

دانشگاه تهران
دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

گزارش نهائی پژوهش

کاربرد خانواده درمانی با تاکید بر رویکرد شناختی رفتاری
در درمان افسردگی، هراس اجتماعی و هراس خاص

مجری

دکتر محمد خدایاری فرد

همکار

اکرم پرند

۱۳۸۳

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۴	چکیده
	فصل اول: مقدمه پژوهش
۶	- بیان مسئله
۷	- اهمیت و ضرورت پژوهش
۷	- تعریف و طبقه بندی
۱۲	- شیوع
	فصل دوم: پیشینه پژوهش
۱۵	- علل
۱۷	- درمان های شناختی - رفتاری
۱۸	- حساسیت زدایی منظم
۱۸	- الگوبرداری
۱۹	- خانواده درمانی شناختی - رفتاری
۲۰	- پیشینه
	فصل سوم: روش پژوهش
۲۷	- مقدمه
۲۸	- روش حل مسئله
۲۸	- خودبازبینی
۲۹	- مثبت نگری
۲۹	- تنش زدایی
	فصل چهارم: یافته ها
۳۱	- آزمودنی اول
۳۱	تدابیر تشخیصی
۳۴	تدابیر درمانی
۳۸	- آزمودنی دوم
۳۸	تدابیر تشخیصی
۳۸	تدابیر درمانی

۴۰	.....	- آزمودنی سوم
۴۰	.....	تدابیر تشخیصی
۴۰	.....	تدابیر درمانی
۴۵	.....	- آزمودنی چهارم و آزمودنی پنجم
۴۶	.....	تدابیر تشخیصی
۴۶	.....	تدابیر درمانی
۵۲	.....	فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری
۵۶	.....	منابع

چکیده

اختلالات افسردگی و اضطراب از رایج ترین اختلالات روان شناختی به شمار می آیند. به همین دلیل مورد توجه بسیاری از روان شناسان قرار گرفته اند. این اختلالات کارکردهای شغلی و تحصیلی افراد مبتلا را تحت تاثیر قرار می دهند. یافته های پژوهشی نشان داده اند به دلیل تعامل افراد مبتلا با اعضای خانواده، آموزش خانواده در کنار به کارگیری روش های شناختی - رفتاری در درمان اختلالات افسردگی و اضطرابی تاثیر به سزایی دارند. بر این اساس هدف پژوهش حاضر بررسی کارایی خانواده درمانی توأم با روش های شناختی - رفتاری در درمان اختلالات افسردگی و اضطرابی است. روش پژوهش حاضر مطالعه ی موردی است. در این روش متغیرهای متعدد در مورد تعداد اندکی آزمودنی بررسی می شوند. داده ها از طریق مصاحبه بالینی و آزمون های روان شناختی جمع آوری شده اند. براین اساس یک آزمودنی ۱۷ ساله با افسردگی شدید، دو آزمودنی ۱۸ و ۲۰ ساله با هراس اجتماعی و دو آزمودنی ۳۰ و ۳۲ ساله با هراس خاص انتخاب شدند. نتایج مؤید نقش خانواده در شکل گیری، نگهداری و در نتیجه درمان اختلالات افسردگی و اضطرابی است. هم سوایی و عدم هم سوایی یافته ها با پژوهش های پیشین مورد بحث و بررسی قرار گرفته اند.

فصل اول

مقدمه پژوهش

بیان مسئله

اختلالات افسردگی و اضطرابی از رایج ترین اختلالات روان شناختی محسوب می شوند که بسیاری از روان درمانگران به آن توجه ویژه ای داشته اند. این اختلالات کارکردهای اجتماعی، تحصیلی و شغلی افراد مبتلا را تحت تاثیر قرار می دهند. افسردگی^۱ یکی از شایع ترین اختلالات خلقی^۲ است. خلق افسرده و فقدان علاقه و لذت از علایم اصلی افسردگی به شمار می آیند. احساس غم، یأس، پوچی و بی ارزشی نیز شایع است. خلق افسرده فرد دارای کیفیتی است که با غمگینی معمولی تفاوت دارد. افسردگی به سه طبقه تقسیم می شود: اختلال افسردگی اساسی^۳، اختلال افسرده خویی^۴ و اختلال افسردگی که به گونه ای دیگر مشخص نشده است. افسردگی اساسی از رایج ترین انواع افسردگی است که بر حسب یک یا چند دوره افسردگی مشخص می شود. در کودکان و نوجوانان، خلق ممکن است تحریک پذیر شود. فقدان احساس لذت، گوشه گیری اجتماعی، عزت نفس پایین، ناتوانی در تمرکز حواس، کارکرد تحصیلی پایین، تغییر در کارکردهای زیستی (مانند خواب و اشتها) و شکایت های جسمانی از جمله مواردی هستند که در افسردگی کودکان و نوجوانان مشاهده می شوند.

در بررسی افسردگی باید به ویژگی های هر دوره از تحول توجه کافی داشت. گاهی وجود یک یا دو نشانه را نمی توان ملاک قرار داد (کوواکس^۵، ۱۹۹۷). برای تشخیص دوره افسردگی اساسی نشانه ها باید به تازگی ظاهر شده باشند، یا در مقایسه با وضعیت پیش از دوره، آشکارا بدتر شده باشند، در بیشتر ساعات روز، تقریباً همه روزه و به مدت حداقل دو هفته متوالی دوام داشته باشند. این دوره باید با پریشانی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در زمینه های اجتماعی، شغلی، یا سایر زمینه های کارکردی مهم همراه باشند. شخص در دوره افسردگی اساسی خلق خود را اغلب به صورت افسرده، غمگین، درمانده و دلسرد توصیف می کند. در افرادی که از بی میلی، بی احساسی یا اضطراب شکایت دارند، وجود خلق افسرده را می توان از بیان و وضع چهره ای آنان استنباط کرد. برخی از آنان نیز بیشتر بر شکایت های جسمانی تأکید دارند (استارک، اشمیت، جوینر^۶، ۱۹۹۶).

بی علاقه یا فقدان احساس شادی تقریباً در همه افراد افسرده مشاهده می شود. آنها ممکن است فقدان علاقه به سرگرمی ها و جالب توجه نبودن فعالیت هایی که قبلاً برای آنان لذت بخش بوده را گزارش کنند. اشتها معمولاً کاهش می یابد و بسیاری از افراد احساس می کنند که به اجبار غذا می خورند. بی خوابی نیز از اختلالات شایعی است که به فراوانی به همراه افسردگی مشاهده می شود. تغییرات روانی - حرکتی مانند بی قراری، ناتوانی در نشستن، به این طرف و آن طرف رفتن و به هم فشردن دست ها یا

1. depression

3. major depression disorder

5. Kovacs

2. mood disorders

4. dysthymic disorder

6. Stark و Schmidt, Joiner

کندی مانند کندی گفتار (نه تفکر) و حرکات بدن نیز در افراد افسرده مشاهده می‌شود. کاهش انرژی، خستگی و فرسودگی نیز شایع است. شخص ممکن است خستگی مداوم بدون فعالیت جسمانی را گزارش کند. احساس گناه و بی‌ارزشی در دوره افسردگی اساسی ممکن است شامل ارزیابی‌های منفی و غیرواقعی از ارزش خود یا اشتغال ذهنی با احساس گناه یا نشخوار ذهنی با شکست‌های جزئی گذشته باشد. این قبیل افراد رویدادهای معمولی و کم اهمیت روزمره را شواهدی دال بر کاستی‌های شخصی دانسته و رویدادهاراسوء تفسیر می‌کنند. بسیاری از افراد افسرده در توانایی تفکر، تمرکز، یا تصمیم‌گیری مشکل دارند. احتمال دارد به آسانی دچار حواس پرتی شوند یا مشکل حافظه داشته باشند. در اکثر موارد ممکن است افکار مربوط به مرگ، اندیشه‌هایی درباره خودکشی یا اقدام به خودکشی وجود داشته باشند. دامنه این افکار از تفکر به خودکشی تا اقدام به آن متغیر است. فراوانی، شدت و مهلک بودن این افکار نیز درنوسان است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

اهمیت و ضرورت پژوهش

در سال‌های اخیر معلمان و روان‌شناسان مدرسه دریافته‌اند، افسردگی در بین کودکان و نوجوانان بسیار رواج یافته است (کاسلو، موریس و رم، ۲، ۱۹۹۷؛ شیراس، ۳، ۲۰۰۱). به نظر روان‌شناسان، افسردگی در کودکان و نوجوانان از بسیاری جهات با افسردگی بزرگسالان شباهت دارد. علائمی نظیر اختلال در خلق و احساس، ناتوانی در تفکر و تمرکز حواس، احساس غم و تنهایی و عزت نفس پایین از جمله مواردی هستند که کودکان و نوجوانان افسرده گزارش می‌کنند. علاوه بر این، در کودکان افسرده بی‌اختیاری ادرار^۴، بی‌اختیاری دفع^۵، ترس از مدرسه و شکست تحصیلی نیز مشاهده می‌شود.

تعریف و طبقه بندی

هراس خاص یکی از اختلالات اضطرابی^۶ 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^۸ به تجربه‌ها و یا موقعیت‌های تهدید کننده است (کندال^۹ و دیگران، ۱۹۹۰). به عبارت

1. American Psychiatric Association
2. Kaslow, Morris & Rehm
3. Sheras
5. encopresis
7. anxiety disorders
9. Kendall

4. enuresis
6. specific phobia
8. discrete response

دیگر، ترس با موضوعی معلوم و محیطی مرتبط است؛ در حالی که اضطراب 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^۱، 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^۲، 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^۳، ۲۰۰۲).

افراد با هراس خاص به طور معمول از موقعیت‌ها یا اشیایی که در آنان ترس 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 و 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 درباره‌ی از دست دادن کنترل، وحشت زده شدن و ضعف ناشی از برخورد با محرک‌های ترس‌آور نگرانی داشته باشد. افرادی که از خون و جراحی می‌ترسند، ممکن است درباره‌ی احتمال ضعف کردن نیز نگرانی داشته باشند. افرادی که از بلندی می‌ترسند، ممکن است درباره‌ی احتمال سرگیجه نیز نگران باشند.

اضطراب معمولاً همیشه بلافاصله پس از مواجهه با محرک هراس‌آور احساس می‌شود. سطح اضطراب به میزان مجاورت با محرک هراس‌آور بستگی دارد. گاهی فرد در مواجهه با محرک‌های ترس‌آور دچار حمله‌های وحشت‌زدگی می‌شود، این وضعیت هنگامی که شخص مجبور است در آن موقعیت باقی بماند تشدید می‌شود و اضطراب انتظاری^۴ از خود نشان می‌دهد. البته فرد معمولاً از این موقعیت‌ها اجتناب می‌کند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). چهارمین مجموعه تجدید نظر شده

1.Coleman
2.Gray
3.Cullinan
4.anticipatory anxiety

تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا (DSM-IV-TR)^۱ هراس خاص را در پنج طبقه فرعی قرار داده است:

نوع حیوانی^۲: 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^۳: 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^۴: 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^۵: 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).

هراس اجتماعی^۶ یکی از اختلالات اضطرابی است. الگوی احساسات^۷، تفکرات^۸، رفتارهای حرکتی^۹ و واکنش‌های جسمانی^{۱۰} ناخوشایند در اختلالات اضطرابی مشاهده می‌شود که موجب درماندگی^{۱۱} و ایجاد اختلال در کارکردهای فرد می‌شوند (موریس و کراتوویل^{۱۲}، ۱۹۹۸). افراد با اختلالات اضطرابی احساساتی مانند بی‌کفایتی، خطر، تهدید و از دست دادن کنترل نسبت به رفتارها و اعمال خود دارند. آنها از مورد انتقاد واقع شدن می‌ترسند و به فقدان و یا مرگ اطرافیان فکر می‌کنند (بوگلس و زیگترمن^{۱۳}، ۲۰۰۰؛ ویمس، سیلورمن و لاگریکا^{۱۴}، ۲۰۰۰).

افراد مضطرب در تمرکز، توجه، حافظه و تفکر نیز مشکل دارند. کودکان و نوجوانان با اختلالات اضطرابی در مواجهه با موقعیت‌های اضطراب آور رفتارهایی نظیر فرار یا اجتناب از خود نشان

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

2. animal type

3. natural environment type

4. blood – injection – injury type

5. situational type

6. social phobia

7. feelings

8. thoughts

9. motor behaviors

10. physical reactions

11. distress

12. Morris & Krutochwill

13. Boegles & Zigterman

14. Weems, Silverman & Lagreca

می دهند. آنها هم چنین ممکن است گریه کنند، صدایشان تغییر کند، هیجان های منفی و قوی نشان دهند و به طور مستمر در مورد نگرانی های خود صحبت کنند. این افراد واکنش های جسمانی اضطراب را نیز تجربه می کنند. ناراحتی های تنفسی و تنش عضلانی، تپش قلب، سردرد، معده درد و تعریق از علائم جسمانی شایع در آنان است (رابیان و سیلورمن^۱، ۲۰۰۰).

الگوهای اضطراب با مکان ها و یا جنبه های مربوط به آن، وقایع محیطی، جدایی و فقدان رابطه دارند. با وجود این از طریق وقایع درونی مانند عدم توانایی در مواجهه با تفکرات منفی نیز فعال می شوند (کالنیان، ۲۰۰۰).

اضطراب شامل الگوی پیچیده ای از سه نوع واکنش است: پاسخ های رفتاری آشکار^۲ مانند فرار و بستن چشم ها؛ پاسخ های فیزیولوژیکی^۳ مانند تغییر در ضربان قلب، مشکل تنفس، معده درد و تنش عضلانی و پاسخ های ذهنی^۴ مانند تفکر در مورد بی کفایتی خود و تصور در مورد آسیب های بدنی (نلسون و ایزرائیل^۵، ۲۰۰۰) در DSM-IV-TR اختلالات اضطرابی به چند طبقه تقسیم شده اند که عبارتند از: اختلال وحشت زدگی بدون گذر هراسی^۶، اختلال وحشت زدگی همراه با گذر هراسی^۷، گذر هراسی بدون سابقه اختلال وحشت زدگی^۸، هراس خاص، اختلال وسواس فکری- عملی^۹، اختلال تنیدگی پس ضربه ای^{۱۰}، اختلال تنیدگی حاد^{۱۱}، اختلال اضطراب فراگیر^{۱۲}، هراس اجتماعی، اختلال اضطراب ناشی از بیماری جسمانی، اختلال اضطرابی ناشی از مواد و اختلال اضطرابی که به گونه ای دیگر مشخص نشده است. در نظام طبقه بندی کوای^{۱۳} اختلالات اضطرابی - تحت عنوان اضطراب- گوشه گیری^{۱۴} و در نظام آخن باخ^{۱۵} تحت عنوان اضطراب- افسردگی طبقه بندی شده اند (برن استین، راپاپورت و لئونارد^{۱۶}، ۱۹۹۷؛ بلاک و لئونارد، راپاپورت^{۱۷}، ۱۹۹۷، ویمس و دیگران، ۲۰۰۰).

