

کاربرد خانواده درمانی شناختی - رفتاری در درمان اختلالات روان‌تنی (عضلانی استخوانی)^۱

دکتر محمد خدایاری فرد*

یاسمین عابدینی**

چکیده

با هدف بررسی کارایی خانواده درمانی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری در درمان اختلالات روان‌تنی از نوع عضلانی استخوانی و با استفاده از یک طرح تک آزمودنی از نوع طرح A-B، تعداد ۳ نفر (۱ زن و ۲ مرد) از افراد مبتلا به اختلال روان‌تنی عضلانی استخوانی (کمر درد و گردن درد) که به یک کلینیک خصوصی روان‌درمانی رجوع کرده بودند به عنوان گروه نمونه این پژوهش انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده برای ارزیابی اختلالات روان‌تنی و سایر اختلالات روانی همبود آزمودنی‌ها شامل معاینه پزشک متخصص، عکس‌برداری با اشعه ایکس، مصاحبه بالینی روان‌درمانگر براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR و آزمون‌های MMPI و SCL-90-R است. نتایج نشانگر کارایی بالای این روش درمانی است، به طوری که آزمودنی‌ها پس از شرکت در جلسات خانواده درمانی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری بهبود یافتند. حل تعارضات و مشکلات بین فردی را از طریق آموزش مهارت‌هایی چون حل مسئله، برقراری ارتباط مؤثر، مقابله کارآمد و جرأت‌ورزی از جمله دلایل احتمالی تأثیر خانواده درمانی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری در درمان اختلالات روان‌تنی آزمودنی‌های پژوهش حاضر بوده است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی کارایی سایر روش‌های درمانی از جمله دارو درمانی، رفتار درمانی و شناخت درمانی فردی و گروهی بررسی و با یکدیگر مقایسه شود.

کلید واژه‌ها: اختلالات روان‌تنی، اختلالات عضلانی استخوانی، طرح تک آزمودنی، طرح AB، خانواده درمانی،

شناخت - رفتار درمانی.

^۱ - این مقاله بخشی از پژوهشی است تحت عنوان "کاربرد خانواده درمانی شناختی - رفتاری همراه با کایروپراکتیک در درمان اختلالات روان‌تنی (عضلانی استخوانی) که با حمایت مالی دانشگاه تهران و انجمن کایروپراکتیک ایران به اجرا درآمده است.

* دانشیار دانشگاه تهران و روان‌شناس بالینی کودک

** دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی دانشگاه تهران

مقدمه

موضوع ارتباط روان و تن از دیرباز مورد بحث بوده است. به طوری که امروزه اغلب متخصصان و دست اندرکاران حوزه‌های علمی اعتقاد دارند که انسان موجودی روانی، اجتماعی و جسمانی است و برای شناخت او باید هر سه بُعد او را مدنظر قرار داد و توجه داشت که این سه بُعد اثر متقابلی بر یکدیگر دارند. اعتقاد به یکپارچگی روان و تن و اثر متقابل آنها بر یکدیگر موجب پیدایش رشته‌ای در پزشکی شده است به نام سایکوسوماتیک^۱ یا روان‌تنی.

اختلالات روان‌تنی، بیماری‌های جسم و بدن هستند و عبارتند از اختلالات فیزیوشیمیایی، آناتومیک یا فیزیولوژیک موجودات زنده (ناپ^۲، ۱۹۸۵). اختلالات روان‌تنی مانند آسم، زخم معده، فشار خون، دردهای عضلانی و استخوانی و سردرد، گروهی از بیماری‌های جسمانی را تشکیل می‌دهند که معلول مشکلات روانی هستند یا دست‌کم تحت تأثیر عوامل و تنش‌زاهای روانی شدید قرار می‌گیرند. امروزه این دیدگاه مسلط وجود دارد که تقریباً همه بیماری‌های جسمانی به طور بالقوه با فشارهای روانی مرتبط هستند. لذا براساس چهارمین مجموعه تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳ (DSM-IV-TR، ۲۰۰۰، انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۴) در صورت وجود نوعی بیماری جسمانی در فرد (در محور سوم تشخیصی) و هم‌چنین شناسایی تنش‌زها و عوامل روانی ایجاد کننده یا تشدید کننده علائم آن بیماری، شرایط اولیه برای تشخیص‌گذاری اختلال روان‌تنی موجود هستند. این دسته از اختلالات به وجود نوعی ارتباط معنی‌دار، ارگانیک و متقابل بین جنبه‌های روانی و جسمانی وجود انسان اشاره دارند. به عبارت دیگر، اختلالات روان‌تنی به وجود نوعی رابطه و تعامل پیچیده و چند وجهی بین زمینه‌ها و استعدادهای زیستی و فیزیولوژیکی از یک سو و عوامل تنش‌زاهای محیطی و روانی از سوی دیگر اشاره دارد. از طرفی، نتایج بسیاری از مطالعات و بررسی‌های کنترل شده و گسترده روان‌شناسان و روان‌پزشکان نشان می‌دهند که میزان شیوع این قبیل اختلالات در ملل و جوامع صنعتی ده‌ها برابر شایع‌تر از جوامع غیرصنعتی و سنتی است و هم‌چنین میزان شیوع این گروه از اختلالات روانی در شهرها نیز خیلی بیشتر از روستاهاست (ولمن^۵، ۱۹۸۸).

میسن (۱۹۷۵؛ به نقل از ولمن، ۱۹۸۸) اعتقاد دارد تجارب و عوامل تنش‌زای روزمره‌ای که افراد ساکن در شهرهای بزرگ و جوامع صنعتی با آن روبه‌رو می‌شوند باعث تغییراتی در غدد درون‌ریز می‌شود. این تغییرات به نوبه خود بر کنش‌های سیستم ایمنی تأثیر گذاشته و آسیب‌پذیری موجود زنده

^۱ . Psychosomatic

^۲ . Knapp

^۳ . Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)

^۴ . American Psychiatric Association

^۵ . Wolman

را در برابر بیماری‌ها افزایش می‌دهد. رویدادهای تنش‌زا می‌تواند بر کار آمین‌های زیستی - ژنتیکی دستگاه عصبی مرکزی تأثیر بگذارد و موجب کاهش مقاومت موجود زنده شود و در نتیجه به اختلالات روان‌تنی بیانجامد. نتایج تحقیقات حاکی از آن است که میزان شیوع اختلالات روان‌تنی در زنان بین ۰/۲ درصد تا ۲ درصد و در مردان کمتر از ۰/۲ درصد است (DSM-IV-TR، ۲۰۰۰).

با توجه به نقش عوامل مختلف ژنتیکی، محیطی، شناختی و زیست‌شیمیایی در ایجاد بیماری‌های روان‌تنی، درمان این اختلالات مستلزم همکاری همزمان چندین رشته تخصصی است. در حال حاضر، برای درمان اختلالات روان‌تنی چندین رویکرد و دیدگاه وجود دارد که عبارتند از: رویکردهای دارویی، فیزیولوژیکی، روان‌تحلیل‌گری، رفتاری، شناختی و شناختی - رفتاری. تعیین این‌که کدام رویکرد بیشترین کارایی را دارد به آسانی میسر نیست. اگرچه نتایج تحقیقات نشان دهنده تأثیر و کارایی دارودرمانی در درمان اختلالات روان‌تنی مرتبط با ستون فقرات، مفاصل و عضلات است (وودهام^۱، ۲۰۰۰)، اما با توجه به این‌که در حال حاضر تأکید آشکار روان‌پزشکی روان‌تنی بر تعامل عوامل عضوی و روان‌شناختی است (لیپوسکی^۲، ۱۹۸۵) هدف اصلی درمان اختلالات روان‌تنی مانند درمان سایر اختلالات روانی نه تنها از بین بردن علائم بیماری است، بلکه پیشگیری از عود مجدد آنها است؛ لذا توجه به علل روان‌شناختی زیربنایی آن از اهداف مهم درمانی برای این اختلال است. از این‌رو به‌تازگی متخصصان حوزه بالینی به بکارگیری روش‌های مختلف روان‌درمانی از جمله شناخت - رفتار درمانی در درمان اختلالات روان‌تنی علاقه‌مند شده‌اند (کازدین و ویس^۳، ۱۹۹۸) و کارایی فنون شناختی - رفتاری را در درمان اختلالات عضلانی استخوانی مورد بررسی قرار داده‌اند (جانسون و داهل^۴، ۱۹۹۸). براین اساس هدف اصلی پژوهش حاضر مطالعه کارایی خانواده درمانی شناختی - رفتاری در درمان اختلالات روان‌تنی از نوع اختلالات عضلانی استخوانی است.

