

## • مطالعه موردی درمان اختلال هراس خاص با روش خانواده درمانی شناختی - رفتاری

دکتر محمد خدایاری فرد\*\*

اکرم پرند\*\*\*

### چکیده

ویژگی اصلی هراس خاص ترس آشکار و مقاوم از اشیا و موقعیت‌های خاص است. افراد مبتلا به هراس خاص معمولاً از محرک‌های ترس‌آور اجتناب می‌کنند. این اختلال کارکردهای شغلی و تحصیلی افراد مبتلا را تحت تأثیر قرار می‌دهد. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند به دلیل تعامل افراد مبتلا با اعضای خانواده، آموزش خانواده در کنار به کارگیری روش‌های شناختی - رفتاری در درمان اختلالات اضطرابی، به طور اعم و هراس خاص به طور اخص، تأثیر به سزایی دارد. بر این اساس هدف پژوهش حاضر بررسی کارآیی خانواده درمانی توأم با روش‌های شناختی - رفتاری در درمان هراس خاص است. روش پژوهش حاضر مطالعه موردی است. در این روش متغیرهای متعدد در مورد تعداد اندکی آزمودنی بررسی می‌شوند. در این مطالعه دو آزمودنی ۳۰ و ۳۲ ساله که با استفاده از مصاحبه بالینی بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR و آزمون‌های روان‌شناختی و تشخیص روان‌پزشک مبتلا به هراس خاص تشخیص داده شدند، مورد مطالعه و درمان قرار گرفتند. نتایج مؤید نقش خانواده در شکل‌گیری، نگهداری و در نتیجه درمان هراس‌ها و کارآیی خانواده درمانی با تأکید بر رویکرد شناختی - رفتاری است. هم‌سویی و نا هم‌سویی یافته‌ها با پژوهش‌های پیشین مورد بحث و بررسی قرار گرفته است.

کلید واژه‌ها: هراس خاص، اختلالات اضطرابی، خانواده درمانی، رویکرد شناختی - رفتاری.

---

\*. این پژوهش با استفاده از اعتبار ویژه معاونت پژوهشی دانشگاه تهران انجام شده است.

\*\* . روان‌شناس بالینی کودک و دانشیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.

\*\*\* . کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنائی.

## مقدمه

هراس خاص<sup>۱</sup> یکی از اختلالات اضطرابی<sup>۲</sup> است. مشخصه اصلی هراس خاص ترس آشکار از اشیا و موقعیت‌های قابل مشاهده و محدود است. بین ترس، اضطراب و هراس تفاوت وجود دارد. ترس پاسخی انتزاعی<sup>۳</sup> به تجربه‌ها و یا موقعیت‌های تهدید کننده است (کندال<sup>۴</sup> و دیگران، ۱۹۹۰). به عبارت دیگر، ترس با موضوعی معلوم و محیطی مرتبط است؛ در حالی که اضطراب<sup>۵</sup> احساس منتشر، ناخوشایند و اغلب مبهم دلواپسی می‌باشد که با تغییرات جسمانی مانند تپش قلب، تعریق، سردرد و تنگی نفس همراه و منشاء آن نامعلوم است (کلمان<sup>۶</sup>، ۱۹۹۲). هراس نیز ترس شدید و غیرمنطقی است که با اشیا و یا وقایع رابطه دارد و در موقعیت‌هایی مانند مواجهه با حیوانات و یا اشیاء ایجاد می‌شود (گرای<sup>۷</sup>، ۱۹۹۹). هراس به کارکردهای فرد آسیب می‌زند و موجب می‌شود که فرد به محرک ترس‌آور پاسخ‌های شدید و دور از انتظار بدهد. این پاسخ‌ها بیش از حد مورد انتظار تداوم می‌یابند و به نظر می‌رسد که با منطق قابل کنترل نیستند (کالینان<sup>۸</sup>، ۲۰۰۲).

افراد با هراس خاص به طور معمول از موقعیت‌ها یا اشیایی که در آنان ترسی ایجاد می‌کند، اجتناب می‌ورزند. فرد در مواجهه با این موقعیت‌ها احساس تنش و وحشت می‌کند و یا حتی ترس از مرگ دارد. این واکنش‌ها ممکن است به هنگام احتمال مواجهه با موقعیت‌ها و یا اشیای هراس‌آور نیز ایجاد شوند. قرار گرفتن در معرض این محرک‌ها تقریباً همیشه بلافاصله منجر به بروز واکنش اضطرابی می‌شود. این واکنش چه بسا به صورت حمله<sup>۹</sup> وحشت‌زدگی وابسته به موقعیت ظاهر شود. بزرگسالان و نوجوانان مبتلا به این اختلال متوجه افراطی و غیر منطقی بودن ترس‌های خود هستند. ولی این امر در مورد کودکان همیشه صادق نیست. در اغلب موارد، فرد از محرک ترس‌آور می‌پرهیزد، ولی گاه آن را با وحشت و تنیدگی زیاد تحمل می‌کند. هنگامی که فرد در حضور یا در انتظار رویارویی با یک شیء یا موقعیت خاص قرار می‌گیرد دچار ترس مستمر و مفرط می‌شود.

این ترس‌ها ممکن است بر جنبه‌ای از یک شیء یا موقعیت متمرکز باشند. برای مثال، ممکن است فرد درباره<sup>۱۰</sup> از دست دادن کنترل، وحشت زده شدن و ضعف ناشی از برخورد با محرک‌های ترس‌آور نگرانی داشته باشند. افرادی که از خون و جراحت می‌ترسند، ممکن است درباره<sup>۱۱</sup> احتمال ضعف کردن نیز نگرانی داشته باشند. افرادی که از بلندی می‌ترسند، ممکن است درباره<sup>۱۲</sup> احتمال سرگیجه نیز نگران باشند.

---

1. specific phobia  
3. discrete response  
5. anxiety  
7. Gray

2. anxiety disorders  
4. Kendall  
6. Coleman  
8. Cullinan

اضطراب معمولاً همیشه بلافاصله پس از مواجهه با محرک هراس آور احساس می‌شود. سطح اضطراب به میزان مجاورت با محرک هراس آور بستگی دارد. گاهی فرد در مواجهه با محرک‌های ترس آور دچار حمله‌های وحشت‌زدگی می‌شود، این وضعیت هنگامی که شخص مجبور است در آن موقعیت باقی بماند تشدید می‌شود و اضطراب انتظاری<sup>۱</sup> از خود نشان می‌دهد. البته فرد معمولاً از این موقعیت‌ها اجتناب می‌کند (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). چهارمین مجموعه تجدید نظر شده تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا (DSM-IV-TR<sup>۳</sup>) هراس خاص را در پنج طبقه فرعی قرار داده است:

نوع حیوانی<sup>۴</sup>: اگر ترس از حیوانات و یا حشرات وجود داشته باشد، هراس از نوع حیوانی است. شروع این نوع فرعی از دوران کودکی است.

نوع محیط طبیعی<sup>۵</sup>: چنانچه ترس از وقایع یا پدیده‌هایی مانند سیل، طوفان، دریا و یا ارتفاع موجود باشد، این نوع فرعی ثبت می‌شود که شروع آن از دوران کودکی است.

نوع خون - تزریق - آسیب<sup>۶</sup>: در صورتی که ترس از دیدن خون یا زخم یا تزریق یا سایر تجربه‌های دردناک پزشکی موجود باشد، این نوع فرعی ثبت می‌شود.

نوع موقعیتی<sup>۷</sup>: در صورتی که ترس از موقعیت و یا موقعیت‌های خاصی مانند مسافرت با وسایل عمومی، آسانسور، پل، پرواز، رانندگی یا فضاهای بسته موجود باشد، این نوع فرعی ثبت می‌شود. سن شروع این اختلال دارای توزیع دونمایی است، که یک اوج آن در دوران کودکی و اوج دیگر در دهه دوم زندگی است.

سایر انواع: اگر ترس از سایر محرک‌ها موجود باشد، این نوع فرعی ثبت می‌شود. این محرک‌ها ممکن است شامل ترس از موقعیت‌هایی باشد که فرد احتمال خفگی، استفراغ و یا ابتلا به یک بیماری را می‌دهد. ترس از تنهایی یا هراس سقوط نیز در این نوع قرار می‌گیرد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

## شیوع

مطالعاتی که در مورد میزان شیوع هراس‌ها صورت گرفته است، مبین وجود موارد مبتلا به ترس در کودکان است. جرسیلد و هلمز<sup>۸</sup> (۱۹۳۵) گزارش کرده‌اند که کودکان دو تا شش ساله حداقل چهار

1. anticipatory anxiety

3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Revision

4. animal type

6. blood - injection - injury type

8. Jersild & Holmes

2. American psychiatric Association

5. natural environment type

7. situational type

روز یکبار بین چهار تا پنج نوع ترس را تجربه می‌کنند. مک فارلن، آلن و هنزیک<sup>۱</sup> (۱۹۵۴) در مطالعه طولی خود دریافتند ۹۰ درصد کودکان دو تا چهارده ساله دارای هراس خاص هستند. مطالعات لاپوز و مونک<sup>۲</sup> (۱۹۵۹) نشان داد، چهل و سه درصد کودکان شش تا دوازده ساله حداقل هفت نوع ترس را تجربه می‌کنند. اگرچه به نظر می‌رسد، ترس در کودکان شیوع زیادی دارد؛ ولی شیوع ترس شدید در آنان چندان روشن نیست. الندیک<sup>۳</sup> (۱۹۸۳) ترس‌های مفرط را در گروهی از کودکان سه و یازده ساله مطالعه کرد. نتایج پژوهش او گویای وجود نه تا یازده نوع ترس شدید در گروه نمونه بود. کرک پاتریک<sup>۴</sup> (۱۹۸۴) نیز وجود دو تا سه نوع ترس شدید را در نوجوانان پانزده تا هفده ساله گزارش کرد. علاوه بر این، بل دولان، لاست و استراوس<sup>۵</sup> (۱۹۹۰) با استفاده از روش مصاحبه نیمه ساختار یافته<sup>۶</sup> نشانه‌های اختلالات اضطرابی را در کودکان بررسی کردند. نتایج مطالعات آن‌ها نشان داد که بین ۱۰/۷ تا ۲۳/۶ درصد کودکان نشانه‌های هراس را دارا می‌باشند (نلسون و ایزائل<sup>۷</sup>، ۲۰۰۰). DSM-IV-TR میزان شیوع هراس خاص در نمونه‌های اجتماعی ۴ تا ۸/۸ درصد و شیوع کلی آن بین ۷/۲ تا ۱۱/۳ درصد گزارش کرده است (انجن روانپزشکی امریکا، ۲۰۰۰).

شناخت ترس‌های بهنجار برای شناسایی کودکانی که به توجه بالینی نیاز دارند حائز اهمیت است. میزان و محتوای ترس کودکان با گذشت زمان تغییر می‌کند. همزمان با تحول کودک محتوای ترس‌ها از داخلی، کلی و تخیلی (مانند روح و تاریکی) به سوی خارجی، خاص و واقعی (مانند عملکرد در مدرسه و مقبولیت اجتماعی) سوق می‌یابد. بنابراین، تحول ترس در کودکان به موازات رشد شناختی و افزایش درک از واقعیت صورت می‌گیرد (کلمان، ۱۹۹۲).

میلر<sup>۸</sup> و همکاران (۱۹۷۴) تحول ترس در کودکان را توصیف کرده‌اند. به نظر آن‌ها از تولد تا ۱ سالگی ترس از صدای بلند، از دست دادن حمایت و ترس از غریبه‌ها، در ۱ تا ۲ سالگی ترس از جدایی و آسیب موجودات خیالی، در ۳ تا ۴ سالگی ترس از سگ، تنهایی و تاریکی، در ۶ تا ۱۲ سالگی ترس از مدرسه، آسیب، وقایع طبیعی و مزاحمت‌های اجتماعی و از ۱۳ تا ۱۸ سالگی ترس از آسیب و مزاحمت‌های اجتماعی عمده‌ترین منابع ایجاد ترس هستند. علی‌رغم این که بزرگسالان دارای هراس بیش از افراد بدون هراس، ترس‌های شدید را در کودکی گزارش کرده‌اند، ولی باید توجه داشت که ترس در کودکی الزاماً مقدمه ترس در بزرگسالی نیست.

