

# شناخت - رفتار درمانگری اختلال شخصیت هیستریکی و پارانوئیدی (مطالعه موردی)

دکتر محمد خدایاری فرد یاسمین عابدینی

## چکیده

افراد مبتلا به اختلالات شخصیتی دارای صفات و ویژگی‌های پایداری هستند که نه تنها چگونگی ادراک، ارتباط و تفکر آن‌ها را درباره خود، دیگران و محیط تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه کنترل تکانه‌ها، تنظیم عواطف و هیجانات، عملکردهای بین فردی، عملکرد شغلی و سایر عملکردهای اجتماعی را در آنان تحت تأثیر قرار می‌دهد و در صورت عدم درمان، این صفات شخصیتی پایدار، فراگیر، انعطاف‌ناپذیر و غیر انطباقی شده و منجر به آسیب‌های کارکردی شدید و ناراحتی‌های روانی و ذهنی قابل ملاحظه در آن‌ها می‌شود. از این رو، پژوهشگران به طراحی رویکردها و روش‌های مختلف روان درمانگری برای این اختلال علاقه‌مند شده‌اند. از طرفی، مشاهده شده است که شناخت - رفتار درمانگری از جمله کارآمدترین شیوه‌های روان درمانگری است که قابلیت کاربرد گسترده‌ای را در درمان اختلالات اضطرابی، وسواس، افسردگی، بی‌خوابی، اختلال وحشت‌زدگی، اختلالات خوردن و بویژه اختلالات شخصیتی دارا است. بر این اساس هدف پژوهش حاضر ارائه گزارشی از درمان موفقیت‌آمیز یک فرد بزرگسال مبتلا به اختلال شخصیت هیستریکی و پارانوئیدی است. بدین منظور یک بزرگسال مبتلا به این اختلال با استفاده از روش شناخت - رفتار درمانگری مورد مطالعه و درمان قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان می‌دهند که روان درمانگری بلندمدت مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری، درمان مؤثر و کارآمدی برای اختلالات شخصیتی می‌باشد. این نتایج با نتایج پژوهش‌های قبلی همسو بوده که به تفصیل مورد بحث واقع شده است

«واژه - کلیدها»: اختلال شخصیتی. پارانوئید. هیستری. شناخت - رفتار درمانگری، مطالعه موردی

طبق چهارمین مجموعه تجدیدنظر شده راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR, 2000) اختلالات شخصیتی الگوی پایداری از تجربه درونی و رفتارند که آشکارا از انتظارات فرهنگ فرد فاصله دارند، فراگیر و انعطاف‌ناپذیرند. شروع این اختلالات در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی است، این اختلال در طول زمان پایدار می‌ماند و منجر به ناراحتی یا آسیب می‌شود و حداقل در دو زمینه زیر نمایان می‌شود: شناخت، عاطفه، کارکرد بین فردی، یا کنترل تکانه. این الگوی رفتاری پایدار در بسیاری از موقعیت‌های شخصی و اجتماعی انعطاف‌ناپذیر است و از نظر بالینی منجر به نگرانی شدید یا آسیب جدی در کارکردهای اجتماعی، شغلی یا دیگر زمینه‌های مهم می‌شود. اختلالات شخصیتی باتوجه به شباهت‌های توصیفی به سه گروه تقسیم می‌شوند: گروه A شامل اختلالات شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید و اسکیزوفرنی گونه است، افراد مبتلا به این اختلالات اغلب عجیب و غریب به نظر می‌آیند. گروه B شامل اختلالات شخصیت ضد اجتماعی، مرزی، هیستریکی و خودشیفته است. افراد مبتلا به این اختلالات اغلب هیجانی، نمایشی یا آشفته به نظر می‌آیند. گروه C شامل اختلالات شخصیت اجتنابی، وابسته و وسواس - بی‌اختیاری است. افراد مبتلا به این اختلالات اغلب مضطرب یا هراسان به نظر می‌رسند.

اختلال شخصیت پارانوئید یکی از اختلالات شخصیتی است که میزان شیوع آن در جمعیت عمومی بین ۰/۵ تا ۲/۵ درصد و در بیماران بستری شده در مؤسسات روان‌پزشکی بین ۱۰ تا ۳۰ درصد گزارش شده است و سالیانه هزینه‌های زیادی صرف درمان آن می‌شود. علامت اساسی این اختلال الگویی از عدم اعتماد و سوءظن فراگیر نسبت به دیگران است؛ به طوری که انگیزه‌های افراد دیگر به صورت بدخواهانه تفسیر می‌شود. این افراد بدون دلیل نسبت به دیگران شک می‌کنند که علیه آن‌ها توطئه می‌چینند، به دیگران اعتماد ندارند و در صمیمی شدن با دیگران مردد هستند (بال، ۱۹۹۸).

چهارمین مجموعه تجدیدنظر شده تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR, 2000) ملاک‌های تشخیصی زیر را برای اختلال شخصیت پارانوئید مشخص کرده است:

الف. عدم اعتماد و سوءظن فراگیر نسبت به دیگران به طوری که انگیزه‌های آن‌ها بدخواهانه تفسیر شود، که در اوایل بزرگسالی شروع شده و خود را در چهار زمینه از زمینه‌های زیر نشان می‌دهد:

۱. بدون دلیل کافی شک می‌کند که دیگران او را مورد سوء استفاده، آسیب یا فریب قرار می‌دهند.

