رفتاری را که اغلب افراد دارای آسیب مغزی به دنبال آن هستند، کاهش دهد و در سمت دیگر این طیف، توان‌بخشی عصب‌روان‌شناختی که به مؤلفه‌های هیجانی توجه نمی‌کند (به‌طور مثال، تمرکز بیش‌ازحد بر راهبردهای جبرانی یا ترمیم توانایی شناختی) می‌تواند منجر به احساس بی‌مهری یا قطع ارتباط شود. ما مغزهای مان خود هستیم و مغز ما خود ماست - آسیب مغزی می‌تواند جوهره واقعی ما را تغییر دهد و در اساس، بر نحوه زندگی تأثیر بگذارد. یک رویکرد درمانی که فاقد احساس است چیزی بسیار بنیادی را از دست داده است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)؛ به صورت کلمه واحدی تلفظ می‌شود، نه به صورت

مخفف) به عنوان رویکردی معروف در درمان روان‌شناختی، در میان طیفی از دیگر درمان‌های «موج سوم» که تأکیدشان بر ارزش فراشناخت، توجه در لحظه^۱، هیجان‌ها، پذیرش و ارزش‌ها است- همچنین فرآیندهای درونی به روابط درمانی پدیدار شد.

نظریهٔ چارچوب رابطه‌ای^۲ که اکت بر آن استوار است، بیان‌کننده رشد زبان کلامی از طریق ارتباط بین سازه‌ها و مفاهیمی است که دارای جنبه‌های منفی ناخوشایند است. ما می‌توانیم درد و پریشانی را به مثابهٔ محصول اندیشه‌ها یا نگرانی‌هایی تجربه کنیم که ممکن است هرگز اتفاق نیفتاده باشد، همچنین می‌توانیم در دام چرخه‌های نشخوار فکری منفی و احساس پشیمانی بیفتیم. زندگی ما از طریق خاطره‌ها، تصویرهای ذهنی، احساس‌ها، هیجان‌ها و تمایل‌ها تحت تأثیر فکر کردن ما قرار می‌گیرد. ما اغلب به قیمت قطع رابطه با تجربه مستقیم با دنیای اطراف خود، به شدت می‌خواهیم به این تجربه‌های ذهنی توجه کنیم. تلاش برای عدم اندیشیدن به این اندیشه‌های دشوار اغلب ناخواسته، ما را بر آن می‌دارد تا بیشتر به آن‌ها بیندیشیم.

از این رو رویکردهای اکت باعث شده تا «انعطاف‌پذیری روان‌شناختی» خود را بهبود بخشیم- اگر بتوانیم رویدادها، احساس‌ها، اندیشه‌ها و عاطفه‌ها را ناخوشایند ولی گذرا تجربه کنیم، می‌توانیم رابطه خود با آن‌ها را تغییر دهیم. به جای گرفتار شدن در این قبیل اندیشه‌ها، احساس‌ها و عاطفه‌های ناخوشایند (تلاش ما برای تغییر یا اجتناب از آن‌ها)، می‌توانیم فقط به آن‌ها اجازه دهیم به سادگی وجود داشته باشند- سپس به گونه‌ای به زندگی خود ادامه دهیم که با آنچه از بیشترین اهمیت برای ما برخوردار است مرتبط شوند. اکت به عنوان یک رویکرد درمان روان‌شناختی، به منظور حمایت از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، بر فرآیندهای جهانی تمرکز دارد که به صورت روشی فراتشخیصی به کاررفته می‌شود. اکت به دنبال تغییر یا به چالش کشیدن اندیشه‌ها یا احساس‌های ناخوشایند نیست؛ بلکه، هدف آن کمک به ما برای آگاهی بیشتر از این موضوع است که چگونه واکنش ما به اندیشه‌ها و احساس‌ها می‌تواند بر اساس ارزش‌هایمان در زندگی مدنظر ما دخالت کند. ما دوستدار نحوهٔ ساده‌سازی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به سه فرآیند هسته‌ای معرفی شده توسط راس هریس^۳ (۲۰۱۹) هستیم- نحوهٔ ارائه، افشاسازی و انجام کارهای مهم.