1. MacFarlane, Allen & Honzik  
3. Ollendick  
5. Bell-Dolan, Last & Strauss  
7. Nelson & Israel

2. Lapouse & Monk  
4. Kirkpatrick  
6. Semistructured interview  
8. Miller

اغلب پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ترس در دختران بیش از پسران است (کینگ<sup>۱</sup> و دیگران، ۱۹۸۹؛ کرک پاتریک، ۱۹۸۴؛ الندیک، ۱۹۸۳). نمایش ترس در کودکان به انتظارات اجتماعی<sup>۲</sup> نیز بستگی دارد. عدم مقبولیت بیان برخی از ترس‌ها در سنین خاصی ممکن است موجب عدم بروز و واکنش ترس شود. برای مثال، کودکان در سنین بالاتر ممکن است مناسب نبودن ترس از تنها خوابیدن را درک کنند و آن را بیان نکنند. بر این اساس سن در ترکیب با انتظارات اجتماعی و نقش جنسی در بروز علائم ترس نقش دارد (نلسون و ایزرائیل، ۲۰۰۰).

محتوای هراس‌ها و شیوع آن‌ها بر حسب فرهنگ و قومیت نیز متفاوت است. برای نمونه ترس از جادو یا روح در بسیاری از فرهنگ‌ها وجود دارد. در چنین شرایطی اگر ترس مفرط باشد و به اختلال یا پریشانی عمده بیانجامد، تشخیص هراس خاص گذاشته می‌شود.

به طور معمول در کودکان، اضطراب با گریه، قشقرق، سفت کردن عضلات یا چسبیدن به بزرگسالان همراه است. کودکان اغلب افراطی و غیر منطقی بودن ترس‌های خود را درک نمی‌کنند. ترس از حیوانات و سایر اشیاء موجود در محیط طبیعی شیوع خاصی دارد و این نوع ترس‌ها معمولاً در کودکان گذرا هستند. تشخیص هراس خاص هنگامی مطرح می‌شود که ترس‌ها به اختلال قابل ملاحظه بالینی منجر شوند (مانند اکراه از رفتن به مدرسه به دلیل مواجهه با سگ در خیابان). به نظر می‌رسد، اختلالات اضطرابی تحت تأثیر عوامل متعدد قرار دارند که با یکدیگر تعامل پیچیده‌ای دارند. عوامل بیولوژیکی<sup>۳</sup> و روانی - اجتماعی<sup>۴</sup> از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر اختلالات اضطرابی هستند (برک<sup>۵</sup>، ۱۹۹۷؛ بوکاتکو و داهلر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱). وراثت و آسیب‌های مغزی از جمله عوامل بیولوژیکی به شمار می‌آیند و عوامل خانوادگی نظیر روش‌های فرزندپروری، نحوه اجتماعی شدن خانواده و شیوه‌های انضباطی در خانواده، همتایان، جامعه، مدرسه و وسایل ارتباط جمعی نیز از جمله عوامل روانی - اجتماعی محسوب می‌شوند (کالینان، ۲۰۰۲).

یادگیری نیز در بروز اختلالات اضطرابی به ویژه هراس‌ها دخالت دارد. هنگامی که فرد در مرحله‌ای از زندگی خود با اشیا و وقایعی مواجه می‌شود که پیامدهای منفی را برای او در پی دارند، در آینده نیز بر اساس اصول شرطی سازی کلاسیک<sup>۷</sup> در مواجهه با آن اشیا یا وقایع هیجان ترس را از

---

1. King  
3. biological factors  
5. Berk  
7. classical conditioning  
9. Hermans

2. social expectations  
4. Psychosocial  
6. Bukatko & Daehler  
8. Field & Davies

خود نشان می‌دهد (فیلد و دیویس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱). گاهی نیز فرد اشیا یا وقایع را به گونه‌ای منفی ارزشیابی می‌کند و ترس او ناشی از شناخت‌های غیرانطباقی است (هرمانس<sup>۲</sup> و دیگران، ۲۰۰۲). به نظر برخی از متخصصان (برای مثال راتر<sup>۱</sup> و دیگران، ۱۹۹۰؛ سیلورمن و گینزبرگ<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸) اختلالات اضطرابی معمولاً در خانواده‌ها ظاهر می‌شود، ولی هنوز میزان تأثیر عوامل ژنتیک و محیطی کاملاً روشن نیست. برخی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند، کودکان افراد دارای اختلالات اضطرابی بیش از سایر کودکان در معرض خطر ابتلا به اختلالات اضطرابی قرار دارند. بیدل و ترنر<sup>۳</sup> (۱۹۹۷) کودکان گروهی از والدین با اختلالات اضطرابی، افسردگی، اضطراب - افسردگی و بهنجار را ارزیابی کردند. نتایج این مطالعه نشان داده کودکانی که والدین آنان دارای اختلال بودند در مقایسه با گروه چهارم بیشتر به اختلالات اضطرابی مبتلا بودند.

روش‌های متفاوتی برای درمان اختلالات اضطرابی از جمله هراس پیشنهاد شده‌اند. دارو درمانی یکی از روش‌هایی است که در درمان اختلالات اضطرابی به کار برده شده است، ولی پژوهش‌ها نشان داده‌اند دارو درمانی به جز در مورد وسواس بی‌اختیاری در سایر موارد کارایی ندارد (آلن، لئونارد و سودو<sup>۴</sup>، ۱۹۹۵).

**درمان‌های شناختی - رفتاری:** درمان‌های مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری در درمان اختلالات اضطرابی به ویژه ترس‌ها و هراس‌ها کارایی بسیاری دارند. مواجهه با محرک ترس‌آور یکی از عناصر اصلی این روش‌ها است. در این روش روش‌های شناختی و رفتاری در کنار هم به کار می‌روند. درمان‌های شناختی - رفتاری شامل راهبردهایی هستند که به منظور تغییر تفکر، نگرش، ادراک و رفتار افراد مضطرب طراحی شده‌اند. مفروضه اصلی این روش‌ها این است که اصلاح شناخت‌های غیر انطباقی به تغییر در رفتارهای اضطرابی و اجتنابی می‌انجامد. آموزش روش‌های حل مسئله<sup>۵</sup>، آموزش خود<sup>۶</sup> و مدیریت خود<sup>۷</sup> از روش‌هایی هستند که به تغییر در شناخت منجر می‌شوند.

**حساسیت زدایی منظم<sup>۸</sup>:** یکی از رایج‌ترین روش‌های رفتاری حساسیت‌زدایی منظم است که به دو شکل خیالی و واقعی صورت می‌گیرد. در حساسیت زدایی خیالی، سلسله مراتبی از محرک ترس‌آور تعیین می‌شود و از فرد درخواست می‌شود که صحنه‌ها را در ذهن خود تجسم کند. در این روش ابتدا محرکی که حداقل ترس را ایجاد می‌کند تجسم می‌شود و به تدریج محرک‌های ترس‌آور از سلسله مراتبی که از قبل تعیین شده‌اند انتخاب و فرد آن‌ها را تجسم می‌کند. این فرایند تا زمانی

---

1. Rutter  
3. Beidel & Turner  
5. problem solving  
7. self-management  
9. in vivo desensitization

---

2. Silverman & Ginsberg  
4. Allen, Leonard & Swedo  
6. self-instruct  
8. systematic desensitization

ادامه می‌یابد که محرکی که دارای بالاترین سطح اضطراب است نیز در فرد تنش ایجاد نکند. در حساسیت زدایی واقعی<sup>۹</sup> فرد به جای تصویر سازی ذهنی به تدریج با شیء یا موقعیت ترس‌آور به طور واقعی مواجه می‌شود. پژوهش‌هایی که در زمینه کارآیی حساسیت‌زدایی صورت گرفته‌اند، مبین تأثیر این روش در درمان هراس‌ها هستند.

**الگوبرداری:**<sup>۱</sup> یکی از روش‌های رفتاری رایج الگوبردای است. در تمام روش‌های الگوبرداری فرد از طریق مشاهده فرد یا افراد دیگر با موقعیت یا شیء ترس‌آور سازش حاصل می‌کند. الگو می‌تواند هم به طور مستقیم و هم از طریق فیلم، اسلاید و یا عکس مشاهده شود. افراد دارای هراس می‌توانند همزمان با مشاهده الگو با محرک ترس‌آور روبرو شوند. بدین ترتیب واکنش آن‌ها به محرک‌های ترس‌آور به تدریج بهنجار می‌شود. مفروضه اصلی روش‌های الگوبرداری و حساسیت‌زدایی منظم این است که ترس، هراس و اضطراب در موقعیت مشکل ساز کاهش یافته و یا از بین می‌روند (الندیک و کینگ، ۱۹۹۸). لويس<sup>۲</sup> (۱۹۷۴) چهل پسر پنج تا دوازده ساله دارای ترس از آب را به چهار گروه تقسیم کرد و آن‌ها را با چهار روش تحت درمان قرار داد. روش الگوبرداری به همراه مشارکت در مورد یکی از این گروه‌ها به کار رفت. بر این اساس، این گروه به مشاهده سه پسر در حال شنا پرداختند. سپس خود به درون آب رفتند. به تدریج ترس آن‌ها از آب از بین رفت؛ به طوری که در آخرین جلسه درمان در آب بازی می‌کردند. در ضمن آن‌ها پس از هر بار که به استخر می‌رفتند از تقویت‌های اجتماعی برخوردار می‌شدند.

**خانواده درمانی شناختی - رفتاری:** به نظر یونگسما و داتیلیو<sup>۳</sup> (۲۰۰۰) هدف‌های درازمدت خانواده درمانی با تأکید بر رویکرد شناختی - رفتاری اختلالات اضطرابی عبارتند از:

- ۱- به کارگیری روش‌های شناختی و رفتاری به منظور کاهش اضطراب
- ۲- مواجهه تدریجی با محرک‌های اضطراب‌زا
- ۳- رفع مشکلات زیست - شیمیایی، درون فردی و یا هیجانی که موجب بروز نشانه‌های اضطراب شده‌اند
- ۴- آموزش اعضای خانواده در مورد نشانه‌ها، ریشه‌ها و درمان اضطراب
- ۵- آماده سازی اعضای خانواده به منظور کمک به یکدیگر در جهت کاهش اضطراب
- ۶- آموزش اعضای خانواده در مورد به کارگیری روش‌های خاص به منظور کاهش سطح اضطراب و رفتارهای اجتنابی فرد مضطرب.

---

1. modeling  
2. Lewis  
3. Yongsma & Dattilio

در خانواده درمانی بسیاری از راهبردهای شناختی و رفتاری به کار برده می‌شوند. درمانگران عوامل خانوادگی را که با تفاسیر اعضای خانواده از وقایع محیطی رابطه دارند، شناسایی می‌کنند و در جهت بهبود آن‌ها گام بر می‌دارند (تیچمن<sup>۱</sup>، ۱۹۹۲؛ داتیلو، ۱۹۹۴، ۱۹۹۸، ۲۰۰۱).