ویژگی اصلی هراس اجتماعی ترس آشکار و مستمر از موقعیت های اجتماعی یا عملکردی است که شخص در معرض دید اشخاص نا آشنا یا احتمالاً در معرض توجه دیگران قرار می گیرد. فرد از این واهمه دارد که کارهایش موجب تحقیر یا شرمندگی او خواهند شد. هنگامی که فرد در موقعیت های

1. Rabian & Silverman
2. overt behavioral responses
3. physiological responses
4. subjective responses
5. Nelson & Israel
6. panic disorder without agoraphobia
7. panic disorder with agoraphobia
8. agoraphobia without history of panic disorder
9. obsessive-compulsive disorder
10. posttraumatic stress disorder
11. acute stress disorder
12. generalized anxiety disorder
13. Quay
14. anxiety-Withdrawal
15. Achenbach System
16. Bernstein, Rapoport & Leonard
17. Black, Leonard & Rapoport

اجتماعی یا عملکردی قرار می‌گیرد تقریباً بلافاصله واکنش اضطرابی نشان می‌دهد. این واکنش ممکن است به شکل حمله وحشت زدگی وابسته به موقعیت ظاهر شود. علاوه بر این اجتناب از ترس، یا اضطراب از رویارویی با موقعیت‌های اجتماعی بر فعالیت‌های روزمره، کارکردهای شغلی و تحصیلی فرد اثر منفی می‌گذارد. در افراد زیر ۱۸ سال نشانه‌ها باید به مدت حداقل ۶ ماه دوام داشته باشند. افراد باهراس اجتماعی، در موقعیت‌های مختلف اجتماعی همواره بیم آن دارند که دیگران آنان را افرادی مضطرب، ناتوان و آشفته قلمداد کنند. به همین دلیل از انجام بسیاری از فعالیت‌ها مانند غذا خوردن و صحبت کردن در جمع پرهیز می‌کنند. آنها در موقعیت‌های اجتماعی همواره نشانه‌های اضطراب مانند تپش قلب، تعریق، درد معده و تنش عضلانی را احساس می‌کنند. بزرگسالان مبتلا به هراس اجتماعی به افراطی و غیر منطقی بودن ترس خود آگاهی دارند و به‌طور معمول از مواجه شدن با موقعیت‌های ترس‌آور اجتناب می‌کنند. گاهی اضطراب بسیار پیش‌تر از رویارویی با موقعیت‌های اجتماعی روی می‌دهد. فرد ممکن است از تفکر در مورد مواجه شدن با یک موقعیت در آینده دچار اضطراب شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

هنگامی که فرد در موقعیت‌های متعددی دچار اضطراب شود، شاخص تعمیم یافته^۱ در مورد هراس به کار برده می‌شود. این افراد هم از موقعیت‌های عملکردی و هم از موقعیت‌هایی که مستلزم برقراری روابط اجتماعی است، می‌ترسند (بیدل^۲، ۱۹۹۹). کودکان و نوجوانان با هراس اجتماعی ممکن است از رفتن به مدرسه، شرکت در مهمانی‌ها و فعالیت‌های ورزشی اجتناب ورزند. به همین دلیل رشد اجتماعی^۳ آنان نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد و مهارت‌های اجتماعی^۴ را به خوبی یاد نمی‌گیرند. تفکرات آنها بیشتر بر اسنادهای منفی^۵ در مورد خود و کفایت‌های خود متمرکز است. در کودکان کم‌سن، شکایت‌های جسمانی نیز رایج‌تر از سایر گروه‌های سنی است (آلبانو و بارلو^۶، ۱۹۹۶).

1. generalized
2. Biedel
3. social development
4. social skills
5. negative attributes
6. Albano & Barlow

کودکان و نوجوانان با هراس اجتماعی در موقعیت‌های مختلف احساس درماندگی می‌کنند. افراد ۸- ۱۲ ساله بیشترین اضطراب را در موقعیت‌هایی دارند که مستلزم صحبت کردن در جمع است. آنها در موقعیت‌هایی مانند روخوانی با صدای بلند و صحبت برای دانش‌آموزان مشکل دارند. ۸۸ درصد کودکان دارای هراس اجتماعی احساس درماندگی به هنگام صحبت در جمع را گزارش کرده‌اند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). شروع هراس اجتماعی به‌طور معمول در اواسط نوجوانی است و یکی از اختلالات مهم دوران نوجوانی به شمار می‌آید (بیدل و ترنر^۱، ۱۹۹۸). مطالعاتی که در مورد هراس اجتماعی بزرگسالان صورت گرفته‌اند، مبین شروع اختلال در دوران نوجوانی هستند. این افراد سابقه‌ی بازداری اجتماعی یا کمروبی در دوران کودکی را نیز دارند (بورک و دیگران، ۱۹۹۰).

شیوع

در حدود یک درصد از کودکان الگوی افسردگی را نشان می‌دهند. این میزان تا اوایل نوجوانی نیز به همین ترتیب است، ولی از ۱۴ سالگی میزان شیوع افسردگی به شدت افزایش می‌یابد. از ۱۴ سالگی تا بزرگسالی میزان شیوع افسردگی به ۱۵ درصد می‌رسد (هاکین^۲ و دیگران، ۱۹۹۸؛ لوینسون، راد و سیلی^۳، ۱۹۹۸؛ نلسون و ایزرائیل، ۲۰۰۰). تا قبل از نوجوانی شیوع افسردگی در بین دختران و پسران یکسان است، ولی در دوره‌ی نوجوانی و بعد از آن نسبت دختران به پسران دو به یک می‌شود.

مطالعاتی که در مورد میزان شیوع هراس‌ها صورت گرفته است، مبین وجود موارد مبتلا به ترس در کودکان است. جرسیلد و هلمز^۴ (۱۹۳۵) گزارش کرده‌اند که کودکان دو تا شش ساله حداقل چهار روز یکبار بین چهار تا پنج نوع ترس را تجربه می‌کنند. مک فارلن، آلن و هنزیک^۵ (۱۹۵۴) در مطالعه‌ی طولی خود دریافتند ۹۰ درصد کودکان دو تا چهارده ساله دارای هراس خاص هستند. مطالعات لاپوز و مونک^۶ (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^۷ (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^۸ (۱۹۸۴) نیز وجود دو تا سه نوع ترس شدید را در نوجوانان پانزده تا هفده ساله گزارش کرد. علاوه بر این، بل

1. Beidel & Turner
2. Hakin
3. Lewinsohn, Rohde & seeley
4. jersild & Holmes
5. Macfarlane, Allen & Honzik
6. Lapouse & Monl
7. Ollendick
8. Kirkpatrick

دولان، لاست و استراوس^۱ (۱۹۹۰) با استفاده از روش مصاحبه نیمه ساختار یافته^۲ 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 ایزرائیل، ۲۰۰۰). DSM-IV-TR میزان شیوع هراس خاص را در نمونه‌های اجتماعی بین ۴ تا ۸/۸ درصد و شیوع کلی آن را بین ۷/۲ تا ۱۱/۳ درصد گزارش کرده است.

میزان شیوع هراس اجتماعی در منابع گوناگون به گونه‌ای متفاوت ذکر شده است. انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۰۰) شیوع کلی هراس اجتماعی را در حدود ۳ تا ۱۳ درصد ذکر کرده است. نلسون و ایزرائیل (۲۰۰۰) یک درصد کودکان و نوجوانان را مبتلا به هراس اجتماعی برآورد کرده‌اند. به نظر بیدل (۱۹۹۹) میزان شیوع هراس اجتماعی ۳ تا ۴ درصد است. هایوارد^۳ (۲۰۰۰) میزان شیوع هراس اجتماعی در نوجوانان دبیرستانی را ۵ تا ۱۰ درصد گزارش کرده است.

1. Bell-Dolan, Last & Strauss
2. semistructured interview
3. Hyward

فصل دوم

پیشینه پژوهش

علل

در تبیین علل افسردگی نظریه‌های متفاوتی مطرح شده‌اند. روش‌های درمانی نیز بر اساس نظریه‌های موجود توسعه یافته‌اند. افسردگی از دیدگاه زیست‌شناختی^۱، روان تحلیلی^۲، شناختی - رفتاری^۳ و نظریه‌های سیستمی^۴ مورد بررسی قرار گرفته است. نظریه‌های زیست‌شناختی افسردگی بر نقش عوامل ژنتیک، عدم تنظیم انتقال دهنده‌های عصبی^۵، بدکارکردی سیستم ایمنی و غدد درون‌ریز در بروز افسردگی تأکید دارند. به نظر فروید^۶ جدایی یا محرومیت طولانی مدت (فقدان شیء) موجب بازگشت به مرحله دهانی می‌شود^۷ و این در حالی است که بین خود^۸ و شیء گم شده تمایزی ایجاد نشده است و شیء گم شده درونی شده است. در نظریه روان تحلیل‌گری فروید افسردگی واکنشی در مقابل فقدان تعریف شده است. صرف نظر از نوع فقدان، فرد افسرده واکنش شدیدی در برابر آن نشان می‌دهد. موقعیت کنونی، ترس‌ها و احساس‌هایی که با فقدان در دوران کودکی (مانند فقدان محبت والدین) همراه بوده‌اند را احیا می‌کنند. هنگامی که به دلایلی، نیاز فرد به محبت و مراقبت در دوران کودکی ارضا نشده باشد، از دست دادن چیزی در دوران بعدی زندگی سبب می‌شود که فرد به حالت درماندگی بازگردد، یعنی به همان حالتی که فقدان اولیه صورت گرفته است. واکنش به فقدان، در اثر احساسات توأم با خشم فرد نسبت به شیء از دست رفته، صورت پیچیده‌تری پیدا می‌کند و فرد احساسات خصمانه خود را واپس می‌راند، چون می‌ترسد حمایت کسانی را که به آن‌ها نیاز دارد از دست بدهد. بنابراین، خشم خود را درونی کرده و خود را سرزنش می‌کند (نلسون و ایزرائیل، ۲۰۰۰).

نظریه‌های رفتاری لوینسون^۹ (۱۹۷۴) و رم^{۱۰} (۱۹۷۷) از مهم‌ترین نظریه‌های رفتاری در دهه‌های اخیر محسوب می‌شوند، زیرا به پژوهش‌های بسیاری در زمینه رفتار درمانی افسردگی منجر شده‌اند. هم‌چنین نظریه‌های شناختی بک^{۱۱} (۱۹۷۶) و سلیگمین (آبرامسون، سلیگمین و تیسدال^{۱۲}، ۱۹۷۸) از مهم‌ترین مؤثرترین نظریه‌های شناختی در زمینه درمان افسردگی به شمار می‌آیند.

در نظریه لوینسون فرض بر این است که افسردگی با عدم تقویت مثبت نگهداری می‌شود. برنامه‌های آموزشی مبتنی بر این نظریه بر آموزش مهارت‌های اجتماعی تأکید می‌کنند. زیرا فرد با کسب مهارت‌های

1. biological
2. psychoanalytic
3. cognitive- behavioral
4. systems theories
5. neurotransmitters
6. Freud
7. oral stage
8. self
9. Lewinsohn
10. Rehm
11. Beck
12. Abramson, Seligman & Teasdale

مورد نیاز اجتماعی قادر خواهد بود تقویت‌های مثبت محیط اطراف را دریافت کند و محیط را به گونه‌ای ترتیب دهد که فرصت‌های بسیاری برای استفاده از مهارت‌های اجتماعی ایجاد شوند.

در نظریه کنترل خود رم^۱، افسردگی از وجود نقص در فرایندهای نظارت خود^۲، ارزشیابی خود^۳ و تقویت خود^۴ ناشی می‌شود. بر طبق نظریه بک (۱۹۷۶) هنگامی که فرد در دوران کودکی با فقدان مواجه است، طرحواره‌های منفی شناختی در وی شکل می‌گیرند. این طرحواره‌های منفی، فرضیه‌های منفی و در نتیجه تفکرات منفی را در فرد ایجاد می‌کنند که منجر به افسرده شدن وی می‌شوند.

در نظریه‌های سیستمی خانواده، بر اهمیت تنیدگی، حمایت و نگرش خانواده تأکید شده است. بر اساس این نظریه الگوهای تعامل در خانواده در علت شناسی و نگهداری افسردگی نقش دارند (کار^۵، ۲۰۰۰). عوامل ژنتیکی و عوامل محیطی نیز در بروز شرایط افسرده‌ساز نقش دارند. میزان تنیدگی بر بروز عوامل ژنتیک تأثیر دارند. به عبارت دیگر محیط زندگی آرام و بدون تنش از بروز علائم افسردگی در افرادی که از نظر ژنتیکی آسیب‌پذیر هستند جلوگیری می‌کند. در حالی که تنیدگی فراتر از آستانه تحمل فرد، حتی در افرادی که سابقه افسردگی در خانواده را ندارند، چه بسا به بروز علائم افسردگی بیانجامد. نگرش خانواده و فرد نیز در بروز افسردگی نقش دارد. اشتغال ذهنی فرد با وقایع و کمبودهای گذشته سبب ایجاد دیدگاه منفی نسبت به ارزشمندی خود و ناامیدی و درماندگی در مورد آینده می‌شود. چنین نگرش افسرده‌سازی ممکن است به کاهش فعالیت و تعامل فرد منجر شود. بنابراین، خانواده‌هایی که اعضای آن‌ها در مورد ناکامی‌ها و شکست‌های گذشته فکر و بحث می‌کنند، زمینه را برای بروز علائم افسردگی مهیا می‌سازند.

الگوهای تعامل خانواده نیز در بروز و نگهداری افسردگی دخالت دارند. در اغلب موارد هنگامی که یکی از زوجین افسرده باشد، از روی درماندگی رفتار می‌کند و زوج دیگر به این رفتار به وسیله مراقبت هر چه بیشتر پاسخ می‌دهد، به گونه‌ای که به تدریج این رابطه به صورتی انعطاف‌ناپذیر و تکراری در می‌آید و زوج افسرده در خانه و محل کار قادر نیست به وظایف خود به خوبی عمل کند و مسایل خانواده را حل کند. همین امر موجب بروز تعارض در بین افراد خانواده شده و تنیدگی را در خانواده افزایش می‌دهد (آسارنو، جای کوکس و تامپسون^۶، ۲۰۰۱).

1.Rehm s self control theory

2.self-monitoring

3.self- evaluation

4.self- reinforcement

5.carr

6.Asarnow, Jaycox & Tompson

عوامل بیولوژیکی^۱ و روانی - اجتماعی^۲ از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر اختلالات اضطرابی هستند (برک^۳، ۱۹۹۷؛ بوکاتکو و داهلر^۴، 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^۵ در مواجهه با آن اشیا یا وقایع هیجان ترس را از خود نشان می‌دهد (فیلد و دیویس^۶، ۲۰۰۱). گاهی نیز فرد اشیا یا وقایع را به گونه‌ای منفی ارزشیابی می‌کند و ترس او ناشی از شناخت‌های غیرانطباقی است (هرمانس^۷ و دیگران، ۲۰۰۲). به نظر برخی از متخصصان (برای مثال راتر^۸ و دیگران، ۱۹۹۰؛ سیلورمن و گینزبرگ^۹، 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 (۱۹۹۷) کودکان گروهی از والدین با اختلالات اضطرابی، افسردگی، اضطراب - افسردگی و بهنجاری 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.

درمان

روش‌های متفاوتی برای درمان اختلالات افسردگی و اضطراب پیشنهاد شده‌اند که مهم‌ترین آن‌ها روش‌های شناختی - رفتاری و خانواده درمانی هستند.

درمان‌های شناختی - رفتاری: درمان‌های مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری در درمان اختلالات اضطرابی به ویژه ترس‌ها و هراس‌ها کارآیی 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.

1. biological factors
2. psychosocial
3. Berk
4. Bukatko & Daehler
5. classical conditioning
6. Field & Davies
7. Hermans
8. Rutter
9. Silverman & Ginsberg

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^۱، آموزش خود^۲ و مدیریت خود^۳ از روش‌هایی هستند که به تغییر در شناخت منجر می‌شوند.

حساسیت زدایی منظم^۴: 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 ادامه می‌یابد که محرکی که دارای بالاترین سطح اضطراب است نیز در فرد تنش ایجاد نکند. در حساسیت زدایی واقعی^۵ فرد به جای تصویر سازی ذهنی به تدریج با شیء یا موقعیت ترس‌آور به طور واقعی مواجه می‌شود. پژوهش‌هایی که در زمینه کارایی حساسیت‌زدایی صورت گرفته‌اند، مبین تأثیر این روش در درمان هراس‌ها هستند.