در بافت آسیب مغزی، اکت یک جایگزین قدرتمند نسبت به سایر روش‌های درمانی است. [دغدغه] اکت راجع به تغییر رفتاری حاصل شده است؛ در مورد پیشرفت‌های مثبت در زندگی و در راستای ارزش‌ها است. همچنین در رابطه با یادگیری مفهوم‌سازی و مقابله با اندیشه‌ها، احساس‌ها و عاطفه‌های دشوار، به شیوه‌ای منعطف‌تر و شفقت‌آمیزتر عمل می‌کند. در نتیجه، اکت بیشتر به عنوان یک رویکرد درمانی برای حمایت از افراد به منظور مقابله یا سازگاری با احساس‌ها، موقعیت‌های دشوار و

1. Mindfulness

2. Rational frame theory (RFT)

3. Russ Harris

بغرنج است- مثل زندگی با شرایط سلامتی جسمانی طولانی مدت، یک درد مزمن یا ناتوانی محدودکننده زندگی. بر این باور هستیم که این مبانی و اصول راهنما، اکت را به یک رویکرد ارزشمند تبدیل کرده است که در زمان کار با افراد دارای آسیب مغزی استفاده می‌شود. این متن نوشته شده توسط روان‌شناسان بالینی و عصب‌روانشناسان بالینی خبره، نخستین متن نوشته شده برای تکمیل پژوهش‌های موجود همراه با شیوه‌های بالینی نوآورانه است تا نحوه استفاده از اکت برای افراد دارای آسیب مغزی را مدنظر داشته باشد. بخش ۱ به بحث درباره نحوه مطابقت اکت در کنار یا در راستای رویکردهای عصب روان‌شناختی برای درمان یا توان‌بخشی پس از آسیب مغزی، از نظر حمایت برای مقابله، سازگاری و بهزیستی روانی می‌پردازد.

در حالی که کتاب‌های برجسته بی‌شماری به شرح رویکرد اکت می‌پردازند، یادگیری درباره اکت و تمرین آن زمانی بسیار دشوار است که با افرادی کار می‌کنیم که دارای مشکلات پیچیده جسمانی، شناختی و هیجانی هستند. از این رو، بخش دوم بیان می‌دارد چگونه اصول اکت باید برای برآورده‌سازی نیازهای طیف وسیعی از جمعیت خاص، از جمله کار با کودکان یا بزرگسالان با آسیب مغزی خفیف، متوسط و شدید، در چارچوب تعریف گسترده آسیب مغزی، به کار رفته شود. ما انواع دیگر صدمه‌های مغزی مانند آسیب‌های ناشی از شرایط عصبی پیش‌رونده، همراه با ملاحظه‌های مربوط به استفاده از رویکردهای مبتنی بر اکت در بافت‌های فرهنگی مختلف را مورد بحث قرار می‌دهیم. این بخش فهرست کاملی از هر ارائه، نشانه یا متغیری که شرکت‌کنندگان ممکن است در زمان دریافت خدمات با آسیب مغزی با آن مواجه شوند، نیست. همچنین مربوط به بررسی دقیق زیربنای نظری یا فلسفی اکت نیست. امیدواریم این کتاب یک راهنمای عملی باشد که گستردگی و قابلیت انتقال اصول اکت را نشان بدهد و از بالینگران برای داشتن تفکری خلاق در رابطه با نحوه اتخاذ رویکردشان به منظور برآورده‌سازی نیازهای منحصربه‌فرد و فردی افرادی که با آن‌ها سروکار دارند، حمایت کند.