خانواده درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری اساساً بر دو مورد تأکید دارد:

۱) تبیین انتظارات اعضای خانواده از یکدیگر و چگونگی تأثیر آن‌ها بر تعامل بین اعضای خانواده  
۲) بهره‌گیری از روش‌هایی که موجب افزایش توانایی‌هایی افراد خانواده برای انطباق با بحران‌ها، تغییرات و وقایع غیر منتظره می‌شود. برای دستیابی به این هدف‌ها شیوه‌های تفکر اعضای خانواده از اهمیت بسیاری برخوردار است. محتوای ادراک اعضای خانواده بر کیفیت و شدت مشکلات هیجانی در خانواده تأثیر می‌گذارد. نگرش‌ها و طرح‌واره‌های اعضای خانواده نسبت به یکدیگر تعامل بین اعضا را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این طرح‌واره‌ها معمولاً هشیار هستند و در تعامل‌های روزانه آشکارا ملاحظه می‌شوند. در خانواده درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری درمانگر تلاش می‌کند تا الگوهای تعاملی نامناسب خانواده را تغییر دهد. در این روش شیوه‌هایی که به بازسازی شناختی اعضای خانواده کمک می‌کنند کاربرد بسیاری دارند. بر این اساس اعضای خانواده به عنوان مشاهده گرانی هشیار قادر به تفسیر و ارزشیابی خود خواهند شد. درمانگر اعضای خانواده را در شناخت فرایندهای تفکر خود یاری می‌دهد. بدین ترتیب اعضای خانواده با رفتارهای خود چالش پیدا می‌کنند و دیدگاه متفاوتی در مورد تفکرات و رفتارهای خود و تأثیر آن بر پویایی‌های خانواده کسب می‌کنند (سیموس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲).

برای دستیابی به اهداف خانواده درمانی، ابتدا باید بین درمانگر و خانواده همدلی ایجاد شود. همه اعضای خانواده باید بدانند که هدف درمان حمایت از خانواده است و اطمینان داشته باشند که فرصت تصمیم‌گیری برای آنان فراهم آمده و زمینه برای رسیدن به اهداف آنان مهیاست (کراوس، ماکس ول و مک ویلیام<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱).

در خانواده درمانی همه اعضای خانواده برای کمک به مراجع آماده می‌شوند. ویژگی‌ها، شیوه تعامل افراد، کارکردها و چرخه زندگی خانواده در خانواده درمانی مورد توجه قرار می‌گیرند. تعداد اعضاء زمینه فرهنگی، موقعیت اجتماعی - اقتصادی و محل زندگی خانواده از ویژگی‌های آن محسوب می‌شوند. مدت زمانی که اعضای خانواده با یکدیگر تعامل دارند و چگونگی انطباق اعضای آن با یکدیگر از جمله مسایلی هستند که در تعامل خانواده بررسی می‌شوند. کارکرد خانواده نیز به

- 
1. Teichman
  2. Simos
  3. Kraus, Maxwell & Mcwilliam



شیوه‌های متعددی اشاره دارد که در خانواده برای رفع نیازهای اعضای آن به کاربرده می‌شوند. در بررسی چرخه زندگی چهار دوره از زندگی اعضای خانواده ارزیابی می‌شود. (۱) کودکی اولیه؛ (۲) کودکی؛ (۳) نوجوانی و (۴) بزرگسالی (هالاها و کافمن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳).

### پیشینه پژوهش

طبق مطالعات انجام شده، اختلالات اضطرابی یکی از رایج‌ترین اختلالات روان‌شناختی در دوران کودکی و نوجوانی محسوب می‌شوند. کاشانی و ارواشل<sup>۲</sup> (۱۹۹۰) ۲۱۰ نوجوان ۱۲/۸ تا ۱۷ ساله را مطالعه کردند نتایج پژوهش آنان گویای این است که اختلالات اضطرابی در مقایسه با افسردگی، اختلال بیش‌فعالی همراه با کمبود توجه، مصرف مواد مخدر و اختلالات سلوک از فراوانی بیشتری برخوردار است. در مطالعه مشابه دیگری فرگوسن، هوروود و لینسکی<sup>۳</sup> (۱۹۹۳) ۹۶۰ کودک را مطالعه کردند. بر طبق یافته‌های این پژوهشگران نیز اختلالات اضطرابی از فراوانی بیشتری برخوردار بوده‌اند. به دلیل فراوانی اختلالات اضطرابی و تأثیر آن بر کارکردهای اجتماعی، تحصیلی و شغلی فرد، متخصصان، روش‌های درمانی گوناگونی در این زمینه ارائه داده‌اند که از آن جمله می‌توان به دارو درمانی، رفتار درمانی، درمان‌های مبتنی بر روان‌تحلیل‌گری، شناخت رفتار درمانگری و خانواده درمانی اشاره کرد.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند، آموزش خانواده به حفظ و تداوم درمان کمک بسیاری می‌کند. شادیش<sup>۴</sup> و دیگران (۱۹۹۳) در یک مطالعه فرا تحلیلی دریافتند، طبق نتایج پژوهش‌های انجام شده خانواده درمانی چه در مورد مشکلات کودکان و چه در مورد مشکلات بزرگسالان مؤثر واقع شده است. بلاگ و یول<sup>۵</sup> (۱۹۹۴) تأثیر خانواده درمانی مبتنی بر رویکرد رفتارگرایی را با درمان مبتنی بر روان‌تحلیل‌گری در درمان هراس از مدرسه مقایسه کردند. خانواده درمانی مبتنی بر رویکرد رفتاری شامل روشن کردن جزئیات مشکل کودک، تعیین محرک‌های پیش‌آیند رفتار، آموزش خانواده در جهت تقویت رفتار و حساسیت‌زدایی بود. پس از پایان درمان ۹۳٪ درصد از کودکانی که با روش خانواده درمانی مبتنی بر رویکرد رفتاری درمان شده بودند، بدون مشکل به مدرسه رفتند، در حالی که تنها ۱۰٪ درصد از کودکانی که با استفاده از رویکرد روان‌تحلیل‌گری درمان شده بودند، بدون مشکل به مدرسه بازگشتند.

- 
1. Hallahan & Kauffman
  2. Kashani & orvaschel
  3. Fergusson, Horwood & Lynsky
  4. Shadish
  5. Blagg & Yule

بارت، ددس و راپی<sup>۱</sup> (۱۹۹۶) دریافتند، برنامه‌های مبتنی بر آموزش خانواده در مورد کودکان با اضطراب تعمیم یافته در مقایسه با برنامه‌های انفرادی آموزش مهارت‌های انطباقی مؤثرتر هستند. آن‌ها گروهی از کودکان مضطرب را به تنهایی و گروهی را در کنار خانواده آموزش دادند. در خانواده درمانی هم خانواده و هم افراد دارای مشکل در زمینه تسلط بر اضطراب، مهارت‌های ارتباطی و حل مسئله آموزش دیدند. خانواده‌ها هم چنین در زمینه ارائه پاداش به فرزندان خود به هنگام پرهیز از رفتارهای اضطرابی آموزش دیدند. در درمان‌های انفرادی نیز کودکان پس از یکسال درمان، ۹۰٪ درصد کودکانی که با استفاده از خانواده درمانی، درمان شده بودند بهبود یافتند در حالی که در گروه دوم ۷۰٪ درصد کودکان بهبود یافته بودند.

در درمان‌های شناختی - رفتاری راهبردهای گوناگونی برای تغییر نگرش و ادراک افراد مضطرب به کاربرده می‌شوند. همه این روش‌ها بر این مفروضه مبتنی هستند که اصلاح شناخت‌های غیرانطباقی به تغییر در رفتارهای اضطرابی - اجتنابی منجر می‌شوند. برخی از پژوهشگران معتقدند آموزش افراد مضطرب در زمینه گفتگوی مثبت با خود، الگوبرداری، مرور ذهنی و تقویت‌های اجتماعی به کاهش اضطراب می‌انجامد. این روش به ویژه در درمان هراس‌ها بسیار مؤثر واقع می‌شود (کانفر، کارولی و نیومن<sup>۲</sup>، ۱۹۷۵).

گرازیانو و مونی<sup>۳</sup> (۱۹۸۲) با استفاده از آموزش گفتگو با خود، تنش زدایی و تصویرسازی ذهنی گروهی از کودکان دارای ترس از تاریکی را درمان کردند. بررسی‌های آنان نشان داد یک تا سه سال پس از درمان نیز نشانه‌های اختلال بازگشت نکرد.

بارت، ددس و راپی (۱۹۹۶) گروهی از کودکان مضطرب را به طور تصادفی در سه گروه جای دادند. گروه اول با استفاده از روش شناختی - رفتاری و گروه دوم با استفاده از خانواده درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری درمان شدند. گروه سوم به عنوان گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. یافته‌های این پژوهش مبین بهبود نشانه‌های اختلال در گروه اول و دوم در مقایسه با گروه کنترل بود. ولی گروه اول و دوم یا یکدیگر تفاوت معناداری نداشتند. پس از یک سال پیگیری میزان بهبودی در گروه اول ۷۰ درصد و در گروه دوم ۹۰ درصد گزارش شده است.

کندال و همکاران (۱۹۹۷) نیز گروهی از کودکان با اختلالات اضطرابی را با استفاده از روش‌های شناختی - رفتاری درمان کردند. گروهی از کودکان نیز به عنوان گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. آن‌ها طی شانزده هفته مؤلفه‌های شناختی اضطراب را به کودکان آموزش دادند. شناخت نشانه‌های

---

1. Barrett, Dadds & Rapee  
2. Kanfer, Karoly & Newman  
3. Graziano & Mooney

فیزیولوژیکی اضطراب، اصلاح گفتگوهای اضطراب آور، سازش با موقعیت‌های مختلف و ارزشیابی موفقیت فرد در فرایند سازش با موقعیت‌ها از مؤلفه‌های شناختی اضطراب به شمار می‌آیند. راهبردهای رفتاری نظیر الگو برداری، حساسیت‌زدایی، بازی نقش و آموزش تنش‌زدایی نیز به کار برده شدند. در پایان جلسات درمانی نشانه‌های اضطراب در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری کاهش یافت.

الندیک (۱۹۹۸) چهار نوجوان با اختلال وحشت‌زدگی همراه با گذر هراسی را با روش شناختی - رفتاری درمان کرد. درمان شامل تنش‌زدایی، آموزش مهارت‌های انطباقی و مواجهه با محرک‌های هراس آور بود. نتیجه این پژوهش گویای کاهش نشانه‌های هراس و رفتارهای اجتنابی بود. نتیجه درمان پس از شش ماه پیگیری شد. دستاوردهای درمان پس از گذشت شش ماه هم چنان حفظ شده بود.

کازدین و ویس<sup>۱</sup> (۱۹۹۸) تأثیر شناخت - رفتار درمانگری انفرادی و خانواده درمانی مبتنی بر رویکرد شناخت - رفتار درمانگری را مقایسه کردند. آن‌ها گروهی از کودکان مضطرب را با روش‌های شناختی - رفتاری مانند تقویت مهارت‌های حل مسئله و مهارت‌های ارتباطی درمان کردند. در گروه دیگر خانواده و کودکان مضطرب با استفاده از روش‌های شناختی - رفتاری درمان شدند. در پایان جلسات درمانی در گروه اول ۵۷٪ درصد و در گروه دوم ۸۴٪ درصد کودکان بهبود یافتند. شورت، بارت، ددس و فوکس<sup>۲</sup> (۲۰۰۱) گروهی از کودکان مضطرب و خانواده‌های آنان را مطالعه کردند. آن‌ها کودکان را به دو گروه تقسیم کردند: کودکانی که پدر، مادر و یا هر دو والد آنان نیز دارای اضطراب بودند. گروه دوم نیز کودکانی بودند که والدین آنان اضطراب نداشتند. آن‌ها کودکان را با موقعیت‌های فرضی اضطراب‌زا مواجه کردند. بررسی پاسخ‌های دو گروه نشان داد که کودکان گروه اول در مقایسه با گروه دوم موقعیت‌ها را تهدید کننده تر می‌بینند و پاسخ‌های اجتنابی و پرخاشگرانه بیشتری به موقعیت‌های می‌دهند.