الگوبرداری^۶: یکی از روش‌های رفتاری رایج الگوبرداری 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 (النندیک و کینگ، ۱۹۹۸).

لویس^۷ (۱۹۷۴) چهار پسر پنج تا دوازده ساله دارای ترس از آب را به چهار گروه تقسیم کرد و آن‌ها 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

- 1.problem solving
- 2.self-instruct
- 3.self-management
- 4.systematic desensitization
- 5.in vivo desensitization
- 6.modeling
- 7.Lewis

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^۱ (۲۰۰۰) هدف‌های درازمدت خانواده درمانی با تأکید بر رویکرد شناختی - رفتاری عبارتند از:

- ۱- به کارگیری روش‌های شناختی و رفتاری به منظور کاهش اضطراب و نشانگان افسردگی
- 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 و افسردگی
- ۵- آماده سازی اعضای خانواده به منظور کمک به یکدیگر در جهت کاهش اضطراب و افسردگی
- ۶- آموزش اعضای خانواده در مورد به کارگیری روش‌های خاص به منظور کاهش سطح اضطراب و افسردگی

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^۲، ۱۹۹۲؛ داتیلیو، 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 برخوردارند. 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 می‌دهند. 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.

1. Yongsma & Dattilio
2. Teichman

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^۱، 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^۲، 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 مسائلی هستند که در تعامل خانواده بررسی می‌شوند. کارکرد خانواده نیز به 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^۳، ۲۰۰۳).

پیشینه

با توجه به نقش و اهمیت خانواده، اعضای خانواده می‌توانند برای تغییر رفتارهای نادرست، غیر منطقی و بیمارگونه کودکان و نوجوانان خود آموزش ببینند. با استفاده از آموزش الگوهای صحیح تقویت رفتار و افکار منطقی می‌توان خانواده‌ها را در برقراری روابط عاطفی سالم یاری کرد. مطالعات متعدد نشان داده‌اند وجود اختلالات افسردگی و اضطرابی در یکی از اعضای خانواده به ویژه والدین بر سایر اعضا نیز تأثیر می‌گذارد. کودکان این والدین بیش از سایر کودکان در معرض خطر ابتلا به اختلالات افسردگی، اضطرابی و سایر اختلالات روان‌شناختی قرار دارند. خطر ابتلا به اختلالات خلقی در این کودکان چهار برابر کودکانی است که با والدین بهنجار زندگی می‌کنند (بردسلی، ورساگ و گلدستون^۴، ۱۹۹۸).

آسارنو، جای کوکس و تامپسون (۲۰۰۱) تأثیر روش خانواده درمانی را با تأکید بر رویکرد شناختی - رفتاری در کودکان افسرده مورد مطالعه قرار دادند. در این مطالعه بر آموزش مهارت‌های اساسی به

3.Simos

1.Kraus, Maxwell & Mcwilliam

2.Hallahan & Kauffman

3.Beardslee, Versage & Gladstone

اعضای خانواده تأکید شده بود. خانواده‌ها در زمینه ماهیت افسردگی، مهارت‌های حل مسئله و تأثیر آن بر حل مشکلات اعضای خانواده و روش‌های بهبود ارتباط بین اعضای خانواده آموزش دیدند. نتایج این پژوهش نشان داد گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل - که هیچگونه درمانی دریافت نکرده بودند - از نظر بهبود نشانه‌های افسردگی تفاوت معناداری داشتند و در گروه آزمایشی نشانگان افسردگی کاهش یافت. ماتاکاس^۱ و دیگران (۱۹۹۹) تأثیر خانواده بر دوره‌های افسردگی اساسی بیماران بستری در بیمارستان را مطالعه کردند. در این پژوهش ۴۷ آزمودنی ۲۰-۶۴ ساله با افسردگی اساسی مطالعه شدند. آزمودنی‌ها به دو گروه تقسیم شدند. آزمودنی‌های گروه اول طی درمان هیچگونه تماسی با خانواده نداشتند، در حالی که آزمودنی‌های گروه دوم با خانواده خود تماس داشتند. میزان افسردگی آزمودنی‌ها، هر هفته با استفاده از پنج مقیاس اندازه‌گیری شد. لازم به ذکر است که هیچ یک از خانواده‌ها در دو گروه متفاوت آموزش ندیدند. پس از سه هفته، تفاوت معناداری در بهبود نشانگان افسردگی دو گروه مشاهده شد. گروهی که با خانواده‌های خود در تماس بودند با سرعت بیشتری بهبود یافتند. این نتایج بیانگر اهمیت نقش خانواده و ضرورت به کارگیری خانواده درمانی در بهبود افسردگی است.

آسارنو و اسکات (۱۹۹۹) ترکیبی از درمان شناختی - رفتاری و خانواده درمانی را در مورد تعدادی از دانش‌آموزان افسرده پایه‌های کلاسی چهارم تا ششم به کار بردند. آن‌ها کودکان را در ۹ جلسه گروهی تحت درمان شناختی - رفتاری قرار دادند. در جلسه‌های درمانی بر آموزش مهارت‌های اساسی و به کارگیری آن‌ها در عمل تأکید شد. آموزش خانواده نیز با هدف تعمیم این مهارت‌ها به سایر محیط‌هایی که کودکان با آن سروکار داشتند (برای مثال مدرسه و جامعه) صورت گرفت. پس از این که خانواده و کودکان به طور جداگانه آموزش دیدند، جلسه‌هایی به آموزش همه افراد خانواده از جمله فرد دارای اختلال اختصاص داده شد. نتایج این پژوهش نشان داد نشانه‌های افسردگی در کودکانی که با روش خانواده درمانی و شناخت - رفتار درمانگری تحت درمان قرار گرفته بودند، در مقایسه با گروه کنترل که تحت هیچگونه درمانی قرار نگرفته بودند، به طور معناداری کاهش یافت.

فریستد، گاوازی و سولدانو^۲ (۱۹۹۸) تأثیر آموزش خانواده را در بهبود اختلالات خلقی بررسی کردند. در این پژوهش خانواده و مراجعان در زمینه شناخت اختلالات خلقی، عوامل واسطه‌ای مؤثر بر آن، عوامل درون‌فردی، اهمیت مهارت‌های اجتماعی و تأثیر فشارهای روانی بر اختلالات خلقی آموزش دیدند. هم‌چنین طی جلسه‌های آموزشی در چهارچوب رویکرد شناختی - رفتاری روش‌های انطباق با مشکلات، حل مسئله و جایگزینی افکار منطقی به جای افکار غیر منطقی به مراجعان آموزش داده شد.

1.Matakas

2.Fristad, Gavazzi & Soldano

در پایان جلسه‌های آموزشی، مراجعان بهبود نشانگان بالینی و اعضای خانواده، ایجاد تغییرات مثبت در تعامل‌های بین فردی را گزارش کردند.

برنت و دیگران (۱۹۹۸) تأثیر آموزش خانواده را در درمان افسردگی جوانان مورد بررسی قرار دادند. آن‌ها خانواده‌های گروهی از جوانان افسرده را در زمینه ماهیت افسردگی، نگرش نسبت به افسردگی و درمان آن آموزش دادند. ۹۸ درصد افرادی که در این کلاس‌ها شرکت کرده بودند، این آموزش‌ها را مفید تلقی کردند و گزارش دادند آموزش‌ها به بهبود روابط خانوادگی منجر شده‌اند.

ویسمن و همکاران (۱۹۹۷) در یک مطالعه طولی ده ساله دو گروه از پدران و مادران و فرزندان آنان را مورد مطالعه قرار دادند. افراد مورد مطالعه به دو گروه تقسیم شدند. گروهی که والدین آنان هیچ‌گونه اختلال روان‌شناختی نداشتند و گروهی که حداقل یکی از والدین دارای اختلال افسردگی اساسی بودند. نتایج این مطالعه نشان داد کودکان با والدین افسرده در مقایسه با گروه دیگر به ویژه قبل از سن بلوغ نشانگان افسردگی را به میزان بیشتری نشان می‌دهند.

بردسلی و دیگران (۱۹۹۷) ۳۷ کودک ۸-۱۴ ساله با والدین مبتلا به اختلالات خلقی را مورد درمان قرار دادند. آن‌ها کودکان را به دو گروه تقسیم کردند. یک گروه با استفاده از خانواده درمانی و مداخله‌های روانی - آموزشی و گروه دیگر تنها با استفاده از روش سخنرانی مورد درمان قرار گرفتند. گروه اول که در بافت خانواده و با استفاده از روش خانواده درمانی توأم با مداخله‌های روانی - آموزشی آموزش دیده بودند، در مقایسه با گروه دوم شناخت بیشتری نسبت به اختلال والدین خود کسب کردند و کارکردهای اجتماعی و تحصیلی آنان نیز افزایش بیشتری یافت.

بارت، ددس و راپی^۱ (۱۹۹۶) سه گروه از کودکان افسرده را با یکدیگر مورد مقایسه قرار دادند. گروه اول با استفاده از روش شناخت - رفتار درمانگری و گروه دوم با استفاده از روش ترکیبی شناخت - رفتار درمانگری و خانواده درمانی و گروه سوم نیز به عنوان گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نکردند. در گروه اول ۵۷ درصد کودکان، در گروه دوم ۸۴ درصد و در گروه کنترل تنها ۲۶ درصد کودکان بهبود یافتند.

کینگ و کرشنباوم^۲ (۱۹۹۰) گروهی از کودکان ($n=135$) کودکستانی تا پایه کلاسی چهارم را مطالعه کردند. این کودکان در پرسشنامه غربالگری اختلالات خلقی نمره‌ای بالاتر از نمره برش گرفته بودند. آزمودنی‌ها به دو گروه تقسیم شدند: گروه اول کودکانی بودند که تحت آموزش مهارت‌های اجتماعی و خانواده درمانی قرار گرفتند. با والدین و معلمان گروه دوم نیز مشاوره شد. یافته‌های این پژوهش نشان داد درمان ترکیبی در گروه اول در مقایسه با گروه دوم تأثیر بیشتری بر کاهش افسردگی داشته است.

1. Barrett, Dadds & Rapee
2. King & Kirschenbaum

لوینسون، کلارک^۱، هویس^۲ و اندروس^۳ (۱۹۹۰) نوجوانان ۱۴-۱۸ ساله (n = ۵۹) با افسردگی اساسی را مطالعه کردند. نوجوانان مورد مطالعه به سه گروه تقسیم شدند: گروه اول درمان شناختی - رفتاری دریافت کردند. در گروه دوم نوجوانان همراه خانواده خود تحت درمان قرار گرفتند و گروه سوم به عنوان گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. نتایج این پژوهش نشان داد نوجوانان در دو گروهی که درمان دریافت می‌کردند در مقایسه با گروه سوم از نظر ملاک‌های افسردگی بهبود بیشتری یافتند و تفاوت بین آن‌ها معنادار بود. گروه دوم نیز در مقایسه با گروه اول از نظر نشانگان افسردگی و اضطراب بهبود بیشتری یافتند.

بلاگ و یول^۴ (۱۹۹۴) تأثیر خانواده درمانی مبتنی بر رویکرد رفتارگرایی را با درمان مبتنی بر روان تحلیل‌گری 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 روان تحلیل‌گری درمان شده بودند، بدون مشکل به مدرسه بازگشتند. گرازیانو و مونی^۵ (۱۹۸۲) با استفاده از آموزش گفتگو با خود، تنش‌زدایی 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.

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 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

1. Clarke

2. Hops

3. Andrews

4. Blagg & Yula

5. Graziano & Mooney

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 هراس‌آور 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^۱ (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 ۱/۵۷٪ درصد و در گروه دوم ۸۴٪ درصد کودکان بهبود یافتند.

شورت، بارت، ددس و فوکس^۲ (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^۳ (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 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^۴ (۲۰۰۳) هفت نوجوان مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته را تحت درمان شناختی - رفتاری قرار دادند. درمان شامل آموزش آزمودنی‌ها در مورد نشانه‌های اضطراب،

1.Kazdin & Weisz

2.Shortt, Barrett, Dadds & Fox

3.Saaverda

4.Leger, ladouce, Dugas & Freston

پیشگیری از هجوم تفکرات نگران کننده، 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^۱ 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.

آلبانو و بارلو (۱۹۹۶) پنج نوجوان با هراس اجتماعی را با استفاده از آموزش مهارت‌های اجتماعی و مهارت‌های حل مسئله و بازسازی شناختی درمان کردند. پس از اتمام دوره درمان، نشانه‌های هراس اجتماعی در چهار نفر از آزمودنی‌ها کاهش یافت. سه ماه پس از آخرین جلسه درمانی نیز هراس اجتماعی آزمودنی‌ها ارزیابی شد و نشانه‌های هراس افزایش نیافته بودند.

کورپیتا، آلبانو و بارلو^۲ (۱۹۹۶) تأثیر خانواده را بر سوگیری‌های شناختی کودکان مضطرب مطالعه کردند. در این پژوهش چهار کودک مضطرب ۹-۱۳ ساله و هشت کودک بهنجار شرکت داشتند آن‌ها نیز از کودکان خواستند که به موقعیت‌های مبهم فرضی قبل و بعد از گفتگو با خانواده پاسخ دهند. در این پژوهش خانواده‌ها در زمینه ارائه پاسخ‌های مناسب به کودکان خود راهنمایی شدند. نتایج این پژوهش نشان داد کودکان مضطرب در مقایسه با کودکان بهنجار با احتمال بیشتری به موقعیت‌ها پاسخ‌های تهدید کننده می‌دهند. پس از این که کودکان با خانواده‌های خود مشورت کردند پاسخ‌های آنان به سمت پاسخ‌های اجتماعی سو پیدا کرد.

هایوارد (۲۰۰۰) ۳۵ دختر نوجوان دارای هراس اجتماعی را مورد مطالعه قرار داد. او ۱۲ نفر از آزمودنی‌ها را به طور گروهی تحت درمان شناختی - رفتاری قرار داد و ۲۳ نفر به عنوان گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. میزان هراس اجتماعی آزمودنی‌ها قبل از درمان، بعد از درمان و یکسال پس از آخرین جلسه درمانی ارزیابی شد. یافته‌های این پژوهش مبین تأثیر روش‌های شناختی - رفتاری در درمان هراس اجتماعی نوجوانان دختر بود. پس از پایان جلسات درمانی نشانه‌های هراس اجتماعی در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری کاهش یافت ولی پس از یکسال تفاوت دو گروه از

1. Barrowclough

2. Chorpita, Albano & Barlow

نظر نشانه‌های هراس اجتماعی در مقایسه با ارزیابی پس از درمان کاهش یافت. به عبارت دیگر تأثیر درمان کوتاه مدت بود.

فصل سوم

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر مطالعه موردی است در این روش مجموعه ای از متغیرها در مورد تعداد اندکی از آزمودنی ها تحت مطالعه و بررسی قرار می گیرد. در این پژوهش آزمودنی ها براساس مصاحبه بالینی، ملاک های تشخیصی DSM-IV-TR، تشخیص روان پزشکی و آزمون های روان شناختی انتخاب شدند. بر این اساس یک آزمودنی ۱۷ ساله دارای افسردگی، دو آزمودنی ۳۰ و ۳۲ ساله دارای هراس خاص و هر آزمودنی ۱۸ و ۲۰ ساله دارای هراس اجتماعی تشخیص داده شدند.