پیشینه پژوهش

مهم‌ترین پیش فرض در درمان اختلالات روانی این است که برای هر فرد خاص بسته به نوع مشکلات ترکیب مختلفی از رویکردهای فردی و خانوادگی ممکن است حداکثر کارایی را داشته باشد، اما رویکردهای رفتاری، شناختی و شناختی - رفتاری به تنهایی یا همراه با دارو درمانی از جمله مؤثرترین رویکردهای درمانی برای درمان اختلالات روان‌تنی هستند (واکر و روبرتس، ۲۰۰۱).

¹ . Woodham

² . Lipowski

³ . Kazdin & Weisz

⁴ . Johnson & Dahl

به‌کارگیری فنون شناختی - رفتاری چه در جلسات انفرادی و چه در جلسات خانوادگی در درمان اختلالات روان‌تنی بسیار رایج است. به طوری که جی^۱ و همکاران (۱۹۸۷)؛ به نقل از واکر و روبرتس، (۲۰۰۱) روش‌های خانواده درمانی شناختی - رفتاری، استفاده از دارو و فن کنترل توجه را در تسکین درد ناشی از مغز استخوان^۲ مقایسه کردند. نتایج نشان داد که به‌کارگیری فنون شناختی - رفتاری در جلسات خانوادگی مؤثرترین شیوه برای کنترل این دردها بود.

هم‌چنین مشاهده شده است که خانواده درمانی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری در درمان کودکانی که مبتلا به اختلالات روان‌تنی هستند تأثیر زیادی دارد. لیبنم^۳ و همکاران (۱۹۷۴) از رویکردهای سیستمی گروهی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری برای درمان گروهی از کودکان مبتلا به آسم شدید استفاده کردند. این بیماری یکی از اختلالات روان‌تنی است که در آن اختلال آلرژیک اولیه با عوامل هیجانی و خصوصاً مشکلات و تعارضات خانوادگی حل نشده و مزمن ترکیب می‌شود. جلسات خانواده درمانی گروهی مبتنی بر کاهش نشانگان و تشخیص و تغییر ساختار و کارکرد نظام خانواده از طریق فنون شناختی و رفتاری نظیر آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط، حل مسئله، تنش‌زدایی و نظام پاداش‌دهی بود. نتایج نشان داد که استفاده از این فنون در جلسات خانواده درمانی منجر به درمان موفقیت‌آمیز این اختلالات و سایر اختلالات مشکل‌آفرین این کودکان شد.

اختلالات روان‌تنی (عضلانی - استخوانی) تظاهرات موضعی اضطراب، تنش، فشار و هیجان در فرد هستند که به صورت تونوس ماهیچه‌ای جلوه‌گر می‌شوند (آزاد، ۱۳۸۱). اضطراب نقش مهمی را در شناخت، عاطفه و رفتار بیماران دارای درد مزمن، وابسته به آسیب‌های عضلانی - استخوانی دارد (آسموندسان،^۴ ۱۹۹۹). از پژوهش‌هایی که تأثیر خانواده درمانی شناختی - رفتاری را در درمان اضطراب، تنش و هیجان تأثیرگذار بر دردهای عضلانی - استخوانی به‌کار برده‌اند و نتایج آن را مثبت گزارش داده‌اند می‌توان به پژوهش‌های زیر اشاره کرد:

کندال^۵ و همکاران (۱۹۹۷) گروهی از افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی و دردهای عضلانی - استخوانی را با استفاده از روش‌های شناختی - رفتاری درمان کردند. گروهی از افراد نیز به‌عنوان گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. آنها طی شانزده هفته مؤلفه‌های شناختی اضطراب را به افراد گروه آزمایشی آموزش دادند. شناخت نشانه‌های فیزیولوژیکی اضطراب، اصلاح گفتگوهای اضطراب‌آور، سازش با موقعیت‌های مختلف و ارزشیابی موفقیت فرد در فرایند سازش با موقعیت‌ها از مؤلفه‌های شناختی اضطراب به‌شمار می‌آیند. راهبردهای رفتاری نظیر الگوبرداری، حساسیت‌زدایی، بازی نقش و

^۱ . Jay

^۲ . bone marrow aspiration

^۳ . Liebman

^۴ - Asmundson

^۵ - Kendal

آموزش تنش‌زدایی نیز به کار برده شدند. در پایان جلسات درمانی نشانه‌های اضطراب در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل به طور معنی‌داری کاهش یافت.

کازدین و ویس^۱ (۱۹۹۸) تأثیر شناخت - رفتار درمانگری انفرادی و خانواده درمانی مبتنی بر رویکرد شناخت - رفتار درمانگری را مقایسه کردند. آنها گروهی از افراد مبتلا به اختلال اضطرابی و اختلالات روان‌تنی را با روش‌های شناختی - رفتاری مانند تقویت مهارت‌های حل مسئله و مهارت‌های ارتباطی درمان کردند. در گروه دیگر افراد و خانواده‌های آنان با استفاده از روش‌های شناختی رفتاری درمان شدند. در پایان جلسات درمانی در گروه اول ۵۷/۱ درصد و در گروه دوم ۸۴ درصد افراد بهبود یافتند.

جانسون و داهل^۲ (۱۹۹۸) اثرات یک برنامه کنترل درد با روش شناختی - رفتاری را روی گروهی از افراد با دردهای عضلانی - استخوانی بررسی کردند که شامل یک مطالعه کنترل شده (مطالعه ۱) و یک مطالعه روی نمونه (بیماران) در طول یک دوره طولانی و مداوم مورد ارزیابی قرار گرفته بود. چهار هفته برنامه معالجات بی‌وقفه شامل جلسات آموزشی، تفهیم هدف، تمدد اعصاب دادن، تمرین مهارت‌های اجتماعی، روش‌های کاهش دارو و برنامه برگشت مجدد به کار بود. نتایج حاصل از پیامد گزارش‌های دو مطالعه نشان می‌دهد که برنامه‌های کنترل شناختی - رفتاری درد به صورت منظم می‌تواند به شکل موفقیت‌آمیز برای دردهای عضلانی استخوانی مورد استفاده قرار گیرد.

روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع طرح‌های تک آزمودنی^۳ و به عبارت دقیق‌تر از نوع طرح A-B است. در این نوع طرح‌ها پژوهشگر به بررسی تأثیر یک متغیر بر متغیر دیگر می‌پردازد، اما بررسی اثرهای متغیر بر یک یا چند آزمودنی متمرکز است. هرچند که در این نوع طرح‌ها ممکن است چندین آزمودنی مورد مطالعه قرار گیرند، اما داده‌ها برای هر یک از آزمودنی‌ها جداگانه تحلیل می‌شود. از این نوع طرح‌ها معمولاً در بررسی‌های مربوط به تأثیر عمل خاصی روی اصلاح رفتار استفاده می‌شود. از جمله ویژگی‌های این گونه طرح‌ها تعریف دقیق عمل آزمایشی، اندازه‌گیری دقیق رفتار مورد مطالعه قبل از شروع عمل آزمایشی (در حالت اولیه) و نیز اندازه‌گیری‌های مکرر پس از اجرای عمل آزمایشی است. در طرح A-B شرایط محیطی اولیه را با A و تغییرات مورد نظر در شرایط محیطی را با B نمایش می‌دهیم (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۷۸).

^۱. Kazdin & Weisz

^۲. Johansson & Dahl

^۳. single - subject design

نمونه پژوهش

به منظور انتخاب نمونه پژوهش از بین مجموعه افراد مراجعه کننده به یک کلینیک روان‌درمانی خصوصی ۵ نفر (۳ مرد و ۲ زن) که همگی مبتلا به اختلالات روان‌تنی (عضلانی استخوانی) تشخیص داده شده بودند، به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. لازم به ذکر است که ۲ نفر از آزمودنی‌ها (۱ مرد و ۱ زن) در اواسط درمان، شرکت در جلسات درمانی را ادامه ندادند، لذا ۳ نفر باقی‌مانده (۲ مرد و ۱ زن) گروه نمونه پژوهش حاضر را تشکیل می‌دهند.