۲. اشتغال ذهنی با شک‌های توجیه‌ناپذیر در مورد بی‌وفایی یا قابلیت اعتماد دوستان یا بستگان .
۳. در اعتماد کردن به دیگران مردد است، زیرا ترس بدون دلیل دارد که دیگران از اطلاعات او به گونه‌ای مغرضانه علیه خودش استفاده کنند.
۴. در اشارات یا وقایع مساعد معانی تحقیرآمیز یا تهدید کننده می‌بیند.
۵. مداوم کینه می‌ورزد، یعنی توهین، تحقیر یا بی‌اعتنایی را نمی‌بخشد.
۶. حملاتی را بر منش یا اعتبار خود دریافت می‌کند که برای دیگران روشن نیست، در پاسخ خشمگینانه یا حمله متقابل سریع است.
۷. سوءظن مکرر و بدون دلیل راجع به وفاداری همسر یا شریک جنسی دارد.
- ب. اختلال منحصرأ در ضمن اسکیزوفرنی، یک اختلال خلق با علایم سایکوتیک یا اختلال سایکوتیک دیگری روی نمی‌دهد و ناشی از اثرات فیزیولوژیکی مستقیم یک حالت طبی عمومی نیست.
- اختلال شخصیت هیستریکی نیز یکی دیگر از اختلالات شخصیتی است که علامت اساسی آن رفتار هیجان زدگی و توجه‌طلبی نافذ و افراطی است و از اوایل کودکی شروع می‌شود و در زمینه‌های گوناگون وجود دارد. این اختلال با میزان بالای اختلال جسمانی کردن، اختلال تبدیلی و اختلال افسردگی اساسی همراه است و میزان شیوع آن در جمعیت عمومی بین ۲ تا ۳ درصد و در مراکز بهداشت روانی بستری بین ۱۰ تا ۱۵ درصد است (دونا هو، توینن و راینون ، ۱۹۹۷). طبق چهارمین مجموعه تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV- TR, 2000) ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت هیستریکی عبارتند از:
- الف. الگوی نافذ هیجان زدگی و توجه‌طلبی مفرط که در اوایل کودکی شروع می‌شود و در زمینه‌های گوناگون وجود دارد که با پنج مورد از موارد زیر تظاهر می‌کند:
  ۱. در موقعیت‌هایی که مرکز توجه نیست ناراحت است.
  ۲. تعامل او با دیگران اغلب با رفتار نامناسب اغواگرانه جنسی یا رفتار برانگیزاننده مشخص می‌شود.
  ۳. هیجانات را به‌طور سطحی و باتغییرات سریع نشان می‌دهد.

۴. برای جلب توجه به‌طور مستمر از ظاهر فیزیکی خود استفاده می‌کند.

۵. سبک گفتار او به‌طور مفرط برداشت گرایانه و فاقد جزئیات است.

۶. خودنمایی، نمایشگری و ابراز هیجانی مبالغه‌آمیز نشان می‌دهد.

۷. تلقین‌پذیر است و به راحتی تحت تأثیر دیگران یا شرایط قرار می‌گیرد.

۸. روابط را صمیمانه‌تر از آنچه که واقعاً هست تلقی می‌کند.

مشاهده شده است که بین ۱۹ تا ۴۹ درصد از بیماران روانی، مبتلا به یکی از اختلالات شخصیتی هستند (لورانجر، ۱۹۹۰، نقل از دیویدسون، ۲۰۰۰). از طرفی، اختلالات شخصیتی در صورت عدم درمان منجر به آشفتگی شخصیتی قابل ملاحظه‌ای می‌شوند. نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد مبتلا به این اختلالات بیشترین مراجعه‌کنندگان به مراکز سلامت روان هستند (هولمز و همکاران، ۲۰۰۲؛ لیوسلی و یانگ، ۲۰۰۰). هم‌چنین سالیانه هزینه‌های هنگفتی صرف درمان روان‌پزشکی این اختلالات و راه‌اندازی سرویس‌ها و سازمان‌های سلامت روانی برای بستری کردن افراد مبتلا به آن‌ها می‌شود (لیکسنرینگ و لیپینگ، ۲۰۰۳). این نگرانی‌ها موجب شده است که پژوهشگران در پی طراحی رویکردهای مختلف روان‌درمانگری برای درمان اختلالات شخصیتی باشند. از سویی، نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که شناخت - رفتار درمانگری، نه تنها درمان کارآمدی برای بسیاری از اختلالات روانی محور I از جمله افسردگی، اختلال وحشت‌زدگی، اختلالات خوردن، اختلالات خواب و خستگی مزمن می‌باشد (باورز، ۲۰۰۱؛ رکتور و بک، ۲۰۰۱؛ هولمز و همکاران، ۲۰۰۲) بلکه یکی از مؤثرترین روش‌های روان‌درمانگری برای درمان مبتلایان به اختلالات شخصیتی از جمله اختلال شخصیت هیستریکی و پارانوئیدی است (بوهاس و همکاران، ۲۰۰۰؛ لینهان و همکاران، ۱۹۹۹). به طوری که نتایج پژوهش‌های فراتحلیلی انجام شده در این زمینه نشان دهنده وجود حجم اثر بزرگی برای این رویکرد درمانی در درمان اختلالات شخصیتی است (لیکسنرینگ و لیپینگ، ۲۰۰۳).

بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی کارایی فنون شناخت-رفتار درمانگری در درمان اختلالات شخصیتی، گزارشی از درمان موفقیت‌آمیز یک فرد بزرگسال مبتلا به اختلال شخصیت هیستریکی و پارانوئیدی را با استفاده از شناخت-رفتار درمانگری طولانی مدت ارائه خواهد نمود.

## پیشینه پژوهش

در سال‌های اخیر مشاهده شده است که شناخت - رفتار درمانگری قابلیت کاربرد گسترده‌ای را برای درمان اختلالات روانی مختلف دارا است (هولمز و همکاران، ۲۰۰۲) و به عنوان یکی از کارآمدترین شیوه‌های درمانی برای درمان اختلالات شخصیتی شناخته شده است (باورز، ۲۰۰۱؛ لینهان و همکاران، ۱۹۹۴).

نزیروگلو، مک کی و تودارو (۱۹۹۶) به مطالعه تأثیر شناخت - رفتار درمانگری در درمان بیماران دارای اختلال بدشکلی و اختلالات شخصیتی پرداختند. آنان برای درمان این بیماران از فنون شناختی - رفتاری برای مواجهه با نقایص فیزیکی ادراک شده و پیشگیری از انجام رفتارهایی که نگرانی و ناراحتی آنان را کاهش می‌دهد استفاده کردند. نتایج نشان دهنده کاهش معنادار در تعداد دفعات و طول زمان انجام رفتارهایی نظیر واریسی قسمت‌های ناقص بدن، نگاه کردن در آینه و اجتناب از تعاملات اجتماعی بود.

