

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای درد مزمن

(ACT برای درد مزمن)

فهرست

۷	مقدمه مترجمان.....
۹	پیشگفتار.....
۱۵	فصل ۱- الیزابت: گیر کردن.....
۳۱	فصل ۲- بافت اجتماعی و نظام‌محور درد.....
۴۹	فصل ۳- این‌همه رنج و درد و ناتوانی: مشکل چیست؟.....
۷۵	فصل ۴- ارزش‌گذاری و درد.....
۹۵	فصل ۵- رابطه درمانی در ACT.....
۱۱۷	فصل ۶- ارزیابی ارزش‌ها.....
۱۴۳	فصل ۷- شناسایی مؤلفه‌های مدل ACT از طریق تحلیل کارکردی.....
۱۶۵	فصل ۸- مداخلات ACT.....
۱۹۷	فصل ۹- ACT برای درمانگران و خدمه درمانی.....
۲۲۷	فصل ۱۰- مداخله‌ای کوتاه از ACT برای مراجعان مبتلا به علائم درد و استرس درازمدت.....
۲۵۵	فصل ۱۱- الیزابت با جایگزینی مبتنی بر ACT.....
۲۶۱	منابع.....
۲۸۱	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....
۲۸۳	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....

مقدمه مترجمان

«درد» یک بیماری محسوب نمی‌شود بلکه یک علامت هشداردهنده فیزیولوژیک برای وجود یک محرک آسیب‌رسان است تا جاندار بلافاصله این محرک آسیب‌رسان را از خود دور کند. بنابراین، درد واجد یک گُنش‌وَری یا کارکرد بهینه برای سازش دوباره «جان‌دار» با محیط محسوب می‌شود. هر چقدر آسیب بیشتر و عمیق‌تر باشد شدت و مدت درد نیز بیشتر می‌شود. این رابطه نسبتاً مستقیم سبب می‌شود که در آسیب‌های جدی که درد بسیار تیز، گُشنده و نَفَس‌بُر است خود به یک معضل اساسی برای زنده ماندن تبدیل شود. درد آن قدر شدید است که آدمی دچار تهوع، عدم تمرکز، نقص حافظه و گاه درهم‌شدگی ذهن^۱ می‌شود. وقتی درد بسیار شدید و البته مزمن باشد، بیمار ممکن است به خودکشی نیز بیندیشد. «مرگ‌خواهی از درد»^۲ عبارت است از درخواست بیمار دارای درد شدید و مزمن از پزشک یا پرستار برای پایان دادن به زندگی. دردی که کمتر از ۶ ماه طول کشیده است را حاد و بیش از آن را مزمن می‌نامند. شدت درد نیز در اندازه‌گیری درد بسیار مهم است. دسته‌بندی‌های دیگر شامل دردهای بدخیم که در اثر بیماری‌های نئوپلاستیک غیرقابل کنترل ایجاد می‌شوند و خوش‌خیم که قابل مهار است، می‌باشد.

گاسکین و ریچارد^۳ (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای نشان دادند که در سال ۲۰۰۸ در ایالات متحده آمریکا به‌طور میانگین از ۲۶۱ تا ۳۰۰ میلیارد دلار به‌طور مستقیم برای درمان درد هزینه می‌شود. با احتساب هزینه‌های غیرمستقیم شامل روزهایی که فرد سر کار نمی‌رود یا کارآمدی کمتری دارد، این آمار به ۵۶۰ تا ۶۳۵ میلیارد دلار در آن سال بالغ شده است.

مطالعات نقش قابل توجه عوامل روان‌شناختی در احساس درد را نشان داده‌اند. در مورد «درد روان‌زاد» اساساً نمی‌توان مسیر زیست‌شناختی شکل‌گیری درد به‌عنوان یک علامت هشداردهنده را در بیمار نشان داد. در پاره‌ای موارد چون «فیبرومیالژیا» ابهامات زیادی درباره سرچشمه درد بیمار وجود دارد. در سایر موارد ما با دردهای جسمانی مواجهیم که بر حسب سن، جنس، پیشینه زندگی، ویژگی‌های شخصیتی، مهارت‌های فردی و موقعیت، دارای شدت‌ها و طول‌مدت متفاوتی هستند.

نظام‌های نظری فرمول‌های گوناگونی را برای درد پیشنهاد می‌کنند. مثلاً روی آوردهای روان‌تحلیلی «درد» را به مثابه یک علامت خطر برای «من» در نظر می‌گیرند. نظریه یادگیری اجتماعی معتقداند

1. Confusion

2. Euthanasia

3. Gaskin, D & Richard, P: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92521/#_NBK92521_dtls__

شدت درد می‌تواند از راه مشاهده اجتماعی آموخته شود. نظریه پردازان شناختی در مجموع شدت درد را بر «برآورد» ما از موقعیت و «روان‌بنه‌ها یا طرحواره‌های» ما از درد تأکید دارند. مطالعات زیادی روابط میان درد و احساسات خصومت، نفرت و گناه را نشان داده‌اند. تحول شناختی، ترس و بسیاری از ویژگی‌های روان‌شناختی دیگر نیز با ادراک درد همبسته‌اند. همه این یافته‌ها روان‌شناسان را برمی‌انگیزد که برای مهار درد «کاری» بکنند. این کتاب نتیجه یک رشته از این تلاش‌ها است که به روان‌شناسان کمک می‌کند تا در مهار درد مراجعینشان به کمک روش مبتنی بر پذیرش و تعهد کاری بکنند. بدیهی است که هیچ یک از درمان‌های درد چه درمان‌های طبی و چه درمان‌های روان‌شناختی به تنهایی ممکن است کافی نباشند و درباره هر مراجع و بر پایه شرح حال و نتایج سایر واری‌ها باید یک طرح درمان خاص تدوین شود. مترجمین ضمن سپاس بی‌کران از ناشر محترم، این اثر را به همه دردمندان به‌ویژه کودکان تقدیم می‌کنند.

علیرضا آقا یوسفی

دانشیار روان‌شناسی

احمد نورمحمدی، شهره بیات، محمدتقی نجفی، شیرین خاتمی

دانشجویان دکترای روان‌شناسی سلامت

پیشگفتار

کتابی که پیش روی شماست خلاصه بیش از ۲۵ سال پژوهش عملی و بالینی در مراکز طبی توان‌بخشی، با هدف کمک به مراجعان «گیرافتاده» در درد مزمن است تا «آزاد» شوند و به زندگی‌شان ادامه دهند. به‌کارگیری تحلیل رفتاری در مورد علائم جسمانی پیشرفتی انقلابی به‌نام طب رفتاری بود، که در دهه ۷۰ میلادی آغاز شد. این رویکرد به این دلیل رادیکال بود که شامل تغییر الگویی بنیادین از مدل طبی مکانیکی به مفهوم‌پردازی جدید در مورد بیماری، مبتنی بر اصول یادگیری، بود. اصول شرطی‌سازی با علوم پزشکی ترکیب شدند و مدلی ترکیبی از درمان حاصل شد که واقعاً در کمک به افراد دچار بیماری‌های مزمن، برای بازیابی کارکرد و کیفیت زندگی‌شان، موفق بود. بزرگ‌ترین نتیجه تولیدشده از این ازدواج بین رفتاردرمانی و پزشکی مفهوم بافت بود. طبق مدل طبی، بیماری جسمانی در بدن رخ می‌دهد و فرایندهای مرضی باعث آن می‌شوند. در نتیجه، هدف درمان این بود که آن فرایند مرضی را یافته و رفع نماید. ادای سهم تحلیل رفتاری این بود که هیچ علائمی در خلأ ظاهر نمی‌شود. همه علائم جسمانی تابع اصول یادگیری هستند.