پس از تشخیص نوع اختلال آزمودنی ها با استفاده از روش خانواده درمانی با تاکید بر فنون شناخت - رفتار درمانگری مورد درمان قرار گرفتند. در خانواده درمانی، روش های مختلفی برای کمک به بهبود روابط بین اعضای خانواده به کار برده می شوند. میکاسی^۱ (۱۹۹۸) چهار مفهوم اساسی را به عنوان پایه های اصلی خانواده درمانی مطرح کرده است که عبارتند از: ۱) الگوی برخورد با نشانه های اختلال در خانواده؛ ۲) چگونگی توجه اعضای خانواده به یکدیگر؛ ۳) چگونگی رشد مراجع؛ ۴) عوامل مؤثر بر ادراک اعضای خانواده.

در برخی از خانواده ها الگوهای انعطاف ناپذیر برخورد با نشانه های اختلال به تثبیت مشکل و یا ایجاد سایر مشکلات در خانواده منجر می شود. گاهی کودک و نوجوان بر اثر توجه بیش از حد اعضای خانواده تقویت شده و تمایلی به از بین بردن نشانه های اختلال نشان نمی دهد و یا توجه اعضای خانواده به فرد دارای اختلال موجب بی توجهی به سایر اعضا و ایجاد مشکلات جدید می گردد. بنابراین در فرایند درمان شیوه برخورد با نشانه های اختلال از اهمیت برخوردار است.

در اثر به کارگیری الگوهای نادرست برخورد با اختلال، تفکر اعضای خانواده به جنبه های محدودی از خود و روابط با سایر اعضای خانواده محدود می شود و سایر جنبه ها نادیده گرفته می شوند. در فرایند درمان باید اعضای خانواده را به سوی درک درست جنبه های مختلف روابط خانوادگی سوق داد.

چگونگی رشد مراجع نیز نکته بسیار مهمی است که در مصاحبه های تشخیصی مورد توجه درمانگران واقع می شود. بررسی نگرش اعضای خانواده در مورد مشکل و سایر اعضای خانواده در خانواده درمانی از اهمیت برخوردار است. در فرایند درمان، پس از شناخت مفاهیم پیش گفته، راه حل های جدید برای برخورد با مشکل به اعضای خانواده آموزش داده می شود و آن ها با به کارگیری روش هایی مانند بحث و گفتگو با یکدیگر، مطرح کردن تعارض های درونی و کنترل تفکر به بهبود در روابط خانوادگی و حل مشکل مراجع تشویق می شوند. کار (۲۰۰۰) نیز طرح ریزی، ارزیابی، درمان و مرور و بازنگری را به عنوان مراحل خانواده درمانی مطرح کرده است. در روش های مبتنی بر رویکرد شناخت - رفتار درمانگری بر نقش فرایندهای شناختی و متغیرهای محیطی در شکل گیری و نگهداری اختلالات

روانی و درمان آنها تأکید می‌شود. در تمامی این روش‌ها درمانگر به زمان و مکان حاضر که مراجع در آن به سر می‌برد توجه می‌کند. نیازهای مراجع شناسایی شده و برنامه‌های مداخله‌ای با توجه به آن طراحی می‌شوند. افزایش مهارت‌های زندگی و آموزش روش‌های نظارت بر خود و تبیین رابطه بین تفکر، خلق^۱ و رفتار^۲ نیز در محور کار درمانگران قرار دارد (لایدلاو، تامپسون، سیسکین و تامپسون^۳، ۲۰۰۳). بر این اساس، در فرایند درمان، طی جلسه‌های خانواده درمانی از فنون زیر استفاده شد:

۱. **روش حل مسئله:** یکی از فنونی که در رویکردهای شناختی- رفتاری برای درمان اختلالات اضطرابی به کار برده می‌شود، روش حل مسئله است. هدف کلی آموزش حل مسئله، آموزش و کمک به افراد برای یافتن بینش نسبت به توانایی‌های خود و بهره‌گیری از این توانایی‌ها برای مقابله مؤثر با مشکلات و مسائل زندگی روزمره است. روش حل مسئله شامل پنج مرحله به شرح زیر است:
 - الف. در مرحله اول به اعضای خانواده کمک می‌شود تا مشکلات را به عنوان بخشی از زندگی روزانه بپذیرند و بتوانند در مواجهه با آن‌ها تکانه‌ها و هیجان‌های خود را کنترل کنند.
 - ب. در مرحله دوم افراد باید مشکل را درک کنند و از آن تعریف عملیاتی ارائه دهند.
 - ج. در مرحله سوم از آنها خواسته می‌شود تا کلیه راه‌حل‌های بدیلی را که به حل مشکل کمک می‌کنند، مطرح سازند. در این مرحله قضاوتی در مورد راه‌حل‌های ارائه شده صورت نمی‌گیرد.
 - د. در مرحله چهارم، اعضای خانواده هر راه‌حل را به‌طور جداگانه ارزیابی و سپس عملی‌ترین و مناسب‌ترین راه حل را برمی‌گزینند.
 - ه. در مرحله پنجم افراد، به‌طور مؤثری راه‌حل انتخاب شده را به کار می‌گیرند (دی‌زاریللا و گلدفرید^۴، ۱۹۷۱؛ به نقل از کندال، ۲۰۰۰).

در این پژوهش روان‌درمانگر، طی جلسه‌ای با حضور کلیه اعضای خانواده، ابتدا از آن‌ها خواست تا یکی از مشکلات روزمره خود را مطرح کنند. سپس درمانگر به‌طور عملی چگونگی به کارگیری روش حل مسئله را به اعضای خانواده آموزش داد.

۲. **خود بازبینی:** با استفاده از جدول خود گزارش دهی افکار، تفکرات غیر منطقی آزمودنی و میزان توجه به آن‌ها ارزیابی می‌شود. آزمودنی برای تهیه این جدول باید ابتدا ایام هفته و تاریخ مربوط را یادداشت کند. سپس موضوع فکر غیرمنطقی (مانند عدم حضور در جمع) و ساعت و مدت زمان پرداختن به آن را ثبت کند. به تدریج و طی پیشرفت فرایند درمان به آزمودنی آموزش داده می‌شود تا افکار منطقی را جانشین افکار غیرمنطقی کند و موضوع افکار منطقی و ساعت و مدت زمان پرداختن به آن را ثبت نماید (زارب، ۱۹۹۲؛ ترجمه خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۸۲)

1.mood

2.behavior

3Laidlaw, Thompson, siskin & Thompson

4.Dzarilla & Goldfried

۳. مثبت نگری: در این روش آزمودنی به بازشناسی تجربه‌های مثبت و خوب خود و نقش آن‌ها در افزایش احترام به خود و ارتقای عزت نفس تشویق می‌شود. این فن می‌تواند به دو صورت فردی و خانوادگی اجرا شود و شامل مراحل زیر است.

الف. در مرحله اول از آزمودنی خواسته می‌شود تا نقاط قوت خود را نام ببرد.

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

ج. در مرحله سوم از آزمودنی خواسته می‌شود 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 می‌شود تا 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.

هـ. در آخرین مرحله از آزمودنی خواسته می‌شود شواهد و معیارهایی را دال بر این که با ارزش‌ترین و معتبرترین نقاط قوت او قابل اتکاء هستند، ارائه دهد (خدایاری فرد، ۱۳۷۹).

۴. تنش زدایی : تنش زدایی مهارتی است که باعث کاهش میزان تنیدگی و اضطراب در افراد می‌شود و به آن‌ها کمک می‌کند تا فشارها و ناراحتی‌های خود را بیرون بریزند و در زندگی روزانه به تعادل برسند. در این روش از فرد درخواست می‌شود روی یک صندلی راحت بنشیند یا این که به راحتی روی زمین به پشت دراز بکشد و زیر زانوهای خود بالش‌های کوچکی قرار دهد. لباس‌های تنگ و کمربند خود را شل کند. چند لحظه به آرامی و منظم نفس بکشد و در عین حال هرگاه نفس خود را بیرون می‌دهد کلمه "آرام" را به زبان آورده سپس فکر خود را بر قسمت‌های مختلف بدن متمرکز کند و در حین نفس کشیدن عضلات آن قسمت را شل کند. بهتر است این کار از شست پا شروع شود و به تدریج به طرف بالا برود تا به عضلات صورت برسد. فرد باید به هر قسمت که توجه می‌کند، با کشیدن نفس عمیق ابتدا آن را منقبض و سپس رها سازد (بنسون، ۱۹۸۵).

فصل چهارم

یافته ها

در این پژوهش پنج آزمودنی مورد مطالعه قرار گرفتند که فرایند تشخیص و درمان در مورد هر یک به طور جداگانه در پی می آید.

آزمودنی اول

خانم ف - ۱۷ ساله، کلاس سوم دبیرستان، فرزند دوم خانواده، پدر و مادر با تحصیلات لیسانس و دارای یک خواهر ۲۳ ساله.

طول درمان: هفتادویک جلسه، هر هفته یک بار.

خانم ف - ت در اولین جلسه مراجعه به درمانگر اظهار کرد: «دو سال است که سردردهای پی‌درپی شدید دارم. پس از بررسی‌های پزشکی مشخص شده است که سردردهایم ریشه جسمانی ندارد. به سختی به خواب می‌روم، به خودکشی فکر می‌کنم و به نظر خودم اگر بمیرم راحت می‌شوم. بدنم می‌لرزد، بی‌حوصله و عصبی هستم، پدر و مادرم به من توجه چندانی ندارند، هر دوی آنها به خواهر بزرگ‌ترم بیشتر توجه می‌کنند، پدر و مادرم بسیار عصبی هستند و مشکلات خود را با سروصدا حل می‌کنند، در دو سال اخیر از نظر تحصیلی بسیار افت کرده‌ام.»

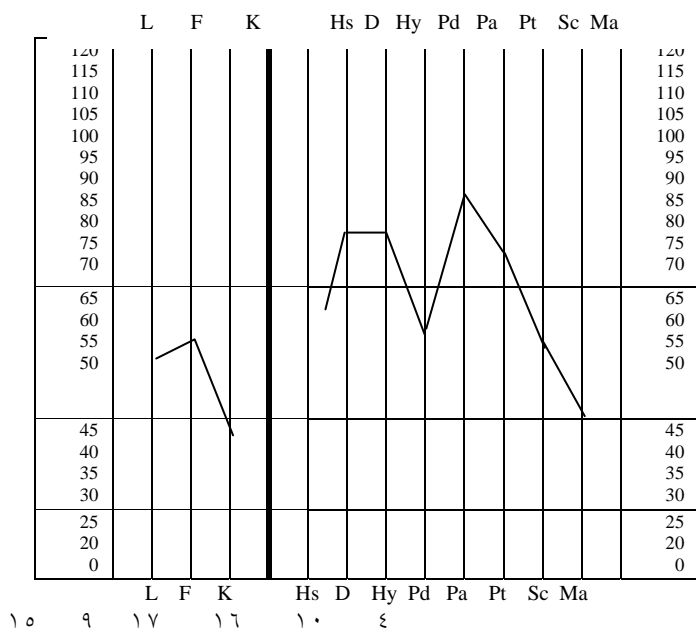
مادر مراجع نیز اظهار کرد که شوهرش بسیار عصبانی است و بین او و شوهرش درگیری‌های لفظی و حتی فیزیکی رخ می‌دهد. او گفت که دخترش در ۱۵ سالگی با پسر همسایه دوست شده و وقتی آن پسر به سربازی رفته، دختر متوجه شده که او پسر سالمی نبوده و قصد سوء استفاده از او را داشته است. سال گذشته نیز یک ماجرای مشابه برای او پیش آمده است. پدر مراجع نیز بر توجه بیشتر خود و همسرش به دختر بزرگ‌تر، صحنه گذاشته و گفت که دختر کوچک‌تر (مراجع) به حرف کسی گوش نمی‌دهد، پرخاشگر است، به پدر و مادر سوءظن دارد و از نظر درسی نیز بسیار افت کرده است و همیشه از وضعیت جسمانی خود ناراضی است.

تدابیر تشخیصی: به منظور تشخیص نوع اختلال علاوه بر مصاحبه بالینی با در نظر گرفتن ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR در مورد افسردگی، از پرسشنامه افسردگی بک، آزمون MMPI و آزمون SCL-90-R نیز استفاده شد. نتایج آزمون MMPI (نمودار ۱) علاوه بر افسردگی، بیانگر وجود ناراضی‌ت‌ها از وضع جسمانی خود، بازداری بالا، مشکل در ابراز تمایلات، توقع حمایت از دیگران، عدم بینش کافی نسبت به مشکلات خود، افکار پارانوئید، سوءظن و بدبینی شدید، انعطاف ناپذیری، احساس بی‌ارزشی، گرایش به خود آزاری، ترس، اضطراب و گوشه‌گیری بود.

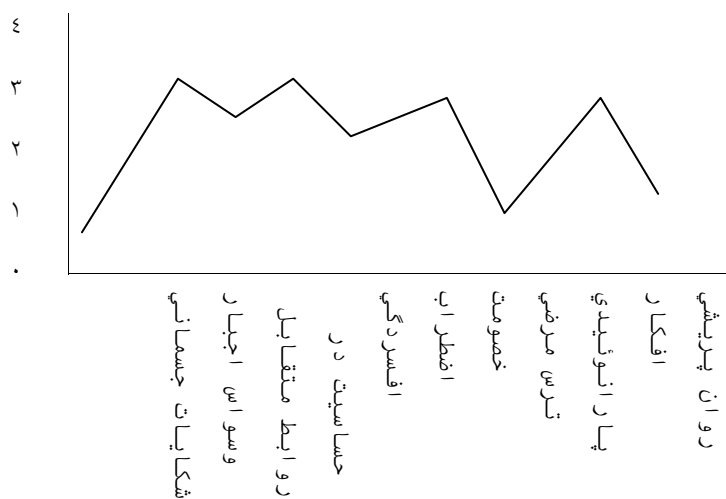
نتایج آزمون افسردگی بک (فرم بلند و فرم کوتاه) در هر دو فرم بیانگر وجود افسردگی شدید آزمودنی بود. مراجع در فرم بلند نمره ۴۳ و در فرم کوتاه نمره ۱۶ کسب کرد. (نگاه کنید به جدول ۱) با استفاده از

آزمون ریون، هوش بهر آزمودنی ۱۱۸ با رتبه درصدی ۸۵ برآورده شد که نشان دهنده این است که آزمودنی از نظر هوشی در حد ممتاز است.

با استفاده از پرسشنامه SCL-90-R، متغیرهایی نظیر افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی و غیره ارزیابی شد. در تمام موارد نمره آزمودنی بالاتر از حد بهنجار بود. نتایج در نمودار ۲ ارائه شده است. مصاحبه بالینی بر اساس معیارهای DSM-IV-TR نیز نشان داد که آزمودنی، علاوه بر افسردگی شدید محیط اطراف را آزار دهنده و نامناسب می‌بیند، روابط عاطفی در خانواده بسیار سرد است، پدر را فردی خشن می‌پندارد، به حمایت و وابستگی و پیشرفت و استقلال نیاز دارد، ناامید و سرخورده و نگران آینده است. لازم به ذکر است که دو روان‌پزشک نیز تشخیص‌های فوق را تأیید کردند.



نمودار ۱: نتایج آزمون MMPI قبل از درمان



نمودار ۲: آزمون SCL-90-R قبل از درمان

تدابیر درمانی: طی جلسات درمانی ابتدا نتایج آزمون‌های انجام شده برای آزمودنی تفسیر و توضیح داده شد و آزمودنی صحت این نتایج را تأیید کرد. سپس طی جلسه‌ای با حضور والدین نتایج آزمون‌های انجام شده برای آنان نیز تفسیر شد. در خلال جلسات خانواده درمانی، در مورد نقش افراد خانواده در ایجاد شرایط افسرده‌ساز صحبت شد و راهبردهایی در زمینه کاهش تنش در خانواده ارائه شد.