ولزن و امل کامپ (۱۹۹۶) ضمن مروری بر سبب‌شناسی و شیوه‌های ارزیابی و درمانی اختلالات شخصیتی و اختلالات محور I دریافتند که در حدود نیمی از افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، اختلال افسردگی و اختلالات خوردن (اختلالات محور I) دارای اختلالات شخصیتی نیز هستند و شناخت - رفتار درمانگری یکی از کارآمدترین شیوه‌های درمانی برای درمان اختلالات شخصیتی توأم با اختلالات محور I است.

دوناو، تونین دبورا و رانیون (۱۹۹۷) طی یک مطالعه موردی، به گزارش یک مورد درمان موفقیت‌آمیز اختلال تبدیلی از نوع گلوله هیستریایی (گلو گرفتگی) با استفاده از فنون شناختی - رفتاری پرداختند. آنان در یک پیگیری یک‌ساله دریافتند که هیچ نوع نشانه‌ای از کاهش وزن و امتناع از خوردن غذا در آزمودنی مشاهده نشد.

پری، بانون و لانی (۱۹۹۹) نیز در پژوهشی کارایی شیوه‌های مختلف روان درمانگری را در درمان اختلالات شخصیتی مورد بررسی قرار دادند. آنان بدین منظور ۱۵ پژوهش را انتخاب کردند که ۳ مورد از آن‌ها شامل کوشش‌های درمانی تصادفی کنترل شده، ۳ مورد شامل مقایسه تصادفی درمان‌های فعال با گروه کنترل و ۹ مورد شامل مطالعات مشاهده‌ای کنترل نشده بود. روش‌های درمانی به‌کار گرفته شده در این پژوهش‌ها نیز شامل روان درمانگری روان پویشی، بین فردی، شناخت - رفتار درمانگری، درمان ترکیبی و درمان حمایتی بود. اگر چه نتایج تمام مطالعات فو نشان دهنده بهبود و اصلاح بیماران مبتلا به اختلالات

شخصیتی بودند؛ با این حال آنان مشاهده کردند که شناخت رفتار درمانگری کوتاه مدت و بلند مدت، کارآمدترین و فراوانترین شیوه‌های درمانی مورد استفاده در پژوهش‌های فو بودند.

باورز (۲۰۰۱) ضمن مروری بر سبب‌شناسی و درمان اختلالات شخصیت مرزی، وابسته، خودشیفته، هیستریکی و وسواسی، دریافت که شناخت - رفتاردرمانگری شیوه درمانی متجانس و کارآمدی برای درمان اختلالات شخصیتی پیش گفته است. او در پژوهش خود گزارشی، درمان موفقیت‌آمیز ۶ مورد مبتلا به ۶ اختلال شخصیتی فو را با استفاده از فنون شناختی - رفتاری ارائه کرده است.

هولمز و همکاران (۲۰۰۲) نیز با مروری بر ادبیات پژوهش دریافتند که روان‌درمانگری مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری یکی از کارآمدترین شیوه‌های درمانی برای درمان افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلال وحشت‌زدگی، اختلالات خوردن، خستگی مزمن، اسکیزوفرنیا و اختلالات شخصیتی می‌باشد.

لیکسنرینگ و لی‌نینگ (۲۰۰۳) در یک مطالعه فراتحلیلی، کارایی درمان روان‌پویشی و شناخت - رفتار درمانگری را به عنوان دو نوع از کارآمدترین و فراوانترین شیوه‌های درمانی به کار گرفته شده برای اختلالات شخصیتی مورد بررسی قرار دادند. آنان با مطالعه ۱۴ پژوهش مبتنی بر درمان روان‌پویشی و ۱۱ پژوهش مبتنی بر شناخت - رفتار درمانگری دریافتند که هر دو شیوه درمانی کارایی بالایی را در درمان و پیشگیری از بازگشت نشانگان اختلالات شخصیتی دارا هستند.

## روش پژوهش

در پژوهش حاضر یک آزمودنی بزرگسال که بر اساس نتایج مصاحبه بالینی، آزمون MMPI، نظر روان‌پزشک و ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR مبتلا به اختلال‌های شخصیتی هیستریکی و پارانوئیدی بوده با استفاده از فنون شناخت - رفتار درمانگری مورد مطالعه و درمان قرار گرفت. طی جلسات درمانی برای آزمودنی ۲ مرتبه آزمون MMPI اجرا و تفسیر شد، یک‌بار قبل از درمان و یک‌بار پس از درمان. همچنین جهت تشخیص اختلالات همراه با اختلال شخصیتی در آزمودنی از آزمون افسردگی بک و آزمون اندریافت موضوع (TAT) استفاده شد. لازم به ذکر است که آزمودنی تا دو سال مورد پی‌گیری پس از درمان قرار گرفت.

طبق الگوی شناختی بک و همکاران (۱۹۹۰) دربارهٔ اختلالات شخصیتی؛ محیط و تجارب دوران کودکی، عوامل زمینه ساز خلق و خوئی و از قبل تعیین شدهٔ ژنتیکی و بیولوژیکی منجر به شکل‌گیری طرحواره‌های تحریف شدهٔ شناختی، عاطفی، انگیزشی، و رفتاری در دوران بزرگسالی می‌شوند و این طرحواره‌های تحریف شده به نوبهٔ خود باورهای مهم و سازش نیافته‌ای را در ارتباط با خود و دیگران شکل می‌دهند که منجر به شکل‌گیری راهبردهای رفتاری رشد نیافته و افراطی می‌شوند (نقل از دیوید سون ، ۲۰۰۰). بر این اساس در پژوهش حاضر برای درمان آزمودنی از فنون شناخت - رفتار درمانگری به شرح زیر استفاده شده است. اصول مهم و فرضیه‌های زیربنایی مداخلات درمانی شناختی - رفتاری در اختلالات شخصیتی بر اساس موارد زیر است:

۱. به حداکثر رسانیدن آمادگی درمانجو برای تغییر یافتن (آمادگی اشاره به انگیزش و انتظارات مراجع از درمان دارد).