تفاوت بنیادین نشان داده شده در این الگوی فکری جدید این بود که نه خود علائم حقیقی، بلکه شرطی‌سازی یا بافت، احتمال ایجاد ناتوانی مزمن را تعیین می‌کند. متعاقباً، رفتاردرمانگران واحدهای طبی با استفاده از تحلیل کارکردی بافت علائم «تشخیص» خود را ارائه می‌دادند. همه اعضای گروه توان‌بخشی این کار را انجام می‌دادند. برای فرضیه‌پردازی در مورد بافت شرطی‌سازی کلاسیک از آغاز کار و نحوه شرطی‌سازی عاملی، در قالب اجتناب ترسی از علائم، از تحلیل دومرحله‌ای استفاده می‌شد. هدف از درمان نیز «ناشرطی‌سازی» علائم با ابزار مواجهه تمام‌عیار بود. این تلویحاً به این معنی بود که هر عضو از گروه توان‌بخشی در بافت این تحلیل کارکردی کار خواهد کرد و با استفاده از ابزار مواجهه، در جهت ناشرطی‌سازی تلاش خواهد کرد. بافت این فرایند ناشرطی‌سازی معمولاً تا حد زیاد از پیش تعیین شده بود. شرکت‌های بیمه یا کارفرماهایی که هزینه توان‌بخشی را متحمل شده بودند می‌خواستند که مراجع به سر کار برگردد. اعضای گروه توان‌بخشی، که معمولاً در قالب مدل طبی آموزش دیده بودند، اندیشه‌هایی انعطاف‌ناپذیر در این مورد داشتند که چگونه مراجع را دوباره سرپا کنند و به سر کار بازگردانند. فیزیوتراپیست‌ها به مراجعان در تقویت و آرمیدگی ماهیچه‌ها و دستیابی به تناسب جسمانی بهتر و بازیابی الگوهای معمولی تحرک کمک می‌کردند. کاردرمانگران به مراجعان کمک می‌کردند که به‌صورت ارگونومیک کار کنند و خود را در معرض فعالیت‌های مشابه کار قرار

دهند. مددکاران اجتماعی به مراجع کمک می‌کردند که آرام‌آرام به محل کار خود بازگردند. روان‌شناس CBT گروه را در فرایند مواجهه هدایت می‌کرد و معمولاً در قالبی گروهی به مراجعان، در بهبود مهارت‌های اجتماعی و استفاده از فنون شناختی مختلف برای کاهش افکار منفی، کمک می‌کرد. این نوع از برنامه‌چندرشته‌ای CBT برای درد مزمن گامی بسیار بزرگ در راستای این بود که چگونه بیماری‌های مزمن را مفهوم‌پردازی و درمان کنیم. امروزه، چنین برنامه‌هایی گزینه‌های درمانی انتخابی برای درد مزمن در نظر گرفته می‌شوند.

به‌کارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طورکلی برای بیماری‌های مزمن و به‌طور ویژه برای درد مزمن، از نظر من، پیشرفت بسیار بزرگ بعدی در این زمینه است. این امر نیز مرتبط با تحول مفهوم بافت است. حدود پنج سال پیش اینجا در سوئد در کارگاه ACT کلی ویلسون شرکت کردم. کلی بر نکته‌ای در مدل ACT تأکید می‌کرد که به‌نظر من شدیداً خلأ آن در مدل CBT درد مزمن وجود داشت. کلی از این مفهوم صحبت می‌کرد که از ارزش‌های خود مراجع در حکم بافت مواجهه و از تحلیل کارکردی برای مفهوم‌پردازی و متعاقباً درمان «زبان» مراجع استفاده کنیم. کلی همچنین ایستایش درمانی بسیار متفاوت، از وضعیت معلم/دانش‌آموز موجود در CBT، به نمایش گذاشت.

اگر نگاهی به مطالعات تجربی بیندازید که درمان چندرشته‌ای CBT برای درد مزمن را ارزیابی می‌کنند، شواهدی نسبتاً خوب مبنی بر مؤثر بودن آن، به‌خصوص در زمینه کمک به مراجعان برای بازگشت به کار، وجود دارد. پس اگر این رویکرد موفق است، چرا از رویکردی دیگر استفاده کنیم؟ نگاهی دقیق به روال کاری در این کلینیک‌ها به شما در درک این کمک خواهد کرد که چرا مدل ACT در چند زمینه «توی خال می‌زند». اول از همه اینکه چندین مرور علمی اساسی نشان داده است که مدل CBT نسبت به درمان‌های سنتی طبی به‌تنهایی در بازگرداندن مراجعان به سرکار موفق‌تر بوده است، اما به‌خاطر مؤلفه‌های متعدد این درمان، هیچ‌کدام از این مطالعات نتوانسته است عوامل موفقیت‌آمیز آن را معرفی کند. همچنین، کارآزمایی‌های تصادفی شده شاهددار بسیار کم با شرایط کنترلی کافی در این زمینه موجود است. یک مشکل به‌خصوص که در مورد همه مطالعات ارزیابی برنامه‌های چندرشته‌ای CBT وجود دارد این است که پزشکان توان‌بخشی این واحدها خودشان مسئول مهم‌ترین متغیر وابسته، یعنی گواهی ناتوانی، هستند. از ابتدای کار، قراردادی در مؤسسات بیمه پوشش‌دهنده توان‌بخشی وجود دارد که، در پایان دوره درمانی، گواهی بیماری فرد باطل می‌شود. بنابراین، نتیجه‌نهایی از همان ابتدا مشخص می‌شود و آنچه در طول دوره درمان رخ می‌دهد از اهمیت زیاد برخوردار نخواهد بود. این راهی مطمئن برای گرفتن نتایج خواهد بود! و همین منشأ تعارض زیاد بین کارکنان توان‌بخشی و مراجعان است.