ساورد<sup>۳</sup> (۲۰۰۲) در مطالعه‌ای موردی پسر ۹ ساله‌ای را با هراس خاص درمان کرد. آزمودنی در کودکانستان برای برداشتن دکمه برای کاردستی به جلوی کلاس رفته بود و در اثر برخورد با ظرف دکمه آن‌ها را ریخته و سایر کودکان به او خندیده بودند. از آن زمان تاکنون آزمودنی از پوشیدن لباس‌های دکمه‌دار پرهیز می‌کند. ساوردا با استفاده از روش‌های شناختی - رفتاری و خانواده درمانی او را درمان کرد. در این پژوهش از روش‌هایی مانند بازسازی شناختی، تقویت مثبت رفتارهای

---

1. Kazdin & Weisz  
2. Shortt, Barrett, Dadds & Fox  
3. Saaverda

همساز، تنش‌زدایی و حساسیت‌زدایی خیالی استفاده شد. پس از یازده جلسه آزمودنی به راحتی انواع دکمه‌ها را در دست می‌گرفت و از پوشیدن لباس‌های دکمه‌دار نیز پرهیز نمی‌کرد.

لیگر، لادوسر، دوگاس و فریستون<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) هفت نوجوان مبتلا به اختلال اضطراب‌تعمیم یافته را تحت درمان شناختی - رفتاری قرار دادند. درمان شامل آموزش آزمودنی‌ها در مورد نشانه‌های اضطراب، پیشگیری از هجوم تفکرات نگران‌کننده، پیشگیری از عودت نشانه‌های اضطرابی و آموزش روش حل مسئله بود. پس از اتمام درمان، اضطراب سه نفر از آزمودنی‌ها به طور کامل از بین رفته بود. سایر آزمودنی‌ها نیز بهبودی نسبی یافته بودند.

باروکلاف<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۱) تأثیر روش‌های شناختی - رفتاری و مشاوره حمایتی در درمان نشانگان اضطراب بزرگسالان با اختلالات اضطرابی را مقایسه کردند. هر دو گروه به مدت ۶ هفته بدون دریافت هیچگونه درمانی با هدف تعیین خط پایه کنترل شدند. سپس یک گروه با روش شناختی - رفتاری و گروه دیگر با روش مشاوره حمایتی، به طور انفرادی و به مدت ۶ ماه درمان شدند. نتایج ارزیابی پس از درمان مبین بهبود نشانگان اضطرابی در مقایسه با شرایط قبل از درمان بود. با این تفاوت که بهبود نشانگان اختلال در گروهی که به روش شناختی - رفتاری درمان شده بودند، با گروه دیگر تفاوت معناداری داشت. پس از ۱۲ ماه پیگیری این تفاوت همچنان حفظ شده بود.

اغلب پژوهش‌هایی که در مورد هراس‌ها صورت گرفته‌اند، در مورد آزمودنی‌های کودک و نوجوان است. علت این امر را می‌توان به شکل‌گیری هراس‌ها در دوران کودکی و دوام آن تا بزرگسالی در صورت عدم درمان نسبت داد. در کشورهایی که نظام‌های ارزیابی از دقت کافی برخوردارند، این اختلال‌ها بسیار زود تشخیص و درمان می‌شوند. با وجود این، اغلب پژوهش‌ها (برای مثال ودرل<sup>۳</sup> ۱۹۹۸؛ دیک - سیسکین<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲؛ فلوید و اسکوگین<sup>۵</sup>، ۱۹۹۸) مؤید تأثیر روش‌های شناختی - رفتاری در درمان اختلال‌های اضطرابی و افسردگی بزرگسالان هستند. زیرا به نظر آنان با افزایش سن تفکر، احساس و شناخت افراد نیز تغییر می‌کند.

## روش پژوهش

در این پژوهش دو آزمودنی که بر اساس مصاحبه بالینی، ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR، آزمون‌های روان‌شناختی و تشخیص روان‌پزشک مبتلا به هراس خاص تشخیص داده شده بودند،

1. Leger, ladouce, Dugas & Freston  
3. Wetherell  
5. Floyd & Scagin

2. Barrowclough  
4. Dick - Siskin

مطالعه و درمان شدند. یکی از آزمودنی‌ها دارای ترس از مرگ و دیگری ترس از تنهایی بود. آزمون‌های SCI-90-R, MMPI و پرسشنامه افسردگی بک اجرا شد. پس از مشخص شدن نوع اختلال، درمانگر با بهره‌گیری از روش‌های موجود در رویکرد خانواده درمانی و فنون شناخت - رفتار درمانگری به درمان آن‌ها پرداخت.

خانواده درمانی شامل روش‌های درمانی مختلفی است که با هدف کمک به اعضای خانواده و حل مشکلات آنان طراحی می‌شوند. اساس و بنیاد خانواده درمانی بر آموزش اعضای خانواده در جهت کسب مهارت‌های اجتماعی، تحصیلی، شغلی و سایر مهارت‌های انطباقی بنا نهاده شده است. به نظر کالینان (۲۰۰۲) مهارت‌های کارکردی، آموزش، خودگردانی مشاوره و تعمیم به جامعه از مهم‌ترین مؤلفه‌های خانواده درمانی هستند. در پژوهش حاضر نیز این مؤلفه‌ها در فرایند درمان مورد توجه قرار گرفتند.

۱) مهارت‌های کارکردی: ابتدا درمانگر دامنه‌ای از مهارت‌های کارکردی که به موفقیت فرد در سازگاری با خانه، جامعه و سایر محیط‌ها کمک می‌کنند را شناسایی کرد. بر این اساس با به کارگیری روش‌های مناسب ارزیابی از قبیل مصاحبه و پرسشنامه، داده‌هایی در مورد مراجع و اعضای خانواده او جمع آوری شد.

۲) آموزش: پس از شناخت نقاط ضعف مراجع و اعضای خانواده در مهارت‌های کارکردی و بررسی چگونگی تعامل بین اعضای خانواده، درمانگر آموزش خود را آغاز کرد.

۳) تقویت: خانواده در زمینه تقویت رفتارهای مناسب آموزش دیدند. زیرا این امر موجب تثبیت و تداوم رفتارهای مناسب می‌شود.

۴) خودگردانی: در جلسات آموزش خودگرانی شیوه تنظیم مقررات در خانواده و نحوه برخورد با افرادی که مقررات خانواده را نقض می‌کنند و چگونگی حفظ استقلال اعضای خانواده و احترام به حقوق آنان از موضوع‌های محوری بود که درمانگر آموزش خود را بر اساس آن‌ها ارایه داد.

۵) مشاوره: در جلسات مشاوره، درمانگر به اعضای خانواده کمک کرد تا مسائل و مشکلات خود و علل تعارض آنان با خانواده، همتایان و جامعه را به طور بنیادی بشناسند و در حل مشکلات آنان درمانگر را یاری دهند.

۶) تعمیم به جامعه: هدف از هرگونه آموزش، کاربرد دانسته‌ها در دنیای واقعی است. به همین دلیل درمانگر خانواده را در جهت انتقال آموخته‌ها به جامعه یاری داد.

شناخت - رفتار درمانگری نیز به روش‌ها و فنونی اشاره دارد که بر فرایندهای شناختی و رفتاری و نقش آن‌ها در شکل‌گیری و تداوم رفتار تأکید دارند. روش‌های شناختی - رفتاری با توجه به

مفروضه‌های اساسی آن انتخاب می‌شوند. کندال و هامن<sup>۱</sup> (۱۹۹۸) چهار مفروضه را در این باره مطرح کرده‌اند که در پژوهش حاضر نیز از سوی درمانگر مورد توجه قرار گرفتند.

۱) اغلب مراجعان به محرک‌های محیطی بر اساس تفاسیر خود پاسخ می‌دهند. بنابراین، دنیای اطراف را آن گونه که واقعاً هست نمی‌بینند. بنابراین، درمانگر از طریق تحلیل محرک‌های محیطی و شیوه‌های پاسخ‌دهی مراجعان به محرک‌ها به ایجاد تغییر در تفکرات مراجعان کمک کرد.

۲) تفکرات، رفتارها و احساسات انسان‌ها با یکدیگر رابطه دارند و بر یکدیگر نیز تأثیر می‌گذارند. بنابراین، نمی‌توان هر یک را به طور مجزا بررسی کرد. در این پژوهش درمانگر با به کارگیری تکنیک‌های شناختی و رفتاری در کنار هم به اصلاح تفکرات و رفتارهای مراجعان کمک کرد.

۳) درمان موفق مستلزم ایجاد تغییر در تفکر افراد نسبت به خود و جهان پیرامون است. بر این اساس درمانگر با به کارگیری روش‌هایی مانند مثبت‌نگری به ایجاد تغییر در تفکر افراد نسبت به خود و اطرافیان پرداخت.

۴) درمانگر باید سعی کند فرایندهای شناختی مراجع و رفتارهای او را در کنار هم مطالعه و در آن تغییر ایجاد کند. با توجه به این مفروضه‌ها درمانگر روش‌های حل تعارض و مثبت‌نگری را با هدف تغییر در بینش و شناخت افراد نسبت به تعارض‌های محیطی و خانوادگی به کاربرد. آموزش خودبازبینی، تنش‌زدایی و حساسیت‌زدایی منظم نیز از روش‌هایی بودند که در این پژوهش توسط درمانگر به منظور آموزش نحوه نظارت مراجعان بر خود و حفظ آرامش و کم کردن تنش آنان به کاربرده شدند.

روش حل تعارض: یکی از مسائلی که اغلب مراجعان و خانواده‌های آنان با آن مواجهند، عدم آگاهی در زمینه‌های حل تعارض است. شناخت تعارض‌ها و به کارگیری روش مناسب برای حل آن‌ها بسیاری از مسائل را حل می‌کند (کرافورد و بودین<sup>۲</sup>، ۱۹۹۶). مهارت در حل تعارض‌ها مستلزم کسب توانایی‌های بنیادین و مهارت‌های حل مسئله است. توانایی‌های بنیادین شامل مهارت‌های پیش‌نیازی است که فرد را برای بهره‌گیری از محیط و اتخاذ روش مناسب برای حل مسائل یاری می‌دهند. بردباری و احترام به دیگران، ابراز همدردی بادیگران، خیرخواهی، مدیریت خشم، برخورد مناسب با ناکامی‌ها و سایر هیجان‌ها و توانایی قضاوت منصفانه مواردی بودند که درمانگر در فرایند درمان به مراجعان آموزش داد.