آموزش روش‌های حل مسئله و مثبت‌نگری و تأثیر آن بر رفتار از جمله آموزش‌هایی بود که به اعضای خانواده داده شد. در این جلسات از اعضای خانواده درخواست شد که روابط عاطفی را در خانواده بیشتر کنند؛ فرم نقاط قوت را تکمیل کنند و در مورد روش‌های مختلفی که برای حل مسائل خانوادگی می‌توان اتخاذ کرد، با یکدیگر بحث و گفتگو کنند و هر یک به نوبه خود شرایط محیطی توأم با آرامش را در خانواده فراهم آورند.

هم چنین به پدر و مادر آموزش داده شد تا مراجع را بپذیرند، او را سرزنش نکنند و با او به گفتگو بپردازند. در یکی از جلسات انفرادی، درمانگر ضمن توضیح در مورد تنش زدایی و نقش آن در برقراری آرامش به آموزش تنش‌زدایی پرداخت و از مراجع خواست هر روز روزی ۲۰ تا ۳۰ دقیقه آن را انجام دهد و هفته‌ای دو یا سه جلسه نیز به استخر برود.

در جلساتی که با خانواده مراجع ترتیب داده شد، پدر در مورد قبولی دانشگاه و توقعاتی که افراد فامیل از مراجع دارند صحبت کرد. مادر مرتب گریه می‌کرد زیرا که خودش نیز مبتلا به افسردگی و وسواس بود و به درمان نیاز داشت. به نظر او چون فرزند دیگر آن‌ها در دانشگاه خوبی قبول شده دیگران از مراجع هم توقع دارند و همین امر موجب اضطراب و آفت تحصیلی او شده است. در جلسه بعد که به طور انفرادی با مراجع صورت گرفت، ضعف‌ها، توانایی‌ها، علل احتمالی بی‌حوصلگی و افسردگی مراجع و تحریف‌های شناختی او مورد تجزیه و تحلیل واقع شد. هم چنین در مورد میل به پرخاشگری گفتگو شد که مراجع اظهار کرد از زمانی که بیمار شده پرخاشگر هم شده است؛ در ضمن به پدر و مادر هم سوءظن دارد. زیرا هر وقت او می‌آید آن‌ها حرفشان را قطع می‌کنند و همیشه می‌خواهند ثابت کنند که او اشتباه می‌کند. هر صحبتی با آن‌ها می‌کند می‌گویند: خودت مقصر هستی.» از صحبت‌های مراجع مشخص شد اعضای خانواده به هنگام مواجهه با مشکلات یکدیگر را مقصر می‌دانند و مادر نیز به دلیل افسردگی و وسواس رفتارهای ناسازگارانه دارد.

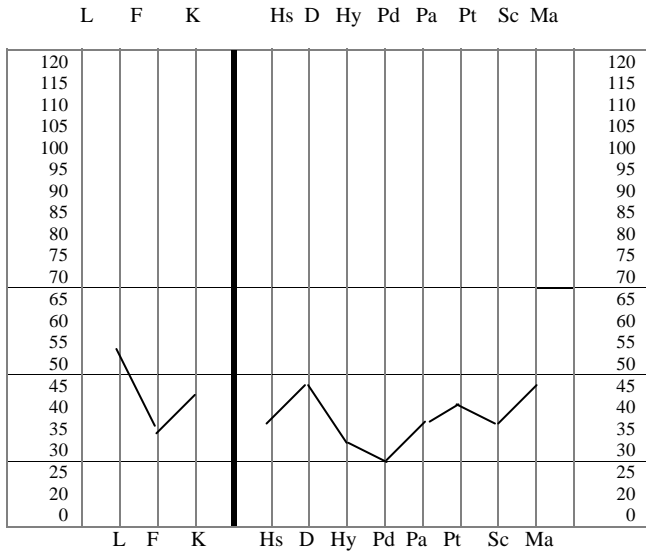
طی جلسات بعدی با حضور همه اعضای خانواده، در مورد نقش فشارهای روانی مانند ایرادگیری‌های مکرر و تأثیر آن بر ایجاد افسردگی صحبت شد و از والدین درخواست شد تا با تشکیل جلسه‌های خانوادگی به حل مسائل و مشکلات خود به طریقی که آموزش داده شده است بپردازند. به خواهر مراجع نیز توصیه شد که با او روابط نزدیک‌تری داشته باشد و فرصتی فراهم آورد تا او بتواند به

راحتی در مورد مسائل خود صحبت کند. در جلسات بعدی خانوادگی مجدداً روش حل مسئله از طریق طرح یک مشکل و بررسی روش‌های مختلف حل آن، به خانواده آموزش داده شد. هم‌چنین در مورد کنترل خشم و عصبانیت و عدم تعیین مقصر و تأثیرات آن بر روابط خانوادگی و بروز مشکلات روانی توضیح داده شد. در یکی از جلسات انفرادی مراجع اظهار کرد که در حدود دو سه هفته حالش خیلی خوب شده و امتحانات را به خوبی پشت سر گذاشته است، ولی چند روزی است که دوباره بی‌حوصله شده و درس نمی‌خواند. در این جلسه به نقش آموزش روش‌های تسلط بر خود در کاهش اختلالات روانی اشاره شد و به مراجع نیز توصیه شد به هنگام بی‌حوصلگی به شنا و بدن‌سازی و سینما برود. در همین جلسه مراجع مجدداً در مورد عصبی و وسواسی بودن مادر صحبت کرد و گفت «او مرا خیلی سرزنش می‌کند.» در مورد بد بودن روابط خانوادگی نیز صحبت کرد. در جلسه بعدی که به صورت خانوادگی برگزار شد، همه اعضای خانواده کاهش افسردگی دختر و اصلاح روابط بین خودشان را تأیید کردند. در این جلسه مثبت‌نگری به اعضای خانواده آموزش داده شد و درمانگر از آنان خواست که فرم نقاط قوت را تکمیل کنند. فرم نقاط قوت در همه جلسات خانوادگی مورد بحث و بررسی گروهی قرار می‌گرفت. در یکی از جلسات انفرادی مراجع گفت که حالش بسیار خوب شده است ولی گاهی به این موضوع می‌اندیشد که مبادا اعضای خانواده خود را از دست بدهد. بر این اساس روش جایگزینی افکار منطقی به جای افکار غیر منطقی آموزش داده شد و از او درخواست شد تا افکار غیر منطقی و افکار منطقی جایگزین آن‌ها را ثبت کند و در جلسات بعدی در مورد آن‌ها گفتگو کنند.

در جلسه خانوادگی بعدی از اعضای خانواده خواسته شد که ۱۰ تا ۱۵ خاطره خوب خود را بنویسند. در جلسه بعدی که به صورت انفرادی بود، نقاط قوتی که مراجع برای اعضای خانواده نوشته بود بررسی شد. او اظهار کرد مادرش را قبول ندارد و نقطه قوتی برای او نیافته است. به همین دلیل در جلسات خانوادگی بر بهبود روابط مراجع و مادر بر اساس روش حل مسئله و مهارت آموزی تأکید شد. هم‌چنین راهبردهایی برای کاهش وسواس مادر ارائه شد. برای مثال، از او درخواست شد که مدت حمام کردن و دفعات آن را ثبت کند و به تدریج آن را کاهش دهد. ضمناً به آن‌ها توصیه شد در مواجهه با مشکلات یکدیگر را محکوم نکنند، زیرا این روش به بروز افسردگی در اعضای خانواده منجر می‌شود. جلسات خانوادگی بعدی به دو قسمت تقسیم شد. در قسمت اول مسائل و مشکلاتی که در روابط خانوادگی اختلال ایجاد کرده بود مطرح و روش حل آن‌ها ارائه می‌شد و در قسمت دوم مثبت‌نگری اجرا می‌گردید. در قسمت دوم خانواده در مورد نقاط قوت یکدیگر و خاطرات خوبی که با یکدیگر داشتند صحبت می‌کردند. در هر جلسه فرم نقاط قوت اعضای خانواده و فرم جایگزینی افکار منطقی مراجع به جای افکار غیر منطقی بررسی می‌شد. ضمناً اعمال وسواسی مادر مانند حمام رفتن طولانی مدت و آب و

آب‌کشی‌های زیاد به تدریج کاهش یافته بود. در جلساتی که با مراجع و خواهر او ترتیب داده شد سعی شد رابطه عاطفی بین آنان تقویت شود و سوءظن‌هایی که مراجع نسبت به خواهر داشت از طریق بحث و گفتگو و روش حل مسئله و صحبت در مورد تحریف‌های شناختی برطرف شود. به تدریج رابطه آن‌ها با یکدیگر بیشتر شد، با هم صحبت می‌کردند و به بیرون از منزل می‌رفتند. علاوه بر این، به توصیه درمانگر، مراجع وقت خود را با کلاس‌های کامپیوتر، زبان، ورزش پر کرده بود که این امر موجب افزایش خود ارزشمندی مراجع شد. پس از طی پنجاه و هشت جلسه درمانی مراجع آمادگی خود را برای شرکت در کلاس‌های کنکور اعلام کرد. او هم چنین اظهار کرد که اعتماد به نفسش بالا رفته، دیدش نسبت به چهره خود عوض شده و برخلاف گذشته که فکر می‌کرد کسی او را دوست ندارد تصور می‌کند که خیلی‌ها او را دوست دارند. در طی جلسه‌ای انفرادی پدر اظهار کرد، وسواس همسرش تقریباً خوب شده و حال دخترش نیز خیلی خوب است و به کلاس کنکور می‌رود و با علاقه بیشتری درس می‌خواند. او گفت عصبانیت‌های خودش نیز به میزان زیادی کاهش یافته و سعی می‌کند مسائل را با آرامش حل کند. پس از پایان دوره درمان، مجدداً آزمون‌های بک، MMPI و SCL-90-R در مورد آزمودنی اجرا شد. نتیجه MMPI (نمودار ۳) مبین بهنجار بودن آزمودنی در همه عوامل بود. نتیجه اجرای مجدد آزمون افسردگی بک (جدول ۱) نیز مبین فقدان افسردگی بود. در آزمون SCL-90-R هم تقریباً همه میزان‌ها در حد نرمال بود (نمودار ۴).

به منظور پی‌گیری روند درمان به مدت یک سال هر ماه یک جلسه با مراجع به تنهایی و یا با خانواده گذاشته شد. وضعیت مراجع کاملاً خوب بود، مشکلی نداشت، وسواس مادر درمان شده بود، عصبانیت‌های پدر کاهش یافته بود و خانواده با استفاده از بحث و گفتگو به حل مسائل خود می‌پرداختند و روابط عاطفی بین اعضای خانواده بهبود یافته بود. ضمناً مراجع در کنکور سراسری شرکت کرده و در رشته زبان انگلیسی در یکی از دانشگاه‌های خوب تهران مشغول به تحصیل شده است.

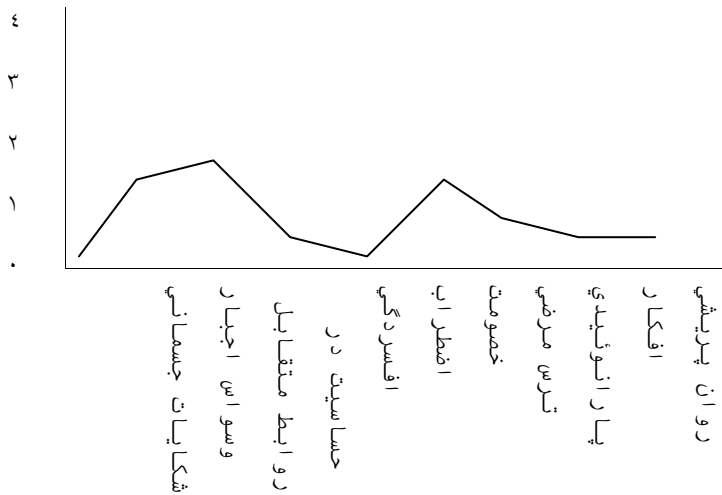


نمودار ۳: نتایج آزمون MMPI

بعد از درمان

قبل از درمان
بعد از درمان

۲	۴۳	نمره آزمون بلند
۰	۱۶	نمره آزمون کوتاه



نمودار ۴: نتایج آزمون SCL-90-R بعد از درمان

نمودار ۴: نتایج آزمون SCL-90-R بعد از درمان

آزمودنی دوم

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 شدند. نتیجه آزمودن 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 می‌خوابیده 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 او 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، 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 را به همسر 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 به طور انفرادی برگزار شد، مراجع با استفاده از روش حساسیت‌زدایی خیالی، 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 آزمون‌های SCL-90-R و MMPI پس از درمان نرمال بود..

آزمودنی سوم

خانم ش - ب ۳۲ ساله دارای تحصیلات Rپایان یافت لیسانس و خانه‌دار است و همسر او ۳۶ ساله فوق لیسانس، وکیل دادگستری است و یک فرزند دختر یکساله 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».

تدابیر تشخیصی: آزمون‌های MMPI (نمودار ۵) SCL-90-R (نمودار ۶)، و پرسشنامه افسردگی بک (جدول ۲)، اجرا شدند. نتیجه این آزمون‌ها مبین 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 ۲۰S 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.

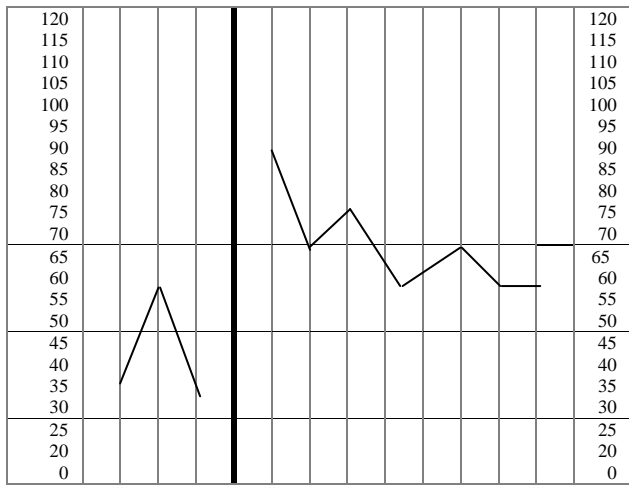
تدابیر درمانی: پس از دو جلسه مصاحبه و انجام آزمون، نتایج آزمون‌های اجرا شده برای آزمودنی تفسیر شد و درمانگر هراس خاص، افسردگی، وسواس و هیپوکندریا را به عنوان اختلالات اصلی مراجع با وی مطرح کرد. مراجع ضمن تأیید وجود اختلال‌های مذکور گفت که این اختلال‌ها، به خصوص

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 شد 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 میچ 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 نمی‌ترسد و به راحتی وارد استخر می‌شود. برای ادامه تحصیل انگیزه پیدا کرده و مطالعه می‌کند. به طور گذرا به مرگ فکر می‌کند و دچار ترس می‌شود، ولی به سرعت افکار منطقی را جایگزین می‌کند. 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 می‌دهد ناراحت بود و می‌گفت همسرش بیشتر وقت خود را صرف کار می‌کند. در جلسه خانوادگی بعدی ضمن آموزش‌های 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 می‌ورزید. 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

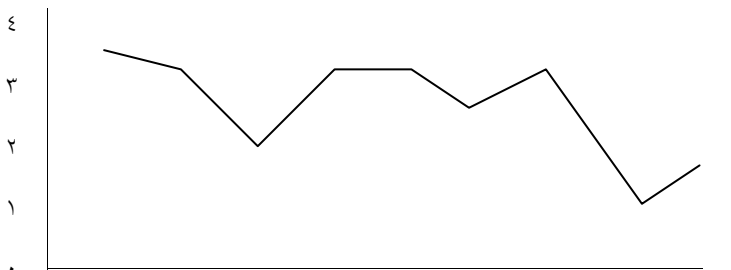
شد. مراجع اظهار کرد که سفر حج در پیش دارد، ولی به شدت دچار ترس از هواپیما است و شاید سفر را لغو کند. زیرا چند سال پیش با هواپیما به مشهد رفته و هواپیما در چاه هوایی افتاده و حال مراجع بسیار بد شده است. درمانگر با روش حساسیت‌زدایی خیالی او را با صحنه‌های مختلف سوار شدن به هواپیما مواجهه کرد. در صحنه‌های اول مراجع دچار اضطراب شد، ولی در مواجهه با صحنه‌های 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 تنش‌زدایی به تصویرسازی ذهنی سوار شدن به هواپیما بپردازد. مراجع در جلسات بعد اظهار کرد که با انجام این تمرین‌ها ترس او از بین رفته است. در یکی از جلسات خانوادگی روش حل مسئله و مثبت‌نگری 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 حمایت‌های خانوادگی پس از فوت اعضای خانواده مراجع به طور ناهشیارانه به دنبال پناهگاهی امن می‌گردد و شکایت‌های 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 می‌شد. در آخرین جلسه درمان مراجع اظهار کرد که دیگر به مرگ نمی‌اندیشد، دچار کابوس نمی‌شود، رابطه او با همسر خوب شده بود، با هم صحبت می‌کنند، به پیاده‌روی می‌روند و هیچ گونه ناراحتی ندارند. در پایان جلسات درمان آزمون MMPI (نمودار ۷)، آزمون SCL-90-R (نمودار ۸) و پرسشنامه افسردگی بک (جدول ۲) اجرا شد. نتایج بیانگر بهنجار بودن مراجع در میزان‌های مختلف بود. قابل ذکر است که هر دو مراجع یک سال پس از درمان مورد پیگیری واقع شدند و هیچ گونه علائم و نشانه‌های بازگشت اختلال را از خود نشان ندادند.