سعی کنید این صحنه را مجسم کنید: مراجع درد مزمن به کلینیک توان‌بخشی می‌آید چون درد و ناتوانی حاصل از آن مانع از کار کردن و کارکرد عمومی وی شده است. این امر را نیز در نظر بگیرید که بیشتر افراد دچار درد در گردن یا کمر و یا شانه‌ها هیچ‌گاه به مراقبت پزشکی مراجعه نمی‌کنند، و از میان‌انهایی که مراجعه می‌کنند نیز بیشترشان سریعاً بهبود می‌یابند یا متوجه می‌شوند که بیماری‌ای پیش‌رونده دارند که نیازمند توجه ویژه است. آن عده از افرادی که بیماری پیش‌رونده ندارند و در اثر درمان‌های معمول بهبود نمی‌یابند و در درد و ناتوانی مزمن «گیر می‌افتند» همان‌هایی هستند که به توان‌بخشی می‌آیند. بیشتر اوقات، چون این افراد بهبود نیافته‌اند، با آنها با سوءظن برخورد شده و اصالتِ ناتوانی آنها زیر سؤال رفته است. آنها همچنین از نگاه بدِ اجتماع به افرادی که برای بهره‌مند شدن از مزایای اقتصادی مستمری از کارافتادگی، با تظاهر به علائم درد، نظام‌های بیمه سلامت را «فریب» می‌دهند آگاه هستند. در فرهنگ ما هرگونه دردی که جسمانی و مرتبط با پاتولوژی اندامی نباشد مشکوک به «واقعی» نبودن است. بنابراین، این فرد را تصور کنید که با این‌همه علائم طاقت‌فرسای درد، که اعتبارشان را نظام مراقبت بهداشتی و کارفرما و دوستان و خانواده‌اش زیر سؤال می‌برند، اکنون مجبور است که وارد برنامه توان‌بخشی شود.

از طرفی دیگر، گروه توان‌بخشی حدود ۸ هفته فرصت دارد که به پیمان خود وفادار بوده و فرد را به سرکار بازگرداند. گروه، با استفاده از تحلیل کارکردی، فرضیه‌ای را درمورد فعالیت‌ها و حرکات و یا موقعیت‌هایی که به درد شرطی شده‌اند طراحی می‌کند. هدف برنامه درمانی ناشروطی‌سازی این پیوندهای شرطی، با استفاده از مواجهه، است. مشکل اصلی کارکنان توان‌بخشی این است که مراجع در خط فکری مشابه نیست و حتی تصور مواجهه برایش آزردهنده است. ما علاوه بر اینکه از آنها می‌خواهیم کارهایی کنند که مطمئن‌اند دردشان را بیشتر می‌کند، از طرفی دیگر، به آنها القا می‌کنیم که طرز فکرشان اشتباه است. ما اساساً داریم به آنها می‌گوییم که دردشان «واقعی» نیست، روان‌شناختی است. این به‌خودی‌خود زمینه‌ساز یک اتحاد درمانی ضعیف است، اما مسئله هنگامی وخیم‌تر می‌شود که شرکت‌های بیمه پشت‌سر کارکنان توان‌بخشی صف‌آرایی می‌کنند تا کوچک‌ترین مخالفتی از جانب مراجع منجر به ازدست دادن مستمری از کارافتادگی وی شود. می‌توانید تصور کنید که چنین وابستگی‌هایی چه نوع الگوهای رفتاری را شکل خواهند داد. بدتر اینکه، ذهنیت «ما» و «آنها» بین کارکنان و مراجعان وجود دارد که هرکدام برای اهدافی متفاوت تلاش می‌کنند. معمولاً، میان افراد تعارض وجود دارد که منجر به «فرسودگی» در میان کارکنان و «اجابت» یا اطاعت قاعده‌مند در مراجعان می‌شود. مراجعان آنچه از آنها انتظار می‌رود را با بی‌انگیزگی انجام می‌دهند تا شرکت‌های بیمه را راضی نگه‌دارند و هیچ‌گاه تلاش‌های توان‌بخشی را درونی نمی‌کنند. مراجعان انرژی‌ای زیاد را صرف به‌نمایش گذاشتن درد و رنج کرده و کارکنان توان‌بخشی انرژی‌ای زیاد را صرف متقاعد و

راهنمایی کردن مراجعان، برای مواجهه آنها با درد، می‌کنند. این برنامه‌ها، به‌خاطر تعداد متخصصان حاضر در گروه و همچنین تعداد ساعات بستری مراجع، بسیار گران هستند. اگر بیماری‌ای پیش‌رونده در حین دوره توان‌بخشی کشف نشود، نتیجه آن معمولاً یکسان است؛ مستمری از کارافتادگی باطل شده، و مراجع یا به سرکار بازمی‌گردد یا بیکار می‌شود یا دچار ناتوانی می‌شود و یا مشتمل بر رفاه اجتماعی می‌شود.

همان‌گونه که به کلی ویلسون گوش می‌دادم و اولین کتاب ACT را مطالعه می‌کردم، در این مورد فکر کردم که چگونه مدل CBT توان‌بخشی برای درد مزمن را می‌توان پرورش داد که همان اصول تحلیل کارکردی و مواجهه استفاده شود، طوری که باعث ایجاد بی‌زاری و مقاومت از جانب مراجع و برای کارکنان نشود. چگونه می‌توانیم بر شالوده کار درمانگران رفتاری و درمانگران شناختی-رفتاری، که مسیر طب رفتاری را هموار کرده بودند، بایستیم و این اصول را پیش ببریم و به‌گونه‌ای این کار را انجام دهیم که برای همه کمتر آزاردهنده باشد و تغییرات رفتاری درازمدت را ایجاد کنیم.

باز هم پاسخ در مفهوم‌پردازی بافت نهفته است. در ACT و تمام درمان‌های رفتاری «نسل سوم»، مفهوم بافت از زنجیره‌های ساده‌تر رفتار ترس-اجتناب به بافت سطح بالاتر انسانی رشد یافته است. در این مضمون، تحلیل کارکردی دیگر به توصیف ساده عوامل راه‌انداز و کارکردهای زنجیره‌های رفتار مرتبط با درد نخواهد پرداخت، بلکه کارکرد درد و ترس از درد را در بافتی بسیار گسترده‌تر برای هر فرد موردبررسی قرار خواهد داد.

در طول پنج سال اخیر، من از این لحاظ برنامه‌های توان‌بخشی را در شرایط بالینی و تعدادی پروژه پژوهشی، به طرز بنیادینی تغییر داده‌ام. برنامه‌های توصیف‌شده در این کتاب شامل شالوده یادگیری مشابه هستند که از تحلیل کارکردی در حکم راهبرد اساسی و مواجهه در حکم عنصر اصلی درمانی استفاده می‌کند. نقطه تفاوت در چگونگی و چرایی آنها است. استفاده از ارزش‌های خود مراجع، در حکم بافتی برای انگیزه بخشیدن به تغییر رفتار، ایده‌ای هوشمندانه است. اهداف درمان دیگر همان اهداف شرکت بیمه و کارکنان نیست، بلکه بافت مراجع اهداف را تعیین می‌کند. وظیفه کارکنان این است که با مراجع را فردی در نظر بگیرند که به‌خوبی می‌تواند زندگی خود را انتخاب کرده و مسئولیت آن را بپذیرد. دیگر فشاری روی کارکنان نیست که مراجع را در جهت مواجهه با محرک‌های آزاردهنده درد هدایت یا مجبور یا متقاعد کنند. دیگر فشاری روی مراجع نیست که مقاومت کند یا برحق باشد یا علائم درد را نشان دهد و یا از موضع خود دفاع کند. رابطه درمانی اکنون اتحادی است که در آن هم کارکنان و هم مراجع در یک جهت تلاش می‌کنند. مراجع مسیر را هدایت می‌کند و کارکنان توان‌بخشی فقط او را پیگیری می‌کنند و فقط هنگامی که مراجع بخواهد، به وی کمک می‌کنند.