ابزار گردآوری داده‌ها

در پژوهش حاضر آزمودنی‌ها براساس تشخیص و ارجاع پزشک متخصص با استفاده از نتایج آزمایشات پزشکی مربوط از جمله عکس‌برداری با اشعه ایکس، مصاحبه‌های بالینی توسط روان‌درمانگر براساس DSM-IV-TR و آزمون‌های MMPI¹ و SCL-90-R، مبتلا به بیماری‌های عضلانی استخوانی که یکی از اختلالات روان‌تنی هستند تشخیص داده شدند. در قسمت بعد، نیمرخ روانی آزمودنی‌ها در آزمون‌های MMPI و SCL-90-R² قبل از مداخله عمل آزمایشی با اطلاعات مربوط به خط پایه (مرحله A) و بعد از مداخله و عمل آزمایشی (مرحله B) ارائه و تفسیر خواهد شد.

آزمون MMPI یا پرسشنامه شخصیتی چند وجهی مینه سوتا، پرسشنامه استاندارد برای فراخوانی دامنه گسترده‌ای از ویژگی‌های خود توصیفی و نمره‌گذاری آنها است که یک شاخص کمی از سازگاری هیجانی فرد و نگرش وی نسبت به شرکت در آزمون را به دست می‌دهد. آزمون MMPI دارای ۱۳ مقیاس است که ۳ مقیاس آن مربوط به روایی آزمون (مقیاس‌های L، F و K) و ۱۰ مقیاس دیگر به شاخص‌های بالینی یا شخصیتی مربوطند (مقیاس‌های HS یا هیپوکندری، افسردگی یا D، هیستری یا Hy، انحراف روانی - اجتماعی یا Pd، پارانویا یا Pa، ضعف روانی یا Pt، اسکیزوفرنی یا Sc، و شیدایی خفیف یا Ma).

محتوی اکثر پرسش‌های MMPI مربوط به نشانه‌های بیماری‌های روان‌پزشکی، روان‌شناختی، عصب‌شناختی و یا جسمانی است. نحوه پاسخ به پرسش‌های این آزمون به صورت "بله" یا "خیر" است که در آن پاسخ مورد نظر نمره ۱ و سایر پاسخ‌ها نمره صفر دریافت می‌کنند. پس از تکمیل شدن

¹ . Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)

² . 90 Symptom Checklist Revised (SCL-90-R)

آزمون توسط آزمودنی، نیمرخ روانی او براساس نمراتی که در مقیاس‌های ۱۳ گانه دریافت کرده است ترسیم و توسط روان‌شناس تفسیر می‌شود (مارنات^۱، ۱۹۹۰؛ ترجمه پاشا شریفی و نیکخو، ۱۳۷۵). پژوهش‌های انجام شده در مورد اعتبار آزمون MMPI نشان می‌دهند که این آزمون از سطوح بالایی از ثبات و همسانی درونی برخوردار است. به طوری که پایایی کلیه مقیاس‌های MMPI در یک مطالعه فراتحلیلی اثبات شد و دامنه تغییر ضرایب پایایی آنها بین ۰/۷۱ برای مقیاس Ma تا ۰/۸۴ برای مقیاس Pt گزارش شد (هانسلی^۲ و همکاران، ۱۹۸۸؛ به نقل از مارنات، ۱۹۹۰، ترجمه پاشا شریفی و نیکخو، ۱۳۷۵). در پژوهش حاضر از فرم کوتاه MMPI که دارای ۷۱ پرسش است استفاده شده است. اخوت و دانشمند (۱۳۷۵) پایایی فرم ۷۱ سوالی آزمون MMPI را با استفاده از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ مورد ارزیابی قرار داده‌اند و ضریب آلفایی برابر با ۰/۷۸ را برای آن گزارش کرده‌اند.

آزمون SCL-90-R

این آزمون دارای ۹۰ سؤال بوده که همگی روی یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند (هیچ = ۰ و خیلی زیاد = ۴). آزمون دارای ۱۰ خرده مقیاس بوده که عبارتند از: شکایات جسمانی (۱۲ سؤال)، وسواس - اجبار (۱۰ سؤال)، حساسیت در روابط متقابل (۹ سؤال)، افسردگی (۱۳ سؤال)، اضطراب (۱۰ سؤال)، خصومت (۶ سؤال)، ترس مرضی (۷ سؤال)، افکار پارانوئیدی (۶ سؤال)، روان‌پریشی (۱۰ سؤال) و سؤال‌های اضافی (۷ سؤال در زمینه اختلالات خوردن، اختلال خواب، افکار در مورد مرگ و احساس گناه). پس از تکمیل شدن آزمون توسط آزمودنی‌ها، نمرات آنها در هر یک از خرده مقیاس‌ها محاسبه و سپس براساس این نمرات نیمرخ روانی آزمودنی‌ها ترسیم و توسط روان‌شناس تفسیر می‌گردد.

لویت و تروما^۳ (۱۹۷۲) پایایی پرسشنامه SCL-90-R را مورد ارزیابی قرار داده‌اند و با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ (α) همسانی درونی این آزمون را بررسی کرده‌اند. آنها دامنه ضرایب آلفا را برای خرده مقیاس‌های ده‌گانه پرسشنامه SCL-90-R بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۴ گزارش کردند که نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب پرسشنامه است. در پژوهش حاضر نیز از پرسشنامه ۹۰ سوالی SCL-90-R استفاده شده است.

^۱ . Marnat

^۲ . Hunsley

^۳ . Levitt & Truumaa

میرزایی (۱۳۵۹) آزمون SCL-90-R را هنجاریابی کرده است و جهت بررسی پایایی^۱ آن از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ استفاده کرده است. این محقق ضریب آلفا را برابر با $\alpha = 0/70$ گزارش کرده است.

همایی (۱۳۷۹) نیز روایی^۲ آزمون SCL-90-R را برابر با $0/67$ گزارش کرده است.

ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR برای اختلالات روان‌تنی

در DSM-IV-TR اختلالات روان‌تنی با عنوان عامل روان‌شناختی مؤثر بر بیماری جسمانی معرفی شده است. ویژگی اصلی عامل روان‌شناختی مؤثر بر بیماری جسمانی یا اختلالات روان‌تنی وجود یک یا چند عامل روان‌شناختی یا رفتاری خاص است که بر یک بیماری جسمانی تأثیر نامطلوب می‌گذارد. این عوامل روان‌شناختی یا رفتاری عبارتند از:

- اختلال‌های محور I

- اختلال‌های محور II

- نشانه‌های روان‌شناختی یا صفات شخصیتی که با ملاک‌های کامل یک اختلال روانی خاص مطابقت ندارند.

- رفتارهای بهداشتی ناسازگار یا پاسخ‌های فیزیولوژیکی به عوامل تنش‌زای محیطی یا اجتماعی. به طور کلی عوامل روان‌شناختی مؤثر بر تشخیص بیماری روی محور I کدگذاری شده و بیماری جسمانی همراه روی محور II کدگذاری می‌شود (DSM-IV-TR, ۲۰۰۰).

در پژوهش حاضر کلیه آزمودنی‌ها قبل از شرکت در جلسات درمانی توسط روان‌درمانگر براساس ملاک‌های تشخیصی فوق‌مورد مصاحبه قرار گرفته‌اند و مبتلا به اختلال روان‌تنی (عضلانی) تشخیص داده شده‌اند. شایان ذکر است که کلیه ابزارهای پژوهش به صورت انفرادی روی آزمودنی‌ها اجرا و تفسیر شده است.