در بخش سوم، به عقب برگشته و به موضوع نحوه به کارگیری اصول اکت و انتقال انعطاف‌پذیری در بافت‌های مختلف، بیشتر می‌اندیشیم تا بتوانیم نیازهای افرادی که آسیب مغزی دارند، تأمین کنیم. بر این نکته تصریح می‌کنیم که چگونه ایده‌های اکت از طریق گروه‌های حمایتی همتا ارائه می‌شوند، یا چگونه این اصول را می‌توان برای کار با خانواده‌هایشان به کار گرفت. در نظر می‌گیریم چگونه اصول اکت می‌تواند به تغییر نظام‌مند در خدمات به آسیب دیدگان مغزی کمک کند و مثال‌هایی از انجام خدمات به افراد بی‌خانمان را ارائه می‌دهیم. همان‌طور که پیش‌تر گفته شد، قصد نداریم این متن، متنی جامع یا آخرین کلام در این موضوع باشد- امیدواریم این بخش الهام‌بخش متخصصان مشتاق، کارآموز و واجد شرایط روان‌شناسی باشد تا در خصوص نحوه اتخاذ اصول و ایده‌های اکت گفتگوهای گسترده‌تری داشته و آن‌ها را یکپارچه و به کار بسته تا از افرادی که در موقعیت‌های بالینی قرار دارند حمایت به عمل آورند.

در ادامه این کتاب، به کشف حقیقت بر اساس اکتشاف‌های پیشین می‌پردازیم. در تمام فصل‌های این کتاب به دنبال بهره‌گیری از آثار نویسندگان اساسی، به‌ویژه حوزه‌های اکت و توان‌بخشی عصب‌روان‌شناختی هستیم (برخی از متون مقدماتی اساسی در ادامه پیشنهاد شده‌اند). ما به هر فردی که در حوزه عصب‌روان‌شناسی، اکت و مجموعه علوم رفتاری بافتاری برای کمک به شکل‌گیری افکارمان تلاش می‌کند، مدیون هستیم - هر جا امکان داشت ایده‌ها را مطرح و ارجاع داده‌ایم ولی بدانید که ماهیت مشارکتی این مجموعه‌ها در نحوه توسعه این کار در این زمینه‌ها امری اساسی به شمار می‌آیند. صمیمانه از نویسندگانی که در این کتاب الهام‌بخش ما بوده‌اند، تشکر می‌کنیم. از جمله هر کسی که کتاب یا مقاله‌ای نوشته یا از طریق رسانه اجتماعی به ما کمک کرده است (به‌طور مثال از طریق توییتر یا در شبکه‌های مختلف فیس‌بوک، همانند گروه‌های «Neuro Act»^۱ یا «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بالینگران»).

در راس همه، این کتاب برگرفته از داستان‌ها و تجربه‌های افرادی است که با آن‌ها و خانواده‌هایشان کار کرده‌ایم. اگرچه اکثر امور بالینی شرح داده‌شده در این کتاب ناشناس هستند، [لیکن] ما با تغییراتی در جزئیات برای حفظ محرمانه ماندن نام آن‌ها، با کمال میل از افرادی که در پیشرفت این اثر کمک کرده‌اند، خواه با تمایلشان برای صحبت درباره ارزش‌ها، یا القای ذهن آگاهانه و خواه بابت بیان اندیشه‌های منفی از طریق آهنگ‌های تصنیف قدرت در سال‌مندان ۸۰ ساله، بسیار سپاسگزاریم. امیدواریم از این کتاب لذت ببرید.

پیشنهادهایی برای مطالعه بیشتر

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

Bennett, R. & Oliver, J. (2019). *Acceptance and commitment therapy: 100 Key points & techniques*. Routledge.

Hayes, S. Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.^۲

آسیب مغزی و توان‌بخشی عصب‌روان‌شناختی

Newby, G. Coetzer, R. Daisley, A. & Weatherhead, S. (2013). *Practical neuropsychological Rehabilitation in acquired brain injury: A guide for working clinicians*. Routledge.