آموزش حل مسئله نیز به افراد کمک می‌کند تا از طریق گفتگو، میانجیگری و یا جلب نظر گروه به حل مسائل خود بپردازند. فرایند حل مسئله بر چهار اصل کلیدی مبتنی است:

- 
1. Kendall & Hammen
  2. Crawford & Bodine

- ۱) جدا کردن مسائل از اشخاص: از آنجایی که تعارضها اغلب درون فردی هستند و از مشکلات ارتباطی ناشی می‌شوند در صورتی که از اشخاص جدا شوند همه اعضای خانواده می‌توانند بدون این که فردی خاص را محکوم کنند در حل آن مشارکت کنند. بر این اساس در جلسات درمان، درمانگر از مراجعان درخواست می‌کند تا مسائل خود را مطرح کنند و در مورد هر مسئله روش حل آن را نیز آموزش می‌داد.
- ۲) تمرکز بر علایق واقعی: در فرایند حل مسئله شناخت علایق واقعی و تفکیک آن از آنچه فرد با توجه به موقعیت نشان می‌دهد، حائز اهمیت است. در این پژوهش نیز درمانگر از طریق طرح سوالات مختلف مراجعان را در شناخت علایق واقعی و تمرکز بر آنها تشویق می‌کرد.
- ۳) تصمیم‌گیری در هنگام هیجان شدید: مراجعان هم چنین آموزش دیدند که هنگام مواجهه با هیجانات شدید به ارزشیابی نپردازند و پس از فرونشاندن خشم خود تصمیم‌گیری کنند.
- ۴) به کارگیری معیارهای عینی: ایجاد معیارهای عینی برای قضاوت در مورد روش‌هایی که در مورد حل مسائل به کار برده می‌شوند. درمانگر توجه مراجعان را به نتایج حاصل از به کارگیری روش‌های مناسب در حل تعارضها جلب و تأثیر آن را در بهبود مشکلات مراجع و بهبود روابط عاطفی با اعضای خانواده تجزیه و تحلیل کرد.
- تنش‌زدایی: تنش‌زدایی یکی از روش‌هایی است که به کاهش اضطراب می‌انجامد. درمانگران در اغلب موارد تنش‌زدایی را برای کسب آرامش مراجع به ویژه در اختلالات اضطرابی آموزش می‌دهند. در تنش‌زدایی ابتدا باید مراجع در مکان راحتی دراز بکشد و لباس راحتی نیز بر تن داشته باشد. سپس نفس عمیق بکشد و به آرامی هوا را از شش‌های خود خارج کند و تصاویر خوشایند را به ذهن آورد و تمام فکر خود را بر آن متمرکز کند. پس از این که مراجع از افکار منفی دور شد درمانگر از او می‌خواهد که طی مراحل به عضلات بدن خویش آرامش ببخشد و این کار را هر روز و به مدت تقریباً ۲۵ دقیقه انجام دهد. در آموزش تنش‌زدایی روش‌های گوناگونی وجود دارد که برخی طولانی مدت و پیچیده و برخی کوتاه مدت و ساده هستند. اصل کلی در تمام این روش‌ها انقباض عضلات و شل کردن آنها تا زمان رسیدن به آرامش است. برای این کار باید از انگشت پا شروع کرده و به تدریج به طرف بالا برود و به نوبت روی قسمت‌های بدن تمرکز کند تا به عضلات صورت برسد. فرد باید پس از تمرکز روی هر قسمت با کشیدن نفس عمیق آن را منقبض و سپس آرام رها سازد (مورگاتروید<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵).

خودبازبینی: در این روش از آزمودنی درخواست می‌شود که هر روز افکار خود را در جدول خود گزارش دهدی ثبت نماید. مراجع باید سعی کند، افکار غیر منطقی خود را متوقف سازد و افکار منطقی را جایگزین آن کند. یکی از راهبردهایی که به تغییر افکار غیرمنطقی به کار برده می‌شود، توقف فکر<sup>۱</sup> است. در این راهبرد از مراجع خواسته می‌شود تا در مواجهه با افکار اضطراب‌آور افکار مورد نظر را از ذهن دور کرده و افکار منطقی را جایگزین آن کند (لایدلاو، تامپسون، سیسکین و تامپسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). در این پژوهش نیز درمانگر از مراجعان خواست تا جدولی را به طور هفتگی تنظیم و فراوانی و دوام افکار غیر منطقی خود و افکار منطقی جایگزین آن را ثبت کنند. سپس در جلسات بعدی درمان جداول مورد بررسی قرار می‌گرفتند.

مثبت‌نگری<sup>۳</sup>: مثبت‌نگری یا شناخت نقاط قوت یکی از روش‌هایی است که در چارچوب رویکرد شناختی - رفتاری و با هدف تغییر تفکرات منفی مراجعان از سوی درمانگر به کار برده می‌شد. در این روش مراجع با شناخت تجربه‌های مثبت و خوب خود و بازیابی نقش آن‌ها در افزایش احترام به خود و ارتقای عزت نفس تشویق شد. این فن به دو صورت فردی و خانوادگی اجرا شد و شامل مراحل زیر بود:

الف- در مرحله اول از آزمودنی درخواست شد تا نقاط قوت خود را نام ببرد.

ب- در مرحله دوم و طی چندین جلسه از آزمودنی خواسته شد که حداقل ۱۰ تا ۱۵ تجربه خوب را که از آن احساس شادی و غرور می‌کند نام ببرد.

ج- در مرحله سوم از آزمودنی درخواست شد که به نقاط قوت قابل اتکایی اشاره کند که در این تجارب خوشایند از آن‌ها استفاده کرده است.

د- در مرحله چهارم از آزمودنی خواسته شد که نقاط قوت مشخص شده خود را به ترتیب اولویت معین کند و پنج تا هشت توانمندی را که نقاط قوت قابل اتکا خوانده می‌شوند برگزیند.

ه- در آخرین مرحله، از آزمودنی خواسته شد شواهد و معیارهایی را دال بر این که با ارزش‌ترین و معتبرترین نقاط قوت او قابل اتکا هستند، ارائه دهد (خدایاری‌فرد، ۱۳۷۹).

حساسیت زدایی منظم: روش حساسیت زدایی منظم بر یکی از اصول شرطی سازی پاسخ‌گر<sup>۴</sup>، یعنی شرطی سازی تقابلی<sup>۵</sup> مبتنی است. در شرطی سازی تقابلی یک پاسخ شرطی جایگزین پاسخی که با آن‌ها ناهم‌ساز است، می‌شود. این امر موجب می‌شود که پاسخ شرطی در حضور محرک شرطی

- 
1. thought stopping
  2. Laidlaw, Thompson, Siskin & Thompson
  3. positive thinking
  4. respondent conditioning
  5. counterconditioning



مشاهده نشود. روش حساسیت زدایی منظم که معمولاً برای هراس کاربرد بسیاری دارد در این پژوهش در سه مرحله به کار برده شد. در مرحله اول سلسه مراتب اضطراب فرد مشخص شد. بر این اساس رویدادهای اضطراب‌زا به ترتیب از شدیدترین تا خفیف‌ترین مرتب شد. در مرحله دوم درمانگر به مراجع آموزش داد که با استفاده از روش تنش‌زدایی به حالت آرامش درآید. در سومین مرحله از مراجع درخواست شد تا ضمن احساس آرامش ضعیف‌ترین رویداد را تجسم کند. سپس به ترتیب رویدادهای بعدی را تجسم نمود. هنگامی که یک رویداد از سوی مراجع همراه با آرامش تجربه می‌شد بخشی از پاسخ اضطرابی وابسته به رویداد نهایی نیز خاموش می‌شد.

### یافته‌های پژوهش

در این پژوهش دو آزمودنی مورد مطالعه قرار گرفتند. مشخصات آزمودنی اول خانم م - ط، ۳۰ ساله با تحصیلات لیسانس در رشته گرافیک دارای همسری ۳۸ ساله و پزشک، بدون فرزند. طول درمان: هفتاد و شش جلسه.

**تدابیر تشخیصی:** جهت تشخیص نوع اختلال علاوه بر مصاحبه بالینی، آزمون‌های MMPI و SCL-90-R اجرا شد. نتیجه آزمون MMPI و SCL-90-R مبین وجود اضطراب، افکار پارانوئیدی، وسواس و شکایات جسمانی بود. علاوه بر این، مراجع به روانپزشک نیز ارجاع داده شد. روانپزشک نیز هراس خاص را تأیید کرد.

در اولین جلسه مراجع اظهار کرد که از تاریکی و تنهایی می‌ترسد و این ترس‌ها را از کودکی داشته و همیشه در کنار مادر می‌خواهییده است مادر او دارای هراس، اضطراب و افسردگی است که دارو مصرف می‌کند. برادر او نیز این ترس را داشته است. او هم چنین گفت نمی‌توانم حتی در آینه به چهره خودم به صورت عمیق نگاه کنم. زیرا می‌ترسم و چهار سال است که صورت خود را به شکل دو طرفه می‌بینم، سمت راست چهره‌ام را پاک و خوب و سمت چپ آن را بد و پلید می‌بینم. رابطه عاطفی مراجع با شوهر اندک است. از نظر او همسرش در عین مهربانی و آرامی، تندخو و عصبانی نیز است و به هنگام عصبانیت مراجع را سرزنش می‌کند.

**تدابیر درمانی:** پس از انجام مصاحبه و آزمون‌های تشخیصی، ابتدا نتایج آزمون‌های اجرا شده برای مراجع تفسیر شد. او در تأیید صحت این نتایج، اظهار کرد که تقریباً همیشه احساس خستگی دارد، شب‌ها از خواب می‌پرد، از تنهایی می‌ترسد و همسر خود را نیز بیدار می‌کند. قبل و بعد از انجام هر کار اضطراب دارد، حتی اگر همسر در منزل باشد به تنهایی نمی‌تواند وارد اتاق شود، زیرا از فضای

بسته می‌ترسد. چهره خود را به گونه‌ای دوگانه می‌بیند و بدبین است. ابتدا درمانگر از مراجع خواست که فرم افکار و اعمال غیر منطقی را کامل کند و ورزش را هم در برنامه خود بگنجانند. در جلسه بعد فرم افکار غیرمنطقی بررسی شد. افکار غیر منطقی مانند احساس وجود ارواح شیطانی و یا کسی یا چیزی در اطراف و ترس از تاریکی به فراوانی وجود داشت. در جلسات بعد ضمن بررسی افکار غیرمنطقی مراجع، درمانگر تنش‌زدایی را به مراجع آموزش داد و از او خواست که روزی ۲۰ تا ۳۰ دقیقه آن را انجام دهد. جدول افکار غیر منطقی و افکار جایگزین را هر روز تکمیل کند و به ورزش، به ویژه شنا نیز بپردازد. هم چنین خواب‌های مراجع مورد بررسی قرار گرفت و تأثیر ناهشیار بر محتوای خواب‌ها برای مراجع توضیح داده شد. برای مراجع توضیح داده شد که مغز انسان از بدو تولد تا آخر عمر، آنچه را چشم ببیند، گوش بشنود، فرد احساس، رفتار و یا حتی فکر کند، مغز ضبط می‌کند و حتی در خواب نیز آن‌ها را مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌دهد. در دهمین جلسه مراجع اظهار کرد که توانسته از طریق دعا و نیایش با خدا ارتباط برقرار کند و احساس می‌کرده کسی با او حرف می‌زند. به نظر او هر آنچه او می‌شنود و یا می‌بیند واقعی است و گاهی اوقات حاوی پیام‌های مهمی برای او است.

در یکی از جلسات که با همسر مراجع به طور انفرادی برگزار شد، درمانگر آموزش‌های لازم به همسر را داد و در مورد نیاز خانم‌ها به محبت و توجه و نقش سرزنش در ایجاد احساس بی‌کفایتی صحبت کرد و از همسر مراجع خواست تا روابط عاطفی خود را با او بیشتر کند. در جلسه بعد که با حضور هر دو نفر برگزار شد در مورد روش‌های حل مسئله با آنان گفتگو شد و آموزش‌های لازم نیز داده شد. مراجع در یکی از جلسات انفرادی اظهار کرد که هنوز از تنهایی می‌ترسد و شب‌ها که بیدار می‌شود، شوهر را بیدار می‌کند. او مجدداً از بی‌توجهی همسر و انتقادهای او ناراحت بود. او گفت خانواده همسرش بر خلاف خانواده خودش دارای مهر و محبت نسبت به یکدیگر نیستند و شوهر نیز که از ۱۳ سالگی در آمریکا بوده و از فرهنگ آنجا تأثیر گرفته با محبت نیست و از انتقاد هم خیلی ناراحت می‌شود. در جلسه بعد که با همسر مراجع به تنهایی صورت گرفت او اظهار کرد که خیلی زود عصبانی می‌شود و پرتوقع است ولی پس از این که عصبانیت او از بین رفت پشیمان می‌شود. در این مورد درمانگر در مورد چگونگی کنترل عصبانیت و هم چنین نیاز به توجه صحبت کرد و قرار شد وی همسرش را در حضور دیگران تحقیر نکند و اگر لازم است تذکری به او بدهد این کار را در حضور دیگران انجام ندهد و در حضور دیگران نیز عصبانیت خود را نشان ندهد. ولی همسر مراجع اظهار کرد: من نمی‌توانم چیزی را بی‌پاسخ بگذارم و اگر ناراحت شوم حتماً واکنش نشان می‌دهم. در این مورد درمانگر با استفاده از آموزش روش‌های حل مسئله به شوهر توصیه کرد که با بحث و