تفاوت اساسی دیگر در این مدل ACT برای درد مزمن تحلیل کارکردی و درمان زبان مراجع است. به جای کار کردن با افکار معیوب مرتبط با درد، که در گذشته انجام می‌شد، ACT رویکردی اساساً متفاوت معرفی می‌کند که با تحلیل کارکردی بسیار سازگارتر است. کارکرد، و نه محتوای زبان، (از جمله افکار) وصف‌کننده تمام تعاملات درمانی بود، که عیناً بیشتر تعارضات را پایان داد. به واسطه یک رویکرد کارکردی عمومی‌تر برای همه اشکال زبان و از طریق تمرینات همجوشی‌زدایی، کارکنان و مراجع یاد می‌گیرند که افکار را به عنوان افکار مشاهده کنند و کارکرد آنها را بررسی کنند و نه محتوایشان را. پیام مهم این است که افکار و احساسات و حس‌های درد، مانند واکنش ما به آنها، پدیده‌هایی خارج از کنترل ما است؛ اما روی اینکه چگونه با آنها ارتباط برقرار کنیم و در موردشان رفتار کنیم کنترل داریم. این اساساً به این معنا است که افکاری مانند «من هیچ‌گاه نمی‌توانم با این درد به سر کار برگردم» می‌توانند در همان حین که فرد در جهت بازگشت به محل کار گام برمی‌دارد، حضور داشته باشند. مفهوم پذیرش در اینجا به این معنا است که مراجعان یاد می‌گیرند که پدیده‌هایی را که در هر صورت در زندگی‌شان روی می‌دهد و کنترلی روی آن ندارند بپذیرند (مانند احساسات درد، افکار، نگرانی‌ها، ترس از درد) و انرژی خود را صرف پدیده‌هایی کنند که می‌توانند کنترل کنند (مانند رفتارشان). هدف مدل ACT در درد این است که، حول گیرافتادگی مراجع در درد، ایجاد انعطاف کند و در راستای مسیرهای ارزش‌گذاری شده زندگی، خزانه رفتاری بسازد.

مفهوم‌پردازی درد مزمن از چشم‌انداز ACT و رهنمودهای مدل‌های درمانی متعاقب آن در این کتاب معرفی شده‌اند. از همان ابتدا و در طول تمام بخش‌های کتاب، شما الیزابت را، در کشمکش وی با درد مزمن و بهبود زندگی‌اش با آن، پیگیری خواهید کرد. داستان و بافت وی شامل بیشتر مسائل کلیدی موجود در بیشتر مراجعان «گیرافتاده» در درد است. امیدوارم با به اشتراک گذاشتن کشمکش الیزابت، تجربه‌ای دست اول از سازوکار «گیرافتادن» در درد کسب کنید. شما همچنین می‌توانید الیزابت را پس از رها شدنش و ایجاد زندگی انتخابی و مطلوبش پیگیری کنید. فصل دوم نوعی دیگر از بافت نظام‌های اجتماعی مرتبط با رفتار درد و ناتوانی متعاقب آن را ارائه می‌دهد. آمار و ارقام نشان می‌دهد که کشورهایی که، به واسطه دسترسی به پزشکان و درمان طبی و مرخصی استعلاجی، بیشترین تلاش را برای کمک به شهروندانشان - برای کنترل و رفع و اجتناب از درد - می‌کنند، بیشترین مشکلات را با شیوع درد در قالب افراد ناتوان دارند. این حقایق گراف باید سیاستمداران و مدیران مراقبت بهداشتی را به فکر کردن در مورد هزینه‌ها و تأثیرات رویکردهای حاضر به درد وادارد. چهار فصل بعدی اجزایی متفاوت از درمان ACT برای درد را معرفی می‌کند که شامل کار با ارزش‌ها، رابطه درمانی، پذیرش، همجوشی‌زدایی، و تعهد است. زیربنای تمام این فصل‌ها تحلیل کارکردی است، که تاحدودی در مدل ACT متفاوت است. به هنگام انجام تحلیلی کارکردی با بافت ارزش‌ها، روشن است که مقابله موفق‌تر

با درد فقط ابزاری برای رسیدن به هدفی بزرگ‌تر است. درمانگر ACT فرض را بر این می‌گیرد که مراجع نمی‌خواهد فقط از شر درد خلاص شود، بلکه می‌خواهد برای بازپس گرفتن زندگی بانشاط و ارزشمند از شر درد خلاص شود. نقطه تأکید در دیدگاه ACT کاهش مشکل نیست، بلکه ساختن خزانه رفتاری در مسیرهای ارزشمند است. پروتکلی گام‌به‌گام، در تشریح نحوه انجام یک تحلیل کارکردی برای درد مزمن، در این کتاب ارائه داده شده است.

نیمه دوم کتاب برای خواننده رهنمودهایی گام‌به‌گام، درخصوص نحوه انجام درمان ACT، ارائه می‌دهد. در این بخش، شما پروتکل‌ها و متون جلسات درمان واقعی، حاوی مکالماتی که تک‌تک اجزای درمان ACT را به‌نمایش می‌گذارند، خواهید یافت. علاوه بر درمان مراجعان، یک فصل نیز به استفاده از همین اصول ACT در مشاوره دادن به کارکنان توان‌بخشی و سایر روان‌شناسانی که احساس «فرسودگی» می‌کنند اختصاص داده شده است. از دیدگاه ACT، مراقبت‌کنندگان و حتی نظام‌های تأمین‌کننده مراقبت از همان مشکلی رنج می‌برند که مراجعان‌شان را گرفتار کرده است. درمانگران ACT ممکن است پس از قرارگرفتن در جایگاه مراجع برای درمان شدن، آمادگی بیشتر برای رفتار مشفقانه با مراجعان داشته باشند و مؤثرتر عمل کنند.

همکاران بنده، استیو و کلی و کارمن، هرکدام چهره‌ای معروف در زمینه ACT هستند و به‌همراه من تلاش بسیار زیاد برای تهیه این کتاب کرده‌اند. ما با کمک همدیگر بافتی جدید را ایجاد کرده‌ایم. بدون عزم راسخ و حوصله آنها درخصوص تمام موانع فرهنگی و کلامی، این امر امکان‌پذیر نبود. همچنین، می‌خواهم تشکری ویژه از استیو، به‌خاطر تشویق‌هایش و حساسیتش به زن بودنم، بکنم. سخنان وی از ابتدای این پروژه، به‌مانند نگرش او درطول انجام آن، همیشه حمایت‌گرانه و تشویق‌کننده بوده است. همچنین، دوست دارم از تلاش‌های بی‌پایان خانم امیلی نیلان و کامیل هایز در نشر کانتکست، در کمک برای آماده‌سازی این کتاب، تشکر کنم. هنگامی که به این گروه فکر می‌کنم و به این کتاب نگاه می‌کنم، یاد سخنان مارگرت مید می‌افتم که می‌گوید: «هیچ‌گاه قابلیت چند نفر آدم متعهد را دست‌کم نگیرید.»