۲. استفاده از درمان‌های ترکیبی ، کلی و طراحی شده به صورت ویژه فرد در صورت لزوم (درمان ترکیبی به استفاده همزمان از درمان‌های انفرادی، گروهی، خانوادگی و زوج درمانی اشاره دارد، درمان کلی به استفاده از رویکردهای مختلف درمانی نظیر روان تحلیل گری، شناختی، رفتاری، روان پویشی و بین فردی اشاره دارد و درمان انحصاری، درمانی است که مبتنی بر نیازها، حالات، انتظارات، انگیزش و آمادگی درمانجو است).

۳. درمان مؤثر که شامل اهداف کلی و جزئی درمانی است. اهداف کلی درمانی شامل موارد زیر است:

الف. اهداف سطح اول: کاهش نشانگان و علائم اختلال.

ب. اهداف سطح دوم: تعدیل کردن ابعاد خلقی شخصیت.

ج. اهداف سطح سوم: کاهش دادن اعمال و رفتارهای سازش نیافتهٔ ارتباطی، شغلی و اجتماعی.

د. اهداف سطح چهارم: اصلاح و بهبود ویژگی‌ها و طرحواره‌های شخصیتی.

۴. درمان جداگانهٔ هر اختلال در مواقعی که درمانجو دارای بیش از یک اختلال شخصیتی است (اسپری ، ۱۹۹۹).

طبق نظر بیتمن (۱۹۹۱، نقل از اسپری، ۱۹۹۹) مراحل فرایند درمان نیز به شرح زیر است:

۱. شروع یا مشغول شدن به درمان: این مرحله مستلزم کسب اعتماد و جلب توجه مراجع و قبول و پذیرش درمانگر از طرف مراجع است. تکلیف اساسی این مرحله ارزیابی میزان آمادگی و انگیزش مراجع برای درمان است.

۲. تحلیل الگو: این مرحله شامل مشخص کردن الگوهای سازش نیافته مراجع در زمینه حالات تفکر، عمل کردن، احساس کردن، مقابله با مشکلات و نگرش نسبت به خود است.

۳. تغییر الگو: هدف اصلی از مشخص کردن الگوهای سازش نیافته و تأثیر گذار، اصلاح و تغییر آنها است. این اصلاح و تغییر شامل الگوهای طرحواره‌ای و سبک‌های سازش نیافته مراجع می‌شود. بدین منظور پس از شناسایی الگوهای سازش نیافته، الگوهای سازش یافته‌تری طراحی و توسعه می‌یابند و سپس الگوهای جدید به افکار، احساسات و اعمال مراجع تعمیم داده می‌شوند.

۴. حفظ الگو: همان‌طور که الگوهای جدید در زندگی مراجع تثبیت می‌شوند، مسئله و موضوع جلوگیری از بازگشت و عودت الگوهای سازش نیافته مورد توجه قرار می‌گیرد. در این مرحله تأکید کمتری بر جلسات رسمی درمانی شده و بر خاتمه و پایان جلسات درمانی تأکید بیشتری می‌شود.

در شناخت - رفتار درمانگری اختلالات شخصیتی از فنون زیر که برخی از آنها شناختی، برخی رفتاری و برخی شناختی- رفتاری هستند استفاده می‌شود.

۱- آموزش غلبه بر خشم؛ ۲- آموزش غلبه بر اضطراب؛ ۳- آموزش جرأت و ورزی؛ ۴- آموزش آگاهی شناختی؛ ۵- آموزش تحمل نگرانی؛ ۶- آموزش تنظیم هیجانی و عاطفی؛ ۷- آموزش همدلی؛ ۸- آموزش کنترل تکانه؛ ۹- آموزش مهارت‌های اجتماعی؛ ۱۰- آموزش حل مسئله؛ ۱۱- آموزش خودمدیریتی؛ ۱۲- آموزش کاهش حساسیت؛ ۱۳- آموزش مقابله بانشانگان اختلال و ۱۴- متوقف کردن فکر.

لازم به ذکر است که در مطالعه حاضر بر حسب موقعیت و با توجه به ویژگی‌های فردی آزمودنی از برخی از فنون فوق در فرایند روان‌درمانگری استفاده شده است.

## یافته‌های پژوهش



**مشخصات آزمودنی:** خانم م.ک. ۳۸ ساله، دارای تحصیلات ابتدایی، خانه‌دار، متأهل و دارای دو فرزند، یک دختر ۱۷ ساله دبیرستانی و یک پسر ۱۲ ساله ابتدایی.