گفتگوی دوستانه مسائل خود را با همسر حل کند و از روش‌های آموزش داده شده استفاده نماید. در جلسات خانوادگی بعدی چگونگی به کارگیری این روش‌ها در حل مسائل مختلف در هر مورد بررسی شد و هر دو نفر مؤثر بودن این روش‌ها را تأیید کردند. در جلسه بعد که با مراجع به طور انفرادی برگزار شد، با استفاده از روش حساسیت‌زدایی خیالی، مراجع با موقعیت‌های ترس‌آور مواجه شد. در جلسات بعد مراجع اظهار کرد که ترس او کاهش یافته است و اگر کسی درباره مسائل ترسناک مانند حس ششم با او گفتگو نکند آن روز را بدون ترس به سر می‌برد. در جلسات بعدی مراجع اظهار کرد که شوهر همچنان بی‌توجه و عصبی است و در حضور دیگران به او و خانواده‌اش توهین می‌کند. درمانگر درباره تأثیر خانواده همسر و دوران کودکی او بر رفتار فرد در بزرگسالی توضیح داد و از مراجع خواست برای رفع مشکل همسر سعی کند، به او محبت بیشتری داشته باشد و ساعات بیشتری را به او اختصاص دهد. در یکی از جلسات خانوادگی در مورد شیوه تفسیر رفتار و گفتار دیگران و مثبت نگری توضیح داده شد و از زن و شوهر درخواست شد تا فرم نقاط قوت را تکمیل کنند. در جلسات بعد از آن‌ها خواسته شد که خاطرات خوب را برای یکدیگر بازگو کنند و هر یک به تنهایی در حفظ روابط عاطفی و آرامش زندگی کوشا باشند. در جلسات خانوادگی نقاط قوت زن و شوهر از سوی آن‌ها مطرح شد. به تدریج روابط عاطفی آن‌ها بهبود یافت. شوهر در حضور جمع خود را کنترل می‌کرد و از توهین به خانم و خانواده او پرهیز می‌کرد. ترس مراجع نیز کم‌کم بهبود یافت. جلسات درمان با ابراز رضایت آزمودنی از روابط زناشویی و از بین رفتن ترس پایان یافت. نتیجه آزمون MMPI و SCL-90-R پس از درمان نیز نرمال بود.

مشخصات آزمودنی دوم: خانم ش - ب ۳۲ ساله دارای تحصیلات لیسانس و خانه‌دار است و همسر او ۳۶ ساله فوق لیسانس، وکیل دادگستری است و یک فرزند دختر یک ساله دارند.

طول درمان: چهل و شش جلسه

مراجع با شکایت از سردردهای مکرر و به توصیه پزشک معالج خود مراجعه کرد. او اظهار کرد «سردردهای شدید و مداوم دارم و دچار کابوس می‌شوم. سردردهایم در کنار عوامل فشارزا تشدید می‌شود. سال آخر دبیرستان که بودم برادرم فوت کرد و از آن زمان سردرد شروع شد. به فاصله یک سال پس از فوت برادرم، مادرم فوت کرد و دو سال و نیم پیش نیز برادر دیگرم فوت کرد و ۶ ماه پیش پدرم فوت کرد. هر یک از این حوادث موجب ایجاد فشارهای روحی بسیاری بر من شده‌اند. گاهی صدای پدر را می‌شنوم که اسمم را صدا می‌کند. خواب پدر و مادر و برادرها را می‌بینم. دائم در خواب لحظه مرگم را می‌بینم و یا این که نیرویی را حس می‌کنم که با سرعت باد از کنارم می‌گذرد و سرم را به عقب می‌کشد».

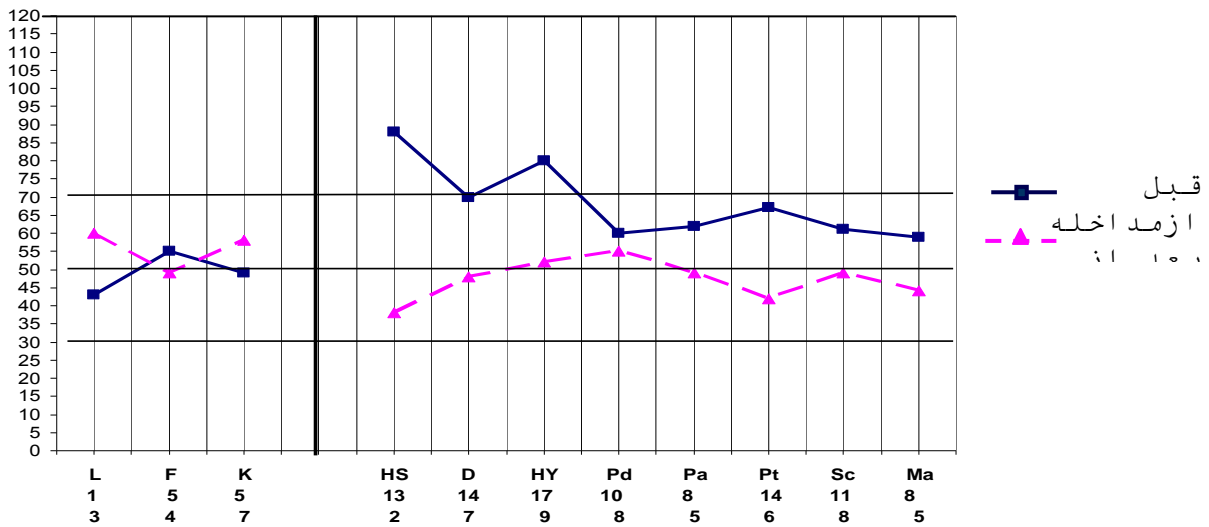
آزمون‌های SCL-90-R, MMPI و پرسشنامه افسردگی بک، اجرا شد. نتیجه MMPI (نمودار ۱) مبین وجود نارضایتی از وضعیت جسمانی، خصومت نسبت به پدیده‌های محیطی، جلب توجه دیگران از طریق آلام جسمانی، هیجان‌پذیری، گوشه‌گیری، افسردگی، اضطراب، ترس شدید و هیپوکندر یا بود. آزمودنی در پرسشنامه افسردگی بک فرم بلند نمره ۴۲ و فرم کوتاه نمره ۲۰ گرفت که گویای افسردگی شدید بود. علاوه بر این‌ها مصاحبه بالینی و ارجاع به روانپزشک نیز مؤید وجود هراس خاص به عنوان اختلال اصلی مراجع بود.

**تدابیر درمانی:** پس از دو جلسه مصاحبه و انجام آزمون، نتایج آزمون‌های اجرا شده برای آزمودنی تفسیر شد و درمانگر هراس خاص، افسردگی، وسواس و هیپوکندریا را به عنوان اختلالات اصلی مراجع با وی مطرح کرد. مراجع ضمن تأیید وجود اختلال‌های مذکور گفت که این اختلال‌ها، به خصوص هراس خاص، را از دوران کودکی داشته است. سپس مراجع گفت شب گذشته حالش خیلی بد بوده، فشارش بالا رفته از درون داغ شده ولی بدنش یخ کرده و به شدت دچار ترس از مرگ بوده است.

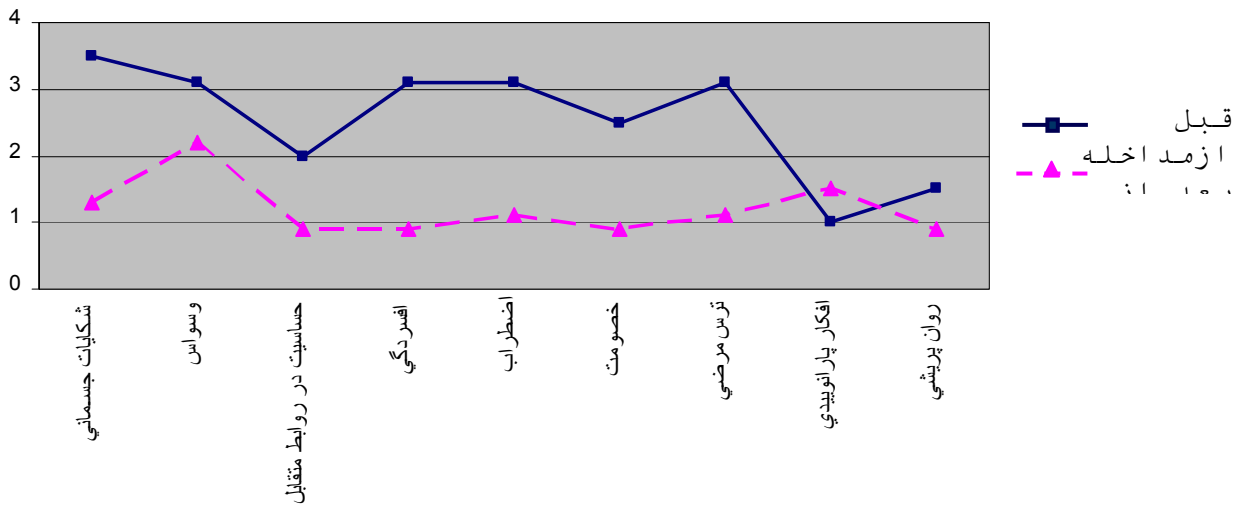
درمانگر ضمن استفاده از تکنیک بازسازی شناختی از مراجع خواست که فرم افکار و اعمال غیرمنطقی را پر کند. ضمناً ورزش و به ویژه شنا را در برنامه روزانه خود بگنجانند. در جلسات بعد فرم افکار و اعمال غیرمنطقی بررسی می‌شد و به مراجع آموزش داده شد افکار منطقی جایگزین را هم بنویسد. از آنجائی که افکار غیرمنطقی درباره هراس قدرت خود را کماکان حفظ کرده بود از مراجع خواسته شد که قطعه کشی را نیز به مچ دست خود ببندد و هنگام هجوم تفکرات غیر منطقی با کشیدن قطعه کش به توقف افکار غیر منطقی کمک کند. در یکی از جلسات مراجع گفت که به استخر می‌رود، ولی باید پایش حتماً به کف استخر بخورد و در غیر این صورت دچار ترس می‌شود. ضمناً توضیح داد که کابوس‌هایش قطع شده است، ولی خواب پدر را زیاد می‌بیند. فکر می‌کند در گوشه اتاق است، به مرگ فکر می‌کند و در ذهنش مرده و کفن می‌آید. سردردها کم شده فقط خستگی، بی‌حالی و حالت تهوع دارد، و بی‌اشتهاست. درمانگر با بررسی جدول افکار غیر منطقی دریافت که محتوای تفکرات غیر منطقی مراجع ترس از مرگ است. درمانگر ضمن استفاده مجدد از تکنیک حساسیت زدایی منظم و تصویر سازی ذهنی و آموزش تنش‌زدایی در جلسات مختلف از مراجع خواست تا روزی ۲۰ تا ۳۰ دقیقه تنش‌زدایی انجام دهد و افکار منطقی را جایگزین افکار غیر منطقی کند و به طور مرتب به ورزش و به ویژه شنا ادامه دهد.