L F K Hs D Hy Pd Pa Pt Sc Ma



۱۴ ۱۱ ۸

نموداره : نتایج آزمون MMPI
قبل از درمان



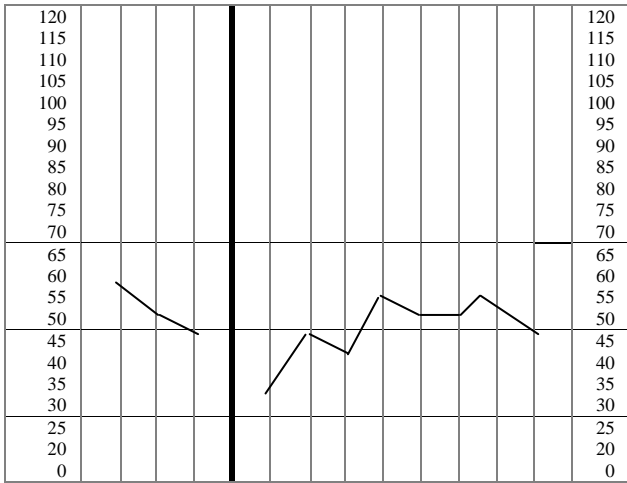
روان پریشی
افکار
پارانوئیدی
ترس مرضی
خصومت
اضطراب
افسردگی
حساسیت در
روابط متقابل
و سواس اجبار
شکایات جسمانی

نمودار ۶ : آزمون SCL-90-R قبل
از درمان

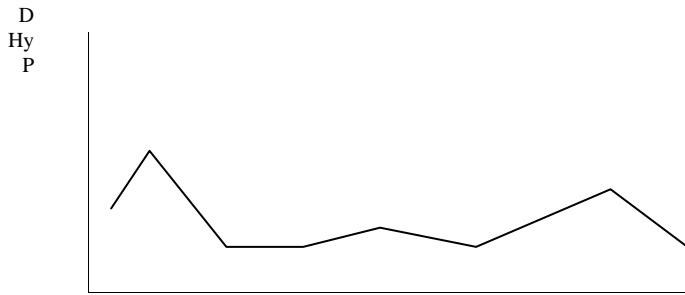
فرم کوتاه	فرم بلند	
۲۰	۴۲	قبل از درمان
۳	۱۰	بعد از درمان

جدول ۲: نمرات پرسشنامه افسردگی بک قبل و بعد از درمان

L F K Hs D Hy Pd Pa Pt Sc Ma



L F K Hs



آزمودنی چهارم و آزمودنی پنجم

آقای پ- م ۱۸ ساله با تحص

است. مادر ۴۳ ساله و دارای لیسا

d Pa Pt Sc Ma
< 0 0 0
P
> > >

نه

طول درمان: ۳۹ جلسه با مراجعه هفته‌ای یکبار.

آزمودنی در اولین جلسه درمان اظهار کرد: "یکسال است که احساس می‌کنم خودم نیستم، خیلی می‌ترسم، هر جا وارد می‌شوم دچار استرس می‌شوم، صدایم می‌گیرد، در گلویم احساس فشار می‌کنم، از همه بدم می‌آید، از ورود به اجتماع مانند رفتن به میهمانی، سوار شدن به اتوبوس و غیره ناراحت می‌شوم زیرا احساس می‌کنم همه مرا نگاه می‌کنند، از آدم‌ها به ویژه خانم‌ها می‌ترسم، از خنده و خوشحالی دیگران متنفرم چون خودم نمی‌توانم خوشحال باشم و انگیزه‌های تحصیلی‌ام کم شده است. در مورد نماز خواندن نیز وسواس دارم گاهی ۱۰ بار نمازم را تکرار می‌کنم و حمام را خیلی طول می‌دهم و به دفعات

زیاد به حمام می‌روم چون دائم فکر می‌کنم کثیف هستم." مراجع همچنین اظهار داشت که مادرش بسیار سلطه‌گر است و معتقد است او فقط باید درس بخواند. مادر دارای وسواس و اضطراب است و هیچ چیز در او شوق ایجاد نمی‌کند و دائم حرف‌های مایوس کننده می‌زند و به پوچی زندگی می‌اندیشد. پدر مراجع خجالتی، غیراجتماعی و در عین حال عصبانی است. پدر و مادر مراجع به دلیل شاغل بودن، فرزند خود را به پدربزرگ و مادربزرگ سپرده‌اند و مراجع زیر نظر آنان تربیت شده است. مادر بزرگ بسیار سخت‌گیر بوده و در آداب توالت رفتن و نظافت وسواس داشته و در مورد آن‌ها به مراجع بسیار سخت‌گیری می‌کرده است. در حال حاضر مراجع به مادر خود وابستگی بسیاری دارد. گاهی استمناء می‌کند و در پی آن دچار احساس گناه می‌شود.

آزمودنی پنجم

خانم آ- ی ۲۰ ساله، دانشجوی، دارای دو برادر با مدرک کارشناسی و یک خواهر با مدرک مهندسی و فرزند آخر خانواده است. پدر ۵۸ ساله دارای دیپلم و بازنشسته است. مادر ۴۸ ساله با تحصیلات سیکل و خانه‌دار است.

طول درمان: ۲۳ جلسه با مراجعه هفته‌ای یکبار.

مراجع در اولین جلسه درمان اظهار کرد "از سال سوم ابتدایی حالت بی‌هویتی پیدا کرده‌ام. گاهی بیهوش می‌شوم، قبل از بیهوشی ضربان قلبم تند می‌شود و تا چند دقیقه متوجه چیزی نمی‌شوم و ناگهان خود را در حال داد و فریاد می‌بینم. به پزشک مغز و اعصاب مراجعه کرده‌ام و نوار مغزی گرفته‌ام ولی از نظر مغزی مشکلی ندارم. اضطراب دارم و خیلی زود عصبانی می‌شوم. تحت هیچ شرایطی مایل نیستم که به تنهایی از منزل خارج شوم. چندبار وقتی به توصیه درمانگران تنها از منزل خارج شدم به هنگام مراجعت به خانه حالم بهم خورده است. از سگ و گربه به شدت می‌ترسم و یادم می‌آید که چند سال قبل وقتی از خانه به مدرسه می‌رفتم دوتا پسر با سگ خود مرا ترساندند. از آن زمان به بعد بسیار ترسو شده‌ام و هیچوقت به تنهایی از منزل خارج نمی‌شوم. رابطه‌ام با اعضای خانواده خوب است ولی آن‌ها هم زود عصبی می‌شوند. خواهرم حساس و بداخلاق است."

تدابیر تشخیصی: جهت تشخیص نوع اختلال آزمودنی‌ها، علاوه بر مصاحبه بالینی و توجه به ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR در مورد هراس اجتماعی، به منظور تشخیص اختلالات جانبی همراه از آزمون MMPI نیز استفاده شد. نتایج آزمون MMPI (نمودار ۹) در مورد آزمودنی چهارم علاوه بر هراس اجتماعی، بیانگر وجود اضطراب، افسردگی و وسواس بود. افکار پارانوئیدی، احساس درماندگی، ضعف جسمانی و کمال‌گرایی نیز از ویژگی‌هایی است که در نتایج آزمون‌های پیش گفته مشاهده شده است. در مورد آزمودنی پنجم نتایج آزمون‌های MMPI و SCL-90 و مصاحبه بالینی، بجز تأیید هراس اجتماعی در سایر میزان‌ها نرمال بود. به نظر می‌رسد آزمودنی پنجم دارای اختلالات جانبی

همراه با هراس اجتماعی نباشد. برای حصول اطمینان از نوع اختلال، آزمودنی‌ها به روان‌پزشک ارجاع داده شدند. روان‌پزشک نیز وجود اختلال هراس اجتماعی را در هر دو آزمودنی تأیید کرد.

تدابیر درمانی: در جلسه‌های درمانی، ابتدا نتایج آزمون‌های انجام شده برای هر دو آزمودنی به‌طور جداگانه تفسیر شد. در طی جلسه‌هایی با حضور والدین روابط بین اعضای خانواده بررسی شد. هم‌چنین نتایج آزمون‌ها برای والدین توضیح داده شد و بر نقش خانواده و محیط در شکل‌گیری ترس و اضطراب تأکید شد.

در جلسات اولیه که آزمودنی چهارم همراه با اعضای خانواده آمده بود، مادر مراجع اظهار کرد که فرزندش از سال گذشته دچار اضطراب شده و این امر بر کارکردهای تحصیلی او تأثیر گذاشته است. دارو هم مصرف کرده ولی تأثیر چندانی نداشته است. مراجع نیز اظهار کرد "یکی دو سال است که خودم نیستم، خیلی می‌ترسم، هر جا که وارد می‌شوم ترس و اضطراب دارم و صحبت نمی‌کنم، از رفتن در جمع خوشم نمی‌آید و حتی کلاس کنکور هم نمی‌روم زیرا از آدم‌ها وحشت دارم تقریباً از همه حتی اعضای خانواده‌ام بدم می‌آید. احساس می‌کنم همه مرا نگاه و مسخره می‌کنند. وسواس هم پیدا کرده‌ام و گاهی ۱۰ بار نماز را تکرار می‌کنم. در شستشو هم وسواس دارم، در حمام و توالت خیلی وقت صرف می‌کنم در اغلب موارد حمام ۲ ساعت طول می‌کشد، گاهی استمناء می‌کنم و احساس گناه شدید دارم و فکر می‌کنم هیچ کنترلی روی کارهای روزانه‌ام ندارم. از خندیدن و خوشحالی دیگران متنفرم چون خودم نمی‌توانم خوشحال باشم". پس از مصاحبه و اجرای آزمون‌های تشخیصی، درمان شناختی- رفتاری شروع شد. در اولین گام از آزمودنی درخواست شد تا فرم افکار و اعمال وسواسی را تکمیل کند و به‌طور مرتب به ورزش به ویژه شنا بپردازد. تنش‌زدایی نیز به مراجع آموزش داده شد و از او درخواست شد که هر روز آن را به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه انجام دهد.

در هر جلسه درمانی علاوه بر کنترل و اصلاح روابط بین اعضای خانواده، جدول افکار و اعمال وسواسی و افکار جایگزین توسط درمانگر بررسی می‌شد. از جلسه چهارم به بعد افکار و اعمال وسواسی کاهش پیدا کرد و قرار شد که آزمودنی قطعه‌کشی را نیز به دست خود ببندد و هر وقت که با افکار وسواسی مواجه شد آن را بکشد تا ضربه‌ای به دستش نخورد و افکار منطقی را هم جایگزین افکار غیرمنطقی کند.

در یکی از جلسات خانوادگی که مشکل اعضای خانواده به شکل تعاملی مورد بحث و بررسی قرار گرفته بود مشخص شد که مادر در رابطه با مسائل بهداشتی در مورد فرزندان خود سخت‌گیری زیادی دارد. به مادر نیز توصیه شد که فرم افکار غیرمنطقی را تکمیل کند و افکار جایگزین و منطقی را نیز یادداشت کند. در یکی از جلسات انفرادی مراجع در رابطه با افکار غیرمنطقی خود گفت نگران فوت والدین است، به پوچی زندگی و اینکه چرا برخی قوی‌تر از بقیه هستند فکر می‌کند. و احساس می‌کند هیچ‌چیز در او شوق بر نمی‌انگیزد. در این رابطه درمانگر بر جایگزینی افکار منطقی تأکید کرد. هم‌چنین

مراجع به انجام مرتب فعالیت‌های ورزشی مانند شنا و بدنسازی تشویق شد. به تدریج ارتباط آزمودنی با مادر بهبود یافت. او اظهار کرد که در امتحانی که داشته توانسته تمرکز حواس خوبی داشته باشد. البته در تمامی این مراحل، مراجع در هیچ مکانی به تنهایی رفت و آمد نمی‌کرد.

در یکی از جلسات خانوادگی در مورد ترس‌های مراجع از کودکی تا بحال صحبت شد و مادر اظهار کرد که همیشه از کودکی مراجع را زیر نظر داشته و مایل بوده که بهترین باشد. آزمودنی نیز برترس از حضور در اجتماع صحبت کرد. درمانگر ضمن آموزش حساسیت زدایی و مواجهه ذهنی در رابطه با موقعیت‌های هراس آور، به مراجع توصیه کرد که با مواردی که از آن می‌ترسد مواجه شود و سعی کند که جاهایی مثل استخر یا کلاس‌های کنکور را به تنهایی برود. در جلسات درمانی بعدی پدر و مادر اظهار نمودند که فرزند آنها سعی می‌کند گاهی اوقات به تنهایی در جاهایی رفت و آمد کند. ضمناً مراجع نیز اظهار نمود که اعمال و سواسی او کاملاً از بین رفته و افکار و سواسی بسیار کاهش یافته است.

در یکی از جلسات انفرادی با مادر در مورد شیوه تربیت مراجع و رابطه او با همسر صحبت شد. مشخص شد که مراجع از کودکی خجالتی بوده و به مادر وابستگی زیادی داشته است. به گفته مادر، پدر مراجع نیز خجالتی است و اجتماعی نیست. در جلسه انفرادی با مراجع ضمن تمرین بازسازی شناختی، در مورد روابط اجتماعی صحبت شد و از او درخواست شد که با وسایل نقلیه عمومی رفت و آمد کند و گاهی اوقات اگر از دیگران پرسشی دارد محترمانه سؤال کند. پس از ده جلسه درمان افکار و سواسی و اضطراب مراجع کاملاً از بین رفت و اظهار کرد که می‌تواند به تنهایی به مکان‌های عمومی مانند سینما برود ولی نمی‌تواند با کسی صحبت کند و احساس ترس او از محیط‌های اجتماعی کم شده است، با یکی از دوستان خود گاهی تلفنی صحبت می‌کند، و در کنکور آزمایشی شرکت می‌کند. او از کمبود روابط عاطفی بین اعضای خانواده و لحن تحکم‌آمیز مادر ناراحت بود. در جلسه بعدی با پدر و مادر بدون حضور مراجع در مورد رابطه با فرزند صحبت شد. درمانگر به آنان توصیه کرد از کنترل شدید مراجع بپرهیزند و درباره درس و برخی مسائل به او اختیار بدهند. از پدر نیز درخواست شد با مراجع به کوه و استخر برود تا روابط عاطفی آنان بهبود یابد.