**طول درمان:** ۴۵ جلسه با مراجعه هر هفته یک بار

مراجع در اولین جلسه به درمانگر اظهار کرد: " ۲۴ سال است که ازدواج کرده‌ام. سه ساله بودم که پدرم را از دست دادم و تا چهارده سالگی تقریباً هر شب در رختخوابم گریه می‌کردم. زیرا در طول این سال‌ها به شدت تحقیر می‌شدم و مورد توهین قرار می‌گرفتم؛ تا این که ازدواج کردم. ابتدا راضی بودم، بعد از یک سال باردار شدم که متأسفانه به دلیل بلند کردن اشیای سنگین سقط جنین کردم و تا هفت سال بعد باردار نشدم. طی این هفت سال خانواده شوهرم خیلی مرا سرزنش می‌کردند و دخالت‌های آن‌ها، روز به روز فاصله من و همسرم را زیاد و زیادتر می‌کرد. تا این که بالاخره باردار شدم، اما مشکلی از مشکلات من حل نشد، و مشکلات من و همسرم همچنان باقی ماند. زیرا خانواده من و همسرم از لحاظ فرهنگی - مذهبی بسیار متفاوتند. از طرفی، همسرم نسبت به خانواده‌اش تعصب افراطی دارد. ۲۴ سال است که رنج و مشقت را تحمل می‌کنم، اکنون به جایی رسیده‌ام که هیچ فردی را دوست ندارم، از همه تنفر دارم، زیرا هر کسی به نحوی دنبال آزار و اذیت من است. به همه خوبی کرده‌ام ولی از همه بدی دیده‌ام و بالاخره انتقامم را از همه می‌گیرم. چون خیلی از من سوء استفاده شده است و دیگر به هیچ کس اعتماد ندارم. به زندگی علاقه‌ای ندارم، بسیار ناامیدم و بالاخره هم دست به خودکشی خواهم زد. با کوچک‌ترین مشکلی دچار اضطراب، دلهره و بی‌قراری می‌شوم. تمایل به غذا خوردن ندارم. با این که همسرم را به شدت دوست دارم، اما همیشه مورد بی‌مهری و بی‌علاقگی او واقع شده‌ام و او هیچگاه از من دفاع نکرده است. بالعکس، همیشه سعی می‌کند شخصیت مرا نزد دیگران خرد کند، همیشه مرا تحقیر می‌کند و فکر می‌کند بالاخره او مرا ترک خواهد کرد و تنها چیزی که در زندگی‌اش اهمیت دارد مسایل کاری‌اش است. هنگام خشم و عصبانیت جیغ می‌کشم، فریاد می‌زنم، فحش می‌دهم و حرف‌های رکیک بر زبان می‌آورم و بعد دچار یک نوع حمله می‌شوم و از هوش می‌روم. دو سال قبل به روان‌پزشک مراجعه کردم و پس از ۳ ماه داروهای تجویز شده توسط دکتر اعصاب و روان را قطع کردم و تاکنون دیگر هیچ دارویی مصرف نکرده‌ام. دائماً از نظر جسمی مریض هستم. هفته گذشته مادر و خواهر شوهرم با من با بی‌مهری رفتار کردند و مرا به باد توهین و ناسزا گرفتند، همان وقت شروع به جیغ کشیدن و فریاد زدن کردم، حرف‌های رکیک زدم و بعد دچار حمله عجیبی شدم، بعد از این که به حالت طبیعی برگشتم شوهرم از خانواده‌اش دفاع کرد که حالم را بدتر کرد. خانواده شوهرم همیشه به من کینه داشته و حسد می‌ورزند و در پی آزار و اذیت من هستند، آن‌ها فاقد هرگونه خصوصیت

انسانی هستند و شوهرم را تحریک می‌کنند که با من دعوا کند. از آن‌ها تنفر عجیبی دارم و هیچگاه صمیمیتی با آن‌ها نداشته و نخواهم داشت. گاهی اوقات احساس می‌کنم کسی پشت سرم راه افتاده است و مرا تعقیب می‌کند، حتی در منزل وقتی تنها هستم این احساس را دارم. وقتی چشمانم را می‌بندم، افراد خوب را به صورت نور و افراد بد را به صورت تاریکی می‌بینم. به طوری که دیشب وقتی چشمم را بستم ابتدا تصاویر تلویزیون را دیدم و بعد دخترم را که بسیار خوش طینت است به صورت نور دیدم و پس از آن خانواده شوهرم را به صورت تاریکی مطلق دیدم چون تحمل افراد بدطینت، حسود و کینه‌جو را ندارم."

**تدابیر تشخیصی:** جهت تشخیص اختلالات آزمودنی پس از مصاحبه بالینی براساس ضوابط DSM-IV-TR از آزمون MMPI استفاده شد. چنانچه در نمودار ۱ دیده می‌شود، نتایج نشان دهنده اختلال شخصیتی پارانوئیدی و هیستریکی مراجع است. از آنجائیکه مصاحبه بالینی علاوه بر تشخیص اختلالات پیش گفته علائم و نشانگان افسردگی در مراجع تشخیص داده شده بود آزمون افسردگی بک نیز اجرا گردید که وجود افسردگی شدید مورد تأیید قرار گرفت. به منظور بررسی بیشتر، مراجع به روان پزشکی نیز ارجاع داده شد، نظر روان پزشکی نیز وجود اختلالات شخصیتی پارانوئیدی و هیستریکی توأم با افسردگی را تأیید کرد.

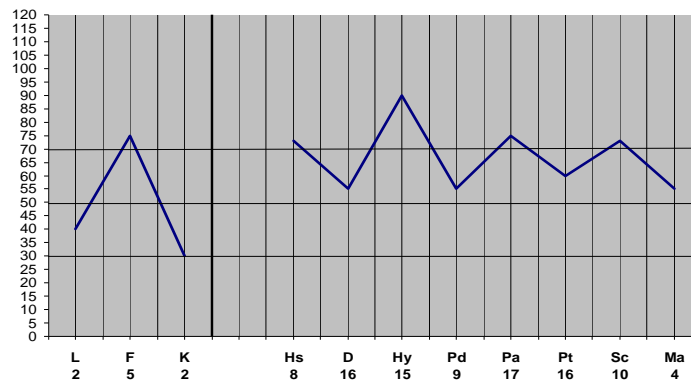
**تدابیر درمانی:** طی جلسات درمانی، ابتدا نتایج آزمون‌های انجام شده برای مراجع تفسیر شد و مراجع نیز صحت آن نتایج را تأیید کرد. او اظهار کرد: "طی چند روز گذشته دچار حملات قبلی شده‌ام و به شدت ناامید، عصبی و افسرده بوده‌ام و فکر خودکشی داشته‌ام، حتی یک‌بار هنگام عصبانیت دلم می‌خواست کاردی در دسترس داشته باشم و در شکم خود فرو کنم. ظرفها را شکستم و حرف‌های رکیک زدم". در این مرحله درمانگر شروع به تحلیل الگوهای سازش نیافته فکری، احساسی و رفتاری آزمودنی کرده و طی مصاحبه بالینی مشخص شد که یکی از راه‌اندازی‌های مهم خشم و عصبانیت و در نتیجه حملات هیستریکی در آزمودنی رفتارها و گفتارهای غیرمنطقی و توأم با تحقیر و اهانت خانواده همسر نسبت به آزمودنی و بی‌توجهی و دفاع افراطی همسر او از خانواده خود است.