درمانگر هم چنین در مورد باورهای غیرمنطقی و تأثیر آن بر بروز اختلال‌های روانی با مراجع به گفتگو پرداخت و آموزش داده شد که هنگام مواجهه با افکار غیرمنطقی مانند فکر کردن به مرگ و

جهنم و غیره به سرعت افکار دیگری را جایگزین آن کند. در جلسه بیستم مراجع اظهار کرد که با انجام تکالیفی که درمانگر به ایشان داده است بسیار بهبود یافته، دیگر از آب نمی ترسد و به راحتی وارد استخر می شود. برای ادامه تحصیل انگیزه پیدا کرده و مطالعه می کند. به طور گذرا به مرگ فکر می کند و دچار ترس می شود، ولی به سرعت افکار منطقی را جایگزین می کند. با وجود این مراجع اظهار کرد که افسردگی و اضطراب او از بین نرفته است. او از این که شوهرش مدت زمان کمی را به او اختصاص می دهد ناراحت بود و می گفت همسرش بیشتر وقت خود را صرف کار می کند. در جلسه خانوادگی بعدی ضمن آموزش های لازم در مورد روابط خانوادگی به شوهر توصیه شد تا مدت زمان بیشتری را با همسر صرف کند و با هم به بیرون بروند و در مورد مسائل مختلف گفتگو کنند. شوهر از شرکت در جلسه درمان امتناع می ورزید. بنابراین، در یکی از جلسات ضرورت وجود او در فرایند درمان توضیح داده شد. در چند جلسه انفرادی با مراجع در مورد اعضای خانواده و شیوه بهبود روابط با همسر صحبت شد. مراجع اظهار کرد که سفر حج در پیش دارد، ولی به شدت دچار ترس از هواپیما است و شاید سفر را لغو کند. زیرا چند سال پیش با هواپیما به مشهد رفته و هواپیما در چاه هوایی افتاده و حال مراجع بسیار بد شده است. درمانگر با روش حساسیت زدایی ذهنی او را با صحنه های مختلف سوار شدن به هواپیما مواجهه کرد. در صحنه های اول مراجع دچار اضطراب شد، ولی در مواجهه با صحنه اوج گرفتن و ثابت شدن هواپیما به تدریج حالش بهبود یافت. به او توصیه شد قبل از رفتن به حج چندین بار با استفاده از روش تنش زدایی به تصویر سازی ذهنی سوار شدن به هواپیما پردازد. مراجع در جلسات بعد اظهار کرد که با انجام این تمرین ها ترس او از بین رفته است. در یکی از جلسات خانوادگی روش حل مسئله و مثبت نگری آموزش داده شد و به همسر مراجع در مورد نیاز مراجع به توجه و نقش ناهشیار در بروز اختلالات روانی توضیح داده شد. درمانگر برای همسر مراجع توضیح داد که به دلیل از دست دادن حمایت های خانوادگی پس از فوت اعضای خانواده مراجع به طور ناهشیارانه به دنبال پناهگاهی امن می گردد و شکایت های جسمانی او برای جلب توجه همسر است و باید امنیت عاطفی برای او توسط همسر ایجاد شود. قرار شد که زوجین فرم نقاط قوت را تکمیل کنند و روزی ۵ دقیقه آن را مرور و خاطرات خوب خود را یادداشت کنند. در هر جلسه فرم نقاط قوت و خاطرات خوب بررسی می شد. در آخرین جلسه درمان مراجع اظهار کرد که دیگر به مرگ نمی اندیشد، دچار کابوس نمی شود، رابطه او با همسر خوب شده بود، با هم صحبت می کنند، به پیاده روی می روند و هیچ گونه ناراحتی ندارند. قابل ذکر است که هر دو مراجع یک سال پس از درمان مورد پیگیری واقع شدند و هیچ گونه علائم و نشانه های بازگشتی اختلال را از خود نشان ندادند.



نمودار ۱. نیمرخ روانی آزمودنی اول در آزمون MMPI قبل و بعد از مداخله



نمودار ۲. نیمرخ روانی آزمودنی اول در آزمون SCL-90-R قبل و بعد از مداخله

فرم کوتاه	فرم بلند	قبل از درمان
۲۰	۴۲	

۳	۱۰	بعد از درمان
---	----	--------------

جدول ۱: نمرات پرسشنامه افسردگی بک قبل و بعد از درمان

## بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی تأثیر خانواده درمانی شناختی - رفتاری در درمان هراس خاص صورت گرفت. آموزش حل تعارض، تنش زدایی، مثبت نگری فردی و خانوادگی، خود بازبینی و حساسیت زدایی منظم از فنونی بودند که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفتند. هم چنین درمانگر با استفاده از خانواده درمانی و از طریق جلب مشارکت اعضای خانواده به بهبود روابط خانوادگی و تغییر الگوی تفکر مراجع کمک کرد.

عواملی مانند روش‌های فرزند پروری، شیوه اجتماعی شدن افراد خانواده، شیوه‌های انضباطی خانواده، همتایان، جامعه، مدرسه و وسایل ارتباط جمعی از عوامل مؤثر بر بروز و نگهداری اختلالات اضطرابی به شمار می‌آیند (کالینان، ۲۰۰۲). درمان‌های مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری در درمان اختلالات اضطرابی به ویژه هراس‌ها و ترس‌ها کارآیی بسیاری دارند. حساسیت زدایی تدریجی، روش حل مسئله و بازسازی شناختی از روش‌هایی هستند که به تغییر رفتارهای اضطرابی و اجتنابی مراجعان کمک کردند.

در این پژوهش نشانه‌های اختلال قبل و بعد از فرایند درمان با استفاده از مصاحبه بالینی و آزمون‌های روان شناختی و نظریه روانپزشک ارزیابی شدند. در جلسات خانوادگی بر نقش خانواده در بروز و نگهداری اختلالات روانی، برقراری روابط عاطفی بین اعضای خانواده، و چگونگی تعارض‌های خانوادگی تأکید شد. بر این اساس روش‌های حل مسئله و مثبت نگری به اعضای خانواده آموزش داده شدند. علاوه بر این، نشانه‌های اختلال با استفاده از آموزش خودبازبینی و تنش‌زدایی کنترل شدند. در فرایند درمان نشانه‌های اختلال و در نتیجه کارکردهای اجتماعی مراجعان بهبود یافتند. با مقایسه نتایج MMPI و SCL-90-R قبل و بعد از درمان در مورد آزمودنی‌ها می‌توان بهبود در شاخص‌های مختلف این آزمون‌ها را مشاهده کرد.

همان گونه که مطالعه فرا تحلیلی شادیش و دیگران (۱۹۹۳) نشان داده است پژوهش‌های متعدد گویای تأثیر خانواده درمانی در درمان مشکل کودکان و بزرگسالان بوده‌اند. زیرا در خانواده درمانی الگوهای رفتاری نگهدارنده مشکل، سامانه‌های نگرش مشکل ساز و عوامل مستعد ساز ساختاری، بافتی و تاریخی شناسایی و اصلاح می‌شوند. این امر در پژوهش حاضر، همسو و موجب تسهیل و تداوم درمان شد.

بارت و دیگران (۱۹۹۶) برنامه‌های مبتنی بر آموزش خانواده را با برنامه‌های انفرادی آموزش مهارت‌های انطباقی در درمان اضطراب تعمیم یافته مطالعه کردند. یافته‌های آنان مبین تأثیر بیشتر برنامه‌های مبتنی بر آموزش خانواده در کاهش نشانه‌های اختلال است. این یافته با نتایج پژوهش



حاضر همسویی دارد و نشان دهنده نقش خانواد در تعمیم مهارت‌های آموخته شده به خارج از جلسه‌های درمانی و در نتیجه بهبود کارکردهای اجتماعی و روابط خانوادگی مراجعان است.

نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های بارت، ددس و رابی (۱۹۹۶) همسویی دارد. آن‌ها آزمودنی‌های مضطرب را در سه گروه تحت درمان قرار دادند: گروه اول تحت درمان شناختی - رفتاری و گروه دوم تحت درمان ترکیبی شناختی - رفتاری و خانواده درمانی قرار گرفتند. گروه سوم نیز به عنوان گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. نتیجه مطالعه آنان مبین بهبودی بیشتر آزمودنی‌ها در گروه دوم بود. در ضمن تداوم نتایج درمان در گروه دوم در مقایسه با گروه اول پس از یک سال پیگیری بیشتر بود. این امر را می‌توان به مشارکت خانواده در فرایند درمان و نقش بهبودی روابط عاطفی در حفظ نتایج درمان نسبت داد.

کازدین و ویس (۱۹۹۸) نیز تأثیر شناخت - رفتار درمانگری انفرادی و خانواده درمانی شناختی - رفتاری را در درمان اختلالات اضطرابی آزمودنی‌ها مقایسه کردند. در پایان جلسات درمانی ۵۷/۱٪ درصد از گروهی که با استفاده از روش‌های شناختی - رفتاری به طور انفرادی درمان شده بودند بهبود یافتند؛ در حالی که در گروه دوم که با روش خانواده درمانی مبتنی بر رویکرد شناخت - رفتار درمانگری درمان شده بودند ۸۴٪ درصد بهبود یافتند. یافته‌های این پژوهش‌ها با یافته‌های پژوهش حاضر هماهنگ است و مؤید اهمیت مشارکت خانواده در فرایند درمان است.

وجود اختلال در والدین نیز بر تفکر، نگرش و ادراک فرزندان تأثیر می‌گذارد و به ایجاد و حفظ اختلال در فرزندان منجر می‌شود. الگوهای رفتاری والدین، روش‌های فرزند پروری و شیوه‌های انضباطی آنان به بروز اختلالات روانی به ویژه اختلالات اضطرابی در فرزندان کمک می‌کند. پژوهش شورت و همکاران (۲۰۰۱) مؤید این امر است. آن‌ها گروهی از کودکان مضطرب را به دو گروه تقسیم کردند. گروه اول شامل کودکانی بود که پدر، مادر و یا هر دو والد آنان دارای اختلال اضطرابی بودند در حالی که در گروه دوم والدین بهنجار بودند. آن‌ها کودکان را با موقعیت‌های فرضی اضطراب‌زا مواجه کردند. بررسی پاسخ‌های افراد دو گروه نشان داد کودکان گروه اول در مقایسه با گروه دوم موقعیت‌ها را تهدید کننده‌تر می‌بینند و پاسخ‌های اجتنابی و پرخاشگرانه بیشتری به موقعیت‌ها می‌دهند.

مطالعه موردی ساوردا (۲۰۰۲) در درمان هراس خاص مراجع نیز مؤید تأثیر روش ترکیبی شناختی - رفتاری و خانواده درمانی است. لیگر و همکاران (۲۰۰۳) هفت نوجوان مبتلا به اضطراب تعمیم یافته را به طور انفرادی تحت درمان شناختی - رفتاری قرار دادند. در پایان سه آزمودنی به طور کامل بهبود یافتند. به نظر می‌رسد، عدم توجه به مشارکت خانواده در فرایند درمان نتیجه درمان را تحت

تأثیر قرار داده است. چرا که افراد در فرایند درمان و پس از اتمام آن در تعامل نزدیک با افراد خانواده قرار دارند و تفکرات، نگرش‌ها، ادراک‌ها و الگوهای رفتاری آنان تحت تأثیر اعضای خانواده قرار می‌گیرد. اگر اعضای خانواده با روش‌های مناسب به حل تعارض‌های خانوادگی بپردازند، روابط عاطفی با یکدیگر را افزایش دهند و در صورت لزوم الگوهای تربیتی را اصلاح نمایند، تعارض‌ها و تنیدگی‌های فرد دارای اختلال نیز کاهش می‌یابد.