جوآن دال

اوپسالا، سوئد

الیزابت: گیر کردن



الیزابت نمونه بارز فردی است که در علائم درد و تنیدگی خود «گیر کرده» و ممکن است دیگر به سر کار برنگردد. به داستان او گوش دهید و به این فکر کنید که چه عواملی در فرایند «گیر کردن» در علائم ممکن است نقش داشته باشند که به بدکاری غیر ضروری و زیان‌های فردی فجیع منجر شوند.

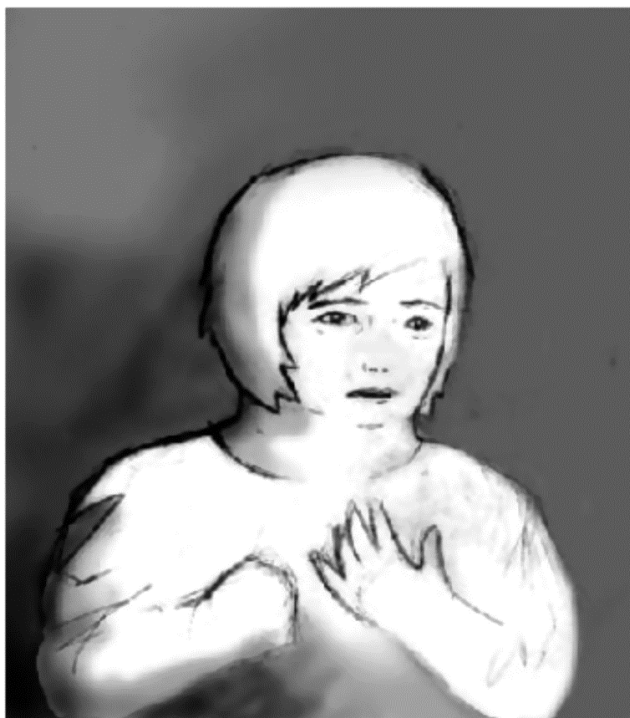
«نام من الیزابت است و ۴۵ سال دارم. در زمینه مراقبت از کودکان کار می‌کنم و از ۱۸ سالگی در همین شغل و محل کار کنونی خود مشغول بوده‌ام. اما اکنون دیگر کار نمی‌کنم. در حال حاضر از دست تمام کسانی که قول داده‌اند در راحت شدن از شر این درد به من کمک کنند، از جمله خود شما،

ناراحت هستم و احساس رهاشدگی می‌کنم. با وجود تلاش‌های زیاد برای راحتی از درد، هنوز درد غیرقابل تحملی دارم و زندگی خود را نیز ازدست داده‌ام. همه به من پشت کرده‌اند که البته برای من قابل درک است چون دیگر ارزش چندانی ندارم. کارفرما و دوستانم و نظام سلامت و نظام بیمه و حتی خانواده‌ام نمی‌توانند مرا تحمل کنند. فکر کنم شخصیت خوشایندی برای دیگران ندارم. مرکز مراقبت‌های اولیه احتمالاً مرا در لیست سیاه قرار داده‌اند، چون هرگاه که تماس می‌گیرم، به هر دلیلی مرا از سر خود باز می‌کنند. از این بابت نگرانم که اگر دچار حمله قلبی شوم چه اتفاقی می‌افتد. احتمالاً آن موقع هم فقط به من خواهند گفت که آرام باشم و مسکن‌های بیشتری بخورم. می‌دانم که رئیس دیگر مرا سر کار نمی‌خواهد. در جلسه‌ای بودیم و از حالت چهره‌ای او می‌توانستم تشخیص دهم که مرا فردی ناامیدکننده می‌پندارد که از هنگام بیمار شدن به‌جز دردسر و هزینه چیزی برایش نداشته است، که البته این نیز برایم قابل درک است. کدام آدم عاقلی مرا به‌عنوان کارمند خواهد خواست؟ هیچ‌گاه نمی‌دانم دردم از یک روز تا روز بعد چگونه خواهد بود. بعضی صبح‌ها به‌زور می‌توانم از رختخواب بیرون بیایم. فردی مانند من از عهده آن مسئولیت‌ها بر نمی‌آید. هنگامی که سلامتی خود را داشتم اوضاع فرق می‌کرد. بنابراین درک می‌کنم که به جای من فردی جوان و سالم را برای این شغل بخواهد. من او را مقصر نمی‌دانم، اما دیدن نگاه آن‌گونه‌اش به من دردناک بود - گویی من موجودی به‌دردنخور هستم. من واقعاً شغل خود و همکارانم را دوست داشتم. این افراد در بخش اعظم زندگی‌ام تنها منبع ارتباط اجتماعی من بوده‌اند. ارتباطم با بهترین دوستانم سال‌ها پیش قطع شده بود. حتی با اینکه به‌خاطر انجام دادن همان کار برای سال‌های متمادی خسته شده بودم، به‌نظرم واقعاً کار مهمی بود. من به دیگر زنان و خانواده‌ها کمک می‌کردم تا بتوانند کار کنند. کودکان ارزشمندترین چیزی هستند که ما داریم. البته که دلم برای شغلم و دوستانم در محل کار تنگ خواهد شد. حتی فکر کردن به آن نیز آزاردهنده است. من واقعاً تلاش می‌کنم که به آن فکر نکنم - تظاهر می‌کنم که وجود ندارد. معمولاً به بقیه می‌گویم که اهمیتی به کارم نمی‌دهم و دیگر برایم مهم نیست، اما حقیقت آن است که هنوز برایم اهمیت دارد.»

«خانواده‌ام می‌گویند همیشه در حال شکایت کردن هستم و دیگر مرا در جریان کارهایشان قرار نمی‌دهند. حتی مانند گذشته دوست‌هایشان را به خانه دعوت نمی‌کنند. به این فکر می‌کنم که به‌خاطر من شرمگین هستند. برایم عجیب نخواهد بود. والدین همه دوستانشان مشغول به‌کار و سالم هستند. آنها دچار بیماری مزمنی نیستند که آنها را معلول و بدبخت کند. وقتی بچه‌ها دوستانشان را می‌آوردند، برایشان آشپزی می‌کردم. باهم می‌نشستیم و صحبت می‌کردیم و حتی برای گفتن رازهایشان به من اعتماد می‌کردند. احساس می‌کردم اینکه کسی برای گوش دادن به حرف‌هایشان وقت می‌گذاشت خیلی برایشان ارزشمند بود. الان درد من تمام انرژی‌ام را می‌گیرد و از این‌رو چیزی برای این‌جور

مسائل باقی نمی ماند. بچه ها درک می کنند که وقتی بیمار هستی دیگر نمی توانی مانند گذشته مسابقه فوتبال یا هاکی را با آنها تماشا کنی. برای همین، دیگر از من اینها را نمی خواهند.»