بر این اساس درمانگر ضمن آموزش روش صحیح برخورد با مسایل و مشکلات (آموزش حل مسئله) و ارائه فنونی جهت غلبه آزمودنی بر خشم و عصبانیت خود، از درمانجو خواست تا نگرش‌ها، باورها و تفکرات خود را مورد بازبینی قرار دهد و بین تفکرات منطقی و غیرمنطقی خود تمایز قایل شود. در جلسات بعدی آزمودنی اظهار کرد: "با اینکه علاقه زیادی به همسر دارم اما احساس می‌کنم که فاصله زیادی با او

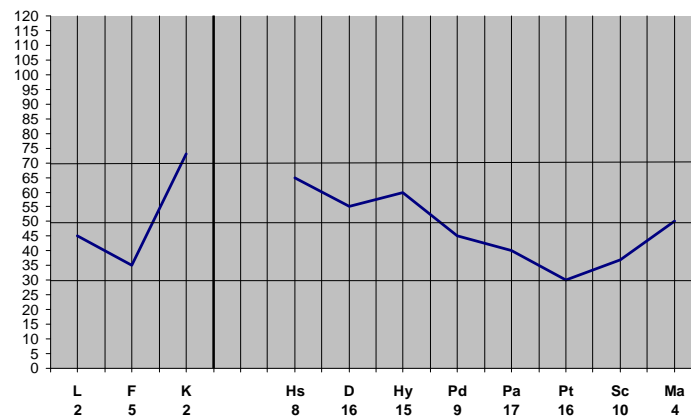
دارم و دلم می‌خواهد که بتوانم روابطم را با او اصلاح کنم. فکر می‌کنم به حدی از خانواده همسرم کینه و تنفر دارم که مانع از این کار می‌شود و این مرا به شدت مضطرب و خشمگین می‌کند". در این جلسه درمانگر ضمن توضیح نقش تحریف‌های شناختی و افکار غیرمنطقی در شکل‌گیری رفتارها و احساسات سازش نیافته و غیرمنطقی به آزمودنی آموزش آگاهی شناختی داده و از او خواست تا افکار و باورهای غیرمنطقی خود را مورد ارزیابی قرار داده و سعی کند افکار منطقی و مثبتی را جایگزین آن‌ها کند. هم‌چنین جهت کاهش میزان اضطراب آزمودنی، روش تنش زدایی آموزش داده شد و از آزمودنی خواسته شد تا روزانه به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه به تمرین تنش زدایی بپردازد. در مرحله بعد با توجه به نقش همسر آزمودنی در درمان و پیشگیری از بروز خشم و حملات هیستریکی در آزمودنی، جلسه‌ای با حضور همسر آزمودنی تشکیل شد و از وی خواسته شد تا حمایت و همراهی بیشتری با آزمودنی داشته باشد. اما طی جلسات بعدی مشخص شد که همسر آزمودنی از حضور در جلسات روان‌درمانگری امتناع کرده و نه تنها تمایلی به همکاری در امر درمان آزمودنی ندارد، بلکه با رفتارهای نادرست خود حالات خشم و رفتارهای هیستریکی آزمودنی را تشدید می‌کند. از طرفی، آزمودنی اظهار کرد: "یکی از ناراحتی‌های مهم من اعتیاد همسرم به مواد مخدر است و علت اصلی ناامیدی و عصبانیت من این موضوع است". بر این اساس ضمن آموزش صحیح نحوه برخورد با رفتارهای نادرست دیگران از آزمودنی خواسته شد تا سعی کند هرچه بیشتر با همسر خود روابط صمیمانه و نزدیک برقرار کند (آموزش مهارت‌های اجتماعی) هم‌چنین در برخورد با خانواده همسر خود از روش‌های منطقی و صحیح بهره گیرد و در صورت برخورد نادرست آن‌ها از فن تحمل‌نگرانی که مبتنی بر بازنگری احساسات و هیجانات خود بوده استفاده کند. بدین منظور درمانگر جهت ارتقای مهارت‌های اجتماعی آزمودنی، اقدام به آموزش تنظیم هیجانات و عواطف به آزمودنی کرد. طی جلسات بعدی آزمودنی اظهار کرد که وضع روحی و روانی بهتری دارد و از شدت عصبانیت و میزان حملات هیستریکی وی کاسته شده است. هم‌چنین توانسته است در برابر برخوردهای نامناسب خانواده همسرش به‌طور منطقی‌تر و کمتر هیجانی برخورد نماید، اما هنوز هم کینه آن‌ها را در دل دارد، ولی در روابطش با همسر خود بسیار موفق بوده است. به‌طوری که همسر نیز اظهار علاقه و صمیمیت بیشتری نسبت به او دارد. از طرفی، آزمودنی اظهار کرد که براساس توصیه درمانگر به ورزش‌هایی نظیر شنا و پیاده‌روی مشغول شده است. ضمناً تصمیم دارد که برای زیارت خانه خدا به مکه برود. در این مرحله از درمان، درمانگر ضمن تأکید بر فنون آموزش داده شده قبلی - اقدام به آموزش همدلی و خودمدیریتی در آزمودنی کرد و از وی خواست تا هنگام برخورد با روابط اجتماعی نادرست دیگران به شرایط، احساسات، و نیازهای آنان فکر کند و با در نظر گرفتن این مسایل