در جلسات بعدی خانوادگی ضمن تمرین بازسازی شناختی اعضای خانواده، مراجع اظهار کرد که از جلسه گذشته تاکنون توانسته است به تنهایی و با وسیله نقلیه عمومی به مرکز شهر رفته، به مردم، و خیابان‌ها و فروشگاه‌ها نگاه کرده، و وسایل مورد نیاز خود را بخرد. والدین نیز موارد گفته شده را تأیید نمودند. درمانگر به او توصیه کرد اینکار را مرتب تکرار کند و ورزش را نیز رها نکند.

در یکی از جلسات انفرادی با مادر اظهار کرد که سواسی خودش خیلی بهتر شده است و ضمناً سعی می‌کند به مراجع زیاد دستور ندهد و در بعضی زمینه‌ها مانند نحوه درس خواندن به او آزادی داده است. درمانگر توصیه کرد که مراجع را در مسئولیت‌های خانه سهیم کنند و او را تشویق نمایند کارهای خارج از منزل را به تنهایی انجام دهد. چند جلسه نیز با حضور تمامی اعضای خانواده تشکیل شد. در این

جلسات در مورد روابط خانوادگی و تأثیر آن بر بروز، نگهداری و در نتیجه درمان اختلالات روانی صحبت شد. روش حل مسئله نیز توضیح داده شد و از اعضای خانواده درخواست شد در حضور درمانگر مسئله‌ای را مطرح و در مورد آن صحبت کنند در نهایت نیز قرار شد هر روز در خانه در مورد یکی از مشکلات خانواده به بحث و گفتگو بپردازند.

در جلسات خانوادگی هم‌چنین در مورد مثبت‌نگری صحبت شد و قرار شد همه اعضای خانواده فرم نقاط قوت را تکمیل کنند. و خاطرات خوبی را که باهم داشته‌اند بنویسند. در هر جلسه نیز فرم نقاط قوت و خاطرات از سوی درمانگر بازبینی می‌شد و درمانگر و اعضای خانواده در مورد آن به بحث و گفتگو می‌پرداختند.

پس از طی بیست و هشت جلسه درمانی مراجع در برقراری روابط اجتماعی و بیرون رفتن به تنهایی دیگر مشکلی نداشت، وسواس فکری و عملی کاملاً از بین رفته بود و در کنکور نیز موفق شده بود. در یکی از جلسات انفرادی با مادر، درمانگر ضمن تشریح وضعیت مراجع که بهبود یافته است برای مادر توضیح داده شد که کنترل شدید مادر در گذشته موجب ایجاد احساسات منفی در فرزند نسبت به او شده است و همین امر موجب می‌شده که خلاف میل و نظر مادر رفتار کند زیرا احساس استقلال نمی‌کرده و این احساس را داشته است که با او مانند بچه رفتار می‌شود. بر این اساس برای حفظ روابط خانوادگی لازم است آزادی عمل داده شده به فرزند کماکان ادامه یابد.

در جلسات انفرادی، مراجع اظهار کرد که روابطش با مادر بهتر شده زیرا کمتر او را کنترل می‌کند. در دانشگاه نیز چند دوست پیدا کرده که با آنها در مورد مسائل مختلف صحبت می‌کند. قرار شد مراجع به مادر آرامش بدهد و به او کمک کند تا وسواسش کاملاً از بین برود.

به تدریج با نوشتن خاطرات خوب و فرم نقاط قوت از سوی اعضای خانواده و تکمیل فرم وسواس فکری و عملی از سوی مادر روابط خانوادگی بهبود یافت. ارتباط مراجع با پدر و مادر خوب شد، وسواس فکری و عملی مادر نیز از بین رفت. مراجع نیز با دوستان خود ارتباط خوبی برقرار کرده بود و با یکدیگر درس می‌خوانند. برای اطمینان از بهبود کامل مراجع آزمون‌های MMPI دوباره اجرا شد. نتایج این آزمون‌ها نیز مبین بهبودی مراجع بود (نمودار شماره ۱۰).

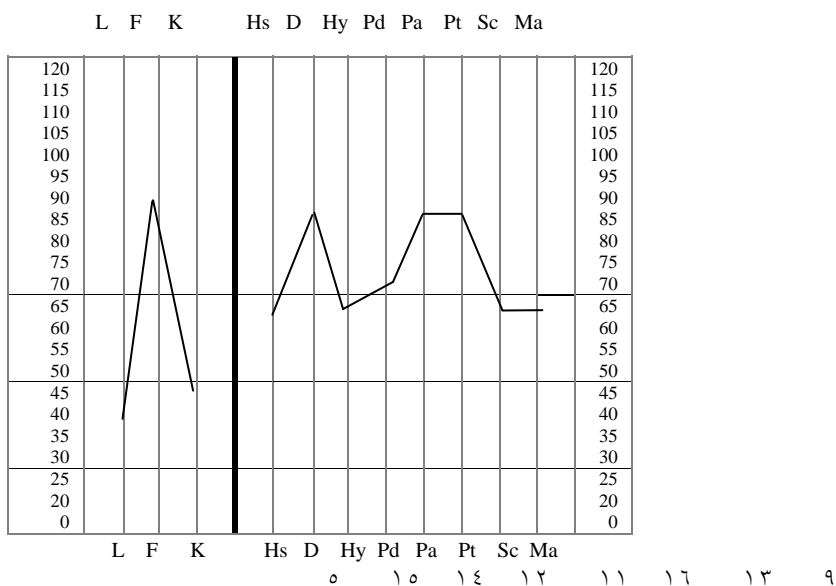
پنجمین آزمودنی که هراس اجتماعی داشت در اولین جلسه اظهار کرد که از کلاس سوم ابتدایی احساس بی‌هویتی داشته است. تحت هیچ شرایطی قادر نیست به تنهایی از منزل خارج شود زیرا هرگاه به تنهایی به مدرسه یا کلاس کنکور می‌رفته حالش بهم می‌خورده و بیهوش می‌شده است. او گفت قبل از اینکه بیهوش شود ضربان قلبش شدت می‌گیرد و می‌نشیند و تا چند دقیقه متوجه چیزی نمی‌شود و ناگهان خود را در حال داد و فریاد می‌بیند، از سگ و گربه نیز به شدت می‌ترسد. مراجع اظهار کرد که در دوره راهنمایی دو پسر با یک سگ او را دنبال کرده و ترسانده‌اند و از آن زمان به بعد به تنهایی بیرون نرفته است. پس از مصاحبه آزمون‌های MMPI و SCL-90-R اجرا شد. نتایج هر دو آزمون بجز هراس

اجتماعی در سایر میزان‌ها نرمال بود. درمانگر بر اساس مصاحبه‌های بالینی و طبق ضوابط DSM-IV-TR تشخیص هراس اجتماعی را در مورد آزمودنی تأیید نمود. روابط عاطفی خانواده خوب بود با اینحال مراجع فقط با مادر و خواهر خود از منزل خارج می‌شد و حتی با پدر و برادر نیز به بیرون از منزل نمی‌رفت. در اولین جلسه خانوادگی نتایج آزمون‌ها برای مراجع و پدر و مادر او تفسیر شد. در این جلسه مادر اظهار کرد که خود او هم از هواپیما، ارتفاع و مار می‌ترسد. در جلسات خانوادگی ضمن آموزش حساسیت زدایی و مواجهه ذهنی در رابطه با موارد هراس آور به مادر و دختر توصیه شد با محرک‌هایی که آنان را دچار ترس می‌کنند مواجه شوند. ضمناً درمانگر به آنان توصیه کرد حتماً اوقات فراغت خود را با ورزش به ویژه شنا پر کنند به مراجع نیز توصیه کرد به عنوان اولین گام با پدر و برادر هم از منزل خارج شود.

در جلسه بعد که با شرکت اعضای خانواده تشکیل شد مراجع اظهار کرد که حالش بهتر شده و سعی کرده است کارهایی را به تنهایی انجام دهد. تنها مشکلی که افراد خانواده داشتند این بود که پدر، خواهر، برادر و خود مراجع در مواجهه با مشکلات عصبانی می‌شوند و داد و فریاد می‌کنند. بر این اساس روش حل مسئله از طریق طرح مسائل در جلسات خانوادگی آموزش داده شد. در جلسات بعد درمانگر از اعضای خانواده خواست تا فرم نقاط قوت را تکمیل کنند و خاطرات خوب خود را نیز بنویسند تا در جلسات آینده در مورد آن به بحث و گفتگو بپردازند. پس از طی هشت جلسه درمان، مراجع اظهار کرد بنا به گفته درمانگر به تنهایی بیرون می‌رود ولی اینکار را دوست ندارد. در این زمینه درمانگر ضمن آموزش بازسازی شناختی، در مورد روند درمان و اینکه پیشرفت او خوب بوده و حتی الامکان باید با مواردی که از مواجهه با آن ترس دارد روبرو شود نیز صحبت کرد. پس از چند جلسه خانواده درمانی و استفاده از تکنیک‌های شناختی- رفتاری در یکی از جلسات، مادر اظهار کرد که سال گذشته دخترش حتی برای شرکت در کنکور حاضر نشده به تنهایی وارد سالن شود و مادر با التماس و با کمک مسئولان اجرایی کنکور او را به داخل سالن فرستاده است ولی امسال او کاملاً راحت بوده و خودش برای کنکور رفته و هیچ ترسی نداشته است. بعد از کنکور نیز مراجع به مدت یک ماه به شهرستان به منزل یکی از اقوام خود رفته و هیچ مشکلی نداشته است.

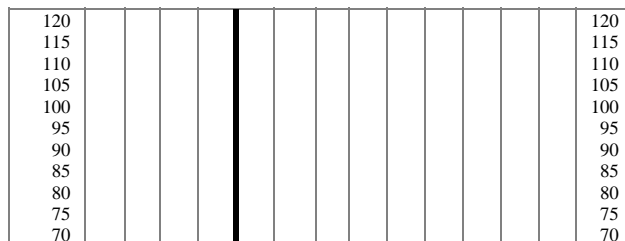
پس از اینکه مراجع در کنکور موفق شد از رفتن به دانشگاه هراس داشت. مراجع اظهار نمود که نمی‌توانم به تنهایی به دانشگاه بروم. در این رابطه آموزش تنش زدایی به وی داده شد و درمانگر از او خواست اینکار را روزی ۲۰ تا ۳۰ دقیقه انجام دهد. در ضمن مراجع با روش حساسیت زدایی ذهنی مراجع با صحنه رفتن به دانشگاه به تنهایی مواجه شد. در جلسات بعد مادر مراجع اظهار کرد که دخترش بدون مشکل و با آژانس به دانشگاه رفته است که درمانگر به مراجع توصیه کرد گاهی از وسایل نقلیه عمومی برای رفتن به دانشگاه استفاده کند. به تدریج ترس از حضور در جمع در مراجع از بین رفت و به تنهایی و با استفاده از وسایل نقلیه عمومی به دانشگاه می‌رفت.

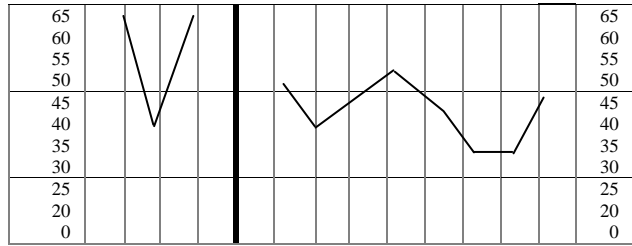
بدین ترتیب با استفاده از تکنیک‌های شناختی- رفتاری مانند تنش زدایی، آموزش حل مسئله و مرور نقاط قوت یکدیگر و آموزش خانواده هر دو آزمودنی باهراس اجتماعی بهبودی کامل یافتند. درمانگر در آخرین جلسه انفرادی مجدداً آزمون‌های MMPI و SCL-90 را در مورد آزمودنی‌ها اجرا کرد و در جلسه‌ای خانوادگی نتایج آنها را برای اعضای خانواده تفسیر نمود. با توجه به نتایج این آزمون‌ها و ملاک‌های DSM-IV-TR هر دو آزمودنی بهبودی کامل یافتند و نشانه‌ای از هراس اجتماعی و سایر اختلالات همراه در آنان مشاهده نشد. آزمودنی‌ها تا یکسال مورد پیگیری پس از درمان بودند و هیچگونه اثری از عودت نشانه‌های هراس اجتماعی، اضطراب، وسواس و افسردگی مشاهده نشد.



نمودار ۹: نیمرخ روانی مراجع
در آزمون MMPI قبل از درمان

L F K Hs D Hy Pd Pa Pt Sc Ma





L F K Hs D Hy Pd Pa Pt Sc Ma
 ۴ ۴ ۹ ۶ ۴

۳ ۳ ۴

نمودار ۱۰: نیمرخ روانی مراجع
 درآزمون MMPI بعد از درمان

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که خانواده درمانی با استفاده از فنون شناختی - رفتاری مانند آموزش حل مسئله، تنش زدایی، مثبت‌نگری خانوادگی، و خودبازبینی، کارایی بسیاری در درمان اختلالات افسردگی و اضطرابی دارد. همانگونه که مشاهده شد آزمودنی‌های مورد مطالعه دارای افسردگی اساسی، هراس خاص و هراس اجتماعی بودند و روان‌درمانگر با استفاده از خانواده درمانی و از طریق جلب مشارکت اعضای خانواده به بهبود روابط خانوادگی و تغییر الگوهای تفکر در اعضای خانواده، به درمان مراجعان پرداخت.

عواملی نظیر تحریف‌های شناختی، نگرش منفی نسبت به خود، نداشتن خود نظم‌دهی و فشارهای محیطی از جمله عواملی بودند که به رشد افسردگی و اضطراب مراجعان کمک می‌کردند. علاوه بر این، کافی نبودن مهارت‌های درون فردی مراجعان در رشد و نگهداری افسردگی و اضطراب آنان نقش داشتند. بنابراین، در فرایند درمان عوامل خانوادگی و عوامل شناختی بسیاری مورد توجه قرار گرفتند.

از جنبه شناختی، مواجهه، آموزش مهارت‌های حل مسئله و اصلاح شناخت‌های غیر انطباقی مورد توجه قرار گرفت و از جنبه رفتاری، به افزایش تجارب لذت بخش، افزایش مهارت‌های اجتماعی، حساسیت زدایی و خودبازبینی توجه شد. در خانواده درمانی نیز بر تعمیم مهارت‌های یادگرفته شده به سایر محیط‌ها و بهبود روابط خانوادگی تأکید شد.

یافته‌های این پژوهش بیانگر تأثیر روش ترکیبی خانواده درمانی با تأکید بر رویکرد شناختی - رفتاری در درمان افسردگی و اضطراب است که با یافته‌های پژوهش‌هایی که در این زمینه صورت گرفته‌اند همخوانی دارد. به عنوان مثال آسارنو، جای کوکس و تامپسون (۲۰۰۱) تأثیر خانواده درمانی با تأکید بر رویکرد شناختی - رفتاری را در بهبود نشانگان افسردگی مثبت گزارش کردند. در این پژوهش بر آموزش مهارت‌های حل مسئله و تأثیر آن بر بهبود روابط اعضای خانواده نیز تأکید شده است.