«در حال حاضر هیچ گونه تنشی را نمی توانم تحمل کنم، احساس خستگی شدید و بی ارزشی می کنم و بیشتر اوقات به سختی می توانم از خودم مراقبت کنم، چه برسد به اینکه کار کنم یا از کس دیگری مراقبت کنم. تنها رهایی کوچکی که از همه علائم و مشکلاتم دارم مسکن هایی است که پزشکم برایم تجویز می کند. ممکن است فکر کنید با این همه وقت آزاد که الآن دارم می توانم بعضی از کارهایی را که هنگام شاغل بودن وقت انجام دادنشان را نداشتم، انجام دهم؛ اما عجیب اینجاست که هرچه وقت بیشتری دارم، کارهای کمتری انجام می دهم. حالا که تقریباً هیچ کاری انجام نمی دهم، بسیار بیشتر از زمانی که به کارهای زیادی مشغول بودم خسته می شوم. شاید این خستگی و فرسودگی فقط عکس العملی در مقابل فعالیت زیاد گذشته ام باشد. احتمالاً خیلی احمق بودم که این همه انرژی را صرف مراقبت از دیگران می کردم. از حالا به بعد فقط به فکر خودم خواهم بود و طوری زندگی خواهم کرد که هیچ گونه تنش یا دردی را برانگیخته نکنم. الآن ۱۳ ماه است که مرخصی استعلاجی گرفته ام و وقت زیادی دارم که در مورد چگونگی این اتفاقات فکر کنم. بگذارید در مورد آن برایتان بگویم.»



«هنگامی که کوچک تر بودم آرزویم این بود که معلم شوم، اما در میانه راه از آن افکار دست کشیدم. نمراتم در مدرسه خیلی خوب بود اما خانواده‌ام اهمیت زیادی به تحصیلات من نمی‌دادند. کلاس نهم که بودم به من پیشنهاد شد که به جای اتمام دوره دبیرستان، در یک دوره یک‌ساله مراقبت از کودکان با موقعیت شغلی دائمی و تضمین شده شرکت کنم. خدمات عمومی مراقبت از کودکان در کل کشور در حال توسعه بود و تقاضا برای کارمند زیاد بود. به نظر خانواده‌ام این فرصت خوبی برای مشغول شدن به کار بود و چون خودم هم از مدرسه خسته شده بودم آن را قبول کردم. همان موقع با ادی آشنا شدم که او هم پس از کلاس نهم مدرسه را ترک و شغل نجاری را آغاز کرده بود. آرزوی او این بود که به عنوان یک سازنده، شرکت خود را تأسیس کند. هنگامی که هردو ۱۸ ساله بودیم ازدواج کردیم. هردو به کار مشغول بودیم و همه چیز خوب به نظر می‌رسید. من و ادی آرزوی این را داشتیم که خانه‌مان را خودمان بسازیم و آن وقت‌ها وام مسکن فراوان بود و تمامی هزینه‌های وام‌ها کسرپذیر بود. ما مبلغ زیادی وام گرفتیم و ساختن خانه خود را آغاز کردیم و همان موقع متوجه شدیم که من باردار هستم. به خاطر وضعیت اقتصادی مان، باید حین ساخت منزل در آن زندگی می‌کردیم. الآن، وقتی که به آن وقت‌ها فکر می‌کنم، متوجه می‌شوم که موقعیتی بسیار تنش‌زا بود. ادی شب و روز کار می‌کرد - ابتدا در محل کار اصلی‌اش، و پس از آن تمام وقت آزادش را صرف اتمام ساختن خانه می‌کرد. طولی نکشید که صاحب سه فرزند شدیم و من در عین حال تمام وقت مشغول کار بودم. هنگامی که ۲۳ سالم شد هنوز ساختن خانه را تمام نکرده بودیم. ادی بی‌وقفه کار می‌کرد و از درد کمر رنج می‌برد و من تمام تلاشم را می‌کردم که از بچه‌ها و کارم و خانه و ادی مراقبت کنم. فقط آن موقع بود که نگران مخارج مان و وام‌های گرانی که گرفته بودیم و وضعیت ادی شدم. چون ادی سخت کار می‌کرد و هیچ‌گاه وقت کافی برای گذراندن با بچه‌های خودش را نداشت و ارتباطش با دوستان و خانواده‌اش نیز قطع شده بود. او همچنین هیچ وقتی برای ورزش و مراقبت از خودش نداشت. هنگامی که از کار کردن دست می‌کشید آن قدر خسته بود که فقط می‌خواست آرام بگیرد، آب‌جو بنوشد و تلویزیون تماشا کند.»

«من نیز بخش‌های ارزشمندی از زندگی‌ام را در این دوره ازدست دادم. قبل از بچه‌دار شدن و عهده‌دار شدن تمام مسئولیت‌هایم، لذت زیادی از کارهایی می‌بردم که الآن دلم برایشان تنگ شده است. گروهی از دوستان را از دوران مدرسه داشتم که مرتب آنها را می‌دیدم. ما کار خاصی نمی‌کردیم، اما هر جمعه شب ملاقات می‌کردیم و رازهای زندگی خود را با هم در میان می‌گذاشتیم و می‌خندیدیم و فقط از بودن با هم لذت می‌بردیم. این دیدارها از هنگامی که فرزند دوم متولد شد، متوقف شد. دیگر هیچ زمانی برای این کار باقی نمی‌ماند. من همچنین دوست داشتم که در گروه سرود کلیسا سرود بخوانم. من هیچ‌گاه خواننده خیلی خوبی نبودم اما سکوت هنگام حضور در کلیسا و فکر کردن

به زندگی را دوست داشتم. هنگامی که فرزند اولم متولد شد دیگر وقتی برای رفتن به کلیسا نداشتم. انجام دادن کاری این چنین تفننی هنگامی که همه به من نیاز داشتند قابل دفاع نبود. سومین کار مهمی که خیلی آن را دوست داشتم بازی کردن فوتبال در یک باشگاه ورزشی بود. ما سه بار در هفته بازی می‌کردیم، خوش می‌گذرانیدیم و وضعیت جسمانی خوبی داشتم. البته از هنگامی که شروع کردم به کار کردن و مسئولیت‌هایم زیاد شد، دیگر هیچ وقتی برای فوتبال یا هر نوع ورزش دیگر نداشتم. هنگامی که انجام دادن همه آن کارها را متوقف کردم، ارتباطم با همه دوستانم قطع شد. آنها قبلاً با من تماس می‌گرفتند، اما فکر می‌کنم از من ناامید شده باشند. آنها می‌دانند من چقدر مشغول بودم. دائم به این فکر می‌کردم که در آینده، هنگامی که اوضاع کمی آرام گرفته باشد، با آنها ارتباط برقرار خواهم کرد، اما هیچ‌گاه این کار را نکردم. حتی هنگامی که وقتم آزادتر شد و می‌توانستم با آنها تماس بگیرم، همیشه بهانه‌ای برای انجام ندادن این کار پیدا می‌کردم. نمی‌دانم چرا، اما پس از قطع ارتباط با دوستانم، در مقابل افراد حالت خجالتی پیدا کردم. دیگر به بودن کنار افراد عادت نداشتم.»