روش و چگونگی مداخله یا انجام عمل آزمایشی

چنان‌که قبلاً ذکر شد آزمودنی‌های پژوهش حاضر را ۳ نفر از افراد مبتلا به بیماری عضلانی استخوانی (اختلال روان‌تنی) تشکیل می‌دادند که در ۱۶ جلسه خانواده درمانی ۲ ساعته که هر هفته یک‌بار تشکیل می‌شده است، شرکت کرده‌اند. فنون مورد استفاده در این جلسات شامل آموزش مهارت‌های تحلیل رفتار، حل مسئله، کنترل خشم، برقراری ارتباط، جرأت‌ورزی، مقابله با استرس،

¹ . reliability

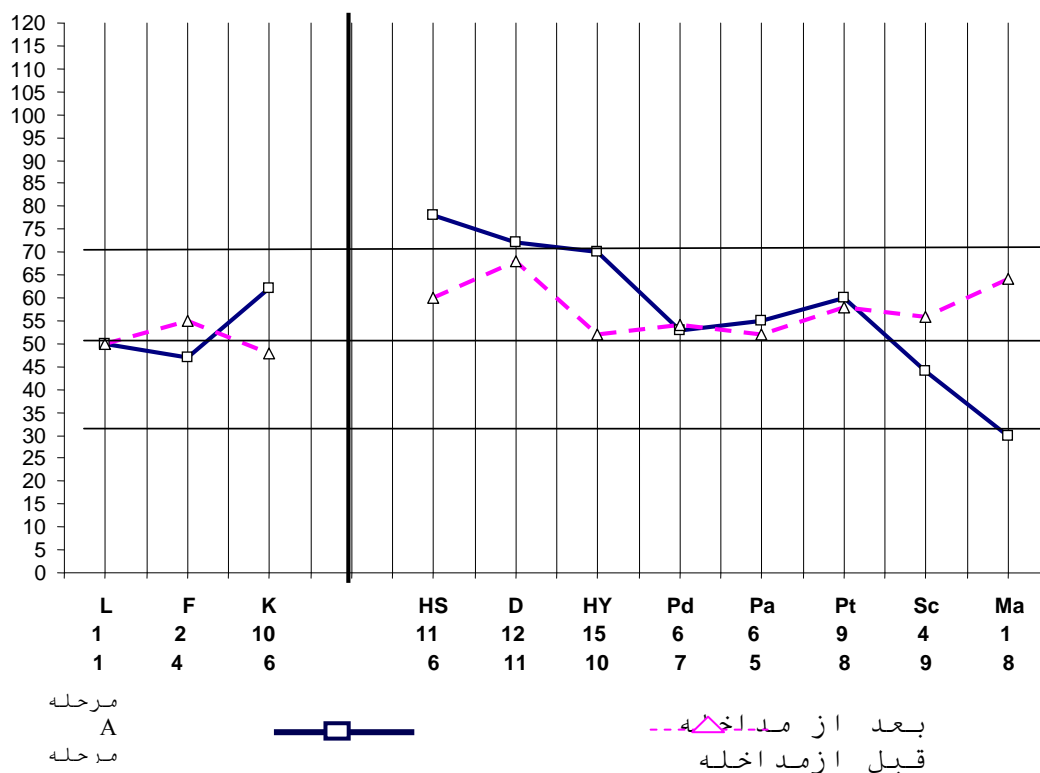
² . validity

مقابله بین فردی، تنش‌زدایی، مثبت‌نگری و بازسازی شناختی هستند. بعضی از این فنون شناختی و برخی رفتاری هستند.

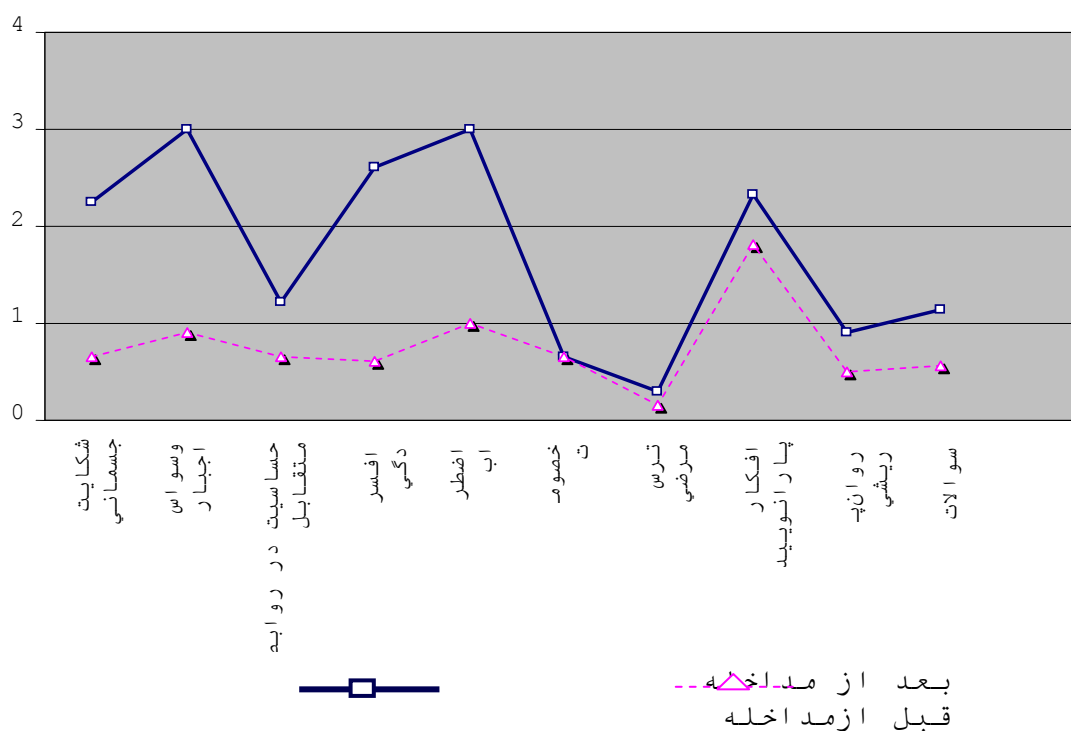
یافته‌های پژوهش

مشخصات آزمودنی اول: آقای ح، ف. ح. ۴۵ ساله، مهندس، همسر ۴۰ ساله و دیپلمه، دارای دو دختر ۱۳ و ۱۹ ساله که به ترتیب دوم راهنمایی و دانشجو هستند و یک پسر ۸ ساله که سوم دبستان است.

آزمودنی در اولین جلسه روان‌درمانگری اظهار کرده است: "یک سال است که همیشه بی‌قرار و مضطرب هستم و احساس غمگینی و ناامیدی شدیدی دارم و همیشه به مرگ فکر می‌کنم، یک سال است که دچار کمر درد و گردن‌دردهای شدیدی می‌شوم که متخصصان معتقدند ریشه روانی دارد."



نمودار ۱. نیمرخ روانی آزمودنی اول در آزمون MMPI قبل و بعد از مداخله (مرحله A و مرحله B)



نمودار ۲. نیمرخ روانی آزمودنی اول در آزمون SCL-90-R قبل و بعد از مداخله (مرحله A و مرحله B)

نمودار ۱ نیمرخ روانی آزمودنی اول را در آزمون MMPI قبل و بعد از مداخله نشان می‌دهد (خطوط تیره مربوط به قبل از مداخله و خطوط نقطه‌چین مربوط به بعد از مداخله است). چنان‌که در نمودار دیده می‌شود، آزمودنی در مقیاس Hs یا هیپوکندریا نمره بالایی دارد (۱۱) که نشان‌دهنده نگرانی او درباره وضعیت جسمانی‌اش است و تمایل دارد از طریق ناراحتی‌های جسمانی توجه دیگران را جلب کند. نمره بالا در مقیاس D یا افسردگی (۱۲) نیز حاکی از افسردگی شدید او است. بالا بودن نمره آزمودنی در مقیاس Hy یا هیستری (۱۵) نیز نشانگر ناراحتی‌های جسمانی او است.

هم‌چنین در نمودار مشاهده می‌شود که وضعیت روانی آزمودنی بعد از مداخله کاملاً نرمال است. پایین بودن نمره آزمودنی در مقیاس‌های Hs یا هیپوکندریا (۶) و Hy یا هیستری (۱۰) نشان‌دهنده وضعیت جسمانی خوب و رضایت آزمودنی از وضعیت جسمانی خویش است و پایین بودن نمره او در مقیاس D یا افسردگی (۱۰) نشان‌دهنده وضعیت روانی خوب و عدم افسردگی آزمودنی است.