مطالعه حاضر دارای محدودیت‌های نیز بود. مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر، نداشتن گروه کنترل بود. با استفاده از گروه کنترل می‌توان تأثیر سایر متغیرها را کنترل کرد و روایی پژوهش را افزایش داد. هنگامی که متغیرهای محیطی از طریق هم‌تا کردن آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل مورد بررسی قرار می‌گیرند، با اطمینان بیشتر می‌توان تغییرات ایجاد شده در آزمودنی‌ها را به متغیر مستقل (روش درمان) نسبت داد. محدودیت دیگر کم بودن گروه نمونه بود. به دلیل عدم دسترسی به کلینیک‌های مشاوره در سطح وسیع از بین مراجعان یکی از کلینیک‌ها افراد با هراس خاص انتخاب شده و تحت درمان قرار گرفتند. در دسترس بودن آزمودنی‌های بیشتر، امکان اعمال روش‌های درمانی متفاوت و مقایسه آن‌ها را فراهم می‌سازد و به افزایش اعتبار پژوهش نیز کمک می‌کند. محدودیت دیگر نبود پژوهش‌های متفاوت در زمینه هراس خاص به طور اخص بود. پژوهش‌های پیشین در زمینه موضوع مورد مطالعه امکان تدوین فرضیه‌های متعدد و مقایسه نتایج پژوهش‌های انجام شده و بحث و نتیجه‌گیری گسترده تر را فراهم می‌سازند و پژوهشگران را در زمینه انجام پژوهش‌های کاربردی‌تر یاری می‌دهند. بر این اساس به درمانگران و پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که در زمینه درمان هراس خاص پژوهش‌های بیشتری انجام دهند و با انتخاب چند گروه کارایی روش‌های درمانی را با یکدیگر مقایسه کنند و با انتخاب نمونه‌ای معرف امکان تعمیم یافته‌ها به جامعه را فراهم سازند. هم‌چنین به مسئولان آموزش و پرورش و درمانگران پیشنهاد می‌شود آموزش خانواده را در برنامه‌های خود بگنجانند.

## مأخذ

خدایاری فرد، محمد (۱۳۷۹). کاربرد مثبت نگری در روان درمانگری با تأکید بر دیدگاه اسلامی، مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی، سال پنجم، شماره ۱ ص ۱-۲۵.

زارب، جی. ام (۱۹۹۲). ارزیابی و شناخت - رفتار درمانی نوجوانان. ترجمه محمد خدایاری فرد و یاسمین عابدینی (۱۳۸۳). تهران: انتشارات رشد.

- Allen, A. J., Leonard, H. L., & Swedo, S. E. (1995). Current knowledge of medications for treatment of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of child and Adolescent psychiatry*, 34, 976-986.
- American psychiatric Association. (2000) Diagnostic and statistical manual of *mental disorders* (forth Edition –TR). Washington, DC.
- Berk, L. (1997). *Child development* (4 th ed). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Bukatko, D., & Daehler, M. W. (2001). *Child development: A thematic approach* (4 thed). Boston: Houghton Mifflin.
- Beidel, D. C., Turner, S.M. (1998). Shy children, phobic adults: nature and *treatment of social phobia*. Washington, Dc: American Psychological Association.
- Bell-Dolan, D. J., Last, C. G., & Strauss, C.C. (1990). Symtoms of anxiety disorders in normal children. *Journal of the American Academy of child and Adolescent psychiatry*, 29, 759-765.
- Blagg, N., & Yule, W. (1994). School refusul. In T. H. ollendick, N. J. king, & W. Yule (Eds). *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (PP. 169-186). Ny: plenum.
- Barrett, P.M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 64, 333-342.
- Barrowclough, C., Colville J., Russell, E., Burns, A., & TARRIER, s. (2001). A randomized trial of the effectiveness of cognitive-behavioral treatment and supportive counseling for anxiety symptoms in older adults. *Journal of consulting & clinical psychology*, 69(5), 756-762.
- Crawford, D., & Bodine, R. (1996). *Conflict resolution education*. washington, DC: U. S. Department of Justic.
- Coleman, M. C. (1992) *Behavior disorders: theory and practice*. U.S.A: Allyn & Bacon.
- Cullinan, D. (2000). *Students with emotional and behavior disorders*. Ny: Pearson education Inc.
- Dattillio, F. M. (1998). *Case studies in Couples and family therapy: systemic and Cognitive perspectives*. NY: Guilford.

- Dattilio, F. M. (1994). Families in crisis In F. M. Dattilio & A. Freeman (Ed s.), *Cognitive-Behavioral strategies in crisis Intervention*. Ny: Guil ford.
- Dattilio, F. M. (2001). Cognitive-Behavior family therapy: Contemporary myths and Misconceptions. *Contemporary Family Therapy*, 23(1).
- Dick-Siskin, L.P. (2002).Cognitive-behavioral therapy with older adults. *Behavior Therapist*, 25 (1)93-60.
- Fergusson, D. M., Horwood, 2. J., & Lynskey, M. T. (1993). Early dentine lead levels and subsequent cognitive and behavioral development. *Journal of child psychology and psychiatry*, 34, 215-227.
- Field, A. P., Davies, G. C. L. (2001). Conditioning models of childhood anxiety . In: *Anxiety Disorders in children and Adolescents: Research, Assessment, and Intervention*, Silverman, W. K; Treffers P. D. A, eds. Cambridge, England: Cambridge university press.
- Graziano, A. M., & Mooney, K. C. (1982). Behavioral treatment of night fears in children: Maintenance of improvement at 2 ½ to 3 year follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology*, 50, 598-599.
- Gray, P. (1999). *Psychology*. U.S.A: worth publishers, Inc.
- Hallahan, D. P., & Kauffman, J. M. (2003). *Exceptionalchildren: Introduction to special Education* Englewood cliffs, NJ: pretrice Hall.
- Hermans, D., *Vansteen wegen, D.,Crombez, C.,* Bagens, F. & Eelen. P. (2002). Expectancy-Learning and evaluative learning in human classical conditioning: affective priming as an indirect and unobtrusive measure of conditioned stimulus valence. *Behavioral therapy*, 40, 217-234.
- Jersild, A. T., & Holmes, f. B. (1935). Children's fears, *Child Development*. Monograph, No. 20.
- Jongsma, A. E., Dattilio, F.M. (2000). *The family therapy: Treatment Planner*. Newyork: Johnwiley and sons.
- Kazdin, A. E. & Weisz, J. R. (1998) Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatment. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 66, 19-36.
- Kendall, P. C. (2000). *Child and Adolescent Therapy: cognitive Behavioral procedures*. New York: Guilford press.
- Kendall, P. C., Chansky, T., freidman, M., kim, R., Kortlander, E., Sessa, F. M., & siqueland, L. (1990). Treating anxiety disorders in children / adolescents. In P. C. Kendall (Ed.), *child and adolescent therapy: cognitive-behavioral procedures*. (pp. 131-157). New York: Guilford.
- Kirkpatrick, D. R. (1984). Age, gender, and patterns of common intense fears among adults. *Behavior Research and therapy*, 22, 141-150.
- King, N. J., ollier, K., Iacuone, R., Schuster, S., Bays, K., Gullone, E., & ollendick, T. H. (1989). fears of children and adolescents: Across sectional Australian study using the Revised-fear suruey schedule for children. *Journal of child psychology and psychiatry*, 30, 775-784.

- Kanfer, F. H., Karoly, P., & Newman, A. (1975). Reduction of children's fear of dark by competence-related and situational threat-related verbal cues. *Journal of consulting and clinical psychology*, 43, 257-258.
- Kendall, P. C., Panichelli-Mindel, S. M., Sugarman, A., & Callahan, S. A. (1997). Exposure to child anxiety: Theory, research, and practice. *Clinical psychology: science and practice*, 4, 29-39.
- Kendall, P. C., & Hammen, C. (1998). *Abnormal psychology*. Boston: Houghton Mifflin.
- Kashani, J. H., & Orvaschel, H. (1990). A Community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of psychiatry*, 147, 373-318.
- Kraus, S., Maxwell, K., & McWilliam, R. A. (2001). Practice makes perfect: Research books at family-centered practices in early elementary grades. *Exceptional parent*, 31(3)962-63.
- Lewis, S. (1974). A Comparison of behavior therapy techniques in the reduction of fearful avoidance. *Behavior Therapy*, 5, 648-655.
- Lapouse, R., & Monk, M. A. (1959) Fears and worries in a representative sample of children. *American Journal of orthopsychiatry*, 29, 803-818.
- Leger, E., Ladouceur, R., Dugas, M. J. & Freeston, M. H. (2003) Cognitive-Behavioral Treatment of Generalized Anxiety Disorder Among Adolescents: A Case Series. *Journal of the American Academy of child & Adolescent psychiatry*, 42(3); 327-330.
- Laidlaw, K.; Thompson, L. W.; Siskin, L. D, & Thompson, D. G. (2003). *Cognitive Behavior Therapy with older people*. England: John Wiley & Sons INC.
- Murgatroyd, S. (1995). *Counselling and helping*. London: Routledge.
- Miller, L. C., Barrett, C. L., & Hampe, E. (1974). Phobias of childhood in a prescientific era. In A. Davids (Ed), *child personality and psychopathology: current topics*, vol. 1. New York: John Wiley.
- Macfarlane, J. W., Allen, L., & Honzik, M. P. (1954). A developmental study of *the behavior problems of normal children between 21 months and 14 years*. Berkeley: university of California press.
- Nelson, R. W., & Israel, A. C. (2000). *Behavior disorders of childhood*. New York: prentice Hall.
- Ollendick, T. H., King, N, J. (1998). Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders. Current status. *Journal of clinical child psychology* 27, 156-167.
- Ollendick, T. H. (1983). Reliability and validity of the revised fear survey schedule for children (FSSCR). *Behaviour Research and Therapy*, 21, 685-692.
- Silverman, W. K., & Ginsburg, G. S. (1998). Anxiety disorders. In T. H. Ollendick & M. Hersen (Eds), *Handbook of child Psychopathology* (3rd ed). New York: plenum.

- Ollendick, T.H. (1998). Panic disorder in children and adolescents: new developments, new directions. *Journal of clinical child psychology*, 27, 234-245.
- Shortt, A. L., Barrett, P. M., Dadds, M., R. & Fox, T. L. (2001). The influence of family and experimental context on cognition in anxious children. *Journal of Abnormal child psychology*. 29, 6. 585-596.
- Saavedra, L. M. (2002). Case study: Disgust and a specific phobia of buttons. *Journal of the American Academy of child and Adolescent psychiatry*, 41(11), 1376-1379.
- Shadish, W., Montgomery, L., Wilson, P., Wilson, M., Bright, I. & Okwumabua, T. (1993). The effects of family and marital psychotherapies: a meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61, 992-1002.
- Simos, G. (2002). *Cognitive Behavior therapy*. London: Routledge.
- Rutter, M., Macdonald, H., Le couteur, A., Harrington, R., Bolton, P., & Baily, A. (1990). Genetic factors in child psychiatric disorders. Empirical findings. *Journal of child psychology psychiatry*. 31, 39-83.
- Teichman, Y. (1992). Cognitive Therapy with families-A case study. In A. Freeman & F. M. Dattilio (Eds.), *Comprehensive Casebook of Cognitive Therapy*. NY: plenum.
- Wetherell, J.L. (1998). Treatment of anxiety in older adults. *Psychotherapy*, 35 (4), 444-458.

## Case study of specific phobia treatment through family therapy based on cognitive-behavioral approach<sup>\*</sup>

M. khodayarifard, Ph. D.<sup>\*\*</sup>

A. Parand<sup>\*\*\*</sup>

Specific Phobia is one of anxiety disorders. The essential feature of specific phobia is a marked and persistent fear from specific object or situation. The people with specific phobia avoid the phobic situation. This disorder influence on academic and occupational function. Many research have confirmed the effect of family therapy based on cognitive-behavioral approach on anxiety disorder specially specific phobia, because individual with specific phobia has most interaction with family members. The main purpose of the present research was to study effectiveness of family therapy based on cognitive-behavioral approach on specific phobia treatment. Method of present study is case study. Two subject (30 and 32age) was selected. Data were obtained by clinical interview, DSM-IV-TR criteria and psychological tests. The result indicated that family has important role in product, maintenance and treatment of specific phobia, and family therapy based on cognitive-behavioral approach is suitable method for specific phobia treatment.

Key word: specfic phobia, Anxiety disorders, family Therapy, Cognitive-Behavioral approach.

---

<sup>\*</sup>. This research was supported by a grant from University of Theran.

<sup>\*\*</sup>. child clinical psychologist and assistant professor, Faculty of Psychology and Educational Science University of Theran.

<sup>\*\*\*</sup>. Ph. D. student