رفتارهای نادرست دیگران و، به خصوص خانواده همسر، را تحلیل و به آن پاسخ دهد و این فنون را در تمام زمینه‌های زندگی خود به کار گیرد. در جلسه بعد آزمودنی اظهار کرد که توانسته است روابط نزدیکی با خواهر و مادر همسر خود برقرار کند و تصمیم دارد پس از چند سال به منزل آن‌ها برود و برای مسافرت به مکه از آن‌ها خداحافظی کند. از طرفی، همسر آزمودنی نیز با شنیدن این موضوع بسیار خوشحال شده و حمایت بیشتری از او می‌کند. در این مرحله ضمن تأکید بر کلیه فنون آموزش داده شده قبلی، درمانگر اقدام به آموزش کاهش حساسیت و توقف فکر به آزمودنی کرد و از وی خواست که در روابط اجتماعی خود حساسیت کمتری به خرج دهد و هنگام فکر کردن به مسایل ناراحت کننده که منجر به احساس کینه‌توزی در وی می‌شوند، با استفاده از فن توقف فکر با این شرایط تنیدگی را مقابله کند و در کلیه زمینه‌های زندگی از فنون فو استفاده کند. از طرفی، مشاهده شد که همسر آزمودنی، همکاری بیشتری را در امر درمان نشان می‌دهد و به‌طور مرتب در جلسات روان‌درمانگری شرکت می‌کند و از بهبودی حال همسر خود اظهار رضایت دارد و در مقابل رفتارهای نادرست خانواده خود، از همسرش دفاع و حمایت می‌کند. در این مرحله درمانگر ضمن تأکید استفاده از فنون قبلی، به مراجع آموزش داد تا هنگام رویارویی با شرایط سخت و ناراحت کننده کمتر دچار نگرانی شده و بیشتر در پی حل شرایط مشکل آفرین باشد (آموزش تحمل نگرانی) و در صورت بروز نگرانی سعی نماید هیجانات منفی خود را کنترل نماید. در جلسات بعدی آزمودنی اظهار کرد که مدت‌ها است که عصبی نشده و توانسته است خشم و اضطراب خود را کنترل کند و هنگام برخورد با رفتارهای غیرمنطقی دیگران، هیجانات خود را مورد بازبینی قرار داده و کنترل کند و از میزان کینه و نفرت او به دیگران به شدت کاسته شده است و توانسته است پس از سال‌ها خانواده همسر خود را ببخشد و با آن‌ها روابط صمیمانه‌ای برقرار کند، به‌طوری که تعطیلات عید غدیر را با آن‌ها گذرانده و هیچ مشکلی با آن‌ها نداشته است و این باعث امیدواری و شادی او شده است؛ به‌طوری که دیگر تمایلی به خودکشی نداشته و کمتر دچار توهم می‌شود و کاملاً می‌تواند نشانگان اختلال خود را به کنترل درآورد. در این مرحله درمانگر با توجه به بهبودی نسبی آزمودنی، ضمن تشویق رفتارها و نگرانی‌های درست آزمودنی، از او خواست تا دائماً با قضایا و مسایل به‌طور منطقی برخورد کند و با افکار غیرمنطقی خود مقابله و سعی در برقراری روابط عاطفی نزدیک با دیگران کند. طی جلسه‌ای آزمونگر از آزمودنی آزمون MMPI و آزمون افسردگی گرفت. چنانچه در نمودار ۲ مشاهده می‌شود، نیمرخ روانی آزمودنی پس از درمان کاملاً بهنجار بوده و هیچ نشانه‌ای از اختلالات قبلی دیده نمی‌شود. در خلال جلسه آخر آزمودنی ضمن مروری بر جلسات روان‌درمانگری اظهار کرد: "از این که دوباره سلامتی خود را بازیافته‌ام خوشحالم. اکنون دریافته‌ام و آگاهی پیدا کرده‌ام که دچار

افکار و نگرش‌های نادرست، غیرمنطقی و منفی بوده‌ام و حالا که از این افکار رهایی پیدا کرده‌ام. احساس می‌کنم که آن زمان نقش بازی می‌کرده‌ام و کینه‌هایم بی‌مورد بوده است و با دوستی و صمیمیت هر مشکلی قابل حل است و دریافته‌ام که زندگی بر اساس برخورد منطقی و بدون خشم و عصبانیت بسیار شیرین و دوست داشتنی است." درمانگر با توجه به بهبودی کامل آزمودنی جلسات روان‌درمانگری را خاتمه داده اما آزمودنی تا دو سال پس از درمان مورد پی‌گیری قرار گرفته و تا کنون هیچ نشانه‌ای از عودت و بازگشت اختلال در او مشاهده نشده است.



نمودار ۱. نیمرخ روانی آزمودنی در آزمون MMPI پس از درمان



نمودار ۲. نیمرخ روانی آزمودنی در آزمون MMPI قبل از درمان

### بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که شناخت رفتار درمانگری طولانی مدت، روش درمانی بسیار مؤثر و کارآمدی برای درمان افراد مبتلا به اختلال شخصیتی نظیر اختلال شخصیت هیستریکی و اختلال شخصیت پارانوئیدی است (نمودارهای ۱ و ۲). هم چنین یافته‌های این پژوهش همسو با رویکرد شناختی بک و همکاران (۱۹۹۰) به اختلالات شخصیتی، نشان داد که محیط و تجارب دوران کودکی، عوامل زمینه ساز خلقی و راه‌اندازهای موقعیتی نظیر تنیدگی‌های روزمره منجر به شکل‌گیری طرحواره‌ها و تفکرات تحریف شده شناختی و در نتیجه بروز رفتارهای سازش نایافته‌ای چون اختلالات هیستریکی و پارانوئیدی در آزمودنی شده‌اند. از طرفی، طی مصاحبه‌های بالینی مشاهده شد که برخوردهای نامناسب و اعتیاد همسر آزمودنی، تفاوت‌های فرهنگی آزمودنی با خانواده همسر، رفتارهای نادرست و توأم با تحقیر و اهانت خانواده همسر و عدم حمایت و همکاری همسر آزمودنی در فرایند درمان از جمله راه‌اندازی‌های موقعیتی مهم در شروع حملات هیستریکی و افکار پارانوئیدی او بوده است.

یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش‌های لیکسنرینگ و لی‌نینگ (۲۰۰۳)؛ هولمز و همکاران (۲۰۰۲)؛ باورز (۲۰۰۱)؛ پری، بانون و لانی (۱۹۹۹)؛ دوناو، تونین دبورا و رانیون (۱۹۹۷)؛ ولزن و امل کامپ (۱۹۹۶) و نزیروگلو، مک کی و تودارو (۱۹۹۶) همسویی دارد.