نمودار ۲ نیمرخ روانی آزمودنی اول را در آزمون SCL-90-R قبل و بعد از مداخله نشان می‌دهد (خطوط تیره مربوط به قبل از مداخله و خطوط نقطه‌چین مربوط به بعد از مداخله است). همان‌گونه که مشاهده می‌شود بالا بودن نمره آزمودنی قبل از مداخله در شاخص شکایات جسمانی (۲۷) نشانگر

نارضایتی و نگرانی او از وضعیت جسمانی خویش است. بالا بودن نمرات آزمودنی در شاخص‌های وسواس - اجبار (۳۰)، افسردگی (۳۴) و اضطراب (۳۰) نیز نشانگر وجود وسواس، اضطراب و افسردگی شدید آزمودنی است.

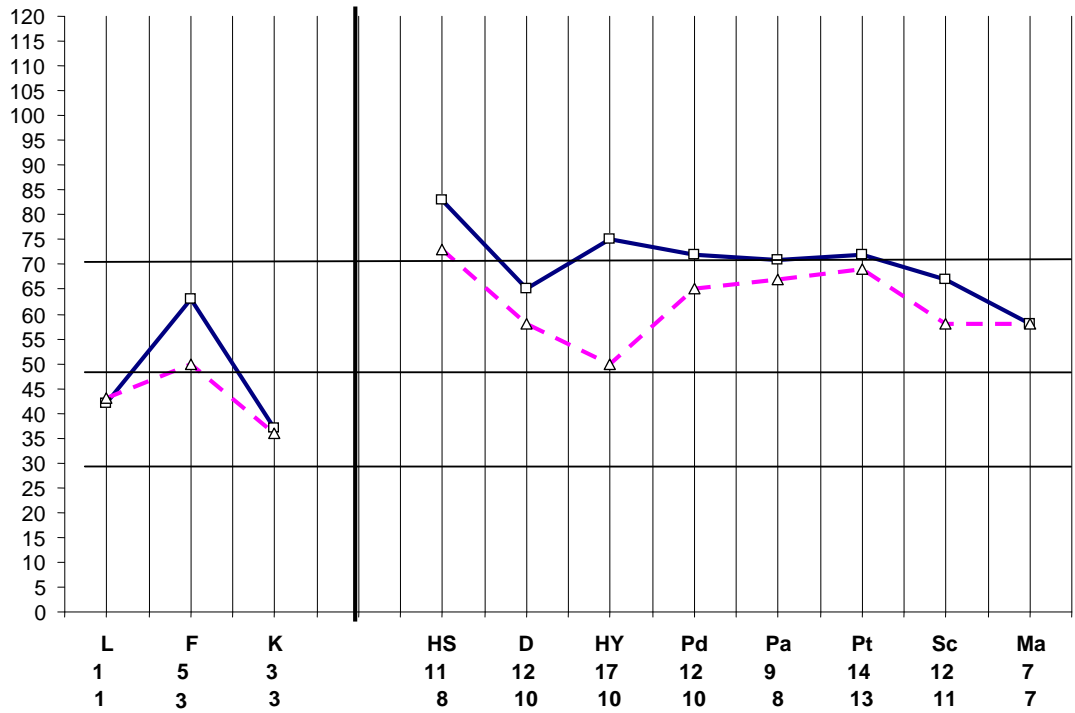
خطوط نقطه‌چین در این نمودار نیمرخ روانی آزمودنی اول را در آزمون SCL-90-R بعد از مداخله نشان می‌دهد. چنان‌که در نمودار مشاهده می‌شود وضعیت جسمانی و روانی آزمودنی بعد از مداخله کاملاً نرمال است. پایین بودن نمره آزمودنی در شاخص شکایات جسمانی (۸) نشانگر وضعیت جسمانی خوب او بوده و نمرات پایین در شاخص‌های وسواس - اجبار (۹)، افسردگی (۸) و اضطراب (۱۰) نشان دهنده وضعیت روانی مطلوب و عدم افسردگی و اضطراب آزمودنی است.

با مقایسه نمودارهای ۱ و ۲ درمی‌یابیم که بین نتایج آزمون MMPI و SCL-90-R قبل از مداخله همخوانی زیادی وجود دارد به طوری که نتایج هر دو آزمون قبل از مداخله نشان‌دهنده وجود مشکلات جسمانی و نارضایتی از وضعیت جسمانی، افسردگی و اضطراب در آزمودنی هستند.

با توجه به نیمرخ روانی آزمودنی در آزمون‌های MMPI و SCL-90-R قبل و بعد از درمان می‌توان نتیجه گرفت که مداخلات خانواده درمانی شناختی - رفتاری در درمان اختلال روان‌تنی (عضلانی استخوانی) آزمودنی اول و سایر اختلالات روانی همبود با آن از جمله اضطراب و افسردگی او مؤثر بوده است.

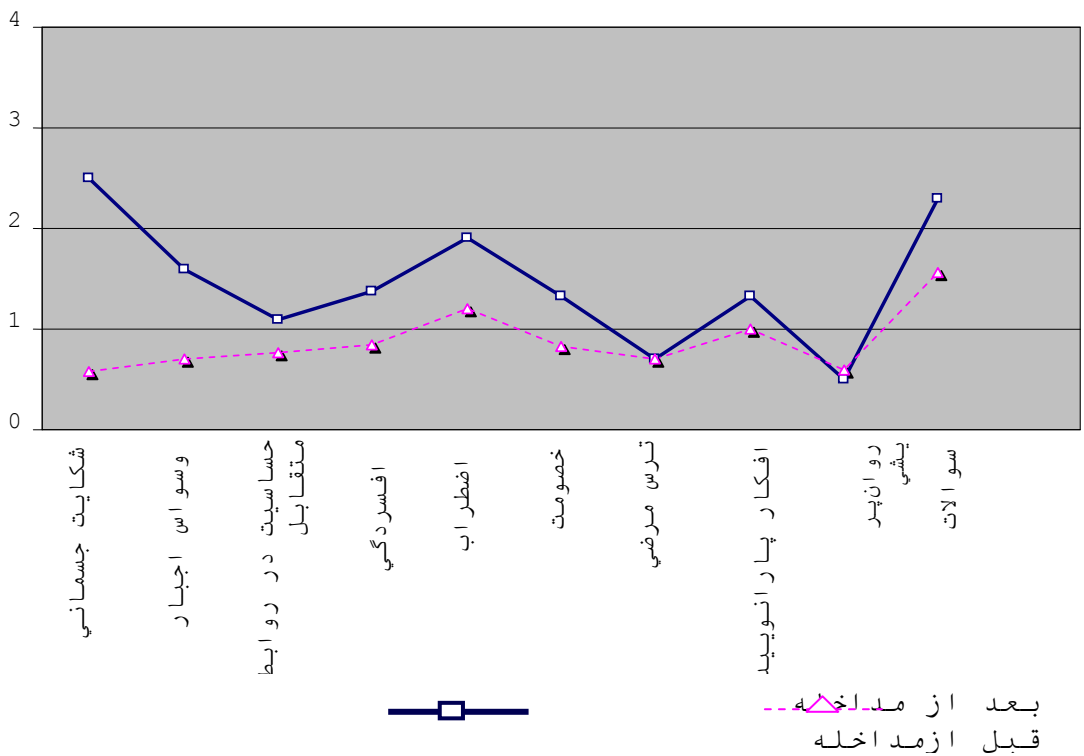
مشخصات آزمودنی دوم: خانم الف، ب. ۴۰ ساله، دیپلمه، خانه‌دار و متأهل، همسر ۴۵ ساله لیسانسیه، دارای دو دختر ۱۳ و ۱۹ ساله که به ترتیب سوم راهنمایی و دانشجوی بوده و یک پسر ۸ ساله که سوم دبستان است.

آزمودنی در اولین جلسه روان‌درمانگری اظهار کرده است: "اگرچه با همسرم تقریباً تفاهم داریم، اما همسرم فردی عصبی، مضطرب و افسرده است و این باعث شده است که من هم همیشه دچار اضطراب شدید و نگرانی شوم، مدت ۹ ماه است که از درد شدیدی در ناحیه کمر و زانو رنج می‌برم، به چند پزشک مراجعه کردم، اما نتیجه‌ای نداشته است، چندی قبل به روان‌پزشک رجوع کردم، ایشان گفتند دردهای جسمی شما ریشه روانی دارد و ناشی از اضطراب و نگرانی زیاد است."