Törneke, N. (2010). *Learning RFT: An introduction to relational frame theory and its clinical application*. New Harbinger.

Wilson, B. Gracey, F. Evans, J. & Bateman, A. (2009). *Neuropsychological rehabilitation: Theory*^۳,

1. Neuro-ACT

۲. این کتاب تحت عنوان مبانی نظری و راهنمای عملی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توسط زارع، عابدین و برادران (۱۳۹۵) ترجمه شده است. م

۳. این کتاب تحت عنوان مبانی نظری و راهنمای عملی توان‌بخشی عصب‌روان‌شناختی توسط زارع، نظری و عابدین (۱۳۹۶) ترجمه شده است. م

models, therapy and outcome. Cambridge University Press

اكت و آسیب مغزی

- Kangas, M. & McDonald, S. (2011). Is it time to act? The potential of acceptance and commitment therapy for psychological problems following acquired brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 21(2), 250– 276. [https:// doi.org/ 10.1080/ 09602011.2010.540920](https://doi.org/10.1080/09602011.2010.540920)
- Todd, D. & Smith, M. (2019). Acceptance and commitment therapy (ACT) after brain injury. In: G. Yeates, & F. Ashworth (Eds.), *Psychological therapies in acquired brain injury* (pp. 132– 153). Routledge.
- Whiting, D. L. Simpson, G. K. Ciarrochi, J. & McLeod, H. J. (2012). Assessing the feasibility of acceptance and commitment therapy in promoting psychological adjustment after severe traumatic brain injury. *Brain Injury*, 26(4– 5), 588– 589. [https://doi.org/ 10.1017/ brimp.2012.28](https://doi.org/10.1017/brimp.2012.28)

منبع

Harris, R. (2019). *ACT made simple* (2nd ed). New Harbinger.

معرفی اکت و آسیب مغزی

آماده‌سازی صحنه

تأثیر آسیب مغزی

هریت هولمز، پائول توئیست و هولی

داستان من: هریت هولمز

در ساعت‌های نخستین عید پاک روز یکشنبه سال ۲۰۱۸، مادرم را برای یک عمل جراحی نجات‌بخش ترمیم پارگی آنورت (دایسکشن آنورت^۱) باعجله به بیمارستان رساندند. او ۱۷ روز در حالت کما در بخش مراقبت‌های ویژه نگهداری شد، در این زمان سی‌تی‌اسکن‌ها نشان دادند که او حین جراحی آغازین دچار سکت‌های قلبی متعددی شده است. پس از ثبات حال او، وی را به بخش سکت‌های مغزی حاد فرستادند، بخشی که در آن ۲ ماه بستری شد تا مهارت‌هایی مانند راه رفتن، برقراری ارتباط، غذا خوردن و مراقبت‌های اولیه از خود را دوباره به دست آورد. زجر دیدن او در این حالت غیرقابل‌تصور بود- در آن زمان ما احساس ناامیدی و درماندگی کرده بودیم و به نظر می‌رسید که دیگر امیدی به زنده ماندنش نداشتیم. همان‌طور که می‌دانیم زندگی تغییر کرده بود و آینده، ترسناک و نامعلوم بود.

دو سال بعد و پس از یک فرآیند عصب‌توان‌بخشی طولانی، خوشبختانه خانواده ما دید بسیار متفاوتی پیدا کرد. بهبودی، چالش‌های خاص خودش را به همراه داشت و در طی این مسیر هر یک از ما متحمل درد و رنج بسیاری شدیم تا خود را با این شرایط وفق دهیم.