«هنگامی که بالاخره کار ساختن خانه تمام شد، فکر می‌کردیم همه چیز بهتر شود، اما بدتر شد. ادی مشکلات زیادی با کمردردش داشت و همچنین هرازچندگاهی بیکار می‌شد. در این زمان‌هایی که ادی در خانه بود فکر می‌کردم که ممکن است در خانه به من بیشتر کمک کند و یا بیشتر با بچه‌ها وقت بگذراند، اما در عوض احساس می‌کردم که بیجۀ دیگری در خانه دارم. ادی هنگامی که کار نمی‌کرد افسرده و خسته بود و احساس بی‌ارزشی می‌کرد و بیشتر تلویزیون تماشا می‌کرد و آب‌جو می‌نوشید. هیچ ارتباطی با خانواده یا دوستان قدیمش نداشت. ادی به اطمینان خاطر و حمایت زیادی از جانب من احتیاج داشت. من خیلی نگران وضعیت مالی مان و این مسئله بودم که چگونه با وجود بیکاری ادی و ام‌هایمان را پرداخت کنیم. برای اینکه خیالم راحت‌تر شود سه بار در هفته شب‌ها در سیمت نظافتچی در مدرسه‌ای کار می‌کردم. در همان هنگام مادر ادی دچار حمله قلبی شد و در بیشتر کارهایش به کمک نیاز داشت. من می‌دانم که ادی باید به مادر خودش کمک می‌کرد، اما آنها هیچ‌گاه رابطه خیلی خوبی با هم نداشتند. مادرش از من خواست که کمکش کنم و من احساس کردم که نمی‌توانم ناامیدش کنم.»

«در این دوره ده‌ساله، زندگی من این‌گونه بود که هرروز صبح خیلی زود بیدار می‌شدم، ریخت‌وپاش‌های خانواده‌ام را تمیز می‌کردم، لباس می‌شستم، اتو می‌کردم، کیف‌های کودکان را برای آن روز آماده می‌کردم، صبحانه درست می‌کردم و بچه‌ها را به مدرسه و ادی را - اگر شاغل بود - به سر کار می‌فرستادم. اگر شاغل نبود صبحانه ادی را به تخته‌خوابش می‌بردم که خوشحالش کنم. پس از آن آشپزخانه را تمیز می‌کردم و پیش مادر ادی می‌رفتم. بیدارش می‌کردم و حمامش می‌کردم و برایش صبحانه درست می‌کردم و با عجله خود را تا ساعت ۸ صبح به مهدکودک می‌رساندم. وظایف من در محل کارم در آن سال‌ها سنگین‌تر شده بود چون کودکان معلول با ناتوانی‌های کارکردی مختلفی داشتیم که نیاز به حمل کردن داشتند. نمی‌دانم که به‌خاطر افزایش وزن و وضعیت بد جسمانی‌ام بود یا خیر، اما حمل کردن آنها برایم خیلی دشوار بود. گردن و شانه‌هایم بیشتر اوقات درد می‌کرد و گاهی اوقات کمرم آن‌قدر درد می‌کرد که به‌سختی می‌توانستم از رختخواب بیرون بیایم. می‌دانستم که باید ورزش کنم، اما باید اولویت‌بندی می‌کردم.»

«پس از مدتی متوجه شدم که دیگر در محل کارم و به‌طورکلی چندان خوشحال نیستم و کارم را بیشتر به‌صورت یک انجام‌وظیفه می‌دیدم. این‌گونه نبود که فکر کنم کارم مهم نبود، اما واقعاً دوست داشتم که کار دیگری را نیز امتحان کنم. برخی از دوستانم در محل کار دوره‌های آموزشی دیدند - در زمینه‌هایی مانند آموزش تخصصی - و در همان زمینه مشغول به کار شدند. من هم خیلی دوست داشتم که این کار را بکنم. اما چگونه می‌توانستم دوره آموزشی بگذرانم؟ چه کسی از خانواده‌ام و مادر ادی مراقبت می‌کرد؟ دائم به این فکر می‌کردم که نوبت من هم خواهد رسید، اما این اتفاق هیچ‌گاه

نیفتاد. از آنجایی که هیچ‌گاه در دوره آموزشی شرکت نمی‌کردم، رئیس احساس کرد که علاقه‌ای ندارم یا به اندازه کافی باهوش نیستم. برای همین، دیگر از من تقاضای شرکت در این دوره‌ها را نمی‌کرد و جوان‌ترها را به جای من می‌فرستاد. پس از آن، هنگامی که وقت کافی برای ادامه تحصیل داشتم، اعتماد به نفس لازم برای آن را نداشتم. حقیقت این است که تا سرحد مرگ از تحصیلات می‌ترسیدم.»

«در راه منزل برای خانواده خودم و مادر ادی خرید می‌کردم، به خانه می‌رفتم، شام و همچنین ناهار روز بعد را در حال گوش دادن به بقیه و تشویق کردن آنها آماده می‌کردم. بعد از شام نظافت می‌کردم، به بچه‌ها در انجام تکالیف مدرسه کمک می‌کردم، به سر کار و یا جلسه اولیاء و مربیان برمی‌گشتم، و پس از آن به خانه مادر ادی می‌رفتم تا مطمئن شوم شامش را خورده و او را نیز می‌خواباندم. همیشه از این مطمئن می‌شدم که بقیه غذا خورده‌اند، اما به ندرت برای خودم غذا درست می‌کردم. معمولاً بین راه غذای فوری مانند هات‌داگ، و یا در ماشین شکلات می‌خوردم. چون دیگر ورزش نمی‌کردم و هله-هوله می‌خوردم ۴۵ پوند به وزنم اضافه شده بود و اصلاً احساس خوبی در مورد خودم نداشتم. ادی دیگر مرا جذاب نمی‌دانست و رابطه جنسی مان قطع شد. با خودم گفتم پس از ۲۵ سال ازدواج چه انتظاری می‌توان داشت، در زندگی چیزهای مهم‌تری هست. اما نمی‌دانستم چه هستند.»



«احساس می‌کردم مانند مرغ سرکنده‌ای هستم که از اینجا به آنجا می‌رود تا پاس‌خگوی نیازهای دیگران باشد. اما با اینکه بهترین تلاشم را می‌کردم، همه شکایت می‌کردند که باید بیشتر تلاش کنم، و اینکه به اندازه کافی به آنها نمی‌رسم. خسته و خسته‌تر و نگران و عصبی شدم. به‌نظرم دیگر در کنار من به کسی خوش نمی‌گذشت. نقطه اوج ماجرا هنگامی بود که شبی از سر کار به خانه برگشتم و معلم کوچک‌ترین پسرم تماس گرفته بود و در مورد وضعیت پسرم ابراز نگرانی می‌کرد. ظاهراً پسرم در چند هفته اخیر به‌خاطر موارد متعدد زورگویی و دعوا با بعضی از بچه‌های دیگر در مدرسه حاضر نشده بود. معلم پسرم شنیده بود که او در شهر با بعضی از پسرهای بزرگ‌تر که ترک تحصیل کرده بودند و معمولاً دچار دردرس می‌شدند دیده شده بود. خودتان می‌توانید حال مرا تصور کنید. هیچ‌چیز برای من مهم‌تر از بودن یک مادر خوب برای فرزندانم نیست. چون زمان زیادی را کار می‌کردم و در خانه نبودم، نمی‌دانستم که پسرم دچار مشکلات جدی شده بود و به من نیاز داشت. چه مادر بدبختی شده بودم. کاملاً احساس به‌دردنخور بودن می‌کردم. شب و روز تمام وقت نگران این بودم که ممکن است دچار چه دردسری شده باشد. علاوه بر این نگران وضعیت مالی مان، ادی و مادرش، سایر بچه‌ها، و آینده‌مان نیز بودم. نمی‌توانستم بخوابم و همیشه خسته بودم. ماهیچه‌های گردن، شانه‌ها و کمرم درد می‌کرد و همیشه گرفته بود. احساس می‌کردم که دیگر بیش از این نمی‌توانم این‌همه مسئولیت را به‌تنهایی به‌دوش بکشم. آن موقع بود که برای اولین بار برای تقاضای کمک با مرکز مراقبت‌های اولیه تماس گرفتم. من هیچ‌گاه برای رسیدگی به نیازهای خودم آنجا نرفته بودم. ابتدا زنگ زد و با پرستار صحبت کردم.»