مرحله A ——— □ ———
 بعد از مداخله - - - △ - - -
 مرحله B قبل از مداخله

نمودار ۳. نیمرخ روانی آزمودنی دوم در آزمون MMPI قبل و بعد از مداخله (مرحله A و مرحله B)



نمودار ۴. نیمرخ روانی آزمودنی دوم در آزمون SCL-90-R قبل و بعد از مداخله (مرحله A و مرحله B)

نمودار ۳ نیمرخ روانی آزمودنی دوم را در آزمون MMPI قبل و بعد از مداخله نشان می‌دهد (خطوط تیره مربوط به قبل از مداخله و خطوط نقطه‌چین مربوط به بعد از مداخله است). چنان‌که در نمودار مشاهده می‌شود، آزمودنی قبل از مداخله تمایل داشته است خودش را بدتر از آنچه هست جلوه دهد (نمره کم در مقیاس‌های K و L و نمره بالا در مقیاس F). از طرفی بالا بودن نمره آزمودنی در مقیاس Hs یا هیپوکندریا (۱۱) نشان دهنده برداشت بد و ناراضی‌آلودگی از وضعیت جسمانی خویش است و این‌که او تمایل دارد با آلام جسمانی توجه دیگران را به خود جلب کند. هم‌چنین بالاتر بودن نمره آزمودنی در مقیاس‌های Hs و Hy نسبت به مقیاس D نیز نشان دهنده این است که آزمودنی درگیری‌ها و کشمکش‌های درونی خود را بدنی می‌سازد و گرایش‌های هیستریک از خود نشان می‌دهد. بالا بودن نمره آزمودنی در مقیاس Hy یا هیستری (۱۷) نیز مربوط به ناراحتی‌های جسمانی او است. بالا بودن نمره آزمودنی در مقیاس Pd (۱۲) نشان دهنده سوءظن و بدبینی به دیگران است و نمره بالای آزمودنی در مقیاس Pt (۱۴) نشانگر اضطراب، تشویش، ترس‌ها و دلهره‌های بی‌جای او است و نشان می‌دهد که ممکن است آزمودنی وسواس نیز داشته باشد.

خطوط نقطه‌چین نیمرخ روانی آزمودنی دوم را در آزمون MMPI بعد از مداخله نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، نیمرخ روانی آزمودنی بعد از مداخله کاملاً بهنجار و نرمال است. نمره پایین آزمودنی در مقیاس Hs یا هیپوکندریا (۶) و مقیاس Hy یا هیستری (۱۰) نشان دهنده وضعیت جسمانی خوب و رضایت آزمودنی از وضعیت جسمانی خویش است. پایین بودن نمره آزمودنی در مقیاس‌های Pd (۷) و Pt (۸) نیز نشان دهنده وضعیت روانی خوب و عدم سوءظن و اضطراب در او است.

نمودار ۴ نیمرخ روانی آزمودنی دوم را در آزمون SCL-90-R قبل و بعد از مداخله نشان می‌دهد (خطوط تیره مربوط به قبل از مداخله و خطوط نقطه‌چین مربوط به بعد از مداخله است). چنان‌که در نمودار مشاهده می‌شود، قبل از مداخله نمره آزمودنی در شاخص‌های شکایات جسمانی (۳۰)، وسواس - اجبار (۱۶)، افسردگی (۱۸) و اضطراب (۱۹) بالا است، که نشان دهنده عدم رضایت آزمودنی از وضعیت جسمانی خویش و وجود دردها و آلام جسمانی و نیز وسواس، افسردگی و اضطراب شدید در او است.

خطوط نقطه‌چین نیمرخ روانی آزمودنی دوم را در آزمون SCL-90-R بعد از مداخله نشان می‌دهد. بنابر نتایج، وضعیت جسمانی و روانی آزمودنی بعد از مداخله کاملاً نرمال است. به طوری که نمره پایین در شاخص شکایات جسمانی (۸) نشانگر رضایت آزمودنی از وضعیت جسمانی خود و وضعیت جسمانی خوب آزمودنی است. پایین بودن نمرات آزمودنی در سایر شاخص‌ها از جمله

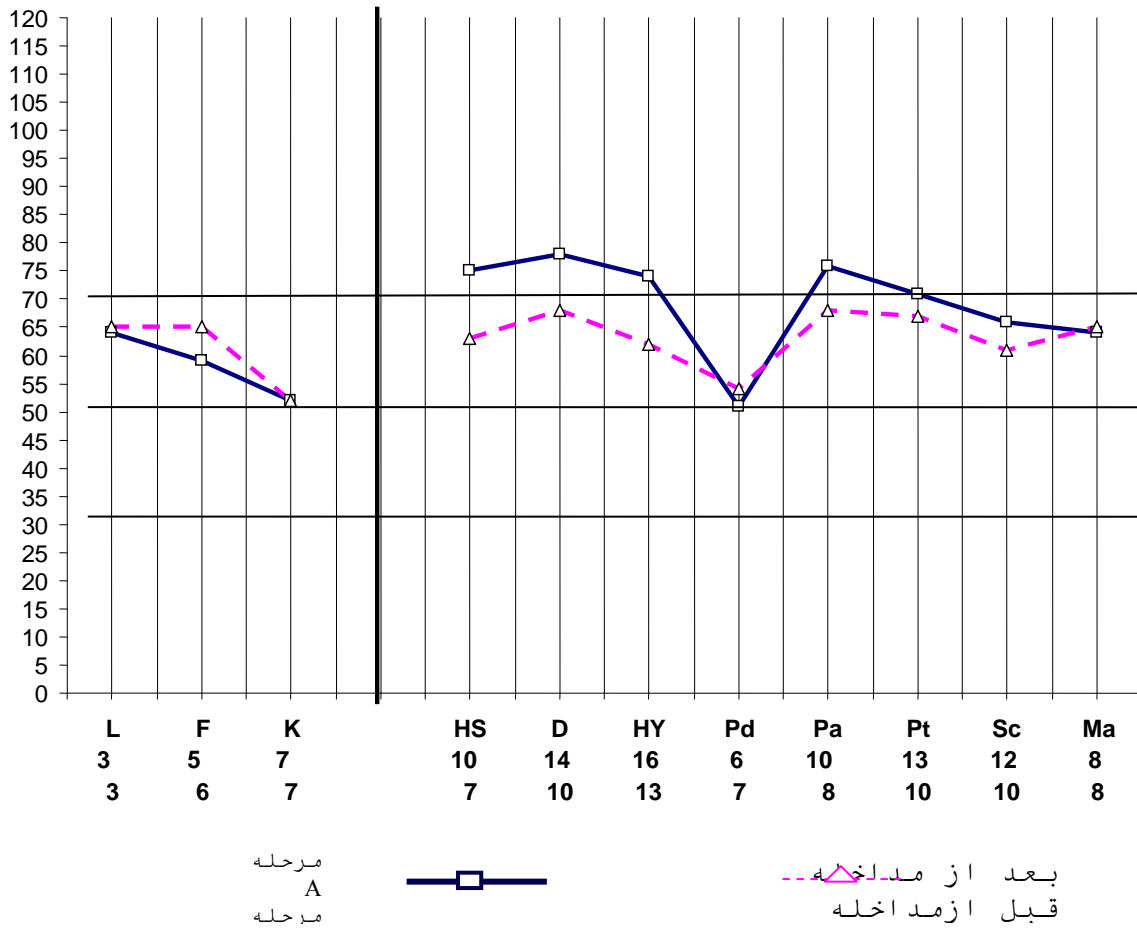
وسواس - اجبار (۹)، افسردگی (۸) و اضطراب (۱۰) نشانگر وضعیت روانی خوب و مطلوب او است.

با مقایسه نمودارهای ۳ و ۴ درمی‌یابیم که بین نتایج آزمون‌های MMPI و SCL-90-R قبل تر مداخله همخوانی زیادی وجود دارد. به طوری که نتایج هر دو آزمون نشان‌دهنده وضعیت بد جسمانی، اضطراب، وسواس و افسردگی آزمودنی دوم هستند.