سخت‌ترین بخش برای من، به‌عنوان دخترش، حس فقدان و ازدست‌دادنش بود، هرچند او پیش ما بود. به نظر می‌رسید که دیگران برای درک موضوع سلامتی و بهبودی او در تلاش بودند، چیزی که باعث شد احساس گناه، تنهایی و ناسپاسی را رها کنم. زمانی که سطح بینش او بهبود یافت، نگران بودم که چگونه می‌تواند خودش را تطبیق دهد و چگونه پیامد شناختی و جسمانی سکت بر احساس و عاطفه او اثر می‌گذارند. آسیب مغزی منجر به خستگی زیاد و مشکلات تنفسی شده بود، بدین معنا که نیازمند جراحی بیشتر بوده است، یعنی ورزش کردن برای او بسیار دشوار شده بود؛ از اینکه

1. aortic dissection

نمی‌توانست همچون قبل به سرعت رانندگی کند و یا در فعالیت‌هایی که دوست داشت مشارکت داشته باشد (ازجمله حرکات موزون)، باعث شده بود حسابی پریشان و اندوهگین شود. زمانی که خسته بود مهارت‌های ظریفی همچون برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی و اجرای امور همچنان برایش دشوار بود. مادرم فکر کرد بهتر است با روان‌شناس بالینی گروه توان‌بخشی خود درباره نحوه مدیریت انتظاراتی که از مغز و بدنش برای انجام کارها همانند قبل از آسیب داشت، صحبت کند.

از زمانی که این اتفاق افتاد، به‌عنوان یک دستیار روان‌شناس که در حوزه ناتوانی عصبی فعالیت داشتم، نقش خودم را از نظر شخصی و حرفه‌ای به طرز وحشتناکی چالش‌برانگیز دیدم. مدیریت محرک‌های روزانه، نگرانی درباره اثر شغل و حرفه‌ام و آسیب‌های هیجانی کار با خانواده‌هایی که تجربه مشابهی داشته‌اند در آن زمان برایم غیرممکن بود. دستیابی به حمایت و پشتیبانی خودم برای پردازش ترومای نخستین و انعکاس تأثیر مداوم آن، متحول‌کننده و سرنوشت‌ساز بود.

زمانی که چنین چیزی اتفاق می‌افتد، باعث می‌شود آنچه برایتان مهم است تشخیص داده شود و با آن ارتباط برقرار کرده و به شما حس جدی بودن در این کار را بدهد. درحالی‌که باید قدردان تأثیر هیجانی طولانی‌مدتی باشم که آسیب مغزی روی خانواده‌ها دارد، باید درباره یکسری «نکته‌های مثبتی» صحبت کنم که آسیب مغزی مادرم برایم به ارمغان آورد؛ به‌طور مثال، یاد گرفتم چطور روی زمان حال و اکنون تمرکز کنم. مادرم به خاطر درمان، بازنشستگی زود هنگام داشت به همین دلیل توانست روی بهبود خودش و هر آنچه برایش مهم بود تمرکز کند. گرچه هر مرحله برای خودش چالش‌های جدید و غیرمنتظره‌ای به همراه داشت، خانواده ما جان سالم به دربرد - علی‌رغم اینکه هریک به نحو متفاوتی با این چالش‌ها مقابله کردیم. این دوره بحرانی، ما را به لحاظ فیزیکی کنار هم آورد، ولی با گذر زمان، یاد گرفتیم چطور باهم ارتباط برقرار کرده و به‌طور مؤثر حامی و پشتیبان هم باشیم. نزدیکی به خانه، خانواده و روابط ارزشمند، بیش از هر زمان دیگری برای ما مهم بود.

آیا سکتۀ مغزی فقط در افراد مسن اتفاق می‌افتد؟ پائول تونیست

من پائول هستم و آسیب مغزی من نتیجه «سکتۀ [مغزی] خونریزی»^۱ است که در ماه مارس ۲۰۱۴ در ۳۵ سالگی اتفاق افتاد. یک روز بعد از ظهر در محل کار سکتۀ کردم. هنوز یادم هست که چطور سکتۀ کردم. مشغول خوردن شکلاتی بودم که داخلش بادام‌زمینی داشت و تعجب کردم که چرا صورتم به خاطر حساسیت تشخیص داده نشده به بادام‌زمینی، بی‌حس شد. سپس به جلسه رفتم و به یاد دارم که مدیرم نگران شد. هرچند، نگرانی نخستین من در آن زمان این بود که بعد از کار نمی‌توانستم به کافی‌شاپ بروم. اندکی بعد متوجه شدم تغییراتی که در زندگی‌ام رخ داده بسیار قابل توجه و مهم هستند!