لیکسنرینگ و لی‌نینگ (۲۰۰۳) نیز طی یک مطالعه فراتحلیلی دریافتند شناخت - رفتار درمانگری و روان درمانگری روان‌پویشی دو نوع از کارآمدترین روش‌های درمانی برای اختلالات شخصیتی هستند. هم‌چنین هولمز و همکاران (۲۰۰۲) با مرور بر ادبیات پژوهش دریافتند روان‌درمانگری مبتنی بر شناخت - رفتار

درمانگری، کارآمدترین شیوه برای درمان اختلالات شخصیتی می‌باشد. باورز (۲۰۰۱) نیز با ارائه گزارشی از ۶ مورد درمان موفقیت‌آمیز، افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرضی، وابسته، خودشیفتگی، هیستریکی و وسواسی نشان داد که شناخت - رفتار درمانگری، درمان کارآمدی برای این اختلالات است. پری، بانون و لانی (۱۹۹۹) با هدف مقایسه کارایی شیوه‌های مختلف روان درمانگری در درمان اختلالات شخصیتی دریافتند که شناخت - رفتار درمانگری کوتاه مدت و بلند مدت، کارآمدترین و فراوانترین شیوه‌های درمانی مورد استفاده در پژوهش‌های اخیر هستند. دوناو، تونین دبو راه و رانیون (۱۹۹۷) طی مطالعه‌ای موردی، گزارشی از یک مورد درمان موفقیت‌آمیز اختلال تبدیلی از نوع گلوله هیستریایی با استفاده از شناخت- رفتار درمانگری ارائه کرده‌اند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر استفاده از طرح تک آزمودنی می‌باشد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی ضمن استفاده از تعداد آزمودنی بیشتر به مقایسه رویکردهای روان درمانگری مختلف نظیر روان درمانگری روان پویشی، درمانگری بین فردی و شناخت- رفتار درمانگری در درمان اختلالات شخصیتی پرداخته شود. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران در پژوهش‌های بعدی جهت ارزیابی دقیق‌تر اختلالات شخصیتی از ابزارهایی چون پرسشنامه ارزیابی ابعاد آسیب شناختی شخصیت (DAPP-) BQ، که یک پرسشنامه خودگزارشی می‌باشد و توسط لیوسلی و جکسون (زیر چاپ) تهیه و تدوین شده است استفاده کنند.

56. thought stopping
57. triggers
58. relaxation
59. Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire(DAPP-BQ)
60. Livesley & Jackson
1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Forth Edition Text Revision
2. Paranoid Personality disorder
3. schizoid
4. schizotypal
5. antisocial
6. borderline
7. hysterical
8. narcissistic
9. avoidant
10. dependent
11. obsessive-compulsive
12. Ball
13. hystrionic personality disorder
14. Donahue Thevenin Deborah & Runyon
15. Loranger
16. Davidson
17. Holmes
31. Perry, Banon & Lanni
32. Minnesota Multiphasic Personality Inventory
33. Beck Inventory of Depression
34. Thematic Apperception Test
35. Schemas
36. Davidson
37. combined treatment
38. integrative
39. tailored treatment
40. Sperry
41. Beitman
42. engagement
43. anger management
44. anxiety management
45. assertiveness training
46. cognitive awareness
47. distress tolerance
48. emotional regulation
49. empathy training
50. impulse control
51. social skills
52. problem-solving
53. self-management
54. sensivity reduction
55. symptom management



26. Neziroglu, Mckay & Todaro
27. Velzen & Emmelkamp
28. Donahue, Thevenin Deborah & Runyon
29. globus hystericus
30. Arntz, Dietzel & Dreessen
18. Livesley & Leibing
19. Leichsenring & Leibing
20. Bowers
21. Rector & Beck
22. Holmes
23. Bohus
24. Linehan
25. meta analysis

*disorders Diagnostic and Statistical manual of mental* .American Psychiatric Association

the ed. Washington Dc: APA, 2000.٥ *.Text Revision*

Beck, A.T., Freeman, A., Klerman, G., & Beitman, B.(1990). *Cognitive Therapy of Personality disorders*. New York: Guilford.

Bowers, W.A.(2001). Cognitive Behavior Therapy for DSM-IV Personality disorders: highly effective interventions for the most common personality disorders. *American Journal of Psychiatry* , 158(5), 833-835.

Bohusm M., Heaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., Bohme, R., & Linehan, M.(2000). Evaluation of inpatient dialectical- behavior therapy for borderline personality disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 875-887.

Davidson, K.(2000). *Cognitive Therapy for Personality Disorders*. But terworth-Heinemann, Oxford Auckland Boston Johannesburg Melbourne New Delhi Press.

Donahue, B., Thevenin, D.M., & Runyon, M.K.(1997). Behavioral treatment of conversion disorder in adolescence: a case example of globus hystericus. *Behavior Modification*, 21, 231-232.

Holmes, J., Neighbor, R., Tarrier, N., Hmschelwood, R.D., & Bolsover, N.(2002). All you need ), 288-295. is cognitive behavior therapy? *British Medical Journal*, 324(9)

Leichsenring, F., & Leibing, E.(2003). the effectiveness of Psychodynamic therapy and cognitive-behavior therapy in the Treatment of Personality disorders: A meta analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160(7). 1223-1232.

Linehan, M.M., Schmidt, H., Dimeff, L.A., Craft, J.C., & Katner, J.(1999). Dialectical Behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence *American Journal of Addictions*, 8, 279-292.

Linehan, M.M., Tuteck, D.A., Heard, H.T., & Armstrong, H.E.(1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1771-1776.

Livesley, Wj., & Jang, K.L.(2001). Toward and empirically based classification of personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 14, 137-151.

Livesley, W.J., & Jackson, D.(in press). *Manual for the Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire*. Sigma Press.

- Neziroglue, F., Mckay, D., & Todaro, J.(1996). Effect of cognitive behavior therapy on persons with body dysmorphic disorder and comorbid axisII diagnoses. *Behavior Therapy* , *27*, 67-68.
- Perry, ch., Banon, E., & Lanni, F.(1999). Effectiveness of Psychotherapy for Personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, *156(9)*. 1312-1322.
- Rector, N.A., & Beck, A.T.(2001). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *Journal of Nervons Mental Disorders*, *189*, 278-287.
- Sperry, L.(2000). *Cognitive Behavior Therapy of DSM-IV Personality disorders*. Brunner-MMZEL. Taylor & Francis Group. Philadelphia, a.P
- Velzen, C.J.M., & Emmelkamp, P.M.G.(1996). the assessment of personality disorders: implications for cognitive and behavior therapy. *Behavior Research and Therapy*, *34*, 655-656.