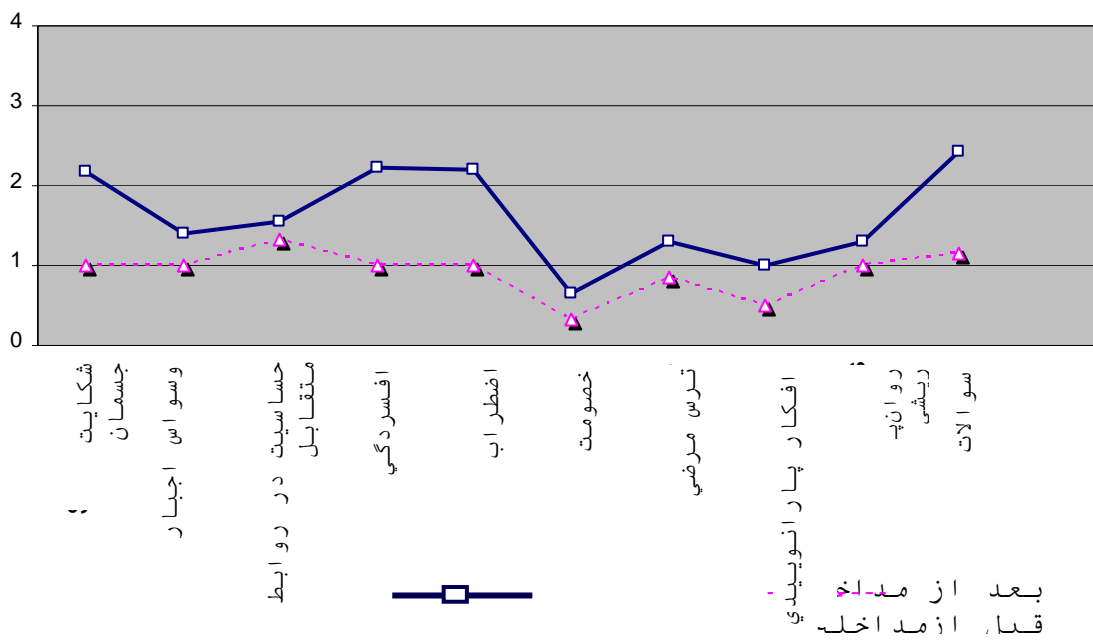
با مقایسه نیمرخ روانی آزمودنی دوم در آزمون‌های MMPI و SCL-90-R قبل از مداخله و بعد از مداخله می‌توان نتیجه گرفت که مداخلات خانوادگی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری در درمان اختلال روان‌تنی (عضلانی استخوانی) آزمودنی و سایر اختلالات روانی همبود با آن نقش مؤثری داشته است

مشخصات آزمودنی سوم: آقای ش، د. ۳۸ ساله، متأهل، لیسانسیه، همسر ۲۸ ساله، لیسانسه، خانه‌دار و دارای دو پسر ۶ ماهه و ۷ ساله.

آزمودنی در اولین جلسه روان‌درمانگری اظهار کرده است: "چند سال است که با برادرم بر سر مسایل کاری و مالی مشکل دارم و همین باعث شده است که بسیار حساس و بی‌تحمل باشم و اکثر اوقات دچار اضطراب شدید شوم، مدت ۶ ماه است که به کمر درد و گردن درد شدیدی مبتلا شده‌ام، به پزشک مراجعه کرده‌ام که نتیجه‌ای نداشته، چندی قبل به چند متخصص رجوع کردم، و آنها گفتند که کمر درد و گردن دردم ناشی از ناراحتی‌ها و فشارهای روحی روانی است."



نمودار ۵. نیمرخ روانی آزمودنی سوم در آزمون MMPI قبل و بعد از مداخله (مرحله A و مرحله B)



نمودار ۶. نیمرخ روانی آزمودنی سوم در آزمون SCL-90-R قبل و بعد از مداخله (مرحله A و مرحله B) نمودار ۵. نیمرخ روانی آزمودنی سوم را در آزمون MMPI قبل و بعد از مداخله نشان می‌دهد (خطوط تیره مربوط به قبل از مداخله و خطوط نقطه‌چین مربوط به بعد از مداخله است). همان‌طور که مشاهده می‌شود قبل از مداخله آزمودنی سعی داشته خود را بدتر از آنچه هست نشان دهد (نمره F آزمودنی بالاتر از نمره K است). بالا بودن نمره آزمودنی در مقیاس‌های Hs یا هیپوکندریا (۱۰) و Hy یا هیستریا (۱۶) نشان دهنده نارضایتی او از وضعیت جسمانی خویش است و این که آزمودنی تمایل دارد با آلام جسمانی توجه دیگران را جلب کند. بالا بودن نمره آزمودنی در مقیاس D یا افسردگی (۱۴) نشان دهنده گوشه‌گیری و افسردگی او است. هم‌چنین بالا بودن نمره آزمودنی در مقیاس Pa یا پارانویا (۱۰) نشان دهنده سوءظن و بدبینی نسبت به دیگران است و نمره بالای آزمودنی در مقیاس Pt یا سایکاستنی (۱۳) نشانگر وسواس، اضطراب، تشویش و دلهره بی‌جا در او است.

خطوط نقطه‌چین نیمرخ روانی آزمودنی سوم را بعد از مداخله نشان می‌دهد، چنان‌که مشاهده می‌شود، وضعیت روانی آزمودنی سوم بعد از مداخله در مقیاس‌های مختلف آزمون MMPI کاملاً نرمال و بهنجار است. به‌طوری که نمره پایین آزمودنی در مقیاس‌های Hs یا هیپوکندریا (۷) و Hy یا هیستریا (۱۳) نشان‌دهنده رضایت جسمانی آزمودنی و وضعیت مطلوب جسمانی در او است. هم‌چنین پایین بودن نمرات آزمودنی در مقیاس‌های D یا افسردگی (۱۰)، Pa یا پارانویا (۸) و Pt یا سایکاستنی (۱۱) به‌ترتیب بیانگر نبود گوشه‌گیری و افسردگی، سوءظن و بدبینی به دیگران و اضطراب، تشویش و دلهره در او است.

نمودار ۶. نیمرخ روانی آزمودنی سوم را در آزمون SCL-90-R قبل و بعد از مداخله نشان می‌دهد (خطوط تیره مربوط به قبل از مداخله و خطوط نقطه‌چین مربوط به بعد از مداخله است). چنان‌که در این نمودار مشاهده می‌شود، قبل از مداخله نمره آزمودنی در شاخص‌های شکایات جسمانی (۲۴)، وسواس (۱۴)، افسردگی (۲۹) و اضطراب (۲۲) بسیار بالا است که نشان‌دهنده نارضایتی آزمودنی از وضعیت جسمانی خویش و وجود وسواس، افسردگی و اضطراب شدید در او است.

خطوط نقطه‌چین در نمودار ۶. نیمرخ روانی آزمودنی سوم را در آزمون SCL-90-R بعد از مداخله نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، پایین بودن نمرات آزمودنی در شاخص‌های شکایات جسمانی (۱۲)، وسواس (۸)، افسردگی (۹) و اضطراب (۱۱) نشان دهنده وضعیت جسمانی و روانی مطلوب و نرمال او است.

با مقایسه نمودارهای ۵ و ۶ درمی‌یابیم که بین نتایج آزمون‌های MMPI و SCL-90-R قبل از مداخله همخوانی زیادی وجود دارد. به‌طوری که نتایج هر دو آزمون نشان‌دهنده نبود رضایت جسمانی، وسواس، اضطراب و افسردگی در آزمودنی سوم است.