«هنگامی که پرستار گوشی را برداشت، به او گفتم که احساس می‌کنم دیگر نمی‌توانم ادامه دهم. دیگر نمی‌دانستم چه کنم. پرستار از من پرسید که چه علائمی دارم. سعی کردم در مورد نگرانی‌های خود به او بگویم. سعی کردم در مورد تمام مسئولیت‌هایم و اینکه چقدر دچار استرس هستم به او بگویم. به او گفتم که وزنم بالا رفته است و ورزش نمی‌کنم. واقعاً سعی کردم همه چیز را توضیح دهم تا بتواند تصویر روشنی از وضعیتم داشته باشد اما او به یادداشت کردن درد در گردن و شانه‌ها اکتفا کرد و همان هفته برایم وقت پزشک گرفت. خوشحال بودم که بالاخره کسی به من کمک می‌کند. پزشک را دیدم و سعی کردم در مورد نگرانی‌ها و وضعیت دشوارم به او بگویم. به او گفتم که چیزهایی که برایم مهم بود را از دست داده‌ام و اینکه می‌دانم نحوه زندگی کردنم سالم نیست. فکر کنم او حتی نشنید که من چه گفتم. در همان حال که با او صحبت می‌کردم در حال مطالعه پرونده‌ام بود و به نظر می‌رسید با دیدن یادداشت پرستار در مورد علائم «درد در گردن و شانه‌ها» خیالش راحت شده بود. او به نظر خیلی پرتنش می‌آمد و واضح بود که حرف‌هایم برایش اهمیتی ندارد.»

«با وجود این احتمالاً از هوش زیادی برخوردار بود، چون خیلی سریع متوجه شد مشکلم چیست. او بخش‌های مختلفی در گردن و شانه‌هایم و چند جای دیگر که خیلی درد می‌کرد را محکم فشار داد. من هیچ‌وقت فکر نمی‌کردم که این نقاط نسبت به بقیه جاهای بدنم بیشتر درد می‌کند اما پس از اینکه آنها را فشار داد بیشتر به این مسئله فکر می‌کردم. دکتر گفت که از نظر او من احتمالاً به فیرومیالژیا مبتلا هستم و بهتر است مدتی سر کار نروم. او برای شروع، دو هفته مرخصی و مصرف چند مسکن را پیشنهاد داد. من خودم هیچ‌وقت درخواست مرخصی استعلاجی یا قرص نمی‌کردم، اما خیالم از این راحت شده بود که او می‌دانست مشکلم چیست و چگونه باید درمانم کند. او پیشنهاد داد که همچنین می‌توانم در جلسه‌ای گروهی - متشکل از افرادی با بیماری مشابه خودم - شرکت کنم و مرا به یک فیزیوتراپیست ارجاع داد. زمانی طولانی بود که هیچ دوستی را ملاقات نکرده بودم و دلم برای رفتن و آمدن با افراد هم‌سن خودم تنگ شده بود. تا به حال پیش فیزیوتراپیست نرفته بودم و احساس خوبی داشتم که پیش کسی بروم که از من مراقبت کند. اما بیشتر به این دلیل خوشحال بودم که نیازی نبود به محل کارم بروم و در عین حال تقریباً کل حقوقم را دریافت می‌کردم. این فرصت احتمالاً همان چیزی بود که برای سروسامان دادن به زندگی‌ام به آن احتیاج داشتم. تا پیش از این هیچ‌وقت داروی مسکن مصرف نکرده بودم، اما اگر از نظر پزشک به من کمک می‌کرد، حاضر بودم هر چیزی را امتحان کنم.»

«دو هفته اول مرخصی استعلاجی برای من و خانواده‌ام مانند بهشت بود. بالاخره توانستم خانه را کمی سروسامان بدهم و همان‌طوری که دوست دارم خانه را تمیز کنم. همیشه در مورد نظافت کمال‌گرا بوده‌ام. واقعاً دوست دارم که همیشه منظم باشم و خانه تمیزی داشته باشم. دوست ندارم مردم

بگویند خانه‌دار شلخته‌ای بودم یا فرزندانم و ادی لباس‌های تمیز و اتوکرده ندارند. من همچنین آپارتمان مادر ادی را سروسامان دادم و حتی پنجره‌ها را شستم. او از این بابت که مصاحبت بیشتری با هم داشتیم خیلی خوشحال بود. او از زمان حمله قلبی بسیار تنها شده بود و من خوشحال بودم که وقت بیشتری برای گذراندن با او داشتم. اما بیش از همه، خانواده خودم خوشحال بودند از این بابت که مادرشان تمام وقت خانه است. من مانند گذشته آشپزی می‌کردم و آنها پس از مدرسه به خانه می‌آمدند و با بوی نان تازه مواجه می‌شدند. و دیگر سر اینکه از میان آنها چه کسی کارهای خانه را انجام دهد دعوا نمی‌کردند. خلق و خوی بسیار بهتر و وقت بسیار بیشتری برای گوش دادن به آنها داشتم. ادی خوشحال بود که با او وقت می‌گذراندم و می‌توانستم برای خانواده شامی درست و حسابی تدارک ببینم و هیچ نیازی نبود که او از خانه بیرون برود.

«طبق دستورات پزشک به فیزیوتراپیست مراجعه کردم. او مردی خوش‌قیافه و جوان بود که داستان خوبی داشت و در کمال آرامش نیز به من گوش می‌داد. به دلیل اینکه سال‌ها کسی مرا لمس نکرده بود و به من محبت و توجه نکرده بود، همان‌جا بغضم ترکید و زیر گریه زدم. او گفت که بسیاری از بیمارانش هنگامی که آنها را ماساژ می‌دهد گریه می‌کنند و از من خواست که نگران نباشم. او همیشه به من احساس بهتری می‌داد، حتی اگر مدت‌زمانش کوتاه بود. او همچنین یک‌سری ورزش پیشنهاد داد که هیچ‌گاه انجامشان نمی‌دادم و دروغ می‌گفتم چون در هر صورت می‌خواستم پیشش بروم. خیلی بد است که آدم باید مریض شود تا از چنین مراقبتی برخوردار شود.»