در درازمدت بیشترین تأثیری که آسیب مغزی بر من داشت قطعاً جسمانی بود. دیگر قادر به استفاده از دست و پای چپم نبودم، یعنی باید برای رفتن به هر جا از ویلچر استفاده می‌کردم. این اختلال حرکتی باعث شده بود حسابی استقلالم را از دست بدهم، چیزی که مدام با آن درگیر بودم چون دیگر نمی‌توانستم هر زمان بخواهم هر کاری را انجام دهم. این بدان معنا بود که کمتر باید از وسایل نقلیه عمومی استفاده می‌کردم، یعنی دیگر نمی‌توانستم به کنسرت بروم (به‌عنوان یک طرفدار پر و پا قرص، این موضوع بخش مهمی از زندگی من را قبل از سکت به خود اختصاص داده بود). حتی امور روزمره ساده‌ای که هرکسی آن را انجام می‌داد، مانند نشستن روی مبل، اگر در خانه تنها بودم، حالا خیلی محتاط رفتار می‌کردم زیرا نمی‌توانستم به سرعت روی ویلچر بنشینم و در خانه را باز کنم. همچنین تکیه به دیگران برای انجام کارهای روزمره مثل لباس پوشیدن باعث شده بود حس اضافی بودن و به‌دردنخور بودن بکنم، همچنین حس گناه به خاطر تحمیل شدن به همسر، کسی که از زمان ابتلا به آسیب مغزی به شدت کمک‌حال من بود. همچنین متوجه شدم که بعد از آسیب مغزی، خیلی مضطرب شده بودم. من همیشه فردی نسبتاً مضطرب بودم ولی سطح اضطرابم به قدری افزایش یافته بود که حتی ۵ سال بعد از بهبودی، با ترک خانه، حتی اگر برای رفتن به خرید به مغازه‌های محلی روی ویلچر باشم، کمی احساس اضطراب می‌کردم. دلیل این نگرانی من، از دست دادن کنترل ویلچرم و رفتن به سمت خیابان است. همچنین با افتادن کلاه‌هم، گریه می‌کردم و داد می‌زدم (شاید به معنای واقعی کلمه، اگر یک کلاه زیبا بود و با افتادن خراب می‌شد این حرکت من درست بود). به‌طور خلاصه، فکر می‌کنم بعد از آسیب مغزی، واکنش‌های هیجانی من هم بیشتر شده‌اند؛ بنابراین، اگر قبل از این آسیب به راحتی استرس می‌گرفتم و احساساتی می‌شدم، بعد از سکت مغزی این حالت‌ها به شدت افزایش یافته‌اند.

یک جمله که همیشه موقع فریاد زدنم به همسر می‌گفتم «من از همه چیز خسته‌ام و حالم از همشون به هم می‌خوره!» و درحالی‌که این یک اندیشه اغراق‌آمیز است تا وضعیت واقعی ذهنم، شاید بتوان گفت که چطور بعد از آسیب مغزی پریشان‌خاطر شده و احساس ناراحتی می‌کنم.

روز صفر: هولی

نگاهی به گذشته

روز صفر، ۱۷ فوریه ۲۰۱۷

تصادف با اتومبیلی که با سرعت (۵۲ مایل در ساعت) در حرکت بود، استخوان‌هایم شکست و بعد از تصادف ضربه به سر (آسیب مغزی انتشار آکسونی^۱) رخ داد.

1. diffuse axonal brain injury