با مقایسه نیمرخ روانی آزمودنی سوم در آزمون MMPI و SCL-90-R قبل و بعد از درمان می‌توان نتیجه گرفت که مداخلات خانوادگی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری در درمان اختلال روان‌تنی (عضلانی استخوانی) آزمودنی سوم و سایر اختلالات روانی همبود با آن نقش مؤثری دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مداخلات خانواده درمانی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری در درمان اختلال روان‌تنی عضلانی استخوانی (کمر درد و گردن درد) و اختلالات روانی زیر بنایی آن از جمله اضطراب، افسردگی، سوءظن و بدبینی به دیگران، وسواس و مشکلات ارتباطی نقش بسیار مؤثری دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های جی و همکاران (۱۹۸۷)، به نقل از واکر و روبرتس، (۲۰۰۱)، جانسون و داهل (۱۹۹۸) و کندال و همکاران (۱۹۹۷) همسویی دارد. جی و همکاران (۱۹۸۷) به مقایسه روش‌های خانواده درمانی شناختی - رفتاری، دارو درمانی و کنترل توجه در درمان دردهای استخوانی پرداختند. آنها دریافتند که خانواده درمانی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری مؤثرترین شیوه درمانی برای کنترل این دردها بود. جانسون و داهل (۱۹۹۸) تأثیر برنامه‌های مداخله‌ای شناختی - رفتاری را بر گروهی از افراد مبتلا به دردهای عضلانی استخوانی بررسی کردند. نتایج نشان داد که برنامه‌های مداخله‌ای شناختی - رفتاری به صورت منظم می‌تواند به طور موفقیت‌آمیزی دردهای عضلانی استخوانی را درمان کنند. کندال و همکاران (۱۹۹۷) نیز گروهی از افراد مبتلا به اضطراب و دردهای عضلانی - استخوانی را با استفاده از فنون شناختی - رفتاری درمان کردند. احتمالاً یکی از دلایل موفقیت خانواده درمانی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری در درمان اختلالات روان‌تنی و سایر اختلالات روانی همبود با آن در آزمودنی‌های پژوهش حاضر مربوط به نوع مشکلات آنها بوده است که عمدتاً مشکلات بین فردی بوده‌اند (مثل مشکل با همسر، پدر و مادر، خواهر و برادر و غیره). در واقع با رجوع به اظهارات آزمودنی‌ها در جلسات روان‌درمانگری شاید بتوان گفت که ریشه مشکلات جسمی و روانی آنها مربوط به تعارضات و اختلافات حل نشده‌ای بوده است که با افراد خانواده خود داشته‌اند. لذا درمان خانوادگی با حل این تعارضات بین فردی از طریق آموزش فنونی چون مهارت‌های حل مسئله، مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر، جرأت ورزی، مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد، مثبت‌نگری و بازسازی شناختی به افراد خانواده به آنها کمک کرده است تا نه تنها با مشکلات موجود

به شیوه‌ای کارآمد و مناسبی مقابله کنند، بلکه از مواجهه با هر نوع مشکل احتمالی دیگری پیشگیری کنند؛ به‌خصوص این که در مداخلات خانوادگی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری تأکید زیادی بر اصلاح شیوه‌های ارتباطی منفی، الگوهای باور و تفکر غیر منطقی و انتظارات غیرواقعی گرایانه می‌شود. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر انتخاب تعداد معدودی آزمودنی به عنوان گروه نمونه پژوهش به دلیل عدم دسترسی به تعداد زیادی از افراد دارای شرایط همسان و مبتلا به اختلال روان‌تنی (عضلانی استخوانی) بوده است. محدودیت دیگر این پژوهش عدم مقایسه این شیوه درمانی با سایر شیوه‌های درمانی از جمله شناخت - رفتار درمانی انفرادی و عدم استفاده از گروه کنترل به دلیل مسایل اخلاقی و انسانی است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی ضمن در نظر گرفتن گروه کنترل، از حجم نمونه بزرگتری استفاده شود، تا مقایسه روش‌های مختلف روان‌درمانی ممکن شود.

فهرست منابع

اخوت، ولی الله و دانشمند، لقمان (۱۳۵۷). *ارزشیابی شخصیت*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

آزاد، حسین. (۱۳۸۱). *آسیب شناسی روانی*. تهران: انتشارات بعثت.

خدایاری فرد، محمد؛ دکتر علی اصغر احمدی، آقای سعید اکبری زردخانه، دکتر محمد علی بشارت، دکتر احمد به پژوه، دکتر رضا رستمی، دکتر فرامرز سهرابی، دکتر محسن شکوهی یکتا، خانم یاسمین عابدینی، دکتر باقر غباری بناب، دکتر علی نقی فقیهی و دکتر مرتضی متولی خامنه. (۱۳۸۵). *بررسی اثربخشی درمان های شناختی - رفتاری در کاهش اختلالات روانی زندانیان زندان رجایی شهر کرج*. طرح پژوهشی اجرا شده زیر نظر دانشگاه تهران و سازمان زندان های شهر تهران. تهران: دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی.

سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس و حجازی، الهه. (۱۳۷۸) *روش های تحقیق در علوم رفتاری*. تهران: انتشارات آگاه.

مارنات، گری گراث. (۱۹۹۰). *راهنمای سنجش روانی*. ترجمه پاشا شریفی، حسن و نیکخو، محمدرضا، ۱۳۷۵، تهران: انتشارات رشد.

میرزایی، رقیه (۱۳۵۹). *ارزیابی پایایی و اعتبار آزمون SCL-90-R در ایران*. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، *دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه تهران*، منتشر نشده. همایی، رضوان (۱۳۷۹). *بررسی رابطه فشارزهای روانی دختران مرکز پیش دانشگاهی اهواز با سلامت روانی*. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، *دانشگاه شهید چمران اهواز*.

American Psychiatric Assonciation. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder. Fourth Edition, Text Revision*. Washington, DC.

Asmundson, G., Govdony. G, & Peter, J. (1994). Norton and Felix veloso, Anxiety Sensitivity and fear of pain in patients with recurring headaches. *Behavior Research and therapy*, **5**, 103-113.

Johnson, H., & Dahl, Jo, A. (1998). Effect of a cognitive- behavioral pain management program. *Behavior Research and therapy*. **36**, (1), 915-930.

Kazdin, A. E., & Weisz, J. K. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of consulting and clinical psychology*, **66**, 19-36.

Kendal, P. C., Panichelli- Mindel, S. M., Sugarman, A., & Callahan, S. A. (1997). Exposure to child anxiety: theory, research, and parctice. *Clinical psychology: science and practice*, **4**, 29-39.

- Knapp, P. H. (1985). Current theoretical concepts in Psychosomatic medicine. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry (4 th ed.)*, (pp. 1113-1121). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Liebman, D., Minuchin, S., & Baker, L. (1974). The use of structural family therapy in treatment of intractable asthma. *American Journal of Psychiatry*, **131** (5), 241-253.
- Levitt, E. E., & Truuma, A. (1972). *The normalization and validation of SCL-90-R for adolescence*. New York: Grune & Stratton.
- Lipowski, Z. J. (1985). *Psychosomatic medicine and Liason Psychiatry*. New York: Plenum Press.
- Walker, C. E., & Roberts, M. C. (2001). *Handbook of clinical child psychology (third Edition)*. New York: John Wiley & Sons, INC.
- Wolman, B. B. (1988). *Psychosomatic disorders*. New York: Plenum Publishing Co.
- Woodham, A. (2000). *Encyclopedia of natural Eealing*.

Applying Cognitive – Behavioral Family Therapy in Treatment of Psychosomatic Disorders (Musculoskeletal)*

Khodayarifard, Mohammad, Ph.D**
Abedinis, Yasmin, Ph.D Student***

Abstract

The purpose of present study was to examine the effectiveness of cognitive – behavioral family therapy on treating psychosomatic disorders, musculoskeletal type. For do this, it was applied a single – subject design. 3 patients (2 male, 1 female) referred to a private psychotherapy clinic and suffered from psychosomatic disorder, musculoskeletal one, (low back pain and neck pain) were selected as sample group. Assessing instruments included: examine by a specialist physician, x-ray, and clinical interview base on DSM IV-TR, criteria and MMPI and SCL-90-R tests. The results indicated the effectiveness of cognitive – behavioral family therapy. Some probably reasons for treating of current patients include: solving conflicts and interpersonal problems by means of training them certain skills such as problem solving skills, developing relationship with others, effective coping, and self-assertive. It is suggested in further researches effectiveness of other therapy techniques including medicine therapy, behavioral therapy and individual – group cognitive therapy examine and compare.

Key words: psychosomatic disorders, musculoskeletal disorders, single – subject design, family therapy, cognitive – behavioral therapy

*. The present article is part of a study entitled "Applying Cognitive – Behavioural Family Therapy and chiropractic in treatment of psychosomatic disorders (Musculoskeletal)" that was supported by Tehran University

** Associate Professor, faculty of Psychology and Education, University of Tehran

*** Ph. D. Student, University of Tehran.