آسارنو و اسکات (۱۹۹۹) ترکیبی از درمان شناختی - رفتاری و خانواده درمانی را در مورد شماری از دانش‌آموزان افسرده پایه‌های کلاسی چهارم تا ششم به کار بردند. آن‌ها بر آموزش مهارت‌های اساسی و تعمیم آن به محیط زندگی تأکید کردند. نتایج این پژوهش مبین بهبود افسردگی کودکان گروهی بود که تحت درمان شناختی - رفتاری و خانواده درمانی قرار گرفته بودند. فریستد، گاوازی و سولدانو (۱۹۹۸) تأثیر خانواده را در بهبود اختلالات خلقی بررسی کردند. آن‌ها عوامل واسطه‌ای مؤثر بر بروز اختلالات خلقی، عوامل درون فردی، اهمیت مهارت‌های اجتماعی و تأثیر فشارهای روانی بر بروز اختلالات خلقی، روش‌های انطباق با مشکلات و حل مسئله را به خانواده‌ها آموزش دادند. در پایان جلسه‌های آموزشی، مراجعان بهبود نشانگان بالینی و اعضای خانواده، ایجاد تغییرات مثبت در تعامل‌های بین فردی

را گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز نتایج مصاحبه پس از درمان با مراجعان و اعضای خانواده و آزمون‌های روان‌شناختی مبین بهبود نشانگان افسردگی و تغییر در روابط بین فردی اعضای خانواده بود. برنت و دیگران (۱۹۹۸) نقش آموزش خانواده را در درمان افسردگی جوانان مطالعه کردند. آن‌ها خانواده‌های گروهی از جوانان افسرده را در زمینه ماهیت افسردگی، نگرش نسبت به افسردگی و درمان آن آموزش دادند. در پایان دوره آموزشی ۹۸ درصد افرادی که در این کلاس‌ها شرکت کرده بودند، این آموزش‌ها را مفید تلقی کردند که با یافته‌های پژوهش حاضر هم سویی دارد.

ویسمن و همکاران (۱۹۹۷) در یک مطالعه طولی دو گروه از والدین و فرزندان آنان را با یکدیگر مقایسه کردند. گروه اول افرادی بودند که والدین آن‌ها هیچگونه اختلال روان‌شناختی نداشتند. در گروه دوم حداقل یکی از والدین دارای افسردگی اساسی بودند. نتایج این مطالعه نشان داد کودکان با والدین افسرده در مقایسه با گروه دیگر به ویژه قبل از بلوغ نشانگان افسردگی را به میزان بیشتری نشان می‌دهند. این مطالعه بیانگر اهمیت خانواده در بروز اختلالات کودکان به ویژه افسردگی است.

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 خانوادگی 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) نیز 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 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 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.

بارت و دیگران (۱۹۹۶) رابطه چگونگی پردازش شناختی کودکان و خانواده‌های آنان را بررسی کردند. آن‌ها کودکان را از طریق طرح پرسش‌هایی با موقعیت‌های مبهم مواجه کردند و پاسخ آنان را در رابطه با موقعیت‌های مورد نظر یکبار قبل و یکبار پس از مشورت با والدین جویا شدند. نتایج این پژوهش نشان داد، پاسخ‌های تعداد قابل توجهی از کودکان مضطرب پس از مشورت با والدین تغییر یافت. آنان پس از مشورت با والدین خود پاسخ‌های تهدید کننده‌تری به موقعیت‌ها دادند. لازم به ذکر است که این خانواده‌ها در مورد راهنمایی کودکان خود در ارائه پاسخ‌های تهدید کننده آموزش داده شده بودند.

در پژوهش مشابه دیگری که از سوی کورپیتا، آلبانو و بارلو (۱۹۹۶) صورت گرفت پاسخ‌های چهار کودک مضطرب به موقعیت‌های مبهم فرضی قبل و بعد از گفتگو با خانواده بررسی شد. با این تفاوت که در این پژوهش خانواده‌ها در زمینه راهنمایی کودکان خود به سوی ارائه پاسخ‌های اجتماعی آموزش دیدند. نتیجه این پژوهش نیز نشان داد کودکان پس از مشورت با خانواده خود پاسخ‌های اجتماعی

بیشتری به موقعیت‌ها دادند. این یافته‌ها مؤید تأثیر خانواده بر پردازش شناختی کودکان و نقش آموزش در چگونگی برخورد خانواده با مسائل کودکان است که با مبانی نظری و نتایج حاصل از پژوهش حاضر همخوانی دارند.

هایوارد (۲۰۰۰) نیز ۳۵ دختر نوجوان باهراس اجتماعی را مطالعه کرد. او ۱۲ نفر از آزمودنی‌ها را به عنوان گروه آزمایشی به‌طور گروهی تحت درمان شناختی- رفتاری قرارداد و ۲۳ نفر نیز به عنوان گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. پس از اتمام درمان تفاوت بین دو گروه از نظر نشانگان هراس اجتماعی معنادار بود. نتایج این پژوهش نیز مؤید تأثیر روش‌های شناختی - رفتاری در بهبود نشانگان هراس اجتماعی بود. با این تفاوت که بر اساس یافته‌های این پژوهش پس از یکسال پیگیری پس از درمان تفاوت بین دو گروه آزمایشی و کنترل کاهش یافت. به نظر می‌رسد که درمان، تأثیر کوتاه مدت داشته است. عدم همخوانی این یافته با یافته‌های پژوهش‌های مشابه را می‌توان به عدم به کارگیری خانواده درمانی و آموزش خانواده در فرایند درمان نسبت داد. زیرا پس از اتمام درمان، فرد با درمانگر تعامل ندارد و بیشترین تعامل را با اعضای خانواده دارد. به همین دلیل آموزش خانواده در حفظ تأثیر درمان نقش به‌سزایی دارد. هنگامی که اعضای خانواده با استفاده از روش‌های مناسب به حل تعارض‌های خانوادگی بپردازند، فرد دارای اختلال نیز تحت فشارهای روانی قرار نمی‌گیرد. این امر بر تداوم درمان کمک می‌کند. 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 روابی 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 آزمودنی‌ها از بین مراجعان یکی از کلینیک‌ها 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 به‌طور اخص بود. پژوهش‌های پیشین در زمینه موضوع مورد مطالعه امکان تدوین فرضیه‌های متعدد و مقایسه نتایج پژوهش‌های انجام شده و بحث و نتیجه‌گیری گسترده‌تر 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 اختلالات افسردگی و اضطرابی 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. هم چنین به مسئولان آموزش و پرورش و درمانگران پیشنهاد می‌شود آموزش خانواده را در برنامه‌های خود بگنجانند.

منابع

خدایاری فرد، محمد. (۱۳۷۹). کاربرد مثبت‌نگری در روان‌درمانگری 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 درمان‌گری نوجوانان*. ترجمه محمد خدایاری فرد و یاسمین عابدینی. (۱۳۸۳). تهران: انتشارات رشد.

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, I. D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 74-79.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition Text Revision. Washington, DC: Author.
- Asarnow, J. R., Jaycox, L. H., & Tompson, M. C. (2001). Depression in youth: Psychosocial interventions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 15-33.
- Asarnow, J. R., & Scott, C. (1999). *Combined family education and group cognitive-behavior therapy with preadolescent children: A preliminary study*. Manuscript in preparation.
- Albano, A. M., & Barlow, D. H. (1996). Breaking the vicious cycle: Cognitive behavioral group treatment for socially anxious youth. In *Psycho-social treatment for clinical practice*, Hobbs ED, Jensen PC, eds. Washington, DC: American Psychological Association.
- Beardslee, W. R., Versage, E. M., & Gladstone, T. R. G. (1998). Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1134-1147.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive theory and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Benson, H. (1985). *Beyond the Relaxation Response*. New York: Berkley Books.
- Brent, D. A., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Bridge, J., Roth, C., & Holder, D. (1998). Predictors of treatment efficacy in a clinical trial of three psychosocial treatments for adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 770-774.
- Berk, L. (1997). *Child development* (4th ed). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Bukatko, D., & Daehler, M. W. (2001). *Child development: A thematic approach* (4th ed). 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). Symptoms 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 refusal. 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.
- Barrett, P-M., Rapee, R.M., Dadds, M.R., & Ryan, S.M.(1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 183-203.
- Beidel, D.C.(1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(5): 531-550.
- Bernstein, G.A., Rapoport, J.L., & Leonard, H.L.(1997). Separation anxiety and generalized anxiety disorders. In J.M. Wiener(Ed.), *Textbook of child and adolescent Psychiatry* (2nd ed., pp. 467-480). Washington, DC. American psychiatric press.
- Boegels, S.M., & Zigterman, D.(2000). Dysfunctional cognitions in children with social phobia, separation anxiety disorder, and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 205-211.
- Burke, K.C., Burke, J.D., Regier, D.A., & Rae, D.S.(1990). Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Arch Gen Psychiatry*, 47, 511-518.
- Black, B., Leonard, H.L., & Rapoport, J.L.(1997). Specific phobia, panic disorder, social phobia, and selective mutism. In J.M. Wiener(Ed.), *Textbook of child & adolescent psychiatry* (2nd ed., pp. 491-506).
- Carr, A. (2000). *Family therapy; concepts, process and practice*. New York: John Wiley & Sons.
- Coleman, M. C. (1992) *Behavior disorders: theory and practice*. U.S.A: Allyn & Bacon.
- Cullinan, D. (2002). *Students with emotional and behavior disorders*. NY: Pearson education Inc.
- Carr, A.(2000). *Family therapy, Process and practice*. New York: John Wiley & Sons.
- Chorpita, B.F., Albano, A.M., & Barlow, D.H.(1996). Cognitive Processing in children: Relationship to anxiety and family influences. *Journal of clinical child psychology*, 25, 170-179.
- Dattilio, 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: Guilford.
- Dattilio, F. M. (2001). Cognitive-Behavior family therapy: Contemporary myths and Misconceptions. *Contemporary Family Therapy*, 23(1).
- 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.
- Fristad, M. A., Gavazzi, S. M., & Soldano, K. W. (1998). Multi-family psychoeducation groups for childhood mood disorders. A program description and preliminary efficacy data. *Contemporary family therapy*, 20, 385-402.
- Hakin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., & Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10 year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107,

123-140.

- Hallahan, D. P., & kauffman, J. M. (2003). *Exceptional children: Introduction to special education*. Englewood cliffs, NJ: prentice 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.
- Hyward, C.(2000). Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescents: results of pilot study. *Journal of American Academy of child and Adolescents psychiatry*, 39(6): 721-726.
- Jersild, A. T., & Holmes, f. B. (1935). Children's fears, *Child Development*. Monograph, No. 20.
- Kaslow, N. J., Morris, M. K., & Rehm, L. P. (1997) childhood depression. In R. J., Morris & T. R. kratochwill (Eds), *the practice of child therapy* (3 rd ed. Pp. 48-90). Boston: Allyn & Bacon.
- Kazdin, A. E., & weisz, J. R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66, 19-36.
- Kovacs, M. (1997). Depressive disorders in childhood: An impression landscape. *Journal of child psychology and psychiatry*, 38, 287-298.
- 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.
- 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.
- Kraus, S., Maxwell, K., & Mc William, R. A. (2001). practice makes perfect: Research books at family – centered practies in early elementary grades. *Exceptional parent*, 31 (3), 62-63.
- Lewinsohn, P.(1974).A behavioral approach to depression. In R.J.friedman & M.M. Katz (Eds). *The psychology of depression: contemporary theory and research*. Washington, Dc: winston.
- Lewinsohn. P. M., Rohde, P., & seeley, J. R. (1998). Major Depressive disorder in older adolescents. *clinical psychology Review*, 18, 765-794.
- Lewinson, P. M., clarke, E. N., Hops, H., & Andrews, 1. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescent. *Behavior therapy*, 27, 385-407.
- Lewis,s. (1974). A Comparison of behavior therapy techniques in the education 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., Ladoucer, 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

- Matakas, F; schmitt. V. T; Rohrbach E; Vogt-kempe. A; churan, J. (1999). Effect of the family relationship on inpatient treatment of sever major depression: Is family therapy always appropriate? *Family therapy*, 26(3), 201-211.
- Micucci, J.A.(1998). *The adolescent in family therapy*. NY: Guilford press.
- Morris, R.J., & Kratochwill, T.R.(1998). childhood fears and phobia In R. J., Morris & T.R.Dratochwill(Eds.), *the practice of Child Therapy* (3rd ed.) boston: Allyn & Bacon.
- Nelson, R. W., & Israel, A. C. (2000). *Behavior disorders of childhood*. Ng: prentice Hall.
- Ollendick, T. H. (1983). Reliability and validity of the revised fear survaey schedule for children (FSSCR). *Behaviour Research and Therapy*, 21, 685-692.
- Ollendick, t.H. (1998). Panic disorder in children and adolescents: new developments, new divections. *Journal of clinical child psychology*, 27,234-245.
- 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, 756-767.
- Rabian, B., & silverman, W.K.(2000). Anxiety disorders. In M.Hersen & R.T.Ammerman(Eds.), *Advanced abnormal child psychology* (2nd ed., PP.271-289). Hillsdale, N): Lawrence Erlbaum.
- Rutter, M., Macdonald, H., Le couteur, A., Harrington, R., Bolton, P., & Baily, A. (1990). Genetic factors in child psychiatric disorders. Emprical findings. *Journal of child psychology psychiatry*. 31, 39-83.
- Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
- Silverman, W. K., & Ginsburg, G. S. (1998). Anxiety disorders. In T. H. ollendick & M. Hersen (EDS), *Handbook of child Psychopathology* (3rded). New York: plenum.
- Shortt, A. L., Barrett, P. M., Dadds, M., R. & fox, T. L. (2001). The Infulence 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.
- Sheras ,p.L.(2001).Depressian and suicide in adolescence. In C.E.walker & m.c.Roberts(Eds.), *Handbook of clinical child psychology*(3 rd ed.)(pp.657-673).New Yourk wiely.
- Simos, G. (2002). *Cognitive Behavior therapy*. London: Routledge.
- Starke, K. D., schmidt, K. L., & Joiner, t. E., Jr. (1996). Cognitive triad: Relationship to depressive symptoms, parents' cognitive triad and perceived parental messages. *Journal of Abnormetl child psychology*, 24, 615-631.
- Teichman, Y.(1992).Cognitive Therapy with families-A case study.In A. Freeman & F. M.Dattilio (Eds.), *Comprehesive Casebook of Cognitive Therapy*. NY: plenum.
- Wissman, M. M., Warner, V., Wickraamarante, P., Moreau, D., & Olfson, M. (1997). Offspring of depressed parents: 10 years Later. *Archives of General Psychiatry*, 54, 932-940.
- Weems, C.F., Silverman, W.K., & Lagreca, A.M.(2000). What do youth referred for anxiety problem worry about? worry and its relation to anxiety and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 28, 63-72.

Family therapy Based on Cognitive - Behavioral Approach for Depression Social and Specific Phobia

M. Khodayarifard, Ph.D.

A. Parand

Abstract :

Depression and anxiety disorders are one of the most common psychological disorders , that is attend to psychologist. These disorders influence on academic and occupational fonctions. Many research have confirmed .the effect of family therapy based on cognitive-behavioral approach on depression and anxiety disorders because individuals with depression and anxiety disorders has interaction with family . The main purpose of the present research was to study effectiveness of family therapy based on cognitive behavioral approach on depression and anxiety disorders. Method of study was case study research. Data obtained by clinical interview and psychological tests.In these studies severe deppressed subject(17years old), two subjects (18 and 20 years) with social phobia and two subjects (30 and 32 years old) with specific phobia were selected . The results indicate that family has important role in product, maintenance and treatment of depression and anxiety disorders.